

平成29年度

第4回 中東遠地域医療構想調整会議

日時：平成30年2月8日（木）午後7時～

場所：静岡県中遠総合庁舎西館2階204会議室

次 第

○ 議 題

- 1 第8次静岡県保健医療計画（中東遠医療圏版）最終案について
- 2 公的医療機関等2025プランについて
- 3 平成30年度地域医療構想調整会議の進め方（案）

○ 報 告

- 1 病院開設許可及び診療所病床設置許可等に係る知事の同意の取扱いについて
- 2 第8次静岡県長寿者保健福祉計画 中東遠圏域について

【配布資料】

- ・資料1-1 第8次静岡県保健医療計画（中東遠医療圏版）最終案
- ・資料1-2 「第8次静岡県保健医療計画（2次保健医療圏版）」最終案の作成について
- ・資料2-1 平成30年度地域医療構想調整会議の進め方（案）
- ・資料2-2 地域医療構想調整会議の進め方に関する留意事項について
- ・資料3 病院開設許可及び診療所病床設置許可等に係る知事の同意の取扱いについて

【使用する資料】

- ・別冊 公的医療機関等2025プラン（中東遠圏域）※第3回会議配布

平成29年度第4回中東遠地域医療構想調整会議

出席者名簿

所属団体・職名	氏名	出欠	要綱第6条第2項指名出席者氏名
磐田市健康福祉部長	平谷 均	○	
掛川市健康福祉部長	深谷富彦	○	
袋井市総合健康センター長	名倉小春	○	
御前崎市健康福祉部長	長尾智生	○	
菊川市健康福祉部長	大石芳正	○	
森町保健福祉課長	村松成弘	○	
磐田市病院管理者兼磐田市立総合病院 院長	鈴木昌八	○	
掛川市・袋井市病院企業団立中東遠 総合医療センター企業長兼院長	宮地正彦	○	
市立御前崎総合病院長	大橋弘幸	○	
菊川市立総合病院長	村田英之	○	
公立森町病院長	中村昌樹	○	
袋井市立聖隷袋井市民病院長	宮本恒彦	○	
磐田市医師会長	本田 仁	○	
磐周医師会長	石坂恭一	○	
小笠医師会長	加藤 進	○	
磐周歯科医師会長	小椋 剛	欠席	
小笠掛川歯科医師会長	泉地裕太	○	
磐田薬剤師会長	小湊順子	○	
小笠袋井薬剤師会長	横山 敦	○	
静岡県慢性期医療協会（医療法人社 団綾和会掛川北病院長）	野坂健次郎	○	
静岡県老人保健施設協会（えいせい 掛川介護老人保健施設長）	平沢弘毅	○	
静岡県看護協会中東遠地区支部長	八木 純	○	
静岡県保険者協議会（全国健康保険協会 静岡支部企画総務グループ長）	海野陽之	○	
西部保健所長	安間 剛	○	

出席者 計 23人

静岡県病院協会会長	毛利 博	○	
浜松医科大学特任教授	小林利彦	○	
西部健康福祉センター所長	勝山明彦	○	

出席者 計 26人

平成29年度 第4回 中東遠地域医療構想調整会議座席表

磐田市健康福祉部長
掛川市健康福祉部長
小笠笠 笠 笠 笠 笠 笠
議 議 議 議 議 議
師 師 師 師 師 師
会 会 会 会 会 会
長 長 長 長 長 長
袋井市健康センター長

御前崎市健康福祉部長

磐田市病院事業管理者兼病院長

菊川市健康づくり課長

掛川市・袋井市病院企業団立
中東遠総合医療センター
企業長兼院長

森町保健福祉課長

市立御前崎総合病院長

小笠掛川歯科医師副会長

菊川市立総合病院長

磐田薬剤師会長

公立森町病院長

小笠袋井薬剤師会長

袋井市立聖隷袋井市民病院長

静岡県看護協会

医療法人社団綾和会
掛川北病院長

全国健康保険協会静岡支部
企画総務グループ長

えいせい掛川
介護老人保健施設長

浜松医科大学特任教授

西部保健所長

西部健康福祉センター
所長

静岡県病院協会
会長

事務局・事務所職員

2025プラン説明者

事務所職員

県庁職員

傍聴席

傍聴席

傍聴席

中東遠地域医療構想調整会議設置要綱

(設置)

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

(所掌事務)

第2条 調整会議の所掌事務は次のとおりとする。

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

(委員)

第3条 調整会議は、西部保健所長が委嘱する委員をもって構成する。

2 調整会議に議長を置き、委員の互選により定める。

3 議長は、調整会議の会務を総理する。

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

(任期)

第4条 調整会議の委員の任期は、2年とする。ただし、再任を妨げない。

2 補欠による委員の任期は、前任者の残任期間とする。

(招集)

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

(議事)

第6条 議長は会議を主宰する。

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

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

(庶務)

第7条 調整会議の庶務は、西部保健所地域医療課において処理する。

(その他)

第8条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は別に定める。

附 則

この要綱は、平成28年6月1日から施行する。

中東遠地域医療構想調整会議 構成員

	所属団体名等	役職	氏名	備考
1	磐田市	健康福祉部長	平谷 均	
2	掛川市	健康福祉部長	深谷 富彦	
3	袋井市	総合健康センター長	名倉 小春	
4	御前崎市	健康福祉部長	長尾 智生	
5	菊川市	健康福祉部長	大石 芳正	
6	森町	保健福祉課長	村松 成弘	
7	磐田市立総合病院	病院事業管理者兼病院長	鈴木 昌八	
8	中東遠総合医療センター	企業長兼院長	宮地 正彦	
9	市立御前崎総合病院	病院長	大橋 弘幸	
10	菊川市立総合病院	病院長	村田 英之	
11	公立森町病院	院長	中村 昌樹	
12	袋井市立聖隷袋井市民病院	病院長	宮本 恒彦	
13	磐田市医師会	会長	本田 仁	副議長
14	磐周医師会	会長	石坂 恭一	
15	小笠医師会	会長	加藤 進	議長
16	磐周歯科医師会	会長	小椋 剛	
17	小笠掛川歯科医師会	会長	泉地 裕太	
18	磐田薬剤師会	会長	小湊 順子	
19	小笠袋井薬剤師会	会長	横山 敦	
20	静岡県慢性期医療協会 (掛川北病院)	病院長	野坂健次郎	
21	静岡県老人保健施設協会 (えいせい掛川介護老人保健施設)	施設長	平沢 弘毅	
22	静岡県看護協会	中東遠地区支部長	八木 純	
23	静岡県保険者協議会 (全国健康保険協会静岡支部)	企画総務グループ長	海野 陽之	
24	西部保健所	所長	安間 剛	

(敬称略)

二重下線箇所に誤りがあり修正しましたので、差替えをお願いします。

図表 7-4 : 中東遠医療圏における死亡数と死亡場所割合 (2015年)

(単位:人)

平成27年	死亡総数	病院		診療所		老人保健施設		老人ホーム		自宅		その他	
		死亡数	割合	死亡数	割合	死亡数	割合	死亡数	割合	死亡数	割合	死亡数	割合
中東遠	4,615	3,112	67.4%	57	1.2%	208	4.5%	466	10.1%	694	15.0%	78	1.7%
静岡県	39,518	27,926	70.7%	566	1.4%	1,565	4.0%	3,500	8.9%	5,247	13.3%	714	1.8%

備考:「老人ホーム」とは養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホームをいう。
「自宅」にはグループホーム、サービス付高齢者向け住宅を含む。

資料:「静岡県人口動態統計」

(主な死因別の死亡割合)

- 主な死因別の死亡割合では、悪性新生物、老衰、心疾患の順に多くなっています。悪性新生物、心疾患、脳血管疾患の三大死因では全死因の49.2%を占めています。
- 県と比較すると、悪性新生物が占める割合は低く(中東遠 26.5%、県 26.7%)、心疾患が占める割合は低く(中東遠 13.6%、県 14.5%)、脳血管疾患が占める割合は低く(中東遠 9.1%、県 9.7%) となっています。

図表 7-5 : 中東遠医療圏における死因別順位、死亡数と割合 (2015年)

(単位:人、%)

平成27年	第1位	第2位	第3位	第4位	第5位
中東遠	悪性新生物	老衰	心疾患	脳血管疾患	肺炎
死亡数	1,222	632	629	419	309
割合	26.5%	13.7%	13.6%	9.1%	6.7%
静岡県	悪性新生物	心疾患	老衰	脳血管疾患	肺炎
死亡数	10,570	5,711	3,876	3,823	3,166
割合	26.7%	14.5%	9.8%	9.7%	8.0%

注:「割合」は「死亡総数に占める割合」、
「心疾患」は「心疾患(高血圧性を除く)」

資料:厚生労働省「人口動態統計」

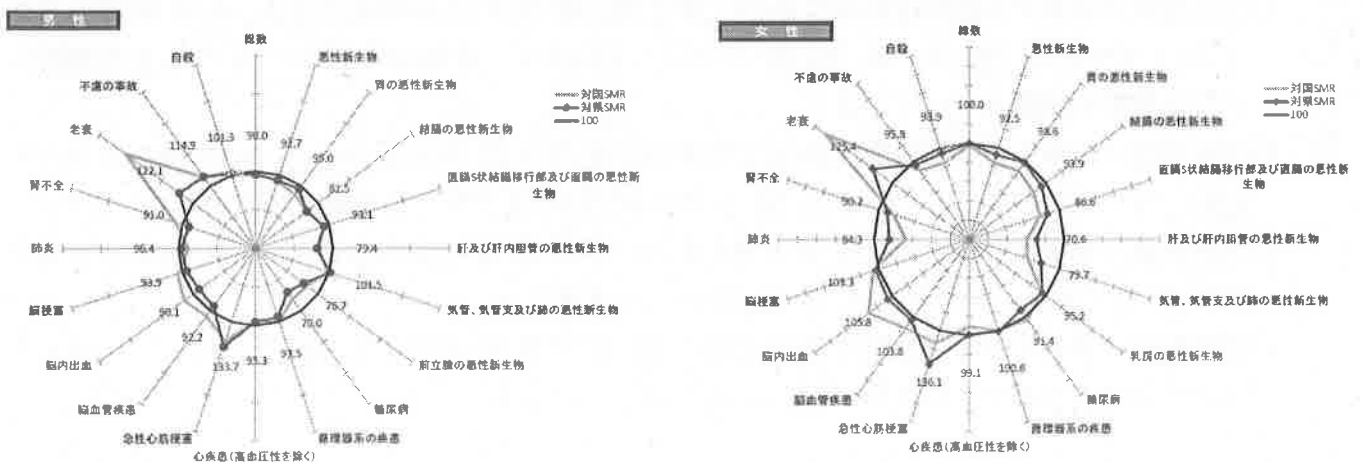
(標準化死亡比 (SMR))

- 当医療圏の標準化死亡比は、男性・女性の急性心筋梗塞、老衰、男性の不慮の事故、女性の脳内出血、脳梗塞、脳血管疾患が高いです。

図表 7-6 : 中東遠医療圏の標準化死亡比分析 (2010-2014年)

H22-26 市町別SMR分析

圏域名(中東遠圏域)



(資料:静岡県総合健康センター「静岡縣市町別健康指標」)

二重下線箇所に誤りがあり修正しましたので、差替えをお願いします。

(2) 医療資源の状況

ア 医療施設

(ア) 病院

- 2017（平成29）年4月1日現在、病院の使用許可病床数は、一般病床1,622床、療養病床1,344床、精神病床919床、結核病床0床、感染症病床6床となっています。
- 当医療圏には病院が19施設あり、このうち病床が200床以上の病院が8施設あります。また、一般病床・療養病床を有する病院は14施設、精神科病床を有する病院は6（うち単科病院が5）施設です。

(イ) 診療所

- 2017（平成29）年4月1日現在、有床診療所は19施設、無床診療所は300施設、歯科診療所は203施設あります。また使用許可病床数は、有床診療所197床、歯科診療所0床となっています。

(ウ) 基幹病院までの交通手段

- 3次救急は、当医療圏の東南端の御前崎市から磐田市立総合病院まで救急車での搬送に時間を要する状況でしたが、2015（平成27）年8月に中東遠総合医療センターが救命救急センターに指定された以降は、磐田市立総合病院は医療圏内の西部を、中東遠総合医療センターは医療圏内の東部について、地理的、機能的な特徴を生かした救急医療を担っています。
- 3次救急病院への搬送は、東名高速道路、国道1号バイパス、一般道が整備されており、また当医療圏の東南端地域や南・北部地域からの患者搬送は、ヘリコプターによる搬送もあります。

イ 医療従事者

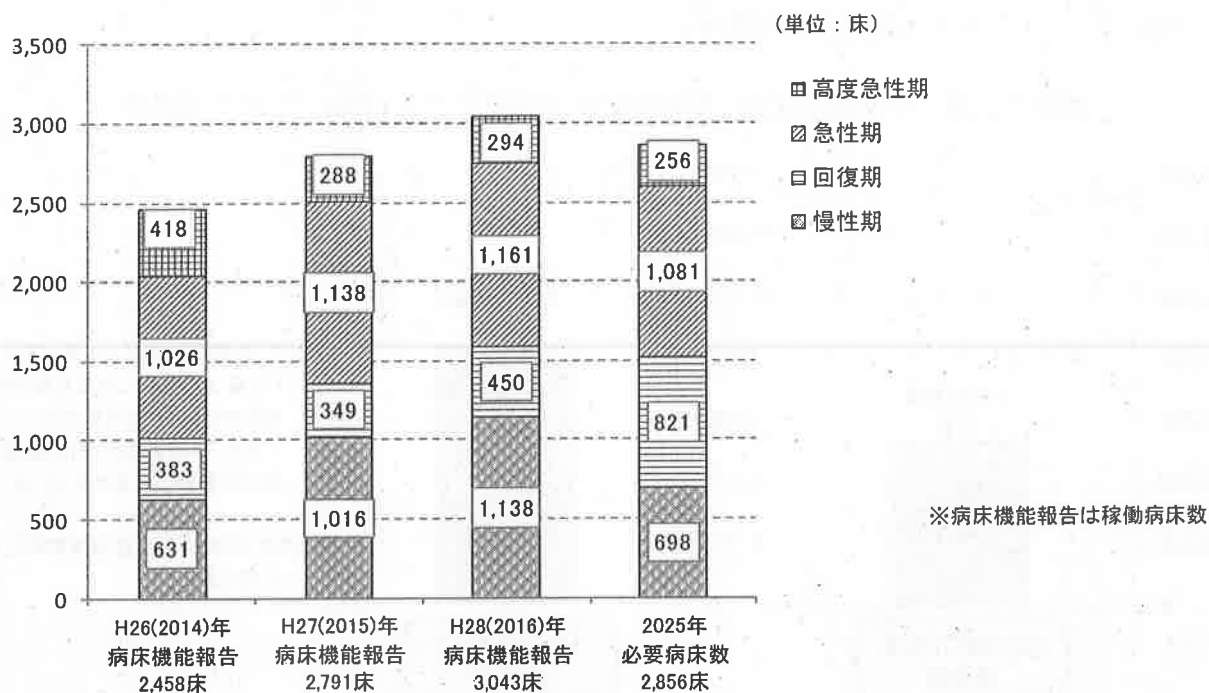
- 当医療圏で従事する医師数は、2016（平成28）年12月31日現在681人、人口10万人当たり146.3です。国（240.1）、県（200.8）を下回っています。医師数は増えてはいるものの、医師確保は当医療圏における喫緊の課題となっています。
- 医師確保と人材育成のため、静岡家庭医養成協議会と浜松医科大学との連携のもと、静岡家庭医養成プログラムが行われています。研修・診療の場として、森町家庭医療クリニック、菊川市家庭医療センターが開設され、2017（平成29）年11月には御前崎家庭医療センターが開設されました。
- 当医療圏で従事する歯科医師数は2016（平成28）年12月31日現在244人、人口10万人当たり52.4です。国（80.0）、県（62.9）を下回っています。歯科医師確保についても当医療圏における喫緊の課題となっています。
- 当医療圏で従事する薬剤師数は2016（平成28）年12月31日現在604人、人口10万人当たり129.8です。国（181.3）、県（169.0）を下回ってはいますが、薬剤師数は増加しています。
- 当医療圏で従事する保健師数は2016（平成28）年12月31日現在219人です。人口10万人当たり47.0であり、県平均（44.1）を上回っています。
- 当医療圏で従事する看護師数は2016（平成28）年12月31日現在3,155人です。人口10万人当たり677.5であり、県平均（840.6）を下回っています。

