

平成 29 年度第 1 回

熱海伊東地域医療協議会・地域医療構想調整会議合同会議

日 時：平成 29 年 6 月 14 日(水) 午後 7 時～

場 所：伊東市役所高層棟 5 階中会議室

次 第

○ 議 題

- 1 第 8 次静岡県保健医療計画の策定について
- 2 地域医療構想の推進について
- 3 その他

【配布資料】

- ・ 熱海伊東地域医療協議会・地域医療構想調整会議委員出席者名簿、座席表
- ・ 資料 1：次期保健医療計画の記載事項と作成手順
- ・ 資料 2：第 8 次静岡県保健医療計画の全体構成（案）
- ・ 資料 3－1：「7 疾病 5 事業及び在宅医療」及び「圏域版」の記載事項（案）
- ・ 資料 3－2：「7 疾病 5 事業及び在宅医療」の記載イメージ
- ・ 資料 3－3：「圏域版」の記載イメージ
- ・ 資料 4－1：圏域版 7 疾病 5 事業及び在宅医療に係る記載事項例（案）
- ・ 資料 4－2：圏域版 7 疾病 5 事業及び在宅医療に係る文章例（案）
- ・ 資料 4－3：疾病・事業ごとのデータから見た地域課題と調整会議委員からの意見等
- ・ 資料 4－4：圏域版における重点取組事項と数値目標の設定
- ・ 資料 5：「在院患者調査」の実施
- ・ 資料 6：県民意向調査結果の概要
- ・ 資料 7：平成 28 年度病床機能報告の集計結果
- ・ 資料 7－2：熱海伊東構想区域の病床数と医療機能について
- ・ 資料 8：市町別 2025 年の在宅医療等必要量の試算
- ・ 資料 9：第 8 次静岡県保健医療計画 年間策定スケジュール予定
(意見提出用紙)

第1回熱海伊東地域医療協議会・地域医療構想調整会議 座席表
(敬称略)

熱海市長寿介護課長
山口 智朗

熱海市医師会理事
服部 真紀

熱海市医師会長
鈴木 卓

伊東市長
小野 達也

伊東市医師会長
山本 佳洋

伊東市健康福祉部長
下田 信吾

| | | | | | | |
|-------------------------------|---|---|---|---|---|--------------------------------|
| | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | |
| 伊東・熱海薬剤師会副会長 岡部 敦 | ○ | | | | | 伊東市歯科医師会 専務理事 稲葉 雄司 |
| 国際医療福祉大学 熱海病院長 佐藤 哲夫 | ○ | | | | | 伊東・熱海薬剤師会長 堀野 泰司 |
| 熱海所記念病院長 杉浦 誠 | ○ | | | | | 伊東市民病院管理者 荒堀 憲二 |
| 熱海ちとせ病院長 北谷 知己 | ○ | | | | | 伊東病院長 勝俣 文隆 |
| 熱海市健康づくり推進委員 連絡会長 金子 頼子 | ○ | | | | | 静岡県看護協会 熱海・伊東支部幹事 稲村 啓子 |
| | | | ○ | ○ | ○ | 伊東市介護保険事業者 連絡協議会監事 葛城 武典 |

熱海保健所長
竹内 浩視

オプザーバー
小林 利彦

伊東市保健委員
連絡協議会長
森田 梢

【 事務局 】

【 事務局 】

(出入口)

平成 29 年度第 1 回 熱海伊東地域医療構想調整会議 委員出席者名簿

(平成 29 年 6 月 14 日 敬称略)

| 委員 職 名 | 氏 名 | 備 考 |
|-----------------------------|-------|---------------------|
| 熱海市健康福祉部長 | 坂本 信夫 | 【代理】長寿介護課長 山口 智朗 |
| 伊東市健康福祉部長 | 下田 信吾 | |
| 熱海市医師会長 | 鈴木 卓 | |
| 熱海市医師会理事 | 服部 真紀 | |
| 伊東市医師会長 | 山本 佳洋 | |
| 熱海市歯科医師会長 | 土屋 元雄 | 欠席 |
| 伊東市歯科医師会専務理事 | 稲葉 雄司 | |
| 伊東・熱海薬剤師会長(伊東市) | 堀野 泰司 | |
| 伊東・熱海薬剤師会副会長(熱海市) | 岡部 敦 | |
| 国際医療福祉大学熱海病院長 | 佐藤 哲夫 | |
| 伊東市民病院管理者 | 荒堀 憲二 | |
| 熱海所記念病院長 | 杉浦 誠 | |
| 熱海ちとせ病院長 | 北谷 知己 | |
| 伊東病院長 | 勝俣 文隆 | |
| 佐藤病院長 | 佐藤 潤 | 欠席 |
| 熱海 海の見える病院長 | 鈴木 和浩 | 欠席 |
| 静岡県看護協会熱海・伊東支部幹事 | 稲村 啓子 | |
| 熱海市介護サービス提供事業者連絡協議会長 | 菅野 幸宏 | 欠席 |
| 伊東市介護保険事業者連絡協議会長 | 葛城 武典 | |
| 熱海保健所長 | 竹内 浩視 | |
| オブザーバー | | |
| 浜松医科大学特任教授(県保健医療計画策定作業部会委員) | 小林 利彦 | |

平成 29 年度第 1 回 熱海伊東地域医療協議会 委員出席者名簿

(平成 29 年 6 月 14 日 敬称略)

| 委員職名 | 氏名 | 備考 |
|-------------------|-------|---------------------|
| 熱海市長 | 齊藤 栄 | 【代理】長寿介護課長 山口 智朗 |
| 伊東市長 | 小野 達也 | |
| 熱海市医師会長 | 鈴木 卓 | |
| 伊東市医師会長 | 山本 佳洋 | |
| 熱海市歯科医師会長 | 土屋 元雄 | 欠席 |
| 伊東市歯科医師会専務理事 | 稲葉 雄司 | |
| 伊東・熱海薬剤師会長(伊東市) | 堀野 泰司 | |
| 伊東・熱海薬剤師会副会長(熱海市) | 岡部 敦 | |
| 国際医療福祉大学熱海病院長 | 佐藤 哲夫 | |
| 伊東市民病院管理者 | 荒堀 憲二 | |
| 熱海市町内会長連合会長 | 鈴木 秀旺 | 欠席 |
| 伊東市地域行政連絡調整協議会長 | 江口 邦夫 | 欠席 |
| 熱海市健康づくり推進委員連絡会長 | 金子 頼子 | |
| 伊東市保健委員連絡協議会長 | 森田 梢 | |
| 熱海保健所長 | 竹内 浩視 | |

次期医療計画の記載事項と作成手順（厚生労働省「医療計画作成指針」より抜粋）

1 医療計画の記載事項（医療法第30条の4第2項）

※下線は今回改正事項

| 記載事項 | 主な内容 |
|--|---|
| (1) 都道府県において達成すべき、5疾病・5事業及び在宅医療の目標に関する事項 | ①患者動向、医療資源・連携等の医療提供体制について把握した現状 ②必要となる医療機能 ③課題、数値目標、数値目標を達成するために必要な施策・事業 |
| (2) 5疾病及び5事業並びに在宅医療に係る医療連携体制に関する事項 | ④各医療機能を担う医療機関等の名称 ⑤評価・公表方法 ⑥公的医療機関等及び <u>独法医療機関</u> 並びに社会医療法人の役割 ⑦ 病病連携及び病診連携 |
| (3) 医療連携体制における医療機能に関する情報提供の推進に関する事項 | ⑧歯科医療機関（病院歯科、歯科診療所）の役割 ⑨薬局の役割 ⑩ 訪問看護ステーションの役割 5疾病：がん、脳卒中、 <u>心筋梗塞等の心血管疾患</u> 、糖尿病、精神疾患 5事業：救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療（小児救急医療を含む。） |
| (4) 医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者の確保に関する事項 | ①地域医療対策協議会の取組（議論の経過等、同協議会で定めた施策） ②地域医療支援センター事業等の内容 ③医療従事者の現状及び目標 |
| (5) 医療の安全の確保に関する事項 | ①医療提供施設における医療の安全を確保するための措置に関する現状及び目標 ②医療安全支援センターの現状及び目標 |
| (6) 病床の整備を図るべき区域の設定に関する事項 | ①病院及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として区分する区域（二次医療圏） |
| (7) 基準病床数に関する事項 | ①療養病床及び一般病床（二次医療圏ごと） ②精神病床、結核病床及び感染症病床（県全体） |
| (8) 地域医療支援病院の整備の目標その他医療機能を考慮した医療提供施設の整備の目標に関する事項 | ①地域医療支援病院の整備の目標 ②その他医療機能を考慮した医療提供施設の整備の目標 |
| (9) <u>地域医療構想に関する事項</u> | |
| (10) <u>病床の機能に関する情報の提供の推進に関する事項</u> | <u>地域医療構想の策定並びに病床の機能の分化及び連携の推進</u> |
| (11) その他医療提供体制の確保に関し必要な事項 | 5疾病・5事業及び在宅医療以外で、特に必要と認める医療等 ①障害保健対策 ②結核・感染症対策 ③臓器移植対策 ④難病等対策 ⑤ <u>アレルギー疾患対策</u> ⑥ <u>今後高齢化に伴い増加する疾患等対策(ロコモ、フレイル、大腿骨頸部骨折、誤嚥性肺炎等)</u> ⑦歯科保健医療対策 ⑧血液の確保・適正使用対策 ⑨医薬品等の適正使用対策 ⑩医療に関する情報化 ⑪保健・医療・介護（福祉）の総合的な取組 |

2 他計画等との関係

- 総合確保方針、都道府県計画、介護保険法に定める基本方針、都道府県介護保険事業支援計画、市町村介護保険事業計画との調和
- 他の法律の規定による計画であって医療の確保に関する事項を定めるものとの調和、医療と密接に関連を有する施策との連携
 - ①都道府県健康増進計画
 - ②医療費適正化基本方針及び都道府県医療費適正化計画
 - ③がん対策推進基本計画及び都道府県がん対策推進計画
 - ④精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に定める指針
 - ⑤肝炎対策基本指針
 - ⑥難病の患者に対する医療等に関する法律に定める基本方針
 - ⑦アレルギー疾患対策基本法に定める基本指針
 - ⑧児童福祉法に定める基本的な方針
 - ⑨自殺総合対策大綱及び都道府県自殺対策計画
 - ⑩アルコール健康障害対策推進基本計画及び都道府県アルコール健康障害対策推進計画
 - ⑪歯科口腔保健の推進に関する法律に定める基本的事項
 - ⑫障害者の日常生活を総合的に支援するための法律に定める基本指針及び都道府県障害福祉計画
 - ⑬過疎地域自立促進特別措置法に基づく過疎地域自立促進計画
 - ⑭離島振興法に基づく離島振興計画
 - ⑮山村振興法に基づく山村振興計画

3 医療計画作成の手順

- (1) 医療計画（案）を作成するための体制の整備
- (2) 医療計画の目的、基本理念についての検討及び医療計画の基本骨子についての検討
- (3) 現行の医療計画に基づき実施された施策の効果の検証
- (4) 5 疾病・5 事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制の構築に当たっての課題や数値目標、施策についての検討
- (5) 5 疾病・5 事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制の構築
- (6) 医療圏及び基準病床数の検討
- (7) 地域医療構想の策定並びに病床の機能の分化及び連携の推進に関する施策の検討
- (8) 以上の検討を踏まえた医療計画（試案）の作成
- (9) 診療又は調剤に関する学識経験者の団体（医師会、歯科医師会及び薬剤師会）から医療計画（試案）についての意見の聴取（必要に応じ試案の手直し）
- (10) 医療計画（案）の決定
- (12) 医療計画（案）についての市町村及び保険者協議会の意見聴取（必要に応じ医療計画（案）の手直し）
- (13) 医療計画（案）について都道府県医療審議会への諮問、答申
- (14) 医療計画の決定
- (15) 医療計画の厚生労働大臣への提出及び公示

第 8 次静岡県保健医療計画の全体構成（案）

○第 1 章 基本的事項

（基本理念、計画の期間、2025 年に向けた取組、地域包括ケアシステム 等）

○第 2 章 保健医療の現況

（人口、受療動向、医療資源 等）

○第 3 章 保健医療圏

（保健医療圏設定の基本的考え方、2 次保健医療圏、基準病床数 等）

※基準病床数について、現時点では「在宅医療等対応可能数」の算出方法が示されていない。

○第 4 章 地域医療構想

（構想区域、2025 年の必要病床数と在宅医療等の必要量、実現に向けた方向性 等）

○第 5 章 医療機関の機能分担と相互連携

（医療機関の機能分化と連携、公的病院等の役割 等）

○第 6 章 疾病又は事業ごとの医療連携体制の構築

（7 疾病：がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、喘息、肝炎、精神疾患（統合失調症、認知症等））

（5 事業：救急医療、災害における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療（小児救急含む））

（在宅医療：在宅医療、在宅歯科医療の体制整備、薬局、訪問看護ステーションの役割、リハビリ等）

○第 7 章 各種疾病対策等

（感染症、結核、エイズ、難病、アレルギー疾患、臓器移植、血液確保、治験、歯科保健医療 等）

○第 8 章 医療従事者の確保

（医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、介護サービス従事者 等）

○第 9 章 保健・医療・福祉の総合的な取組の推進

（健康経営の視点を取り入れた戦略的な健康づくり、今後高齢化に伴い増加する疾患等対策）

（高齢者保健福祉対策、母子保健福祉対策、障害者保健福祉対策 等）

○第 10 章 医療安全対策の推進

○第 11 章 健康危機管理対策の推進

（健康危機管理体制、医薬品等安全対策、食品の安全衛生、生活衛生対策 等）

○第 12 章 計画の推進方策と進行管理

○第 13 章 地域保健医療計画（圏域版）

※下線は主な新規・修正項目

静岡県保健医療計画の全体構成 新旧対照表（案）

※平成29年5月現在。今後変更があり得る。

| 第7次（現行）静岡県保健医療計画 | 第8次（次期）静岡県保健医療計画 構成案 | 備考 |
|---|---|--|
| <p>第1章 基本的事項</p> <p>第1節 計画策定の趣旨 第2節 基本理念 第3節 計画の位置付け 第4節 計画の期間 第5節 2025年に向けた取組</p> <p>第2章 保健医療の現況</p> <p>第1節 人口 第2節 受療動向 第3節 医療資源</p> <p>第3章 保健医療圏</p> <p>第1節 保健医療圏の設定の基本的考え方 第2節 保健医療圏の設定 1 2次保健医療圏 2 3次保健医療圏 第3節 基準病床数</p> <p>第4章 医療機関の機能分担と相互連携</p> <p>第1節 地域医療構想 第2節 医療機関の機能分化と連携 第3節 プライマリーケア 第4節 地域医療支援病院の整備 第5節 公的病院等の役割 1 公的病院等の役割 2 公的病院改革への対応 3 県立病院 (1) 県立静岡がんセンター (2) 地方独立行政法人静岡県立病院機構 (ア) 県立総合病院 (イ) 県立こころの医療センター (ウ) 県立こども病院 第6節 医療機能に関する情報提供の推進 第7節 地域医療を考える月間</p> <p>第5章 疾病又は事業ごとの医療連携体制の構築</p> <p>第1節 疾病又は事業ごとの医療連携体制 第2節 疾病 1 がん 2 脳卒中 3 急性心筋梗塞 4 糖尿病 5 喘息 6 肝炎 7 精神疾患 -2 認知症 -3 児童精神疾患（精神障害及び発達障害）</p> | <p>第1章 基本的事項</p> <p>第1節 計画策定の趣旨 第2節 基本理念 第3節 計画の位置付け 第4節 計画の期間 第5節 2025年に向けた取組 第6節 地域包括ケアシステムの構築</p> <p>第2章 保健医療の現況</p> <p>第1節 人口 第2節 受療動向 第3節 医療資源</p> <p>第3章 保健医療圏</p> <p>第1節 保健医療圏の設定の基本的考え方 第2節 保健医療圏の設定 1 2次保健医療圏 2 3次保健医療圏 第3節 基準病床数</p> <p>第4章 地域医療構想</p> <p>第1節 構想区域 第2節 2025年の必要病床数、在宅医療等の必要量 第3節 実現に向けた方向性 第4節 地域医療構想の推進体制</p> <p>第5章 医療機関の機能分担と相互連携</p> <p>第1節 医療機関の機能分化と連携 第2節 プライマリーケア 第3節 地域医療支援病院の整備 第4節 公的病院等の役割 1 公的病院等の役割 2 公的病院改革への対応 3 県立病院 (1) 県立静岡がんセンター (2) 地方独立行政法人静岡県立病院機構 (ア) 県立総合病院 (イ) 県立こころの医療センター (ウ) 県立こども病院 第5節 医療機能に関する情報提供の推進</p> <p>第6章 疾病又は事業ごとの医療連携体制の構築</p> <p>第1節 疾病又は事業ごとの医療連携体制 第2節 疾病 1 がん 2 脳卒中 3 心筋梗塞等の心血管疾患 【見直し】 4 糖尿病 5 喘息 6 肝炎 7 精神疾患 ・ 統合失調症 【新規】 ・ うつ病、躁うつ病 ・ 認知症 ・ 児童・思春期精神疾患 ・ 発達障害 ・ 依存症 ・ 外傷後ストレス障害 (PTSD) 【新規】 ・ 高次脳機能障害 ・ 摂食障害</p> | <p>第10章から移動</p> <p>章立て</p> <p>11章へ移動</p> <p>「喘息」は「アレルギー疾患」に含めることも考えられる 疾患等ごとに記載</p> <p>アルコール依存症等</p> |

静岡県保健医療計画の全体構成 新旧対照表（案）

※平成29年5月現在。今後変更があり得る。

| 第7次（現行）静岡県保健医療計画 | 第8次（次期）静岡県保健医療計画 構成案 | 備考 |
|--|--|--|
| <p>第3節 事業</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 救急医療 2 災害時における医療 3 へき地の医療 4 周産期医療 5 小児医療（小児救急医療を含む。） <p>第4節 在宅医療</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 在宅医療の体制整備 2 在宅歯科医療の体制整備 3 薬局の役割 4 リハビリテーション | <p>・てんかん ・精神科救急 ・身体合併症 ・自殺対策 ・医療観察法における対象者への医療</p> <p>第3節 事業</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 救急医療 2 災害時における医療 3 へき地の医療 4 周産期医療 5 小児医療（小児救急医療を含む。） <p>第4節 在宅医療</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 在宅医療の体制整備 2 在宅歯科医療の体制整備 3 薬局の役割 4 訪問看護ステーションの役割 【新規】 5 リハビリテーション | <p>「へき地保健医療計画」「周産期医療体制整備計画」を医療計画に一本化</p> <p>項目立て</p> |
| <p>第6章 各種疾病対策等</p> <ol style="list-style-type: none"> 第1節 感染症対策 第2節 結核対策 第3節 エイズ対策 第4節 難病対策 第5節 臓器移植対策 第6節 血液確保対策 第7節 歯科保健医療対策 | <p>第7章 各種疾病対策等</p> <ol style="list-style-type: none"> 第1節 感染症対策 第2節 結核対策 第3節 エイズ対策 第4節 難病対策 第5節 アレルギー疾患対策 【新規】 第6節 臓器移植対策 第7節 血液確保対策 第8節 治験の推進 【新規】 第9節 歯科保健医療対策 | <p>「アレルギー疾患対策基本法」踏まえて記載</p> |
| <p>第7章 医療従事者の確保</p> <ol style="list-style-type: none"> 第1節 医師 第2節 歯科医師 第3節 薬剤師 第4節 看護職員（保健師・助産師・看護師・准看護師） 第5節 その他の保健医療従事者 <ol style="list-style-type: none"> 1 診療放射線技師 2 臨床検査技師・衛生検査技師 3 理学療法士・作業療法士 4 視能訓練士 5 言語聴覚士 6 臨床工学技士 7 義肢装具士 8 救急救命士 9 歯科衛生士 10 歯科技工士 11 管理栄養士・栄養士 12 あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師 13 柔道整復師 14 医療社会事業従事者（MSW） 15 精神保健福祉士（PSW） 16 細胞検査士 17 獣医師 第6節 ふじのくに医療勤務環境改善支援センター 第7節 介護サービス従事者 | <p>第8章 医療従事者の確保</p> <ol style="list-style-type: none"> 第1節 医師 第2節 歯科医師 第3節 薬剤師 第4節 看護職員（保健師・助産師・看護師・准看護師） 第5節 その他の保健医療従事者 <ol style="list-style-type: none"> 1 診療放射線技師 2 臨床検査技師・衛生検査技師 3 理学療法士・作業療法士 4 視能訓練士 5 言語聴覚士 6 臨床工学技士 7 義肢装具士 8 救急救命士 9 歯科衛生士 10 歯科技工士 11 管理栄養士・栄養士 12 あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師 13 柔道整復師 14 医療社会事業従事者（MSW） 15 精神保健福祉士（PSW） 16 細胞検査士 17 獣医師 第6節 ふじのくに医療勤務環境改善支援センター 第7節 介護サービス従事者 | |
| <p>第8章 医療安全対策の推進</p> <p>医療安全対策の推進</p> | <p>第9章 医療安全対策の推進</p> <p>医療安全対策の推進</p> | |
| <p>第9章 健康危機管理対策の推進</p> <ol style="list-style-type: none"> 第1節 健康危機管理体制の整備 第2節 医薬品等安全対策の推進 <ol style="list-style-type: none"> 1 医薬品等の品質確保と適正使用の推進 2 麻薬・覚せい剤等に対する薬物乱用防止対策 | <p>第10章 健康危機管理対策の推進</p> <ol style="list-style-type: none"> 第1節 健康危機管理体制の整備 第2節 医薬品等安全対策の推進 <ol style="list-style-type: none"> 1 医薬品等の品質確保と適正使用の推進 2 麻薬・覚せい剤等に対する薬物乱用防止対策 | |

静岡県保健医療計画の全体構成 新旧対照表（案）

※平成29年5月現在。今後変更があり得る。

| 第7次（現行）静岡県保健医療計画 | 第8次（次期）静岡県保健医療計画 構成案 | 備考 |
|---|---|----------------------------------|
| 第3節 食品の安全衛生の推進 第4節 生活衛生対策の推進 1 生活衛生 2 水道 | 第3節 食品の安全衛生の推進 第4節 生活衛生対策の推進 1 生活衛生 2 水道 | |
| 第10章 保健・医療・福祉の総合的な取組の推進 | 第11章 保健・医療・福祉の総合的な取組の推進 | |
| 第1節 <u>地域包括ケアシステムの構築</u> | 第1節 <u>健康経営の視点を取り入れた戦略的な健康づくり</u> | ・第1章へ移動 |
| 第2節 <u>健康づくりの推進</u> | 第2節 <u>今後高齢化に伴い増加する疾患等対策【新規】</u> | ・健康経営の視点 ・ロコモ、フレイル、肺炎、大腿骨頸部折等 |
| 第3節 高齢者保健福祉対策 | 第3節 高齢者保健福祉対策 | |
| 第4節 母子保健福祉対策 | 第4節 母子保健福祉対策 | |
| 第5節 障害者保健福祉対策 | 第5節 障害者保健福祉対策 | |
| 第6節 保健施設の機能充実 | 第6節 保健施設の機能充実 | |
| 1 保健所（健康福祉センター） | 1 保健所（健康福祉センター） | |
| 2 発達障害者支援センター | 2 発達障害者支援センター | |
| 3 精神保健福祉センター | 3 精神保健福祉センター | |
| 4 静岡県総合健康センター | 4 静岡県総合健康センター | |
| 5 環境衛生科学研究所 | 5 環境衛生科学研究所 | |
| 6 市町保健センター | 6 市町保健センター | |
| 第11章 計画の推進方策と進行管理 | 第12章 計画の推進方策と進行管理 | |
| 第1節 <u>全県的取組</u> | 第1節 <u>計画の推進体制</u> | 計画の推進方策と進行管理について記載充実 |
| 第2節 <u>2次保健医療圏における計画の推進</u> | 第2節 <u>数値目標等の進行管理</u> | |
| 1 賀茂保健医療圏 | 第3節 <u>主な数値目標等</u> | |
| 2 熱海伊東保健医療圏 | 第13章 地域保健医療計画（圏域版） | |
| 3 駿東田方保健医療圏 | 1 賀茂保健医療圏 | 圏域版について「地域保健医療計画」として記載充実 |
| 4 富士保健医療圏 | 2 熱海伊東保健医療圏 | |
| 5 静岡保健医療圏 | 3 駿東田方保健医療圏 | |
| 6 志太榛原保健医療圏 | 4 富士保健医療圏 | |
| 7 中東遠保健医療圏 | 5 静岡保健医療圏 | |
| 8 西部保健医療圏 | 6 志太榛原保健医療圏 | |
| | 7 中東遠保健医療圏 | |
| | 8 西部保健医療圏 | |

「7 疾病 5 事業及び在宅医療」及び「圏域版」の記載事項（案）

1 「7 疾病 5 事業及び在宅医療」の記載事項

（現行計画からの主な変更）

- ・「課題」の解決に向けた「数値目標」「施策の方向性」を記載する。
- ・「対策」欄の冒頭に数値目標を掲載し、方向性を明確化する。

<〇〇〇（疾病・事業名）>

【対策のポイント】

1 現状と課題

- （1）〇〇〇の医療
- （2）本県の状況
- （3）医療提供体制

2 対策

- （1）数値目標
- （2）施策の方向性
- （3）〇〇〇の医療体制に求められる医療機能
- （4）〇〇〇の医療体制図
- （5）関連図表

2 「圏域版」の記載事項

（現行計画からの主な変更）

- ・冒頭で、各圏域における対策のポイントを記載する。（重点的に取り組む事項等）
- ・地域医療構想の記載を追加する。
- ・「3 疾病・事業及び在宅医療の医療連携体制」欄の冒頭で、重点的に取り組む事項等に係る数値目標を記載する。

<〇〇医療圏（圏域名）>

【対策のポイント】

1 医療圏の現状

- （1）人口及び人口動態
- （2）医療資源の状況

2 地域医療構想

- （1）平成 37 年（2025 年）の必要病床数と在宅医療等の必要量
- （2）圏域の動向
- （3）実現に向けた方向性

3 疾病・事業及び在宅医療の医療連携体制

【数値目標】（重点的に取り組む事項等に係るもの）

- （1）現状と課題（7 疾病 5 事業及び在宅医療ごと）
- （2）施策の方向性（7 疾病 5 事業及び在宅医療ごと）

II 脳卒中

【対策のポイント】

- 標準的治療の普及（発症から 4.5 時間以内の t-PA 治療など）
- 発症早期からのリハビリテーションの推進
- 誤嚥性肺炎等の合併症の予防

1 現状と課題

（1）脳卒中の医療

- ・脳卒中は、脳血管の閉塞や破綻によって脳機能に障害が起きる疾患であり、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血に大別されます。
- ・脳梗塞は、動脈硬化により血管の内腔が狭くなりそこに血栓ができて脳血管が閉塞するアテローム血栓性脳梗塞、脳の細い血管が主に高血圧を基盤とする変化により閉塞するラクナ梗塞、心臓等に生じた血栓が脳血管まで流れ血管を閉塞する心原性塞栓症の 3 種類に分けられます。脳出血は脳の細い血管が破綻するもの、くも膜下出血は脳動脈瘤が破綻し出血するものです。
- ・脳卒中は、片麻痺、摂食機能・嚥下障害、言語障害、認知障害、遷延性意識障害¹などの後遺症が残る事があり、患者及びその家族の日常生活に大きな影響を及ぼす疾患です。認知症患者の中で脳血管障害が原因とされる患者は 20%前後を占め、アルツハイマー型認知症に次いで第 2 位となっています。また、介護が必要になった者の 18.5%は脳卒中が主な原因で第 1 位となっている²ほか、嚥下障害の原因疾患の割合は脳血管疾患が約 6 割³となっています。

（2）本県の状況

（死亡・罹患の状況）

- ・本県における平成 27 年の脳血管疾患による死亡者は 3,823 人、全死亡者 39,518 人中 9.6%であり、死亡原因としては悪性新生物、心疾患、老衰に次いで第 4 位となっています。
- ・脳血管疾患のうち最も多い死亡原因は脳梗塞で 2,011 人(52.6%)、次いで脳内出血 1,265 人(33.1%)、くも膜下出血 413 人(10.8%)となっています。
- ・全国と比較した本県における脳血管疾患の標準化死亡比は 113.2 であり、依然として高い傾向を示しています。

（医療従事者の状況）

- ・本県の人口 10 万人あたりの神経内科・脳神経外科の医師数は、それぞれ 2.6 人と 5.4 人で、いずれも全国平均（3.7 人、5.6 人）を下回っています。

（救急患者の搬送）

- ・平成 25 年に救急要請（覚知）から救急医療機関への搬送までに要した平均時間は 37.5 分であり、全国平均（39.4 分）を下回っています。
- ・本県において、平成 26 年に脳血管疾患により救急搬送された患者数は約 5 千 4 百人です。

¹ 遷延性意識障害：重度の昏睡状態をさす病状のこと。

² 厚生労働省「国民生活基礎調査」（平成 25 年）

³ 厚生労働省「医療計画の見直し等に関する検討会」資料より。

(急性期の治療)

- ・脳卒中の救急医療機能を担う病院は、賀茂を除く 7 医療圏に 32 箇所あります。
- ・本県の脳梗塞に対する t-PA による脳血栓溶解療法⁴の実施可能な病院は 26 箇所あり、賀茂を除く 7 医療圏で実施できる体制が整っています。
- ・くも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術⁵、脳動脈瘤コイル塞栓術⁶については、賀茂を除く 7 医療圏で実施されています。

(脳卒中のリハビリテーション)

- ・脳卒中の「身体機能を回復させるリハビリテーション」の機能を担う医療機関は 56 箇所あり、県内の全圏域で実施されています。

(在宅への復帰)

- ・本県において、脳血管疾患の退院患者平均在院日数は 91.3 日で、全国平均 (89.1 日) よりやや長くなっています。
- ・本県において、主病名が脳血管疾患の患者で退院後に在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合は 54.9%となっています。
- ・脳卒中の「生活の場における療養支援」の機能を担う医療機関は 235 か所あり、県内の全圏域で実施されています。

(3) 医療提供体制

(※現行計画を仮置き)

○静岡県における脳血管障害患者の年齢調整死亡率は、男女とも全国平均を上回っています。特に高齢化の進行が早く、医療資源の整備が遅れがちな圏域である賀茂・熱海伊東圏域において早急な対策が望まれます。

① 発症予防

- ・脳卒中の最大の危険因子は高血圧です。高血圧のコントロールを行い、発症を予防することが重要です。また、糖尿病、高脂血症、喫煙、不整脈なども危険因子であり、生活習慣の改善や適切な治療を行う必要があります。
- ・特定健康診査において「要治療」者となった者の多くは、危険因子となる基礎疾患を有しています。医療保険者、特定健康診査や特定保健指導の受託者、医療機関（かかりつけ医）が連携して、受診勧奨や治療中断を防ぐ働きかけを行う必要があります。

② 発症直後の医療

- ・発症後できるだけ早く急性期の治療（脳梗塞では、発症 4.5 時間以内の治療開始が重要）を受けられるよう、搬送も含めた救急医療体制の整備、充実が必要です。
- ・睡眠中などに発症する、症状が軽く脳卒中の前触れに気付かない、救急車以外の手段で来院する、複数の医療機関を経由するなどの理由から、発症 4.5 時間以内に治療を開始できない場合があります。
- ・脳卒中の救急医療を担う病院は県内に 34（平成 26 年 9 月末現在）ありますが、賀茂圏域には全くないなど、地域的な偏りがあります。また、賀茂圏域における救急患者の、救急要請（覚

⁴ t-PA による脳血栓溶解療法：脳神経細胞が壊死する前に、t-PA(tissue plasminogen activator：組織プラスミノゲン活性化因子) 静脈注射により脳動脈を塞ぐ血栓を溶かし、脳動脈の血流を再開させる療法

