

平成 28 年度

第 3 回 中東遠地域医療構想調整会議

日 時：平成 29 年 2 月 2 日（木）午後 2 時 00 分～
場 所：静岡県中遠総合庁舎 西館 2 階 204 会議室

次 第

○ 議 題

- 1 疾病・事業ごとの地域課題と対応方策案について
- 2 第 8 次静岡県保健医療計画等 策定スケジュール（案）

【配布資料】

- ・資料 1-1：疾病・事業ごとの医療提供体制の現状データ
- ・資料 1-2：中東遠地域医療構想調整会議（第 2 回）各委員からの意見提出
- ・資料 1-3：中東遠地域医療構想調整会議（第 2 回）各委員からの意見（概要）
- ・資料 1-4：平成 28 年度 静岡県訪問看護ステーション実態調査
- ・資料 1-5：平成 28 年度 静岡県訪問看護実態調査（病院・診療所）
- ・資料 1-6：第 1 回地域包括ケア推進ネットワーク会議中東遠圏域会議（概要）
- ・資料 1-7：疾病・事業ごとのデータから見た地域課題と今後の方策案（中東遠圏域）
- ・資料 2：「療養病床特別部会が議論の整理案を了承」
- ・資料 3：第 8 次静岡県保健医療計画等 策定スケジュール（案）

平成28年度第3回中東遠地域医療構想調整会議

出席者名簿

所属団体・職名	氏名	出欠	要綱第6条第2項指名出席者氏名
磐田市健康福祉部長	栗倉義弘	○	
掛川市健康福祉部長	深谷富彦	○	
袋井市総合健康センター長	名倉小春	○	
御前崎市市民部長	河原崎悦男	○	
菊川市健康福祉部長	大石芳正	○	
森町保健福祉課長	村松成弘	○	
静岡県保健医療計画策定作業部会 専門委員（磐田市病院事業管理者）	北村 宏	○	
磐田市立総合病院長	鈴木昌八	○	
掛川市・袋井市病院企業団立中東遠 総合医療センター企業長兼院長	名倉英一	○	
市立御前崎総合病院長	大橋弘幸	○	
菊川市立総合病院長	村田英之	○	
公立森町病院長	中村昌樹	○	
袋井市立聖隷袋井市民病院	宮本恒彦	○	
磐田市医師会長	本田 仁	○	
磐周医師会長	石坂恭一	○	
小笠医師会長	加藤 進	○	
磐周歯科医師会長	小椋 剛	○	
小笠掛川歯科医師会長	藤田雄二	指名出席	小笠掛川歯科医師会副会長 岡本正志
磐田薬剤師会長	中村良雄	○	
小笠袋井薬剤師会長	横山 敦	○	
静岡県慢性期医療協会（医療法人社 団綾和会掛川北病院長）	野坂健次郎	○	
静岡県老人保健施設協会（えいせい 掛川介護老人保健施設長）	平沢弘毅	○	
静岡県看護協会中東遠地区支部長	市川幸子	○	
静岡県保険者協議会（全国健康保険 協会静岡支部業務部長）	柴田克仁	欠席	
西部保健所長	安間 剛	○	

出席者 計 24人

浜松医科大学特任教授	小林利彦	○	
西部健康福祉センター所長	勝山明彦	○	

中東遠地域医療構想調整会議座席表

磐田市健康福祉部長
掛川市健康福祉部長
小笠医師会長
磐田市医師会長
磐周医師会長
総合健康センター市長

御前崎市市民部長	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"></div> <div style="width: 45%;"></div> </div>	磐田市病院事業管理者
菊川市健康福祉部長		磐田市立総合病院長
森町保健福祉課長		掛川市・袋井市病院企業団立 中東遠総合医療センター 副院長
磐周歯科医師会長		市立御前崎総合病院長
小笠掛川歯科医師副会長		菊川市立総合病院長
磐田薬剤師会長		公立森町病院長
小笠袋井薬剤師会長		袋井市立聖隷袋井市民病院長
静岡県看護協会 中東遠地区支部長		医療法人社団綾和会 掛川北病院長

浜松医科大学
特任教授
西部保健
所長
西部健康福祉センター
所長
介護
老人
保健
施設
長

	事務局	

中東遠地域医療構想調整会議設置要綱

(設置)

第1条 医療法（昭和23年7月30日法律第205号）第30条の14第1項に定める「協議の場」として中東遠地域医療構想調整会議（以下「調整会議」という。）を設置する。

(所掌事務)

第2条 調整会議の所掌事務は次のとおりとする。

- (1) 地域の病院・有床診療所が担うべき病床機能に関する協議
- (2) 病床機能報告制度による情報等の共有
- (3) 地域医療構想の推進に向けた取組（地域医療介護総合確保基金事業等）に関する事項
- (4) その他、在宅医療を含む地域包括ケアシステム、地域医療構想の達成の推進に関する協議

(委員)

第3条 調整会議は、西部保健所長が委嘱する委員をもって構成する。

2 調整会議に議長を置き、委員の互選により定める。

3 議長は、調整会議の会務を総理する。

4 議長は、あらかじめ副議長を指名することとし、必要に応じて副議長がその職務を代行する。

(任期)

第4条 調整会議の委員の任期は、2年とする。ただし、再任を妨げない。

2 補欠による委員の任期は、前任者の残任期間とする。

(招集)

第5条 調整会議は議長が招集する。ただし、設置後最初の調整会議は、西部保健所長が招集する。

(議事)

第6条 議長は会議を主宰する。

2 議長は、必要と認めるときは、関係行政機関の職員その他適当と認める者の出席を求め、その説明又は意見を徴することができる。

3 議長は、必要があると認めるときは、特定の事項について、関係のある委員のみで開催することができる。

(庶務)

第7条 調整会議の庶務は、西部保健所地域医療課において処理する。

(その他)

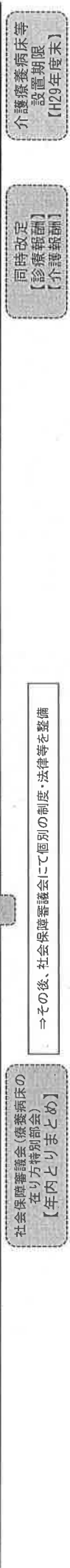
第8条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は別に定める。

附則

この要綱は、平成28年6月1日から施行する。

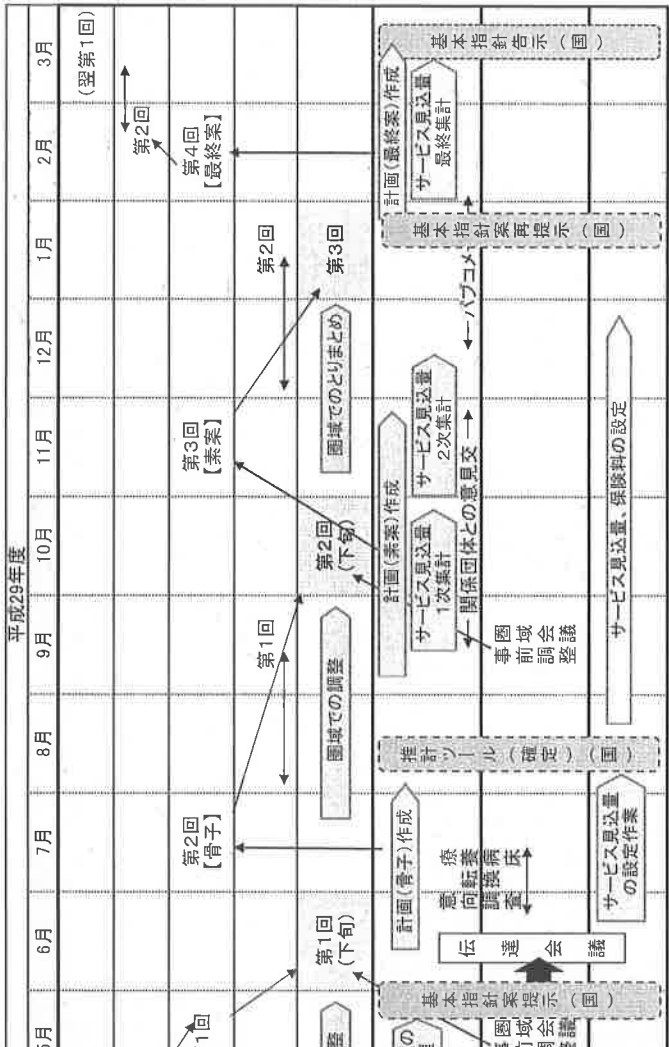
第8次静岡県保健医療計画等 策定スケジュール 計画期間【平成30年度～平成35年度(6年間)】

	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
医療審議会			第2回 (下旬)								第1回 (下旬)				第2回 【案案】			第3回 【最終案】
保健医療計画策定作業部会			第2回 (12/21)							第2回 (下旬)				第3回 (下旬)				第4回 (下旬)
地域包括ケア推進ネットワーク会議 (「協議の場」面計画の調整)																		
地域医療協議会					第1回 (下旬)													
地域医療構想調整会議			第3回 (～下旬)															
(医療対策協議会)		第1回 (11/17)	第2回 (下旬)															
本庁関係各課																		
事務局																		
各保健所																		



第8次静岡県長寿者保健福祉計画 策定スケジュール 計画期間【平成30年度～平成32年度(3年間)】

	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
社福審全体会							第1回											
社福審分科会 (長寿社会安心プラン策定委員会)							第1回											
長寿社会安心プラン策定作業部会							第1回											
地域包括ケア推進ネットワーク会議 (「協議の場」面計画の調整)							第1回											
保健福祉計画策定領域会議 (地域包括ケア推進ネットワーク会議)							第1回											
本庁関係各課							第1回											
各健康福祉センター							第1回											
各市町							第1回											
各参考							第1回											

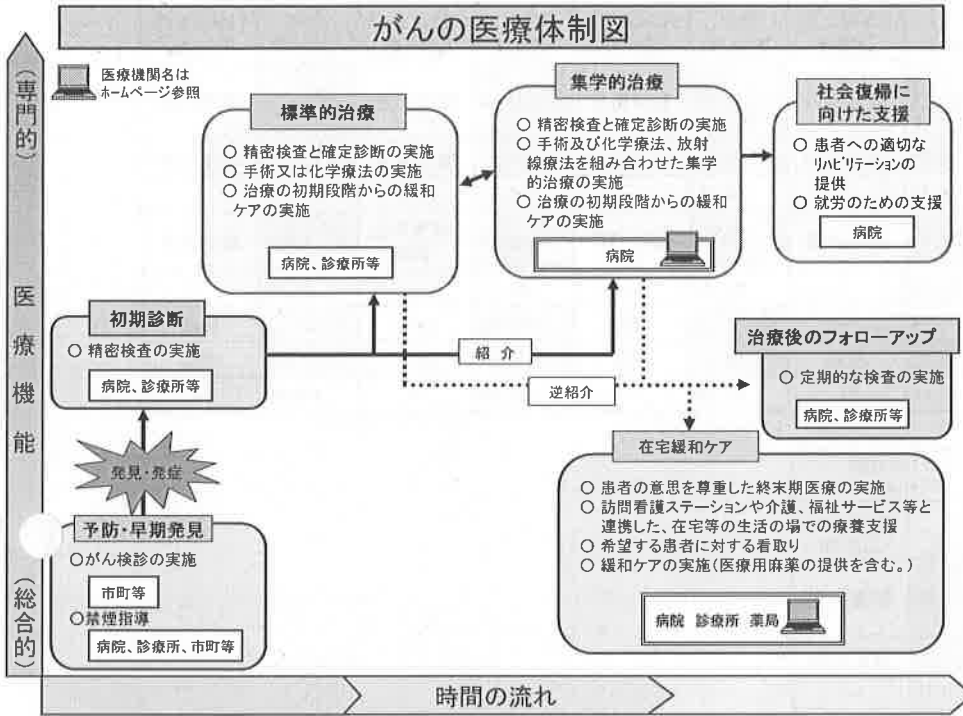


疾病・事業ごとの医療提供体制の現状データ 目次

I	7 疾病	
1	がん	1
2	脳卒中	10
3	心筋梗塞等の心血管疾患	16
4	糖尿病	20
5	喘息	24
6	肝炎	27
7	精神疾患	32
II	5 事業	
1	救急医療	35
2	災害時の医療	38
3	へき地の医療	40
4	周産期医療	44
5	小児医療（小児救急医療を含む）	47
III	在宅医療	50

I-1 がんの医療提供体制の現状と課題

1 がんの医療体制に求められる機能、医療機能を担う医療機関数



○各医療機能を担う医療機関数

がん	集学的治療	ターミナルケア		
		病院(緩和ケア病棟を有する)	診療所	薬局
賀茂	0	0	2	10
熱海伊東	0	0	8	18
駿東田方	4	2	33	137
富士	2	0	9	84
静岡	7	0	57	69
志太榛原	4	0	15	77
中東遠	2	0	23	114
西部	7	1	44	135

※平成28年10月現在

(出典：第7次静岡県保健医療計画)

<がん診療連携拠点病院等の整備状況>

圏域名	国指定		県指定
	がん診療連携拠点病院 [がん相談支援センター併設]	地域がん診療病院	静岡県地域がん診療連携推進病院等 [がん相談支援センター併設] ()は、がん相談支援センター
賀茂			(下田メディカルセンター)
熱海伊東		国際医療福祉大学熱海病院	(伊東市民病院)
駿東田方	静岡県立静岡がんセンター 順天堂大学医学部附属静岡病院		静岡医療センター 沼津市立病院
富士		富士市立中央病院	富士宮市立病院
静岡	静岡県立総合病院 静岡市立静岡病院		静岡赤十字病院 静岡済生会総合病院
志太榛原	藤枝市立総合病院		焼津市立病院 市立島田市民病院
中東遠	磐田市立総合病院		
西部	聖隷三方原病院 聖隷浜松病院 浜松医療センター 浜松医科大学医学部附属病院		
計	10	2	7(2)

2 関連データ

(1) 主な診療の自己完結率と10%以上の流出先（国保＋後期高齢のみ）

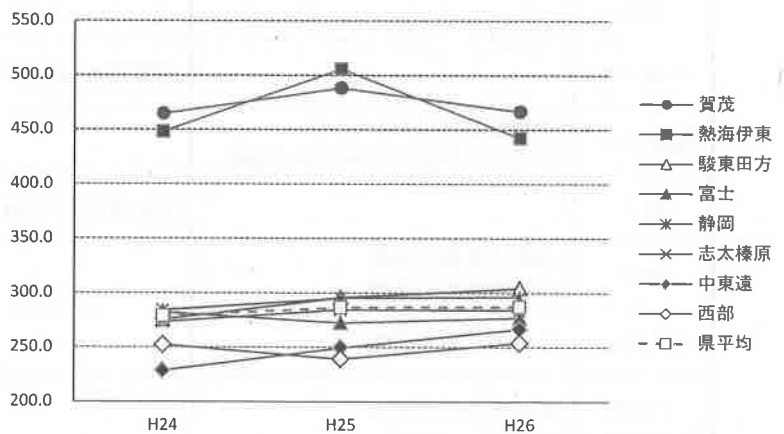
H26年度	胃がん (入院)		大腸がん (入院)		肝がん (入院)		肺がん (入院)		乳がん (入院)	
	自己 完結率	10%以上の 流出先	自己 完結率	10%以上の 流出先	自己 完結率	10%以上の 流出先	自己 完結率	10%以上の 流出先	自己 完結率	10%以上の 流出先
賀茂	36.5%	・駿東田方 ・神奈川県 ・熱海伊東	52.7%	駿東田方	25.0%	駿東田方	22.9%	駿東田方	43.1%	駿東田方
熱海伊東	54.8%	駿東田方	59.7%	駿東田方	36.1%	駿東田方	32.8%	駿東田方	57.7%	駿東田方
駿東田方	100.0%	—	98.7%	—	100.0%	—	100.0%	—	100.0%	—
富士	64.3%	駿東田方	83.4%	駿東田方	56.5%	駿東田方	32.9%	・駿東田方 ・静岡	68.2%	駿東田方
静岡	96.9%	—	95.9%	—	90.2%	—	96.8%	—	94.2%	—
志太榛原	83.1%	静岡	90.5%	—	80.0%	静岡	76.5%	静岡	87.2%	静岡
中東遠	79.8%	西部	79.4%	西部	86.3%	西部	74.5%	西部	65.7%	西部
西部	96.9%	—	97.4%	—	98.5%	—	100.0%	—	100.0%	—

H26年度	化学療法 (外来)		放射線治療 (外来)	
	自己 完結率	10%以上の 流出先	自己 完結率	10%以上の 流出先
賀茂	14.5%	・駿東田方 ・熱海伊東	0.0%	駿東田方
熱海伊東	40.3%	駿東田方	0.0%	駿東田方
駿東田方	98.4%	—	100.0%	—
富士	48.7%	駿東田方	56.6%	駿東田方
静岡	94.2%	—	92.9%	—
志太榛原	71.1%	静岡	83.1%	静岡
中東遠	74.3%	西部	77.6%	西部
西部	97.8%	—	98.6%	—

(資料：厚生労働省「医療計画作成支援データブック」)

(2) 人口10万人対死亡率

悪性新生物	H24	H25	H26
賀茂	464.8	488.3	466.6
熱海伊東	448.2	505.8	442.3
駿東田方	275.5	295.7	304.3
富士	282.3	272.5	277.2
静岡	284.1	295.2	296.3
志太榛原	273.4	284.6	284.1
中東遠	228.6	249.8	266.8
西部	252.4	239.3	254.2
県平均	278.8	286.6	287.2



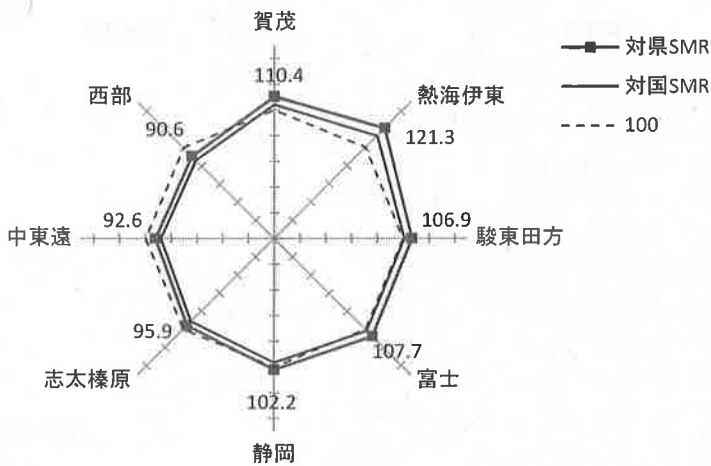
(資料：静岡県人口動態統計)

(3) H22-26 圏域別 SMR (標準化死亡比)

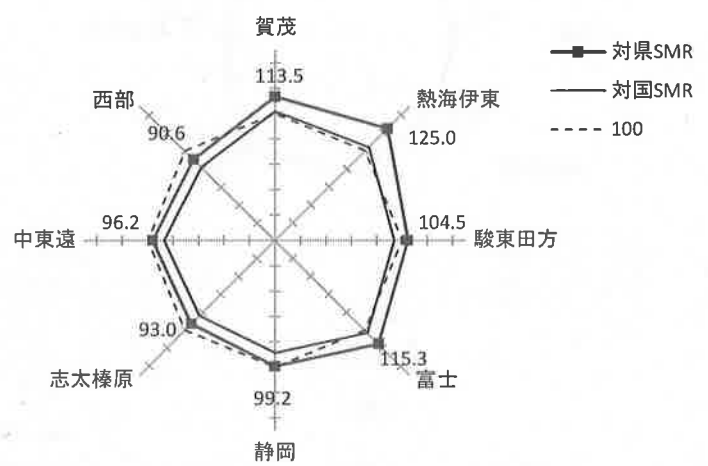
H22-H26	悪性新生物							
	総数		胃		結腸		直腸S状結腸移行部及び直腸	
	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR
賀茂	110.4	104.2	113.5	101.9	119.4	111.4	115.3	110.5
熱海伊東	121.3	112.8	125.0	104.2	135.8	126.2	126.0	118.9
駿東田方	106.9	101.1	104.5	93.6	115.7	109.0	97.2	93.6
富士	107.7	101.6	115.3	102.9	117.1	110.4	111.1	106.8
静岡	102.2	96.6	99.2	88.7	99.8	93.8	110.2	105.8
志太榛原	95.9	91.3	93.0	84.0	88.5	83.4	102.1	98.7
中東遠	92.6	88.3	96.2	87.1	87.5	82.6	90.9	88.2
西部	90.6	86.3	90.6	81.9	85.2	80.4	85.6	82.8
静岡県	100.0	94.8	100.0	89.9	100.0	94.1	100.0	96.4

※網掛けは有意に多い、または有意に少ない。

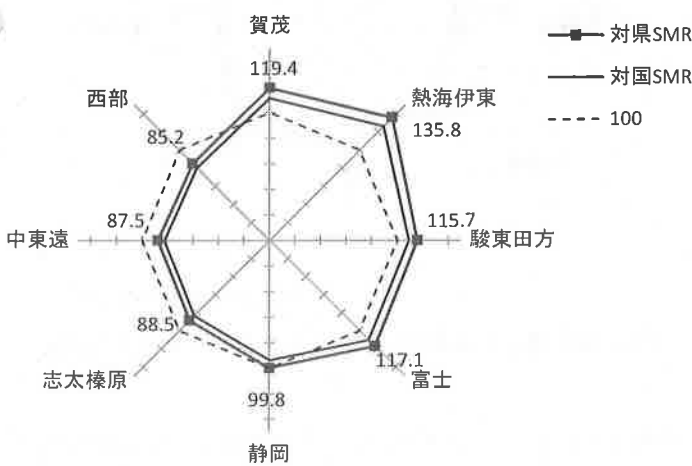
【 総数 】



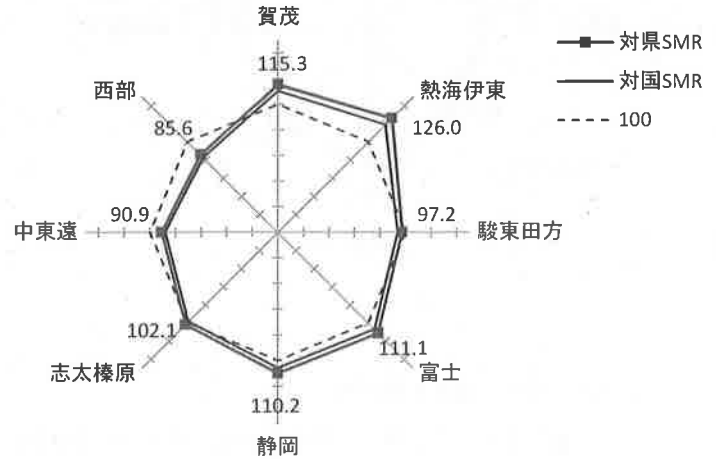
【 胃 】



【 結腸 】



【 直腸 S 状結腸移行部及び直腸 】



※図中の数値は対県 SMR

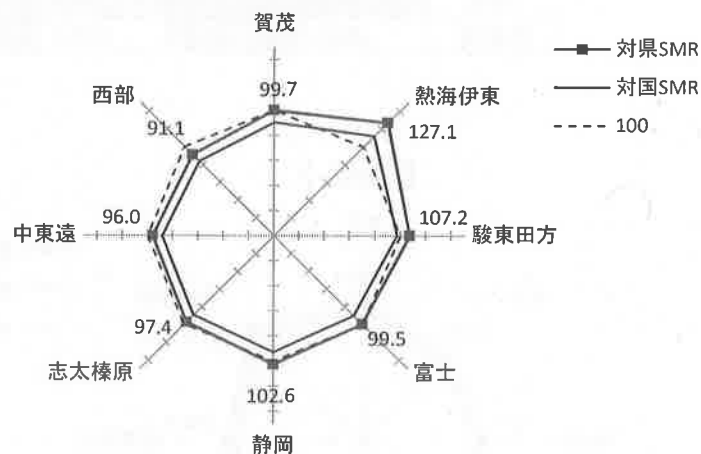
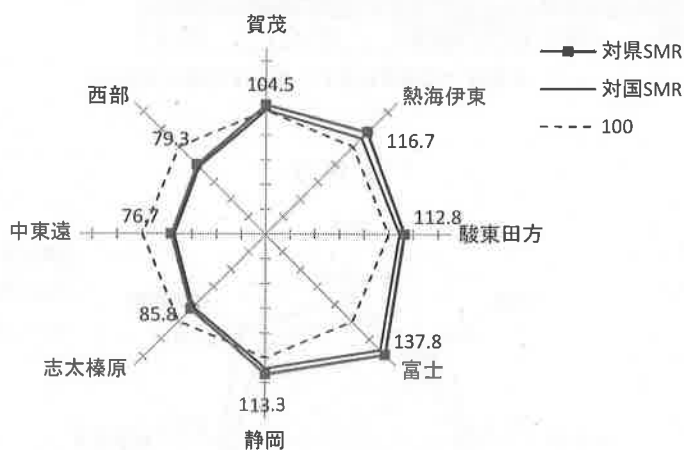
(資料：静岡県総合健康センター「静岡県市町別健康指標」)

H22-H26	悪性新生物							
	肝及び肝内胆管		気管、気管支及び肺		乳房		子宮	
	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	104.5	100.3	99.7	90.3	100.7	99.9	128.2	131.5
熱海伊東	116.7	109.9	127.1	112.1	130.6	135.3	139.2	148.8
駿東田方	112.8	108.6	107.2	97.4	101.0	101.4	97.0	100.3
富士	137.8	132.2	99.5	90.0	106.1	107.1	115.2	119.7
静岡	113.3	108.8	102.6	92.8	106.0	107.0	94.5	98.4
志太榛原	85.8	83.2	97.4	89.4	91.9	91.8	83.5	85.7
中東遠	76.7	74.4	96.0	88.4	94.7	93.1	93.1	94.3
西部	79.3	77.0	91.1	83.7	93.3	92.4	103.6	105.9
静岡県	100.0	96.4	100.0	91.1	100.0	100.0	100.0	103.1

※網掛けは有意に多い、または有意に少ない。

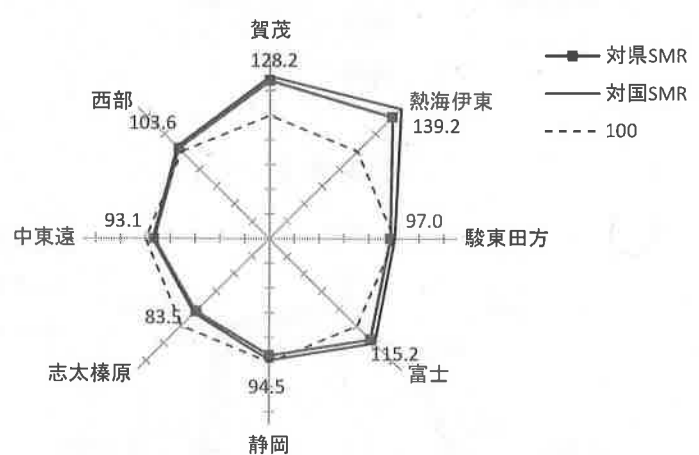
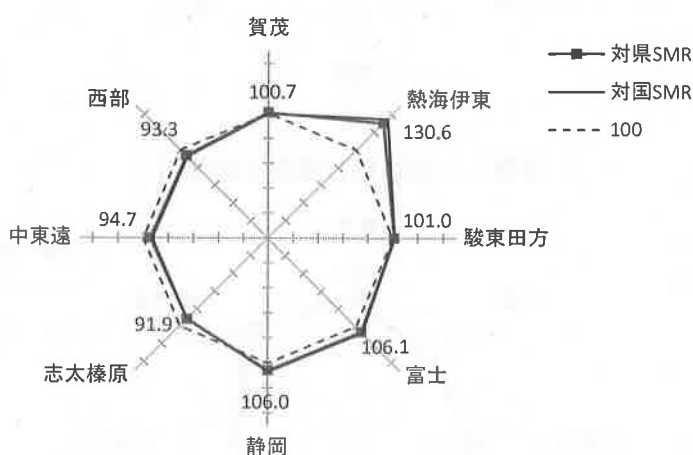
【肝及び肝内胆管】

【気管、気管支及び肺】



【乳房】

【子宮】



※図中の数値は対県SMR

(資料：静岡県総合健康センター「静岡州市町別健康指標」)

※SMR (標準化死亡比) :

死亡数を人口で除した死亡率を比較すると、高齢者の多い市町では高くなり、若年者の多い市町では低くなる傾向があります。このような年齢構成の異なる地域間で死亡状況の比較ができるように年齢構成を調整し、そろえた死亡率が「SMR (標準化死亡比)」です。このSMRを用いることによって、年齢構成の異なる集団について、年齢構成の相違を気にすることなく、より正しく地域比較を行うことができます。SMR=110の場合、「性別・年齢を調整した場合、県(国)より1.1倍死亡数が多い(死亡率が高い)」「県の人口構成を基準とした場合、県(国)より1.1倍死亡数が多い(死亡率が高い)」ということができます。

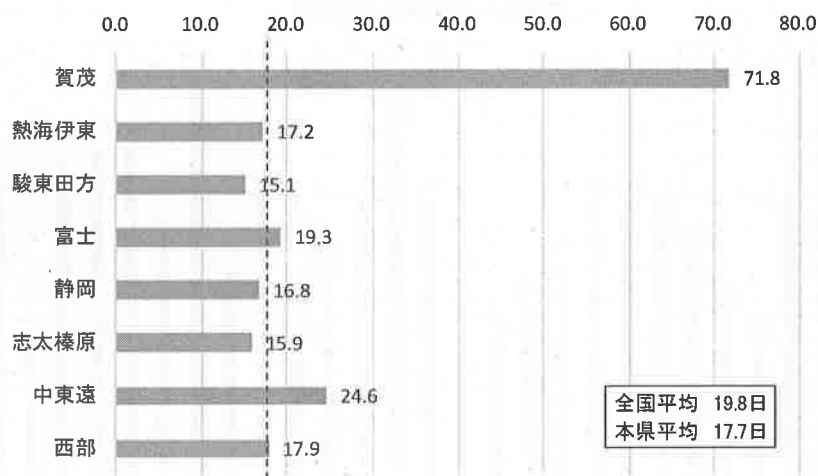
(4) 悪性腫瘍手術、放射線治療、外来化学療法の実施件数 (平成 26 年 9 月)

指標名	静岡県	二次保健医療圏							
		賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
病院における悪性腫瘍手術の実施件数	1,462	3	36	425	77	308	121	107	385
一般診療所における悪性腫瘍手術の実施件数	25	-	-	12	-	7	2	1	3
放射線治療 (体外照射) の実施件数	4,794	-	28	269	319	1,724	748	98	1,608
放射線治療 (組織内照射) の実施件数	24	-	-	6	-	7	-	-	11
病院における外来化学療法の実施件数	7,231	12	18	2,085	317	1,802	574	606	1,817
一般診療所における外来化学療法の実施件数	125	-	-	1	1	9	1	1	112

(資料：厚生労働省「医療施設調査」)

(5) 退院患者平均在院日数 (施設所在地)

【 悪性新生物 】

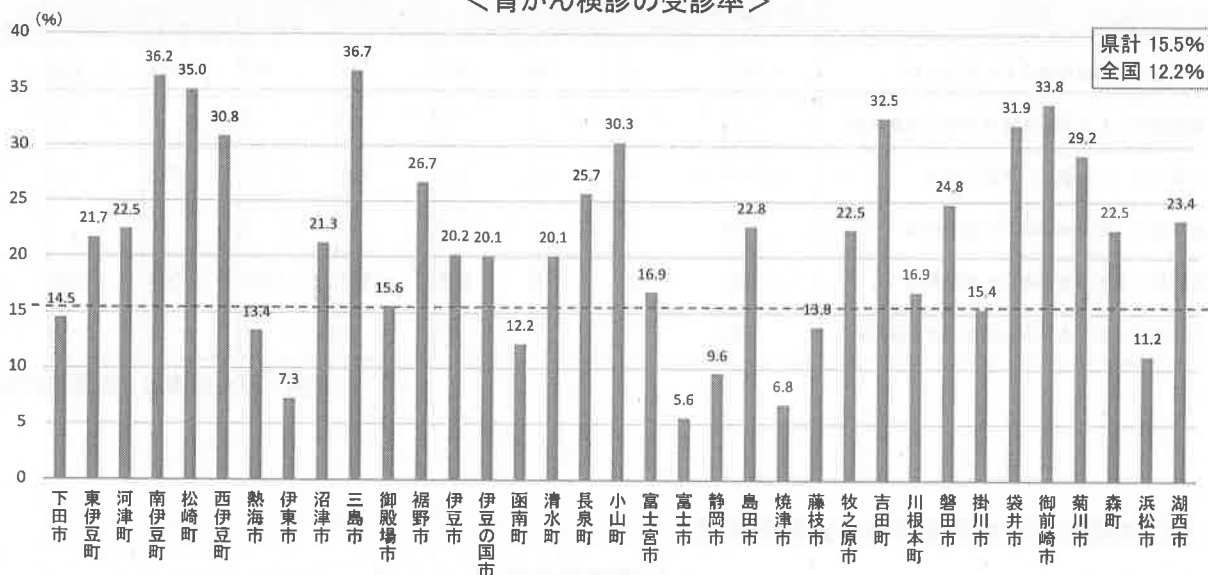


※平成 26 年 9 月 1 日～30 日に退院した者を対象としたもの

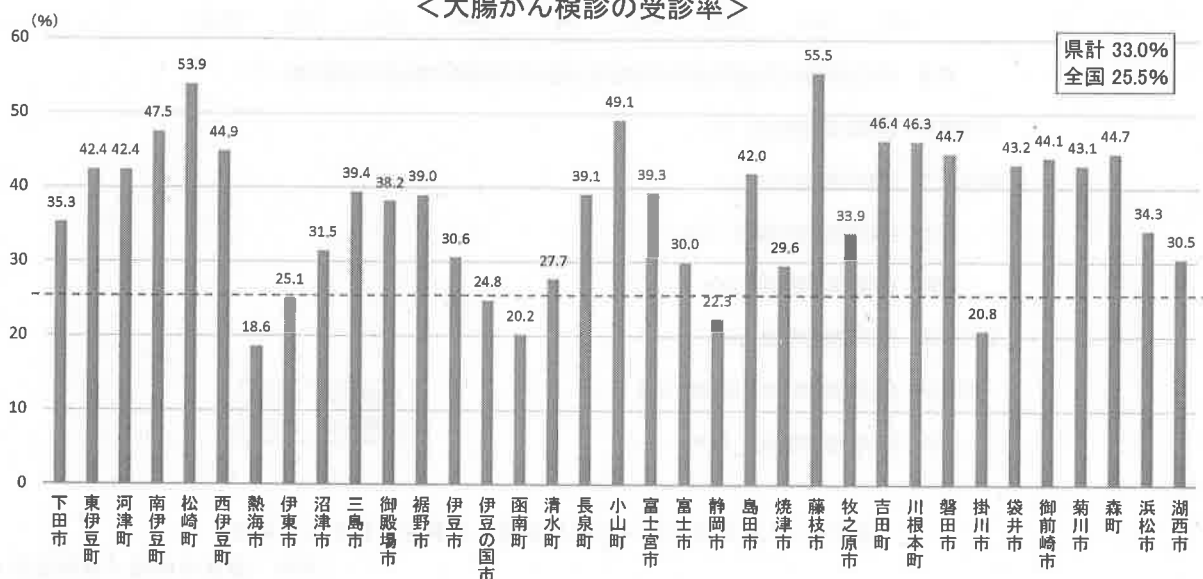
(資料：厚生労働省「患者調査」)

(6) 市町が実施するがん検診受診率(40歳~69歳(子宮頸がん検診は20歳~69歳))(平成26年度「推計対象者数」を用いた試算)

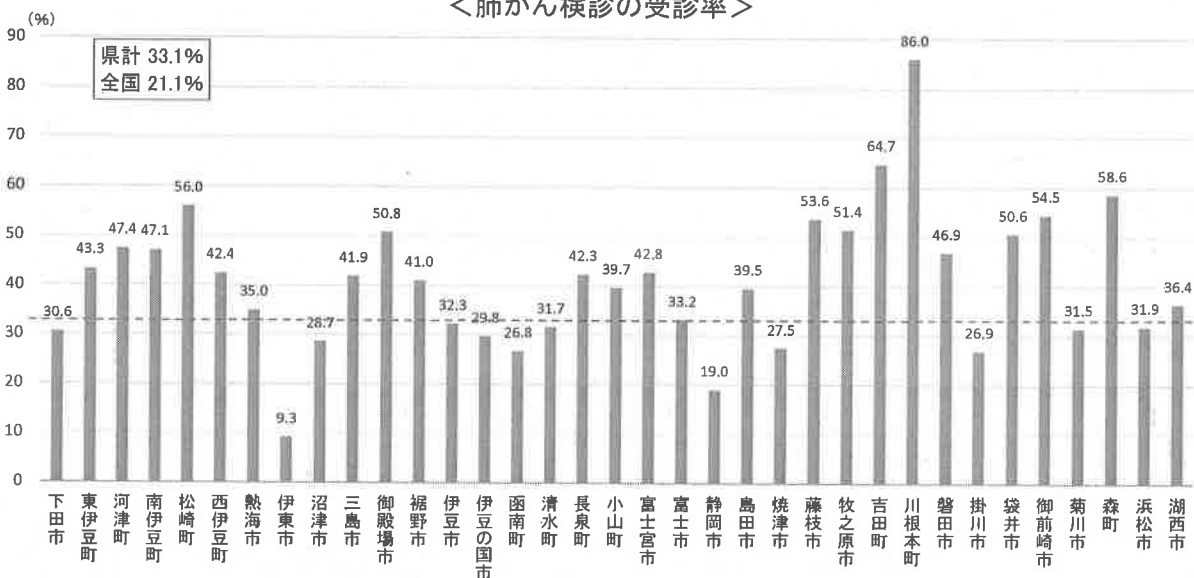
<胃がん検診の受診率>



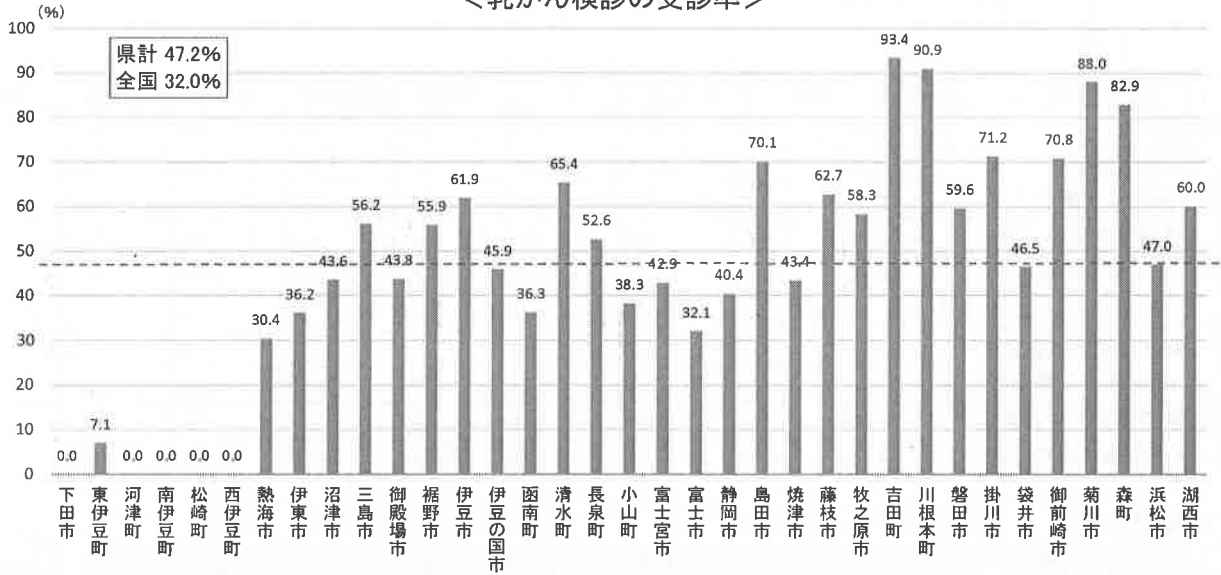
<大腸がん検診の受診率>



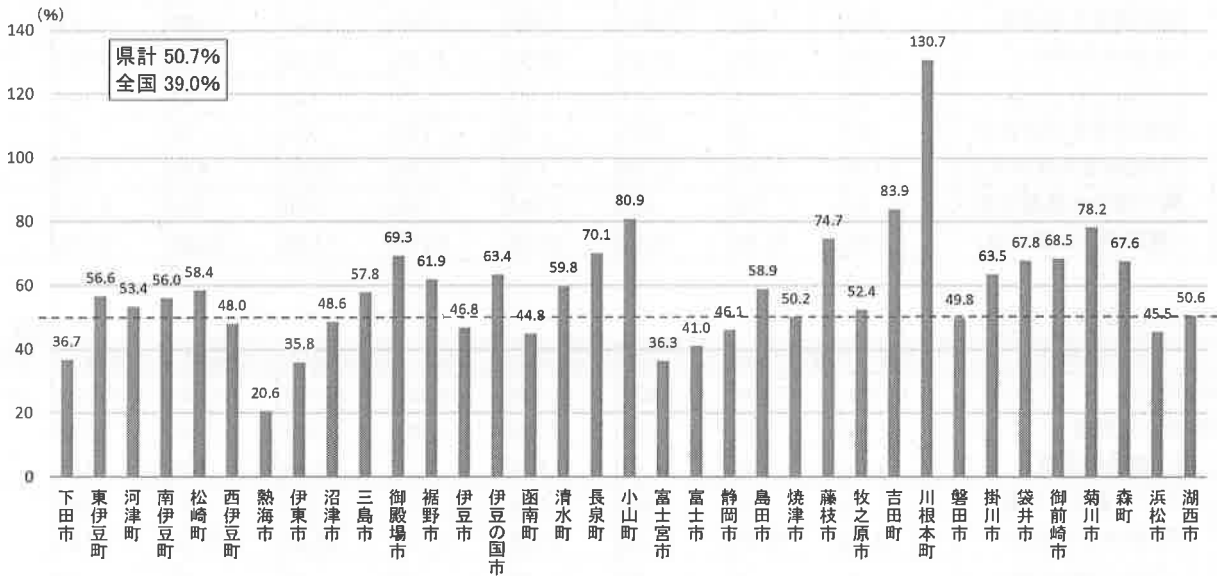
<肺がん検診の受診率>



＜乳がん検診の受診率＞



＜子宮頸がん検診の受診率＞



※「推計対象者数」＝ 市町人口 －（就業者数－農林水産業従事者数）

※本受診率は、各種統計を元に算出した「推計対象者数」を用いて算出したものであるから、各市町における実際のがん検診受診率と必ずしも一致しない。

※本受診率は、推計方法の性質上、過大に算出されたり、場合によっては100%を超える場合も有りうる。

（推定される理由：がん検診を実施していない事業所の就業者が、市区町村がん検診を受診している場合 等）

資料：厚生労働省「平成26年度地域保健・健康増進事業報告」
総務省「国勢調査報告」（平成22年10月1日）

(7) がん検診精密検査の状況

○胃がん検診

(単位:人、%)

胃がん検診	賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部	静岡県
検診受診者	6,046	3,216	38,209	9,800	14,042	17,447	19,931	20,844	129,535
要精密検査者 (要精密検査者率)	138 2.3%	193 6.0%	3,750 9.8%	1,218 12.4%	919 6.5%	1,222 7.0%	1,263 6.3%	1,629 7.8%	10,332 8.0%
精密検査受診者数 (精密検査受診率)	122 88.4%	153 79.3%	3,141 83.8%	990 81.3%	421 45.8%	980 80.2%	974 77.1%	1,178 72.3%	7,959 77.0%
がんであった者	10	4	52	8	10	18	15	15	132
精密検査未受診者数 (精密検査未受診率)	6 4.3%	0 0.0%	278 7.4%	19 1.6%	6 0.7%	7 0.6%	50 4.0%	14 0.9%	380 3.7%
精密検査未把握者数 (精密検査未把握率)	10 7.2%	40 20.7%	331 8.8%	209 17.2%	492 53.5%	235 19.2%	239 18.9%	437 26.8%	1,993 19.3%

○大腸がん検診

(単位:人、%)

大腸がん検診	賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部	静岡県
検診受診者	9,745	6,869	59,605	28,647	36,693	46,759	31,784	72,894	292,996
要精密検査者 (要精密検査者率)	803 8.2%	622 9.1%	4,748 8.0%	2,063 7.2%	3,253 8.9%	3,819 8.2%	2,089 6.6%	5,402 7.4%	22,799 7.8%
精密検査受診者数 (精密検査受診率)	607 75.6%	480 77.2%	3,081 64.9%	1,433 69.5%	1,359 41.8%	2,785 72.9%	1,490 71.3%	2,591 48.0%	13,826 60.6%
がんであった者	36	24	164	91	76	159	31	122	703
精密検査未受診者数 (精密検査未受診率)	140 17.4%	6 1.0%	1,041 21.9%	26 1.3%	158 4.9%	578 15.1%	99 4.7%	23 0.4%	2,071 9.1%
精密検査未把握者数 (精密検査未把握率)	56 7.0%	136 21.9%	626 13.2%	604 29.3%	1,736 53.4%	456 11.9%	500 23.9%	2,788 51.6%	6,902 30.3%

○肺がん検診 (全体)

(単位:人、%)

肺がん検診	賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部	静岡県
検診受診者	10,214	7,258	69,971	38,846	45,353	53,089	41,953	77,443	344,127
要精密検査者 (要精密検査者率)	99 1.0%	118 1.6%	1,003 1.4%	1,283 3.3%	1,837 4.1%	1,551 2.9%	948 2.3%	2,182 2.8%	9,021 2.6%
精密検査受診者数 (精密検査受診率)	79 79.8%	83 70.3%	656 65.4%	1,095 85.3%	934 50.8%	1,368 88.2%	727 76.7%	1,366 62.6%	6,308 69.9%
がんであった者	4	4	34	23	13	42	24	28	172
精密検査未受診者数 (精密検査未受診率)	9 9.1%	1 0.8%	100 10.0%	5 0.4%	12 0.7%	12 0.8%	19 2.0%	0 0.0%	158 1.8%
精密検査未把握者数 (精密検査未把握率)	11 11.1%	34 28.8%	247 24.6%	183 14.3%	891 48.5%	171 11.0%	202 21.3%	816 37.4%	2,555 28.3%

○乳がん検診 (視触診及びマンモグラフィ)

(単位:人、%)

乳がん検診	賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部	静岡県
検診受診者	0	2,457	20,819	6,885	13,622	14,525	14,904	18,390	91,602
要精密検査者 (要精密検査者率)	0 -	143 5.8%	1,602 7.7%	898 13.0%	1,183 8.7%	1,321 9.1%	931 6.2%	1,205 6.6%	7,283 8.0%
精密検査受診者数 (精密検査受診率)	0 -	129 90.2%	1,205 75.2%	720 80.2%	733 62.0%	1,255 95.0%	821 88.2%	887 73.6%	5,750 79.0%
がんであった者	0	10	54	22	33	53	33	30	235
精密検査未受診者数 (精密検査未受診率)	0 -	0 0.0%	78 4.9%	1 0.1%	85 7.2%	20 1.5%	8 0.9%	3 0.2%	195 2.7%
精密検査未把握者数 (精密検査未把握率)	0 -	14 9.8%	319 19.9%	177 19.7%	365 30.9%	46 3.5%	102 11.0%	315 26.1%	1,338 18.4%

