第６次
徳島県保健医療計画

～県民がいつでも、どこでも、等しく高度な
保健医療サービスが受けられる徳島づくり～

平成２５年４月

徳 島 県

ご あ い さ つ

保健医療は、社会生活における重要かつ不可欠な資産であり、その提供体制は、県民の皆様の命と健康を守り、皆様に安心して生活を送っていただくための重要な基盤となっています。

このため、本県では、保健医療に関する基本的な指針として、昭和62年11月に「徳島県地域医療計画」を策定して以来、４回の改定を行い、それぞれの時代に対応した保健医療提供体制の整備に取り組んでまいりました。

しかしながら、近年の急速な高齢化の進展や医療技術の進歩、さらには、社会構造や県民意識の多様化・複雑化が進む中、県民の皆様の保健医療に対するニーズも大きく変化しています。

また、近い将来その発生が危惧される「南海トラフの巨大地震」をはじめとする大規模自然災害に対する県民の皆様の不安を十分に解消し、保健医療に寄せる期待にしっかりと応えることはもとより、都市部への医師の集中による「地域偏在」や、過酷な勤務環境、医療訴訟等のリスクに起因する小児科・産科・救急など特定の診療科における医師不足、いわゆる「診療科偏在」といった医療提供体制への不安に的確に対応し、県民の皆様の安全・安心を確保していくために、新たな取組みを具体的に推進していくことが必要となっています。

こうしたことから、県民の皆様が「いつでも、どこでも、等しく高度な保健医療サービスが受けられる徳島づくり」を基本理念とする「第６次徳島県保健医療計画」を策定いたしました。

この計画の中では、従来の４疾病及び５事業に、新たに精神疾患と在宅医療を加えた５疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患）、５事業（救急医療、小児医療、周産期医療、災害医療、へき地医療）及び在宅医療について、地域の医療機関の機能分担と連携を推進し、県民の皆様が安心して医療を受けることができる体制を構築することとしております。

また、東日本大震災で認識された課題などを踏まえた災害時の医療体制の見直し・強化や、地域医療支援センターを核とした医療従事者の確保対策の推進など、新たな要素を取り入れ、時代にあった計画を、行政・保健医療関係者のみならず、県民の皆様にわかりやすい形でとりまとめました。

今後、この計画に基づき、市町村、保健医療関係者・関係団体及び関係機関となお一層の連携を深めながら、本県の保健医療提供体制の確保・充実のため、全力で取り組んでまいりますので、県民の皆様の一層のご理解とご協力をお願いいたします。

結びに、本計画の策定に当たり、ご審議を賜りました徳島県医療審議会の委員各位はもとより、貴重なご意見をいただきました、県議会をはじめとする関係各位、県民の皆様に厚くお礼申し上げます。

平成２５年４月

徳島県知事　飯　泉　嘉　門

徳島県保健医療計画　目次

第１章　基本的事項

第１節　計画策定の趣旨 ---- 3
第２節　計画の基本理念 ---- 3
第３節　計画の性格 ---- 3
第４節　計画の期間 ---- 4

第２章　本県の医療を取り巻く環境

第１節　人口の動向 ---- 7
第２節　疾病の動向 ---- 14
第３節　保健医療施設の状況 ---- 20

第３章　保健医療圏の設定

第１節　保健医療圏の趣旨 ---- 29
第２節　保健医療圏の設定 ---- 29
第３節　基準病床数 ---- 34

第４章　本県の保健医療提供体制

第１節　医療機関の機能分化と連携 ---- 39
　１　地域の医療機関の機能分化と連携 ---- 39
　２　地域医療支援病院の整備目標 ---- 42
　３　公的病院等の役割 ---- 43
　４　総合メディカルゾーン構想の取組み ---- 44
　５　広域医療連携の取組み ---- 45
　６　圏域ごとの取組み ---- 46
第２節　疾病に対応した医療提供体制の整備 ---- 47
　１　がんの医療体制 ---- 47
　２　脳卒中の医療体制 ---- 61
　３　急性心筋梗塞の医療体制 ---- 70
　４　糖尿病の医療体制 ---- 78
　５　精神疾患の医療体制 ---- 86
第３節　課題に対応した医療提供体制の整備 ---- 97
　１　救急医療体制の整備 ---- 97
　２　小児医療体制の整備 ---- 108
　３　周産期医療体制の整備 ---- 117
　４　災害医療体制の整備 ---- 124
　５　へき地医療体制の整備 ---- 133
　６　在宅医療体制の整備 ---- 140

第４節　安全な医療の提供 ---------- 150
第５節　保健医療施策の推進 ---------- 153
１　健康危機管理対策 ---------- 153
２　健康増進（健康徳島２１の推進） ---------- 154
３　自殺予防対策 ---------- 157
４　母子保健対策 ---------- 160
５　高齢者保健医療福祉対策 ---------- 162
６　障害者（児）保健医療福祉対策 ---------- 164
７　結核・感染症対策 ---------- 169
８　難病対策 ---------- 171
９　臓器移植対策 ---------- 178
10　歯科保健医療対策 ---------- 181
11　血液の確保・適正使用対策 ---------- 183
12　医薬品等の適正使用対策 ---------- 184
13　快適な環境衛生の確保 ---------- 187
14　食品等の安全確保 ---------- 188
15　安全な水の確保 ---------- 190
16　動物由来感染症の予防 ---------- 192
17　医療に関する情報化の推進 ---------- 192
第６節　保健・医療・介護（福祉）の総合的な取組 ---------- 194

第５章　保健医療従事者の状況及び養成・確保と資質の向上
第１節　地域医療対策協議会の取組み ---------- 197
第２節　地域医療支援センター等の取組み ---------- 198
第３節　保健医療従事者の状況 ---------- 201
第４節　保健医療従事者の養成・確保と資質の向上 ---------- 207

第６章　事業の評価及び見直し ---------- 211

資料編
策定経緯 ---------- 221
徳島県医療審議会委員名簿 ---------- 225
保健所別地域保健医療計画（概要版） ---------- 229
用語の解説 ---------- 243

第１章

基本的事項

第１節　計画策定の趣旨

徳島県は、温暖な気候と緑あふれる豊かな自然を有し、県民が快適な生活を営むために必要な自然的条件に恵まれています。

また加えて、医療技術の進歩、保健衛生活動の積極的な推進、さらには生活水準の向上等により、県民の健康水準は着実に向上しています。

しかし一方で、急速な高齢化や、生活習慣による慢性疾患の増加などの疾病構造の変化、あるいは近い将来その発生が危惧される「南海トラフの巨大地震」をはじめとする大規模自然災害に対する不安などを背景として、県民の保健医療に対する関心・期待は、より多様で高度なものへと変化しています。

県では、医療法に基づき、医療資源の適正な配置を図り、健康増進から疾病の予防、診断、治療及びリハビリテーションに至る総合的な保健医療供給体制の確立を目指し、昭和６２年１１月に「徳島県地域医療計画」を策定し、その後、ほぼ５年ごとに見直しを行ってきましたが、平成２０年４月に公示した「徳島県保健医療計画（第５次改定）」の策定から５年が経過し、更なる人口減少と急速な高齢化に伴う社会構造の変化、「地域偏在」や「診療科偏在」といった医師不足問題など、様々な課題への対応が必要となっています。

このような状況の中、国においても更なる医療機能の分化・連携の推進などの観点から「医療提供体制の確保に関する基本方針」を改正したところであり、本県においても今後の保健医療提供体制のあり方をあらためて検討し、県民のニーズに的確に対応した更に良質かつ適切な保健医療を提供できる体制の構築を推進するため、「徳島県保健医療計画」を見直すこととしました。

第２節　計画の基本理念

「県民がいつでも、どこでも、等しく高度な保健医療サービスが受けられる徳島づくり」

時代が移り、生活様式や価値観が変化する中にあっても、いつの世も、だれもが願って止まないものは健康です。

人口減少と急速な高齢化が進む中、本県の保健医療提供体制に対する県民の安心と信頼の確保に向け、引き続き「県民がいつでも、どこでも、等しく高度な保健医療サービスが受けられる徳島づくり」を当計画の基本理念とします。

この理念を踏まえ、健康度をさらに高めるための施策を積極的に展開し、併せて地域の保健医療資源の効率的な活用と適正配置を図るとともに、保健医療機能の分化・連携を推進し、県民の生活の質の向上に資する保健医療サービスの提供体制を構築していきます。

そして、県民一人ひとりの健康に対する関心をさらに高め、「自らの健康は自らが守る」という自助努力の考え方を基本としつつ、県民の理解と協力の下、県、市町村をはじめ保健、医療、福祉に関する機関、団体等が一体となって、目標達成に向けて努力を積み重ねていくことが重要です。

第３節　計画の性格

この計画は、次に掲げる性格を有するものとします。

(1) 医療法第３０条の４第１項の規定に基づく医療提供体制を確保するための計画（医療計画）
(2) 徳島県における保健医療に関する基本的な指針
(3) 「いけるよ！徳島・行動計画」の保健医療に関する分野別計画
(4) 県民その他関係機関・団体にとっては、自主的かつ積極的な取組みが展開されることを期待するものであり、市町村にとっては、計画策定や施策の指針となるもの

第４節　計画の期間

この計画は、平成２５年度（平成２５年４月）を初年度とし、少なくとも５年以内に分析、評価及び検討を行い、見直しを行うものとします。

第２章

本県の医療を取り巻く環境

第１節　人口の動向

１　総人口

本県の総人口は、昭和62年頃（約83万６千人）から減少傾向が現れ、平成22年では約79万人となっています。今後の総人口の見通しについては、国立社会保障・人口問題研究所による将来推計（平成20年12月推計）によれば、総人口は引き続き減少基調を維持し、平成37年には69万6千人と70万人をきる水準にまで減少することが見込まれています。

保健医療計画の策定に当たっては、国レベルとの整合性を図ること等の観点から、国立社会保障･人口問題研究所の推計人口をベースに個々の施策を計画していくものとします。

年齢3区分別人口の推移と見通し

（単位:千人）

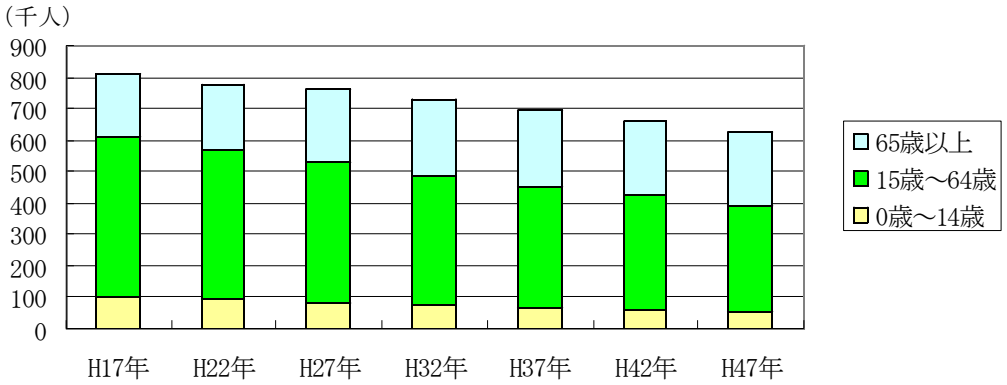
区　分	平成17年	平成22年	平成27年	平成32年	平成37年	平成42年	平成47年
0歳～14歳	106	97	85	75	68	62	57
15歳～64歳	507	472	444	412	386	362	337
65歳以上	197	210	232	243	242	236	228
75歳以上	98	114	121	127	143	149	147
総　計	810	785	762	730	696	659	622

資料:国勢調査及び国立社会保障･人口問題研究所による推計人口

（注1）75歳以上の数値は、65歳以上の再掲である。

（注2）国勢調査における総人口には、年齢不詳を含む。

総人口の推移と見通し



２　人口構成

本県の人口の年齢別構成は、0～14歳、15～64歳の構成比が減少しており、平成22年には、それぞれ12.4%、60.6%となっています。一方、65歳以上の高齢者の割合は全国を上回るペースで急速に増加しており、昭和45年には9.6%であったものが、平成22年には27.0%（全国平均は23.0%）にまで上昇し、全国順位で８番目に高い水準となっています。

また、国立社会保障・人口問題研究所による将来推計（平成20年12月推計）によれば、今後も引き続き、65歳以上人口の割合は増加を続け、平成27年(西暦2015年)には、23万2,000人、構成比で３割を超えると見込まれています。

年齢3区分別人口の推移と見通し

（単位：千人（%））

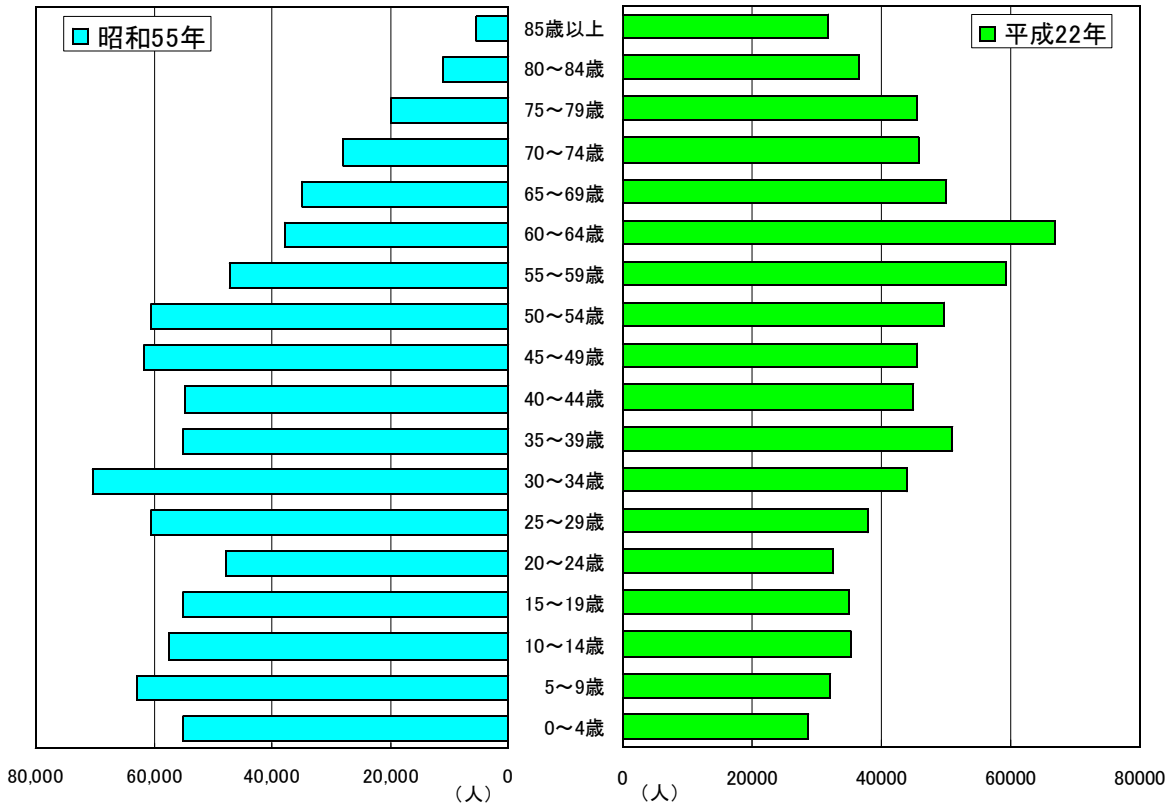
区　分		平成17年	平成22年	平成27年	平成32年	平成37年	平成42年	平成47年
総人口	全国	127,768	128,057	125,430	122,735	119,270	115,224	110,679
		(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)
	徳島県	810	785	762	730	696	659	622
		(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)
0歳～14歳	全国	17,585	16,803	14,841	13,201	11,956	11,150	10,512
		(13.8)	(13.2)	(11.8)	(10.8)	(10.0)	(9.7)	(9.5)
	徳島県	106	97	85	75	68	62	57
		(13.1)	(12.4)	(11.2)	(10.3)	(9.8)	(9.4)	(9.1)
15歳～64歳	全国	84,422	81,032	76,807	73,635	70,960	67,404	62,919
		(66.1)	(63.8)	(61.2)	(60.0)	(59.5)	(58.5)	(56.8)
	徳島県	507	472	444	412	386	362	337
		(62.6)	(60.6)	(58.3)	(56.4)	(55.5)	(54.9)	(54.2)
65歳以上	全国	25,761	29,246	33,781	35,899	36,354	36,670	37,249
		(20.2)	(23.0)	(26.9)	(29.2)	(30.5)	(31.8)	(33.7)
	徳島県	197	210	232	243	242	236	228
		(24.4)	(27.0)	(30.5)	(33.3)	(34.7)	(35.7)	(36.7)
75歳以上	全国	11,639	14,072	16,452	18,737	21,667	22,659	22,352
		(9.1)	(11.1)	(13.1)	(15.3)	(18.2)	(19.7)	(20.2)
	徳島県	98	114	121	127	143	149	147
		(12.1)	(14.5)	(15.9)	(17.3)	(20.5)	(22.7)	(23.6)
老年人口割合の全国順位		8	8	7	6	10	11	13

資料：国勢調査及び国立社会保障・人口問題研究所による推計人口

（注１）　75歳以上の数値は、65歳以上の再掲である。

（注２）　国勢調査における総人口には、年齢不詳を含む。

徳島県の人口構造の変化（昭和55年、平成22年）



3　人口動態

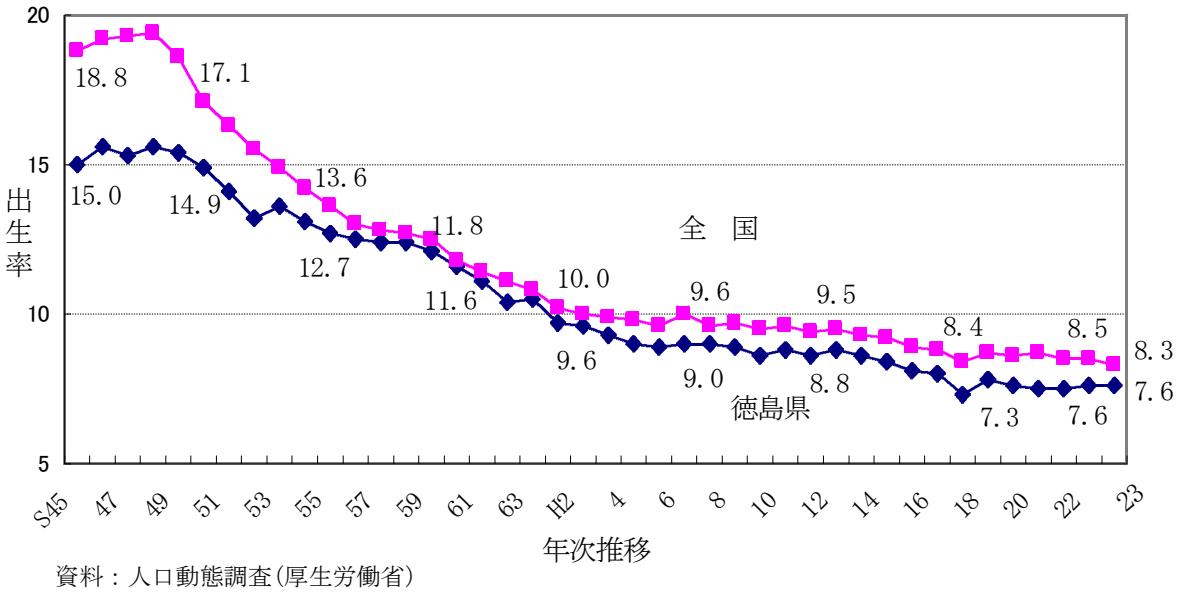
(1) 出生率

本県の出生率は昭和48年の15.6（人口千対）をピークにして、その後下降傾向にあり、平成17年には7.3と戦後最低の値となった後も低い水準で推移し、平成23年には7.6となっています。

全国もほぼ同様の傾向にありますが、平成23年の全国平均は8.3と、本県の値は全国値より若干低い値で推移しており、本県の順位は全国で35位となっています。

このような出生率の低下は我が国全体の問題であり、この背景としては出産適齢女子人口の減少、価値観の多様化、景気の低迷等、様々な要因が考えられます。

出生率の年次推移（人口対）

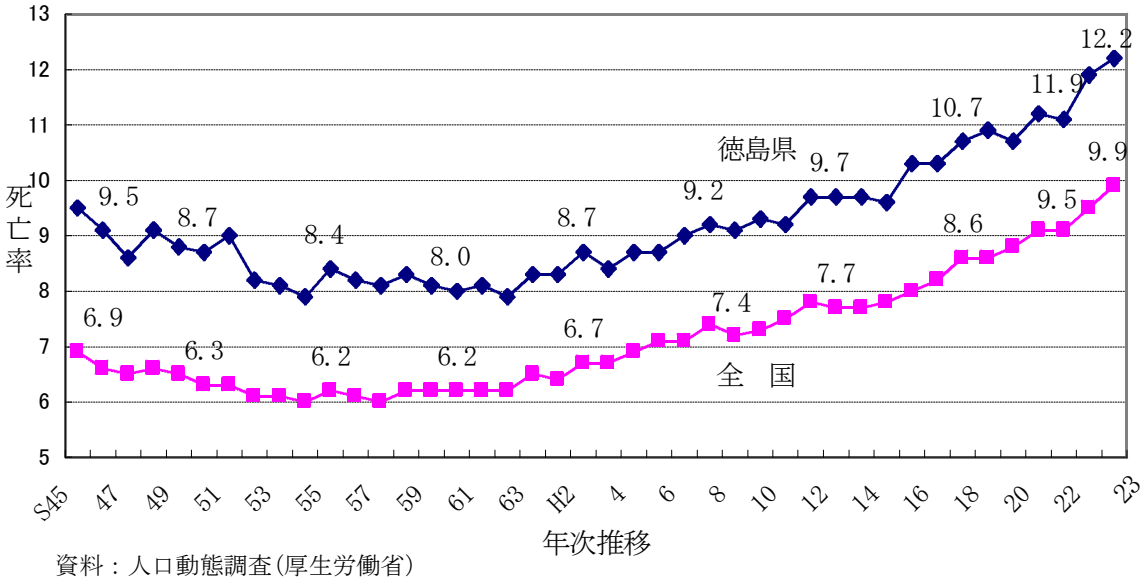


資料：人口動態調査(厚生労働省)

(2) 死亡率

本県の死亡率は、平成15年以降、10（人口千対）を超える水準で推移しており、平成23年には12.2と全国平均の9.9を大きく上回り、全国で11番目の水準となっています。本県の死亡率が高い原因は様々考えられますが、高齢化率が全国平均を上回っていることが大きく影響していると思われます。

死亡率の年次推移（人口対）



資料：人口動態調査(厚生労働省)

年齢構成で大きく影響を受ける死亡率を補正するため、年齢調整死亡率でその推移を見ますと、死亡状況は年々改善されてきているものの、男女とも概ね全国平均を若干上回る水準で推移しており、全国順位では、平成17年が、男性18位、女性13位、平成22年では男女とも全国18位という水準となっています。

年齢調整死亡率の推移

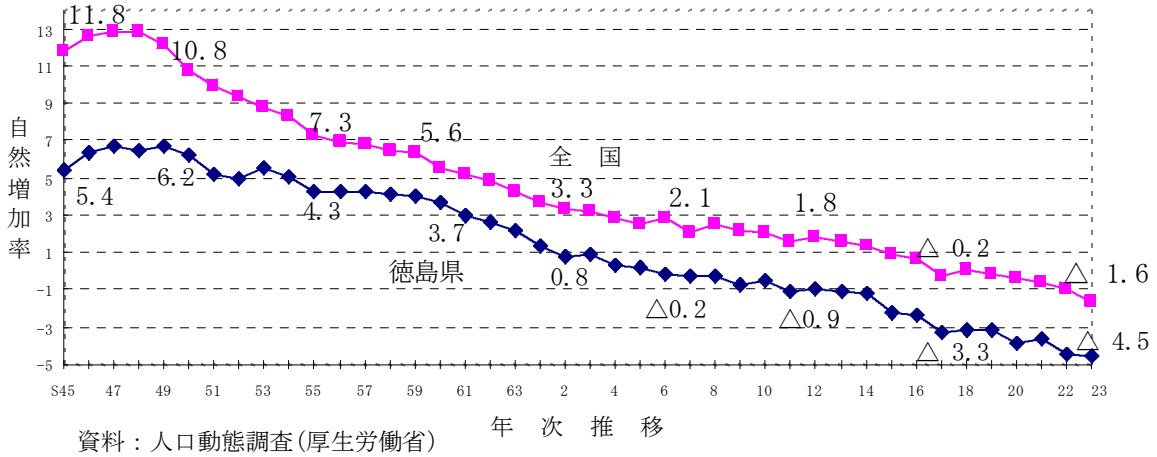
（人口10万対）

区分		昭和55年	昭和60年	平成2年	平成7年	平成12年	平成17年	平成22年
徳島県	男	987.6	859.9	782.9	727.1	647.4	608.8	552.3
	女	623.4	469.2	443.1	381.0	337.2	304.5	277.8
全　国	男	923.5	812.9	747.9	719.6	634.2	539.2	544.3
	女	579.8	482.9	423.0	384.7	323.9	298.6	274.9

資料：人口動態調査（厚生労働省）　　（注）　都道府県別の年齢調整死亡率は、5年毎に公表。

(3)　自然増加率

自然増加率の年次推移（人口千対）



資料：人口動態調査（厚生労働省）

出生数から死亡数を引いた自然増加数を人口千対で示した値が自然増加率です。本県の自然増加率は、少子高齢化を背景として全国より低い水準にあり、低下を続けています。

平成６年以降はマイナスの値を示す自然減の状態が継続しており、平成23年には△4.5となっています。

自然増加率は徳島市を中心とした県東部で比較的高い値を示していますが、県南部及び県西部の山間部等、高齢化の進む地域で低い値を示しており、人口の社会減に加えて自然減による一層の過疎化が進行しています。

(4)　乳児死亡率、新生児死亡率及び周産期死亡率

全国と同様、本県でも母子保健指標は戦後急速に改善され、年により多少の増減はあるものの、傾向としては低下を示しています。

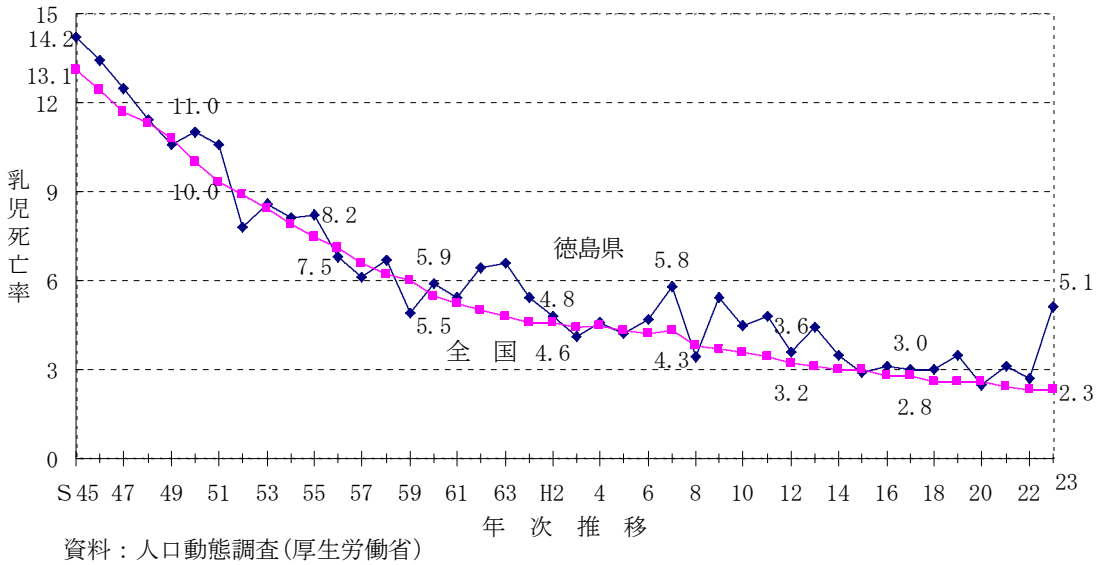
まず生後１年未満の死亡を示す乳児死亡率は、平成23年には5.1（出生千対）で、全国平均の2.3を大きく上回り、全国で第１位の高い数字になっています。

生後１週未満の死亡を示す早期新生児死亡率についても、平成23年では2.0（出生千対）で 、全国平均の0.8を大きく上回り、全国１位となっています。

また、妊娠満22週以後の死産と生後１週未満の死亡を合わせた周産期死亡率については、平成23年で4.6（出産千対）と全国平均の4.1より高く、全国で９番目となっています。

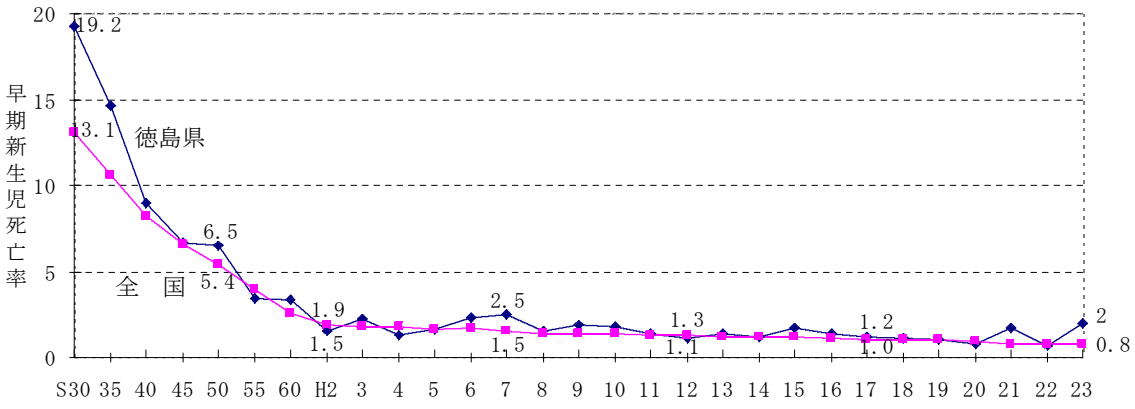
妊娠満22週以後の死産率については、平成23年で2.5（出産千対）と全国平均の3.3より低く、全国で42番目となっています。

乳児死亡率の年次推移（出生千対）



資料：人口動態調査(厚生労働省)

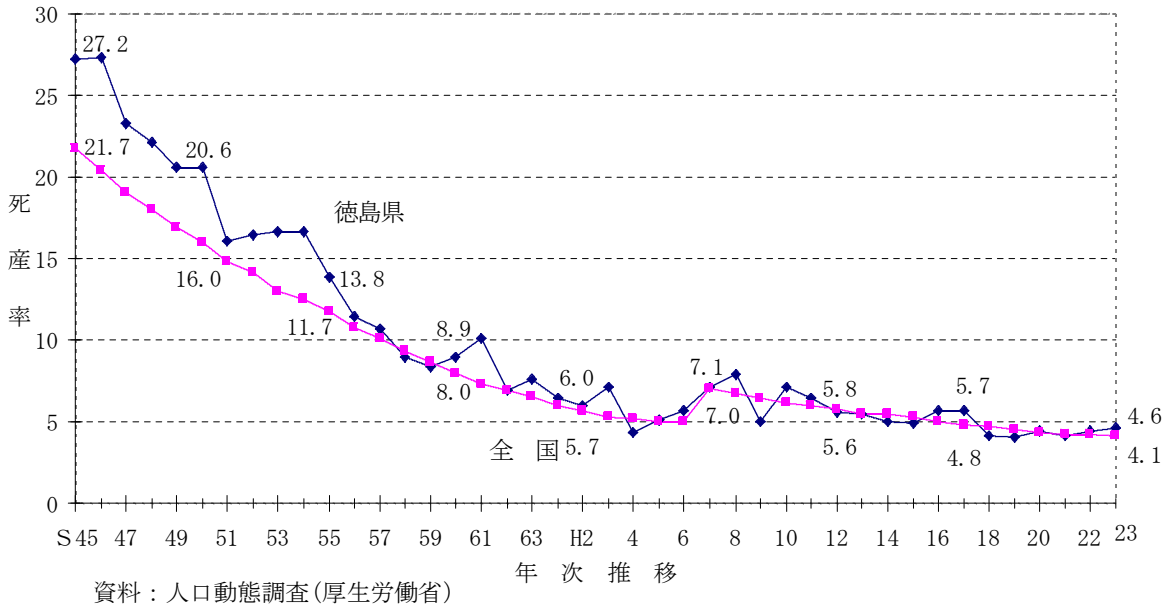
早期新生児死亡率の年次推移（出生千対）



資料：人口動態調査(厚生労働省)

周産期死亡率の年次推移

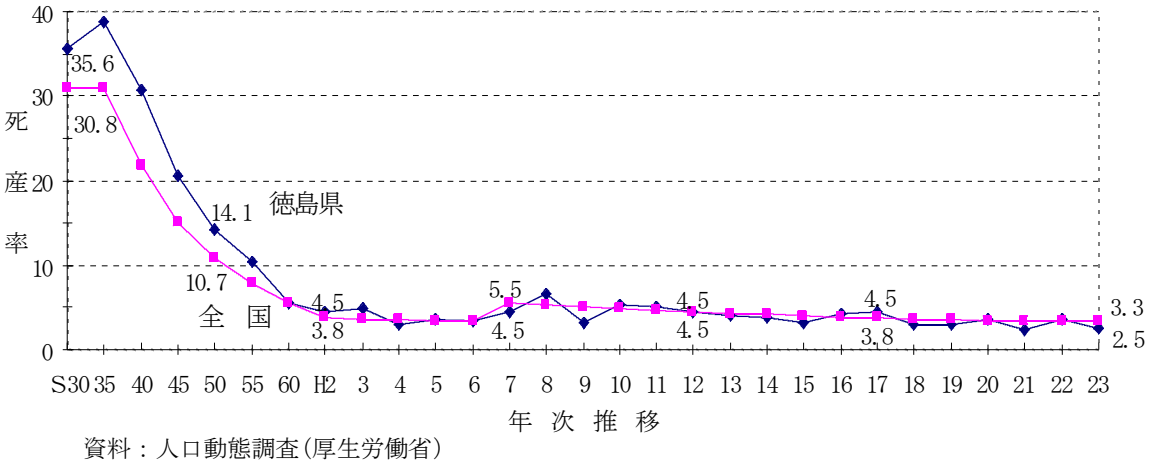
平成６年までは出生千対
平成７年以降は出産千対



資料：人口動態調査(厚生労働省)

妊娠満22(28)週以後の死産率

平成６年までは妊娠満28周以後
平成７年以降は妊娠満22週以後



資料：人口動態調査(厚生労働省)

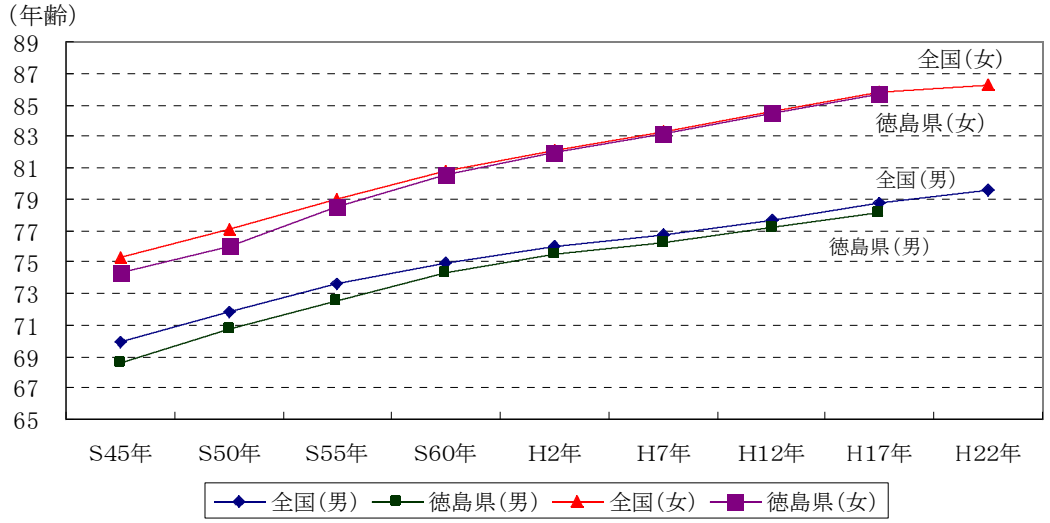
(5) 平均寿命

年次別平均寿命

	S45年	S50年	S55年	S60年	H2年	H7年	H12年	H17年	H22年
全国(男)	69.84	71.79	73.57	74.95	76.04	76.70	77.71	78.79	79.55
徳島県(男)	68.56	70.71	72.54	74.35	75.47	76.21	77.19	78.09	
全国(女)	75.23	77.01	79.00	80.75	82.07	83.22	84.62	85.75	86.3
徳島県(女)	74.30	76.00	78.48	80.56	81.93	83.17	84.49	85.67	

資料:生命表(厚生労働省)　　(注)平成22年の都道府県別は未公表。

年次別平均寿命



全国と同様、本県でも平均寿命は大きな伸びを示し、男女とも昭和45年に比べると10歳程度長くなっています。

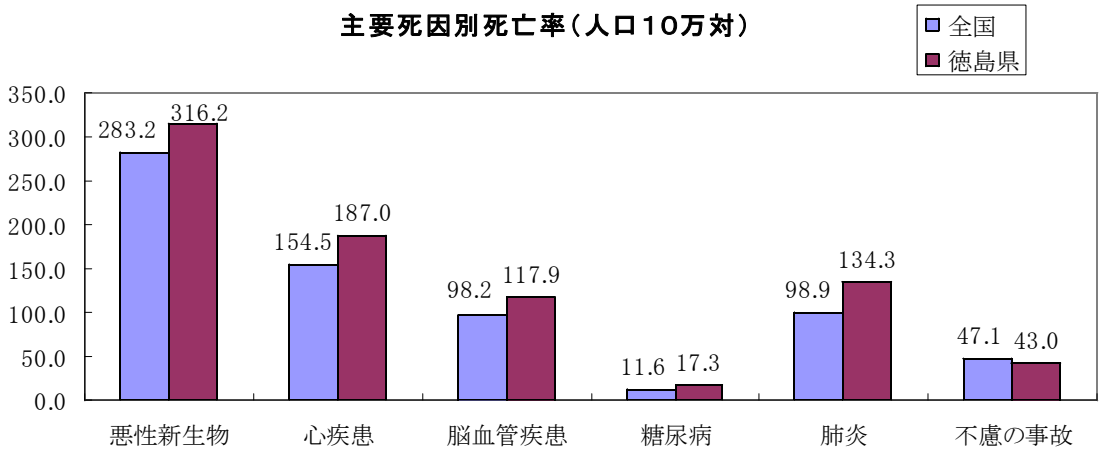
徳島県における男性の平均寿命については，昭和45年には、68.56歳で全国で36位でしたが、平成17年には78.09歳となり、全国で39位となっています。

一方、徳島県における女性の平均寿命は、昭和45年には74.30歳であり、全国で43位でしたが、平成17年には85.67歳となり、全国で30位となっています。

第２節　疾病の動向

１　死因

死因別に死亡率をみると、全国と同様、悪性新生物で死亡する人が増加傾向にあり、心疾患、脳血管疾患の３大死因で総死亡数の51.1％（平成23年）を占めています。



資料：平成23年 人口動態調査（厚生労働省）

10大死因による死亡者数及び死亡率

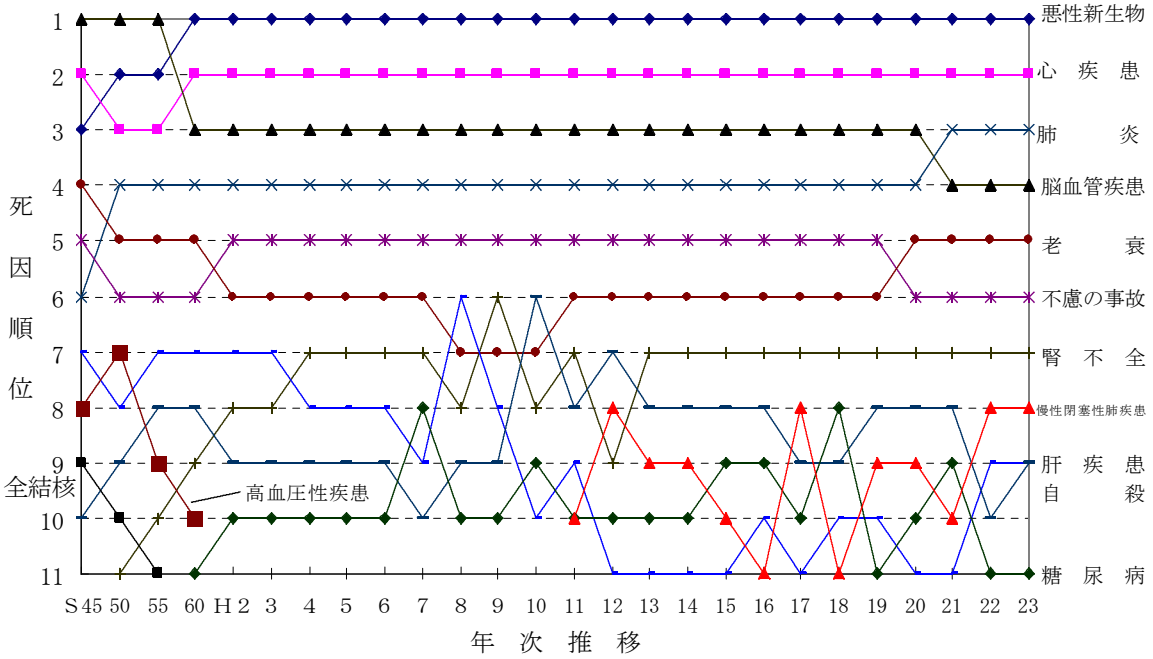
平成23年

死　因		徳島県				全国		
		死亡者数	占有率	死亡率	全国順位	死亡者数	死亡率	死因順位
総死亡者数		9,435	100.0	1,215.9	11	1,253,066	993.1	―
1	悪性新生物	2,454	26.0	316.2	18	357,305	283.2	1
2	心疾患	1,451	15.4	187.0	16	194,926	154.5	2
3	肺炎	1,042	11.0	134.3	7	124,749	98.9	3
4	脳血管疾患	915	9.7	117.9	19	123,867	98.2	4
5	老衰	454	4.8	58.5	13	52,242	41.4	6
6	不慮の事故	334	3.5	43.0	14	59,416	47.1	5
7	腎不全	217	2.3	28.0	7	24,526	19.4	8
8	慢性閉塞性肺疾患	148	1.6	19.1	3	16,639	13.2	9
9	肝疾患	146	1.5	18.8	1	16,390	13.0	10
9	自殺	146	1.5	18.8	45	28,896	22.9	7

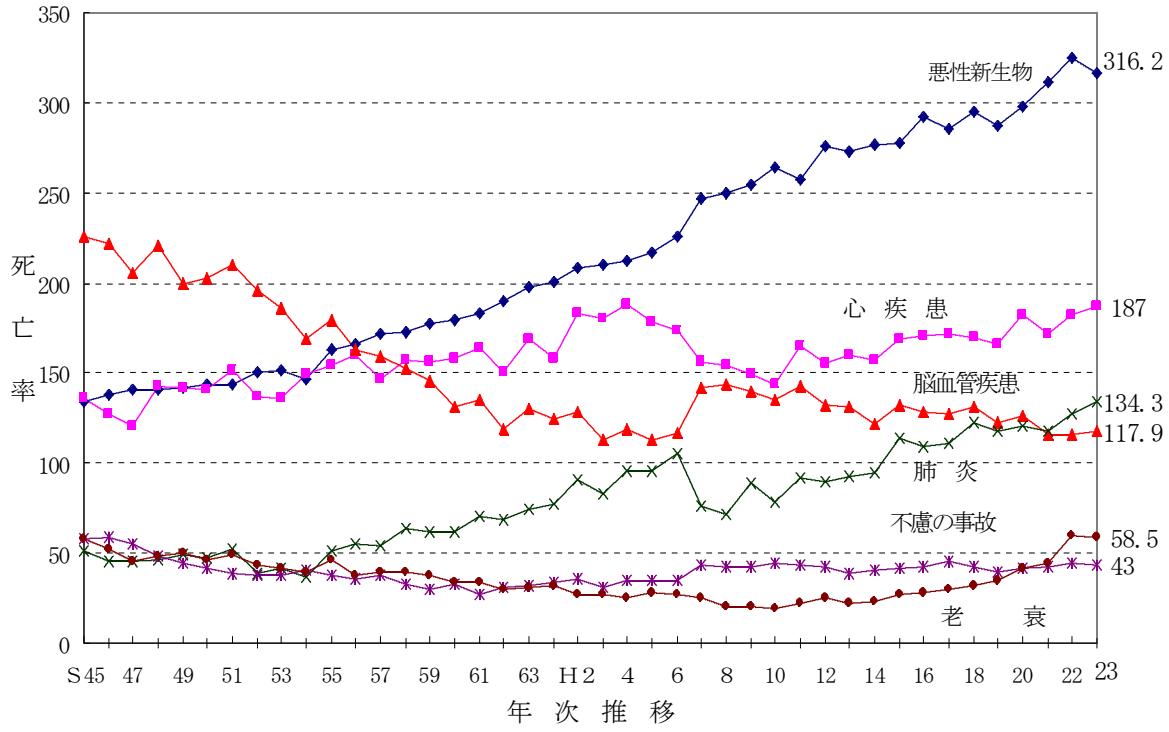
資料：平成23年 人口動態調査（厚生労働省）　　（注）死亡率は人口10万対

本県の死因別死亡率の全国における状況（平成23年）をみると、10大死因の中で、８つの死因が全国平均より高くなっています。また、肝疾患が全国で１番高い死亡率となっているほか、本県で11番目の死亡率である糖尿病（死亡率：17.3）についても、全国で1番高い死亡率となっています。

死因順位の年次推移



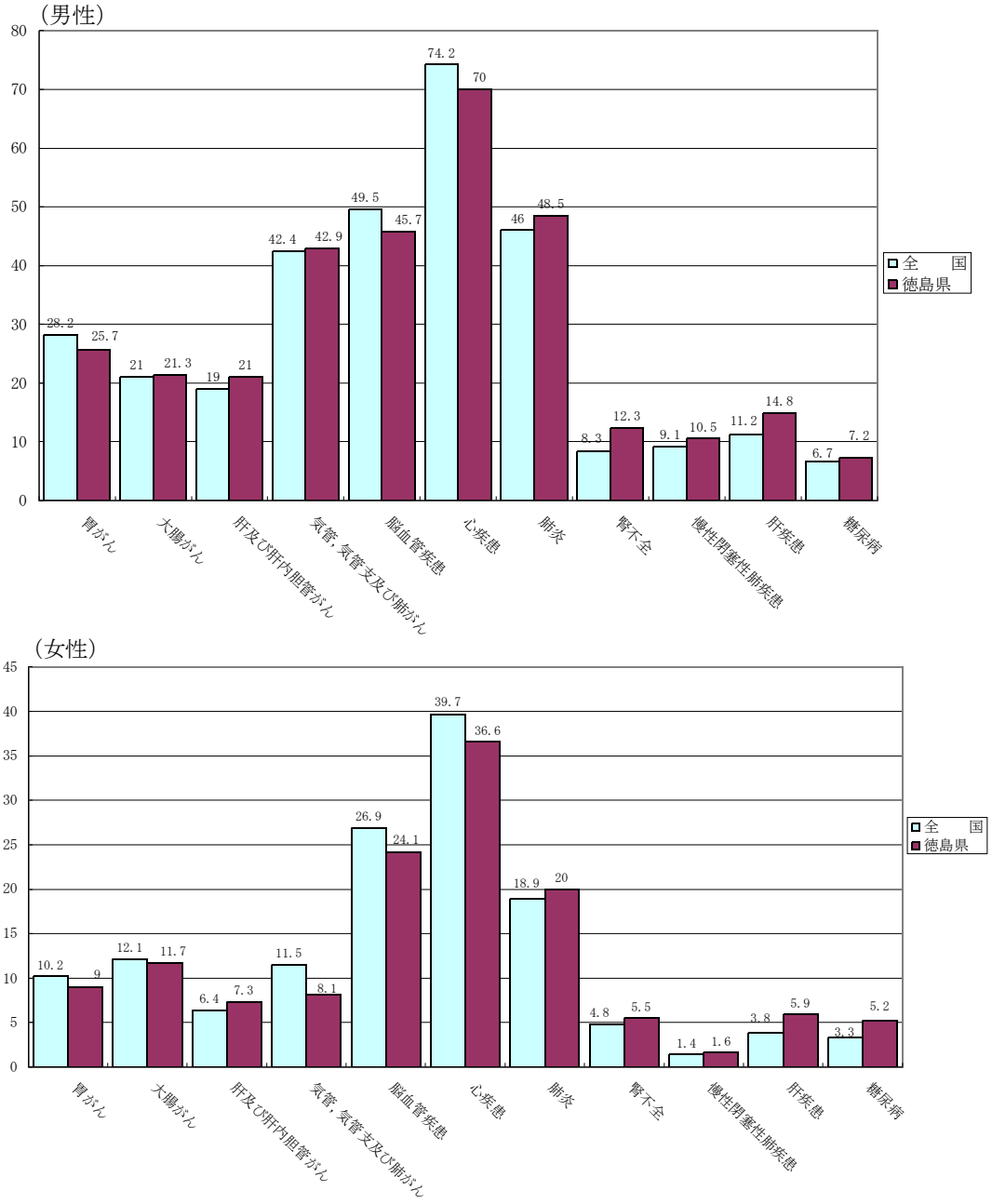
主要死因による死亡率の年次推移（人口10万対）



資料：平成23年　人口動態調査（厚生労働省）

死因の順位は、昭和58年以降、１位悪性新生物、２位心疾患、３位脳血管疾患という順位が定着していましたが、平成21年から３位と４位が逆転し、肺炎が３位となっています。

平成22年　死因別年齢調整死亡率（人口10万対）



平成22年　死因別年齢調整死亡率（人口10万対）

（男性）

	悪性新生物				脳血管疾患	心疾患	肺炎	腎不全	慢性閉塞性肺疾患	肝疾患	糖尿病
	胃	大腸	肝及び肝内胆管	気管,気管支及び肺							
全　国	28.2	21	19	42.4	49.5	74.2	46	8.3	9.1	11.2	6.7
徳島県	25.7	21.3	21	42.9	45.7	70	48.5	12.3	10.5	14.8	7.2
全国順位	36	14	14	19	32	34	14	2	6	4	18

（女性）

	悪性新生物				脳血管疾患	心疾患	肺炎	腎不全	慢性閉塞性肺疾患	肝疾患	糖尿病
	胃	大腸	肝及び肝内胆管	気管,気管支及び肺							
全　国	10.2	12.1	6.4	11.5	26.9	39.7	18.9	4.8	1.4	3.8	3.3
徳島県	9	11.7	7.3	8.1	24.1	36.6	20	5.5	1.6	5.9	5.2
全国順位	40	27	11	46	36	35	16	10	9	1	1

資料：平成22年　人口動態統計特殊報告

年齢構成を調整した年齢調整死亡率を見ますと、男性では、男性では、腎不全12.3（全国２位）、慢性閉塞性肺疾患10.5（全国６位）、肝疾患14.8（全国４位）等が全国平均を上回り、全国順位も高い水準となっています。逆に脳血管疾患45.7（全国32位）や心疾患70（全国34位）等は全国平均を下回っています。

女性では、腎不全4.8（全国10位）、慢性閉塞性肺疾患1.6（全国９位）、肝疾患5.9（全国１位）、糖尿病5.2（全国１位）等が全国平均を上回り、全国順位も高い水準となっています。逆に悪性新生物（胃）９（全国順位40位）、悪性新生物（気管、気管支及び肺）8.1（全国46位）、脳血管疾患24.1（全国36位）、心疾患36.3（全国35位）等は全国平均を下回っています。

２　受療状況

平成23年に行われた患者調査によると、徳島県内の１日あたり推計患者数は入院患者が１万3,300人、外来患者が５万1,000人となっています。施設の種類別に構成割合をみると、入院患者の91.0%が病院で受療している一方、外来患者については56.9%が診療所で受療しています。

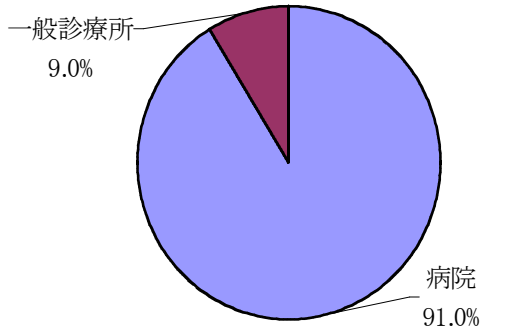
徳島県の推計患者数、構成割合、受療率（施設の種類別）

平成23年10月

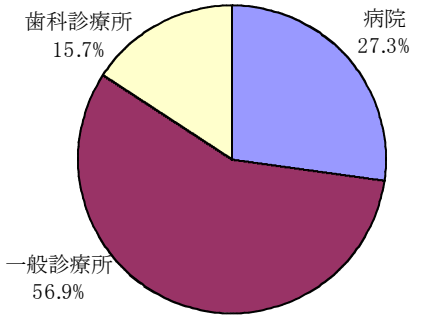
区分	推計患者数（千人）		構成割合		受療率（人口10万対）	
	入院	外来	入院	外来	入院	外来
総数	13.3	51.0	100.0%	100.0%	1,708	6,535
病院	12.1	13.9	91.0%	27.3%	1,552	1,788
一般診療所	1.2	29.0	9.0%	56.9%	155	3,719
歯科診療所	－	8.0	－	15.7%	－	1,031

資料：患者調査（厚生労働省）

徳島県の推計患者の構成割合（入院）



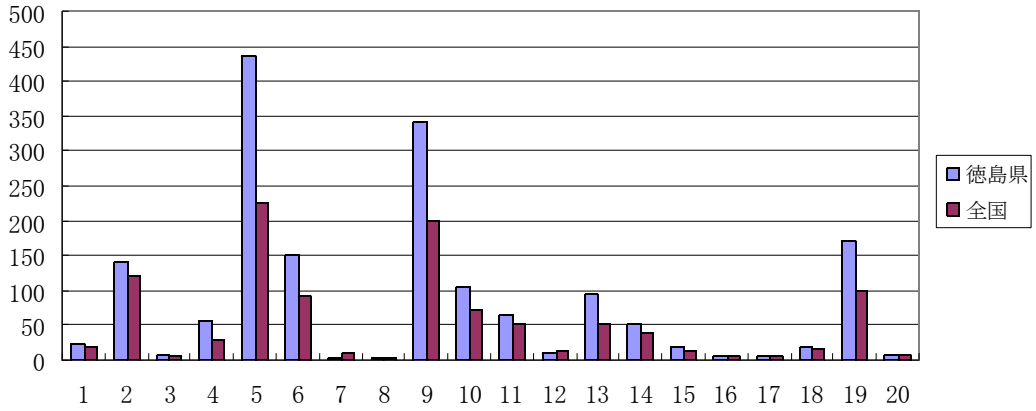
徳島県の推計患者の構成割合（外来）



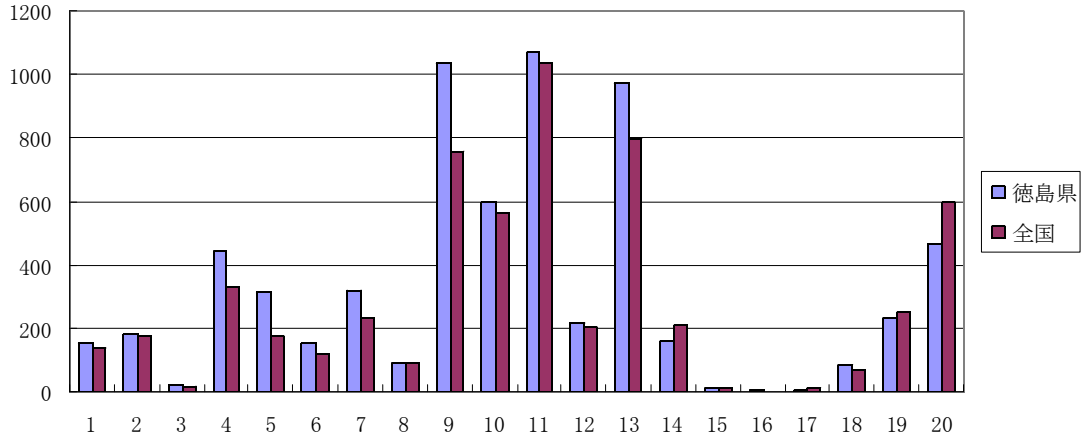
入院患者の受療率（人口10万対）は、ほとんどの傷病において全国の値を上回っています。特に傷病大分類でいう精神及び行動の障害、循環器系の疾患においてその傾向が顕著となっています。

外来患者についても、多くの傷病において全国よりも高い受療率となっており、全国と同様に循環器系、消化器系の疾患、関節症や脊柱障害といった筋骨格系及び結合組織の疾患の受療率が高くなっています。

主要傷病受療率（人口10万対）入院



主要傷病別受療率（人口10万対）外来



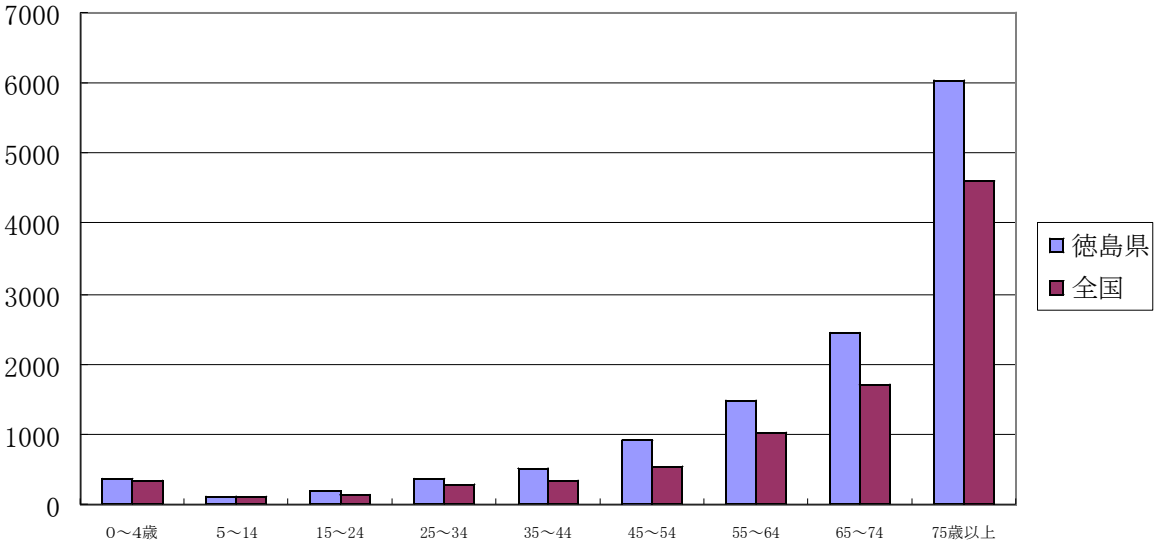
1　感染症及び寄生虫症
2　新生物
3　血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害
4　内分泌，栄養及び代謝疾患
5　精神及び行動の障害
6　神経系の疾患
7　眼及び付属器の疾患
8　耳及び乳様突起の疾患
9　循環器系の疾患
10　呼吸器系の疾患
11　消化器系の疾患
12　皮膚及び皮下組織の疾患
13　筋骨格系及び結合組織の疾患
14　腎尿路生殖器系の疾患
15　妊娠，分娩及び産じょく
16　周産期に発生した病態
17　先天奇形，変形及び染色体異常
18　症状，徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの
19　損傷，中毒及びその他の外因の影響
20　健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用

資料：平成23年 患者調査（厚生労働省）

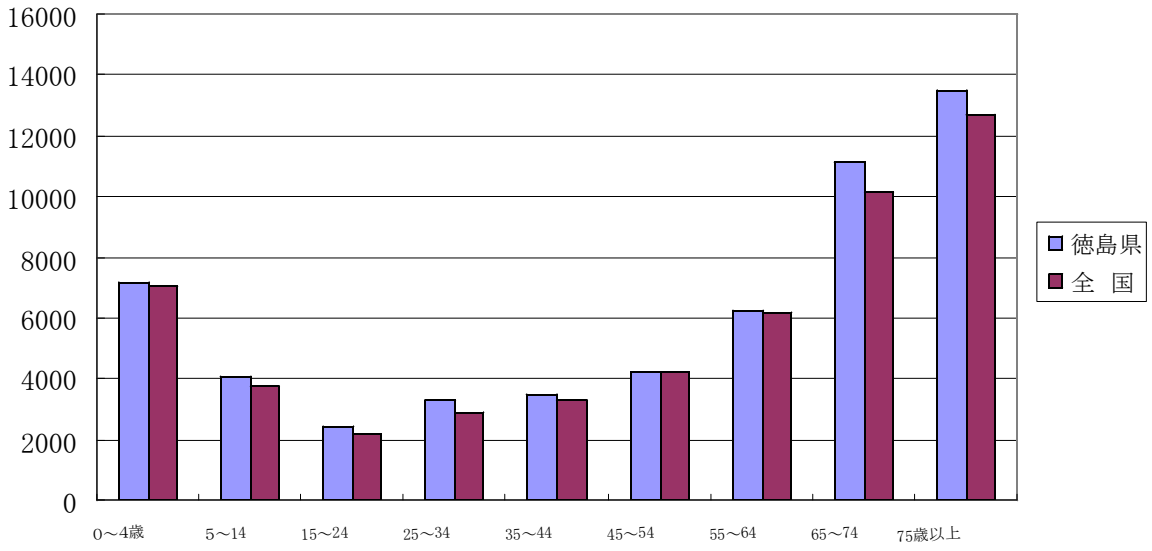
年齢別に受療率をみると、まず、入院患者については、全ての年齢層において全国平均の受療率（以下「全国値」という。）を上回っており、特に45歳以降の年齢層において全国値との差が大きくなっています。

外来患者については、45歳～54歳代のみが、若干全国値を下回っているものの、その他全ての年齢層において全国値を上回っています。

年齢階級別受療率（人口10万対）入院



年齢階級別受療率（人口10万対）外来



資料：平成23年 患者調査（厚生労働省）

第３節　保健医療施設の状況

１　病院、診療所数の年次推移

本県の病院、診療所数を年次別にみると、病院数は、平成２年の141箇所をピークに減少しており、平成23年には114箇所となっています。また、一般診療所のうち、有床診療所についても平成５年の323箇所をピークに減少しており、平成23年は146箇所となっています。一方、無床診療所は、増加傾向が続いたものの、平成23年は減に転じ613箇所となっています。また、歯科診療所についても、増加傾向から減に転じ、平成23年は425箇所となっています。

医療施設数の年次推移

年　次	全　国			徳　島　県		
	病院	一般診療所	歯科診療所	病院	一般診療所	歯科診療所
昭和62年	9,841	79,134	48,300	134	694	297
平成　2年	10,096	80,852	52,216	141	701	328
平成　5年	9,844	84,128	55,906	137	715	365
平成　8年	9,490	87,909	59,357	132	728	392
平成11年	9,286	91,500	62,484	134	779	404
平成14年	9,187	94,819	65,073	130	776	415
平成17年	9,026	97,442	66,732	123	783	427
平成18年	8,943	98,609	67,392	122	791	433
平成19年	8,862	99,532	67,798	120	800	432
平成20年	8,794	99,083	67,779	119	778	432
平成21年	8,739	99,635	68,097	119	783	434
平成22年	8,670	99,824	68,384	117	796	440
平成23年	8,605	99,547	68,156	114	759	425

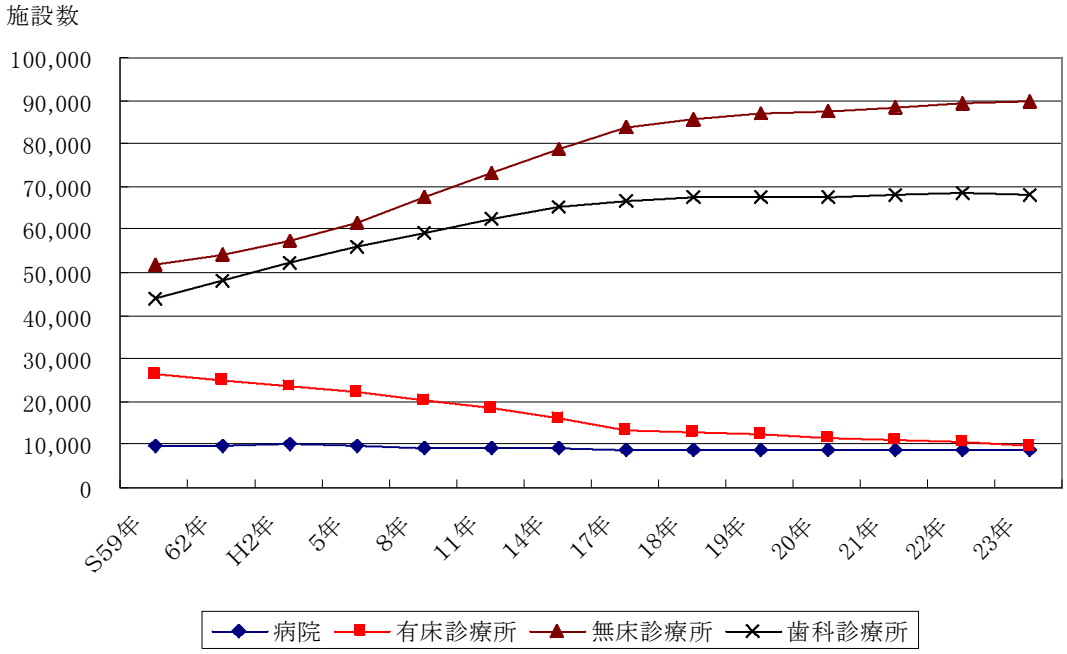
一般診療所数の有床、無床別の年次推移

年　次	全　国		徳　島　県	
	有床診療所	無床診療所	有床診療所	無床診療所
昭和62年	24,975	54,159	301	393
平成　2年	23,589	57,263	313	388
平成　5年	22,383	61,745	323	392
平成　8年	20,452	67,457	314	414
平成11年	18,487	73,013	285	494
平成14年	16,178	78,641	238	538
平成17年	13,477	83,965	192	591
平成18年	12,858	85,751	189	602
平成19年	12,399	87,133	180	620
平成20年	11,500	87,583	166	612
平成21年	11,072	88,563	165	618
平成22年	10,620	89,204	164	632
平成23年	9,934	89,613	146	613

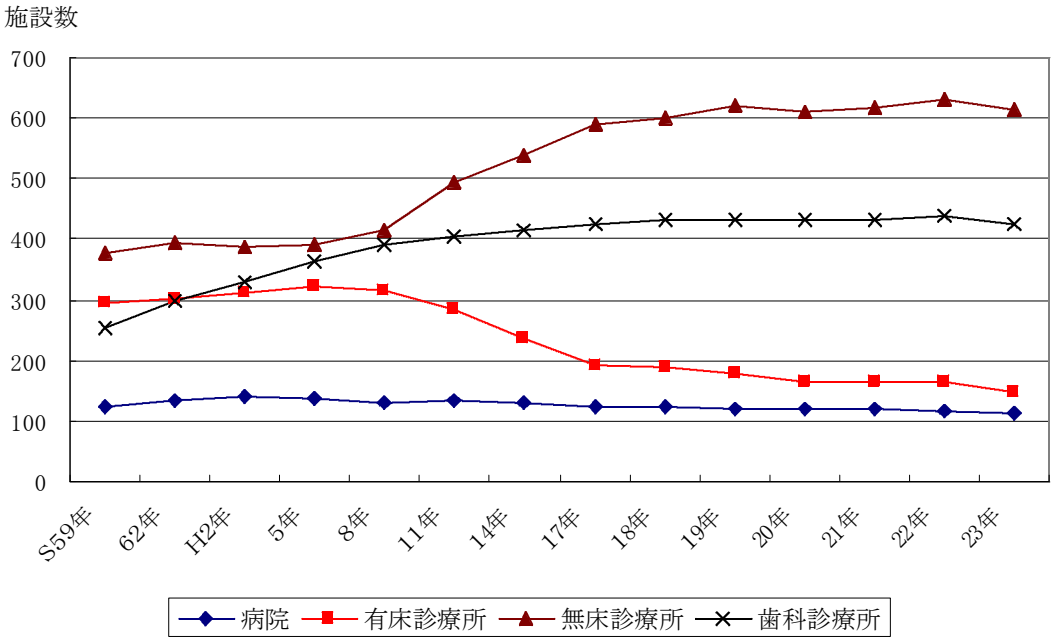
資料：医療施設調査（厚生労働省）

全国的な動向についてみると、病院数は平成２年の10,096箇所をピークに減少しています。一般診療所については、有床診療所の減少が続いている反面、無床診療所は増加傾向が続いています。また、歯科診療所についても、昭和53年以降、増加傾向が続いており、本県の動向は概ね全国の動向と同様の傾向にあるといえます。

全国の医療施設の経年変化



徳島県の医療施設の経年変化



２　本県の医療施設の状況

本県は、病院、診療所ともその施設数も病床数も全国的に比較すると上位に位置しています。

本県の病院総数は、平成23年10月現在、114施設で、人口10万人当たり14.6と全国平均の6.7を大きく上回り、全国第３位（第１位は高知県18.1、第２位は鹿児島県15.6）となっています。

病 院 施 設 の 状 況

（平成23年10月1日現在）

区　分	病院施設数				人口10万人対病院施設数
		一般病院	精神科病院	結核療養所	
全　国	8,605	7,528	1,076	1	6.7
徳 島 県	114	99	15	－	14.6
東部Ⅰ	66	56	10	－	14.4
東部Ⅱ	7	7	－	－	8.4
南部Ⅰ	16	15	1	－	12.0
南部Ⅱ	5	4	1	－	21.7
西部Ⅰ	11	10	1	－	25.6
西部Ⅱ	9	7	2	－	20.0

資料：医療施設調査（厚生労働省）

本県の病院の病床数は、平成23年10月現在、総数15,029床で人口10万人当たり1,926.8床と全国平均の1,238.7床を大きく上回り全国第５位となっています（第１位は高知県、第２位は鹿児島県）。

そのうち、一般病床は6,719床で人口10万人当たり861.4床と全国平均の703.7床を上回り全国第16位となっています（第１位は高知、第２位は大分県、第３位は北海道）。

療養病床は、4,257床で人口10万人当たり545.8床と全国平均の258.3床を大きく上回り全国第４位となっています（第１位は高知県、第２位は山口県）。

また、精神病床は、3,978床で人口10万人当たり510.0床と全国平均の269.2床を大きく上回り全国第５位となっています（第１位は鹿児島県、第２位は長崎県、第３位は宮崎県）。

結核病床は、59床で人口10万人当たり7.6床と全国平均の6.0床を上回っています。

感染症病床は、３病院16床（徳島大学病院８床、徳島県立海部病院４床、徳島県立三好病院４床）となっています。

なお、本県の病院の病床の特徴は次のとおりです。

一般病床は、県下全体でみれば基準病床数を大きく上回る病床がありますが、東部Ⅰ保健医療圏に集中しており、南部、西部は過剰の度合いが低くなっています。

また、約３割にあたる28.3％の病床が療養病床となっていますが、南部Ⅱ保健医療圏については、病院における療養病床がない状態が続いています。

精神病床についても、県下全体でみると基準病床数を大きく上回っています。

感染症病床は、感染症予防計画に基づき、県下を３圏域に分け、第二種感染症病床が県下で14床確保されています。

結核病床は、県下全体でみると基準病床数を上回る病床があります。

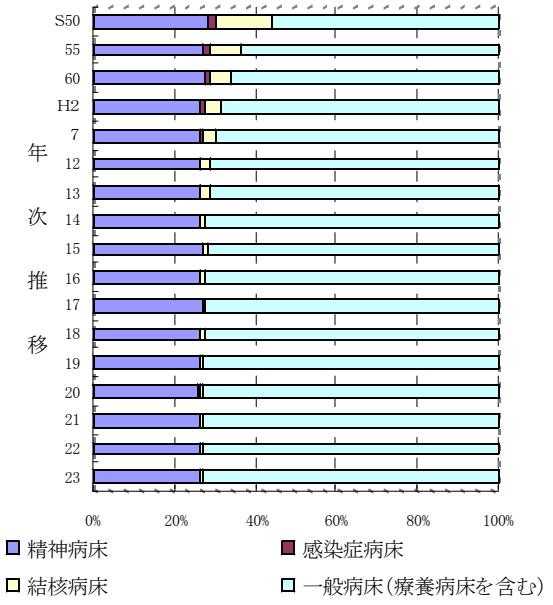
病 院 病 床 の 状 況

（平成23年10月1日現在）

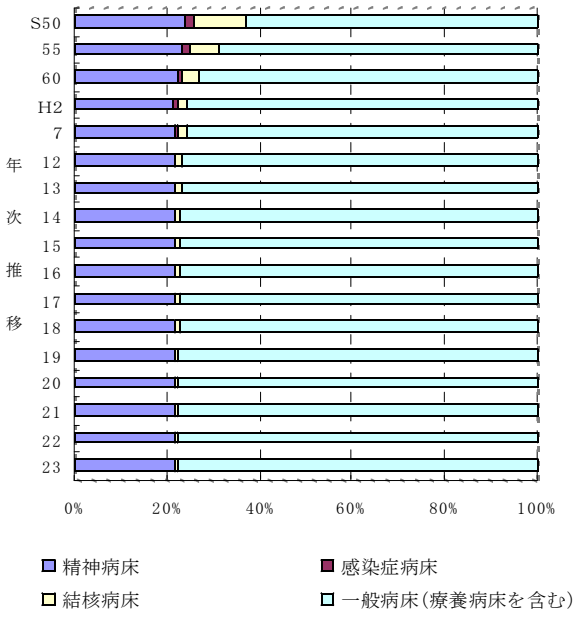
区　分	病 院 病 床 数					
	合計	一般病床	療養病床	精神病床	結核病床	感染症病床
全　国	1,583,079	899,385	330,167	344,047	7,681	1,793
徳 島 県	15,029	6,719	4,257	3,978	59	16
東部Ⅰ	9,281	3,508	2,856	2,879	30	8
東部Ⅱ	1,244	834	410	－	－	－
南部Ⅰ	2,039	1,390	505	139	5	－
南部Ⅱ	379	227	－	144	4	4
西部Ⅰ	1,005	342	187	476	－	－
西部Ⅱ	1,081	418	299	340	20	4

資料：「医療施設調査」(厚生労働省)

病院病床の構成割合の年次推移
徳　島　県



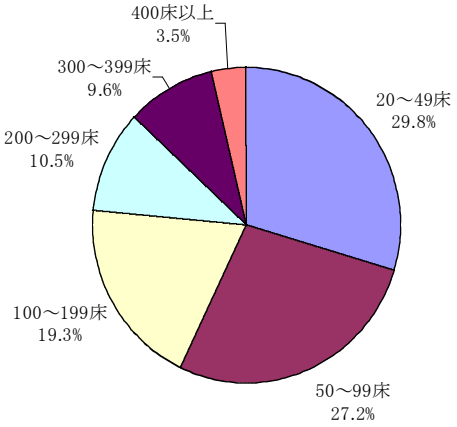
病院病床の構成割合の年次推移
全　　国



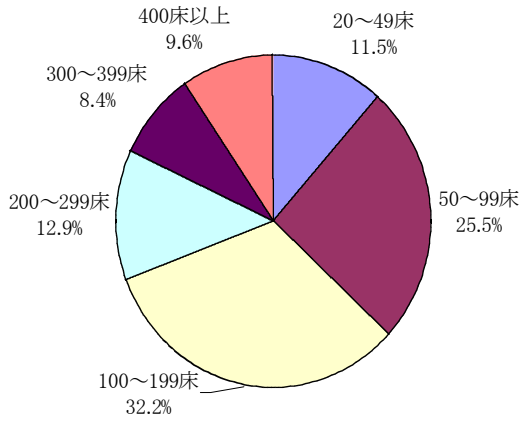
また、本県の病院については、20～49床規模の病院が29.8%、50～99床規模の病院が27.2%で、20～99床の規模の病院が全体の57%を占めています。

全国では、20～49床規模の病院が11.5%、50～99床規模の病院が25.5%であり、20～99床の規模の病院は全体の37%となっています。また、400床以上規模の病院が、全国が全体の9.6%に対し、本県では3.5%であることからも、全国に比べ本県では、病床規模の小さい病院が多いことが分かります。

病床規模別病院割合（徳島県）



病床規模別病院割合（全国）



また、本県の病床の平均在院日数は、平成22年１年間の調査で全病床で45.7日と、全国平均の32.5日と比べ大幅に長く、全国で５番目に長くなっています（１番目は高知県、２番目は佐賀県、３番目は鹿児島県）。病床種別では、精神病床が444.7日と最も長く、全国平均の301.0日を大きく上回り全国一長くなっています（２番目は鹿児島県、３番目は栃木県、大分県）。

また、一般病床は20.4日と全国平均の18.2日を上回り、全国で９番目となっています（１番目は高知県、２番目は和歌山県、３番目は佐賀県）。

療養病床は159.4日と全国平均の176.4日より短くなっており、全国で29番目となっています（１番目は富山県、２番目は山口県、３番目は北海道）。

一方、療養病床のうち介護療養病床は、317.8日と全国平均の300.2日より長くなっており、全国で17番目となっています（１番目は秋田県、２番目は栃木県、３番目は山口県）。

平均在院日数の状況

（平成22年年間）

区　分	総数	一　般	療養	うち介護療養	精神	結核	感染症
全　　国	32.5	18.2	176.4	300.2	301.0	71.5	10.1
徳 島 県	45.7	20.4	159.4	317.8	444.7	60.0	－

資料：「病院報告」（厚生労働省）

本県の一般診療所総数は、平成23年10月現在、759施設で人口10万人当たり97.3と全国平均の77.9を上回り全国第４位となっています（第１位は和歌山県、第２位は島根県）。

そのうち、無床診療所は、613施設で人口10万人当たり78.6と全国平均の70.1を上回り全国第10位となっています（第１位は島根県、第２位は和歌山県）。また、有床診療所は、146施設で人口10万人当たり18.7と全国平均の7.8を大きく上回り全国第７位となっています（第１位は大分県、第２位は鹿児島県）。

一般診療所の病床数については、2,390床で人口10万人当たり306.4と全国平均の101.2を大きく上回り全国第６位となっています（第１位は鹿児島県、第２位は大分県）。

また、歯科診療所は、425施設で人口10万人当たり54.5と全国平均の53.3を若干上回っており、全国順位は第６位となっています（第１位は東京都で80.1、第２位は大阪府の61.4）。

診療所施設及び病床の状況

（平成23年10月1日現在）

区　　分	一般診療所施設数				歯科診療所
		一般診療所（無床）	一般診療所（有床）	左の病床数	
全　　国	99,547	89,613	9,934	129,366	68,156
徳 島 県	759	613	146	2,390	425
東 部Ⅰ	468	365	103	1,689	271
東 部Ⅱ	83	71	12	209	44
南 部Ⅰ	105	93	12	188	56
南 部Ⅱ	22	22	0	0	12
西 部Ⅰ	42	32	10	152	21
西 部Ⅱ	39	30	9	152	21

資料:「医療施設調査」(厚生労働省)

本県の療養病床については、病院、有床診療所合わせて101施設で、4,579床が整備されています。

療養病床数を人口10万人あたりでみると、病院は548.8と全国第４位（第１位は高知県、第２位は山口県)。有床診療所では41.3で全国第７位（第１位は鹿児島県、第２位は長崎県）となっています。

療 養 病 床 の 状 況

（平成23年10月1日現在）

区　　分	病　　院		有床診療所施設数	
	施設数	病床数	施設数	病床数
全　　国	3,920	330,167	1,385	14,150
徳 島 県	64	4,257	37	322
東 部Ⅰ	42	2,856	23	145
東 部Ⅱ	4	410	3	26
南 部Ⅰ	9	505	7	93
南 部Ⅱ	0	0	0	0
西 部Ⅰ	5	187	2	30
西 部Ⅱ	4	299	2	28

資料:「医療施設調査」(厚生労働省)

３　介護保険施設の状況

本県の介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）については、平成23年10月時点で60施設・3,477人分の整備がなされており、全国的には、「介護サービス施設・事業所調査」（厚生労働省）によれば、平成22年10月時点で全国第18位の整備水準となっています。

また、介護老人保健施設についても、平成23年10月で52施設・4,109人分の整備がなされ、平成22年10月時点では全国第２位と高い整備水準となっています。

介護療養型医療施設は、療養病床のうち介護保険のサービスを提供する施設として県の指定を受けた病床のことであり、平成23年10月時点で56施設・1,464人分の整備がなされ、平成22年10月時点では全国第４位の整備水準となっています。

介護保険施設の整備状況

各年10月１日

		H18	H19	H20	H21	H22	H23
介護老人福祉施設	施設数	58	59	59	60	60	60
	定員数	3,396	3,447	3,462	3,477	3,477	3,477
介護老人保健施設	施設数	50	50	50	50	51	52
	定員数	4,025	4,025	4,025	4,023	4,069	4,109
介護療養型医療施設	施設数	82	76	68	61	58	56
	定員数	2,001	1,858	1,663	1,511	1,481	1,464

資料：徳島県長寿保険課

第３章

保健医療圏の設定

第１節　保健医療圏の趣旨

本計画の基本理念である「県民がいつでも、どこでも、等しく高度な保健医療サービスが受けられる徳島づくり」の実現のためには、社会構造や疾病構造の変化に対応し、基本的な医療から専門的・特殊な医療に至るまでの各段階を受け持つ医療機関等が、適切な機能分担のもと有機的な連携を図り、すべての県民に等しく、良質かつ適切な保健医療サービスを提供できる体制の構築が必要です。

またこのためには、地理的条件等の自然的条件や県民の日常生活の実態や交通事情等の社会的条件を勘案するのはもちろん、それぞれの圏域における保健医療需要の見通しと、限られた医療資源とのバランスにも配慮し、計画的かつ効率的に保健医療サービスを提供していくことが求められます。

このような趣旨により、保健医療資源の有効活用を図り、保健医療機能の効率的・効果的な整備促進を図るため、「保健医療圏」を設定します。

第２節　保健医療圏の設定

１　第５次改定における保健医療圏の区分

(1) １次保健医療圏

県民が日常生活に密着した保健医療サービスを受ける圏域であり、市町村域によります。

(2) ２次保健医療圏（医療法第30条の４第２項第９号に規定する区域）

原則として入院医療（高度・特殊な医療を除く。）の需要に対応し、健康増進から疾病予防､診断・治療及び在宅医療に至るまでの包括的な医療提供体制の整備を進める圏域であり、複数の市町村により構成します。

(3) ３次保健医療圏（医療法第30条の４第２項第10号に規定する区域）

専門的、特殊な保健医療サービスを供給するための圏域であり、県全域によります。

２　２次保健医療圏の検討

今回の新たな医療計画の策定（第６次改定）に向けて国から示された「医療計画について」（平成24年3月30日医政発0330第28号厚生労働省医政局長通知）において、「人口規模が20万人未満であり、且つ、２次医療圏内の病院の療養病床及び一般病床の推計流入入院患者割合が20％未満、推計流出入院患者割合が20％以上となっている既設の２次医療圏については、入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられるため、設定の見直しを検討することが必要である。」と示されました。

(1) 人口規模等の状況

本県の既設の６つの２次保健医療圏の圏域人口については､､南部Ⅱが最も少なく約２万３千人であり、20万人を超えるのは東部Ⅰのみという状況にあります。

また、圏域面積については、最大が南部Ⅰの約1,200ｋ㎡、最小が東部Ⅱの約335ｋ㎡であり、その他の圏域は500ｋ㎡から850ｋ㎡程度の規模となっています。

２次保健医療圏　＜第５次改定＞

圏域名	構成市町村数	圏域人口	圏域面積(㎢)	構成市町村名
東部Ⅰ	１０ （２市７町１村）	457,675	681.2	徳島市　鳴門市　佐那河内村　石井町 神山町　松茂町　北島町　藍住町 板野町　上板町
東部Ⅱ	２ （２市）	83,267	335.2	吉野川市　阿波市
南部Ⅰ	５ （２市３町）	133,543	1,199.1	小松島市　阿南市　勝浦町　上勝町 那賀町
南部Ⅱ	３ （３町）	23,037	525.0	美波町　牟岐町　海陽町
西部Ⅰ	２ （１市１町）	42,974	562.2	美馬市　つるぎ町
西部Ⅱ	２ （１市１町）	44,995	844.0	三好市　東みよし町
合　計	２４ （８市15町１村）	785,491	4,146.7	

（注）人口は、平成22年国勢調査による。

(2) 入院患者の受療状況（高度・特殊な医療を除く。）

入院医療（高度・特殊な医療を除く）に関する２次医療圏域ごとの受療状況をみると、東部Ⅰについては、90%以上の患者について、東部Ⅰの中で入院医療が自己完結するとともに、他の圏域からも約20%の患者が流入しています。

他の圏域については、いずれも20%以上の入院患者が流出している状況にあり、最も流出割合が高いのは、南部Ⅱで６割以上の入院患者が他の圏域に流出している状況にあります。

一方、それぞれの圏域に流入する入院患者割合をみると、東部Ⅱ及び南部Ⅰについては、他の圏域から20%を上回る流入がありますが、南部Ⅱ、西部Ⅰ及び西部Ⅱについては、それぞれ20%に満たない数値となっています。

推計流入出患者割合

区　分	流入患者割合	流出患者割合
東　部　Ⅰ	19.8%	9.8%
東　部　Ⅱ	31.1%	25.4%
南　部　Ⅰ	26.0%	23.9%
南　部　Ⅱ	15.3%	64.2%
西　部　Ⅰ	11.6%	46.4%
西　部　Ⅱ	12.3%	30.6%

資料：平成２０年患者調査（厚生労働省医政局指導課による特別集計）

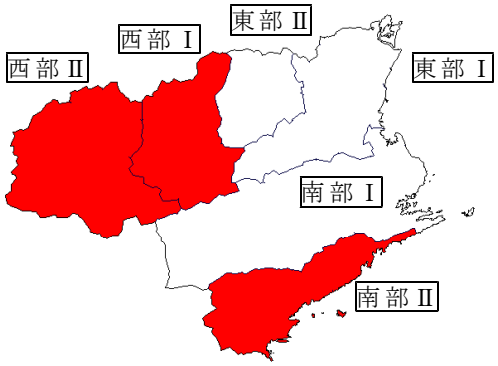
病院の療養病床及び一般病床の推計入院患者の動向（患者住所地からの動向）

区分		施設住所地						
		東部Ⅰ	東部Ⅱ	南部Ⅰ	南部Ⅱ	西部Ⅰ	西部Ⅱ	県外
患者住所地	東部Ⅰ	90.2	3.3	4.6	－	0.1	－	1.9
	東部Ⅱ	19.9	74.6	2.4	－	1.1	0.5	1.5
	南部Ⅰ	20.5	1.1	76.1	0.1	－	－	2.1
	南部Ⅱ	25.5	2.6	34.2	35.9	－	－	1.7
	西部Ⅰ	14.8	16.8	0.7	－	53.5	10.9	3.2
	西部Ⅱ	9.5	3.1	1.4	－	2.3	69.5	14.1

（注）計数のない場合：「－」

資料：平成２０年患者調査（厚生労働省医政局指導課による特別集計）

以上の結果から、国の基準により、見直しを検討すべき２次保健医療圏は、右の図において色付けした南部Ⅱ、西部Ⅰ及び西部Ⅱの３圏域となります。



(3) 住民の年齢構成

本県においては、全国平均を上回る水準で高齢化が進展しており、平成22年の国勢調査によれば、南部Ⅱ、西部Ⅰ及び西部Ⅱの３圏域については、いずれも30%以上の住民が65歳以上という状況にあります。中でも南部Ⅱについては、ほぼ40%の住民が65歳以上であり、さらに世帯総数の17%が65歳以上の高齢単身者世帯となっています。

また、国立社会保障・人口問題研究所の将来推計によれば、今後も人口減少と高齢化は進展し、東部Ⅰについては、ほぼ全国と同水準の高齢化率であるのに対し、その他の圏域については、全て全国を上回る高齢化率で推移し、2020年には南部Ⅱが約47%、西部Ⅰが約40%、西部Ⅱが約41%の高齢化率となることが予想されています。

圏域別　住民の年齢構成等

区分	人　口	年齢別人口割合			世帯総数	うち65歳以上の高齢単身者世帯		高齢夫婦世帯（夫65歳以上妻60歳以上の夫婦1組一般世帯）	
		15歳未満	15～64歳	65歳以上			総世帯数に占める比　率		総世帯数に占める比　率
	（人）	（%）	（%）	（%）	（世帯）	（世帯）	（%）	（世帯）	（%）
東部Ⅰ	457,675	13.0	63.1	23.9	181,902	17,027	9.4	18,108	10.0
東部Ⅱ	83,267	11.6	58.8	29.6	29,046	3,135	10.8	3,512	12.1
南部Ⅰ	133,543	12.7	58.8	28.4	48,463	5,216	10.8	6,378	13.2
南部Ⅱ	23,037	9.7	50.7	39.5	9,626	1,634	17.0	1,904	19.8
西部Ⅰ	42,974	10.5	55.7	33.9	15,934	2,506	15.7	2,320	14.6
西部Ⅱ	44,995	10.6	54.2	35.2	17,323	2,847	16.4	2,562	14.8