二重下線箇所に誤りがあり修正しましたので、差替えをお願いします。

イ 病床機能報告における3年間の推移と2025(平成37)年の必要病床数

○病床機能報告の3年間の推移を見ると、高度急性期機能、急性期機能、回復期機能、慢性期機能ともに増加しています。

図表7-9：中東遠医療圏における病床機能報告の推移と2025年の必要病床数



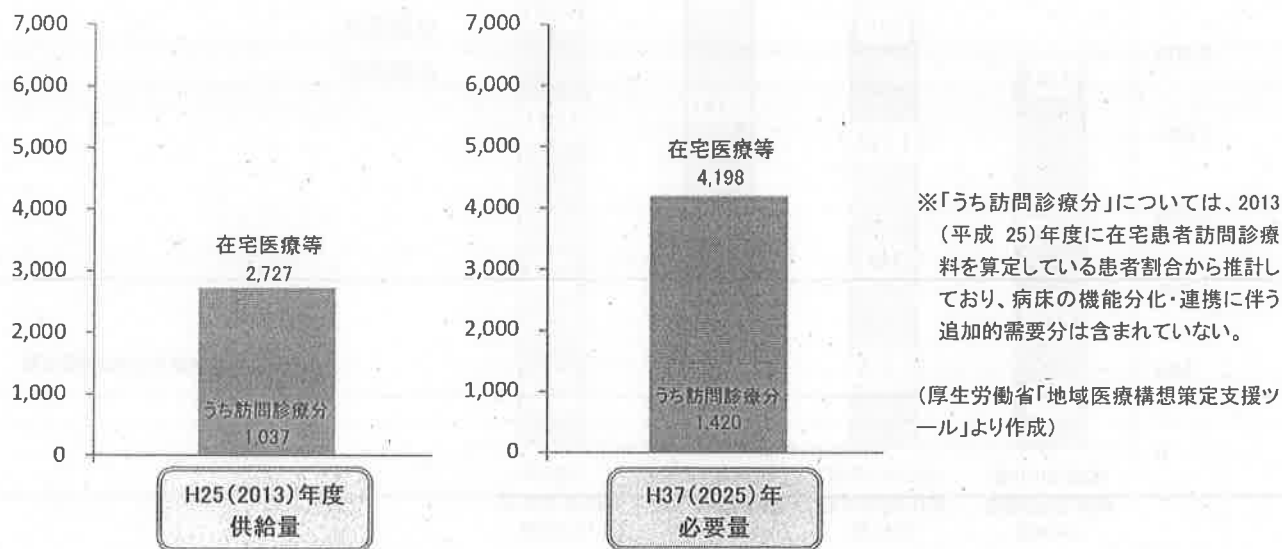
二重下線箇所に誤りがあり修正しましたので、差替えをお願いします。

(2) 在宅医療等の必要量

ア 2025(平成 37)年の在宅医療等の必要量

- 在宅医療等については、高齢化の進行に伴う利用者の増加や、病床の機能分化・連携に伴い生じる追加的な対応により、必要量の増加が見込まれます。
- 2025(平成 37)年における在宅医療等の必要量¹は 4,198 人、うち訪問診療分の高齢化に伴う需要分としては 1,420 人と推計されます。

図表 7-10：中東遠医療圏 在宅医療等の 2013 年度供給量と 2025 年必要量



イ 2020(平成 32)年度の在宅医療等の必要量

- 地域医療構想では、療養病床及び一般病床の患者数のうち一定数²は、「在宅医療等」として、訪問診療や介護施設、外来等により追加的に対応するものとしています。
- この追加的な需要も踏まえた、2020(平成 32)年度における在宅医療等の必要量と提供見込み量は次のとおりです。

図表 7-11：中東遠医療圏における在宅医療等必要量と提供見込み量 (2020 年度)

(単位：人/月)

在宅医療等 必要量 (2020 年度)	提供見込み量					
	介護医療院 及び 療養病床	外来	介護老人 保健施設	訪問診療	介護老人 福祉施設	看護 小規模 多機能型
3,258	219	286	1,578	1,127	30	18

¹ 在宅医療等の必要量については、在宅医療等を必要とする対象者数を表しています。実際には全員が 1 日に医療提供を受けるものではなく、その患者の受ける医療の頻度等によって医療提供体制は異なってきます。

² 具体的には、「療養病床の入院患者数のうち、医療区分 1 の患者数の 70%」、「療養病床の入院患者数のうち、入院受療率の地域差解消分」、「一般病床の入院患者数のうち、医療資源投入量が 175 点未満 (C3 基準未満) の患者数」が、追加的に対応する患者数となります。

二重下線箇所に戻りがあり修正しましたので、差替えをお願いします。

用を呼びかけています。

(ウ) 病院前救護

- 地域メディカルコントロール協議会において実施状況が検証されています。また、救急救命士が行う特定行為についての研修会や病院実習が行われています。
- 各病院ではプロトコル講習会等を実施し、救急救命士が特定行為を行う際に指導助言できる指導医を養成しています。
- 市町及び消防機関等において、住民向けの普通救命講習会等を実施しています。
- 住民が使用可能なAED設置場所は317箇所です。[再掲]

イ 施策の方向性

(ア) 救急医療体制

- 初期、第2次、第3次救急医療の役割分担の明確化、医療機関と消防機関との円滑な連携体制の推進を図ります。
- 医療圏内で完結できない救急医療については、隣接する西部医療圏との連携により救急医療体制の確保を図ります。
- 今後、自宅や施設で療養を続ける高齢者の増加が見込まれる中、その急変時における対応について、医療、介護、行政等関係で意思疎通を図ります。

(イ) 救急搬送

- 地域メディカルコントロール協議会において、救急搬送の改善に向けた方策を協議していきます。
- 救急医療体制を円滑に運営するため、救急医療の負担軽減を目指し、関係機関が連携し、救急医療の現状や適切な受療行動について啓発を行います。

(ウ) 病院前救護

- メディカルコントロール体制の下、救急救命士等救急隊員を対象とした研修会や検証会等を開催し、病院前救護の充実を図ります。
- 住民向けの救急蘇生法講習会やAED使用講習会等を実施し、救命率の向上を目指します。

(8) 災害時における医療

ア 現状と課題

(ア) 医療救護施設

- 県指定の災害拠点病院が2施設（磐田市立総合病院、中東遠総合医療センター）、市町指定の救護病院が6施設あり、そのうち2施設は災害拠点病院を兼ねています。
- 災害拠点病院、救護病院ともに、病院の耐震化は完了しています。
- 救護所は37施設あります。（磐田市 11施設、掛川市 12施設、袋井市 7施設、御前崎市 2施設、菊川市 2施設、森町 3施設）
- 「静岡県第4次地震被害想定」のレベル2（マグニチュード9程度）の地震・津波のモデル及び「静岡県津波浸水想定」によれば、医療圏内の災害拠点病院は津波浸水想定区域になく、救護病院についても津波浸水想定区域にはありません。
- 当医療圏は、隣接する西部医療圏との密接な交流がありますが、天竜川の渡河が必要不可欠です。災害発生時には、特に天竜川での交通経路の遮断が危惧されるため、職員が居住地から勤務地へ参集できなくなる事例や救急搬送が困難となる事例の発生が予想されます。

二重下線箇所に誤りがあり修正しましたので、差替えをお願いします。

○当医療圏には中部電力浜岡原子力発電所が所在することから、初期被ばく医療体制を充実させるため、医療圏内の初期被ばく医療機関を含む4施設（磐田市立総合病院、中東遠総合医療センター、市立御前崎総合病院、菊川市立総合病院）を初期被ばく医療体制に組み入れ、計測機器、管理資機材等を整備したほか、医療圏内の5市1町、先述の病院4施設及び静岡県西部健康福祉センターに安定ヨウ素剤を備蓄しています。

(イ) 広域応援派遣

○災害時に医療の「応援派遣」を担う医療機関は、災害派遣医療チーム（静岡DMAT）設置病院の2施設（磐田市立総合病院、中東遠総合医療センター）、普通班応援班設置病院の4施設（磐田市立総合病院、市立御前崎総合病院、菊川市立総合病院、公立森町病院）、災害派遣精神医療チーム（静岡DPAT）設置病院の3施設（菊川市立総合病院、小笠病院、川口会病院）あります。

○当医療圏の属する静岡県西部方面本部の広域搬送拠点は、航空自衛隊浜松基地に置かれます。

(ウ) 広域受援

○県が委嘱した災害医療コーディネーターは3人（統括災害医療コーディネーター1人は西部医療圏と兼務）おり、医療施設の被害状況、医療需要や提供体制の把握、医療圏外から受け入れる医療救護班の配置調整等の業務に当たります。

(エ) 医薬品等の確保

○医薬品確保のため、県は、医薬品卸業者と災害協定を締結しています。

○医薬品備蓄センターは2箇所あります。（磐田市1箇所、掛川市1箇所）

○県が委嘱した災害薬事コーディネーターは15人おり、医薬品等の需給調整や薬剤師の配置調整等の業務に当たります。

イ 施策の方向性

(ア) 災害医療体制

○災害時における医療体制について、関係機関の情報を共有、相互の連携を推進するため地域災害医療対策会議を開催します。

○災害時小児周産期リエゾン（災害対策現地情報連絡員）の配置を検討します。

○避難所での生活が長引くと感染症、口腔不衛生による誤嚥性肺炎、生活不活発病、血栓症等の発生が危惧されます。健康づくり、医療の関係機関が連携を取り、発生予防に努めます。

○原子力災害時における医療体制については、引き続き、初期被ばく医療機関、二次被ばく医療機関及び三次被ばく医療機関等からなる緊急被ばく医療体制の充実や、初期被ばく医療機関に従事する医師等を対象とした研修による人材の育成等に努めます。

○また、今後、国が公表する新たな被ばく医療体制や静岡県が策定を進めている広域避難計画を踏まえ、現在の被ばく医療体制等も考慮しながら、医療圏としての対応を検討します。

(イ) 医療救護施設

○医療機関は、災害医療関連業務を日常診療業務と同等の本来業務と位置づけます。

○災害発生時の医療活動維持のため、事業継続計画（BCP）の策定を促進します。

○国において、原子力災害医療体制の見直しが進められています。当医療圏においても、それに基づき原子力災害医療体制の整備を進めていきます。

(ウ) 広域応援派遣・広域受援

第4回中東遠地域医療構想調整会議 御意見をいただきたい内容

議題1 第8次静岡県保健医療計画（中東遠医療圏版）最終案について

資料1-1のとおり静岡県保健医療計画（中東遠医療圏版）を追加・修正しました。最終確認をお願いいたします。

議題2 「公的医療機関等2025プラン」について

各公立病院（※）から「公的医療機関等2025プラン」の説明があります。（1病院5分程度）

各公立病院が担う病床機能について（圏域での役割分担、各医療機関との連携等）、議論をお願いいたします。

議題3 平成30年度地域医療構想調整会議の進め方（案）

資料2-1のとおり平成30年度の日程、各回の議題の概要（案）等の予定が示されましたので、確認をお願いいたします。

※今回は、磐田市立総合病院、市立御前崎総合病院、菊川市立総合運病院、公立森町病院から説明があります。

7 中東遠保健医療圏

【対策のポイント】

○疾病の発生予防、進行抑制、活動能力の維持・回復

- ・生活習慣の改善促進、健診（検診）事業の実施、重症化予防やリハビリの取組み強化
- ・関係各機関との連携促進、自己完結率の向上
- ・地域住民、企業従業員への情報提供

○地域包括ケアシステムの構築

- ・関係各機関の機能強化、相互理解、連絡調整機能の充実
- ・受療者に対するの広報、理解促進の取組

1 医療圏の現状

(1) 人口及び人口動態

ア 人口

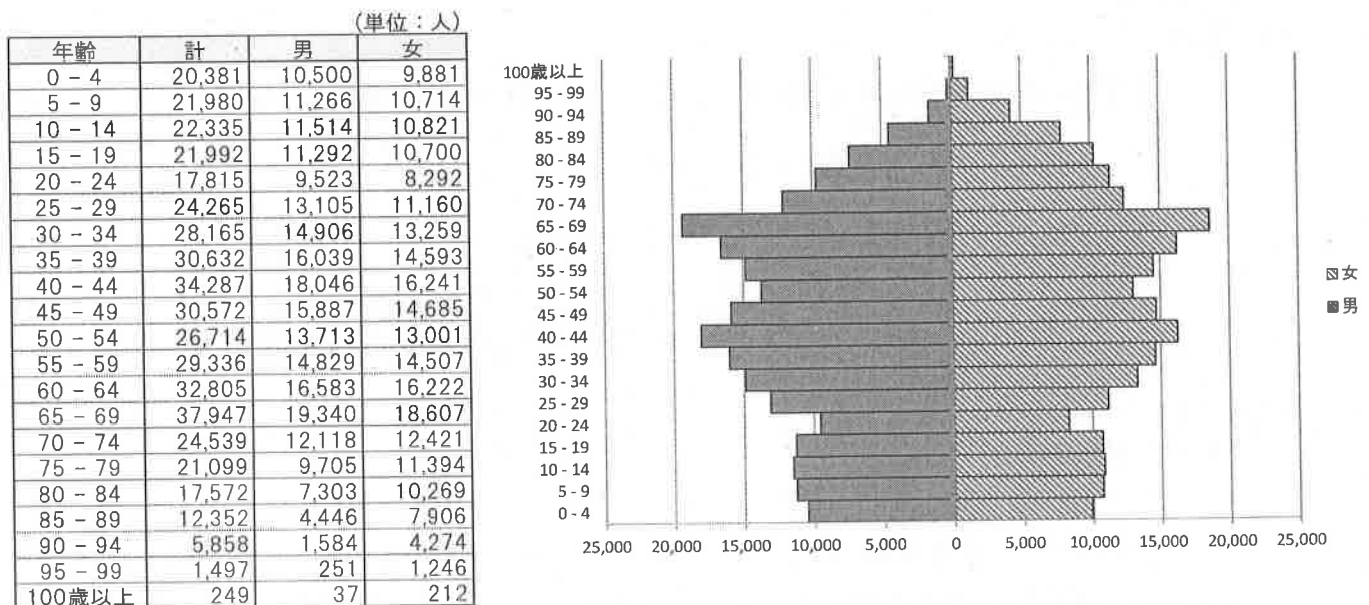
○2016（平成28）年10月1日現在の推計人口は、男性23万2千人、女性23万人で計46万2千人となっており、世帯数は14万4千世帯です。本県の8医療圏の中で、西部、静岡及び駿東田方に次いで4番目に多い人口規模です。

(ア) 年齢階級別人口

○人口構成をみると、年少人口（0歳～14歳）は64,696人で14.0%、生産年齢人口（15歳～64歳）は276,583人で59.8%、高齢者人口（65歳以上）は121,113人で26.2%となっています。静岡県全体と比較すると、年少人口（県12.9%）と生産年齢人口（県58.6%）の割合が高く、高齢者人口（県28.5%）の割合が低くなっています。

○60歳～64歳及び10歳～14歳人口割合は県全体よりも高く、本計画期間終了時には生産年齢人口の減少及び高齢化が進行します。

図表7-1：中東遠医療圏の人口構成（2016年10月1日）



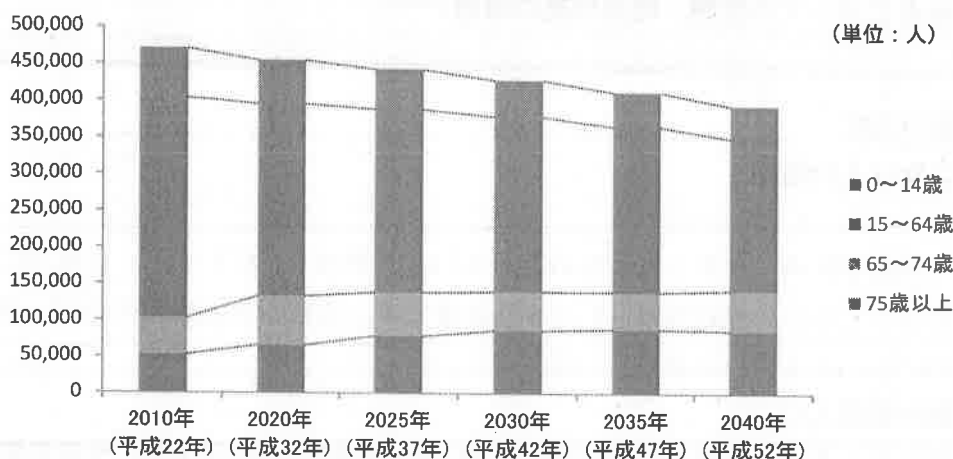
(イ) 人口構造の変化の見通し

○2010(平成22)年から2025年(平成37)年に向けては約2万8千人減少して約44万3千人に、2040(平成52)年には約7万7千人減少して約39万4千人になると推計されています。

○65歳以上の人口は、2010(平成22)年から2025(平成37)年に向けて約3万5千人増加して約13万8千人となり、2040(平成52)年には約14万2千人まで増加すると見込まれています。

○75歳以上の人口は、2010(平成22)年から2025(平成37)年に向けて約3万5千人増加し、その後2035(平成47)年をピークに減少すると見込まれています。

図表7-2：中東遠医療圏の将来推計人口の推移



	2010年 (平成22年)	2020年 (平成32年)	2025年 (平成37年)	2030年 (平成42年)	2035年 (平成47年)	2040年 (平成52年)
0～14歳	66,936	59,503	54,220	49,641	46,574	44,228
15～64歳	300,809	262,400	250,264	239,041	226,187	207,798
65～74歳	50,103	67,175	59,766	53,338	51,140	55,238
75歳以上	53,163	65,826	78,630	86,625	88,383	86,545
総数	471,010	454,904	442,880	428,645	412,284	393,809

※2010(平成22)年は実績。資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25年3月中位推計)」

イ 人口動態

(ア) 出生

○2015(平成27)年の出生数は3,794人となっており、減少傾向が続いています

図表7-3：中東遠医療圏の出生数

(単位：人)

出生数	H22	H23	H24	H25	H26	H27
中東遠	4,256	4,231	4,310	4,140	4,005	3,794
静岡県	31,896	31,172	30,810	30,260	28,684	28,352

(資料：「静岡県人口動態統計」)

(イ) 死亡

(死亡総数、死亡場所)

○2015(平成27)年の死亡数は4,615人となっています。死亡場所は、静岡県の平均と比べて、病院の割合が低く(中東遠67.4%、県70.7%)、老人保健施設、老人ホーム及び自宅の割合が高くなっています。(老人保健施設 中東遠4.5%、県4.0%、老人ホーム 中東遠10.1%、県8.9% 自宅 中東遠15.0%、県13.3%)

