第５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20年4月

徳　島　県

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 ---------- 30

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 ---------- 35
　１　地域の医療機関の機能分化と連携 ---------- 35
　２　地域医療支援病院の整備目標 ---------- 37
　３　公的病院等の役割 ---------- 38
　４　総合メディカルゾーン構想の取組 ---------- 39
第２節　疾病に対応した医療提供体制の整備 ---------- 40
　１　がんの医療体制 ---------- 40
　２　脳卒中の医療体制 ---------- 50
　３　急性心筋梗塞の医療体制 ---------- 58
　４　糖尿病の医療体制 ---------- 64
第３節　課題に対応した医療提供体制の整備 ---------- 72
　１　救急医療体制の整備 ---------- 72
　２　小児医療体制の整備 ---------- 83
　３　周産期医療体制の整備 ---------- 90
　４　災害医療体制の整備 ---------- 96
　５　へき地医療体制の整備 ---------- 102
第４節　在宅医療体制の推進 ---------- 107
第５節　安全な医療の提供 ---------- 108

第６節　保健医療施策の推進 ---------- 111
1　健康危機管理対策 ---------- 111
2　健康増進（健康徳島２１の推進） ---------- 112
3　母子保健医療対策 ---------- 115
4　高齢者保健医療福祉対策 ---------- 116
5　精神保健医療福祉対策 ---------- 119
6　障害者（児）保健医療福祉対策 ---------- 123
7　結核・感染症対策 ---------- 127
8　難病等対策 ---------- 130
9　臓器移植対策 ---------- 135
10　歯科保健医療対策 ---------- 138
11　血液の確保・適正使用対策 ---------- 141
12　医薬品等の適正使用対策 ---------- 143
13　快適な環境衛生の確保 ---------- 145
14　食品等の安全確保 ---------- 146
15　安全な水の確保 ---------- 149
16　動物由来感染症の予防 ---------- 150
17　医療に関する情報化の推進 ---------- 151
第７節　保健・医療・介護（福祉）の総合的な取組 ---------- 153

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 ---------- 157
第２節　保健医療従事者の状況 ---------- 158
第３節　保健医療従事者の養成・確保と資質の向上 ---------- 166

第６章　事業の評価及び見直し ---------- 171

資料編
徳島県小児科・産科集約化検討協議会報告書 ---------- 179
策定経緯 ---------- 189
徳島県医療審議会委員名簿 ---------- 193
用語の解説 ---------- 197

◆第４章 第２節及び第３節に記載の「４疾病・５事業」の医療を担う医療機関名称等について、別途、県のホームページで公表します。

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。

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、急激な少子・高齢化の進行、生活習慣による慢性疾患の増加などの疾病構造の変化等により、県民の健康への関心も一層の高まりをみせ、その内容もより多様化・高度化してきています。

徳島県では、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て、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。

平成14年10月に公示した「徳島県保健医療計画（第４次改定）」の策定から５年が経過し、保健・医療・福祉を取り巻く環境は、医療保険制度・介護保険制度の大規模な改革、インターネットの普及による情報社会の進展、医師不足問題、さらには医療計画の根拠法である医療法の抜本的な改正など、大きな変化に直面している状況にあります。

このような状況の中、国が定めた「医療提供体制の確保に関する基本方針」に即して、本県における今後の保健医療提供体制のあり方を検討し、県民の多様化したニーズに的確に対応しつつ、安全で安心の保健医療を提供できる体制の構築を積極的に推進していくため、「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。

本格的な高齢社会が到来している現状に視点をおき、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な配置を図るとともに、保健医療機能の分化・連携を推進し、切れ目のない保健医療サービスの提供体制を構築していく必要があります。

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) オンリーワン徳島行動計画(第二幕)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20年度（平成20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

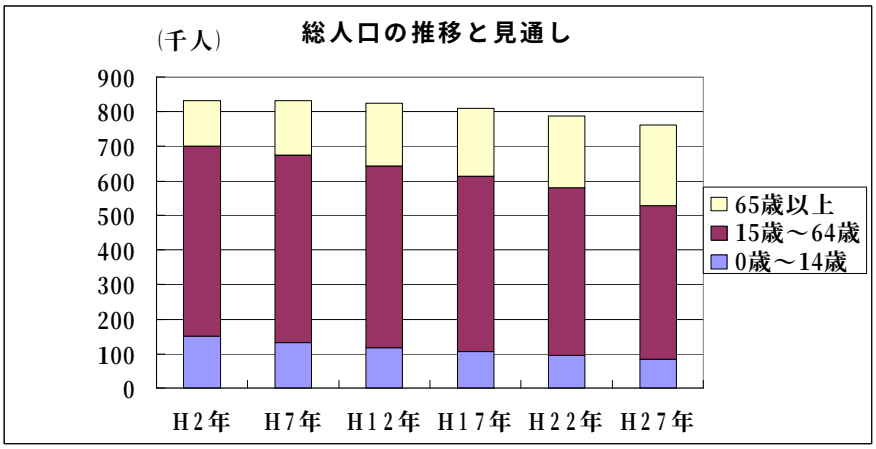
本県の総人口は、昭和62年頃（約83万６千人）から減少傾向が現れ、平成17年では約81万人となっています。今後の総人口の見通しについては、国立社会保障・人口問題研究所が平成17年の国勢調査を基に調査した推計人口によれば、平成22年には78万8,000人、平成27年には76万2,000人と見込まれています。

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	H2年	H7年	H12年	H17年	H22年	H27年
0歳～14歳	150	132	117	106	96	85
15歳～64歳	551	542	526	507	483	444
65歳以上	130	157	181	197	209	232
総計	831	831	824	810	788	762



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17年には、それぞれ13.1%、62.6%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速度で増加しており、昭和45年の9.6%から平成17年には24.4%（全国平均は20.2%）にまで上昇し、全国順位で８番目に高くなっています。

今後、０～14歳人口及び15～64歳人口が減少する一方、65歳以上人口は今後も増加し、平成27年(西暦2015年)には、23万2,000人、構成比で約３割になると見込まれており、高齢化がさらに進むこととなります。

年齢３区分別人口の推移と見通し

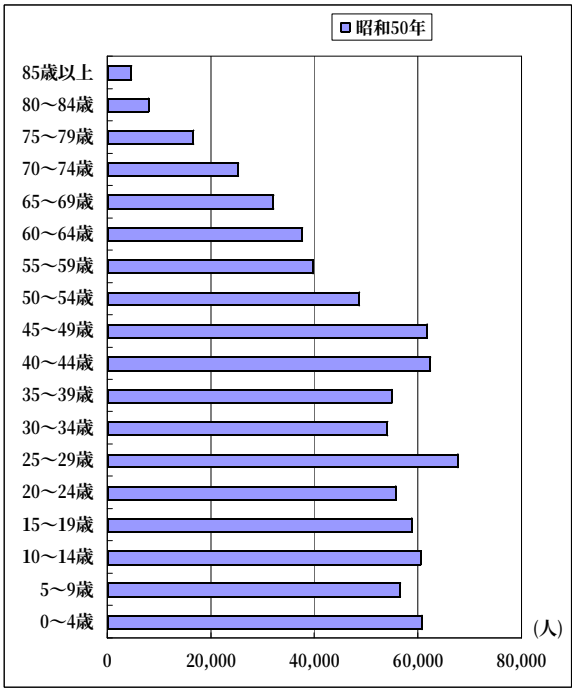
（単位：千人（%））

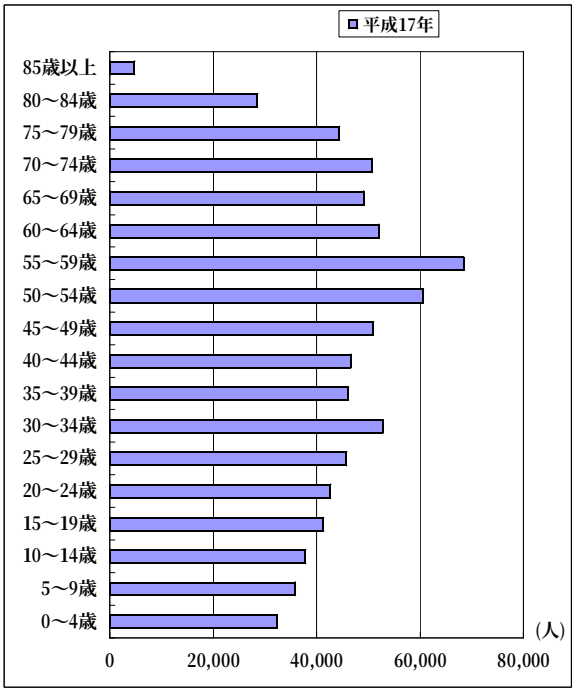
区分		平成2年	平成7年	平成12年	平成17年	平成22年	平成27年
総人口	全国	123,611	125,570	126,926	127,768	127,176	125,430
		(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)
	徳島県	832	832	824	810	788	762
		(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)
0歳～14歳	全国	22,544	20,014	18,472	17,585	16,479	14,841
		(18.2)	(15.9)	(14.6)	(13.8)	(13.0)	(11.8)
	徳島県	150	132	117	106	96	85
		(18.0)	(15.9)	(14.2)	(13.1)	(12.2)	(11.2)
15歳～64歳	全国	86,140	87,165	86,220	84,422	81,285	76,807
		(69.7)	(69.4)	(67.9)	(66.1)	(63.9)	(61.2)
	徳島県	551	542	526	507	483	444
		(66.3)	(65.1)	(63.8)	(62.6)	(61.3)	(58.3)
65歳以上	全国	14,928	18,261	22,005	25,761	29,412	33,781
		(12.1)	(14.5)	(17.3)	(20.2)	(23.1)	(26.9)
	徳島県	130	157	181	197	209	232
		(15.5)	(18.9)	(21.9)	(24.4)	(26.6)	(30.5)
老年人口割合の全国順位		9	9	8	8		

資料：国勢調査及び国立社会保障・人口問題研究所の推計人口による。

（注1） 総人口には、年齢不詳を含む。
（注2） 推計人口については、端数処理の都合上、総人口とは一致しない。

徳島県の人口構造の変化（昭和50年～平成17年）





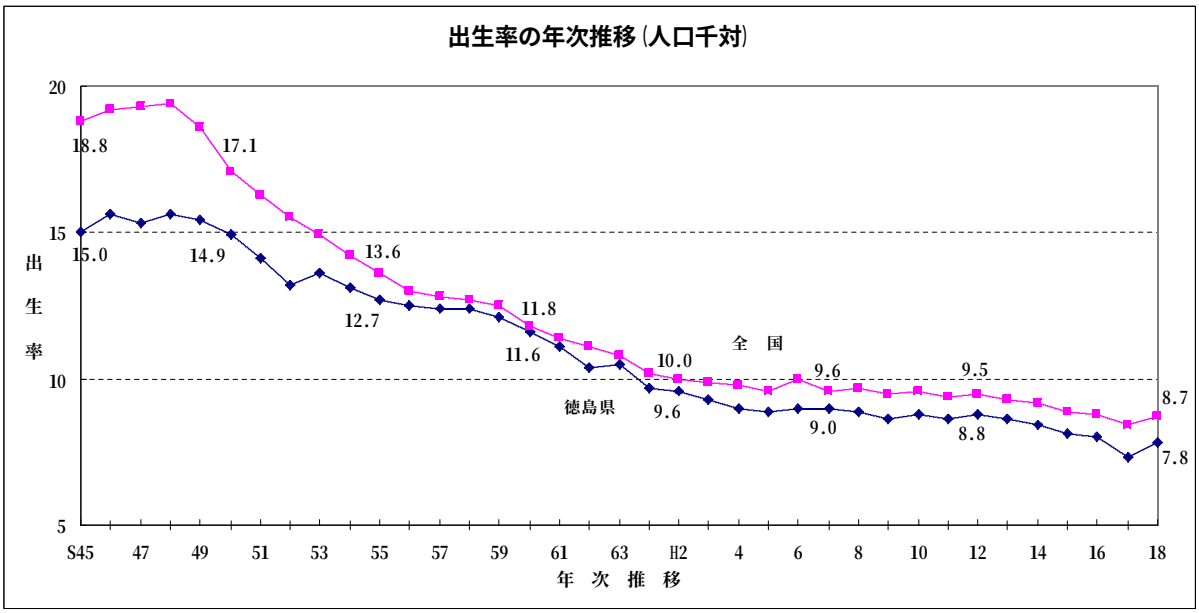
3　人口動態

(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りましたが、平成18年には7.8と若干回復しています。

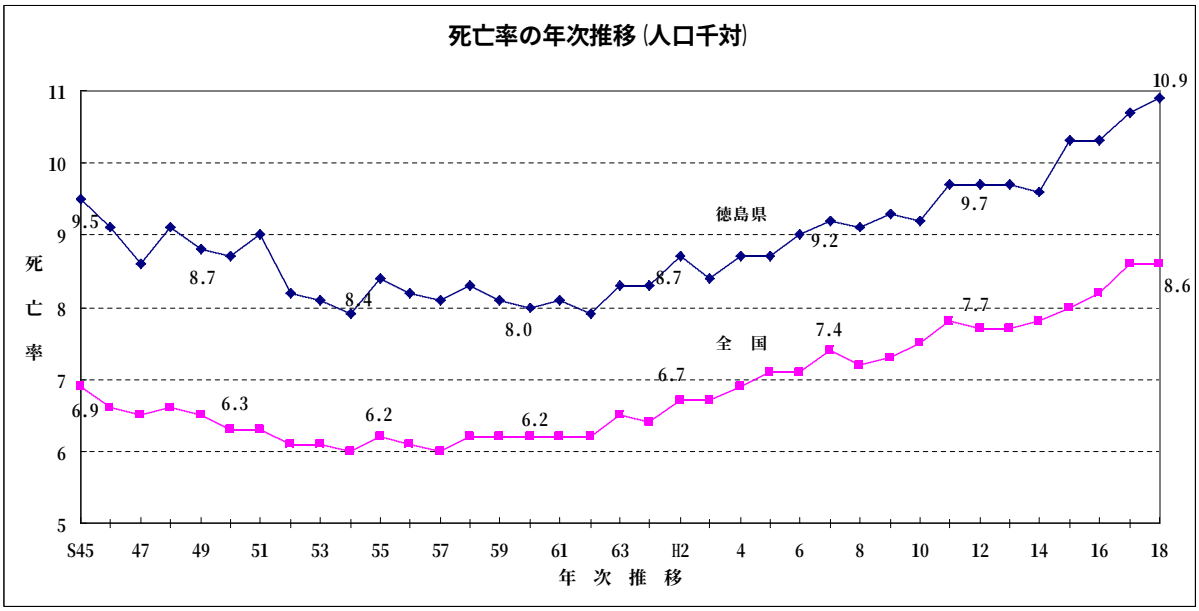
全国もほぼ同様の傾向にありますが、本県の値は全国値よりさらに若干低い値で推移しています。全国平均は8.7で、本県の順位は全国で42位と低位となっています。

このような出生率の低下は全国的に問題とされています。この原因としては出産適齢女子人口の減少、晩婚化、価値観の多様化等が考えられます。



(2) 死亡率

本県の死亡率は、８から９前後（人口千対）で推移していましたが、平成15年には、10を超え、平成18年には10.9で、全国平均の8.6よりかなり高く、全国で６番目となっています。本県の死亡率が高い原因は様々考えられますが、年齢構成が全国平均より高齢化していることが大きく影響していると思われます。



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少し上回る状況で推移しています。特に平成２年は、全国で男性７位、女性で４位と著しく高かったが、平成17年では、男性全国18位、女性13位と、男女とも全国平均より若干高い状況にあります。

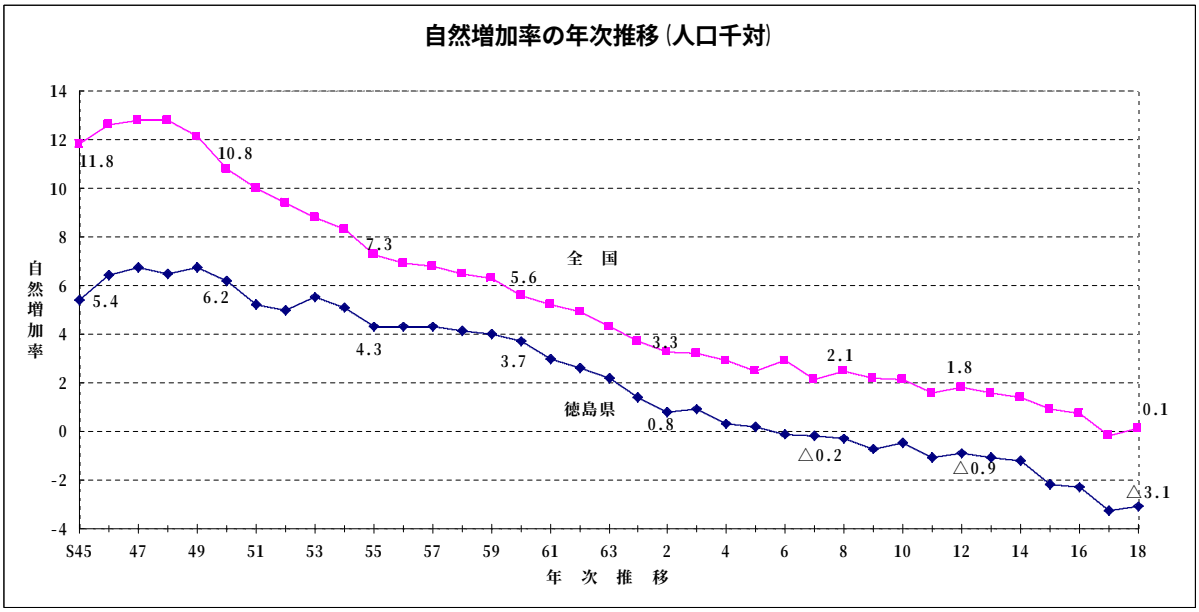
年齢調整死亡率の推移

（人口10万対）

区分		昭和50年	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18年
徳島県	男	1070.4	987.6	859.9	782.9	727.1	647.4	608.8	-
	女	754.9	623.4	469.2	443.1	381.0	337.2	304.5	-
全国	男	1036.5	923.5	812.9	747.9	719.6	634.2	539.2	571.3
	女	685.1	579.8	482.9	423.0	384.7	323.9	298.6	289.8

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

(3) 自然増加率



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全国より低い値で次第に低下しており、平成18年には△3.1と自然減の状況となっています。出生数が減少する一方、高齢者が増えてきたことにより死亡数が増加したことが自然増加率の低下を招いていると考えられます。

自然増加率は市部とその周辺部が比較的高い値を示しています。逆に、自然増加率の低い地域は、特に山間部に集中しています。人口の社会減に加えて自然減により、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

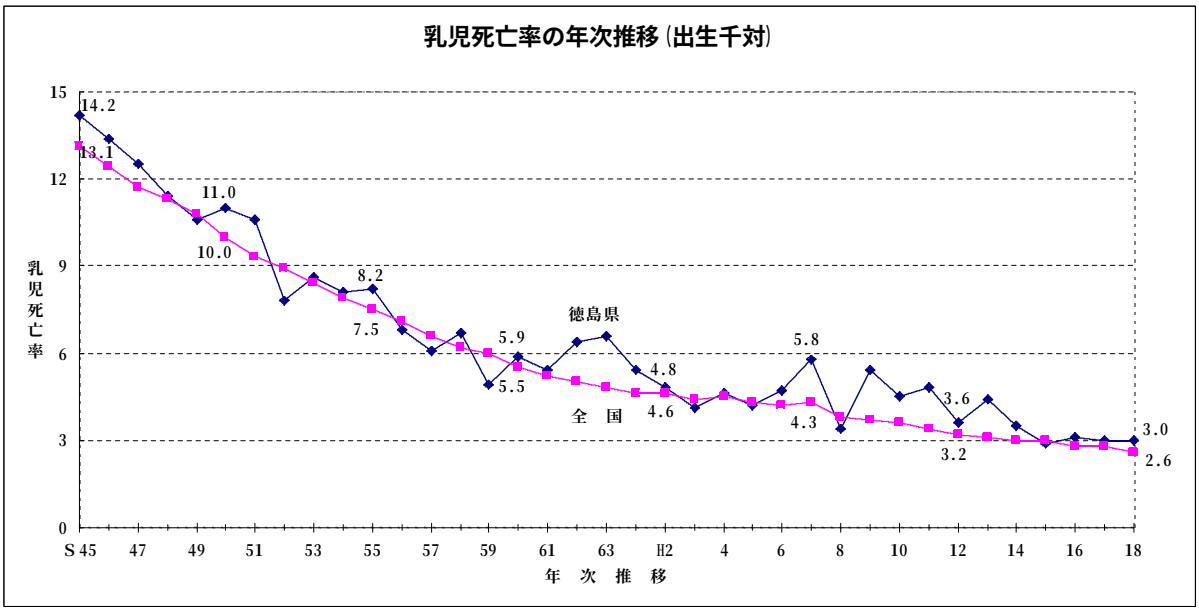
全国と同様、本県でも母子保健指標は戦後急速に改善され、年により多少の増減はあるものの、低下傾向を示しています。

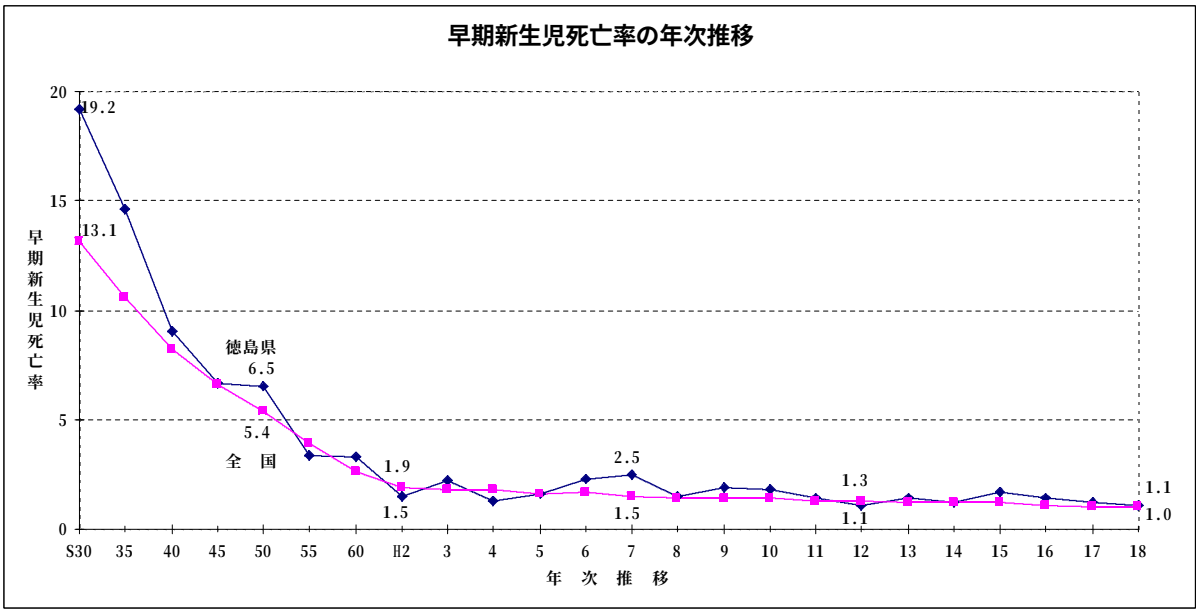
まず生後１年未満の死亡を示す乳児死亡率は、平成18年には3.0（出生千対）で、全国平均の2.6に比べ高く、全国で５位と高い数字になっています。

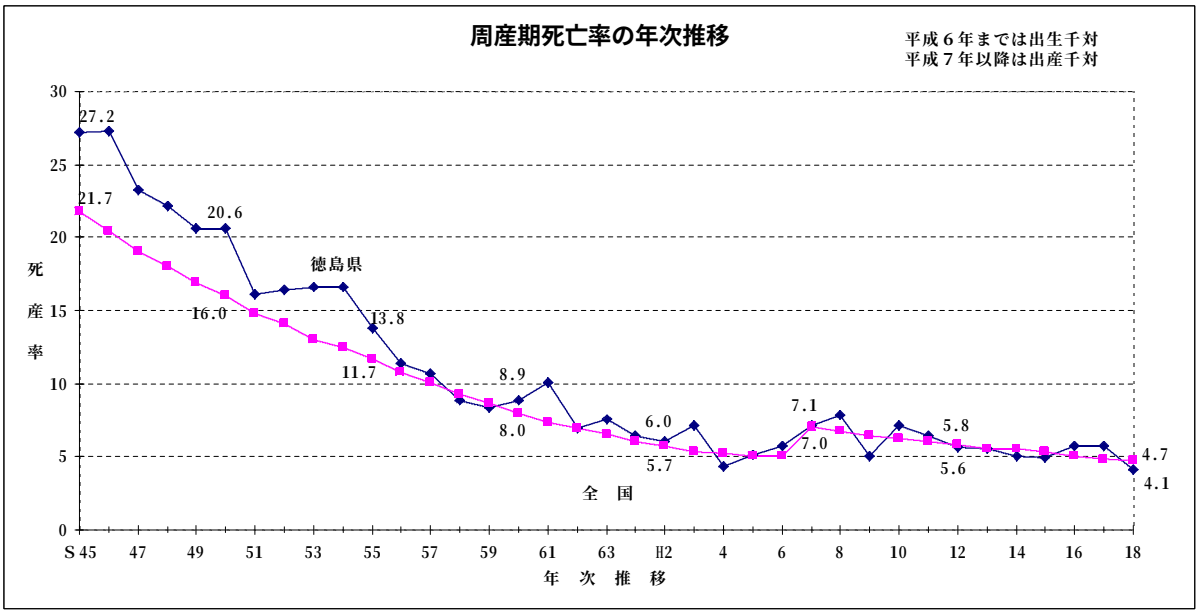
生後１週未満の死亡を示す早期新生児死亡率は、1.1（出生千対）で 、全国平均の1.0に比べると若干高く、全国で15位となっています。

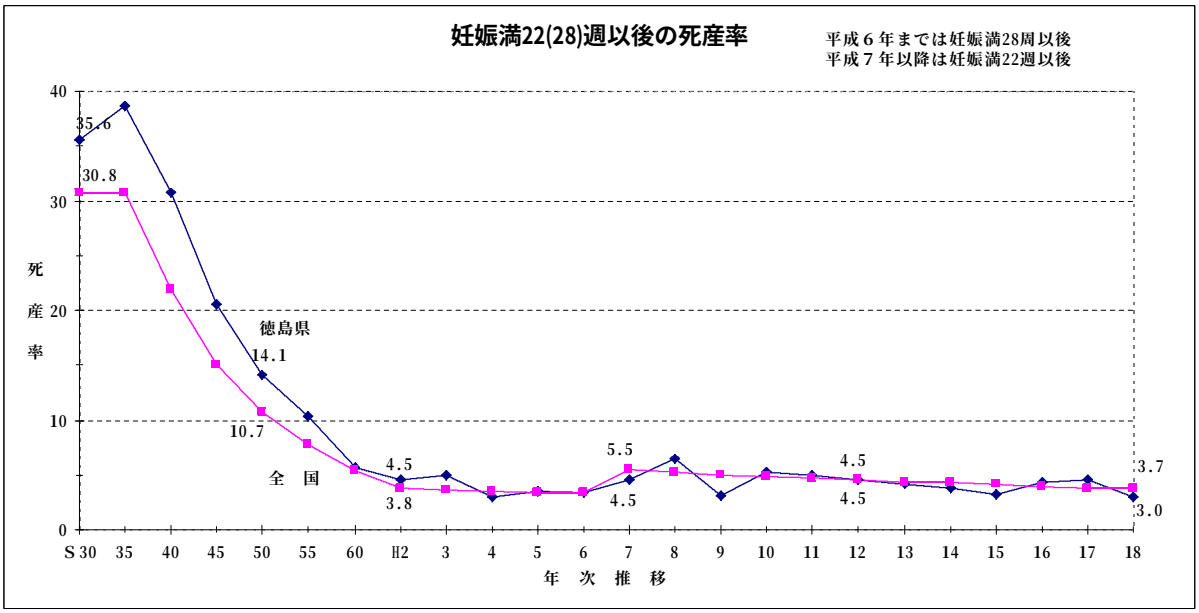
また、妊娠満22週以後の死産と生後１週未満の死亡を合わせた周産期死亡率については、4.1（出産千対）で、全国平均の4.7より低く、全国で32番目となっています。

妊娠満22週以後の死産率については、3.0（出産千対）で、全国平均の3.7より低く、全国で41番目となっています。







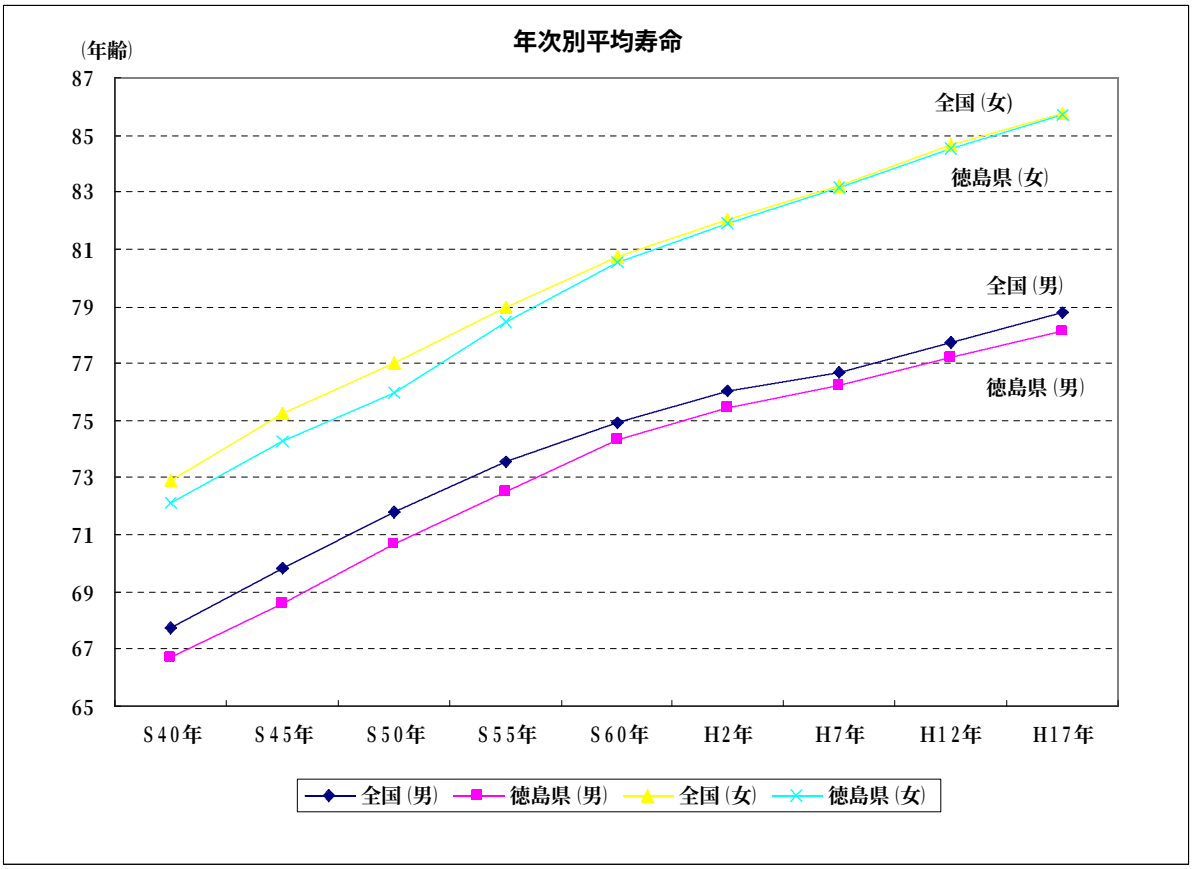


(5) 平均寿命

年次別平均寿命

	S40年	S45年	S50年	S55年	S60年	H2年	H7年	H12年	H17年
全国(男)	67.74	69.84	71.79	73.57	74.95	76.04	76.70	77.71	78.79
徳島県(男)	66.69	68.56	70.71	72.54	74.35	75.47	76.21	77.19	78.09
全国(女)	72.92	75.23	77.01	79.00	80.75	82.07	83.22	84.62	85.75
徳島県(女)	72.14	74.30	76.00	78.48	80.56	81.93	83.17	84.49	85.67

資料　徳島県保健･統計年報



全国と同様、本県でも平均寿命は、男女とも昭和40年に比べ、平成17年には10歳以上長くなっています。

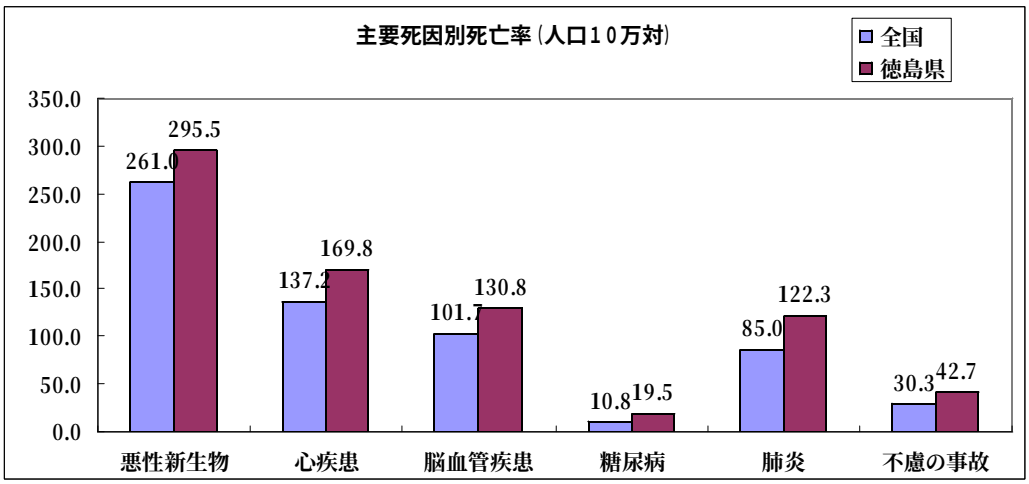
徳島県における男性の平均寿命については，昭和40年には、66.69歳であり、全国で38位でしたが、平成17年には78.09歳となり、全国で38位となっています。

徳島県における女性の平均寿命について、昭和40年には、72.14歳であり、全国で男性と同様に38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54.7%（平成18年）を占めています。



