

平成 29 年度

第 1 回 賀茂地域医療構想調整会議

日 時：平成 29 年 6 月 5 日(月) 午後 6 時～
場 所：下田総合庁舎 2 階 第 3 会議室

次 第

○ 情報提供

- 1 第 8 次静岡県保健医療計画の策定
- 2 在院患者調査
- 3 県民意向調査結果
- 4 平成 28 年度病床機能報告の集計結果

○ 議題

賀茂圏域の疾病・事業別課題と今後の方策

【配布資料】

- ・ 座席表、出席者名簿
- ・ 賀茂地域医療構想調整会議 設置要綱、委員名簿
- ・ 資料 1：第 8 次静岡県保健医療計画の全体構成 新旧対照表 (案)
- ・ 資料 2-1：「7 疾病 5 事業及び在宅医療」及び「圏域版」の記載事項 (案)
- ・ 資料 2-2：「7 疾病 5 事業及び在宅医療」の記載イメージ
- ・ 資料 2-3：圏域版 7 疾病 5 事業及び在宅医療に係る記載事項例 (案)
- ・ 資料 3：在院患者調査の実施
- ・ 資料 4：県民意向調査結果の概要
- ・ 資料 5：平成 28 年度病床機能報告の集計結果
- ・ 資料 6：疾病・事業別対応可否調査結果

平成29年度 賀茂地域医療構想調整会議 委員名簿

No	役 職 名	氏 名	備 考
1	賀茂医師会 会長	池田 正見	議 長
2	賀茂歯科医師会 副会長	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 支部長	正木 晶子	
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	伊豆東部総合病院	谷保 直仁	欠席
8	伊豆今井浜病院 院長	小田 和弘	
9	下田温泉病院 院長	荒井 充	欠席
10	ふれあい南伊豆ホスピタル 院長	望月 博	
11	西伊豆健育会病院 院長	仲田 和正	
12	社会福祉法人梓友会 理事長	川島 優幸	
13	下田市 市民保健課長	永井 達彦	
14	東伊豆町 健康づくり課長	鈴木 嘉久	
15	河津町 保健福祉課長	川尻 一仁	
16	南伊豆町 健康福祉課長	渡邊 雅彦	
17	松崎町 健康福祉課長	新田 徳彦	
18	西伊豆町 健康福祉課長	白石 洋巳	
19	静岡県賀茂保健所 所長	藤本 眞一	副議長

平成29年第1回 賀茂地域医療構想調整会議 座席表

賀茂 平野 歯科 医師 会 信之	静岡 小林 県 医師 会 利彦	賀茂 池田 医師 会 正見	賀茂 八代 薬剤 師 会 由隆
---------------------------------	--------------------------------	---------------------------	--------------------------------

下田メディカルセンター 畑田 淳一				静岡県看護協会 賀茂地区支部 正木 晶子
熱川温泉病院 田所 康之				下田市 市民保健課 永井 達彦
伊豆今井浜病院 小田 和弘				東伊豆町 健康づくり課 鈴木 嘉久
ふれあい南伊豆ホスピタル 望月 博				河津町 保健福祉課 川尻 一仁
西伊豆健育会病院 仲田 和正				南伊豆町 健康福祉課 渡邊 雅彦
社会福祉法人 梓友会 川島 優幸				松崎町 健康福祉課 新田 徳彦

セ 植 松 一 和 子	セ 大 村 一 新 治	賀 藤 本 眞 一 長	健 白 石 洋 巳
----------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------

事務局、県関係者

オブザーバー参加者

静岡県保健医療計画の全体構成 新旧対照表（案）

※平成29年5月現在。今後変更があり得る。

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

静岡県保健医療計画の全体構成 新旧対照表（案）

※平成29年5月現在。今後変更があり得る。

第7次（現行）静岡県保健医療計画	第8次（次期）静岡県保健医療計画 構成案	備考
<p>第3節 事業</p> <p>1 救急医療</p> <p>2 災害時における医療</p> <p>3 <u>へき地の医療</u></p> <p>4 <u>周産期医療</u></p> <p>5 小児医療（小児救急医療を含む。）</p> <p>第4節 在宅医療</p> <p>1 在宅医療の体制整備</p> <p>2 在宅歯科医療の体制整備</p> <p>3 薬局の役割</p> <p>4 リハビリテーション</p>	<p>・発達障害</p> <p>・<u>依存症</u></p> <p>・<u>外傷後ストレス障害（PTSD）</u> 【新規】</p> <p>・高次脳機能障害</p> <p>・摂食障害</p> <p>・てんかん</p> <p>・精神科救急</p> <p>・身体合併症</p> <p>・自殺対策</p> <p>・医療観察法における対象者への医療</p> <p>第3節 事業</p> <p>1 救急医療</p> <p>2 災害時における医療</p> <p>3 <u>へき地の医療</u></p> <p>4 <u>周産期医療</u></p> <p>5 小児医療（小児救急医療を含む。）</p> <p>第4節 在宅医療</p> <p>1 在宅医療の体制整備</p> <p>2 在宅歯科医療の体制整備</p> <p>3 薬局の役割</p> <p>4 <u>訪問看護ステーションの役割</u> 【新規】</p> <p>5 リハビリテーション</p>	<p>アルコール依存症等</p> <p>「へき地保健医療計画」「周産期医療体制整備計画」を医療計画に一本化</p> <p>項目立て</p>
<p>第6章 各種疾病対策等</p> <p>第1節 感染症対策</p> <p>第2節 結核対策</p> <p>第3節 エイズ対策</p> <p>第4節 難病対策</p> <p>第5節 臓器移植対策</p> <p>第6節 血液確保対策</p> <p>第7節 歯科保健医療対策</p>	<p>第7章 各種疾病対策等</p> <p>第1節 感染症対策</p> <p>第2節 結核対策</p> <p>第3節 エイズ対策</p> <p>第4節 難病対策</p> <p>第5節 <u>アレルギー疾患対策</u> 【新規】</p> <p>第6節 臓器移植対策</p> <p>第7節 血液確保対策</p> <p>第8節 <u>治験の推進</u> 【新規】</p> <p>第9節 歯科保健医療対策</p>	<p>「アレルギー疾患対策基本法」踏まえて記載</p>
<p>第7章 医療従事者の確保</p> <p>第1節 医師</p> <p>第2節 歯科医師</p> <p>第3節 薬剤師</p> <p>第4節 看護職員（保健師・助産師・看護師・准看護師）</p> <p>第5節 その他の保健医療従事者</p> <p>1 診療放射線技師</p> <p>2 臨床検査技師・衛生検査技師</p> <p>3 理学療法士・作業療法士</p> <p>4 視能訓練士</p> <p>5 言語聴覚士</p> <p>6 臨床工学技士</p> <p>7 義肢装具士</p> <p>8 救急救命士</p> <p>9 歯科衛生士</p> <p>10 歯科技工士</p> <p>11 管理栄養士・栄養士</p> <p>12 あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師</p> <p>13 柔道整復師</p> <p>14 医療社会事業従事者（MSW）</p> <p>15 精神保健福祉士（PSW）</p> <p>16 細胞検査士</p> <p>17 獣医師</p> <p>第6節 ふじのくに医療勤務環境改善支援センター</p> <p>第7節 介護サービス従事者</p>	<p>第8章 医療従事者の確保</p> <p>第1節 医師</p> <p>第2節 歯科医師</p> <p>第3節 薬剤師</p> <p>第4節 看護職員（保健師・助産師・看護師・准看護）</p> <p>第5節 その他の保健医療従事者</p> <p>1 診療放射線技師</p> <p>2 臨床検査技師・衛生検査技師</p> <p>3 理学療法士・作業療法士</p> <p>4 視能訓練士</p> <p>5 言語聴覚士</p> <p>6 臨床工学技士</p> <p>7 義肢装具士</p> <p>8 救急救命士</p> <p>9 歯科衛生士</p> <p>10 歯科技工士</p> <p>11 管理栄養士・栄養士</p> <p>12 あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師</p> <p>13 柔道整復師</p> <p>14 医療社会事業従事者（MSW）</p> <p>15 精神保健福祉士（PSW）</p> <p>16 細胞検査士</p> <p>17 獣医師</p> <p>第6節 ふじのくに医療勤務環境改善支援センター</p> <p>第7節 介護サービス従事者</p>	

静岡県保健医療計画の全体構成 新旧対照表（案）

※平成29年5月現在。今後変更があり得る。

第7次（現行）静岡県保健医療計画	第8次（次期）静岡県保健医療計画 構成案	備考
第8章 医療安全対策の推進 医療安全対策の推進	第9章 医療安全対策の推進 医療安全対策の推進	
第9章 健康危機管理対策の推進 第1節 健康危機管理体制の整備 第2節 医薬品等安全対策の推進 1 医薬品等の品質確保と適正使用の推進 2 麻薬・覚せい剤等に対する薬物乱用防止対策 第3節 食品の安全衛生の推進 第4節 生活衛生対策の推進 1 生活衛生 2 水道	第10章 健康危機管理対策の推進 第1節 健康危機管理体制の整備 第2節 医薬品等安全対策の推進 1 医薬品等の品質確保と適正使用の推進 2 麻薬・覚せい剤等に対する薬物乱用防止対策 第3節 食品の安全衛生の推進 第4節 生活衛生対策の推進 1 生活衛生 2 水道	
第10章 保健・医療・福祉の総合的な取組の推進 第1節 <u>地域包括ケアシステムの構築</u> 第2節 <u>健康づくりの推進</u> 第3節 高齢者保健福祉対策 第4節 母子保健福祉対策 第5節 障害者保健福祉対策 第6節 保健施設の機能充実 1 保健所（健康福祉センター） 2 発達障害者支援センター 3 精神保健福祉センター 4 静岡県総合健康センター 5 環境衛生科学研究所 6 市町保健センター	第11章 保健・医療・福祉の総合的な取組の推進 第1節 <u>健康経営の視点を取り入れた戦略的な健康</u> 第2節 <u>第2節 今後高齢化に伴い増加する疾患等対策</u> 「新規」 第3節 高齢者保健福祉対策 第4節 母子保健福祉対策 第5節 障害者保健福祉対策 第6節 保健施設の機能充実 1 保健所（健康福祉センター） 2 発達障害者支援センター 3 精神保健福祉センター 4 静岡県総合健康センター 5 環境衛生科学研究所 6 市町保健センター 第7節 <u>地域の医療を育む住民活動</u>	・第1章へ移動 ・健康経営の視点 ・ロコモ、フレイル、肺炎、大腿骨頸部折等 第5章から移動
第11章 計画の推進方策と進行管理 第1節 <u>全県的取組</u> 第2節 <u>2次保健医療圏における計画の推進</u> 1 賀茂保健医療圏 2 熱海伊東保健医療圏 3 駿東田方保健医療圏 4 富士保健医療圏 5 静岡保健医療圏 6 志太榛原保健医療圏 7 中東遠保健医療圏 8 西部保健医療圏	第12章 計画の推進方策と進行管理 第1節 <u>計画の推進体制</u> 第2節 <u>数値目標等の進行管理</u> 第3節 <u>主な数値目標等</u> 第13章 地域保健医療計画（圏域版） 1 賀茂保健医療圏 2 熱海伊東保健医療圏 3 駿東田方保健医療圏 4 富士保健医療圏 5 静岡保健医療圏 6 志太榛原保健医療圏 7 中東遠保健医療圏 8 西部保健医療圏	計画の推進方策と進行管理について記載充実 圏域版について「地域保健医療計画」として記載充実

「7 疾病 5 事業及び在宅医療」及び「圏域版」の記載事項（案）

1 「7 疾病 5 事業及び在宅医療」の記載事項

（現行計画からの主な変更）

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

<〇〇〇（疾病・事業名）>

【対策のポイント】

1 現状と課題

- （1）〇〇〇の医療
- （2）本県の状況
- （3）医療提供体制

2 対策

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

2 「圏域版」の記載事項

（現行計画からの主な変更）

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

<〇〇医療圏（圏域名）>

【対策のポイント】

1 医療圏の現状

- （1）人口及び人口動態
- （2）医療資源の状況

2 地域医療構想

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

3 疾病・事業及び在宅医療の医療連携体制

【数値目標】 （重点的に取り組む事項等に係るもの）

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

Ⅱ 脳卒中

【対策のポイント】

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

1 現状と課題

（1）脳卒中の医療

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

（2）本県の状況

（死亡・罹患の状況）

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

（医療従事者の状況）

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

（救急患者の搬送）

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

¹ 遷延性意識障害：重度の昏睡状態をさす病状のこと。

² 厚生労働省「国民生活基礎調査」（平成 25 年）

³ 厚生労働省「医療計画の見直し等に関する検討会」資料より。

(急性期の治療)

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

(脳卒中のリハビリテーション)

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

(在宅への復帰)

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

(3) 医療提供体制

(※現行計画を仮置き)