図表 7-4：中東遠医療圏における死亡数と死亡場所割合（2015年）

（単位：人）

平成27年	死亡総数	病院		診療所		老人保健施設		老人ホーム		自宅		その他	
		死亡数	割合	死亡数	割合	死亡数	割合	死亡数	割合	死亡数	割合	死亡数	割合
中東遠	4,615	3,112	67.4%	57	1.2%	208	4.5%	466	10.1%	694	15.0%	78	1.7%
静岡県	39,518	27,926	70.7%	566	1.4%	1,565	4.0%	3,500	8.9%	5,247	13.3%	714	1.8%

備考：「老人ホーム」とは養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホームをいう。
「自宅」にはグループホーム、サービス付高齢者向け住宅を含む。

資料：「静岡県人口動態統計」

（主な死因別の死亡割合）

- 主な死因別の死亡割合では、悪性新生物、老衰、心疾患の順に多くなっています。悪性新生物、心疾患、脳血管疾患の三大死因で全死因の54%を占めています。
- 県と比較すると、悪性新生物が占める割合は低く（中東遠 26.5% 県 26.7%）、心疾患が占める割合は高く（中東遠 13.6% 県 9.8%）、脳血管疾患が占める割合は低く（中東遠 9.1% 県 9.7%）なっています。

図表 7-5：中東遠医療圏における死因別順位、死亡数と割合（2015年）

（単位：人、%）

平成27年		第1位	第2位	第3位	第4位	第5位
中東遠	死因	悪性新生物	老衰	心疾患	脳血管疾患	肺炎
	死亡数	1,222	632	629	419	309
	割合	26.5%	13.7%	13.6%	9.1%	6.7%
静岡県	死因	悪性新生物	心疾患	老衰	脳血管疾患	肺炎
	死亡数	10,570	5,711	3,876	3,823	3,166
	割合	26.7%	14.5%	9.8%	9.7%	8.0%

注：「割合」は「死亡総数に占める割合」、
「心疾患」は「心疾患(高血圧性を除く)」

資料：厚生労働省「人口動態統計」

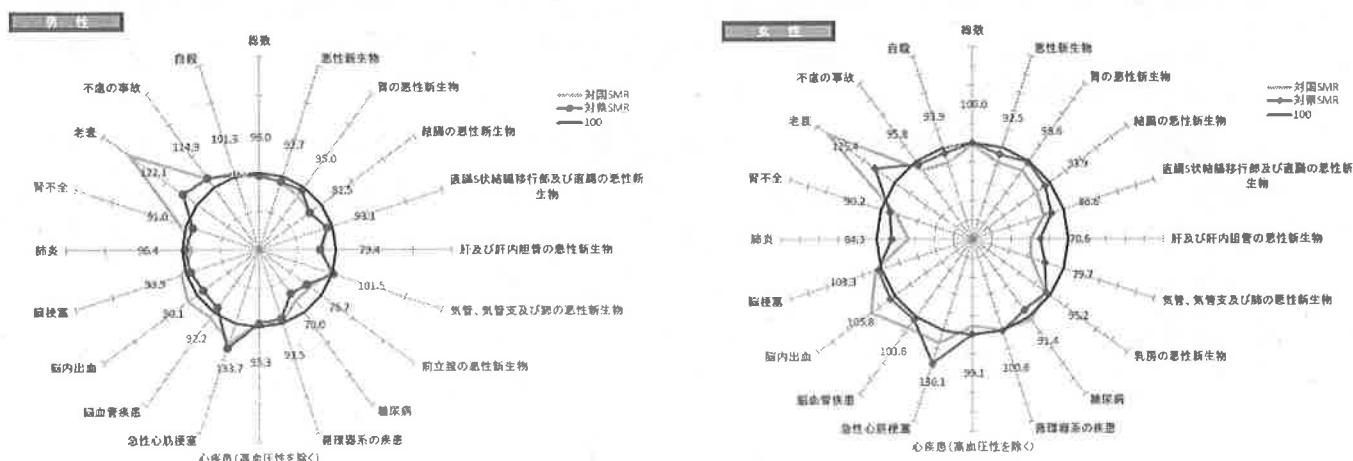
（標準化死亡比（SMR））

- 当医療圏の標準化死亡比は、男性・女性の急性心筋梗塞、老衰、男性の不慮の事故、女性の脳内出血、脳梗塞、脳血管疾患が高いです。

図表 7-6：中東遠医療圏の標準化死亡比分析（2010-2014年）

H22-26 市町別SMR分析

圏域名（中東遠圏域）



（資料：静岡県総合健康センター「静岡縣市町別健康指標」）

(2) 医療資源の状況

ア 医療施設

(ア) 病院

- 2017(平成29)年4月1日現在、病院の使用許可病床数は、一般病床1,622床、療養病床1,344床、精神病床919床、結核病床0床、感染症病床6床となっています。
- 当医療圏には病院が19施設あり、このうち病床が200床以上の病院が8施設あります。また、一般病床・療養病床を有する病院は14施設、精神科病床を有する病院は6(うち単科病院が5)施設です。

(イ) 診療所

- 2017(平成29)年4月1日現在、有床診療所は19施設、無床診療所は300施設、歯科診療所は203施設あります。また使用許可病床数は、有床診療所197床、歯科診療所0床となっています。

(ウ) 基幹病院までの交通手段

- 3次救急は、当医療圏の東南端の御前崎市から磐田市立総合病院まで救急車での搬送に時間を要する状況でしたが、2015(平成27)年8月に中東遠総合医療センターが救命救急センターに指定された以降は、磐田市立総合病院は医療圏内の西部を、中東遠総合医療センターは医療圏内の東部について、地理的、機能的な特徴を生かした救急医療を担っています。
- 3次救急病院への搬送は、東名高速道路、国道1号バイパス、一般道が整備されており、また当医療圏の東南端地域や南・北部地域からの患者搬送は、ヘリコプターによる搬送もあります。

イ 医療従事者

- 当医療圏で従事する医師数は、2016(平成28)年12月31日現在 681人、人口10万人当たり146.3です。国(240.1)、県(200.8)を下回っています。医師数は増えてはいるものの、医師確保は当医療圏における喫緊の課題となっています。
- 医師確保と人材育成のため、静岡家庭医養成協議会と浜松医科大学との連携のもと、静岡家庭医養成プログラムが行われています。研修・診療の場として、森町家庭医療クリニック、菊川市家庭医療センターが開設され、2017(平成29)年11月には御前崎家庭医療センターが開設されました。
- 当医療圏で従事する歯科医師数は 2016(平成28)年12月31日現在 244人、人口10万人当たり 52.4です。国(80.0)、県(62.9)を下回っています。歯科医師確保についても当医療圏における喫緊の課題となっています。
- 当医療圏で従事する薬剤師数は 2016(平成28)年12月31日現在 570人、人口10万人当たり 129.8です。国(181.3)、県(169.0)を下回ってはいますが、薬剤師数は増加しています。
- 当医療圏で従事する保健師数は 2016(平成28)年12月31日現在 219人です。人口10万人当たり 47.0であり、県平均(44.1)を上回っています。
- 当医療圏で従事する看護師数は 2016(平成28)年12月31日現在 3,155人です。人口10万人当たり 677.5であり、県平均(840.6)を下回っています。

図表 7-7 : 中東遠医療圏の医師、歯科医師、薬剤師数、看護師数

○医師数（医療施設従事者）

（各年12月31日現在）

	実数（人）			人口10万人当たり		
	2012(H24)年	2014(H26)年	2016(H28)年	2012(H24)年	2014(H26)年	2016(H28)年
中東遠医療圏	605	621	681	129.7	134.5	146.3
静岡県	6,967	7,185	7,404	186.5	193.9	200.8
全国	288,850	296,845	304,759	226.5	233.6	240.1

資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

○歯科医師数（医療施設従事者）

（各年12月31日現在）

	実数（人）			人口10万人当たり		
	2012(H24)年	2014(H26)年	2016(H28)年	2012(H24)年	2014(H26)年	2016(H28)年
中東遠医療圏	240	221	244	51.4	47.9	52.4
静岡県	2,260	2,268	2,318	60.5	61.2	62.9
全国	99,659	100,965	101,551	78.2	79.4	80.0

資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

○薬剤師数（薬局及び医療施設従事者）

（各年12月31日現在）

	実数（人）			人口10万人当たり		
	2012(H24)年	2014(H26)年	2016(H28)年	2012(H24)年	2014(H26)年	2016(H28)年
中東遠医療圏	550	570	604	104.6	123.4	129.8
静岡県	5,611	5,883	6,231	150.2	158.8	169.0
全国	205,716	216,077	230,186	161.3	170.0	181.3

資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

○就業看護師数

（各年12月31日現在）

	実数（人）			人口10万人当たり		
	2012(H24)年	2014(H26)年	2016(H28)年	2012(H24)年	2014(H26)年	2016(H28)年
中東遠医療圏	2,783	2,934	3,155	596.5	635.4	677.5
静岡県	27,627	29,174	31,000	739.4	787.4	840.6
全国	1,015,744	1,086,779	1,149,397	796.6	855.2	905.5

資料：厚生労働省「衛生行政報告例」

ウ 患者受療動向

- 入院患者の流出入については流出率が超過しており（流入率 8.8%、流出率 24.7%）、西部医療圏への流出が多くなっています。
- 2017（平成 29）年 5 月 31 日現在、当医療圏に住所のある入院患者のうち 75.3%が当医療圏の医療機関（一般病床及び療養病床）に入院しています。なお、一般病床では 71.1%、療養病床では 81.0%です。

2 地域医療構想

(1) 2025(平成 37)年の必要病床数

ア 2016(平成 28)年病床機能報告と 2025(平成 37)年必要病床数

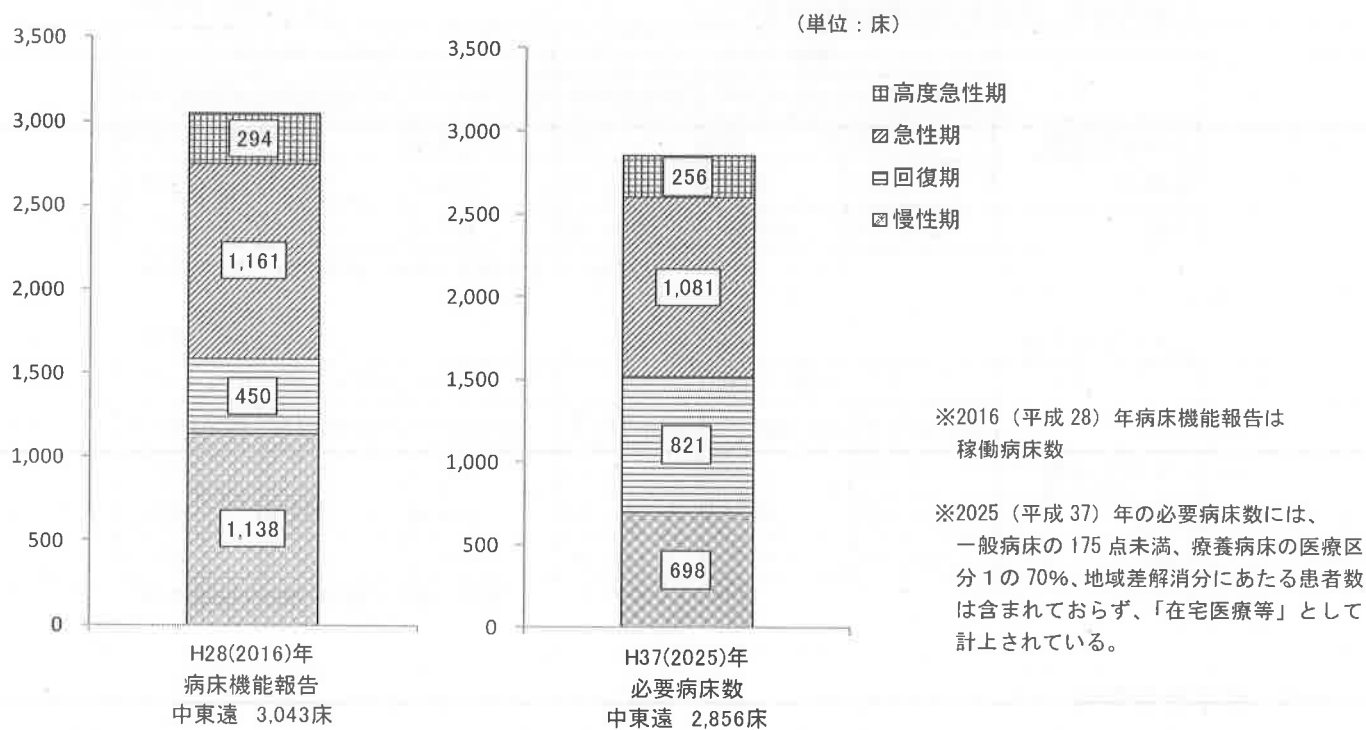
○2025(平成 37)年における必要病床数は 2,856 床と推計されます。高度急性期は 256 床、急性期は 1,081 床、回復期は 821 床、慢性期は 698 床と推計されます。

○2016(平成 28)年の病床機能報告における稼働病床数は 3,043 床です。2025(平成 37)年の必要病床数と比較すると 187 床の差が見られます。

○一般病床が主となる「高度急性期+急性期+回復期」の 2016(平成 28)年の稼働病床数は、1,905 床であり、2025(平成 37)年の必要病床数 2,158 床と比較すると 253 床下回っています。特に、回復期病床については、稼働病床数は 450 床であり、必要病床数 821 床と比較すると 371 床下回っています。

○療養病床が主となる「慢性期」の 2016(平成 28)年の稼働病床数は 1,138 床であり、2025(平成 37)年の必要病床数 698 床と比較すると 440 床上回っています。

図表 7-8 : 中東遠医療圏の 2016 年病床機能報告と 2025 年必要病床数



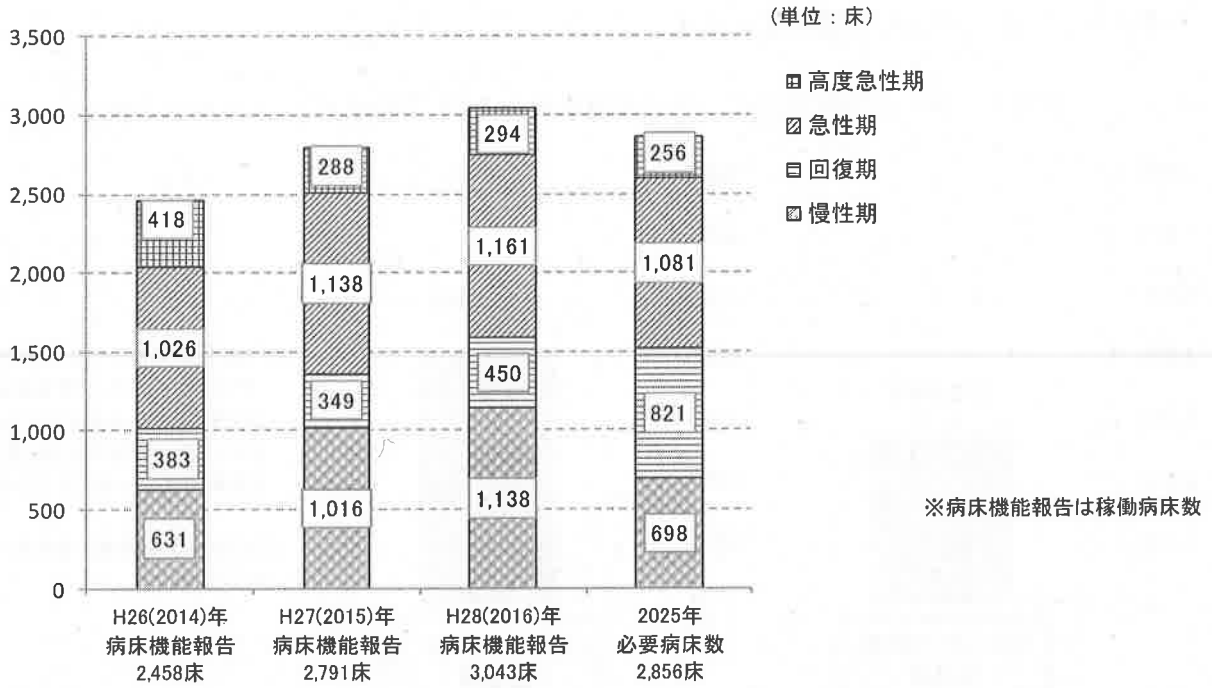
<留意事項：病床機能報告と必要病床数との比較について>

- ・「病床機能報告」は、定性的な基準に基づき、各医療機関が病棟単位で自ら選択します。
- ・「必要病床数」は、厚生労働省の定める算定式により、診療報酬の出来高点数等から推計しています。
- ・このようなことから、病床機能報告の病床数と必要病床数は必ずしも一致するものではありませんが、将来のあるべき医療提供体制の実現に向けて、参考として比較するものです。