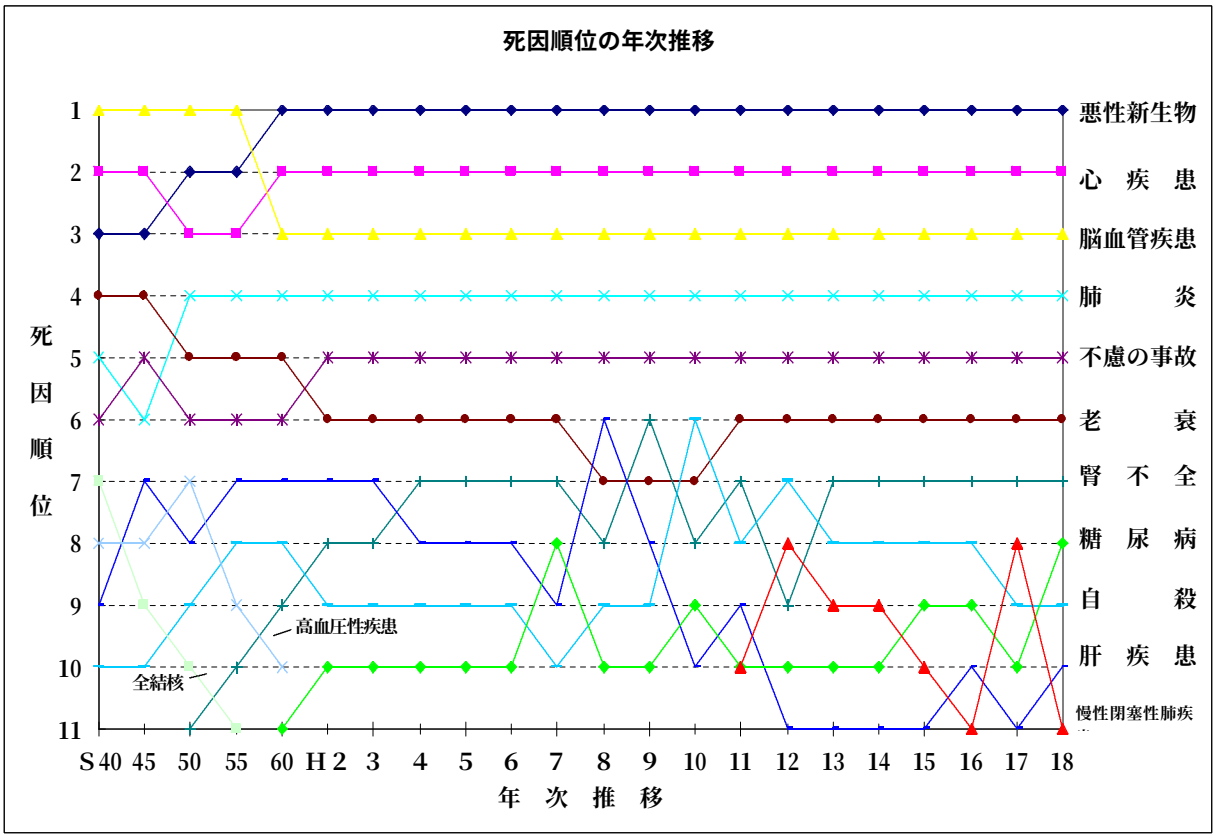
10大死因による死亡者数及び死亡率

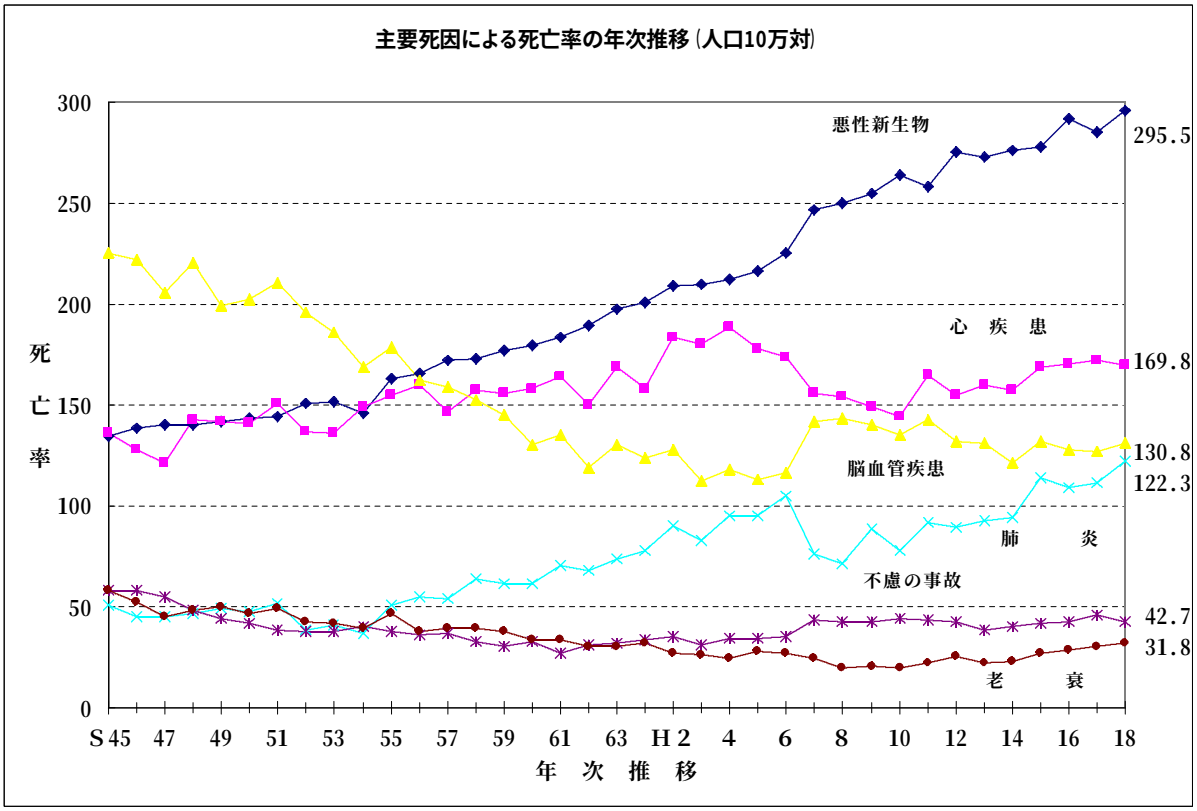
平成18年

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		8,721	100.0	1,088.8	6	1,084,450	859.6	―
1	悪性新生物	2,367	27.1	295.5	12	329,314	261.0	1
2	心疾患	1,360	15.6	169.8	12	173,024	137.2	2
3	脳血管疾患	1,048	12.0	130.8	12	128,268	101.7	3
4	肺炎	980	11.2	122.3	5	107,242	85.0	4
5	不慮の事故	342	3.9	42.7	5	38,270	30.3	5
6	老衰	255	2.9	31.8	13	27,764	22.0	7
7	腎不全	189	2.2	23.6	7	21,158	16.8	8
8	糖尿病	156	1.8	19.5	1	13,650	10.8	11
9	自殺	152	1.7	19.0	46	29,921	23.7	6
10	肝疾患	143	1.6	17.9	1	16,267	12.9	9

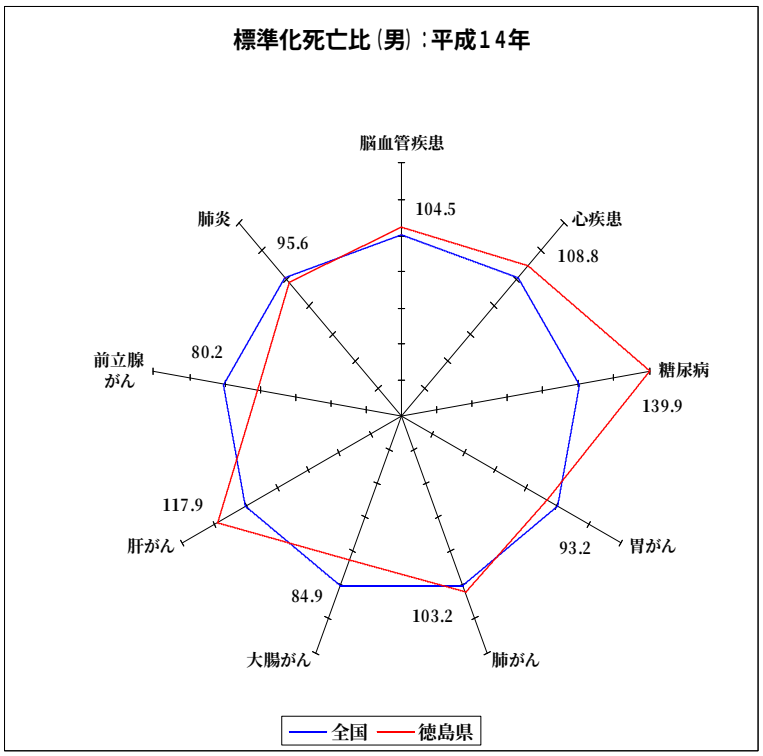
注：死亡率は人口10万対

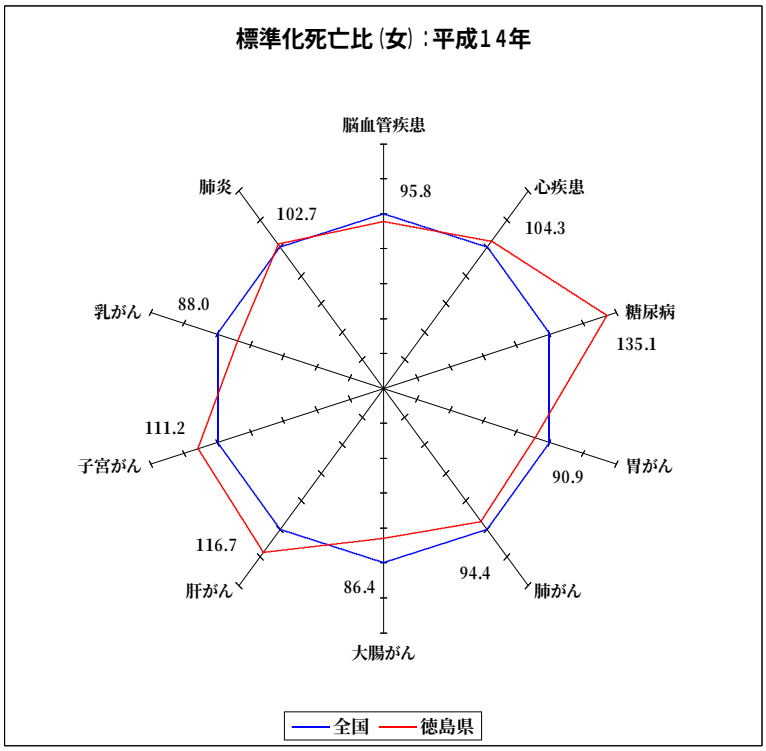
本県の死因別死亡率の全国における状況（平成18年）をみると、10大死因の中で、９つの死因が全国平均より高くなっており、特に糖尿病、肝疾患は全国で１番高くなっています。





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す。





男

	脳血管疾患	心疾患	糖尿病	胃がん	肺がん	大腸がん	肝がん	前立腺がん	肺炎
順位	14	5	1	33	17	42	10	46	30
全国	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
徳島県	104.5	108.8	139.9	93.2	103.2	84.9	117.9	80.2	95.6

女

	脳血管疾患	心疾患	糖尿病	胃がん	肺がん	大腸がん	肝がん	子宮がん	乳がん	肺炎
順位	29	13	1	35	23	37	9	5	29	18
全国	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
徳島県	95.8	104.3	135.1	90.9	94.4	86.4	116.7	111.2	88.0	102.7

年齢構成を補正した標準化死亡比（全国値が100となる）でみると、糖尿病については、男性139.9、女性135.1と著しく高くなっており、共に全国１位となっています。

男性では、肝がん117.9（全国10位）、心疾患（全国５位）、脳血管疾患（全国14位）などが全国平均を上回っています。逆に前立腺がん80.2（全国46位）、大腸がん84.9（全国42位）などは全国平均を下回っています。

女性では、肝がん116.7（全国９位）、子宮がん（全国５位）などが全国平均を上回っています。逆に乳がん88.0（全国29位）、胃がん90.9（全国35位）などが全国平均を下回っています。

2　受療状況

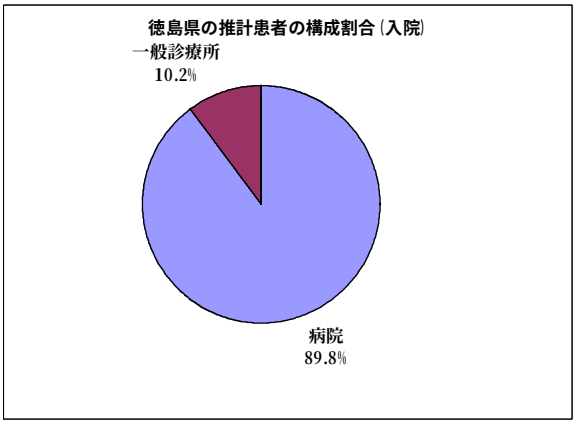
平成17年に行われた患者調査によると、徳島県内の推計患者数は入院患者が１万4,700人、外来患者が５万4,100人となっています。施設の種類別に構成割合をみると、入院患者の89.8%が病院で、外来患者の53.6%が診療所で受療しています。

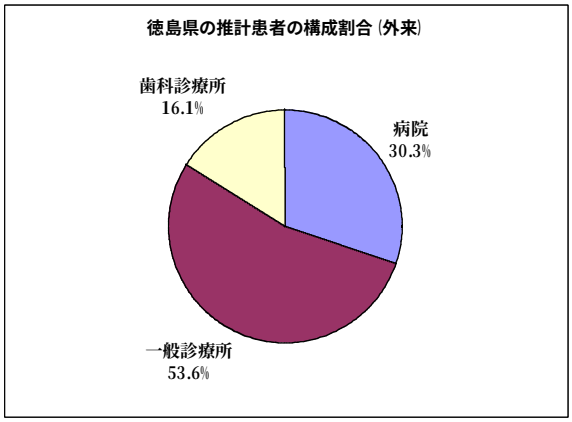
徳島県の推計患者数、構成割合、受療率（施設の種類別）

平成17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	14.7	54.1	100.0%	100.0%	1,816	6,685
病院	13.2	16.4	89.8%	30.3%	1,635	2,027
一般診療所	1.5	29.0	10.2%	53.6%	181	3,579
歯科診療所		8.7		16.1%		1,079

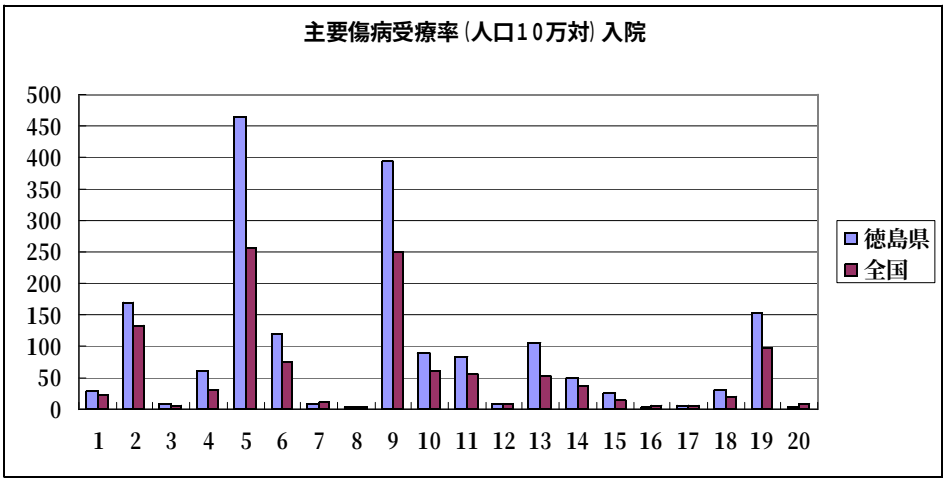
資料：患者調査（厚生労働省）

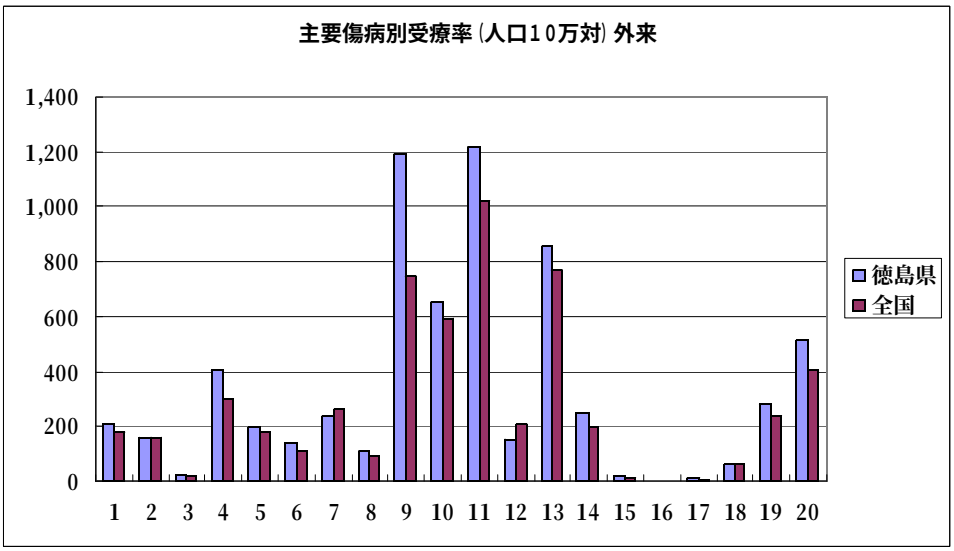




入院患者の受療率（人口10万対）は、ほとんどの傷病において全国の値を上回っています。特に傷病大分類でいう精神及び行動の障害、循環器系の疾患においてその傾向が顕著となっています。

外来患者についても、ほとんど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、消化器系の疾患の受療率が高くなっています。

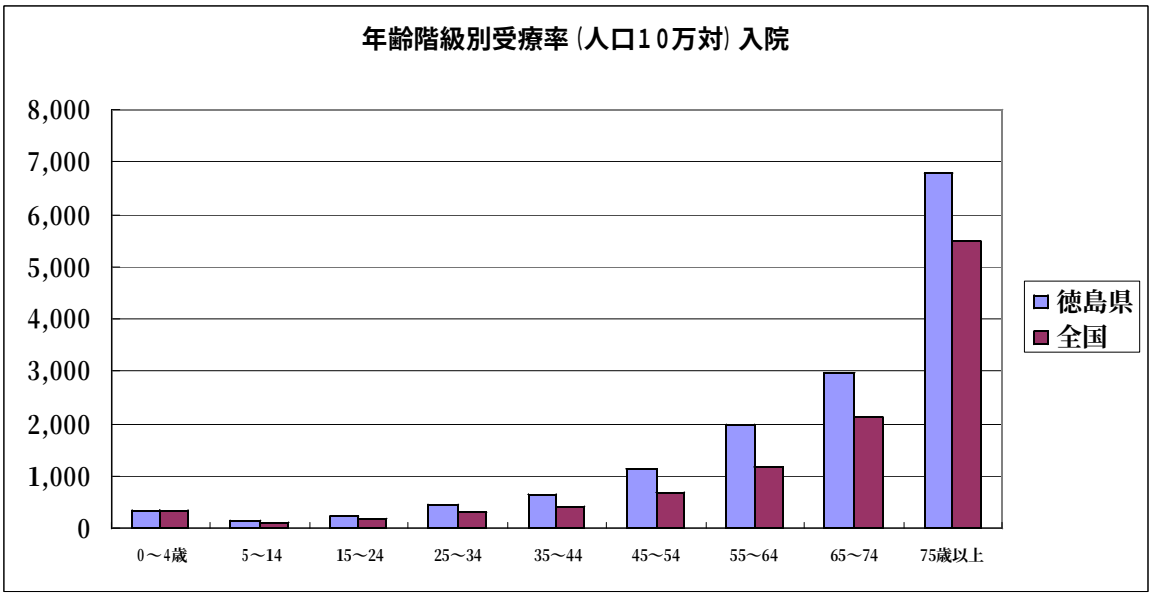


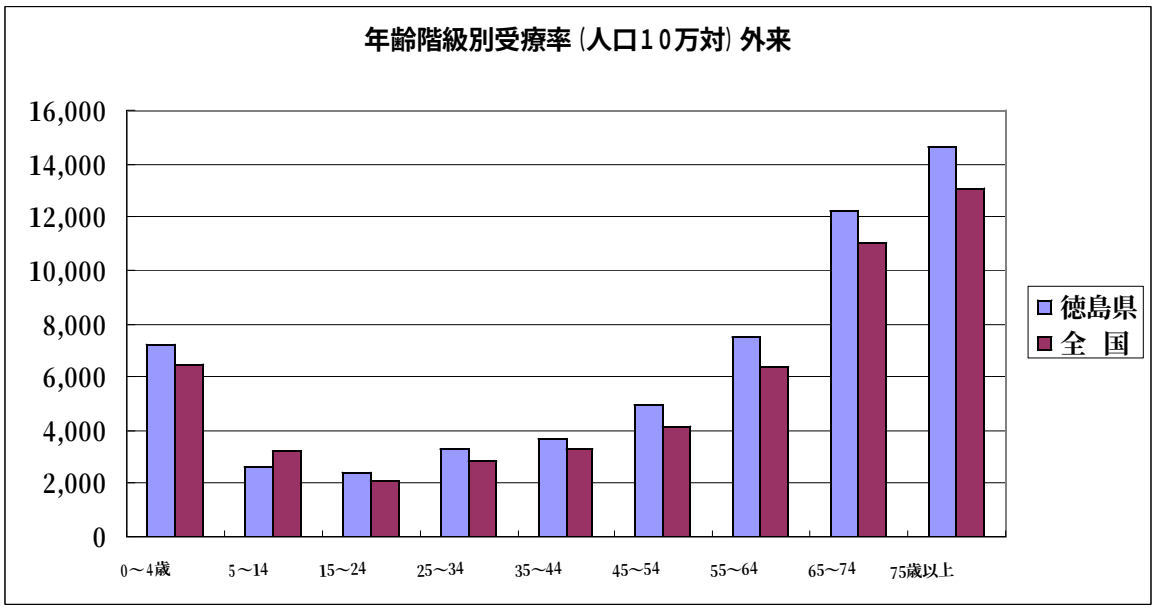


1　感染症及び寄生虫症
2　新生物
3　血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害
4　内分泌，栄養及び代謝疾患
5　精神及び行動の障害
6　神経系の疾患
7　眼及び付属器の疾患
8　耳及び乳様突起の疾患
9　循環器系の疾患
10　呼吸器系の疾患
11　消化器系の疾患
12　皮膚及び皮下組織の疾患
13　筋骨格系及び結合組織の疾患
14　尿路性器系の疾患
15　妊娠，分娩及び産じょく
16　周産期に発生した病態
17　先天奇形，変形及び染色体異常
18　症状，徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの
19　損傷，中毒及びその他の外因の影響
20　健康状態に影響を及ぼす要因及び保健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

年齢別に受療率をみると、まず、入院患者については、ほぼすべ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。）を上回っています。特に45歳代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。

外来患者についても、ほぼすべての年齢層において全国値を上回っています（５～14歳代のみが全国値を下回っています。）。


年齢階級別受療率（人口10万対）入院
8,000
7,000
6,000
5,000
4,000
3,000
2,000
1,000
0
0～4歳
5～14
15～24
25～34
35～44
45～54
55～64
65～74
75歳以上
徳島県
全国


年齢階級別受療率（人口10万対）外来
16,000
14,000
12,000
10,000
8,000
6,000
4,000
2,000
0
0～4歳
5～14
15～24
25～34
35～44
45～54
55～64
65～74
75歳以上
徳島県
全　国

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18年には122箇所となっています。一般診療所のうち、有床診療所は、平成５年の323箇所をピークに漸減しており、平成18年は189箇所となっています、無床診療所は、概ね増加傾向が続いており、平成18年は602箇所となっています。また、歯科診療所についても、増加傾向が続いており、平成18年は433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59年	9,574	78,332	43,926	124	674	254
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	－	－	－	121	789	430

資料：医療施設調査（厚生労働省）

（注）平成19年については、徳島県調査による。（平成19年3月31日現在）

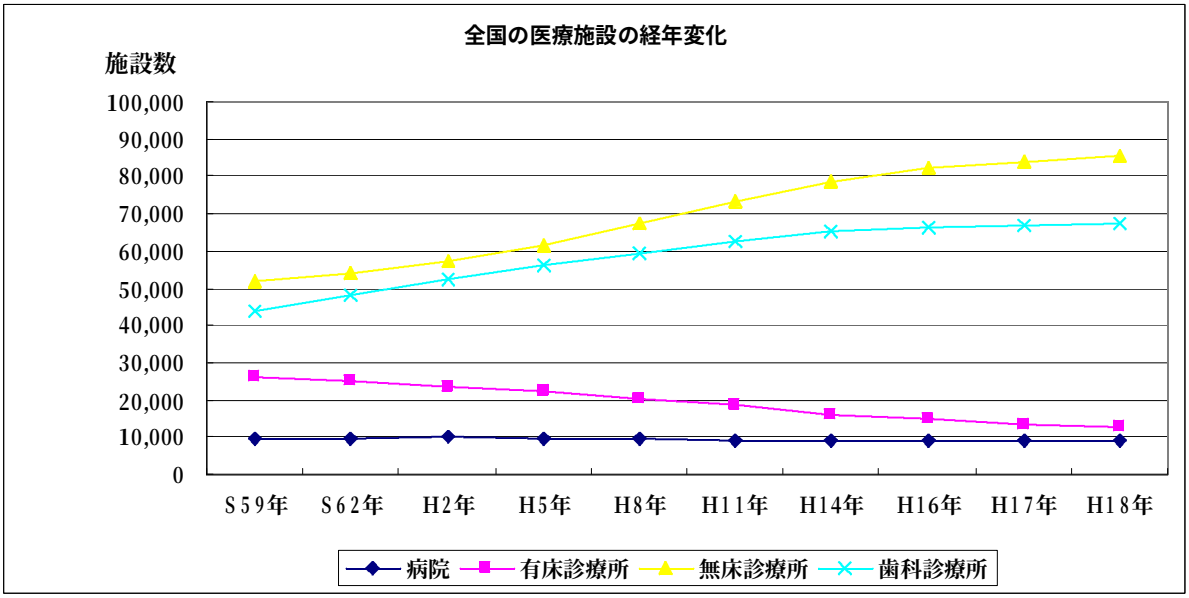
一般診療所数の有床、無床別の年次推移

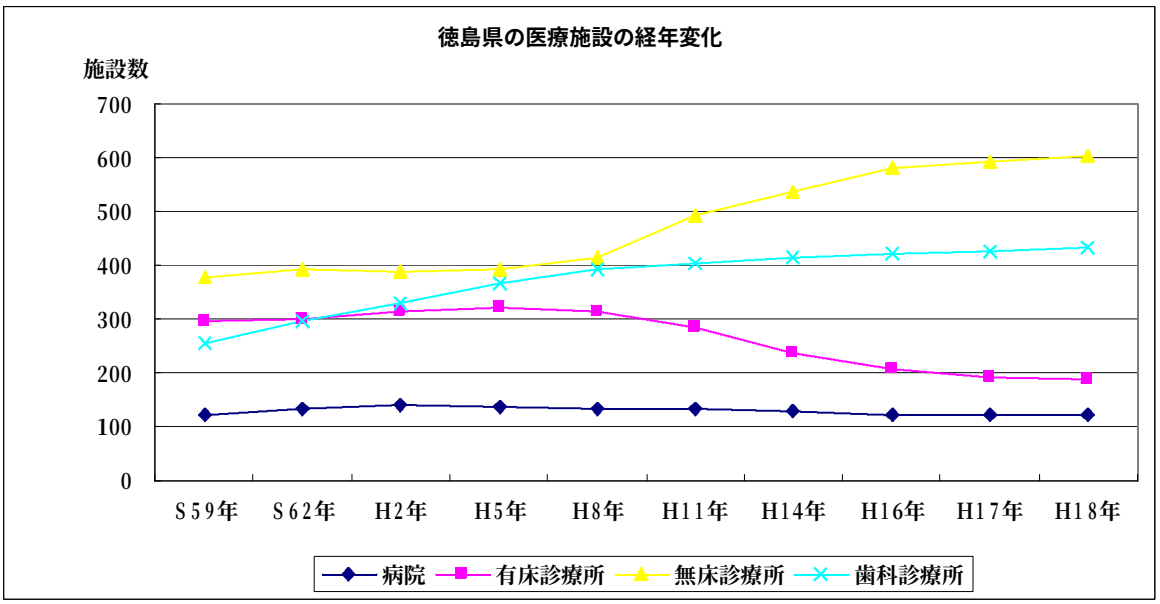
年　次	全　国		徳　島　県	
	有床診療所	無床診療所	有床診療所	無床診療所
昭和59年	26,459	51,873	295	379
昭和62年	24,975	54,159	301	393
平成　2年	23,589	57,263	313	388
平成　5年	22,383	61,745	323	392
平成　8年	20,452	67,457	314	414
平成11年	18,487	73,013	285	494
平成14年	16,178	78,641	238	538
平成17年	13,477	83,965	192	591
平成18年	12,858	85,751	189	602
平成19年	－	－	185	604

資料：　医療施設調査　（厚生労働省）

（注）平成19年については、徳島県調査による。（平成19年3月31日現在）

この動向を全国的にみると、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。一般診療所のうち、有床診療所は、減少が続いている一方、無床診療所は、増加傾向が続いています。歯科診療所については、昭和53年以降、増加傾向が続いており、本県の動向は全国の動向と同様の傾向にあります。





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18年10月現在、122施設で、人口10万人当たり15.2と全国平均の7.0を大きく上回り、全国第３位（第１位は高知県17.7、第２位は鹿児島県15.9）となっています。

病 院 施 設 の 状 況

(平成18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		8,943	7,870	1,072	1	7.0
徳 島 県		122	106	16	0	15.2
	東 部Ⅰ	73	62	11	0	12.7
	東 部Ⅱ	8	8	0	0	8.0
	南 部Ⅰ	16	15	1	0	11.9
	南 部Ⅱ	5	4	1	0	19.5
	西 部Ⅰ	11	10	1	0	25.8
	西 部Ⅱ	9	7	2	0	18.1

資料：医療施設調査(厚生労働省)

本県の病院の病床数については、平成18年10月現在、総数15,506床で人口10万人当たり1926.2床と全国平均の1273.1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位は鹿児島県)。

そのうち、一般病床は6,463床で人口10万人当たり802.9床と全国平均の713.0床を上回り全国第22位となっています（第１位は大分県、第２位は岡山県、第３位は北海道)。

療養病床は、4,796床で人口10万人当たり595.8床と全国平均の274.1床を大きく上回り全国第３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、4,130床で人口10万人当たり513.0床と全国平均の275.8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、103床で人口10万人当たり12.8床と全国平均の8.7床を上回っています。

感染症病床は、現在では３病院14床（徳島大学病院６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30.9%の病床が療養病床となっていますが、南部Ⅱ保健医療圏には、病院における同病床はありません。

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。

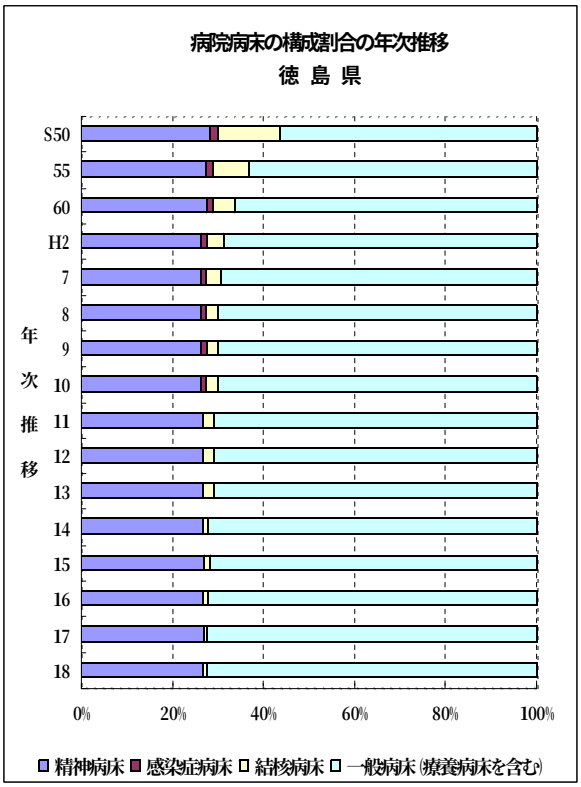
結核病床は、県下全体でみると基準病床数を上回る病床があります。

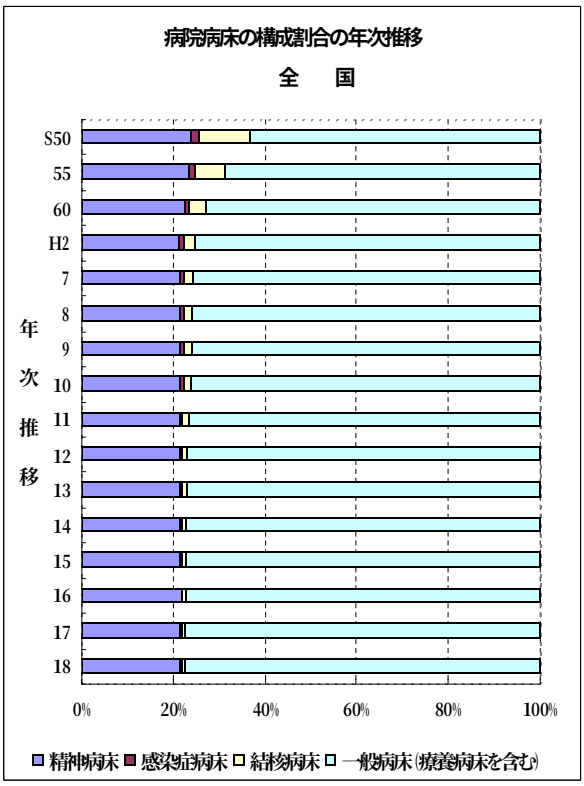
病 院 病 床 の 状 況

（平成18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		1,626,589	911,014	350,230	352,437	11,129	1,779
徳 島 県		15,506	6,463	4,796	4,130	103	14
	東 部Ⅰ	9,760	3,382	3,267	3,031	74	6
	東 部Ⅱ	1,284	804	480	0	0	0
	南 部Ⅰ	1,996	1,350	502	139	5	0
	南 部Ⅱ	379	227		144	4	4
	西 部Ⅰ	1,006	342	188	476	0	0
	西 部Ⅱ	1,081	358	359	340	20	4

