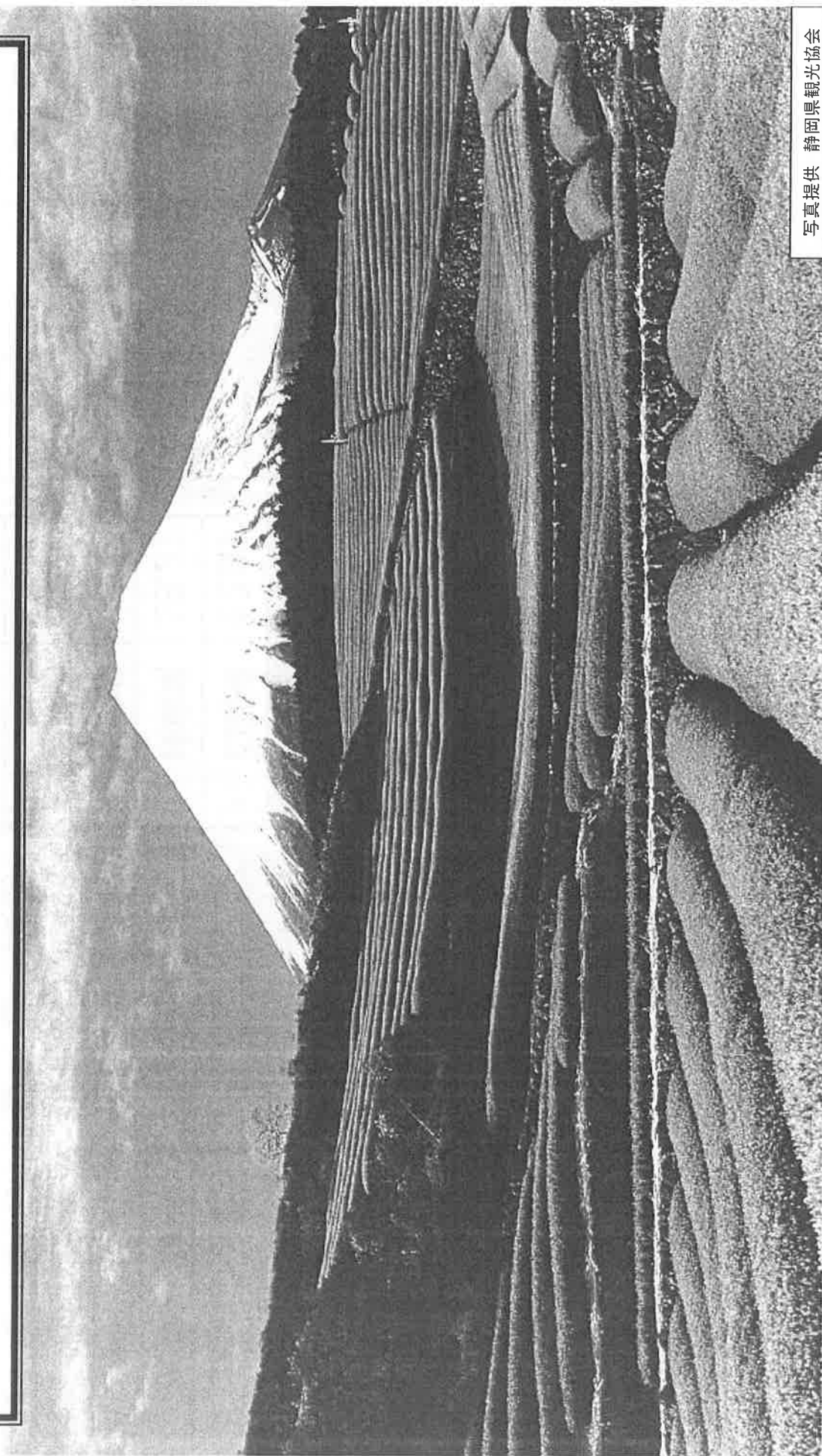


# 静岡県の健康課題 ～特定健診データ分析結果から～



# 平成25年度特定健診分析結果

静岡県は、H22～H25にかけて、4年連続メタボ最少県

平成22年度		
順	都道府県	該当者%
1	静岡県	12.70
2	山梨県	12.92
3	佐賀県	12.99
4	岐阜県	13.07
5	神奈川県	13.16
全	国	14.42

平成23年度		
順	都道府県	該当者%
1	静岡県	12.92
2	山梨県	12.95
3	佐賀県	13.27
4	岐阜県	13.28
5	新潟県	13.49
全	国	14.63

平成24年度		
順	都道府県	該当者%
1	静岡県	12.82
2	山梨県	12.99
3	岐阜県	13.27
4	新潟県	13.27
5	神奈川県	13.37
全	国	14.45

平成25年度		
順	都道府県	該当者%
1	静岡県	12.67
2	岐阜県	12.89
3	山梨県	12.99
4	長野県	13.21
5	佐賀県	13.31
全	国	14.28

※ H28.1.8 厚生労働省医療費適正化推進室公表データ

# 特定健診受診率の推移

静岡県は、全国平均より高いが、上位とは差がある

平成22年度

順	都道府県	受診率
1	東京都	60.2%
2	山形県	50.2%
3	宮城県	49.9%
14	静岡県	43.6%
全	国	42.6%

平成23年度

順	都道府県	受診率
1	東京都	61.6%
2	山形県	52.3%
3	宮城県	50.3%
12	静岡県	45.6%
全	国	44.0%

平成24年度

順	都道府県	受診率
1	東京都	62.9%
2	山形県	53.6%
3	宮城県	52.9%
12	静岡県	47.4%
全	国	45.6%

平成25年度

順	都道府県	受診率
1	東京都	65.5%
2	山形県	54.8%
3	宮城県	54.5%
11	静岡県	49.3%
全	国	47.1%

※ H28.1.8 厚生労働省医療費適正化推進室公表データ

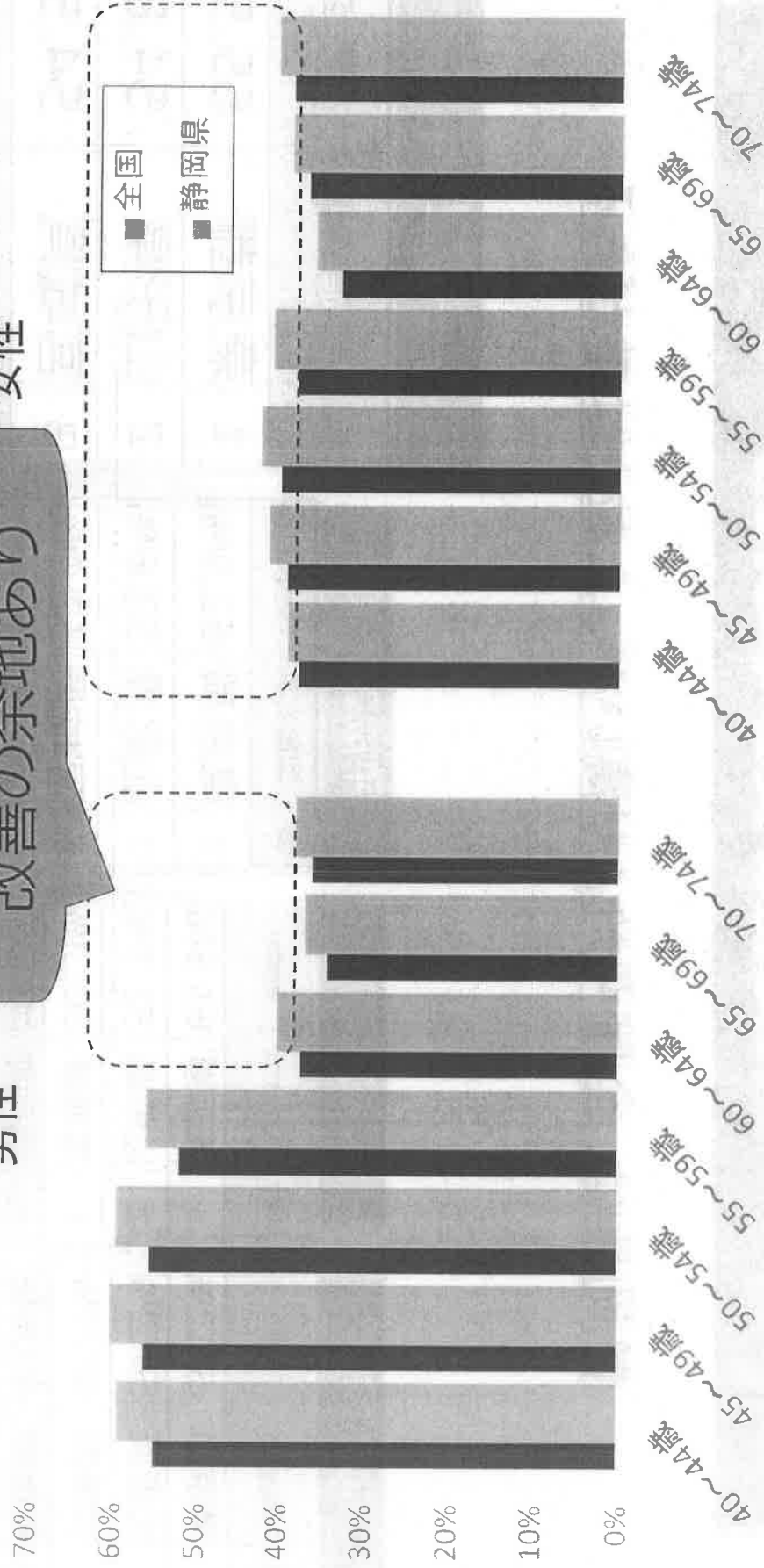
# 平成25年度特定健診受診率

静岡県の特定健診受診率は全国11位

高齢者・被扶養者  
改善の余地あり

男性

女性



※ H28.1 厚生労働省医療費適正化推進室公表データとH25.10人口から推計

## 平成25年度特定健診分析結果

・ 県では、平成20年度の特定健診データから、全国に先駆けて県下市町別に分析・地図化、健康課題の「見える化」に取り組んでいる。

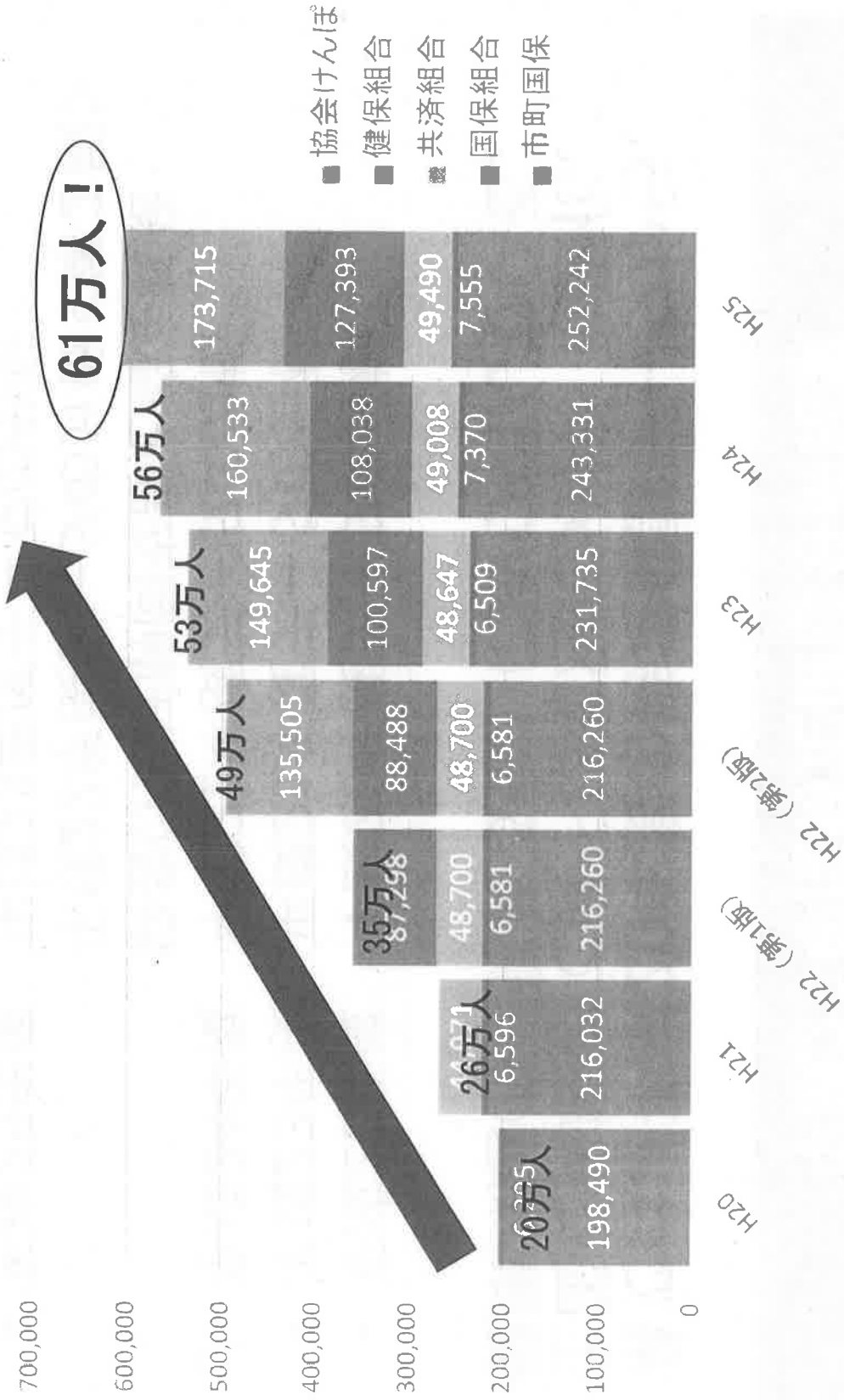
- ・ 平成22年度 平成20年度データの分析
- ・ 平成23年度 平成21年度データの分析
- ・ 平成24年度 平成22年度データの分析

協会けんぽ静岡支部と協定締結

- 平成22年度データの分析<第2版>
- 平成23年度データの分析
- 平成24年度データの分析
- 平成25年度 平成25年度データの分析<今回>

# 平成25年度特定健診分析対象者数

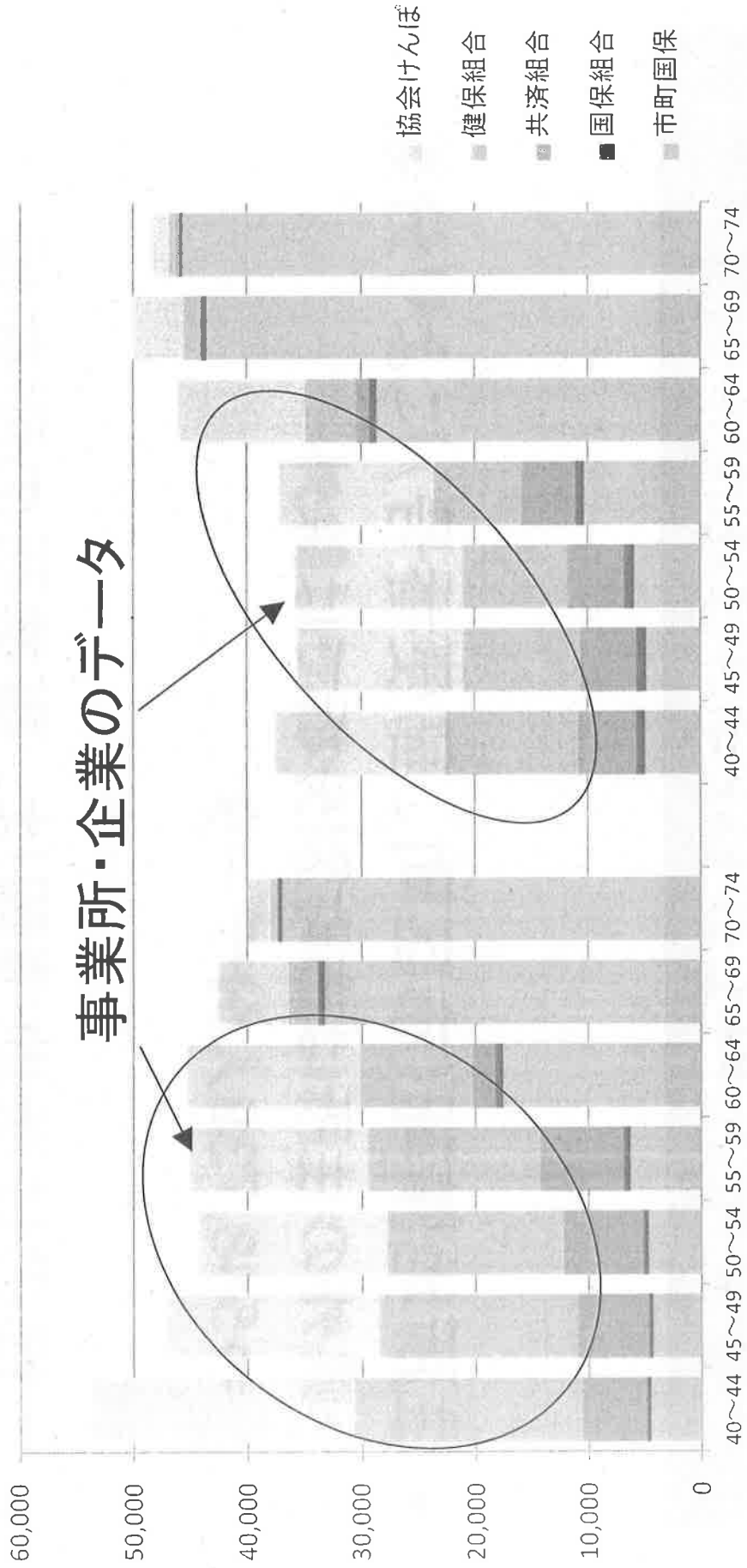
## 受診者の増加 + 協力医療保険者の増加





# 平成25年度特定健診分析結果

協会けんぽ、健保組合等のデータ提供により  
若い働き盛り世代を大きく補完



男性

女性

## 平成25年度特定健診分析結果

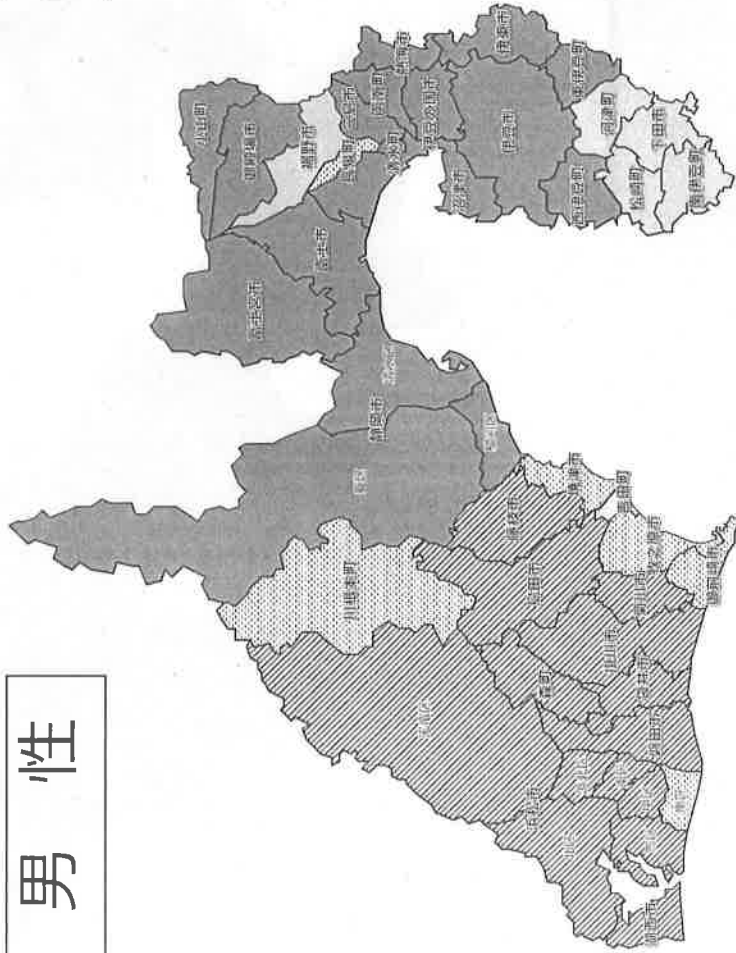
- 住所地情報(市区町、郵便番号)により分類
  - ・ 県外の住所は市町別分析では除外  
⇒ 548,739人分データ
- 一部の住所地情報は、事業所の所在地・住所地情報・事業所地情報が混在⇒ 区別不可  
⇒ 近隣に居住する従業員とみなした