イ 病床機能報告における3年間の推移と2025(平成37)年の必要病床数

○病床機能報告の3年間の推移を見ると、高度急性期機能、急性期機能、回復期機能、慢性期機能ともに増加しています。

図表7-9：中東遠医療圏における病床機能報告の推移と2025年の必要病床数



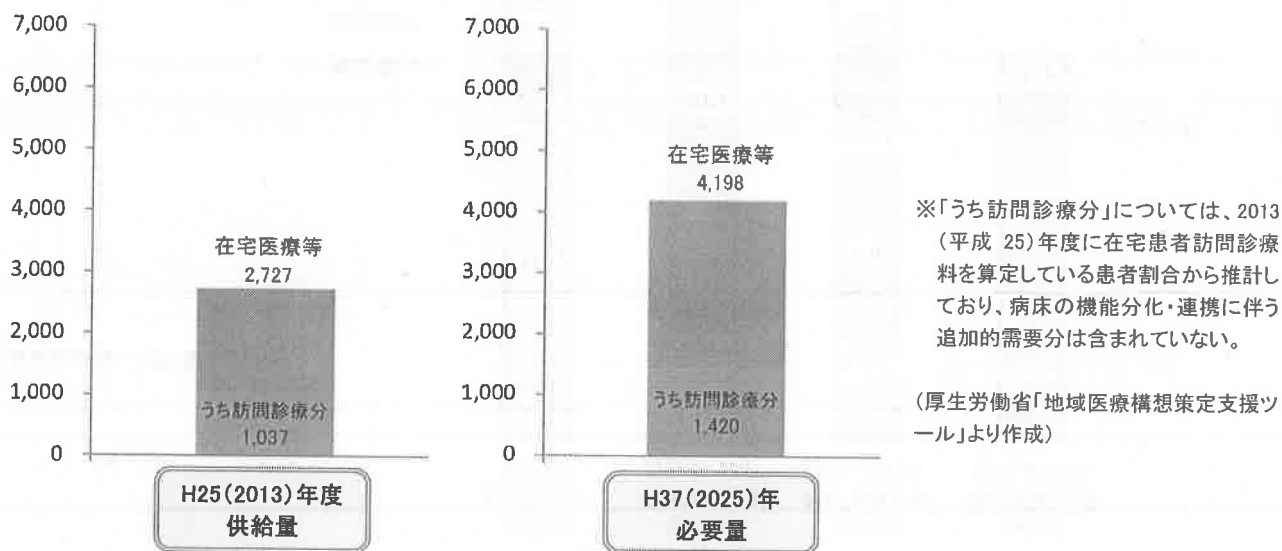
(2) 在宅医療等の必要量

ア 2025(平成 37)年の在宅医療等の必要量

○在宅医療等については、高齢化の進行に伴う利用者の増加や、病床の機能分化・連携に伴い生じる追加的な対応により、必要量の増加が見込まれます。

○2025(平成 37)年における在宅医療等の必要量¹は 4,198 人、うち訪問診療分の高齢化に伴う需要分としては 1,420 人と推計されます。

図表 7-10：中東遠医療圏 在宅医療等の 2013 年度供給量と 2025 年必要量



イ 2020(平成 32)年度の在宅医療等の必要量

○地域医療構想では、療養病床及び一般病床の患者数のうち一定数²は、「在宅医療等」として、訪問診療や介護施設、外来等により追加的に対応するものとしています。

○この追加的な需要も踏まえた、2020(平成 32)年度における在宅医療等の必要量と提供見込み量は次のとおりです。 ※精査中

図表 7-11：中東遠医療圏における在宅医療等必要量と提供見込み量 (2020 年度)

(単位：人/月)

2020年度	在宅医療等必要量	提供見込み量(追加的な需要分+高齢化分)										
		介護医療院	介護療養病床	医療療養病床	外来	介護老人保健施設	訪問診療	その他	介護老人福祉施設	特定入所者生活介護	小規模多機能型居宅介護	看護小規模多機能型
中東遠	3,258	0	100	80	325	1,466	1,239	48	30	0	0	18

※四捨五入により数字が一致しないものがある。

¹ 在宅医療等の必要量については、在宅医療等を必要とする対象者数を表しています。実際には全員が 1 日に医療提供を受けるものではなく、その患者の受ける医療の頻度等によって医療提供体制は異なってきます。

² 具体的には、「療養病床の入院患者数のうち、医療区分 1 の患者数の 70%」、「療養病床の入院患者数のうち、入院受療率の地域差解消分」、「一般病床の入院患者数のうち、医療資源投入量が 175 点未満(C3 基準未満)の患者数」が、追加的に対応する患者数となります。

(3) 医療機関の動向

- 2013（平成 25）年 5 月に中東遠総合医療センターが開院し、また、2015（平成 27）年 8 月に救命救急センターに指定されました。
- さらに、中東遠総合医療センターでは、「静岡県地域がん診療連携推進病院」指定に向けた取り組みや救命救急センター等の充実のための医師確保の取組を行っています。
- 袋井市立聖隷袋井市民病院が 2013（平成 25）年 6 月に開院し、2016（平成 28）年 4 月に 50 床増床しました（一般病床 100 床、療養病床 50 床）
- 掛川東病院が 2015（平成 27）年 4 月に開院しました（療養病床 240 床）

(4) 実現に向けた方向性

- 中東遠総合医療センターの開院により、すでに医療圏内の医療事情は大きく変化していることから、地域特性に応じた医療機能の分化、連携をさらに推進していくことが必要です。
- 「ふじのくに地域医療支援センター」をはじめとして県、市町、医療機関等が協力して医師確保の取組を進めます。
- 未就業看護師等を対象にした再就職支援事業や看護職員修学金制度等により看護職員の就業・定着を図ります。
- ICT（情報通信技術）の利用により関係各機関の連携強化、情報共有が進んでいます。一方、その技術更新は日進月歩です。現在、「ふじのくにねっと」が稼働中ですが、使いやすさ、有効性、経済性をさらに高める運用体制を進める必要があります。
- 在宅医療を推進するためには、医療機関だけでなく、福祉サービスを含めた在宅医療を支援する仕組みの充実が課題になります。このため、在宅療養支援診療所や訪問看護、介護の充実と連携を推進し、在宅医療の体制を強化していくことが必要です。
- 医療や介護の人材を確保するためには、医療や介護に関心を持って活動する住民を増やしていくことが必要です。
- 現在、医療圏内 5 市 1 町すべてに地域医療支援団体（NPO 法人ブライツ（袋井市）、NPO 法人 f. a. n. 地域医療を育む会（掛川市）、森町病院友の会（森町）、御前崎市地域医療を育む会（御前崎市）、地域医療いわた（磐田市）、菊川市地域医療を守る会（菊川市））が設立され、地域医療を育むための住民活動に取り組んでいます。
- 浜松医科大学を中心に、活動団体と県、市町が連携し、毎年地域住民に向けたシンポジウムを開催する等の啓発活動の取組を行っています。
- 県は、上記の活動に対して、支援していきます。

3 疾病・事業及び在宅医療の医療連携体制

【数値目標】

項目	現状値	目標値	目標値の考え方	出典
がん検診精密検査受診率	胃がん 71.1% 大腸がん 66.4% 肺がん 71.7% 乳がん 85.6% 子宮頸がん 70.2% (2014 年度)	90%以上 (2022 年度)	第3次ふじのくに健康増進計画後期アクションプラン地域別計画の目標値	厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」
特定健診受診率 (管内市町国保)	磐田市 46.1% 掛川市 38.1% 袋井市 52.9% 御前崎市 44.3% 菊川市 41.9% 森町 42.4% (2015 年度)	60% (2022 年度)	第3次ふじのくに健康増進計画後期アクションプラン地域別計画の目標値	市町法定報告
習慣的喫煙者の標準化該当比	男性 101.2 女性 85.8 (2014 年度)	男性 60.0 女性 60.0	県内8医療圏中で最も低い数値を目指す。	静岡県総合健康センター「特定健診・特定保健指導に係る検診データ報告書」
紹介元病院の退院時カンファレンスに参加する診療所の率 *	23.3% (2016 年度)	30%	退院後の療養を円滑に進める。	静岡県「疾病又は事業ごとの医療連携体制に関する調査」

* 退院時カンファレンスに参加する診療所とは、30 施設（静岡県「平成 28 年度 疾病又は事業ごとの医療連携体制に関する調査」）のうち、以下に該当する診療所である。

- ・在宅がん医療総合診療所届出医療機関
- ・脳血管疾患等リハビリテーション料（I）届出医療機関
- ・在宅療養支援診療所届出医療機関

【疾病・事業及び在宅医療の医療連携体制】

(1) がん

ア 現状と課題

(ア) 現状

○がんの標準化死亡比（SMR）は、県全体に比べて 92.6 と低く、国に比べて 88.3 と低くなっています。

(イ) 発症予防・早期発見

○特定健診の結果に基づく標準化該当比のうち、習慣的喫煙者は、県全体に比べて男性は 101.2 と高く、女性は県に比べて 85.8 と低くなっています。

○当医療圏の 5 市 1 町で実施されているがん検診の状況は以下のとおりです。

図表 7-12：2014 年度がん検診の状況

区分	胃がん	大腸がん	肺がん	乳がん	子宮がん
検診受診者	17,565人	27,675人	32,130人	14,079人	22,977人
要精密検査者 (要精密検査者率)	1,015人 5.8%	1,676人 6.1%	593人 1.8%	832人 5.9%	242人 1.1%
精密検査受診者数 (精密検査受診率)	722人 71.1%	1,113人 66.4%	425人 71.7%	712人 85.6%	170人 70.2%
がんであった者	7人	34人	11人	37人	5人
精密検査未受診者数 (精密検査未受診率)	32人 3.2%	136人 8.1%	10人 1.7%	1人 0.1%	5人 2.1%
精密検査未把握者数 (精密検査未把握率)	261人 25.7%	427人 25.5%	158人 26.6%	119人 14.3%	67人 29.8%

※肺がん検診(全体)、乳がん検診(マンモグラフィ+視触診)、子宮がん検診(頸部)

資料:厚生労働省「平成 26 年度地域保健・健康増進事業報告」

- 禁煙治療に医療保険対応する医療機関は 43 施設あります。
- 市町では受診しやすい体制整備として、QRコード利用による 24 時間受付可能体制、特定健診との同時受診、複数がんまとめた同時検診、休日夜間の検診等を実施しています。
- また、未受診者に対するはがき等による受診勧奨や、要精検者に対する訪問、面接等による受診勧奨を行っています。
- 未受診が続く者への受診勧奨や、精密検査が必要な者の把握、受診勧奨の対応が求められます。

(ウ) がんの医療（医療提供体制）

- 「集学的治療」を担う医療機関は、2 施設（磐田市立総合病院、中東遠総合医療センター）、「ターミナルケア」を担う医療機関は、診療所が 26 施設、薬局が 113 施設です。
- 「集学的治療」を担う病院と地元医師会とが連携し、地域連携クリティカルパスを導入して、医療連携を進めています。
- 磐田市立総合病院は「がん診療連携拠点病院」の指定を受けています。医師会と連携して、発生因子を考慮したすい臓がんの早期発見事業を進めています。また、前立腺がんの地域連携パスの導入を予定しています。
- がん患者の社会復帰を促進する事項のひとつに口腔ケアがあります。がん医科歯科連携登録歯科診療所は 23 診療所あり、周術期等のがん患者の口腔ケアにあたっています。
- 当医療圏では、20%前後の患者が主に隣接する西部医療圏に流出しています。一方、治療技術の発達により、「がんを抱えたまま」就業、生活すること、また、緩和療法が必要となる者が増加することが予想されます。そこで、患者が住み慣れた地域でがん治療が継続できることが求められます。

イ 施策の方向性

(ア) 発症予防・早期発見

- 生活習慣病対策連絡会や健康づくり、食生活に関する住民団体の活動を通じて三師会（医師会、歯科医師会、薬剤師会）、各種健康保険組合団体、地域産業保健センター、市町、住民等が連携を図り、1次予防、2次予防を強化します
- 禁煙活動、受動喫煙防止活動について、地域、学校、企業等様々な場での啓発、教育活動を行います

す。

- 検診の日程や手法の改善に努めることにより、検診が受けやすい環境を整備します。
- 受診行動に繋がる広報のやり方や、未受診が続く者への受診勧奨の方法について検討します。
- がん検診受診後の動向を把握し、これらを通じて精密検査未受診者の減少、費用対効果の高い検診を目指します。

(イ) がん診療・在宅療養支援

- がん診療に関与する各医療機関が、地域連携クリティカルパス等の活用により役割分担して連携を進めることにより、切れ目のない療養環境の提供を目指します。
- 医療圏内のがん診療機能の向上を図るため、がん診療連携拠点病院と連携してがんの標準的な治療や緩和ケアを実施する医療機関（がん診療連携推進病院等）を整備し、がん診療機能の充実を図ります。
- 在宅療養には、日々の健康管理、口腔ケア、麻薬を含む薬剤管理、就労・生活支援、悩みごとへの対応、緩和医療等多くの業務があります。これには、診療所、歯科診療所、病院、薬局、訪問看護ステーション、介護関係事業所等多くの組織・職種が関わります。これらの諸機関、多職種間で効率よくかつ切れ目のない支援が可能となるよう、体制整備を図ります。
- がん対策について住民に周知する機会・手段を考慮します。また、がん患者、家族、住民が相談できるよう、ホームページや広報誌、催事や講演会等通じて、がん診療連携拠点病院に設置されているがん相談支援センターの周知を図ります。

(2) 脳卒中

ア 現状と課題

(ア) 現状

- 脳血管疾患の標準化死亡比（SMR）は、県に比べて 98.1 と低く、国に比べて 111.4 と高くなっています。

(イ) 発症予防

- 特定健診の結果に基づく標準化該当比のうち、
 - 高血圧有病者は県に比べて男性は 88.5 と低く、女性は 88.8 と低くなっています。
 - 脂質異常有病者は県に比べて男性は 94.9 と低く、女性は 98.1 と低くなっています。
 - 習慣的喫煙者は県に比べて男性は 101.2 と高く、女性は 85.8 と低くなっています。
 - メタボリックシンドローム該当者は県に比べて男性は 83.4 と低く、女性は 91.9 と低くなっています。
 - 糖尿病有病者は県に比べて男性は 96.2 と低く、女性は 106.6 と高くなっています。
 - 糖尿病予備群は県に比べて男性は 103.7 と高く、女性は 111.3 と高くなっています。
- 2015(平成 27)年度の特定健診の受診率は、磐田市 46.1%、掛川市 38.1%、袋井市 52.9%、御前崎市 44.3%、菊川市 41.9%、森町 42.4%です。
- 市町では、健康増進計画を策定し、健康増進に取り組んでいます。
- 中学校単位や企業への出前講座や健康マイレージ事業等通じて、1次予防に取り組んでいます。
- 未受診が続く者への受診勧奨や、受診後の行動変容をどのように導くかが課題となります。

(ウ) 脳卒中の医療（医療提供体制）

- 脳卒中の「救急医療」を担う医療施設は2施設（磐田市立総合病院、中東遠総合医療センター）あります。
- t-PA療法は、上記2施設で実施され、医療圏内で自己完結されています。
- 脳卒中の「身体機能を回復させるリハビリテーション」を担う医療施設は9施設（磐田市立総合病院、中東遠総合医療センター、袋井市立聖隷袋井市民病院、市立御前崎総合病院、菊川市立総合病院、公立森町病院、すずかけヘルスケアホスピタル、豊田えいせい病院、掛川東病院）です。
- 「生活の場における療養支援」を担う医療機関は29施設あり、医療施設と介護施設等が連携して提供しています。
- 「救急医療」を担う磐田市立総合病院、中東遠総合医療センターでは共通の地域連携クリティカルパスを導入しており、医療連携を進めています。
- 脳卒中に対する急性期リハビリテーション（入院）の自己完結率は、93.0%です。
- 神経内科、脳神経外科医師数は人口10万人当たり3.3人と県（5.4人）を下回っています。医師の充実及び患者の発生を減らすことが求められます。

イ 施策の方向性

（ア）発症予防

- 生活習慣病対策連絡会や健康づくりや食生活に関する住民団体の活動を通じて三師会、各種健康保険組合団体、地域産業保健センター、市町、住民等が連携を図り、1次予防、2次予防を強化します。
- 禁煙活動、受動喫煙防止活動について、地域、学校、企業等様々な場での啓発、教育活動を行います。
- 食塩の摂取を抑える事業である「減塩55プログラム」を活用して、減塩の普及に努めます。
- 健診の日程や手法の改善に努めることにより、受診しやすい環境を整備します。
- 受診行動に繋がる広報の方法や、未受診が続く者への受診勧奨の方法について検討します。
- 受診後の行動変容を導く手段について検討します。

（イ）応急手当・病院前救護（救護）

- 脳卒中は、日頃の生活習慣の見直しだけでなく、初期症状への気づきと早期対応が重要であるため、脳卒中に関する知識の住民への啓発に取り組みます。
- 発症状況に応じた適切な救急搬送に努める他、地域メディカルコントロール協議会において医療圏内の救急救命士等救急隊を対象とした講習会を開催し、病院前救護の技術向上を図ります。

（ウ）救急医療

- 現状の救急体制を確保・推進することにより早期に専門的治療が可能な体制の確保を図ります。

（エ）身体機能の早期改善のためのリハビリテーション（回復期）

- 救急医療を担う医療施設、リハビリテーションを担う医療施設が地域連携クリティカルパス等を活用し、早期からのリハビリテーションの実施ができるよう、連携を図ります。
- 退院後の療養に向け、再発予防策、基礎疾患、危険因子の管理を考慮します。

（オ）日常生活への復帰及び日常生活維持のためのリハビリテーション

- 退院後の療養を担う医療機関、介護機関、リハビリテーションを担う医療機関が地域連携クリティカルパス等を活用し、早期からのリハビリテーションの実施、退院後の望ましい療養環境が提供できるよう、関係機関間の連携を図ります。

