

平成28年度

第2回 賀茂地域医療構想調整会議

日時：平成28年10月17日(月) 午後6時～
場所：下田総合庁舎 2階 第3会議室

次 第

○ 議 題

- 1 医療提供体制の検証
- 2 療養病床を有する医療機関への訪問調査の状況
- 3 地域医療介護総合確保基金を活用した取組

【配布資料】

- ・資料1：第8次静岡県保健医療計画の策定
- ・資料2：平成27年度病床機能報告結果（病院個票データ）
- ・資料3：二次医療圏別 各種医療の自己完結率
- ・資料4：特定健診データ分析結果
- ・追加資料：診療所年齢別医師数
- ・追加資料：在宅医療に係る参考資料
- ・資料5：療養病床を有する医療機関への訪問調査の状況
- ・資料6：地域医療介護総合確保基金

(参考資料)

- ・前回会議における主な意見
- ・第1回「静岡県保健医療計画策定作業部会」における主な委員意見

(意見提出用紙)

- ・第2回地域医療構想調整会議 構想区域における医療提供体制の現状・課題



平成28年第2回 賀茂地域医療構想調整会議 座席表

賀茂
森田 広
歯科医師会

賀茂
池田 正見
医師会

賀茂
八代 由隆
薬剤師会

静岡
小川 秋美
県看護協会
支部

下田メディカルセンター
畑田 淳一

熱川温泉病院
田所 康之

伊豆今井浜病院
小田 和弘

下田温泉病院
荒井 充

ふれあい南伊豆ホスピタル
望月 博

西伊豆健育会病院
仲田 和正

下田市 市民保健課
永井 達彦

東伊豆町 健康づくり課
鈴木 嘉久

河津町 保健福祉課
山本 久美子

南伊豆町 健康福祉課
黒田 三千弥

松崎町 健康福祉課
馬場 順三

西伊豆町 健康増進課
平野 秀子

梓川 友島 優幸
社会福祉法人

セ高 賀茂健康福祉
ン橋 ター | 所長
安雄

賀藤 茂本 眞一
保健所 長

セ植 賀茂健康福祉
ン松 ター | 福
和子 祉

賀小 茂坂 延弘
健康福祉
セ | 社
ン | 延弘

報道関係者席

事務局、県関係者

オブザーバー参加者

平成28年度 第2回 賀茂地域医療構想調整会議 出席者名簿

【委員】

平成28年10月17日開催

No	役職名	氏名	備考
1	賀茂医師会 会長	池田 正見	
2	賀茂歯科医師会 会長	森田 広	委員：平野 信之
3	賀茂薬剤師会 会長	八代 由隆	
4	静岡県看護協会賀茂地区支部 副支部長	小川 秋美	代理出席
5	下田メディカルセンター 院長	畑田 淳一	
6	熱川温泉病院 院長	田所 康之	
7	伊豆今井浜病院 院長	小田 和弘	
8	下田温泉病院 院長	荒井 充	
9	ふれあい南伊豆ホスピタル 院長	望月 博	
10	西伊豆健育会病院 院長	仲田 和正	
11	社会福祉法人粹友会 理事長	川島 優幸	
12	下田市 市民保健課 課長	永井 達彦	
13	東伊豆町 健康づくり課 課長	鈴木 嘉久	
14	河津町 保健福祉課 健康係長	山本 久美子	代理出席
15	南伊豆町 健康福祉課 課長	黒田 三千弥	
16	松崎町 健康福祉課 課長	馬場 順三	
17	西伊豆町 健康増進課 健康係長	平野 秀子	代理出席
18	賀茂保健所 所長	藤本 眞一	

【県庁関係者】

19	健康福祉部 地域医療課 課長	奈良 雅文	
20	健康福祉部 医療政策課 課長代理	田中 真生	
21	健康福祉部 医療政策課 医療企画班 副班長	花嶋 慶	

【賀茂健康福祉センター関係者】

22	賀茂健康福祉センター 所長	高橋 安雄	
23	賀茂健康福祉センター 福祉部 部長兼福祉課長	大村 新治	
24	賀茂健康福祉センター 健康増進課 課長	三井 照美	

【事務局】

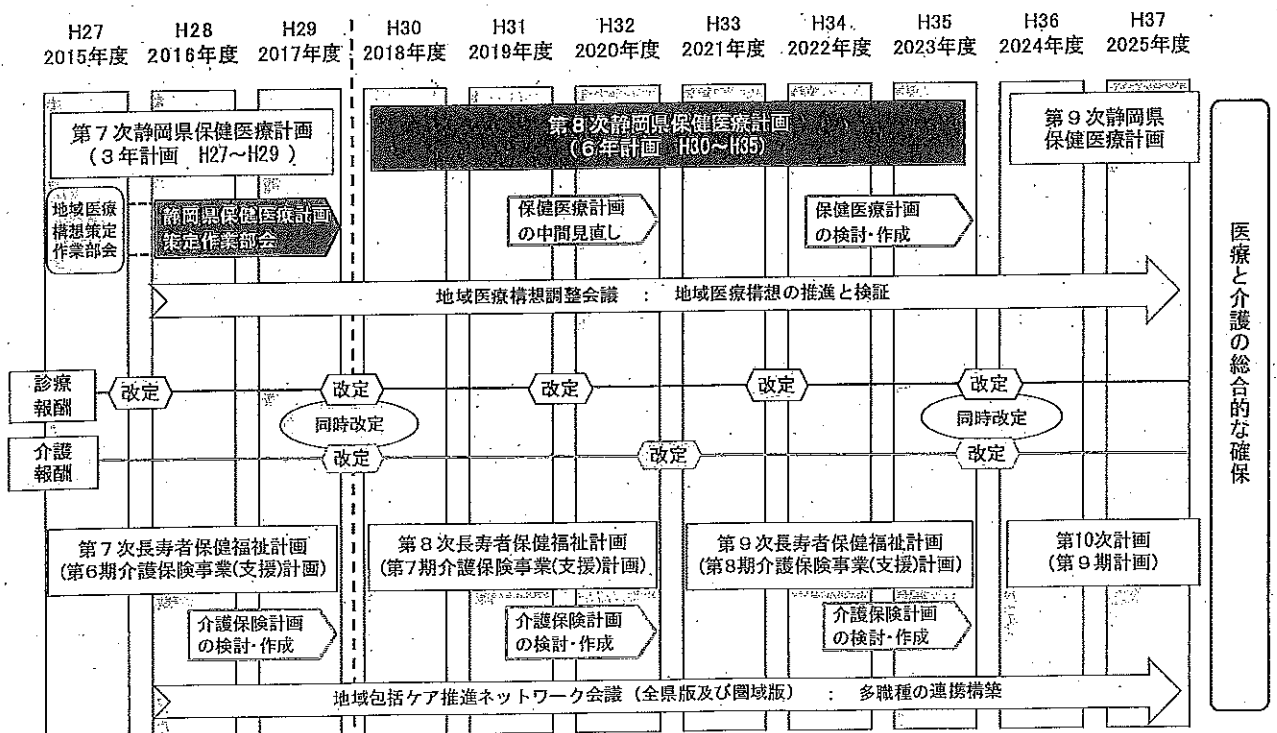
25	賀茂健康福祉センター 医療健康部 部長兼地域医療課長	植松 和子	
26	賀茂健康福祉センター 地域医療課 専門監兼地域医療班長	小坂 延弘	
27	賀茂健康福祉センター 地域医療課 主事	金子 留実	
28	賀茂健康福祉センター 松崎保健支援室 主査	福田 容史子	

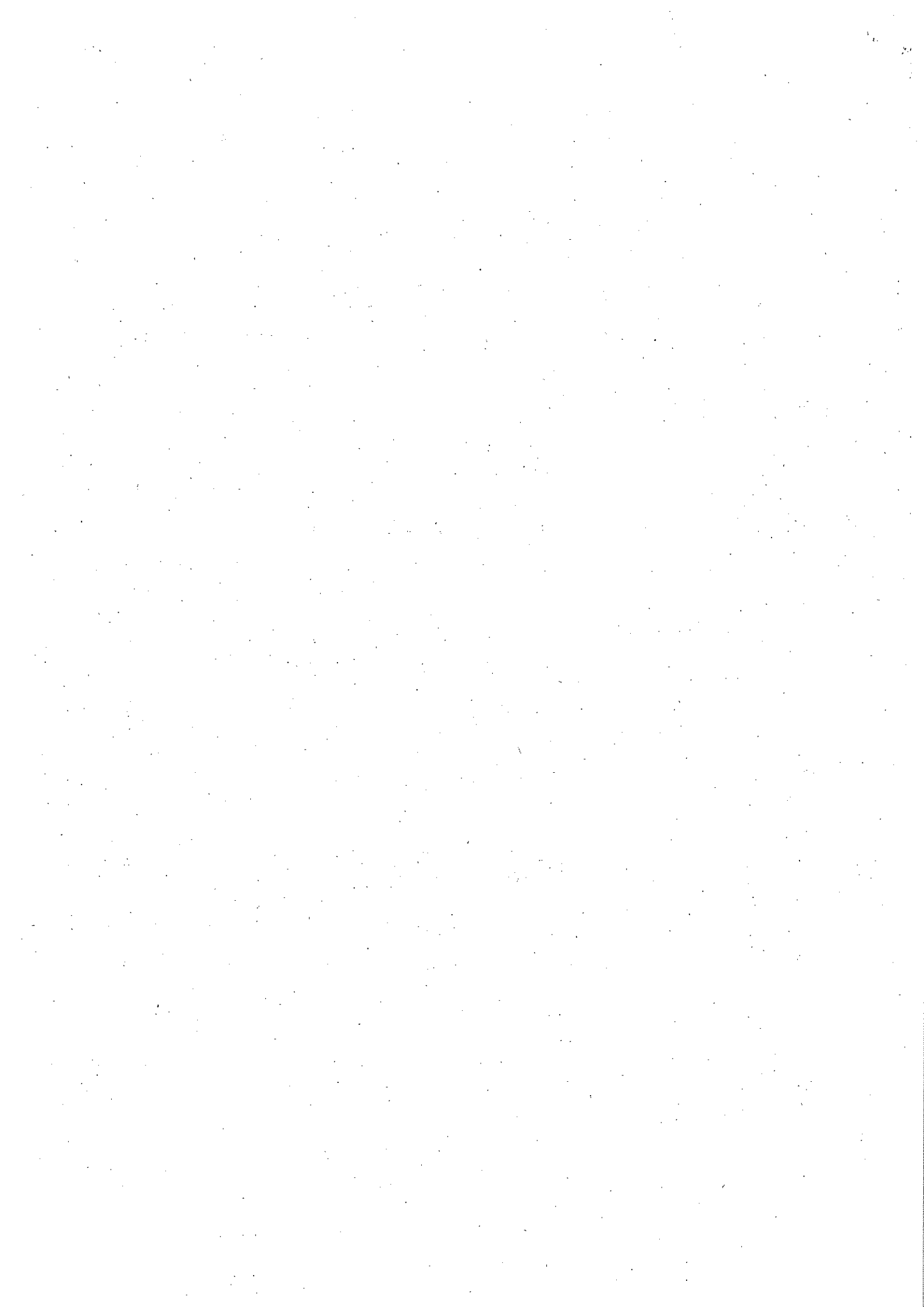
第8次静岡県保健医療計画の策定

1 第7次静岡県保健医療計画（現行計画）の概要

計画期間	平成27年度から平成29年度までの3年間。平成30年度からは6年間。
2次保健医療圏	入院医療の提供体制を確保するための一体の区域（県下8医療圏）
基準病床数	病床整備の上限値 療養病床及び一般病床 28,623床（8圏域） 精神病床 6,128床（県全圏域） 結核病床 103床（県全圏域） 感染症病床 48床（県全圏域）
医療連携体制の構築	7疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、喘息、肝炎、精神疾患） 5事業（救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療（小児救急医療を含む）） 在宅医療（在宅医療の体制整備、在宅歯科医療の体制整備、薬局の役割、リハビリテーション）
圏域別計画	医療資源や住民の健康状態等は圏域ごとに実状が異なることから、地域の状況に応じて、7疾病5事業及び在宅医療に関する圏域別の計画を策定。
その他	団塊の世代が後期高齢者となる2025年に向けた取組 医療機関の機能分担と相互連携 地域包括ケアシステムの構築 ほか

2 第8次静岡県保健医療計画（次期計画）策定と2025年に向けたスケジュール





平成28年度 静岡県地域医療構想、保健医療計画関連スケジュール（予定）

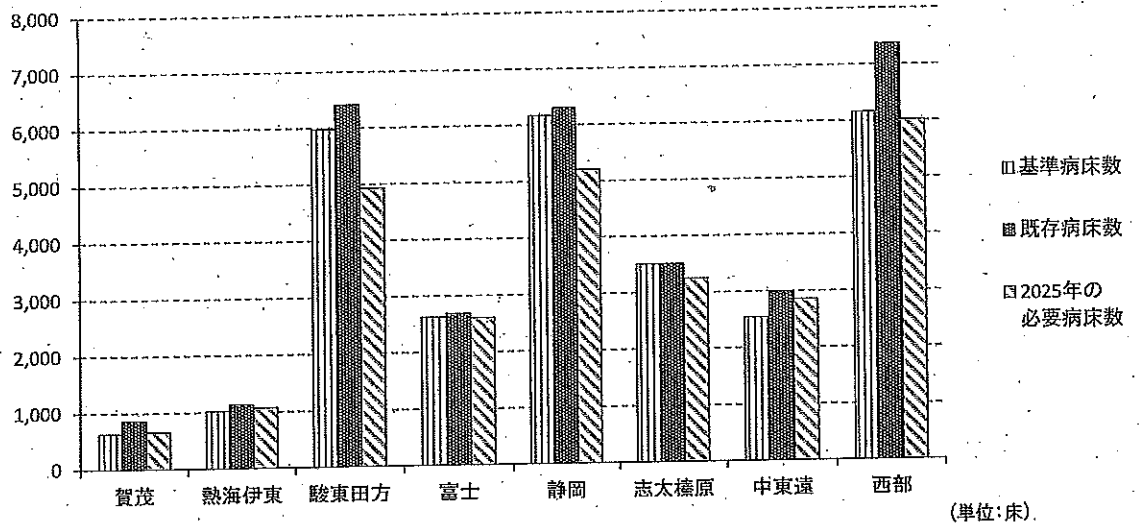
	医療審議会 (県全体)	静岡県保健医療計画策定作業部会 (県全体)	地域医療構想調整会議 (各構想区域)	備考
平成28年度 第1四半期 (4月～6月)			<p>第1回 調整会議</p> <ul style="list-style-type: none"> ・H27病床機能報告結果の情報等共有 ・医療提供体制の現状確認 等 	
平成28年度 第2四半期 (7月～9月)	<p>第1回 医療審議会 (8/17)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・H27病床機能報告結果 ・地域医療構想調整会議における検討状況 等 	<p>第1回 保健医療計画策定作業部会 (8/30)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・H27病床機能報告結果 ・地域医療構想調整会議における検討状況 ・医療提供体制の現状確認 等 	<p>第2回 調整会議</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療提供体制の検証 ・医療提供総合確保基金を活用した取組の検討 	<p>＜各健康福祉センター＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療介護資源の把握 ・基礎データ検証 ・療養病床の意向調査
平成28年度 第3四半期 (10月～12月)		<p>第2回 保健医療計画策定作業部会</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療提供体制の検証 ・療養病床の状況 	<p>必要に応じて随時開催</p>	
平成28年度 第4四半期 (1月～3月)	<p>第2回 医療審議会 (3/14)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保健医療計画策定作業部会における検討状況 等 	<p>第3回 保健医療計画策定作業部会</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療提供体制の検証 等 	<p>厚生労働省より次期保健医療計画策定基本方針の提示</p>	
平成29年度		<p>静岡県地域医療構想の検証、第8次静岡県保健医療計画の策定</p>	<p>第7期介護保険事業(支援)計画の策定</p>	



次期保健医療計画策定に向けたポイント

○基準病床数、既存病床数と地域医療構想の必要病床数との関係

- ・ 現行の保健医療計画と地域医療構想において、本県では全ての医療圏で、既存病床数が、基準病床数と必要病床数のいずれをも上回っている。
- ・ このことから、まず、将来の医療需要である必要病床数を考慮しながら、医療提供体制を再構築する必要がある。



	基準 病床数	既存 病床数	2025年の 必要病床数	2025年の必要病床数の構成			
				高度 急性期	急性期	回復期	慢性期
賀茂	630	858	659	20	186	271	182
熱海伊東	1,018	1,132	1,068	84	365	384	235
駿東田方	5,979	6,414	4,929	609	1,588	1,572	1,160
富士	2,625	2,688	2,610	208	867	859	676
静岡	6,166	6,305	5,202	773	1,760	1,370	1,299
志太榛原	3,507	3,510	3,246	321	1,133	1,054	738
中東遠	2,543	2,987	2,856	256	1,081	821	698
西部	6,155	7,365	6,014	889	2,104	1,572	1,449
静岡県	28,623	31,259	26,584	3,160	9,084	7,903	6,437

※既存病床数はH28.4.30現在

○各医療圏における7疾病5事業と在宅医療の対応

地域医療構想で示した必要病床数及び在宅医療等の必要量を考慮し、各圏域で協議

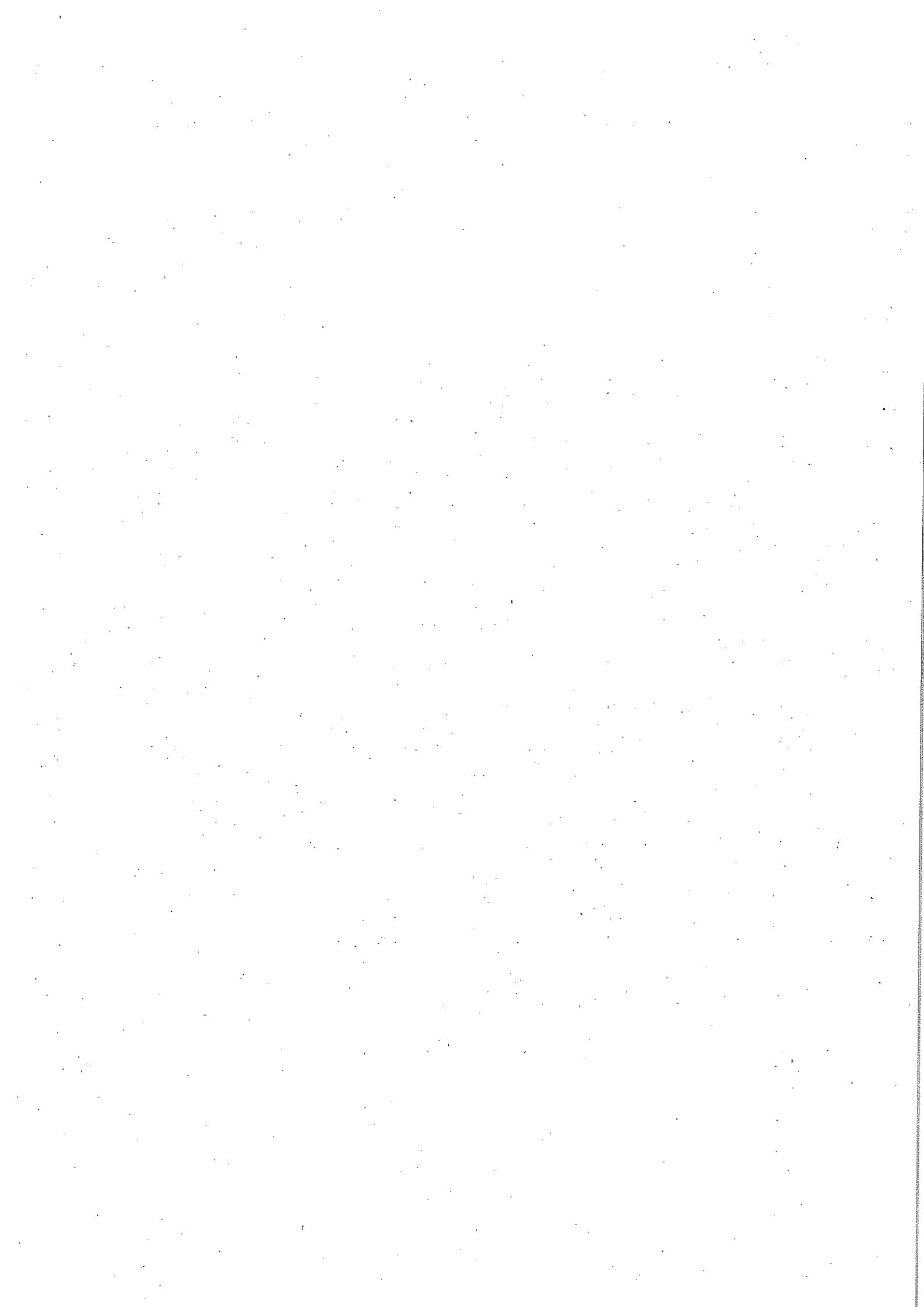
- ・ 静岡県保健医療計画に掲げる7疾病5事業と在宅医療について、各圏域内で完結が出来るか。圏域内で完結が出来ない場合、それを高めるのか、他の医療圏と連携するのか。(例：賀茂での急性心筋梗塞・脳卒中・がん医療、富士での3次救急、など)
- ・ 在宅医療提供体制の構築をどう進めるのか。(例：医療と介護の連携と住み分け、多職種連携、市町(地域支援事業)の体制整備、など)
- ・ 精神科医療提供体制についてどのように考えていくのか。
- ・ 介護療養病床等の制度上の設置期限の到来(H30.3 末)に向けて、圏域での必要な慢性期医療の確保をどのようにしていくのか。



平成27年度 病床機能報告結果（病院個別データ）

【賀茂医療圏】

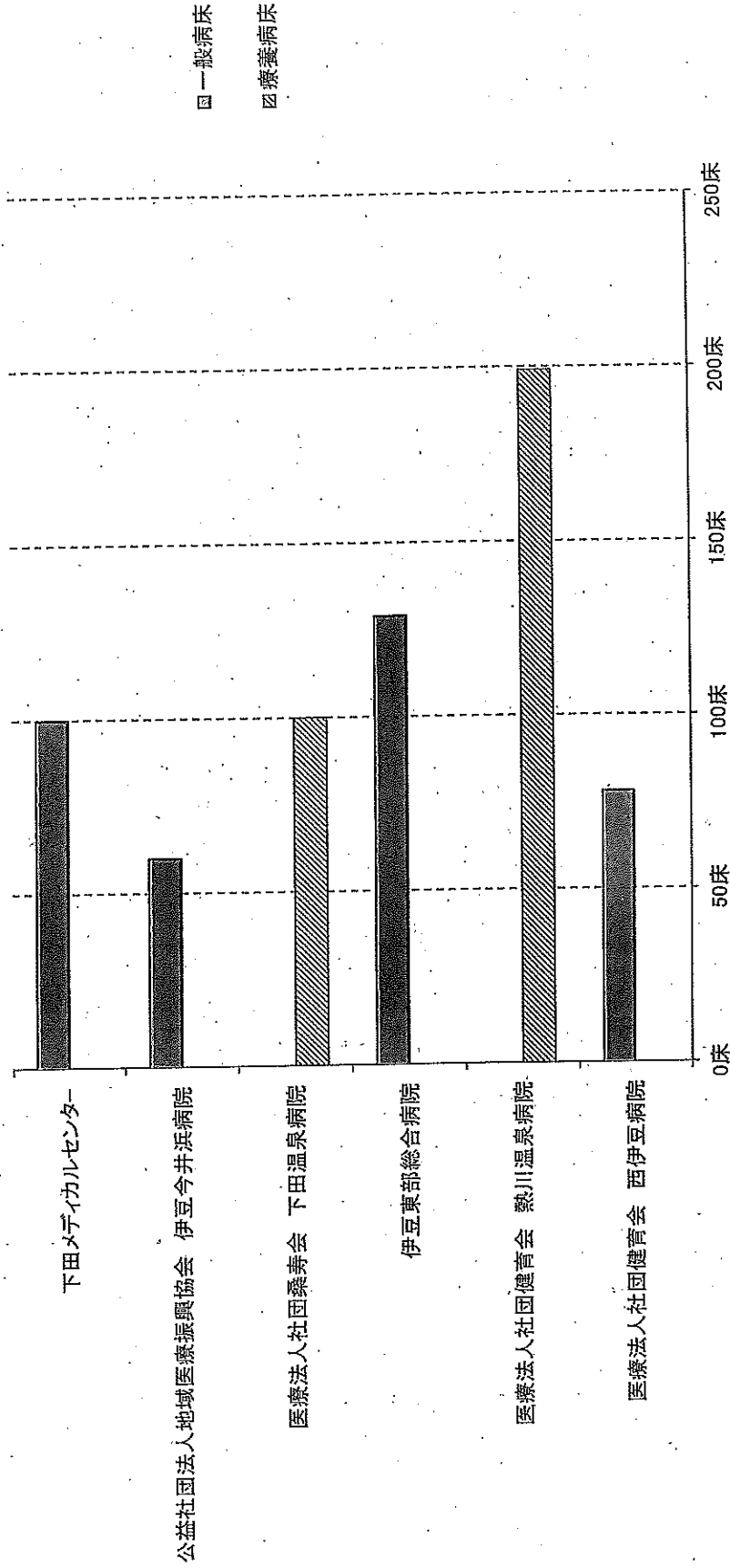
○結果の概要	.....	P 1
○病床の状況	.....	P 7
○入院基本料・特定入院料ごとのレセプト件数(平成27年6月診療、7月審査分)	.....	P 8
○医療機器の台数	.....	P 13
○入院患者の状況	.....	P 14
○手術の状況	.....	P 15
○がん、脳卒中、心筋梗塞、分娩、精神医療への対応状況	.....	P 18
○重症患者への対応状況	.....	P 20
○救急医療の実施状況	.....	P 21
○長期療養患者の受入状況	.....	P 23
○用語の説明	.....	P 24



【H27病床機能報告】 賀茂構想区域：病床の状況

資料：平成27年度病床機能報告より作成 ※病院のみを集計

病床数 (稼働病床)