⁵ 脳動脈瘤クリッピング術：開頭手術により、脳動脈瘤の根元にクリップをかける外科的療法

⁶ 脳動脈瘤コイル塞栓術：大動脈からのカテーテル挿入により、脳動脈瘤を塞栓する血管内療法

知) から医療機関への収容までの平均所要時間は 45.1 分であり (県平均 34.9 分)、県内の他の圏域に比べて長くなっています。

③ リハビリテーション

- ・後遺症軽減に向けて、発症後早期にリハビリテーションを開始することが必要です。また、回復期、維持期等病期に応じた適切なリハビリテーションを受けられる体制が必要です。
- ・在宅等への復帰に向けた、回復期や再発予防を含めた生活の場における維持期のリハビリテーションなど切れ目のない医療、介護サービスが提供されるよう、関係者(機関)の連携が重要です。また、必要に応じて在宅歯科診療を利用するなど、口腔衛生状態や口腔機能の管理が定期的に行えることも重要です。

④ 在宅療養・再発予防

- ・急性期治療により後遺症が残らない場合であっても、基礎疾患や危険因子(高血圧、糖尿病、高脂血症、喫煙、不整脈等)を放置すると、再発しやすくなるため、基礎疾患の継続的な治療や、生活習慣の改善などを行う必要があります。
- ・最期まで在宅等での療養を望む患者に対して、看取りまでを含めた体制が必要です。また、生活の質を維持するために在宅歯科診療が行えることも重要です。

2 対策

(1) 数値目標

| 項目 | 現状値 | 目標値 | 目標値の考え方 | 出典 |
|-------------------------------------|-------------------------------|--------------------|-----------------------------|-----------------------|
| 脳血管疾患の年齢調整死亡率 (人口 10 万人対) | 男性 44.3 女性 23.2 (H27 年) | 男性 37.8 女性 21.0 | 年齢調整死亡率について 全国平均まで引き下げる。 | 厚生労働省「人口 動態統計」より算出 |
| 脳梗塞に対する t-PA による血栓 溶解療法を実施可能な圏域数 | 7 圏域 (H28 年) | 全 8 圏域 | 全圏域で実施可能な体制を 構築する。 | 厚生労働省「診療 報酬施設基準」 |

(2) 施策の方向性

① 発症予防

- ・減塩や野菜の摂取、運動習慣等、生活習慣の改善や特定健康診査・特定保健指導の推進による高血圧症等、脳卒中の危険因子となる生活習慣病の発症予防や重症化予防を推進します。

② 発症後医療等

- ・脳卒中を疑うような症状が出現した場合、本人や家族等周囲にいる者が速やかに受診行動ができるように、県民への脳卒中の正しい知識を普及啓発します。
- ・県内のどの地域に住んでいても、発症 4.5 時間以内に脳卒中の治療を開始できるよう、救急医療体制の整備・充実と急性期病院間のネットワーク構築を図ります。
- ・救急患者の CT、MRI 画像を専門医のいる施設へネットワーク経由で伝送することにより、専門医がいない医療機関でも脳卒中の早期診断が可能になる体制や、さらに専門医の指示のもとで t-PA 療法を開始した上で病院間搬送を行う体制も地域の必要に応じて検討し、標準的治療の普及(発症から 4.5 時間以内の t-PA 治療など)を図ります。

- ・住み慣れた地域で脳卒中・脳血管障害の各病期の治療を総合的に切れ目なく受けられるよう、医療機関等の機能分担及び連携、さらには介護施設との連携を推進します。

③ リハビリテーション

- ・状態が許す限り発症早期からリハビリテーションを開始することを進めます。
- ・地域の急性期医療機関と回復期及び在宅医療を含む維持期の医療機関等が、診療情報やリハビリテーションを含む治療計画等をクリティカルパス等にて共有し、一貫したリハビリテーションを連携して実施する体制づくりを推進します。
- ・誤嚥性肺炎の予防のために、口腔管理を実施する病院内歯科や歯科医療機関等を含めた多職種間で連携して、嚥下機能維持・改善、口腔ケアの実施体制の充実を図ります。

④ 在宅療養・再発予防

- ・身近なかかりつけ医のもとで再発予防のために基礎疾患の治療及び危険因子の管理を続けるとともに、かかりつけ歯科医のもとで口腔ケアによる誤嚥性肺炎の予防を進めます。
- ・在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション等の充実により、在宅もしくは介護施設での訪問診療や生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションを実施し、日常生活の継続を支援します。

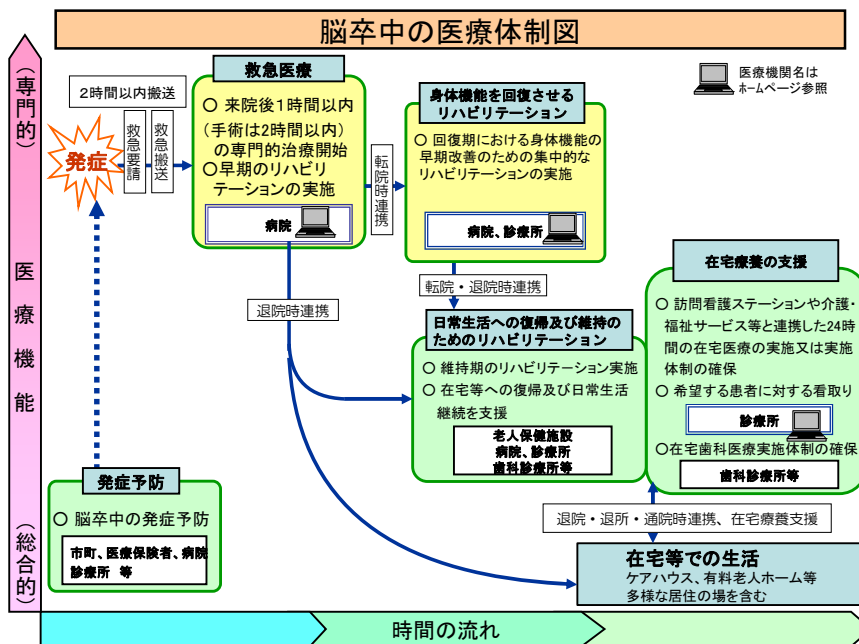
(3) 「脳卒中」の医療体制に求められる医療機能

| 機能 | 発症予防 | 救急医療 | 身体機能を回復させるリハビリテーション | 日常生活への復帰及び維持のためのリハビリテーション | 在宅療養の支援 |
|-------|---|--|---|---|---|
| ポイント | <ul style="list-style-type: none"> ○ 脳卒中中の発症予防 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 24時間体制で、来院後1時間以内（手術は2時間以内）に専門的な治療を開始 ○ 発症後4.5時間を超えても血管内治療などの高度専門治療の実施について検討 ○ 誤嚥性肺炎等の合併症の予防及び治療 ○ 早期にリハビリテーションを実施 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 回復期における身体機能の早期改善のための集中的なリハビリテーションの実施 ○ 誤嚥性肺炎等の合併症の予防 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 維持期のリハビリテーション実施 ○ 在宅等への復帰及び日常生活継続を支援 ○ 誤嚥性肺炎等の合併症の予防 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 薬局、訪問看護ステーションや介護、福祉サービス等と連携した24時間の在宅医療の実施 ○ 希望する患者に対する看取り |
| 機能の説明 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 市町、医療保険者による特定健診・保健指導の実施 ・ 医療機関での高血圧等の危険因子の治療 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 血液検査や画像検査（X線、CT、MRI検査）等の必要な検査を24時間実施（救急輸送による対応を含む。） ・ 脳卒中が疑われる患者に対して、専門的診療が24時間実施（画像伝送等の遠隔診断に基づく治療を含む。救急輸送制による対応を含む。） ・ 適応のある脳梗塞症例に対し、来院後1時間以内（もしくは発症後4.5時間以内）に組織プラスミノゲンアクチペーター（t-PA）の静脈内投与による血栓溶解療法を実施 ・ 脳出血やくも膜下出血等、外科的治療や血管内治療を必要と判断した場合には、来院2時間以内に治療を開始 ・ 呼吸管理、循環管理、栄養管理等の全身管理、及び合併症に対する診療 ・ 合併症の中でも、特に誤嚥性肺炎の予防のために、口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関等を含め、多職種間で連携して対策を図る ・ リスク管理の下に早期座位・立位、関節可動域訓練、摂食・嚥下訓練、装具を用いた早期歩行訓練、セルフケア訓練等のリハビリテーションを実施 ・ 回復期（あるいは維持期、在宅医療）の医療機関等と診療情報やリハビリテーションを含む治療計画を共有するなどして連携 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 再発予防治療（抗血小板療法、抗凝固療法）、基礎疾患・危険因子の管理、及び抑うつ状態への対応 ・ 失語、高次脳機能障害（記憶障害、注意障害等）、嚥下障害、歩行障害などの機能障害の改善及びADLの向上を目的とした、理学療法、作業療法、言語聴覚療法等のリハビリテーションを専門医療スタッフにより集中的に実施（回復期リハビリテーション病棟を保有、又は脳血管リハビリテーション科I算定医療機関） ・ 合併症の中でも、特に誤嚥性肺炎の予防のために、口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関等を含め、多職種間で連携して対策を図る ・ 急性期の医療機関及び維持期の医療機関等と診療情報やリハビリテーションを含む治療計画を共有するなどして連携 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 再発予防治療（抗血小板療法、抗凝固療法）、基礎疾患・危険因子の管理、及び抑うつ状態への対応 ・ 生活機能の維持及び向上のためのリハビリテーションを実施 ・ 合併症の中でも、特に誤嚥性肺炎の予防のために、口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関等を含め、多職種間で連携して対策を図る ・ 回復期（あるいは急性期）の医療機関等と診療情報やリハビリテーションを含む治療計画を共有するなどして連携 ・ 摂食・嚥下リハビリテーションや専門的な口腔ケアを実施 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 24時間体制で患者家族の要請による往診又は訪問看護などを実施あるいは実施可能な体制を確保 ・ 希望する患者への看取り（在宅療養支援診療所届出医療機関、在宅患者訪問薬剤管理指導（居宅療養管理指導）届出薬局） ・ 急性期あるいは回復期、維持期の医療機関や介護保険事業者等と、診療情報や治療計画を共有するなどして連携 ・ 在宅歯科医療の実施体制を確保 |

※下線は今回修正箇所

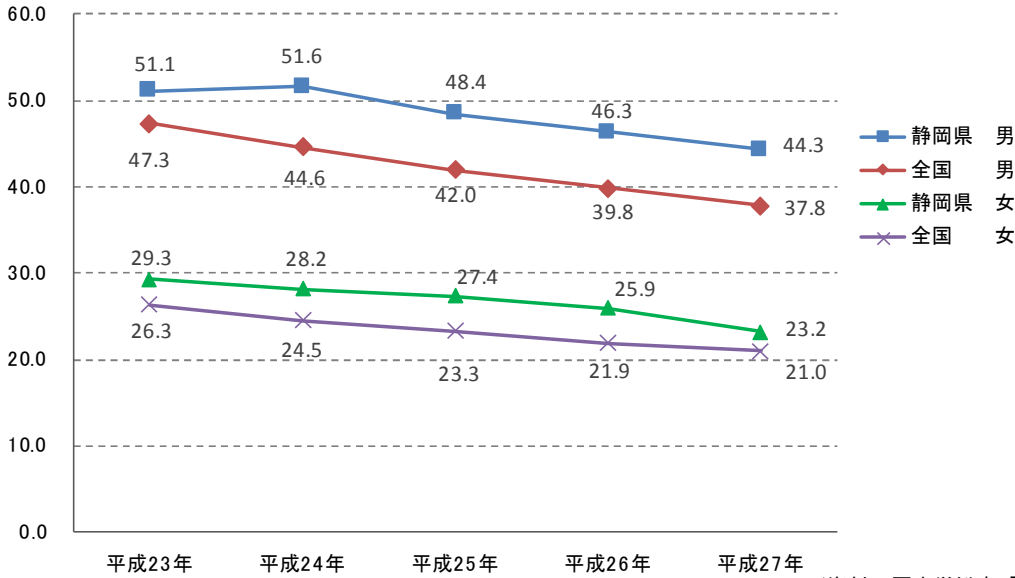
(4) 「脳卒中」の医療体制図

(※現行計画を仮置き)



(5) 関連図表

○脳血管疾患による年齢調整死亡率（人口10万人対）の推移



（資料：厚生労働省「人口動態統計」より算出）

○脳血管疾患による死亡数

（単位：人）

| 平成27年 死亡数 | | 静岡県 | 賀茂 | 熱海伊東 | 駿東田方 | 富士 | 静岡 | 志太榛原 | 中東遠 | 西部 |
|--------------------|----|-------|-----|------|------|-----|-----|------|-----|-----|
| 09300 脳血管疾患 | 総数 | 3,823 | 107 | 193 | 676 | 373 | 703 | 491 | 419 | 861 |
| | 男 | 1,905 | 52 | 97 | 334 | 184 | 363 | 240 | 203 | 432 |
| | 女 | 1,918 | 55 | 96 | 342 | 189 | 340 | 251 | 216 | 429 |
| 09301 くも膜下出血 | 総数 | 413 | 11 | 12 | 83 | 33 | 85 | 50 | 53 | 86 |
| | 男 | 156 | 6 | 5 | 37 | 11 | 27 | 13 | 20 | 37 |
| | 女 | 257 | 5 | 7 | 46 | 22 | 58 | 37 | 33 | 49 |
| 09302 脳内出血 | 総数 | 1,265 | 35 | 68 | 211 | 148 | 220 | 159 | 144 | 280 |
| | 男 | 693 | 16 | 37 | 109 | 85 | 124 | 84 | 75 | 163 |
| | 女 | 572 | 19 | 31 | 102 | 63 | 96 | 75 | 69 | 117 |
| 09303 脳梗塞 | 総数 | 2,011 | 59 | 108 | 353 | 180 | 382 | 262 | 216 | 451 |
| | 男 | 994 | 28 | 53 | 177 | 84 | 205 | 132 | 105 | 210 |
| | 女 | 1,017 | 31 | 55 | 176 | 96 | 177 | 130 | 111 | 241 |
| 09304 その他の脳血管疾患 | 総数 | 134 | 2 | 5 | 29 | 12 | 16 | 20 | 6 | 44 |
| | 男 | 62 | 2 | 2 | 11 | 4 | 7 | 11 | 3 | 22 |
| | 女 | 72 | - | 3 | 18 | 8 | 9 | 9 | 3 | 22 |

資料：「静岡県人口動態統計」

○特定健診分析結果（標準化該当比）

| H26 標準化該当比 | 糖尿病有病者 | | 脂質異常有病者 | | 習慣的喫煙者 | | メタボ該当者 | |
|---------------|--------|-------|---------|-------|--------|-------|--------|-------|
| | 男性 | 女性 | 男性 | 女性 | 男性 | 女性 | 男性 | 女性 |
| 賀茂 | 91.9 | 80.8 | 104.6 | 101.8 | 101.5 | 124.2 | 113.0 | 89.8 |
| 熱海伊東 | 110.8 | 103.0 | 103.3 | 98.6 | 111.9 | 197.8 | 110.0 | 97.0 |
| 駿東田方 | 106.6 | 103.0 | 103.5 | 103.1 | 106.2 | 116.2 | 108.6 | 113.4 |
| 富士 | 100.2 | 94.7 | 101.1 | 100.4 | 111.7 | 122.5 | 109.1 | 109.9 |
| 静岡 | 100.4 | 93.3 | 102.4 | 100.6 | 96.4 | 96.3 | 109.7 | 105.2 |
| 志太榛原 | 98.4 | 101.0 | 96.0 | 95.9 | 96.2 | 75.3 | 93.8 | 80.6 |
| 中東遠 | 96.2 | 106.6 | 94.9 | 98.1 | 101.2 | 85.8 | 83.4 | 91.9 |
| 西部 | 97.1 | 101.4 | 99.6 | 100.4 | 93.5 | 88.8 | 93.1 | 98.2 |
| 静岡県 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |

（出典：静岡県総合健康センター「特定健診・特定保健指導に係る健診等データ報告書」）

○標準化死亡比（SMR）

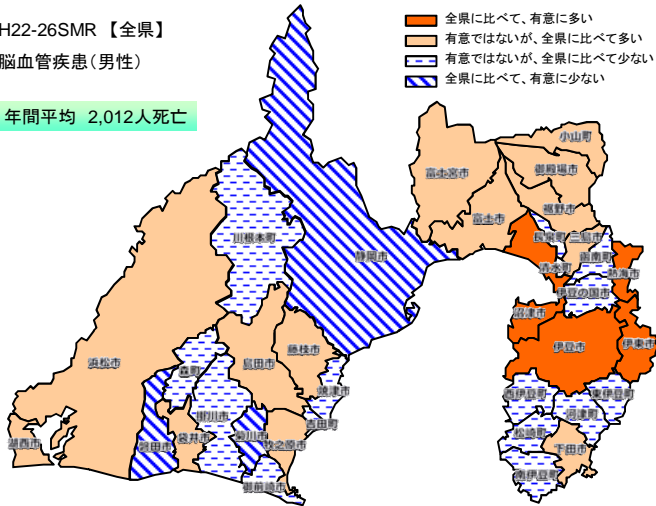
| H22-H26 | 脳血管疾患 | | くも膜下出血 | | 脳内出血 | | 脳梗塞 | |
|---------|-------|-------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 対県SMR | 対国SMR | 対県SMR | 対国SMR | 対県SMR | 対国SMR | 対県SMR | 対国SMR |
| 賀茂 | 98.9 | 111.5 | 112.7 | 126.6 | 79.0 | 98.2 | 109.3 | 117.0 |
| 熱海伊東 | 114.4 | 128.0 | 84.1 | 94.7 | 130.8 | 161.2 | 114.3 | 120.7 |
| 駿東田方 | 102.5 | 115.9 | 105.7 | 117.6 | 92.5 | 115.3 | 105.9 | 113.2 |
| 富士 | 101.8 | 114.9 | 104.0 | 115.7 | 100.1 | 124.7 | 104.2 | 110.9 |
| 静岡 | 93.8 | 105.8 | 94.7 | 105.5 | 94.0 | 117.0 | 93.2 | 99.4 |
| 志太榛原 | 101.5 | 115.2 | 95.2 | 105.9 | 101.0 | 126.2 | 101.4 | 109.0 |
| 中東遠 | 98.1 | 111.4 | 106.0 | 118.0 | 97.2 | 121.6 | 98.8 | 106.3 |
| 西部 | 100.3 | 113.8 | 99.2 | 110.2 | 109.0 | 136.2 | 95.6 | 102.8 |
| 静岡県 | 100.0 | 113.2 | 100.0 | 111.3 | 100.0 | 124.7 | 100.0 | 107.1 |

※網掛けは有意に多い。

<県内比較>

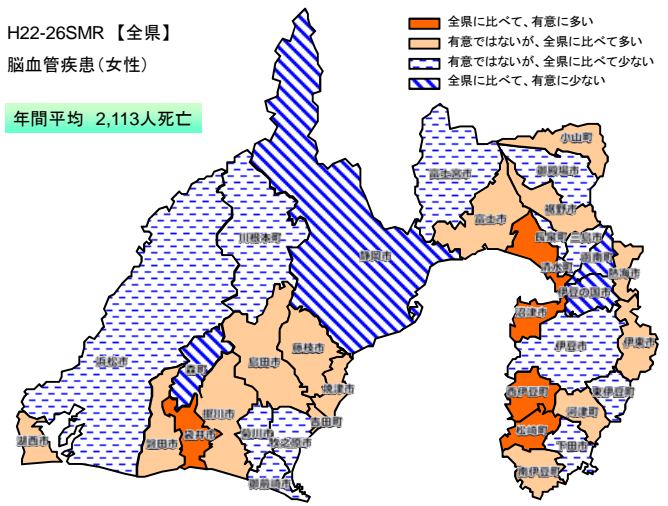
H22-26SMR【全県】
脳血管疾患(男性)

年間平均 2,012人死亡



H22-26SMR【全県】
脳血管疾患(女性)

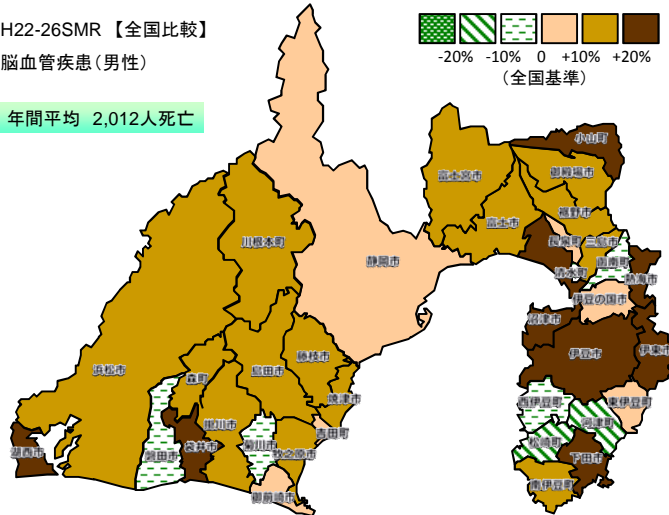
年間平均 2,113人死亡



<全国比較>

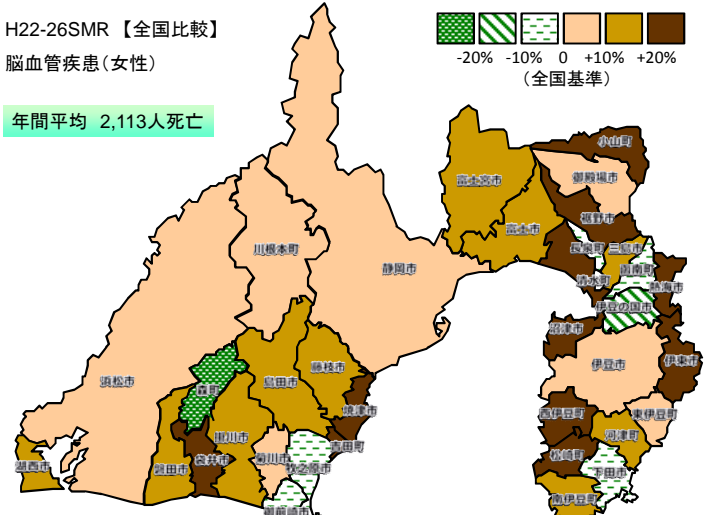
H22-26SMR【全国比較】
脳血管疾患(男性)

年間平均 2,012人死亡



H22-26SMR【全国比較】
脳血管疾患(女性)

年間平均 2,113人死亡



(出典：静岡県総合健康センター「静岡県市町別健康指標」)

○指標による現状把握

(医療従事者の状況)

| 指標名 | 全国 | 静岡県 | 二次保健医療圏 | | | | | | | | 調査年 | 調査名等 |
|-----------|-------|-----|---------|------|------|-----|-----|------|-----|-----|-------|---------------|
| | | | 賀茂 | 熱海伊東 | 駿東田方 | 富士 | 静岡 | 志太榛原 | 中東遠 | 西部 | | |
| 神経内科医師数 | 4,657 | 98 | - | 3 | 16 | 9 | 37 | 4 | 5 | 24 | 平成26年 | 医師・歯科医師・薬剤師調査 |
| (10万人あたり) | 3.7 | 2.6 | - | 2.7 | 2.4 | 2.3 | 5.1 | 0.8 | 1.0 | 2.7 | | |
| 脳神経外科医師数 | 7,147 | 204 | 2 | 9 | 48 | 22 | 38 | 25 | 16 | 44 | 平成26年 | 医師・歯科医師・薬剤師調査 |
| (10万人あたり) | 5.6 | 5.4 | 2.8 | 8.1 | 7.1 | 5.6 | 5.3 | 5.2 | 3.3 | 5.0 | | |

(救急患者の搬送)

| 指標名 | 全国 | 静岡県 | 二次保健医療圏 | | | | | | | | 調査年 | 調査名等 |
|------------------------------|------|------|---------|------|------|-----|-----|------|-----|-----|-------|---------|
| | | | 賀茂 | 熱海伊東 | 駿東田方 | 富士 | 静岡 | 志太榛原 | 中東遠 | 西部 | | |
| 脳血管疾患により救急搬送された患者数 | - | 5.4 | 0 | 0 | 0.9 | 1.1 | 1 | 0.6 | 0.5 | 1.3 | 平成26年 | 患者調査 |
| (10万人あたり。単位：0.1千人) | - | 0.2 | 0.1 | 0.4 | 0.1 | 0.3 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | 0.1 | | |
| 救急要請(覚知)から医療機関への収容までに要した平均時間 | 39.4 | 37.5 | - | - | - | - | - | - | - | - | 平成26年 | 救急救助の現況 |

(急性期の治療)

| 指標名 | 全国 | 静岡県 | 二次保健医療圏 | | | | | | | | 調査年 | 調査名等 |
|-------------------------------|----|------|---------|------|------|------|------|------|-----|-----|----------------|--------------|
| | | | 賀茂 | 熱海伊東 | 駿東田方 | 富士 | 静岡 | 志太榛原 | 中東遠 | 西部 | | |
| 脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施可能な病院数 | - | 26 | 0 | 2 | 4 | 3 | 5 | 4 | 2 | 6 | 平成28年 3月31日 | 診療報酬 施設基準 |
| (10万人あたり) | - | 0.7 | 0 | 1.8 | 0.6 | 0.8 | 0.7 | 0.8 | 0.4 | 0.7 | | |
| 脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施件数 | - | 411 | 0 | 16 | 116 | 29 | 100 | 43 | 21 | 86 | 平成27年 度 | NDB |
| (10万人あたり) | - | 10.9 | 0 | 14.5 | 17.2 | 7.4 | 14.0 | 9.0 | 4.4 | 9.9 | | |
| くも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術の実施件数 | - | 363 | 0 | 20 | 110 | 60 | 47 | 42 | 28 | 56 | 平成27年 度 | NDB |
| (10万人あたり) | - | 9.6 | 0 | 18.1 | 16.3 | 15.3 | 6.6 | 8.8 | 5.9 | 6.4 | | |
| くも膜下出血に対する脳動脈瘤コイル塞栓術の実施件数 | - | 66 | 0 | * | 21 | * | 11 | * | 34 | * | 平成27年 度 | NDB |
| (10万人あたり) | - | * | 0 | * | 3.1 | * | 1.5 | * | 7.1 | * | | |

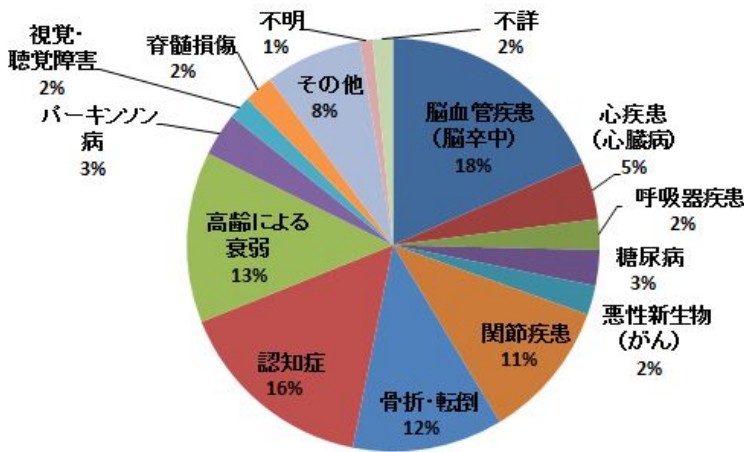
(脳卒中のリハビリテーション)

| 指標名 | 全国 | 静岡県 | 二次保健医療圏 | | | | | | | | 調査年 | 調査名等 |
|--------------------------|----|--------|---------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|----------------|--------------|
| | | | 賀茂 | 熱海伊東 | 駿東田方 | 富士 | 静岡 | 志太榛原 | 中東遠 | 西部 | | |
| 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)届出施設数 | - | 69 | 1 | 3 | 12 | 8 | 12 | 7 | 10 | 16 | 平成28年 3月31日 | 診療報酬 施設基準 |
| (10万人あたり) | - | 1.8 | 1.5 | 2.7 | 1.8 | 2 | 1.7 | 1.5 | 2.1 | 1.8 | | |
| 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)届出施設数 | - | 38 | 3 | 0 | 10 | 5 | 5 | 4 | 3 | 8 | 平成28年 3月31日 | 診療報酬 施設基準 |
| (10万人あたり) | - | 1.0 | 4.4 | 0 | 1.5 | 1.3 | 0.7 | 0.8 | 0.6 | 0.9 | | |
| 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)届出施設数 | - | 68 | 1 | 2 | 20 | 5 | 14 | 4 | 10 | 12 | 平成28年 3月31日 | 診療報酬 施設基準 |
| (10万人あたり) | - | 1.8 | 1.5 | 1.8 | 3 | 1.3 | 2 | 0.8 | 2.1 | 1.4 | | |
| 早期リハビリテーション実施件数 | - | 22,978 | 373 | 1,030 | 4,526 | 2,468 | 3,750 | 2,742 | 2,582 | 5,507 | 平成27年 度 | NDB |
| (10万人あたり) | - | 607 | 534 | 932 | 672 | 628 | 524 | 576 | 542 | 632 | | |

(在宅への復帰)

| 指標名 | 全国 | 静岡県 | 二次保健医療圏 | | | | | | | | 調査年 | 調査名等 |
|-----------------------------|------|------|---------|------|-------|------|------|------|------|------|-------|------|
| | | | 賀茂 | 熱海伊東 | 駿東田方 | 富士 | 静岡 | 志太榛原 | 中東遠 | 西部 | | |
| 退院患者平均在院日数 | 89.1 | 91.3 | 312.5 | 52 | 113.4 | 99.2 | 88.5 | 65.4 | 65.8 | 89.5 | 平成26年 | 患者調査 |
| 在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者数[0.1千人] | - | 7.7 | 0 | 0 | 1.5 | 0.8 | 1.5 | 1 | 0.8 | 1.7 | 平成26年 | 患者調査 |
| 脳血管疾患患者数[0.1千人] | - | 14.0 | 0 | 0.5 | 2.8 | 1.3 | 2.6 | 1.7 | 1.6 | 3.2 | | |
| 在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合 | - | 54.9 | 41.4 | 61.5 | 52.5 | 58.9 | 56.8 | 59.3 | 51.1 | 53.1 | | |

○介護が必要となった者の主な原因



(出典：厚生労働省「平成25年国民生活基礎調査」)

○要介護度別にみた介護が必要となった主な原因(上位3位)

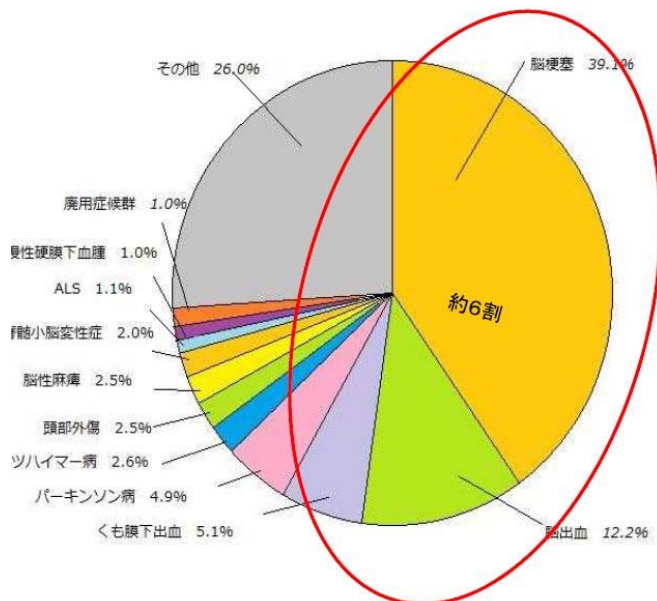
(単位：%)