資料 「医療施設調査」（厚生労働省）

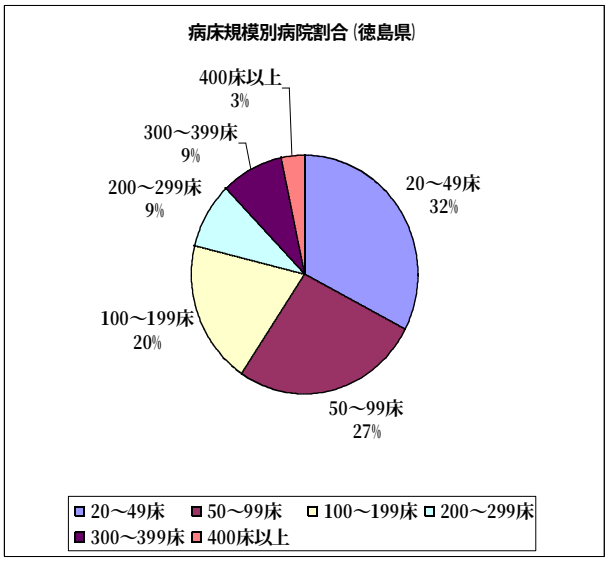


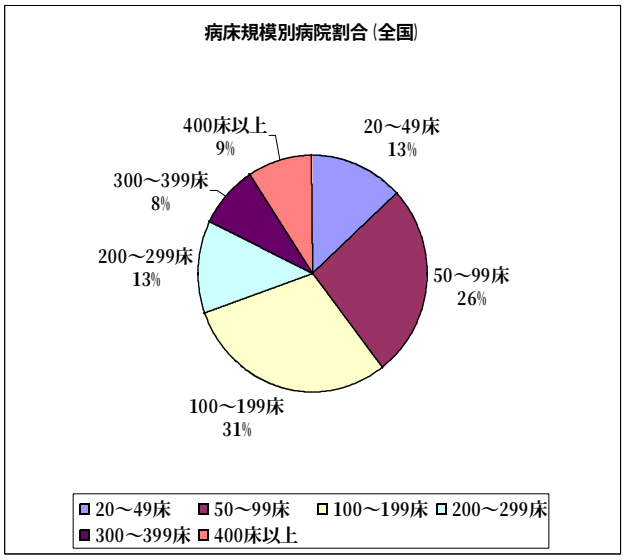


また、本県の病院については、20～49床規模の病院が32%、50～99床規模の病院が27%で、20～99床の規模の病院が全体の59%を占めています。

全国では、20～49床規模の病院が13%、50～99床規模の病院が26%であり、20～99床の規模の病院が全体の39%を占めています。

また、400床以上規模の病院は、全国が全体の９%に対し、本県では３%となっており、全国に比べ、本県の病院は、病床規模の小さい病院が多いことが分かります。





また、本県の病床の平均在院日数は、平成18年１年間の調査で全病床で48.7日で、全国平均の34.7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446.9日と全国平均の320.3日を大きく上回り全国で２番目に長くなっています（１番目は鹿児島県、３番目は和歌山県）。

また、一般病床は21.5日と全国平均の19.2日より長くなっており、全国で12番目となっています（１番目は佐賀県、２番目は高知県、３番目は青森県）。

療養病床は161.0日と全国平均の171.4日より短くなっており、全国で25番目となっています（１番目は富山県、２番目は秋田県、３番目は沖縄県）。

しかし、療養病床のうち、介護療養病床は、298.8日で全国平均の268.6日より長くなっており、全国で19番目となっています（１番目は秋田県、２番目は沖縄県、３番目は奈良県）。

平均在院日数の状況

（平成18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	34.7	19.2	171.4	268.6	320.3	70.5	9.2
徳 島 県	48.7	21.5	161.0	298.8	446.9	55.9	―

資料　「病院報告」（厚生労働省）

本県の一般診療所総数は、平成18年10月現在、791施設で人口10万人当たり98.3と全国平均の77.2を大きく上回り全国第５位となっています（第１位は和歌山県、第２位は島根県、第３位は長崎県）。

そのうち、無床診療所は、602施設で人口10万人当たり74.8と全国平均の67.1を上回っています。また、有床診療所は、189施設で人口10万人当たり23.5と全国平均の10.1を大きく上回り全国第６位となっています（第１位は長崎県、第２位は大分県）。

その病床数は、2,979床で人口10万人当たり370.1と全国平均の125.1を大きく上回り全国第６位となっています（第１位は大分県、第２位は鹿児島県）。

また、歯科診療所は、433施設で人口10万人当たり53.8と全国平均の52.7より若干上回っており、全国順位は第７位となっています（第１位の東京都が83.2と大きく突出しています。第２位は大阪府で60.7）。

診療所施設及び病床の状況

（平成18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	98,609	85,751	12,858	159,898	67,392
徳 島 県	791	602	189	2,979	433
東 部Ⅰ	477	356	121	1,903	276
東 部Ⅱ	86	68	18	284	43
南 部Ⅰ	115	93	22	361	58
南 部Ⅱ	23	22	1	4	12
西 部Ⅰ	46	30	16	253	23
西 部Ⅱ	44	33	11	174	21

資料　「医療施設調査」（厚生労働省）

また、本県の療養病床については、病院、有床診療所合わせて133施設で、5,279床が整備されています。

療 養 病 床 の 状 況

（平成18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	4,243	350,230	2,171	21,584
徳 島 県	72	4,796	61	483
東 部Ⅰ	46	3,267	39	241
東 部Ⅱ	6	480	5	45
南 部Ⅰ	10	502	9	111
南 部Ⅱ	0	0	0	0
西 部Ⅰ	5	188	6	58
西 部Ⅱ	5	359	2	28

資料　「医療施設調査」（厚生労働省）

3　介護施設の状況

介護老人福祉施設数･介護老人保健施設数の推移

各年10月1日

		H12	H13	H14	H15	H16	H17
介護老人福祉施設	全国	4,463	4,651	4,870	5,084	5,291	5,535
	徳島県	48	50	54	55	55	57
介護老人保健施設	全国	2,667	2,779	2,872	3,013	3,131	3,278
	徳島県	48	49	50	50	50	50

資料：介護サービス施設･事業所調査（厚生労働省）

介護老人福祉施設･介護老人保健施設の定員の推移

各年10月1日

		H12	H13	H14	H15	H16	H17
介護老人福祉施設	全国	298,912	314,192	330,916	346,069	363,747	383,326
	徳島県	2,739	2,915	3,098	3,158	3,206	3,336
介護老人保健施設	全国	233,536	244,627	254,918	269,524	282,513	297,769
	徳島県	3,844	3,915	4,025	4,025	4,025	4,025

資料：介護サービス施設･事業所調査（厚生労働省）

第３章

保健医療圏の設定

第１節　保健医療圏の趣旨

すべての県民が、等しく保健医療サービスを受けることができ、人口の高齢化や疾病構造の変化に対応し、また、基本的な医療から専門的・特殊な医療に至るまで、各段階を受け持つ医療機関等が、それぞれの機能を分担し、有機的に連携を図りながら、保健医療サービスを提供できる医療提供体制の整備が求められています。

これらに対応しつつ、県民に適切な保健医療サービスを効率的に提供するためには、県民の生活行動の実態を踏まえ、行政機関や各種関係団体と整合のとれた適当な広がりを持った圏域を設定し、それぞれの圏域における保健医療需要を把握し、これに基づいて保健医療サービスのあり方を検討し、計画的に提供していくことが必要です。

このため、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、次の「保健医療圏」を設定します。

第２節　保健医療圏の設定

１　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、市町村域とします。

(2)　２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）

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、複数の市町村とします。

(3)　３次保健医療圏（医療法第30条の４第２項第11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。

２　２次保健医療圏の設定

地理的条件、交通条件、生活圏としての一体性、県民の受療動向、医療機関の設置状況、保健・医療・福祉の連携、医療施設機能調査による患者動向などを総合的に考慮し、現行の６つの保健医療圏を維持することとし、次表のとおり保健医療圏を設定します。

２次保健医療圏

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）	462,382	679.62	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）	86,858	335.16	吉野川市　阿波市
南部Ⅰ	５ （２市３町）	139,070	1,198.09	小松島市　阿南市　勝浦町　上勝町 那賀町
南部Ⅱ	３ （３町）	25,624	525.00	美波町　牟岐町　海陽町
西部Ⅰ	２ （１市１町）	46,287	562.18	美馬市　つるぎ町
西部Ⅱ	２ （１市１町）	49,729	844.19	三好市　東みよし町
合　計	２４ （８市15町１村）	809,950	4,144.24	

(注) 人口は、平成17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

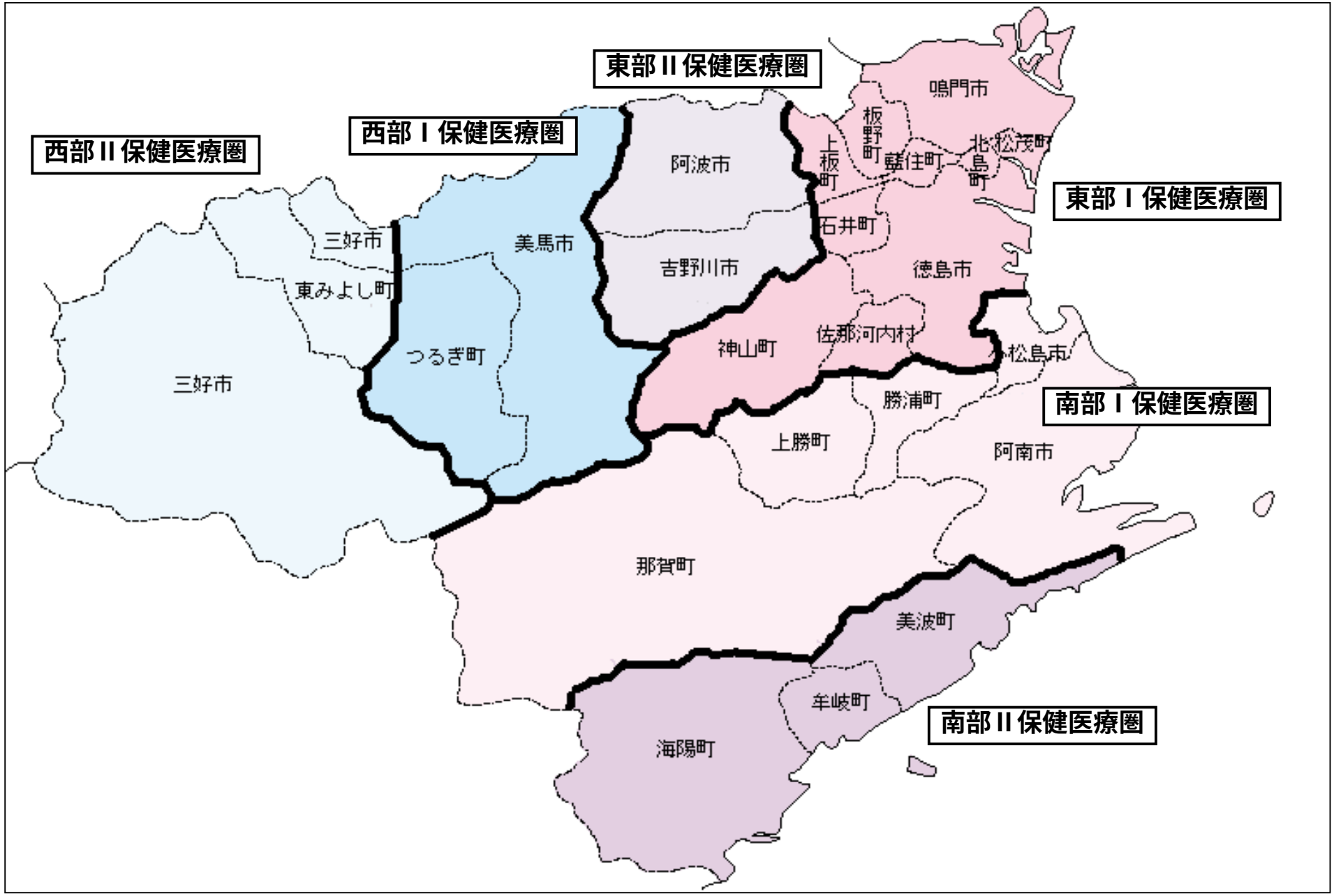
保健医療圏	基準病床数	既存病床数 (H19.3.31現在)	過不足病床数
東 部 Ⅰ	4,674	7,263	2,589
東 部 Ⅱ	763	1,357	594
南 部 Ⅰ	1,238	1,870	632
南 部 Ⅱ	88	227	139
西 部 Ⅰ	182	651	469
西 部 Ⅱ	409	768	359
合　　計	7,354	12,136	4,782

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 (H19.3.31現在)	過不足病床数
精神病床	3,032	4,071	1,039
結核病床	47	103	56
感染症病床	21	14	△7

（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。

2次保健医療圏域図


東部Ⅱ保健医療圏
西部Ⅰ保健医療圏
西部Ⅱ保健医療圏
東部Ⅰ保健医療圏
南部Ⅰ保健医療圏
南部Ⅱ保健医療圏
鳴門市
板野町
上板町
藍住町
北島町
松茂町
阿波市
石井町
徳島市
三好市
美馬市
吉野川市
東みよし町
つるぎ町
神山町
佐那河内村
松島市
三好市
勝浦町
上勝町
阿南市
那賀町
美波町
牟岐町
海陽町

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

本県における急激な高齢化の進行や医療技術の進歩、生活習慣病などの慢性的な疾病の増加による治療の長期化など、医療サービスへの需要は質量ともに急激に増大し、かつ多様化していますが、地域の限られた医療資源の有効な活用が求められています。

また、発病後、患者が必要かつ十分な医療を受け、短い入院期間で可能な限り早期に居宅等での生活に復帰し、退院後においても継続的に適切な医療を受けることができるような流れをつくることは、患者の生活の質の向上を目指す上で重要なことです。

このような長期的な医療や急性期から維持期に至るまでの一連の医療を単独の医療機関で完結させることは困難であることから、地域の各医療機関が役割を分担（機能分化）しつつ、連携し、それぞれの患者にとって必要な医療を切れ目なく提供する体制の構築が求められています。

現状と課題

１　かかりつけ医（歯科医）と地域の医療連携

県民一人ひとりに適切な医療サービスを提供するため、日ごろから身近なところで健康管理を行い、いわゆる初期医療を担う「かかりつけ医（歯科医）」は、地域医療の基本、また、医療機関の機能分化・連携の前提となるものです。

しかしながら、風邪など症状の軽い患者も大きい病院へ集中する傾向があり、この「かかりつけ医（歯科医）」の機能の低下が懸念される状況となってきています。

このため、県民が身近な地域で適切な医療を受けられるよう、「かかりつけ医（歯科医）」の普及・定着を進めるとともに、それぞれの地域において「かかりつけ医（歯科医）」を中心としながら、必要なときには専門的な治療が受けられるよう、地域の医療機関が役割を分担しつつ、それぞれの専門性を高めながら、相互に連携を図り、診療所と病院の医療連携体制を整備していく必要があります。

さらには、今後、増加が見込まれる高齢者の在宅における医療・介護など、医療と福祉・介護が連携した取組を進めて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（歯科医）」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14施設あります。医療機関相互の連携強化を図るため、地域の基幹病院においても、研修会の開催や検査機器等の開放を進めていくことが必要です。

また、徳島県医療施設機能調査（平成19年７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37病院に設置されているところですが、さらに、地域医療連携室の設置推進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	徳島逓信病院	徳島市	南部Ⅰ	徳島赤十字病院	小松島市
	徳島県立中央病院	徳島市		阿南医師会中央病院	阿南市
	徳島市民病院	徳島市		阿南共栄病院	阿南市
	健康保険鳴門病院	鳴門市	南部Ⅱ	徳島県立海部病院	牟岐町
	国立病院機構東徳島病院	板野町	西部Ⅰ	つるぎ町立半田病院	つるぎ町
東部Ⅱ	麻植協同病院	吉野川市		ホウエツ病院（医療法人）	美馬市
	阿波病院	阿波市	西部Ⅱ	徳島県立三好病院	三好市
14病院					

地域医療連携室の設置状況

保健医療圏	病院数	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	72	22	30
東部Ⅱ	8	5	1
南部Ⅰ	16	3	9
南部Ⅱ	5	1	0
西部Ⅰ	11	2	2
西部Ⅱ	9	4	3
計	121	37	45

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とは、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（急性期病院から回復期病院を経て自宅に戻るまでの疾病ごとの治療計画）を作成し、治療を行うすべての医療機関が共有するもので、医療連携の１つの方法です。

診療にあたる各医療機関の役割分担をはじめ、あらかじめ自宅に戻るまでの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なるとともに、患者の入院期間の短縮や転院への不安解消などの効果が期待されています。本県においても、地域の基幹病院や保健所を中心に疾病ごとの地域連携クリティカルパスの導入が進められているところですが、医療機関の役割分担や連携の強化を図るため、さらなる普及が必要です。

4　在宅における医療

高齢化の進行により、長期にわたる療養や介護を必要とする慢性疾患患者が増加しており、患者の生活の質（ＱＯＬ）を重視した在宅医療に対する県民のニーズが高まっています。また、核家族化の進行や高齢者単独世帯の増加など、患者の家族環境の変化にも配慮した対応が求められています

このため、在宅医療技術の普及促進や在宅終末期医療を適切に提供できる医療機関の確保、訪問看護の提供や相談体制の整備など、患者が在宅において安心して療養生活ができるよう地域医療機関と介護サービス事業者等との連携体制を構築する必要があります。

施策の方向

1　かかりつけ医の普及

病院との機能分担の推進や、専門的な医療を提供する他の医療機関への紹介、在宅医療を提供するための地域病院との連携強化など、「かかりつけ医（歯科医）」としての機能の確立を推進します。

また、「かかりつけ医（歯科医）」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などを推進します。

さらに、県医師会をはじめ、地域の医療機関・関係団体の協力を得て、県及び市町村の広報等を通じて、「かかりつけ医（歯科医）」を持つことの必要性や、医療機関の機能分担・連携を県民に広報します。

2　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）を普及させることにより、地域における医療連携体制の構築を推進します。

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が中心となり、各関係者間の調整を図りつつ、開発に取り組むとともに、その定着と普及を推進します。

3　医療機能情報の共有

「医療とくしま情報箱」を活用して、どの医療機関がどのような医療機能を持っているのかという医療機関情報を県民に提供するとともに、医療機関が互いに共有することにより、機能分担と連携を促進します。

４　在宅医療体制の充実

在宅医療を求める患者のニーズに対応するため、在宅医療の中心となる診療所（在宅療養支援診療所）や訪問看護ステーションなど在宅医療を提供する機関の整備・充実を図るとともに、救急医療機関を含め、地域における連携体制の構築を推進します。

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、医療機能施設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、知事が名称使用の承認をします。

本県では、東部Ｉ保健医療圏と南部Ｉ保健医療圏に、合わせて３つの地域医療支援病院が整備されていますが、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
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

現在、国において「地域医療支援病院のあり方」について見直しの検討が進められているところであり、承認基準を含め制度の変更も考えられますが、圏域の人口、医療機関の整備状況を勘案し、各２次保健医療圏に１箇所以上の整備を目標とします。

また、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・強化を促進します。

数値目標

数値目標項目	直近値	平成24年度末目標値
地域医療支援病院数 ※各２次保健医療圏に１箇所以上整備	３病院 （H19）	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２次保健医療圏における基幹病院として、地域の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

近年の道路整備に伴う生活圏の拡大、人口減少に伴う患者数の減少、市町村合併等により、公的病院等を取り巻く社会状況は大きく変化しています。また、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い、地域医療を確保する必要があるため、その多くが経営的に厳しい状況に置かれています。さらに、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顕著であり、安全で安心の医療を提供していく上で、重要な課題となっています。

今後、地域の中核的な病院として、地域医療確保に重要な役割を果たしていくとともに、社会情勢の変化を踏まえながら、医療機関相互の連携を深め、機能分化を行うことにより、効率的な医療提供体制を確保する必要があります。

また、総務省は、平成19年12月に「公立病院改革ガイドライン」を示し、病院事業を設置する地方公共団体は、「経営効率化」,「再編・ネットワーク化」及び「経営形態の見直し」の３つの視点から「公立病院改革プラン」を策定し、改革を推進していく必要があるとしています。

公的病院等

保健医療圏	病院名	所在地	許可病床数(H19.10.1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	710	645		45	14	6	○	○		○			○	○
	徳島県立中央病院	徳島市	540	430		100	10		○	○	○		○	○	○	○
	徳島市民病院	徳島市	397	397						○	○	○				○
	徳島市立園瀬病院	徳島市	53	0		53										
	健康保険鳴門病院	鳴門市	307	307						○	○		○			○
	独立行政法人国立病院機構東徳島病院	板野町	360	310			50			○						
東部Ⅱ	阿波病院	阿波市	133	103	30					○	○					
	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												
	国民健康保険勝浦病院	勝浦町	65	60			5									
	阿南共栄病院	阿南市	343	343						○						○
	那賀町立上那賀病院	那賀町	35	35												
南部Ⅱ	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												
	徳島県立海部病院	牟岐町	110	102			4	4		○			○			○
	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	75	65			10			○						○
	徳島県立三好病院	三好市	220	206			10	4	○	○	○		○			○
	21施設		4,775	4,430	30	198	103	14	4	15	8	2	8	2	3	12

※公的病院等とは平成15年4月24日付け厚生労働省第0424005号医政局長通知に記載のある病院

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

公的病院等は地域の中核的医療機関として、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。

３　公立病院改革

病院事業を設置している地方公共団体は「公立病院改革ガイドライン」を踏まえ、平成20年度内に「改革プラン」を策定し経営改革に取り組みます。

また、県は市町、関係団体と共同して「再編・ネットーワーク化」、「経営形態の見直し」についての検討を行います。

４　総合メディカルゾーン構想の取組

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。

さらに、この基本合意の「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、また、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、平成18年９月に合意しました。

今後、ソフト面においても医療機能の分担・連携、人的交流等を積極的に進め、「県民医療最後の砦」としての「総合メディカルゾーン」を整備していくこととしています。

施策の方向

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、「県全体の医療の最適化」のため、徳島大学病院と県立中央病院の連携による外来・入院・研修研究拠点機能の再編を図ります。

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の、「総合メディカルゾーン」の整備を推進します。

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17年）によれば、人口10万対で、入院患者が149、外来患者が114となっており、いずれも全国平均（入院113、外来110）よりも高くなっています。

また、前回調査（平成14年）に比べてもいずれも増加しており、特に入院については全国平均を15ポイントも上回って増加しています。

○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14年	236	14	126	19	110	8	203	109	94
平成17年	263	11	149	4	114	25	223	113	110
前回比(%)	111.4	-	118.3	-	103.7	-	109.9	103.7	117.0

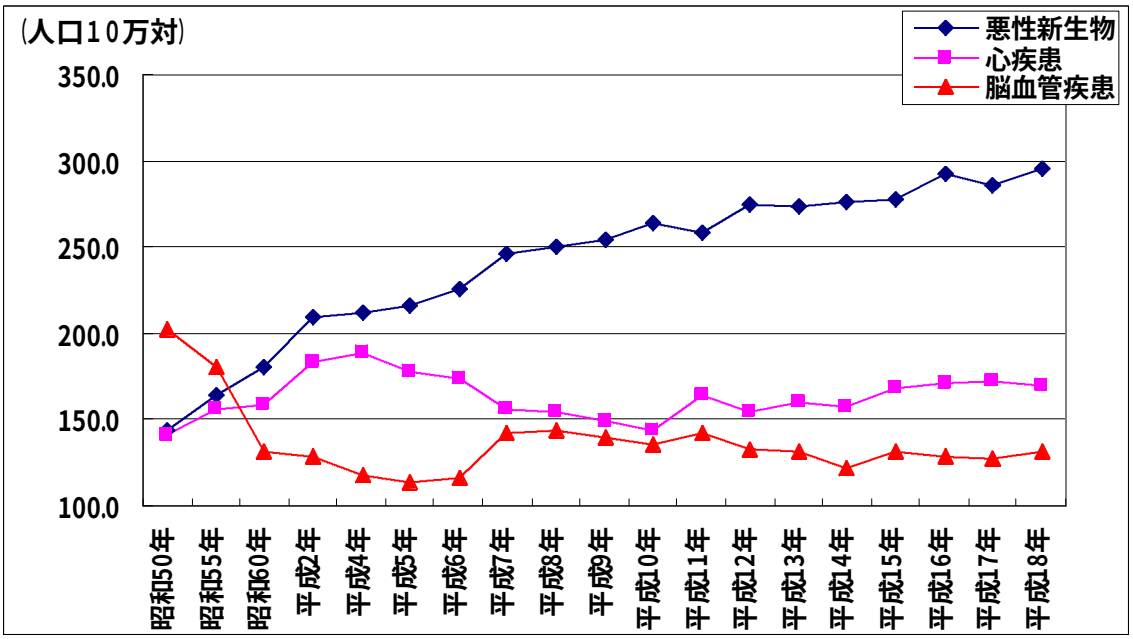
資料：患者調査（厚生労働省）

この結果を基に本県の平成17年国勢調査による人口を用いて推計すると、入院患者約1,200人、外来患者約920人、合計2,120人となります。

２　がんによる死亡の状況

人口動態統計調査（厚生労働省）により、本県のがんによる死亡の推移を見てみると、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18年には、悪性新生物295.5、心疾患169.8、脳血管疾患130.8となり、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　　（厚生労働省「人口動態統計」）



平成18年の人口動態統計によると、がん死亡者数は2,367人、死亡率では295.5（全国第12位）、全死因の27.1%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58.6、次いで「胃」43.8、「肝及び肝内胆管」39.8と続いており、全国と比較すると、「肝及び肝内胆管」「子宮」が高くなっています。

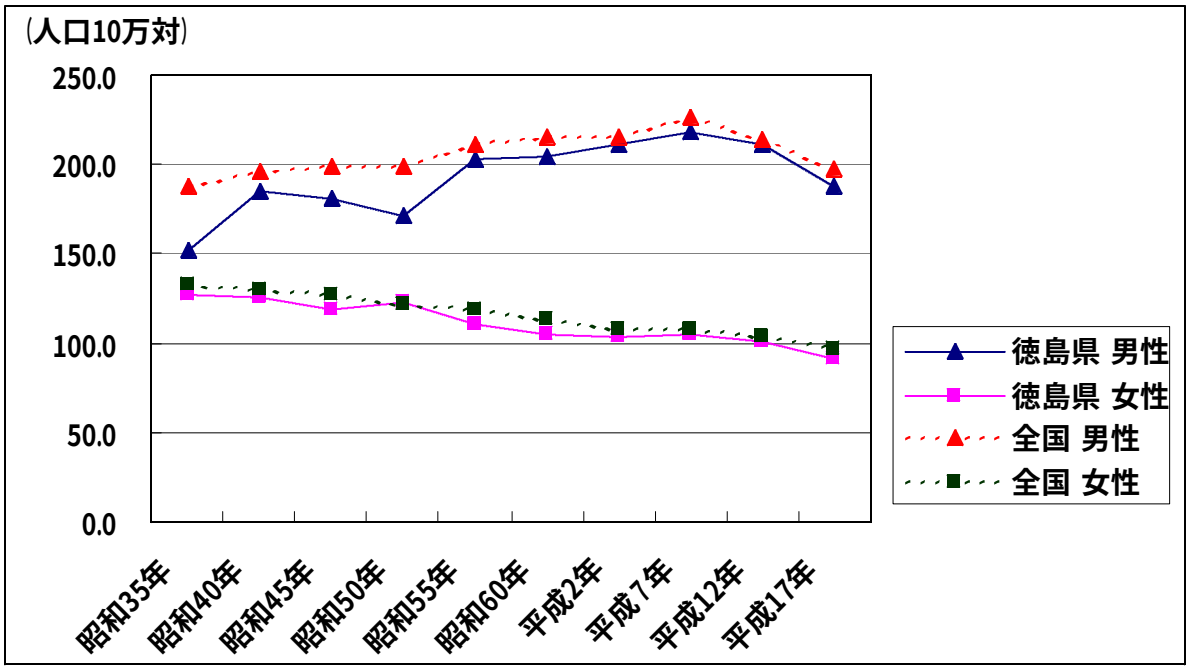
○悪性新生物の部位別死亡者数（平成18年）　（厚生労働省「人口動態統計」）

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）	2,367	100.0	295.5	12	329,314	261.0	-
1 気管，気管支及び肺	469	19.8	58.6	10	63,255	50.1	1
2 胃	351	14.8	43.8	20	50,415	40.0	2
3 肝及び肝内胆管	319	13.5	39.8	3	33,662	26.7	3
4 結腸	168	7.1	21.0	31	27,317	21.7	4
5 胆のう及びその他の胆道	142	6.0	17.7	13	16,855	13.4	6
6 膵	136	5.7	17.0	40	23,266	18.5	5
7 直腸Ｓ状結腸移行部及び直腸	87	3.7	10.9	28	13,739	10.9	7
8 乳房	75	3.2	* 17.9	15	11,177	* 17.3	9
9 白血病	57	2.4	7.1	10	7,429	5.9	10
9 食道	57	2.4	7.1	40	11,345	9.0	8
11子宮	43	1.8	* 10.2	6	5,513	* 8.5	11

注：死亡率は人口10万対である。ただし、*は女子人口10万対である。（死亡数も女子の数値である。）

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 17年には男性188.5（全国第35位）、女性90.5（同39位）と、全国的にも低位にあります。

○悪性新生物の年齢調整死亡率の推移　（厚生労働省「人口動態統計」）



3　がんの予防

がんの発生を促す要因には、喫煙及び食生活等の生活習慣や肝炎ウイルス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ウイルスの感染予防等が重要であり、バランスのとれた取り組みが求められます。

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「県民健康栄養調査」、厚生労働省「国民健康・栄養調査」）

	徳島県		全国平均	
	男性	女性	男性	女性
平成４年	５３．６％	４．０％	５０．１％	９．０％
平成９年	５０．２％	５．１％	５２．７％	１１．６％
平成１５年	３９．８％	８．０％	４６．８％	１１．３％

○禁煙外来を実施している医療機関数　…　71施設
（ニコチン依存症管理料算定医療機関数、平成20年１月現在）

○徳島県内の病院の受動喫煙対策実施状況（徳島県「医療施設機能調査」）

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
３３．９％	２７．３％	２８．１％	１０．７％

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Ｘ線検査、肺がんでは胸部Ｘ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、子宮頸部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。

○がん検診の受診率（平成16年「国民生活基礎調査」に基づく推計）　（%）

	肺がん		胃がん		大腸がん		乳がん検診	子宮がん検診
	男	女	男	女	男	女		
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

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。

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。

がん治療については、学会等がＥＢＭ（科学的根拠に基づく医療）の手法により各種がんの診療ガイドラインを作成しており、現在、乳がん、肺がん、肝がん、胃がん、前立腺がん、食道がん、膵臓がん、胆道がん、大腸がん、腎がん、卵巣がん、皮膚がんについてのガイドラインがあります。

また、各医療機関ではこれらの診療ガイドライン等に基づいてクリティカルパスが作成されています。

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、内視鏡検査、病理検査などにより診断されます。

治療は、日本胃癌学会「胃がん治療ガイドライン」によると、手術療法が最も有効で標準的な治療法であり、病期によって内視鏡手術が実施されています。

県内では、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。

【胃がんの治療実施状況（２次医療圏別の実施病院数）】

	東部Ⅰ	東部Ⅱ	南部Ⅰ	南部Ⅱ	西部Ⅰ	西部Ⅱ	全体
手術療法	11	2	4	1	2	1	21
内視鏡手術	10	2	4	0	1	1	18
腹腔鏡手術	6	2	3	0	0	1	12
表在性早期胃がん光線力学療法	3	0	0	0	1	0	4
化学療法	17	3	5	1	2	4	32
放射線療法	2	0	1	0	0	0	3

イ　肺がん

肺がんは、地域の医療機関において、ＣＴ、ヘリカルＣＴ、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、すべての圏域で手術療法又は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Ⅰ、南部Ⅰ圏域に限られており、病期に応じた病院間の連携が必要です。

【肺がんの治療実施状況（２次医療圏別の実施病院数）】

	東部Ⅰ	東部Ⅱ	南部Ⅰ	南部Ⅱ	西部Ⅰ	西部Ⅱ	全体
手術療法	8	2	3	0	1	1	15
胸腔鏡手術	7	2	3	0	0	1	13
化学療法	13	1	4	1	2	4	25
放射線療法	3	0	1	0	0	0	4

ウ　大腸がん

大腸がんは、注腸造影検査、Ｓ状結腸内視鏡検査、大腸内視鏡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、すべての圏域で手術療法が提供されています。

【大腸がんの治療実施状況（２次医療圏別の実施病院数）】

	東部Ⅰ	東部Ⅱ	南部Ⅰ	南部Ⅱ	西部Ⅰ	西部Ⅱ	全体
手術療法	11	3	5	1	2	1	23
腹腔鏡手術	7	2	3	0	0	1	13
内視鏡手術	11	2	5	0	2	1	21
化学療法	17	2	4	1	2	2	28
放射線療法	2	0	2	0	0	0	4

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、すべての圏域で手術療法または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Ⅰ、南部Ⅰ圏域に限られており、病院間の連携が必要です。

【乳がんの治療実施状況（２次医療圏別の実施病院数）】

	東部Ⅰ	東部Ⅱ	南部Ⅰ	南部Ⅱ	西部Ⅰ	西部Ⅱ	全体
手術療法	11	2	4	2	2	1	22
乳がん冷凍凝固摘出手術	1	0	0	0	0	0	1
乳房再建術	3	0	1	0	0	0	4
化学療法	15	2	4	1	2	3	27
放射線療法	3	0	1	0	0	0	4

オ　肝がん

肝がんの治療は、手術療法、焼灼療法、肝動脈塞栓術の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、手術療法の実施は一部の病院に限られており、肝炎ウィ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。

【肝がんの治療実施状況（２次医療圏別の実施病院数）】

	東部Ⅰ	東部Ⅱ	南部Ⅰ	南部Ⅱ	西部Ⅰ	西部Ⅱ	全体
手術療法	9	2	2	1	0	1	15
エタノール局所注入	9	2	4	0	1	3	19
マイクロ波凝固療法	4	1	3	0	1	2	11
ラジオ波焼灼療法	8	2	4	0	0	1	15
肝動脈塞栓術	7	2	3	1	0	1	14
化学療法	11	2	4	1	1	1	20
放射線療法	2	0	1	0	0	0	3