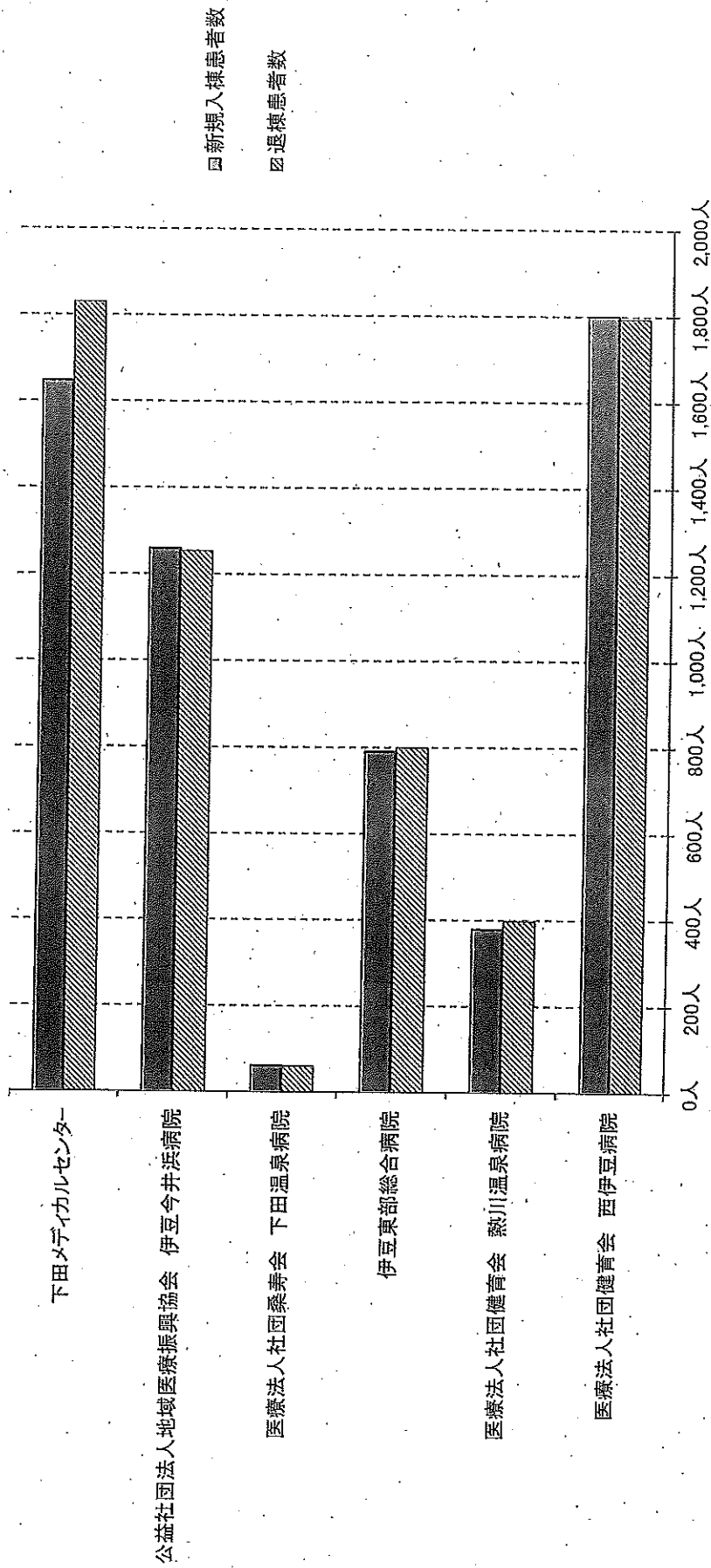


【H27病床機能報告】

賀茂構想区域：入院患者の状況

資料：平成27年度病床機能報告より作成 ※病院のみを集計

新規入棟患者数 退棟患者数

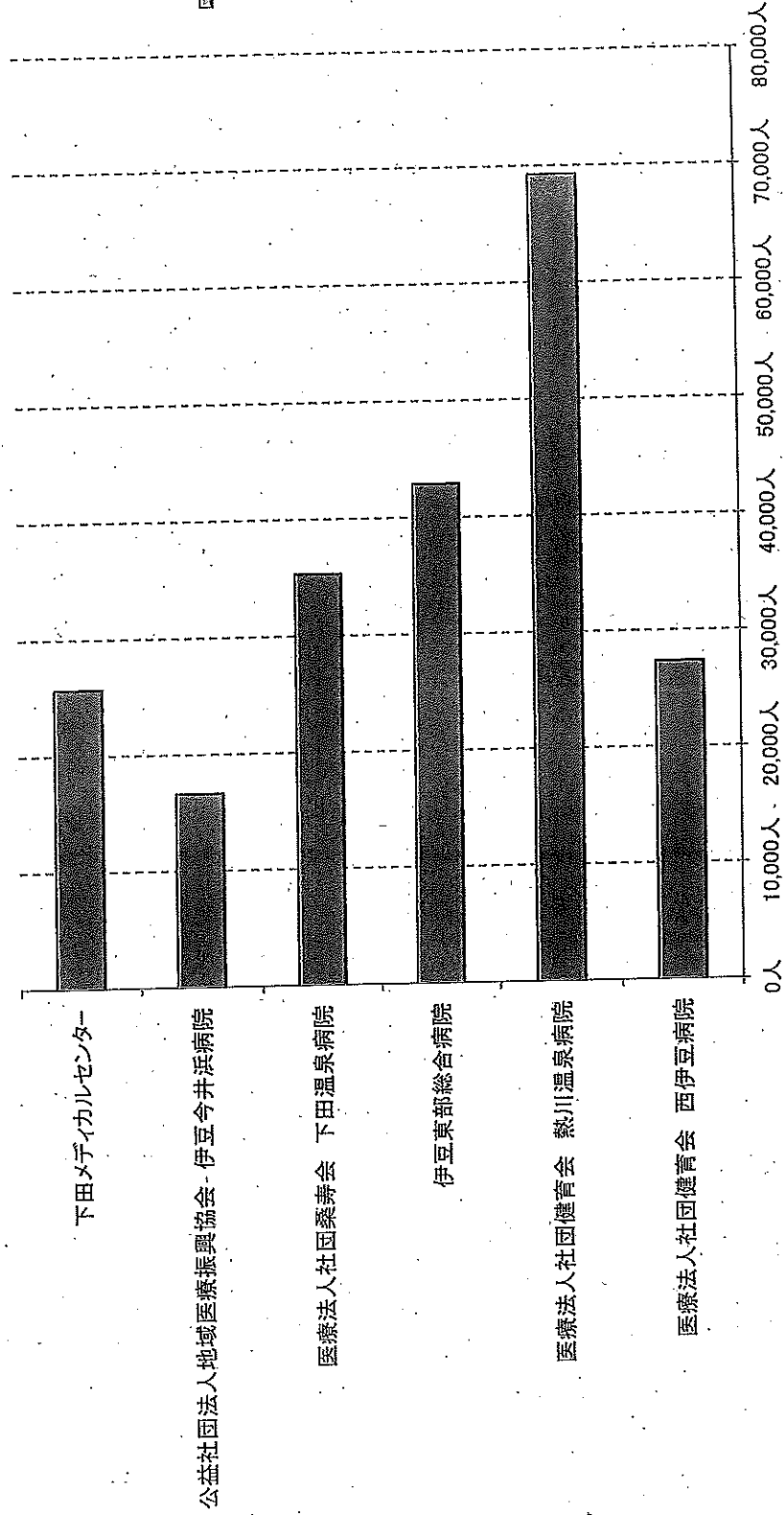


※H26. 7. 1～H27. 6. 30の1年間

【H27病床機能報告】 賀茂構想区域：入院患者の状況

資料：平成27年度病床機能報告より作成 ※病院のみを集計

在棟患者延べ数

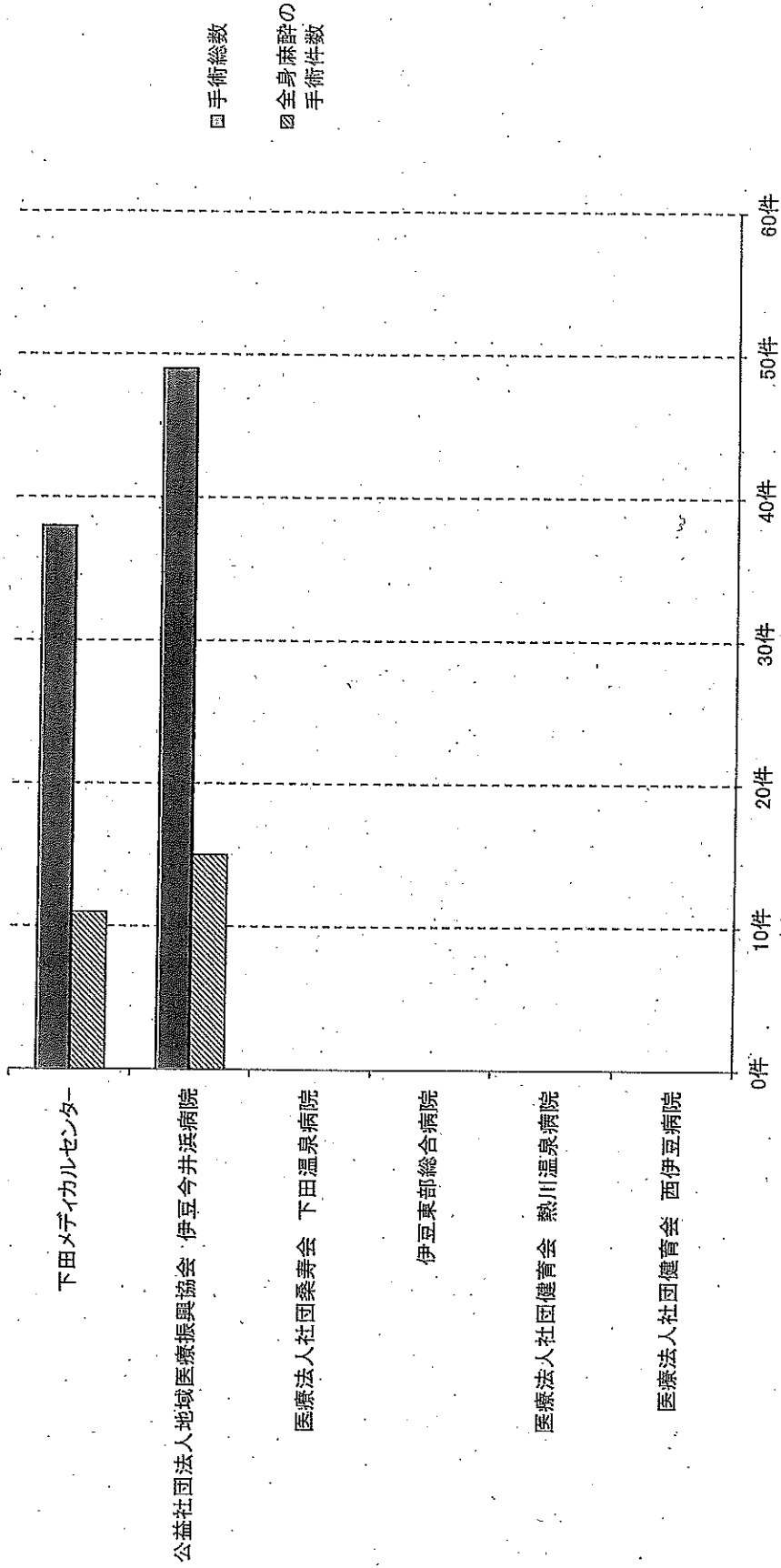


在棟患者延べ数

【H27病床機能報告】 賀茂構想区域：手術の状況

手術総数、全身麻酔の手術件数

資料：平成27年度病床機能報告より作成 ※病院のみを集計

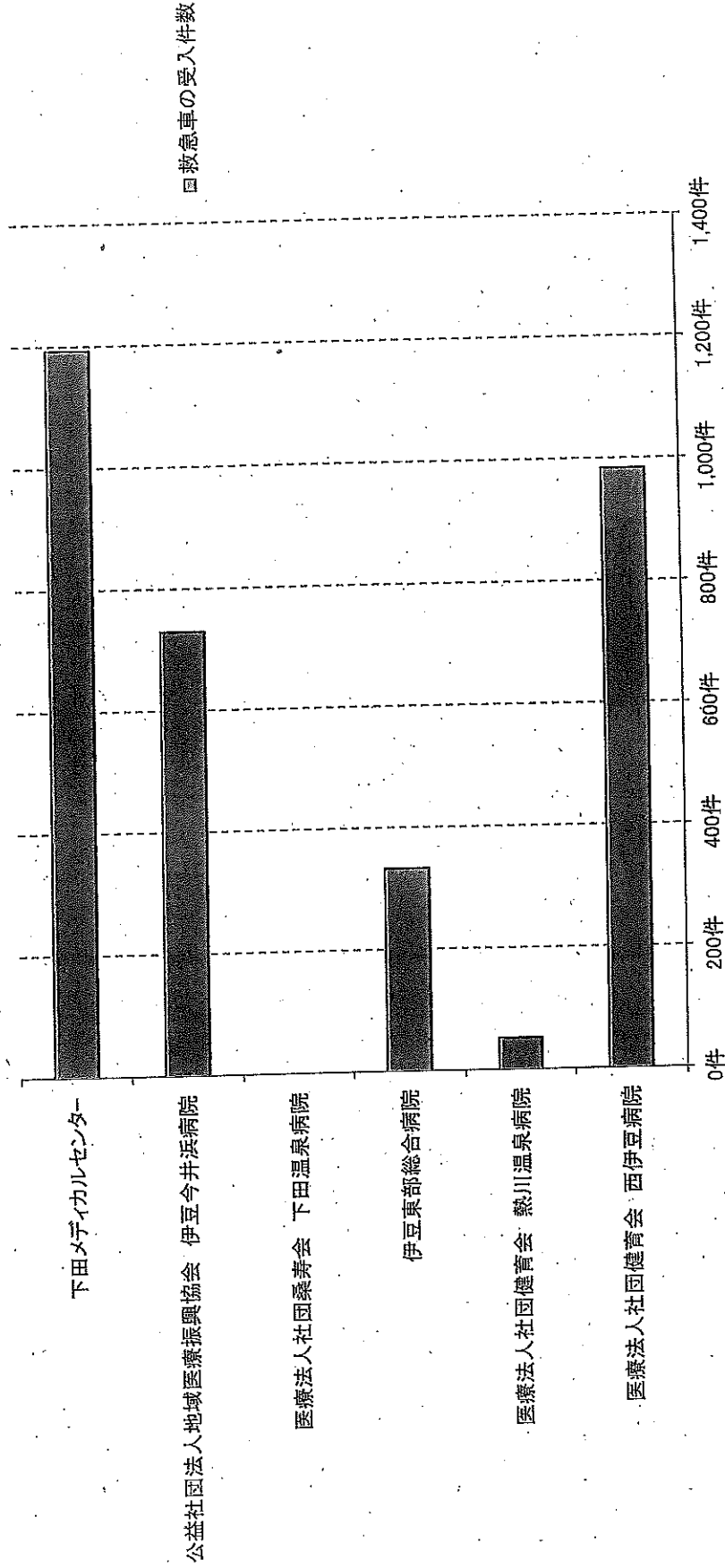


※H27.6月診療分、7月審査分

【H27病床機能報告】賀茂構想区域：救急医療の実施状況

資料：平成27年度病床機能報告より作成 ※病院のみを集計

救急車の受入件数

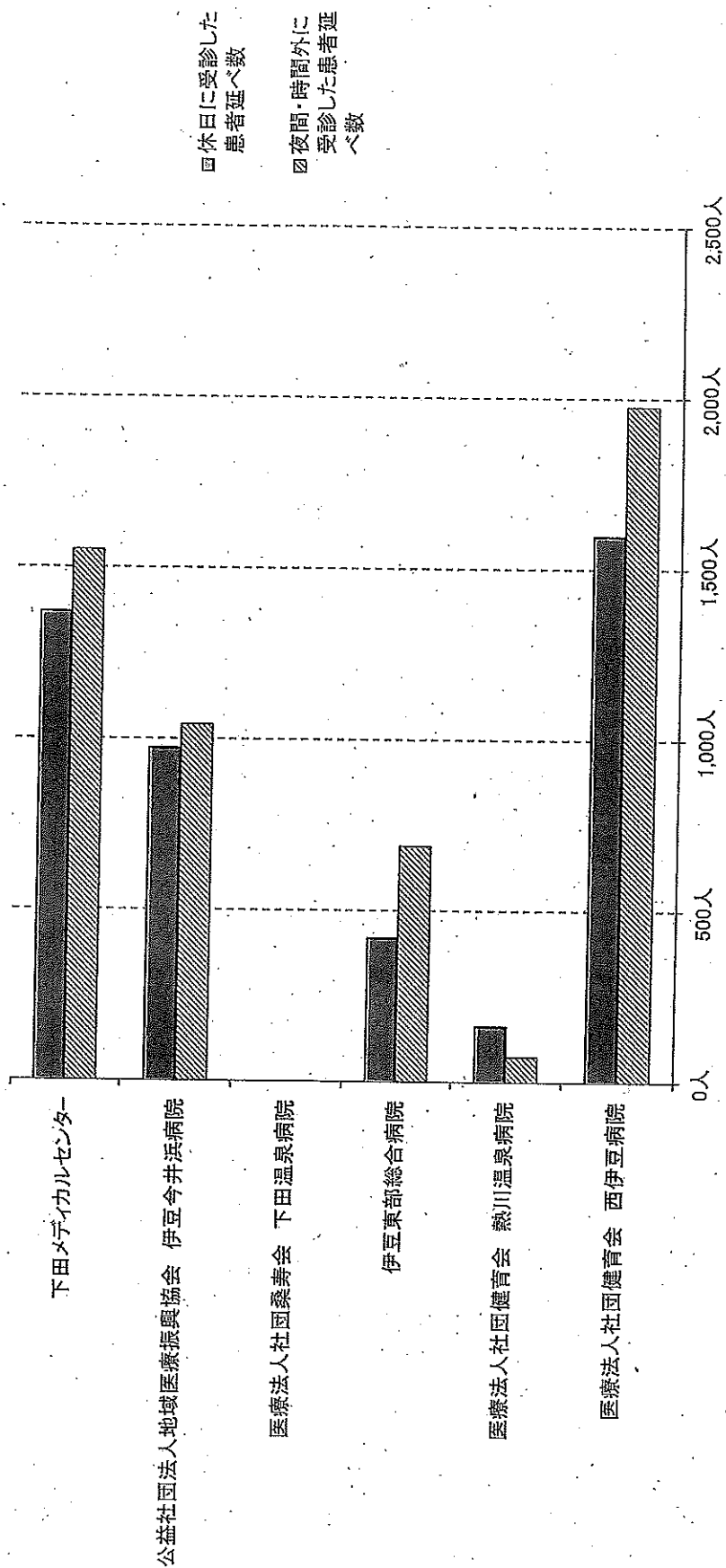


※H26.7.1~H27.6.30の1年間

【H27病床機能報告】 賀茂構想区域：救急医療の実施状況

休日、夜間・時間外に受診した患者延べ数

資料：平成27年度病床機能報告より作成 ※病院のみを集計



※H26.7.1~H27.6.30の1年間

※平成27年7月1日現在

○病床の状況

	一般病床		療養病床			
	許可病床	稼働病床	許可病床		稼働病床	
			うち医療療養病床	うち介護療養病床	うち医療療養病床	うち介護療養病床
下田メディカルセンター	150床	100床				
公益社団法人地域医療振興協会 伊豆今井浜病院	60床	60床				
医療法人社団桑寿会 下田温泉病院			100床	40床	60床	100床
伊豆東部総合病院	160床	129床				
医療法人社団健育会 熱川温泉病院			199床	199床		199床
医療法人社団健育会 西伊豆病院	78床	78床				

○入院基本料・特定入院料ごとのレセプト件数(平成27年6月診療、7月審査分)

	一般病棟 7対1 入院基本料	一般病棟 10対1 入院基本料	一般病棟 13対1 入院基本料	一般病棟 15対1 入院基本料	一般病棟 特別入院 基本料	一般病棟 特定入院 基本料	一般病棟入 院基本料(療 養病棟入院 基本料1の例 により算定)	療養病棟 入院基本料 1	療養病棟 入院基本料 2	療養病棟 特別入院 基本料
下田メディカルセンター	146件									
公益社団法人地域医療振興協会 伊豆今井浜病院	145件									
医療法人社団桑寿会 下田温泉病院									33件	
伊豆東部総合病院			79件							
医療法人社団健育会 熱川温泉病院									155件	
医療法人社団健育会 西伊豆病院		105件								

(注)「*」は10件未満のため非公表。空白はゼロ又は未確認。

○入院基本料・特定入院料ごとのレセプト件数(平成27年6月診療、7月審査分)

	救命救急 入院料1	救命救急 入院料2	救命救急 入院料3	救命救急 入院料4	特定集中 治療室 管理料1	特定集中 治療室 管理料2	特定集中 治療室 管理料3	特定集中 治療室 管理料4	ハイケアユ ニット入院 医療管理料 1	ハイケアユ ニット入院 医療管理料 2	脳卒中 ケアユニット 入院医療 管理料
下田メディカルセンター											
公益社団法人地域医療振興協会 伊豆今井浜病院											
医療法人社団榮寿会 下田温泉病院											
伊豆東部総合病院											
医療法人社団健育会 熱川温泉病院											
医療法人社団健育会 西伊豆病院											

(注) 「*」は10件未満のため非公表。空白はゼロ又は未確認。

○入院基本料・特定入院料ごとのレセプト件数(平成27年6月診療、7月審査分)

	小児特定 集中治療室 管理料	新生児特定 集中治療室 管理料1	新生児特定 集中治療室 管理料2	総合産期 特定集中治 療室管理料 (母体・胎 児)	総合産期 特定集中治 療室管理料 (新生児)	新生児治療 回復室入院 医療管理料	小児入院 医療管理料 1	小児入院 医療管理料 2	小児入院 医療管理料 3	回復期リハ ビリテーション 病棟入院 料1	回復期リハ ビリテーション 病棟入院 料2	回復期リハ ビリテーション 病棟入院 料3
下田メディカルセンター											30件	
公益社団法人地域医療振興協会 伊豆今井病院												
医療法人社団桑寿会 下田温泉病院												
伊豆東部総合病院												
医療法人社団健育会 熱川温泉病院											52件	
医療法人社団健育会 西伊豆病院												

(注)「*」は10件未満のため非公表。空白はゼロ又は未確認。

○入院基本料・特定入院料ごとのレセプト件数(平成27年6月診療、7月審査分)

	地域包括 ケア病棟 入院料1	地域包括 ケア病棟 入院料2	特殊疾患 病棟入院料 1	特殊疾患 病棟入院料 2	緩和ケア 病棟入院料	特定一般 病棟入院料 1	特定一般 病棟入院料 2	特定一般 病棟入院料 (地域包括 ケア入院医 療管理)	特定一般病 棟入院料 (療養病棟 入院基本料 1の例によ り算定)	短期滞在 手術等 基本料2	短期滞在 手術等 基本料3
下田メディカルセンター											13件
公益社団法人地域医療振興協会 伊豆今井浜病院											*
医療法人社団薬寿会 下田温泉病院											
伊豆東部総合病院			50件								
医療法人社団健育会 熱川温泉病院									*		
医療法人社団健育会 西伊豆病院	84件										*

(注)「*」は10件未満のため非公表。空白はゼロ又は未確認。

○入院基本料・特定入院料ごとのレセプト件数(平成27年6月診療、7月審査分)

	特殊疾患 入院医療 管理料	小児入院 医療管理料 4	地域包括ケ ア入院医療 管理料1	地域包括ケ ア入院医療 管理料2
下田メディカルセンター				
公益社団法人地域医療振興協会 伊豆今井浜病院				
医療法人社団桑寿会 下田温泉病院				
伊豆東部総合病院				
医療法人社団健育会 熱川温泉病院				
医療法人社団健育会 西伊豆病院				

(注)「*」は10件未満のため非公表。空白はゼロ又は未確認。

※平成27年7月1日時点

○医療機器の台数	CT				MRI			その他						
	マルチスライス		16列未満 64列未満	その他	3T以上	1.5T以上 3T未満	1.5T未満	血管連続 撮影装置	SPECT	PET	PETCT	PETMRI	強度変調 放射線 治療器	遠隔操作式 密着小線源 治療装置
	64列以上	16列以上 64列未満												
下田メディカルセンター	1台					1台		1台						
公益社団法人地域医療振興協会 伊豆今井浜病院		1台			1台									
医療法人社団桑寿会 下田温泉病院														
伊豆東部総合病院		1台												
医療法人社団健育会 熱川温泉病院		1台												
医療法人社団健育会 西伊豆病院		1台						1台						

○入院患者の状況(年間)

※平成26年7月～平成27年6月

	新規入院患者数(年間)				在棟患者延べ数(年間)			退棟患者数(年間)
	うち予定入院の患者・院内の他病棟からの転棟患者	うち救急医療入院の予定外入院の患者	うち救急医療入院以外の予定外入院の患者					
下田メディカルセンター	1,647人	519人	322人	806人	25,722人	1,830人		
公益社団法人地域医療振興協会 伊豆今井浜病院	1,280人	44人	451人	765人	16,643人	1,253人		
医療法人社団桑寿会 下田温泉病院	62人	62人	0人	0人	35,340人	60人		
伊豆東部総合病院	791人	393人	176人	222人	42,924人	800人		
医療法人社団健育会 熱川温泉病院	379人	274人	30人	75人	69,283人	397人		
医療法人社団健育会 西伊豆病院	1,801人	666人	110人	1,025人	27,376人	1,794人		

○手術の状況(平成27年6月診療、7月審査分)

	手術総数	臓器別の状況												
		皮膚・皮下組織	筋骨格系・四肢・体幹	神経系・頭蓋	眼	耳鼻咽喉	顔面・口腔・頸部	胸部	心・脈管	腹部	泌尿系・副腎	性器	歯科	
下田メディカルセンター	38件	*	11件		14件	*			*	12件		*		
公益社団法人地域医療振興協会 伊豆今井浜病院	49件		22件						*	24件		*		
医療法人社団桑寿会 下田温泉病院														
伊豆東部総合病院														
医療法人社団健育会 熱川温泉病院	*											*		
医療法人社団健育会 西伊豆病院	*		*							*		*		

(注)「*」は10件未満のため非公表。空白はゼロ又は未確認。

○手術の状況(平成27年6月診療、7月審査分)

	全身麻酔の手術件数											
	臓器別の状況											
	皮膚・皮下組織	筋骨格系・四肢・体幹	神経系・頭蓋	眼	耳鼻咽喉	顔面・口腔・頸部	胸部	心・脈管	腹部	泌尿系・副腎	生殖器	歯科
下田メディカルセンター	*	*					*		*		*	
公益社団法人地域医療振興協会 伊豆今井病院		*							*		*	
医療法人社団養寿会 下田温泉病院												
伊豆東部総合病院												
医療法人社団健育会 熱川温泉病院												
医療法人社団健育会 西伊豆病院	*		*									

(注)「*」は10件未満のため非公表。空白はゼロ又は未確認。

○手術の状況(平成27年6月診療、7月審査分)

	胸腔鏡下 手術	腹腔鏡下 手術	内視鏡手術 用支援機器 加算
下田メディカルセンター			
公益社団法人地域医療振興協会 伊豆今井浜病院		*	
医療法人社団桑寿会 下田温泉病院			
伊豆東部総合病院			
医療法人社団健育会 熱川温泉病院			
医療法人社団健育会 西伊豆病院			

(注)「*」は10件未満のため非公表。空白はゼロ又は未確認。

○がん、脳卒中、心筋梗塞、分娩、精神医療への対応状況(平成27年6月診療、7月審査分)

(がん)

	悪性腫瘍手術	病理組織標本作製	術中迅速病理組織標本作製	放射線治療	化学療法	がん患者指導管理料1及び2	抗悪性腫瘍剤局所特種注入	肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入
下田メディカルセンター	*	11件			*		*	
公益社団法人地域医療振興協会 伊豆今井浜病院		12件			*		*	
医療法人社団桑寿会 下田温泉病院								
伊豆東部総合病院					*			
医療法人社団健育会 熱川温泉病院								
医療法人社団健育会 西伊豆病院		*			*			

(注) 「*」は10件未満のため非公表。空白はゼロ又は未確認。

○がん、脳卒中、心筋梗塞、分娩、精神医療への対応状況(平成27年6月診療、7月審査分)

	(脳卒中)		(心筋梗塞)	(分娩)	(精神医療)	
	超急性期 脳卒中加算	脳血管内 手術			入院精神 療法(I)	精神科リ ーム 加算
下田メディカルセンター						
公益社団法人地域医療振興協会 伊豆今井浜病院						
医療法人社団桑寿会 下田温泉病院						
伊豆東部総合病院						
医療法人社団健育会 熱川温泉病院						
医療法人社団健育会 西伊豆病院						

(注) 「*」は10件未満のため非公表。空白はゼロ又は未確認。

○重症患者への対応状況(平成27年6月診療、7月審査分)

	ハイリスク 分擔管理 加算	ハイリスク 妊娠婦共同 管理科(II)	救急搬送 診療料	観血的 肺動脈圧 測定	持続経絡式 血液濾過	大動脈パ ルーンハン ピング法	経皮的 心臓補助法	補助人工心 臓: 補助人工心 臓	頭蓋内圧持 続測定(3時 間を超えた 場合)	人工心臓	血液交換 療法	吸着式 血液浄化法	血液成分 除去療法
下田メディカルセンター													
公益社団法人地域医療振興協会 伊豆今井浜病院													
医療法人社団桑寿会 下田温泉病院													
伊豆東部総合病院													
医療法人社団健育会 熱川温泉病院													
医療法人社団健育会 西伊豆病院													

(注)「*」は10件未満のため非公表。空白はゼロ又は未確認。

○救急医療の実施状況(平成27年6月診療、7月審査分)

※患者延べ数は平成26年7月～平成27年6月

	院内 トリアージ 実施料	夜間休日 救急搬送 医学管理料	精神科疾患 患者等受入 加算	救急医療 管理加算 1及び2	在宅患者 緊急入院 診療加算	救急搬送患 者地域連携 紹介加算	休日に受診 した患者延 べ数	うち診察後 直ちに入院 となった患 者延べ数	夜間・時間 外に受診し た患者延べ 数	うち診察後 直ちに入院 となった患 者延べ数
下田メディカルセンター				15件			1,370人	129人	1,552人	296人
公益社団法人地域医療振興協会 伊豆今井病院				29件			973人	149人	1,042人	196人
医療法人社団桑寿会 下田温泉病院										
伊豆東部総合病院				35件			420人	22人	689人	129人
医療法人社団健育会 熱川温泉病院							163人	*	74人	10人
医療法人社団健育会 西伊豆病院				*			1,597人	185人	1,975人	350人

(注)「*」は10件未満のため非公表。空白はゼロ又は未確認。

○救急医療の実施状況(平成27年6月診療、7月審査分)

※救急車の受入件数は平成26年7月～平成27年6月

	救急車の受入件数	救命のための気管内挿管	体表ペーシング法又は食道ペーシング法	非開胸的心マッサージ	カウンスルシヨック	心臓穿刺	食道圧迫止血チューブ挿入法	地域連携診療計画管理料
下田メディカルセンター	1,193件	*						
公益社団法人地域医療振興協会 伊豆今井浜病院	730件							
医療法人社団桑寿会 下田温泉病院								
伊豆東部総合病院	333件							
医療法人社団健育会 熱川温泉病院	52件							
医療法人社団健育会 西伊豆病院	984件	*				*		

(注)「*」は10件未満のため非公表。空白はゼロ又は未確認。

○長期療養患者の受入状況

	療養病棟 入院基本料1、2(A~D)	療養評価施設加算(療養病棟入院 基本料、有床診療所療養病床入院 基本料)	重度 褥瘡処置	重症皮膚病管理加算
下田メディカルセンター				
公益社団法人地域医療振興協会 伊豆今井浜病院			*	
医療法人社団桑寿会 下田温泉病院	33件			
伊豆東部総合病院			*	
医療法人社団健育会 熱川温泉病院	155件	63件		*
医療法人社団健育会 西伊豆病院				

(注)「*」は10件未満のため非公表。空白はゼロ又は未確認。

用語の説明

○医療機器の台数

CT	CTは、X線(放射線)を使って、身体の断面を撮影する装置です。列の数が多くいほど、同じ範囲をより短時間で、より細かく撮影することができます。値は医療機関が保有する台数です。
MRI	MRIは、主に磁気を利用して、身体の断面を撮影する装置です。T(テスラ)は、磁気の強さを表す単位で、値が大きければ高画質の画像が得られます。値は医療機関が保有する台数です。
血管造影撮影装置	血管造影撮影装置は、X線では映らない、血管の状態を撮影するための装置です。値は医療機関が保有する台数です。
SPECT	SPECTは、特殊な薬剤を注射したあとに撮影することで、体のなかの血液の分布を調べる装置です。とくに、脳血管障害や心疾患の診断に用いられます。値は医療機関が保有する台数です。
PETCT	PETCTは、診断の精度を向上させるためにPETとCTを組み合わせた装置です。値は医療機関が保有する台数です。
PETMRI	PETMRIは、診断の精度を向上させるためにPETとMRIを組み合わせた装置です。値は医療機関が保有する台数です。
強度変調放射線治療器	強度変調放射線治療器は、腫瘍に正確に放射線を照射する装置です。値は医療機関が保有する台数です。
遠隔操作式密封小線源治療装置	遠隔操作式密封小線源治療装置は、体の内側から放射線を照射する機能を持つ装置です。値は医療機関が保有する台数です。

○手術の状況

胸腔鏡下手術	胸部を切り開くことにはせず、胸部に開けた小さな穴から、胸部用の内視鏡などの器具を入れて行う手術で「きょうくうきょうがしゅじゅつ」と読みます。値はこの手術を行った患者数(レセプト件数)です。
腹腔鏡下手術	腹部を切り開くことにはせず、腹部に開けた小さな穴から、腹部用の内視鏡などの器具を入れて行う手術で「ふくくうきょうがしゅじゅつ」と読みます。値はこの手術を行った患者数(レセプト件数)です。
内視鏡手術用支援機器加算	内視鏡手術用ロボットを用いて前立腺がんと手術を行った患者数(レセプト件数)です。

○がん、脳卒中、心筋梗塞、分娩、精神医療への対応状況
(がん)

悪性腫瘍手術	がんを取るための手術です。値は手術を行った患者数(レセプト件数)です。
病理組織標本作製	患者の身体から採取した細胞や組織等を観察し、病気の確定診断をすることを病理診断といいます。病気の早期発見や治療方針の選択、治療効果の判定等にも役立ちます。値は病理診断に必要な標本(細胞の組織片等)を作成した患者数(レセプト件数)です。
術中迅速病理組織標本作製	病気の良性・悪性の判断や切除範囲を決めるため、手術中に病理診断をすることを術中迅速診断といいます。そのための病理組織標本作製を、手術中に行った患者数(レセプト件数)です。
放射線治療	がん放射線治療を当てる(照射すること)ことで、がんを縮小させる治療を放射線治療といいます。値は放射線治療を行った患者数(レセプト件数)です。
化学療法	化学療法は、抗がん剤によりがんを殺したり、小さくしたりする治療法です。値は化学療法を行った患者数(レセプト件数)です。(ここでいう抗がん剤とは、総務大臣が定める日本標準品分類における「8742 腫瘍用薬」に指定されている医薬品のことを指します。)
がん患者指導管理料1及び2	がんの患者が、診断結果や治療方法を理解し、納得のいく治療方針を選択できるよう、専門的な研修を受けた医師や看護師が、文書での説明や相談、指導を行っていることを示す項目です。値は相談や指導を行った患者数(レセプト件数)です。
抗悪性腫瘍剤局所持続注入	がんの患者に対し、カテーテル(細い管状の医療器具)等を用いて動脈や静脈等に抗がん剤を持続的に注入する治療です。値はこの治療を行った患者数(レセプト件数)です。
肝動脈塗塗を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入	肝臓がんの患者に対し、カテーテル(細い管状の医療器具)を用いて肝動脈内に抗がん剤を投入する治療方法を、抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入といいます。同時に、動脈の血流を遮断する物質を注入することで、肝臓のがんを殺す治療です。値はこの治療を行った患者数(レセプト件数)です。

(脳卒中)

超急性期脳卒中加算	脳梗塞の患者に対し、発症後速やかに薬剤を投与して血栓を溶かす治療を行ったことを示す項目です。値はこの治療を行った患者数(レセプト件数)です。
脳血管内手術	脳血管内手術は、脳動脈瘤等の患者に対し、頭蓋骨を切り開く開頭手術をせず、カテーテル(細い管状の医療器具)を用いて脳の血管の内側から患部を治療する手術です。値はこの手術を行った患者数(レセプト件数)です。

(心筋梗塞)

経皮的冠動脈形成術	経皮的冠動脈形成術は、狭心症や心筋梗塞等の患者に対し、胸部を切り開く開胸手術をせず、カテーテル(細い管状の医療器具)を用いて心臓の冠動脈を血管の内側から治療する手術です。値はこの手術を行った患者数(レセプト件数)です。
-----------	---

(分娩)

分娩件数(正常分娩、帝王切開を含む、死産を除く)	分娩を行った件数です。
--------------------------	-------------

(精神医療)

入院精神療法(I)	入院精神療法は、精神疾患の患者に対し、治療計画に基づいて患者の精神面に対して施す治療です。値はこの治療を行った患者数(レセプト件数)です。
精神科リエゾンチーム加算	精神疾患の患者に対し、精神科医や専門の看護師等が共同し、多職種チームとして診療を行っていることを示す項目です。値はこうした診療を行った患者数(レセプト件数)です。

○重症患者への対応状況

ハイリスク分娩管理加算	母体や胎児が分娩時に危険な状態になるリスクが高い妊産婦に対し、帝王切開などの緊急処置を視野に入れた分娩管理を行っていることを示す項目です。値はこのように分娩管理を行った患者数(レセプト件数)です。
ハイリスク妊産婦共同管理料(II)	上記のような妊産婦について、他院と共同で診療を行っていることを示す項目です。値は、他院から患者の紹介を受け、紹介元の医師と共同して自院で分娩管理を行った患者数(レセプト件数)です。
救急搬送診療料	患者を救急車等で医療機関に搬送する際、診療上の必要性から、その救急車等に医師が同乗して診療を行ったことを示す項目です。値はこのような搬送中の診療を行った患者数(レセプト件数)です。
観血的肺動脈圧測定	観血的肺動脈圧測定は、急性心筋梗塞など心機能が低下した患者に対し、肺動脈内にカテーテル(細い管状の医療器具)を挿入して肺動脈の血圧を測定する検査です。値は検査を行った患者数(レセプト件数)です。
持続緩徐式血液濾過	持続緩徐式血液濾過は、急速に腎臓の機能が低下した急性腎不全等の患者に対し、持続的に(時間をかけて)血液から余分な水や毒素・老廃物を除去して体液調整を行う処置です。値は処置を行った患者数(レセプト件数)です。
大動脈バルーンポンピング法	大動脈バルーンポンピング法は、急性心筋梗塞等の患者に対し、バルーン(風船)のついたカテーテル(細い管状の医療器具)を心臓に近い大動脈に挿入し、心臓の動きに合わせてバルーンを拡張・収縮させることで心臓の冠動脈への血流を維持し、心臓の働きを助ける手術です。値は手術を行った患者数(レセプト件数)です。
経皮的心肺補助法	経皮的心肺補助法は、重篤な心不全等の患者に対し、人工心肺装置で血液循環を維持しながら、心臓機能を回復を図る手術であり、外科的に胸部を切り開くことはせず、カテーテル(細い管状の医療器具)を用いて行うものです。値は手術を行った患者数(レセプト件数)です。
補助人工心臓・補助型補助人工心臓	補助人工心臓は、重篤な心不全等の患者に対し、人工的に血液循環を行う装置を装着することで、弱った心臓を休ませ、その回復を図る手術です。値はこの手術を行った患者数(レセプト件数)です。
頭蓋内圧持続測定(3時間を超えた場合)	頭蓋内圧持続測定は、重症な頭部外傷やくも膜下出血等の患者に対し、特殊な測定機器を頭蓋骨内部に置くことで、脳周辺の圧力を持続的に測定する検査です。値は検査を行った患者数(レセプト件数)です。
人工心臓	人工心臓は、心臓手術などの際に、一時的に心臓と肺の機能を代行する装置です。値は人工心臓装置を使用した患者数(レセプト件数)です。
血漿交換療法	血漿交換療法は、劇症肝炎、肝不全、膠原病等の患者に対し、患者の血液から病気の原因となる物質が含まれる血漿を分離して廃棄し、新しい血漿を患者の血液に補充する治療法です。値は処置を行った患者数(レセプト件数)です。
吸着式血液浄化法	吸着式血液浄化法は、劇症肝炎や肝不全等の患者に対し、血液を吸着材に通すことで血液中に蓄積した老廃物や毒素等を除去する治療法です。値はこの処置を行った患者数(レセプト件数)です。
血球成分除去療法	血球成分除去療法は、潰瘍性大腸炎やクローン病等の自己免疫疾患の患者に対し、血液から自分の組織を攻撃する白血球を除去する治療法です。値はこの処置を行った患者数(レセプト件数)です。