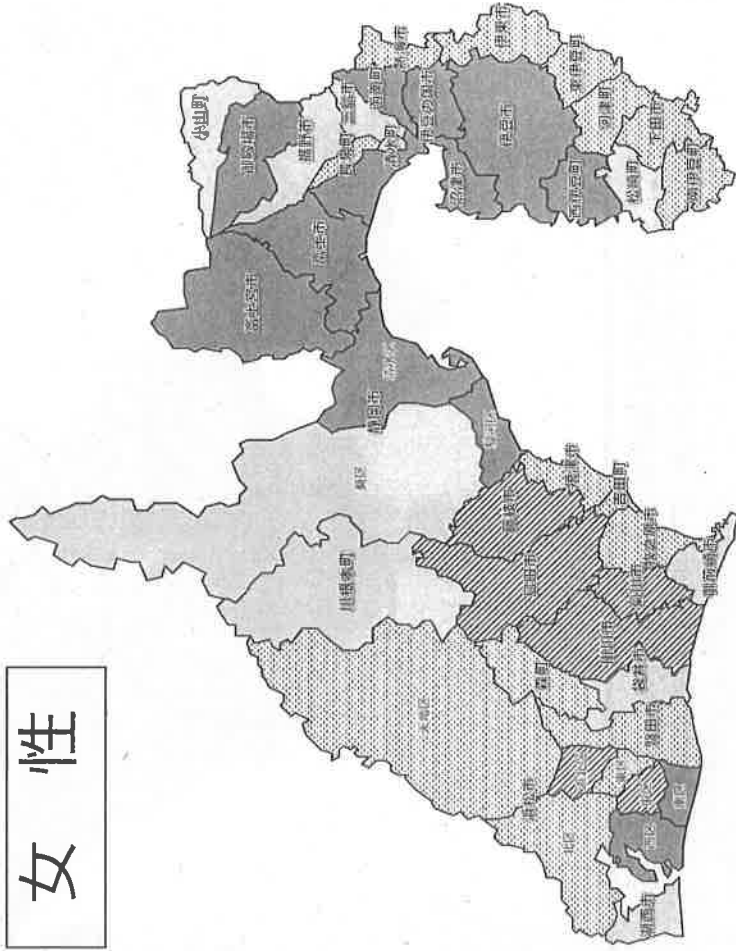
# H25特定健診：メタボ該当者

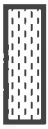

## 県東部と静岡市でメタボ該当者が多い



男性



女性



-  有意ではないが、県全体に比べて少ない
-  県全体に比べて、有意に少ない

-  県全体に比べて、有意に多い
-  有意ではないが、県全体に比べて多い

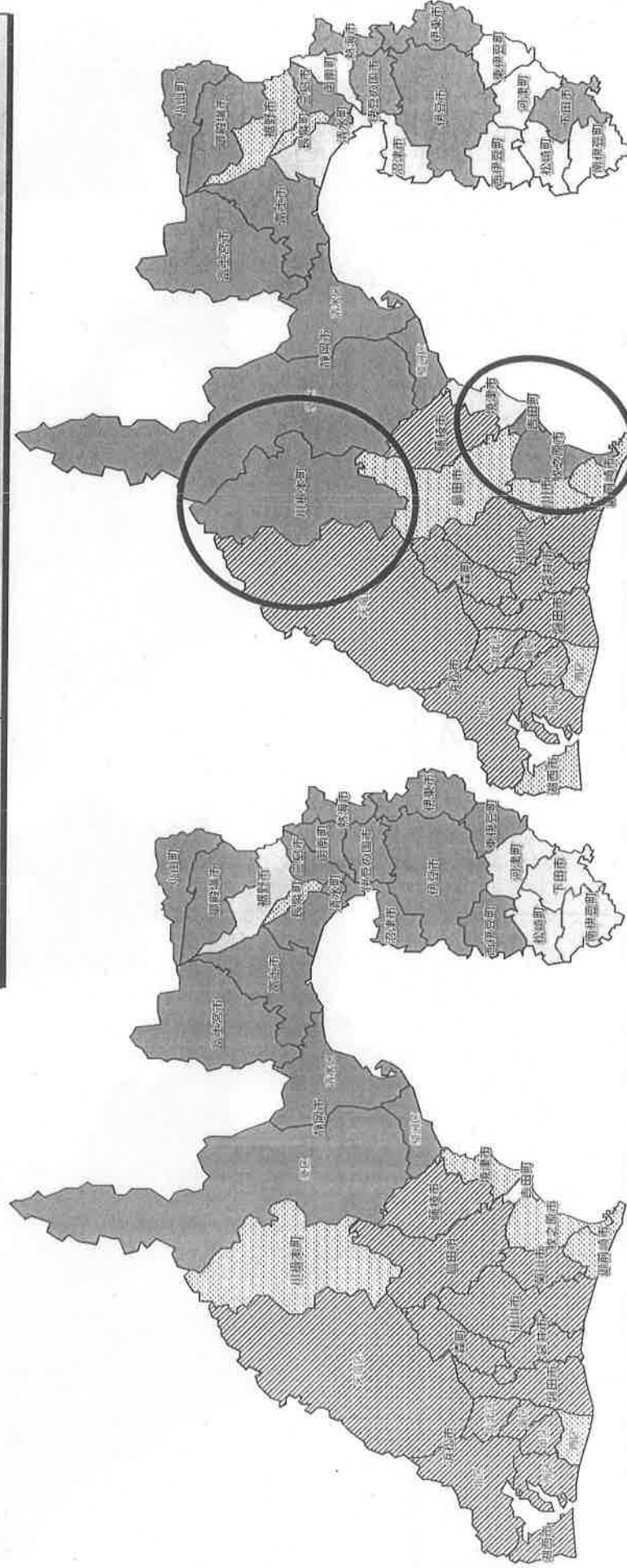
**H25特定健診【全県】**

**メタボ該当者(男性)**

メタボリックシンドローム  
該当者

腹囲男性85cm以上、女性90cm以上かつ2つ以上に該当

- ① 中性脂肪150mg/dl以上、またはHDLコレステロール40mg/dl未満、もしくはコレステロールを下げる薬服用
- ② 収縮期血圧130mmHg以上、または拡張期血圧85mmHg以上、もしくは血圧を下げる薬服用
- ③ 空腹時血糖110mg/dl以上、またはHbA1c5.5以上、もしくはインスリン注射または血糖を下げる薬服用



腹囲基準あり

腹囲基準なし

★牧之原市、吉田町、川根本町には、

男性の隠れメタボが多い可能性あり

## H25特定健診【全県】

メタボ該当者(女性)

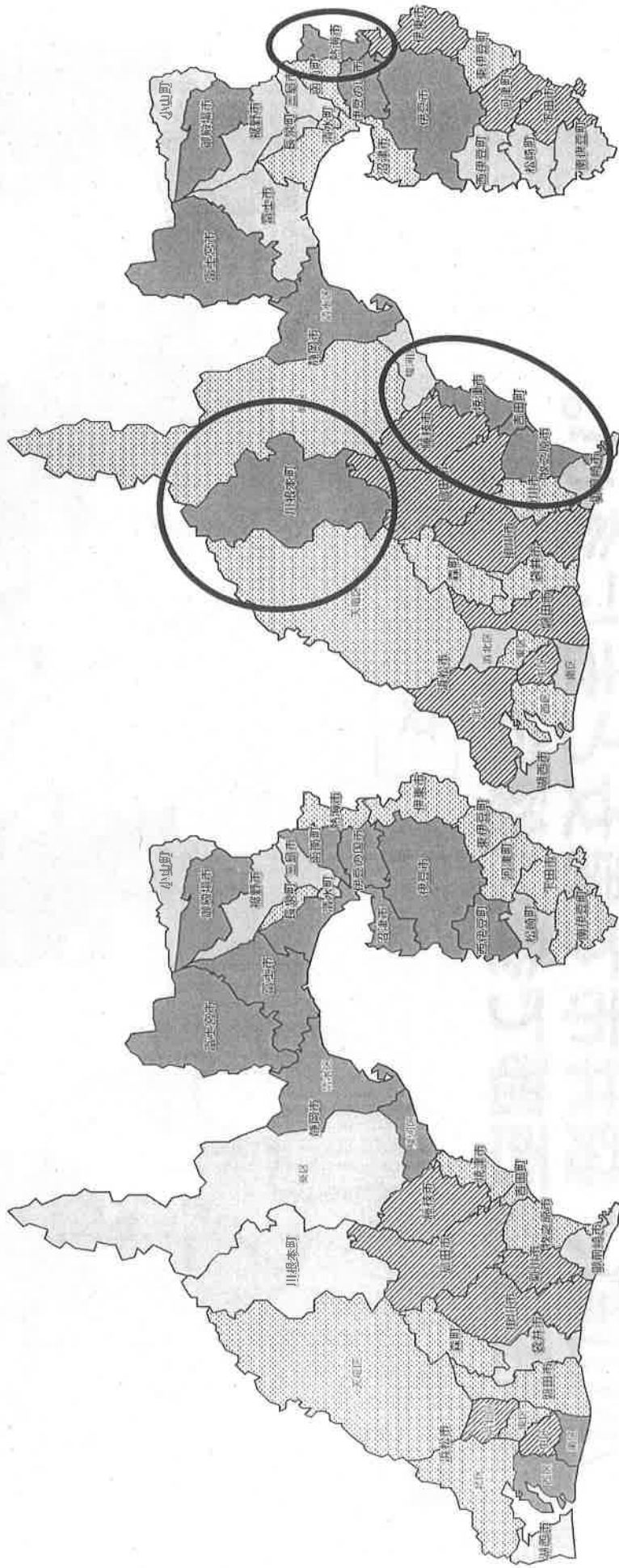
メタボリックシンドローム  
該当者

腹囲男性85cm以上、女性90cm以上かつ2つ以上に該当

① 中性脂肪150mg/dl以上、またはHDLコレステロール40mg/dl未満、  
もしくはコレステロールを下げる薬服用

② 収縮期血圧130mmHg以上、または拡張期血圧85mmHg以上、  
もしくは血圧を下げる薬服用

③ 空腹時血糖110mg/dl以上、またはHbA1c5.5以上、  
もしくはインスリン注射または血糖を下げる薬服用



腹囲基準あり

腹囲基準なし

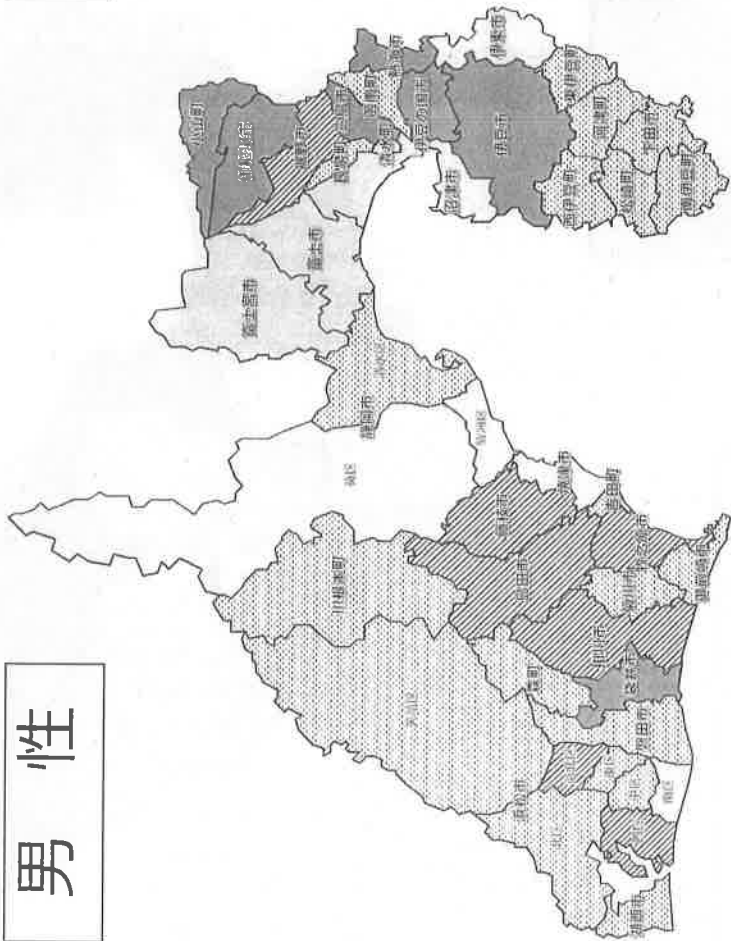
★焼津市、牧之原市、吉田町、川根本町、熱海市には、

女性の隠れメタボが多い可能性あり

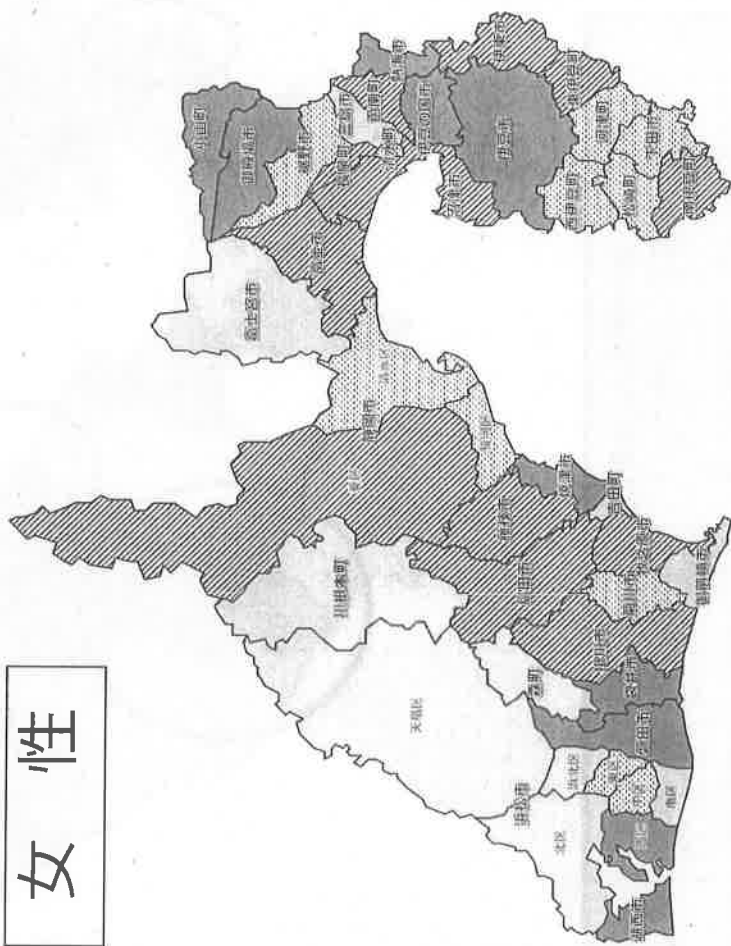
# H25特定健診：糖尿病有病者





伊豆市、伊豆の国市、熱海市、御殿場市、  
 小山町、袋井市で男女ともに多い。  
 女性は県西部で多い傾向。



男性



女性



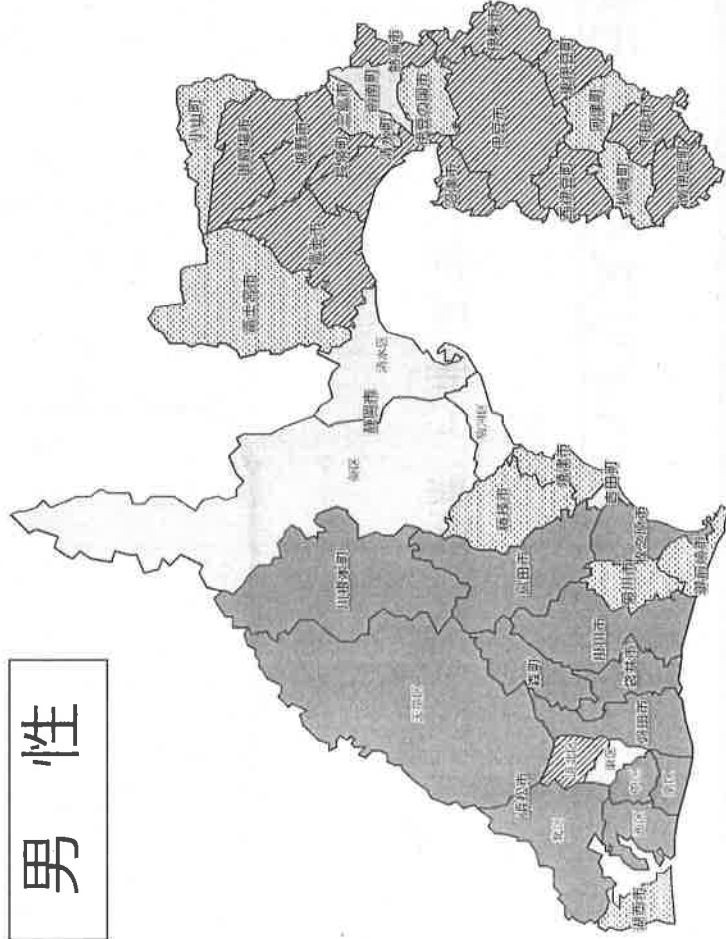
 有意ではないが、県全体に比べて少ない  
 県全体に比べて、有意に少ない  
 有意ではないが、県全体に比べて少ない  
 県全体に比べて、有意に多い

 県全体に比べて、有意に多い  
 有意ではないが、県全体に比べて多い

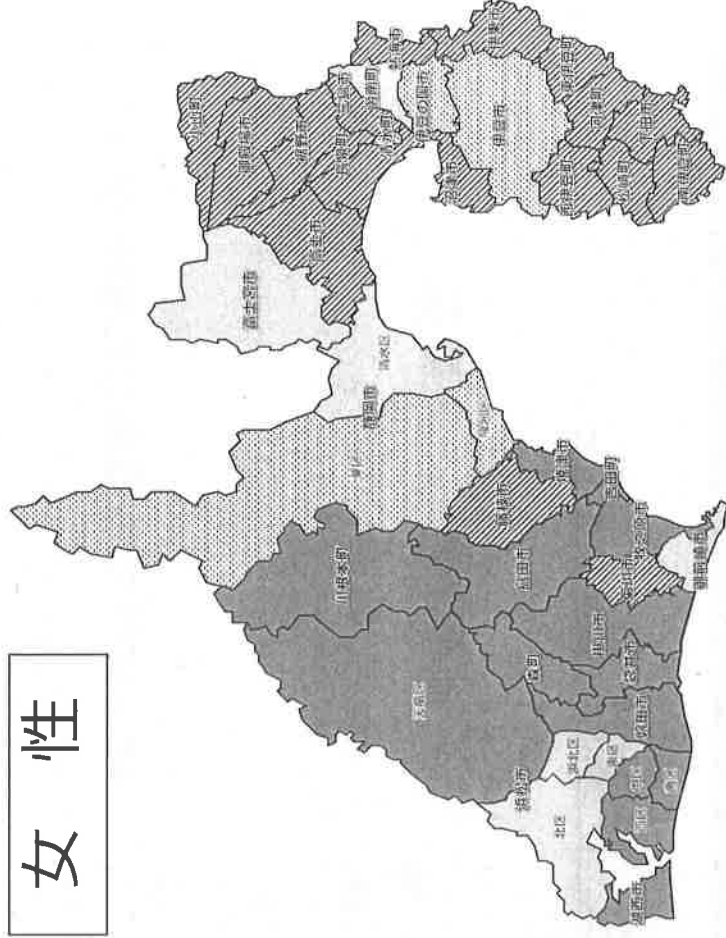
# H25特定健診：糖尿病予備群



## 県西部で糖尿病予備群が多い



男性



女性



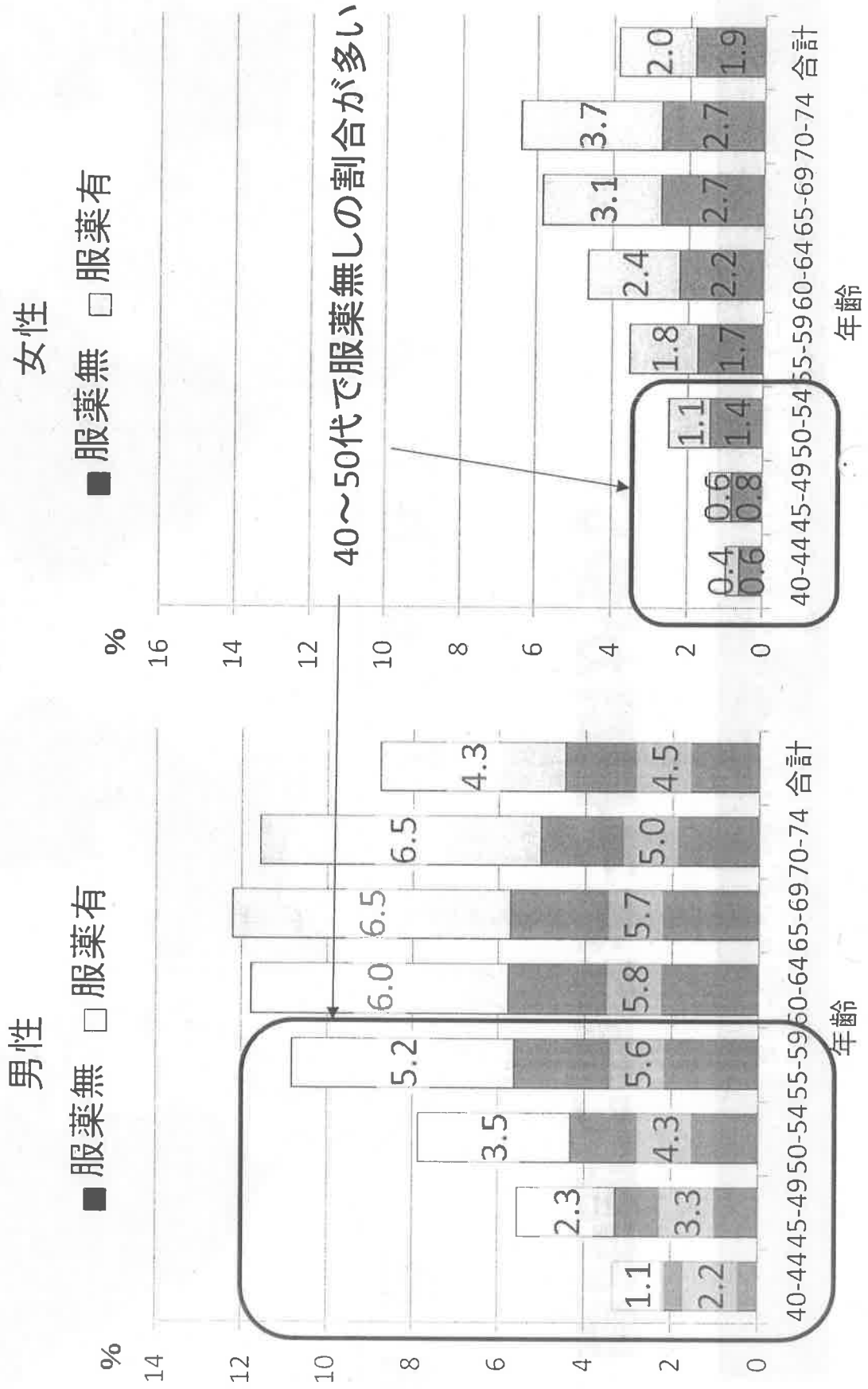
 有意ではないが、県全体に比べて少ない  
 県全体に比べて、有意に少ない

 県全体に比べて、有意に多い  
 有意ではないが、県全体に比べて多い



# 血糖ハイリスク者の割合 (HbA1c 6.5%以上)

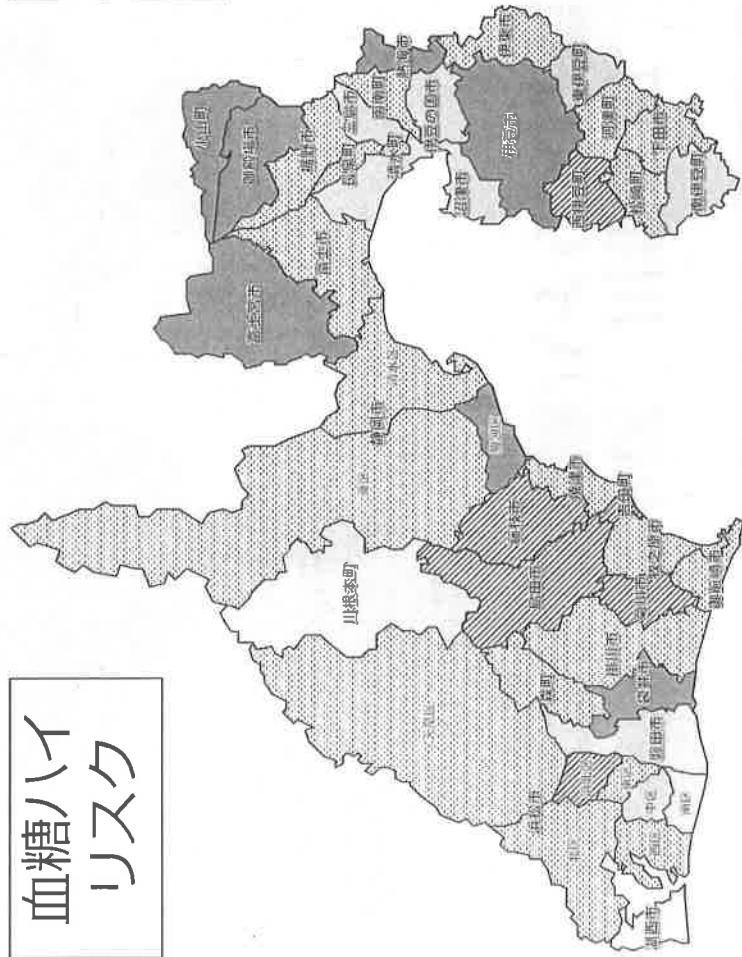
## ハイリスク者のうち、半数は服薬無し



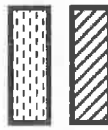
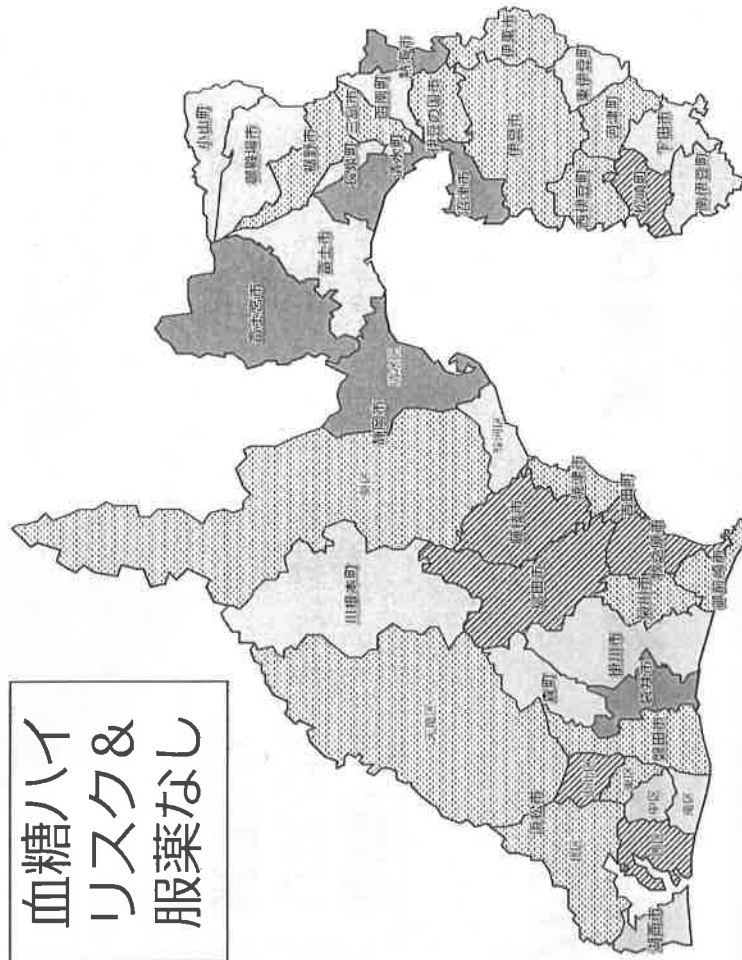
# 血糖ハイリスクと服薬（男性）