○子宮頸がん検診

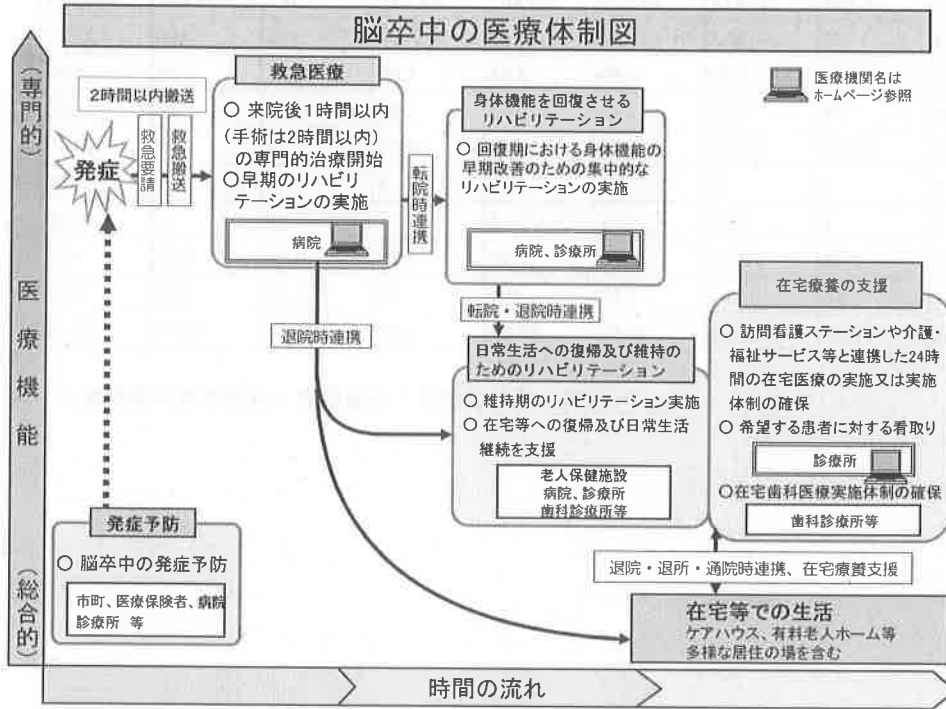
(単位:人、%)

子宮頸がん検診	賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部	静岡県
検診受診者	2,884	2,702	38,912	10,853	22,465	22,613	22,317	31,005	153,751
要精密検査者	44	77	563	416	662	408	181	456	2,807
(要精密検査者率)	1.5%	2.8%	1.4%	3.8%	2.9%	1.8%	0.8%	1.5%	1.8%
精密検査受診者数	40	51	285	192	256	385	129	28	1,366
(精密検査受診率)	90.9%	66.2%	50.6%	46.2%	38.7%	94.4%	71.3%	6.1%	48.7%
がんであった者	4	1	8	3	20	9	4	1	50
精密検査未受診者数	4	1	102	1	5	7	0	0	120
(精密検査未受診率)	9.1%	1.3%	18.1%	0.2%	0.8%	1.7%	0.0%	0.0%	4.3%
精密検査未把握者数	0	25	176	223	401	16	52	428	1,321
(精密検査未把握率)	0.0%	32.5%	31.3%	53.6%	60.6%	3.9%	28.7%	93.9%	47.1%

(資料:厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」)

I-2 「脳卒中」の医療提供体制の現状と課題

1 脳卒中の医療体制に求められる機能、医療機能を担う医療機関数



○各医療機能を担う医療機関数

脳卒中	救急医療	身体機能を回復させるリハビリテーション	生活の場における療養支援
賀茂	0	2	3
熱海伊東	3	3	10
駿東田方	8	8	41
富士	3	7	17
静岡	5	10	5
志太榛原	4	5	19
中東遠	2	9	28
西部	7	12	52

※平成28年10月現在

(出典：第7次静岡県保健医療計画)

2 関連データ

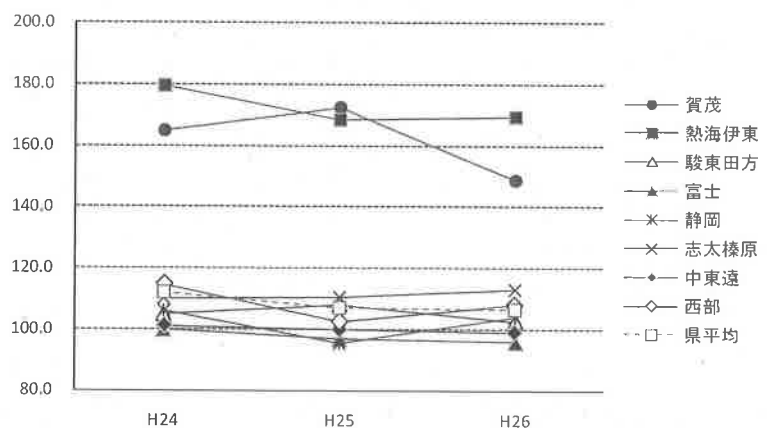
(1) 主な診療の自己完結率と10%以上の流出先(国保+後期高齢のみ)

H26年度	脳卒中(入院)		脳卒中のt-PA(入院)		脳卒中に対する急性期リハビリテーション(入院)	
	自己完結率	10%以上の流出先	自己完結率	10%以上の流出先	自己完結率	10%以上の流出先
賀茂	61.9%	駿東田方	—	—	48.0%	駿東田方
熱海伊東	70.9%	駿東田方	100.0%	—	85.5%	駿東田方
駿東田方	97.2%	—	100.0%	—	98.8%	—
富士	94.9%	—	100.0%	—	98.2%	—
静岡	93.7%	—	100.0%	—	95.1%	—
志太榛原	93.3%	—	100.0%	—	96.8%	—
中東遠	85.3%	西部	100.0%	—	93.0%	—
西部	95.8%	—	100.0%	—	97.8%	—

(資料：厚生労働省「医療計画作成支援データブック」)

(2) 人口10万人対死亡率

脳卒中	H24	H25	H26
賀茂	164.8	172.3	148.7
熱海伊東	179.6	168.6	169.5
駿東田方	104.9	108.1	102.7
富士	99.8	96.7	95.8
静岡	106.3	95.4	104.1
志太榛原	110.1	110.7	113.1
中東遠	101.2	99.9	99.1
西部	114.8	102.5	108.0
県平均	111.9	106.9	106.7



(資料：静岡県人口動態統計)

(3) 神経内科医師数、脳神経外科医師数

指標名	静岡県	二次保健医療圏							
		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	98	-	3	16	9	37	4	5	24
(人口10万人あたり)	2.6	-	2.7	2.4	2.3	5.1	0.8	1	2.7
脳神経外科医師数	204	2	9	48	22	38	25	16	44
(人口10万人あたり)	5.4	2.8	8.1	7.1	5.6	5.3	5.2	3.3	5

(資料：厚生労働省「医療計画作成支援データブック」、平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査)

(4) t-PA療法の実施可能な病院数、同療法実施件数

指標名	静岡県	二次保健医療圏							
		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による脳血栓溶解療法の実施可能な病院数	27	-	2	4	3	6	4	2	6
(人口10万人あたり)	0.7	-	1.8	0.6	0.8	0.8	0.8	0.4	0.7
脳梗塞に対するt-PAによる脳血栓溶解療法適用患者への同療法実施件数(レセプト件数)	374	0	17	79	44	74	45	30	85
(人口10万人あたり)	9.9	0	15.4	11.7	11.2	10.3	9.5	6.3	9.8

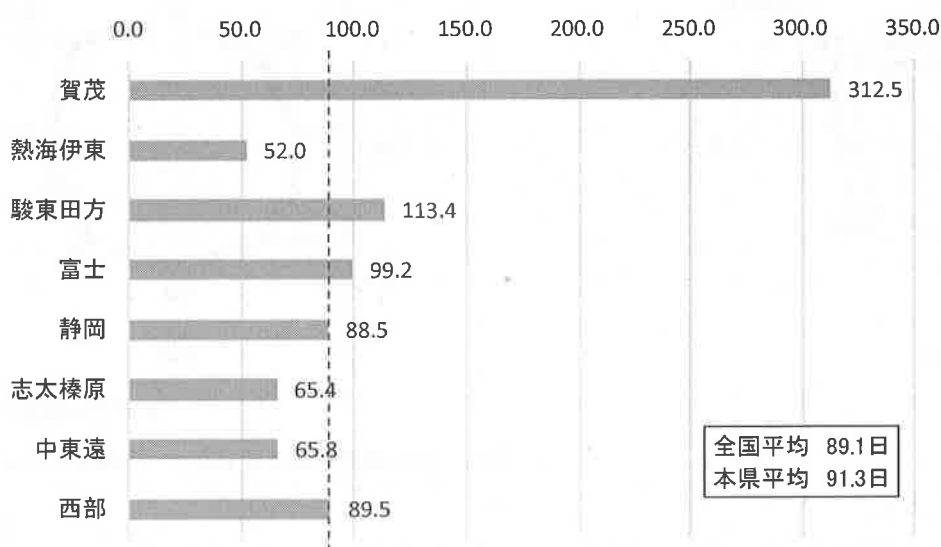
※病院数はH27.3.31時点。A205-2 超急性期脳卒中加算の届出施設数

※実施件数はH26年度。I63脳梗塞の病名を持つレセプトについての集計

(資料：厚生労働省「医療計画作成支援データブック」、診療報酬施設基準、NDB)

(5) 脳血管疾患の退院患者平均在院日数(施設所在地)

【脳血管疾患】



※平成26年9月1日～30日に退院した者を対象としたもの

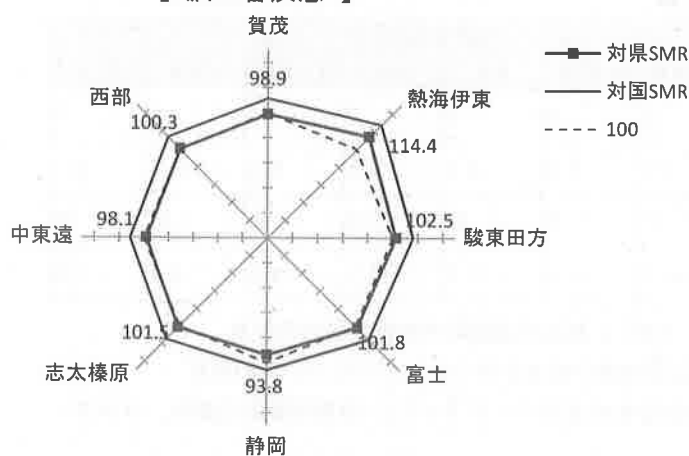
(資料：厚生労働省「患者調査」)

(6) H22-26 圏域別 SMR (標準化死亡比)

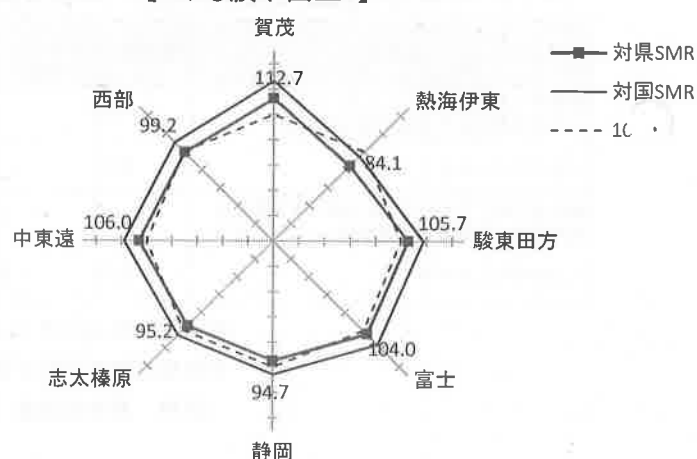
H22-H26	脳血管疾患		くも膜下出血		脳内出血		脳梗塞	
	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR
賀茂	98.9	111.5	112.7	126.6	79.0	98.2	109.3	117.0
熱海伊東	114.4	128.0	84.1	94.7	130.8	161.2	114.3	120.7
駿東田方	102.5	115.9	105.7	117.6	92.5	115.3	105.9	113.2
富士	101.8	114.9	104.0	115.7	100.1	124.7	104.2	110.9
静岡	93.8	105.8	94.7	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、または有意に少ない。

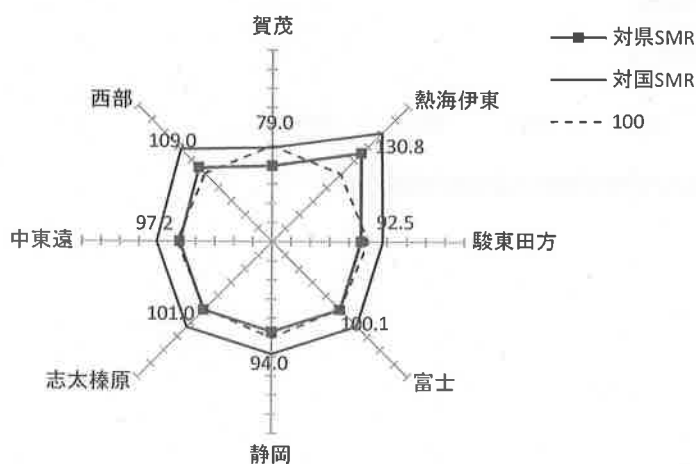
【脳血管疾患】



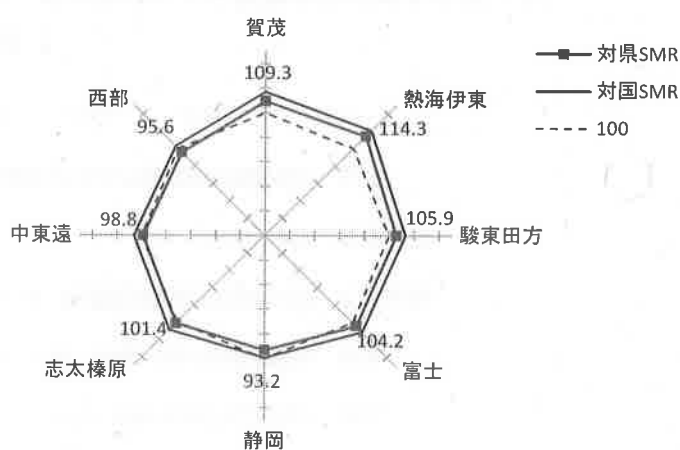
【くも膜下出血】



【脳内出血】



【脳梗塞】



※図中の数値は対県SMR

(資料：静岡県総合健康センター「静岡県市町別健康指標」)

※SMR (標準化死亡比) :

死亡数を人口で除した死亡率を比較すると、高齢者の多い市町では高くなり、若年者の多い市町では低くなる傾向があります。このような年齢構成の異なる地域間で死亡状況の比較ができるように年齢構成を調整し、そろえた死亡率が「SMR (標準化死亡比)」です。このSMRを用いることによって、年齢構成の異なる集団について、年齢構成の相違を気にすることなく、より正しく地域比較を行うことができます。SMR=110の場合、「性別・年齢を調整した場合、県(国)

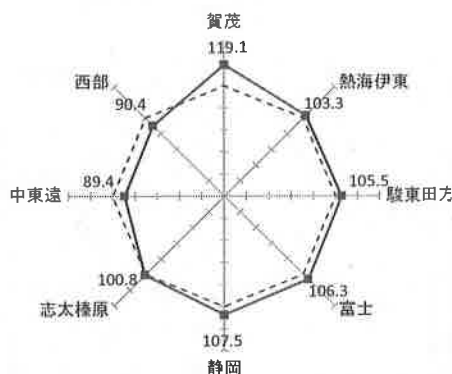
より1.1倍死亡数が多い（死亡率が高い）」「県の人口構成を基準とした場合、県（国）より1.1倍死亡数が多い（死亡率が高い）」ということが出来ます。

(7) H25 特定健診分析結果（標準化該当比）

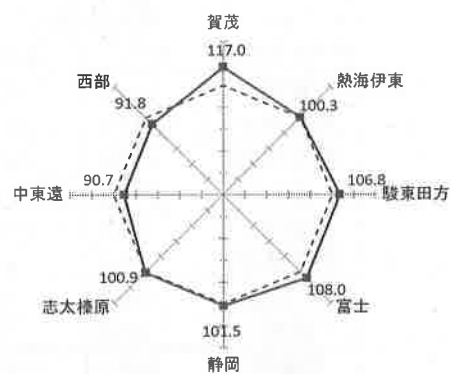
○高血圧症有病者

H25 標準化該当比	高血圧症有病者	
	男性	女性
賀茂	119.1	117.0
熱海伊東	103.3	100.3
駿東田方	105.5	106.8
富士	106.3	108.0
静岡	107.5	101.5
志太榛原	100.8	100.9
中東遠	89.4	90.7
西部	90.4	91.8
静岡県	100.0	100.0

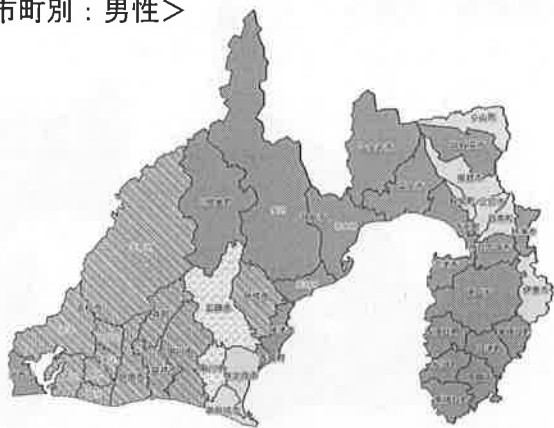
<男性>



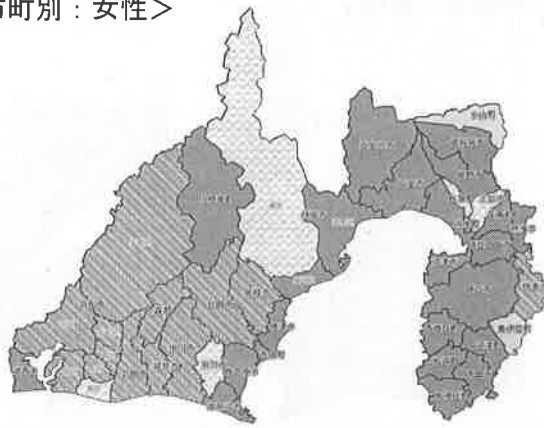
<女性>



<市町別：男性>



<市町別：女性>

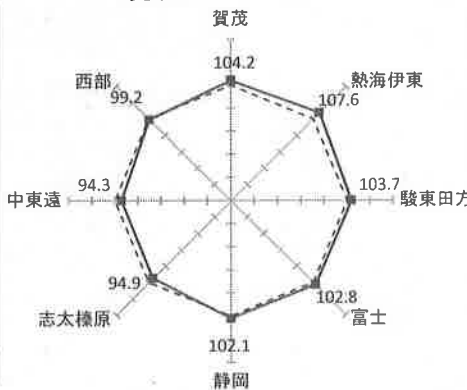


有意ではないが、県全体に比べて少ない
 県全体に比べて、有意に多い
 県全体に比べて、有意に少ない
 有意ではないが、県全体に比べて多い

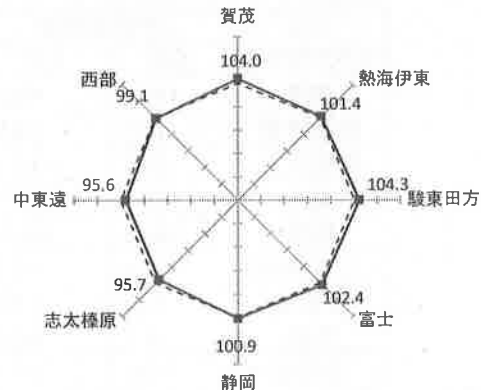
○脂質異常有病者

H25 標準化該当比	脂質異常有病者	
	男性	女性
賀茂	104.2	104.0
熱海伊東	107.6	101.4
駿東田方	103.7	104.3
富士	102.8	102.4
静岡	102.1	100.9
志太榛原	94.9	95.7
中東遠	94.3	95.6
西部	99.2	99.1
静岡県	100.0	100.0

<男性>



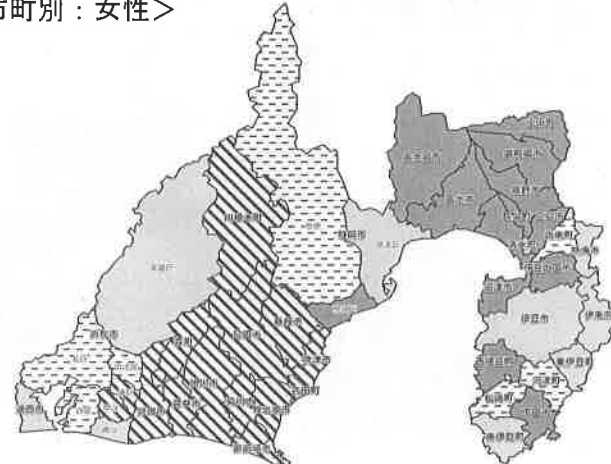
<女性>



<市町別：男性>



<市町別：女性>

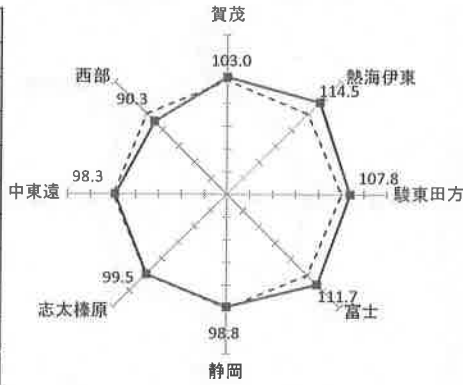


(資料：静岡県総合健康センター「特定健診・特定保健指導に係る健診等データ報告書」)

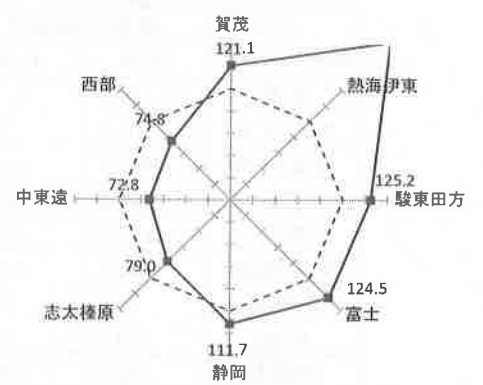
○習慣的喫煙者

H25 標準化該当比	習慣的喫煙者	
	男性	女性
賀茂	103.0	121.1
熱海伊東	114.5	200.7
駿東田方	107.8	125.2
富士	111.7	124.5
静岡	98.8	111.7
志太榛原	99.5	79.0
中東遠	98.3	72.8
西部	90.3	74.8
静岡県	100.0	100.0

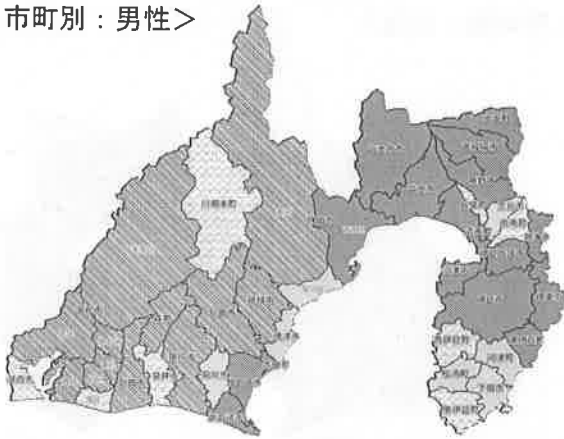
<男性>



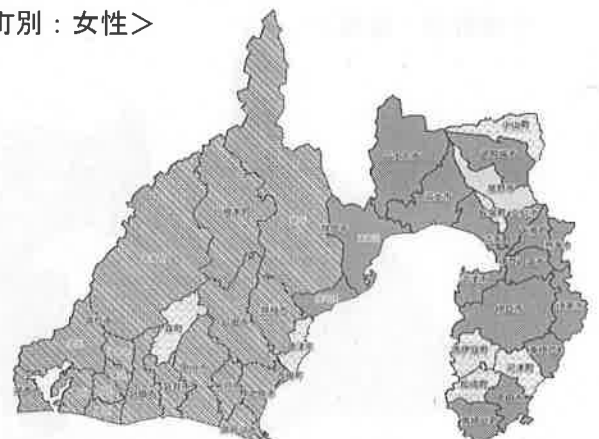
<女性>



<市町別：男性>



<市町別：女性>



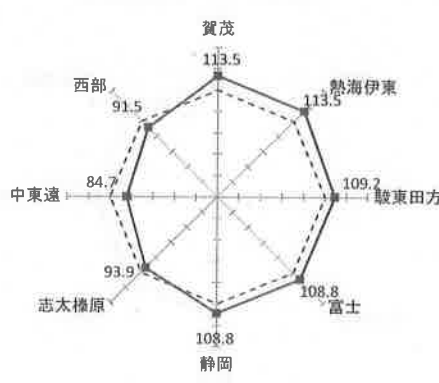
有意ではないが、県全体に比べて少ない
 県全体に比べて、有意に少ない

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

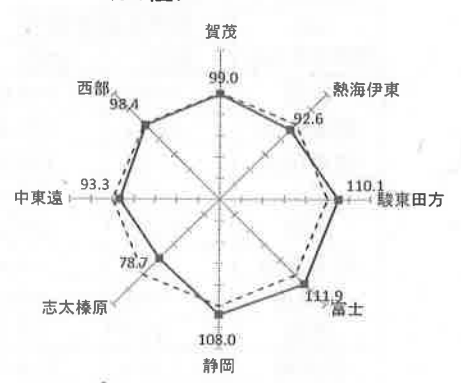
○メタボ該当者

H25 標準化該当比	メタボ該当者	
	男性	女性
賀茂	113.5	99.0
熱海伊東	113.5	92.6
駿東田方	109.2	110.1
富士	108.8	111.9
静岡	108.8	108.0
志太榛原	93.9	78.7
中東遠	84.7	93.3
西部	91.5	98.4
静岡県	100.0	100.0

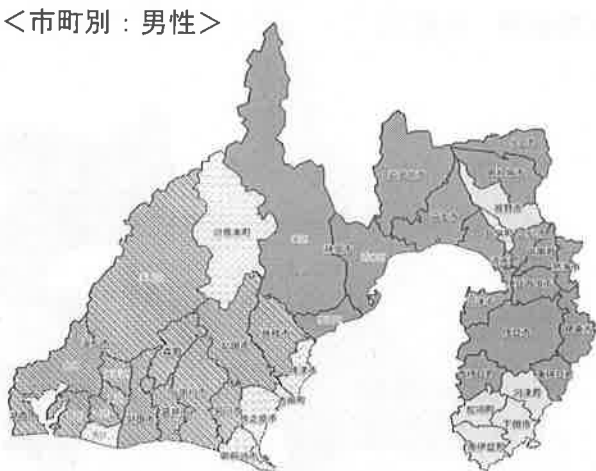
<男性>



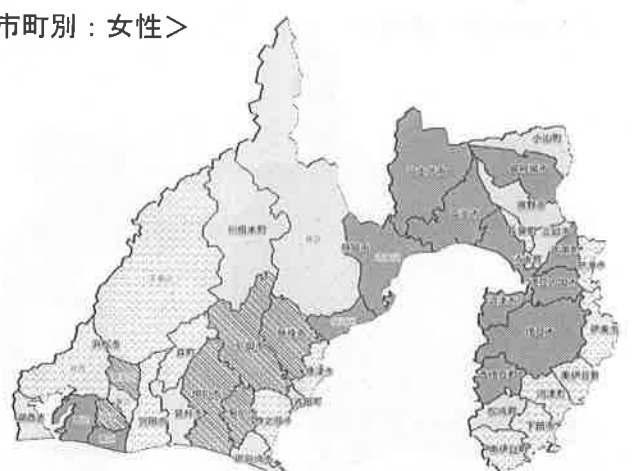
<女性>



<市町別：男性>



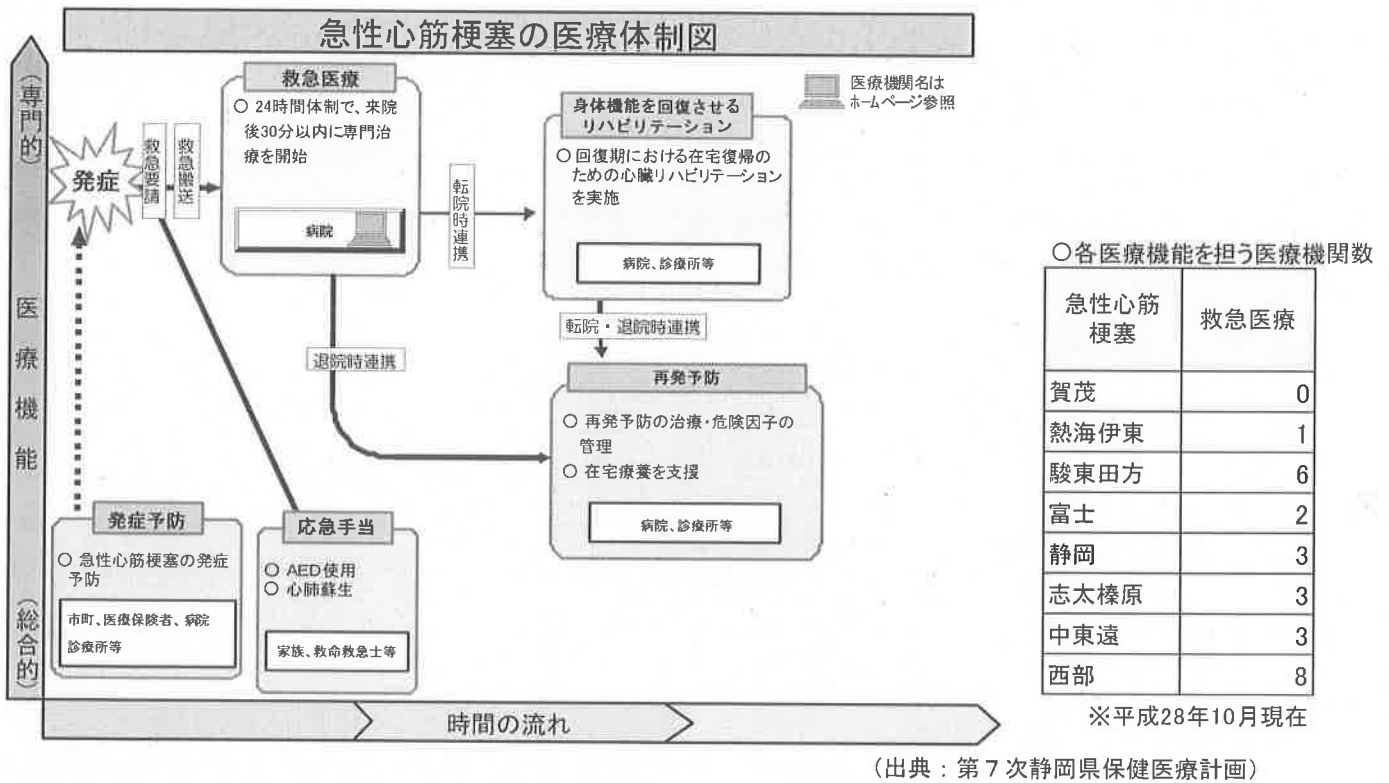
<市町別：女性>



(資料：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」)

I-3 「心筋梗塞等の心血管疾患」の医療提供体制の現状と課題

1 急性心筋梗塞の医療体制に求められる機能



<急性心筋梗塞の救急医療を担う医療機関>

	医療機関数	医療機関名
賀茂	-	
熱海伊東	1	国際医療福祉大学熱海病院
駿東田方	6	独立行政法人国立病院機構静岡医療センター、沼津市立病院、医療法人社団志仁会三島中央病院、医療法人社団宏和会岡村記念病院、順天堂大学医学部附属静岡病院、公益社団法人有隣厚生会富士病院
富士	2	富士宮市立病院、富士市立中央病院
静岡	3	静岡県立総合病院、静岡市立静岡病院、静岡済生会総合病院
志太榛原	3	市立島田市民病院、藤枝市立総合病院、榛原総合病院
中東遠	3	磐田市立総合病院、中東遠総合医療センター、菊川市立総合病院
西部	8	独立行政法人労働者健康福祉機構浜松労災病院、浜松医科大学医学部附属病院、浜松医療センター、浜松赤十字病院、社会福祉法人聖隷福祉事業団総合病院聖隷浜松病院、社会福祉法人聖隷福祉事業団総合病院聖隷三方原病院、JA静岡厚生連遠州病院、市立湖西病院

※平成28年10月現在

2 関連データ

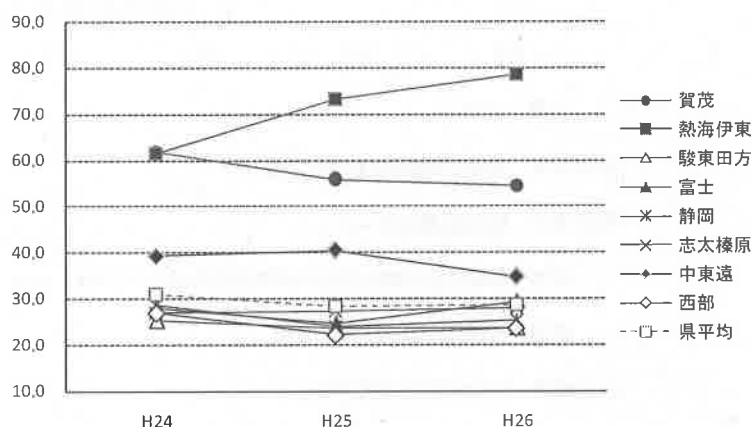
(1) 主な自己完結率と10%以上の流出先（平成26年度：国保＋後期高齢のみ）

H26年度	急性心筋梗塞 (入院)		急性心筋梗塞に対する カテーテル治療(入院)		冠動脈造影 (入院)	
	自己完結率	10%以上の 流出先	自己完結率	10%以上の 流出先	自己完結率	10%以上の 流出先
賀茂	20.3%	駿東田方	0.0%	駿東田方	0.0%	駿東田方
熱海伊東	43.2%	駿東田方	25.4%	駿東田方	49.7%	駿東田方
駿東田方	100.0%	—	100.0%	—	100.0%	—
富士	90.4%	—	100.0%	—	82.5%	駿東田方
静岡	100.0%	—	100.0%	—	99.2%	—
志太榛原	95.6%	—	100.0%	—	68.8%	静岡
中東遠	93.6%	—	90.4%	—	84.8%	西部
西部	100.0%	—	100.0%	—	91.8%	—

(資料：厚生労働省「医療計画作成支援データブック」)

(2) 人口10万人対死亡率

急性心筋梗塞	H24	H25	H26
賀茂	62.0	56.0	54.5
熱海伊東	61.4	73.2	78.6
駿東田方	25.3	23.7	23.8
富士	28.1	24.8	29.5
静岡	28.6	24.0	25.2
志太榛原	27.1	27.2	28.2
中東遠	39.3	40.6	34.8
西部	27.0	22.2	23.7
県平均	30.9	28.5	28.6



(資料：静岡県人口動態統計)

(3) 循環器内科医師数、心臓血管外科医師数

指標名	静岡県	二次保健医療圏							
		賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
循環器内科医師数	264	—	8	53	22	60	23	25	73
(人口10万人あたり)	6.9	—	7.2	7.8	5.6	8.3	4.8	5.2	8.4
心臓血管外科医師数	87	1	1	22	1	28	4	1	29
(人口10万人あたり)	2.3	1.4	0.9	3.2	0.3	3.9	0.8	0.2	3.3

(資料：厚生労働省「医療計画作成支援データブック」、平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査)

(4) 経皮的冠動脈形成手術件数、心臓血管外科手術件数

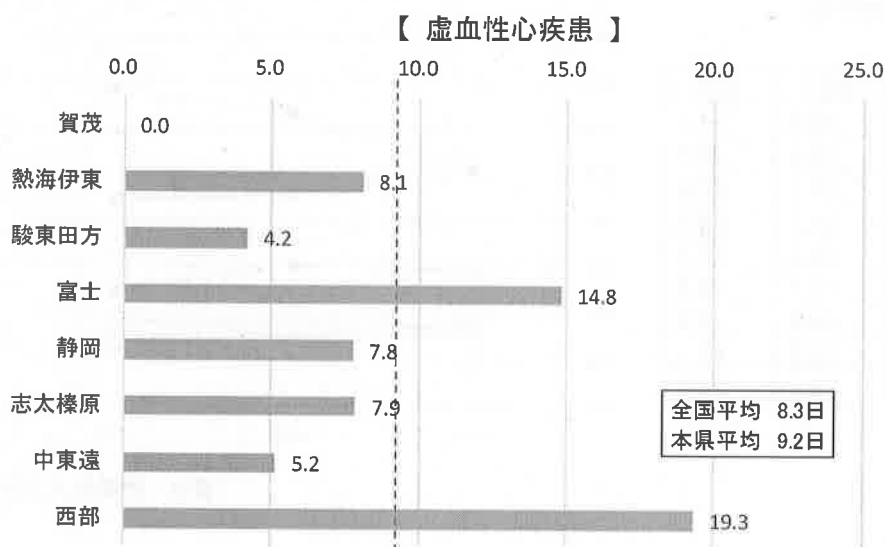
指標名	静岡県	二次保健医療圏							
		賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈形成手術件数（レセプト件数）	1,856	-	26	548	174	297	216	198	397
（人口10万人あたり）	49.0	-	23.5	81.4	44.3	41.5	45.4	41.5	45.6
虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数（レセプト件数）	468	-	-	137	*	158	24	-	149
（人口10万人あたり）	12.4	-	-	20.4	*	22.1	5.0	-	17.1

※実施件数は H26 年度。

※集計対象 経皮的冠動脈形成手術件数：経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈粥腫切除術、経皮的冠動脈ステント留置術
心臓血管外科手術件数：冠動脈形成術（血栓内膜摘除）、冠動脈・大動脈バイパス移植術

（資料：厚生労働省「医療計画作成支援データブック」、NDB）

(5) 退院患者平均在院日数（施設所在地）



※平成 26 年 9 月 1 日～30 日に退院した者を対象としたもの

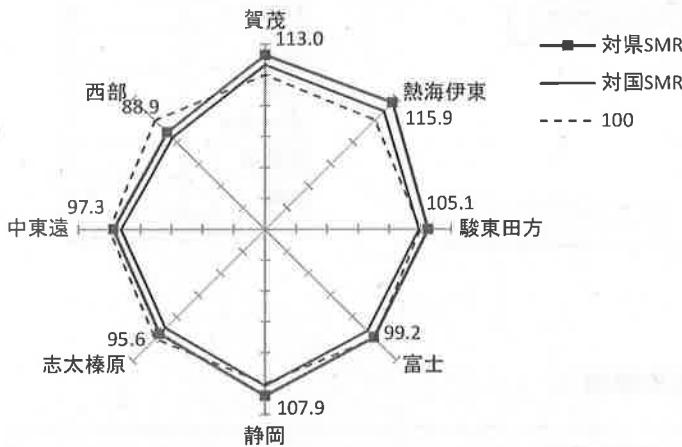
（資料：厚生労働省「患者調査」）

(6) H22-26 圏域別 SMR (標準化死亡比)

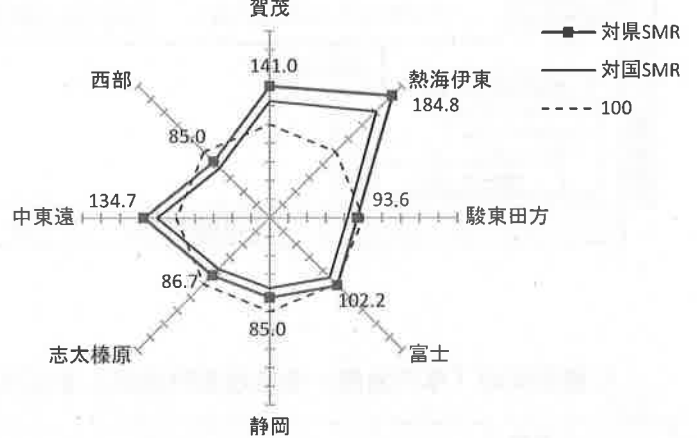
H22-H26	心疾患(高血圧性を除く)		急性心筋梗塞		心不全		大動脈瘤及び解離	
	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR
賀茂	113.0	106.6	141.0	125.1	122.4	122.9	94.0	101.9
熱海伊東	115.9	108.1	184.8	160.8	85.0	85.4	149.3	159.5
駿東田方	105.1	99.0	93.6	82.9	119.6	121.1	118.9	129.2
富士	99.2	93.3	102.2	90.2	118.8	120.4	106.3	115.3
静岡	107.9	101.5	85.0	75.1	97.9	98.9	98.1	106.2
志太榛原	95.6	90.3	86.7	77.2	92.3	93.3	96.0	104.7
中東遠	97.3	92.3	134.7	120.6	92.9	93.8	78.4	85.9
西部	88.9	84.1	85.0	75.9	87.4	88.3	90.6	99.0
静岡県	100.0	94.3	100.0	88.8	100.0	101.0	100.0	108.8

※網掛けは有意に多い、または有意に少ない。

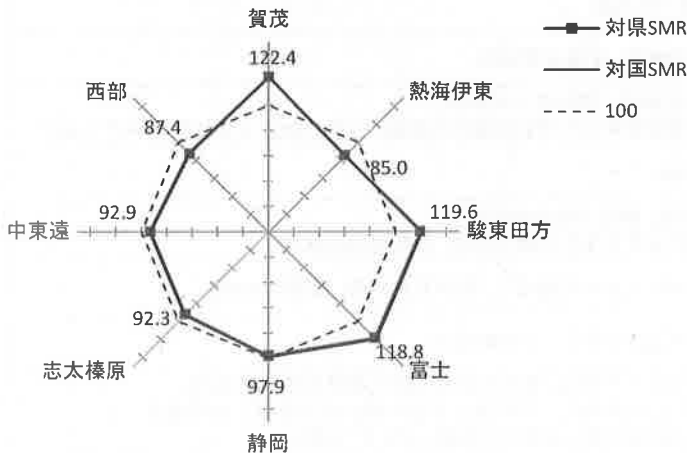
【心疾患(高血圧性を除く)】



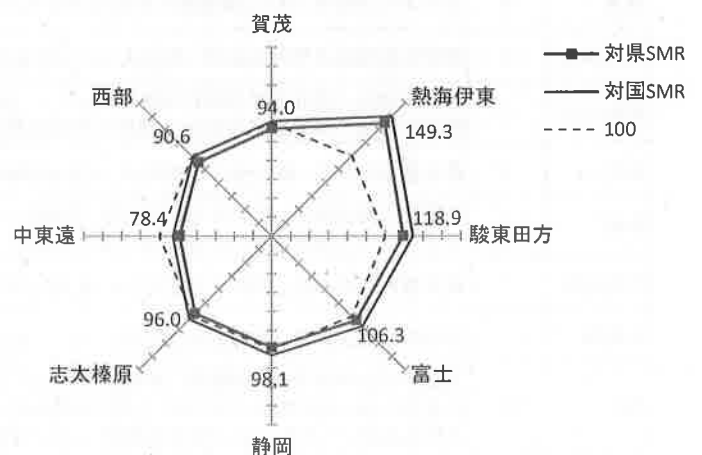
【急性心筋梗塞】



【心不全】



【大動脈瘤及び解離】



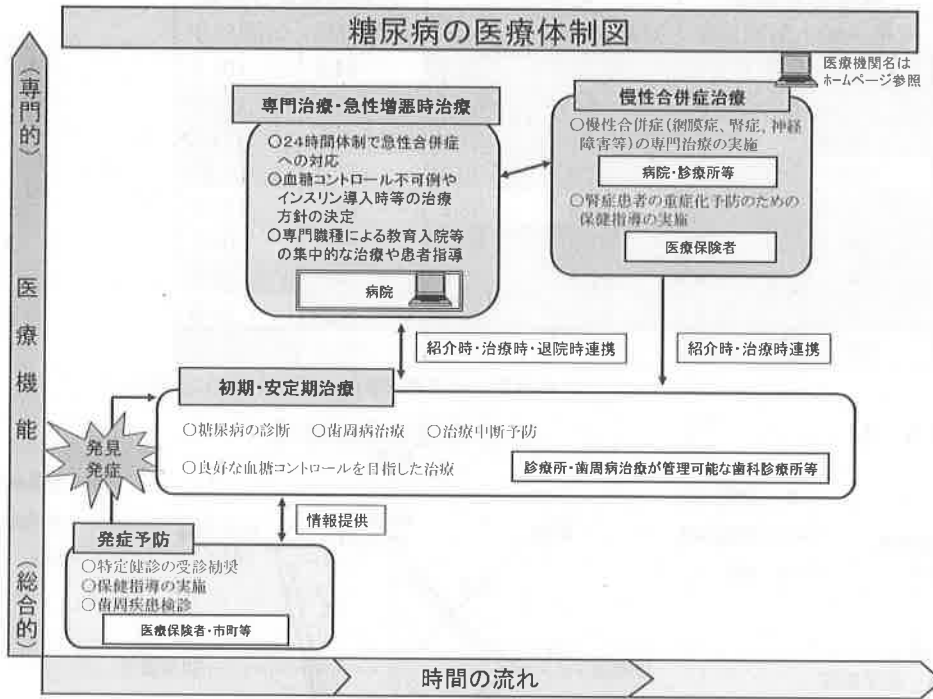
※図中の数値は対県SMR
(資料：静岡県総合健康センター「静岡県市町別健康指標」)

※SMR (標準化死亡比) :

死亡数を人口で除した死亡率を比較すると、高齢者の多い市町では高くなり、若年者の多い市町では低くなる傾向があります。このような年齢構成の異なる地域間で死亡状況の比較ができるように年齢構成を調整し、そろえた死亡率が「SMR (標準化死亡比)」です。このSMRを用いることによって、年齢構成の異なる集団について、年齢構成の相違を気にすることなく、より正しく地域比較を行うことができます。SMR=110の場合、「性別・年齢を調整した場合、県(国)より1.1倍死亡数が多い(死亡率が高い)」「県の人口構成を基準とした場合、県(国)より1.1倍死亡数が多い(死亡率が高い)」ということができます。