○救急医療の実施状況

院内トリアージ実施料	夜間や休日：深夜に受診した救急患者に対し、その緊急度に応じて、診療の優先順位付け(院内トリアージ)を行っていることを示す項目です。値はトリアージを行った患者数(レセプト件数)です。
夜間休日救急搬送医学管理料	夜間や休日等の救急搬送に対応していることを示す項目です。値は、深夜、休日等に救急車や救急医療用ヘリコプター等で搬送され、診療を行った患者数(レセプト件数)です。
精神科疾患患者等受入加算	夜間や休日等に救急搬送される急性薬物中毒の患者に対応していることを示す項目です。値は、夜間や休日等に搬送された患者のうち、過去6月以内に精神科の受診歴がある患者や、急性薬物中毒(アルコール中毒は除く)と診断された患者数(レセプト件数)です。
救急医療管理加算1及び2	意識障害、昏睡等の重篤な状態の患者の緊急入院を受け入れていることを示す項目です。値は休日又は夜間に緊急入院し、救急医療を行った患者数(レセプト件数)です。
在宅患者緊急入院診療加算	在宅での療養中に病状が急変し、入院が必要となった場合に、患者の意向を踏まえ医療が引き続き提供されるよう、他の医療機関と連携する取組を行っていることを示す項目です。値は、他の医療機関の求めに応じて緊急入院を受け入れた患者数(レセプト件数)です。
救急搬送患者地域連携紹介加算	医療機関間の連携により、救急医療機関の負担を軽減し、緊急入院を円滑に受け入れるための取組を行っていることを示す項目です。値は、緊急入院で受け入れた患者を、連携先の医療機関に転院させた人数(レセプト件数)です。【関連：救急搬送患者地域連携受入加算】
休日に受診した患者延べ数	休日(日曜、祝日、年末年始)に受診した患者数と、そのうち診療後にただちに入院が必要となった患者数です。
夜間・時間外に受診した患者延べ数	夜間・時間外(医療機関が表示する診療時間以外)の時間(休日を除く)に受診した患者数と、そのうち診療後にただちに入院が必要となった患者数です。
救急車の受入件数	救急車や救急医療用ヘリコプター等により搬送され受け入れた件数です。
救命のための気管内挿管	気管内挿管は、気道確保を行うためのチューブ等を口や鼻から挿入する処置です。値は救命措置として気管内挿管を行った患者数(レセプト件数)です。
体表面ペーシング法又は食道ペーシング法	体表面ペーシング法は、胸部または食道内に電極をおき、電極を介して心臓を電気刺激する処置です。値は処置を行った患者数(レセプト件数)です。
非開胸的心的マッサージ	非開胸的心的マッサージは、胸部を開く等の手術を伴わない、一般的な心的マッサージを行う処置です。値は処置を行った患者数(レセプト件数)です。
カウンスンショック	カウンスンショックは、心停止した患者に対し、AEDや専門の医療機器を用いて、心臓に電気ショックを与え、正常な状態に戻す処置です。値は処置を行った患者数(レセプト件数)です。
心臓穿刺	心臓穿刺は、心臓を覆う心膜に針等を刺し、心臓に貯まった水を排出する処置です。値は処置を行った患者数(レセプト件数)です。
食道圧迫止血チューブ挿入法	食道圧迫止血チューブ挿入法は、食道静脈瘤からの出血に対し圧迫止血の目的でチューブを挿入する処置です。値は処置を行った患者数(レセプト件数)です。
地域連携診療計画管理料	大腿骨頸部骨折や脳卒中の患者について、転院・退院後の治療を担う地域の医療機関や介護施設が治療計画を共有し、連携して診療・ケアに取り組んでいることを示す項目です。値は、診療計画のもと、他の医療機関や介護サービス事業所に転院・退院させた患者数(レセプト件数)です。【関連：地域連携診療計画退院時指導料(1)】

○長期療養患者の受入状況

療養病棟入院基本料1、2(A~I)	療養病棟は、主として、長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための病棟です。値はこうした病棟に入院している患者数(レセプト件数)です。
褥瘡評価実施加算(療養病棟入院基本料、有床診療所療養病棟入院基本料)	褥瘡(床ずれ)は、寝たきりなどにより、身体の一部が長時間にわたりベッドと接触することで血行が悪くなり、皮膚組織等が壊死する症状です。この項目は、褥瘡が特に生じやすい状態にある患者について、褥瘡の予防や処置の観点から必要な取組を行っていることを示します。値はそのような状態にある患者数(レセプト件数)です。
重度褥瘡処置	この項目は、重度化した褥瘡に対してケアを行っていることを示しています。値はこのようなケアを行った患者数(レセプト件数)です。
重症皮膚潰瘍管理加算	皮膚潰瘍は、皮膚や粘膜が傷ついた際に、糖尿病等の疾患による血行不全等のために傷が治らず、組織が壊死する症状です。この項目は、重度な皮膚潰瘍に対して計画的、継続的なケアを行っていることを示します。値はケアを行った患者数(レセプト件数)です。

二次医療圏別：各種医療の自己完結率

<概要>

- ・各種医療について、各二次医療圏における自己完結率を示したもの
- ・国民健康保険、後期高齢者医療制度のデータのみで構成。
- ・平成26年4月診療分から平成27年3月診療分の電子レセプト数に基づく。

<着眼点>

- ・各診療について、自己完結率はどうか。
- ・自己完結率が低い場合、それを高めるのが、他の医療圏と連携するのか。

※厚生労働省「医療計画作成支援データブック」より作成

二次医療圏別：各種医療の自己完結率 目次

I 基本診療体制	P 2	VI 精神疾患	P 24
<ul style="list-style-type: none"> ・一般入院基本料 (7,10対1) ・回復期リハビリテーション病棟入院料 ・療養病棟入院基本料 		<ul style="list-style-type: none"> ・精神科救急入院 ・抗精神病薬による治療 (2種類以下) 	
II がん	P 6	VII 救急医療	P 27
<ul style="list-style-type: none"> ・胃がん ・肺がん ・化学療法 ・大腸がん ・乳がん ・放射線治療 		<ul style="list-style-type: none"> ・2次救急 ・集中治療室等の体制 	
III 脳卒中	P 13	VIII 在宅医療	P 30
<ul style="list-style-type: none"> ・脳卒中 ・脳卒中に対する急性期リハビリテーション ・脳卒中のt-PA 		<ul style="list-style-type: none"> ・訪問診療 (居宅) ・訪問看護提供 ・療養病床における急性期や在宅からの患者受付 	
IV 急性心筋梗塞	P 17		
<ul style="list-style-type: none"> ・急性心筋梗塞 ・急性心筋梗塞に対するカテーテル治療 ・冠動脈造影 			
V 糖尿病	P 21		
<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病 ・糖尿病の人工透析 			

I 基本診療体制

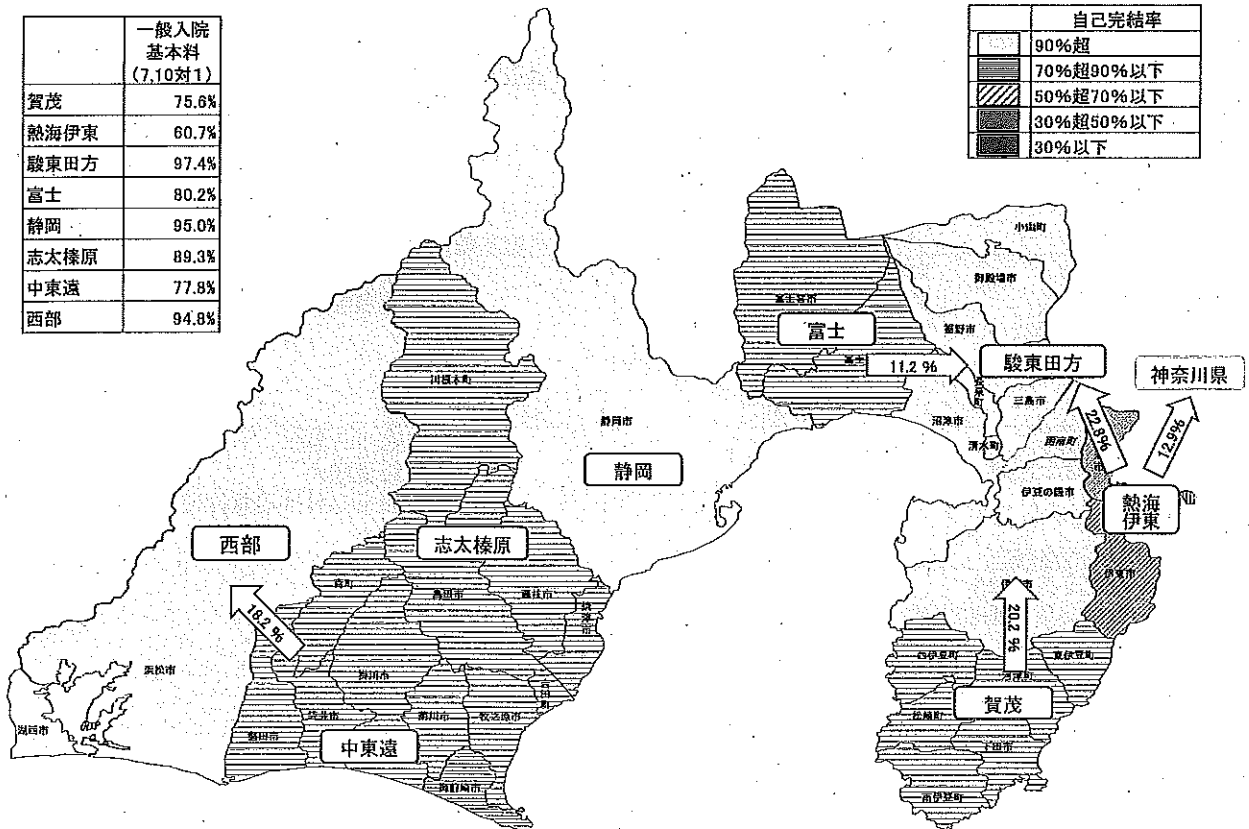
	一般入院 基本料 (7.10対1)	回復期リハ 病棟入院料	療養病棟 入院基本料
賀茂	75.6%	61.9%	83.2%
熱海伊東	60.7%	65.4%	56.7%
駿東田方	97.4%	94.6%	90.6%
富士	80.2%	89.8%	89.5%
静岡	95.0%	96.6%	92.7%
志太榛原	89.3%	89.1%	88.4%
中東遠	77.8%	94.2%	69.1%
西部	94.8%	95.5%	90.3%

※網掛けは自己完結率90%以下

二次医療圏別：各種医療の自己完結率 <一般入院基本料（7、10対1）>

	一般入院 基本料 (7.10対1)
賀茂	75.6%
熱海伊東	60.7%
駿東田方	97.4%
富士	80.2%
静岡	95.0%
志太榛原	89.3%
中東遠	77.8%
西部	94.8%

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

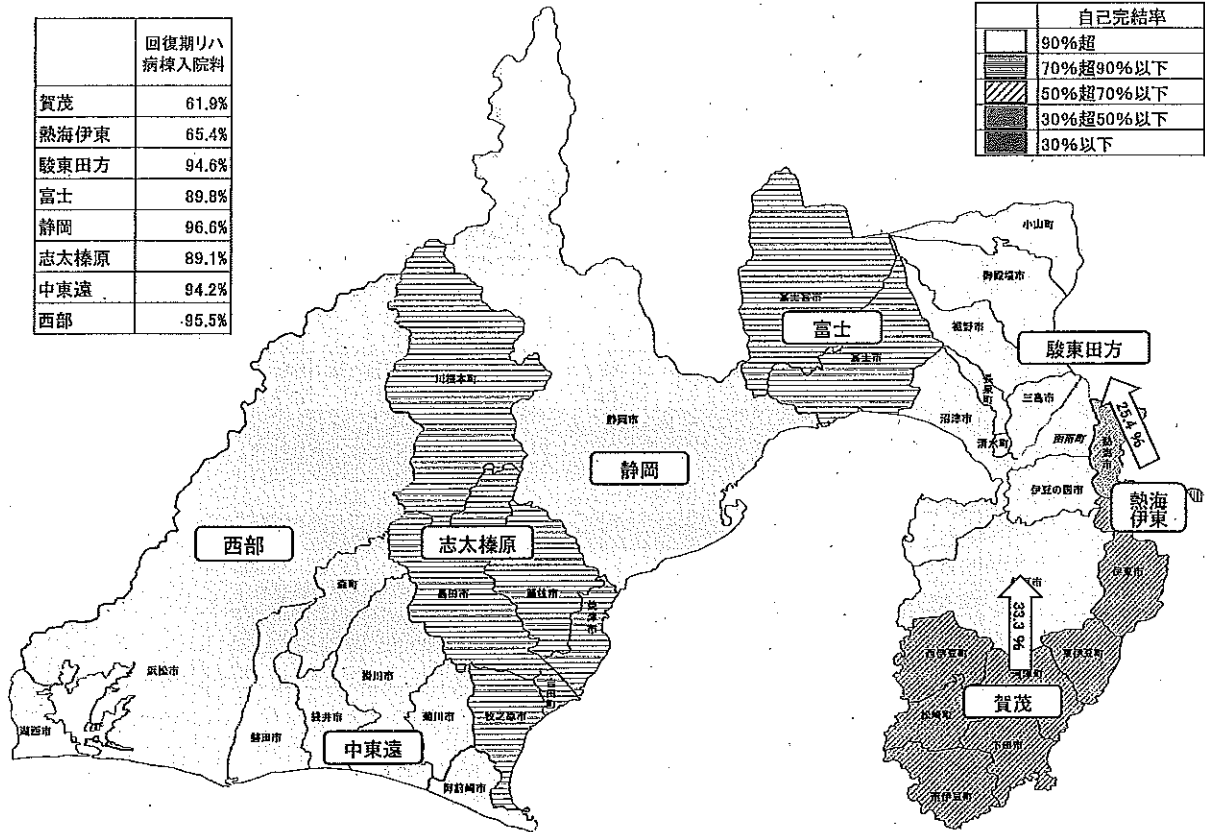


厚生労働省「医療計画作成支援データブック」より作成
 ※平成26年度(2014年度)診療分の電子レセプト数に基づく。ただし、国保+後期高齢者のみ。 ※10%以上の流出について図示。

二次医療圏別：各種医療の自己完結率 <回復期リハ病棟入院料>

	回復期リハ病棟入院料
賀茂	61.9%
熱海伊東	65.4%
駿東田方	94.6%
富士	89.8%
静岡	96.6%
志太榛原	89.1%
中東遠	94.2%
西部	85.5%

自己完結率	
[白]	90%超
[点線]	70%超90%以下
[斜線]	50%超70%以下
[縦線]	30%超50%以下
[横線]	30%以下

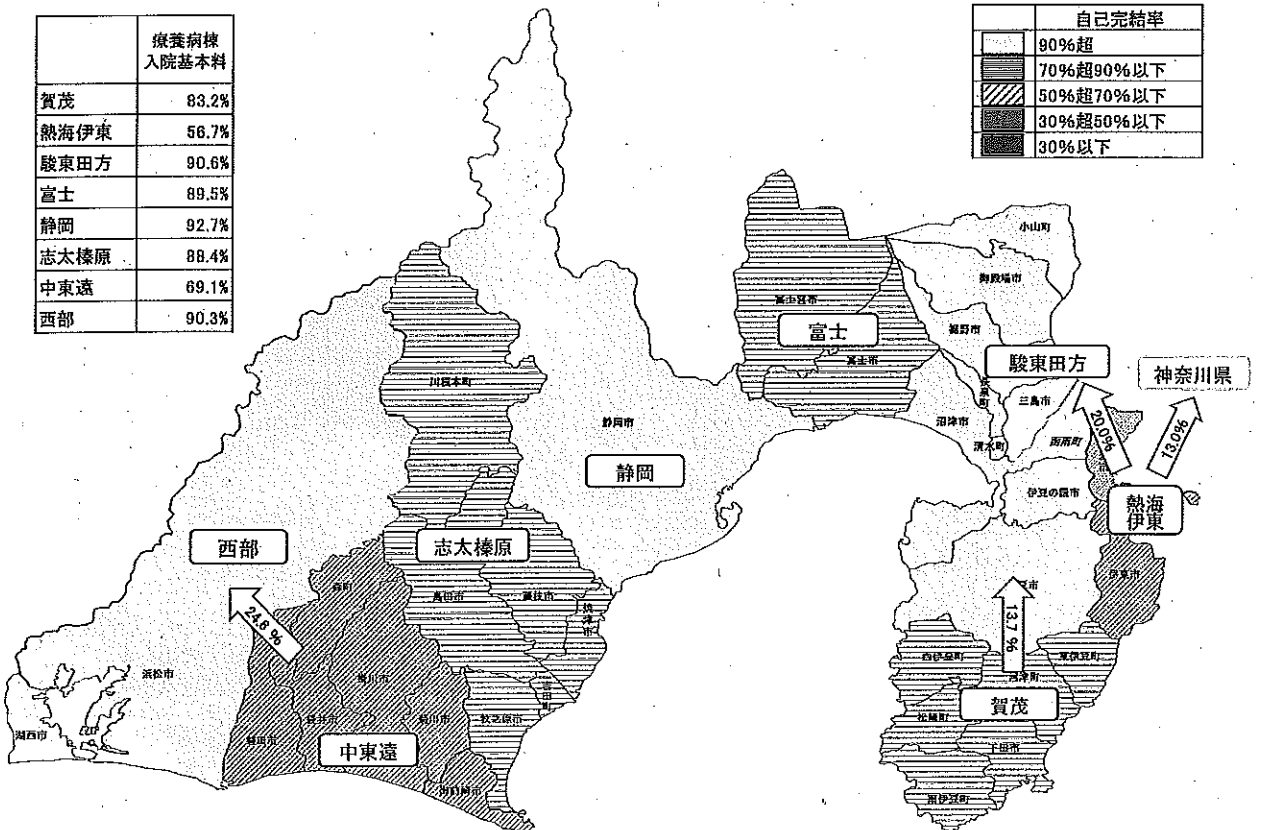


厚生労働省「医療計画作成支援データブック」より作成
 ※平成26年度(2014年度)診療分の電子レセプト数に基づく。ただし、国保+後期高齢者のみ。 ※10%以上の流出について図示。

二次医療圏別：各種医療の自己完結率 <療養病棟入院基本料>

	療養病棟入院基本料
賀茂	83.2%
熱海伊東	56.7%
駿東田方	90.6%
富士	89.5%
静岡	92.7%
志太榛原	88.4%
中東遠	69.1%
西部	90.3%

自己完結率	
[白]	90%超
[点線]	70%超90%以下
[斜線]	50%超70%以下
[縦線]	30%超50%以下
[横線]	30%以下



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

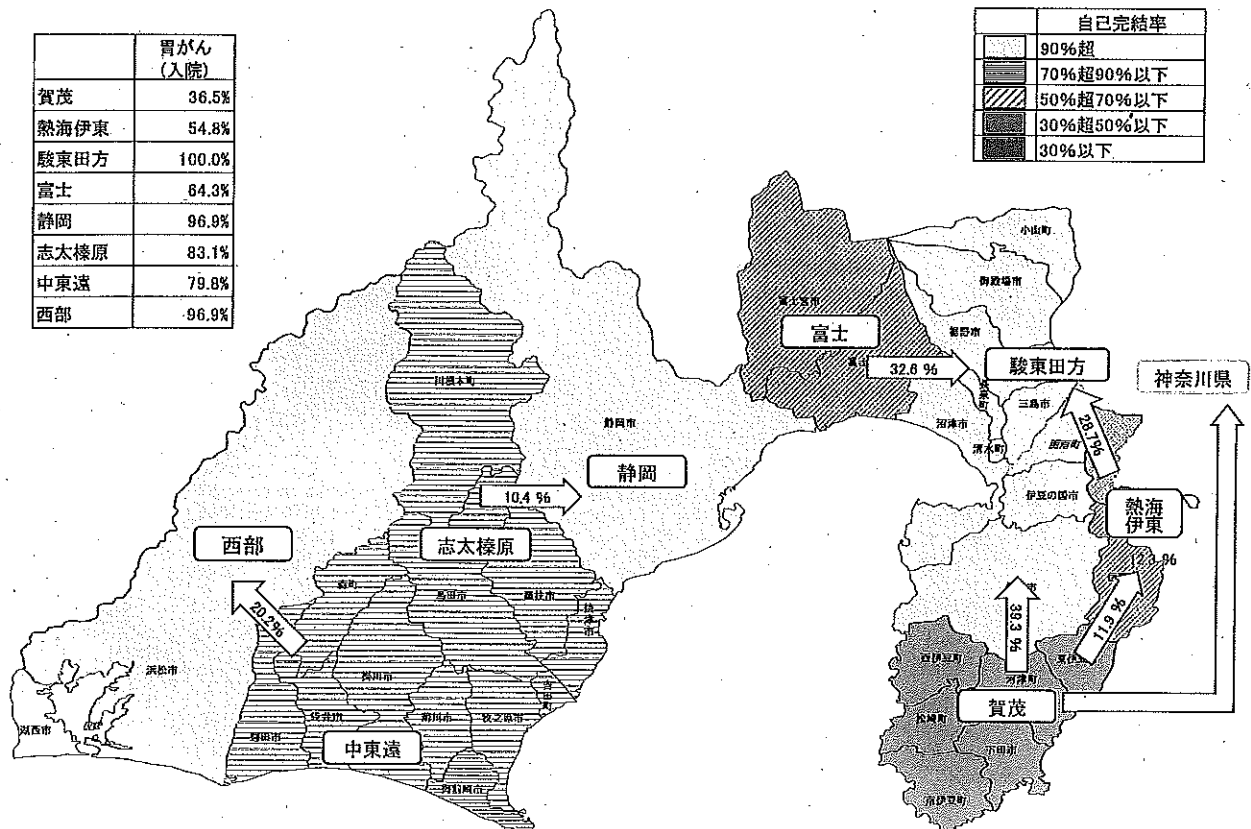
Ⅱ がん

	胃がん (入院)	大腸がん (入院)	肺がん (入院)	乳がん (入院)	化学療法 (外来)	放射線治療 (外来)
賀茂	36.5%	52.7%	22.9%	43.1%	14.5%	0.0%
熱海伊東	54.8%	59.7%	32.8%	57.7%	40.3%	0.0%
駿東田方	100.0%	98.7%	100.0%	100.0%	98.4%	100.0%
富士	64.3%	83.4%	32.9%	68.2%	48.7%	58.6%
静岡	96.9%	95.9%	96.8%	94.2%	94.2%	92.9%
志太榛原	88.1%	90.5%	76.5%	87.2%	77.1%	83.1%
中東遠	79.8%	79.4%	74.5%	65.7%	74.3%	77.6%
西部	96.9%	97.4%	100.0%	100.0%	97.8%	98.6%

※網掛けは自己完結率90%以下

6

二次医療圏別：各種医療の自己完結率 <胃がん(入院)>



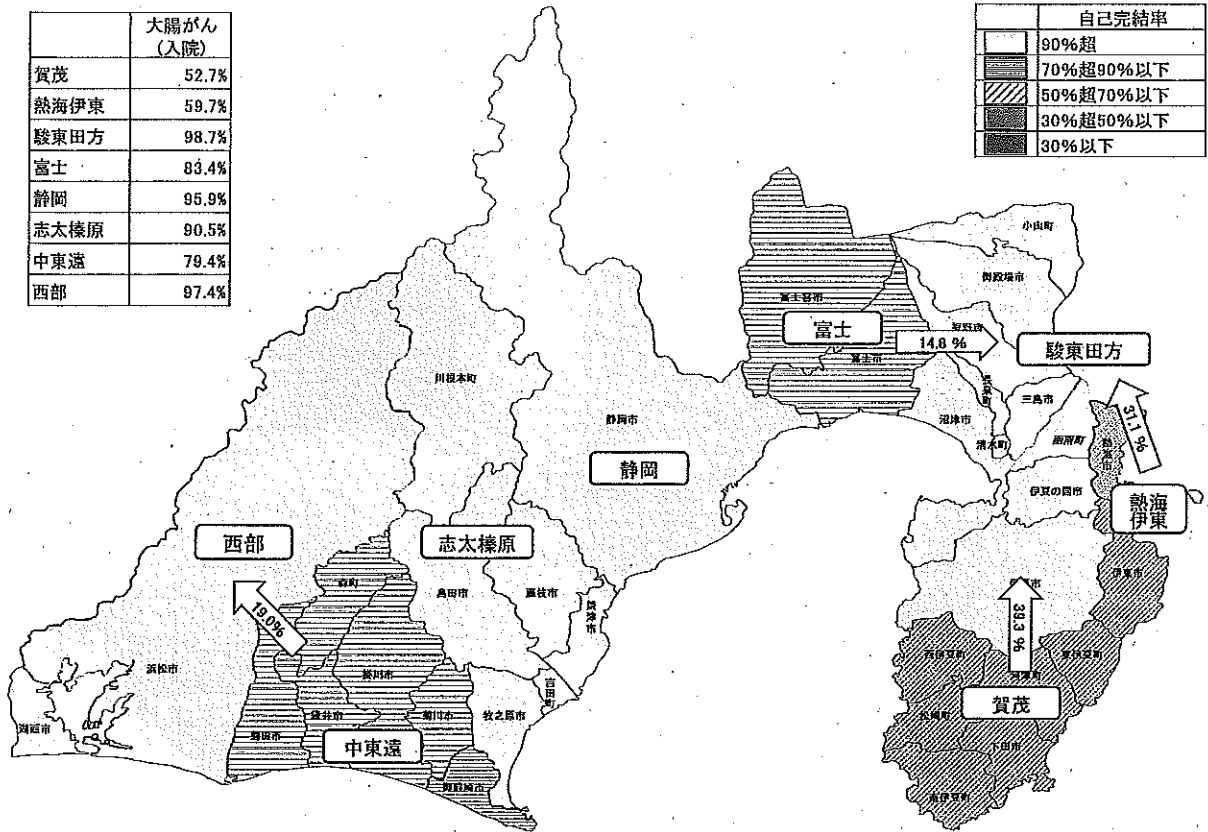
厚生労働省「医療計画作成支援データブック」より作成
 ※平成26年度(2014年度)診療分の電子レセプト数に基づく。ただし、国保+後期高齢者のみ。 ※10%以上の流出について図示。

7

二次医療圏別：各種医療の自己完結率 <大腸がん（入院）>

	大腸がん (入院)
賀茂	52.7%
熱海伊東	59.7%
駿東田方	98.7%
富士	83.4%
静岡	95.9%
志太榛原	90.5%
中東遠	79.4%
西部	97.4%

自己完結率	
□	90%超
▨	70%超90%以下
▧	50%超70%以下
▩	30%超50%以下
■	30%以下

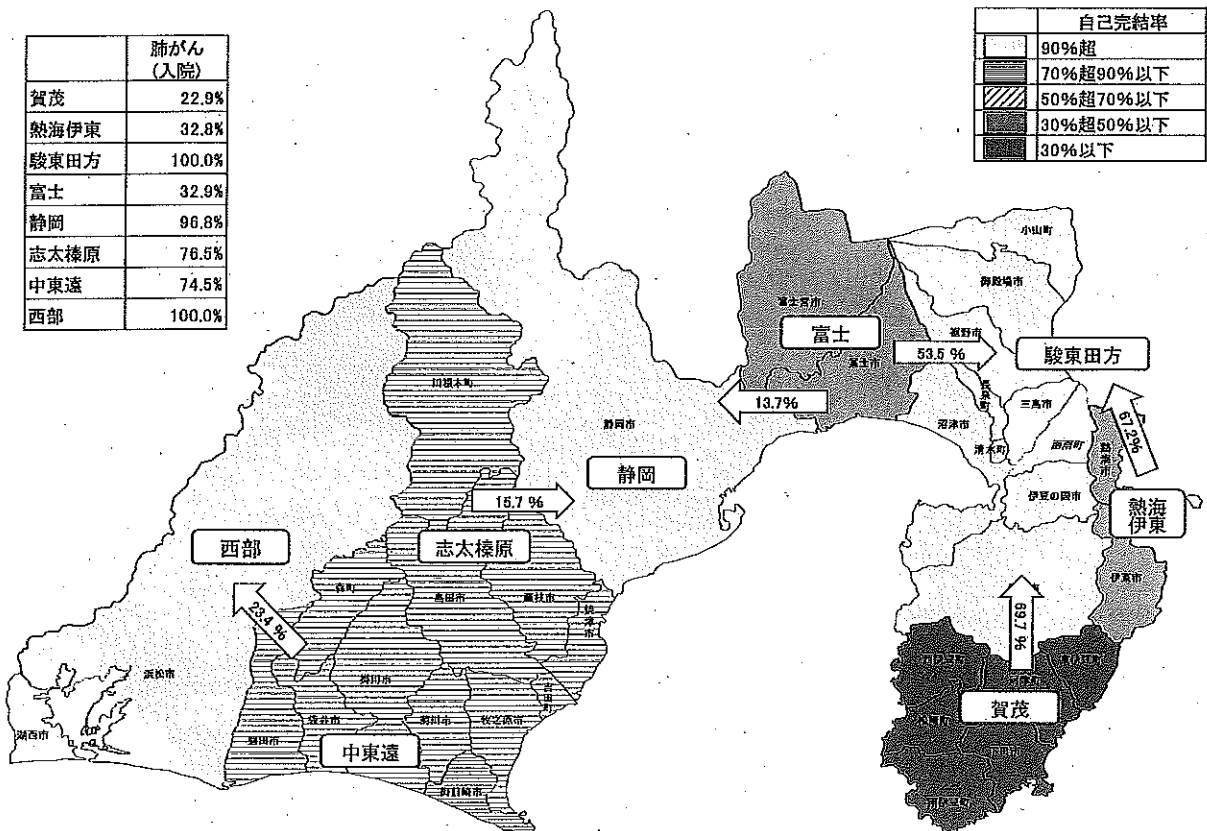


厚生労働省「医療計画作成支援データブック」より作成
 ※平成26年度(2014年度)診療分の電子レセプト数に基づく。ただし、国保+後期高齢者のみ。 ※10%以上の流出について図示。

二次医療圏別：各種医療の自己完結率 <肺がん（入院）>

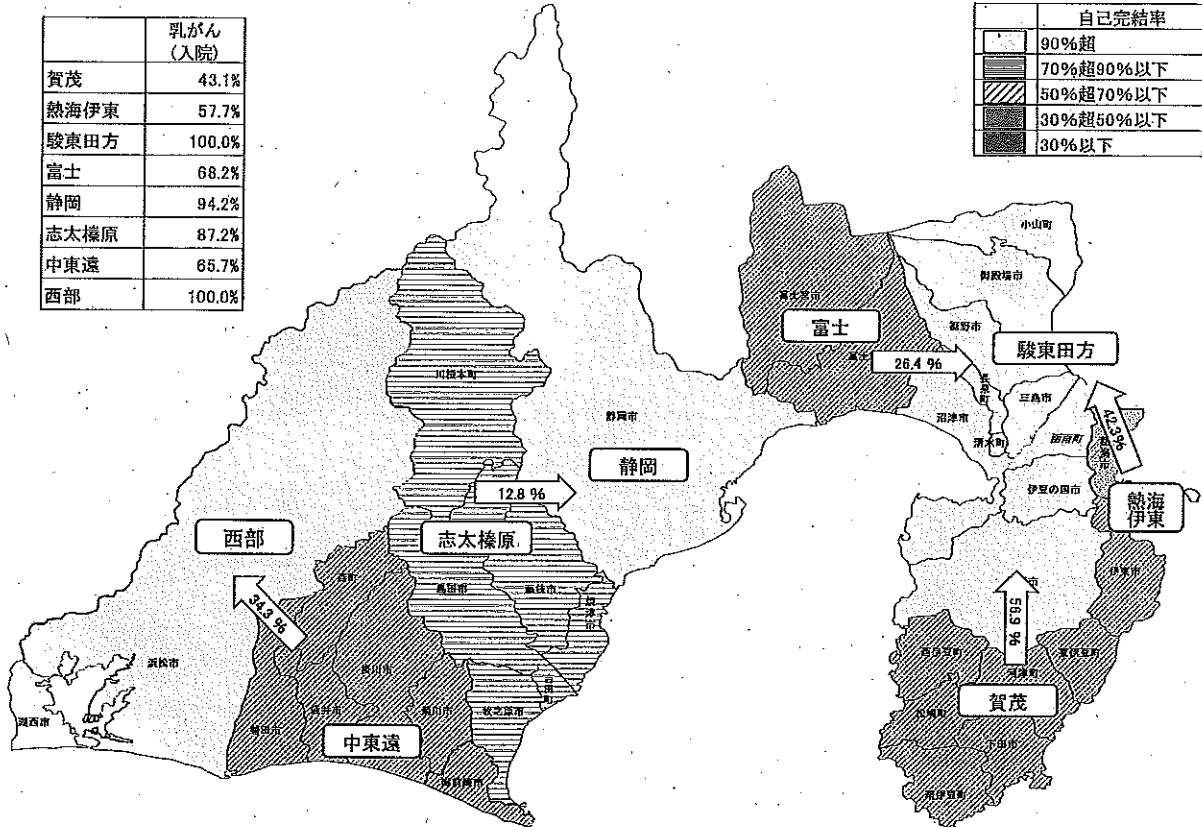
	肺がん (入院)
賀茂	22.9%
熱海伊東	32.8%
駿東田方	100.0%
富士	32.9%
静岡	96.8%
志太榛原	76.5%
中東遠	74.5%
西部	100.0%

自己完結率	
□	90%超
▨	70%超90%以下
▧	50%超70%以下
▩	30%超50%以下
■	30%以下



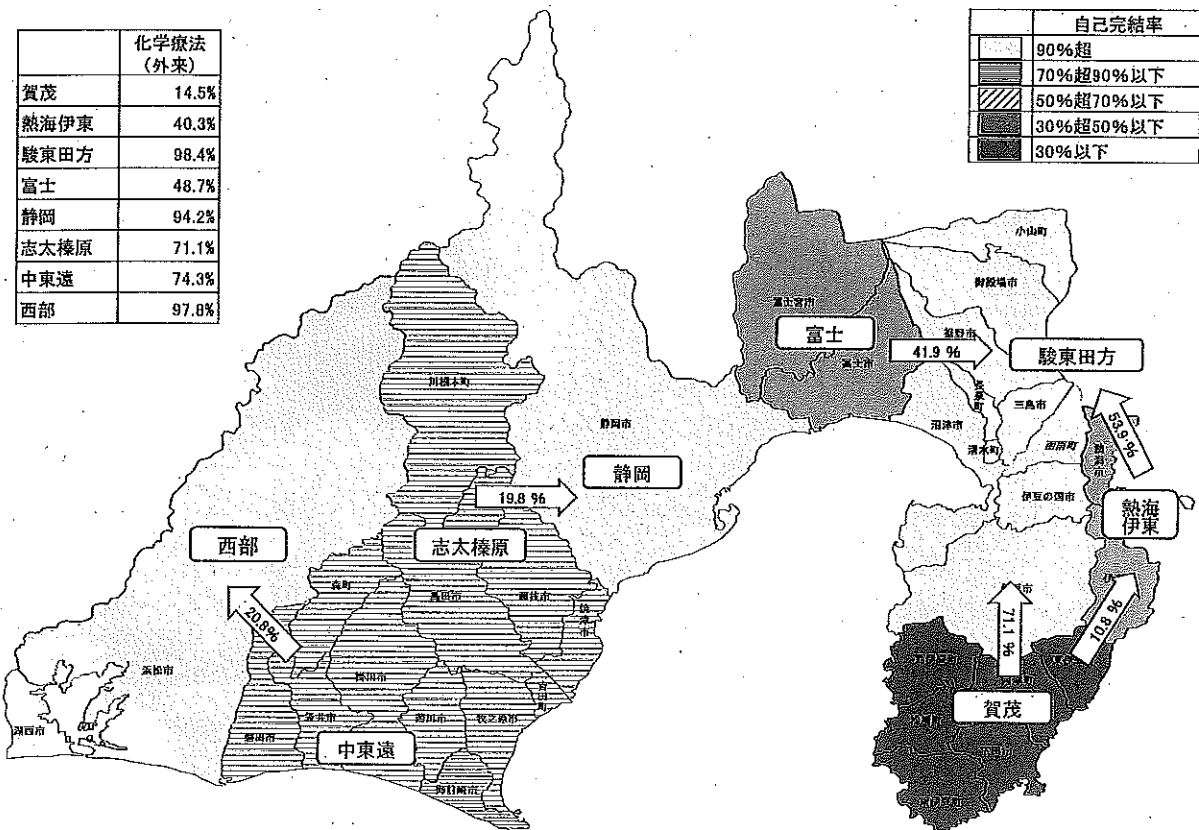
厚生労働省「医療計画作成支援データブック」より作成
 ※平成26年度(2014年度)診療分の電子レセプト数に基づく。ただし、国保+後期高齢者のみ。 ※10%以上の流出について図示。