熱海市、沼津市、富士宮市、富士宮市、清水区、袋井市で服薬なしの血糖ハイリスク者が多い

血糖ハイ  
リスク



血糖ハイ  
リスク&  
服薬なし



有意ではないが、県全体に比べて少ない



県全体に比べて、有意に少ない



県全体に比べて、有意に多い



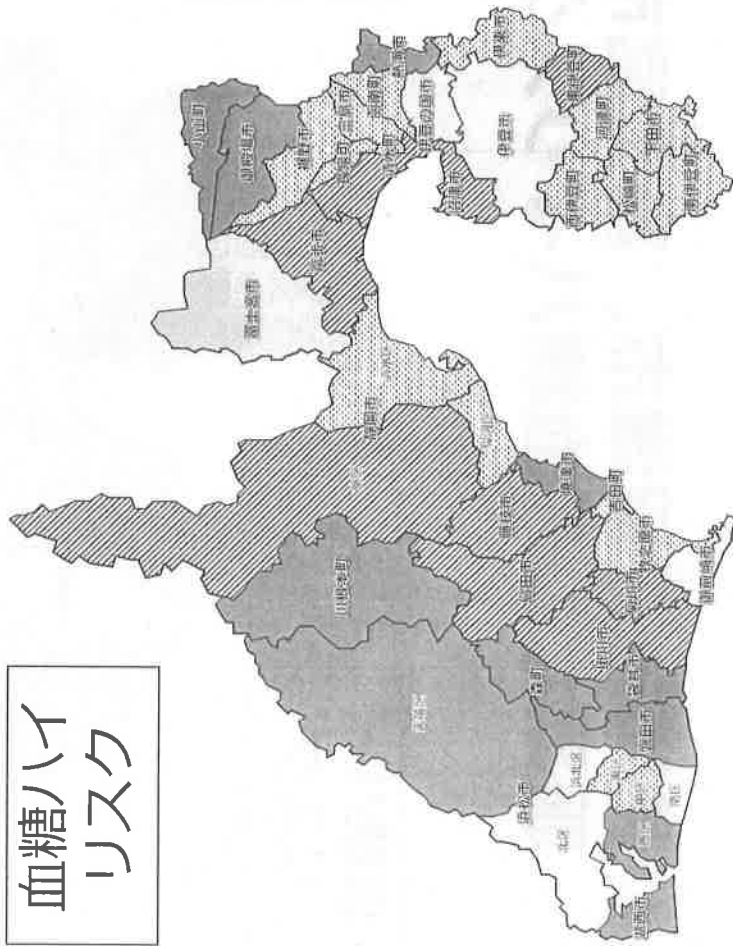
有意ではないが、県全体に比べて多い



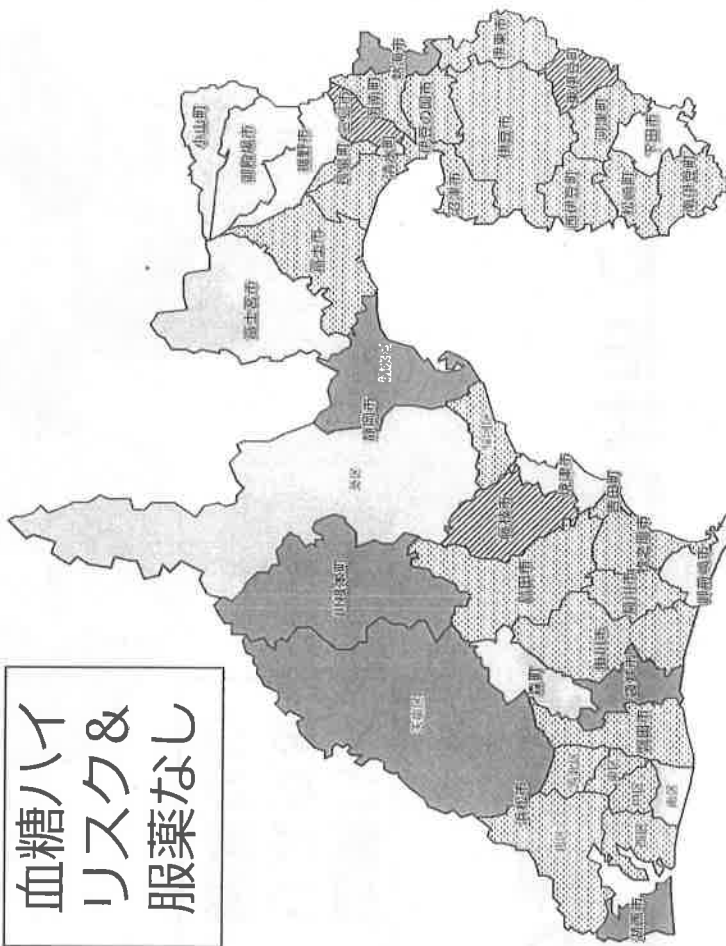
# 血糖ハイリスクと服薬（女性）

熱海市、清水区、川根本町、袋井市、湖西市、天竜区で服薬なしの血糖ハイリスク者が多い

血糖ハイ  
リスク



血糖ハイ  
リスク&  
服薬なし



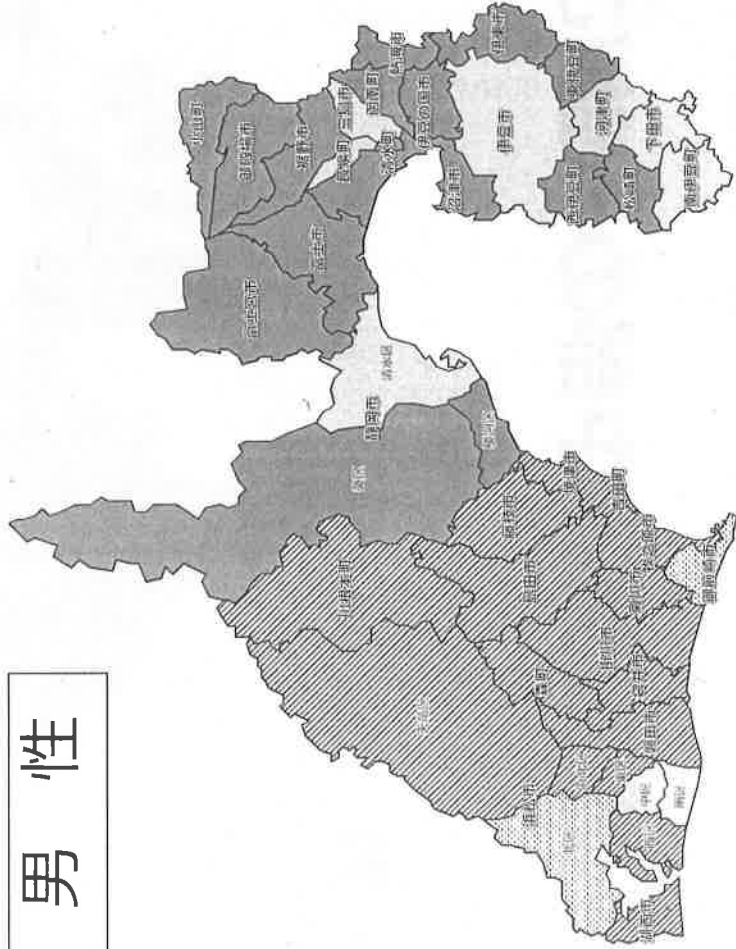
有意ではないが、県全体に比べて少ない  
県全体に比べて、有意に少ない

県全体に比べて、有意に多い  
有意ではないが、県全体に比べて多い

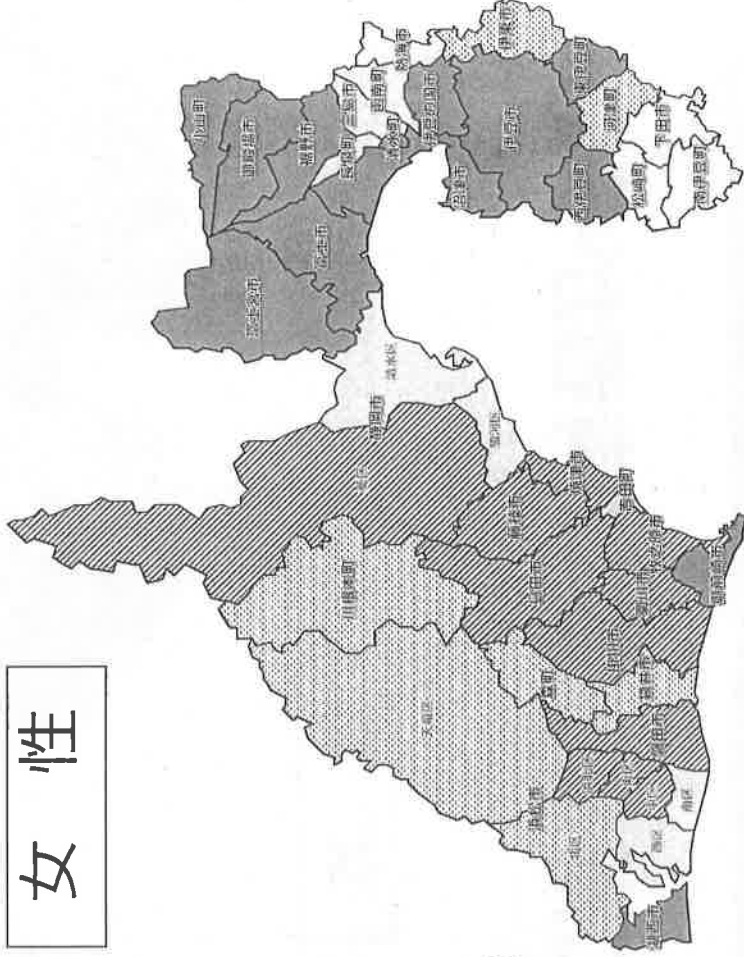
# H25特定健診：肥満者

## 県東部と静岡市で肥満者が多い

男性



女性

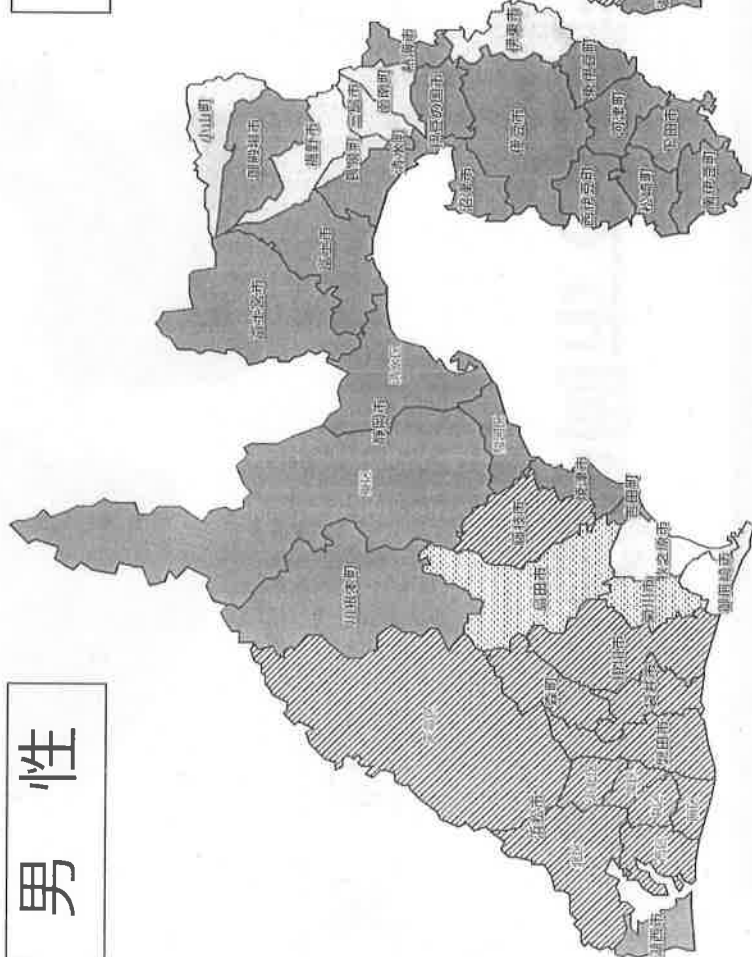


有意ではないが、県全体に比べて少ない  
有意ではないが、県全体に比べて多い  
県全体に比べて、有意に少ない  
県全体に比べて、有意に多い

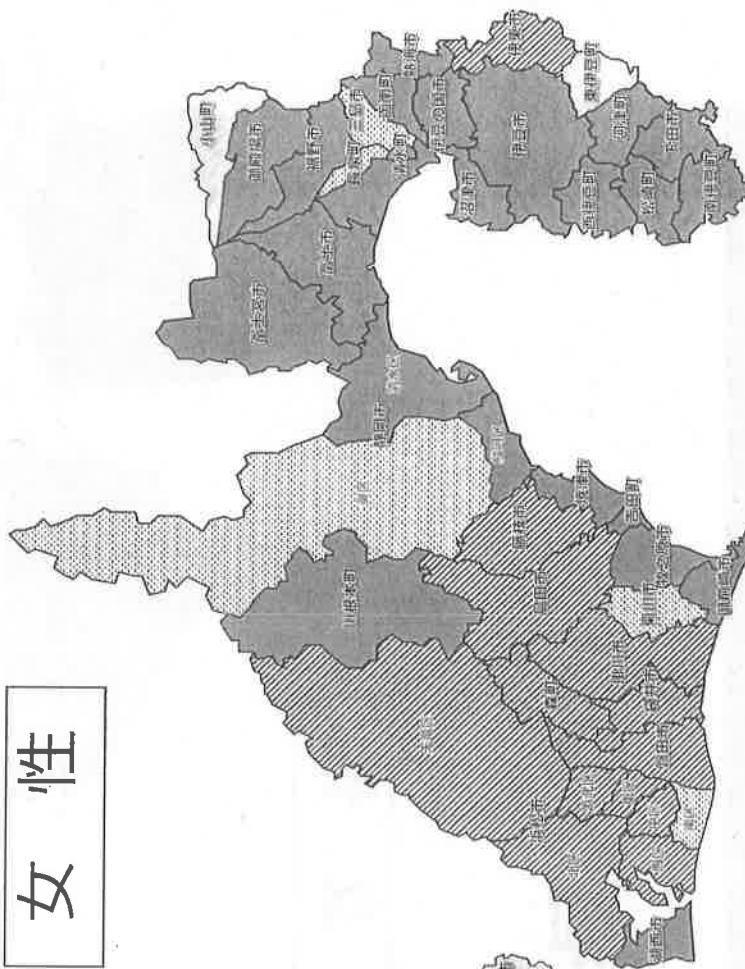
# H25特定健診：高血圧症有病者



## 県東部と中部の一部に高血圧症有病者が多い



男性



女性



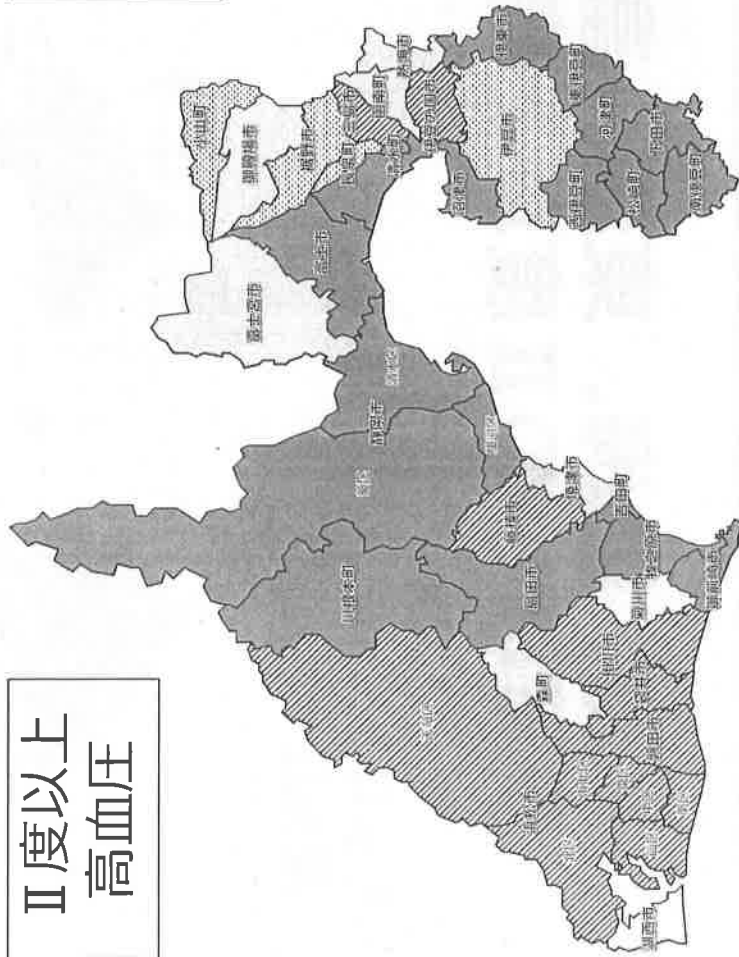
 有意ではないが、県全体に比べて少ない  
 県全体に比べて、有意に少ない

 県全体に比べて、有意に多い  
 有意ではないが、県全体に比べて多い

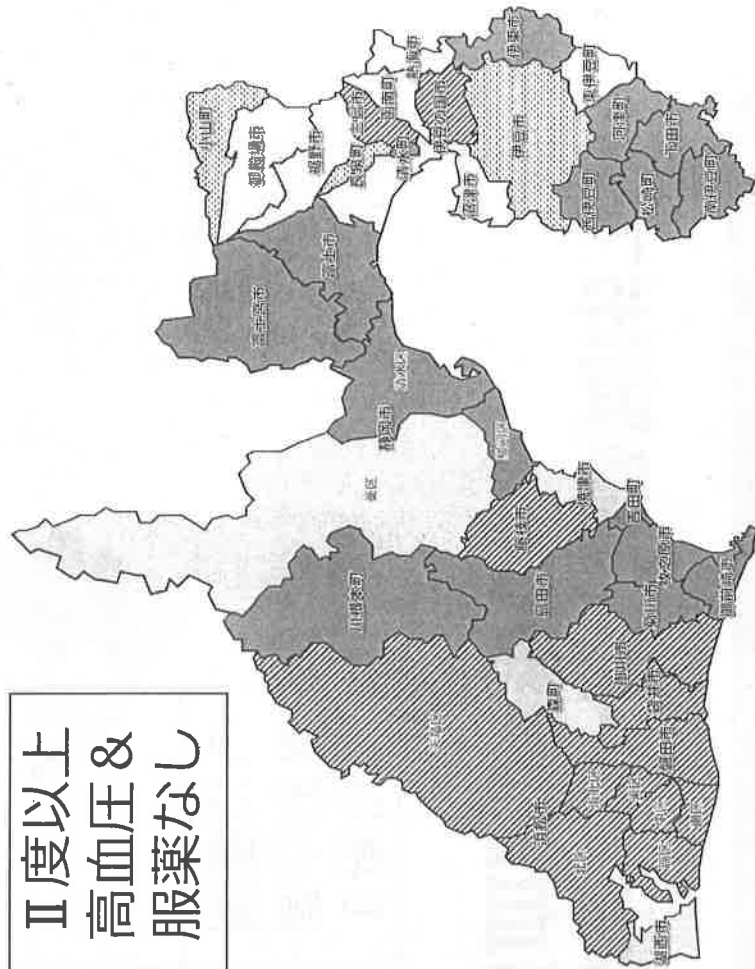
# Ⅱ度以上高血圧と服薬（男性）





## 賀茂、富士、中部、静岡市で服薬なしのⅡ度以上高血圧が多い

Ⅱ度以上  
高血圧



Ⅱ度以上  
高血圧 &  
服薬なし



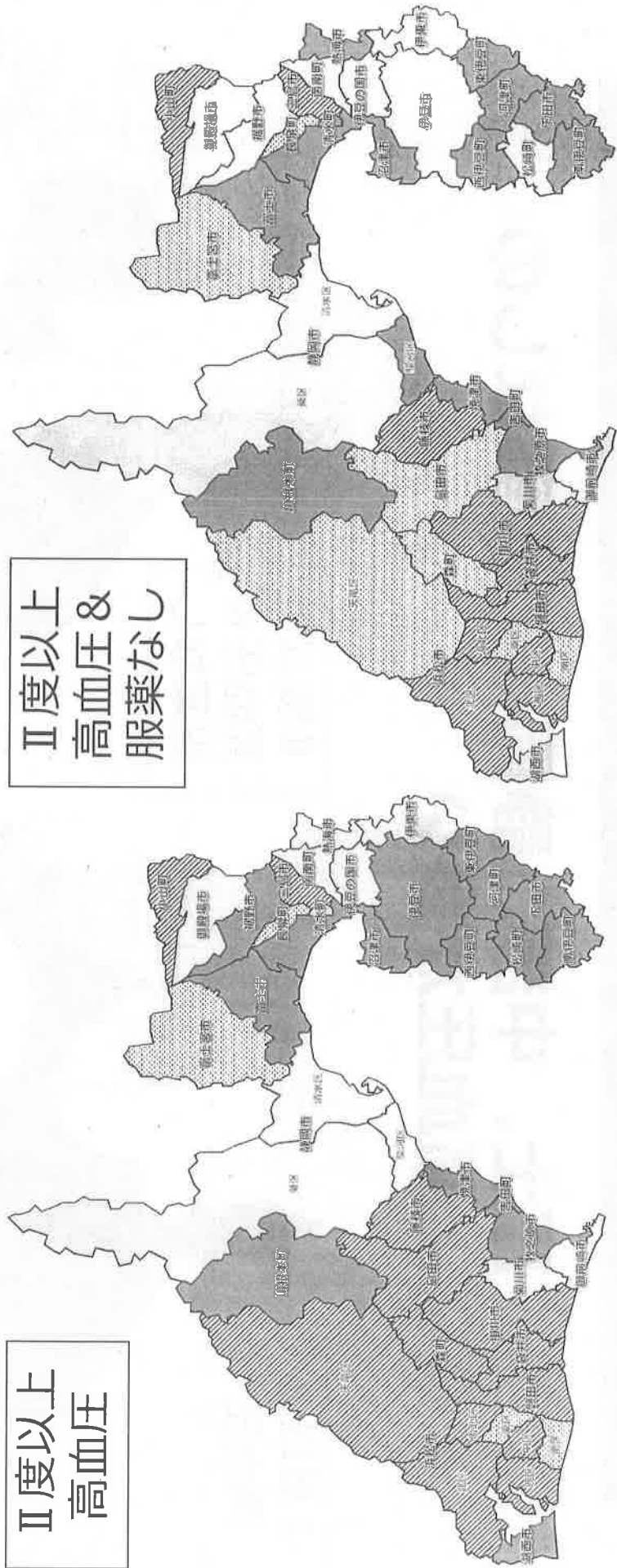
 有意ではないが、県全体に比べて少ない  
 県全体に比べて、有意に少ない  
 県全体に比べて、有意に多い  
 有意ではないが、県全体に比べて多い