カ　子宮がん

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

県内では、手術療法、放射線療法ともに実施病院は偏在しています。

【子宮がんの治療実施状況（２次医療圏別の実施病院数）】

	東部Ⅰ	東部Ⅱ	南部Ⅰ	南部Ⅱ	西部Ⅰ	西部Ⅱ	全体
手術療法	5	1	2	0	0	1	9
レーザー照射治療	1	0	0	0	0	0	1
光線力学療法	1	0	0	0	0	0	1
化学療法	5	1	3	1	1	1	12
放射線療法	3	0	1	0	0	0	4

(3) 緩和ケア

治療の初期段階から、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。

がん性疼痛の緩和では、医療用麻薬等による薬物療法や神経ブロック等が行われます。また、疼痛以外の嘔気や食欲不振、呼吸困難感といった身体的諸症状に対する治療や援助も行われます。

併せて、がん患者には、しばしば不安や抑うつ等の精神心理的な問題が生じることから、精神医学的な対応が行われます。

さらに、患者と同様に様々な苦痛を抱えている家族にも心のケアを行うことが重要です。

(4) 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、切除等によって喪失した機能のリハビリテーション、再発したがんの早期発見など、定期的なフォローアップ等が行われます。

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。

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、患者自らが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

(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

・禁煙外来を実施していること

・敷地内禁煙を実施していること

（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すること

・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

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（Ｘ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

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（Ｘ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
・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、口腔ケア、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

(5) 部位ごとの方向性

①胃がん
　胃がん患者に対して集学的治療が提供できる拠点病院を「専門診療」病院とし、手術療法、内視鏡的治療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、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、胸部ヘリカル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の整備等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、標準診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、標準診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が実施でき

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、ウィ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、肝臓のエコー検査を実施している医療機関を「標準的診療」機関として、連携を進めます。

特に肝がんとウィ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。

⑥子宮がん

子宮がん患者に対して手術療法、放射線治療、化学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、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24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）☆ ※「10年以内に20%減少」を目標とする。	８８．３ (H17)	１０%減少
がん診療連携拠点病院数　☆ ※原則として各２次保健医療圏に１箇所程度整備	３病院 (H19)	６病院
がん検診受診率　☆★	胃がん　20.9% 肺がん　14.5% 大腸がん　16.2% 乳がん　22.8% 子宮がん　21.4% (H16)	部位ごとの受診率 各５０%以上

☆「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

医療機能

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
○ 口腔ケア、摂食･嚥下リハ　　等

病院、診療所、
歯科診療所、薬局

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

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るが、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。

１　脳卒中の疫学

徳島県における平成18年に救急車によって搬送される急病患者の10.6%、2,860人（全国11.1%、327,151人）が脳疾患であり、うち、5.6%、1,518人が脳卒中です。また、脳卒中によって継続的に医療を受けている徳島県の患者数は約9,000人（全国 約136万7千人）と推計されます。

なお、徳島県の脳血管疾患（脳卒中及びその他の脳血管疾患）の年齢調整受療率（人口10万対）は、入院は横ばい、外来は減少傾向ですが、共に全国より高い率で推移しています。男女別にみると、徳島県では男性の受療率の方が高く推移していますが、男女とも共に全国より高い率で推移しています。

○脳血管疾患の年齢調整受療率（人口10万対）男女総数

区分		平成１１年	平成１４年	平成１７年
徳島県		２４７．１	１８４．２	１７０．０
	うち入院	１３７．８	１２１．７	１１５．１
	うち外来	１０９．５	６２．６	５４．８
全国		１８５．０	１５８．９	１４７．０
	うち入院	１０９．１	１００．４	９３．２
	うち外来	７５．９	５８．５	５４．１

資料：患者調査（厚生労働省）

○脳血管疾患の年齢調整受療率（人口10万対）男性

区分		平成１１年	平成１４年	平成１７年
徳島県		２６４．５	２０１．８	１８１．３
	うち入院	１３２．６	１１７．３	１１８．２
	うち外来	１３１．８	８４．５	６３．１
全国		１９９．３	１７１．５	１６１．４
	うち入院	１１０．８	１０２．６	９７．２
	うち外来	８８．４	６８．８	６４．２

資料：患者調査（厚生労働省）

○脳血管疾患の年齢調整受療率（人口10万対）女性

区分		平成１１年	平成１４年	平成１７年
徳島県		２２５．９	１６８．５	１５７．５
	うち入院	１３４．６	１２０．９	１０８．９
	うち外来	９１．３	４７．６	４８．７
全国		１６９．０	１４４．８	１３２．３
	うち入院	１０３．４	９４．７	８６．５
	うち外来	６５．５	４９．９	４５．８

資料：患者調査（厚生労働省）

県内で年間1,023人（全国 約13万2千人）が脳血管疾患を原因として死亡し、死亡数全体の11.9%（全国 12.3%）を占め、死亡順位の第３位（全国第３位）です。

うち県内で年間990人（全国 約12万9千人）が脳卒中を原因として死亡し、死亡数全体の11.5%（全国11.9%）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、全国平均より男性は低く、女性は高くなっています。

○脳血管疾患の年齢調整死亡率（人口10万対）

	男		女	
	平成１２年	平成１７年	平成１２年	平成１７年
徳島県	７７．２	５８．７	４２．８	３６．３
全　国	７４．２	６１．９	４５．７	３６．１

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。

寝たきりの原因の30%が脳卒中であり、脳卒中を発症した場合、発症後１ヵ月で23%が、１年後で19%が寝たきりの状態にあります。

介護が必要になった者の25.7%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。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です。

(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。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。

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直接搬送することが重要です。

脳梗塞では、発症後３時間以内に急性期の治療を行う医療機関を受診している患者は全体の37%です。発症後３時間以内の来院を阻む要因として、複数の医療機関を経由すること、睡眠中など非活動時の発症、高度な麻痺がないために安心してしまうこと、救急車以外の手段で来院することなどが挙げられます。

(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等）を行うことで正確な診断が可能になります。最近ではＭＲＩによる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。また、ＣＴの超急性期脳梗塞所見も報告されていますが、診断にはＣＴの適切な条件設定と診断者の読影経験が必要とされています。

また、救急患者のＣＴ画像や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。

① 脳梗塞では、まず発症後３時間以内の超急性期血栓溶解療法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３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２時間以内、来院してから治療の開始まで１時間以内です。

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。

② 脳出血の治療は、血圧管理が主体であり、出血部位（被殻出血や小脳出血等）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。

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。

＊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。

(5) リハビリテーション

脳卒中のリハビリテーションは、病期によって分けられます。

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。

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、不整脈等）の継続的な管理が行われます。

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。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。

なお、重篤な患者の一部には、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が必要です。

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、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。

(1) 発症後、速やかな搬送と専門的な診療が可能な体制

①発症後速やかに、専門的な診療が可能な医療機関への救急搬送（２時間以内）

②来院後速やかな、専門的診療の開始（24時間体制）

(2) 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

(3) 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(6)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、心房細動等の基礎疾患及び危険因子の管理が可能であること

・初期症状出現時における対応（急性期医療を担う医療機関への受診勧奨等）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

(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２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

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）

・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２時間以内に搬送すること

(3) 救急医療の機能【急性期】

①目標

・患者の来院後、速やかに専門的な診療を開始すること（24時間体制）

・再発予防治療を行うこと

・基礎疾患、危険因子の管理を行うこと

・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。

（速やかな専門的治療）
・画像検査（Ｘ線検査、ＣＴ検査、ＭＲＩ検査）や臨床検査等の必要な検査が24時間実施可能であること
・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。）
・適応のある脳梗塞症例に対し、発症後３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
・外科的治療が必要と判断した場合には、速やかに治療開始が可能であること
（基礎疾患、危険因子管理）
・呼吸管理、循環管理、栄養管理等の全身管理及び合併症に対する診療が可能であること
（急性期リハビリテーション）
・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、在宅医療）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
・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。
・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
・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への対応が可能であること
・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
・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社会保険事務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社会保険事務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】

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

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）の医療機関等と診療情報や治療計画を共有するなどして連携すること

③対応する医療機関等

・介護老人保健施設
・療養病床を有する病院又は診療所

(6) 生活の場で療養できるよう支援する機能【維持期②】

①目標

・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
・通院困難な患者の場合、訪問看護ステーション、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、ケアハウス等自宅以外の居宅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居宅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
・回復期（あるいは急性期）の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
・歯科については、口腔ケア、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

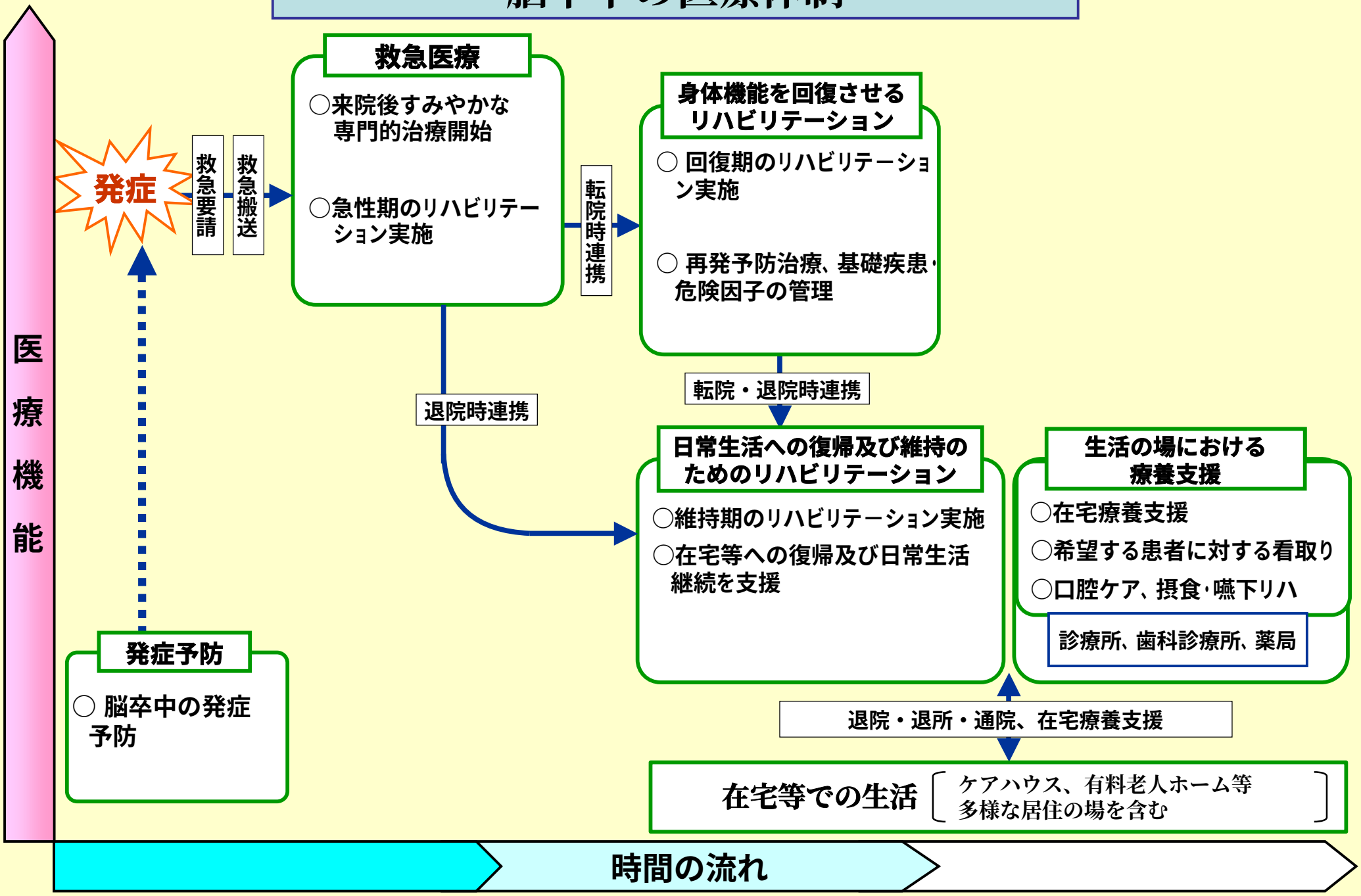
・診療所（在宅療養支援診療所など）
・訪問看護ステーション
・通所リハビリテーション事業所
・訪問リハビリテーション事業所
・療養病床を有する病院又は診療所
・歯科診療所
・薬局

第３　数値目標

数値目標項目	直近値	平成24年度末目標値
脳卒中死亡率（人口10万人対）　★	総数　１３２．１ 男性　１３２．３ 女性　１３１．６ (H15)	２５%減少
特定健康診査受診率　★◇	男性　５５．９% 女性　５３．７% (H18)	７０%以上
地域連携クリティカルパス導入医療圏数	―	6

★「徳島県健康増進計画（健康徳島21）」における目標
◇「徳島県医療費適正化計画」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
○口腔ケア、摂食・嚥下リハ
診療所、歯科診療所、薬局
発症予防
○ 脳卒中の発症予防
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
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。

１　急性心筋梗塞の疫学

(1) 救急搬送の約9.6%が心疾患（全国9.4%）

全国で年間約25万人が発症していると推定され、うち少なくとも14%以上が病院外で心停止状態となっており、その大部分は心室細動などの致死性不整脈が原因です。

徳島県における平成18年に救急車によって搬送された急病患者の約9.6%、2,605人（全国9.4%、約28.4万人）が心疾患です。このうち、急性心筋梗塞又は疑いと診断された人は377人（14.5%）、病名及び症状から急性心筋梗塞関連疾患と思われる心疾患は731人（28.1%）となっています。

(2) 年齢調整受療率は全国の約1.6倍

虚血性心疾患（狭心症及び心筋梗塞）の継続的な医療を受けている推計患者数は　8,000人（全国約86万人）で、年齢調整受療率をみると入院は減少傾向にあるものの、全国に比べ入院・外来とも高い状況にあります。

○虚血性心疾患（狭心症及び心筋梗塞）年齢調整受療率（人口10万対）

区　分		平成１１年	平成１４年	平成１７年
徳 島 県		８１．４	６０．３	６５．８
	うち入院	２５．７	１９．１	１４．８
	うち外来	５５．７	４１．３	５０．９
全　　国		６５．４	４８．２	４１．６
	うち入院	１４．６	１１．５	９．０
	うち外来	５０．６	３６．８	３２．６

資料：患者調査（厚生労働省）

(3) 心疾患の死亡順位は第２位

心疾患を原因として年間1,360人（全国約17万人）が死亡しており、死亡数全体の15.6%（全国15.9%）を占め、死亡順位の第２位です。このうち、急性心筋梗塞による死亡数は302人で、心疾患死亡数全体の22.2%（全国約４万５千人、約26.0%）となっています。

(4) 年齢調整死亡率は全国より低い

急性心筋梗塞の年齢調整死亡率は、男性が女性より高く、全国と比べると、平成17年は徳島県の方が男女とも低くなっています。

○急性心筋梗塞年齢調整死亡率（人口10万対）

	男		女	
	平成１２年	平成１７年	平成１２年	平成１７年
徳 島 県	３５．９	２１．７	１４．３	１０．４
全　　国	２９．７	２５．９	１４．２	１１．５

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、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、発症の予防には生活習慣の改善や適切な治療が重要です。

(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。

全国では、急性心筋梗塞の患者が病院の心臓病専門病室(ＣＣＵ)に入院するまでに平均３時間以上を要していると報告されています。また、住民による心肺停止症例に対する心肺蘇生等は34%に実施されており、ＡＥＤは全国に約７万台、徳島県では約800台普及している状況です。

(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、診断と治療を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上昇型心筋梗塞で薬物療法にもかかわらず、胸痛が持続する患者や再燃する患者及び血行動態不安定な患者等は冠動脈造影を考慮すべきです。

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について確認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体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。

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。また、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。

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ＳＴ上昇型心筋梗塞と同様に緊急での冠動脈造影、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）の回復だけではなく再発予防、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。

(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、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。

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、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。

(1) 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

(2) 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

(3) 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

(4) 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、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

(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

（家族等周囲にいる者）

・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

（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

(3) 救急医療の機能【急性期】

①目標

・患者の来院後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、器械的補助循環装置等必要な検査及び処置が対応可能であること
・ＳＴ上昇型心筋梗塞の場合、来院後速やかに冠動脈造影検査が実施可能であること
・呼吸管理、疼痛管理等の全身管理や、ポンプ失調等の合併症治療が可能であること
・電気的除細動、器械的補助循環装置、緊急ペーシング、ペースメーカー不全への対応が可能であること
・冠動脈バイパス手術等の外科的治療が可能であることが望ましい。
・急性心筋梗塞が疑われる患者について、専門的な診療を行う医師等が対応可能であること
・運動耐容能等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
・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

・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）、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）が在籍する病院又は診療所
・特定集中治療室管理料について社会保険事務所への届出がある病院又は診療所

(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

・急性期病院と連携し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
・慢性期合併症の予防と治療を実施すること
・在宅等生活の場への復帰を支援すること
・患者に対し、再発予防等に関し必要な知識を教えること

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・危険因子の管理等の対応等が可能であること
・慢性期合併症（梗塞後狭心症、心不全、不整脈など）への対応が可能であること
・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
・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社会保険事務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

・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

・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ステーション・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

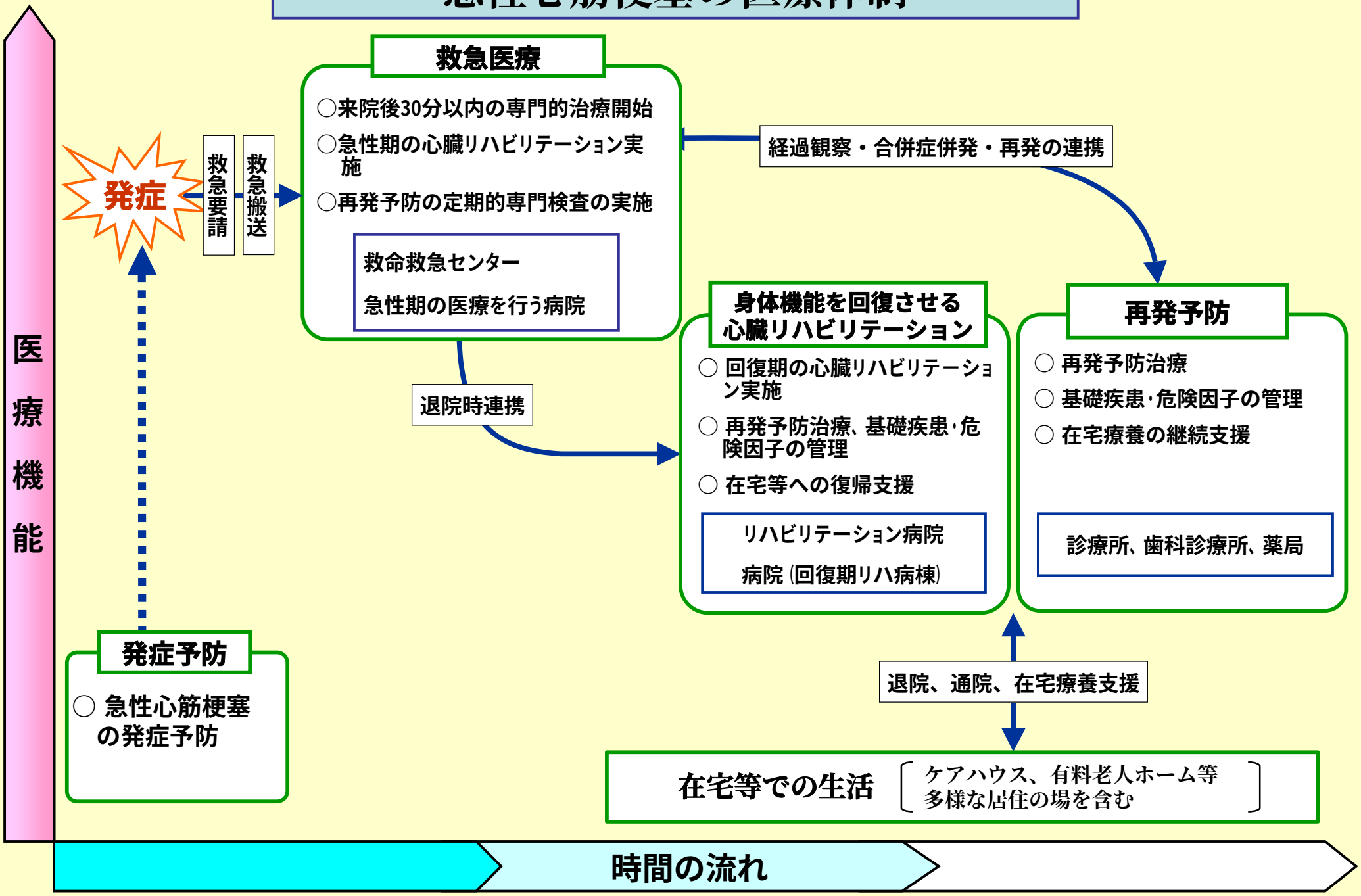
第３　数値目標

数値目標項目	直近値	平成24年度末目標値
虚血性心疾患死亡率（人口10万人対）　★	総数　６７．０ 男性　７２．１ 女性　６２．３ (H15)	２５%減少
特定健康診査受診率　★◇	男性　５５．９% 女性　５３．７% (H18)	７０%以上
地域連携クリティカルパス導入医療圏数	－	6

★「徳島県健康増進計画（健康徳島21）」における目標

◇「徳島県医療費適正化計画」における目標

急性心筋梗塞の医療体制



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15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 24.0%、女性21.6%で、年齢階級別にみると、男女とも年齢が高くなるにつれてその割合は高くなっています。

この結果を基に、平成17年の本県人口（国勢調査）を用いて推計すると、40～74歳人口のうち、有病者は約3.1万人、予備群を合わせると約9.8万人となり、約４人に１人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	182,245人	1.9万人	10.5%	2.8万人	15.4%	4.7万人	25.9%
女 性	195,290人	1.2万人	6.3%	3.9万人	20.2%	5.1万人	26.5%
合 計	377,535人	3.1万人	8.3%	6.7万人	17.9%	9.8万人	26.2%

注）「県人口」は40～74歳人口　　資料：平成15年県民健康栄養調査

２　受療の状況

本県における糖尿病の受療率（人口10万対）は全国的に高い状態が続いており、平成17年患者調査では、入院52、外来262、合計314といずれも全国平均を大きく上回り、全国第１位となっています。

○糖尿病受療率の年次推移

区　分	徳　島　県						全　　国		
	入院		外来		合計		入院	外来	合計
		順位		順位		順位			
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
平成8年	85	1	216	3	301	1	34	155	189

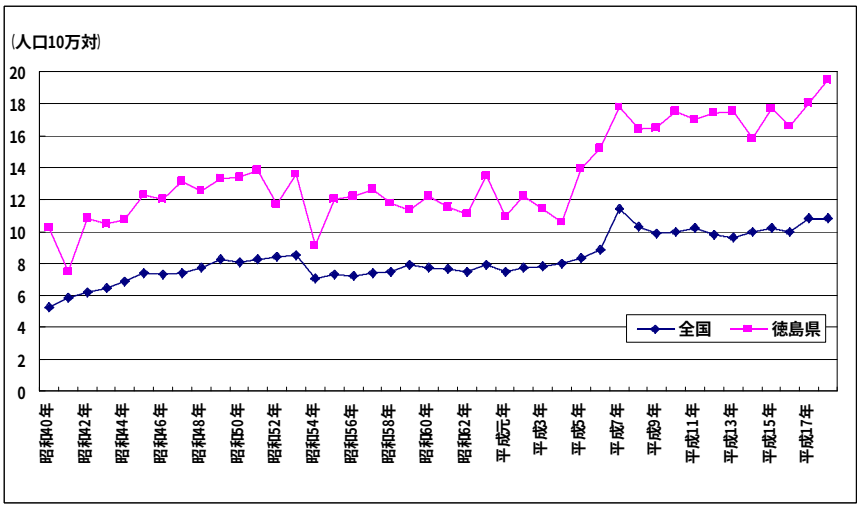
資料：患者調査（厚生労働省）

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、14年連続して全国ワースト１位を記録しています。

平成18年人口動態統計調査における糖尿病死亡数は男性85人、女性71人、合計156人であり、粗死亡率（人口10万対）は19.5となっています。

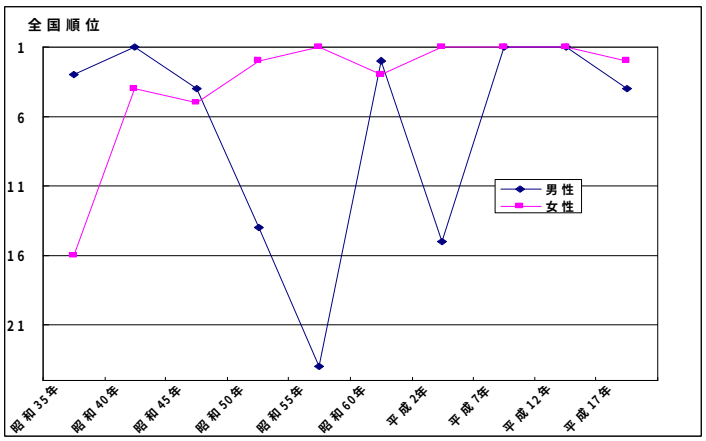
○糖尿病死亡率の年次推移



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「年齢調整死亡率」では、平成17年の全国順位は、男性第４位、女性第２位となっています。

○年齢調整死亡率による全国順位の推移



4　糖尿病の医療

(1) 予防

糖尿病発症の危険因子は、肥満、食事、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や、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、糖尿病の発症予防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、食生活や運動習慣の改善、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の「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。

また、特にハイリスクアプローチとして、働き盛りの世代を対象として、地域の関係機関・団体等による地域ぐるみの支援体制の構築や地域連携クリティカルパスの作成による医療

連携の推進などの取り組みを進めています。

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15年県民健康栄養調査でも、「糖尿病が強く疑われている人」の約１割が治療を中断しているほか、４分の１の人は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。

なお、連携のための地域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、１病院のみが導入済みです。

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。

歯周病は歯茎等に細菌が感染して起こる慢性的な感染症であり、定期的な歯科健診により適切な口腔ケアを行うことが重要です。

○医療機関における糖尿病診療の状況（病院）

圏　域	糖尿病専門医※1	糖尿病療養指導士	認　定看護師	管　理栄養士※2	糖尿病外　来	強化インスリン療法	皮下持続注入療法	人工膵臓	教育入院	糖尿病教　室
東部Ⅰ	7(12)	10	0	31	9	29	9	2	37	17
東部Ⅱ	1(1)	3	0	4	0	3	1	0	5	3
南部Ⅰ	3(5)	5	0	7	3	9	1	0	11	6
南部Ⅱ	0	0	0	1	0	0	1	0	3	0
西部Ⅰ	0	2	0	4	1	3	1	0	7	3
西部Ⅱ	0	2	0	5	3	1	1	1	3	2
合　計	11(18)	22	0	52	16	45	14	3	66	31

資料：徳島県医療施設機能調査

注）単位：施設数、（ ）は人数　※1　常勤　※2　糖尿病診療に従事する管理栄養士

○医療機関における糖尿病診療の状況（診療所）

圏　域	糖尿病専門医※1	糖尿病療養指導士	認　定看護師	管　理栄養士※2	糖尿病外　来	教育入院	糖尿病教　室	インリスン治療	運動指導	栄養指導	禁煙指導	生活指導
東部Ⅰ(171)	2	1	0	1	6	0	6	76	71	61	61	75
東部Ⅱ(32)	0	0	0	0	0	0	1	18	17	17	13	18
南部Ⅰ(38)	0	0	0	0	0	0	0	18	15	13	11	14
南部Ⅱ(　6)	0	0	0	0	0	0	0	5	5	5	4	5
西部Ⅰ(11)	0	0	0	0	0	0	0	6	4	4	5	5
西部Ⅱ(14)	1	0	0	0	0	0	0	11	13	13	11	13
合　計(272)	3	1	0	1	6	0	7	134	125	113	105	130

注１）（　）は回答数　　資料：徳島県医療施設機能調査
注２）単位：施設数
※1　常勤　　※2　糖尿病診療に従事する管理栄養士

(3) 合併症の治療

①合併症の状況

平成16年の糖尿病死亡129人の死因をみると、合併症を伴わないものは36人、合併症を伴っていたもので最も多かったのは腎合併症67人でした。その他、末梢循環合併症５人、多発合併症１人、その他の明示された合併症15人で、他に、昏睡は４人、ケトアシドーシスは１人でした。

（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18年の新規人工透析導入者261人中、糖尿病腎症が原因となっているものは117人と44.8%を占め、全国に比べその割合が高くなっています。

このように、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対応が必要です。

○平成17･18年導入患者／原疾患別データ

区　　分	徳　島　県		全　　国	
	平成18年	平成17年	平成18年	平成17年
糖尿病性糸球体腎硬化症	117（44.8%)	143（47.0%)	14,968（42.9%)	14,387（42.0%)
慢性糸球体腎炎	79（30.3%)	95（31.3%)	8,914（25.6%)	9,368（27.4%)
合　　計	261（ 100%)	304（ 100%)	34,877（ 100%)	34,248（ 100%)

資料：（社）日本透析医学会

②合併症の診療

合併症のうち、糖尿病腎症の診療（人工透析）及び糖尿病網膜症の診療施設の状況は次のとおりです。

○合併症診療施設数（人工透析、眼科）

区　　分	人工透析実施施設		眼　　科	
	病　院	診療所	病　院	診療所
東部Ⅰ	12	4	13	30
東部Ⅱ	2	4	3	5
南部Ⅰ	4	-	5	8
南部Ⅱ	1	1	-	1
西部Ⅰ	1	1	3	1
西部Ⅱ	3	-	3	3
合　計	23	10	27	48

資料：医療とくしま情報箱

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則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。）が在籍する病院又は診療所が望ましい（５年間での達成を目標とする）。

・自院で、糖尿病教室や管理栄養士による指導又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病院又は診療所

・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則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）

・糖尿病教育入院又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。

(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則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則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

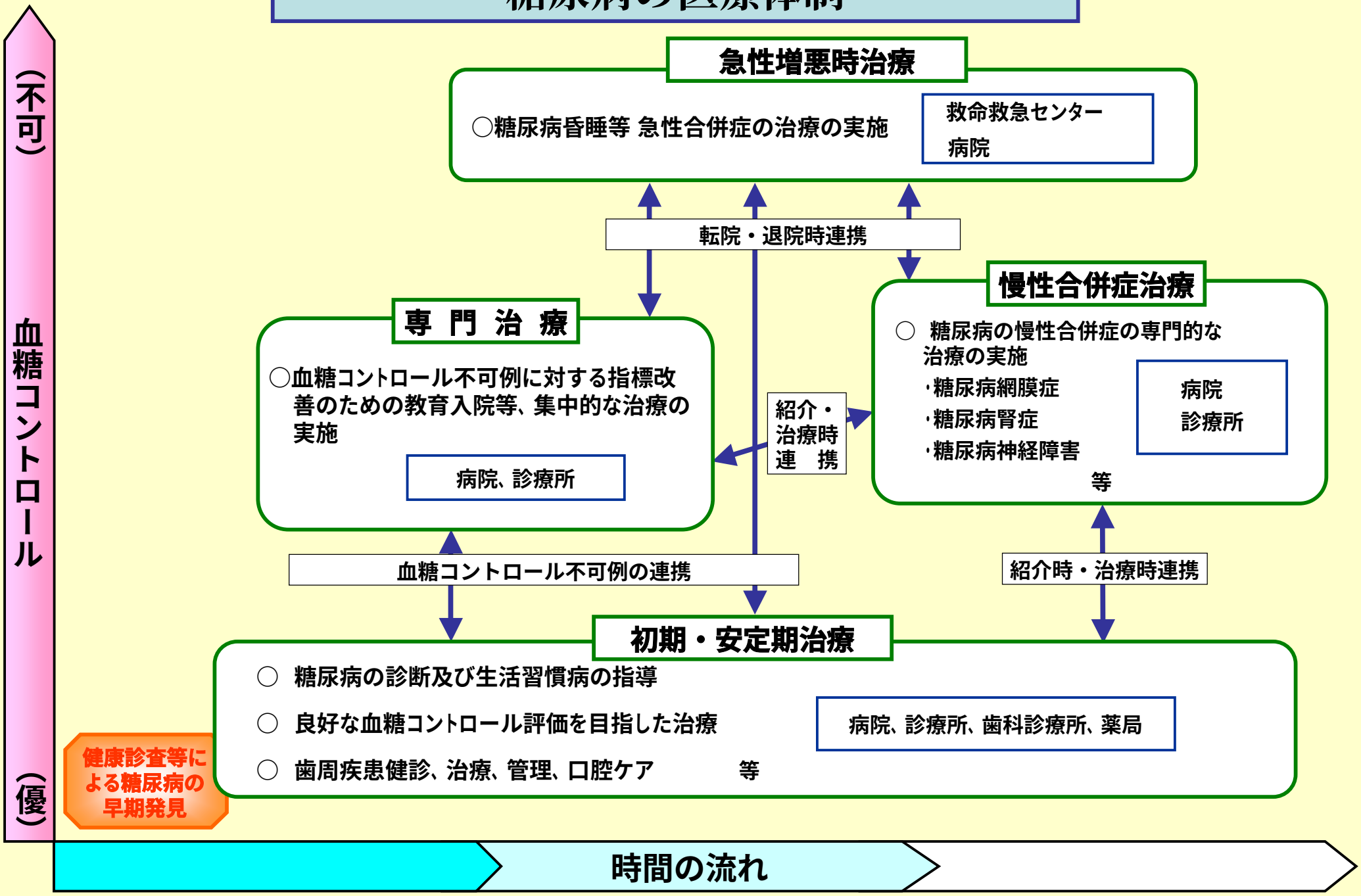
③対応する医療機関
・人工透析を必要とする糖尿病腎症への対応が可能な医療機関
・眼科（網膜光凝固術等が必要な場合は実施可能な眼科と連携する）
・地域の医療機関と連携を図っている。

第３　数値目標

数値目標項目	直近値	平成24年度末目標値
治療中断率	１３．３％ （H15）	０％
糖尿病による人工透析新規導入率（人口10万人対）★	１４．６ （H18）	３６％減少
糖尿病有病者数（40～74歳）　★	男性　１．９万人 女性　１．２万人 （推計値）	男性　１．７万人 女性　１．１万人