二次医療圏別：各種医療の自己完結率 <乳がん（入院）>



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

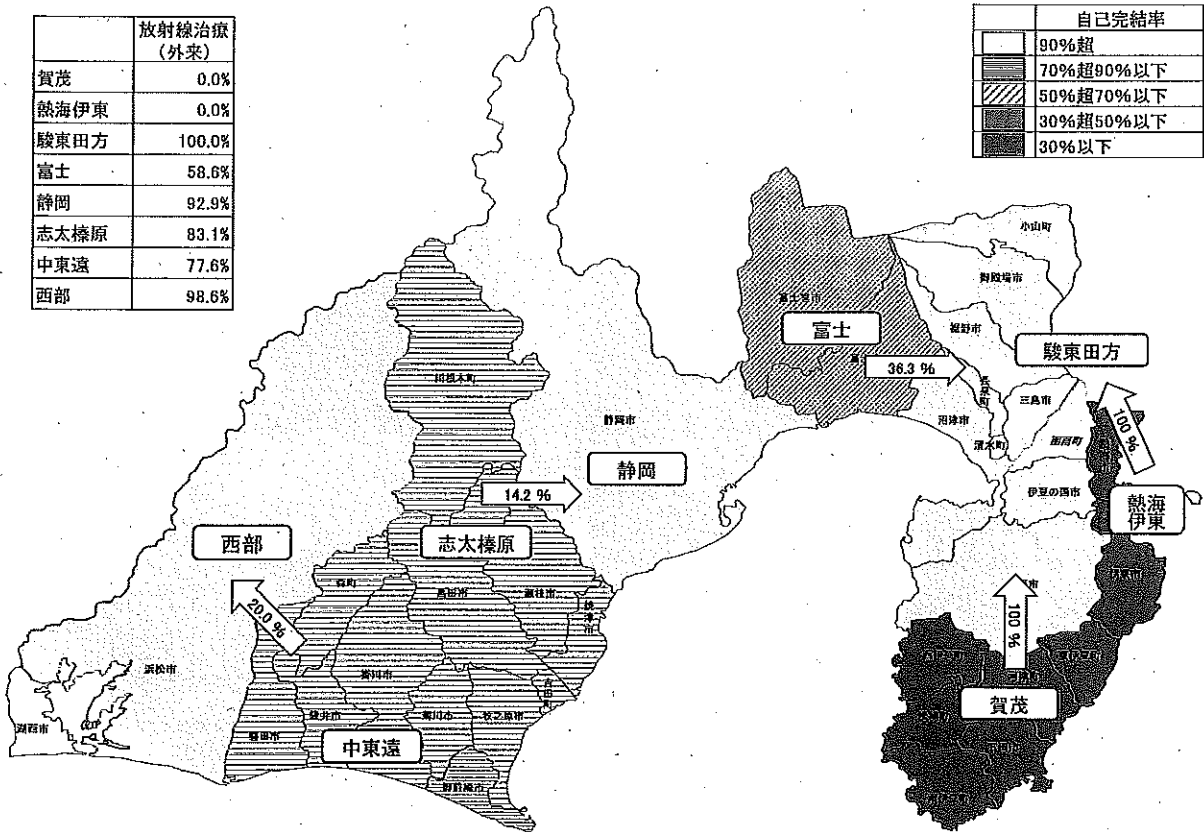
二次医療圏別：各種医療の自己完結率 <化学療法（外来）>



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

	放射線治療 (外来)
賀茂	0.0%
熱海伊東	0.0%
駿東田方	100.0%
富士	58.6%
静岡	92.9%
志太榛原	93.1%
中東遠	77.6%
西部	98.6%

自己完結率	
(白)	90%超
(斜線)	70%超90%以下
(点線)	50%超70%以下
(縦線)	30%超50%以下
(横線)	30%以下



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

Ⅲ 脳卒中

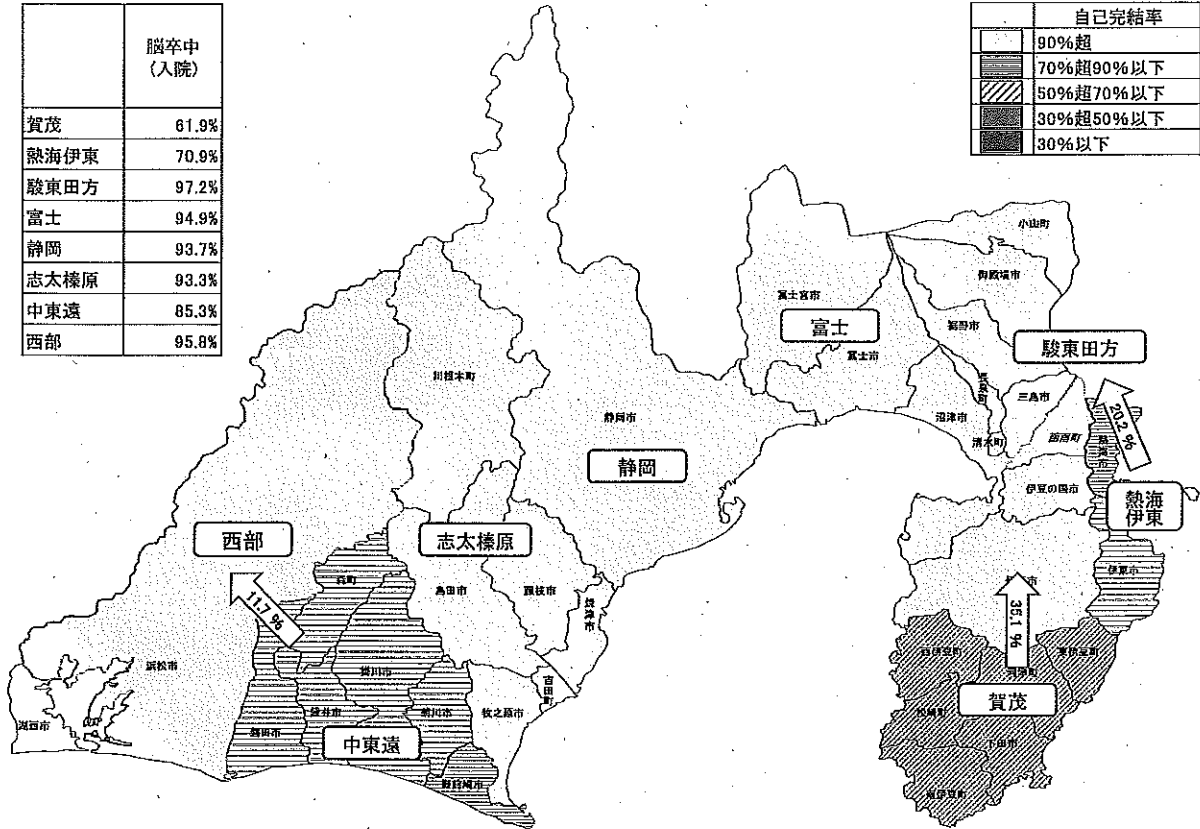
	脳卒中 (入院)	脳卒中の t-PA (入院)	脳卒中に対する 急性期リハビリ テーション (入院)
賀茂	61.9%	—	48.0%
熱海伊東	70.9%	100.0%	85.5%
駿東田方	97.2%	100.0%	98.8%
富士	94.9%	100.0%	98.2%
静岡	93.7%	100.0%	95.1%
志太榛原	93.3%	100.0%	96.8%
中東遠	85.3%	100.0%	93.0%
西部	95.8%	100.0%	97.8%

※賀茂の「脳卒中のt-PA（入院）」は10件未満のため非公表

二次医療圏別：各種医療の自己完結率 <脳卒中（入院）>

	脳卒中 (入院)
賀茂	61.9%
熱海伊東	70.9%
駿東田方	97.2%
富士	94.9%
静岡	93.7%
志太榛原	93.3%
中東遠	85.3%
西部	95.8%

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

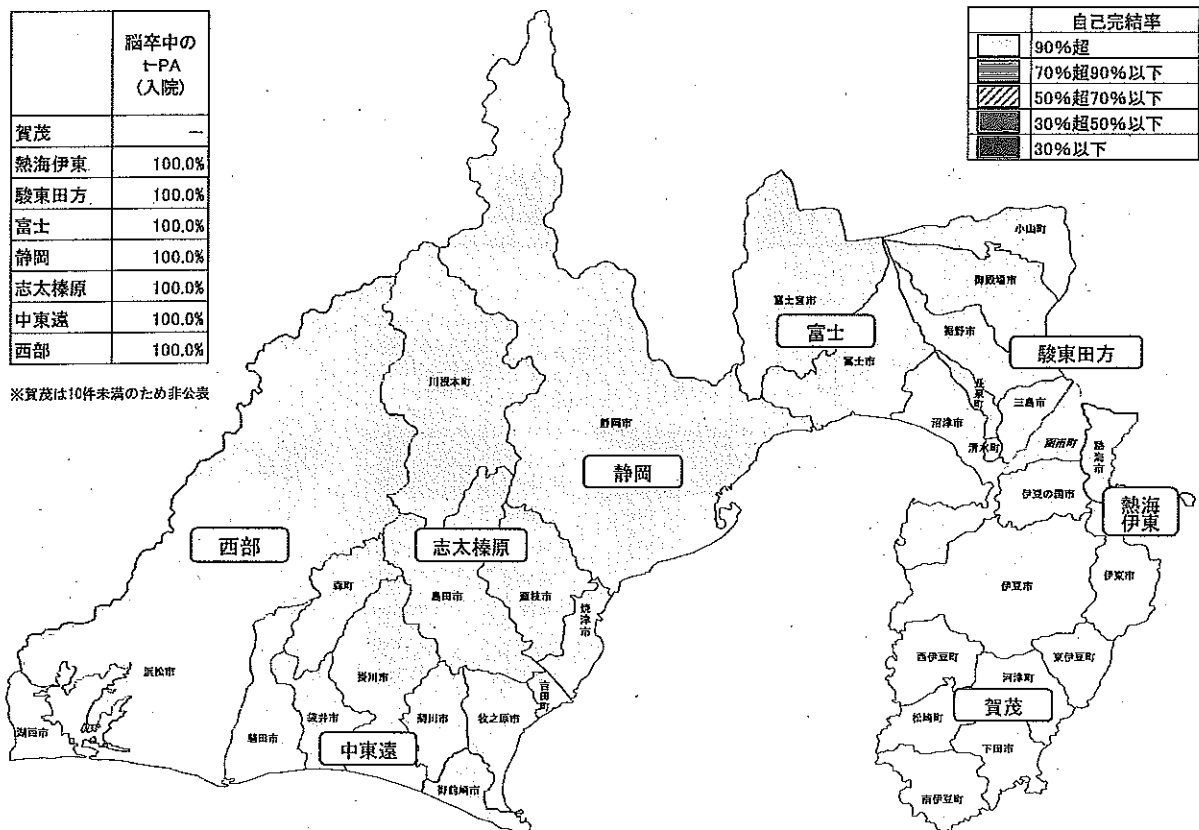


厚生労働省「医療計画作成支援データブック」より作成
 ※平成26年度(2014年度)診療分の電子レセプト数に基づく。ただし、国保+後期高齢者のみ。 ※10%以上の流出について図示。

二次医療圏別：各種医療の自己完結率 <脳卒中のt-PA（入院）>

	脳卒中の t-PA (入院)
賀茂	—
熱海伊東	100.0%
駿東田方	100.0%
富士	100.0%
静岡	100.0%
志太榛原	100.0%
中東遠	100.0%
西部	100.0%

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

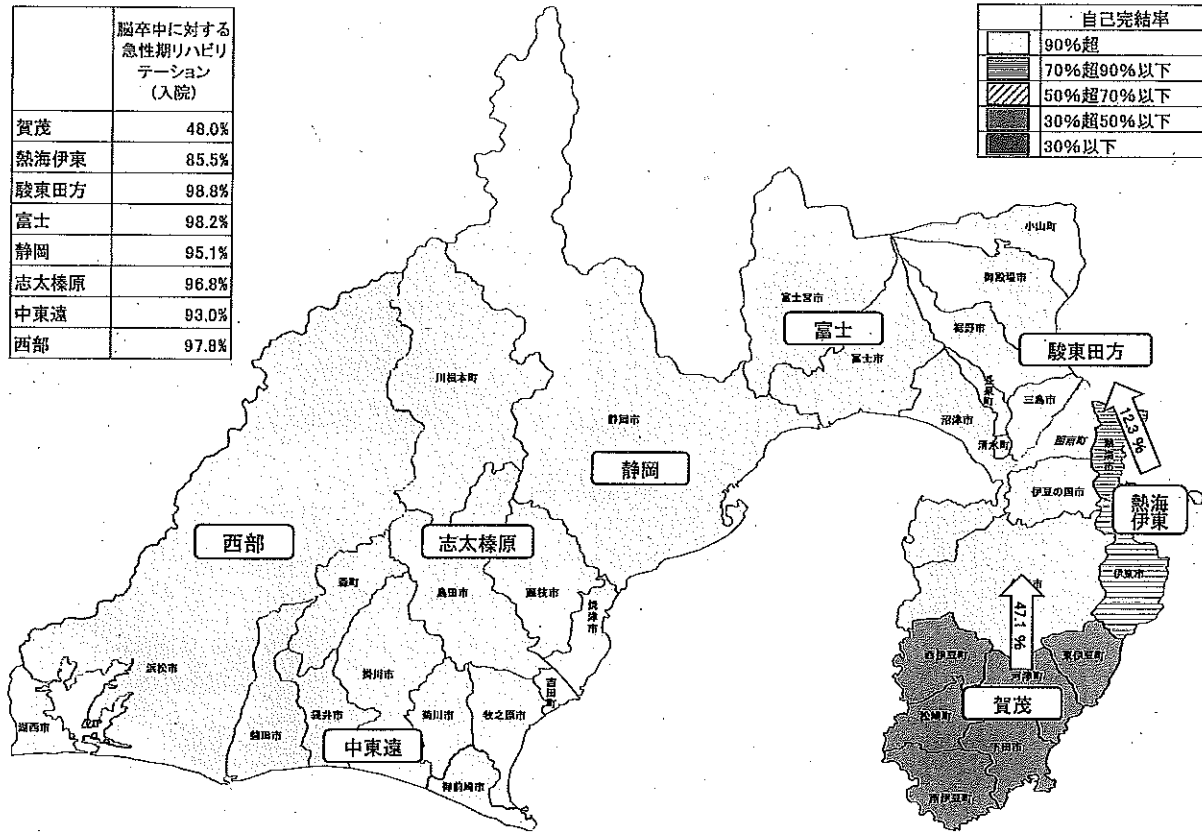


※賀茂は10件未満のため非公表

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

	脳卒中に対する急性期リハビリテーション（入院）
賀茂	48.0%
熱海伊東	85.5%
駿東田方	98.8%
富士	98.2%
静岡	95.1%
志太榛原	96.8%
中東遠	93.0%
西部	97.8%

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



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

IV 急性心筋梗塞

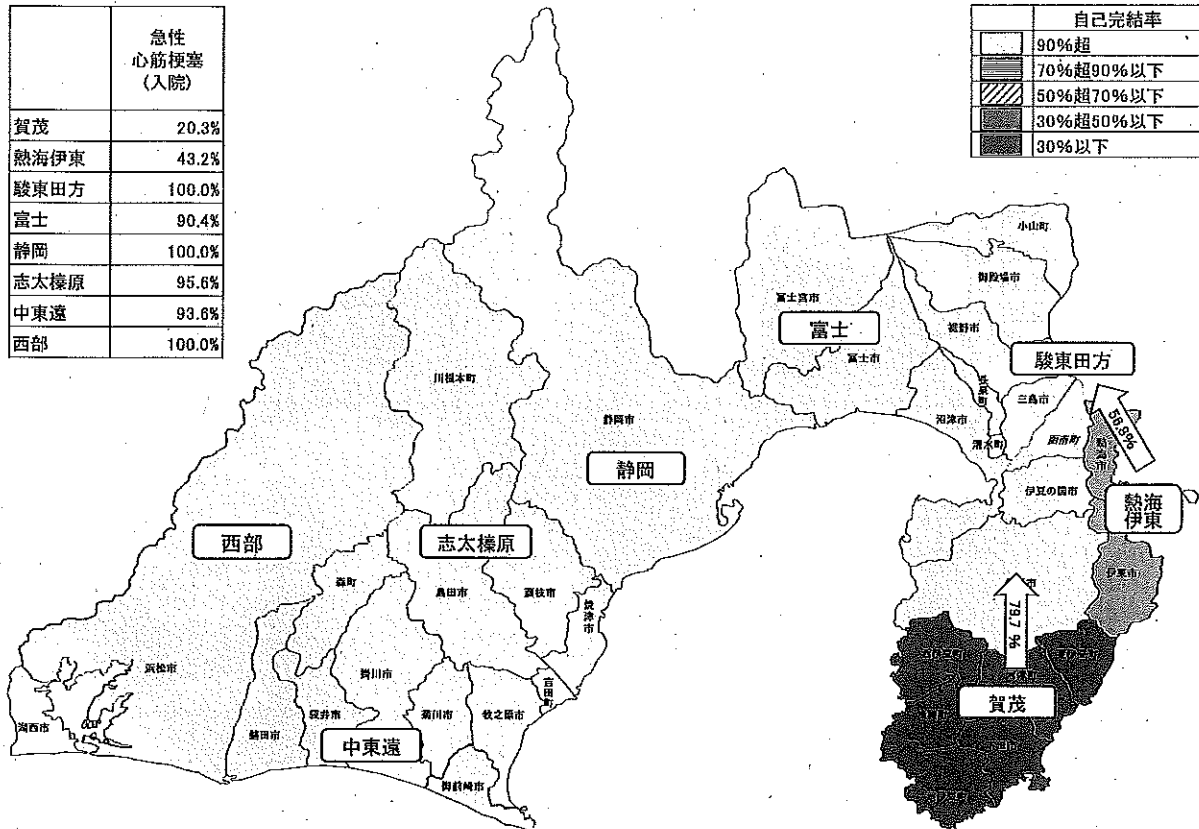
	急性心筋梗塞（入院）	急性心筋梗塞に対するカテーテル治療（入院）	冠動脈造影（入院）
賀茂	20.3%	0.0%	0.0%
熱海伊東	43.2%	25.4%	49.7%
駿東田方	100.0%	100.0%	100.0%
富士	90.4%	100.0%	82.5%
静岡	100.0%	100.0%	99.2%
志太榛原	95.6%	100.0%	68.8%
中東遠	93.6%	90.4%	84.8%
西部	100.0%	100.0%	91.8%

※網掛けは自己完結率90%以下

二次医療圏別：各種医療の自己完結率 <急性心筋梗塞（入院）>

二次医療圏	急性心筋梗塞（入院）自己完結率
賀茂	20.3%
熱海伊東	43.2%
駿東田方	100.0%
富士	90.4%
静岡	100.0%
志太榛原	95.6%
中東遠	93.6%
西部	100.0%

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

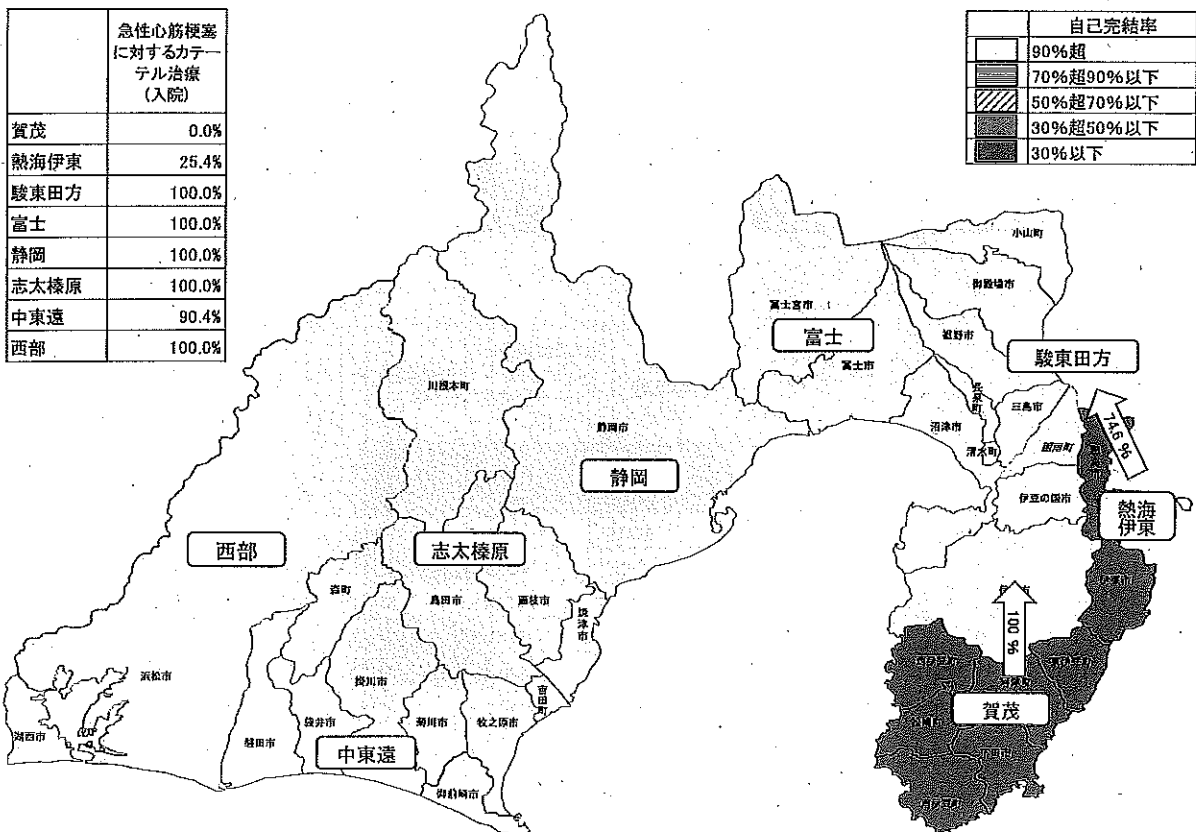


厚生労働省「医療計画作成支援データブック」より作成
 ※平成26年度(2014年度)診療分の電子レセプト数に基づく。ただし、国保+後期高齢者のみ。 ※10%以上の流出について図示。

二次医療圏別：各種医療の自己完結率 <急性心筋梗塞に対するカテーテル治療（入院）>

二次医療圏	急性心筋梗塞に対するカテーテル治療（入院）自己完結率
賀茂	0.0%
熱海伊東	25.4%
駿東田方	100.0%
富士	100.0%
静岡	100.0%
志太榛原	100.0%
中東遠	90.4%
西部	100.0%

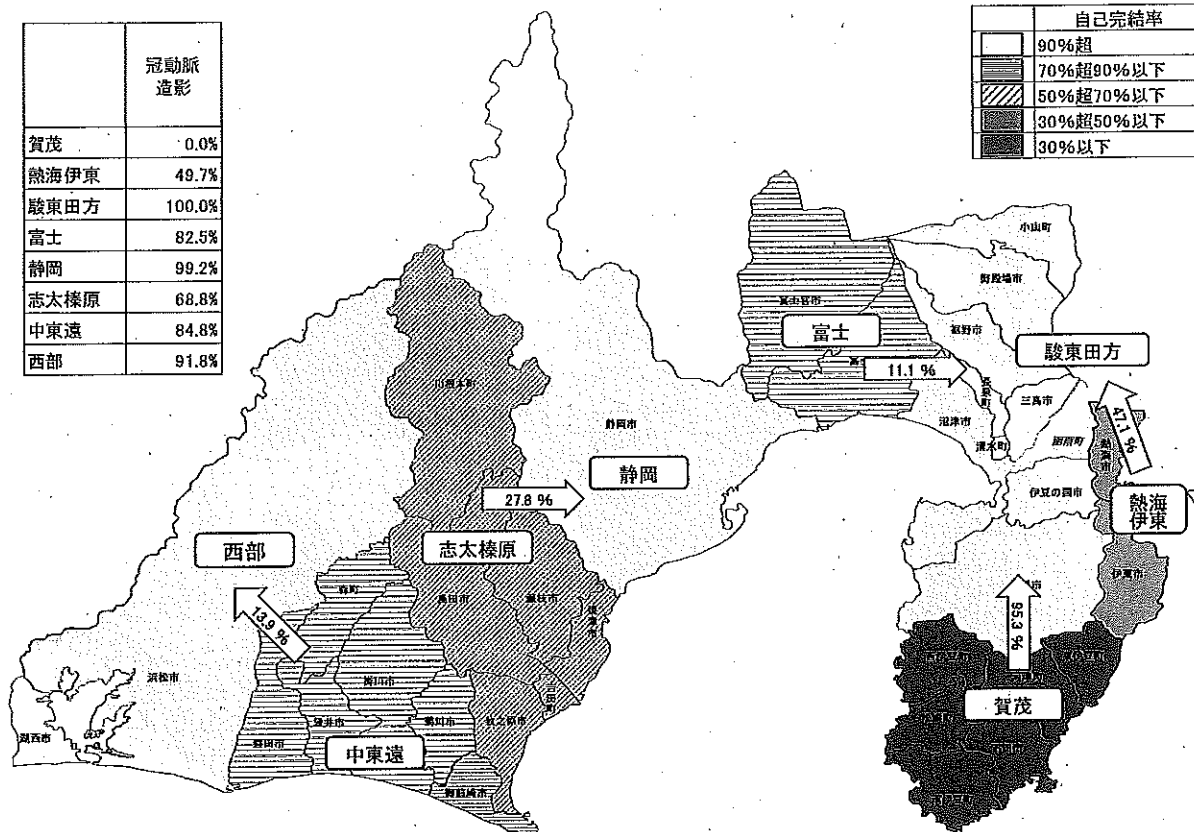
自己完結率
90%超
70%超90%以下
50%超70%以下
30%超50%以下
30%以下



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

	冠動脈造影
賀茂	0.0%
熱海伊東	49.7%
駿東田方	100.0%
富士	82.5%
静岡	99.2%
志太榛原	68.8%
中東遠	84.8%
西部	91.8%

自己完結率	
□	90%超
▨	70%超90%以下
▧	50%超70%以下
▩	30%超50%以下
■	30%以下



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

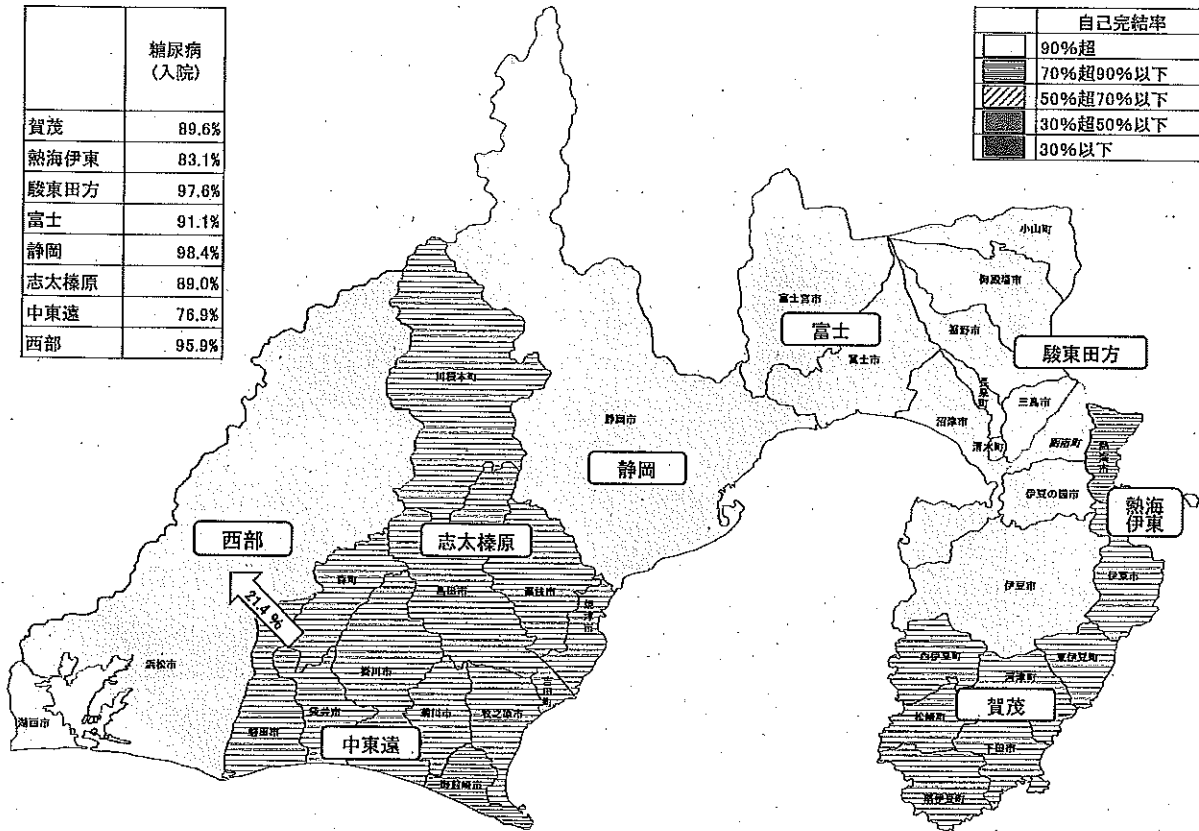
V 糖尿病

	糖尿病 (入院)	糖尿病の 人工透析 (外来)
賀茂	89.6%	61.0%
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%
志太榛原	89.0%	93.4%
中東遠	76.9%	100.0%
西部	95.9%	91.5%

※網掛けは自己完結率90%以下

二次医療圏別：各種医療の自己完結率 <糖尿病（入院）>

	糖尿病 (入院)
賀茂	89.6%
熱海伊東	83.1%
駿東田方	97.6%
富士	91.1%
静岡	98.4%
志太榛原	89.0%
中東遠	76.9%
西部	95.9%

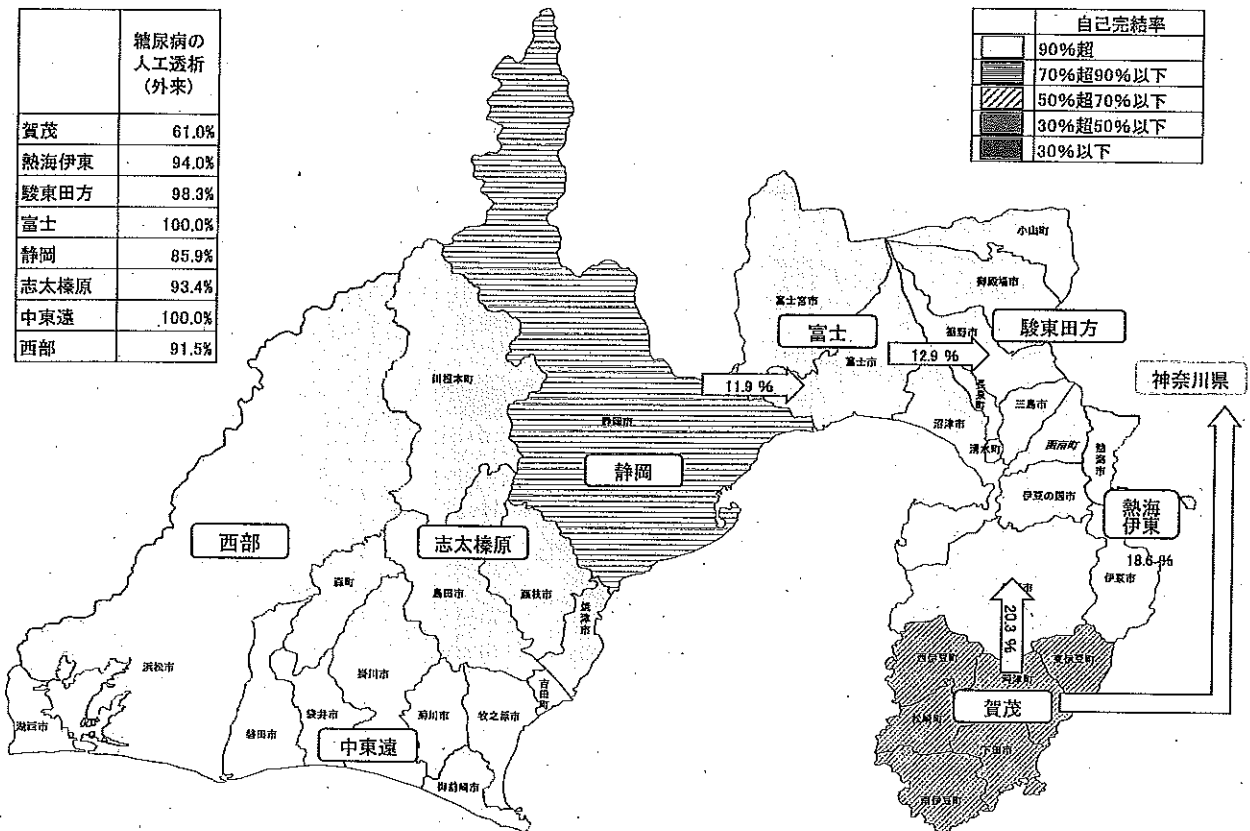


自己完結率	
□	90%超
■	70%超90%以下
▨	50%超70%以下
▩	30%超50%以下
■	30%以下

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

二次医療圏別：各種医療の自己完結率 <糖尿病の人工透析（外来）>

	糖尿病の 人工透析 (外来)
賀茂	61.0%
熱海伊東	94.0%
駿東田方	98.3%
富士	100.0%
静岡	85.9%
志太榛原	93.4%
中東遠	100.0%
西部	91.5%



