

静岡県医療審議会

第2回 静岡県保健医療計画策定作業部会

日時：平成28年12月21日(水) 午後4時～6時
場所：グランディエール プケトーカイ 4階ワルツ
(静岡市葵区紺屋町1-7-1)

次 第

○ 議 題

- 1 医療計画策定に向けた今後の取組 (案)
- 2 疾病・事業ごとの医療提供体制の検証

○ 報 告

厚生労働省における医療計画見直しの検討状況

【配布資料】

- ・ 座席表
- ・ 静岡県保健医療計画策定作業部会 委員名簿
- ・ 静岡県保健医療計画策定作業部会 設置要綱
- ・ 資料1：医療計画策定に向けた今後の取組 (案)
- ・ 資料2-1：地域医療構想調整会議の実施状況
- ・ 資料2-2：二次医療圏別 各種医療の自己完結率 (地域医療構想調整会議資料)
- ・ 資料3-1：疾病・事業ごとのデータから見た地域課題
- ・ 資料3-2：疾病・事業ごとの医療提供体制の現状データ
- ・ 資料4：第1回作業部会終了後に寄せられた委員意見の概要
- ・ 資料5：厚生労働省「医療計画の見直し等に関する検討会」資料 (抜粋)

静岡県医療審議会

第2回静岡県保健医療計画策定作業部会 座席表

日時:平成28年12月21日(水) 午後4時～6時、場所:グランディエール プレートカイ4階 ワルツ

	毛利 博 委員	望月 律子 委員	徳永 宏司 部会長	荒瀬 憲二 委員	太田 康雄 委員	荻野 和功 委員	
溝口 明範 委員							尾崎 元紀 委員
細野 澄子 委員							小野寺 昭一 委員
田中 一成 委員							北村 宏 委員
小林 利彦 委員							木本 紀代子 委員
小田 和弘 委員							

秋山 疾病対策課長	石田 医療政策課長	北詰 医療健康局長	後藤 医療健康局 技監	奈良 地域医療課長	浦田 医療人材室長
杉山 介護保険課長	後藤 長寿政策課長	土屋 精神保健 福祉室長	福島 健康福祉部 政策監	赤堀 国民健康 保険課長	土屋 健康増進課長
藤本 賀茂保健所長	竹内 熱海健康福祉 センター所長 兼保健所長	梶賀 東部保健所長	岩間 御殿場健康福祉 センター所長 兼保健所長	岡野 薬事課長	沢井 福祉指導課指導 監兼介護指導第2 班長
永井 富士保健所長	河合 中部健康福祉 センター副所長	加治 静岡市保健所長	安間 西部保健所長	板倉 浜松市健康 福祉部医監	
事務局	報道		報道		

傍聴席

傍聴席

静岡県医療審議会
静岡県保健医療計画策定作業部会 委員名簿

任期：平成28年8月9日～平成29年8月31日

区分	氏名	所属団体名・役職名	備考
審議会委員	◎ 徳永 宏司	静岡県医師会副会長	(医療関係者)
	太田 康雄	静岡県町村会 (森町長)	(市町)
	尾崎 元紀	静岡県歯科医師会専務理事	(医療関係者)
	北村 正平	静岡県市長会 (藤枝市長)	(市町) 欠席
	今野 弘之	浜松医科大学学長	(医療関係者) 欠席
	玉井 直	静岡県病院協会会長	(医療関係者) 欠席
	原田 英之	静岡県国民健康保険団体連合会理事長	(保険者) 欠席
	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) 欠席
	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

静岡県保健医療計画策定作業部会 設置要綱

(設 置)

第1条 医療法施行令（昭和23年10月27日政令第326号。以下「政令」という。）

第5条の21第1項の規定に基づき、静岡県保健医療計画策定作業部会（以下「部会」という。）を設置する。

(所掌事務)

第2条 部会は、医療法（昭和23年7月30日法律第205号）第30条の4第1項に即した静岡県保健医療計画の策定に資するため、次に掲げる事項を検討する。

(1) 保健医療計画の策定（地域医療構想の見直しを含む）のために必要な事項

(2) 地域医療構想推進のために、地域医療構想調整会議の検討状況を踏まえた県内調整等に関する事項

(3) 次期保健医療計画と次期介護保険事業（支援）計画の策定に関する両計画の整合性の確保に関する事項

(4) その他、必要な事項

(招 集)

第3条 部会の会議は、部会長が招集する。ただし、設置後最初の部会は、静岡県医療審議会長が招集する。

(議 長)

第4条 部会長は、会議の議長となり、会議を主宰する。

(説明又は意見の聴取)

第5条 議長は、必要と認めるときは、部会に諮って関係行政機関の職員その他適当と認める者の出席を求め、その説明又は意見を徴することができる。

(庶 務)

第6条 部会の庶務は、健康福祉部医療健康局医療政策課において処理する。

(その他)

第7条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は別に定める。

附 則

この要綱は、平成19年7月12日から施行する。

附 則

この要綱は、平成24年7月2日から施行する。

附 則

この要綱は、平成28年4月28日から施行する。

平成28年度 第2回静岡県保健医療計画策定作業部会

資料目次

○資料1：医療計画策定に向けた今後の取組（案）	1
○資料2-1：地域医療構想調整会議の実施状況	5
○資料2-2：二次医療圏別 各種医療の自己完結率	15
○資料3-1：疾病・事業ごとのデータから見た地域課題	32
○資料3-2：疾病・事業ごとの医療提供体制の現状データ	39
○資料4：第1回作業部会終了後に寄せられた委員意見の概要	95
○資料5：厚生労働省「医療計画の見直し等に関する検討会」資料(抜粋)	96

地域医療構想の実現に向けた 今後の対応について（案）

静岡県保健医療計画の策定 に向けた今後の取組

第7次(現行)計画と第8次(次期)計画の 違いに基づく策定の考え方

	第7次(現行)計画	第8次(次期)計画
介護保険事業支援計画との関連性	平成27年度から3年間の計画として策定(介護保険事業支援計画との整合は不十分)	平成30年度からの介護保険事業支援計画等と同時に策定し、整合を十分に保つ
7疾病・5事業及び在宅医療	従来を構成を踏襲(県全域を中心に記載)	地域医療構想を前提として、圏域(構想区域)中心に記載
長期的な展望・施策展開	地域医療構想策定前のため将来展望は短期かつ総花的	地域医療構想を踏まえ2025年を見据えた取組を記載
計画の構成	全県単位＞圏域単位 【全県の取組を中心】	全県単位＜圏域単位 【圏域の取組に重点化】

保健医療計画策定のポイント①

ー 調整会議を重視 ー

- 調整会議での積極的な議論の促進
→将来(2025年)に向けた地域の合意形成を目指した検討
- 県医療審議会作業部会と調整会議との連動性の確保
→「隣接圏域(構想区域)との協調」及び「全県の調和」
- 調整会議の自律的・自主的な活動
→圏域(構想区域)の各種データ分析(現状把握・課題整理)
→それぞれの圏域(構想区域)に係る地域課題を提示
- 調整会議において、『7疾病・5事業＋在宅医療』について、
圏域(構想区域)の地域課題を検証⇒対応方策の検討

保健医療計画策定のポイント②

ー 介護との整合性を確保 ー

- 地域包括ケアシステムの視点
→医療・介護連携のために市町の積極的関与が必要
(全ての地域支援事業は平成30年度から実施)
- 地域包括ケアシステムの視点
→多職種連携を前提として病院から在宅医療・介護まで
を円滑に連結
- 医療だけでなく、介護分野や福祉分野とも関連(調和・
連携)した計画として策定
- 地域医療構想における「在宅医療等」のサービス量と
介護保険サービス供給量の整合性を確保

調整会議の今後の進め方

【平成28年度（第3回目以降）】

- 各区域の「7疾病・5事業及び在宅医療」の課題整理
(第3回会議で各圏域(構想区域)個別の課題を提示予定)
- 各課題に関する医療提供体制の現状把握
(各圏域(構想区域)データに基づく「課題」の共通認識)
- 各圏域(構想区域)における対応方策の検討
(必要に応じて隣接圏域(構想区域)との調整(連携方策))

※必要に応じて、今年度4回目の調整会議を開催
(第3回目…1月頃を想定)

※「7疾病・5事業及び在宅医療」の対応策検討に当たっては、別に
設置する協議会等(へき地医療、周産期医療等)と調整する

調整会議の今後の進め方

【平成29年度（予定）】

- 「7疾病・5事業及び在宅医療」の各課題に対する圏域
(構想区域)における対応方策の検討【継続】
- 圏域(構想区域)内での対応策の検討に加え、必要に
応じて隣接圏域(構想区域)間の調整(連携方策の検討)
- 介護保険事業支援計画との整合性確保
(地域医療構想における「在宅医療等」と介護保険サービス供給量の整合性等)
- 保健医療計画(地域医療構想を含む)圏域版の作成
(次期保健医療計画では「圏域版」を重点化)

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

	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
県全体						第2回(下旬)					第1回(下旬)				第2回【案案】			第3回【最終案】
各圏域			第2回(12/21)			第3回(中旬)	第1回(下旬)			第2回(下旬)				第3回(下旬)		第3回(下旬)		第4回(下旬)
事務局											委員改選							
各保健所																		

保健医療計画(最終案)作成

パブコム

関係団体意見聴取

計画(最終案)作成

提出意見への対応

介護施設等
設置計画
29年度策定

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

	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
県全体											第1回【骨子】				第2回【案案】			第3回【最終案】
各圏域																		
事務局																		
各市町																		

社会保険審議会(療養病床
の在り方特別部会)

→その後、社会保険審議会にて個別の制度・法律等を整備

地域医療構想調整会議の実施状況

1 県内各地域の地域医療構想調整会議の状況

(1) 開催状況

構想区域等	開催状況		構想区域等	開催状況	
賀茂	第1回:7/6	第2回:10/17	静岡	第1回:7/8	第2回:10/7
熱海伊東	第1回:6/29	第2回:10/12	志太榛原	第1回:7/6	第2回:10/4
駿東	第1回:6/16	第2回:10/7	中東遠	第1回:6/15	第2回:10/4
三島田方	第1回:6/20	第2回:10/3	西部	第1回:7/5	第2回:10/18
富士	第1回:6/24	第2回:10/3			

(2) 第2回調整会議の協議状況

下記資料を参照のうえ、各構想区域における現状・課題等について協議

- ・平成27年度病床機能報告結果（病院個別データ）
- ・二次医療圏別 各種医療の自己完結率
- ・療養病床を有する医療機関への訪問調査の状況
- ・地域医療介護総合確保基金（医療分）主要事業
- ・診療所年齢別医師数
- ・在宅医療に関する参考資料（診療報酬実績に基づく訪問診療の状況）ほか

○主な協議事項（第2回目）

賀茂	○医療提供体制の現状・課題 ○圏域の広域化による問題点 ○在宅医療の提供体制（マンパワー不足への対応等）
熱海伊東	○将来の必要病床数 ○伊豆地域に係る構想区域について ○療養病床の見直しへの対応状況 ○患者の流出入について
駿東	○疾病・事業ごとの自己完結率 ○認知症への取組 ○在宅医療の提供体制 ○療養病床の見直しに伴う慢性機能の確保 ○その他、当構想区域の課題
三島田方	○精神科医療 ○疾病・事業ごとの自己完結率 ○在宅医療の提供体制 ○その他（在宅歯科、訪問薬剤、訪問看護、老健施設への転換等）
富士	○救急医療体制 ○在宅医療の提供体制 ○がん医療に関する課題 ○療養病床の見直しへの対応状況 ○その他（看護師の確保、終末期医療等）
静岡	○医療提供体制（全般及び精神科・糖尿病ほか） ○療養病床の見直しへの対応状況 ○看護師の確保
志太榛原	○公立病院の今後の方針（島田市民・焼津市立・榛原） 回復期充実の必要性 ○在宅医療について（看取り対応等）
中東遠	○疾病・事業ごとの医療提供体制の課題 ○慢性期、在宅医療等の受け皿整備での課題
西部	○精神科疾患への対応 ○疾病・事業ごとの自己完結率 ○療養病床の見直しへの意見 ○介護に係る人材確保

【医療提供体制】

- ・賀茂圏域において高度医療は行うべきではないと考える。症例件数が多ければ医師は慣れるが少なればミスが多くなり、患者のためにならない。ただし、産科は必要と思う。
- ・近頃は高齢化が進み、天城を超えることができない人も出てきている。
- ・県全体の作業部会では二次医療圏を統合すべきという意見もあるが、統合するメリットが見えない。「当圏域ではこのように進めていくんだから圏域が大きくなるとやりにくくなるんだ」といったくらいのバイタリティを持っていく必要がある。
- ・当圏域で自己完結できないのは自明だが、医療圏を統合しても住民にとっては何も変わらない。むしろ、例えば産科が1診療所で頑張っている状況が見えなくなるなど、問題が顕在化してしまう危惧がある。やるべきと言われていることについて自己完結を高めていく努力をして、県などから応援していただくことしかないのではないかと。
- ・心がけているのは、救急は決して断らず2次救急までは見る。また、昼間はドクターヘリがあるのですぐに搬送することができる。
- ・広域化したとしても、救急、がん、心筋梗塞に関してもほとんど変わらない状況になるのではないかと。高齢化が進んでおり、お子さんたちが沼津、三島や田方の方に住んでいることから、どうしてもそちらの病院に行ってしまう部分もある。逆に圏域を広くしてしまうと、小さい地域の意見が反映されにくくなるなど、小回りが利かなくなることを危惧する。現在の圏域で改善すべきは改善していけば何の問題もないのではないかと。
- ・伊豆縦貫自動車道ができれば下田は良くなるが、西海岸や東海岸への道路整備も重要。
- ・賀茂地域の特徴を前面に押し出していくべき。
- ・患者からは、高度医療は順天堂や静岡医療センターで治療してほしいが帰ってはきたい、賀茂で治療するのは不安がある、という生の声がある。その理由は、ハードの面や、外に住んでいる家族が賀茂まで通ってくるのが大変だからということ。連携をしっかりとっていけば今の状態で問題ないのではないかと。
- ・予防注射や検診など他の問題も当圏域は絡んでおり、一概に病床機能だけで圏域を考えてはいけないのではないかと。賀茂は集団検診がコミュニティになっている部分もあり、それでうまく回っているところもある。小さい圏域だからこそその良さもある。

【在宅医療】

- ・県医師会のネットワークについて、もっと皆さんに情報提供をしていく必要がある。
- ・介護にも#8000のような夜間でも対応できる不安解消のシステムがあると良い。
- ・この地域の在宅の特徴として独居老人が多いことがある。また、24時間の訪問看護ステーションがない。国の言うように何でも在宅に移行するのはどうなのか。そのためにはいろんなシステムやインフラを整備しないといけないが、田舎ならではの問題もある。
- ・在宅支援診療所は一人ではできないが、西海岸、東海岸などエリアごとにグループをつくれば良いのではないかと。ただし、在宅支援診療所になると患者負担は増える。
- ・全て在宅で対応することは当然難しいが、割合を上げる必要があると思う。そうしたとき、医療機関間の連携が重要ではないかと。
- ・門前薬局から身近な薬局へという流れの中、以前はほぼ院内処方だったものが最近では患者の希望で外へ出てきた。薬局も使命感が広まってきたことを感じている。
- ・独居老人だと介護保険をフルに使わないと見きれない。医療と介護の連携がどうしても必要となってくるので、垣根をなくして顔の見える関係づくりを進めていただきたい。

【病床機能報告について】

- ・一般病床に余裕が出るのに対して慢性期（療養病床）がいっぱいになる可能性がある
- ・不足する回復期をいかに補っていくか（回復期リハの入院基本料を算定しなくても、回復期に強い療養病床又は回復期に力を入れる急性期病床でもよい）
- ・通常分娩や白内障治療など、有床診療所で担う部分もある

【療養病床の今後について】

- ・国検討会の今後の詳細の見込みは不明だが、「住まい」になる病院があるかもしれない
- ・どこの病院も 20:1 に移行したいという思いがあることは理解している

【地域医療構想の必要病床数について】

- ・必要病床数はあくまで目安の数字であり、これまで供給量ありきだったものを需要から考えるようにとの国からのメッセージによるもの
- ・急性期に余裕が出るが見込まれるため病院が在宅に関わらざるを得なくなる
- ・急性期から慢性期に廻る病院が出てくると療養型の病院はさらに苦しくなることも想定される
- ・本区域は稼働病床と必要病床数は同程度であるが機能は変わっていくことが想定される
- ・現在、様々な疾患の患者がほか区域へ流出している結果として同程度である
- ・流出している患者を将来的にこの地域で診なければいけないとは思っていない
- ・他圏域の状況も厳しい中、流出している患者がしっかり診てもらえているか心配
- ・回復期への動きのきっかけは診療報酬であり、診療報酬が見えてこない誰も動かない
- ・先の予測は難しいが、リハの重要性は間違いなく出てくる
- ・圏域外へ流出している患者を圏域内で診ようとする場合に設備投資等が必要となれば、基金への提案をいただきたい
- ・心筋梗塞やがん等の急性期患者が流出しているが、圏域内で診るのは難しいと思う
- ・逆にコストパフォーマンスが悪い
- ・熱海伊東という小さな医療圏に縛っておくことに無理があるのではないかと
- ・伊豆半島を一つで考える必要がある、その方が合理的だと思う
- ・当圏域には地域包括ケア病棟はないが急性期・リハの機能を有すもので、国では回復期をイメージしているもの
- ・県では、地域包括ケア病棟に加え、今年度からは回復期リハ病棟の整備にも補助が出る不足している機能を補うために基金を活用するものである

【構想区域について】

- ・二次医療圏の見直しにおいて伊豆をどうするか難しい議論であり、かなり強い力がある
- ・圏域を一つにしても医療が何も変わらないのであれば、はたして大きな力を働かせてまでして変える必要があるのだろうか
- ・構想区域をどうするかは、プリミティブだが大きな問題だと思う

【療養病床への訪問調査結果について】

- ・医療療養 20:1 のためには基準が厳しく重症度の患者が一定数いないといけないため、これまで受け入れていた医療区分の患者を受けられない
- ・熱海伊東ではいずれも病院も医療療養 20:1 に移行できる目途がつきそう

【その他】

- ・訪問診療専門の診療所が 3 件あるが、在宅に関しては制度等の変更があり将来の予測が難しい
- ・隣接圏域にがんセンターがあるので、がんの圏域内完結はないだろう
- ・医療連携をうまくやることで、逆に流出患者は増えるのではないかと

【7疾病5事業及び在宅医療の自己完結】

- ・提示された資料では二次医療圏の中の地域差が見えない
- ・「がん」ではがんセンターが圏域内だけでなく県内外からの患者を受け入れている
- ・「脳卒中」「心筋梗塞」も圏域内で完結できている
- ・精神科救急では身体合併症患者の対応が困難
- ・沼津市では地域支援事業の取組が遅れている
- ・認知症の多職種連携とともに医師会と連携して進めていきたい
- ・認知症では臨床経験上、症状改善の知識・方法を持ち合わせていない
- ・認知症患者が居宅へ帰ったときに家族が困らないよう一般の者に対する教育も必要

【在宅医療提供体制の構築】

- ・在宅では家族の負担増、独居・共働きなど家族が見られない家庭が多いのが実情
- ・介護サービスでは、量を増やすことばかりを考えているが、受け手が何を求めているのかを考える必要がある
- ・歯の少ない人は認知症になりやすいとのデータもあり歯科は重要
- ・小児の在宅医療体制を考える場合、病院のバックアップ体制が重要になる
- ・がん患者の看取りをどこで行うか、検討していく必要がある
- ・居宅から救急搬送される独居高齢者の転院先（介護施設等）の確保が必要

【介護療養病床の見直しに伴う慢性期機能の確保】

- ・東部保健所管内の療養病床では、介護施設への転換を考えているところはなく、すべて医療療養 20:1 への転換意向を持っており、今後、看護師確保に努めるとのこと

【その他（当該圏域の課題等）】

- ・当圏域で困っているのは呼吸器系の医師が少ないところ
- ・中小病院が在宅医療にどのように関わっていくのか考えていく必要がある
- ・総務省が所管する公立病院改革プランでも経営形態の見直し等の検討が行われている
- ・在宅医療の充実に向けて訪問看護ステーションの機能充実に基金を活用すべき
- ・入院期間が短縮化されているが、病院では退院できる状態までしっかりみてほしい
- ・独居の者などは状態改善が十分でないで病状が悪化して再入院となるケースが多い
- ・当圏域では「喘息」「周産期医療」が弱いとの認識
- ・助産師の養成では東部看護専門学校の助産師課程設置の話が進んでいる
- ・訪看ステーション・薬剤師等がチームを組み、がん患者の訪問薬剤指導を行っている
- ・最期まで自宅で対応・看取りができていた事例もある
- ・認知症患者の家族の協力が得られず薬を飲んでもらえないケースなどで訪問薬剤指導は有効と考える
- ・高齢の歯科医師は在宅歯科診療の知識経験がなく難しいが若手は比較的積極的である
- ・ケアマネの仲介で在宅歯科に入り食事がとれるようになった事例もある
- ・施設での死亡退所・看取りが増えている
- ・制度上の課題として、介護保険と医療保険を同時に適用できないため、ショートステイ利用者が急変した場合には病院に救急搬送せざるを得ない状況にある

【圏域の特徴】

- ・ 中小病院が分散しており個々が大きな機能を発揮しにくく結果的に稼働率が低い
- ・ 医療療養の比率が高く、そこに医療資源が重点化されている状況
- ・ 中小病院が連携して地域の機能を上げる仕組み（例えば、複数の医師が集まって手術する等）を基金事業で提案できれば
- ・ 回復期が少ないので、医療療養で回復期の機能を高められれば全体のバランスがとれる
- ・ 医師数が少ないわけではないので連携し支え合える仕組みが提案できれば良い

【精神科医療】

- ・ 措置入院の輪番は現在病院ごとやっているが、病院ごと医師数が違うので、医者ごとにやったほうがいいのかとの意見がある
- ・ 認知症患者が入ってきておりトータルの入院患者数は減っていない

【自己完結率】

- ・ 圏域で自己完結できているとのことだが、実感では地域により異なるのではないか
- ・ 急性期は順天堂がかなりの役割を果たしておりデータどおりだと思う
- ・ 慢性期や在宅は、伊豆市は面積が広大であることから、伊豆日赤だけで市全体をカバーできない

【在宅医療体制】

- ・ 老健施設の病床数が多いが、施設での看取り体制が大きな問題と考える
- ・ 一番の課題は24時間体制づくりのための医師の確保になる
- ・ また、職員の教育や施設の一部改修も必要になると思われる
- ・ 三島市でも多職種連携の取組を進めているが、一番の課題は急性増悪時に運ばれた際の医師との意思疎通である
- ・ 今後、一般病床に余裕が出てくるので病院が訪問診療を行う流れが出てくるだろう
- ・ 伊豆日赤では既に動いているが、NTT東日本伊豆病院ではどのように考えているか
- ・ 函南町には在宅療養支援病院がないが、後は実施していきたいと考えている
- ・ 伊豆日赤では訪問看護と併せて、最近から医師も同行して在宅医療を行っている
- ・ 地域が広いためどれだけカバーできるかが今後の課題
- ・ 診療所医師の小児の訪問診療は難しいことから、病院との役割分担があっている
- ・ 順天堂附属病院では訪問診療の予定はない
- ・ 圏域の自己完結率を高めることに努めていきたい

【その他（在宅歯科・訪問薬剤、訪問看護、老健施設への転換等）】

- ・ 三島市歯科医師会の半数以上が在宅歯科に携わっている（多いのは施設で9割以上）
- ・ 家庭に人が入ってくるのは治療のためとはいえ抵抗があるとのこと
- ・ 田方歯科医師会では4,5人で集中的に実施している
- ・ 薬局も在宅に関わらなければとの認識はあるが、在宅では薬以外のケアの部分が大きい
- ・ ようで取組は進んでいない
- ・ 訪問看護は24時間体制で病院勤務より過酷で疲弊しやすいが、やりがいもあって希望者が出てきている
- ・ 新人でも訪問看護を希望する者もおり、教育環境も整いつつある
- ・ 最近は様々な形態の施設ができており特養の待機者は少なくなっている
- ・ 特養は看取りの部分が弱くなっており、医療療養病床が介護施設へ転換されると看取りの機能も弱くなるのが危惧される
- ・ 診療所医師の平均年齢が60歳との資料があるが、若い医師をどのようにこの地域に呼び込むのか悩ましい
- ・ 地域包括ケア病床を開始したが、若い医師には魅力を感じてもらえない

【救急医療】

- ・「集中治療室等の体制」の自己完結率が 30%を下回っているとのデータがあるが、3次救急相当の患者が他圏域に運ばれている実態を現しているものと思われる
- ・救急患者が行く所がなく他圏域に押し出されているものではないと思う
- ・一次救急は救急医療センターで担っているが、病院のバックアップ体制があることで診療所が安心して当直できている状況にある
- ・今以上にICUを増やすことは難しい

【在宅医療の体制整備】

- ・訪問診療専門の医師が開業（富士市医師会に加入）し、訪問薬剤指導とも連携している
- ・各種研修や再就業支援を通じて訪問看護師を養成している（再就業支援により2名が従事）
- ・富士市医師会のホームページに在宅医療の対応が可能な診療所を掲載している
- ・歯科は診療形態上、在宅医療に取り組むことは難しく、業態としてまだまだこれからといったところ
- ・薬局薬剤師が企業訪問して禁煙サポートする事業（国事業）を行っており、薬剤師が地域に出る良い契機になっている
- ・医療と介護のはざまに関する議論に当たっては介護に関するデータも必要
- ・医療・介護の資源把握を行っているが、まずはそれぞれの担っている役割を把握することが必要

【「疾病」に関する圏域での課題】 ※「がん」について意見聴取

- ・当圏域は「がん」の自己完結率が低いとのデータがでていますが、隣接圏域に「がんセンター」、「県立総合病院」があるため
- ・がんなどの「待てる医療」に関しては、基本的には「患者の選択」によるものであり、ある程度の流出は仕方ないものとする
- ・長期間、専門病院で手術を待っている間に亡くなる患者もいると聞くが、最終的には患者本人の意思に委ねられるもの

【療養病床の見直し】

- ・医療療養 20:1 への転換となると看護師の確保が課題となる
- ・看護協会では潜在看護師の届出制度や再就業支援事業を行っているが、看護師確保については各病院の自助努力によるところが大きい
- ・県内では、各種研修や各病院での様々な配慮により、新任看護師の離職率は比較的低い
- ・各病院の看護師確保では修学資金による囲い込みが多く行われている
- ・東部看護専門学校への助産師課程設置により、東部地域での人材確保に期待が持てる
- ・「がん」や救急医療で流出した患者が地元に戻ってくる際、戻るところとして療養病床が不足しないが危惧している
- ・療養病床の転換意向調査の状況が報告されたが、報酬制度等の見込みが不明確な段階での意向であり、現状における見込みとして捉えるべき
今後も継続して医療機関の転換意向の見込み把握していくべき
- ・終末期の患者を自宅で診るのは、家族構成・家のつくり等から、現実的には難しい
- ・住民の「死生観」が急速に変わらないとすると、2025年の必要病床数で足りるのか心配でもある
- ・精神科では3ヶ月の入院治療で症状は改善されるが、在宅に戻る際に課題がある
- ・認知症とともに身体合併症の患者が多くなっている傾向にある
- ・慢性期病院では患者の状態が改善しにくいことから、若いリハビリ職は長続きしない

【その他】

- ・訪問診療を行っている医師は40代~60代が80%、30代~50代では47%
- ・富士宮市では病院による訪問診療は行われていない
- ・富士市の訪問診療件数は多いが、いくつかの特定の診療所で突出して多い状況

【医療提供体制】

- ・市内は公立病院が集まっており急性期病院が多いが、隣接圏域も考慮すれば現状でバランスがとれていると思う
- ・市内に精神科救急病院が2箇所あり十分対応できているが、隣の志太榛原圏域は精神科が少ない地域である
当圏域では問題ないが、他圏域からの流入が問題というのであれば問題といえる
- ・「糖尿病」の外来で流出が見られるが、他圏域に勤務先がある者がいるためと思われる
また、共立精原病院（富士圏域）が透析が多く実施しており、清水区の患者が流出していることが想定される
透析患者1,800人のうち4割が糖尿病に起因するものと思われる

【療養病床の転換等】

- ・療養病床から老健施設に患者が流れてくることが想定されるが、施設の医師の年齢が高いの現状であり、看護師のレベルを上げる必要がある
- ・療養病床の見直しが進むと看護スタッフ不足の問題が出てこないか危惧している
以前の一般病床7:1の際の看護師の争奪戦にならないか心配
- ・今回の転換意向調査では医療療養20:1への意向が多い
今後、国が新類型について、どのような施設基準・報酬等を設定するかで人材確保の方針も変わってくると思う
- ・最近では病院勤務経験なしで在宅看護を目指す者もいるようだが、最初から在宅で大丈夫なのか懸念されるところもある
- ・本県ではナースバンク登録による再雇用の促進や認定看護師研修の支援など質の向上にも取り組んでいるところ
- ・県立大学看護学部の研修病院として、今年から地域医療に関するカリキュラムが増えてきている
- ・県立総合病院では産休や育休の看護師が200人程度いる
- ・看護師の養成に当たっては、高卒者だけでなく他職経験者も増えてきている

【圏域で基幹となる公立3病院（島田市民病院、焼津市立総合病院、榛原総合病院）から今後の方針の説明 ※藤枝市立総合病院は欠席のため次回説明】

○島田市民病院

- ・3年後に新病院の開業を予定（急性期：450床、回復期：45床）
- ・療養病床は持たないので在宅医療が重要になってくる
- ・在宅に携わる診療所が少ないため病院として在宅医療をやっていないといけない
- ・沖縄県の事例では、退院後のケアが十分でないため再入院する患者が多いため、病院有志の医師が集まって在宅まで見に行くようにしている、とのこと
- ・若い研修医にとっても勉強になりモチベーションがあがるとの報告があった
- ・このような対応を目指したいと思っている

○焼津市立総合病院

- ・病院の建替を検討しているところ、急性期病院として、救急・災害医療に力を入れる
- ・自分たちでできない部分は医師会や近隣病院との協力体制を作っていく
- ・病院として重要な部分は、救急・周産期・小児・脳卒中の機能に加え、がんにも対応していくつもり
- ・ソフト面では在宅医療と認知症対策が重要との認識
- ・在宅に踏み込むための第一歩として、退院患者が戻ってこないように、病院看護師が1ヶ月間は自宅訪問し、訪問看護ステーションに引き継ぐことを考えている
- ・将来的には病院で訪問看護を実施することも視野に入れている
- ・認知症についてはマンパワーも必要なことから、地域全体で取り組む必要がある
- ・将来的には院内で認知症サポートチームの立上げができればと考えている

○榛原総合病院

- ・現状、病院の基礎体力があまりにも脆弱である
- ・看護師確保も思わしくなく、産科休止に伴い閉鎖した病棟の再開も厳しい状況
- ・併設する老健施設も90%程度を維持している現状を考えて、医師・看護師確保に成功すれば急性期1棟・慢性期又は回復期リハ1棟の開設を考えたい
- ・公立4病院のうち、急性期は他3病院に任せて、当院は慢性期に転換したほうがいいのかのではとの声が院内外にあることは承知している
- ・当院が引き受けている1,800件の救急車・1,500件の手術・休日50~60人の救急外来を、そのまま廻すことは住民感情、医療安全面からも難しい
- ・在宅医療は以前から力を入れており、今後ますます重要な分野となることは承知しているが、マンパワー不足により今以上に行くことは難しい
- ・精神科医師が1名いるので認知症サポートを病棟で作り、認知症患者をラウンドする体制を先月から始めたところ

【各委員からの意見】

- ・将来的に一般病床は余裕が出るため、各病院では対応を考える必要がある
- ・回復期が少ないのが問題であり、リハビリの強化をどこかがやらなければならない
- ・新病院建設の話が合ったが、今後の変化に柔軟な対応が可能な病床作りが求められる
- ・公立4病院が明確に機能分化するのは難しいのではないかと
- ・島田市民病院には療養病床がないため、病院と診療所でレスパイト入院などである程度のサイクルはできているが、今後看取りが増えるので、どこで行うかが大きな問題
- ・中間的な病床がないと、どう立ち回ったらいいのか疑問
- ・現状、どこで人が亡くなっているのか各市町に把握してほしい
- ・在宅をどのように増やしていくかを考える時期に来ていると思う
- ・在宅について、家族構成を考えると患者を自宅に帰すと家庭が崩壊するのではないかと
- ・看取りは居宅ではなく施設で行うのが現実的ではないかと

中
東
遠

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

【精神疾患の自己完結率】

- ・西部圏域の自己完結率が低いことについて、例えば、倉敷中央病院等は精神科救急の病床を6～8床整備して対応しているが、そのようなことをこの圏域でも行えばよいということか
- ・国は精神科病床を減らそうとしているので、病床数を増やすことは得策ではないと思うが、精神科救急に特化する対応であれば国の方向性に合致するのではないか
- ・聖隷三方原病院では、104床の精神科病床があるが、現在50床程度しか埋まっていない。しかし、現場では身体合併症の対応や、認知症患者、救急の対応等でとても多忙である。
- ・今後、認知症患者の対応は社会的需要もあり大きな課題である。

【自己完結率】

- ・精神疾患以外は、殆どが中東遠から西部に流入しているデータが示されたが、西部と中東遠を一つの圏域として考えたら、全て90%以上の自己完結率になるのではないか

【療養病床調査に関する意見】

- ・既存309床のうち、約半数弱を老健施設に移行したが、結果収入が減ってしまった。これでは全国的に転換は進まないのではないか
- ・また、厚生労働省がいう「在宅」、「住まい」という言葉には今後注視する必要がある
- ・国がいう「在宅」とは有料老人ホーム等も入っている
- ・「住まい」は、現在新たな提案が示されているが、実際に「住まい」を規定するのは国土交通省であり、相当厳しい規定が示される可能性がある。
- ・例えば、病院の上に「住まい」を提供する新たな提案については、現在の病院の立地は病院を建てるから許可されたというものが多くある。そこに、「住まい」を提供することが合法的なのか。また、入り口を分けることや、「住まい」の広さをどうするのか等課題が多くあると考えている。厚生労働省と国土交通省の「住まい」に関する定義に相当の開きがあるのではないかと考えている
- ・今後も、国の動向を見守る必要がある。いずれにしても、介護療養病床と医療療養病床(25:1)の設置期限の延長は譲らない方針のようなので、もう少し転換を促す方策が必要ではないかと感じている
- ・西部圏域ではこの2年間で特養が1,000床増えているが、人材の確保の課題があり多くの施設で運営が成り立っていないと聞いている。行政が施策として増床を誘導するのであれば、同時の人材の面でも確保策を提案してほしい
- ・浜松市が聞き取った調査によると、人材不足が原因で開床できていない施設があるとの報告は受けていない。ただし、新規特養の施設は、新設後1年間で満床にする計画となっているため、これらの施設は満床になっていないことはあり得る。主な要因としては、入居者が要介護3以上になったことや、患者負担が1割から2割へ変更になったことなどが挙げられている

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、それを高めるのか、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

I 基本診療体制

- ・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

II がん

- ・胃がん
- ・大腸がん
- ・肺がん
- ・乳がん
- ・化学療法
- ・放射線治療

III 脳卒中

- ・脳卒中
- ・脳卒中のt-PA
- ・脳卒中に対する急性期リハビリテーション

IV 急性心筋梗塞

- ・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

- ・糖尿病
- ・糖尿病の人工透析

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)

VI 救急医療

- ・2次救急
- ・集中治療室等の体制

VII 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

I 基本診療体制

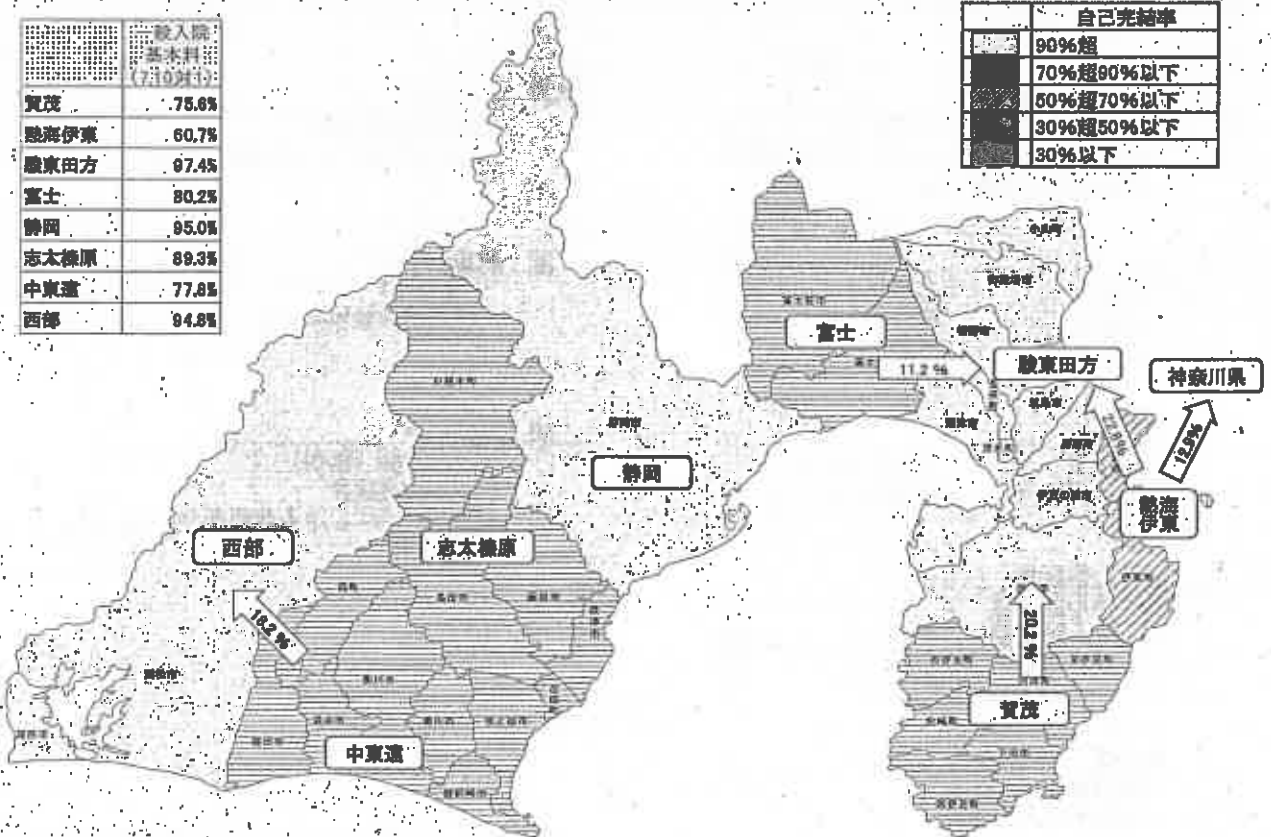
	一般入院 基本料 (7:10対1)	回復期リハ 病棟入院料	療養病棟 入院基本料
賀茂	75.6%	81.9%	83.2%
熱海伊東	60.7%	65.4%	56.7%
駿東田方	97.4%	94.6%	90.6%
富士	80.2%	88.8%	88.5%
静岡	95.0%	96.8%	92.7%
志太榛原	89.3%	89.1%	88.4%
中東遠	77.8%	94.2%	69.1%
西部	94.8%	95.5%	90.3%

※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

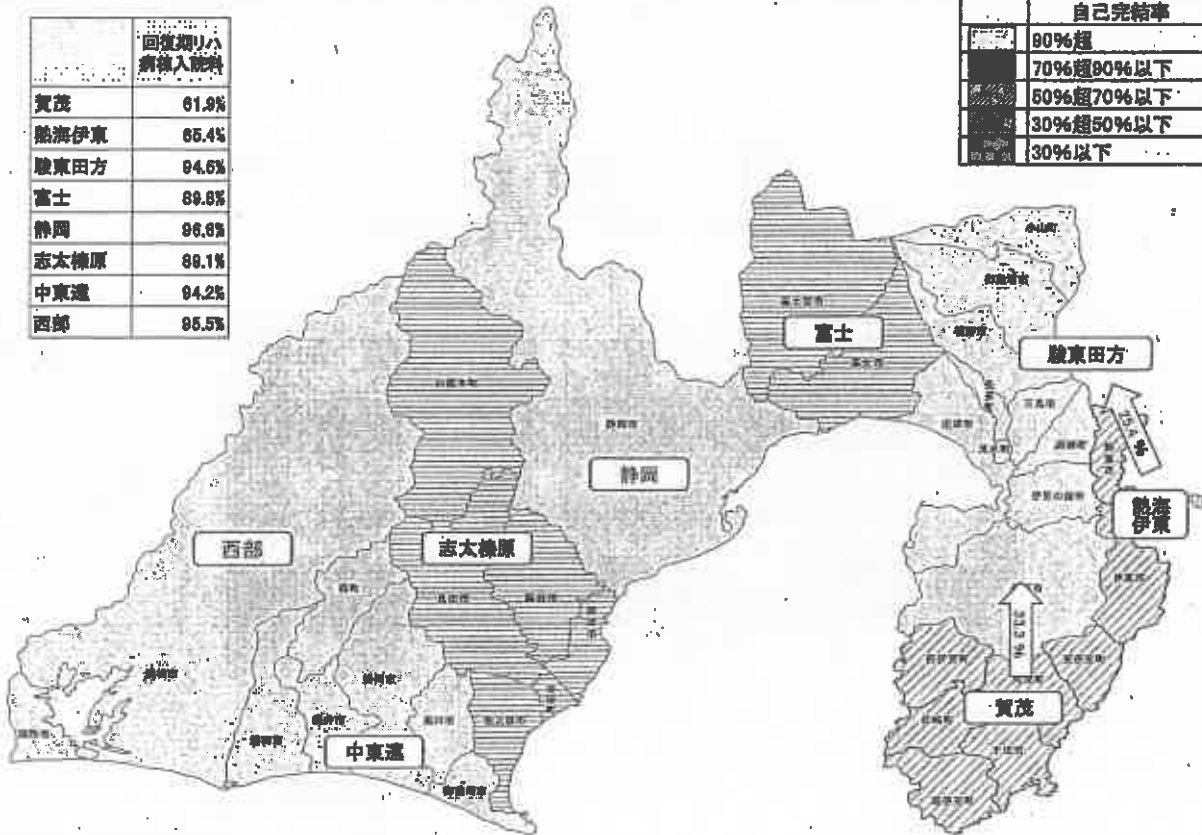


厚生労働省「医療計画作成支援データブック」より作成
※平成28年度(2014年度)診療分の電子レセプト数に基づく。
ただし、関係十後期高齢者のみ。 ※10%以上の流出について表示。

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>

自己完結率	回復期リハ病棟入院料
81.9%	賀茂
85.4%	駿海伊東
84.6%	駿東田方
89.8%	富士
86.8%	静岡
88.1%	志太榛原
84.2%	中東遠
85.5%	西部

自己完結率	
80%超	
70%超80%以下	
60%超70%以下	
30%超50%以下	
30%以下	

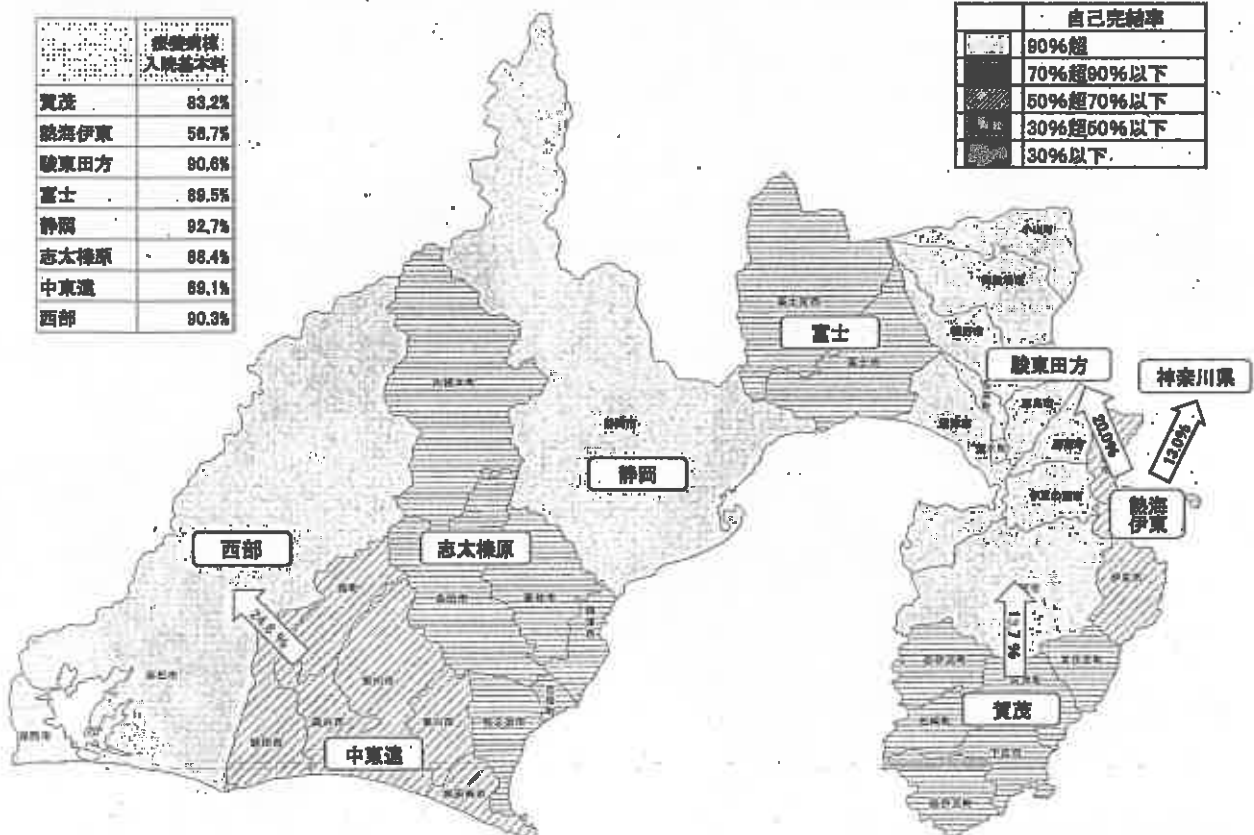


厚生労働省「医療計画作成支援データベース」より作成
 ※平成26年度(2014年度)診療分の電子レセプト数に基づく。
 ただし、国保+後期高齢者のみ。 ※10%以上の流出について開示。