資料：平成22年国勢調査（総務省統計局）

圏域別総人口及び高齢化率(65歳以上)の推計

		2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年
東部Ⅰ	総人口	457,675	449,429	437,495	422,727	405,906	387,452
	高齢化率	23.9%	27.6%	30.2%	31.7%	32.8%	34.1%
東部Ⅱ	総人口	83,267	79,703	75,400	70,966	66,523	61,923
	高齢化率	29.6%	33.6%	37.2%	39.2%	40.1%	40.9%
南部Ⅰ	総人口	133,543	128,556	122,126	115,200	108,192	101,117
	高齢化率	28.4%	32.3%	35.0%	36.3%	37.0%	37.5%
南部Ⅱ	総人口	23,037	22,115	20,219	18,378	16,658	15,077
	高齢化率	39.5%	43.3%	46.5%	48.1%	49.4%	50.3%
西部Ⅰ	総人口	42,974	39,661	36,395	33,259	30,368	27,645
	高齢化率	33.9%	36.4%	39.7%	41.8%	42.5%	43.1%
西部Ⅱ	総人口	44,995	42,190	38,476	34,988	31,842	28,881
	高齢化率	35.2%	37.6%	41.2%	44.1%	45.5%	46.2%
全国	総人口	127,176,445	125,430,217	122,734,996	119,269,828	115,223,669	110,679,406
	高齢化率	23.1%	26.9%	29.2%	30.5%	31.8%	33.6%

資料：2005年国勢調査及び国立社会保障・人口問題研究所　市区町村別将来推計人口（平成20年12月推計）

(4) 医療資源の分布

病院の病床数及び医療施設に従事する医師数をそれぞれ人口10万人あたりでみてみると、病床数では、各圏域で約1,500床から2,400床と幅はあるものの、全ての圏域で全国平均である1,236床を上回る整備水準にあります。

次に医師数をみると、東部Ⅰが328人と最も多く、次いで南部Ⅰが259人で、この２圏域が全国平均の２１９人を上回っていますが、その他の圏域は全国平均を下回っており、南部Ⅱ、西部Ⅰ及び西部Ⅱの３圏域については、200人を下回る水準となっています。

圏域別病院等の状況

	病院施設総数	病床総数	うち療養病床	うち一般病床	人口10万人あたり総病床数	医療施設に従事する医師数	人口10万人あたり医師数
東部Ⅰ	66	9,281	2,856	3,508	2,028	1,501	328
東部Ⅱ	7	1,244	410	834	1,494	170	204
南部Ⅰ	16	2,039	505	1,390	1,527	346	259
南部Ⅱ	5	379	0	227	1,645	41	178
西部Ⅰ	11	1,005	187	342	2,339	85	198
西部Ⅱ	9	1,081	299	418	2,402	80	178
全国	8,605	1,583,073	330,167	899,385	1,236	280,431	219

資料：平成23年「医療施設調査」及び平成22年「医師・歯科医師・薬剤師調査」（厚生労働省）
（注）人口10万人あたりの総病床数は、平成22年国勢調査人口による。

(5) 交通事情

一例として、県南部についてＪＲ海部駅からＪＲ徳島駅までの移動時間をみてみると、鉄道を利用した場合、概ね1時間30分程度の時間を必要とします。また、自動車を利用した場合では、渋滞状況等で大きく変動しますが、概ね２時間余りの時間が必要となります。

また県西部について、ＪＲ阿波池田駅からＪＲ徳島駅までの移動時間をみてみると、鉄道を利用した場合で、概ね１時間余り、自動車を利用した場合で、概ね1時間30分程度の時間が必要となります。（いずれも、可能な範囲での特急又は自動車専用道・高速道路の利用を前提としています。）

３　２次保健医療圏の設定

本県では、地域の医師不足等が深刻化する中で、地域における医師確保対策の推進、医療機能の充実強化等に取り組み、地域の住民が身近な生活圏において必要な保健医療サービスを受けることができる環境の維持・充実に全力で取り組むとともに、県立病院の改築・機能強化や鳴門病院の地方独立行政法人化といった拠点機能の充実による高度医療提供体制の構築、ドクターヘリの導入による広域医療体制の構築を推進しています。

今後も、地域医療の厳しい現状と更なる高齢化の進展を考慮すれば、身近な地域において、入院医療を含む身近な治療を受けることができる体制の整備は、引き続き極めて重要であり、このような取組みは、これまでの６圏域によって推進することが求められます。

一方、高度先端医療に対するニーズの高まり等を背景として、入院患者の流入・流出の状況が示しているように、県民の受療の範囲は、第５次改定における２次保健医療圏を超えた広いものとなっており、今後、地域の医療資源が限られている状況において、県民全体に等しく、適切な医療を提供できる体制を構築していくためには、また近い将来発生が予想される「南海トラフの巨大地震」をはじめとする大規模自然災害などに対応する効果的な保健医療の連携体制を構築していくためには、従来の圏域にとらわれることなく、より広い圏域をもって、医療資源の配分や連携体制の構築に取り組んでいくことも必要となっています。

以上のようなことから、人口、圏域面積なども考慮のうえ、今回、本県の２次保健医療圏については、東部、南部、西部の３圏域に見直すとともに、６圏域については1.5次保健医療圏として継承することで、等しく高度医療を提供するとともに、身近な医療は身近な地域で提供できる、より効果的な保健医療提供体制の構築に取り組むこととします。

また、５疾病、５事業及び在宅医療をはじめとする各種保健医療に関する施策の実施にあたっては、その疾病等の現状と、求められる今後の医療連携のあり方等を検討のうえ、個々の疾病、事業毎に圏域の設定を行い、必要に応じきめ細やかな対策を推進します。

さらに併せて、今後も引き続き、地域の医師確保等による高度専門医療体制の確保を目指し、様々な疾病等において可能な限り1.5次保健医療圏をはじめ、少しでも身近な地域で保健医療サービスの提供が完結するよう、「県民がいつでも、どこでも、等しく高度な保健医療サービスを受けられる徳島づくり」という基本理念のもと、個々の医療提供体制の構築に取り組むこととします。

(1) １次保健医療圏

かかりつけ医・歯科医等、県民が日常生活に密着した保健医療サービスを受ける圏域であり、市町村域とします。

(2) 1.5次保健医療圏

健康増進から、入院医療を含む身近な治療、療養、在宅医療等に対応し、地域特性に応じたきめ細やかな保健医療サービスの提供体制を構築する圏域であり、県内６圏域によるものとします。

(3) ２次保健医療圏（医療法第30条の４第２項第９号に規定する区域）

原則として入院医療（特殊な医療を除く。）の需要に対応する一体の区域として、比較的高度な診断・治療を含む包括的な医療提供体制の整備を進める圏域であり、県内３圏域によることとします。

(4) ３次保健医療圏（医療法第30条の４第２項第10号に規定する区域）

専門的、特殊な保健医療サービスを供給するための圏域であり、県全域とします。

1.5次～２次保健医療圏　＜第６次改定＞

圏域名		構成市町村数	圏域人口	圏域面積（㎢）	構成市町村名
２次	1.5次				
東 部	東部Ⅰ	１０ （２市７町１村）	457,675	681.2	徳島市　鳴門市　佐那河内村　石井町 神山町　松茂町　北島町　藍住町 板野町　上板町
	東部Ⅱ	２ （２市）	83,267	335.2	吉野川市　阿波市
南 部	南部Ⅰ	５ （２市３町）	133,543	1,199.1	小松島市　阿南市　勝浦町　上勝町 那賀町
	南部Ⅱ	３ （３町）	23,037	525.0	美波町　牟岐町　海陽町
西 部	西部Ⅰ	２ （１市１町）	42,974	562.2	美馬市　つるぎ町
	西部Ⅱ	２ （１市１町）	44,995	844.0	三好市　東みよし町
合　　計		２４ （８市15町１村）	785,491	4,146.7	

（注）人口は、平成22年国勢調査による。

第３節　基準病床数

基準病床数は、医療圏内における望ましい病床の水準を示すとともに、圏内において必要な入院治療を受けられるよう病床の適正配置を促進するために設定します。

基準病床数は、２次保健医療圏の区域における療養病床及び一般病床並びに県全域における病院の精神病床、感染症病床及び結核病床について、医療法の規定に基づき、医療法施行規則に規定する基準により定めます。

なお、基準病床数は、病床区分ごとに算出しますが、一般病床と療養病床については、両病床を合わせたものとして算定することとなっています。

2次保健医療圏における療養病床及び一般病床の基準病床数

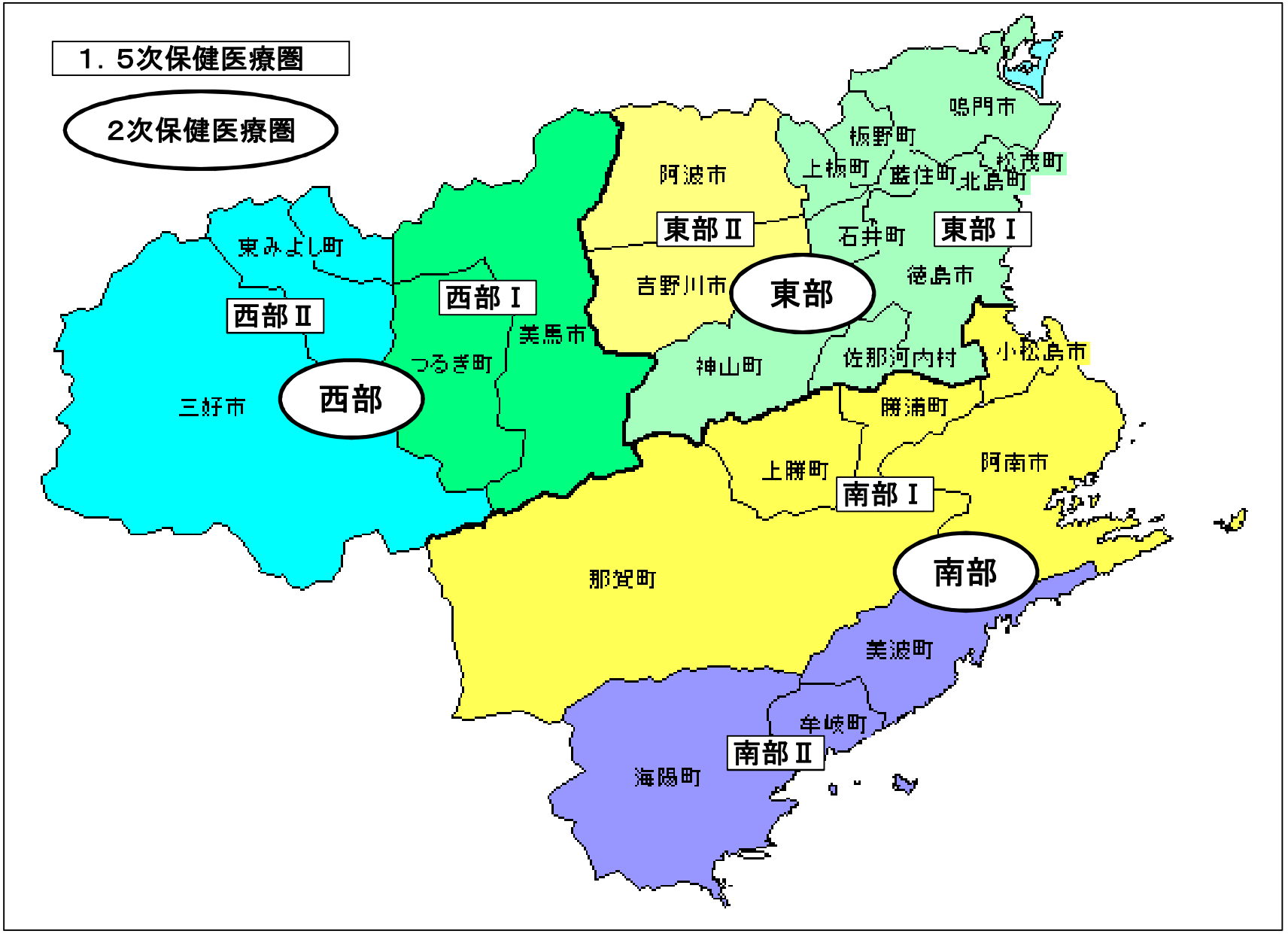
保健医療圏	基準病床数	既存病床数 (H24.3.31現在)	過不足病床数
東 部	5,165	7,887	2,722
南 部	1,374	2,102	728
西 部	486	1,251	765
合　　計	7,025	11,240	4,215

県全域における精神病床数、感染症病床数及び結核病床数

区　分	基準病床数	既存病床数 (H24.3.31現在)	過不足病床数
精神病床	2,772	3,928	1,156
結核病床	37	49	12
感染症病床	16	16	0

（注）過不足病床数がマイナスの数値である場合は、非過剰であることを示す。

１．５次～２次保健医療圏図



第４章

本県の保健医療提供体制

第１節　医療機関の機能分化と連携

１　地域の医療機関の機能分化と連携

基本的な考え方

急速な高齢化の進行や医療技術の進歩、県民の意識の変化や疾病構造の変化に伴い、県民の医療サービスへの需要が質量ともに急激に増大し、かつ多様化する中、誰もが安心して医療を受けることができる環境の整備のためには、地域の限られた医療資源の有効活用が必要です。

また併せて、県民が患者となった際には、必要かつ十分な医療を受けた後、可能な限り早期に居宅等での生活に復帰し、退院後においても適切な医療を受けることができる環境を整備することで、県民の生活の質の向上を実現するという視点も重要となります。

このため、地域における医療機能の適切な分化・連携を一層推進し、県民が切れ目のない医療を受けることができる効率的で質の高い医療提供体制を、地域ごとに構築することが求められています。

現状と課題

１　かかりつけ医（歯科医、薬局）の地域における役割

高齢化の進展に伴い、日ごろから身近な地域で住民の健康管理を行い、疾病に対する初期医療や継続的な管理を担う「かかりつけ医（歯科医、薬局）」は、地域医療の基礎を支えるものであり、また、医療機関の機能分化・連携の中で大きな役割を果たすものです。

かかりつけ医については、主に地域の診療所がその役割を担っており、本県、さらには全国的にみても、有床診療所が減少する一方で、無床診療所の増加により、総数では増加基調にあります。

しかしながら、医療需要の高度化や受診者の大病院志向などにより、症状の軽い患者でも大病院へ集中する傾向にあり、「かかりつけ医」の機能の低下が懸念されるだけでなく、重症患者の手術・入院治療など、大病院が本来有する医療機能を阻害するばかりか、待ち時間が長くなるなど患者にとっても不便になるといった状況がみられます。

このため、「かかりつけ医」の普及・定着を一層進めるのはもちろん、県民が身近な地域で安心して医療を受けられるよう、診療所相互間あるいは診療所と病院との連携など、個々の機能の応じた適切な連携体制の強化を図るとともに、例えば診療時間外においても必要に応じ往診等の対応が可能となる体制を構築するなど、その機能の強化を図っていく必要があります。

また、今後さらに高齢化が進展することを踏まえ、高齢者の在宅医療・介護について、医療と福祉・介護のさらなる連携に取り組んでいく必要があります。

２　地域医療連携の状況

地域の「かかりつけ医」が利用できるよう、病床や検査機器等を開放し、研修会等を開催している病院（開放型病院届出医療機関）は、県内に13施設となっています。医療機関相互の連携強化を図るため、引き続き地域の基幹病院において、研修会の開催や検査機器等の開放を進めていくことが求められます。

また、徳島県医療施設機能調査（平成24年９月）によると、地域の医療機関からの紹介・逆紹介を行う窓口となる地域医療連携室については、県内の43機関に設置されており、前回調査（平成19年７月）時点から６機関の増となっています。さらなる連携強化に向けて、引き続き地域医療連携室の設置と機能充実を推進する必要があります。

開放型病院の状況

保健医療圏	医療機関名	所在市町村	保健医療圏	医療機関名	所在市町村
東部Ⅰ	徳島県立中央病院	徳島市	南部Ⅰ	徳島赤十字病院	小松島市
	徳島市民病院	徳島市		阿南医師会中央病院	阿南市
	徳島県鳴門病院	鳴門市		阿南共栄病院	阿南市
	国立病院機構東徳島医療センター	板野町	南部Ⅱ	徳島県立海部病院	牟岐町
東部Ⅱ	麻植協同病院	吉野川市	西部Ⅰ	つるぎ町立半田病院	つるぎ町
	阿波病院	阿波市		ホウエツ病院(医療法人)	美馬市
			西部Ⅱ	徳島県立三好病院	三好市
13病院					

地域医療連携室の設置状況　（平成24年9月調査）

保健医療圏	地域医療連携室を設置	地域医療連携室の名称は用いていないが体制は整備
東部Ⅰ	28	72
東部Ⅱ	4	10
南部Ⅰ	5	19
南部Ⅱ	1	2
西部Ⅰ	2	9
西部Ⅱ	3	6
計	43	118

3　地域連携クリティカルパス

地域連携クリティカルパスは、患者一人ひとりの治療開始から終了までの全体的な治療計画のことであり、急性期から回復期を経て早期に帰宅できるよう作成した診療計画を、診療にあたる全医療機関が共有するとともに、役割分担を含め、あらかじめ診療内容を患者に提示・説明することにより、患者が安心して医療を受けることができるようにするものです。また、回復期病院では、患者がどのような状態で転院してくるかをあらかじめ把握できるため、重複した検査をせずにすみ、効果的・効率的なリハビリの開始が可能となるなど、診療の標準化、根拠に基づく医療の実施、インフォームドコンセントの充実、業務の改善、チーム医療の向上など様々な効果が期待されるものです。

本県においても、脳卒中、急性心筋梗塞、肺がんなどの分野において、既にパスの運用が始まっていますが、一部の医療機関に限られたものであるため、今後、対象となる疾病や医療機関の拡大など、各地域における本格導入に向けた取組みの推進が求められます。

4　地域医療の活性化

医師の「地域偏在」や「診療科偏在」を背景とした医師不足の深刻化への対応や糖尿病をはじめとする生活習慣病対策などの課題に対し、本県では県立中央病院と徳島大学病院が連携した「総合メディカルゾーン構想」の推進による医師不足対策や産学官共同の先進の研究・開発を活かした糖尿病対策などにより、全国に先駆けた取組みを推進してきました。

今後、全国的な課題となっている地域医療の活性化を推進していくため、これらの取組みをさらに加速・強化していくことが求められています。

施策の方向

１　かかりつけ医（歯科医、薬局）の普及推進

地域における医療機関の機能分化と連携を推進する中で「かかりつけ医（歯科医、薬局)」を地域医療の基礎と位置付け、その機能の確立を推進し、「かかりつけ医」の必要性について、県医師会をはじめ、地域の医療機関・関係団体の協力のもと、県及び市町村の広報等を通じて県民に対し、普及啓発します。

また、地域医療を担う医師としての人材育成支援や地域医療に係る総合相談、情報発信について、平成23年11月に「総合メディカルゾーン本部」に設置した「徳島県地域医療支援センター」において積極的に推進していきます。

２　地域医療連携の推進

地域の医療機関を支援する病院の機能充実を図り、地域医療連携室の設置や診療機能のオープン化等を推進するとともに、ＩＣＴを活用した診療情報に関するネットワークモデルの構築などに取り組み、地域医療連携の強化に努めます。

また、「医療とくしま情報箱」を活用し、県内医療機関の医療機能情報を県民に提供するとともに、医療機関における情報共有を図り、機能分担と連携を促進します。

３　地域連携クリティカルパスの普及

患者一人ひとりの治療開始から終了までの全体的な治療計画（地域連携クリティカルパス）の、本格的な運用に向け、対象医療機関の拡大や電子化による効率化等の取組みを疾病ごとに推進します。

また、地域連携クリティカルパスについては、関係者が医療から介護まで多岐にわたることから、中立的な立場である保健所等が各関係者間の調整を図りつつ、開発に取り組むとともに、その有用性に関する患者の理解促進に努め、脳卒中、急性心筋梗塞、がんについて、患者用の地域連携クリティカルパスとして「患者連携手帳」を作成するなど、地域連携クリティカルパスの定着と普及を推進します。

４　先導的な地域医療の活性化推進

本県では、平成24年７月25日に国から「先導的な地域医療の活性化（ライフイノベーション）総合特区」の地域指定を受けています。

今後、特区構想の具体化を進め、「総合メディカルゾーン本部（県立中央病院及び徳島大学病院)」における、医療従事者の相互派遣や検査用薬剤の供給といった「両病院を単一の病院とみなした規制緩和」など、規制の特例措置や財政上の支援措置を活用した総合的な取組みの推進により、「医師不足の解決」、「糖尿病克服」による全国をリードする先導的な地域モデルによる地域医療の活性化を推進します。

２　地域医療支援病院の整備目標

現状と課題

地域医療支援病院は、医療施設機能の体系化の一環として、患者に身近な地域で医療が提供されることが望ましいとの観点から、紹介患者に対する医療提供、医療機器等の共同利用の実施等を通じて、第一線の地域医療を担う「かかりつけ医（歯科医等）」を支援する能力を備え、地域医療の確保を図る病院として相応しい構造設備等を有するものについて、知事が承認しています。

本県では、東部及び南部保健医療圏に、合計６病院が整備されていますが、圏域バランスも考慮し、今後、さらに設置を促進していく必要があります。

地域医療支援病院の承認要件

①紹介患者に対する医療の提供（次のいずれかに該当すること）
- 紹介率８０％超
- 紹介率６０％超かつ逆紹介率３０％超
- 紹介率４０％超かつ逆紹介率６０％超

※紹 介 率＝他の医療機関からの紹介患者数÷初診患者数
逆紹介率＝他の医療機関へ紹介した患者数÷初診患者数

②共同利用の実施
③救急医療の提供
④地域の医療従事者に対する研修の実施
⑤病床規模（原則200床以上）
⑥その他医療法に規定されている施設・設備の整備

地域医療支援病院の状況

保健医療圏	病院名	所在市町村	承認年月日
東 部Ⅰ	徳島県立中央病院	徳島市	平成18年3月6日
	徳島市民病院	徳島市	平成20年11月27日
	徳島県鳴門病院	鳴門市	平成23年10月26日
東 部Ⅱ	麻植協同病院	吉野川市	平成22年11月1日
南 部Ⅰ	徳島赤十字病院	小松島市	平成13年10月1日
	阿南医師会中央病院	阿南市	平成13年10月1日

施策の方向

国においては、平成24年3月に「特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会」を設置し、「地域医療支援病院の承認要件」について見直しの検討を進めており、今後の動向を注視する必要がありますが、地域ごとに必要となる医療連携体制を構築していくためには、引き続き、圏域バランスに配慮し、整備促進に取り組むこととします。

また引き続き、地域医療支援病院が担う役割や受診の仕方など県民に対し周知を図るとともに、連携の推進や地域の医療従事者への研修の充実など、機能の充実・強化に取り組みます。

数値目標

数値目標項目	直近値	平成29年度末目標値
地域医療支援病院数	６病院 (H24)	７病院

３　公的病院等の役割

基本的な考え方

公的病院等とは、国（独立行政法人等を含む）、県・市町、その他日本赤十字社や厚生農業協同組合連合会、全国社会保険協会連合会等が開設する病院をいい、県内の各圏域における基幹病院として、地域医療の中心的な役割を果たすとともに、高度専門医療、救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療などの政策的な医療を担い、県民が必要とする医療の提供に大きな役割を果たしています。また、結核・感染症や難病等、民間病院だけでは担うことが難しい医療を提供しています。

現状と課題

公的病院等は、民間病院が採算性の問題等で参入しない地域や分野を補っており、地域医療の確保において、中心的な役割を担っていますが、一方、全国的な課題となっている医師不足問題は、公的病院等の医師確保においても大きな問題となっており、地域における医師の確保、あるいは小児科、産科、救急等の診療科における医師不足の解消が重要な課題となっています。

今後引き続き、地域医療の中心的存在としての役割を果たしていくためには、中長期的に安定した医師の確保とその医療機能の高度化などに取り組んでいく必要があります。

公的病院等

保健医療圏	病院名	所在地	許可病床数（H24．3.31現在）						救急医療		小児救急	周産期	災害拠点	地域医療支援	がん診療拠点	難病医療協力
			総数	一般	療養	精神	結核	感染症	3次救急	救急告示						
東部Ⅰ	徳島大学病院	徳島市	696	643		45		8	○	○		○	○		○	○
	徳島県立中央病院	徳島市	460	390		60	5	5	○	○	○		○	○	○	○
	徳島市民病院	徳島市	339	339						○	○	○	○	○	○	○
	徳島県鳴門病院	鳴門市	307	307						○	○		○	○		○
	独立行政法人国立病院機構東徳島医療センター	板野町	330	310			20			○						
東部Ⅱ	阿波病院	阿波市	133	133						○	○					
	独立行政法人国立病院機構徳島病院	吉野川市	300	300												○
	麻植協同病院	吉野川市	323	323						○	○		○	○		○
南部Ⅰ	徳島赤十字病院	小松島市	405	405					○	○	○	○	○	○	○	○
	徳島赤十字ひのみね総合療育センター	小松島市	140	140												
	阿南共栄病院	阿南市	343	343						○						○
	国民健康保険勝浦病院	勝浦町	65	60			5									
	那賀町立上那賀病院	那賀町	40	40												
南部Ⅱ	徳島県立海部病院	牟岐町	110	102			4	4		○			○			○
	美波町国民健康保険由岐病院	美波町	50	50						○						
	美波町国民健康保険日和佐病院	美波町	30	30						○						
	海陽町国民健康保険海南病院	海陽町	45	45						○			○			
西部Ⅰ	つるぎ町立半田病院	つるぎ町	134	134						○	○		○			○
西部Ⅱ	三好市国民健康保険市立三野病院	三好市	60	60						○						○
	徳島県立三好病院	三好市	220	206			10	4	○	○	○		○			○
	２０施設		4,530	4,360	0	105	44	21	4	16	8	3	10	5	4	12

（注）公的病院等とは平成15年4月24日付け医政発第0424005号医政局長通知に記載のある病院
徳島県立中央病院の病床数は、平成24年11月現在

施策の方向

１　機能の分化と連携の推進

地域において必要な医療が安全かつ効率的に提供できる体制を確保するため、公的病院等の役割を明確化し、民間医療機関等を含めた相互連携と機能分化を推進します。

２　公的病院等の機能充実

県地域医療支援センターを核として、県をはじめ各関係機関の連携のもと、医師の確保や人材育成支援などに総合的に取り組みます。また引き続き、救急医療をはじめ政策的な医療を提供する役割を担うとともに、医療機能の充実を図るものとします。

４　総合メディカルゾーン構想の取組み

基本的な考え方

徳島大学病院と県立中央病院は、隣接しているという地理的条件を最大限に活かし、両病院の機能整備をはじめとした交流を深め、県内医療の拠点としての「総合メディカルゾーン」の整備について協議を進めていくということで、平成17年８月に合意しました。

合意書では、①「県民の安心」をめざした医療の拠点化、②「県民の健康」をめざした医療の拠点化、③「県民医療の発展」をめざした情報・教育の拠点化、④「総合メディカルゾーンの効率的な運営」をめざした施設・設備の建設と運営の４つの目標を掲げています。

この基本合意に基づき、平成18年９月に、「総合メディカルゾーンの効率的な運営」をめざした施設・設備の建設と運営に関し、新県立中央病院の開院に合わせた病院間の連絡橋の設置や、駐車場の共同利用の早期実施などハード面における連携を進めることなどについて合意し、平成21年10月に、「医療及び情報・教育の拠点化」に関し、地域医療及び救急医療を担う医師等の育成、周産期医療や小児救急医療の拠点化などを推進することや、両病院の「効率的な運営」に関して合意しました。

また、平成23年11月策定の「徳島県地域医療再生計画（三次医療圏）」において、本県の三次医療圏の医療提供体制の課題解決を目指して「総合メディカルゾーン構想」を推進することとし、このため、徳島大学病院及び県立中央病院を「総合メディカルゾーン本部」、県立海部病院を「総合メディカルゾーン南部センター」、県立三好病院を「総合メディカルゾーン西部センター」と位置づけました。

施策の方向

「総合メディカルゾーン本部（徳島大学病院及び県立中央病院）」においては、両病院の特性を最大限に伸ばす方向で、さらなる連携や効果的な機能分担を進め、県民が安心して質の高い医療サービスが受けられる県内医療の中核拠点として、その機能を高めるとともに、地域の医療機関と連携を図りながら、県全体の「医療の質の向上」や「医療の最適化」を目指します。

具体的な方向としては、①「県民の安心」をめざした○救命・救急医療、○小児救急医療、○災害医療、○地域医療の拠点、②「県民の健康」をめざした○周産期医療、○がん医療、○感染症医療、○生活習慣病医療の拠点、③「県民医療の発展」をめざした○医療情報、○医療従事者教育の拠点として、整備を推進します。

また、総合メディカルゾーン南部センター（県立海部病院）及び総合メディカルゾーン西部センター（県立三好病院）においては、各病院の改築を進め、地域の中核拠点として機能強化を図るとともに、総合メディカルゾーン本部や地域の医療機関との連携により、「地域医療の再生・強化」を目指します。

５　広域医療連携の取組み

基本的な考え方

医療については、これまで「地域完結型の医療」を基本として、都道府県単位で保健医療計画の策定を行い、各都道府県がそれぞれに取組みを進めてきたところです。

こうしたなか、府県域を越える広域課題に対応するため、平成22年12月に、本県を含む関西の２府５県で構成される全国初の広域連合として「関西広域連合」が設立されました。

この関西広域連合の設立を契機として、医療分野においても、広域連合管内の医療資源を有機的に連携させることにより、府県域を越えた広域救急医療体制の充実・強化に取り組み、これまでの各府県の「３次医療圏」を越える、新たな概念となる「４次医療圏・関西」の構築を目指すこととしています。

現状と課題

全国的に医師が不足するなか、関西広域連合構成府県においても、医師・看護師の養成、確保や救急搬送体制の充実強化、さらには災害時における医療提供体制の確保などが共通の課題となっています。

こうしたなか、関西広域において連合は、関西の府県域を越えた広域救急医療連携の更なる充実に向け、平成24年３月に、「『安全・安心の医療圏“関西”』の実現」を基本理念とした「関西広域救急医療連携計画」の策定を行い、まずは喫緊の課題であり、かつ広域的に取り組むことにより高い効果が期待される次の項目について、今後の具体の取り組みを盛り込んでいます。

また、本計画を「進化・成長する計画」とするため、今後も、救急医療連携体制の更なる充実に向けた取組みの検討を行い、計画に反映していきます。

＜本計画に盛り込む項目＞
- ドクターヘリを活用した広域救急医療体制の充実
- 災害時における広域医療体制の整備・充実

施策の方向

１　広域的なドクターヘリの運航体制の構築

各府県の独自配置によって生じる運航範囲・費用負担の重複等を解消し、複数機のヘリが補完し合う相互応援体制の構築を図るため、平成23年度に事業移管を行っている京都府・兵庫県・鳥取県の３府県ドクターヘリに続き、大阪府及び徳島県ドクターヘリ事業についても、広域連合への事業移管を進め、広域連合が主体となった「ドクターヘリの効果的・効率的な運航体制の構築」を図ります。

２　災害時における広域医療体制の整備

「南海トラフの巨大地震」をはじめとする大規模災害の発生に対応するため、「災害派遣医療チーム（ＤＭＡＴ）」や「ドクターヘリ」、「医療救護チーム」など、全国からの医療支援をしっかりと受け入れるとともに、被災地に対し、迅速かつ的確な医療サービスの提供が行える「広域災害医療体制の整備」を図ります。

３　広域救急医療連携体制の充実に向けた仕組みづくり

「安全・安心の医療圏・関西」の実現を目指し、各構成府県とも連携を図りながら、新たな広域課題について検討を行い、関西における広域救急医療連携体制の更なる充実・強化に向けた仕組みづくりに取り組みます。

６　圏域ごとの取組み

基本的な考え方

県内における保健医療提供体制を考えるうえでは、地域ごとにおける、地理的条件等の自然的条件や県民の日常生活の実態、人口とその年齢構成の推移や疾病の動向、さらには交通事情等の社会的条件を勘案し、地域特性に応じた対策を講じていくことが必要であり、圏域ごとのきめ細やかな対応を推進するとともに、県下全体を見渡したうえでのバランスの取れた広域連携体制の構築にも取り組んでいく必要があります。

現状と課題

本県においては、医療施設に従事する医師の約75%が、東部圏域に集中している、いわゆる「医師の地域偏在」が顕著であり、地域における医師不足対策をはじめとした、医療人材、医療機能の確保・充実が急務となっています。

このため、南部圏域及び西部圏域における具体的対策の実施はもちろん、東部圏域における県下全域の保健医療支援機能の充実・強化など、広域的・総合的な連携支援体制の強化が必要となっています。

施策の方向

圏域ごとの課題に対応した、求められる機能の強化のため、具体的な施策の実施に積極的に取り組むとともに、課題の継続的な把握・分析に努め、切れ目のない対策を推進します。

（東部圏域）

- 県立中央病院と徳島大学病院が連携した「総合メディカルゾーン構想」の推進による医師確保対策、産学官共同の糖尿病予防対策等
- 「先導的な地域医療の活性化（ライフイノベーション）総合特区構想」の推進による「地域医療の再生」と「糖尿病の克服」
- 新県立中央病院の「小児救急医療拠点病院」体制の整備
- ドクターヘリ専用機の運航体制の整備
- 鳴門病院の地方独立行政法人化による広域拠点機能の整備
- 麻植協同病院の改築による耐震化

（南部圏域）

- 県立海部病院の移転改築による災害医療の拠点化
- 県立海部病院における「地域医療研究センター」の整備による地域医療を担う人材の育成
- 県立海部病院における急性期の診療機能の向上等を図るため、若手医師等を支援する、ＩＣＴを活用した遠隔診療支援システムを導入
- 美波町立日和佐病院、由岐病院の再編・機能強化
- 地域枠医師の養成等による地域の医師確保
- 海部郡内において、長期療養が可能な療養病床の整備に向けた関係機関による連携・検討の実施
- 看護職員に係る相談、育成、確保及び在宅医療に関する拠点機能の整備
- 認知症疾患における鑑別診断、地域の医療機関等の紹介、ＢＰＳＤ（認知症の行動・心理症状）への対応についての相談受付等を行う「認知症疾患医療センター」の設置

（西部圏域）

- 県立三好病院の改築による「高度医療」を備えた病院機能の充実
- 県立三好病院における公的病院初の「緩和ケア病棟」の整備
- 県立三好病院における「高精度放射線治療装置（リニアック）」の導入
- 地域枠医師の養成等による地域の医師確保
- ＩＣＴを活用した総合医療情報連携システムの構築による、県立三好病院、市立三野病院、町立半田病院の公立３病院に加えて地域の医療機関も含めた医療連携体制の構築
- 看護職員に係る相談、育成、確保及び在宅医療に関する拠点機能の整備
- 認知症疾患における鑑別診断、地域の医療機関等の紹介、ＢＰＳＤ（認知症の行動・心理症状）への対応についての相談受付等を行う「認知症疾患医療センター」の設置

第２節　疾病に対応した医療提供体制の整備

１　がんの医療体制

第１　がんの現状

１　がん患者の状況

本県のがん患者数は、厚生労働省患者調査（平成23年）によれば、人口10万対で、入院患者が125、外来患者が131となっており、入院、外来ともにが全国平均（入院107、外来130）より高くなっています。

○がんの受療率の推移（人口10万対）

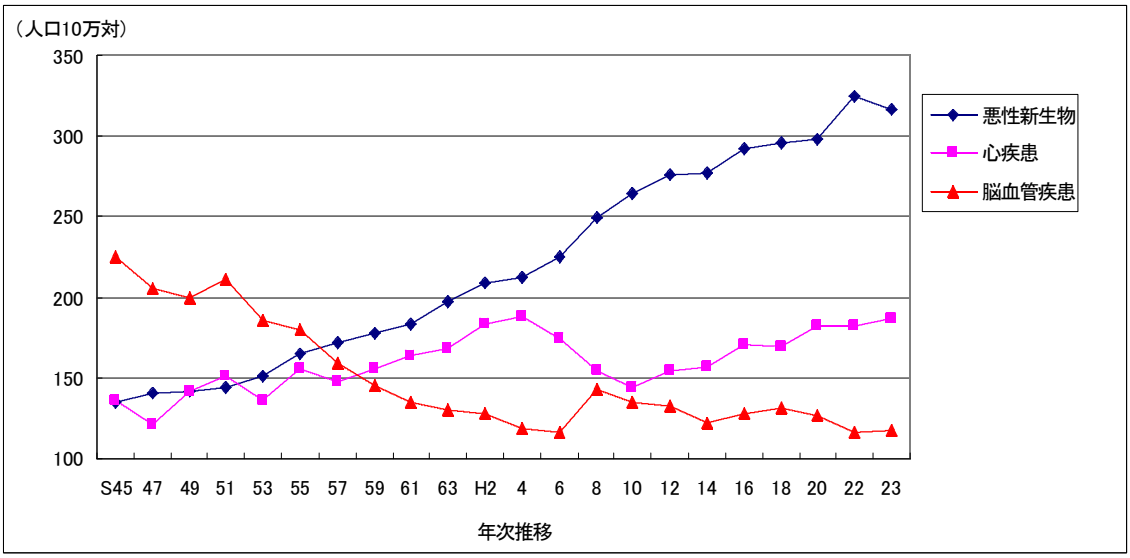
区　分	徳島県						全国		
	総　数	順位	入　院	順位	外　来	順位	総　数	入　院	外　来
平成20年	231	18	124	30	107	8	234	111	123
平成23年	255	21	125	17	131	25	238	107	130
前回比(%)	110.4	－	100.1	－	122.4	－	101.7	96.4	105.7

資料：患者調査（厚生労働省）

２　がんによる死亡の状況

本県のがんによる死亡の推移は、厚生労働省人口動態統計調査によると、昭和56年から悪性新生物（がん）が第１位を占めており、昭和56年には、悪性新生物165.9、脳血管疾患162.7、心疾患159.9だったものが、平成23年には、悪性新生物316.2、心疾患187.0、脳血管疾患117.9となっており、悪性新生物の増加が際立っています。

○３大死因の死亡率の年次推移（人口１０万対）



資料：人口動態統計（厚生労働省）

平成23年の人口動態統計によると、がん死亡者数は2,454人、死亡率では316.2（全国第18位）、全死因の26.0%を占めています。

死因を部位別に見ると、「気管、気管支及び肺」が66.8、次いで「胃」41.2、「肝及び肝内胆管」30.7と続いており、全国と比較すると、「気管，気管支及び肺」「肝及び肝内胆管」が高くなっています。

○悪性新生物の部位別死亡者数（平成23年）

死　　因	徳　島　県				全　国		
	死亡者数	占有率	死亡率	全国順位	死亡者数	死亡率	死因順位
順位（死亡率）	2,454	100.0	316.2	18	357,305	283.2	－
1 気管，気管支及び肺	518	21.1	66.8	7	70,293	55.7	1
2 胃	320	13.0	41.2	26	49,830	39.5	2
3 肝及び肝内胆管	238	9.7	30.7	16	31,875	25.3	3
4 結腸	205	8.4	26.4	17	31,050	24.6	4
5 膵	188	7.7	24.2	28	28,829	22.8	5
6 胆のう及びその他の胆道	147	6.0	18.9	13	18,186	14.4	6
7 悪性リンパ腫	81	3.3	10.4	4	10,336	8.2	11
8 直腸Ｓ状結腸移行部及び直腸	77	3.1	9.9	43	14,694	11.6	7
9 白血病	73	3.0	9.4	6	8,156	6.5	12
10前立腺	65	2.6	** 8.4	28	10,823	**17.6	10
11乳房	64	2.6	* 15.7	43	12,731	* 19.7	8
12食道	57	2.3	7.3	42	11,970	9.5	9
13子宮	45	1.8	* 11.1	8	6,075	* 9.4	15

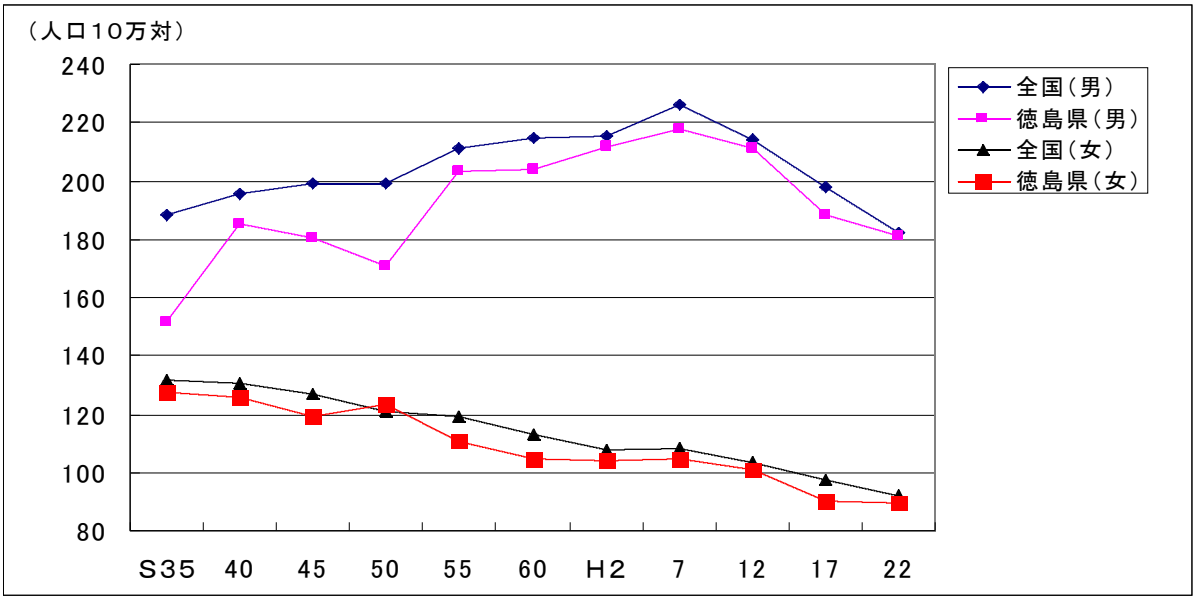
資料：人口動態統計（厚生労働省）

（注）死亡率は人口10万対である。ただし、*は女性人口10万対である。（死亡数も女性の数値である。）

**は男性人口10万対である。（死亡数も男性の数値である。）

また、年齢構成による影響を調整した「年齢調整死亡率」（人口10万対）では、平成22年には男性180.9（全国第21位）で、ピークだった平成7年からは37.1減少し、女性89.4（同27位）で、昭和35年から年々減少し、全国的には中位にあります。

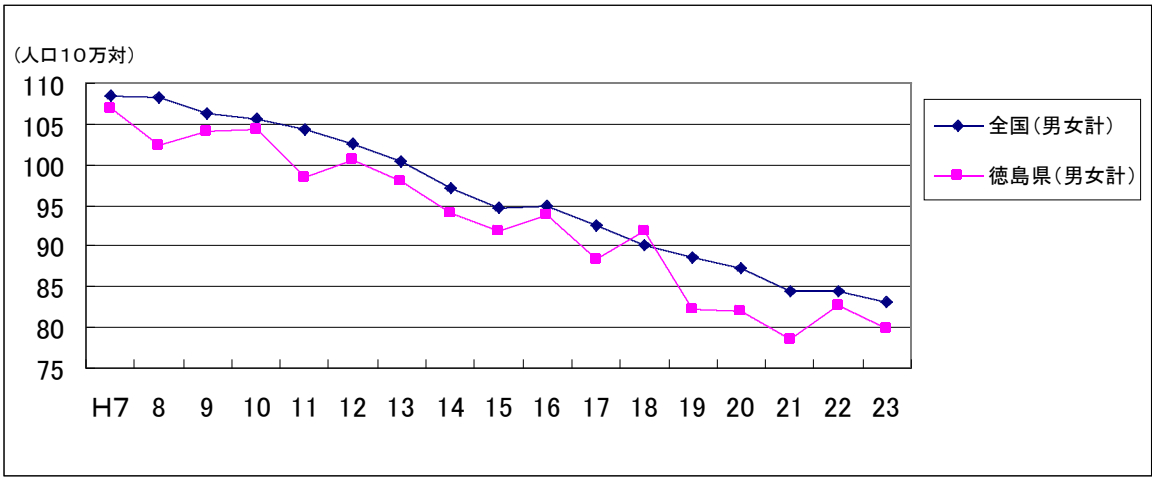
○悪性新生物の年齢調整死亡率の推移（人口１０万対）



資料：人口動態統計（厚生労働省）

さらに、75歳以上の死亡を除くことで、壮年期がん死亡の現状や動向を高い精度で評価することができるとされる、75歳未満年齢調整死亡率では、平成23年には男性104.0（全国第18位）、女性56.1（同10位）で、平成７年からは、男性45.4、女性15.8と年々減少しています。

○悪性新生物の年齢調整死亡率（75歳未満）の推移（人口１０万対）



資料：国立がんセンター がん対策情報センター

３　がんの予防

がんの発生を促す要因には、喫煙（受動喫煙を含む）、食生活、運動等の生活習慣や肝炎ウイルスや子宮頸がんの発がんと関連するヒトパピローマウイルス（ＨＰＶ）、胃がんと関連するヘリコバクター・ピロリ等の感染症など様々なものがあります。

がんの予防には、これらの生活習慣の改善や子宮頸がん（ＨＰＶ）ワクチン接種の推進、肝炎ウイルス検査の体制整備、ＨＴＬＶ－１（成人Ｔ細胞性白血病等の病気の原因となるウイルス）の感染予防対策等ウイルスの感染予防が重要であり、バランスのとれた取組みが求められています。また、ヘリコバクター・ピロリの除菌による胃がん予防については、内外の知見をもとに進めていく必要があります。

特に、喫煙対策を進めることが重要であることから、健康増進法に基づく受動喫煙防止対策が実施され、喫煙の及ぼす健康への影響についての普及啓発や、禁煙支援プログラムの普及などの禁煙支援が進められています。

○喫煙率

	徳　島　県		全　国　平　均	
	男　性	女　性	男　性	女　性
平成１５年	３９．８％	８．０％	４６．８％	１１．３％
平成２２年	２９．１％	５．２％	３２．２％	８．４％

資料：県民健康栄養調査（徳島県）、国民健康・栄養調査（厚生労働省）

○禁煙外来を実施している医療機関数　…　157施設

資料：ニコチン依存症管理料算定医療機関数・平成24年9月現在（厚生労働省）

○徳島県内の医療機関の受動喫煙対策実施状況

敷地内全面禁煙	施設内全面禁煙	施設内分煙	受動喫煙防止対策なし
61.1%	29.5%	8.4%	1.0%

資料：医療施設機能調査（徳島県）

4　がんの早期発見

がんを早期発見するため、胃がんでは胃エックス線検査、肺がんでは胸部エックス線検査及び喀痰検査、乳がんではマンモグラフィ検査及び視触診、大腸がんでは便潜血検査、子宮頸がんでは細胞診等のがん検診が行われています。

これらのがん検診において、がんの可能性が疑われた場合、さらに内視鏡検査及びＣＴ検査等の精密検査が実施されます。

本県のがん検診の受診率（平成22年国民生活基礎調査）は20%前後で、男性に比べて女性の方が低くなっています。また、平成16年の同調査と比較すると、乳がん検診以外で上昇しています。

検診受診率の向上のため、市町村によるがん検診推進事業（無料クーポン事業）が、乳がん、子宮がん検診は平成21年度から、大腸がん検診は平成23年度から実施されており、県においても企業やＮＰＯ法人との連携、高校生等の若い世代への健康教育を実施するなど、様々な手段により、普及啓発に努めています。

なお、がん検診の精度管理を行うための「がん検診チェックリスト」を活用した精度管理はまだ本格的な実施に至っていません。

○がん検診の受診率（%）

		肺がん		胃がん		大腸がん		乳がん	子宮がん
		男	女	男	女	男	女		
平成22年	徳島県	21.7	18.3	27.6	21.0	20.8	16.3	21.0	21.9
	全　国	24.9	21.2	34.3	26.3	27.4	22.6	24.3	24.3
平成16年	徳島県	15.5	13.6	21.4	20.4	16.4	16.0	22.8	21.4
	全　国	16.7	13.5	27.6	22.4	22.2	18.5	19.8	20.8

資料：国民生活基礎調査（厚生労働省）

なお、国のがん対策推進基本計画において、受診率の算定対象年齢を40歳から69歳（子宮がんは20歳から69歳）とすることとされており、本県においても、今後は、この算定対象年齢と同様とします。なお、この算定対象年齢によると、受診率（40歳から69歳まで、子宮がんは20歳から69歳まで）は、下表のとおりとなります。

○がん検診の受診率（%）＜40歳から69歳まで、子宮がんは20歳から69歳まで＞

		肺がん		胃がん		大腸がん		乳がん		子宮がん	
		男	女	男	女	男	女	過去1年	過去2年	過去1年	過去2年
平成22年	徳島県	24.1	21.8	29.7	24.8	22.2	18.8	27.3	36.4	26.9	36.4
	全　国	26.4	23.0	36.6	28.3	28.1	23.9	30.6	39.1	28.7	37.7

資料：平成22年 国民生活基礎調査（厚生労働省）

５　がんの医療

(1) がんの治療

がん検診によりがんの可能性が疑われた場合や症状を発した場合、精密検査により、がんの種類やがんの進行度等が明らかにされ、確定診断が行われます。なお、がんの診断に必要な県内の病理診断科医師数は９名（厚生労働省　平成22年医師・歯科医師・薬剤師調査）となっており、平成18年の７名から増加しています。

がん治療には、局所療法として行われる手術及び放射線療法並びに全身療法として行われる化学療法があり、がんの種類や病態に応じて、これら各種療法を単独で実施する治療、あるいは効果的に組み合わせて実施する集学的治療が行われます。

平成20年3月に改正された「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」に基づき、都道府県拠点病院に徳島大学病院が、地域がん診療連携拠点病院に県立中央病院、徳島赤十字病院、徳島市民病院の３病院が指定されています。また、拠点病院に準ずる病院として、県独自に地域がん診療連携推進病院の基準を定め、徳島県鳴門病院、阿南共栄病院、県立三好病院の３病院を指定しており、これらの拠点病院・推進病院を中心に集学的治療などのがん医療の均てん化を進めています。

がん診療連携拠点病院とかかりつけ医等の地域の医療機関が連携して治療を提供するため、肺がんを始めとした各部位の「地域連携クリティカルパス」が、がん診療連携協議会や生活習慣病管理指導協議会の各がん部会を中心に検討され、導入されており、診療計画策定実施件数は70件、地域連携クリティカルパスに基づく診療提供等の実施件数は33件です（ＮＤＢ）。(地域連携クリティカルパスの導入率)

なお、医療機能施設調査によると、拠点病院における手術件数は1,594件、放射線治療実施件数587件、化学療法実施件数は3,233件（うち外来化学療法実施件数2,235件）となっています。また、がんを専門とする医療従事者数は、医師、放射線技師等あわせて430人となっています。

本県におけるがんの種類別にみた医療提供体制の現状は、おおよそ次のようになっています。

ア　胃がん

胃がんは、地域の医療機関において、エックス線検査、内視鏡検査、病理検査などにより診断されます。

治療は、主に手術療法、内視鏡的切除、化学療法が実施されています。

県内では、東部、南部及び西部のすべての圏域で内視鏡及び腹腔鏡を含む手術療法及び化学療法が提供されていますが、放射線療法は、東部及び南部圏域に偏在しています。

○胃がんの治療実施状況（実施病院数）

治療＼圏域		東部		南部		西部		全体
		東部Ⅰ	東部Ⅱ	南部Ⅰ	南部Ⅱ	西部Ⅰ	西部Ⅱ	
手術療法		9	2	3		1	1	16
内視鏡的切除		11	3	4	2	2	2	24
腹腔鏡手術		7	2	3			1	13
化学療法	入院	16	2	3	2	4	3	30
	外来	15	3	3	2	4	3	30
放射線療法	入院	4		1				5
	外来	4		1				5
集学的療法		4		1				5

イ　肺がん

肺がんは、地域の医療機関において、ＣＴ検査、気管支鏡検査などにより診断され、治療を実施する病院へと紹介されています。

県内では、東部、南部及び西部のすべての圏域で手術療法及び化学療法が提供されていますが、放射線療法を実施している病院は東部及び南部圏域に偏在しています。

○肺がんの治療実施状況（実施病院数）

治療＼圏域		東部		南部		西部		全体
		東部Ⅰ	東部Ⅱ	南部Ⅰ	南部Ⅱ	西部Ⅰ	西部Ⅱ	
手術療法		7	1	3		1	1	13
化学療法	入院	12	1	4	1	3	3	24
	外来	10	2	3	1	3	3	22
放射線療法	入院	4		1				5
	外来	4		1				5
集学的療法		4		1				5

ウ　大腸がん

大腸がんは、大腸内視鏡検査、注腸造影検査などにより診断され、市町村における大腸がん検診による要精密検査者は、「生活習慣病管理指導協議会大腸がん部会」において把握している精密検査医療機関に紹介されています。

治療は手術療法が基本となり、病期によっては、内視鏡的切除が実施されています。

県内では、東部、南部及び西部のすべての圏域で内視鏡及び腹腔鏡を含む手術療法及び科学療法が提供されていますが、放射線療法は、東部及び南部圏域に偏在しています。

○大腸がんの治療実施状況（実施病院数）

治療＼圏域		東部		南部		西部		全体
		東部Ⅰ	東部Ⅱ	南部Ⅰ	南部Ⅱ	西部Ⅰ	西部Ⅱ	
手術療法		9	2	4	1	1	1	18
腹腔鏡手術		7	2	3	1	1	1	15
内視鏡手術		15	3	4	4	3	3	32
化学療法	入院	16	1	3	1	4	3	28
	外来	16	2	4	1	4	3	30
放射線療法	入院	4		1				5
	外来	4		1				5
集学的療法		4		1				5

エ　乳がん

乳がんの治療は、病期に応じて、手術療法、薬物療法、放射線療法を組み合わせて行われます。

県内では、東部、南部及び西部のすべての圏域で手術療法または薬物療法が提供されていますが、放射線療法を実施している病院は東部及び南部圏域に偏在しています。

○乳がんの治療実施状況（実施病院数）

治療＼圏域		東部		南部		西部		全体
		東部Ⅰ	東部Ⅱ	南部Ⅰ	南部Ⅱ	西部Ⅰ	西部Ⅱ	
手術療法		9	2	5	1	1	1	19
薬物療法	入院	15	2	3	1	4	3	28
	外来	17	3	3	2	5	3	33
放射線療法	入院	4		1				5
	外来	4		1				5
集学的療法		4		1				5

オ　肝がん

肝がんの治療は、手術療法、焼灼療法、経動脈的治療の３療法を中心とし、この他に放射線療法や化学療法が行われます。

県内では、東部、南部及び西部のすべての圏域で手術療法、科学療法が実施されていますが、手術療法の実施は一部の病院に限られており、肝炎ウイルス検査からフォローアップ、肝がんの診断、治療機関との連携が必要です。

また、肝炎患者等を早期に発見し、早期治療に結びつけ肝がんの発症予防に努めることも重要です。

ウイルス性肝炎については、肝疾患専門医療機関や拠点病院を選定し、医療機関を整備するとともに、インターフェロン治療等の抗ウイルス療法に対する医療費助成を行っています。

○肝がんの治療実施状況（実施病院数）

治療＼圏域		東部		南部		西部		全体
		東部Ⅰ	東部Ⅱ	南部Ⅰ	南部Ⅱ	西部Ⅰ	西部Ⅱ	
手術療法		10	2	2		1	1	16
焼灼療法		6	1	3			2	12
化学療法	入院	13	1	2	1	3	3	23
	外来	12	2	2	1	3	3	23
放射線療法	入院	4		1				5
	外来	4		1				5
集学的療法		4		1				5

カ　子宮がん

子宮がんの治療は、病期に応じて、手術療法、薬物療法、放射線療法を組み合わせて行われます。

県内では、東部、南部及び西部のすべての圏域で手術療法、化学療法が提供されていますが、手術療法の実施は一部の病院に限られており、放射線療法は、東部、南部に偏在しています。

○子宮がんの治療実施状況（実施病院数）

治療＼圏域		東部		南部		西部		全体
		東部Ⅰ	東部Ⅱ	南部Ⅰ	南部Ⅱ	西部Ⅰ	西部Ⅱ	
手術療法		6	1	2		1	1	11
薬物療法	入院	6		2	1	2	1	12
	外来	6		2	1	2	1	12
放射線療法	入院	4			1			5
	外来	4			1			5
集学的療法		4			1			5

(2) 緩和ケア

がんと診断された時から、身体的な苦痛及び精神心理的な苦痛等に対する緩和ケアを、がん治療と並行して実施することが求められています。

現在、県内では、がん診療連携拠点病院や地域がん診療連携推進病院、及び緩和ケア病棟を持つ１か所の民間病院（緩和ケア病床20床）を中心に、がん患者に対する入院や外来における緩和ケアが提供されており、緩和ケアチームのある医療機関は16施設、緩和ケア外来を実施している医療機関は12施設、緩和ケアの実施件数は1,370件となっています。（医療施設機能調査）

また、在宅患者に対する緩和ケアに取り組む施設も増えつつあり、総合メディカルゾーンに設置された「徳島がん対策センター」では、県立中央病院が中心となり、在宅緩和ケアのネットワークづくりのための研修や会議が実施されており、徳島市医師会でも在宅医療支援センターが設置され、在宅医療ネットワークの取組みが行われています。

平成20年度から、「すべてのがん医療に携わる医師が、研修により緩和ケアの知識・技術を習得すること」を目標に、がん診療連携拠点病院、県医師会で緩和ケア研修会が実施されていますが、平成23年度までに342名の医師がこの研修を修了しています。

医療用麻薬については、県内の医療機関で処方を行っている機関が126施設、医療用麻薬を取り扱っている薬局数が２５３箇所であり、その使用量は、39,287g/千人（モルヒネ換算使用量）となっています。

(3) がん治療後のリハビリテーション、定期的なフォローアップ、在宅療養

がん治療後は、治療の影響や症状の進行により、嚥下や呼吸運動などの日常生活動作に障害を来すことがあることから、リハビリテーションが行われます。また、再発したがんの早期発見などを目的として、定期的なフォローアップ等が行われます。がん患者に対してリハビリテーションを提供する医療機関は７施設（医療施設機能調査）であり、がんリハビリテーションの実施件数は117件（ＮＤＢ）です。

また、在宅療養を希望する患者に対しては、患者の意向に沿った医療が提供されるとともに、必要に応じて適切な緩和ケアが行われ、居宅等での生活に必要な介護サービスが提供されます。さらに、終末期には、看取りまで含めた療養が行われます。県内の末期のがん患者に対して在宅医療を提供する医療機関数は81施設となっており、がん患者の在宅死亡の割合（平成23年）は、自宅が6.6％（全国8.2％）、居住系施設を含めても8.6％（全国9.8％）と、全国より低くなっています。

(4) がん患者に対する相談支援、情報提供

がん診療拠点病院には相談支援センターが設置され、がん患者に対する相談支援やパンフレット等によりがん診療に関する情報提供が行われています。さらに、地域がん診療連携推進病院の指定により、県内のがん患者に対する相談体制の充実が図られ、総合メディカルゾーンに設置された「徳島がん対策センター」では相談に加え、ホームページによる県内外のがんに関する情報を収集し提供が行われています。また、県内の医療機関では、７施設ががん患者に対してカウンセリングを実施（診療報酬施設基準）しています。

(5)　圏域について

がん患者の受療動向を６圏域別にみると、外来では東部Ⅰ、南部Ⅰ、西部Ⅱにおいては、患者の住む圏域の医療機関を受診しているものの、他の３圏域では、６割前後の受診状況になっています。その傾向は、入院患者の受療動向でもより鮮明になっています。

がんの治療は、各部位ごとに専門医を必要とし、手術、放射線、薬物療法等を組み合わせた治療が必要とされるため、これらの集学的治療が提供できるがん診療拠点病院を中心に、東部、南部、西部３圏域での医療連携体制の整備を進めます。また、緩和ケアを含む在宅療養や相談支援体制については身近な６圏域での提供ができるよう整備を図っていきます。

○　がん患者の圏域別受療動向（平成20年）

	総数	東部Ⅰ	東部Ⅱ	南部Ⅰ	南部Ⅱ	西部Ⅰ	西部Ⅱ
がん外来患者の受療状況 （患者医療圏域内の受診割合%）	81,512 （人）	95.5	65.1	83.6	58.7	64.2	82.3
がん入院患者の受療状況 （患者医療圏域内の入院割合%）	13,048 （人）	93.0	59.3	78.5	39.5	47.1	73.0

資料：ＮＤＢ

第２　医療機関とその連携

１　目指すべき方向

前記「第１　がんの現状」を踏まえ、個々の医療機能、それを満たす医療機関、さらにそれらの医療機関相互の連携により、保健、医療及び介護サービスが連携・継続して実施される体制を構築します。

(1) 集学的治療（手術療法、放射線療法及び化学療法を効果的に組み合わせた治療）が実施可能な体制

①進行・再発といった様々ながんの病態に応じ、手術、放射線療法及び化学療法を効果的に組み合わせた集学的治療の実施

②適切な治療法の選択に関して、患者とその家族の意向に応じて主治医以外の医師による助言（セカンドオピニオン）を受けられる体制

③医療従事者間の連携と補完を重視した多職種でのチーム医療を受けられる体制

(2) 治療の初期段階から緩和ケアを実施する体制

①終末期だけでなく治療の初期段階からの緩和ケアの実施

②診断、治療、在宅医療など様々な場面における切れ目のない緩和ケアの実施

(3) 地域連携・支援を通じたがん診療水準の向上

①がん診療連携拠点病院および徳島県地域がん診療連携推進病院による各種研修会、カンファレンス及び症例相談など地域連携・支援の実施

②がん診療機能や在宅療養支援機能を有する医療機関が相互に連携を強化し、急変時の対応等に関して在宅療養中の患者を支援

２　各医療機能と連携

前記「１　目指すべき方向」を踏まえ、がんの医療体制に求められる医療機能を以下のとおり示します。

なお、がんの診療においては、がんの部位ごとに異なる医療機能を必要とされる場合もあることから、主要ながん（肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん、乳がん、子宮がん）について、部位ごとの方向性を示すこととします。

(1) がんを予防する機能【予防・早期発見】

①目標

・禁煙などによりがん発症のリスクを低減させること

・がん検診の受診率を向上させること

②関係者に求められる事項

（医療機関）

・がんに係る精密検査を実施すること
・精密検査の結果をフィードバックする等、がん検診の精度管理に協力すること
・禁煙外来や敷地内禁煙の実施等のたばこ対策に積極的に取り組むこと

（行政）

・がん検診を実施すること
・がん検診の積極的な受診勧奨と効果的な啓発を実施すること
・地域がん登録を実施し、精度向上に努めること
・要精検者が確実に医療機関を受診するように連携体制を構築すること
・検診の精度管理のための協議会を開催するなど、がん検診の精度管理を行うこと
・受動喫煙の防止や感染に起因するがん対策を推進すること

③対応する医療機関等

・がん検診実施機関

(2) 専門的ながん診療機能【専門診療】

①目標

・がんの病態に応じて、手術、放射線療法及び化学療法を効果的に組み合わせた集学的治療を実施すること
・治療の初期段階から緩和ケアを実施するとともに、緩和ケアチームによる専門的な緩和ケアを実施すること
・身体症状の緩和だけではなく、精神心理的な問題への対応を含めた全人的な緩和ケアを提供すること

②医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められます。

・血液検査、画像検査（エックス線検査、ＣＴ検査、超音波検査、ＭＲＩ検査、核医学検査）及び病理検査等の診断・治療に必要な専門的な検査が実施可能であること
・病理診断や画像診断等の専門的な診断が実施可能であること
・集学的治療が実施可能であること（化学療法については外来でも実施可能であること）
・患者の治療方針の決定に際し、異なる専門分野間の定期的なカンファレンス等を実施し、連携していること
・専門的な緩和ケアチームを配置していること
・専門的な緩和ケアを外来で実施可能であること
・治療法の選択等に関して主治医以外の医師による助言（セカンドオピニオン）が受けられること
・喪失した機能のリハビリテーションが実施可能であること
・標準的ながん診療機能や在宅療養支援機能を有する医療機関等と、診療情報や治療計画を共有するなどして連携可能であること（退院後の緩和ケアを含む）
・禁煙外来を設置していること

これらに加え、がん診療連携拠点病院については以下の対応が求められます。

・院内がん登録を実施していること
・相談支援の体制を確保し、情報の収集・発信、患者・家族の交流の支援等を実施していること
・地域連携支援の体制を確保し、研修、診療支援、緊急時の対応により、標準的ながん診療機能や在宅療養支援機能を有している医療機関の支援等を実施していること
・各職種の専門性を活かし、医療従事者間の連携と補完を重視した多職種でのチーム医療を実施すること

③対応する医療機関

・がん診療連携拠点病院
・がん診療連携拠点病院と同程度の機能を有する病院

(3) 標準的ながん診療機能【標準的診療】

①目標

・精密検査や確定診断等を実施すること
・専門的ながん治療を受けた患者に対して、治療後のフォローアップを行うこと
・治療の初期段階から緩和ケアを実施すること
・がん性疼痛等の身体症状の緩和、精神心理的な問題への対応が可能であること

②医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに準じた診療を実施していることが求められます。

・血液検査、画像検査（エックス線検査、ＣＴ検査、ＭＲＩ検査、核医学検査）及び病理検査等の診断・治療に必要な検査が実施可能であること
・病理診断や画像診断等の診断が実施可能であること
・手術療法又は化学療法が実施可能であること
・診療ガイドラインに準じた診療が実施可能であること
・緩和ケアが実施可能であること
・喪失した機能のリハビリテーションが実施可能であること
・専門的ながん診療機能や在宅療養支援機能を有する医療機関等と、診療情報や治療計画を共有するなどして連携が可能であること（退院後の緩和ケア計画を含む）
・禁煙外来を設置していること

③対応する医療機関

・病院又は診療所

(4) 在宅療養支援機能【療養支援】

①目標

・がん患者の意向を踏まえ、在宅等の生活の場での療養を選択できるようにし、その患者数を増加させること
・在宅緩和ケアを実施すること

②医療機関に求められる事項

・24時間対応が可能な在宅医療を提供していること
・疼痛等に対する緩和ケアが実施可能であること
・看取りを含めた終末期ケアを24時間体制で提供すること
・専門的ながん診療機能や標準的ながん診療機能を有する医療機関等と、診療情報や治療計画を共有するなどして連携が可能であること（退院後の緩和ケア計画を含む）
・医療用麻薬を提供できること
・歯科については、口腔管理、摂食・嚥下リハビリテーションを実施すること

③対応する医療機関等

・ホスピス・緩和ケア病棟を有する病院
・診療所
　＊在宅末期医療総合診療ができ、かつ、疼痛管理ができる医療機関
・歯科診療所
・薬局
・訪問看護事業所

(5) 部位ごとの方向性

①胃がん

胃がん患者に対して高度かつ専門的な手術療法、内視鏡的切除及び化学療法が実施できる医療機関を「専門診療」病院とし、「胃癌治療ガイドライン」に準じた手術療法、内視鏡的切除及び化学療法が実施できる医療機関を「標準的治療」病院として、他の医療機関との診断から治療までの連携を進めます。

②肺がん

肺がん患者に対して集学的治療が提供できる拠点病院と拠点病院と同程度の集学的治療を提供できる病院を「専門診療」病院とし、胸部ＣＴ検査又は気管支鏡検査ができる医療機関、

手術療法又は化学療法を実施している医療機関を「標準的診療」病院とし、地域連携クリティカルパスにより連携を進めます。

③大腸がん

大腸がん患者に対して集学的治療が提供できる拠点病院と拠点病院と同程度の集学的治療を提供できる病院を「専門診療」病院とし、手術療法及び化学療法を実施している病院を「標準的診療」病院として、連携を進めます。

④乳がん

乳がん患者に対して、「乳癌治療ガイドライン」に基づいた手術療法、薬物療法、放射線療法のすべてが実施できる病院を「専門診療」病院とし、マンモグラフィーが整備され、「乳癌治療ガイドライン」に基づき手術療法または薬物療法を実施している病院を「標準的診療」病院として、連携を進めます。

⑤肝がん

肝がん患者に対して、手術療法、放射線療法、化学療法を組み合わせた集学的治療を実施し、特に肝臓専門外科医による手術療法を実施し、高度かつ専門的な焼灼療法を実施する医療機関を「専門診療」病院とし、ウイルス性肝炎に対するインターフェロン治療や肝がんの焼灼療法、経動脈的治療、肝臓のエコー検査、造影ＣＴ、ＭＲＩを実施している医療機関を「標準的診療」病院として、連携を進めます。

特に肝がんとウイルス性肝炎の医療は一体的に行われる必要があることから、それぞれの医療機関が連携し、継続した治療やフォローアップができる体制整備を進めます。

また、ウイルス性肝炎については、感染経路等についての理解が十分でなく、感染の事実を認識していない患者が多数存在することが推測されるため、平成23年５月に策定された国の「肝炎対策の推進に関する基本的な指針」を踏まえ、平成25年３月に「徳島県肝炎対策推進計画」を策定し、総合的な肝炎対策を推進し肝がんへの進行を予防します。

⑥子宮がん

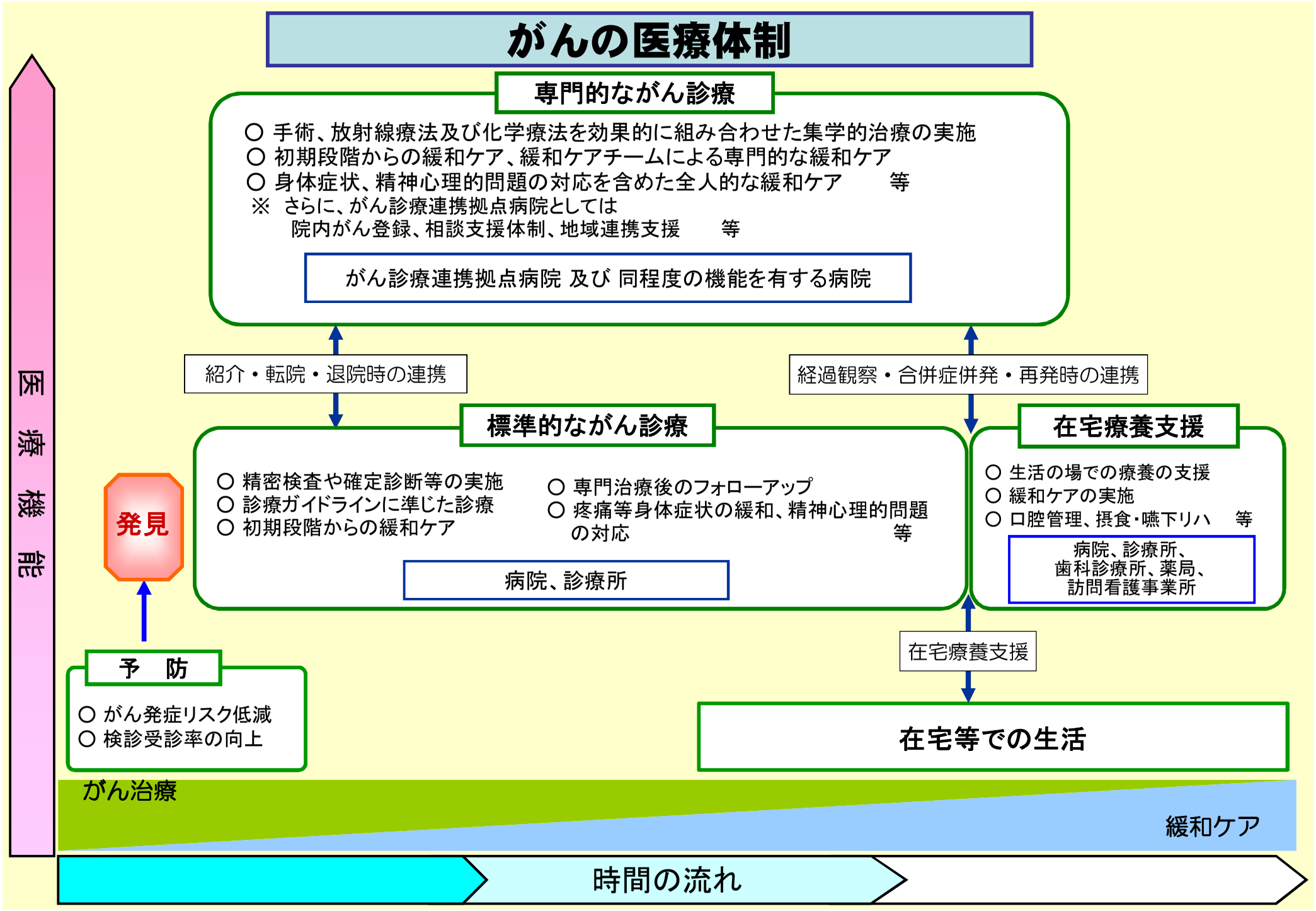
子宮がん患者に対して手術療法、放射線療法、薬物療法を組み合わせた集学的治療が実施できる病院を「専門診療」病院とし、「子宮頸癌治療ガイドライン」、「子宮体癌治療ガイドライン」に基づいた手術療法、薬物療法を実施している病院を「標準的診療」病院とし、地域連携クリティカルパスの整備等により連携を進めます。

第３　数値目標

数値目標項目	直近値	平成29年度末目標
がん年齢調整死亡率(75歳未満)(人口10万人対)☆★ ※「前計画策定時(88.3（H17))から20%減少」を目標とする。	７９．８ (H23)	２０%減少 (70.6) (H27)
喫煙率の減少（10年以内）☆★	成人男性　29.1% 成人女性　5.2% (H22)	成人男性　18% 成人女性　３% (H34)
受動喫煙の機会を有する者の減少(10年以内)☆★	行政機関　9.5% 医療機関　8.6% 職場　45.2% 家庭　8.5% 飲食店　55.4% (H22)	行政機関　０% 医療機関　０% 職場 『受動喫煙の無い職場の実現』 家庭　３% 飲食店　17% (H34)
がん検診受診率　☆★ （40～69歳、子宮がんは20～69歳）	胃がん　24.4% 肺がん　19.6% 大腸がん　18.7% 乳がん　21.0% (※36.4%) 子宮がん　21.9% (※36.4%) (H22) ※2年以内に受診している者の受診率	胃がん　40% 肺がん　40% 大腸がん　40% 乳がん　50% 子宮がん　50% (H28)
緩和ケアチームのある医療機関数 ☆	16 (H24)	増加

☆「徳島県がん対策推進計画」における目標

★「徳島県健康増進計画（健康徳島21)」における目標


がんの医療体制
専門的ながん診療
○ 手術、放射線療法及び化学療法を効果的に組み合わせた集学的治療の実施
○ 初期段階からの緩和ケア、緩和ケアチームによる専門的な緩和ケア
○ 身体症状、精神心理的問題の対応を含めた全人的な緩和ケア　等
※ さらに、がん診療連携拠点病院としては
院内がん登録、相談支援体制、地域連携支援　等
がん診療連携拠点病院 及び 同程度の機能を有する病院
紹介・転院・退院時の連携
経過観察・合併症併発・再発時の連携
標準的ながん診療
○ 精密検査や確定診断等の実施
○ 診療ガイドラインに準じた診療
○ 初期段階からの緩和ケア
○ 専門治療後のフォローアップ
○ 疼痛等身体症状の緩和、精神心理的問題の対応　等
病院、診療所
在宅療養支援
○ 生活の場での療養の支援
○ 緩和ケアの実施
○ 口腔管理、摂食・嚥下リハ　等
病院、診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護事業所
発見
予　防
○ がん発症リスク低減
○ 検診受診率の向上
在宅療養支援
在宅等での生活
医療機能
がん治療
緩和ケア
時間の流れ

２　脳卒中の医療体制

第１　脳卒中の現状

脳卒中は、脳血管の閉塞や破綻によって脳機能に障害が起きる疾患であり、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血に大別されます。

脳梗塞は、さらに、アテローム硬化（動脈硬化）により血管の内腔が狭くなり、そこに血栓ができて脳血管が閉塞するアテローム血栓性脳梗塞、脳の細い血管が主に高血圧を基盤とする変化により閉塞するラクナ梗塞、心臓等に生じた血栓が脳血管まで流れ血管を閉塞する心原性脳塞栓の３種類に分けられます。

また、脳出血は脳の細い血管が破綻するものであり、くも膜下出血は脳動脈瘤が破綻し出血するものです。

脳卒中発症直後の医療（急性期の医療）は、脳梗塞、脳出血及びくも膜下出血によって異なりますが、急性期を脱した後の医療は共通するものが多いことから、本計画においては一括して記載することとします。

また、各種統計データの分類項目の違いがあるため、脳卒中（脳梗塞、脳出血、くも膜下出血）と脳血管疾患（脳卒中及びその他の脳血管疾患）を併記して使用します。

１　脳卒中の疫学

徳島県における平成23年中に、救急車によって搬送された急病患者の16.2%、2,685人（全国9.7%、31万1,938人）が脳疾患となっています。

また、脳血管疾患によって継続的に医療を受けている徳島県の患者数は平成23年は、約1万1千人（全国 約123万4千人）と推計されます。さらに、脳血管疾患の年齢調整受療率（人口10万人対）は全国より高い状況で推移しています。

脳血管疾患の年齢調整受療率（人口10万対）

	平成１４年	平成１７年	平成２０年
徳島県	１８４．２	１７０．０	１７４．３
全　国	１５８．９	１４７．０	１２０．９

資料：患者調査（厚生労働省）

死亡の状況については、徳島県では平成23年に年間915人（全国 約12万4千人）が脳血管疾患を原因として死亡し、死亡数全体の9.7%（全国9.9%）を占め、死亡順位の第４位（全国第４位）となっています。

また、平成23年には年間878人（全国 約12万人）が脳卒中を原因として死亡し、死亡数全体の9.3%（全国9.6%）を占めています。

なお、直近の徳島県の脳血管疾患の年齢調整死亡率は、男性、女性とも全国より低くなっています。

脳血管疾患の年齢調整死亡率（人口10万対）

	男		女	
	平成１７年	平成２２年	平成１７年	平成２２年
徳島県	５８．７	４５．７	３６．３	２４．１
全　国	６１．９	４９．５	３６．１	２６．９

資料：人口動態統計（厚生労働省）

脳卒中は、死亡を免れても後遺症として片麻痺、嚥下障害、言語障害、認知障害、遷延性意識障害などの後遺症が残ることがあります。

介護が必要になった者の21.5%は脳卒中が原因であり第１位です。

これらの統計から、脳卒中は、発症後生命が助かったとしても後遺症が残ることも多く、患者及びその家族の日常生活に与える影響は大きいと言えます。

2　脳卒中の医療

(1) 予防

脳卒中の最大の危険因子は高血圧であり、発症の予防には血圧のコントロールが重要です。

徳島県における平成20年の高血圧性患者の年齢調整外来受療率（人口10万対）は、352.8（全国260.4）で、全国よりも高い状況となっています。

その他、糖尿病、脂質異常症、喫煙、不整脈なども危険因子であり、生活習慣の改善や適切な治療が重要となります。そのためには、異常の早期発見や生活習慣の改善のきっかけともなる健康診断・健康診査を受診することは重要です。

徳島県における平成22年の健康診断・健康診査の受診率は60.9%（全国67.7%）と全国より低い状況となっています(国民生活基礎調査)。また、平成20年度から実施されている各医療保険者による特定健康診査の平成21年度の受診率は36.8%（全国40.5%）と低い状況です。

一方、脳卒中の無症侯性病変、危険因子となる画像異常等の発見にはMRI、MRアンギオグラフィ（以下「MRA」という。)、頸動脈超音波検査が行われています。

一過性虚血発作（TIA）直後は脳梗塞発症リスクが高く、これを疑えば、脳梗塞予防のための適切な治療を速やかに開始します。

同時に、住民に脳卒中の症状や発症時の緊急受診の必要性を周知させるように、啓発を進める必要があります。

(2) 発症直後の救護、搬送等

脳卒中を疑うような症状が出現した場合、本人や家族等周囲にいる者は、速やかに専門の医療施設を受診できるよう行動することが重要です。脳卒中においては、できるだけ早く治療を始めることで、より高い効果が見込まれ、さらに後遺症も少なくなることから、診断や治療の開始を遅らせることにならないよう、救急隊を要請する等の対処を行います。

徳島県における平成23年の救急要請（覚知）から医療機関への収容までに要した平均時間は、32.3分（全国38.1分）で全国より短くなっています。

救急救命士を含む救急隊員は、メディカルコントロール体制の下で定められた、病院前における脳卒中患者の救護のためのプロトコール（活動基準）に則して、適切に観察・判断・救急救命処置等を行った上で、対応が可能な医療機関に搬送することが重要です。

このため、病院到着前に脳卒中の重症度を点数化し、組織プラスミノゲン・アクチベータ（ｔ-PA）の静脈内投与による血栓溶解療法の適応や血管内治療（機械的血栓除去術、経動脈的血栓溶解療法等）など、超急性期の再開通治療の適応となる傷病者を抽出することなどを目的とした病院前脳卒中スケールを活用することが望ましいとされています。

(3) 診断

問診や身体所見の診察等に加えて、画像検査（CT、MRI、MRA、超音波検査等）を行うことで正確な診断が可能になります。最近ではCTの画像解析度の向上、MRIの普及もあり、脳梗塞超急性期の診断が可能となり、血栓溶解療法の適応や転帰がある程度予測できるようになりました。拡散強調画像で脳梗塞超急性期の所見が発症直後より検出できることが報告され、血栓溶解療法の適応や予後がある程度予測できるようになりました。

徳島県においては、地域医療再生計画の医療情報ネットワーク事業において遠隔画像診断システム等の整備が進められています。

また、救急患者のCT、MRI画像を専門的な診断が可能な施設へネットワーク経由で伝送すること等により、専門的な医師がいない医療機関で早期診断を行うことも考えられます。

(4) 急性期の治療

脳卒中の急性期には、呼吸管理、循環管理等の全身管理とともに、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血等の個々の病態に応じた治療が行われます。また、脳卒中の治療に際しては、専門チームによる診療や脳卒中の専用病室*等での入院管理により予後を改善できることが明らかになってきています。徳島県における急性期医療を取り巻く状況は、救命救急センターは東部Ⅰ、南部Ⅰ、西部Ⅱ圏域で３カ所、脳卒中の専用病室（脳卒中ケアユニットSCU）を有する施設数は東部Ⅰ圏域で１カ所、９病床となっています。

また、治療にあたる専門医の状況として、神経内科医師数は東部Ⅰ、東部Ⅱ、南部Ⅰ圏域に19人、人口10万人あたり2.4人（全国3.2人・平成22年)、脳神経外科医師数は東部Ⅰ、東

部Ⅱ、南部Ⅰ、西部Ⅱ圏域に53人、人口10万人あたり6.7人（全国5.3人・平成22年）と脳神経外科医については、全国と比較して多い状況となっています。

急性期医療体制の状況

	東部Ⅰ	東部Ⅱ	南部Ⅰ	南部Ⅱ	西部Ⅰ	西部Ⅱ	徳島県
救命救急センターを有する医療機関数※１	1	0	1	0	0	1	3
SCUを有する医療機関数	1	0	0	0	0	0	1
病床数※１	9	0	0	0	0	0	9
神経内科医師数※２	１０	7	2	0	0	0	１９
脳神経外科医師数※２	３９	4	8	0	0	2	５３

資料：※１ 平成23年 医療施設調査（厚生労働省年）
※２ 平成22年 医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）

＊専門医療スタッフが急性期からの濃厚な治療とリハビリテーションを組織的かつ計画的に行う脳卒中専用の治療病室。例えば、診療報酬上で脳卒中の入院医療管理料が算定できる治療室である脳卒中ケアユニット（SCU）等。

① 脳梗塞では、まず発症後4.5時間以内の超急性期血栓溶解療法（t-PA）の適応患者に対する適切な処置が取られる必要があります。治療開始までの時間が短いほどその有効性は高く、合併症の発生を考慮すると発症後4.5時間以内に治療を開始することが重要です。その際の目安は、発症から医療機関到着まで3.5時間以内、来院してから治療の開始まで１時間以内です。同じく発症後８時間以内の脳梗塞患者に対しては、施設によっては血管内治療による血栓除去術を行うことを考慮します。また、超急性期血栓溶解療法の適応とならない患者も、できる限り早期に、脳梗塞の原因に応じた、抗凝固療法や抗血小板療法、脳保護療法などを行うことが重要です。

徳島県における、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医療機関は東部Ⅰ、東部Ⅱ、南部Ⅰ、西部Ⅱに10カ所、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は58件となっています。

脳梗塞に対する急性期医療の状況

	東部Ⅰ	東部Ⅱ	南部Ⅰ	南部Ⅱ	西部Ⅰ	西部Ⅱ	徳島県
ｔ－PAによる脳血栓溶解療法の実施可能な医療機関数 ※１	6	1	2	0	0	1	１０
ｔ－PAによる脳血栓溶解療法の実施件数 ※２	２８	―	１８	―	―	―	５８

資料：※１ 平成24年 診療報酬施設基準（厚生労働省）
※２ レセプト情報・特定検診等情報データベース（通称：ナショナルデータベース（ＮＤＢ）による分析結果）（平成22年度）
（注） レセプト数10件未満のデータについては非表示。

② 脳出血の治療は、血圧や脳浮腫の管理、凝固能異常時の是正が主体であり、出血部位（皮質・皮質下出血や小脳出血等）によって手術が行われることもあります。

③ くも膜下出血の治療は、動脈瘤の再破裂の予防が重要であり、再破裂の防止を目的に開頭手術による外科的治療あるいは開頭を要しない血管内治療を行います。くも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術の実施件数は33件、脳動脈瘤コイル塞栓術の実施件数は17件となっています。

くも膜下出血に対する急性期医療の状況

	東部Ⅰ	東部Ⅱ	南部Ⅰ	南部Ⅱ	西部Ⅰ	西部Ⅱ	徳島県
脳動脈瘤クリッピング術の実施件数	１５	―	１０	―	―	―	３３
脳動脈瘤コイル塞栓術の実施件数	―	―	１０	―	―	―	１７

資料：ＮＤＢ(平成22年度)　　(注)　レセプト数10件未満のデータについては非表示。

(5) リハビリテーション

徳島県における脳卒中のリハビリテーションが実施可能な医療機関は119カ所で、すべての医療圏で実施されていますが、病期によって分けられます。

脳卒中に対するリハビリテーションの状況

	東部Ⅰ	東部Ⅱ	南部Ⅰ	南部Ⅱ	西部Ⅰ	西部Ⅱ	徳島県
リハビリテーションが実施可能な医療機関数	７２	８	２０	３	８	８	１１９

資料：平成24年 診療報酬施設基準（厚生労働省）

① 急性期には、廃用症候群や合併症の予防及びセルフケアの早期自立を目的として、可能であれば発症当日からベッドサイドで開始します。徳島県における早期リハビリテーション実施件数は4,668件となっており，全ての医療圏で実施されています。

脳卒中に対する早期リハビリテーションの実施状況

	東部Ⅰ	東部Ⅱ	南部Ⅰ	南部Ⅱ	西部Ⅰ	西部Ⅱ	徳島県
早期リハビリテーション実施件数	2,370	495	1,082	79	309	333	4,668

資料：ＮＤＢ(平成22年度)

② 回復期には、機能回復や日常生活動作（ＡＤＬ）の向上を目的として、訓練室での訓練が可能になった時期から集中して実施します。

③ 維持期には、回復した機能や残存した機能を活用し、歩行能力等の生活機能の維持・向上を目的として実施します。

(6) 急性期以降の医療・在宅療養

急性期を脱した後は、再発予防のための治療、基礎疾患や危険因子（高血圧、糖尿病、脂質異常症、喫煙、不整脈（特に心房細動）、無症候性病変、過度の飲酒等）の継続的な管理、脳卒中に合併する種々の症状や病態に対する加療が行われます。そして、切れ目のない医療の提供のために地域連携クリティカルパスが運用されますが、徳島県においては「徳島脳卒中シームレスケア研究会」を中心として、地域連携クリティカルパスの運用が推進されています。

地域連携クリティカルパスに基づく診療計画書の作成の実施件数は378件（平成22年度)、回復期の診療計画作成の実施件数は218件（平成22年度）となっており、今後増加が見込まれます。

また、急性期、回復期における平均在院日数は126日で、全国の109.2日より長くなっており、県内でも地域差が見られる現状があります。そこで，地域連携クリティカルパスの運用による日数の短縮が期待されます。

在宅療養では、上記治療に加えて、機能を維持するためのリハビリテーションを実施し、在宅生活に必要な介護サービスを受けますが、脳卒中は再発することも多く、患者の周囲に

いる者に対する適切な対応の教育等といった再発に備えることが重要です。

徳島県では、平成20年に在宅等生活の場※に復帰した患者の割合は56.1％（全国57.7％）と全国より低い状態となっており、県内でも地域差が見られる現状があります。

また、平成23年における在宅死亡割合は15.2％で、全国19.2％よりも低い状況となっていますが、今後、増加に向けた取組みが求められます。

※在宅等生活の場・・・自宅だけでなく、介護老人保健施設、老人ホーム等多様な居住の場を含みます。

脳血管疾患の退院患者の状況

	東部Ⅰ	東部Ⅱ	南部Ⅰ	南部Ⅱ	西部Ⅰ	西部Ⅱ	徳島県
退院患者の平均在院日数	131.2	191.7	78.8	32.1	198.9	119.8	126.0
在宅復帰した患者の割合	64.5	53.7	40.2	25.0	50.0	59.6	56.1

資料：平成20年 患者調査（厚生労働省）

なお、重篤な神経機能障害・精神機能障害を生じた患者の一部には、急性期を脱しても重度の後遺症等により退院や転院が困難となっている状況が見受けられます。これらの患者は、急性期の医療機関において救命医療を受けたものの、重度の後遺症があるため、回復期の医療機関等への転院や退院が行えず、当該医療機関にとどまっていることが指摘されています。

この問題の改善には、在宅への復帰が容易でない患者を受け入れる医療機関、介護・福祉施設等と、急性期の医療機関との連携強化など、総合的かつ切れ目のない対応が必要となります。

第２　医療機関とその連携

１　目指すべき方向

前記「第１　脳卒中の現状」を踏まえ、県下を６圏域に分け、個々の医療機能、それを満たす医療機関、さらにそれら医療機関相互の連携により、医療から介護サービスまでが連携し継続して実施される体制を構築します。また、脳卒中に関する住民への啓発を積極的に行うことが重要です。