平成25年

| 要介護度 | 第1位 | | 第2位 | | 第3位 | |
|------|------------|------|------------|------|------------|------|
| 総数 | 脳血管疾患(脳卒中) | 18.5 | 認知症 | 15.8 | 高齢による衰弱 | 13.4 |
| 要支援者 | 関節疾患 | 20.7 | 高齢による衰弱 | 15.4 | 骨折・転倒 | 14.6 |
| 要支援1 | 関節疾患 | 23.5 | 高齢による衰弱 | 17.3 | 骨折・転倒 | 11.3 |
| 要支援2 | 関節疾患 | 18.2 | 骨折・転倒 | 17.6 | 脳血管疾患(脳卒中) | 14.1 |
| 要介護者 | 脳血管疾患(脳卒中) | 21.7 | 認知症 | 21.4 | 高齢による衰弱 | 12.6 |
| 要介護1 | 認知症 | 22.6 | 高齢による衰弱 | 16.1 | 脳血管疾患(脳卒中) | 13.9 |
| 要介護2 | 認知症 | 19.2 | 脳血管疾患(脳卒中) | 18.9 | 高齢による衰弱 | 13.8 |
| 要介護3 | 認知症 | 24.8 | 脳血管疾患(脳卒中) | 23.5 | 高齢による衰弱 | 10.2 |
| 要介護4 | 脳血管疾患(脳卒中) | 30.9 | 認知症 | 17.3 | 骨折・転倒 | 14.0 |
| 要介護5 | 脳血管疾患(脳卒中) | 34.5 | 認知症 | 23.7 | 高齢による衰弱 | 8.7 |

出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」

○嚥下障害の原因疾患の割合



(出典：厚生労働省「医療計画の見直し等に関する検討会」資料)

○ 富士医療圏

【対策のポイント】

- 圏域における地域包括ケアシステムの構築に向け地域医療構想を実現するため、
 - ・「急性期」「回復期」「慢性期」及び「在宅（日常）」の医療機能を充実・強化
 - ・医療機能を担う医療機関等の明確な役割分担とシームレスな連携体制の構築
 - ・隣接する静岡及び駿東田方医療圏との広域的な医療体制の確保
- 圏域において特徴的な健康課題を解決するため、
 - ・地域、職域での予防、早期発見、早期治療開始・継続及び重症化予防に係る取組強化
 - ・保険者、医療機関、行政等の関係機関の情報共有及びネットワークの構築
 - ・住民、企業等の理解促進と積極的な取組を推進

※圏域において、計画期間中に重点的に取り組む事項を記載する。

※県自らが何に取り組み、市町や関係機関、住民が何をするのか意識してもらえる内容・表現に努める。他計画とも整合を図る。

1 医療圏の現状

(1) 人口及び人口動態

①人口

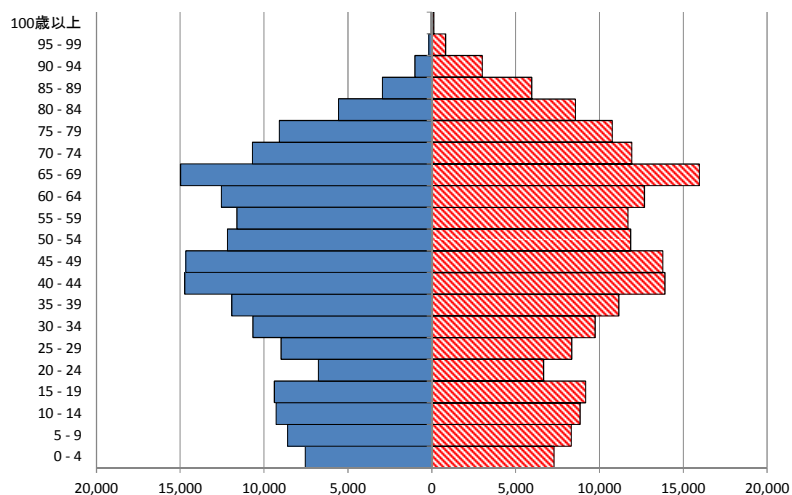
- ・平成 29 年 4 月 1 日現在の推計人口は、男性 18 万 1 千人、女性 18 万 7 千人で計 37 万 7 千人となっており、世帯数は 14 万 4 千世帯です。本県の 8 圏域の中で、賀茂及び熱海伊東に次いで 3 番目に少ない人口規模です。

ア 年齢階級別人口

- ・人口構成をみると、年少人口（0 歳～14 歳）は 49,894 人で 13.3%、生産年齢人口（15 歳～64 歳）は 222,511 人で 59.5%、高齢者人口（65 歳以上）は 101,655 人で 27.2%となっています。静岡県全体と比較すると、年少人口（県 12.9%）と生産年齢人口（県 58.6%）の割合が高く、高齢者人口（県 28.5%）の割合が低くなっています。
- ・60 歳～64 歳及び 10 歳～14 歳人口割合は県全体よりも高く、本計画期間終了時には生産年齢人口の減少及び高齢化が進展します。

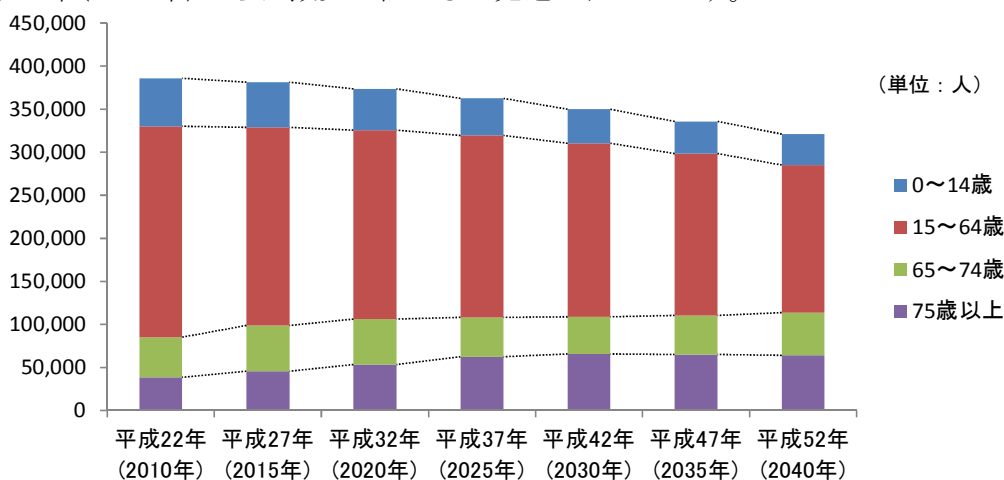
(単位:人)

| 年齢 | 計 | 男 | 女 |
|---------|--------|--------|--------|
| 0 - 4 | 14,840 | 7,549 | 7,291 |
| 5 - 9 | 16,916 | 8,592 | 8,324 |
| 10 - 14 | 18,138 | 9,287 | 8,851 |
| 15 - 19 | 18,561 | 9,383 | 9,178 |
| 20 - 24 | 13,439 | 6,760 | 6,679 |
| 25 - 29 | 17,332 | 8,980 | 8,352 |
| 30 - 34 | 20,401 | 10,655 | 9,746 |
| 35 - 39 | 23,086 | 11,928 | 11,158 |
| 40 - 44 | 28,631 | 14,729 | 13,902 |
| 45 - 49 | 28,449 | 14,663 | 13,786 |
| 50 - 54 | 24,046 | 12,183 | 11,863 |
| 55 - 59 | 23,324 | 11,617 | 11,707 |
| 60 - 64 | 25,242 | 12,548 | 12,694 |
| 65 - 69 | 30,932 | 14,976 | 15,956 |
| 70 - 74 | 22,624 | 10,688 | 11,936 |
| 75 - 79 | 19,862 | 9,096 | 10,766 |
| 80 - 84 | 14,130 | 5,557 | 8,573 |
| 85 - 89 | 8,907 | 2,943 | 5,964 |
| 90 - 94 | 4,015 | 1,000 | 3,015 |
| 95 - 99 | 1,008 | 173 | 835 |
| 100歳以上 | 177 | 42 | 135 |



イ 人口構造の変化の見通し

- ・平成22年(2010年)から平成37年(2025年)に向けて約2万3千人減少し、平成52年(2040年)には約6万5千人減少すると推計されています。
- ・65歳以上人口は、平成22年(2010年)から平成37年(2025年)に向けて約2万3千人増加して10万人を超え、平成52年(2040年)まで引き続き増加すると見込まれています。
- ・75歳以上人口は、平成22年(2010年)から平成37年(2025年)に向けて約2万4千人増加し、平成47年(2035年)からは減少に転じると見込まれています。



| | 平成22年(2010年) | 平成27年(2015年) | 平成32年(2020年) | 平成37年(2025年) | 平成42年(2030年) | 平成47年(2035年) | 平成52年(2040年) |
|--------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 0~14歳 | 55,944 | 52,419 | 47,715 | 43,265 | 39,470 | 37,291 | 35,798 |
| 15~64歳 | 244,805 | 230,175 | 219,591 | 211,250 | 201,530 | 187,924 | 171,380 |
| 65~74歳 | 46,756 | 52,986 | 52,549 | 45,660 | 43,064 | 45,535 | 49,484 |
| 75歳以上 | 38,523 | 45,827 | 53,615 | 62,468 | 65,806 | 65,052 | 64,283 |
| 総数 | 386,028 | 381,407 | 373,470 | 362,643 | 349,870 | 335,802 | 320,945 |

②人口動態

ア 出生

- ・平成27年の出生数は2,925人となっており、減少傾向が続いています。

(単位: 人)

| 出生数 | H22 | H23 | H24 | H25 | H26 | H27 |
|-----|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 富士 | 3,327 | 3,255 | 3,173 | 3,147 | 2,970 | 2,925 |
| 静岡県 | 31,896 | 31,172 | 30,810 | 30,260 | 28,684 | 28,352 |

(資料: 静岡県人口動態統計)

イ 死亡

(ア) 死亡総数、死亡場所

- ・平成27年の死亡数は3,749人となっています。死亡場所は、静岡県の平均と比べて、病院の割合が高く、自宅の割合が低くなっています。

(単位: 人)

| 平成27年 | 死亡総数 | 病院 | | 診療所 | | 老人保健施設 | | 老人ホーム | | 自宅 | | その他 | |
|-------|--------|--------|-------|-----|------|--------|------|-------|------|-------|-------|-----|------|
| | | 死亡数 | 割合 | 死亡数 | 割合 | 死亡数 | 割合 | 死亡数 | 割合 | 死亡数 | 割合 | 死亡数 | 割合 |
| 富士 | 3,749 | 2,883 | 76.9% | 55 | 1.5% | 68 | 1.8% | 230 | 6.1% | 437 | 11.7% | 76 | 2.0% |
| 静岡県 | 39,518 | 27,926 | 70.7% | 566 | 1.4% | 1,565 | 4.0% | 3,500 | 8.9% | 5,247 | 13.3% | 714 | 1.8% |

備考: 「老人ホーム」とは養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホームをいう。
「自宅」にはグループホーム、サービス付高齢者向け住宅を含む。

資料: 「静岡県人口動態統計」

(イ) 主な死因別の死亡割合

- ・主な死因別の死亡割合では、悪性新生物、心疾患、脳血管疾患の順に多くなっています。これらの三大死因で全死因の55%を占め、県全体と比較しても高くなっています。

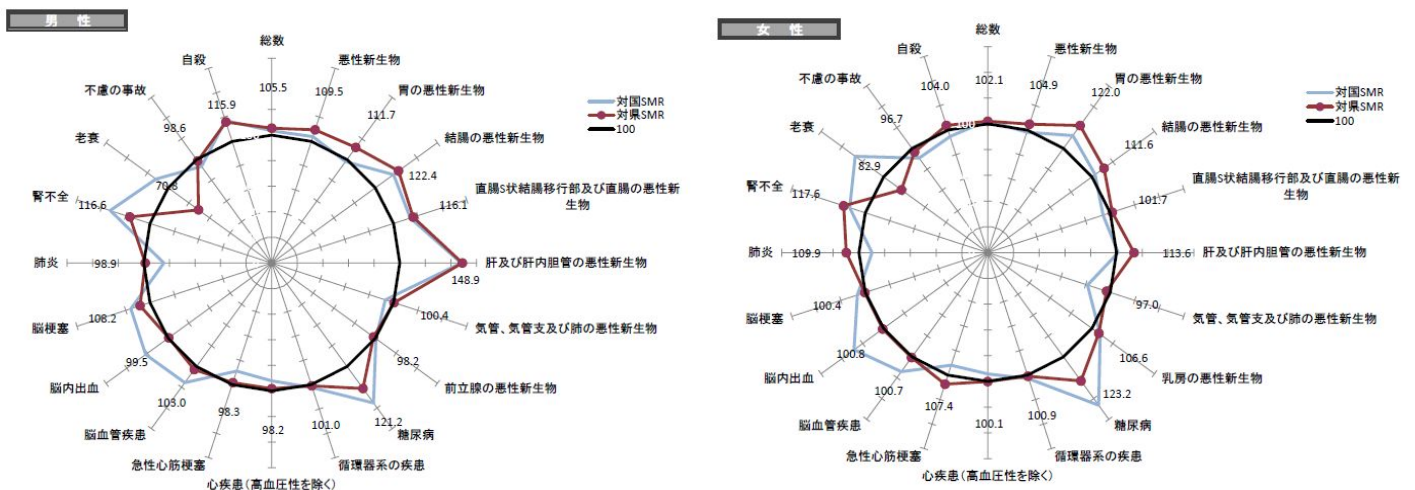
(単位:人)

| 平成27年 | | 第1位 | 第2位 | 第3位 | 第4位 | 第5位 |
|-------|-----|--------|-------------|-------|-------|-------|
| 富士 | 死因 | 悪性新生物 | 心疾患(高血圧性除く) | 脳血管疾患 | 肺炎 | 老衰 |
| | 死亡数 | 1,129 | 562 | 373 | 304 | 239 |
| | 割合 | 30.1% | 15.0% | 9.9% | 8.1% | 6.4% |
| 静岡県 | 死因 | 悪性新生物 | 心疾患(高血圧性除く) | 老衰 | 脳血管疾患 | 肺炎 |
| | 死亡数 | 10,570 | 5,711 | 3,876 | 3,823 | 3,166 |
| | 割合 | 26.7% | 14.5% | 9.8% | 9.7% | 8.0% |

資料:「静岡県人口動態統計」

(ウ) 標準化死亡比 (SMR)

- ・圏域の標準化死亡比は、糖尿病、肝疾患、自殺、悪性新生物が高い水準です。



(資料:静岡県総合健康センター「静岡県市町別健康指標」)

(2) 医療資源の状況

①医療施設

(病院)

- ・平成28年4月現在、病院の使用許可病床数は、一般病床2,114床、療養病床925床、精神病床946床、結核病床10床、感染症病床6床となっています。
- ・圏域内には病院が19病院あり、このうち病床が200床以上の病院が3病院あります。

※併せて、各病院の有する医療機能や特有の機能など、策定時点の現状を明らかにする。

※また、病院における医療提供体制の変化又は医療需要と供給のバランスを、総論的に現状として記載する。

※公立病院については、新公立病院改革プラン(29年3月策定、地域医療構想を踏まえた役割の明確化)を踏まえて記載する。

(診療所)

- ・平成28年4月現在、有床診療所は28施設、無床診療所は246施設、歯科診療所は197施設あります。また使用許可病床数は、有床診療所2,295床、歯科診療所3床となっています。
- ・新規開設、廃止の状況は・・・

※診療所の医療提供体制の変化又は医療需要と供給のバランスを、総論的に現状として記載する。また、病院との機能分担や連携についても記載する。

(単位:施設、床)

| | | 一般診療所 | | | 歯科診療所 | |
|-----|-----|--------|-------------|---------|-------------|-----|
| | | 無床診療所数 | 有床診療所数(病床数) | | 歯科診療所数(病床数) | |
| 富士 | H26 | 237 | 33 | (352) | 195 | 0 |
| | H27 | 240 | 31 | (338) | 196 | 0 |
| | H28 | 246 | 28 | (319) | 197 | 0 |
| 静岡県 | H26 | 2,499 | 246 | (2,523) | 1,795 | (5) |
| | H27 | 2,507 | 230 | (2,415) | 1,801 | (3) |
| | H28 | 2,530 | 216 | (2,295) | 1,806 | (3) |

資料:静岡県健康福祉部「病院・診療所名簿」各年度4月1日現在

(基幹病院までのアクセス)

- 交通アクセスとしては、東名高速道路、新東名高速道路、その他幹線となる国道、県道が整備されており、比較的良好な環境にあります。ただし、患者の状況によってドクターヘリの活用も図られています。

②医療従事者

- 圏域内の医療機関に従事する医師数は、平成26年12月末日現在529人です。人口10万人当たり138.6人であり全国平均(233.6人)、静岡県平均(193.9人)と比べ、医師が特に少ない圏域です。歯科医師数、薬剤師数についても全国平均、静岡県平均を下回っています。
- 各病院の医師確保は困難を極めており、中核病院の診療体制が縮小していることから、近隣地域の病院との医療連携を更に推進していく必要があります。
- 看護職員については・・・

※併せて、疾病・事業ごと等の課題、対策を検討する中で、必要があれば圏域の医療従事者の特徴(特色)を記載する。(〇〇科については県全体に比べ著しく少ない、等)

○医師数(医療施設従事者)

(各年12月31日現在)

| | 実数(人) | | | 人口10万対 | | |
|-----|---------|---------|---------|--------|-------|-------|
| | 平成22年 | 平成24年 | 平成26年 | 平成22年 | 平成24年 | 平成26年 |
| 富士 | 517 | 508 | 529 | 133.9 | 132.1 | 138.6 |
| 静岡県 | 6,883 | 6,967 | 7,185 | 182.8 | 186.5 | 193.9 |
| 全国 | 280,431 | 288,850 | 296,845 | 219.0 | 226.5 | 233.6 |

資料:厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

○歯科医師数(医療施設従事者)

(各年12月31日現在)

| | 実数(人) | | | 人口10万対 | | |
|-----|--------|--------|---------|--------|-------|-------|
| | 平成22年 | 平成24年 | 平成26年 | 平成22年 | 平成24年 | 平成26年 |
| 富士 | 229 | 215 | 224 | 59.3 | 55.9 | 59.6 |
| 静岡県 | 2,233 | 2,260 | 2,268 | 59.3 | 60.5 | 61.2 |
| 全国 | 98,723 | 99,659 | 100,965 | 77.1 | 78.2 | 79.4 |

資料:厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

○薬剤師数(薬局及び医療施設従事者)

(各年12月31日現在)

| | 実数(人) | | | 人口10万対 | | |
|-----|---------|---------|---------|--------|-------|-------|
| | 平成22年 | 平成24年 | 平成26年 | 平成22年 | 平成24年 | 平成26年 |
| 富士 | 513 | 535 | 566 | 132.9 | 139.1 | 150.6 |
| 静岡県 | 5,409 | 5,611 | 5,883 | 143.7 | 150.2 | 158.7 |
| 全国 | 197,616 | 205,716 | 216,077 | 154.3 | 161.3 | 170.0 |

資料:厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

③患者受療動向

- ・県内の病院等に入院している患者の住所地別に受療動向をみると、当圏域では自圏域内での受療割合が〇〇%となっています。
- ・富士市民の市内受療割合は〇〇%、富士宮市民の市内受療割合は〇〇%ですが、駿東田方医療圏の医療機関への受療割合が〇〇%となっています。（※在院患者調査の結果を記載）

※併せて、市町・圏域外のどこで受療しているかや、その他特記事項を記載する。

2 地域医療構想

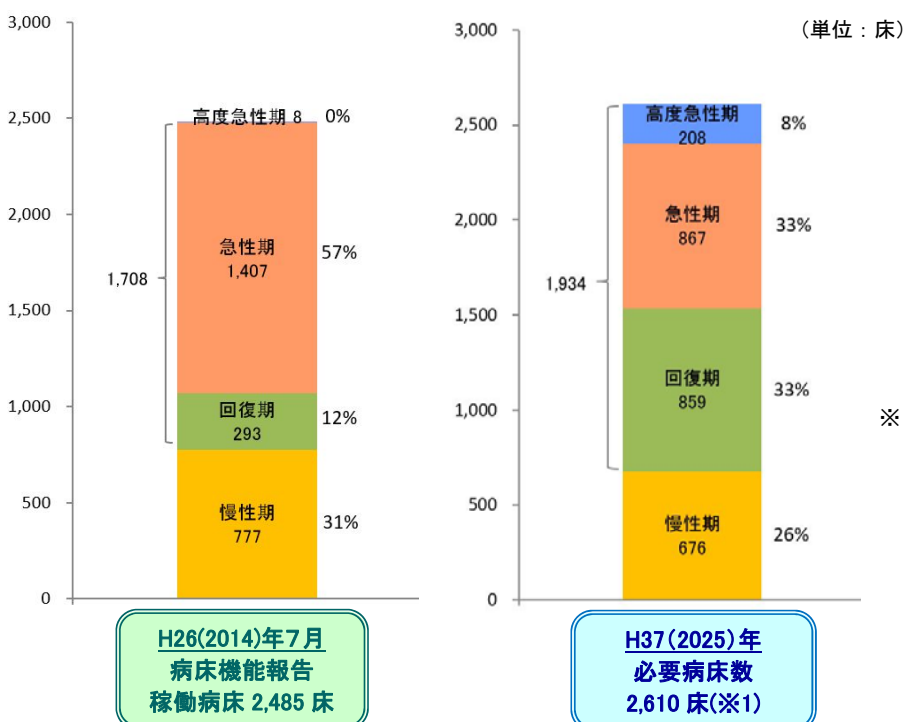
現行の地域医療構想を仮置き

(1) 平成 37 年 (2025 年) の必要病床数と在宅医療等の必要量

○平成 37 年 (2025 年) の必要病床数

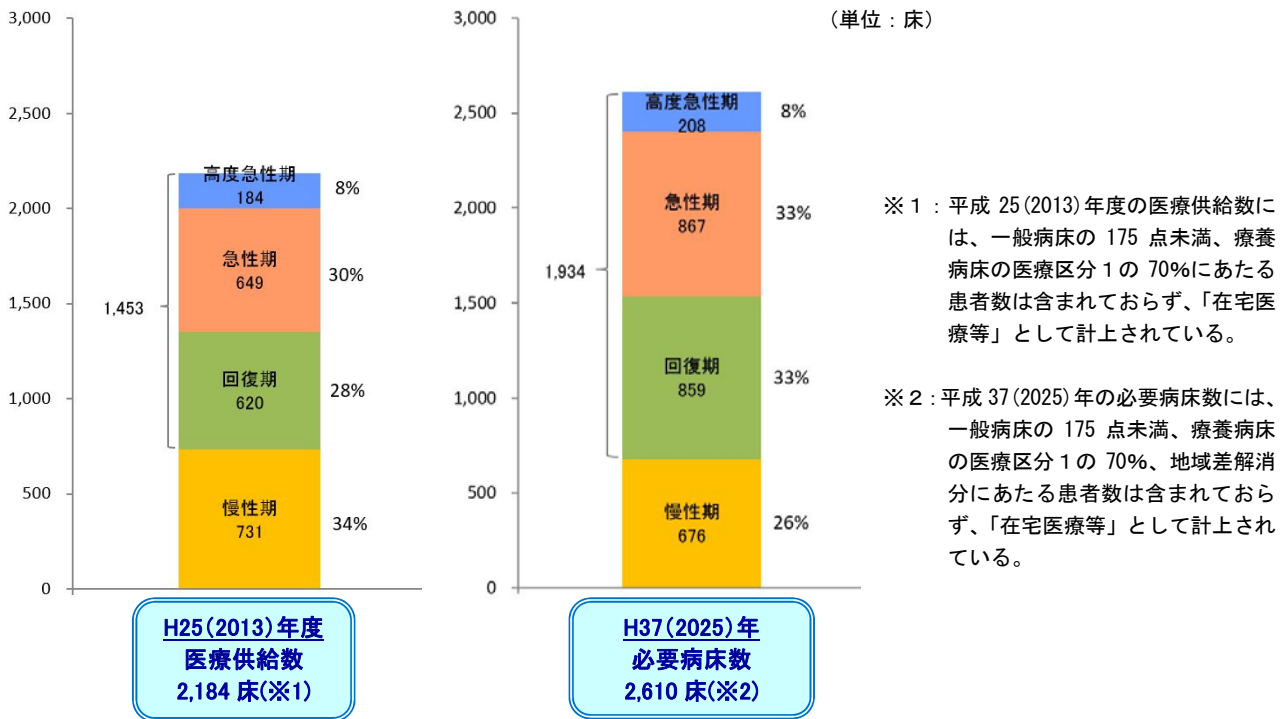
- ・平成 37 年 (2025 年) における必要病床数は 2,610 床と推計されます。高度急性期は 208 床、急性期は 867 床、回復期は 859 床、慢性期は 676 床と推計されます。
- ・平成 26 年 7 月の病床機能報告における稼働病床数は 2,485 床です。平成 37 年 (2025 年) の必要病床数と比較すると 125 床の差が見られます。その中で、一般病床が主となる「高度急性期+急性期+回復期」は 1,708 床 (平成 26 年 7 月の稼働病床数) と 1,934 床 (平成 37 年の必要病床数) であり、必要病床数が報告病床数を上回っています。療養病床が主となる「慢性期」は、777 床 (平成 26 年 7 月の稼働病床数) と 676 床 (平成 37 年の必要病床数) であり、必要病床数が報告病床数を下回っています。
- ・平成 25 年度 (2013 年度) における医療供給数 2,184 床と比較すると、平成 37 年 (2025 年) 必要病床数が 426 床上回っています。

<平成 26 年 (2014 年) 7 月病床機能報告稼働病床数と平成 37 年 (2025 年) 必要病床数の比較>



※1：平成 37 (2025) 年の必要病床数には、一般病床の 175 点未満、療養病床の医療区分 1 の 70%、地域差解消分にあたる患者数は含まれておらず、「在宅医療等」として計上されている。

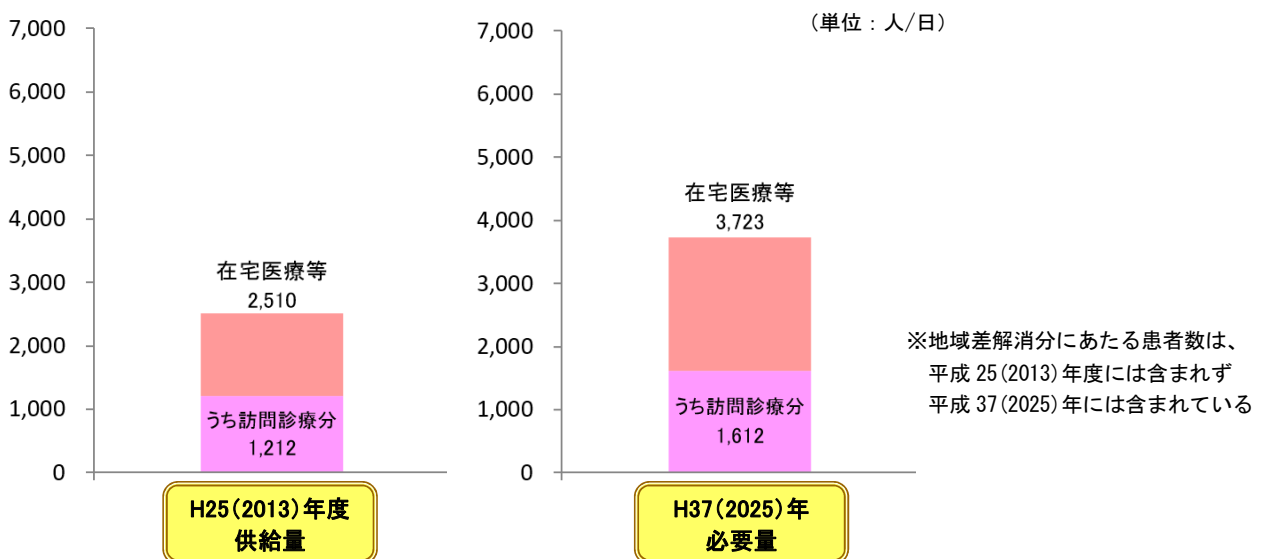
＜平成 25 年度 (2013 年度) 医療供給数と平成 37 年 (2025 年) 必要病床数の比較＞



○平成 37 年 (2025 年) の在宅医療等の必要量

- ・平成 37 年 (2025 年) における在宅医療等の必要量は 3,723 人、うち訪問診療分は 1,612 人と推計されます。
- ・平成 37 年 (2025 年) に向けて、在宅医療等の必要量の増加は 1,213 人、うち訪問診療分について 400 人増加すると推計されます。

＜在宅医療等の平成 25 年度 (2013 年度) 供給量と平成 37 年 (2025 年) 必要量の比較＞



(2) 圏域の動向

- ・独立行政法人国立病院機構静岡富士病院(175床)が静岡医療センター(駿東郡清水町)に統合される予定。(平成29年度)

(3) 実現に向けた方向性

- ・在宅医療と介護のネットワークづくり、病院から在宅へつなげる仕組みづくりが必要です。
- ・口腔外科を担う病院が少ない状態を考慮する必要があります。
- ・在宅医療を含む医療提供体制を確保するためには、医師や看護師等の医療従事者の確保が必要不可欠です。また、在宅医療の推進のためには、夜間診療体制、医師・看護師の負担軽減などの条件整備や人材確保・育成が求められます。
- ・在宅医療を含む地域包括ケアシステムの円滑な実施に際しては、かかりつけ医等が中核的な役割を担うとともに、介護と医療の知識を有する人材の育成や、在宅医療と介護の連携に関する相談支援等の拠点を設置することが必要です。

3 疾病・事業及び在宅医療の医療連携体制

【数値目標】

- (検討中) ※圏域で重点的に取り組む項目について、数値目標を記載する。
- (疾病事業の全てに数値目標を掲げるわけではない)
- (冒頭に記載する「対策のポイント」とも整合させる。)

(1) がん

【現状と課題】

- ・○○○○○
- ・○○○○○

【施策の方向性】

- ・○○○○○
- ・○○○○○

(2) 脳卒中

【現状と課題】

- ・○○○○○
- ・○○○○○

【施策の方向性】

- ・○○○○○
- ・○○○○○

(3) 心筋梗塞等の心血管疾患

7疾病5事業及び在宅医療ごと、「資料4」の記載事項例も踏まえて記載

圏域版 7 疾病 5 事業及び在宅医療に係る記載事項例 (案)

1 がん

| 区分 | 項目 | 記載する事項 (例) |
|---------------|-----------------------|---|
| 現状 ・ 課題 | 現状 | <ul style="list-style-type: none"> ・がん患者数 ・年齢調整死亡率、標準化死亡比 (SMR) ・がん患者の在宅死亡割合 |
| | 発症予防 早期発見 | <ul style="list-style-type: none"> ・特定健診分析 (標準化該当比) (習慣的喫煙者) ・がん検診率、精密検査実施率 ・喫煙率、禁煙外来の実施状況 ・生活習慣 (喫煙、食生活、運動等) 改善の取組 |
| | がんの医療 (医療提供体制) | <p>【医療機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・集学的治療を担う医療機関 ・がん診療連携拠点病院等の設置状況 ・ターミナルケアを担う医療機関等の設置状況 ・末期がん患者に対して在宅医療を提供する医療機関 ・地域連携クリティカルパス導入率 <p>【治療】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・手術・治療件数 (手術療法、放射線療法、化学療法) ・自己完結率、圏域外への患者流出状況 ・緩和ケア実施状況 |
| 対策 | がんの予防 【予防】 | <ul style="list-style-type: none"> ・がん検診、精密検査の受診率向上の取組 ・喫煙対策等、生活習慣改善のための取組 ・行政と保険者、職域団体等との連携による取組 |
| | がん診療 【治療】 | <ul style="list-style-type: none"> ・病院間の役割分担、拠点病院等との地域医療連携の推進 (圏域内での対応、圏域外との連携の取組) ・緩和ケアの実施体制の整備 ・相談支援の体制の確保の取組 ・周術期の口腔管理等、合併症予防の取組 |
| | 在宅療養支援 【療養】 | <ul style="list-style-type: none"> ・在宅等の生活の場での療養ができる体制の確保の取組 ・仕事と治療の両立支援、就職支援の取組 ・がんの社会教育の取組 |