(カ) 誤嚥性肺炎の防止

- 高齢化に伴う嚥下機能低下による誤嚥性肺炎の防止のため、在宅歯科診療を活用し、在宅療養者の口腔ケア、嚥下リハビリテーションの充実を図るとともに、市町の特定健診・特定保健指導、健康教育等により、住民に若い頃からの口腔ケア習慣の普及を図ります。

(3) 心筋梗塞等の心血管疾患

ア 現状と課題

(ア) 現状

- 心疾患の標準化死亡比（SMR）は、県に比べて97.3と低く、国に比べて92.3と低くなっています。

(イ) 発症予防

- 特定健診の結果に基づく標準化該当比のうち、
高血圧有病者は県に比べて男性は88.5と低く、女性は88.8と低くなっています。
脂質異常有病者は県に比べて男性は94.9と低く、女性は98.1と低くなっています。
習慣的喫煙者は県に比べて男性は101.2と高く、女性は85.8と低くなっています。
メタボリックシンドローム該当者は県に比べて男性は83.4と低く、女性は91.9と低くなっています。
糖尿病有病者は県に比べて男性は96.2と低く、女性は106.6と高くなっています。
糖尿病予備群は県に比べて男性は103.7と高く、女性は111.3と高くなっています。

- 2015(平成27)年度の特定検診の受診率は、磐田市 46.1%、掛川市 38.1%、袋井市 52.9%、御前崎市 44.3%、菊川市 41.9%、森町 42.4%です。[再掲]

- 未受診が多い者への受診勧奨や、受診後の行動変容をどのように導くかが課題となります。

- 禁煙治療に医療保険対応する医療機関は43施設あります。

(ウ) 心血管疾患の医療（医療提供体制）

- 当医療圏で「救急医療」を担う医療機関は3施設（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）あります。一方、心臓血管外科手術が必要な重症患者の一部は、隣接する西部医療圏等へ搬送されています。

- 急性心筋梗塞に対するカテーテル治療（入院）の自己完結率は90.4%です。

- 住民が使用可能なAED設置場所は317箇所です。（日本赤十字社静岡県支部調べ）

イ 施策の方向性

(ア) 発症予防

- 生活習慣病対策連絡会や健康づくりや食生活に関する住民団体の活動を通じて三師会、各種健康保険組合団体、地域産業保健センター、市町、住民等が連携を図り、1次予防、2次予防を強化します。
- 禁煙活動、受動喫煙防止活動について地域、学校、企業等様々な場での啓発、教育活動を行います。
- 健診の日程や手法の改善に努めることにより、健診を受診しやすい環境を整備します。
- 受診行動に繋がる広報の方法や、未受診が多い者への受診勧奨の方法について検討します。
- 受診後の行動変容を導く手段について検討します。
- 動脈硬化と歯周病との関連も指摘されており、歯周病への対応も重要となります。

(イ) 応急手当・病院前救護

- 地域メディカルコントロール協議会において、救急搬送の改善等を図る他、救急隊員を対象とした講習会を実施し、病院前救護の技術向上を目指します。
- 心血管疾患については、日頃の生活習慣の見直しだけでなく、発症初期におけるAEDの使用等適切な救急救命処置が重要であるため、AED設置の普及や住民向けの講習会等を活用し、AEDの使用方法や応急手当の普及を図ります。
- 広報紙や講習会等により心血管疾患に関する知識の地域住民への啓発に取り組みます。

(ウ) 救急医療

- 現状の救急体制を確保・推進することにより、早期に専門的治療が可能な体制の確保を図ります。
- 心臓血管外科手術が必要な重症患者の一部については、隣接する西部医療圏に速やかに搬送できる体制を整えます。

(エ) 心血管疾患リハビリテーション・再発予防

- 救急医療を担う医療機関、リハビリテーションを担う医療機関、退院後の療養を担う医療機関、介護施設が地域連携クリティカルパス等活用し、早期からのリハビリテーションの実施、退院後の課題の把握、改善策、再発予防策、基礎疾患、危険因子の管理を行います。

(4) 糖尿病

ア 現状と課題

(ア) 現状

- 糖尿病は多くの疾患を併発する一方、血糖値が高い状態であっても多くの場合は無症状です。また、すい臓がんや肝がん、大腸がん等のがんの発生を促進する因子であることも指摘されています。
- 糖尿病の標準化死亡比(SMR)は、県に比べて80.2と低く、国に比べて92.4と低くなっています。

(イ) 予防

- 特定健診の結果に基づく標準化該当比のうち、
糖尿病有病者は県に比べて男性は96.2と低く、女性は106.6と高くなっています。
糖尿病予備群は県に比べて男性は103.7と高く、女性は111.3と高くなっています。
- 2015(平成27)年度の特定検診の受診率は、磐田市 46.1%、掛川市 38.1%、袋井市 52.9%、御前崎市 44.3%、菊川市 41.9%、森町 42.4%です。[再掲]
- 特定健診未受診が続く者への受診勧奨や、受診後の行動変容をどのように導くかが課題となります。

(ウ) 糖尿病の医療(医療提供体制)

- 糖尿病の「専門治療・急性増悪時治療」を担う医療機関は4施設(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)あります。
- 2015(平成27)年3月31日現在、糖尿病足病変に関する指導を実施する医療機関は7施設あります。
- 糖尿病(入院)の自己完結率は76.9%です。また、糖尿病の人工透析(外来)の自己完結率は100%です。
- 糖尿病内科(代謝内科)の医師数は人口10万人当たり1.3人と県(2.4人)を下回っています。

医師の充実、患者の発生を減らすことが求められます。

イ 施策の方向性

(ア) 合併症の発症を予防する初期・安定期治療

- 糖尿病に対する正しい知識を広めるほか、生活習慣病対策連絡会や健康づくりや食生活に関する住民団体の活動を通じて三師会、各種健康保険組合団体、地域産業保健センター、市町、住民等が連携を図り、1次予防、2次予防を強化します。
- 健診の日程や手法の改善に努めることにより、健診を受診しやすい環境を整備します。
- 受診行動に繋がる広報の在り方や、未受診が続く者への受診勧奨の方法について検討します。
- 受診後の行動変容を導く手段について検討します。
- 歯周病と糖尿病は相互に関連することが指摘されており、重症化を防ぐためにも、口腔ケアの大切さの広報や、歯周病検診をはじめとする口腔ケアの充実が求められます。
- 重症化予防対策事業を実施し、透析等重症化の予防を進めます。

(イ) 医療提供体制

- 診療所、歯科診療所等、普段の状態管理を担う医療機関、血糖値管理困難例や急性増悪時の対応を担う医療機関、慢性合併症の治療を担う医療機関、薬局、訪問看護ステーション、介護関係事業所等が必要な医療・介護を円滑に提供できるよう、関係機関間の連携に努めます。

(5) 肝炎

ア 現状と課題

(ア) 現状

- B型ウイルス肝炎のSMRは県に比べて50.1と低く、国に比べて55.9と低くなっています。
- C型ウイルス肝炎のSMRは県に比べて79.0と低く、国に比べて81.7と低くなっています。
- 肝及び肝内胆管の悪性新生物のSMRは県に比べて76.7と低く、国に比べて74.4と低くなっています。
- 肝硬変（アルコール性を除く）のSMRは県に比べて86.6と低く、国に比べて65.6と低くなっています。

(イ) 予防

- 「肝臓週間」等の機会を利用して住民に対する広報活動や相談会、患者交流会の開催等を行っています。
- 市町においては、健康増進事業として肝炎ウイルス検査を実施しています。保健所においても月2回、肝炎ウイルス検査を実施しています。

(ウ) 肝炎医療（医療提供体制）

- 2017（平成29）年11月1日現在の肝疾患かかりつけ医の登録数は25人です。
- 肝炎の「専門治療」を担う医療機関として、3施設（磐田市立総合病院（肝疾患相談支援センター）中東遠総合医療センター、菊川市立総合病院）を「地域肝疾患診療連携拠点病院」に指定しています。
- 2013（平成25）年1月から、「C型慢性肝炎に対する抗ウイルス療法の地域連携パス」の導入を開始しました。

イ 施策の方向性

(ア) 予防・患者及びその家族に対する支援の充実

- 肝炎治療は、ここ数年で大きな発展を遂げています。そのためにも感染の早期発見に努め、感染が判明した場合は、専門医療機関での治療を受けることが大切です。
- 色々な媒体を通じて、肝炎に対する正しい知識の普及や肝炎ウイルス検査の受診率向上に努めます。また、陽性の場合には、専門医療機関の紹介や相談支援を行います。
- 相談会、交流会の開催等により、肝炎医療費助成の周知、療養支援や情報提供の充実に努めます。

(イ) 肝炎医療（医療提供体制）

- 「肝疾患かかりつけ医」の登録を増やし、地域肝疾患診療連携拠点病院との円滑な連携を図ります。
- 肝炎診療ネットワーク構築のため、肝疾患かかりつけ医制度や肝臓病手帳の周知、地域連携クリティカルパスの運用の推進を行います。

(6) 精神疾患

ア 現状と課題

(ア) 現状

- 自殺の標準化死亡比（SMR）は、県に比べて 99.7 と低く、国に比べて 98.6 と低くなっています。
- 2017（平成 29）年 3 月 31 日現在、自立支援事業（通院患者）受給者数は 5,079 人、精神科病院への入院患者は 742 人です。それぞれ県の約 12%です。
- 前者では統合失調症、気分（感情）障害が、後者では統合失調症が多いです。
- 保健所では、精神疾患のための自傷行為のおそれがあるとの保護申請、通報等の精神科救急事例が発生した場合には、訪問、面接による調査に基づき入院等必要な措置を講じています。
- 2016（平成 28）年度の保護申請、通報対応等件数は 115 件です。

(イ) 普及・啓発

- 市町において相談窓口、保健所において精神保健福祉総合相談を実施しています。
- 保健所では自殺対策として、西部地区自殺対策ネットワーク会議の開催やゲートキーパー（悩みを抱える方の話を傾聴し必要な支援へとつなげる役割を担う人材）養成事業の実施（平成 28 年（2016 年）度まで累計で 1,911 人の養成）、引きこもり支援として「引きこもり支援コーディネーター」を配置し、個別の相談や家族交流会、連絡協議会等を実施しています。また、高次脳機能障害への対応として、高次脳機能障害総合相談窓口、講演会、交流会等を実施しています。

(ウ) 精神疾患の医療体制

- 精神科単科病院は 5、精神科のある病院は 1 施設、精神科診療所は 11 施設です。
- 当医療圏の精神科救急医療は、平日昼間は医療圏内の 4 精神科医療機関で対応し、夜間休日は服部病院、川口会病院（「精神科救急治療」を担う医療機関）を中心に、聖隷三方原病院（基幹病院）、静岡県立こころの医療センター（後方支援病院）の協力により対応しています。
- 精神・身体合併症については、菊川市立総合病院（「身体合併症治療」を担う医療機関）、聖隷三方原病院（基幹病院）により対応しています。
- 高次脳機能障害の支援拠点病院は、1 施設（聖隷三方原病院）あります。保健所の医療相談は、同院の協力及び中東遠及び西部医療圏の支援拠点機関である圏域相談支援事業所（1 施設に委

託)により対応しています。

- 精神疾患を有する者の中には病状が悪化しても自ら受診しない場合があるので、訪問により精神科受診支援を行っています。
- 保健所では精神疾患のため自傷他害の恐れのあるとの保護申請、通報等の精神科救急事例が発生した場合には訪問、面接による調査に基づき、入院等必要な措置を講じています。

イ 施策の方向性

(ア) 医療提供

- 精神科救急事例に対しての的確な対応に向け、警察や精神科医療機関等関係機関との連絡会議を実施し、関係者間の情報共有、役割の確認等行います。
- 患者訪問にて状態の把握に努め、病状悪化に至らないよう定期的な受診を進めます。

(イ) 多様な精神疾患への対応

- 現在の体制を継続する他、さらなる対応について検討します。

(ウ) 地域ケアシステムの構築、地域移行

- 入院患者の中には、治療は終了していても諸般の事情により退院できない場合があります。そこで、そのような者に対して退院支援、地域移行、地域定着を推進するため圏域自立支援協議会、地域移行・地域定着部会等を設置し、関係機関が連携して体制整備を構築していきます。

(7) 救急医療

ア 現状と課題

(ア) 救急医療体制

- 「初期救急医療」を担う医療機関は、休日夜間急患センターとして磐田地区は磐田市急患センター、掛川・菊川・御前崎地区は小笠掛川急患診療所が設置され、袋井地区は平日夜間は在宅輪番制、休日の日中は袋井市休日急患診療室が設置されています。
- 磐田歯科医師会は当番制で、小笠掛川歯科医師会は小笠掛川急患診療所で休日診療を行っています。
- 「入院救急医療」を担う医療機関は、医療圏内の公立病院5施設（磐田市立総合病院、中東遠総合医療センター、市立御前崎総合病院、菊川市立総合病院、公立森町病院）です。
- 「救命医療」を担う医療機関として、磐田市立総合病院、中東遠総合医療センターが救命救急センターに指定されています。
- 救急告示病院は、医療圏内の公立病院5施設が指定されています。
- 特定集中治療室のある病院は2施設、病床数は16床です。
- 2次救急の自己完結率は88.7%です。

(イ) 救急搬送

- 磐田市消防本部、袋井市森町広域行政組合袋井消防本部、掛川市消防本部、菊川市消防本部、御前崎市消防本部、聖隷三方原病院を基地とする静岡県西部ドクターヘリ（志太榛原医療圏、中東遠医療圏、西部医療圏を担当）が担っています。
- 2016（平成28）年の当医療圏内の消防本部の搬送件数は、14,574人です。
- 救急要請（覚知）から救急医療機関へ搬送した平均時間は37.6分で、全国平均、県平均（34.0分）よりも時間を要しています。
- 救急搬送の中には、軽症で緊急性の低い場合もあることから、消防機関等から住民への適正利用を呼びかけています。

(ウ) 病院前救護

- 地域メディカルコントロール協議会において実施状況が検証されています。また、救急救命士が行う特定行為についての研修会や病院実習が行われています。
- 各病院ではプロトコール講習会等を実施し、救急救命士が特定行為を行う際に指導助言できる指導医を養成しています。
- 市町及び消防機関等において、住民向けの普通救命講習会等を実施しています。
- 住民が使用可能なAED設置場所は317箇所です。[再掲]

イ 施策の方向性

(ア) 救急医療体制

- 初期、第2次、第3次救急医療の役割分担の明確化、医療機関と消防機関との円滑な連携体制の推進を図ります。
- 医療圏内で完結できない救急医療については、隣接する西部医療圏との連携により救急医療体制の確保を図ります。
- 今後、自宅や施設で療養を続ける高齢者の増加が見込まれる中、その急変時における対応について、医療、介護、行政等関係で意思疎通を図ります。

(イ) 救急搬送

- 地域メディカルコントロール協議会において、救急搬送の改善に向けた方策を協議していきます。
- 救急医療体制を円滑に運営するため、救急医療の負担軽減を目指し、関係機関が連携し、救急医療の現状や適切な受療行動について啓発を行います。

(ウ) 病院前救護

- メディカルコントロール体制の下、救急救命士等救急隊員を対象とした研修会や検証会等を開催し、病院前救護の充実を図ります。
- 住民向けの救急蘇生法講習会やAED使用講習会等を実施し、救命率の向上を目指します。

(8) 災害時における医療

ア 現状と課題

(ア) 医療救護施設

- 県指定の災害拠点病院が2施設（磐田市立総合病院、中東遠総合医療センター）、市町指定の救護病院が6施設あり、そのうち2施設は災害拠点病院を兼ねています。
- 災害拠点病院、救護病院ともに、病院の耐震化は完了しています。
- 救護所は37施設あります。（磐田市 11施設、掛川市 12施設、袋井市 7施設、御前崎市 2施設、菊川市 2施設、森町 3施設）
- 「静岡県第4次地震被害想定」のレベル2（マグニチュード9程度）の地震・津波のモデル及び「静岡県津波浸水想定」によれば、医療圏内の災害拠点病院は津波浸水想定区域になく、救護病院についても津波浸水想定区域にはありません。
- 当医療圏は、隣接する西部医療圏との密接な交流がありますが、天竜川の渡河が必要不可欠です。災害発生時には、特に天竜川での交通経路の遮断が危惧されるため、職員が居住地から勤務地へ参集できなくなる事例や救急搬送が困難となる事例の発生が予想されます。
- 当医療圏には中部電力浜岡原子力発電所が所在することから、初期被ばく医療体制を充実させ

るため、医療圏内の初期被ばく医療機関を含む4施設（磐田市立総合病院、中東遠総合医療センター、市立御前崎総合病院、菊川市立総合病院）を初期被ばく医療体制に組み入れ、計測機器、管理資機材等を整備したほか、医療圏内の5市1町、先述の病院4施設及び静岡県西部健康福祉センターに安定ヨウ素剤を備蓄しています。

(イ) 広域応援派遣

○災害時に医療の「応援派遣」を担う医療機関は、災害派遣医療チーム（静岡DMAT）設置病院の2施設（磐田市立総合病院、中東遠総合医療センター）、普通班応援班設置病院の4施設（磐田市立総合病院、市立御前崎総合病院、菊川市立総合病院、公立森町病院）、災害派遣精神医療チーム（静岡DPAT）設置病院の3施設（菊川市立総合病院、小笠病院、川口会病院）あります。