(1) 脳卒中の発症予防

(2) 発症後、速やかな搬送と専門的な診療が可能な体制

① 発症後3.5時間以内の、専門的な診療が可能な医療機関への救急搬送

② 医療機関到着後１時間以内の専門的な治療の開始

(3) 病期に応じたリハビリテーションが可能な体制

① 急性期には、廃用症候群や合併症の予防、セルフケアの早期自立を目的として実施

② 回復期には、機能回復及び日常生活動作向上を目的として専門的かつ集中的に実施

③ 維持期には、生活機能の維持又は向上を目的として実施

(4) 在宅医療が可能な体制

① 生活の場で療養できるよう、医療及び介護サービスが相互に連携した支援

２　各医療機能と連携

前記「１　目指すべき方向」を踏まえ、脳卒中の医療体制に求められる医療機能を下記(1)から(5)に示します。

(1) 発症予防の機能【予防】

①目標

・脳卒中の発症を予防すること

②医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められます。

・高血圧、糖尿病、脂質異常症、心房細動、無症侯性病変、喫煙、過度の飲酒等の基礎疾患及び危険因子の管理が可能であること
・突然の症状出現時における対応について、本人及び家族等患者の周囲にいる者に対する教育、啓発を実施すること
・突然の症状出現時に、急性期医療を担う医療機関への受診勧奨について指示すること

③ 関係者に求められる事項

（住民）
・発症予防のために、高血圧、糖尿病、脂質異常症、喫煙、過度の飲酒等の危険因子について知り、健康診断、健康診査の受診と生活習慣の改善を行うこと

（行政等）
・脳卒中の発症予防について住民に啓発を行うこと
・健康診断、健康診査の受診への啓発、勧奨を行うこと

(2) 応急手当・病院前救護の機能【救護】

①目標
・脳卒中が疑われる患者が、発症後遅くとも3.5時間以内に専門的な診療が可能な医療機関に到着できること
また3.5時間を超える場合でも、脳梗塞の場合は機械的血栓除去術や経動脈的血栓溶解術等の血管内治療、脳出血の場合は血腫除去術、脳動脈瘤破裂によるくも膜下出血の場合は脳動脈瘤クリッピングやコイリング等の効果的な治療が行える可能性があるため、できるだけ早く、専門的な治療が可能な医療機関へ搬送することが望ましい

②関係者に求められる事項

（本人及び家族等周囲にいる者）
・突然の症状出現時の対応について知り、発症後速やかに救急搬送の要請を行うこと

（救急救命士等）
・地域メディカルコントロール協議会の定めた活動プロトコールに沿って、脳卒中患者に対する適切な観察・判断・処置を行うこと
・急性期医療を担う医療機関へ発症後遅くとも3.5時間以内に搬送すること

（行政等）
・脳卒中の症状や突然の症状出現時の緊急受診の必要性について啓発を実施すること

(3) 救急医療の機能【急性期】

①目標
・患者の来院後１時間以内（発症後4.5時間以内）に専門的な診療を開始すること（血管内治療など高度に専門的な治療を行える施設では、発症後4.5時間を超えても専門的治療の実施について検討することが望ましい）
・廃用症候群や合併症の予防、早期にセルフケアについて自立できるための急性期リハビリテーションを実施すること

②医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められます。
・脳卒中が疑われる患者に対して、専門的診療（脳内血腫除去術、脳血管内手術、クリッピング術、ｔ－PA（組織プラスミノーゲンアクチベーター）を用いた経静脈的血栓溶解療法等）が24時間実施可能であること（画像伝送等の遠隔診断に基づく治療を含む）
・脳卒中評価スケールなどを用いた客観的な神経学的評価が24時間実施可能であること
・適応のある脳梗塞症例に対し、来院後1時間以内（発症後4.5時間以内）にｔ－PAの静脈内投与による血栓溶解療法が実施可能であること
・外科手術及び脳血管内手術が必要と判断した場合には来院後2時間以内の治療開始が可能であること
・呼吸、循環、栄養等の全身管理、及び感染症や深部静脈血栓症等の合併症に対する診療が可能であること

・リスク管理のもとに早期座位・立位、関節可動域訓練、摂食・嚥下訓練、装具を用いた早期歩行訓練、セルフケア訓練等のリハビリテーションが実施可能であること
・回復期（あるいは維持期）の医療機関と地域連携クリティカルパス、診療情報や治療計画を活用して連携していること
・回復期（あるいは維持期）に、重度の後遺症等により自宅への退院が容易でない患者を受け入れる医療施設や介護施設等と連携し、その調整を行うこと
・脳卒中疑いで救急搬送された患者について、その最終判断の結果を救急隊に情報提供することが望ましい

③対応する医療機関
・脳卒中急性期の専門的診療を速やかに実施する病院
・脳卒中急性期患者に対する画像検査（CT、MRI、MRA、超音波検査等）、臨床検査、専門的診療が24時間実施可能な病院
・専門的診療が自院の設備・常勤スタッフで実施可能な病院
・常勤の脳外科専門医が在籍する病院
・救命救急センターを有する病院
・SCU又はそれに準じた専用病棟を有する病院
・脳卒中の急性期リハビリテーションを実施する病院

(4) 身体機能を回復させるリハビリテーションを実施する機能【回復期】

①目標
・身体機能の早期改善のための集中的なリハビリテーションを実施すること
・再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施すること

②医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められます。
・再発予防の治療（抗血小板療法、抗凝固療法等）、基礎疾患・危険因子の管理、及び抑うつ状態や認知症などの脳卒中後の様々な合併症への対応が可能であること
・失語、高次脳機能障害（記憶障害、注意障害）、嚥下障害、歩行障害などの機能障害の改善及びADLの向上を目的とした、理学療法、作業療法、言語聴覚療法等のリハビリテーションが専門医療スタッフにより集中的に実施可能であること
・急性期の医療機関及び維持期の医療機関等と地域連携クリティカルパス、診療情報や治療計画を活用し連携していること
・患者連携手帳等を活用し、患者が主体的に治療、リハビリテーションに取り組むことができるよう支援するとともに、再発予防等に関し必要な知識を教えること

③対応する医療機関
・リハビリテーションを行う病院又は診療所
・脳血管疾患等リハビリテーション料について四国厚生支局への届出がある病院又は診療所
・常勤の理学療法士又は作業療法士が在籍する病院又は診療所
・常勤の言語聴覚士が在籍する病院又は診療所
・回復期リハビリテーション病床を有する病院又は診療所
・回復期リハビリテーション病棟入院料について四国厚生支局への届出がある病院又は診療所

(5) 日常生活への復帰及び（日常生活の）維持のためのリハビリテーションを実施する機能【維持期】

①目標
・生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションを実施すること
・在宅等への復帰及び（日常生活の）継続を支援すること
・患者が在宅等の生活の場で療養できるよう、介護・福祉サービス等と連携して医療を実施すること
・最後まで在宅等での療養を望む患者に対する看取りを行うこと

②医療機関等に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められます。

・再発予防の治療、基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態への対応等が可能であること
・生活機能の維持及び向上のためのリハビリテーション（訪問及び通所リハビリテーションを含む）が実施可能であること
・介護支援専門員が、自立生活又は在宅療養を支援するための居宅介護サービスを調整すること
・回復期（あるいは急性期）の医療機関等と地域連携クリティカルパスや診療情報、治療計画を活用、共有するなどして連携していること
・患者連携手帳等を活用し、患者が主体的に治療、リハビリテーションに取り組むことができるよう支援するとともに、再発予防等に関し必要な知識を教えること
・通院困難な患者の場合、訪問看護事業所、薬局等と連携して在宅医療を実施すること
・特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）、認知症高齢者グループホーム、有料老人ホーム、ケアハウス等の施設等においても在宅医療を実施し、希望する患者にはこれらの施設等で看取りまでを行うこと
・介護支援専門員と連携し居宅介護サービスを調整すること
・歯科については、口腔管理、摂食・嚥下リハビリテーションを実施すること

③対応する医療機関等

・介護老人保健施設
・診療所（在宅療養支援診療所など）
・訪問看護事業所
・通所リハビリテーション事業所
・訪問リハビリテーション事業所
・療養病床を有する病院又は診療所
・歯科診療所
・薬局

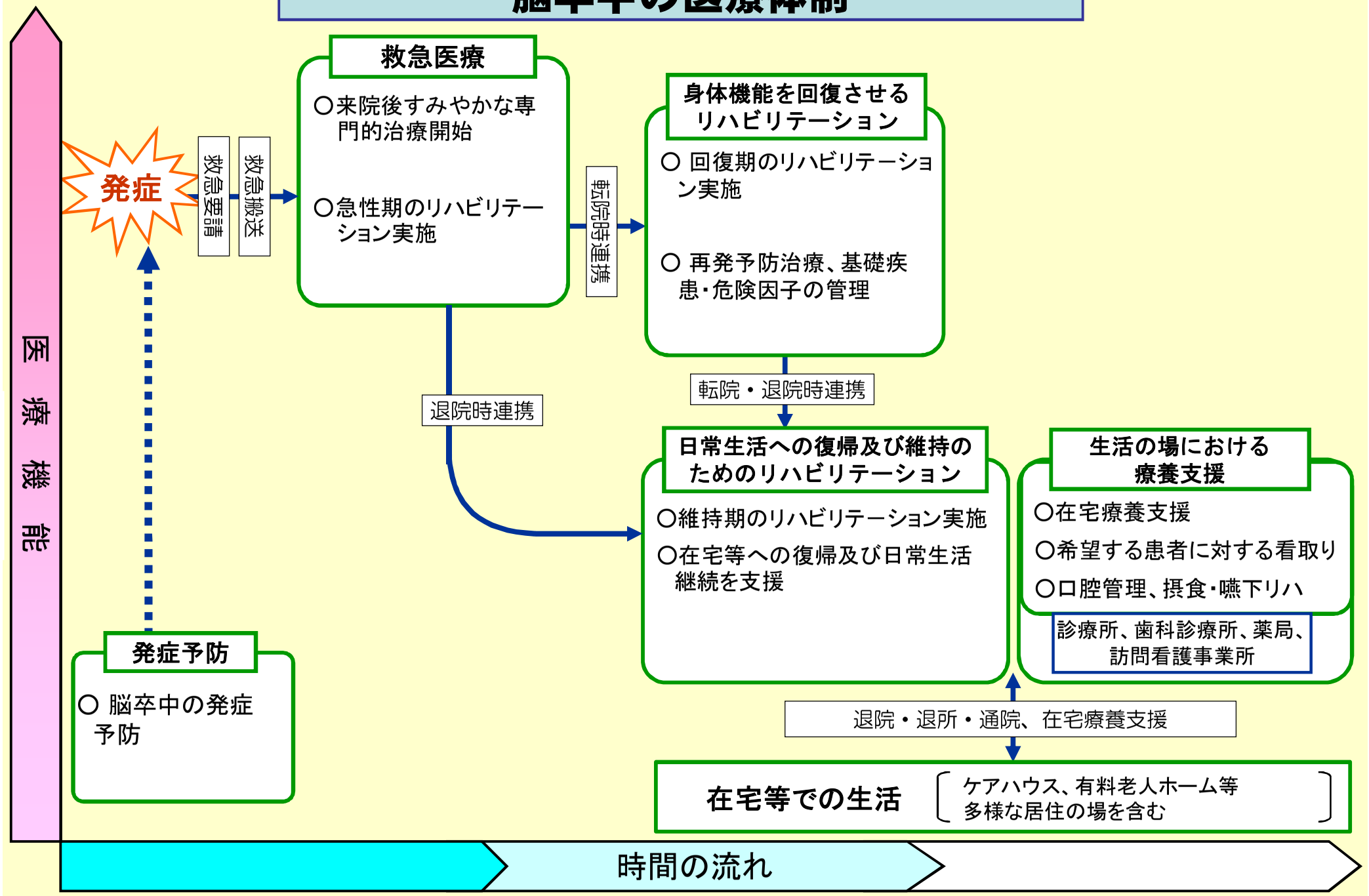
第３　数値目標

数値目標項目	直近値	平成29年度末目標値
脳血管疾患年齢調整死亡率（人口10万人対）★	男性　４５．７ 女性　２４．１ (H22)	１５%減少 (H34)
特定健康診査受診率　★◇	３９．２% (H22)	７０%以上 (H27)
地域連携診療計画管理料を算定した患者数 地域連携診療計画退院時指導料を算定した患者数	６５５人 ３７０人 (H23)	増加
脳血管疾患患者の在宅等死亡割合 （介護老人保健施設、老人ホーム、自宅における死亡）	１５．２% (H23)	増加

★「徳島県健康増進計画（健康徳島21)」における目標による

◇「徳島県における医療費の見通しと適正化に向けた取組み」における目標

脳卒中の医療体制


医療機能
発症
救急要請
救急搬送
救急医療
○来院後すみやかな専門的治療開始
○急性期のリハビリテーション実施
転院時連携
身体機能を回復させるリハビリテーション
○ 回復期のリハビリテーション実施
○ 再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理
転院・退院時連携
退院時連携
日常生活への復帰及び維持のためのリハビリテーション
○維持期のリハビリテーション実施
○在宅等への復帰及び日常生活継続を支援
生活の場における療養支援
○在宅療養支援
○希望する患者に対する看取り
○口腔管理、摂食・嚥下リハ
診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護事業所
退院・退所・通院、在宅療養支援
在宅等での生活
ケアハウス、有料老人ホーム等多様な居住の場を含む
発症予防
○ 脳卒中の発症予防
時間の流れ

３　急性心筋梗塞の医療体制

第１　急性心筋梗塞の現状

急性心筋梗塞は、冠動脈の閉塞等によって心筋への血流が阻害され、心筋が壊死し心臓機能の低下が起きる疾患であり、心電図上の所見によりＳＴ上昇型心筋梗塞と非ＳＴ上昇型心筋梗塞に大別されます。

急性心筋梗塞発症直後の医療（急性期の医療）は、ＳＴ上昇型心筋梗塞と非ＳＴ上昇型心筋梗塞で異なるところもありますが、求められる医療機能は共通するものが多いことから、一括して記載することとします。

また、各種統計データの分類項目の違いがあるため、急性心筋梗塞と虚血性心疾患（狭心症及び心筋梗塞）を併記して使用します。

１　急性心筋梗塞の疫学

徳島県で平成23年に救急車によって搬送された急病患者の12.0%、1,993人（全国9.0%、約29.2万人）が心疾患等です。また、平成20年の患者調査によると、虚血性心疾患で救急車により搬送された患者は1,686人となっています。

徳島県で、平成23年に虚血性心疾患の継続的な医療を受けている患者数は約6千人（全国約75万6千人）と推計されます。

そして、虚血性心疾患の年齢調整受療率（人口10万人対）は全国より高い状況で推移しています。

虚血性心疾患（狭心症及び心筋梗塞）の年齢調整受療率（人口10万対）

	平成１４年	平成１７年	平成２０年
徳島県	６０．３	６５．８	４１．１
全　国	４８．２	４１．６	３５．６

資料：患者調査（厚生労働省）

一方、徳島県においては、平成23年に心疾患を原因として年間1,451人（全国 約19万人）が死亡しており、死亡数全体の15.4%（全国15.6%）を占め、死亡順位の第２位となっています。このうち、急性心筋梗塞による死亡数は279人で、心疾患死亡数全体の19.2%（全国約４万３千人、約22.2%）となっています。

急性心筋梗塞の年齢調整死亡率は、男性が女性より高いものの、男女とも全国と比べ低くなっています。

急性心筋梗塞年齢調整死亡率（人口10万対）

	男		女	
	平成１７年	平成２２年	平成１７年	平成２２年
徳 島 県	２１．７	１９．６	１０．４	６．９
全　　国	２５．９	２０．４	１１．５	８．４

資料：人口動態統計（厚生労働省）

急性心筋梗塞の救命率改善のためには、発症直後の救急要請、発症現場での心肺蘇生や自動体外式除細動器（ＡＥＤ）等による電気的除細動の実施、その後の医療機関での救命処置が迅速に連携して実施されることが重要です。

また、急性心筋梗塞発症当日から数週間以内に発症する可能性のある不整脈、ポンプ失調、心破裂等の合併症に対する処置が適切に行われることも重要です。

２　急性心筋梗塞の医療

(1) 予防

急性心筋梗塞の危険因子は、高血圧症、脂質異常症、喫煙、糖尿病、メタボリックシンドローム、ストレスなどであり、急性心筋梗塞の発症予防には自分の体の状態を把握すると共に、生活習慣の改善や適切な治療が重要です。

急性心筋梗塞の危険因子である喫煙率は、男性29.1%（全国32.2%）、女性5.2%（全国8.4

%）と全国と比較して低い状況となっています。禁煙外来を開設し、喫煙習慣をニコチン依存症として治療を行っている医療機関数は、診療所77カ所、病院34カ所で、人口10万人あたり診療所9.7カ所（全国6.7カ所）、病院4.3カ所（全国1.3カ所）とすべての医療圏で開設されており、全国に比べて多い状況となっています。

一方、平成20年における年齢調整外来受療率（人口10万対）は、高血圧 352.8（全国260.4）、脂質異常症64.9（全国48.5）、糖尿病144.9（全国90.2）であり、いずれの疾患についても全国よりも高い状況となっています。

喫煙率

	男	女
徳 島 県 ※1	２９．１	５．２
全　　国 ※2	３２．２	８．４

資料：※１ 平成22年 県民健康栄養調査（徳島県健康増進課）
※２ 平成22年 国民健康栄養調査（厚生労働省）

禁煙外来を行っている医療機関数

	東部Ⅰ	東部Ⅱ	南部Ⅰ	南部Ⅱ	西部Ⅰ	西部Ⅱ	徳島県
禁煙外来を行っている診療所数	５１	8	8	2	5	3	７７
禁煙外来を行っている病院数	２１	2	4	1	2	4	３４

資料：平成20年 医療施設調査(厚生労働省)

年齢調整外来受療率（人口10万対）

	高血圧 （人口10万対）	脂質異常症	糖尿病 （人口10万対）
徳 島 県	３５２．８	６４．９	１４４．９
全　　国	２６０．４	４８．５	９０．２

資料：平成20年 患者調査（厚生労働省）

疾病の早期発見や生活習慣の改善のきっかけとなる健康診断・健康診査を受診することは重要ですが、徳島県における平成22年の健康診断・健康診査の受診率は60.9%（全国67.7%）と全国より低い状況となっています。また、平成20年度から実施されている各医療保険者による特定健康診査の平成21年度の受診率は36.8%（全国40.5%）と低い状況です。

(2) 発症直後の救護、搬送等

急性心筋梗塞を疑うような症状が出現した場合、本人や家族等周囲にいる者は速やかに救急要請を行います。

また、急性心筋梗塞発症直後に病院外で心肺停止状態となった場合、周囲にいる者や救急救命士等による心肺蘇生の実施及びＡＥＤの使用により、救命率の改善が見込まれます。

住民による心肺機能停止傷病者への応急手当は約43%（平成22年度）に実施されており、ＡＥＤは全国に約33万台普及し、徳島県においては約1,600台（H24年7月現在）普及している状況です。

また、心肺機能停止傷病者全搬送人員のうち平成23年に一般市民により除細動が実施された件数は10件（人口10万対1.3件）、全国1,433件（人口10万対1.1件）で、全国より高い状況となっています。

一方、平成23年における救急要請（覚知）から医療機関への収容までに要した平均時間は、32.3分（全国38.1分）で全国より約６分短くなっています。

(3) 診断

問診や身体所見の診察に加えて、心電図検査、血液生化学検査、Ｘ線検査や心エコー検査等の画像診断、冠動脈造影検査（心臓カテーテル検査）等を行うことで正確な診断が可能になります。

特にＳＴ上昇型心筋梗塞の場合、診断と治療が一体的に実施できる冠動脈造影検査を、発症後速やかに実施することが重要です。

非ＳＴ上昇型心筋梗塞では、適切な薬物療法を行いつつ、必要に応じて早期に冠動脈造影検査を行います。

また、診断の過程において、不整脈、ポンプ失調、心破裂等の生命予後に関わる合併症の発症について常に注意することも重要です。

(4) 急性期の治療

急性心筋梗塞の急性期には、循環管理、呼吸管理等の全身管理とともに、ＳＴ上昇型心筋梗塞、非ＳＴ上昇型心筋梗塞等の個々の病態に応じた治療が行われます。また、心臓の負荷を軽減させるために苦痛と不安の除去も行われます。

徳島県における急性期医療を取り巻く状況として、救命救急センターを有する病院数は東部Ⅰ、南部Ⅰ、西部Ⅱ圏域で3カ所、心筋梗塞の専用病室（CCU）を有する病院数は東部Ⅰ、東部Ⅱ、南部Ⅰ圏域で3カ所、病床数は８床となっています。

治療にあたる専門医の状況は、循環器内科医師数は東部Ⅰ、東部Ⅱ、南部Ⅰ、西部Ⅱ圏域で78人、人口10万人あたり 9.8人（全国8.5人）、心臓血管外科医師数は東部Ⅰ、南部Ⅰ、西部Ⅱ圏域で16人、人口10万人あたり 2.0人（全国2.2人）となっており、循環器内科医師数については全国より多い状況となっています。

急性期医療体制の状況

	東部Ⅰ	東部Ⅱ	南部Ⅰ	南部Ⅱ	西部Ⅰ	西部Ⅱ	徳島県
救命救急センターを有する医療機関数 ※１	1	0	1	0	0	1	3
CCUを有する医療機関数 病床数 ※１	1 1	1 4	1 3	0 0	0 0	0 0	3 8
循環器内科医師数 ※２	４６	7	２１	0	0	4	７８
心臓血管外科医師数※２	１０	0	6	0	0	2	１６

資料：※１ 平成23年 医療施設調査（厚生労働省）
※２ 平成22年 医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）

① ＳＴ上昇型心筋梗塞の治療は、血栓溶解療法や冠動脈造影検査及びそれに続く経皮的冠動脈形成術(PCI)により、阻害された心筋への血流を再疎通させる療法が主体です。特に発症から血行再建までに時間が短いほど有効性が高く、発症後１時間以内に治療を開始した場合に最も死亡率が低くなります。

徳島県における治療の状況は、大動脈バルーンパンピング法が実施可能な医療機関は東部Ⅰ、東部Ⅱ、南部Ⅰ、西部Ⅱ圏域で13カ所となっています。

急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈形成手術数は東部Ⅰ、東部Ⅱ、南部Ⅰ、西部Ⅱ圏域で346件、虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術数は東部Ⅰ、南部Ⅰ圏域で54件となっており、症状や合併症等によっては冠動脈バイパス手術(ＣＡＢＧ)等の外科的治療が第一選択となることもあります。

急性期医療の状況

	東部Ⅰ	東部Ⅱ	南部Ⅰ	南部Ⅱ	西部Ⅰ	西部Ⅱ	徳島県
大動脈バルーンパンピングが実施可能な医療機関 ※１	8	1	3	0	0	1	１３
急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈形成手術件数※２	１０８	１１７	９６	0	0	２５	３４６
虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数※２	１５	0	３９	0	0	0	５４

資料：※１ 平成24年 診療報酬施設基準（厚生労働省）
※２ ＮＤＢ（平成22年度）

② 非ＳＴ上昇型心筋梗塞の急性期の治療は、薬物療法が基本ですが、必要に応じて早期に冠動脈造影検査を行い、適応に応じて、PCI、CABGを行います。

(5) 心臓リハビリテーション

心臓リハビリテーションは、合併症や再発の予防、早期の在宅復帰及び社会復帰を目的に、発症した日から患者の状態に応じて、運動療法、食事療法等を実施します。

また、トレッドミルや自転車エルゴメーターを用いて運動耐容能を評価した上で、運動処方を作成し、徐々に負荷を掛けることで不整脈やポンプ失調等の合併症を防ぎつつ、身体的、精神・心理的、社会的に最も適切な状態に改善することを目的とする包括的あるいは多要素リハビリテーションを実施します。喪失機能（心機能）の回復だけでなく、再発予防、リスク管理などの多要素の改善に焦点があてられている点が、脳卒中等のリハビリテーションとは異なります。

心臓リハビリテーションが実施可能な医療機関数は東部１、南部Ⅰ圏域で6カ所となっています。

心臓リハビリテーションの実施状況

	東部Ⅰ	東部Ⅱ	南部Ⅰ	南部Ⅱ	西部Ⅰ	西部Ⅱ	徳島県
心臓リハビリテーションが実施可能な医療機関数	4	0	2	0	0	0	6

資料：平成24年 診療報酬施設基準（厚生労働省）

(6) 急性期以後の医療・自宅療養

急性期を脱した後は、不整脈、ポンプ失調等の治療やそれらの合併症予防、再発予防、心臓リハビリテーション、基礎疾患や危険因子（高血圧症、脂質異常症、喫煙、糖尿病等）の継続的な管理が行われます。また、患者だけでなく、患者の周囲にいる者に対する再発時における適切な対応についての教育等も重要です。

平成20年の患者調査によると虚血性心疾患の退院患者の平均在院日数は34.0日（全国12.8日）と全国と比較して長い状況となっており、圏域により差が見られます。また、在宅等生活の場に復帰した患者の割合は、92.8%（全国92.8%）と全国と同様の状況となっていますが、今後、地域連携クリティカルパス等の活用により在宅等生活の場に復帰する患者の割合の増加が期待されます。徳島県においては「徳島急性心筋梗塞地域連携研究会」を中心として、県下統一の地域連携クリティカルパスの運用を推進しています。

虚血性心疾患の退院患者の状況

	東部Ⅰ	東部Ⅱ	南部Ⅰ	南部Ⅱ	西部Ⅰ	西部Ⅱ	徳島県
退院患者の平均在院日数	94.9	4.6	5.2	16.6	―	30.6	34.0
在宅等の生活の場に復帰した患者の割合	91.8	92.1	97.2	20.0	―	81.8	92.8

資料：平成20年 患者調査(厚生労働省)

第２　医療機関とその連携

１　目指すべき方向

前記「第１　急性心筋梗塞の現状」を踏まえ、県下３圏域を基本として、個々の医療機能、それを満たす医療機関、さらにそれら医療機関相互の連携により、医療が継続して実施される体制を構築します。また併せて、急性心筋梗塞については、急性期における迅速な専門的治療の開始が重要であることから、特に県南、県西部における地域の医師確保等を強力に推進し、1.5次保健医療圏をはじめ、少しでも身近な地域において急性期医療が提供できる体制の構築を目指します。

(1) 急性心筋梗塞の発症予防

(2) 発症後、速やかに救命処置の実施と搬送が可能な体制

① 周囲の者による速やかな救急要請及び心肺蘇生法(CPR)の実施

② 専門的な診療が可能な医療機関への迅速な搬送

(3) 発症後、速やかな専門的診療が可能な体制

① 医療機関到着後30分以内の専門的な治療の開始

(4) 合併症予防や在宅復帰を目的とした心臓リハビリテーションが可能な体制

① 合併症や再発の予防、在宅復帰のための心臓リハビリテーションの実施
② 運動耐容能などに基づいた運動処方により合併症を防ぎつつ、運動療法のみならず、包括的あるいは多要素リハビリテーションを実施

(5) 在宅療養が可能な体制
① 合併症や再発を予防するための治療、基礎疾患や危険因子の管理の実施
② 再発予防のための定期的専門的検査の実施

2 各医療機能と連携

各医療機能の内容（目標、医療機関等に求められる事項等）について、地域の実情に応じて下記(1)から(5)に示します。

(1) 発症予防の機能【予防】

①目標
・急性心筋梗塞の発症を予防すること

②医療機関に求められる事項
次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められます。
・高血圧症、糖尿病、脂質異常症、心房細動等の基礎疾患及び危険因子の適切な管理が可能であること
・初期症状出現時における対応について、本人及び家族等患者の周囲にいる者に対する教育、啓発を実施すること
・初期症状出現時に、急性期医療を担う医療機関への受診勧奨について指示すること

③関係者に求められる事項
（住民）
・発症予防のために、高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病、メタボリックシンドローム、ストレスなどの危険因子について知り、健康診断、健康診査の受診と生活習慣の改善を行うこと
（行政等）
・急性心筋梗塞の発症予防について啓発を行うこと
・健康診断・健康診査の受診に向けた啓発、受診勧奨を行うこと

(2) 応急手当・病院前救護の機能【救護】

①目標
・急性心筋梗塞の疑われる患者が、できるだけ早期に専門的な診療が可能な医療機関に到着できること

②関係者に求められる事項
（住民）
・発症後速やかに救急要請を行うこと
・心肺停止が疑われる者に対して、ＡＥＤの使用を含めた救急蘇生法等適切な処置を実施すること
・機会をとらえてＡＥＤの使用を含めた救急蘇生法等の習得に務めること
（救急救命士を含む救急隊員）
・地域メディカルコントロール協議会によるプロトコール（活動基準）に即し、薬剤投与等の特定行為を含めた救急蘇生法等適切な観察・判断・処置を実施すること
・急性期医療を担う医療機関へ速やかに搬送すること
（行政等）
・ＡＥＤの使用を含めた救急蘇生法等の普及啓発を行うこと

(3) 救急医療の機能【急性期】

①目標
・患者の来院後速やかに初期治療を開始するとともに、30分以内に専門的な治療を開始すること
・合併症や再発の予防、在宅復帰のための心臓リハビリテーションを実施すること
・再発予防の定期的専門的検査を実施すること

②医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められます。

・心電図検査、血液生化学検査、心臓超音波検査、X線検査、CT検査、心臓カテーテル検査、機械的補助循環装置等必要な検査及び処置が24時間対応可能であること
・ＳＴ上昇型心筋梗塞の場合、90分以内に冠動脈造影検査および適応があればPCIの開始が可能であること
・呼吸管理、疼痛管理等の全身管理や、ポンプ失調、心破裂等の合併症治療が可能であること
・電気的除細動、機械的補助循環装置、緊急ペーシングへの対応が可能であること
・運動耐容能などに基づいた運動処方により合併症を防ぎつつ、運動療法のみならず包括的あるいは多要素リハビリテーションを実施可能であること
・抑うつ状態等への対応が可能であること
・回復期（あるいは在宅医療）の医療機関と診療情報や治療計画を共有する等して連携していること、また、その一環として再発予防の定期的専門的検査を実施すること

③対応する医療機関

・救命救急センターを有する病院
・急性心筋梗塞の診断及び治療が対応可能な病院又は診療所
・専門的な診療が可能な病院又は診療所
・常勤の循環器専門医（社団法人日本循環器学会認定)、カテーテル治療専門医（社団法人日本心血管インターベンション治療学会)、常勤の心臓血管外科専門医（特定非営利活動法人日本胸部外科学会、日本血管外科学会、日本心臓血管外科学会 、３学会構成心臓血管外科専門医認定機構）が在籍する病院又は診療所
・心筋梗塞の専用病室を有する病院

(4) 身体機能を回復させる心臓リハビリテーションを実施する機能【回復期】

①目標

・急性期病院と地域連携クリティカルパスを活用し連携を行い、合併症や再発の予防、在宅復帰のための心臓リハビリテーションを入院又は通院により実施すること
・再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施すること
・在宅等生活の場への復帰を支援すること
・患者が主体的に治療や再発予防リハビリテーションに取り組むことができるよう支援すること

②医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められます。

・運動耐容能を評価の上で、運動療法、食事療法等の心臓リハビリテーションが実施可能であること
・再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態等の対応等が可能であること
・心電図検査、電気的除細動等急性増悪時の対応が可能であること
・地域連携クリティカルパス及び患者連携手帳等を活用し、患者が主体的に治療、リハビリテーションに取り組むことができるよう支援するとともに、急性心筋梗塞の再発や重症不整脈等の発症時における対応法について、患者及び家族への教育を行っていること
・合併症併発時や再発時に緊急の内科的・外科的治療が可能な医療機関と連携していること
・急性期の医療機関及び二次予防の医療機関と地域連携クリティカルパスを活用し、診療情報や治療計画を共有する等して連携していること

③対応する医療機関

・心大血管疾患リハビリテーション料について四国厚生支局への届出がある病院又は診療所
・循環器専門医（社団法人日本循環器学会認定）が在籍する病院又は診療所

・内科又は循環器科を標榜する病院又は診療所

(5) 再発予防の機能【再発予防】

①目標

・回復期病院と地域連携クリティカルパスを活用し連携を行い、再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施すること

・患者が在宅療養を継続できるよう支援すること

②医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められます。

・再発予防のための治療や基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態への対応が可能であること

・地域連携クリティカルパス及び患者連携手帳等を活用し、患者が主体的に治療、リハビリテーションに取り組むことができるよう支援するとともに、再発予防等に関し必要な知識を教えること

・緊急時の除細動等急性増悪時への対応が可能であること

・合併症併発時や再発時に緊急の内科的・外科的治療が可能な医療機関と連携していること

・急性期の医療機関や介護保険サービス事業所等と再発予防の定期的専門的検査、合併症併発時や再発時の対応を含めた診療情報や治療計画を共有する等して連携していること

・在宅でのリハビリ、再発予防のための管理を医療機関と訪問看護事業所・薬局が連携し実施出来ること

③対応する医療機関

・内科又は循環器科を標榜する病院又は診療所

・在宅療養支援診療所

・訪問看護事業所・薬局

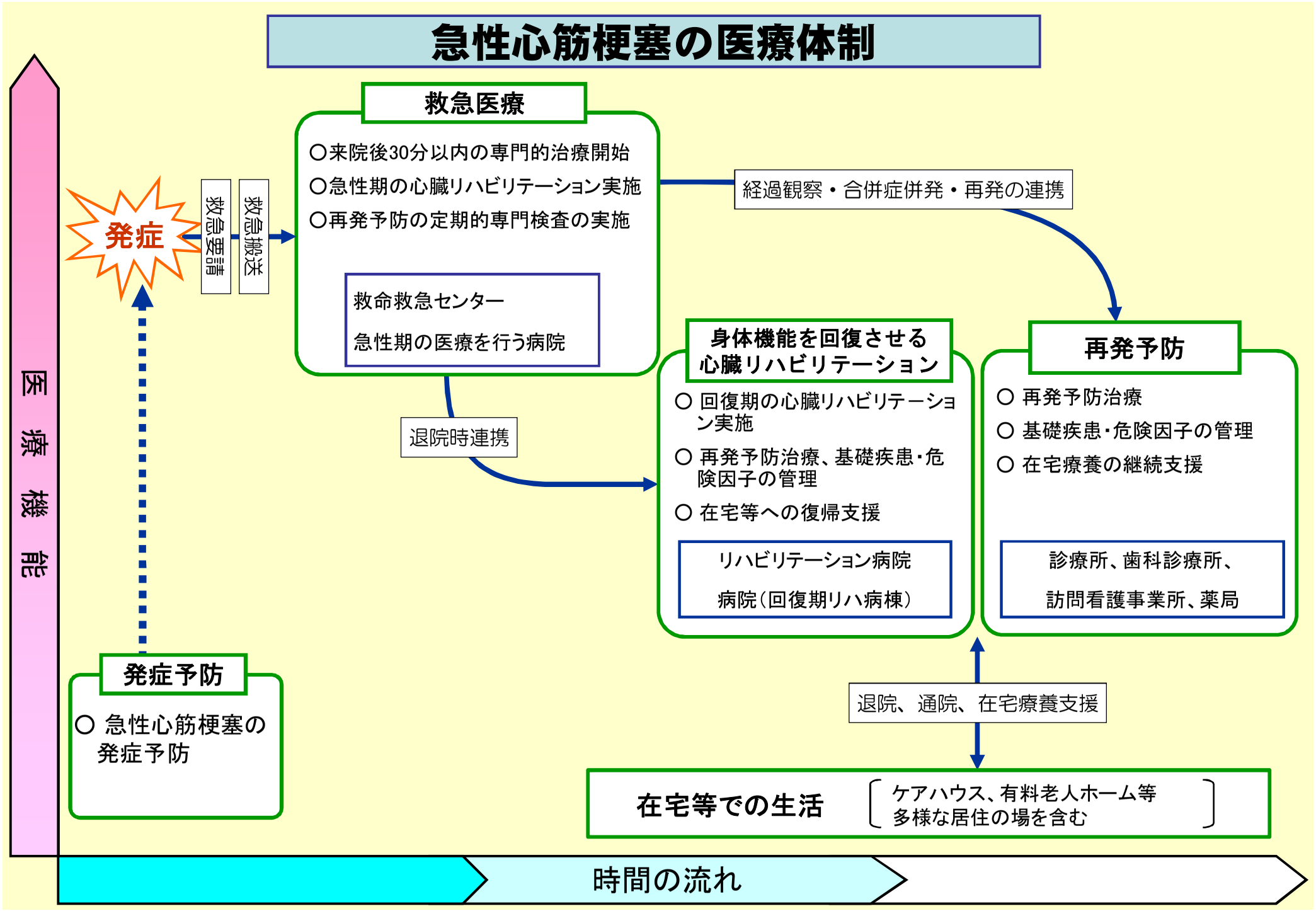
第３　数値目標

数値目標項目	直近値	平成29年度末目標値
喫煙率の減少（10年以内）☆★	成人男性　29.1% 成人女性　5.2% (H22)	成人男性　18% 成人女性　３% (H34)
虚血性心疾患年齢調整死亡率（人口10万対）★	男性　２８．２ 女性　１０．８ (H22)	１５%減少 (H34)
特定健康診査受診率　★◇	３９．２% (H22)	７０%以上 (H27)
ＡＥＤ設置数 ※日本救急医療財団	１，６２１ (H24)	増加
心肺機能停止傷病者全搬送人員のうち、一般市民により除細動が実施された件数	１０ (H23)	増加
地域連携クリティカルパス導入医療圏数 (1.5次)	６ (H24)	６

☆「徳島県がん対策推進計画」における目標

★「徳島県健康増進計画（健康徳島21)」における目標

◇「徳島県における医療費の見通しと適正化に向けた取組み」における目標


急性心筋梗塞の医療体制
医療機能
救急医療
○来院後30分以内の専門的治療開始
○急性期の心臓リハビリテーション実施
○再発予防の定期的専門検査の実施
救命救急センター
急性期の医療を行う病院
発症
救急要請
救急搬送
経過観察・合併症併発・再発の連携
退院時連携
身体機能を回復させる心臓リハビリテーション
○ 回復期の心臓リハビリテーション実施
○ 再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理
○ 在宅等への復帰支援
リハビリテーション病院
病院（回復期リハ病棟）
再発予防
○ 再発予防治療
○ 基礎疾患・危険因子の管理
○ 在宅療養の継続支援
診療所、歯科診療所、
訪問看護事業所、薬局
発症予防
○ 急性心筋梗塞の発症予防
退院、通院、在宅療養支援
在宅等での生活
ケアハウス、有料老人ホーム等
多様な居住の場を含む
時間の流れ

４　糖尿病の医療体制

第１　糖尿病の現状

徳島県における糖尿病の有病者等、受療及び死亡の状況は、おおよそ次のとおりとなっています。

１　糖尿病有病者等の状況

平成22年に実施した県民健康栄養調査結果によると、「糖尿病が強く疑われる人（有病者）」「糖尿病の可能性を否定できない人（予備群）」を合わせた割合（成人）は、男性22.9%、女性22.1%で、平成15年の男性24.5%、女性24.3%に比較して減少しています。全国が増加傾向にある中、また徳島県でも平成9年から平成15年に増加傾向にあったものが減少に転じており、平成17年11月に行われた「糖尿病緊急事態宣言」以降の県民運動の成果の現れと考えられます。

この結果を基に、平成22年の本県人口（国勢調査）を用いて推計すると、40歳以上人口のうち、有病者は約5.3万人、予備群を合わせると約10.8万人となり、40歳以上人口の22.5%が糖尿病の有病者又は予備群と推測されます。

○糖尿病有病者・予備群の推計

区 分	県人口	有 病 者		予 備 群		合　　計	
男 性	219,740	2.4万人	11.0%	2.6万人	11.9%	5.0万人	22.9%
女 性	261,798	2.9万人	11.0%	2.9万人	11.1%	5.8万人	22.1%
合 計	481,538	5.3万人	11.0%	5.5万人	11.5%	10.8万人	22.5%

資料：平成22年県民健康栄養調査　　（注）「県人口」は40歳以上人口

２　受療の状況

本県における糖尿病の受療率（人口10万対）は、平成23年患者調査結果では、入院43、外来269、合計312といずれも全国平均を大きく上回っており、全国第１位となっています。

また、糖尿病の退院患者の平均在院日数（平成23年患者調査）は、37.8日と全国の35.1日に比較して長くなっています。

○糖尿病受療率（人口10万対）の年次推移

区　分	徳　島　県						全　　国		
	入院	順位	外来	順位	合計	順位	入院	外来	合計
平成23年	43	4	269	2	312	1	19	166	185
平成20年	39	2	252	2	291	2	20	147	167
平成17年	52	1	262	1	314	1	24	158	182
平成14年	67	1	232	1	299	1	27	146	173
平成11年	88	1	252	1	340	1	32	146	178

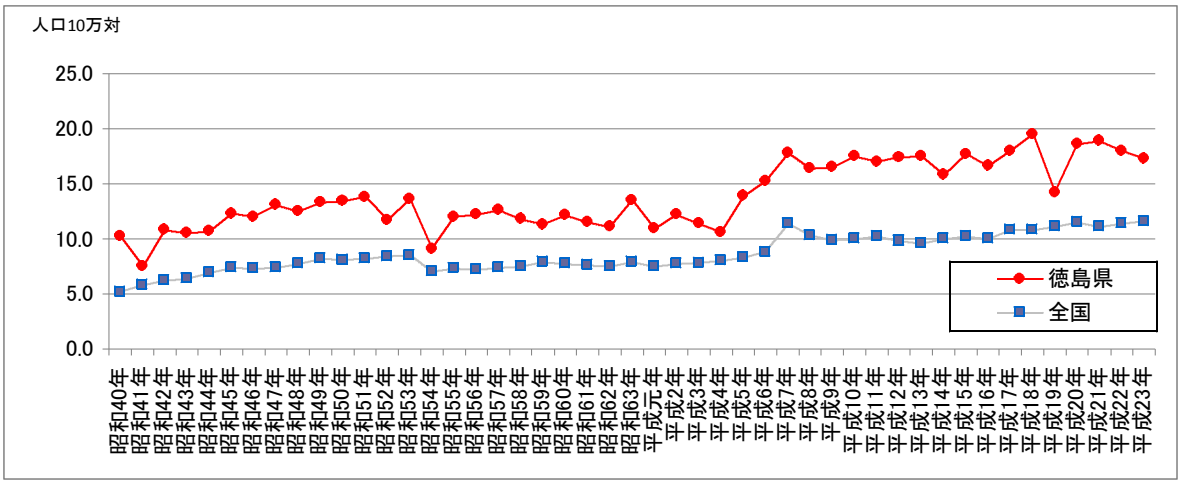
資料：患者調査（厚生労働省）

3　死亡の状況

糖尿病死亡率については全国平均を大きく上回る状況が続いており、平成５年以来、平成19年に第７位に改善したのを除き、平成23年まで全国ワースト１位が続いています。

平成23年人口動態統計調査における糖尿病死亡数は男性67人、女性67人、合計134人であり、粗死亡率（人口10万対）は17.3となっていますが、全国の粗死亡率が平成22年、23年と増加する中、本県の粗死亡率は減少しています。

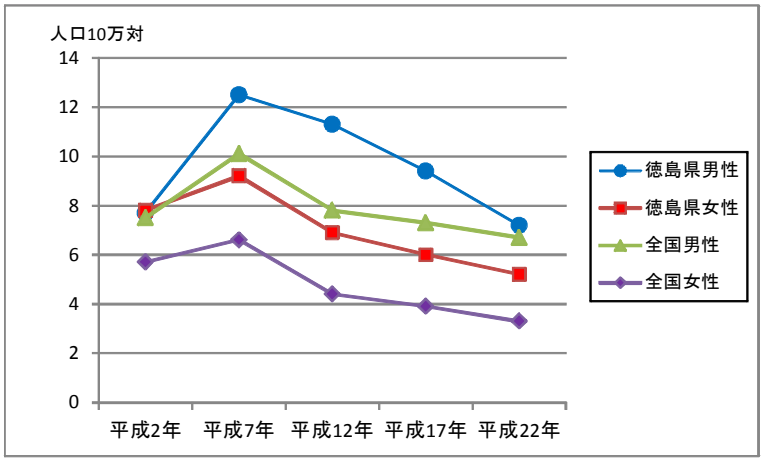
○糖尿病死亡率の年次推移（人口10万対）



資料：人口動態統計調査（厚生労働省）

また、粗死亡率は、高齢者の多い都道府県では高くなる傾向があることから年齢構成による要因を調整した平成22年の「年齢調整死亡率」では、男性は7.2と平成17年の9.4よりかなり減少し、全国第４位から第２０位に改善しています。一方、女性は5.2と平成17年の6.0より改善しているものの全国第１位となっています。

○年齢調整死亡率の推移（人口10万対）



資料：人口動態統計特殊報告（厚生労働省）

４　糖尿病の医療

(1) 予防

糖尿病発症の危険因子は、肥満、過食、運動不足などであり、発症の予防には、バランスのとれた食生活、適度な運動習慣、禁煙などの生活習慣の改善が重要です。また、定期的な健診の受診、異常所見を指摘されたときの事後指導を充実し、治療が必要な者に対して受診を促すことにより、糖尿病の早期発見に努めることが重要です。

本県では、県医師会に設置された「生活習慣病予防対策委員会」を中心に関係機関が連携し糖尿病対策に取り組んできています。また、平成18年１月に設立した「みんなでつくろう！健康とくしま県民会議」を推進母体に、食生活の改善や適度な運動習慣、たばこ対策などの健康づくりをサポートする「健康とくしま応援団」の募集・登録、阿波踊り体操やヘルシー阿波レシピを始めとした「健康サポートツール」の開発・普及啓発など、県民総ぐるみによる「健康とくしま運動」を全県的に推進しています。その結果、平成15年の県民健康栄養調査で全国との差が1,000歩程度あった１日平均歩行数が、平成22年の同調査では全国平均並になるなど、運動の成果が徐々に現れつつあります。

さらに、徳島大学病院に設置した「糖尿病対策センター」において専門的な研究・治療、疫学調査を行うとともに、「糖尿病克服県民会議」においてその研究成果を活用するなど、県を挙げた糖尿病克服対策を推進しています。

(2) 診断・治療の状況

糖尿病は自覚症状が乏しいため治療に結びつかないことが多く、平成22年県民健康栄養調査でも、「糖尿病が強く疑われている人」の8.0％が治療を中断しているほか、16.0％が治療を受けていません。このため、健診等によって発見された糖尿病あるいはその疑いのある者を確実に診断し、治療や専門的な指導につなげることができるよう各医療機関の機能を活用した連携が必要です。

糖尿病を早期に発見する重要なきっかけとなる健康診査の受診率は、国民生活基礎調査によると57.6％と全国の64.3％と比較し低くなっています。また、平成20年度から開始された特定健康診査（市町村国保分）の受診率は33.1％（平成22年度）と全国の32.0％よりやや高くなっています。

県内の市町村では、特定健康診査の結果、糖尿病が強く疑われる者については、地域医療連携クリティカルパス（保健師用）を用い、「初期・安定期治療医療機関」へつなげる取組みを行っています。さらに、「初期・安定期治療医療機関」と「専門治療医療機関」等の連携のための地域医療連携クリティカルパスについては、導入を検討中の施設が多く、37医療機関が導入済みです。

また、歯周病は糖尿病の合併症の１つと言われてきましたが、近年、歯周病になると糖尿病の症状が悪化するという逆の関係も明らかになり、歯周病と糖尿病は、互いに悪化因子であるという考え方が広まってきています。このため、医療機関と歯科治療機関の連携のための「歯科用パス」も作成され、双方向の連携の取組みが進められています。

なお、第５次保健医療計画で目標としていた「治療中断率」は、平成22年の県民健康栄養調査では8.0％と平成15年の13.3％よりは減少しているものの、平成24年の目標である0％は達成していません。

○糖尿病診療の状況

	総数	東部Ⅰ	東部Ⅱ	南部Ⅰ	南部Ⅱ	西部Ⅰ	西部Ⅱ
糖尿病専門医（日本糖尿病学会）　※１	39	28	3	7	―	―	1
糖尿病内科（代謝内科）の医師数　※２	58	37	4	12	―	―	5
療養指導医（日本糖尿病協会）	42	35	1	2	0	3	1
糖尿病登録医（日本糖尿病協会）	49	36	2	4	1	3	3
糖尿病認定医（徳島県医師会）	214	142	17	20	4	19	12
糖尿病協会登録歯科医師　※３	99	60	11	12	0	11	5
歯周病専門医の在籍する歯科医療機関（日本歯周病学会）	9	6	1	1	―	1	―
糖尿病療養指導士（認定機構）	87	57	9	11	2	5	3
徳島県糖尿病療養指導士（徳島県医師会）	112	77	7	11	0	5	12
糖尿病認定看護師（日本看護協会）　※４	5	3	0	1	1	0	0
糖尿病内科(代謝内科)を標榜する医療機関　※５	4	1	0	1	0	1	1
糖尿病教室等の患者教育を実施する医療機関	49	28	4	6	2	5	4
糖尿病の教育入院をする医療機関	70	39	6	11	4	4	6

資料：医療機能施設調査、※１：「日本糖尿病学会」ホームページより
※２：「平成22年 医師・歯科医師・薬剤師調査」（厚生労働省）
※３：「徳島県歯科医師会」より
※４：「日本看護協会」ホームページより（平成24年10月現在）
※５：「平成22年 医療施設調査」（厚生労働省）

(3) 合併症の治療

①合併症の状況

平成22年の県民健康栄養調査において糖尿病が強く疑われる者（50人）の合併症を有する状況をみると、神経障害18.0%が最も多く、糖尿病網膜症、糖尿病腎症ともに10%とつづき、足壊そが2.0%でした。

（社）日本透析医学会　統計調査委員会「わが国の慢性透析療法の現況」によると、本県の平成22年の新規人工透析導入者295人中、糖尿病腎症が原因となっているものは132人と44.7%を占め、その割合は全国と同程度となっています。

しかし、全国、本県ともに新規導入透析患者数、糖尿病腎症を原因とする患者数が平成18年に比べ増加しており、第５次保健医療計画では「糖尿病腎症による人工透析新規導入率（人口10万人対）を平成18年14.6から36%減少」という目標を掲げていましたが、平成22年は16.9と逆に増加しています。

糖尿病患者における糖尿病腎症の予防は、患者の生命予後やＱＯＬにとって重要であり、早期からの医療連携などによる更なる対応が必要です。

○糖尿病性腎症による平成22年の新規導入透析患者（平成18年との比較）

区　　分	徳　島　県		全　　国	
	平成22年	平成18年	平成22年	平成18年
糖尿病性糸球体腎硬化症	132（44.7%）	117（44.8%）	16,247（43.6%）	14,968（42.9%）
新規導入透析患者総数	295	261	37,229	34,877

資料：（社）日本透析医学会

②合併症の診療

合併症の診療施設の状況は次のとおりです。

〇糖尿病合併症における診療の状況

	総数	東部Ⅰ	東部Ⅱ	南部Ⅰ	南部Ⅱ	西部Ⅰ	西部Ⅱ
急性合併症の治療を行う医療機関	59	46	4	6	4	6	3
糖尿病網膜症の治療が可能な医療機関	28	16	4	4	0	1	3
糖尿病足病変に関する指導を実施する医療機関(糖尿病合併症管理料届出医療機関)※	22	12	2	5	0	1	2
フットケアを実施している医療機関	28	55	7	12	2	6	6
人工透析実施医療機関	23	14	2	5	0	1	1

資料：医療機能施設調査、※は「四国厚生支局届出医療機関数」

5　圏域について

糖尿病患者の糖尿病治療・管理を目的とした外来受療動向を6圏域別にみると、どの圏域においても8割を超える患者が、患者の住む圏域の医療機関を受診しています。一方、糖尿病患者の入院(糖尿病の治療・管理以外を目的とした入院も含む)を患者の住む圏域別に見ると、南部Ⅱ、西部Ⅰで圏域内での入院割合が低くなっています。

糖尿病は慢性疾患であり、外来治療が中心となるため、患者に身近な6圏域ごとに、合併症の診療や患者教育も含めた医療体制整備を目指すこととします。

○　糖尿病患者の圏域別受療動向

	総数	東部Ⅰ	東部Ⅱ	南部Ⅰ	南部Ⅱ	西部Ⅰ	西部Ⅱ
糖尿病外来患者の受療状況 (患者医療圏域内の受診割合%)	341,605 (人)	96.7	83.3	90.6	78.7	81.0	92.5
糖尿病入院患者の受療状況 (患者医療圏域内の入院割合%)	25,028 (人)	92.7	66.8	69.7	44.4	58.7	83.0

資料：ＮＤＢ

第２　医療機関とその連携

１　目指すべき方向

前記「第１　糖尿病の現状」を踏まえ、個々の医療機能、それを満たす医療機関、さらにそれら医療機関相互の連携により、保健及び医療サービスが連携して実施される体制を構築します。

(1) 糖尿病の治療及び合併症予防が可能な体制

①糖尿病の診断及び生活習慣等の指導の実施

②良好な血糖コントロール評価を目指した治療の実施

(2) 血糖コントロール不可例の治療や急性合併症の治療が可能な体制

①教育入院等による、様々な職種が連携したチーム医療の実施

②急性増悪時の治療の実施

(3) 糖尿病の慢性合併症の治療が可能な体制

２　各医療機能と連携

前記「１　目指すべき方向」を踏まえ、糖尿病の医療体制に求められる医療機能を下記(1)から(4)に示します。

(1) 合併症の発症を予防するための初期・安定期治療を行う機能【初期・安定期治療】

①目標

・糖尿病の診断及び生活習慣指導を実施すること

・良好な血糖コントロール評価を目指した治療を実施すること

②医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は診療ガイドラインに即した診療を実施していることが求められます。

・糖尿病の診断及び専門的治療が可能であること

・75gOGTT、HbA1c等糖尿病の評価に必要な検査が実施可能であること

・食事療法、運動療法及び薬物療法による血糖コントロールが可能であること

・低血糖時及びシックデイの対応が可能であること

・専門治療を行う医療機関及び急性・慢性合併症治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること

③対応する医療機関

・社団法人日本糖尿病学会が認定する常勤の糖尿病専門医または徳島県医師会が療養指導医養成のために開催する研修会に参加した医師（日本糖尿病協会登録医・療養指導医を含む）が在籍する病院または診療所が望ましい

・自院で、糖尿病教室や管理栄養士による指導または徳島県栄養士会栄養ケアステーションの活用、指導実施機関との連携により栄養指導等を実施する医療機関

・血糖コントロールが難しい事例については「専門治療」医療機関と連携する

・急性・慢性合併症治療を行う医療機関、歯科診療所と連携する

(2) 血糖コントロール不可例の治療【専門治療】

①目標

・血糖コントロール指標を改善するために、教育入院等の集中的な治療を実施すること

②医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は診療ガイドラインに即した診療を実施していることが求められます。

・75gOGTT、HbA1c等糖尿病の評価に必要な検査が実施可能であること

・各専門職種のチームによる食事療法、運動療法、薬物療法等を組み合わせた教育入院等の集中的な治療（心理問題を含む）が実施可能であること

・糖尿病患者の妊娠に対応可能であること

・食事療法、運動療法を実施するための設備があること

・糖尿病の予防・治療を行う医療機関及び急性・慢性合併症治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること

③対応する医療機関

・社団法人日本糖尿病学会が認定する常勤の糖尿病専門医が在籍する医療機関
（糖尿病専門医が在籍しない場合であっても、地域の糖尿病治療の中核となっている病院）

・糖尿病教育入院または糖尿病教室を実施する医療機関

・糖尿病の予防・治療を行う医療機関及び急性・慢性合併症治療を行う医療機関と連携する

なお、糖尿病専門医が在籍しない糖尿病教育入院実施医療機関については、「糖尿病教育入院実施機関」として別途公表することとします。

(3) 急性合併症の治療を行う機能【急性増悪時治療】

①目標

・糖尿病昏睡等急性の合併症の治療を実施すること

②医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は診療ガイドラインに即した診療を実施していることが求められます。

・糖尿病昏睡等急性合併症の治療が24時間実施可能であること

・食事療法、運動療法を実施するための設備があること
・糖尿病の予防・治療を行う医療機関、教育治療を行う医療機関及び急性合併症の治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること

③対応する医療機関
・社団法人日本糖尿病学会が認定する常勤の糖尿病専門医が24時間対応できる医療機関
・救急対応医療機関
・地域の医療機関と連携を図っている

(4) 糖尿病の慢性合併症の治療を行う機能【慢性合併症治療】

①目標
・糖尿病の慢性合併症に対する専門的な治療を実施すること

②医療機関に求められる事項

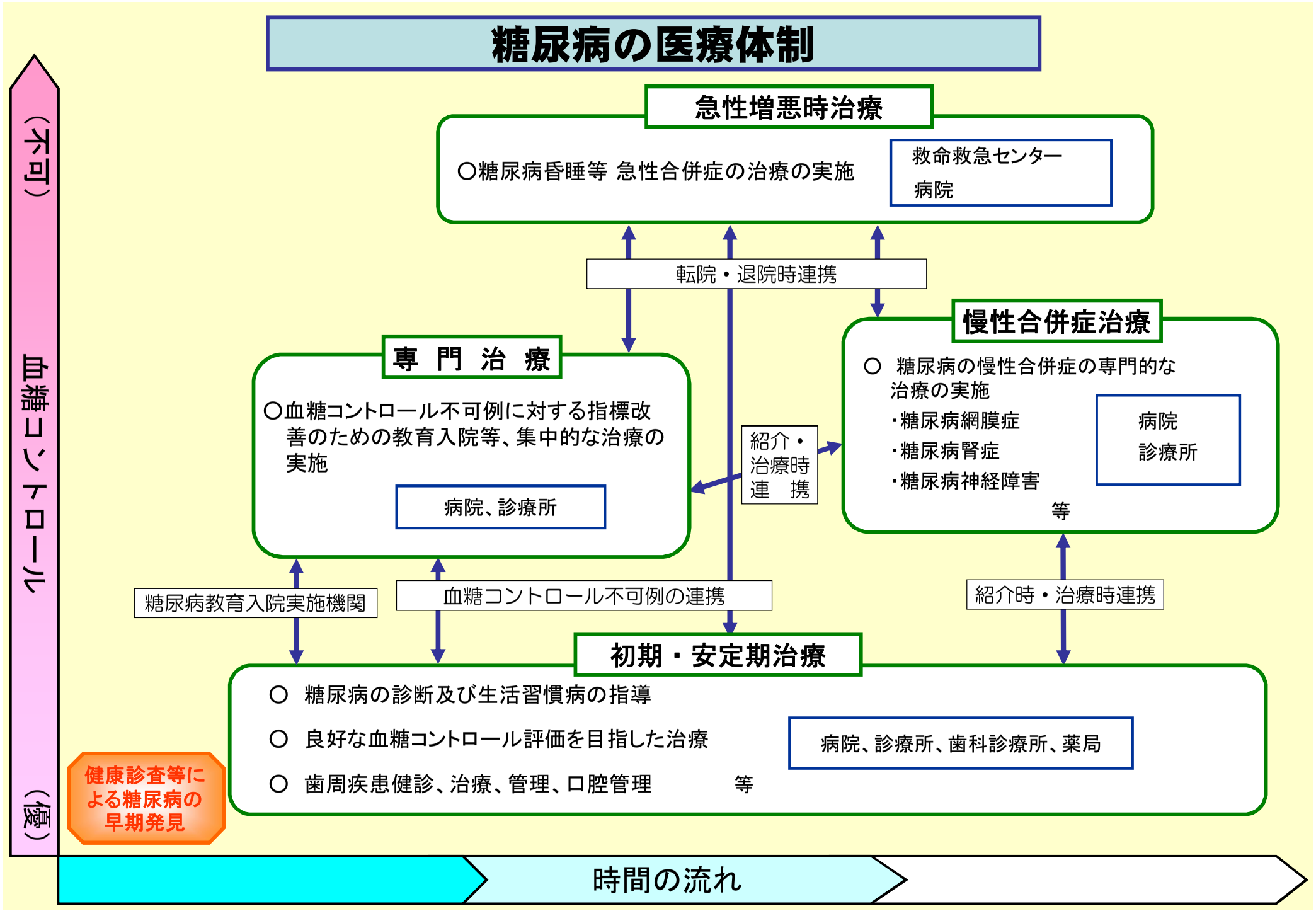
次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は診療ガイドラインに即した診療を実施していることが求められます。
・糖尿病の慢性合併症（糖尿病網膜症、糖尿病腎症、糖尿病神経障害等）について、それぞれ専門的な検査・治療が実施可能であること（単一医療機関ですべての合併症治療が可能である必要はない）
・糖尿病網膜症治療の場合、蛍光眼底造影検査、光凝固療法、硝子体出血・網膜剥離等の手術等が実施可能であること
・糖尿病腎症の場合、尿一般検査、尿中微量アルブミン量検査、腎生検、腎臓超音波検査、血液透析等が実施可能であること
・糖尿病の予防・治療を行う医療機関、教育治療を行う医療機関及び急性合併症の治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること

③対応する医療機関
・人工透析を必要とする糖尿病腎症への対応が可能な医療機関
・眼科（網膜光凝固術等が必要な場合は実施可能な眼科と連携する）
・フットケア（糖尿病足病変の治療）を実施している医療機関
・地域の医療機関と連携を図っている

第３　数値目標

数値目標項目	直近値	平成29年度末目標値
治療継続者の割合の増加★	５１．６％ (H22)	６３％
糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数の減少★	１３２人 (H22)	１２６人
糖尿病推計有病者の増加の抑制（40歳以上）★	５．３万人 (H22)	増加の抑制 (H34)

★「徳島県健康増進計画（健康徳島21)」における目標


糖尿病の医療体制
急性増悪時治療
○糖尿病昏睡等 急性合併症の治療の実施
救命救急センター
病院
転院・退院時連携
専 門 治 療
○血糖コントロール不可例に対する指標改善のための教育入院等、集中的な治療の実施
病院、診療所
紹介・治療時連携
慢性合併症治療
○ 糖尿病の慢性合併症の専門的な治療の実施
・糖尿病網膜症
・糖尿病腎症
・糖尿病神経障害
等
病院
診療所
糖尿病教育入院実施機関
血糖コントロール不可例の連携
紹介時・治療時連携
初期・安定期治療
○ 糖尿病の診断及び生活習慣病の指導
○ 良好な血糖コントロール評価を目指した治療
○ 歯周疾患健診、治療、管理、口腔管理 等
病院、診療所、歯科診療所、薬局
健康診査等による糖尿病の早期発見
血糖コントロール
（不可）
（優）
時間の流れ

５　精神疾患の医療体制

第１　精神疾患の現状

１　精神疾患の疫学

(1) 精神疾患患者数の推移

①通院患者の状況

自立支援医療（精神通院医療）受診者数は毎年増加しており、平成23年度末では7,761人と、平成19年度末の6,062人に比較し28%増加しています。疾患別にみると、自立支援医療（精神通院医療）受診者全体に占める割合は、「気分障害」が平成20年度23.8%から平成23年度28.1%に、「神経症性障害・ストレス関連障害」が同じく8.5%から9.7%へと増加しています。

②入院患者の状況

精神科病院における入院患者数は平成23年度末で3,456人と年々漸減傾向にありますが、人口１万人あたりの入院患者数は全国を大きく上回っています（平成21年：徳島県44.7、全国24.7)。入院患者の疾患別内訳は、「統合失調症・統合失調症型障害および妄想性障害」が72.6%と最も多く、全国の58.4%を上回っています（平成22年6月末)。入院形態は平成23年度で、任意入院79.5%、医療保護入院20.0%、措置入院0.5%となっており、大きな変化はみられません。年齢階級別内訳では、40歳以上65歳未満が50.3%を占め、全国の41.4%より高くなっています。また、平均在院日数は446.4日（平成23年)と、全国の298.1日の約1.5倍となっています。入院患者のうち１年未満の患者の割合は22.1%と全国の34.0%に比べて低くなっています（平成22年６月末)。

このようなことから、入院患者の地域移行のための環境整備が重要な課題です。

※平成23年患者調査による退院患者平均在院日数

466.5日（全国296.1日）（内訳：統合失調症・統合失調型障害及び妄想性障害858.4、気分障害102.6、神経症性障害・ストレス関連障害及び身体表現性障害30.2)

(2) 自殺の状況

人口10万人あたりの自殺死亡率は全国よりも低い値で推移しており、平成23年も18.8（全国22.9）で全国ベスト３位（人口動態統計）となっています。人口10万人あたりの年齢調整死亡率（平成22年）でみると、男性24.1（全国29.8)、女性11.1（全国10.9）で、男性は全国ベスト１位である一方、女性はワースト23位と全国より高くなっています。

(3) 県民のこころの健康状況

平成22年度の国民生活基礎調査（徳島県調査対象者10,686人）による「こころの状態」の調査結果をみると、「悩みやストレスがある」と回答した割合は45.6%と半分近くを占めています（全国46.5%)。男女別では、女性の方が58.1%と男性41.9%より高くなっています。12～14歳でも男子33.3%、女子50.0%が「悩みやストレスがある」と回答しており、若い世代も含めて各世代に対する心の健康づくりや地域における予防、かかりつけ医と専門医療への連携が重要です。

２　精神疾患の医療

(1) 予防

①保健所、市町村、精神保健福祉センターにおける相談等

保健所、市町村による精神保健福祉相談の平成22年度延人員は3,680人、訪問指導の延人員は2,486人、実人員にすると1年間で各々1,000人を超える人が相談や訪問指導を受けています。

精神保健福祉センターによる相談延人員（平成23年度）は938人（実人員228人）で、その内容をみると、思春期についてが50.6%と最も多く、心の健康づくり23.8%、社会復帰20.8%と続いています（全国は社会復帰39.4%、思春期12.5%、心の健康づくり12.1%)。

これらの相談件数は年々増加してきており、予防から必要な医療に円滑に繋げるための連携が必要とされています。

②精神保健福祉協会による取組

精神保健、医療、福祉の関係者で組織する精神保健福祉協会では、精神疾患や障害者に対する正しい知識を普及するための啓発事業に取り組んでいます。

③産業保健分野との連携

産業保健分野では、職員のうつ病患者の増加・自殺対策が問題となっており、保健所では地域・職域連携推進事業を活用して産業保健分野関係者と連携し、予防のための普及啓発を進めています。

④かかりつけ医等と精神科医の連携

精神疾患が疑われる患者を早期に専門医の診断・医療に繋げるには、かかりつけ医等、県民の身近にいる専門家の果たす役割が大きいですが、「うつ病対応力向上研修」に参加しているのは、37人となっています（平成22年）。

一般かかりつけ医と精神科医の連携のための会議（ＧＰ会議）は、本県ではまだ実施されていません。

(2) 診断・治療

抗精神病薬の適切な選択（統合失調症患者に対する単剤処方等）に対する評価を導入するため、統合失調症に対して投与する抗精神病薬の種類数を国際的な種類数と同程度としていることが、平成22年度より「非定型抗精神病薬加算１」として評価されることとなりましたが、平成22年10月から平成23年３月までの算定件数は4,234件で、薬物治療全体に占める割合は83.2%となっています（東部Ⅰ:3,367、南部Ⅱ:212、西部Ⅱ:655件）。

(3) 地域移行、社会復帰

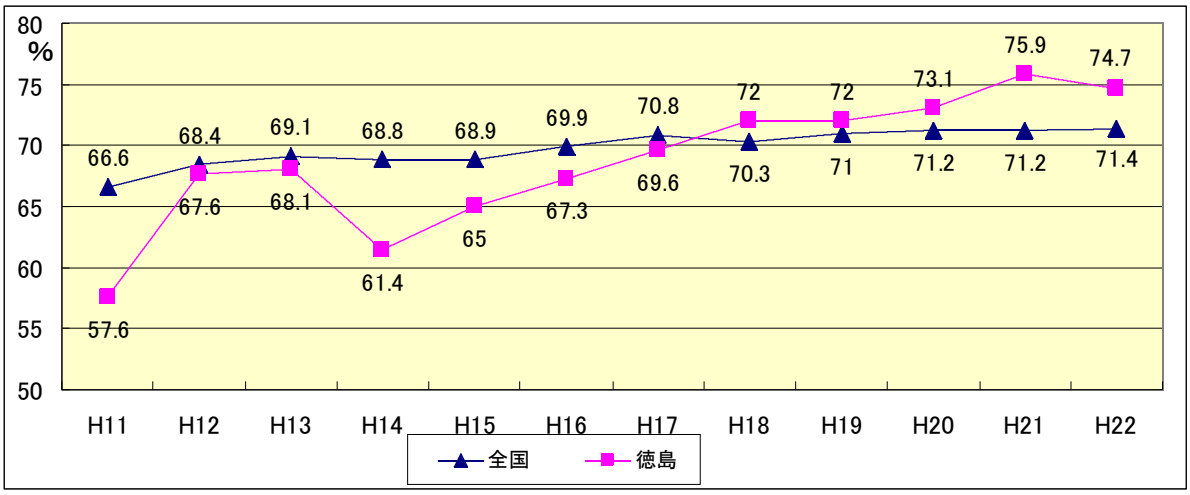
①地域移行（平成22年度精神保健福祉資料より）

１年未満入院者の平均退院率は74.7%と全国の71.4%に比較して高く全国７位となっていますが、1年以上入院者の退院率（死亡を退院に計上しない）は7.9%で、全国の19.1%と比べて低く全国最下位となっています。また、在院期間１年以上かつ65歳以上の退院患者数は、１か月あたり226人中15人とその割合は低い状況です。

３か月以内再入院率は、21.3%と全国の17.0%より高くなっており（全国６位）、再入院を予防する取組みが必要です。

入院患者のうち統合失調症患者の人口万対は33.2人（全国14.6人）、また40歳以上65歳未満の入院患者は22.9人（全国10.4人）と高くなっており、中高年の統合失調症長期入院患者への取組みが必要です。

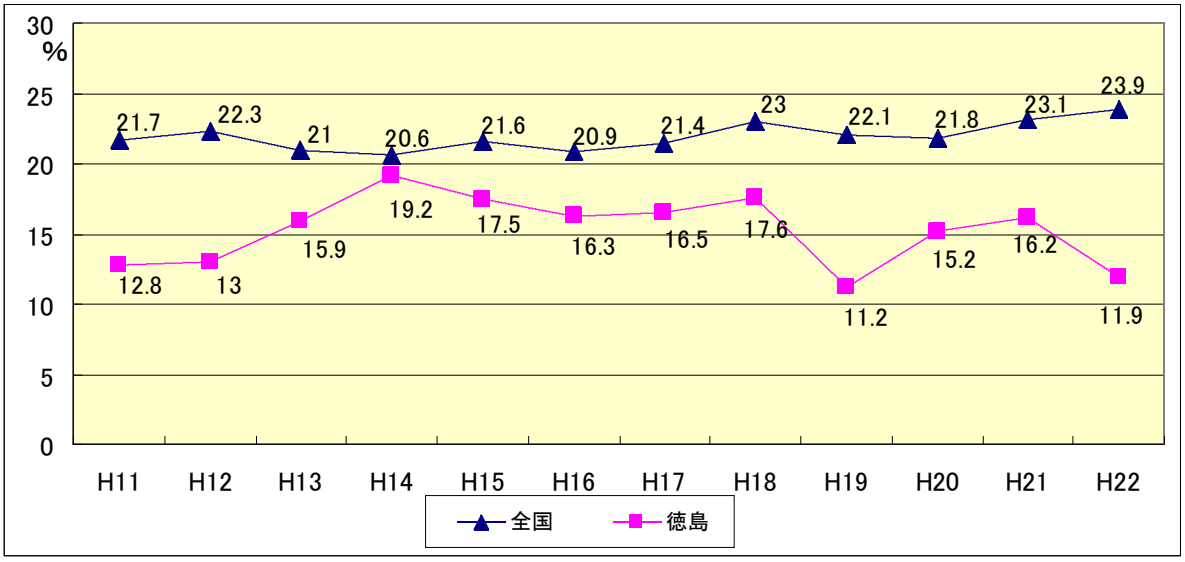
【１年未満入院者の平均退院率】（新たに入院した患者のうち、１年以内に退院した割合）



資料：厚生労働省精神・障害保健課調べ

【１年以上入院者の退院率】

（１年以上入院している患者のうち、当該１年間に退院した割合（死亡退院を含む））



資料：厚生労働省精神・障害保健課調べ

②地域における支援

１日当たりの精神科デイケアの利用者数は、360人（平成22年６月）、また１か月間の精神科訪問看護利用者数は357人（平成22年６月）で自立支援医療（精神通院医療）受診者の４～５％程度に過ぎません。

精神障害者に対する各種サービスの提供を目的とする精神障害者手帳交付数は、平成23年度末で3,547件で毎年増えており、５年間で約1.5倍に増加しています。

地域移行を推進する部門を設置し、長期入院患者の退院が着実に進められている医療機関である「精神科地域移行実施加算病院」は、２か所となっています（平成24年10月）。往診・訪問診療を提供する精神科病院・診療所数は４か所（平成24年６月）、また、精神科訪問看護を提供する病院は12施設ある一方、診療所は２施設（平成21年）と少なくなっています。

平成24年度は「精神障害者アウトリーチ推進モデル事業」を精神科病院１施設に委託し取り組んでおり、さらには、障害者を地域で支える体制づくりモデル事業も実施することにしています。今後、これらの成果をふまえ、医療度の高い精神障害者を地域で支えるシステムを構築する必要があります。

地域連携クリティカルパスは他の４疾病のように県下で統一的なものは作成されておらず、各関係機関の連携を進めるためにも今後取組みが必要です。

(4) 合併症の治療

平成20年患者調査による副傷病のある推計入院患者は358人で、そのうち257人（71.8%）が東部Ⅰの医療機関に入院しています。患者住所地の医療圏に入院している割合は、東部Ⅰ95.8%、東部Ⅱ21.2%、南部Ⅰ61.0%、南部Ⅱ82.6%、西部Ⅰ60.3%、西部Ⅱ69.4%となっており、入院患者の合併症に対応するため、一般診療科と精神科の連携が必要です。

「精神科身体合併症管理加算」を算定している入院施設は12か所あり、その入院治療件数としては、（平成22年10月から平成23年３月まで）、医療機関の圏域別にみると東部Ⅰ189、西部Ⅰ15、西部Ⅱ43件、計247件となっています。

(5) うつ病の医療

平成16年の厚生労働省「地域におけるうつ対策検討会」によると、うつ病を経験した一般住民は15人に１人、過去12か月間にうつ病を経験した人は約50人に１人とされており、最近10年間で約２倍以上に増加しているといわれています。

精神保健福祉センター、保健所を中心に、相談、家族教室、研修会を実施するとともに、職域と連携したうつ病対策、学校保健との連携による心の健康教育、ゲートキーパーの養成

などにも取り組んでいます。かかりつけ医研修は39名、薬剤師研修会は151名が受講しており、今後、精神科医と一般かかりつけ医等による会議や研修会の開催など、連携の強化が必要です。

(6) 認知症の医療

高齢化の進展とともに認知症高齢者も増加しており、平成24年の厚生労働省の推計によると、65歳以上の高齢者の約10人に1人の割合とされており、徳島県においても平成22年の認知症患者は約20,000人、また、平成37年には約31,000人に増加すると見込まれます。

1ヶ月間の重度認知症患者デイ・ケアの延べ利用者数は135人、利用実人員数は13人で10万人あたり全国31位となっています（平成22年６月）。

認知症患者の退院患者平均在院日数は、170.4日で、全国平均の342.7日を下回っています（平成20年）。

医療施設を受診した認知症患者のうち外来患者の割合は25％で、全国平均の31.0％を下回っています（平成20年）。

認知症治療病棟（県内１箇所１病棟（56床）のみ）の認知症患者のうち、平成20年６月の新規入院患者は２人で、２か月以内に２人とも退院しています。

平成24年度より認知症総合支援事業として、認知症に関するワンストップの相談窓口である「認知症コールセンター」を、また県立中央病院に専門医療相談・鑑別診断や治療方針の選定等を行う専門的医療拠点である「認知症疾患医療センター」を開設しています。

３　精神疾患の医療体制

(1) 精神科医療機関の状況

精神科病床を持つ病院は18施設で、精神科病床数は3,928床（平成24年４月現在）と基準病床数2,772床より多くなっています。また、病床利用率は88.2％（平成22年）と一般病床76.5％と比べ高くなっています。この18施設のうち一般病床を有するのは２施設のみのため、今後精神疾患患者の高齢化に伴い、合併症をもつ患者の医療の提供が課題となり、一般科と精神科の連携体制の構築が重要です。

一方で、一般病床における精神科医療のニーズが高まっており、一般病床に入院する患者に対して精神科医、精神保健福祉士等が多職種で連携して対応する精神科リエゾンチームの役割が重要となっています（医療機能調査で把握）。

精神科病院の従業者数は（常勤換算）2,200.3人で、その内訳は医師95.6、看護師554.8、准看護師545.7、看護業務補助者399.3、作業療法士68.8、精神保健福祉士52.0となっています（平成23年病院報告）。

指定自立支援医療機関である訪問看護ステーションは21施設、薬局は303店舗となっています（平成24年６月）。

(2) 精神科救急医療

在宅の精神障害者の緊急医療に対応するため、平成10年度から精神科救急医療体制（旧精神科救急医療システム）を開始しています。現在、精神科救急医療施設「病院群輪番型」を12か所の精神科病院に委託し、３圏域に分けて輪番制で精神科救急患者の医療を提供しています。平成23年度の精神科救急病院群輪番型による対応実績は579件で、そのうち183件が入院、188件が外来診察を受けています。

精神科救急合併症施設数は県立中央病院1施設で、救命救急センターで精神科を有する施設、入院を要する救急医療体制で精神科を有する施設とも、県立中央病院１施設です。

手術や高度な医療を要する身体合併症を併発した精神疾患患者に対応するため、平成24年１月に県立中央病院を「身体合併症対応施設」に指定しました。

夜間・休日に緊急な医療を必要とする精神障害者が迅速かつ適切な医療が受けられるよう、関係機関との連絡調整機能を果たすための「精神科救急情報センター」を平成24年度中に整備する予定です。また、民間精神科病院２施設が、24時間365日において精神医療相談に対応しています。

人口10万人あたりの年間措置患者は、2.3人（全国4.6人）で全国38位（実数では18人）。医療保護入院患者は141.7人（全国158.5人）で全国32位（実数では1,105人）と、全国と比

べて低くなっています（平成23年度）。また、平成22年６月30日時点（精神保健福祉資料）の人口10万人あたりの在院任意入院患者数は、350.7人（全国116.4人）で全国４位（実数では2,753人）と、全国と比べて高くなっています。

保護室の隔離患者数は102人、身体拘束の実施患者数は50人となっています（平成22年６月）。

精神科救急医療施設病院群輪番型委託医療機関（平成24年10月1日現在）

圏域	病院名	住所
東部	第一病院	徳島市
	城西病院	徳島市
	田岡東病院	徳島市
	城南病院	徳島市
	南海病院	鳴門市
	藍里病院	上板町
南部	藤井病院	阿南市
	冨田病院	美波町
西部	桜木病院	美馬市
	折野病院	美馬市
	秋田病院	三好市
	ゆうあい ホスピタル	東みよし町

【東部】休日　　：午前9時から翌日午前9時まで
　　休日以外：午後5時から翌日午前9時まで

【南部】月水木曜日：午後5時から翌日午前9時まで
　　月水木曜日が休日の場合：
　　午前9時から翌日午前9時まで
　　日火金土曜日：なし

【西部】月～金曜日：午後5時から翌日午前9時まで
　　月～金曜日が休日の場合：
　　午前9時から翌日午前9時まで
　　日土曜日：なし

（注）当番病院は、原則として上記病院が圏域ごとに輪番で対応

(3) 専門医療

「小児入院医療管理料５届出医療機関」は１か所あり、「児童思春期精神科入院医療管理加算届出医療機関」はありません（平成24年10月）。在宅通院精神療法の20歳未満加算は、東部Ⅰの医療機関で380件、南部Ⅰの医療機関で18件算定されています（平成22年）。

「重度アルコール依存症入院医療管理加算届出医療機関」は５施設となっています（平成24年10月）。

高次脳機能障害については、県の中核支援施設として指定している徳島大学病院に「高次脳機能障害支援センター」が設置され、関係機関とのネットワークの構築、関係者の研修、専門相談、家族会の支援に取り組んでいますが、医療従事者や行政・福祉関係者等へのより一層の啓発が必要です。

心神喪失等医療観察法に基づく指定通院医療機関は基幹病院が５施設（東部Ⅰ：３、南部Ⅱ：１、西部Ⅰ：１）、補完型が２施設が指定されていますが、指定入院医療機関は本県含め四国にはない状況です。

(4) うつ病の医療体制

うつ病は身体症状を主訴として一般診療科を受診することも多く、一般かかりつけ医と精神科医の連携が重要です。うつ病の診療を担当する医療機関では、状態に応じて薬物療法及び精神療法等の非薬物療法を含む精神科医療の提供や、他の医療機関と連携した重症者への対応ができる機能が必要です。また、産業医等を通じた事業者との連携や患者の就職や復職等に必要な支援を提供できることも重要です。

(5) 認知症の医療体制

かかりつけ医への助言その他の支援を行い、専門医療機関や地域包括支援センター等との連携の推進役となる「認知症サポート医」を平成23年度末までに15名養成するとともに、平成24年度よりそのフォローアップ研修を実施しています。認知症患者を早期に診断し支援が実施できること目的とした「かかりつけ医認知症対応力向上研修」については、平成23年度までに944名のかかりつけ医が研修を修了しています。

かかりつけ医・サポート医や、認知症疾患医療センター及び介護関係機関等の連携体制の構築が必要です。

４　圏域について

精神疾患患者の入院状況をみると、下表のように東部Ⅰ医療圏以外の、南部Ⅱ、西部Ⅰ、西部Ⅱ医療圏では、患者住所地の医療圏の施設に入院する割合が比較的高くなっています。

東部、南部、西部の3圏域において輪番制で実施している精神科救急医療システムの対応実績（平成22年度）をみると、東部が388件と80.8%を占めていますが、東部に比べて対応日数の少ない南部、西部においても、南部17件（3.5%）、西部75件（15.6%）の相談・受診がありました。このように、救急医療を含む医療へのアクセス等の利便性を考えると、精神疾患の医療体制整備については、東部、南部、西部の３圏域単位で推進することが適切であると考えられます。

精神疾患の圏域	東部		南部		西部		計
1．5次保健医療圏	東部Ⅰ	東部Ⅱ	南部Ⅰ	南部Ⅱ	西部Ⅰ	西部Ⅱ	
精神科病床数	2,829	0	139	144	476	340	3,928
精神科病院数(総合病院含)	12	0	1	1	2	2	18
精神科標榜病院数	16	0	1	1	3	2	23
精神科標榜診療所数	41	9	3	0	4	3	60
患者医療圏内入院割合(%)	98.2	0.0	20.4	67.7	59.8	74.9	
	（東部）94.1		（南部）37.6		（西部）86.8		
東部Ⅰへの入院割合（%）	98.2	73.1	73.7	23.4	24.0	2.5	

資料：施設の状況：平成22年医療施設調査（厚生労働省）
患者の状況：平成20年患者調査（厚生労働省）
（注）病床数は平成24年4月時点。

第２　医療機関とその連携

１　目指すべき方向

保健・福祉関係機関及び医療においてはかかりつけ医から専門医療機関までが、緊密に連携することにより、以下の(1)から(5)の、予防から専門医療、地域社会生活までを円滑に提供できる体制づくりを目指します。

(1) 保健サービスやかかりつけ医等との連携を推進することにより、医療を必要とする患者が早期に精神科医を受診できる体制
(2) 患者の状態に応じて、外来医療や訪問医療、入院医療等の必要な医療を提供し、保健・福祉等と連携して地域生活や社会生活を支える体制
(3) 精神科救急患者（身体疾患を合併した患者を含む。）、身体疾患を合併した患者や専門医療が必要な患者等の状態に応じて、速やかに救急医療や専門医療等を提供できる体制
(4) うつ病の診断及び患者の状態に応じた医療を提供できる体制
(5) 認知症に関して、進行予防から地域生活の維持まで必要な医療を提供できる体制

２　各医療機能と連携

(1) 保健サービスやかかりつけ医等との連携により、精神科医を受診できる機能【予防・アクセス】

①目標

・精神疾患の発症を予防すること
・精神疾患が疑われる患者が、発症してから精神科医に受診できるまでの期間をできるだけ短縮すること
・精神科を標榜する医療機関と地域の保健医療サービス等との連携を行うこと

②医療機関に求められる事項

・住民の精神的健康の増進のための普及啓発、一次予防に協力すること
・保健所、精神保健福祉センターや産業保健の関係機関と連携すること
・精神科医との連携を推進していること

③対応する関係機関

・一般の医療機関
・保健所
・精神保健福祉センター
・産業保健推進センター
・地域産業保健センター
・地域包括支援センター
・薬局　など

④対応する医療機関

・全ての精神科医療機関

(2) 精神疾患等の状態に応じて、外来医療や訪問医療、入院医療等の必要な医療を提供し、保健・福祉等と連携して地域生活や社会生活を支える機能【治療・回復・社会復帰】

①目標

・患者の状態に応じた精神科医療を提供すること
・早期の退院に向けて病状が安定するための退院支援を提供すること
・患者ができるだけ長く、地域生活を継続できること

②医療機関に求められる事項

・患者の状況に応じて、適切な精神科医療（外来医療、訪問診療を含む）を提供すること
・必要に応じ、アウトリーチ（訪問支援）を提供できること
・精神科医、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者等の多職種によるチームによる支援体制を作ること
・精神症状悪化時等の緊急時の対応体制や連絡体制を確保すること
・早期の退院に向けて、病状が安定するための服薬治療や精神科作業療法等の支援や、相談支援事業者等との連携により、退院を支援すること
・障害福祉サービス事業所、相談支援事業所等と連携し、生活の場で必要な支援を提供すること
・産業医等を通じた事業者との連携や、地域産業保健センター、メンタルヘルス対策支援センター、産業保健推進センター、ハローワーク、地域障害者職業センター等と連携し、患者の就職や復職等に必要な支援を提供すること

③対応する関係機関

・薬局
・訪問看護事業所
・相談支援事業所
・地域包括支援センター　など

④対応する医療機関

・精神科デイ・ケア等を行っている精神科医療機関
・往診、訪問診療を行っている精神科医療機関
・訪問看護を行っている精神科医療機関

・多職種の支援チームによる体制がある精神科医療機関

(3) 精神科救急患者（身体疾患を合併した患者を含む）、身体疾患を合併した患者や専門医療が必要な患者等の状態に応じて、速やかに救急医療や専門医療等を提供できる機能
【精神科救急・身体合併症・精神疾患（特定分野専門医療）】

①目標

・24時間365日、精神科救急医療を提供できること
・24時間365日、身体合併症を有する救急患者に適切な救急医療を提供できること
・専門的な身体疾患（腎不全、歯科疾患等）を合併する精神疾患患者に対して、必要な医療を提供できること
・児童精神医療（思春期を含む）、アルコールやその他の薬物などの依存症、てんかん等の専門的な精神科医療を提供できること
・心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号。以下「医療観察法」という。）の通院処遇対象者に医療を提供する指定通院医療機関を必要数確保すること

②医療機関に求められる事項

・精神科救急患者の受け入れが可能な設備を有すること（検査室、保護室、手厚い看護体制等）
・地域の精神科救急医療システムに参画し、地域の医療機関と連携すること
・精神科病院及び精神科診療所は、継続的に診療している自院の患者・家族や精神科救急情報センター等からの問い合わせ等については、地域での連携により夜間・休日も対応できる体制を有すること
・身体疾患を合併した患者に対応する医療機関については、身体疾患と精神疾患の両方について適切に診断できる（一般の医療機関と精神科医療機関とが連携できる）こと
・身体疾患を合併する患者に対応する医療機関であって、精神病床で治療する場合は、身体疾患に対応できる医師又は医療機関の診療協力を有すること
・身体疾患を合併する患者に対応する医療機関であって、一般病床で治療する場合は、精神科リエゾンチーム又は精神科医療機関の診療協力を有すること
・地域の医療機関や、介護・福祉サービス、行政機関等と連携できること
・専門医療を提供する医療機関は、各専門領域において、適切な診断・検査・治療を行なえる体制を有し、専門領域ごとに必要な、保健・福祉等の行政機関等と連携すること
・専門医療を提供する医療機関は、他の都道府県の専門医療機関とネットワークを有すること
・医療観察法指定医療機関は、個別の治療計画を作成し、それに基づき必要な医療の提供を行うとともに、保護観察所を含む行政機関等と連携すること

③対応する関係機関

・一般の医療機関
・人工透析等可能な専門医療機関
・救命救急センター
・歯科医療機関
・医療観察法指定通院医療機関
・消防機関
・警察署　など

④対応する医療機関

【精神科救急】

・時間外の精神科救急医療の対応を行っている精神科医療機関（軽度・重度）
・時間外の精神科医療電話対応を行っている精神科医療機関
・自院の患者に対する救急医療を行っている精神科医療機関

【身体合併症】

・身体疾患の診断・治療に対応している精神科医療機関
・精神疾患に身体疾患を併せ持つ患者に対応できる一般医療機関

【精神疾患（特定分野専門医療）】
・専門医療（児童期疾患、てんかん、高次脳機能障害、アルコール依存症、薬物依存症）を行っている精神科医療機関
・特定の検査を行っている精神科医療機関

(4) うつ病の診断及び患者の状態に応じた医療を提供できる機能【うつ病】

①目標
・発症してから、精神科医に受診するまでの期間をできるだけ短縮すること
・うつ病の正確な診断ができ、うつ病の状態に応じた医療を提供できること
・関係機関が連携して、社会復帰（就職、復職等）に向けた支援を提供できること