2 脳卒中

| 区分 | 項目 | 記載する事項（例） |
|---------------|-------------------|---|
| 現状 ・ 課題 | 現状 | <ul style="list-style-type: none"> ・年齢調整死亡率、標準化死亡比 ・患者数、新規発生患者数 ・脳卒中を主な原因とする要介護認定者数 |
| | 発症予防 | <ul style="list-style-type: none"> ・特定健診分析（標準化該当比）（高血圧症有病者、脂質異常有病者、習慣的喫煙者、糖尿病有病者） ・健康診断・特定健康診査受診率 ・喫煙率、禁煙外来の実施状況 ・生活習慣（喫煙、食生活、運動等）改善の取組 |
| | 脳卒中の医療（医療提供体制） | <p>【医療機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・脳卒中の「救急医療」を担う医療機関の設置状況 ・脳卒中の「身体機能を回復させるリハビリテーション」を担う医療機関の設置状況 ・「生活の場における療養支援」を担う医療機関の設置状況 ・各病期を担う医療機関の連携状況、地域連携クリティカルパス実施率 <p>【救護、搬送】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・救急搬送件数、救急搬送所要時間 <p>【治療】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・t-PA療法実施件数、病院数 ・自己完結率、圏域外への患者流出状況 ・早期リハビリテーション実施件数 ・在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合 ・神経内科医師数、脳神経外科医師数 |
| 対策 | 発症予防【予防】 | <ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査、精密検査の受診率向上の取組 ・喫煙対策等、生活習慣改善（特に減塩）のための取組 ・行政と保険者、職域団体等との連携による取組 |
| | 応急手当・病院前救護【救護】 | <ul style="list-style-type: none"> ・住民への知識の普及・啓発（脳卒中の初期症状等） ・MC協議会での搬送基準整備、消防機関における適切な観察・判断・処理、救急医療機関への迅速な搬送 |
| | 救急医療【急性期】 | <ul style="list-style-type: none"> ・救急医療体制の充実 ・脳卒中患者の来院後1時間以内（発症後4.5時間以内）の専門的治療の開始 |
| | 身体機能の早期改善のためのリハビリ | <ul style="list-style-type: none"> ・身体機能の早期改善のため、発症早期のリハビリテーションの開始 ・再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理 |

| | | |
|--|---|--|
| | <p>ーション【回復期】</p> | |
| | <p>日常生活への復帰及び日常生活維持のためのリハビリテーション【維持期】</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・生活機能の維持・向上のためのリハビリテーション実施 ・在宅等への復帰や日常生活の継続的な支援 ・再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理 ・かかりつけ医の普及 ・在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション等の充実 |
| | <p>各病期共通・連携</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・各病期を担う医療機関の連携、地域連携（地域連携クリティカルパスの普及等） ・誤嚥性肺炎等の合併症の予防 |

3 心筋梗塞等の心血管疾患

| 区分 | 項目 | 記載する事項（例） |
|---------------|--|--|
| 現状 ・ 課題 | 現状 | <ul style="list-style-type: none"> ・年齢調整死亡率、標準化死亡比 ・患者数 |
| | 発症予防 | <ul style="list-style-type: none"> ・特定健診分析（標準化該当比）（高血圧症有病者、脂質異常有病者、習慣的喫煙者、糖尿病有病者） ・健康診断・特定健康診査受診率 ・喫煙率、禁煙外来の実施状況 ・生活習慣（喫煙、食生活、運動等）改善の取組 |
| | 心血管疾患の医療（医療提供体制） | <p>【医療機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・急性心筋梗塞の「救急医療」を担う医療機関の設置状況 <p>【救護、搬送】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・AED 設置状況 ・救急搬送所要時間 ・虚血性心疾患により救急搬送された患者数 <p>【治療】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・経皮的冠動脈形成手術件数等 ・自己完結率、圏域外への患者流出状況 ・在宅等生活の場に復帰した患者数 |
| 対策 | 発症予防 【予防】 | <ul style="list-style-type: none"> ・特定健康診査、精密検査の受診率向上の取組 ・喫煙対策等、生活習慣改善のための取組 ・行政と保険者、職域団体等との連携による取組 |
| | 応急手当・病院前救護 【救護】 | <ul style="list-style-type: none"> ・住民への知識の普及・啓発（初期症状等の知識、AED 使用法、胸骨圧迫） ・MC 協議会での搬送基準整備、消防機関における適切な観察・判断・処理、救急医療機関への迅速な搬送 |
| | 救急医療 【急性期】 | <ul style="list-style-type: none"> ・救急医療体制の整備・充実 ・心筋梗塞患者の来院後 30 分以内の専門的治療の開始 |
| | 心血管疾患リハビリテーション 【回復期】 | <ul style="list-style-type: none"> ・合併症、再発予防、在宅復帰のための心血管疾患リハビリテーションの実施 ・再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理 ・在宅等生活の場への復帰支援 |
| | 再発予防 | <ul style="list-style-type: none"> ・再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理 ・在宅療養の継続を支援 ・かかりつけ医の普及 ・在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション等の充実 |
| 各病期共通 | <ul style="list-style-type: none"> ・心血管疾患の各病期を担う医療機関の機能分担・連携、地域連携 | |

4 糖尿病

| 区分 | 項目 | 記載する事項（例） |
|---------------|-----------------------|---|
| 現状 ・ 課題 | 現状 | <ul style="list-style-type: none"> ・年齢調整死亡率、標準化死亡比 |
| | 予防 | <ul style="list-style-type: none"> ・特定健診分析（糖尿病有病者、糖尿病予備群） ・特定健康診査受診率 ・生活習慣（食生活、運動等）改善の取組 ・糖尿病等重症化予防対策 ・行政と保険者等との連携 |
| | 糖尿病の医療（医療提供体制） | <p>【医療機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病の「専門治療・急性増悪時治療」を担う医療機関の設置状況 ・糖尿病足病変に関する指導を実施する医療機関 <p>【治療】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自己完結率、圏域外への流出 ・糖尿病内科の医師数 ・退院患者平均在院日数 |
| 対策 | 合併症の発症を予防する初期・安定期治療 | <ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病に関する正しい知識の普及 ・糖尿病の診断、生活習慣の指導 ・良好な血糖コントロールを目指した治療の実施 ・歯周疾患検診の推進 ・各病期を担う医療機関の連携 ・糖尿病等重症化予防対策 |
| | 血糖値コントロール不可例の治療【専門治療】 | <ul style="list-style-type: none"> ・教育入院等の集中的な治療の実施 |
| | 急性合併症の治療【急性増悪時治療】 | <ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病昏睡等、急性合併症の治療 |
| | 糖尿病の慢性合併症の治療【慢性合併症治療】 | <ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病の慢性合併症の専門的な治療 |
| | 地域との連携 | <ul style="list-style-type: none"> ・行政と保険者の連携の取組 ・医療従事者が地域での健康づくり・疾病予防に参加 |

5 喘息

| 区分 | 項目 | 記載する事項（例） |
|---------------|-------------------|--|
| 現状 ・ 課題 | 現状 | <ul style="list-style-type: none"> ・標準化死亡比、死亡率 ・小学生及び中学生の喘息有病率 |
| | 予防 | <ul style="list-style-type: none"> ・特定健診分析（習慣的喫煙者、肥満） ・喫煙率 ・患者や家族に対する教育 |
| | 喘息の医療 （医療提供体制） | <ul style="list-style-type: none"> ・喘息の「専門治療」を担う医療機関 ・退院患者平均在院日数 |
| 対策 | 啓発、知識の普及、予防 | <ul style="list-style-type: none"> ・喘息とその治療に関する正しい知識の普及 ・喫煙対策（受動喫煙を含む） ・かかりつけ医への定期的な受診の勧奨 |
| | 医療提供体制の確保 | <ul style="list-style-type: none"> ・急性発作に対応した救急医療の実施 ・重症、難治例、合併症の治療を行う専門医療機関の充実 ・専門医療機関とかかりつけ医等の連携体制の整備 |
| | 生活の質の維持向上 | <ul style="list-style-type: none"> ・学校・施設等と医療機関等との連携 |

6 肝炎

| 区分 | 項目 | 記載する事項（例） |
|---------------|-------------------|--|
| 現状 ・ 課題 | 現状 | <ul style="list-style-type: none"> 標準化死亡比（肝疾患、肝がん）、死亡率 肝炎ウイルス検査の陽性率 |
| | 予防 | <ul style="list-style-type: none"> 肝炎に関する正しい知識の普及啓発 肝炎ウイルス検査等の実施状況 肝炎ウイルス検査の受検勧奨と検査陽性者に対する受診勧奨の取組 |
| | 肝炎医療（医療提供体制） | <ul style="list-style-type: none"> 専門治療を担う「地域肝疾患診療連携拠点病院」の設置状況 肝疾患かかりつけ医の登録状況 退院患者平均在院日数 |
| 対策 | 予防 | <ul style="list-style-type: none"> 肝炎に関する正しい知識の普及啓発 肝炎ウイルス検査陽性者へのフォローアップ 肝炎ウイルス検査受検勧奨と検査陽性者に対する受診勧奨の強化 行政と保険者等との連携 |
| | 肝炎医療（医療提供体制） | <ul style="list-style-type: none"> 肝疾患かかりつけ医等と地域肝疾患診療連携拠点病院の連携 肝炎医療コーディネーターをはじめ、肝炎医療に携わる人材の育成 |
| | 患者及びその家族に対する支援の充実 | <ul style="list-style-type: none"> 患者の治療と仕事の両立等の支援 肝炎医療コーディネーターによる患者等への情報提供・相談支援等 |

7 精神疾患

| 区分 | 項目 | 記載する事項（例） |
|---------------|------------------|--|
| 現状 ・ 課題 | 現状 | <ul style="list-style-type: none"> ・患者数 ・標準化死亡比（自殺、精神・行動の障害） |
| | 普及・啓発 | <ul style="list-style-type: none"> ・精神疾患や治療に関する正しい知識の普及 |
| | 精神疾患の医療体制 | <ul style="list-style-type: none"> ・精神科の専門病院、精神科救急医療を担う医療機関、精神科の身体合併症治療を担う医療機関、認知症疾患治療を担う医療機関（認知症疾患医療センター）の設置状況 ・精神疾患ごとの医療機関の役割分担 ・自己完結率、他圏域への流出 ・平均在院日数 |
| 対策 | 医療提供 | <ul style="list-style-type: none"> ・精神科病院、精神保健指定医、行政等の協力 ・身体合併症治療等に対応するため、一般科、精神科の連携体制の整備 ・医療観察法における対象者への医療 ・行政・警察・消防・医療・保健・労働・法律・産業等の関係機関による連携 |
| | 多様な精神疾患等への対応 | <ul style="list-style-type: none"> ・精神疾患ごとに医療機関の役割分担・連携を推進 <p>※多様な精神疾患 統合失調症、うつ病・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患、発達障害、依存症（アルコール依存症、薬物依存症、ギャンブル依存症）、外傷後ストレス障害（PTSD）、高次脳機能障害、摂食障害、てんかん、精神科救急、身体合併症、自殺対策、災害精神医療</p> <p>（個別の取組例）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・うつ病：早期発見、治療につなげる医療機関の連携 ・自殺対策：ゲートキーパーの養成や普及啓発、若年層対策等の推進 ・認知症：認知症の早期発見や継続的な支援体制の確立のため、認知症サポート医の養成、認知症疾患医療センターの運営の支援、認知症サポーター養成の促進、認知症の正しい知識と理解の普及・啓発 |
| | 地域ケアシステムの構築、地域移行 | <ul style="list-style-type: none"> ・病院、相談支援事業所、行政等関係機関の連携による支援 |

8 救急医療

| 区分 | 項目 | 記載する事項（例） |
|---------------|--------|---|
| 現状 ・ 課題 | 救急医療体制 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 初期救急医療、二次救急医療、三次救急医療を担う医療機関、救急医療体制の状況 ・ 特定集中治療室のある病院数 ・ 自己完結率、他の圏域への流出 |
| | 救急搬送 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 救急搬送の状況（搬送件数、搬送時間） |
| | 病院前救護 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 市民への蘇生法普及の取組、AED 設置状況 ・ メディカルコントロール協議会の活動状況 ・ 傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準（実施基準）の策定と実施状況 |
| 対策 | 救急搬送 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 住民に対する適正な受療行動の啓発 ・ メディカルコントロール協議会での搬送基準整備 ・ 消防機関における適切な観察・判断・処理、救急医療機関への迅速な搬送 |
| | 病院前救護 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 住民への知識の普及（救急蘇生法、AED 使用方法等） ・ 救命救急士の資質向上 |
| | 救急医療 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 患者の状態に応じた、適切な救急医療の提供 ・ 救急医療機関とかかりつけ医や介護施設等との地域連携、体制の整備 ・ 精神科救急医療体制と一般救急医療機関等との連携 ・ 救命救急センターのない医療圏での設置の検討 |

9 災害時における医療

| 区分 | 項目 | 記載する事項（例） |
|---------------|---------|---|
| 現状 ・ 課題 | 医療救護施設 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 災害拠点病院、救護病院等の指定状況 ・ 救護病院の耐震化の状況 ・ 災害拠点病院の津波浸水想定区域立地の状況 ・ 医療機関のマニュアル、事業継続計画の策定状況、防災訓練実施状況 |
| | 広域応援派遣 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 災害派遣医療チーム（DMAT）設置病院、応援班設置病院の状況 ・ 災害派遣精神医療チーム（DPAT）設置病院、応援班設置病院の状況 |
| | 広域受援 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 災害医療コーディネーターの設置状況 |
| | 医薬品等の確保 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 医薬品確保のための取組（協定等締結） ・ 災害薬事コーディネーターの配置状況 |
| 対策 | 医療救護施設 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 災害拠点病院、救護病院、救護所による災害医療体制の整備 ・ 医療機関のマニュアル、事業継続計画の策定支援 ・ 防災訓練の実施 ・ 施設耐震化等 |
| | 災害医療体制 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域災害医療対策協議会を設置し、拠点病院・医師会、行政の協力体制を構築 |
| | 広域応援派遣 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 災害派遣医療チーム（DMAT）調整本部の機能強化 ・ 災害派遣精神医療チーム（DPAT）調整本部の機能強化 |
| | 広域受援 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 災害医療コーディネーターによる医療チームの配置調整ができる体制 |
| | 医薬品等の確保 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 医薬品等の確保・供給の体制 ・ 人工透析機関に対する、水・薬品の供給体制 |

10 へき地の医療

| 区分 | 項目 | 記載する事項（例） |
|---------------|---------------|--|
| 現状 ・ 課題 | 現状 | <ul style="list-style-type: none"> ・へき地に該当する市町 ・無医地区、無歯科医地区の状況 |
| | 医療提供体制 | <ul style="list-style-type: none"> ・へき地診療所、へき地医療拠点病院、へき地病院、準へき地病院等の設置状況 ・患者の搬送体制 ・ICTによる診療支援の状況 ・医療従事者数（医師、看護師）、医師確保の取組、勤務医師に対する支援状況 |
| 対策 | へき地における保健指導 | <ul style="list-style-type: none"> ・へき地における保健指導の実施 |
| | へき地における診療 | <ul style="list-style-type: none"> ・拠点病院等の医師の巡回診療による、無医地区の医療の確保 ・専門的な医療・高度な医療を行う医療機関への患者搬送体制の整備 |
| | へき地の診療を支援する医療 | <ul style="list-style-type: none"> ・へき地医療拠点病院等との連携強化 ・ICTを活用した診断支援等、へき地勤務医師のサポート体制の充実 |

11 周産期医療

| 区分 | 項目 | 記載する事項（例） |
|---------------|---------|---|
| 現状 ・ 課題 | 現状 | <ul style="list-style-type: none"> ・分娩取扱い件数、出生数 ・周産期死亡数（率）、死産数（率）、新生児死亡数（率） |
| | 医療提供体制 | <ul style="list-style-type: none"> ・総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター、分娩取扱施設等の設置状況 ・NICU、MFICU、GCUを有する医療機関、病床数 ・ハイリスク分娩管理加算届出医療機関数 ・産科医、産婦人科医数、新生児医療を担当する医師数、助産師数 |
| 対策 | 周産期医療体制 | <ul style="list-style-type: none"> ・総合周産期母子医療センターを核とした周産期医療施設のネットワークの充実 ・NICUの整備促進 ・小児周産期災害リエゾンの養成 ・精神疾患合併妊婦への対応体制の整備 |
| | 搬送受入体制 | <ul style="list-style-type: none"> ・産科合併症以外の合併症に対応するため、周産期医療と救急医療の連携の推進 |

12 小児医療（小児救急医療を含む）

| 区分 | 項目 | 記載する事項（例） |
|---------------|--------|--|
| 現状 ・ 課題 | 現状 | <ul style="list-style-type: none"> ・乳児死亡率、小児死亡率 |
| | 医療提供体制 | <ul style="list-style-type: none"> ・小児科を標榜する医療機関、小児慢性特定疾患を取り扱う医療機関の状況 ・小児救急医療体制の状況 ・NICUを有する医療機関、病床数 ・小児科医師数 ・救急搬送の状況 |
| 対策 | 小児医療 | <ul style="list-style-type: none"> ・一般小児医療を担う医療機関、小児専門医療を担う病院、県立こども病院との連携、役割分担 ・慢性疾患児、障害のある子どもの早期発見体制の強化、医療的ケア児とその家族を地域で支援する体制づくり ・小児周産期災害リエゾンの養成 |
| | 小児救急医療 | <ul style="list-style-type: none"> ・市町や地域医師会と連携し、初期小児救急医療体制の整備・充実 ・小児救急医療機関、小児救命救急センターの機能強化 ・2次小児救急医療体制を確保できない地域は、隣接救急医療圏の病院との連携等 |
| | 小児救急電話 | <ul style="list-style-type: none"> ・小児医療の経験豊富な看護師、保健師等による適切な助言、必要に応じて小児科医師が対応 |

13 在宅医療

| 区分 | 項目 | 記載する事項（例） |
|---------------|--------------------|--|
| 現状 ・ 課題 | 現状 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢者世帯数 ・ ひとり暮らし高齢者世帯数 ・ 要介護認定者数、認知症患者数 ・ 自宅、老人ホーム、病院で死亡した者の割合 ・ 訪問診療を受けた患者数 ・ 在宅訪問看護・指導料算定件数 |
| | 医療提供体制 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所数 ・ 在宅療養支援歯科診療所 ・ 在宅患者訪問薬剤管理指導届出施設数 ・ 訪問看護ステーション数 ・ 在宅看取り（ターミナルケア）を実施している診療所・病院数 ・ 介護老人保健施設、介護老人福祉施設の定員 ・ 診療所医師の年齢構成 |
| 対策 | 円滑な在宅療養移行に向けての退院支援 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 多職種による退院前カンファレンスの実施 ・ 病院からの退院者の介護の受け渡しや在宅での療養を支える、有床診療所の機能強化 |
| | 日常の療養支援 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 多職種協働により、患者が住み慣れた地域で継続的に医療が提供される体制の構築 |
| | 急変時の対応 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 病院、診療所、訪問看護ステーション等の連携による、患者の急変への対応、入院病床の確保 |
| | 患者が望む場所での看取り | <ul style="list-style-type: none"> ・ 患者が住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制の確保 |
| | 多職種連携の推進 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 病院、診療所、介護施設、訪問看護ステーション、薬局等の多職種連携による在宅医療提供体制の構築 ・ 「静岡県在宅医療推進センター」を中心に、在宅医療・介護連携情報システムを活用し、患者・利用者情報を共有し、多職種連携を推進 |
| | 在宅医療を担う機関及び人材の充実等 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅医療に取り組む診療所、病院、訪問看護ステーション及び薬局等の充実 ・ 訪問看護の質の向上、訪問看護師の確保 ・ 在宅医療に関する県民の理解の促進 |

〇〇医療圏

3 疾病・事業及び在宅医療の医療連携体制

【数値目標】

-
-
-

(1) がん

【現状と課題】

(現状)

- ・がんの年齢調整死亡率は、全県に比べて（高く・低く）、全国に比べて（高く・低く）なっています。また、標準化死亡比（SMR）は、全県に比べて（高く・低く）、全国に比べて（高く・低く）なっています。

(予防・早期発見)

- ・市が実施する特定健診の結果に基づく標準化該当比は、メタボ該当者は全県に比べて（高く・低く）、習慣的喫煙者は全県に比べて（高く・低く）なっています。
- ・また、圏域内で禁煙外来を設置している医療施設数は〇〇（病院〇〇施設、診療所〇〇施設）であり、禁煙指導が実施可能な薬局数は〇〇です。
- ・圏域内の市町が実施するがん検診の受診率は、〇〇がん、〇〇がんでは全県に比べて（高く・低く）、〇〇がん、〇〇がんでは（高く・低く）、その他のがんではほぼ全県と同程度の受診率となっています。
- ・また、精密検診受診率は、〇〇〇であり、〇〇〇となっています。

<市町の取組・課題の記載例>

- ・市町では、がん検診受診の向上を図るため、〇〇〇などの取組を（行った結果、受診率が〇〇%増加しました・行っていますが、受診率に大きな変化はありません）。精密検診受診率についても、〇〇〇などの取組を（行った結果、受診率が〇〇%増加しました・行っていますが、受診率に大きな変化はありません）。

<圏域の取組・課題の記載例>

- ・圏域では、地域と職域圏域全体での取組を促進するため、〇〇〇などにより、市町、保険者、職域団体等による地域・職域連携を通じた健康づくりに取り組み、〇〇〇などを実施され（、〇〇〇などの成果が上がっています・ていますが、〇〇〇などの課題があります）。

(医療提供体制)

パターンA

- ・圏域内には集学的治療を担う医療施設が〇〇施設あり、そのうち〇〇施設が国の（県、地域）がん診療連携拠点病院の指定を受け、〇〇施設が県独自の地域がん診療連携推進病院の指定を受けています。

パターンB

- ・圏域内には集学的治療を担う医療施設がないため、〇〇圏域にあるがん診療連携拠点病院等と圏域内の医療施設との連携によりがんの医療を確保しています。このうち、1施設が国のがん診療連携病院の指定を受け、1施設が県独自のがん相談支援センターの指定を受けています。

地域連携クリティカルパス等医療連携の記載例

- ・また、圏域内の医療施設は、(〇〇圏域の医療施設と)地域連携クリティカルパスを作成し、役割分担を図っています。
- ・がんのターミナルケアについては、緩和ケア病棟を有する病院やその他の病院、診療所、薬局が連携して対応しています。

【施策の方向】

○予防・早期発見

- ・特定健診・特定保健指導は、〇〇〇などの取組により、生活習慣の改善を図ります。
- ・たばこ対策については、〇〇〇などの取組により、習慣的喫煙者の減少を図ります。
- ・がん検診受診率の更なる向上を図るため、市町では〇〇〇などの取組を進めるとともに、新たに〇〇〇による取組を始めます。また、精密検診受診率についても、〇〇〇などにより、受診率の向上を図ります。

○医療（医療提供体制）

- ・がん診療連携拠点病院等が集学的治療を担い、〇〇がんについては〇〇病院、〇〇がんについては〇〇病院が拠点病院を補完し、在宅での療養やターミナルケアについては診療所を中心に医療を提供するなど、役割分担に基づき、切れ目のない医療提供体制を構築します。
- ・特に、〇〇がんについては、〇〇〇により、より専門性の高い治療の実施が見込まれます。
- ・また、がん医療における合併症予防のための口腔ケアの向上を図るための医科歯科連携や、医療用麻薬を含む適切な服薬管理等を行うため薬局との連携を推進していきます。

○在宅療養支援

- ・医療と介護が同時に必要な場合であっても在宅での生活が確保できるよう、ICTを活用したネットワークシステムを通じて、医療・介護関係者が患者の情報を常に共有できる体制の整備を図ります。
- ・また、がん患者・家族に限らず、がんに関する様々な相談が気軽にできるよう、〇〇〇などにより、がん診療連携拠点病院等に設置されたがん相談支援センターの周知を図ります。

(2) 脳卒中

【現状と課題】

○現状（表○）

- ・脳卒中の年齢調整死亡率は、全県に比べて（高く・低く）、全国に比べて（高く・低く）なっています。また、標準化死亡比（SMR）は、全県に比べて（高く・低く）、全国に比べて（高く・低く）なっています。
- ・脳卒中を主な原因とする要介護認定者数は、○○○。

○予防・早期発見（表○）

- ・圏域内の市町が実施する特定健診の受診率は、全県に比べて（高く・低く）、保健指導の実施率は全県に比べて（高く・低く）、なっています。
- ・特定健診の結果に基づく標準化該当比は、メタボ該当者は全県に比べて（高く・低く）、高血圧有病者は全県に比べて（高く・低く）、脂質異常有病者は全県に比べて（高く・低く）、糖尿病有病者は全県に比べて（高く・低く）、習慣的喫煙者は全県に比べて（高く・低く）なっています。
- ・また、精密検診受診率は、○○○であり、○○○となっています。
- ・また、圏域内で禁煙外来を設置している医療施設数は○○（病院○○施設、診療所○○施設）であり、禁煙指導が実施可能な薬局数は○○です。

（市町の取組・課題の記載例）

- ・市町では、特定健診受診率の向上を図るため、○○○などの取組を（行った結果、受診率が○○%増加しました・行っていますが、受診率に大きな変化はありません）。精密検診受診率についても、○○○などの取組を（行った結果、受診率が○○%増加しました・行っていますが、受診率に大きな変化はありません）。

（圏域の取組・課題の記載例）

- ・圏域では、地域と職域圏域全体での取組を促進するため、○○○などにより、市町、保険者、職域団体等による地域・職域連携を通じた健康づくりに取り組み、○○○などを実施され（、○○○などの成果が上がっています・ていますが、○○○などの課題があります）。

○医療（医療提供体制）（表○）

- ・脳卒中の「救急医療」を担う医療施設は○○箇所あり、t-PA療法は（圏域内で自己完結しています・実施されておらず、○○医療圏で実施可能な医療施設に搬送しています）。また、外科的治療（血管内手術・開頭手術）が必要な場合は（圏域内で自己完結しています・実施されておらず、○○医療圏で実施可能な医療施設に搬送しています）。
- ・救急搬送の件数は（増加して・減少して）おり、搬送に要する時間も（増加して・減少して）います。
- ・脳卒中の「身体機能を回復させるリハビリテーション」を担う医療施設は○○箇所あり、「救急医療」を担う医療施設と（同一です・役割分担を図っています）。
- ・脳卒中の「生活の場における療養支援」は、医療施設と介護施設等が連携して提供しています。具体的には、○○○において○○○を実施し、○○○では○○○が提供され、これらは○○○により連携体制が確保されています。

(地域連携クリティカルパス等医療連携の記載例)

- ・また、圏域内の医療施設は、(〇〇圏域の医療施設と) 地域連携クリティカルパスを作成し、役割分担を図っています。

【施策の方向】

○予防・早期発見

- ・特定健診・特定保健指導は、〇〇〇などの取組により、生活習慣の改善を図ります。
- ・特定健診受診率・特定保健指導実施率の更なる向上を図るため、市町では〇〇〇などの取組を進めるとともに、新たに〇〇〇による取組を始めます。また、精密検診受診率についても、〇〇〇〇などにより、受診率の向上を図ります。
- ・たばこ対策については、〇〇〇などの取組により、習慣的喫煙者の減少を図ります。
- ・さらに、圏域全体での取組を促進するため、〇〇〇などにより、市町、保険者、職域団体等による地域・職域連携を通じた健康づくりに取り組みます。
- ・脳卒中については、日頃の生活習慣の見直しだけでなく、初期症状への気づきと早期対応が重要であるため、〇〇〇などにより、脳卒中に関する知識の地域住民への啓発に取り組みます。
- ・また、地域メディカルコントロール協議会において、救急搬送の現状と課題を確認し、改善に向けた方策を協議することにより、消防機関と医療関係者、行政との連携を図ります。

(イ) 医療（医療提供体制）

- ・救急医療については、(引き続き現状の救急医療体制を維持することにより・〇〇〇により、初期・二次救急医療体制の充実を図ることにより)、早期に専門的治療が受けられる体制の確保を図ります。
- ・専門的治療開始後は、身体機能の早期改善向け、〇〇〇により、発症早期からリハビリテーションを開始できるよう取り組みます。
- ・さらに、退院前からの病病連携・病診連携、さらには医療・介護の連携により、〇〇〇を通じて、かかりつけ医を中心とした地域の医療・介護のネットワークにつなげることにより、再発予防のための治療や基礎疾患・危険因子の管理、生活機能の維持・向上を図ります。
- ・医科歯科連携により、口腔ケアの充実を図り、誤嚥性肺炎等の合併症の予防を図ります。

(3) 心筋梗塞等の心血管疾患

【現状と課題】

○現状（表○）

- ・心血管疾患の年齢調整死亡率は、全県に比べて（高く・低く）、全国に比べて（高く・低く）なっています。
- ・標準化死亡比（SMR）は、全県に比べて（高く・低く）、全国に比べて（高く・低く）なっています。

○予防・早期発見（表○）

- ・圏域内の市町が実施する特定健診の受診率は、全県に比べて（高く・低く）、保健指導の実施率は全県に比べて（高く・低く）、なっています。特定健診の結果に基づく標準化該当比は、メタボ該当者は全県に比べて（高く・低く）、高血圧有病者は全県に比べて（高く・低く）、脂質異常有病者は全県に比べて（高く・低く）、糖尿病有病者は全県に比べて（高く・低く）、習慣的喫煙者は全県に比べて（高く・低く）なっています。
- ・精密検診受診率は、○○○であり、○○○となっています。
- ・圏域内で禁煙外来を設置している医療施設数は○○（病院○○施設、診療所○○施設）であり、禁煙指導が実施可能な薬局数は○○です。

市町の取組・課題の記載例

- ・市町では、特定健診受診率の向上を図るため、○○○などの取組を（行った結果、受診率が○○%増加しました・行っていますが、受診率に大きな変化はありません）。精密検診受診率についても、○○○などの取組を（行った結果、受診率が○○%増加しました・行っていますが、受診率に大きな変化はありません）。

圏域の取組・課題の記載例

- ・圏域では、地域と職域圏域全体での取組を促進するため、○○○などにより、市町、保険者、職域団体等による地域・職域連携を通じた健康づくりに取り組み、○○○などを実施され（、○○○などの成果が上がっています・ていますが、○○○などの課題があります）。

○医療（医療提供体制）（表○）

- ・心血管疾患の「救急医療」を担う医療施設は○○箇所あり、カテーテル治療は（圏域内で自己完結しています・実施されておらず、○○医療圏で実施可能な医療施設に搬送しています）。また、高度専門的な外科的治療（開胸手術等）が必要な場合は（圏域内で自己完結しています・実施されておらず、○○医療圏で実施可能な医療施設に搬送しています）。
- ・病院前救護については、地域メディカルコントロール協議会において実施状況が検証されており、救急搬送時間は（長く・短く）なっており、搬送先決定までの照会回数は○○○となっています。
- ・また、AEDの設置状況は○○○であり、蘇生術等の救急救命処置についても、○○○を開催するなど、地域住民への普及啓発を実施しています。
- ・心血管疾患において急性期医療から在宅復帰した場合の「生活の場における療養支援」は、医療施設と介護施設等が連携して提供しています。具体的には、○○○において○○○を実施し、○○○では○○○が提供され、これらは○○○により連携体制が確保されています。

地域連携クリティカルパス等医療連携の記載例

- ・また、圏域内の医療施設は、(〇〇圏域の医療施設と) 地域連携クリティカルパスを作成し、役割分担を図っています。

【施策の方向】

○予防・早期発見

- ・特定健診・特定保健指導は、〇〇〇などの取組により、生活習慣の改善を図ります。
- ・特定健診受診率・特定保健指導実施率の更なる向上を図るため、市町では〇〇〇などの取組を進めるとともに、新たに〇〇〇による取組を始めます。
- ・また、精密検診受診率についても、〇〇〇などにより、受診率の向上を図ります。
- ・たばこ対策については、〇〇〇などの取組により、習慣的喫煙者の減少を図ります。
- ・さらに、圏域全体での取組を促進するため、〇〇〇などにより、市町、保険者、職域団体等による地域・職域連携を通じた健康づくりに取り組みます。
- ・心血管疾患については、日頃の生活習慣の見直しだけでなく、発症初期におけるAEDの使用等、適切な救急救命処置が重要であるため、地域メディカルコントロール協議会において、救急搬送の現状と課題を確認し、改善に向けた方策を協議することにより、消防機関と医療関係者、行政との連携強化を図るとともに、〇〇〇などにより、心血管疾患に関する知識の地域住民への啓発に取り組みます。