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

① 発症予防

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

② 発症直後の医療

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

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

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

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

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

③ リハビリテーション

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

④ 在宅療養・再発予防

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

2 対策

(1) 数値目標

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

(2) 施策の方向性

① 発症予防

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

② 発症後医療等

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

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

③ リハビリテーション

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

④ 在宅療養・再発予防

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

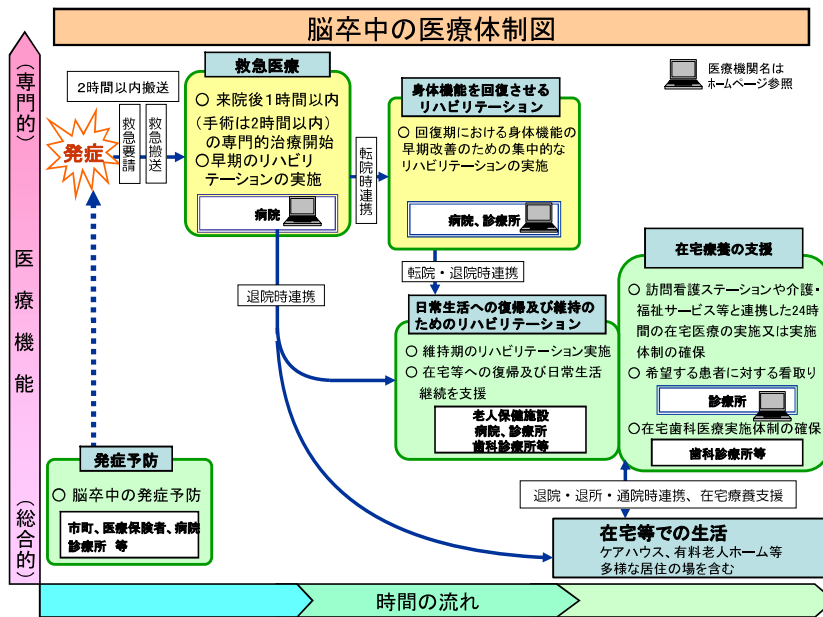
(3) 「脳卒中」の医療体制に求められる医療機能

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

※下線は今回修正箇所

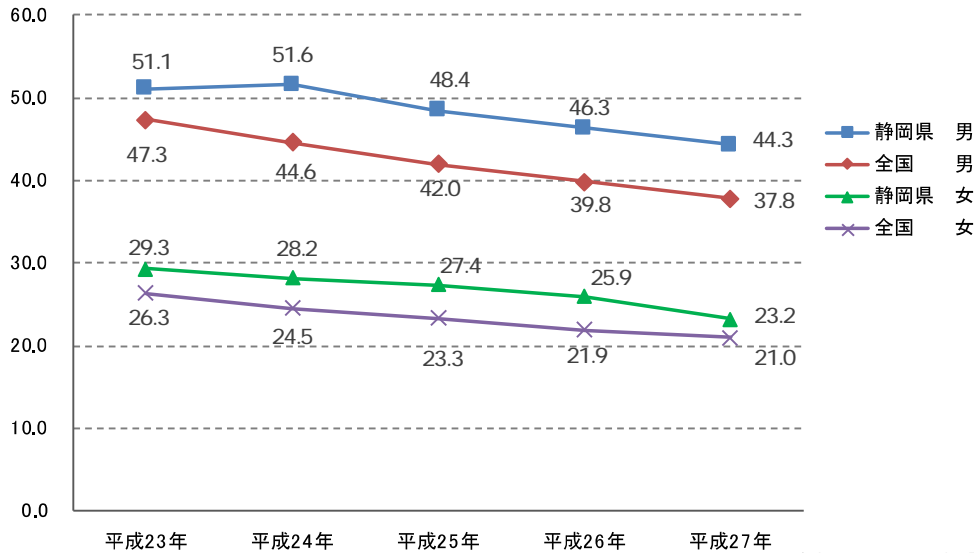
(4) 「脳卒中」の医療体制図

(※現行計画を仮置き)



(5) 関連図表

○脳血管疾患による年齢調整死亡率（人口10万人対）の推移



(資料：厚生労働省「人口動態統計」より算出)

○脳血管疾患による死亡数

(単位：人)

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

資料：「静岡県人口動態統計」

○特定健診分析結果（標準化該当比）

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

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

○標準化死亡比（SMR）

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

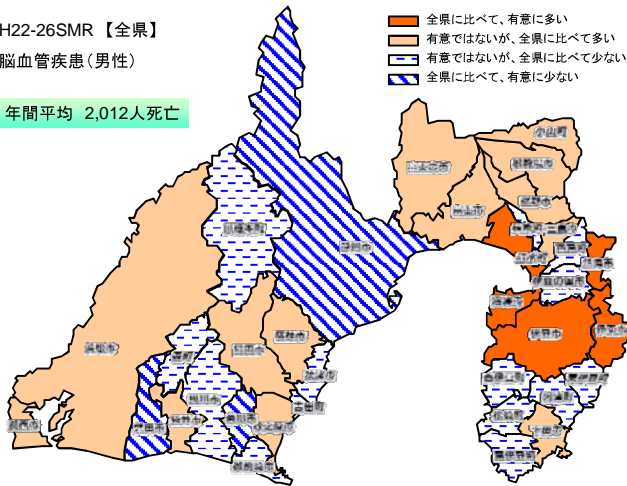
※網掛けは有意に多い。

<県内比較>

H22-26SMR【全県】

脳血管疾患(男性)

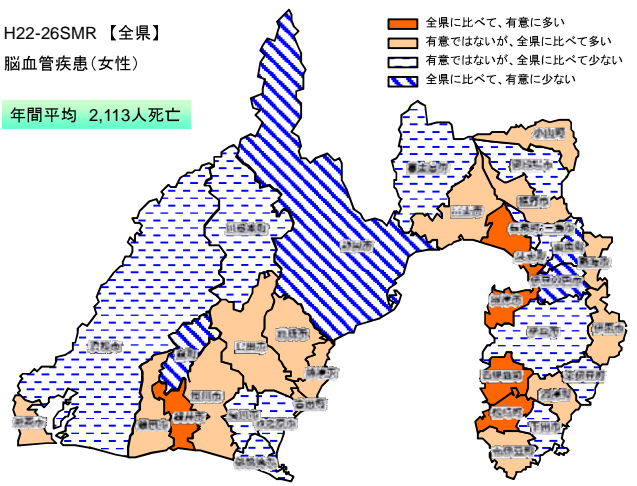
年間平均 2,012人死亡



H22-26SMR【全県】

脳血管疾患(女性)

年間平均 2,113人死亡

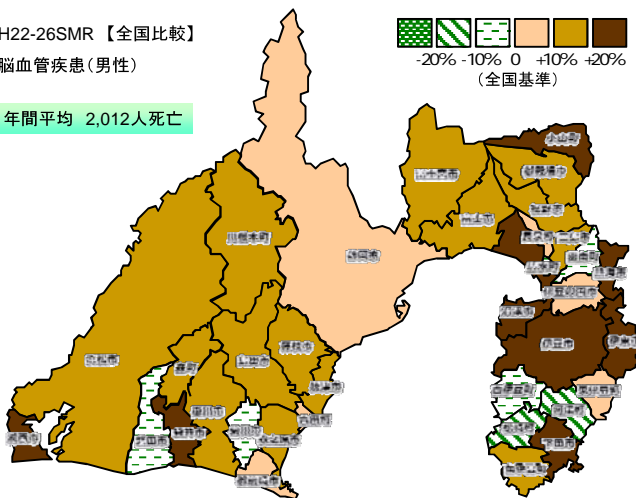


<全国比較>

H22-26SMR【全国比較】

脳血管疾患(男性)

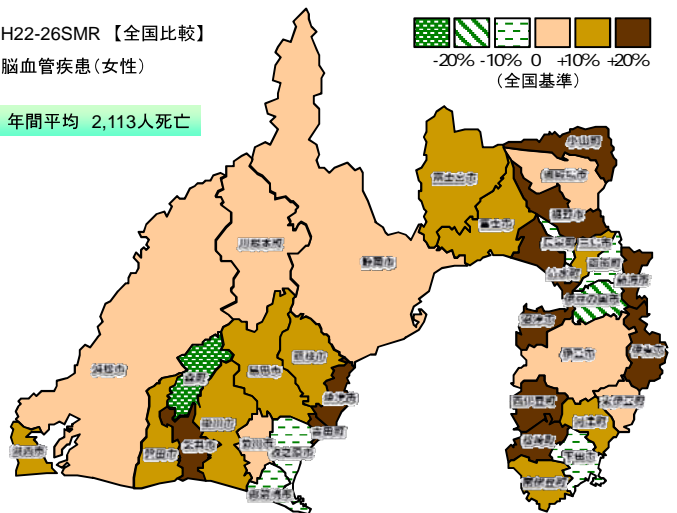
年間平均 2,012人死亡



H22-26SMR【全国比較】

脳血管疾患(女性)

年間平均 2,113人死亡



(出典：静岡県総合健康センター「静岡縣市町別健康指標」)

○指標による現状把握

(医療従事者の状況)

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

(救急患者の搬送)

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

(急性期の治療)

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

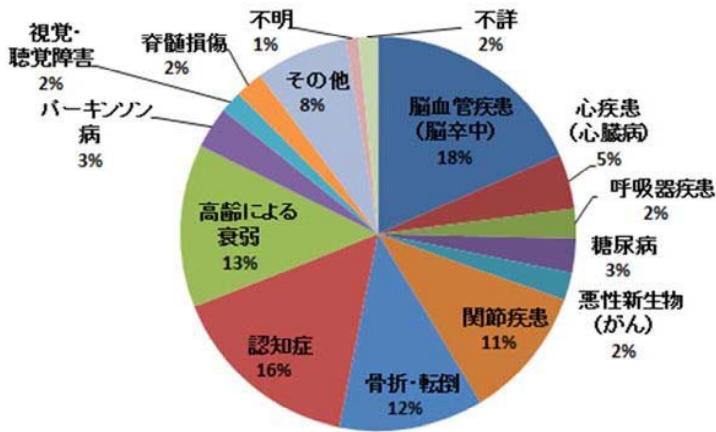
(脳卒中のリハビリテーション)

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

(在宅への復帰)

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

○介護が必要となった者の主な原因



(出典：厚生労働省「平成25年国民生活基礎調査」)

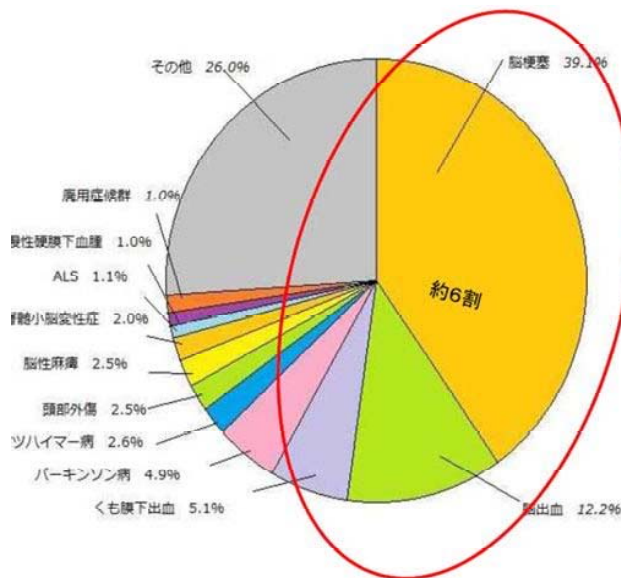
○要介護度別にみた介護が必要となった主な原因(上位3位)

(単位:%) 平成25年

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

出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」

○嚥下障害の原因疾患の割合



(出典：厚生労働省「医療計画の見直し等に関する検討会」資料)

圏域版 7 疾病 5 事業及び在宅医療に係る記載事項例（案）

1 がん

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

2 脳卒中

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

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

3 心筋梗塞等の心血管疾患

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

4 糖尿病

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

5 喘息

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

6 肝炎

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

7 精神疾患

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

8 救急医療

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

9 災害時における医療

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

10 へき地の医療

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

11 周産期医療

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

12 小児医療（小児救急医療を含む）

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

13 在宅医療

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

「在院患者調査」の実施について

(概要)

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

1 流入・流出患者数の把握方法（過去の医療計画と同じ手法）

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

2 「在院患者調査」の概要

(1) 調査対象及び施設数

病院 181 か所（賀茂 8 か所）、有床診療所 211 か所（賀茂 4 か所）（予定）

(2) 調査基準日

平成 29 年 5 月 31 日（水）

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

(3) 調査方法

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

3 実施スケジュール

内容	月日
医療政策課から調査実施依頼	5月8日（月）
賀茂保健所から医療機関へ調査票発送	5月12日（金）
（調査基準日）	5月31日（水）
医療機関から賀茂保健所への調査票提出	6月14日（水）
保健所で調査票集計、医療政策課へ報告	6月28日（水）