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>

自己完結率	療養病棟入院基本料
89.2%	賀茂
58.7%	駿海伊東
80.6%	駿東田方
89.5%	富士
92.7%	静岡
88.4%	志太榛原
89.1%	中東遠
80.3%	西部

自己完結率	
80%超	
70%超80%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開示。

Ⅱ がん

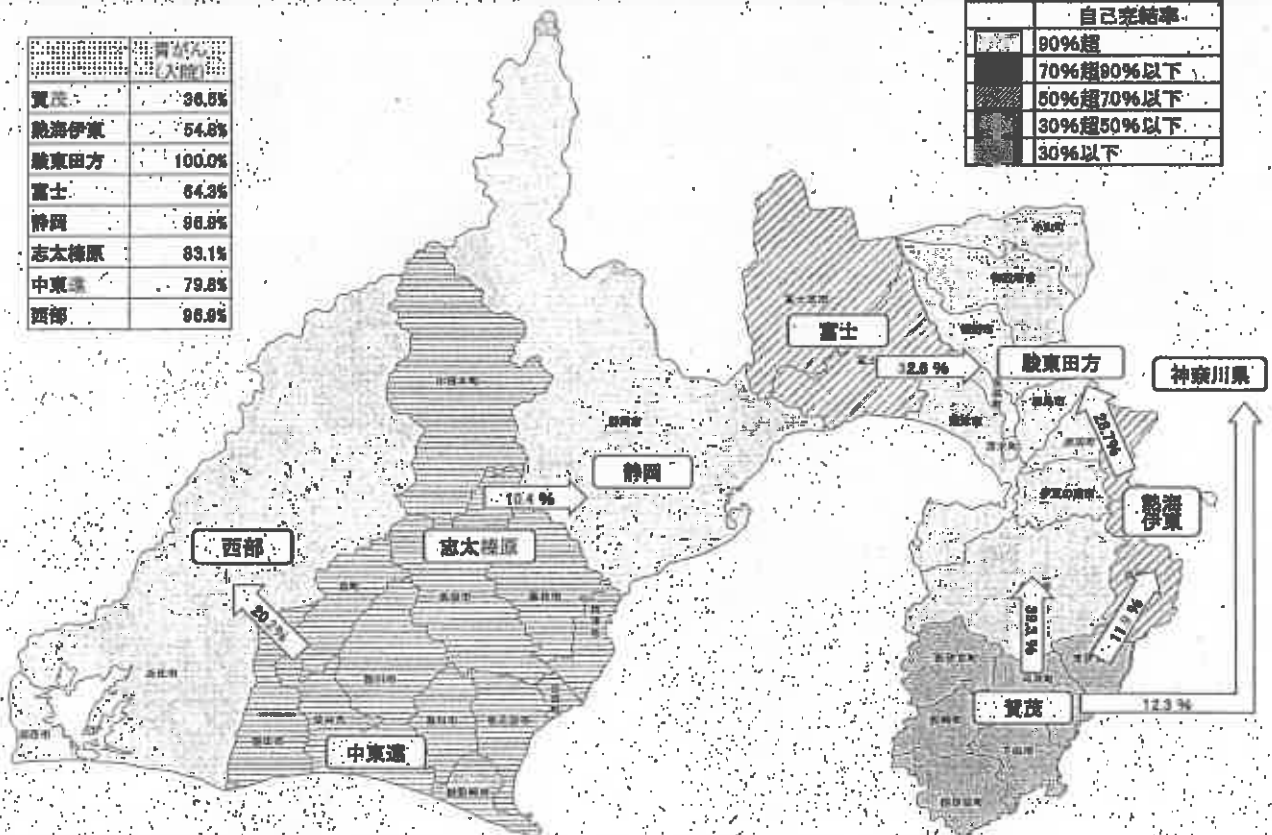
	胃がん (入院)	大腸がん (入院)	肺がん (入院)	乳がん (入院)	化学療法 (外来)	放射線治療 (外来)
賀茂	36.5%	52.7%	22.9%	43.1%	14.5%	0.0%
駿海伊東	54.8%	59.7%	32.8%	57.7%	40.3%	0.0%
駿東田方	100.0%	98.7%	100.0%	100.0%	98.4%	100.0%
富士	64.3%	83.4%	32.9%	68.2%	48.7%	58.6%
静岡	96.8%	95.8%	96.8%	94.2%	94.2%	92.9%
志太榛原	83.1%	90.5%	76.5%	87.2%	71.3%	83.1%
中東選	79.8%	79.4%	74.5%	65.7%	74.3%	77.6%
西部	96.8%	97.4%	100.0%	100.0%	97.8%	98.6%

※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 <胃がん(入院)>

	胃がん (入院)
賀茂	36.5%
駿海伊東	54.8%
駿東田方	100.0%
富士	64.3%
静岡	96.8%
志太榛原	83.1%
中東選	79.8%
西部	96.8%

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

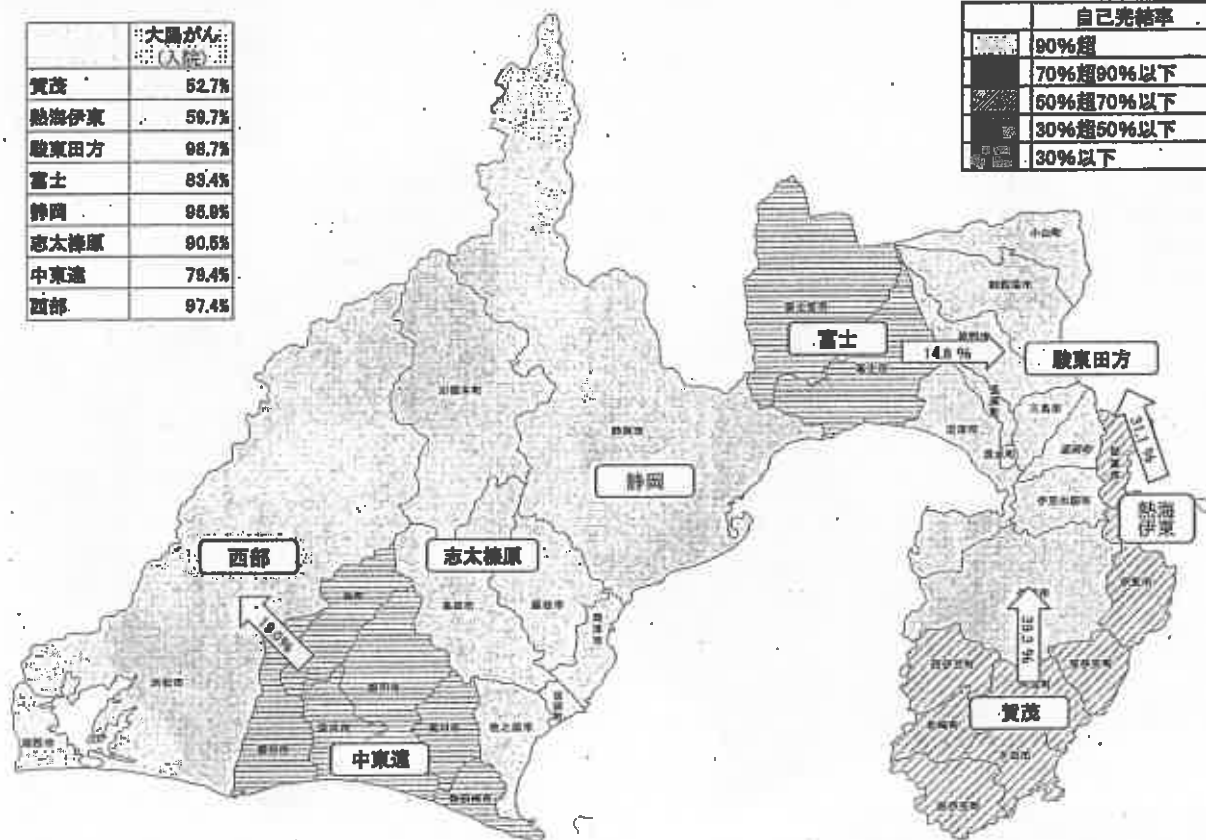


厚生労働省「医療計画作成支援データブック」より作成
 ※平成26年度(2014年度)診療分の電子レセプト数に基づく。
 ただし、関係+後期高齢者のみ。 ※10%以上の差出について表示。

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	95.0%
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	
60%超70%以下	
30%超50%以下	
30%以下	

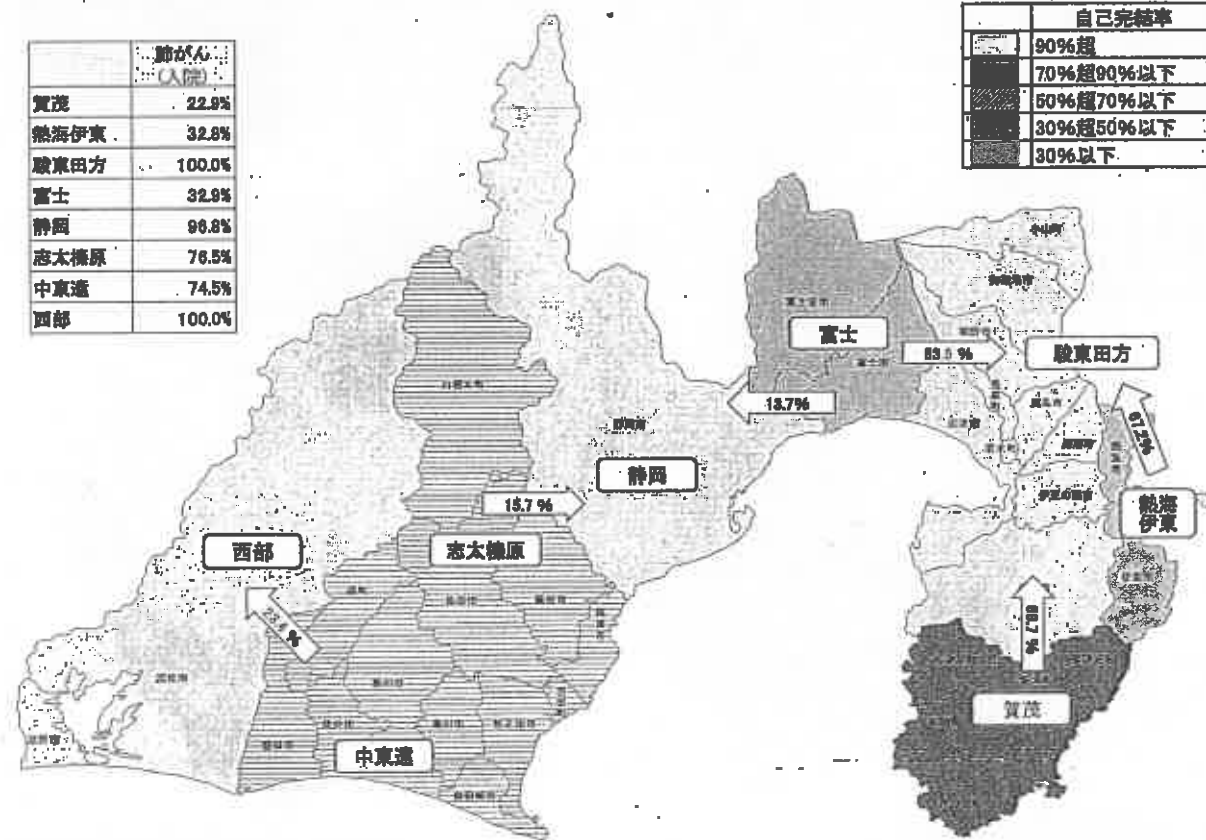


厚生労働省「医療計画作成支援データベース」より作成
 ※平成26年度(2014年度)診療分の電子レセプト数に基づく。
 ただし、国保十後期高齢者のみ。 ※10%以上の流出について図示。

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	
60%超70%以下	
30%超50%以下	
30%以下	

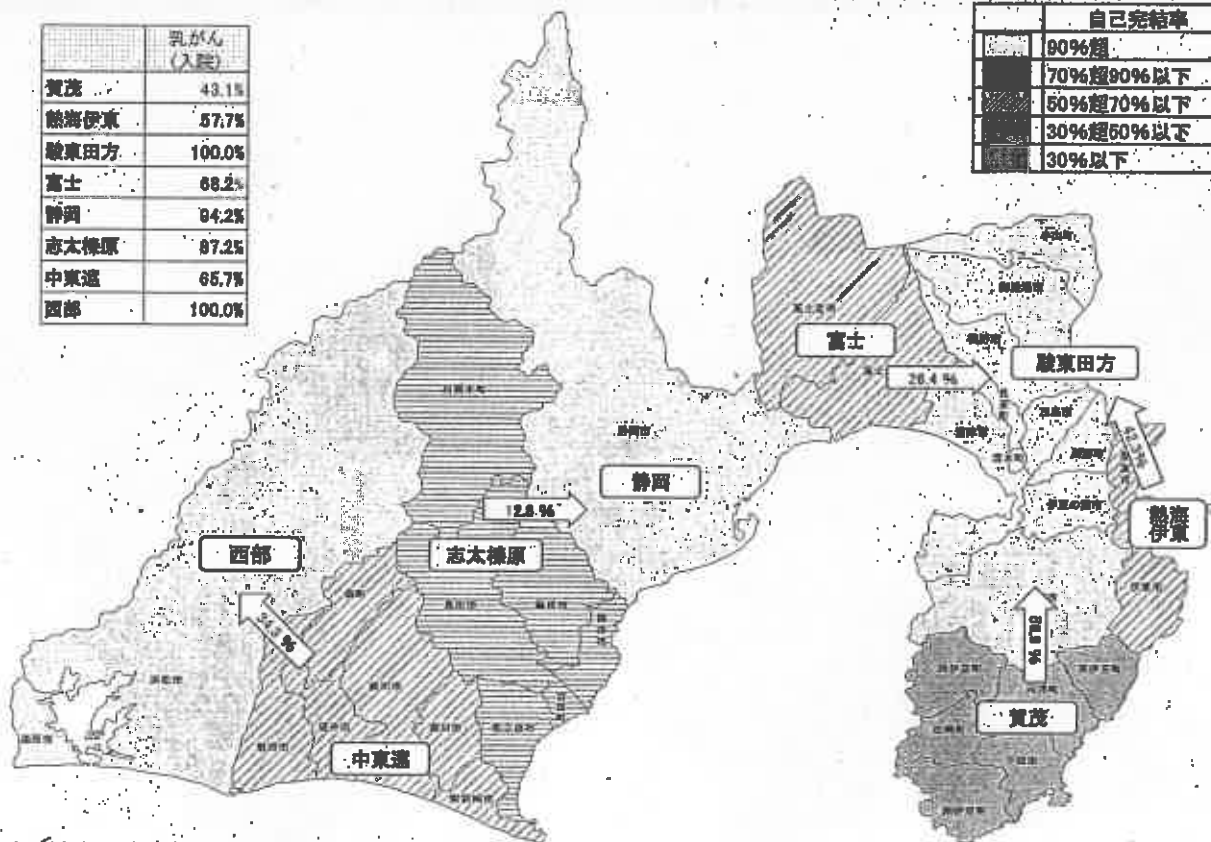


厚生労働省「医療計画作成支援データベース」より作成
 ※平成26年度(2014年度)診療分の電子レセプト数に基づく。
 ただし、国保十後期高齢者のみ。 ※10%以上の流出について図示。

二次医療圏別：各種医療の自己完結率 <乳がん(入院)>

	乳がん (入院)
賀茂	49.1%
熱海伊東	57.7%
駿東田方	100.0%
富士	68.2%
静岡	84.2%
志太榛原	87.2%
中東遠	65.7%
西部	100.0%

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

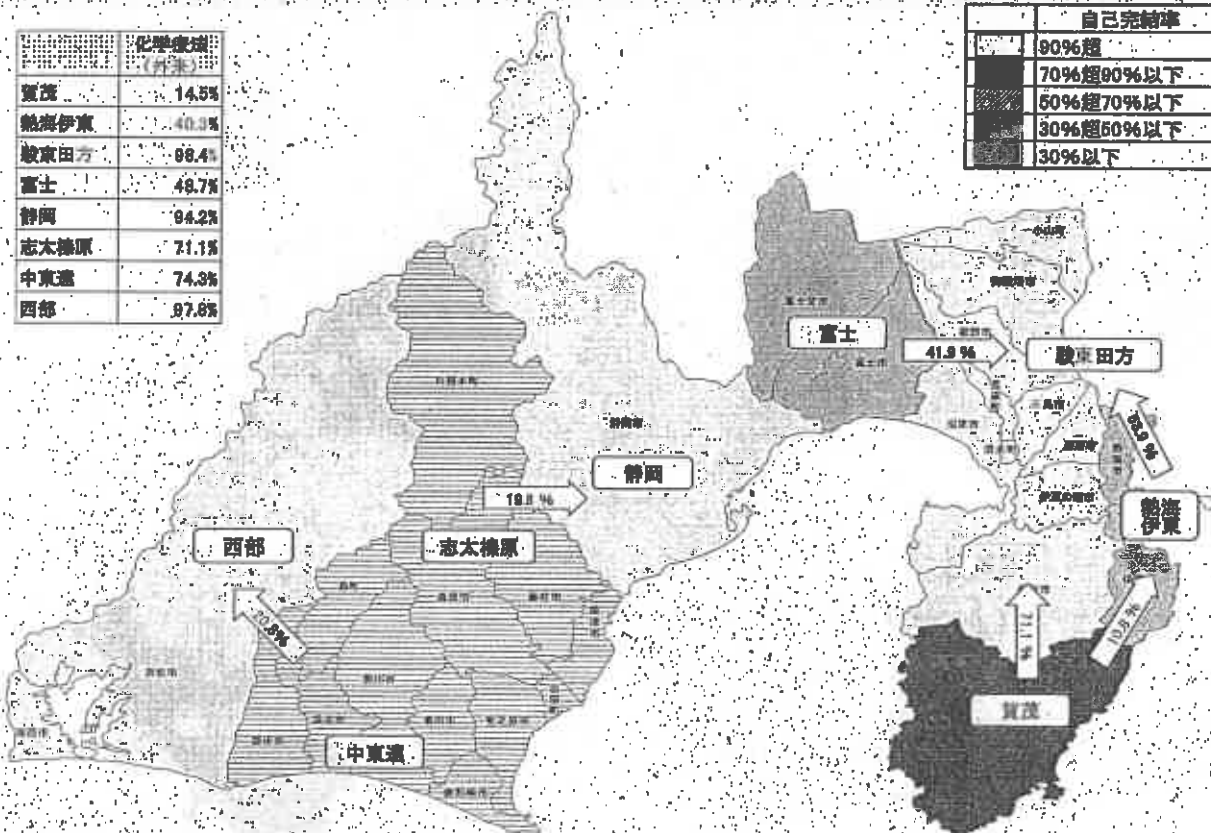


厚生労働省「医療計画作成支援データブック」より作成
 ※平成26年度(2014年度)診療分の電子レセプト数に基づく。
 ただし、国保+後期高齢者のみ。 ※10%以上の流出について表示。

二次医療圏別：各種医療の自己完結率 <化学療法(外来)>

	化学療法 (外来)
賀茂	14.5%
熱海伊東	40.3%
駿東田方	68.4%
富士	49.7%
静岡	94.2%
志太榛原	71.1%
中東遠	74.3%
西部	97.6%

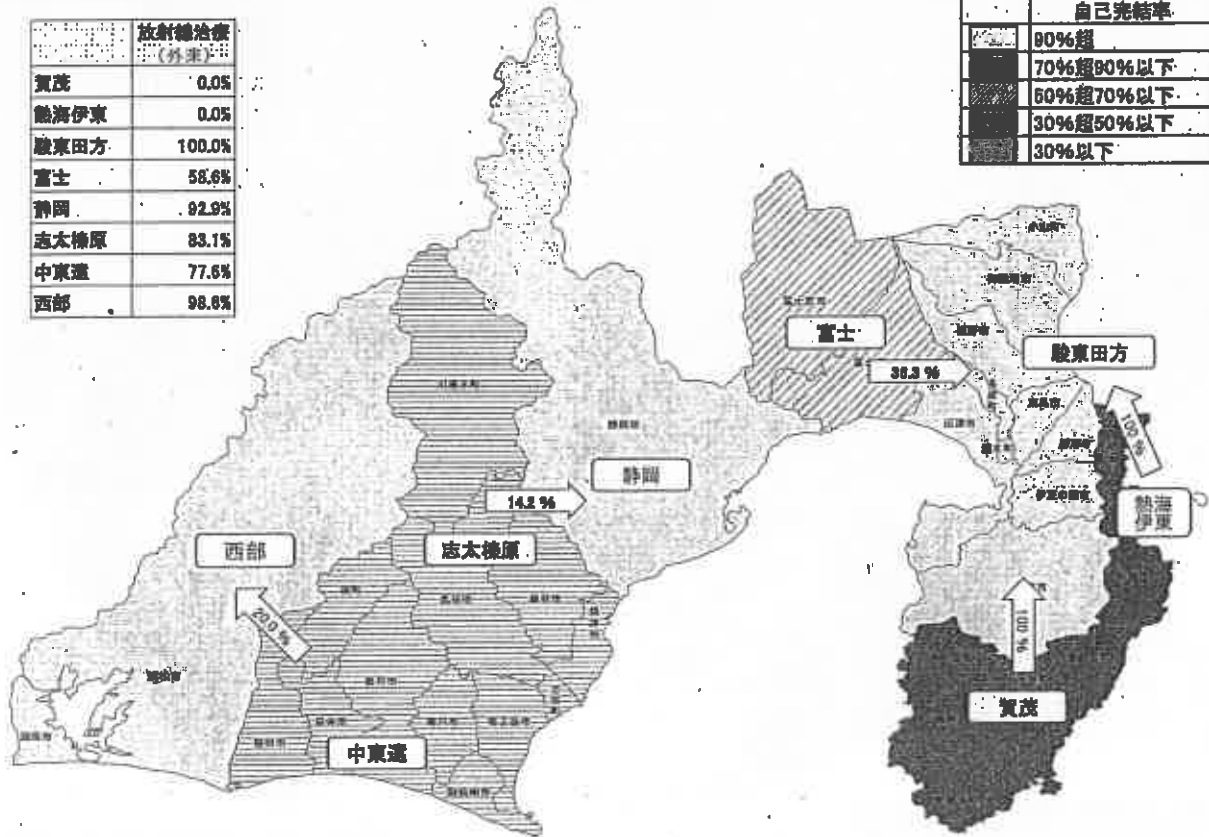
自己完結率	
(白)	90%超
(斜線)	70%超90%以下
(点線)	50%超70%以下
(縦線)	30%超50%以下
(横線)	30%以下



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表示。

放射線治療 (外来)	自己完結率
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	83.1%
中東遠	77.6%
西部	98.8%

自己完結率	
■	80%超
■	70%超80%以下
■	60%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28年度(2014年度)診療分の電子レセプト数に基づく。
 ただし、調剤+後期高齢者のみ。 ※10%以上の差出について図示。

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	41.5%	—	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%	85.1%
志太榛原	93.3%	100.0%	98.8%
中東遠	85.3%	100.0%	93.0%
西部	95.8%	100.0%	97.8%

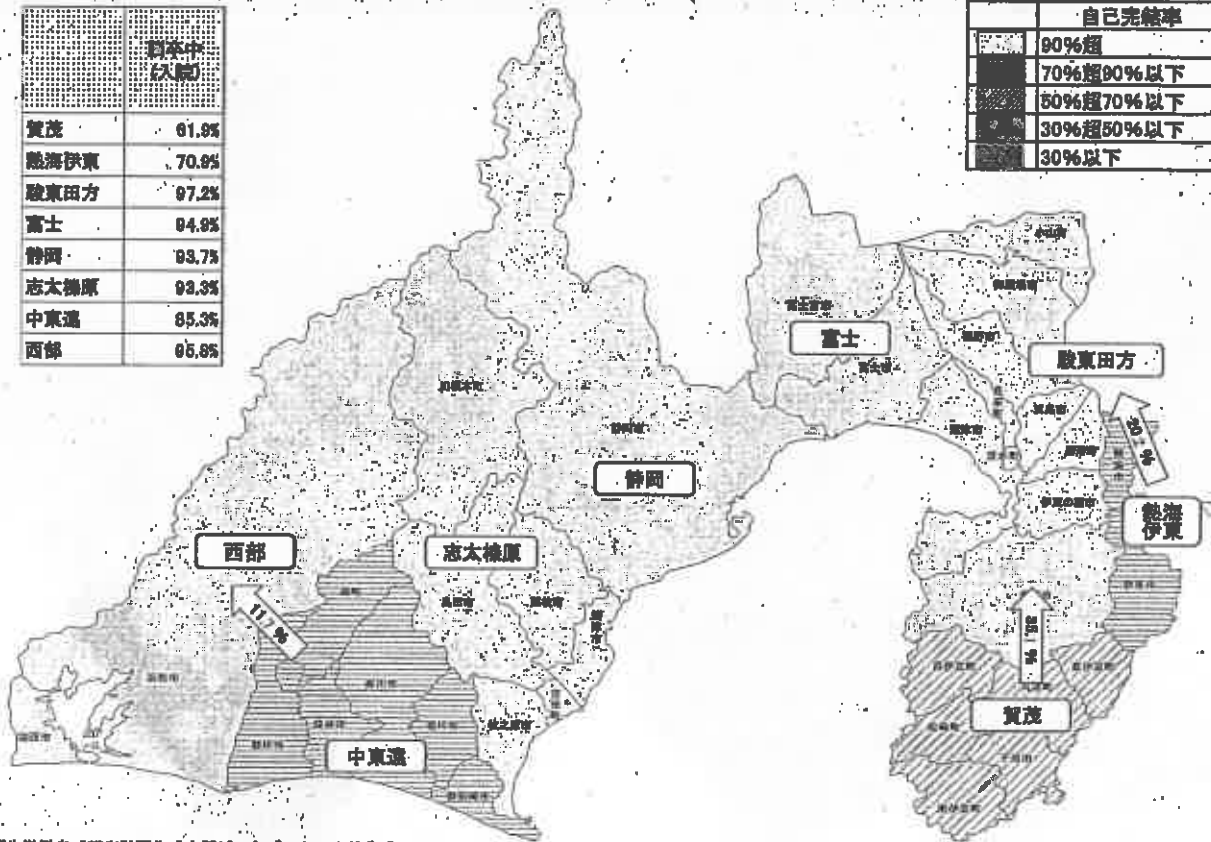
※賀茂の「脳卒中のt-PA(入院)」は
10件未満のため非公表

※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 <脳卒中（入院）>

	日本中 (入院)
賀茂	61.8%
熱海伊東	70.6%
駿東田方	97.2%
富士	94.8%
静岡	93.7%
志太榛原	93.3%
中東遠	85.3%
西部	65.8%

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

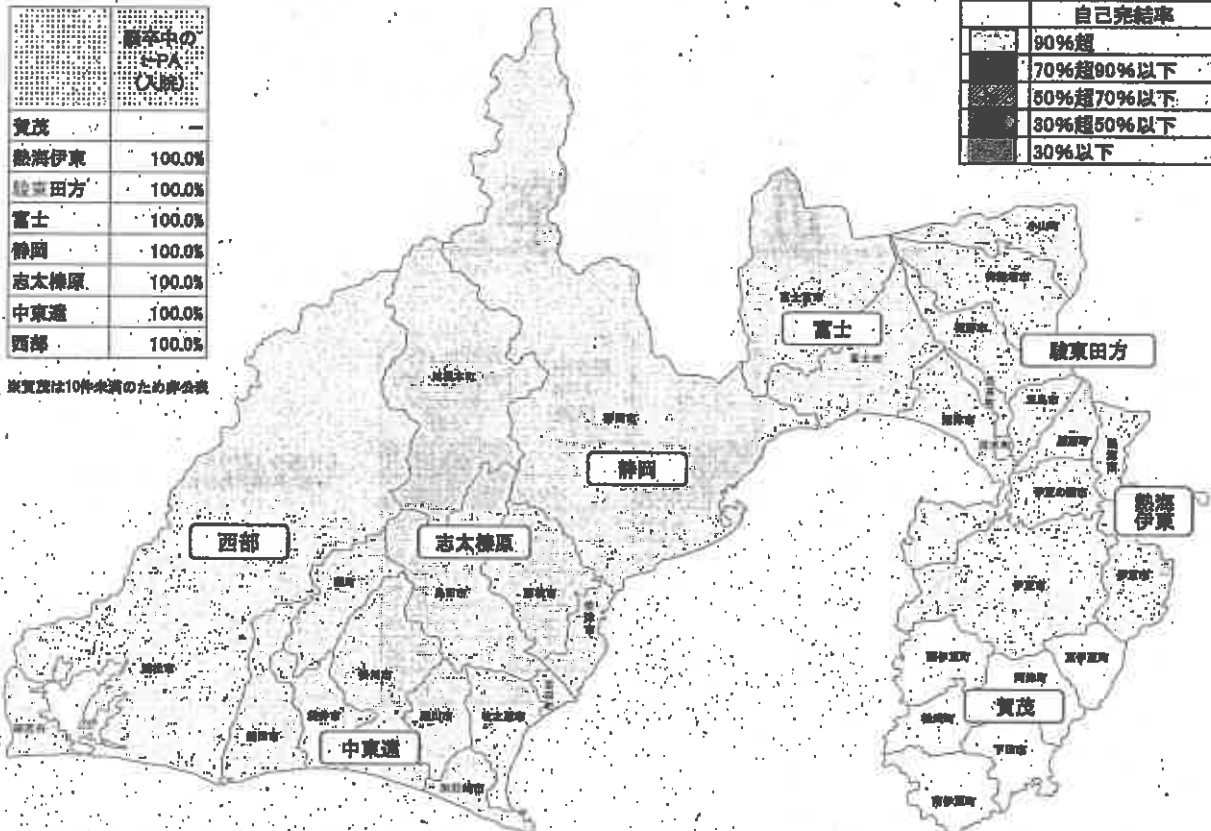


厚生労働省「医療計画作成支援データベース」より作成
 ※平成26年度(2014年度)診療分の電子レセプト数に基づく。
 ただし、圏外+後期高齢者のみ。 ※10%以上の差出について表示。

二次医療圏別・各種医療の自己完結率 <脳卒中のt-PA（入院）>

	日本中 (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

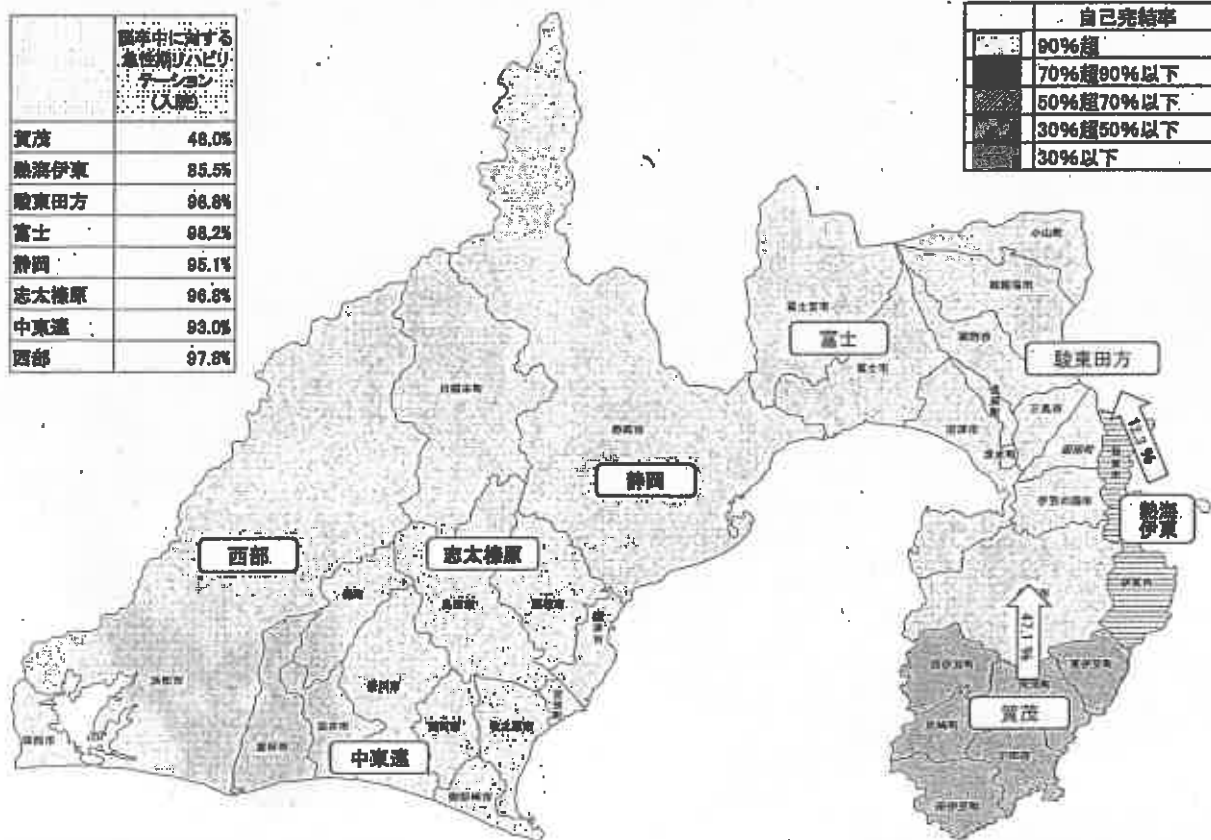


※賀茂は10件未満のため非表示

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、圏外+後期高齢者のみ。 ※10%以上の差出について表示。

医療圏	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	96.8%
富士	88.2%
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%以上の差出について図示。

IV 急性心筋梗塞

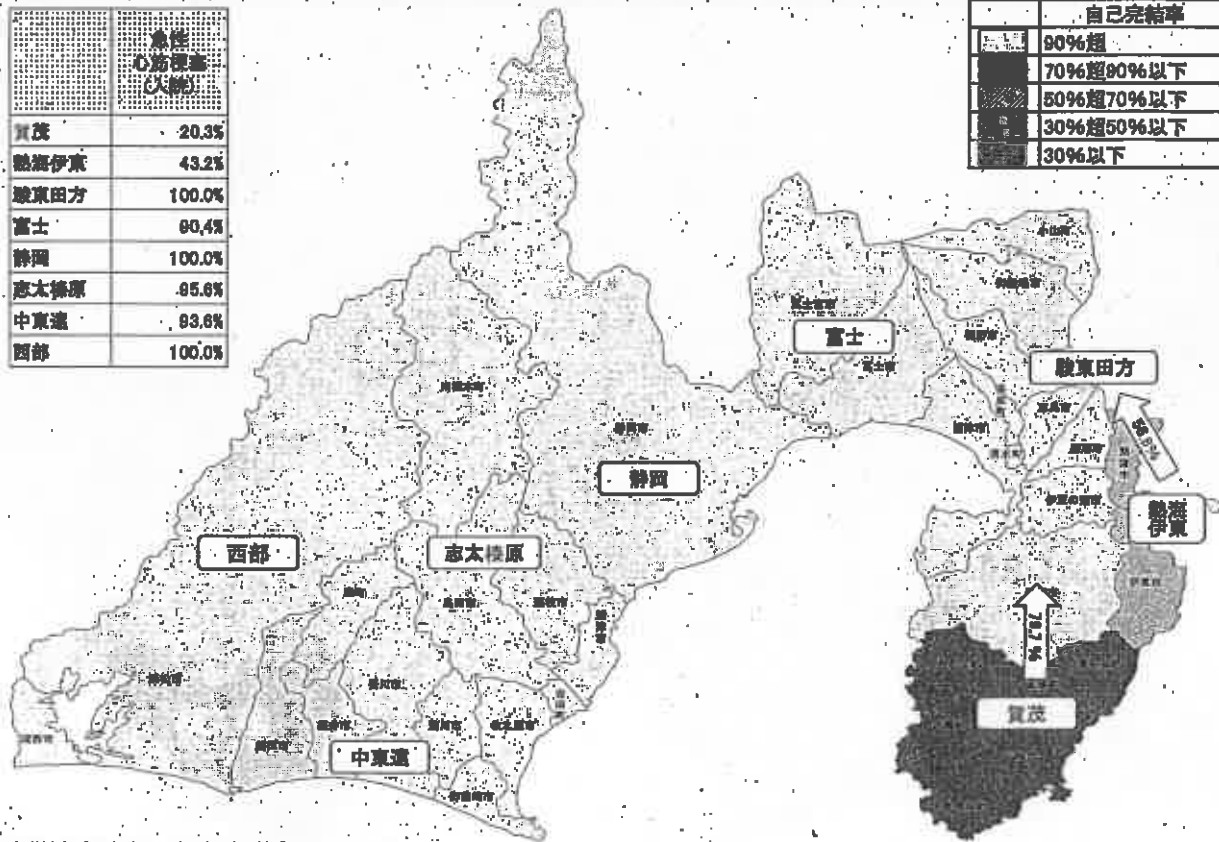
医療圏	急性心筋梗塞(入院)	急性心筋梗塞に対するカテーテル治療(入院)	冠動脈造影(入院)
賀茂	20.3%	0.0%	0.0%
熱海伊東	43.2%	25.4%	49.7%
駿東田方	100.0%	100.0%	100.0%
富士	80.4%	100.0%	82.5%
静岡	100.0%	100.0%	99.2%
志太榛原	95.8%	100.0%	88.8%
中東遠	93.8%	90.4%	84.8%
西部	100.0%	100.0%	91.8%

※網掛けは自己完結率0%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）>

医療圏	急性心筋梗塞（入院）
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%
中東濃	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

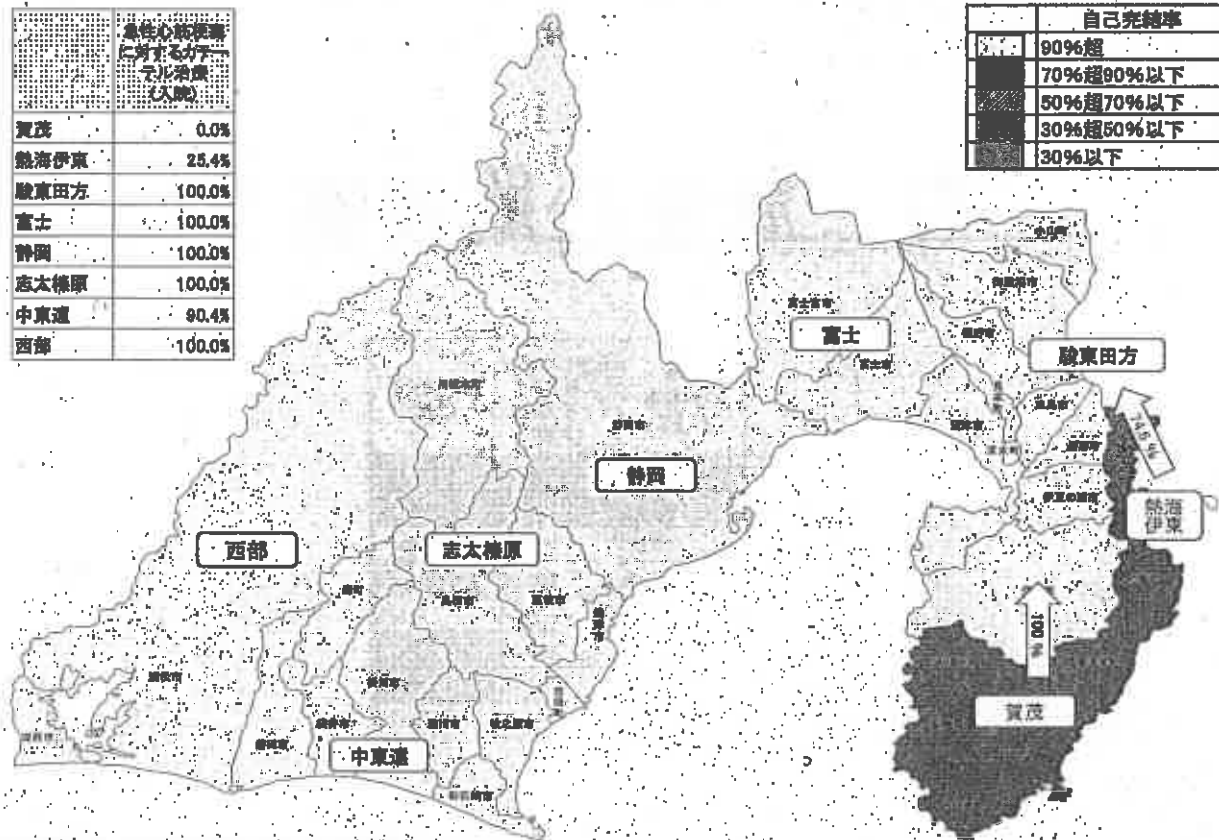


厚生労働省「医療計画作成支援データベース」より作成
 ※平成28年度(2014年度)診療分の電子レセプト数に基づく。
 ただし、国保+後期高齢者のみ。 ※10%以上の流出について図示。

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）>

医療圏	急性心筋梗塞に対するカテーテル治療（入院）
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%
中東濃	90.4%
西部	100.0%

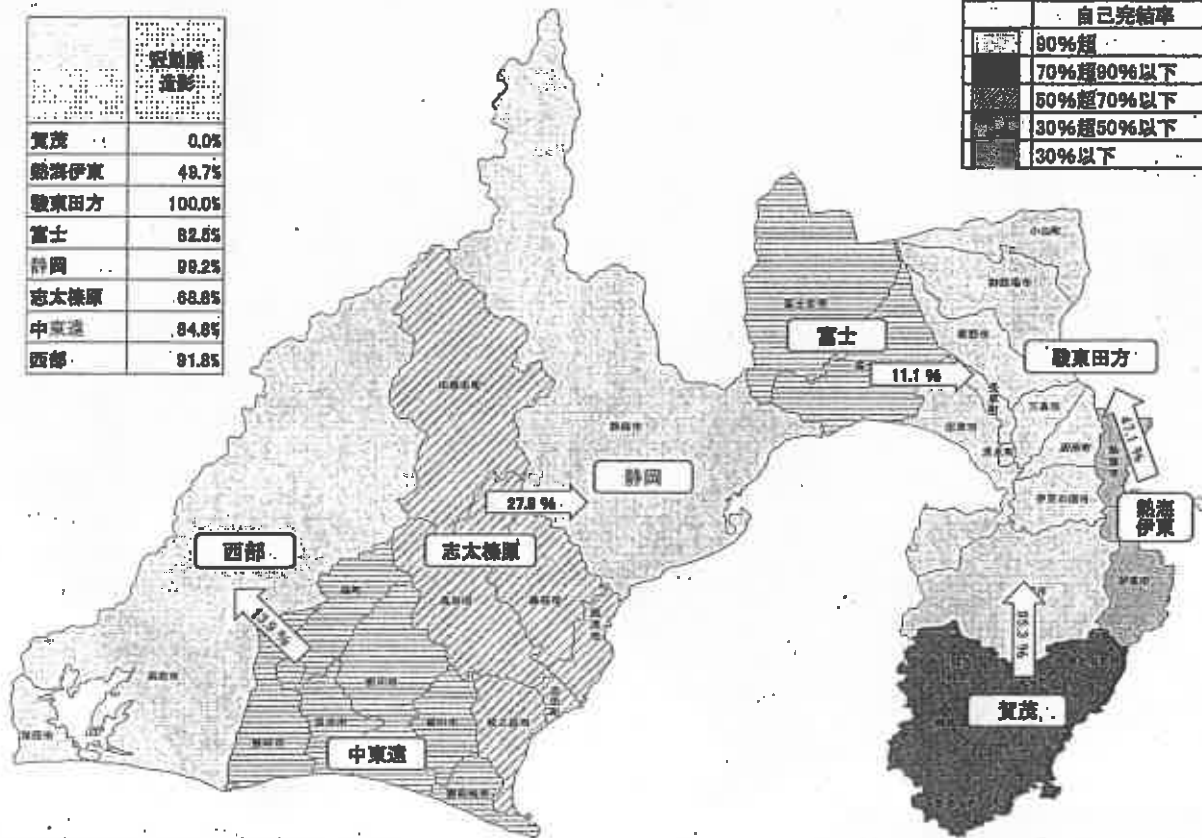
自己完結率	
■	90%超
■	70%超90%以下
■	50%超70%以下
■	30%超50%以下
■	30%以下



厚生労働省「医療計画作成支援データベース」より作成
 ※平成28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。

医療圏	自己完結率
賀茂	0.0%
熱海伊東	48.7%
駿東田方	100.0%
富士	82.6%
静岡	98.2%
志太榛原	88.8%
中東遠	84.8%
西部	91.8%

自己完結率	
■	80%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28年度(2016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

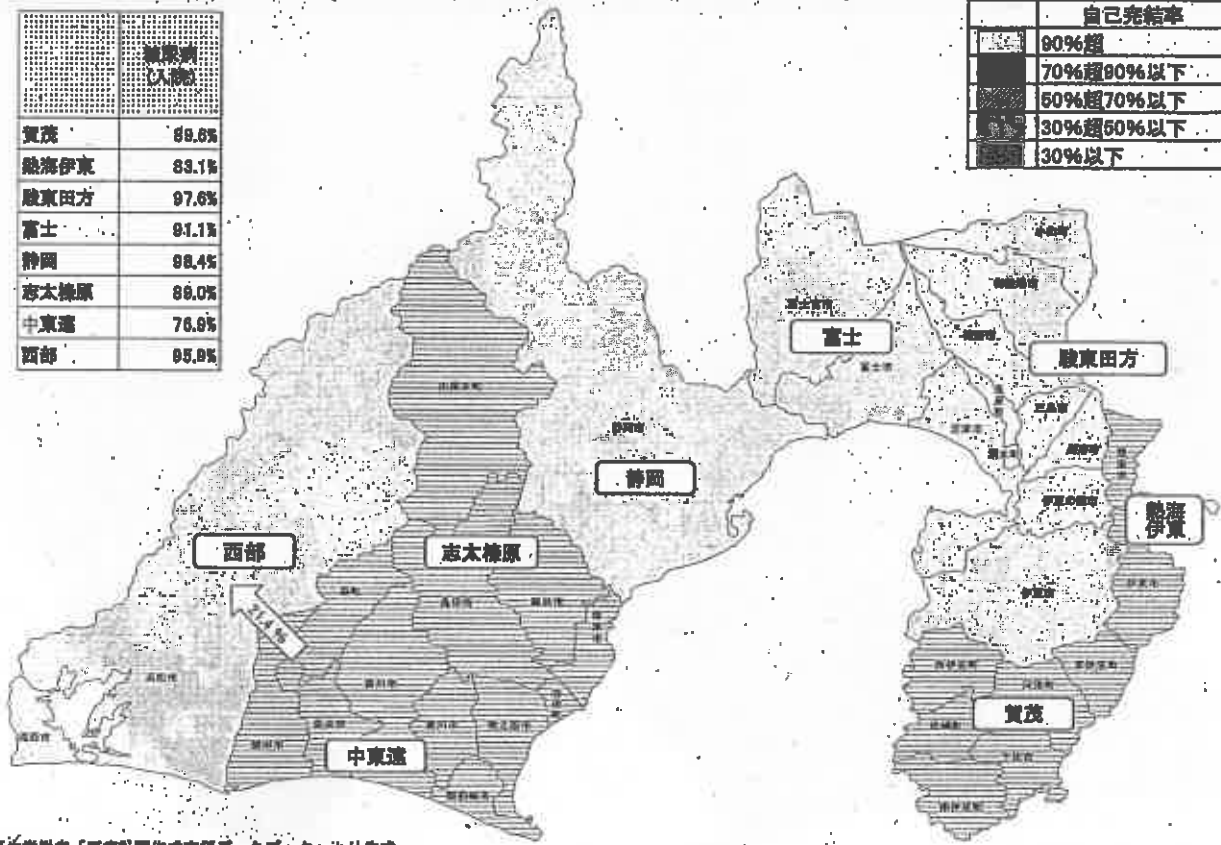
医療圏	糖尿病(入院)	糖尿病の人工透析(外来)
賀茂	89.6%	81.0%
熱海伊東	83.1%	94.0%
駿東田方	97.8%	98.3%
富士	91.1%	100.0%
静岡	98.4%	85.9%
志太榛原	89.0%	93.4%
中東遠	76.9%	100.0%
西部	95.9%	91.5%