★「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


血糖コントロール
（不可）
（優）
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
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、口腔ケア 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
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７年に17,914人でしたが、平成17年には26,794人（49.5%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７年には6,294人でしたが、平成17年には、13,210人を数え、この10年間で6,916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７年には、救急搬送全体のおよそ４分の１が交通事故等による外傷患者、急病患者が47.6%（8,521人）でしたが、平成17年には急病が53.0%（14,226人）に増加し、この10年間で急病による救急搬送人員が5,705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７年には、「重症」（「死亡」を含む。）と分類された救急搬送人員は、3,121人（17.4%）でしたが、平成17年には4,144人（15.5%）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17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43.6%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試みが行われています。

(6) 精神科救急の動向

本県においても、精神科救急医療体制が整備されており、平成18年度の夜間休日における精神科受診件数は、304件、このうち141件（46.4%）が入院となっています。

(7) 周産期医療の動向

平成18年８月、奈良県の妊婦が多くの病院から救急搬送の受入を拒否され、後日亡くなるという事案が発生しました。この問題を受け、近畿２府４県と福井県、三重県及び徳島県で構成する「近畿ブロック知事会議」は、平成19年３月「近畿ブロック周産期医療広域連携検討会」を設置、周産期医療の連携体制について協議を重ねていました。

ところが、平成19年８月、再び奈良県の妊婦が死産するという事案が発生したことから、受入先を短時間で探すため、各府県に拠点病院を設け相互に連絡調整する広域連携体制を作ることで合意、平成19年10月５日、拠点病院が決まった奈良県、大阪府及び徳島県で連携の先行稼働が始まりました。

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６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。

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。現在、県内には約800台のＡＥＤが設置されているものと考えられ、更なる普及が望まれます。

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は、県内でも着実に根付いており、県内に146人（平成19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の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搬送手段の多様化とその選択

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（ドクターヘリ、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、ドクターヘリは未整備ですが、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。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ますが、松茂町のヘリ基地を起点に25分でほぼ全県をカバーできる機動力は、県民の救急医療にとって無くてはならないものです。

④救急搬送先病院と転送

救急医療機関の整備には、これまで、重症度・緊急度に応じて、階層的な整備（初期救急医療機関、２次救急医療機関、３次救急医療機関）が図られてきました。この体制整備等により、「救急車の転送※」は近年、減少傾向にあります。

一方、搬送先の病院を探して複数の医療機関に電話等で問い合わせても受入医療機関が決まらない「電話の転送」は依然存在しています。

この原因には、搬送される救急患者・搬送機関・受入医療機関それぞれの問題があります。救急医療機関が搬送に応じられない原因として「専門外である」、「手術中・処置中」、「入院ベッドの満床」等が挙げられています。

※　救急車の転送
患者を搬送した医療機関が収容不能であったため、同一救急隊が引き続き同一患者を他の医療機関に搬送する場合をいう。

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。

⑥周産期の救急医療搬送体制

ハイリスク分娩や急変時において、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の迅速な搬送が求められています。

このため、本県においても、母体・新生児のハイリスク症例に対応した搬送マニュアルを整備し、また県内において対応可能な受入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できる近畿ブロック広域連携体制を整備しています。

(2) 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18年度の総患者数は、13,213人で、うち小児科患者は約75%に当たる9,857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。

(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18年における救急車による患者搬送数は、県下で27,109人であり、前年に比べ421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) 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、平成10年10月に周産期医療

センター（ＮＩＣＵ６床)、平成11年11月に脳卒中ケアユニット（ＳＣＵ)、平成12年６月には劇症肝炎ケアユニットを整備するなど、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	○	○

(5) 精神科救急医療体制と一般救急医療機関等との連携

精神科救急医療は、国において平成７年より、精神科救急医療システムが創設され、精神科救急情報センターや地域の実情に応じて輪番制等による精神科救急医療施設の整備が進められてきており、さらに、平成17年からは、精神科救急医療センターが創設され、整備が進められてきたところです。徳島県では、平成19年度現在、救急輪番病院とし14病院の指定を行い、精神科救急医療に対応しています。

しかし、緊急な医療を必要とする精神疾患を持つ患者を24時間365日受け入れる体制が未だ十分でない地域もあることから、輪番制による緊急時における適切な医療及び保護の機会を確保するための機能、重度の症状を呈する精神科急性期患者に対応するための中核的な機能、さらに休日等を含め24時間体制で精神疾患を持つ患者等からの緊急的な相談に応じ、医療機関との連携調整等を行う精神科救急情報センター機能については、より一層の強化を図っていく必要があります。

また、精神疾患を持つ患者が、身体的な疾患を患うことも少なくなく、このような患者に対しても確実に対応するために、精神科救急医療体制と、一般の救急医療機関や精神科以外の診療科を有する医療機関との連携を図る必要があります。

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メディカルコントロールによる搬送手段の選択及び適切な医療機関へ直接搬送する体制の実施

(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

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
・メディカルコントロールにより、搬送手段を選択し適切な救急医療機関へ直接搬送すること

②関係者に求められる事項

（住民等）
・救急蘇生法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、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定すること
・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定すること
・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
・ドクターカーや防災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) 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
・病態に応じて速やかに患者に対し、外来診療を提供すること
・自治体等との連携の上、診療可能時間や対応可能な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）
・阿南市医師会日曜祝日診療所（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）

(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
・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
・メディカルコントロール体制推進協議会等との連携の上、実施可能な医療機能等を消防機関等に周知していること
・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20年３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	徳島市東山手町1-41-6	088-622-7788
	水の都脳神経外科病院	徳島市北島田町1丁目45-2	088-632-9299
	手東病院	名西郡石井町石井字石井434	088-674-0024
	高木病院	徳島市昭和町7丁目37	088-625-8353
	寺沢病院	徳島市津田西町1丁目2-30	088-662-5311
	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
	麻野病院	名西郡石井町石井字石井231-1	088-674-2311
	中村整形	徳島市南二軒屋町1丁目1-16	088-652-1119
	川島循環器クリニック	徳島市北佐古一番町1-8	088-631-7711
東部Ⅱ	健康保険鳴門病院	鳴門市撫養町黒崎字小谷32-1	088-685-2191
	兼松病院	鳴門市撫養町斎田字大堤54	088-685-4537
	芳川病院	板野郡松茂町中喜来字群恵278-8	088-699-5355
	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病院	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
	笠井病院	阿波市阿波町元町14	0883-35-2720
	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
	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薮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) 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、多発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。

・重篤な救急患者を、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）
・メディカルコントロール体制推進協議会等との連携の上、実施可能な医療機能等を消防機関等に周知していること
・必要に応じ、防災ヘリ、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、いわゆる植物状態等の重度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
・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）

病院名	病床				その他の設備		所在地	電話番号
	ICU	CCU	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	3床	1床	3床		×(※)	×	徳島市蔵本町1-10-3	088-631-7151
徳島大学病院	6床	5床	20床	6床	×(※)	×	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		○	○	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	×(※)	×	三好市池田町シマ815-2	0883-72-1131

※ヘリポートについては，近隣の飛行場外離着陸場を利用

精神科救急システム参加医療機関

圏域	病院名	住所	電話番号
東部	第一病院	徳島市新浜本町1丁目7-10	088-633-1122
	城西病院	徳島市南矢三町3丁目11-23	088-631-0181
	田岡東病院	徳島市城東町2丁目7-9	088-622-5556
	緑ヶ丘病院	徳島市名東町2丁目650-35	088-631-5135
	城南病院	徳島市丈六町行正27-1	088-645-0157
	川内病院	徳島市川内町旭野198	088-665-5115
	南海病院	鳴門市鳴門町土佐泊浦字高砂5	088-697-0311
	藍里病院	板野郡上板町佐藤塚字東288-3	088-694-5151
南部	藤井病院	阿南市見能林町築溜1-1	0884-22-0218
	冨田病院	海部郡美波町西河内字月輪129-4	0884-77-0368
西部	桜木病院	美馬市脇町木ノ内3763	0883-52-2583
	折野病院	美馬市美馬町字ナロヲ25	0883-63-2569
	秋田病院	三好市池田町州津堂面215	0883-72-0743
	ゆうあいホスピタル	三好郡東みよし町中庄728-1	0883-82-1100

（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
東部 休日：午前9時から翌日午前9時まで、休日：午後5時から翌日午前9時まで
南部 休日：なし、平日（月水木）：午後5時から翌日午前9時まで
西部 休日：なし、平日：午後5時から翌日午前9時まで

(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、訪問看護ステーション、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
・訪問看護ステーション

(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、「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 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。

② 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。

③ 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。

④ 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。

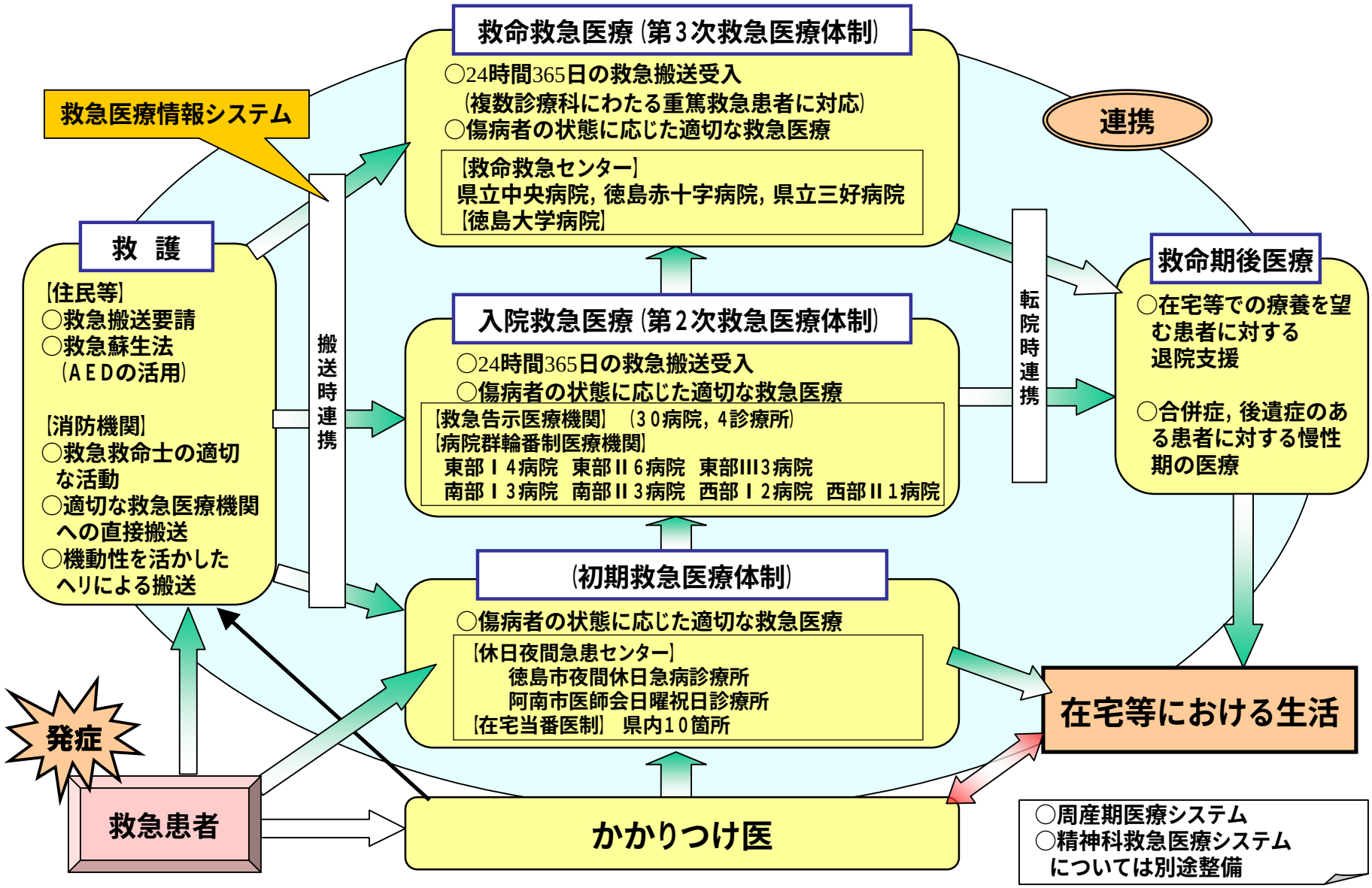
② 機動性に優れた防災ヘリの有効活用を図ります。

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。

第３　数値目標

数値目標項目	直近値	平成24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）	３５３ (H19)	現状維持
２次救急：救急告示医療機関数	３８ (H19)	現状維持
３次救急：救命救急センター数	３ (H19)	現状維持
ＡＥＤ（自動体外式除細動器）の県立施設設置率	６９．１％ (H19)	１００％

救急医療体制


救命救急医療（第３次救急医療体制）
○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）
○傷病者の状態に応じた適切な救急医療
【救命救急センター】
県立中央病院，徳島赤十字病院，県立三好病院
【徳島大学病院】
救急医療情報システム
連携
救　護
【住民等】
○救急搬送要請
○救急蘇生法
（ＡＥＤの活用）
【消防機関】
○救急救命士の適切な活動
○適切な救急医療機関への直接搬送
○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）
○24時間365日の救急搬送受入
○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】（３０病院，４診療所）
【病院群輪番制医療機関】
東部Ⅰ４病院　東部Ⅱ６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
○在宅等での療養を望む患者に対する退院支援
○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）
○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
阿南市医師会日曜祝日診療所
【在宅当番医制】　県内１０箇所
発症
救急患者
かかりつけ医
在宅等における生活
○周産期医療システム
○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17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33.4千人）、外来で4.2千人（全国744.6千人）であり、入院は外来の約4.8%（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、外来については、急性上気道感染症をはじめとする「呼吸器系の疾患」が圧倒的に多くなっています。

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、児童虐待への対応等の保健活動の占める割合が大きくなっています。

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17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5.7（全国4.8）、乳児死亡率は（出生千対）は3.0（全国2.8）です。

この中で、乳児死亡の主な原因は、「周産期に発生した病態」、「代謝障害」、「心疾患」です。

また、乳児以降の小児の死亡の主な原因は、「不慮の事故」、「悪性新生物」であり、「不慮の事故」の割合が高くなっています。

(3) 小児時間外患者の動向

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（時間外）患者の状況　（人）

医療圏	区分	平成16年度	平成17年度	平成18年度
東部	小児救急輪番病院	18,290	18,084	14,832
	徳島市夜間休日急病診療所	10,280	10,255	9,857
	東部計	28,570	28,339	24,689
南部	小児救急医療拠点病院（徳島赤十字病院）	15,095	16,966	20,181
西部	小児救急輪番病院	3,288	4,210	3,856
	合計	46,953	49,515	48,726
（参考）香川県	※香川小児病院への徳島県からの外来患者	5,528	5,252	5,608

２　小児医療の提供体制

(1) 医療施設の状況

平成11年から平成17年までの間に小児科を標榜している一般病院は7.5%減少（53→49）、診療所は3.7%減少（268→258）しています。

○小児科を標榜する一般病院・診療所

		H11.10.1	H17.10.1	増　減
徳島県	一般病院	53	49	7.5%減
	診 療 所	268	258	3.7%減
全　国	一般病院	3,528	3,154	10.6%減
	診 療 所	26,788	25,318	5.5%減

資料：医療施設調査（厚生労働省）

○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Ⅰ	東部Ⅱ	南部Ⅰ	南部Ⅱ	西部Ⅰ	西部Ⅱ	合計
一般病院	21	4	10	1	6	7	49
診 療 所	147	28	51	8	10	14	258
計	168	32	61	9	16	21	307

資料：医療施設調査（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地区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東部地区（東部Ⅰ、東部Ⅱの保健医療圏）

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（午後11時30分まで)、小児科専門医を配置し、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、健康保険鳴門病院、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。

②南部地区（南部Ⅰ、南部Ⅱの保健医療圏）

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２つ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西部地区（西部Ⅰ、西部Ⅱの保健医療圏）

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数は、平成6年から平成18年までの間に96人から98人と２人増加（全国919人増加）しています。また、小児人口１万人当たりの小児科従事医師数でみても、7.2人から9.4人と増加傾向にあります。

一方、小児科従事医師数の増加を上回り、小児の救急搬送数は増加しています。

○小児科従事医師数

		H6.12.31	H18.12.31
徳島県	従事医師数	96人	98人
	小児人口1万人当たり	7.2人	9.4人
全　国	従事医師数	13,781人	14,700人
	小児人口1万人当たり	6.5人	8.4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７年	平成１７年	増　減
徳島県	2,027人	2,371人	17.0%増
全　国	390,716人	513,099人	31.3%増

資料：救急・救助の現況

このように、徳島県でも、小児科従事医師数の微増はあるものの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ったところです。

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不慮の事故や急病への対応として、家庭での応急処置等の啓蒙体制

(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地区において、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等で長期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

(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
・訪問看護ステーション、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
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

(3) 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
（平日昼間）
・小児科を標榜する診療所
・一般病院小児科
（平日夜間及び休日）
・在宅当番医制に参加している病院・診療所、休日夜間急患センター
・小児救急輪番病院

(4) 小児専門医療を担う機能【小児専門医療】

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

(5) 入院を要する小児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
・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
・小児救急医療拠点病院
・小児救急医療支援事業により輪番制に参加している病院

(6) 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
・小児救急医療拠点病院のうち救命救急医療を提供するもの

(7) 小児救急医療体制の構築

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

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入院小児救急医療

入院を要する小児科患者については、東部・西部では、小児救急輪番病院及び地域の中核病院、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ます。

③小児救命救急医療

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１箇所を整備し、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香川小児病院との連携により対応します。

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、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。

②　小児科医師が不足している現状では、小児救急とＮＩＣＵを一体的に整備することを検討する必要があります。

第３　数値目標

数値目標項目	直近値	平成24年度末目標値
小児救急医療拠点病院数 ◆	１病院 （H19）	２病院
徳島こども救急電話相談　実施日数 ◆	土・日・祝日 年末年始の 18:00～23:00	３６５日

◆「オンリーワン徳島行動計画（第二幕）」における目標

小児医療体制

【県西部における連携】
国立病院機構香川小児病院
[香川県善通寺市]

救急医療情報システム

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】
○適切な救急医療機関への直接搬送

搬送時連携

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
（徳島赤十字病院，東部圏域において１箇所整備）

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（未整備）
【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】

初期小児救急医療（一般小児医療）

○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　　阿南市医師会日曜祝日診療所

○かかりつけ医・かかりつけ歯科医
○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

地域の小児科標榜医療機関

連携

小児専門医療

○一般小児医療を行う医療機関では対応が困難な小児専門医療の実施

・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病院
・徳島大学病院

発症

小児患者

３　周産期医療体制の整備

第１　周産期医療の現状

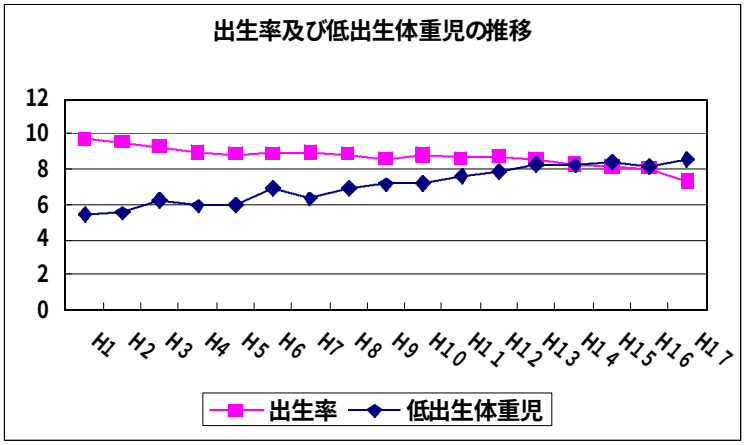
徳島県における周産期医療の受療動向は、おおよそ以下のとおりとなっています。

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（1997年）は7,321件でしたが、平成18年（2006年）には 6,349件に減少しています。また、出生数も平成９年の7,176人から、平成18年は6,257人に減少しています。

また、出生率で見ると昭和50年（1975年）は14.9、平成２年（1990年）は9.6、平成18年（2006年）には7.8と減少傾向にあります。



(2) 低出生体重児

出生数のうち低出生体重児（2,500g未満）の出生割合は、平成２年（1990年）5.5%、平成12年（2000年）7.9%、平成17年（2005年）に8.6%と増加しています。

また、1,500ｇ未満の極低出生体重児の割合も平成８年（1996年）は0.6%でしたが、平成17年（2005年）は0.94%と増加傾向にあります。

(3) 出産年齢の推移

全出産中の35歳以上の割合は、昭和50年（1975年）に3.0%でしたが、平成２年（1990年）には6.6%、平成17年（2005年）には13.1%と年々高まっています。

(4) 施設分娩の状況

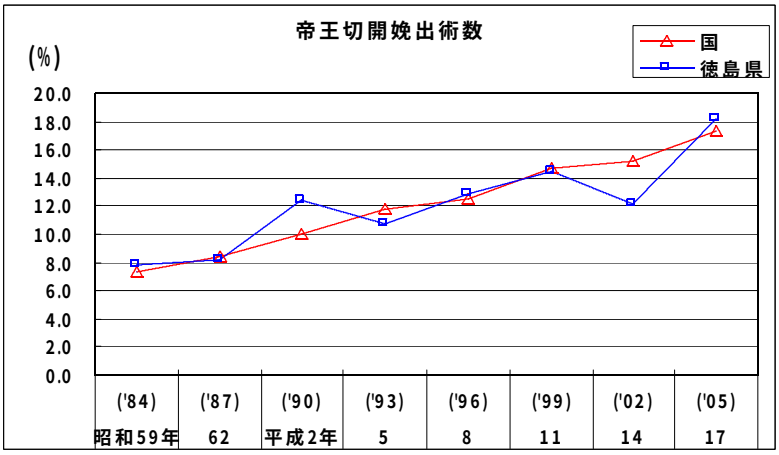
出生場所は、昭和50年（1975年）は病院が59.3%、診療所が35.1%、助産所が4.5%で分娩していましたが、平成17年（2005年）では病院が38.7%、診療所が61.1%、助産所が0.1%となり、病院と診療所で99.8%を占めています。

(5) 複産の割合

分娩数が減少する中、全出産中の複産の割合は、近年1.2%前後で推移しています。

(6) 帝王切開術の割合

平成17年９月中に実施した分娩件数をみると、一般病院194件(帝王切開娩出術件数53件)、一般診療所361件（帝王切開娩出術件数48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年々増加しています。



(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年に20.6、平成２年が11.1、平成17年には5.7と減少傾向にあります。

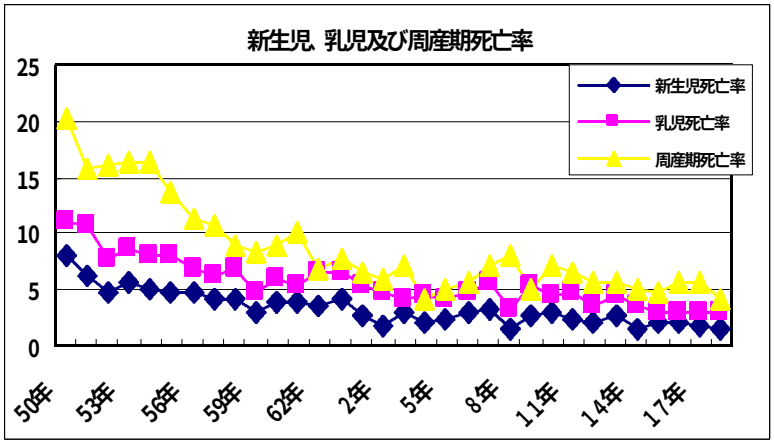
妊娠満22週以降の死産率は、昭和50年に14.1、平成２年が4.5、平成17年は4.5と減少傾向にあります。

(8) その他

新生児死亡率（出生千対）は平成12年の1.9が、平成18年には1.6となっています。

乳児死亡率（出生千対）は平成12年の3.6が、平成18年には3.0となっています。

妊産婦死亡率（出産十万対）は平成12年の8.0が平成17年には3.0となっています。



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）あり、平成18年度末では28施設（病院：10、診療所：18）と減少しています。

また、医療圏別の状況では、平成16年度末は東部医療圏では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）ですが、平成18年度末には東部医療圏では19施設（病院：５、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３施設（病院：２、診療所：１）となっています。

平成19年９月以降、県立海部病院の産科が休止となり南部医療圏は５施設となりました。

(2) 産科医及び産婦人科医の実態

医療施設に従事する産科医及び産婦人科医は、平成６年末が120人、平成18年末時点では84人となっており減少しています。

また、圏域別で見た平成18年末の産科医及び産婦人科医の数は、東部66人、南部11人、西部７人であり、全医師数の78.6%が東部に集中しています。

(3) 助産師の実態

就業助産師数は、平成６年末は241人、平成18年末には192人に減少しています。

人口10万人当たりで見ると、平成18年末は23.9人で全国平均の20.2人を上回っています。

(4) 周産期医療体制

母体及び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施設として徳島大学病院を「総合周産期母子医療センター」として平成16年12月に指定し、平成17年１月から運用を開始しました。

総合周産期母子医療センターは、新生児集中治療管理室（ＮＩＣＵ）を有する徳島市民病院との間に周産期医療システムを構築し、空床情報や受入調整等の連携・協力体制が整備されました。

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) 地域における中リスクに対応可能な体制

①周産期に係る比較的高度な医療行為ができる地域の中核病院

(3) 周産期の対応が24時間可能な体制

①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

②新生児搬送や新生児集中治療管理室（ＮＩＣＵ）の後方病室確保を含めた新生児医療の提供が可能な体制

(4) 地域の周産期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、周産期医療を担う病院が確保される体制

②周産期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

(5) ＮＩＣＵを退所した新生児の療養・療育支援可能な体制

①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総合に連携した支援

２　求められる医療機能

(1) 正常分娩等を扱う機能

①目標

・正常分娩に対応すること

・妊婦健診等含めた分娩前後の診療を行うこと

・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

・正常分娩を安全に実施可能であること

・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

地域周産期母子医療センター（未整備）

(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

・妊娠合併症、重症妊娠中毒症、切迫早産、胎児異常等の母体又は児にリスクの高い妊娠に対する医療及び高度な新生児医療を実施すること

・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

・周産期医療情報センターとして機能し、また、他の周産期医療施設の医療従事者に対する研修を実施すること

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	３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設備
	後方病床数	８床
新生児集中治療管理室（ＮＩＣＵ）	病床数	６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
	後方病床数	１２床

(4) 周産期医療施設を退院した障害児等が生活の場で療養・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の場で療養・養育できる体制を提供すること

・在宅において療養・養育を行っている児の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連携し、人工呼吸器の管理が必要な児や、気管切開等のある児の受入が可能であること

・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

・訪問看護ステーション、薬局、福祉サービス事業者及び自治体等との連携により、医療、保健及び福祉サービスを調整し、適切に療養・養育できる体制を提供すること

・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
・重症心身障害児施設等の自宅以外の場においても、障害児の適切な療養・療育を支援すること
・家族に対する精神的サポート等の支援を実施すること

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

３　今後の取り組み

(1) 救急搬送体制の強化

①　母体・新生児のハイリスク症例等に対応した搬送マニュアルを整備します。

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国立病院機構香川小児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）

(2) 産科医師・助産師の養成・確保

①　適切な産科医療を確保するため、引き続き、産科医師・助産師の確保に努めます。

(3) 周産期医療体制の強化

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。

②　小児科医師が不足している現状では、小児救急とＮＩＣＵを一体的に整備することを検討する必要があります。

第３　数値目標

数値目標項目	直近値	平成24年度末目標値
周産期死亡率（出産千対）	５．７ （H17）	全国平均以下
妊産婦死亡率（出産10万対）	３．０ （H17）	全国平均以下
地域周産期母子医療センター整備	－	１箇所以上

周産期医療体制

【県西部における連携】
国立病院機構香川小児病院
（総合周産期母子医療センター）
［香川県善通寺市］

【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（後方12床），MFICU3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（未整備）

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
○在宅で療養・療育している児の家族に対する支援

・徳島赤十字ひのみね総合療育センター
・国立病院機構東徳島病院

母体・新生児搬送

正　常　分　娩

○正常分娩の対応
○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
○助産師の活用

［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、津波や地震動による大きな被害を受けています。過去には、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。

今後30年以内に50％程度の確率で起こるとされている南海地震の規模はマグニチュード8.4前後、1946年に起こった南海地震の約４倍の規模に相当し、本県においては沿岸部を中心に津波等による甚大な被害が発生すると予想されています。

また、近年では、平成16年には台風10号をはじめとする台風が、相次いで四国地方を襲いました。特に台風10号は、徳島県全域に豪雨をもたらし、那賀町（旧木沢村、旧上那賀町）では大規模な地すべりが発生するなど、甚大な被害を与えました。

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。

(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、今後の災害医療体制のあり方に関する報告書が提出され、災害時における医療確保のあり方の基本的な考え方として、地域の医療機関を支援するための「災害拠点病院」の必要性が示唆されました。

この報告書を受け、災害拠点病院の整備事業が開始され、平成８年度に県立中央病院を基幹災害医療センターに指定するとともに、地域災害医療センターとして２次保健医療圏ごとに１箇所の病院を、計７病院を災害拠点病院に指定し、その機能充実を推進してきました（別図）。

その後、東南海・南海地震発生時における県南部の津波被害への対策の充実を図るため、平成16年度に海南町(現:海陽町)国民健康保険海南病院を災害拠点病院として指定しました。

さらに、平成17年３月にまとめられた「徳島県地震動被害想定調査」の人的被害想定で、阿南地域が大きな被害が想定されていることから、阿南地域における災害医療体制の強化を図るため、平成19年９月に阿南医師会中央病院を災害拠点病院として指定し、その機能充実を推進してきました。

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Ⅰ	◎徳島県立中央病院	南部Ⅱ	徳島県立海部病院
	健康保険鳴門病院		海陽町立海南病院
東部Ⅱ	麻植協同病院	西部Ⅰ	つるぎ町立半田病院
南部Ⅰ	徳島赤十字病院	西部Ⅱ	徳島県立三好病院
	阿南医師会中央病院		

◎は基幹災害医療センター、その他は地域災害医療センター

(2) 災害拠点病院における施設整備

地震等の災害発生時には、外傷、広範囲熱傷、挫滅症候群等の患者が多発します。このような事態に備え、医薬品や災害用設備等を備蓄しておく耐震性を備えた倉庫を、平成18年度に災害拠点病院である海陽町国民健康保険海南病院に設置しました。

(3) 災害派遣医療チーム（ＤＭＡＴ）の養成

平成７年１月の阪神・淡路大震災では、多くの傷病者が発生し医療の需用が拡大する一方、医療機関自身の被災、ライフラインの断絶、医療従事者の確保の困難などにより充分な医療

を受けられずに死亡した被災者が多数いました。

災害発生時には、このような「防ぎ得る死（Preventable Death）」を最大限に回避することが重要であり、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きました。

平成19年度末までに、県内では７チーム（５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20年３月現在）

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
徳島県立中央病院	2	4	4	2	10
健康保険鳴門病院	1	1	2	2	5
徳島赤十字病院	2	3	5	2	10
阿南医師会中央病院	1	1	3	1	5
徳島県立海部病院	1	1	3	1	5
計	7	10	17	8	35

(4) 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、後方医療救護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。

(5) 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。

(6) 広域災害医療情報システムの構築

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把握することが必要です。

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、広域災害医療情報システムを構築しました。

(7) 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、大規模な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

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

大地震及び列車脱線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、家族を失ったり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

基幹災害医療センターは、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。地域災害医療センターは、地域において中心的な役割を担う。

・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
・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
・基幹災害医療センターにおいては、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

今後、災害拠点病院連絡会議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) 災害派遣医療チーム（ＤＭＡＴ）等医療従事者を派遣する機能

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、県内のＤＭＡＴ派遣機能を有する医療機関との間で、活動基準や費用・保障等に関して規定した協定を締結するとともに、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) 地域の医療機関、医師会との連携

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。

今後30年以内に50%程度の確率で起こるとされている南海地震においては、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の強化していく必要があります。

(4) 広域近隣府県との連携

南海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。

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) 医療救護体制の充実・強化

① 災害発生時において、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、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を行います。

② 医療救護班の円滑な医療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。

③ 各災害拠点病院、各医療機関における防災訓練の実施を促進します。

(2) 広域災害医療情報システム

災害時において、広域災害医療情報システムが有効に活用され、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。

(3) 災害派遣医療チーム（ＤＭＡＴ）

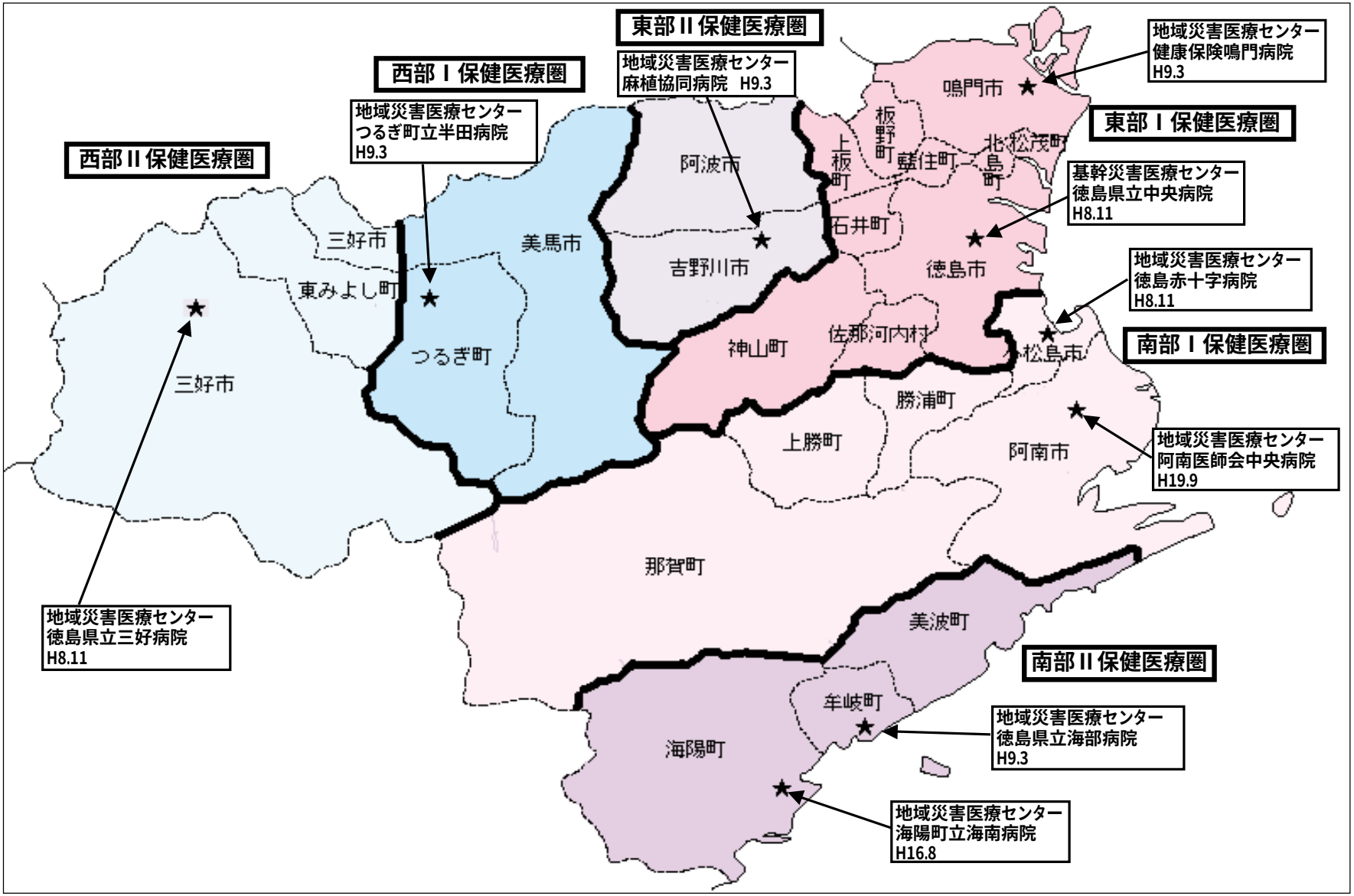
チーム数を着実に増やしていくとともに、当該チームを有する医療機関との連携を強化し、広域的な災害に対応できる体制を整備します。