I-4 糖尿病の医療提供体制の現状と課題

1 糖尿病の医療体制に求められる機能、医療機能を担う医療機関数



糖尿病	専門治療・急性増悪時治療
賀茂	2
熱海伊東	3
駿東田方	6
富士	3
静岡	7
志太榛原	4
中東遠	4
西部	11

※平成28年10月現在

<糖尿病の「専門治療・急性増悪時治療」を担う医療機関>

	医療機関数	医療機関名
賀茂	2	下田メディカルセンター、医療法人社団健育会西伊豆健育会病院
熱海伊東	3	国際医療福祉大学熱海病院、医療法人社団熱海所記念病院、伊東市民病院
駿東田方	6	独立行政法人国立病院機構静岡医療センター、沼津市立病院、裾野赤十字病院、独立行政法人地域医療機能推進機構三島総合病院、順天堂大学医学部附属静岡病院、公益社団法人有隣厚生会富士病院
富士	3	富士宮市立病院、富士市立中央病院、共立蒲原総合病院
静岡	7	静岡県立総合病院、静岡市立静岡病院、静岡赤十字病院、静岡済生会総合病院、独立行政法人地域医療機能推進機構桜ヶ丘病院、JA静岡厚生連静岡厚生病院、静岡徳洲会病院
志太榛原	4	市立島田市民病院、医療法人社団駿甲会コミュニティーホスピタル甲賀病院、岡本石井病院、榛原総合病院
中東遠	4	磐田市立総合病院、中東遠総合医療センター、菊川市立総合病院、公立森町病院
西部	11	浜松医科大学医学部附属病院、浜松医療センター、浜松赤十字病院、独立行政法人国立病院機構天竜病院、社会福祉法人聖隷福祉事業団総合病院聖隷浜松病院、社会福祉法人聖隷福祉事業団総合病院聖隷三方原病院、浜松北病院、医療法人浜名会浜名病院、JA静岡厚生連遠州病院、浜松労災病院、市立湖西病院

※平成28年10月現在

(出典：第7次静岡県保健医療計画)

2 関連データ

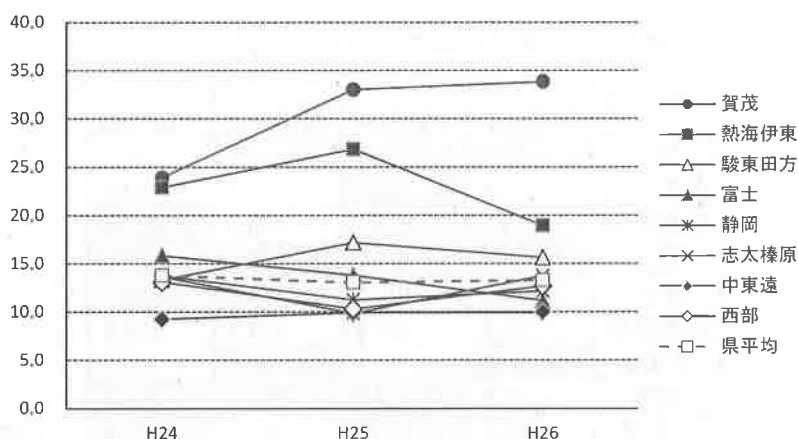
(1) 主な診療の自己完結率と10%以上の流出先（国保＋後期高齢のみ）

H26年度	糖尿病（入院）		糖尿病の人工透析（外来）	
	自己完結率	10%以上の流出先	自己完結率	10%以上の流出先
賀茂	89.6%	—	61.0%	・駿東田方 ・神奈川県
熱海伊東	83.1%	—	94.0%	—
駿東田方	97.6%	—	98.3%	—
富士	91.1%	—	100.0%	—
静岡	98.4%	—	85.9%	富士
志太榛原	89.0%	—	93.4%	—
中東遠	76.9%	西部	100.0%	—
西部	95.9%	—	91.5%	—

（資料：厚生労働省「医療計画作成支援データブック」）

(2) 人口10万人対死亡率

糖尿病	H24	H25	H26
賀茂	23.9	33.0	33.9
熱海伊東	22.9	26.9	18.9
駿東田方	13.3	17.2	15.7
富士	15.9	13.8	11.2
静岡	13.8	11.3	12.2
志太榛原	13.6	9.9	13.8
中東遠	9.3	9.9	10.0
西部	13.1	10.3	12.7
県平均	13.8	13.1	13.3



（資料：静岡県人口動態統計）

(3) 糖尿病内科（代謝内科）の医師数

指標名	静岡県	二次保健医療圏							
		賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
糖尿病内科（代謝内科）の医師数	90	—	4	15	9	21	9	6	26
（人口10万人あたり）	2.4	—	3.6	2.2	2.3	2.9	1.9	1.3	3.0

（資料：厚生労働省「医療計画作成支援データブック」、平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査）

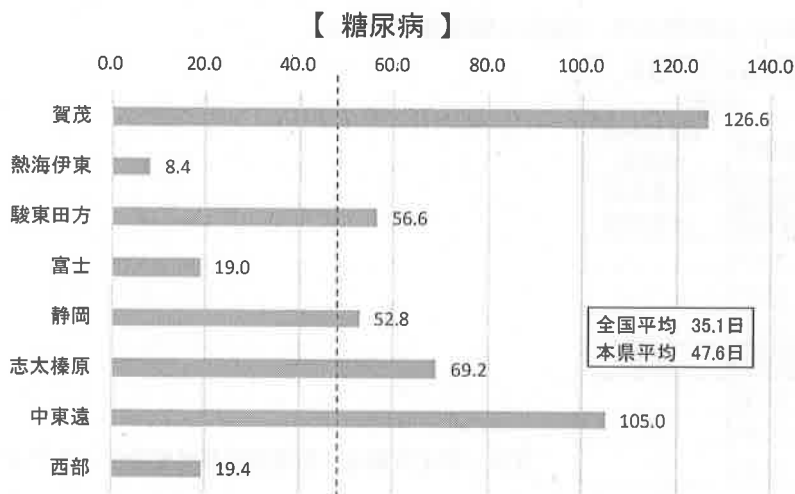
(4) 糖尿病足病変に関する指導を実施する医療機関数

指標名	静岡県	二次保健医療圏							
		賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
糖尿病足病変に関する指導を実施する医療機関数	58	2	5	13	3	9	2	7	17
（人口10万人あたり）	1.5	2.9	4.5	1.9	0.8	1.3	0.4	1.5	2.0

※H27.3.31時点。糖尿病合併症管理料の届出施設数。

（資料：厚生労働省「医療計画作成支援データブック」、診療報酬施設基準）

(5) 退院患者平均在院日数 (施設所在地)



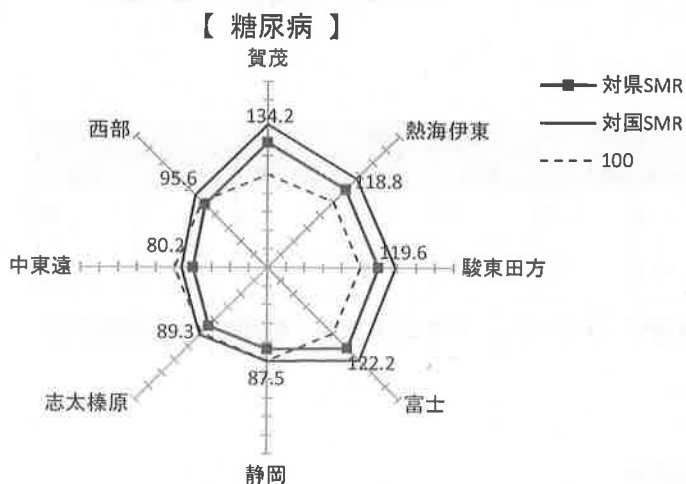
※平成 26 年 9 月 1 日～30 日に退院した者を対象としたもの

(資料：厚生労働省「患者調査」)

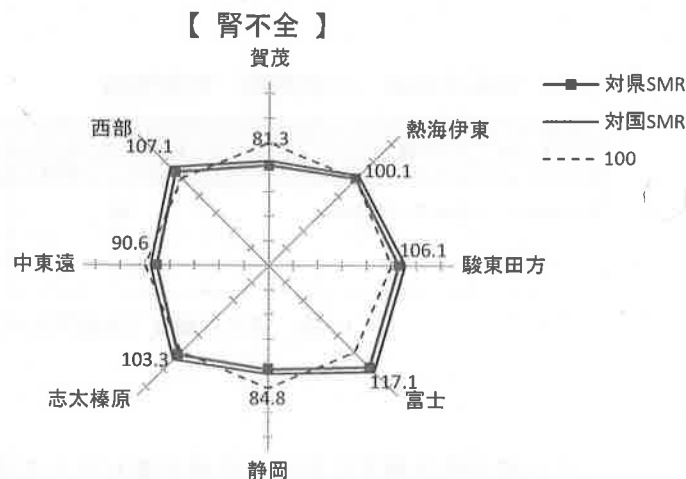
(6) H22~26 圏域別 SMR (標準化死亡比)

H22-H26	糖尿病		腎不全	
	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR
賀茂	134.2	153.9	81.3	85.1
熱海伊東	118.8	135.4	100.1	103.5
駿東田方	119.6	137.7	106.1	111.1
富士	122.2	140.5	117.1	122.3
静岡	87.5	100.5	84.8	88.6
志太榛原	89.3	102.8	103.3	108.8
中東遠	80.2	92.4	90.6	95.6
西部	95.6	110.2	107.1	112.8
静岡県	100.0	115.1	100.0	104.9

※網掛けは有意に多い、または有意に少ない。



※図中の数値は対県 SMR



(資料：静岡県総合健康センター「静岡県市町別健康指標」)

※ SMR (標準化死亡比) :

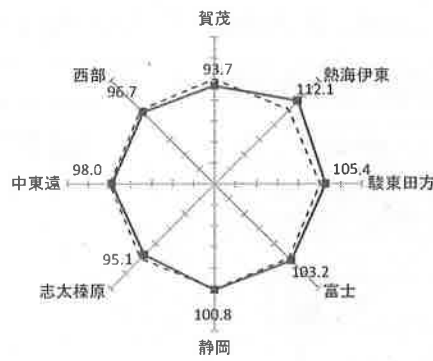
死亡数を人口で除した死亡率を比較すると、高齢者の多い市町では高くなり、若年者の多い市町では低くなる傾向があります。このような年齢構成の異なる地域間で死亡状況の比較ができるように年齢構成を調整し、そろえた死亡率が「SMR (標準化死亡比)」です。この SMR を用いることによって、年齢構成の異なる集団について、年齢構成の相違を気にすることなく、より正しく地域比較を行うことができます。SMR=110 の場合、「性別・年齢を調整した場合、県 (国) より 1.1 倍死亡数が多い (死亡率が高い)」「県の人口構成を基準とした場合、県 (国) より 1.1 倍死亡数が多い (死亡率が高い)」ということができます。

(5) H25 特定健診分析結果 (標準化該当比)

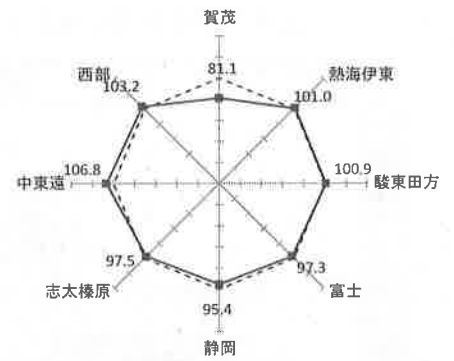
○糖尿病有病者

H25 標準化該当比	糖尿病有病者	
	男性	女性
賀茂	93.7	81.1
熱海伊東	112.1	101.0
駿東田方	105.4	100.9
富士	103.2	97.3
静岡	100.8	95.4
志太榛原	95.1	97.5
中東遠	98.0	106.8
西部	96.7	103.2
静岡県	100.0	100.0

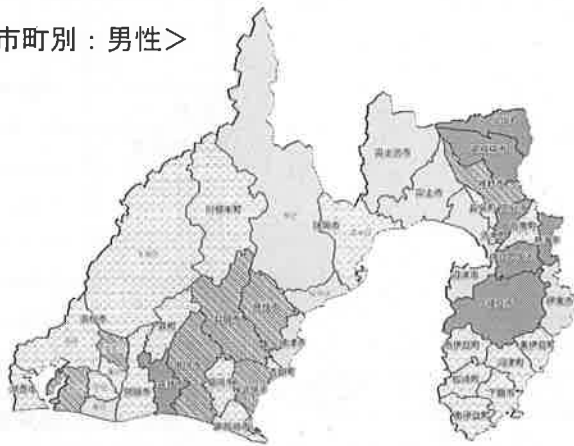
<男性>



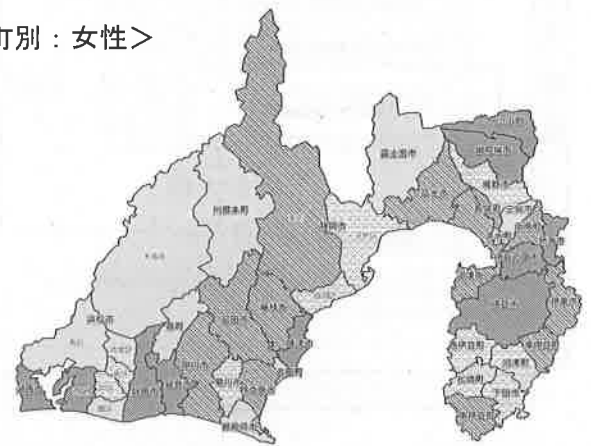
<女性>



<市町別：男性>



<市町別：女性>

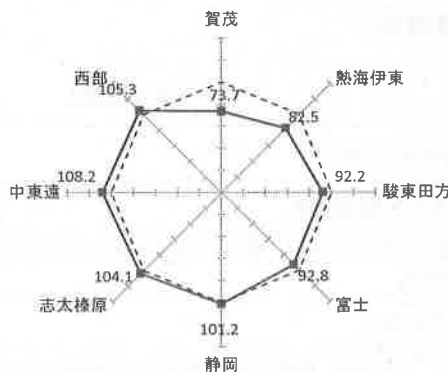


有意ではないが、県全体に比べて少ない
 県全体に比べて、有意に多い
 県全体に比べて、有意に少ない
 有意ではないが、県全体に比べて多い

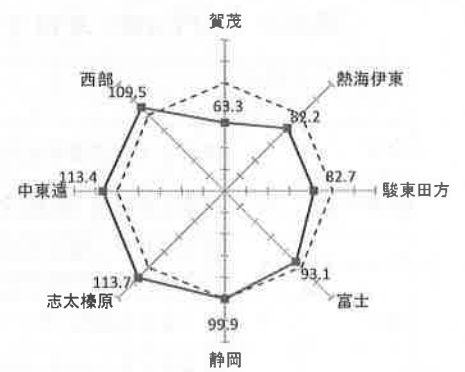
○糖尿病予備群

H25 標準化該当比	糖尿病予備群	
	男性	女性
賀茂	73.7	63.3
熱海伊東	82.5	82.2
駿東田方	92.2	82.7
富士	92.8	93.1
静岡	101.2	99.9
志太榛原	104.1	113.7
中東遠	108.2	113.4
西部	105.3	109.5
静岡県	100.0	100.0

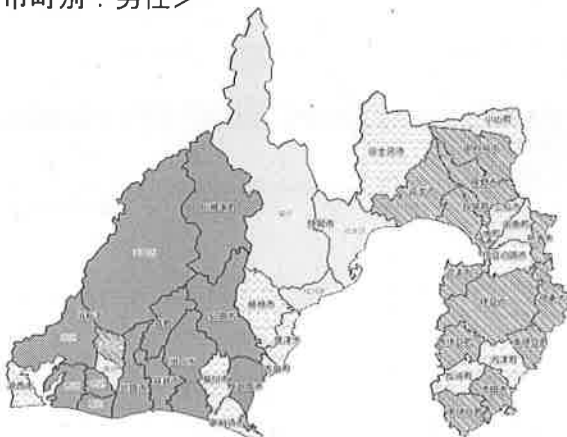
<男性>



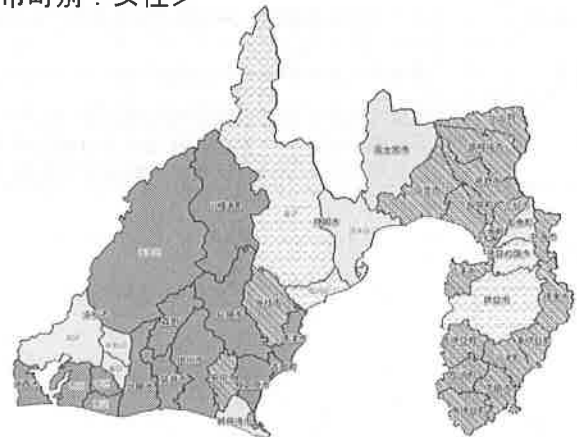
<女性>



<市町別：男性>



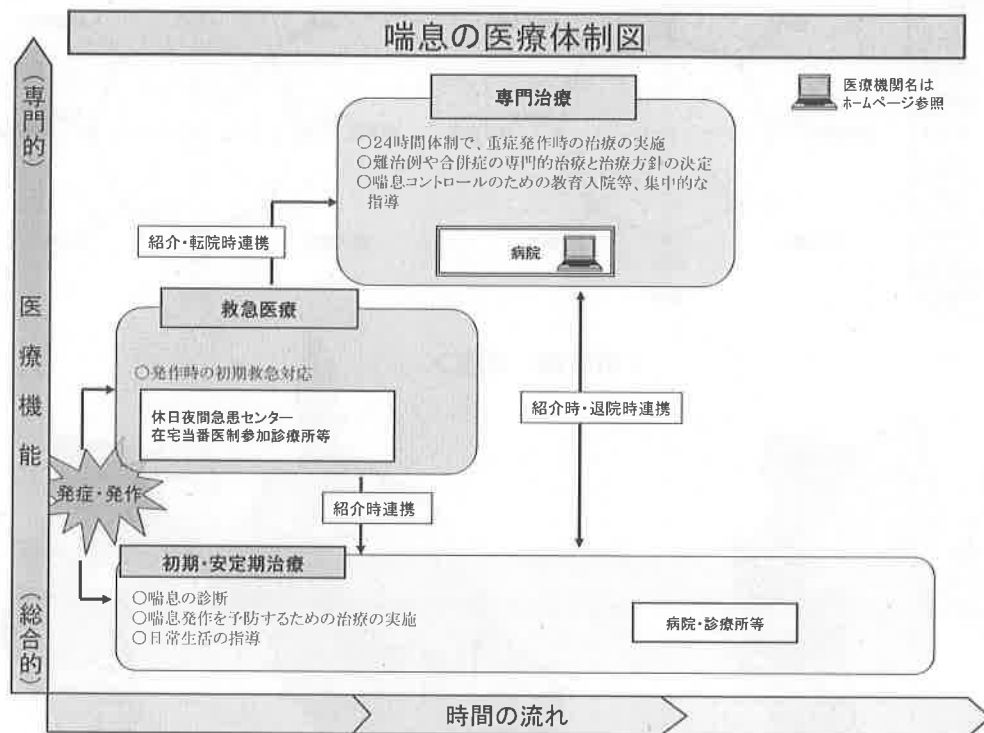
<市町別：女性>



(資料：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」)

I-5 喘息の医療提供体制の現状と課題

1 喘息の医療体制に求められる機能、医療機能を担う医療機関数



○各医療機能を担う医療機関数

喘息	専門治療
賀茂	1
熱海伊東	2
駿東田方	4
富士	2
静岡	7
志太榛原	3
中東遠	3
西部	7

※平成28年10月現在

(出典：第7次静岡県保健医療計画)

<喘息の「専門治療」を担う医療機関>

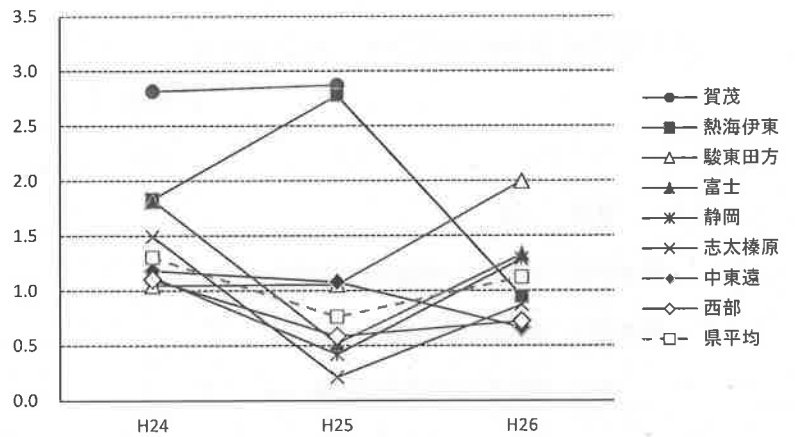
医療機関数	医療機関名
賀茂	1 医療法人社団健育会西伊豆健育会病院
熱海伊東	2 伊東市民病院、国際医療福祉大学熱海病院
駿東田方	4 独立行政法人国立病院機構静岡医療センター、独立行政法人地域医療機能推進機構三島総合病院、沼津市立病院、順天堂大学医学部附属静岡病院
富士	2 富士宮市立病院、富士市立中央病院
静岡	7 静岡県立総合病院、静岡県立こども病院、静岡市立静岡病院、静岡市立清水病院、独立行政法人地域医療機能推進機構桜ヶ丘病院、JA静岡厚生連静岡厚生病院、静岡徳洲会病院
志太榛原	3 市立島田市民病院、藤枝市立総合病院、岡本石井病院
中東遠	3 磐田市立総合病院、公立森町病院、中東遠総合医療センター
西部	7 独立行政法人国立病院機構天竜病院、独立行政法人労働者健康福祉機構浜松労災病院、浜松医科大学医学部附属病院、浜松医療センター、社会福祉法人聖隷福祉事業団総合病院聖隷浜松病院、社会福祉法人聖隷福祉事業団総合病院聖隷三方原病院、市立湖西病院

※平成28年10月現在

2 関連データ

(1) 喘息の人口10万人対死亡率

喘息	H24	H25	H26
賀茂	2.8	2.9	-
熱海伊東	1.8	2.8	0.9
駿東田方	1.0	1.1	2.0
富士	1.8	0.5	1.3
静岡	1.1	0.4	1.3
志太榛原	1.5	0.2	0.9
中東遠	1.2	1.1	0.7
西部	1.1	0.6	0.7
県平均	1.3	0.8	1.1



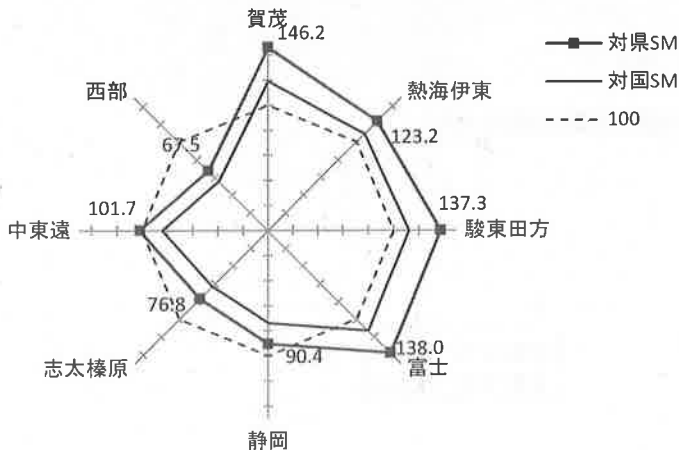
(資料：静岡県人口動態統計)

(3) H22-26 圏域別 SMR (標準化死亡比)

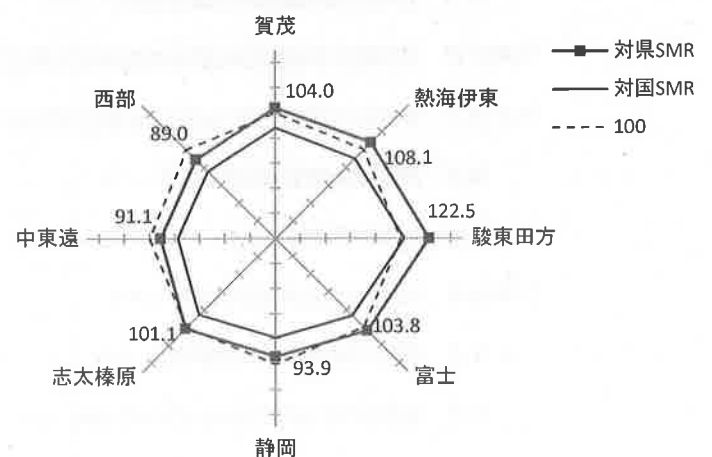
H22-H26	喘息		肺炎	
	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR
賀茂	146.2	119.2	104.0	88.1
熱海伊東	123.2	109.0	108.1	89.9
駿東田方	137.3	112.1	122.5	102.9
富士	138.0	113.0	103.8	86.9
静岡	90.4	73.7	93.9	78.8
志太榛原	76.8	63.0	101.1	85.8
中東遠	101.7	84.0	91.1	77.5
西部	67.5	55.7	89.0	75.6
静岡県	100.0	82.0	100.0	84.4

※網掛けは有意に多い、または有意に少ない。

【喘息】



【肺炎】



※図中の数値は対県SMR

(資料：静岡県総合健康センター「静岡県市町別健康指標」)

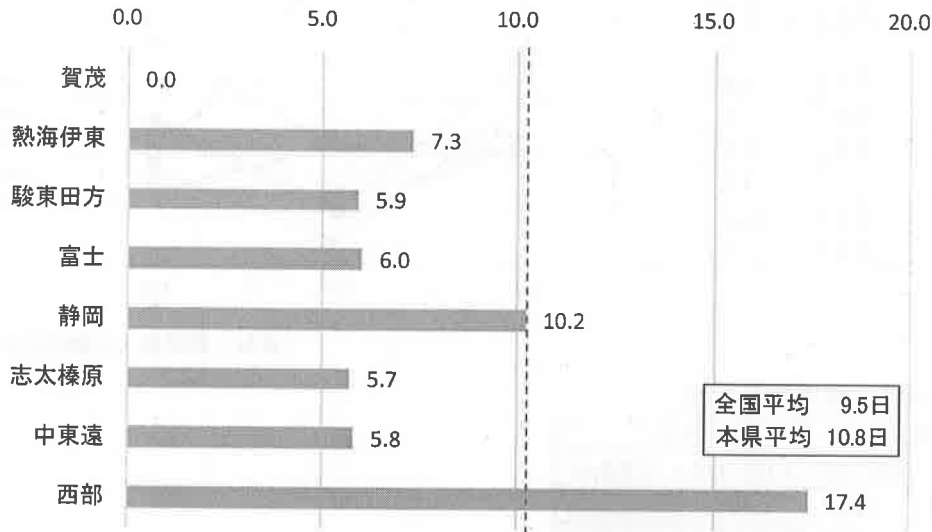
※SMR (標準化死亡比) :

死亡数を人口で除した死亡率を比較すると、高齢者の多い市町では高くなり、若年者の多い市町では低くなる傾向があります。このような年齢構成の異なる地域間で死亡状況の比較ができるように年齢構成を調整し、そろえた死亡率が「SMR (標準化死亡比)」です。このSMRを用いることによって、年齢構成の異なる集団について、年齢構成の相違を気にすることなく、より正しく地域比較を行うことができます。SMR=110の場合、「性別・年齢を調整した場合、県(国)

より1.1倍死亡数が多い(死亡率が高い)」「県の人口構成を基準とした場合、県(国)より1.1倍死亡数が多い(死亡率が高い)」ということが出来ます。

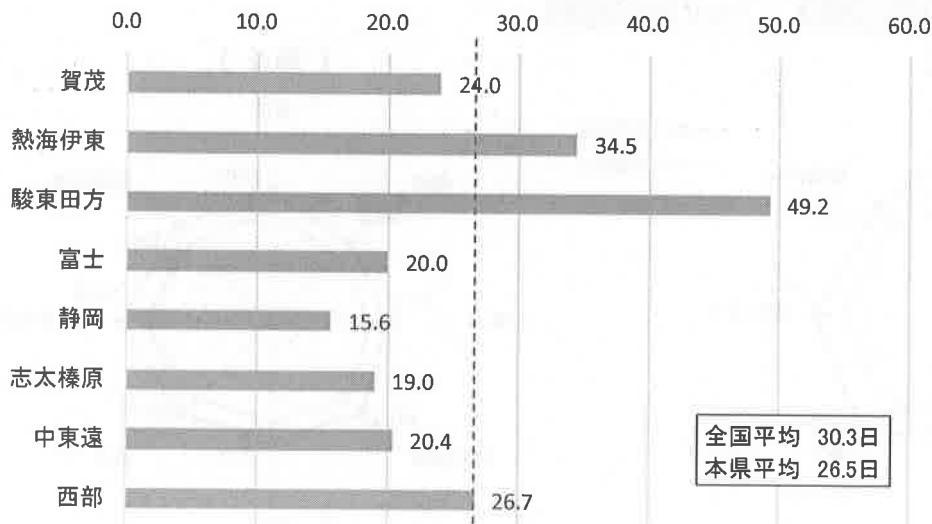
(4) 退院患者平均在院日数(施設所在地)

【 喘息 】



※平成26年9月1日～30日に退院した者を対象としたもの

【 肺炎 】

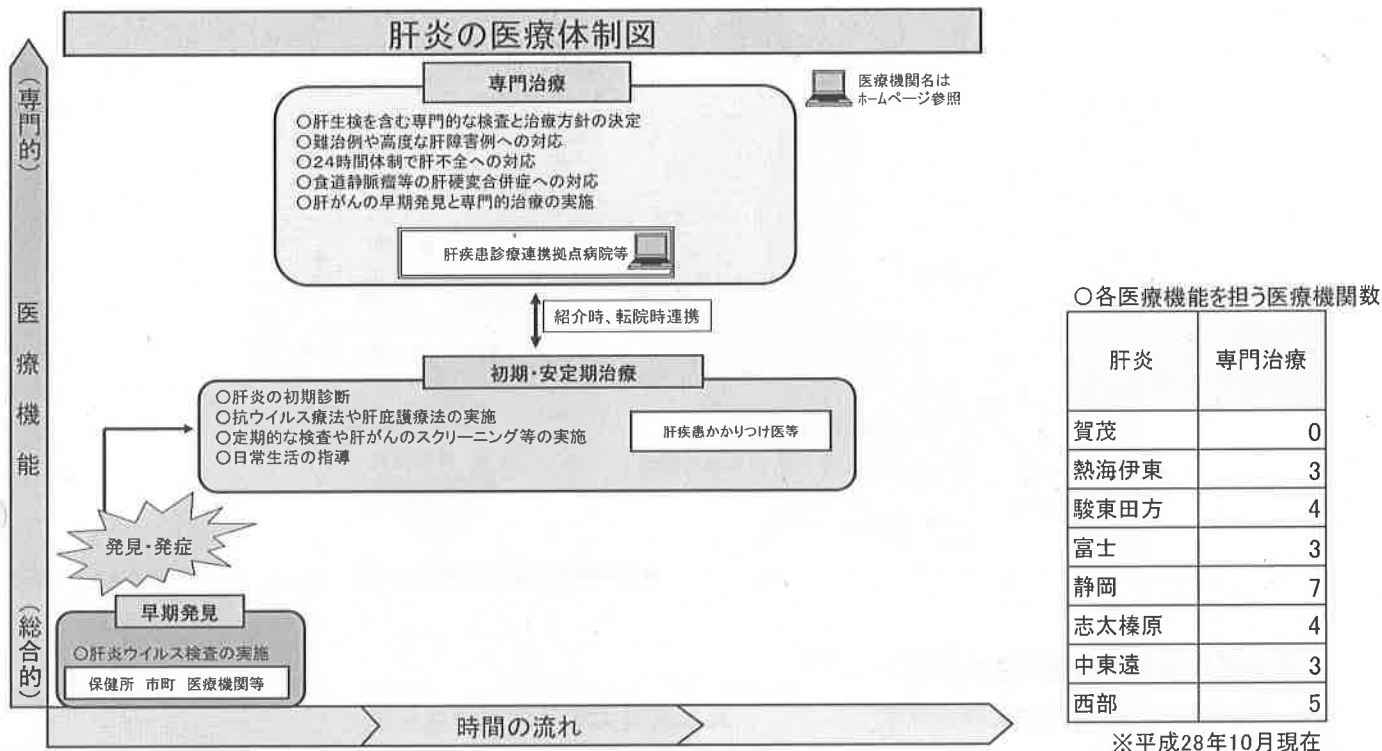


※平成26年9月1日～30日に退院した者を対象としたもの

(資料：厚生労働省「患者調査」)

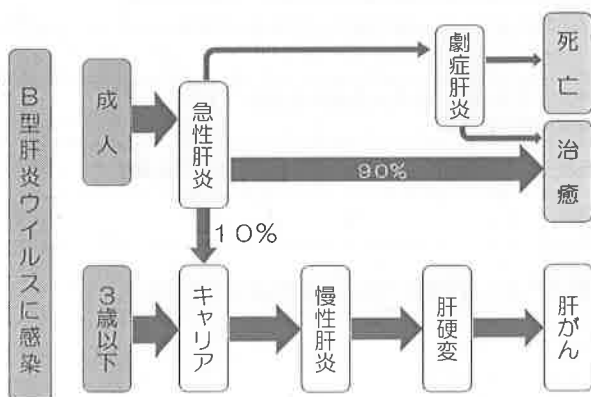
I-6 肝炎の医療提供体制の現状と課題

1 肝炎の医療体制に求められる機能、医療機能を担う医療機関数

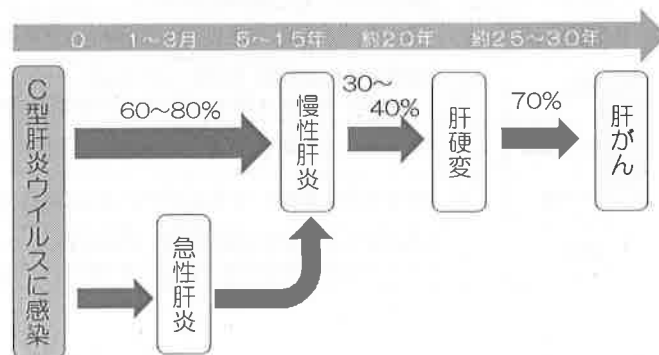


(出典：第7次静岡県保健医療計画)

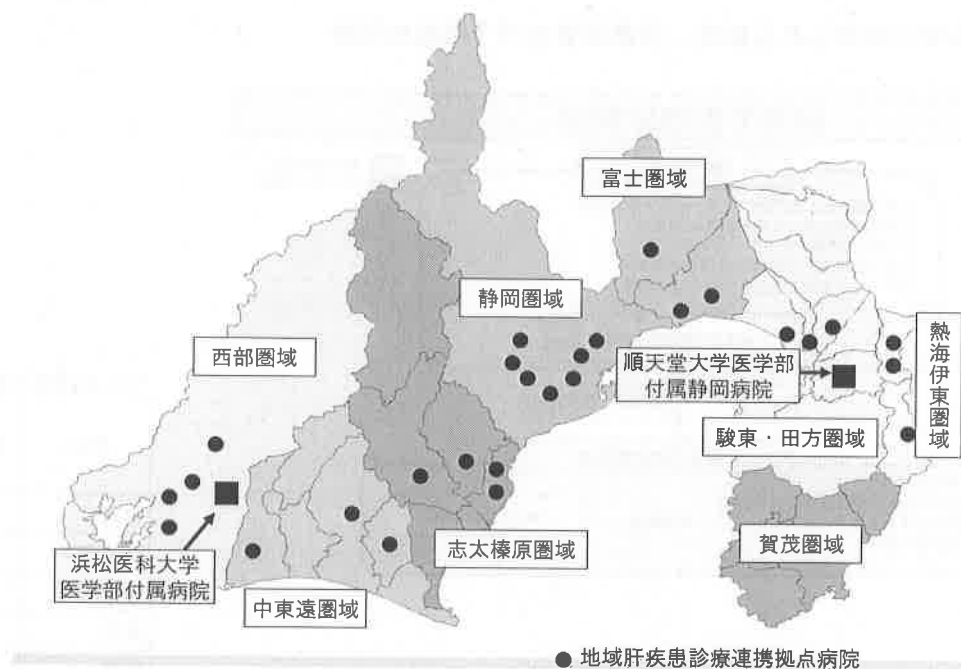
< B型肝炎の自然経過 >



< C型肝炎の自然経過 >



<肝炎対策推進体制>



<静岡県肝疾患診療連携拠点病院>

- ・ 順天堂大学医学部附属静岡病院
- ・ 浜松医科大学医学部附属病院

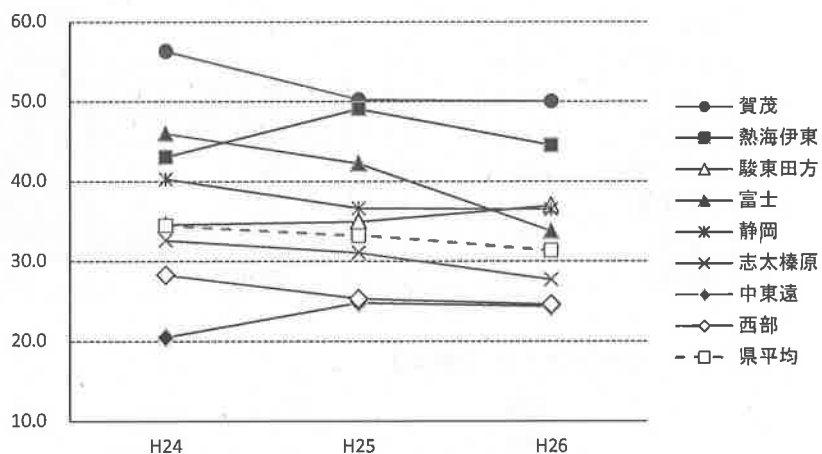
<地域肝疾患診療連携拠点病院>

	医療機関数	医療機関名
賀茂	-	-
熱海伊東	3	伊東市民病院、医療法人社団熱海所記念病院、国際医療福祉大学熱海病院
駿東田方	4	独立行政法人国立病院機構静岡医療センター、独立行政法人地域医療機能推進機構三島総合病院、沼津市立病院、順天堂大学医学部附属静岡病院
富士	3	富士宮市立病院、富士市立中央病院、共立蒲原総合病院
静岡	7	静岡県立総合病院、静岡市立静岡病院、静岡市立清水病院、静岡赤十字病院、静岡済生会総合病院、JA静岡厚生連清水厚生病院、独立行政法人地域医療機能推進機構桜ヶ丘病院
志太榛原	4	市立島田市民病院、焼津市立総合病院、藤枝市立総合病院、医療法人社団駿甲会コミュニティーホスピタル甲賀病院
中東遠	3	磐田市立総合病院、中東遠総合医療センター、菊川市立総合病院
西部	5	浜松医科大学医学部附属病院、浜松医療センター、浜松赤十字病院、社会福祉法人聖隷福祉事業団総合病院聖隷浜松病院、社会福祉法人聖隷福祉事業団総合病院聖隷三方原病院

2 関連データ

(1) 肝疾患の人口10万人対死亡率

肝疾患	H24	H25	H26
賀茂	56.3	50.3	50.0
熱海伊東	43.1	49.1	44.5
駿東田方	34.6	35.0	37.0
富士	46.0	42.2	33.8
静岡	40.3	36.6	36.5
志太榛原	32.6	31.1	27.7
中東遠	20.5	24.8	24.4
西部	28.3	25.3	24.6
県平均	34.5	33.2	31.4



※死因簡単分類のうち 01400 ウイルス肝炎、02106 肝及び肝内胆管の悪性新生物、11301 肝硬変（アルコール性を除く）の死亡者数から算出

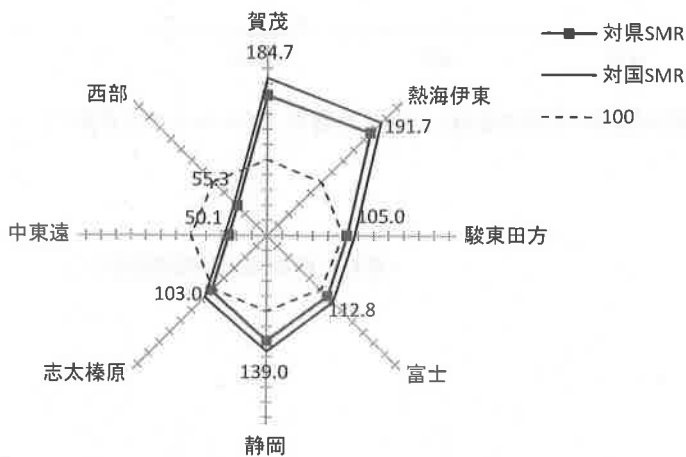
(資料：静岡県人口動態統計)

(2) H22-26 圏域別 SMR (標準化死亡比)

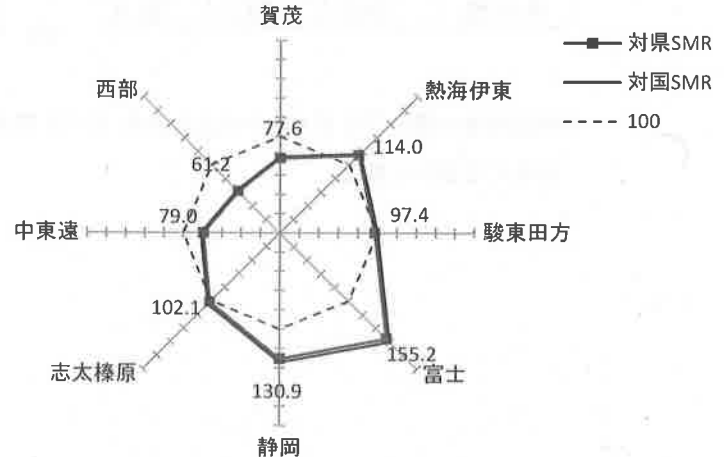
H22-H26	B型ウイルス肝炎		C型ウイルス肝炎		肝及び肝内胆管の悪性新生物		肝硬変(アルコール性を除く)	
	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR
賀茂	184.7	207.4	77.6	79.5	104.5	100.3	120.5	92.3
熱海伊東	191.7	211.1	114.0	116.3	116.7	109.9	108.1	81.4
駿東田方	105.0	115.2	97.4	100.3	112.8	108.6	113.8	85.6
富士	112.8	122.9	155.2	159.8	137.8	132.2	116.1	86.9
静岡	139.0	152.7	130.9	134.6	113.3	108.8	110.3	83.1
志太榛原	103.0	115.3	102.1	105.1	85.8	83.2	82.1	62.1
中東遠	50.1	55.9	79.0	81.7	76.7	74.4	86.6	65.6
西部	55.3	61.0	61.2	63.1	79.3	77.0	86.8	65.6
静岡県	100.0	110.2	100.0	103.0	100.0	96.4	100.0	75.4

※網掛けは有意に多い、または有意に少ない。

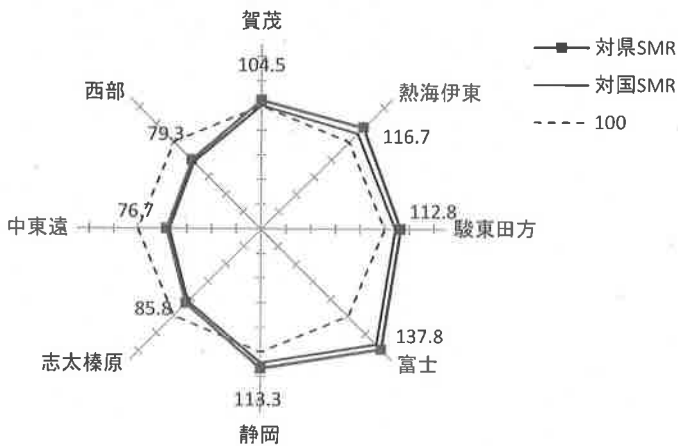
【B型ウイルス肝炎】



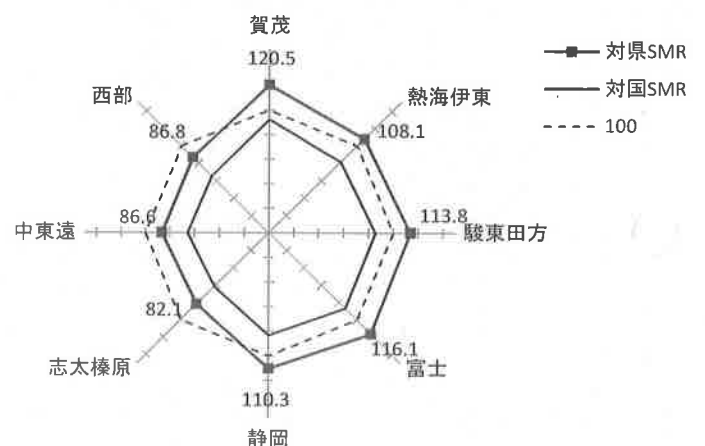
【C型ウイルス肝炎】



【肝及び肝内胆管の悪性新生物】



【肝硬変(アルコール性を除く)】



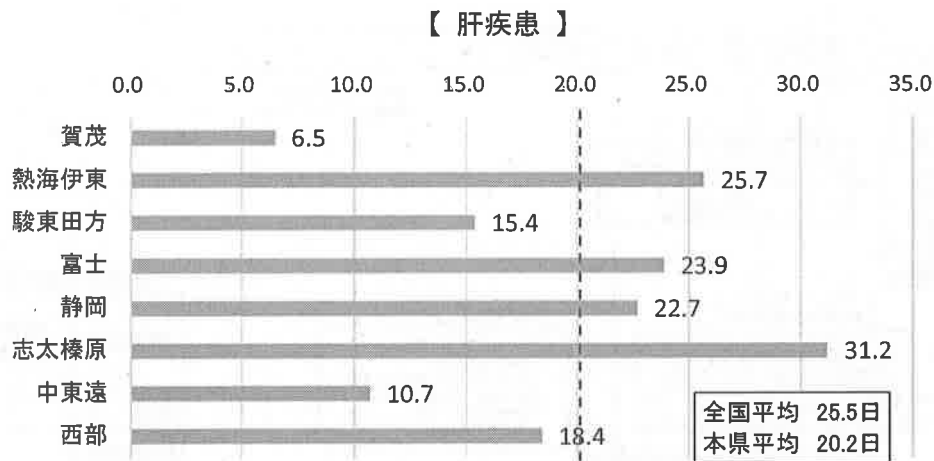
※図中の数値は対県SMR

(資料：静岡県総合健康センター「静岡県市町別健康指標」)

※SMR (標準化死亡比) :

死亡数を人口で除した死亡率を比較すると、高齢者の多い市町では高くなり、若年者の多い市町では低くなる傾向があります。このような年齢構成の異なる地域間で死亡状況の比較ができるように年齢構成を調整し、そろえた死亡率が「SMR (標準化死亡比)」です。このSMRを用いることによって、年齢構成の異なる集団について、年齢構成の相違を気にすることなく、より正しく地域比較を行うことができます。SMR=110の場合、「性別・年齢を調整した場合、県(国)より1.1倍死亡数が多い(死亡率が高い)」「県の人口構成を基準とした場合、県(国)より1.1倍死亡数が多い(死亡率が高い)」ということができます。

(4) 退院患者平均在院日数 (施設所在地)