自己完結率	
□	90%超
■	70%超90%以下
▨	50%超70%以下
▩	30%超50%以下
■	30%以下

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

VI 精神疾患

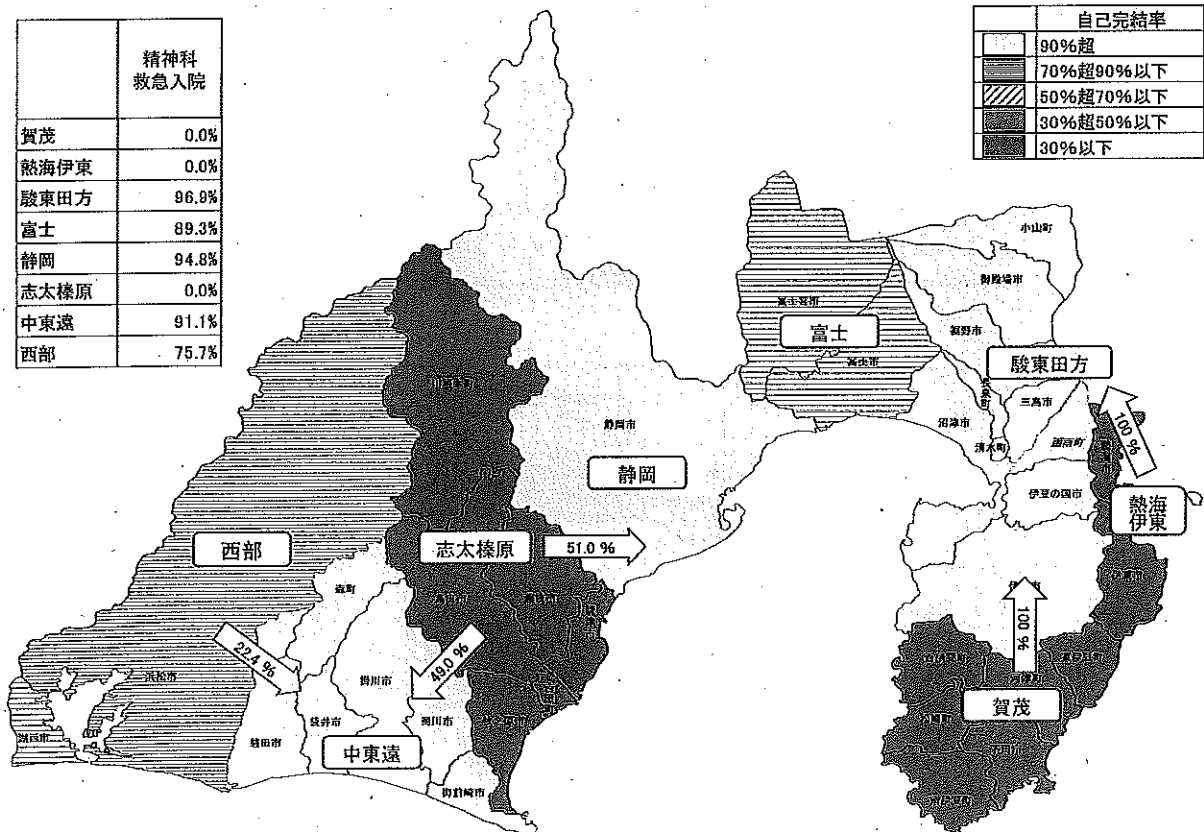
	精神科 救急入院	抗精神病薬 による治療 (2種類以下) (入院)
賀茂	0.0%	96.6%
熱海伊東	0.0%	0.0%
駿東田方	96.9%	89.6%
富士	89.3%	88.1%
静岡	94.8%	91.2%
志太榛原	0.0%	58.0%
中東遠	91.1%	85.6%
西部	75.7%	80.0%

※網掛けは自己完結率90%以下

二次医療圏別：各種医療の自己完結率 <精神科救急入院>

	精神科 救急入院
賀茂	0.0%
熱海伊東	0.0%
駿東田方	96.9%
富士	89.3%
静岡	94.8%
志太榛原	0.0%
中東遠	91.1%
西部	75.7%

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

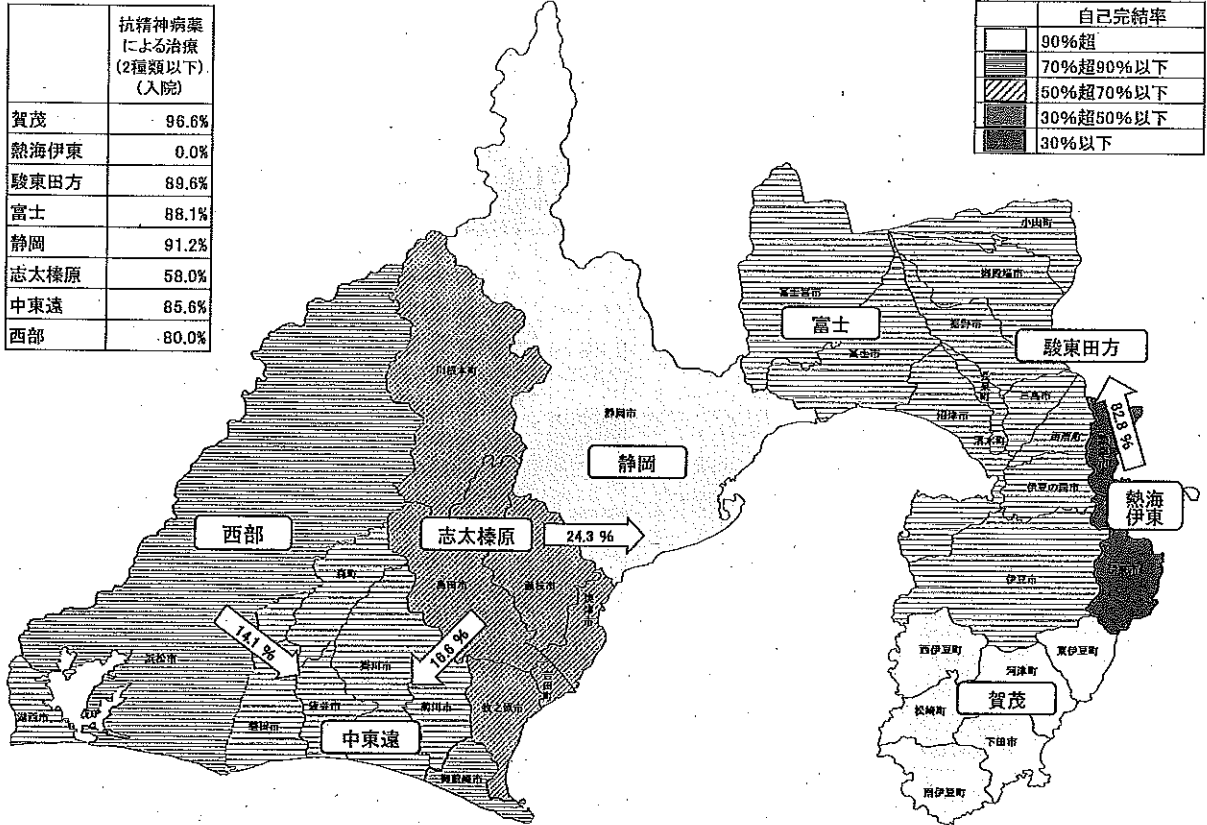


厚生労働省「医療計画作成支援データブック」より作成
 ※平成26年度(2014年度)診療分の電子レセプト数に基づく。ただし、国保+後期高齢者のみ。 ※10%以上の流出について図示。

二次医療圏別：各種医療の自己完結率 <抗精神病薬による治療（2種類以下）（入院）>

	抗精神病薬による治療 (2種類以下) (入院)
賀茂	96.6%
熱海伊東	0.0%
駿東田方	89.6%
富士	88.1%
静岡	91.2%
志太榛原	58.0%
中東遠	85.6%
西部	80.0%

自己完結率	
■	90%超
▨	70%超90%以下
▧	50%超70%以下
▩	30%超50%以下
■	30%以下



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

VII 救命・救急

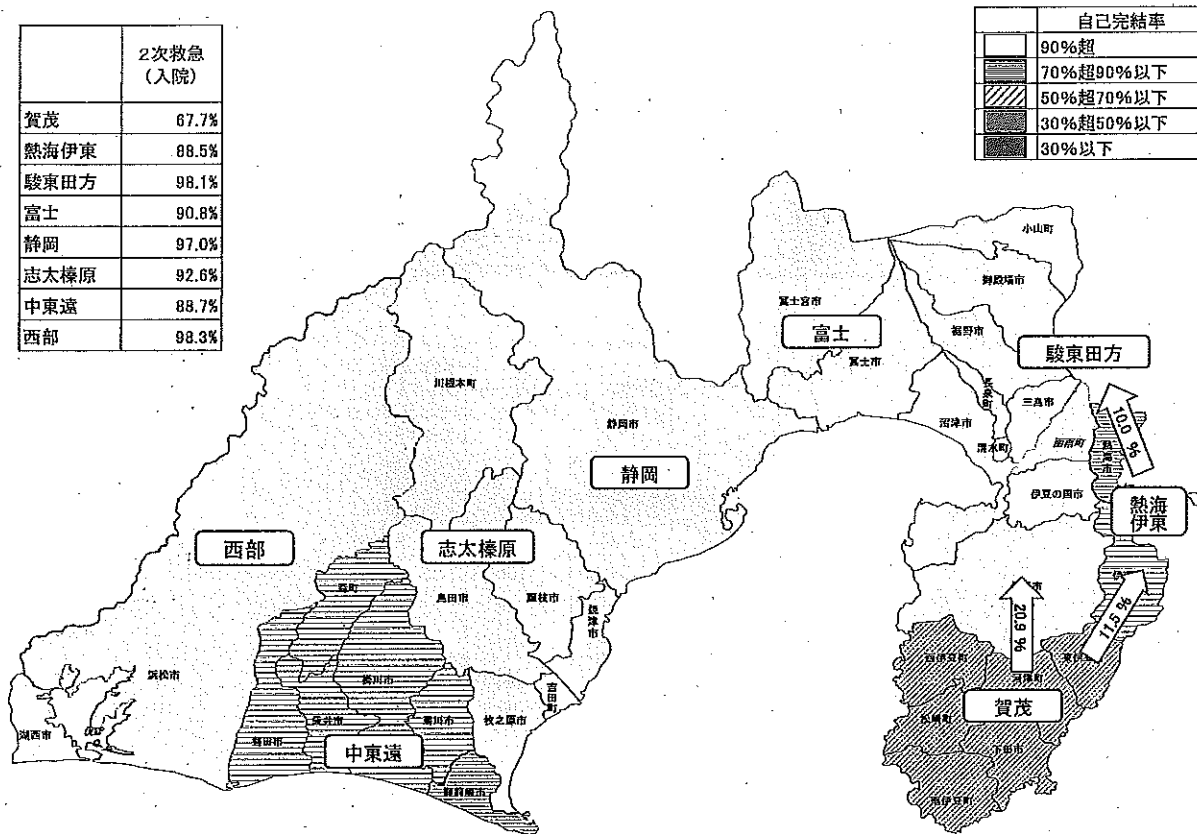
	2次救急 (入院)	集中治療室 等の体制 (入院)
賀茂	67.7%	0.0%
熱海伊東	88.5%	69.7%
駿東田方	98.1%	97.4%
富士	90.8%	26.4%
静岡	97.0%	95.4%
志太榛原	92.6%	69.8%
中東遠	88.7%	72.8%
西部	98.3%	98.3%

※網掛けは自己完結率90%以下

二次医療圏別：各種医療の自己完結率 <2次救急（入院）>

	2次救急 (入院)
賀茂	67.7%
熱海伊東	88.5%
駿東田方	98.1%
富士	90.8%
静岡	97.0%
志太榛原	92.6%
中東遠	88.7%
西部	98.3%

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

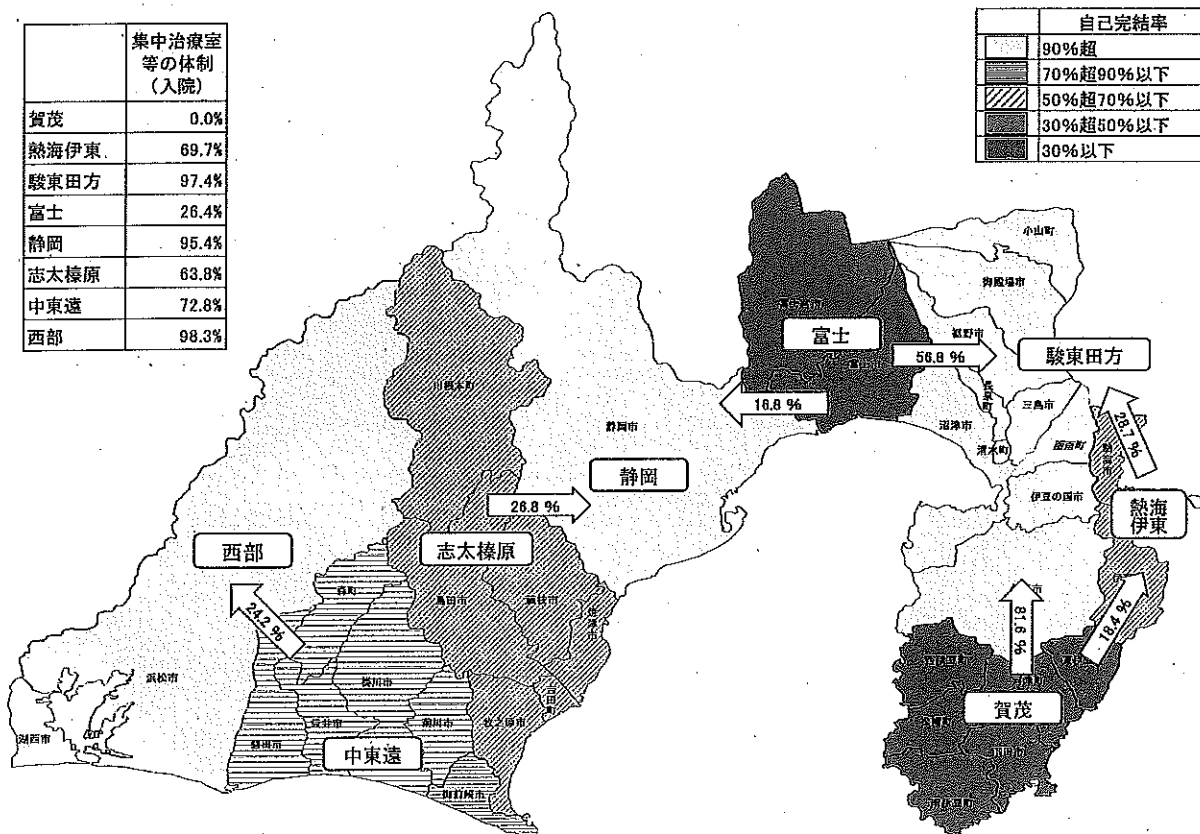


厚生労働省「医療計画作成支援データベース」より作成
 ※平成26年度(2014年度)診療分の電子レセプト数に基づく。ただし、国保+後期高齢者のみ。 ※10%以上の流出について図示。

二次医療圏別：各種医療の自己完結率 <集中治療室等の体制（入院）>

	集中治療室 等の体制 (入院)
賀茂	0.0%
熱海伊東	69.7%
駿東田方	97.4%
富士	26.4%
静岡	95.4%
志太榛原	63.8%
中東遠	72.8%
西部	98.3%

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



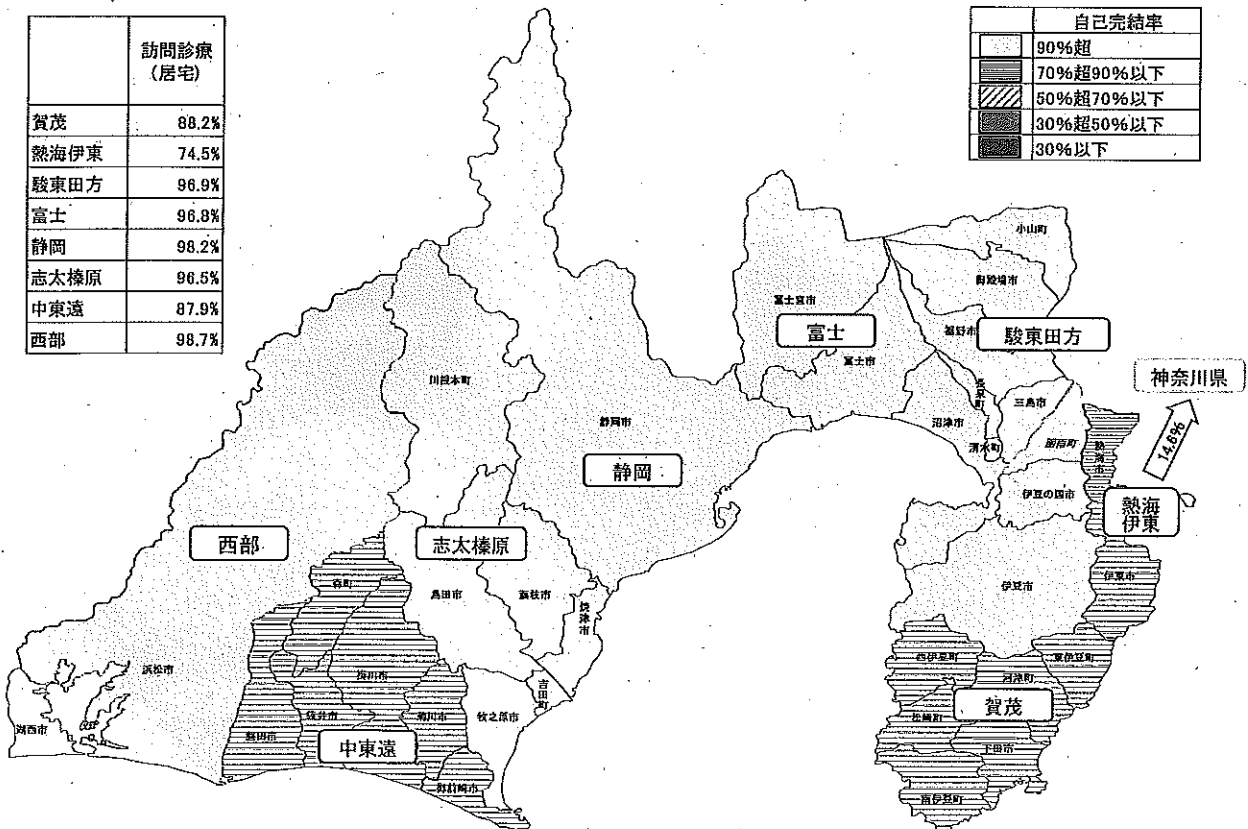
厚生労働省「医療計画作成支援データベース」より作成
 ※平成26年度(2014年度)診療分の電子レセプト数に基づく。ただし、国保+後期高齢者のみ。 ※10%以上の流出について図示。

VIII 在宅医療

	訪問診療 (居宅)	訪問看護 提供	療養病床に おける急性期 や在宅から の患者受付
賀茂	88.2%	100.0%	83.8%
熱海伊東	74.5%	84.4%	56.7%
駿東田方	96.9%	96.6%	97.0%
富士	96.8%	100.0%	94.3%
静岡	98.2%	98.0%	92.7%
志太榛原	96.5%	95.0%	94.7%
中東遠	87.9%	90.6%	77.1%
西部	98.7%	99.6%	92.4%

※網掛けは自己完結率90%以下

二次医療圏別：各種医療の自己完結率 <訪問診療（居宅）>

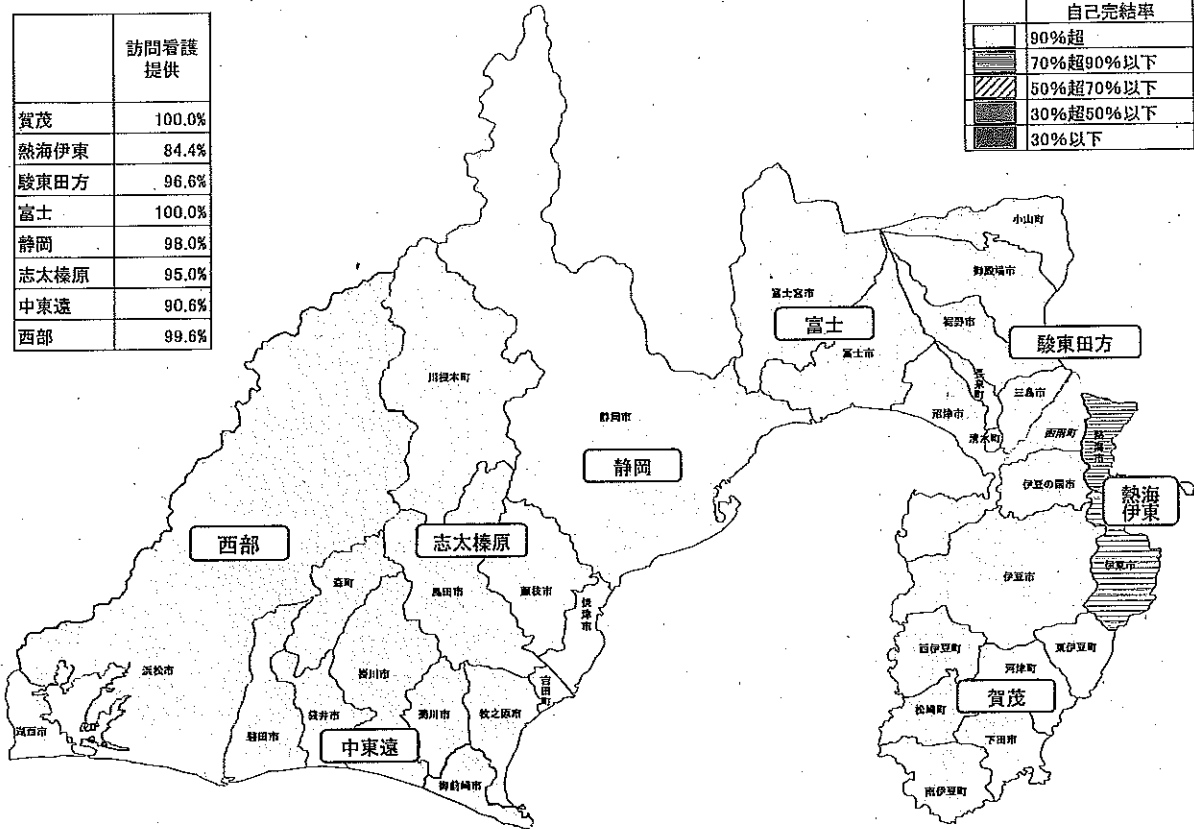


厚生労働省「医療計画作成支援データブック」より作成
 ※平成26年度(2014年度)診療分の電子レセプト数に基づく。ただし、国保+後期高齢者のみ。 ※10%以上の流出について図示。

二次医療圏別：各種医療の自己完結率 <訪問看護提供>

	訪問看護提供
賀茂	100.0%
熱海伊東	84.4%
駿東田方	96.6%
富士	100.0%
静岡	98.0%
志太榛原	95.0%
中東遠	90.6%
西部	99.6%

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

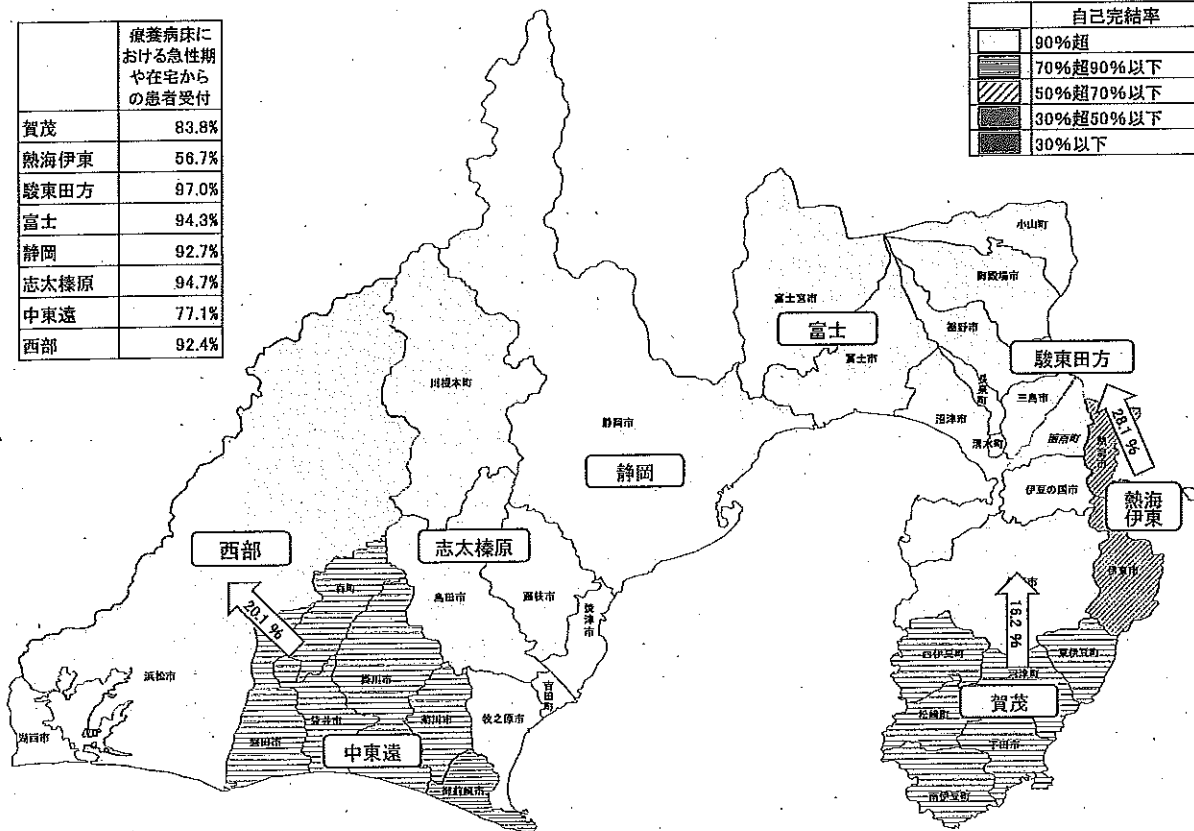


厚生労働省「医療計画作成支援データブック」より作成
 ※平成26年度(2014年度)診療分の電子レセプト数に基づく。ただし、国保+後期高齢者のみ。 ※10%以上の流出について図示。

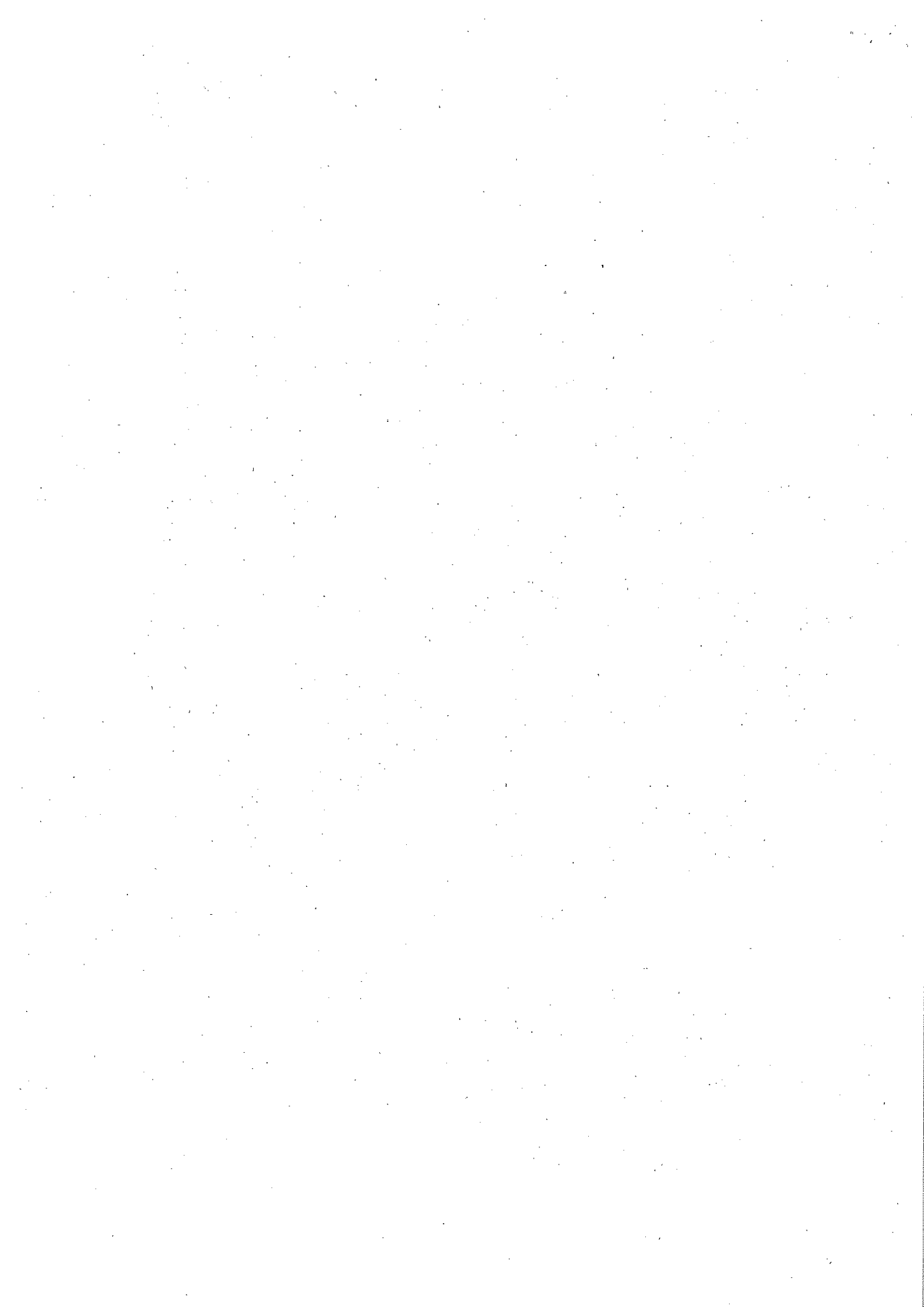
二次医療圏別：各種医療の自己完結率 <療養病床における急性期や在宅からの患者受付>

	療養病床における急性期や在宅からの患者受付
賀茂	83.8%
熱海伊東	56.7%
駿東田方	97.0%
富士	94.3%
静岡	92.7%
志太榛原	94.7%
中東遠	77.1%
西部	92.4%

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



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



静岡県の健康課題 ～特定健診データ分析結果から～



写真提供 静岡県観光協会

平成25年度特定健診分析結果

静岡県は、H22～H25にかけて、4年連続メタボ最少県

平成22年度			平成23年度			平成24年度			平成25年度		
順	都道府県	該当者%	順	都道府県	該当者%	順	都道府県	該当者%	順	都道府県	該当者%
1	静岡県	12.70	1	静岡県	12.92	1	静岡県	12.82	1	静岡県	12.67
2	山梨県	12.92	2	山梨県	12.95	2	山梨県	12.99	2	岐阜県	12.89
3	佐賀県	12.99	3	佐賀県	13.27	3	岐阜県	13.27	3	山梨県	12.99
4	岐阜県	13.07	4	岐阜県	13.28	4	新潟県	13.27	4	長野県	13.21
5	神奈川県	13.16	5	新潟県	13.49	5	神奈川県	13.37	5	佐賀県	13.31
全 国		14.42	全 国		14.63	全 国		14.45	全 国		14.28

※ H28.1.8 厚生労働省医療費適正化推進室公表データ

特定健診受診率の推移

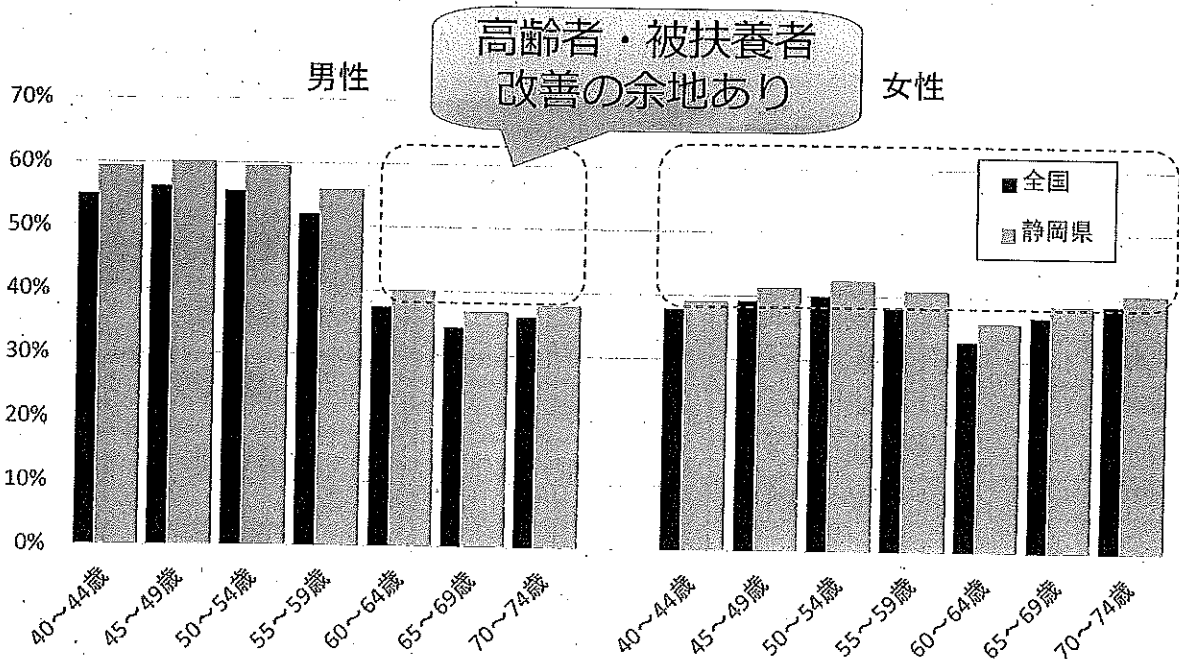
静岡県は、全国平均より高いが、上位とは差がある

平成22年度			平成23年度			平成24年度			平成25年度		
順	都道府県	受診率	順	都道府県	受診率	順	都道府県	受診率	順	都道府県	受診率
1	東京都	60.2%	1	東京都	61.6%	1	東京都	62.9%	1	東京都	65.5%
2	山形県	50.2%	2	山形県	52.3%	2	山形県	53.6%	2	山形県	54.8%
3	宮城県	49.9%	3	宮城県	50.3%	3	宮城県	52.9%	3	宮城県	54.5%
14	静岡県	43.6%	12	静岡県	45.6%	12	静岡県	47.4%	11	静岡県	49.3%
全 国		42.6%	全 国		44.0%	全 国		45.6%	全 国		47.1%