②医療機関に求められる事項
（一般の医療機関）
・うつ病の可能性について判断できること
・症状が軽快しない場合等に適切に紹介できる専門医療機関と連携していること
・内科等の身体疾患を担当する医師等（救命救急医、産業医を含む）と精神科医との連携会議等（GP 連携事業等）へ参画すること
・うつ病等に対する対応力向上のための研修等に参加していること
（うつ病の診療を担当する精神科医療機関）
・うつ病と双極性障害等のうつ状態を伴う他の疾患について鑑別診断できること
・うつ病の、他の精神障害や身体疾患の合併などを多面的に評価できること
・患者の状態に応じて、薬物療法及び精神療法等の非薬物療法を含む適切な精神科医療を提供でき、必要に応じて、他の医療機関と連携できること
・患者の状態に応じて、生活習慣などの環境調整等に関する助言ができる
・かかりつけの医師をはじめとする地域の医療機関と連携していること（例えば、地域のかかりつけの医師等に対するうつ病の診断・治療に関する研修会や事例検討会等への協力）
・産業医等を通じた事業者との連携や、地域産業保健センター、メンタルヘルス対策支援センター、産業保健推進センター、ハローワーク、地域障害者職業センター等との連携、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所等との連携により、患者の就職や復職等に必要な支援を提供すること
・自殺未遂者に対する医療体制を強化すること

③対応する関係機関
・薬局　など

④対応する医療機関
・全ての精神科医療機関

(5) 認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで必要な医療を提供できる機能【認知症】

①目標
・認知症の人が、できる限り慣れた地域で生活を継続できるために、医療サービスが介護サービス等と連携しつつ、総合的に提供されること
・２次医療圏に１か所以上かつ概ね65歳以上人口６万人の圏域に１か所程度、認知症疾患医療センターを整備すること
・認知症の行動・心理症状で入院した場合は、できる限り短期間での退院を目指し、新たな入院患者のうち50％が退院できるまでの期間を２か月にできる体制を整備すること

②医療機関に求められる事項
（認知症のかかりつけ医となる診療所・病院）
・地域包括支援センターや介護支援専門員（ケアマネジャー）等と連携して、認知症の人の日常的な診療を行うこと
・認知症の可能性について診断でき、認知症を疑った場合、速やかに認知症疾患医療センター等の専門医療機関を紹介できること
・専門医療機関と連携して、認知症の治療計画や介護サービス、緊急時の対応等が記載された認知症療養計画に基づき患者やその家族等に療養方針を説明し療養支援を行うこと

・認知症への対応力向上のための研修等に参加していること
・認知症初期集中支援チームと連携し、初期の支援を行うこと
・認知症疾患医療センター、訪問看護事業所、地域包括支援センター、介護サービス事業所等との連携会議等に参加し、関係機関との連携を図ること
・上記の連携にあたっては、その推進役として認知症サポート医等が、認知症の専門医療機関や地域包括支援センター等の情報を把握し、かかりつけの医からの相談を受けて助言等を行うなど、関係機関とのつなぎを行うこと

（認知症疾患医療センター）
・認知症疾患医療センター運営事業の実施要綱を踏まえ、診断や治療など、それぞれの類型に応じた認知症疾患医療センターとしての役割を果たすこと

（入院医療機関）
・入院医療機関は、認知症疾患医療センター、訪問看護事業所、地域包括支援センター、介護サービス事業所等と連携体制を有し、退院支援に努めていること
・退院支援部署を有すること

③対応する関係機関
・認知症サポート医
・認知症疾患医療センター
・認知症コールセンター
・訪問看護事業所
・地域包括支援センター
・薬局　など

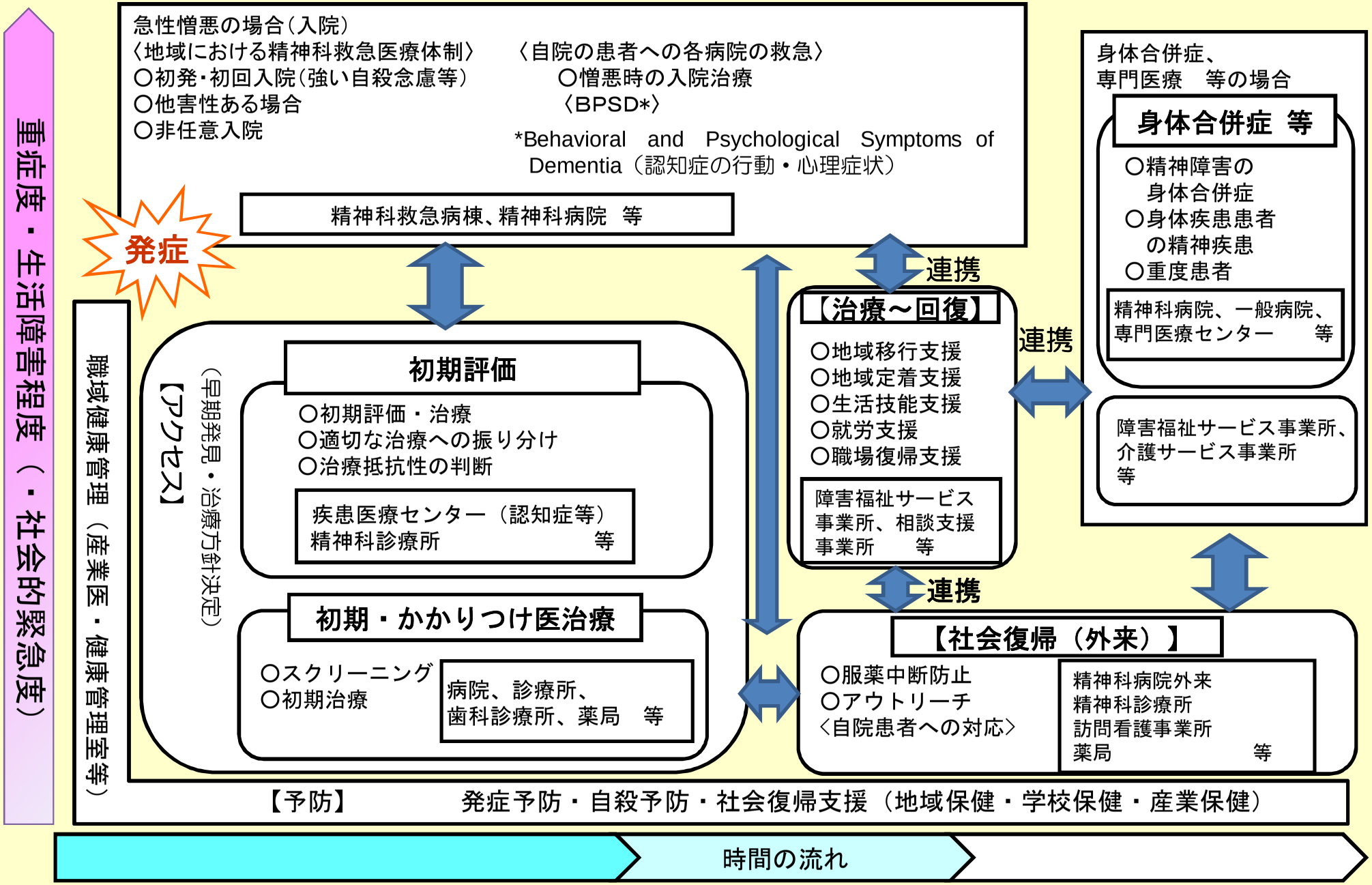
④対応する医療機関
・心療内科、精神科、脳神経外科、神経内科を標榜している医療機関のうち、認知症の診断・治療を行っている医療機関
・若年性認知症の診断・治療ができる医療機関
・認知症の中核症状・周辺症状の患者の入院を受入れている一般医療機関

第３　数値目標

数値目標項目	直近値	平29年度末目標値
１年未満入院患者平均退院率※1	７４．７％ (H22)	増加
１年以上入院患者退院率※2	７．９％ (H22)	全国平均 (参考H22：19.1%)
３か月以内再入院率※3	２１．３％ (H22)	全国平均 (参考H22：17.0%)
認知症疾患医療センター設置数	１ (H24)	３以上
認知症退院患者平均在院日数	１７０．４日 (H20)	減少
一般かかりつけ医と精神科医の連携のための会議（ＧＰ会議）の設置	－	３以上

※1：精神科病院に新たに入院した患者のうち、1年以内に退院した割合
※2：精神科病院に1年以上入院している患者のうち、当該1年間に退院した割合（死亡を退院に計上しない）
※3：精神科病院を退院した患者のうち、3か月以内に精神科病院に再入院した割合

精神疾患の医療体制


急性憎悪の場合（入院）
〈地域における精神科救急医療体制〉
〇初発・初回入院（強い自殺念慮等）
〇他害性ある場合
〇非任意入院
〈自院の患者への各病院の救急〉
〇憎悪時の入院治療
〈BPSD*〉
*Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia（認知症の行動・心理症状）
精神科救急病棟、精神科病院　等
発症
重症度・生活障害程度（・社会的緊急度）
職域健康管理（産業医・健康管理室等）
（早期発見・治療方針決定）
【アクセス】
初期評価
〇初期評価・治療
〇適切な治療への振り分け
〇治療抵抗性の判断
疾患医療センター（認知症等）
精神科診療所　等
初期・かかりつけ医治療
〇スクリーニング
〇初期治療
病院、診療所、
歯科診療所、薬局　等
連携
【治療～回復】
〇地域移行支援
〇地域定着支援
〇生活技能支援
〇就労支援
〇職場復帰支援
障害福祉サービス
事業所、相談支援
事業所　等
連携
連携
【社会復帰（外来）】
〇服薬中断防止
〇アウトリーチ
〈自院患者への対応〉
精神科病院外来
精神科診療所
訪問看護事業所
薬局　等
身体合併症、
専門医療　等の場合
身体合併症　等
〇精神障害の
身体合併症
〇身体疾患患者
の精神疾患
〇重度患者
精神科病院、一般病院、
専門医療センター　等
障害福祉サービス事業所、
介護サービス事業所
等
【予防】　発症予防・自殺予防・社会復帰支援（地域保健・学校保健・産業保健）
時間の流れ

第３節　課題に対応した医療提供体制の整備

１　救急医療体制の整備

第１　救急医療の現状

１　救急医療をとりまく状況

(1) 救急搬送数

本県の救急搬送人員は、平成12年に21,604人でしたが、平成22年には27,802人（28.6%増）を数えるなど、年々増加傾向にあります。その背景として、高齢化の進行、県民の意識の変化等が考えられます。

(2) 高齢者患者の増加

救急搬送された高齢者についてみると、平成12年には8,973人でしたが、平成22年には、15,020人を数え、この10年間で6,047人増となっています。今後も、高齢化の進行とともに救急搬送件数は増大し、救急搬送に占める高齢者の割合も増加するものと見込まれます。

(3) 疾病構造の変化

平成12年には、急病患者が49.7%（10,747人）でしたが、平成22年には急病が56.4%（15,700人）に増加し、この10年間で急病による救急搬送人員が4,953人増加しています。今後も急病の対応が増加するものと見込まれます。

(4) 重症患者の動向

平成12年には、「重症」（「死亡」を含む。）と分類された救急搬送人員は、3,659人（16.9%）でしたが、平成22年には4,454人（16.0%）となっており、人員数では増加したものの比率では減少しています。

(5) 軽症患者の動向

平成22年消防統計(徳島県)によると、救急搬送された患者のうち、軽症者が45.9%を占めます。この中には不要不急にも係わらず安易に救急車を利用している例も見られます。これは、救急搬送を実施する消防機関に負担をかけるのみならず、救急医療機関にも過分な負担をかけることになり、ひいては真に救急対応が必要な者への救急医療に支障を来す結果となります。

このような状況に対して、救急車等のより適切な利用を促すための啓発活動、また他県では救急出動現場において明らかに緊急性が認められない場合に、患者自身で医療機関を受診する様に促す等の取組みが行われています。

２　救急医療の提供体制

(1) 病院前救護活動（プレホスピタル・ケア）

プレホスピタル・ケアとは、救急現場及び搬送途上における応急処置を言い、救急救命率の向上のためには、その充実と体制の確保が重要な課題となってきています。これは、現場に居合わせた一般県民による救急蘇生やＡＥＤの使用、救急救命士による気管挿管・薬剤投与等の救命処置を指しています。

①県民への救急蘇生法の普及と自動体外式除細動器（ＡＥＤ）の設置

心疾患による突然死では、心臓が細かくふるえる心室細動や無脈性心室頻拍による心停止が大きく関与しており、これらの病的な状態を正常な状態に戻すためには、電気ショックによる除細動が必要となりますが、時間が経過すればするほど救命が難しくなります。心室細動になってから電気ショックを行うまでの時間が１分遅れるごとに社会復帰率が７～10%ずつ低下することが知られており、救命率を上げるためにはできるだけ早期（心停止から５分以内）の除細動が必須です。わが国では119番通報をしてから救急車が到着するまで平均７分以上かかるので、救急車を待つ間に救急の現場にいる県民が心肺蘇生法と共にＡＥＤを用いて除細動を行うことが大切です。

これまでに様々な主体によって、救急蘇生法の講習会が行われてきました。例えば、消防機関が主体となって実施するものだけでも、平成22年中に約4,000人の県民の方が受講をしています。

平成16年７月の厚生労働省医政局長通知で、一般市民によるＡＥＤの使用が認められたことにより、一般市民向けＡＥＤが発売され、空港・駅・イベント会場・公的機関等に設置されてきたところです。一般財団法人日本救急医療財団のデータによると、平成24年10月４日現在、県内には約1,700台のＡＥＤが設置されているものと考えられます。

【県民による除細動実施数】平成22年：2件（資料：平成23年救急・救助の現状）

②消防機関による救急搬送と救急救命士等

平成３年度に創設された、除細動・輸液・薬剤投与・気道確保等、高度な応急処置を医師の指示のもと行える救急救命士制度の発足により、１隊につき１名以上の救急救命士が配置されることを目標に救急隊の質の向上が図られており、平成23年４月には100％の救急隊に救急救命士が同乗しています。

県内には192人（平成23年４月現在の消防業務従事者）の救急救命士がおり、県下12のすべての消防本部において救急救命士が除細動等を実施できる高規格救急自動車39台による運用が行われています。

近年、全国的な課題として、救急車を呼ぶほどの緊急性が無いにもかかわらず、119番通報を行う人が増え、救急車の本来の目的である重症者の搬送に支障をきたす可能性が指摘されています。

また、迅速に救急搬送を行い、救急患者や妊婦が速やかに診療が受けられる体制を確保するためには、交通網の整備が重要な課題となります。

③ドクターヘリ専用機の導入

従来の救急車に加えドクターカー、救急医療用ヘリコプター（以下「ドクターヘリ」という。）、消防防災ヘリコプター等の活用が広まりつつあります。

本県では、平成20年８月から、消防防災ヘリコプター「うずしお」（以下「防災ヘリ」という。）を救急患者の搬送に用いてきたところですが、防災ヘリの本来の目的は、あくまでも消防防災であり、救急搬送要請があった場合は、機内装備を防災仕様から救急仕様に換装した上で出動していたため、出動に時間を要していました。

こうしたなか、全県下に対応した救急医療体制の充実・強化を図り、救急患者の更なる「救命率の向上」や「後遺症の軽減」を図るため、本県においても、平成24年10月に県立中央病院を基地病院としたドクターヘリの運航を開始しました。

ドクターヘリは、救急医療に必要な医療機器や資機材を装備し、基地病院に常駐していることから、消防機関からの要請があれば、直ちに医師、看護師が同乗し、出動が可能となります。また、基地病院離陸後、県内全域を20分程度でカバーできることから、特に、医師不足や地理的条件などにより、地域医療を取り巻く環境が厳しい県南部や県西部においては、医療における地域間格差是正のための切り札として期待されています。

今後、一人でも多くの県民の「助かる命を助ける」ため、運航調整委員会等を通じて関係機関との更なる連携強化を図り、運航体制の充実・強化に努めます。

また、本県が参画する関西広域連合の取組みとして、既に広域連合へ事業移管を行っている「京都府・兵庫県・鳥取県」の３府県ドクターヘリに続き、徳島県ドクターヘリについても、平成25年度に関西広域連合へ事業移管を行い、広域連合が主体となったドクターヘリの一体的な運航体制の構築を目指すこととしています。

④傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準（実施基準）の策定と実施

平成18年から平成20年にかけて、搬送先の病院を探して複数の救急医療機関に電話等で問い合わせをしても受入医療機関が決まらない。いわゆる受入医療機関の選定困難事案が発生したことを契機として、平成21年５月に消防法が改正され、都道府県に傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準（以下「実施基準」という。）の設置が義務づけられました。

本県では、平成22年４月に「徳島県メディカルコントロール体制推進協議会実施基準専門委員会」を設置して実施基準の検討を行い、平成22年12月に実施基準を作成しました。

また、実施基準に基づく傷病者の搬送及び受入の実施状況の調査及び検証を行い、平成24年３月に実施基準の見直しを行いました。

しかし、依然として受入医療機関の選定困難事案は存在しています。

救急医療機関が搬送に応じられない原因として「手術中・処置中」、「処置困難」、「専門外」等が挙げられています。

【受入照会回数】平成22年：112件(4回以上)

【現場滞在時間】平成22年： 61件(30分以上)

（資料：平成23年救急・救助の現状）

この問題を改善するためには、受入困難の原因を詳細に把握分析し、地域と消防機関、救急医療機関とが一体となり、それぞれの地域の実情に応じて対応する必要があります。

⑤救急医療情報システム

平成10年６月よりファクシミリと電子メールを活用して、２次・３次救急医療機関の当日の対応状況を消防機関等に連絡する「救急医療情報送信」を試行的に開始しました。

その後、平成11年度「情報ふれあいネットとくしま創造事業」を活用し、「徳島県救急医療情報システム」を構築し、平成12年６月から稼働しました。

このシステムは、消防機関の搬送先選定に資する空床情報、当直医情報等を含む受入可能科目の情報のほか、一般県民に対して、医療機関の基礎情報をインターネットにより提供してきました。また、平成19年度に、従来のパソコンによる閲覧方法に加え、携帯電話による閲覧にも対応しました。

(2) 救命救急医療機関（３次救急医療機関）

①救命救急センター

県下一円を対象として、急性心筋梗塞、脳卒中、頭部外傷等の重篤患者の救命医療にあたるため、昭和55年から県立中央病院に救命救急センターを設置し（厚生労働省指定)、また、平成５年度から徳島赤十字病院を徳島県の救命救急センターに指定して整備していましたが、平成14年４月に厚生労働省から同省指定の救命救急センターに認定され、さらに、平成21年６月から高度救命救急センターに指定されました。

また、平成17年８月には、県立三好病院が新型救命救急センターとして厚生労働省に認定され、平成24年度の救命救急センターの充実度評価において、すべての救命救急センターにおいてＡ評価を受けました。

②特殊疾患等に対する救急医療

昭和58年10月から、徳島大学病院救急部も、この３次救急医療機関として位置付け広範囲熱傷、急性薬物中毒、呼吸不全について対応しているほか、新生児集中治療室（ＮＩＣＵ９床)、母体胎児集中治療室（ＭＦＩＣＵ６床)、新生児治療回復室（ＧＣＵ12床)、脳卒中集中治療室（ＳＣＵ９床）を整備するなど、特殊疾患等の救急医療患者を受け入れる体制を整備しています。

３次救急医療体制

所在地	施設名	３次施設	救命救急センター
徳島市	県立中央病院	○	○
徳島市	徳島大学病院	○	
小松島市	徳島赤十字病院	○	○
三好市	県立三好病院	○	○

③アクセス時間を考慮した体制の整備

救急医療（特に、脳卒中、急性心筋梗塞、重症外傷等の救命救急医療）においては、アクセス時間（発症から医療機関で診療を受けるまでの時間）の長短が、患者の予後を左右する重要な因子の一つであります。

【平均搬送時間】平成22年：32.4分（資料：平成23年救急・救助の現状）

従って、特に救命救急医療の整備に当たっては、どこで患者が発生したとしても一定のアクセス時間内に、適切な医療機関に到着できる体制を整備する必要があります。

本県では、平成24年10月から県立中央病院を基地病院としてドクターヘリの運航を開始しました。基地病院を起点に20分程度で全県をカバーできることから、どの地域で発生した患者についても、一定のアクセス時間内に、必要な救命救急医療を受けられる体制の整備が図られています。

④いわゆる「出口の問題」

受入医療機関の選定困難事案の原因の一つに、「ベッドの満床」が挙げられています。

その背景として、救急医療機関に搬入された患者が救急医療用の病床を長期間使用することで、救急医療機関が新たな救急患者を受け入れることが困難になる、いわゆる救急医療機関の「出口の問題」が指摘されています。

具体的には、急性期を乗り越えたものの、重度の脳障害の後遺症がある場合や、合併する精神疾患によって一般病棟では管理が困難である場合、さらには人工呼吸管理が必要である場合など、自宅への退院や他の病院等への転院が困難とされています。

こういった問題に対応するため、平成22年度から救命救急センターに救急患者退院コーディネーターを設置し、急性期を脱した救命救急センター入院中の患者が、適切なタイミングで退院・転院できるように支援を行っています。

また、脳卒中、急性心筋梗塞など４疾病を中心に地域連携クリティカルパスを整備し、患者の円滑な退院ができるシステム作りを進めています。

(3) 入院を要する救急医療を担う医療機関（２次救急医療機関）

２次救急医療体制は、初期救急医療機関により転送された、高度な治療又は入院が必要とされる救急患者に対応するための後方医療施設として整備されています。

なお、平成23年における救急車による患者搬送数は、県下で28,405人であり、前年に比べ704人増加しています。

また、救急患者は、概ね消防機関の属する救急医療圏の中で搬送・収容され、自己完結していますが、一部の救急医療圏にあっては、他の救急医療圏への搬送がやや多い傾向があります。

(4) 初期救急医療を担う医療機関（初期救急医療機関）

初期救急医療体制は、「初期診療」あるいは「応急手当」を行うとともに、さらに治療及び入院が必要な救急患者を２次救急医療機関へ転送する機能を果たすものであり、救急医療体制の基盤ともなるものです。

本県では、郡市医師会を単位とし、市町村が郡市医師会に委託して行う在宅当番医制（10地区）と市町村等が郡市医師会の協力を得て設置運営する休日夜間急患センター（２箇所）で原則対応しています。

また、歯科については、県歯科医師会の協力を得て設置運営する休日歯科診療所（１箇所）及び休日急患センター（１箇所）により実施されています。

しかしながら、初期救急については、地元の開業医に多くを依存しているため、開業医の減少と高齢化、医学の専門化・高度化の進展によって住民のニーズへの対応が困難な地域や分野も出てきています。

なお、徳島市においては、平成９年度から同市の運営する徳島市夜間休日急病診療所（休日夜間急患センター）について、徳島市医師会等の協力により、従前の休日の昼間に加え、平日の夜間の診療を内科医と小児科医の医師２名体制で実施し、在宅当番医制度を廃止しています。

このセンターにおける平成23年度の総患者数は、17,782人で、うち小児科患者は約72％に当たる12,813人に上っています。

このセンターは、平成17年度で、単独で在宅当番医制度を運営できなくなった名東郡医師会（徳島市の一部、佐那河内村）に代わり、同地域の住民の初期救急医療体制も担っています。

(5) 圏域について

救急医療に関する圏域の設定については、入院を要する救急医療を提供する圏域として、東部Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、及び南部Ⅰ、Ⅱ、並びに西部Ⅰ、Ⅱの７圏域とし、今後の救急医療に関する医療機関や消防機関等との連携体制の構築を図っていきます。

第２　医療機関とその連携

１　目指すべき方向

(1) 適切な病院前救護活動が可能な体制

①本人・周囲の者による必要に応じた速やかな救急要請及び救急蘇生の実施

②メディカルコントロール体制の整備による救急救命士等による適切な活動（観察・判断・処置）の実施

③実施基準に基づく適切な傷病者の搬送及び医療機関の受入れ

(2) 重症度・緊急度に応じた医療が提供可能な体制

①患者の状態に応じた適切な救急医療の提供

②救急医療に係る効率的な配置とアクセス時間を考慮した整備

③必要に応じて、より高度・専門的な救急医療機関へ速やかに紹介できる連携体制

④脳卒中・急性心筋梗塞・重症外傷等の、それぞれの疾患に応じた医療体制

(3) 救急医療機関等から療養の場へ円滑な移行が可能な体制

①救命期を脱するも、重度の合併症、後遺症のある患者が、救急医療施設から適切な医療機関に転院できる体制

②重度の合併症、後遺症のある患者が、介護施設・在宅で療養する際に、医療及び介護サービスが相互に連携できる体制

２　各医療機能と連携

(1) 病院前救護活動の機能【救護】

①目標

・患者あるいは周囲の者が、必要に応じて、速やかに救急要請及び救急蘇生を実施すること

・メディカルコントロール体制の整備により、救急救命士等の活動が適切に実施されること

・実施基準の運用により、傷病者の搬送及び医療機関への受け入れが適切に行われること

②関係者に求められる事項

（住民等）

・講習会等の受講により、傷病者に対するＡＥＤの使用を含めた救急蘇生法が実施可能であること

・傷病者の救護のため、必要に応じて適切かつ速やかに救急要請を行うこと、あるいは適切な医療機関を受診すること

（消防機関の救急救命士等）

・住民等に対し、ＡＥＤの使用を含めた救急蘇生法等に関する講習会を実施すること

・脳卒中、急性心筋梗塞等、早期の救急要請が必要な疾患について、関係機関と協力して住民教育を図ること

・搬送先の医療機関の選定に当たっては、実施基準等により事前に各救命救急医療機関の専門性等を把握すること

・徳島県メディカルコントロール体制推進協議会により定められたプロトコールに則し、心肺停止、外傷、急病等の患者に対して、適切な観察・判断・処置を実施すること

・搬送手段を選定し、適切な急性期医療を担う医療機関を選定し、傷病者を速やかに搬送すること

・緊急な医療を必要とする精神疾患を有する患者等の搬送に当たっては、精神科救急情報センターを活用し、精神科救急医療体制と十分な連携を図ること

（メディカルコントロール体制推進協議会）

・救急救命士等の行う処置や、疾患に応じた活動プロトコールを策定し、事後検証等によって随時改訂すること

・実施基準を踏まえ、搬送手段を選定し、適切な医療機関に搬送するためのプロトコールを策定し、事後検証等によって随時改訂すること

・医師から救急救命士に対する直接指示・助言体制を確立すること

・救急救命士等への再教育を実施すること

・ドクターカーやドクターヘリ等の搬送手段の活用の適否について、地域において定期的に検討すること
・ドクターヘリや消防防災ヘリコプター等の活用に際しては、関係者の連携について協議する場を設け、効率的な運用を図ること

(2) 救命救急医療機関（３次救急医療）の機能【救命医療】

①目標

・24時間365日、救急搬送の受け入れに応じること
・傷病者の状態に応じた適切な救急医療を提供すること

②医療機関に求められる事項

緊急性・専門性の高い脳卒中、急性心筋梗塞や、重症外傷等の複数の診療科領域にわたる疾病等、幅広い疾患に対応して、高度な専門的医療を総合的に実施する。

その他の医療機関では対応できない重篤患者への医療を担当し、地域の救急患者を最終的に受け入れる役割を果たす。

また、救急救命士等へのメディカルコントロールや、救急医療従事者への教育を行う拠点となる。

・脳卒中、急性心筋梗塞、重症外傷等の患者や、複数の診療科にわたる重篤な救急患者を、広域災害時を含めて原則として24時間365日必ず受け入れること
・集中治療室（ＩＣＵ）、心臓病専用病室（ＣＣＵ）、脳卒中専用病室（ＳＣＵ）等を備え、常時、重篤な患者に対し高度な治療が可能なこと
・救急医療について相当の知識及び経験を有する医師が常時診療に従事していること（救急科専門医等）
・必要に応じ、ドクターヘリ、ドクターカーを用いた救急救命医療を提供すること
・救命救急に係る病床確保のため、一般病棟の病床を含め、医療機関全体としてベッド調整を行う等の院内の連携がとられていること
・急性期のリハビリテーションを実施すること
・急性期を経た後も、重度の脳機能障害（遷延性意識障害等）の後遺症がある患者、人工呼吸器による管理を必要とする患者等の、特別な管理が必要なため退院が困難な患者を受け入れることができる医療機関等と連携していること
・実施基準の円滑な運用・改善及び地域のメディカルコントロール体制の充実に当たり積極的な役割を果たすこと
・ＤＭＡＴ派遣機能を持つ等により、災害に備えて積極的な役割を果たすこと
・救急医療情報システムを通じて、診療機能を救急搬送機関等に周知していること
・医師、看護師等の医療従事者に対し、必要な研修を行う体制を有し、研修等を通じ、地域の救命救急医療の充実強化に協力していること
・救急救命士の気管挿管・薬剤投与等の病院実習や、就業前研修、再教育等に協力していること
・「救急病院等を定める省令」によって定められる救急病院であること

③対応する医療機関

３次救急医療機関（救命救急センター及び大学病院）　（平成24年11月現在）

病院名	病床				その他の設備		所在地	電話番号
	ICU	SCU	HCU等重症者対応	NICU	ヘリポート	自院で有する救急車		
徳島県立中央病院	10床	0床	30床	6床	○	×	徳島市蔵本町1-10-3	088-631-7151
徳島大学病院	11床	9床	11床	9床	×(※1)	×	徳島市蔵本町2-50-1	088-631-3111 088-633-9211（夜間救急）
徳島赤十字病院	13床	0床	21床	0床	○	○	小松島市小松島町字井利ノ口103	0885-32-2555
徳島県立三好病院	4床	0床	6床	0床	×(※2)	×	三好市池田町シマ815-2	0883-72-1131

（注）※1　ヘリポートについては，近隣の飛行場外離着陸場を利用
※2　改築工事によりヘリポート設置予定

(3) 入院を要する救急医療を担う医療機関（２次救急医療）【入院救急医療】

①目標
- 24時間365日、救急搬送の受け入れに応じること
- 傷病者の状態に応じた適切な救急医療を提供すること

②医療機関に求められる事項

地域で発生する救急患者への初期診療と応急処置を行い、必要に応じ入院治療を行う。医療機関によっては、脳卒中、急性心筋梗塞等に対する医療等、自施設で対応可能な範囲において高度な専門診療を担う。また、自施設では対応困難な救急患者については、必要な救命処置を行った後、速やかに、救命救急医療を担う医療機関等へ紹介する。救急救命士等への教育機能も一部担う。

- 救急医療について相当の知識及び経験を有する医師が常時診療に従事していること
- 救急医療を行うために必要な施設及び設備を有していること
- 救急医療を要する傷病者のために優先的に使用される病床又は専用病床を有すること
- 救急隊による傷病者の搬送に容易な場所に所在し、かつ、傷病者の搬入に適した構造設備を有すること
- 急性期にある患者に対して、必要に応じて早期のリハビリテーションを実施すること
- 初期救急医療機関と連携していること
- 当該病院では対応できない重症救急患者への対応に備え、近隣のより高度な医療機関と連携していること
- 緊急な医療を必要とする精神疾患を持つ患者に的確に対応するため、精神科救急情報センターや精神科救急医療施設との連携を図ること
- 救急医療情報システムを通じて、診療可能な日時や、診療機能を住民・救急搬送機関に周知していること
- 医師、看護師、救急救命士等の医療従事者等に対し、必要な研修を行うこと
- 「救急病院等を定める省令」によって定められる救急告示医療機関であること

③対応する医療機関

２次救急医療機関（救急告示病院及び救急告示診療所）　（平成24年10月）

圏域	医療機関名	所在地	電話番号
東部Ⅰ	徳島市民病院	徳島市北常三島町2丁目34	088-622-5121
	田岡病院	徳島市万代町4丁目2-2	088-622-7788
	水の都記念病院	徳島市北島田町1丁目45-2	088-632-9299
	手束病院	名西郡石井町石井字石井434	088-674-0024
	松永病院	徳島市南庄町4丁目63-1	088-632-3328
	協立病院	徳島市八万町橋本92-1	088-668-1070
	中洲八木病院	徳島市中洲町1-31	088-625-3535
	橘整形外科	徳島市寺島本町西2丁目37-1	088-623-2462
	中村整形	徳島市南二軒屋町1丁目1-16	088-652-1119
	川島病院	徳島市北佐古一番町1-8	088-631-0110
	徳島健生病院	徳島市下助任町4丁目9	088-622-7771
東部Ⅱ	徳島県鳴門病院	鳴門市撫養町黒崎字小谷32-1	088-683-0011
	兼松病院	鳴門市撫養町斎田字大堤54	088-685-4537
	小川病院	鳴門市撫養町南浜字東浜716	088-686-2322
	稲次整形外科病院	板野郡藍住町笠木字西野50-1	088-692-5757
	独立行政法人国立病院機構東徳島医療ｾﾝﾀｰ	板野郡板野町大寺字大向北1-1	088-672-1171
	浦田病院	板野郡松茂町広島字南ハリ13	088-699-2921
	きたじま田岡病院	板野郡北島町鯛浜字川久保30-1	088-698-1234
東部Ⅲ	麻植協同病院	吉野川市鴨島町鴨島252	0883-24-2101
	美摩病院	吉野川市鴨島町上下島497	0883-24-2957
	阿波病院	阿波市市場町市場字岸ノ下190-1	0883-36-5151
	阿部整形外科	吉野川市鴨島町上下島105	0883-24-4880
南部Ⅰ	阿南医師会中央病院	阿南市宝田町川原2	0884-22-1313
	原田病院	阿南市富岡町あ石14-1	0884-22-0990
	阿南共栄病院	阿南市羽ノ浦町中庄蔵ノホケ36	0884-44-3131
南部Ⅱ	町立由岐病院	海部郡美波町港町字西1	0884-78-0075
	町立日和佐病院	海部郡美波町奥河内字井ノ上20	0884-77-1212
	県立海部病院	海部郡牟岐町中村字本村75-1	0884-72-1166
	町立海南病院	海部郡海陽町四方原字広谷16-1	0884-73-1355
西部Ⅰ	ホウエツ病院	美馬市脇町大字猪尻字八幡神社下南130-3	0883-52-1095
	町立半田病院	美馬郡つるぎ町半田字中藪234-1	0883-64-3145
西部Ⅱ	市立三野病院	三好市三野町芝生1270-30	0883-77-2323

(4) 初期救急医療を担う医療機関の機能【初期救急医療】

①目標

・傷病者の状態に応じた適切な救急医療を提供すること

②医療機関に求められる事項

軽症の救急患者への夜間及び休日における外来診療を行う。

・救急医療の必要な患者に対し、外来診療を提供すること

・休日・夜間急患センターの設置や在宅当番医制などと合わせて、地域で診療の空白時間が生じないように努めること

・病態に応じて速やかに患者を紹介できるよう、近隣の医療機関と連携していること

・自治体等と連携の上、診療可能時間や対応可能診療科等について住民等に周知すること

③対応する医療機関

初期救急医療体制

ア　休日夜間急患センター

・徳島市夜間休日急病診療所（徳島市、佐那河内村）
・阿南市医師会夜間休日診療所（阿南市、那賀町）
・徳島市歯科医師会休日急患等診療所

イ　在宅当番医制

・名西郡医師会（石井町、神山町）
・鳴門市医師会（鳴門市）
・板野郡医師会（松茂町、北島町、藍住町、板野町、上板町）
・阿波市医師会（阿波市）
・吉野川市医師会（吉野川市）
・小松島市医師会（小松島市、勝浦町、上勝町）
・阿南市医師会（阿南市、那賀町）
・海部郡医師会（美波町、牟岐町、海陽町）
・美馬市医師会（美馬市、つるぎ町）
・三好市医師会（三好市、東みよし町）

(5) 救命救急医療機関等から転院を受け入れる機能【救命期後医療】

①目標

・在宅等での療養を望む患者に対し医療機関からの退院を支援すること
・合併症、後遺症のある患者に対して慢性期の医療を提供すること

②医療機関に求められる事項

・救急医療機関と連携し、人工呼吸器が必要な患者や、気管切開等のある患者を受け入れる体制を整備していること
・重度の脳機能障害（遷延性意識障害等）の後遺症を持つ患者を受け入れる体制を整備していること
・救命期を脱した救急患者で、精神疾患と身体疾患を合併した患者を受け入れる体制を整備していること
・生活機能の維持及び向上のためのリハビリテーション（訪問及び通所リハビリテーションを含む）が実施可能であること
・日常生活動作（ＡＤＬ）の低下した患者に対し、在宅等での包括的な支援を行う体制を確保していること
・通院困難な患者の場合、訪問看護事業所、薬局等と連携して在宅医療を実施すること、また居宅介護サービスを調整すること
・救急医療機関及び在宅での療養を支援する医療機関等と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること
・診療所等の維持期における他の医療機関と、診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること

③対応する医療機関等

・療養病床を有する病院
・精神病床を有する病院
・回復期リハビリテーション病棟を有する病院
・診療所
・訪問看護事業所

(6) 医師不足への対応

救急医療現場における過酷な勤務環境から、医師が現場を離れ、地域における救急医療体制の確保が困難な状況となってきています。この厳しい医師不足の状況において、救急医療体制を維持していくためには、「救急医の確保・養成」や「救急勤務医の勤務環境の改善」に努めるとともに、「かかりつけ医」の協力を得た体制の構築が必要です。

また、「救急」ではなく、「時間外診療」として、救急医療機関を受診する患者の増加が、救急医療現場の負担を増大させていることから、県民に対し救急医療の適正な受診についての広報・啓発を積極的に行っていく必要があります。

３　今後の取り組み

(1) 救急医療体制の充実・強化

地域における救急医療体制を確保するためには、行政・医療従事者・県民・関係機関が一体となって取り組んでいく必要があります。

① 救急医療に従事する医師の養成・確保を行うため、県地域医療支援センターにおいて救急や総合診療医の養成プログラムの整備・充実に取り組みます。

② 救急勤務医の処遇改善など勤務環境の改善に取組みます。

③ 身近な地域において、適切な救急医療サービスが受けられるよう、「かかりつけ医」の協力を得た体制の構築など、初期・２次救急医療の確保・充実を図ります。

④ ３次救急医療を担う救命救急センター及び徳島大学病院の機能強化を図ります。

⑤ 出口の問題に対応するため、救命救急センターに救急患者退院コーディネーターを設置するとともに、地域連携クリティカルパスを整備し、急性期を脱した救命救急センター入院中の患者が適切なタイミングで退院・転院できるように支援を推進します。

⑥ それぞれの疾患に応じた救急医療体制の構築を目指します。

⑦ 傷病の程度や緊急性により役割分担されている救急医療体制が円滑に機能できるよう、関係機関が一体となって、県民に対して救急医療の適正受診に向けた広報・啓発を推進します。

(2) 救急搬送体制の充実・強化

① 消防機関、警察、医療機関、行政の連携強化に努めます。

② 機動性に優れたドクターヘリの有効活用を図ります。

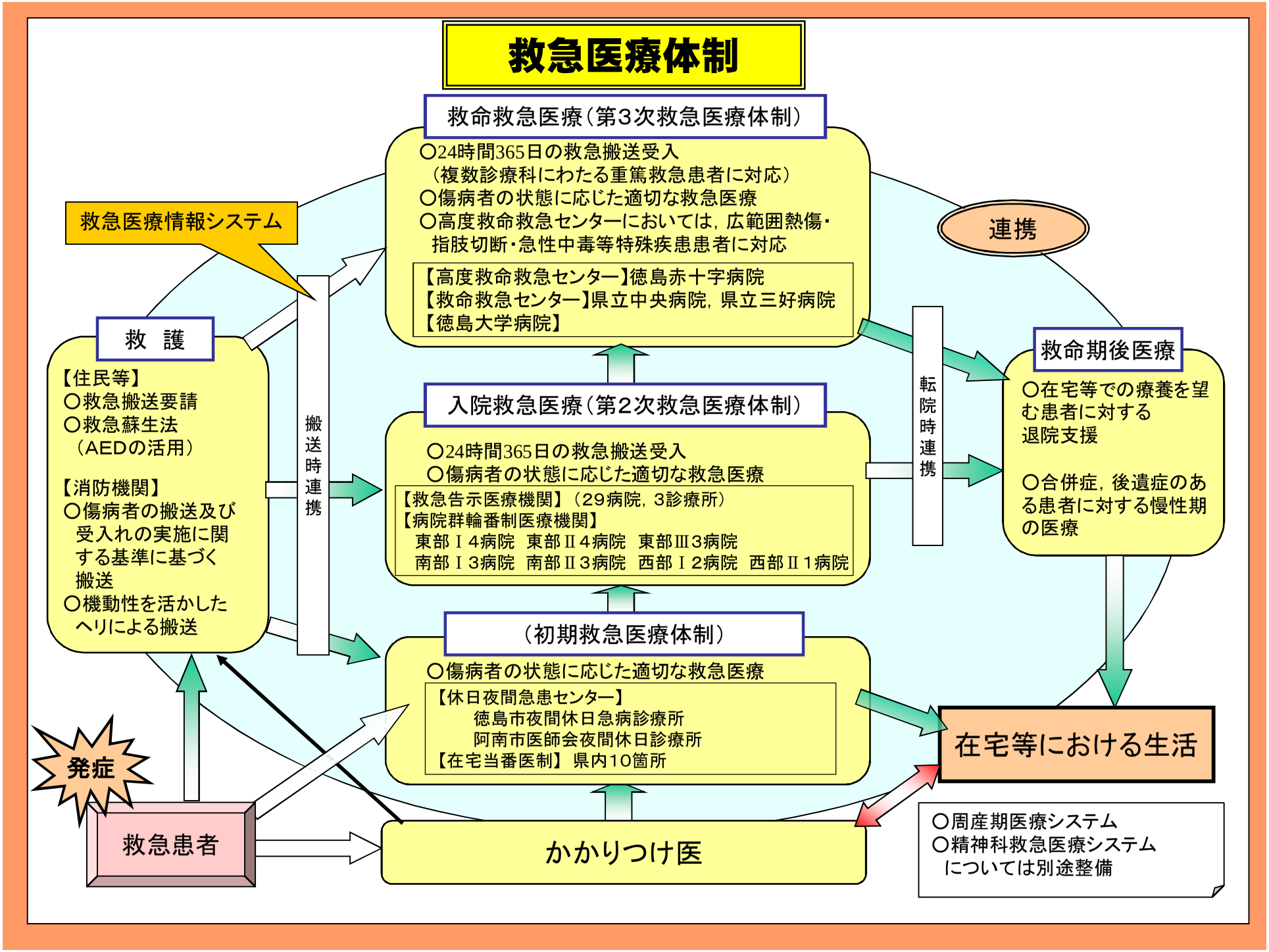
③ 救急医療情報システムの有効活用を推進しつつ、妊婦搬送も含めた総合的な救急搬送体制の構築を図ります。

(3) 関西広域連合における府県域を越えた広域救急医療連携体制の整備・充実

関西広域連合の設立を契機として、府県域を越えた広域的ドクターヘリの運航体制の構築、高度・専門医療分野における広域医療連携など、各地域の特徴ある医療資源の有機的な連携を図ることにより、各府県の「３次医療圏」を越えた、新たな概念となる「４次医療圏・関西」の構築に向けた広域救急医療連携の仕組みづくりに取り組みます。

第３　数値目標

数値目標項目	直近値	平成29年度末目標値
初期救急：在宅当番医制参加医療機関数 （※徳島市夜間休日急病診療所の運営に協力する徳島市医師会の医療機関を除く）	３４１ (H24)	３４１
２次救急：救急告示医療機関数	３６ (H24)	３６
３次救急：救命救急センター数	３ (H24)	３
うち高度救命救急センター	１ (H24)	１
ＡＥＤ(自動体外式除細動器)の県立施設設置率	９５．６％ (H24)	１００％


救急医療体制
救命救急医療（第３次救急医療体制）
〇24時間365日の救急搬送受入
（複数診療科にわたる重篤救急患者に対応）
〇傷病者の状態に応じた適切な救急医療
〇高度救命救急センターにおいては，広範囲熱傷・
指肢切断・急性中毒等特殊疾患患者に対応
【高度救命救急センター】徳島赤十字病院
【救命救急センター】県立中央病院，県立三好病院
【徳島大学病院】
連携
救急医療情報システム
救　護
【住民等】
〇救急搬送要請
〇救急蘇生法
（AEDの活用）
【消防機関】
〇傷病者の搬送及び
受入れの実施に関
する基準に基づく
搬送
〇機動性を活かした
ヘリによる搬送
搬送時連携
入院救急医療（第２次救急医療体制）
〇24時間365日の救急搬送受入
〇傷病者の状態に応じた適切な救急医療
【救急告示医療機関】（29病院，3診療所）
【病院群輪番制医療機関】
東部Ⅰ4病院　東部Ⅱ4病院　東部Ⅲ3病院
南部Ⅰ3病院　南部Ⅱ3病院　西部Ⅰ2病院　西部Ⅱ1病院
転院時連携
救命期後医療
〇在宅等での療養を望
む患者に対する
退院支援
〇合併症，後遺症のあ
る患者に対する慢性期
の医療
（初期救急医療体制）
〇傷病者の状態に応じた適切な救急医療
【休日夜間急患センター】
徳島市夜間休日急病診療所
阿南市医師会夜間休日診療所
【在宅当番医制】県内10箇所
在宅等における生活
発症
救急患者
かかりつけ医
〇周産期医療システム
〇精神科救急医療システム
については別途整備

２　小児医療体制の整備

第１　小児医療の現状

１　小児医療をとりまく状況

(1) 小児の疾病構造

平成20年患者調査によると、１日当たりの全県の小児（０歳から14歳までを指す。以下同じ。）患者数（推計）は、入院で0.2千人（全国31.4千人）、外来で4.7千人（全国698.7千人）であり、入院は外来の約4.3%（全国4.5%）です。

入院については、肺炎・喘息をはじめとする「呼吸器系の疾患」のほか、「神経系の疾患」、「周産期に発生した病態」が多くなっています。

また、外来の１日当たりの患者数（推計）4.7千人のうち、急性上気道感染症（0.9千人）をはじめとする「呼吸器系の疾患」が1.9千人と圧倒的に多くなっており、感染症（0.4千人）、う蝕（0.6千人）、中耳炎（0.3千人）、外傷等（0.3千人）なども多くなっています。

また、小児医療に関連する業務においては、育児不安や小児の成長発達上の相談、親子の心のケア、予防接種等の保健活動も0.3千人と、その占める割合が大きく、医療機関における保健活動の重要性が伺えます。

なお、小児救急については、患者の多くが軽症者であり、また、夕刻から準夜帯（18時から23時まで）にかけて受診者が多くなることが指摘されています。

(2) 死亡の状況

平成23年人口動態調査によると、徳島県の周産期死亡率（出産千対）は4.6（全国4.1）、乳児死亡率は（出生千対）は平成22年の2.7から5.1と著しく増加し、全国で最も高くなっています（全国2.3）。

乳児死亡の主な原因(H23年)の全体に占める割合をみると、「周産期に発生した病態」が40%と最も多く、「先天奇形、変形及び染色体異常」が30%で、それぞれの死亡率（出生千対）は全国に比べ高くなっています。

また、乳児以降の小児の死亡（15歳未満8人（死亡率0.1（人口千対））の主な原因（H23年）は、「不慮の事故」が50%（4人）と最も多く、「先天奇形、変形及び染色体異常」が25%（2人）と続いています。

(3) 小児救急の現状

少子化（小児人口は、平成12年の11万人（出生率8.8（人口千対））から平成22年の９万人（出生率7.6（人口千対）））まで減少している。）にも関わらず、18歳未満の救急搬送数は増加傾向であったが、近年は平成12年の2,382人から平成22年の2,348人と減少傾向にあります。

小児時間外患者の受診状況を見ると、少子化の進行、核家族化による保護者の育児不安に伴う軽症患者の増加、夫婦共働きの進行といった社会情勢や家庭環境の変化に加え、保護者の専門医指向・病院指向も大きく影響し、夜間や土・日など時間外における受診が増加している状況にあります。

小児救急医療拠点病院である徳島赤十字病院では、夜間・休日救急外来における一次救急患者の受診が急増し、重症の入院患者等への診療に支障をきたす事態になったため、平成20年4月より時間外選定療養費が導入され、平成18、19年度は１日２万人を超えていた時間外受診者が約半数に減少しています。

○小児救急(時間外)患者の状況　　（人）

医療圏	区分	平成21年度	平成22年度	平成23年度
東部	小児救急輪番病院	12,012	10,599	9,062
	徳島市夜間休日急病診療所	12,647	10,999	12,813
	東部計	24,659	21,598	21,875
南部	小児救急医療拠点病院 (徳島赤十字病院)	10,319	8,198	8,637
西部	小児救急輪番病院	4,943	2,994	3,478
	合計	39,921	32,790	33,990
(参考) 香川県	※香川小児病院への徳島県からの外来患者	414	338	185

このように、軽症患者の時間外受診を減らし、救急現場の負担を軽減する必要がありますが、県においては、小児の急な発熱やけが等の際に保護者がその対処や時間外に受診すべきかどうか判断できるよう、平成19年度から「お子さんの急病対応ガイドブック」の配布や小児救急電話相談事業「＃8000」（365日、18時から翌朝８時まで）に取り組んでおり、相談件数も年間約8,000件と、毎年増加しています。

２　小児医療の提供体制

(1) 医療施設の状況

平成14年から平成23年までの間に小児科を標榜している一般病院は28.3％減少（53→38）、診療所は24.6％減少（268→202）しています。

また、県立中央病院、徳島大学病院、徳島市民病院に新生児集中治療室（ＮＩＣＵ）18床（H25.4から21床に増床）を設置し、高度な医療を提供する体制を構築するとともに、徳島赤十字ひのみね総合療育センター、国立病院機構徳島病院にＮＩＣＵ後方病床の整備促進を行いました。

○小児科を標榜する一般病院・診療所

		H14.10.1	H23.10.1	増　減
徳島県	一般病院	53(1)	38(1)	28.3％減
	診 療 所	268	202	24.6％減
全　国	一般病院	3,359	2,745	18.3％減
	診 療 所	25,862	19,994	22.7％減

資料：病院；H23年医療施態調査（厚生労働省）

（注）（ ）内は小児歯科を標榜する医療施設数

○二次医療圏別の小児科を標榜している医療機関数

医 療 圏	東部	南部	西部	合計
一般病院	21	10	11	42
診 療 所	162	49	15	226
計	183	59	26	268

資料：H22年徳島県保健・衛生統計年報

○小児入院管理料を算定している病院数・病床数

医 療 圏	東部	南部	合計
一般病院	4	1	5
病 床	353	17	370

資料：H24年診療報酬施設基準（厚生労働省）

○地域連携小児夜間・休日診療料の届出医療機関数

【東部】２医療機関

資料：H24年診療報酬施設基準（厚生労働省）

○救急外来にて院内トリアージを行っている医療機関数

【東部】７医療機関　　【南部】２医療機関　　【西部】２医療機関

資料：H24年診療報酬施設基準（厚生労働省）

(2) 小児救急医療体制の状況

小児救急医療体制の充実を図るため、県下３圏域において輪番制病院や小児医療救急拠点病院の整備を推進しています。

①東部圏域

徳島市夜間休日急病診療所が、平成９年４月から休日の昼間と毎夜間（平成24年10月１日から午後10時30分までに変更）、小児科医を配置し、初期小児救急を実施しています。

また、県立中央病院、徳島市民病院、徳島県鳴門病院、麻植協同病院、阿波病院の輪番制により、休日の昼間と毎夜間の初期小児救急及び入院を要する小児救急を行っています。

今後、県立中央病院を小児救急病院としての拠点化を行い、小児救急医療体制の充実を図ります。

②南部圏域

平成14年４月から、徳島赤十字病院を小児救急医療拠点病院として指定し、南部の保健医療圏における小児救急医療を24時間365日体制で実施しています。

③西部圏域

平成14年４月から、つるぎ町立半田病院及び県立三好病院の２病院で輪番制により、休日の昼間と毎夜間の初期小児救急及び入院を要する小児救急を行っています。

(3) 小児科医の状況

徳島県の小児科従事医師は、平成12年から平成22年までの間に小児人口１万人当たりの小児科従事医師数でみると、9.0人から10.1人と増加傾向にありますが、実数でみると106人から98人と8人減少（全国1,714人増加）しています。そのうち、病院に勤務する小児科医は62人（63.3%）、診療所には36人（36.7%）であり、平成12年（病院66人、診療所40人）と比較して、どちらも4人ずつ減少しています。

○小児科従事医師数

		H12.12.31	H22.12.31
徳島県	従事医師数	106人	98人
	小児人口1万人当たり	9.0人	10.1人
全　国	従事医師数	14,156人	15,870人
	小児人口1万人当たり	7.7人	9.4人

資料：医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）

○年齢区分（18歳未満）の搬送人員数

	平成12年	平成22年	増　減
徳島県	2,382人	2,348人	1.4%減
全　国	458,955人	456,177人	0.6%減

資料：救急・救助の現況

このように、徳島県では、小児科従事医師数が減少しており、地域住民の要望に応えられるような小児科専従医師数（特に病院勤務医師）の絶対的不足があります。近年、特に小児救急医療の問題の背景には、社会情勢に対応した24時間体制の小児医療施設の未整備と、そこに勤務する小児科医師の不足と勤務医の過酷な勤務条件、年々増加する子育て時期の女性医師の働く環境の整備不足、臨床研修後小児科医師を目指す若い医師の不足などの問題が指摘されています。

こうした状況を踏まえ、平成19年２月に「徳島県小児科・産科集約化検討協議会」を設置し、当面小児救急医療体制をどう確保していくのかについて検討を行い、「東部圏域においては小児救急とＮＩＣＵは一体的に整備すべきである」との方向性が出されました・また、平成21年３月の「公立病院等の再編・ネットワークに関する基本方針」においては、「小児救急については、蔵本地区（県立中央病院と徳島大学病院との間で取り組んでいる『総合メディカルゾーン』において、最終医療機関としての役割を担い、小児救急拠点病院として、全県の小児高度医療に対応する体制の構築を進める。」という方向性が示されています。

(4) 障害児等の状況

平成22年度末現在、本県の18歳未満の身体障害者手帳交付数が502人(H17年度555人)、障害児福祉手当等の受給者数が390人（H17年度475人)、特別児童扶養手当受給者数が1,430人（H17年度1,602人）と減少しています。

※福祉行政報告例（厚生労働省）

(5) 圏域について

小児医療に関する圏域の設定については、小児専門医療、小児救急医療を地域で提供できる圏域として、東部、南部、西部の３圏域とし、今後の小児医療提供や圏域内の高次機能病院との連携体制の構築を図っていきます。

第２　医療機関とその連携

１　目指すべき方向

(1) 子どもの健康を守るために、家族を支援する体制

①急病時の対応等について相談・支援の実施が可能な体制

②慢性疾患児や障害児、心の問題のある児の家族に対する精神的サポート等を実施する体制

③家族による救急蘇生法等、不慮の事故や急病への対応が可能な体制

(2) 小児患者に対し、その症状に応じた対応が可能な体制

①地域において、初期救急も含め一般的な小児医療を実施する体制

②県下３圏域において、拠点となる病院が、専門医療又は入院を要する小児救急医療を提供する体制

③全県において、重篤な小児患者に対する救命医療を提供する体制

(3) 地域の小児医療が確保される体制

①医療資源の集約化・重点化の実施により、小児専門医療を担う病院が確保される体制

②小児医療に係る医師の確保が著しく困難な地域については、医療の連携の構築を図ることで、全体で対応できる体制

(4) 療養・療育支援が可能な体制

①小児病棟やＮＩＣＵ、ＰＩＣＵ等で療養中の重症心身障害児等が生活の場で療養・療育できるよう、医療、介護及び福祉サービスが相互に連携した支援を実施

２　各医療機能と連携

○　小児医療体制

(1) 健康相談等の支援の機能【相談支援等】

①目標

・子どもの急病時の対応等を支援すること

・慢性疾患の診療や心の診療が必要な子ども及びその家族に対し、地域の医療資源、福祉サービス等について情報を提供すること

・不慮の事故等の救急の対応が必要な場合に、救急蘇生法等を実施できること

②関係者に求められる事項

（家族等周囲にいる者）

・必要に応じ電話相談事業等を活用すること

・不慮の事故の原因となるリスクを可能な限り取り除くこと

・救急蘇生法等の適切な処置を実施すること

（消防機関等）

・心肺蘇生法や不慮の事故予防に対する必要な知識を家族等に対し指導すること

・急性期医療を担う医療機関へ速やかに搬送すること

・救急医療情報システムを活用し、適切な医療機関へ速やかに搬送すること

（行政機関）

・休日・夜間等に子どもの急病等に関する電話相談「徳島こども救急電話相談（♯8000)」の実施

・急病時の対応等について受療行動の啓発を実施すること

・心肺蘇生法や不慮の事故予防に対する必要な知識を家族等に対し指導する体制を確保すること

・慢性疾患の診療や心の診療が必要な子ども及びその家族に対し、地域の医療資源、福祉サービス等について情報を提供すること

(2) 一般小児医療を担う機能【一般小児医療】

①目標

・地域に必要な一般小児医療を実施すること

・生活の場（施設を含む）での療養・療育が必要な小児に対し支援を実施すること

②医療機関に求められる事項

・一般的な小児医療に必要とされる診断・検査・治療を実施すること

・軽症の入院診療を実施すること（入院設備を有する場合）

・他の医療機関の小児病棟やＮＩＣＵ、ＰＩＣＵ等から退院するに当たり、生活の場（施設を含む）での療養・療育が必要な小児に対し支援を実施すること

・訪問看護事業所、福祉サービス事業者、行政等との連携により、医療、介護及び福祉サービス（レスパイトを含む。）を調整すること

・医療型障害児入所施設等、自宅以外の生活の場を含めた在宅医療を実施すること

・家族に対する精神的サポート等の支援を実施すること

・慢性疾患の急変時に備え、対応可能な医療機関と連携していること

・専門医療を担う地域の病院と、診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること

③対応する医療機関等

小児科を標榜する診療所、一般病院小児科等、地域において一般小児医療を提供する「かかりつけ医」、「かかりつけ歯科医」、「かかりつけ薬局」が対応

(3) 小児専門医療を担う機能【小児専門医療】（地域小児医療センター）

①目標

・一般の小児医療を行う機関では対応が困難な患者に対する医療を実施すること

・小児専門医療を実施すること

②医療機関に求められる事項

・高度の診断・検査・治療や勤務医の専門性に応じた専門医療を行うこと

・一般の小児医療の行う機関では対応が困難な患者や常時監視・治療の必要な患者等に対する入院診療を行うこと

・小児科を標榜する診療所や一般病院等の地域における医療機関と、小児医療の連携体制を形成することにより、地域で求められる小児医療を全体として実施すること

・より高度専門的な対応について、高次機能病院と連携していること

・療養・療育支援を担う施設と連携していること

・家族に対する精神的サポート等の支援を実施すること

③対応する医療機関

小児専門医療を実施する病院が対応

(4) 高度な小児専門医療を担う機能【高度小児専門医療】（小児中核病院）

①目標

・小児専門医療を担う医療機関では対応が困難な患者に対する高度な専門入院医療を実施すること

・医療従事者への教育や研究を実施すること

②医療機関に求められる事項

・高度小児専門医療を担う医療機関や小児専門医療を担う医療機関との連携により、高度専門的な診断・検査・治療を実施し、医療人材の育成・交流などを含めて地域医療に貢献すること

・療養・療育支援を担う施設と連携していること

・家族に対する精神的サポート等の支援を実施すること

③対応する医療機関

徳島大学病院が中心となって対応

○　小児救急医療体制

徳島県小児科・産科集約化検討協議会での検討結果を踏まえ、小児救急医療体制を次のとおり構築します。

(1) 初期小児救急医療を担う機能【初期小児救急】

①目標

・初期小児救急を実施すること

②医療機関に求められる事項

・休日夜間急患センター等において、平日昼間や夜間休日における初期小児救急医療を実施すること
・緊急手術や入院等を要する場合に備え、対応可能な医療機関と連携していること
・地域で小児医療に従事する開業医等が、小児科を有する病院や休日夜間急患センター等、夜間休日の初期小児救急医療に参画すること

③対応する医療機関

軽症の初期救急小児患者については、地域において一般小児医療を提供する「かかりつけ医」、「かかりつけ歯科医」や、東部においては、徳島市夜間休日急病診療所において、傷病者の状態に応じた適切な救急医療を提供します。

(2)　入院を要する救急医療を担う機能【入院小児救急】

①目標

・入院を要する小児救急医療を24時間体制で実施すること

②医療機関に求められる事項

・入院を要する小児救急医療を24時間365日体制で実施可能であること
・小児科を標榜する診療所や一般病院等の地域医療機関と連携し、地域で求められる入院を要する小児救急医療を担うこと
・高度専門的な対応について、高次機能病院と連携していること
・療養・療育支援を担う施設と連携していること
・家族に対する精神的サポート等の支援を実施すること

③対応する医療機関

入院を要する小児科患者については、東部では、県立中央病院を小児救急医療拠点病院として整備を行い、南部では、小児救急医療拠点病院である徳島赤十字病院を中心に地域の中核病院と連携・協力しながら対応し、西部では、小児救急輪番病院及び地域の中核病院において対応します。

(3)　小児の救命救急医療を担う機能【小児救命救急医療】

①目標

・小児の救命救急医療を24時間体制で実施すること

②医療機関に求められる事項

・小児救急輪番病院等からの紹介患者や重症外傷を含めた救急搬送による患者を中心として、重篤な小児患者に対する救急医療を24時間365日体制で実施すること
・小児集中治療室（ＰＩＣＵ）を運営することが望ましいこと
・療養・療育支援を担う施設と連携していること
・家族に対する精神的サポート等の支援を実施すること

③対応する医療機関

24時間365日体制の小児救急医療拠点病院として、南部の徳島赤十字病院の他に、さらに県立中央病院を整備し、小児重篤救急患者の救命救急医療に対応します。

なお、県西部においては香川県の国立病院機構四国こどもとおとなの医療センターとの連携により対応します。

また、高度かつ専門的な小児重篤救急患者の救命救急医療は徳島大学病院が対応します。

３　今後の取り組み

(1) 小児救急電話相談事業

①　市町村や医療関係者の協力を得ながら、「徳島こども救急電話相談」の周知・普及を推進し、保護者の育児に対する不安を解消するとともに、小児救急現場における軽症患者の抑制を推進します。

(2) 小児科医師の養成・確保

①　適切な小児医療・小児救急医療を確保するため、医師修学資金又は専門医修学資金の貸与、並びに県地域医療支援センターにおける医師のキャリア形成支援と一体となった医師確保対策の推進等により、引き続き、小児科医師の確保に努めます。

(3) 小児救急医療体制の強化

①　地域の中核病院と開業医の連携を促進し、開業医が参画・支援できる体制づくりを進めます。また、小児救急に必要な研修を実施し、小児科医以外の参画の理解を進めます。

②　24時間365日体制の小児救急医療拠点病院として、南部の徳島赤十字病院の他に、さらに県立中央病院を整備し、小児重篤救急患者の救命救急医療に対応します。

(4)　小児医療連携体制の推進

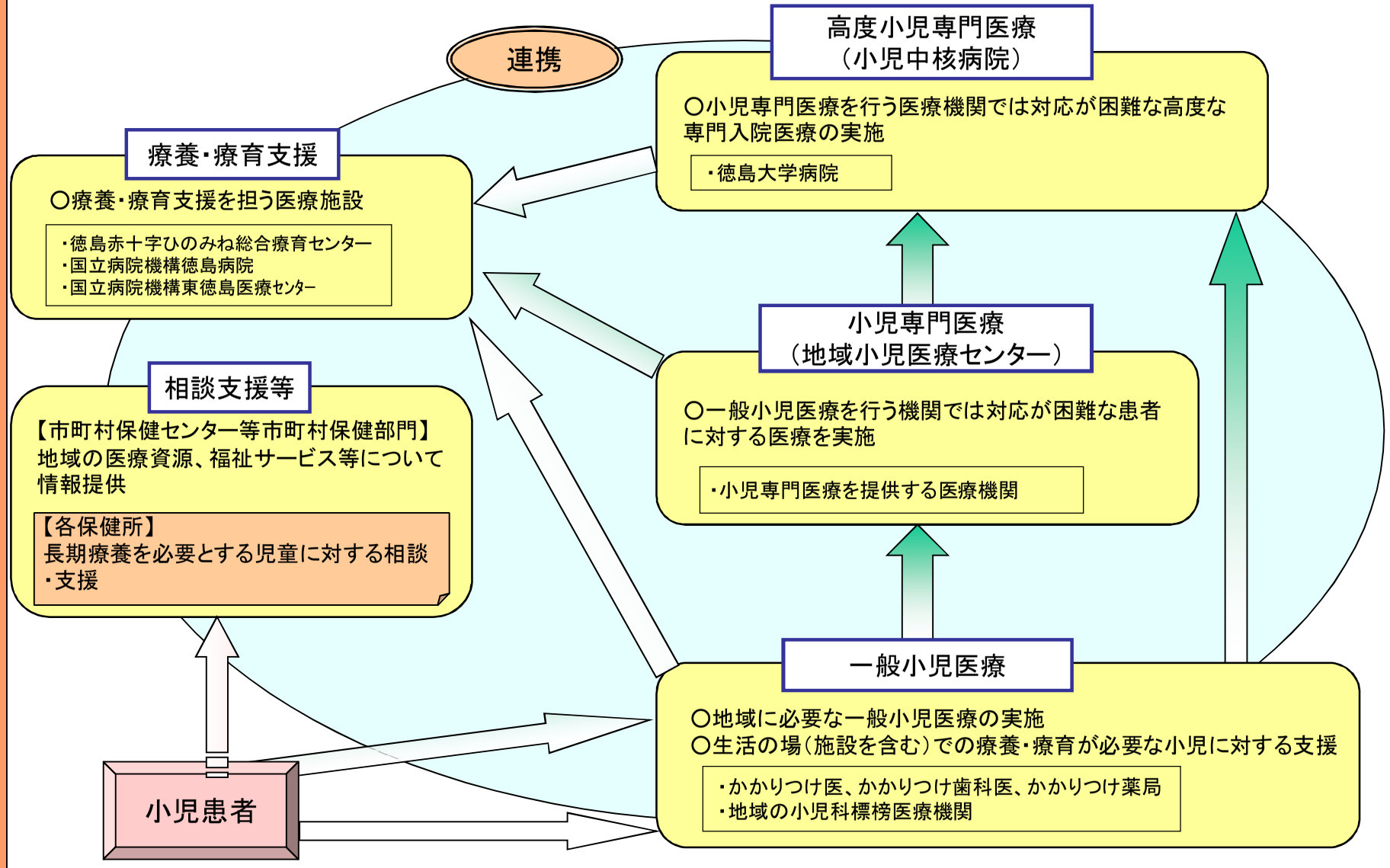
県内の小児医療体制の役割分担、連携体制の強化を図るとともに、医療型障害児入所施設等の自宅以外の生活の場も含めた在宅療養を実施する体制を構築します。

第３　数値目標

数値目標項目	直近値	平成29年度末目標値
小児救急医療拠点病院数 ◆	１病院 (H24)	２病院
乳児死亡率の抑制　（出生千対）	５．１（出生千対） (H23)	全国平均以下 (参考H23：2.3)

◆「いけるよ！徳島・行動計画（平成２４年度版)」における目標

小児医療体制


連携
高度小児専門医療
（小児中核病院）
○小児専門医療を行う医療機関では対応が困難な高度な専門入院医療の実施
・徳島大学病院
療養・療育支援
○療養・療育支援を担う医療施設
・徳島赤十字ひのみね総合療育センター
・国立病院機構徳島病院
・国立病院機構東徳島医療センター
小児専門医療
（地域小児医療センター）
○一般小児医療を行う機関では対応が困難な患者に対する医療を実施
・小児専門医療を提供する医療機関
相談支援等
【市町村保健センター等市町村保健部門】
地域の医療資源、福祉サービス等について情報提供
【各保健所】
長期療養を必要とする児童に対する相談・支援
一般小児医療
○地域に必要な一般小児医療の実施
○生活の場（施設を含む）での療養・療育が必要な小児に対する支援
・かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局
・地域の小児科標榜医療機関
小児患者

小児救急医療体制

【県西部における連携】
国立病院機構四国こどもとおとなの医療センター
[香川県善通寺市]

救急医療情報システム

小児救命救急医療

○24時間365日体制での小児救命救急医療の実施
○重篤救急患者に対応

小児救急医療拠点病院
（県立中央病院(予定)，徳島赤十字病院）

連携

相談・支援

【徳島県】
小児救急電話相談事業
（＃8000）
「徳島こども救急電話相談」

【消防機関】
○傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準に基づく搬送

搬送時連携

入院小児救急医療

○入院を要する小児救急医療の24時間365日体制での実施

【東部圏域】 小児救急医療拠点病院（県立中央病院(予定)）
【南部圏域】 小児救急医療拠点病院（徳島赤十字病院）
【西部圏域】 小児救急輪番病院（2病院）
【地域中核病院】

小児専門救急医療

○高度の専門的な小児重篤救急患者の救命救急医療

・徳島大学病院

初期小児救急医療

○傷病者の状態に応じた適切な救急医療

【休日夜間急患センター】
徳島市夜間休日急病診療所　阿南市医師会夜間休日診療所

○かかりつけ医・かかりつけ歯科医

発症
小児救急患者

３　周産期医療体制の整備

第１　周産期医療の現状

徳島県における周産期医療の受療動向は、おおよそ以下のとおりとなっています。

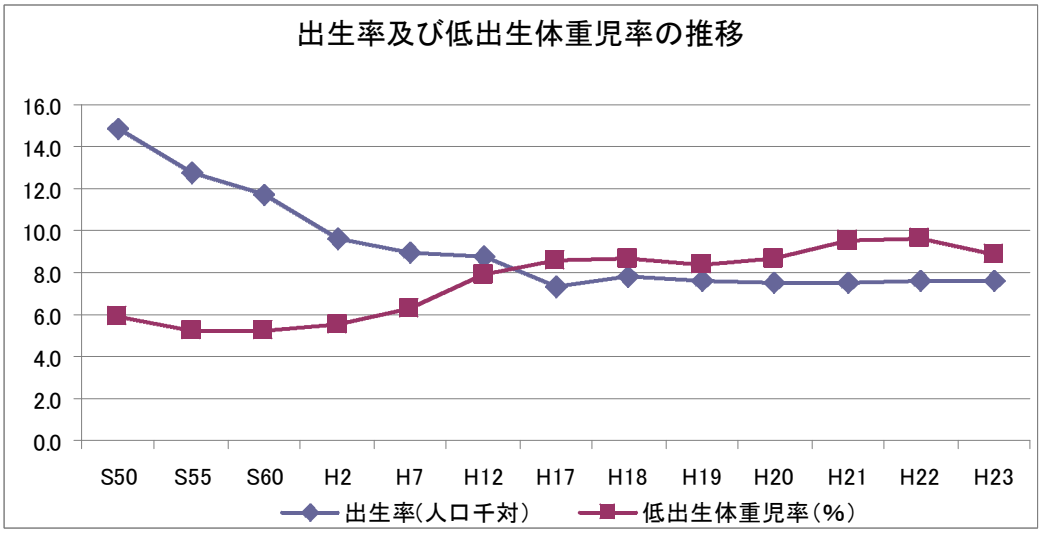
１　周産期医療の状況

(1) 分娩件数及び出生数

分娩件数は、平成9年は7,321件でしたが、平成18年には 6,349件、平成23年には5,969件（医療施設機能調査）と年々減少しています。また、出生数も平成9年の7,176人から、平成23年は5,914人に減少しています。

また、出生率で見ると昭和50年は14.9、平成2年は9.6、平成18年には7.8、平成23年には7.6と減少傾向にあります。

なお、合計特殊出生率は平成22年は1.42、平成23年は1.43で全国平均の1.39（平成23年）を２年連続で上回ってます。



資料：人口動態統計（厚生労働省）

(注)周産期：妊娠満22週から生後1週未満までの期間をいう。

出生率：人口1,000人あたりの一定の期間内（通常1年）における出生数。

合計特殊出生率：その年次の15～49歳までの女性の年齢別出生率を合計したもので、１人の女性が仮にその年次の年齢別出生率で一生の間に生むとしたときの子どもの数に相当する。

(2) 低出生体重児

出生数のうち低出生体重児の占める割合は、平成２年5.5%、平成12年7.9%、平成17年8.6%、平成22年には9.6%と増加しています。

また、極低出生体重児の割合も平成８年は0.6%でしたが、平成17年は0.94%、平成22年0.75%となっています。平成22年の本県の極低出生体重児の実数は44人で、40人前後で推移しています。

(注)低出生体重児：出生時に体重が2,500ｇ未満の新生児。

極低出生体重児：出生時に体重が1,500ｇ未満の新生児。

(3) 分娩時の年齢の推移

全出産中の35歳以上の割合は、昭和50年に3.0%でしたが、平成２年には6.6%、平成17年には13.1%、平成22年には20.6%と年々増加しています。

(4) 施設分娩の状況

出生場所の推移をみると、昭和50年には病院59.3%、診療所35.1%、助産所4.5%で、平成17年では病院38.7%、診療所61.1%、助産所0.1%と診療所が高くなっていましたが、平成22年には病院が53.7%、診療所が46.1%，助産所が0.1%となり、病院で出生する率が診療所を上回るようになっています。

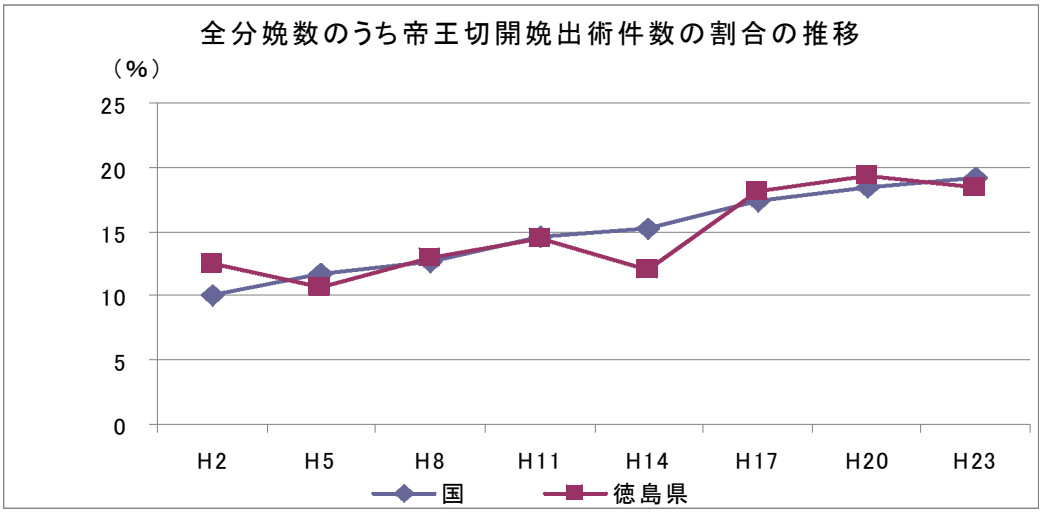
(5) 複産の割合

出産数が減少する中、全出産中の複産の割合は、平成18年は1.1%、平成22年は1.5%となっています。平成23年度の医療施設機能調査によると、複産数は71件であり、全分娩数における割合は1.1%となっています。

(注)複産：双子・三つ子等多胎で生まれた出生であり、死産は含まない。

(6) 帝王切開術の割合

平成23年９月中に実施した分娩件数をみると、一般病院323件（帝王切開娩出術件数74件)、一般診療所240件（帝王切開娩出術件数30件）となっています。分娩の状況を年次推移でみると分娩件数は減少傾向である一方、帝王切開娩出術件数は横ばい状況となっています。



資料：人口動態統計（厚生労働省）

(7) 周産期死亡率及び死産率

周産期死亡率（出産千対）は昭和50年：20.6、平成２年：11.1、平成18年：4.1と減少し、その後横ばい状態でしたが、平成23年には4.6と増加しています。

妊娠満22週以降の死産率（出産千対）は、昭和50年14.1、平成2年4.5、平成17年4.5、平成23年2.5と減少傾向にあります。

(8) その他

新生児死亡率（出生千対）は平成12年が1.9、平成18年には1.6でしたが、平成23年は2.5と全国1.1を大きく上回る状況となっています。

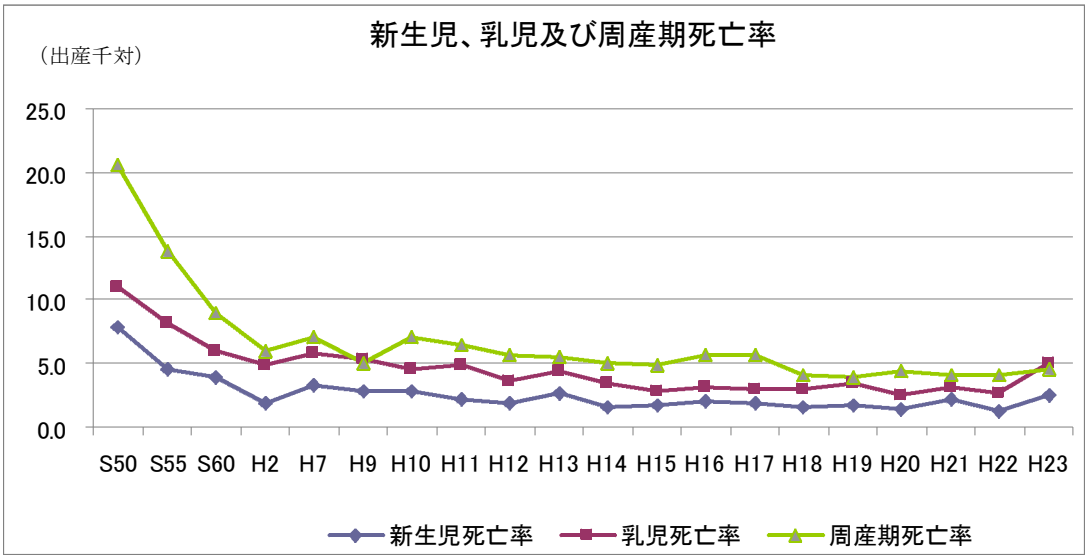
乳児死亡率（出生千対）も平成12年が3.6、平成18年には3.0でしたが、平成23年は5.1と全国2.3を大きく上回る状況となっています。

妊産婦死亡率（出産10万対）は平成12年は8.0、平成17年は3.0，平成22年3.3となっています。ここ数年の推移を見ますと，平成17年と平成22年を除き妊産婦死亡者は出ていません。

(注)新生児死亡率：新生児死亡とは生後4週未満の死亡であり、次の式で算出される
生後4週未満の死亡数／出生数×1,000

乳児死亡率：生後1年未満の死亡であり、次の式で算出される
生後1年未満の死亡数／出生数×1,000

妊産婦死亡率：妊娠中または妊娠終了後満42日未満の女性の死亡で、本県は、次の式で算出している
妊産婦死亡／出生数＋妊娠12週以後の死産数×100,000の5年平均



資料：人口動態統計（厚生労働省）

2　医療提供体制の状況

(1) 分娩施設

徳島県内の産科・産婦人科を標榜する医療施設のうち、分娩を取り扱う施設は、平成16年度末30施設（病院：11、診療所：19）で、東部医療圏では20施設（病院：６、診療所：14)、南部医療圏では６施設（病院：３、診療所：３)、西部医療圏では４施設（病院：２、診療所：２）でした。その後、平成19年には、20施設まで減少しましたが、平成22年10月に海部病院での分娩再開に伴い、平成23年度末では21施設（病院８、診療所13）で、東部医療圏では16施設（病院：４、診療所：12)、南部医療圏では４施設（病院：３、診療所：１)、西部医療圏では１施設（病院：１、診療所：0）となっています。

※周産期医療は、３つの医療圏（東部・南部・西部）とする。

(2) 産科医及び産婦人科医の状況

平成24年度の医療施設機能調査によれば、平成24年６月１日現在、県内の産科・産婦人科で従事する産婦人科医は68人、新生児医療担当医は52人となっています。このうち、分娩取扱診療所では、産婦人科医14人、新生児医療担当医１人となっています。

また、医療圏別で見た平成24年６月１日現在の産科医及び産婦人科医の数は、東部医療圏50人、南部医療圏12人、西部医療圏６人であり、全医師数の73.5%が東部に集中しています。

(3) 助産師の状況

就業助産師数は、平成６年末の241人から、平成18年末192人と減少し、平成22年末には195人となっています。人口10万人当たりで見ると平成22年末は24.8人で全国平均の23.2人を上回っています。

(4) 周産期医療体制

本県では、平成16年度に「徳島県周産期医療協議会」を設置し、県内における周産期医療体制の整備や連携体制の構築を図ってきました。

さらに、平成17年度より、総合周産期母子医療センターである徳島大学病院を中心に、周産期医療情報ネットワーク事業、周産期医療関係者研修事業等が実施され、県内の周産期医療体制の充実が図られてきました。

また、平成21年３月に「徳島県地域医療対策協議会」での議論を基に策定された「公立病院等の再編ネットワーク化に関する基本方針」において、「徳島市民病院が低出生体重児などＮＩＣＵ（新生児集中治療管理室）を必要とする比較的軽症の分娩に対応し、蔵本地区（総合メディカルゾーン）が最終医療機関として超低出生体重児などＮＩＣＵを必要とするハイリスク（重症）の分娩に対応し、徳島大学病院、徳島県立中央病院、徳島市民病院の３病院を中心に、本県の周産期医療を担う体制を構築する。」という方向性がまとめられました。

このため、平成23年３月に策定した「徳島県周産期医療体制整備計画」では、総合メディカルゾーンを構成する「徳島大学病院」及び「県立中央病院」が一体的に機能を発揮し、本県の周産期医療の核となることを目指すこととし、「本県におけるＮＩＣＵを21床確保」「総合周産期母子医療センターである徳島大学病院が中心となり、一般合併症を含むリスクの高い母性、胎児の救命を図る」「東部、南部、西部各医療圏に地域周産期医療センターを整備することを目指す」といった項目を目標として盛り込みました。

この計画に基づき、平成23年１月には徳島大学病院のＮＩＣＵを６床を９床に、平成24年８月には同病院のＭＦＩＣＵを３床から６床にそれぞれ増床し、10月には、県立中央病院にＮＩＣＵが６床整備されるなど、周産期医療体制の整備を進めています。

第２　周産期医療機関の連携

１　目指すべき方向

(1) 正常分娩等に対し安全な医療を提供するための地域周産期施設間の連携

①正常分娩（リスクの低い帝王切開術を含む）や妊婦健診等を含めた分娩前後の診療を安全に実施可能な体制

②ハイリスク分娩や急変時には、より高度な医療が実施できる総合周産期母子医療センター等へ迅速に搬送可能な体制

(2) 周産期の対応が24時間可能な体制

総合周産期母子医療センター、それに準ずる施設を中心とした周産期医療体制による24時間可能な周産期の救急体制

(3) 新生児医療の提供が可能な体制

新生児搬送やＮＩＣＵに併設された回復期治療室（ＧＣＵ）を含めた新生児医療の提供が可能な体制

(4) ＮＩＣＵに入室している新生児の療養・療育支援が可能な体制

周産期医療施設を退院した障害児等が生活の場で療養・療育できるよう、医療、保健及び福祉サービスが相互に連携した支援

２　各医療機能と連携

(1) 正常分娩等を扱う機能

①目標

・妊婦健診等含めた分娩前後の診療を行うこと
・正常分娩及び低リスクの分娩に対応すること
・地域周産期母子医療センターに準ずる施設など他の医療機関との連携により、リスクの低い帝王切開に対応すること

②医療機関に求められる事項

・産科に必要とされる検査、診断、治療が可能であること
・正常分娩及び低リスクの分娩に対応すること
・他の医療機関との連携により、合併症や、帝王切開術その他の手術に適切に対応できること
・妊産婦のメンタルヘルスに対応可能であること

③対応する医療機関

・地域の産科医療機関

(2) 周産期に係る比較的高度な医療行為を行うことができる機能

①目標

・周産期に係る比較的高度な医療行為を実施すること
・24時間体制での周産期救急医療（緊急帝王切開術、その他の緊急手術を含む。）に対応すること

②医療機関に求められる事項

・「周産期医療システム整備指針」に定める地域周産期母子医療センターとしての機能を有すること
・総合周産期母子医療センターに準ずる機能を有すること

③対応する医療機関
・徳島市民病院
・徳島赤十字病院
・徳島県立中央病院

(3) 母体又は胎児におけるリスクの高い妊娠に対する医療及び高度な新生児医療等の周産期医療を行うことができる機能

①目標
・合併症妊娠、胎児・新生児異常等母子又は児にリスクの高い妊娠に対する医療、高度な新生児医療等を行うことができるとともに、必要に応じて総合周産期母子医療センターの関係診療科又は他の施設と連携し、産科合併以外の合併症を有する母体に対応すること
・周産期医療システムの中核として地域の各周産期医療施設との連携を図ること

②医療機関に求められる事項
・「周産期医療システム整備指針」に定める総合周産期母子医療センターとしての機能を有すること

③対応する医療機関
・徳島大学病院 総合周産期母子医療センター

総合周産期母子医療センターの概要

母体・胎児集中治療管理室 (MFICU)	病床数	６床
	設備	救急救命装置、心電計、呼吸循環監視装置、 分娩監視装置、超音波診断装置、その他母体 ・胎児集中治療に必要な整備
	後方病床	８床
新生児集中治療管理室 (NICU)	病床数	９床
	設備	救急蘇生装置、新生児用呼吸循環監視装置、 新生児用人工換気装置微量輸液装置、経皮的 酸素分圧監視装置又は経皮的動脈血酸素飽和 度測定装置、 酸素濃度測定装置、光線治療器
	ＧＣＵ	12床

（注）ＧＣＵ：ＮＩＣＵ（新生児集中治療管理室）に併設された回復期治療室。

(4) 周産期医療施設を退院した障害児等が生活の場（施設を含む）で療養・養育できるよう支援する機能

①目標
・周産期医療施設を退院した障害児等が生活するための療育・養育体制を提供すること
・療養・養育を行っている家族に対する支援を実施すること

②医療機関に求められる事項
・周産期医療施設等とＮＩＣＵ、ＧＣＵに入院していた児の中でも、特に高度の医療が必要な児（人工呼吸管理、気管切開、胃瘻造設等）の退院後の長期入院、短期院（レスパイト入院を含む）、外来通院、および在宅支援等が可能であること
・児の急変時に備え、救急対応可能な病院等との連携が図られていること
・訪問看護事業所、福祉サービス事業所、学校及び自治体等との連携を図り、医療、保健及び福祉サービスを調整したうえで、児に見合った療養・養育体制を整え、提供できること（コーディネイト業務）
・地域又は総合周産期母子医療センター等との周産期医療施設と連携し、療養・療育が必要な児の情報（診療情報や治療計画等）を共有していること
・在宅等において療養・養育が行えるよう、家族に対する精神的サポート等の支援を実施すること

③対応する医療機関
・徳島赤十字ひのみね総合療育センター
・独立行政法人国立病院機構徳島病院

（注）レスパイト入院：家族の休息のための預かり入院

３　今後の取組み

(1) 周産期医療体制の強化

①総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター、中核病院、在宅の産科診療所の役割分担、連携を進め、周産期医療提供体制の充実強化を図ります。また引き続き、産科、小児科医師の確保に努め、西部医療圏における地域周産期母子医療センターの設置について検討します。

②「共通診療ノート」の普及や活用等により、地域の中核病院と診療所の連携を促進し、診療所医師が参画・支援できる体制づくりを進めます。

③適切な産科医療を確保するため、産科医師については、医師修学資金及び専門医研修資金貸与事業を活用する等して確保に努めます。

また、県内の助産師の養成定員数も平成20年度20人から平成24年度には46人と増加していることや修学資金貸付事業などを通じて、県内の定着に努めます。

(2) 救急搬送体制の強化

①「徳島県周産期医療搬送マニュアル」に基づき、母体・新生児のハイリスク症例等に対応した搬送体制の確保を図ります。

②県西部においては、医師の連携や道路状況、さらには地域住民の受療行動から、これまでの連携を維持し、「四国こどもとおとなの医療センター」や「香川大学医学部附属病院」と連携を図ります。

③県内において周産期の緊急医療に対応可能な受け入れ医療機関が確保できない場合、近畿府県で搬送先医療機関を円滑に確保することを目的に整備した近畿ブロック広域連携体制を推進します。(※近畿ブロック：近畿２府４県、福井県、三重県、徳島県)

(3) 医療・保健・福祉の連携

①妊婦の健康管理や安心な育児環境の確保のために、関係機関の協力を得ながら、妊娠11週までのできるだけ早い妊娠届出となるよう啓発を図ります。

②関係機関と市町村の母子保健担当部署、保健所がハイリスク新生児の情報を共有することにより、極低出生体重児等の地域における育児支援体制づくりに努めます。

また、ＮＩＣＵやＧＣＵの長期入院児の在宅療養への円滑な移行や、在宅療養中の家族に対して支援を行います。

③妊産婦や育児中の親が、喫煙・飲酒が子どもに及ぼす影響並びに、妊娠期からの歯科疾患予防の重要性を正しく認識することが重要であることから、妊娠・出生届出時の面接や妊産婦・こんにちは赤ちゃん事業等乳幼児訪問、乳幼児健康診査において、市町村が妊産婦等に適切な支援を行えるよう連携を図ります。

④平成22年度より、国を挙げて対策がす進められているＨＴＬＶ-１（ヒトＴ細胞白血病ウイルス）母子感染対策として、平成23年４月より妊婦に対するＨＴＬＶ-１抗体検査を全額公費負担で実施しており、今後も周産期医療協議会等で相談支援体制等について協議しながら進めます。

第３　数値目標

数値目標項目	直近値	平成29年度末目標値
周産期死亡率（出産千対）	４．６ (H23)	全国平均以下 (参考H23：4.1)
妊産婦死亡率（出産10万対）	３．３ (H22)	全国平均以下 (参考H23：4.0)
乳児死亡率（出生千対）	５．１ (H23)	全国平均以下 (参考H23：2.3)
地域周産期母子医療センター整備	２カ所 (H24)	西部医療圏での設置