○当医療圏の属する静岡県西部方面本部の広域搬送拠点は、航空自衛隊浜松基地に置かれます。

(ウ) 広域受援

○県が委嘱した災害医療コーディネーターは3人（統括災害医療コーディネーター1人は西部医療圏と兼務）おり、医療施設の被害状況、医療需要や提供体制の把握、医療圏外から受け入れる医療救護班の配置調整等の業務に当たります。

(エ) 医薬品等の確保

○医薬品確保のため、県は、医薬品卸業者と災害協定を締結しています。

○医薬品備蓄センターは2箇所あります。（磐田市1箇所、掛川市1箇所）

○県が委嘱した災害薬事コーディネーターは15人おり、医薬品等の需給調整や薬剤師の配置調整等の業務に当たります。

イ 施策の方向性

(ア) 災害医療体制

○災害時における医療体制について、関係機関の情報を共有、相互の連携を推進するため地域災害医療対策会議を開催します。

○災害時小児周産期リエゾン（災害対策現地情報連絡員）の配置を検討します。

○避難所での生活が長引くと感染症、口腔不衛生による誤嚥性肺炎、生活不活発病、血栓症等の発生が危惧されます。健康づくり、医療の関係機関が連携を取り、発生予防に努めます。

○原子力災害時における医療体制については、引き続き、初期被ばく医療機関、二次被ばく医療機関及び三次被ばく医療機関等からなる緊急被ばく医療体制の充実や、初期被ばく医療機関に従事する医師等を対象とした研修による人材の育成等に努めます。

○また、今後、国が公表する新たな被ばく医療体制や静岡県が策定を進めている広域避難計画を踏まえ、現在の被ばく医療体制等も考慮しながら、医療圏としての対応を検討します。

(イ) 医療救護施設

○医療機関は、災害医療関連業務を日常診療業務と同等の本来業務と位置づけます。

○災害発生時の医療活動維持のため、事業継続計画（BCP）の策定を促進します。

○国において、原子力災害医療体制の見直しが進められています。当医療圏においても、それに基づき原子力災害医療体制の整備を進めていきます。

(ウ) 広域応援派遣・広域受援

○演習の実施や災害時の各組織・団体の活動報告の確認により、災害時の対応について理解を深

めるほか、関係各機関の意思疎通を図り、医療、薬事各コーディネーターの業務を支えます。

(エ) 医薬品等の確保

- 物品の確保、使用期限の確認、保管場所の検討等、災害時において直ちに利用できる体制づくりを進めます。また、不足した場合の対応については、静岡県災害対策本部西部方面本部との調整を行います。

(9) へき地の医療

ア 現状と課題

(ア) 現状

- 当医療圏には、無医地区及び無歯科医地区はありません。
- 当医療圏のへき地医療対策対象地域は、森町の一部（旧天方村、三倉村の2地区）です。

(イ) 医療提供体制

- 当医療圏で「へき地診療」を担う医療機関は、公立森町病院（準へき地病院）です。
- 医療圏内のへき地で発生した救急患者については、磐田市立総合病院、中東遠総合医療センターに搬送するほか、重篤な救急患者は静岡県西部ドクターヘリにより、基地病院である聖隷三方原病院等の救急医療施設に搬送します。
- へき地の患者を最寄りの医療機関である公立森町病院に運ぶため、へき地定期患者輸送事業の運営経費を補助しています。

イ 施策の方向性

- 1次予防、2次予防を進めることにより、医療機関へ受診する頻度を減らしたり、重症化する前に医療機関に受診ができるようにします。
- 準へき地医療拠点病院で対応できない救急患者については、静岡県西部ドクターヘリにより高度救命救急医療が提供できる医療施設に搬送します。

(10) 周産期医療

ア 現状と課題

(ア) 現状

- 2015（平成27）年度の分娩取り扱い件数は3,642件です。内訳は病院1,581件、産科診療所1,913件、助産所148件です。
- 2015（平成27）年の出生数は3,794人です。
- 2015（平成27）年の周産期死亡数（率）は15（3.94）です。
- 2015（平成27）年の死産数（率）は76（19.6）です。
- 2015（平成27）年の新生児死亡数（率）は15人（3.94）です。

(イ) 医療提供体制

- 正常分娩を取り扱う医療施設は16施設（病院3施設、診療所5施設、助産所8施設）あります。
- ハイリスク妊娠・分娩に対応する医療施設として、第二次周産期医療を担う地域周産期母子医療センターが1施設（磐田市立総合病院）、産科救急受入医療機関が1施設（中東遠総合医療センター）あります。

- 磐田市立総合病院は、平成 21 年度（2009 年度）に周産期母子医療センター棟を整備し、地域周産期母子医療センターとしての機能強化を図っています。
- 中東遠総合医療センターでは産婦人科を開設し、不足する医療需要に対応しています。
- 菊川市立総合病院は、平成 21 年度（2009 年度）から助産師外来を設置したほか、2013（平成 25）年 6 月から休止していた医師による分娩を再開しました。

イ 施策の方向性

（ア）周産期医療体制

- 周産期医療を担う医療施設、医療関係団体等が連携して、周産期医療体制の確保を図ります。また、医療圏内で完結できない周産期医療については、隣接する西部医療圏の総合周産期母子医療センター（聖隷浜松病院）等との連携により確保を図ります。
- 妊婦の健診、歯科検診受診を促し、異状があれば早い段階で対応できるよう努めます。

（イ）搬送受入態勢

- メディカルコントロール体制の下、救急救命士等救急隊を対象とした新生児蘇生法研修会を磐田市立総合病院で毎年開催し、病院前救護の技術向上を図ります。
- 産科合併症以外の身体合併症や妊産婦うつ病に対応するため、周産期医療施設と産科以外に対応する救急医療施設との連携を推進します。

（11）小児医療（小児救急医療を含む）

ア 現状と課題

（ア）現状

- 2015（平成 27）年の乳児死亡数（率）は 8 人（2.11）です。
- 2015（平成 27）年の小児（15 歳未満）の死亡数（率）は 16 人（0.24）です。

（イ）医療提供体制

- 小児科を標榜する診療所は 77 施設です。小児慢性特定疾患を取り扱う医療機関は 25 施設です。
- 初期小児救急医療は、センター方式の 3 か所（磐田市夜間急患センター、袋井市休日急患診療室、小笠掛川急患診療所）により対応しています。
- 小児専門医療は、磐田市立総合病院、中東遠総合医療センター、公立森町病院が担っていますが、専門医の減少等により、病院の負担が大きくなっています。
- 小児救命救急医療（第 3 次小児救急医療）は救命救急センター（磐田市立総合病院、中東遠総合医療センター）や、高度小児専門医療機関（静岡県立こども病院）が担っています。
- 救急搬送については、各消防本部の救急車両と聖隷三方原病院を基地病院とする静岡県西部ドクターヘリが担っています。

イ 施策の方向性

（ア）小児医療・小児救急体制

- 予防接種に関する情報提供等通じて接種率を向上させ、ワクチンで予防できる疾患の減少に努めるとともに、医療従事者への負担軽減を図ります。
- 乳幼児健診を充実すること等により、早期診断に努めます。さらに、必要に応じて医療、福祉関係機関が連携して対応できる体制整備を進めます。
- 妊産婦及び母子支援ネットワーク推進事業に基づく関係会議を実施し、医療機関、保健所、市

町が連携して、支援が必要な妊産婦に対応します。

- 小児慢性特定疾病に該当する児及びその家族に対して、必要な支援を行います。
- 小児医療を担う医療機関や関係団体等が連携して、小児医療体制の確保を図ります。
- 医療圏内で完結できない場合には、隣接する西部医療圏や静岡県立こども病院等との連携により対応していきます。
- 3次小児救急医療機関等と連携し、医師、看護師、救急隊員等医療圏内の医療関係者を対象とした症例検討会等により、救急医療の連携強化及び技術向上を図ります。

(イ) 小児救急電話

- 小児医療の現状や適切な受療行動についての情報発信を推進するほか、小児救急電話相談（#8000）の一層の周知を図ります。

(12) 在宅医療

ア 現状と課題

(ア) 現状

- 2016（平成28）年10月1日現在、高齢化率（総人口に占める65歳以上人口の割合）は26.2%と県平均の28.5%を下回っていますが、森町では31.6%に達しているほか、高齢化率は医療圏全体として増加が続いています。
- 2016（平成28）年4月1日現在、市町の高齢者世帯の割合は県平均を下回っています。（県平均23.6%、当医療圏 森町22.1%～袋井市16.0%）
- 2016（平成28）年4月1日現在、市町のひとり暮らし高齢者世帯の割合は県平均を下回っています（県平均12.8%、当医療圏 森町10.0%～袋井市7.6%）
- 2015（平成27）年9月30日現在、要介護（支援）認定者数は18,273人です。
内訳は要支援1 1,495人、要支援2 1,849人、要介護1 4,561人、要介護2 3,500人、要介護3 2,742人、要介護4 2,463人、要介護5 1,663人です。
- 2015（平成27）年の死亡数4,615人の死亡場所は、自宅 15.0%（県 13.3%）（グループホーム、サービス付高齢者向け住宅を含む。）、老人ホーム 10.1%（県 8.9%）（養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホームをいう。）、病院 67.4%（県 70.7%）診療所 1.2%（県 1.4%）老人保健施設 4.5%（県 4.0%）でした。
- 磐田市では、2015（平成27）年に設置した「磐田市在宅医療介護連携推進協議会」において、医療、介護の関係者がそれぞれの立場で在宅医療をとりまく現状や課題を話し合い、相互に連携を取れる体制づくりを進めています。
- 掛川市では、地域健康医療支援センター「ふくしあ」を拠点とし、医師会のチームを核とした訪問診療や往診、訪問看護、訪問リハビリ体制の拡充支援等を推進しています
- 袋井市では、2015（平成27）年5月に開設した袋井市総合健康センターを拠点に、保健・医療・介護・福祉の機能が連携した総合的な健康支援システムを構築していくため、在宅医療、介護に関わる多職種専門職が連携したサービスの提供を行っています。
- 菊川市と森町では、家庭医養成プログラムの一環として、家庭医療センターの医師による在宅診療を行っています。
- 御前崎市では、在宅生活を支える医療と介護に携わる関係者による在宅医療・介護連携推進会議を開催し、現状や課題を話し合い、相互に連携の取れる体制づくりを進めています。

- 菊川市では、菊川市家庭医療センター医師による在宅診療を行うとともに、医師会との連携により在宅医療の推進を図っています。
- 森町では、公立森町病院、森町家庭医療クリニック及び森町訪問看護ステーションを中心に、積極的に在宅医療を推進しています。引き続き、静岡県在宅医療・介護連携情報システム（シズケア＊かけはし）等を活用しながら必要な情報の提供、共有に努め、多職種連携による支援体制を構築します。
- 静岡県西部健康福祉センターでは、地域包括ケア推進ネットワーク会議中東遠圏域会議を実施し、圏域における情報交換、課題の抽出、検討を行っています。

(イ) 医療提供体制

- 2017（平成29）年6月1日現在、在宅療養支援病院は2施設（公立森町病院、豊田えいせい病院）、在宅療養支援診療所は34施設です。
- 2016（平成28）年6月30日現在、在宅療養支援歯科診療所は17施設です。
- 2015（平成27）年3月31日現在、在宅患者訪問薬剤管理指導届出施設は183施設です。
- 2014（平成26）年10月1日現在、訪問看護ステーションは17、介護老人保健施設定員は1,350人、介護老人福祉施設定員は2,282人です。

イ 施策の方向性

(ア) 円滑な在宅医療移行に向けての退院支援

- 本人が希望する場所で療養生活を維持することができるよう、地域医療介護総合確保基金を活用し、在宅医療推進事業の充実を図ります。
- 地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、「地域包括ケアシステム」の構築に向けた協議を、医療・介護・行政等の関係者と検討していきます。
- 多職種、複数機関による退院にむけての患者検討会や退院前同行訪問等により、退院後の移行が円滑にできる体制を整えます。

(イ) 日常の療養支援・多職種連携の推進

- 静岡県在宅医療・介護連携情報システム（シズケア＊かけはし）等、ICT（情報通信技術）を利用して受療者個々人の療養状況を関係者が共有できる環境を構築し、療養提供の効率を高めます。

(ウ) 急変時の対応

- 必要な医療を遅滞なく提供するため、送り出す側と受ける側で連絡・対応の手順を整えます。その際には、家族と受ける側がどこまでの処置を望むのか、あらかじめ確認しておくことが求められます。
- 自宅、施設における療養の増加に伴い、急変時の対応による救急医療への負担増が懸念されます。よって、地域包括ケア病棟等急変時に対応可能な医療資源の確保を促します。また、介護医療院や療養病床等でも看取りを含めた対応が進むよう促します。

(エ) 患者が望む場所での看取り

- 関係者に対する研修等を充実し、対応できる技術を身につけます。
- 患者、家族に対して、「どのような看取りを望むのか」について確認し、なるべく意向に沿うことができるよう関係機関が調整を図ります。
- 看取りについて関心を持つよう、住民に対して情報発信に努めます。

○看取りについて関心を持つよう、住民に対して情報発信に努めます。

(オ) 在宅医療を担う機関及び人材の充実等

○地域医療介護総合確保基金等を活用した施設設備の整備、研修会等実施、看護師の登録制度や就業支援を通じて看護職の確保や人材育成を行います。

○在宅医療への理解を深めるため、情報発信に努めます。

(13) 認知症

○わが国における認知症の人の数は、2012（平成 24）年現在で約 462 万人、65 歳以上高齢者の約 7 人に 1 人と推計されています。

○2025（平成 37）年には認知症の人の数は約 700 万人前後になり、65 歳以上高齢者の約 5 人に 1 人に上昇すると推計されています。

○早期発見・早期対応をはじめとする状態に応じた支援体制の構築、認知症の人とその家族への支援等多彩な施策が求められます。

○当医療圏における精神科単科病院は 5、精神科のある病院は 1 施設、精神科診療所は 11 施設です。

[再掲]

○認知症の支援は、磐田市立総合病院、中東遠総合医療センター（認知症疾患医療センター）、市町介護部門や包括支援センター18 施設が中心となって対応しています。

○厚生労働省は「認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現」を目指し、関係府省庁と共同で「認知症施策推進総合戦略」（新オレンジプラン）を作成しました。

○認知症施策推進総合戦略は、地域包括ケアシステムが展開される中で実現されるものです。

○医療、介護、行政等関係機関が連携を取り、地域医療介護総合確保基金等を活用しながら進めていきます。

(14) 慢性閉塞性肺疾患（COPD）

○慢性閉塞性肺疾患とは、「たばこの煙等の有害物質を長期、吸入暴露することで生じた肺の炎症性疾患」と総称されます。

○40 歳以上の人口の 8.6%、約 530 万人の患者が存在すると推定されています。

○2014（平成 26）年の患者数は 26.1 万人、2015（平成 27）年の死亡者は 15,756 人で死亡順位の 10 位（男性は 8 位、女性は 11 位以下）です。

○歩行時や階段昇降等体を動かした時に息切れを感じる労作時呼吸困難やせき、たんが特徴的な症状です。喘息のような症状を合併する場合があります。

○疾病自体の影響以外にも、インフルエンザや肺炎球菌による呼吸器感染症の増悪要因、呼吸困難による身体活動制限、肺がん、喘息の併発等、特に高齢者では大きな影響を及ぼします。

○現在、地域連携クリティカルパスが運用されています。

○疾病自体及び他疾患への影響、身体活動への影響を軽減させるためにも、疾病についての知識の普及、喫煙対策、早期発見、早期治療等進めていきます。



医 政 号 外
平成 30 年 1 月 16 日

各保健所長 様

医療政策課長

「第 8 次静岡県保健医療計画（2 次保健医療圏版）」最終案の作成について（依頼）

次期保健医療計画の策定につきましては、先般開催された平成 29 年度第 2 回静岡県医療審議会において素案の了承をいただき、現在、パブリックコメント及び市町・関係団体等への法定意見聴取を実施しているところです。

つきましては、提出意見を踏まえた「第 8 次静岡県保健医療計画（2 次保健医療圏版）」の最終案を下記により作成いただき、医療政策課まで提出くださるようお願いいたします。

記

- 1 作成いただく最終案 : 現在の素案の追加修正
※別添の「最終案作成要領」に基づき作成願います。
- 2 提出期限 : 平成 30 年 2 月 23 日 (金)
※全体調整を行う必要があることから、上記期限に拘らず、調整会議の終了後速やかに提出してください。
※期限後、地域医療協議会等を踏まえて修正を行う場合は御連絡ください。
- 3 今後スケジュール (予定)
 - ・ 2 月 23 日 (金) : 各保健所からの最終案提出期限
 - ・ 2 月下旬 : 最終案とりまとめ、全体調整
 - ・ 3 月上旬 : 部三役、医師会等との事前協議
 - ・ 3 月 13 日 (火) : 第 4 回保健医療計画策定作業部会
 - ・ 3 月 23 日 (金) : 第 3 回医療審議会
- 4 留意事項
 - ・ 県民意見及び関係団体意見につきましては、別途送付いたします。
 - ・ 今後の検討や全県版との調整から、修正等を依頼することがありますので御承知おきください。



担当 : 医療企画班

電話 : 054-221-2284

I 作成する最終案について

- ・今回作成いただく最終案により、3月の医療計画策定作業部会、医療審議会で審議のうえ成案を得る予定です。
- ・これまでの「圏域版」の名称を変更し、「2次保健医療圏版」とする予定です。

II 今回依頼内容

- ・現在の素案を、下記に基づき追加修正願います。
- ・修正にあたっては、別途指定するファイルを使用してください。医療政策課において可能な範囲でなりなおし等を行っています。
- ・追加修正箇所は赤字着色してください。