○医療（医療提供体制）

- ・救急医療については、(引き続き現状の救急医療体制を維持することにより・〇〇〇により、初期・二次救急医療体制の充実を図ることにより)、早期に専門的治療が受けられる体制の確保を図ります。
- ・専門的治療開始後は、身体機能の早期改善向け、〇〇〇により、発症早期からリハビリテーションを開始できるよう取り組みます。
- ・さらに、退院前からの病病連携・病診連携、さらには医療・介護の連携により、〇〇〇を通じて、かかりつけ医を中心とした地域の医療・介護のネットワークにつなげることにより、再発予防のための治療や基礎疾患・危険因子の管理、生活機能の維持・向上を図ります。

(4) 糖尿病

【現状と課題】

○現状（表○）

- ・糖尿病の年齢調整死亡率は、全県に比べて（高く・低く）、全国に比べて（高く・低く）なっています。また、標準化死亡比（SMR）は、全県に比べて（高く・低く）、全国に比べて（高く・低く）なっています。

○予防・早期発見（表○）

- ・圏域内の市町が実施する特定健診の受診率は、全県に比べて（高く・低く）、保健指導の実施率は全県に比べて（高く・低く）、なっています。
- ・特定健診の結果に基づく標準化該当比は、メタボ該当者は全県に比べて（高く・低く）、糖尿病有病者は全県に比べて（高く・低く）、糖尿病予備群は全県に比べて（高く・低く）なっています。
- ・糖尿病の合併症となる高血圧有病者は全県に比べて（高く・低く）、習脂質異常有病者は全県に比べて（高く・低く）、習慣的喫煙者は全県に比べて（高く・低く）なっています。
- ・また、精密検診受診率は、○○○であり、○○○となっています。
- ・県域内の市町が実施する歯周疾患検診の受診率は、全県に比べて（高く・低く）、保健指導の実施率は全県に比べて（高く・低く）、なっています。

市町の取組・課題の記載例

- ・市町では、特定健診受診率の向上を図るため、○○○などの取組を（行った結果、受診率が○○%増加しました・行っていますが、受診率に大きな変化はありません）。精密検診受診率についても、○○○などの取組を（行った結果、受診率が○○%増加しました・行っていますが、受診率に大きな変化はありません）。
- ・また、市町では、食生活改善推進委員により、○○○などの取組が実施されています。
- ・さらに、糖尿病重症化予防対策として、○○では○○○、○○では○○○を実施するなど、それぞれの市町において取組が実施され（、○○○などの成果が上がっています・ていますが、○○○などの課題があります）。

圏域の取組・課題の記載例

- ・圏域では、地域と職域圏域全体での取組を促進するため、○○○などにより、市町、保険者、職域団体等による地域・職域連携を通じた健康づくりに取り組み、○○○などを実施され（、○○○などの成果が上がっています・ていますが、○○○などの課題があります）。

○医療（医療提供体制）（表○）

- ・糖尿病の「専門治療・急性増悪時治療」を担う医療施設は○○箇所あり、（圏域内で自己完結しています・実施されておらず、○○医療圏で実施可能な医療施設に搬送しています）。また、合併症としての糖尿病足病変に関する指導（を実施する医療施設は○○箇所あり、圏域内で自己完結しています・は圏域内で実施されておらず、○○医療圏で実施可能な医療施設に搬送しています）。
- ・糖尿病の「生活の場における療養支援」は、医療施設と介護施設等が連携して提供しています。具体的には、○○○において○○○を実施し、○○○では○○○が提供され、これらは○○○により連携体制が確保されています。

地域連携クリティカルパス等医療連携の記載例

- ・また、圏域内の医療施設は、(〇〇圏域の医療施設と) 地域連携クリティカルパスを作成し、役割分担を図っています。

【施策の方向】

○予防・早期発見

- ・特定健診・特定保健指導は、〇〇〇などの取組により、生活習慣の改善を図ります。
- ・特定健診受診率・特定保健指導実施率の更なる向上を図るため、市町では〇〇〇などの取組を進めるとともに、新たに〇〇〇による取組を始めます。
- ・また、精密検診受診率についても、〇〇〇などにより、受診率の向上を図ります。
- ・たばこ対策については、〇〇〇などの取組により、習慣的喫煙者の減少を図ります。
- ・さらに、圏域全体での取組を促進するため、〇〇〇などにより、市町、保険者、職域団体等による地域・職域連携を通じた健康づくりに取り組みます。

○医療（医療提供体制）

- ・糖尿病の専門治療・急性増悪時治療については、(引き続き現状の救急医療体制を維持することにより・〇〇〇により、初期・二次救急医療体制の充実を図ることにより)、必要に応じて、専門的治療や急性増悪時の治療が早期に受けられる体制の確保を図ります。
- ・さらに、医療施設間の病病連携・病診連携（医科、歯科）だけでなく、薬局や訪問看護ステーション、さらには医療・介護の連携により、〇〇〇を通じて、かかりつけ医を中心とした地域の医療・介護のネットワークにつなげることにより、合併症を含めた重症化予防・慢性合併症の管理を充実させ、生活機能の維持・向上を図ります。
- ・また、医療保険者は、〇〇〇を通じて〇〇〇を実施するなど、地域と連携して健康づくり・疾病予防・重症化予防に取り組みます。

(5) 喘息

【現状と課題】

○現状（表○）

- ・喘息の年齢調整死亡率は、全県に比べて（高く・低く）、全国に比べて（高く・低く）なっています。また、標準化死亡比（SMR）は、全県に比べて（高く・低く）、全国に比べて（高く・低く）なっています。

○予防・早期発見（表○）

- ・圏域内の市町が実施する特定健診の受診率は、全県に比べて（高く・低く）、保健指導の実施率は全県に比べて（高く・低く）、なっています。特定健診の結果に基づく標準化該当比は、メタボ該当者は全県に比べて（高く・低く）、習慣的喫煙者は全県に比べて（高く・低く）なっています。

市町の取組・課題の記載例

- ・市町では、特定健診受診率の向上を図るため、○○○などの取組を（行った結果、受診率が○○%増加しました・行っていますが、受診率に大きな変化はありません）。精密検診受診率についても、○○○などの取組を（行った結果、受診率が○○%増加しました・行っていますが、受診率に大きな変化はありません）。

○医療（医療提供体制）（表○）

- ・喘息の「専門治療」を担う医療施設は○○箇所あり、（圏域内で自己完結しています・実施されておらず、○○医療圏で実施可能な医療施設に搬送しています）。

【施策の方向】

○予防・早期発見

- ・特定健診・特定保健指導は、○○○などの取組により、生活習慣の改善を図ります。
- ・特定健診受診率・特定保健指導実施率の更なる向上を図るため、市町では○○○などの取組を進めるとともに、新たに○○○による取組を始めます。
- ・たばこ対策については、○○○などの取組により、習慣的喫煙者の減少を図ります。さらに、圏域全体での取組を促進するため、○○○などにより、市町、保険者、職域団体等による地域・職域連携を通じた健康づくりに取り組みます。

○医療（医療提供体制）

- ・喘息の専門治療については、（引き続き現状の救急医療体制を維持することにより・○○○により、初期・二次救急医療体制の充実を図ることにより）、医療提供体制の確保を図ります。
- ・また、救急医療体制を○○○することにより、発作時や重症化・合併症併発時の治療の充実を図ります。
- ・さらに、医療施設間の病病連携・病診連携だけでなく、薬局等との連携により、○○○を通じて、かかりつけ医を中心に日常の疾患管理の充実を図るとともに、○○○により、地域の教育関係者や保健福祉関係者等とも連携し、生活機能の維持・向上を図ります。

(6) 肝炎

【現状と課題】

○現状（表○）

- ・ウイルス性肝炎及び肝がんの年齢調整死亡率は、全県に比べて（高く・低く）、全国に比べて（高く・低く）なっています。また、標準化死亡比（SMR）は、全県に比べて（高く・低く）、全国に比べて（高く・低く）なっています。

○予防・早期発見（表○）

- ・ウイルス性肝炎については、○○○により、正しい知識の普及啓発を図っています。
- ・また、ウイルス性肝炎の早期発見・早期治療につなげるため、市町や保健所等で肝炎ウイルス検診を実施しており、受検者数は（増加して・減少して）います。検査陽性者については、○○○により受診勧奨を行い、早期治療につなげています。

○医療（医療提供体制）（表○）

パターンA

- ・圏域内には専門治療を担う県指定の「地域肝疾患診療連携拠点病院」が○○施設あり、拠点病院等と連携して肝疾患の診療等を行う県登録の「肝疾患かかりつけ医」が○○施設あります。
- ・また、肝がんについては、がんの集学的治療を行うがん診療連携拠点病院等が対応しています。
- ・肝がんを含む肝疾患に関する相談は、県指定の肝疾患診療連携拠点病院に設置された相談支援センターや、がんに関する相談窓口であるがん相談支援センターで対応しています。

パターンB

- ・圏域内には専門治療を担う医療施設がないため○○圏域にある地域肝疾患診療連携拠点病院等と圏域内の「肝疾患かかりつけ医」○○施設等との連携により肝疾患の医療を確保しています。
- ・また、肝がんについては、○○○により対応しています。

地域連携クリティカルパス等医療連携の記載例

- ・また、圏域内の医療施設は、（○○圏域の医療施設と）地域連携クリティカルパスを作成し、役割分担を図っています。

【施策の方向】

○予防・早期発見

- ・ウイルス性肝炎の予防・早期発見等のため、（新たに）○○○により、正しい知識の普及啓発を行います。
- ・また、市町や保健所等が実施する肝炎ウイルス検診により、早期発見に努めるとともに、検査陽性者には受診勧奨を行い、早期治療につなげます。肝炎ウイルス検診については、○○○により、検診受診率の向上を図ります。

○医療（医療提供体制）

- ・肝がんを含む肝疾患の医療については、肝疾患かかりつけ医、地域肝疾患診療連携拠点病院及びがん診療連携拠点病院等が連携し、切れ目のない医療提供体制を構築します。

○在宅療養支援

- ・患者・家族に限らず、肝疾患に関する様々な相談が気軽にできるよう、○○○などにより、県指定の県肝疾患診療連携拠点病院に設置された相談支援センターやがん診療連携拠点病院等に設置されたがん相談支援センターの周知を図ります。

(7) 精神疾患

【現状と課題】

○現状（表○）

- ・人口当たり精神疾患患者数は、全県に比べて（高く・低く）、全国に比べて（高く・低く）なっています。精神疾患の標準化死亡比（SMR）は、全県に比べて（高く・低く）、全国に比べて（高く・低く）なっています。また、自殺者数（人口当たり自殺者数）は（増加しています・減少しています）。

○普及啓発・相談支援（表○）

- ・精神疾患については、○○○により、正しい知識の普及啓発を図っています。また、自殺対策については、平成○○年度よりゲートキーパー養成事業を実施し、○○○名が受講しました。
- ・認知症については、市町が○○○により、○○○を実施しています。
- ・保健所は、○○○により、患者や家族からの相談に対応するとともに、必要に応じて、精神保健福祉センター等の専門機関や地域の精神科医療施設につなげています。

○医療（医療提供体制）（表○）

- ・圏域内には精神疾患の入院医療を担う医療施設が○○施設あり、精神科救急医療にも対応しています。また、精神疾患の外来医療を担う医療施設が○○施設あり、入院施設と連携しています。
- ・身体合併症を有する精神疾患については、○○○により対応しています。
- ・認知症については、圏域内に認知症疾患医療センターが○施設あり、認知症サポート医や地域包括支援センター等との多職種連携により、地域全体による取組が進められています。

【施策の方向】

○普及啓発・相談支援

- ・精神疾患については、（引き続き・新たに）○○○により、正しい知識の普及啓発を進めます。
- ・自殺対策については、○○○（ゲートキーパー養成事業の今後の展開等）により、取組の強化を図ります。
- ・認知症については、○○○（地域支援事業等）により、○○○を実施します。
- ・保健所は、○○○により、患者や家族からの相談に対応するとともに、必要に応じて、精神保健福祉センター等の専門機関や地域の精神科医療施設につなげます。

○医療（医療提供体制）

- ・精神疾患の医療については、○○○により、医療提供体制の確保を図ります。
- ・保健所は、精神保健福祉法の一部法改正に伴い、精神科救急医療、特に措置入院については、○○○により、人権に十分配慮しつつ、入院中から退院後に向けた調整等を進めます。

○地域ケアシステムの構築・地域移行

- ・精神疾患に関する在宅療養や入院からの地域移行については、圏域でのネットワーク会議等を通じて、市町や関係団体等との連携・協働により推進していきます。

(8) 救急医療

【現状と課題】

○救急医療体制（表○）

- ・圏域の救急医療は、初期救急医療は、○○○により、二次救急医療は、○○○により、三次救急医療は、○○○により体制を確保しています。
- ・初期及び二次救急医療については、初期救急は○○○により、入院医療が必要な場合は○○○により対応しており、（圏域内で自己完結しています・○○○については、○○○により自己完結できていないため、隣接する○○医療圏で対応可能な医療施設に搬送しています）。
- ・三次救急医療については、重篤な救急患者に対応する救命救急センターが（○○施設あり、○○○により・圏域内にないため、○○○により）対応しています。
- ・特定集中治療室は、○○施設に○○床あり、○○○に対応しています。
- ・全体として、圏域の救急医療体制は、○○○の状況にあります。

○救急搬送（表○）

- ・救急搬送については、各消防本部の救急車と○○○を基地病院とする（東部・西部）ドクターヘリが担っており、特にドクターヘリは、○○○となっています。

○病院前救護・普及啓発（表○）

- ・病院前救護については、地域メディカルコントロール協議会において実施状況が検証されており、救急搬送時間は（長く・短く）なっており、搬送先決定までの照会回数は○○○となっています。
- ・救命救急士が行う特定行為については、全県を対象とした研修に加え、○○○において○○○に対する研修が開催され、資質向上が図られています。
- ・また、AEDの設置状況は○○○であり、蘇生術等の救急救命処置についても、○○○を開催するなど、地域住民への普及啓発を実施しています。
- ・近年、（○○○により地域の救急医療体制の確保が困難となっていることから、救急搬送件数が増加していることから、等）○○○により、救急車の適正使用や不要不急の時間外受診を避けるなど、救急医療に従事する関係者の負担を軽減するための取組が実施されています。

【施策の方向】

○救急医療体制

- ・救急医療を担う医療施設、医療関係団体、市町等が連携して、○○○などの取組により、救急医療体制の確保を図ります。（圏域内で完結できない救急医療については、隣接する○○医療圏の救命救急センター等との連携により、救急医療体制の確保を図ります。）
- ・今後、在宅や介護施設等で生活する高齢者の増加が見込まれることから、○○○により、急変時の対応等について協議を行い、地域における役割分担と連携に基づく体制整備を進めます。

○救急搬送

- ・地域メディカルコントロール協議会において、救急搬送の現状と課題を確認し、改善に向けた方策を協議することにより、消防機関と医療関係者、行政との連携強化を図ります。

○病院前救護・普及啓発

- ・AEDの使用方法を含む蘇生術等の救急救命処置について、○○○により○○○を開催するなど、地域住民への普及啓発を実施し、救急の連鎖による救命率の向上を図ります。

- ・また、(引き続き・新たに) ○○○により、救急車の適正使用や不要不急の時間外受診を避けるなど、救急医療に従事する関係者の負担を軽減するための取組を実施します。

(9) 災害時における医療

【現状と課題】

○医療救護施設（表○）

- ・圏域には、県指定の災害拠点病院が○○施設、市町指定の救護病院が○○施設（そのうち○○施設は災害拠点病院を兼ねる）があります。これらの施設の耐震化の状況は、○○○であり、耐震化が（図られています・十分ではありません）。
- ・また、静岡県第4次地震・津波被害想定によれば、レベル○（○○）のモデルによれば、圏域内の災害拠点病院は津波浸水想定区域に（なく・あり）、救護病院（はいずれも津波浸水想定区域にありません・のうち○○施設は津波浸水想定区域にあります）。
- ・災害に対する事業継続計画（BCP）は、災害拠点病院の○○施設及び救護病院の○○施設で策定済みで、策定率はそれぞれ○○%及び○○%です。

○広域応援派遣・広域受援（表○）

- ・圏域内の災害拠点病院には災害派遣医療チーム（DMAT）が○○チーム編成され、応援班設置病院（○○病院）には応援班が○○チーム編成されています。
- ・また、圏域内で大規模災害が発生した場合、災害医療コーディネーターが○○人おり、医療施設の被害状況、医療需要や医療提供体制の把握、圏域外から受け入れる DMAT 等の医療救護チームの配置調整等の支援にあたることとなっています。

○医薬品等の確保（表○）

- ・圏域内には、備蓄センターが○○箇所あり、医療材料等が備蓄されています。
- ・また、圏域内で大規模災害が発生した場合、災害薬事コーディネーターが○○人おり、医薬品等の需給調整等の支援にあたることとなっています。

【施策の方向】

○医療救護施設

- ・災害拠点病院、救護病院医療、医療関係団体、市町等が連携して、○○○などの取組により、災害発生時の医療体制の確保を図ります。
- ・また、災害発生時においても、必要な医療提供体制が確保されるよう、○○○により、医療施設の事業継続計画（BCP）の策定が進むよう支援します。

○災害医療体制

- ・地域災害医療対策協議会において、災害発生時の課題等を確認し、医療施設と医療関係者、行政との連携強化を図ります。

○広域応援派遣・受援

- ・災害派遣医療チーム（DMAT）及び応援班は、圏域外で大規模災害等が発生した場合、県本部の指示に基づき、必要な支援を行います。
- ・また、圏域内で大規模災害が発生した場合、災害医療コーディネーターが保健所と連携し、早期に必要な医療提供体制が確保できるよう体制の整備を図ります。

○医薬品等の確保

- ・圏域内で大規模災害が発生した場合、〇〇〇により、災害薬事コーディネーターが医薬品卸業者等と連携し、早期に必要な医薬品等が確保できるよう体制の整備を図ります。

(10) へき地の医療

【現状と課題】

○へき地の現状（表〇）

- ・圏域には、へき地に該当する市町が（あります・ありません）。
- ・へき地に該当する市町のうち、市町の全域がへき地に該当する市町は〇〇〇で、市町の一部がへき地に該当する市町は〇〇〇です。
- ・また、圏域内には、無医地区が〇〇箇所、無医地区に準ずる準無医地区が〇〇箇所あり、無歯科医地区が〇〇箇所、無歯科医地区に準ずる準無歯科医地区が〇〇箇所あります。

○医療提供体制・保健指導（表〇）

- ・圏域のへき地には、へき地医療拠点病院が〇〇箇所、へき地病院が〇〇箇所、へき地診療所が〇〇箇所あります。そのほか、圏域内のへき地の医療を担っているへき地医療拠点病院が〇〇箇所、準へき地病院が〇〇箇所あります。
- ・圏域内のへき地で発生した救急患者については、〇〇〇に搬送するほか、重篤な救急患者は（東部・西部）ドクターヘリにより、基地病院等の救急医療施設に搬送します。
- ・また、〇〇〇（へき地診療所等）での診療を支援するため、〇〇〇により、〇〇〇（ICT、テレビ電話等）を活用した診療支援が実施されています。
- ・圏域内の医療を確保するため、〇〇〇に、自治医科大学卒業医師が配置されています。また、〇〇〇により、診療を応援する医療従事者（医師・看護師・その他の職種）が〇〇〇から、〇〇〇（頻度）派遣されています。そのほか、〇〇〇により、定期的に保健指導が実施されています。

【施策の方向】

○医療提供体制・保健指導

- ・引き続き、へき地医療拠点病院等の医師の巡回診療により、無医地区の医療を確保するほか、へき地病院、へき地診療所、準へき地病院等により、へき地の医療を確保します。また、〇〇〇による保健指導により、早期発見・早期治療に努めます。
- ・へき地医療拠点病院等に対応できない救急患者については、ドクターヘリにより高度救命救急医療が提供できる医療施設に搬送します。
- ・〇〇〇を活用して、へき地に勤務する医師の診療を支援します。

○医療従事者の確保

（自治医科大学卒業医師又は静岡県医学修学研修資金被貸与医師の配置、看護職員修学資金被貸与者の配置、その他）

(11) 周産期医療

【現状と課題】

○周産期医療の指標（表○）

- ・圏域内の分娩取扱件数及び出生数は（増加傾向にあり・ほぼ横ばいであり・減少が続いており）、○○年から○○年までの○○年で○○%（増加・減少）しています。圏域内の○市○町の合計特殊出生率は表○のとおりで、○○○です。
- ・また、平成○○年の周産期死亡数（率）、死産数（率）及び新生児死亡数（率）は、それぞれ、○○（○○）、○○（○○）及び○○（○○）でした。

○医療提供体制（表○）

- ・圏域には、正常分娩を取り扱う医療施設が○○施設（病院○○箇所、診療所○○箇所、助産所○○箇所）あり、ハイリスク妊娠・分娩に対応する医療施設として、第二次周産期医療を担う地域周産期母子医療センター（が○○箇所）、産科救急受入医療機関（が○○箇所）（あり・はなく）、第三次周産期医療を担う総合周産期母子医療センター（が○○箇所あります・はありません）。
- ・周産期医療に対応する集中治療室（MFICU、INCU）は、（○○施設に○○床（内訳）あり、○○○に対応しています・圏域内にありません）。
- ・そのため、ハイリスク母体・胎児及び新生児に高度な医療が必要な場合（についても、圏域内で対応可能です・については、隣接する○○医療圏にある○○○に搬送して対応しています）。
- ・なお、圏域内には妊産婦及び褥婦の健診・相談・指導等のみを行う助産所が○○箇所あり、分娩取り扱い施設と連携して対応しています。

○医療従事者（表○）

- ・圏域内の産科医師、産婦人科医師（分娩を取り扱う医師に限る）、新生児医療を担当する医師（新生児以外の小児を診療する医師を含む）の数は、それぞれ、○○人、○○人、○○人で、助産師数は○○です。

【施策の方向】

○周産期医療体制

- ・周産期医療を担う医療施設、医療関係団体等が連携して、○○○などの取組により、周産期医療体制の確保を図ります。（圏域内で完結できない周産期医療については、隣接する○○医療圏の総合周産期母子医療センター等との連携により、周産期医療体制の確保を図ります。）
- ・災害時における小児周産期医療のリエゾンは、県全体の取組と並行して、（東部・中部・西部）地域の小児周産期医療関係者により、○○○を地域特有の課題として捉え、○○○などの取組を進めます。
- ・精神疾患合併妊婦は、○○○により、円滑な受け入れを促進します。

○医療従事者の確保

- ・○○○（周産期医療を担う医療施設等）では、○○○により、分娩を取り扱う医師や新生児医療を担う医師の養成を行っています。また、圏域内では、○○○助成を活用して、○○箇所の施設で医師の処遇改善を図っています。
- ・助産師は、○○○により、確保に努めています。

○医療連携

- ・産科合併症以外の合併症に対応するため、〇〇〇により、周産期医療施設と産科以外に対応する救急医療施設との連携を推進します。

(12) 小児医療(小児救急医療を含む)

【現状と課題】

○小児医療の指標(表〇)

- ・圏域内の年少人口は(増加傾向にあり・ほぼ横ばいであり・減少が続いており)、〇〇年から〇〇年までの〇〇年で〇〇%(増加・減少)しています。
- ・また、平成〇〇年の乳児死亡数(率)及び小児死亡数(率)は、それぞれ、〇〇(〇〇)及び〇〇(〇〇)でした。

○医療提供体制(表〇)

- ・圏域には、小児科を標榜する医療施設が〇〇施設(病院〇〇箇所、小児医療を主とした診療所〇〇箇所)あります。また、小児慢性特定疾病を取り扱う医療施設が〇〇施設(病院〇〇箇所、診療所〇〇箇所)あります。
- ・圏域内の小児救急医療体制は、初期救急は〇〇〇により、入院医療が必要な場合は〇〇〇により対応しており、(圏域内で自己完結しています・〇〇〇については、〇〇〇により自己完結できていないため、隣接する〇〇医療圏で対応可能な医療施設に搬送しています)。
- ・また、重篤な小児救急患者については、救命救急センターが(〇〇施設あり、〇〇〇により・圏域内にないため、〇〇〇により)対応しています。
- ・全体として、圏域の小児救急医療体制は、〇〇〇の状況にあります。

○救急搬送(表〇)

- ・救急搬送については、各消防本部の救急車と〇〇〇を基地病院とする(東部・西部)ドクターヘリが担っており、特にドクターヘリは、〇〇〇となっています。

○医療従事者(表〇)

- ・圏域内の小児科医師(主に小児科を標榜している医師)の数は〇〇人で、小児科以外の医師も小児医療を担っています。

【施策の方向】

○小児医療体制

- ・小児医療を担う医療施設、医療関係団体等が連携して、〇〇〇などの取組により、小児救急医療を含む小児医療体制の確保を図ります。
- ・圏域内で完結できない高度・専門的な小児医療や重篤な小児救急患者への医療については、県立こども病院や隣接する〇〇医療圏の医療施設等との連携により、小児医療体制の確保を図ります。
- ・また、慢性疾患や障害のおそれがある場合は、〇〇〇により、早期発見・早期診断ができる体制の整備を進めます。医療的ケアが必要な場合は、〇〇〇により、子どもと家族を支援する体制の整備を進めます。
- ・災害時における小児周産期医療のリエゾン、県全体の取組と並行して、(東部・中部・西部)

地域の小児周産期医療関係者により、〇〇〇を地域特有の課題として捉え、〇〇〇などの取組を進めます。

○医療従事者の確保

- ・〇〇〇（小児医療を担う医療施設等）では、〇〇〇により、新生児医療を含む小児医療を担う医師の養成を行っています。

(13) 在宅医療

【現状と課題】

○在宅医療の指標（表〇）

- ・圏域の人口は〇〇〇人で、高齢化率は〇〇%、世帯の総数は〇〇〇世帯で、そのうち、高齢者世帯数は〇〇世帯（全体の〇〇%）、ひとり暮らし高齢者世帯は〇〇世帯（全体の〇〇%）を占めます。
- ・要介護認定者数は〇〇〇人（要介護認定率は〇〇%）で、そのうち要介護3以上の者は〇〇〇人（要介護認定者数の〇〇%）を占めます。
- ・年間死亡者数〇〇〇人のうち、自宅、老人ホーム、医療施設で死亡した者の割合は、それぞれ、〇〇%、〇〇%、〇〇%です。
- ・訪問診療を受けている在宅療養患者の数は、〇〇〇人/日です。また、〇〇〇指導料の算定件数は、〇〇〇人/（日・月）です。
- ・訪問看護（医療保険・介護保険）を受けた者の数は、〇〇〇人/（日・月）です。

○医療提供体制（表〇）

- ・圏域内で訪問診療を行っている医療施設は、診療所〇〇施設、病院〇〇施設です。また、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院の数は、それぞれ、〇〇施設及び〇〇施設です。在宅での看取り（ターミナルケア）を実施している診療所及び病院の数は、〇〇施設及び〇〇施設です。
- ・診療所の医師数の年齢構成は、40代以下が〇〇%、50代が〇〇%、60代が〇〇%、70代以上が〇〇%となっています。
- ・在宅療養支援歯科診療所の数は〇〇施設で、在宅患者訪問薬剤管理指導届出施設（薬局）の数は〇〇施設、訪問看護ステーションの数は〇〇施設です。
- ・圏域内の介護老人保健施設は、〇〇施設で定員総数は〇〇人です。また、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）は、広域型及び地域密着型それぞれ、〇〇施設で総定員数は〇〇人、〇〇施設で総定員数は〇〇人です。
- ・圏域内の認知症患者数は〇〇人で、認知症疾患医療センターは〇〇施設あり、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）は〇〇施設で総定員数は〇〇人です（再掲：精神疾患の項参照）。

○退院支援

- ・入院施設（病院・有床診療所）から退院する場合は、（〇〇〇により、退院カンファレンスが実施されており・患者や家族がかかりつけ医や介護サービス等との調整を行っており）、（退院前に十分な準備をすることができます・退院前の調整が十分ではありません）。

○日常の療養支援（在宅医療・介護連携体制）（表〇）

- ・圏域内での在宅医療・介護連携の体制は、(〇〇〇により構築されています・未構築です)。

【施策の方向】

○退院支援

- ・円滑な在宅療養に移行できるようにするため、〇〇〇により、入院中から多職種が参加する退院カンファレンスを実施し、退院前の調整が十分行うための体制の構築を図ります。
- ・特に、超急性期や急性期を脱した入院患者の在宅復帰を促進するため、地域医療介護総合確保基金を活用して、回復期の病床機能を有する病院や有床診療所が有効に機能するための支援を図ります(〇〇〇事業等)。

○日常の療養支援(在宅医療・介護連携体制)

- ・圏域内の医療及び介護の関係者、市町、保健所等から構成された〇〇〇により、多施設・多職種が連携・協働した体制の強化・充実を図ります。

○急変時の対応

- ・在宅等で療養中に病状が急変した時は、〇〇〇により、必要に応じて、入院可能施設への円滑な入院ができるよう体制の整備を図ります。

○看取りへの対応

- ・人生の最終段階では、できる限り本人が希望する場所で看取りができるよう、〇〇〇により、あらかじめ〇〇〇する体制の整備を図ります。

○在宅医療を担う施設・人材の確保、多職種連携の推進

- ・できる限り本人が希望する住み慣れた在宅等で療養生活を維持することができるよう、訪問診療等を実施する医療施設、薬局、訪問看護ステーション等の充実を図ります。
- ・また、圏域内の医療及び介護の関係者による多職種連携をさらに促進するため、〇〇〇により情報の共有化を進めるとともに、顔の見える関係を構築・充実するため、研修等の充実を図ります。
- ・さらに、県、市町、医療・介護関係団体等は、積極的な情報提供や理解促進のための啓発等を行い、患者や家族である地域住民の主体的な意思表示や日頃からの治療参加を促すことなどにより、在宅医療のさらなる推進を図ります。

疾病・事業ごとのデータから見た地域課題と地域医療構想調整会議委員からの意見等

I-1 がん

| | データから見た地域課題 | 委員意見 | | |
|----------|--|---|--|--|
| | | 地域課題について | 現状の対応について | 今後の方策について |
| 熱海 伊東 | <ul style="list-style-type: none"> 「がんの集学的治療」を担う医療機関が無く、駿東田方圏域への患者流出が見られる。 SMRは県内で最も高い。特に結腸、乳がん、子宮頸がんは高い水準にある。 | <ul style="list-style-type: none"> 2025年の疾患別医療需要推計について、がんでは、2013年と比較して急性期で1.62倍、回復期で1.51倍の増加の推計となっている。 がんで圏域内の医療機関に入院する割合は50.1%。 駿東田方圏域へ流出している割合が3割を超えている。 | <ul style="list-style-type: none"> 心筋梗塞やがんなど急性期の重要な部分が流出しているが、圏域内で行対応するのは大変難しいことだと思われ、コストパフォーマンスが非常に悪く、国の望むことでもないと思う。 | <ul style="list-style-type: none"> 静岡がんセンターは患者を集めるための機能を担うので、100%のがん患者が二次医療圏で完結することはあり得ないことで、医療連携をうまく進めるとすれば、流出患者が増えるのは当然のことであり、医療連携を粛々と進めることが必要だと思う。 先端医療を含むがん治療は、医療圏のみでの完結は困難で、静岡がんセンターを中心として、早期発見(がん検診を含めて)、早期治療の体制を組み、治療継続、緩解期、緩和医療期にあつては、当医療圏で医療を提供する体制を作るのが妥当と思われる。 放射線治療の機器は非常に高価でコスト的に採算性が悪く、一病院では完結できないため、静岡がんセンターとの連携で対応していく。 |

I-2 脳卒中

| | データから見た地域課題 | 委員意見 | | |
|----------|--|---|---|-----------|
| | | 地域課題について | 現状の対応について | 今後の方策について |
| 熱海 伊東 | <ul style="list-style-type: none"> 駿東田方圏域への患者流出が見られる。 危険因子である習慣的喫煙者が多い。 脳血管疾患のSMRが県内で最も高い。特に脳内出血は高い水準にある。 | <ul style="list-style-type: none"> 2025年の疾患別医療需要推計について、脳卒中では、急性期で1.05倍、回復期で1.35倍と回復期でより多い需要が見込まれている。 脳卒中で圏域内の医療機関に入院する割合は65.5%。 独居老人等の帰宅不能者の対応等、回復期移行の患者の転院ないし退院が課題。 | <ul style="list-style-type: none"> 時間を争う分野であり、当医療圏内で、発症から、回復期リハビリ、自宅復帰までを完結することが現在の医療資源で可能である。 | |