周産期医療体制

【県西部における連携】
（香川県総合周産期母子医療センター）
・四国こどもとおとなの医療センター
[香川県善通寺市]
・香川大学医学部附属病院
[香川県三木町]

総合メディカルゾーンを構成する「徳島大学病院」及び「県立中央病院」が一体的に機能を発揮することを核とする。

【近畿ブロック広域連携】
近畿ブロック周産期医療広域連携体制
※近畿ブロック
（近畿2府4県，福井，三重，徳島）

総合周産期医療

○リスクの高い妊娠に対する医療及び高度な新生児医療
○周産期医療システムの中核として地域の周産期医療施設との連携
○周産期医療情報センター

総合周産期母子医療センター（徳島大学病院）
NICU6床→9床（GCU12床）MFICU3床→6床（後方8床）

連携

地域の中核病院

○地域における中リスクを担う病院
○周産期に係る比較的高度な医療行為

母体・新生児搬送

地域周産期医療

○周産期に係る比較的高度な医療行為
○24時間体制での周産期救急医療

地域周産期母子医療センター
各医療圏に整備を目指す

【総合メディカルゾーン】
県立中央病院 H24年度以降認定を目指す NICU6床(GCU6床)
【東部圏域】
徳島市民病院　H23年4月認定　NICU6床（GCU10床）
【南部圏域】
徳島赤十字病院　H23年4月認定
【西部圏域】
設置について検討

療養・療育支援

○周産期医療施設を退院した障害児等が療養・療育できる体制
○療養・療育している家族に対する支援

・徳島赤十字ひのみね総合療育センター（後方病床6床）
・独立行政法人国立病院機構徳島病院（後方病床8床）

連　携

正　常　分　娩　等

○正常分娩及び低リスク分娩の対応
○妊婦健診を含めた分娩前後の診療
○他医療機関との連携によるリスクの低い帝王切開術の対応
○助産師による支援の充実

【地域の産科医療機関】

４　災害医療体制の整備

第１　災害医療の現状

１　災害の現状

本県は、南海トラフ沿いの巨大地震の中で、四国沖から紀伊半島沖が震源域になった場合に、過去にも津波や地震動による大きな被害を受けています。1707年の宝永地震（マグニチュード8.4）や1854年の安政南海地震（マグニチュード8.4）で大きな被害が生じたほか、1946年の南海地震（マグニチュード8.0）でも、死者（不明者含む）202名、負傷者665名、全壊家屋1,000以上、流出家屋500以上などの大きな被害が生じています。

近い将来発生が危惧される「東海・東南海・南海」三連動地震について、東海地震に連動する場合、今後30年以内の発生確率が最大88%と非常に切迫しており、この地震が起こった場合、大きな揺れや津波による壊滅的な被害が想定されています。

平成24年８月に内閣府が公表した「南海トラフ巨大地震に関する津波高、想定浸水区域、被害想定」では、本県の最大津波高は美波町で24m、海陽町で21m、県内24市町村のうち18市町が震度７、その他の６市町村でも震度６強、最大死者数は冬の深夜において約３万３千人、特に津波による死者数は約２万７千人など厳しい想定が示されています。

２　災害医療の提供

県では、広域的な災害あるいは列車脱線事故等の局地的に多数の傷病者が発生する災害時に、迅速かつ円滑な医療が提供できる体制の整備・充実を図ってきましたが、東日本大震災を契機として、本県の災害医療体制の更なる充実・強化を図るため、「災害拠点病院」の追加指定や、「災害派遣医療チーム（ＤＭＡＴ）」の更なる養成に取り組んでいます。

(1) 災害拠点病院の整備

平成７年１月の阪神・淡路大震災を教訓として、災害時に多発する重篤救急患者等の救命医療を行うため、国が定めた指定要件を満たしたものについて、都道府県が「災害拠点病院」の指定を行っています。本県では、平成24年度末現在で11病院（基幹災害拠点病院：1病院、地域災害拠点病院：10病院）の指定を行っています。

本県の災害拠点病院の状況

医療圏	医療機関名	医療圏	医療機関名
東部	◎徳島県立中央病院(H8.11)	南部	徳島赤十字病院(H8.11)
	徳島県鳴門病院(H9.3)		徳島県立海部病院(H9.3)
	麻植協同病院(H9.3)		海陽町立海南病院(H16.8)
	徳島大学病院(H24.3)		阿南医師会中央病院(H19.9)
	徳島市民病院(H24.3)	西部	徳島県立三好病院(H8.11)
			つるぎ町立半田病院(H9.3)

（注）◎は基幹災害拠点病院、その他は地域災害拠点病院　　() 指定年月

(2) 災害拠点病院の耐震整備

災害時において、被災地における医療救護の活動拠点となる「災害拠点病院」の耐震整備に取り組んでいます。平成24年度末現在で９病院が新耐震基準を満たしており、残る２病院についても、現在、耐震整備を行っており、平成26年度には全ての耐震化が完了します。

耐震化対応済（９病院）	徳島大学病院、県立中央病院、徳島市民病院、徳島県鳴門病院、徳島赤十字病院、阿南医師会中央病院、県立海部病院、海陽町立海南病院、つるぎ町立半田病院
一部未耐震（２病院）	麻植協同病院、県立三好病院

(3) 災害医療支援病院の整備

大規模災害発生時においては、多くの医療機関が被災し、軽症から重症患者までが、「災害拠点病院」に集中することが懸念されます。こうした状況への備えを強化するため、本県独自の取組みとして、県下を東部・南部・西部の３圏域に分け、それぞれの圏域において、災害拠点病院を支援・補完する医療機関を「災害医療支援病院」として平成24年11月１日、指定を行いました。

【東部】田岡病院　【南部】阿南共栄病院　【西部】ホウエツ病院

(4) 災害派遣医療チーム（ＤＭＡＴ）の養成

平成７年１月の阪神・淡路大震災を契機として、大地震及び航空機・列車事故といった災害急性期（発災後概ね48時間以内）に迅速に被災地に出向き、「被災地内におけるトリアージや救命処置」、「患者を近隣・広域へ搬送する際における必要な観察・処置」、「被災地内の病院における医療支援」等を行う、専門的な訓練を受けた「災害派遣医療チーム（ＤＭＡＴ）」の養成に取り組んでいます。

東日本大震災においては、県立中央病院をはじめ、計６チーム、延べ30名の「災害派遣医療チーム（ＤＭＡＴ）」を重篤な患者を被災地外へ搬送するための拠点である「花巻空港」等に派遣しました。

平成24年10月末時点で、県内では19チーム（12医療機関）が厚生労働省主催の研修を受講しています。

ＤＭＡＴの編成状況（平成24年10月末現在）

	医療機関名	チーム数	研修受講者数（人）			
			医師	看護師	その他	計
東部	徳島県立中央病院	4	5	7	4	16
	徳島県鳴門病院	2	2	6	3	11
	麻植協同病院	1	1	3	2	6
	徳島大学病院	2	4	3	4	11
	徳島市民病院	1	2	2	1	5
	田岡病院	1	3	2	2	7
南部	徳島赤十字病院	3	4	4	5	13
	徳島県立海部病院	1	1	4	1	6
	阿南医師会中央病院	1	1	3	1	5
西部	徳島県立三好病院	1	1	3	1	5
	つるぎ町立半田病院	1	1	2	2	5
	ホウエツ病院	1	1	2	2	5
計		19	26	41	28	95

(5) 災害拠点病院等における施設整備

発災直後から被災地において、迅速かつ円滑に必要な医療サービスが提供できるよう、災害医療の中心的な役割を担う災害拠点病院やＤＭＡＴ指定医療機関等において、災害対応に必要な医療機器や資機材、衛星携帯電話等の整備促進に取り組んでいます。

(6) ドクターヘリの導入

東日本大震災においては、被災患者の搬送手段として大きな役割を果たしたことから、改めて、災害時におけるドクターヘリの有効性が認識されたところです。

災害時における医療提供体制の更なる充実・強化を図るため、これまでの県消防防災ヘリコプターのドクターヘリ機能の活用に加え、平成24年10月９日より新たにドクターヘリの導入を行いました。

(7) 災害時コーディネーターの配置

東日本大震災での医療救護活動における教訓を踏まえ、発災後、刻々と変化する被災地の状況を把握し、限られた資源の適正配置・分配など、被災地の医療・福祉を統括・調整する「災害時コーディネーター」を医療・薬務・保健衛生・介護福祉の４分野にそれぞれ配置し、ＤＭＡＴが活動する急性期から中長期的な医療提供体制への引き継ぎを円滑に行える体制を構しています。

分野	医療	薬務	保健衛生	介護福祉	計
委嘱人数	１５名	４０名	３１名	２２名	１０８名
配置場所	災害拠点病院等	災害拠点病院等	保健所等	本庁・県民局等	

(8) 医療救護体制の整備

災害が沈静化した後においても、医療救護所や避難所等において避難した住民等に対する応急処置や傷病者の傷病の程度判定、後方医療機関への転送の要否及び転送順位の決定を実施する必要があります。

このような医療救護活動が迅速かつ円滑に実施できるよう、県では県医師会・県歯科医師会・県看護協会・県薬剤師会をはじめ、災害拠点病院や地域の中核病院と災害時の医療救護活動に関する協定を締結し、医療救護体制の整備を図っています。

また、市町村が設置する医療救護所の運営に必要な資機材や非常用発電機等の整備促進を図ることにより、災害時において、医療救護所の迅速な開設を行い、被災地外からの医療救護班が円滑に活動を行える体制の確保を行っています。

(9) 医薬品等の確保

南海・東南海地震対策として、県南部地域の医薬品備蓄の強化等を図り、その結果、医薬品については、卸業者の営業所等11箇所に、防疫用薬剤等については保健所等10箇所に備蓄を行っています。

(10) 広域災害救急医療情報システム（ＥＭＩＳ）の導入

大規模災害発生時の広域的な被害に対応するためには、効率的に情報を収集し被災状況を的確に把握することが重要です。

災害時における医療機関のライフラインや診療機器の使用の可否、職員の参集状況や患者受入可能人数等を把握し、効率的な患者搬送体制を確保するため、県が構築している、広域災害医療情報システムに加えて、都道府県域を超えた大規模災害が発生した場合に、医療機関の稼働状況等の災害医療に関わる情報を集約・共有し、国及び都道府県間の円滑な医療連携を行うため、平成23年９月１日から国が構築している広域災害救急医療情報システム(EMIS)を導入しました。

(11) 広域搬送拠点の整備

本県被災時に、県内では治療が困難な重症患者を被災地外へ搬送するために患者を一時的に収容する「広域搬送拠点」について、拠点の複数化を図るため、現行の「あすたむらんど徳島」に加え、「徳島阿波おどり空港」を追加するとともに、広域搬送拠点に設置する臨時医療施設（ＳＣＵ）の運営に必要な医療機器や資機材の整備を行いました。

(12) 災害医療関係者とのネットワークの整備

災害医療関係者間の相互理解や連携体制の構築を図るため、災害拠点病院やＤＭＡＴ指定医療機関、消防機関等からなる「徳島県災害医療対策協議会」を設置し、災害時医療救護活動に係る課題の検討及び情報交換等を行っています。

(13) 近隣府県との災害時における医師等派遣に関する協定の締結

災害の規模や発生場所によっては，本県のみでは充分な医療の提供を実施できない場合が考えられます。このような事態に備え、四国４県、中国四国９県及び近畿２府７県との間において、災害時の相互応援に関する協定を締結し、大規模災害の発生時においても迅速な医療が提供できる広域的な応援体制を構築しています。

災害時における医師等派遣に関する協定

締結先	協定の名称	締結年月日
中国四国９県	中国・四国地方の災害時相互応援に関する協定書	平成７年12月５日
近畿２府７県	近畿２府７県危機発生時の相互応援に関する基本協定書	平成18年４月26日
四国４県	危機事象発生時の四国４県広域応援に関する基本協定	平成19年２月５日

(14) 関西広域連合における広域災害医療体制の整備

「南海トラフの巨大地震」をはじめとする大規模広域災害の発生に備え、管内が被災した場合に、ＤＭＡＴやドクターヘリ、医療救護班など、構成府県はもとより、全国からの「支援」をしっかりと受け入れ、被災地に対し、迅速かつ的確な医療サービスの提供が行えるよう府県域を越えた「広域医療体制」の整備・充実に取り組むこととしています。

第２　医療機関とその連携

１　目指すべき方向

前記「第１　災害医療の現状」を踏まえ、災害拠点病院を中心として、関係機関・関係団体との相互の連携等、災害時において必要な医療が確保される体制の構築を図ります。

(1) 災害急性期（発災後概ね48時間以内）において必要な医療が確保される体制

大地震及び鉄道事故等の災害時に被災地に迅速に駆けつけ、救急治療等の医療支援が実施できる体制

(2) 急性期を脱した後も住民の健康が確保される体制

大規模災害発生時には、多数の被災者が被災地に設けられる救護所や避難所等で生活を送ることとなります。その際、高齢者等の災害弱者に対し健康管理を中心とした医療が提供される体制、また、家族や家を失ったりした被災者への精神的サポートが実施される体制

２　各医療機能と連携

(1) 災害拠点病院としての機能

①目標

・多発外傷、挫滅症候群、広範囲熱傷等の災害時に多発する重篤救急患者の救命医療を行うための高度の診療機能
・患者等の受入れ及び搬出を行う広域搬送への対応機能
・自己完結型の医療救護チーム（ＤＭＡＴ含む）の派遣機能
・地域の医療機関への応急用資器材の貸出し機能

②医療機関に求められる機能

基幹災害拠点病院は、都道府県において災害医療を提供する上での中心的な役割を担う。地域災害拠点病院は、地域において中心的な役割を担います。

・災害時に多発する重篤救急患者の救命医療を行うために必要な施設・設備、医療従事者を確保していること
・多数の患者に対応可能な居室や簡易ベッド等を有していること
・基幹災害拠点病院は病院の機能を維持するために必要な全ての施設、地域災害拠点病院は診療に必要な施設が耐震構造であること
・被害時においても、電気、水、ガス等の生活必需基盤が維持可能であること
・災害時において必要な医療機能を発揮できるよう、自家発電機を保有していること
・災害時においても診療が継続できるよう、適切な要領の受水槽や井戸設備の整備、優先的な供給協定の締結等により、必要な水の確保に努めること
・飲料水・食料、医薬品、医療機材等を備蓄していること
・加えて、飲料水・食料、医薬品、医療機材等について、関係団体と協定を締結し、災害時に優先的に供給を受けられるようにしておくこと（ただし、医薬品等については、県と関係団体間の協定等において、災害拠点病院への対応が含まれている場合は除く。）

・災害対応マニュアルの整備、研修・訓練等による人材育成を実施すること
・基幹災害拠点病院においては、災害医療に精通した医療従事者の育成の役割を担うこと
・必要に応じ、病院敷地内又は病院近接地にヘリコプターの離発着場を有していること
・広域災害救急医療情報システム(EMIS)に加入しており、災害時にデータを入力する複数の担当者を事前に決めておき、訓練を行うことでその使用方法に精通していること。

今後、県災害災害医療対策協議会により情報の共有や意見の交換を図るとともに、トリアージ訓練や病院内受入訓練等の実施により、災害時における医療の提供が迅速に行えるよう連携を図っていく必要があります。

(2) 災害医療支援病院としての機能

①目標

被災患者等が災害拠点病院に集中するのを防ぐため、被災地内の患者集積拠点として緊急度や重傷度を判断し、軽症及び中等症患者の受け入れを行います。

・災害時において、災害拠点病院と連携し、又はこれを支援し、主として被災地内の傷病者の受入及び搬送にあたる等地域における必要な医療救護活動を行うこと
・医療救護班を派遣する体制を確保し、必要に応じて医療救護班を派遣すること
・必要に応じて地域の医療機関等へ応急用資器材の提供を行うこと

②医療機関に求められる機能

災害医療支援病院は、既存の災害拠点病院のバックアップを行う。

・原則として、二次救急医療機関であり、救急患者受入体制が整っていること
・災害時に地域において必要となる医療救護活動を実施できる体制を有すること
・災害時に電気、水等の生活必需基盤を維持するため、自家発電機、受水槽等を有すること
・衛星携帯電話を保有していること
・広域災害・救急医療情報システム（ＥＭＩＳ）に参加し、災害時に情報を入力する体制を整えておくこと
・災害医療技術の向上等を目的に災害医療従事者研修会等へ参加すること
・災害時に備え病院防災マニュアルを作成し、マニュアルに基づいた訓練を行うこと

(3) 災害派遣医療チーム（ＤＭＡＴ）等医療従事者を派遣する機能【災害急性期の応援派遣】

①目標

・被災地周辺に対し、ＤＭＡＴ等自己完結型の緊急医療チームを派遣すること
・被災患者を受け入れる他の医療機関に被災患者が集中した場合等において、医療従事者の応援派遣を行うこと

②医療機関に求められる事項

・国が実施するＤＭＡＴ研修等必要な専門的トレーニングを受けている医療従事者チームを確保していること
・被災地における自己完結型の医療救護に対応できる携行式応急用医療資器材、応急用医薬品、テント、発電機等を有していること
・災害急性期を脱した後も住民が継続的に必要な医療を受けられるよう、地域医師会等を中心とした救護班と連携を図ること

今後、ＤＭＡＴ活動が円滑に行われるよう連絡会議等を通じ消防機関や災害拠点病院等と連携を図っていく必要があります。

③対応する医療機関

・災害拠点病院
・救命救急センターを有する病院

(4) 救護所、避難所等において健康管理を実施する機能【災害中長期の応援派遣】

①目標

・災害発生後、救護所、避難所に医療従事者を派遣し、被災者に対し、感染症のまん延防止、衛生面のケア、メンタルヘルスケアを適切に行うこと

②医療機関に求められる事項

・感染症のまん延防止、衛生面のケア、メンタルヘルスケアを適正に行える医療従事者を確保していること

・携行式の応急用医療資機材、応急用医薬品を有していること

・災害急性期を脱した後も住民が継続的に必要な医療が受けられるよう、ＤＭＡＴ等急性期の医療チームと連携を図ること

③対応する医療機関

・病院又は診療所

(5) 地域の医療機関、医師会等との連携

災害時における医療救護については、「徳島県地域防災計画」及び「徳島県石油コンビナート等防災計画」で医療・助産計画を定めています。

この中で医療及び助産については、まず市町村が行うよう定められており、市町村限りで実施困難なときは、隣接市町村、県その他の医療機関の応援により行うとなっています。

南海トラフの巨大地震をはじめとする大規模災害発生時においては、県内全域で甚大な被害が予測されており、医療の迅速な提供にあたっては市町村での対応が困難な状況が想定されるため、県は県医師会や県歯科医師会はもとより地域の医師会等と連携を図り、災害時の迅速な医療の提供体制を強化していく必要があります。

(6) 広域近隣府県との連携

南海トラフの巨大地震をはじめとする大規模災害の発生に備え、本県では四国４県、中国四国９県，近畿２府７県と災害時の相互応援に関する協定を締結し、迅速な医療が提供できる体制を構築しています。

また、平成22年12月に発足した関西広域連合においても、災害時における広域医療体制の整備・充実に向け具体の取組みを進めていくこととしています。

今後は、広域災害を想定した訓練等を通じ、迅速な医療が提供される体制の構築に向け、近隣府県等とさらなる連携を図っていく必要があります。

３　今後の取り組み

(1) 平常時からの体制づくり

① 被災地における医療救護の中心的な役割を担う災害拠点病院等の耐震化・津波対策を促進します。

② 災害発生時において、円滑な情報の収集・伝達をはじめとする迅速かつ適確な対応ができるよう、県、市町村、災害拠点病院、災害医療支援病院、地域の中核病院、関係団体等の役割分担と連携についての医療救護活動マニュアルの整備・充実を行います。

③ 災害拠点病院やＤＭＡＴ、ドクターヘリなど、計画に定める連携体制をより実効性の高いものとするため、継続的に災害医療訓練に取り組みます。

④ 災害時において、広域災害救急医療情報システム（ＥＭＩＳ）が有効に活用され、適切な医療が提供できるよう、通信訓練の実施等、運用の充実を図ります。

⑤ 災害医療関係機関との綿密な連携体制の構築を図るため、県災害医療対策協議会や訓練等を通じて平時から顔の見える関係づくりに取り組みます。

⑥ 災害時において、透析患者や在宅酸素療法患者等への医療提供が円滑に行われるよう連携体制の強化を図ります。

(2) 急性期における医療提供体制の整備・充実

① 災害派遣医療チーム（ＤＭＡＴ）の更なる養成に取り組むとともに、当該チームを有する医療機関との連携を強化し、広域的な災害に対応できる体制の整備・充実を図ります。

②災害医療支援病院の更なる整備・充実

災害拠点病院を支援・補完する災害医療支援病院の更なる指定を行い、発災直後から迅速かつ継続的に必要な医療サービスが提供できる体制の整備・充実を図ります。

(3) 中長期的な医療提供体制の整備・充実

① 急性期から中長期の医療提供体制への円滑な移行を図るとともに、被災者に対し迅速かつ的確に医療・福祉サービスを提供できるよう、「医療」「薬務」「保健衛生」「介護福祉」各分野における「災害時コーディネーター」の充実、連携強化を図ります。

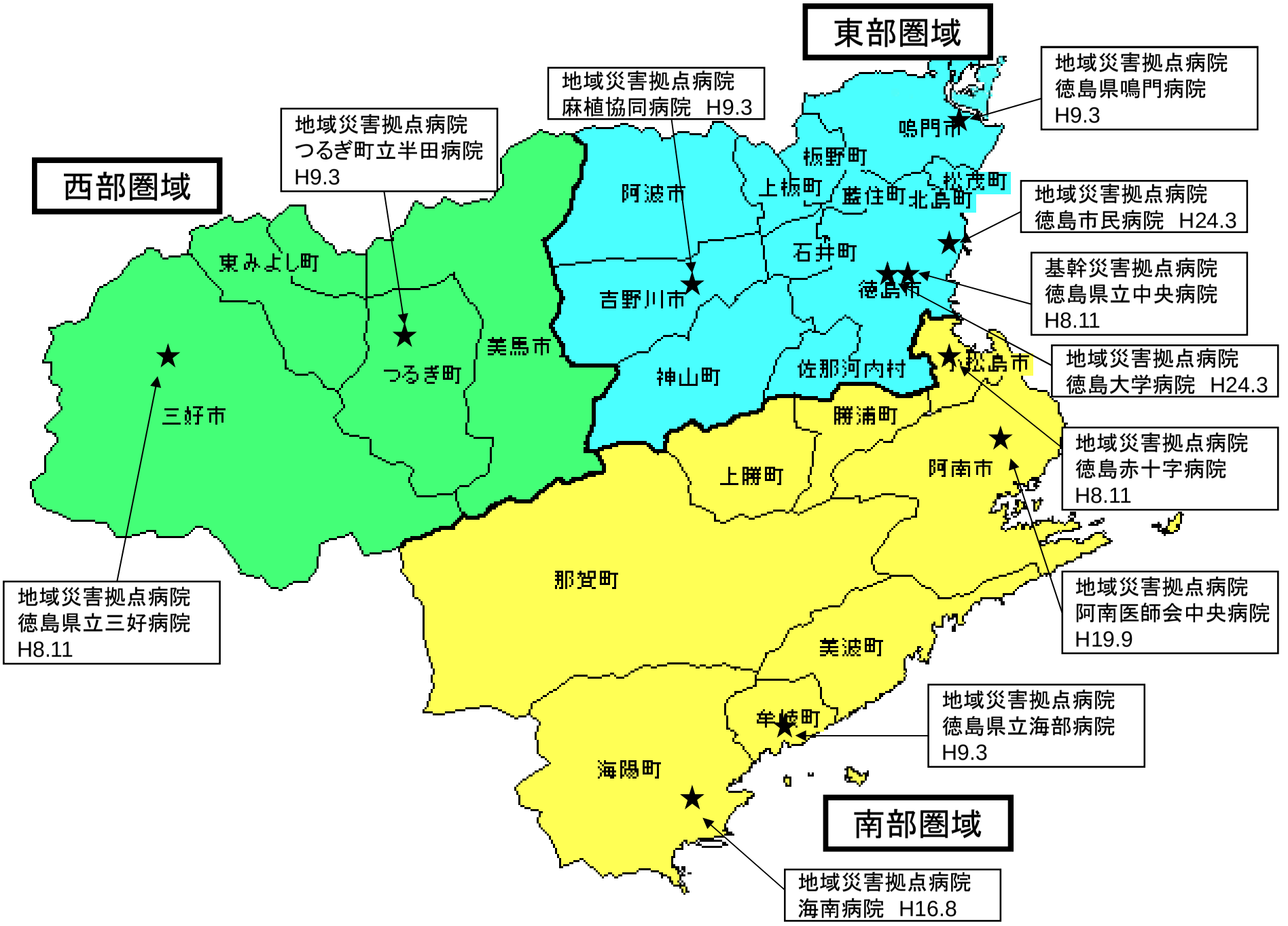
② 災害時における情報収集拠点として、また医療救護活動拠点として、ハード・ソフトの両面から県医師会の災害対応機能の整備・充実を図ります。
③ 医療救護班の円滑な救護活動が実施されるよう、県医師会、県歯科医師会、県看護協会、県薬剤師会等の関係団体との連携強化を図ります。

第３ 数値目標

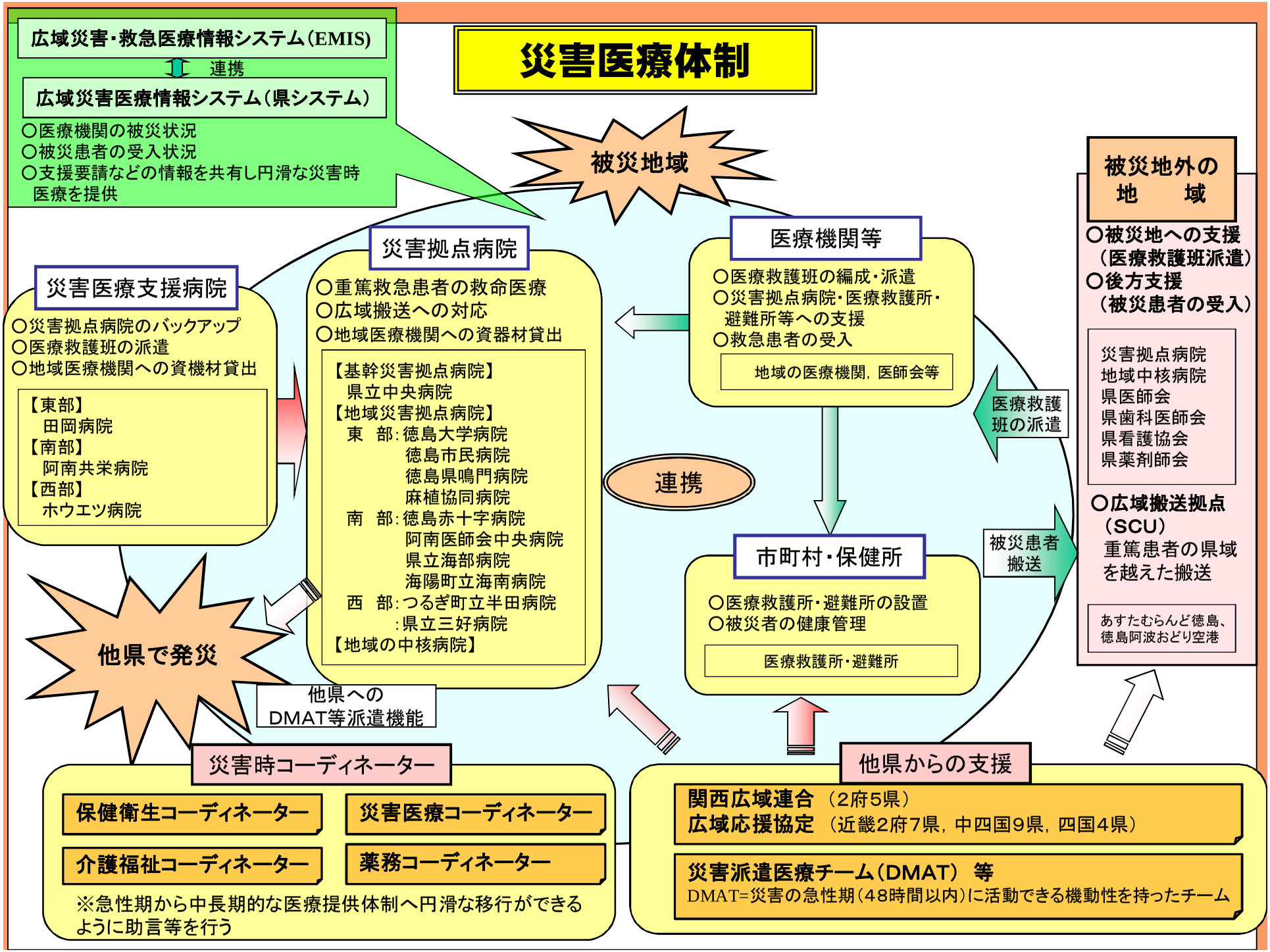
数値目標項目	直近値	平成29年度末目標値
災害拠点病院の耐震化率 ◆	８２％ (H24)	１００％
災害派遣医療チーム（ＤＡＭＴ）数 ◆	２０チーム (H24)	２５チーム
広域災害救急医療情報システム（ＥＭＩＳ）登録医療機関数	１４ (H24)	全ての 救急告示医療機関 (参考H24：36)
災害医療支援病院数	３病院 (H24)	６病院 (圏域毎に複数指定)
府県域を越えた災害医療訓練	４年に１回 (四国DMAT)	２年に１回

◆「いけるよ！徳島・行動計画」における目標

徳島県災害拠点病院指定状況図



災害医療体制


広域災害・救急医療情報システム（EMIS）
連携
広域災害医療情報システム（県システム）
○医療機関の被災状況
○被災患者の受入状況
○支援要請などの情報を共有し円滑な災害時医療を提供
被災地域
災害医療支援病院
○災害拠点病院のバックアップ
○医療救護班の派遣
○地域医療機関への資機材貸出
【東部】
田岡病院
【南部】
阿南共栄病院
【西部】
ホウエツ病院
災害拠点病院
○重篤救急患者の救命医療
○広域搬送への対応
○地域医療機関への資器材貸出
【基幹災害拠点病院】
県立中央病院
【地域災害拠点病院】
東　部：徳島大学病院
徳島市民病院
徳島県鳴門病院
麻植協同病院
南　部：徳島赤十字病院
阿南医師会中央病院
県立海部病院
海陽町立海南病院
西　部：つるぎ町立半田病院
：県立三好病院
【地域の中核病院】
医療機関等
○医療救護班の編成・派遣
○災害拠点病院・医療救護所・避難所等への支援
○救急患者の受入
地域の医療機関，医師会等
連携
市町村・保健所
○医療救護所・避難所の設置
○被災者の健康管理
医療救護所・避難所
医療救護班の派遣
被災患者搬送
被災地外の地　域
○被災地への支援（医療救護班派遣）
○後方支援（被災患者の受入）
災害拠点病院
地域中核病院
県医師会
県歯科医師会
県看護協会
県薬剤師会
○広域搬送拠点（SCU）
重篤患者の県域を越えた搬送
あすたむらんど徳島、徳島阿波おどり空港
他県で発災
他県へのDMAT等派遣機能
災害時コーディネーター
保健衛生コーディネーター
災害医療コーディネーター
介護福祉コーディネーター
薬務コーディネーター
※急性期から中長期的な医療提供体制へ円滑な移行ができるように助言等を行う
他県からの支援
関西広域連合（2府5県）
広域応援協定（近畿2府7県，中四国9県，四国4県）
災害派遣医療チーム（DMAT）等
DMAT=災害の急性期（48時間以内）に活動できる機動性を持ったチーム

５　へき地医療体制の整備

第１　へき地医療の現状

１　無医地区・無歯科医地区の現状

本県における無医地区を有する市町村数及び地区数は、平成16年に11市町村23地区であったものが平成21年には６市町21地区に、また、無歯科医地区については、平成16年に14市町村33地区であったものが平成21年には８市町28地区に、いずれも減少しています。（いずれも「準ずる地区」を含む。）

近年、当該地区人口が50人未満となったり、自家用車の普及や道路整備等により、無医地区・無歯科医地区から対象外となる地区もありますが、診療所の廃止により新たに無医地区等となる地区もあり、依然としてへき地における医療確保は重大な課題となっています。

無医地区（準無医地区）数の推移

	平成６年 (H6.9月現在)	平成11年 (H11.6月現在)	平成16年 (H16.12月現在)	平成21年 (H21.10月現在)
市町村数	12市町村 （１市６町５村）	10市町村 （１市５町４村）	11市町村 （１市６町４村）	6市町 （ 3 市 3 町 ）
地 区 数	28地区	22地区	23地区	21地区
人　　口	4,275人	3,889人	3,709人	3,698人

無歯科医地区（準無歯科医地区）数の推移

	平成６年 (H6.9月現在)	平成11年 (H11.6月現在)	平成16年 (H16.12月現在)	平成21年 (H21.10月現在)
市町村数	17市町村 （1市10町6村）	14市町村 （１市８町５村）	14市町村 （２市８町４村）	8市町 （ 4 市 4 町 ）
地 区 数	44地区	34地区	33地区	28地区
人　　口	11,881人	7,515人	7,182人	6,110人

（注）無医地区：原則として医療機関のない地域で、当該地区の中心的な場所を起点として概ね半径４kmの区域内に50人以上が居住する地区であり、かつ容易に医療機関を利用することができない地区

準無医地区：無医地区ではないが、これに準じて医療の確保が必要と都道府県知事が判断し、厚生大臣に協議し適当と認めた地区

２　医師・歯科医師の状況

圏域ごとに医療施設従事医師数をみてみると、約75％の医師が東部に集中するなど圏域による偏在がみられ、特にへき地においては勤務医師の不足や、既存の診療所医師の高齢化に伴う後継者確保が困難な状況となっています。また、歯科医師についても同様に地域における偏在が顕著となっており、へき地を取り巻く環境は非常に厳しいものとなっています。

圏域別　医療施設従事医師数

区　分	東部Ⅰ	東部Ⅱ	南部Ⅰ	南部Ⅱ	西部Ⅰ	西部Ⅱ	県
従事医師数	1,501	170	346	41	85	80	2,223
人口10万人対	328.0	204.2	259.1	178.0	197.8	177.8	283.0

資料：平成22年　医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）

圏域別　医療施設従事歯科医師数

区　分	東部Ⅰ	東部Ⅱ	南部Ⅰ	南部Ⅱ	西部Ⅰ	西部Ⅱ	県
従事歯科医師数	556	63	90	13	25	26	773
人口10万人対	121.5	75.7	67.4	56.4	58.2	57.8	98.4

資料：平成22年　医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）

3　へき地の医療提供体制

(1) 医療提供施設等

①へき地医療拠点病院

本県では、平成24年度現在、県内の６病院を「へき地医療拠点病院」に指定し、へき地診療所等への医師派遣をはじめ、医師等の研修や休暇時等における代診医の派遣といった支援を実施しています。

へき地医療拠点病院一覧

医療圏	病　院　名	病床数	全医師数	H23 医師・代診医派遣実績(日)	H23 巡回診療実績	備　考
東　部Ⅰ	県立中央病院	500	106.1	451	−	
南　部Ⅰ	徳島赤十字病院	405	136.8	−	−	H24.2指定
	那賀町立上那賀病院	40	4.7	163	−	
南　部Ⅱ	県立海部病院	110	13.6	184	−	
西　部Ⅰ	つるぎ町立半田病院	134	18.3	84	−	
西　部Ⅱ	県立三好病院	220	25.6	9	−	

（注）病床数、全医師数は 平成24年1月時点（徳島赤十字病院は、H23.11月現在）

②へき地診療所

本県では、平成24年度現在、県及び７市町が１５の公立診療所を開設し、へき地医療拠点病院、並びに県や県医師会から医師の派遣支援を受けて地域医療を確保しています。

へき地診療所では、医師の確保が課題であり、多くの診療所において、非常勤医師や医師派遣による運営が行われています。

③へき地歯科診療所

へき地における歯科診療については、２市が公立の歯科診療所を開設し、地域における歯科医療を確保しています。

へき地診療所一覧

医療圏	設置者	診療所名	所在地	病床数	医師数 ()は非常勤	一日平均外来患者数	備　考
南部Ⅰ	阿南市	加茂谷診療所	阿南市加茂町野上30	0	1	35.0	
		伊島診療所	阿南市伊島町瀬戸39番地	0	(1)	25.1	
	上勝町	上勝町診療所	勝浦郡上勝町大字正木字西浦111-7	6	0.5(0.7)	82.0	
		上勝町福原診療所	勝浦郡上勝町大字福原字川北30-1	0	0.7(0.3)	17.0	
	那賀町	日野谷診療所	那賀郡那賀町大久保字大西3-2	0	0.5(1.1)	133.0	
		木沢診療所	那賀郡那賀町木頭字広瀬5-2	0	0.3(0.7)	28.4	
		木頭診療所	那賀郡那賀町木頭和無田字ｲﾜﾂｼ1	0	0.4(0.6)	37.0	
		北川診療所	那賀郡那賀町木頭北川字下ﾓ伴71	0	(1)	17.0	
南部Ⅱ	徳島県	出羽島診療所	海部郡牟岐町大字牟岐浦字出羽島8	0	(1)	10.4	
	美波町	阿部診療所	海部郡美波町阿部306番地の1	0	(1)	25.0	
	海陽町	宍喰診療所	海部郡海陽町宍喰浦字松原142-1	0	1	37.0	
西部Ⅰ	美馬市	口山診療所	美馬市穴吹町口山字調子野499番地9	0	(1)	13.9	
		木屋平診療所	美馬市木屋平字川井295	0	0.9(0.4)	36.0	
西部Ⅱ	三好市	西祖谷山村診療所	三好市西祖谷山村一宇368-9	0	0.6(0.6)	100.0	
		大歩危診療所	三好市山城町上名1584番地3-3	0	1	―	H24.5診療開始

資料：平成23年度 へき地現況調査（厚生労働省）　　（注）大歩危診療所の医師数はH24時点。

へき地歯科診療所一覧

医療圏	設置者	診療所名	所在地	病床数	医師数 ()は非常勤	一日平均 外来患者数	備　　考
西部Ⅰ	美馬市	木屋平歯科診療所	美馬市木屋平字川井	0	1	5.0	
西部Ⅱ	三好市	東祖谷歯科診療所	三好市東祖谷京上	0	1	15.5	

（注）歯科医師数、一日平均外来患者数は平成21年度実績

(2) へき地医療を支援する機関等

①地域医療支援機構

本県では、平成18年２月に、「へき地医療支援機構」を「地域医療支援機構」に改組し、へき地医療対策を実施しています。

機構（専任担当官1名・週2～3日相当勤務）においては、へき地診療所等への代診医の派遣、広域的なへき地医療支援事業の企画・調整等に加え、地域偏在・診療科偏在を含めた医師不足の解消や地域医療体制の確保を図るため、「とくしま医師バンク事業」や「医師修学資金貸与事業」、「夏期地域医療研修」の実施等、医師確保・養成対策に積極的に取り組んでいます。

②県

へき地（離島）住民の医療を確保し、疾病の早期発見・早期治療に努め、住民の健康管理の向上に寄与するため、県立診療所として「出羽島診療所」を運営しています。

また、自治医科大学出身医師を県職員として採用し、医師確保が困難な公立の病院・診療所や、へき地医療拠点病院を有する市町村に派遣することで地域医療を支援しています。

③医師会・歯科医師会・民間医療機関による支援

平成21年６月に、県と（社）徳島県医師会との間で、「地域における医療体制の確保と支援に関する基本協定」を締結し、医師確保が困難な県内の医療機関に対して、会員である医師による応援診療を実施しています。

また、救急医療、へき地医療等公益性の高い医療を担うものとして、平成19年度に新たに創設された社会医療法人についても、へき地支援において大きな役割を担っています。

④へき地における救急搬送体制

重症・重篤な救急患者を救急医療施設へ一刻も早く搬送し、初期治療を行い、救命率向上や後遺症を軽減させるため、県においては、平成20年８月から、県消防防災ヘリのドクターヘリ機能の運用を開始。平成24年10月からは、県立中央病院にドクターヘリ専用機を導入し、へき地を含めた救急医療体制を充実することで、救急医療における地域間格差の縮小を図っています。

第２　医療機関とその連携

１　目指すべき方向

前記「第１　へき地医療の現状」を踏まえ、個々の役割とそれを満たす関係機関、さらにそれらの関係機関相互の連携により、へき地に暮らす県民に対する医療サービスが継続して実施される体制を整備します。

(1) 医療を確保する体制

①へき地医療を担う医師の確保等

へき地医療に直接従事する医療関係者の確保が重要であるのはもちろんですが、全国的に地域の医療従事者が不足する中で、各圏域の医療提供体制を維持していくためには、それを直接的・間接的にバックアップする大学病院や中核病院等における医師を確保し、効率的かつ適切な支援体制を構築・維持することが必要となっています。

②人材の育成とキャリア形成支援

へき地保健医療対策を推進するために求められる医師を安定的に確保するためには、県全体における医師確保の取組みを推進するなかで、へき地医療の担い手として、高い志と能力を持った人材を中・長期的に養成していく必要があります。

またあわせて、へき地医療に従事しつつ、専門医の認定や学位が取得できるキャリアプランを構築するなど、医師にとって積極的にへき地勤務が可能となる環境整備を進めることも必要となっています。

③へき地における歯科診療体制の確保

へき地における歯科医療の確保のためには、地元市町村や地域の民間歯科医療機関、県・郡市歯科医師会と連携を図り、へき地における口腔管理・歯科医療の提供体制の充実を図る必要があります。

(2) 診療を支援する体制

①地域医療支援機構の機能強化

へき地における安定的な医師確保を図るため、各地域のニーズを検証し、地域の実情に応じた、より一層効果的かつ効率的な医療提供体制と、その支援策を検討する必要があります。

また、医師等医療従事者の確保・定着を図るため、勤務環境の改善や、キャリア形成支援への取組みの強化が求められます。

②へき地医療拠点病院の充実

医師の研修や学会参加、女性医師の産・育休による代診医の確保など、へき地診療所等からの代診医派遣に対するニーズは、今後ますます高まっていくことが予想されるため、へき地医療拠点病院が行う無医地区等への巡回診療、へき地診療所等への医師派遣などのへき地医療支援活動を充実・強化していく必要があります。

③医師会・民間医療機関との連携強化

医師の「地域偏在」が大きな課題となっている本県の状況を踏まえ、応援診療の実施等に大きな役割を果たしている医師会・民間医療機関との協力関係のさらなる強化に取り組む必要があります。

④情報通信技術（ＩＣＴ)、ドクターヘリ等の活用

時間的・距離的なハンディを抱えるへき地の医療を支援し、医療の質の向上を図るため、県下全域で光ファイバー網が整備済みであるという、本県が有する全国有数のＩＣＴ環境の積極的な有効活用が必要となっています。

また、へき地を含め遠隔地における、重症・重篤な救急患者の救命率の向上と後遺症の軽減を図るため、救命救急医療を救急現場等から直ちに行うとともに、救急医療施設へ素早く搬送することができる、ドクターヘリを活用した新たな救急搬送システムの確立が求められています。

２　各医療機能と連携

(1) へき地における診療の機能【へき地診療】

①目標

・へき地における地域住民の医療を確保すること
・専門的な医療や高度な医療を要する場合に適切に搬送できる体制を整備すること

②医療機関に求められる機能

・プライマリーの診療が可能な医師等がいること又は巡回診療を実施していること
・専門的な医療や高度な医療を提供する医療機関と連携体制を構築していること
・へき地医療拠点病院等における研修等に計画的に参加していること
・ドクターヘリの活用や、救急医療を提供する医療機関、地域の消防機関との連携により、救急搬送体制を整備していること

(2) へき地の診療を支援する医療の機能【へき地診療の支援医療】

①目標

・診療支援機能の向上を図ること

②医療機関に求められる機能

・巡回診療やへき地診療所への代診医等の派遣により、地域住民の医療を確保すること
・へき地の医療従事者に対し、技術指導、研修の実施又は研究施設を提供すること
・遠隔診断の実施など、各種の診療支援を行うこと
・高度な診療機能を有し、へき地医療拠点病院の診療活動等を支援すること

(3) 行政機関によるへき地医療の支援【行政機関等の支援】

①目標

・へき地における継続的な保健医療サービスの提供のため、関係機関の調整等を行い総合的な施策を実施すること

②関係機関に求められる事項

・へき地診療所等からの医師派遣要請に対し、調整のうえ医師を派遣すること
・へき地医療に従事する医師を確保するためのドクタープール機能を有すること
・へき地医療に従事する医師のキャリア形成支援を行うこと
・へき地における医療従事者に対し、計画的な研修機会を提供すること
・へき地における地域医療分析を行うこと

3　今後の取り組み

(1) 地域医療支援機構の充実・強化

これまでの、へき地医療拠点病院に対する医師派遣の要請等の取組みに加え、「へき地医療従事者に対する研修計画・プログラムの作成」、「へき地医療拠点病院の活動評価」、「へき地で勤務する医師のキャリアパス形成支援」等の新たな取組みについて検討を行います。

また、平成23年11月に、地域医療を担う医師の「キャリア形成支援」や「配置調整」等を行う組織として設置した「徳島県地域医療支援センター」と連携し、「へき地医療に従事する医師のキャリア形成支援」等の取組みの充実を図ります。

(2) へき地における医師の確保

① 臨床研修医・後期研修医の確保

県内臨床研修病院と県、県医師会、県地域医療支援センターで組織する「徳島県臨床研修連絡協議会」が中心となり、臨床研修医等を確保するための取組みを強力に推進します。

② 総合診療医の育成支援

平成22年度から、徳島大学の「総合診療医学分野」において実施している、県立病院をフィールドとした診療活動と地域医療確保に関する研究、さらには総合診療医の教育について、引き続き積極的な取組みを継続していきます。

③ 地域医療に従事する医師のキャリアデザイン形成

県地域医療支援センターにおいて、「総合診療部門」における「キャリア形成プログラム」の整備を行うなど、若手から中堅医師を対象とした、将来の地域医療を担う医師のキャリア形成支援に取り組みます。

④ 自治医科大学との連携強化

自治医科大学、さらには同大学地域医療学センターとの連携強化のもと、地域医療を担う総合診療医の養成・確保を推進するとともに、へき地医療において大きな役割を果たす自治医科大卒業医師が、義務年限終了後も引き続き地域医療に従事できるよう、各医師が望むキャリアプランを県として支援する取組みの強化に努めます。

⑤ 高校生・大学生を対象とした啓発

県内の高校生を対象とした「高校生地域医療現場体験ツアー」の開催や、全国の医学生を対象とした、本県の地域医療を体感できる「夏期地域医療研修」の実施に取り組みます。

⑥ 働きやすい環境の整備

地域医療に従事する医師が、仕事と家庭の両立を実現し、安心して働くことができるよう、代診医の派遣機能の充実、施設・設備の整備、地域住民への啓発活動などの取組みを推進します。

(3) へき地の医療提供体制に対する支援

① へき地診療所等への支援

県立出羽島診療所を引き続き運営するとともに、へき地診療所機能の維持・充実とへき地医療拠点病院の安定的な運営を図るため、引き続き運営費等の支援を行います。

② へき地診療所等の整備充実

無医地区の解消に向け、市町村における「へき地診療所等」の整備を支援するとともに、これらを支援する「へき地医療拠点病院」の更なる充実・強化に取り組みます。

③　民間医療機関からの支援の拡充

県医師会との協定に基づく、有志の医師によるへき地診療所等への応援診療について、その継続・拡充に向けて協力を要請するとともに、医師バンクとの連携や医療資源が比較的充実している東部圏域の民間医療機関による支援体制について検討を行います。

④　ドクターヘリの導入

平成24年度から運航を開始した「ドクターヘリ」について、各関係機関の連携による効果的な運航により、へき地における重篤患者の救命率の向上を図ります。

⑤　情報通信技術（ＩＣＴ）を活用した診療支援

時間的・距離的なハンディを克服するためのツールとして、県及び県内の中核病院が中心となって、ＩＣＴを活用した「遠隔画像診断システム」の整備等に取り組み、医療の地域間格差の解消やへき地医療の質の向上を図ります。

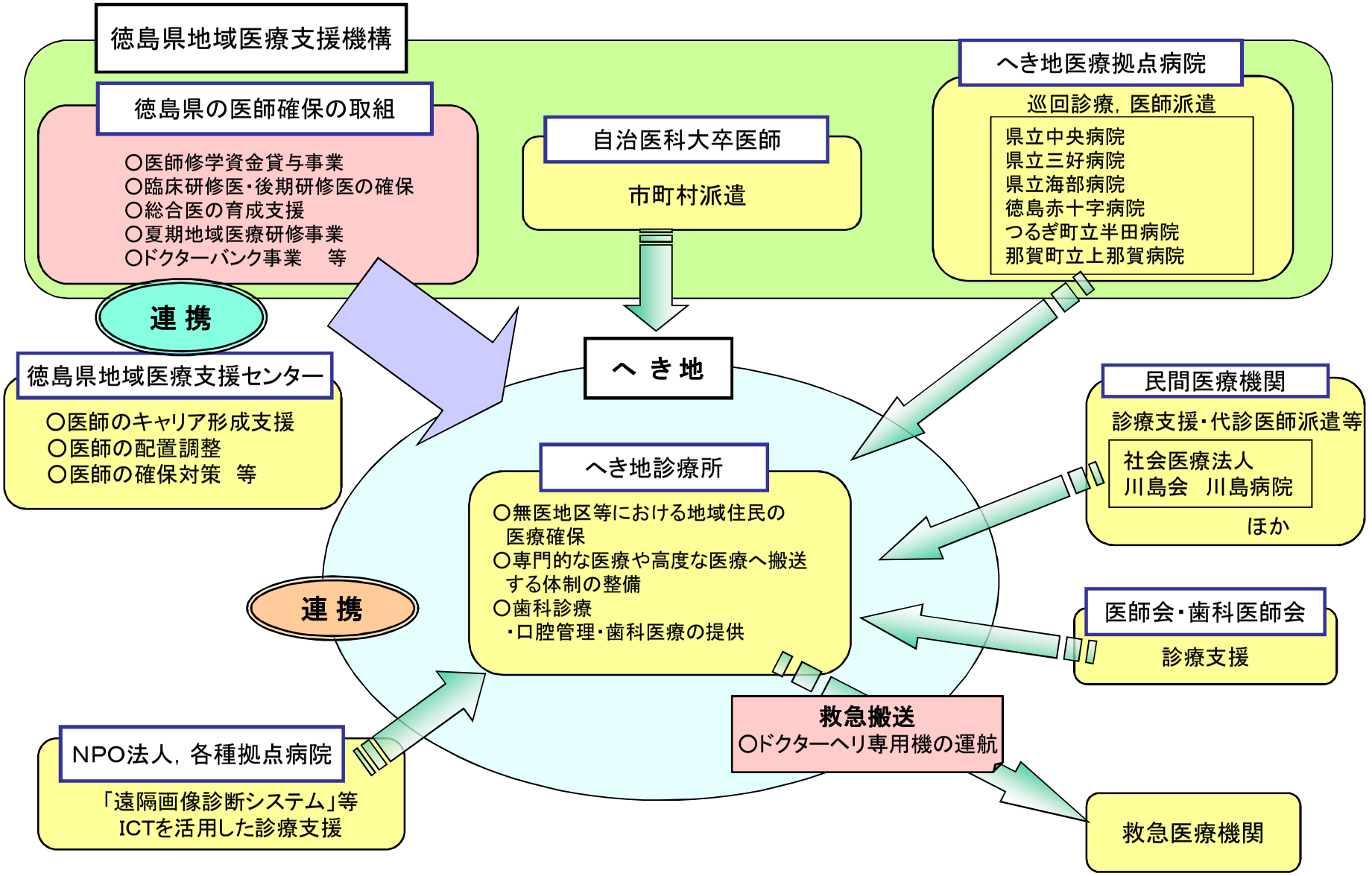
(4) へき地における歯科医療体制の充実

関係市町村や県及び郡市歯科医師会等との連携のもと、巡回歯科診療の取組みを促進するとともに、「在宅歯科医療連携室整備事業」などを活用し、へき地歯科医療対策の実施を支援します。

第３　数値目標

数値目標項目	直近値	平成29年度末目標値
へき地診療所等への医師派遣日数	約900日/年 (H23)	1,000日/年
へき地医療拠点病院数	６病院 (H24)	６病院

へき地医療体制


徳島県地域医療支援機構
徳島県の医師確保の取組
○医師修学資金貸与事業
○臨床研修医・後期研修医の確保
○総合医の育成支援
○夏期地域医療研修事業
○ドクターバンク事業　等
自治医科大卒医師
市町村派遣
へき地医療拠点病院
巡回診療，医師派遣
県立中央病院
県立三好病院
県立海部病院
徳島赤十字病院
つるぎ町立半田病院
那賀町立上那賀病院
連 携
徳島県地域医療支援センター
○医師のキャリア形成支援
○医師の配置調整
○医師の確保対策　等
へ き 地
へき地診療所
○無医地区等における地域住民の医療確保
○専門的な医療や高度な医療へ搬送する体制の整備
○歯科診療
・口腔管理・歯科医療の提供
民間医療機関
診療支援・代診医師派遣等
社会医療法人
川島会　川島病院
ほか
医師会・歯科医師会
診療支援
連 携
救急搬送
○ドクターヘリ専用機の運航
NPO法人，各種拠点病院
「遠隔画像診断システム」等
ICTを活用した診療支援
救急医療機関

６　在宅医療体制の整備

第１　在宅医療の現状

１　在宅医療の現状

(1) 疾病構造の変化

我が国の死因は昭和10～20年代においては結核が第1位でしたが、昭和33年以降は、悪性新生物（がん）、心疾患、脳血管疾患が死因の上位を占めるようになりました。また、要介護状態に至る主な原因疾患については、脳血管疾患が約21%、認知症が約15%、老衰が約14%、関節疾患が約11%となっており、今後の高齢化の進展とともに、要介護の原因となる慢性疾患が増加すると考えられます。

本県における死因の上位は悪性新生物、心疾患、肺炎、脳血管疾患となっていますが、在宅医療を受けている患者の主たる疾患は、居住場所が自宅の患者では、脳血管疾患が約22%で最も多く、次いで骨・関節疾患が約15%、認知症が約11%となっており、悪性新生物は約6%となっています。居住系施設の患者では、認知症が約54%で最も多く、次いで脳血管疾患が約16%、骨・関節疾患が約8%となっています。

(2) 在宅医療のニーズの増加と多様化

本県において、調査日（1日あたり）に訪問診療を受けた推計患者数は、平成17年は700人、平成20年は900人と増加しており、平成20年の在宅患者訪問診療算定件数（定期的な訪問診療の数）は17,567件で、うち16,934件（96%）が65歳以上の高齢者となっています。

また、65歳以上の高齢者の割合は平成19年の県民４人に１人が、平成32年には３人に１人になると予想され、在宅医療ニーズが益々増加すると考えられます。

平成22年国勢調査によると65歳以上の単身世帯は32,365世帯、高齢夫婦世帯（夫65歳以上、妻60歳以上の夫婦1組のみの一般世帯）は34,784世帯であり、その合計は、一般世帯数の５分の１以上を占めています。在宅医療を受けている患者のうち独居の患者は７%程度と、独居で在宅医療を受けている患者は比較的少なく、高齢者単身世帯の増加が在宅医療を進めるにあたっての問題点となっています。

このような中、平成24年度の県民意識調査では、病気やけが等により通院が困難となった場合、８割以上の方が「可能であれば自宅で療養したい」という希望を持っています。一方で、家族に負担がかかることや急に病状が悪化したときの不安、部屋やトイレなどの療養環境が整っていないことなどから、「自宅での療養が困難」と考えている方も４割を超えています。

このように、疾病構造の変化や高齢化、ＱＯＬ向上を重視した医療への期待の高まりにより、在宅医療のニーズは増加し、多様化しています。一方で在宅での療養を希望していながら、在宅療養に必要な環境が整わず在宅療養を受けることができない患者もいます。今後は、世帯の状況や居宅形態等も踏まえ、在宅医療提供のあり方を検討することが重要です。

２　在宅医療の提供体制

(1) 圏域の設定

在宅医療の提供に当たっては、患者が住み慣れた地域で安心して療養生活を送ることができることが重要であるため、圏域の設定については、包括的かつ継続的に在宅医療・介護サービスが提供できる医療・介護資源の整備状況や急変時に迅速に対応できる地理的範囲、高齢者人口等の地域特性、更には、徳島県高齢者保健福祉圏等を踏まえ、複数の市町村で構成される東部Ⅰ、Ⅱ、南部Ⅰ、Ⅱ、西部Ⅰ、Ⅱで区分する６圏域を在宅医療圏として設定します。

(2) 退院支援

在宅医療は、慢性期及び回復期患者の受皿としての機能を期待されています。一方、在宅での療養に対する様々な不安等から、45.9%が「自宅で療養したいと思うが困難」と答えており、退院に伴って生じる患者や家族の不安を解消するために、円滑な在宅移行を支援する体制が求められています。

①退院支援体制

本県における退院患者の平均在院日数（平成20年）は、病院で55.4日(全国37.4日)、一般診療所で44.4日（全国18.5日）と全国を上回っています。

また、円滑な退院を支援するため、退院支援担当者を配置する医療機関が増えてきていますが、本県の病院における配置の割合は、114箇所中65箇所の57.0%にとどまっています。退院支援担当者には、医療や社会福祉等の専門的な知識に加え、退院医療機関、在宅医療に係る機関の情報及び患者・家族との調整能力などが必要となりますが、人材不足が配置を遅らせている原因のひとつとして考えられます。一方、退院支援担当者を配置している医療機関を病床数でみますと、病床数が60床以上の病院では８割以上が配置してますが、60床未満の病院では５割以下と、規模の大きな医療機関の多くは配置が進んでいますが、規模の小さな医療機関では、配置が困難な場合もあると考えられます。

このことから、人材育成を行い、退院支援担当者の配置を推進するとともに、配置が困難な医療機関については、退院支援の経験を持つ在宅療養支援診療所等との連携により、患者の退院支援を行う体制を構築する必要があります。

更に、県民意識調査において、「かかりつけ医」を持っていると答えたのは54.6%でしたが、患者の状況をよく知る「かかりつけ医」からの紹介で病院に入院した場合には、病院主治医と「かかりつけ医」との間の情報交換がスムーズに進むことや、「かかりつけ医」と患者・家族の信頼関係が構築されていること等から、在宅医療へ円滑に移行できるため、信頼できる「かかりつけ医」を持っておくことが大切です。

②退院前カンファレンス

本県で、退院前カンファレンスを実施又は参加している在宅医療機関は、在宅医療を提供している医療機関全体の約4割にとどまっています。

退院前カンファレンスを実施している医療機関のうち、外部の介護支援専門員が参加し、開催しているのは50.8%、訪問看護事業所の看護師が参加しているのは44.3%となっており、在宅医療機関の医師が参加しているのは13.1%となっています。また、60%の医療機関では、患者や家族が参加し、実施しています。

退院前カンファレンスは、在宅医療に係る機関が患者の療養に関する情報を共有する場であるとともに、必要に応じて患者や家族が参加することで、その不安解消にもつながります。このため、在宅医療機関の医師をはじめ、在宅医療に関わる多職種が参加する退院前カンファレンスの体制を構築する必要があります。

(3) 日常の療養生活の支援

県民意識調査で「自宅で療養したいと思うが困難」と答えた方の82.6%が、その理由として「家族に負担がかかるから」と答えており、家族を支援する観点からの医療提供が求められています。また、患者が住み慣れた地域で療養生活を続けられるためには、日常生活圏域（中学校区程度）で地域に密着した医療・介護サービスが提供される必要があります。

①訪問診療・往診

本県で在宅医療を提供している届出済(注1)の診療所は209箇所、病院は38箇所、そのうち在宅療養支援診療所は153箇所、在宅療養支援病院は20箇所であって、平成22年の人口10万人あたり、在宅療養支援診療所は17.2（全国10.1）在宅療養支援病院は1.3（全国0.4）と全国的にも高い割合となっています。

在宅医療を提供している診療所・病院数を医療圏ごとにみると、在宅療養支援診療所の64%、在宅療養支援病院の68%が県人口の58%が住む東部Ⅰ医療圏に集中しているなど、圏域によって在宅医療の提供体制に差があります。特に南部Ⅱ、西部Ⅰ医療圏では、在宅療養支援診療所が少ない状況です。

これらの地域で在宅医療を提供している多くの診療所が医師１名の小規模な診療所であり、医師の絶対数が少ないことによる連携不足から、24時間体制の確保など、在宅療養支援診療所の施設基準を満たすことができないことが、偏在につながっていると考えられます。

こうしたことから、規模の小さな在宅医療機関の連携を支援し、在宅療養支援診療所を増やす取組みが必要です。

在宅医療を提供する届出済の医療機関の状況

圏域名	在宅医療を提供する届出済の医療機関数(注1)（医療機関数に占める割合%）	在宅療養支援診療所・病院数	うち機能強化型*
東部Ⅰ	診療所 124（29.7） 病院 21（31.3）	診療所 98 病院 12	診療所 19（単独1、連携18） 病院 4（連携4）
東部Ⅱ	診療所 25（35.7） 病院 1（14.3）	診療所 17 病院 0	診療所 6（連携6） 病院 0
南部Ⅰ	診療所 32（37.2） 病院 6（50.0）	診療所 20 病院 3	診療所 5（連携5） 病院 2（単独1、連携1）
南部Ⅱ	診療所 4（25.0） 病院 2（40.0）	診療所 3 病院 1	診療所 0 病院 1（単独1）
西部Ⅰ	診療所 8（23.5） 病院 4（40.0）	診療所 6 病院 3	診療所 0 病院 0
西部Ⅱ	診療所 16（57.1） 病院 4（44.4）	診療所 9 病院 1	診療所 0 病院 0
合計	診療所 209（32.1） 病院 38（56.7）	診療所 153 病院 20	診療所 30（単独1、連携29） 病院 7（単独2、連携 5）

資料：平成24年9月1日「施設基準の届出受理医療機関名簿」（四国厚生支局）

（注1）在宅医療を提供する届出済の医療機関数：在宅時医学総合管理料、又は在宅療養支援診療所・病院の届出医療機関数

（注2）機能強化型：常勤医3人以上配置、年間緊急往診5件以上、年間看取り2件以上などの要件を満たし、24時間対応する機能を更に強化した在宅療養支援診療所・病院

次に、在宅医療を提供している医療機関が在宅対応可能な疾患についてみると、脳血管疾患は、7割以上の医療機関で対応可能ですが、認知症、呼吸器疾患、悪性新生物（がん）は６割程度、骨・関節疾患は５割程度、精神疾患は２割程度となっており、疾患によって提供体制に差があり、死因上位の悪性新生物に対応できる医療機関が比較的少ない状況にあります。

がんの在宅療養では、専門的な知識を持つ多職種が連携し、緩和ケアや急変に備えた24時間体制、看取りまでの継続した医療・介護体制を構築する必要があるため、医療、介護資源の乏しい地域においては提供が困難な場合もあると考えられます。本県では、がん診療連携拠点病院は４箇所、地域がん診療連携推進病院は３箇所あり、こうした医療機関と在宅療養支援診療所・病院が連携することにより、患者が希望した場合に、緩和ケアを含むがんの在宅医療を受けることができる体制を構築する必要があります。

在宅医療機関と多職種との連携状況では、訪問看護ステーションとは67.8%が連携していますが、居宅介護サービス事業所は45.6%、地域密着型サービス事業所は22.8%、薬局37.2%、歯科診療所21.1%であり、介護機関や薬局、歯科診療所との連携は十分進んでいない状況にあります。

疾患や地域に関係なく在宅療養可能な体制を整備するために、地域の在宅医療・介護の提供体制を分析し、それに基づいて、足りない機能を補い合うよう地域の実情に応じた多職種連携体制を構築する必要があります。

②訪問看護

本県における介護保険による訪問看護利用者数は平成23年は2,900人、医療保険による訪問看護利用者数は902人（うち小児の訪問看護利用者は８人）となっており、増加傾向にあります。

医療保険による訪問看護利用者は、末期の悪性腫瘍、難病患者等の重症度の高い疾患や人工呼吸器、気管切開、酸素療法等の医療依存度の高い利用者が多くなっています。訪問看護は、重症度・医療依存度の高い利用者の在宅医療を支えており、訪問看護を利用する

ことにより、退院患者の在院日数の短縮にもつながっています。

訪問看護ステーションは64箇所、訪問看護を実施する病院・診療所は21箇所あります。また、人口10万人あたりの訪問看護事業所数は、10.5箇所であり、全国平均の6.8箇所と比較して高い水準にあります。

しかし、圏域別の訪問看護ステーション数は、東部Ⅰに40箇所（62.5%）の事業所が設置されているのに対し、南部Ⅱには事業所がないなど、事業所の偏在が見られます。

また、24時間対応体制加算の届出を行っている訪問看護ステーションは 38箇所で訪問看護ステーション全体の59%となっています。訪問看護ステーションの平均看護師数は平均3.78人と小規模な事業所が多く、単独で24時間体制の構築が困難な事業所もあるためと考えられます。

利用者の高齢化や重症化にともない、訪問看護には夜間・緊急時等の24時間365日対応することが求められており、今後、24時間対応できる体制を整備する必要があります。

訪問看護ステーションの従事者数（常勤換算）では、65歳以上10万人対で142.4人と全国平均の97.1人に比較して高い水準ではありますが、「徳島県第七次看護職員需給見通し」において、平成27年までに訪問看護ステーション等の在宅医療にかかわる看護職、約30名の需要が見込まれており、今後も従事する看護職員の確保が必要です。

こうしたことから、訪問看護事業所間の連携強化や専門的な知識を持った看護師の育成、訪問看護事業所や看護師の不足している県南部、県西部における訪問看護事業所の機能強化等を進める必要があります。

訪問看護ステーションの状況

圏　域	訪問看護ステーション数	24時間対応体制加算
東部Ⅰ	40	22
東部Ⅱ	6	5
南部Ⅰ	11	8
南部Ⅱ	0	0
西部Ⅰ	4	1
西部Ⅱ	3	2
合　計	64	38

訪問看護を実施する病院・診療所の状況

圏　域	病院・診療所数
東部Ⅰ	14
東部Ⅱ	1
南部Ⅰ	2
南部Ⅱ	1
西部Ⅰ	2
西部Ⅱ	1
合計	21

資料：平成24年4月1日訪問看護ステーション届出状況（長寿保険課）
平成24年10月1日届出受理指定訪問看護事業所名簿(四国厚生支局)
平成24年4月に介護報酬（訪問看護）の請求があった病院・診療所（長寿保険課）
（注）南部Ⅱ医療圏には訪問看護ステーションのサテライトが2箇所あります。

③訪問歯科診療

本県の全歯科診療所440機関のうち、在宅又は介護施設等における療養を歯科医療面から支援する在宅療養支援歯科診療所は、91機関（20.7%）となっています。

また、平成24年度に、徳島県歯科医師会が調査した歯科診療所（407機関）のうち、訪問歯科診療を行う意思のある歯科診療所は202機関であったのに対し、在宅療養支援歯科診療所数はその半数以下にとどまっています。

在宅療養支援歯科診療所の施設基準では、「在宅療養を担う保険医、介護・福祉関係者等との連携体制が整備されていること」が必要ですが、在宅医療機関のうち、歯科診療所と連携しているのは21.2%と少ない状況にあり、十分な連携が取れていないことが原因として考えられます。

このため、地域の医療及び介護関係者の連携の場を設け、訪問歯科診療による歯科治療や口腔管理を進めるため、歯科診療所と在宅医療関係者との連携を推進し、在宅療養支援歯科診療所を増やしていく必要があります。

④訪問薬剤管理指導

本県における、在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局は、全薬局377箇所のうち、293箇所（77.7%）となっています。都道府県別の届出の割合は、48.5%～98.8%とばらつきが見られます（全国78.6%）。また、麻薬小売業の免許を取得している薬局数は253箇所となっています。

在宅患者訪問薬剤管理指導及び居宅療養管理指導を行っている薬局等を対象にした調査では、患者の薬剤管理上の問題として、薬剤の保管状況、服薬に関する理解不足、薬剤の飲み忘れなどが挙げられており、在宅患者に対する訪問薬剤管理指導が必要とされています。

在宅医療を提供する病院・診療所のうち薬局と連携している医療機関は37.2%であり、がん患者に対応可能な医療機関では44.8%となっています。

今後はさらに、薬局の役割や機能について、患者や医療福祉関係者への周知を図る必要があります。また、在宅医療を行う機関と連携し、居宅等への医薬品や医療・衛生材料等の供給を円滑に行う体制を構築する必要があります。

(4) 急変時の対応

県民意識調査によると、自宅での療養を希望していてもそれが困難とする理由に、53.9%が「急変時の対応に関する不安」をあげており、急変時に在宅医療機関が連携して適切な対応を行える体制を構築することが求められています。

徳島県医療施設機能調査では、回答のあった在宅療養支援診療所・病院の約８割が、また、届けを出していない在宅医療機関においては約４割が24時間体制で在宅医療を提供しています。

一方、24時間体制がとられていない医療機関は、在宅医療に関わる医師や看護師の数が少ない小規模な医療機関が多く、「在宅医療連携拠点」等が中心となって、医療機関同士の連携を推進し、24時間体制を構築する必要があります。

また、急変時の受け入れ先病床を確保している医療機関のうち、受け入れ先を在宅療養支援診療所（有床）・病院に確保しているのは20.3%であり、それ以外の多くの医療機関は地域の中核病院を受け入れ先としています。

さらに、「急変時の受入先病床が確保できていない」と回答した医療機関もあり、患者の急変時は、その都度医療機関に連絡を取るなど受入先の調整に時間を要しています。こうした医療機関と在宅療養支援診療所（有床）・病院や急変時の病床提供等、在宅医療の後方支援を担っている医療機関との連携を支援する必要があります。

(5) 在宅での看取り

平成20年の終末期医療に関する調査では、60%以上の国民が終末期においても可能なかぎり自宅での療養を望んでいますが、平成23年の自宅で死亡する割合は全国の12.5%に対し、本県は10.1%となっており、全国平均を下回っています。

死亡場所で最も多いのは病院（74.8%）であり、診療所（5.4%）と合わせますと、80.2%の方が医療機関で亡くなっています（全国78.5）。また、がん患者については90.7%が医療機関で死亡しており、自宅で死亡する割合は6.2%となっています。

死亡場所別死亡数

	病院	診療所	介護老人保健施設	老　人ホーム	自宅	その他
全国　(%)	76.2	2.3	1.5	4.0	12.5	3.5
徳島　(人)	7053	506	304	419	953	200
(%)	74.8	5.4	3.2	4.4	10.1	2.1

資料：平成23年「人口動態調査」（厚生労働省）

また、徳島県医療施設機能調査によると、平成23年度中において、在宅医療を提供している医療機関のうち55%が看取りを行っており、一医療機関の看取り数は、多くは１人から３人となっていますが、10人を超えている医療機関も２箇所あります。更に、看取りを行っている医療機関のうち、約６割が在宅療養支援診療所・病院となっています。

このことから、医療機関が積極的に看取りに取り組めるよう、医師の相互連携等による体制構築を図り、また、在宅医療機関と訪問看護・介護事業所等との連携により、特にがん患者に対する終末期の在宅緩和ケアを提供できる体制の整備を進める必要があります。

更に、高齢者の訪問看護利用者数が多い都道府県では、自宅で死亡する者の割合が高い傾向にありますが、本県では、高齢者人口千人あたり訪問看護利用実人数は11.4人と全国平均の13人を下回っています。在宅での看取りの推進には、利用促進を図るとともに訪問看護提供体制の充実強化も必要です。

一方、在宅療養を続けていても、看取りに対する不安等により、看取り時に再入院し、医療機関で亡くなる場合もあることから、患者や家族に対し、終末期に現れる症状やその対応等について、必要な時期に具体的な情報提供を行い、患者家族の心理的・社会的不安を取り除く必要があります。

第２　関係機関とその連携

１　目指すべき方向

(1) 円滑な在宅療養移行に向けての退院支援が可能な体制
　入院医療機関と在宅医療に係る機関との協働による退院支援の実施

(2) 日常の療養支援が可能な体制
　多職種協働により在宅療養者やその家族の生活を支える観点からの医療の提供

(3) 急変時の対応が可能な体制
　在宅療養者の病状急変時における往診体制及び入院病床の確保

(4) 患者が望む場所での看取りが可能な体制
　住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りの実施

２　各医療機能と連携

(1) 円滑な在宅療養移行に向けての退院支援が可能な体制【退院支援】

①目標
- 入院医療機関と、在宅医療に係る機関の円滑な連携により、切れ目のない継続的な医療体制を確保すること

②入院医療機関に求められる事項
- 退院支援担当者の配置や患者の住み慣れた地域に配慮した在宅医療及び介護資源の調整を心がけること

③在宅医療に係る機関に求められる事項
- 在宅療養者のニーズに応じた医療・介護を包括的に提供できるよう調整すること
- 退院支援担当者に在宅医療及び介護資源に関する情報提供や助言を行うこと

④対応する関係機関
- 病院・診療所・歯科診療所
- 訪問看護事業所
- 薬局
- 居宅介護支援事業所
- 地域包括支援センター

(2) 日常の療養支援が可能な体制【日常の療養支援】

①目標
- 多職種の協働により、患者の疾患、重症度に応じた医療（緩和ケア含む）が、できる限り患者が住み慣れた地域で継続的かつ包括的に提供されること

②在宅医療に係る機関に求められる事項
- 相互の連携により、在宅療養者のニーズに対応した医療・介護が包括的に提供される体制を確保すること

・地域包括支援センター等と協働しつつ、在宅療養に必要な医療や介護、家族の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること

③対応する関係機関

・病院・診療所・歯科診療所
・訪問看護事業所
・薬局
・居宅介護支援事業所
・地域包括支援センター
・介護老人保健施設
・短期入所サービス提供施設

④対応する医療機関

・在宅療養支援診療所
・在宅療養支援病院
・上記以外の在宅医療を提供する診療所・病院（在宅時医学総合管理料等を算定している医療機関）

(3) 急変時の対応が可能な体制【急変時の対応】

①目標

・患者の病状急変時に対応できるよう、在宅医療を担う病院・診療所、訪問看護事業所及び入院機能を有する病院・診療所との円滑な連携による診療体制を確保すること

②在宅医療に係る機関に求められる事項

・急変時における連絡先をあらかじめ、在宅療養者やその家族に提示し、24時間対応が可能な体制を確保すること。また自院での24時間対応が困難な場合でも近隣の医療機関や訪問看護事業所等との連携による24時間対応が可能な体制を確保すること

③入院医療機関に求められる事項

・在宅療養支援病院、有床診療所等において、連携している医療機関（特に無床診療所）が担当する在宅療養患者の病状が急変した際に、必要に応じて一時受入を行うこと
・重症で対応できない場合は、他の適切な医療機関と連携する体制を構築すること

④対応する関係機関

・病院・診療所・歯科診療所
・訪問看護事業所
・薬局

⑤対応する医療機関

・在宅療養支援診療所
・在宅療養支援病院
・上記以外の在宅医療を提供する診療所・病院（在宅時医学総合管理料等を算定している医療機関）

(4) 患者が望む場所での看取りが可能な体制【看取り】

①目標

・住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を確保すること

②在宅医療に係る機関に求められる事項

・終末期に出現する症状に対する患者や家族の不安を解消し、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を構築すること
・患者や家族に対して医療、介護、看取りに関する適切な情報提供を行うこと。また介護施設等での看取りを必要に応じて支援すること

③入院医療機関に求められる事項

・在宅医療に係る機関で看取りに対応できない場合、病院・有床診療所で必要に応じて受け入れること

④対応する関係機関
・病院・診療所・歯科診療所
・訪問看護事業所
・薬局
・居宅介護支援事業所
・地域包括支援センター
⑤対応する医療機関
・在宅療養支援診療所
・在宅療養支援病院
・上記以外の在宅医療を提供する診療所・病院（在宅時医学総合管理料等を算定している医療機関）

(5) 在宅医療において積極的役割を担う医療機関

機能を強化した在宅療養支援診療所・病院であって、他の在宅医療を行う診療所に対し、24時間体制や救急時の受入体制の構築などの支援を行う医療機関を「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」に位置付けます。

①目標
・在宅医療の提供及び他医療機関の支援を行うこと

②在宅医療において積極的役割を担う医療機関に求められる事項
・他の医療機関（特に一人の医師が開業している診療所）が対応しきれない夜間や医師不在時等における診療の支援、又は病状急変時における一時受入れができる体制を構築すること
・在宅での療養に移行する患者にとって必要な医療及び介護の資源が十分確保できるよう、関係機関に働きかけること
・在宅医療に係る医療及び介護関係者に必要な基本的知識・技能に関する研修の実施や情報の共有を行うこと

(6) 在宅医療連携拠点

前記(1)から(4)までに掲げる目標の達成に向けて、地域の実情に応じ、在宅医療に必要な連携を担う拠点を、各圏域の実情に応じて整備します。

①目標
・多職種協働による包括的かつ継続的な在宅医療提供体制の構築を図ること

② 在宅医療に必要な連携を担う拠点に求められる事項
・地域の医療及び介護関係者による協議の場を定期的に開催し、在宅医療における連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を実施すること
・地域の医療及び介護資源の機能等を把握し、地域包括支援センター等と連携しながら、退院前から看取りまでの医療や介護にまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供するよう、関係機関との調整を行うこと
・質の高い在宅医療をより効率的に提供するため、関係機関との連携による24時間体制の構築や多職種による情報共有の促進を図ること
・在宅医療に関する人材育成及び普及啓発を実施すること
・在宅医療・介護に関する費用や手続き、受けられるサービス等について、県民からの相談に対応できる体制の構築を図ること

3 今後の取組み

(1) 入院医療機関と在宅医療に係る機関の連携により、切れ目のない継続的な医療提供体制を構築するため、退院支援担当者の人材育成を行い、その配置を推進します。また、配置が困難な小規模な医療機関においては、在宅医療を担う機関との連携により、患者に適切な退院支援が行える体制の整備を進めます。

患者や家族の不安を解消し、在宅療養へ円滑に移行するため、入院医療機関と在宅医療に係る機関の連携体制を構築し、入院初期からの多職種協働による退院前カンファレンスの実施を促進します。

(2) 患者が住み慣れた地域で包括的かつ継続的に提供できる体制を確保するため、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」の整備を進めるなど、在宅医療機関との連携を促進し、患者の疾患、重症度に応じた医療が提供できる在宅療養支援診療所を増やします。

また、在宅医療に係る機関の連携を推進し、在宅療養者のニーズに対応した医療や介護、家族の負担軽減につながるサービスが包括的に提供される体制の構築を進めます。

(3) 患者病状や住む地域にかかわらず訪問看護サービスが受けられる体制を確保するため、訪問看護事業所間の連携を深め、24時間対応を可能とする体制整備等の機能強化を図ります。

また、地域のニーズに合う質の高い訪問看護サービスの提供を図るため、訪問看護を行う看護職員の確保と資質の向上に努めます。

(4) 在宅医療を提供する病院・診療所との連携を推進するとともに、歯科診療所に対し、訪問歯科診療や在宅療養支援のさらなる充実・推進について啓発を図ります。

また、在宅や施設において、要介護高齢者の介護に当たる家族や施設職員等に対し、要介護高齢者の口腔管理の重要性や口腔ケアの必要性、訪問歯科診療の依頼の方法等について周知を図ります。

(5) 薬局の役割や機能について、患者や医療福祉関係者への周知を図るとともに、多職種との連携を促進します。

また、患者の疾患、重症度に応じた医療を提供するため、在宅医療に取り組む薬局を確保し、居宅等への医薬品や医療・衛生材料等の供給を円滑に行うための体制整備を推進します。

(6) 在宅患者の病状急変時に対応できる体制を構築するため、在宅医療を担う病院・診療所、訪問看護事業所及び入院機能を有する病院・診療所との連携を推進し、24時間の救急往診体制や救急時の円滑な一時受入れ体制を構築します。

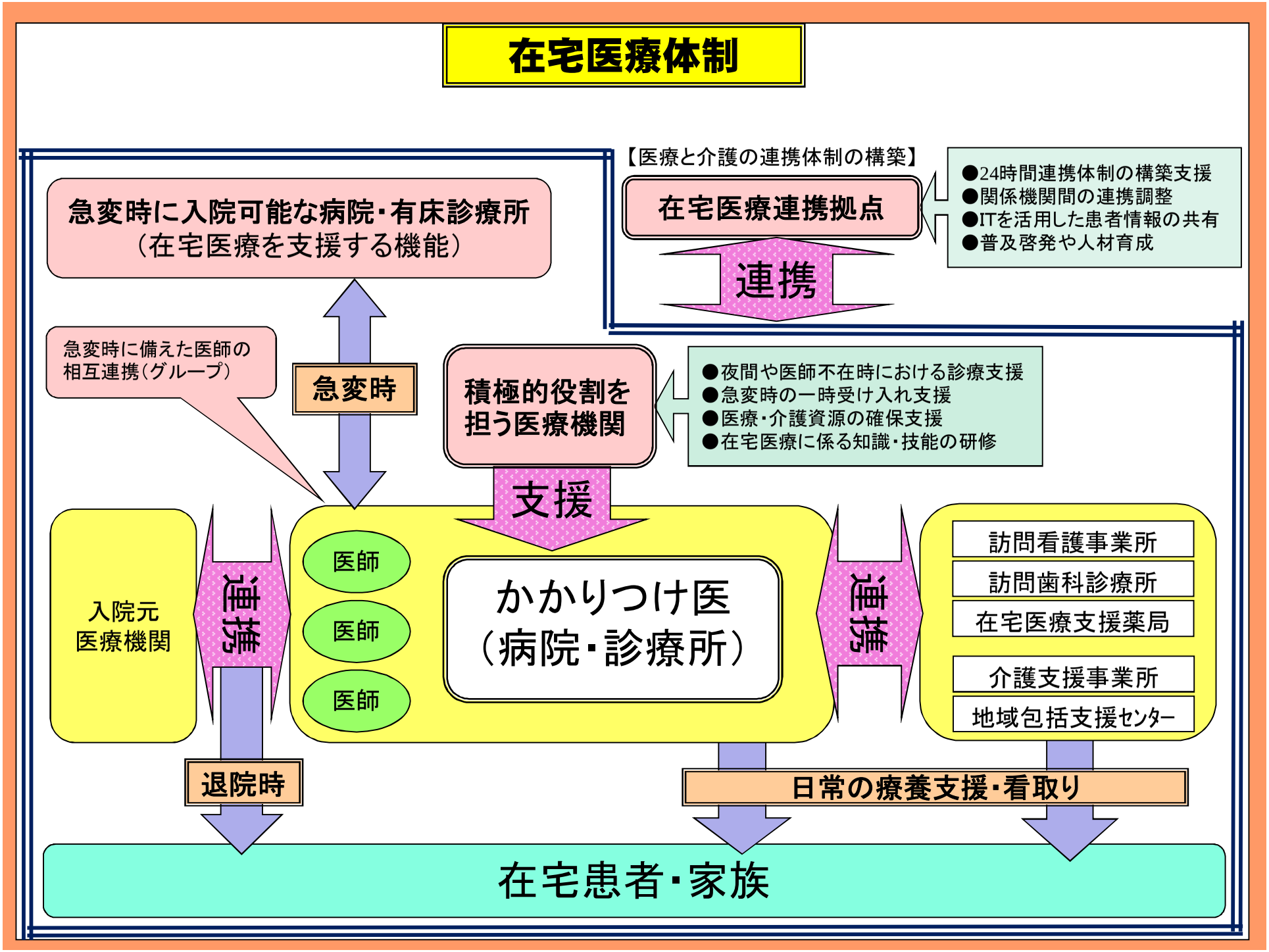
(7) 患者が望む場所で看取りが行える体制を構築するため、在宅医療機関と訪問看護事業所、訪問介護事業所等との連携により、終末期の在宅緩和ケアを提供できる医療機関の整備を促進します。また、患者や家族、県民に対して、終末期医療や看取りに対する適切な情報提供を行います。

(8) 県民や在宅医療・介護の関係者に対して、在宅医療に関する知識の普及や啓発を実施し、在宅医療への理解を深めます。

(9) 多職種協働による包括的かつ継続的な在宅医療提供体制を構築するため、在宅チーム医療を担う人材を育成するとともに、地域の実情に応じ、在宅医療に必要な連携を担う「在宅医療連携拠点」の整備を進めます。

第３　数値目標

数値目標項目	直近値	平成29年度末目標値
退院支援担当者を配置する病院の数	６５機関 (H24)	９０機関
在宅療養支援診療所数	１５３機関 (H24)	１７２機関
在宅死亡者数（百分率）	１０．１% (H23)	１２．５%


在宅医療体制
【医療と介護の連携体制の構築】
在宅医療連携拠点
●24時間連携体制の構築支援
●関係機関間の連携調整
●ITを活用した患者情報の共有
●普及啓発や人材育成
連携
急変時に入院可能な病院・有床診療所
（在宅医療を支援する機能）
急変時に備えた医師の
相互連携（グループ）
急変時
積極的役割を
担う医療機関
●夜間や医師不在時における診療支援
●急変時の一時受け入れ支援
●医療・介護資源の確保支援
●在宅医療に係る知識・技能の研修
支援
入院元
医療機関
後方
医師
医師
医師
かかりつけ医
（病院・診療所）
後方
訪問看護事業所
訪問歯科診療所
在宅医療支援薬局
介護支援事業所
地域包括支援センター
退院時
日常の療養支援・看取り
在宅患者・家族

第４節　安全な医療の提供

基本的な考え方

医療の安全を確保することは、医療政策における最も重要な課題の一つですが、近年においても医療機関における医療事故、院内感染事故が発生し社会問題化するなど、いまだ医療の安全が十分確保できているという状況とはなっていません。

医療の安全を確保するためには、国・県・関係団体と医療を提供する側の医療機関、医療従事者による安全な医療を提供するための取組みをより一層推進する必要があるとともに、医療を受ける側の県民・患者による医療への積極的な参加を通して、医療の質の向上を図ることにより、医療の安全確保を推進することが求められます。

現状と課題

１　医療の安全確保

(1) 医療法においては、「病院・診療所・助産所の管理者は、医療の安全を確保するための指針、従業者に対する研修の実施等、医療の安全を確保するための措置を講じなければならない」と定められています。

これにより、病院、有床診療所だけでなく、無床診療所、歯科診療所、助産所を含めて、すべての医療機関に医療の安全を確保することが、法律により義務付けられています。

次の項目が医療法施行規則に明記されています。
①医療安全管理
・医療安全管理のための指針の整備、職員研修の実施、事故報告等の改善方策の実施、委員会の設置（病院、有床診療所に限る）など
②院内感染対策
・院内感染対策の指針の策定、職員研修の実施、病院等における感染症の発生状況の報告、委員会の開催（病院、有床診療所に限る）など
③医薬品の安全管理
・医薬品安全管理のための責任者の配置、医薬品の安全使用のための業務手順書の作成、職員研修の実施、情報収集及び改善方策の実施など
④医療機器の安全管理
・医療機器の安全管理のための責任者の配置、職員研修の実施、医療機器の保守点検に関する計画の策定及び適切な実施、情報収集と改善方策の実施など

(2) 県の取組み

① 厚生労働省等からの医療安全に関する情報を関係団体等を通じて医療機関に周知するとともに、県のホームページに掲載するなど、情報提供を行っています。

② 医療法に基づく医療機関に対する立入検査において、医療安全に関する委員会の設置、指針・マニュアルの策定、院内感染の防止、職員に対する医療安全研修の実施などについて指導を行い、医療機関における医療の安全確保の推進を図っています。

③ 厚生労働省等が実施する医療安全関係の研修への医療関係者の参加を積極的に促し、医療従事者の資質の向上を推進しています。

④ 平成２３年度から県内の医療機関を対象に、院内感染対策の研修会を開催しています。

２　医療安全支援センター

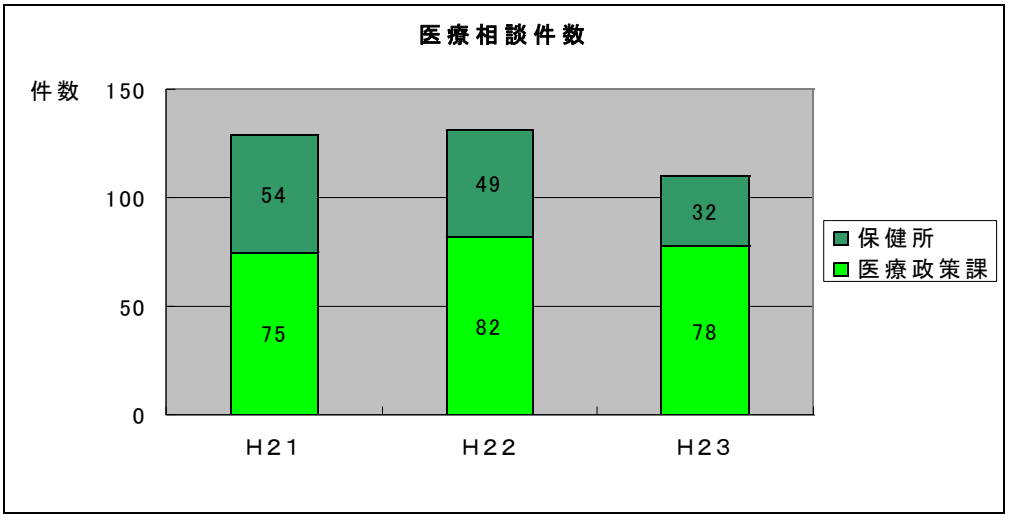
(1) 医療法においては、「都道府県は医療安全支援センターを設置するよう努める」と規定されています。

> 医療安全支援センターは、医療に関する患者・家族等からの苦情・心配や相談に対応し、医療機関に対する助言、情報提供を行うとともに、中立的な立場で、患者・家族等と医療関係者、医療機関との信頼関係の構築を支援する。