※平成 26 年 9 月 1 日～30 日に退院した者を対象としたもの

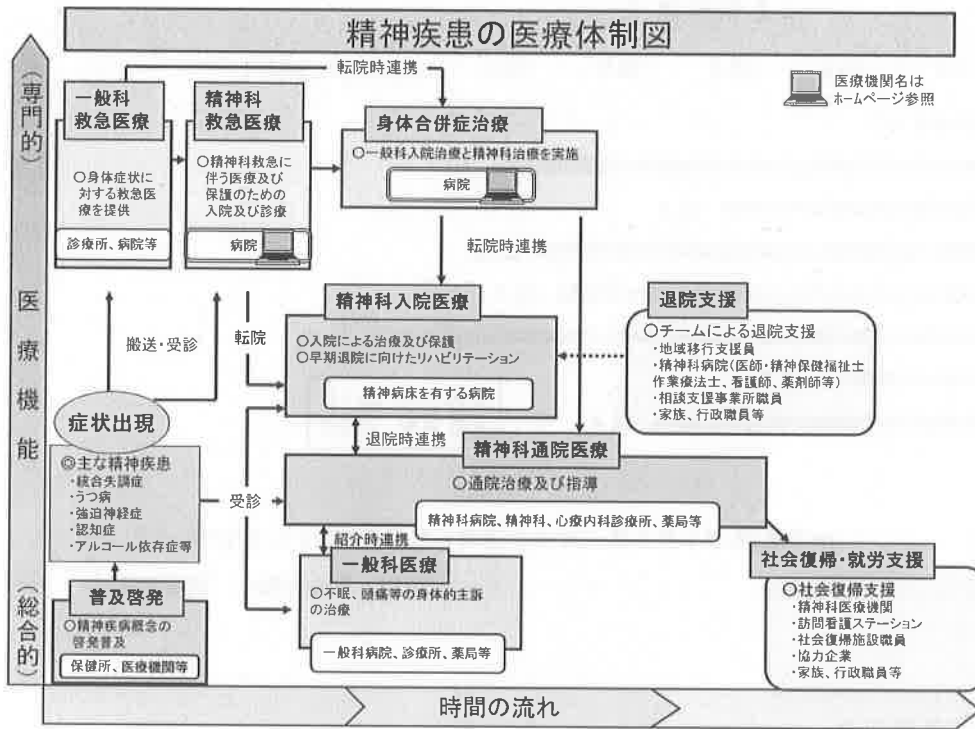
(資料：厚生労働省「患者調査」)

(5) 肝疾患かかりつけ医の登録状況

圏域名	市町名	登録医療機関数推移			
		H24	H25	H26	H27
賀茂	下田市、東伊豆町、河津町、南伊豆町、松崎町、西伊豆町	4	14	20	20
熱海伊東	熱海市、伊東市	7	10	9	10
駿東田方	沼津市、三島市、御殿場市、裾野市、伊豆市、伊豆の国市、函南町、清水町、長泉町、小山町	36	54	64	63
富士	富士宮市、富士市	27	27	28	27
静岡	静岡市	24	49	67	65
志太榛原	島田市、焼津市、藤枝市、牧之原市、吉田町、川根本町	14	15	21	22
中東遠	磐田市、掛川市、袋井市、御前崎市、菊川市、森町	21	24	24	25
西部	浜松市、湖西市	30	38	39	43
計		163	231	272	275

I-7 精神疾患の医療提供体制の現状と課題

1 精神疾患の医療体制に求められる機能、医療機能を担う医療機関数



<精神科救急医療体制>

		賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
基幹病院	公益財団法人復康会沼津中央病院	○	○	○					
〃	公益財団法人復康会鷹岡病院				○				
〃	清水駿府病院					○	○		
〃	社会福祉法人聖隷福祉事業団総合病院聖隷三方原病院							○	○
輪番病院	医療法人社団凜和会藤枝駿府病院						○		
〃	医療法人社団高草会焼津病院						○		
〃	溝口病院						○		
〃	静岡県立こころの医療センター						○		
〃	医療法人社団進正会服部病院							○	
〃	川口会病院							○	
後方支援病院	静岡県立こころの医療センター	○	○	○	○	○	○	○	○

<精神疾患の「身体合併症治療」を担う医療機関>

2次保健医療圏	医療機関名
賀茂	—
熱海伊東	—
駿東田方	順天堂大学医学部附属静岡病院
富士	富士宮市立病院
静岡	静岡県立総合病院
〃	静岡市立静岡病院
志太榛原	—
中東遠	菊川市立総合病院
西部	浜松医科大学医学部附属病院
〃	社会福祉法人聖隷福祉事業団総合病院聖隷三方原病院
〃	社会福祉法人聖隷福祉事業団総合病院聖隷浜松病院
〃	浜松医療センター

<認知症疾患医療センター>

2次医療圏	医療機関名
賀茂	医療法人社団辰五会ふれあい南伊豆ホスピタル
熱海伊東	-
駿東田方	NTT東日本伊豆病院
富士	公益財団法人復康会鷹岡病院
静岡	独立行政法人国立病院機構静岡てんかん・神経医療センター、 医療法人社団リラ 溝口病院、静岡市立清水病院
志太榛原	-
中東遠	中東遠総合医療センター
西部	社会福祉法人聖隷福祉事業団総合病院聖隷三方原病院

※平成28年12月1日現在

2 関連データ

(1) 主な診療の自己完結率と10%以上の流出先（国保＋後期高齢のみ）

H26年度	精神病棟 入院基本料		精神科救急入院		抗精神病薬による治療 (2種類以下)(入院)	
	自己完結率	10%以上の 流出先	自己完結率	10%以上の 流出先	自己完結率	10%以上の 流出先
賀茂	90.6%	-	0.0%	駿東田方	96.6%	-
熱海伊東	0.0%	・賀茂 ・駿東田方	0.0%	駿東田方	0.0%	駿東田方
駿東田方	85.4%	-	96.9%	-	89.6%	-
富士	93.5%	-	89.3%	-	88.1%	-
静岡	58.7%	・富士	94.8%	-	91.2%	-
志太榛原	71.6%	・静岡 ・中東遠	0.0%	・静岡 ・中東遠	58.0%	・静岡 ・中東遠
中東遠	76.1%	西部	91.1%	-	85.6%	-
西部	78.9%	・愛知県	75.7%	中東遠	80.0%	中東遠

(資料：厚生労働省「医療計画作成支援データブック」)

(2) 平均在院日数、入院患者数

項目	平均在院日数 (日)	入院患者数 (人)	3か月以上 入院患者数 (人)	1年以上 入院患者数 (人)
2次保健医療圏名				
賀茂	546.0	401	351	284
熱海伊東	*圏域内に精神科病院なし			
駿東田方	269.3	1,063	875	692
富士	271.3	789	611	476
静岡	204.6	758	586	496
志太榛原	210.1	327	263	220
中東遠	213.8	825	595	515
西部	206.7	1,480	1,142	890
全 県	236.3	5,643	4,423	3,573

※平均在院日数は、平成27年度精神科病院月報より集計

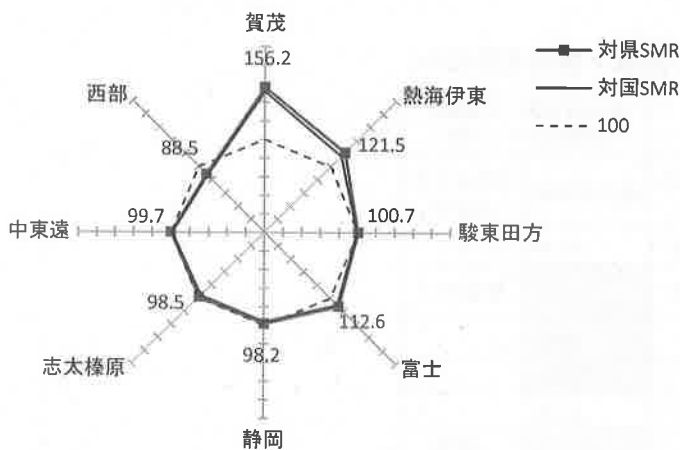
※入院患者数、3か月以上入院患者数、1年以上入院患者数は、入院患者動向調査（平成27年6月30日現在より）

(3) H22-26 圏域別 SMR (標準化死亡比)

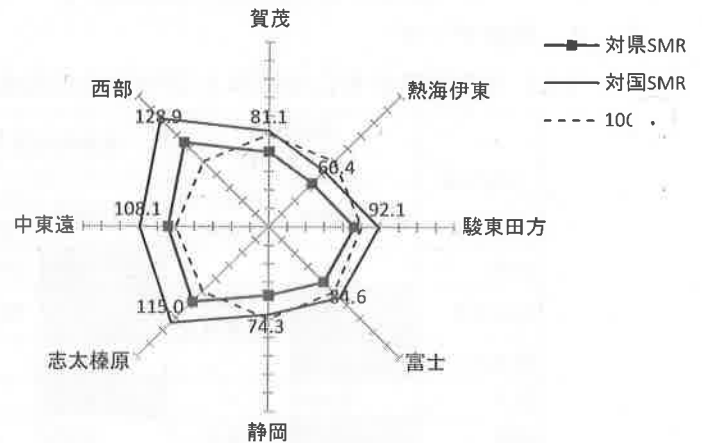
H22-H26	自殺		精神及び行動の障害					
			総数		血管性及び詳細不明の認知症		その他の精神及び行動の障害	
	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR
賀茂	156.2	151.5	81.1	103.8	80.4	107.9	87.7	80.0
熱海伊東	121.5	115.7	66.4	84.7	64.3	86.6	81.8	75.4
駿東田方	100.7	99.1	92.1	118.3	90.6	122.5	102.1	99.6
富士	112.6	110.4	84.6	108.5	77.8	105.1	124.9	123.4
静岡	98.2	95.8	74.3	95.3	74.2	100.1	74.9	72.3
志太榛原	98.5	96.1	115.0	147.6	120.0	161.9	81.1	78.1
中東遠	99.7	98.6	108.1	138.9	105.3	142.0	127.0	123.7
西部	88.5	87.1	128.9	165.6	131.8	178.0	109.3	106.1
静岡県	100.0	98.1	100.0	128.4	100.0	135.0	100.0	96.8

※網掛けは有意に多い、または有意に少ない。

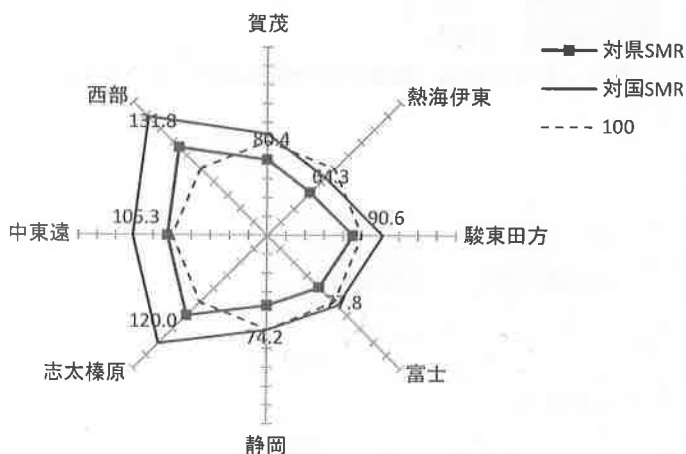
【自殺】



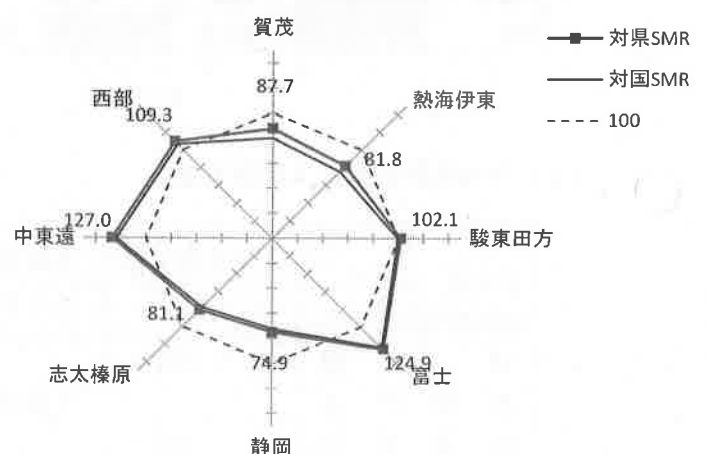
【精神及び行動の障害(総数)】



【血管性及び詳細不明の認知症】



【その他の精神及び行動の障害】



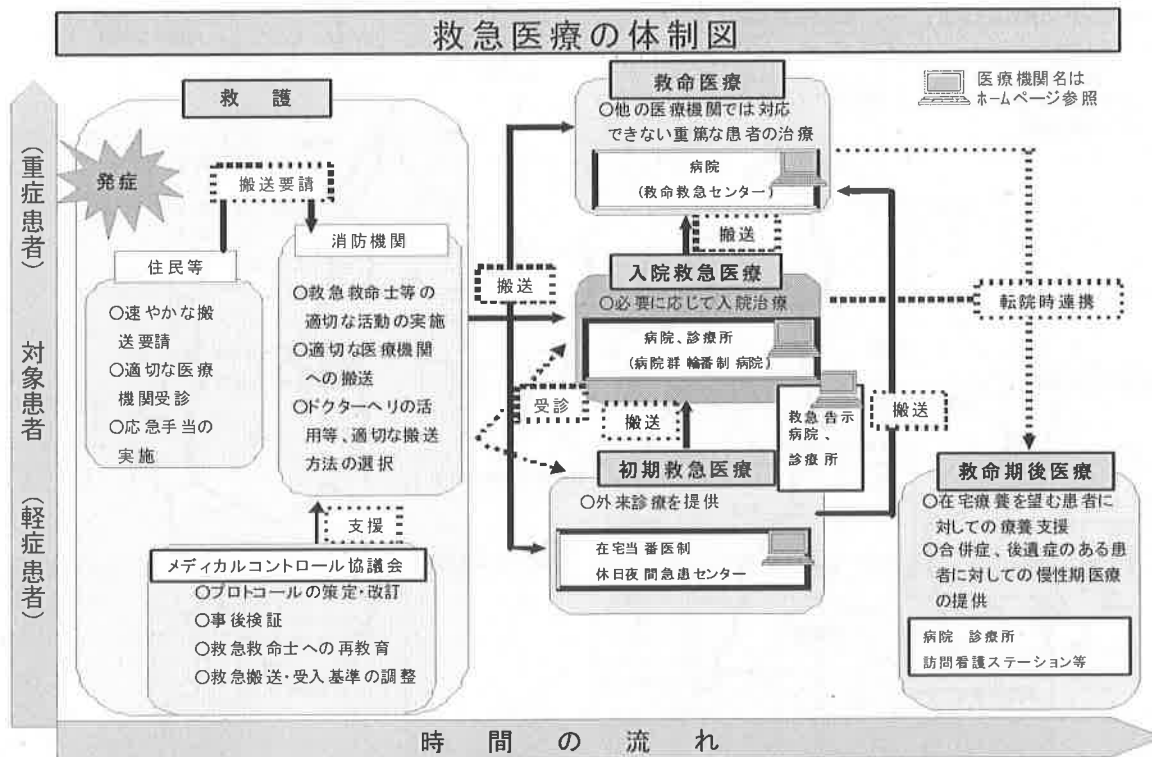
(資料：静岡県総合健康センター「静岡県市町別健康指標」)

※ SMR (標準化死亡比) :

死亡数を人口で除した死亡率を比較すると、高齢者の多い市町では高くなり、若年者の多い市町では低くなる傾向があります。このような年齢構成の異なる地域間で死亡状況の比較ができるように年齢構成を調整し、そろえた死亡率が「SMR (標準化死亡比)」です。このSMRを用いることによって、年齢構成の異なる集団について、年齢構成の相違を気にすることなく、より正しく地域比較を行うことができます。SMR=110の場合、「性別・年齢を調整した場合、県(国)より1.1倍死亡数が多い(死亡率が高い)」「県の人口構成を基準とした場合、県(国)より1.1倍死亡数が多い(死亡率が高い)」ということができます。

Ⅱ-1 救急医療の医療提供体制の現状と課題

1 救急医療の医療体制に求められる機能、医療機能を担う医療機関数



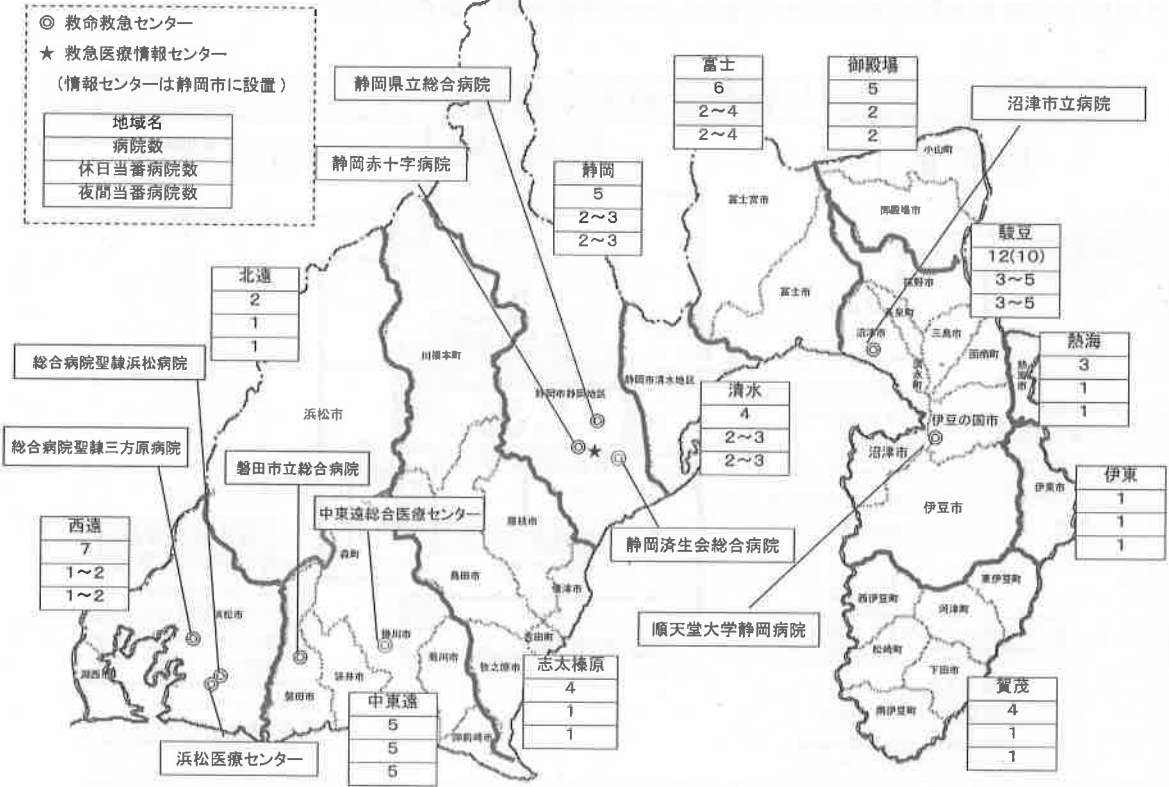
<第2次救急医療圏>

2次保健医療圏	第2次救急医療圏	構成市町
賀茂	賀茂	下田市、東伊豆町、河津町、南伊豆町、松崎町、西伊豆町
熱海伊東	熱海	熱海市
	伊東	伊東市
駿東田方	駿豆	沼津市、三島市、裾野市、伊豆市、伊豆の国市、函南町、清水町、長泉町
	御殿場	御殿場市、小山町
富士	富士	富士宮市、富士市
静岡	清水	静岡市(清水区)
	静岡	静岡市(葵区、駿河区)
志太榛原	志太榛原	島田市、焼津市、藤枝市、牧之原市、吉田町、川根本町
中東遠	中東遠	磐田市、掛川市、袋井市、御前崎市、菊川市、森町
西部	北遠	浜松市(天竜区)
	西遠	浜松市(天竜区以外)、湖西市

(出典：第7次静岡県保健医療計画)

第2次第3次救急医療体制図

平成28年9月1日現在



<救命救急センター>

第2次救急医療圏	賀茂	熱海	伊東	駿豆	御殿場	富士	清水	静岡	志太榛原	中東遠	北遠	西遠
順天堂大学医学部附属静岡病院	○	○	○	○	○	○						
沼津市立病院	○	○	○	○	○	○						
静岡県立総合病院							◎	◎	◎			
静岡赤十字病院							◎	◎	◎			
静岡済生会総合病院							◎	◎	◎			
磐田市立総合病院										○		
掛川市・袋井市病院企業団立中東遠総合医療センター										○		
浜松医療センター										○	○	○
社会福祉法人聖隷福祉事業団総合病院聖隷浜松病院										○	○	○
社会福祉法人聖隷福祉事業団総合病院聖隷三方原病院										◎	◎	◎

表中の○ (◎は高度救命救急センター) は、各病院が主として担当する地域

2 関連データ

(1) 主な診療の自己完結率と10%以上の流出先（国保＋後期高齢のみ）

H26年度	2次救急 (入院)		集中治療室等の体制 (入院)	
	自己完結率	10%以上の 流出先	自己完結率	10%以上の 流出先
賀茂	67.7%	・駿東田方 ・熱海伊東	0.0%	・駿東田方 ・熱海伊東
熱海伊東	88.5%	駿東田方	69.7%	駿東田方
駿東田方	98.1%	—	97.4%	—
富士	90.8%	—	26.4%	・駿東田方 ・静岡
静岡	97.0%	—	95.4%	—
志太榛原	92.6%	—	63.8%	静岡
中東遠	88.7%	—	72.8%	西部
西部	98.3%	—	98.3%	—

※次のレセプト数に基づく。

2次救急：救急医療管理加算、救急救命管理料

集中治療室等の体制：H/Aユニット入院医療管理料、特定集中治療室管理料

(資料：厚生労働省「医療計画作成支援データブック」)

(2) 特定集中治療室のある病院数

	病院数	病床数
賀茂	—	—
熱海伊東	1	4
駿東田方	4	29
富士	1	6
静岡	3	27
志太榛原	1	8
中東遠	2	16
西部	6	80
静岡県	18	170

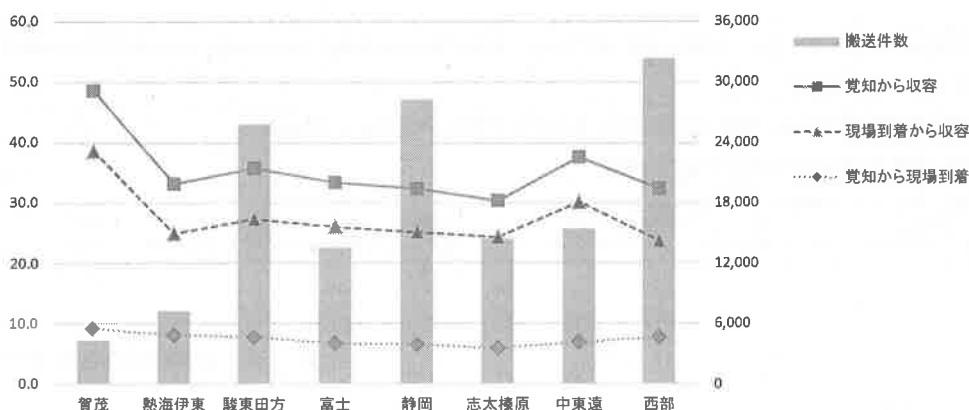
(資料：厚生労働省「医療施設調査」)

(3) 救急搬送の状況

構想区域	搬送件数 (件)	覚知から		
		収容(分)	覚知から 現場到着	現場到着から 収容
賀茂	4,367	48.6	9.2	38.6
熱海伊東	7,331	33.2	8.2	25.0
駿東田方	25,788	35.8	7.8	27.4
富士	13,566	33.4	6.8	26.0
静岡	28,303	32.4	6.6	25.2
志太榛原	14,416	30.4	6.0	24.4
中東遠	15,484	37.6	7.0	30.2
西部	32,324	32.4	7.8	23.8
静岡県	141,579	34.0	7.0	26.7

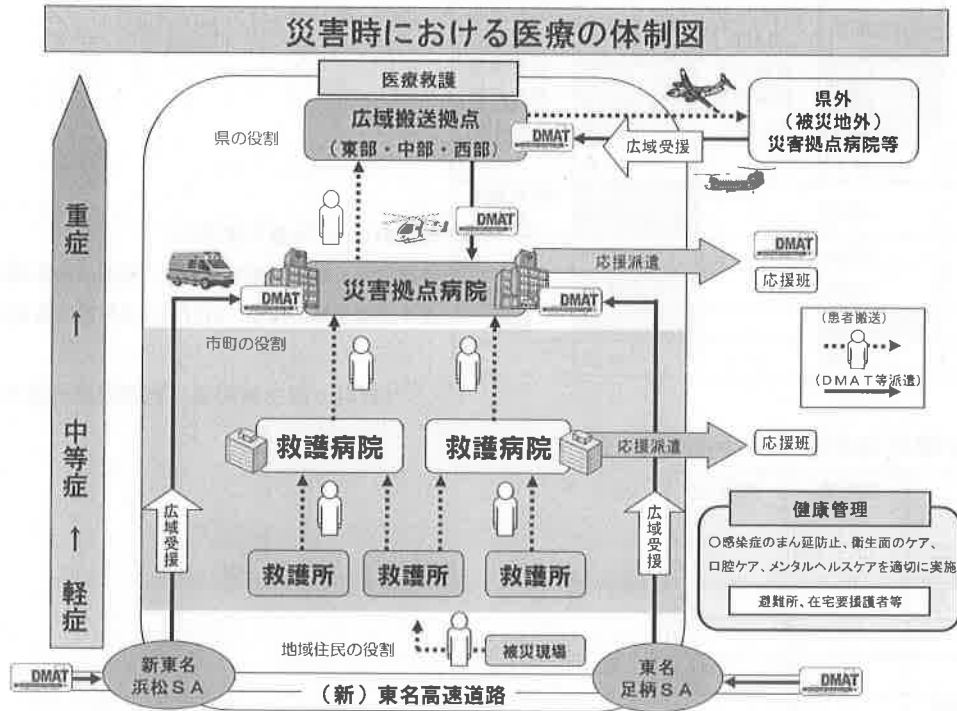
※平成24年度(2012年度)消防庁データに基づく。

(資料：厚生労働省「医療施設調査」)



II-2 災害時における医療の医療提供体制の現状と課題

1 災害時における医療の医療体制に求められる機能、医療機能を担う医療機関数



	救命		広域搬送拠点	応援派遣		
	災害拠点病院	救護病院		DMAT設置病院	応援班設置病院	
					普通班	精神科班
賀茂	-	5	-	-	-	
熱海伊東	1	6	愛鷹 広域公園	1	2	-
駿東田方	4	25		4	8	2
富士	2	13	静岡空港	2	3	-
静岡	5	10		5	9	2
志太榛原	3	7		3	4	-
中東遠	2	6	航空自衛隊 浜松基地	2	4	1
西部	4	18		4	8	2

※平成28年10月現在

<災害拠点病院>

	医療機関数	医療機関名
賀茂	-	
熱海伊東	1	伊東市民病院
駿東田方	4	独立行政法人国立病院機構静岡医療センター、沼津市立病院、独立行政法人地域医療機能推進機構三島総合病院、順天堂大学医学部附属静岡病院
富士	2	富士宮市立病院、富士市立中央病院
静岡	5	静岡県立総合病院、静岡市立静岡病院、静岡市立清水病院、静岡赤十字病院、静岡済生会総合病院
志太榛原	3	市立島田市民病院、焼津市立総合病院、藤枝市立総合病院
中東遠	2	磐田市立総合病院、掛川市・袋井市病院企業団立中東遠総合医療センター
西部	4	浜松医科大学医学部附属病院、浜松医療センター、浜松赤十字病院、社会福祉法人聖隷福祉事業団総合病院聖隷三方原病院

※平成28年10月現在

(出典：第7次静岡県保健医療計画)

2 関連データ

(1) 災害拠点病院、救護病院における耐震化、推定津波浸水地域立地の状況

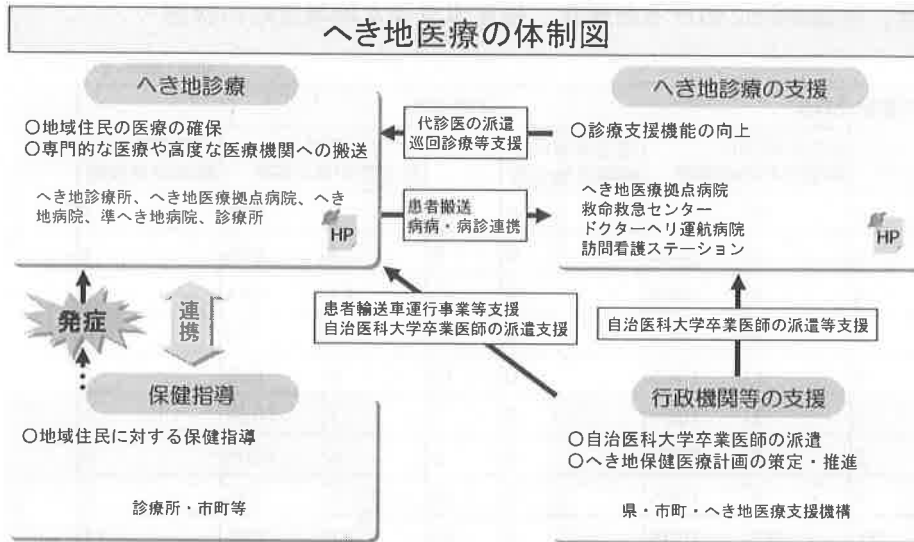
(単位:施設、%)

	災害拠点病院			救護病院				
		全ての建物に耐震性がある病院	推定津波浸水地域立地病院		全ての建物に耐震性がある病院	推定津波浸水地域立地病院		
賀茂	0	0	-	0	5	4	80%	2
熱海伊東	1	1	100%	0	6	4	67%	1
駿東田方	4	4	100%	0	25	21	84%	3
富士	2	2	100%	0	13	10	77%	0
静岡	5	5	100%	0	10	9	90%	1
志太榛原	3	3	100%	0	7	7	100%	1
中東遠	2	2	100%	0	6	6	100%	0
西部	4	4	100%	0	18	16	89%	3
静岡県	21	21	100%	0	90	77	86%	11

(資料：静岡県調査)

Ⅱ-3 へき地の医療の医療提供体制の現状と課題

1 へき地の医療の医療体制に求められる機能、医療機能を担う医療機関数



<へき地診療等の医療機関数>

2次保健医療圏名	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	救命救急センター	ドクターヘリ基地病院
賀茂		2	1	2		
熱海伊東	1					
駿東田方	1		4	1	2	1
富士						
静岡	3	1			3	
志太榛原						
中東遠				1	1	1
西部	6	2		1	3	
全県	11	5	5	5	9	2

※へき地病院：本県におけるへき地医療対策の対象地域にある病院（へき地医療拠点病院及び精神科病院は除く。）

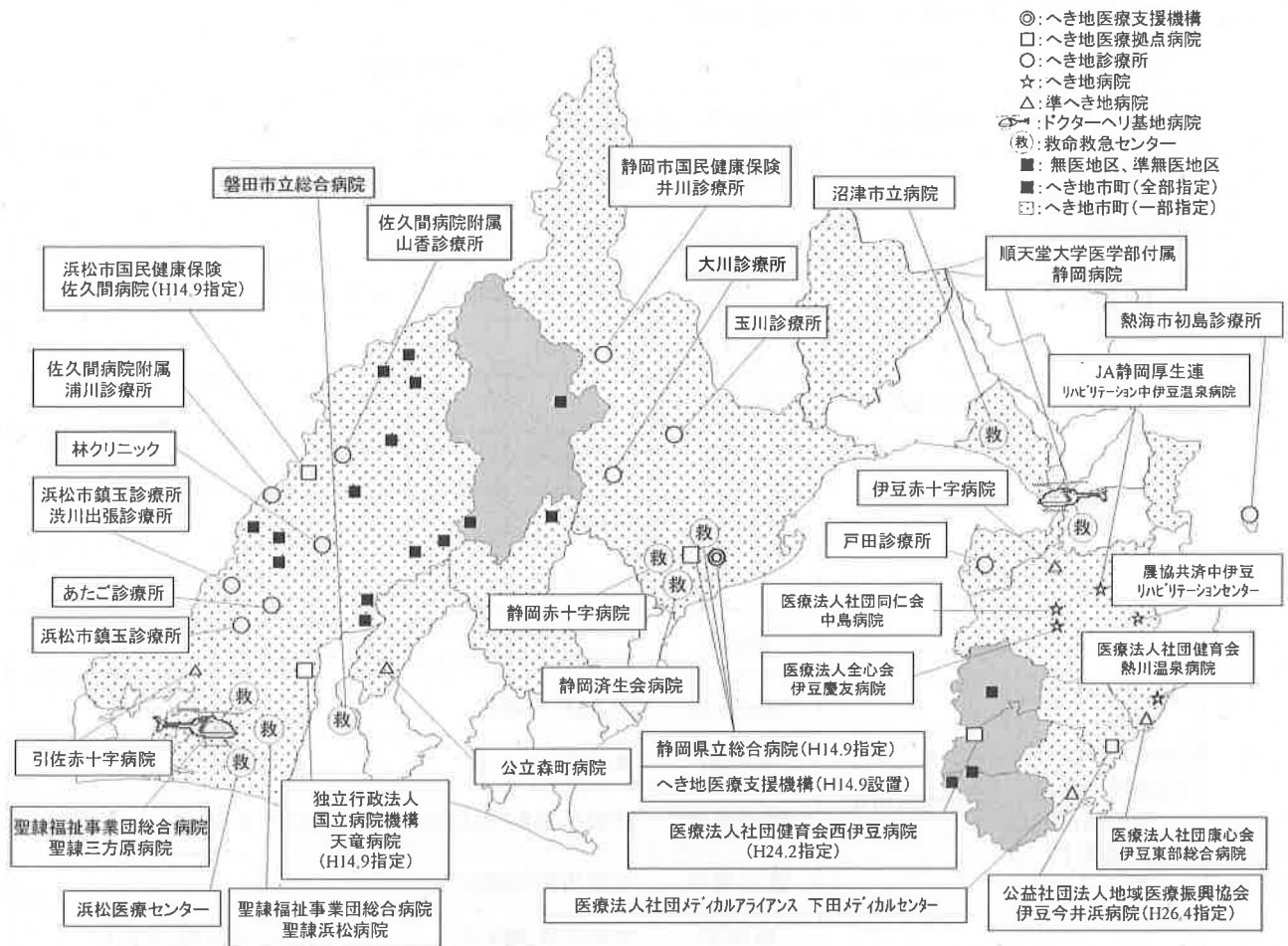
※準へき地病院：へき地には所在しないが、へき地医療の確保に必要であるとする病院

<へき地医療拠点病院、へき地診療所>

	へき地医療拠点病院		へき地診療所	
	医療機関数	医療機関名	医療機関数	医療機関名
賀茂	2	医療法人社団健育会西伊豆健育会病院、公益社団法人地域医療振興協会伊豆今井浜病院	-	
熱海伊東	-	-	1	初島診療所(熱海市)
駿東田方	-	-	1	戸田診療所(沼津市)
富士	-	-	-	
静岡	1	静岡県立総合病院(へき地医療支援機構)	3	静岡市玉川診療所、静岡市大川診療所、静岡市国民健康保険井川診療所
志太榛原	-	-	-	
中東遠	-	-	-	
西部	2	独立行政法人国立病院機構天竜病院、浜松市国民健康保険佐久間病院	6	浜松市引佐鎮玉診療所、浜松市引佐鎮玉診療所渋川出張診療所、浜松市国民健康保険佐久間病院附属蒲川診療所、浜松市国民健康保険佐久間病院附属山香診療所、あたご診療所(浜松市)、林クリニック(浜松市)

(出典：第7次静岡県保健医療計画)

<県内のへき地医療を担う医療機関>



<へき地に該当する市町>

	過疎地域		振興山村		離島	無医・無歯科医地区	計 (重複を除く)
	全部指定	一部指定	全部指定	一部指定			
賀茂	南伊豆町、松崎町、西伊豆町	-	-	下田市、東伊豆町、河津町、南伊豆町、松崎町、西伊豆町	-	南伊豆町、西伊豆町	6
熱海伊東	-	-	-	-	熱海市	-	1
駿東田方	-	沼津市、伊豆市	-	伊豆市	-	-	2
富士	-	-	-	富士宮市	-	-	1
静岡	-	-	-	静岡市	-	静岡市	1
志太榛原	川根本町	島田市	川根本町	島田市	-	島田市、川根本町	2
中東遠	-	-	-	森町	-	-	1
西部	-	浜松市	-	浜松市	-	浜松市	1

<各法律に基づくへき地医療対策の対象地域>

区分	指定	該当地区	
(1)過疎地域 (過疎地域自立支援促進特別措置法に基づく過疎地域) 【8市町】	全地域指定	南伊豆町、松崎町、西伊豆町、川根本町	
	一部地域指定	沼津市	旧戸田村
		伊豆市	旧土肥町
		浜松市	旧春野町、旧龍山村、旧佐久間町、旧水窪町
		島田市	旧川根町
(2)振興山村 指定地域 (山村振興法に基づく振興山村指定地域) 【13市町】	全地域指定	川根本町	
	一部地域指定	下田市	稲梓村
		東伊豆町	城東村
		河津町	上河津村
		伊豆市	旧中伊豆町(上大見村、中大見村、下大見村) 旧天城湯ヶ島町(上狩野村、中狩野村)
		南伊豆町	南上村、三坂村
		松崎町	中川村
		西伊豆町	旧西伊豆町(仁科村)、旧賀茂村(宇久須村)
		富士宮市	旧芝川町(袖野村)
		静岡市	大河内村、梅ヶ島村、玉川村、井川村、清沢村、大川村
		島田市	旧川根町(伊久美村、笹間村)
		森町	天方村、三倉村
		浜松市	旧天竜市(熊村、上阿多古村、竜川村)、旧佐久間町(浦川町、山香村、城西村)、旧引佐町(伊平村、鎮玉村)、旧春野町、旧龍山村、旧水窪町
(3)離島 (離島振興法に基づく離島)	指定地域	熱海市	初島

2 関連データ

(1) 無医地区の状況（平成 26 年調査）

圏域	市町名	旧市町村名	地区名	地区数
賀茂	南伊豆町	 	天神原、伊浜	2
	西伊豆町	 	大沢里	1
志太榛原	島田市	川根町	笹間	1
	川根本町	中川根町	原山	1
		本川根町	接岨	1
西部	浜松市	天竜市	石打*、百古里、大平	3
		龍山村	白倉	1
		春野町	田河内、花島	2
		佐久間町	吉沢*、上平山	2
		水窪町	渡元*、西浦、二瀬*、門桁*	4
計	5市町		18地区	

「*」は無医地区に準じる地区

(資料：静岡県地域医療課「無医地区等調査」)

(2) 無歯科医地区の状況（平成 26 年調査）

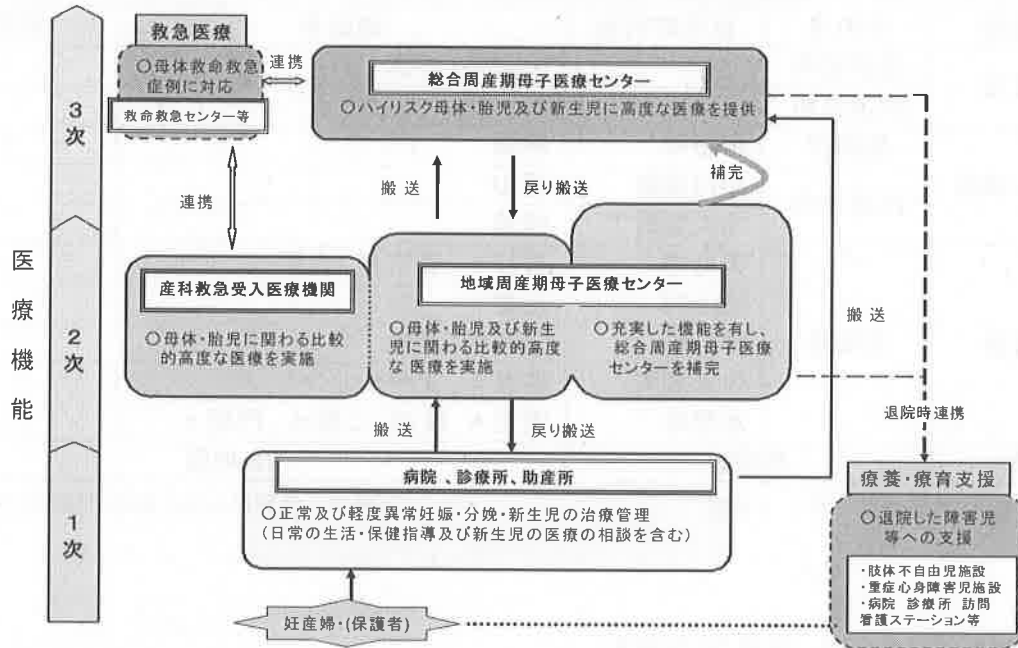
圏域	市町名	旧市町村名	地区名	地区数
賀茂	南伊豆町	 	天神原、伊浜	2
	西伊豆町	 	大沢里	1
静岡	静岡市	 	梅ヶ島、長熊、落合	3
志太榛原	島田市	川根町	笹間	1
	川根本町	中川根町	原山	1
		本川根町	接岨	1
西部	浜松市	天竜市	石打*、百古里、大平	3
		龍山村	白倉	1
		春野町	田河内、花島	2
		佐久間町	吉沢*、上平山	2
		水窪町	渡元*、西浦、二瀬*、門桁*	4
計	6市町		21地区	

「*」は無歯科医地区に準じる地区

(資料：静岡県地域医療課「無医地区等調査」)

II-4 周産期医療の医療提供体制の現状と課題

1 周産期医療の医療体制に求められる機能、医療機能を担う医療機関数



<総合周産期母子医療センター>

	医療機関名
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
"	静岡県立こども病院
"	社会福祉法人聖隷福祉事業団総合病院聖隷浜松病院

※ 管轄する区域はいずれも県内全域

<総合周産期母子医療センター>

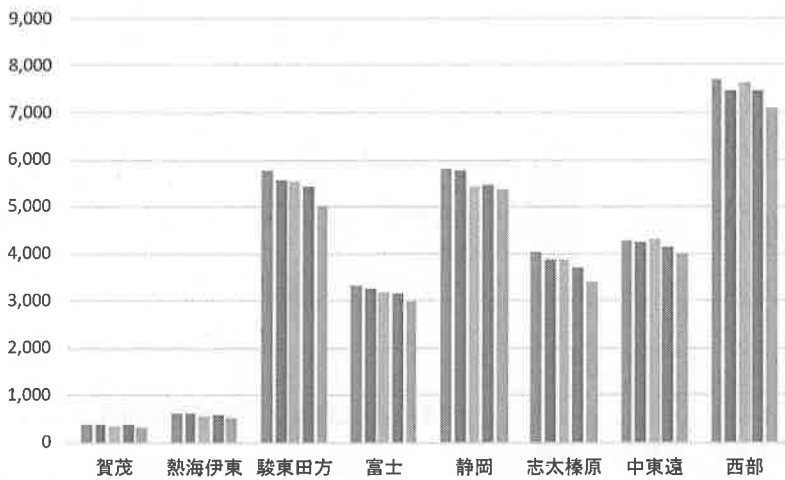
		賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
地域周産期母子医療センター	沼津市立病院	○	○	○	○				
"	富士市立中央病院	○	○	○	○				
"	静岡済生会総合病院					○	○		
"	静岡市立静岡病院					○	○		
"	焼津市立総合病院					○	○		
"	藤枝市立総合病院					○	○		
"	磐田市立総合病院							○	○
"	浜松医科大学医学部附属病院							○	○
"	浜松医療センター							○	○
"	社会福祉法人聖隷福祉事業団総合病院聖隷三方原病院							○	○
産科救急受入医療機関	伊東市民病院	○	○	○	○				
"	富士宮市立病院	○	○	○	○				
"	静岡市立清水病院					○	○		
"	静岡県立総合病院					○	○		
"	静岡赤十字病院					○	○		
"	掛川市・袋井市病院企業団立中東遠総合医療センター							○	○
"	J A 静岡厚生連遠州病院							○	○

表中の○は、各病院が担当する地域

(出典：第7次静岡県
保健医療計画)

2 関連データ

(1) 出生数の推移



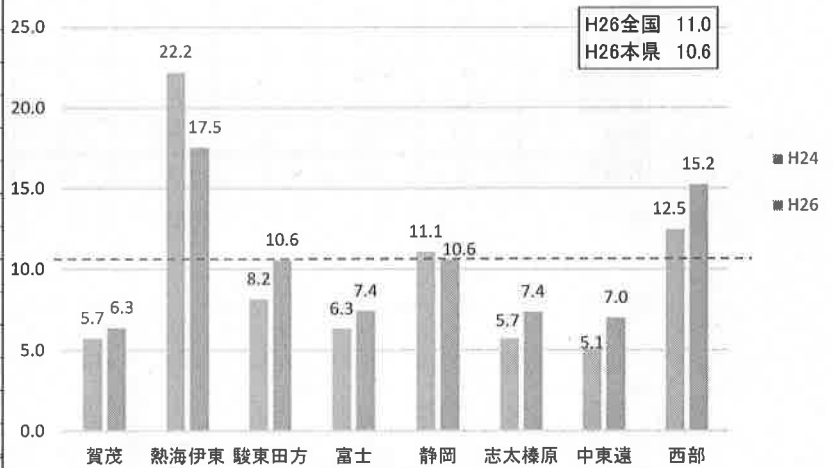
(単位:人)

	H22	H23	H24	H25	H26
賀茂	381	392	351	364	315
熱海伊東	618	624	541	588	514
駿東田方	5,772	5,569	5,520	5,423	5,018
富士	3,327	3,255	3,173	3,147	2,970
静岡	5,794	5,771	5,428	5,467	5,371
志太榛原	4,043	3,858	3,863	3,688	3,399
中東遠	4,256	4,231	4,310	4,140	4,005
西部	7,705	7,472	7,624	7,443	7,092
静岡県	31,896	31,172	30,810	30,260	28,684

(資料: 静岡県人口動態統計)

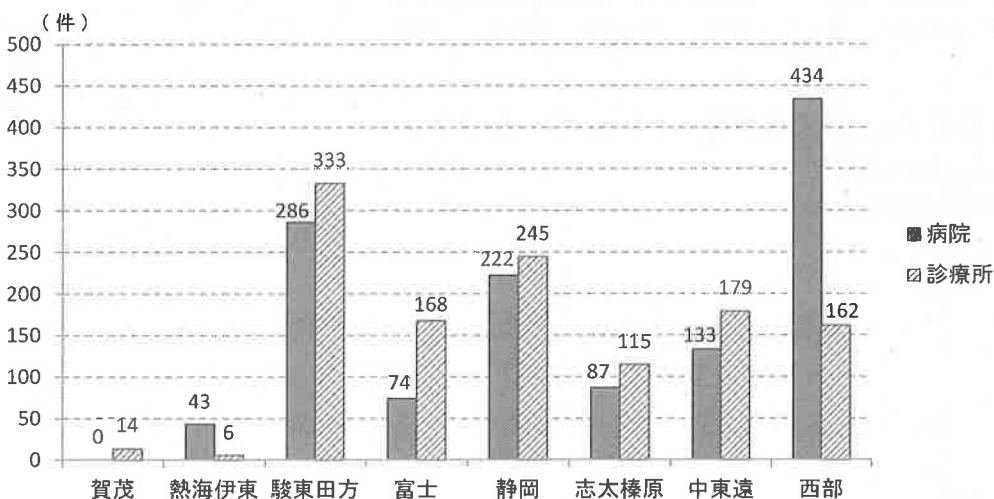
(2) 産科・産婦人科医師数

		H24	H26
賀茂	産科医及び産婦人科医の数	2	2
	(出生千対)	5.7	6.3
熱海伊東	産科医及び産婦人科医の数	12	9
	(出生千対)	22.2	17.5
駿東田方	産科医及び産婦人科医の数	45	53
	(出生千対)	8.2	10.6
富士	産科医及び産婦人科医の数	20	22
	(出生千対)	6.3	7.4
静岡	産科医及び産婦人科医の数	60	57
	(出生千対)	11.1	10.6
志太榛原	産科医及び産婦人科医の数	22	25
	(出生千対)	5.7	7.4
中東遠	産科医及び産婦人科医の数	22	28
	(出生千対)	5.1	7.0
西部	産科医及び産婦人科医の数	95	108
	(出生千対)	12.5	15.2
静岡県	産科医及び産婦人科医の数	278	304
	(出生千対)	9.0	10.6