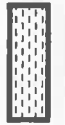

# Ⅱ度以上高血圧と服薬（女性）



賀茂、熱海、東部、富士、中部、静岡市で服薬なしのⅡ度以上高血圧が多い

Ⅱ度以上  
高血圧

Ⅱ度以上  
高血圧&  
服薬なし



 有意ではないが、県全体に比べて少ない  
 県全体に比べて、有意に少ない

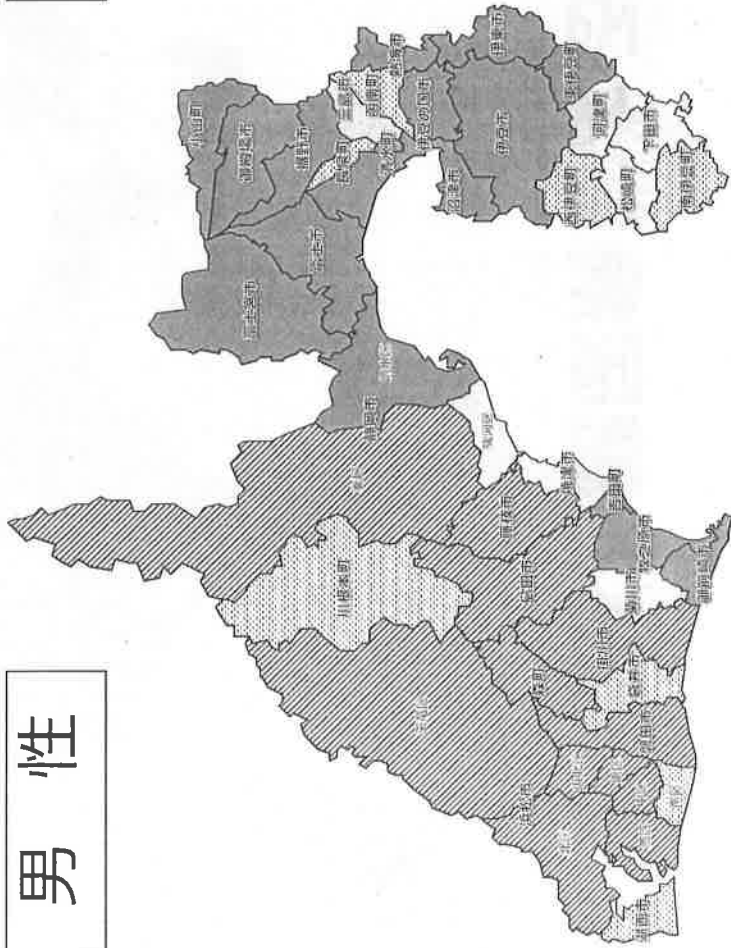
 県全体に比べて、有意に多い  
 有意ではないが、県全体に比べて多い



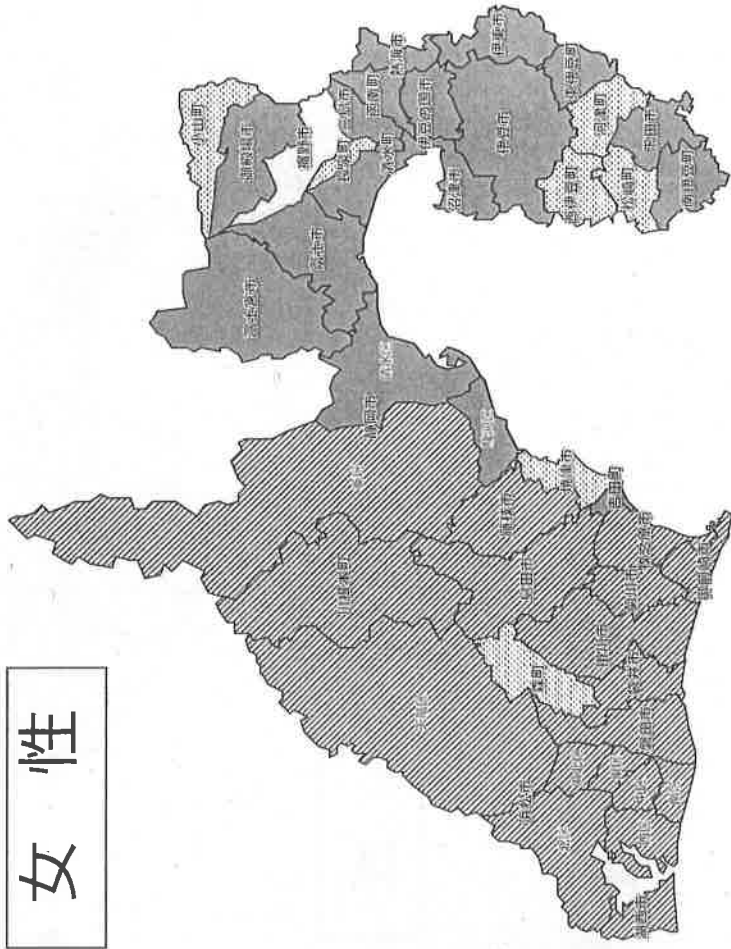
# H25特定健診：習慣的喫煙者



## 県東部で習慣的喫煙者が多い



男性



女性

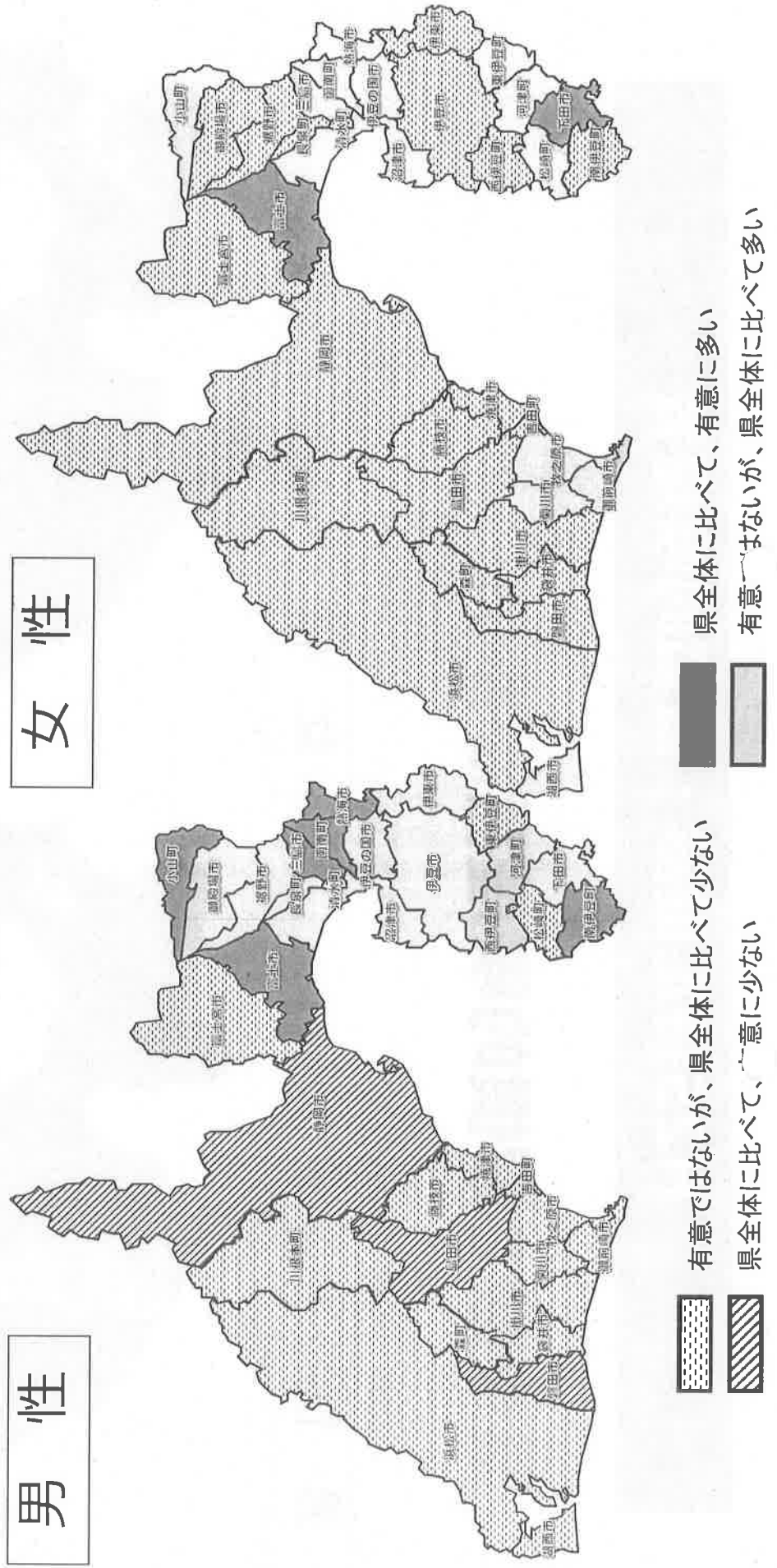


 有意ではないが、県全体に比べて少ない  
 県全体に比べて、有意に少ない

 県全体に比べて、有意に多い  
 有意ではないが、県全体に比べて多い

# H22-26SMR：糖尿病（県基準）

## 県東部で糖尿病による死亡が多い

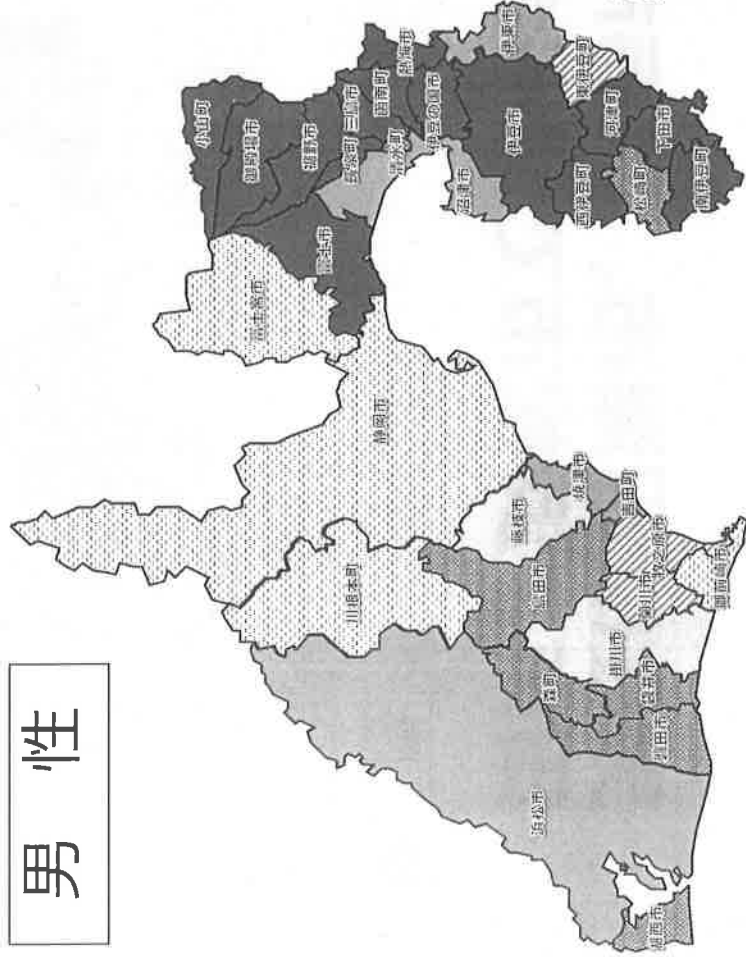




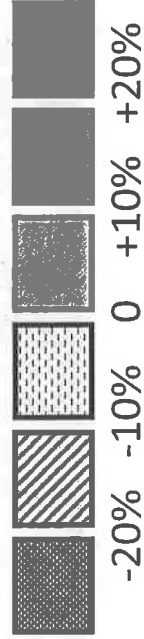
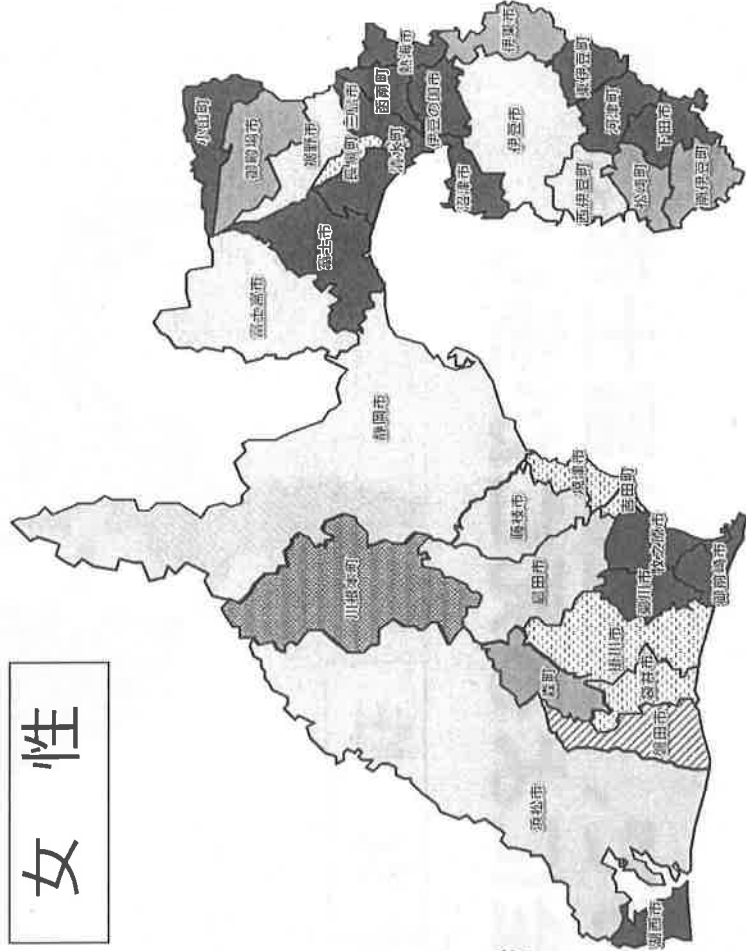
# H22-26SMR：糖尿病（国基準）

県全体として、全国より糖尿病による死亡が多い傾向  
 （対全国SMR：男性113.4 女性116.9）

男性



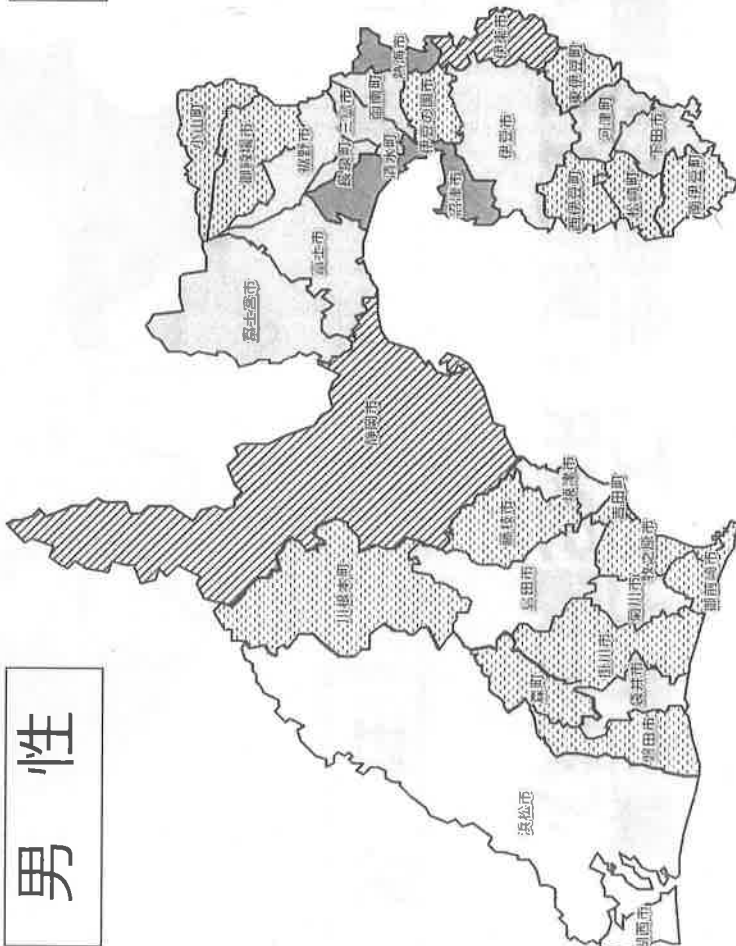
女性



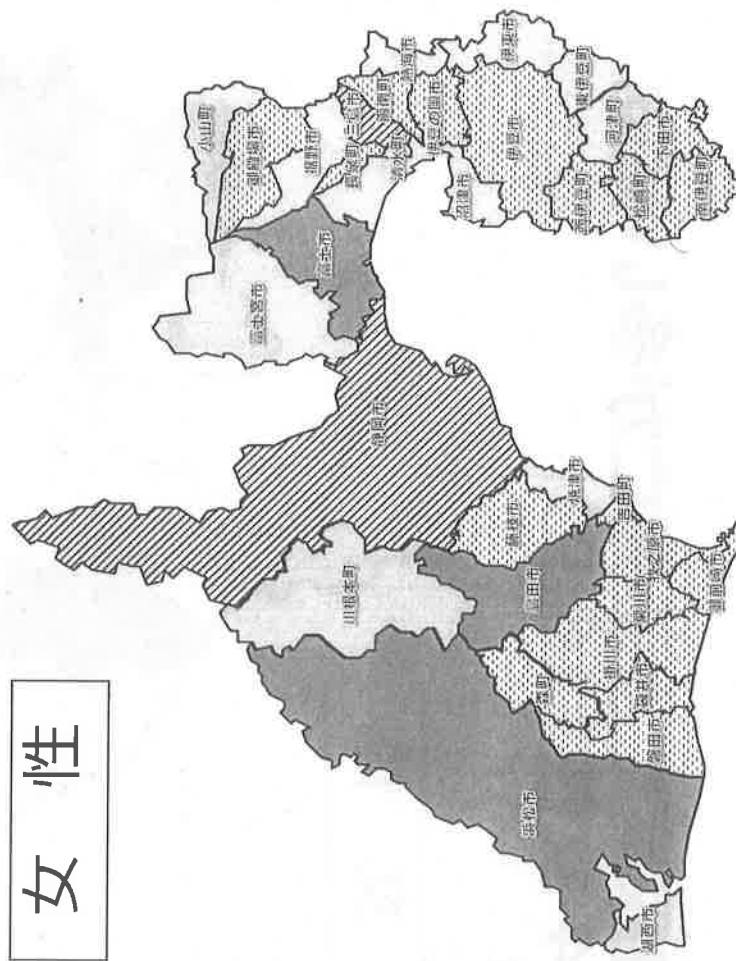
# H22-26SMR：腎不全（県基準）



男性は沼津市、熱海市で、女性は富士市、島田市、浜松市で腎不全による死亡が多い



男性



女性



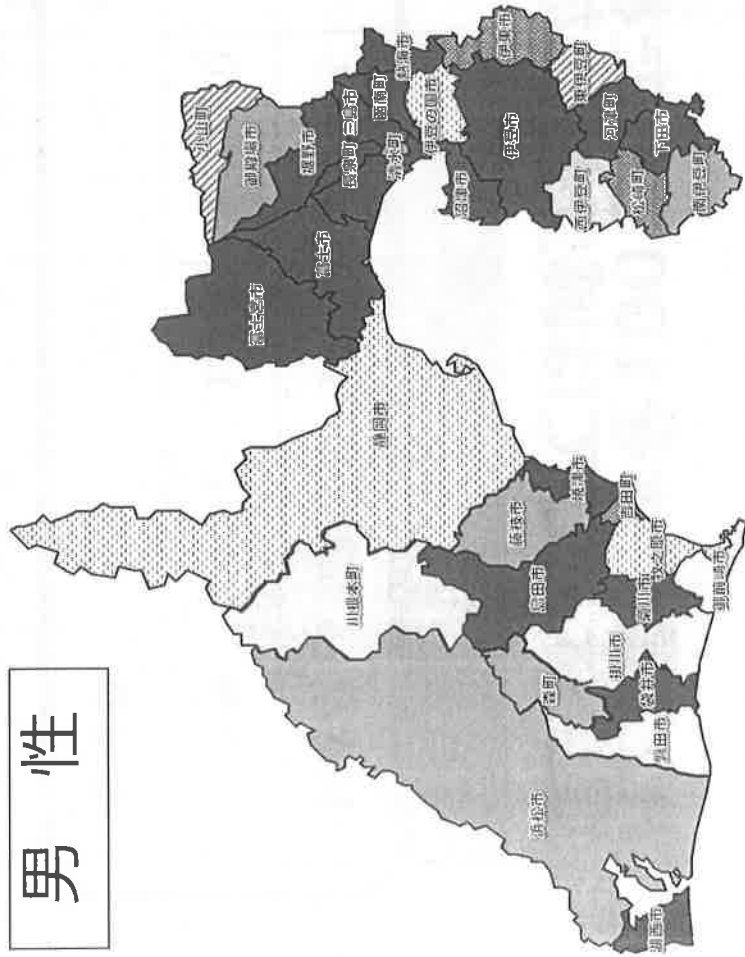
 有意ではないが、県全体に比べて少ない  
 県全体に比べて、有意に少ない

 県全体に比べて、有意に多い  
 有意ではないが、県全体に比べて多い

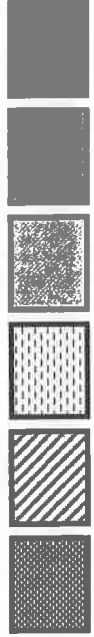
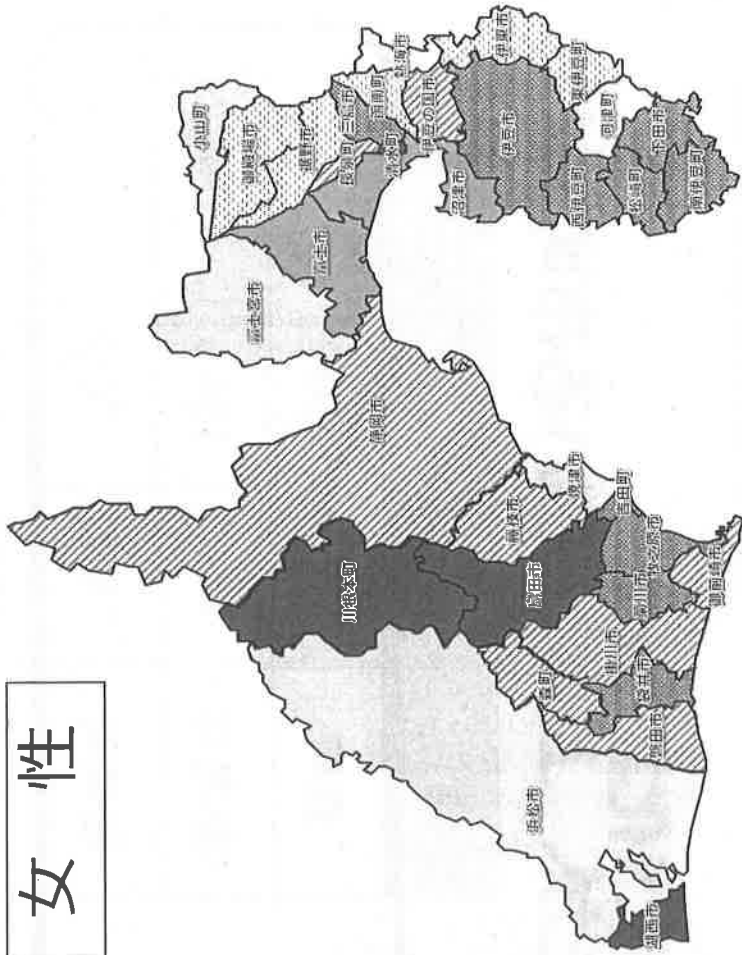
# H22-26 SMR : 腎不全 (国基準)