※網掛けは自己完結率0.0%以下

二次医療圏別：各種医療の自己完結率 <糖尿病（入院）>

二次医療圏	自己完結率
賀茂	89.6%
熱海伊東	83.1%
駿東田方	97.6%
富士	81.1%
静岡	88.4%
志太榛原	86.0%
中東遠	76.8%
西部	85.8%

自己完結率	
■	90%超
■	70%超80%以下
■	60%超70%以下
■	30%超50%以下
■	30%以下

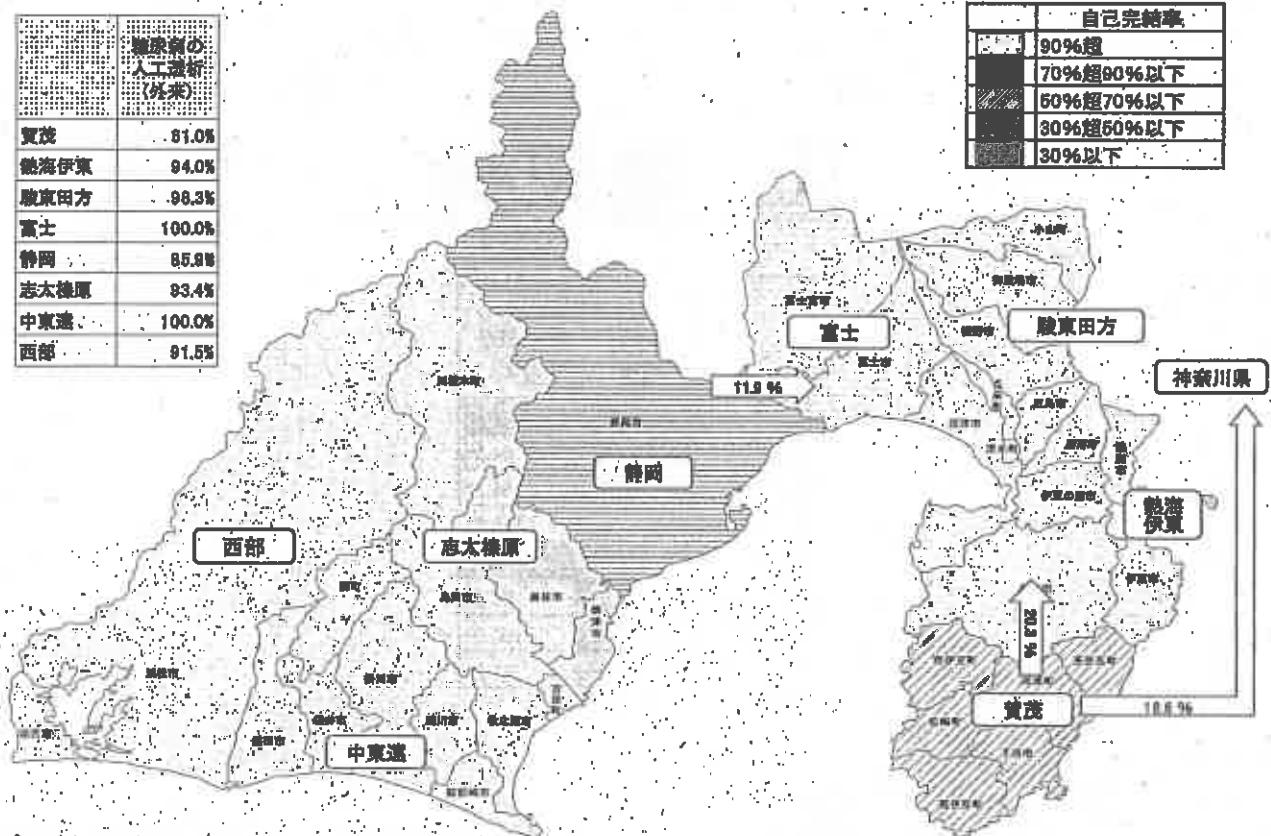


厚生労働省「医療計画作成支援データベース」より作成
※平成26年度(2014年度)診療分の電子レセプト数に基づく。
ただし、国保+後期高齢者のみ。 ※10%以上の流出について図示。

二次医療圏別：各種医療の自己完結率 <糖尿病の人工透析（外来）>

二次医療圏	自己完結率
賀茂	81.0%
熱海伊東	94.0%
駿東田方	98.3%
富士	100.0%
静岡	85.8%
志太榛原	83.4%
中東遠	100.0%
西部	81.5%

自己完結率	
■	90%超
■	70%超80%以下
■	60%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。

VI 精神疾患

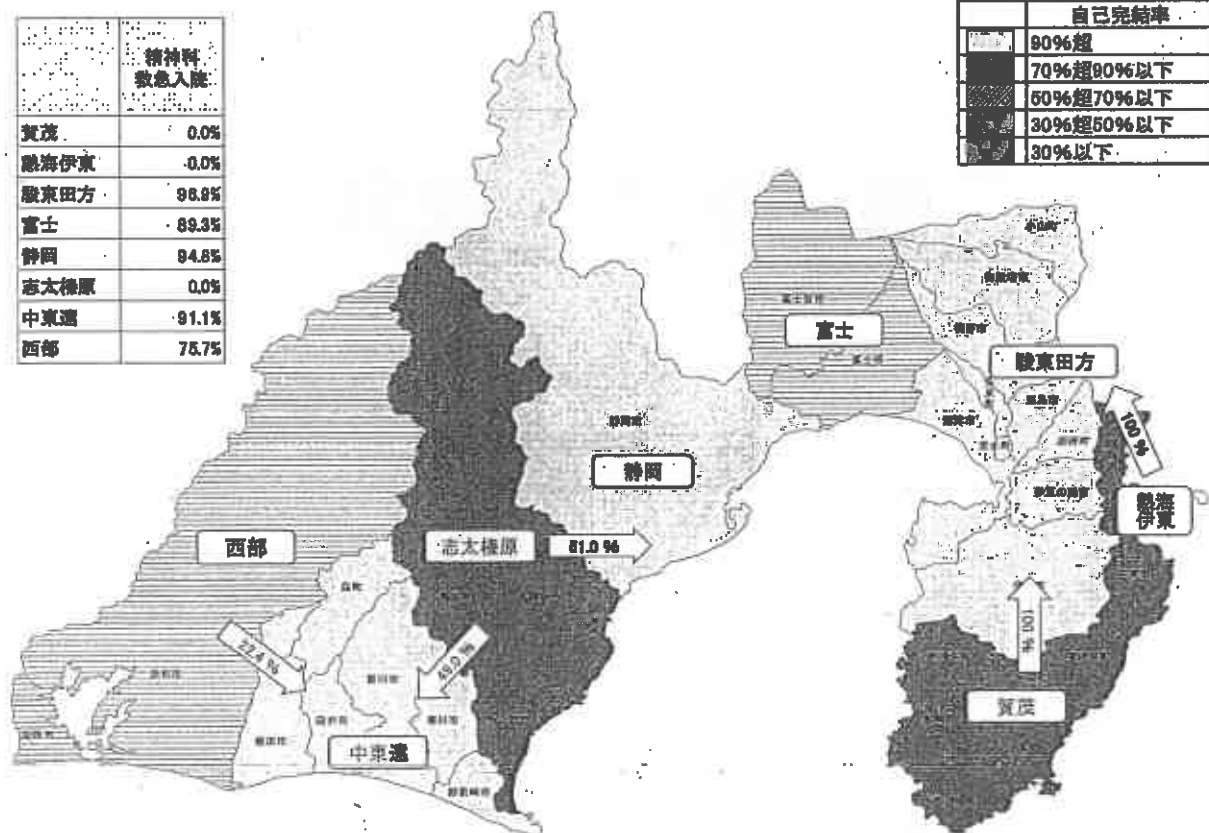
	精神科 救急入院	抗精神病薬 による治療 (2種類以下) (入院)
賀茂	0.0%	98.6%
熱海伊東	0.0%	0.0%
駿東田方	98.9%	89.6%
富士	89.3%	88.1%
静岡	94.8%	81.2%
志太榛原	0.0%	58.0%
中東遠	91.1%	85.6%
西部	75.7%	60.0%

※網掛けは自己完結率0.0%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	98.9%
富士	89.3%
静岡	94.8%
志太榛原	0.0%
中東遠	91.1%
西部	75.7%

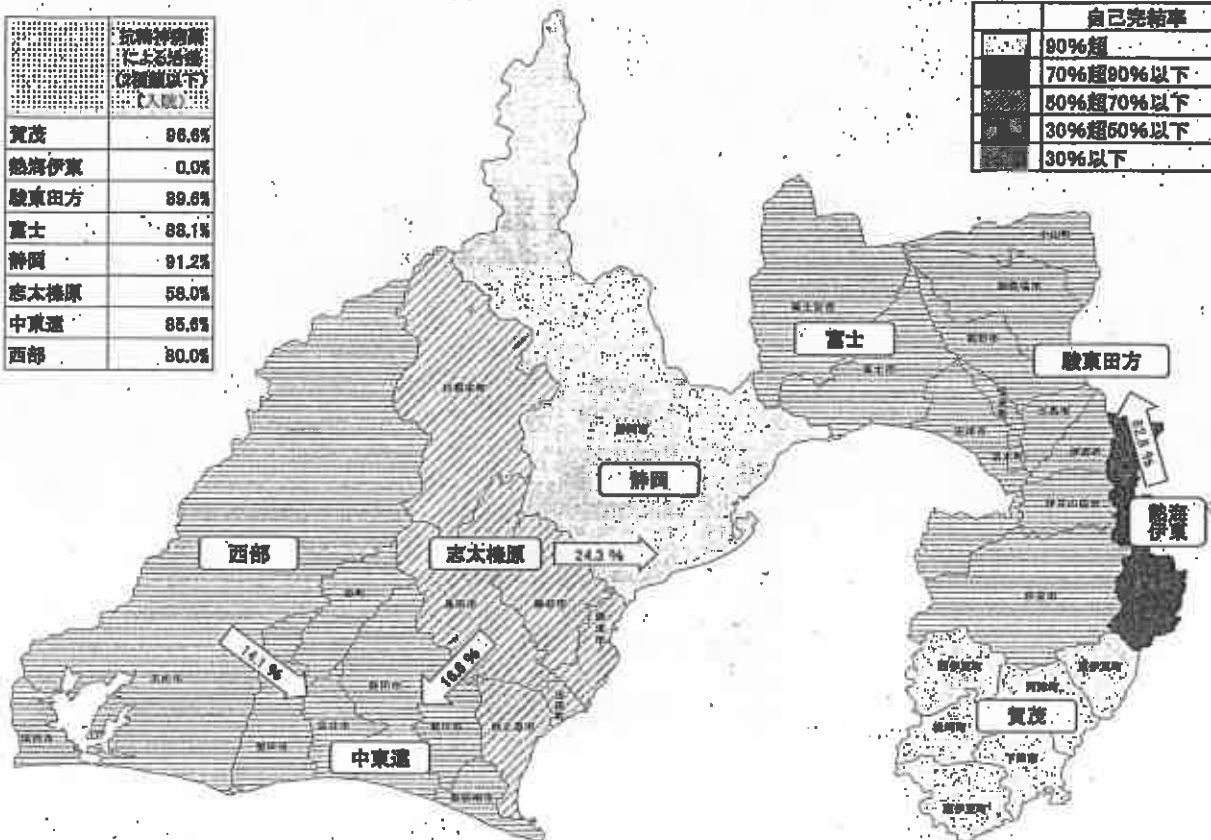
自己完結率	
■	90%超
■	70%超90%以下
■	50%超70%以下
■	30%超50%以下
■	30%以下



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28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表示。

圏別	抗精神病薬による治療 (2種類以下) 【入院】
賀茂	86.6%
熱海伊東	0.0%
駿東田方	89.6%
富士	88.1%
静岡	91.2%
志太権原	58.0%
中東遷	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28年度(2016年度)診療分の電子レセプト数に基づく。
 ただし、国保十後期高齢者のみ。 ※10%以上の廃出について表示。

VII 救命・救急

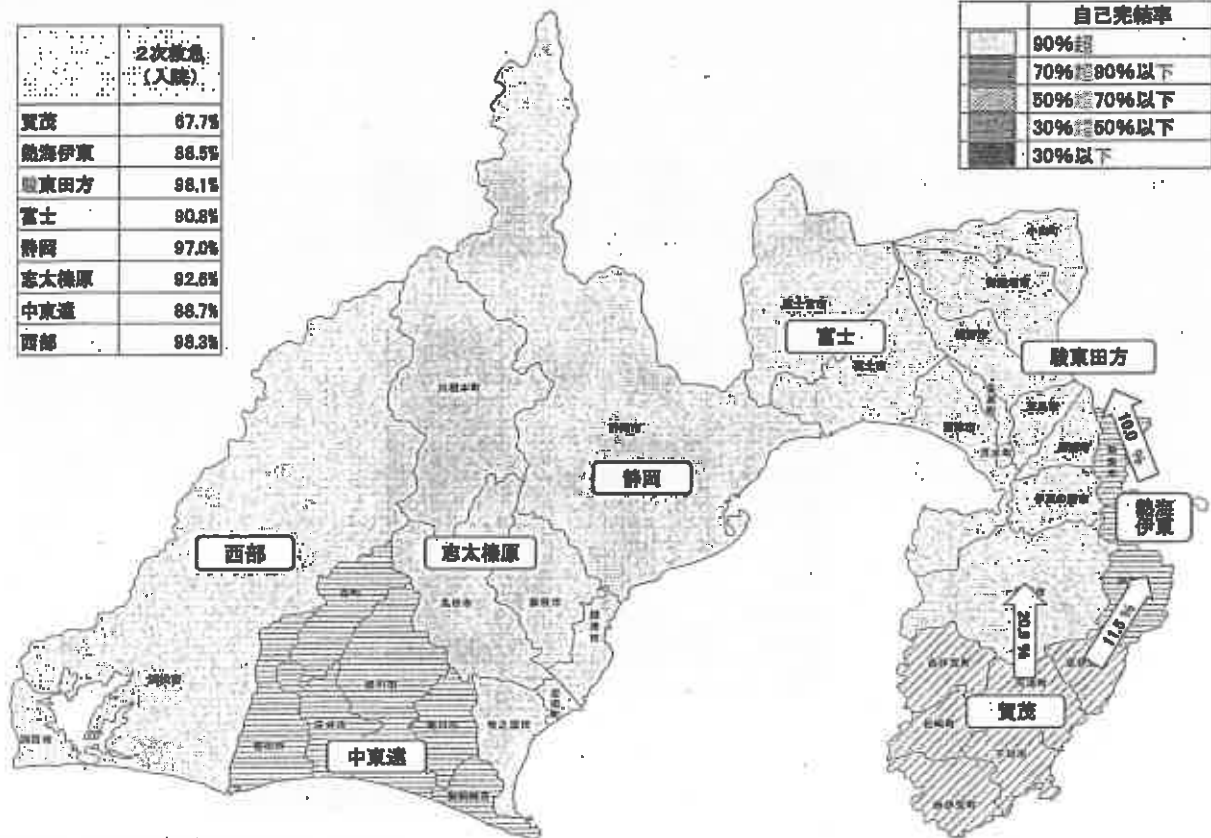
圏別	2次救急 【入院】	集中治療室 への併制 【入院】
賀茂	67.7%	0.0%
熱海伊東	88.5%	69.7%
駿東田方	98.1%	97.4%
富士	90.6%	26.4%
静岡	97.0%	85.4%
志太権原	92.6%	63.8%
中東遷	88.7%	72.8%
西部	91.3%	88.3%

※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	80.8%
静岡	97.0%
志太榛原	92.8%
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	

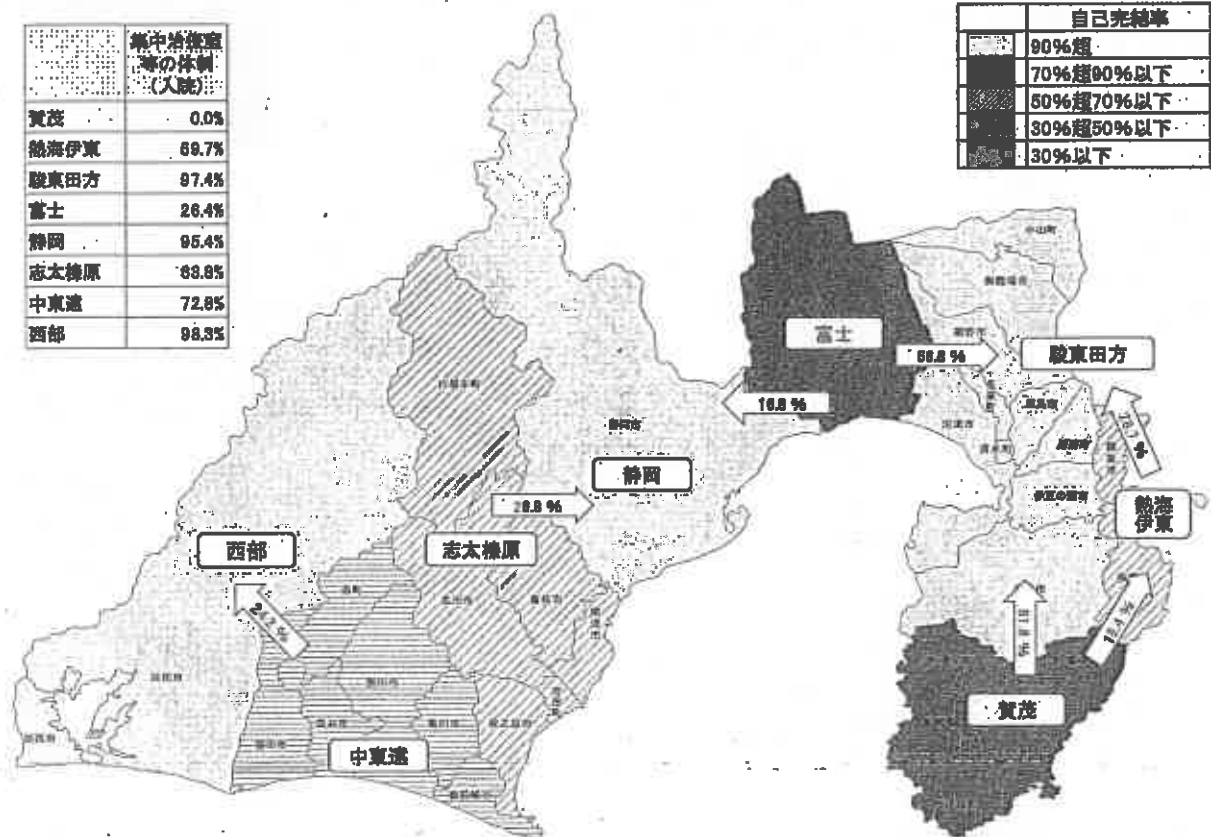


厚生労働省「医療計画作成支援データブック」より作成
 ※平成26年度（2014年度）診療分の電子レセプト数に基づく。
 ただし、国保+後期高齢者のみ。 ※10%以上の減出について調査。

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	88.8%
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%以上の減出について調査。

VIII 在宅医療

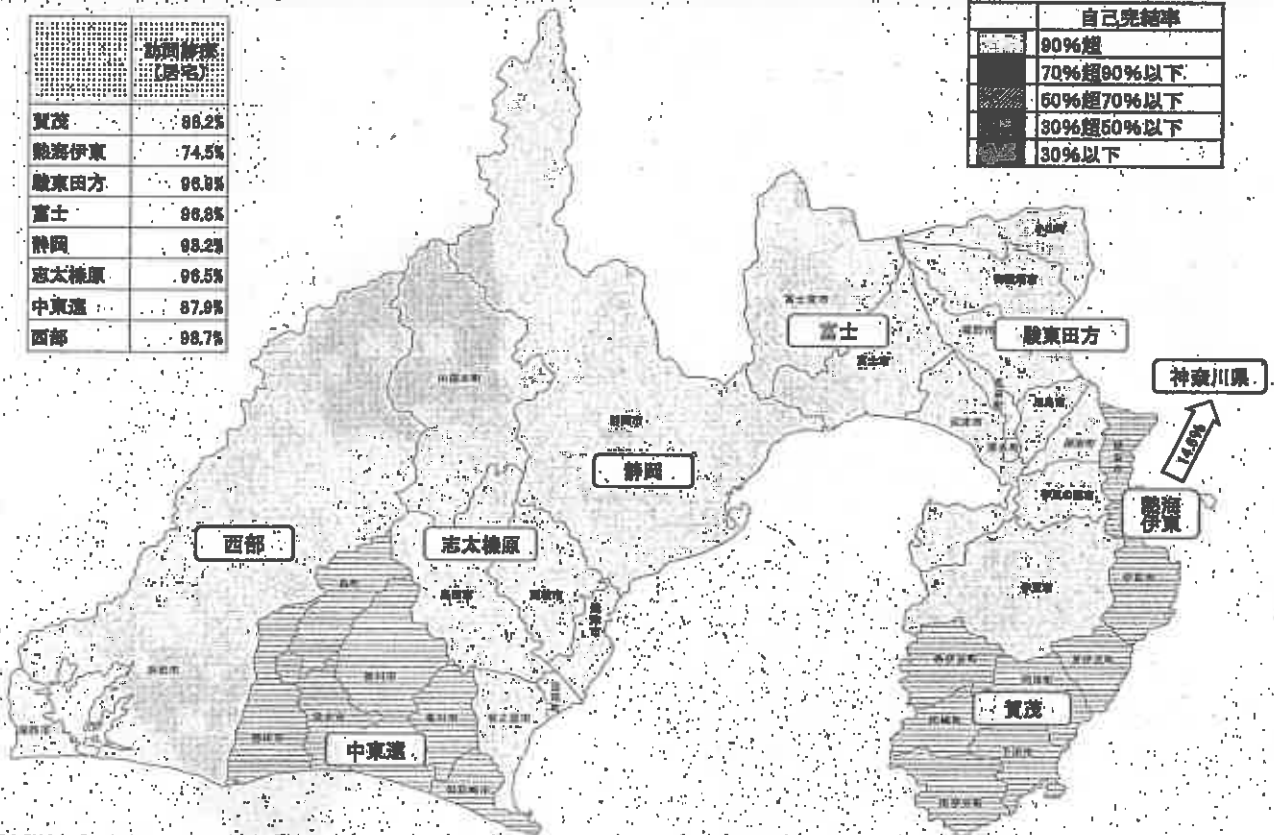
	訪問診療 (居宅)	訪問看護 提供	療養病床に おける急性期 や在宅が佳 の患者受付
賀茂	86.2%	100.0%	83.8%
駿海伊東	74.5%	84.4%	58.7%
駿東田方	98.9%	98.8%	97.0%
富士	86.8%	100.0%	84.3%
静岡	98.2%	98.0%	92.7%
志太榛原	98.5%	98.0%	94.7%
中東遠	87.9%	90.8%	77.1%
西部	98.7%	99.8%	92.4%

※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)>

	訪問診療 (居宅)
賀茂	86.2%
駿海伊東	74.5%
駿東田方	98.9%
富士	86.8%
静岡	98.2%
志太榛原	98.5%
中東遠	87.9%
西部	98.7%

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

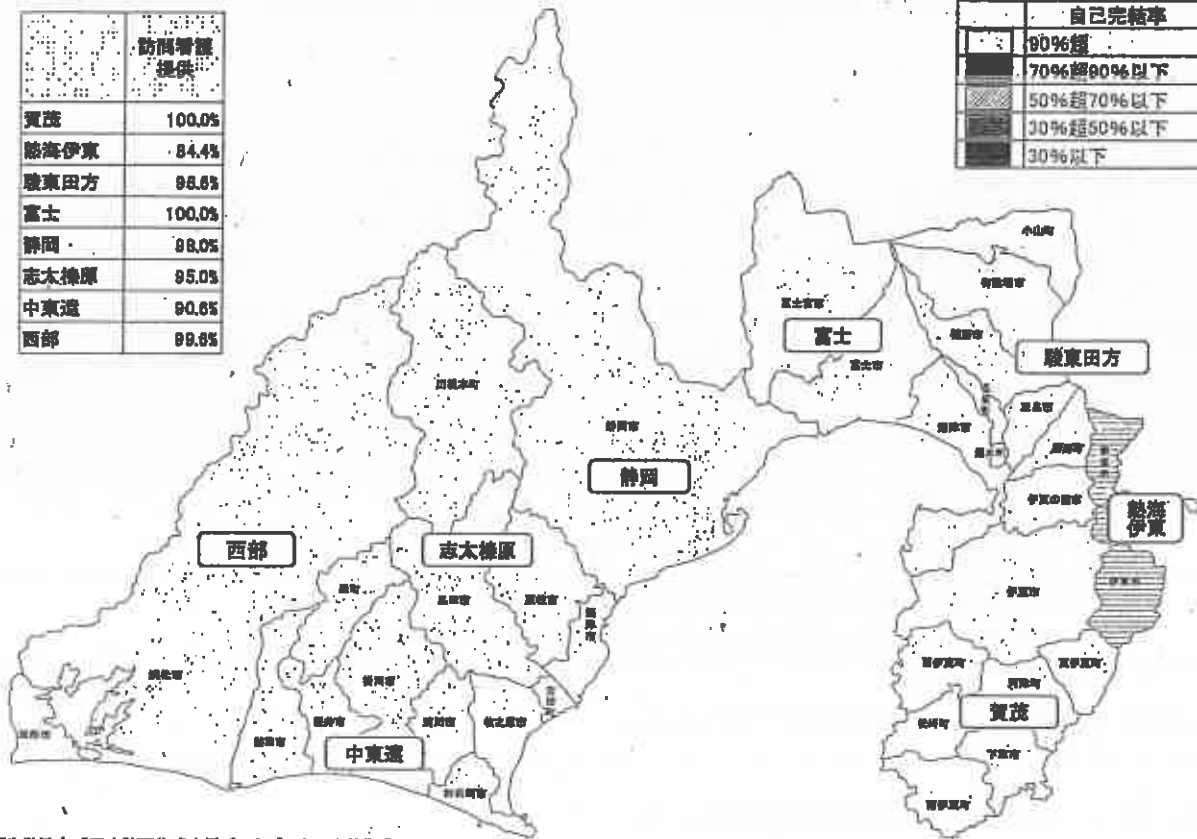


厚生労働省「医療計画作成支援データベース」より作成
※平成28年度(2016年度)診療分の電子レセプト数に基づく。
ただし、国保十後期高齢者のみ。 ※10%以上の流出について表示。

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	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	100.0%
熱海伊東	84.4%
駿東田方	98.6%
富士	100.0%
静岡	88.0%
志太榛原	85.0%
中東遠	90.6%
西部	89.8%

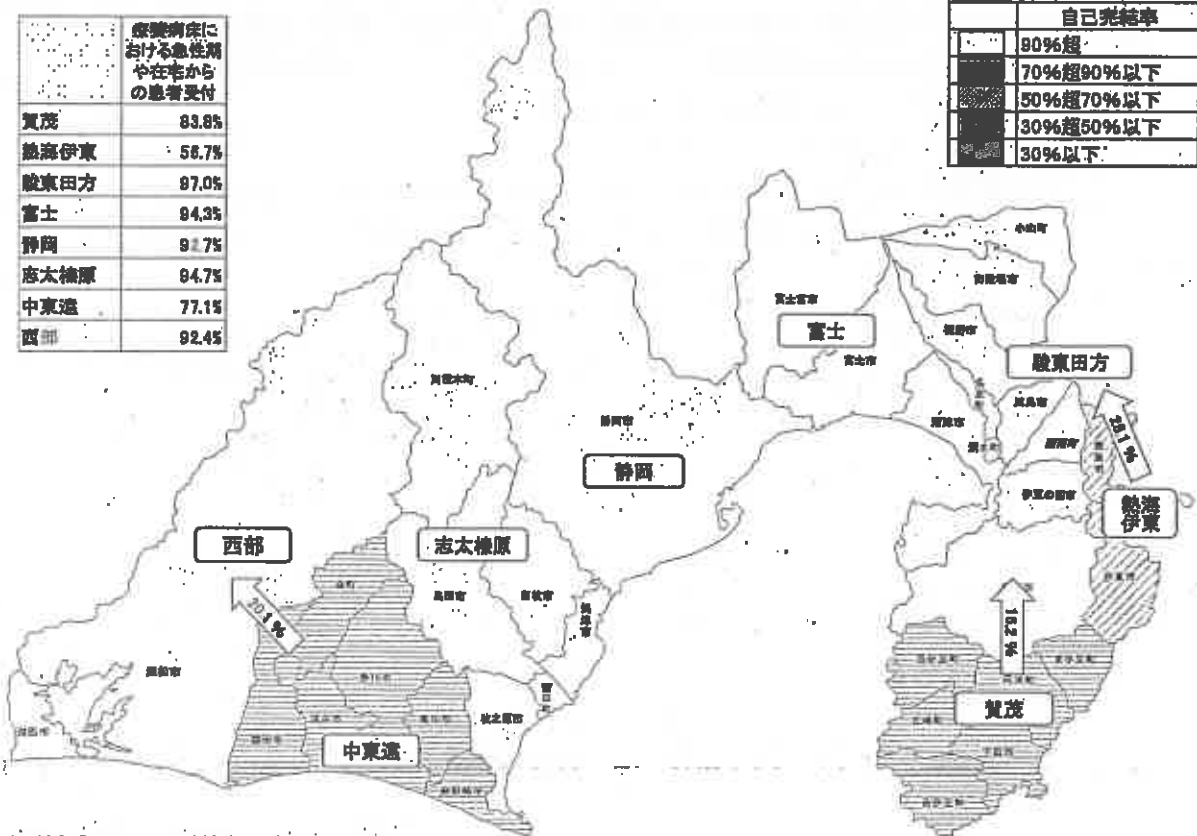


厚生労働省「医療計画作成支援データブック」より作成
 ※平成28年度(2014年度)診療分の電子レセプト数に基づく。
 ただし、国保+後期高齢者のみ。 ※10%以上の流出について図示。

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	自己完結率
■	80%超
■	70%超90%以下
■	50%超70%以下
■	30%超50%以下
■	30%以下

賀茂	83.8%
熱海伊東	58.7%
駿東田方	97.0%
富士	94.3%
静岡	91.7%
志太榛原	94.7%
中東遠	77.1%
西部	92.4%



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28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。

疾病・事業ごとのデータから見た地域課題

I 7 疾病

I-1 がん

圏域	データから見た地域課題
賀茂	<ul style="list-style-type: none"> ・「がんの集学的治療」を担う医療機関が無く、駿東田方圏域への患者流出が見られる。 ・悪性新生物の標準化死亡比（以下、「SMR」）は県内で2番目に高い。
熱海伊東	<ul style="list-style-type: none"> ・「がんの集学的治療」を担う医療機関が無く、駿東田方圏域への患者流出が見られる。 ・SMRは県内で最も高い。特に結腸、乳がん、子宮頸がんは高い水準にある。
駿東田方	<ul style="list-style-type: none"> ・SMRが県全体に対して上回っている。特に結腸は高い水準にある。
富士	<ul style="list-style-type: none"> ・駿東田方圏域への患者流出が見られる。 ・SMRが県全体に対して上回っている。特に肝がんは高い水準にある。
静岡	<ul style="list-style-type: none"> ・がん検診の要精密検査者の精密検査受診率が低い。 ・直腸等、肝・肝内胆管がんのSMRが県全体よりも上回っている。
志太榛原	<ul style="list-style-type: none"> ・静岡圏域への患者流出が見られる。
中東遠	<ul style="list-style-type: none"> ・西部圏域への患者流出が見られる。
西部	<ul style="list-style-type: none"> ・がん検診の要精密検査者の精密検査受診率が低い。

I-2 脳卒中

圏域	データから見た地域課題
賀茂	<ul style="list-style-type: none"> ・「脳卒中の救急医療」を担う医療機関が無く、駿東田方圏域への患者流出が見られる。 ・危険因子である高血圧有病者、メタボリックシンドローム該当者が多い。
熱海伊東	<ul style="list-style-type: none"> ・駿東田方圏域への患者流出が見られる。 ・危険因子である習慣的喫煙者が多い。 ・脳血管疾患のSMRが県内で最も高い。特に脳内出血は高い水準にある。
駿東田方	<ul style="list-style-type: none"> ・危険因子である高血圧有病者、糖尿病有病者、脂質異常有病者、メタボリックシンドローム該当者が多い。 ・脳血管疾患のSMRが県内で2番目に高い。
富士	<ul style="list-style-type: none"> ・危険因子である高血圧有病者、メタボリックシンドローム該当者が多い。
静岡	<ul style="list-style-type: none"> ・危険因子である高血圧有病者、メタボリックシンドローム該当者が多い。
志太榛原	<ul style="list-style-type: none"> ・脳血管疾患のSMRが全国と比べて高い。特に脳内出血は高い水準にある。
中東遠	<ul style="list-style-type: none"> ・西部圏域への患者流出が見られる。 ・危険因子である糖尿病有病者、糖尿病予備群が多い。 ・SMRが全国と比べて高い。
西部	<ul style="list-style-type: none"> ・北遠地域、湖西地域に救急医療を担う医療機関が無い。 ・SMRが全国と比べて高い。特に脳内出血は高い水準にある。

I-3 心筋梗塞等の心血管疾患

圏域	データから見た地域課題
賀 茂	<ul style="list-style-type: none"> ・「急性心筋梗塞の救急医療」を担う医療機関が無く駿東田方圏域への患者流出が見られる。 ・心疾患のSMRが県内で2番目に高い。特に急性心筋梗塞、心不全は高い水準にある。
熱海伊東	<ul style="list-style-type: none"> ・駿東田方圏域への患者流出が見られる。 ・心疾患のSMRが県内で最も高く、特に急性心筋梗塞は高い水準にある。 ・大動脈瘤及び解離のSMRが県内で最も高い。
駿東田方	<ul style="list-style-type: none"> ・危険因子である高血圧有病者、メタボリックシンドローム該当者が多い。 ・心不全、大動脈瘤及び解離のSMRが県内で2番目に高い。
富 士	<ul style="list-style-type: none"> ・駿東田方圏域への患者流出が見られる。 ・危険因子である高血圧有病者、メタボリックシンドローム該当者が多い。
静 岡	<ul style="list-style-type: none"> ・危険因子である高血圧有病者、メタボリックシンドローム該当者が多い。
志太榛原	<ul style="list-style-type: none"> ・静岡圏域への患者流出が見られる。
中 東 遠	<ul style="list-style-type: none"> ・西部圏域への患者流出が見られる。 ・危険因子である糖尿病有病者、糖尿病予備群が多い。 ・急性心筋梗塞のSMRが高い水準にある。
西 部	<ul style="list-style-type: none"> ・危険因子である糖尿病予備群が多い。

I-4 糖尿病

圏域	データから見た地域課題
賀 茂	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病のSMRが県内で最も高い。 ・人工透析患者について、熱海伊東圏域、神奈川県への流出が見られる。
熱海伊東	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病有病者が多く、糖尿病のSMRが高い水準にある。
駿東田方	<ul style="list-style-type: none"> ・危険因子であるメタボリックシンドローム該当者が多い。 ・糖尿病のSMRが高い水準にある。
富 士	<ul style="list-style-type: none"> ・危険因子であるメタボリックシンドローム該当者が多い。 ・糖尿病のSMRが県内で2番目に高い。腎不全のSMRが県内で最も高い。
静 岡	<ul style="list-style-type: none"> ・危険因子であるメタボリックシンドローム該当者が多い。 ・人工透析患者について、富士圏域への流出が見られる。
志太榛原	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病予備群が多い。
中 東 遠	<ul style="list-style-type: none"> ・西部圏域への患者流出が見られる。 ・糖尿病有病者、糖尿病予備群が多い。
西 部	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病予備群が多い。 ・腎不全のSMRが県内で2番目に高い。

I-5 喘息

圏域	データから見た地域課題
賀 茂	・喘息のSMRが県内で最も高い。
熱海伊東	・喘息のSMRが高い水準にある。
駿東田方	・喘息の人口10万人対死亡率が、県内で最も高い。 ・喘息のSMRが高い水準にある。
富 士	・喘息の人口10万人対死亡率が、県平均を上回っている。 ・喘息のSMRが県内で2番目に高い。
静 岡	・喘息の人口10万人対死亡率が、県平均を上回っている。
志太榛原	
中 東 遠	
西 部	・喘息の退院患者平均在院日数が、国県の平均を上回っている。

I-6 肝炎

圏域	データから見た地域課題
賀 茂	・圏域内に「肝炎の専門治療」を担う医療機関が無い。 ・B型ウィルス肝炎のSMRが県内で2番目に高い。
熱海伊東	・肝疾患の人口10万人対死亡率が県内で2番目に高い。 ・B型ウィルス肝炎のSMRが県内で最も高い。
駿東田方	・肝疾患の人口10万人対死亡率が、県平均を上回って推移し増加傾向にある。
富 士	・C型ウィルス肝炎のSMRが県内で最も高い。
静 岡	・C型ウィルス肝炎のSMRが県内で2番目に高い。
志太榛原	・肝疾患の退院患者平均在院日数が、国県の平均を上回っている。
中 東 遠	・肝疾患かかりつけ医の登録状況が伸び悩んでいる。
西 部	・人口当たり肝疾患かかりつけ医登録医療機関が少ない。

I-7 精神疾患

圏域	データから見た地域課題
賀 茂	<ul style="list-style-type: none"> ・「精神科救急医療」「身体合併症治療」を担う医療機関が無く、駿東田方圏域への患者流出が見られる。 ・平均在院日数が県内で最も長い。 ・自殺のSMRが県内で最も高い
熱海伊東	<ul style="list-style-type: none"> ・圏域内に精神科病院、「身体合併症治療」を担う医療機関が無く、賀茂圏域及び駿東田方圏域への患者流出が見られる。 ・自殺のSMRが県内で2番目に高い。
駿東田方	<ul style="list-style-type: none"> ・平均在院日数が、県平均を上回っている。
富 士	<ul style="list-style-type: none"> ・平均在院日数が県平均を上回っており、県内で2番目に長い。 ・自殺のSMRが高い水準にある。
静 岡	<ul style="list-style-type: none"> ・富士圏域への患者流出が見られる。
志太榛原	<ul style="list-style-type: none"> ・「身体合併症治療」を担う医療機関が無く、静岡圏域及び中東遠圏域への患者流出が見られる。
中 東 遠	<ul style="list-style-type: none"> ・西部圏域への患者流出が見られる。
西 部	<ul style="list-style-type: none"> ・北遠地域、湖西地域には入院医療機関がない

II 5事業

II-1 救急医療

圏域	データから見た地域課題
賀茂	<ul style="list-style-type: none"> ・2次救急について、駿東田方及び熱海伊東圏域への患者流出が見られる。 ・特定集中治療室のある病院が無く、駿東田方及び熱海伊東圏域への患者流出が見られる。 ・救急搬送の覚知から収容までの時間が、県内で最も長い。
熱海伊東	<ul style="list-style-type: none"> ・2次救急について、駿東田方医療圏への患者流出が見られる。 ・特定集中治療室のある病院は1病院あるが、駿東田方圏域への患者流出が見られる。
駿東田方	<ul style="list-style-type: none"> ・救急搬送の覚知から収容までの時間が、県平均を上回っている。 ・賀茂、熱海伊東、富士医療圏からの患者流入が見られる。
富士	<ul style="list-style-type: none"> ・三次救急の受入体制が整備されていない。特定集中治療室のある病院は1病院あるが、駿東田方及び静岡圏域への患者流出が見られる。
静岡	<ul style="list-style-type: none"> ・富士、志太榛原圏域からの患者流入が見られる。
志太榛原	<ul style="list-style-type: none"> ・特定集中治療室のある病院は1病院あるが、静岡圏域への患者流出が見られる。
中東遠	<ul style="list-style-type: none"> ・2次救急について他圏域への患者流出が見られる。 ・特定集中治療室のある病院は2病院あるが、西部圏域への患者流出が見られる。 ・救急搬送の覚知から収容までの時間が、県内で2番目に長い。
西部	<ul style="list-style-type: none"> ・北遠地域、湖西地域における救急医療体制が脆弱である。 ・中東遠圏域からの患者流入が見られる。

II-2 災害時の医療

圏域	データから見た地域課題
賀茂	<ul style="list-style-type: none"> ・圏域内に災害拠点病院が無い ・耐震性が確保されていない救護病院、推定津波浸水地域に立地している救護病院がある。
熱海伊東	<ul style="list-style-type: none"> ・耐震性が確保されていない救護病院、推定津波浸水地域に立地している救護病院がある。
駿東田方	<ul style="list-style-type: none"> ・耐震性が確保されていない救護病院、推定津波浸水地域に立地している救護病院がある。
富士	<ul style="list-style-type: none"> ・耐震性が確保されていない救護病院がある。
静岡	<ul style="list-style-type: none"> ・耐震性が確保されていない救護病院、推定津波浸水地域に立地している救護病院がある。
志太榛原	<ul style="list-style-type: none"> ・推定津波浸水地域に立地している救護病院がある。
中東遠	<ul style="list-style-type: none"> ・袋井市に救護病院がない。
西部	<ul style="list-style-type: none"> ・耐震性が確保されていない救護病院、推定津波浸水地域に立地している救護病院がある。

II-3 へき地の医療

圏域	データから見た地域課題
賀 茂	・無医、無歯科医地区が南伊豆町、西伊豆町に計3地区ある
熱海伊東	・離島に初島が指定されている。
駿東田方	・過疎地域（一部地域指定）に沼津市戸田地域及び伊豆市土肥地域が指定されている。
富 士	・振興山村指定地域に旧芝川町（柚野村）が指定されているが、へき地医療拠点病院、へき地診療所がない。
静 岡	・無歯科医地区が静岡市に計3地区ある。
志太榛原	・無医、無歯科医地区が島田市、川根本町に計3地区ある。
中 東 遠	・圏域内に、へき地医療拠点病院、へき地診療所が無い。
西 部	・無医、無歯科医地区及び準じる地区が浜松市に計12地区ある。

II-4 周産期医療

圏域	データから見た地域課題
賀 茂	・出生当たりの産科・産婦人科医師数が、県内で最も少ない。 ・分娩を取り扱う病院が無く、診療所が1施設のみ。 ・高次周産期医療体制が脆弱である。
熱海伊東	・高次周産期医療体制が脆弱である。 ・産科・産婦人科医師数が減少している。
駿東田方	・産婦人科を標榜し正常分娩を担っている診療所では、常勤の医師一人体制が多く、常勤医師の高齢化が進んでいる。
富 士	・高次周産期医療体制が脆弱である。 ・出生当たりの産科・産婦人科医師数が、県平均を下回っている。
静 岡	・産科・産婦人科医師数が減少している。
志太榛原	・出生当たりの産科・産婦人科医師数が、県平均を下回っている。
中 東 遠	・出生当たりの産科・産婦人科医師数が、県内で2番目に少ない。
西 部	・北遠地域、湖西地域に正常分娩を取り扱う医療機関がない。

II-5 小児医療（小児救急医療を含む）

圏域	データから見た地域課題
賀茂	<ul style="list-style-type: none"> ・小児2次救急医療体制について、輪番体制が整備されていない。 ・救急搬送の覚知から収容までの平均時間は、県内で最も長い。
熱海伊東	<ul style="list-style-type: none"> ・小児2次救急医療体制について、伊東は輪番体制が整備されていない。
駿東田方	<ul style="list-style-type: none"> ・小児2次救急医療体制について、御殿場は輪番体制が整備されていない。 ・救急搬送の覚知から収容までの平均時間は、県平均を上回っている。
富士	<ul style="list-style-type: none"> ・小児人口当たりの小児科医師数が、県平均を下回っている。
静岡	<ul style="list-style-type: none"> ・乳児死亡数が増加傾向にある。
志太榛原	<ul style="list-style-type: none"> ・乳児死亡数が増加傾向にあり、乳児死亡率はH26に県平均を上回っている。
中東遠	<ul style="list-style-type: none"> ・小児2次救急医療体制について、輪番体制が整備されていない。
西部	<ul style="list-style-type: none"> ・小児2次救急医療体制について、北遠は輪番体制が整備されていない。