(資料: 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」)

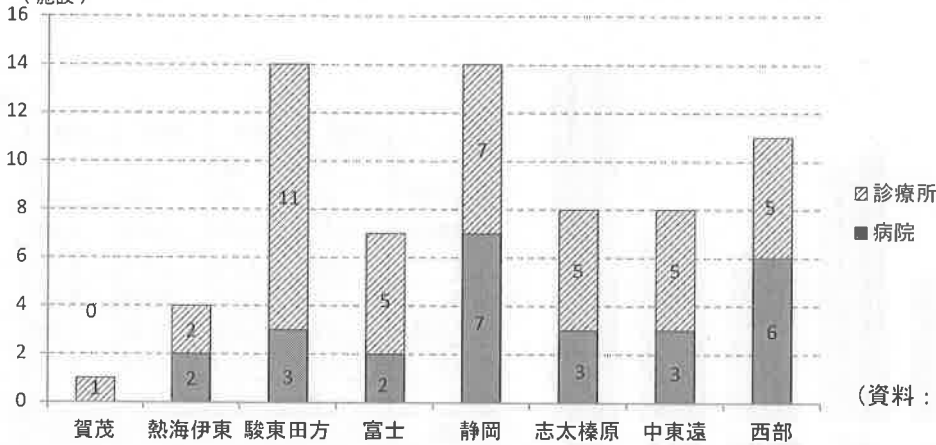
(3) 病院、診療所の分娩件数 (帝王切開件数を含む。)(平成26年9月)



(資料: 厚生労働省「医療施設調査」)

(4) 分娩を取扱う産科又は産婦人科病院数、一般診療所数 (平成 26 年 10 月 1 日)

(施設)

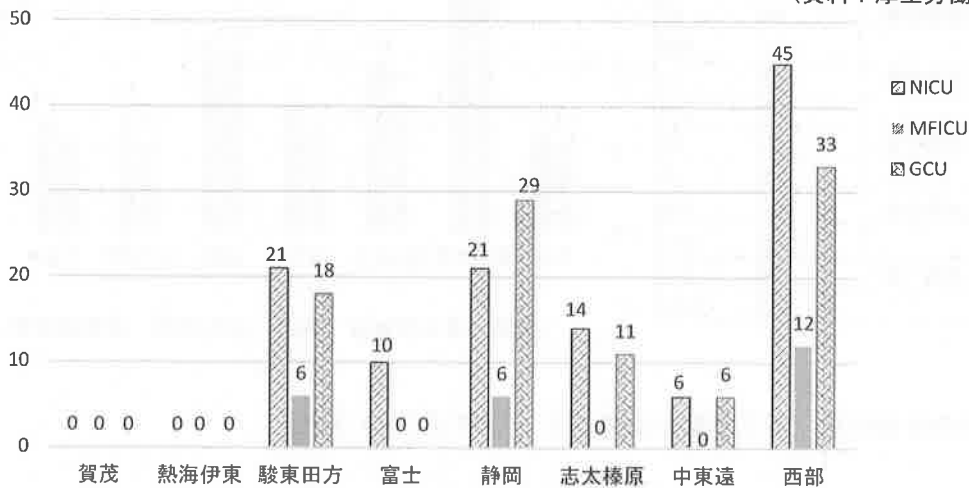


(資料：厚生労働省「医療施設調査」)

(5) NICU・MFICU・GCUを有する病院数と病床数

	NICU		MFICU		GCU	
	病院数	病床数	病院数	病床数	病院数	病床数
賀茂	-	-	-	-	-	-
熱海伊東	-	-	-	-	-	-
駿東田方	2	21	1	6	1	18
富士	1	10	-	-	-	-
静岡	2	21	1	6	2	29
志太榛原	2	14	-	-	2	11
中東遠	1	6	-	-	1	6
西部	4	45	1	12	3	33
静岡県	12	117	3	24	9	97

(資料：厚生労働省「医療施設調査」)



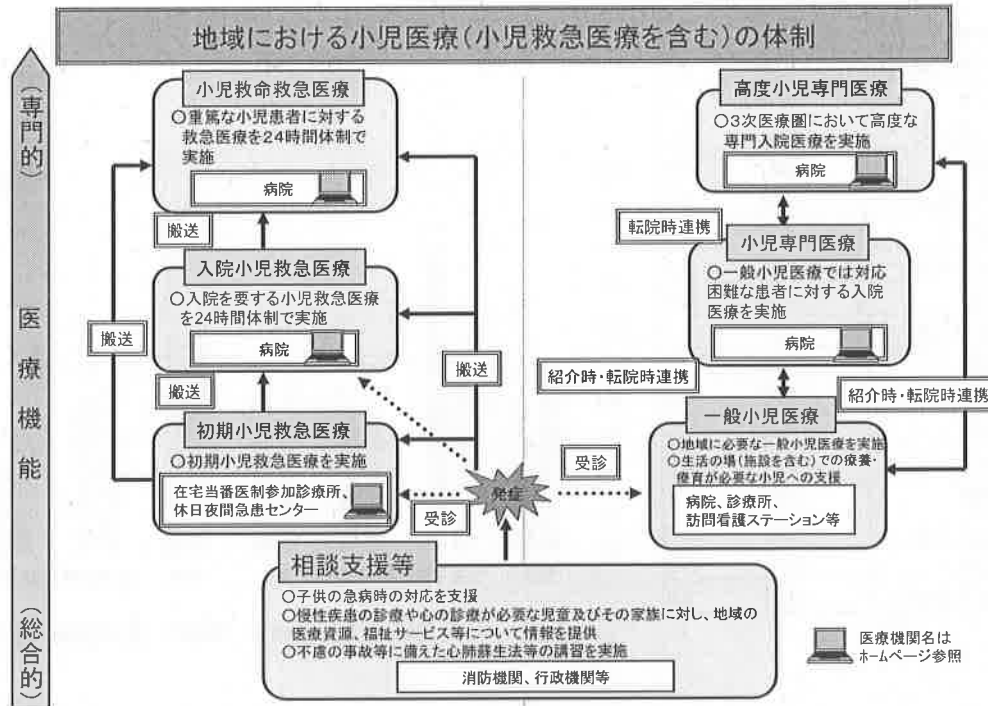
(6) ハイリスク分娩管理加算届出医療機関数 (平成 27 年 3 月 31 日)

	ハイリスク分娩管理加算 届出医療機関数
賀茂	-
熱海伊東	-
駿東田方	3
富士	2
静岡	7
志太榛原	2
中東遠	2
西部	5
静岡県	21

(資料：診療報酬施設基準)

Ⅱ-5 小児医療（小児救急医療を含む）の医療提供体制の現状と課題

1 小児医療（小児救急医療を含む）の医療体制に求められる機能、医療機能を担う医療機関数



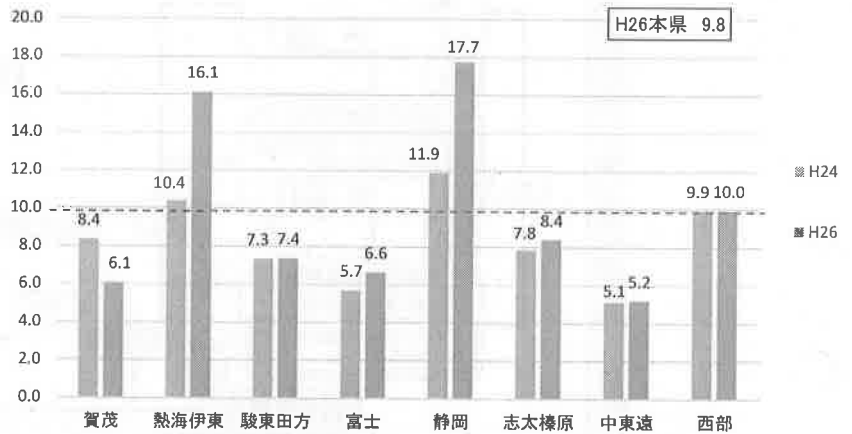
<小児2次救急医療体制の現状>

2次救急医療圏	小児2次救急医療体制		
	体制	状況	実施体制
賀茂	△	下田メディカルセンター	下田メディカルセンターにおいて、小児科が3回/月の対応再開
熱海	○	国際医療福祉大学熱海病院	国際医療福祉大学熱海病院が通年対応
伊東	△	伊東市民病院	当番日以外は、伊東市民病院がオンコール体制で対応
駿豆	○	国立病院機構静岡医療センター、沼津市立病院、聖隷沼津病院	3輪番病院で通年対応
下場	△	有隣厚生会富士病院	当番病院が有隣厚生会富士病院以外の病院の場合は内科で対応
富士	○	富士市立中央病院	富士市立中央病院で通年対応
清水	○	県立こども病院、静岡市立清水病院、県立総合病院、静岡市立静岡病院、静岡赤十字病院、静岡済生会総合病院、静岡厚生病院	清水厚生病院の小児科縮小に伴い、清水地区の輪番制への参加が困難となったため、H23.10より、清水地区及び静岡地区を一つの地域として静岡市内全域の輪番病院となる体制(毎日)に移行
志太榛原	○	焼津市立総合病院、藤枝市立総合病院、市立島田市民病院	3輪番病院で通年対応
中東遠	△	既存の制度で対応	各病院で個別対応。磐田市立病院及び中東遠総合医療センター以外の病院で小児科が不在の場合には、内科で対応
北遠	△	小児救急は未対応	佐久間病院の内科で対応。小児科医が当直の場合には、天竜病院でも対応。
西遠	○	JA静岡厚生連遠州病院、浜松赤十字病院、聖隷浜松病院、浜松医療センター、聖隷三方原病院、浜松労災病院、浜松医科大学医学部附属病院	7輪番病院で通年対応

2 関連データ

(1) 小児科医師数

		H24	H26
賀茂	小児科医の数	6	4
	(小児人口1万人対)	8.4	6.1
熱海伊東	小児科医の数	11	16
	(小児人口1万人対)	10.4	16.1
駿東田方	小児科医の数	66	64
	(小児人口1万人対)	7.3	7.4
富士	小児科医の数	31	35
	(小児人口1万人対)	5.7	6.6
静岡	小児科医の数	107	155
	(小児人口1万人対)	11.9	17.7
志太榛原	小児科医の数	50	52
	(小児人口1万人対)	7.8	8.4
中東遠	小児科医の数	34	34
	(小児人口1万人対)	5.1	5.2
西部	小児科医の数	118	116
	(小児人口1万人対)	9.9	10.0
静岡県	小児科医の数	423	476
	(小児人口1万人対)	8.4	9.8

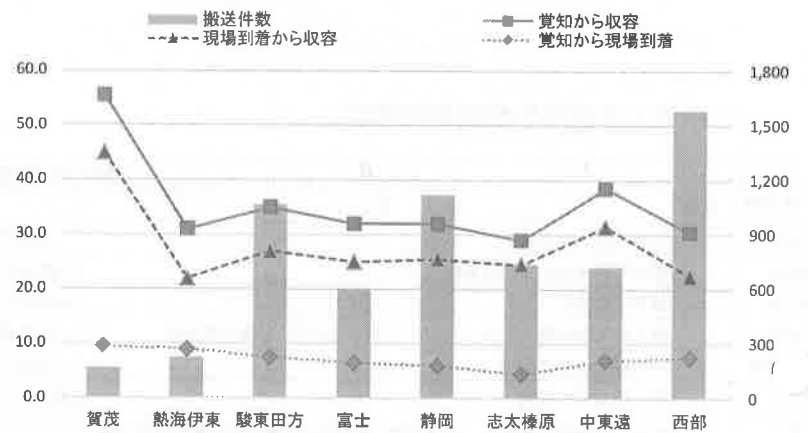


(資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」)

(2) 救急搬送の状況

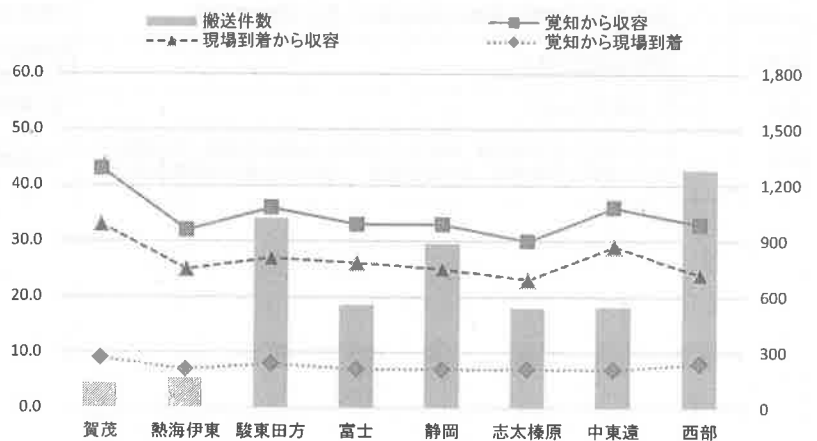
<新生児、乳幼児(7歳未満)>

構想区域	搬送件数(件)	覚知から収容(分)	搬送時間	
			覚知から現場到着	現場到着から収容
賀茂	165	55.5	9.5	45.0
熱海伊東	225	31.0	9.0	22.0
駿東田方	1,064	35.0	7.5	27.0
富士	601	32.0	6.5	25.0
静岡	1,120	32.0	6.0	25.5
志太榛原	737	29.0	4.5	24.5
中東遠	722	38.5	7.0	31.5
西部	1,582	30.5	7.5	22.5
静岡県	6,216	32.5	5.5	26.5



<少年(7歳以上18歳未満)>

構想区域	搬送件数(件)	覚知から収容(分)	搬送時間	
			覚知から現場到着	現場到着から収容
賀茂	131	43.0	9.0	33.0
熱海伊東	161	32.0	7.0	25.0
駿東田方	1,023	36.0	8.0	27.0
富士	556	33.0	7.0	26.0
静岡	887	33.0	7.0	25.0
志太榛原	538	30.0	7.0	23.0
中東遠	544	36.0	7.0	29.0
西部	1,282	33.0	8.0	24.0
静岡県	5,122	34.0	7.0	26.0

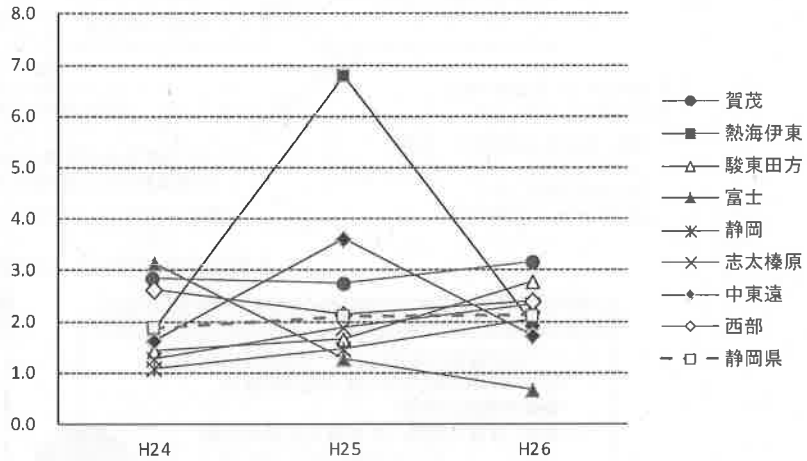


※平成24年度(2012年度)消防庁データに基づく。

(資料：厚生労働省「医療計画作成支援データブック」)

(3) 乳児死亡率 (出生千対)

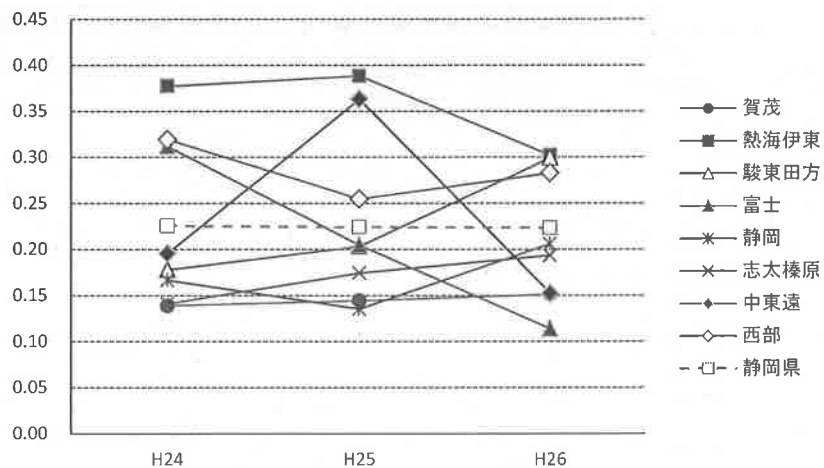
		H24	H25	H26
賀茂	出生数(人)	351	364	315
	乳児死亡数(人)	1	1	1
	乳児死亡率(出生千対)	2.85	2.75	3.17
熱海伊東	出生数(人)	541	588	514
	乳児死亡数(人)	1	4	1
	乳児死亡率(出生千対)	1.85	6.80	1.95
駿東田方	出生数(人)	5,520	5,423	5,018
	乳児死亡数(人)	8	9	14
	乳児死亡率(出生千対)	1.45	1.66	2.79
富士	出生数(人)	3,173	3,147	2,970
	乳児死亡数(人)	10	4	2
	乳児死亡率(出生千対)	3.15	1.27	0.67
静岡	出生数(人)	5,428	5,467	5,371
	乳児死亡数(人)	6	8	11
	乳児死亡率(出生千対)	1.11	1.46	2.05
志太榛原	出生数(人)	3,863	3,688	3,399
	乳児死亡数(人)	5	7	8
	乳児死亡率(出生千対)	1.29	1.90	2.35
中東遠	出生数(人)	4,310	4,140	4,005
	乳児死亡数(人)	7	15	7
	乳児死亡率(出生千対)	1.62	3.62	1.75
西部	出生数(人)	7,624	7,443	7,092
	乳児死亡数(人)	20	16	17
	乳児死亡率(出生千対)	2.62	2.15	2.40
静岡県	出生数(人)	30,810	30,260	28,684
	乳児死亡数(人)	58	64	61
	乳児死亡率(出生千対)	1.88	2.12	2.13



(資料：静岡県人口動態統計)

(4) 小児の死亡率 (15歳未満人口千人対)

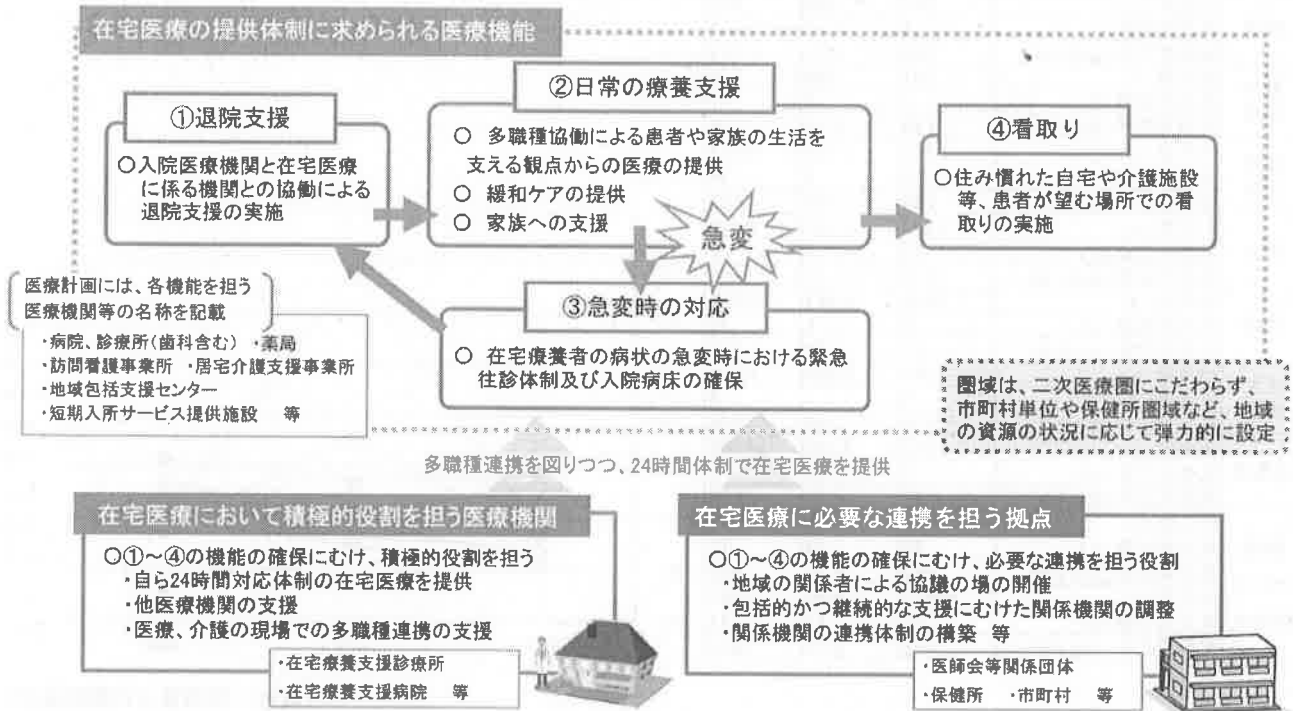
		H24	H25	H26
賀茂	15歳未満人口(人)	7,185	6,922	6,605
	15歳未満死亡数(人)	1	1	1
	15歳未満死亡率(千対)	0.14	0.14	0.15
熱海伊東	15歳未満人口(人)	10,597	10,297	9,928
	15歳未満死亡数(人)	4	4	3
	15歳未満死亡率(千対)	0.38	0.39	0.30
駿東田方	15歳未満人口(人)	90,019	88,519	86,862
	15歳未満死亡数(人)	16	18	26
	15歳未満死亡率(千対)	0.18	0.20	0.30
富士	15歳未満人口(人)	54,489	53,783	52,701
	15歳未満死亡数(人)	17	11	6
	15歳未満死亡率(千対)	0.31	0.20	0.11
静岡	15歳未満人口(人)	90,017	88,580	87,368
	15歳未満死亡数(人)	15	12	18
	15歳未満死亡率(千対)	0.17	0.14	0.21
志太榛原	15歳未満人口(人)	63,747	63,031	61,967
	15歳未満死亡数(人)	9	11	12
	15歳未満死亡率(千対)	0.14	0.17	0.19
中東遠	15歳未満人口(人)	66,413	66,057	65,622
	15歳未満死亡数(人)	13	24	10
	15歳未満死亡率(千対)	0.20	0.36	0.15
西部	15歳未満人口(人)	118,904	117,687	116,565
	15歳未満死亡数(人)	38	30	33
	15歳未満死亡率(千対)	0.32	0.25	0.28
静岡県	15歳未満人口(人)	501,371	494,876	487,618
	15歳未満死亡数(人)	113	111	109
	15歳未満死亡率(千対)	0.23	0.22	0.22



(資料：静岡県人口動態統計)

Ⅲ 在宅医療の医療提供体制の現状と課題

1 厚生労働省「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ



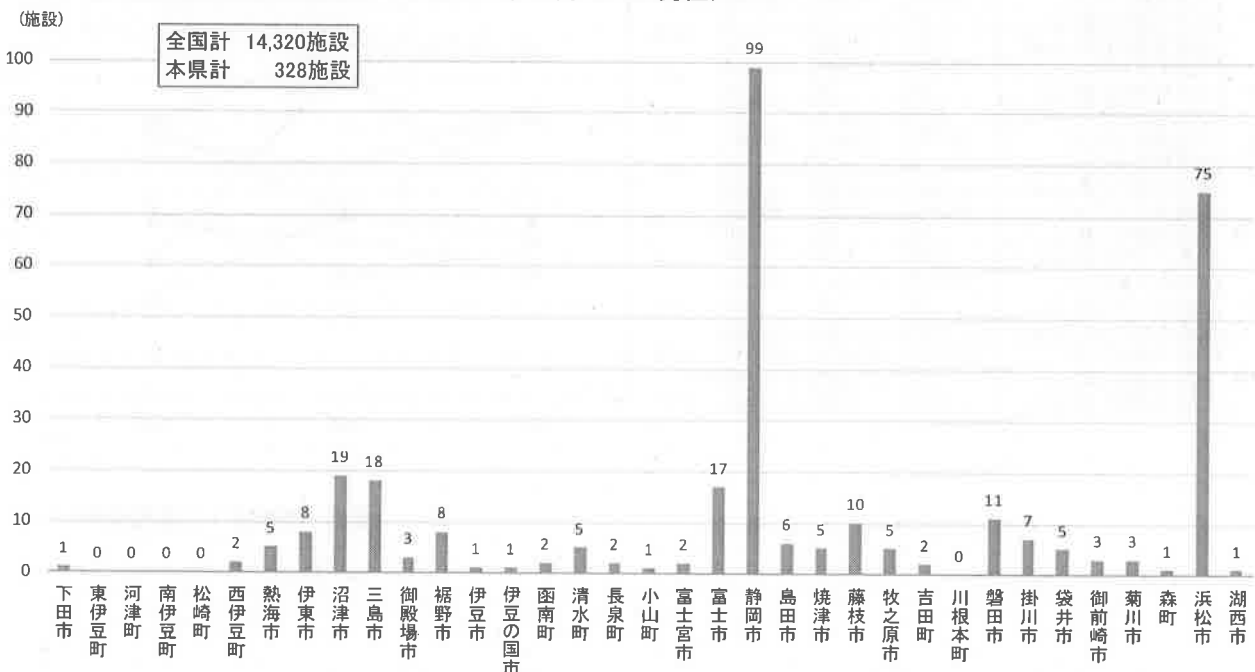
(出典：第1回 全国在宅医療会議(H28.7.6)資料より)

2 関連データ

(1) 在宅療養支援病院数 (平成27年3月31日現在)

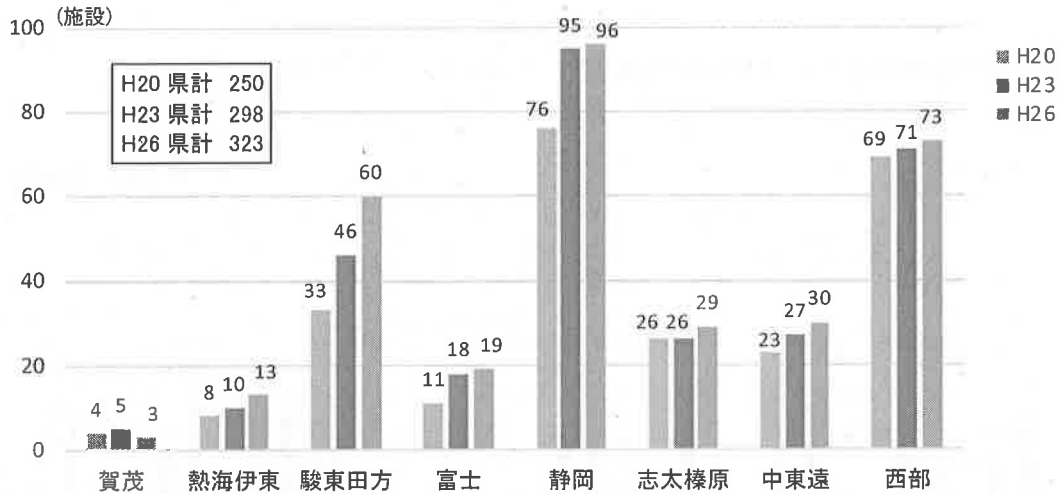
指標名	全国	静岡県	二次保健医療圏							
			賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
在宅療養支援病院数	1,044	98	2	0	4	1	1	1	3	3

(2) 在宅療養支援診療所数 (平成27年3月31日現在)



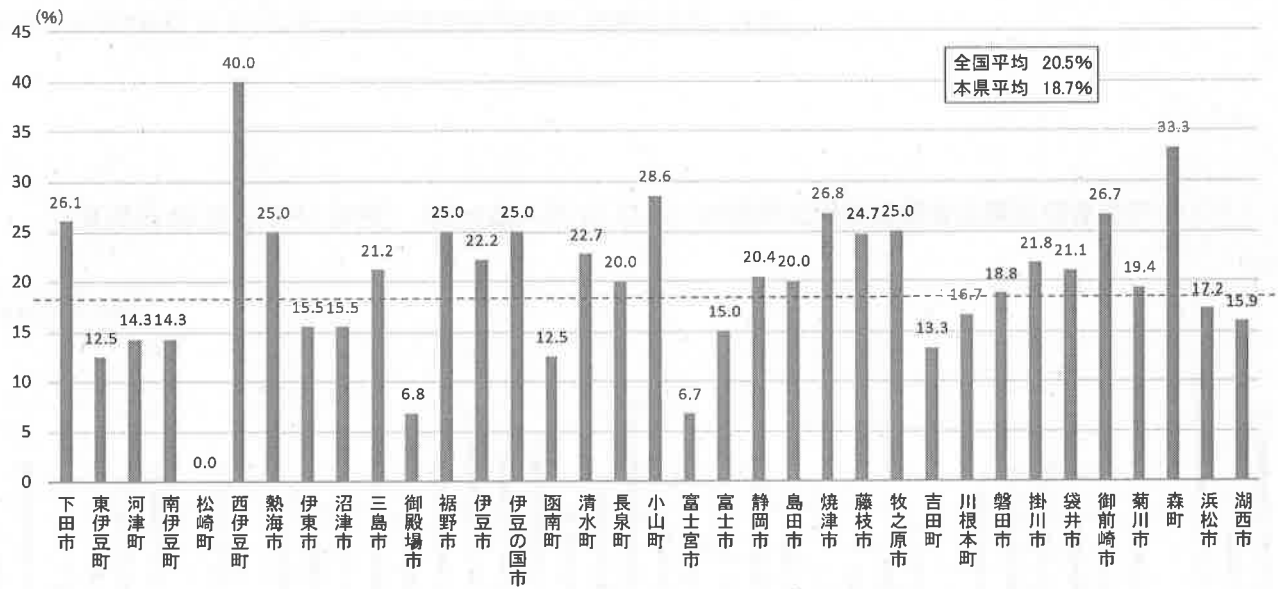
(資料：厚生労働省「在宅医療に係る地域別データ集」)

(3) 在宅療養支援診療所数の推移 (各年10月1日現在)



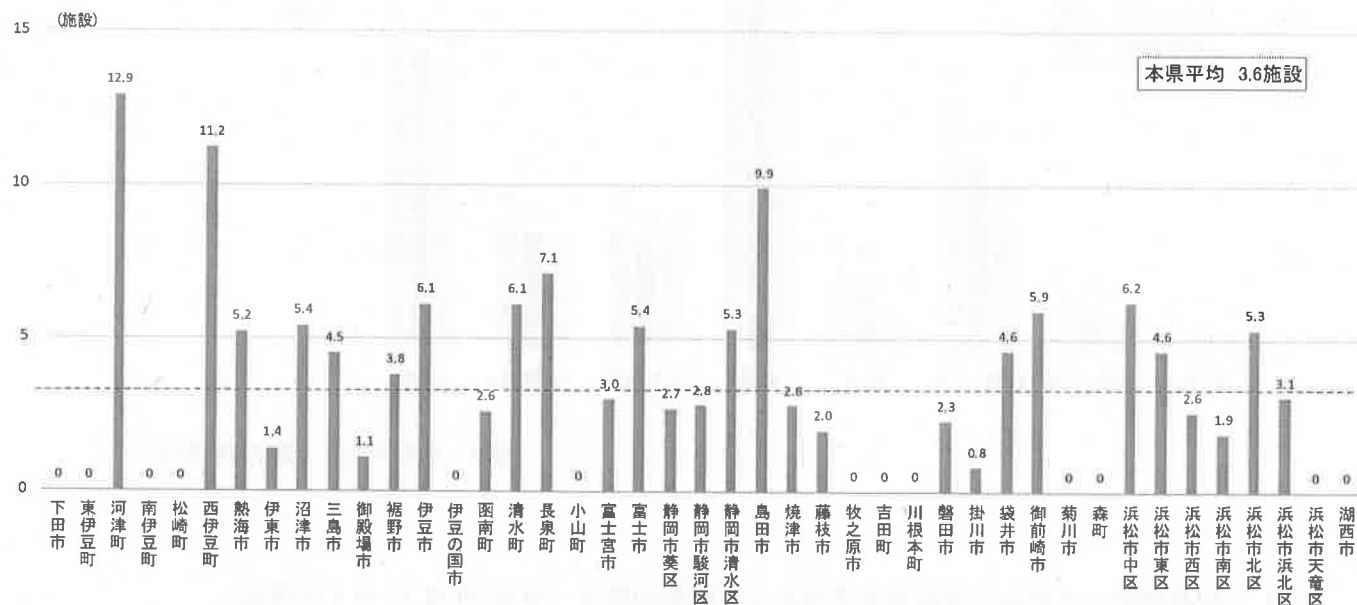
(資料：厚生労働省「医療施設調査」)

(4) 一般診療所に占める訪問診療を実施する診療所の割合 (平成26年10月1日現在)



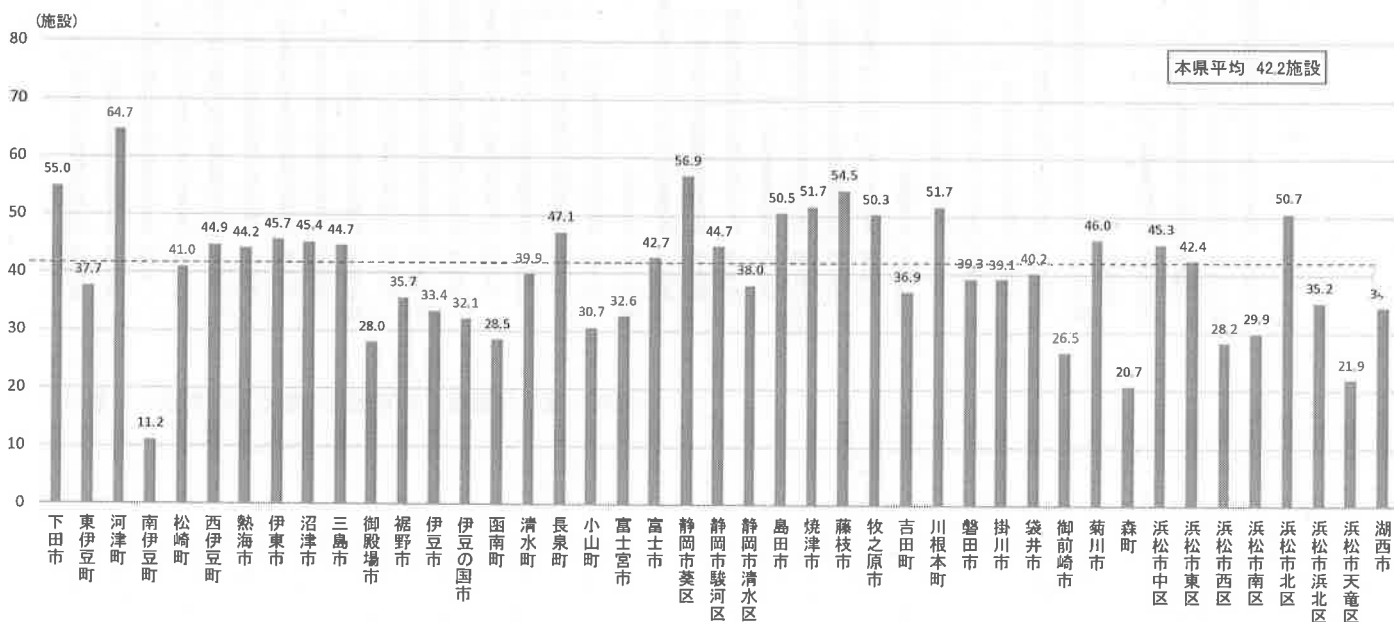
(資料：厚生労働省「在宅医療に係る地域別データ集」)

(5) 在宅療養支援歯科診療所数 (人口 10 万人当たり) (平成 27 年 3 月 31 日現在)



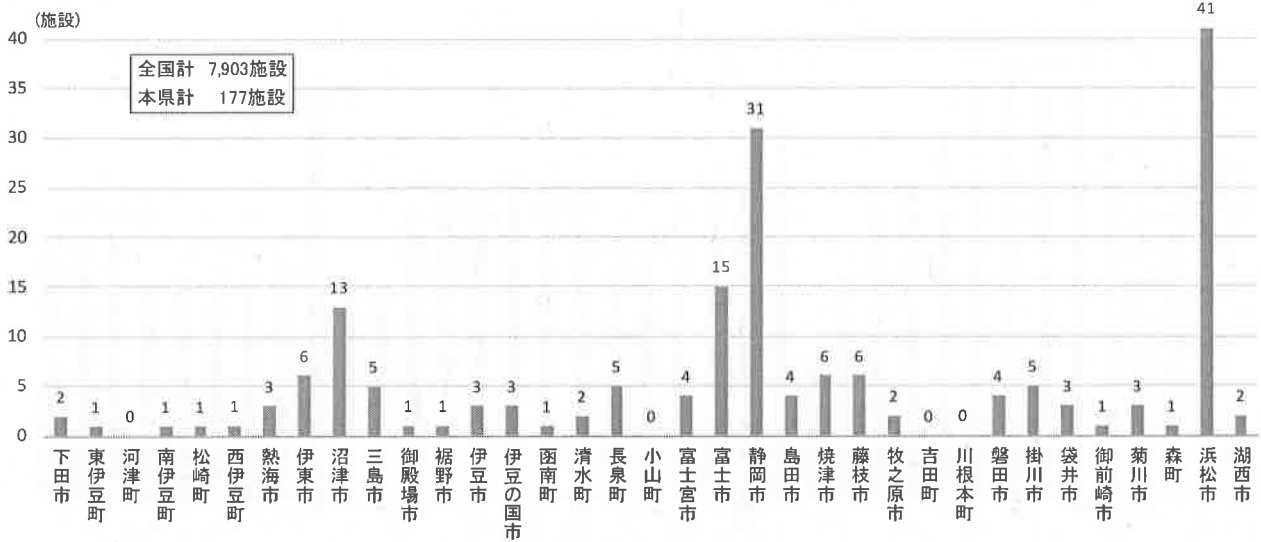
(資料：厚生労働省「医療計画作成支援データブック」、診療報酬施設基準)

(6) 在宅患者訪問薬剤管理指導届出施設数 (人口 10 万人当たり) (平成 27 年 3 月 31 日現在)

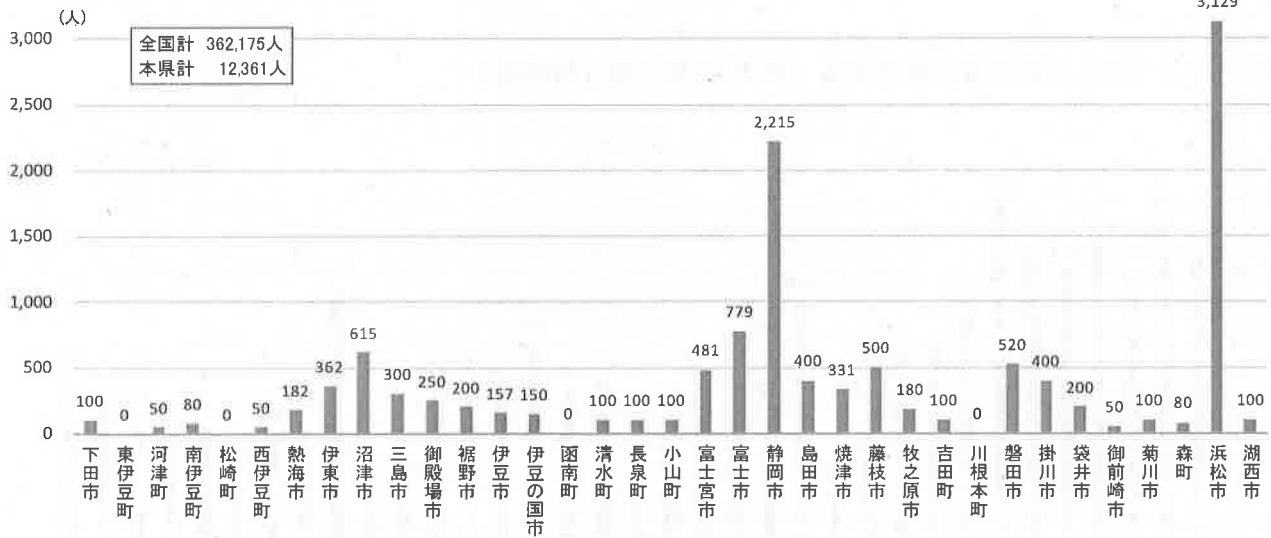


(資料：厚生労働省「医療計画作成支援データブック」「診療報酬施設基準」)

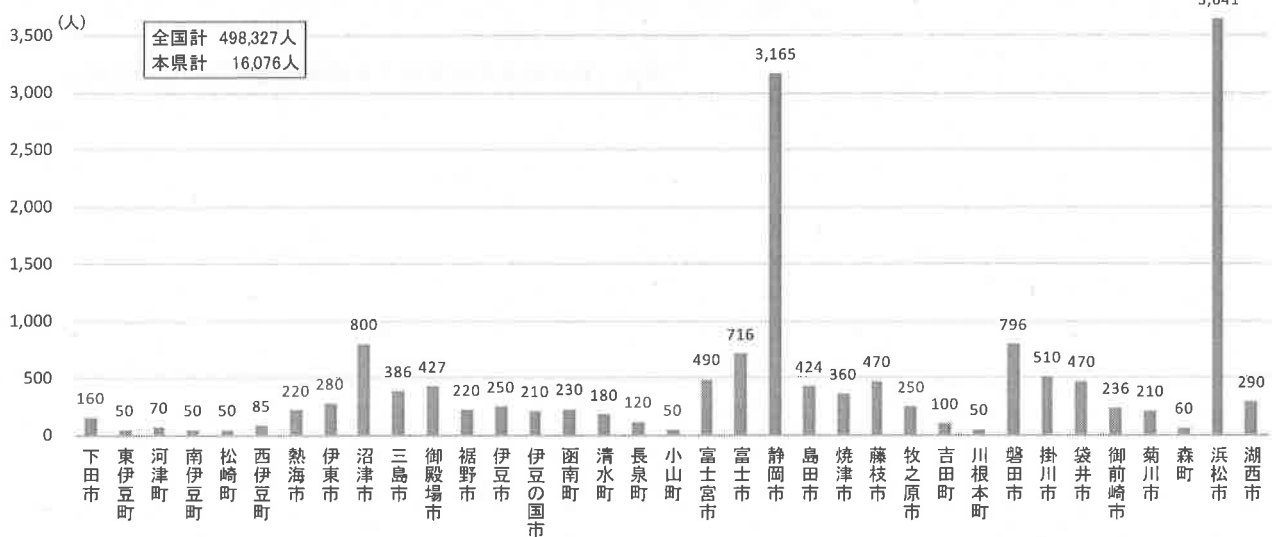
(7) 訪問看護ステーション数 (平成26年10月1日現在)



(8) 介護老人保健施設定員 (平成26年10月1日現在)



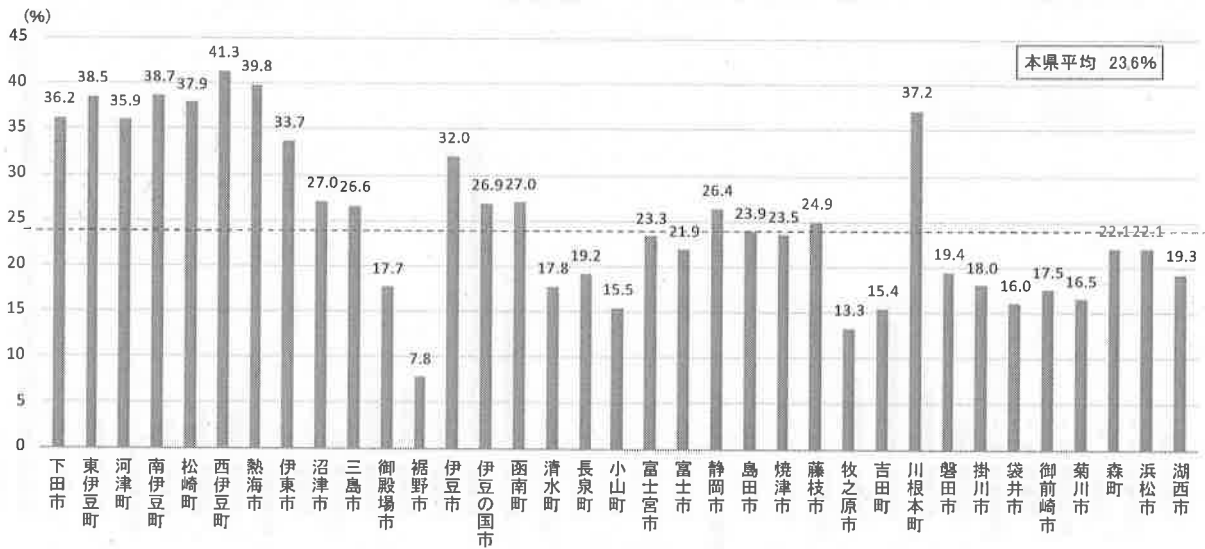
(9) 介護老人福祉施設定員 (平成26年10月1日現在)