(1) 県民意見、関係団体意見の反映

- ・現在実施中のパブリックコメント（～1/23）及び関係団体意見聴取（～1/26）について、期間終了後、提出意見を取りまとめのうえ御連絡します。
- ・提出意見を踏まえて、素案の追加修正等をお願いします。

(2) 計画全体の記載統一

- ・計画全体の記載統一を図るため、次の基準により必要箇所の修正をお願いします。

○掲載データの時点統一

- ・がん検診受診率 ⇒ 2015 (H27) 年度
- ・がん検診精密検査受診率 ⇒ 2014 (H26) 年度
- ・特定健診受診率 ⇒ 2015 (H27) 年度
- ・特定保健指導実施率 ⇒ 2015 (H27) 年度
- ・医療人材（三師調査等） ⇒ 2016 (H28) 年 12 月
- ・医療機能を担う医療機関 ⇒ 2017 (H29) 年 12 月
- ・在支病、在支診の数 ⇒ 2017 (H29) 年 6 月

○数値目標の現状値

- ・上記記載データの時点に統一

○用語の統一

- ・「圏域」⇒「医療圏」（2次保健医療圏を意味する場合）

○その他

- ・資料出典については図表のみ記載する。本文には記載しない。
- ・本文の再掲がある場合は、文尾に〔再掲〕と記載する。

III 留意事項

- ・現在「精査中」としている「2020(平成32)年度の在宅医療等の必要量」については、介護保険事業支援計画の策定状況を踏まえ、改めて御連絡します。
- ・各医療圏共通の指標を別途設定する予定であり、改めて御連絡します。
- ・今回が最終案となることから、計画全体を通じて記載の再確認をお願いします。



資料2-1

医 政 号 外
平成 30 年 1 月 16 日

各保健所長 様

医療政策課長

平成 29 年度第 4 回地域医療構想調整会議の進め方について（依頼）

このことについて、第 8 次静岡県保健医療計画の策定に向けて、昨年度来、調整会議の運営に御尽力いただいているところです。これまでも調整会議において様々な意見調整を行っていただいておりますが、本年度第 4 回目の調整会議開催にあたり、特に別紙のことについて関係者から意見を聴取していただくようお願いいたします。

担当：医療企画班
電話：054-221-2341





地域医療構想調整会議の進め方について

本年度の調整会議では、次期保健医療計画の「地域保健医療計画（案）」について議論していただくことを想定していますが、このほか、「公的医療機関等2025プラン」に係る議論や休止病床を有する医療機関に対して今後の見通し等の説明を求めるとを通じ、地域医療構想の推進に向けて各医療機関が担う病床の役割や連携方法等について具体的に議論することが求められております。

つきましては、今後の調整会議の運営において、以下について留意していただくようお願いいたします。

1 本年度第4回目の調整会議での協議事項（案）

(1) 次期保健医療計画（地域保健医療計画）の最終確認

パブリックコメント及び法定意見聴取による意見を踏まえ、適宜、追加・修正のうえ、各委員からの意見聴取をお願いします。なお、計画案を事前送付することで各委員から意見集約するなど、協議時間の短縮を図っていただくようお願いいたします。

(2) 「公的医療機関等2025プラン」に係る協議（前回から継続）

第3回調整会議で未報告の医療機関から、それぞれのプラン（今後の方向性）を報告していただくようお願いいたします。

(3) 次年度の調整会議の進め方に関する共通認識

次期保健医療計画（地域医療構想を含む）の推進に向け、進捗管理（PDCAサイクル）を行うことが重要となります。

次年度も調整会議を4回開催することを見込んでいますので、今後協議すべき事項（次頁：2 次年度以降の調整会議の進め方（案）を参考）及び概ねのスケジュール感について調整会議内で共有していただくようお願いいたします。



(4) 各医療機関が担う病床機能に関する協議（(1)及び(2)の進捗状況に応じて実施）

上記に係る協議の進捗状況に応じて、「公的医療機関等2025プラン」に係る協議や休止病床を有する医療機関に対する聴取等を、順次、実施するようお願いいたします。

2 次年度以降の調整会議の進め方について（案）

(1) 各医療機関が担う病床機能に関する協議

疾病・事業、在宅医療等の医療提供体制の検討にあたり、特に、過剰な病床機能における役割分担の見直し、不足する病床機能を充足するための役割分担及び連携について議論していただくことが重要であると考えております。

各医療機関の診療科の現状及び今後の医療需要の見通し等を踏まえ、各地域における効果的・効率的な医療提供体制のあり方について議論が進むよう調整願います。

なお、その際、各医療機関の「公的医療機関等2025プラン」や病床機能報告データ等の活用のほか、休止病棟を有する医療機関に対して今後の見通しを聴取すること等を通じて具体的な議論が促進されるよう配慮願います。

○ 「公的医療機関等2025プラン」による協議

- ・各医療機関の「今後の方針」が構想区域の将来の方向性と合致するかの確認
- ・構想区域の「課題」に対応する各医療機関の具体的な取組に関する議論
(病床の機能分化・連携、在宅医療の推進等について、地域医療介護総合確保基金を活用した事業の検討など【各構想区域としての取組を検討】)

なお、「公的医療機関」の役割を調整のうえ、その他の医療機関についてもそれぞれの役割が明らかとなるよう、随時、調整願います。

○ 休止病棟を有する医療機関への聞き取り及び今後の病床運用に係る協議

次期保健医療計画では全ての二次保健医療圏で基準病床を超過する見込みの中、地域医療構想の実現のためには、非稼働病床も含めた既存病床の有効利用が重要と考えられます。特に一般病床の3/4程度を公的医療機関が占めていることから、その動向は地域医療構想の実現に大きな影響があると考えます。

このため、公的医療機関等で非稼働病棟がある場合には、当該医療機関を調整会議に招集し、「非稼働となっている理由」及び「当該病棟の今後の見通しに関する具体的な計画」を聴取することで、構想区域全体として効果的・効果的な病床運用につなげるための具体的な議論が進むようお願いいたします。

なお、公的医療機関以外の病院に対しても、必要に応じて、聴取いただくようお願いいたします。

(2) 次期保健医療計画（地域医療構想を含む）の推進のための進捗管理

次期保健医療計画では、各医療圏で重点的に取り組む事項について「対策のポイント」として記載するほか、疾病・事業及び在宅医療の取組に関して数値目標を設定することから、これらの実現に向けて、随時、チェック・改善が行われるよう留意願います。

また、地域医療構想の推進に関しては、(1)に記載のほか、在宅医療の推進に向け、在宅療養患者への医療提供体制の確保について各種施策を実施するとともに、必要な対策を検討していただくようお願いいたします。

なお、その際には以下に留意するようお願いいたします。

- ・療養病床の転換見込みや介護サービスの供給状況等の把握に努め、各圏域の「地域包括ケア推進ネットワーク会議」との連携のもと対策を検討すること。
- ・「静岡県在宅療養支援ガイドライン」を活用するなど、入院から在宅療養へ円滑に移行できる体制づくりに留意すること。

(別紙) 今後の調整会議の協議内容 (案)

※調整会議は、原則、公開で行うこととされていますが、医療機関の経営に関する事項に係る協議の場合、必要に応じて非公開にて開催することも検討願います。

1 「公的医療機関等2025プラン」による協議

- ・29年度の調整会議において、各医療機関の将来の病床機能の方向性を報告・共有
- ・すべての公的医療機関等（政策医療を担う医療機関を含む）からの報告を受け、構想区域としての方向性（病床の機能分化・連携）を議論
（その中で、個別医療機関（病棟）の役割を明確化するとともに、相互に補完するための連携方策を検討）
- ・医師確保等による医療提供体制の充実、診療報酬改定等の状況変化により、各医療機関（病棟）が担う機能を変更する場合、随時、その役割・連携方策等の見直し

2 休止病棟を有する医療機関への聞き取り及び今後の病床運用に係る協議

- ・休止病棟（病床の全てが稼働していない病棟）を有する医療機関のうち、公的医療機関を優先して聞き取り

<聞き取り事項>

- ・非稼働となっている理由
- ・当該病棟の今後の見通しに関する具体的な計画（未稼働の理由を改善する具体的な方法及びそのスケジュール）

- ・なお、公的医療機関など地域で重要な役割を担う医療機関については、病棟単位で休止していなくとも、著しく病床利用率の低い病棟がある場合には同様に聞き取り
※例：一般病床での病床利用率…60%未満 等

⇒当該医療機関からの聞き取りの上、構想区域全体として効率的・効果的な病床運用につなげるための具体的な方策を議論

<考え方>

- ・非稼働病床については単に廃止を求めるのではなく病床の有効利用を促すことが趣旨（公的医療機関に対しては、医療法（第7条の2第3項）により、病床の削減命令を行うことができるとされているが、権限行使をせずとも提供体制を確保することが重要）
- ・限られた病床（既存）の中で、いかに効果的・効率的な医療提供体制を構築するかそのために、各地域で医療機能の分担と連携をどのように進めるのかが重要

3 療養病床の転換に係る慢性期機能・在宅医療等に係る協議

- ・介護医療院に係る施設基準・報酬等の詳細が判明した上で、療養病床を有する医療機関の転換意向を確認・情報共有
- ・各構想区域における「慢性期機能」及び「在宅医療等」の将来の必要量に対する供給量（サービス量）の状況把握に努め、在宅療養患者への医療提供について必要な対策を検討
※介護施設等への転換に伴い、実際の需要に対して当該機能が不足することがないか、継続的に把握する必要がある

地域医療構想の進め方に関する議論の整理（案）

平成〇年〇月〇日

医療計画の見直し等に関する検討会
地域医療構想に関するワーキンググループ

1. はじめに

- 地域医療構想は、平成 28 年度中に全ての都道府県において策定され、今後は、地域医療構想調整会議を通じて、構想区域ごとにその具体化に向けた検討を進めていく必要がある。
- また、「経済財政運営と改革の基本方針 2017（平成 29 年 6 月 9 日閣議決定）」において、地域医療構想の達成に向けて、構想区域ごとの地域医療構想調整会議での具体的議論を促進することが求められている。具体的には、病床の役割分担を進めるためのデータを国から都道府県に提供し、個別の病院名や転換する病床数の具体的対応方針の速やかな策定に向けて、それぞれの地域医療構想調整会議において 2 年間程度で集中的な検討を促進することが求められている。

「経済財政運営と改革の基本方針 2017（平成 29 年 6 月 9 日閣議決定）」【抜粋】

② 地域医療構想の実現、医療計画・介護保険事業計画の統合的な策定等

地域医療構想の実現に向けて地域ごとの「地域医療構想調整会議」での具体的議論を促進する。病床の役割分担を進めるためデータを国から提供し、個別の病院名や転換する病床数等の具体的対応方針の速やかな策定に向けて、2 年間程度で集中的な検討を促進する。これに向けて、介護施設や在宅医療等の提供体制の整備と統合的な慢性期機能の再編のための地域における議論の進め方を速やかに検討する。このような自主的な取組による病床の機能分化・連携が進まない場合には、都道府県知事はその役割を適切に発揮できるよう、権限の在り方について、速やかに関係審議会等において検討を進める。また、地域医療介護総合確保基金について、具体的な事業計画を策定した都道府県に対し、重点的に配分する。

地域医療構想における 2025 年（平成 37 年）の介護施設、在宅医療等の追加的必要量（30 万人程度）を踏まえ、都道府県、市町村が協議し統合的な整備目標・見込み量を立てる上での推計の考え方等を本年夏までに示す。

- このため、都道府県が、地域医療構想の達成に向けて医療機関などの関係者と連携しながら円滑に取り組めるように、これまでの医療計画の見直し等に関する検討会や地域医療構想に関するワーキンググループにおける議論を踏まえながら、地域医療構想の進め方に関する議論の整理を行う。

2. 地域医療構想調整会議の進め方について

1) 地域医療構想調整会議の協議事項

「経済財政運営と改革の基本方針 2017（平成 29 年 6 月 9 日閣議決定）」においては、地域医療構想の達成に向けて、「個別の病院名や転換する病床数等の具体的対応方針の速やかな策定に向けて、2 年間程度で集中的な検討を促進する」とこととされていることを踏まえ、都道府県においては、毎年度この具体的対応方針をとりまとめること。

この具体的対応方針のとりまとめには、地域医療構想調整会議において、2025 年における役割・医療機能ごとの病床数について合意を得た全ての医療機関の

① 2025 年を見据えた構想区域において担うべき医療機関としての役割

② 2025 年に持つべき医療機能ごとの病床数

を含むものとする。

なお、平成 30 年度以降の地域医療介護総合確保基金の配分に当たっては、各都道府県における具体的対応方針のとりまとめの進捗状況についても考慮することとする。

ア. 個別の医療機関ごとの具体的対応方針の決定への対応

【公立病院に関すること】

○ 公立病院は、新公立病院改革プランを策定した上で、地域医療構想調整会議において、構想区域の医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向を踏まえて、平成 29 年度中に、2025 年に向けた具体的対応方針を協議すること。協議が調わない場合は、繰り返し協議を行った上で、速やかに 2025 年に向けた具体的対応方針を決定すること。また、具体的対応方針を決定した後に、見直す必要が生じた場合には、改めて地域医療構想調整会議で協議すること。

○ この際、

① 山間へき地・離島など民間医療機関の立地が困難な過疎地等における一般医療の提供

② 救急・小児・周産期・災害・精神などの不採算・特殊部門に関わる医療の提供

③ 県立がんセンター、県立循環器病センター等地域の民間医療機関では限界のある高度・先進医療の提供

④ 研修の実施等を含む広域的な医師派遣の拠点としての機能

などの役割が期待されていることに留意し、構想区域の医療需要や現状の病床稼働率等を踏まえてもなお①～④の医療を公立病院において提供することが必要であるのかどうか、民間医療機関との役割分担を踏まえ公立病院でなければ担えない分野へ重点化されているかどうかについて確認すること。

【公的医療機関等 2025 プラン対象医療機関に関すること】

- 公的医療機関等2025プラン対象医療機関(新公立病院改革プランの策定対象となっている公立病院を除く公的医療機関等、国立病院機構及び労働者健康安全機構が開設する医療機関、地域医療支援病院、特定機能病院)は、公的医療機関等2025プランを策定した上で、地域医療構想調整会議において、構想区域の医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向を踏まえて、平成29年度中に2025年に向けた具体的対応方針を協議すること。協議が調わない場合は、繰り返し協議を行った上で、速やかに2025年に向けた具体的対応方針を決定すること。また、具体的対応方針を決定した後に、見直す必要が生じた場合には、改めて地域医療構想調整会議で協議すること。

- この際、構想区域の医療需要や現状の病床稼働率等を踏まえ公的医療機関等2025プラン対象医療機関でなければ担えない分野へ重点化されているかどうかについて確認すること。

(参考)

- ・ 公的医療機関の開設者(医療法第31条)
都道府県、市町村、地方公共団体の組合、国民健康保険団体連合会及び国民健康保険組合、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、社会福祉法人北海道社会事業協会

- ・ 公的医療機関等の開設者(医療法第7条の2第1項各号に掲げる者)
公的医療機関の開設者、国家公務員共済組合連合会、地方公務員共済組合連合会、公立学校共済組合、日本私立学校振興・共済事業団、健康保険組合及び健康保険組合連合会、国民健康保険組合及び国民健康保険団体連合会、独立行政法人地域医療機能推進機構

【その他の医療機関に関すること】

- その他の医療機関のうち、開設者の変更等を含め構想区域において担うべき医療機関としての役割や機能を大きく変更する病院などの場合には、今後の事業計画を策定した上で、地域医療構想調整会議において、構想区域の医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向を踏まえて、速やかに2025年に向けた対応方針を協議すること。協議が調わない場合は、繰り返し協議を行った上で、2025年に向けた対応方針を決定すること。また、対応方針を決定した後に、見直す必要が生じた場合には、改めて地域医療構想調整会議で協議すること。

- それ以外の全ての医療機関については、地域医療構想調整会議において、構想区域の医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向を踏まえて、遅くとも平成30年度末までに2025年に向けた対応方針を協議すること。協議が調わない場合は、繰り返し協議を行った上で、2025年に向けた対応方針を決定すること。また、対応方針を決定した後に、見直す必要が生じた場合には、改めて地域医療構想調整会議で協議すること。

【留意事項】

- 都道府県は、新公立病院改革プランや公的医療機関等2025プラン、病床機能報告の結果等から、過剰な病床機能に転換しようとする医療機関の計画を把握した場合には、速やかに、当該医療機関に対し、地域医療構想調整会議への出席と、病床機能を転換する理由についての説明を求めること。
- 都道府県は、病床機能報告において、6年後の医療機能を、構想区域で過剰な病床機能に転換する旨の報告をした医療機関に対して、速やかに、①都道府県への理由書提出、②調整会議での協議への参加、③都道府県医療審議会での理由等の説明を求めた上で、当該理由等がやむを得ないものと認められない場合には、医療法第30条の15に基づき、都道府県医療審議会の意見を聴いて、病床機能を変更しないことを命令（公的医療機関等を対象）又は要請（公的医療機関等以外の医療機関を対象）すること。また、要請を受けた者が、正当な理由がなく、当該要請に係る措置を講じていない場合には、医療法第30条の17に基づき、都道府県医療審議会の意見を聴いて、当該措置を講ずべきことを勧告すること。さらに、命令または勧告を受けた者が従わなかった場合には、医療法第30条の18に基づき、その旨を公表すること。