III 在宅医療

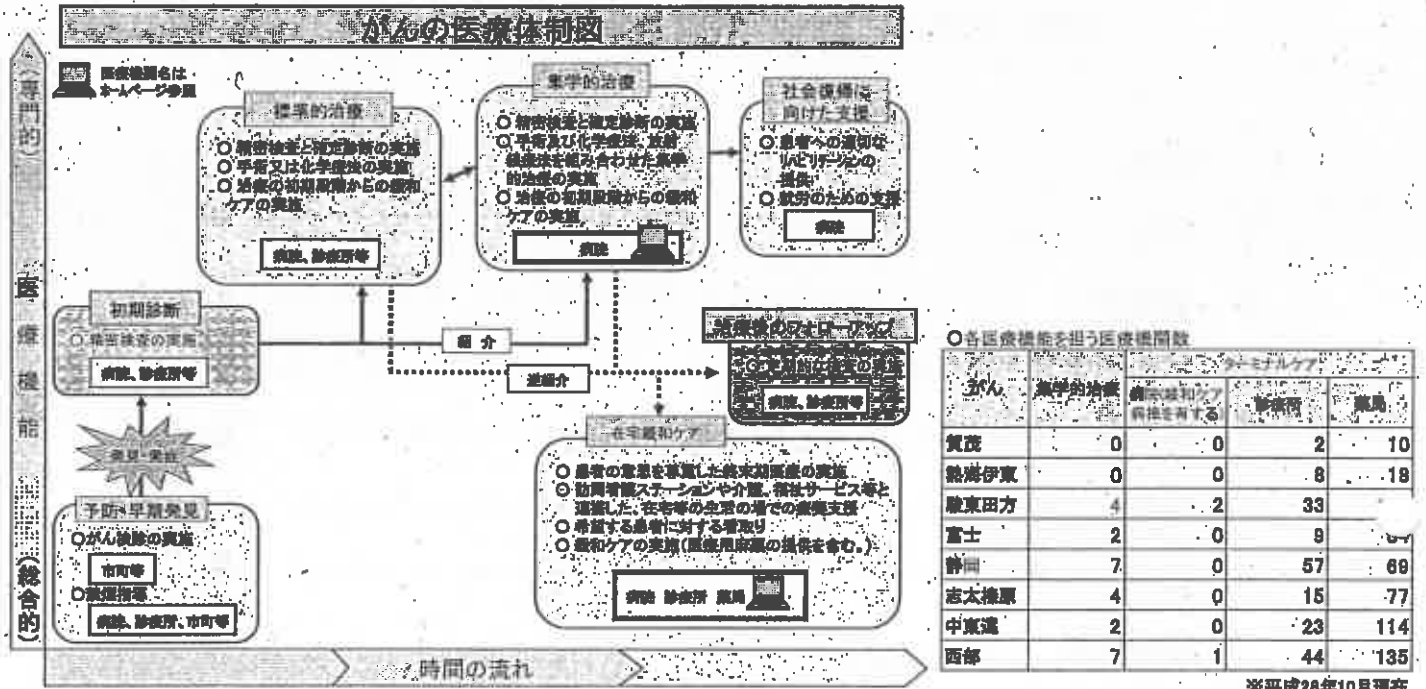
圏域	データから見た地域課題
賀茂	<ul style="list-style-type: none"> ・ひとり暮らし高齢者世帯の割合が高い。 ・訪問看護ステーションが設置されていない自治体がある（河津町）。 ・診療所医師の高齢化が進んでいる。
熱海伊東	<ul style="list-style-type: none"> ・ひとり暮らし高齢者世帯の割合が高い。 ・圏域内に在宅療養支援病院が無い。
駿東田方	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅で死亡した者の割合が低く、病院での高齢者の看取りが多い。 ・訪問看護ステーションが設置されていない自治体（小山町）がある。
富士	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問診療を実施する診療所の割合が低い。 ・自宅で死亡した者の割合が低い。
静岡	<ul style="list-style-type: none"> ・ひとり暮らし高齢者世帯の割合が高い。
志太榛原	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護ステーションが設置されていない自治体（吉田町、川根本町）がある。
中東遠	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護ステーションの設置が横ばいにある。
西部	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅で死亡した者の割合が低い。

疾病・事業ごとの医療提供体制の現状データ 目次

I	7 疾病	
1	がん	40
2	脳卒中	49
3	心筋梗塞等の心血管疾患	54
4	糖尿病	58
5	喘息	62
6	肝炎	65
7	精神疾患	70
II	5 事業	
1	救急医療	73
2	災害時の医療	76
3	へき地の医療	78
4	周産期医療	82
5	小児医療（小児救急医療を含む）	85
III	在宅医療	88

1-1 「がん」の医療提供体制の現状データ

1. がんの医療体制に求められる機能、医療機能を担う医療機関数



<がん診療連携拠点病院等の整備状況>

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

2. 関連データ

(1) 主な診療の自己完結率と10%以上の流出先（国保＋後期高齢のみ）

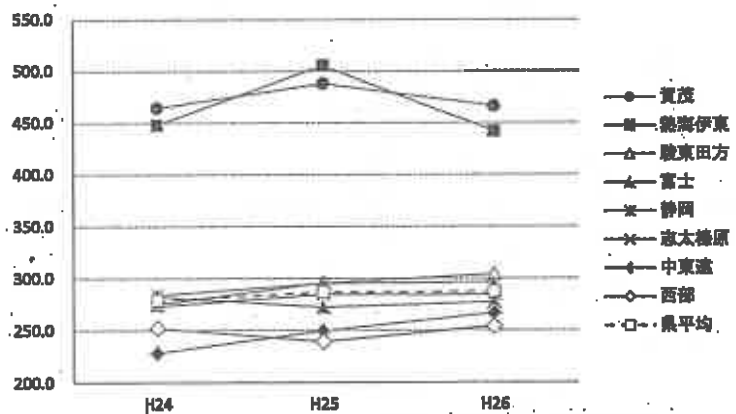
H26年度	胃がん (入院)		大腸がん (入院)		肝がん (入院)		肺がん (入院)		乳がん (入院)	
	自己 完結率	10%以上の 流出先	自己 完結率	10%以上の 流出先	自己 完結率	10%以上の 流出先	自己 完結率	10%以上の 流出先	自己 完結率	10%以上の 流出先
賀茂	36.5%	駿東田方 ・神奈川県 ・熱海伊東	52.7%	駿東田方	25.0%	駿東田方	22.9%	駿東田方	43.1%	駿東田方
熱海伊東	54.8%	駿東田方	59.7%	駿東田方	36.1%	駿東田方	32.8%	駿東田方	57.7%	駿東田方
駿東田方	100.0%	—	98.7%	—	100.0%	—	100.0%	—	100.0%	—
富士	64.3%	駿東田方	83.4%	駿東田方	56.5%	駿東田方	32.9%	駿東田方 ・静岡	68.2%	駿東田方
静岡	96.9%	—	95.8%	—	90.2%	—	96.8%	—	94.2%	—
志太榛原	83.1%	静岡	90.5%	—	90.0%	静岡	76.5%	静岡	87.2%	静岡
中東遠	79.8%	西部	79.4%	西部	96.3%	西部	74.5%	西部	85.7%	西部
西部	96.8%	—	97.4%	—	98.5%	—	100.0%	—	100.0%	—

H26年度	化学療法 (外来)		放射線治療 (外来)	
	自己 完結率	10%以上の 流出先	自己 完結率	10%以上の 流出先
賀茂	14.5%	駿東田方 ・熱海伊東	0.0%	駿東田方
熱海伊東	40.3%	駿東田方	0.0%	駿東田方
駿東田方	98.4%	—	100.0%	—
富士	49.7%	駿東田方	58.6%	駿東田方
静岡	84.2%	—	82.8%	—
志太榛原	71.1%	静岡	63.1%	静岡
中東遠	74.3%	西部	77.6%	西部
西部	97.8%	—	98.6%	—

(資料：厚生労働省「医療計画作成支援データブック」)

(2) 人口10万人対死亡率

悪性新生物	H24	H25	H26
賀茂	464.8	488.3	466.6
熱海伊東	448.2	505.8	442.3
駿東田方	275.5	295.7	304.3
富士	282.3	272.5	277.2
静岡	284.1	295.2	296.3
志太榛原	273.4	284.6	284.1
中東遠	228.8	249.8	266.8
西部	252.4	239.3	254.2
県平均	278.8	286.6	287.2



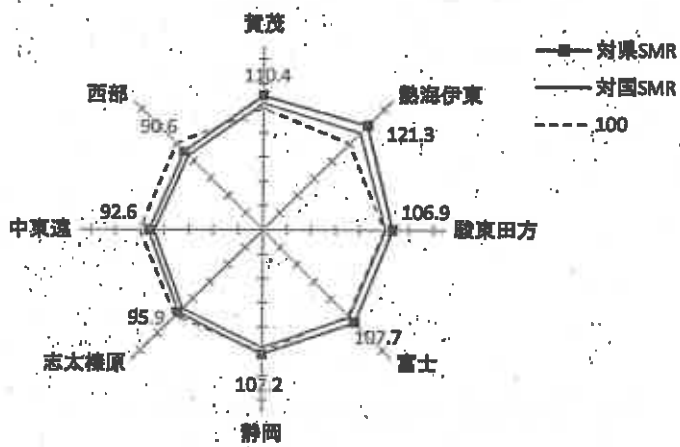
(資料：静岡県人口動態統計)

(3) H22-26 圏域別 SMR (標準化死亡比)

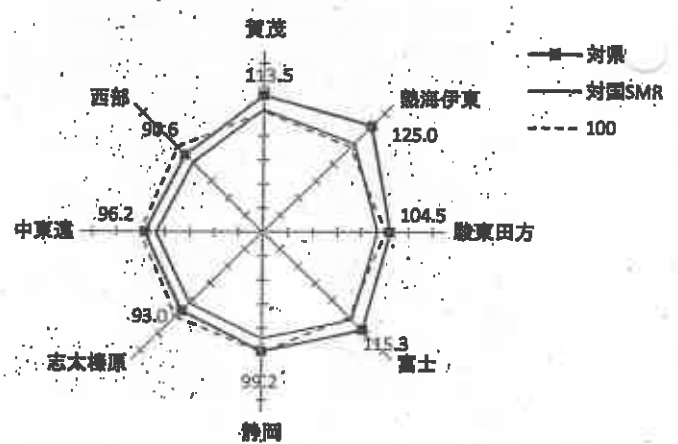
H22-H26	悪性新生物							
	総数		胃		結腸		直腸S状結腸移行部及び直腸	
	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR
賀茂	110.4	104.2	113.5	101.9	119.4	111.4	115.3	110.5
熱海伊東	121.3	112.8	125.0	104.2	135.8	126.2	126.0	118.9
駿東田方	106.9	101.1	104.5	93.6	115.7	109.0	97.2	93.6
富士	107.7	101.8	115.3	102.9	117.1	110.4	111.1	106.8
静岡	102.2	96.6	99.2	88.7	99.8	93.8	110.2	105.8
志太榛原	95.9	91.3	93.0	84.0	88.5	83.4	102.1	98.7
中東遠	92.6	88.3	96.2	87.1	87.5	82.6	90.9	88.2
西部	90.6	86.3	90.6	81.9	85.2	80.4	85.6	82.8
静岡県	100.0	94.8	100.0	89.9	100.0	94.1	100.0	96.4

※網掛けは有意に多い、または有意に少ない。

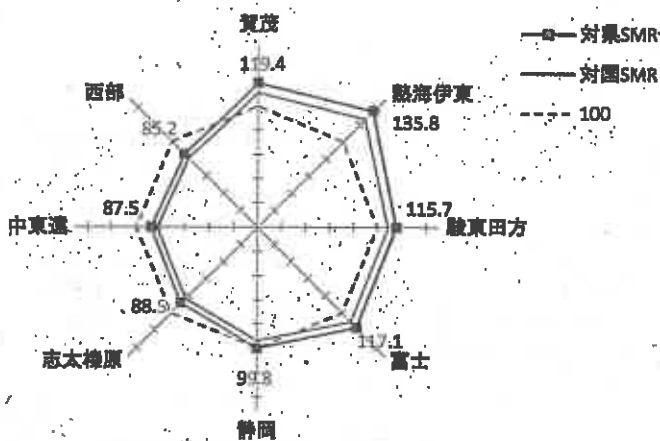
【総数】



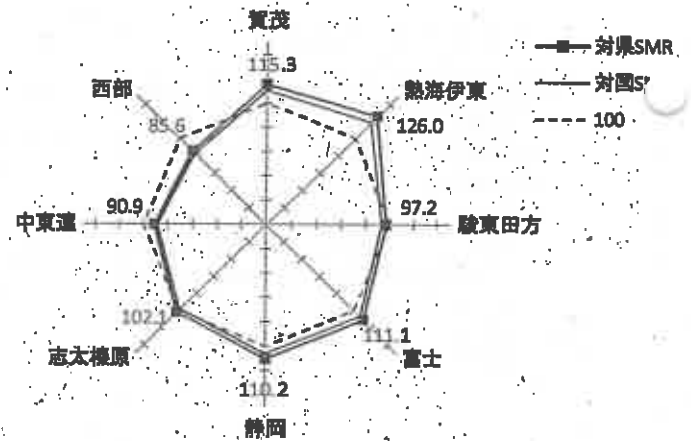
【胃】



【結腸】



【直腸S状結腸移行部及び直腸】



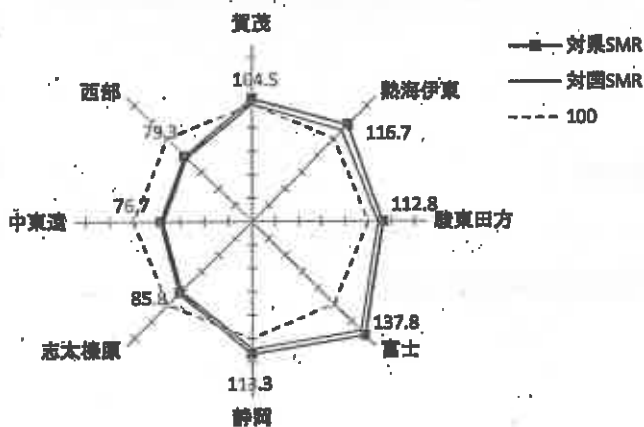
※図中の数値は対県 SMR

(資料：静岡県総合健康センター「静岡県市町別健康指標」)

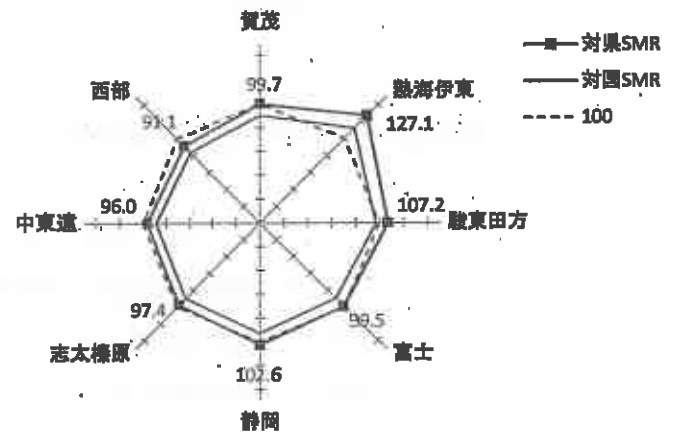
H22-H26	悪性新生物							
	肝及び肝内胆管		気管、気管支及び肺		乳房		子宮	
	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR
賀茂	104.5	100.3	99.7	90.3	100.7	99.9	128.2	131.5
熱海伊東	116.7	109.9	127.1	112.1	130.0	135.3	139.2	148.8
駿東田方	112.8	108.6	107.2	97.4	101.0	101.4	97.0	100.3
富士	137.8	132.2	99.5	90.0	108.1	107.1	115.2	119.7
静岡	113.3	108.8	102.6	92.8	106.0	107.0	94.5	98.4
志太榛原	85.8	83.2	97.4	89.4	91.9	91.8	83.5	85.7
中東遠	76.7	74.4	96.0	88.4	94.7	93.1	93.1	94.3
西部	79.3	77.0	91.1	83.7	93.3	92.4	103.6	105.9
静岡県	100.0	96.4	100.0	91.1	100.0	100.0	100.0	103.1

※網掛けは有意に多い、または有意に少ない。

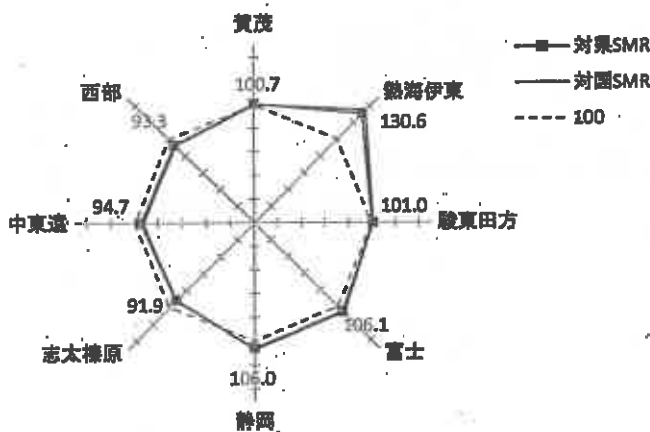
【肝及び肝内胆管】



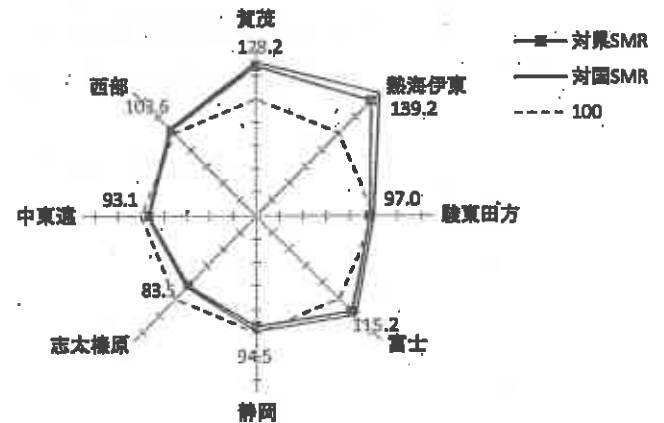
【気管、気管支及び肺】



【乳房】



【子宮】



※図中の数値は対県SMR

(資料：静岡県総合健康センター「静岡県市町別健康指標」)

※SMR (標準化死亡比)：

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

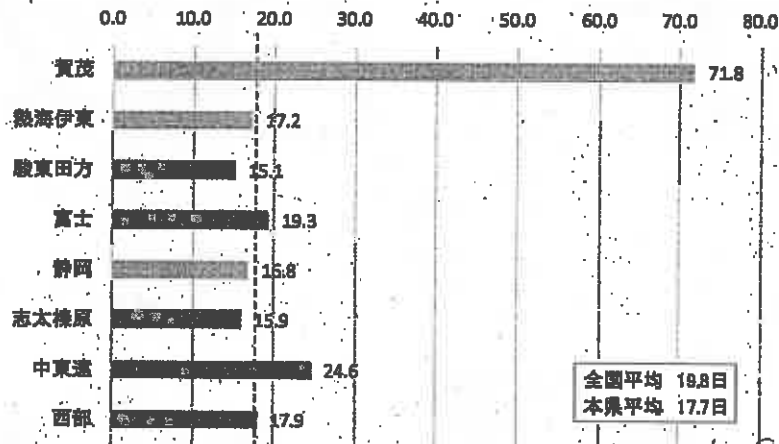
(4) 悪性腫瘍手術、放射線治療、外来化学療法の実施件数（平成26年9月）

指標名	静岡県	次保健医療圏							
		賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
病院における悪性腫瘍手術の実施件数	1,462	3	36	425	77	308	121	107	385
一般診療所における悪性腫瘍手術の実施件数	25	-	-	12	-	7	2	1	3
放射線治療（体外照射）の実施件数	4,784	-	28	269	319	1,724	748	98	1,608
放射線治療（組織内照射）の実施件数	24	-	-	6	-	7	-	-	11
病院における外来化学療法の実施件数	7,231	12	18	2,085	317	1,802	574	606	1,817
一般診療所における外来化学療法の実施件数	125	-	-	1	1	9	1	1	112

（資料：厚生労働省「医療施設調査」）

(5) 退院患者平均在院日数（施設所在地）

【悪性新生物】

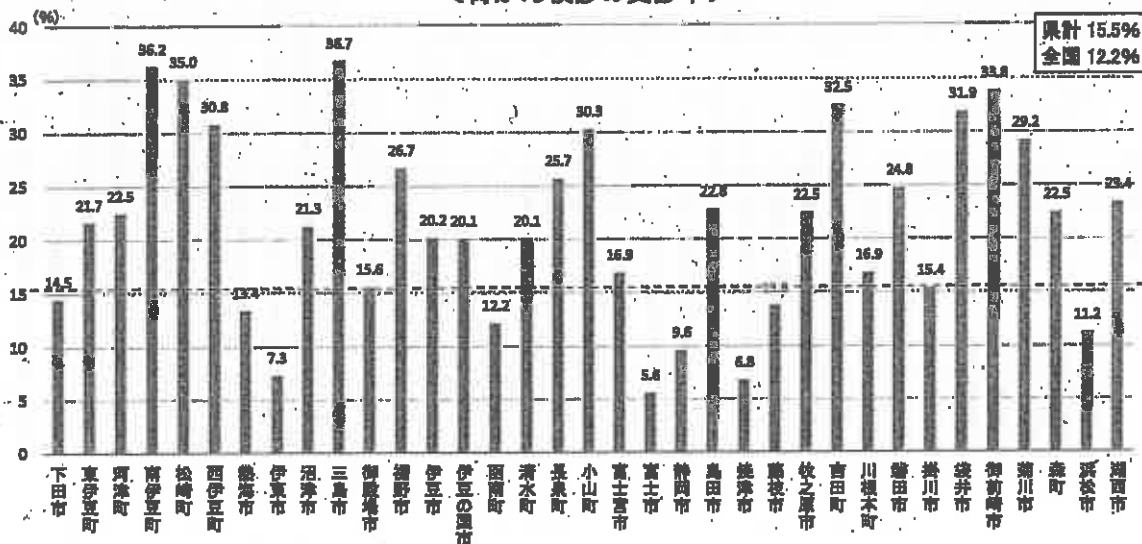


※平成26年9月1日～30日に退院した者を対象としたもの

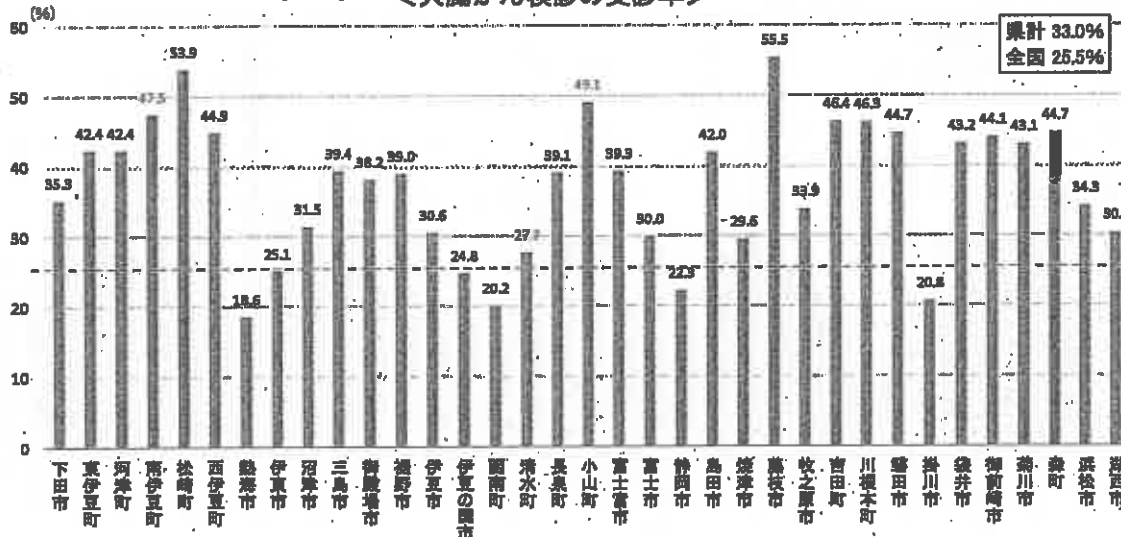
（資料：厚生労働省「患者調査」）

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

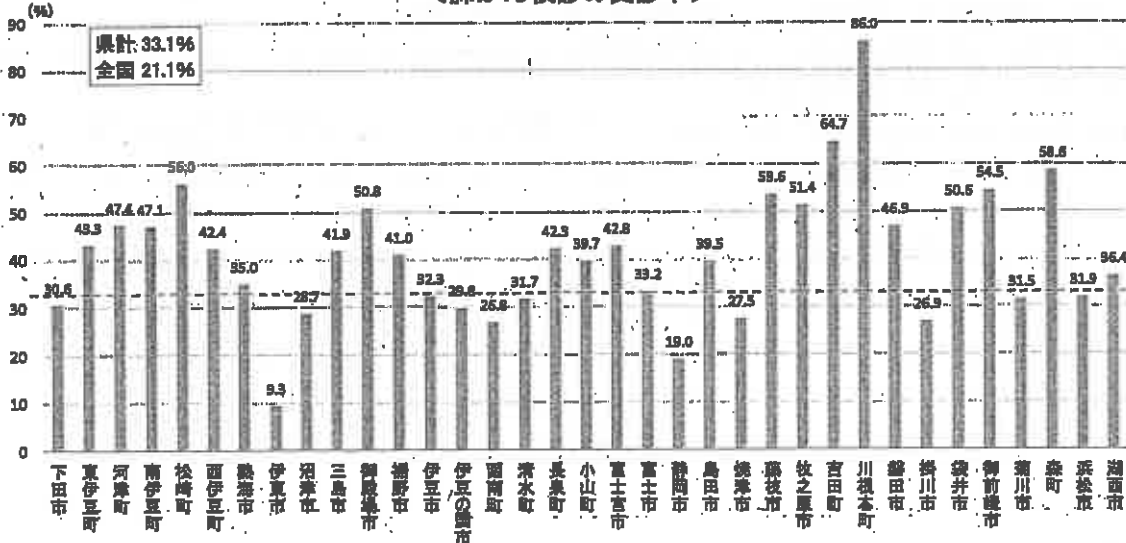
＜胃がん検診の受診率＞



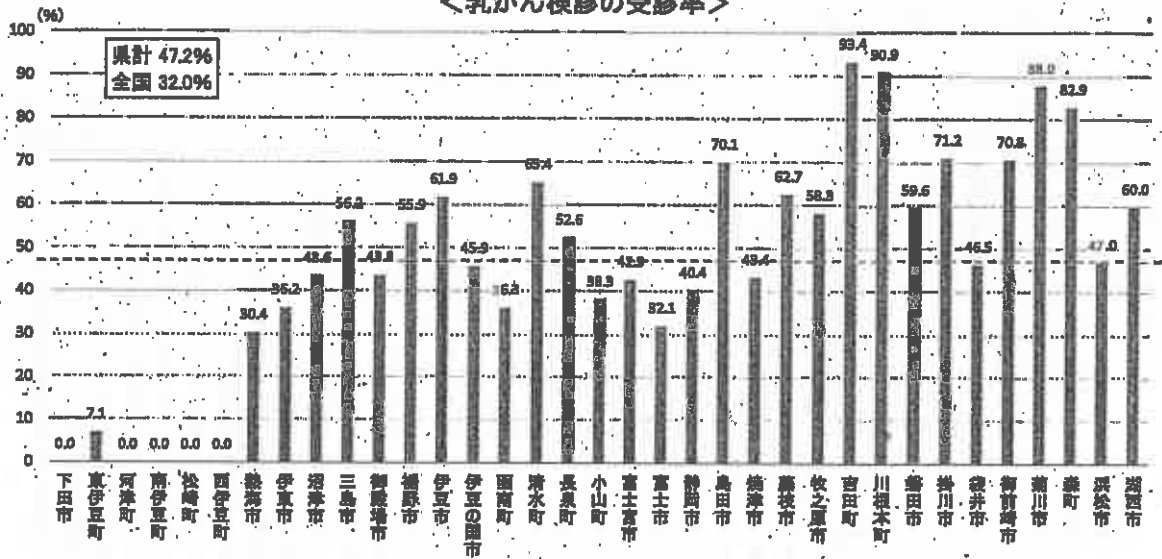
＜大腸がん検診の受診率＞



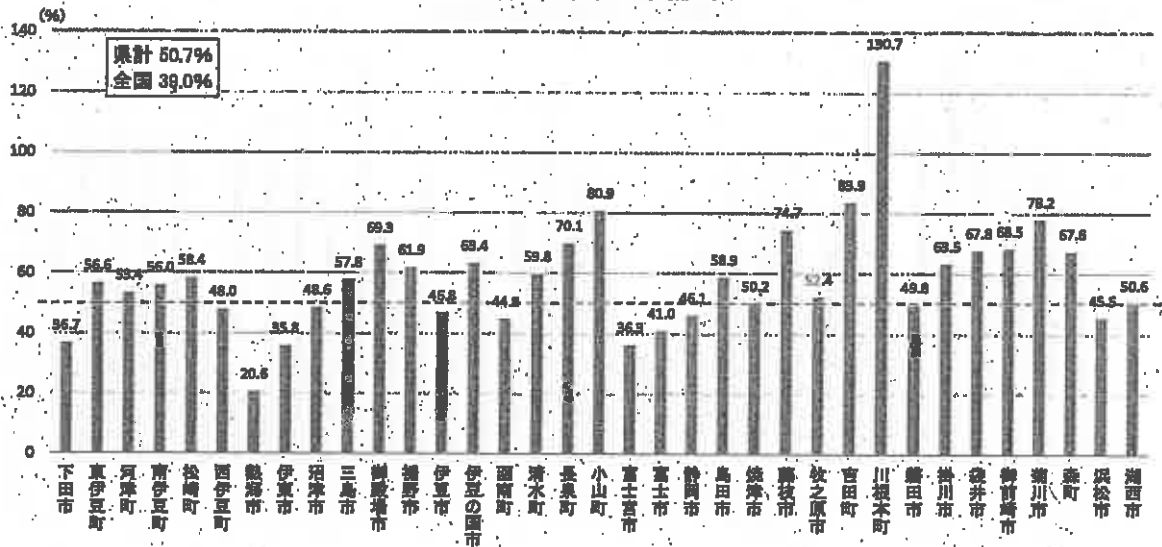
＜肺がん検診の受診率＞



＜乳がん検診の受診率＞



＜子宮頸がん検診の受診率＞



※「推計対象者数」＝ 市町人口 － (就業者数－農林水産業従事者数)

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

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

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

資料：厚生労働省「平成26年度地域保健・健康増進事業報告」

総務省「国勢調査報告」(平成22年10月1日)

(7) がん検診精密検査の状況

○胃がん検診

(単位:人、%)

胃がん検診	賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部	静岡県
検診受診者	6,046	3,218	38,209	9,800	14,042	17,447	19,931	20,844	129,535
要精密検査者	138	193	3,750	1,218	919	1,222	1,263	1,629	10,332
(要精密検査者率)	2.3%	6.0%	9.8%	12.4%	6.5%	7.0%	6.3%	7.8%	8.0%
精密検査受診者数	122	153	3,141	990	421	980	974	1,178	7,959
(精密検査受診率)	88.4%	79.3%	83.8%	81.3%	45.8%	80.2%	77.1%	72.3%	77.0%
がんであった者	10	4	52	8	10	18	15	15	132
精密検査未受診者数	8	0	278	19	6	7	50	14	380
(精密検査未受診率)	4.3%	0.0%	7.4%	1.8%	0.7%	0.6%	4.0%	0.9%	3.7%
精密検査未把握者数	10	40	331	209	482	235	239	437	1,993
(精密検査未把握率)	7.2%	20.7%	8.8%	17.2%	53.5%	19.2%	18.9%	26.8%	19.3%

○大腸がん検診

(単位:人、%)

大腸がん検診	賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部	静岡県
検診受診者	9,745	6,869	59,605	28,647	36,693	46,759	31,784	72,894	292,996
要精密検査者	803	622	4,748	2,083	3,253	3,819	2,089	5,402	22,799
(要精密検査者率)	8.2%	9.1%	8.0%	7.2%	8.9%	8.2%	6.6%	7.4%	7.8%
精密検査受診者数	607	480	3,081	1,433	1,359	2,785	1,490	2,591	13,826
(精密検査受診率)	75.8%	77.2%	64.9%	69.5%	41.8%	72.9%	71.3%	48.0%	60.6%
がんであった者	38	24	184	91	78	159	31	122	703
精密検査未受診者数	140	6	1,041	28	158	578	99	23	2,071
(精密検査未受診率)	17.4%	1.0%	21.9%	1.3%	4.9%	15.1%	4.7%	0.4%	9.1%
精密検査未把握者数	58	138	626	604	1,736	458	500	2,788	6,902
(精密検査未把握率)	7.0%	21.9%	13.2%	29.3%	53.4%	11.9%	23.9%	51.6%	30.3%

○肺がん検診(全体)

(単位:人、%)

肺がん検診	賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部	静岡県
検診受診者	10,214	7,258	69,971	38,848	45,353	53,089	41,853	77,443	344,127
要精密検査者	99	118	1,003	1,283	1,837	1,551	948	2,182	9,021
(要精密検査者率)	1.0%	1.6%	1.4%	3.3%	4.1%	2.9%	2.3%	2.8%	2.6%
精密検査受診者数	79	83	656	1,095	934	1,368	727	1,368	6,308
(精密検査受診率)	79.8%	70.3%	65.4%	85.3%	50.8%	88.2%	76.7%	62.6%	69.8%
がんであった者	4	4	34	23	13	42	24	28	172
精密検査未受診者数	9	1	100	5	12	12	19	0	158
(精密検査未受診率)	9.1%	0.8%	10.0%	0.4%	0.7%	0.8%	2.0%	0.0%	1.8%
精密検査未把握者数	11	34	247	183	891	171	202	816	2,555
(精密検査未把握率)	11.1%	28.8%	24.6%	14.3%	48.5%	11.0%	21.3%	37.4%	28.3%

○乳がん検診(視触診及びマンモグラフィ)

(単位:人、%)

乳がん検診	賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部	静岡県
検診受診者	0	2,457	20,819	6,885	13,622	14,525	14,904	18,390	91,602
要精密検査者	0	143	1,802	898	1,183	1,321	931	1,205	7,283
(要精密検査者率)	-	5.8%	7.7%	13.0%	8.7%	9.1%	6.2%	6.6%	8.0%
精密検査受診者数	0	129	1,205	720	733	1,255	821	887	5,750
(精密検査受診率)	-	90.2%	75.2%	80.2%	62.0%	95.0%	88.2%	73.6%	79.0%
がんであった者	0	10	54	22	33	53	33	30	235
精密検査未受診者数	0	0	78	1	85	20	8	3	195
(精密検査未受診率)	-	0.0%	4.9%	0.1%	7.2%	1.5%	0.9%	0.2%	2.7%
精密検査未把握者数	0	14	319	177	365	48	102	315	1,338
(精密検査未把握率)	-	9.8%	18.9%	19.7%	30.9%	3.5%	11.0%	28.1%	18.4%

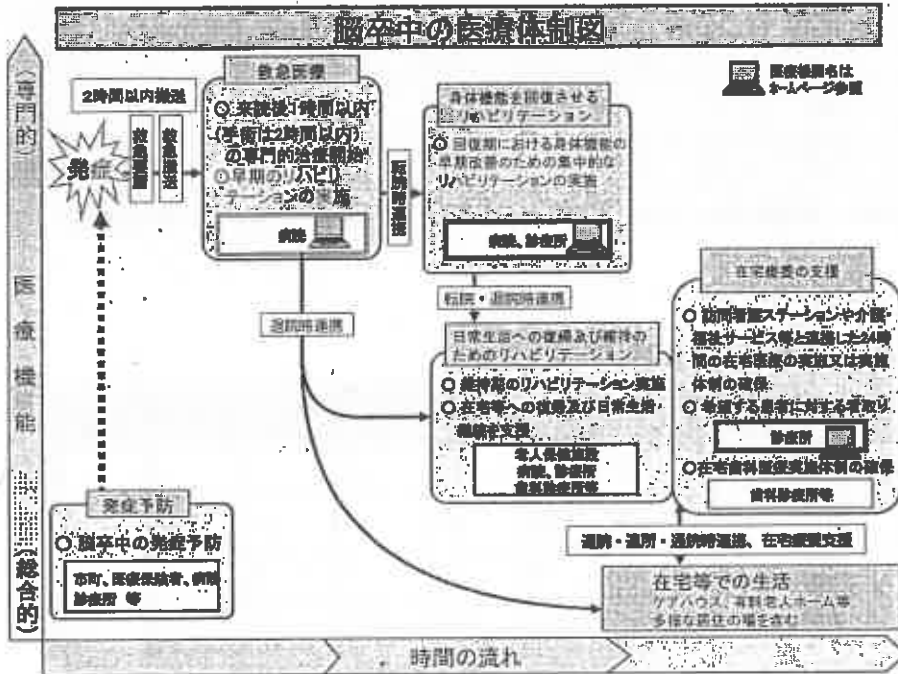
○子宮頸がん検診

(単位:人、%)

子宮頸がん検診	賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部	静岡県
検診受診者	2,884	2,702	38,912	10,853	22,465	22,613	22,317	31,005	153,751
要精密検査者 (要精密検査者率)	44 1.5%	77 2.8%	563 1.4%	418 3.8%	662 2.9%	408 1.8%	181 0.8%	456 1.5%	2,807 1.8%
精密検査受診者数 (精密検査受診率)	40 90.9%	51 66.2%	285 50.8%	192 46.2%	256 38.7%	385 94.4%	129 71.3%	28 6.1%	1,366 48.7%
がんであった者	4	1	8	3	20	8	4	1	50
精密検査未受診者数 (精密検査未受診率)	4 9.1%	1 1.3%	102 18.1%	1 0.2%	5 0.8%	7 1.7%	0 0.0%	0 0.0%	120 4.3%
精密検査未把握者数 (精密検査未把握率)	0 0.0%	25 32.5%	176 31.3%	223 53.8%	401 60.6%	16 3.9%	52 28.7%	428 93.9%	1,321 47.1%

(資料:厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」)

1. 脳卒中の医療体制に求められる機能、医療機能を担う医療機関数



○各医療機能を担う医療機関数

脳卒中	急性医療	身体機能を回復させるリハビリテーション	生活の場における療養支援
賀茂	0	2	3
熱海伊東	3	3	10
駿東田方	8	8	41
富士	3	7	17
静岡	5	10	65
志太榛原	4	5	19
中東遠	2	9	28
西部	7	12	52

※平成28年10月現在

(出典：第7次静岡県保健医療計画)

2 関連データ

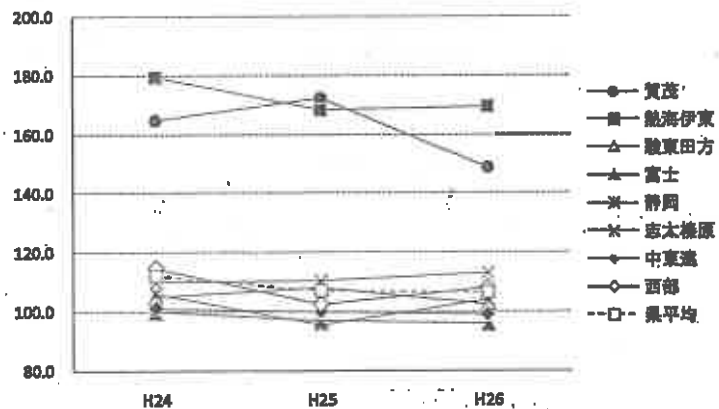
(1) 主な診療の自己完結率と10%以上の流出先 (国保+後期高齢のみ)

H26年度	脳卒中 (入院)		脳卒中のt-PA (入院)		脳卒中に対する急性期リハビリテーション(入院)	
	自己完結率	10%以上の流出先	自己完結率	10%以上の流出先	自己完結率	10%以上の流出先
賀茂	61.9%	駿東田方	—	—	48.0%	駿東田方
熱海伊東	70.9%	駿東田方	100.0%	—	85.5%	駿東田方
駿東田方	97.2%	—	100.0%	—	98.8%	—
富士	84.9%	—	100.0%	—	98.2%	—
静岡	93.7%	—	100.0%	—	95.1%	—
志太榛原	93.3%	—	100.0%	—	86.8%	—
中東遠	85.3%	西部	100.0%	—	83.0%	—
西部	95.8%	—	100.0%	—	97.8%	—

(資料：厚生労働省「医療計画作成支援データブック」)

(2) 人口10万人対死亡率

脳卒中	H24	H25	H26
賀茂	164.8	172.3	148.7
熱海伊東	178.6	168.6	169.5
駿東田方	104.9	108.1	102.7
富士	99.8	96.7	95.8
静岡	106.3	95.4	104.1
志太榛原	110.1	110.7	113.1
中東遠	101.2	99.9	99.1
西部	114.8	102.5	108.0
県平均	111.9	108.9	106.7



(資料：静岡県人口動態統計)

(3) 神経内科医師数、脳神経外科医師数

指標名	静岡県	二次保健医療圏							
		賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部
神経内科医師数	98	-	3	16	9	37	4	5	24
(人口10万人あたり)	2.6	-	2.7	2.4	2.3	5.1	0.8	1	2.7
脳神経外科医師数	204	2	9	48	22	38	25	16	44
(人口10万人あたり)	5.4	2.8	8.1	7.1	5.6	5.3	5.2	3.3	5

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

(4) t-PA療法の実施可能な病院数、同療法実施件数

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

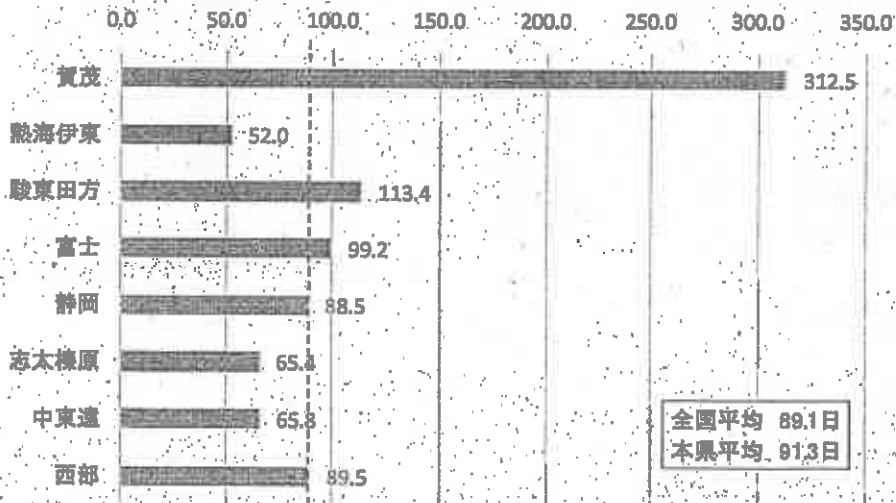
※病院数はH27.3.31時点。A205-2.超急性期脳卒中加算の届出施設数

※実施件数はH26年度。I63脳梗塞の病名を持つレセプトについての集計

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

(5) 脳血管疾患の退院患者平均在院日数(施設所在地)

【脳血管疾患】



※平成26年9月1日～30日に退院した者を対象としたもの

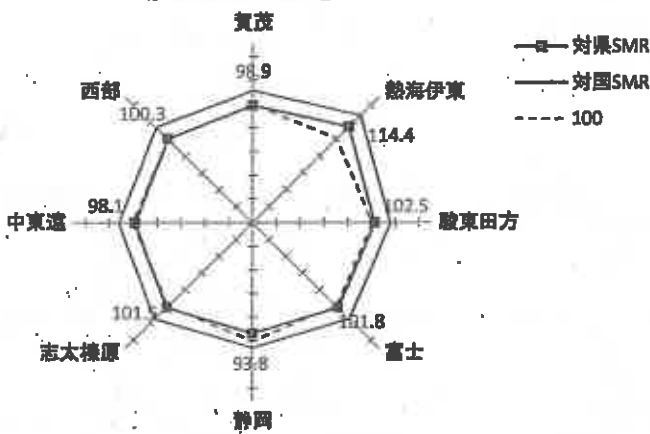
(資料：厚生労働省「患者調査」)

(6) H22-26 圏域別 SMR (標準化死亡比)

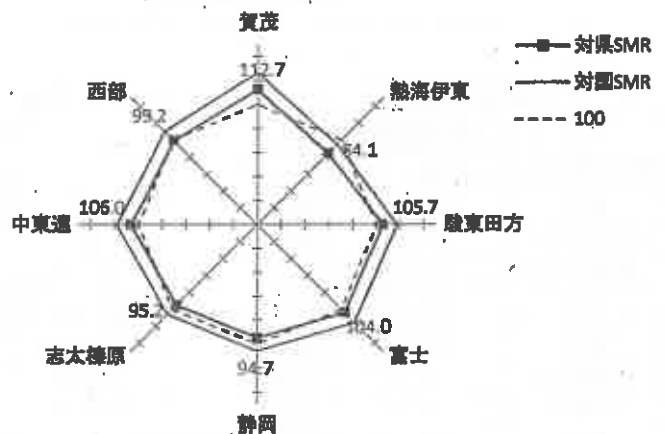
H22-H26	脳血管疾患		くも膜下出血		脳内出血		脳梗塞	
	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR
賀茂	98.9	111.5	112.7	126.6	79.0	98.2	109.3	117.0
熱海伊東	114.4	128.0	84.1	94.7	130.8	161.2	114.3	120.7
駿東田方	102.5	115.0	105.7	117.6	92.5	115.3	105.9	113.2
富士	101.8	114.9	104.0	115.7	100.1	124.7	104.2	110.8
静岡	93.8	105.8	94.7	105.5	94.0	117.0	93.2	98.4
志太榛原	101.5	115.2	95.2	105.9	101.0	126.2	101.4	109.0
中東遠	98.1	111.4	106.0	118.0	97.2	121.6	98.8	106.3
西部	100.3	113.8	99.2	110.2	109.0	136.2	95.6	102.8
静岡県	100.0	113.2	100.0	111.3	100.0	124.7	100.0	107.1

※網掛けは有意に多い、または有意に少ない。

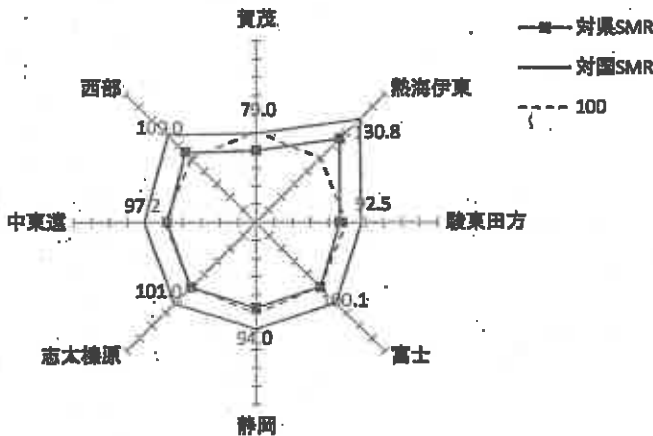
【脳血管疾患】



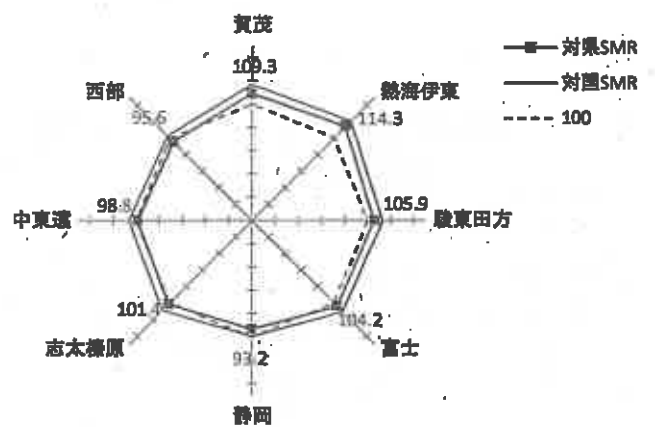
【くも膜下出血】



【脳内出血】



【脳梗塞】



※図中の数値は対県SMR

(資料：静岡県総合健康センター「静岡縣市町別健康指標」)