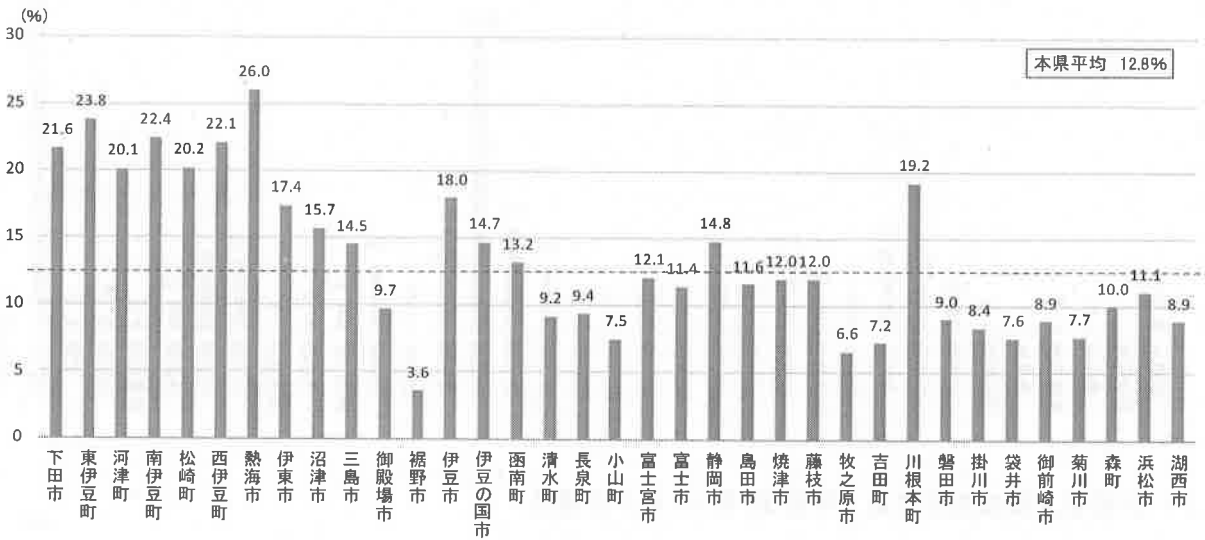
※地域密着型は含まれていない。

(資料：厚生労働省「在宅医療に係る地域別データ集」、介護サービス施設・事業所調査)

(10) 高齢者世帯の割合（平成 28 年 4 月 1 日現在）

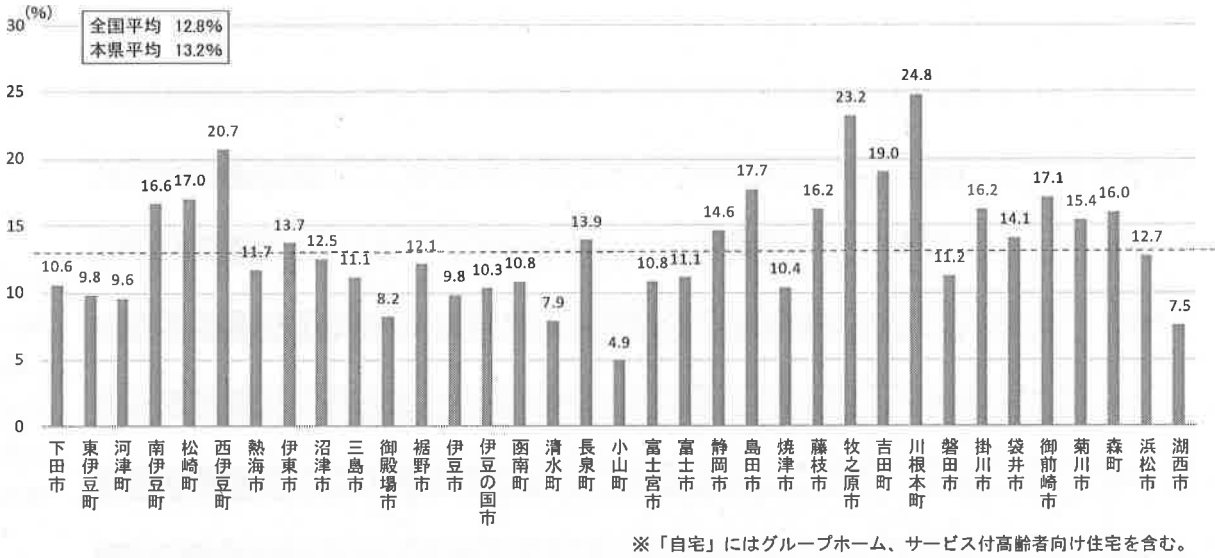


(11) ひとり暮らし高齢者世帯の割合（平成 28 年 4 月 1 日現在）

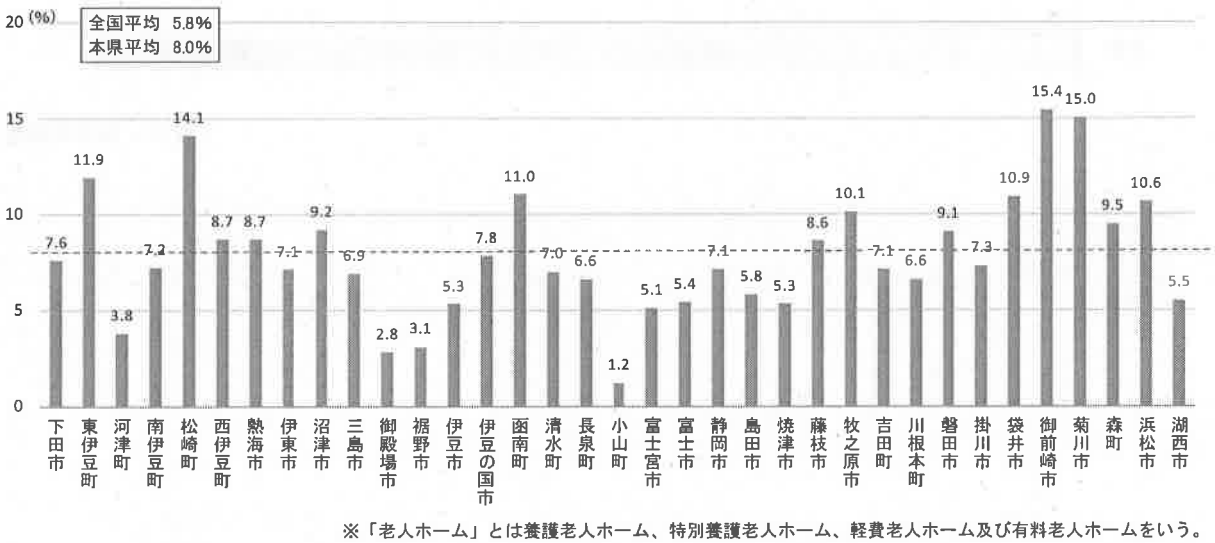


（資料：静岡県長寿政策課「高齢者福祉行政の基礎調査」）

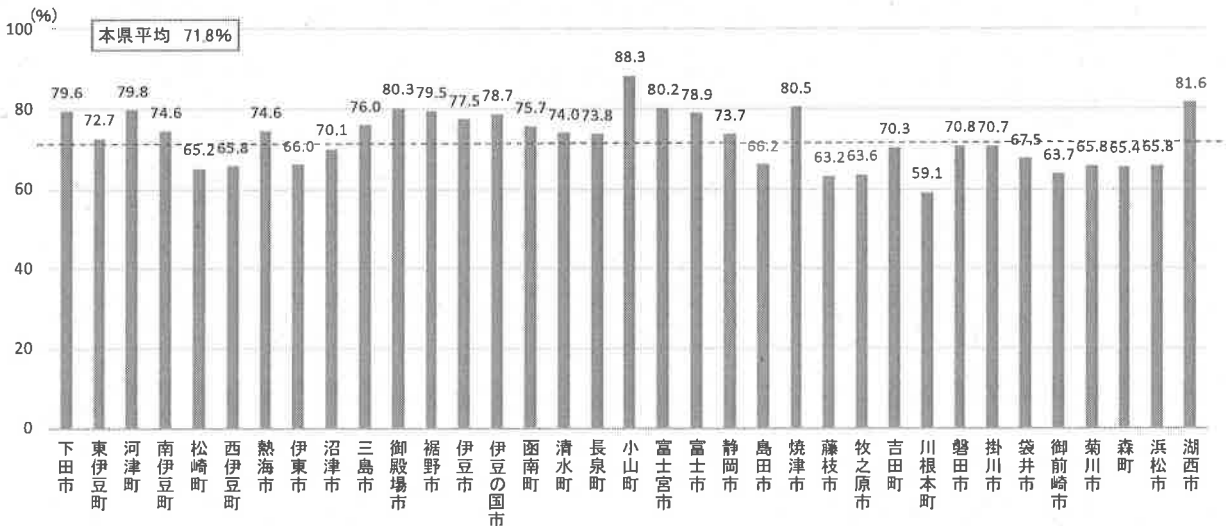
(12) 死亡者数に占める自宅で死亡した者の割合（平成 26 年）



(13) 死亡者数に占める老人ホームで死亡した者の割合（平成 26 年）

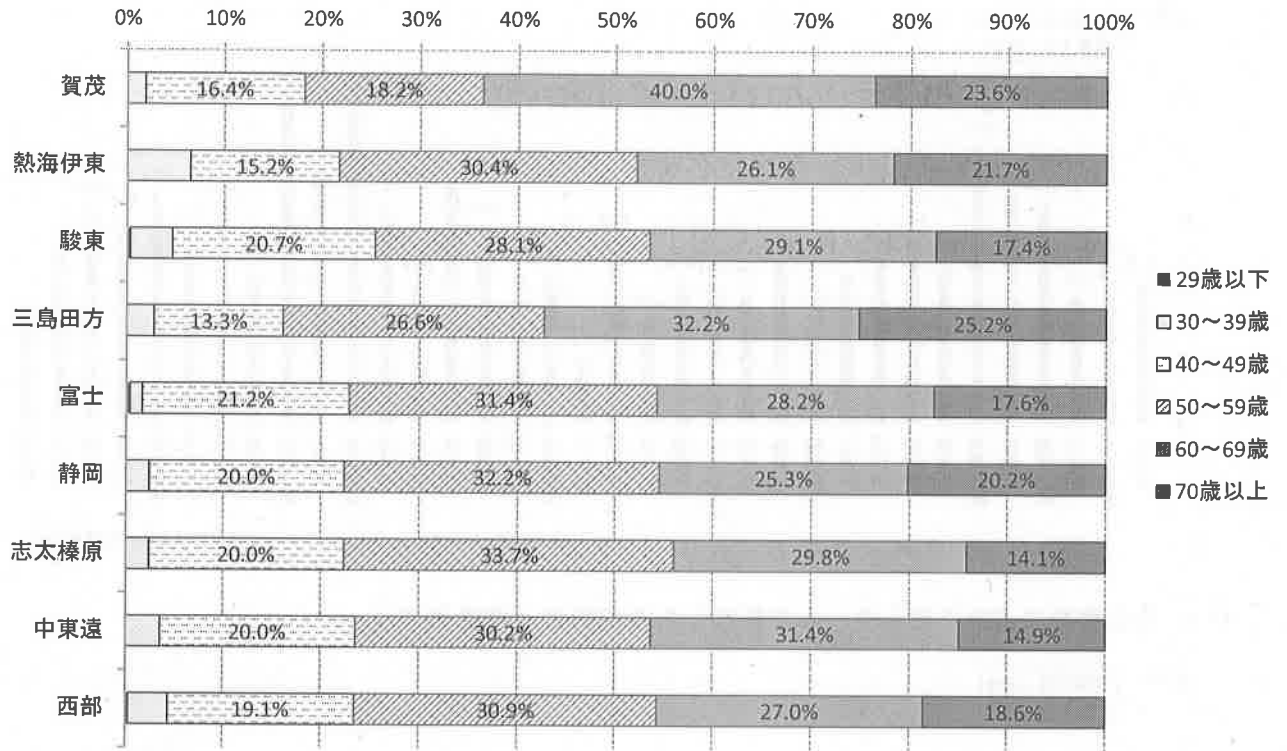


(14) 死亡者数に占める病院で死亡した者の割合（平成 26 年）



(資料：厚生労働省「在宅医療に係る地域別データ集」、静岡県「静岡県人口動態統計」)

(15) 診療所医師の年齢構成



(資料：静岡県調査)

中東遠地域医療構想調整会議（第 2 回） 各委員からの意見提出

開催日：平成 28 年 10 月 4 日

	疾病・事業等	構想区域における医療提供体制の現状・課題
7 疾 病	がん	<ul style="list-style-type: none"> ・専門的でかつ急を要しない場合もある疾患なので、紹介による中東遠圏外受診をしてよいと思う。ただし、急性期後は地域で患者の受け入れ、医療提供ができる体制づくりが必要であり、高度急性期病院と地域病院との連携の強化が必要である。（森町保健福祉課長 村松成弘） ・5 大がんの中で肝がんは地域完結率が 86.3%と 90%に近い数値であるが、他の領域のがん種は 80%未満である。診療や治療を受ける医療機関の選択が、検診受診機関であったり、知り合いやご家族からの意見に左右されて西部医療圏の病院を受診しているのではないか。特に、乳がんに関しては、この地域に専門医が少ないことが大いに関係している。さらに、細やかな対応を必要とする女性患者さんが対象であり、外科治療、化学療法、ホルモン療法、放射線療法等治療のバリエーションが広いため、経験豊富な西部医療圏へ 34%の患者が流れているのであろう。（磐田市立総合病院長 鈴木昌八） ・今後、がん患者の大幅な増加が見込まれているが、中東遠医療圏においては現在、地域がん診療拠点が磐田市立総合病院のみであり、47 万人の人口を抱える体制としてはあまりにも脆弱であることから、圏域におけるがん診療体制の強化が急務となっている。（中東遠総合医療センター企業長兼院長 名倉英一） ・登録件数に見合った症例数は少ない。退院時支援が充実すれば病診連携数が増加するであろう。つまり、登録された医療機関の受け皿は十分あるが、稼働している退院～在宅医療の実態数は極めて厳しく、退院時支援に今後を委ねる状態にあると考えられる。（磐周医師会長 石坂恭一） ・専門的な治療が可能な急性期、回復期は病院で行われており、地域連携強化が必要。（小笠医師会長 加藤 進） ・患者の病院へのフリーアクセスが可能であることから、大病院志向が強いためと思われる。（えいせい掛川介護老人保健施設長 平沢弘毅） ・中東遠地域外の協力体制も必要ではないか（治療が高度化・専門化している為）。（静岡県看護協会中東遠支部長 市川幸子）

	<ul style="list-style-type: none"> ・他の圏域と比べ自己完結率が若干低めであるが、住民の選択によるものであれば、無理に完結率を上げる必要はないと思われる。(全国健康保険協会静岡支部業務部長 柴田 克仁)
脳卒中	<ul style="list-style-type: none"> ・高度急性医療から回復期・リハビリ・退院後の外来まで中東遠圏内で担うべき疾患であり、中東遠圏内で完結できるような体制を整える必要がある。(森町保健福祉課長 村松成弘) ・東西に救命救急センターがあるにもかかわらず、85%の自己完結率にとどまっている理由は何か、精査が必要である。西部医療圏へのアクセスの良い地域からの受診？(磐田市立総合病院長 鈴木昌八) ・受け皿側にも病院側にも大きな問題なく稼働している。ただし、患者に説明を行って記録を残して情報の還元を行なっているが、病院と情報交換を行っている医療機関は少ない。患者情報を急性期病院にファックスすることになっているが、ファックスをして診療報酬を請求している医療機関はもっと少ない。また、病院側がどのように情報を処理しているか？リアルタイムに病院主治医にまで情報が届いているか？疑問も残る。(磐周医師会長 石坂恭一) ・救急医療センターで対応、連携パスは可動していない。(小笠医師会長 加藤 進) ・t-pa 治療、その後のリハビリとも、ほぼ圏域内でできていると思われる。(えいせい掛川介護老人保健施設長 平沢弘毅) ・専門医が不足している。(静岡県看護協会中東遠支部長 市川幸子)
急性心筋梗塞	<ul style="list-style-type: none"> ・高度急性医療から回復期・リハビリ・退院後の外来まで中東遠圏内で担うべき疾患であり、中東遠圏内で完結できるような体制を整える必要がある。(森町保健福祉課長 村松成弘) ・90%以上の自己完結率が得られているが、冠動脈造影を要する症例は西部医療圏に 13.9%が依存している。(磐田市立総合病院長 鈴木昌八) ・2病院つまり磐田市立総合病院と中東遠総合医療センターに速やかに搬送するパスは確立されている。(磐周医師会長 石坂恭一) ・8～12 か月の月の2回病院受診となっているが、受診しやすいシステム作り必要。(小笠医師会長 加藤 進) ・カテーテルについては、完結できている。バイパス術等高度な手術は近隣医療圏との連携が必要。(えいせい掛川介護老人保健施設長 平沢弘毅) ・専門医が不足している。(静岡県看護協会中東遠支部長 市川幸子)

<p>糖尿病</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・専門的でかつ急を要しない場合もある疾患なので、紹介による中東遠圏外受診をしてよいと思う。ただし、急性期後は地域で患者の受け入れ、医療提供ができる体制づくりが必要であり、高度急性期病院と地域病院との連携の強化が必要である。(森町保健福祉課長 村松成弘) ・入院加療を要した糖尿病症例の21.4%が西部医療圏で完結している。がんと同様に検診を受けた医療機関への受診による影響なのか、かかりつけ医からの紹介状況についても検討する必要あり。慢性疾患でもあり、自己完結率76.9%は大いに問題である。(磐田市立総合病院長 鈴木 昌八) ・糖尿病の救急は、実際に行っています。また、本院において可能と存じます。(市立御前崎総合病院長 大橋弘幸) ・我々の医師会では、地域の診療所医師のレベルアップを目的に「糖尿病研修」を数年前から年度事業にあげて取り組んでいる。初期糖尿病患者教育やコントロール不良な患者の教育入院おけるクリニカルパスは機能していると考えられる。(磐周医師会長 石坂恭一) ・連携手帳が利用されているが、病院医師人事異動もあり必ずしもスムーズでない。(小笠医師会長 加藤 進) ・糖尿病入院は完結率が低いものの通常の外来診療は開業医圏域内での完結は可能と思われる(えいせい掛川介護老人保健施設長 平沢弘毅) ・専門医が不足している。地域連携パスがうまく機能していないと思います。(静岡県看護協会中東遠支部長 市川幸子) ・人工透析(外来)の完結率は100%であり、糖尿病の入院については患者の選択に委ね、現在の自己完結率でもよいのではないか。(全国健康保険協会静岡支部業務部長 柴田 克仁)
<p>喘息</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・専門的でかつ急を要しない場合もある疾患なので、紹介による中東遠圏外受診をしてよいと思う。ただし、急性期後は地域で患者の受け入れ、医療提供ができる体制づくりが必要であり、高度急性期病院と地域病院との連携の強化が必要である。(森町保健福祉課長 村松成弘) ・治療に難渋する症例のみを総合病院に送る既存の体制の状態にある。(磐周医師会長 石坂恭一) ・個々の専門医と病院で対応。(小笠医師会長 加藤 進) ・呼吸器専門医が少なくしかも高齢者が多い現状では需要が多いので医師確保対策が重要と思います。(静岡県看護協会中東遠支部長 市川幸子)
<p>肝炎</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・専門的でかつ急を要しない場合もある疾患なので、紹介による中東遠圏外受診をしてよいと思う。ただし、急性期後は地域で患

		<p>者の受け入れ、医療提供ができる体制づくりが必要であり、高度急性期病院と地域病院との連携の強化が必要である。(森町保健福祉課長 村松成弘)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ハーボニーが始まる前からクリニカルパスは機能していると考えられる。(磐周医師会長 石坂恭一) ・C型慢性肝炎のインナーフェロンブリー治療に移行した為パスは不要となった。(小笠医師会長 加藤 進) ・地域連携パスが十分機能していないと思います。(静岡県看護協会中東遠支部長 市川幸子)
	精神疾患	<ul style="list-style-type: none"> ・入院は充足しているが、外来患者に対する診療体制が不十分であるため、外来患者が初診待ちをしている現状がある。医師の充足が必要である。(森町保健福祉課長 村松成弘) ・精神病の急性悪化症例に対する救急受け入れ体制は充分か？(磐田市医師会長 本田 仁) ・重度のBPSDをする認知症症例への対応可能な医療機関は圏域内に整備されているか？(磐田市医師会長 本田 仁) ・一般診療所や患者本人が総合病院の精神科を受診することはできない状態にある。かといって、精神科専門医受診もなかなか予約が取れないのが現状である。実態は浜松への流出である。(磐周医師会長 石坂恭一) ・うつ病等のパスを作製したが可動していない。(小笠医師会長 加藤 進) ・自己完結は十分できている。(えいせい掛川介護老人保健施設長 平沢弘毅) ・認知症対策はこれから必須なことだが、中心となり動いていくところがはっきりしていない。(静岡県看護協会中東遠支部長 市川幸子)
5 事 業	救急医療	<ul style="list-style-type: none"> ・現状でよいと思われる。(森町保健福祉課長 村松成弘) ・救急現場の負担軽減に向けた取り組み及び圏域救急医療体制(夜間救急)を保管する取り組みが必要である。例えば・消防指令センターと救急隊と救急医療機関との連携 ・救急医療を守るための住民への啓発や協働の推進 ・救急患者受け入れへの財源的支援など。(中東遠総合医療センター企業長兼院長 名倉英一) ・休日救急医療はセンター化され、夜間も輪番制からセンター化の方向で検討されている。(磐周医師会長 石坂恭一) ・救急医療センター化と病院の救急外来、救急診療で対応。(小笠医師会長 加藤 進) ・中東遠センター薬局にて休日の救急処方せんに対応中。(小笠袋井薬剤師会長 横山 敦) ・各病院間でバラバラ動いているので、話し合い機会をつくり協

	<p>力体制について協議する必要があるのではないのでしょうか。(静岡県看護協会中東遠支部長 市川幸子)</p> <p>・県内の集中治療室の使用状況を調査したうえで判断する必要がある。(全国健康保険協会静岡支部業務部長 柴田 克仁)</p>
災害時における医療	<p>・現状でよいと思われる。(森町保健福祉課長 村松成弘)</p> <p>・災害拠点病院・協力病院と診療所医師(地域医師会員)・看護師達が協同して行う災害時医療訓練の実施。(磐田市医師会長 本田 仁)</p> <p>・各地域における災害時医療救護訓練を毎年行っている。自治体とは地域にあった救護所における対応を検討している。(磐周医師会長 石坂恭一)</p> <p>・2次救護所の設置、死体検案実施訓練の充実化を図っている(小笠医師会長 加藤 進)</p> <p>・中東遠センター薬局内に掛川市災害時用医薬品を備蓄している。(小笠袋井薬剤師会長 横山 敦)</p> <p>・各地域で協力する必要があるが、広域に関しては県との連携が重要である。(静岡県看護協会中東遠支部長 市川幸子)</p>
へき地の医療	<p>・現状でよいと思われる。(森町保健福祉課長 村松成弘)</p> <p>・当医師会におけるへき地は、天竜区の山間部と森町の一部である。十分に機能している。(磐周医師会長 石坂恭一)</p> <p>・当医師会におけるへき地は、天竜区の山間部と森町の一部である。十分に機能している。(小笠医師会長 加藤 進)</p>
周産期医療	<p>・袋井市では分娩を扱う医療機関が開業し、森町でも家庭医療クリニックで妊婦健診が始まり、現状では充足していると思われる。(森町保健福祉課長 村松成弘)</p> <p>・平成28年度から「出産を受け入れる診療所」が2医療機関になり、安定した。(磐周医師会長 石坂恭一)</p> <p>・当番は産婦人科独自で行っている(小笠医師会長 加藤 進)</p> <p>・近隣圏域との協力が必要。(えいせい掛川介護老人保健施設長 平沢弘毅)</p> <p>・地域により偏在しており、体制を集約化を考えていくのであれば地域住民の理解が不可欠です。(静岡県看護協会中東遠支部長 市川幸子)</p>
小児医療(小児救急医療を含む)	<p>・現状でよいと思われる。(森町保健福祉課長 村松成弘)</p> <p>・救急現場の負担軽減に向けた取り組み及び圏域救急医療体制(夜間救急)を保管する取り組みが必要である。例えば・消防指令センターと救急隊と救急医療機関との連携・救急医療を守るための住民への啓発や協働の推進・救急患者受け入れへの財源的支援など。(中東遠総合医療センター企業長兼院長 名倉英一)</p>

		<ul style="list-style-type: none"> ・地域の診療所に全てを委ねている状態にある。重症症例と専門医による医療が求められる場合は総合病院にお願いしているが、診療所も病院も小児科医は充分ではないと考えられる。(磐周医師会長 石坂恭一) ・救急医療センター化、病院の救急外来、救急診療で対応(小笠医師会長 加藤 進) ・近隣圏域との協力が必要。(えいせい掛川介護老人保健施設長 平沢弘毅) ・地域により偏在しており、体制を集約化を考えていくのであれば地域住民の理解が不可欠です。(静岡県看護協会中東遠支部長 市川幸子)
在宅医療		<ul style="list-style-type: none"> ・森町では森町病院と家庭医療クリニックで行っているが、開業医では不十分であり、今後開業医といかに連携体制を構築するかが課題である。(森町保健福祉課長 村松成弘) ・在宅支援診療所の現況を尋ねると、地域医療構想とは裏腹に在宅患者は減少傾向にあるという回答が多い。また、がん患者の受け入れ状況も好転していない。医療資源の調査を行った時には、175点以下の慢性期療養病床患者の受け皿と成り得る医療機関は少ない。在宅医療に必要とされる医師会員とコメディカルの教育はweb講演会やweb検討会を通して毎月2回以上行われている。コーディネーターによる診療所への働きかけも他の地域では完了しているので、その know-how は今年度中に袋井市でも導入予定である。(磐周医師会長 石坂恭一) ・推進員と拡充に向けて調整中。(小笠医師会長 加藤 進) ・薬剤師の在宅訪問によるラドヒアランスの改善や残薬解消 e t c 結果がでていますが、エビランスがあってもそもそも訪問薬剤師が周知されていない現状は大きな課題です。今後さらに推進されていく在宅医療において、訪問薬剤師の必要性を医療関係者、市民への周知、理解不足の解消が大事と思います。在宅医療は多職種連携が欠かせないものであり、横のつながりこそ命であり、薬剤師の役割もこの連携において生きると思います。(磐田薬剤師会長 中村 良雄) ・総合病院の在宅患者も少しづつふえてきている。小笠地区においては県の業者で衛生材料等の供給システムの整備も進めている。(小笠袋井薬剤師会長 横山 敦) ・在宅医療の定義を拡大解釈し介護関連の施設(特養やサ高住等)を在宅医療とすればそれはまやかしであると発言しました。 加藤医師会長が発言に関連して1例を挙げます。 私の実姉は今東京の世田谷区のとある有料老人ホーム入所しています。何とか自分で買い物や散歩や料理ができるレベルです。その

		<p>姉の話によればその施設では契約医療機関があって定期的に施設に医師が来所し、入所者の希望を募って希望する者に集団検診のように診察し病名をつけて投薬を行うそうです。一方老健や療養病院は薬剤や検査のほとんどが包括されており薬剤の全額は病院側が負担するので必死に経営努力をしています。しかるに在宅の施設と言われるところでは患者さんが負担する限度額を除いては国の税金や保険料からの持ち出しとなります。医療費を抑制するどころか医療費の高騰が必定です。(掛川北病院長 野坂健次郎)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療の従事者の確保について発言しました。 <p>在宅医療に携わる医師の確保などの進捗状態はどうでしょうか。仮に医師会の努力で医師が確保できたとして急速に進展する首都圏の一極集中や核家族化などの家族形態の変化、少子高齢化、女性の社会進出の中で在宅医療を担う看護師、介護士他の確保はさらに困難な課題となるでしょう。実際私たちの病院だけでなく周辺の病院や施設でも職員の確保に苦勞しているはずです。</p> <p>また最近の様々な事件から見て在宅という密室でのコンプライアンスが守られるのか疑問です。外国人の採用にはこのリスクがあります。(掛川北病院長 野坂健次郎)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ほぼ自己完結できている。今後、基金の充実が必要(えいせい掛川介護老人保健施設長 平沢弘毅) ・医師を含めた人材確保が課題です。特に訪問看護ステーションを充実させる必要があると思います。(静岡県看護協会中東遠支部長 市川幸子) ・圏域の医療資源及び介護資源すべて把握したうえで、議論をスタートさせるべき。また、地域包括ケアシステムと歩調を合わせるため、県、市行政関係者の綿密な連携が特に重要である。(全国健康保険協会静岡支部業務部長 柴田 克仁)
その他		<ul style="list-style-type: none"> ・地域自己完結率 90%は単に基準としてもうけた数値なのか、今後の目標数値なのか明らかにしてほしい。目標数値となると、隣接医療圏との調整も具体的に進めていく必要がある。(磐田市立総合病院長 鈴木 昌八) ・地域医療構想の策定を進める中で、地域住民に地域完結型医療についての説明と理解を深めてもらう必要がある(9月の地域医療シンポジウムと同様な取り組み)。(磐田市立総合病院長 鈴木 昌八) ・調整会議で発言しましたが当日言葉が尽くせなかった部分について補足します。 ・急性期病院と療養病棟の間に対応できる医療内容のギャップが大きいと発言しました。

		<p>それを埋めるものが地域包括ケア一病棟、回復期病棟であろうかと思われませんが、両者とも運用、施設基準が高く、かつ前者は急性期に該当しない救急を受け入れる手術にも対応するなど、後者も在宅復帰を原則とし在院日数に制限があるなど中小の民間病院ではハードルが高く対応困難です。</p> <p>現状では急性期医療が在院日数に期限が来ると療養病院に紹介される場合が多く、患者さんの多くは医療密度が高いが基本料に1には該当しない、いわゆる区分の適応の対象とならず、病状や処置の多いことから他の在宅や在宅施設への受入れが困難、かつ患者さんの費用負担等を考慮して介護型療養病棟への入院を受け入れています。介護病棟の存在意義はここにあります。(掛川北病院長 野坂健次郎)</p>
--	--	---

中東遠地域医療構想調整会議（第2回） 各委員からの意見（概要）

中東遠

- ・救急搬送において市町で特性があるので詳細データを用いて議論する必要がある
- 介護療養病床等から医療療養病床 20:1 に転換するには看護師確保が必要となるが、地域的に不足しているので対応できるか危惧している
- 在宅医療等への転換を促しているが、慢性期医療において医療難民が出ないか危惧している
- ・各病院でそれぞれ疾患別に強み・弱みがあるので、それらを踏まえて連携の検討を進めたい
- ・今後、訪問看護ステーションの充実が不可欠であり、基金を有効に活用すべき
- 病床機能の充実には慢性期・在宅医療等の受け皿整備が急務であるが、検討するための資料が足りないので、特に訪問看護の実情に関する資料充実をお願いする
- ・独居等の理由で在宅医療が不可能な者もいる中、現場で動きながら情報を把握する必要がある。
- ・地域医療構想と地域包括ケアの両輪で動くものなので、双方のデータ完備が必要である
- 在宅医療の底上げには利益誘導が必要
介護従事者の報いが少ないので、この課題解決が重要である
- ・在宅医療は重要な収入源になることを知ってもらう必要がある
- ・慢性期病院で受ける患者間にはギャップが大きい（急性期からの転院患者、在宅の受け皿がない患者等）が、その間を埋める機関がない
- ・急性期病院としては、療養病床や施設に送り出す患者をもっと受け入れてほしい
そのためには住民の理解・啓発が必要であり行政にお願いしたいところ
- ・ネットワークシステムについて、訪問看護ステーションや薬剤師等が情報共有しないと患者にとって何が必要な処方かが見えてこない
病院も含めた全ての関係機関がシステムを利用すべき
- ・「在宅・介護情報ネットワークシステム」と「ふじのくにねっと」の連携は難しいようだが、情報共有の必要性は訴えていくべき

平成28年度 静岡県訪問看護ステーション実態調査

I 目的

本調査は、退職の原因を含む静岡県内の訪問看護ステーションの実態を把握し、今後の訪問看護ステーション活動の発展向上に役立てることを目的としています。

II 調査概要

- (1) 調査対象 静岡県内の現存する訪問看護ステーション189ヶ所（東部75ヶ所、中部55ヶ所、西部59ヶ所）
【平成26年調査時：172ヶ所（東部66ヶ所、中部49ヶ所、西部57ヶ所）】
- (2) 回答件数 188件（回収率99.5%）
- (3) 調査内容 ① 訪問看護ステーションの届出状況
② 訪問看護ステーションの実施状況
③ 看護職員の就業状況
④ 看護職員の退職状況

III 調査方法 郵送配布・回収（自記方式）

IV 調査期間 平成28年5月16日～7月15日
調査基準期間：平成28年6月1日～30日

V 調査結果

1. 訪問看護ステーションの概要

1) 設置主体

「株式会社・有限会社・合同会社」が86ヶ所（45.7%）と最も多く、前回調査時より11ヶ所増えている。その内、看護師或いはその家族が起業している事業所数は東部で15ヶ所、中部で12ヶ所、西部で2ヶ所の合計29ヶ所、「株式会社・有限会社・合同会社」全体の33.7%である。医療法人は48ヶ所（25.5%）と調査の度に増えている。

表1 設置主体別割合 (n=188)

設置主体	数	割合	第3回調査 (H26.9)		第2回調査 (H24.9)		第1回調査 (H22.9)	
			数	割合	数	割合	数	割合
株式会社・有限会社・合同会社	86	45.7%	75	43.6%	44	32.6%	33	26.8%
医療法人	48	25.5%	44	25.6%	40	29.6%	39	31.7%
社会福祉法人	18	9.6%	15	8.7%	13	9.6%	12	9.8%
農業協同組合連合会・農協共済	9	4.8%	9	5.2%	9	6.7%	9	7.3%
社団法人・財団法人	8	4.3%	8	4.7%	7	5.2%	7	5.7%
公立	5	2.7%	6	3.5%	7	5.2%	8	6.5%
看護協会	4	2.1%	4	2.3%	4	3.0%	4	3.3%
日赤	3	1.6%	3	1.7%	3	2.2%	3	2.4%
社会福祉協議会	3	1.6%	4	2.3%	4	3.0%	4	3.3%
郡市医師会	2	1.1%	2	1.2%	2	1.5%	2	1.6%
特定非営利活動法人	1	0.5%	1	0.6%	1	0.7%	1	0.8%
協同組合	1	0.5%	1	0.6%	1	0.7%	1	0.8%
計	188	100%	172	100%	135	100%	123	100%

2) 同一法人の併設医療機関

同一法人の併設医療機関は「併設あり」が75ヶ所（39.8%）、「併設なし」は113ヶ所（60.1%）であった。「併設あり」のうち、病院・診療所共に併設しているのは16ヶ所（8.5%）、病院のみが39ヶ所（20.7%）、診療所のみが20ヶ所（10.6%）であった。

前回の調査結果と比較すると、併設する医療機関のない事業所が20ヶ所、診療所のみを併設している事業所は5ヶ所増えている。病院・診療所共に併設しているところは7ヶ所減っている。

表2 同一法人の併設医療機関の有無 (n=188)

	数	割合	第3回調査 (H26.9)		第2回調査 (H24.9)		第1回調査 (H22.9)		
			数	割合	数	割合	数	割合	
併設あり	病院	39	20.7%	41	23.8%	39	28.9%	44	35.8%
	診療所	20	10.6%	15	8.7%	15	11.1%	15	12.2%
	病院・診療所	16	8.5%	23	13.4%	21	15.6%	10	8.1%
併設医療機関 無	113	60.1%	93	54.1%	60	44.4%	54	43.9%	

3) 同一法人の併設事業

同一法人で「併設事業あり」は、152ヶ所（80.9%）で、前回調査より12ヶ所増え、「併設事業なし」は前回調査より4ヶ所増の36ヶ所（19.1%）であった。併設事業の内訳で最も多いのは、居宅介護支援事業で123ヶ所（80.9%）、次いで通所介護80ヶ所（52.6%）、訪問介護77ヶ所（50.7%）、通所リハ54ヶ所（35.5%）であった。

表3 同一法人併設事業の有無 (n=188)

	数	割合	第3回調査 (H26.9)		第2回調査 (H24.9)		第1回調査 (H22.9)	
			数	割合	数	割合	数	割合
併設事業あり	152	80.9%	140	81.4%	116	85.9%	105	85.4%
併設事業なし	36	19.1%	32	18.6%	19	14.1%	18	14.6%
計	188	100%	172	100%	135	100%	123	100%

（資料：静岡県看護協会「平成28年度静岡県訪問看護ステーション実態調査結果」）

表3-2 併設事業の内訳 複数回答 (n=152)

事業の種類	数	割合	第3回調査 (H26.9)		第2回調査 (H24.9)		第1回調査 (H22.9)	
			数	割合	数	割合	数	割合
居宅介護支援	123	80.9%	111	79.3%	92	79.3%	97	92.4%
訪問介護	77	50.7%	68	48.6%	60	51.7%	49	46.7%
通所介護	80	52.6%	66	47.1%	57	49.1%	49	46.7%
通所リハビリ	54	35.5%	48	34.3%	46	39.7%	43	41.0%
老人保健施設	36	23.7%	36	25.7%	37	31.9%	28	26.7%
グループホーム	32	21.1%	29	20.7%	23	19.8%	18	17.1%
短期入所療養介護	28	18.4%	28	20.0%	26	22.4%	24	22.9%
その他	27	17.8%	24	17.1%	13	11.2%	15	14.3%
訪問リハビリ (医療機関)	23	15.1%	20	14.3%	19	16.4%	13	12.4%
福祉用具貸与	22	14.5%	20	14.3%	15	12.9%	9	8.6%
短期入所生活介護	28	18.4%	20	14.3%	17	14.7%	14	13.3%
小規模多機能	23	15.1%	19	13.6%	16	13.8%	11	10.5%
特別養護老人ホーム	23	15.1%	17	12.1%	19	16.4%	15	14.3%
定期巡回・随時対応	19	12.5%	14	10.0%				
訪問入浴介護	9	5.9%	13	9.3%	19	16.4%	8	7.6%
療養通所介護	5	3.3%	6	4.3%	12	10.3%	6	5.7%
ケアハウス	8	5.3%	6	4.3%	8	6.9%	9	8.6%
看護小規模多機能 (複合型)	12	7.9%	2	1.4%	0	0.0%		
サービス付き高齢者専用住宅	14	9.2%						

4) サテライトの設置について

サテライトは既に13事業所 (6.9%) で設置され、設置数は15ヶ所であった。サテライト設置の意向はあるが、困難と回答した事業所は33ヶ所 (17.6%) であった。その理由として、33ヶ所全てが人材確保が困難と回答している。

表4 サテライトの設置状況 (n=188)

	数	割合
既に設置	13	6.9%
設置の意向なし	142	75.5%
設置の意向はあるが困難	33	17.6%
計	188	100%

表4-2 サテライト設置困難 (n=33) 複数回答

設置が困難・無理な理由	数	割合
人材確保が困難	28	84.9%
初期投資費用	4	2.1%
黒字化困難、利益が見込めない	4	2.1%
利用者のニーズが不明	3	1.6%

5) 山間地区への訪問について

山間地区等遠隔地への訪問は、29ヶ所 (15.4%) が実施しているが、159ヶ所 (84.6%) は実施をしていない。その理由は、「訪問の依頼がない」が159ヶ所のうち153ヶ所 (96.2%) であった。「訪問の依頼はあるが対応できない」理由についての記載はなかった。「訪問の依頼はあるが対応できない」と回答した6ヶ所のうち1ヶ所は、交通費の助成があれば対応できるとしている。

表5 遠隔地への訪問実施状況 (n=188)

	数	割合
山間地区等への訪問を実施している	29	15.4%
山間地区等への訪問を実施していない	159	84.6%
計	188	100%

表5-2 遠隔地への訪問をしない理由 (n=159)

	数	割合
訪問の依頼がない	153	96.2%
訪問の依頼はあるが対応できない	6	3.8%
計	159	100%

表5-3 交通費の助成があればどうか (n=6)

	数
交通費の助成あれば可	1
交通費の助成あっても不可	5

遠隔地への訪問看護を実施している事業所を地区別で見ると、東部地区は、熱海1ヶ所、伊東市は3ヶ所、西伊豆町・東伊豆・伊豆の国市・伊豆市で各1ヶ所、富士市で2ヶ所が実施している。中部地区では、静岡市葵区で4ヶ所、藤枝市で2ヶ所、島田市で3ヶ所が実施している。西部地区では、掛川市・磐田市・森町で各1ヶ所が実施。浜松市内では、北区で3ヶ所、浜北区で1ヶ所、天竜区で2ヶ所が実施している。

表5-4 地区別の遠隔地への訪問看護実施状況 (n=29)

【東部】		【中部】		【西部】	
住所	数	住所	数	住所	数
伊東市政須美	2	静岡市葵区城内町	1	掛川市大池	1
伊東市岡	1	静岡市葵区福田ヶ谷	1	磐田市家田	1
伊東市八幡野	1	静岡市葵区山崎	1	周智郡森町	1
熱海市水口町	1	静岡市葵区北番町	1	浜松市北区引佐町	1
賀茂郡西伊豆町	1	藤枝市岡部	1	浜松市北区三方原町	1
賀茂郡南伊豆町	1	藤枝市瀬戸新屋	1	浜松市北区細江町	1
伊豆市拍久保	1	島田市野田	1	浜松市浜北区中瀬	1
伊豆の国市四日町	1	島田市旗指	1	浜松市天竜区渡ヶ島	1
富士市天間	1	島田市本通	1	浜松市天竜区二俣町	1
富士市大淵	1	計	9	計	9
計	11				

6) 機能強化型について

機能強化型の要件を満たし届出をしている事業所は、8ヶ所（4.3%）である。
機能強化型を目指しているが、要件を満たしていない事業所が94ヶ所（50%）で、
要件を満たしていない、または届出の意向もない事業所が86ヶ所（45.7%）であった。

表6 機能強化型の届出状況 (n=188)

	数	割合
要件を満たし届出をしている	8	4.3%
要件を満たしているが届出していない	0	0%
意向はあるが、要件を満たしていない	94	50.0%
要件を満たしていない、または意向ない	86	45.7%
計	188	100%

7) 加算の届出状況

加算の届出状況は、これまでの調査同様特別管理加算が最も多く、176ヶ所（93.6%）である。
定期巡回・随時対応サービス連携は25ヶ所（13.3%）で、前回調査より10ヶ所増えている。
精神科訪問看護療養費は81ヶ所（43.1%）が届出をしている。機能強化型訪問看護管理療養費1は
3ヶ所、機能強化型訪問看護管理療養費2は5ヶ所が届出をしている。

表7 加算の届出状況 (n=188)

届出の有無	数	割合	第3回調査 (H26.9)		第2回調査 (H24.9)		第1回調査 (H22.9)	
			数	割合	数	割合	数	割合
加算の種類								
特別管理加算	176	93.6%	161	93.6%	126	93.3%	115	93.5%
緊急時訪問看護加算	174	92.6%	156	90.7%	121	89.6%	105	85.4%
ターミナルケア加算	172	91.5%	153	89.0%	120	88.9%	105	85.4%
24時間対応体制加算	165	87.8%	148	86.0%	113	83.7%	98	79.7%
サービス提供体制強化加算	98	52.1%	91	52.9%	88	65.2%	81	65.9%
精神科訪問看護療養費	81	43.1%	68	38.4%				
看護体制強化加算	40	21.3%						
定期巡回・随時対応サービス連携	25	13.3%	15	8.7%				
精神科複数回訪問加算	24	12.8%	25	14.5%				
精神科重症患者早期集中支援管理連携加算	10	5.3%	7	4.1%				
24時間連絡体制加算	9	4.8%	10	5.8%	27	20.0%	22	17.9%
居宅療養管理指導	7	3.7%	14	8.1%	12	8.9%	13	10.6%
機能強化型訪問看護管理療養費2	5	2.7%	6	3.5%				
機能強化型訪問看護管理療養費1	3	1.6%	3	1.7%				
専門研修を受けた緩和ケア 看護師	1	0.5%	0	0%				
			0	0%				

表7-2 加算の6月実績数 (n=188)

届出の有無	届出数	算定実績数
加算の種類		
特別管理加算	176	2,774
緊急時訪問看護加算	174	6,539
ターミナルケア加算	172	103
24時間対応体制加算	165	2,158
サービス提供体制強化加算	98	25,581
精神科訪問看護療養費	81	890
看護体制強化加算	40	1,799
定期巡回・随時対応サービス連携	25	161
精神科複数回訪問加算	24	5
精神科重症患者早期集中支援管理連携加算	10	2
24時間連絡体制加算	9	102
居宅療養管理指導	7	0
機能強化型訪問看護管理療養費2	5	169
機能強化型訪問看護管理療養費1	3	152
専門研修を受けた緩和ケア 看護師	1	1
	0	0

8) 職員体制 (平成28年6月の状況)

職員区分別では、「看護職員」が1,194人(70.4%)、「リハビリ職員」が349人(20.6%)「事務職員」が130人(7.7%)であった。前回調査の常勤換算からの変化をみると、従事者総数は194.9人の増加である。

看護師が最も多く133.4人の増加、次いで作業療法士が25.8人の増加であった。

1事業所あたりの職種別従事者数でみると、「看護職員」の常勤換算は4.84人と、これまでの調査の中では最も多い。「リハビリ職員」は1.28人と、前回調査より若干減少している。

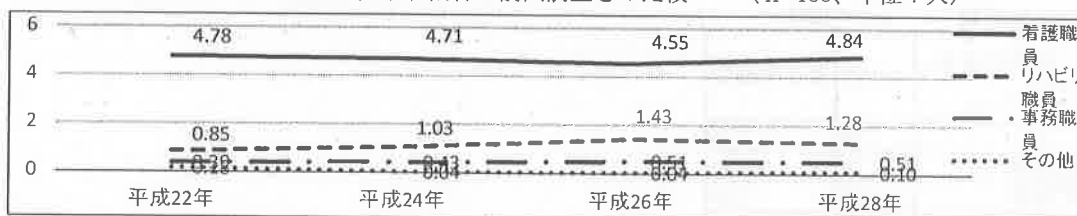
表8 職種別職員数 平成28年6月現在 (単位:人)

	従事者数				常勤換算従事者数		常勤換算従事者数					
	総数	常勤		非常勤			第3回調査 (H26.9)		第2回調査 (H24.9)		第1回調査 (H22.9)	
		専従	兼務		人数	構成割合	人数	構成割合	人数	構成割合		
総数	1,695	791	225	679	1267.1	100%	1072.2	100%	838.6	100%	763.7	100%
保健師	12	8	0	4	9.7	0.8%	11.2	1.0%	11.3	1.4%	7.7	1.0%
助産師	4	0	1	3	2.4	0.2%	4.1	0.4%	2.1	0.2%	2.2	0.3%
看護師	1,103	511	118	474	843.9	66.6%	710.5	66.3%	589.3	70.3%	544	71.2%
准看護師	75	33	7	35	53.7	4.2%	57	5.3%	32.9	3.9%	34	4.5%
理学療法士	229	113	54	62	158.3	12.5%	136.2	12.7%	102.6	12.2%	77.7	10.2%
作業療法士	111	56	18	37	79.8	6.3%	54	5.0%	35.1	4.2%	26	3.4%
言語療法士	9	2	3	4	4.5	0.4%	4.3	0.4%	1.8	0.2%	1.8	0.2%
事務職員	130	53	22	55	95.5	7.5%	87.9	8.2%	58.6	7.0%	48.3	6.3%
その他	22	15	2	5	19.3	1.5%	7	0.7%	4.9	0.6%	22	2.9%

表8-2 1事業所あたりの職種別従事者数 (n=188, 単位:人)