県民意向調査結果の概要

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

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

1 主な調査内容

(1) 自身の健康状態

- ・自分が健康であると思うか

(2) 診療時間外の発病やけがについて

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

(3) 在宅医療について

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

(4) 人生の最終段階における医療（終末期医療）について

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

(5) 特定健診・特定保健指導について

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

(6) 歯科・口腔ケアについて

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

(7) 薬局・薬について

- ・調剤してもらう薬局
- ・かかりつけの薬局を選んだ理由

(8) 今後の地域医療体制について

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

2 調査結果の概要

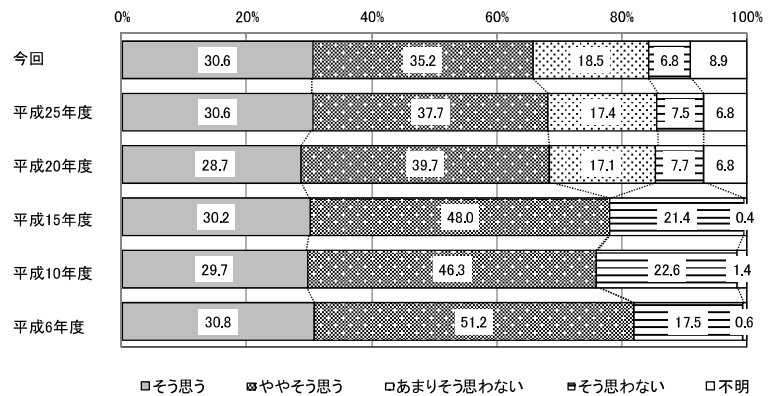
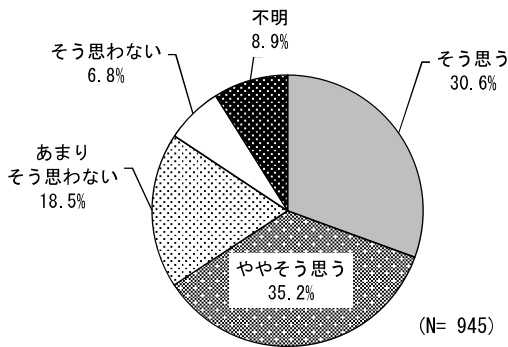
(1) 自身の健康状態

○自分が健康であると思うか

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

<経年変化>

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



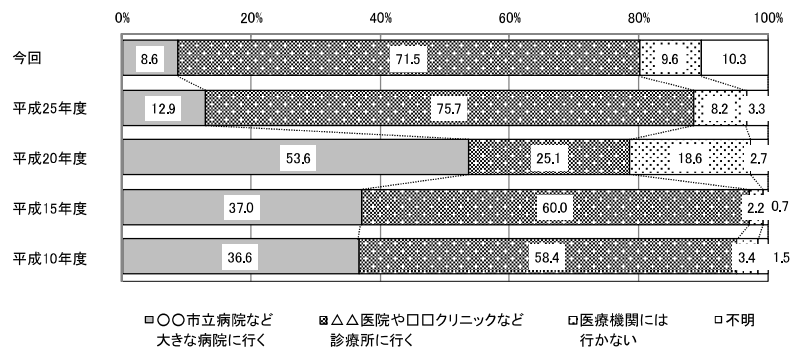
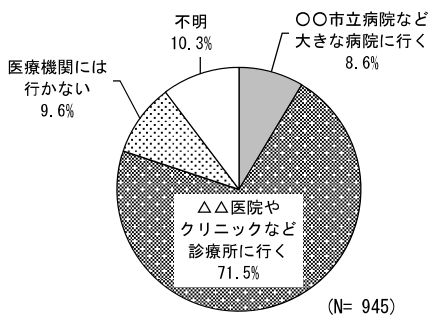
(2) 診療時間外の発病やけがについて

○軽い病気にかかったと思われる場合の対応

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

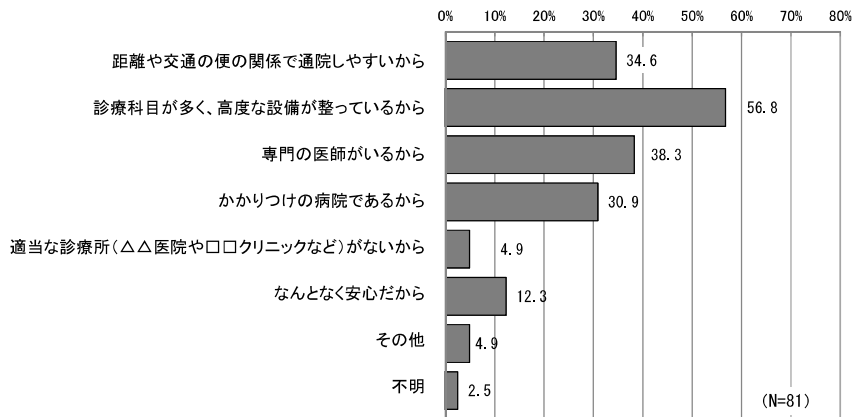
<経年変化>

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



○軽い病気でも大きな病院に行く主な理由（複数回答）

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

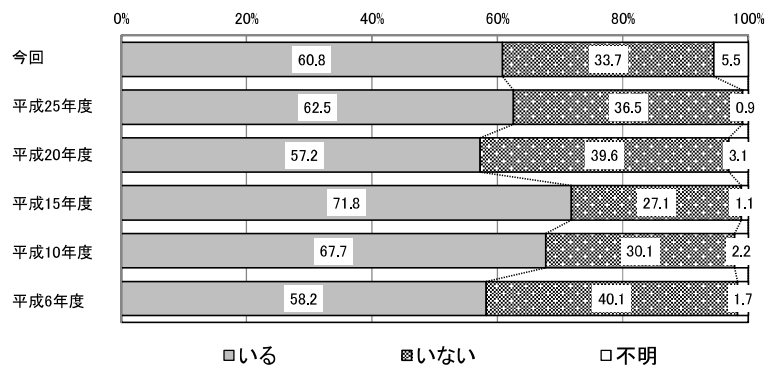
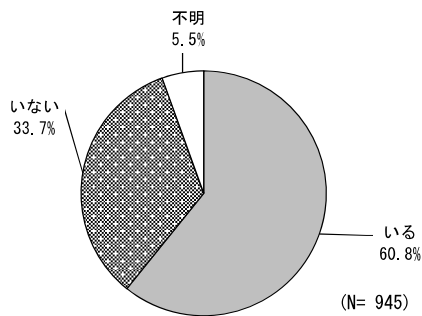


○かかりつけ医の有無

- ・「いる」60.8%、「いない」33.7%

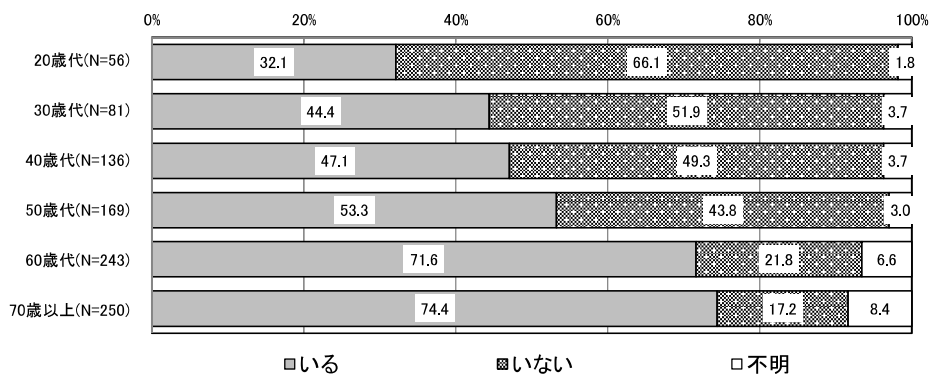
<経年変化>

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



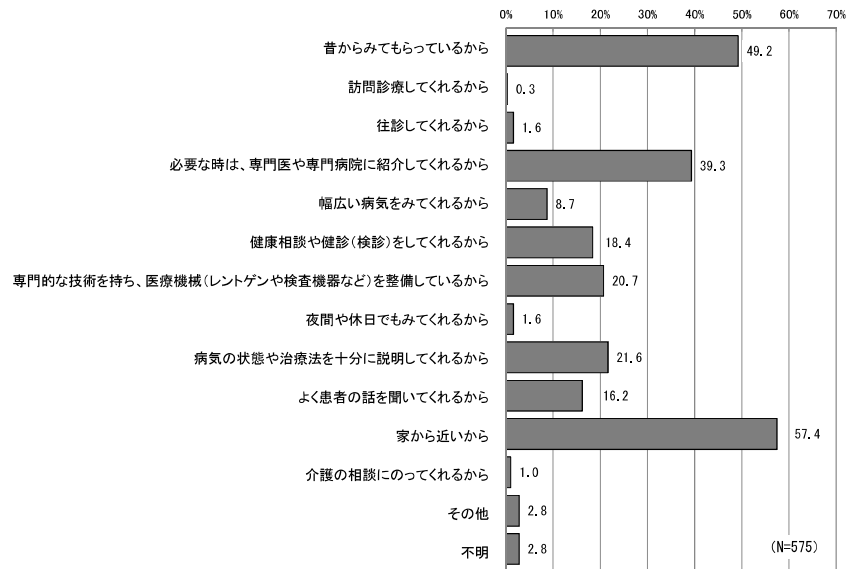
<年代別>

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



○かかりつけになっている主な理由（複数回答）

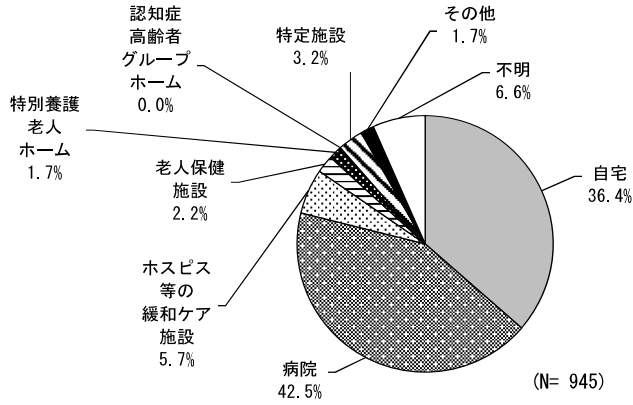
- 「家から近いから」 57.4%
- 「昔からみてもらっているから」 49.2%
- 「必要な時は、専門医や専門病院に紹介してくれるから」 39.3%



(3) 在宅医療について

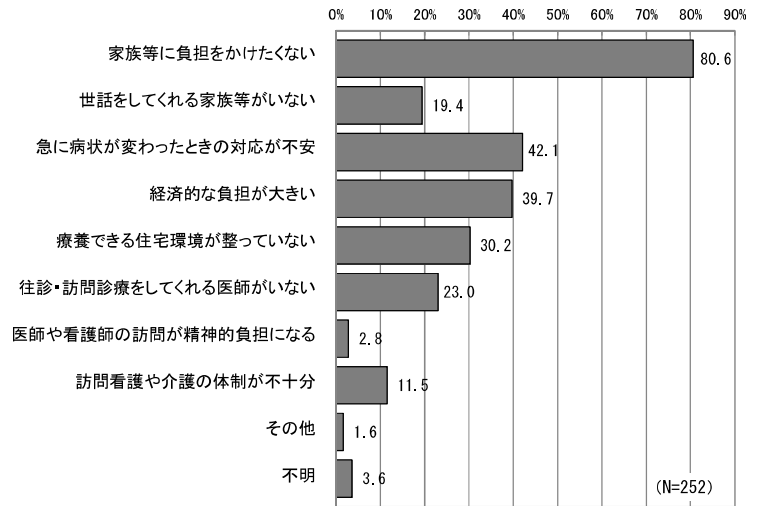
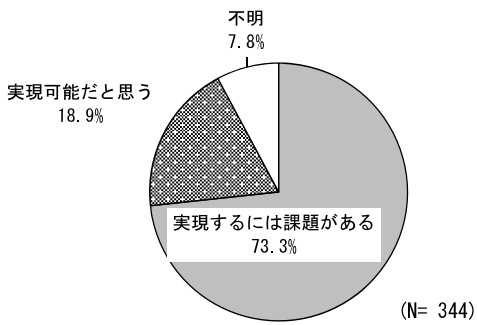
○長期療養を望む場所