第３　数値目標

数値目標項目	直近値	平成24年度末目標値
災害医療を熟知した医療救護チーム数 ◆	７チーム (H19)	１４チーム
広域災害医療情報システム登録医療機関数	３４ (H19)	全ての医療機関

◆「オンリーワン徳島行動計画（第二幕）」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

広域災害医療情報システム

○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

【基幹災害医療センター】
県立中央病院
【地域災害医療センター】
東部Ⅰ：健康保険鳴門病院
東部Ⅱ：麻植協同病院
南部Ⅰ：徳島赤十字病院
阿南医師会中央病院
南部Ⅱ：県立海部病院
海陽町立海南病院
西部Ⅰ：つるぎ町立半田病院
西部Ⅱ：県立三好病院
【地域の中核病院】

連携

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

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
を超えた搬送

あすたむらんど
徳島

他県への
DMAT等派遣機能

他県で発災

他県からの支援

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

広域応援協定　（近畿2府7県，中四国9県，四国4県）

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

本県のへき地医療対策は、従来のへき地医療中核病院及びへき地医療支援病院からへき地診療所等への代診医師派遣や、へき地診療所の施設・設備整備、県が行う自治医科大学卒業医師の養成・配置がその中心でした。しかし、平成16年度からの新医師臨床研修制度下での県内の臨床研修医の減少、医師の地域偏在・診療科偏在等により、へき地医療の現場においても新たな課題が生じています。

無医地区・無歯科医地区（半径４㎞以内に50人以上が居住しているが、医療機関を容易に利用できない地区をいう。）の市町村数及び地区数は、平成11年に10市町村22地区であったものが、平成16年には11市町村23地区に、無歯科医地区については、平成11年に14市町村34地区であったものが、平成16年には14市町村33地区にとそれぞれ推移しています（いずれも「準ずる地区」を含む。徳島県の調査）。（別表）

近年、当該地区人口が50人未満となったり、自家用車の普及及び道路整備等により、無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となる地区もあるなど、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

	平成元年 (H元.7月現在)	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)
市町村数	12市町村 （１市６町５村）	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）
地 区 数	28地区	28地区	22地区	23地区
人　　口	4,586人	4,275人	3,889人	3,709人

無歯科医地区（準無歯科医地区）数の推移

	平成元年 (H元.7月現在)	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)
市町村数	16市町村 （１市１０町５村）	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）
地 区 数	43地区	44地区	34地区	33地区
人　　口	11,695人	11,881人	7,515人	7,182人

*　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おおむね半径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

**　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　へき地における医師・歯科医師の状況

医療圏毎に医療施設従事医師数をみてみると、約３分の２の医師が東部Ⅰ医療圏に集中するなど、医療圏毎の偏在がみられ、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。

医療圏別　医療施設従事医師数　　平成18年12月31日現在

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	1,451	178	330	39	85	91	2,174
人口10万人対	314.5	206.6	239.3	155.4	187.0	186.4	270.1

資料：医師・歯科医師・薬剤師調査

医療圏別　医療施設従事歯科医師数　　平成18年12月31日現在

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	584	62	87	13	25	25	796
人口10万人対	126.6	72.0	63.1	51.8	55.0	51.2	98.9

資料：医師・歯科医師・薬剤師調査

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

県では、平成13年度に、国の「第９次へき地保健医療計画」を受け、へき地医療支援の拠点となる「へき地医療支援機構」を設置するとともに、従来のへき地中核病院であった県立三好病院、県立海部病院と、へき地医療支援病院であった町立上那賀病院、町立半田病院に、新たに県立中央病院を加えた５病院を、「へき地医療拠点病院」として指定し、へき地診療所への代診医の派遣等を実施しています。

②へき地診療所

へき地においては、９市町が公立の診療所を開設し、へき地医療拠点病院及び県からの医師の派遣支援を得ながら、地域における医療を確保しています。

③へき地歯科診療所

へき地においては、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。

(2) へき地医療を支援する機関等

①地域医療支援機構の設置・運営

県では、平成13年度から、「へき地医療支援機構」である県立中央病院内の「地域医療支援センター（現：地域医療センター）」において、広域的なへき地医療支援事業の企画・調整等を行うとともに、へき地診療所等への代診医の派遣を行ってきました。

同機構は、平成18年２月に「地域医療支援機構」に改め、従来のへき地医療対策に加え、地域偏在及び診療科偏在を含めた医師不足の解消、地域医療体制の確保を図るため、医師修学資金貸与事業、夏期地域医療研修、ドクターバンク事業などの医師確保・養成対策に積極的に取り組んでいます。

②県

自治医科大学卒業医師を県職員として一定期間、医師確保が困難な公立の診療所、病院やへき地医療拠点病院（市町村）に派遣しています。

第２　医療機関とその連携

１　目指すべき方向

前記「第１　へき地医療の現状」を踏まえ、個々の機能、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、医療の確保や診療の支援が継続して実施される体制を構築します。

(1) 医療を確保する体制

①へき地において、地域住民に適切な医療を提供できる体制の整備

ア　県立診療所の運営

へき地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、県立診療所の運営を引き続き実施します。

②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の整備

ア　消防防災ヘリへのドクターヘリ機能の導入

へき地を含め遠隔地において、重症・重篤な救急患者に対する救命救急医療を救急現場等から直ちに行い、救急医療施設へ一刻も早く搬送し、救命率向上や後遺症を軽減させるため、救急医療機関の医師同乗によるドクターヘリ機能の導入に向けての検討を進めます。

(2) 診療を支援する体制

①へき地医療拠点病院の充実

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、へき地医療の質の向上を図ります。

②へき地の医療機関における臨床研修の推進

診療に従事しようとする医師に対して、２年間の臨床研修が平成16年度に義務化され、その中で必修科目として「地域保健・医療」が位置付けられ、へき地の医療機関等の臨床研修協力施設において研修が行われています。今後さらに、へき地の医療機関での臨床研修が実施されるよう、臨床研修病院等に対し働きかけを行います。

③情報通信技術（ＩＴ）等の活用

④県・地域歯科医師会の協力・支援

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

・消防防災ヘリの活用や、救急医療を提供する医療機関、地域の消防機関との連携など、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

・へき地医療拠点病院との連携

無医地区等において、巡回診療等の実施やへき地診療所等への代診医等の派遣及び技術指導、援助を実施し地域住民の医療が確保できるよう連携を図る。

・臨床研修指定病院との連携

研修医の県内への誘導及び定着、あるいは、へき地の医療機関等の臨床研修協力施設においての研修が充実されていくよう連携を図る。

・地域医師会、地域歯科医師会との連携

3　今後の取り組み

(1) へき地医療拠点病院の充実

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、へき地医療の質の向上を図ります。

(2) 救急搬送体制の強化

①　消防防災ヘリを有効に活用し、へき地における重篤患者の救命率向上を図ります。

②　周辺地域における救急医療機関との連携強化を促進します。

(3) へき地医療の普及・啓発

社団法人地域医療振興協会のへき地保健医療情報システムの情報を活用するなど、県内外における先進的・モデル的取り組み事例について、県のホームページ等を通じて、市町村や関係機関・団体等への積極的な周知を図ります。

(4) 地域医療支援機構の充実・強化

県内における地域偏在及び診療科偏在を含めた医師不足の解消、地域医療体制の確保を図るため、各種施策の企画・調整や各種事業を円滑かつ効率的に実施します。

(5) 徳島大学との地域医療に関する共同研究

平成19年度から実施している徳島大学との共同研究により、徳島大学大学院ヘルスバイオ

サイエンス研究部に設置された「地域医療学分野」及び県立海部病院内に設置された「地域医療研究センター」において地域医療に関する研究・教育を進め、地域医療に情熱を持つ学生の養成に積極的に取り組みます。

(6) 包括ケア体制整備の推進

地域住民に対し、保健サービス(健康づくり)、医療サービス及び在宅ケア、リハビリテーション等の介護を含む福祉サービスを、関係者が連携・協力し、地域住民のニーズに応じて一体的、体系的に提供する包括ケアシステムの整備を推進します。

(7) へき地における歯科医療の確保

県は、地元市町村、地域の民間歯科医療機関、県・地域歯科医師会と連携を図り、へき地における口腔ケア・歯科医療の提供に努めます。

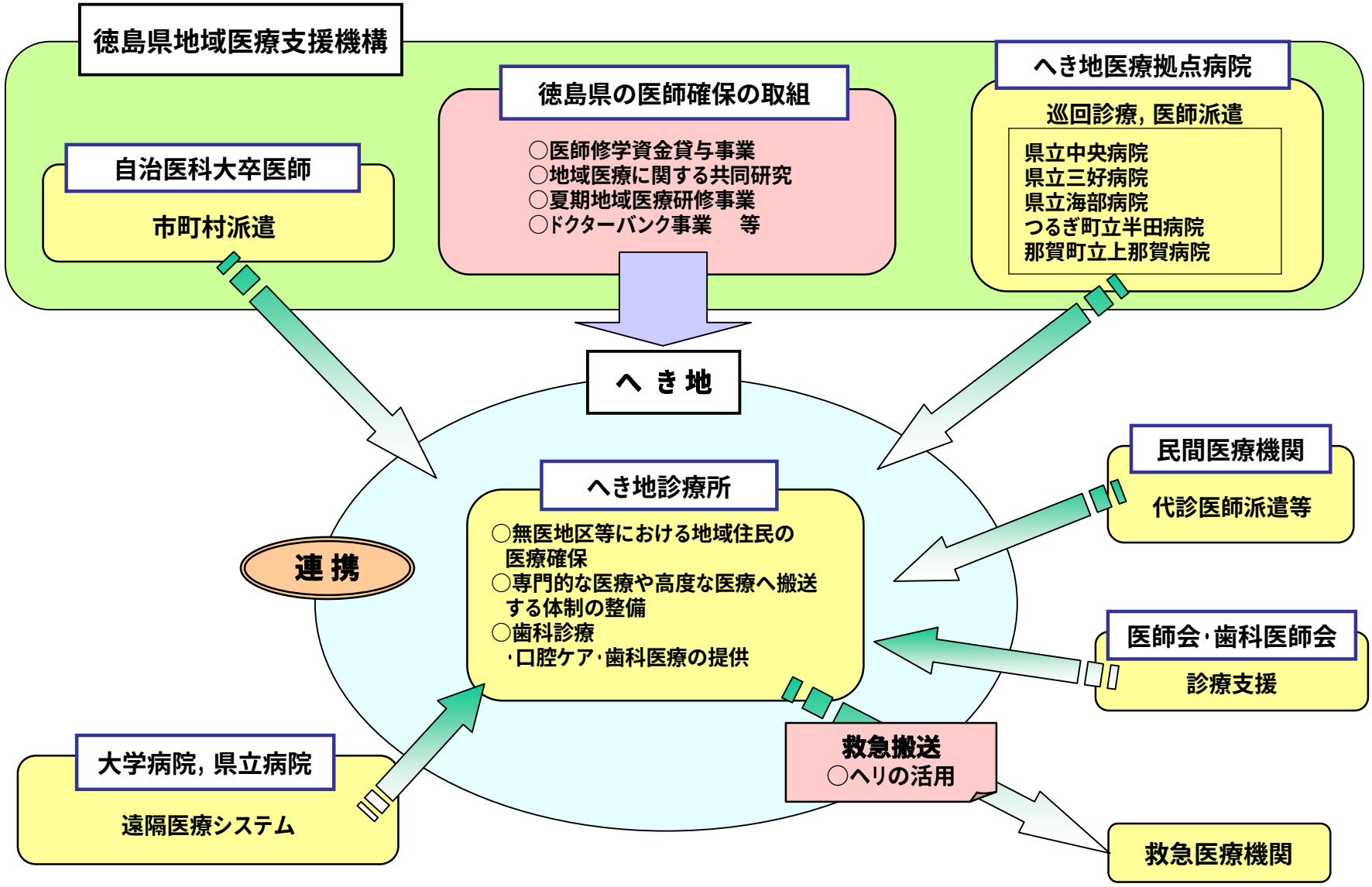
また、県歯科医師会は、県、地元市町村と連携しながら、歯科巡回診療車を活用した巡回歯科健診・診療の取り組みを推進します。

第３　数値目標

数値目標項目	直近値	平成24年度末目標値
夏期地域医療研修に参加した医学部生数 ◆	３０名 (H19)	延べ１５０名 (H19～H24)
へき地医療拠点病院数	５病院 (H19)	５病院

◆「オンリーワン徳島行動計画（第二幕）」における目標

へき地医療体制


徳島県地域医療支援機構
自治医科大卒医師
市町村派遣
徳島県の医師確保の取組
○医師修学資金貸与事業
○地域医療に関する共同研究
○夏期地域医療研修事業
○ドクターバンク事業　等
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
つるぎ町立半田病院
那賀町立上那賀病院
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
・口腔ケア・歯科医療の提供
連 携
民間医療機関
代診医師派遣等
医師会・歯科医師会
診療支援
救急搬送
○ヘリの活用
救急医療機関
大学病院，県立病院
遠隔医療システム

第４節　在宅医療体制の整備

基本的な考え方

(1) 在宅医療

居宅等における医療（以下、「在宅医療」という。）は、治療や療養を必要とする患者が、通院困難な状態にあっても居宅等の生活の場で必要な医療が受けられるように、医師が居宅等を訪問して看取りまでを含めた医療を提供するものであり、最後まで居宅等生活の場で暮らし続けたいと希望する者が必要な医療を受けられる体制の整備を推進します。

(2) 在宅における終末期医療

終末期医療とは、患者が近いうちに死が不可避とされる疾病や外傷によって病床についてから死を迎え入れるまでの医療であり、緩和ケアとは、疼痛緩和、その他諸症状のコントロール、心理的な苦痛、社会面の問題、霊的な問題への対応等を中心とする医療であり、終末期医療の一部を構成するものです。

現在、がん等治癒が困難な疾病に罹患した場合、本人又は家族に告知されることが多くなるとともに、人の価値観も多様化する中で、延命よりも生活の質（ＱＯＬ）を重視する傾向が強まっています。また、終末期を自宅で過ごし、自宅で死を迎えることを希望する人に対する在宅における緩和ケア、終末期医療を受けられる体制の整備を推進します。

現状と課題

(1) 在宅医療

人口の急速な高齢化等により、長期にわたる療養や介護を必要とする患者の増加が見込まれます。また、平成19年８月に実施した「医療に関する県民意識調査」の調査結果によると、56％と半数以上の者が「自分の最期を自宅で迎えたい。」と希望しています。

こうした希望を叶えるためには、医療機関や介護サービス提供者などの多様な機関と、医師（かかりつけ医）、歯科医師（かかりつけ歯科医）、看護師、薬剤師、ケアマネージャーなど多様な職種の連携が必要となります。また、在宅医療の提供体制の充実を図るため、平成18年度の診療報酬改定で新たに在宅療養支援診療所の制度が設けられました。

この在宅療養支援診療所は、必要に応じて他の病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション等との連携を図りつつ、24時間往診と訪問看護等を提供できる施設で、診療報酬において高い評価がされます。平成19年９月１日現在、126の診療所が社会保険事務局へ届け出ています。

(2) 在宅における終末期医療

平成11年３月、「徳島県終末期医療のあり方に関する報告書」においても、すでに、在宅の緩和ケア体制の充実が望まれ、実施に当たっては、保健、医療、福祉の人材のネットワークと連携が必要であるとの提言がされています。

終末期医療を在宅で受けるためには、保健、医療、福祉の連携はもとより、地域がん診療拠点病院や緩和ケア病棟を有する病院と連携し、終末期患者の在宅医療提供体制の充実を図る必要があります。

施策の方向

(1) 在宅患者がより快適な生活環境の中で医療が受けられるように、医療機関、医師会等の関係団体、市町村等の協力を得ながら、病院、診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護ステーション等が連携する医療体制を促進します。

(2) 脳卒中、急性心筋梗塞の患者で急性期・回復期の医療を終えた患者、がんの緩和ケア等の医療サービスを、居宅等の生活の場で受けることを希望する患者に対しては、地域連携クリティカルパスの活用により、かかりつけ医が適切な医療を提供できる体制の構築を図ります。また、今後増加が見込まれる寝たきりなど在宅で療養する高齢者等に対し、訪問歯科診療を推進します。

(3) 在宅患者が地域において安心して療養生活を送ることができるよう、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、在宅介護支援センター等の連携により、昼夜を問わない診療、看護、介護を地域で確保し、在宅医療の基盤整備を推進します。

第５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り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)「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律」（以下「改正医療法」という。）により、「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」と定められました。

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ることとなりました。

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、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) 県の取り組み

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15年度から平成17年度にかけて医療安全文化創生懇話会を開催し、医療安全への取組が日常的な「文化」として根付くことを目指し、県民、医療機関、団体及び行政が、その普及を促進し、医療安全文化の醸成の促進を図っています。

2　医療安全支援センター

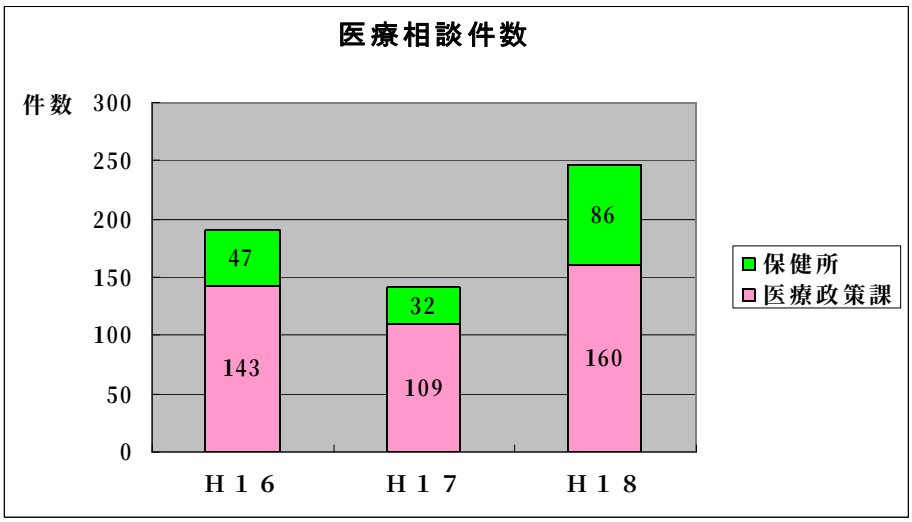
(1) 改正医療法により、「都道府県は医療安全支援センターを設置するよう努める」と規定されています。

> 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) 県の取り組み

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18年度の相談件数は246件（うち医療政策課160件、保健所86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、改正医療法の趣旨を踏まえた取り組みを推進します。

① 医療機関の取り組み

ア　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。

イ　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。

ウ　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。

エ　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り組みは限界があることから、医療事故の防止に向け、組織的な取り組みを進めます。

オ　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 県の取り組み

ア　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、改正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。

イ　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。

ウ　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) 国において新たに設けられた「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。

(4) 国において、裁判外紛争処理及び患者救済等の制度について検討を行います。

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では、専門の知識や技能を身につけた職員が配置され、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えることが必要です。

(2) 医療安全推進協議会の設置

医療安全支援センターの運営方針や地域における医療安全の推進のための方策等を検討するため医療安全推進協議会の設置について検討します。

第６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、「感染症、医薬品、食中毒、飲料水汚染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危機の発生予防、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。

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、腸管出血性大腸炎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を拡大させるため、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危惧や南海地震発生に対する脅威が高まっており、県民の不安解消のための対策の充実も重要な課題です。

このような健康危機管理の業務に的確に対応することは、重要な行政課題となっています。

そのため、県において、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、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強化を図る必要があります。

現状と課題

地域保健法（平成６年制定）に基づく「地域保健対策の推進に関する基本的指針」（平成６年厚生省告示）が、平成12年３月に改正され、「地域における健康危機管理体制の確保」、「保健所の地域における健康危機管理の拠点としての機能の強化」が追加されました。

その中で、県の取り組むべき事項として、

１ 健康危機管理体制の構築（保健衛生、警察、消防、関係機関、団体等）
２ 健康危機管理に際しての役割の明確化
３ 健康危機情報が一元的に管理されたトップダウン体制の構築
４ 健康危機管理の手引書の作成（県レベル、地域（保健所・市町村）レベル）
５ 人材育成、機器整備、手引書に基づいた訓練
６ ボランティアとの連携、精神的ケア対策
７ 救急医療体制の整備、健康危機情報の収集、分析及び提供

などが示されました。

また、平成13年３月には、厚生労働省で「地域健康危機管理ガイドライン」が、「地域における健康危機管理のための手引書」の参考として策定されました。

これにより、本県では、平成14年度から体制の整備に向けて検討を進め、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」を設置することとしました。また、地域の拠点となる各保健所でも、発生時の所内での対応を取り決めたマニュアルを作成しました。

今後は、健康危機の発生の未然防止、危機発生時に備えた準備などの「平常時の対応」、「発生時の対応」、健康危機による被害の回復などの「事後の対応」など、「平常時・発生時・事後」それぞれの段階での対応体制の整備や、地域における関係機関との連携による地域連携体制の構築が必要です。

施策の方向

１　危機管理体制の強化

県においては、県庁内関係課・関係部署、消防、警察、関係団体等による「健康危機管理体制連絡会議」等を開催し、県内の健康危機管理体制を構築するとともに、各関係機関の役割を明確にします。

地域においては、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強化を図るための「地域連携会議(仮称)」を開催し、地域の実情に応じた連携体制を構築します。

２　健康危機管理のマニュアル（手引書）の検証等による体制整備

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」などの検証を通じて体制整備を図ります。

３　原因究明体制の整備

健康危機管理のポイントは、初動体制の整備と原因究明です。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体制の整備を図ります。

４　関係者の訓練・研修

健康危機管理の関連機関の職員が、役割と任務について共通認識を持ち、危機発生時に適切な対応ができるよう、日頃の研修を充実させるとともに、ボランティアとの連携も図りながら、関係機関・団体等の協力を得た訓練を適宜実施します。

２　健康増進（健康徳島２１の推進）

基本的な考え方

健康はすべての人の願いであり、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、主体的に、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、個人の主体的な取り組みとともに、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

公衆衛生水準の向上、医療提供体制の充実、医学医術の進歩、豊かな食生活などにより、県民の健康水準は着実に向上してきています。

しかしながら、急速な少子高齢化の進展等に伴い、疾病全体に占める糖尿病等の生活習慣病の割合が増加するなど疾病構造は大きく変化し、また、生活習慣病の発症に大きく関わる「メタボリックシンドローム」の概念が世界的に提唱されるようになってきています。

このような疾病構造の変化に対応するため、国においては「治療重点の医療から、疾病の予防を重視した保健医療体系への転換」を図ることとし、生活習慣病対策の充実強化、総合的推進を求められることとなりました。

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年から14年連続して糖尿病死亡率が全国最下位を記録するなど、生活習慣病対策は緊急かつ重要な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「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。

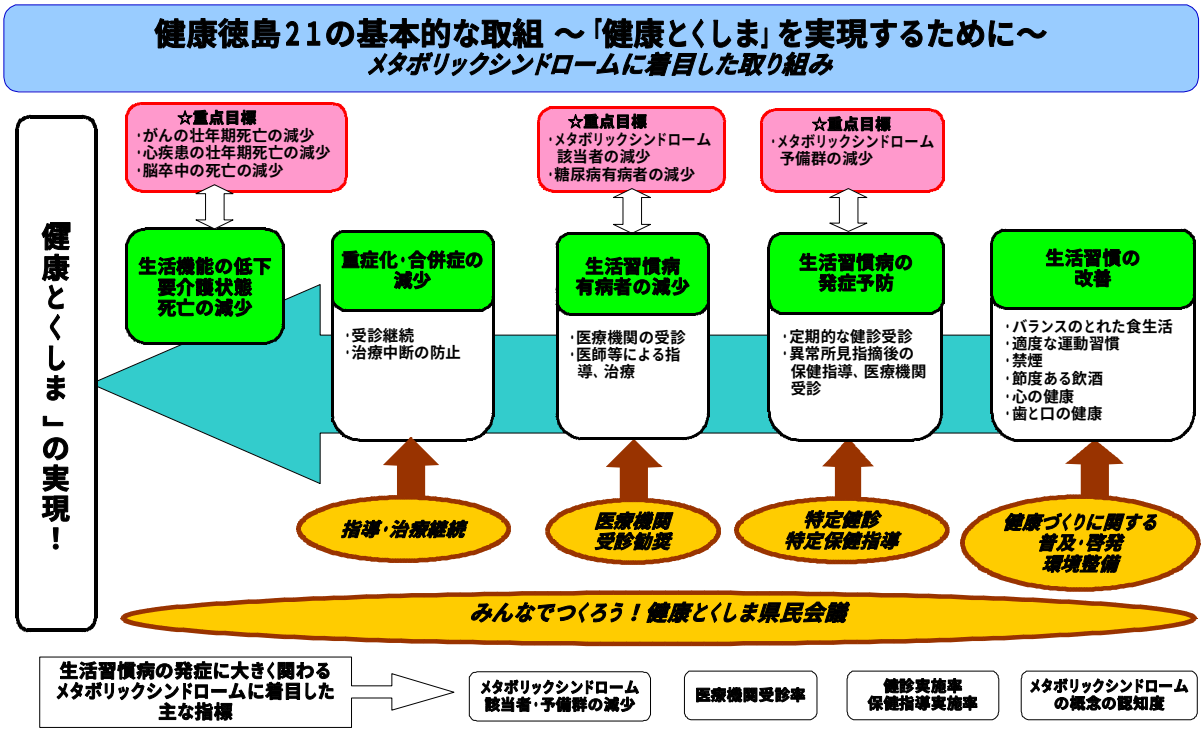
３　健康徳島２１の改定

国においては、医療制度改革において、国民の生活習慣改善に向けた普及啓発を積極的に進めることなど、疾病予防の重視を柱の一つとし、「健康日本２１」を改定するとともに、都道府県健康増進計画の充実強化を求めています。

このような状況を踏まえ、本県においても「健康徳島２１」を改定することとしました。

改定の概要は次のとおりであり、計画期間を平成24年度までとしています。

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「生活習慣の改善」「生活習慣病の発症予防」「生活習慣病発症の減少」「重症化・合併症の予防」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
糖尿病	平成9年県民健康栄養調査 有病者:29,000人 ※対象:40～74歳	有病者を１５%減少させる。
がん	平成10年人口動態統計調査 壮年期死亡:500人 壮年期人口10万対死亡率:131 ※壮年期:30～64歳	壮年期死亡を２０%減少させる。
心疾患	平成10年人口動態統計調査 壮年期死亡：159人 壮年期人口10万対死亡率:42 ※壮年期:30～64歳	壮年期死亡を２５%減少させる。
脳卒中	平成10年人口動態統計調査 死亡：1,119人 人口10万対死亡率:135	死亡を２５%減少させる。
メタボリックシンドローム	平成11年県民健康栄養調査（補完） 有病者・予備群　122,000人 ※対象:40～74歳	有病者・予備群を１０%減少させる。

施策の方向

１　「健康とくしま運動」の推進

県内各層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、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（仮称）

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「健康とくしま憲章」（仮称）を制定することにより、さらに県民の健康づくり意識の高揚を図ります。

(4) 健康増進普及

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、健康づくりの取り組みを推進します。

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すほか、「健康・医療クラスター創成事業」充実強化の一環として徳島大学病院に設置された「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や、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　健康診査等の推進

生活習慣病の発症リスク要因である肥満、高血圧症、高脂血症、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る「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ます。また、がん検診や肝炎ウイルス検診等の各種検診の受診率向上に努めます。

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、集団給食施設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を身につけたり、総合型地域スポーツクラブの育成等により生涯スポーツを推進し、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

歯周病と糖尿病とは相関関係が強いなど、歯周病予防が生活習慣病予防にもつながることから、「徳島県歯科保健計画」（徳島8020推進計画）に基づき、8020運動を推進します。

３　母子保健医療対策

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　本県の母子保健指標

「第３節　３　周産期医療体制の整備」を参照

２　市町村における母子保健事業の推進

地域保健法成立による母子保健法の改正により、平成９年度から身近な母子保健サービスが市町村に委譲され、地域の実情に応じたサービスが提供されています。

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、小児肥満や高脂血症など成人病の危険因子を持つ子供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あるが、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る必要があります。

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間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を、

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、児童相談所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) 母子保健情報システム

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

乳幼児等はぐくみ医療助成事業、小児慢性特定疾患治療研究事業、自立支援医療（育成医療)、未熟児養育医療の医療援護事業の充実を図ります。

(5) 不妊治療の推進

不妊及び遺伝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

正しい生活習慣病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

４　高齢者保健医療福祉対策

基本的な考え方

団塊の世代が65歳以上となる2015年を念頭に置いて、すべての県民が個人として尊重され、安心して高齢期を迎え、生涯にわたり生きがいを持って生活を送ることができるよう、地域における生きがいづくりや社会参加を支援することにより、住み慣れた地域で安心して暮らせる豊かな長寿社会づくりを目指します。

また、できる限り寝たきりや認知症などの要介護状態になったり、要介護状態がさらに悪化することがないよう予防の取り組みを重視します。

さらに、介護が必要になっても、自らの希望と選択に基づいて、家庭や地域において、その有する能力に応じた「必要なサービスを必要な人に」適切かつ総合的に提供できる体制づくりを推進することを基本理念とする「とくしま長寿プラン（徳島県高齢者保健福祉計画・介護保険事業支援計画)」を、市町村と一体となって着実に推進します。

現状と課題

１　高齢者等の状況

本県の高齢化率は、平成17年10月の国勢調査によると24.4%で全国第８位となっており、全国平均(20.1%)を大きく上回っています。

今後、総人口は減少していくが、団塊の世代が高齢者の仲間入りをするなど高齢者人口は増加し、さらに高齢化は進行すると見込まれます。

特に、介護を必要とする割合の高い後期高齢者（75歳以上の高齢者）の増加が見込まれており、それに伴い介護を必要とする高齢者の増加が予測されます。

また、単身や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、核家族化や少子化により、今後もこの傾向は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。

2　高齢者保健福祉施策の現状

県においては、平成12年３月に「とくしま長寿プラン」を策定し、３年ごとの見直しを行いながら、計画に基づいた介護サービスの基盤整備及び高齢者保健福祉施策の展開を図ってきたところであり、平成18年３月には「とくしま長寿プラン(2006-2008)」を策定したところです。

これら計画の推進により、本県の高齢者保健福祉サービスは全国的に見て高い水準となり、介護保険制度や高齢者保健福祉施策の浸透、定着が図られてきた一方で、要介護認定者の増加やサービス利用の拡大により、介護にかかる費用も増加しています。

なお、とくしま長寿プランは、平成19年度策定の「地域ケア体制整備構想」を踏まえ、平成20年度に見直しを予定しています。

要支援･要介護認定者の見通し

(単位:千人)

	平成17年(2005)	平成22年(2010)	平成27年(2015)	平成32年(2020)	平成37年(2025)	平成42年(2030)	平成47年(2035)
要介護･要支援認定者数	43	47	50	53	54	56	60
	100	110	117	124	128	132	140
うち重度者(要介護度4～5)	8	9	10	11	11	11	13
	100	113	123	131	135	137	154
認定者に占める重度者の割合	18.6%	19.1%	20.0%	20.8%	20.4%	19.6%	21.7%

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、介護予防や日常生活の支援が一層重要となるとともに、高齢化の進展や高齢者を取り巻く社会環境の変化に伴い、ひとり暮らし、認知症など様々な生活課題を抱える高齢者が増加し、その課題も多様化してきていることから、高齢者を地域全体で支える体制づくりが大きな課題となっています。

（重点課題）

① いきいきとした高齢者づくりの推進
② 地域で支え合う環境づくりの推進
③ 介護サービスの充実と質の向上
④ 豊かな長寿社会への気運づくりの推進

施策の方向

重点課題について、市町村と連携しながら、次の基本方針に従い各種の事業推進を図るものとします。

1　いきいきとした高齢者づくりの推進

明るく活力に満ちた高齢社会を確立するためには、高齢者自身が地域社会の中で自らの経験と知識を活かして積極的な役割を果たしていくような社会づくりが重要となります。

そうした観点から、活動的で生きがいに満ちた「活動的な85歳」を目標として、地域における生きがいづくりや社会参加を支援するとともに、年齢にとらわれず健康で活動的な高齢者が地域活動に積極的に参加し、地域社会を支える役割を担う環境づくりを行い、もって「いきいきとした高齢者づくり」を推進します。

2　地域で支え合う環境づくりの推進

徳　島　県　の　人　口

区分	H2年	H7年	H12年	H17年	H22年	H27年
総人口	83.2万人	83.2万人	82.4万人	81.0万人	78.8万人	76.2万人
0歳～14歳	18.0%	15.9%	14.2%	13.1%	12.2%	11.2%
15歳～64歳	66.3%	65.1%	63.8%	62.6%	61.3%	58.3%
65歳以上	15.1%	18.9%	21.9%	24.2%	26.6%	30.5%