※ H28.1.8 厚生労働省医療費適正化推進室公表データ

平成25年度特定健診受診率

静岡県の特定健診受診率は全国11位



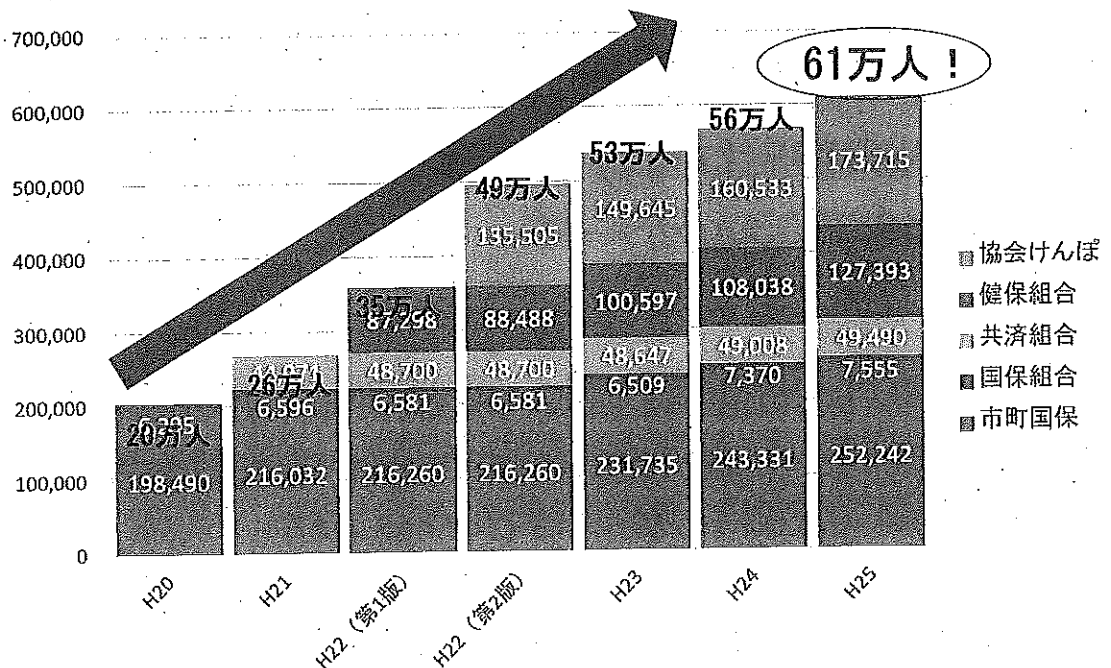
※ H28.1 厚生労働省医療費適正化推進室公表データとH25.10人口から推計

平成25年度特定健診分析結果

- 県では、平成20年度の特定健診データから、全国に先駆けて県下市町別に分析・地図化、健康課題の「見える化」に取り組んでいる。
 - 平成22年度 平成20年度データの分析
 - 平成23年度 平成21年度データの分析
 - 平成24年度 平成22年度データの分析
協会けんぽ静岡支部と協定締結
平成22年度データの分析<第2版>
 - 平成25年度 平成23年度データの分析
 - 平成26年度 平成24年度データの分析
 - 平成27年度 平成25年度データの分析<今回>

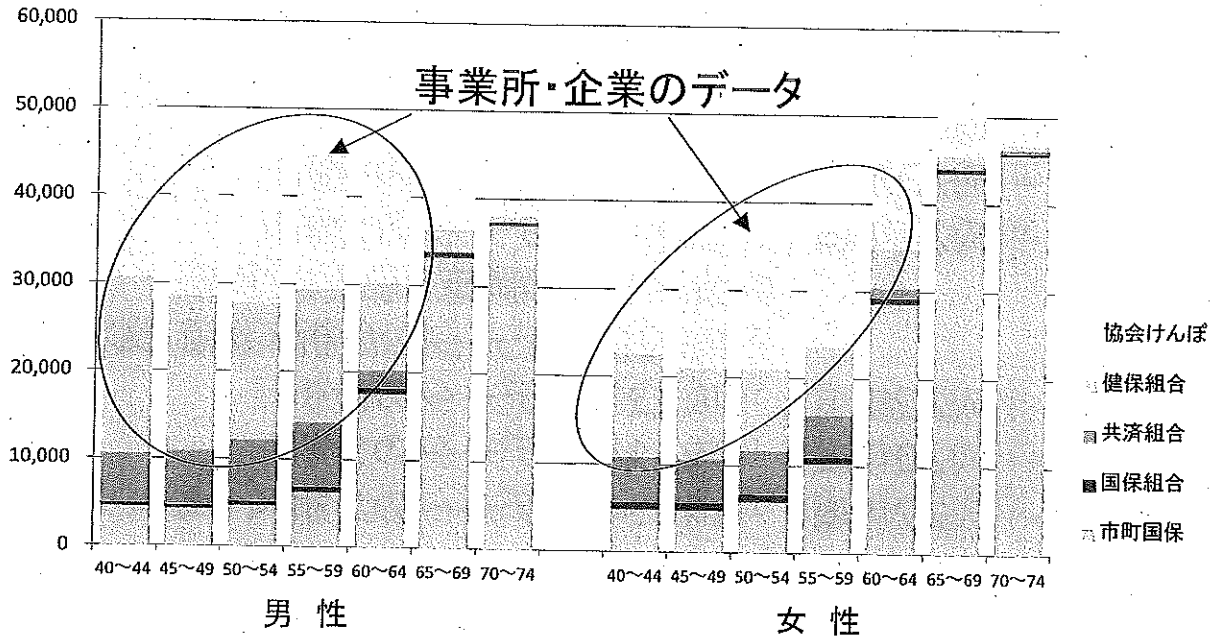
平成25年度特定健診分析対象者数

受診者の増加 + 協力医療保険者の増加



平成25年度特定健診分析結果

協会けんぽ、健保組合等のデータ提供により
若い働き盛り世代を大きく補完



平成25年度特定健診分析結果

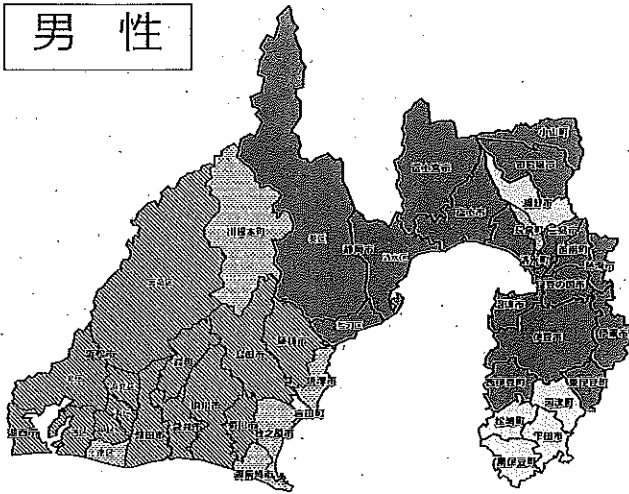
- 住所地情報(市区町、郵便番号)により分類
 - ・ 県外の住所は市町別分析では除外
 - ⇒ 548,739人分データ

- 一部の住所地情報は、事業所の所在地
 - ・ 住所地情報・事業所地情報が混在⇒ 区別不可
 - ⇒ 近隣に居住する従業員とみなした

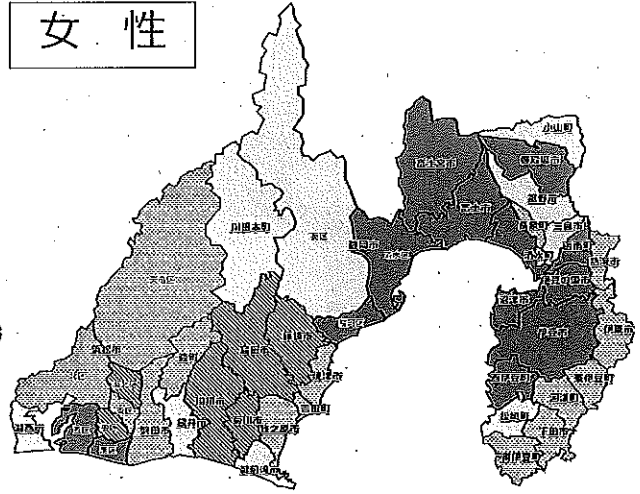
H25特定健診：メタボ該当者



県東部と静岡市でメタボ該当者が多い



男性



女性



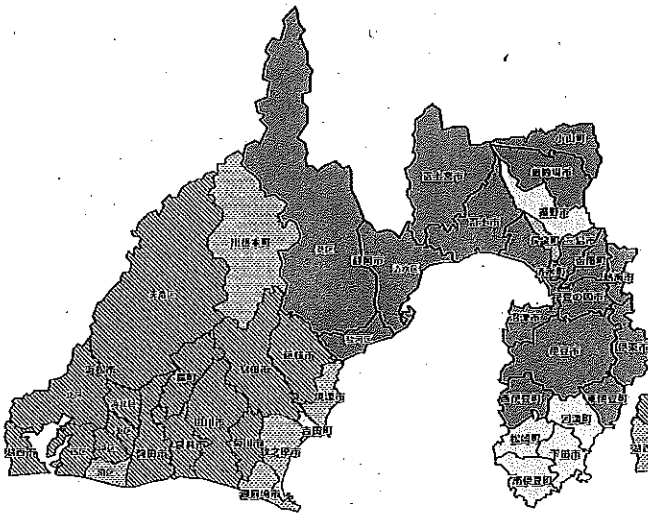
 有意ではないが、県全体に比べて少ない
 県全体に比べて、有意に少ない

 県全体に比べて、有意に多い
 有意ではないが、県全体に比べて多い

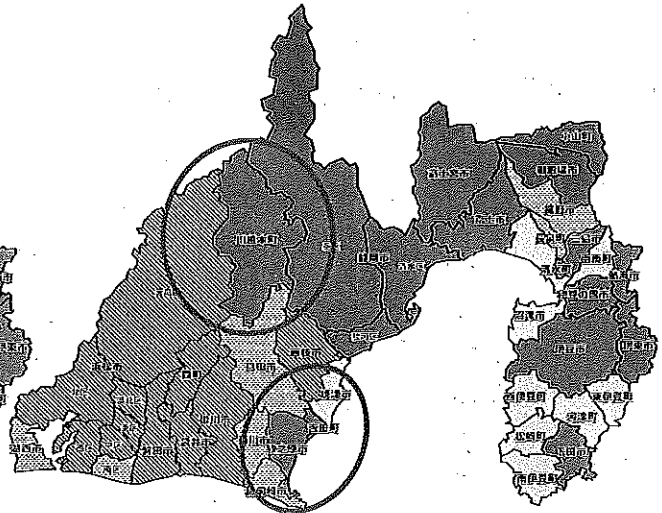
H25特定健診【全県】
メタボ該当者(男性)

メタボリックシンドローム
該当者

腹囲男性85cm以上、女性90cm以上かつ2つ以上に該当
 ①中性脂肪150mg/dl以上、またはHDLコレステロール40mg/dl未満、
 もしくはコレステロールを下げる薬服用
 ②収縮期血圧130mmHg以上、または拡張期血圧85mmHg以上、
 もしくは血圧を下げる薬服用
 ③空腹時血糖110mg/dl以上、またはHbA1c5.5以上、
 もしくはインスリン注射または血糖を下げる薬服用



腹囲基準あり



腹囲基準なし

★牧之原市、吉田町、川根本町には、
男性の隠れメタボが多い可能性あり

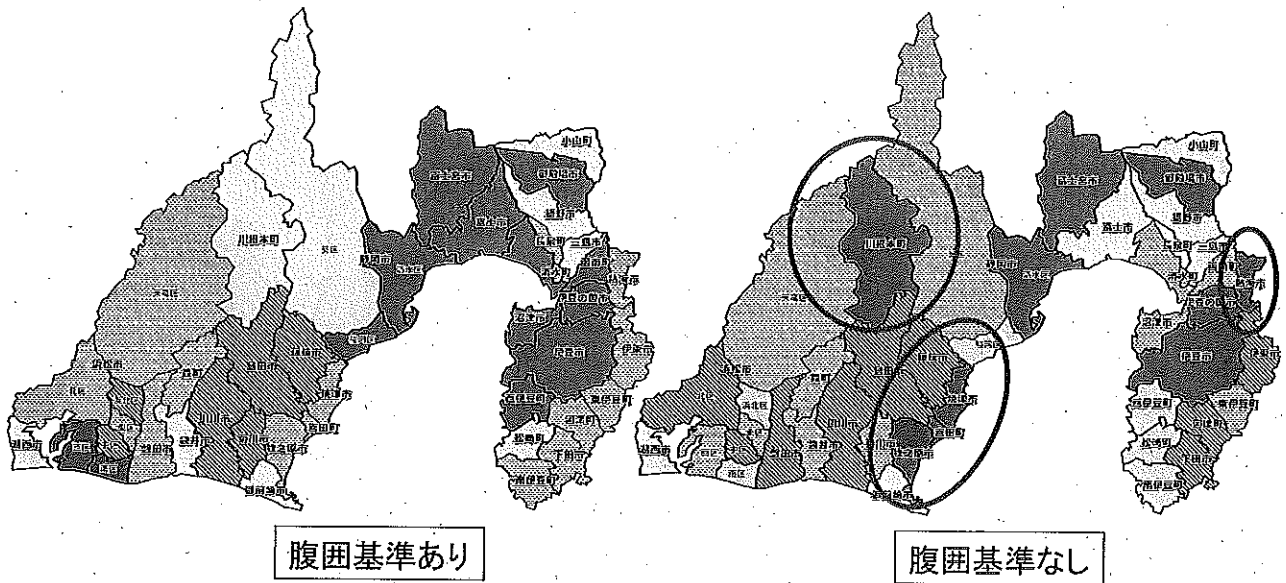
H25特定健診【全県】

メタボ該当者(女性)

メタボリックシンドローム
該当者

腹囲男性85cm以上、女性90cm以上かつ2つ以上に該当

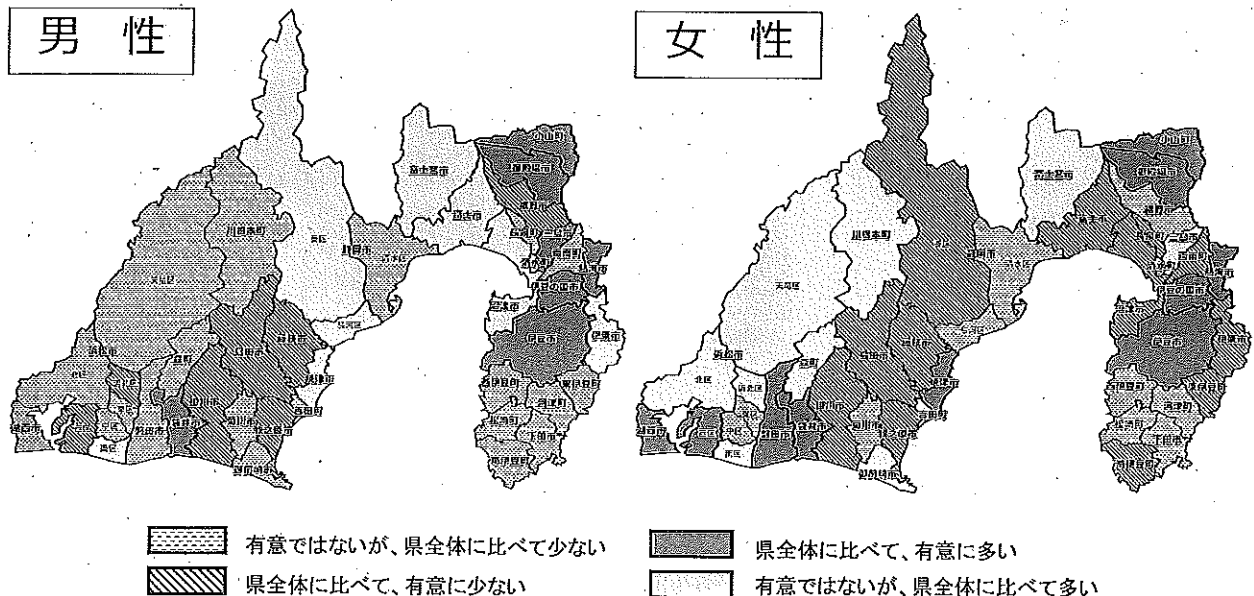
- ①中性脂肪150mg/dl以上、またはHDLコレステロール40mg/dl未満、もしくはコレステロールを下げる薬服用
- ②収縮期血圧130mmHg以上、または拡張期血圧85mmHg以上、もしくは血圧を下げる薬服用
- ③空腹時血糖110mg/dl以上、またはHbA1c5.5以上、もしくはインスリン注射または血糖を下げる薬服用



★焼津市、牧之原市、吉田町、川根本町、熱海市には、
女性の隠れメタボが多い可能性あり

H25特定健診：糖尿病有病者

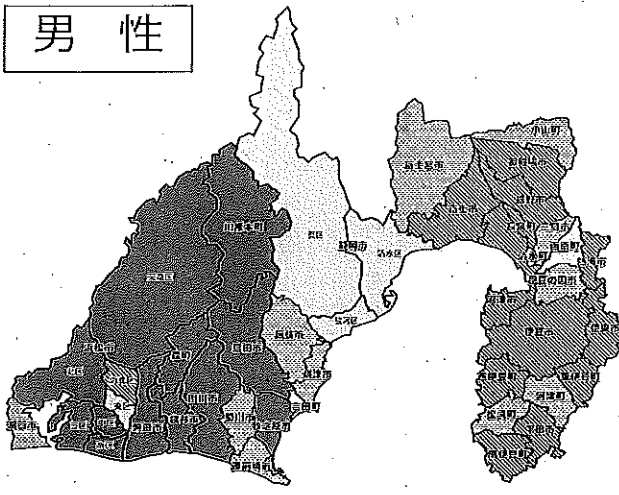
伊豆市、伊豆の国市、熱海市、御殿場市、
小山町、袋井市で男女ともに多い。
女性は県西部で多い傾向。



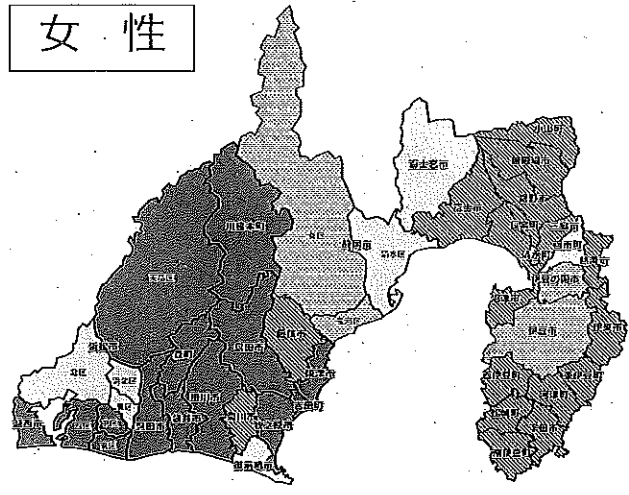
H25特定健診：糖尿病予備群

県西部で糖尿病予備群が多い

男性



女性



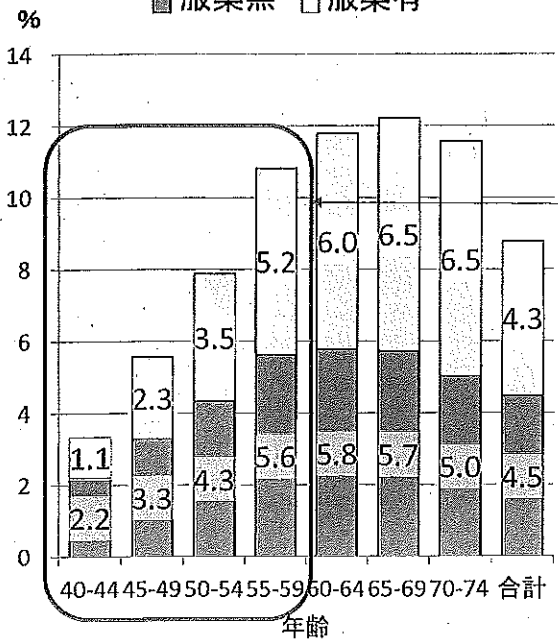
- 有意ではないが、県全体に比べて少ない
- 県全体に比べて、有意に少ない
- 県全体に比べて、有意に多い
- 有意ではないが、県全体に比べて多い

血糖ハイリスク者の割合 (HbA1c 6.5%以上)

ハイリスク者のうち、半数は服薬無し

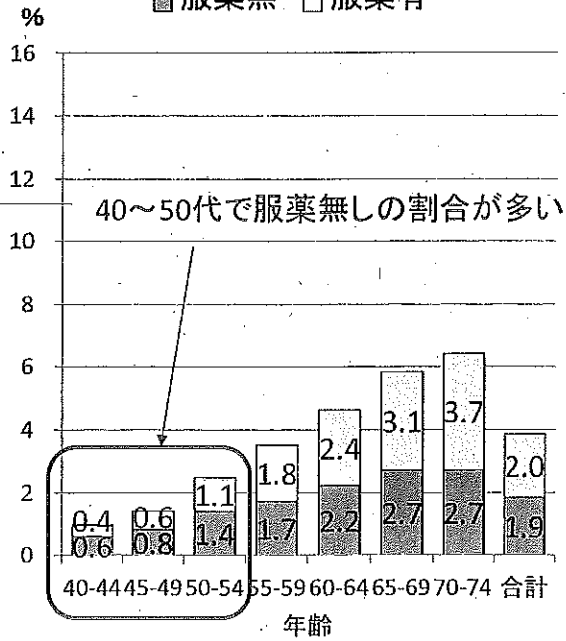
男性

■服薬無 □服薬有



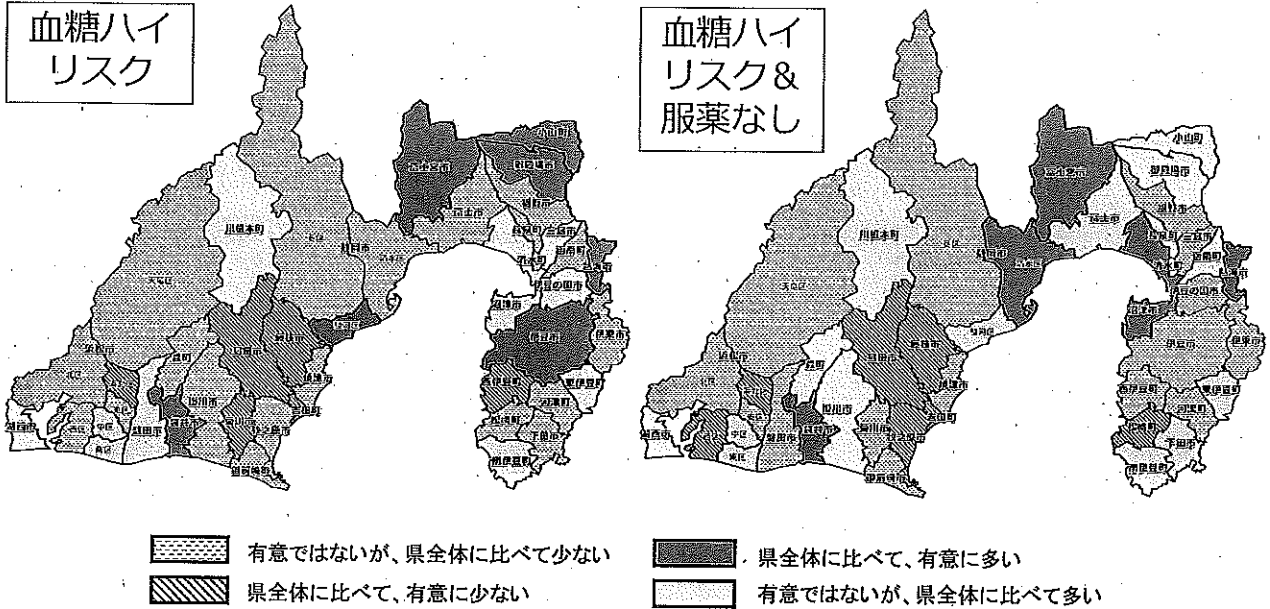
女性

■服薬無 □服薬有



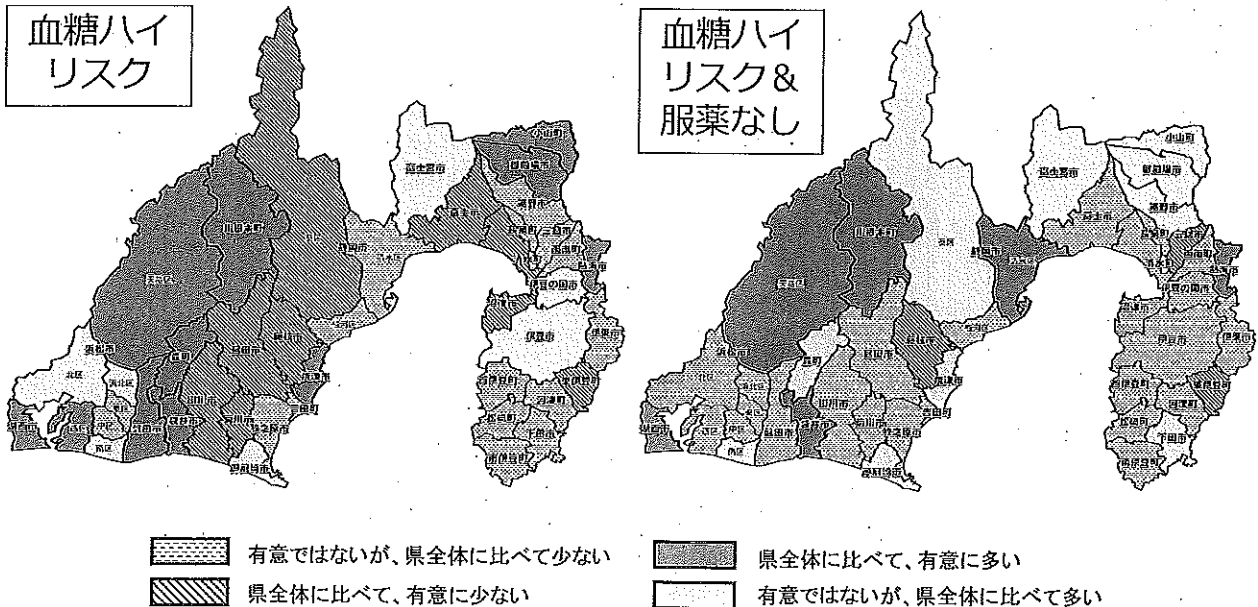
血糖ハイリスクと服薬（男性）

熱海市、沼津市、富士宮市、清水区、袋井市で服薬なしの血糖ハイリスク者が多い



血糖ハイリスクと服薬（女性）

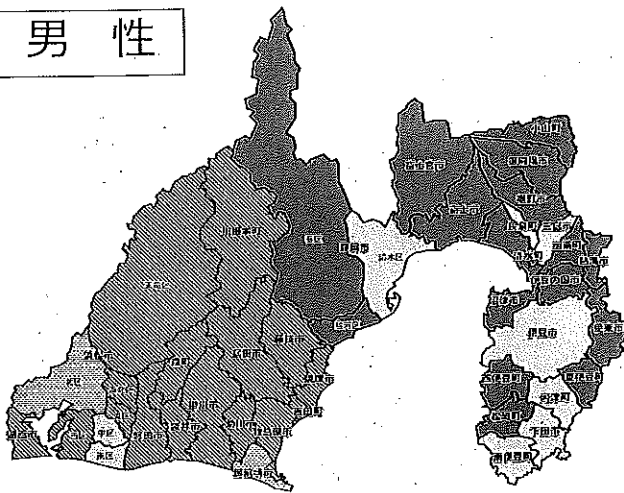
熱海市、清水区、川根本町、袋井市、湖西市、天竜区で服薬なしの血糖ハイリスク者が多い