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



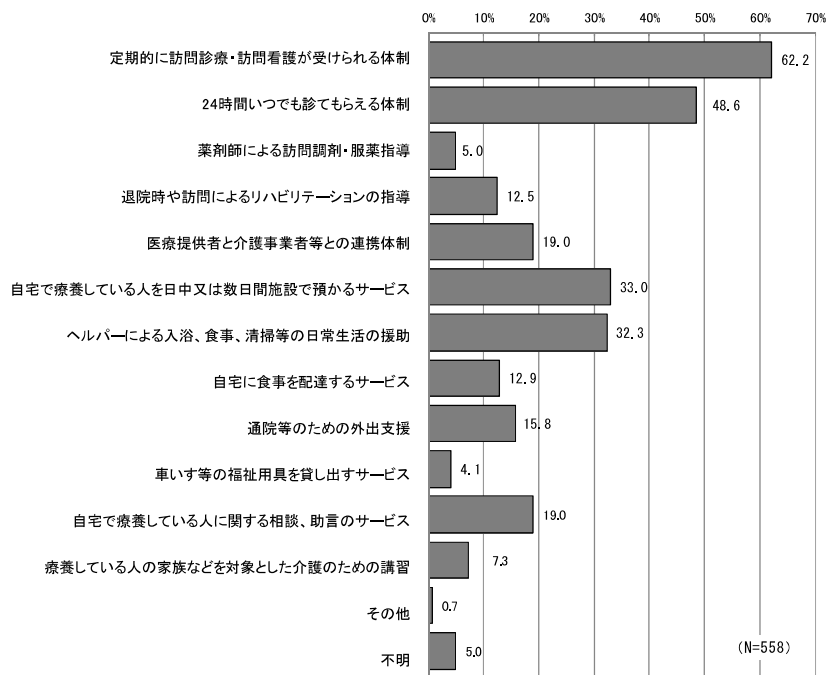
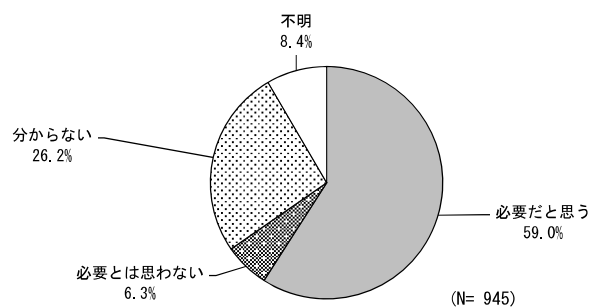
○自宅で長期療養することの実現可能性、課題と思うもの（複数回答）

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



○在宅医療の充実の必要性、整備が重要な体制（複数回答）

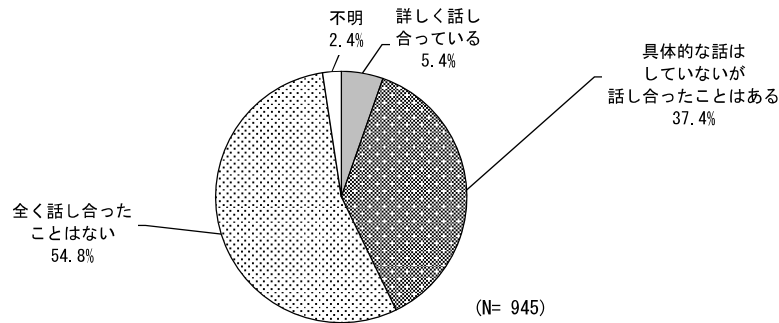
- ・「必要だと思う」 59.0% → ・「定期的に訪問診療・訪問看護が受けられる体制」 62.2%
- ・「分からない」 26.2% → ・「24時間いつでも診てもらえる体制」 48.6%
- ・「必要とは思わない」 6.3% → ・「自宅で療養している人を日中又は数日間施設で預かるサービス」 33.0%



(4) 人生の最終段階における医療（終末期医療）について

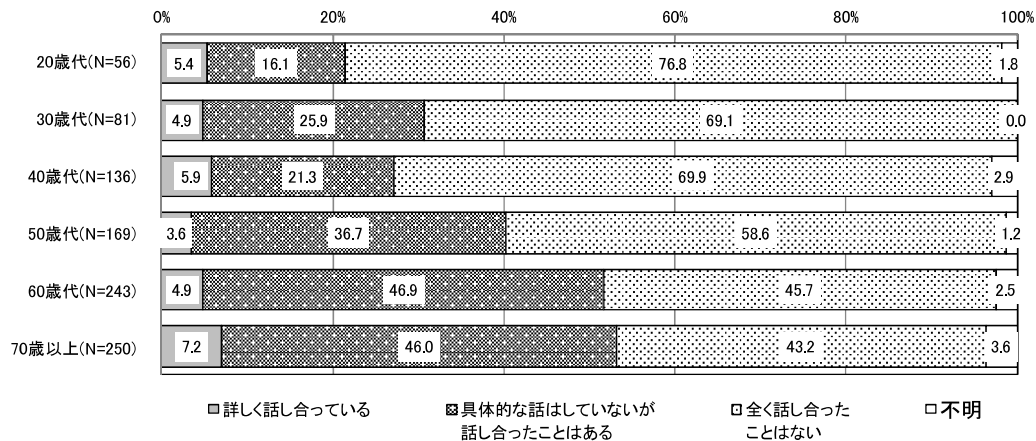
○終末期医療における家族や親族との話し合い状況

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



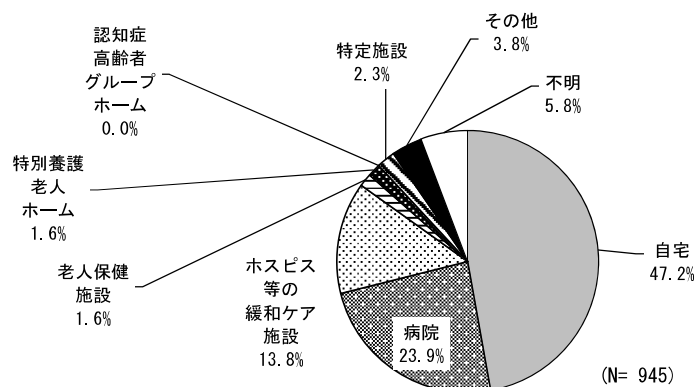
<年代別>

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



○人生の最期を迎えたい場所

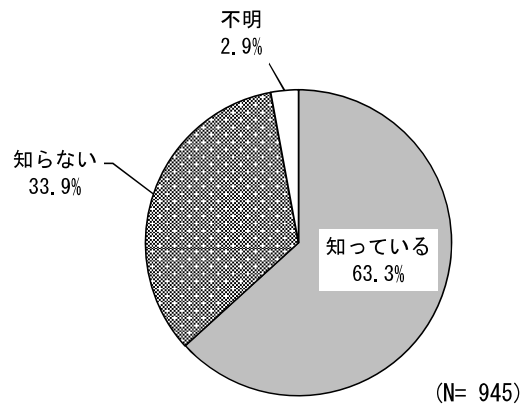
- ・「自宅」 47.2%
- ・「病院」 23.9%
- ・「ホスピス等の緩和ケア施設」 13.8%



(5) 特定健診・特定保健指導について

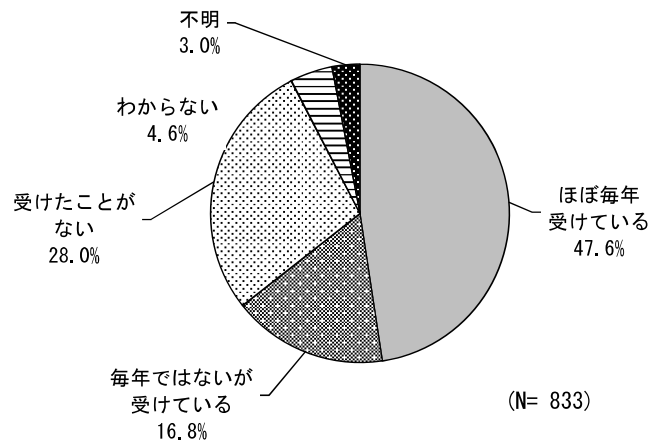
○特定健康診査や特定保健指導の認知度

- ・「知っている」 63.3%
- ・「知らない」 33.9%



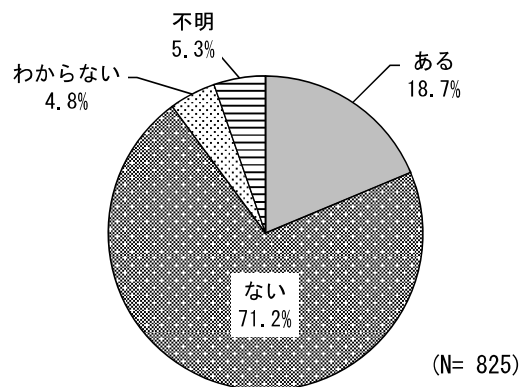
○特定健康診査の受診状況

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



○特定保健指導を受けた経験

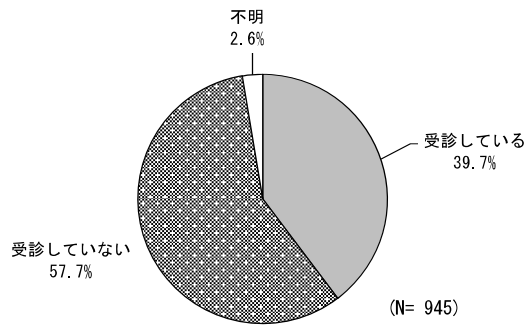
- ・「ない」 71.2%
- ・「ある」 18.7%



(6) 歯科・口腔ケアについて

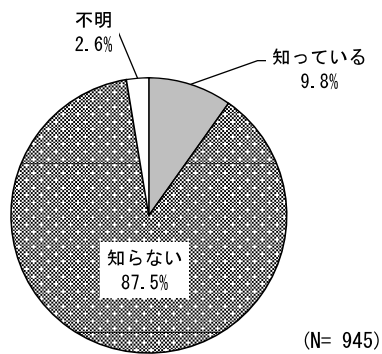
○歯垢除去や定期的な歯科健診の受診状況

- ・「受診していない」 57.7%
- ・「受診している」 39.7%



○訪問診療を行う歯科診療所の場所の認知度

- ・「知らない」 87.5%
- ・「知っている」 9.8%



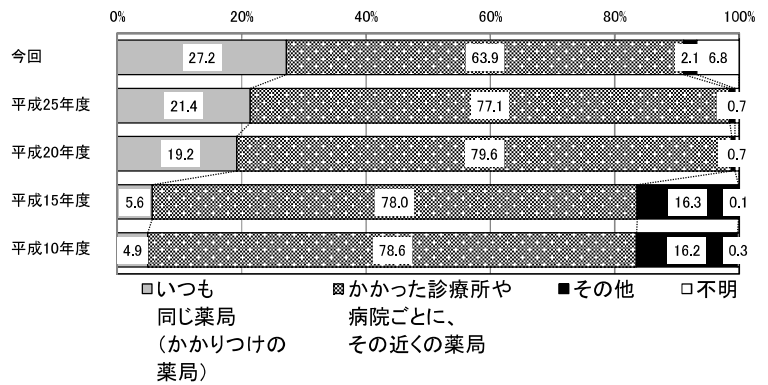
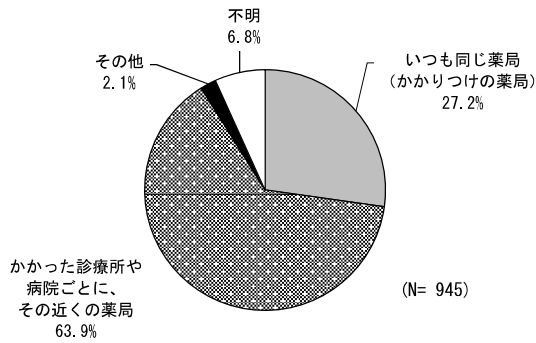
(7) 薬局・薬について

○調剤してもらう薬局

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

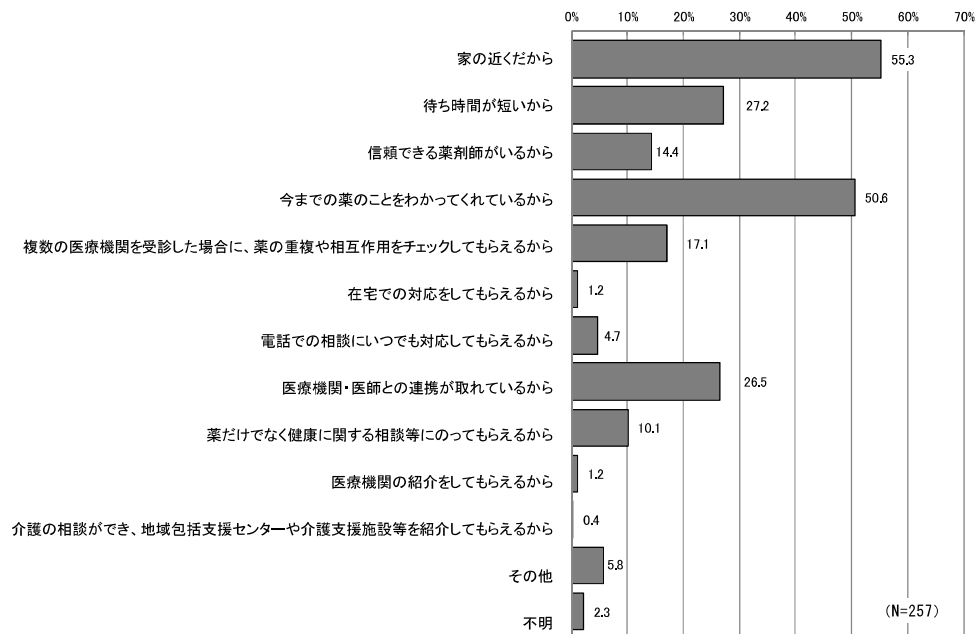
<経年変化>

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



○かかりつけの薬局を選んだ理由（複数回答）

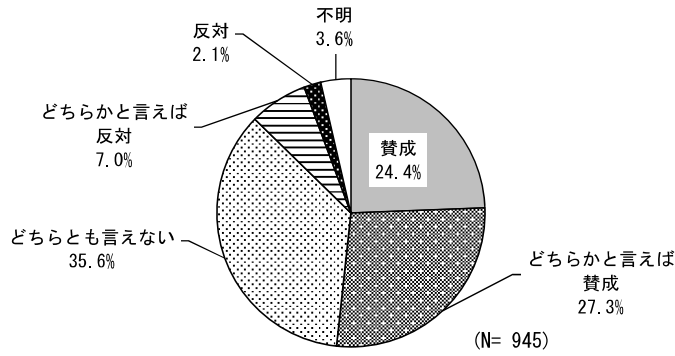
- 「家の近くだから」 55.3%
- 「今までの薬のことをわかってくれているから」 50.6%
- 「待ち時間が短いから」 27.2%
- 「医療機関・医師との連携がとれているから」 26.5%