(2) 県の取組み

県では、医療政策課及び県内の保健所（５箇所）に医療安全相談窓口を設置し、患者・家族、医療機関等からの相談などに対応しています。

平成23年度の相談件数は110件（うち医療政策課78件、保健所32件）



施策の方向

１　医療の安全確保のために

(1) すべての医療機関において安全・安心で質の高い医療が確保できるよう、医療法の趣旨を踏まえた取組みを推進します。

① 医療機関の取組み

・医療機関の管理者は、自ら安全管理体制を確保するとともに、医療安全管理者を配置するなど、医療機関内の安全管理に努めます。

・医療事故の発生予防に努めるとともに、医療事故が発生した場合には、届出を行うとともに、医療事故の原因分析を行い、再発防止の徹底に努めます。

・指針・マニュアル・手順書等を必要に応じて見直すとともに、医療従事者に対する研修等を行い、質の向上を図り、医療事故防止を図ります。

・高度化、複雑化した現代医療において、個人の努力に依存した取組みは限界があることから、医療事故の防止に向け、組織的な取組みを進めます。

・院内感染対策の充実を図るとともに、医薬品の安全確保、医療機器の定期的な保守点検を行うなど、安全管理のための施策を総合的に推進します。

② 県の取組み

・医療法に基づく医療機関に対する立入検査における指導などを通じて、医療法の趣旨を周知し、医療機関における医療安全の管理体制を推進します。

・厚生労働省等からの医療安全に関する情報提供を医療機関はもとより、県ホームページ等を通じて、広く県民へ周知します。

・医療の安全性及び信頼の向上を図り、医療従事者一人ひとりの意識改革や資質向上を図るため、厚生労働省等が実施する研修への積極的な参加を促進します。

(2) 医療に関する情報を、県民・患者と医療機関・医療従事者が共有することにより、県民・患者による医療への積極的な参加を通して、医療の質の向上を図ります。

　また、医療安全を確保する上で、医療機関・医療従事者と患者や家族との信頼関係を構築することが非常に重要です。このため、それぞれがインフォームドコンセントの重要性を再認識するとともに、さらに徹底を図っていく必要があり、県民、医療機関、関係団体及び行政が一体となって、引き続き、医療安全文化の醸成を促進します。

(3) 国において設けている「行政処分を受けた医療従事者に対する再教育を行う制度」により、行政処分を受けた医療従事者の質の向上を図ります。

２　医療安全支援センターの充実

(1) 医療安全支援センターにおいて、相談に従事する職員の資質の向上や医療機関、関係団体との連携を図りながら、患者・家族などからの相談・苦情等に対応するとともに、医療機関等への情報提供を行うことができる体制を整備します。

第５節　保健医療施策の推進

１　健康危機管理対策

基本的な考え方

健康危機管理とは、「厚生労働省健康危機管理基本指針」において、「医薬品、食中毒、感染症、飲料水その他何らかの原因により生じる国民の生命、健康の安全を脅かす事態に対して行われる健康被害の発生予防、拡大防止、治療等に関する業務のことをいう」とされています。

また、東日本大震災の発生を受け、発災時のみならず、発災に備えた地域における健康危機管理体制の確保も非常に重要な課題となっています。

健康危機管理対策の目的は、「健康危機の発生及び拡大防止とともに、風評被害や精神的な不安による被害の拡大防止」にあります。

例えば、腸管出血性大腸菌O−157などによる食中毒やノロウイルス等が原因となる院内・施設内感染などは、初期対応を誤ると被害が拡大するため、迅速な原因究明や適切な対応が不可欠となります。

また、新型インフルエンザ発生に対する対応や今後高い確率で発生するとされている「南海トラフの巨大地震」発生時の情報収集、保健衛生活動の全体調整など、より広範囲かつ適切な対応を求められているところです。

このような状況を受け、県では、健康危機の発生防止及び危機発生時の被害拡大を最小限に食い止めるため、総合的な管理体制を構築するとともに、地域においても、健康危機管理の拠点である保健所を中心として医療機関、警察、消防、市町村及び関係団体等が連携し、健康危機管理体制の構築を行っています。

※所管部局が不明確な場合や、複数の部局が関係し、全庁的に対応する必要がある場合には、「危機管理対策本部・危機管理会議」で対応することとなります。

現状と課題

健康危機管理については、地域保健法（平成６年制定）に基づく「地域保健対策推進に関する基本指針」（平成６年厚生省告示、平成12年３月一次改正、平成15年５月二次改正、平成24年７月三次改正）により、各機関の役割として、

◆健康危機管理体制の構築　◆役割の明確化　◆情報が一元管理される体制の構築
◆人材育成　◆手引書の作成　◆救急医療体制の整備
◆健康危機情報の収集、分析及び提供　等

が示されています。

これに基づき、本県では、総合的な体制の確保や情報の一元管理など、実際に危機管理事象が発生した場合の体制の整備等を行うため、平成16年３月に「徳島県健康危機管理マニュアル」を策定しました。この中で、健康危機に際して、関係各課等との連携のもと、迅速かつ的確な対応を行うものとして、「徳島県健康危機管理対策本部」や「健康危機管理体制連絡会議」を設置しました。また、地域の拠点となる各保健所でも、発生時の所内の対応を取りまとめたマニュアルを作成しています。

また、東日本大震災において、健康危機事案発生時における住民の健康管理の拠点である保健所や市町村保健センターが被災したことにより、住民の健康状態や避難所等の衛生状態などの情報の把握及び共有、保健師の配置等の調整機能の確保等、様々な課題が浮き彫りとなったことから、平成24年７月31日に「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」が改正されました。

今回の改正では、「大規模災害への備え」として、情報収集体制や保健活動の全体調整機能の確保、地域住民や関係者とのリスクコミュニケーションを行うことなど、新たな視点が加味されました。

施策の方向

１　危機管理体制の強化

県においては、危機発生時の迅速な対応を行うため、県庁内関係課・関係部署、消防、警察、関係団体等による「徳島県健康危機管理対策本部」や「健康危機管理体制連絡会議」を適切に運営し、県内の健康危機管理体制を構築します。また、地域においては、保健所を健康危機管理の拠点と位置づけ、健康危機発生時に関係機関が迅速かつ効率的に連携が行えるよう、医療機関、警察、消防、市町村及び関係団体等と「地域連携会議」を開催するなど、連携体制を構築します。

２　健康危機管理マニュアル(手引書)の検証及び訓練・研修

県における「徳島県健康危機管理マニュアル」や保健所における「健康危機管理対応マニュアル」については、評価及び検討を行い、見直しを行います。また、職員研修や図上訓練等を通じて個々の職員のスキルアップや適切な対応への備えを十分に図ります。

３　原因究明体制の整備

健康危機管理のポイントは、原因究明による発生予防と初動を含む対応・体制の整備です。

迅速で正確な情報収集・伝達・検索システム体制を整備するなど、原因究明及び被害拡大防止体制の整備を図ります。

４　震災等大規模災害発生時の対応

震災等大規模災害発生時においては、平成23年度に設置した「災害時保健衛生コーディネーター」を中心として、情報収集体制、国や他県とも連携した保健衛生活動の全体調整等を行い、感染症等の危機事象の発生防止等、各市町村保健衛生活動への応援態勢を構築します。

また、災害時保健衛生コーディネーター設置と同時に改正を行った「徳島県災害時保健衛生マニュアル」を活用し、市町村のみならず、地元や関係機関とも連携した訓練や研修の実施等、あらゆる機会を活用したリスクコミュニケーションの向上により、有事に備えます。

５　市町村との有機的な連携及び対応

平時より、各種研修会や訓練等を通じ、保健衛生活動や情報収集における役割の明確化、人材の育成、迅速な応援態勢の整備等が行えるよう密接な連携体制を構築します。

２　健康増進（健康徳島２１の推進）

基本的な考え方

健康は、すべてのひとの願いであり、誰もが健康であることを願っています。

もとより、健康づくりは「自らの健康は自らつくる」ことが基本であり、県民一人ひとりが健康への関心を高め、バランスのとれた食生活や運動習慣などの生活習慣を見直すなど、主体的、継続的に取り組むことが重要です。

また、効果的な健康づくりとするためには、個人が主体的に取り組むとともに、家庭や学校、地域、職場のほか、関係機関・団体等による健康づくりのための環境整備も重要です。

県民、関係機関・団体等が一体となり、県民総ぐるみによる健康県民運動として推進していくことが必要です。

現状と課題

１　健康増進をめぐる状況

わが国では近年、生活環境の向上や医学の進歩などにより、国民の平均寿命が飛躍的に延び、世界有数の長寿国となりました。これに伴い、急速に高齢化が進み、がんや循環器疾患などの生活習慣病の人が増えています。病気や障害などで介護を必要とする人の増加も予測され、身体機能や生活の質を保ちながら、心豊かで活力ある社会をいかに維持していくかが重要な課題となっています。

そこで、２１世紀の日本を「すべての国民が健やかで心豊かに生活できる活力ある社会」とするために、これまでにも増して、健康を増進し、発病を予防する「一次予防」に重点を置き、壮年期死亡や要介護状態を減少させ、健康寿命の延伸等を図っていくことが極めて重要になっています。

２　本県における健康増進の状況

すべての県民が「健やかで心豊かに生活できる活力ある社会の実現」を図るため、平成13年３月に、県民の健康づくりの目標及び基本的取り組みを示した健康増進計画「健康徳島21」を策定し、総合的な健康づくりを推進してきました。

しかしながら、平成5年以降、平成19年を除き平成23年まで糖尿病死亡率が全国最下位を記録するなど、生活習慣病対策は重点課題となっています。

このため、平成17年11月には「糖尿病緊急事態宣言」を行い、県民への注意を喚起するとともに、平成18年1月には、県内各層の団体により構成する「みんなでつくろう！健康とくしま県民会議」を設立し、「みんなでつくろう！」をキーワードに、「健康とくしま運動」を推進しています。

さらに、平成20年度からは、「特定健診・保健指導」の実施が医療保険者に義務づけられることとなり、健診受診率・保健指導実施率の向上が求められています。

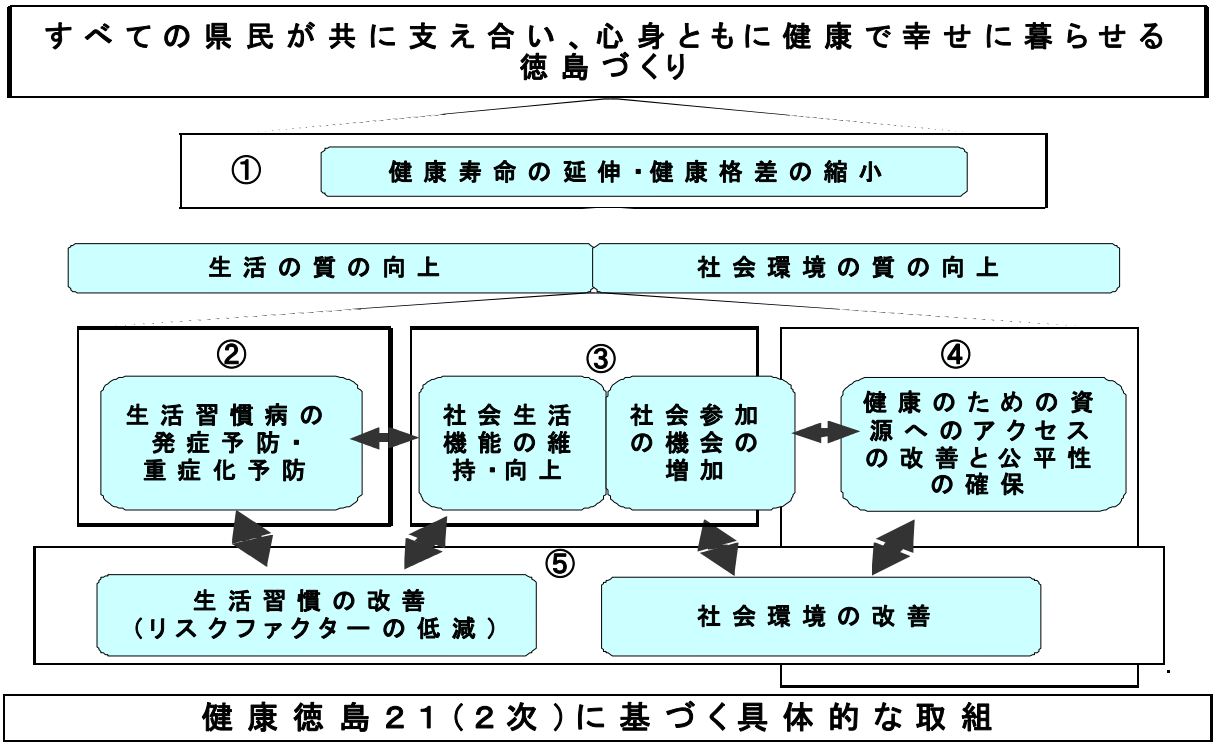
平成24年２月には、歯と口腔の健康づくりを推進するため、「笑顔が踊るとくしま歯と口腔の健康づくり推進条例」を制定するとともに、平成24年度からは、野菜摂取量不足の解消のため「やさい１日５皿運動」を推進し、健康づくりを総合的かつ計画的に展開しています。

また、主要な生活習慣病の４疾病に加え、肝疾患、ＣＯＰＤ（慢性閉塞性肺疾患）、腎不全が、全国と比べて高い水準で推移しており、糖尿病対策に加え、たばこ対策など、改善に向けた取組みが必要です。

３　健康徳島２１の改定

国においては、平成24年７月に「すべての国民が共に支え合い、健康で幸せに暮らせる社会」を目指し、生活習慣病の一次予防と重症化防止、健康寿命の延伸に加え、地域間や社会階層間の健康格差の縮小などを基本的な方向とした国民の健康づくりの指針となる「健康日本２１」を改定しました。これを踏まえ、本県においても「健康徳島２１」を改定し、計画期間を平成25年度から29年度までの５年間としました。

特に「糖尿病対策」を最優先の健康課題と位置づけ、生活習慣病対策として「発症予防」「重症化予防」「合併症による臓器障害の予防・生命予後の改善」の各プロセスにおける「目標」及び目標を達成するための具体的な「取組方針」、さらにわかりやすく数値に表した「目標値」を設定し、県民、地域や関係機関・団体等が一体となって「健康とくしま」の実現を推進していくものです。



重点目標	ベースライン	目標
がん	平成17年人口動態統計調査 総数：88.3（人口10万対）	年齢調整死亡率（75歳未満）を ２０％減少させる。（平成27年）
脳血管疾患	平成22年人口動態統計調査 男性：45.7　女性：24.1 （人口10万対）	年齢調整死亡率を１５％減少させる。 （平成34年）
虚血性心疾患	平成22年人口動態統計調査 男性：28.2　女性：10.8 （人口10万対）	年齢調整死亡率を１５％減少させる。 （平成34年）
糖尿病	平成23年人口動態統計 17.3（人口10万対）	糖尿病死亡率全国ワースト１からの脱却
メタボリックシンドローム	平成22年県民健康栄養調査 推計該当者・予備群　13.4万人 ※対象40歳～74歳	有病者・予備群を２５％減少させる。 （平成34年）

施策の方向

主要な生活習慣病に、本県において死亡率が高い肝疾患、腎不全、慢性閉塞性肺疾患（ＣＯＰＤ）も加え、各種の対策を推進します。

１　みんなでつくろう！健康とくしま事業

県内各層約50団体により構成する「みんなでつくろう！健康とくしま県民会議」を推進母体に、県民総ぐるみによる「健康とくしま運動」を全県的に推進します。

(1)　健康とくしま応援団

食環境づくりやたばこ対策などの健康づくりをサポートするための環境整備に取り組む店舗・事業所・団体等を「健康とくしま応援団」として募集・登録し、健康とくしま運動の県内全域への浸透を図ります。

(2)　健康づくりサポートツール

県民による健康づくりを具体的に実践するためのツールとして開発した、郷土芸能である阿波踊りをベースにした「阿波踊り体操」、郷土料理をアレンジし、脂肪控えめ・食物繊維豊富な「ヘルシー阿波レシピ」の普及啓発を推進します。

(3)　健康とくしま憲章

健康づくりの行動を起こすための指針として、また一人ひとりの行動の規範として平成20年に制定した「健康とくしま憲章」を普及することにより、さらに県民の健康づくり意識の高揚を図ります。

(4)　とくしま健康づくりチャレンジャー

健康寿命をアップし、地域における「健康づくり」に対する気運を高め、広く、健康づくりに関心をある人を募集・登録し、個人の健康づくりへの取組みを支援します。

(5)　健康増進の普及

生活習慣病やメタボリックシンドロームに関する正しい知識の普及とともに、県民一人ひとりの健康に対する意識啓発を図るため、各種の健康教育や健康づくり大会を開催するなどにより、県民連帯による健康づくりを進めます。

２　健康づくりのネットワーク

地域や行政、関係機関・団体等の役割分担を明確にし、相互に緊密な連携を図りながら、健康づくりの普及啓発や環境整備など、健康づくりの取組みを推進します。

特に糖尿病対策については、健診から保健指導、検査、治療までの流れを含む地域医療連携システムの構築を目指した「糖尿病地域連携パス」の普及、「健康・医療クラスター創成事業」充実強化の一環として設置された「糖尿病対策センター」における先端的研究・臨床治療・疫学調査などの研究成果の活用、及び各種団体や行政機関により構成する「糖尿病克服県民会議」における様々な議論、意見をいただきながら、県を挙げてより一層効果的な糖尿病対策を推進

します。

３　特定健診・保健指導の推進

生活習慣病の発症リスク要因である肥満、高血圧症、脂質異常症、耐糖能異常などを早期に発見するため、地域保健と職域保健との連携を図り、平成20年度から医療保険者に義務づけられた「特定健康診査・保健指導」の健診受診率及び保健指導実施率の向上に努めています。

４　望ましい生活習慣の確立

(1)　適切な食生活の実践

栄養士会、調理師会、食生活改善推協議会等との連携を図り、地域における食生活改善推進員等による栄養改善指導や給食施設の育成指導を推進するとともに、バランスの良い食生活や野菜摂取量不足改善に向けた取組みを推進します。

(2)　適度な運動習慣

家庭・地域・学校との連携を深め、小児期から自分にあった運動習慣の習得や、総合型地域スポーツクラブの育成、「プラス1000歩運動」の推進等により、日常生活への運動習慣の定着化を図ります。

(3)　喫煙対策

喫煙が健康に及ぼす影響についての正しい情報を提供するとともに、未成年者の喫煙防止、公共施設等の受動喫煙防止対策を推進します。

(4)　歯科保健対策

平成24年2月、「笑顔が踊るとくしま歯と口腔の健康づくり推進条例」が公布・施行され、乳幼児期から高齢期までのそれぞれの時期に応じた歯科保健医療対策を推進します。

３　自殺予防対策

基本的な考え方

警察庁の自殺統計によると、全国の自殺者は、平成24年に15年ぶりに３万人を下回ったものの、依然として２万８千人近い人が自殺しており、自殺予防対策は、社会全体で取り組むべき喫緊の課題になっています。

また、本県では、「自殺は、その多くが追い込まれた末の死である」、「自殺は、その多くが防ぐことができる社会的な問題である」、「自殺を考えている人は何らかのサインを発していることが多い」ものと認識しています。

これらの認識のもと、本県においては、自殺予防対策として、県、市町村、医師会、ＮＰＯなどの連携による総合的な対応を行い、「自殺者ゼロ」を目指しています。

現状と課題

昭和54年７月に「徳島いのちの電話」（平成24年４月に「いのちの希望」に名前を変更。）が電話相談を開始し、その後、社会福祉法人化し、県下に３つの支部を設けるとともに、平成24年７月からは、24時間体制での電話相談を開始。現在、95名の相談員により、年間約15,000件の相談を受け付けています。平成25年度からは、メールによる相談の実施に向けて、相談員の研修を開始しています。

県では、当団体と連携、支援しながら県下の自殺予防相談体制を充実することにより、保健所（年間約7,000件）、精神保健福祉センター（自殺予防センターを設置）（年間約3,400件）に順次相談体制を整備してきました。

特に、平成21年８月からは、国の基金を活用し、「自殺者ゼロ作戦」を展開し、普及啓発や相談支援体制の充実など、市町村、医師会、ＮＰＯ，関係団体などと連携し、総合的な対策に取り組んできました。

また、自殺をする人のサインに「気づき」、「つなぎ」、「傾聴」、「見守り」を行う「自殺予防サポーター」を平成23年度から平成26年度の４年間で4,000名養成することを目標に掲げ、平成23年度１年間で3,636名を養成しました。

これらの対応により、県民の皆様の中に、「自殺予防」という認識が徐々に広がり、本県の「お

おらかな県民性」や他県に比較して充実している医療・福祉環境とも相まって徐々に成果が現れてきたものと考えています。

その結果、昭和55年には、自殺者数は188人で、人口10万人当たりの自殺者数（厚生労働省人口動態調査）は、全国ワースト６位であったものが、平成22年には168人、平成23年には150人と２年連続して全国最少となり、特に平成23年は、人口10万人当たりの自殺者数でも全国ベスト２位となるなど（いずれも警察庁統計）大きな成果をあげています。

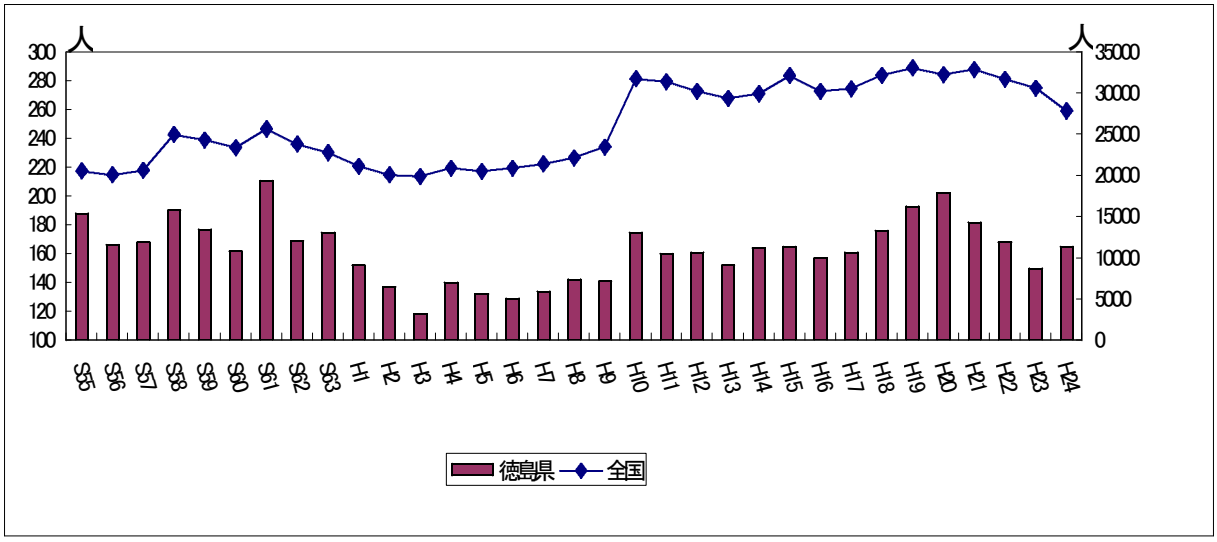
しかし、最近における全国的な傾向では、雇用情勢の悪化などを踏まえ、若者の自殺が増加しており、その対応が求められています。平成22年と平成23年を比較すると、全国では、自殺者総数が減少する中、19歳以下及び20歳代の自殺者は微増しています。また、学生・生徒の自殺者が平成23年1,029人と、初めて1,000人を上回りました。本県では、平成22年と平成23年の比較では、合計22人が15人に減少していますが、平成23年と平成24年の比較では、15人が23人に増加しており、若者対策が喫緊の課題となっています。

また、平成24年に社会問題となった「いじめ自殺問題」への対応も急務となっており、コンビニ店舗との連携による児童生徒の見守り、小中学生に対する啓発用クリアファイルの配付などを実施しています。

さらに、本県の自殺には地域性があると指摘されています。本県における平成20年から平成23年の県全体の自殺率22.3に比べ、三好保健所管内36.7、美馬保健所管内24.7の２つの保健所管内で平均を上回っており、県西部の自殺者が多い特徴があります。

また、県南部の海陽町（旧海部町）では自殺者が少ないため、大学の研究員によりアンケート調査などが行われ、「地域社会の結び付きが緩やか」「気軽に助けを求める」といった住民気質が自殺予防の因子でないかと分析されています。

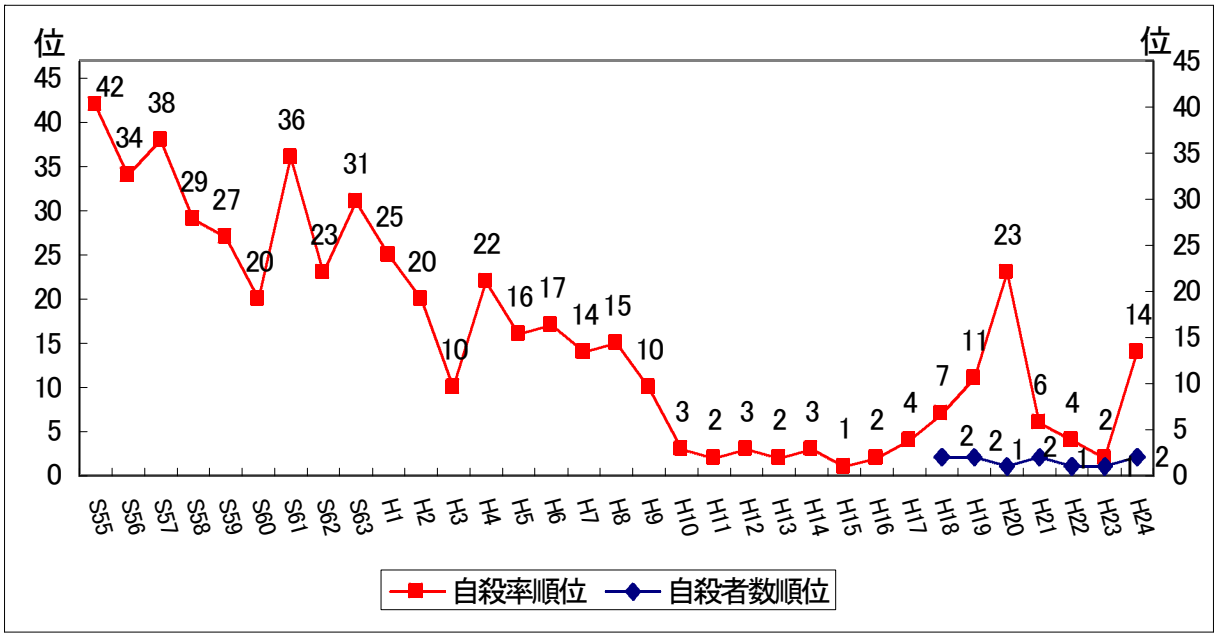
自殺者数の推移　（昭和55年から平成24年）



（左目盛･･･徳島県　右目盛･･･全国）

資料：昭和55年から平成17年までは、人口動態統計（厚生労働省）
　　平成18年から平成24年までは、警察庁統計

自殺率・自殺者数全国順位推移　　（昭和55年から平成24年）



（全国順位は昇順「少ない方から数えて」の順位）

資料：昭和55年から平成17年までは、人口動態統計（厚生労働省）
　　平成18年から平成24年までは、警察庁統計

施策の方向

内閣府の「自殺総合対策大綱」が平成24年８月に見直されたことを踏まえ、県においても、「徳島県自殺者ゼロ作戦～「生きる希望」プロジェクト～」として、今後、増加傾向にある若者の自殺対策、自殺企図者、がん患者、うつ病患者などハイリスク者対策及び依然約30パーセントを占めている高齢者の自殺対策に重点を置いた取組みを行っていきます。

また、自殺予防サポーターの養成による自殺予防対策から、団体や組織との連携による、いわば「点から面へ」対策を充実させる必要があります。

１　自殺予防対策の推進

自殺は、経済・雇用、さらには福祉、医療など様々な要因が複合的に絡み合う問題です。

このため、市町村、医師会、ＮＰＯ、関係団体などと連携し、総合的に対応する必要があります。

２　地域的課題としての位置づけ

自殺予防対策は、地域的特徴を有する課題であることから、地域毎に若者、高齢者、就労者などに対策の重点を置いた効果的な対策を推進する必要があります。

３　今後の取組み

（１）若者対策
- 大学等との連携による相談体制の充実
- 大学祭やイベントを活用した自殺予防キャンペーンなどの普及啓発の実施

（２）いじめ自殺対策
- 学校における心の相談体制の充実
- いじめ問題検討組織の充実強化

（３）ハイリスク者対策
- 救急医療機関、精神科医療及び地域保健が連携した自殺未遂者の再度の自殺企図予防対策
- 精神科医師と一般内科医師の連携によるうつ病患者対策の充実
- 県立三好病院内に設置を検討中の「心の相談室（仮称）」を中心とした心のケアの充実（県西部）
- 多重債務者等を対象とする相談会の開催
- 自死遺族への相談窓口の周知及び相談啓発

（４）高齢者対策
・閉じこもりや孤立を防ぎ、社会参加を促す事業の実施
・高齢者を対象とする相談窓口の充実及び周知
（５）関係団体との連携強化
・自殺予防に関する協定の締結による各種団体の自殺対策への参画

４　母子保健対策

基本的な考え方

母子保健は、生涯を通じて健康な生活を送るための第一歩であり、また、次の世代を健やかに生み育てるための基盤でもあります。思春期から妊娠・出産を通して母性・父性がはぐくまれ、次代を担う児童が健やかに育つことを目指すものです。

本県においては、厚生労働省が発表した国民運動計画「健やか親子21」を踏まえ、この運動計画の基本的視点をベースに、関係者、関係機関・団体が一体となって本県の母子保健施策の推進を図り、特に、「健やか親子21」の柱である、妊娠出産の安全と不妊への支援、思春期保健、育児不安と子どもの心の発達の問題、児童虐待等の課題にも対応しています。

現状と課題

１　母子保健事業の現状

○　医療水準や生活水準、公衆衛生の向上などにより、乳児や新生児、周産期死亡率は、横ばいか減少傾向となっていましたが、平成23年は全国平均を上回る状況となっており、今後も母子保健関係指標の改善が求められます。（表１）

詳細については「第３節３　周産期医療体制の整備」を参照

○　社会環境の変化に伴い、多様な地域住民のニーズに対応するため、平成９年度から身近で頻度の高い母子保健サービスは市町村で実施し、広域的専門的サービスは保健所で実施しています。

今後も、市町村と保健所がそれぞれの機能の充実を図る必要があります。

○　市町村では、妊娠の届出により母子健康手帳を交付し、妊娠中の不安の軽減、友達づくりや健康管理のため、妊婦と夫等を対象にした教室や相談を実施し、必要な情報や知識を提供しています。また、平成21年度より県内全市町村において妊婦健康診査にかかる公費負担が、５回から14回に拡大されました。

また、母子保健をめぐる状況の変化や平成22年乳幼児身体発育調査の結果を反映した乳幼児身体発達曲線の改訂、そして、社会情勢や保健医療福祉制度の変化を踏まえて、母子健康手帳が10年ぶりに改正されました。

なお、徳島県母子保健評価システム(平成22年度)によると、妊娠届が11週以内は92.3%、28週以上は0.6%でした。

また、県では妊婦健診等の経過を記載した「共通診療ノート」の普及や活用等により、地域の中核病院と診療所の連　携を促進し、診療所医師が参画・支援できる体制づくりを進めています。

○　市町村では、妊婦健康診査、乳児健康診査、1歳6か月児健康診査、3歳児健康診査を実施しています。

徳島県母子保健評価システム（平成22年度）によると、１歳６か月児健康診査受診率は94.8%、３歳児健康診査受診率は91.9%という状況です。

○　平成21年4月に施行された改正児童福祉法により、乳児家庭全戸訪問事業（こんにちは赤ちゃん事業）及び養育支援訪問事業が法定化され、市町村においてすべての乳児のいる家庭を訪問し、子育ての孤立化を防ぎ、養育支援が特に必要な家庭への訪問による支援を行うことが努力義務とされました。

○　保健所では、長期療養児の適切な療養を確保するために、医師等による相談・指導を行う長期療養児療育指導等を実施しています。

○　フェニールケトン尿症等の先天性代謝異常及び先天性甲状腺機能低下症は放置すると知的障害等の症状をきたすため、県では先天性代謝異常等検査を実施しています。今後は、タンデムマス法を用いた新生児マス・スクリーニング検査を行うことにより、アミノ酸代謝異常、有機酸代謝異常及び脂肪酸代謝異常の早期発見に努め、早期治療により心身障害の予防又は軽減を図ります。

○　平成22年度より、国を挙げて対策がすすめられているＨＴＬＶ－１（ヒトT細胞白血病等の病気の原因となるウイルス）母子感染対策として、平成23年４月より妊婦に対するＨＴＬＶ－１抗体検査を全額公費負担で実施していますが、今後も周産期医療協議会等で相談支援体制等について協議しながら進めます。

○　「健やか親子21」の取組の一環として、妊娠・出産に関する安全性と快適さの確保を目指し、マタニティーマークの周知、普及に努めています。

２　生涯を通じた女性の健康支援

保健所では、女性の健康を支え、生き甲斐のある生活を支援するため、健康教育事業、相談事業を実施しています。

また、不妊・不育に悩む夫婦等に対し、徳島大学病院に委託し「徳島県不妊・不育相談室」を設置し専門相談、情報提供や心のケア等精神的サポートの充実を図っています。

なお、県では、不妊治療の経済的負担の軽減を図るため、医療保険が適用されず、高額の医療費がかかる配偶者間の特定不妊治療（体外受精又は顕微授精）に要する費用の一部を助成しています。

３　育児不安の軽減と発達障害や虐待予防への対応

近年、核家族化や地域の人間関係の希薄化、育児経験のなさ、育児情報の氾濫等により、妊娠・出産・育児についての不安や悩み・孤立感を持つ親が増加し、育児や虐待等の相談件数は増加傾向にあります。

このため、安心して子育てができ、子どもの心が健やかに成長できるよう、地域における子育て支援体制の整備を図るとともに、発達障害への対応や虐待予防と早期発見を念頭に置いた母子保健事業の展開と関係者間のネットワークを構築する必要があります。

４　子どもの健康づくりへの対応

近年、食生活の変化・社会環境等の変化から、子どもの生活習慣の乱れが指摘されており、小児肥満や脂質異常症など生活習慣病の危険因子を持つ子どもが増加傾向にあります。これらに対応するため、保健指導を充実し、予防対策を推進する必要があります。

５　思春期保健対策

思春期は、心身の成長にとって重要な時期ですが、社会環境の変化や性情報の氾濫等による影響が問題となっています。特に、喫煙・飲酒の低年齢化、20歳未満の人口妊娠中絶率や性感染症も年々増加傾向にあり、心身症や摂食障害、不登校、いじめ、ひきこもり等の心の問題も深刻化しています。

このため、生命の尊さやお互いを思いやる気持ちの大切さといった基本的な考え方に基づいた性に関する教育や将来の母性、父性の涵養のための体験学習・健康教育の実施、相談体制の整備等を学校保健と連携しながら進める必要があります。

施策の方向

１　母子保健思想の普及

次代を担う子どもを安心して生み育てるため、また、生涯を通じた健康を守るため、母子保健に関する正しい知識の普及啓発が大切であり、母親（両親）学級や育児学級などを開催し、思春期から妊娠・出産・育児期、さらには更年期までのライフステージに応じた適切な保健指導と相談体制の整備を図ります。

２　母子保健・医療対策の推進

(1) 市町村母子保健事業の促進

市町村において一元的に実施されている妊婦・乳幼児健康診査、保健指導、妊産婦・新生児訪問指導等の基本的な母子保健サービスが、「健やか親子21」の理念に沿って適切に実施され、サービスの低下や地域格差が生じないよう、市町村母子保健事業の促進を図ります。

(2) 保健所における専門的母子保健事業の充実強化

思春期保健対策事業等を含む子どもの健康支援事業、生涯を通じた女性の健康支援事業について、市町村・学校関係者等と連携を図りながら、地域の実情に即した対応を行っていきます。また、虐待に関して予防・早期発見・フォロー等迅速に対応するため、こども女性相談センター、発達障害者総合支援センター等関係機関と連携を図りながらネットワークを構築し充実強化を図ります。

(3) 母子保健評価システム

市町村において実施されている母子保健事業に関する情報を保健所において収集・分析・還元することにより、有効かつ的確な地域母子保健医療対策の推進を図ります。

(4) 医療費助成事業の充実

子どもはぐくみ医療費助成事業、小児慢性特定疾患治療研究事業、自立支援医療（育成医療)、未熟児養育医療等の医療援護事業の充実を図ります。

(5) 不妊治療及び不妊・不育相談の推進

不妊・不育について悩む夫婦等に対し、専門スタッフによる適切な相談体制の充実を図るとともに、不妊治療費助成事業を推進します。

(6) 小児期からの生活習慣病予防対策の推進

正しい生活習慣は小児期から大切であり、多くの立場から参加を求め、保健、医療、福祉、教育等関係機関の連携、協力を得て、県下全児童・生徒の体型データを集積し、検討を加え、活用することにより、子どもたちの健全な発育・発達を促し、小児期からの生活習慣病対策の推進を図ります。

(7) 周産期医療対策

「第３節３　周産期医療体制の整備」を参照

表１

区　分	出生率（人口千対）		乳児死亡率（出生千対）		新生児死亡率（出生千対）		周産期死亡率（出産千対）		死産率（出産千対）		妊産婦死亡率（出産10万対）（5年間平均）	
	H18	H23	H18	H23	H18	H23	H18	H23	H18	H23	H18	H23
徳島県	7.8	7.6	3.0	5.1	1.6	2.5	4.1	4.6	26.1	21.2	3.0	3.3
全国順位	41	35	7	1	11	1	36	9	30	43	10	
全国平均	8.7	8.3	2.6	2.3	1.3	1.1	4.7	4.1	27.5	23.9	5.6	4.0

資料：人口動態統計（厚生労働省）

５　高齢者保健医療福祉対策

基本的な考え方

我が国の人口は減少傾向が進む一方で、高齢者の人口は増え続け、平成27年(2015年)には、いわゆる「団塊の世代」のすべてが65歳以上となるなど、今後ますます高齢化が進展すると予想されています。

このような中、高齢者が心身ともに元気で健康に暮らせる「健康寿命」を可能な限り延ばし、地域社会において、これまで培われてきた経験や知識等を活かして活躍でき、「地域の宝」として尊ばれ、敬愛される長寿社会の実現を目指します。

平成23年３月11日に発生した東日本大震災においては、家庭や地域等のコミュニティにおける、人と人との絆やつながりの重要性が再認識されたところであり、本県においても、「南海トラフの巨大地震」を想定した防災・減災対策はもとより、高齢者が地域住民、支援団体、行政等と地域の絆で結ばれ、可能な限り住み慣れた地域で、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるようにするため、医療、介護、住まい、生活支援サービス等を切れ目なく提供する地域包括ケアシステムの構築を推進します。

さらに、壮年期からの健康づくりや、介護予防を重視した取組みを推進することなどにより、

介護保険制度の安定的な運営を維持するとともに、地域の高齢者が要介護状態となった場合においても、自らの選択に基づいて、家庭や地域において、必要なサービスを適切かつ包括的に享受できる介護基盤を整備することにより、高齢者をはじめとする「地域の命」を守ることが出来る社会システムの整備を図ります。

これらを基本理念として策定した、「とくしま高齢者いきいきプラン(2012～2014)」を市町村、関係機関等と一体となって推進し、「高齢者の笑顔の花咲く徳島」の実現を目指すこととしています。

現状と課題

１　高齢者等の状況

本県の高齢化率(総人口に占める65歳以上の高齢者の割合)は、平成22年の国勢調査では27.0％で、全国平均の23.0％を大きく上回り全国第８位となっています。

今後も高齢者人口は増え続け、本県の65歳以上の高齢者数がピークを迎えると予想されている平成32年(2020年)には高齢化率が33.3％と、３人に１人が65歳以上になることが予想されています。

介護を必要とする高齢者の増加が見込まれるのに加えて、単身又は夫婦だけで暮らす高齢者世帯の割合が増加してきており、今後もこの傾向が続くことが予測され、家族の介護機能の低下が進んでいくものと考えられます。

徳 島 県 の 人 口　（各年１０月１日現在）

区 分	H7年	H１２年	H１７年	H２２年	H２７年	H３２年
総 人 口	83.2万人	82.4万人	81.0万人	78.5万人	76.2万人	73.0万人
0歳～14歳	15.9%	14.2%	13.1%	12.4%	11.2%	10.3%
15歳～64歳	65.1%	63.8%	62.6%	60.6%	58.3%	56.4%
65歳以上	18.9%	21.9%	24.4%	27.0%	30.5%	33.3%

資料：H22年までは「国勢調査」
　　H27年以降は、国立社会保障・人口問題研究所「将来推計人口（H19年５月推計)」

２　高齢者保健福祉施策の現状

県においては、これまで３年ごとに徳島県高齢者保健福祉計画・介護保険事業支援計画を策定し、計画に基づく介護基盤の整備を行ってきた結果、介護サービスの利用が拡大し、介護基盤の整備が全国的に高い水準となる一方、１人当たりの給付費も高い水準となっています。

このような中、介護関係施設については、近年、新たな整備を抑制してきましたが、平成24年３月に策定した「とくしま高齢者いきいきプラン(2012～2014)」では、保険料増加を抑制しつつ必要なサービス料を見込んで新たな整備枠も設けたところです。

また、「徳島県健康福祉祭」の開催や「徳島県敬老県民のつどい」などを通じた高齢者の生きがいづくりのほか、公益財団法人とくしま“あい”ランド推進協議会や公益財団法人徳島県老人クラブ連合会と連携し、高齢者の生きがいづくりや社会参加の支援を行うことにより、元気な高齢者の活動支援を推進しています。

３　高齢者保健福祉施策展開にあたっての課題について

今後、高齢化がさらに進展する中で、高齢者の生きがいづくり、社会参加の支援、健康寿命を延ばすための取組みや地域包括ケアシステムの構築、介護サービス等の充実及び適正化の推進など、高齢者を地域の絆で支える体制づくりが喫緊の課題となっています。

（重点課題）

① いきいき「元気高齢者」の活動支援の推進
② 地域で支え合う環境づくりの推進
③ 介護サービス等の充実、「介護・保健・医療」の連携推進
④ 介護保険制度運営の適正化の推進

施策の方向

重点課題について、市町村等と連携しながら、次の３つ視点を持って施策を推進することとします。

１　「地域から幸福あふれる徳島」の実現

高齢者が地域社会において、これまで培われた経験や知識等を活かして活動され、趣味やボランティア活動などを通じて、生きがいを持って生活していただくことにより、地域や社会全体の活性化へとつなげます。

また、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスを日常生活の場（日常生活圏域）で包括的に提供する地域包括ケアシステムの構築を進めます。

２　「高齢者が安心して暮らせる徳島」の実現

今後も増加が見込まれているひとり暮らし高齢者や認知症高齢者の方などが、地域において安心して暮らせるための支援体制の整備や、防災・減災対策等を、高齢者の目線に立って展開します。

３　「持続可能な介護保険制度」の実現

要介護者とならないよう、壮年期からの健康づくりや介護予防などの対策を推進するとともに、介護保険の要である要介護認定、ケアプランの作成、サービス提供などの適正化を徹底するとともに、介護従事者等の人材確保・育成・資質向上につながる施策を講じることにより、介護保険制度の運営向上を図ります。

６　障害者(児)保健医療福祉対策

基本的な考え方

障害者（児）に対する保健医療福祉対策は、障害の原因となる疾病等の予防・治療と障害の早期発見・早期療育体制の充実、医療・リハビリテーションの充実、地域社会で自立した生活を営むための生活支援のための各種サービスの充実を図る必要があります。

平成18年４月から施行された障害者自立支援法では、従来の「身体」「知的」「精神」の各制度の一元化やサービス体系・施設体系の再編が行われました。また、平成23年８月には、「障害者基本法」が改正され、「障害者の定義の見直し」や、全ての国民が障害の有無によって分け隔てられることなく互いに人格と個性を尊重し合いながら共生する社会を実現するための基本原則が定められました。

さらに、「障害者自立支援法」が、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(障害者総合支援法)」として、障害者の範囲に難病等を加えるなどの見直しを行い、平成25年４月から施行されます。

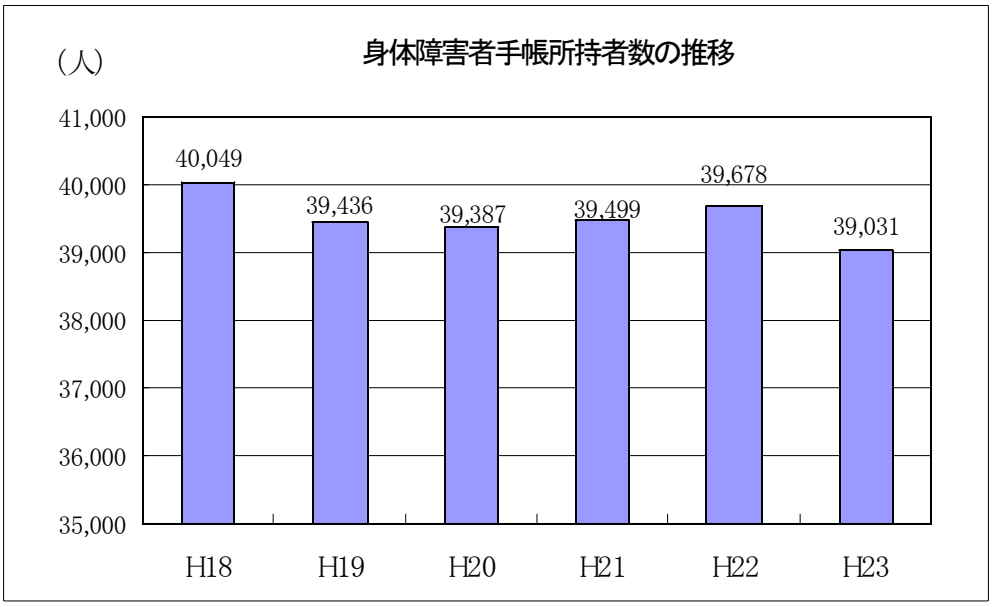
障害者が住み慣れた地域社会のなかで、主体性と自立性を確立するとともに、ライフステージのすべての段階において、自らの生活を積極的に営んでいくことを可能とする総合的な施策の推進が重要となってきているため、広域的な障害保健福祉圏域に基づき、保健、医療、福祉の一層の連携強化を図る必要があります。

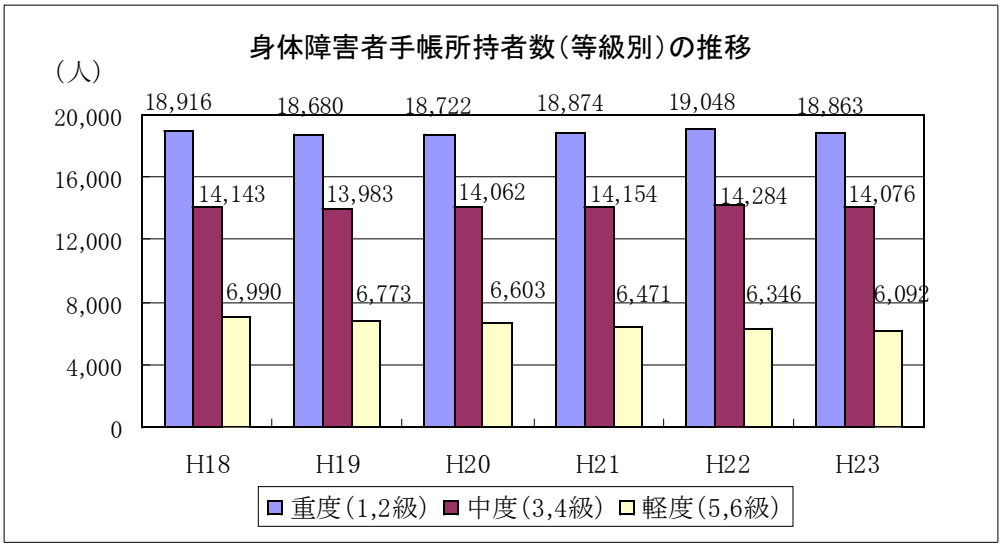
現状と課題

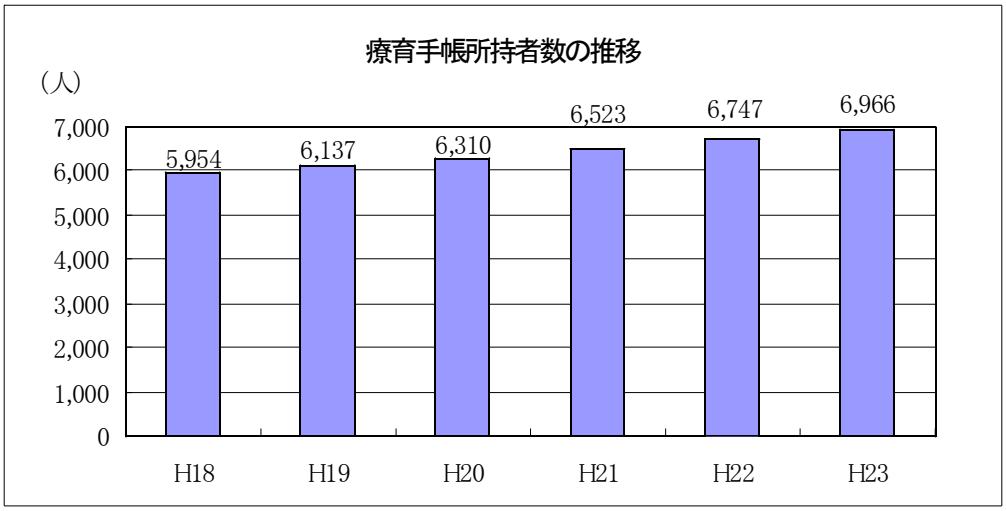
１　障害者の状況

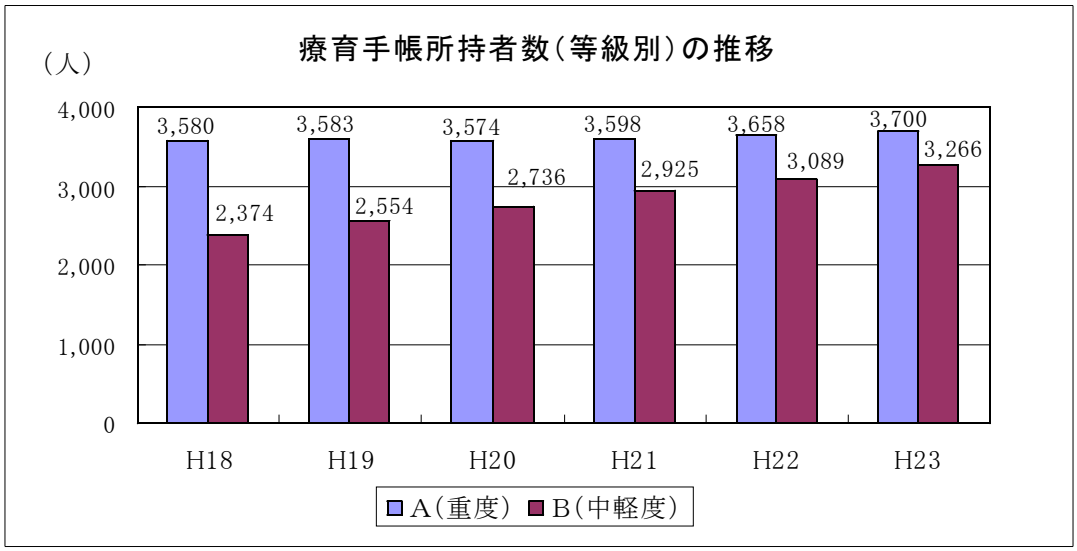
平成24年３月末現在、本県の障害者数は身体障害者(児)（身体障害者手帳所持者）が39,031人、知的障害者（児）（療育手帳所持者）が6,966人、精神障害者（精神障害者保健福祉手帳所持者）が3,547人となっており、実数、県人口に占める割合とも増加傾向にあります。

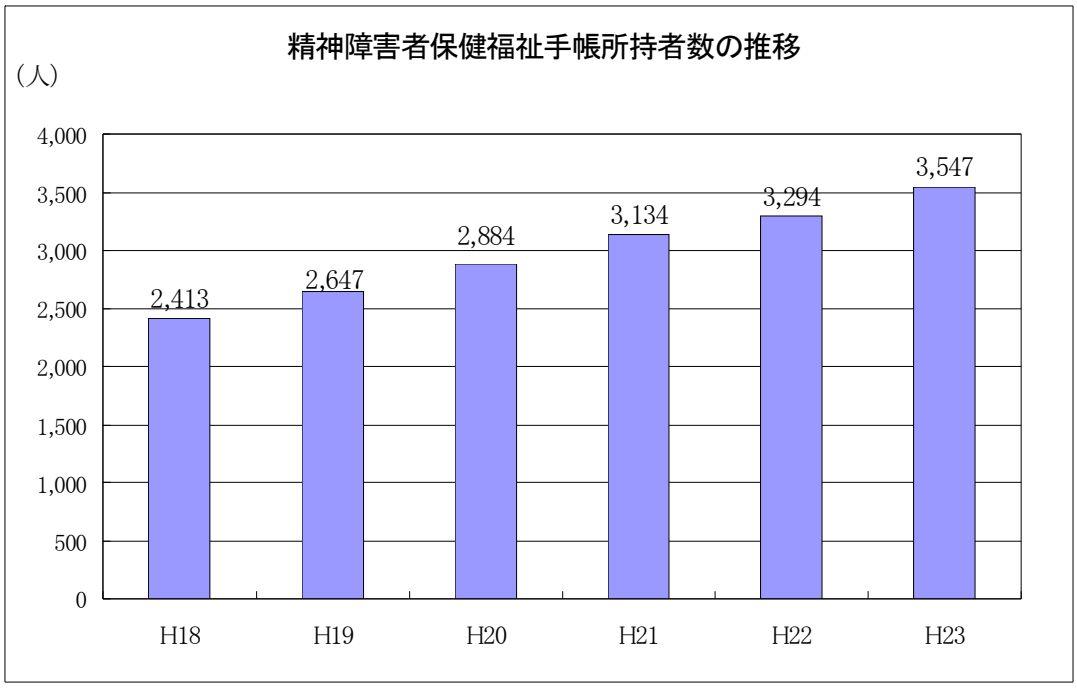
身体障害者（児）の障害の重度化、高齢化がみられます。

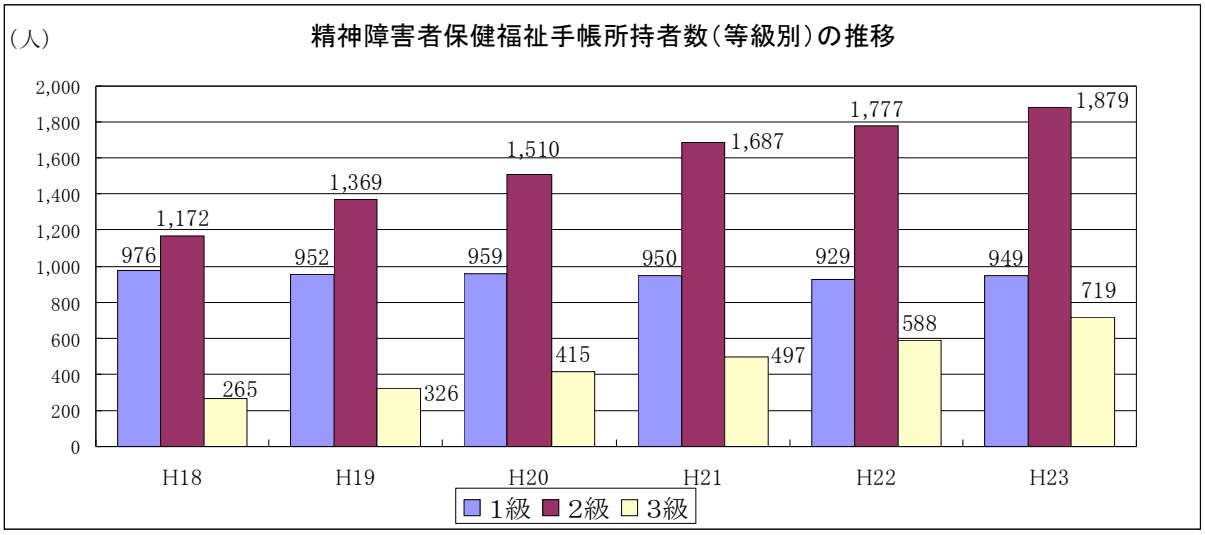

身体障害者手帳所持者数の推移
(人)
41,000
40,000
39,000
38,000
37,000
36,000
35,000
40,049
39,436
39,387
39,499
39,678
39,031
H18
H19
H20
H21
H22
H23


身体障害者手帳所持者数(等級別)の推移
(人)
20,000
16,000
12,000
8,000
4,000
0
18,916
18,680
18,722
18,874
19,048
18,863
14,143
13,983
14,062
14,154
14,284
14,076
6,990
6,773
6,603
6,471
6,346
6,092
H18
H19
H20
H21
H22
H23
重度(1,2級)
中度(3,4級)
軽度(5,6級)


療育手帳所持者数の推移
(人)
7,000
6,000
5,000
4,000
3,000
2,000
1,000
0
5,954
6,137
6,310
6,523
6,747
6,966
H18
H19
H20
H21
H22
H23


療育手帳所持者数（等級別）の推移
（人）
4,000
3,000
2,000
1,000
0
3,580
2,374
3,583
2,554
3,574
2,736
3,598
2,925
3,658
3,089
3,700
3,266
H18
H19
H20
H21
H22
H23
A（重度）
B（中軽度）


精神障害者保健福祉手帳所持者数の推移
（人）
4,000
3,500
3,000
2,500
2,000
1,500
1,000
500
0
2,413
2,647
2,884
3,134
3,294
3,547
H18
H19
H20
H21
H22
H23


精神障害者保健福祉手帳所持者数（等級別）の推移
（人）
2,000
1,800
1,600
1,400
1,200
1,000
800
600
400
200
0
976
1,172
265
952
1,369
326
959
1,510
415
950
1,687
497
929
1,777
588
949
1,879
719
H18
H19
H20
H21
H22
H23
1級
2級
3級

２　本県における障害者への対応

本県においては、障害者自立支援法に基づき、障害福祉サービス等の数値目標を掲げた実施計画を見直し、「徳島県障害福祉計画（第３期）」を平成24年３月に策定するとともに、あわせて障害者基本法に基づく従来の長期計画を見直し、「徳島県障害者施策基本計画」を策定したところです。

今後、両計画に基づき障害者（児）施策の総合的かつ計画的な推進を図っていくこととしています。

施策の方向

１　障害の原因となる疾病等の予防・治療

(1) 母子保健対策の充実

出産や育児に対する不安を持つ妊婦や両親の相談支援体制の整備を図るとともに、安心して子どもを生み育てることができる環境づくりの一環として、周産期医療体制の充実に努めます。

(2) 成人・高齢者保健医療対策

健康診査、保健指導等の充実を図り、後天的障害の原因となる疾病の予防対策を充実します。

２　障害の早期発見・早期療育体制の充実

(1) 早期発見から早期治療に結びつける体制の強化

各種健康診査、訪問指導、保健相談・指導事業の充実や普及を図り、治療や療育の必要な乳幼児の早期発見に努めます。

(2) 児童施設等での療育の充実

障害児通所支援、障害児入所支援の実施施設及びこども女性相談センターにおける障害児や保護者に対する専門的な療育の充実に努めます。

また、発達障害の早期発見・早期支援を行うため、発達障害者総合支援センターにおいて、「こども女性相談センター」、保健所、教育関係機関、医療関係機関等の関係機関と連携を図りつつ、相談、指導、助言等総合的な支援を行うとともに、関係機関の職員等に対する研修会等を開催し、発達障害に関する理解の促進と支援に従事する人材の育成に努めます。

３　医療・リハビリテーションの充実

(1) 医療（体制）の充実

① 「未熟児養育医療」、身体に障害のある児童に対する「自立支援医療（育成医療）」及び身体障害者に対する「自立支援医療（更生医療）」を給付します。

② 障害のある人の歯科診療体制を確保するため、県歯科医師会の協力を得ながら、障害者歯科診療事業及び障害者施設等巡回歯科検診事業を実施します。

③ 難病や小児慢性特定疾患について、医療の確立、普及を図るとともに、患者の医療費負担の軽減を図ります。

④ 精神障害者に対し、地域社会で適切な医療の機会が提供できるよう、通院医療や精神科デイケアなどのリハビリテーション医療の普及・充実とあわせ、精神科救急医療体制の充実を図ります。

⑤ 精神保健福祉センター、保健所等において精神保健相談・指導の充実を図り、精神障害者に対する広域的専門的支援に努めます。

(2) リハビリテーションの充実

医療機関相互及び福祉との連携による一貫したリハビリテーション体制の体系的整備を進めます。

また、住み慣れた地域で適切なリハビリテーションサービスが総合的に提供できるよう障害者福祉に従事する者の資質向上や福祉、保健、医療、教育、就労等の関係機関との連携強化を図ります。

4　利用者本位の生活支援体制の整備

(1) 相談・支援体制の充実

① 障害者とその家族に対する相談支援の充実を図るため、県の各機関での各種相談事業を推進するとともに、市町村の障害者相談支援事業の実施を支援し、様々な福祉サービスの利用や自立のための相談体制を充実します。

② 発達障害者総合支援センターにおいて、発達障害を有する児・者やその家族等に対する専門的相談・助言を行うとともに、相談従事者への研修や指導助言、関係機関に対する支援・調整などを行います。

③ 高次脳機能障害について、県民への正しい理解の普及を図るとともに、保健、医療、福祉、介護、リハビリ等支援関係者の人材育成と関係機関相互の連携を推進し、各部署における相談支援体制の充実を図ります。

(2) ボランティア・ＮＰＯ法人との連携強化

障害者の地域における社会参加を支援するため、市町村や関係団体と協力しながら、点訳・音訳、手話、要約筆記の奉仕員をはじめとした障害福祉に関するボランティアの量的･質的充実に努めるとともに、ボランティアとの連携強化に努めます。

また、地域障害福祉の重要な担い手であるＮＰＯ法人の活動と連携を強化します。

(3) 利用者保護支援体制の整備

知的障害者等が地域で自立して生活できるようにするため、福祉サービスの利用手続きや日常的金銭管理などに関する支援を行う日常生活自立支援事業の利用を促進するとともに、成年後見制度について周知を図ります。

5　訪問系サービスの充実

(1) 訪問系サービスの充実

障害者の主体的な生活を支援するため、居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護などの訪問系サービスの取組みを支援します。

また、精神保健福祉センター、保健所等においては広域的・専門的精神保健相談を実施し、精神障害者の社会復帰に対する支援と関係者への専門的・技術的指導に努めます。

6　日中活動系サービスの充実

(1) 日中活動系サービスの充実

常時の介護や医療的ケアを必要とする障害者を支援するために、生活介護及び療養介護サービスの実施を支援するとともに、障害者の自立のために、生活の改善、身体機能の向上等の自立訓練サービスの実施を支援し、日常生活能力の向上を図ります。

障害児には、日常生活に必要な基本的な生活習慣や諸機能の向上、団体生活への適応を図るために、訪問や外来による療育指導等を行う「徳島県障害児等療育支援事業」を実施します。

また、障害者の介護が、家族の急病などにより、一時的に困難になった場合等に対応するため、短期入所事業（ショートステイ）の実施を支援します。

7　居住系サービスの充実

(1) グループホーム、ケアホーム等の確保・充実

家庭事情や住宅事情等の理由で日常生活の援助を必要とするため、また、地域生活を希望する施設入所者や、精神科病院入院者の地域での自立生活を支援するため、各種法人等が実施するグループホーム、ケアホーム及び退院支援施設等の整備について支援します。

(2) 施設入所支援の機能の充実とサービスの向上

夜間において介護が必要な者や、退所することが困難な自立訓練サービス又は就労支援サービス利用者に対する適切な支援の実施に努めます。

また、短期入所や相談支援等の各種のサービス提供機能の充実を図り、障害者の地域生活の拠点として、また、地域生活への移行のために、取り組んでいる施設入所サービス提供事業者を支援します。

7　結核・感染症対策

基本的な考え方

感染症を取り巻く環境は近年著しく変化しており、エボラ出血熱、重症急性呼吸器症候群等の新たな感染症の出現やこれまで制圧したと考えられていたマラリア、コレラ等の既知の感染症の再興、鳥インフルエンザや新型インフルエンザ発生への対処など新たな課題が生じています。また、結核について、本県は依然として罹患率、有病率ともに全国の中で高い状況で推移しています。

このような状況を踏まえ、結核を含む感染症の発生とまん延を防止するため、啓発や知識の普及をはじめ各種の予防対策を充実させ、医療体制の整備を図ることにより、事前対応型の行政を構築するとともに、健康危機管理の観点から国や他の地方公共団体・関係機関との連携を強化していく必要があります。

現状と課題

1　結核

徳島県における結核の指標は、平成23年の全結核罹患率（人口10万人当たりの年間新規患者数）は23.6（全国平均17.7）であり全国第２位、有病率（人口10万人当たりの年末現在活動性結核患者数）は19.0（全国平均13.5）で全国２位となっています。

平成23年の年間新規登録患者数は184人で５年前（平成18年）と比べると9人の減少となっています。

このような中、県では、平成13年３月策定の「徳島県の結核の現状と対策（結核対策とくしま２１）」を平成24年３月に改訂し、新たに本県の罹患状況を分析するとともに、接触者検診の強化や適正医療の普及等の対策を進めています。

さらに、最近は、集団感染の発生や通常の抗結核薬剤の効かない多剤耐性結核の増加等が問題となっており、これまで以上に医療機関、学校、施設、事業所等と緊密な連携を図ることが重要となってきています。

県内の結核病床の基準病床数は国の算定基準通知によると25床～37床となります。本県における罹患率の状況が全国平均を上回っていることや、集団発生時への対応、各病院における１日当たりの最大在院患者数等を考慮する必要があります。

県内の結核病床の状況　（平成25年４月現在）

種別	医療圏	医療機関名	病床数
第二種（結核病床）	東　部	県立中央病院	５床
		国立病院機構東徳島病院	２０床
	南　部	県立海部病院	４床
	西　部	県立三好病院	１０床
合計			３９床

2　感染症

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（以下「感染症法」という。）が、平成20年６月に改正され、「新型インフルエンザ等感染症」が新たな感染症の類型として位置付けられました。

平成21年4月には、新型インフルエンザ(A/H1N1 2009)が世界的大流行となりましたが、平成23年3月には、季節性インフルエンザとみなされ「インフルエンザ(H1N1)2009」となりました。

この経験を踏まえ、高病原性鳥インフルエンザ（Ｈ５Ｎ１）の世界的流行や散発的なヒトへの感染発生から、新たな新型インフルエンザに対して、病原性や感染力に応じた柔軟な対応が出来るよう、「新型インフルエンザ行動計画」が平成23年９月に改定され、また、法的根拠を明確にするため、「新型インフルエンザ等対策特別措置法」が平成24年５月に公布され、対策が進められています。

また、エボラ出血熱、重症急性呼吸器症候群等の新興感染症や、マラリア、コレラ等の再興

感染症が国内外で発生し問題視されていることから、国際的な視野を持った迅速かつ的確な情報収集と関係機関への情報提供が必要となっています。

エイズについては、従来から実施してきたＨＩＶ検査とその無料化に加え、その場で検査結果がわかる迅速検査を平成19年度から全保健所に導入しました。全国的にエイズ感染者及びエイズ患者の報告数は増加傾向にあり、検査を受けやすい体制の整備とともに、学校保健と連携し、性感染症対策全般を視野に入れた青少年層への働きかけが今後とも必要です。

Ｃ型肝炎、Ｂ型肝炎については、これまで相談・検査体制の整備を図って来たところですが、平成25年3月策定の「徳島県肝炎対策推進計画」に基づき、さらに正しい知識の普及、検査未受診者の解消、診療体制の整備等を図っていく必要があります。

また、感染症の発生情報の正確な把握と分析、その結果の的確な提供・公開のため実施している、感染症発生動向調査事業について、さらに充実していく必要があります。

予防接種については、住所地市町村外の医療機関においても円滑に接種を受けられる予防接種広域化を実施し、予防接種の機会の拡大を図っています。また、接種による健康被害が発生した場合には、予防接種法に基づき救済措置がとられるようになっています。

主に一類及び二類感染症患者の入院に対応する第一種感染症指定医療機関は県内に１ヶ所２床が整備されています。また、主に二類感染症患者の入院に対応する第二種感染症指定医療機関は、４病院21床整備されており、さらに１病院２床が整備予定です。

県内の感染症病床の状況　（平成25年４月現在）

種別	医療圏	医療機関名	指定病床数	整備予定病床数
第一種	－	徳島大学病院	２床	
第二種	東　部	徳島大学病院	６床	
		県立中央病院	５床	
	南　部	県立海部病院	４床	
	西　部	県立三好病院	４床	２床
合計			２１床	２床

感染症発生届出数

区分	感染症名	H21年	H22年	H23年						
				合計	徳島	阿南	美波	吉野川	美馬	三好
三類	コレラ			1	1					
	細菌性赤痢		1							
	腸管出血性大腸菌感染症	18	27	14	11			2	1	
四類	デング熱		2	1	1					
	日本紅斑熱	3	5	10	3	4	2	1		
	マラリア	1		1	1					
	レジオネラ症		2	2	1					1
	E型肝炎			1					1	
	A型肝炎	1	4							
	つつが虫病	3	1							
五類	アメーバ赤痢	5	3	3	2					1
	クロイツフェルト・ヤコブ病	1		1	1					
	後天性免疫不全症候群	4	9	6	6					
	梅毒	2	3	1	1					
	破傷風	1	5	1						1
	麻しん	2		1		1				
	ウイルス性肝炎(E型・A型除く)			1	1					
	劇症型溶血性レンサ球菌感染症		3							
	ジルジア症		1							
合計		44	66	44	29	5	2	3	2	3

（注）区分は平成19年4月1日以降の分類による。
一類・二類感染症については発生なし。
五類感染症について全数把握対象のうち、発生のあったものについてのみ掲載。

施策の方向

１　結核

(1) 普及啓発

結核に対する予防思想の啓発と正しい知識を普及するため、結核予防週間等を活用した普及啓発活動を推進します。また、市町村、学校、事業所、医療機関等に対する指導及び啓発を強化し、院内・施設内感染及び集団感染の防止対策を推進します。

(2) 発生の予防とまん延防止

結核性髄膜炎などの重篤な結核の発病を予防するために、乳児期のＢＣＧ接種の徹底を図ります。また、結核の早期発見と確実な治療の推進のため、接触者検診の強化や感染症発生動向調査の活用等により、情報の的確かつ迅速な入手に努めるとともに、地域連携パス等を活用し、自宅治療患者の服薬管理の徹底を図ります。

(3) 結核病床の確保

結核基準病床数37床の確保とともに、地域性等を考慮した適切な整備を推進します。

２　感染症

(1) 危機管理の観点に立った防疫体制の整備

平常時からの防疫体制を整備するとともに、緊急時（感染症が集団発生した場合、新たな感染症が発生した場合、大規模な災害が発生した場合等）における危機管理の観点に立ち、国や関係機関等との連携や役割分担を含めた防疫体制の確立を強化します。

新型インフルエンザ対策については、各発生段階における事前の計画を策定し、それを実行していく準備体制の構築が重要です。県では既に抗インフルエンザウイルス薬15万５千800人分の備蓄を完了しており、今後引き続き関係機関等の理解と協力を得ながら各種対策を講じていきます。

(2) 発生の予防とまん延の防止

感染症発生動向調査事業の活用により、的確かつ迅速な関連情報の収集・分析に努めるとともに、患者・感染者の人権を尊重しつつ、医療機関や市町村等の関係機関への正確な情報の提供を推進します。また、第一種・第二種感染症指定医療機関の整備を推進し、感染症病床の確保を図るとともに、各市町村と連携のもと感染症予防のための予防接種の推進及び予防接種広域化の充実を図ります。

さらに肝炎、エイズの正しい知識の普及啓発、相談・検査体制、患者・感染者の治療のための医療機関のネットワーク化を推進します。

８　難病対策

基本的な考え方

難病患者は、治療方法が確立していない疾患にり患し、往々にして生涯にわたる長期間の療養を必要とすることから、生活面における制約や経済的な負担が大きく、また、病名や病態が知られていないために、社会の理解が進んでおらず、就業など社会生活への参加が進みにくい状況にあります。

このため、難病対策では、医療、福祉、就労支援等、総合的な対策が必要です。

徳島県では、これまで、患者・家族の経済的負担及び精神的負担の軽減を図り、患者・家族の生活の質（ＱＯＬ）の向上を基本として総合的な保健医療福祉施策を推進するとともに、地域における保健医療福祉の充実に努めてきました。

なお、福祉サービスの面では、障害者総合支援法が平成25年４月１日から施行されることにともない、「制度の谷間」を埋めるべく、障害者の範囲に難病等が加えられ、同法に定める障害福祉サービスの利用が可能となります。

現状と課題

1　現状

原因が不明であって治療方法が確立されておらず、その経過が慢性にわたる、いわゆる難病は、現在130疾患が国の難治性疾患克服研究事業(特定疾患調査研究分野)の対象となっており、うち 56疾患を特定疾患治療研究事業の対象として医療費の公費負担を行っています（平成23年度疾病別患者数＝別表)。

また、先天性血液凝固因子障害及び小児慢性特定疾患についても医療費の公費負担の対象としています。

難病は、長期にわたって療養が続くだけでなく、その特殊性・希少性から、難病患者及びその家族にとっては心身の負担が大きいものです。そこで、平成９年度から各保健所において、難病患者及びその家族の抱える保健・医療・福祉に係る問題に対応するため、医療相談会、訪問指導及び難病対策推進会議等を実施し支援を進めています。

また、平成12年度から在宅難病患者の適切な医療の確保及び療養支援体制の構築のための難病医療ネットワーク事業、平成17年度から地域で生活する難病患者等の日常生活における相談・支援、地域交流活動の促進及び就労支援等を行う難病相談・支援センター事業がそれぞれ開始されました。

なお、障害者総合支援法が平成25年4月1日から施行されることにともない、「制度の谷間」を埋めるべく、障害者の範囲に難病等が加えられ、同法に定める障害福祉サービスの利用が可能となります。

2　課題

我が国の難病対策は、昭和４７年に策定された「難病対策要綱」を踏まえ、①「調査研究の推進」、②「医療機関の整備」、③「医療費の自己負担の軽減」、④「地域における保健医療福祉の充実・連携」、⑤「ＱＯＬの向上を目指した福祉施策の推進」の５本の柱に基づき、各種の事業が推進されています。

しかしながら、医療の進歩や患者及びその家族のニーズの多様化、社会・経済状況の変化に伴い、原因の解明すら未確立の疾患でも研究事業や医療費助成の対象に選定されていないものがあることなど難病の疾患間で不公平感があることや、難病に対する普及啓発が不十分なこと等により国民の理解が必ずしも十分でないこと、難病患者の長期にわたる療養と社会生活を支える総合的な対策が不十分であることなど様々な課題が指摘されており、難病対策の見直しが強く求められています。

そのため、厚生労働省の厚生科学審議会疾病対策部会難病対策委員会において、今後の難病対策の在り方について審議がなされ、平成24年８月には「今後の難病対策の在り方（中間報告)」が取りまとめられました。この中間報告においては、「難病の治療研究を進め、疾患の克服を目指すとともに、難病患者の社会参加を支援し、難病にかかっても地域で尊厳を持って生きられる共生社会の実現を目指す。また、患者の長期かつ重度の精神的・身体的・経済的負担を社会全体で支えることを目指す。」ことを理念としたところです。

今後、総合的な難病対策の構築を目指し、法制化も視野に、検討が進められることになっています。

難病拠点・協力病院一覧　（平成24年６月11日現在）

医療圏	医療機関名	拠点病院	協力病院	指定年月
東　部	徳島大学病院		○	平成12年11月
	徳島県鳴門病院		○	平成12年11月
	徳島市民病院		○	平成12年11月
	県立中央病院		○	平成12年11月
	伊月病院		○	平成19年 4月
	博愛記念病院		○	平成24年 6月
	国立病院機構徳島病院	○		平成12年11月
	麻植協同病院		○	平成12年11月
南　部	徳島赤十字病院		○	平成12年11月
	阿南共栄病院		○	平成12年11月
	県立海部病院		○	平成12年11月
西　部	つるぎ町立半田病院		○	平成12年11月
	県立三好病院		○	平成12年11月
	三好市国民健康保険市立三野病院		○	平成19年 4月
合計		１	１３	

施策の方向

１　難病相談・支援センター事業

在宅の難病患者に適切な相談・支援が行えるよう、県健康増進課、保健所をはじめ、難病拠点・協力病院、ハローワークなどによる「徳島県難病相談支援センター運営協議会」を組織し、関係機関の連携体制を強化し、医療及び日常生活に係る相談に応じるとともに、各種情報を提供します。

その中核となる県難病相談支援センターは、県健康増進課に置きますが、各保健所は、管轄区域の状況に応じた相談支援窓口として難病相談支援センター機能の役割を担うものとします（県難病相談支援センター連携図＝別図）。

また、平成２０年度から「県民との協働事業」として、地域で生活する難病患者やその家族等が抱えている様々な悩みや不安の解消を図るため、難病患者支援活動団体と協働して、幅広い疾患に対応できる相談会を実施し、また、難病患者支援活動団体による当事者相談会（ピアカウンセリング）を同時開催することにより、きめ細やかな支援対策を推進しています。さらに、当事業を実施することにより、難病患者やその家族、当事者家族会等の自助グループが自主的な活動を行い、難病ピアカウンセラーとして自立できる基盤を整備することとします。

２　難病患者地域支援対策推進事業

患者等の療養上の不安解消を図るとともに、きめ細かな支援が必要な要支援難病患者（難病を主な要因とする身体の機能障害や長期安静の必要から日常生活に著しい支障がある在宅の難病患者で、保健、医療及び福祉の分野にわたる総合的なサービスの提供を要する患者）に対する適切な在宅療養支援が行えるよう、保健所を中心として、地域の医療機関等の関係機関との連携の下、在宅療養支援計画の策定・評価や訪問相談等を実施し、難病患者の地域支援を推進します。

(1) 在宅療養支援計画策定・評価事業

要支援難病患者に対し、個々の患者等の実態に応じて、きめ細かな支援を行うため、対象患者別の在宅療養支援計画等を作成し、各種サービスの適切な提供に資する。

(2) 訪問相談事業

医療相談事業に参加できない要支援難病患者やその家族が抱える日常生活上及び療養上の悩みについて、患者等のプライバシーに配慮しつつ、個別の相談、指導、助言等を行うため、保健師や看護師等を訪問相談員として派遣するとともに、訪問相談員の確保と資質の向上を図るため、訪問看護師等の育成を行うものとする。

(3) 医療相談事業

難病患者等の療養上の不安の解消を図るため、難病に関する専門の医師、看護師、栄養士等による医療や介護、福祉サービス相談を実施する。

3　難病医療ネットワーク事業

入院治療が必要となった重症難病患者（病状の悪化等の理由により、居宅での療養が極めて困難な状況となった難病患者をいう。）に対し、適時に適切な入院施設の確保等が行えるよう、地域の医療機関の連携による難病医療体制の整備を図るものとする。

(1) 難病医療連絡協議会の設置

地域における重症難病患者の受入を円滑に行うための基本となる拠点病院及び協力病院の連携協力関係の構築を図るため、拠点病院、協力病院、保健所、関係市区町村等の関係者によって構成される難病医療連絡協議会を設置し、難病医療の確保に関する関係機関との連絡調整や、拠点病院及び協力病院等の医療従事者向けに難病研修会を開催する。

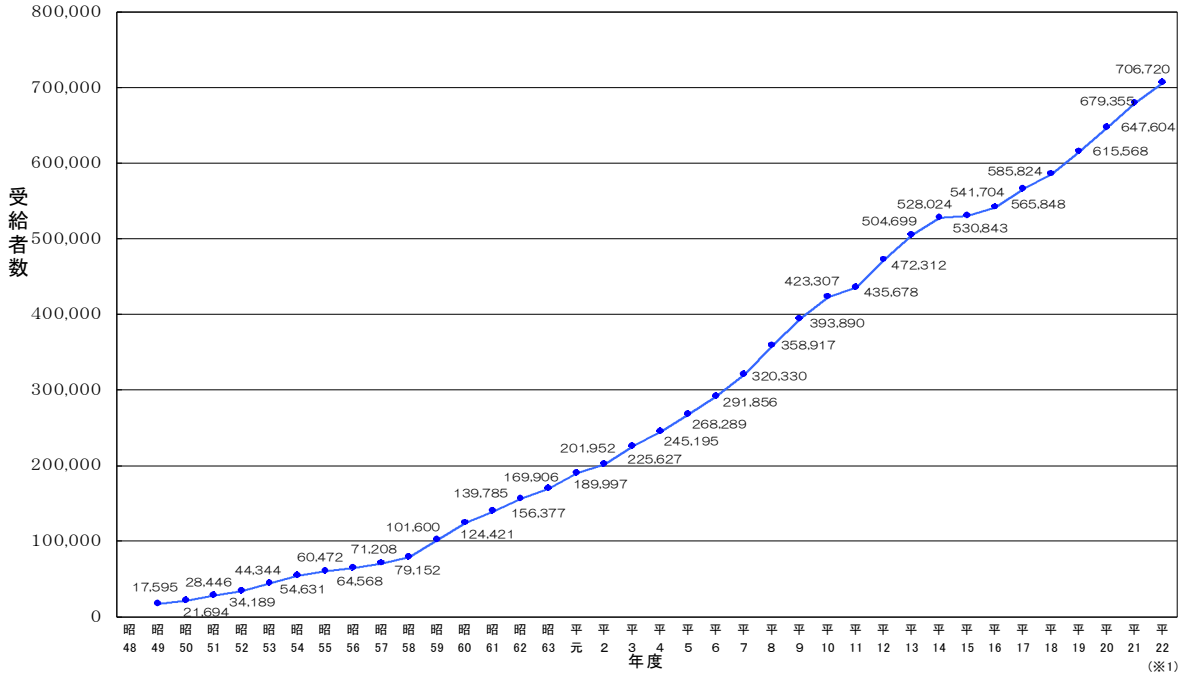
(2) 拠点病院

拠点病院は、協力病院等と協力して地域における難病医療体制の拠点的機能を担う病院として、相談連絡窓口を設置し、協力病院等からの要請に応じて、高度の医療を要する患者の受け入れや、協力病院等の地域の医療機関、難病患者を受け入れている福祉施設等からの要請に応じて、医学的な指導・助言を行う。

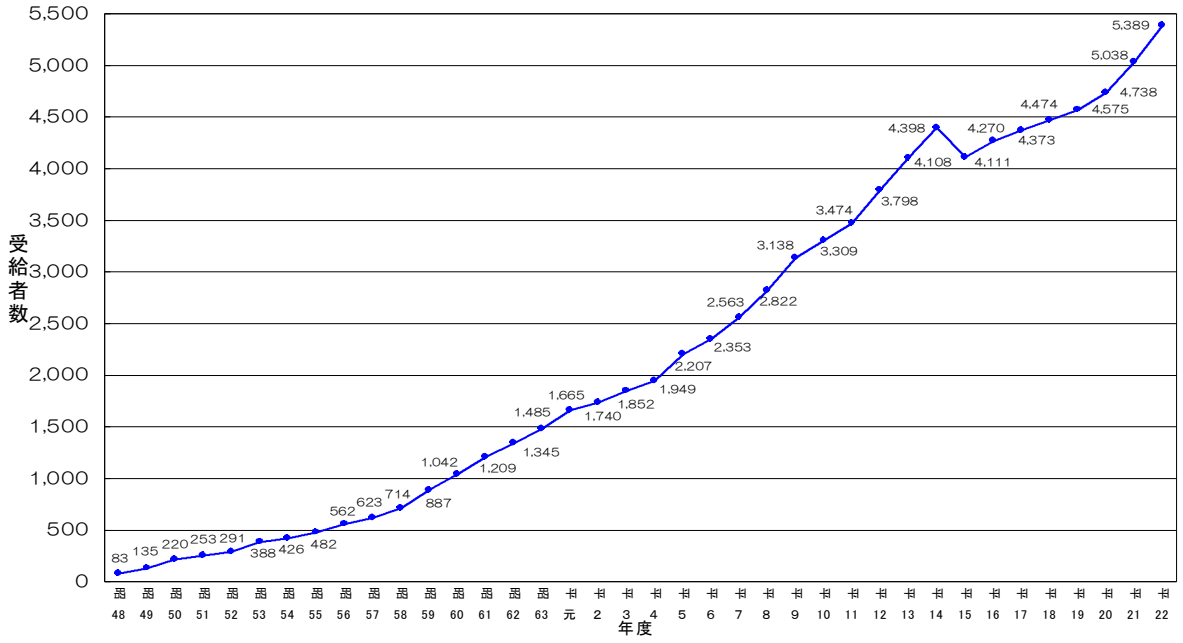
(3) 協力病院

協力病院は、難病医療連絡協議会及び拠点病院等と協力し、拠点病院等からの要請に応じて、患者の受け入れを行うことや、地域において難病患者を受け入れている福祉施設等からの要請に応じて、医学的な指導・助言を行うとともに、患者の受け入れを行う。

特定疾患医療受給者数の推移（全国）



特定疾患医療受給者数の推移（徳島県）



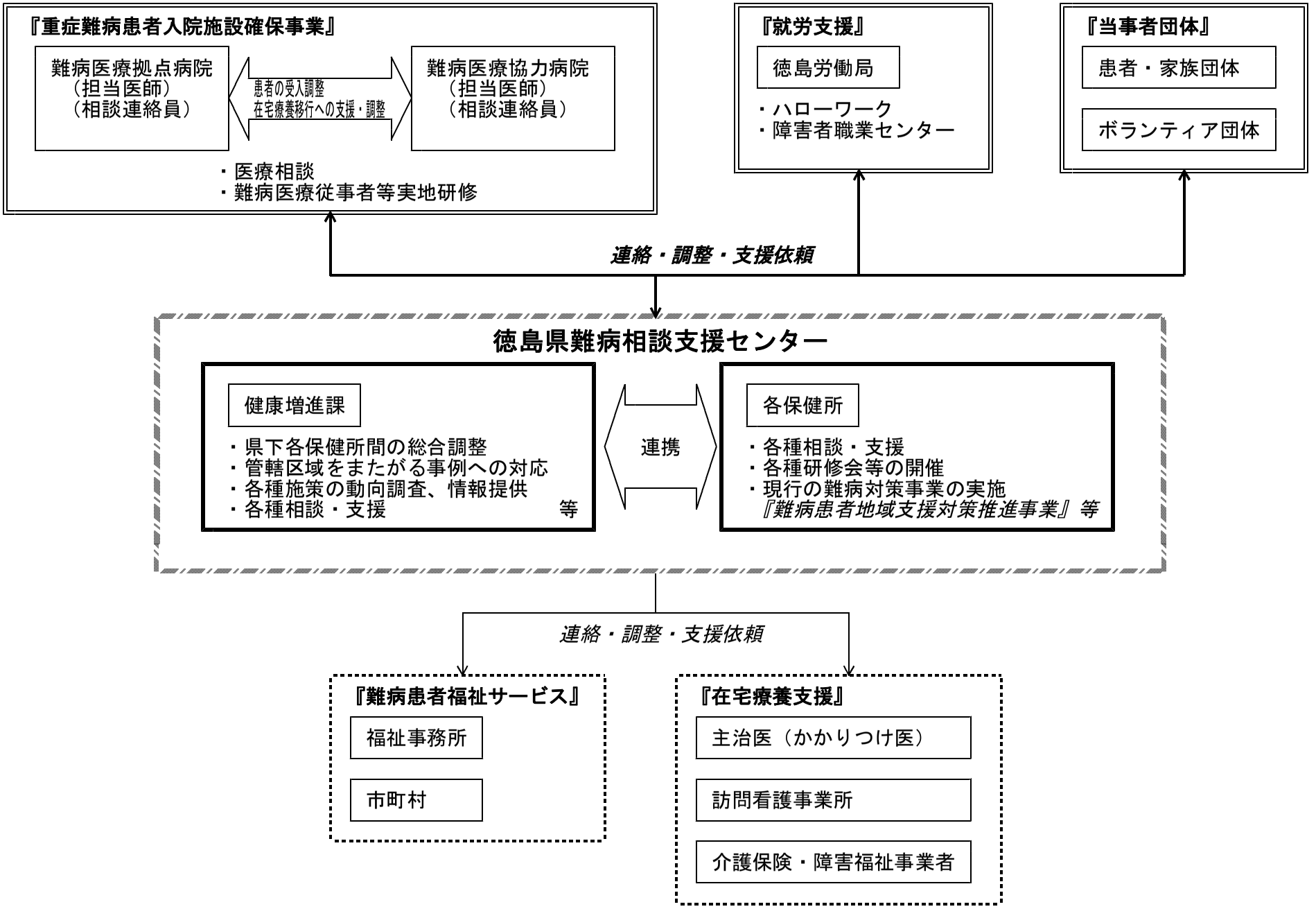
(注)平成22年度の受給者数には東日本大震災の影響により，宮城県及び福島県が含まれていない。