高齢者の多くが、住み慣れた地域で安心して暮らし続けることを望んでいます。

このためには、ひとり暮らし高齢者、支援を必要とする高齢者はもとより、介護が必要な状態になっても安心して生活を送ることができるよう、高齢者を地域全体で支える体制づくりが重要となります。

そうした観点から、高齢者の事故防止、孤独感の解消、防災対策面等、生活全般を支えられる環境づくりをはじめ、介護予防事業や総合相談・支援事業を行う地域支援事業を積極的に展開するとともに、保健、医療、福祉における関係機関との幅広い連携を確保することにより、高齢者が住み慣れた地域で自立した生活を継続できる「地域で支え合う環境づくり」を推進します。

また、今後増加が予想される認知症高齢者支援については、認知症に関する県民全体の正しい知識と理解の浸透とともに、地域の関係者によるネットワークの構築等、地域における支援体制の整備を図ります。

3　介護サービスの充実と質の向上

介護サービスについては、高齢者が介護を必要とする状態になってもできる限り住み慣れた地域や家庭で自立した生活を送れるよう居宅サービス及び地域密着型サービスの充実に努めるとともに、軽度者に対する介護予防の推進に努めます。

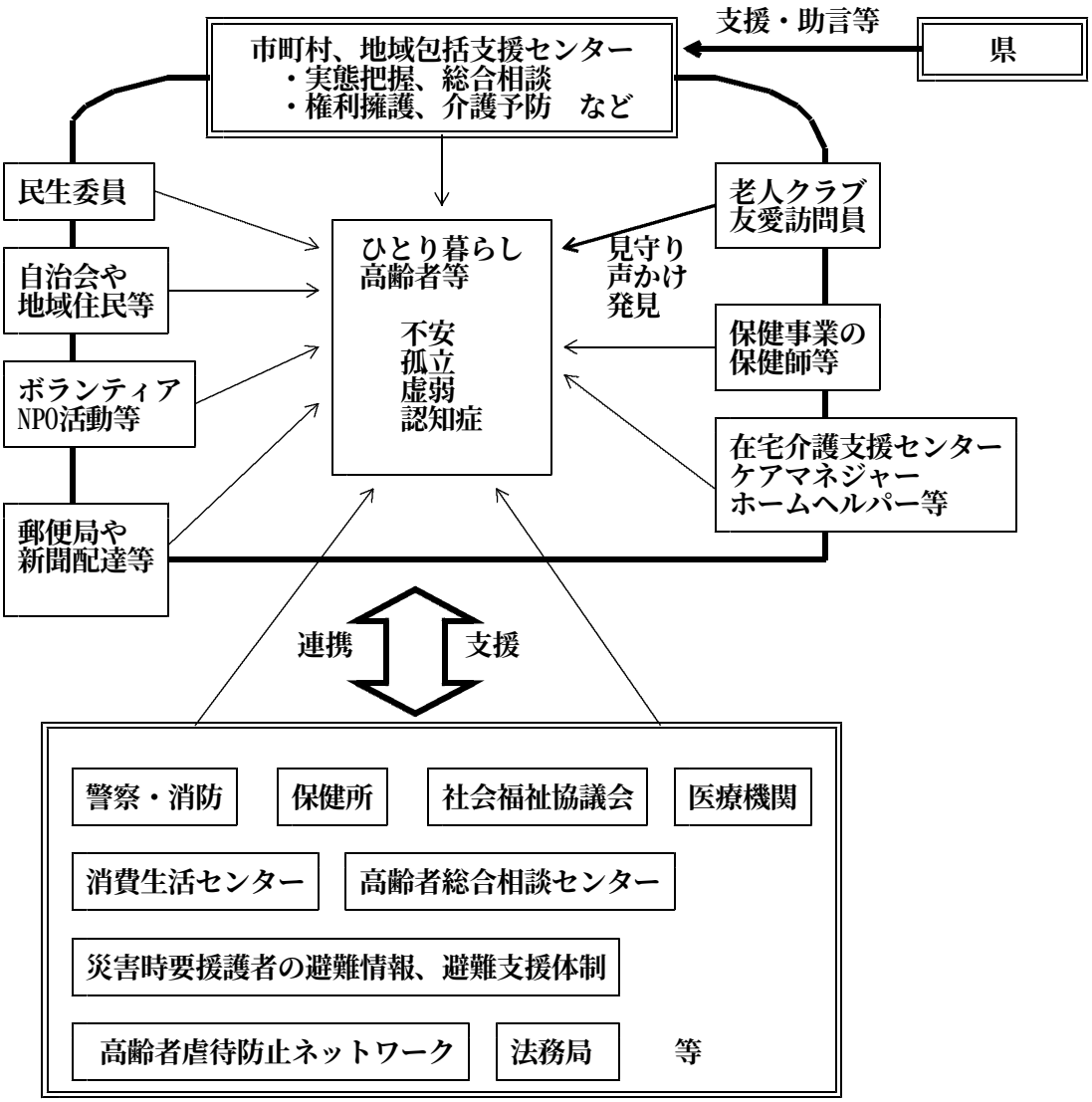
さらに、介護度が重度化し、365日、24時間の安心が得られる施設サービスを利用することになった場合にあっても、施設での生活を限りなく在宅での生活に近いものにし、高齢者の意思や自己決定を最大限尊重したものになるよう、ユニットケアの導入など、施設サービスの充実を推進します。

また、介護サービスに携わる人材の養成や資質向上のための研修体制の整備を図るとともに、介護サービスに係る利用者保護、高齢者や家族に対する各種相談援助体制の充実を図ります。

4　豊かな長寿社会への気運づくりの推進

すべての県民が高齢社会への認識を深められるよう、広報、啓発を積極的に推進するとともに、県民一人ひとりがそれぞれの立場で参画し、地域における住民相互の支え合いやボランティア等の役割を担うなど高齢社会の展開を踏まえた自助・共助・公助のバランスがとれた豊かな長寿社会づくりに向けた気運づくりを推進します。

ひとり暮らし高齢者等支援ネットワーク・イメージ



5　精神保健医療福祉対策

基本的な考え方

精神保健とは精神障害者だけでなく、こころの健康を保とうとするすべての人々を対象とし、精神障害を予防・治療し、こころの健康を保持・増進させることを目指すものです。

社会環境の急速な変化に伴うストレスの増大から、こころの健康問題が年齢を問わずに深刻な課題となっており、このような現代社会において、こころの健康を保持増進し、また、地域で安心して暮らしていくためには、「心の健康づくり」をはじめとし、相談支援体制の整備、適切な精神医療の確保及び社会復帰体制の整備など地域精神保健医療福祉対策の更なる充実が求められています。また、精神障害者に対する偏見を是正するための普及啓発事業も併せて重要となります。

平成18年４月に障害者自立支援法が施行となり、従来の「精神障害」「知的障害」「身体障害」の各３害の制度の一元化やサービス体系、施設体系の再編が「徳島県障害福祉計画」「新徳島県障害者施策長期計画」の基に実施されることになり、今後は他の障害と同じ枠組みの中で総合的かつ計画的に進められることになります。

今後さらに、県民の「こころの健康増進」と「精神障害者の自立と社会参加の促進」を図るには、ライフサイクルに沿った保健、医療、福祉等の関係機関及び関係者のなお一層の連携強化が必要となります。

現状と課題

１　障害者自立支援法の施行

平成18年４月本法施行の基に、精神障害者が地域で自立した生活が送れる支援体制については、市町村が実施主体となり推進することとなりました。

県は、市町村事業が円滑に推進できるよう助言や情報の提供等の援助を行うと共に、より専門性の高い相談支援や・広域的事業を実施することとなります。

今後ますます市町村・関係機関団体等とのより協働したきめ細かな対応が望まれます。

２　普及啓発事業

精神障害者が地域生活を送る中で、誤解や偏見が支障となることがあります。

そこで、一般県民に正しい知識をもってもらうため、各種相談や講演会等の啓発事業について、今後とも継続的な取り組みが必要です。

３　精神科医療

本県の精神病床を有する病院数は、平成19年８月末現在で18施設です。

病床数・入院患者数・措置患者数とも年々減少する傾向にあるものの人口10万人当たりでは依然として全国平均を大きく上回っており、また、入院患者の平均在院日数（平成17年度病院報告）についても当県は532.7日と全国平均の327.2日に比べかなり長期となっています。

また、通院医療費公費負担利用数は年々増加していますが、今後は、精神科デイケア、訪問看護等外来部門を充実させ、なお一層在宅医療の推進を図る必要があります。

また、受け入れ条件が整えば退院可能な精神障害者の退院促進・社会復帰促進に向けての地域ケア体制の取り組みも課題です。

なお、在宅精神障害者が安心して生活していくための、休日、夜間における精神科救急医療システムについては、現在全圏域(県指定病院14精神科病院）において実施していますが、今後さらに全圏域でのフルタイム化等支援体制の充実も課題です。

精神障害者の推移　　（　単位:人　）

	H15	H16	H17	H18	H19
通院医療費公費負担者数（各年3月31日現在）	4,561	5,060	5,664	5,922	6,041
精神科病院在院患者数（各年６月30現在）	4,036	3,894	3,834	3,696	3,591

精神科病院在院患者数等の推移（年次別）

（各年6月30日現在）

年度	区分＼項目	人口（千人）	精神科病院数	精神病床数	人口万対病床数	在院患者数A	病床利用率（%）	人口万対在員患者数	措置患者数B	人口万対措置患者数	措置率B/A
50	本県	792	19	3,516	44.4	3,387	96.3	42.8	1,132	14.30	33.4
	全国	110,049	不明	278,079	25.3	278,793	100.3	25.3	63,888	5.80	22.9
14	本県	823	21	4,340	52.7	4,038	93.0	49.1	36	0.43	0.9
	全国	127,290	1,664	354,721	27.9	330,050	93.0	25.9	2,767	0.22	0.8
15	本県	821	21	4,303	52.4	4,036	93.8	49.2	38	0.46	0.9
	全国	127,290	1,667	355,269	27.9	329,555	92.8	25.9	2,466	0.20	0.8
16	本県	816	20	4,213	51.6	3,894	92.4	47.7	33	0.40	0.8
	全国	127,687	1,671	354,923	27.8	326,613	92.0	25.6	-	-	-
17	本県	811	20	4,152	51.2	3,834	92.3	47.3	30	0.37	0.8
	全国	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
18	本県	806	19	4,071	50.5	3,696	90.8	45.9	28	0.35	0.8
	全国	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

精神科救急医療システム実施状況（平成19年度）

【実施圏域】

東部圏域：徳島市・鳴門市・松茂町・北島町・藍住町・板野町・石井町・神山町・佐那河内村・上板町・小松島市・勝浦町・上勝町・阿波市・吉野川市

西部圏域：美馬市・つるぎ町・三好市・東みよし町

南部圏域：阿南市・那賀町・美波町・牟岐町・海陽町

【実施時間】

東部圏域（8病院対応）：休日（日曜・祝日及び振替・年末年始）・平日（休日以外）

西部圏域（4病院対応）：平日（月曜日から金曜日まで）

南部圏域（2病院対応）：平日（週3回　月曜日、水曜日、木曜日）

【救急輪番病院】

東部圏域（8病院）：城西病院・田岡東病院・第一病院・緑ヶ丘病院・城南病院・川内病院・南海病院・藍里病院

西部圏域（4病院）：桜木病院・折野病院・秋田病院・ゆうあいホスピタル

南部圏域（2病院）：藤井病院・冨田病院

4　精神障害者の自立と社会参加の促進

精神保健福祉法及び障害者自立支援法事業において実施している社会復帰施策は、主に次のようなものです。

(1) 医療機関等における訪問看護ディケア事業等
(2) 精神保健福祉センターにおけるデイケア事業
(3) 社会復帰施設の整備・運営事業
(4) 精神障害者社会適応訓練事業
(5) 自立支援給付システム事業（介護給付事業）
(6) 自立支援給付システム事業（訓練等給付事業）
(7) 自立支援給付システム事業（地域生活支援事業）

精神障害者の自立と社会参加を促進するためには、引き続き、計画的な整備が必要です。

施策の方向

１　心の健康づくり施策の推進

市町村・医療機関及び関係機関等との連携を強化することにより、保健所、精神保健福祉センターを中心とした専門的精神相談(各ライフステージにおける複雑多様なこころの相談）の指導体制を一層充実します。また、住民が気軽に相談できるよう一般的精神相談の市町村窓口体制の充実を支援します。

社会的問題となっている自殺問題については、民間団体等関係機関と連携し、自殺予防に関する正しい知識の普及促進を図るとともに、精神保健福祉センター等地域の「心の健康相談」に関する窓口を充実します。特に、自殺の背景として深く関わっているうつ病等精神疾患対策を行うことにより、県民の自殺リスクが低減するよう努めます。

２　普及啓発事業の推進

精神障害者に対する正しい理解の促進のために市町村等と連携し、普及啓発活動の推進を図ります。

３　精神科医療体制の充実

(1) 精神科病院の機能分化や療養環境の改善、解放処遇の促進等を通して、精神障害者の人権に配慮した適切な医療の確保に努めます。

(2) 民間精神科病院では対応困難な重度の精神障害者や合併症、急性期の精神疾患等に対応可能な専門的治療施設の整備に努めます。

(3) 退院可能な状態にある精神障害者の地域生活への移行を促進するためサービス基盤の整備とともに、精神科医療機関と他の医療機関との連携体制等の充実を図ります。

(4) 精神科救急医療体制については、全圏域フルタイム体制の充実を図ります。

(5) 精神科デイケア施設等の充実を図るとともに、継続的な在宅医療が行われるように通院医療公費負担制度及び訪問看護等の普及等の体制を確立します。

(6) 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に関する法律(平成15年法律第110号）第42条第１項第１号に基づく決定を受けた者に対する医療の確保及び社会復帰支援体制等については、関係医療機関及び関係機関及び徳島保護観察所との連携の強化に努めます。

４　精神障害者の自立と社会参加の促進

(1) 精神障害者の地域での暮らしを支えるために相談機能の充実や、在宅福祉サービスの普及とともに、 保健・医療・福祉・民間団体等の関係者ネットワーク化の推進を図り、当事者会・家族会の組織化等精神障害者の自立性・主体性を高める活動の支援に努めます。

(2) 新たな障害者である高次脳機能障害者の支援については、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。

(3) 家族会や当事者会、また、精神保健ボランティア組織の育成を支援します。

(4) 精神障害者の就労や社会的自立を図るため、社会適応訓練事業や障害者自立支援法に基づく事業体制等を推進します。

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・施設体系の再編が図られているところです。

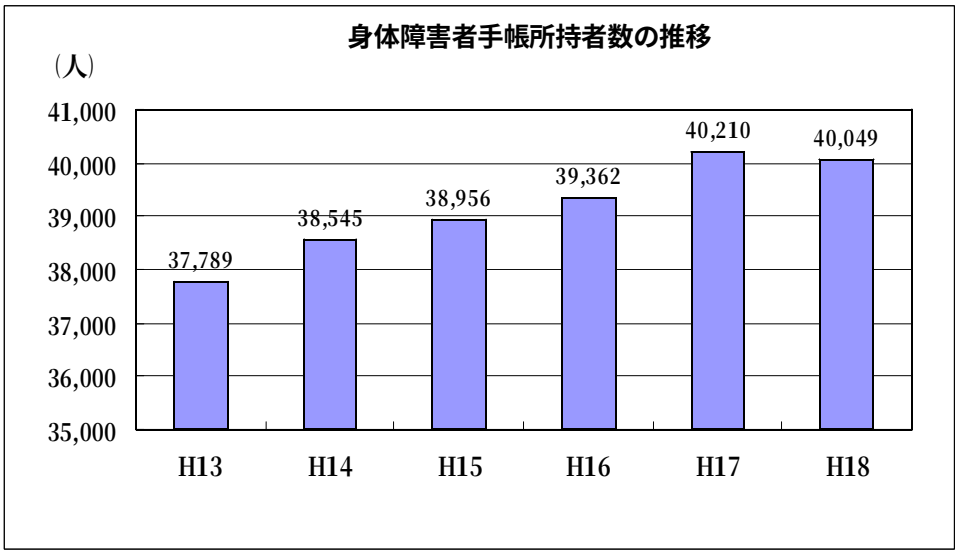
障害者が住み慣れた地域社会のなかで、主体性と自立性を確立するとともに、ライフステージのすべての段階において、自らの生活を積極的に営んでいくことを可能とする総合的な施策の推進が重要となってきているため、広域的な障害保健福祉圏に基づき、保健、医療、福祉の一層の連携強化を図る必要があります。

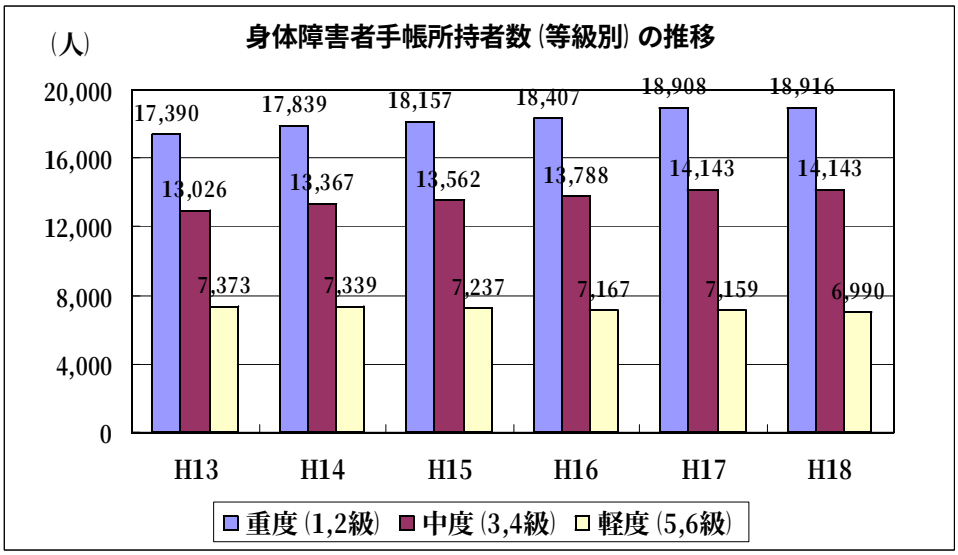
現状と課題

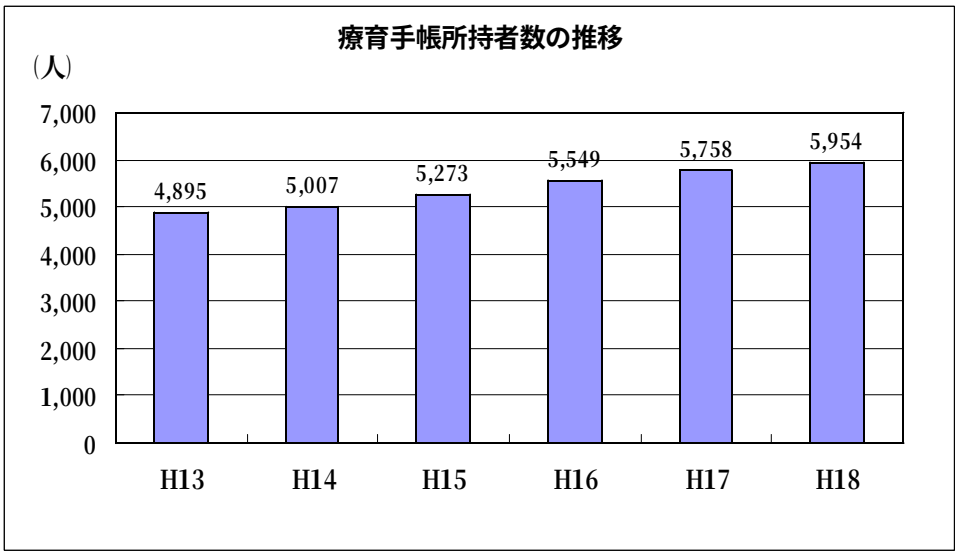
１　障害者の状況

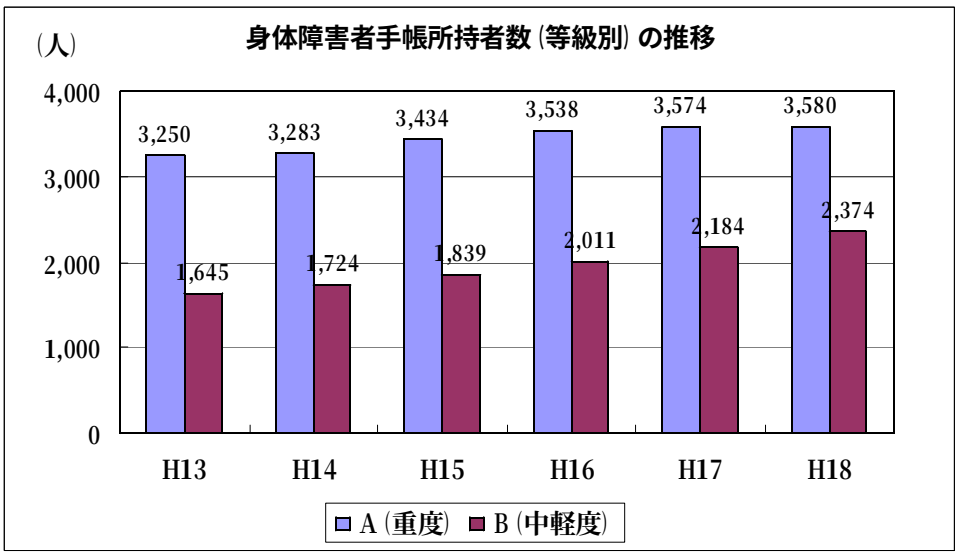
平成19年３月末現在、本県の障害者数は身体障害者(児)（身体障害者手帳所持者）が40,049人、知的障害者（児）（療育手帳所持者）が5,945人、精神障害者（精神障害者保健福祉手帳所持者）が2,413人となっており、実数、県人口に占める割合とも増加傾向にあります。

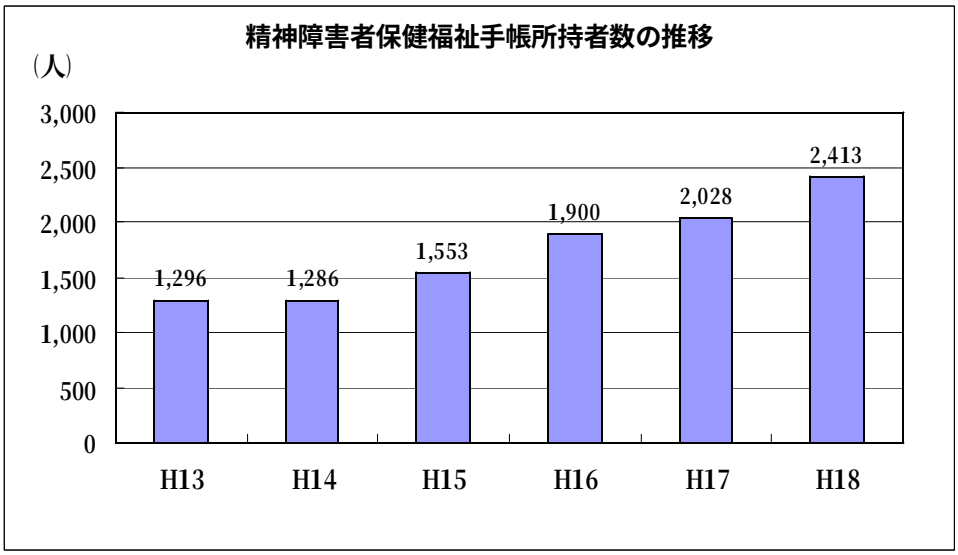
身体障害者（児）及び知的障害者（児）の障害の重度化、重複化が顕著になるとともに、障害者の高齢化も一層進行しており、これらへの的確な対応が課題となっています。

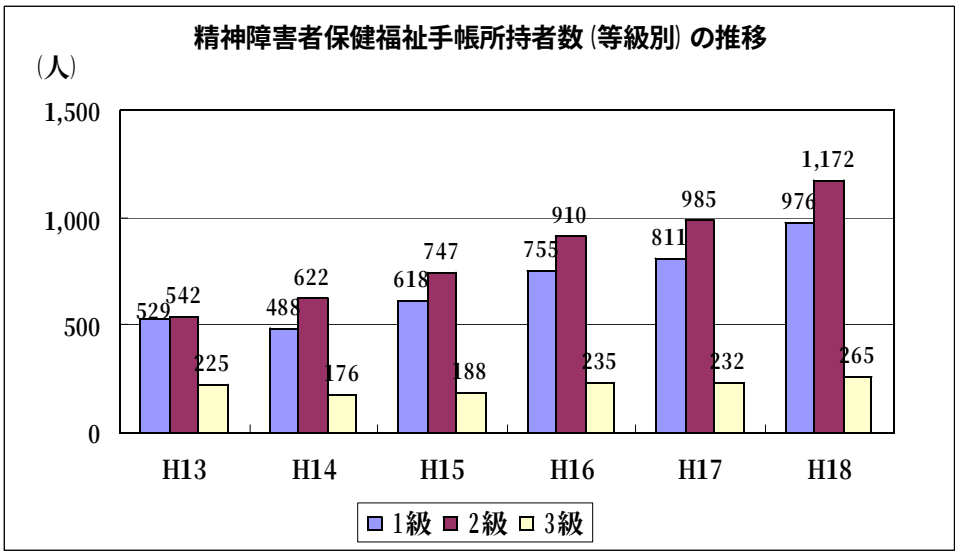



身体障害者手帳所持者数（等級別）の推移
（人）
20,000
16,000
12,000
8,000
4,000
0
17,390
13,026
7,373
17,839
13,367
7,339
18,157
13,562
7,237
18,407
13,788
7,167
18,908
14,143
7,159
18,916
14,143
6,990
H13
H14
H15
H16
H17
H18
重度（1,2級）
中度（3,4級）
軽度（5,6級）


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
4,895
5,007
5,273
5,549
5,758
5,954
H13
H14
H15
H16
H17
H18


身体障害者手帳所持者数（等級別）の推移
（人）
4,000
3,000
2,000
1,000
0
3,250
1,645
3,283
1,724
3,434
1,839
3,538
2,011
3,574
2,184
3,580
2,374
H13
H14
H15
H16
H17
H18
A（重度）
B（中軽度）





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である「徳島県障害福祉計画」を平成19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、「新徳島県障害者施策長期計画」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。

<u>施策の方向</u>

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

肢体不自由児施設、重症心身障害児施設、重症心身障害児（者）通園事業の実施施設及び児童相談所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、発達障害者支援センターにおいて、児童相談所、保健所、教育関係機関、医療関係機関などの関係機関と連携を図りつつ、相談、指導、助言など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。

なお、徳島赤十字病院跡地を活用し、発達障害児・者とその家族が抱える不安の軽減を図り、発達障害者の「自立と社会参加」を進めるため、発達障害者支援センターが中心となり、福祉・教育・医療・就労が連携する「発達障害者支援ゾーン（ハナミズキ・プロジェクト）」を形成し、発達障害児・者への総合的な支援が行える体制を整備します。

3　医療・リハビリテーションの充実

(1) 医療（体制）の充実

ア　「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。

イ　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。

ウ　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。

エ　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。

オ　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

ア　県や市町村における障害者に対する相談支援体制を充実します。

イ　発達障害者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。

ウ　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。

エ　在宅の重症心身障害児（者）等の地域における生活を支えるため、身近な地域で療育指導等が受けられる療育機能の充実を図ります。

(2) ボランティア・ＮＰＯ法人との連携強化

障害のある人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･朗読、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地域福祉権利擁護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、ホームヘルプサービス、重度訪問介護、行動援護などの訪問系サービスの取り組みを支援します。

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のある人を支援するために、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、生活の改善、身体機能の向上など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、児童デイサービスの実施を支援します。

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などに対応するため、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など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入所施設入所者や、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など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、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18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24.0（全国平均20.6）であり全国第５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22.4（全国平均17.2）で全国３位となっています。

年間新規登録患者数は減少傾向を示しており、平成18年は193人で、５年前（平成13年）と比べ83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17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32床～47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

種別	医療圏	医療機関名	病床数	うち運用病床
第二種 (結核病床)	東部Ⅰ	徳島大学病院	１４床	１４床
		県立中央病院	１０床	１０床
		国立病院機構東徳島病院	５０床	５０床
	南部Ⅰ	町立勝浦病院	５床	０床
	南部Ⅱ	県立海部病院	４床	４床
	西部Ⅱ	市立三野病院	１０床	１０床
		県立三好病院	１０床	１０床
合計			１０３床	９８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19年４月に改正され、最近の海外における感染症の発生の状況、保健医療を取り巻く環境の変化等を踏まえ、総合的な感染症予防対策を推進するため、入院、検疫等の措置の対象となる感染症の類型の見直し等がなされました。

近年の感染症発生状況は、海外で罹患したと推定されるケースが増えています。さらに、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、新型インフルエンザの出現が強く懸念されていることからも、海外からの感染症病原体の侵入及び二次感染に対する予防対策が重要となっています。

一方、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きています。

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、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床が整備予定です。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、３病院14床整備されており、さらに１病院５床が整備予定です。

県内の感染症病床の状況

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Ⅰ	徳島大学病院	６床	
		県立中央病院		５床
	南部Ⅱ	県立海部病院	４床	
	西部Ⅱ	県立三好病院	４床	
合計			１４床	７床

感染症発生届出数

区分	感染症名	H16年	H17年	H18年						
				合計	徳島	阿南	美波	吉野川	美馬	三好
三類	コレラ	1								
	細菌性赤痢	4								
	腸管出血性大腸菌感染症	19	16	49	44	1		4		
四類	つつが虫病	3	1							
	日本紅斑熱	10	5	1		1				
	レジオネラ症		1							
	A型肝炎	1	2	1	1					
五類	ウイルス性肝炎 (E型肝炎及びA型肝炎を除く。)	1	1							
	アメーバ赤痢	2	2	5	5					
	クロイツフェルト・ヤコブ病	1	3	1	1					
	劇症型溶血性レンサ球菌感染症	1								
	後天性免疫不全症候群	3	1							
	ジアルジア症	1	1							
	梅毒	15	6	4	2			1		1
	破傷風		3	1	1					
合計		62	42	62	54	2	0	5	0	1

（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、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47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６万８千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、正確な情報を医療機関や市町村等の関係機関へ提供を推進します。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

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ます。

現状と課題

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123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45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17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。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10年度から難病患者等の生活の質(ＱＯＬ)の向上を目指した福祉施策として難病患者等居宅生活支援事業、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。今後もこれらの事業が活用されるよう普及啓発を行うとともに関係機関との連携強化に努めます。

難病拠点・協力病院一覧

医療圏	医療機関名	拠点病院	協力病院	指定年月
東部Ⅰ	徳島大学病院		○	平成12年11月
	健康保険鳴門病院		○	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
東部Ⅱ	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Ⅰ	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
南部Ⅱ	県立海部病院		○	平成12年11月
西部Ⅰ	つるぎ町立半田病院		○	平成12年11月
西部Ⅱ	県立三好病院		○	平成12年11月
	三好市健康保険市立三野病院		○	平成19年 4月
合計		１	１２	

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、ハローワークなどの関係機関における連携体制を強化し、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、県健康増進課に置くが、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)。

２　難病患者地域支援対策推進事業

きめ細かな支援が必要な要支援難病患者に対する適切な在宅療養支援が行えるよう、２次医療圏ごとに１か所設置している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。

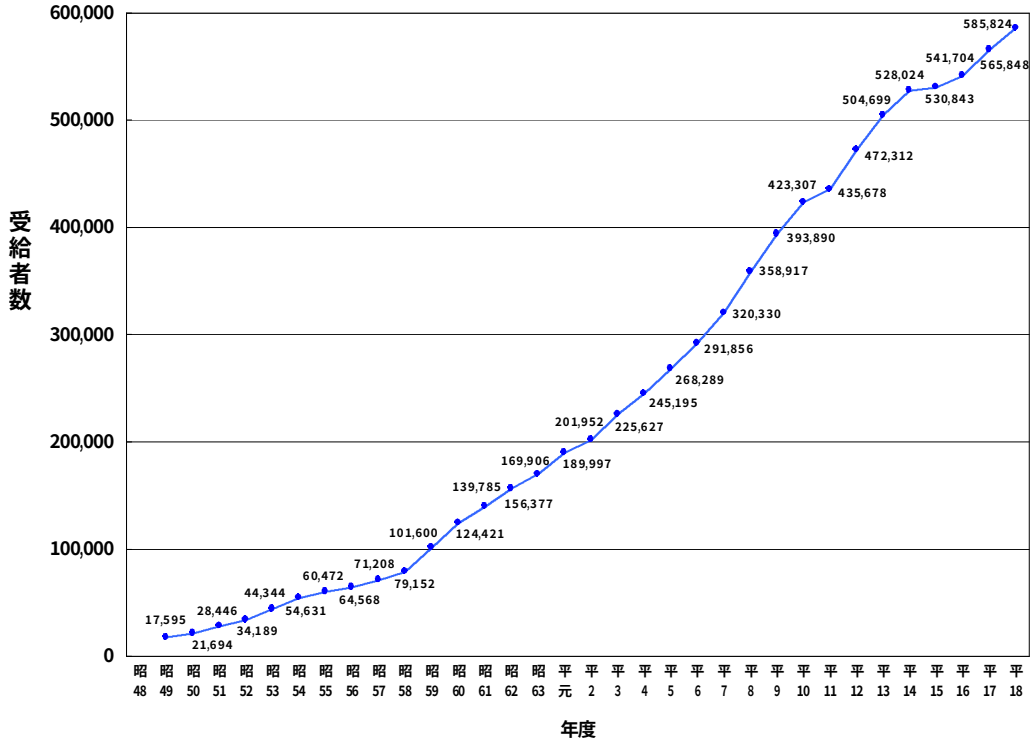
３　難病医療ネットワーク事業

在宅の難病患者に対し、難病拠点・協力病院の指定、難病医療連絡協議会の運営、徳島神経難病セミナーや徳島膠原病・リウマチ県民講座の開催等により、適切な医療体制の確保に努めます。