(8) 今後の地域医療体制について

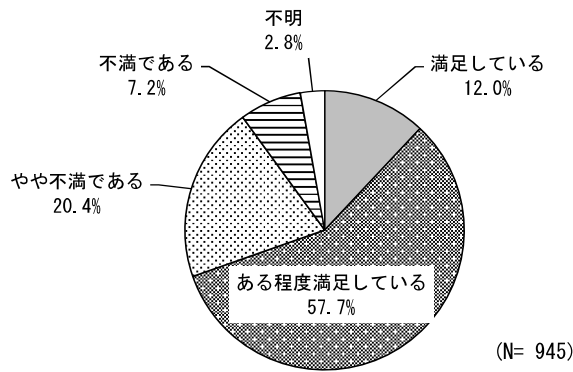
○それぞれの医療機関の機能に応じて役割分担して治療することについて

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



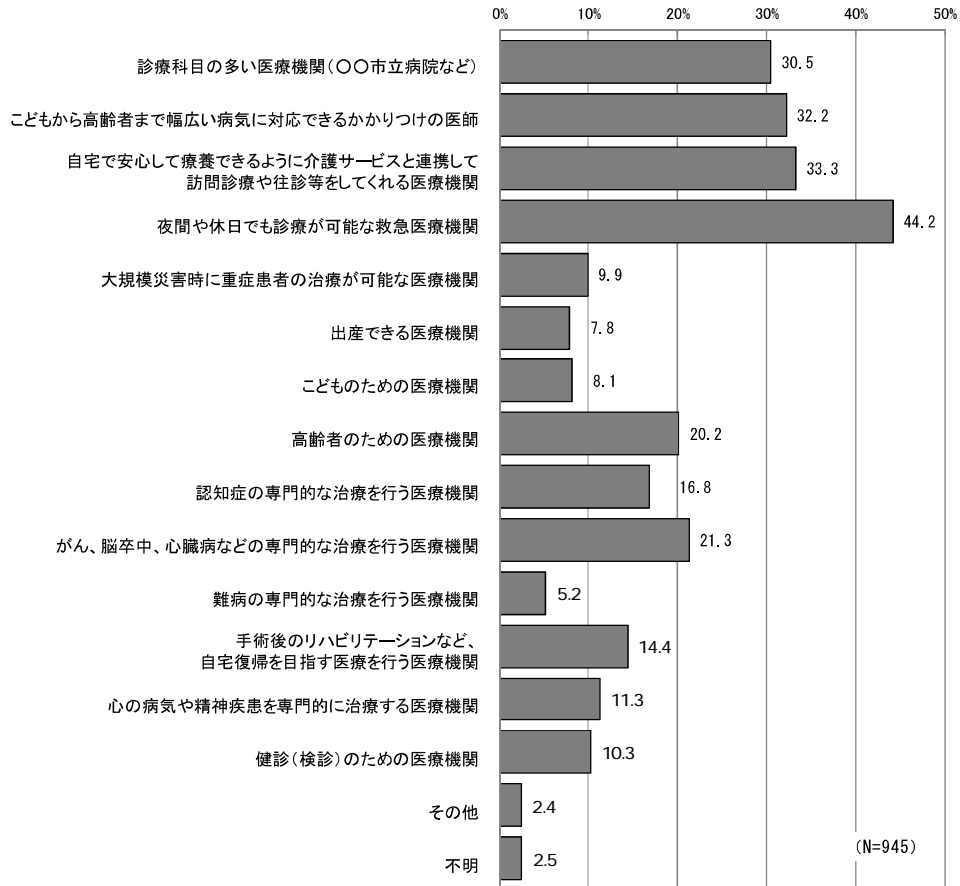
○居住地域の医療機関の整備状況

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



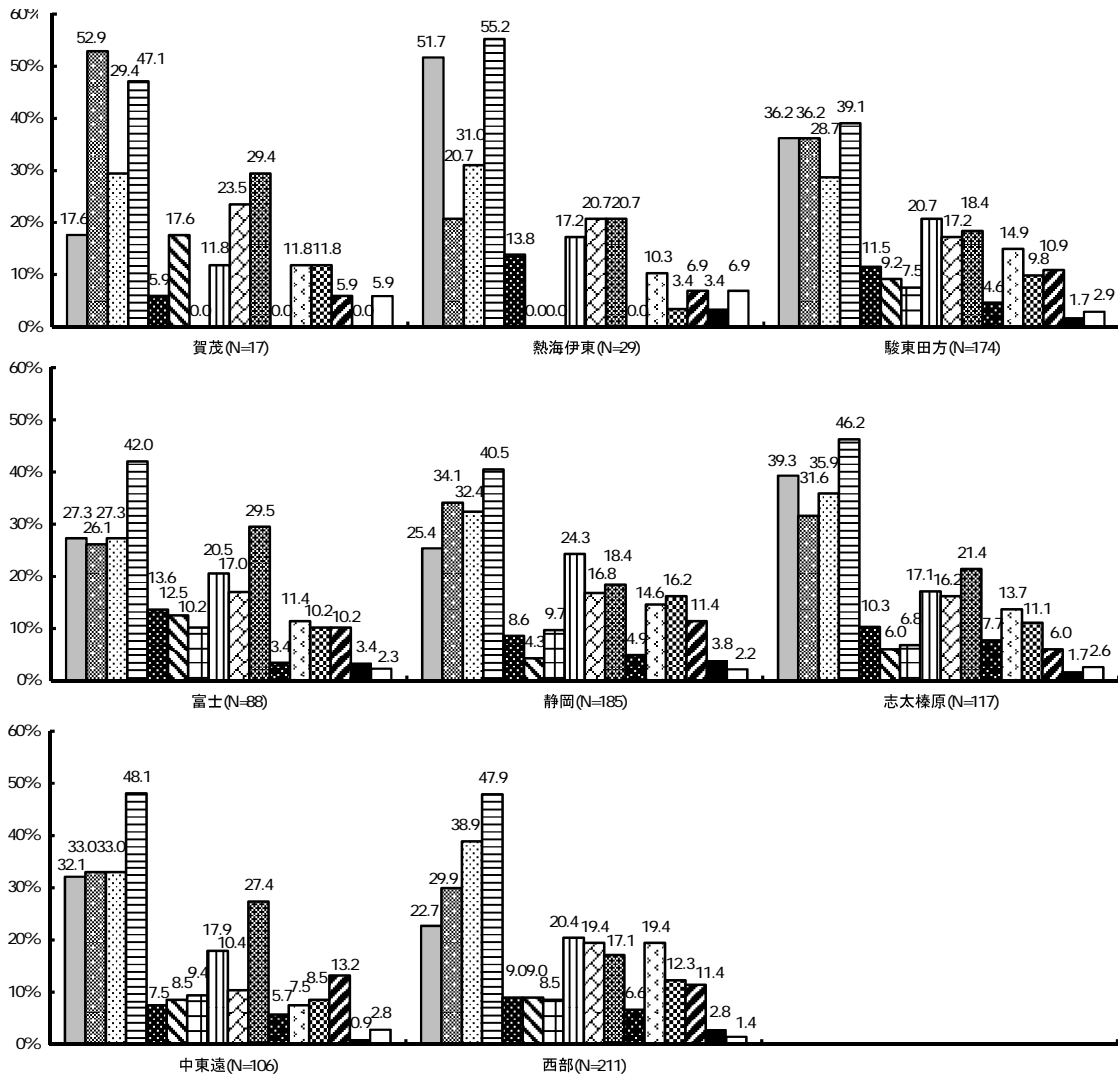
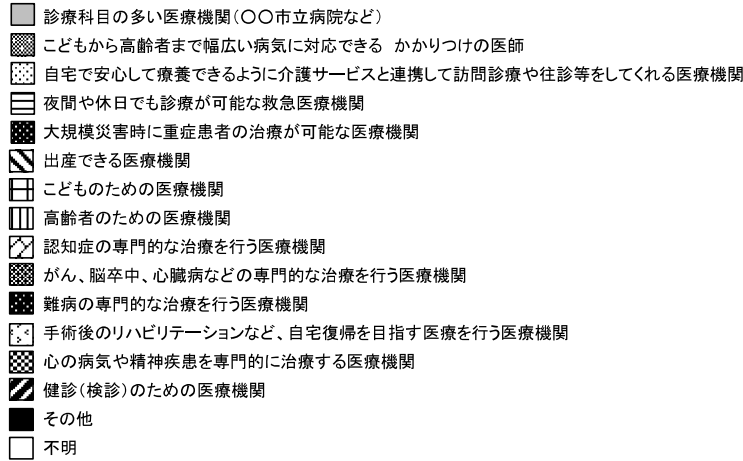
○今後特に整備充実を図るべき医療体制（複数回答）

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



< 2次保健医療圏別 >

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



平成28年度病床機能報告の集計結果

1 病床機能報告制度の概要（医療法第30条の13）

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

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

2 平成28年の報告結果（概要）

(1) 報告状況（報告対象：H28.7.1時点で一般病床・療養病床を有する病院及び有床診療所）

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

※ 報告率＝報告医療機関数／報告数

(2) 報告病床数

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

(3) 各病棟の病床が担う医療機能

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

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

※病床数は稼働病床ベース

〈増減の要因〉

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

3 地域医療構想における将来の必要病床数との比較

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

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

疾病名: がん

○現状 □今後の対応策	病院名	(1) 病院単独で対応可能なこと	(2) 他の機関と連携して対応可能なこと	(3) 対応困難な要因	検討の視点
<p>○隣接圏域との連携で対応</p> <p>○がん検診、精密検査の受診率向上に向けた啓発</p> <p>○隣接圏域との連携を継続する。</p> <p>○受診率向上による早期発見。精密検査未受診者対策</p> <p>○行政ではなく各種団体(医師会、商工会、漁協等)と連携した取り組みの実施</p>	<p>下田メディカル</p> <p>康心会 伊豆東部病院</p> <p>西伊豆 健管会 病院</p> <p>伊豆今井 病院</p> <p>下田温泉 病院</p> <p>熱川温泉 病院</p> <p>ふれあい 南伊豆</p> <p>賀茂 医師会</p>	<ul style="list-style-type: none"> 胃がん、大腸がんの手術治療は対応可能 がんの緩和ケアは緩和ケアチームにより対応可能 婦人科がん検診可能 末期がん患者の終末期、看取り療養入院 麻薬コントロールによる疼痛管理 がん患者在宅診療 外来での抗がん剤治療(少人数) 各種がん検診 血液検査、CT、MRIを用いたのがん診断 内視鏡的治療 疾患の診断と高度医療施設との連携は可能 自己完結治療は不可能 超高齢のため治療を希望しない患者の終末期対応は可能 週6回胃カメラ検査を実施し胃癌の早期発見 第2・第4土曜 日本消化器がん検診学会認定医による胃カメラ検査および大腸内視鏡検査実施 上部・下部消化管内視鏡治療 胃がん・大腸がん・外科治療 体内のがんの診断 終末期を看取る 終末期のケア ないと思われる 検診の要精密検査者の画像診断と病理組織学的な確定診断 病院で出来る範囲の多臓器のチェック がん確定患者の術前検査 等 	<ul style="list-style-type: none"> がんセンター等との連携により化学療法専門医による化学療法可能 がん専門性が高い医療機関へ、がん疑い患者を紹介する。 手術、放射線治療が出来る機関へ紹介、その後のケアを対応。 	<ul style="list-style-type: none"> 手術対応できる医師不在 	<ul style="list-style-type: none"> ●集学的治療・緩和ケア、ターミナルケア(在宅を含む)の提供体制 ●病院間の役割分担と連携(圏域内での対応、隣接圏域との連携の取組)