特定疾患治療研究受給者証交付件数

（ 平成24年3月31日現在 ）

	疾患名	実施年月	平成23年度末 現在交付数
1	ベーチェット病	昭和47年 4月	122
2	多発性硬化症	昭和48年 4月	109
3	重症筋無力症	昭和47年 4月	143
4	全身性エリテマトーデス	昭和47年 4月	338
5	スモン	昭和47年 4月	56
6	再生不良性貧血	昭和48年 4月	73
7	サルコイドーシス	昭和49年10月	148
8	筋萎縮性側索硬化症	昭和49年10月	87
9	強皮症・皮膚筋炎及び多発性筋炎	昭和49年10月	291
10	特発性血小板減少性紫斑病	昭和49年10月	141
11	結節性動脈周囲炎	昭和50年10月	70
12	潰瘍性大腸炎	昭和50年10月	840
13	大動脈炎症候群	昭和50年10月	43
14	ビュルガー病	昭和50年10月	52
15	天疱瘡	昭和50年10月	38
16	脊髄小脳変性症	昭和51年10月	152
17	クローン病	昭和51年10月	289
18	難治性肝炎のうち劇症肝炎	昭和51年10月	0
19	悪性関節リウマチ	昭和52年10月	54
20	パーキンソン病関連疾患		935
①	進行性核上性麻痺	平成15年10月	
②	大脳皮質基底核変性症	平成15年10月	
③	パーキンソン病	昭和53年10月	
21	アミロイドーシス	昭和54年10月	18
22	後縦靱帯骨化症	昭和55年10月	350
23	ハンチントン病	昭和56年10月	1
24	モヤモヤ病（ウィリス動脈輪閉塞症）	昭和57年10月	121
25	ウェゲナー肉芽腫症	昭和59年 1月	16
26	特発性拡張型（うっ血型）心筋症	昭和60年 1月	154
27	多系統萎縮症		85
①	線条体黒質変性症	平成15年10月	
②	オリーブ橋小脳萎縮症	昭和51年10月	
③	シャイ・ドレーガー症候群	昭和61年 1月	
28	表皮水泡症（接合部型及び栄養障害型）	昭和62年 1月	0
29	膿疱性乾癬	昭和63年 1月	12
30	広範脊柱管狭窄症	昭和64年 1月	52
31	原発性胆汁性肝硬変	平成 2年 1月	152
32	重症急性膵炎	平成 3年 1月	4
33	特発性大腿骨頭壊死症	平成 4年 1月	66
34	混合性結合組織病	平成 5年 1月	82
35	原発性免疫不全症候群	平成 6年 1月	8
36	特発性間質性肺炎	平成 7年 1月	64
37	網膜色素変性症	平成 8年 1月	132
38	プリオン病	平成14年 6月統合	4
①	クロイツフェルト・ヤコブ病	平成 9年 1月	
②	ゲルストマン・ストロイスラー・シャインカー病	平成14年 6月	
③	致死性家族性不眠症	平成14年 6月	
39	肺動脈性肺高血圧症	平成10年 1月	18
40	神経線維腫症	平成10年 5月	43
41	亜急性硬化性全脳炎	平成10年12月	1
42	バッド・キアリ症候群	平成10年12月	4
43	慢性血栓塞栓性肺高血圧症	平成10年12月	11
44	ライソゾーム病	平成14年 6月統合	4
①	ファブリー病	平成11年 4月	
②	ライソゾーム病	平成13年 5月	
45	副腎白質ジストロフィー	平成12年 4月	1
46	家族性高コレステロール血症（ホモ接合体）	平成21年10月1日	0
47	脊髄性筋萎縮症	平成21年10月1日	4
48	球脊髄性筋萎縮症	平成21年10月1日	9
49	慢性炎症性脱髄性多発神経炎	平成21年10月1日	47
50	肥大型心筋症	平成21年10月1日	28
51	拘束型心筋症	平成21年10月1日	1
52	ミトコンドリア病	平成21年10月1日	6
53	リンパ脈管筋腫症（LAM）	平成21年10月1日	1
54	重症多形滲出性紅斑（急性期）	平成21年10月1日	1
55	黄色靱帯骨化症	平成21年10月1日	14
56	間脳下垂体機能障害		60
①	PRL分泌異常症	平成21年10月1日	
②	ゴナドトロピン分泌異常症	平成21年10月1日	
③	ADH分泌異常症	平成21年10月1日	
④	下垂体性TSH分泌異常症	平成21年10月1日	
⑤	クッシング症	平成21年10月1日	
⑥	先端巨大症	平成21年10月1日	
⑦	下垂体機能低下症	平成21年10月1日	
	合　計		5,555

徳島県難病相談支援センター連携図



９　臓器移植対策

基本的な考え方

平成９年10月16日に「臓器の移植に関する法律」（以下「臓器移植法」という。）が施行されたことにより、心臓停止後の腎臓と角膜の移植に加え、脳死からの心臓、肺、肝臓、腎臓、膵臓、小腸及び眼球が移植可能になりました。

心臓、肝臓、肺、腎臓などの臓器が機能しなくなった場合の根治療法として臓器移植が行われています。

また、平成21年7月に「改正臓器移植法」が成立、公布され、平成22年7月から施行されています。

この法律の改正により、脳死下においても、15歳未満の臓器移植が可能となったことや、本人の意思が不明な場合でも、家族の承諾により臓器の摘出が可能となりました。

臓器移植には、医師と患者以外の第三者による臓器の提供が不可欠であり、また、臓器提供者の確保や体制の充実が必要です。

臓器移植の推進については、「社団法人日本臓器移植ネットワーク」及び「財団法人徳島県腎臓バンク」が、普及啓発活動や臓器提供施設との調整を行っています。

＜移植可能な臓器＞

	心臓	肺	肝臓	腎臓	膵臓	小腸	眼球
生体		○	○	○	○	○	
脳死下	○	○	○	○	○	○	○
心停止下				○	○		○

さらに、平成24年９月６日には、「移植に用いる造血幹細胞の適切な提供の推進に関する法律」が成立しました。基本理念では、「造血幹細胞の提供促進」や「移植機会の公平化」、「細胞の安全性の確保」のほか、「提供者の健康の保護」などが掲げられました。また、「骨髄バンク」や「さい帯血バンク」が安定的に運営できるよう、国は費用の一部を補助することができること、ドナー登録や同細胞提供関係事業者間の連絡調整､情報の一元管理・提供などを行う支援機関を、全国に一つ指定することなどが定められています。

同法律は、公布の日（９月12日）から起算して、１年６月を超えない範囲内において政令で定める日から施行することとなっており、今後、骨髄移植やさい帯血移植の拡大が見込まれます。

現状と課題

１　課題

(1) 脳死での臓器提供には、本人の生前の書面による意思表示があり、家族が拒否しない又は家族がいないこと。本人の意思不明であり、家族の承諾があること。なお、家族の書面による承諾により、15歳未満からの臓器移植が可能となっています。

(2) 脳死下での臓器移植は、現在、末期臓器不全に対する極めて有効な治療法ですが、臓器提供者が少ないため移植希望に応えられない状況です。

移植登録者数（平成24年7月31日現在）

心臓	肺	肝臓	腎臓	膵臓	小腸	計
222	191	402	12,309	199	3	13,326

資料：(社) 日本臓器移植ネットワーク

(3) 一方、心停止後の角膜及び腎臓の移植については、その取扱いが臓器移植法施行後も従前と変わらないにもかかわらず、臓器提供施設等が臓器移植法に準じた慎重な対応をしているため、かえって減少の傾向にあります。

(4) 臓器提供意思表示カードの所持者は、平成20年９月の内閣府が実施した臓器移植に関する世論調査では8.4％（平成24年８月に県が実施した医療県民意識調査では、所持率は13.7％）となっており、まだまだ低い数値となっています。また、同調査では、脳死判定後の臓器提供に対する本人意思については、「提供したい」とする者の割合が49.1％でした。

２　現状

(1) 眼球（角膜）移植

県内では、財団法人徳島アイバンクを中心に移植医療が実施されています。

平成23年度末の移植実績（累計）は、101名の献眼を受け、276件の角膜移植を実施しています。

なお、移植登録者数は3,542人、受眼登録者は90人です。

(2) 腎臓移植

県内には、平成23年12月現在、約2,700人（全国では約30.4万人）の人工透析患者がおり、その根治療法として腎臓移植が期待されています。

また、県内には、徳島大学病院、徳島県立中央病院、徳島赤十字病院、川島病院の４病院が腎臓移植実施施設となっており、平成24年４月末現在で、17例の腎臓移植が実施されています。

なお、平成24年1月末現在、本県の腎移植希望登録者数は82人となっています。

(3) 骨髄移植

本県では、（財）骨髄移植推進財団の設立時からドナー登録を呼びかける普及啓発事業に取り組んでおり、平成９年５月からは、ドナー登録の窓口を、従前の徳島県骨髄データセンター（徳島県赤十字血液センター）の外に阿南・穴吹（現美馬）の２保健所でも受付できるよう拡大し、平成13年度には６保健所すべてに受付窓口を開設しました。

また、平成12年度からは集団登録説明会を開始し、平成13年度に、献血時に登録窓口を開設できるよう関係機関と検討を行い、平成14年度から各保健所において取り組みを開始しました。平成22年度には普及啓発と骨髄提供者の確保を図るとともに、関係団体が相互の連携の下に情報・意見交換を行うため、徳島県骨髄バンク推進協議会を設置しました。

なお、（財）骨髄移植推進財団には、平成24年５月末現在410,899人のドナー登録者が登録されており（うち本県は2,216人）、患者は3,156人登録されています。平成23年に登録された国内患者のうち、約95％の方は一人以上のドナー候補者が見つかっていますが、移植を受けることができた患者さんは55.7％の1,207人にとどまっています。

一人でも多くの患者さんを救うためには、一人でも多くの方にドナー登録をお願いしていく必要があることから、引き続きドナー登録の推進に努めていきます。

なお、全国の骨髄移植実績（移植患者数：海外での移植を含む。）は、平成24年５月末現在で14,254件（うち本県67件）となっています。

(4) さい帯血移植

平成11年８月に「日本さい帯血バンクネットワーク」が発足し、全国の各さい帯血バンクに保存されているさい帯血情報の共有管理等が事業化されています。

中四国では、岡山県赤十字血液センターに「中国四国臍帯血バンク」が設立され、岡山、広島の各県でさい帯血の採取、保存が行われておりましたが、平成24年４月からは、日本赤十字社九州さい帯血バンクにて採取、保存が行われています。

施策の方向

１　県民が移植医療に関する理解を深め、「意思表示カード」をはじめとする臓器提供の意思表示の推進を図るため、街頭キャンペーンや普及啓発イベント等を関係団体と連携して実施し、普及啓発に努めます。

臓器提供意思表示カード

2　県の臓器移植コーディネーター、院内臓器移植コーディネーターと連携し、移植医療の推進に努めるとともに、各コーディネーターの養成と資質の向上に取り組みます。（平成24年８月末現在、県臓器移植コーディネーター１名、院内臓器移植コーディネーター17病院43名）。

3　脳死下での臓器提供病院（徳島大学病院、徳島県立中央病院、徳島市民病院、徳島赤十字病院）において、臓器提供に係るシミュレーションを随時実施し、臓器移植体制を強化します。

4　骨髄移植については、登録窓口をできるだけ多くするため、献血時に登録ができるよう徳島県骨髄バンク推進協議会において体制づくりについて協議します。

5　さい帯血移植については、関係機関と連携し、日本赤十字社九州さい帯血バンクとの協力関係の強化を図ります。

相談窓口

○社団法人日本臓器移植ネットワーク
〒１０５－０００１　東京都港区虎ノ門１－５－１６　晩翠ビル３階
電話　０１２０－７８－１０６９（お問い合わせ用フリーダイヤル）
　　０１２０－２２－０１４９（ドナー情報専用フリーダイヤル）

○財団法人徳島県腎臓バンク
〒７７０－８５７０　徳島市万代町１丁目１番地　徳島県庁医療政策課内
電話　０８８－６２１－２１９１

○財団法人徳島アイバンク
〒７７０－００４２　徳島市蔵本町３丁目１５－１８
徳島大学大学院ヘルスバイオサイエンス研究部医学系眼科学分野内
電話　０８８－６３３－７１６３

○財団法人骨髄移植推進財団
〒１０１－００５４　東京都千代田区神田錦町３丁目１９番地
電話　０１２０－４４５－４４５（フリーダイヤル）

○徳島県骨髄データセンター
〒７７０－００４４　徳島市庄町３－１２－１　徳島県赤十字血液センター内
電話　０８８－６３１－３２００

○日本さい帯血バンクネットワーク
〒１０５－００１２　東京都港区芝大門１－１－３　日本赤十字社ビル東館６階
電話　０３－５７７７－２４２９

○日本赤十字社九州さい帯血バンク
〒８１８－８５８８　福岡県筑紫野市上古賀１－２－１
電話　０９２－９２１－１４３５

１０　歯科保健医療対策

基本的な考え方

歯と口腔の健康は、乳幼児期や学齢期においては健全な成長を促進するための大切な要素であり、成人期や高齢期においては健全な生活を送るための基礎となるほか、糖尿病をはじめとする生活習慣病の予防にもつながるなど、全身の健康と深い関わりがあります。

少子高齢化の進む本県では、県民が生涯にわたり生き生きと暮らしていくためには、健康な歯と口腔を保つことはますます重要となり、県民自らが歯と口腔の健康づくりに取り組む機運を一層醸成するとともに、乳幼児期から高齢期までのそれぞれの時期に応じた歯科保健医療対策を推進していく必要があります。

現状と課題

１　う蝕（むし歯）の状況

本県の３歳児におけるう蝕のない者の割合は、平成23年度歯科健康診査実施状況によると、72.8％となっており年々増加傾向にあるものの、全国平均（79.6％）より低く推移しています。

また、12歳児におけるう蝕のない者の割合についても、平成23年度学校保健統計調査で51.6％となっており、年々増加傾向にあるものの、全国平均（54.6％）を下回る状況にあります。

生涯にわたる歯と口腔の健康づくりは、胎児期からはじまり、乳幼児期での対応が子どもの健全な成長に大きな影響を及ぼすため、妊娠期からの歯科保健対策を充実するとともに、子どもに健全な生活習慣を身につけさせる必要があります。

２　歯周疾患の状況

歯周疾患の状況では、40歳代における進行した歯周炎を有する者の割合は、平成22年徳島県歯科保健実態調査では42.6％となっており、厚生労働省の平成23年歯科疾患実態調査の全国平均（28.0％）と比較しても、大きく上回っています。また、80歳で20歯以上の自分の歯を有する者の割合でも、本県は24.7％で、全国平均（40.2％）を下回る状況となっています。

歯周疾患はう蝕と並ぶ歯の喪失原因となっており、う蝕と同様、加齢とともに増加しています。また、糖尿病と歯周病は関連が指摘されているため、県民に対し引き続き周知を図るとともに、医科歯科連携による予防と治療の取組を進めていく必要があります。

施策の方向

１　歯と口腔の健康づくりの意識啓発

県民が歯と口腔の健康づくりについての知識と関心を深め、歯科疾患を予防し、早期発見・早期治療に取り組むよう、歯と口の健康週間等の機会を通じて普及啓発を図ります。

２　歯科保健医療対策の充実

(1) 母子歯科保健医療

妊婦に対し、子どもの生涯にわたる健康の保持のため、妊娠期からの歯科疾患予防の重要性を普及啓発します。また、１歳６か月児及び３歳児歯科健康診査の受診とともに、適切な歯科保健指導を受ける機会の確保が図られるよう推進します。

(2) 学校歯科保健医療

学校保健安全法に基づく歯科健康診断を実施し、う蝕や歯周疾患の予防など、発達段階に応じた歯科保健指導を実施するよう推進します。また、食育の観点から、子どもに食に関する正しい知識と望ましい生活習慣を身につけさせるとともに、咀嚼の重要性について普及啓発します。

(3) 成人・高齢者の歯科保健医療

歯周疾患を予防し、歯の喪失を防ぐため、セルフケアに加え、定期的な歯科健診の受診とともに、かかりつけ歯科医を持つことの重要性について普及啓発します。

また、生涯自分の歯で食べられる喜びを維持するため、働き盛りの成人の歯と口腔の健康づくりや高齢者の口腔ケアを通して、口腔機能向上の推進を図ります。

さらに、糖尿病と歯周病の関連について引き続き普及啓発を行うとともに、医科歯科連携を推進します。

(4)在宅・寝たきり高齢者等の歯科保健医療

今後ますます進行する高齢化に対応するため、歯科診療の困難な在宅要介護者等に対する訪問歯科診療の充実を図るとともに、歯科医師等による専門的な口腔管理、介護者による日常的な口腔ケアの推進を図ります。

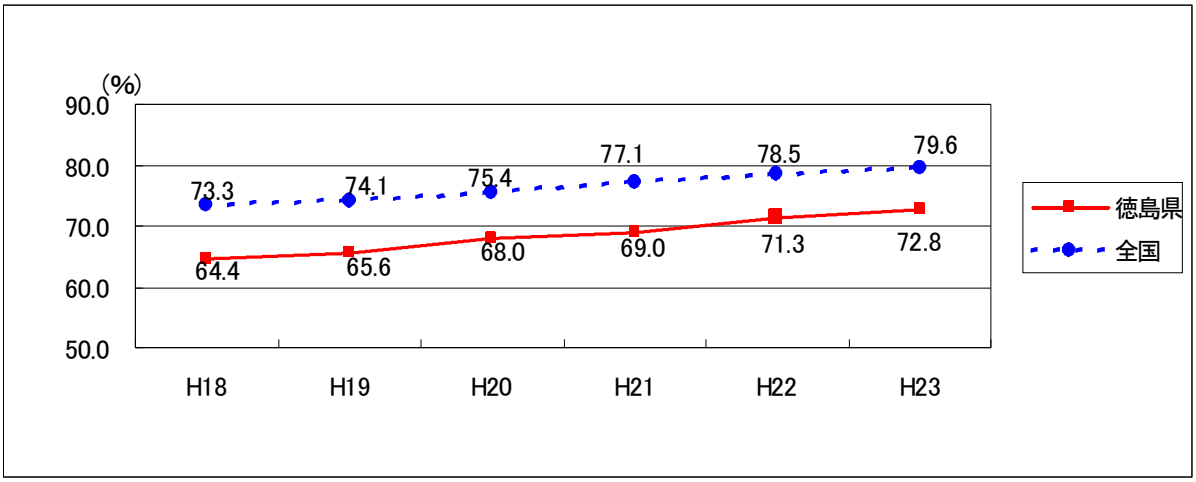
(5) 障害者の歯科保健

診療機会に恵まれず、歯科疾患を訴えることが不十分なため治療の遅れがちな心身障害者（児）の歯科疾患の予防、早期発見のための「心身障害者（児）施設等巡回歯科検診事業」を推進するとともに、心身障害児(者)の歯科診療体制の確保を図るため、引き続き、県歯科医師会の協力を得ながら、「心身障害者（児）歯科診療事業」を実施します。

3　歯と口腔の健康づくりのための環境整備・連携推進

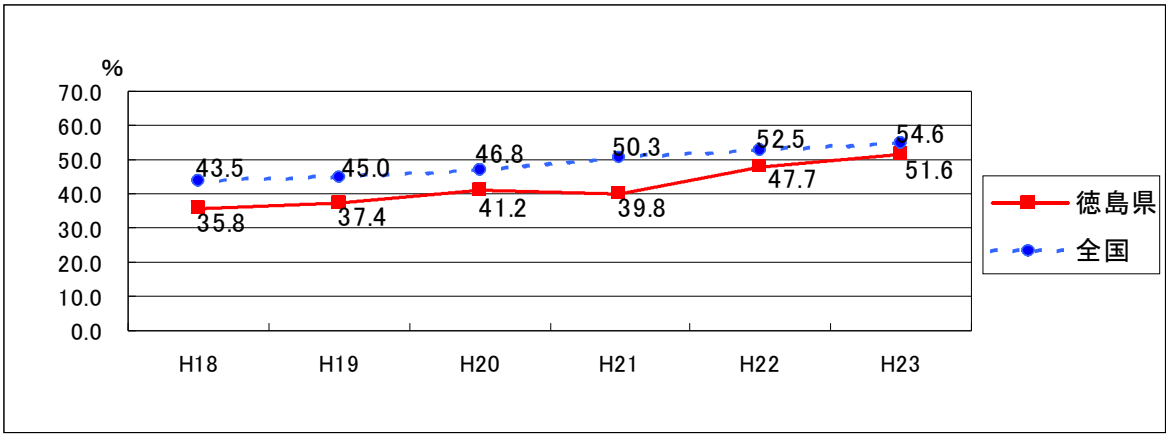
県民の生涯を通じた一貫した歯科保健医療対策を進めるため、かかりつけ歯科医の普及を図るとともに、県、市町村、保健医療、教育、社会福祉、労働衛生関係者の連携の強化を図ります。

３歳児でう蝕のない者の割合



資料：３歳児歯科健康診査（厚生労働省）

12歳児でう蝕のない者の割合



資料：学校保健統計調査（文部科学省）

１１　血液の確保・適正使用対策

基本的な考え方

血液事業は、医療技術の進歩等により、医療に必要な輸血用血液を安定的に確保し、血液製剤を適切に供給することが求められています。

近年、少子高齢社化が進展する中、若年層の献血者が減少傾向にある一方、血液を必要とする高齢者の増加や医療技術の高度化に伴い、血液需要が増加しています。

我が国の輸血用血液や血液凝固因子製剤は、国民の献血により全てまかなわれていますが、アルブミン製剤等の血漿分画製剤については、その一部を依然として海外からの輸入に依存しています。

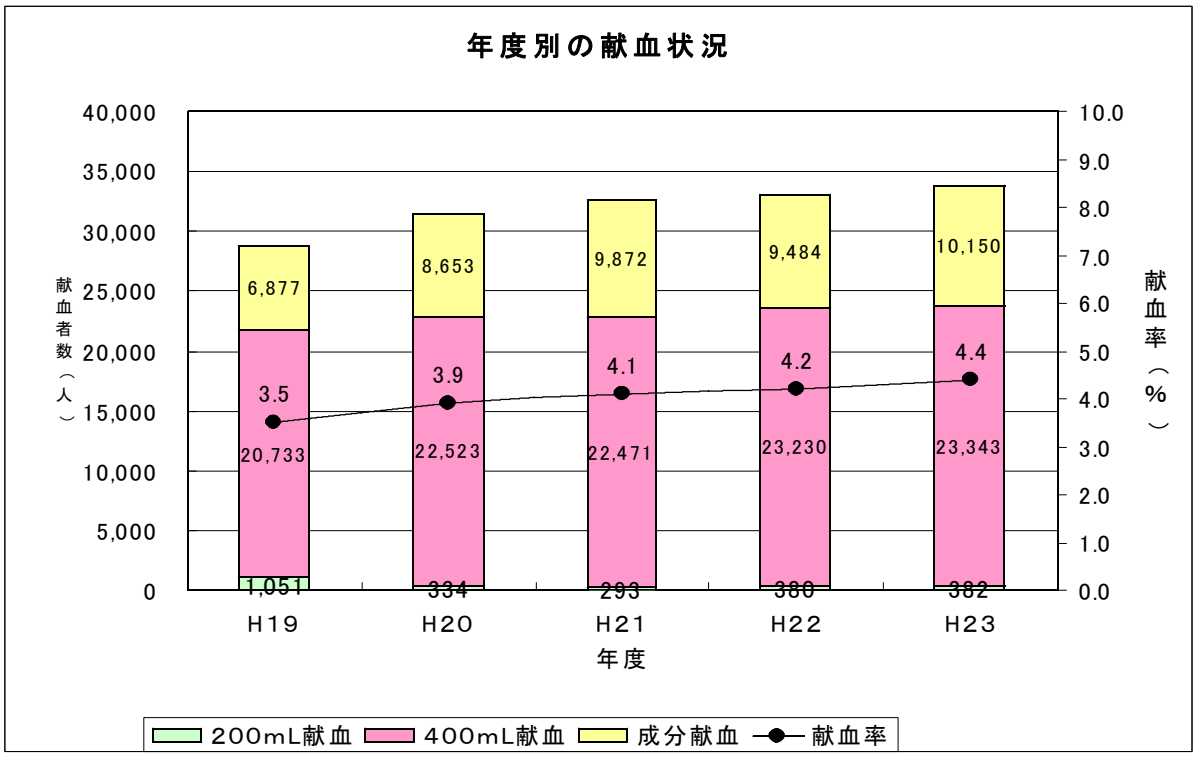
本県においては、医療に不可欠な血液製剤は国内献血で確保する国の方針のもとに、成分献血・400mL献血をより一層推進し、安定的な血液製剤の確保に努めています。

現状と課題

１　血液の確保

本県の献血事業は、近年、全国の状況と同様に少子高齢化、献血制限の強化、若年層の著しい献血離れ等により、献血者数は毎年減少していましたが、平成２０年度からは４年連続で前年度より微増ですが増加しています。

ただし、若年層の献血者数は減少を続けており、今後、安定的に血液の確保をするためには、若年層への積極的な普及啓発が必要となります。

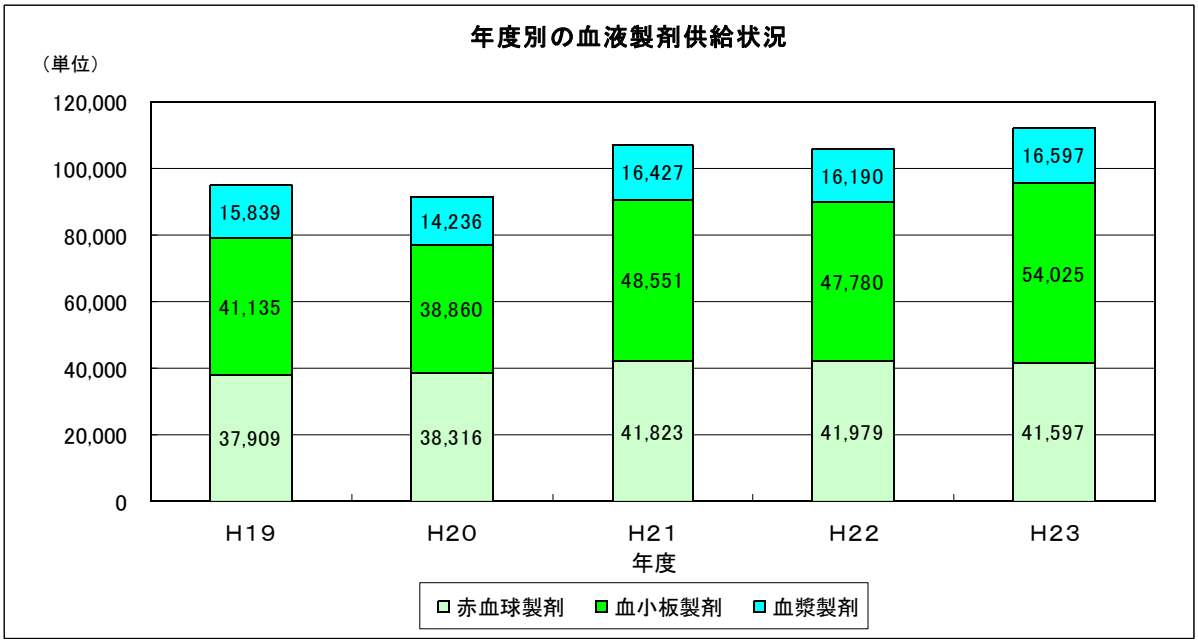


（注）　献血率＝献血者延人数／献血可能人口

２　供給状況

血液製剤は、安全で安定的な供給が求められていますが、高齢者の増加と医療技術の高度化により、医療機関における血液製剤の使用が増加傾向にあるため、その供給は、徐々にではありますが増加しています。特に血小板製剤の増加が著しくなっています。

ただし、県内供給分については、全製品について確保できており、現在のところ医療に支障は来していない状況です。



施策の方向

１　血液の確保対策

(1) 安定的な血液の確保

年間を通し献血者の安定確保を行うため、保健所、市町村及び関係機関と連携し、綿密な採血計画による献血の実施に努めます。

市町村、関係機関の協力を得て、事業所及び各種団体等の献血協力団体の育成・強化を図ります。

より安全で良質な血液製剤の安定供給を図るため、一層の成分献血・400mL献血の推進に努めます。

(2) 献血思想の普及啓発

「愛の血液助け合い運動」月間、「はたちの献血」キャンペーンを展開する中で、マスメディア、ポスター等各種広報媒体を活用し、献血事業の重要性について普及啓発を図ります。

特に、将来の献血を担う若年層対策を積極的に進めます。

２　血液製剤等の使用適正化

徳島県合同輸血療法委員会を活用し、医療機関における血液製剤使用量の現状等を把握し、限りある貴重な血液製剤の一層の使用適正化を図ります。

１２　医薬品等の適正使用対策

基本的な考え方

医薬品及び医療機器等は、生命及び健康の保持、疾病の治療等に不可欠なものであり、その開発から製造、流通、使用の各段階において、品質、有効性及び安全性の確保を図らなければなりません。

本県は、医薬品生産金額が平成22年で、全国第11位に位置している製薬県であることから、医薬品製造業者、医薬品製造販売業者等に対し、製造管理及び品質管理基準（ＧＭＰ／ＱＭＳ）や製造販売後安全管理基準（ＧＶＰ）などの各規制の遵守を一層徹底していく必要があります。

一方、高齢化社会の進展や疾病構造の変化に伴い，医薬品の多剤併用や長期服用が増加しています。さらに、一部のいわゆる健康食品や違法ドラッグ等では、健康被害の発生等が問題となっています。このような中、医薬品の重複投与や多剤併用による相互作用、薬の副作用などを確認し、健康被害の発生を未然に防ぐため、医薬分業の推進、薬剤師等の資質向上のため研修の充実

が必要とされ、併せて、県民への医薬品等に対する知識の普及啓発等を行っていくことが、医薬品の適正使用の上から重要です。また、いわゆる健康食品及び違法ドラッグ等取締りを強化するとともに、県民への薬物乱用に対する正しい知識の普及啓発を行う必要があります。

現状と課題

県民の健康に対する意識や関心が高まっている中、患者自身が医薬品の特性等を十分に理解し、適正に使用することができるような十分な情報提供、服薬指導等が薬局、医薬品販売業者に求められています。

このような現状のもと、監視・指導、医薬分業の推進、薬剤師等の資質の向上、医薬品に対する知識の普及啓発等の各種施策を実施しています。

１　監視・指導

平成17年度から医薬品等の製造段階での適正管理が承認要件となっていることから、これらに対応できるよう製造業者に対する指導に努め、医薬品等の品質、有効性及び安全性の確保を図っています。しかし、多くの中小製造業者に対しては、保健製薬環境センターと連携を図りながら、業者の指導育成にも努めなければなりません。また、いわゆる健康食品や違法ドラッグ等による健康被害の発生等が問題となっていることから、こうした販売品の取締りの強化が求められています。

２　医薬分業の推進

本県の医薬分業の現状を院外処方せんの発行割合でみてみると平成８年度には、4.0%であったものが平成10年度以降、公的病院を中心に院外処方せんの発行が急速に進み、平成23年度には45.6%と着実な伸びを示しています。

一方、医療法の改正がなされ、薬局が医療提供施設に位置付けられたことから、調剤を中心とする質の高い医療サービスを提供する上で、薬局がこれまでにも増して、重要な役割を果たすようになってきました。

このことを踏まえ、今後は、県民が安全・安心で質の高い医療を受けられるように、かかりつけ薬局の育成を図り、医薬分業のメリットをより広く啓発するなどして、質の高い医薬分業を目指す必要があります。

年度別の医薬分業率(%)

	H18	H19	H20	H21	H22	H23
県	35.9	37.3	39.5	41.5	43.9	45.6
全　国	55.8	57.2	59.1	60.7	63.1	64.6

３　薬剤師等の資質の向上

薬局又は医薬品販売業に従事する薬剤師及び登録販売者等に対して研修会、講習会を実施し資質の向上に努めています。また、薬事法の一部改正により平成20年度に導入された登録販売者の資格確認試験については、毎年度、適切に実施しています。

医 薬 品 等 業 者 状 況

	Ｈ１９	Ｈ２０	Ｈ２１	Ｈ２２	Ｈ２３
医薬品製造販売（製造）業者	57	57	57	56	58
その他製造販売（製造）業者	88	90	88	84	84
薬局	391	395	387	383	377
店舗販売業			185	197	224
薬種商	92	88	5	5	0
その他医薬品販売業者	327	321	220	209	198
医療機器販売業者	1,677	1,739	1,833	1,891	1,830

４　県民への医薬品に対する知識の普及啓発

「薬と健康の週間」等において、薬事関係団体の協力等により医薬品及び医療機器の適正な使用に関する県民向けの講習会を実施するとともに、各種行事を通じて啓発資材の配布などにより医薬品に対する知識の普及を図っています。

５　県民への薬物乱用に対する正しい知識の普及啓発

近年、薬物事犯が巧妙化・潜在化するとともに、20歳代以下の若年層を中心に大麻等の乱用拡大が懸念されています。

施策の方向

１　監視・指導の充実

医薬品等製造業者に対し、立入検査等を行い、製造段階での適正管理についてより一層の徹底を指導し、品質、有効性及び安全性の確保を図ります。さらに、医薬品等製造業者、薬局及び医薬品等販売業者に対し、立入検査、収去検査を実施するなど、監視指導を行うことにより、不良医薬品等の発見及び発生防止に努めるとともに、健康被害の発生が問題となっている医薬品成分を含有する健康食品や違法ドラッグ等の取締りを強化し、県民への被害を防止します。

麻薬診療施設等における医療用麻薬の適正管理の徹底及び適正使用の推進を図り、麻薬の適切かつ円滑な提供を促進します。

２　医薬分業の推進

(1)　医薬分業の普及・啓発

医薬分業を広く啓発するために、「薬と健康の週間」等の各種行事において、かかりつけ薬局の推進等について啓発を行います。

(2)　処方せん応需体制の整備

薬局が医療提供施設に位置付けられたことから、薬局機能情報に関する届出・公表、薬局における安全管理体制の確保，在宅医療の推進等が求められています。今後、これらの制度の定着促進を図るとともに、休日、夜間の対応、備蓄医薬品の充実について指導を行い、より一層の薬局の質的な向上に努めます。

３　薬剤師等の資質の向上

薬学教育６年制や医療制度改革を通じて医薬品に係る医療安全という点において、薬剤師の社会的な期待も高まりを見せていることから、今後、薬剤師会等の関係団体と連携し、研修会等を活用することにより薬局薬剤師等の資質の向上に努めます。

４　県民への医薬品に対する知識の普及啓発

国との連携、薬事関係団体の協力により、医薬品及び医療機器の適正な使用に関する啓発及び知識の普及に努めることとし、新聞・雑誌への掲載などを通じ全国的な啓発を行うことで、広く国民・県民に対して医薬品に対する知識の普及を図ります。

また、薬事法の一部改正により、薬局等において医薬品を販売する際、医薬品のリスクに応じ薬剤師等が、適正な使用のために必要な情報を提供する規定が導入されたことに伴い、薬局等に対し適切な情報提供体制について指導を行います。

５　県民への薬物乱用に対する正しい知識の普及啓発

関係機関・団体と連携し、県下の小学校、中学校、高等学校等の児童生徒を対象にした薬物乱用防止教室の開催や大学祭・各種キャンペーン等地域に密着した啓発活動を行い、薬物乱用の危険性等正しい知識の普及啓発により一層努めます。

１３　快適な環境衛生の確保

基本的な考え方

生活衛生関係営業は、県民生活に密着し、県民生活に必須のサービスや商品を提供し県民の生活水準の向上に貢献していますが、消費者ニーズの多様化や高度化、一方で急速に進行している少子高齢化、健康に対する県民の関心の高まり、近い将来の発生が予想されている「南海トラフの巨大地震」をはじめとした災害発生時の対応等、消費者や時代の要請に対して迅速に取組みを進め、社会の実情に応じた社会的役割を果たしていく必要があります。

また、理容、美容業、クリーニング業、公衆浴場業等の生活関係営業は、家族を中心とした零細経営が多く、昨今の同業者間の競争激化もあいまって施設の適正な衛生水準の確保が難しくなる傾向も見られます。

このような状況において、生活衛生関係営業が今後も活力ある発展を続け、社会の一員として地域づくりに貢献できるよう施策を進める必要があります。

現状と課題

１　生活衛生関係営業の現状

本県における生活関係営業施設数及び年次別推移は、次表のとおりです。その現状は、小規模、零細な事業所が多く、消費者や社会の多様なニーズに応え、施設の衛生水準を確保していくためには、経営面、資金面において不十分な面が多々みられます。

生活衛生関係営業施設数及び年次別推移（徳島県）　（各年度末現在）

	Ｈ１９	Ｈ２０	Ｈ２１	Ｈ２２	Ｈ２３
総数	１７，９４４	１７，６７８	１７，５６５	１７，３６６	１７，１２０
興行場	２２	２３	２２	２１	２２
旅館業	８１８	８１３	７４８	７４８	７３５
公衆浴場	２２２	２１６	１９８	２１６	２１３
理容所	１，２５７	１，２６５	１，２５９	１，２４８	１，２４６
美容所	２，０１９	２，００３	２，０３１	２，０７０	２，１０５
ｸﾘｰﾆﾝｸﾞ所	８９４	８８９	８８６	８７９	８７９
飲食店営業	１０，００４	９，８２７	９，８５０	９，７１９	９，５９４
喫茶店営業	１，７０８	１，６６７	１，５８３	１，５１４	１，４０２
食肉販売業	９７８	９５５	９６９	９３２	９０６
氷雪販売業	２２	２０	１９	１９	１８

２　衛生監視等の強化

小規模な経営の多い生活関係営業施設の衛生水準を確保するため、計画的で効率的な巡回指導を行うことによって、衛生状態の把握と衛生指導の強化を図ると共に、営業者自身による自主的な衛生管理体制の確立を指導する必要があります。

３　特定建築物等の環境衛生対策

不特定多数の人が利用する大型の特定建築物における衛生的環境の確保や、居住環境対策が必要です。

施策の方向

１　監視指導等

生活衛生関係営業施設に対して、監視・指導を計画的、効率的に行い、衛生水準の確保・向上を図ります。また、特定建築物に対する監視・指導体制の充実を図り、衛生的な環境の確保を促進します。

２　関係業界組織の育成と関係機関との連携

（公財）徳島県生活衛生営業指導センターとの連携を強化し、指導体制の充実を図ります。

また、生活衛生同業組合等業界組織の育成を図るとともに、行政、関係団体及び各経営者が連携して、生活衛生関係営業の現状と課題を把握し衛生水準の一層の向上を図ります。

１４　食品等の安全確保

基本的な考え方

食品を取り巻く現状は、輸入食品に係る残留農薬等の問題、偽装表示、健康食品の問題、大規模食中毒、ＢＳＥの発生及び放射性物質による汚染の問題など国民の食品に対する不信はこれまでにないものになっており、行政、食品関係事業者に寄せる期待はこれまで以上のものとなっています。

従来の食品衛生行政は、どちらかといえば取締法的な要素で行われてきましたが、食品流通の急速な変化を見ると、より積極的な行政作用として、科学的で広域的な見方がなければ、食品の安全性の確保が難しくなってきました。

そこでこれからの食品行政は、より安全で高品質の食品供給システムへの積極的変換と、これに対応する技術的、機動的な監視指導と検査機能の充実強化が必要です。

また、食肉については、家畜の飼養形態の大規模化による疾病様相の変化、食肉の微生物汚染、有害物質の残留問題等に対して種々の問題が提起されており、食肉衛生検査所を中核として、生産者指導、と畜場設置者及び解体業者に対する衛生保持指導，食鳥処理関係業者指導が求められています。

今後、食肉衛生検査所は、疾病り患獣畜の排除のみならず、と畜場等処理施設全般の衛生管理について指導を行う必要があります。

現状と課題

１　食品関係営業の現状

本県では、食品関連企業や営業者の占める割合が高く、安全と高品質に関する製造管理対策を充実し、食品関係事業者のさらなる育成を図る必要があります。

２　食品の安全性確保

食品の安全性確保は、加工食品の多様化、流通の広域化、複雑化、輸入食品の増大等に伴い、残留農薬、添加物、腸管出血性大腸菌による大規模食中毒に見られるように大変難しくなってきています。

さらに、アレルギー物質や遺伝子組換え食品、健康食品、放射性物質による食品汚染等、新たな問題も発生しています。

また、食品流通の国際化に対して、安全管理システムの国際基準化が進められていますが、行政的にもこれに対応する監視システムが機能しなければ、国際的にも認められなくなる可能性があります。

食品衛生法においても、食品の品質保証表示やＨＡＣＣＰ等が営業者に、ＧＬＰ（精度管理）が行政側に求められる等、積極的かつ高度な技術の行政対応が必要となってきています。

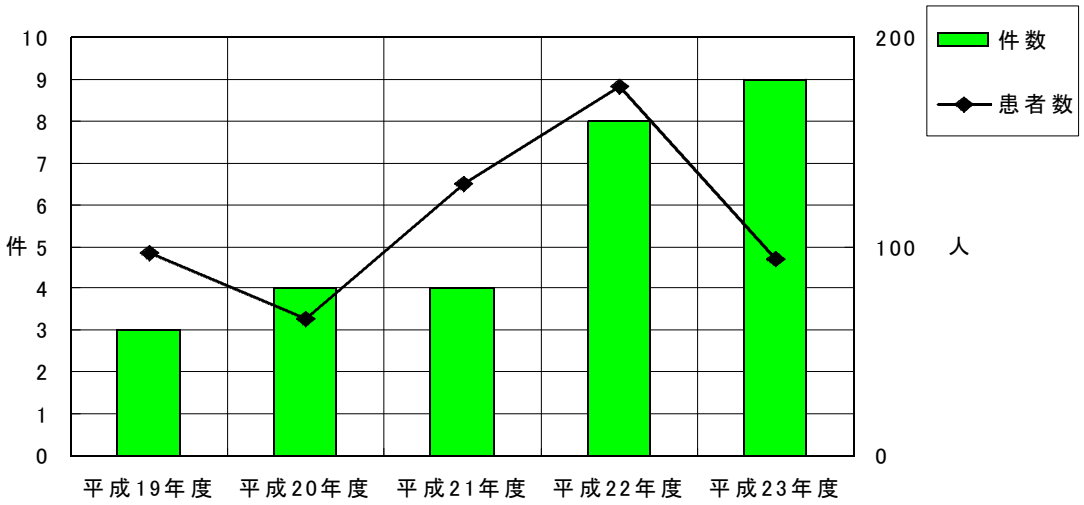
３　食中毒対策

次図に見られるように、毎年平均６件の食中毒が発生しており、食品の広域流通や多種多様な加工食品の増加により、大規模集団食中毒が発生するおそれがあり、製造業者や給食施設等の大量調理施設における対策が必要です。

今後の食中毒では、大量生産による広域汚染と被害拡大が続く恐れがあり、消費者保護の立場から、行政対応できる機動力と企画力及び検査力が求められます。

さらに、新たに制定された「生食用食肉」及び「牛肝臓」の規格基準の遵守について、関係事業者に対して指導を行うとともに、消費者に対する啓発も重要となります。

本県の食中毒発生状況



４　食肉の安全確保

畜産物の輸入自由化に伴い、従来我が国に発生がみられなかった疾病に対する検査対応が必要となるなど、食肉の安全確保の上で種々の問題が生じています。

と畜場における腸管出血性大腸菌O-157の汚染実態の調査研究が行われ、と畜場における衛生管理の重要性が指摘されており、ＨＡＣＣＰシステムの考え方に沿った衛生管理体制の導入が求められています。

また、平成13年９月に牛海綿状脳症の乳牛が国内で初めて発見されたことに伴い、食肉の安全性を確保するため、スクリーニング検査の実施や脳、脊髄などの特定部位の適切な処理、とさつ、解体等における食肉への汚染防止等衛生管理の指導を行う必要があります。

施策の方向

１　保健所の体制強化

科学的根拠に基づく安全性を担保するため、保健所における監視指導及び検査体制の充実強化を図ります。

２　食品の安全性確保のための体制整備

保健所を中心とした、地域の衛生意識の高揚を図ります。

また、食中毒予防や県民の不安解消のために、講習会等を通じ情報収集・提供が行える機関として、地域の住民や営業者に対し日常的に対応できる機能を持ち、かつ、災害発生時、大規模集団食中毒等の危機管理体制の地域拠点として、管内保健所を整備します。

さらに、各管内の食品業界の営業者が組織する食品衛生協会等を活性化し、自主管理の推進、情報収集・分析を進め、各施設の生産規模に応じた段階的・重点的な監視指導項目を設定して、活力のある安定した食品衛生自主管理体制の整備を図るとともに毎年度策定する食品衛生監視指導計画に基づく監視指導を実施します。

３　危機管理体制の強化

保健所を、圏内の核として集団食中毒発生時等に即時対応できる、危機管理能力を発揮できる体制を強化します。

４　と畜場における食肉の安全確保対策

(1) 食肉検査業務の基本となる精密な科学検査（微生物検査、病理学検査、理化学検査）を実施し、人獣共通感染症の排除、食中毒細菌の二次汚染防止、抗菌性物質など有害残留物質の排除等に努めます。

(2) ＢＳＥなどの伝達性海綿状脳症のスクリーニング検査を実施し、り患牛の食肉としての流通を防止し、食肉の安全性確保を図ります。

(3) と畜場設置者等に対する施設の衛生保持指導を図ります。
　微生物検査（自主検査）を実施するよう指導することにより施設の衛生保持の向上を図ります。
(4) とさつ解体業者等に対する衛生措置指導を図ります。
　とさつ及び解体を行う者に対して衛生的なとさつ又は解体方法について教育指導を行うことにより微生物の二次汚染等の防止を図ります。

５　食鳥処理場における食鳥肉の安全確保対策

(1) 指定検査機関の実施する食鳥検査について技術的アドバイスを行います。
(2) 食鳥処理業者及び従業員に対して微生物の二次汚染防止等の教育指導を行い、衛生思想の向上を図ります。

６　食肉検査員の資質向上

科学技術が急速に進歩している今日、最新の技術水準を取り入れ、食肉全般の安全性確保を図ることが重要であり、そのためにも、国の機関、民間研究機関、海外研究機関等への派遣研修や、最新技術情報、国際動向などをテーマとした技術講習会の充実を図り、検査員の資質向上に積極的に取り組みます。

１５　安全な水の確保

基本的な考え方

水道は、健康で文化的な日常生活を営む上で欠くことの出来ないものであり、社会的、経済的な諸活動を支える社会基盤施設として、その整備及び適正な維持管理並びに水質の確保が重要な課題となっています。

このようなことから、水道の普及率の向上はもちろんのこと、地震や渇水等に強く、安全で信頼性の高い水道、ゆとりある安定した水道施設の整備促進及び衛生管理の充実・強化を図ります。

現状と課題

１　県内における水道施設の整備

県内における水道普及率は次図のとおり平成22年度末で95.8%となっており、約３万人の人々が水道の利便に浴していない状況にあり、水道整備を計画的に促進する必要があります。特に、中山間地域における水道整備が急がれます。

また、「南海トラフの巨大地震」が切迫する中、水道施設の耐震化が急務となっており、老朽施設の更新等と合わせて、地震等の災害に強い水道施設の改善整備が必要です。

２　水の衛生管理

水道水において感染性の原虫による汚染など新たな汚染がみられることから，水質検査の徹底等水道施設の維持管理の強化に努める必要があります。

また、地下水、渓流水等を水源としている水道法適用以外の施設では、水質検査等の衛生管理が欠如しているため、衛生指導に努める必要があります。

３　水道水源の確保

将来における水道用水の需要に対応して、新たな水道水源を確保する必要があります。

施策の方向

１　水道施設の整備

中山間地域における水道施設整備は、地理的・地形的条件により多額の建設費を要するため国の補助制度を有効活用し、未普及地域の解消を促進します。

また、地震等の災害に強い水道整備や水道の広域化を推進するため、簡易水道等の既存施設の統合事業や拡張事業、さらに基幹的改良事業を計画的に推進します。

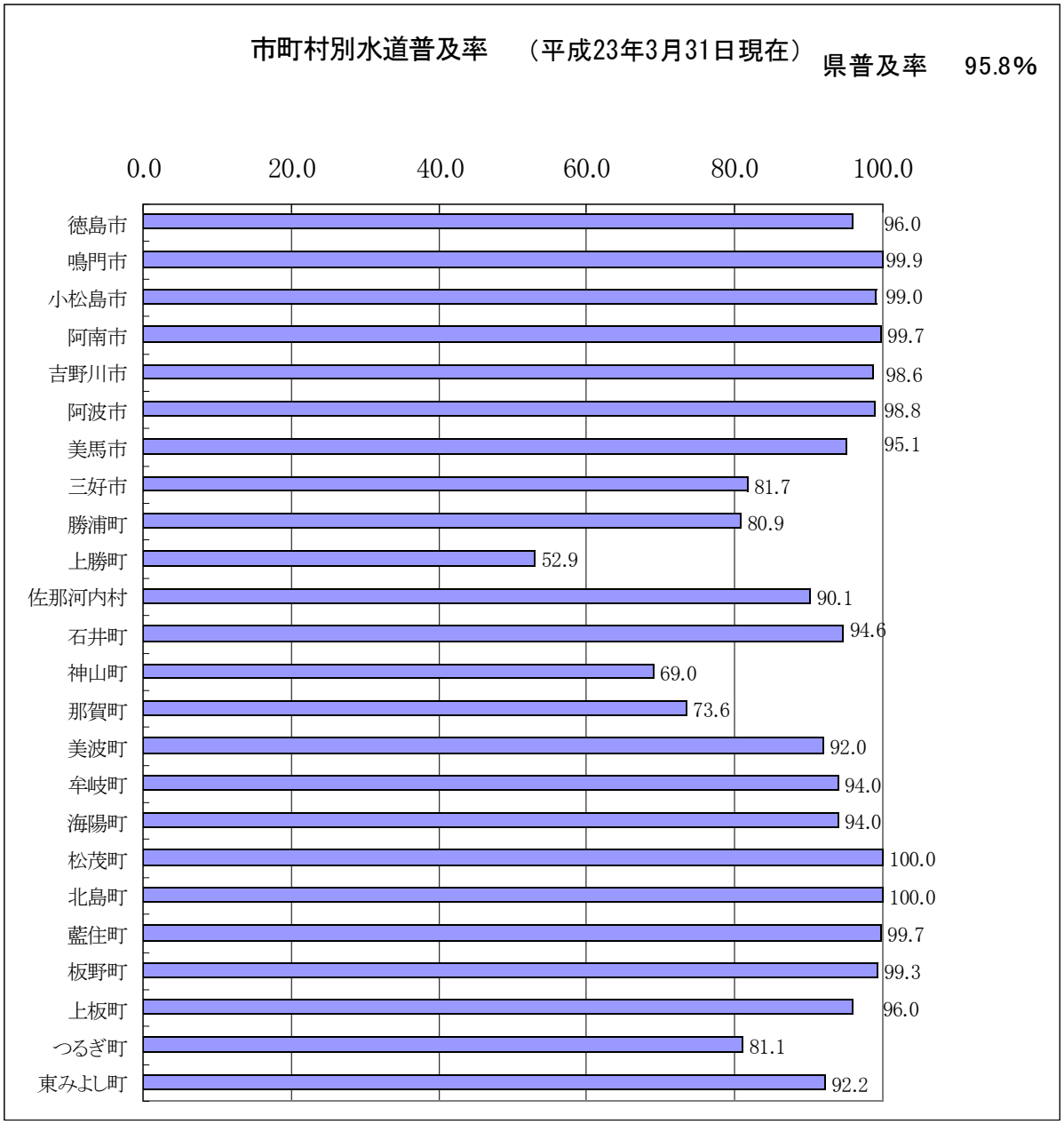
２　水の衛生管理の充実・強化

安全な水道水を供給するため、水道事業者への水質検査の励行や検査結果に基づく施設の改善等についての専門的、技術的な指導、監督を行うとともに、水道管理体制の充実を図ります。

飲用井戸等の衛生対策については、市町村との連携を図り、設置者に対し広報等により啓蒙を図るとともに、衛生対策の専門的、技術的な指導を強化します。

３　水源の開発

水源開発の参画については、その必要性、緊急性等十分検討するとともに、的確な水道整備との整合性が図られるよう指導等を行います。



１６　動物由来感染症の予防

基本的な考え方

狂犬病予防を含む感染症対策(特に動物由来感染症対策)及び動物愛護管理行政の機能強化を図る上で、動物愛護管理センターの機能と保健所機能の連携を図りつつ、徳島県の動物愛護管理行政の一元化と広域化を図ることが必要です。

現状と課題

動物行政の主な法令等は、狂犬病予防法、動物の愛護及び管理に関する法律、徳島県動物の愛護及び管理に関する条例、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（動物由来感染症対策）等です。

日常の業務の中で、動物行政の重要なポイントとして、飼い主のモラル向上を図りながら、動物から人への感染症予防対策業務を進めていますが、日々の苦情処理に追われている現状であり、狂犬病予防のための野犬等の保護収容をはじめ速やかな行政対応が求められています。

また、保健予防行政との連携や獣医療、医療関係者との情報共有も必要とされているところです。

施策の方向

１　登録及び狂犬病予防注射の推進

狂犬病予防法の一部改正に伴い犬の登録及び狂犬病予防注射済票の交付事務が市町村に委譲され、平成12年４月１日から施行されています。

これらの事務の市町村への必要な支援を実施し、各保健所、市町村及び（公社）徳島県獣医師会との連絡を密にし、円滑な登録と狂犬病予防注射の推進に努めます。

２　野犬等の捕獲・引き取り等及び適正飼育の指導業務

野犬等の捕獲、収容体制及び動物愛護思想の普及啓発等の推進を図るため、動物愛護管理センターを拠点にした事業の促進に努めます。

また、狂犬病発生時に備えた診断技術の研鑽や捕獲、咬傷犬対応など危機管理体制の整備に努めます。

さらに、警察、市町村等との連携強化、市町村への技術的、事務的支援を行うほか、動物取扱業者への研修と飼い主に対する動物の適正飼育指導を実施します。

３　動物愛護思想の普及啓発及び動物由来感染症対策業務

人と動物が共存できるうるおいのある徳島づくりのために、動物ふれあい教室などの事業展開を図りながら、動物愛護思想の普及啓発及び動物からの感染症予防について正しい知識の周知・啓発の強化を行います。

地域住民、ボランティア、愛護団体、獣医師会及び各自治体間の連携とマンパワーの活用を図ります。

さらに、ペットの飼育に伴う動物由来感染症の知識の普及や相談申し出者のために保健予防行政との連携を図ります。

１７　医療に関する情報化の推進

基本的な考え方

近年、インターネットの普及が飛躍的に進み、様々な場面で情報技術を活用した情報化が進行しており、医療の分野においても情報化を推進する必要があります。

県民の医療に関する情報提供を求めるニーズの要望の高まりに応え、インフォームド・コンセント（十分な情報を得た上での患者の選択と同意）の理念に基づく医療の一環として、医療情報の提供に関する重要性が高まっています。

県民・患者や医療機関等にとって、医療に関する必要な情報が、いつでも、どこでも、簡単に利用できる環境整備が求められています。

現状と課題

(1) 医療法においては、「医療機能情報提供制度」が定められています。

この制度は、医療機関に対し、医療機関の有する医療機能に関する情報について、県への報告を義務付け、県は医療機関から報告を受けた情報を県民・患者に分かりやすい形で提供することにより、県民・患者による医療機関の適切な選択を支援するものです。

(2) 県の取り組み

① 「医療とくしま」の名称でホームページを設けており、徳島県の医療政策、研修の案内、医療関係の事務手続き、通知等を掲載しています。

② 「医療とくしま情報箱」では、徳島県内の医療機関について、さまざまな方法で検索できるシステムを構築しています。

・病院名、地域、キーワードのほか、女性、がん、障害といったカテゴリー別に検索できます。

・医療機関の情報として、所在地、開設者、管理者、電話等の基本情報のほか、病床数、外来受付時間、標榜科目、障害者用の駐車場、トイレの有無などについても情報提供しています。

③ 休日夜間救急医療情報により、休日や夜間に対応している医療機関についての情報を入手することができ、円滑な救急搬送を推進しています。

施策の方向

(1) 県民や医療関係者などのニーズも踏まえた医療情報の提供を推進します。

医療機関の役割
・医療機関は、提供する医療について正確かつ適切な情報を報告するとともに、報告した情報に関して県民・患者からの相談等に適切に応じなければならない。また、県へ報告した情報について、医療機関で閲覧に供しなければならない。

県の役割
・県は、病院等から報告された事項を公表しなければならない。
・県は、インターネットを通じて医療機関から報告された医療機能情報を公表する。県民・患者による医療機関の選択に資するよう医療機能情報に基づく、一定の検索機能を有するシステムを整備する。
・県は、インターネットを通じた公表と併せて、適切な方法により、公表する。

① 医療機関の基本的な情報に加えて、医療機能の公表制度に対応したきめ細かな事項も検索できることにより、県民の医療機関を選択する際の必要な情報が入手可能となります。

② 医療機関においては、医療機能情報を活用することにより、医療連携体制の構築を推進します。

(2) 保健医療分野に関する情報システムの整備にあたっては、保健・医療・福祉・介護など、それぞれのシステムとの連携を図ることにより、効率的な運用を行います。

(3) 医療機関においては、電子カルテ、オーダリング、ＰＡＣＳ（画像管理）、ＳＰＤ（在庫管理）など、ＩＣＴを活用した効率的・効果的な医療提供体制の整備が求められます。

(4) 医療情報は、個人情報が含まれており、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」に基づいた、システムの安全性の確保、情報管理の重要性、セキュリティ対策が求められます。

第６節　保健・医療・介護（福祉）の総合的な取組

基本的な考え方

高齢化が一段と進む中、どこに住んでいても、その人にとって適切な保健・医療・介護（福祉）サービスを受けることができる社会を実現し、健康づくりや検診等の疾病予防や介護予防を進めるとともに、病気になった場合には、しっかり「治す医療」と、その人らしく尊厳をもって生きられるよう「支える医療・介護」の双方を実現することが求められています。

このため、保健・医療・介護（福祉）それぞれの連携をこれまで以上に強化し、総合的なサービスとして県民が教授できる体制を整備する必要があります。

県では、各保健所において、地域の市町村、医療機関、福祉関係機関・団体等で構成する地域保健医療福祉協議会を開催し、地域における保健・医療・介護（福祉）の連携に取り組んでいますが、引き続き、あらゆる機会を通じ、各地域における行政機関はもちろん、民間の関係機関を含めた各分野の連携の強化に取り組むことが必要です。

施策の方向

１　連携体制の強化

保健所を中心として、引き続き、地域の市町村、医療機関、福祉関係機関・団体等による地域保健医療福祉協議会を開催し、地域における保健・医療・介護（福祉）の連携に努めます。

また、県は、母子保健、介護保険、精神保健福祉など、住民に身近な市町村が実施するサービスについて、専門的な立場から技術的助言・提言などを行い、連携の強化に努めます。

２　総合的な取組み

各地域における取組みはもちろん、「健康徳島21」、「徳島県障害者施策長期計画」、「徳島県障害福祉計画」、「徳島県高齢者保健福祉計画・介護保険事業支援計画（とくしま高齢者いきいきプラン2012～2014）」、「徳島県次世代育成支援行動計画（徳島はぐくみプラン）」など、各分野における総合的な計画に基づき、県として、保健・医療・介護（福祉）の連携したサービスの提供に努めます。

３　人材の養成・確保

高度化、多様化する保健・医療・介護（福祉）サービスに対する県民のニーズに対応するため、人材の確保や研修機会の提供等人材育成に取り組みます。

第５章

保健医療従事者の状況及び養成・確保と資質の向上

第１節　地域医療対策協議会の取組み

本県では、徳島県医療審議会医療対策部会からの「医師不足を解消するための具体的な施策の企画・調整及び実施を行う機関を設置すべき。」との提言を受け、平成13年度から、へき地支援等の事業を行ってきた「へき地医療支援機構」を改組し、平成18年２月に「地域医療支援機構」を新たに設置。あわせて、具体的な事業の検討を行う場として機構内に「徳島県地域医療支援事業検討委員会」を設置し、その後、平成20年８月に「徳島県地域医療対策協議会」に改組し、へき医療対策に加え、中長期的な視野に立った医師の養成・確保対策に取り組んでいます。

１　施策の状況

＜主なへき地医療対策＞

(1) へき地医療拠点病院に対する医師派遣の要請
(2) へき地診療所等への医師派遣業務に係る調整及び医師の派遣
(3) へき地医療に従事する医師のドクタープール機能

＜主な医師確保対策＞

(1) 自治医科大学における医師の養成
(2) 医師修学資金、専門医研修資金の貸与
(3) とくしま医師バンク事業

２　今後の取組み

医師不足問題は、保健医療サービスの提供体制を考えるうえで根幹に関わる問題であり、県政の重要かつ喫緊の課題です。

引き続き、医師の確保と地域における適正な配置に資する取組みを推進するとともに、平成23年11月に、地域医療を担う医師の「キャリア形成支援」や「配置調整」等を行う組織として設置された「徳島県地域医療支援センター」とも連携し、医師確保に関する新たな施策の検討・見直しに取り組み、県民が安心して医療を受けることができるよう、安定的な医師の養成・確保対策の構築に取り組みます。

第２節　地域医療支援センター等の取組み

１　医師の現状

(1) 医師に関する動向

平成16年4月から始まった、研修医が研修先の病院を選択できる現行の医師臨床研修制度を契機として、医師が大都市圏へ集中し地方において医師が不足する、いわゆる「地域偏在」が全国的な問題となっています。またこのことは、それまで研修医を多く抱え、地域の医療機関へ医師の派遣を行ってきた大学においても医師が不足する状態を生じさせ、地方都市のなかでも、過疎地域等における医師不足が、一層深刻な問題として顕在化しています。

さらに、小児科、産科、救急といった、夜間・休日を問わず救急患者が多く、勤務が過酷な診療科において、近年の訴訟リスクの増大傾向なども相まって、若手医師による敬遠や医師の立ち去りが増加し、診療科ごとの医師不足、いわゆる「診療科偏在」も深刻な問題となっています。

(2) 本県における医師の状況

本県に従業地を有する医師は、平成18年末の2,350人、平成20年末の2,377人から平成22年末には2,388人と順調に増加しており、人口10万人対では、平成22年末で304.0人と全国平均の230.4人を大幅に上回る全国第１位の水準となっています。また、医療施設に従事する医師についても増加基調で推移し、平成22年末の人口10万人対の数字は283.0人と、全国平均である219.0人を大幅に上回る全国第３位となっています。

しかしながら、その圏域ごとの分布をみれば、徳島市を有する東部保健医療圏に全体の約75％が集中し、人口10万人対の数字でみても、東部保健医療圏が308.9人であるのに対し、南部が247.2人、西部が187.6人と大きな格差がある状態であり、医師の「地域偏在」が顕著となっています。

また、医療施設に従事する医師の平均年齢をみると、本県は50.5歳で、全国で６番目に高い水準となっています（全国平均48.6歳）。年齢構成別では、全国で最も医師数の多い年齢階層が40歳代で、24.3％であるのに対し、本県では50歳代が25.3％で最も多い年齢階層となっていることからも、全国と比較して医師の高齢化が進んでいるといえます。

次に医療施設に従事する医師の性別構成比をみると、本県では、男性78.7％、女性21.3％となっており、女性医師の比率が全国平均(18.9％)に比べ高く、全国第３位の水準となっています。特に30歳代の女性医師の比率については、38.2％と全国平均28.5％を大きく上回り、全国第１位の水準となっています。

医療施設に従事する医師数を主たる診療科目別でみると、内科医が最も多く666人(30.0％)を占め、次いで整形外科医163人（7.3％)、外科医161人（7.2％)、精神科医117人（5.3％)の順となっています。医療施設に従事する医師数については、平成18年から平成22年までに、49人･2.3％の増となっていますが、呼吸器科医(17人･121.4％の増)、麻酔科医（13人･35.1％の増）などが比較的大きな伸びをみせているのに対し、小児科医が同数、産科・産婦人科医が３人の減、救急科医が２人の増であるなど、特定の診療科における医師の偏在が顕著となっています。

医　　師

（各年12月31日）

県・全国の別	年次	総　数		医療施設の従事者（再掲）		左の内訳	
			人口10万対		人口10万対	病　院	診療所
全　国	H22	295,049	230.4	280,431	219.0	180,966 (64.5)	99,465 (35.5)
徳島県	H18	2,350	291.9	2,174	270.1	1,359 (62.5)	815 (37.5)
	H20	2,377	299.4	2,204	277.6	1,407 (63.8)	797 (36.2)
H22		2,388	304.0	2,223	283.0	1,437 (64.6)	786 (35.4)
東部Ⅰ		1,635	357.2	1,501	328.0	※( )内は百分率	
東部Ⅱ		177	212.6	170	204.2		
南部Ⅰ		356	266.6	346	259.1		
南部Ⅱ		44	191.0	41	178.0		
西部Ⅰ		91	211.8	85	197.8		
西部Ⅱ		85	188.9	80	177.8		

資料:「医師・歯科医師・薬剤師調査」(厚生労働省)

医療機関に従事する医師の年齢階層・性別の状況

（注）　（　）は総数に占める構成比

区　分	総　数	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代
全　国	280,431	26,213 (9.3%)	64,497 (23.0%)	68,064 (24.3%)	61,791 (22.0%)
男	227,429	16,798 (7.4%)	46,093 (20.3%)	55,768 (24.5%)	54,639 (24.0%)
女	53,002	9,415 (17.8%)	18,404 (34.7%)	12,296 (23.2%)	7,152 (13.5%)
女性の比率	18.9%	35.9%	28.5%	18.1%	11.6%
徳　島	2,223	182 (8.2%)	440 (19.8%)	453 (20.4%)	562 (25.3%)
男	1,750	105 (6.0%)	272 (15.5%)	354 (20.2%)	481 (27.5%)
女	473	77 (16.3%)	168 (35.5%)	99 (20.9%)	81 (17.1%)
女性の比率	21.3%	42.3%	38.2%	21.9%	14.4%

区　分	60歳代	70歳代	80歳以上
全　国	33,217 (11.8%)	16,716 (6.0%)	9,933 (3.5%)
男	30,069 (13.2%)	15,388 (6.8%)	8,674 (3.8%)
女	3,148 (5.9%)	1,328 (2.5%)	1,259 (2.4%)
女性の比率	9.5%	7.9%	12.7%
徳　島	373 (16.8%)	127 (5.7%)	86 (3.9%)
男	339 (19.4%)	120 (6.9%)	79 (4.5%)
女	34 (7.2%)	7 (1.5%)	7 (1.5%)
女性の比率	9.1%	5.5%	8.1%

資料：平成22年「医師・歯科医師・薬剤師調査」（厚生労働省）

2　医師に求められる役割

全ての医師は、医療従事者としての人格を涵養し、患者との良好な信頼関係のもとに、患者を全人的に診ることができるよう、基本的な診療能力を身に付けることが求められます。

医療がめざましく進歩する中で、高い専門性を有する医師の育成が必要であるのはもちろんですが、「小児科」、「産科」、「救急」など特定診療科における医師不足、いわゆる「診療科偏在」の解消、さらには、特に医師が不足する過疎地域等においてその必要性が高まっている、幅広い診療能力により、多様な傷病に柔軟に対応する「総合診療」の体制構築など、地域のニーズに応じた医療を提供できる体制の確保と連携の強化が求められています。

３　施策の方向

引き続き、地域医療支援機構を中心として、医師の確保・養成や勤務環境改善などの各種施策に取り組むとともに、平成23年11月に設置された「徳島県地域医療支援センター」をコントロールタワーとして、地域医療を担う医師の「キャリア形成支援」や「配置調整」等、医師の地域偏在の解消等に、県をはじめとする関係団体が一体となって取り組むことにより、安定的な地域医療の確保を推進します。

１　医師のキャリア形成支援

「総合診療部門」や「救急部門」、「総合診療のマインドを有する専門医」に関するキャリア形成プログラムの整備・実施や、「教育カンファレンス」などの指導医育成の取組みを実施し、若手から中堅医師が望むキャリア形成を支援することにより、「キャリアを積むなら徳島」と言われる魅力ある環境を整備し、地域医療に従事する医師の確保を図ります。

２　医師の配置調整

医師のキャリア形成支援と一体的に、地域枠医師等の配置調整を地域の医師不足の状況等を踏まえて実施することにより、医師の地域偏在の解消に取り組みます。

３　地域医療に関する総合相談・情報発信

県地域医療支援センターに、キャリア形成に関する相談窓口を設置するとともに、ホームページや広報誌を活用した情報発信に取り組み、地域医療に従事する医師の支援体制の充実を図ります。

４　地域医療に関する調査・分析の実施

各医療機関における研修プログラムの実施状況等、地域医療に関する調査研究を実施し、今後の医師のキャリア形成支援や医師不足地域への医師の配置調整などに活用します。

５　総合診療医の育成支援

平成22年度から、徳島大学の「総合診療医学分野」において実施している、県立病院をフィールドとした診療活動と地域医療確保に関する研究、さらには総合医の教育について、引き続き積極的な取組みを継続していきます。

６　地域医療に従事する医師の育成・確保

自治医科大学での医師の養成、徳島大学医学部の地域枠学生に対する医師修学資金の貸与など、中長期的な視野に立った医師の養成に取り組みます。また、県内の臨床研修病院、県医師会、県地域医療支援センターが連携し、県内における臨床研修医の確保に向けた取組みの充実を図ります。

７　学生を対象とした地域医療への理解を深めるための取組み

県内の高校生を対象とした「徳島大学医学部における体験授業」や「高校生地域医療現場体験ツアー」等の開催により、医療の道を志す高校生の意欲の醸成に努めます。また、全国の医学生を対象とし、県内の地域医療の現場で実地研修を行う「夏期地域医療研修」の開催等により、徳島の地域医療への理解の促進とその魅力の発信に取り組み、将来、地域医療を志す医師の養成を図ります。

第３節　保健医療従事者の状況

１　歯科医師

本県の歯科医師数は、平成22年末の総数で813人、医療施設の従事者で773人であり、これまで増加を続けてきたその数も、平成18年の総数819人、医療施設の従事者796人をピークとして、現在は横ばい又は微減の状態となっています。

人口10万人当たりでみると、平成22年末で総数103.5人、医療施設の従事者98.4人と、いずれも全国平均を大幅に上回っており、全国第２位の水準となっています。（第１位 東京都、第３位 福岡県、第４位 新潟県、第５位 大阪府）。

但し、これを圏域ごとの人口10万人当たりでみると、総数及び医療施設従事者数において全国平均を上回っているのは、東部Ｉ保健医療圏のみであり、歯科医師についても、医師が都市部に集中する地域偏在が生じているといえます。

歯　科　医　師

（各年12月31日）

県・全国の別	年次	総数	総数 率 人口10万対	医療施設の従事者（再掲）	医療施設の従事者（再掲） 率 人口10万対
全　国	H22	101,576	79.3	98,723	77.1
徳島県	H18	819	101.7	796	98.9
	H20	813	102.4	777	97.9
	H22	813	103.5	773	98.4
	東部Ⅰ	594	129.8	556	121.5
	東部Ⅱ	63	75.7	63	75.7
	南部Ⅰ	91	68.1	90	67.4
	南部Ⅱ	13	56.4	13	56.4
	西部Ⅰ	25	58.2	25	58.2
	西部Ⅱ	27	60.0	26	57.8

資料：「医師・歯科医師・薬剤師調査」（厚生労働省）

２　薬剤師

本県の薬剤師数は、平成18年末にそれまでの増加傾向から減少に転じたものの、平成20年末には2,574人と再び増加し、平成22年末では2,609人とさらに増加しています。

人口10万人当たりでは、332.1人であり、全国平均215.9人を大幅に上回っており、全国第２位となっています（第１位は東京都 337.1人）。

人口10万人当たりの薬剤師数を市町村別に見ると、徳島市563.2人、北島町378.6人等の都市部で高く、佐那河内村38.6人、神山町33.1人等の山間部の市町村で低い状況です。

主な業務の種別では、薬局従事者972人（37.3%）、病院等573人（22.0%）、医薬品関係企業659人（25.3%）となっています。

圏域ごとに人口10万人当たりでみると、総数及び薬局・医療施設従事者数において県平均を上回っているのは、東部Ｉ保健医療圏のみであり、地域偏在がみられます。

薬　剤　師

（各年12月31日）

県・全国の別	年次	総数		薬局・医療施設の従事者		左の内訳	
			率 人口10万対	（再掲）	率 人口10万対	薬局	病院等
全　国	H22	276,517	215.9	197,616	154.3	145,603	52,013
徳島県	H18	2,446	303.9	1,350	167.7	812	538
	H20	2,574	324.2	1,467	184.8	930	537
H22		2,609	332.1	1,545	196.7	972	573
東部Ⅰ		1,977	432.0	1023	223.5	653	370
東部Ⅱ		130	156.1	106	127.3	62	44
南部Ⅰ		278	208.2	233	174.5	148	85
南部Ⅱ		51	221.4	45	195.3	32	13
西部Ⅰ		98	228.0	78	181.5	42	36
西部Ⅱ		75	166.7	60	133.3	35	25

資料：「徳島県保健・衛生統計年報」（徳島県）及び「医師・歯科医師・薬剤師調査」（厚生労働省）

3　看護職員（保健師・助産師・看護師・准看護師）

看護職員の確保については、「看護師等の人材確保に関する法律」が平成４年に施行され、これまで様々な取り組みがなされているところです。

このような中、平成22年には看護職員の計画的かつ安定的な確保を図るため、国において「第7次看護職員の需給に関する検討会報告書」（平成23年から平成27年まで）が新たに作成され、これに基づく本県の需給見通しでは、需要数が平成23年の約12,406人から平成27年には約12,974人と約550人増加し、需要数と供給数の差は平成23年448人の不足（充足率96.4%）、平成27年97人の不足（充足率99.3%）と若干の供給不足が見られる状況です。供給不足の主な背景としては、平成18年４月の診療報酬改定で、急性期入院医療の実態に即した看護配置を適切に評価するという観点から、「７対１入院基本料」が創設され、全国的に看護師需要数が増大し、本県においても同様の傾向にあります。

①　保健師

本県の就業保健師数は、業務従事者届によると、平成18年末の336人から平成22年末には370人と34人増加しています。

就業場所別に見ると、市町村228人、保健所61人、事業所47人等です。事業所が平成18年の30人から17人増えています。また、保健師が１名以下の市町村数は、平成18年度には解消され全市町村複数配置となりました。

人口10万人当たりの保健師数は47.1人であり、全国平均の35.2人よりも高く、全国順位では第15位となっています（平成22年）。

就業保健師の全国比較及び推移

（各年12月31日現在）

県・全国の別	年次	保健師数	人口10万対
全　国	H22	45,028	35.2
徳島県	H16	333	41.0
	H18	336	41.7
	H20	363	45.7
	H22	370	47.1

資料:「衛生行政報告例」（厚生労働省）

保健師の就業場所の状況（保健医療圏別・年次別）

（各年12月31日現在）

年 / 医療圏	総数	保健所	市町村	病院	診療所	訪問看護ステーション	介護保険施設	社会福祉施設	事業所	養成所 看護師等学校	その他
H16	333	71	212	3	2	0	5	3	29	7	1
H18	336	67	215	2	5	0	6	1	30	10	0
H20	363	61	227	6	8	1	8	1	41	10	0
H22	370	61	228	9	8	2	6	3	47	6	0
東部Ⅰ	183	24	102	5	4	2	2	0	38	6	0
東部Ⅱ	41	7	26	2	3	0	3	0	0	0	0
南部Ⅰ	63	8	45	2	1	0	1	3	3	0	0
南部Ⅱ	23	5	15	0	0	0	0	0	3	0	0
西部Ⅰ	30	8	20	0	0	0	0	0	2	0	0
西部Ⅱ	30	9	20	0	0	0	0	0	1	0	0

資料:「保健師助産師看護師法第33条の規定に基づく業務従事者届」

② 助産師

本県の就業助産師数は、平成18年末の192人から平成22年末には195人となり、3人の増加とほぼ横ばいです。

就業場所別にみると、病院140人、診療所27人、助産所10人等で、病院勤務が約71.8%、診療所勤務が約13.8%、助産所が約5.1%と診療所勤務の割合が減っています。

なお、施設分娩が100%に近い状態は変化がないものの、分娩場所は平成17年で病院38.6%、診療所61.1%であったのが、平成23年では病院54.7%、診療所45.1%となっています。

また、人口10万人当たりの助産師数は24.8人であり、全国平均の23.2人よりも高く、全国順位では第21位となっています（平成22年)。

就業助産師の全国比較及び推移

（各年12月31日現在）

県・全国の別	年次	助産師数	人口10万対
全国	H22	29,672	23.2
徳島県	H16	216	26.6
	H18	192	23.9
	H20	196	24.7
	H22	195	24.8

資料:「衛生行政業務報告」（厚生労働省）

助産師の就業場所の状況（保健医療圏別・年次別）

（各年12月31日現在）

年 / 医療圏	総数	助産所	病院	診療所	保健所	社会福祉施設	看護師等養成所学校	その他
H12	235	8	196	15	1	0	10	5
H14	197	7	155	20	1	0	12	2
H16	216	8	160	32	1	0	13	2
H18	192	8	139	33	0	0	10	2
H20	196	9	138	35	0	0	14	0
H22	195	10	140	27	0	0	17	1
東部Ⅰ	129	5	82	25	0	0	16	1
東部Ⅱ	2	0	2	0	0	0	0	0
南部Ⅰ	45	4	38	2	0	0	1	0
南部Ⅱ	3	1	2	0	0	0	0	0
西部Ⅰ	15	0	15	0	0	0	0	0
西部Ⅱ	1	0	1	0	0	0	0	0

資料：「保健師助産師看護師法第33条の規定に基づく業務従事者届」

③　看護師、准看護師

本県の就業看護師数は、平成18年末の6,627人から平成22年末には7,571人と944人増加しています。また、准看護師数は平成18年末の4,403人から平成22年末には4,201人と202人の減少となっています。

平成22年における人口10万人当たりの業務従事者数は、看護師が963.9人で全国第11位、准看護師が534.8人で全国第７位とともに高い値となっています。

また、男性の占める割合をみると、看護師は全国平均が5.6％であるのに対し本県では5.8％（H18は5.3％）、准看護師は全国平均6.3％に対し本県では8.4％（H18は7.6％）と、いずれも全国平均よりも高い割合であり、増加傾向となっています。（平成22年）

さらに、就業場所別にみると、病院5,711人（75.4％）、診療所831人（11.0％）、介護保険施設484人（6.4％）となっています。平成18年から平成22年の間の就業人数の増加率は、介護保険施設が増加率20.7％と最も高くなっています。

就業看護師、准看護師の全国比較及び推移

（各年12月31日現在）

県・全国の別	年次	看護師数（再掲 男性）	看護師数 人口10万対	准看護師数（再掲 男性）	准看護師数 人口10万対
全　国	H22	952,723(53,748)	744.0	368,148(23,196)	287.5
徳島県	H16	6,355　(306)	781.1	4,477　(323)	550.7
	H18	6,627　(350)	823.4	4,403　(333)	547.1
	H20	7,140　(384)	899.0	4,326　(345)	544.7
	H22	7,571　(438)	963.9	4,201　(354)	534.8

資料：「衛生行政業務報告」（厚生労働省）

看護師の就業場所の状況（保健医療圏別・年次別）

（各年12月31日現在）

年 / 医療圏	総数	病院	診療所	ステーション訪問看護	介護保険施設	社会福祉施設	保健所	市町村	事業所	養成所看護師等学校	その他
H16	6,355	4,744	725	206	379	98	3	39	60	80	21
H18	6,627	4,929	824	223	401	82	8	39	28	91	2
H20	7,140	5,336	841	213	459	86	8	56	46	95	0
H22	7,571	5,711	831	242	484	94	6	47	51	105	0
東部Ⅰ	4,529	3,379	557	135	263	56	3	14	35	87	0
東部Ⅱ	762	592	70	21	61	5	1	10	2	0	0
南部Ⅰ	1,442	1,089	137	63	92	23	1	16	6	15	0
南部Ⅱ	185	136	14	1	29	2	0	2	1	0	0
西部Ⅰ	266	202	31	8	16	5	1	3	0	0	0
西部Ⅱ	387	313	22	14	23	3	0	2	7	3	0

資料:「保健師助産師看護師法第33条の規定に基づく業務従事者届」

准看護師の就業場所の状況（保健医療圏別・年次別）

（各年12月31日現在）

年 / 医療圏	総数	病院	診療所	ステーション訪問看護	介護保険施設	社会福祉施設	保健所	市町村	事業所	養成所看護師等学校	その他
H16	4,477	2,134	1,415	68	720	75	0	24	27	0	14
H18	4,403	2,027	1,457	55	779	68	0	12	5	0	17
H20	4,326	1,983	1,371	59	812	76	0	10	15	0	0
H22	4,201	1,873	1,298	55	851	83	0	9	32	0	0
東部Ⅰ	2,490	1,219	814	32	371	34	0	3	17	0	0
東部Ⅱ	423	127	163	9	101	17	0	2	4	0	0
南部Ⅰ	439	140	127	7	150	9	0	1	5	0	0
南部Ⅱ	112	39	20	0	48	4	0	0	1	0	0
西部Ⅰ	380	187	96	2	85	6	0	3	1	0	0
西部Ⅱ	357	161	78	5	96	13	0	0	4	0	0

資料:「保健師助産師看護師法第33条の規定に基づく業務従事者届」

看護師、准看護師（保健医療圏別）

（平成22年12月31日現在）

医療圏	看護師数		准看護師数	
		人口10万対		人口10万対
東部Ⅰ	4,529	989.6	2,490	544.1
東部Ⅱ	762	915.1	423	508.0
南部Ⅰ	1,442	1079.8	439	328.7
南部Ⅱ	185	803.1	112	486.2
西部Ⅰ	266	619.0	380	884.3
西部Ⅱ	387	860.1	357	793.4
総　数	7,571	963.9	4,201	534.8

資料:「保健師助産師看護師法第33条の規定に基づく業務従事者届」

４　診療放射線技師・臨床検査技師・衛生検査技師

本県の病院、診療所に従事する診療放射線技師の数は、平成22年10月で290.3人で、これを人口10万人当たりでみると37.0人で全国平均の30.4人を上回っています。（厚生労働省「病院報告」）

本県の病院、診療所に従事する臨床検査技師、衛生検査技師の数は、平成22年10月で、臨床検査技師336.9人、衛生検査技師3.1人であり、人口10万人当たりでは、臨床検査技師が42.9人で全国平均の38.3人を、衛生検査技師は0.4人で全国平均の0.1人をそれぞれ上回っています。（厚生労働省「病院報告」）

なお、衛生検査技師免許の新規交付は、平成23年３月末で廃止されました。

５　リハビリテーション関係職種

①　理学療法士（PT）・作業療法士（OT）

本県の病院、診療所に従事する理学療法士、作業療法士の数は、平成22年10月で、理学療法士606.4人、作業療法士357.6人であり、人口10万人当たりでは、理学療法士は77.3人、作業療法士45.6人となっており、全国平均の理学療法士37.1人、作業療法士24.1人を大きく上回っています。（厚生労働省「病院報告」）

本県における理学療法士及び作業療法士の養成施設としては、「徳島医療福祉専門学校」（勝浦町）各定員40名、「徳島健祥会福祉専門学校」（徳島市）各定員40名、平成20年4月から「徳島文理大学」（徳島市）定員60名（理学療法士のみ）があります。

なお、徳島県理学療法士会、徳島県作業療法士会の各会員数（平成24年10月現在）は、理学療法士会868人、作業療法士会488人で、それぞれの就業状況は、次表のとおりです。

②　言語聴覚士（ST）

本県の病院、診療所に従事する言語聴覚士の数は、平成22年10月で100.7人であり、人口10万人当たりでは、12.8人で全国平均7.6人を上回っています。（厚生労働省「病院報告」）

なお、徳島県言語聴覚士会の会員数（平成24年10月現在）は、141人であり、会員の就業状況は、次表のとおりです。

理学療法士会、作業療法士会及び言語聴覚士会会員の就業状況

（平成24年10月現在）

区　分	保健医療圏	病院	診療所	介護老人保健施設	その他施設等	学校	合計	未就業又は自宅会員（外数）
理学療法士	東部Ⅰ	388	37	17	17	17	476	
	東部Ⅱ	74	0	4	6	0	84	
	南部Ⅰ	95	9	11	4	6	125	
	南部Ⅱ	7	1	6	0	0	14	
	西部Ⅰ	29	4	3	4	0	40	
	西部Ⅱ	19	5	1	2	0	27	
	合　計	612	56	42	33	23	766	102
作業療法士	東部Ⅰ	229	6	19	15	5	274	
	東部Ⅱ	43	2	6	3	0	54	
	南部Ⅰ	38	4	6	12	6	66	
	南部Ⅱ	2	0	1	1	0	4	
	西部Ⅰ	10	0	2	5	0	17	
	西部Ⅱ	12	0	1	3	0	16	
	合　計	334	12	35	39	11	431	57
言語聴覚士	東部Ⅰ	62	15	1	2	3	83	
	東部Ⅱ	17	0	0	0	0	17	
	南部Ⅰ	20	0	0	4	0	24	
	南部Ⅱ	0	0	0	0	0	0	
	西部Ⅰ	4	0	0	0	0	4	
	西部Ⅱ	8	0	0	0	0	8	
	合　計	111	15	1	6	3	136	5

６　歯科衛生士・歯科技工士

本県の病院、診療所、歯科技工所等に従事する歯科衛生士、歯科技工士の数は、平成22年12月末で、歯科衛生士1,045人、歯科技工士381人であり、人口10万人当たりでは、歯科衛生士が133.1人、歯科技工士が48.5人となっており、全国平均の歯科衛生士80.6人、歯科技工士27.7人をそれぞれ大きく上回っています。（厚生労働省「衛生行政報告例」）

本県における歯科衛生士の養成施設としては、「徳島大学歯学部口腔保健学科」（徳島市）定員15名、「徳島歯科学院専門学校」（徳島市）定員40名、「四国歯科衛生士学院専門学校」（徳島市）定員30名、平成20年4月から「専門学校穴吹医療福祉カレッジ」（徳島市）定員20名が、また、歯科技工士の養成施設としては、「徳島歯科学院専門学校」（徳島市）定員20名があります。

７　管理栄養士・栄養士及びその他の医療従事者

本県の病院、診療所に従事する管理栄養士・栄養士の数は、平成22年10月１日現在、管理栄養士214.9人、栄養士43.3人であり、人口10万人当たりでは、管理栄養士が27.4人、栄養士が5.5人となっており　全国平均の管理栄養士14.3人、栄養士4.4人を大きく上回っています。

また、平成24年６月現在、保健所及び市町村において59人（保健所11人、市町村48人）の管理栄養士・栄養士が従事しています。

なお、本県においては、管理栄養士の養成施設として「徳島大学医学部栄養学科」定員50名、「徳島文理大学人間生活学部食物栄養学科」定員90名、「四国大学生活科学部管理栄養士養成課程」定員70名が、また、栄養士の養成施設として「四国大学短期大学部生活科学科食物栄養専攻」定員40名、「徳島文理大学短期大学部生活科学科食物専攻」定員40名があります。

その他の保健医療従事者としては、本県の病院に平成22年10月現在、視能訓練士が9.7人（非常勤を常勤換算しているため少数を含む。）、臨床工学技士が112.3人従事しています。

第４節　保健医療従事者の養成・確保と資質の向上

急速な高齢化や、生活習慣による慢性疾患の増加などの疾病構造の変化、あるいは近い将来その発生が危惧される「南海トラフの巨大地震」をはじめとする大規模自然災害に対する不安などを背景として、県民の保健医療に対する関心・期待は、より多様化、高度化しています。

このような中、県民のニーズに応え、質の高い保健医療サービスを提供していくためには、限られた人的資源の有効活用を図るのはもちろん、将来の需給動向を踏まえた人材の養成・確保を図り、継続的な資質向上に取り組んでいく必要があります。

１　歯科医師

歯科医師に求められる役割

歯と口腔の健康は、県民の健康で質の高い生活を営むうえでの基礎的かつ重要な役割を果たすものであり、また、糖尿病をはじめとする生活習慣病の予防にもつながることから、全身の健康の源であるともいえます。このため、歯科医師は、歯と口腔の健康づくりの推進に取り組むのはもちろん、５疾病、５事業及び在宅医療をはじめとする、様々な疾病等において、積極的に医療連携に取り組み、患者の状態に応じた適切かつ効果的な歯科口腔保健サービスを提供することで、患者の生活の質の維持を図ることが求められます。

施策の方向

１　医療連携体制の構築と在宅歯科医療の充実

県医師会と連携した在宅歯科医療連携室整備事業等により、医科や介護等との連携を推進し、地域住民のニーズに即した在宅歯科医療に関する問い合わせに対応するなど、医療連携体制の構築と高齢化社会に対応した在宅歯科医療提供体制の充実を図ります。

２　各種研修等による資質の向上

県歯科医師会等と連携し、安全で質の高い歯科医療の提供に関する講習会を開催するなど、各種研修機会の提供と参加の促進に努め、歯科医師の資質の向上に取り組みます。

２　薬剤師

薬剤師に求められる役割

医薬分業の進展及び医療制度改革により、医薬品の適正使用を担う薬剤師の役割がますます大きくなっています。

このことから、医薬分業を進める中で、「かかりつけ薬局」の推進、また、新たに医療提供施設に位置付けられた薬局に従事する薬剤師の資質の向上が求められています。

施策の方向

１　地域医療における薬剤師の確保

地域医療水準の向上のため、地域的な偏在の解消を図るとともに、薬局・医療機関と連携し医薬品の情報提供・管理等の需要に応じた薬剤師を確保します。

２　薬剤師の研修の充実

医療機関、薬剤師会等の協力を得て、各種研修会等を開催する等薬剤師生涯教育の充実を図り、薬剤師の資質の向上を図ります。

３　看護職員

保健師に求められる役割

少子高齢化が急速に進展する中で、生活習慣病予防対策や介護予防、児童や高齢者の虐待防止、精神保健福祉対策、災害・新興感染症等の健康危機管理対策など、地域における健康課題は複雑多様化しています。