全国より腎不全による死亡が男性は多く女性  
は少ない  
(対全国SMR : 男性116.7 女性94.2)

男性



女性



-20% -10% 0 +10% +20%

## 特定健診：糖尿病（H22～25）

H22県全体を100とした標準化該当比  
 県全体としては減少傾向だが、上昇している市町あり。

市町名	H22	H25	増減
熱海市	120.4	123.9	+3.5
伊豆市	112.1	118.1	+6.0
松崎町	72.5	79.0	+6.5
川根本町	108.9	87.0	△21.9
牧之原市	100.2	82.6	△17.6
湖西市	108.2	93.8	△14.4
県全体	100	94.4	△5.6

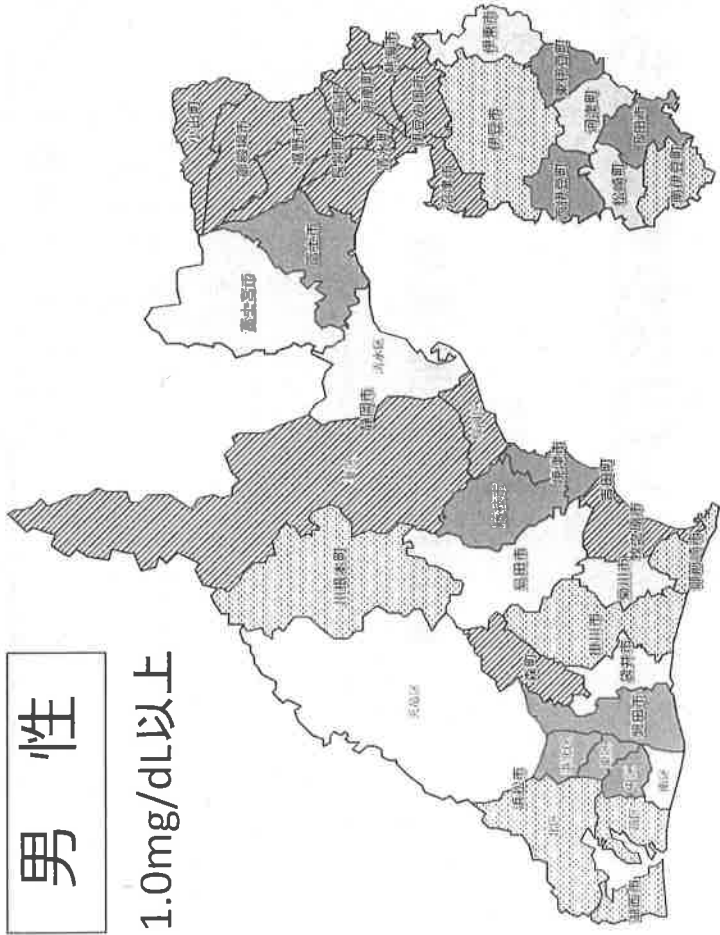
市町名	H22	H25	増減
森町	101.9	110.2	+8.3
熱海市	109.9	114.6	+4.7
松崎町	57.7	76.0	+18.3
下田市	127.8	73.1	△54.7
三島市	111.6	87.9	△23.7
焼津市	130.9	100.2	△30.7
県全体	100	86.9	△13.1

# H25特定健診：クレアチニン基準値以上

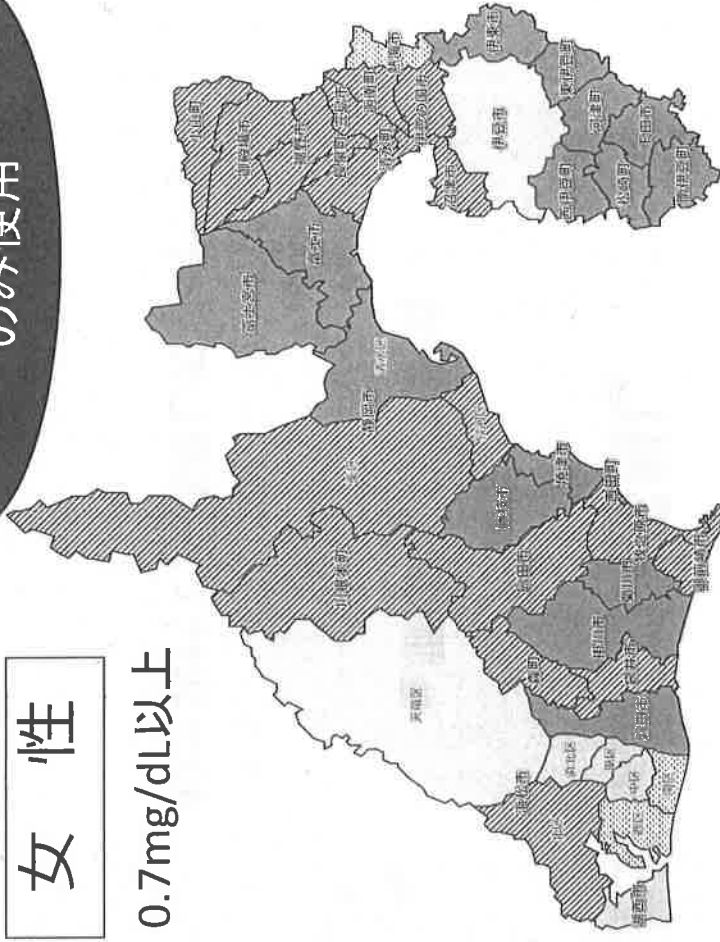
## 賀茂、富士、西部でクレアチニン基準値以上が多い



注：データは国保のみ使用



男性  
1.0mg/dL以上



女性  
0.7mg/dL以上

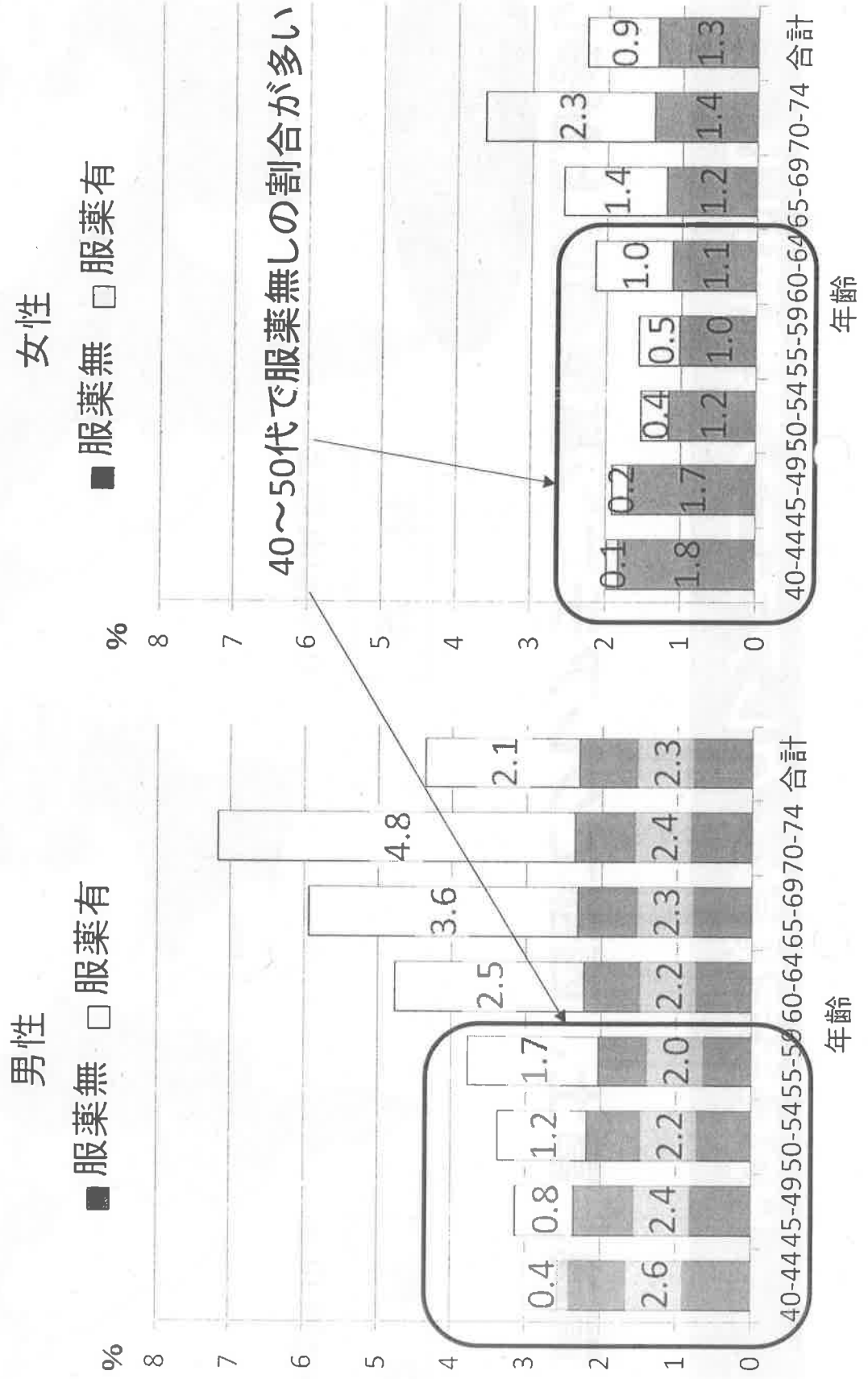


 有意ではないが、県全体に比べて少ない  
 県全体に比べて、有意に少ない

 県全体に比べて、有意に多い  
 有意ではないが、県全体に比べて多い

尿蛋白ハイリスク者の割合(＋または十＋または十＋十または十＋十、服薬は血圧)

ハイリスク者のうち、半数以上は服薬無し





# CKD重症度

## 尿蛋白区分

A1                      A2                      A3

-、±                      +                      ++、+++

緑	黄	オレンジ
緑	黄	オレンジ
黄	オレンジ	赤
オレンジ	赤	赤
赤	赤	赤
赤	赤	赤

G1 >90

G2 60~89

G3a 45~59

G3b 30~44

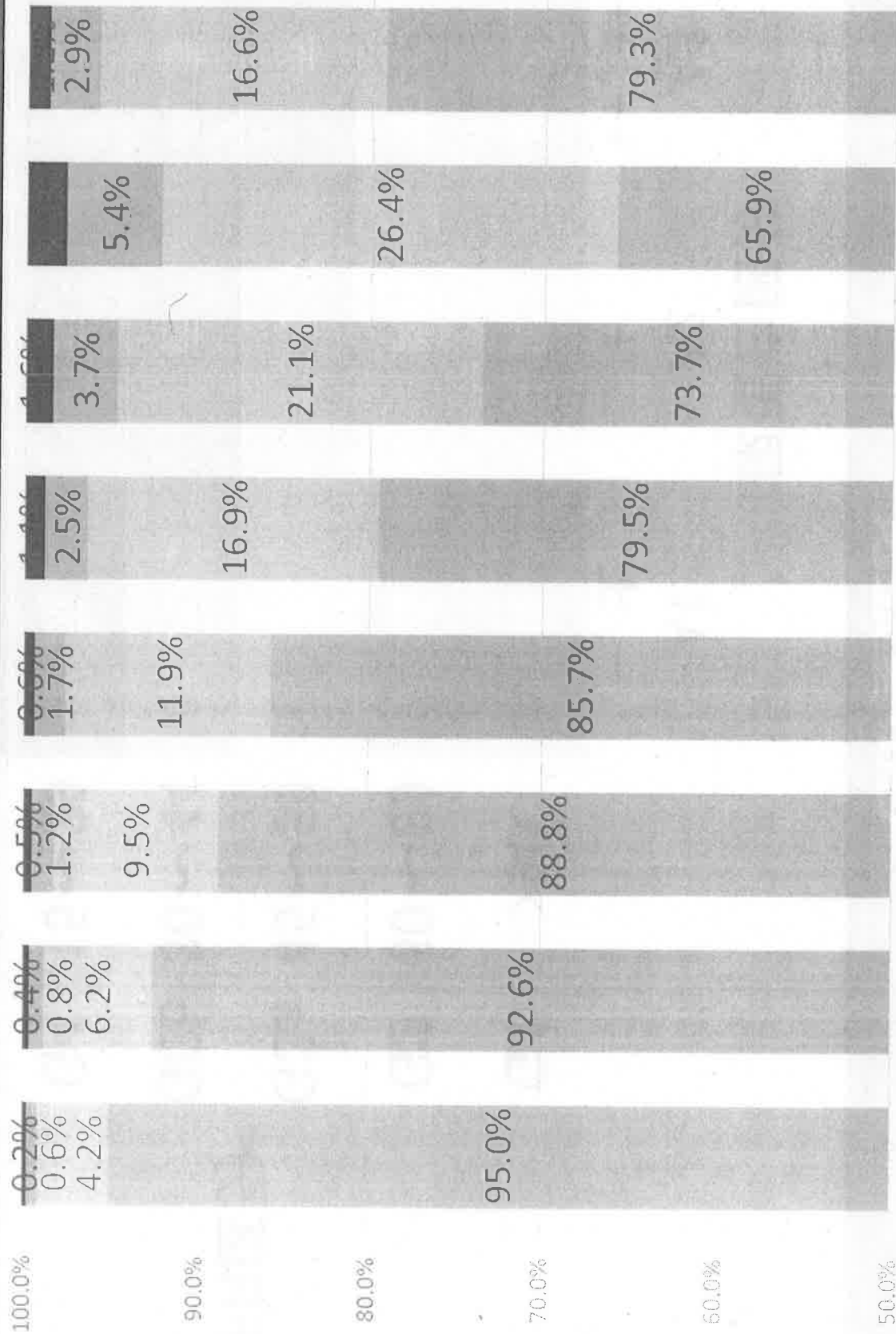
G4 15~29

G5 <15

## GFR区分

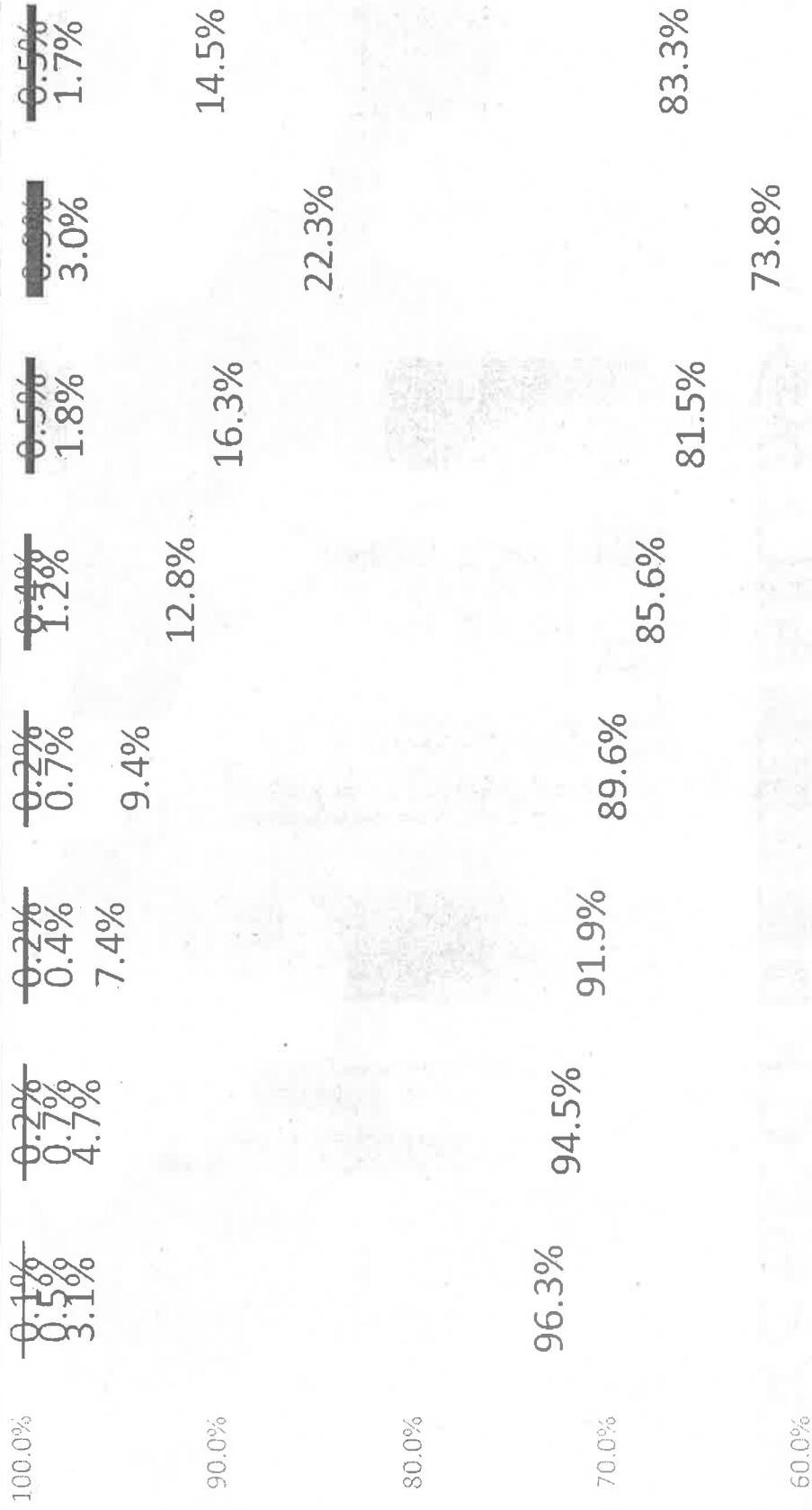


# CKD重症度(男性)



40~44歳 45~49歳 50~54歳 55~59歳 60~64歳 65~69歳 70~74歳 合計  
 H25特定健診データより (N=149,515) 29

# CKD重症度(女性)



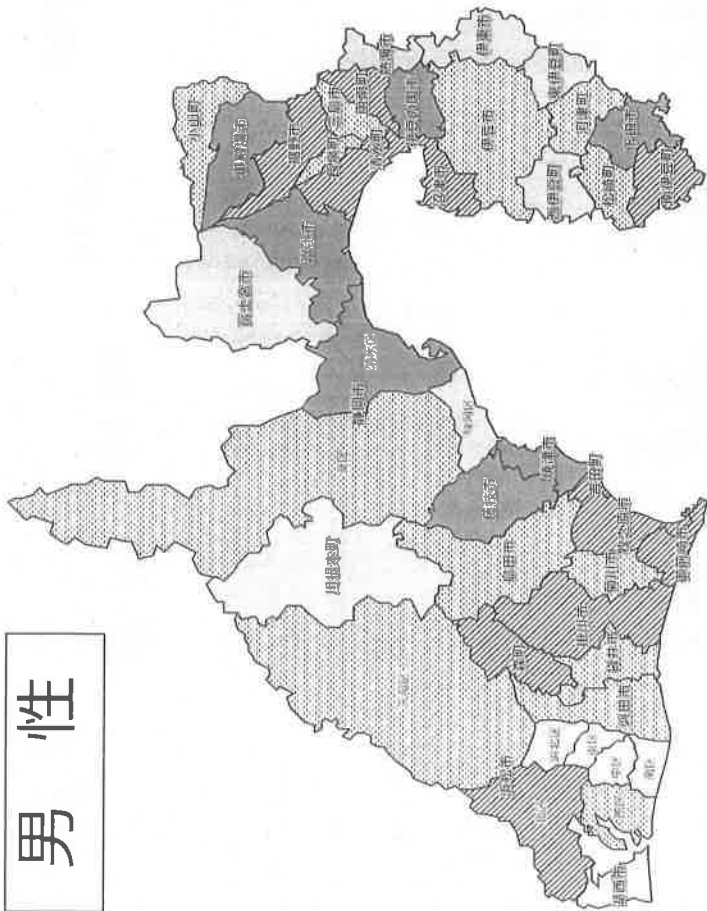
40~44歳 45~49歳 50~54歳 55~59歳 60~64歳 65~69歳 70~74歳 合計

H25特定健診データより (N=161,507)