○現状 □今後の対応策	病院名	(1) 病院単独で対応可能なこと	(2) 他の機関と連携して対応可能なこと	(3) 対応困難な要因	検討の視点
<p>○隣接圏域との連携で対応</p> <p>○t-PA治療の実施を検討中</p> <p>○特定健診、特定保健指導</p> <p>○生活習慣病対策連絡会による検討</p> <p>○ふじ33プログラムの実施支援</p> <p>○禁煙対策</p> <p>□人口規模等を考慮すると医療機関の自主努力による高度医療への対応は難しい。</p> <p>□隣接圏域との連携を継続する。</p> <p>□t-PA治療の開始</p> <p>□高血圧対策</p> <p>□スポーツ施設設置</p> <p>□健診受診率の向上</p> <p>□生活習慣の改善への啓発</p> <p>□要医療者の未受診者への受診勧奨</p>	<p>下田メディカル</p> <p>康心会 伊豆東部病院</p> <p>西伊豆健育会 病院</p> <p>伊豆今井病院</p> <p>下田温泉病院</p> <p>熱川温泉病院</p> <p>ふれあい南伊豆</p> <p>賀茂医師会</p>	<p>・脳神経外科専門医による脳血管障害急性期の適切な診断及び保存的治療が可能。 ・平日日勤帯に限定した形でt-PA治療可能。 ・CT、MRIを用いたの診断 ・急性期治療後のフォロー ・脳卒中後患者へのリハビリテーション(急性期・慢性期) ・特定健診の実施</p> <p>・疾患の診断と高度医療施設との連携は可能 ・自己完結治療は不可能 ・超高齢のため治療を希望しない患者の終末期対応は可能</p> <p>・t-PAや手術の適応とならない全ての脳卒中に対応 ・禁煙指導・診断 ・急性期・回復期リハビリ</p> <p>・血圧コントロール ・不整脈治療 ・再発予防</p> <p>・急性期治療後のリハビリテーション・ケア</p> <p>・慢性期の患者さんを外来入院で診るなど</p> <p>・急性期処置、画像診断 ・神経内科や脳神経外科あるいは救急医の確保 ・圏域外病院との連携や画像転送システム等の構築</p>	<p>・高次医療機関へ脳卒中患者の早期転送</p>	<p>・t-PAの使用制限 ・手術は無理</p> <p>・高齢者、症状固定した方の受け入れ</p> <p>・保存的治療 ・初期診断(CT等)</p> <p>・慢性期の患者さんを外来入院で診るなど</p>	<p>●救急医療提供体制(輪番制、血栓溶解療法、外科的治療等)</p> <p>●発症早期(身体機能の早期改善)、維持期(生活機能の維持)のためのリハビリ体制</p>

○現状 □今後の対応策	病院名	(1) 病院単独で対応可能なこと	(2) 他の機関と連携して対応可能なこと	(3) 対応困難な要因	検討の視点
<p>○隣接圏域との連携で対応</p> <p>○特定健診、特定保健指導</p> <p>○生活習慣病対策連絡会による検討</p> <p>○ふじ33プログラムの実施支援</p> <p>○禁煙対策</p> <p>□人口規模等考慮すると医療機関の自主努力による高度医療への対応は難しい。</p> <p>□隣接圏域との連携を継続する。</p> <p>□高血圧対策</p> <p>□健診受診率の向上</p> <p>□生活習慣の改善への啓発</p> <p>□要医療者の未受診者への受診勧奨</p>	<p>下田メデイカ ル</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ペースメーカー留置等、重症不整脈に対する緊急治療が可能。 ・虚血性心疾患に対する心カテーによる治療の一部が可能。 			
	<p>康心会 伊豆東 部病院</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・診察、検査、診断可能 ・急性期治療後のフォロー ・リハビリの実施 ・特定健診の実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・当院で診察、検査を行い、心筋梗塞患者を高次医療機関へ転送。その後のフォロー 	<ul style="list-style-type: none"> ・カテーテル治療設備無し 	
	<p>西伊豆 健育会 病院</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・疾患の診断と高度医療施設との連携は可能 ・自己完結治療は不可能 ・超高齢のため治療を希望しない患者の終末期対応は可能 			
	<p>伊豆今 井病院</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・禁煙指導・診断 ・専門医療を希望しない患者の治療 	<p>全て</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・設備が無い ・専門医がいない 	<ul style="list-style-type: none"> ●救急医療提供体制(輪番制、血栓溶解療法、外科的治療等)
	<p>下田温 泉病院</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・慢性心不全の治療が主 	<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者の陳旧性疾患を受け入れ 	<ul style="list-style-type: none"> ・急性期の受け入れはしていない 	<ul style="list-style-type: none"> ●発症早期(身体機能の早期改善)、維持期(生活機能の維持)のためのリハビリ体制
	<p>熱川温 泉病院</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・急性期治療後の療養・リハビリテーション 	<ul style="list-style-type: none"> ・保存的治療 ・外来での管理 ・初期診断 	<ul style="list-style-type: none"> ・急性期管理、血管内処置などは実施できない 	
	<p>ふれあ い南伊 豆</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ないと思われる 	<ul style="list-style-type: none"> ・他院で治療された慢性期の患者さんを引き継ぎ外来入院で診るなど 		
	<p>賀茂医 師会</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・専門医療機関との連携体制(遠隔診断や画像転送システムなど) ・初期治療のマニュアル化など ・日頃から専門医療機関との交流促進 	<ul style="list-style-type: none"> ・連携システムの構築 ・初期治療のマニュアル化 	<ul style="list-style-type: none"> ・循環器専門医、救急医が少ない ・エリアに差がある ・搬送手段(昼間はDrへリ、夜間は?) 	

○現状 □今後の対応策	病院名	(1) 病院単独で対応可能なこと	(2) 他の機関と連携して対応可能なこと	(3) 対応困難な要因	検討の視点
<input type="checkbox"/> 健診・精密検査の受診率向上に向けた啓発 <input type="checkbox"/> 重症化予防対策(多職種連携)	下田メ テイル	<ul style="list-style-type: none"> 内科認定医による糖尿病の一般的治療 管理栄養士による栄養指導 眼科専門医による糖尿病性眼合併症の評価 			
<input type="checkbox"/> 精密検査未受診者対策 <input type="checkbox"/> 重症化予防衛生を継続強化	康心会 伊豆東 部病院	<ul style="list-style-type: none"> 検査の実施 糖尿病患者、糖尿病予備軍の方に対して栄養指導 教育入院の実施 インシュリン指導 		<ul style="list-style-type: none"> 専門医師不在 	
<input type="checkbox"/> 住民啓発 <input type="checkbox"/> 医療機関と行政の情報連携(要フォロー者の通院状況の確認等)	西伊豆 健育会 病院	<ul style="list-style-type: none"> コントロール良好の1型・2型糖尿病の治療合併症なし 合併症の研修・診断 アットケアの連携(順天堂他) 地域住民に向けて講演会実施(糖尿病について) 			<ul style="list-style-type: none"> ● 専門的治療、急性増悪化時の医療提供体制
<input type="checkbox"/> 精密検査未受診者対策 <input type="checkbox"/> 重症化予防衛生を継続強化	伊豆今 井浜病 院	全て	全て		<ul style="list-style-type: none"> ● 各病期を担う医療機関の連携
<input type="checkbox"/> 住民啓発 <input type="checkbox"/> 医療機関と行政の情報連携(要フォロー者の通院状況の確認等)	下田温 泉病院 熱川温 泉病院	<ul style="list-style-type: none"> 合併症も含めた薬物療法 栄養指導を含めた外来管理 	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者のインスリン治療 入院中はコントロールは良好 糖尿病教室開催など 他医療機関・行政との連携可能 	<ul style="list-style-type: none"> 高齢者においては生活習慣の変更はむずかしい 	
<input type="checkbox"/> 住民啓発 <input type="checkbox"/> 医療機関と行政の情報連携(要フォロー者の通院状況の確認等)	ふれあ い南伊 豆	<ul style="list-style-type: none"> 外来・入院時の血液検査などで糖尿病の人を発見するなど 	<ul style="list-style-type: none"> 他院で治療された慢性期の患者さんを引き続き外来入院で診るなど 		
<input type="checkbox"/> 住民啓発 <input type="checkbox"/> 医療機関と行政の情報連携(要フォロー者の通院状況の確認等)	賀茂医 師会	<ul style="list-style-type: none"> 検査体制はOK 専門医の確保 専門医との連携システム 	<ul style="list-style-type: none"> 教育入院 栄養指導体制 退院後の連携体制 	<ul style="list-style-type: none"> 専門医が少ない 患者自身の医学的理解 入院指導体制 	

○現状 □今後の対応策	病院名	(1) 病院単独で対応可能なこと	(2) 他の機関と連携して対応可能なこと	(3) 対応困難な要因	検討の視点
<input type="checkbox"/> 喘息と治療に関する知識の普及・啓発 <input type="checkbox"/> アレルギー性疾患による発作予防のための取組	下田メデイカ デイル 療心会 伊豆東 部病院 西伊豆 健育会 病院 伊豆今 井病院 下田温 泉病院 熱川温 泉病院 ふれあ い南伊 豆 賀茂医 師会	・内科認定医及び小児科専門医による喘息の一般的治療 ・小児アレルギーを診る事が出来る医師がいるため、軽発作時の対応は可能 ・急性期発作への対応 ・慢性外来管理	全て ・薬の処方	全て ・高齢者 (入院中の発作はあまりない)	● 専門的治療の提供体制、合併症・管理困難患者への対応 ● 専門的治療を行う医療機関とかかりつけ医との連携体制
				・今のところ治療効果は保たれていないので...	
			・急性期治療(人工呼吸器からの離脱等)後の入院治療	・常時(24時間)長期の呼吸器管理は困難	
		・初期治療体制の構築 ・専門医との連携、通信手段の確立 ・呼吸器内科医の確保	・情報伝達、相談手段の確立 ・専門医の講演等指導体制	・呼吸器専門医が少ない ・呼吸器内科のある病院が少ない	

○現状 □今後の対応策	病院名	(1) 病院単独で対応可能なこと	(2) 他の機関と連携して対応可能なこと	(3) 対応困難な要因	検討の視点
<input type="checkbox"/> 現状 <input type="checkbox"/> 今後の対応策	下田メ デイカ ル	<ul style="list-style-type: none"> ・肝臓専門医によるウイルス性肝炎の薬和治療 	<ul style="list-style-type: none"> ・順天堂大学医学部附属静岡病院の肝臓内科と連携し、肝炎の難治例に対応する。 		
<input type="checkbox"/> 隣接県域との連携で対応	康心会 伊豆東 部病院	<ul style="list-style-type: none"> ・各種検査の実施 ・軽傷～中程度の治療(入院・外来) 	<ul style="list-style-type: none"> ・グループ内病院に肝専門医師がいるため連携できる。(肝疾患センター、C型肝炎内服治療他) 		
<input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス検査の受検勧奨	西伊豆 健育会 病院	<ul style="list-style-type: none"> ・高度治療を必要としない外来管理 ※例えばアルコール性など 			
<input type="checkbox"/> 特殊治療以外は対応できず、隣接県域との連携を継続する	伊豆今 井病院	<ul style="list-style-type: none"> ・画像診断を含む診断 	全て	<ul style="list-style-type: none"> ・肝の専門医がいない 	<ul style="list-style-type: none"> ● 専門的治療の提供体制、肝硬変・合併症への対応
<input type="checkbox"/> 検査受検率向上対策	下田温 泉病院	<ul style="list-style-type: none"> ・近くの病院への紹介 	<ul style="list-style-type: none"> ・内視鏡、CT等の検査依頼 ・当院での入院(高齢者) 	<ul style="list-style-type: none"> ・急性期は受け入れ体制がない 	<ul style="list-style-type: none"> ● 専門的治療を行う医療機関とかかりつけ医との連携体制
<input type="checkbox"/> 肝炎かかりつけ医との連携による適切な事後指導の実施	熱川温 泉病院	<ul style="list-style-type: none"> ・外来での啓発・検査 ・安静・薬剤治療(一部)などの入院治療 	<ul style="list-style-type: none"> ・急性(劇症)期治療後の管理 	<ul style="list-style-type: none"> ・精神症状を伴う病態管理、入院でのインターフェロン他治療が困難 	
<input type="checkbox"/> 住民啓発	ふれあ い南伊 豆	<ul style="list-style-type: none"> ・外来・入院時の血液検査などで糖尿病の発見するなど 			
	賀茂医 師会	<ul style="list-style-type: none"> ・採血検査等による患者の把握 ・専門医の指導のもと経過観察 ・画像診断 	<ul style="list-style-type: none"> ・指導、連携体制の確立 	<ul style="list-style-type: none"> ・肝臓専門医 ・入院治療体制 ・肝がんに対する治療施設 	