このような中、保健師は、地域の健康課題を明らかにし、地域住民の健康の保持増進を図る重要な役割を担っており、個人・集団への保健指導など、直接的な保健サービスの提供のほか、保健・医療・福祉・産業などの関係機関とのネットワークづくりや包括的な保健・医療・福祉システムの構築、健康づくりに関する計画の企画・運営・評価などに積極的に関わることが求められています。

助産師に求められる役割

近年、核家族化の進行や女性の社会進出など急速な社会環境の変化により、家庭や地域の子育て力が低下しており、出産や育児に対する負担感や不安感が増しています。

また、一方で女性のライフサイクル各期における健康問題に対するケアの必要性も増しています。

このような中、助産師は、妊娠、出産、産じょく期の女性や新生児の援助はもとより、次代を育む母子や家族への支援、思春期の性教育や更年期のケアなど女性の生涯を通じた性と生殖をめぐる健康への支援等の幅広い活動が求められています。

看護師、准看護師に求められる役割

疾病構造の変化、医療の高度化・専門化、医療提供の場の多様化など看護を取り巻く環境は大きく変化しており、看護職には安全・安心とともにより質の高い看護サービスが求められています。

また、住み慣れた地域の中で療養生活を送りたいという患者のニーズは増大し、入院時から退院後の切れ間のない看護が必要とされています。

こうしたニーズに応え、患者により良いケアを提供していくためには、看護師・准看護師の業務範囲を踏まえ、専門・認定看護師等の高度な看護知識と熟練した看護技術の修得、医師・薬剤師等の医療・福祉関係者等との役割分担と連携によるチーム医療等の推進の中で的確な看護判断を行い、適切な看護技術を提供していくことが求められています。

施策の方向

需要に応じた看護職の確保、資質の向上を図るため、次のことに取り組みます。

１　養成力の確保

資質の高い看護職員を養成するため、県内の養成施設等と連携をとりながら、教育の充実及び看護教員・実習指導者の確保及び資質の向上を図ります。

２　県内定着の推進

⑴ 将来、県内で働く意志のある看護学生に対して修学資金を貸与し、新卒者の県内定着を促進します。

(2)県内の就業情報等の情報を発信していきます。

３　離職の防止・復職の支援

(1)院内保育所施設等を整備する医療機関を支援し、働きやすい環境づくりを促進します。

(2)再就職希望者等に対し、求人情報を提供することにより再就業を促進します。

(3)未就業看護職員のための復職研修等を実施し、再就業を支援します。

４　資質の向上

(1) 行政・産業・医療等の多様な分野で就業している保健師に対し、各領域で求められる研修を新人期及び各段階に応じて開催し、保健師の資質の向上を図ります。

(2) 関係機関・団体との連携を図りながら、助産師の資質の向上が図られるよう努めます。

(3) 新人看護職員が新人看護職員ガイドラインに沿った研修が受けられるように研修会等を開催するとともに、各段階に応じた研修会等を開催し、資質の向上を図ります。

４　診療放射線技師・臨床検査技師・衛生検査技師

診療放射線技師・臨床検査技師等に求められる役割

医療機器の高度化や複雑化が進む中で、知識や技術に関わる高い専門性が求められているとともに、適切な管理を行うことが必要です。

施策の方向

需給に応じた診療放射線技師及び臨床検査技師等の確保に努めるとともに、関係団体と連携のもと、生涯教育を促進し、資質の向上を図ります。

５　リハビリテーション関係職種

理学療法士・作業療法士に求められる役割

多様化するリハビリテーションのニーズや医学的リハビリテーション技術の進歩に対応することが求められています。

なお、本県では急速に高齢化が進行し、理学療法士及び作業療法士の需要が高まっており、その数も増加しています。

言語聴覚士に求められる役割

ことばによるコミュニケーションや摂食・嚥下に障害のある方に対して、医師等の医療専門職、保健福祉専門職等と連携し、自分らしい生活を構築できるよう支援する役割が求められています。

施策の方向

理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士の需給の把握に努めるとともに、関係団体と連携のもと、生涯教育を促進し、資質の向上を図ります。

６　歯科衛生士・歯科技工士

歯科衛生士・歯科技工士に求められる役割

歯と口腔の健康が重視される中で、歯科衛生士には歯科疾患の予防及び口腔衛生の向上を図る指導的な役割が求められています。

また、歯科技工士については、歯科技工技術の高度化に対応することが必要です。

施策の方向

歯科衛生士及び歯科技工士の需給の把握に努めるとともに、関係団体と連携のもと、研修等を通じて、資質の向上を図ります。

７　管理栄養士・栄養士

管理栄養士・栄養士に求められる役割

食と健康の関係は大きく、多様化する栄養に関する情報を的確に収集・管理し、栄養管理の適正化に努めるとともに、患者や住民への適切な情報提供を行うことが求められます。

平成20年度から医療保険者に実施が義務付けられた特定保険指導の従事者は、医師・保健師・管理栄養士とされています。

また、平成24年度診療報酬の改定に伴い、糖尿病透析予防指導管理料が導入され、糖尿病指導の経験を有する専任の管理栄養士の配置が施設基準になるなど、生活習慣病対策を推進していく

上で、栄養指導を行う管理栄養士の役割は重要になっています。

施策の方向

1　栄養士会等との連携のもと、需要に応じた管理栄養士・栄養士の確保と資質の向上に努めます。

2　その他の保健医療従事者については、その需給動向を調査し、本県における必要数等を把握した上で、その確保方策について検討します。

第６章

事業の評価及び見直し

１　計画の推進体制と役割

計画の推進にあたっては、基本理念を踏まえ、県・市町村はもとより、保健医療福祉関係者、関係団体及び県民が一体となって、目標達成に向けて努力することが必要です。

１　県

県は、市町村、医療機関等の関係機関に対し計画の周知を図るとともに、それぞれが計画を遂行するための調整や支援を行います。

また、「健康徳島21」をはじめ、他の関連計画との整合性を図りつつ、各分野における委員会や協議会等を活用し、情報収集や協議を行い、計画に定めた保健医療提供体制を実現するために必要な施策の企画・実施に努め、計画の着実な推進を図るものとします。

２　保健所

保健所は、地域における５疾病、５事業及び在宅医療に関する連携体制の構築をはじめ、保健・医療・福祉のシステム構築、医療機関の機能分化と連携の拠点として、市町村、医療機関等の関係機関及び他の保健所との連携を緊密にし、施策の推進を図るものとします。

３　市町村

市町村は、県民に最も身近な行政主体として、県民のニーズを的確に把握し、地域の実情に応じた保健医療提供体制の整備や保健・医療サービスの提供等に取り組むものとします。

４　医療機関

医療機関は、自らの医療機能や役割を明確にし、地域における医療連携体制の構築に積極的に協力するとともに、求められる医療機能の充実を図り、適切な医療の提供に努めるものとします。

５　医療関係団体

医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会等の医療関係団体は、医療従事者、県民に計画の周知や必要な情報の提供を推進するとともに、行政、関係機関との連携を深め、適切な医療提供体制の整備に努めるものとします。

６　県民

県民は、計画の基本理念、趣旨を理解し、自らの健康を守ることに努めるとともに、地域の限りある医療資源の有効な利用を図るため、適正な受療行動に努めるものとします。

２　数値目標

それぞれの疾病、事業における「安全で安心の医療が提供できる体制」の確保に向けて、効率的な施策の推進を行うため、次のとおり数値目標を定めます。

第４章第１節　２ 地域医療支援病院の整備目標

数値目標項目	直近値	平成29年度末目標値
地域医療支援病院数	６病院 (H24)	７病院

第４章第２節

１ がんの医療体制

数値目標項目	直近値	平成29年度末目標値
がん年齢調整死亡率(75歳未満)(人口10万人対)☆★ ※「前計画策定時(88.3 (H17))から20%減少」を目標とする。	７９．８ (H23)	２０%減少 (70.6) (H27)
喫煙率の減少（10年以内）☆★	成人男性　29.1% 成人女性　5.2% (H22)	成人男性　18% 成人女性　３% (H34)
受動喫煙の機会を有する者の減少（10年以内）☆★	行政機関　9.5% 医療機関　8.6% 職場　45.2% 家庭　8.5% 飲食店　55.4% (H22)	行政機関　０% 医療機関　０% 職場 『受動喫煙の無い職場の実現』 家庭　３% 飲食店　17% (H34)
がん検診受診率　☆★ （40～69歳、子宮がんは20～69歳）	胃がん　24.4% 肺がん　19.6% 大腸がん　18.7% 乳がん　21.0% (※36.4%) 子宮がん　21.9% (※36.4%) (H22) ※2年以内に受診している者の受診率	胃がん　40% 肺がん　40% 大腸がん　40% 乳がん　50% 子宮がん　50% (H28)
緩和ケアチームのある医療機関数 ☆	16 (H24)	増加

２ 脳卒中の医療体制

数値目標項目	直近値	平成29年度末目標値
脳血管疾患年齢調整死亡率（人口10万人対）★	男性　４５．７ 女性　２４．１ (H22)	１５%減少 (H34)
特定健康診査受診率　★◇	３９．２% (H22)	７０%以上 (H27)
地域連携診療計画管理料を算定した患者数 地域連携診療計画退院時指導料を算定した患者数	６５５人 ３７０人 (H23)	増加
脳血管疾患患者の在宅等死亡割合 （介護老人保健施設、老人ホーム、自宅における死亡）	１５．２% (H23)	増加

３ 急性心筋梗塞の医療体制

数値目標項目	直近値	平成29年度末目標値
喫煙率の減少（10年以内）☆★	成人男性　29.1% 成人女性　5.2% (H22)	成人男性　18% 成人女性　３% (H34)
虚血性心疾患年齢調整死亡率（人口10万対）	男性　２８．２ 女性　１０．８ (H22)	１５%減少 (H34)
特定健康診査受診率　★◇	３９．２% (H22)	７０%以上 (H27)
ＡＥＤ設置数 ※日本救急医療財団	１，６２１ (H24)	増加
心肺機能停止傷病者全搬送人員のうち、 一般市民により除細動が実施された件数	１０ (H23)	増加
地域連携クリティカルパス導入医療圏数（1.5次）	６ (H24)	６

４ 糖尿病の医療体制

数値目標項目	直近値	平成29年度末目標値
治療継続者の割合の増加★	５１．６％ (H22)	６３％
糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数の減少★	１３２人 (H22)	１２６人
糖尿病推計有病者の増加の抑制（40歳以上）★	５．３万人 (H22)	増加の抑制 (H34)

５ 精神疾患の医療体制

数値目標項目	直近値	平成29年度末目標値
１年未満入院患者平均退院率	７４．７％ (H22)	増加
１年以上入院患者退院率	７．９％ (H22)	全国平均 (参考H22：19.1%)
３か月以内再入院率	２１．３％ (H22)	全国平均 (参考H22：17.0%)
認知症疾患医療センター設置数	１ (H24)	３以上
認知症退院患者平均在院日数	１７０．４日 (H20)	減少
一般かかりつけ医と精神科医の連携のための会議（ＧＰ会議）の設置	－	３以上

第４章第３節

１ 救急医療体制の整備

数値目標項目	直近値	平成29年度末目標値
初期救急：在宅当番医制参加医療機関数 （※徳島市夜間休日急病診療所の運営に協力する徳島市医師会の医療機関を除く）	３４１ (H24)	３４１
２次救急：救急告示医療機関数	３６ (H24)	３６
３次救急：救命救急センター数	３ (H24)	３
うち高度救命救急センター	１ (H24)	１
ＡＥＤ(自動体外式除細動器)の県立施設設置率	９５．６％ (H24)	１００％

２ 小児医療体制の整備

数値目標項目	直近値	平成29年度末目標値
小児救急医療拠点病院数 ◆	１病院 (H24)	２病院
乳児死亡率の抑制（出生千対）	５．１（出生千対） (H23)	全国平均以下 (参考H23：2.3)

３ 周産期医療体制の整備

数値目標項目	直近値	平成29年度末目標値
周産期死亡率（出産千対）	４．６ (H23)	全国平均以下 (参考H23：4.1)
妊産婦死亡率（出産10万対）	３．３ (H22)	全国平均以下 (参考H23：4.0)
乳児死亡率（出生千対）	５．１ (H23)	全国平均以下 (参考H23：2.3)
地域周産期母子医療センター整備	２箇所 (H24)	西部圏域での 設置を目指す

４ 災害医療体制の整備

数値目標項目	直近値	平成29年度末目標値
災害拠点病院の耐震化率 ◆	８２％ (H24)	１００％
災害派遣医療チーム（ＤＡＭＴ）数 ◆	２０チーム (H24)	２５チーム
広域災害救急医療情報システム（ＥＭＩＳ）登録医療機関数	１４ (H24)	全ての 救急告示医療機関 (参考H24：36)
災害医療支援病院数	３病院 (H24)	６病院 (圏域毎に複数指定)
府県域を越えた災害医療訓練	４年に１回 (四国DMAT)	２年に１回

５ へき地医療体制の整備

数値目標項目	直近値	平成29年度末目標値
へき地診療所等への医師派遣日数	約900日/年 (H23)	1,000日/年
へき地医療拠点病院数	６病院 (H24)	６病院

６ 在宅医療体制の整備

数値目標項目	直近値	平成29年度末目標値
退院支援担当者を配置する病院の数	６５機関 (H24)	９０機関
在宅療養支援診療所数	１５３機関 (H24)	１７２機関
在宅死亡者数（百分率）	１０．１％ (H23)	１２．５％

☆「徳島県がん対策推進計画」における目標　　★「徳島県健康増進計画（健康徳島21)」における目標
◇「徳島県における医療費の見通しと適正化に向けた取組み」における目標
◆「いけるよ！徳島・行動計画」における目標

３　計画の評価及び見直し

計画に記載した内容を実効性のあるものとするため、計画に進捗状況については、設定した数値目標等をもとに、毎年度、県においてとりまとめを行い県医療審議会に報告することとします。

県医療審議会においては、計画の進捗状況について、検証・評価を実施し、県はその意見等をもとに、必要に応じ計画の見直しを検討するとともに、それらの過程において得られた成果を、次期計画に反映させることとします。

４　計画の周知及び進捗状況・評価の公表

１　計画の周知

県は、計画書を作成し、県民や医療提供者等に配布するとともに、県のホームページをはじめ、あらゆる機会を通じて、積極的に情報提供を行い、計画の理解と推進の協力を求めます。

２　進捗状況・評価の公表

計画の進捗状況及び評価については、県のホームページ等を活用し、広く県民や保健医療福祉関係者に情報提供を行うものとします。

資 料 編

策 定 経 緯

第６次徳島県保健医療計画の策定経緯

１　検討経緯等

平成24年３月22日　徳島県医療審議会（平成23年度 第２回）
○新たな保健医療計画について
○徳島県保健医療計画（第５次改定）の進捗状況について

平成24年９月５日　徳島県医療審議会（平成24年度 第１回）
○徳島県保健医療計画（第６次改定）について
（改定スケジュール、骨子案、２次保健医療圏の現状）

平成24年11月16日　徳島県医療審議会医療対策部会（第１回）
○徳島県保健医療計画（第６次改定）（素案）について

平成24年11月27日　徳島県医療審議会（第２回）
○徳島県保健医療計画（第６次改定）（案）について(諮問)

平成24年12月17日　市町村，救急業務を処理する一部事務組合及び広域連合，医療関係団体の意見聴取（～平成25年１月15日）
３市・２団体から意見・要望

平成24年12月17日　パブリックコメントの募集（～平成25年１月15日）
２名から１１件の意見

平成25年２月13日　徳島県医療審議会医療対策部会（第２回）
○徳島県保健医療計画（第６次改定）について
○徳島県保健医療計画（第５次改定）の進捗状況について

平成25年２月18日　徳島県医療審議会（第３回）
○徳島県保健医療計画（第６次改定）（答申）
○徳島県保健医療計画（第５次改定）の進捗状況について

平成25年４月９日　徳島県報により公示

２　徳島県医療施設機能調査

基 準 日：平成19年７月20日
調査対象：県内の全病院，全診療所（医科）

３　医療に関する県民意識調査

調査期間：平成24年８月17日～８月30日
調査対象：オープンとくしまe-モニター200名
回答状況：回答者数183名，回答率91.5％

徳島県医療審議会
委員名簿

徳島県医療審議会委員名簿

（平成25年３月現在）

氏　　名	職　　名	備　　考
秋田　清実	県精神科病院協会会長	
市原　敏樹	県厚生農業協同組合連合会理事長	
大西　康雄	公募委員	
岡田　陽彦	県消防長会会長	
緒方　静子	県看護協会専務理事	
葛西真記子	鳴門教育大学教授	
片岡　善彦	県病院事業管理者	
香留　美菜	公募委員	
川島　　周	県医師会会長	会　長
河野　美代	県薬剤師会調剤薬局薬局長	
川原　義朗	県町村会会長	
木下　成三	県医師会副会長	
後藤　哲也	徳島赤十字病院副院長	
瀬尾　正代	日本労働組合総連合会徳島県連合会中央地協女性委員	
高瀬　美和	県歯科医師会総務委員	
高橋　浩子	県医師会福祉委員会委員	
髙橋　保子	県栄養士会会長	
田野　道子	医療ソーシャルワーカー	
鶴尾　美穂	県医師会生活習慣病予防対策委員会委員	
豊﨑　　纏	徳島市医師会会長	
堀部　　紘	県歯科医師会副会長	
本田　利広	徳島市第一副市長	
松谷ハツセ	県社会福祉協議会理事	
安井　夏生	徳島大学病院院長	
山上　敦子	全日本病院協会県支部理事	
米澤　和美	県社会保険労務士会副会長	

（五十音別・敬称略）

保健所別地域保健医療計画
（概要版）

徳島保健所 地域保健医療計画の概要

● 管内の特徴と課題

管内は、県都徳島市を中心に産業、文化、行政などの機能の集積する都市部とその周辺の人口増加が進む都市型産業地域、農村・山村地域など、多様な地域特性を持つ13市町村から構成されている。管内面積は905.97ｋ㎡（県全体の21.9%)、人口は 502,881人（平成24年10月現在）で県全体の64.8%を占めている。また、人口の集中化に加えて食品営業施設、環境衛生施設、医療施設及び事業所が徳島市に集中していることから、県下の中核的な保健所として関係機関、諸団体などと連携した公衆衛生行政を積極的、効果的に推進することが必要とされている。

図1　管内の状況

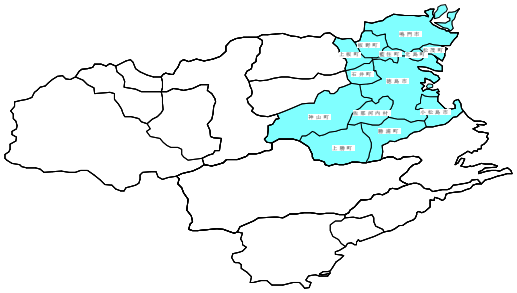


図2 徳島県人口における割合

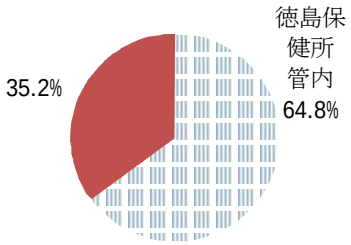


表１　医療施設の状況

	徳島保健所管内	徳島県	徳島保健所管内の占める割合
病院	75	114	65.8%
診療所(有床)	103	140	73.6%
診療所(無床)	340	509	66.8%
総計	518	763	67.9%

資料：医療施設の開設状況H24年9月30日現在（医療政策課）

● 重点目標

生涯を通じた健康なまちづくりの推進

- ○住民の主体的な健康増進への支援
- ○安心して子どもを産み、育てるための施策の推進
- ○こころの健康を保持増進し、精神障害者、家族が安心して生活ができる地域づくりの推進
- ○障害や疾病を持ちながらも、安心して暮らすことができるための支援体制や環境づくりの推進
- ○ソーシャルキャピタルの活用

快適な生活環境づくりの推進

- ○安全で安心な食品や水の提供の推進
- ○生活環境を適正に保つための施策の推進

保健医療福祉の連携体制の推進

- ○急性期から在宅療養に至るまでの切れ目のない医療・介護サービスを受けることができる体制づくりの推進
- ○医療機関等の連携体制構築のための調整機能の強化

健康危機管理体制の充実強化

- ○健康危機未然防止のための監視業務等の適切な実施
- ○安心して救急医療が受けられるための調整
- ○健康危機発生時に迅速かつ適切に対応できる体制整備の推進
- ○リスクコミュニケーションの推進

● 計画の実現に向けて（数値目標）

1 生涯を通じた健康なまちづくりの推進

数値目標項目		直近値	平成29年度末目標値
がん検診受診率	肺がん検診	9.7%(H23)	40%
	胃がん検診	8.5%(H23)	40%
	大腸がん検診	13.6%(H23)	40%
	乳がん検診	32.6%(H23)	50%
	子宮がん検診	42.4%(H23)	50%
特定健康診査受診率（管内）		32.5%(H23)	65%以上
喫煙率（管内）	男性（成人）	24.5%(H22)	18%
	女性（成人）	4.8%（H22)	3%
	女性（妊婦）	4.4%(H23)	0%
歩行数（管内　成人）		6,395歩(H22)	8,500歩
健康とくしま応援団登録数（管内）		476事業所(H23)	増加
肥満者の割合（管内）	男性（成人）	27.5%（H22)	増加させない
	女性（成人）	19.7%（H22)	増加させない
糖尿病治療継続者の割合（管内）		52.4%（H22)	65.0%
精神障害者の1年未満入院患者平均退院率(徳島県)		74.7%（H22)	増加
野菜の適正量を知っている人の割合（管内）		40.9%（H22)	50.0%
食生活改善推進員（ヘルスメイト）数（管内）		299名（H22)	増加
3歳児でう歯のない者（管内）		72.1%（H22)	80%
難病患者への在宅療養支援計画評価策定会議の開催及び参加（件数と実人員）（管内）		49件（15人)(H23)	増加
薬物乱用防止啓発活動啓発人数（管内）		30,796人（H23)	増加

2 快適な生活環境づくりの推進

数値目標項目	直近値	平成29年度末目標値
徳島県食品衛生監視指導計画の達成率(管内)	100%(H23)	100%
生活衛生関係施設監視指導件数(管内)	82件(H23)	増加

3 保健医療福祉の連携体制の推進

数値目標項目		直近値	平成29年度末目標値
脳卒中	地域連携診療計画管理料を算定した患者数（徳島県）	655人(H23)	増加
	地域連携診療計画退院時指導料を算定した患者数（徳島県）	370人(H23)	増加
急性心筋梗塞	急性期医療機関における地域連携クリティカルパスの導入状況(管内)	3医療機関(H24)	すべての急性期病院
在宅死亡割合（徳島県）		10.1%(H23)	12.5%

4 健康危機管理体制の充実強化

数値目標項目	直近値	平成29年度末目標値
医療機関立ち入り検査における院内感染に係る項目の指摘率（病院）	24%(H23)	0%
災害時保健活動マニュアル作成市町村数	0（H23)	13市町村

吉野川保健所 地域保健医療計画の概要

● 管内の特徴

○ 人口の状況

管内人口（吉野川市、阿波市）は約82,000人と、県人口の約１１％を占めている。
高齢化率も、県平均より高く推移している。
(65歳以上高齢化率29.5、県平均は27.0)

○ 疾病の動向

死亡率の死因別では、県の状況と同様に悪性新生物、心疾患、肺炎と続いている。悪性新生物、心疾患、脳血管疾患の三大疾病のいずれも、県全体より高率の状況にあり、総死亡数の52.5%を占めている。

○ 医療施設の状況

病院は７箇所、一般診療所は88箇所、歯科診療所は44箇所、病床数は1,244床で、精神、結核の病床はない。

● 管内の課題

○ 健康危機管理

リスクコミュニケーションの推進に努め、健康危機管理に対する理解を高めていくことが必要である。

○ 健康づくり

管内の糖尿病死亡率は、県平均より高率であるなどから、食生活・喫煙対策・特定健康診査や医療連携体制の推進といった生活習慣病対策に取り組む必要がある 。

○ 高齢者保健医療福祉

管内の高齢化率は、県平均を上回っており、今後介護を必要とする高齢者の増加が見込まれることから、健康寿命の延伸に向け各種事業に取り組む必要がある。

○ 食品衛生

食中毒事案をはじめとして、食の安全に関する住民の関心は高まっており、事業者に対する衛生監視や予防に向けた周知啓発について取り組む必要がある。

● 重点事業

○ 健康危機管理対策

・住民や関係機関等に対するリスクコミュニケーションの推進に努める。
・災害時保健衛生コーディネーター活動に取り組む。

○ 救急医療体制の整備

・救急医療の受け皿推進を図る。
・初期救急における住民への理解促進を図る。

○ 生活習慣病予防対策

・野菜摂取不足解消等食生活改善に向けた取り組みを推進する。
・禁煙対策を推進する。
・地域医療連携及び職域連携を推進する。

○ 高齢者保健医療福祉対策

・関係機関と連携し介護予防及び在宅医療体制を推進する。
・ソーシャルキャピタルの育成に努める。

○ 食品衛生に関する取り組み

・衛生監視活動に取り組む。
・食品衛生知識の普及・啓発を図る。

● 計画の実現に向けて（数値目標）

数値目標項目	直近値	平成29年度末目標値
1　健康危機管理対策		
(1)関係機関との訓練・会議の実施回数	4回(H24)	増加
2　健康づくり対策		
(1) 野菜の適正量を知っている人の割合	県　37.2%(H22)	50.0%
(2)食生活改善推進員（ヘルスメイト）数	201人(H24)	増加
3　精神保健・自殺予防対策		
(1)入院期間が１年未満の患者の割合	24.8 (H22)	増加
(2)自殺死亡率(人口10万対)	24.3 (H22)	減少
4　母子保健対策		
(1)全出生数中の低出生体重児の割合	8.5 (H22)	減少
5　高齢者保健医療福祉対策		
(1)市町村介護予防事業評価を保健所が関与して実施	未実施 (H22)	効果的実施
6　障害者（児）保健医療福祉対策		
(1)発達が気になる子どもの保護者に対する学習会の実施	0回 (H23)	2回
7　感染症対策		
(1)結核罹患率（暦年）	14.6 (H23)	減少
8　難病対策		
(1)ボランティア講座受講延人数	37人 (H24)	増加
9　臓器等移植対策・血液確保対策		
(1)骨髄バンク登録者数（県）	県　2,219人 (H23)	2,500人
(2)献血血液目標量の確保	550L (H23)	増加
10　歯科保健対策		
(1)３歳児でう蝕のない児童	70.7% (H23)	80.0%
(2)在宅療養支援歯科診療所の増加	12カ所 (H24)	20カ所
11　薬事衛生対策		
(1)監視等における違反措置件数（暦年）	28 (H23)	減少
(2)医薬品販売業施設における従事者教育実施状況の確認	66.7% (H23)	100%
(3)薬物乱用防止啓発人数	10,917人 (H23)	増加
12　生活衛生対策		
(1)生活衛生関係施設監視指導率	6.7% (H23)	増加
(2)浄化槽法定検査受検率	46.1% (H23)	増加
13　食品乳肉衛生対策		
(1)監視指導計画の達成率	108% (H23)	維持
(2)衛生講習会の参加者	753人 (H23)	増加
(3)食の安全・安心取組み宣言推進県民運動参加施設数	2件 (H23)	増加
14　動物由来感染症対策		
(1)動物由来感染症に関する講義実施数	1回 (H23)	増加

阿南保健所 地域保健医療計画の概要

● **管内の特徴**

阿南保健所の管内は、徳島県の東南部に位置しており、阿南市、那賀町の１市１町で構成され、管内の総面積は974.4ｋ㎡で県全体の23.5％を占めており、人口は平成24年1月1日現在の推計値で84,246人で、県全体の10.9%を占めている。このうち、老年人口の占める割合は29.0%で、県全体の27.5%比べ、1.5ポイント高くなっています。

特に那賀町では43.3%となっており、今後、過疎化と少子高齢化の進展により人口の急激な減少が見込まれる。

● **管内の課題**

○健康危機管理対策

南海トラフの巨大地震等発生時に迅速・的確に活動できる体制の構築が求められている。

○快適な生活環境

快適で安心できる生活環境を構築するためには、放射能汚染をはじめとする食の安全・安心の確保及び身近な生活衛生関係施設の公衆衛生の向上が求められている。

○生活習慣病

管内の糖尿病の標準化死亡比は（平成17年から21年の５年間平均）は１０５と僅かに全国平均基準値（１００）を上回っていることから、食生活、喫煙習慣といった生活習慣の改善を関係機関が連携して取り組む必要がある。

○精神保健福祉

生活環境の多様化や、就労、病気等に伴うストレスの増大により、職域を始め、精神的不健康者が増え、緊急対応を要する困難事例や面接相談・電話相談が増加しメンタルヘルス対策の充実が求められている。

● **重点事業**

○健康危機管理対策、特に南海トラフの巨大地震への対応

健康危機事象の発生時に迅速な対応を行うため、関係機関との情報共有や連携体制の強化を図る。特に、南海トラフの巨大地震に備え、災害時コーディネーターの活動がスムーズに行えるよう顔の見える関係を構築する。

○快適な生活環境対策

・安全で安心できる食品の提供を推進する。
・理容所、美容所等生活衛生関係施設における公衆衛生の向上を推進する。

○生活習慣病対策

・地域おいて、体制整備等の総合的な取り組みを強化する。
・地域、職域及び学校等の身近なところで、生活習慣病改善による健康増進を図る。

○精神保健福祉対策

・関係機関と連携協働した、情報提供や普及啓発を行う。
・事例検討会、会議等を開催し専門的、技術的支援及び広域的調整を推進する。
・南部精神科救急医療施設や相談支援事業所、警察等の関係機関と連携を図る。

● 計画の実現に向けて（数値目標）

数値目標項目	直近値	平成29年度末目標値
1　健康危機管理対策		
健康危機管理研修会の開催	1(H23)	累計５回
2　健康づくり対策		
健康とくしま応援団登録数	275事業所(H23)	増加
健康とくしま応援団のうち、禁煙宣言事業所数 （敷地内禁煙、建物内禁煙の実施施設数）	151店(H23)	増加
野菜の適正量を知っている人の割合 （参考値：副菜の適量を小鉢５つ以上と思う人の割合 成人）	38.6%(平成22)	50%
栄養指導をしている給食施設の割合 栄養表示等をしている給食施設の割合 (特定給食施設等栄養管理状況報告書)	54.8%(H23) 61.9%(H23)	85% 85%
3　自殺予防対策		
自殺予防サポーター養成数	388(H23)	**増加**
4　母子保健対策		
妊婦の喫煙率	4.98%(H23)	0%
5　精神保健医療福祉対策		
・南部圏域精神科救急医療システムの充実	**週３回(H23)**	**増加**
6　感染症対策		
①結核罹患率(暦年)	30.7(H23)	減少
②地域DOTSの推進（治療成功率(※結核年報による）	57.14%(H23)	85%以上
7　難病対策		
在宅療養支援計画策定・評価会議開催数	6件(H23)	増加
8　血液の確保対策		
献血者の人数	2,538人(H23)	増加
9　歯科保健対策		
1歳6ヵ月児健康診査のう蝕有病率	1.1%(H23)	減少
3歳児健康診査のう蝕有病率	26.7%(H23)	減少
3歳児健康診査の問診票において3回以上間食している者の割合	23.8%(H23)	減少
歯と口の健康づくりの健康とくしま応援団登録数	68(H23)	増加
10　薬事衛生対策		
薬・毒劇物販売施設への 監視等における違反措置件数	28(H23)	減少
薬物乱用防止啓発人数	11,373名(H23)	増加
11　生活衛生対策		
生活衛生関係施設監視指導件数	7.5%/年(H23)	20～30%/年
12　食品乳肉衛生対策		
食品衛生監視指導計画達成率	100%(H23)	現状維持
衛生講習会（参加人数）	729名(H23)	増加
13　動物由来感染症対策		
動物由来感染症対策に係る普及啓発活動	1(H23)	増加
14　救急医療体制		
救急医療対策連絡協議会の開催	年1回(H23)	累計５回
15　災害医療体制の整備		
災害時保健衛生活動マニュアルの作成市町数	0市町(H23)	5市町（全市町）
16　へき地医療体制の整備		
へき地医療拠点病院数	2病院(H23)	2病院（現状維持）
17　在宅医療体制の整備		
在宅療養支援診療所数	13施設(H23)	増加

美波保健所　地域保健医療計画の概要

●　管内の特徴

・管内は徳島県の最南端に位置し、海部郡3町により構成されている。
・東西47.5Km、南北12.5Kmの細長い地形で、太平洋に面する長い海岸線を有する。
・面積は525.0Km²で森林比率が90.0％と大部分を占め、可住地面積割合は9.4%とわずか。
・気候は概して温暖多雨。沿岸部は暖流の影響で真冬でも比較的温暖。
・人口　23,037人（県全体の2.9%）
・県内で最も高い高齢化率　39.5%
・県内で最も高い高齢単身者世帯率　17.0%
・少子化及び転出による人口減少に歯止めがかからず、過疎化の進行が著しい。
・入院に至る患者の64.2%が他の圏域に流出している。
・病床数は1,645床と全国平均1,236床を上回っているものの、人口10万人あたりの医師数は178人と全国平均219人を下回っている。
・台風の常襲地域であることに加え、地理的条件から、過去、繰り返し地震・津波災害に見舞われており、「南海トラフの巨大地震」では、県内で最も深刻な被害が想定されている。
・道路・交通網整備が徐々に進められているものの、豪雨時における事前通行制限区間が多く迂回路が無いこと等から、災害対応や救急医療に支障を来す恐れがある。
・自主防災組織率が93.2%（H23.4）と高い。

●　管内の課題

1．「南海トラフの巨大地震」では県内で最も深刻な津波被害が想定
2．医師不足や診療科偏在等、乏しい保健・医療・福祉資源
3．顕著な過疎化、少子高齢化

●　重点事業

1．大規模災害等、健康危機事象への迅速かつ適確な対応に向けた基盤整備
・感染症・食中毒等、健康危機の発生及び拡大防止
・大規模災害発生を見据えた平時からの防災・減災対策の推進
・海部病院における災害医療拠点機能の維持・強化
・平常業務を通した地域住民と関係機関関係者間の”顔の見える関係”づくり
・災害時要援護者（精神・難病患者等）対策の推進
・精神科救急医療システムの充実と緊急時の対応体制の充実

2．少ない社会資源の有効活用
・保健医療福祉関係機関とのネットワークの強化による各種サービスの充実
・切れ目のない保健医療福祉サービスの提供に向けた地域連携システムの推進
・社会資源の有機的連携において「核」となる人材等との協働
・在宅医療・介護の提供体制の推進
・地域コミュニティーの維持・活性化

3．健康づくりの推進
・健康づくりに取り組みやすい環境整備の推進
・関係機関とのネットワーク強化による食環境づくりやたばこ対策の推進
・学校保健との連携による小児期からの健康づくり対策の推進

● 計画の実現に向けて（数値目標）

数値目標項目	直近値	平成29年度末目標値
1　健康危機管理対策		
① 関係機関との研修・訓練・会議の実施回数	5回 (H23)	増加
②「災害時保健衛生活動マニュアル」作成町数	0町 (H23)	3町(全町)
2　健康づくり対策		
①「健康とくしま応援団」登録数	23事業所 (H23)	増加
② 野菜の適正量を知っている人の割合(成人)	35.7% (H22)	50%
③ 栄養指導を実施している給食施設の割合	54.8% (H23)	75%
④ 栄養表示等を実施している給食施設の割合	61.9% (H23)	75%
3　自殺対策		
① 自殺予防サポーター養成数	129名 (H23)	増加
4　母子保健対策		
① 妊娠第11週以下の届出率	84.2% (H23)	100%
② 妊婦の喫煙率	7.2% (H23)	減少
③ 低出生体重児出生率	7.6% (H22)	減少
④ 防煙教育の回数	3回 (H23)	増加
5　精神保健医療福祉対策		
① 1年未満入院患者平均退院率	74.7% (H22)	増加
② 地域移行・地域定着支援事業の利用件数	(H24年度開始)	増加
6　障害者(児)保健医療福祉対策		
① 長期療養児に対する療育指導の実施	6回 (H23)	現状維持
7　感染症対策		
① 結核罹患率（人口10万対、暦年）	26.6 (H23)	減少
② 地域DOTSの推進（治療成功率）	100.0% (H22)	100%（現状維持）
8　難病対策		
① 患者家族学習会実施回数	2回 (H23)	増加
9　歯科保健対策		
① 1歳6か月児健康診査のう蝕有病率	2.9% (H23)	減少
② 3歳児健康診査のう蝕有病率	22.6% (H23)	減少
③ 3歳児健康診査の問診票において3回以上間食している者の割合	12.3% (H23)	減少
④ 歯と口の健康づくり「健康とくしま応援団」登録数	3事業所 (H23)	増加
10　薬事衛生対策		
① 医薬品販売業施設における従事者教育実施状況の確認	75.0% (H23)	100%
② 薬物乱用防止啓発人数	2,820人 (H23)	増加
11　生活衛生対策		
① 生活衛生関係施設監視指導率	20.0% (H23)	30%
12　食品等の安全確保対策		
① 監視指導計画の達成率	150.4% (H23)	150%（現状維持）
② 衛生講習会（参加人数）	393人 (H23)	増加
13　動物愛護・動物由来感染症の予防対策		
① 殺処分数（犬・猫）	312頭 (H23)	250頭
② 動物取扱業監視率	50.0% (H23)	100%
14　救急医療体制の整備（南部圏域）		
① 救急医療対策連絡協議会の開催	年1回 (H23)	累計5回
15　災害医療体制の整備（南部圏域）		
①「災害時保健衛生活動マニュアル」作成市町数	0市町 (H24)	5市町(全市町)
16　へき地医療体制の整備（南部圏域）		
① へき地医療拠点病院数	2病院 (H23)	2病院（現状維持）
17　在宅医療体制の整備（南部圏域）		
① 在宅療養支援診療所数	14施設 (H24)	増加

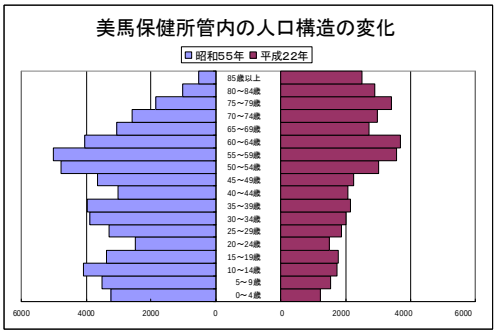
美馬保健所 地域保健医療計画の概要

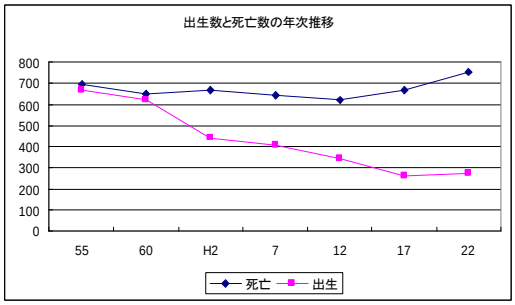
● 管内の特徴

当管内は、県中西部に位置し、美馬市とつるぎ町の１市１町で構成され、人口は平成24年７月現在41,786人、老年人口の占める割合は34.3％と全国、県より高く、少子高齢化が進んでいる。

当保健所では、住民や関係団体との顔の見える関係づくりをすすめることで「NPO法人 美馬心の健康を考える会」の設立への支援、「美馬・つるぎ糖尿病対策をすすめる会」、「美馬保健所管内集団給食施設協議会」「食生活改善推進協議会」への育成支援をおこなってきた。食品衛生をはじめとする生活衛生対策においては、「穴吹食品衛生協会」や薬物乱用防止地区協議会の構成団体等の積極的な協力により啓発事業等が推進されている。また、医師会や獣医師会等の関係団体や市町等の関係行政機関と「動物由来感染症連絡会議」を開催し、動物に起因する感染症に関する情報の共有など、安心で健康的な地域づくりに努めている。

今後、更なる少子高齢化、過疎化が予測される管内において、住民の健康づくり・健康を支える環境づくり等を推進するためには、地域に根ざした信頼やネットワークといった社会資源等（ソーシャルキャピタル）の核となるリーダーシップを発揮できる人材の育成や、地域住民の共助活動の活性化を図る必要がある。





● 管内の課題

（１）保健・医療を適切に受けられる体制づくり

管内においては、災害時に迅速な医療救護活動を行うための関係機関との連携体制が不十分であり、顔の見える関係づくりをすすめていく必要がある。また、住民に対して、災害に関する知識や対応についての啓発を推進することが重要である。

（２）生涯を通じた健康づくり

管内は糖尿病及びＣＯＰＤ（慢性閉塞性肺疾患）の死亡率が、県平均より高く推移しており、関係機関の連携をさらに強化し、食生活・喫煙対策等の生活習慣病対策に取り組む必要がある。

（３）健康を支える環境づくり

過疎や少子高齢化の進行にともなって管内の生活環境は急速に変化しており、衛生的な生活環境を維持するためのニーズも多様化している。ニーズを的確にとらえ、必要な情報の発信や指導をタイムリーに実施するため、施設への立入指導の強化にあわせ、市町ほか関係機関や団体との協働体制の強化が重要となっている。

（４）健康危機に強い地域づくり

健康危機に関しては「西部圏域健康危機管理地域連携マニュアル」等により、関係機関との連携を図っており、継続した連携体制の構築が必要である。

● 重点事業

（１）保健・医療を適切に受けられる体制づくり

○地域住民に対して、かかりつけ医の普及、救急車の適切な利用方法及び救急蘇生法の普及を推進する。

○市町における「災害時医療救護計画」の検討を行い、発災時の迅速な対応を行うこ

とのできる体制づくりを行う。

○医療及び地域保健関係者に、在宅医療に関する理解を推進し連携強化を図る。

（2）生涯を通じた健康づくり

○糖尿病の重症化予防や治療中断の防止、栄養指導等が受けられやすい環境整備の推進、任意団体「美馬・つるぎ糖尿病対策をすすめる会」との協働事業等により、糖尿病対策を官民一体となって推進する。

○平成22年度県民健康栄養調査で明らかになった野菜摂取量不足等の食生活改善に向けた取り組みを関係機関と連携して推進する。

○たばこ対策に取り組んでいる店舗・事業所等を「健康とくしま応援団」として登録を推進し、受動喫煙防止のための社会環境整備に努める。

○地域・職域・学校保健との連携により、働き盛り世代や小児期からの肥満予防やたばこ対策等の取り組みを推進し、生活習慣の改善による健康づくりを支援する。

（3）健康を支える環境づくり

○管内住民等に、医薬品等に関する知識や情報と、食や生活衛生に関わる正確な知識や情報の提供が適確にできるよう、関係機関や関係団体等と連携を図っていく。

○各業態の営業者に対しては、施設への計画的な立入指導の実施と衛生講習会の開催などにより自主衛生管理体制の向上を図り、衛生の確保と向上を図っていく。

○西部圏域の保健・衛生・環境の試験検査を担う保健所であるため、科学的な根拠に基づいた指導や監視が行える検査体制の整備に努めていく。

（4）健康危機に強い地域づくり

○健康危機事象の未然防止のため、医薬品、食中毒、感染症、飲料水等の管理の徹底及び関係機関、住民への周知及び啓発に努める。

● 計画の実現に向けて（数値目標 ）

主な数値目標項目	直近値	平成29年度末目標値
1 保健・医療を適切に受けられる体制づくり		
救急医療対策連絡協議会の開催回数（累計）	1回（H23）	累計5回
災害医療関係者会議の開催（累計）	3回（H24）	累計10回
地域医療福祉連携に関する研修会の開催回数（累計）	1回（H23）	累計5回
骨髄バンク登録者数（県）	2,219人（H23）	2,500人
年度別献血者達成率（県）	104%（H23）	100%
医療機関立入検査実施率	100%（H23）	100%
医療安全窓口相談への対応率	100%（H23）	100%
2 生涯を通じた健康づくり健康危機に強い地域づくり		
地域・職域連携推進に関する会議の開催（累計）	1回（H23）	累計5回
健康とくしま応援団登録数	74（H23）	増加
阿波踊り体操普及事業所数	26（H23）	増加
健康づくり推奨店の店舗数	12（H23）	18
食生活改善推進員の活動（伝達講習）回数	1690回（H23）	1800
野菜摂取量ｱｯﾌﾟに向けた活動を実施する団体数	ー	30
自殺予防サポーター研修会の開催回数（累計）	1回（H24）	累計5回
母子保健関係者対象の会議及び研修会の開催回数	5回（H23）	増加
防煙教育の開催数	6回（H23）	増加
障害者(児)の医療・保健・福祉に関する研修会の開催回数	1回（H23）	増加
精神障害者の地域移行を含む精神保健福祉に関する研修会の開催回数	3回（H24）	増加
結核罹患率（人口10万対）	30.8(H23)	減少
結核接触者検診受診率	100%(H23)	100%
在宅療養支援計画策定・評価件数（難病対策）	7件（H23）	増加
患者・家族等交流会開催回数（難病対策）	1回（H23）	1回以上
1歳6カ月児健康診査のう蝕有病率	1.26%(H23)	減少
3歳児健康診査のう蝕有病率	2.72%(H23)	減少
3 健康を支える環境づくり		
医薬品等販売施設監視件数	56件（H23）	増加
薬物乱用防止啓発協力施設数	12施設（H23）	増加
生活衛生関係営業施設の監視指導件数	30件（H23）	増加
生活衛生関係営業者への衛生講習会の開催回数	0回（H23）	1回
食中毒の発生件数	1件（H23）	ゼロ
食品衛生講習会等の開催回数	21回（H23）	増加
水道施設の巡回相談回数	3回（H23）	増加
動物取扱業の監視指導件数	18件（H23）	累計5回
動物由来感染症連絡会議等の開催回数	2回（H23）	増加
4 健康危機に強い地域づくり		
健康危機管理研修会の開催回数（累計）	1回（H23）	累計5回
高病原性鳥インフルエンザに関する訓練回数（累計）	1回（H23）	累計5回

三好保健所 地域保健医療計画の概要

● **管内の特徴**

三好保健所は県西部の三好市と東みよし町を所管区域とし、面積は844.03ｋ㎡と県全体の約20％を占めていますが、約86％にあたる725ｋ㎡が山間地域であるため、社会基盤の整備が遅れています。そのため、若年労働者層を中心に人口流出が続いており、県内でも人口減少率の高い地域となっています。平成17年から平成22年の減少率は、三好市12.1%、東みよし町3.7%です。人口に占める65歳以上の人口比率は平成22年4月1日時点で三好市38.3%、東みよし町29.2%と高い割合を示し、過疎化とともに少子高齢化が進んでいます。

疾病の特徴的な動向として、糖尿病は、死亡率全国ワースト１位の徳島県の中でも管内の標準化死亡比は、高い状況にあります。また、喫煙習慣が大きな影響を与えるＣＯＰＤ（慢性閉塞性肺疾患）や自殺の標準化死亡比も、徳島県と比較して高くなっています。さらに、結核の罹患率も徳島県より高い傾向が続いています。

● **管内の課題**

１．過疎化、少子高齢化の中で地域医療体制の確保を図る必要があります。
２．管内の市町、医師会、医療機関、消防署、警察署等の関係機関と共通理解を深め連携し、諸課題に対応する体制整備が必要です。
３．管内は、県内有数の観光地であることから、年間を通して多くの人が安心して食品営業施設を利用することができるよう食の安全確保への対策が必要です。
４．家庭飼育動物は、従来の愛玩動物から伴侶動物へと位置づけも変更が見られ、飼育者のモラルの向上及び動物由来感染症の啓発指導が必要です。
５．結核の罹患率を低下させるための取り組みを継続する必要があります。
６．自殺率は、全国的に山間部が高い傾向にあり、自殺希少地域と比較すると、困った時に助けを求める行動を起こしにくい等の住民気質が明らかとなっています。
７．ＣＯＰＤや肺がん，糖尿病の標準化死亡比が高い管内において，喫煙対策及び糖尿病対策を推進する必要があります。

● **重点事業**

１．地域医療体制を充実させるために、関係機関と連携を強化するとともに普及啓発を図ります。また、西部圏域における地域医療を普及するリーダーとなる者を養成し、地域医療の充実に努めます。
２．地域における健康危機管理対策の拠点として、健康危機発生時及び大規模災害時の保健衛生対応等、平常時から関係者と綿密な連携を図り対策強化周知を図ります。
３．食品営業施設に対して、徳島県監視指導計画に基づいた計画的な監視指導を行うことで食中毒の発生防止並びに流通食品の安全性確保に努めます。
４．動物の適正飼養及び動物愛護思想の普及・啓発並びに、災害発生時の同伴避難や救護に対する正しい知識の普及・啓発に努めます。
５．結核対策は、適正な結核患者管理等まん延防止を図ります。また、感染症対策は、関係機関と連携し地域の実情に即応し的確な予防措置に努めます。
６．地域住民が、心の健康問題について早期に気づき対応できるよう「心の健康ガイド」の配布等、各関係機関と連携し自殺対策及び心の健康づくりを推進します。
７．喫煙対策においては，「おいしい空気で，健康なおもてなし」にし阿波推進事業を実施し,職域と連携した働き盛りへの喫煙対策等受動喫煙防止対策を推進します。
８．糖尿病対策においては，関係機関や団体と連携し，食育の推進を図るとともに，医療連携や環境整備を図り糖尿病の発症，重症化予防に努めます。

● 計画の実現に向けて（数値目標）

数値目標項目	直近値	平成29年度末目標値
1　健康危機管理対策		
(1)健康危機管理研修会の開催（年1回）	1回（H23）	累計5回
2　健康づくり対策		
(1)地域・職域連携推進に関する会議の開催（年１回）	１回（H23）	累計5回
(2)健康とくしま応援団登録数	142事業所（H23）	増加
3　糖尿病対策		
(1)阿波踊り体操の普及事業所数	31事業所（H23）	増加
(2)集団給食施設協議会等と協働した食育事業の実施回数(年3回)	4回（H23）	累計15回
4　母子保健対策		
(1)防煙教育の開催回数	24回（H23）	増加
(2)学童肥満児の割合	10.8%（H23）	減少
5　栄養・食生活改善対策		
(1)食生活改善推進員の活動(伝達講習会)の推進	113回，753人（H23）	累計500回,累計5,000人
(2)健康づくり推奨店の登録数	0店（H23）	増加
6　精神保健福祉対策		
(1)精神障害者地域移行・地域定着支援利用者数	0件（H23）	増加
7　自殺対策		
(1)自殺対策サポーター養成研修（年１回）	2回（H23）	累計5回
8　結核・感染症対策		
(1)結核罹患率の減少	27.1（H23）	減少
(2)結核接触者検診受診率	100%（H23）	100%
9　難病（特定疾患）対策		
(1)在宅療養支援計画策定・評価件数の増加	9回（H23）	増加
１０歯科保健医療対策		
(1)1歳6か月児健康診査のう触有病率	2.7%（H23）	減少
(2)3歳児健康診査のう蝕有病率	37.8%（H23）	減少
１１食品等の安全確保		
(1)食品衛生知識の普及啓発活動	15回（H23）	増加
(2)食品営業関係施設への立入指導回数	1，534回（H23）	増加
１２快適な環境衛生の確保		
(1)監視指導などを含む普及啓発の回数	22回（H23）	増加
(2)自主衛生管理のための講習会の回数	未実施（H23）	増加
１３医薬品の適正使用対策		
(1)監視指導などを含む普及啓発の回数	31回（H23）	増加
(2)薬物乱用防止教室や街頭キャンペーン等の啓発人数	2，653人（H23）	増加
１４安全な水の確保		
(1)施設維持と水質衛生管理徹底の指導回数	2回（H23）	増加
１５人と動物のより良い関係づくり		
(1)動物愛護意識の向上と適正飼養普及のための講習会	3回（H23）	増加
(2)動物愛護推進員育成のための講習会	1回（H23）	増加
１６保健医療体制及び連携体制の整備		
(1)三好保健所地域保健医療福祉協議会の開催	1回（H23）	累計5回
(2)地域医療支援リーダーを養成する	24人（H23）	累計120人
１７血液の確保・適正使用対策		
(1)献血者の増加	757人（H23）	増加
(2)高校生献血の推進	未実施（H23）	管内県立高等学校で実施
１８救急医療体制の整備		
(1)救急医療対策連絡協議会の開催（年1回）	1回（H23）	累計5回
１９災害医療体制の整備		
(1)災害時コーディネーター連携調整会議の開催	未実施（H23）	累計5回
(2)関係者に健康危機事象対応研鑽のための研修会開催	1回（H23）	累計5回

用語の解説

用語の解説

あ　行

アテローム硬化

アテロームと呼ばれる脂肪性の蝋(ろう)のような沈着物（血液中の脂肪、コレステロール、カルシウム及びその他の物質）が動脈の内側に蓄積し血流が減少したり、遮断されたりする状態。動脈硬化は普通アテローム硬化のことをいう。

粗(そ)死亡率

一定期間の死亡者数を単純にその期間の人口で割った値。

維持期

維持期とは、生活に向けて心身の機能維持を目的としたリハビリテーションや再発予防の治療などを行う時期。

一過性虚血(きょけつ)発作

脳の循環障害により起こる一過性の神経症状を指す。24時間以内に完全に消失する特徴を持ち、また繰り返し起こることで脳梗塞を併発する恐れがあるので、脳梗塞の危険信号と考えられている。

一般病床

病院の病床種別の１つ。病院の精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床以外の病床のこと。主に急性期(きゅうせいき)から回復期の一部の患者に対する入院治療を行う病床。

違法ドラッグ

「脱法ドラッグ」、「合法ドラッグ」などと称し、多幸感(たこうかん)や快感を高めたり、幻覚作用等を有するものとして販売されているもの。人体への使用により、呼吸困難を起こしたり、異常行動を起こして他者に危害を加えてしまうこともある。

医薬分業

医師・歯科医師が治療上薬剤を投与する必要があると認めた場合、患者に処方せんを交付し、病院・診療所で薬を渡す代わりに、薬局の薬剤師が処方せんに基づき調剤を行うシステム。医師・歯科医師と薬剤師がそれぞれの専門性を発揮して医療の質的向上を図る。

医療ソーシャルワーカー

患者や家族の抱える経済的、心理的、社会的な問題に対し、社会保障制度をはじめとする社会資源を活用し、解決、調整援助を行い、安心して療養生活を継続できるように整える医療現場における福祉専門職。近年退院援助業務が主流となっている。

医療とくしま情報箱

県内各医療機関の機能、専門性等に関する情報を集積、データベース化し、医療機関相互の連携と役割分担を促進するとともに、県民に対し良質で効率的な医療の提供を図ることを目的に平成15年４月から公開しているホームページ。(http://anshin.pref.tokushima.jp/med/)

医療保護入院

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条に基づき、精神障害者であると診断され、入院の必要があると認められた者で、保護者の同意がある場合に、精神科病院の管理者が患者本人の同意がなくても精神科病院に入院させることができる制度。

インフォームド・コンセント

患者が治療の内容等について、医師等から十分な説明を受け納得した上で、治療方法を選択したり、同意するという考え方。

嚥下(えんげ)障害

疾病等により、飲食物を飲み込むことが困難になる障害。

オーダリングシステム

医療機関において、カルテに書かれた指示をオンライン化されたシステムにより、電子的に行うことによって、指示・投薬ミスの減少や、検査・会計・薬局等の待ち時間の短縮を図るシステム。

往診

患者や患者家族の依頼を受けて患者宅（介護老人保健施設等を含む）を訪れて診療すること。
定期的に患者宅を訪れて診療する「訪問診療」と区別して使われる。

か　行

介護老人保健施設

病状安定期にあり入院治療の必要はないが、リハビリテーション、看護、介護を中心とした医療を必要とする要介護高齢者に、看護及び医学的な管理下において介護、機能訓練、必要な医療及び生活サービスを提供する施設。

回復期

回復期とは、病状不安定な急性期から脱し、日常生活動作や生活の質の改善を積極的に図るために、より負荷量の多いリハビリテーションが重要となる時期。

かかりつけ医・かかりつけ歯科医

日頃から自身や家族の健康に関して何でも相談できる医師・歯科医師であり、専門外の病気や高度医療が必要な場合は、適切な医療機関を紹介するなど、地域における医療の重要な役割を担う医師・歯科医師。

かかりつけ薬局

日頃から薬に関して何でも相談でき、どの医療機関で処方せんをもらった場合でも、必ずそこに持って行き、薬の調剤を受けると決めた薬局のこと。

がん診療連携拠点病院

本県のがん医療の連携の拠点として厚生労働大臣が指定する病院。

がん診療連携推進病院

がん診療連携拠点病院に準ずる病院として、徳島県が指定する、地域のがん医療の中核的な役割を担う病院。

冠動脈（かんどうみゃく）バイパス手術（CABG）

狭くなった心臓の冠動脈に、体のほかの部分から採ってきた血管をつなげて迂回路（うかいろ）を作る手術法。

緩和ケア

生命を脅（おびや）かす疾患（しっかん）による問題に直面している患者とその家族に対して、疾患の早期より、痛み、身体的問題、心理社会的問題等に関して評価を行い、それが障害とならないように予防したり対処したりすることで、ＱＯＬを改善するための医療のあり方。

緩和ケア病棟

悪性腫瘍（しゅよう）及び後天性免疫不全症候群（こうてんせいめんえきふぜんしょうこうぐん）の患者を対象に緩和ケアを提供する専門病棟。緩和ケアに関する研修を受けた医師の配置や夜勤を含めた十分な看護体制等が厚生労働省の認可基準となっている。

機能を強化した在宅療養支援診療所・病院

在宅療養支援診療所・病院の要件に加え、常勤医3人以上、年間緊急往診5件以上、年間の看取り２件以上などの要件を満たし、24時間対応する機能をさらに強化した在宅療養支援診療所・病院。

救急救命士

救急救命士法に基づき、医師の指示のもとに「救急救命処置」を行うことができる者。

救急告示医療機関
「救急病院等を定める省令」に基づき、事故や急病等による傷病者を救急隊が緊急に搬送する医療機関で、医療機関からの協力の申し出を受けて、知事が認定、告示した病院、診療所。

急性期
病状が不安定な時期で、病気の治療や全身管理が必要な時期。

救命救急センター
心筋梗塞、脳卒中、頭部外傷等の重篤な救急患者に対する救命医療を行うことを目的に設置された医療機関で、高度な救急医療を24時間体制で提供できる機能を有する施設。

虚血性心疾患
心筋への血流が減ることや途絶えることを虚血といい、虚血性心疾患とは、このような血流障害による心臓の疾患をいう。狭心症、心筋梗塞など。

ケアマネジャー（介護支援専門員）
要介護者又は要支援者の自立した日常生活を援助するために必要な専門的知識及び技術を持ち、要介護者等からの相談に応じ、その心身の状況等に応じた適切な介護保険サービスが提供できるよう、市町村、介護保険サービス事業者、介護保険施設等との連絡調整を行う者。

蛍光眼底造影検査
血管から造影剤を注入し眼底の血管や網膜を調べる為に用いられる検査方法。

経皮的冠動脈形成術（PCI）
アテロームと呼ばれる脂肪性の蝋のような沈着物（血液中の脂肪、コレステロール、カルシウム及びその他の物質）により狭窄した心臓の冠状動脈を拡張し、血流の増加をはかる治療法で虚血性心疾患に対して行われる。

血栓溶解療法
脳梗塞のように血管内に血の塊ができ血液が流れなくなることにより発症する疾患に対し、血管を塞いでいるものを溶かして血流を取り戻せるように治療する方法。ｔ－ＰＡ投与はその治療法の一つ。

ケトアシドーシス
血液中のケトン値（インスリンが不足すると体脂肪から作られる物質）が高くなり、体が強い酸性になった状態のこと。主に１型糖尿病患者に起こる。この状態になると、体は糖を使えないため、燃料として体脂肪を燃焼させる。体がケトンを作り始めたときにインスリンを十分に補なわないと、血糖値の上昇、細胞の損傷のほか時によっては死に至る危険もある。

ゲートキーパー
自殺のサインに気付き、見守りや助言を行い、相談支援につなぐ人。

健康寿命
日常的に介護を必要としないで、自立した生活ができる生存期間のこと。

言語聴覚士（ＳＴ）
音声機能、言語機能又は聴覚に障害のある者に対して、その機能の維持向上を図るため、言語訓練その他の訓練、これに必要な検査及び助言、指導その他の援助を行う有資格者。ＳＴ（Speech Therapist）。

広域災害救急医療情報システム
「ＥＭＩＳ」を参照。

誤嚥性肺炎
誤嚥性肺炎は、細菌が唾液や胃液と共に肺に流れ込んで生じる肺炎で、高齢者に多く発症し、再発を繰り返す特徴があり、現在でも、多くの高齢者が死亡する原因になっている。

高規格救急自動車

救急救命士が救命処置を万全に行えるよう、通常の救急車より活動しやすい空間と必要な救急資器材を積んだ車。

口腔ケア

口腔の疾病予防、健康保持・増進、リハビリテーションにより生活の質の向上を目指す総称のこと。

高病原性鳥インフルエンザ

高病原性鳥インフルエンザウイルスと判定されたA型インフルエンザウイルスの感染による鶏、あひる、うずら、きじ、だちょう、ほろほろ鳥又は七面鳥の疾病で、鳥に対する病原性が高い。強毒型では，ヒトが感染すると突然の高熱、咳、重篤な肺炎、全身症状を引き起こす。アジア、中東、アフリカ等で発症者が確認されており、このウイルスの変異により、ヒトからヒトへの感染力の強い新たなインフルエンザウイルスの出現が懸念されている。

高次脳機能障害

外傷性脳損傷、脳血管障害等の器質性脳病変の後遺症として、記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動傷害等の認知障害等を呈するもの。

さ　行

災害医療コーディネーター

発災後、刻々と変化する被災地の状況を的確に把握し、限られた医療資源の適正配置・分配など、被災地の医療を統括・調整するもの。

災害医療支援病院

災害時などの多数の傷病者が発生する際に、全ての患者が災害拠点病院に集中するのを防ぐため、被災地内のトリアージ拠点として被災者の受け入れを行う病院とともに、重篤な救急患者については、災害拠点病院へ転送する。

また、圏域内における災害拠点病院被災時には、代替拠点として被災者の受け入れを行うなど、既存の災害拠点病院のバックアップを行う病院。

災害拠点病院

災害時などの多数の傷病者が発生する際に、多発外傷、挫滅症候群、広範囲熱傷等の重篤な救急患者に対する救命医療を行う病院。

高度の診療機能を有し、被災地からのとりあえずの重症病者の受け入れ機能を有するとともに、傷病者等の受け入れ及び搬出を行う広域搬送への対応機能、自己完結型の医療救護チームの派遣機能、地域の医療機関への応急用資器材の貸し出し機能を有する「地域災害拠点病院」と、さらにそれらの機能を強化し、要員の訓練・研修機能を有する「基幹災害拠点病院」からなる。

災害派遣医療チーム

「ＤＭＡＴ」を参照。

在宅患者訪問薬剤管理指導

医師の指示に基づき、薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、在宅医療を受けている患者宅を訪問し、薬剤の服用状況、保管状況、副作用等確認、服薬支援、服薬指導等、薬学的管理指導を行うこと。

在宅時医学総合管理料

地方厚生支局に届出た保健医療機関が、通院が困難な患者に対して、計画的な医学管理の下に月２回以上の定期的な訪問診療を行っている場合に算定可能な診療報酬で、介護支援専門員、社会福祉士等の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する在宅医療の調整担当者が１名以上配置されていること等が届出の要件となっている。

在宅療養支援歯科診療所

後期高齢者へ訪問歯科診療を行う歯科診療所で、高齢者の口腔機能管理に係る研修を受けた常勤の歯科医師の配置、歯科衛生士の配置、在宅療養を担う保険医療機関の保険医等との連携により、患者の求めに応じて、迅速な歯科訪問診療が可能な体制を確保していること等の要件を満たした歯科診療所。

在宅療養支援診療所

在宅医療の推進、普及を担う診療所で、24時間連絡を受ける医師または看護職員を配置し、24時間往診および訪問看護の提供が可能な体制を確保していること、在宅療養患者の緊急入院の受け入れ体制を確保していること等の要件を満たした診療所。

在宅療養支援病院

在宅医療の推進、普及を担う病院で、許可病床数が200床未満又は半径4ｋｍ以内に診療所が存在せず、24時間連絡を受ける医師または看護職員を配置し、24時間往診および訪問看護の提供が可能な体制を確保していること、在宅療養患者の緊急入院の受け入れ体制を確保していること等の要件を満たした病院。

作業療法士（OT）

身体又は精神に障害のある者、またはそれが予測される者に対し、その主体的な生活の獲得を図るため、諸機能の回復、維持及び開発を促す作業活動を用いて、治療、指導及び援助を行う有資格者。ＯＴ（Occupational Therapist）。

挫滅症候群

クラッシュ・シンドロームと呼ばれる。筋肉が長時間強く圧迫されたために血流障害が起こり、その筋肉の細胞が壊死するだけでなく、急性腎不全などの生命に危険をもたらす症候群。阪神・淡路大震災では、倒壊した建物や家具の下敷きになって多発した。

産じょく期

妊娠や出産（分娩）によって変化した体が、妊娠する前の状態に戻るまでのおよそ6～8週間くらいのこと。

死産率

死産とは、妊娠満12週以後の死児の出産をいい、死産率は、死産数を出生と死産を合計した出産数で割ったもの（出産1,000当たり）。

自然増加率

自然増加とは、出生数から死亡数を減じたものをいい、自然増加率は、年間自然増加数を基礎人口で割ったもの（人口1,000人当たり）。

シックデイ

糖尿病患者が、感染症等による発熱や、下痢、嘔吐をきたしたり、食欲不振などのために普段と違って体調が不良な日。

自動体外式除細動器

「ＡＥＤ」を参照。

死亡率

人口に対する一定期間の死亡者数の割合。死因別の時は通常10万人当たりを用いる。

周産期医療

妊娠満22週から生後満１週未満までを周産期といい、合併症妊娠や分娩時の新生児仮死など、母体・胎児や新生児の生命に関わる事態が発生する可能性があることから、周産期を含めた前後の期間における医療を特に「周産期医療」という。

周産期死亡率

出産1,000当たりの妊娠満22週以後の死産数と早期新生児死亡（生後満１週未満の死亡）数をあわせたものの割合。

終末期医療（しゅうまっきいりょう）

回復の見込みのない末期状態の患者に対する医療。延命を目的とするものではなく、身体的苦痛や精神的苦痛を軽減することによって、ＱＯＬを向上することに主眼が置かれ、医療的措置に加え、精神的側面を重視した総合的な措置がとられる。ターミナルケア。

出生率

人口に対する一定期間における出生数の割合。人口は1,000人当たりを用いる。

受療率

推計患者数※を人口10万人当たりで割ったもの。

※推計患者数…３年に１回実施される患者調査の調査日に受療した患者の推計数。

準無医地区・準無歯科医地区

無医地区・無歯科医地区には該当しないが、これに準じた医療の確保が必要であると都道府県知事が判断し、厚生労働大臣に協議して適当と認められた地区。

自立支援医療（精神通院医療）

精神疾患（てんかんを含む）で、通院による精神医療を続ける必要がある病状の者に、通院のための医療費の自己負担を軽減する制度。

新型インフルエンザ

新たに人から人に感染する能力を有することとなったウイルスを病原体とするインフルエンザ。一般に国民が免疫を持っていないため、大流行をおこし、国民の生命や健康に重大な影響を与えるおそれがある疾患。

人工透析（じんこうとうせき）

腎不全に陥（おちい）った患者が尿毒症（にょうどくしょう）になるのを防止するために、外的な手段で血液の「老廃物除去（ろうはいぶつじょきょ）」「電解質維持（でんかいしついじ）」「水分量維持」を行うこと。

新人看護職員研修ガイドライン

新人看護職員研修は、「保健師助産師看護師法」および「看護師等の人材確保の促進に関する法律」の改正により、平成22年４月１日より実施が努力義務となった。

これを踏まえ、新人看護職員が基本的な臨床実践能力を獲得するため、すべての医療機関等で新人看護職員研修が実施される体制の整備を目指し、平成21年12月に厚生労働省より出されたもの。平成23年２月に新人助産師の項目追加と保健師編が作成された。

新生児死亡率

新生児死亡とは、生後４週未満の死亡をいい、新生児死亡率は、新生児死亡数を出生数で割ったもの（出生1,000人当たり）。

心肺蘇生法（しんぱいそせいほう）（CPR）

呼吸や心臓が停止またはそれに近い状態にある傷病者に対して心肺機能を補助するために行う救急救命処置。状態を確認しながら、意識の確認・気道確保・人工呼吸・心臓マッサージ・ＡＥＤによる除細動などを行う。

心房細動（しんぼうさいどう）

心房が１分間に450～600回の頻度で不規則に興奮し、その興奮波が房室結節（ぼうしつけっせつ）へ無秩序に伝わるために、心室興奮は確実に不規則になる不整脈をいう。

診療所

医師又は歯科医師が医業又は歯科医業を行う場所であって、患者の入院施設を有しないもの又は患者19人以下の入院施設を有するもの。

生活習慣病

「食生活、運動習慣、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣が、その発生・進行に関与する症候群」と定義されている。食生活をはじめとする個々人の生活様式の中にそのリスクファクター（危険因子）が潜んでいるものであり、正しい生活習慣を身につけることが健康の増進や病気の予防につながる。

脳卒中、虚血性心疾患（きょけつせいしんしっかん）、糖尿病など。

精神科救急医療体制

精神医療相談、精神科救急情報センター、搬送体制、精神科救急医療、身体合併症救急医療等を、地域で確保すること。

精神科病床

精神疾患を有する者を入院させるための病床。

精神科リエゾンチーム

精神科医、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者等からなるチーム。一般病棟に入院する精神疾患を有する患者等に対して、精神症状の評価を行い、精神療法や薬物治療等の診療計画の作成、退院後の調整等を行う。

精神疾患

アルツハイマー病を含む認知症、精神作用物質による精神及び行動の傷害、統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害、気分（感情）障害、神経症性障害、てんかん、その他の精神及び行動の傷害をいう。（精神遅滞は含まれない）

精神障害者アウトリーチ推進モデル事業

治療中断している者や未治療者等に対し、専門職がチームを組んで、必要に応じて訪問支援を行うこと。保健・医療・福祉サービスを包括的に提供し、在宅生活の継続を可能にするために行う。

セカンドオピニオン

診断や治療方針について、主治医以外の医師の意見を聞くこと。

遷延性意識障害

重度の昏睡状態を指す病状。

専門看護師・認定看護師

専門看護師は、複雑で解決困難な看護問題を持つ対象者に対して、認定看護師より幅広い視点から看護チーム内外の調整や看護研究等を行う看護師。

認定看護師は、優れた知識と熟練した看護技術を用いて、救急看護・緩和ケア・感染管理等の各分野において水準の高い看護実践及びチーム医療のキーパーソンとして活動する看護師。

臓器移植コーディネーター

臓器移植に関わる情報の収集をはじめ、臓器移植実施時には、臓器提供者の家族に対する臓器移植についての説明、適正な移植希望者の選定、臓器の搬送等、円滑な臓器移植の実施に向けた連絡調整等を行う者。

総合周産期母子医療センター

母体胎児集中治療管理室（ＭＦＩＣＵ）及び新生児集中治療管理室（ＮＩＣＵ）を備え、母体・胎児におけるリスクの高い妊娠に対する医療及び高度な新生児医療等の周産期医療を行うことができる医療施設。

壮年期

一般的には青年期を終えた40歳から64歳までを指す。厚生労働省の一部資料（健康日本21など）では、幼年期0～5歳、少年期6～14歳、青年期15～24歳、壮年期25～44歳、中年期45～64歳、前期高年期65～74歳、中後期高年期75歳～という区分をしている。

措置入院

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条に基づき、その者が精神障害者であり、かつ入院させなければその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがある場合、都道府県知事が国若しくは都道府県立の精神科病院又は指定病院に入院させることができる制度。

た　行

退院前カンファレンス
　円滑な在宅療養への移行のために、退院調整が必要な入院患者の退院後の在宅療養について必要な事柄に関し、病院と在宅医師、訪問看護師、ケアマネージャー等が話し合うこと。患者や患者家族が入ることもある。

退院率
　１年以上入院している患者のうち、当該１年間に退院した割合。１年以上の在院患者から退院する者の数を、１年以上の在院患者数で除したもの。

耐糖能異常（たいとうのういじょう）
　耐糖能（たいとうのう）とはブドウ糖（グルコース）に対して生体が示す代謝能力（たいしゃ）のことを指し、インスリン、またグルカゴンやカテコールアミンといったインスリン拮抗（きっこう）ホルモンの影響を受ける。耐糖能異常（たいとうのういじょう）とは、この代謝能力（たいしゃ）が障害を受けている状態である。

多発外傷（たはつがいしょう）
　身体を，頭部・頚部（けいぶ）・胸部・腹部・骨盤・四肢（しし）などと区分した場合に、複数の身体区分に重度の損傷が及んだ状態をいう。

地域医療支援病院
　医療施設機能の体系化の一環として、紹介患者に対する医療提供、病床及び医療機器等の共同利用の実施等を通じてかかりつけ医（歯科医）等を支援する能力を有する病院であり、都道府県知事が名称使用の承認をする。

地域周産期母子医療センター
　産科及び小児科等を備え、周産期に係る比較的高度な医療行為を行うことができる医療施設。

地域包括支援センター
　高齢者のニーズや状態の変化に応じて必要なサービスが切れ目なく提供される包括的、継続的な体制を確立するため、高齢者やその家族の総合相談・支援、権利擁護（けんりようご）、介護予防マネジメント、包括的・継続的マネジメントの４つの業務を通じて地域ケアを支える中核機関として市町村が設置した機関。

地域連携クリティカルパス
　急性期から回復期を経て、早期に自宅に帰れるような診療計画を作成し、患者や治療を行う全ての医療機関等で共有して用いるもの。患者や関係する医療機関で共有することにより、効率的で質の高い医療の提供と患者の安心の確保が見込まれる。

（糖尿病）教育入院
　血糖値のコントロールやインスリン自己注射の手技を習得すること等を目的として医療機関に入院すること。

糖尿病教室
　医療機関において糖尿病患者や家族を対象として、糖尿病についての知識の習得や、食事療法・運動療法について学ぶための勉強会。医療機関によって方法・内容は異なる。

糖尿病昏睡（こんすい）
　糖尿病の急性合併症であり、一時的に著しい高血糖になることによって昏睡状態（こんすいじょうたい）となること。

徳島こども救急電話相談
　子どもの急な発熱やけがの対処方法に悩む保護者の方から、全国統一短縮番号「＃８０００」により相談を受け付け、看護師や医師が適切な助言を行うもの。平成21年11月から毎日（18時～翌朝８時）実施に拡大。保護者の育児不安の解消を図る。

ドクターカー
　除細動器（じょさいどうき）、気道確保セット、点滴・薬剤セットなど、様々な器具や薬剤を装備し、医師・看護師などが同乗することにで、救急現場到着時から患者に救命医療を行うことを目的とした救急自動車。

ドクターヘリ
救急医療の専門医及び看護師が往路から同乗して救急現場等に向かい、速やかに救命医療を行うことを目的とした救急医療専用ヘリコプター。救命率の向上や後遺症の軽減を図る。

特定機能病院
医療施設機能の体系化の一環として、高度の医療の提供、高度の医療技術の開発及び実践を行うにふさわしい人的資源、構造・設備を有する病院。厚生労働大臣が許可する。

特定健康診査
平成20年４月から40歳以上75歳未満の人を対象に、国民健康保険や健康保険組合等の医療保険者に義務付けられた制度で、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目した生活習慣病予防のための健康診査。糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的とする。

特定保健指導
医療保険者が、特定健康診査の結果によりメタボリックシンドロームのリスクが高いと選定した人を対象に、生活習慣を改善するために行う保健指導。対象者が自らの生活習慣における課題を認識して行動変容と自己管理を行うとともに健康的な生活を維持することができるようになることを通じて、糖尿病等の生活習慣病を予防することを目的とする。

特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設）
常時介護が必要で在宅での生活が困難な要介護者に対して、入浴・排せつ・食事等の介護、日常生活上の世話などのサービスを提供する施設。

トリアージ
災害発生時など多数の傷病者が同時に発生した場合、傷病者の緊急度や重症度に応じて搬送や適切な処置を行うための優先順位を決定すること。

な　行

「７対１」入院基本料
平成18年度の診療報酬改定において、看護師の配置基準が改定され、「７対１」入院基本料が創設された。７対１とは、入院している患者7人に対して看護職員が１人が勤務している状態のこと。

乳児死亡率
乳児死亡とは、生後１年未満の死亡をいい、乳児死亡率は、乳児死亡数を出生数で割ったもの（出生1,000人当たり）。

尿中微量アルブミン量検査（とうにょうびょうじんしょう）
糖尿病の合併症である糖尿病腎症が発症しているのかを調べる検査の一つで、尿の中にアルブミンというタンパク質が存在しているかどうかがわかる検査。

認知症コールセンター
認知症患者やその家族等からの認知症に関する悩み事等に対し、適切な相談援助を行う電話相談窓口。

認知症高齢者グループホーム
認知症の状態にある要介護者に対して、共同生活住居で家庭的な環境の下、食事・入浴などの介護や日常生活の世話などをのサービスを提供する施設。

認知症サポート医
かかりつけ医への研修や、認知症診断等に関する相談、助言をはじめ、地域の認知症に係る地域医療体制の中核的な役割を担う医師。

認知症疾患医療センター（かんべつしんだん）
認知症疾患について鑑別診断やＢＰＳＤ（認知症の行動・心理症状）への対応、身体合併症への対応を行う専門医療機関。また、認知症疾患に関わる地域の医療機能の中核的機関。地域住民に対する普及啓発や相談への対応、認知症疾患に係る医療に関する情報センターとしての機能を持つ。

年齢調整死亡率

死亡率は、年齢構成の違いにより、高齢者が多ければ高くなり、若年者が多ければ低くなるが、このような年齢構成の異なる場合において死亡状況の比較ができるように年齢構成を標準化した死亡率を年齢調整死亡率という（人口10万人当たり）。

ノロウイルス

幅広い年齢層において感染性胃腸炎の原因となるウイルスで、特に冬季に多発する。100個以下という少量で人に感染し、腸管内でウイルスが増える。

は　行

廃用症候群（はいようしょうこうぐん）

身体を動かさないなど臥床状態（がしょうじょうたい）が長期に続くことによって起こる心身のさまざまな機能低下等をいう。筋萎縮（きんいしゅく）、関節拘縮（かんせつこうしゅく）、褥瘡（じょくそう）（床ずれ）、骨粗鬆症（こつそしょうしょう）などが挙げられる。生活不活発病ともいう。

光凝固療法（ひかりぎょうこりょうほう）

網膜症の発症によって眼底にできた破れやすい新生血管網（しんせいけっかんもう）を、レーザー光によって凝固させることでその安定化を図る治療法。

８０２０運動

生涯にわたり食事を楽しみ、健やかな食生活を送るため、80歳になっても自分の歯を20本以上保つことを目標にした健康づくり運動。

病院

医師又は歯科医師が医業又は歯科医業を行う場所で、患者20人以上の入院施設を有するもの。

病院前救護

救急現場から病院等に運び込まれるまでの間において、患者に行われる応急措置や治療のこと。

救急救命士等による救命処置だけでなく、一般人による心肺蘇生法（しんぱいそせいほう）も含まれ、重症救急患者の治療成績に大きな影響があると言われている。プレホスピタルケア。

フットケア

糖尿病を原因とする足病変を治療し、重症化を予防する医療的な行為。

プロトコール

活動基準。マニュアル。救急現場では、救急救命士が気道確保、静脈路確保（じょうみゃくろかくほ）などの救急救命処置を行うに際して、医師の指示を得るなどの手順に従わなければならないが、こうした手順や医学的根拠に基づく手順書をいう。

平均在院日数

平均在院日数とは、平均すると患者がどの位の期間病院に入院していたかを表す指標。一定期間の在院患者延べ数を入退院した患者数の２分の１で除したもの。

平均退院率

新たに入院した患者のうち、１年以内に退院した割合。各月の残存率を平均したもの。

へき地医療拠点病院

無医地区等を対象として、へき地医療支援機構の指導・調整の下に、巡回診療、へき地診療所等への代診医派遣（だいしんい）などの医療活動を継続的に実施できると認められる病院のこと。都道府県知事が指定する。

訪問看護事業所

訪問看護ステーション及び訪問看護を提供する病院、診療所。

訪問看護ステーション

看護師等が家庭を訪問して、主治医と連絡をとりながら病状を観察したり、診療の補助、療養上の世話、あるいは家族への介護指導などの訪問看護サービスを提供する拠点。

訪問診療
　通院が困難で、継続的な在宅医療を受ける必要がある患者に対して、医師が計画的に患者宅で診療すること。

ホスピス
　末期がん患者など死期の近い患者を対象に、延命処置を行わず、身体的苦痛を和らげ、精神的援助をして生を全うできるように医療を行う施設。

ポンプ失調
　血液が心臓に戻りにくい状態または心臓から出にくい状態。

ま　行

慢性期（まんせいき）
　病状は比較的安定しているが、治癒が困難な状態が続いている時期。再発予防や身体機能の維持・改善を目指しながら、長期的な看護、治療を行っていく必要がある。

マンモグラフィ
　触診（しょくしん）では診断できない小さなしこりや非常に細かい石灰化陰影（せっかいかいんえい）（微細石灰化（びさいせっかいか））を発見することができる乳腺（にゅうせん）・乳房専用のＸ線装置。

看取り（みとり）
　死を目前にしながらも生きている人を死が訪れるまでケアすること。肉体的な苦痛のケア加え、社会的、精神的な苦痛に対するケアも含む。

無医地区・無歯科医地区
　当該地区の中心的な場所を起点として、概ね半径４㎞の区域内に50人以上が居住している地区であって、かつ容易に医療機関を利用することができない地区。

メタボリック・シンドローム
　内臓脂肪症候群。内臓脂肪型肥満を共通の要因とした高血糖、脂質異常、高血圧を呈する病態のこと。それぞれが重複した場合は、虚血性心疾患（きょけつせいしんしっかん）、脳血管疾患等の発症リスクが大きくなる。

メディカルコントロール体制
　病院前救護の質を保証するための体制。具体的には、救急救命士を含む救急隊員が、搬送中の傷病者に対して行う処置等の医療行為に関し、医師の指示、指導、助言を受ける体制や事後検証を行う体制。

や　行

薬局
　薬剤師が販売又は授与の目的で調剤の業務を行う場所。調剤は、薬剤師以外の者が販売又は授与の目的で行うことは、原則的に禁止されている。

ユニットケア
　特別養護老人ホームなどにおいて、いくつかの居室やリビングなどの共用スペースを１つの生活単位（ユニット）とし、少人数の家庭的な雰囲気の中で介護を行うもの。

ら　行

理学療法士（PT）
　身体に障害のある者や障害の発生が予測される者に対して、基本動作能力の回復や維持、および障害の悪化の予防を目的に、運動療法や物理療法などを用いて、自立した日常生活が送れるよう支援を行う有資格者。ＰＴ（Phisycal Therapist）。

療養病床
主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための病床。

臨床研修制度（医師）
医師法改正により平成16年4月から導入された制度で、診療に従事しようとする医師について、医学を履修する課程をおく大学に付属する病院又は厚生労働大臣の指定する病院において、２年以上の臨床研修を受けることを義務化したもの。

臨床研修制度（歯科医師）
歯科医師法改正により平成18年4月から導入された制度で、診療に従事しようとする歯科医師について、歯学若しくは医学を履修する課程をおく大学に付属する病院又は厚生労働大臣の指定する病院若しくは診療所において、１年以上の臨床研修を受けることを義務化したもの。

レスパイト
レスパイト（respite）は「息抜き」の意。在宅で介護を受けている患者や要介護者が一時的に一定期間、医療機関等へ入院（入所）することによって、介護者が日頃の心身の疲れを回復し、一息つくことができるよう援助する入院（入所）の形態。

アルファベット

ＡＤＬ（Activities of Daily Living の略）
日常生活動作。食事、排泄、着脱衣、入浴、移動、寝起きなど、日常の生活を送るために必要な基本動作のこと。高齢者の身体活動能力や障害の程度をはかる上で重要な指標の一つ。

ＡＥＤ（Automated External Defibrillator の略）
自動体外式除細動器（じょさいどうき）。心室細動（しんしつさいどう）という不整脈等による心機能停止患者を、心臓に電気ショックを与えることにより正常な状態に戻す装置。平成16年７月から一般住民によるＡＥＤの使用が認められている。

ＢＳＥ（Bovine Spongiform Encephalopathy の略）
牛海綿状脳症（うしかいめんじょうのうしょう）。牛の脳の組織にスポンジ状の変化を起こし、起立不能等の症状を示す遅発性（ちはつせい）かつ悪性の中枢神経系（ちゅうすうしんけいけい）の疾病。

ＣＣＵ（Coronary Care Unit の略）
虚血性心疾患専門の集中治療室（きょけつせいしんしっかん）。

ＤＭＡＴ（Disaster Medical Assistance Team の略）
災害の急性期（概ね48時間以内）に活動できる機動性を持った、専門的な訓練を受けた災害派遣医療チームのこと。広域医療搬送、病院支援、域内搬送、現場活動等を主な活動とする。

ＥＢＭ（Evidence-Based Medicine の略）
根拠に基づいた医療。科学データに基づいて、最適な治療方法を選択し、実践していくという考え方。

ＥＭＩＳ（Emergency Medical Information Systemの略）
災害時に被災した都道府県を越えて医療機関の稼動状況など災害医療に関わる情報を共有し、被災地域での迅速且つ適切な医療・救護に関わる各種情報を集約・提供することを目的としたシステム。

ＧＬＰ（Good Laboratory Practice の略）
食品の流通が国際化する中で食品検査の信頼性確保が必要になってきており、食品衛生法の改正により地方公共団体及び指定検査機関の検査又は試験に関する業務の基準が示された。

ＧＭＰ（Good Manufactuering Practice の略）
「医薬品の製造管理及品質管理の基準に関する基準」。製造段階においてより良質な医薬品の品質を確保するため、管理面、構造設備面の両方の基準に適合することを求めた基準の総称。

ＧＶＰ（Good Vigilance Practice の略）
「医薬品製造販売後安全管理の基準」。薬事法の規定に基づき、製造販売業の許可要件として定められた医薬品等の製造販売後の安全管理に関する基準。

ＨＡＣＣＰ（Hazard Analysis Clitical Control Point の略）
製造における重要な工程を連続的に監視することによって、ひとつひとつの製品の安全性を保証しようとする食品衛生管理手法。ハサップ。

ＨｂＡ１ｃ（ヘモグロビンエーワンシーの略）
ブドウ糖はヘモグロビンに結合してグリコヘモグロビン（HbA1c）を形成しており、ヘモグロビンが存在する赤血球の寿命は約４ヶ月であるため、血液中のHbA1c値は、赤血球の寿命の半分くらいにあたる時期の血糖値の平均を反映することとなる。よってHbA1cを確認することで１～２ヶ月前の血糖の状態を推定できることとなる。

ＩＣＵ（Intensive Care Unit の略）
集中治療室。呼吸、循環、代謝その他の重篤（じゅうとく）な急性機能不全の患者を収容し集中的に治療看護を行う。

ＭＦＩＣＵ（Maternal-Fetal Intensive Care Unit の略）
母体胎児集中治療管理室（ぼたいたいじしゅうちゅうちりょうかんりしつ）。周産期の母体・胎児の重篤な患者を対象とし、集中治療室で24 時間の治療体制を実施する室のこと。

ＭＲＡ（Magnetic Resonance Angiographyの略）
磁気共鳴血管画像（じきょうめいけっかんがぞう）で、核磁気共鳴画像法（かくじきょうめいがぞうほう）（MRI）を用いて血管像を描出する方法。

ＭＲＩ（Magnetic Resonance Imagingの略）
核磁気共鳴画像法（かくじきょうめいがぞうほう）で、核磁気共鳴現象（かくじきょうめいげんしょう）を利用して生体内の内部の情報を画像にする方法。

ＮＩＣＵ（Neonatal Intensive Care Unit の略）
新生児集中治療管理室。早産児や低出生体重児、先天性の傷害などにより集中治療を必要とする新生児のために、保育器、人工呼吸器、微量輸液ポンプ、呼吸管理モニターなどの機器を備え、主として新生児を専門とするスタッフが24時間体制で治療を行う室のこと。

ＯＧＴＴ(Oral glucose tolerance testの略)
経口（けいこう）ブドウ糖負荷（ふか）試験(ＯＧＴＴ)は、糖尿病の診断方法のひとつで、糖尿病が疑われる患者に対し、短時間に一定量のブドウ糖水溶液を飲んでもらい、一定時間経過後の血糖値の値から，糖尿病が存在するかどうかを判断する方法。

ＱＭＳ（Quality Management System の略）
「医療機器及び体外診断用医薬品の製造管理及び品質管理の基準」。医療機器等の製造所における製造管理及び品質管理の基準で、品質に関して方針及び目標を定め、その目標を達成するために、組織を指揮し、管理するためのシステム。

ＱＯＬ（Quality Of Life の略）
「生命の質」、「生活の質」、「人生の質」などと訳され、量より質を重視した生活の考え方。

ＳＣＵ（Stroke Care Unit の略）
脳卒中集中治療室。脳卒中治療の専門知識を持つ医師、看護師、放射線技師、理学療法士らでつくるチームが、専門の病棟や病床で総合的な治療を行う。

ＳＣＵ（Staging Care Unit の略）
広域医療搬送拠点に設置される臨時の医療施設。患者の安定化を図り、搬送時のトリアージを実施する。

ＳＴ上昇型心筋梗塞

ＳＴ上昇型心筋梗塞とは、心電図でＳ波からＴ波の始まりまでのＳＴ部分が上昇している心筋梗塞のことであり、ＳＴ上昇は冠動脈の完全閉塞を示唆する。他にＳＴ上昇の無い非ＳＴ上昇型心筋梗塞がある。

ｔ－ＰＡ

重い後遺症や死に至るおそれがある脳梗塞の治療に用いられる血栓を溶かす薬（血栓溶解薬）。