I-3 心筋梗塞等の心血管疾患

| | データから見た地域課題 | 委員意見 | | |
|----------|--|---|--|---|
| | | 地域課題について | 現状の対応について | 今後の方策について |
| 熱海 伊東 | <ul style="list-style-type: none"> 駿東田方圏域への患者流出が見られる。 心疾患のSMRが県内で最も高く、特に急性心筋梗塞は高い水準にある。 大動脈瘤及び解離のSMRが県内で最も高い。 | <ul style="list-style-type: none"> 2025年の疾患別医療需要推計について、急性心筋梗塞については、高度急性期が医療機関所在地ベースの数値のため該当がない。 急性心筋梗塞で圏域内の医療機関に入院する割合は52.6%。 駿東田方に流出している割合が3割を超えている。 心疾患のSCRは、狭心症、急性心筋梗塞、虚血性心疾患等全般的に少なく、圏域外に流出しているのが要因の一つ。 | <ul style="list-style-type: none"> 心筋梗塞やがんなど急性期の重要な部分が流出しているが、圏域内で行対応するのは大変難しいことだと思われ、コストパフォーマンスが非常に悪く、国の望むことでもないと思う。 | <ul style="list-style-type: none"> 当医療圏内の医療資源が、特にマンパワーの面で整っておらず、順天堂大学静岡病院をはじめとした駿東田方医療圏の機能を利用しつつ対応するのが現実的であるし、やむを得ない選択と思われる。 |

I-4 糖尿病

| | データから見た地域課題 | 委員意見 | | |
|----------|--|----------|--|---|
| | | 地域課題について | 現状の対応について | 今後の方策について |
| 熱海 伊東 | <ul style="list-style-type: none"> 糖尿病有病者が多く、糖尿病のSMRが高い水準にある。 | | <ul style="list-style-type: none"> 人工透析を含め概ね自己完結している。 | <ul style="list-style-type: none"> 日常診療については医療圏内で対応が可能となるよう機能を充実したい。一部の先端医療に関わる部分は医療圏外に頼らざるを得ない。 |

I-5 喘息

| | データから見た地域課題 | 委員意見 | | |
|----------|--|----------|--|--|
| | | 地域課題について | 現状の対応について | 今後の方策について |
| 熱海 伊東 | <ul style="list-style-type: none"> ・喘息のSMRが高い水準にある。 | | <ul style="list-style-type: none"> ・国際医療福祉大学熱海病院では最新治療を行っており、更に地域に周知していきたい。 | <ul style="list-style-type: none"> ・日常診療については医療圏内で対応が可能となるよう機能を充実したい。一部の先端医療に関わる部分は医療圏外に頼らざるを得ない。 |

I-6 肝炎

| | データから見た地域課題 | 委員意見 | | |
|----------|--|---|-----------|--|
| | | 地域課題について | 現状の対応について | 今後の方策について |
| 熱海 伊東 | <ul style="list-style-type: none"> ・肝疾患の人口10万人対死亡率が県内で2番目に高い。 ・B型ウイルス肝炎のSMRが県内で最も高い。 | <ul style="list-style-type: none"> ・専門医が少ない。 | | <ul style="list-style-type: none"> ・日常診療については医療圏内で対応が可能となるよう機能を充実したい。一部の先端医療に関わる部分は医療圏外に頼らざるを得ない。 |

I-7 精神疾患

| | データから見た地域課題 | 委員意見 | | |
|----------|---|----------|--|---|
| | | 地域課題について | 現状の対応について | 今後の方策について |
| 熱海 伊東 | <ul style="list-style-type: none"> ・圏域内に精神科病院、「身体合併症治療」を担う医療機関が無く、賀茂圏域及び駿東田方圏域への患者流出が見られる。 ・自殺のSMRが県内で2番目に高い。 | | <ul style="list-style-type: none"> ・伊東市民病院が平成29年2月に認知症疾患医療センターに指定された。 | <ul style="list-style-type: none"> ・圏域には精神科病院がなく、適正な医療のためには他の病院と連携しなければならない。 ・精神疾患を入院まで管理できる病院が当医療圏内にはなく、駿東田方、賀茂医療圏への依存が現実的である。 |

疾病・事業ごとのデータから見た地域課題と地域医療構想調整会議委員からの意見等

II-1 救急医療

| | データから見た地域課題 | 委員意見 | | |
|----------|--|--|--|--|
| | | 地域課題について | 現状の対応について | 今後の方策について |
| 熱海 伊東 | <ul style="list-style-type: none"> ・2次救急について、駿東田方医療圏への患者流出が見られる。 ・特定集中治療室のある病院は1病院あるが、駿東田方圏域への患者流出が見られる。 | <ul style="list-style-type: none"> ・救命・救急医療について、重篤な場合や高度医療を要する場合を除いては、救急医療は75%が圏域内に入院しており、2次救急医療は圏域内でカバーされている。 ・SCRでは、夜間休日の救急搬送が非常に多い。 ・熱海伊東圏域の人口は県の約2.9%に対し、救急搬送件数は県の5.2%を占め、人口比でみると1.6倍の規模となっている。 | <ul style="list-style-type: none"> ・熱海市、伊東市とも、十分ではない設備、マンパワーの中で、できる範囲以上に頑張っており、足りない部分は駿東田方圏域などに送ることはやむを得ない。 | <ul style="list-style-type: none"> ・熱海市には一次救急医療体制がなく、三次対応病院もない状況ではあるが、二次救急病院のみで可能な部分を行い、三次救急は駿東田方医療圏に依存していくしかないと思われる。 |

II-2 災害時の医療

| | データから見た地域課題 | 委員意見 | | |
|----------|---|---|---|-----------|
| | | 地域課題について | 現状の対応について | 今後の方策について |
| 熱海 伊東 | <ul style="list-style-type: none"> ・耐震性が確保されていない救護病院、推定津波浸水地域に立地している救護病院がある。 | <ul style="list-style-type: none"> ・伊東市民病院が災害拠点病院になったが、災害時に熱海から伊東へ傷病者を運ぶことは現実的でない。伊東病院、佐藤病院、南あたま第一病院は立地場所から考えてその機能を失う。国際医療福祉大学熱海病院は、周辺の道路が損壊しアクセスが不可能となりうる。熱海所記念病院は大規模災害時には、その設備から考えて、十分な機能が維持できないと思われる。 ・発災時、道路の被災による交通障害が課題となる。 | <ul style="list-style-type: none"> ・救護病院が機能を発揮できる場所に立地しているとは言いがたく、周辺医療圏、DMAT、JMATに期待するほかはない。 ・熱海市では、災害時に災害拠点病院に指定されている伊東市民病院に搬送すること難しいだろうとの意見がある。市内の救護病院で対応する場合でも、海沿いで実際に機能できるのかの問題があるので、医師会や関係の皆様とともに医療救護計画の見直しを図る準備作業を進めている。 ・仮設救護所等の開設訓練や医師会の協力をいただいて医療救護計画の整備を重点的に進めている。 | |

II-3 へき地の医療

| | データから見た地域課題 | 委員意見 | | |
|----------|---|----------|---|--|
| | | 地域課題について | 現状の対応について | 今後の方策について |
| 熱海 伊東 | <ul style="list-style-type: none"> ・離島に初島が指定されている。 | | <ul style="list-style-type: none"> ・熱海市初島診療所が設置されており、週2日、医師会からの派遣医師が診療に従事している。 ・緊急時は、船舶又はドクターヘリにより対応しているが、荒天時等の対応が課題となっている。 ・初島は、世帯数、人口が少なく、医師が常駐するほどではない。 | <ul style="list-style-type: none"> ・現状の医療提供体制を維持するとともに、課題について引き続き検討していく。 ・へき地に新たに拠点を増やすのではなく、ドクターヘリなどの汎用を進めていくべきと思われる。防災ヘリなども組み込み、夜間の運用を考えていくべきではないか。 ・伊東市民病院が地域医療支援病院となった際には、医師確保が難しい場合には医師派遣を検討したい。 |

II-4 周産期医療

| | データから見た地域課題 | 委員意見 | | |
|----------|--|--|--|--|
| | | 地域課題について | 現状の対応について | 今後の方策について |
| 熱海 伊東 | <ul style="list-style-type: none"> ・高次周産期医療体制が脆弱である。 ・産科・産婦人科医師数が減少している。 | <ul style="list-style-type: none"> ・産婦人科医の減少が現実であり、危惧される。伊東市民病院、国際医療福祉大学熱海病院に頼らざるを得ない。 ・産婦人科医師の確保は非常に困難。 | <ul style="list-style-type: none"> ・当医療圏での出産数はさらに減少が見込まれ、新たなマンパワー、資本の投入は困難であろう。 ・当医療圏では産科、小児科とも患者数が大変少なく不採算部門であるため、行政の支援がないと維持できないと思う。 | <ul style="list-style-type: none"> ・出産可能年齢人口が低下しており、件数は限られる。医師数の確保は非常に困難であり、現状維持。 |

II-5 小児医療(小児救急医療を含む)

| | データから見た地域課題 | 委員意見 | | |
|----------|-----------------------------------|----------|--|--|
| | | 地域課題について | 現状の対応について | 今後の方策について |
| 熱海 伊東 | ・小児2次救急医療体制について、伊東は輪番体制が整備されていない。 | | ・小児科医を確保し、現状の体制維持で精一杯。 ・当医療圏では産科、小児科とも患者数が大変少なく不採算部門であるため、行政の支援がないと維持できないと思う。 | ・小児の数の少なさ、今後の更なる減少を考えると、小児救急医療を当医療圏内で維持するのはコストパフォーマンスが悪い。一定程度の小児医療レベルは維持しつつ、小児救急医療を含めて広域で考えていくべきと思われる。 ・圏域内では、現状の医療提供体制を維持していく。 |

III 在宅医療

| | データから見た地域課題 | 委員意見 | | |
|----------|--|--|---|--|
| | | 地域課題について | 現状の対応について | 今後の方策について |
| 熱海 伊東 | ・ひとり暮らし高齢者世帯の割合が高い。 ・圏域内に在宅療養支援病院が無い。 | ・療養病床の20対1に移行する場合には、患者の医療区分をクリアすることが難しいと感じている。地域内での患者受入調整が非常に難しくなると思う。 ・20対1へ移行したが、医療区分1の患者を受けざるを得ない事情もあり、新たな問題が出てくる。 ・在宅医療における訪問看護ステーションの重要性、期待感は理解できるが、人員体制を含めた経営基盤の脆弱さが大きな課題。 | ・かかりつけ医が在宅医療を担っていく場合、医師の性善説を根拠に負担が増えるばかりの一方で、訪問診療専門の医療機関が出てきており将来の予想が付かない。 ・医師会会員は高齢化が進んでおり、若年医師が参入するよう対応を考えていかざるを得ない。 ・熱海市では在宅医療を中心にしている診療所が2か所あり、更に1か所増える予定で、既設の診療所による対応を含め徐々に増加が見込まれる。 ・伊東市では、在宅医療を主とする診療所はない。在宅療養支援診療所の届出でネックとなるのは、265日、24時間対応である。 | ・在宅医療の推進に当たっては、退院調整ルールの確立が重要。 ・各病院の退院調整看護師が機能を発揮することが必要。 ・在宅療養後方支援病院との連携と在宅医療を担うかかりつけ医の副主治医制の導入が必要。 ・医療と介護の連携を更に充実させ、疾病・介護予防とともに、更なる医療機関の充実や地域密着型の福祉施設の充実を図り、包括ケアサービスを提供できるようICTの活用や専門職間の連携強化、人材育成が必要。 ・当地域の在宅医療・介護の人材不足を考慮すると、療養病床の重要性を認識しておく必要がある。 ・個々の医療機関の対応には限界があるので、医師会組織での対応が必要。 |

平成 29 年 6 月 14 日

第 8 次静岡県保健医療計画・圏域版における重点取組事項と数値目標の設定

(熱海健康福祉センター)

1 要 旨

平成 28 年度に開催した熱海伊東地域医療構想調整会議での意見等に基づき、疾病・事業ごとのポイントを抽出し、平成 30 年度からの第 8 次静岡県保健医療計画・圏域版における重点取組事項と数値目標の設定に向けた考え方を整理した。

2 疾病・事業ごとのポイントと重点取組事項・数値目標の設定に向けた考え方

7 疾病・5 事業及び在宅医療の計 13 項目について、項目ごとにポイントと重点取組事項と数値目標の設定（※）に向けた考え方の案を取りまとめた。

※ 重点取組事項については、数値目標を設定し、PDCA サイクルで検証することとされている。

今回の地域医療協議会・地域医療構想調整会議合同会議での意見等を踏まえ、内容の精査・絞り込みを行い、圏域版（素案）の作成に向けて検討を進める。

| 疾病・事業 | ポイント | 重点取組事項・数値目標の設定に向けた考え方（案） |
|--------|--|---|
| I-1 がん | <p>①高度専門医療施設（県立静岡がんセンター等）との医療連携と役割分担 →切れ目のない医療連携のための仕組み（地域連携クリティカルパス等）の有用性や活用状況 →がん診療連携病院（国際福祉大学熱海病院）等の状況</p> <p>②周術期の口腔管理等で医科歯科連携 →歯科診療所における医科歯科連携の状況</p> <p>③在宅緩和ケアの充実 →在宅緩和ケアに従事する医療従事者と介護従事者との連携の状況</p> <p>④相談・支援・情報提供の充実 →がん相談支援センター（伊東市民病院）の利用状況</p> <p>⑤予防・検診への取組の強化 →がん検診等の健診の実施状況やたばこ対策の状況</p> | <p>①ソフト・ハード両面の充実・強化 例) 医療連携の仕組みと運用の活性化 例) 医療施設の施設・設備の充実・強化と治療水準の向上（治療件数、完結率の向上）</p> <p>②医科歯科連携の推進 例) 周術期の口腔管理等を実施する歯科診療所数</p> <p>③在宅緩和ケアの推進 例) 在宅緩和ケア推進のための多職種連携の仕組みと資質の向上</p> <p>④がん相談支援センターでの取組強化</p> <p>⑤がん検診等の健診受診促進の取組強化とたばこ対策の推進 例) 健診受診率</p> |

| | | |
|-----------|--|---|
| I-2 脳卒中 | <p>①救命救急センター等救急医療を実施する医療施設との連携 →アクセスの確保の状況</p> <p>②早期リハビリテーションの実施 →回復期の病床確保の状況 地域医療構想の実現に向けた取組の状況</p> <p>③慢性期の医療提供体制 →高齢者世帯、独居世帯への対応や医療と介護の連携の状況</p> <p>④予防・健診への取組の強化 →特定健診・特定保健指導等の健診の実施状況やたばこ対策、食生活改善等への取り組み状況</p> | <p>①救急医療の項で記載</p> <p>②回復期の病床確保 例) 回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟の整備(転換)計画</p> <p>③慢性期の医療提供体制の確保 例) 新たな介護保険施設の制度創設等を含む医療提供体制の検討</p> <p>④特定健診・特定保健指導等の健診受診促進の取組強化とたばこ対策、食生活改善等の推進 例) 健診受診率</p> |
| I-3 心血管疾患 | <p>①救命救急センター等救急医療を実施する医療施設との連携 →アクセスの確保と病院前救護の状況</p> <p>②高度専門医療施設との連携や役割分担 →切れ目のない医療連携のための仕組み(地域連携クリティカルパス等)の有用性や活用状況</p> <p>③予防・健診への取組の強化 →特定健診・特定保健指導等の健診の実施状況やたばこ対策、食生活改善等への取り組み状況</p> | <p>①救急医療の項で記載</p> <p>②ソフト・ハード両面の充実・強化 例) 医療連携の仕組みと運用の活性化 例) 医療施設の施設・設備の充実・強化と治療水準の向上(完結率の向上)</p> <p>③特定健診・特定保健指導等の健診受診促進の取組強化とたばこ対策、食生活改善等の推進 例) 健診受診率</p> |
| I-4 糖尿病 | <p>①血糖管理と糖尿病性腎症(CKD)予防の状況 →重症化予防の取り組み状況</p> <p>②予防・健診への取組の強化 →特定健診・特定保健指導等の健診の実施状況やたばこ対策、食生活改善等への取り組み状況</p> | <p>①重症化予防の取組強化 例) データヘルス計画</p> <p>②特定健診・特定保健指導等の健診受診促進の取組強化と食生活改善等の推進 例) 健診受診率</p> |
| I-5 喘息 | <p>①圏域内での医療連携と役割分担 →切れ目のない医療連携のための仕組み(地域連携クリティカルパス等)の有用性</p> | <p>①医療連携と役割分担の推進 例) 医療連携の仕組みの構築</p> |

| | | |
|-------------|---|--|
| | <p>②予防への取組の強化 →たばこ対策</p> | <p>②たばこ対策の推進 例) 受動喫煙防止対策の取組</p> |
| I-6 肝炎 | <p>①圏域内での医療連携と役割分担 →肝疾患かかりつけ医、地域肝疾患連診療携拠点病院（国際医療福祉大学熱海病院、熱海所記念病院、伊東市民病院）の状況</p> <p>②予防・検診への取組の強化 →定期予防接種（小児）、肝炎ウイルス検診の実施状況</p> | <p>①医療連携と役割分担の推進 例) 医療連携の仕組みの構築</p> <p>②予防接種と検診の実施促進 例) 予防接種実施率、検診受診件数</p> |
| I-7 精神疾患 | <p>①隣接医療圏の精神科病院との医療連携と役割分担</p> <p>②自殺予防対策 →H22～26 年間平均死亡数 19 人（全年代、県期待値 16.0 人）</p> <p>③認知症対策への取組の強化 →認知症疾患医療センター（伊東市民病院）の状況</p> | <p>①医療連携と役割分担の推進</p> <p>②自殺予防対策の推進</p> <p>③認知症疾患医療センターを核とした圏域内の医療連携・相談・支援体制の構築</p> |
| II-1 救急医療 | <p>①救命救急センター等救急医療を実施する医療施設との連携 →アクセスの確保と病院前救護の状況</p> <p>②救急医療への地域住民の理解 →適切な救急車利用、時間外受診</p> | <p>①初期・二次救急医療体制の確保</p> <p>②救急の日のイベント等を通じた啓発活動 例) 地域住民の自主的な活動</p> |
| II-2 災害時の医療 | <p>①発災時の災害拠点病院（伊東市民病院）、救護病院の機能確保・強化</p> <p>②圏域内・広域搬送（人員、物資）のための交通アクセスの確保</p> | <p>①発災時の医療施設の機能確保 例) 業務継続計画（BCP）の策定 例) 耐震化の推進</p> <p>②防災計画、医療救護計画の見直し</p> |
| II-3 へき地の医療 | <p>①初島診療所の運営と救急患者への対応 →医療従事者とドクターヘリ以外の患者搬送手段の確保</p> | <p>①初島診療所の運営と救急患者への対応</p> |
| II-4 周産期医療 | <p>①リスクに応じた分娩への対応 →総合周産期母子医療センター（順天堂大学医学部附属静岡病院）、産科救急医療機関（伊東市民病院）、一次産科医療機関（国際医療福祉大学熱海病</p> | <p>①分娩を取り扱う産科医（産科、産婦人科）、助産師の確保</p> |

| | 院、産科診療所) の連携 | |
|-----------|---|--|
| II-5 小児医療 | <p>①高度専門医療施設（県立こども病院、順天堂大学医学部附属静岡病院等）との医療連携と役割分担</p> <p>②小児救急医療体制の確保 →小児救急電話相談（#8000）、学会ホームページ等の活用</p> | <p>①②小児科医と小児の初期・二次救急医療体制の確保</p> |
| III 在宅医療 | <p>①病院からの円滑な退院調整のための仕組み →退院調整カンファレンスの開催、退院調整ルール作成等の状況</p> <p>②地域の実情に応じた往診・訪問診療体制の整備 →在宅医療参加医師の確保 →急変時、不在時等の後方支援の確保 →訪問看護ステーションの充実</p> <p>③効率的で効果的な医療サービスと介護サービスの調整・コーディネート（地域包括ケアシステム） →情報共有の仕組みと活用状況 →医療・介護の多職種連携の状況</p> <p>④在宅での看取り →訪問看護ステーション等、他の医療・介護サービスとの連携 →急変時、不在時等の対応</p> | <p>①退院調整の仕組みの構築</p> <p>②体制強化のためのソフト・ハード両面の充実・強化 例) 医療連携の仕組みの構築 例) 訪問看護ステーションの充実・強化</p> <p>③多職種連携による地域包括ケアシステムの推進 例) ICTの活用</p> |

「在院患者調査」の実施について

(概要)

- ・第8次静岡県保健医療計画の策定にあたり、流入・流出患者数を把握するため、「在院患者調査」を実施する。
- ・本調査結果等を踏まえ、基準病床数の算定や二次医療圏設定の検討を行う。

1 流入・流出患者数の把握方法（過去の医療計画と同じ手法）

| | | 一般病床 | 療養病床 | 精神病床 |
|-------|-----------------|----------|----------|-----------|
| 流入患者数 | 県内から (他圏域から) | 在院患者調査 | 在院患者調査 | 在院患者調査 |
| | 県外から | 在院患者調査 | 在院患者調査 | 在院患者調査 |
| 流出患者数 | 県内へ (他圏域へ) | 在院患者調査 | 在院患者調査 | 在院患者調査 |
| | 県外へ | 国保レセプト調査 | 国保レセプト調査 | 国患者調査から推計 |

2 「在院患者調査」の概要

(1) 調査対象及び施設数

病院 181 か所、有床診療所 211 か所（予定）

(2) 調査基準日

平成 29 年 5 月 31 日（水）

※週末・休み明けでは、一般病床の入院患者が適切に反映されないため、水曜日を調査日とする。

(3) 調査方法

- ・各保健所において、対象の医療機関に調査票を発送、回収
- ・回収した調査票をもとに保健所で集計し、集計表を医療政策課へ報告

3 実施スケジュール

| 内容 | 月日 |
|--------------------|----------|
| 医療政策課から調査実施依頼 | 5月8日（月） |
| 保健所から医療機関へ調査票発送 | ～ |
| （調査基準日） | 5月31日（水） |
| 医療機関から保健所への調査票提出 | 6月14日（水） |
| 保健所で調査票集計、医療政策課へ報告 | 6月28日（水） |

県民意向調査結果の概要

次期保健医療計画の策定にあたり、保健医療関係の施設やサービスについての県民の利用実態や要望を把握することを目的に、県民意向調査を実施した。

調査対象：静岡県全域
標本数：静岡県内の市町村に居住する満20歳以上の男女 1,500人
回収数：945人（回収率63.0%）
調査方法：郵送法
調査時期：平成28年12月

1 主な調査内容

(1) 自身の健康状態

- ・自分が健康であると思うか

(2) 診療時間外の発病やけがについて

- ・軽い病気にかかったと思われる場合の対応、軽い病気でも大きな病院に行く主な理由
- ・かかりつけ医の有無、かかりつけになっている主な理由

(3) 在宅医療について

- ・長期療養を望む場所
- ・自宅で長期療養することの実現可能性、課題と思うもの
- ・在宅医療の充実の必要性、整備が重要な体制

(4) 人生の最終段階における医療（終末期医療）について

- ・終末期医療における家族や親族との話し合い状況
- ・人生の最期を迎えたい場所

(5) 特定健診・特定保健指導について

- ・特定健康診査や特定保健指導の認知度
- ・特定健康診査の受診状況、特定保健指導を受けた経験

(6) 歯科・口腔ケアについて

- ・歯垢除去や定期的な歯科健診の受診状況
- ・訪問診療を行う歯科診療所の場所の認知度

(7) 薬局・薬について

- ・調剤してもらう薬局
- ・かかりつけの薬局を選んだ理由

(8) 今後の地域医療体制について

- ・それぞれの医療機関の機能に応じて役割分担して治療することについて
- ・居住地の医療機関の整備状況
- ・今後特に整備充実を図るべき医療体制

2 調査結果の概要

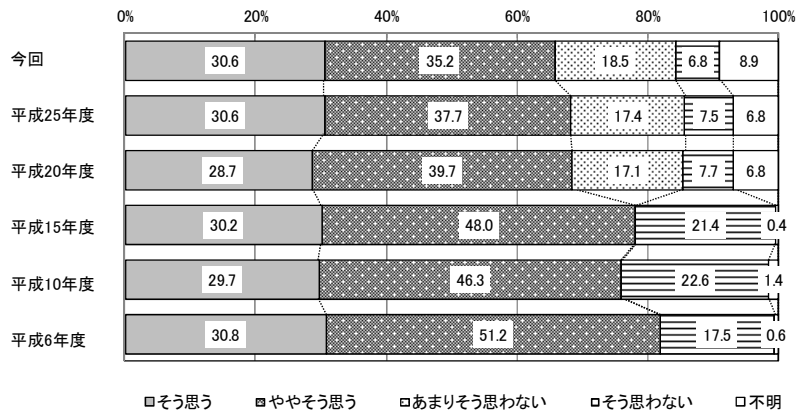
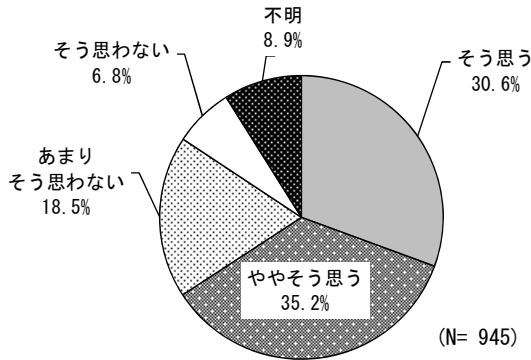
(1) 自身の健康状態

○自分が健康であると思うか

- ・「ややそう思う」35.2%
- ・「そう思う」30.6%
- ・「あまりそう思わない」18.5%

<経年変化>

- ・「そう思う」「ややそう思う」は、平成20年度を境に7割台から6割台へと減少。
- ・「そう思わない」「あまりそう思わない」は、平成10年度以降一貫して20%を超えている。



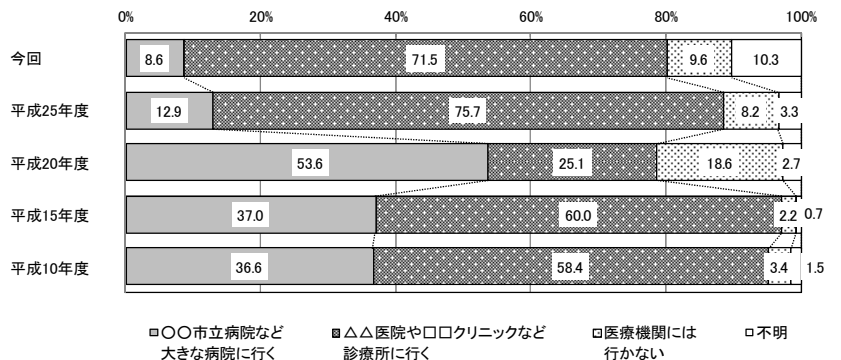
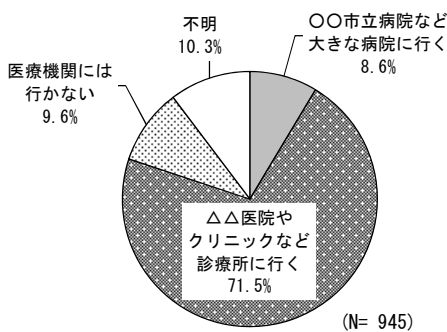
(2) 診療時間外の発病やけがについて

○軽い病気にかかったと思われる場合の対応

- ・「△△医院や□□クリニックなど診療所に行く」71.5%
- ・「医療機関には行かない」9.6%
- ・「〇〇市立病院など大きな病院に行く」8.6%

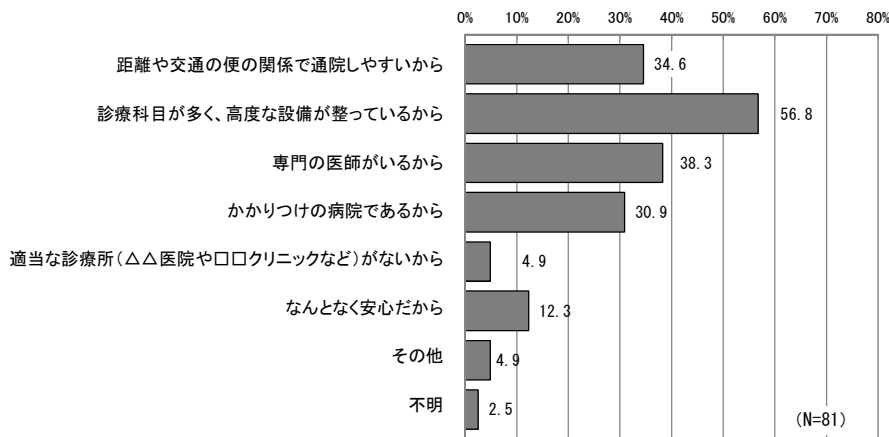
<経年変化>

- ・「〇〇市立病院など大きな病院に行く」は平成25年度から急激に減少。
- ・「△△医院や□□クリニックなど診療所に行く」は平成25年度から急増し7割台に到達。



○軽い病気でも大きな病院に行く主な理由（複数回答）

- ・「診療科目が多く、高度な設備が整っているから」56.8%
- ・「専門の医師がいるから」38.3%
- ・「距離や交通の便の関係で通院しやすいから」34.6%

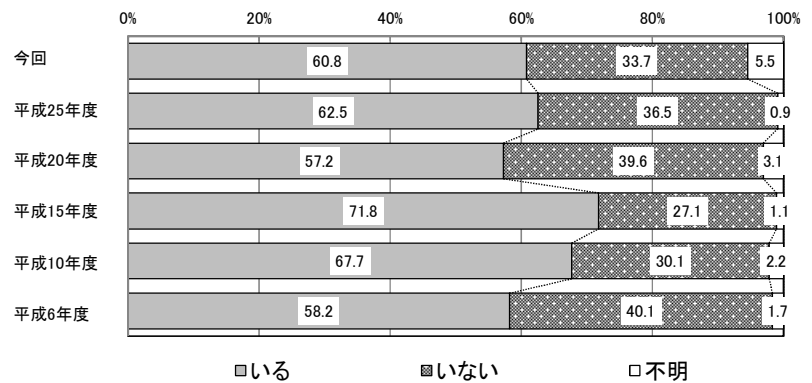
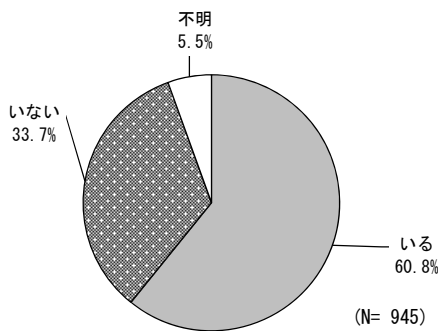