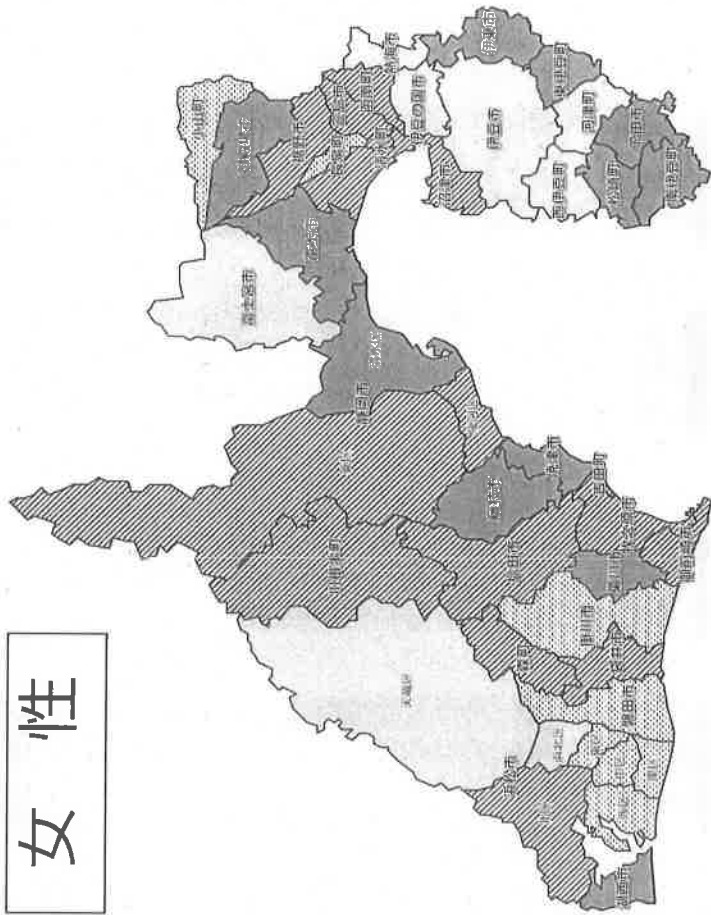
# H25特定健診：CKD重症度黄色以上



下田市、御殿場市、富士市、清水区、藤枝市、焼津市、  
で男女ともにCKD重症度黄色以上が多い



男性



女性



 有意ではないが、県全体に比べて少ない  
 県全体に比べて、有意に少ない

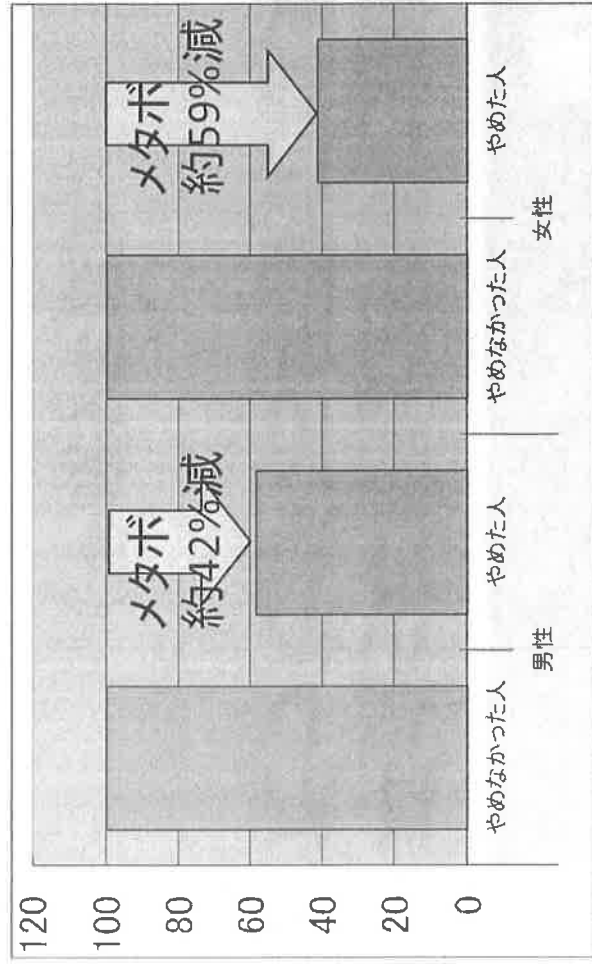
 県全体に比べて、有意に多い  
 有意ではないが、県全体に比べて多い

## 生活習慣の改善と脱メタボに関する研究

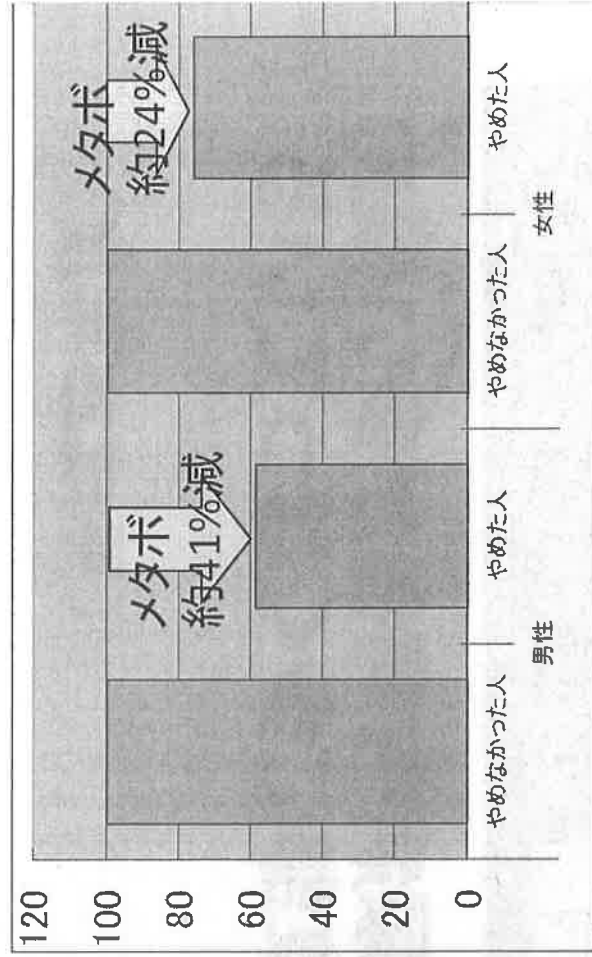
伊豆市の平成20年度と25年度の特定健診をともに受診した者の内、平成20年度のメタボ該当者232人（男性133人、女性99人）を対象に、生活習慣の変化と脱メタボの関連を分析した\*。  
 ⇒「夕食後に間食をとる習慣」を改善した群と「就寝前2時間以内に夕食をとる習慣」を改善した群で、それぞれ非改善群に比べてメタボが大幅に減少していた。

\*伊豆市国保提供データを県健康増進課が分析

生活習慣の改善とメタボ減少率（やめなかった人を100とする）



夕食後に間食をとる習慣

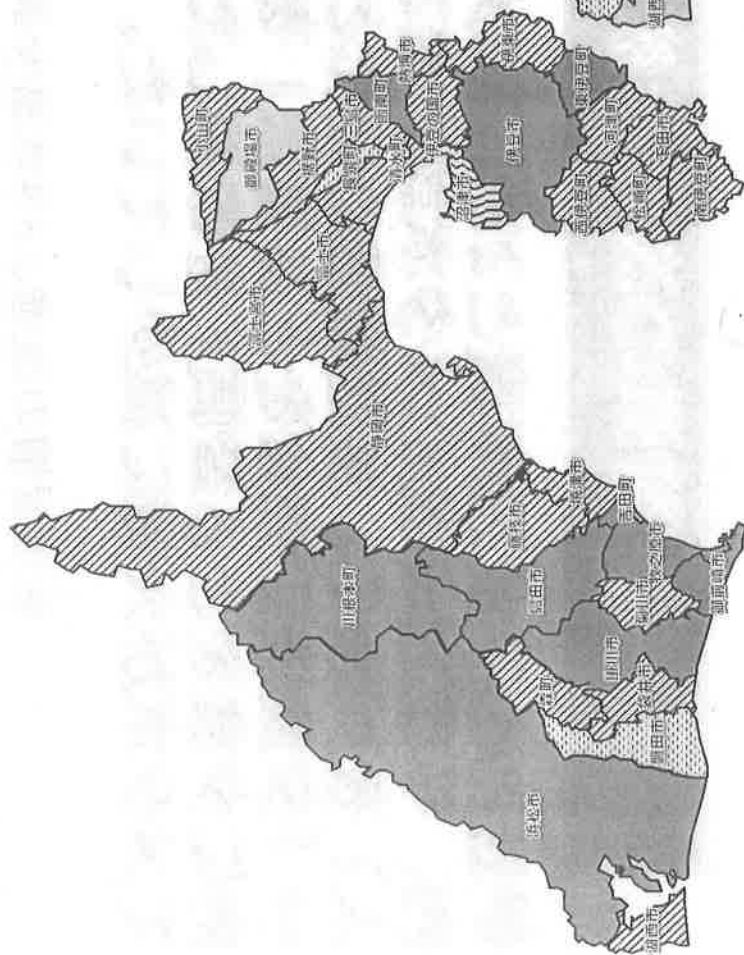


就寝前2時間以内に夕食をとる習慣

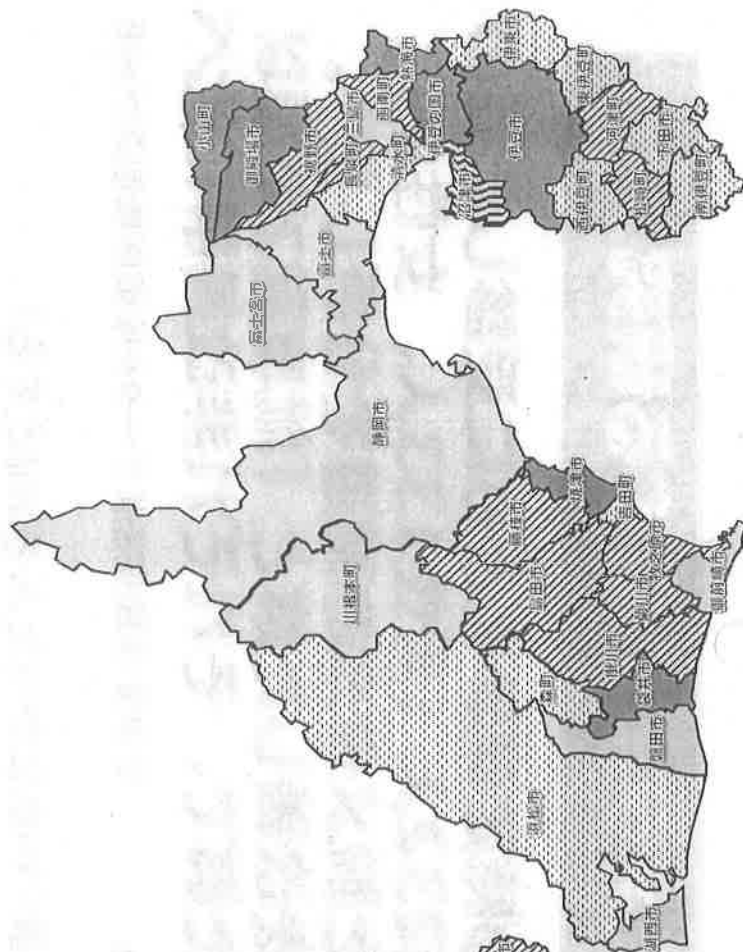
## 糖尿病

平成5年度は西部に糖尿病患者が多い傾向だったが25年度には東部に多くなっている

(平成5年度)



(平成25年度)





## まとめ

- メタボ該当者、肥満者、高血圧症有病者、習慣的喫煙者は県東部において多い
- 糖尿病有病者は伊豆市、伊豆の国市、熱海市、御殿場市、小山町、袋井市で男女ともに多く女性は県西部に多い傾向
- 糖尿病予備群は県西部に多い
- 血糖,尿蛋白ハイリスク者の40~50代で服薬無し多い
- 糖尿病による死亡は東部に多い（県全体では男女ともに全国より多い）
- 腎不全による死亡は男性は沼津市、熱海市で、女性は富士市、島田市、浜松市で多い（県全体では男性は全国より多く、女性は全国より少ない）
- 糖尿病有病者は県全体ではH22を基準にして標準化該当比をみると減少傾向にあるが、増加している市町もみられる。
- CKD重症度は年代が上がるほど上昇
- 下田市、御殿場市、富士市、清水区、藤枝市、焼津市で男女ともにCKD重症度黄色以上が多い



## 今後の取組

- ・ふじ33プログラムの普及  
⇒働き盛り世代の運動・食生活の改善⇒メタボ該当者減少へ
- ・保険者の連携による生活習慣病予防対策の強化  
⇒県東部で強化する必要大⇒連絡協議会にて取組の推進
- ・保険者における健康づくり実施の支援  
⇒地区別分析や保険者別分析の実施

## 療養病床を有する医療機関への訪問調査の状況

## 1 概要

「介護療養病床」及び「医療療養病床（25：1）（診療報酬上の基準で看護人員配置が25対1のもの）」の設置期限が平成29年度末とされており、これまで、国において、「療養病床の在り方等に関する検討会」での議論を経て、社会保障審議会に特別部会を設け、新たな施設類型のあり方等が検討されているところである。

これらの病床を有する県内の医療機関に対して、今後の病床転換等の意向を確認するため訪問調査を実施している。（第1回調査：平成28年7月～8月実施）

## 医療療養病床(20対1、25対1)と介護療養病床の現状

療養病床については、医療法施行規則に基づき、看護師及び看護補助者の人員配置は、本則上、4対1（診療報酬基準でいう20対1に相当）以上とされているが、同施行規則（附則）に基づき、経過措置として、平成30年3月31日までの間は、6対1（診療報酬基準でいう30対1に相当）以上とされている。

※医療法施行規則に基づく人員配置の標準は、他の病棟や外来を合わせ、病院全体で満たす必要がある。

		医療療養病床				介護療養病床	
		20対1		25対1			
人員	医師	48対1(3人以上)		48対1(3人以上)		48対1(3人以上)	
	看護師及び 准看護師	20対1 (医療法では4対1)		25対1 (医療法では4対1が原則だが、 29年度末まで経過的に6対1が 認められている)		30対1 (医療法では4対1が原則だが、 29年度末まで経過的に6対1が 認められている)	
	介護職員	—		—		6対1	
病床数		静岡県		静岡県		静岡県	
		47病院	3診療所	37病院	5診療所	23病院	3診療所
		4,109床(※1)	26床	2,929床(※2)	40床	1,912床	32床
財源		医療保険		医療保険		介護保険	

※1 療養病床入院基本料1を算定する病院(H28年3月末現在の厚生局への施設基準届出状況)

※2 経過措置適用病院のうち、療養病床入院基本料2を算定する病院(H28年3月末現在の厚生局への施設基準届出状況)

## 【新たな選択肢の整理案】

○現行の介護療養病床・医療療養病床(25：1)が提供している機能を担う選択肢として考えられる【新たな選択肢】

①医療を内包した施設類型

②医療を外から提供する「住まい」と医療機関の併設類型

○療養病床を有する個々の医療機関の選択肢としては、上記、新たな類型への移行のほか、以下の対応が考えられる。

- ・医療療養病床(20：1)への移行
- ・介護老人保健施設、有料老人ホームなど既存類型への移行
- ・複数の類型と組み合わせて移行 など

<療養病床の在り方検討会<第7回資料>より抜粋>

療養病床を有する医療機関の今後の病床転換見込み(H28年8月時点)

(単位:床)

圏域	医療療養(25:1)						介護療養病床					
	現状		今後見込(転換先)				現状		今後見込(転換先)			
	機関数	病床数	医療療養 (20:1)	回復期リハ 地域包括	介護 施設等	未定	機関数	病床数	医療療養 (20:1)	回復期リハ 地域包括	介護 施設等	未定
賀茂	2	198	158	0	0	40	1	60	0	0	0	60
熱海伊東	3	185	185	0	0	0	0	0	0	0	0	0
駿東田方	9	361	269	0	23	69	7	398	40	0	0	358
富士	5	262	262	0	0	0	1	97	51	0	46	0
静岡	6	542	470	0	0	72	2	378	0	0	0	378
志太榛原	4	451	450	0	0	1	3	132	0	0	0	132
中東遠	4	509	459	0	0	50	3	251	101	0	0	150
西部	9	461	256	0	0	205	9	628	8	0	49	571
全県	42	2,969	2,509	0	23	437	26	1,944	200	0	95	1,649

圏域	医療療養(20:1)						合 計					
	現状		今後見込(転換先)				現状		今後見込(転換先)			
	機関数	病床数	医療療養 (20:1)	回復期リハ 地域包括	介護 施設等	未定	機関数	病床数	医療療養 (20:1)	回復期リハ 地域包括	介護 施設等	未定
賀茂	0	0	0	0	0	0	3	258	158	0	0	100
熱海伊東	1	89	89	0	0	0	4	274	274	0	0	0
駿東田方	15	1,090	837	0	0	253	31	1,849	1,146	0	23	680
富士	4	329	281	48	0	0	10	688	594	48	46	0
静岡	4	734	372	40	0	322	12	1,654	842	40	0	772
志太榛原	6	406	334	34	0	38	13	989	784	34	0	171
中東遠	5	378	328	0	0	50	12	1,138	888	0	0	250
西部	15	1,109	1,041	0	0	68	33	2,198	1,305	0	49	844
全県	50	4,135	3,282	122	0	731	118	9,048	5,991	122	118	2,817

※「現状」の機関数・病床数とも平成28年3月時点の厚生局への届出数値

参考:慢性期機能の「供給量」・「必要病床数」及び病床機能報告(H27)

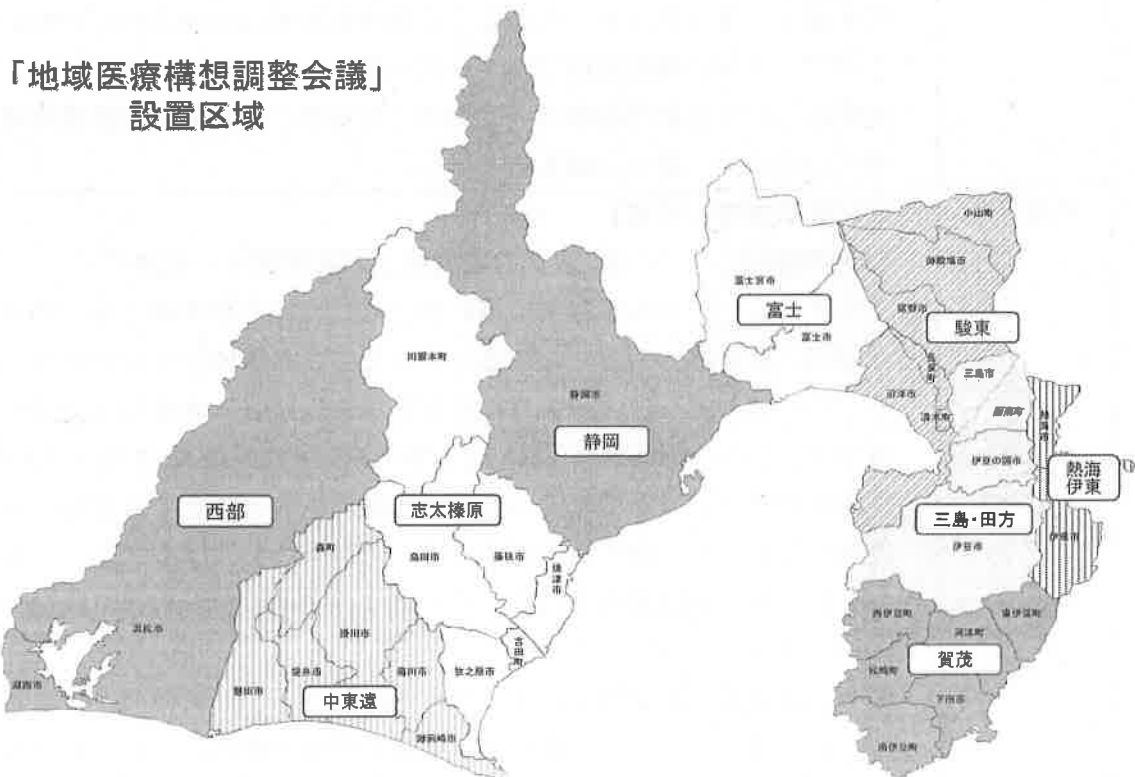
構想区域	供給量(2013年)			必要病床数(2025年)			慢性期機能 病床機能報告 (2015年)
	慢性期機能	在宅医療等	小計	慢性期機能	在宅医療等	小計	
賀茂	269	791	1,060	182	1,024	1,206	306
熱海伊東	337	1,014	1,351	235	1,643	1,878	332
駿東田方	1,358	5,026	6,384	1,160	7,186	8,346	1,933
富士	731	2,510	3,241	676	3,723	4,399	818
静岡	1,606	5,707	7,313	1,299	8,082	9,381	2,027
志太榛原	734	3,127	3,861	738	4,585	5,323	913
中東遠	711	2,727	3,438	698	4,198	4,896	1,016
西部	2,096	6,460	8,556	1,449	9,652	11,101	2,594
全県	7,842	27,362	35,204	6,437	40,093	46,530	9,939

前回会議(第1回：平成28年6月～7月)における主な意見

1 地域医療構想調整会議の開催状況

設置区域	議長	開催回数	開催日	構成員数
賀茂	賀茂医師会長	1回	7月6日	18人
熱海伊東	熱海市医師会長	1回	6月29日	20人
駿東	沼津医師会長	1回	6月16日	20人
三島・田方	三島市医師会長	1回	6月20日	18人
富士	富士市医師会長	1回	6月24日	20人
静岡	静岡市静岡医師会長	1回	7月8日	23人
志太榛原	志太医師会長	1回	7月6日	22人
中東遠	小笠医師会長	1回	6月15日	25人
西部	浜松市医師会長	1回	7月5日	22人
計	—	9回	—	188人

(平成28年7月末現在)



2 第1回調整会議における主な意見

(1) 議題

- ・ 静岡県地域医療構想の推進
- ・ 平成27年度病床機能報告の結果
- ・ 医療提供体制の現状

(2) 主な意見

区域名	主な意見
賀 茂	<p>【地域医療構想の推進】</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・賀茂圏域の流れとしては2025年の必要数に近づいていると思うが、在宅に対応するには人数的に厳しいところが、今後のこの圏域の一番の課題だと思う。圏域内の訪問看護ステーションは規模が小さく24時間対応は難しいが、#8000のように、在宅で介護しているご家族が困った時に電話で相談することにより、夜中に訪問看護を呼ばなくても済むような仕組みができないか。</li><li>・圏域外に患者が流出しているので、医療スタッフを充実させ、遠方の病院まで通院している患者を当方で何とか診ることができる体制を作ることを優先したい。</li><li>・西伊豆町や東伊豆町等は隣接圏域の訪問看護ステーションを利用している率がかかなり高いが、そのような数字が計画には反映されていない。圏域だけの数字で調整すると、現実と異なったものになってしまうので、今後、このようなデータもこれから調整していく中に入れて検討したい。</li><li>・患者負担がかかなり違うため、訪問診療ではなく、敢えて往診にしている開業医も多くいると思うが、そのような数字が計画に反映されていない部分があるので、今後の調整会議で出せればと思う。</li><li>・在宅については訪問診療の需要が高くなるが、病院も訪問診療を充実させてきているので、徐々に増えると思う。</li></ul>
熱海伊東	<p>【地域医療構想の推進】</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・回復期機能については、今の診療報酬上の回復期リハ病棟のイメージが強い。そうするとハードルが非常に高いが、ここでいう回復期とはどのようなものなのか。今と同じものだとすると、とてもこれ程増やせないで、当然変わるものと思われる。大腿骨頸部骨折とか慢性硬膜下血腫など限定的なものが対象で、手足の骨折は入らないし、脳外科疾患の慢性的な部分は入らないが、高齢者がそういう病気を持つと廃用症候群も被ってきて大変治しにくい。回復期に向けてしっかり治すためには、対象疾患を拡げるなどハードルを低くしていかなければ意味がなく、その辺りが明確にならないと議論が噛み合わないと思う。</li><li>・熱海と伊東が一医療圏であることが無理だと思う。熱海の人口に対して伊東の人口は倍であるが、熱海のベッド数が伊東の倍ある。このような状況で、熱海、伊東が同じ医療圏であることは難しい。また、慢性期病床について、高齢者人口に対してベッドが足りるのかということ、保健所や国は真剣に考えてほしい。同じ意味で言うと、在宅医療について、熱海と伊東の人口配分から言うと伊東に1.5倍のものができないと、また「山を越える医療」になってしまうので、在宅をやっている方はできるだけ伊東でやってほしいと考えている。</li><li>・総論としては非常に良く分かるし、国が進めているプロジェクトなので、そ</li></ul>