○現状 □今後の対応策	病院名	(1)病院単独で対応可能なこと	(2)他の機関と連携して対応可能なこと	(3)対応困難な要因	検討の視点
	下田メ ディカ ル				
○軽症であれば可能 ○認知症については認知症サポート医が2名おり、対応可能。	康心会 伊豆東 部病院	・グループ南伊豆ホスピタルとの連携で重度の患者も対応可能。			
○ふれあい南伊豆ホスピタルとの連携	西伊豆 健育会 病院		・ふれあい南伊豆ホスピタルとの連携		
○指導検査等で指導。	伊豆今 井浜病 院	・安定期の投薬	・緊急入院以外は対応可	・精神科医がいない	●専門病院、精神科救急の体制、身体合併症治療の提供体制
○ゲートキーパー養成等の自殺対策	下田温 泉病院	・認知症を有する方の入院程度	・認知症を有する方の入院程度	・精神薬の処方はなくはない	●認知症への取組(認知症疾患医療センター・かかりつけ医等との連携体制)
○在院日数短縮指導の継続	熱川温 泉病院	・対応していない	・対応していない	・人員・施設・薬剤などソフト、ハードとも対応可能な状態にない	
○ゲートキーパー養成等の自殺対策の継続	ふれあ い南伊 豆	・当院主催の「医学講座」 ・フェスタ南伊豆への参加	・保健所でのこころの相談 ・病院内心理師が下田高校・下田看護にて相談業務 ・他院からの精神科的相談を受ける	・人手不足	
○ゲートキーパー養成等の自殺対策の継続	賀茂医 師会	・連携病院の確保 ・相談可能な専門医との連携	・連携体制(入院、外来) ・連携病院の専門医による日常診療の講演や指導	・精神科救急病院が無い ・入院可能な病院が少ない ・圏域に精神科医が少ない	

○現状 □今後の対応策	病院名	(1)病院単独で対応可能なこと	(2)他の機関と連携して対応可能なこと	(3)対応困難な要因	検討の視点
	下田メ ディカ ル	<ul style="list-style-type: none"> 一般的な二次救急医療 消防署救急救命士の病院実習の実施 	<ul style="list-style-type: none"> 域内病院との輪番制での二次救急 		
○域内及び隣接圏域との連携で対応	康心会 伊豆東 部病院	<ul style="list-style-type: none"> その日の医師により一部3次救急まで対応 	<ul style="list-style-type: none"> 直接ドクターヘリではなく、救急を一時受け、初期対応を行い、対応困難な場合高次医療機関へ搬送する。 	<ul style="list-style-type: none"> 高度医療救急は設備面で厳しいため、他圏域医療機関へ搬送。 	
○ドクターヘリの活用	西伊豆 健育会 病院	<ul style="list-style-type: none"> 高度医療と連携を前提とした初期救急対応 救急を決して断らない総合診療医を中心とした救急医療 	<ul style="list-style-type: none"> MC協議会に参加し問題症例を共有する 救急隊によるプロトコール講習会を実施し救命率を向上させる 		
○MC協議会での検討	伊豆今 井浜病 院	<ul style="list-style-type: none"> 初期対応 MC協議会検証医 二次救急輪番 	<p>全て</p>	<ul style="list-style-type: none"> 人的・設備的に無理 	<ul style="list-style-type: none"> ●救急搬送における基準の整備(メディカルコントロール協議会を通じて)
□病院間の役割分担や連携強化により2次救急医療体制の確保を図る。	下田温 泉病院	<p>なし</p>	<p>なし</p>	<ul style="list-style-type: none"> 体制がない 	<ul style="list-style-type: none"> ●救急医療機関と診療所・介護施設等との地域連携体制の整備ほか
□人口規模等考慮すると医療機関の自主努力による高度救急医療への対応は難しいため、引き続き、隣接圏域との連携を強化、継続する。	熱川温 泉病院	<ul style="list-style-type: none"> 初期診断と高次医療機関への情報提供 搬送への協力 	<ul style="list-style-type: none"> 左記および急性期治療後の入院管理 	<ul style="list-style-type: none"> 手術、集中治療および多臓器にわたる疾患・外傷には対応できない 	
□MC協議会での検討強化	ふれあ い南伊 豆	<ul style="list-style-type: none"> 精神科救急に多少は対応可能か 	<ul style="list-style-type: none"> 他院よりの当院入院要望にに対応可能かその都度判断しながら、対応していく 	<ul style="list-style-type: none"> 事情の分からない方を緊急で受診していただく場合、精神保健福祉法に当てはめることが出来るか、不明。 当院にかかってから、身体的な病気に掛かる可能性なども考えれば、やはり、事情が分かりやすい平日の日中が良い。 	
	賀茂医 師会	<ul style="list-style-type: none"> ファーストエイド 画像診断、転送、入院の識別 	<ul style="list-style-type: none"> 一次救急からの依頼に対する指示 経過観察入院、転院、画像診断 	<ul style="list-style-type: none"> マンパワー不足 救急医不足 専門医不足 	

○現状 □今後の対応策	病院名	(1)病院単独で対応可能なこと	(2)他の機関と連携して対応可能なこと	(3)対応困難な要因	検討の視点
○救護病院、市町、医師会等関係者間の連携強化	下田メデイカル	<ul style="list-style-type: none"> 救護病院としての災害時対応 	<ul style="list-style-type: none"> 当院が被災して病院機能喪失時の近隣病院との連携による災害医療の提供 	<ul style="list-style-type: none"> 津波の被害想定では当院は浸水して病院機能喪失の恐れがある。 	
○災害対策本部医療救護班で対応	康心会伊豆東部病院	<ul style="list-style-type: none"> 救護病院としての活動 災害時、津波が広域で起きた場合でも当院は診療可である。 透析(水配管が壊れなければ実施可能。) 	<ul style="list-style-type: none"> 災害時他医療機関からの患者受け入れ。 市町村との協力・連携が必要。 	<ul style="list-style-type: none"> 当院医師が病院外に出での活動は難しい。 	
○圏域内救護病院の連携	西伊豆健育会病院	<ul style="list-style-type: none"> 災害後、病院機能が停止しなければ救護病院として対応可能 	<ul style="list-style-type: none"> 日赤救護班との連携 津波被災時は自衛隊のヘリによる域外搬送 海上保安庁による透析患者の域外搬送 		
○仮設救護病院等の検討	伊豆今井病院	<ul style="list-style-type: none"> イエローカードの方々の治療 	<ul style="list-style-type: none"> 満杯にならない限り対応 	<ul style="list-style-type: none"> 人的・設備的に無理 	<ul style="list-style-type: none"> 救急搬送における基準の整備(メデイカルコントロール協議会を通じて)
○救護病院、市町、医師会等関係者間の連携強化	下田温泉病院	<ul style="list-style-type: none"> 水、食料の確保 数日分の薬確保 	なし	<ul style="list-style-type: none"> いつも満床にしている 	<ul style="list-style-type: none"> 救急医療機関と診療所・介護施設等との地域連携体制の整備ほか
○仮設救護病院等の検討	熱川温泉病院	<ul style="list-style-type: none"> 外来での一次診療・トリアージ一部ケースでの入院治療 	<ul style="list-style-type: none"> 高次医療機関、後方医療機関受け入れまでの(できる治療は限定されるが)待機入院 	<ul style="list-style-type: none"> 人員・資材の許容する限り対応 	
	ふれあい南伊豆	<ul style="list-style-type: none"> ないと思われる 	<ul style="list-style-type: none"> 想定出来ていない 		
	賀茂医師会	<ul style="list-style-type: none"> 医療従事者の安全確保 トリアージ 応急処置 転送 	<ul style="list-style-type: none"> トリアージ、応急処置 新たな災害医療体制の確保 	<ul style="list-style-type: none"> 地勢、地形的に診療可能な医療機関の確保 生き残れる医療機関が少ない 災害医療体制が作れない 	

○現状 □今後の対応策	病院名	(1)病院単独で対応可能なこと	(2)他の機関と連携して対応可能なこと	(3)対応困難な要因	検討の視点
○管内2つのへき地医療拠点病院が巡回診療を実施	下田メデイカ イル	<ul style="list-style-type: none"> ・病院のシャトルバスは病院利用者以外も乗降者可能。 ・患者輸送バス、へき地での医療も相談可能。 ・来院困難者に対しては訪問診療、その在宅訪問サービスを行っている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・へき地診療実施医療機関の支援(南伊豆町一之瀬診療所) 		
○町による患者輸送バスの運行	会 心会 伊豆 東 部 病 院	<ul style="list-style-type: none"> ・病院のシャトルバスは病院利用者以外も乗降者可能。 ・患者輸送バス、へき地での医療も相談可能。 ・来院困難者に対しては訪問診療、その在宅訪問サービスを行っている。 	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問圏内地域であれば、紹介患者の在宅支援可能。 		
○へき地医療拠点病院による巡回診療の継続実施	西伊豆 健育会 病院	<ul style="list-style-type: none"> ・毎月1回 巡回診療実施(杵宜の畑・宮ヶ原) ・慢性期新患管理 ・終末期医療 ・病院バス運行 		<ul style="list-style-type: none"> ・全域カバーは無理 	<ul style="list-style-type: none"> ●無医地区における医療の確保
○町による患者輸送バスの運行継続	伊豆今 井浜病 院	<ul style="list-style-type: none"> ・巡回診療 ・病院独自のバス ・訪問診療 	<ul style="list-style-type: none"> ・開業医・サテライト診療所との連携、訪問診療の依頼 	<ul style="list-style-type: none"> ●専門的な医療を行う医療機関への患者搬送体制・連携体制の整備 	
□新たな医療機関の開設	下田温 泉病院	なし	なし	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者が固定している 	
	熱川温 泉病院	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問でのリハビリテーション ・付帯施設でのデイサービスなど 	<ul style="list-style-type: none"> ・他の地域医療機関からの依頼で右記を実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・巡回(訪問)での医療・看護の実施は人員の問題で困難 	
	ふれあ い南伊 豆	<ul style="list-style-type: none"> ・巡回診療などはしていない ・当院送迎バスが運行しているが、幹線道路沿線を通っているのみ 	<ul style="list-style-type: none"> ・想定出来ない 		
	賀茂医 師会	<ul style="list-style-type: none"> ・専門医は必要だが総合医的になんでも受け入れる ・診療所と連携し病院も在宅医療を搬送手段(Drへり、Drカーなど) 	<ul style="list-style-type: none"> ・連携システムの確立と利用 ・在宅診療における多職種連携 ・今までもそうだがかかりつけ医、病院が地域の公衆衛生も担う 	<ul style="list-style-type: none"> ・外来、入院、在宅における多職種連携の構築 ・情報伝達手段の活用 	

○現状 <input type="checkbox"/> 今後の対応策	病院名	(1) 病院単独で対応可能なこと	(2) 他の機関と連携して対応可能なこと	(3) 対応困難な要因	検討の視点
	下田メ ディカ ル			<ul style="list-style-type: none"> 施設資材、人員不足 	
	康心会 伊豆東 部病院	<ul style="list-style-type: none"> H29.5の新病院開設時より分娩設備を設 置。 施設設備面では実施可能。 		<ul style="list-style-type: none"> 現在医師、助産師不在により未 実施。 	
○他圏域の周産期医療機 関との連携	西伊豆 健育会 病院	<ul style="list-style-type: none"> 不可能 			
○他圏域の高次周産期医 療機関との連携	伊豆今 井浜病 院	<ul style="list-style-type: none"> 妊娠の診断 安定期の診察 	全て	<ul style="list-style-type: none"> お産は取扱いしておりません。 	<ul style="list-style-type: none"> ●地域における周産期医療施設 ネットワークの充実
□病院での分娩取り扱い 開始	下田温 泉病院	なし	なし	入院：高齢者 外来：婦人科をすすめる	<ul style="list-style-type: none"> ●NICUの整備促進
□1施設に負担が掛から ないよう市町及び周辺医 療機関との連携・協力強 化	熱川温 泉病院	<ul style="list-style-type: none"> 対応していない 	<ul style="list-style-type: none"> 対応していない 	<ul style="list-style-type: none"> 人員・設備がないため 	
□他圏域の高次周産期医 療機関との連携強化	ふれあ い南伊 豆	<ul style="list-style-type: none"> ないと思われる 	<ul style="list-style-type: none"> ないと思われる 		
	賀茂医 師会	<ul style="list-style-type: none"> 現状では各病院に産婦人科、小児科が そろった病院は少ない 小児科医の確保 産婦人科医の確保 専門施設との連携 	<ul style="list-style-type: none"> 専門施設との連携システム 産婦人科医院との協働 小児科診療所との連携、協働 	<ul style="list-style-type: none"> 小児科医の不足 産婦人科医の不足 専門の看護師、パラメディカル の不足 	