	従事者数			常勤換算従事者数	常勤換算従事者数		
	総数	常勤	非常勤		第3回 (H26.9)	第2回 (H24.9)	第1回 (H22.9)
				人数	人数	人数	
総数	9.02	5.41	3.61	6.74	6.53	6.21	6.20
保健師	0.06	0.04	0.02	0.05	0.07	0.08	0.06
助産師	0.02	0.01	0.01	0.01	0.02	0.02	0.02
看護師	5.87	3.35	2.52	4.49	4.13	4.33	4.42
准看護師	0.40	0.21	0.19	0.29	0.33	0.28	0.28
理学療法士	1.22	0.89	0.33	0.84	0.79	0.76	0.63
作業療法士	0.59	0.39	0.20	0.42	0.31	0.26	0.21
言語療法士	0.05	0.03	0.02	0.02	0.33	0.01	0.01
事務職員	0.69	0.40	0.29	0.51	0.51	0.43	0.39
その他	0.12	0.09	0.03	0.10	0.04	0.04	0.18

図1 1事業所あたりの職種別従事者割合の前回調査との比較 (n=188, 単位:人)



看護職員の常勤換算数は「3.0~3.9人」が49ヶ所(26.1%)と最も多く、次いで「~2.9人」で41ヶ所(21.8%)であった。5人未満のステーションは118ヶ所(62.8%)あり、小規模ステーションが全体の6割以上である。

表9 看護職員常勤換算数とステーション数 (n=188)

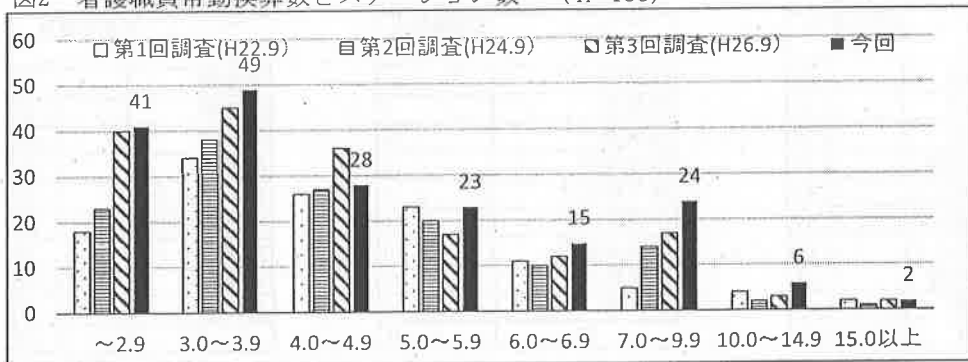
常勤換算数	今回調査	第3回 (H26.9)	第2回 (H24.9)	第1回 (H22.9)
~2.9	41	40	23	18
3.0~3.9	49	45	38	34
4.0~4.9	28	36	27	26
5.0~5.9	23	17	20	23
6.0~6.9	15	12	10	11
7.0~9.9	24	17	14	5
10.0~14.9	6	3	2	4
15.0以上	2	2	1	2
計	188	172	135	123

平成27年6月以降に開設した、開設1年以内の事業所20ヶ所の看護職員の常勤換算数「2.9人以下」が9ヶ所(45%)、「3.0～3.9人」10ヶ所(50%)と19ヶ所(95%)が4人未満である。

表10 開設1年以内の事業所の看護職員の常勤換算数 (n=20) (平成27年6月以降新設事業所)

常勤換算数	新設事業所数
～2.9	9
3.0～3.9	10
4.0～4.9	1
計	20

図2 看護職員常勤換算数とステーション数 (n=188)

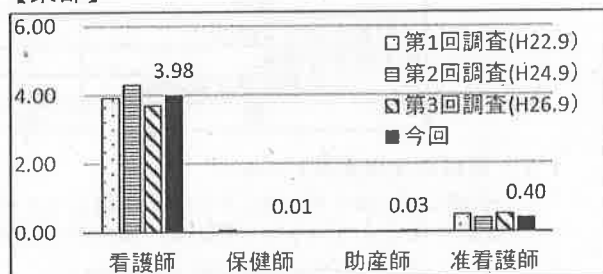


看護職の常勤換算数を地区別で見ると、すべての地区で増加している。中でも西部地区は、これまでの調査で最も多い。

表11 看護職の地区別常勤換算数

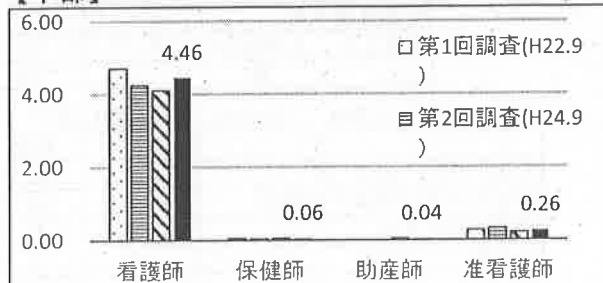
	東 部			
	今回	第3回(H26.9)	第2回(H24.9)	第1回(H22.9)
看護師	3.98	3.69	4.29	3.92
保健師	0.01	0.02	0.01	0.06
助産師	0.03	0.02	0	0.02
准看護師	0.40	0.53	0.40	0.50
計	4.42	4.26	4.70	4.50

【東部】



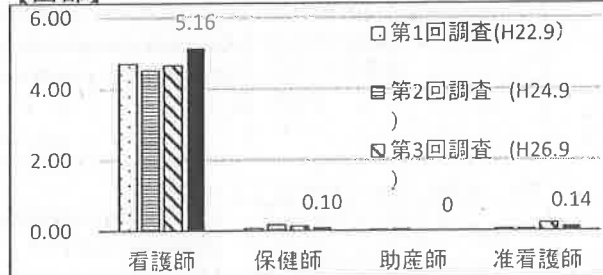
	中 部			
	今回	第3回(H26.9)	第2回(H24.9)	第1回(H22.9)
看護師	4.46	4.11	4.25	4.71
保健師	0.06	0.06	0.04	0.06
助産師	0.04	0.05	0	0
准看護師	0.26	0.21	0.32	0.27
計	4.82	4.43	4.61	5.04

【中部】



	西 部			
	今回	第3回(H26.9)	第2回(H24.9)	第1回(H22.9)
看護師	5.16	4.66	4.52	4.71
保健師	0.10	0.13	0.18	0.07
助産師	0	0	0.04	0.03
准看護師	0.14	0.21	0.04	0.05
計	5.39	5.00	4.78	4.86

【西部】



9) 常勤換算数と利用者数

188事業所全体の常勤換算数の平均は6.74人で、うち看護職員の常勤換算数の平均は4.84人である。
 「利用者数100人以上」の事業所では、看護職員の常勤換算数の平均は8.05人であるのに対し、「利用者数100人未満」の事業所の看護職員の常勤換算数は4.03人である。
 利用者100人以上の事業所の中には、看護職員の常勤換算数が2.5～3.0人と少ないところもあるが、理学療法士や作業療法士等が常勤換算で3.0人以上は在職している。

表12 利用者数別 (n=188)

利用者数	事業所数	構成割合
100人以上	38	20.2%
100人未満	150	80.8%
合計	188	100.0%

表13 全ステーションの常勤換算数の平均 (n=188)

職種	常勤換算数
保健師	0.05
助産師	0.01
看護師	4.49
准看護師	0.29
理学療法士	0.84
作業療法士	0.42
言語療法士	0.02
事務職員	0.51
その他	0.10
計	6.74

表14 利用者100人以上の事業所の常勤換算数の平均 (n=38)

職種	常勤換算数
保健師	0.07
助産師	0
看護師	7.84
准看護師	0.14
理学療法士	2.18
作業療法士	1.21
言語療法士	0.10
事務職員	1.02
その他	0.05
計	12.61

表15 利用者100人以下の事業所の常勤換算数の平均 (n=150)

職種	常勤換算数
保健師	0.05
助産師	0.02
看護師	3.64
准看護師	0.32
理学療法士	0.50
作業療法士	0.22
言語療法士	0
事務職員	0.38
その他	0.12
計	5.25

10) 専門看護師・認定看護師の在籍状況について

専門看護師はいないが、認定看護師は10名在籍していた。
 「訪問看護認定看護師」が最も多く6人であった。
 その他は「認定看護管理者」が3名、「がん性疼痛看護認定看護師」が1名であった。

表16 専門看護師・認定看護師数

資格	人数
訪問看護認定看護師	6
認定看護管理者	3
がん性疼痛看護認定看護師	1
計	10

11) 研修の受講状況について

研修には159ヶ所(84.6%)が受講している。「受講したことがない」は、18ヶ所(9.6%)である。
 「受講したことがない」理由は、16ヶ所が「業務多忙」、4ヶ所が「参加しやすい地域ではない」である。

表17 研修の受講状況 (n=188)

	人数	割合
受講したことがある	159	84.6%
今後受講予定	11	5.9%
受講したことがない	18	9.6%
計	188	100%

表18 受講した理由 (n=159) (複数回答)

	人数	割合
受講したい内容だった	142	89.3%
参加しやすい地域での開催	99	62.3%
情報交換できる	73	45.9%
その他	3	1.9%

表18-2 受講したことがない理由 (n=18) (複数回答)

	人数	割合
業務多忙で参加できない	16	100.0%
参加しやすい地域ではなかった	4	22.2%
研修の必要性を感じない	0	0%
受講したい内容がない	0	0%
研修を知らなかった	0	0%

図3 受講した理由 (n=159)

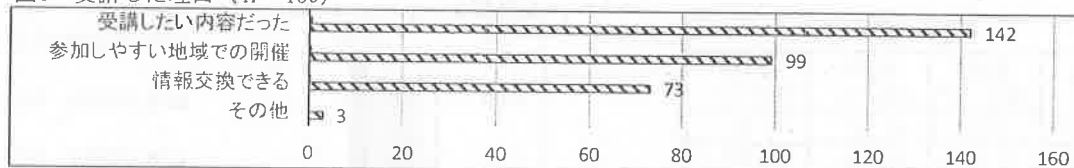
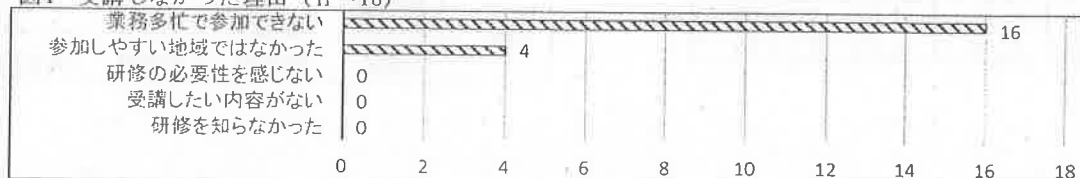


図4 受講しなかった理由 (n=18)



1 2) 看護学生の実習受け入れ状況について

看護学生の実習については、83ヶ所（44.2%）が受け入れをしている。
現在は実習を受けていないが、受ける意向があるのは64ヶ所（34.0%）である。
実習を受けていないし、受ける意向もないは、41ヶ所（21.8%）であった。

表19 実習の受け入れ状況 (n=188)

	事業所数	割合
受け入れしている	83	44.2%
受けていないが受け入れの意向あり	64	34.0%
受けていない、受ける意向もない	41	21.8%
計	188	100%

1 3) 収支状況について

平成27年4月～平成28年3月までの収支状況については、対象期間以降新設された事業所を除く赤字が58ヶ所（31.7%）、黒字は92ヶ所（50.3%）、不明が33ヶ所（18.0%）であった。
今後の事業所運営は、事業拡大が53ヶ所（28.2%）、現状維持は131ヶ所（69.7%）、縮小は4ヶ所（2.1%）であった。赤字であっても14ヶ所は事業拡大を目指している。
平成27年6月～平成28年3月までに開設した事業所15ヶ所の内の13ヶ所（86.7%）は赤字である。
今後の方向性として事業縮小とした4ヶ所はいずれも赤字事業所であり、8月に1ヶ所が廃止、1ヶ所が休止している。

表20 収支状況 (n=183)

	事業所数	割合
赤字	58	31.7%
黒字	92	50.3%
不明	33	18.0%
計	183	100%

表21 今後の事業運営 (n=188)

	事業所数	割合
拡大	53	28.2%
現状維持	131	69.7%
縮小	4	2.1%
計	188	100%

表22 赤字事業所の設置後の経過年数 (n=58)

設立経過年数	事業所数	割合
1年未満	13	22.41%
1～2年未満	11	18.97%
2～3年未満	8	13.79%
3～4年未満	4	6.90%
4～5年未満	0	0%
5～10年未満	5	8.62%
10年以上	17	29.31%
計	58	100%

表23 赤字事業所の利用者数 (n=58)

利用者数	事業所数	割合
10人以下	8	13.8%
10～20人未満	8	13.8%
20～30人未満	9	15.5%
30～40人未満	5	8.6%
40～50人未満	4	6.9%
50～100人未満	22	37.9%
100人以上	2	3.5%
計	58	100%

表24 赤字事業所の看護職員の常勤換算数 (n=58)

常勤換算数	事業所数	割合
～2.9	21	36.2%
3.0～3.9	17	29.3%
4.0～4.9	9	15.5%
5.0～5.9	6	10.3%
6.0～6.9	1	1.7%
7.0～9.9	2	3.5%
10.0～14.9	2	3.5%
15.0以上	0	0%
計	58	100%

図5 収支状況 (n=183)

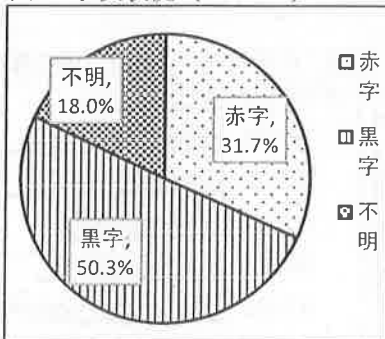


図6 今後の事業運営 (n=188)

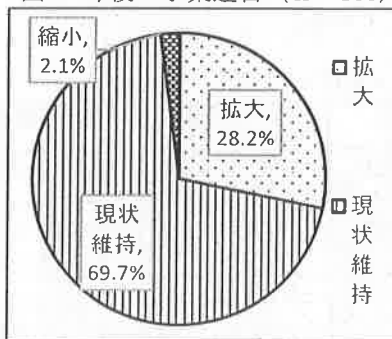


図7 赤字事業所の設置後の経過年数

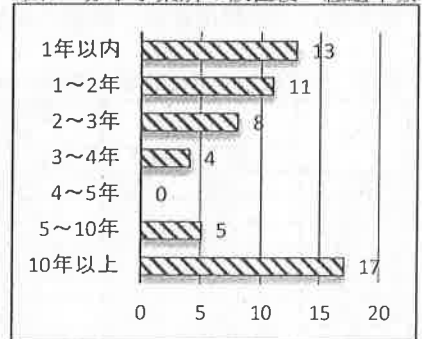


図8 赤字事業所の利用者数 (n=58)

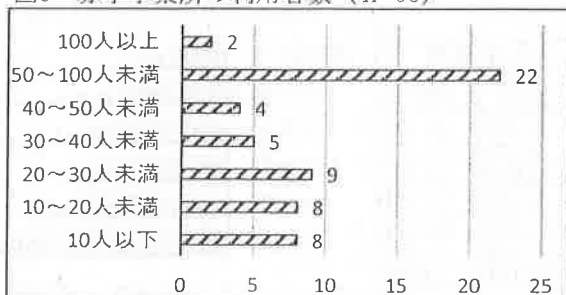
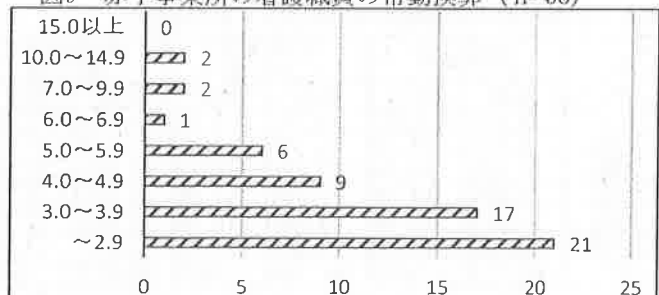


図9 赤字事業所の看護職員の常勤換算 (n=58)



2. 利用者の状況（平成28年6月1日～6月30日の1ヶ月）

1) 利用者の年齢・性別

平成28年6月の1ヶ月間の訪問看護利用者総数は、13,616人であった。前回調査より1,746人増加している。男女比率は、男性6,077人（44.6%）、女性7,539人（55.4%）前回調査とほぼ同じ割合である。年齢別では75～99歳が最も多く、訪問看護利用者全体の68%を占める。

2) 保険別の利用者数・訪問回数

保険別の利用者数は、介護保険が10,404人（76.4%）、健康保険が3,107人（22.8%）であった。保険別の利用者の割合は、前回調査とほぼ同じであった。介護保険・医療保険共に訪問回数は増加しているが、割合は前回調査時とほぼ同じであった。

表25 利用者の年齢別・性別数

	性別		利用者総数		第3回調査 (H26.9)		第2回調査 (H24.9)		第1回調査 (H22.9)	
	人数	人数	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
1～15歳	131	92	223	1.6%	188	1.6%	150	1.5%	102	1.1%
16～39歳	149	133	282	2.1%	238	2.0%	172	1.7%	157	1.8%
40～64歳	816	676	1,492	10.9%	1,315	11.1%	1,050	10.6%	978	11.0%
65～74歳	1,195	1,020	2,215	16.3%	2,031	17.1%	1,684	16.9%	1,599	18.0%
75～99歳	3,755	5,489	9,244	67.9%	6,000	50.5%	5,148	51.8%	4,558	51.2%
100歳以上	31	129	160	1.2%	2,098	17.7%	1,745	17.5%	1,500	16.9%
計	6,077	7,539	13,616	100%	11,870	100%	9,949	100%	8,894	100%

表26 保険別利用者数

	利用者数		第3回調査 (H26.9)		第2回調査 (H24.9)		第1回調査 (H22.9)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
介護保険	10,404	76.4%	9,107	76.7%	7,987	80.3%	7,206	81.0%
医療保険	3,107	22.8%	2,670	22.5%	1,879	18.9%	1,656	18.6%
その他	105	0.8%	93	0.8%	83	0.8%	32	0.4%
計	13,616	100%	11,870	100%	9,949	100%	8,894	100%

表27 保険別訪問回数

	訪問回数		第3回調査 (H26.9)		第2回調査 (H24.9)		第1回調査 (H22.9)	
	回数	割合	回数	割合	回数	割合	回数	割合
介護保険	63,714	73.4%	51,801	72.7%	44,054	76.5%	38,548	76.1%
医療保険	22,454	25.9%	18,849	26.5%	13,282	23.0%	11,975	23.6%
その他	591	0.7%	547	0.8%	290	0.5%	134	0.3%
計	86,759	100%	71,197	100%	57,626	100%	50,657	100%

3) 介護保険利用者の内訳

介護保険利用者の介護度別でみると、今回の調査では要介護1が2,067人（19.9%）と最も多く、次いで要介護2の2,064人（19.8%）であった。これまでの調査で最も多かった要介護5の利用者は、平成24年度をピークに減少している。要介護4は1,673人（16.1%）、要介護3は1,511人（14.5%）と利用者は微増である。要支援1・2の利用者は、順調に増加している。

表28 介護保険の介護度別利用者状況（人数）

	利用者数		第3回調査 (H26.9)		第2回調査 (H24.9)		第1回調査 (H22.9)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
要支援1・2	1,388	13.3%	1,039	11.4%	681	8.5%	552	7.8%
要介護1	2,067	19.9%	1,635	18.0%	1,213	15.2%	911	12.8%
要介護2	2,064	19.8%	1,691	18.6%	1,436	18.0%	1,176	16.5%
要介護3	1,511	14.5%	1,352	14.8%	1,260	15.8%	1,154	16.2%
要介護4	1,673	16.1%	1,595	17.5%	1,478	18.5%	1,456	20.4%
要介護5	1,701	16.4%	1,795	19.7%	1,919	24.0%	1,875	26.3%
計	10,404	100%	9,107	100%	7,987	100%	7,124	100%

図10 介護度別利用者数（過去調査との比較）

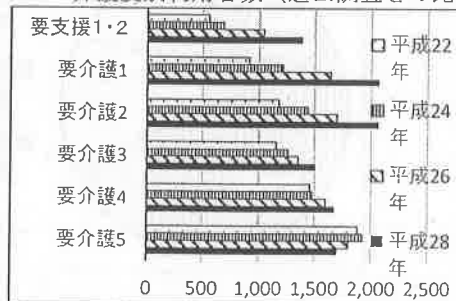
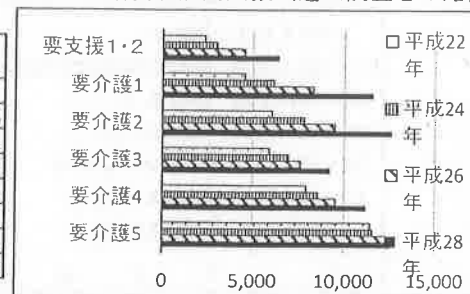


表29 介護保険の介護度別利用者状況（訪問回数）

	訪問回数		第3回調査 (H26.9)		第2回調査 (H24.9)		第1回調査 (H22.9)	
	回数	割合	回数	割合	回数	割合	回数	割合
要支援1・2	6,421	10.08%	4,506	8.7%	3,024	6.9%	2,340	6.2%
要介護1	11,577	18.2%	8,316	16.1%	6,123	13.9%	4,505	11.8%
要介護2	12,620	19.8%	9,521	18.4%	7,816	17.7%	6,037	15.8%
要介護3	9,284	14.6%	7,608	14.7%	6,949	15.8%	5,879	15.4%
要介護4	11,214	17.6%	9,545	18.4%	8,582	19.5%	7,931	20.8%
要介護5	12,598	19.8%	12,286	23.7%	11,560	26.2%	11,409	30.0%
計	63,714	100%	51,782	100%	44,054	100%	38,101	100%

図11 介護度別訪問回数（過去調査との比較）



4) 訪問看護指示書の発行元の内訳

平成28年6月に訪問した利用者の訪問看護指示書の発行元は、病院が5,953人(43.7%)、診療所が7,163人(52.6%)、在宅専門医が500人(3.7%)であった。

表30 訪問看護指示書発行元

	人数	割合
病院	5,953	43.7%
診療所	7,163	52.6%
在宅専門医	500	3.7%
計	13,616	100%

5) 平成28年6月、1か月間の新規利用者について

新規利用者数は、891人であった。新規利用者が0の事業所は21ヶ所(11.1%)であった。

2ヶ所の事業所では、30件以上の新規利用者があった。

依頼の紹介先で最も多いのが居宅介護支援事業所の500人(56.1%)であった。

次いで病院からの紹介が190人(21.3%)で、診療所からの紹介は82人(9.3%)であった。

利用者・家族からや他のステーションからの紹介や依頼もあった。

表31 新規利用者数 (n=188)

利用者数	事業所数	割合
0	21	11.1%
1~2	46	24.5%
3~4	38	20.2%
5~6	29	15.4%
7~8	26	13.8%
9~10	17	9.0%
11~12	6	3.2%
15~19	3	1.6%
30~32	2	1.1%
計	188	100%

表32 新規依頼の紹介先 (n=891)

	人数	割合
居宅介護支援事業所	500	56.1%
地域包括支援センター	53	5.9%
病院	190	21.3%
診療所	82	9.3%
老健・特養	2	0.2%
利用者・利用者家族	18	2.0%
他のステーション	21	2.4%
その他	25	2.8%
計	891	100%

6) 平成28年6月で終了した利用者数

調査月である平成28年6月に終了した利用者は、640人であった。

7) 在宅での看取り件数

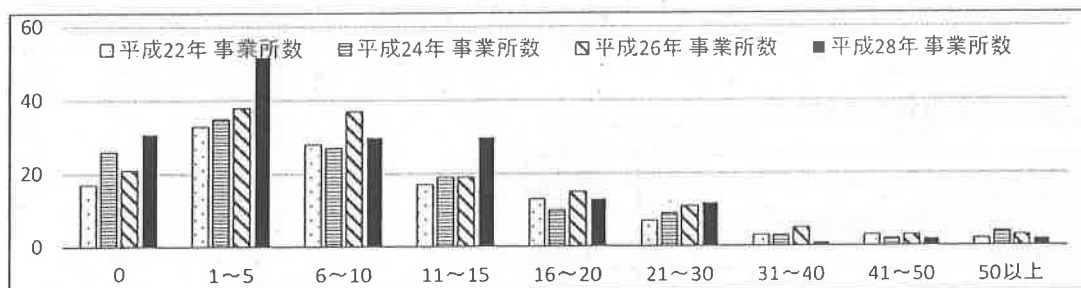
平成27年度中の在宅での看取り件数は、1,901件であった。

平成28年4月以降に新設された5ヶ所の事業所を除く183ヶ所の事業所の内、看取りを行った事業所は、152ヶ所(83.1%)である。1~5件までの看取りを行った事業所は52ヶ所と増加しているが、看取り数0の事業所も31ヶ所に増えている。

表33 看取りの件数 (n=183)

看取り数	事業所数	割合	第3回調査 (H26.9)		第2回調査 (H24.9)		第1回調査 (H22.9)	
			事業所数	割合	事業所数	割合	事業所数	割合
0	31	16.9%	21	13.8%	26	19.3%	17	13.8%
1~5	52	28.4%	38	25.0%	35	25.9%	33	26.9%
6~10	30	16.4%	37	24.3%	27	20.0%	28	22.8%
11~15	30	16.4%	19	12.5%	19	14.1%	17	13.8%
16~20	13	7.1%	15	9.9%	10	7.4%	13	10.6%
21~30	12	6.6%	11	7.2%	9	6.6%	7	5.7%
31~40	11	6.0%	5	3.3%	3	2.2%	3	2.4%
41~50	2	1.1%	3	2.0%	2	1.5%	3	2.4%
50以上	2	1.1%	3	2.0%	4	3.0%	2	1.6%
計	183	100%	152	100%	135	100%	123	100%

図12 看取り件数 (過去調査との比較)



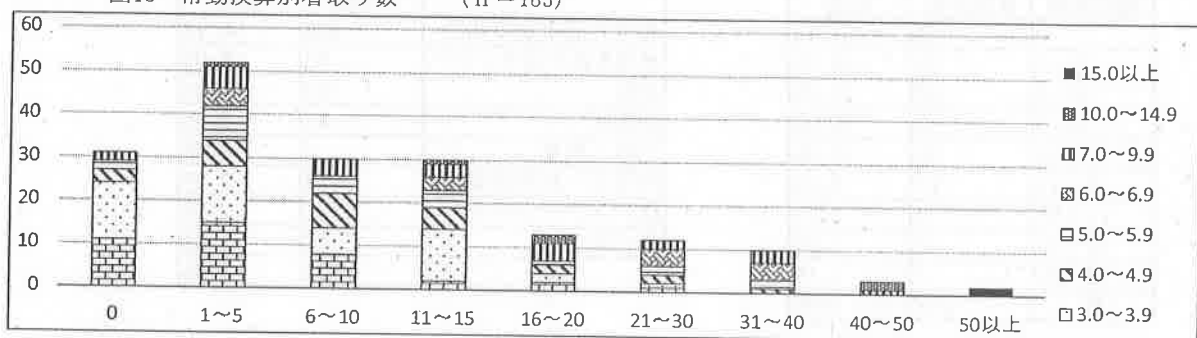
i) 事業所規模別の看取りの状況

50件以上の看取りを行っている事業所の常勤換算数は、15人以上が2ヶ所であった。
 常勤換算4.0～4.9人で30件以上の看取りを行っている事業所が1ヶ所、3.0～3.9人で20件以上の看取りを行っている事業所が1ヶ所ある。
 常勤換算7.0～9.9人の事業所で看取り数ゼロが2ヶ所ある。1ヶ所は精神に特化した事業所で、1ヶ所は昨年度まで24時間対応体制をとっていなかった事業所である。

表34 常勤換算別看取り数 (n=183)

常勤換算数	看取り件数 (平成27年度中)									合計
	0	1～5	6～10	11～15	16～20	21～30	31～40	40～50	50以上	
～2.9	11	15	8	2	2	1	0	0	0	39
3.0～3.9	13	13	6	12	2	1	0	0	0	47
4.0～4.9	3	6	8	5	2	2	1	0	0	27
5.0～5.9	2	8	4	4	1	2	2	0	0	23
6.0～6.9	0	4	0	3	0	4	4	0	0	15
7.0～9.9	2	5	4	3	4	2	3	1	0	24
10.0～14.9	0	1	0	1	2	0	0	2	0	6
15.0以上	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
合計	31	52	30	30	13	12	10	3	2	183

図13 常勤換算別看取り数 (n=183)



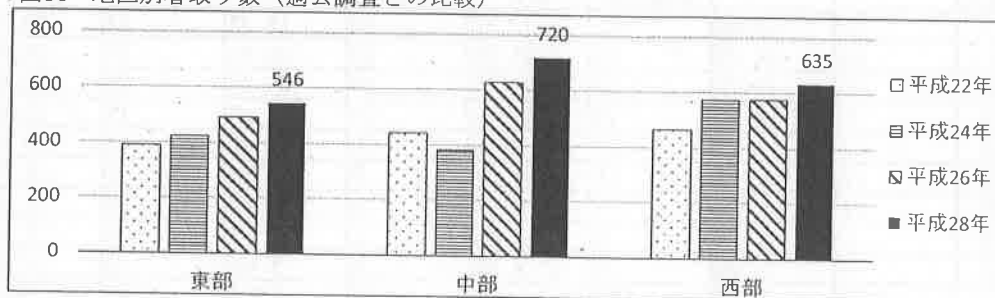
ii) 地区別の看取り状況

看取り数を地区別で見ると、東部は546件で前回調査より52件の増、西部は635件で前回より59件の増である。中部は前回より91件増の720件で、地区別では最も多かった。

表35 地区別看取り数

地区	数	割合	第3回調査 (H26.9)		第2回調査 (H24.9)		第1回調査 (H22.9)	
			数	割合	数	割合	数	割合
東部	546	28.7%	494	29.1%	425	30.8%	390	30.0%
中部	720	37.9%	629	37.0%	383	27.7%	443	34.1%
西部	635	33.4%	576	33.9%	574	41.5%	466	35.9%
計	1,901	100%	1,699	100%	1,382	100%	1,299	100%

図14 地区別看取り数 (過去調査との比較)



iii) 在宅看取りの場所

平成27年度中の在宅看取りを場所別で見ると、自宅が最も多く1,815件 (95.48%) であった。グループホームで40人 (2.1%)、サービス付き高齢者専用住宅で24人 (1.26%)、有料老人ホームで22人 (1.16%) を看取っている。

表36 在宅看取りの場所別

場所	看取り数	割合
自宅	1,815	95.48%
グループホーム	40	2.10%
サービス付き高齢者専用住宅	24	1.26%
有料老人ホーム	22	1.16%
計	1,901	100%

8) 医療処置の実施状況

全事業所が実施している医療処置は、これまでの調査同様、服薬だけである。
 吸入・吸引、インスリン、点滴・静脈・持続皮下注射は185ヶ所(98.4%)が実施している。
 在宅腹膜灌流は131ヶ所(69.7%)と少ないが、前回調査より17ヶ所増えている。
 PTやOTによるリハビリも110ヶ所(58.5%)と15ヶ所増えている。

表37 医療処置の実施状況 (n=188)

項目	対応可能		第3回調査 (H26.9)		第2回調査 (H24.9)		第1回調査 (H22.9)	
	事業所数	割合	事業所数	割合	事業所数	割合	事業所数	割合
インスリン	185	98.4%	167	97.1%	125	92.6%		
点滴・静脈・持続皮下注射	185	98.4%	169	98.3%	130	96.3%	115	95.3%
中心静脈栄養	178	94.7%	161	93.6%	120	88.9%	104	84.6%
在宅自己腹膜灌流	131	69.7%	114	66.3%	89	65.9%	66	53.7%
ストーマケア	182	96.8%	167	97.1%	129	95.6%	117	95.1%
在宅酸素療法	182	96.8%	167	97.1%	132	97.8%	119	96.8%
人工呼吸器	165	87.8%	147	85.5%	115	85.2%	91	74.0%
気管カニューレ	178	94.7%	159	92.4%	122	90.4%	110	89.4%
吸入・吸引	185	98.4%	168	97.7%	130	96.3%	120	97.6%
服薬	188	100%	172	100%	135	100%	123	100%
経管栄養	184	97.9%	168	97.7%	131	97.0%	121	98.4%
褥瘡処置	184	97.9%	169	98.3%	134	99.3%	122	99.2%
留置カテーテル(膀胱内・嚢、胃瘻)	181	96.3%	166	96.5%	130	96.3%	120	97.6%
ペインコントロール	170	90.4%	157	91.3%	122	90.4%	108	87.8%
在宅リハビリ(看護師)	182	96.8%	166	96.5%	131	97.0%	118	95.9%
(PT, OTによる)	110	58.5%	95	55.2%	76	56.3%	68	55.3%

3 対象者別対応状況

対象者別対応状況を見ると、悪性新生物と難病に対してはほとんどの事業所が対応している。
 小児については130ヶ所(69.2%)で、前回調査より5ヶ所増に留まっている。
 精神の訪問は106ヶ所(56.4%)で、前回より4ヶ所しか増えていない。

それぞれの年齢別利用者数では、小児は前回同様1~6歳が最も多い。次いで6~15歳が多い。
 難病は1~15歳の利用者が増えた他は、全体的に利用者が減っている。
 悪性新生物は75~99歳が最も多い。全体的に利用者は減少している。
 精神は40~64歳が最も多く、前回調査時より若干増えている他は、全体的に減少している。

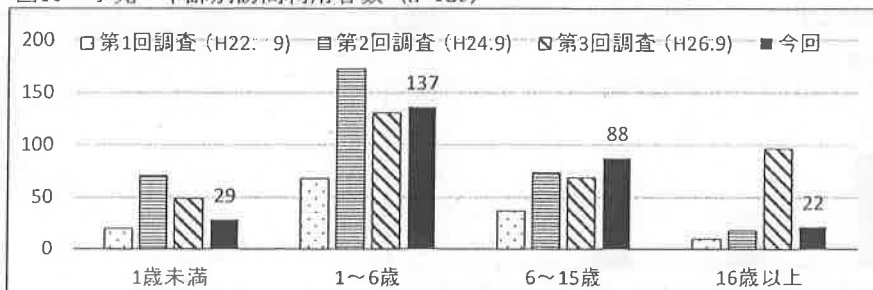
表38 対象別対応状況 (n=188)

	今回		第3回調査 (H26.9)		第2回調査 (H24.9)		第1回調査 (H22.9)	
	ST数	割合	ST数	割合	ST数	割合	ST数	割合
小児	130	69.2%	125	72.7%	88	65.2%	73	59.4%
難病	180	95.7%	163	94.8%	130	96.3%	115	93.5%
悪性新生物	181	96.3%	165	95.9%	129	95.6%	119	96.8%
精神	106	56.4%	102	59.3%	86	63.7%	73	59.4%

表39 小児 年齢別訪問利用者数

年齢	今回		第3回調査 (H26.9)		第2回調査 (H24.9)		第1回調査 (H22.9)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
1歳未満	29	10.5%	49	14.1%	71	21.1%	20	14.8%
1~6歳	137	49.6%	131	37.9%	173	51.5%	68	50.4%
6~15歳	88	31.9%	69	20.0%	74	22.0%	37	27.4%
16歳以上	22	8.0%	97	28.0%	18	5.4%	10	7.4%
計	276	100%	346	100%	336	100%	135	100%

図15 小児 年齢別訪問利用者数 (n=129)



今回の調査では、後期高齢者の年齢を75歳～99歳と100歳以上に変更した。

表40 難病 年齢別利用者数 (n=180)

年齢	今回		第3回調査 (H26.9)		第2回調査 (H24.9)		第1回調査 (H22.9)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
1～15歳	105	6.43%	44	1.1%	133	2.5%	13	1.1%
16～39歳	62	3.79%	125	3.0%	45	0.9%	45	3.7%
40～64歳	249	15.24%	569	13.7%	900	17.0%	104	8.6%
65～74歳	428	26.19%	1,703	40.9%	1,658	31.4%	274	22.6%
75～99歳	773	47.31%	1,652	39.6%	2,525	47.8%	748	61.8%
100歳以上	17	1.04%	73	1.7%	24	0.4%	26	2.2%
計	1,634	100.0%	4,166	100%	5,285	100%	1,210	100%

図16 難病 年齢別利用者数

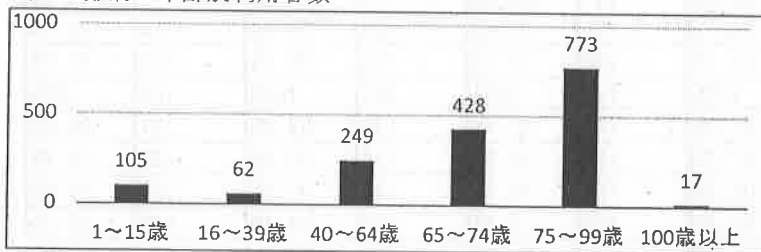


表41 悪性新生物 年齢別利用者数 (n=181)

年齢	今回		第3回調査 (H26.9)		第2回調査 (H24.9)		第1回調査 (H22.9)	
	人数	割合	人数	割合	件数	割合	件数	割合
1～15歳	3	0.1%	5	0.2%	0	0.0%	0	0.0%
16～39歳	13	0.5%	10	0.3%	282	8.1%	4	0.2%
40～64歳	288	11.3%	478	15.9%	439	12.7%	161	9.7%
65～74歳	595	23.3%	629	21.0%	932	26.9%	404	24.4%
75～99歳	1,645	64.3%	1,639	54.6%	1,472	42.5%	888	53.5%
100歳以上	13	0.5%	241	8.0%	339	9.8%	203	12.2%
計	2,557	100%	3,002	100%	3,464	100%	1,660	100%

図17 悪性新生物 年齢別利用者数

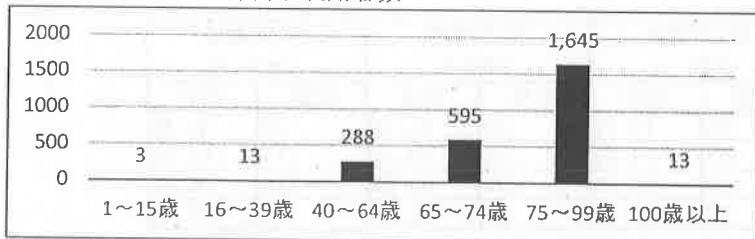
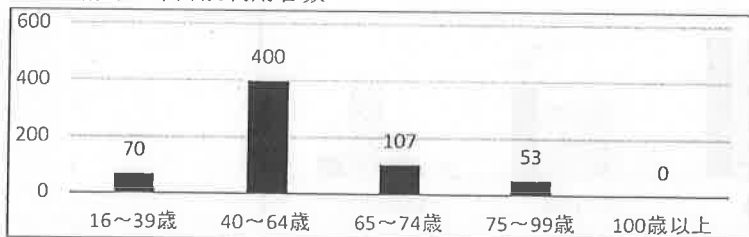


表42 精神 年齢別利用者数 (n=105)

年齢	今回		第3回調査 (H26.9)		第2回調査 (H24.9)		第1回調査 (H22.9)	
	人数	割合	人数	割合	件数	割合	件数	割合
16～39歳	70	11.1%	78	11.7%	102	11.2%	38	12.2%
40～64歳	400	63.5%	307	46.1%	495	54.2%	148	47.6%
65～74歳	107	17.0%	140	21.0%	210	23.0%	49	15.8%
75～99歳	53	8.4%	104	15.6%	97	10.6%	60	19.3%
100歳以上	0	0.0%	37	5.6%	9	1.0%	16	5.1%
計	630	100%	666	100%	913	100%	311	100%

図18 精神 年齢別利用者数



4. 平成27年度看護職員（保健師・助産師・看護師・准看護師）の就業状況

1) 新規就業者数（平成27年度中）

平成27年度中の新規就業者数は、常勤156人（58.65%）、非常勤110人（41.35%）で、常勤での就業者が増加している。
 就業者の看護職としての経験年数は、常勤・非常勤共に10年以上が最も多く、常勤・非常勤合わせて209人（78.6%）である。
 就業前の職場は、常勤・非常勤共に病院・診療所が最も多く、合わせて136人（51.1%）である。
 無職だった人は、常勤では無かったが、非常勤で14人（12.7%）いた。
 就業につながった募集方法は、「紹介」「その他」が多く、常勤・非常勤合わせて204人（76.7%）である。

表43 看護職員の新規就業者数（n=188）

	今回		第3回調査 (H26.9)		第2回調査 (H24.9)		第1回調査 (H22.9)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
常勤	156	58.65%	144	47.7%	89	50.9%	56	34.8%
非常勤	110	41.35%	158	52.3%	86	49.1%	105	65.2%
計	266	100%	302	100%	175	100%	161	100%

表44 看護職員としての経験年数

経験年数	今回			
	常勤		非常勤	
	人数	割合	人数	割合
1年未満	2	1.3%	0	0%
1～3年	6	3.9%	3	2.7%
4～9年	26	16.7%	20	18.2%
10年以上	122	78.2%	87	79.1%
計	156	100%	110	100%

表45 訪問看護の経験

経験の有無	今回			
	常勤		非常勤	
	人数	割合	人数	割合
経験あり	60	38.5%	41	37.3%
経験なし	96	61.5%	69	62.7%
計	156	100%	110	100%

表46 就職前の職場

職場種類	今回			
	常勤		非常勤	
	人数	割合	人数	割合
病院・診療所	87	55.8%	49	44.6%
介護施設	41	26.3%	26	23.6%
その他	28	18.0%	21	19.1%
無職	0	0%	14	12.7%
計	156	100%	110	100%

表47 新採用者の募集方法

採用方法	今回				第3回調査 (H26.9)		第2回調査 (H24.9)		第1回調査 (H22.9)	
	常勤		非常勤		人数	割合	人数	割合	人数	割合
	人数	割合	人数	割合						
ナースセンター	10	6.4%	5	4.6%	11	3.7%	14	8.0%	8	4.9%
職安	14	9.0%	10	9.1%	29	9.6%	27	15.4%	27	16.8%
求人誌	11	7.1%	12	10.9%	36	11.9%	22	12.6%	16	10.0%
紹介	78	50.0%	53	48.2%	110	36.4%	61	34.9%	61	37.9%
その他	43	27.6%	30	27.3%	116	38.4%	51	29.1%	49	30.4%
計	156	100%	110	100%	302	100%	175	100%	161	100%

2) 求人状況（平成28年6月現在）

求人状況は、常勤の募集が101ヶ所、非常勤の募集が82ヶ所であった。
 求人方法は、ハローワークが最も多く、次いでナースセンターであった。

表48 求人方法（複数回答、n=183）

求人方法	今回	
	数	割合
ハローワーク	87	47.5%
ナースセンター	73	39.9%
求人誌	43	23.5%
その他	42	23.0%
計	245	

3) 退職者について

退職者は168人で、内訳は常勤85人（50.6%）、非常勤83人（49.4%）で、共に前回調査より増加しているが、常勤での退職者0の事業所は130ヶ所（69.15%）、非常勤での退職者0の事業所は129ヶ所（68.62%）と7割近い事業所では退職者はいない。

常勤の退職者数は1人が最も多く、40ヶ所（21、28%）であった。退職者が最も多かった事業所では6人が退職している。その退職理由は、出産・育児が2人、転居が1人、休日がとれないが3人であった。

非常勤の退職者数も1人が最も多く44ヶ所（23.40%）であった。非常勤の退職者で最も多かった事業所では7人が退職をしている。その退職理由は、本人の健康が1人、人間関係が1人、契約期限による退職が5人であった。

退職者が2人以上の事業所の設置からの経過年数をみると、常勤では、設置から1～2年と3～5年はそれぞれ5ヶ所（27.8%）で、合せて全体の半分以上であった。

非常勤退職の場合は、1～2年が4ヶ所（26.7%）、3～4年が3ヶ所（20.0%）であった。

勤続年数でみると、常勤・非常勤共に1年未満が最も多く、4割前後が1年以内に退職をしている。次いで多いのは、常勤では勤続5年以上で、非常勤では1～2年である。

前回同様、就業して2年以内での退職が、常勤では52人（61.2%）、非常勤では50人（60.2%）と、退職者の半数以上を占めている。

退職の理由は、これまでの調査結果同様、本人と家族の健康問題が最も多い。次いで多いのは、常勤では「携帯当番の負担」が10人、非常勤では出産・育児が8人であった。

【常勤退職者について】

表49 常勤の退職者状況（n=188）

退職者数	事業所数	
	数	割合
0	130	69.15%
1	40	21.28%
2	13	6.91%
3	3	1.60%
4	1	0.53%
6	1	0.53%
合計	188	100%

表50 常勤退職者2人以上の事業所の設置経過年数（n=18）

開設経過年数	退職者数別事業所数				合計	割合
	2人	3人	4人	6人		
1～2年	4	0	0	1	5	27.8%
3～4年	3	1	1	0	5	27.8%
5～10年	2	0	0	0	2	11.1%
11年以上	4	2	0	0	6	33.3%
計	13	3	1	1	18	100%

表51 退職者の勤務年数（n=85）

	今回		第3回調査 (H26.9)		第2回調査 (H24.9)		第1回調査 (H22.9)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
1年未満	35	41.2%	25	35.2%	9	19.2%	16	34.8%
1～2年	17	20.0%	13	18.3%	13	27.7%	8	17.4%
2～3年	7	8.2%	6	8.5%	5	10.6%	5	10.9%
3～5年	6	7.1%	6	8.5%	1	2.1%	7	15.2%
5年以上	20	23.5%	21	29.5%	19	40.4%	10	21.7%
計	85	100%	71	100%	47	100%	46	100%

表52 主な退職理由（n=85 複数回答あり）

	今回		第3回調査 (H26.9)		第2回調査 (H24.9)		第1回調査 (H22.9)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
出産・育児	6	7.1%	5	7.0%	3	6.4%	5	10.9%
結婚	2	2.4%	1	1.4%	1	2.1%	2	4.4%
本人の健康問題	14	16.5%	13	18.3%	8	17.0%	10	21.7%
家族の健康問題	4	4.7%	4	5.6%	8	17.0%	4	8.7%
転居	4	4.7%	4	5.6%	4	8.5%	6	12.8%
進学	1	1.2%	0	0%	0	0%	0	0%
人間関係	4	4.7%	7	9.9%	6	12.8%	1	2.2%
訪問看護が合わない	8	9.4%	9	12.7%	3	6.4%		
勤務時間長い・超勤多い	5	5.9%	1	1.4%	0	0%	1	2.2%
休暇がとれない	5	5.9%	4	5.6%	1	2.1%	0	0%
携帯当番の負担	10	11.8%	5	7.0%	7	14.9%	4	8.7%
給与に不満	6	7.1%	5	7.0%	7	14.9%	1	2.2%
責任・医療事故への不安	4	4.7%	3	4.2%	2	4.3%	0	0%
その他	26	30.6%	16	22.5%	10	21.3%	14	30.4%
計		99						

【非常勤退職者について】

表53 非常勤の退職状況（n=188）

退職者数	事業所数	
	数	割合
0	129	68.62%
1	44	23.40%
2	10	5.32%
3	4	2.13%
7	1	0.53%
合計	188	100%