	<p>れに合わせて何とかやって行かなければならないと思う。熱海伊東で組むこと自体が厳しいのではないかとの意見があったが、例えば、そのような議論まで戻れることが可能なのか。今後、そのような各論の部分に踏み込んでいかなければならないと思う。</p>
<p>駿東</p>	<p><b>【地域医療構想の推進】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・必要病床数について急性期は患者住所地としており、賀茂や熱海伊東圏域は急性期病床が不足しているため圏域内に新たに急性期病床を建てて医者を集めなければならないことになるが、本当にそれが現実的なのか？現在それらの圏域の急性期の患者は駿東田方圏域で治療を受けているが、現実に即した計画ではなくて、あくまでも構想の数字で進めていこうということか？必要病床数が目標病床数だと誤解されて、病床過剰であるとか返還しなさいということに直接結びつくことを心配している。</li> <li>・駿東と三島田方と2つに分けて調整会議を開催しているが、二次医療圏全域で出された数字を配分する上で、例えば、二次医療圏で減らすものは駿東で全部減らせというような乱暴な議論が起きないか、心配である。</li> <li>・一般病床の機能区分を高度急性期、急性期、回復期、慢性期と分類するのはわかるが、認知症に当てはめた場合にはどのように考えたらよいのか？認知症についても決めていただかないと非常に混乱すると思う。</li> </ul> <p><b>【病床機能報告】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・病床機能報告にかかる病床区分は、あくまでも各病院が自主的に選択したものにもかかわらず、その数字を基に病床の目標数を検討するのはおかしいと思う。皆さんが主観的に出された数字を見て、今後病床機能の変更を行っていかうと考えるのは腑に落ちない。</li> <li>・病床機能区分については、まだこのような会議で取り上げるにはどうなのか？県が勝手に数字を取り上げているようでどうなのか、という気もする。まだ途上にあるということで理解してよいかと思う。</li> </ul> <p><b>【医療提供体制の現状】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・人口動態から病院の医療提供まで盛りだくさんで、この会議で理解するのは争点が広過ぎるのではないか。これで議論しろと言われても、皆さんの議論が、まとまりようがないのではないか。</li> </ul>
<p>三島田方</p>	<p><b>【地域医療構想の推進】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・回復期の機能が不足しているが、慢性期を回復期に移行するのは大変であると思う。病床機能報告で急性期と申告しているところが回復期に移行してもらわないと、この地域医療構想は成り立たないと思う。</li> <li>・当院では地域医療構想の議論はしていないが、医師不足が問題である。慢性期にすることで医師がまた来なくなるのではないかと危惧する。</li> <li>・当院では、回復期を少し増やして一般病床はきちっと確保していきたい。医師が確保できれば、一般病床、急性期を増やしていきたい。療養病床は返上して、一般病床として残していきたい。</li> </ul>



	<p><b>【医療提供体制の現状】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 今後は、成人肺炎の患者を入院ではなく在宅で診ていく必要性が高くなっていくのではないかと。</li> </ul>
富 士	<p><b>【地域医療構想の推進】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 療養病床を転換して減らしていくと、今度は必要な病床数を確保できなくなり、どこかにしわ寄せが来ることになるのではないかと。</li> <li>・ 平成 27 年度の病床機能報告で高度急性期として出しているのは NICU と ICU だが、循環器病棟や脳神経外科等病棟の構成を変えて持つていけるとの思いがある。できるだけ地域で収められる努力はするつもりである。</li> <li>・ 地域包括ケア病棟を作り、そのため急性期病棟が減り、その患者をどうするかを考えており、現状では高度急性期のことまで考えられない状況である。</li> <li>・ 在宅医療が必要な方をどう支えるか、特に医療の情報を共有する部分でスムーズにっていない。医師会でやっている事業が介護事業として十分使える状況になっているとは思えない。個々のケアマネジャー等ががんばっていることをシステムとして支える状況に持つていくのが課題である。</li> <li>・ 在宅医療推進員の事業を行っており、在宅医療をしていない医療機関を回り問題点の洗い出し、病院での退院支援、地域包括支援センターへの情報提供ができないかと思っている。</li> </ul> <p><b>【病床機能報告】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 病床機能報告制度は、機能の理解があいまいで、感覚的なものでよいのか報酬点数できちっとするのかどのように考えればよいのか何か答えはあるのだろうか。</li> <li>・ 病床機能についてももう少し明確な基準があれば、将来的な病院の方向性を決めるものとなるので、冷静に実情を合わせて各病院が自分の立ち位置を考えていくべきだと思う。</li> </ul> <p><b>【医療提供体制の現状】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 救急搬送について、この資料ではそんなに時間はかからないことになっているが、メディカルコントロール協議会へ行くと富士圏域は 30 分以上とか 6 回以上の問合せが他圏域に比べて多く問題となっているので疑問に思う。</li> </ul>
静 岡	<p><b>【地域医療構想の推進】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療療養病床 25 : 1 と介護療養病床の病床が上手く転換できればいいのか。</li> <li>・ 慢性期病床削減数が 3 月時点の数と今回と相違があるのはなぜか。</li> </ul>
志太榛原	<p><b>【地域医療構想の推進】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 療養病床の設置期限について、過去には延長された。病院が振り回されないように、県は情報を出してほしい。平成 30 年から始まる医療介護一体化の診療報酬改定は医療と介護のどこで線引きされるか見ていく必要がある。</li> <li>・ 地域医療構想、地域包括ケアの地域はどの範囲を想定しているか。</li> <li>・ 今後あるべき理想型を示していただきたい。</li> <li>・ 「予算がないからできない」ということでなく、なんとかして事業を推進する方</li> </ul>

	<p>策を考えてほしい。</p> <p><b>【病床機能報告】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・レセプト 3000 点以上を高度急性期としているが、病棟単位の報告になっていて、同じ病棟に 100%3000 点以上の患者がいるのではなく混在している。今までは ICU のみ報告していたが、外科系の病棟は医療財源を使うので報告に当てた。これから病棟報告については、様々な議論が出てくると思う。</li> <li>・レセプト 3000 点以上は高度急性期としているが、50 人ぐらいの対象者が、様々な科に入院していて、それを集めて 50 人位なので、1 病棟分として報告した。病棟としてまとめるのは無理があるので、この圏域では、高度急性期と急性期を分けずに報告するようにしたらどうか。</li> <li>・DPC のデータを押さえて、将来的には病床機能報告を求めてこなくなるかもしれない。2025 年に最終形を作るということで、だんだんこの議論は終息してくるのではないか。</li> <li>・回復期が足りないといわれるが、成り行きにまかせるのか、ある程度の指導性をもってやっていくのか。</li> <li>・今まで県の会議では、目標とするところは決まっていて、話し合いだけさせるという手法。目標をはっきり示されれば、ディスカッションしてもいいが、示されないとまとまらない。</li> <li>・急性期病棟からの在宅復帰率は高い。無理して回復期病棟に入れなくても、在宅を回復期病床と考えて使うといった発想があってもいい。静岡方式を考えてほしい。</li> </ul> <p><b>【医療提供体制の現状】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・産科・小児科についての議論が欠落していて違和感がある。高齢者の数が増える一方で、生産年齢人口や子どもの数が減っていく。地域の存亡がかかっている。医師、看護師、介護従事者など人材が減る。若者が流出しないような施策が必要。</li> </ul>
中東遠	<p><b>【地域医療構想の推進】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療療養病床 25 対 1 と介護療養病床を廃止又は転換することになると、地域医療構想の慢性期の数が減ってしまうがその点が理解できない。</li> <li>・医療療養病床 20 対 1 を残すが、これは医療保険で行うのか、介護保険に変わるのか。</li> <li>・在宅医療介護連携情報システムは既存のものか。県医師会のものと県立総合病院が中心に実施しているものがある。これを一本化することはできないか。</li> <li>・当院は両方を使っている。介護連携、多職種連携などみんなで情報を共有するシステムと医療の専門領域で情報を共有する場合はふじのくにネットとなる。明確にしていけば使い分けも可能だと思う。</li> <li>・20 対 1 と 25 対 1 の区分設定が医療の必要度と合っているか、疑問に思っている。例えば、認知症で点滴必要、吸引も必要であるが、25 対 1 には入れられない患者さんは、果たして在宅でやっていけるのか。区分設定を実情に合った形で見直した上での判断が必要ではないかと思う。</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高齢化が進む中、それを支える若者の人数が減っていく段階で、果たして在宅医療が実際に目標をクリアできるのか。</li> <li>・在宅医療の地域医療推進事業の中で、在宅医療を伸ばすということで推進員を配置して、その人材確保を考えているが、達成できるかはやってみないとわからない。また、医師だけではどうにもならないので、訪問看護ステーションとケアマネジャーの連絡協議会等と連携してやっついていかないと先には進まない。現在、行政とどの程度やっついていけるかを検討中である。</li> <li>・確かに介護力はだんだん落ちてきて、一人暮らしや老々世帯が非常に増えてきているのは事実であるが、一方で、訪問看護など多職種が関わっていけば、必ずしも家族の介護力がなくても結構在宅で支えられているという実感はある。訪問看護や在宅医療に移行するとき、患者さんは不安であるが、できることからやってみると看取りまで在宅で見られることが、結果としてでている。途中の過程で不安を取り除くのは、在宅医療をバックアップする入院機能が必要と思う。今年の3月から地域包括ケア病棟を導入して、患者や介護者の負担が軽減できている。介護者の家族が中心になって介護しなければ成り立たないという考えを捨てなければ成り立たない。多職種でシステムの中で患者を支えていく形を進めていくことで、ある程度の在宅医療を進めていけるのではないかと思う。</li> <li>・在宅医療で対応できる患者と、入院しなければならない患者の中で、その患者の精神的な問題も大いにある。精神的にコミュニケーションがとれれば家族でも対応できるし、家族以外でも対応できるかもしれないが、高齢者の場合は、コミュニケーションがなかなか取りにくくなってきている。とことんやっついていくのは非常に厳しいところがあると考えている。</li> <li>・地域医療の推進は、当初は漠然とした部分があるなどの印象であったが、小笠の圏内では多職種連携に関しては具体的にようになってきたと考えている。</li> </ul> <p><b>【病床機能報告】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・看護師などの医療従事者のデータの情報提供をお願いしたい。</li> </ul> <p><b>【医療提供体制の現状】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域医療構想を考える上で、2013年の実績を受けて、2025年において、例えば高度急性期はかなり増えてきている。今後はフリーアクセスで隣接県への流出を呼び戻して、地域完結型でどのように戻すかを、この構想の中で考えていかなければならないとの視点での説明と理解した。</li> </ul> <p><b>【その他】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・当資料を利用し、県民への説明・情報提供と理解促進へ繋げていただきたい。</li> </ul>
西 部	<p><b>【地域医療構想の推進】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・療養病床の在り方で、厚生労働省が言う住まいの概念がよくわからない。療養環境を整えるものになっておらず、病院というものを存続させるために出してきた案という気がする。厚生労働省が当院の転換型老健に視察に来て「かなり重い方が入所している」という印象を持って帰られた。そういうところに住まいとい</li> </ul>

う概念を押し付けてくることは疑問。県からも国に対して具体的な内容をお示しいただけるよう働きかけをお願いする。

- ・介護療養型医療施設というのは名称のとおりあくまで医療施設、しかも病院なので最低基準ではあるが患者 100 名につき 3 名の医師の常勤あり。転換型老健にすると入所者 100 名に対して医師 1 人。医師 1 名と医師 3 名の違いは夜間帯に医師が配置できるというところ。医師 3 名がいて夜間帯も早朝帯も当直として医師がいると看取り機能が保たれる。それはどういう意味があるかということ、その人の死についてエビデンスが取れる。特別養護老人ホームとかサ高住とかグループホームとかいろいろなものができてくるが、やはり死のところに医師がいるか、いないかというのは死の質を保つために重要だと思う。看護師が辞める辞めないという判断基準でも、医師がいると安心感につながる。だから介護療養のほうが老健に比べ離職率が少ない。
- ・多死社会を迎える時代に、この住まい機能にするというのは死の看取りをおろそかにしてしまうので日本人としてのアイデンティが崩れるのではないか。これからは看取りが大事になる。医師の最後の仕事とは死亡診断書を書くこと。そこが劣化するような政策はやめていただきたい。
- ・医療従事者の必要数も試算しているのか。しているのならば提供いただけるとありがたい。
- ・高齢化率は県内非常に差がある。高度急性期では患者は圏域間を移動して受診すれば（短期間だから）よいが、慢性期になると家族の支援も必要であり、なるべく近場で小規模のものが多くあったほうが入院中にサービスができる。浜松市は合併したが合併前ならば差が発生する。構想を進める際には、細かく見ていくようになれば必要な施策も変わってくる。
- ・日本人の死生観が 35～40 年の間に変わってきている感じがする。2025 年以降の死生観は自己選択に変わってくると思う。例えばフランスでは 2005 年 4 月 22 日の法律という、自分の望まないことは一切せず、そのことによって寿命を縮めても医療側を訴追しないという法律がある。日本の場合は医療側を訴追しないという法律は作らないでおいてなんとなく阿吽の呼吸でやっていきなさいという形で流れている。
- ・死というものを若者が意識する時代となってきている。運転免許証の裏に臓器移植関係を確認するだけでも死というものを意識する。死生観が変わってきて望まないことはやらないようになるというような気がする。
- ・慢性期施設に入所する時、急性期になったらどうするのかという意味をはっきり持って、同意書等を書いて死生観を変えていかなければならないと思う。
- ・リハビリテーション病院としては在宅に返すことに全力を尽くしているが、在宅の担い手がいない。軽症の方が再発しないようとか、生き生きトレーナー制度とか、健康な高齢者が高齢者を支える事業を展開している。例えば嚥下障害では肺炎にならないような手立てを早めに打つ。急性期病院からの転院でも急性期でのリハビリをしっかりとらされると軽症で来られるので早く帰しやすい。高齢化の影響で

従来のリハビリとは変わってこざるを得ない。関係者で議論して急性期、慢性期、在宅それぞれどの部分で貢献できるか模索している。

**【病床機能報告】**

- ・医療機関はこのような資料を基に、自主的に方向を決めるよう進む印象がある。

**【医療提供体制の現状】**

- ・多くの症例があり、一方で在宅はまだまだ足りない。

第 1 回「静岡県保健医療計画策定作業部会」(H28. 8. 30)における主な委員意見

1 静岡県保健医療計画策定作業部会 委員名簿 (平成 28 年 9 月現在)

区分	氏 名	所属団体名・役職名	備考
審議会委員	◎ 徳永 宏司	静岡県医師会副会長	医療関係者
	太田 康雄	静岡県町村会 (森町長)	市町
	尾崎 元紀	静岡県歯科医師会専務理事	医療関係者
	北村 正平	静岡県市長会 (藤枝市長)	市町
	今野 弘之	浜松医科大学学長	医療関係者
	玉井 直	静岡県病院協会会長	医療関係者
	原田 英之	静岡県国民健康保険団体連合会理事長	保険者
	細野 澄子	静岡県薬剤師会副会長	医療関係者
	溝口 明範	静岡県精神科病院協会会長	医療関係者
	望月 律子	静岡県看護協会会長	医療関係者
専門委員	荒堀 憲二	伊東市民病院管理者	熱海伊東圏域
	荻野 和功	聖隷三方原病院院長	西部圏域
	小野寺 昭一	富士市立中央病院院長	富士圏域
	北村 宏	磐田市病院事業管理者	中東遠圏域
	木本 紀代子	静岡県慢性期医療協会会長	医療関係者
	小田 和弘	伊豆今井浜病院院長	賀茂圏域
	小林 利彦	浜松医科大学特任教授	学識経験者
	田中 一成	静岡県立総合病院院長	静岡圏域
	三橋 直樹	順天堂大学医学部附属静岡病院院長	駿東田方圏域
	毛利 博	藤枝市病院事業管理者	志太榛原圏域

◎部会長、以下 50 音順、敬称略

任期：平成 29 年 8 月 31 日まで

2 第 1 回部会における主な意見

<構想区域 (二次医療圏)>

- ・調整会議で熱海と伊東を 1 つの医療圏とするのはいかがか、という意見があったが、実態としてはいずれの市も自らの市内で完結することを考えている。
- ・二次医療圏の見直し基準について、賀茂と熱海伊東は「流入率」は県外からの流入が多いため少し特殊な圏域と考えるべきではないか。
- ・賀茂・熱海伊東は二次医療圏として成立しているのか疑問。
- ・医療圏の設定について、疾病・事業ごとに検証するということになると、例えば、賀茂では周産期を担うところは 1 箇所しかなく、既に医療圏として成り立っていない。
- ・医療圏で人口 20 万人を大きく下回るところは見直すことも必要ではないか。
- ・疾病ごとに圏域を設定しているところもある。



### <病床の機能分化と連携>

- ・回復期の充実、人口減少への対応が今後の課題と考える。
- ・回復期のケアがどれだけできるのかが重要であり、回復期・地域包括ケア病床の重要性を示すことも必要である。
- ・機能転換について、病院が自主的に決めていくのは難しいと思う。
- ・必要病床数の設定に当たり、入院受療率や病床利用率を緩く見積もっているため、今後、一般病床のベッドに余裕がでることが想定される。「在宅医療等」で増える需要を急性期病院も担うことになるのではないかと。
- ・静岡圏域は公的病院が多く、高度急性期の看板を降ろしにくいのではないかと。
- ・西部圏域は慢性期が過剰となっている状態であり調整は苦勞すると思う。
- ・調整会議では、死の質を保つためにも医師がいることが重要との意見があったが、病院から施設に転換した場合にどう担保するかも考えることが必要ではないかと。
- ・慢性期病院が介護施設に転換すると、ライバルは介護・福祉施設となるが、施設の（面積・個室化等）に病院は劣っており患者に選択されないのではと危惧している。

### <在宅医療等>

- ・人材確保が困難な中、在宅医療ネットワークシステムで人材不足を補うことが必要。
- ・在宅医療・介護に#8000（小児救急電話）のようなサービス（大人版）があれば関係者の負担が軽減されるのではないかと。
- ・在宅を進めていくにあたり、レスパイト機能を整備することが重要ではないかと。
- ・特定行為の看護師研修が始まったが、医師不足地域では有効と考える。
- ・在宅訪問を行うことができる薬局はあるが、オファーがないため実績がでない。
- ・在宅医療等への移行が進むと介護保険への影響が出てくるが、市町財政への影響があることなので情報提供をお願いしたい。

### <病床機能報告>

- ・病院の自主申告である病床機能報告の数値に捉われるべきではない。
- ・病床機能報告において見るべきものは、各病院の医療実績に関する情報である。

### <精神医療>

- ・伊豆地域・志太榛原地域では精神科病床が少ない。
- ・国は精神科病床を減らす意向。
- ・長期（1年以上）入院患者が50%以上いて地域移行が進まない。
- ・病院勤務医の確保が非常に大きな問題である。

### <その他>

- ・H25以降に新たな医療機関が設置されているなど、状況は随時変化している。
- ・ビックデータの活用等により集約化はさらに進むと考えられる。
- ・2025年に向けた議論をしているが、さらにその先も見据える必要がある。

## 療養病床を有する医療機関への訪問調査の状況

## 1 概要

「介護療養病床」及び「医療療養病床（25：1）（診療報酬上の基準で看護人員配置が25対1のもの）」の設置期限が平成29年度末とされており、これまで、国において、「療養病床の在り方等に関する検討会」での議論を経て、社会保障審議会に特別部会を設け、新たな施設類型のあり方等が検討されているところである。

これらの病床を有する県内の医療機関に対して、今後の病床転換等の意向を確認するため訪問調査を実施している。（第1回調査：平成28年7月～8月実施）

## 医療療養病床(20対1、25対1)と介護療養病床の現状

療養病床については、医療法施行規則に基づき、看護師及び看護補助者の人員配置は、本則上、4対1（診療報酬基準でいう20対1に相当）以上とされているが、同施行規則（附則）に基づき、経過措置として、平成30年3月31日までの間は、6対1（診療報酬基準でいう30対1に相当）以上とされている。

※医療法施行規則に基づく人員配置の標準は、他の病棟や外来を合わせ、病院全体で満たす必要がある。

		医療療養病床				介護療養病床	
		20対1		25対1			
人員	医師	48対1(3人以上)		48対1(3人以上)		48対1(3人以上)	
	看護師及び 准看護師	20対1 (医療法では4対1)		25対1 (医療法では4対1が原則だが、 29年度末まで経過的に6対1が 認められている)		30対1 (医療法では4対1が原則だが、 29年度末まで経過的に6対1が 認められている)	
	介護職員	—		—		6対1	
病床数		静岡県		静岡県		静岡県	
		47病院	3診療所	37病院	5診療所	23病院	3診療所
		4,109床(※1)	26床	2,929床(※2)	40床	1,912床	32床
財源		医療保険		医療保険		介護保険	

※1 療養病床入院基本料1を算定する病院(H28年3月末現在の厚生局への施設基準届出状況)

※2 経過措置適用病院のうち、療養病床入院基本料2を算定する病院(H28年3月末現在の厚生局への施設基準届出状況)

## 【新たな選択肢の整理案】

○現行の介護療養病床・医療療養病床(25：1)が提供している機能を担う選択肢として考えられる【新たな選択肢】

①医療を内包した施設類型

②医療を外から提供する「住まい」と医療機関の併設類型

○療養病床を有する個々の医療機関の選択肢としては、上記、新たな類型への移行のほか、以下の対応が考えられる。

- ・医療療養病床(20：1)への移行
- ・介護老人保健施設、有料老人ホームなど既存類型への移行
- ・複数の類型と組み合わせて移行 など

<療養病床の在り方検討会<第7回資料>より抜粋>

慢性期の病床を有する医療機関の今後の病床転換見込み(H28年8月時点)

(単位:床)

圏域	医療療養(25:1)						介護療養病床					
	現状		今後見込(転換先)				現状		今後見込(転換先)			
	機関数	病床数	医療療養 (20:1)	回復期リハ 地域包括	介護 施設等	未定	機関数	病床数	医療療養 (20:1)	回復期リハ 地域包括	介護 施設等	未定
賀茂	2	198	158	0	0	40	1	60	0	0	0	60
熱海伊東	3	185	185	0	0	0	0	0	0	0	0	0
駿東田方	9	361	269	0	23	69	7	398	40	0	0	358
富士	5	262	262	0	0	0	1	97	51	0	46	0
静岡	6	542	470	0	0	72	2	378	0	0	0	378
志太榛原	4	451	450	0	0	1	3	132	0	0	0	132
中東遠	4	509	459	0	0	50	3	251	101	0	0	150
西部	9	461	256	0	0	205	9	628	8	0	49	571
全県	42	2,969	2,509	0	23	437	26	1,944	200	0	95	1,649

圏域	医療療養(20:1)						合計					
	現状		今後見込(転換先)				現状		今後見込(転換先)			
	機関数	病床数	医療療養 (20:1)	回復期リハ 地域包括	介護 施設等	未定	機関数	病床数	医療療養 (20:1)	回復期リハ 地域包括	介護 施設等	未定
賀茂	0	0	0	0	0	0	2	258	158	0	0	100
熱海伊東	1	89	89	0	0	0	4	274	274	0	0	0
駿東田方	15	1,090	837	0	0	253	24	1,849	1,146	0	23	680
富士	4	329	281	48	0	0	8	688	594	48	46	0
静岡	4	734	372	40	0	322	10	1,654	842	40	0	772
志太榛原	6	406	334	34	0	38	10	989	784	34	0	171
中東遠	5	378	328	0	0	50	9	1,138	888	0	0	250
西部	15	1,109	1,041	0	0	68	21	2,198	1,305	0	49	844
全県	50	4,135	3,282	122	0	731	88	9,048	5,991	122	118	2,817