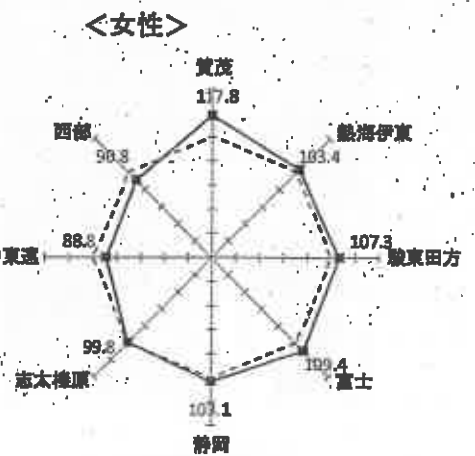
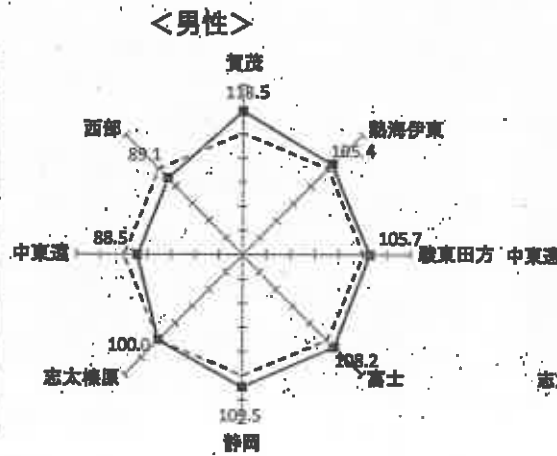
※SMR (標準化死亡比) :

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

(7) H26 特定値診分析結果 (標準化該当比)

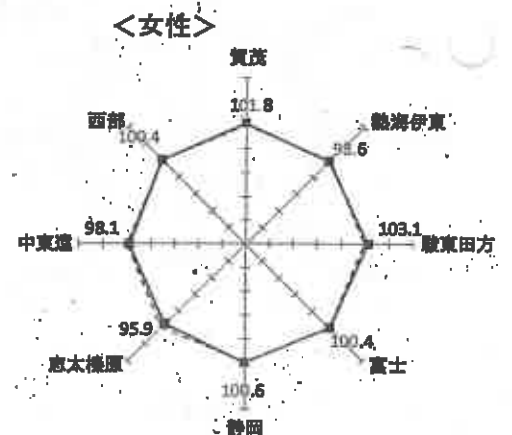
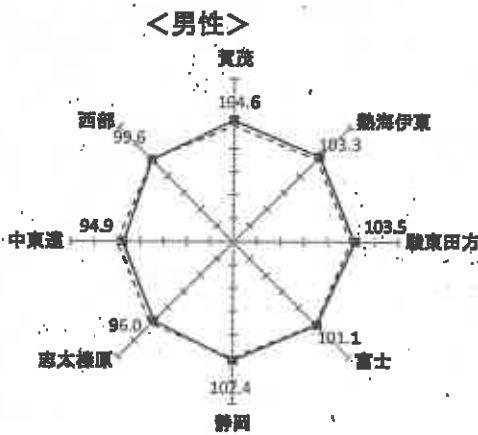
○高血圧症有病者

H26 標準化該当比	高血圧症有病者	
	男性	女性
賀茂	118.5	117.8
熱海伊東	105.4	103.4
駿東田方	105.7	107.3
富士	108.2	109.4
静岡	109.5	103.1
志太榛原	100.0	99.8
中東遠	88.5	88.8
西部	89.1	90.8
静岡県	100.0	100.0



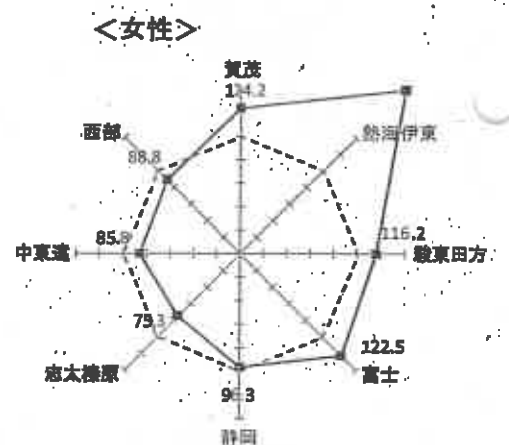
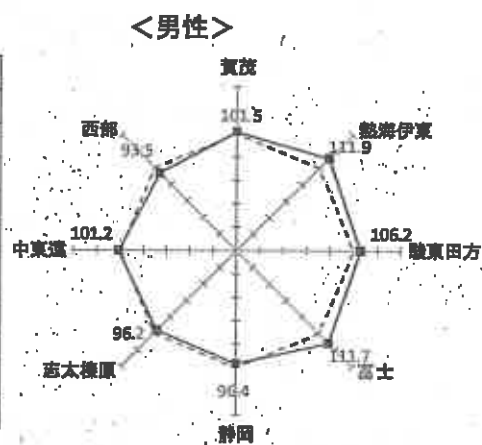
○脂質異常有病者

H26 標準化該当比	脂質異常有病者	
	男性	女性
賀茂	104.6	101.8
熱海伊東	103.3	98.6
駿東田方	103.5	103.1
富士	101.1	100.4
静岡	102.4	100.6
志太榛原	96.0	95.9
中東遠	94.9	98.1
西部	99.6	100.4
静岡県	100.0	100.0



○習慣的喫煙者

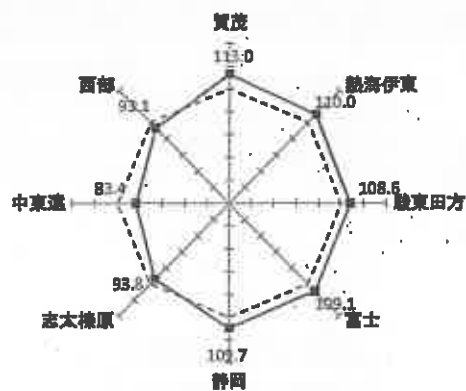
H26 標準化該当比	習慣的喫煙者	
	男性	女性
賀茂	101.5	124.2
熱海伊東	111.9	197.8
駿東田方	106.2	116.2
富士	111.7	122.5
静岡	96.4	96.3
志太榛原	96.2	75.3
中東遠	101.2	85.8
西部	93.5	88.8
静岡県	100.0	100.0



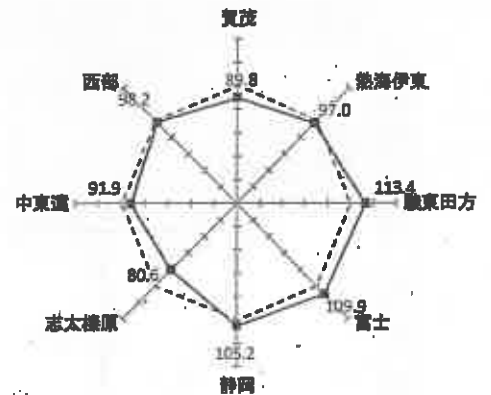
○メタボ該当者

H26 標準化該当比	メタボ該当者	
	男性	女性
賀茂	113.0	89.8
熱海伊東	110.0	97.0
駿東田方	108.6	113.4
富士	109.1	109.9
静岡	109.7	105.2
志太榛原	93.8	80.6
中東遠	83.4	91.9
西部	93.1	98.2
静岡県	100.0	100.0

<男性>

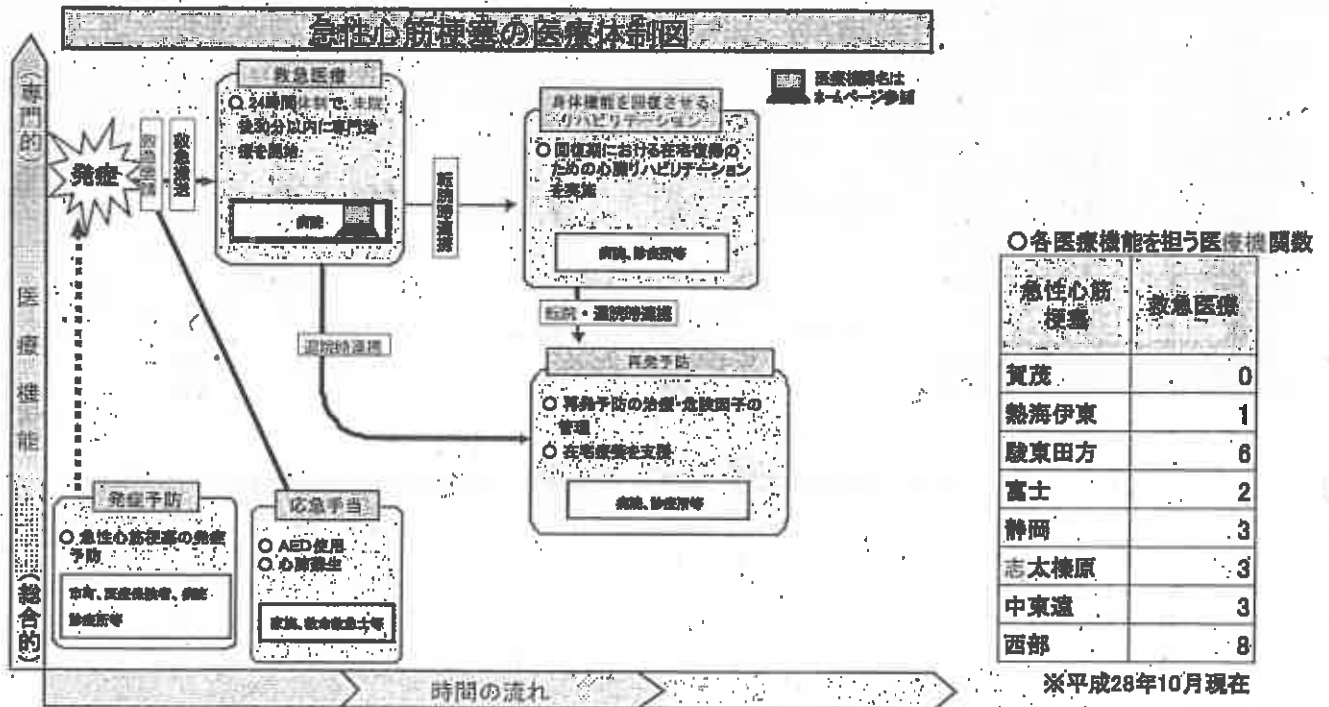


<女性>



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

1. 急性心筋梗塞の医療体制に求められる機能



(出典：第7次静岡県保健医療計画)

<急性心筋梗塞の救急医療を担う医療機関>

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

※平成28年10月現在

2 関連データ

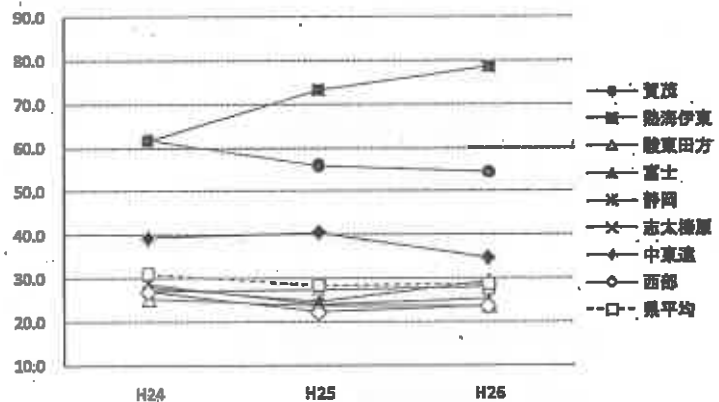
(1) 主な自己完結率と10%以上の流出先（平成26年度：国保+後期高齢のみ）

H26年度	急性心筋梗塞 (入院)		急性心筋梗塞に対する カテーテル治療(入院)		冠動脈造影 (入院)	
	自己完結率	10%以上の 流出先	自己完結率	10%以上の 流出先	自己完結率	10%以上の 流出先
賀茂	20.3%	駿東田方	0.0%	駿東田方	0.0%	駿東田方
熱海伊東	43.2%	駿東田方	25.4%	駿東田方	49.7%	駿東田方
駿東田方	100.0%	—	100.0%	—	100.0%	—
富士	90.4%	—	100.0%	—	82.5%	駿東田方
静岡	100.0%	—	100.0%	—	98.2%	—
志太榛原	95.6%	—	100.0%	—	68.8%	静岡
中東遠	93.6%	—	90.4%	—	94.8%	西部
西部	100.0%	—	100.0%	—	91.8%	—

(資料：厚生労働省「医療計画作成支援データブック」)

(2) 人口10万人対死亡率

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



(資料：静岡県人口動態統計)

(3) 循環器内科医師数、心臓血管外科医師数

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

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

(4) 経皮的冠動脈形成手術件数、心臓血管外科手術件数

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

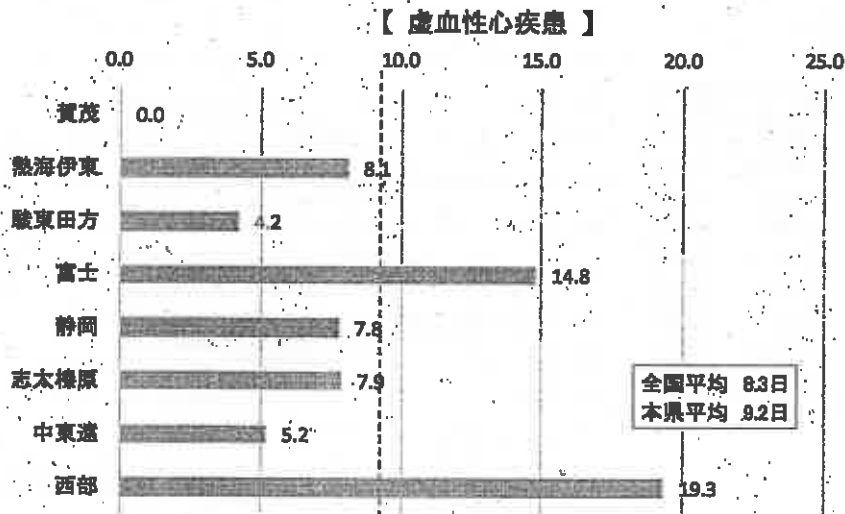
※実施件数はH26年度。「*」は10件未満のため非公表。

※集計対象 経皮的冠動脈形成手術件数：経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈粥瘍切除術、経皮的冠動脈ステント留置術

心臓血管外科手術件数：冠動脈形成術(血栓内膜摘除)、冠動脈・大動脈バイパス移植術

(資料：厚生労働省「医療計画作成支援データブック」、NDB)

(5) 退院患者平均在院日数(施設所在地)



※平成26年9月1日～30日に退院した者を対象としたもの

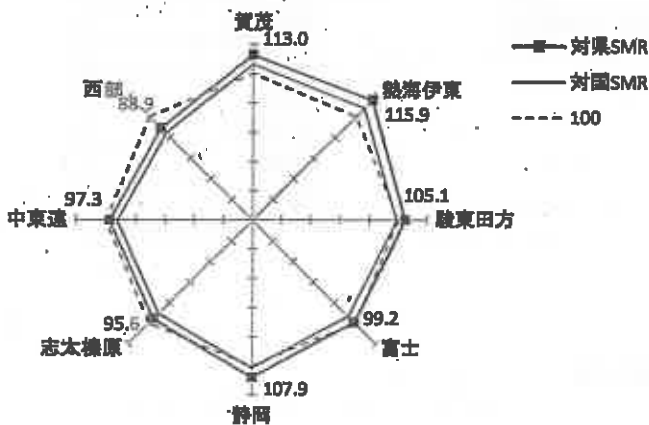
(資料：厚生労働省「患者調査」)

(6) H22-26 圏域別 SMR (標準化死亡比)

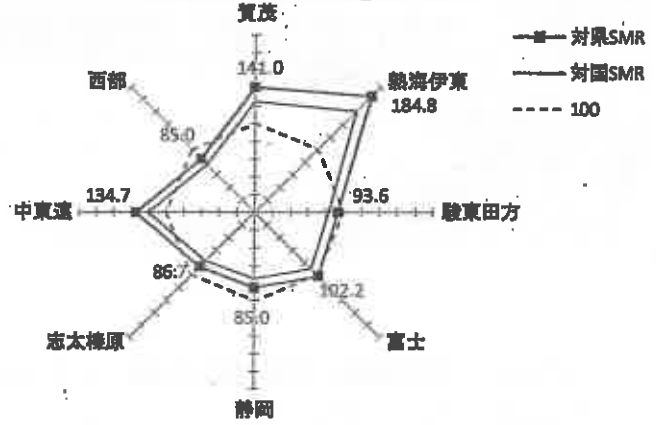
H22-H26	心疾患(高血圧性を除く)		急性心筋梗塞		心不全		大動脈瘤及び解離	
	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR
賀茂	113.0	106.8	141.0	125.1	122.4	122.9	94.0	101.9
熱海伊東	115.9	108.1	184.8	160.8	85.0	85.4	149.3	159.5
駿東田方	105.1	99.0	93.6	82.9	119.6	121.1	118.9	129.2
富士	99.2	93.3	102.2	90.2	118.8	120.4	106.3	115.3
静岡	107.9	101.5	85.0	75.1	97.9	98.9	98.1	106.2
志太榛原	95.6	90.3	86.7	77.2	92.3	93.3	98.0	104.7
中東遠	97.3	92.3	134.7	120.6	92.9	93.8	78.4	85.9
西部	88.9	84.1	85.0	75.9	87.4	88.3	90.6	99.0
静岡県	100.0	94.8	100.0	88.8	100.0	101.0	100.0	108.8

※網掛けは有意に多い、または有意に少ない。

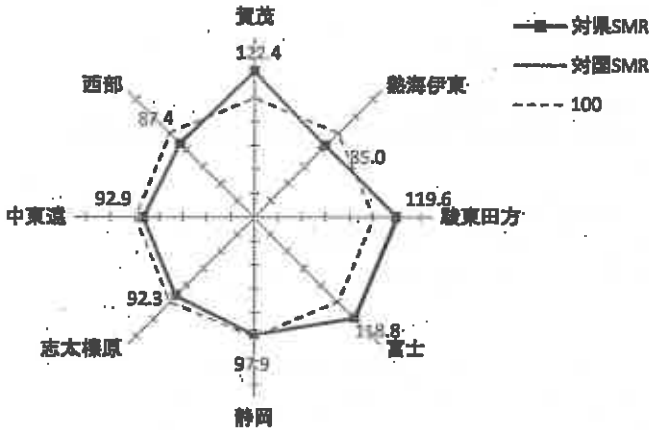
【心疾患(高血圧性を除く)】



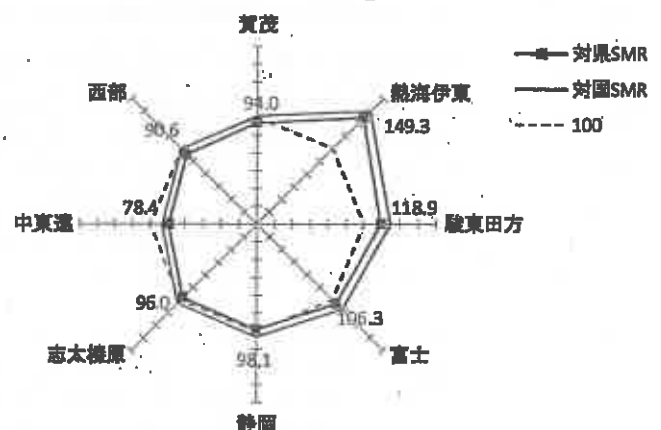
【急性心筋梗塞】



【心不全】



【大動脈瘤及び解離】



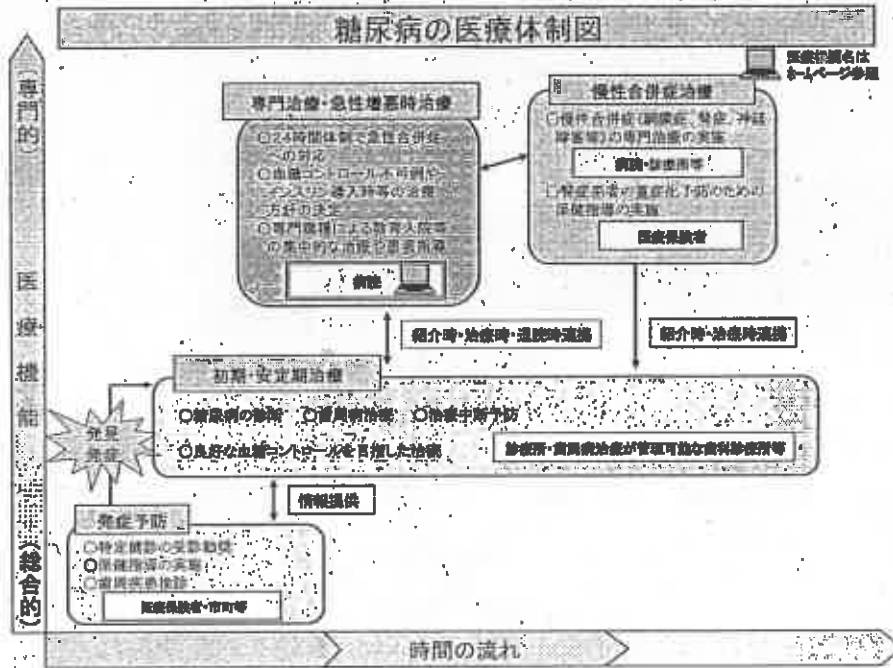
※図中の数値は対県SMR
(資料：静岡県総合健康センター「静岡県市町別健康指標」)

※SMR (標準化死亡比) :

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

1-4 「糖尿病」の医療提供体制の現状データ

1 糖尿病の医療体制に求められる機能、医療機能を担う医療機関数



○各医療機能を担う医療機関数

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

※平成28年10月現在

<糖尿病の「専門治療・急性増悪時治療」を担う医療機関>

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

※平成28年10月現在

(出典:第7次静岡県保健医療計画)

2 関連データ

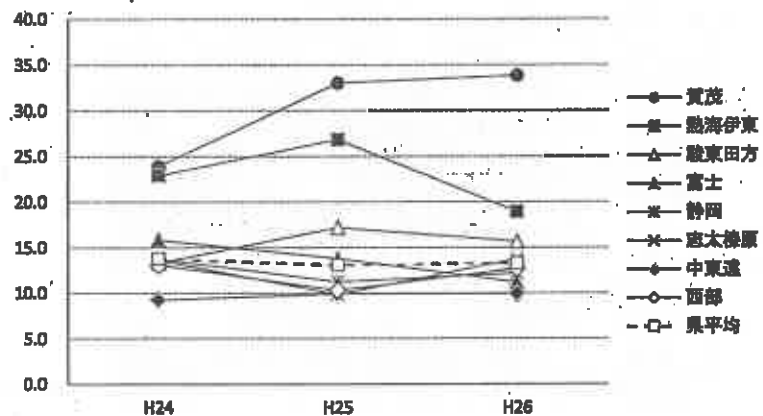
(1) 主な診療の自己完結率と10%以上の流出先（国保+後期高齢のみ）

H26年度	糖尿病 (入院用)		糖尿病の人工透析 (外来)	
	自己完結率	10%以上の 流出先	自己完結率	10%以上の 流出先
賀茂	89.6%	—	81.0%	・駿東田方 ・神奈川県
熱海伊東	83.1%	—	84.0%	—
駿東田方	97.6%	—	98.3%	—
富士	91.1%	—	100.0%	—
静岡	98.4%	—	85.9%	富士
志太榛原	89.0%	—	93.4%	—
中東遠	76.9%	西部	100.0%	—
西部	95.9%	—	91.5%	—

(資料：厚生労働省「医療計画作成支援データブック」)

(2) 人口10万人対死亡率

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



(資料：静岡県人口動態統計)

(3) 糖尿病内科（代謝内科）の医師数

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

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

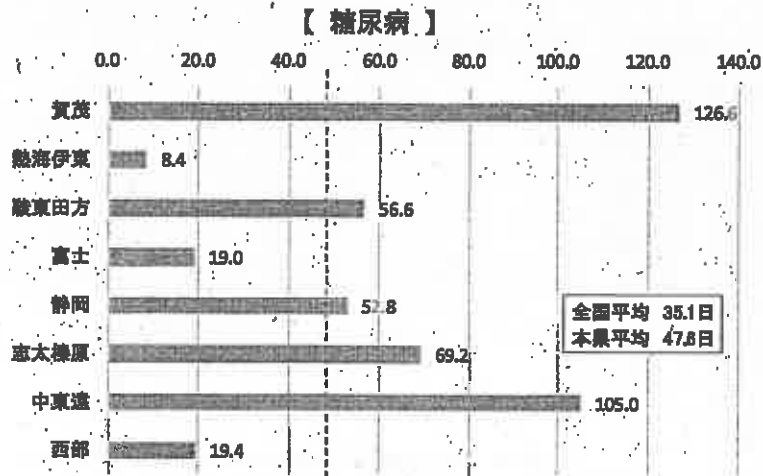
(4) 糖尿病足病変に関する指導を実施する医療機関数

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

※H27.3.31時点。糖尿病合併症管理料の届出施設数。

(資料：厚生労働省「医療計画作成支援データブック」、診療報酬施設基準)

(5) 退院患者平均在院日数 (施設所在地)



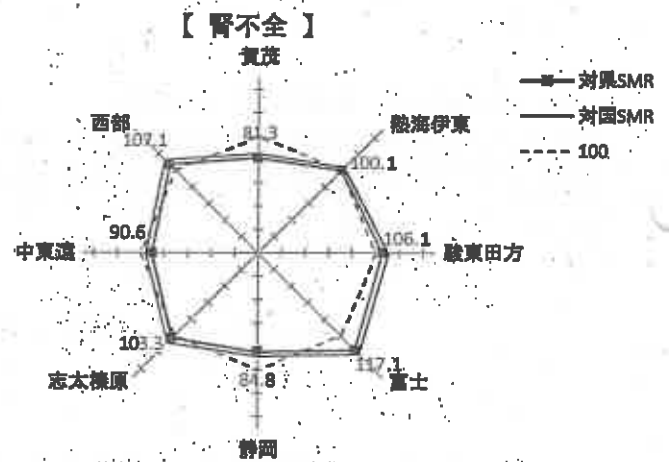
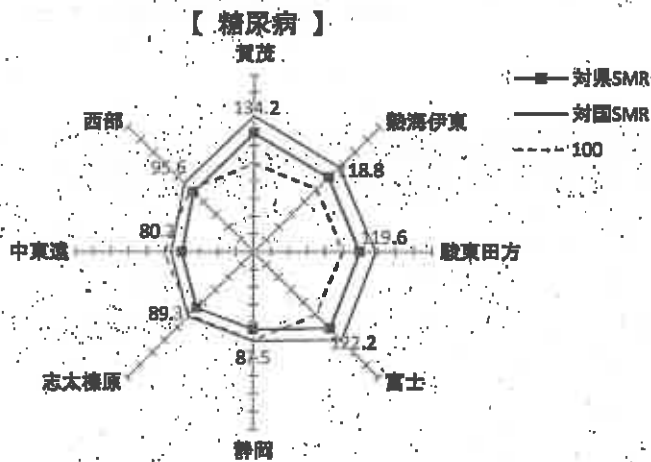
※平成26年9月1日～30日に退院した者を対象としたもの

(資料：厚生労働省「患者調査」)

(6) H22-26 圏域別 SMR (標準化死亡比)

H22-H26	糖尿病		腎不全	
	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR
賀茂	134.2	153.9	81.3	85.1
熱海伊東	118.8	135.4	100.1	103.5
駿東田方	118.6	137.7	106.1	111.1
富士	122.2	140.5	117.1	122.3
静岡	87.5	100.5	84.8	88.6
志太榛原	89.3	102.8	103.3	108.8
中東遠	80.2	92.4	90.6	95.6
西部	95.6	110.2	107.1	112.8
静岡県	100.0	115.1	100.0	104.9

※網掛けは有意に多い、または有意に少ない。



※図中の数値は対県SMR

(資料：静岡県総合健康センター「静岡県市町別健康指標」)

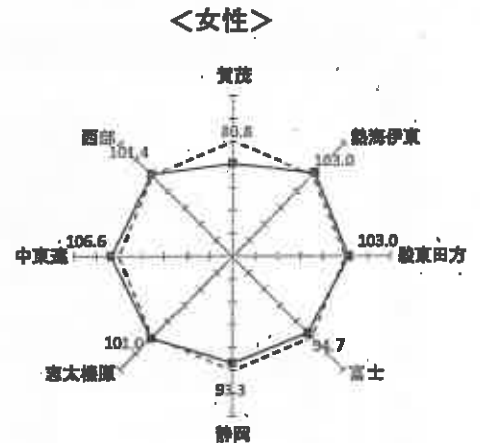
※SMR (標準化死亡比) :

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

(5) H26 特定健診分析結果 (標準化該当比)

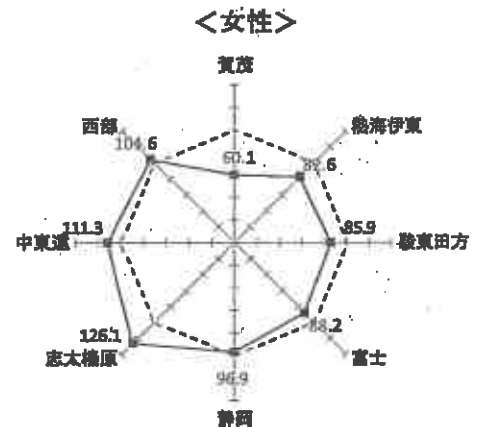
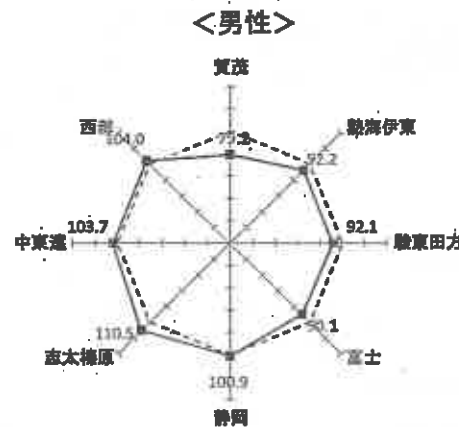
○糖尿病有病者

H26 標準化該当比	糖尿病有病者	
	男性	女性
賀茂	91.9	80.8
熱海伊東	110.8	103.0
駿東田方	106.6	103.0
富士	100.2	94.7
静岡	100.4	93.3
志太榛原	98.4	101.0
中東遠	96.2	106.6
西部	97.1	101.4
静岡県	100.0	100.0



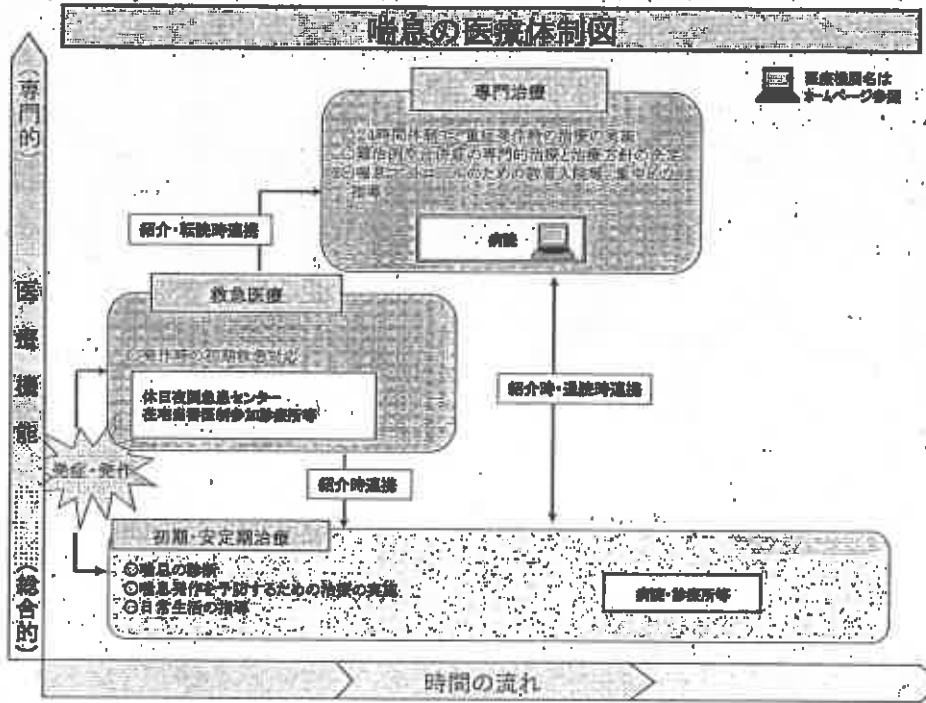
○糖尿病予備群

H26 標準化該当比	糖尿病予備群	
	男性	女性
賀茂	79.2	60.1
熱海伊東	92.2	82.6
駿東田方	92.1	85.9
富士	90.1	88.2
静岡	100.9	96.9
志太榛原	110.5	128.1
中東遠	103.7	111.3
西部	104.0	104.6
静岡県	100.0	100.0



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

1 喘息の医療体制に求められる機能、医療機能を担う医療機関数



○各医療機能を担う医療機関数

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

※平成28年10月現在

(出典：第7次静岡県保健医療計画)

<喘息の「専門治療」を担う医療機関>

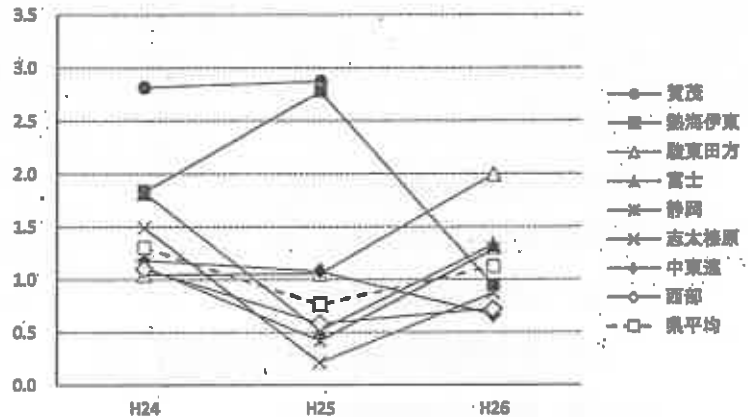
地域	医療機関数	医療機関名
賀茂	1	医療法人社団健育会西伊豆健育会病院
熱海伊東	2	伊東市民病院、国際医療福祉大学熱海病院
駿東田方	4	独立行政法人国立病院機構静岡医療センター、独立行政法人地域医療機能推進機構三島総合病院、沼津市立病院、順天堂大学医学部附属静岡病院
富士	2	富士宮市立病院、富士市立中央病院
静岡	7	静岡県立総合病院、静岡県立こども病院、静岡市立静岡病院、静岡市立清水病院、独立行政法人地域医療機能推進機構桜ヶ丘病院、JA静岡厚生連静岡厚生病院、静岡徳洲会病院
志太榛原	3	市立島田市民病院、藤枝市立総合病院、岡本石井病院
中東遠	3	磐田市立総合病院、公立森町病院、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

※平成28年10月現在

2 関連データ

(1) 喘息の人口10万人対死亡率

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



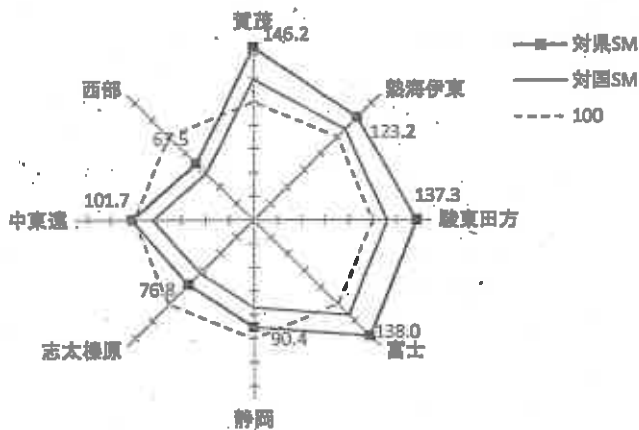
(資料：静岡県人口動態統計)

(3) H22-26 圏域別 SMR (標準化死亡比)

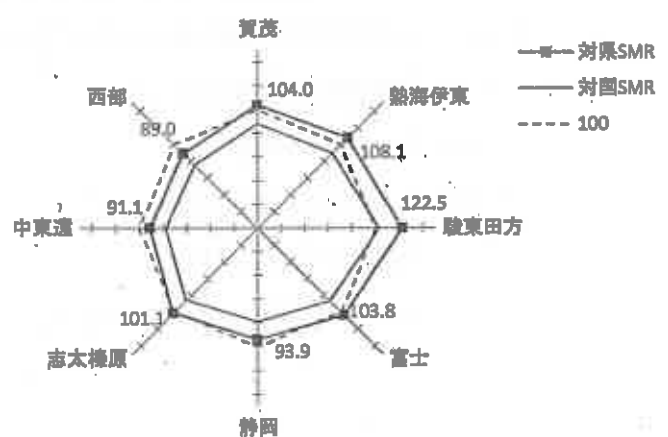
H22-H26	喘息		肺炎	
	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR
賀茂	146.2	119.2	104.0	88.1
熱海伊東	123.2	109.0	108.1	89.9
駿東田方	137.3	112.1	122.5	102.9
富士	138.0	113.0	103.8	86.9
静岡	90.4	73.7	93.9	78.8
志太榛原	76.8	63.0	101.1	65.8
中東遠	101.7	84.0	91.1	77.5
西部	67.5	55.7	89.0	75.6
静岡県	100.0	82.0	100.0	84.4

※網掛けは有意に多い、または有意に少ない。

【喘息】



【肺炎】



※図中の数値は対県SMR

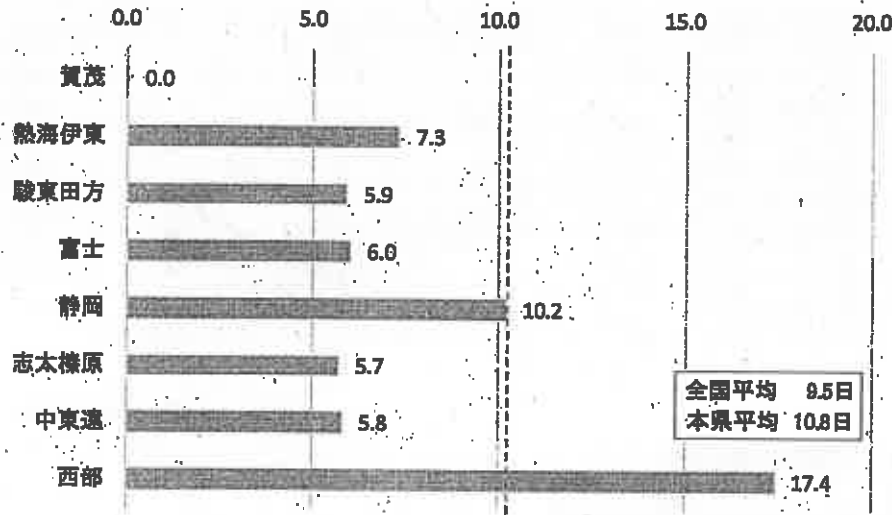
(資料：静岡県総合健康センター「静岡県市町別健康指標」)

※SMR (標準化死亡比) :

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

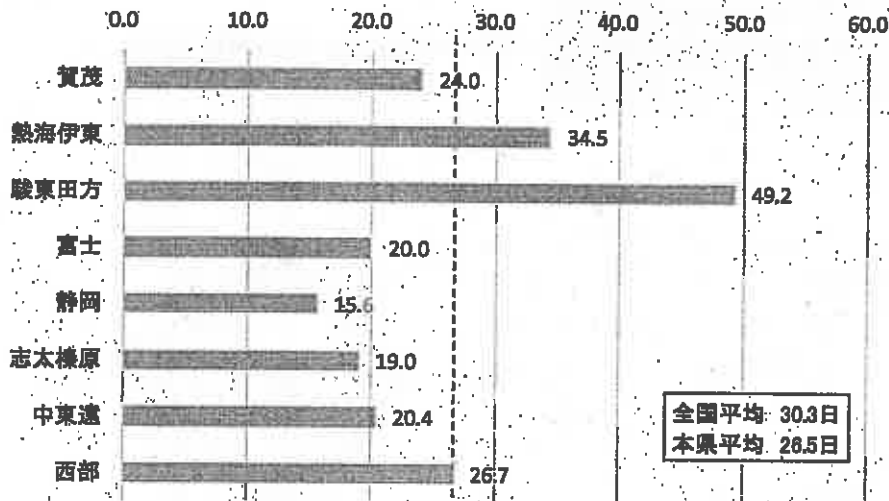
(4) 退院患者平均在院日数(施設所在地)

【喘息】



※平成26年9月1日～30日に退院した者を対象としたもの

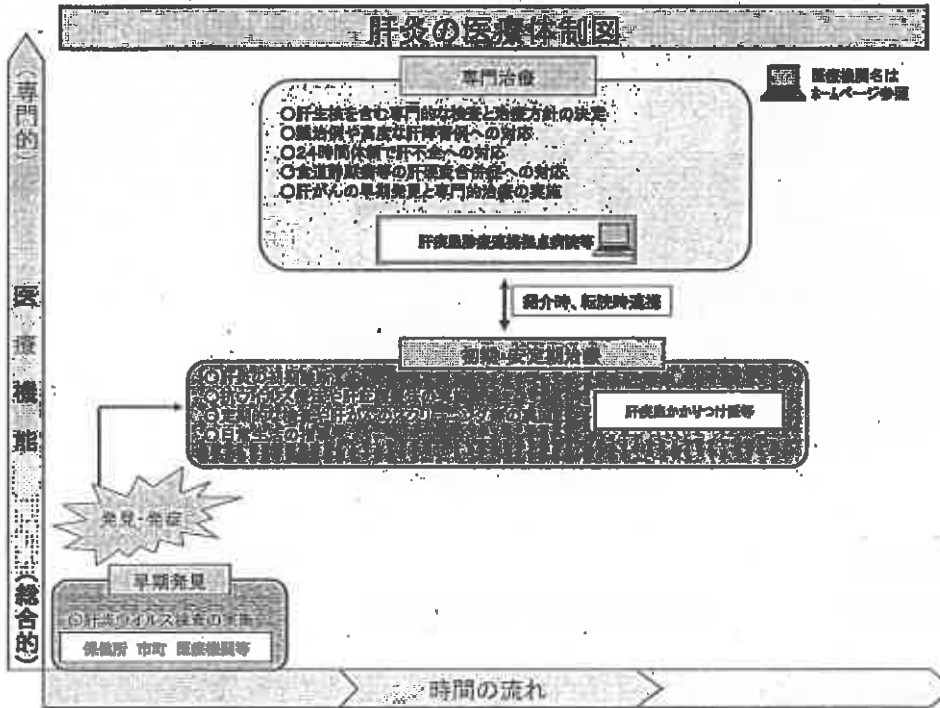
【肺炎】



※平成26年9月1日～30日に退院した者を対象としたもの

(資料：厚生労働省「患者調査」)

1 肝炎の医療体制に求められる機能、医療機能を担う医療機関数



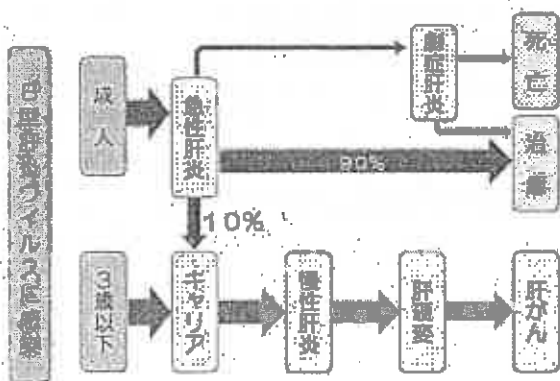
○各医療機能を担う医療機関数

肝炎	専門治療
賀茂	0
熱海伊東	3
駿東田方	4
富士	3
静岡	7
志太徳原	4
中東遠	3
西部	5

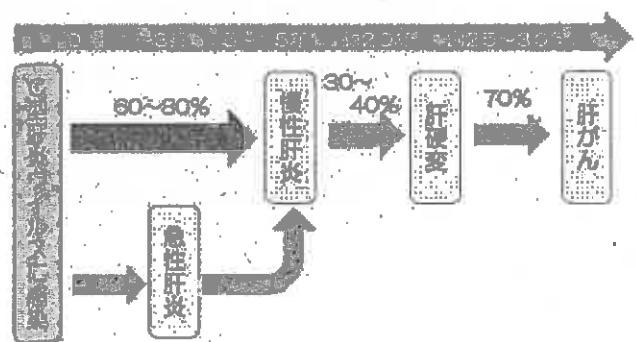
※平成28年10月現在

(出典：第7次静岡県保健医療計画)