○かかりつけ医の有無

- ・「いる」60.8%、「いない」33.7%

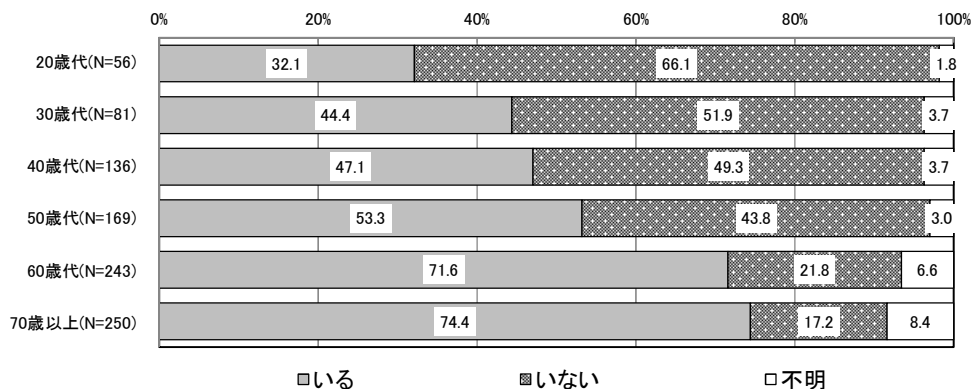
<経年変化>

- ・いずれの年度も「いる」が過半数を占めており、直近2回分調査では6割に達している。



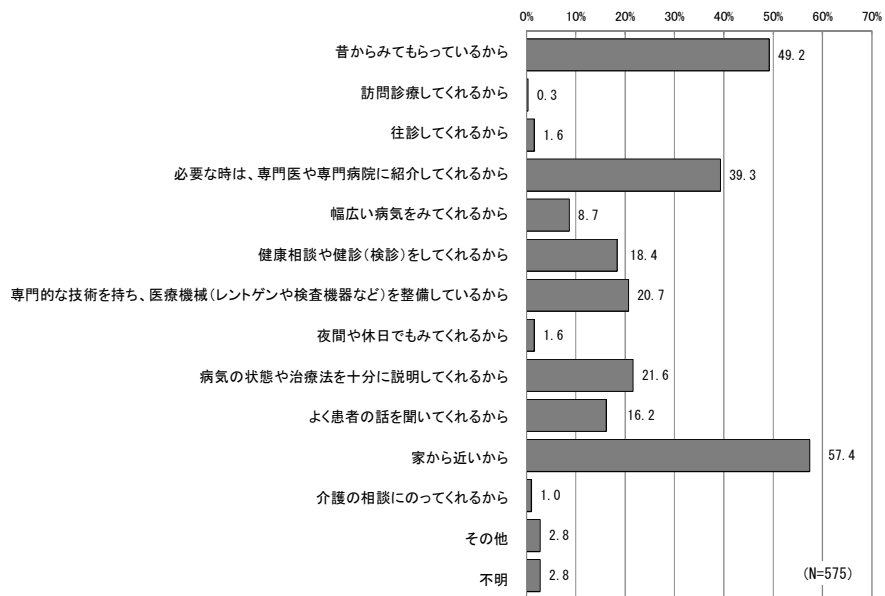
<年代別>

- ・20歳代および30歳代では、「いない」が「いる」を大きく上回り、40歳代では「いる」と「いない」がともに5割弱で、同水準となっている。
- ・「いる」は年代が上がるにつれて増加し、60歳代および70歳以上では7割を超えている。



○かかりつけになっている主な理由（複数回答）

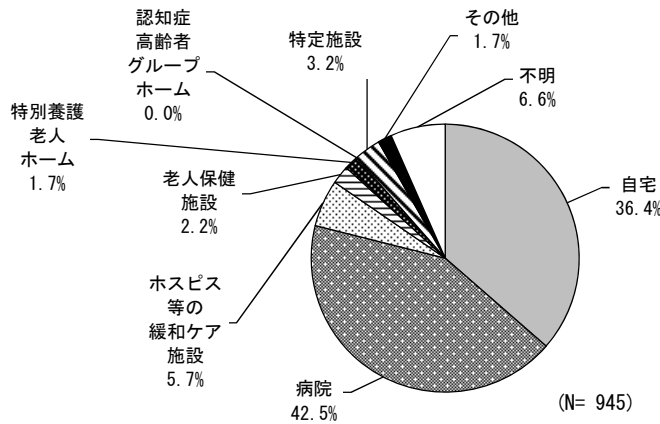
- ・「家から近いから」 57.4%
- ・「昔からみてもらっているから」 49.2%
- ・「必要な時は、専門医や専門病院に紹介してくれるから」 39.3%



(3) 在宅医療について

○長期療養を望む場所

- ・「病院」 42.5%
- ・「自宅」 36.4%
- ・「ホスピス等の緩和ケア施設」 5.7%



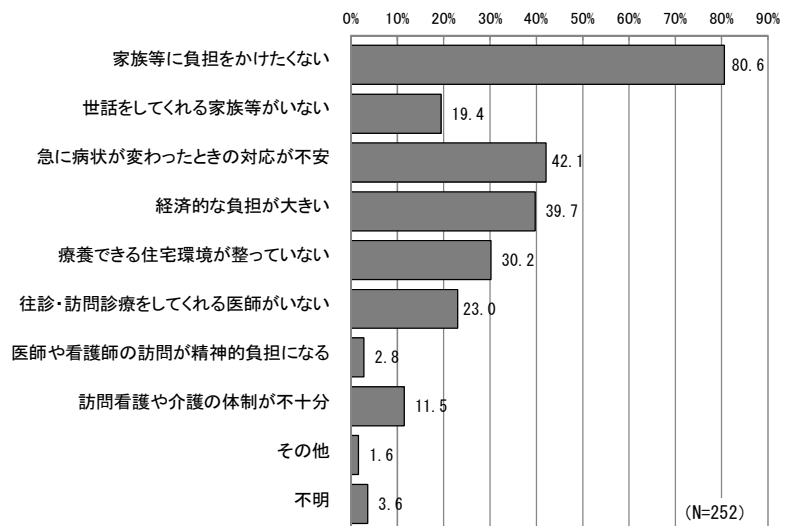
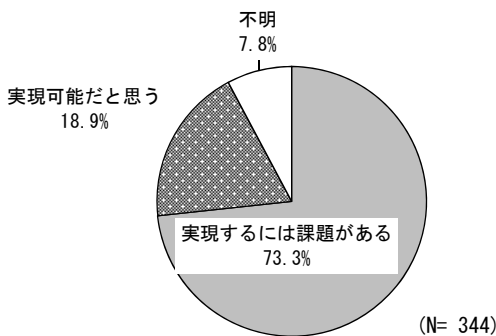
<経年変化>

| | H28 | H26 |
|---------------|-------|-------|
| 自宅 | 36.4% | 29.6% |
| 病院 | 42.5% | 52.1% |
| ホスピス等の緩和ケア施設 | 5.7% | |
| 老人保健施設 | 2.2% | |
| 特別養護老人ホーム | 12.8% | 14.1% |
| 認知症高齢者グループホーム | 0.0% | |
| 特定施設 | 3.2% | |
| その他、無回答等 | 8.3% | 4.1% |

※H26の問は「長期入院が可能な病院」、「自宅」、「介護施設等の施設」

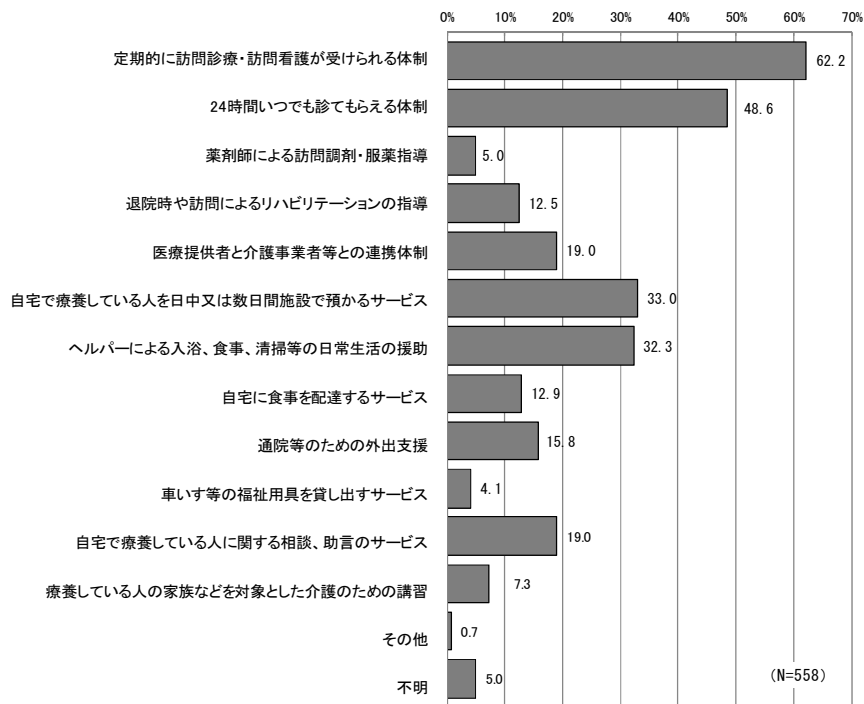
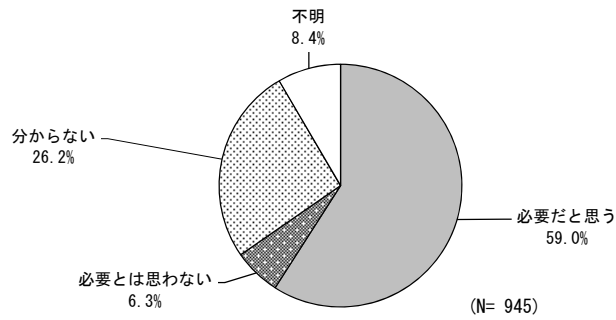
○自宅で長期療養することの実現可能性、課題と思うもの（複数回答）

- ・「実現するには課題がある」 73.3%
- ・「実現可能だと思う」 18.9%
- ・「家族等に負担をかけたくない」 80.6%
- ・「急に病状が変わったときの対応が不安」 42.1%
- ・「経済的な負担が大きい」 39.7%



○在宅医療の充実の必要性、整備が重要な体制（複数回答）

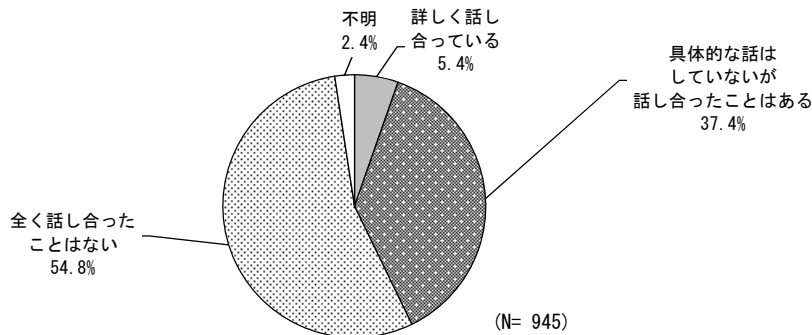
- ・「必要だと思う」 59.0% → ・「定期的に訪問診療・訪問看護が受けられる体制」 62.2%
- ・「分からない」 26.2% → ・「24時間いつでも診てもらえる体制」 48.6%
- ・「必要とは思わない」 6.3% → ・「自宅で療養している人を日中又は数日間施設で預かるサービス」 33.0%



(4) 人生の最終段階における医療（終末期医療）について

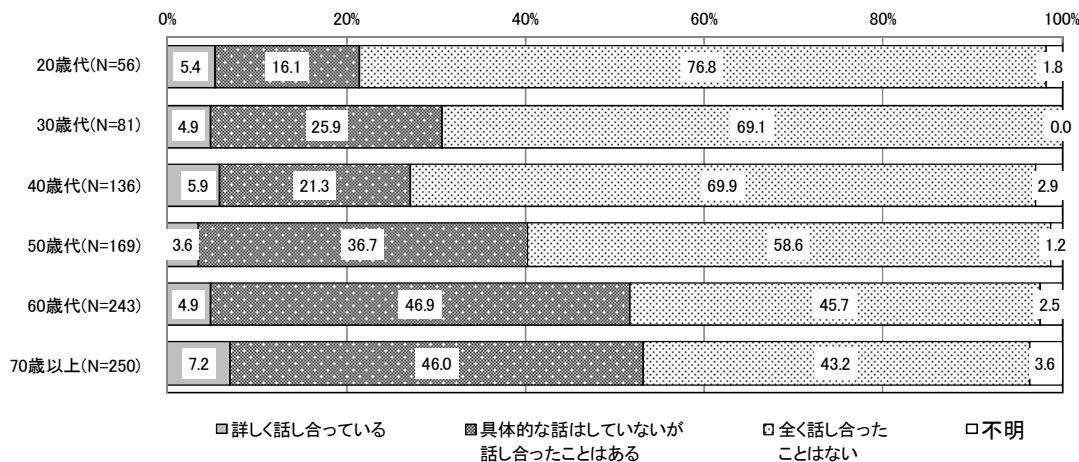
○終末期医療における家族や親族との話し合い状況

- ・「全く話し合ったことはない」 54.8%
- ・「具体的な話はしていないが話し合ったことはある」 37.4%
- ・「詳しく話し合っている」 5.4%



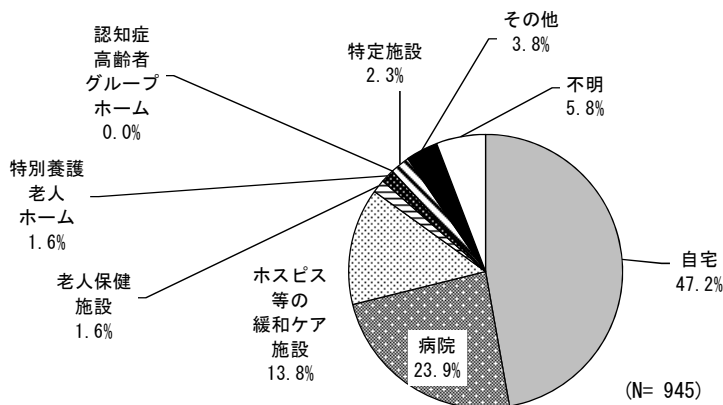
<年代別>

- ・「全く話し合ったことない」は概ね年代が若いほど高く、20歳代から50歳代までは最多項目となっている。
- ・60歳代および70歳以上では、「具体的な話はしていないが話し合ったことはある」がともに4割半ばで、それぞれ「全く話し合ったことはない」を上回った。



○人生の最期を迎えたい場所

- ・「自宅」 47.2%
- ・「病院」 23.9%
- ・「ホスピス等の緩和ケア施設」 13.8%



<経年変化>

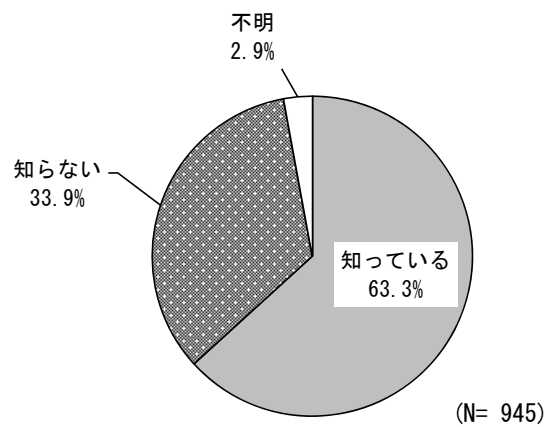
| | H28 | H26 |
|---------------|-------|-------|
| 自宅 | 47.2% | 49.3% |
| 病院 | 23.9% | 29.9% |
| ホスピス等の緩和ケア施設 | 13.8% | |
| 老人保健施設 | 1.6% | |
| 特別養護老人ホーム | 1.6% | 15.2% |
| 認知症高齢者グループホーム | 0.0% | |
| 特定施設 | 2.3% | |
| その他、無回答等 | 9.6% | 5.6% |

※H26の問は「長期入院が可能な病院」、「自宅」、「介護施設等の施設」

(5) 特定健診・特定保健指導について

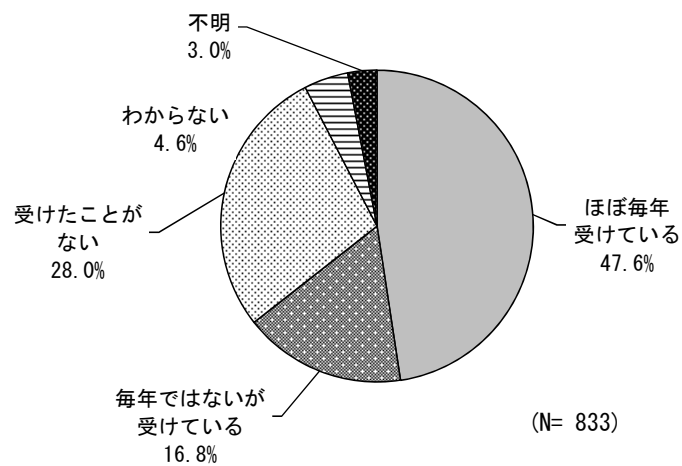
○特定健康診査や特定保健指導の認知度

- ・「知っている」 63.3%
- ・「知らない」 33.9%



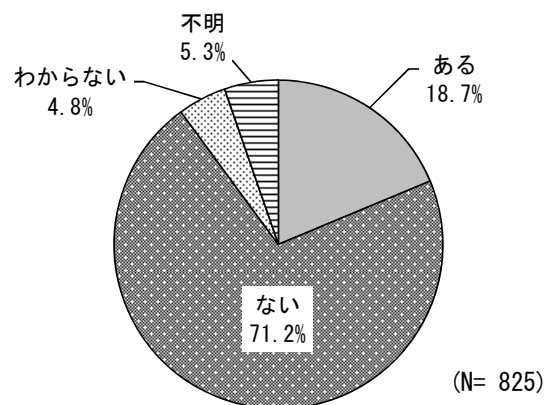
○特定健康診査の受診状況

- ・「ほぼ毎年受けている」 47.6%
- ・「受けたことがない」 28.0%
- ・「毎年ではないが受けている」 16.8%



○特定保健指導を受けた経験

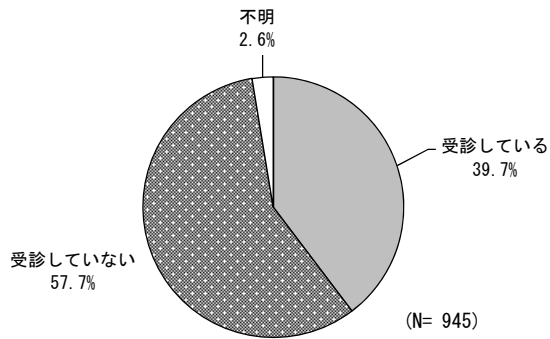
- ・「ない」 71.2%
- ・「ある」 18.7%



(6) 歯科・口腔ケアについて

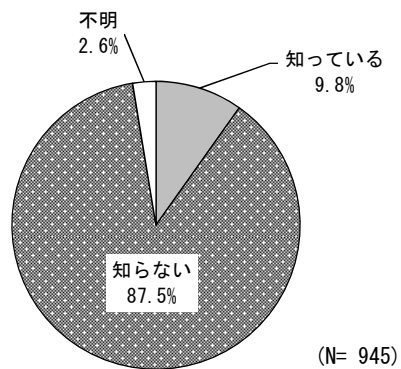
○歯垢除去や定期的な歯科健診の受診状況

- ・「受診していない」 57.7%
- ・「受診している」 39.7%



○訪問診療を行う歯科診療所の場所の認知度

- ・「知らない」 87.5%
- ・「知っている」 9.8%



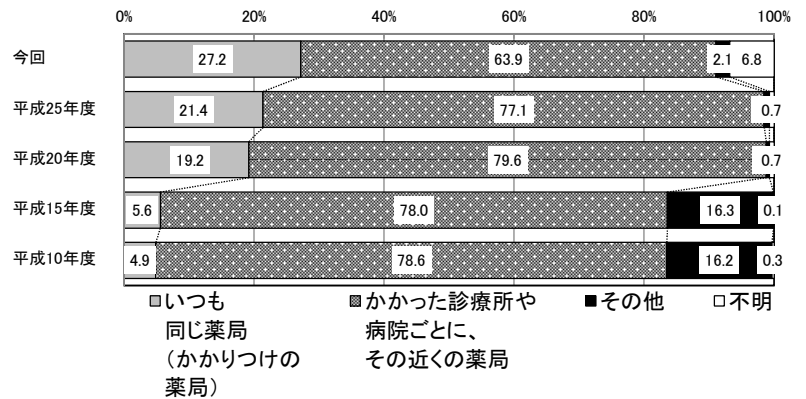
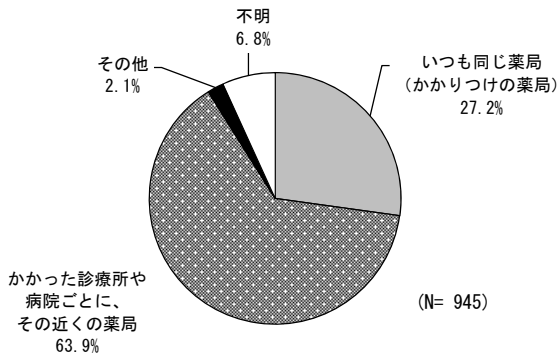
(7) 薬局・薬について

○調剤してもらう薬局

- ・「かかった診療所や病院ごとに、その近くの薬局」63.9%
- ・「いつも同じ薬局（かかりつけの薬局）」27.2%

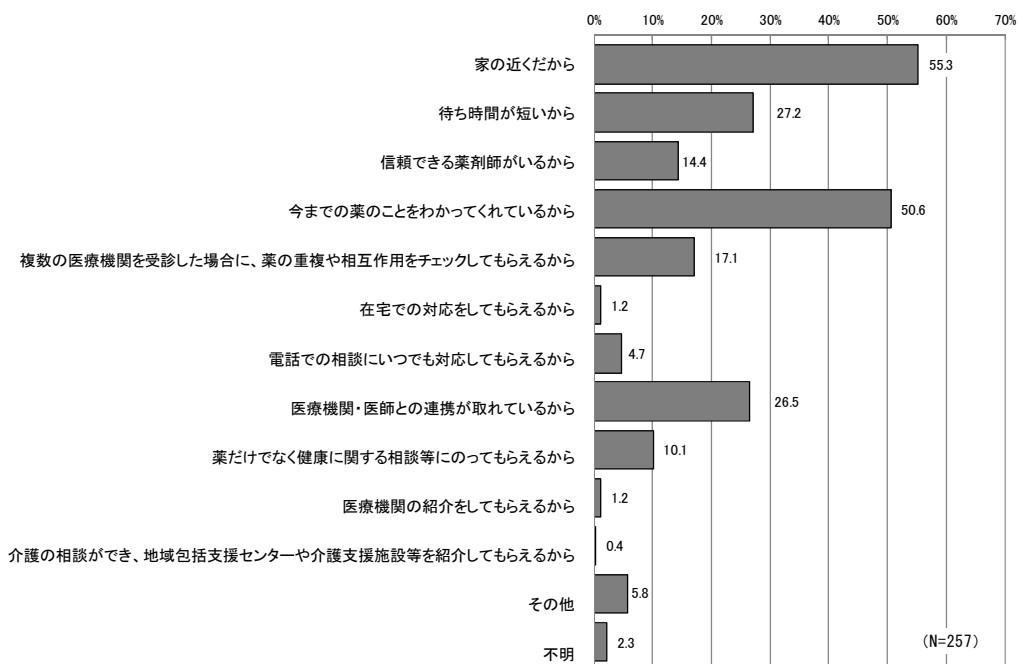
<経年変化>

- ・平成20年度を境に「いつも同じ薬局（かかりつけの薬局）」が徐々に増加。
- ・「かかった診療所や病院ごとに、その近くの薬局」は今回15ポイント近く減少。



○かかりつけの薬局を選んだ理由（複数回答）

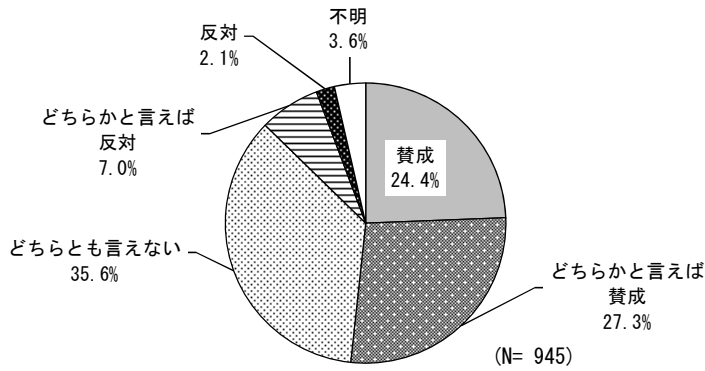
- ・「家の近くだから」55.3%
- ・「今までの薬のことをわかってくれているから」50.6%
- ・「待ち時間が短いから」27.2%
- ・「医療機関・医師との連携がとれているから」26.5%



(8) 今後の地域医療体制について

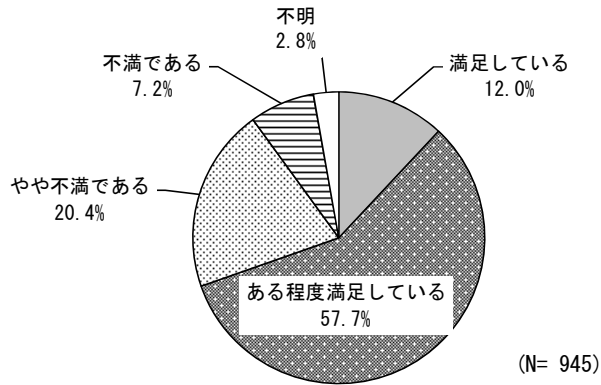
○それぞれの医療機関の機能に応じて役割分担して治療することについて

- ・「どちらとも言えない」35.6%
- ・「どちらかと言えば賛成」27.3%
- ・「賛成」24.4%



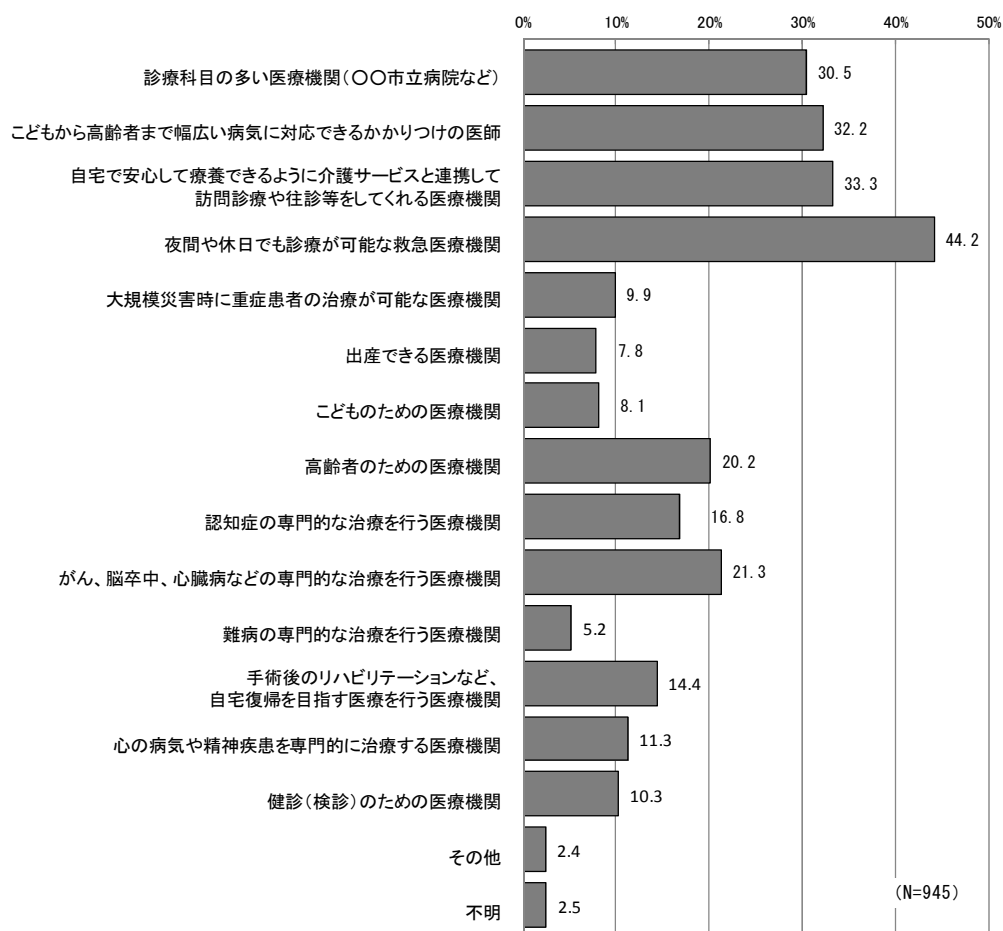
○居住地域の医療機関の整備状況

- ・「ある程度満足している」57.7%
- ・「やや不満である」20.4%
- ・「満足している」12.0%



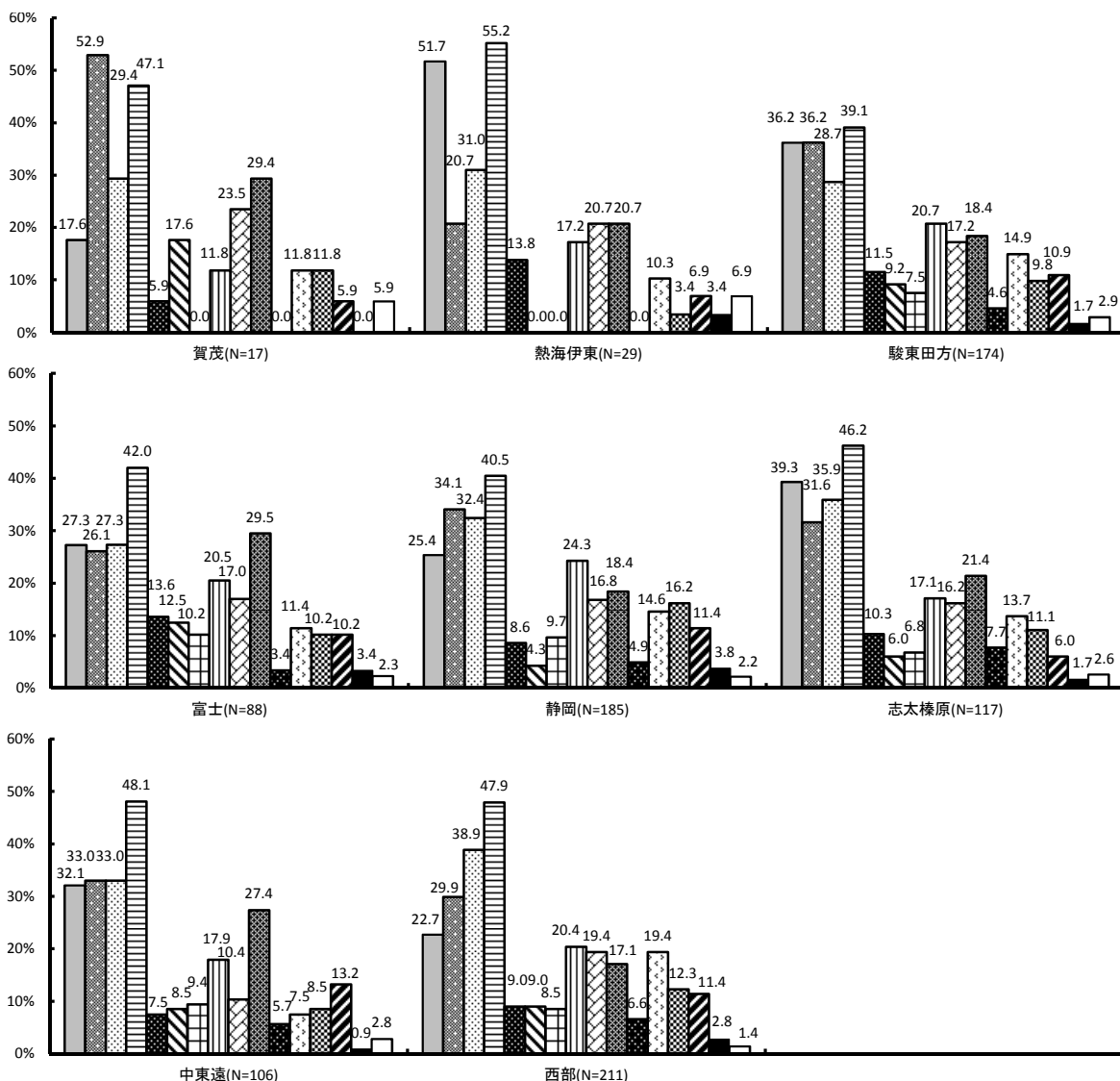
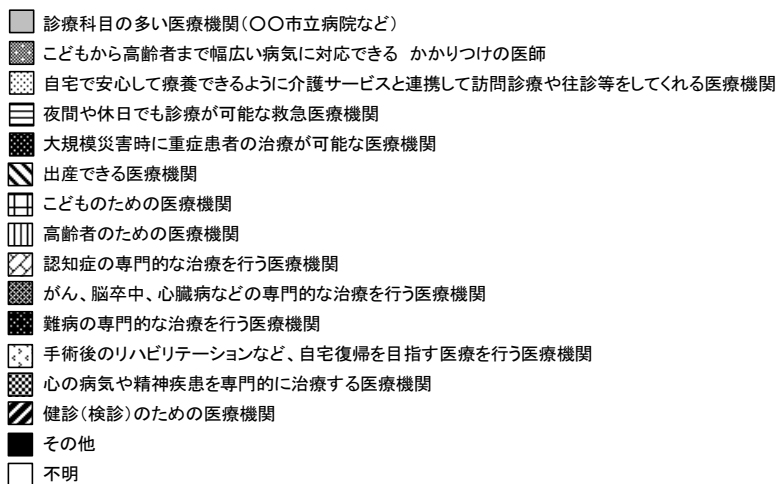
○今後特に整備充実を図るべき医療体制（複数回答）