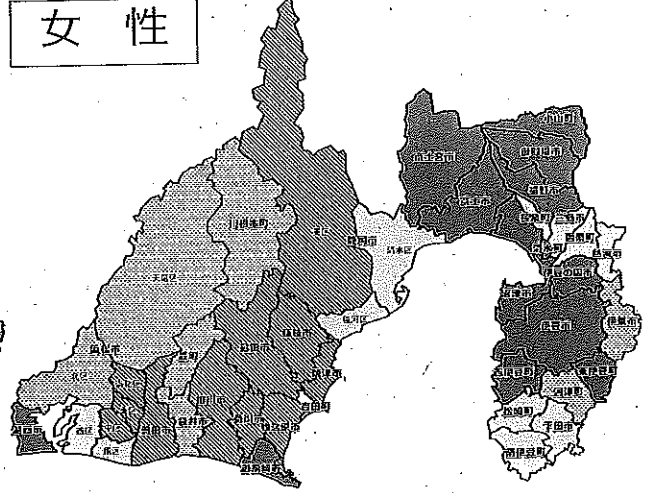
H25特定健診：肥満者



県東部と静岡市で肥満者が多い



男性



女性



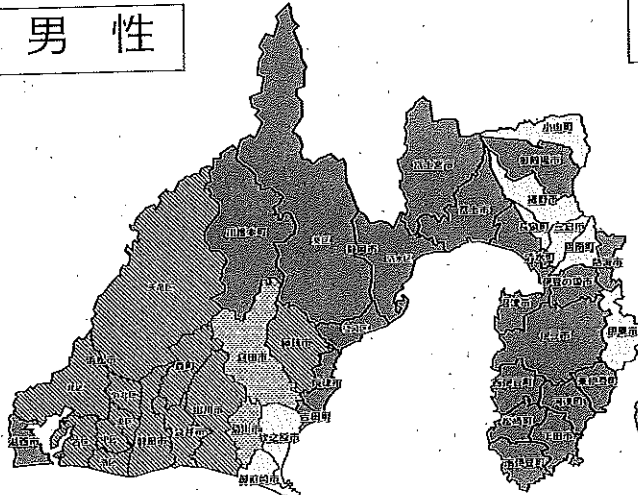
 有意ではないが、県全体に比べて少ない
 県全体に比べて、有意に少ない

 県全体に比べて、有意に多い
 有意ではないが、県全体に比べて多い

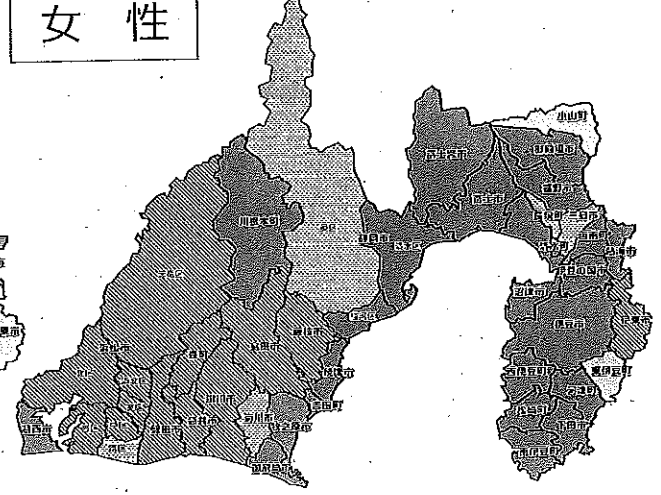
H25特定健診：高血圧症有病者



県東部と中部の一部に高血圧症有病者が多い



男性



女性

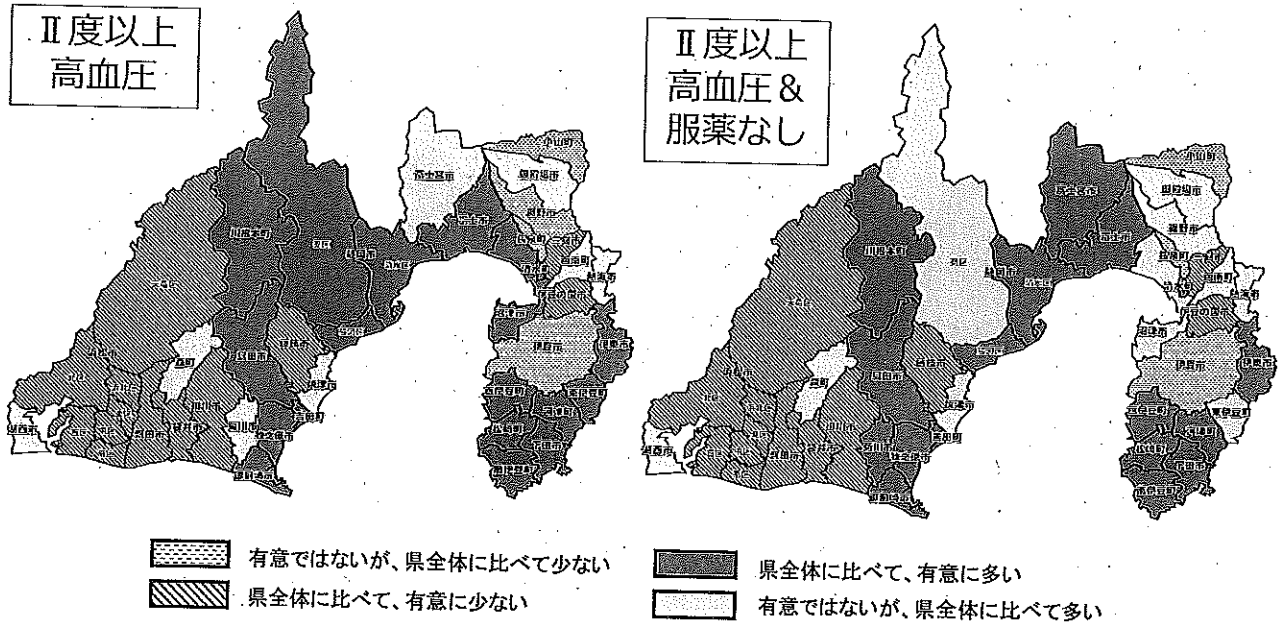


 有意ではないが、県全体に比べて少ない
 県全体に比べて、有意に少ない

 県全体に比べて、有意に多い
 有意ではないが、県全体に比べて多い

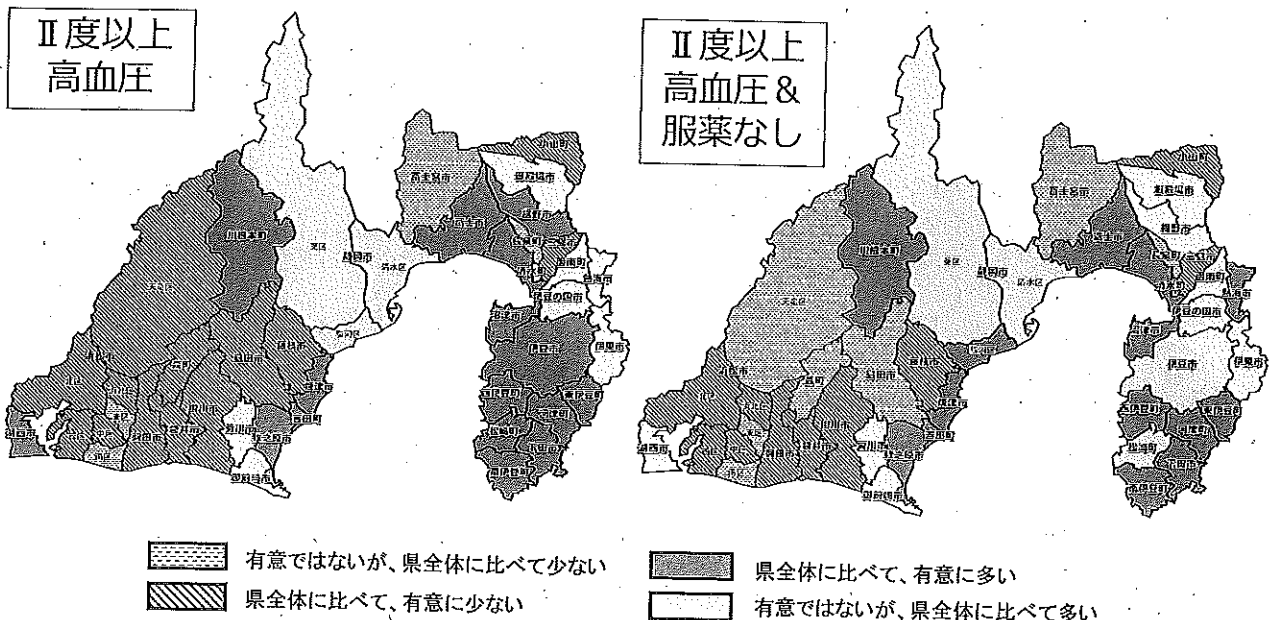
Ⅱ度以上高血圧と服薬（男性）

賀茂、富士、中部、静岡市で服薬なしのⅡ度以上高血圧が多い



Ⅱ度以上高血圧と服薬（女性）

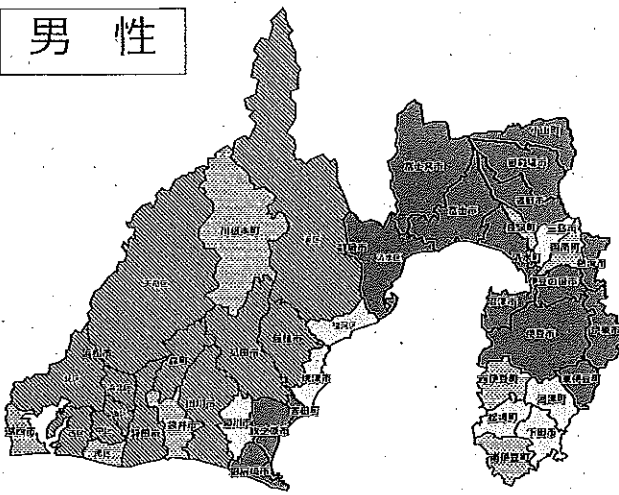
賀茂、熱海、東部、富士、中部、静岡市で服薬なしのⅡ度以上高血圧が多い



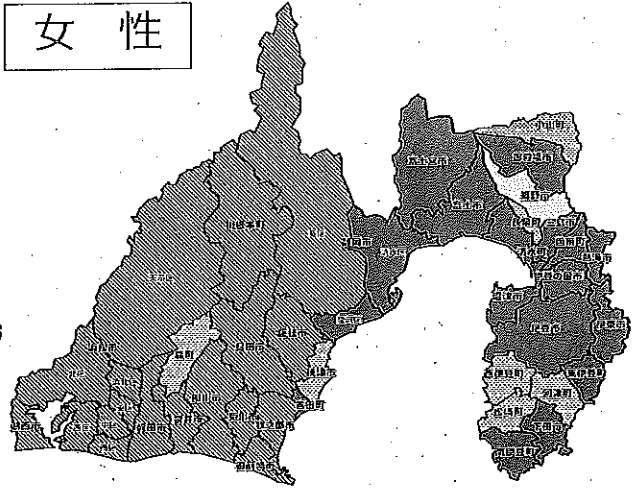
H25特定健診：習慣的喫煙者

県東部で習慣的喫煙者が多い

男性



女性

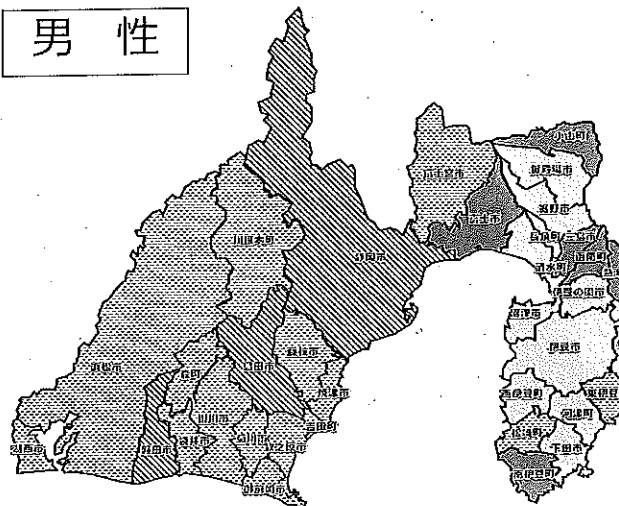


- 有意ではないが、県全体に比べて少ない
- 県全体に比べて、有意に多い
- 県全体に比べて、有意に少ない
- 有意ではないが、県全体に比べて多い

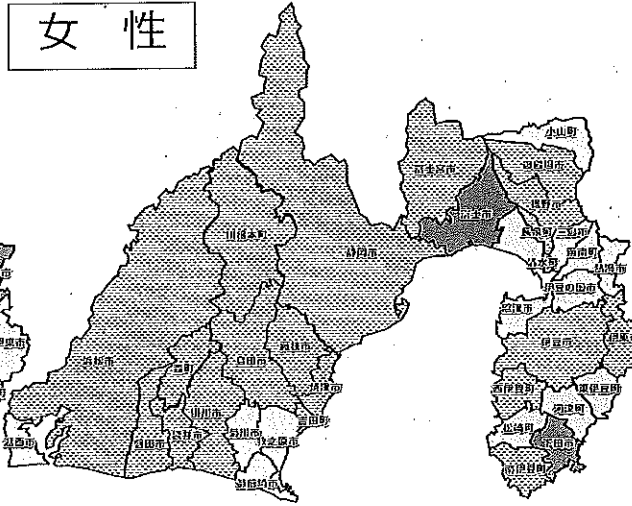
H22-26SMR：糖尿病（県基準）

県東部で糖尿病による死亡が多い

男性



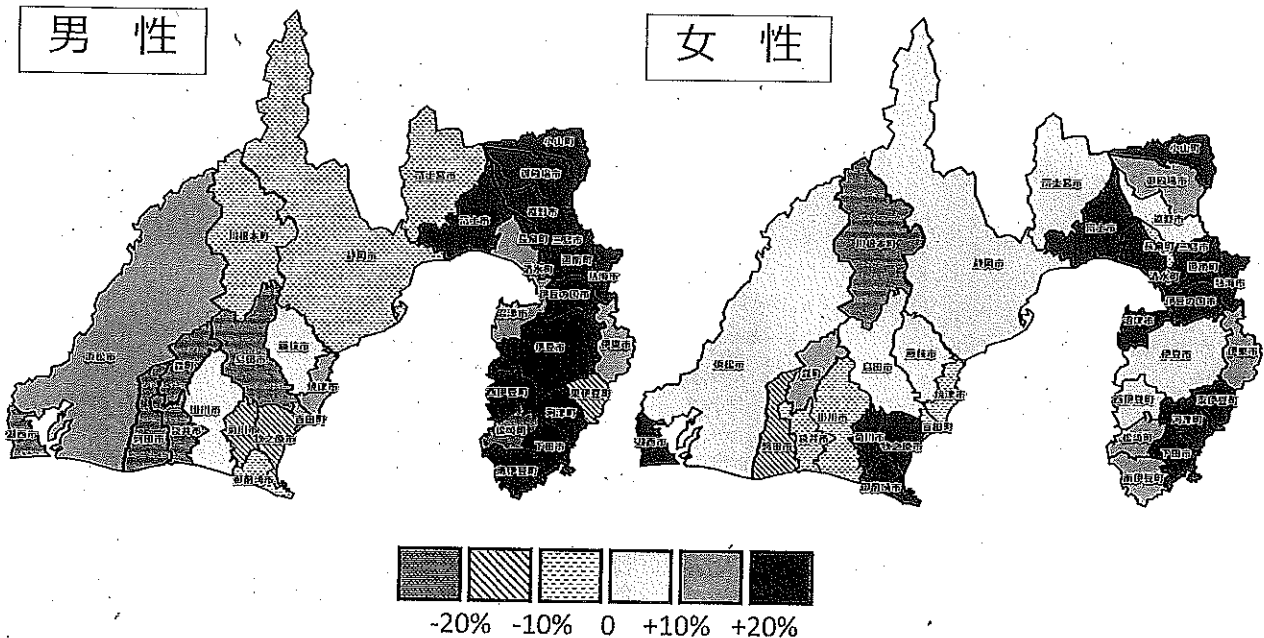
女性



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

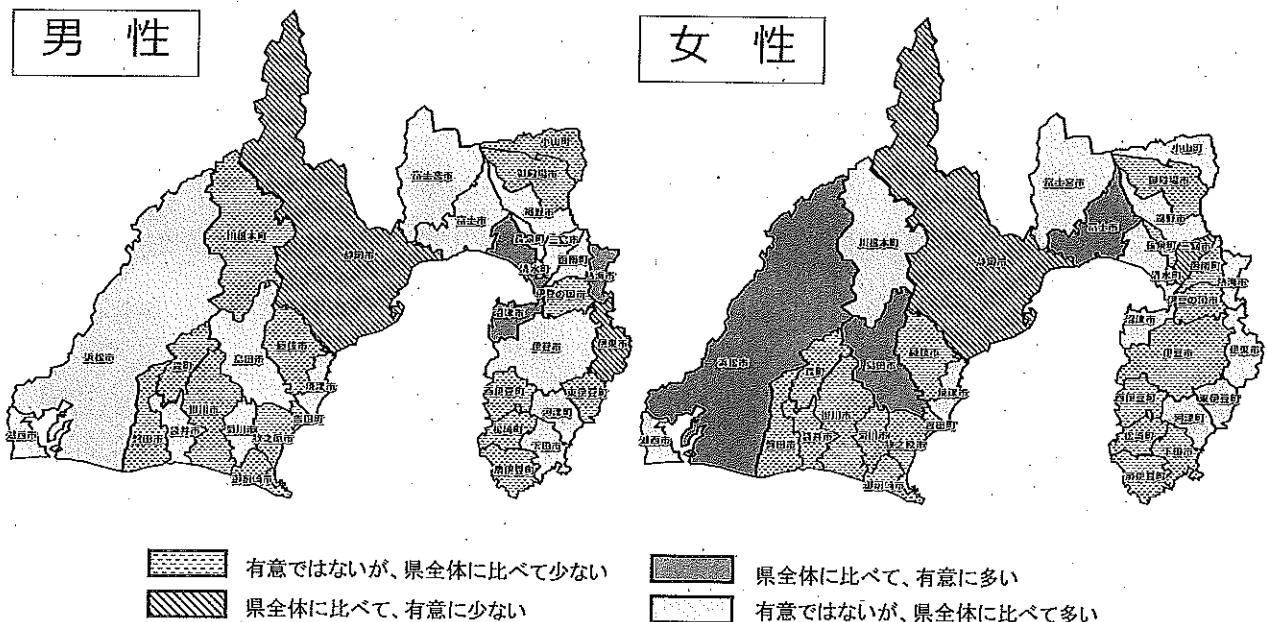
H22-26 SMR : 糖尿病 (国基準)

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



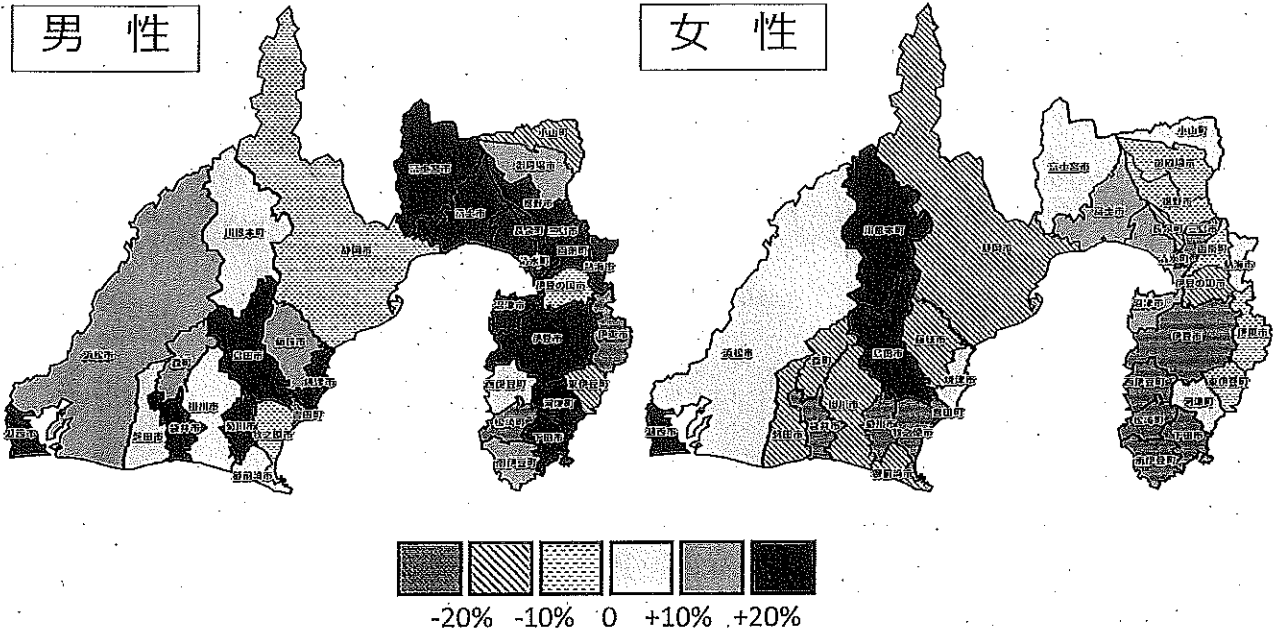
H22-26 SMR : 腎不全 (県基準)

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



H22-26 SMR : 腎不全 (国基準)

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



特定健診 : 糖尿病 (H22~25)

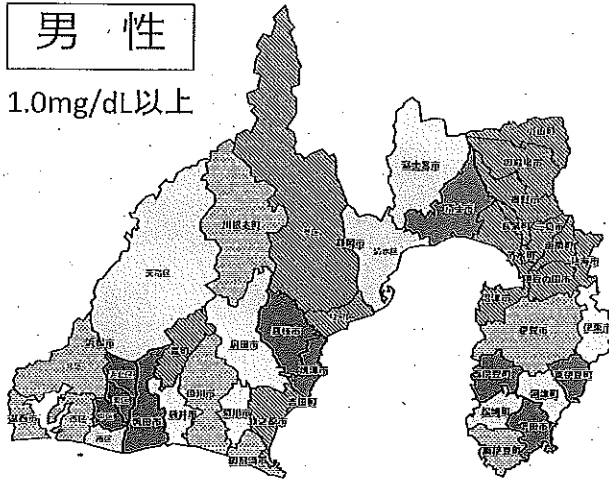
H22県全体を100とした標準化該当比
県全体としては減少傾向だが、上昇している市町あり。

市町名	H22	H25	増減	市町名	H22	H25	増減
熱海市	120.4	123.9	+3.5	森町	101.9	110.2	+8.3
伊豆市	112.1	118.1	+6.0	熱海市	109.9	114.6	+4.7
松崎町	72.5	79.0	+6.5	松崎町	57.7	76.0	+18.3
川根本町	108.9	87.0	△21.9	下田市	127.8	73.1	△54.7
牧之原市	100.2	82.6	△17.6	三島市	111.6	87.9	△23.7
湖西市	108.2	93.8	△14.4	焼津市	130.9	100.2	△30.7
県全体	100	94.4	△5.6	県全体	100	86.9	△13.1

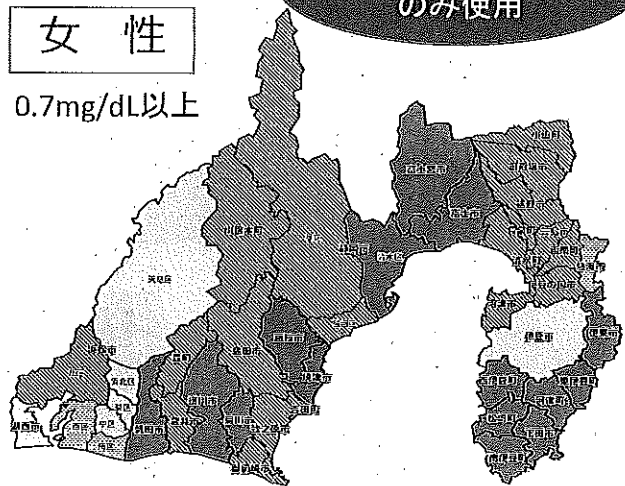
H25特定健診：クレアチニン基準値以上

賀茂、富士、西部でクレアチニン基準値以上が多い

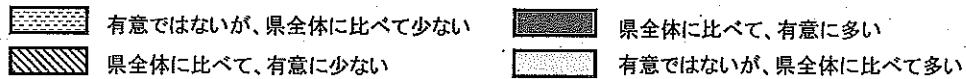
男性
1.0mg/dL以上



女性
0.7mg/dL以上

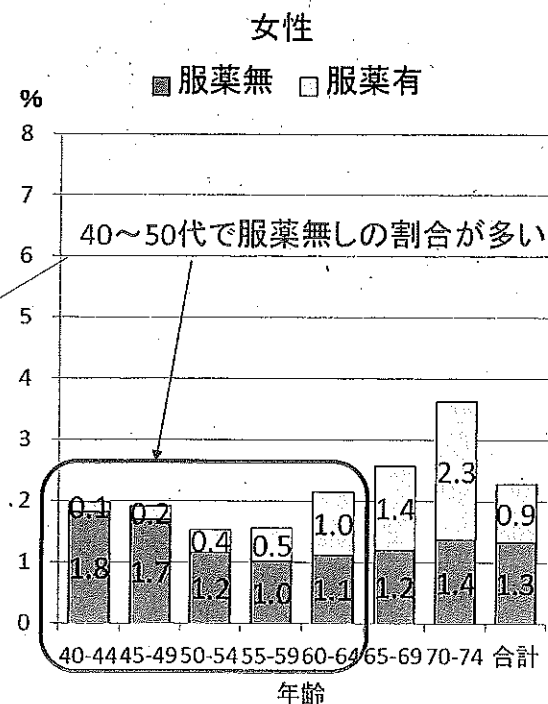
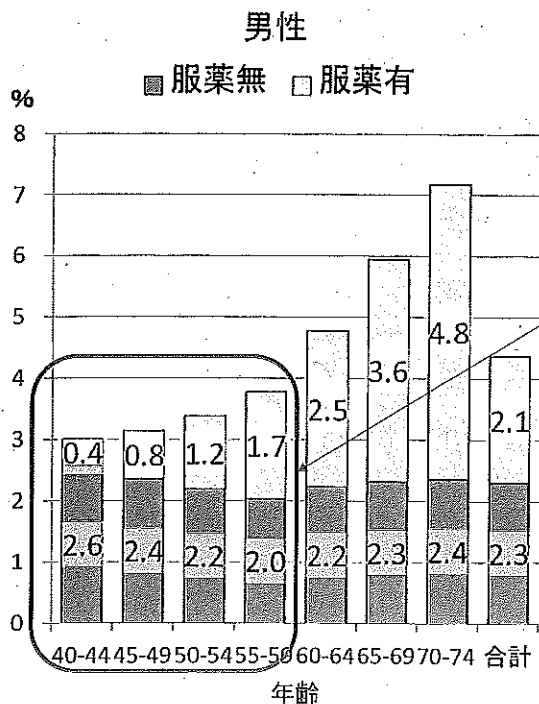


注：データは国保のみ使用



尿蛋白ハイリスク者の割合（+または++または+++、服薬は血压）

ハイリスク者のうち、半数以上は服薬無し

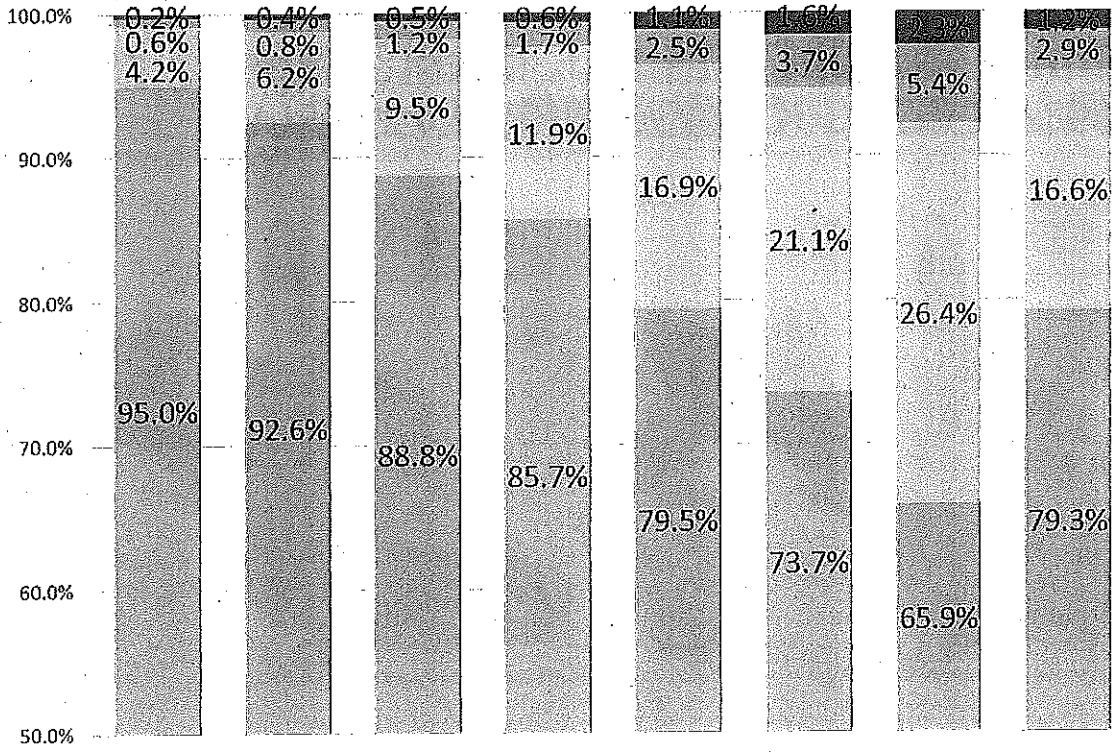


CKD重症度

GFR区分		尿蛋白区分		
		A1	A2	A3
		-、±	+	++、+++
G1	>90	緑	黄	オレンジ
G2	60~89	緑	黄	オレンジ
G3a	45~59	黄	オレンジ	赤
G3b	30~44	オレンジ	赤	赤
G4	15~29	赤	赤	赤
G5	<15	赤	赤	赤

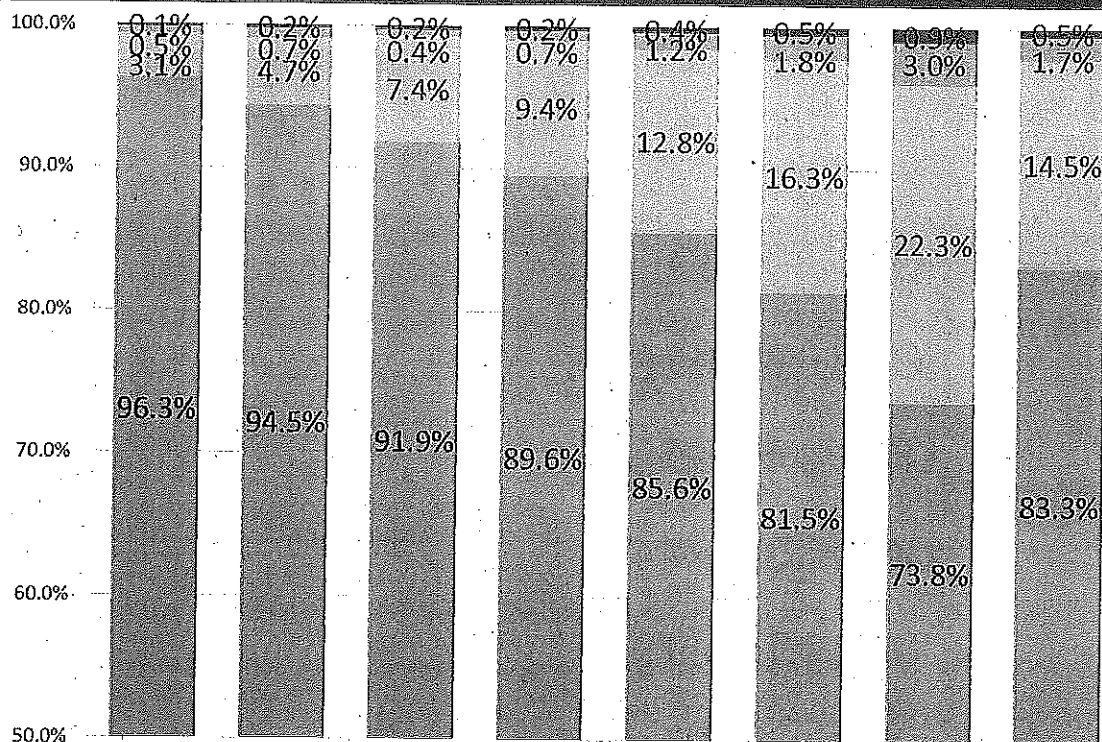
「CKD診療ガイド2012」より

CKD重症度(男性)



H25特定健診データより (N=149,515)

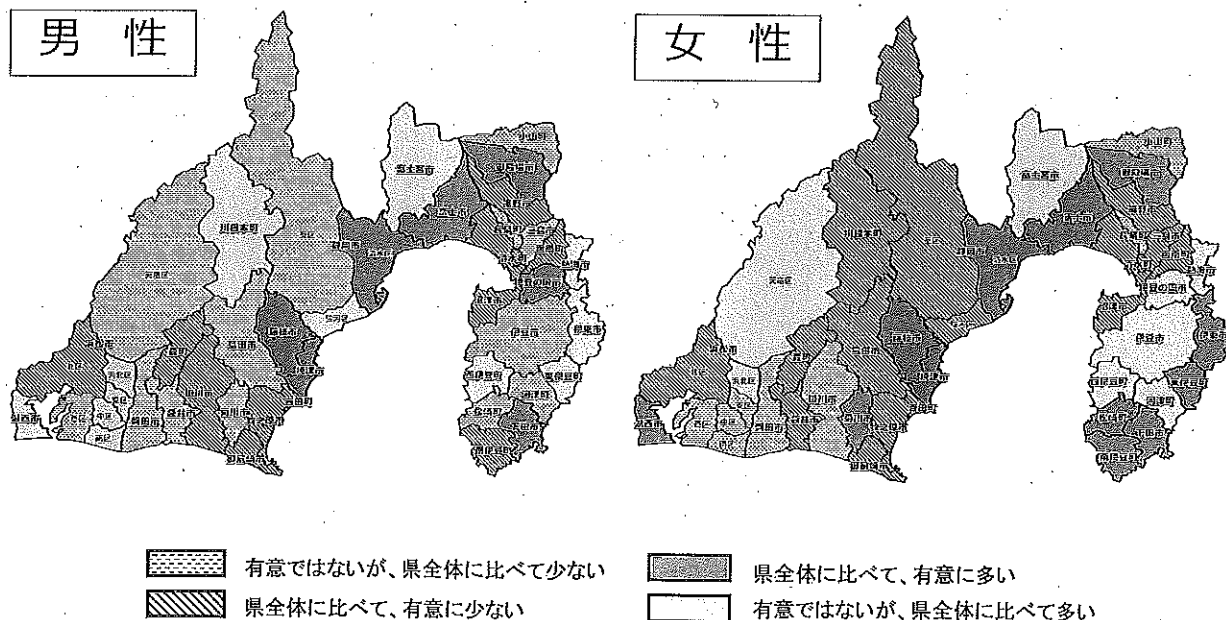
CKD重症度(女性)



40~44歳 45~49歳 50~54歳 55~59歳 60~64歳 65~69歳 70~74歳 合計
H25特定健診データより (N=161,507)

H25特定健診：CKD重症度黄色以上

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

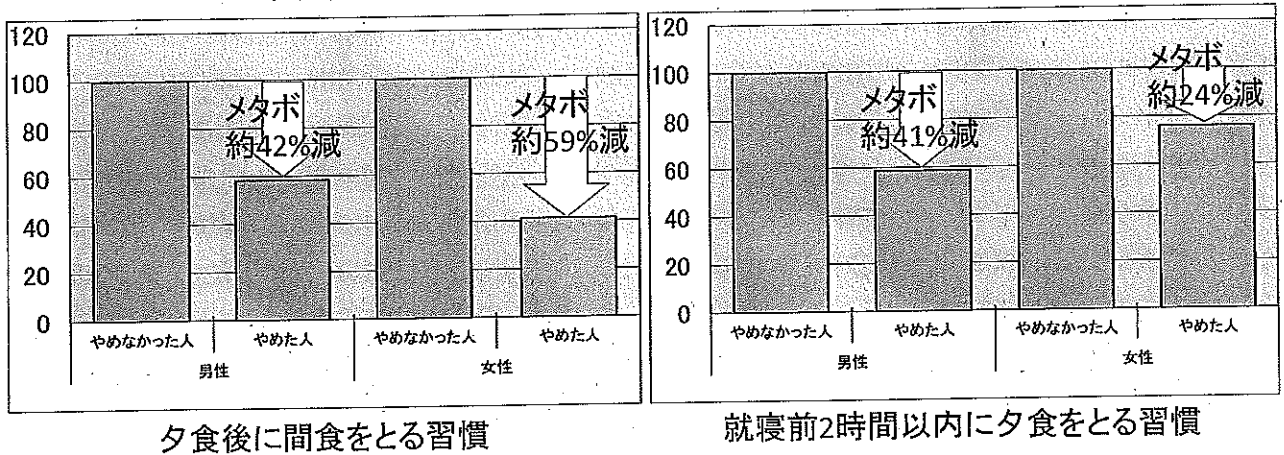


生活習慣の改善と脱メタボに関する研究

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

*伊豆市国保提供データを県健康増進課が分析

生活習慣の改善とメタボ減少率(やめなかった人を100とする)

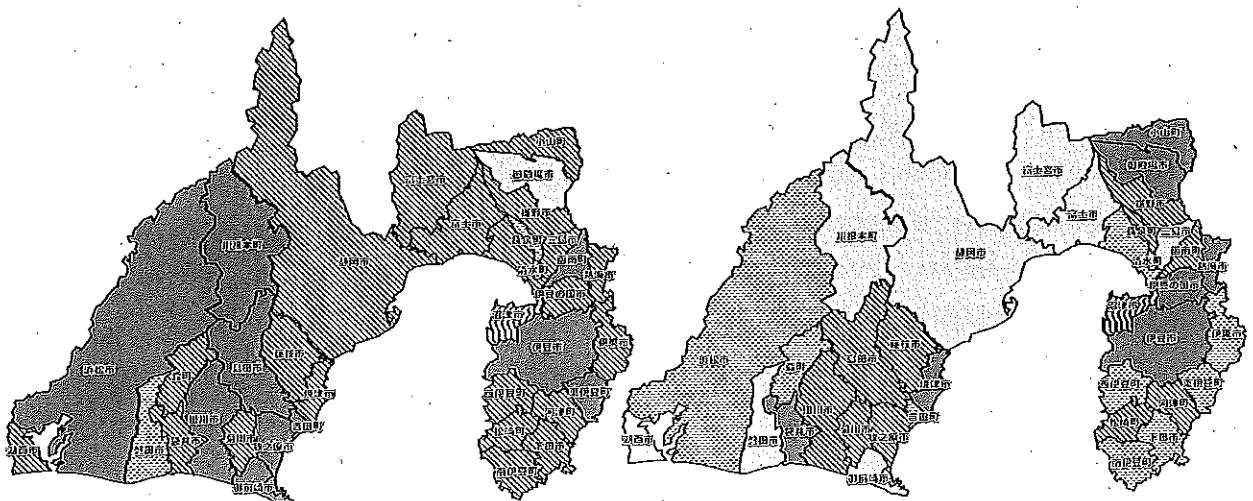


糖尿病

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

(平成5年度)