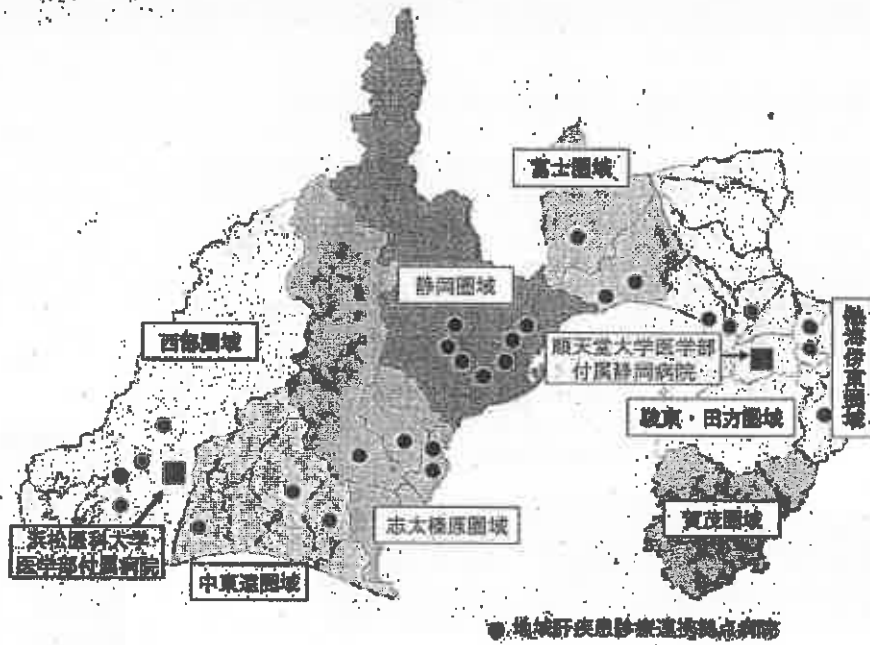
< B型肝炎の自然経過 >



< C型肝炎の自然経過 >



<肝炎対策推進体制>



<静岡県肝疾患診療連携拠点病院>

- ・順天堂大学医学部附属静岡病院
- ・浜松医科大学医学部附属病院

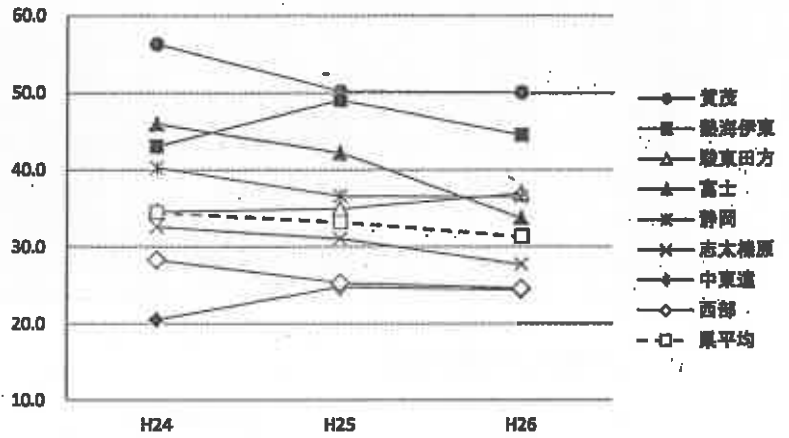
<地域肝疾患診療連携拠点病院>

圏域	医療機関数	医療機関名
賀茂	1	
熱海伊東	3	伊東市民病院、医療法人社団熱海所記念病院、国際医療福祉大学熱海病院
駿東田方	4	独立行政法人国立病院機構静岡医療センター、独立行政法人地域医療機能推進機構三島総合病院、沼津市立病院、順天堂大学医学部附属静岡病院
富士	3	富士宮市立病院、富士市立中央病院、共立蒲原総合病院
静岡	7	静岡県立総合病院、静岡市立静岡病院、静岡市立清水病院、静岡赤十字病院、静岡済生会総合病院、JA静岡厚生連清水厚生病院、独立行政法人地域医療機能推進機構桜ヶ丘病院
志太橋原	4	市立島田市民病院、焼津市立総合病院、藤枝市立総合病院、医療法人社団駿甲会コミュニティーホスピタル甲賀病院
中東遠	3	磐田市立総合病院、中東遠総合医療センター、菊川市立総合病院
西部	6	浜松医科大学医学部附属病院、浜松医療センター、浜松赤十字病院、社会福祉法人聖隷福祉事業団総合病院聖隷浜松病院、社会福祉法人聖隷福祉事業団総合病院聖隷三方原病院

2 関連データ

(1) 肝疾患の人口10万人対死亡率

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



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

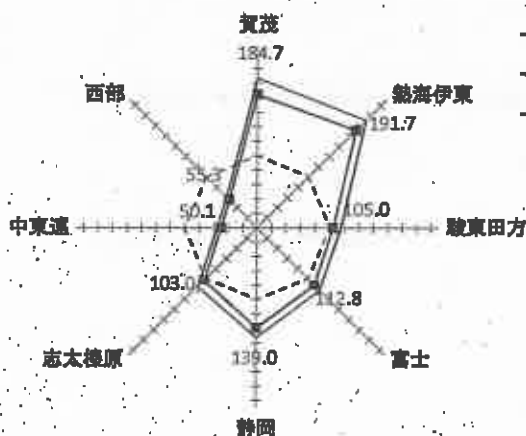
(資料：静岡県人口動態統計)

(2) H22-26 圏域別 SMR (標準化死亡比)

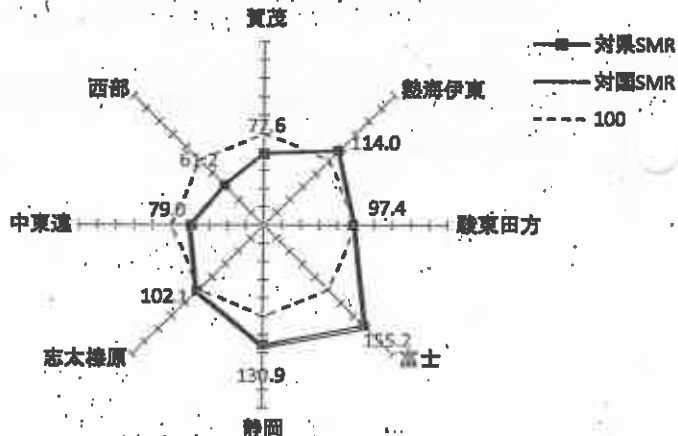
H22-H26	B型ウイルス肝炎		C型ウイルス肝炎		肝及び肝内胆管の悪性新生物		肝硬変(アルコール性を除く)	
	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR
賀茂	184.7	207.4	77.6	79.5	104.5	100.3	120.5	92.3
熱海伊東	191.7	211.1	114.0	116.3	116.7	109.9	108.1	81.4
駿東田方	105.0	115.2	97.4	100.3	112.8	108.6	113.8	85.6
富士	112.8	122.9	155.2	159.8	137.8	132.2	116.1	86.9
静岡	139.0	152.7	130.9	134.6	113.3	108.8	110.3	83.1
志太榛原	103.0	115.3	102.1	105.1	85.8	83.2	82.1	62.1
中東遠	50.1	55.9	79.0	81.7	76.7	74.4	86.6	65.6
西部	55.3	61.0	61.2	63.1	79.3	77.0	86.8	65.6
静岡県	100.0	110.2	100.0	103.0	100.0	96.4	100.0	78.4

※網掛けは有意に多い、または有意に少ない。

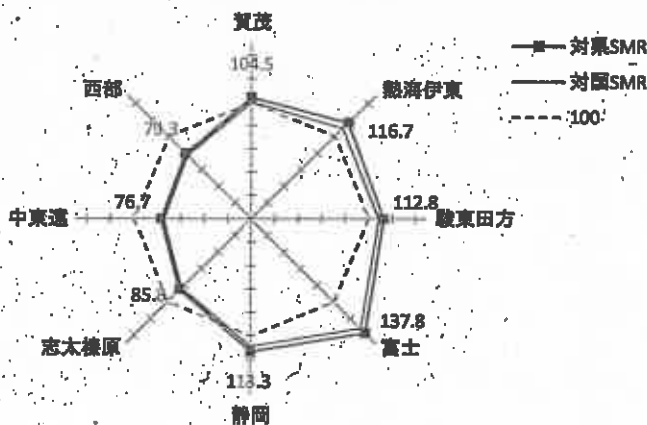
【B型ウイルス肝炎】



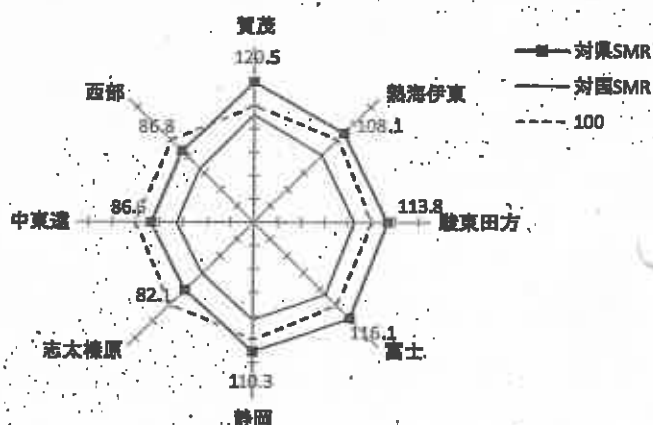
【C型ウイルス肝炎】



【肝及び肝内胆管の悪性新生物】



【肝硬変(アルコール性を除く)】



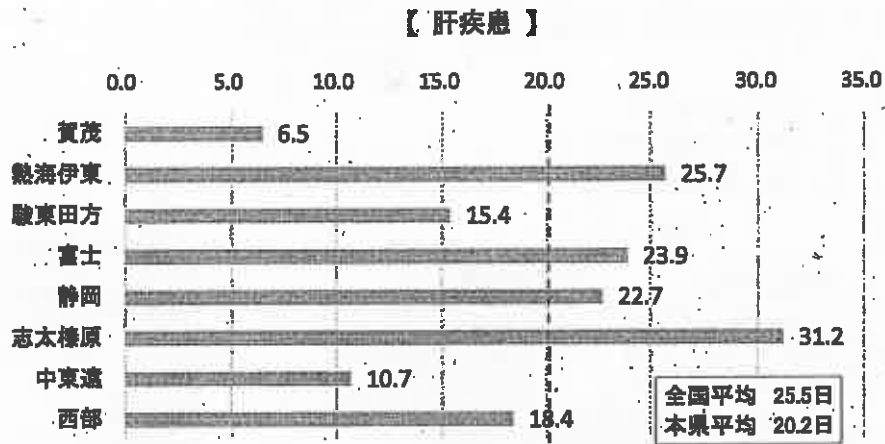
※図中の数値は対県SMR

(資料：静岡県総合健康センター「静岡県市町別健康指標」)

※SMR (標準化死亡比) :

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

(4) 退院患者平均在院日数(施設所在地)



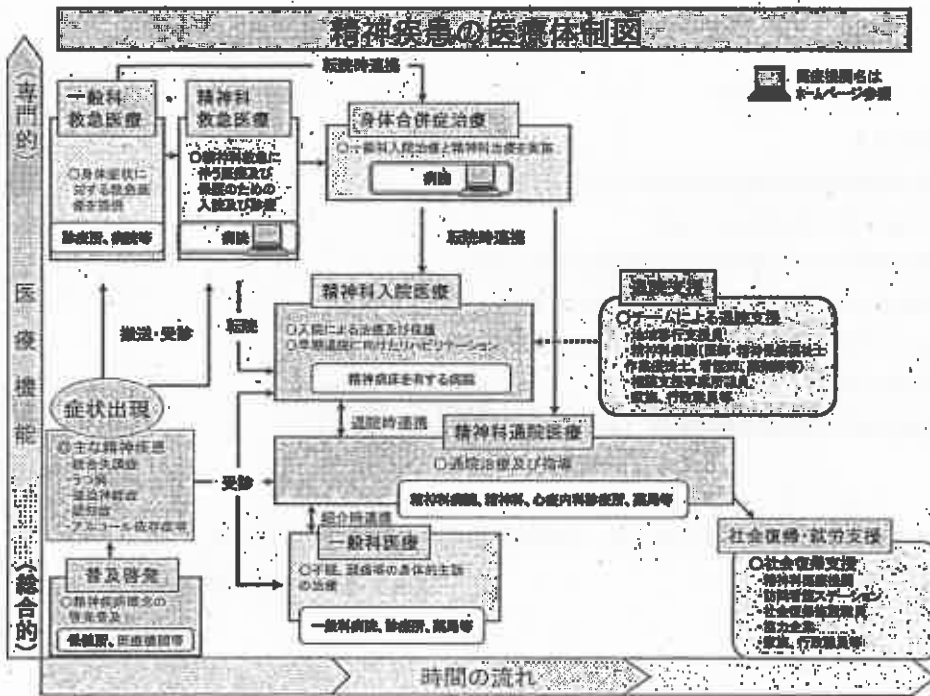
※平成26年9月1日～30日に退院した者を対象としたもの

(資料：厚生労働省「患者調査」)

(5) 肝疾患かかりつけ医の登録状況

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

1 精神疾患の医療体制に求められる機能、医療機能を担う医療機関数



○各医療機能を担う医療機関数

精神疾患	精神科救急医療	身体合併症治療	認知症疾患治療
賀茂	0	0	0
熱海伊東	0	0	0
駿東田方	1	1	1
富士	1	1	
静岡	3	2	1
志太榛原	2	0	0
中東遠	2	1	1
西部	1	4	1

※平成28年10月現在

<精神科救急医療体制>

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

<精神疾患の「身体合併症治療」を担う医療機関>

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

<認知症患者医療センター>

2次医療圏	医療機関名
賀茂	医療法人社団展五会ふれあい南伊豆ホスピタル
熱海伊東	-
駿東田方	NTT東日本伊豆病院
富士	公益財団法人復康会鷹岡病院
静岡	独立行政法人国立病院機構静岡てんかん・神経医療センター、 医療法人社団リラ 溝口病院、静岡市立清水病院
志太榛原	-
中東遠	中東遠総合医療センター
西部	社会福祉法人聖隷福祉事業団総合病院聖隷三方原病院

※平成28年12月1日現在

2 関連データ

(1) 主な診療の自己完結率と10%以上の流出先（国保＋後期高齢のみ）

H26年度	精神科特 入院基本料		精神科救急入院		抗精神病薬による治療 (2種類以下)入院	
	自己完結率	10%以上の 流出先	自己完結率	10%以上の 流出先	自己完結率	10%以上の 流出先
賀茂	90.6%	-	0.0%	駿東田方	96.6%	-
熱海伊東	0.0%	・賀茂 ・駿東田方	0.0%	駿東田方	0.0%	駿東田方
駿東田方	95.4%	-	96.9%	-	89.6%	-
富士	93.5%	-	89.3%	-	88.1%	-
静岡	58.7%	・富士	94.8%	-	81.2%	-
志太榛原	71.6%	・静岡 ・中東遠	0.0%	・静岡 ・中東遠	58.0%	・静岡 ・中東遠
中東遠	76.1%	西部	91.1%	-	85.0%	-
西部	78.9%	・愛知県	75.7%	中東遠	80.0%	中東遠

(資料：厚生労働省「医療計画作成支援データブック」)

(2) 平均在院日数、入院患者数

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

※平均在院日数は、平成27年度精神科病院月報より集計

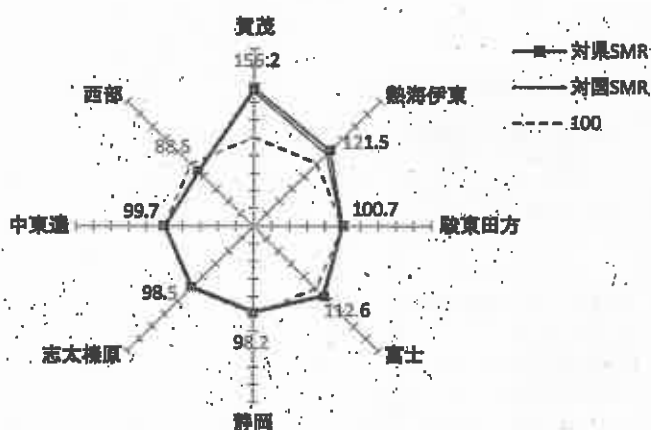
※入院患者数、3か月以上入院患者数、1年以上入院患者数は、入院患者動向調査（平成27年6月30日現在より）

(3) H22-26 圏域別 SMR (標準化死亡比)

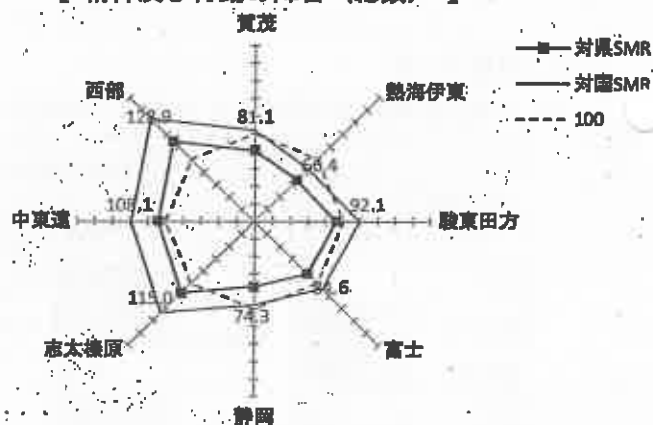
H22-H26	自殺		精神及び行動の障害					
			総数		血管性及び詳細不明の認知症		その他の精神及び行動の障害	
	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR	対県SMR	対国SMR
賀茂	156.2	151.6	81.1	103.8	80.4	107.9	87.7	80.0
熱海伊東	121.5	115.7	66.4	84.7	64.3	86.6	81.8	75.4
駿東田方	100.7	99.1	92.1	118.3	90.6	122.5	102.1	99.6
富士	112.6	110.4	84.6	108.5	77.8	105.1	124.9	123.4
静岡	98.2	95.8	74.3	95.3	74.2	100.1	74.9	72.3
志太権原	98.5	96.1	115.0	147.6	120.0	161.9	81.1	78.1
中東遠	99.7	98.6	108.1	138.9	105.3	142.0	127.0	123.7
西部	88.5	87.7	128.9	155.6	131.8	178.0	109.3	106.1
静岡県	100.0	98.1	100.0	128.4	100.0	135.0	100.0	96.8

※網掛けは有意に多い、または有意に少ない。

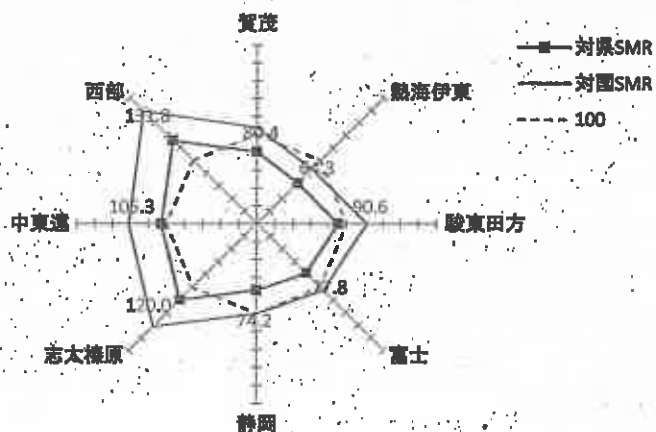
【自殺】



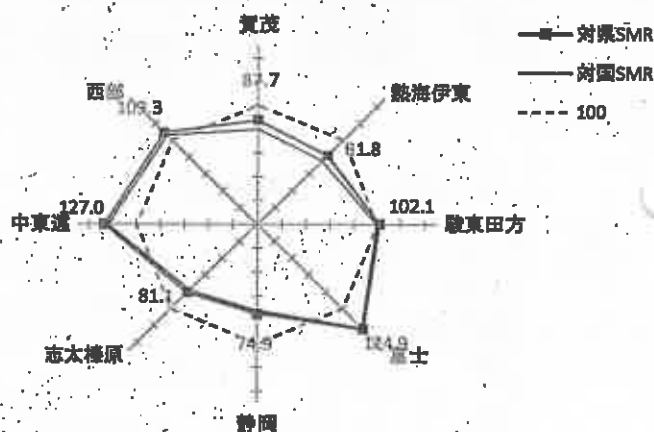
【精神及び行動の障害 (総数)】



【血管性及び詳細不明の認知症】



【その他の精神及び行動の障害】

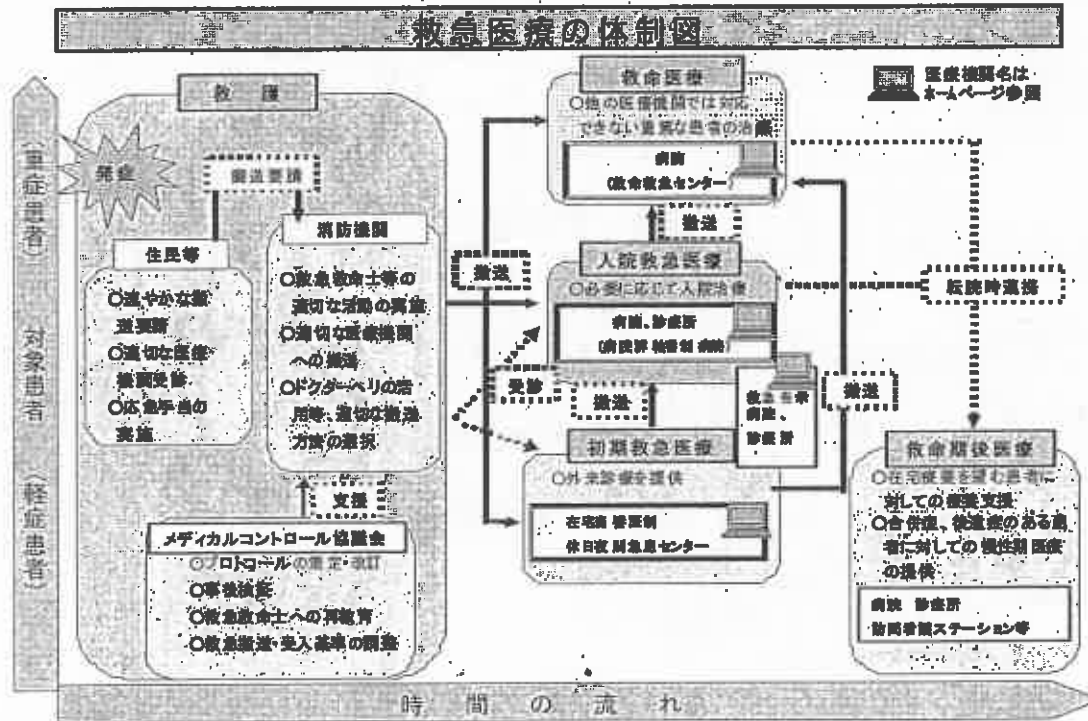


(資料：静岡県総合健康センター「静岡県市町別健康指標」)

※SMR (標準化死亡比) :

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

1. 救急医療の医療体制に求められる機能、医療機能を担う医療機関数



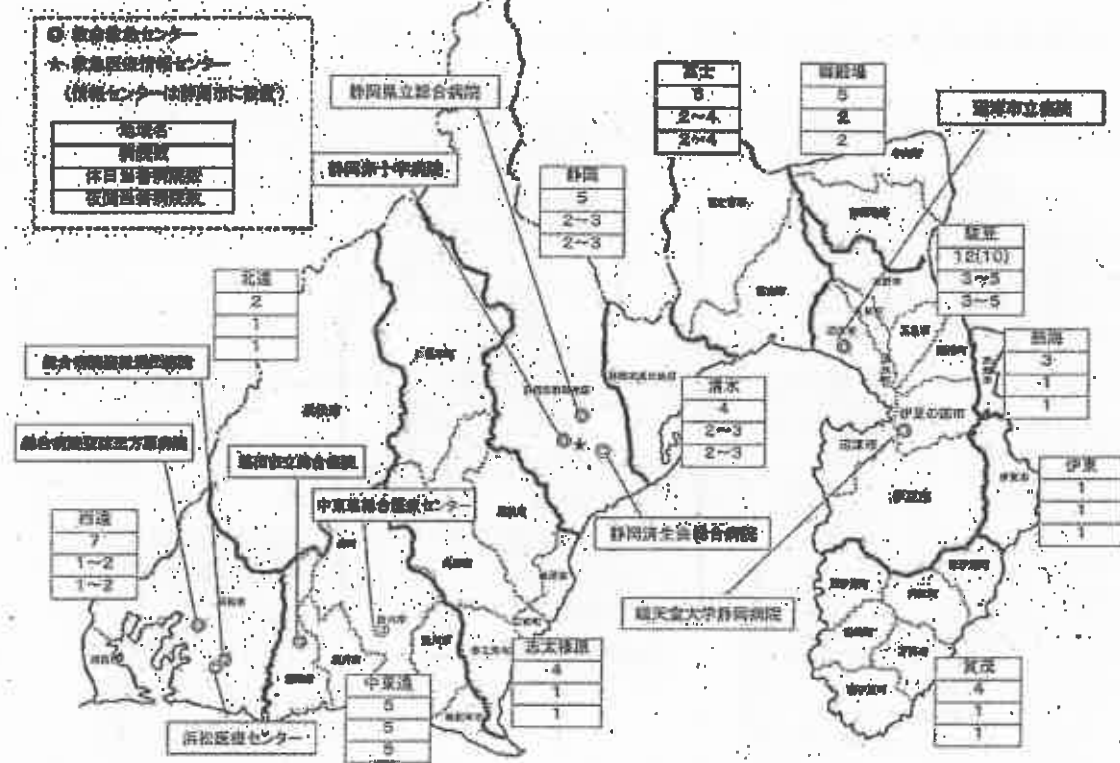
<第2次救急医療圏>

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

(出典：第7次静岡県保健医療計画)

第2次第3次救急医療体制図

平成28年4月1日現在



<救命救急センター>

第2次救急医療圏	賀茂	熱海	伊東	駿豆	御殿場	富士	清水	静岡	三ヶ岡	中津川	北遠	西遠
順天堂大学医学部附属静岡病院	○	○	○	○	○	○						
沼津市立病院	○	○	○	○	○	○						
静岡県立総合病院							◎	◎	◎			
静岡赤十字病院							○	○	○			
静岡済生会総合病院							○	○	○			
磐田市立総合病院										○		
掛川市・袋井市病院企業団立中東遠総合医療センター										○		
浜松医療センター											○	○
社会福祉法人聖隷福祉事業団総合病院聖隷浜松病院											○	○
社会福祉法人聖隷福祉事業団総合病院聖隷三方原病院										◎	◎	◎

表中の○(◎は高度救命救急センター)は、各病院が主として担当する地域

2 関連データ

(1) 主な診療の自己完結率と10%以上の流出先(国保+後期高齢のみ)

H26年度	2次救急(入院)		集中治療室等の体制(入院)	
	自己完結率	10%以上の流出先	自己完結率	10%以上の流出先
賀茂	87.7%	・駿東田方 ・熱海伊東	0.0%	・駿東田方 ・熱海伊東
熱海伊東	88.6%	駿東田方	89.7%	駿東田方
駿東田方	98.1%	—	97.4%	—
富士	90.8%	—	28.4%	・駿東田方 ・静岡
静岡	97.0%	—	95.4%	—
志太榛原	92.8%	—	83.8%	静岡
中東遼	88.7%	—	72.8%	西部
西部	98.3%	—	98.3%	—

※次のレセプト数に基づく。

2次救急：救急医療管理加算、救急救命管理料

集中治療室等の体制：N/Aユニット入院医療管理料、特定集中治療室管理料

(資料：厚生労働省「医療計画作成支援データブック」)

(2) 特定集中治療室のある病院数

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

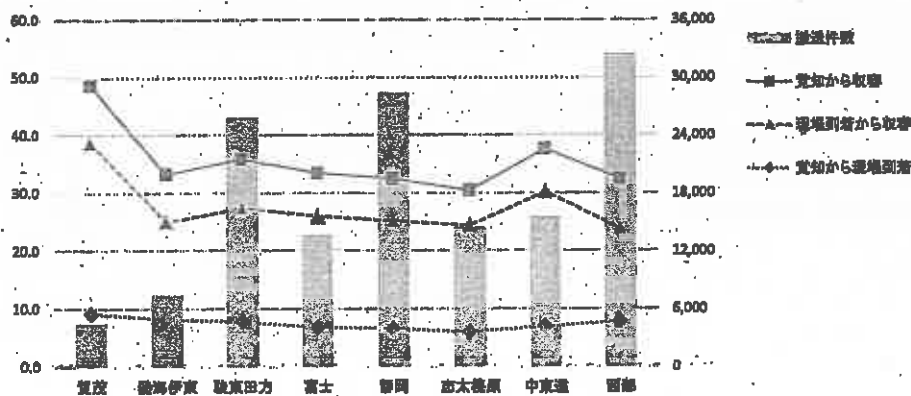
(資料：厚生労働省「医療施設調査」)

(3) 救急搬送の状況

調査区域	搬送件数(件)	覚知から		
		収容(分)	現場到着から収容	現場到着から収容
賀茂	4,387	48.8	9.2	38.8
熱海伊東	7,331	33.2	8.2	25.0
駿東田方	25,788	35.8	7.8	27.4
富士	13,568	33.4	8.8	28.0
静岡	28,303	32.4	8.8	25.2
志太榛原	14,416	30.4	6.0	24.4
中東遼	15,484	37.8	7.0	30.2
西部	32,324	32.4	7.8	23.8
静岡県	141,579	34.0	7.0	28.7

※平成24年度(2012年度)消防庁データに基づく。

(資料：厚生労働省「医療施設調査」)



Ⅱ-2 「災害時における医療」の医療提供体制の現状データ

1 災害時における医療の医療体制に求められる機能、医療機能を担う医療機関数



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

※平成28年10月現在

<災害拠点病院>

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

※平成28年10月現在

(出典：第7次静岡県保健医療計画)

2 関連データ

(1) 災害拠点病院、救護病院における耐震化、推定津波浸水地域立地の状況

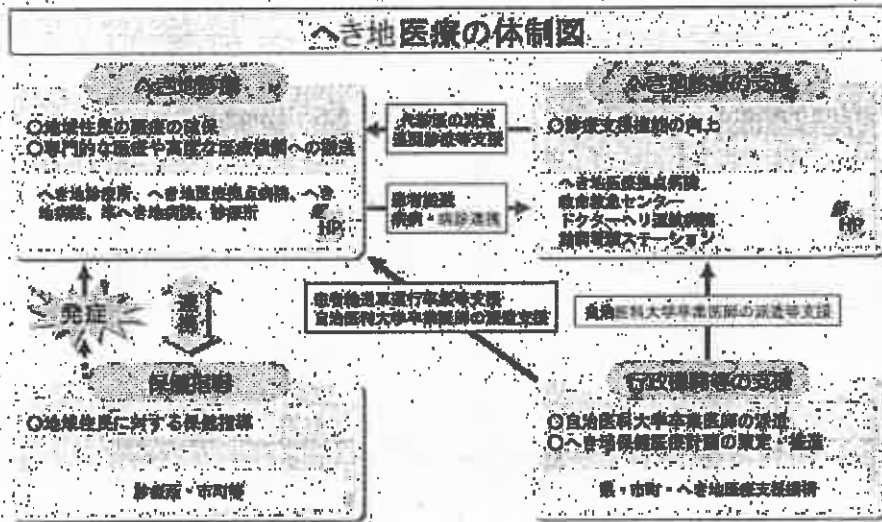
(単位:施設、%)

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

※第4次地震被害想定に基づく。

(資料:静岡県調査)

1. へき地の医療の医療体制に求められる機能、医療機能を担う医療機関数



<へき地診療等の医療機関数>

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

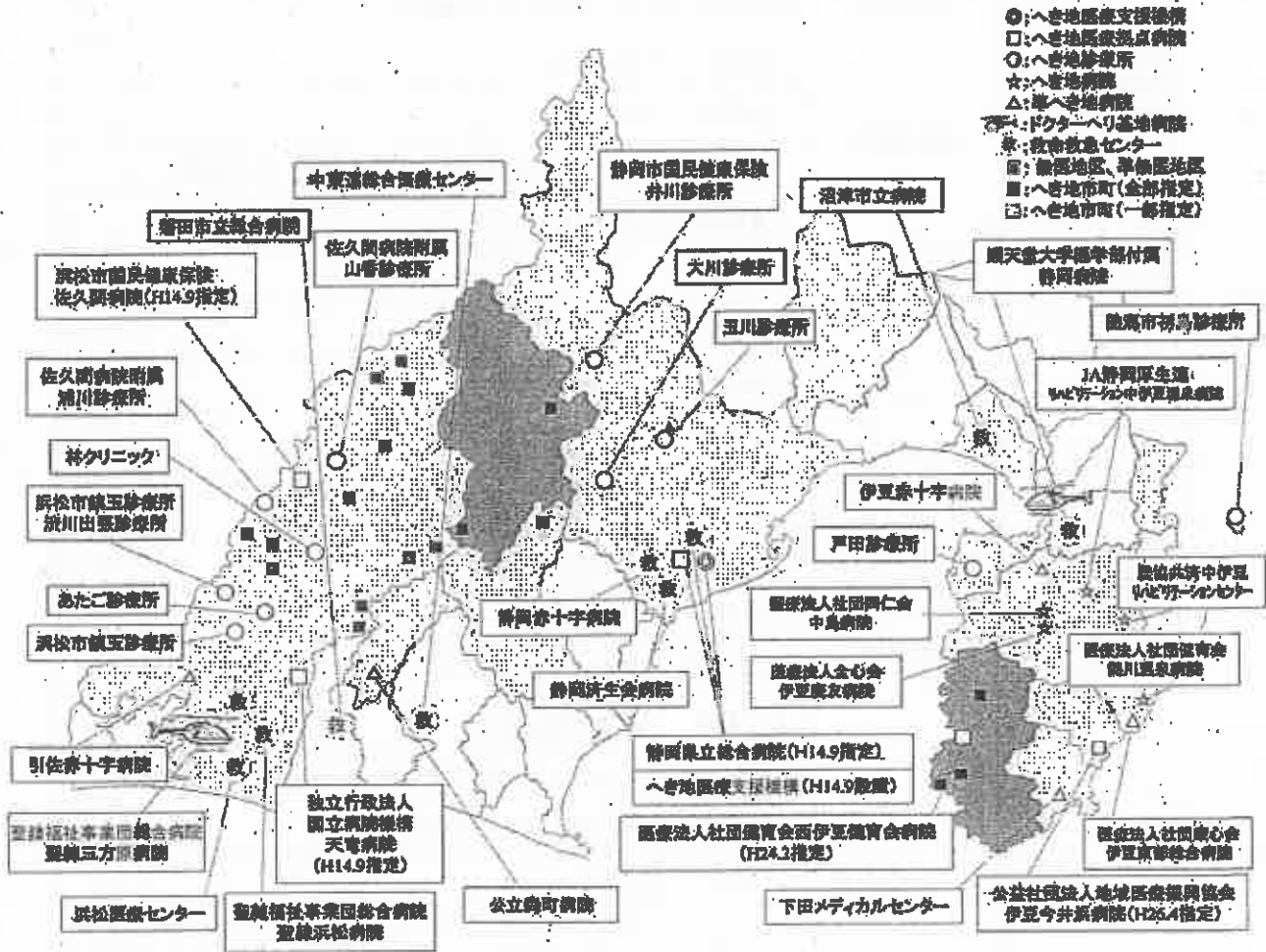
※へき地病院: 本県におけるへき地医療対策の対象地域にある病院(へき地医療拠点病院及び精神科病院は除く。)
 ※準へき地病院: へき地には存在しないが、へき地医療の確保に必要であると考えられる病院

<へき地医療拠点病院、へき地診療所>

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

(出典: 第7次静岡県保健医療計画)

<県内のへき地医療を担う医療機関>



<へき地に該当する市町>

	相模川流域		瀬田川流域		駿海	無医・無歯科区域	計 (重複を除く)
	全部指定	一部指定	全部指定	一部指定			
賀茂	南伊豆町、松崎町、西伊豆町	-	-	下田市、東伊豆町、河津町、南伊豆町、松崎町、西伊豆町	-	南伊豆町、西伊豆町	8
熱海伊東	-	-	-	-	熱海市	-	1
駿東田方	-	沼津市、伊豆市	-	伊豆市	-	-	2
富士	-	-	-	富士宮市	-	-	1
静岡	-	-	-	静岡市	-	静岡市	1
志太榛原	川根本町	島田市	川根本町	島田市	-	島田市、川根本町	2
中東遠	-	-	-	森町	-	-	1
西部	-	浜松市	-	浜松市	-	浜松市	1

＜各法律に基づくへき地医療対策の対象地域＞

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

2 関連データ

(1) 無医地区の状況 (平成 26 年調査)

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

「*」は無医地区に準じる地区

(資料：静岡県地域医療課「無医地区等調査」)

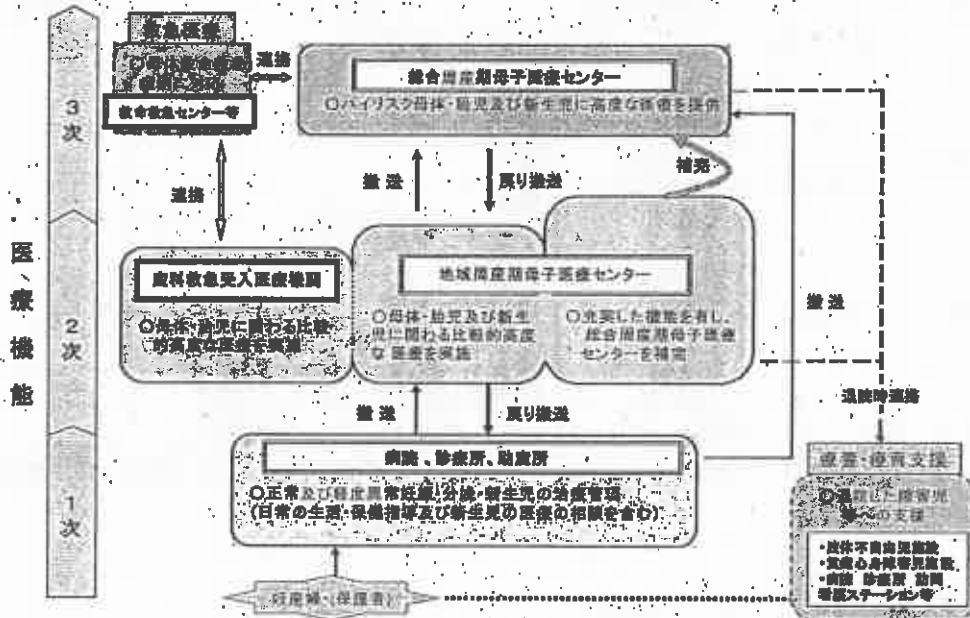
(2) 無歯科医地区の状況 (平成 26 年調査)

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

「*」は無歯科医地区に準じる地区

(資料：静岡県地域医療課「無医地区等調査」)

1 周産期医療の医療体制に求められる機能、医療機能を担う医療機関数



<総合周産期母子医療センター>

医療機関名	
総合周産期母子医療センター	順天堂大学医学部附属静岡病院
"	静岡県立こども病院
"	社会福祉法人聖隷福祉事業団総合病院聖隷浜松病院

※ 管轄する区域はいずれも県内全域

<地域周産期母子医療センター、産科救急受入機関>

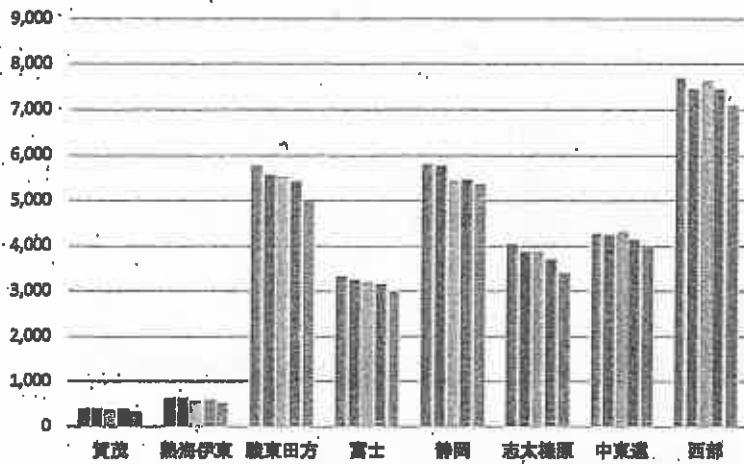
		賀茂	熱海 伊東	駿東 田方	富士	静岡	志太 麻原	中東 浜	西部
地域周産期母子医療センター	沼津市立病院	○	○	○	○				
"	富士市立中央病院	○	○	○	○				
"	静岡済生会総合病院					○	○		
"	静岡市立静岡病院					○	○		
"	浜津市立総合病院					○	○		
"	藤枝市立総合病院					○	○		
"	静岡市立総合病院							○	○
"	浜松医科大学医学部附属病院							○	○
"	浜松医療センター							○	○
"	社会福祉法人聖隷福祉事業団総合病院聖隷三友厚済院							○	○
産科救急受入医療機関	伊東市民病院	○	○	○	○				
"	富士宮市立病院	○	○	○	○				
"	静岡市立清水病院					○	○		
"	静岡県立総合病院					○	○		
"	静岡赤十字病院					○	○		
"	掛川市・袋井市病院企業団立中央総合医療センター							○	○
"	J A 静岡厚生連遠州病院							○	○

表中の○は、各病院が担当する地域

(出典：第7次静岡県保健医療計画)

2 関連データ

(1) 出生数の推移

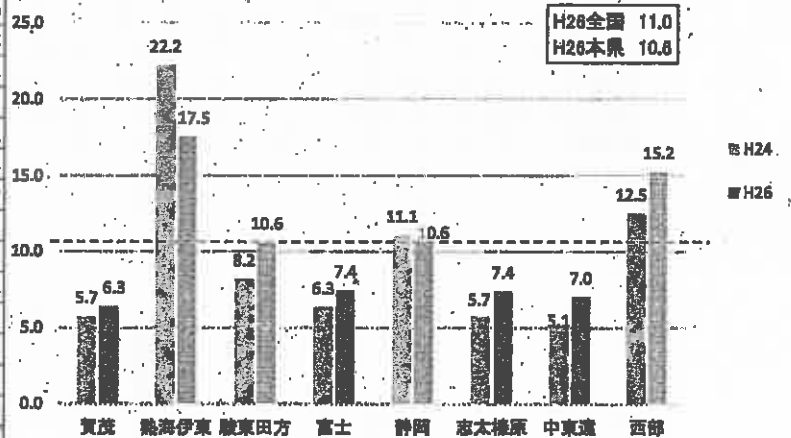


	H22	H23	H24	H25	H26
賀茂	381	392	351	364	315
熱海伊東	618	624	541	588	514
駿東田方	5,772	5,569	5,520	5,423	5,018
富士	3,327	3,255	3,173	3,147	2,970
静岡	5,794	5,771	5,429	5,467	5,371
志太権原	4,043	3,858	3,863	3,888	3,399
中東遠	4,256	4,231	4,310	4,140	4,005
西部	7,705	7,472	7,624	7,443	7,092
静岡県	31,896	31,172	30,810	30,250	28,684

(資料: 静岡県人口動態統計)

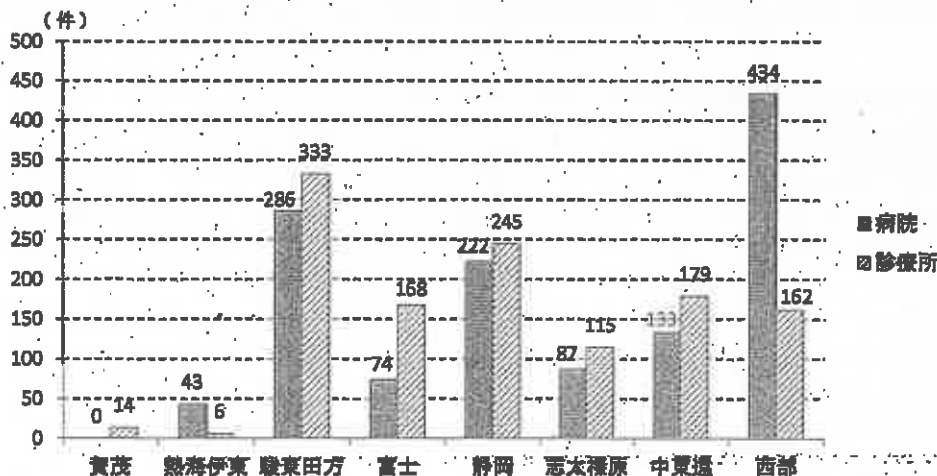
(2) 産科・産婦人科医師数

	H24	H26
賀茂	2	2
熱海伊東	12	9
駿東田方	45	53
富士	20	22
静岡	60	57
志太権原	22	25
中東遠	22	28
西部	95	108
静岡県	278	304



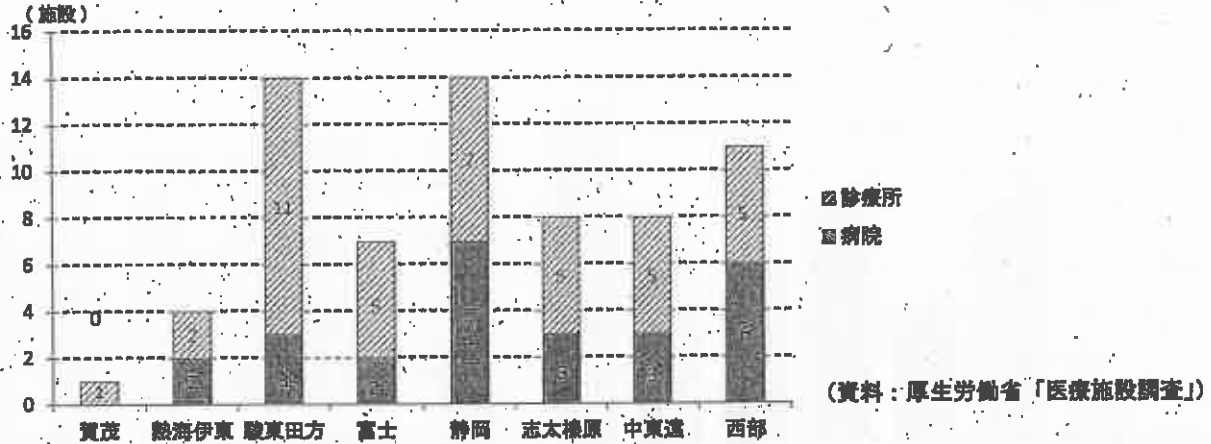
(資料: 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」)

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



(資料: 厚生労働省「医療施設調査」)