- ・「夜間や休日でも診療が可能な救急医療機関」 44.2%
- ・「自宅で安心して療養できるように介護サービスと連携して訪問診療」 33.3%
- ・「子どもから高齢者まで幅広い病気に対応できるかかりつけの医師」 32.2%



< 2次保健医療圏別 >

- ・賀茂では「こどもから高齢者まで幅広い病気に対応できるかかりつけの医師」が5割以上で最多となった。それ以外の圏域では「夜間や休日でも診療が可能な救急医療機関」が最多となり、特に熱海伊東では5割半ばと高めである。
- ・他の項目では、「診療科目の多い医療機関(〇〇市立病院など)」が熱海伊東で5割以上、「がん、脳卒中、心臓病などの専門的な治療を行う医療機関」が賀茂、富士で3割弱と際立っている。



平成 28 年度病床機能報告の集計結果

1 病床機能報告制度の概要（医療法第 30 条の 13）

地域医療構想の推進にあたり、各医療機関が担っている医療機能の現状を把握し、医療機関の自主的な取組を促すため、医療機関がその有する病床（一般病床及び療養病床）の機能区分、構造設備、人員配置等に関する項目及び具体的な医療の内容に関する項目を都道府県に報告する制度が施行された。

都道府県には、報告事項の公表義務があるため、県医療政策課ホームページで公表するとともに、地域医療構想調整会議等において情報提供する。

2 平成 28 年の報告結果（概要）

(1) 報告状況（報告対象：H28. 7. 1 時点で一般病床・療養病床を有する病院及び有床診療所）

| 区分（医療機関） | | 平成 27 年度報告 (A) | 平成 28 年度報告 (B) | 増減 (B-A) |
|----------|-------|----------------|----------------|----------|
| 病 院 | 報告対象数 | 149 | 150 | 1 |
| | 報告数 | 149 | 150 | 1 |
| | 報告率 | 100.0% | 100.0% | 0.0% |
| 診療所 | 報告対象数 | 193 | 192 | ▲1 |
| | 報告数 | 182 | 189 | 7 |
| | 報告率 | 94.3% | 98.4% | 4.1% |
| 合 計 | 報告対象数 | 342 | 342 | 0 |
| | 報告数 | 331 | 339 | 8 |
| | 報告率 | 96.8% | 99.1% | 2.3% |

※ 報告率＝報告医療機関数／報告数

(2) 報告病床数

| 区分（病床） | | 平成 27 年度報告 (A) | 平成 28 年度報告 (B) | 増減 (B-A) |
|--------|---------|----------------|----------------|----------|
| 許可病床 | | 33,503 | 33,614 | 111 |
| | 医療機能を報告 | 32,297 | 32,469 | 172 |
| | 休棟・無回答等 | 1,206 | 1,145 | ▲61 |
| 稼働病床 | | 30,985 | 31,283 | 298 |
| | 医療機能を報告 | 30,864 | 31,158 | 294 |
| | 休棟・無回答等 | 121 | 125 | 4 |

(3) 各病棟の病床が担う医療機能

「定性的な基準」に基づき、各医療機関が自主的に選択した医療機能を報告したものであることから、同じ医療機能を有していても、各医療機関の捉え方が異なる場合がある。

| 区分（医療機能） | 平成 27 年度報告 (A) | 平成 28 年度報告 (B) | 増減 (B-A) |
|----------|----------------|----------------|----------|
| 高度急性期 | 4,936 | 4,888 | ▲48 |
| 急性期 | 12,815 | 12,686 | ▲129 |
| 回復期 | 3,174 | 3,698 | 524 |
| 慢性期 | 9,939 | 9,886 | ▲53 |
| 合 計 | 30,864 | 31,158 | 294 |

※病床数は稼働病床ベース

〈増減の要因〉

| 医療機能 | 要因① 稼働の増等 | 要因② 休止・廃止等 | 要因③ 前年度未反映等 | 要因④ 機能変更等 | 計 |
|-------|--------------|---------------|----------------|--------------|-------|
| 高度急性期 | 87床 | 0床 | 0床 | ▲135床 | ▲48床 |
| 急性期 | 156床 | ▲314床 | 49床 | ▲20床 | ▲129床 |
| 回復期 | 260床 | ▲25床 | 19床 | 270床 | 524床 |
| 慢性期 | 308床 | ▲264床 | 0床 | ▲97床 | ▲53床 |
| 合計 | 828床 | ▲620床 | 68床 | 18床 | 294床 |

3 地域医療構想における将来の必要病床数との比較

病床機能報告は、毎年実施されることから、地域医療構想で定めた必要病床数との比較を毎年行っていくことにより、2025年に向けて構想区域で不足する病床機能や過剰な病床機能の方向性が明らかになる。（病床機能報告の病床数は稼働病床ベース）

| 構想区域 | 医療機能 | 病床機能報告（2016年） | | 必要病床数（2025年） | | 差し引き | | ＜参考＞ 許可病床数 (H28.4.1) |
|------|-------|---------------|-----|--------------|-----|--------|------|--|
| | | 実数 | 構成比 | 実数 | 構成比 | 実数 | 構成比 | |
| 県全体 | 高度急性期 | 4,888 | 16% | 3,160 | 12% | 1,728 | -4% | 病院 32,082 診療所 2,295 34,377 |
| | 急性期 | 12,686 | 41% | 9,084 | 34% | 3,602 | -7% | |
| | 回復期 | 3,698 | 12% | 7,903 | 30% | ▲4,205 | 18% | |
| | 慢性期 | 9,886 | 32% | 6,437 | 24% | 3,449 | -8% | |
| | 計 | 31,158 | | 26,584 | | 4,574 | | |
| 賀茂 | 高度急性期 | 8 | 1% | 20 | 3% | ▲12 | 2% | 病院 843 診療所 36 879 |
| | 急性期 | 230 | 33% | 186 | 28% | 44 | -5% | |
| | 回復期 | 162 | 23% | 271 | 41% | ▲109 | 18% | |
| | 慢性期 | 292 | 42% | 182 | 28% | 110 | -15% | |
| | 計 | 692 | | 659 | | 33 | | |
| 熱海伊東 | 高度急性期 | 64 | 6% | 84 | 8% | ▲20 | 2% | 病院 1,129 診療所 202 1,331 |
| | 急性期 | 551 | 48% | 365 | 34% | 186 | -14% | |
| | 回復期 | 140 | 12% | 384 | 36% | ▲244 | 24% | |
| | 慢性期 | 385 | 34% | 235 | 22% | 150 | -12% | |
| | 計 | 1,140 | | 1,068 | | 72 | | |
| 駿東田方 | 高度急性期 | 739 | 12% | 609 | 12% | 130 | 1% | 病院 6,784 診療所 570 7,354 |
| | 急性期 | 3,097 | 49% | 1,588 | 32% | 1,509 | -17% | |
| | 回復期 | 656 | 10% | 1,572 | 32% | ▲916 | 21% | |
| | 慢性期 | 1,777 | 28% | 1,160 | 24% | 617 | -5% | |
| | 計 | 6,269 | | 4,929 | | 1,340 | | |
| 富士 | 高度急性期 | 70 | 3% | 208 | 8% | ▲138 | 5% | 病院 2,701 診療所 319 3,020 |
| | 急性期 | 1,470 | 53% | 867 | 33% | 603 | -20% | |
| | 回復期 | 369 | 13% | 859 | 33% | ▲490 | 20% | |
| | 慢性期 | 870 | 31% | 676 | 26% | 194 | -5% | |
| | 計 | 2,779 | | 2,610 | | 169 | | |
| 静岡 | 高度急性期 | 1,468 | 23% | 773 | 15% | 695 | -8% | 病院 6,597 診療所 281 6,878 |
| | 急性期 | 2,078 | 33% | 1,760 | 34% | 318 | 1% | |
| | 回復期 | 700 | 11% | 1,370 | 26% | ▲670 | 15% | |
| | 慢性期 | 2,039 | 32% | 1,299 | 25% | 740 | -7% | |
| | 計 | 6,285 | | 5,202 | | 1,083 | | |
| 志太榛原 | 高度急性期 | 251 | 8% | 321 | 10% | ▲70 | 2% | 病院 3,470 診療所 166 3,636 |
| | 急性期 | 1,733 | 52% | 1,133 | 35% | 600 | -17% | |
| | 回復期 | 396 | 12% | 1,054 | 32% | ▲658 | 21% | |
| | 慢性期 | 938 | 28% | 738 | 23% | 200 | -6% | |
| | 計 | 3,318 | | 3,246 | | 72 | | |
| 中東遠 | 高度急性期 | 294 | 10% | 256 | 9% | 38 | -1% | 病院 2,966 診療所 211 3,177 |
| | 急性期 | 1,161 | 38% | 1,081 | 38% | 80 | 0% | |
| | 回復期 | 450 | 15% | 821 | 29% | ▲371 | 14% | |
| | 慢性期 | 1,138 | 37% | 698 | 24% | 440 | -13% | |
| | 計 | 3,043 | | 2,856 | | 187 | | |
| 西部 | 高度急性期 | 1,994 | 26% | 889 | 15% | 1,105 | -11% | 病院 7,592 診療所 510 8,102 |
| | 急性期 | 2,366 | 31% | 2,104 | 35% | 262 | 4% | |
| | 回復期 | 825 | 11% | 1,572 | 26% | ▲747 | 15% | |
| | 慢性期 | 2,447 | 32% | 1,449 | 24% | 998 | -8% | |
| | 計 | 7,632 | | 6,014 | | 1,618 | | |

病床機能報告制度における医療機関別の機能別病床数の報告状況【2015(平成27)年及び2016(平成28)年7月1日時点の集計結果(静岡県)】稼動病床ベース

| 二次医療圏 | 医療機関名称 | 2015(平成27)年7月1日時点 | | | | | 2016(平成28)年7月1日時点 | | | | | 差し引き(2016-2015) | | | | |
|-------------|-----------------------|-------------------|-----|-----|-----|-----|-------------------|-----|-----|-----|-----|-----------------|----|----|-----|-----|
| | | 高度急性期 | 急性期 | 回復期 | 慢性期 | 休棟等 | 高度急性期 | 急性期 | 回復期 | 慢性期 | 休棟等 | 高 | 急 | 回 | 慢性期 | 休棟等 |
| 2202熱海伊東 | 安井医院 | 0 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 12 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| | 医療法人社団ちとせ会 熱海ちとせ病院 | 0 | 0 | 0 | 89 | 0 | 0 | 0 | 0 | 89 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 医療法人社団伊豆七海会熱海 海の見える病院 | | | | | | 0 | 23 | 0 | 45 | 0 | 0 | 23 | 0 | 45 | 0 |
| | 医療法人社団伊豆七海会熱海所記念病院 | 48 | 48 | 48 | 0 | 0 | 48 | 48 | 48 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 医療法人社団陽光会 南あたま第一病院 | 0 | 19 | 0 | 80 | 0 | 0 | 20 | 0 | 90 | 0 | 0 | 1 | 0 | 10 | 0 |
| | 国際医療福祉大学熱海病院 | 4 | 228 | 31 | 0 | 0 | 4 | 228 | 31 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 熱海ゆとりあの郷 診療所 | 0 | 0 | 0 | 12 | 0 | 0 | 0 | 0 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | ▲2 | 0 |
| | はあとふる内科・泌尿器科 伊豆高原 | 0 | 19 | 0 | 0 | 0 | 0 | 19 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 伊東市民病院 | 12 | 194 | 42 | 0 | 0 | 12 | 194 | 42 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 伊東病院 | 0 | 0 | 0 | 43 | 0 | 0 | 0 | 0 | 43 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 伊豆高原ゆうゆうの里診療所 | 0 | 0 | 0 | 18 | 0 | 0 | 0 | 0 | 18 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 医療法人社団望洋会 横山医院 | 0 | 0 | 0 | 19 | 0 | 0 | 0 | 0 | 19 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 稲葉医院 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 佐藤産婦人科医院 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 佐藤病院 | 0 | 0 | 0 | 52 | 0 | 0 | 0 | 0 | 52 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 上山レディースクリニック | | | | | | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 |
| | 青木クリニック | | | | | | 0 | 0 | 19 | 0 | 0 | 0 | 0 | 19 | 0 | 0 |
| | 大川胃腸科外科 | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | ▲5 | 0 | 0 | 0 |
| 長谷川胃腸科内科医院 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 田島医院 | 0 | 12 | 0 | 0 | 0 | | | | | 0 | ▲12 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 立花胃腸科外科 | 0 | 0 | 0 | 19 | 0 | 0 | 0 | 0 | 19 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 2202熱海伊東 集計 | | 64 | 535 | 121 | 332 | 0 | 64 | 551 | 140 | 385 | 0 | 0 | 16 | 19 | 53 | 0 |

病床機能報告制度における医療機関別の機能別病床数の報告状況【集計結果(静岡県)】

○報告対象となる静岡県内の病院150施設、有床診療所192施設のうち、報告があった病院150施設(100.0%)、有床診療所189施設(98.4%)を対象として集計した結果
 ○平成28年度の報告においては、「定性的」な基準に基づき、各医療機関が自主的に選択した医療機能を報告したものであることから、同じ医療機能を有していても、各医療機関の捉え方によっては同様の報告となっていない場合がある。

| | |
|---------|---------------|
| 報告年度 | 平成28年度 |
| 医療機能の時点 | 01_報告年度7月1日時点 |

| 二次医療圏 | 病院・有床診療所 | 市区町村 | 医療機関名称 | 01_許可病床数 | | | | 02_稼働病床数 | | | | |
|-------------|------------|----------|-----------------------|----------|-----|-----|-----|----------|-----|-----|-----|-----|
| | | | | 高度急性期 | 急性期 | 回復期 | 慢性期 | 高度急性期 | 急性期 | 回復期 | 慢性期 | |
| 2202熱海伊東 | 01病院 | 22205熱海市 | 医療法人社団ちとせ会 熱海ちとせ病院 | 0 | 0 | 0 | 89 | 0 | 0 | 0 | 89 | |
| | | | 医療法人社団伊豆七海会熱海 海に見える病院 | 0 | 40 | 0 | 72 | 0 | 23 | 0 | 45 | |
| | | | 医療法人社団伊豆七海会熱海所記念病院 | 48 | 48 | 48 | 0 | 48 | 48 | 48 | 0 | |
| | | | 医療法人社団陽光会 南あすみ第一病院 | 0 | 20 | 0 | 90 | 0 | 20 | 0 | 90 | |
| | | | 国際医療福祉大学熱海病院 | 6 | 228 | 31 | 0 | 4 | 228 | 31 | 0 | |
| | 22208伊東市 | 伊東市民病院 | 14 | 194 | 42 | 0 | 12 | 194 | 42 | 0 | | |
| | | 伊東病院 | 0 | 0 | 0 | 43 | 0 | 0 | 0 | 43 | | |
| | | 佐藤病院 | 0 | 0 | 0 | 52 | 0 | 0 | 0 | 52 | | |
| | 01病院 集計 | | | | 68 | 530 | 121 | 346 | 64 | 513 | 121 | 319 |
| | 02有床診療所 | 22205熱海市 | 安井医院 | 0 | 15 | 0 | 0 | 0 | 12 | 0 | 0 | |
| | | | 熱海ゆとりあの郷 診療所 | 0 | 0 | 0 | 17 | 0 | 0 | 0 | 10 | |
| | | 22208伊東市 | はあとふる内科・泌尿器科 伊豆高原 | 0 | 19 | 0 | 0 | 0 | 19 | 0 | 0 | |
| | | | 伊豆高原ゆうゆうの里診療所 | 0 | 0 | 0 | 18 | 0 | 0 | 0 | 18 | |
| | | | 医療法人社団望洋会 横山医院 | 0 | 0 | 0 | 19 | 0 | 0 | 0 | 19 | |
| | | | 稲葉医院 | 0 | 0 | 0 | 19 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | | 佐藤産婦人科医院 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | | 上山レディースクリニック | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 | 7 | 0 | 0 | |
| | | | 青木クリニック | 0 | 0 | 19 | 0 | 0 | 0 | 19 | 0 | |
| | | | 大川胃腸科外科 | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | | 長谷川胃腸科内科医院 | 0 | 10 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | | 立花胃腸科外科 | 0 | 0 | 0 | 19 | 0 | 0 | 0 | 19 | |
| | 02有床診療所 集計 | | | | 0 | 56 | 19 | 92 | 0 | 38 | 19 | 66 |
| 2202熱海伊東 集計 | | | | 68 | 586 | 140 | 438 | 64 | 551 | 140 | 385 | |

病床機能報告制度における医療機関別の機能別病床数の報告状況【集計結果(静岡県)】

○報告対象となる静岡県内の病院150施設、有床診療所192施設のうち、報告があった病院150施設(100.0%)、有床診療所189施設(98.4%)を対象として集計した結果
 ○平成28年度の報告においては、「定性的」な基準に基づき、各医療機関が自主的に選択した医療機能を報告したものであることから、同じ医療機能を有していても、各医療機関の捉え方によっては同様の報告となっていない場合がある。

| | |
|---------|-------------|
| 報告年度 | 平成28年度 |
| 医療機能の時点 | 02_6年が経過した日 |

| 二次医療圏 | 病院・有床診療所 | 市区町村 | 医療機関名称 | 01_許可病床数 | | | | 02_稼働病床数 | | | | |
|--------------------|-------------------|----------|-----------------------|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | | | | 高度急性期 | 急性期 | 回復期 | 慢性期 | 高度急性期 | 急性期 | 回復期 | 慢性期 | |
| 2202熱海伊東 | 01病院 | 22205熱海市 | 医療法人社団ちとせ会 熱海ちとせ病院 | 0 | 0 | 0 | 89 | 0 | 0 | 0 | 89 | |
| | | | 医療法人社団伊豆七海会熱海 海の見える病院 | 0 | 0 | 0 | 112 | 0 | 0 | 0 | 68 | |
| | | | 医療法人社団伊豆七海会熱海所記念病院 | 48 | 48 | 48 | 0 | 48 | 48 | 48 | 0 | |
| | | | 医療法人社団陽光会 南あすみ第一病院 | 0 | 20 | 32 | 58 | 0 | 20 | 32 | 58 | |
| | | | 国際医療福祉大学熱海病院 | 6 | 228 | 31 | 0 | 4 | 228 | 31 | 0 | |
| | 22208伊東市 | 伊東市民病院 | 14 | 194 | 42 | 0 | 12 | 194 | 42 | 0 | | |
| | | 伊東病院 | 0 | 0 | 0 | 43 | 0 | 0 | 0 | 43 | | |
| | | 佐藤病院 | 0 | 0 | 0 | 52 | 0 | 0 | 0 | 52 | | |
| | 01病院 集計 | | | | 68 | 490 | 153 | 354 | 64 | 490 | 153 | 310 |
| | 02有床診療所 | 22205熱海市 | 安井医院 | 0 | 15 | 0 | 0 | 0 | 12 | 0 | 0 | |
| | | | 熱海ゆとりあの郷 診療所 | 0 | 0 | 0 | 17 | 0 | 0 | 0 | 10 | |
| | | 22208伊東市 | はあとふる内科・泌尿器科 伊豆高原 | 0 | 19 | 0 | 0 | 0 | 19 | 0 | 0 | |
| | | | 伊豆高原ゆうゆうの里診療所 | 0 | 0 | 0 | 18 | 0 | 0 | 0 | 18 | |
| | | | 医療法人社団望洋会 横山医院 | 0 | 0 | 0 | 19 | 0 | 0 | 0 | 19 | |
| | | | 稲葉医院 | 0 | 0 | 0 | 19 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | | 佐藤産婦人科医院 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | | 上山レディースクリニック | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 | 7 | 0 | 0 | |
| | | | 青木クリニック | 0 | 0 | 19 | 0 | 0 | 0 | 19 | 0 | |
| | | | 大川胃腸科外科 | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | | 長谷川胃腸科内科医院 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | | 立花胃腸科外科 | 0 | 0 | 0 | 19 | 0 | 0 | 0 | 19 | |
| | 02有床診療所 集計 | | | | 0 | 46 | 19 | 92 | 0 | 38 | 19 | 66 |
| 2202熱海伊東 集計 | | | | 68 | 536 | 172 | 446 | 64 | 528 | 172 | 376 | |

熱海伊東構想区域の病床数と医療機能について

(熱海健康福祉センター)

| 病床数 | 医療機能 | 今後の考え方 |
|--|---|--|
| ○必要病床数（2025年） 1,068床 ○病床機能報告（2016年） 1,140床 ○許可病床数（H28.4.1） 1,331床 うち診療所病床数 202床 | ○高度専門的な医療の多くが圏域外の医療施設で提供されている（ 患者の流出 ）。 ○ 必要病床数と病床機能報告の病床数に大きな差はない 。 ○病床機能報告では、必要病床数に比べ、 急性期と慢性期の病床数が多く、回復期の病床数が少ない 。 ○病床機能報告の年次推移に大きな変化はない。 ○ 有床診療所の病床廃止が進んでいる 。 | ○ 高度専門的な医療 をどのように確保するか。 ○総人口の減少に伴う 急性期の需要減 と、超急性期・急性期からの移行・超高齢化の進行に伴う 回復期の需要増 に対して、どのように対応するか（主に一般病床を有する病院）。 ○新たな介護施設の制度創設（医療介護院（仮称））等、 慢性期における医療提供体制の変化 に対して、どのように対応するか（主に療養病床を有する病院）。 ○ 病院との役割分担の推進、在宅医療機能の充実・強化 に対して、どのように対応するか（主に有床診療所）。 |

○ 地域医療構想の基本理念及び推進体制（要旨）

1 地域医療構想の基本理念

- (1) 医療と介護の総合的な確保
 - ・ 地域において医療及び介護を総合的に確保していくためには、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」（病床の機能の分化及び連携の推進）と「地域包括ケアシステムの構築」を「車の両輪」として進めていく必要がある。
- (2) 地域の医療提供体制の構築
 - ・ 地域の医療需要の将来推計や報告された情報等を活用して策定された地域医療構想の実現に向けて、「地域医療構想調整会議」（以下、調整会議）において、将来の病床の必要量を達成するための方策等に必要な協議を行う。

2 地域医療構想の推進体制

- (1) 地域医療構想の実現に向けては、構想区域ごとに調整会議を設け、関係者との連携を図りつつ、将来の病床の必要量を達成するための方策等に必要な協議を行う。
- (2) 各医療機関における自主的な病床の機能分化及び連携とともに、調整会議を通じて必要な調整を行う。
- (3) 地域医療構想調整会議では、医療機関相互の協議のうえ、不足している病床機能への対応等について、具体的な対応策を検討する。
- (4) 構想区域における病床の機能区分ごとの必要病床数に基づき、医療機関の自主的な取組や医療機関相互の協議を実効性のあるものとするため、地域医療介護総合確保基金を活用し、病床の機能分化と連携を図るとともに、在宅医療や在宅歯科医療の充実、医療介護人材の確保等の必要な施策を進める。

出典：「静岡県地域医療構想」（平成28年3月、静岡県）

健康福祉部長寿政策課、医療政策課

(要旨)

地域医療構想では、病床の機能分化などにより生じる在宅医療等の必要量を 2025 年には 40,093 人を見込んでいる。

この地域医療構想における在宅医療等必要量について、市町介護保険事業計画の策定等に資するよう県において、一定の仮定のもとに試算した。

なお、国は、今後、在宅医療等の必要量についての考え方を示す予定になっているため、その時点で人数等については再検討をする予定である。

(単位：人)

| | 2025 年在宅医療等必要量 | 2025 年在宅医療等必要量の構成 | | | 2013 年在宅医療供給量 | 在宅医療等増加分 |
|-------|----------------|----------------------------|--------|-----------|---------------|----------|
| | | C3 未満、医療区分 1 の 70%、地域差解消分* | 訪問診療分* | 介護老人保健施設分 | | |
| 賀茂 | 1,024 | 238 | 428 | 358 | 797 | 227 |
| 下田市 | 312 | 77 | 139 | 96 | 252 | 59 |
| 東伊豆町 | 181 | 46 | 83 | 51 | 131 | 50 |
| 河津町 | 112 | 25 | 45 | 42 | 86 | 26 |
| 南伊豆町 | 158 | 33 | 60 | 65 | 136 | 22 |
| 松崎町 | 106 | 26 | 46 | 34 | 80 | 25 |
| 西伊豆町 | 156 | 31 | 55 | 70 | 111 | 45 |
| 熱海伊東 | 1,643 | 323 | 735 | 585 | 1,014 | 629 |
| 熱海市 | 527 | 118 | 269 | 140 | 321 | 206 |
| 伊東市 | 1,116 | 205 | 466 | 445 | 693 | 423 |
| 駿東田方 | 7,186 | 1,577 | 3,271 | 2,338 | 5,026 | 2,160 |
| 沼津市 | 2,213 | 483 | 1,002 | 727 | 1,619 | 593 |
| 三島市 | 1,100 | 265 | 550 | 285 | 818 | 282 |
| 御殿場市 | 998 | 189 | 392 | 417 | 576 | 422 |
| 裾野市 | 582 | 122 | 252 | 208 | 419 | 163 |
| 伊豆市 | 441 | 97 | 200 | 144 | 319 | 122 |
| 伊豆の国市 | 571 | 128 | 266 | 177 | 408 | 163 |
| 函南町 | 383 | 99 | 206 | 78 | 263 | 120 |
| 清水町 | 279 | 69 | 143 | 67 | 196 | 83 |
| 長泉町 | 381 | 80 | 166 | 135 | 269 | 113 |
| 小山町 | 239 | 45 | 94 | 100 | 140 | 99 |
| 富士 | 3,723 | 638 | 1,612 | 1,473 | 2,510 | 1,213 |
| 富士宮市 | 1,421 | 223 | 564 | 633 | 926 | 495 |
| 富士市 | 2,302 | 415 | 1,048 | 840 | 1,584 | 718 |
| 静岡 | 8,082 | 1,465 | 3,845 | 2,772 | 5,707 | 2,375 |
| 静岡市 | 8,082 | 1,465 | 3,845 | 2,772 | 5,707 | 2,375 |
| 志太榛原 | 4,585 | 956 | 1,832 | 1,797 | 3,127 | 1,458 |
| 島田市 | 1,009 | 203 | 388 | 418 | 758 | 251 |
| 焼津市 | 1,403 | 280 | 536 | 587 | 867 | 536 |
| 藤枝市 | 1,380 | 299 | 574 | 507 | 988 | 392 |
| 牧之原市 | 428 | 98 | 188 | 142 | 271 | 156 |
| 吉田町 | 251 | 57 | 109 | 86 | 161 | 91 |
| 川根本町 | 114 | 19 | 37 | 57 | 82 | 32 |
| 中東遠 | 4,198 | 897 | 1,420 | 1,881 | 2,727 | 1,471 |
| 磐田市 | 1,446 | 327 | 518 | 601 | 984 | 461 |
| 掛川市 | 1,245 | 224 | 355 | 666 | 753 | 491 |
| 袋井市 | 679 | 151 | 238 | 290 | 420 | 259 |
| 御前崎市 | 236 | 66 | 104 | 66 | 150 | 86 |
| 菊川市 | 390 | 89 | 140 | 161 | 270 | 120 |
| 森町 | 202 | 41 | 65 | 97 | 149 | 54 |
| 西部 | 9,652 | 1,806 | 4,162 | 3,684 | 6,460 | 3,192 |
| 浜松市 | 9,061 | 1,684 | 3,881 | 3,497 | 6,070 | 2,992 |
| 湖西市 | 591 | 122 | 281 | 187 | 390 | 200 |
| 計 | 40,093 | 7,900 | 17,305 | 14,888 | 27,368 | 12,725 |

※65 歳以上人口割合で按分。 単位未満を四捨五入しているため内訳の計と合計が一致しない場合がある。

【第8次静岡県保健医療計画 年間策定スケジュール（予定）】

※平成29年6月現在。今後変更があり得る。

| 審議会・作業部会 | 医療政策課(とりまとめ) | 関係各課(全県版) | 各保健所(圏域版) |
|---|---|--|--|
| 5月 作業部会①(5/31) | ○作成方針等検討 ・計画構成、あがりイメージ ・新規記載事項 ・各課役割分担 等 方針提示・計画骨子案作成依頼 | ○事前検討 ・検討体制 ・新規記載事項 ・現状、課題、数値目標 等 | ○事前検討 ・検討体制 ・新規記載事項 ・現状、課題、数値目標 等 地域医療構想調整会議 在院患者調査 |
| 6月 | ○骨子作成 ・二次医療圏、構想区域 ・基準病床数、必要病床数 ・患者流出入(国保データ等) 審議会等委員改選 | ○骨子作成 ・現状、課題、施策の方向性 ・数値目標 等 | ○骨子作成 ・現状、課題、施策の方向性 ・圏域連携策 等 地域医療協議会 地域医療構想調整会議 |
| 7月 | 骨子とりまとめ(7/18) (部三役、医師会等と事前協議) | 疾病・事業等 骨子提出 | 圏域版 骨子提出(7/14) |
| 8月 作業部会②(8/1) (骨子審議) 医療審議会①(8/21) (骨子了承) | 作業部会意見反映 計画素案 作成依頼 | 作業部会意見反映 骨子 確定(8/7) | 作業部会意見反映 |
| 9月 | ○素案作成 ・医療審議会の意見反映 | ○素案作成 ・医療審議会の意見反映 | ○素案作成 ・医療審議会の意見反映 疾病事業連携調査 |
| 10月 | | ・関連協議会等の意見反映 | 地域医療構想調整会議 地域医療協議会 |
| 11月 作業部会③(11/28) (素案審議) | 素案とりまとめ(11/13) (部三役、医師会等と事前協議) | 素案提出(11/8) | 圏域版 素案提出(11/8) |
| 12月 医療審議会②(12/25) (素案了承) | 部会意見等反映 パブコメ 市町・関係団体意見聴 | 部会意見等反映 | 部会意見等反映 地域医療構想調整会議 地域医療協議会 |
| 1月 | パブコメ 市町・関係団体意見聴 | 医療審議会の意見反映 | 医療審議会の意見反映 |
| 2月 | ・パブコメ、団体意見等反映 | ・パブコメ、団体意見等反映 ・関連協議会等の意見反映 | ・パブコメ、団体意見等反映 ・地域意見等反映 |
| 3月 作業部会④(3/13) (最終案審議) 医療審議会③(3/23) (最終案了承) | 最終案とりまとめ(3/3) (部三役、医師会等と事前協議) ・最終調整 起案、決裁、告示 | 最終案提出(2/28) 最終調整 | 圏域版 最終案提出(2/28) 最終調整 |
| | | 最終案 確定(3/15) | |

※併せて各圏域においては、調整会議開催や計画案策定にあたり、ワーキング開催、既存協議会等を活用した検討、関係者ヒアリング等を実施する。地域医療構想調整会議についても、上記日程案にとらわれることなく積極的に開催し、圏域版計画に反映する。

6月23日（金）までに、熱海保健所医療健康課あて返信用封筒またはFAXでお送りください。

第1回熱海伊東地域医療協議会・地域医療構想調整会議
疾病・事業ごとの医療提供・連携体制の課題への対応方策等についての意見

委員名 _____

| 疾病・事業等 | 意見等 |
|------------------|-----|
| ①がん | |
| ②脳卒中 | |
| ③急性心筋梗塞 | |
| ④糖尿病 | |
| ⑤喘息 | |
| ⑥肝炎 | |
| ⑦精神疾患 | |
| ⑧救急医療 | |
| ⑨災害時における医療 | |
| ⑩へき地の医療 | |
| ⑪周産期医療 | |
| ⑫小児医療（小児救急医療を含む） | |
| ⑬在宅医療 | |
| 重点的に取り組むべき事項 | |