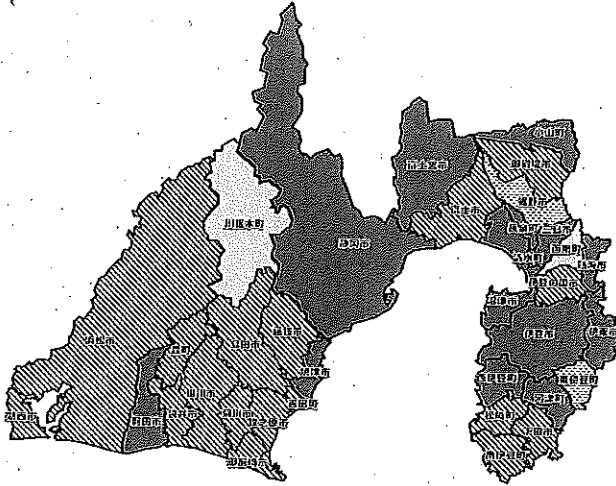
(平成25年度)



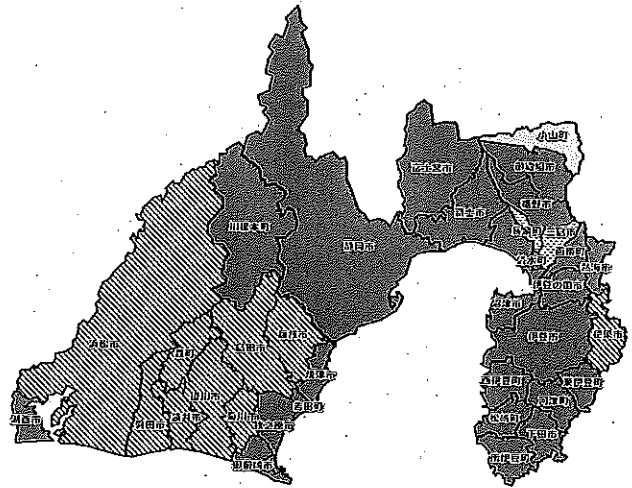
高血圧

河津町、西伊豆町、熱海市、沼津市、伊豆市、富士宮市、静岡市は、ともに高血圧該当者が多い

(平成5年度)



(平成25年度)



まとめ

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

今後の取組

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



療養病床を有する医療機関への訪問調査の状況

1 概要

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

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

医療療養病床(20対1、25対1)と介護療養病床の現状

療養病床については、医療法施行規則に基づき、看護師及び看護補助者の人員配置は、本則上、4対1(診療報酬基準でいう20対1に相当)以上とされているが、同施行規則(附則)に基づき、経過措置として、平成30年3月31日までの間は、6対1(診療報酬基準でいう30対1に相当)以上とされている。
※医療法施行規則に基づく人員配置の標準は、他の病棟や外来を合わせ、病院全体で満たす必要がある。

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

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

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

【新たな選択肢の整理案】

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

- ①医療を内包した施設類型
- ②医療を外から提供する「住まい」と医療機関の併設類型

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

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

<療養病床の在り方検討会<第7回資料>より抜粋>

慢性期の病床を有する医療機関の今後の病床転換見込み(H28年8月時点)

(単位:床)

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

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

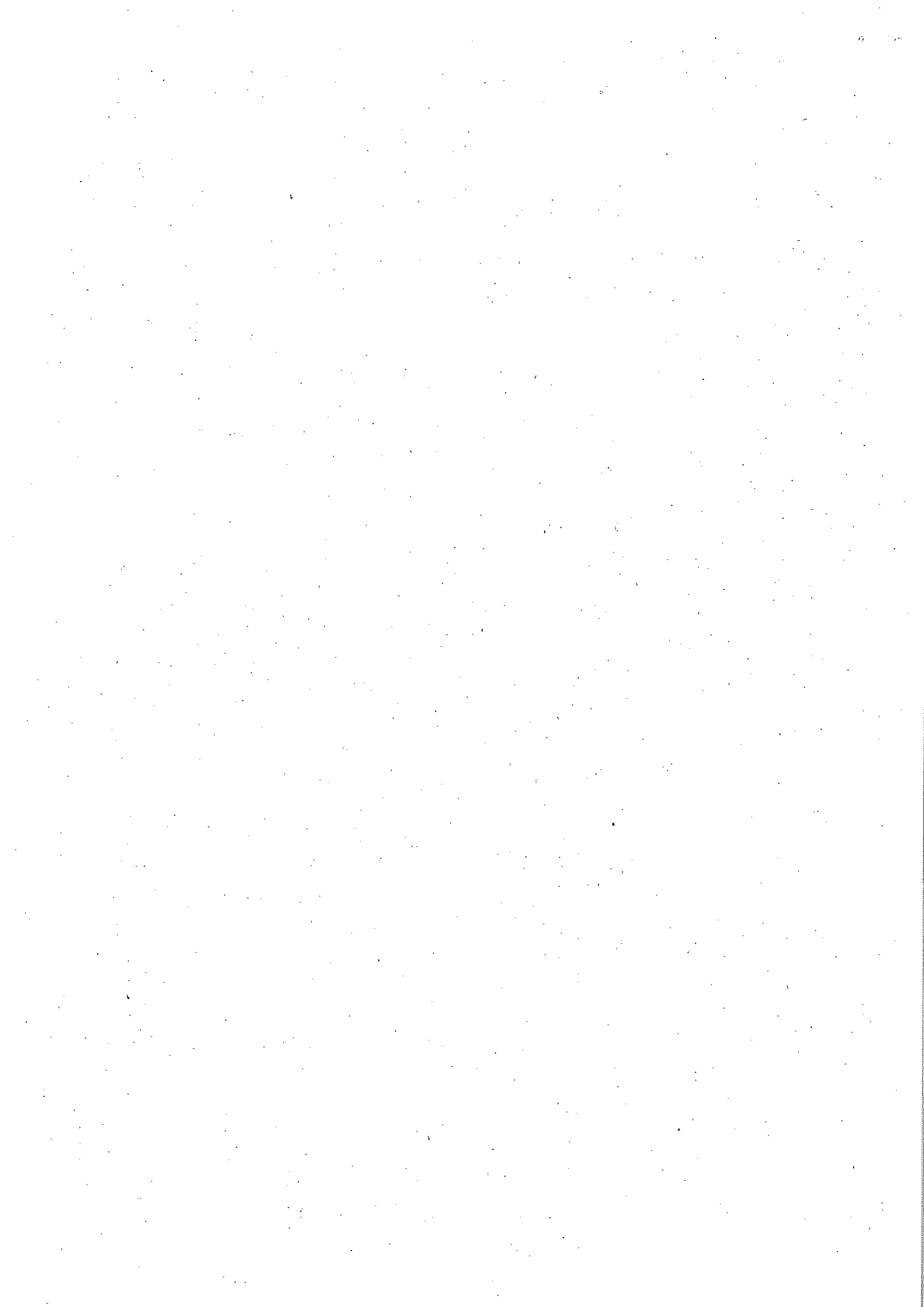
※「現状」の機関数・病床数とも平成28年3月時点の厚生局への届出数値であり、平成28年4月以降開設の医療機関は除く。

※医療療養25:1、20:1、介護療養病床を有する医療機関について記載。

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

参考:慢性期機能の「供給量」・「必要病床数」及び病床機能報告(H27)

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



地域医療介護総合確保基金 平成28年度基金充当主要事業一覧(予定)

I 地域における医療提供体制の再構築

事業名	事業概要			事業主体	事業担当課
	事業内容	補助基準額	補助率		
病床機能分化促進事業 費助成	<ul style="list-style-type: none"> 地域包括ケア病床又は回復期リハビリテーション病棟への転換を行う病院の施設整備整備に対する助成 	<ul style="list-style-type: none"> 補助基準額 施設整備…77,952千円/箇所 設備整備…47,466千円/箇所ほか 	<ul style="list-style-type: none"> 補助率 1/2 	地域包括ケア病床又は回復期リハビリテーション病棟への転換を行う病院	地域医療課 地域医療班
がん医療均てん化推進 事業費助成	<ul style="list-style-type: none"> がん診療連携拠点病院等の施設整備整備に対する助成 	<ul style="list-style-type: none"> 補助基準額 <施設整備> 195,800千円/㎡ <設備整備> 放射線治療装置…200,000千円 化学療法室整備…32,400千円 緩和ケア等治療設備…32,400千円 	<ul style="list-style-type: none"> 補助率 1/2 	がん診療連携拠点病院 地域がん診療連携推進 病院ほか	疾病対策課 がん対策班
産科医療施設等整備事 業費助成	<ul style="list-style-type: none"> 院内がん登録研修、ピアサポーター派遣等 産科医療施設を新設する者に助成する市町への助成 	<ul style="list-style-type: none"> 補助基準額 (100,000千円) 補助要件: 県内で分娩を取扱う病院等を新たに開設(10年以上の継続見込) 対象経費: 建物、医療機器の経費ほか 	<ul style="list-style-type: none"> 補助率 1/2 〔県: 1/4 市町: 1/4〕 	病院又は診療所	地域医療課 地域医療班
在宅医療・介護連携情 報システム運営事業費	<ul style="list-style-type: none"> 在宅療養患者、介護サービス利用者が必要とする医療・介護機関を検索するためのシステム運用に対する補助 	<ul style="list-style-type: none"> 補助基準額 システム構築…35,700千円 ランニングコスト…19,700千円 	<ul style="list-style-type: none"> 補助率 システム構築 10/10 ランニングコスト 2/3 	静岡県医師会	地域医療課 地域医療班
地域医療連携推進事業 費助成	<ul style="list-style-type: none"> 既存システム「ふじのくにねっと」の導入・継続に対する助成 	<ul style="list-style-type: none"> データセンター及び開示病院のシステム構築費に対する助成(更新・新規) 補助基準額 データセンター分…46,000千円 開示施設(病院)分…17,000千円 	<ul style="list-style-type: none"> 補助率 1/2 	静岡県立総合病院	医療政策課 医療企画班

II 在宅医療の推進

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

地域医療介護総合確保基金に係る事業（平成28年度 介護分）

大項目	中項目	小項目 NO.	小項目の内容	大項目中で の優先順位	事業の名称	事業の内容	事業担当課
(項目)介護施設等の整備に関する事業	基本整備	1	介護人材確保対策連携強化事業(協議会設置等)		静岡県介護施設等整備事業	1 地域密着型サービス施設等の整備に対する助成 ・認知症高齢者グループホーム(10か所) ・小規模多機能型居宅介護事業所(19か所)ほか 2 介護施設等の開設・設置に必要な準備経費に対する支援 ・特別養護老人ホーム(500床) ・介護老人保健施設(320床)ほか 3 特別養護老人ホーム(多床型)のプライバイシー保護改修(80床) 4 介護療養型医療施設の有老人ホームへの転換整備(46床)	介護保険課
						人材センターのサテライト展開に関する検討会の設置、離職者届出制度の検討、事前説明会の実施	地域福祉課
						人材センターが、介護職を主な内容とした「福祉のお仕事魅力発見セミナー」や、養成校や事業所等への「体験ツアー」を実施	地域福祉課
						市町の実施する成年後見推進事業に対する助成	地域福祉課
						・県内介護施設に従事する若手介護職員の大学等への派遣や学生との協働による活動 ・小学生親子介護施設見学の開催 ・高等学校教員向け介護施設見学の開催 ・ふじのくにケアフェア2016の開催(介護技術コンテスト、介護の仕事紹介、福祉機器紹介等)	介護保険課
						人材センターが、福祉関係学科への進学や介護分野への就職を検討する中学生以上の方を対象に、希望する施設等における職場体験を実施	地域福祉課
						知的障害のある人を対象に居宅介護職員養成研修を実施することで介護職員の資格取得を推進し、介護人材の「すそ野拡大」を図る	障害者政策課
						・市町が実施する生活支援の担い手等養成に通じる法律・経営の専門家など派遣を通じた人材育成 ・退職後の世代を対象に、中小企業団体中央会等の支援により生活支援を行うNPOや企業組合の立ち上げ、従事者の育成	長寿政策課
						・介護に関する資格を持っていない方を一定期間有期雇用し、介護人材としての活用を念頭に置いて介護施設等で働きながら、介護職員初任者研修の受講機会を提供し、必要に応じてカウンセリングを実施することで、直接雇用に向けて支援	介護保険課
						65歳以上の比較的元気な高齢者が、地域での自助・互助の取組の中心となり、より元気に、かつその期間をできるだけ長く保てるようロコモ予防や認知症予防等の健康長寿活動を推進する人材を育成	長寿政策課
基本整備	介護人材のすそ野の拡大	3	地域住民や学校の生徒に 対する介護や介護の仕事 の理解促進事業	1	介護の仕事魅力向上応援事業 (1)	1 県内介護施設に従事する若手介護職員の大学等への派遣や学生との協働による活動 ・小学生親子介護施設見学の開催 ・高等学校教員向け介護施設見学の開催 ・ふじのくにケアフェア2016の開催(介護技術コンテスト、介護の仕事紹介、福祉機器紹介等)	介護保険課
						職場体験事業	地域福祉課
						居宅介護職員養成研修事業	障害者政策課
						・助け合いによる生活支援の担い手養成事業 ・壮年熟者が活躍するいきいき長寿社会づくり事業	長寿政策課
						介護人材育成事業	介護保険課
						長寿者いきいき促進事業	長寿政策課
						多様な人材層(若者・女性・高齢者)に応じたマッチング機能強化事業	地域福祉課
						・市町が実施する生活支援の担い手等養成に通じる法律・経営の専門家など派遣を通じた人材育成 ・退職後の世代を対象に、中小企業団体中央会等の支援により生活支援を行うNPOや企業組合の立ち上げ、従事者の育成	長寿政策課
						・介護に関する資格を持っていない方を一定期間有期雇用し、介護人材としての活用を念頭に置いて介護施設等で働きながら、介護職員初任者研修の受講機会を提供し、必要に応じてカウンセリングを実施することで、直接雇用に向けて支援	介護保険課
						65歳以上の比較的元気な高齢者が、地域での自助・互助の取組の中心となり、より元気に、かつその期間をできるだけ長く保てるようロコモ予防や認知症予防等の健康長寿活動を推進する人材を育成	長寿政策課
基本整備	介護人材のすそ野の拡大	4	若者・女性・高齢者など 多様な世代を対象とした 介護の職場体験事業	13	職場体験事業	1 県内介護施設に従事する若手介護職員の大学等への派遣や学生との協働による活動 ・小学生親子介護施設見学の開催 ・高等学校教員向け介護施設見学の開催 ・ふじのくにケアフェア2016の開催(介護技術コンテスト、介護の仕事紹介、福祉機器紹介等)	介護保険課
						職場体験事業	地域福祉課
						居宅介護職員養成研修事業	障害者政策課
						・助け合いによる生活支援の担い手養成事業 ・壮年熟者が活躍するいきいき長寿社会づくり事業	長寿政策課
						介護人材育成事業	介護保険課
						長寿者いきいき促進事業	長寿政策課
						多様な人材層(若者・女性・高齢者)に応じたマッチング機能強化事業	地域福祉課
						・市町が実施する生活支援の担い手等養成に通じる法律・経営の専門家など派遣を通じた人材育成 ・退職後の世代を対象に、中小企業団体中央会等の支援により生活支援を行うNPOや企業組合の立ち上げ、従事者の育成	長寿政策課
						・介護に関する資格を持っていない方を一定期間有期雇用し、介護人材としての活用を念頭に置いて介護施設等で働きながら、介護職員初任者研修の受講機会を提供し、必要に応じてカウンセリングを実施することで、直接雇用に向けて支援	介護保険課
						65歳以上の比較的元気な高齢者が、地域での自助・互助の取組の中心となり、より元気に、かつその期間をできるだけ長く保てるようロコモ予防や認知症予防等の健康長寿活動を推進する人材を育成	長寿政策課
基本整備	介護人材のすそ野の拡大	5	助け合いによる生活支援 の担い手の養成事業	9	助け合いによる生活支援の担い手養成事業 ・壮年熟者が活躍するいきいき長寿社会づくり事業	1 県内介護施設に従事する若手介護職員の大学等への派遣や学生との協働による活動 ・小学生親子介護施設見学の開催 ・高等学校教員向け介護施設見学の開催 ・ふじのくにケアフェア2016の開催(介護技術コンテスト、介護の仕事紹介、福祉機器紹介等)	介護保険課
						職場体験事業	地域福祉課
						居宅介護職員養成研修事業	障害者政策課
						・助け合いによる生活支援の担い手養成事業 ・壮年熟者が活躍するいきいき長寿社会づくり事業	長寿政策課
						介護人材育成事業	介護保険課
						長寿者いきいき促進事業	長寿政策課
						多様な人材層(若者・女性・高齢者)に応じたマッチング機能強化事業	地域福祉課
						・市町が実施する生活支援の担い手等養成に通じる法律・経営の専門家など派遣を通じた人材育成 ・退職後の世代を対象に、中小企業団体中央会等の支援により生活支援を行うNPOや企業組合の立ち上げ、従事者の育成	長寿政策課
						・介護に関する資格を持っていない方を一定期間有期雇用し、介護人材としての活用を念頭に置いて介護施設等で働きながら、介護職員初任者研修の受講機会を提供し、必要に応じてカウンセリングを実施することで、直接雇用に向けて支援	介護保険課
						65歳以上の比較的元気な高齢者が、地域での自助・互助の取組の中心となり、より元気に、かつその期間をできるだけ長く保てるようロコモ予防や認知症予防等の健康長寿活動を推進する人材を育成	長寿政策課
基本整備	介護人材のすそ野の拡大	7	介護未経験者に対する研 修支援事業	7	介護未経験者に対する研修支援事業	1 県内介護施設に従事する若手介護職員の大学等への派遣や学生との協働による活動 ・小学生親子介護施設見学の開催 ・高等学校教員向け介護施設見学の開催 ・ふじのくにケアフェア2016の開催(介護技術コンテスト、介護の仕事紹介、福祉機器紹介等)	介護保険課
						職場体験事業	地域福祉課
						居宅介護職員養成研修事業	障害者政策課
						・助け合いによる生活支援の担い手養成事業 ・壮年熟者が活躍するいきいき長寿社会づくり事業	長寿政策課
						介護人材育成事業	介護保険課
						長寿者いきいき促進事業	長寿政策課
						多様な人材層(若者・女性・高齢者)に応じたマッチング機能強化事業	地域福祉課
						・市町が実施する生活支援の担い手等養成に通じる法律・経営の専門家など派遣を通じた人材育成 ・退職後の世代を対象に、中小企業団体中央会等の支援により生活支援を行うNPOや企業組合の立ち上げ、従事者の育成	長寿政策課
						・介護に関する資格を持っていない方を一定期間有期雇用し、介護人材としての活用を念頭に置いて介護施設等で働きながら、介護職員初任者研修の受講機会を提供し、必要に応じてカウンセリングを実施することで、直接雇用に向けて支援	介護保険課
						65歳以上の比較的元気な高齢者が、地域での自助・互助の取組の中心となり、より元気に、かつその期間をできるだけ長く保てるようロコモ予防や認知症予防等の健康長寿活動を推進する人材を育成	長寿政策課
基本整備	介護人材のすそ野の拡大	10	多様な人材層(若者・女 性・高齢者)に応じたマッ チング機能強化事業	5	就職・進学フェア、福祉人材マッ チング機能強化事業	1 県内介護施設に従事する若手介護職員の大学等への派遣や学生との協働による活動 ・小学生親子介護施設見学の開催 ・高等学校教員向け介護施設見学の開催 ・ふじのくにケアフェア2016の開催(介護技術コンテスト、介護の仕事紹介、福祉機器紹介等)	地域福祉課
						職場体験事業	地域福祉課
						居宅介護職員養成研修事業	障害者政策課
						・助け合いによる生活支援の担い手養成事業 ・壮年熟者が活躍するいきいき長寿社会づくり事業	長寿政策課
						介護人材育成事業	介護保険課
						長寿者いきいき促進事業	長寿政策課
						多様な人材層(若者・女性・高齢者)に応じたマッチング機能強化事業	地域福祉課
						・市町が実施する生活支援の担い手等養成に通じる法律・経営の専門家など派遣を通じた人材育成 ・退職後の世代を対象に、中小企業団体中央会等の支援により生活支援を行うNPOや企業組合の立ち上げ、従事者の育成	長寿政策課
						・介護に関する資格を持っていない方を一定期間有期雇用し、介護人材としての活用を念頭に置いて介護施設等で働きながら、介護職員初任者研修の受講機会を提供し、必要に応じてカウンセリングを実施することで、直接雇用に向けて支援	介護保険課
						65歳以上の比較的元気な高齢者が、地域での自助・互助の取組の中心となり、より元気に、かつその期間をできるだけ長く保てるようロコモ予防や認知症予防等の健康長寿活動を推進する人材を育成	長寿政策課

地域医療介護総合確保基金に係る事業（平成28年度 介護分）

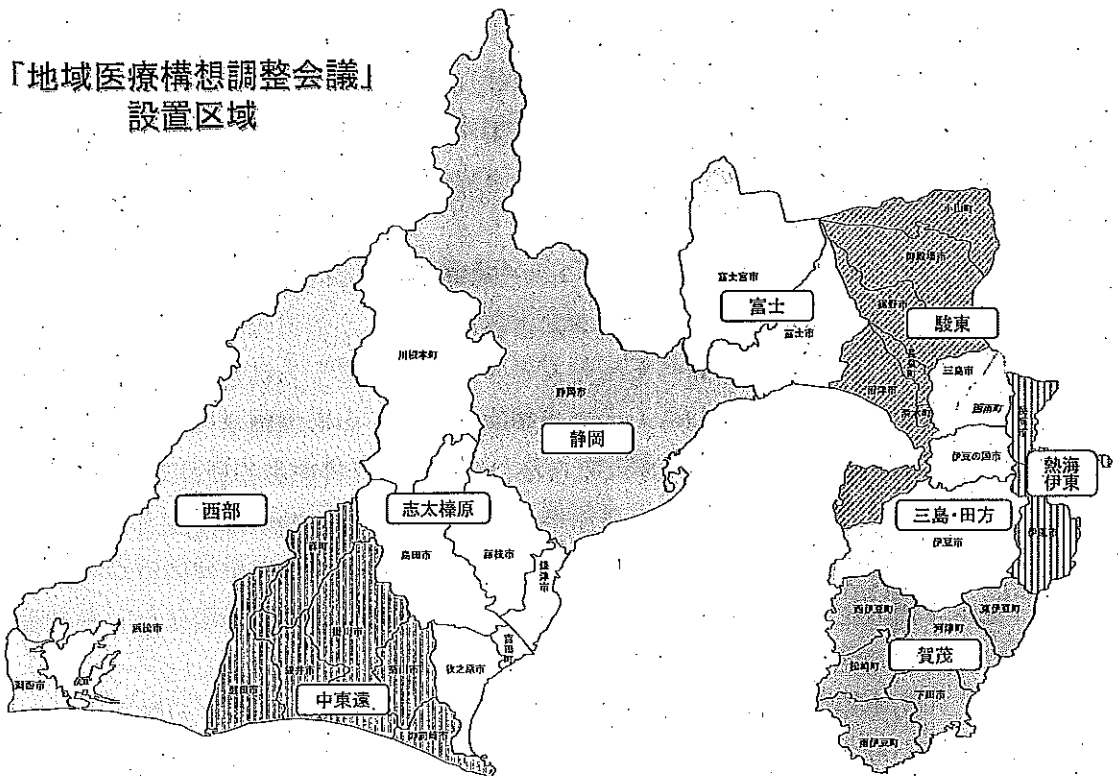
大項目	中項目	小項目NO.	小項目の内容	大項目中で優先順位の	事業の名称	事業の内容	事業担当課	
資質の向上	キャリアアップ研修の支援	11	多様な人材層に対する介護人材キャリアアップ研修支援事業		福祉人材定着促進支援事業	職能団体等が介護人材の安定的な定着を図るため、職域・階層に応じたキャリアパス、スキルアップを促進する研修を実施した際に、経費に対して助成	地域福祉課	
					地域包括ケア推進事業(ふじのくに型福祉サービス推進事業)	ふじのくに型福祉サービスを提供するための資質向上を目指し、デザイナーや特養等の介護保険事業所等を対象に、障害のある人の「通い」、泊まりを受け入れるための知識等の習得を目的とした研修会を実施		
					介護の仕事魅力向上応援事業(2)	小規模事業所への介護技術出前講座の実施、 小規模事業所が協同で行う介護職員の資質向上研修への助成		
					訪問介護員資質向上事業	現任訪問介護員(サービス提供責任者及びその候補者)に対する研修事業の実施		
					介護支援専門員資質向上事業	市町担当者(政令市を除く)に対する介護支援専門員作成のケアプランチェック方法等の研修の実施		
					認知症関係人材資質向上等事業	認知症対応型サービス事業関係者研修等の認知症介護に係る各種研修の実施、かかりつけ医及び一般病院医療従事者向けの認知症対応力向上研修等、各種研修の実施等		
					生活支援コーディネーター養成研修事業	生活支援コーディネーター養成研修の実施、生活支援コーディネーター連絡会の実施		
					地域ケア会議等活用推進事業	広域支援員及び専門職の派遣、専門職派遣事業、地域ケア会議推進研修、地域包括支援センター新規配属職員研修を対象とした研修会の実施		
					成年後見員推進事業	市町の実施する成年後見員推進事業に対する助成、成年後見員実施機関設置推進研修、法人後見員実施機関職員研修の実施		
					介護予防の推進に資するOT、PT、ST指導者育成事業	地域ケア会議への参画や介護予防プログラムを企画・提案できる人材の育成を目的とした研修		
					勤務環境改善支援	管理者等に対する雇用管理改善方策普及促進事業		21		福祉人材確保セミナー	人材センターが、介護施設・事業所の経営者及び管理者を対象に、経営、人材確保に関する意識改革、労働環境の改善等による魅力ある職場作りを目的としたセミナーの開催	地域福祉課
介護の仕事魅力向上応援事業(3)	○福祉機器展示・体験会の開催							
介護事業所キャリアパス制度導入促進事業	○キャリアパス制度等に関する訪問相談、制度導入を確保できるツールの開発 ○外国人介護人材受入(予定)施設の研修担当者向け研修、外国人介護職員向け日本語読解力研修の開催							
労働環境・処遇の改善	勤務環境改善支援	18	権利擁護人材育成事業	1	介護支援専門員資質向上事業	市町担当者(政令市を除く)に対する介護支援専門員作成のケアプランチェック方法等の研修の実施	福祉指導課	
				16	認知症ケアに携わる人材の育成のための研修事業	認知症対応型サービス事業関係者研修等の認知症介護に係る各種研修の実施、かかりつけ医及び一般病院医療従事者向けの認知症対応力向上研修等、各種研修の実施等	長寿政策課	
				17	地域包括ケアシステム構築に資する人材育成・資質向上事業	生活支援コーディネーター養成研修事業	生活支援コーディネーター養成研修の実施、生活支援コーディネーター連絡会の実施	長寿政策課
				19	介護予防の推進に資するOT、PT、ST指導者育成事業	地域ケア会議等活用推進事業	広域支援員及び専門職の派遣、専門職派遣事業、地域ケア会議推進研修、地域包括支援センター新規配属職員研修を対象とした研修会の実施	長寿政策課
				2	介護の仕事魅力向上応援事業(3)	成年後見員推進事業	市町の実施する成年後見員推進事業に対する助成、成年後見員実施機関設置推進研修、法人後見員実施機関職員研修の実施	地域福祉課
				1	介護事業所キャリアパス制度導入促進事業	介護予防の推進に資するOT、PT、ST指導者育成事業	地域ケア会議への参画や介護予防プログラムを企画・提案できる人材の育成を目的とした研修	長寿政策課
				1	福祉人材確保セミナー	福祉人材確保セミナー	人材センターが、介護施設・事業所の経営者及び管理者を対象に、経営、人材確保に関する意識改革、労働環境の改善等による魅力ある職場作りを目的としたセミナーの開催	地域福祉課
				2	介護の仕事魅力向上応援事業(3)	介護の仕事魅力向上応援事業(3)	○福祉機器展示・体験会の開催	介護保険課
				2	介護事業所キャリアパス制度導入促進事業	介護事業所キャリアパス制度導入促進事業	○キャリアパス制度等に関する訪問相談、制度導入を確保できるツールの開発 ○外国人介護人材受入(予定)施設の研修担当者向け研修、外国人介護職員向け日本語読解力研修の開催	介護保険課

前回会議(第1回：平成28年6月～7月)における主な意見

1 地域医療構想調整会議の開催状況

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

(平成28年7月末現在)



2 第1回調整会議における主な意見

(1) 議題

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

(2) 主な意見

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

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

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

策を考えてほしい。

【病床機能報告】

- ・レセプト 3000 点以上を高度急性期としているが、病棟単位の報告になっていて、同じ病棟に 100%3000 点以上の患者がいるのではなく混在している。今までは ICU のみ報告していたが、外科系の病棟は医療財源を使うので報告に当てた。これから病棟報告については、様々な議論が出てくると思う。
- ・レセプト 3000 点以上は高度急性期としているが、50 人ぐらいの対象者が、様々な科に入院していて、それを集めて 50 人位なので、1 病棟分として報告した。病棟としてまとめるのは無理があるので、この圏域では、高度急性期と急性期を分けて報告するようにしたらどうか。
- ・DPC のデータを押さえて、将来的には病床機能報告を求めてこなくなるかもしれない。2025 年に最終形を作るということで、だんだんこの議論は終息してくるのではないか。
- ・回復期が足りないといわれるが、成り行きにまかせるのか、ある程度の指導性をもってやっていくのか。
- ・今まで県の会議では、目標とするところは決まっていて、話し合いだけさせるという手法。目標をはっきり示されれば、ディスカッションしてもいいが、示されないとまとまらない。
- ・急性期病棟からの在宅復帰率は高い。無理して回復期病棟に入れなくても、在宅を回復期病床と考えて使うといった発想があってもいい。静岡方式を考えてほしい。

【医療提供体制の現状】

- ・産科・小児科についての議論が欠落していて違和感がある。高齢者の数が増える一方で、生産年齢人口や子どもの数が減っていく。地域の存亡がかかっている。医師、看護師、介護従事者など人材が減る。若者が流出しないような施策が必要。

中東遠

【地域医療構想の推進】

- ・医療療養病床 25 対 1 と介護療養病床を廃止又は転換することになると、地域医療構想の慢性期の数が減ってしまうがその点が理解できない。
- ・医療療養病床 20 対 1 を残すが、これは医療保険で行うのか、介護保険に変わるのか。
- ・在宅医療介護連携情報システムは既存のものか。県医師会のもので県立総合病院が中心に実施しているものがある。これを一本化することはできないか。
- ・当院は両方を使っている。介護連携、多職種連携などみんなで情報を共有するシステムと医療の専門領域で情報を共有する場合はふじのくにネットとなる。明確にしていけば使い分けも可能だと思う。
- ・20 対 1 と 25 対 1 の区分設定が医療の必要度と合っているか、疑問に思っている。例えば、認知症で点滴必要、吸引も必要であるが、25 対 1 には入れられない患者さんは、果たして在宅でやっていけるのか。区分設定を実情に合った形で見直した上での判断が必要ではないかと思う。

- ・高齢化が進む中、それを支える若者の人数が減っていく段階で、果たして在宅医療が実際に目標をクリアできるのか。
- ・在宅医療の地域医療推進事業の中で、在宅医療を伸ばすということで推進員を配置して、その人材確保を考えているが、達成できるかはやってみないとわからない。また、医師だけではどうにもならないので、訪問看護ステーションとケアマネジャーの連絡協議会等と連携してやってみないと先には進まない。現在、行政とどの程度やってみようかを検討中である。
- ・確かに介護力はだんだん落ちてきて、一人暮らしや老々世帯が非常に増えてきているのは事実であるが、一方で、訪問看護など多職種が関わっていけば、必ずしも家族の介護力がなくても結構在宅で支えられているという実感はある。訪問看護や在宅医療に移行するとき、患者さんは不安であるが、できることからやってみると看取りまで在宅で見られることが、結果としてでている。途中の過程で不安を取り除くのは、在宅医療をバックアップする入院機能が必要と思う。今年の3月から地域包括ケア病棟を導入して、患者や介護者の負担が軽減できている。介護者の家族が中心になって介護しなければ成り立たないという考えを捨てなければ成り立たない。多職種でシステムの中で患者を支えていく形を進めていくことで、ある程度の在宅医療を進めていくのではないかと思う。
- ・在宅医療で対応できる患者と、入院しなければならない患者の中で、その患者の精神的な問題も大いにある。精神的にコミュニケーションがとれれば家族でも対応できるし、家族以外でも対応できるかもしれないが、高齢者の場合は、コミュニケーションがなかなか取りにくくなってきている。とことんやってみようというのは非常に厳しいところがあると考えている。
- ・地域医療の推進は、当初は漠然とした部分があるなどの印象であったが、小笠の圏内では多職種連携に関しては具体的にできてきたと考えている。

【病床機能報告】

- ・看護師などの医療従事者のデータの情報提供をお願いしたい。

【医療提供体制の現状】

- ・地域医療構想を考える上で、2013年の実績を受けて、2025年において、例えば高度急性期はかなり増えてきている。今後はフリーアクセスで隣接県への流出を呼び戻して、地域完結型でどのように戻すかを、この構想の中で考えていかなければならないとの視点での説明と理解した。

【その他】

- ・当資料を利用し、県民への説明・情報提供と理解促進へ繋げていただきたい。

西 部

【地域医療構想の推進】

- ・療養病床の在り方で、厚生労働省が言う住まいの概念がよくわからない。療養環境を整えるものになっておらず、病院というものを存続させるために出してきた案という気がする。厚生労働省が当院の転換型老健に視察に来て「かなり重い方が入所している」という印象を持って帰られた。そういうところに住まいとい

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

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

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

【病床機能報告】

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

【医療提供体制の現状】

- ・多くの症例があり、一方で在宅はまだまだ足りない。

第1回「静岡県保健医療計画策定作業部会」(H28.8.30)における主な委員意見

1 静岡県保健医療計画策定作業部会 委員名簿(平成28年9月現在)

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

◎部会長、以下50音順、敬称略

任期：平成29年8月31日まで

2 第1回部会における主な意見

<構想区域(二次医療圏)>

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

<病床の機能分化と連携>

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

<在宅医療等>

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

<病床機能報告>

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

<精神医療>

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

<その他>

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