※「現状」の機関数・病床数とも平成28年3月時点の厚生局への届出数値であり、平成28年4月以降開設の医療機関は除く。

※医療療養25:1、20:1、介護療養病床を有する医療機関について記載。

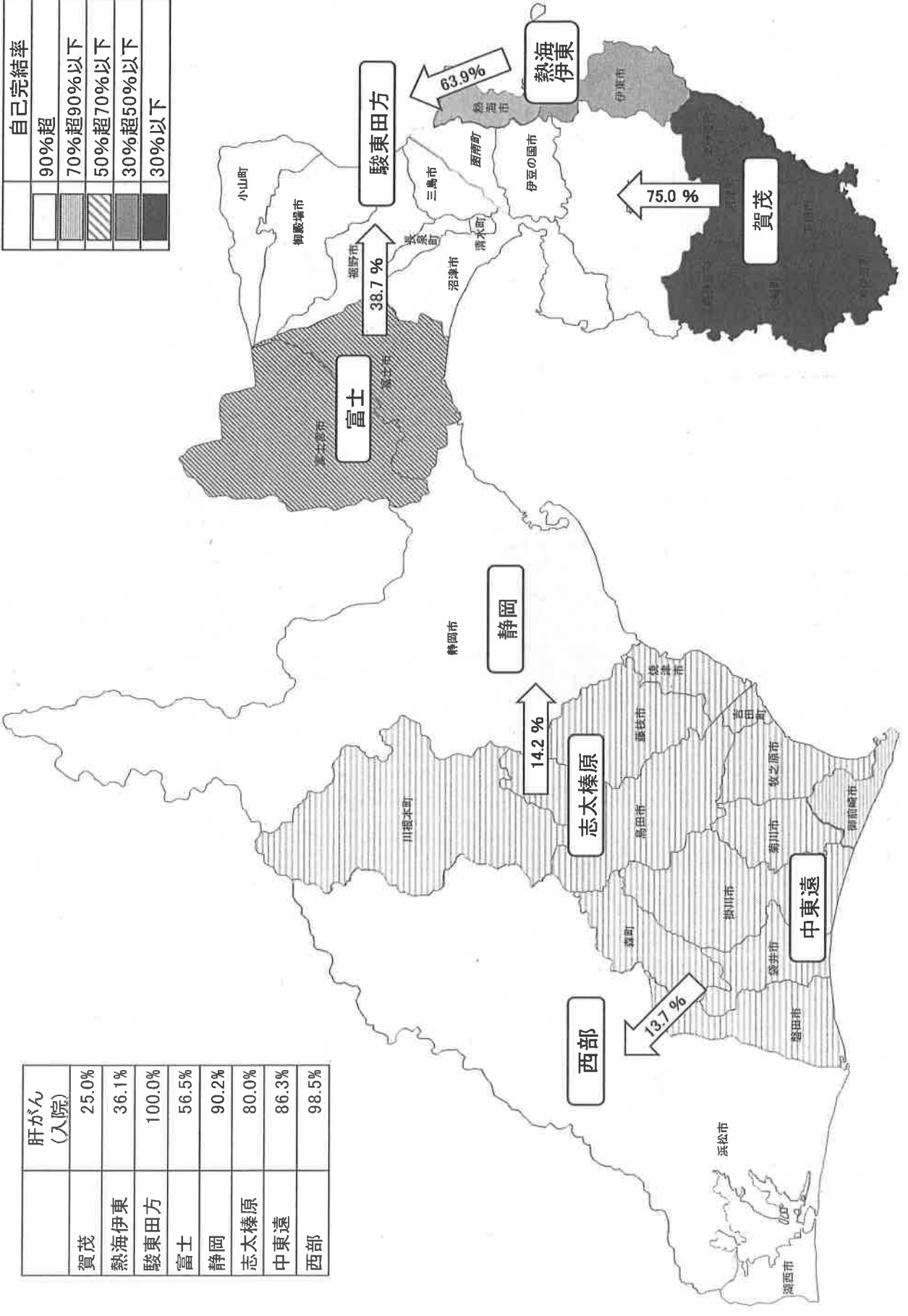
※医療療養25:1、20:1、介護療養病床のそれぞれを有する医療機関があるため、医療機関数の合計は内訳の計と一致しない。

参考:慢性期機能の「供給量」・「必要病床数」及び病床機能報告(H27)

構想区域	供給量(2013年)			必要病床数(2025年)			慢性期機能 病床機能報告 (2015年)
	慢性期機能	在宅医療等	小計	慢性期機能	在宅医療等	小計	
賀茂	269	791	1,060	182	1,024	1,206	306
熱海伊東	337	1,014	1,351	235	1,643	1,878	332
駿東田方	1,358	5,026	6,384	1,160	7,186	8,346	1,933
富士	731	2,510	3,241	676	3,723	4,399	818
静岡	1,606	5,707	7,313	1,299	8,082	9,381	2,027
志太榛原	734	3,127	3,861	738	4,585	5,323	913
中東遠	711	2,727	3,438	698	4,198	4,896	1,016
西部	2,096	6,460	8,556	1,449	9,652	11,101	2,594
全県	7,842	27,362	35,204	6,437	40,093	46,530	9,939

二次医療圏別：各種医療の自己完結率 < 肝がん (入院) >

自己完結率	
	90%超
	70%超90%以下
	50%超70%以下
	30%超50%以下
	30%以下



肝がん (入院)	自己完結率
賀茂	25.0%
熱海伊東	36.1%
駿東田方	100.0%
富士	56.5%
静岡	90.2%
志太榛原	80.0%
中東遠	86.3%
西部	98.5%

厚生労働省「医療計画作成支援データベース」より作成  
 ※平成26年度(2014年度)診療分の電子レセプト数に基づく。ただし、国保+後期高齢者のみ。 ※10%以上の流出について図示。



地域医療介護総合確保基金 平成 28 年度基金充当主要事業一覧 (予定)

I 地域における医療提供体制の再構築

事業概要		事業主体	事業担当課			
事業名	事業概要	事業主体	事業担当課			
病床機能分化促進事業 費助成	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域包括ケア病床又は回復期リハビリテーション病棟への転換を行う病院の施設整備整備に対する助成</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 補助基準額 施設整備…77,952千円/箇所 設備整備…47,466千円/箇所ほか</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 補助率 1/2</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 補助率 1/2</li> </ul>	地域包括ケア病床又は回復期リハビリテーション病棟への転換を行う病院	地域医療課 地域医療班
がん医療均てん化推進 事業費助成	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ がん診療連携拠点病院等の施設整備整備に対する助成</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 補助基準額 &lt;施設整備&gt; 195,800千円/m<sup>2</sup> &lt;設備整備&gt; 放射線治療装置 …200,000千円 化学療法室整備 …32,400千円 緩和ケア等治療設備…32,400千円</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 補助率 1/2</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 補助率 1/2</li> </ul>	がん診療連携拠点病院 地域がん診療連携推進病院ほか	疾病対策課 がん対策班
産科医療施設等整備事業 業費助成	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 院内がん登録研修、ピアサポーター派遣等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 補助基準額 (100,000千円)</li> <li>・ 補助要件：県内で分娩を取扱う病院等を新たに開設(10年以上の継続見込)</li> <li>・ 対象経費：建物、医療機器の経費ほか</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 補助率 1/2</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 補助率 1/2</li> </ul>	病院又は診療所	地域医療課 地域医療班
在宅医療・介護連携情報システム運営事業費	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 在宅療養患者、介護サービス利用者が必要とする医療・介護機関を検索するためのシステム運用に対する補助</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 補助基準額 システム構築 …35,700千円 ランニングコスト…19,700千円</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 補助率 システム構築 10/10 ランニングコスト 2/3</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 補助率 1/2</li> </ul>	静岡県医師会	地域医療課 地域医療班
地域医療連携推進事業 費助成	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 既存システム「ふじのくにねっと」の導入・継続に対する助成</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ データセンター及び開示病院のシステム構築費に対する助成 (更新・新規)</li> <li>・ 補助基準額 データセンター分…46,000千円 開示施設 (病院) 分…17,000千円</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 補助率 1/2</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 補助率 1/2</li> </ul>	静岡県立総合病院	医療政策課 医療企画班



II 在宅医療の推進

事業名	事業概要		事業主体	事業担当課
在宅医療推進センター 運営事業費助成	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅医療体制整備（推進協議会、退院支援体制検討部会等の開催）</li> <li>在宅医療に関する県民向け啓発事業等</li> </ul>		静岡県医師会	地域医療課 地域医療班
在宅歯科医療連携体制 整備事業費助成	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅歯科診療機器整備補助</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>補助基準額…3,638千円/箇所 在宅歯科診療機器の導入経費</li> <li>補助率 1/2</li> <li>推進窓口の設置、実施機関に関する情報提供</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>歯科診療機関</li> <li>静岡県歯科医師会</li> <li>静岡県歯科医師会</li> </ul>	健康増進課
医療介護に係る多職種 連携体制推進事業費	<ul style="list-style-type: none"> <li>特殊歯科診療連携、がん医科歯科連携、糖尿病対策医科歯科連携推進に係る研修</li> <li>市町職員、医療介護関係者等を対象とした研修、説明会の開催</li> <li>医療機関の医療機能分化連携等促進のための取組、県民への啓発</li> <li>医療介護関係者等による協議会の開催</li> <li>医療介護関係者の連携を調整・支援する相談員の研修（ほか）</li> </ul>		県ほか	医療政策課 ほか
難病等対策推進事業費	<ul style="list-style-type: none"> <li>災害時の患者支援連携体制協議会の開催</li> <li>難病指定医研修会の開催</li> </ul>		県	疾病対策課 難病対策班
難病患者介護家族リフ レッシュ事業費助成	<ul style="list-style-type: none"> <li>難病患者を介護する家族等の負担軽減</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>就学支援事業 児童生徒に付き添う保護者の負担軽減</li> <li>在宅支援事業 指定難病患者等を介護する家族の負担軽減</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>補助率 9/10</li> <li>県：4.5/10</li> <li>市町（政令市含む） 4.5/10</li> </ul>	疾病対策課 難病対策班
訪問看護推進事業費	<ul style="list-style-type: none"> <li>訪問看護師を対象とした各種研修の実施</li> <li>訪問看護推進室の運営、県民向けシンポジウムの開催</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>看護協会等（委託）</li> <li>訪問看護ST協議会（委託）</li> </ul>	地域医療課 地域医療班
訪問看護ステーション 設置促進事業費助成	<ul style="list-style-type: none"> <li>訪問看護ステーションの量的拡大に対する助成</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>補助基準額…3,100千円 新たに設置するために必要な経費（運営費、人件費等）</li> <li>補助率 1/2</li> </ul>	訪問看護ST設置者	地域医療課 地域医療班
がん総合対策推進事業 費	<ul style="list-style-type: none"> <li>訪問看護ステーションの看護師等を対象とした在宅ターミナルケア専門研修及び地域情報交換会</li> </ul>		訪問看護ST協議会（委託）	疾病対策課 がん対策班

III 医療従事者の確保・養成

事業名	事業概要		事業主体		事業担当課
	事業内容	補助基準額	補助率	事業主体	
医療従事者確保支援事業費助成	・ 基幹研修病院の研修費助成	・ 補助基準額 研修支援：168千円/箇所ほか	・ 補助率 1/2	基幹研修病院 (県立総合病院ほか5病院)	地域医療課 医師確保班
	・ 女性医師の離職防止・再就業支援 ・ 医師・看護師事務作業補助者への研修			静岡県医師会（委託）	
指導医確保支援事業費助成	・ へき地医療機関への看護師等職員の確保支援	・ 補助基準額 生徒、学生を対象とした病院体験事業に要する経費：400千円/箇所	・ 補助率 1/2	へき地医療拠点病院 (天竜病院ほか・県立総合病院除く)	地域医療課 看護師確保班
	・ 処遇改善による優秀な指導医確保	・ 補助基準額（指導医手当の創設） 50千円/月・人（上限5人/1病院）	・ 補助率 1/2	医学修学研修資金被貸与者の配置対象病院	
ふじのくにパッチャルメデイカルカレッジ運営事業費	・ 地域医療支援センターの運営			県	地域医療課 医師確保班
	・ 医学修学研修資金の貸与			県立総合病院 県立こども病院	
産科医療確保事業費	・ 産科医及び助産師の分娩手当に対する助成	・ 補助基準額 1分娩あたり10,000円/件	・ 補助率 1/3	医療機関、助産所	地域医療課 地域医療班
	・ 帝王切開への加算手当に対する助成	・ 補助基準額（上記に対する加算） 1帝王切開あたり10,000円/件・人	・ 補助率 1/3	医療機関	
看護職員確保対策事業費	・ 産科医療の理解促進(適正受診の啓発)			県	地域医療課 看護師確保班
	・ 新人看護職員研修を実施する病院への助成	・ 補助基準額 研修に要する経費（所要額）	・ 補助率 1/2	病院 看護協会（委託）	
看護職員指導者等養成事業費	・ 認定看護師養成課程への助成	・ 補助基準額 研修に要する経費（1人あたり98千円）	・ 補助率 定額	静岡がんセンター 看護協会	地域医療課 看護師確保班
	・ 実習指導者講習会の開催等			看護協会（委託）	

事業名		事業概要		事業主体	事業担当課
看護職員養成所運営費助成	<ul style="list-style-type: none"> <li>看護師等養成所への運営費助成</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>補助基準額 (①～③の合計)</li> <li>①生徒単価×生徒総数+養成所単価+へき地加算</li> <li>②看護教員養成校集會参加促進分</li> <li>③県内就業率加算</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>補助率 民間:10/10 独行:2/3</li> </ul>	看護職員養成所	地域医療課 看護師確保班
薬剤師復職支援事業費助成	<ul style="list-style-type: none"> <li>調剤業務に復帰を希望する薬剤師への実習等研修支援事業</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>補助率 1/2</li> </ul>	静岡県薬剤師会	薬事課 薬事企画班
病院内保育所運営費助成	<ul style="list-style-type: none"> <li>院内保育所の運営費を支援</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>補助基準額 (225,600円)</li> <li>上記基準額に型ごとの保育士数、保育料収入相当額等を勘案して補助額を決定</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>補助率 2/3</li> </ul>	病院内保育所を運営する病院	地域医療課 看護師確保班
医療勤務環境改善支援センター事業費	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療勤務環境改善支援センターの運営</li> <li>勤務環境改善計画策定研修</li> </ul>			県	地域医療課 看護師確保班
看護職員修学資金貸付金	<ul style="list-style-type: none"> <li>看護職員養成所に在学する学生に対する修学資金貸与</li> </ul>			県	地域医療課 看護師確保班
看護の質向上促進研修事業費	<ul style="list-style-type: none"> <li>中小病院等の看護の質向上研修対象...小規模病院・診療所・訪問看護ステーション・福祉施設等に勤務する看護職員</li> </ul>			看護協会 (委託)	地域医療課 看護師確保班
看護師特定行為研修派遣費助成	<ul style="list-style-type: none"> <li>看護師の特定行為研修に職員を派遣する病院等に対し経費の一部を助成</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>補助対象事業者 病院、訪問看護ステーション、介護老人保健施設</li> <li>補助対象経費 看護師特定行為研修機関の入学料、授業料</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>補助率 1/2</li> </ul>	病院 訪問看護ステーション 介護老人保健施設	地域医療課 看護師確保班
在宅重症心身障害児(者)医療支援人材養成事業費	<ul style="list-style-type: none"> <li>診療所医師等を対象とした研修会の開催</li> <li>重症心身障害児(者)の在宅医療に係る基礎知識、医療機器の取扱法等を習得し、在宅医療の充実を図る</li> </ul>			県	障害福祉課 知的障害福祉班

地域医療介護総合合確保基金に係る事業（平成28年度 介護分）

大項目	中項目	小項目 NO.	小項目の内容	事業の名称	事業の内容	事業担当課
(項目)介護施設等の整備に関する事業	基本整備 介護人材の 促進 大	1	介護人材確保対策連携強化事業(協議会設置等)	人材センター在り方検討事業	人材センターが、介護職主たる内容とした「福祉のお仕事魅力発見セミナー」や、養成校や事業所等への「体験ツアー」を実施	地域福祉課
		3	地域住民や学校の生徒に対する介護や介護の仕事の理解促進 事業	福祉人材参入促進事業 成年後見推進事業	市町の実施する成年後見推進事業に対する助成 ・県内介護施設に就労する若手介護職員の大学等への派遣や学生との協働による活動 ・小学生親子介護施設見学の開催 ・高等学校教員向け介護施設見学の開催 ・ふじのくにケアエスタ2016の開催(介護技術コンテスト、介護の仕事紹介、福祉機器紹介等)	地域福祉課 地域福祉課 地域福祉課
		4	若者・女性・高齢者など多様な世代を対象とした介護の職場体 験事業	職場体験事業	人材センターが、福祉関係学科への進学や介護分野への就職を検討する中学生以上の方を対象に、希望する施設等における職 場体験を実施	地域福祉課
		5	助け合いによる生活支援の担い手の養成事業	居宅介護職員養成研修事業	知的障害のある人を対象に居宅介護職員養成研修を実施することで介護職員の資格取得を推進し、介護人材の「すそ野拡大」を 図る	障害者政策課
		7	介護未経験者に対する研修支援事業	介護人材育成事業	・市町が実施する生活支援の担い手養成に連なる法律・経営の専門家など派遣を通じた人材育成 ・退職後の世代を対象に、中小企業団体中央会等の支援により生活支援を行うNPOや企業組合の立ち上げ、従事者の育成	長寿政策課
		10	多様な人材層(若者・女性・高齢者)に応じたマッチング機能強化 事業	介護人材育成事業 長寿者いせいき促進事業	・介護に関する資格を持つていない若者を一定期間有期雇用し、介護人材としての活用を念頭に置いて介護施設等で働きながら、介 護職員初任者研修や研修受講機会を提供。必要に応じてカウンセリングを実施すること、直接雇用に向けて支援 65歳以上の比較的元気な高齢者が、地域での自給、互助の取組の中心となり、より元気に、かつその期間をできるだけ長く保てるよ う口コミ予防や認知症予防等の健康長寿活動を推進する人材を育成	介護保険課 長寿政策課
		11	多様な人材層に対する介護人材キャリアアップ研修支援事業	就職・進学フェア、福祉人材マッチング機能強化事業	人材センターが介護従事者の確保(児童・障害分野への求職者等に対し介護分野への就職誘導を含む)を目的とした就職・進 学フェアを実施。また、個別就労支援や公認会計士等の介護事業所派遣による経営指導の調整等を行う(ミスマッチ解消専門員) を配置	地域福祉課
		16	地域包括ケア 構築のための 広域的な人材 養成	地域包括ケア推進事業(ふじのくに型福祉サービス推進事業)	職能団体等が介護人材の安定的な定着を図るため、職域、階層に応じたキャリアパス、スキルアップを促進する研修を実施した際 に、経営に対して助成 ふじのくに型福祉サービスを推進するための運営向上を目指し、サービスや特等者の介護施設事業所等を対象に、障害のある 人の「通い」、「泊まり」を安易に入れるための知識等の習得を目的とした研修を実施	障害者政策課
		17	地域包括ケアシステム構築に資する人材育成、質向上事業	介護支援専門員質向上事業	・小規模事業所への介護技術研修の実施 ・小規模事業所が通所介護職員の実質向上研修への助成 ・現任訪問介護員(サービス提供責任者及びその候補者)に対する研修事業の実施	介護保険課
		18	権利擁護人材育成事業	生活支援専門員質向上事業	市町担当者(政令市を除く)に対する介護支援専門員作成のケアプランチェック方法等の研修の実施	福祉指導課
		19	介護予防の推進に資するOT、PT、ST指導者養成事業	認知症関係人材質向上等事業	認知症対応型サービス事業開設者研修等の認知症介護に係る各種研修の実施、かかりつけ医及び一般病院医療従事者向けの 認知症対応型向上研修等、各種研修の実施等	長寿政策課
		20	介護予防の推進に資するOT、PT、ST指導者養成事業	生活支援専門員質向上等事業	生活支援専門員質向上研修の実施、生活支援専門員研修の実施	長寿政策課
		21	勤労環境改善 支援	地域包括ケアシステム構築に資する人材育成、質向上事業	広域支援員及び専門職の派遣、専門職派遣事業、地域ケア全層推進研修、地域包括支援センター新規規程職員研修を対象とした 研修会の実施 市町の実施する成年後見推進事業に対する助成、成年後見委託機関設置推進研修、法人後見実施機関職員研修の実施	地域福祉課 長寿政策課
		22	勤労環境改善 支援	権利擁護人材育成事業	人材センターが、介護施設の結業者及び管理者を対象に、経営、人材確保に関する意識改革、労働環境の改善等による 魅力ある職場作りを目的としたセミナーの開催	地域福祉課 長寿政策課
		23	勤労環境改善 支援	介護予防の推進に資するOT、PT、ST指導者養成事業	○福祉機器展示・体験会の開催 ○キャリアパス制度等に関する訪問相談、利便導入を支援するツールの開発 ○外国人介護人材確保セミナー	介護保険課
		24	勤労環境改善 支援	介護予防の推進に資するOT、PT、ST指導者養成事業	○介護の仕事魅力向上促進事業(3) ○介護事業所キャリアパス制度導入促進事業 ○外国人介護職員支援事業	介護保険課



在宅医療に関する参考資料

参考資料 4

- 静岡県国民健康保険団体連合会から、診療報酬実績(レセプトデータ)の提供を受け、【圏域別】、【市町別】、【診療所・病院の別】に集計
  - 平成27年9月請求分から平成28年8月請求分までの1年間のデータを集計【「国保分」及び「後期高齢分」の合計】
  - 「往診料」、「在宅患者訪問診療」、「在宅ターミナルケア加算」、「看取り加算」、「訪問看護指導料」の各項目のレセプト請求件数等を集計
- ※「請求件数」欄は年間の延べ件数であるため、実際の患者数とは異なる

圏域名	市町名	医療機関別	往診料		在宅患者訪問診療		在宅ターミナルケア加算		看取り加算		訪問診療&往診料		訪問看護指導料	
			実施機関数	請求件数	実施機関数	請求件数	実施機関数	請求件数	実施機関数	請求件数	実施機関数	請求件数	実施機関数	請求件数
中東遠	磐田市	診療所	44	1,192	31	2,955	12	56	15	71	18	252	5	67
		病院	3	129	2	1,367	1	4	1	1	2	36	0	0
		小計	47	1,321	33	4,322	13	60	16	72	20	288	5	67
	掛川市	診療所	44	1,046	29	4,605	13	110	11	109	16	389	0	0
		病院	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		小計	44	1,046	29	4,605	13	110	11	109	16	389	0	0
	袋井市	診療所	15	505	11	2,001	4	27	4	31	7	93	0	0
		病院	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		小計	15	505	11	2,001	4	27	4	31	7	93	0	0
	御前崎市	診療所	6	76	5	167	1	4	2	5	3	5	0	0
		病院	1	35	1	58	1	7	0	0	1	25	0	0
		小計	7	111	6	225	2	11	2	5	4	30	0	0
菊川市	診療所	3	26	3	89	1	3	1	4	2	16	0	0	
	病院	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	小計	3	26	3	89	1	3	1	4	2	16	0	0	
森町	診療所	3	39	3	237	1	11	1	11	2	24	0	0	
	病院	1	54	1	551	1	15	1	16	1	34	0	0	
	小計	4	93	4	788	2	26	2	27	3	58	0	0	
圏域計			120	3,102	86	12,030	35	237	36	248	52	874	5	67

【参考】

圏域計		訪問診療分	
H25	1037	H27.9~H28.8	H37
必要量等	1037	1003 ※	1420

※訪問診療年間のレセプト請求件数を12ヶ月で除した数値