イ. 病床が全て稼働していない病棟¹を有する医療機関への対応

【全ての医療機関に関すること】

- 都道府県は、病床機能報告の結果等から、病床が全て稼働していない病棟を有する医療機関を把握した場合には、速やかに、当該医療機関に対し、地域医療構想調整会議へ出席し、①病棟を稼働していない理由、②当該病棟の今後の運用見通しに関する計画について説明するよう求めること。ただし、病院・病棟を建て替える場合など、事前に地域医療構想調整会議の協議を経て、病床が全て稼働していない病棟の具体的対応方針を決定していれば、対応を求めなくてもよい。
- なお、病床過剰地域において、上述の説明の結果、当該病棟の維持の必要性が乏しいと考えられる病棟を有する医療機関に対しては、都道府県は、速やかに、医療法第7条の2第3項又は第30条の12第1項に基づき、都道府県医療審議会の意見を聴いて、非稼働の病床数の範囲内で、病床数を削減することを内容とする許可の変更のための措置を命令（公的医療機関等を対象）又は要請（公的医療機関等以外の医療機関を対象）すること。また、要請を受けた者が、正当な理由がなく、当該要請に係る措置を講じていない場合には、医療法第30条の12第2項に基づき、都道府県医療審議会の意見を聴いて、当該措置を講ずべきことを勧告すること。さらに、命令または勧告を受けた者が従わなかった場合には、医療法第7条の2第7

¹ 病床が全て稼働していない病棟：過去1年間に一度も入院患者を収容しなかった病床のみで構成される病棟

項又は医療法第30条の12第3項に基づき、その旨を公表すること。

【留意事項】

- 都道府県は、病床がすべて稼働していない病棟を再稼働しようとする医療機関の計画を把握した場合には、当該医療機関の医療従事者の確保に係る方針、構想区域の他の医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向等を踏まえ、現在稼働している病棟の稼働率を上げたとしてもなお追加的な病棟の再稼働の必要性があるか否かについて地域医療構想調整会議において十分に議論すること。特に、再稼働した場合に担う予定の病床機能が、構想区域において過剰な病床機能である場合には、過剰な病床機能へ転換するケースと同様とみなし、より慎重に議論を進めること。

ウ. 新たな医療機関の開設や増床の許可申請への対応

【全ての医療機関に関すること】

- 都道府県は、新たに病床を整備する予定の医療機関や、開設者を変更する医療機関（親から子への継承を含む）を把握した場合には、当該医療機関に対し、開設等の許可を待たずに、地域医療構想調整会議へ出席し、①新たに整備される病床の整備計画と将来の病床数の必要量との関係性、②新たに整備される病床が担う予定の病床の機能と当該構想区域の病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量との関係性、③当該医療機能を担う上での、雇用計画や設備整備計画の妥当性等について説明するよう求めること。
- また、既存病床数及び基準病床数並びに将来の病床数の必要量との整合性の確保を図る必要がある場合には、地域医療構想調整会議での協議を経て都道府県医療審議会においても議論を行うこと。議論にあたっては、地域医療構想調整会議における協議の内容を踏まえること。
- 都道府県は、①新たに整備される病床が担う予定の医療機能が、当該構想区域における不足する医療機能以外の医療機能となっている、②当該構想区域における不足する医療機能について、既存の医療機関の将来の機能転換の意向を考慮してもなお充足する見通しが立たないといった場合等には、新たに病床を整備する予定の医療機関に対して、地域医療構想調整会議の意見を聴いて、医療法第7条第5項に基づき、開設許可にあたって不足する医療機能に係る医療を提供する旨の条件を付与すること。また、当該開設者又は管理者が、正当な理由がなく、当該許可に付された条件に従わない場合には、医療法第27条の2第1項に基づき、都道府県医療審議会の意見を聴いて、期限を定めて、当該条件に従うべきことを勧告すること。さらに、勧告を受けた者が、正当な理由がなく、当該勧告に従わない場合には、医療法第27条の2第2項に基づき、都道府県医療審議会の意見を聴いて、期限を定めて、当該勧告に係る措置をとるべきことを命令すること。それでもなお命令を受け

た者が従わなかった場合には、医療法第 27 条の 2 第 3 項に基づき、その旨を公表すること。

【留意事項】

- 都道府県は、今後、新たに療養病床及び一般病床の整備を行う際には、既に策定されている地域医療構想との整合性を踏まえて行うこと。具体的には、新たな病床の整備を行うに当たり、都道府県医療審議会において、既存病床数と基準病床数の関係性だけでなく、地域医療構想における将来の病床数の必要量を踏まえ、十分な議論を行うこと。
- 例えば、現状では既存病床数が基準病床数を下回り、追加的な病床の整備が可能であるが、人口の減少が進むこと等により、将来の病床数の必要量が既存病床数を下回ることとなる場合には、既存病床数と基準病床数の関係性だけでなく、地域医療構想における将来の病床数の必要量を勘案し、医療需要の推移や、他の二次医療圏との患者の流出入の状況等を考慮し、追加的な病床の整備の必要性について慎重に検討を行うこと。

2) 地域医療構想調整会議での個別の医療機関の取組状況の共有

ア. 個別の医療機関ごとの医療機能や診療実績

【高度急性期・急性期機能】

- 高度急性期・急性期機能を担う病床については、構想区域ごとにどのような医療機関があり、それぞれの医療機関がどのような役割を果たしているのか、地域医療構想調整会議において、個別の医療機関の取組状況を共有する必要がある。
- このため、都道府県は、各病院・病棟が担うべき役割について協議できるよう、個別の医療機関ごとの各病棟における急性期医療に関する診療実績（幅広い手術の実施状況、がん・脳卒中・心筋梗塞等への治療状況、重症患者への対応状況、救急医療の実施状況、全身管理の状況など）を提示すること。
- また、高度急性期機能又は急性期機能と報告した病棟のうち、例えば急性期医療を全く提供していない病棟が含まれていることから、明らかな疑義のある報告については、地域医療構想調整会議において、その妥当性を確認すること。

【回復期機能】

- 回復期機能を担う病床については、構想区域ごとにどのような医療機関があり、それぞれの医療機関がどのような役割を果たしているのか、地域医療構想調整会議において、個別の医療機関の取組状況を共有する必要がある。

- このため、都道府県は、各病院・病棟が担うべき役割について協議できるよう、個別の医療機関ごとの各病棟における在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションに関する診療実績（急性期後の支援・在宅復帰への支援の状況、全身管理の状況、疾患に応じたリハビリテーション・早期からのリハビリテーションの実施状況、入院患者の居住する市町村との連携状況、ケアマネジャーとの連携状況など）を提示すること。

【慢性期機能】

- 慢性期機能を担う病床については、構想区域ごとにどのような医療機関があり、それぞれの医療機関がどのような役割を果たしているのか、地域医療構想調整会議において、個別の医療機関の取組状況を共有する必要がある。特に介護療養病床については、その担う役割を踏まえた上で、転換等の方針を早期に共有する必要がある。

- このため、都道府県は、各病院・病棟が担うべき役割について協議できるよう、個別の医療機関ごとの各病棟における療養や看取りに関する診療実績（長期療養患者の受入状況、重度の障害児等の受入状況、全身管理の状況、疾患に応じたリハビリテーション・早期からのリハビリテーションの実施状況、入院患者の状況、入院患者の退院先など）を提示すること。

イ. 個別の医療機関ごとの地域医療介護総合確保基金を含む各種補助金等の活用状況

- 都道府県は、各病院・病棟が担うべき役割について円滑に協議できるよう、個別の医療機関ごとの地域医療介護総合確保基金を含む各種補助金等の活用状況を提示すること。

ウ. 新公立病院改革プラン、公的医療機関等2025プランに記載すべき事項

- プランを策定する医療機関は、各病院・病棟が担うべき役割について円滑に協議できるよう、病床稼働率、紹介・逆紹介率、救急対応状況、医師数、経営に関する情報などを記載すること。都道府県は、個別の医療機関ごとの情報を整理して提示すること。

3) 地域医療構想調整会議の運営

- 都道府県は、地域医療構想の達成に向けて、構想区域の実情を踏まえながら年間スケジュールを計画し、年4回は地域医療構想調整会議を実施すること。地域医療構想を進めていくに当たっては、地域住民の協力が不可欠であることから、会議資料や議事録については、できる限りホームページ等を通じて速やかに公表すること。

- 構想区域によっては全ての医療機関が地域医療構想調整会議に参加することが難しい場合も想定されることから、構想区域の実情にあわせて医療機関同士の意見交換や個別相談などの場を組み合わせながら実施し、より多くの医療機関の主体的な参画が得られるよう進めていくこと。

地域医療構想調整会議の進め方のサイクル（イメージ）

○ 次のような年間のスケジュールを毎年繰り返すことで、地域医療構想の達成を目指す。

	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	4月
国														
都道府県		<ul style="list-style-type: none"> 都道府県職員研修（前期） データブック配布及び説明会 基金に関するヒアリング 			<ul style="list-style-type: none"> 都道府県職員研修（中期） 地域医療構想の取組状況の把握 				<ul style="list-style-type: none"> 都道府県職員研修（後期） 病床機能報告の実施 					
調整会議		<ul style="list-style-type: none"> 1回目 病床機能報告や医療計画データブック等を踏まえた役割分担について確認 不足する医療機能の確認 各医療機関の役割の明確化 各医療機関の病床機能報告やデータブックの活用 			<ul style="list-style-type: none"> 2回目 機能・事業等ごとの不足を補うための具体策についての議論 地域で整備が必要な医療機能を具体的に示す 病床機能報告に向けて方向性を確認 			<ul style="list-style-type: none"> 3回目 次年度における基金の活用等を視野に入れた議論 次年度における基金の活用等を視野に入れ、機能ごとに具体的な医療機関名を挙げたうえで、機能分化・連携若しくは転換についての具体的な決定 			<ul style="list-style-type: none"> 4回目 次年度の構想の具体的な取組について意見の整理 地域において不足する医療機能等に対応するため、具体的な医療機関名や進捗評価のための指標、次年度の基金の活用等を含むとりまとめを行う 			

3. 病床機能報告について

1) 病床機能報告における未報告医療機関への対応

○ 都道府県は、病床機能報告の対象医療機関であって、未報告であることを把握した場合には、当該医療機関に対して、病床機能を報告するように求めること。

○ なお、都道府県は、当該医療機関に対して、医療法第30条の13第5項に基づき、期間を定めて報告するよう命令すること。また、当該医療機関が、その命令に従わない場合には、医療法第30条の13第6項に基づき、その旨を公表すること。

2) 病床機能報告における回復期機能の解釈

○ 病床機能報告制度は、様々な病期の患者が混在する病棟について最も適する機能の一つを選択して報告する仕組みである。

○ しかしながら、これまでの病床機能報告では、主として「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能」を有する病棟であっても、急性期機能や慢性期機能と報告されている病棟が一定数存在することが想定さ

れる。

- また、実際の病棟には様々な病期の患者が入院していることから、主として急性期や慢性期の機能を担うものとして回復期機能以外の機能が報告された病棟においても、急性期を経過した患者が一定数入院し、在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションが提供されていたりする場合があると考えられる。
- これらを踏まえると、現時点では、全国的に回復期を担う病床が大幅に不足し、必要な回復期医療を受けられない患者が多数生じている状況ではないと考えられるが、病床機能報告の集計結果と将来の病床数の必要量との単純な比較から、回復期機能を担う病床が各構想区域で大幅に不足しているように誤解させる状況が生じていると考えられる。
- このため、今後は、各医療機関が、各病棟の診療の実態に即した適切な医療機能を報告すること、また、高齢化の進展により、将来に向けて回復期の医療需要の増加が見込まれる構想区域では、地域医療構想調整会議において、構想区域の医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向について十分に分析を行った上で、病床の機能分化及び連携を推進していくことが重要である。

4. 今後さらに議論すべき論点について

1) 地域医療構想の進捗状況

- 「新公立病院改革プラン」「公的医療機関等2025プラン」等の策定状況、協議の状況、具体的対応方針の決定状況
- 医療機関における5疾病5事業及び在宅医療等の医療機能の明確化の状況
- 都道府県の参考事例の抽出と系統立てた整理
- 都道府県における医師派遣・医師確保の方針との関係

2) 病床機能報告制度の改善策

- 平成30年度の病床機能報告に向けた定量的な基準も含めた基準の検討
- 平成30年診療報酬改定を踏まえた報告項目の見直し

3) 介護医療院等への転換支援策

4) 知事権限の在り方

1. The first part of the document discusses the importance of maintaining accurate records of all transactions and activities. It emphasizes that this is essential for ensuring transparency and accountability in the organization's operations.

2. The second part of the document outlines the various methods and tools used to collect and analyze data. It highlights the need for consistent and reliable data collection processes to support effective decision-making.

3. The third part of the document focuses on the role of technology in data management and analysis. It discusses how modern software solutions can streamline data collection, storage, and reporting, thereby improving efficiency and accuracy.

4. The fourth part of the document addresses the challenges associated with data security and privacy. It provides guidelines for implementing robust security measures to protect sensitive information from unauthorized access and breaches.

5. The fifth part of the document discusses the importance of data quality and integrity. It outlines strategies for identifying and correcting errors in data collection and processing to ensure that the information used for analysis is accurate and reliable.

6. The sixth part of the document explores the role of data in strategic planning and performance management. It explains how data-driven insights can help organizations identify trends, set goals, and track progress towards their strategic objectives.

7. The seventh part of the document concludes by summarizing the key points discussed and emphasizing the overall importance of data in driving organizational success and growth.



医 政 号 外
平成 29 年 11 月 16 日

各保健所長 様

医療健康局長

地域医療構想調整会議の進め方に関する留意事項について

このことについて、厚生労働省医政局地域医療計画課から別紙写しのとおり通知がありました。

今後の地域医療構想調整会議において、休止している病棟を有する医療機関に対して、説明を求めるなど必要な対応をとっていただくようお願いします。

また、本件について、管轄内の医療機関に対して周知していただくようお願いします。

担当：医療政策課
医療企画班
電話：054-221-2341





事務連絡
平成29年11月6日

各都道府県衛生主管部（局）御中

厚生労働省医政局地域医療計画課

地域医療構想調整会議の進め方に関する留意事項について

地域医療構想調整会議における議論の進め方については、都道府県研修会等において適宜お示ししてきたところですが、下記の点に留意いただきますようお願いいたします。

記

病床機能報告の結果等から、病床が全て稼働していない病棟を有する医療機関が確認された場合には、当該医療機関に対し、地域医療構想調整会議へ出席し、次の点について説明するよう求めること。

- ・ 病棟を稼働していない理由
- ・ 当該病棟の今後の運用見通しに関する計画

その上で、当該病棟の今後の運用見通しに関し、病棟を再び稼働しようとする計画がある場合には、当該医療機関の医療従事者の確保に係る方針、地域の他の医療機関の診療実績や将来の医療需要の動向等を踏まえ、現在稼働している病棟の稼働率を現在以上に上げたとしてもなお追加的な病棟の再稼働の必要性があるか否かについて地域医療構想調整会議において十分に議論すること。

特に、再稼働した場合に担う予定の病床機能が、構想区域において過剰な病床機能である場合には、過剰な病床機能へ転換するケースと同様とみなし、より慎重に議論を進めること。

(担当)

厚生労働省医政局地域医療計画課
藤本、竹内

TEL 03-3595-2186

E-mail iryo-keikaku@mhlw.go.jp

病院及び診療所の開設許可等に係る知事の同意の取扱いについて

医療政策課

1 概要

地方自治法施行令の改正により、次の権限が指定都市に法定移譲

- ・ 病院の開設許可等
- ・ 診療所の病床設置許可等

この改正により、地方自治法施行令第 174 条の 35 第 3 項の規定により読み替えて適用される医療法第 7 条第 1 項、第 2 項及び第 3 項の規定に基づき、指定都市が以下の許可をしようとするときは、医療計画の達成の推進のため、あらかじめ都道府県知事に協議し、その同意を求めなければならないとされた。

【協議し同意を求めなければならない許可事項】

許可事項	備 考
病院開設許可(7条第1項)	
病院開設許可事項の変更許可(7条第2項)	変更許可は、病床数及び病床の種別の変更の場合に限る。
診療所の病床設置許可及び変更許可(7条第3項)	

また、地方自治法施行令第 174 条の 35 第 3 項の規定により読み替えて適用される医療法第 7 条第 5 項の規定に基づき、指定都市が病院の開設、増床、種別変更及び診療所の病床設置、増床、種別変更の許可をしようとするときは、地域医療構想達成の推進のために必要なものとして、都道府県知事から条件を付するよう求めがあったときは、指定都市の市長は条件を付することができることとされた。

2 同意及び条件付与についての基本的考え方

- ・ 勧告の対象とならないものについては同意するものとみなし、原則協議不要とする。
- ・ 病床数及び病床の種別変更並びに医療機関の移転を伴う許可申請については、県は、当該申請内容が、地域医療構想と整合性のあるものか確認し、不足する機能に係る医療を提供する旨の条件を付与する等の必要な措置を講ずる場合がある。このため、医療機関から当該許可に係る事前協議があった際には、事前に県に相談することとする。

区 分	県への 事前相談	知事への 協議	地域医療協議会の 意見聴取	地域医療構 想調整会議 の意見聴取
A 病院の開設及び診療所の病床設置 (C、Dを除く)	必要	必要	必要	原則必要
B 増床				
C 現に患者を入院させている医療機 関の開設者の変更		同意する ものとみ なし原則 協議不要	原則不要	
D 現に患者を入院させている医療機 関の同一2次保健医療圏内の移転				
E 病床の種別変更 (総数が増加しな いものに限る)				
F 減床				