表54 非常勤退職者2人以上の事業所の設置経過年数（n=15）

開設経過年数	退職者数別事業所数			合計	割合
	2人	3人	7人		
1～2年	2	2	0	4	26.7%
3～4年	3	0	0	3	20.0%
5～10年	1	0	1	2	13.3%
11年以上	4	2	0	6	40.0%
計	10	4	1	15	100%

表55 退職者の勤務年数 (n=83)

	今回		第3回調査 (H26.9)		第2回調査 (H24.9)		第1回調査 (H22.9)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
1年未満	32	38.6%	31	43.6%	17	34.0%	15	28.3%
1～2年	18	21.7%	8	11.3%	10	20.0%	12	22.6%
2～3年	12	14.5%	13	18.3%	7	14.0%	4	7.5%
3～5年	9	10.8%	11	15.5%	7	14.0%	11	20.8%
5年以上	12	14.5%	8	11.3%	9	18.0%	11	20.8%
計	83	100%	71	100%	50	100%	53	100%

表56 主な退職理由 (n=83 複数回答あり)

	今回		第3回調査 (H26.9)		第2回調査 (H24.9)		第1回調査 (H22.9)	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
出産・育児	8	9.6%	5	7.0%	7	14.0%	6	11.3%
結婚	0	0%	1	1.4%	0	0.0%	3	5.7%
本人の健康問題	14	16.9%	6	8.5%	9	18.0%	14	26.4%
家族の健康問題	5	6.0%	12	16.9%	8	16.0%	5	9.4%
転居	5	6.0%	9	12.7%	3	6.0%	6	11.3%
進学	1	1.2%	0	0%	0	0%	0	0%
人間関係	6	7.2%	2	2.8%	3	6.0%	3	5.7%
訪問看護が合わない	4	4.8%	3	4.2%	5	10.0%		
勤務時間長い・超勤多い	0	0%	2	2.8%	0	0%	0	0%
休暇がとれない	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
携帯当番の負担	1	1.2%	0	0%	0	0%	0	0%
給与に不満	3	3.6%	1	1.4%	4	8.0%	1	1.9%
責任・医療事故への不安	4	4.8%	8	11.3%	3	6.0%	2	3.8%
その他	39	47.0%	27	38.0%	17	34.0%	13	24.5%
計	90							

退職理由の記述から

常勤	非常勤
免職	事業所の体制強化で常勤が条件となったため
業務、看護観の相違	時間拘束によるストレス
利用者とのゆっくり向き合うことが苦手	管理者との関係(2)
訪問先からのクレーム(2)	職員関係のトラブル
患者とのコミュニケーションがとり辛い	アセスメントが的確にできない
通勤時間がかかる	単独での訪問に不安が強い
趣味を生かしたい	服務規程違反を注意したため
定年退職(4)	シングルマザーになり給与面で困難
ST立ち上げ(4)	扶養の範囲内で働きたい
家族の都合	家から近いところで働きたい
子供の就学のため	運転が苦手
転職	独立開業のため、転職(4)
	子育てのため、家業手伝い
	他のステーションへ

退職後の動向

退職後の動向は、わかっている範囲では、常勤は病院・診療所が最も多く、非常勤は介護施設が最も多かった。常勤・非常勤共に他のステーションへの就職もあった。

表57 退職後の動向

	今回			
	常勤		非常勤	
	人数	割合	人数	割合
退職後の動向				
病院・診療所	18	21.2%	14	16.9%
介護施設	11	12.9%	16	19.3%
他のステーション	17	20.0%	12	14.5%
その他	8	9.4%	21	25.3%
不明	31	36.5%	20	24.1%
計	85	100%	83	100%

平成28年度 静岡県訪問看護実態調査 (病院・診療所)

I 目的

本調査は、静岡県内のみなし訪問看護の実態を把握し、今後の訪問看護活動の発展向上に役立てることを目的としています。

II 調査概要

1. 調査対象 静岡県内で、平成27年度にみなし訪問看護実績のあった病院・診療所 62ヶ所
(東部20ヶ所、中部25ヶ所、西部17ヶ所)
2. 回答件数 38件 (回収率61.3%)
3. 調査内容
 - 1) みなし訪問看護の実施状況
 - 2) 看護職員の就業状況
 - 3) 看護職員の研修受講状況

III 調査方法 郵送配布・回収 (自記方式)

IV 調査期間 平成28年5月16日～7月15日
調査基準期間：平成28年6月1日～30日

V 調査結果

1. 医療機関の概要

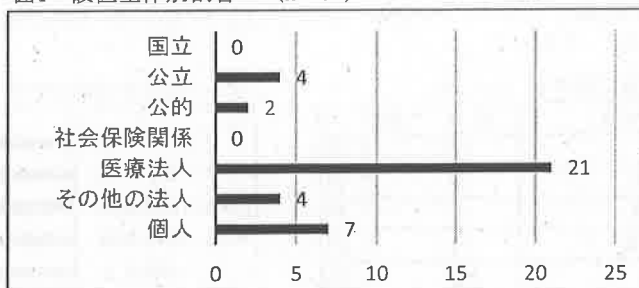
1) 設置主体

医療法人が21ヶ所 (55.3%) と最も多い。次いで個人の7ヶ所 (18.4%) であった。その他の法人は4ヶ所 (10.5%) で、内訳は社会福祉法人・社会福祉事業団・公益社団法人・株式会社が各1ヶ所であった。

表1 設置主体別割合 (n=38)

設置主体	数	割合
国立	0	0%
公立	4	10.5%
公的	2	5.3%
社会保険関係	0	0%
医療法人	21	55.3%
その他の法人	4	10.5%
個人	7	18.4%
計	38	100%

図1 設置主体別割合 (n=38)



2) 病院の種類 (病床の種類)

入院施設のある17ヶ所の内「一般病床のみ」が9ヶ所 (52.9%)、一般病床に加え介護療養型病床があるところは5ヶ所 (29.4%) であった。介護療養病床のみのところは3ヶ所 (17.7%) であった。精神科・結核等の病床は無かった。

表4 病床の種類 (n=17)

種類	数	割合
一般のみ	9	52.9%
一般に介護療養病床有	5	29.4%
介護療養病床のみ	3	17.7%
精神	0	0%
その他 (結核・感染症)	0	0%
計	17	100%

3) 入院設備 (医療施設の種類)

入院設備は「有床」が17ヶ所 (44.7%)、「無床」が21ヶ所 (55.3%) であった。「有床」の内訳は、19床以下の診療所が6ヶ所 (35.3%)、20～99床が3ヶ所 (17.6%)、100～300床が4ヶ所 (23.5%)、300床以上が4ヶ所 (23.5%) であった。

表2 入院設備の有無 (n=38)

	数	割合
有床	17	44.7%
無床	21	55.3%
計	38	100%

表3 有床数の内訳 (n=17)

有床数の内訳	数	割合
19床以下	6	35.3%
20～99床	3	17.6%
100～300床	4	23.5%
301床以上	4	23.5%
計	17	100%

4) 同一設置主体の併設事業

同一設置主体で「併設事業を実施している」のは、38ヶ所全てであった。事業の内訳は、訪問看護が最も多く38ヶ所全てで実施している。次いで診療所の29ヶ所 (76.32%) であった。訪問リハビリは11ヶ所 (28.95%)、通所リハビリは10ヶ所 (26.32%) であった。

(資料：静岡県看護協会「平成28年度静岡県訪問看護実態調査結果 (病院・診療所)」)

表5 併設事業の有無 (n=38)

併設事業の有無	数	割合
併設事業を実施	38	100%
併設事業なし	0	0%
計	38	100%

表6 同一設置主体の併設事業の内訳 (n=38) 複数回答

事業の種類	数	割合
訪問看護	38	100%
診療所	29	76.32%
病院	11	28.95%
訪問リハビリ	11	28.95%
通所リハビリ	10	26.32%
介護療養型医療施設	8	21.05%
居宅介護支援	8	21.05%
老人保健施設	7	18.42%
短期入所療養介護	4	10.53%
訪問介護	3	7.89%
通所介護	3	7.89%
サービス付き高齢者住宅	2	5.26%
短期入所生活介護	2	5.26%
訪問入浴介護	1	2.63%
グループホーム	1	2.63%
特別養護老人ホーム	1	2.63%
療養通所介護	0	0%
福祉用具貸与	0	0%
ケアハウス	0	0%
小規模多機能	0	0%
看護小規模多機能	0	0%

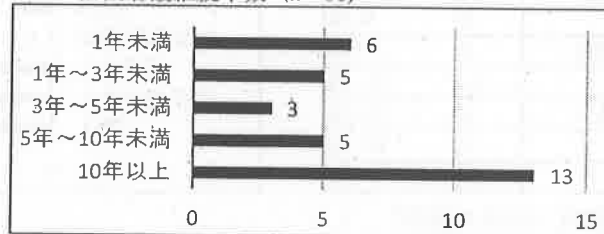
5) 訪問看護を開始してからの年数

訪問看護を開始してからの年数は「10年以上」が19ヶ所 (50.0%) と最も多く、次いで「1年未満」が6ヶ所 (15.8%) であった。

表7 訪問看護継続年数 (n=38)

継続年数	数	割合
1年未満	6	15.8%
1年～3年未満	5	13.2%
3年～5年未満	3	7.9%
5年～10年未満	5	13.2%
10年以上	19	50.0%
計	38	100%

図2 訪問看護継続年数 (n=38)



6) 加算の届出状況

加算の届出状況は、「特別管理加算」が16ヶ所 (42.2%) と最も多く、次いで「緊急時訪問看護加算」が14ヶ所 (36.8%) であった。「看護体制強化加算」を届出している医療機関はなかった。その他として、「初回加算」の届出をしているところが1ヶ所 (2.6%) あった。

表8 加算の届出状況 (n=38) 複数回答

加算の種類	届出の有無	
	数	割合
特別管理体制加算	16	42.1%
緊急時訪問看護加算	14	36.8%
ターミナルケア体制加算	13	34.2%
サービス体制強化加算	4	10.5%
その他 (初回加算)	1	2.6%
看護体制強化加算	0	0%

7) 独立部門としての設置状況

訪問看護を独立部門として「設置している」ところが8ヶ所 (21.1%)、「設置していない」ところが30ヶ所 (78.9%) であった。

訪問看護部を設置している内には、訪問看護を開始して10年以上経過しているところが7ヶ所 (87.5%) あった。

表9 訪問看護部門設置 (n=38)

	数	割合
設置あり	8	21.1%
設置なし	30	78.9%
計	38	100%

表10 訪問看護部門設置年数 (n=8)

	数	割合
5～10年未満	1	12.5%
10年以上	7	87.5%
計	8	100%

2. 看護職員体制

1) 看護職員

「看護職員」は、看護師が88人（86.27%）と最も多く、次いで准看護師が12人（11.76%）であった。保健師は2人（1.96%）と少なく、助産師は0人であった。看護職員の常勤換算数は「1.0人以下」が21ヶ所（55.3%）と最も多く、次いで「2.0～2.9人」が6ヶ所（15.8%）であった。

1医療機関あたりの看護職員の常勤換算数は、1.7人であった。

表11 看護職員数 平成28年6月現在（単位：人）

	総数	従事者数			常勤換算数	
		常勤		非常勤	人数	構成割合
		専従	兼務			
総数	102	39	39	24	64.71	100%
保健師	2	1	1	0	1.5	2.3%
助産師	0	0	0	0	0	0%
看護師	88	36	33	19	59.2	91.5%
准看護師	12	2	5	5	4.01	6.2%

表12 1医療機関あたりの看護職員数（n=38）

	従事者数			常勤換算従事者数 人数
	総数	常勤	非常勤	
総数	2.68	2.05	0.63	1.7
保健師	0.05	0.05	0	0.04
助産師	0	0	0	0
看護師	2.32	1.82	0.5	1.56
准看護師	0.32	0.18	0.13	0.11

表13 常勤換算数と医療機関数（n=38）

常勤換算数	医療機関数	割合
1.0以下	21	55.3%
1.1～1.9	4	10.5%
2.0～2.9	6	15.8%
3.0～3.9	3	7.9%
4.0～4.9	2	5.3%
5.0以上	2	5.3%
計	38	100%

看護職員の常勤換算数を地区別で見ると、看護師では東部が1.98人と最も多い。

表14 看護職の地区別常勤換算数

	東部	中部	西部
保健師	0	0	0.1
助産師	0	0	0
看護師	1.98	1.05	1.6
准看護師	0.12	0.15	0.07

常勤換算数と訪問看護部門設置

訪問看護部門を設置している8ヶ所の常勤換算数は、「3.0～3.9」が3ヶ所（37.5%）と最も多く、次いで「4.0以上」が2ヶ所（25.0%）であった。

訪問看護部門を設置していない30ヶ所の常勤換算数は「1.0以下」が19ヶ所（63.3%）で最も多かった。「4.0以上」のところは2ヶ所（6.7%）であった。

表15 訪問看護部門あり（n=8）

常勤換算数	数	割合
1.0以下	2	25.0%
1.1～1.9	0	0%
2.0～2.9	1	12.5%
3.0～3.9	3	37.5%
4.0以上	2	25.0%
計	8	100%

表16 訪問看護部門なし（n=30）

常勤換算数	数	割合
1.0以下	19	63.3%
1.1～1.9	4	13.3%
2.0～2.9	5	16.7%
3.0～3.9	0	0%
4.0以上	2	6.7%
計	30	100%

2) 専門・認定看護師の有無

専門・認定看護師の有無は、「いる」が5ヶ所（13.2%）、「いない」が33ヶ所（86.8%）であった。

認定看護師の分野は、訪問看護認定看護師が3人（60.0%）、脳卒中リハビリテーション看護が1人（20.0%）、摂食嚥下障害看護が1人（20.0%）であった。

表17 専門・認定看護師の有無（n=38）

	数	割合
いる	5	13.2%
いない	33	86.8%
計	38	100%

表18 認定看護師の分野（n=5）

分野	人数	割合
訪問看護	3	60.0%
脳卒中リハビリテーション看護	1	20.0%
摂食嚥下障害看護	1	20.0%
計	5	100%

3. 研修受講状況

研修受講状況は「受講あり」が19ヶ所（50.0%）、「受講なし」が18ヶ所（47.4%）とほぼ同率であった。「受講予定」は1ヶ所（2.6%）であった。
 「受講あり」の理由は、「受講したい内容だった」が16ヶ所（84.2%）と最も多い。
 「受講なし」の理由は、「業務多忙で受講できない」が12ヶ所（66.7%）と最も多く、次いで「研修の開催を知らなかった」が11ヶ所（61.1%）であった。「研修の必要性を感じない」が1ヶ所（5.6%）あり、「教科書・資料・講演では意味がない」という回答であった。
 研修開催を知らなかったが「情報があれば受講させる」は8ヶ所（88.9%）である。受講させないとした1ヶ所の理由は、「業務多忙のため」である。

表19 研修受講の有無 (n=38)

受講	数	割合
受講あり	19	50.0%
受講なし	18	47.4%
受講予定	1	2.6%
計	38	100%

表20 受講ありの理由 (n=19) 複数回答

理由	数	割合
受講したい内容だった	16	84.2%
情報交換できるから	11	57.9%
参加しやすい地域で開催されたから	7	36.8%

表21 受講なしの理由 (n=18) 複数回答

理由	数	割合
業務多忙で受講できない	12	66.7%
研修の開催を知らなかった	9	50.0%
参加しやすい地域ではなかった	5	27.8%
受講したい内容がない	2	11.1%
研修の必要性を感じない	1	0.6%

表22 開催を知らないが情報があれば (n=9)

	数	割合
受講させる	8	88.9%
受講させない	1	11.1%
計	9	100%

4. 遠隔地への訪問看護状況

遠隔地への訪問看護を「実施している」が10ヶ所（26.3%）、「実施していない」は28ヶ所（73.7%）である。遠隔地訪問を実施していない理由は、「必要な人がいない」が23ヶ所（82.1%）で最も多く、「対応できない」は5ヶ所（17.9%）であった。「対応できない」と回答した5ヶ所のうち2ヶ所は、人員不足をあげている。「助成があれば対応できる」が2ヶ所、「助成があっても対応できない」は1ヶ所であった。

表23 遠隔地への訪問看護 (n=38)

実施の有無	数	割合
実施している	10	26.3%
実施していない	28	73.7%
計	38	100%

表24 遠隔地訪問しない理由 (n=28)

理由	数	割合
必要な人がいない	23	82.1%
対応できない	5	17.9%
計	28	100%

遠隔地への訪問看護を実施している医療機関の所在地は、西部地区では浜松市天竜区2ヶ所と磐田市の2ヶ所、浜松市北区・浜松市中区の各1ヶ所で、合計6ヶ所である。

中部地区では、静岡市葵区で2ヶ所、島田市川根、牧之原市の各1ヶ所で、合計4ヶ所である。

東部地区では伊豆半島の伊豆市の1ヶ所のみである。

表25 地区別の遠隔地へ対応状況 (n=11)

【東部】		【中部】		【西部】	
住所	数	住所	数	住所	数
伊豆市小立野	1	静岡市葵区井川	1	磐田市新開	2
計	1	静岡市葵区追手町	1	浜松市北区三方原	1
		島田市川根	1	浜松市天竜区西藤平	1
		牧之原市細江	1	浜松市天竜区佐久間町	1
		計	4	浜松市中区小豆餅	1
				計	6

5. 利用者の状況（平成28年6月1日～6月30日の1ヶ月）

1) 利用者の年齢・性別

平成28年6月の1ヶ月間の訪問看護利用者総数は、439人であった。
 男女比率は、男性208人（47.4%）、女性231人（52.6%）であった。
 年齢別では75～99歳が最も多く、289人（65.8%）と訪問看護利用者全体の半数以上を占めている。

表26 利用者の年齢別・性別

	男性	女性	利用者総数	
	人数	人数	人数	割合
0～15歳	16	6	22	5.0%
16～39歳	9	11	20	4.6%
40～64歳	21	15	36	8.2%
65～74歳	32	33	65	14.8%
75～99歳	130	159	289	65.8%
100歳以上	0	7	7	1.6%
計	208	231	439	100%

2) 保険別利用者数と延べ訪問回数

保険別の利用者数は、介護保険が273人(62.2%)、医療保険が162人(36.9%)であった。
 保険別利用者数、訪問回数の割合は共に、介護保険が全体の半数以上を占めていた。

表27 保険別利用者数 (n=37)

	利用者数	
	人数	割合
介護保険	273	62.2%
医療保険	162	36.9%
その他	4	0.9%
計	439	100%

表28 保険別訪問回数 (n=37)

	訪問回数	
	回数	割合
介護保険	1159	60.9%
医療保険	730	38.4%
その他	14	0.7%
計	1903	100%

3) 介護保険利用者の内訳

介護保険利用者を介護度別で見ると、要介護4が最も多く66人(24.2%)であった。次いで要介護2が53人(19.4%)、要介護3が48人(17.6%)であった。要支援1.2は最も少なく15人(5.5%)であった。

表29 介護度別利用者状況 (人数)

	利用者数	
	人数	割合
要支援1・2	15	5.5%
要介護1	45	16.5%
要介護2	53	19.4%
要介護3	48	17.6%
要介護4	66	24.2%
要介護5	46	16.8%
計	273	100%

表30 介護度別利用者状況 (回数)

	訪問回数	
	回数	割合
要支援1・2	60	5.2%
要介護1	169	14.6%
要介護2	227	19.6%
要介護3	211	18.2%
要介護4	283	24.4%
要介護5	209	18.0%
計	1159	100%

図3 介護度別利用者状況 (人数)

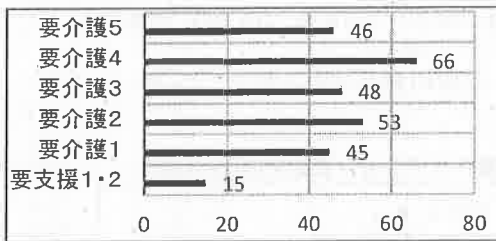
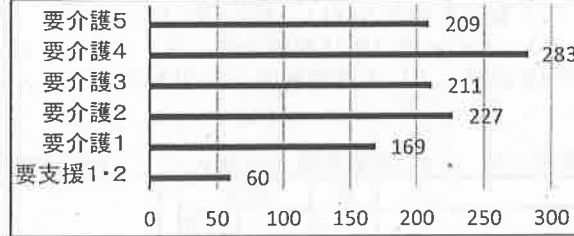


図4 介護度別利用者状況 (回数)



4) 在宅での看取り件数

平成27年度中の在宅での看取りは436件であった。
 看取りを行った医療機関のうち、看取り数1~5件が11ヶ所(28.9%)と最も多く、50件以上の看取りを行っているのは3ヶ所(7.9%)である。
 看取りを行っていない医療機関は、20ヶ所(52.6%)であった。
 看取り数を地区別で見ると、西部が183件(42.0%)と最も多かった。

表31 看取り数 (n=38)

看取り数	医療機関数	割合
0	20	52.6%
1~5	11	28.9%
6~10	2	5.3%
11~15	1	2.6%
16~20	0	0%
21~30	0	0%
31~40	0	0%
41~50	1	2.6%
50以上	3	7.9%
計	38	100%

図5 看取り数

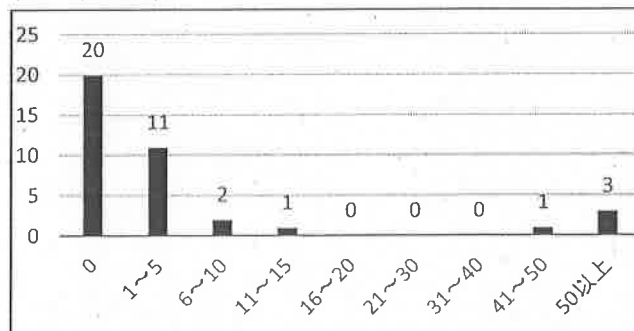


表32 地区別看取り数 (n=38)

	数	割合
東部	131	30.0%
中部	122	28.0%
西部	183	42.0%
計	436	100%

図6 地区別看取り数



6. 医療処置の実施状況

医療処置の実施状況は、「褥瘡の処置」が33ヶ所（86.8%）と最も多く、次いで「点滴・静脈注射・持続皮下注射」、「服薬」を32ヶ所（84.2%）実施している。「留置カテーテル」「吸入・吸引」が31ヶ所（81.6%）実施し、「在宅酸素療法」、「経管栄養」が30ヶ所（78.9%）実施していた。「在宅自己腹膜還流」は10ヶ所（26.3%）と最も少なかった。

表33 医療処置の実施状況 (n=38) 複数回答

	可		不可	
	機関数	割合	機関数	割合
褥瘡の処置	33	86.8%	5	13.2%
点滴・静脈注射・持続皮下注射	32	84.2%	6	15.8%
服薬	32	84.2%	6	15.8%
留置カテーテル（膀胱内・腎瘻・膀胱瘻）	31	81.6%	7	18.4%
吸入・吸引	31	81.6%	7	18.4%
在宅酸素療法	30	78.9%	8	21.1%
経管栄養（経鼻・胃瘻・腸瘻）	30	78.9%	8	21.1%
インスリン	29	76.3%	9	23.7%
ストーマケア	25	65.8%	13	34.2%
中心静脈栄養	23	60.5%	15	39.5%
ペインコントロール	22	57.9%	16	42.1%
在宅リハビリ（看護師による）	22	57.9%	16	42.1%
気管カニューレ	21	55.3%	17	44.7%
人工呼吸器	18	47.4%	20	52.6%
在宅自己腹膜灌流	10	26.3%	28	73.7%

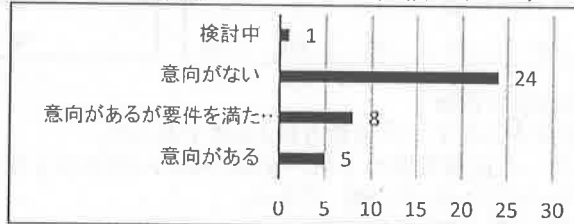
7. 訪問看護ステーション設置意向

訪問看護ステーション設置意向について、「意向がない」が24ヶ所（63.2%）と最も多い。「意向はあるが要件を満たさない」が8ヶ所（21.1%）、「意向がある」が5ヶ所（13.2%）であった。「意向がある」の内2ヶ所は既に訪問看護ステーションを設置している。訪問看護部門を設置している医療機関で訪問看護ステーション設置の意向があるのは、2ヶ所（5.3%）であった。

表34 訪問看護ステーション設置意向 (n=38)

	数	割合
意向がある	5	13.2%
意向があるが要件を満たさない	8	21.1%
意向がない	24	63.2%
検討中	1	2.6%
計	38	100%

図7 訪問看護ステーション設置意向 (n=38)



第1回地域包括ケア推進ネットワーク会議中東遠圏域会議（概要）

平成 28 年 11 月 7 日開催

団体・組織名	現 状	課題	強みや効果的な取り組み (改善策を含む)
医師会	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護ステーションと連携し、何かあった時には看護師に対応してもらい、医師は全体的な流れを見ながら急変事に対応する。うまくサポートしてくれる所とタッグを組めれば、負担はそれほど大きくない。 ・あまり大変、大変と言われると、いろいろな先生方が関わってくれないので、実際にどのようにやっているのかをアピールしたい。 ・バックヤードとして、緊急入院先を確保し病院と連携している。 ・情報提供に関して、躊躇する必要はない。ケアマネは医師との関わりについて、習うより慣れろが良い。 ・施設入所者について、ケアマネからの情報がなく、意思疎通が悪い。 	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問歯科診療では、機材を持参し準備から片付けまで時間がかかり、一人の患者の診察に1時間位要するため負担が大さい。 ・行政からの依頼では、自院の患者と違い全く情報がない状況で、訪問診療には足が遠のく。 ・連携がないと、在宅での専門的なサポートは困難。 ・口腔機能の評価に歯科を活用してほしい。 ・ケアマネとの連携はできてきている（プランや口腔ケアの調整） ・在宅療養支援歯科診療所の施設基準を取っても、保険点数にあまり反映していない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・医師同士が複数の患者を診てサポートし合う体制があると良い。 ・医師への連絡方法 ・アセスメントシートを診療所スタッフに預け、時間のある時に見てもらおう。ちょっとした変化はFAXを利用する。重要なことはあらかじめ連絡し、直接会って報告(相談)する。 ・指揮系統的に、何かあった場合に医師が知らないのは困るので、必要な情報は連絡する。
歯科医師会	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問歯科診療では、機材を持参し準備から片付けまで時間がかかり、一人の患者の診察に1時間位要するため負担が大さい。 ・行政からの依頼では、自院の患者と違い全く情報がない状況で、訪問診療には足が遠のく。 ・連携がないと、在宅での専門的なサポートは困難。 ・口腔機能の評価に歯科を活用してほしい。 ・ケアマネとの連携はできてきている（プランや口腔ケアの調整） ・在宅療養支援歯科診療所の施設基準を取っても、保険点数にあまり反映していない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・最後まで口から食べることを一番に考えている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・最後まで口から食べることを一番に考えている。
薬剤師会	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅訪問し、与薬、お薬カレンダー等を利用した残薬整理をしている。どの程度服薬できているかを見守り、医師にフィードバックをする仕事。 ・ヘルパーが服薬を確認してもらえると、コンプライアンスが上がり、患者の状態も改善することを実感している。重度の患者の方が見守りにより、しつかり服薬できている。 ・ケアマネなどは薬剤師が訪問していることを知らない。(PR不足) 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護度が低い人の服薬指導で病気の重症化予防ができる。介護度が低い人で服薬できていない人を見つけたら薬局を利用してほしい。 ・県薬剤師会ホームページに訪問指導の実績のある薬局一覧が掲載されている。また、磐田薬剤師会のホームページには、やりたい、やっても良い薬局と対応できる内容が掲載されている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・介護度が低い人の服薬指導で病気の重症化予防ができる。介護度が低い人で服薬できていない人を見つけたら薬局を利用してほしい。 ・県薬剤師会ホームページに訪問指導の実績のある薬局一覧が掲載されている。また、磐田薬剤師会のホームページには、やりたい、やっても良い薬局と対応できる内容が掲載されている。

団体・組織名	現 状	強みや効果的な取り組み (改善策を含む)
訪問看護ステーション	<ul style="list-style-type: none"> ・医師との連携があると安心して対応できる。 ・訪問看護の役割が住民に理解されておらず、PR 不足がある。 ・訪問看護師の不足、小規模の施設が多い。 ・気力や体力で頑張っている状況であり、医師を支援できるほどの体制が整っていない。(受け皿の脆弱性) ・訪問看護のイメージの払拭が必要(重症化したケース、入退院を繰り返しどうしようもない状態からのスタートが多い) 	<ul style="list-style-type: none"> ・暮らしの中で医療面と生活面の両方を見れる専門職で、医療と介護をマネージメントしたい。
リハビリテーション専門職団体協議会	<ul style="list-style-type: none"> ・中東遠圏域はリハの活用が少ない。 ・なかなか声をかけてもらえないのが実情。(総合事業や介護予防に活用してほしい) ・PT、OT、ST の役割を活かすため、啓発活動をすることを目的に28年4月に協議会を立ち上げた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・元気な高齢者や障害者を増やすことが使命。
中東遠総合医療センター (急性期病院)	<ul style="list-style-type: none"> ・28年4月からの診療報酬改訂により退院支援加算が導入され、地域連携室に在宅支援部門が強化された。入院の段階から在宅カリハビリか、早期から介入システムに変化している。 ・退院支援を進めるため訪問看護ステーションの実習に出したり、認定訪問看護師の講義を受講する等、院内教育制度を強化している。 ・患者から追いつけられないとの誤解を招かないようにしなければいけない。 ・スタッフの個人差、病院看護師は在宅のイメージを持ちにくい。 	
掛川北病院 (慢性期病院)	<ul style="list-style-type: none"> ・患者も在宅から入ってくるが重症化していく中で、地域包括ケアシステムの一番最後の場所(終末期を支えて最後を看取る役割) 	
地域包括・在宅介護支援センター協議会	<ul style="list-style-type: none"> ・住民は退院後の生活のイメージがつかめず、不安を抱えている。(訪問診療を行う医師の不足、訪問看護の活用を含め、医療との連携に壁を感じているケアマネも多い) ・患者は病院から出されるといふ不安がある。(住民への啓発が必要) 	

団体・組織名	現状	課題	強みや効果的な取り組み（改善策を含む）
県介護支援専門員協会	<ul style="list-style-type: none"> ・医師や訪問看護師に連絡票を記載しているが、自宅での様子やサービス提供事業所の思いや家族の気持ちを伝えるように心がけている。 ・医師との連絡（連携）の取り方がむづかしい（面識のない先生とどのタイミングで、どのように連絡をすれば良いか。怒られるかもと及び腰になり、甚大な結果を招いたり、入院せざるを得ない状態に陥ることもある）。 		
老人保健施設協議会	<ul style="list-style-type: none"> ・医療的にも介護的にも重度の方が増えている印象。医療区分1の患者は多いが、自ら動ける人は少なく、医療や介護の手を必要としている。ショートステイの利用はレスパイト中心だが、限界に近い状態で入所するケースが多い。 	<ul style="list-style-type: none"> ・入所者を医学的な管理の下、元気にして帰すことが1つの役割。 ・地域で重症な方が増えており、レスパイトケア目的の短期と中間的な老健の役割も重要となる。 	
小規模多機能型居宅介護事業者	<ul style="list-style-type: none"> ・デイサービス、ヘルパー、ショートステイ（通いと泊まりと訪問）の3つのサービスが一緒になったサービス。一番のメリットは、どのサービスを使っても同じ職員が関わることである。 ・希望者には、事業所内のお泊りの中で看取りも対応している。訪問で出かけた所で医師や訪問看護師と連携し、自宅での看取りもしている。 ・退院後、直接お泊りで1～2週間使って、それから在宅の状況を見ながら在宅での生活に戻していくような役割も力を入れている。医療の方々の協力があった始めて在宅の生活が成り立っている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師を配置して訪問看護もできるような体制をとる看護小規模多機能が少しずつ出てきている。 ・在宅での生活の限界点をなるべく高めようというのが小規模多機能の役割。 	
ホームヘルパー連絡協議会	<ul style="list-style-type: none"> ・毎日のように訪問をし、利用者の状態を早く把握し、早い段階で重症になる前に入院させたり、医師に訪問してもらおう等の対応をしたい。 		
掛川市	<ul style="list-style-type: none"> ・5つのふくしあを中心に、関係者がワンフロアで対応を検討できる。 ・ケアマネが医療の敷居が高いと言うが、医師会が研修会を企画し案内してくれたり、顔の見える関係づくりと連携を図ってくれている。 		

団体・組織名	現 状 ・ 課 題	強みや効果的な取り組み (改善策を含む)
袋井市	<ul style="list-style-type: none"> ・27年5月に総合健康センターを設置し、医療・介護・保健・福祉の連携を図っている。 ・28年度から在宅医療介護の推進会議を立ち上げた。 	
御前崎市	<ul style="list-style-type: none"> ・27年度から地域ケア会議(4つの部会)を開催し、他職種連携プロジェクトを実施している。顔を合わせる中で、連携が生まれている。 	

地域医療の状況について

西部健康福祉センター地域医療課

1 中東遠圏域の医療の現状

	人口 10 万人当たり				医 師 数			
	H26	H24	H22	4 年増減	H26	H24	H22	4 年増減
賀 茂	145.0	133.8	120.7	24.3	99	95	89	10
熱海伊東	238.8	216.3	219.7	19.1	255	236	244	11
駿東田方	210.4	198.6	199.7	10.7	1,386	1,326	1345	41
富 士	138.6	132.1	133.9	4.7	529	508	517	12
静 岡	216.8	210.0	211.4	5.4	1,532	1,496	1,514	18
志太榛原	154.8	146.5	133.1	21.7	718	687	629	89
中東遠	134.5	129.7	123.4	11.1	621	605	581	40
西 部	240.6	235.1	228.1	12.5	2,045	2,014	1,964	81
静岡県 (順位)	193.9 40 位	186.5 41 位	182.8 40 位	11.1				
全 国	233.6	226.5	219.0	14.6				

2 在宅医療の状況

	総人口	65 歳以上人口	高齢化率	在宅療養支援病院	在宅療養支援診療所	訪問看護ステーション	在宅療養支援歯科診療所
磐田市	170,140	44,366	26.1	1	12	6	5
掛川市	117,520	29,531	25.1		6	5	2
袋井市	87,174	19,286	22.1		6	2	4
御前崎市	33,488	9,034	27.0	1	4	1	3
菊川市	47,823	12,028	25.2		3	3	2
森 町	18,988	5,867	30.9	1	1	1	1
中東遠	475,133	120,112	25.3	3	33	18	17

* 人口、65 歳以上人口、高齢化率：平成 28 年 4 月 1 日現在

* 訪問看護ステーション：平成 28 年度静岡県社会福祉施設・事業所・団体要覧から

* 在宅療養支援病院：平成 27 年 4 月現在

* 在宅療養支援診療所：平成 28 年 9 月末現在

* 在宅療養支援歯科診療所：平成 28 年 6 月 1 日現在

疾病・事業ごとのデータから見た地域課題と今後の方策案(中東遠圏域)

I-7疾病		データから見た地域課題	想定される原因	現状の対応	今後の方策案
I-1 がん		・西部圏域への患者流出が見られる。	・西部圏域の医療機関等で検診を受け、その後の受診も関連する医療機関での受診の可能性がある。 ・かかりつけ医が西部圏域にいる可能性がある。	・クリティカルパスの実施 ・がん予防のための知識普及啓発、がん検診の受診率向上	
I-2 脳卒中		・西部圏域への患者流出が見られる。 ・危険因子である糖尿病有病者、糖尿病予備群が多い。 ・SMRが全国と比べて高い。	・脳卒中専門医の不足 ・糖尿病患者・糖尿病予備群が高く生活習慣に課題がある	・生活習慣病対策の啓発と糖尿病重症化予防	
I-3 心筋梗塞等の心血管疾患		・西部圏域への患者流出が見られる。 ・危険因子である糖尿病有病者、糖尿病予備群が多い。 ・急性心筋梗塞のSMRが高い水準にある。	・循環器科専門医の不足 ・糖尿病患者・糖尿病予備群が高く生活習慣に課題がある	・生活習慣病対策の啓発	
I-4 糖尿病		・西部圏域への患者流出が見られる。 ・糖尿病有病者、糖尿病予備群が多い。	・糖尿病専門医の不足、糖尿病患者・糖尿病予備群が高く生活習慣に課題がある。西部圏域の医療機関等で検診を受け、その後の受診も関連する医療機関での受診の可能性がある	・受診率の向上、早期発見、早期治療 ・重症化予防	
I-5 喘息				・医療機関間の連携強化、口腔ケアの啓発、肺炎球菌ワクチンの接種啓発	
I-6 肝炎		・肝炎患者がかかりつけ医の登録状況が伸び悩んでいる。	・検査体系が複雑化、治療法も大きく変化している最中で、それらの知識の習得に時間を要している	・肝炎患者がかかりつけ医の普及啓発、肝炎ウイルス検診の普及促進	
I-7 精神疾患		・西部圏域への患者流出が見られる。		・精神科救急医療は2病院(服部病院、川口会病院) ・「身体合併症治療」を担う医療機関1病院(菊川市立総合病院) ・認知症患者医療センターは1病院(中東遠総合医療センター)	

疾病・事業ごとのデータから見た地域課題と今後の方策案(中東遠圏域)

II 5 事業、III 在宅医療

データから見た地域課題		想定される原因	現状の対応	今後の方策案
II-1 救急医療	<ul style="list-style-type: none"> ・2次救急について他圏域への患者流出が見られる。 ・特定集中治療室のある病院は2病院あるが、西部圏域への患者流出が見られる。 ・救急搬送の覚知から収容までの時間が、県内で2番目に長い。 	<ul style="list-style-type: none"> ・基礎疾患を西部圏域医療機関で受診している場合が想定される。専門医の不足や軽症者の利用等により、病院の負担増 	<ul style="list-style-type: none"> ・役割分担を明確化及び医療機関と消防機関との円滑体制による対応 	
II-2 災害時の医療	<ul style="list-style-type: none"> ・袋井市に救護病院がない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療従事者の不足 	<ul style="list-style-type: none"> ・「救命」を担う医療機関は、災害拠点病院が2病院(磐田市立総合病院、中東遠総合医療センター)、救護病院は6病院(磐田市立総合病院、中東遠総合医療センター、市立御前崎総合病院、菊川市立総合病院、公立森町病院、新都市病院) ・「応援派遣」を担う医療機関は、DMAT設置病院2病院(磐田市立総合病院、中東遠総合医療センター) 	
II-3 へき地の医療	<ul style="list-style-type: none"> ・圏域内に、へき地医療拠点病院、へき地診療所が無い。 	<ul style="list-style-type: none"> ・医師不足 	<ul style="list-style-type: none"> ・準へき地診療を担う病院として公立森町病院が対応する。 	
II-4 周産期医療	<ul style="list-style-type: none"> ・出生当たりの産科・産婦人科医師数が、県内で2番目に少ない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・基幹的産科・婦人科病院が少ない 	<ul style="list-style-type: none"> ・産婦人科、女性医療、妊婦検診もできる幅広い診療能力をもつ家庭医の養成の取り組み 	
II-5 小児医療(小児救急医療を含む)	<ul style="list-style-type: none"> ・小児2次救急医療体制について、輪番体制が整備されていない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・専門医の減少 	<ul style="list-style-type: none"> ・各病院で個別対応。磐田市立総合病院及び中東遠総合医療センター以外の病院で小児科が不在の場合には、内科で対応 	
III 在宅医療	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護ステーションの設置が横ばいにある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・マンパワーの確保が困難、利用者の理解不足 	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療に関する啓発 ・家庭医療センターの医師による在宅医療の推進 	

療養病床特別部会が議論の整理案を了承

転換先の新施設を法制化

経過措置は両論併記

社会保障審議会療養病床の在り方等に関する特別部会(部会長＝遠藤久夫学習院大学経済学部教授)は12月7日、介護療養病床等の転換先となる新施設の類型等をまとめた議論の整理案を概ね了承した。要介護高齢者の長期療養・生活施設機能を持つ新た



新施設類型等を了承

な施設類型を介護保険法で規定し、医療法でも医療提供施設に位置付ける。新類型への転換の準備期間が必要であるため、平成29年度末の介護療養病床の廃止期限等を延長するが、経過期間は3年程度と6年程度の両論を併記した。18年度の医療保険制度改革等により、介護療養病床の23年度末の廃止が決定され、その後29年度末に廃止・転換期限が延長された。同時に医療法施行規則で療養病床の人員配置は4対1以上となっているが、29年度末までは経過措置として現行の6対1以上を認めている。いずれも経過措置の期限が迫る中、療養病床の在り方等に関する検討会が昨年7月から今年1月にかけて転換の選択肢をまとめ、特

別部会ではその議論を引き継いで、6月から7回にわたり新類型の人員配置基準等を検討してきた。

議論の整理では、介護療養病床の重介護者の受入れや看取り・タイムミナル等の機能を維持しつつ、入院生活が長期にわたる生活施設としての機能を兼ね備えた「要介護高齢者の長期療養・生活施設」として介護保険法上に規定することを求めた。医療法でも介護老人保健施設等と同様に医療提供施設として位置付ける。新施設類型は利用者像に応じた療養機能強化型A B相当の機能と、比較的容体が安定した者を対象とする機能の二つに分け、それぞれ介護報酬上で設定する。床面積等は老人保健施設を参考とし、1室あたり定員4人以下、入所者1人あたり8㎡以上とする。床面積や人員配置などの施設基準は今後、社保審介護給付費分科会で議論し、30年度改定の際に決定する。

いわゆる医療外付け型である「居住スペースと医療機関の併設型」への転換も行えるよう、介護給付費分科会で要件緩和に関して検討する。併設医療機関の医師が往診する形になり、夜間や休日の医療ニーズにも対応する。

介護療養病床等の経過措置は、転換の準備のためにさらなる経過期間を設けることでは一致した。ただ、具体的な期間は3年程度と6年程度で委員間の意見が分かれているため、議論の整理には両論を併記している。新たな施設類型は恒久的な施設であるため、一般病床から転換したり、まったくの新規で開設したりすることは可能となるが、当面は介護療養病床や医療療養病床からの転換を優先すべきとした。転換を優先する期限については3年と6年の両論を記載した。これらの方針は、介護保険法改正案を策定する際に決める。

また、病院から新施設に一

部または全部を転換した場合に、従事する医師や看護師等の思いに配慮し、病院の名称を維持できるように要件の緩和を求めた。医療法では病院以外が「病院」と名乗ることはできないため、法案策定までに取扱いを検討する。

療養病棟入院基本料2(25対1)の取扱いは中央社会保険医療協議会で決定するとした。また、精神病床であるが介護保険から給付されている老人性認知症疾患療養病棟について、新施設類型は同病棟と同等の機能を担うものではないため、引き続き適切な精神科専門医療が提供されるよう配慮することを記載した。全国で30病院程度と数が少ないため、関係者を通じて個別に対応を協議する。

案に対して、鈴木邦彦委員(日本医師会常任理事)は、いわゆる外付け型に關しても「(大規模修繕までは)6・4㎡は維持してほしい」と療養病床の現在の床面積で可能

となるような緩和策を求める一方、市原俊男委員(高齢者住まい事業者団体連合会代表幹事)は「個室を原則としてほしい。また併設型は地域の在宅医療を担ってほしい」と述べた。岡崎誠也委員(全国市長会、高知市長)の代理として出席した村岡晃参考人(高知市健康福祉部長)は「制度が十分に認知されることやモチベーションが維持されることが重要。制度改正は現場が苦慮しており、ころころと時の政権で変わることはないようにしてほしい」と、新施設創設によって制度の安定化を要望した。

議論の整理は遠藤部会長に修文を一任して了承された。修文前の議論の整理案は8日の社保審医療部会、医療保険部会、9日の介護保険部会に提出された。介護保険部会の「介護保険制度の見直しに關する意見」では療養病床の見直しについて、特別部会の審議結果に基づき対応すること

が適当と記載しており、療養病床の取扱いは特別部会の「議論の整理」が部会の意見ともなる。

■機能強化型はターミナル

実施率がその他より高く厚労省はまた、介護療養病床の療養機能強化型とその他の状況に關する調査結果を報告した(27年度調査研究事業)。

入院患者の平均要介護度は療養機能強化型が4・5で、その他の4・3よりもやや重度だった。入院患者が受けている治療で最も多いのは服薬管理(療養機能強化型78・1%、その他83・0%)で、療養機能強化型は経管栄養

45・3%、摘便40・3%、喀痰吸引35・0%と続く。その他では摘便33・1%、経管栄養31・8%、浣腸28・3%だった。

ただし、病床1000床あたりのターミナルケア提供数を見ると療養機能強化型Aが21・2人で、療養機能強化型Bの11・6人、その他3・0

人を大きく上回った。病床1000床あたりの職員数は、医師は療養機能強化型Aが3・4人、同Bが4・2人、その他4・0人、看護職員は療養機能強化型Aが19・8人、同Bが21・3人、その他23・2人、介護職員は療養機能強化型Aが24・1人、同Bが26・1人、その他25・0人となった。施設の平均病床数は療養機能強化型Aが63・8床であるのに対し、その他は31・0床であり、1000床あたりに換算した数字であるため、一概に人数の多少を論じることにはできない。

この結果を受け、療養病床を運営する立場から吉岡充委員(全国抑制廃止研究会理事長)は「その他の療養病床もターミナル患者を受けており、新施設になると軽い患者しか診なくなる」と懸念。「いまの介護療養を残してバージョンアップしたものを作るべきではないか」と介護療養病床の廃止に反対した。

第8次静岡県保健医療計画等 策定スケジュール(案) 計画期間【平成30年度～平成35年度(6年間)】

資料3

	平成28年度						平成29年度											
	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
県全体						第2回(下旬)					第1回(下旬)				第2回(素案)			第3回【最終案】
保健医療計画策定作業部会			第2回(12/21)		第3回(下旬)					第2回(下旬)								第4回(下旬)
地域医療協議会										第1回(下旬)								第3回(下旬)
地域医療構想調整会議										第1回(中旬)								第2回(下旬)
(医療対策協議会)										第1回(下旬)								第3回(下旬)
事務局																		第2回(上旬)
本庁関係各課																		計画(最終案)作成
各保健所																		パブコメ
																		関係団体意見聴取
																		計画(最終案)作成
																		提出意見への対応
																		保健医療計画【最終案】

第8次静岡県長寿保健福祉計画 策定スケジュール(案) 計画期間【平成30年度～平成32年度(3年間)】

	平成28年度						平成29年度												
	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
県全体																			第3回【最終案】
介護保険事業支援計画作成委員会等																			第2回【素案】
計画作成作業部会																			第3回
市町との連携																			第4回
事務局																			第3回
本庁関係各課																			計画(最終案)作成
各健康福祉センター																			パブコメ
各保健所																			基本指針案再提示(案)
各市区町																			サービス見込量最終集計

社会保険審議会(障害福祉の在り方特別部会)【年内とりまとめ(予定)】

⇒その後、社会保障審議会にて個別の制度・法律等を整備

介護保険等調査期間同時改定

介護保険等調査期間同時改定

介護保険等調査期間同時改定

介護保険等調査期間同時改定

介護保険等調査期間同時改定

介護保険等調査期間同時改定

介護保険等調査期間同時改定