○現状 □今後の対応策	病院名	(1)病院単独で対応可能なこと	(2)他の機関と連携して対応可能なこと	(3)対応困難な要因	検討の視点
○隣接圏域との連携で対応 ○＃8000の周知 □隣接圏域との連携強化 □対応病院における小児科診療体制の強化	下田メディカル	<ul style="list-style-type: none"> 小児科医師増員による外来診療体制の充実強化 月2回の夜間小児二次救急医療 病児保育の開設による就労保護者との支援 小児科医不在地域の関連施設への小児科医派遣 小児療育等の受入れの方向 	<ul style="list-style-type: none"> 小児科医不在地域医療期間への小児科医派遣 公的病院の小児科医師のローテーション研修受入れ 		
	康心会伊豆東部病院	<ul style="list-style-type: none"> 平成29年4月より常勤医師1名が入職したため、小児外来診療を行っている。 軽度症状での入院加療は可能。 アレルギー診療可能。 小児てんかん対応可能。 	<ul style="list-style-type: none"> 重症者は高次医療機関に転送、入院依頼の連携。 	<ul style="list-style-type: none"> 夜間帯は困難 	
○隣接圏域との連携で対応 ○＃8000の周知	西伊豆健育会病院	<ul style="list-style-type: none"> 初期救急対応 軽度の感染症 総合診療医による小児科対応 			●一般小児医療を担う医療機関と小児専門医療を担う病院との連携
□隣接圏域との連携強化	伊豆今井浜病院	<ul style="list-style-type: none"> 一次診療のみ 	全て	<ul style="list-style-type: none"> 常勤小児科医不在 	●小児救急医療機関(救命救急センター)の機能強化
□対応病院における小児科診療体制の強化	下田温泉病院	なし	なし	入院：高齢者 外来：インフルエンザ程度	
	熱川温泉病院	<ul style="list-style-type: none"> 外来日、外傷、感染症の一部(主に急患)に対応している 	<ul style="list-style-type: none"> 基本的に対応していない 	<ul style="list-style-type: none"> 人員・設備・薬剤の用意がないため 	
	ふれあい南伊豆	<ul style="list-style-type: none"> 小児の診察の経験もなく、対応困難と思われる 	<ul style="list-style-type: none"> 他院にて診断・治療して安定されている(近隣の)方を当院で診察・投薬できるかもしれない 		
	賀茂医師会	<ul style="list-style-type: none"> 小児科医の確保 小児科診療(定期的でも) 小児科専門診療ブース 	<ul style="list-style-type: none"> 小児科標準診療所との連携 圏域外小児科病院との連携、診療援助システム 周産期センターとの連携システム 予防接種、健診等の協働 	<ul style="list-style-type: none"> 小児科医不足 小児科標準病院(下田メディカルのみ) 小児科入院施設がない 	

○現状 □今後の対応策	病院名	(1) 病院単独で対応可能なこと	(2) 他の機関と連携して対応可能なこと	(3) 対応困難な要因	検討の視点
<p>○在宅医療を担う関係団体の連携体制の構築</p> <p>○診療所、歯科診療所での対応</p> <p>□在宅医療を担う関係団体の連携体制の構築、強化</p> <p>□診療所での対応に加え、病院での対応強化</p> <p>□予防事業の充実・強化</p>	<p>下田メデイカル</p> <p>康心会伊豆支部病院</p> <p>西伊豆健育会病院</p> <p>伊豆今井病院</p> <p>下田温泉病院</p> <p>熱川温泉病院</p> <p>ふれあい南伊豆</p> <p>賀茂医師会</p>	<ul style="list-style-type: none"> 在宅診療の一部実施。 在宅医療・介護連携推進支援センターの活動による域内連携の充実強化。 訪問診療、訪問看護、訪問リハビリ、訪問栄養指導を実施している。 介護保険分野では居宅介護支援事業所、通所リハビリテーションを行っており、在宅医療サービスの相談から対応までを行っている。 訪問診療を広範化する 地域のケアマネとの懇談会実施(4回/年)予定 診療所紹介の在宅患者、入院受入れ体制の構築 地域住民に「寝たきりゼロ」の講演会実施 訪問診療を少し 歯科との連携 <p>現在はなし</p> <ul style="list-style-type: none"> 訪問リハビリテーション、リハビリテーション教室などによる在宅でのADL確保 当院併設の上野山看護ステーションを利用する形で在宅医療推進 当院デイケア利用により、再発再燃防止となっているかと思われる <ul style="list-style-type: none"> 在宅支援診療所や訪問診療は難しいが往診応需の拡大 病院も在宅医療に参加し診療所と連携 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅医療実施医療機関の後方病院としての機能の充実 他事業所から紹介を受けた在宅支援患者の対応可能。 当院で行えない範囲の方については在宅サービス事業所と協力して行っている。 	<ul style="list-style-type: none"> 看護師等、マンパワー不足。 24時間365日の訪問 	<ul style="list-style-type: none"> 多職種連携による在宅医療提供体制の構築 介護施設等を含む在宅患者の急変時の対応
<p>○在宅医療を担う関係団体の連携体制の構築</p> <p>○診療所、歯科診療所での対応</p> <p>□在宅医療を担う関係団体の連携体制の構築、強化</p> <p>□診療所での対応に加え、病院での対応強化</p> <p>□予防事業の充実・強化</p>	<p>伊豆今井病院</p> <p>下田温泉病院</p> <p>熱川温泉病院</p> <p>ふれあい南伊豆</p> <p>賀茂医師会</p>	<ul style="list-style-type: none"> 訪問診療を少し 歯科との連携 <p>現在はなし</p> <ul style="list-style-type: none"> 訪問リハビリテーション、リハビリテーション教室などによる在宅でのADL確保 当院併設の上野山看護ステーションを利用する形で在宅医療推進 当院デイケア利用により、再発再燃防止となっているかと思われる 	<ul style="list-style-type: none"> 開業医・サテライト診療所との連携、訪問診療の依頼 高齢者においては入院 	<ul style="list-style-type: none"> 人力的に困難 なし 在宅でも入院中の転院でも変わらない 地域での医療連携、体制構築を模索している 	<ul style="list-style-type: none"> 多職種連携による在宅医療提供体制の構築 介護施設等を含む在宅患者の急変時の対応
<p>○在宅医療を担う関係団体の連携体制の構築</p> <p>○診療所、歯科診療所での対応</p> <p>□在宅医療を担う関係団体の連携体制の構築、強化</p> <p>□診療所での対応に加え、病院での対応強化</p> <p>□予防事業の充実・強化</p>	<p>伊豆今井病院</p> <p>下田温泉病院</p> <p>熱川温泉病院</p> <p>ふれあい南伊豆</p> <p>賀茂医師会</p>	<ul style="list-style-type: none"> 訪問診療を少し 歯科との連携 <p>現在はなし</p> <ul style="list-style-type: none"> 訪問リハビリテーション、リハビリテーション教室などによる在宅でのADL確保 当院併設の上野山看護ステーションを利用する形で在宅医療推進 当院デイケア利用により、再発再燃防止となっているかと思われる 	<ul style="list-style-type: none"> 開業医・サテライト診療所との連携、訪問診療の依頼 高齢者においては入院 	<ul style="list-style-type: none"> 人力的に困難 なし 在宅でも入院中の転院でも変わらない 地域での医療連携、体制構築を模索している 	<ul style="list-style-type: none"> 多職種連携による在宅医療提供体制の構築 介護施設等を含む在宅患者の急変時の対応
<p>○在宅医療を担う関係団体の連携体制の構築</p> <p>○診療所、歯科診療所での対応</p> <p>□在宅医療を担う関係団体の連携体制の構築、強化</p> <p>□診療所での対応に加え、病院での対応強化</p> <p>□予防事業の充実・強化</p>	<p>伊豆今井病院</p> <p>下田温泉病院</p> <p>熱川温泉病院</p> <p>ふれあい南伊豆</p> <p>賀茂医師会</p>	<ul style="list-style-type: none"> 訪問診療を少し 歯科との連携 <p>現在はなし</p> <ul style="list-style-type: none"> 訪問リハビリテーション、リハビリテーション教室などによる在宅でのADL確保 当院併設の上野山看護ステーションを利用する形で在宅医療推進 当院デイケア利用により、再発再燃防止となっているかと思われる 	<ul style="list-style-type: none"> 訪問看護「紡ぎ」に訪問してもらったことがある 当院併設のふれあい地域支援センターに(通院中の患者さんが)通うことなどで再発再燃防止になっているかと思われる 	<ul style="list-style-type: none"> システムの利用 	<ul style="list-style-type: none"> 多職種連携システムの活用 静岡県版ネットワークの活用(行政も圏域外施設も多職種が使用可能)

(資料6-2-7①)

病院名	自由記載事項
康心会伊豆東部病院	<p>○医療界全体での在宅移行の方針が言われているが、患者様・家族の声、希望では在宅より病院で入院加療が多い。</p> <p>○在宅で過ごし、最後は病院に入院して看取りのケースが多い。</p> <p>○超高齢化地域(圏域)では、介護施設の順番待ちの方。独居や家族の支援が難しく、自宅で生活が困難な方。看取り目的の方。長期療養入院のニーズが非常に高い。急性期(高度急性期)→回復期の流れはあるが、回復期の対象にならない患者さんの受け入れ先をどのようにすればよいのか。</p> <p>○病院が対応可能な機能について、病院単独で周知する事が難しい場合もあるため、広報を市町村の協力を得たい。</p> <p>○予防医療については、市町村との連携が重要。特定健診から特定保健指導の様に患者情報提供を交互間で行っていく。</p> <p>○がん、糖尿病、肝炎の早期検査は、補助制度をお願いしたい。また、補助制度を利用できる期間の延長、周知を市町村、医療機関、マスコミ含めて周知する。</p>
賀茂医師会①	<p>〈災害医療と地域とのかかわり〉</p> <p>賀茂圏域の災害医療はまず医療従事者がいかに生き残るかがスタートである。生き残っても道路は寸断され物資は届かず搬送もできない。発災と同時に、要請がなくてもDMATなどが駆けつけるシステムでないとこの地域の災害医療は成り立たない。</p> <p>道路も寸断され、ヘリも望めない状態ではDMATと海上自衛隊の艦船などが沖合に停泊しヘリなどによるピストン搬送以外に災害医療は成立しないかもしれない。</p> <p>賀茂医師会では各市町から理事を選出しそれぞれの市町の災害医療を、また災害医療コーディネーターは西、南、東エリアから特に下田市からは津波浸水域以外の理事も登録し誰かが何とか災害対策本部に行き活動する体制を整えている。</p> <p>以前から賀茂地域災害医療対策会議を医師会が立ち上げ、県、市町、消防、警察、海保、歯科医師会、薬剤師会等を集め地域の災害医療対策を検討する場を設けてきた。</p> <p>以前ほどの活動が見られないが東日本大震災から数年たち記憶も薄れゆく中あらためて活動を再開していきたい。</p> <p>また、現時点では救護所等の問題で各市町の医療救護計画も作れない状況にある。行政単位で地元の理事を中心に現場に即した医療救護計画を作成するように働きかけている。</p>

(資料6-2-7②)

病院名	自由記載事項
賀茂医師会②	<p>〈地域医療と地域包括ケア〉</p> <p>1. 地域包括ケア 冒頭に述べたように当地域は西、南、東エリアで地域医療や医療・介護の連携を構築しないと成り立たない。 市町単位では診療所はあるが病院はなく、訪問看護ステーション等もない。 幸い各エリアに一般病床を有する病院が存在し連携が取れている。 地域包括ケア等もこの状況を踏まえ各市町で計画を策定し、2つの行政がエリアごとですり合わせ、協働できるよう医師会が中心になり進めてきた。 地域包括ケアは病院、診療所、訪問看護、介護施設、行政などの多職種連携が鍵であり、当地域で今まで行ってきた連携を更に密に、強固にすべく情報交換、共有手段として静岡県版ネットワークシステム導入を働きかけてきた。今年度は実用の時である。</p> <p>2. 地域医療、在宅医療 救急医療はエリアごとに休日診療を行うシステムが我々の親の代から構築されてきた。 当時は病院も少なく市町との契約はオールナイトで土日、祝日の診療を各医療機関が行っていた。エリアごとに病院もでき、当番医も埋まらなくなってきた現在、再検討の時を迎えている。センター構想は地域特性として無理である。 地域医療構想などで地域で医療の完結を謳っているが、子供達家族が東部や首都圏方面などで居を構えている。 希望する入院医療機関は圏域外になり、在宅医療も急変を近所の人を見つけ、家族に連絡を取り救急車を要請。どうしても病院での看取りが多くなる。 24時間体制の訪問看護ステーションも無く退院先が施設という状況ではなんでも在宅へというのは難しい。 医師会では各病院の在宅医療への関与、在宅看取り、施設看取りなど多職種連携の一環として取り組んでいる。</p> <p>3. 予防事業 少子化はさらに深刻で、ある町では年間200人近くが亡くなり、出生は20人前後である。 小児科も下田市と河津町しかなく、各診療所は子供から老人、すべての診療科の患者が待合室にあふれ個別の予防接種は困難である。 予防接種においては親同士のコミュニケーションの場、保健師等による子供や親に対する教育の場として定期予防接種は集団で行っている。 検診事業もしかりで、がん検診は医師会が検診車で各市町に出かけ集団で行い、特定健診も集団である。 事前に各市町担当者と日程調整を行い、我々が検診の場に出向き行っている。 個別では通院の足もなく来られない人も多く存在するからである。</p>