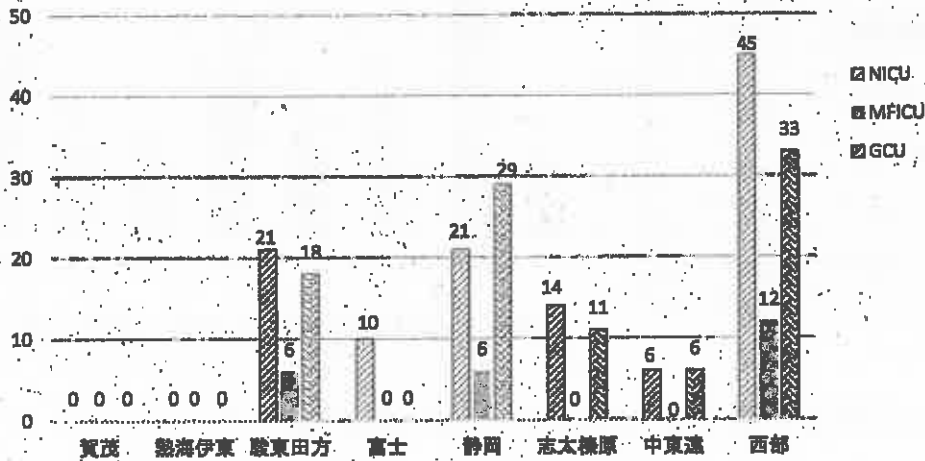
(4) 分娩を取扱う産科又は産婦人科病院数、一般診療所数 (平成26年10月1日)



(5) NICU・MFICU・GCUを有する病院数と病床数

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

(資料：厚生労働省「医療施設調査」)

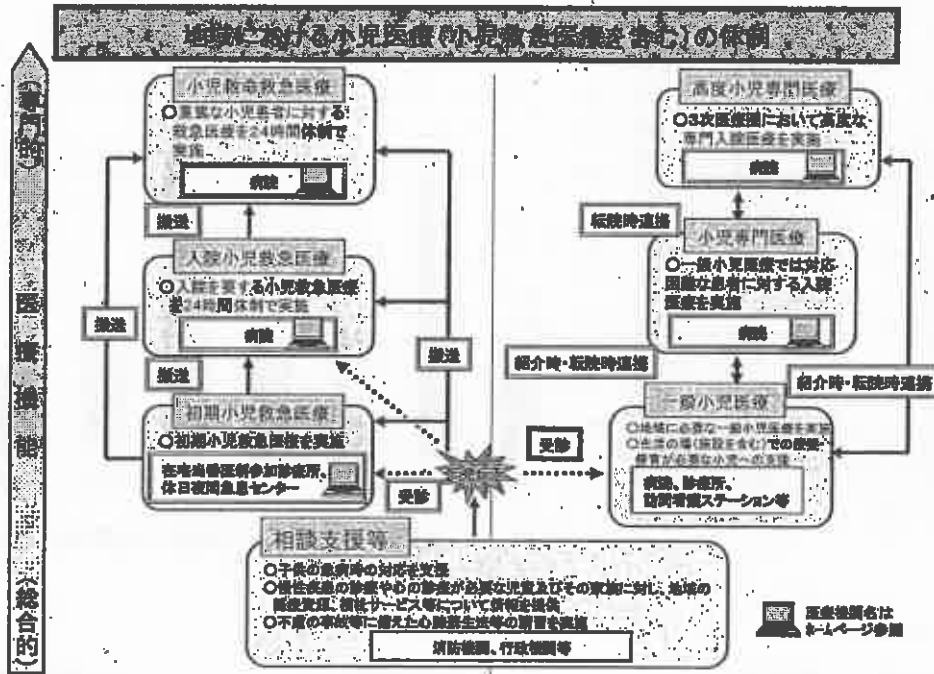


(6) ハイリスク分娩管理加算届出医療機関数 (平成27年3月31日)

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

(資料：診療報酬施設基準)

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



(出典：第7次静岡県保健医療計画)

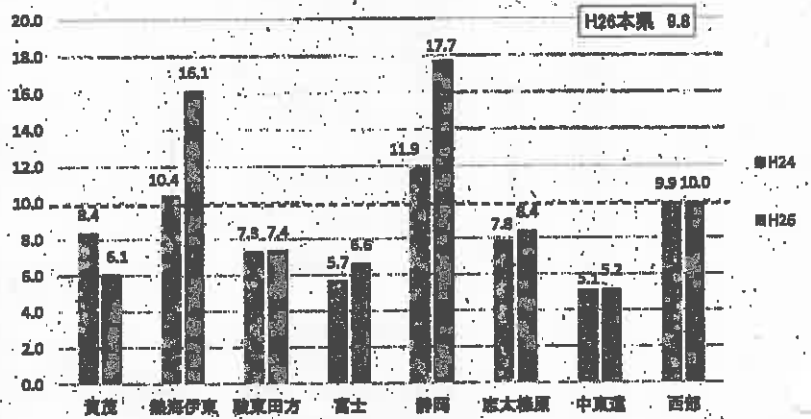
<小児2次救急医療体制の現状>

2次救急医療機関		小児2次救急医療体制	
体制	状況	実施体制	
賀茂	△ 下田メディカルセンター	下田メディカルセンターにおいて、小児科が3回/月の対応再開	
熱海	○ 国際医療福祉大学熱海病院	国際医療福祉大学熱海病院が通年で対応	
伊東	△ 伊東市民病院	当番日以外は、伊東市民病院がオンコール体制で対応	
駿豆	○ 国立病院機構静岡医療センター、沼津市立病院、聖隷沼津病院	3輪番病院で通年対応	
御殿場	△ 有精厚生会富士病院	当番病院が有精厚生会富士病院以外の病院の場合は内科で対応	
富士	○ 富士市立中央病院	富士市立中央病院で通年対応	
清水	○ 果立こども病院、静岡市立清水病院、県立総合病院、静岡市立静岡病院、静岡赤十字病院、静岡済生会総合病院、静岡厚生病院	清水厚生病院の小児科縮小に伴い、清水地区の輪番制への参加が困難となったため、H23.10より、清水地区及び静岡地区を1つの地域として静岡市内全域の輪番病院となる体制(毎日)に移行	
志太郡	○ 焼津市立総合病院、藤枝市立総合病院、市立島田市民病院	3輪番病院で通年対応	
中東連	△ 既存の制度で対応	各病院で個別対応。静岡市立病院及び中東連総合医療センター以外の病院で小児科が不在の場合には、内科で対応	
北連	△ 小児救急は未対応	佐久間病院の内科で対応。小児科医が当直の場合には、天竜病院でも対応。	
西連	○ JA静岡厚生連遠州病院、浜松赤十字病院、聖隷浜松病院、浜松医療センター、聖隷三方原病院、浜松労災病院、浜松医科大学医学部附属病院	7輪番病院で通年対応	

2 関連データ

(1) 小児科医師数

		H24	H25
賀茂	小児科医の数	8	4
	(小児人口1万人対)	8.4	6.1
熱海伊東	小児科医の数	11	16
	(小児人口1万人対)	10.4	16.1
駿東田方	小児科医の数	68	64
	(小児人口1万人対)	7.3	7.4
富士	小児科医の数	31	35
	(小児人口1万人対)	5.7	6.6
静岡	小児科医の数	107	155
	(小児人口1万人対)	11.9	17.7
志太榛原	小児科医の数	50	52
	(小児人口1万人対)	7.8	8.4
中東遠	小児科医の数	34	34
	(小児人口1万人対)	5.1	5.2
西部	小児科医の数	118	118
	(小児人口1万人対)	9.9	10.0
静岡県	小児科医の数	423	476
	(小児人口1万人対)	8.4	9.8

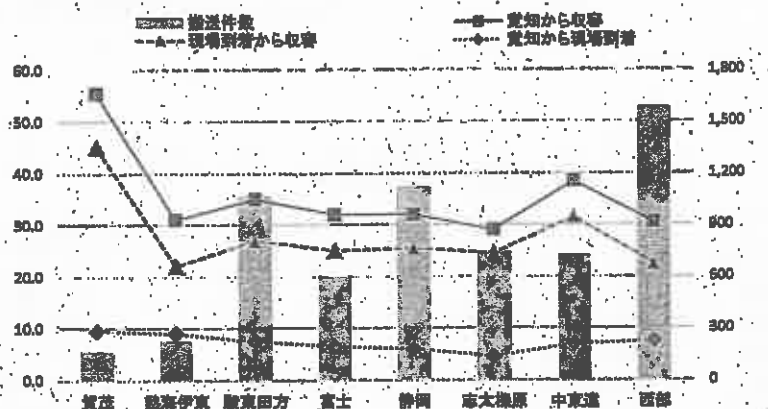


(資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」)

(2) 救急搬送の状況

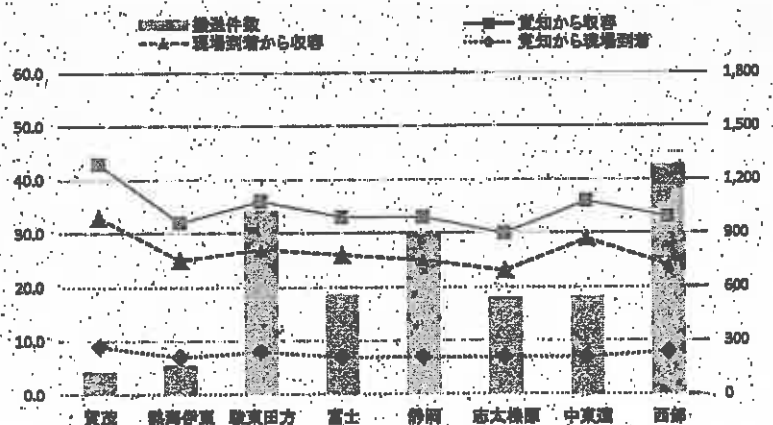
< 新生児、乳幼児 (7歳未満) >

特別区域	搬送件数(件)	覚知から到着(分)	覚知から現場到着	現場到着から到着
賀茂	165	55.5	9.5	46.0
熱海伊東	225	31.0	8.0	22.0
駿東田方	1,064	35.0	7.5	27.0
富士	601	32.0	6.5	25.0
静岡	1,120	32.0	6.0	25.5
志太榛原	797	29.0	4.5	24.5
中東遠	722	38.5	7.0	31.5
西部	1,582	30.5	7.5	22.5
静岡県	6,216	32.5	5.5	26.5



< 少年 (7歳以上18歳未満) >

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

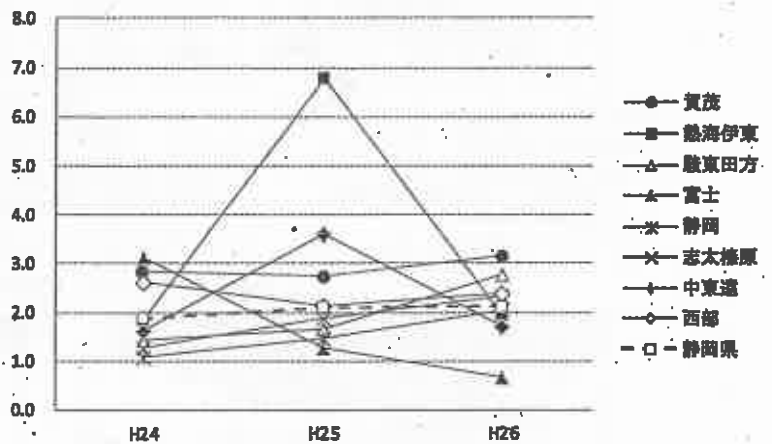


※平成24年度(2012年度)消防庁データに基づく。

(資料：厚生労働省「医療計画作成支援データブック」)

(3) 乳児死亡率 (出生千対)

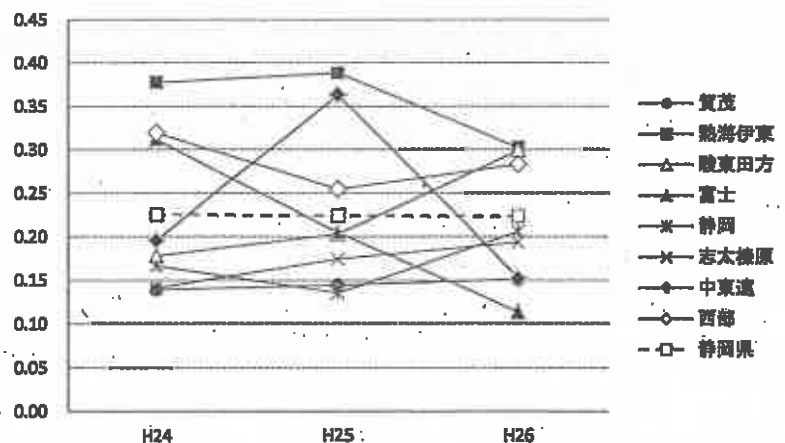
		H24	H25	H26
賀茂	出生数(人)	351	364	315
	乳児死亡数(人)	1	1	1
	乳児死亡率(出生千対)	2.85	2.75	3.17
熱海伊東	出生数(人)	541	588	514
	乳児死亡数(人)	1	4	1
	乳児死亡率(出生千対)	1.85	6.80	1.95
駿東田方	出生数(人)	5,520	5,423	5,018
	乳児死亡数(人)	8	9	14
	乳児死亡率(出生千対)	1.45	1.66	2.79
富士	出生数(人)	3,173	3,147	2,970
	乳児死亡数(人)	10	4	2
	乳児死亡率(出生千対)	3.15	1.27	0.67
静岡	出生数(人)	5,428	5,457	5,371
	乳児死亡数(人)	6	8	11
	乳児死亡率(出生千対)	1.11	1.46	2.05
志太榛原	出生数(人)	3,863	3,688	3,399
	乳児死亡数(人)	5	7	8
	乳児死亡率(出生千対)	1.29	1.90	2.35
中東遠	出生数(人)	4,310	4,140	4,005
	乳児死亡数(人)	7	15	7
	乳児死亡率(出生千対)	1.62	3.62	1.75
西部	出生数(人)	7,624	7,443	7,092
	乳児死亡数(人)	20	16	17
	乳児死亡率(出生千対)	2.62	2.15	2.40
静岡県	出生数(人)	30,810	30,260	28,684
	乳児死亡数(人)	58	64	61
	乳児死亡率(出生千対)	1.88	2.12	2.13



(資料：静岡県人口動態統計)

(4) 小児の死亡率 (15歳未満人口千人对)

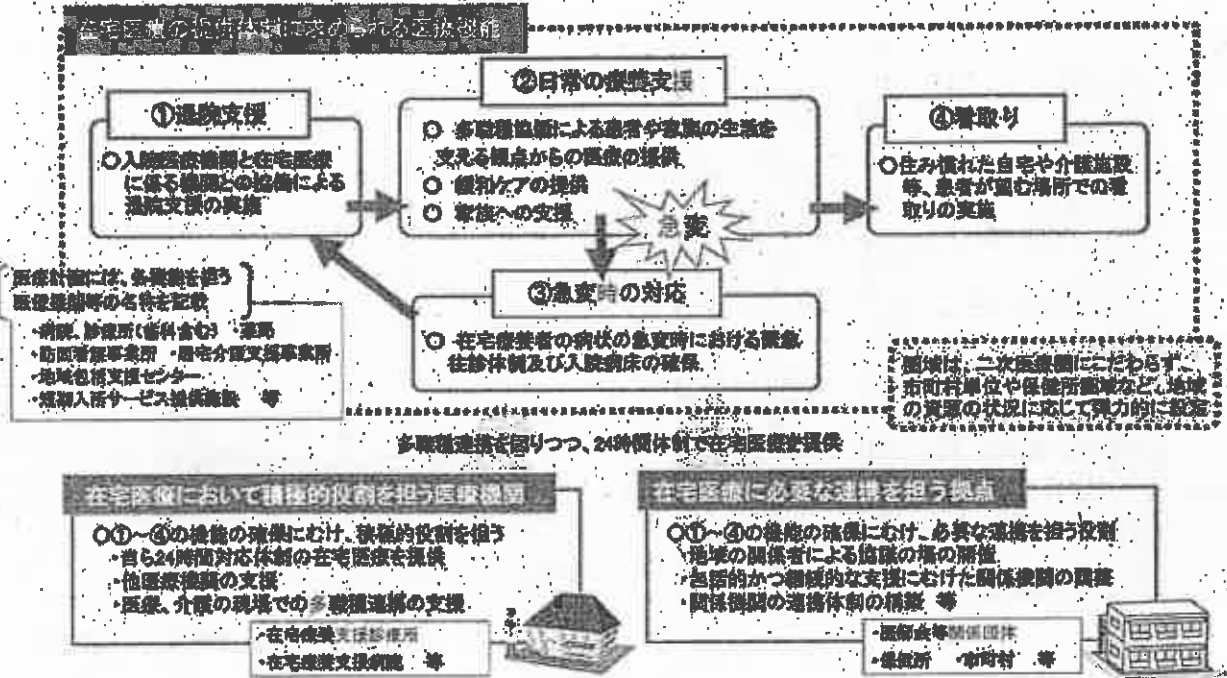
		H24	H25	H26
賀茂	15歳未満人口(人)	7,185	6,922	6,605
	15歳未満死亡数(人)	1	1	1
	15歳未満死亡率(千対)	0.14	0.14	0.15
熱海伊東	15歳未満人口(人)	10,597	10,297	9,928
	15歳未満死亡数(人)	4	4	3
	15歳未満死亡率(千対)	0.38	0.39	0.30
駿東田方	15歳未満人口(人)	80,019	88,519	88,062
	15歳未満死亡数(人)	16	18	26
	15歳未満死亡率(千対)	0.18	0.20	0.30
富士	15歳未満人口(人)	54,489	53,783	52,701
	15歳未満死亡数(人)	17	11	6
	15歳未満死亡率(千対)	0.31	0.20	0.11
静岡	15歳未満人口(人)	80,017	88,580	87,368
	15歳未満死亡数(人)	15	12	18
	15歳未満死亡率(千対)	0.17	0.14	0.21
志太榛原	15歳未満人口(人)	63,747	63,031	61,957
	15歳未満死亡数(人)	9	11	12
	15歳未満死亡率(千対)	0.14	0.17	0.19
中東遠	15歳未満人口(人)	66,413	66,057	65,022
	15歳未満死亡数(人)	13	24	10
	15歳未満死亡率(千対)	0.20	0.36	0.15
西部	15歳未満人口(人)	118,904	117,687	116,565
	15歳未満死亡数(人)	38	30	33
	15歳未満死亡率(千対)	0.32	0.25	0.28
静岡県	15歳未満人口(人)	501,371	494,376	487,618
	15歳未満死亡数(人)	113	111	109
	15歳未満死亡率(千対)	0.23	0.22	0.22



(資料：静岡県人口動態統計)

Ⅲ 「在宅医療」の医療提供体制の現状データ

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



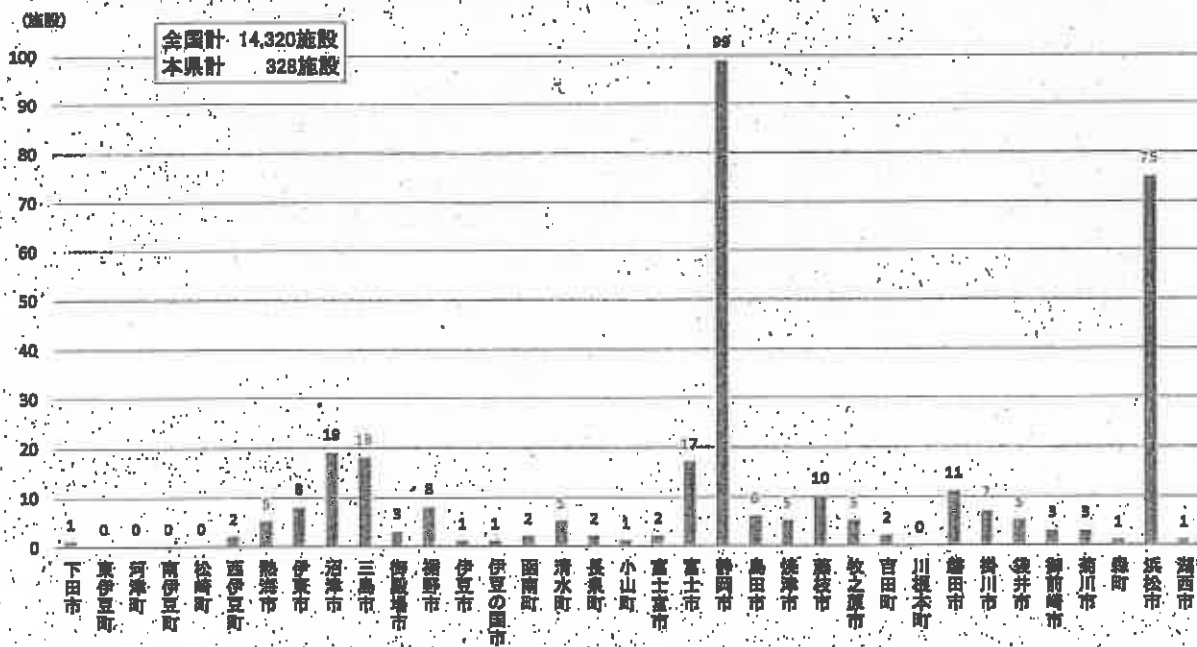
(出典：第1回 全国在宅医療会議(H28.7.6)資料より)

2 関連データ

(1) 在宅療養支援病院数 (平成27年3月31日現在)

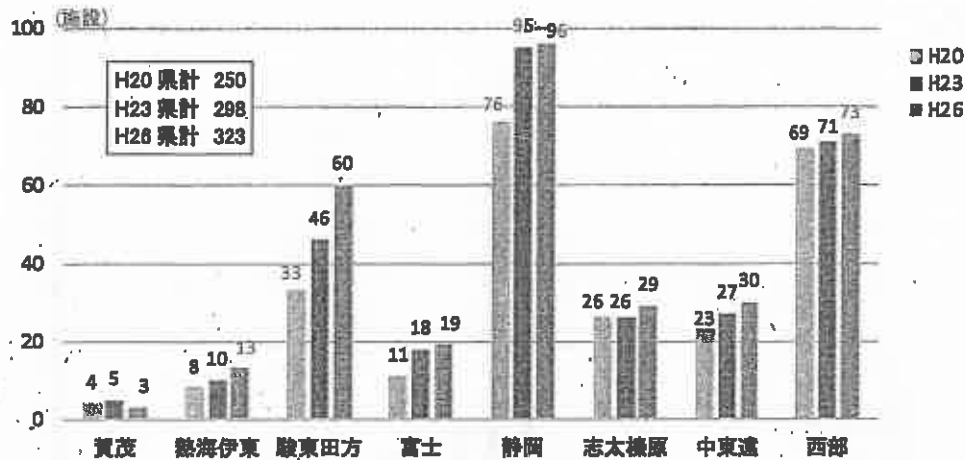
指称名	全国	静岡県	二次保健医療圏									
			浜松	熱海伊東	駿東田原	富士	静岡	浜北博濃	中東濃	西部		
在宅療養支援病院数	1,044	15	2	0	4	1	1	1	3	3		

(2) 在宅療養支援診療所数 (平成27年3月31日現在)



(資料：厚生労働省「在宅医療に係る地域別データ集」)

(3) 在宅療養支援診療所数の推移 (各年10月1日現在)

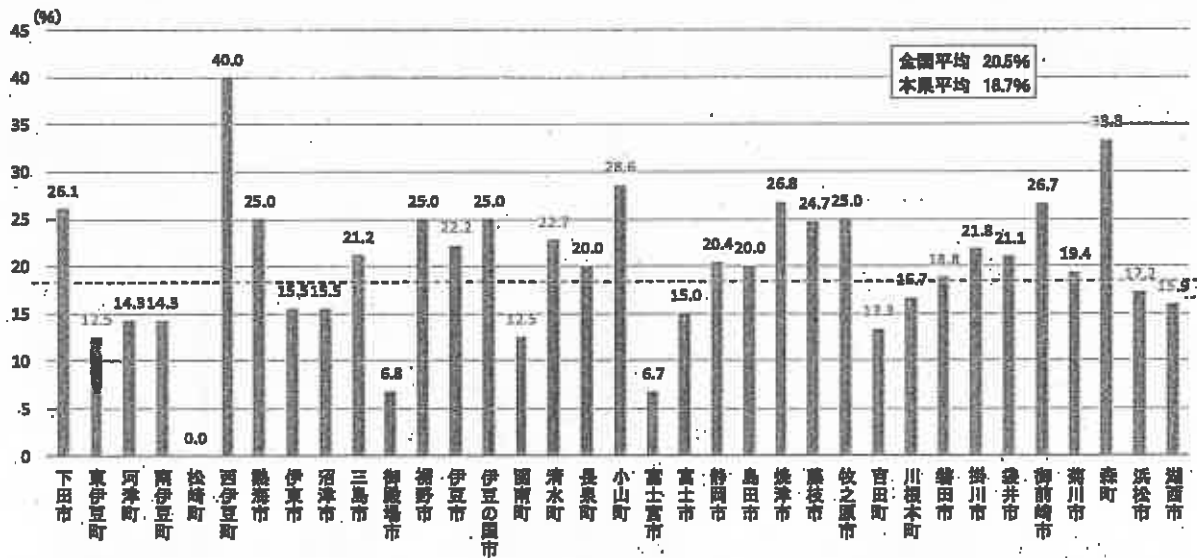


(資料: 厚生労働省「医療施設調査」)

※在宅療養支援病院: 地域における患者の在宅療養の提供に主たる責任を有し、訪問看護ステーション等との連携により、24 時間体制で往診や訪問看護を実施できる体制を有し、かつ、緊急時に在宅療養患者が入院できる病床を常に確保している病院。半径4km 以内に診療所がないか、または、200 床未満の病院であることが要件

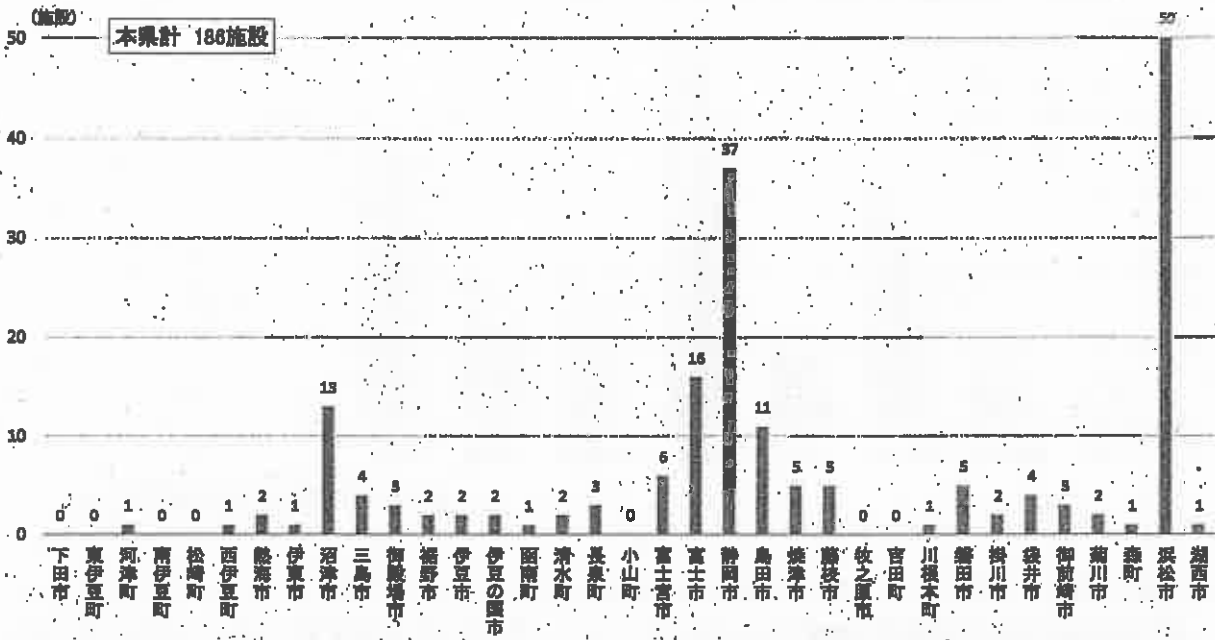
※在宅療養支援診療所: 地域における患者の在宅療養の提供に主たる責任を有し、必要に応じて他の医療機関、薬局、訪問看護ステーション等との連携を図りつつ、24 時間体制で往診や訪問看護を実施できる体制を有する診療所

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



(資料: 厚生労働省「在宅医療に係る地域別データ集」)

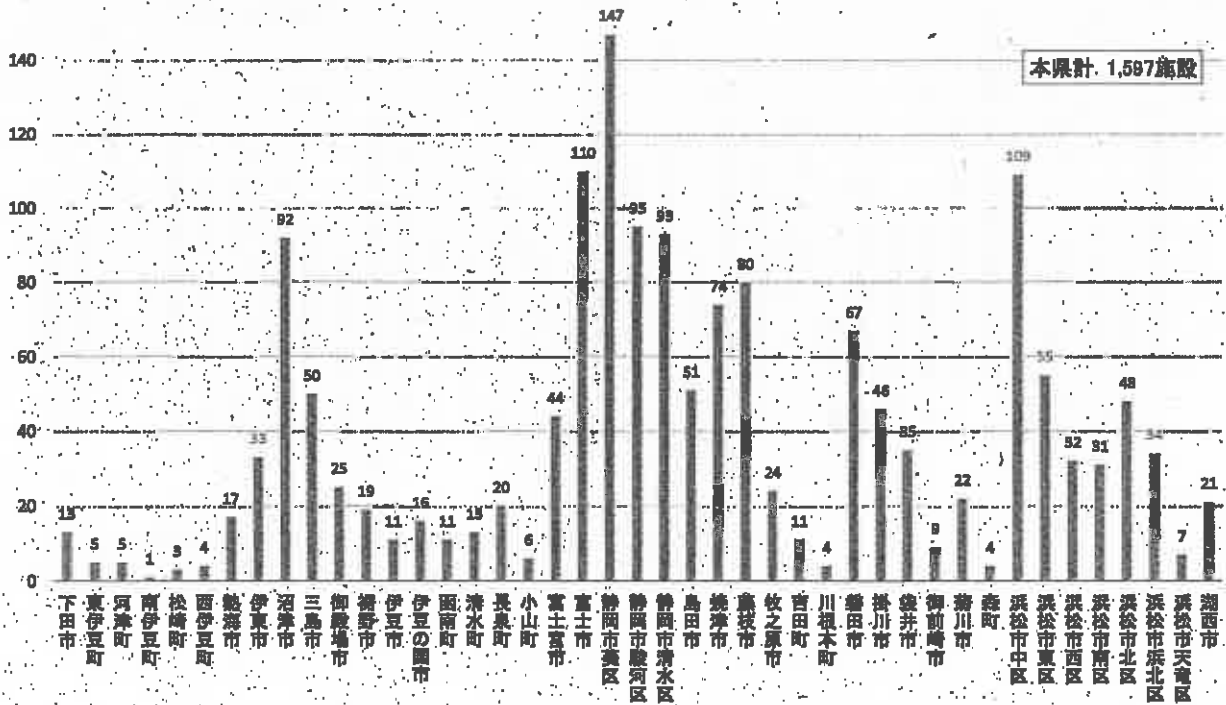
(5) 在宅療養支援歯科診療所数 (平成 28 年 6 月 31 日現在)



(資料：厚生労働省「診療報酬施設基準」)

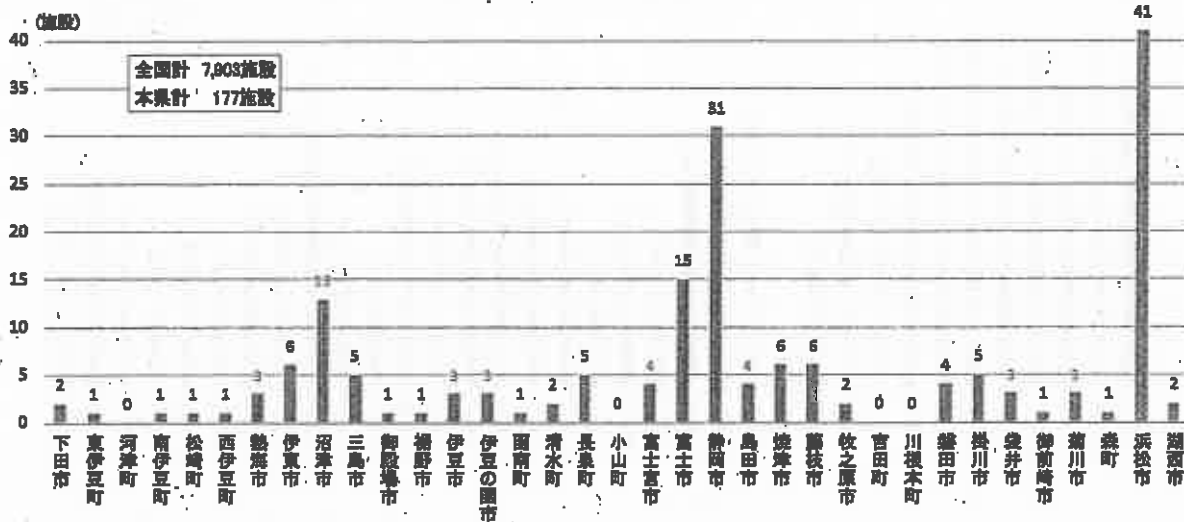
※在宅療養支援歯科診療所：高齢者の心身の特性、口腔機能管理及び緊急時対応に係る知識と技術をもち、必要に応じて、患者又は家族、在宅医療を担う医師、介護・福祉関係者等に情報提供できる体制を整備し、在宅歯科医療に係る後方支援の機能を有する別の保険医療機関との連携体制を確保するなど、安心・安全な在宅歯科医療提供体制を整備した歯科診療所

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

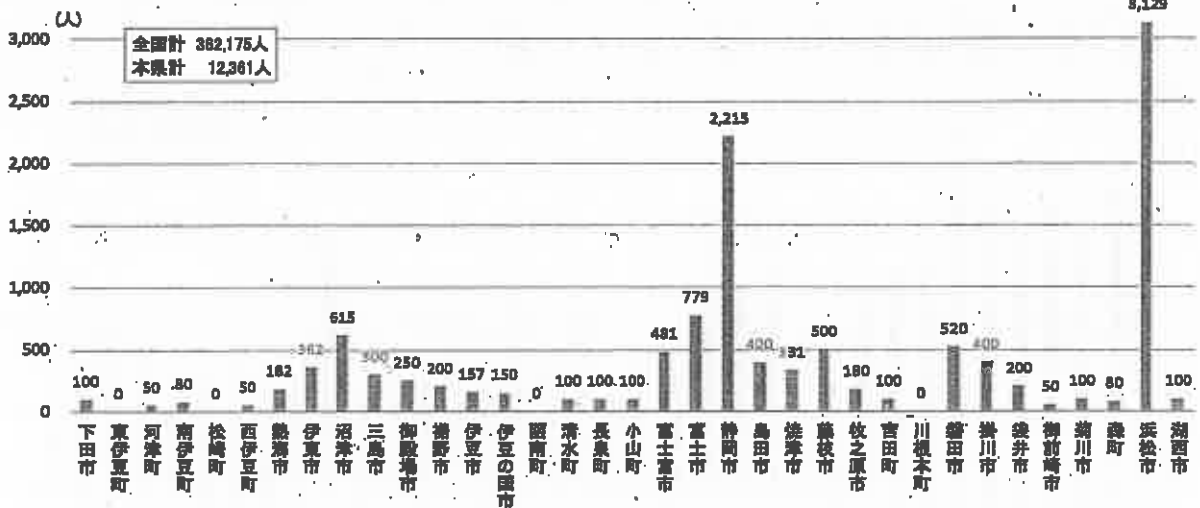


(資料：厚生労働省「医療計画作成支援データブック」「診療報酬施設基準」)

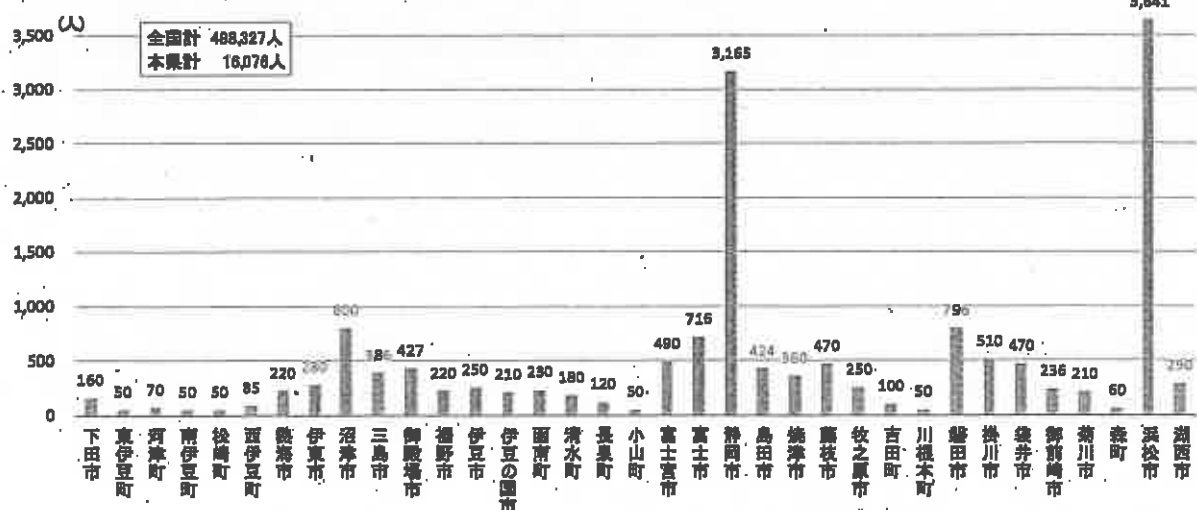
(7) 訪問看護ステーション数 (平成26年10月1日現在)



(8) 介護老人保健施設定員 (平成26年10月1日現在)



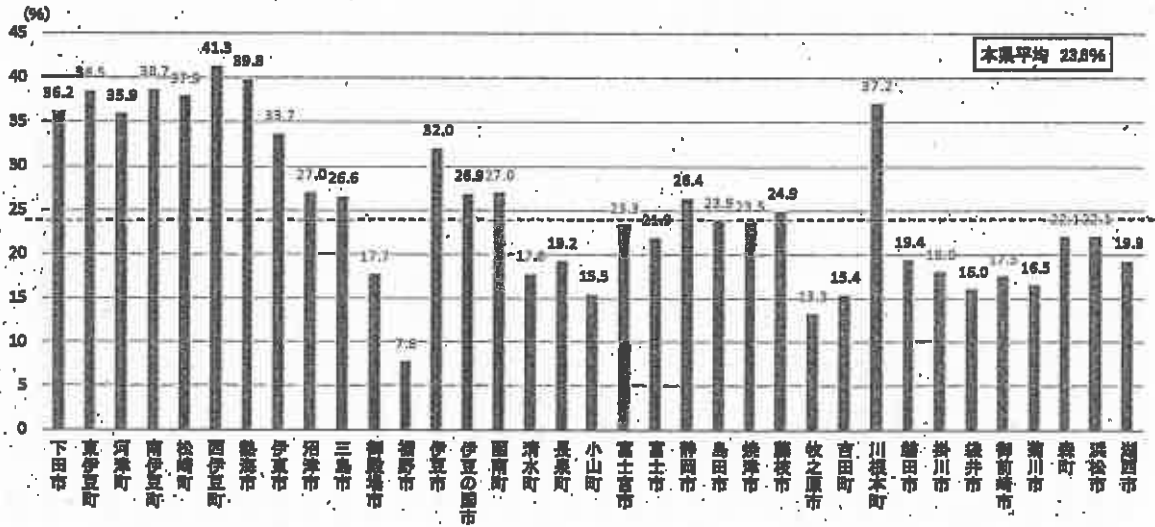
(9) 介護老人福祉施設定員 (平成26年10月1日現在)



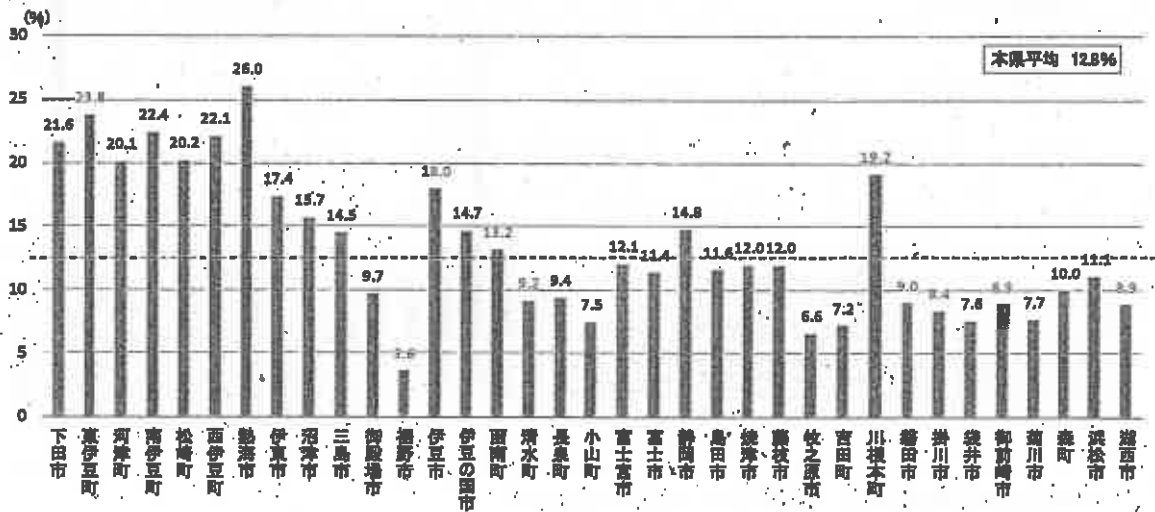
※地域密着型は含まれていない。

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

(10) 高齢者世帯の割合 (平成 28 年 4 月 1 日現在)

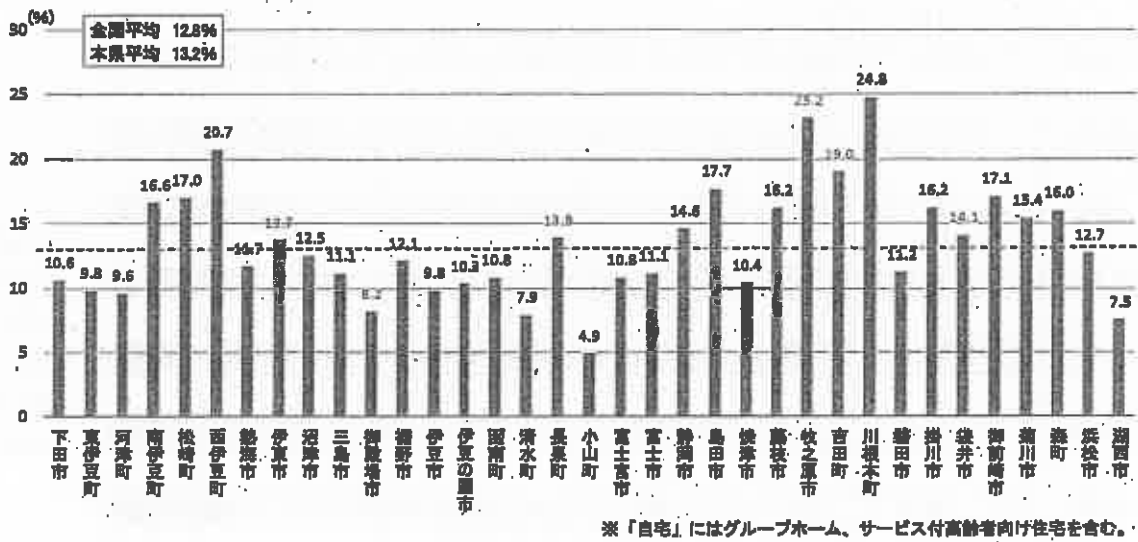


(11) ひとり暮らし高齢者世帯の割合 (平成 28 年 4 月 1 日現在)

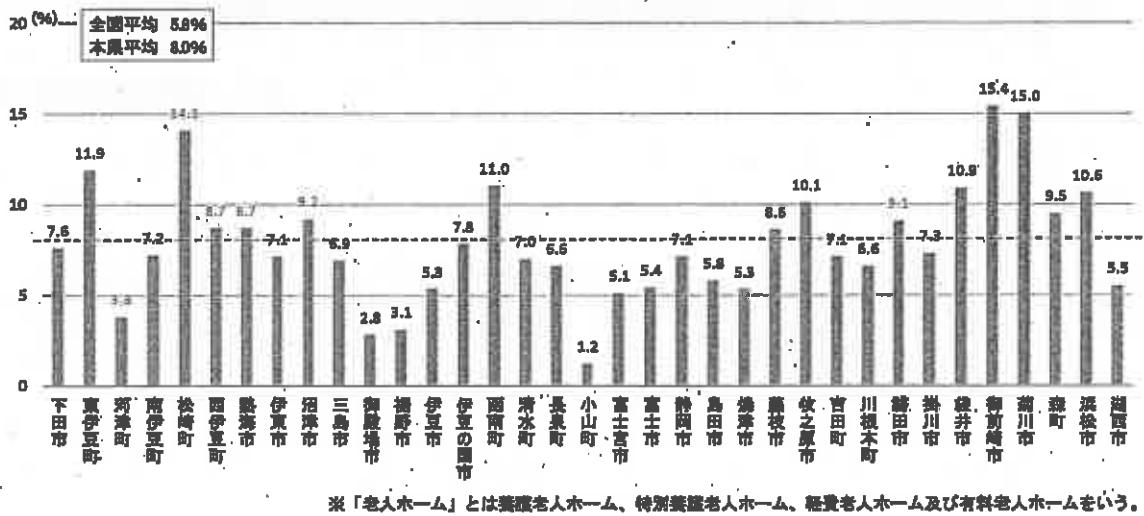


(資料：静岡県長寿政策課「高齢者福祉行政の基礎調査」)

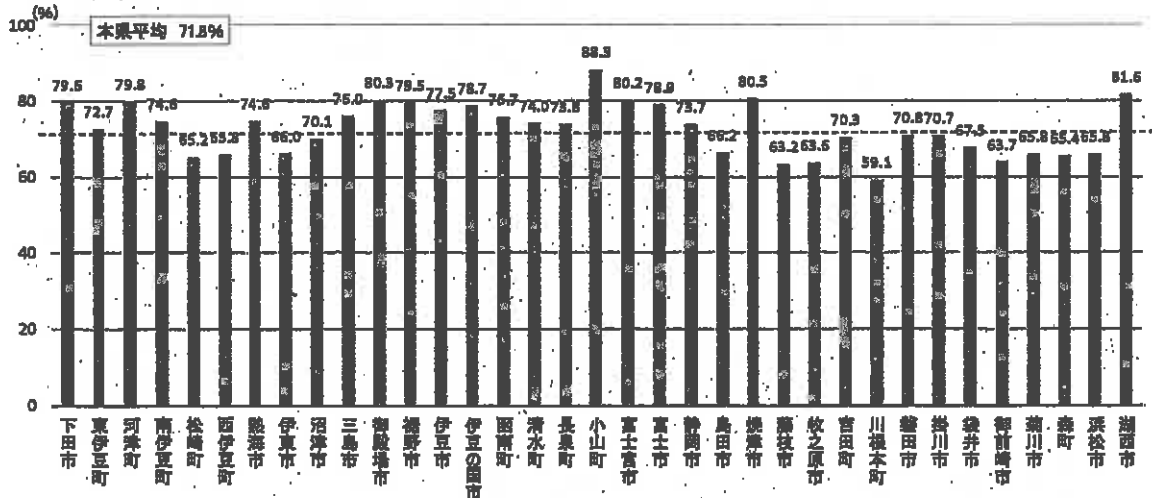
(12) 死亡者数に占める自宅で死亡した者の割合 (平成 26 年)



(13) 死亡者数に占める老人ホームで死亡した者の割合 (平成 26 年)

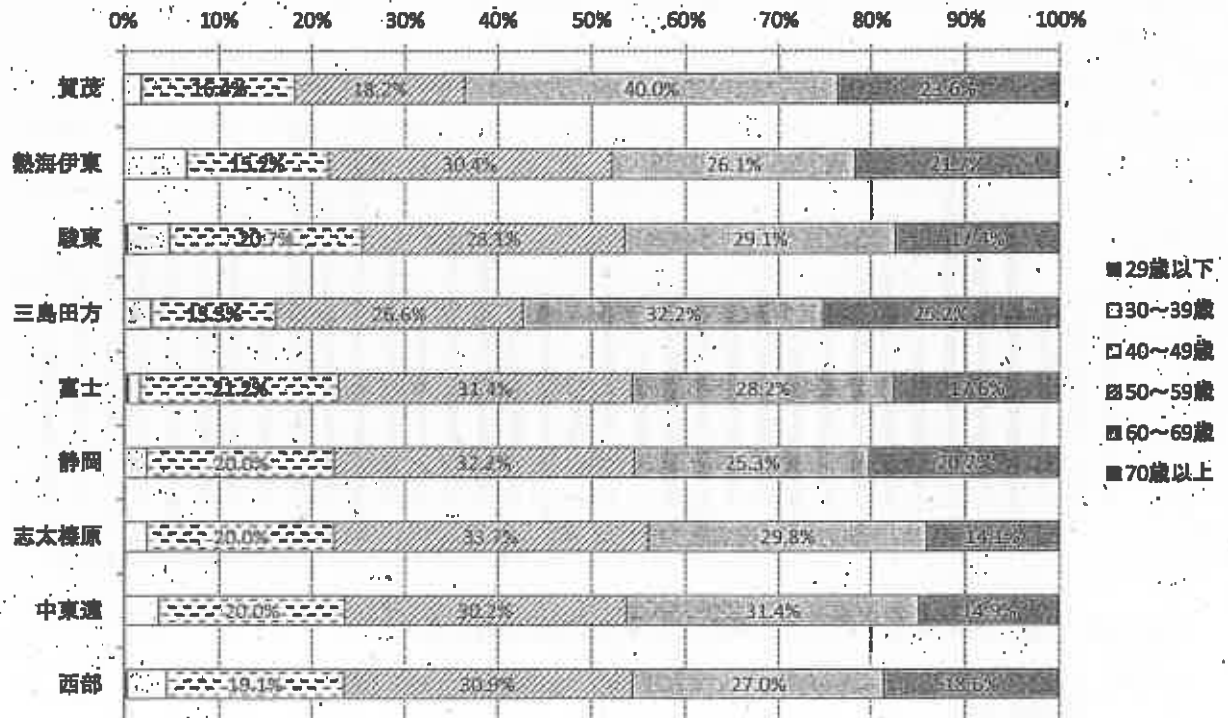


(14) 死亡者数に占める病院で死亡した者の割合 (平成 26 年)



(資料: 厚生労働省「在宅医療に係る地域別一夕集」、静岡県「静岡県人口動態統計」)

(15) 診療所医師の年齢構成



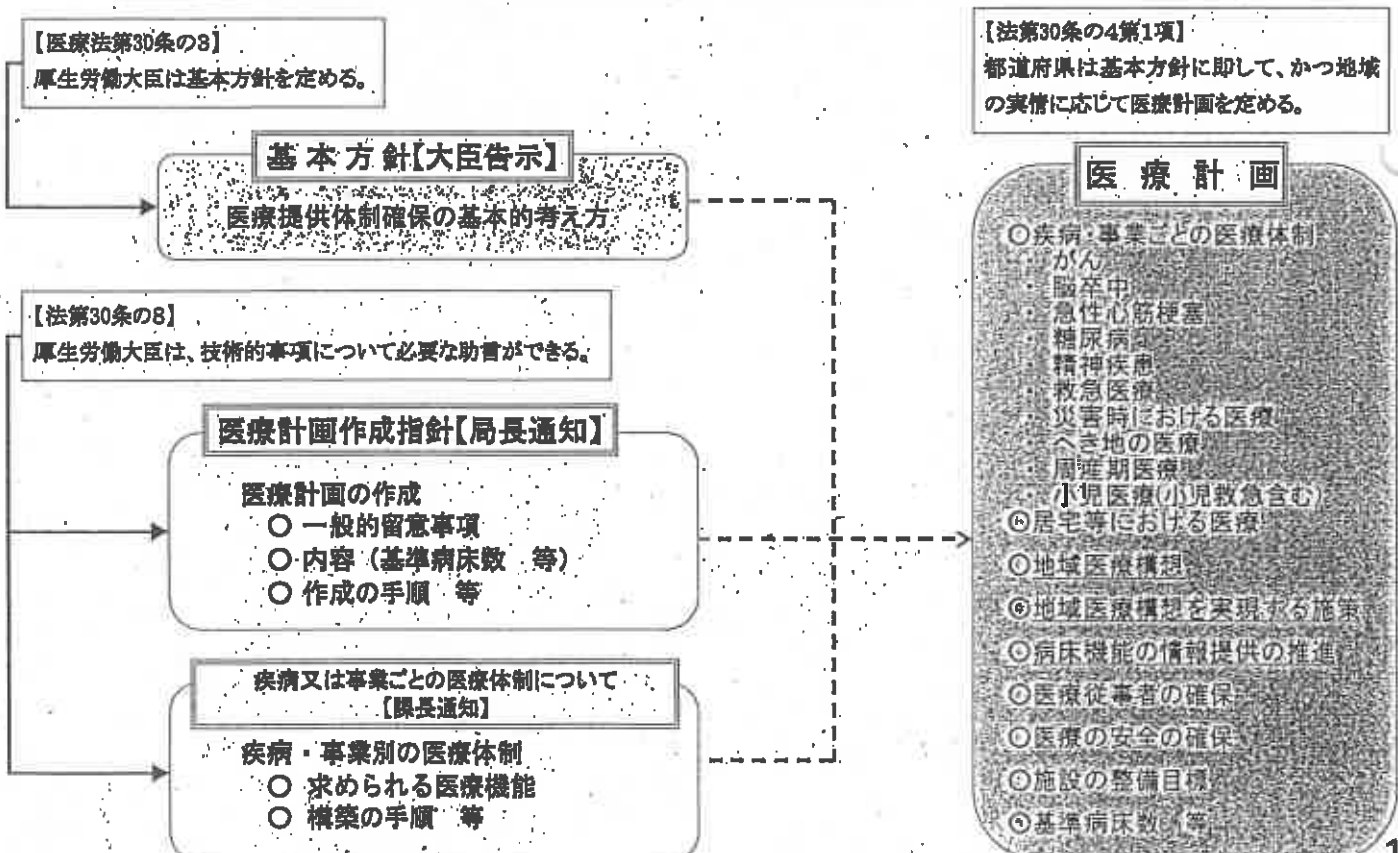
(資料：静岡県健康福祉部調査)

第1回作業部会終了後に寄せられた委員意見の概要

委員	意見概要
<p>玉井委員 (静岡県病院協会 会長)</p>	<p>構想圏域ごとの必要病床数の推計を出したが、高度急性期は医療機関ベースで推計しており、おおむね現状を反映していると考えてよいと思う。</p> <p>ただ、「がん」患者に限って言えば、患者は多少遠方でも実績のある病院で診療を受けたいと思う。駿東田方のがんセンターは言うまでもなく、静岡の県立総合、西部の聖隷浜松などには周辺の医療圏からの移動は将来も継続するだろう。</p> <p>また、がん診療は高度急性期医療のみが専門病院で行われるのではなく、急性期、回復期までもどうしても同じ病院で診療を希望する傾向にある。両者の必要病床数を患者住所ベースで推計している現在の数字では、専門病院の所在する圏域の病床数を低く見誤ることになる。</p> <p>現在がん診療連携拠点病院を各二次医療圏に一か所設置することになっているが、人材確保、設備面で病院間の格差は将来的にも埋めにくいのではないかと思っている。</p>

次期医療計画の策定に係る指針等のイメージ

医療計画の策定に係る指針等の全体像について



医療計画作成指針目次(案)

※現時点での案を記載したものであり、今後変更の可能性あり

新	旧
<p>はじめに</p> <p>第1 医療計画作成の趣旨</p> <p>第2 医療計画作成に当たっての一般的留意事項</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 医療計画作成等に係る法定手続 2 記載事項 3 他計画等との関係 4 医療計画の作成体制の整備 5 医療計画の名称等 6 医療計画の期間 <p>第3 医療計画(地域医療構想を含む)の内容</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 医療計画の基本的な考え方 2 地域の現状 3 5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制 4 疾病の発生状況等に照らして都道府県知事が特に必要と認める医療 5 医療従事者の確保 6 医療の安全の確保 7 基準病床数 8 医療提供施設の整備の目標 9 地域医療構想の取組 10 その他医療を提供する体制の確保に関し必要な事項(「今後高齢化に伴い増加する疾患等対策」を追加(ロコモティブシンドローム、フレイル等)) 11 施策の評価及び見直し 	<p>はじめに</p> <p>第1 医療計画作成の趣旨</p> <p>第2 医療計画作成に当たっての一般的留意事項</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 医療計画作成等に係る法定手続 2 記載事項 3 他計画等との関係 4 医療計画の作成体制の整備 5 医療計画の名称等 6 医療計画の期間 <p>第3 医療計画の内容</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 医療計画の基本的な考え方 2 地域の現状 3 5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制 4 疾病の発生状況等に照らして都道府県知事が特に必要と認める医療 5 医療従事者の確保 6 医療の安全の確保 7 基準病床数 8 医療提供施設の整備の目標 9 その他医療を提供する体制の確保に関し必要な事項 10 施策の評価及び見直し

2

医療計画作成指針目次(案)

※現時点での案を記載したものであり、今後変更の可能性あり

新	旧
<p>第4 医療計画作成の手順等</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 医療計画作成手順の概要 2 医療圏(構想区域)の設定方法 3 基準病床数の算定方法 4 病床の必要量(必要病床数)の算定方法 5 5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制構築の手順 <p>第5 医療計画の推進等</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 医療計画の推進体制 2 医療計画の推進状況の把握、評価及び再検討 <p>第6 医療計画に係る報告</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 医療計画の厚生労働大臣への報告 2 医療法第30条の11の規定に基づく勧告の実施状況の報告 	<p>第4 医療計画作成の手順等</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 医療計画作成手順の概要 2 医療圏の設定方法 3 基準病床数の算定方法 4 5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制構築の手順 <p>第5 医療計画の推進等</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 医療計画の推進体制 2 医療計画の推進状況の把握、評価及び再検討 <p>第6 医療計画に係る報告</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 医療計画の厚生労働大臣への報告 2 医療法第30条の11の規定に基づく勧告の実施状況の報告

3

意見のとりまとめ（案）

本検討会におけるこれまでの議論を踏まえ、第7次医療計画の「医療計画作成指針」及び「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」等の見直しが必要と考えられる事項を中心に意見のとりまとめを行う。

I 医療計画全体に関する事項

1. 医療計画の作成について

平成30年度からの第7次医療計画の作成にあたっては、医療提供体制の現状、地域医療構想において検討した今後の医療需要の推移等、地域の実情に応じて、関係者の意見を十分踏まえた上で行うこととする。

2. 医療連携体制について

（対象となる疾病・事業）

医療連携体制に関する事項は、がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、及び精神疾患の5疾病、救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療（小児救急医療を含む。）の5事業並びに在宅医療を、医療計画に定めることとする。

また、ロコモティブシンドローム、フレイル、肺炎、大腿骨頸部骨折等については、医療計画に記載すべき5疾病に加えることとはしないものの、その対策については、他の関連施策と調和をとりながら、疾病予防・介護予防等を中心に、医療・介護が連携した総合的な対策を講じることが重要である。

（医療機関と関係機関との連携体制）

急速な高齢化の進展の中で、疾病構造の変化や地域医療の確保といった課題に対応するためには、求められる医療機能を明確にした上で、地域の医療関係者等の協力の下、医療機関及び関係機関が機能を分担及び連携することにより、切れ目なく医療を提供する体制を構築することが必要である。また、医療及び介護を取り巻く地域ごとの多様な状況に対応するため、限りある地域の社会資源を効率的かつ効果的に活用し、地域包括ケアシステムの構築を進めていく上でも、医療機関と関係機関との連携は重要となる。

上記機能分担及び連携について、特に留意すべき事項を以下に示す。

(病病連携及び病診連携)

今後、地域における医療提供体制の構築に当たっては、地域医療構想における病床の機能分化・連携を進めていくこととしており、それぞれの医療機関が地域において果たす役割を踏まえ、地域全体で効率的・効果的な医療提供体制を構築していくことが必要である。

次期医療計画においては、急性期の医療提供体制の整備を進めるとともに、回復期・慢性期までの切れ目ない連携体制の構築に取り組むことや、疾病予防・介護予防まで含めた体制の構築を進めていくことから、病病連携及び病診連携を、より一層進めることが必要となる。

(歯科医療機関の役割)

地域包括ケアシステムの構築を進める上で、歯科医療機関は地域の医療機関等との連携体制を構築することが重要である。特に、近年は、口腔ケアが誤嚥性肺炎の発症予防につながるなど、口腔と全身との関係について広く指摘されていることから、入院患者や在宅等で療養を行う患者に対して、医科歯科連携を更に推進することが必要となる。

(薬局の役割)

地域において安全で質の高い医療を提供するためには、薬物療法についても入院から外来・在宅医療へ移行する中で円滑に提供し続ける体制を構築することが重要である。このため、地域の薬局では、医薬品等の供給体制の確保に加え、医療機関等と連携して患者の服薬情報を一元的・継続的に把握し適切な薬物療法を提供することや、入退院時における医療機関等との連携、休日・夜間の対応等の役割を果たすことが必要となる。

(訪問看護ステーションの役割)

住み慣れた地域で安心して健やかに暮らすためには、24時間切れ目のない医療サービスが提供されるとともに、医療機関と居宅等との間で、療養の場が円滑に移行できることが必要である。そのため、在宅において、患者の医療処置や療養生活の支援等のサービスを提供する訪問看護ステーションの役割は、重要である。高齢多死社会を迎え、特に今後は在宅においても、看取りや重症度の高い利用者へ対応できるよう、訪問看護ステーション間や関係機関との連携強化、訪問看護ステーションの大規模化等の機能強化による安定的な訪問看護サービスの提供体制の整備が必要である。また、日常的に医療を必要とする小児患者への対応についても、医療・福祉サービスを提供する関係機関との連携を強化するなど充実することが必要である。

3 医療従事者の確保等の記載事項について

医療従事者の確保等については、「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師

等の働き方ビジョン検討会」、「医療従事者の需給に関する検討会」等での議論を踏まえ、必要な見直しを行うこととする。

4 医療の安全の確保等について

医療機器の安全管理等に関する事項として、高度な医療機器について、配置状況に加え、稼働状況等も確認し、保守点検を含めた評価を行うこととする。

CT・MRI等の医療機器を有する診療所については、都道府県において、それらの機器の保守点検を含めた医療安全の取り組み状況について、定期的に報告を求めることとする。

なお、限られた医療資源を有効活用することは重要であることから、今後も、医療機器等の配置のあり方等については、研究を行うことが必要である。

5 基準病床数及び特定の病床等に係る特例等について

(1) 二次医療圏の設定

既設の二次医療圏が、入院に係る医療を提供する一体の圏域として成り立っていない場合は、その見直しについて検討することとする。

見直しに当たっては、人口規模が20万人未満であり、且つ、二次医療圏内の流入入院患者割合が20%未満、流出入院患者割合が20%以上となっている二次医療圏については、入院医療を提供する区域として成り立っていないと考えられるため、設定の見直しについて検討することとする。その際、現時点における人口規模や患者の流出入の状況の他、将来の人口規模の変化も考慮した上で、二次医療圏の見直しを行うこととする。

また、地域医療構想策定ガイドラインにおいては、現在、策定が進められている地域医療構想の構想区域の設定に当たって、現行の二次医療圏を原則としつつ、人口規模、患者の受療動向、疾病構造の変化、基幹病院までのアクセス時間など将来における要素を勘案して検討することとされている。また、構想区域と二次医療圏が異なっている場合は、次期医療計画の策定において、二次医療圏を構想区域と一致させることが適当であるとされており、これらを踏まえた上で、必要な見直しを行うこととする。

(2) 基準病床数

① 病床利用率について

基準病床数の病床利用率は、これまで、直近の病院報告の値を用いて算定することとしていたが、地域医療構想では一定の値を用いていることから、直近6カ年の一般病床、療養病床それぞれの病床利用率を用いて、一定の値を定めることとする（一般病床 76% 療養病床 90%）。

また、各都道府県における直近の病床利用率が、この一定の値に比べて高い場合は、その数値を上限、一定の値を下限として、各都道府県が定めることとする。

② 平均在院日数について

一般病床の基準病床数の算定に当たって用いる平均在院日数は、これまで各地方ブロックの経年推移を踏まえ、一律の短縮率を見込むこととしてきた。次期医療計画においては、経年推移に加え、次の各要素を勘案して設定することとする。

ア 平均在院日数の経年推移

イ 各地方ブロックの差異

ウ 将来のあるべき医療提供体制の構築に向けた取組

具体的には、直近の病院報告（平成 27 年）までの 6 年間（平成 21～27 年の 6 年間）の平均在院日数の変化率を基礎とし、地域差の是正を進める観点から、

i) 各地方ブロックの平均在院日数がその全国平均を下回っている（短い）場合、当該ブロックの変化率を用いる

ii) 各地方ブロックの平均在院日数がその全国平均を上回っている（長い）場合、「全国値+ α 」と当該ブロックの変化率を比較し、より高い変化率を用いる

（ α については、地域差の是正を目的として適当とする値を定める。）

③ 介護施設対応可能数について

介護施設対応可能数から、在宅医療等対応可能数へ見直すこととする。この在宅医療等対応可能数については、都道府県知事が各都道府県の状況等に応じて見込むことができるよう、今後その考え方について国で整理し、都道府県に示すこととする。

また、療養病床の在り方等の検討状況を踏まえ、必要に応じて見直すこととする。

④ 患者の流出入について

他県への患者の流出の状況を踏まえ設定している流出超過加算は、その患者の多くが、居住する都道府県内において入院治療を受けている現状を鑑み、今後は、特に必要とする場合において、都道府県間で調整を行うよう見直すこととする。

その際、基準病床数の算定に当たっては、従来と同様に、医療機関所在地に基づいた値を用いることとする。

(3) 今後病床の整備が必要となる構想区域における基準病床数の対応について

将来の医療需要の推移を踏まえた病床の必要量（必要病床数）は、各地域の人口推移の影響を大きく受ける。特に、今後高齢者人口の増加が更に進む地域においては、医療需要の増加が大きく見込まれ、それに応じた医療提供体制の整備が求められる。

このことは、急激な人口増加が見込まれる場合に、基準病床数の算定に対し、特例を認めている医療法第30条の4第7項¹の規定の趣旨に合致するものと考えられる。

以上を踏まえ、病床過剰地域で、病床の必要量（必要病床数）が将来においても既存病床数を大きく上回ると見込まれる場合は、

- ① 高齢者人口の増加等に伴う医療需要の増加を勘案し、基準病床数の見直しについて毎年検討すること
- ② 医療法第30条の4第7項の基準病床数算定時の特例措置で対応することとする。

また、上記①②による病床の整備に際しては、次の点を考慮しつつ、地域の実情等を十分に踏まえた上で、検討する必要がある。

- ・ 機能区分（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）ごとの医療需要
 - ・ 高齢者人口のピークアウト後を含む医療需要の推移
 - ・ 疾病別の医療供給の状況、各医療圏の患者の流出入、交通機関の整備状況などの地域事情
 - ・ 都道府県内の各医療圏の医療機関の分布
- 等

(4) 特定の病床等に係る特例等

有床診療所の取扱いについては、今後、地域包括ケアシステムの構築を推進する上で有床診療所の役割がより一層期待されることから、当分の間、病床設置が届出により可能になる診療所の範囲等を見直すこととする。

6 既存病床数について

(1) 放射線治療室等の取扱い

放射線治療室については、専ら治療を行うために用いられる病床であることから、現行と同様に、既存病床数として算定しない取扱いを継続する。

一方、その他の治療室については、無菌病室、集中強化治療室（ICU）及び心疾患強化治療室（CCU）の他にも、多様な治療室の類型が存在しており、整理する必要がある。診療報酬における施設基準等を参考にしながら、その定義等も含めた見直しを行った上で、ICU等の病床については、既存病床数として算定することとする。

医療法第30条の4

- 7 都道府県は、第2項第14号に規定する基準病床数を定めようとする場合において、急激な人口の増加が見込まれることその他の政令で定める事情があるときは、政令で定めるところにより、同号に規定する基準病床数に関し、前項の基準によらないことができる。

(2) 既存病床数における介護老人保健施設の取扱い

医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）附則第48条第5項において、療養病床から転換した介護老人保健施設については、当該転換を行った日から、新たに基準病床数を算定するまでの間は、入所定員数を既存病床数に算定する取扱いとしているが、引き続き、同様の取扱いとする。

7 医療計画の作成手順等について

(1) 手続きの変更

医療計画の作成等に関しては、平成26年の医療法の改正において、都道府県ごとに設けられている医療保険者による協議会である保険者協議会の意見を聴くこととされたことを踏まえ、事前に意見を聴くこととされている団体として、都道府県医師会、歯科医師会、薬剤師会等学識経験者の団体に、保険者協議会を加えることとする。

(2) 他計画との関係

医療計画の作成に当たっては、他の法律の規定による計画であって医療の確保に関する事項を定めるものとの調和が保たれ、関連する施策との連携を図ることが重要である。

新たに、平成26年に成立した、アレルギー疾患対策基本法（平成26年法律第98号）に定める基本方針等を追加することとする。

(3) 計画期間

次期医療計画より、計画期間は、6年を基本とすることとする。

都道府県は、6年ごとに施策全体又は医療計画全体の達成状況等について調査、分析及び評価を行い、当該都道府県の医療計画を変更することとする。

また、計画期間の中間年にあたる3年目に在宅医療等について、調査、分析及び評価を行い、必要があると認めるときは、医療計画を変更することとする。

(4) 協議の場

医療計画、市町村介護保険事業計画及び都道府県介護保険事業支援計画を一体的に作成し、これらの計画の整合性を確保することができるよう、都道府県や市町村関係者による協議の場を設置することとする。

(5) 地域医療構想及び地域医療構想調整会議での議論の進め方

地域医療構想は、医療計画の一部として位置付けられており、その取組を進めることを目的に協議の場（地域医療構想調整会議）を構想区域ごとに設置している。また、各都道府県においては、平成27年4月より地域医療構想の策定が進められ、平成28年度中に全ての都道府県で、策定が完了する見込みである。

今後は、地域医療構想調整会議での議論を通じて取組を進めることとなるため、その議論の進め方の手順について、次のとおり、整理を行うこととする。

<地域医療構想調整会議の役割を踏まえた議論する内容及び進め方の整理>

1 医療機能の役割分担について

ア 構想区域における将来の医療提供体制を構築していくための方向性の共有

(ア) 構想区域における医療機関の役割の明確化

○ 将来の医療提供体制を構築していくための方向性を共有するため、当該構想区域における医療機関であって、地域における救急医療や災害医療等を担う医療機関が、どのような役割を担うが明確にすることが必要である。その際に、次の各医療機関が担う医療機能等を踏まえ、地域医療構想調整会議で検討を進めること。

- ・ 構想区域の救急医療や災害医療等の中心的な医療機関が担う医療機能

- ・ 公的医療機関等²及び国立病院機構の各医療機関が担う医療機能（公立病院の担う医療機能については、新公立病院改革ガイドライン³に基づき検討すること）

- ・ 地域医療支援病院及び特定機能病院が担う医療機能

等

○ 上記以外の医療機関については、これらの医療機関との連携や、これらの医療機関が担わない医療機能（例えば、重症心身障害児に対する医療等）や、地域の多様な医療ニーズを踏まえ、それぞれの役割を明確化すること。

² 公的医療機関等

医療法第31条に定める公的医療機関（都道府県、市町村その他厚生労働大臣の定める者（地方独立行政法人、日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、厚生農業協同組合連合会等）の開設する医療機関）及び医療法第7条の2第1項第2号から第8号に掲げる者（共済組合、健康保険組合、地域医療機能推進機構等）が開設する医療機関。

³ 新公立病院改革ガイドライン

○ 究極の目的は、公・民の適切な役割分担の下、地域において必要な医療提供体制の確保を図り、その中で公立病院が安定した経営の下でへき地医療・不採算医療や高度・先進医療等を提供する重要な役割を継続的に担っていくことができるようにすること。

○ 今後の公立病院改革は、医療法に基づく地域医療構想の検討及びこれに基づく取組と整合的に行われる必要がある。

○ なお、新改革プランは、地域医療構想と整合的であることが求められているものであるが、仮に、新改革プラン策定後に、地域医療構想調整会議の合意事項と齟齬が生じた場合には、速やかに新改革プランを修正すべきである。

(イ) 将来に病床機能の転換を予定している医療機関の役割の確認

- 病床機能報告においては、6年後の病床機能も報告されていることから、将来に病床機能の転換を予定している医療機関についても、その転換の内容が地域医療構想の方向性と整合性のあるものとなっているかという点について確認すること。

(ウ) その他の事項

- 地域医療構想調整会議における検討結果を踏まえて、構想区域ごとの将来の医療提供体制を構築していくための方向性を定め、関係者間で共有すること。
- その際には、放射線治療装置等の高額な医療機器について、医療資源の有効活用の観点から、それらの機器の地域における活用の方法や新たな導入に向けた方針等についても、協議を行った上で共有すること。
- また、地域の住民が望む医療へのかかり方等を聴取し、ニーズを把握すること。

県民意向調査実施予定

8 医療計画の推進について

(1) 各種指標の見直し

第6次医療計画より、5疾病・5事業及び在宅医療については、全都道府県共通の、病期・医療機能及びストラクチャー・プロセス・アウトカムに分類した指標を用いることとした。

その目的は、地域の医療提供体制に関する調査を通じて現状を把握した上で、5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれについての目指すべき方向を踏まえて、課題を抽出し、課題の解決に向けた数値目標の設定及び施策の明示、それらの進捗状況の評価等を実施することであった。

しかしながら、現行の指標について、

- ・ 指標を達成する際の行動主体が分かりにくいいため、行動主体（医療提供者、保険者、患者等）を明確に示すべき
- ・ 指標のうち、意義が低いとされた指標については、その理由を検討し、参考とする指標とするなど位置づけを検討すべき
- ・ 必ず記載すべき内容、示すべき指標等については、その算出方法も含めて示すべき
- ・ 現在の指標例以外にも有効と考えられる指標や不足している指標がないかについても検討すべき

といった指摘がある。

次期医療計画における指標は、医療計画の実効性をより一層高めるために政策循環の仕組みを強化するとともに、共通の指標により現状把握を行うことで都道府県ごと、二次医療圏ごとの医療提供体制を客観的に比較できるようなものとするため、指標を見直すこととする。

Ⅱ 5 疾病・5 事業及び在宅医療のそれぞれの医療連携体制等に関する事項

1 5 疾病について

(1) がんに関する医療提供体制について

① 見直しの方向性

- がん医療提供体制の構築に当たっては、「がん診療連携拠点病院等の整備について」（平成 26 年 1 月 10 日健康局長通知）などの各指針等を踏まえて取り組むことを基本とする。
- これまでの治療を主とする医療に加え、予防や社会復帰、治療と職業生活の両立に向けた支援に取り組む。
- 指標は、関連する各指針等を踏まえつつ、「指標に見るわが国のがん対策」（平成 27 年 12 月、国立がん研究センターがん対策情報センター）を参考に見直す。

② 具体的な内容

（均てん化の取組）

- 拠点となる医療機関の無い二次医療圏においては、がん診療連携拠点病院との連携により、地域がん診療病院の整備に取り組み、均てん化を進める。
- 外来や在宅医療におけるがん診療に関し、これらの拠点病院等を中心とした、その他医療機関、薬局等（在宅医療提供施設を含む。）との地域における連携体制を構築する。

（集約化の取組）

- がんの治療において、一部の放射線治療やゲノム医療、希少がん、小児がん等の分野については、それぞれの拠点病院等が担う機能の分化・連携を進める。
- がんのゲノム医療等の実施のため、それぞれの拠点病院等の機能分化・連携と合わせ、それを担う人材についても育成を進める。

（合併症予防や社会復帰に向けた支援等）

- がん治療の合併症の予防や軽減のための、周術期の口腔管理に係る医科歯科連携等や、患者の生活の質の向上を図るための支援を推進する。

③ 指標の見直し（例）

- ・ 拠点病院の無い二次医療圏における地域がん診療病院の整備状況
- ・ 地域連携クリティカルパスに参加している登録医療機関数及び適応患者数
- ・ がん診療連携拠点病院における標準的治療実施割合（標準的治療）
- ・ 周術期口腔機能管理料を算定している医療機関数及び算定回数
- ・ 薬局における在宅緩和ケアの実施回数

(2) 脳卒中に関する医療提供体制について

① 見直しの方向性

- 脳血管疾患による死亡を防ぎ、また、要介護状態に至る患者を減少させるため、発症後、病院前救護を含め、早急に適切な急性期診療を実施する体制の構築を進める必要がある。
- 急性期から慢性期を通じて、リハビリテーションや、再発・合併症予防を含めた、一貫した医療を提供する体制の構築が必要である。

② 具体的な内容

(標準的治療の普及)

- 脳梗塞における rt-PA 静注療法適正治療指針の改訂、脳血管内治療の科学的根拠の確立等、近年の標準的治療を踏まえた医療が提供されるよう体制を構築する。

(一貫したリハビリテーションの実施)

- 要介護状態に至る患者を減少させるため、発症早期のリハビリテーションを推進するとともに、回復期、維持期のリハビリテーションに間断なく移行できるよう、医療機関相互の連携を図る。

(合併症予防の推進)

- 誤嚥性肺炎予防のため、嚥下機能維持・改善のためのリハビリテーションや、清潔保持のための口腔ケアの実施等に向けた医科歯科連携等の合併症予防の取組みを推進する。

③ 指標の見直し(例)

- ・ 脳梗塞に対する脳血管内治療(診療報酬点数 K178-4 経皮的脳血栓回収術等)の実施件数
- ・ 脳血管疾患により救急搬送された患者の圏域外への搬送率
- ・ 嚥下機能評価の実施件数
- ※ 更なる検討が必要な指標
 - ・ 要介護認定患者のうち、脳卒中を主な原因とする患者の占める割合
 - ・ 脳卒中患者のうち、地域連携診療計画加算の算定率
 - ・ 脳卒中患者のうち、摂食機能療法の実施件数

(3) 心筋梗塞等の心血管疾患に関する医療提供体制について

① 見直しの方向性

- 急性心筋梗塞に限らず、心不全等の合併症や、他の心血管疾患(急性大動脈解離等)を含めた医療提供体制の構築を進める。
- 急性心筋梗塞による突然死を防ぐため、発症後、病院前救護を含め、早急に適切な治療を開始する体制の構築を進める。

- 急性期の治療に引き続き、回復期及び慢性期の適切な治療を含めた医療提供体制を構築する。

② 具体的な内容

(回復期及び慢性期の体制整備)

- 「急性心筋梗塞」を「心筋梗塞等の心血管疾患」と見直し、回復期及び慢性期を含めた医療体制を構築する。

(標準的治療の普及)

- カテーテル治療に代表される、急性期における低侵襲な治療法の発達等、近年の標準的治療と、その遵守率等を踏まえて、患者情報の早期共有等、病院前救護と救急医療機関との連携の推進を含めた医療が提供されるよう体制を構築する。

(一貫した医療提供体制の構築)

- 早期心臓リハビリテーションを推進するとともに、適切な運動療法や薬物療法等、急性期から回復期及び慢性期まで一貫した医療が提供されるよう、かかりつけ薬剤師・薬局の活用等を含め、医療機関相互の連携を図る。

③ 指標の見直し(例)

- ・ 来院後 90 分以内の冠動脈再開通達成率
- ・ 心臓リハビリテーション実施件数
- ※ 更なる検討が必要な指標
 - ・ 慢性心不全患者の再入院率
 - ・ 要介護認定患者のうち、心疾患を主な原因とする患者の占める割合

(4) 糖尿病に関する医療提供体制について

① 見直しの方向性

- 発症予防・重症化予防に重点をおいた対策を推進するため、病診連携や診療科間連携等の地域における連携体制の構築を目指す。
- 重症化予防対策には、受診中断患者数の減少や早期からの適切な指導・治療が重要であり、医療機関と薬局、保険者が連携する取組みを進める。

② 具体的な内容

(医療機関等の連携体制構築)

- 初期・安定期及び専門治療に関して、地域において医療機関と薬局、保険者等が連携し、健診者及び治療中断者への受診勧奨等を行う体制を構築する。
- その際、重症化予防のための定期的な眼底検査や栄養指導、腎機能検査等、必要と考えられる医療を提供できる体制とする。また、連携体制の中で入手・活用可能な、医療機関や保険者等が持つデータ等を用いて、課題

解決に向けた PDCA サイクルを推進する。

(多職種による取組)

- 医療機関のみではなく、日常生活に近い場でも栄養・運動等の指導を受けられることが可能となるよう、医療従事者が地域での健康づくり・疾病予防に参加できる機会を創出する。

③ 指標の見直し(例)

- ・ 糖尿病透析予防指導管理料の算定件数
- ・ 外来栄養食事指導料の算定件数
- ※ 更なる検討が必要な指標
 - ・ 糖尿病の有病者数
 - ・ 標準的治療の実施割合
 - ・ 治療中断率
 - ・ 合併症(糖尿病網膜症、歯周病等)の発症率
 - ・ 地域連携クリティカルパスの普及状況

(5) 精神疾患に関する医療提供体制について

① 見直しの方向性

- あるべき精神保健医療福祉体制の構築に向けて、精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、障害福祉計画等と統合的な計画を策定する。
- 長期入院精神障害者の地域移行等の課題を踏まえた精神疾患の医療提供体制の構築に当たっては、これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会における議論を踏まえて必要な見直しを行う。

② 具体的な内容

(長期入院精神障害者の地域移行)

- 長期入院精神障害者のうち一定数は、地域の精神保健医療福祉体制の基盤を整備することによって、地域生活への移行が可能であることから、2020年・2025年の精神病床における入院需要(患者数)及び、地域移行に伴う基盤整備量(利用者数)の目標を明確にした上で、計画的に基盤整備を推し進める。

(精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築)

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けて、圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関、一般医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的な連携による支援体制を構築する。

(多様な精神疾患等への対応)

- 多様な精神疾患等に対応できる医療提供体制の構築に向けて、「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」(平成 26 年厚生労働省告示第 65 号)を踏まえて、多様な精神疾患等ごとに医療機関の役割分担・連携を推進できるよう、各医療機関の医療機能を明確化する。

③ 指標の見直し(例)

- ・ 抗精神病特定薬剤治療指導管理料(クロザピン)の算定件数
- ・ 依存症集団療法の実施件数
- ※ 今後見直しを行う指標
 - ・ 長期入院患者に関する指標
(現行) 在院期間 5 年以上かつ 65 歳以上の退院患者数 等
 - ・ 早期退院に関する指標
(現行) 1 年未満入院者の平均退院率 等

2. 5 事業

(1) 救急医療

① 見直しの方向性

- 適正な搬送先の選定や円滑な救急搬送受入れ体制の構築に向け、メディカルコントロール(MC)協議会等をさらに活用する。
- いわゆる出口問題等に対応する観点から、救急医療に係る医療提供者の機能と役割を明確にしつつ、地域包括ケアシステムの構築に向け、より地域で連携したきめ細かな取組みを進める。
- 地域住民の救急医療への理解を深めるための取組みを進める。

② 具体的な内容

(地域連携の取組み)

- 円滑な受入体制の整備やいわゆる出口問題へ対応するため、救急医療機関と、かかりつけ医や介護施設等の関係機関との連携・協議する体制を構築する。また、日頃からかかりつけ医を持つこと、救急車を適正利用すること等についての理解を深めるための取組みを進める。

(救急医療機関等の機能の充実)

- 救命救急センターの充実段階評価を見直し、いわゆる入口・出口問題に対応するための地域連携の観点をより取り入れる。併せて、救急医療機関について、数年間受入実績がない場合には、都道府県による指定の見直しを検討する。
- 初期救急医療機関の整備とともに、休日夜間対応できる薬局、精神科救急と一般救急との連携等をさらに進める。

③ 指標の見直し（例）

- ・ 地域ごとの受入れ困難事例数・割合
- ・ 転棟・転院を調整する者を配置する救命救急センター数
- ・ 二次救急医療機関等の救急医療機関やかかりつけ医、関係機関が参加したメディカルコントロール協議会の開催回数

(2) 災害時における医療

① 見直しの方向性

- 都道府県医療対策本部の機能向上を目的としたロジスティックチームの強化と、被災地域の医療ニーズ等の情報収集及び医療チーム（DMAT、DPAT、JMAT等）との連絡調整等を行う災害医療コーディネート体制の整備をすすめる。
- 事業継続計画（BCP）の策定について、災害拠点病院だけでなく、地域の一般病院においても引き続き推進する。
- 大規模災害時に備え、災害医療に係る医療提供者の機能と役割を明確にするとともに、政府の防災基本計画と整合性をとりつつ、広域医療搬送を想定した訓練を積極的に実施するなど、災害時における近隣都道府県との連携を強化する。
- 被災地における必要な医薬品の提供体制の確保に関しても、災害医療の連携体制下で併せて検討し、円滑に取り組むことができるようにする。

② 具体的な内容

（コーディネート体制、事業継続計画の充実）

- ロジスティックを担当する業務調整員の養成を引き続き進める。
- JMATなど様々な医療チームをコーディネートできる体制を都道府県単位だけでなく、二次医療圏（保健所管轄区域）単位でも構築する。
- 研修等を通じて事業継続計画（BCP）の策定を支援するとともに、医療機関におけるBCPの策定状況を把握する。

（連携体制等の構築）

- 被災地に、必要な医薬品の提供体制が確保されるよう、医療チーム、地域の薬剤師会、医薬品卸売販売業者等を始めとする関係機関の連携体制の構築を進める。
- 熊本地震の経験を踏まえ、精神科病院が被災した際の対応も今後重要であることから、災害拠点精神科病院（仮称）を含む精神科の災害医療体制の整備等を進める。

③ 指標の見直し（例）

- ・ 航空搬送拠点臨時医療施設（SCU）、ドクヘリ参集拠点等を用いた災害実働訓練の実施回数

- ・ 都道府県医療対策本部においてロジスティックを担当する業務調整員の養成数
- ・ BCP を策定している病院の割合（任意指標から必須指標へ変更）
- ・ 保健所管轄区域や市町村単位等で地域災害医療対策会議のコーディネーター機能の確認を行う災害実働訓練実施箇所数及び回数（推奨指標から必須指標へ変更）

(3) へき地の医療

① 見直しの方向性

- へき地医療対策を医療計画における医療従事者の確保等の他の取組みと連動し、より充実したものするため、「へき地保健医療計画」を「医療計画」に一本化して推進する。
- へき地医療拠点病院の要件の見直し等を通じて、巡回診療等の取組みを着実に進める。
- 地域における医師確保等の取組みと併せて、へき地の医療提供医体制を更に充実させる。

② 具体的な内容

（計画の一体化と医療従事者の確保）

- へき地における医療従事者の確保やチーム医療の充実については、「へき地保健医療計画」を「医療計画」に一本化した上で、医療計画における医療従事者の確保等の取組みと連動して進める。
- その際、へき地医療支援機構と地域医療支援センターが連携して、医療従事者の確保や派遣、キャリア形成等に取組む。

（拠点病院の機能充実）

- へき地における巡回診療等の実績に基づいて、へき地医療拠点病院の要件を見直す。

③ 指標の見直し（例）

- ・ へき地保健医療対策に関する協議会における医療従事者確保に関する検討回数
- ・ へき地における医師以外の医療従事者の確保状況
- ・ へき地医療拠点病院からへき地への医師派遣実施回数及び日数（推奨指標から必須指標へ変更）
- ・ へき地医療拠点病院からへき地への巡回診療実施回数及び日数（推奨指標から必須指標へ変更）

(4) 周産期医療

① 見直しの方向性

- ハイリスク妊産婦及び新生児に係る整備を都道府県全体の医療体制整備と連動したものととしてさらに進めるため、「周産期医療体制整備計画」を「医療計画」に一本化して、推進する。
- 周産期医療の体制を整備するに当たり、周産期医療の実態に則した圏域を設定する。
- 災害時において、特に医療のサポートが必要となる妊産婦・新生児等について、適切に対応できる体制を構築する。
- 精神疾患を合併した妊婦の診療に対応できるよう、周産期医療と精神科医療が連携した体制を整備する。

② 具体的な内容

(計画の一体化と体制整備の充実)

- 「周産期医療体制整備計画」を「医療計画」に一本化した上で、二次医療圏を原則としつつも、基幹病院へのアクセス範囲や医療資源等の実情を考慮した圏域を設定する等の体制整備を進める。

(災害に備えた対応の充実)

- 災害時に妊産婦・新生児等へ対応できる体制の構築を進めるため、「小児周産期災害リエゾン」の養成を進める。

(精神疾患合併妊婦への対応)

- 総合周産期母子医療センターにおいて、精神疾患を合併した妊婦への対応ができるような体制整備を進める。

③ 指標の見直し(例)

- ・ 小児周産期災害リエゾンが参加した災害実働訓練の実施回数
- ・ 精神疾患を合併した妊婦への対応ができる周産期母子医療センターの割合
- ・ 患者の居住地から基幹病院までのアクセス時間カバー率

(5) 小児医療(小児救急医療を含む。)

① 見直しの方向性

- 日本小児科学会の提言も踏まえ、拠点となる医療機関の整備を進めるとともに、拠点となる医療機関が存在しない地域においては、地域の実情を踏まえた医療体制を整備する。
- その際には、拠点となる医療機関と小児科のかかりつけ医等の関係機関との連携を推進する。
- 地域における受入れ体制を構築するための人材の育成や、地域住民の小児医療への理解を深めるための取組みを進める。

② 具体的な内容

(地域の実情に応じた体制整備)

- 日本小児科学会の提言も踏まえ、小児中核病院、地域小児医療センターのどちらも存在しない圏域では、「小児地域支援病院(仮称)」を設定し、拠点となる医療機関等と連携しつつ、地域に必要な診療体制を確保する。
(地域における人材育成と住民への情報発信の推進)
- 研修等を通じて地域で活躍する人材の育成を図るとともに、引き続き小児救急電話相談事業(#8000)に取組み、その普及等を進める。

③ 指標の見直し(例)

- ・ 小児地域支援病院(仮称)の数及び病床数
- ※ 更なる検討が必要な指標
 - ・ 小児の対応が可能な訪問看護ステーションの数
 - ・ 小児かかりつけ診療料を算定している医療機関数

3 在宅医療

① 見直しの方向性

- 地域包括ケアシステムの不可欠の構成要素である在宅医療の提供体制が着実に整備されるよう、その整備目標等についての考え方を記載する。
- 在宅医療に必要な医療機能を確実に確保するため、各医療機能との関係が不明瞭な指標の見直し、実績に着目した指標の充実を図る。
- 効果的な施策を講じるため、圏域設定等を徹底し、また市町村との連携等を推進する。

② 具体的な内容

(実効的な整備目標の設定)

- 医療サービスと介護サービスが、地域の実情に応じて補完的に提供されるよう、都道府県や市町村関係者による協議の場を設置し、介護保険事業計画等における整備目標と統合的な目標を検討する。
- 協議が実効的なものとなるよう、協議の進め方や、例えばサービス付き高齢者向け住宅等の整備等に関する計画や療養病床の動向など、在宅医療の提供体制を考える上で地域において留意すべき事項について、今後、国において整理し、都道府県に示していく。

(効果的な施策の推進)

- 在宅医療にかかる圏域設定や課題把握を徹底し、課題把握に当たっては、圏域内の市町村と連携した取組を進める。

- 在宅医療の提供者側に対する施策に偏重しないよう、多様な職種・事業者が参加することを想定した施策を進める。

(例)・地域住民に対する普及啓発

- ・入院医療機関に対し在宅医療で対応可能な患者像や療養環境についての研修
- ・入院医療機関と、かかりつけの医療機関や居宅介護支援事業所等との入退院時における情報共有のための協議の実施 等

- 地域の医療に精通した医師会等との連携や保健所の活用により、地域支援事業の在宅医療・介護連携推進事業を担う市町村に対し必要な支援を行う。

- 特に、医療に係る専門的・技術的な対応が必要な「(ウ)切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進」や「(オ)在宅医療・介護連携に関する相談支援」、二次医療圏等の広域の視点が必要な「(ク)在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携」について、在宅医療にかかる圏域毎の課題に鑑みて、医療計画に記載して確実に達成するよう支援するなど、重点的に対応する。

③ 指標の見直し(例)

- ・ 在宅患者訪問診療料、往診料を算定している診療所、病院数
- ・ 24時間体制をとる訪問看護ステーションの数
- ・ 歯科訪問診療料を算定している診療所、病院数
- ・ 在宅患者訪問薬剤管理指導料(診療報酬)、居宅療養管理指導費(介護報酬)を算定している薬局、診療所、病院数
- ・ 退院支援加算を算定している病院、診療所数
- ・ ターミナルケア加算を算定している診療所、病院数
- ※ 更なる検討が必要な指標
 - ・ 退院後訪問指導料を算定している病院、診療所数