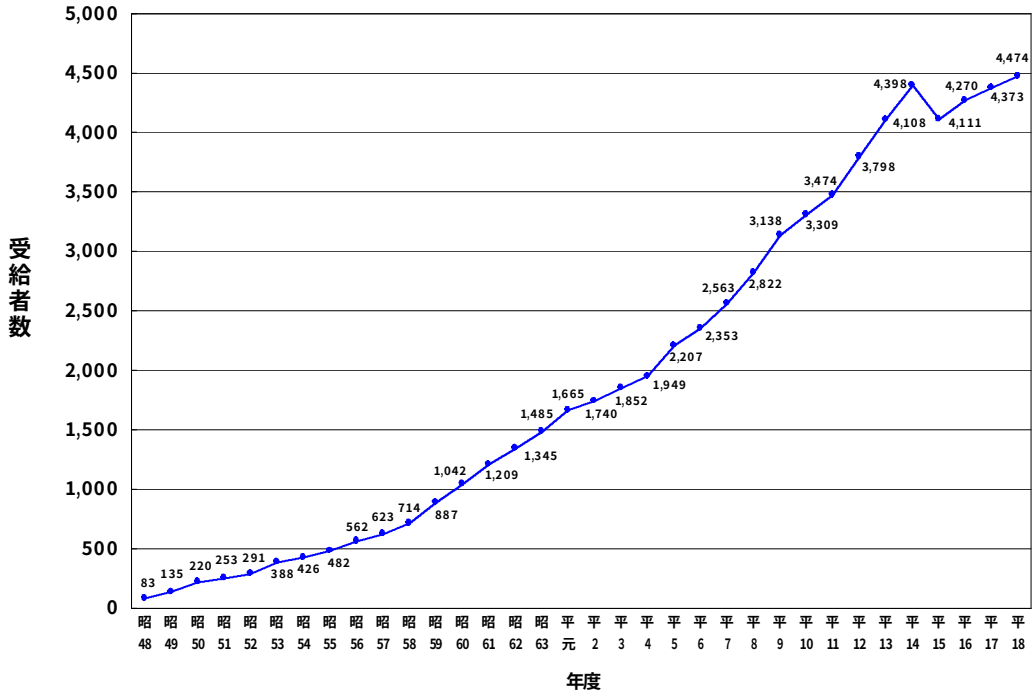
４　居宅生活支援体制の整備

難病のため介護を要し、かつ在宅で生活する患者を支援するため、市町村を中心に訪問介護(ホームヘルプサービス)、短期入所、日常生活用具の給付等を行います。

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）

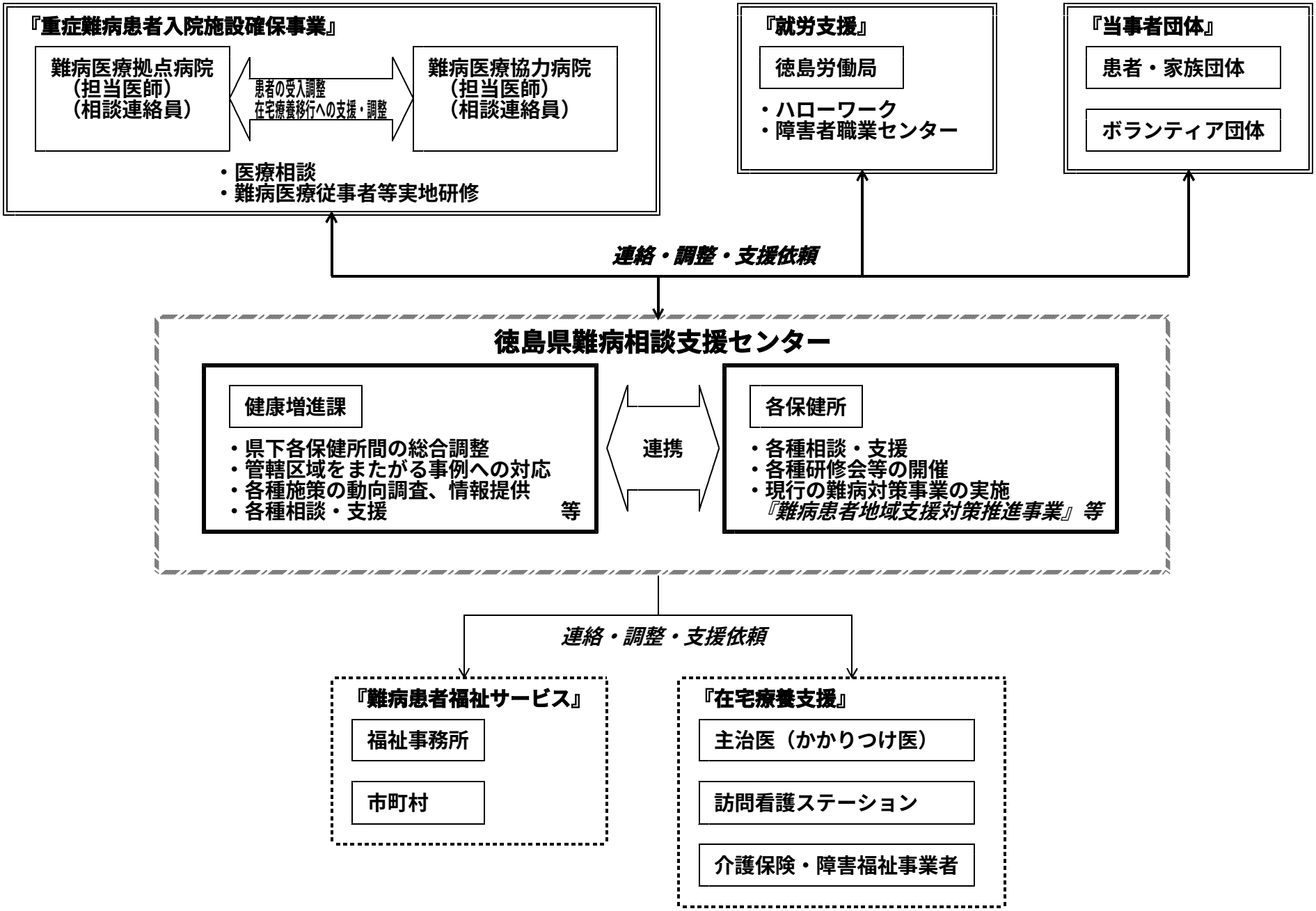


特定疾患治療研究受給者証交付件数

（ 平成１９年3月３１日現在 ）

	疾患名	実施年月	平成１８年度末現在交付数
1	ベーチェット病	昭和４７年　４月	119
2	多発性硬化症	昭和４８年　４月	82
3	重症筋無力症	昭和４７年　４月	102
4	全身性エリテマトーデス	昭和４７年　４月	319
5	スモン	昭和４７年　４月	67
6	再生不良性貧血	昭和４８年　４月	67
7	サルコイドーシス	昭和４９年１０月	120
8	筋萎縮性側索硬化症	昭和４９年１０月	77
9	強皮症･皮膚筋炎及び多発性筋炎	昭和４９年１０月	232
10	特発性血小板減少性紫斑病	昭和４９年１０月	137
11	結節性動脈周囲炎	昭和５０年１０月	31
12	潰瘍性大腸炎	昭和５０年１０月	622
13	大動脈炎症候群	昭和５０年１０月	42
14	ビュルガー病	昭和５０年１０月	60
15	天疱瘡	昭和５０年１０月	33
16	脊髄小脳変性症	昭和５１年１０月	125
17	クローン病	昭和５１年１０月	220
18	難治性肝炎のうち劇症肝炎	昭和５１年１０月	1
19	悪性関節リウマチ	昭和５２年１０月	62
20	パーキンソン病関連疾患		785
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	16
22	後縦靱帯骨化症	昭和５５年１０月	316
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	89
25	ウェゲナー肉芽腫症	昭和５９年　１月	7
26	特発性拡張型（うっ血型）心筋症	昭和６０年　１月	133
27	多系統萎縮症		72
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	1
29	膿疱性乾癬	昭和６３年　１月	10
30	広範脊柱管狭窄症	昭和６４年　１月	38
31	原発性胆汁性肝硬変	平成　２年　１月	122
32	重症急性膵炎	平成　３年　１月	5
33	特発性大腿骨頭壊死症	平成　４年　１月	46
34	混合性結合組織病	平成　５年　１月	70
35	原発性免疫不全症候群	平成　６年　１月	7
36	特発性間質性肺炎	平成　７年　１月	40
37	網膜色素変性症	平成　８年　１月	135
38	プリオン病	平成１４年　６月統合	3
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	原発性肺高血圧症	平成１０年　１月	11
40	神経線維腫症	平成１０年　５月	32
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	3
43	特発性慢性肺血栓塞栓症（肺高血圧型）	平成１０年１２月	7
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	2
	合　計		4,474

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。

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				○	○		○

現状と課題

１　課題

(1) 脳死での臓器提供には、「本人の書面による意思表示」と「家族の承諾」が必要であり、この意思表示は15歳以上に限定されています。

(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19年10月１日現在）

心臓	肺	肝臓	腎臓	膵臓	小腸	計
99	133	165	11,746	150	2	12,295

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、却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18年11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％（平成19年８月に県が実施した医療県民意識調査では、所持率は13.9%）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41.6%でした。

２　現状

(1) 眼球（角膜）移植

県内では、財団法人徳島県アイバンクを中心に移植医療が実施されています。

平成18年度末の移植実績（累計）は、66名の献眼を受け、112件の角膜移植を実施しています。

なお、移植登録者数は3,435人、受眼登録者は108人です。

(2) 腎臓移植

県内には、平成18年12月現在、約2,200人（全国では約26万人）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、麻植協同病院、川島病院の５病院が腎臓移植実施施設となっており、平成19年８月末現在で、51例の腎臓移植が実施されています。

なお、平成19年８月末現在、本県の腎移植希望者は70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。

なお、（財）骨髄移植推進財団には、平成19年８月末現在287,824人のドナー登録者が登録されており（うち本県は1,346人）、患者は2,351人登録されています。同財団及び県では、30万人登録者がいれば、90%の登録患者に適合した登録者が出るとされていることから引き続きドナー登録の推進に努めています。

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19年８月末現在で8,627件（うち本県32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、保存が行われています（平成19年８月末現在累計：供給数157、移植使用数152）。

施策の方向

1　移植医療に関する理解を深めるため、広報活動を積極的に行うとともに関係団体と連携した普及活動を行います。

（徳島ヴォルティス）

（徳島インディゴソックス）

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、院内コーディネーターの活用により、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を推進します（平成19年８月末現在、臓器移植コーディネーター１名、院内コーディネーター16病院38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関係機関と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、中国四国臍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（一般用フリーダイヤル）
　　０１２０－２２－０１４９（ドナー情報用フリーダイヤル）

○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　０８８－６２１－２１８９

○財団法人徳島アイバンク
〒７７０－００４２　　徳島市蔵本町３丁目１８－１５　徳島大学医学部眼科教室内
電話　０８８６－３１－３１１１

○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

○中国四国臍帯血バンク
〒７７０－００１２　岡山市いずみ町３－３６　岡山県赤十字血液センター内
電話　０８６－２５５－１２１１

１０　歯科保健医療対策

基本的な考え方

口腔の健康は、心とからだの健康を支え、充実した生活を送るために欠かせないものですが、平成15年歯科保健実態調査（以下「実態調査」という。）によると、「症状がなくても歯科受診する」と答えた人は、男性が11.8%、女性は17.2%でした。また、「自分の歯や歯ぐきをチェックする」と答えた人は、男性が38.0%、女性は45.6%で、半数にも満たない状態でした。60歳で24本以上の歯を有する人の割合は63.3%、80歳で20本以上の歯を有する人は13.2%であり、生涯を通じた歯の健康づくりがますます重要となってきています。

また近年、いずれも生活習慣病である糖尿病と歯周疾患の関連について、その重要性が指摘されています。この関連についても周知に努め、歯周疾患対策と糖尿病等生活習慣病対策との連携も推進していくことが必要です。

今後は、従来の母子保健、学校保健を中心とした対策だけでなく、成人、高齢者までの生涯を通じた歯科保健対策の充実が求められており、各施策を通じて口腔機能の維持向上に取り組んでいかなくてはなりません。

現状と課題

１　う蝕（虫歯）の状況

本県のう蝕有病者率は、各年齢層とも減少傾向にありますが、１歳６か月を除く、３歳・幼稚園・小学校から高校にかけての学童期の各時期において、全国平均より高く推移しています。特に３歳児においては全国平均との差が大きく、厚生労働省の歯科健康診査実施状況調べによると、平成17年度では全国平均28.0%に対し、本県では35.5%であり、１歳６か月児歯科健康診査後の保護者に対する教育指導、予防処置の実施が急務です。

また、12歳児のう蝕は年々改善していますが、平成18年度の学校保健統計調査によると、永久歯の一人当たり平均むし歯数は2.0本と、西暦2010年までの健康日本２１の目標であるひとり平均むし歯数１本以下には達していない状況にあります。さらなる改善のためには、望ましい生活習慣の確立のための支援に加え、フッ化物の応用、シーラントの実施等の専門的予防処置が重要となります。

成人の一人平均のＤＭＦ歯数（う蝕の本数）は、実態調査では20歳代で10.9本であり、その後加齢とともに増加しており、早期の治療を促す必要があります。

２　歯周疾患の状況

歯周疾患はう蝕と並ぶ歯の喪失原因であり、比較的若い時期から現れ始めます。進行した歯周炎に罹患している人の割合は、実態調査によると20歳代で既に6.7%を占め、50歳代では33.0%となっています。う蝕と同様、加齢とともに増加しています。本県においては、糖尿病対策に積極的に取り組んでいますが、その中で歯周疾患と全身疾患、とりわけ糖尿病との関連についても周知し、早い時期からの口腔衛生管理の徹底と、早期の治療を促す必要があります。

３　生涯を通じた歯科保健医療対策

今後の歯科保健医療対策の推進にあたっては、乳幼児期のみならず学童期、成人期、高齢期の各時期における対策を充実させるとともに、生涯を通じた一貫した対策を一層推進するため、「かかりつけ歯科医」の機能支援のための施策を検討する必要があります。

また、平成18年度は、老人保健事業の中で８市町村が歯周疾患検診を実施しており、実施の状況は下表のとおりです。今後は、健康増進事業の中で実施市町村の拡大を図るとともに、受診率の向上を目指します。

○老人保健法に基づく歯周疾患検診実績　　（平成18年度）

市町村名	対象者数(人)	受診人員(人)	受診率（%）
小松島市	1,973	25	1.3
阿南市	2,453	14	0.6
吉野川市	1,074	27	2.5
阿波市	1,915	26	1.4
三好市	978	37	3.8
松茂町	343	8	2.3
つるぎ町	557	22	3.9
東みよし町	714	60	8.4

※対象は40，50，60，70歳の者

施策の方向

１　歯科保健思想の普及啓発

県民の歯科保健についての知識と関心を高め、生活習慣として実践に移せるよう、歯の衛生週間行事、8020 運動特別推進事業等を通じて啓発活動を進めます。

２　歯科保健医療対策の充実

(1) 母子歯科保健

妊婦、１歳６ヶ月児、２歳児、３歳児歯科健康診査の充実、両親教室、乳児健診等における歯科保健指導等の充実を図ると共にフッ化物の塗布を推奨します。

(2) 学校歯科保健

学校保健法に基づく歯科健康診断を実施し、むし歯や歯周疾患の予防など、歯と口の健康づくりのための指導を行います。

この時期は、生涯、歯を大切にする意識や態度を育成する基礎づくりの時期であるため、発達段階に応じた歯科保健指導の徹底を図るとともに、肥満や生活習慣病予防の観点から、食育と連携し、咀嚼の重要性について教えます。

(3) 成人・高齢者の歯科保健

生活習慣病としての歯周疾患を予防し、歯の喪失を防ぐため、事業所歯科健診の普及等、成人歯科保健事業の整備を図ります。また、糖尿病等生活習慣病対策との連携による働き盛りの成人の歯と口の健康づくりや高齢者の口腔ケアを通して、口腔機能向上対策にも取り組みます。さらに、成人・高齢者の食べる機能を維持向上させることにより、メタボリックシンドローム対策の取り組みを支えていきます。

(4) 在宅・寝たきり高齢者等歯科保健

高齢化時代を迎え、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や口腔の専門的な管理指導の推進定着を図ります。

(5) かかりつけ歯科医の推進

生涯を通じた一貫した歯科保健医療対策を充実させるため、かかりつけ歯科医の普及を進めます。

(6) 心身障害児（者）歯科保健医療

診療機会に恵まれず、また、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の歯科疾患の予防、早期発見のための「心身障害者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「心身障害者歯科診療事業」を実施します。

さらに、心身障害児（者）に関しては、早期に歯科的な管理下に置くことが重要であることから、医科も含めた連絡紹介体制の検討を行います。

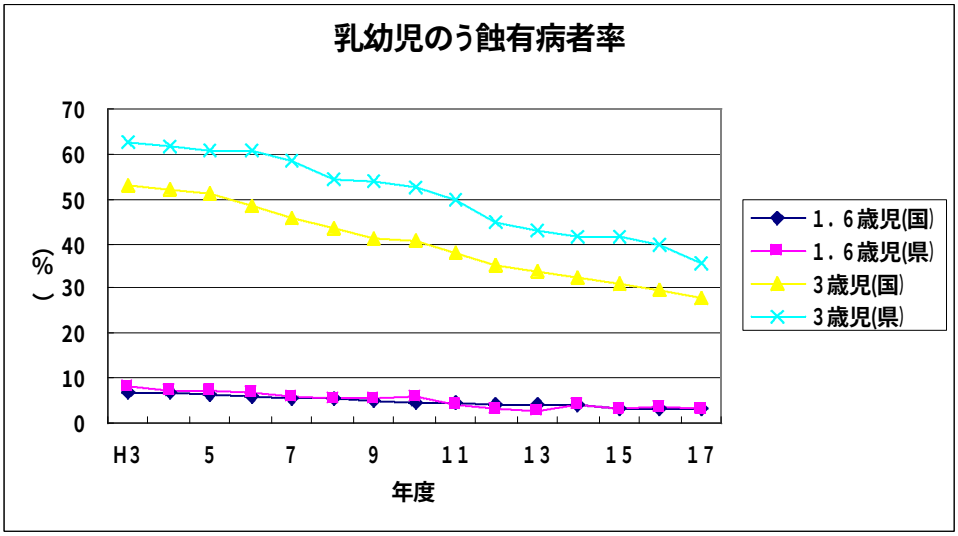
３　歯科保健推進体制の整備

(1) 関係機関・団体の連携と協力

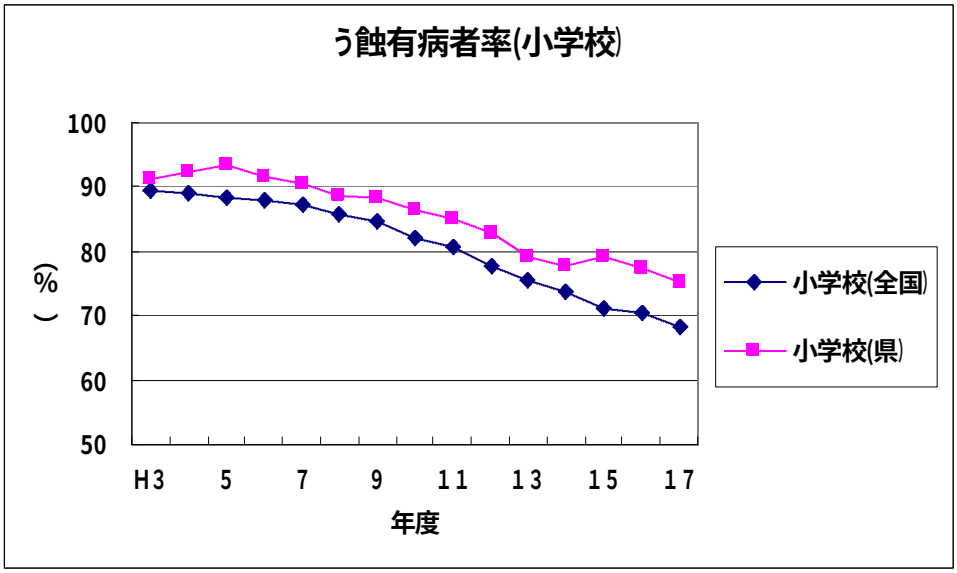
生涯を通じた一貫した歯科保健対策を進めるためには、県、市町村、学校、医療機関、歯科医師会、大学等の連携協力が不可欠であるため、8020推進会議等を活用し、連携の強化を図ります。

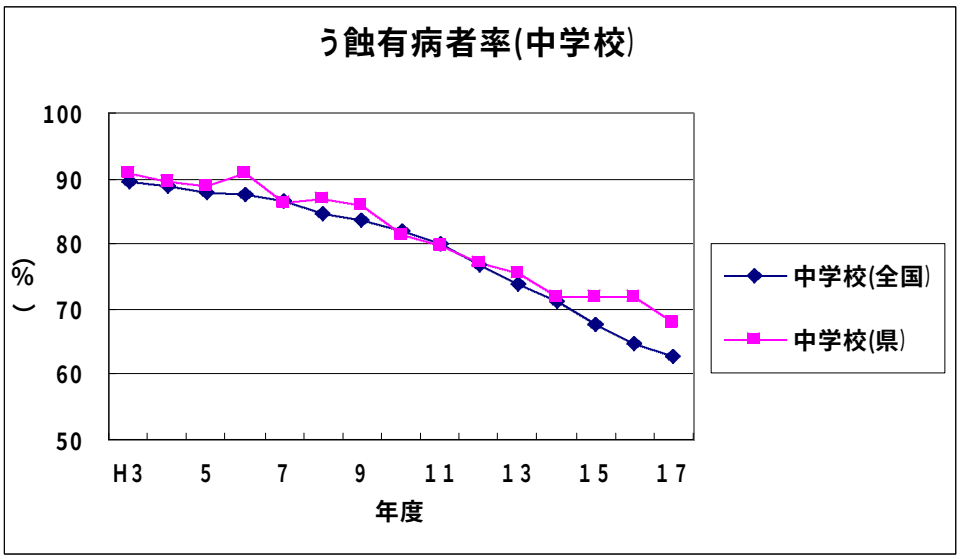
(2) 市町村への技術的指導・支援

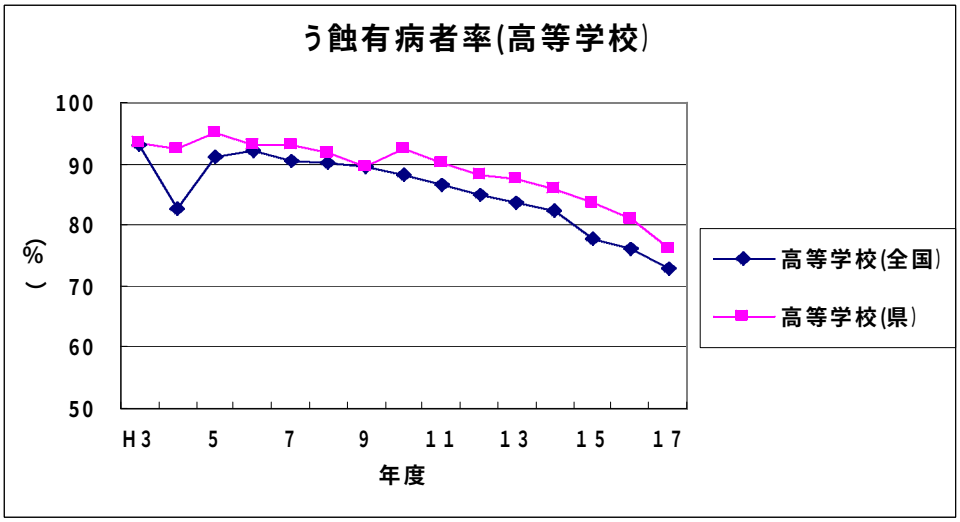
県は、市町村の求めに応じて、歯科保健に関する情報提供や、市町村の実施する地域歯科保健活動を促進するために、技術的指導・援助を行います。



歯科健康診査実施状況調べ（厚生労働省）







学校保健統計調査
H15～17年度の県の率は徳島県国公立小・中・高等学校
及び障害児教育書学校の全児童・生徒の保健統計

１１　血液の確保・適正使用対策

基本的な考え方

近年の血液事業は、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。

献血者は、少子高齢化、厳しい経済状況、更に献血制限の強化などにより、全国的に減少が見られています。我が国の輸血用血液製剤は、国民の献血により全てまかなわれていますが、血漿分画製剤については、その一部を依然として外国に依存しています。

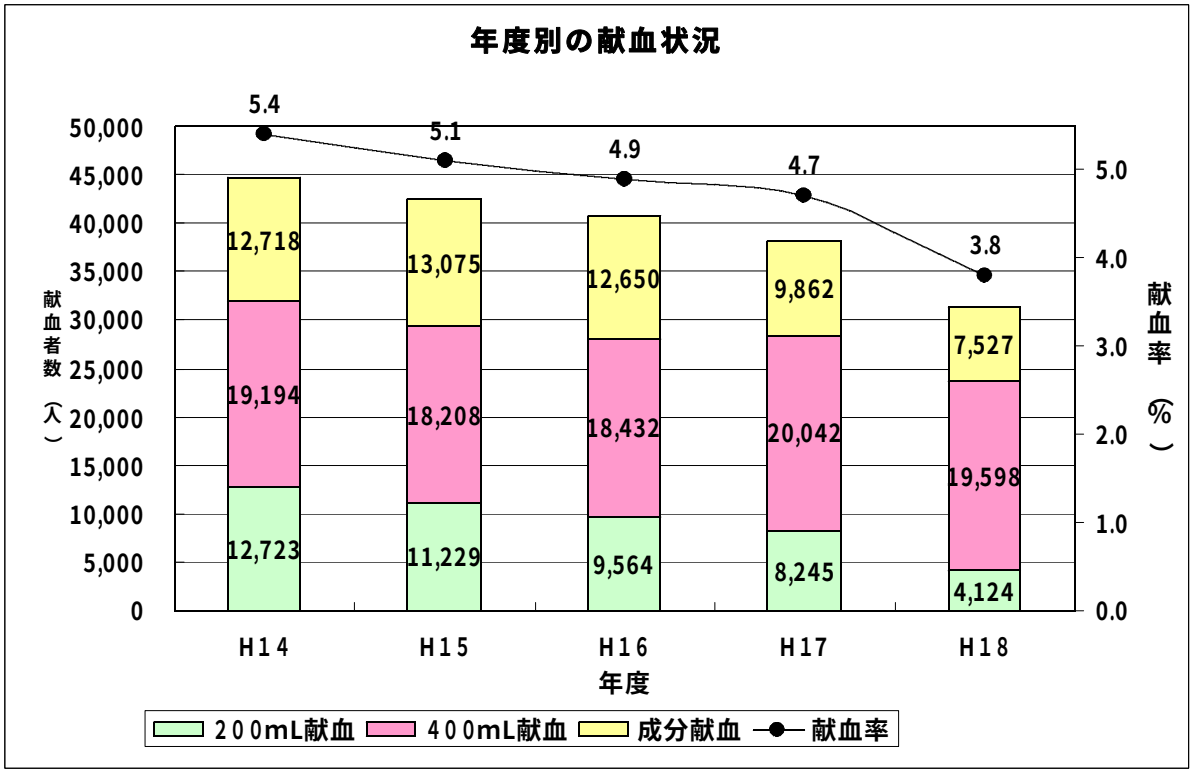
本県においては、医療に不可欠な血液製剤は国内献血で確保する国の方針のもとに、成分献血・400㎖献血をより一層推進し、安定的な血液製剤の確保に努める必要があります。

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、献血者は毎年減少しています。

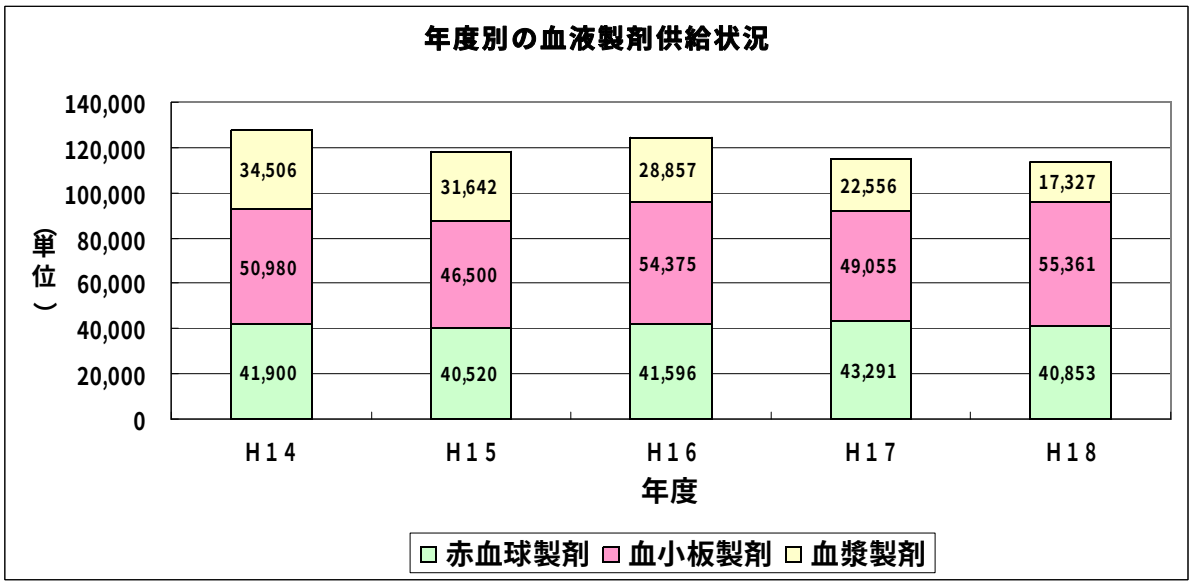
今後、安定的に血液の確保をするためには、若年層への積極的な普及啓発が必要となります。



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おり、医療機関において、使用適正化が進んでいるため、その供給は、徐々にではありますが減少しています。特に血しょう製剤の減少が著しくなっています。

なお、献血者は、減少していますが、医療機関における使用適正化が進んでいるため、現在のところ医療に支障を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・400㎖ 献血の推進に努めます。

また、ニュードナーメイト登録を効果的に運用し、献血登録者の拡充に努めます。

(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

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17年で、全国第10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。

このような現状の下、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への指導を図り、医薬品等の品質、有効性及び安全性の確保に努めています。しかし、多くの中小製造業者に対しては、製薬指導所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、こうした製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18年度には35.9%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

	H14	H15	H16	H17	H18
県	29.9	32.4	34.7	35.1	35.9
全国	48.8	51.8	53.8	54.1	55.8

3　薬剤師等の資質の向上

　薬局等に勤務する薬剤師をはじめ医薬品販売業に従事する者に対して研修会、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年度に導入される登録販売者の資格確認試験の適切な実施に向け準備を進めています。

医薬品等業者状況

	H14	H15	H16	H17	H18
医薬品製造販売業者	45	45	45	62	57
その他製造業者等	48	47	48	69	79
薬局	389	393	392	388	389
薬種商	109	108	104	97	93
その他医薬品販売業者	354	348	348	340	332
医療機器販売業者	1,131	1,141	1,258	1,580	1,635

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、薬物密売の巧妙化・潜在化が強く見られ、20歳代以下の若年層を中心に大麻や合成麻薬の乱用拡大が懸念されています。

<u>施策の方向</u>

1　監視・指導の充実

　医薬品等製造業者に対し、立入り検査等を行い、製造段階での適正管理についてより一層の徹底を図り、品質、有効性及び安全性を確保するよう指導を行います。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、収去試験を実施するなど、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

ア　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。

イ　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、高等学校の児童生徒を対象にした薬物乱用防止教室の開催や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

生活衛生対策

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地震への対応等、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）

	14	15	16	17	18
総数	18,788	18,684	18,810	18,282	17,912
興行場	33	32	31	30	27
旅館業	1,028	1,022	996	845	825
公衆浴場	194	196	196	207	221
理容所	1,304	1,299	1,301	1,288	1,257
美容所	1,980	2,000	2,018	2,020	2,017
クリーニング所	1,022	1,038	1,008	969	947
飲食店営業 喫茶店営業 食肉販売業 氷雪販売業	10,442 1,616 1,139 30	10,341 1,635 1,092 29	10,503 1,668 1,061 28	10,253 1,636 1,010 24	9,963 1,647 983 25

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関する居住環境に関する環境衛生対策の向上と共に、住居に関する居住環境対策も必要です。

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

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、食品の安全性の保証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、食肉の需要は、増大傾向にあり、消費者に対する食肉の安全性確保が急務となっています。

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、O-157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。

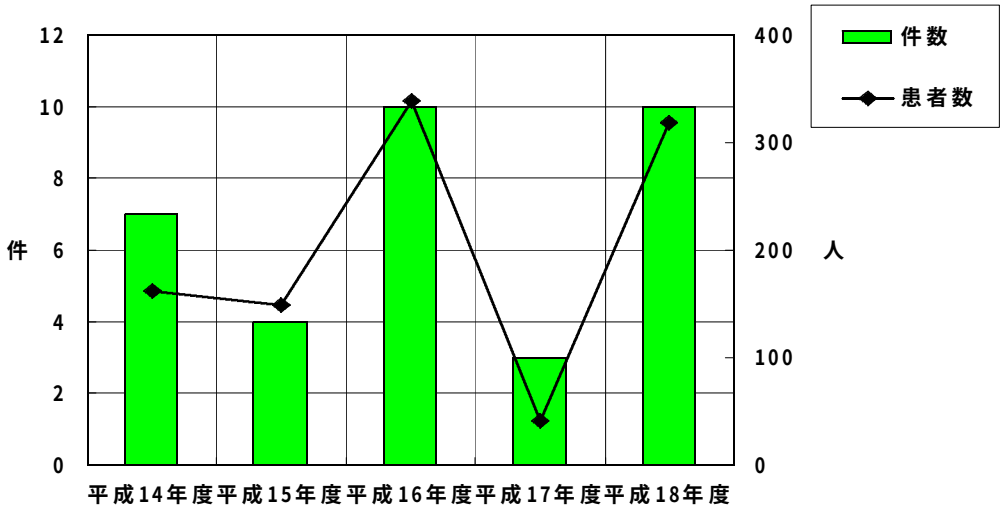
食品衛生法においても、食品の品質保証表示やＨＡＣＣＰ等が営業者に、ＧＬＰ（精度管理）が行政側に求められる等、積極的かつ高度な技術の行政対応が必要となってきています。

３　食中毒対策

次図に見られるように、毎年平均７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虞があり、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、大量生産に対す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。

図１：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感の解消のために、講習会や情報収集・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・重点的な監視対象を設定して、活力のある安定した基盤を育成する監視指導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、その整備等を図ることは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18年度末で93.9%となっており、約５万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、水道施設の老朽化等も見られるため、維持管理の強化に努めるとともに、老朽施設の更新等も含め、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合理的な水道事業を推進するため、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。

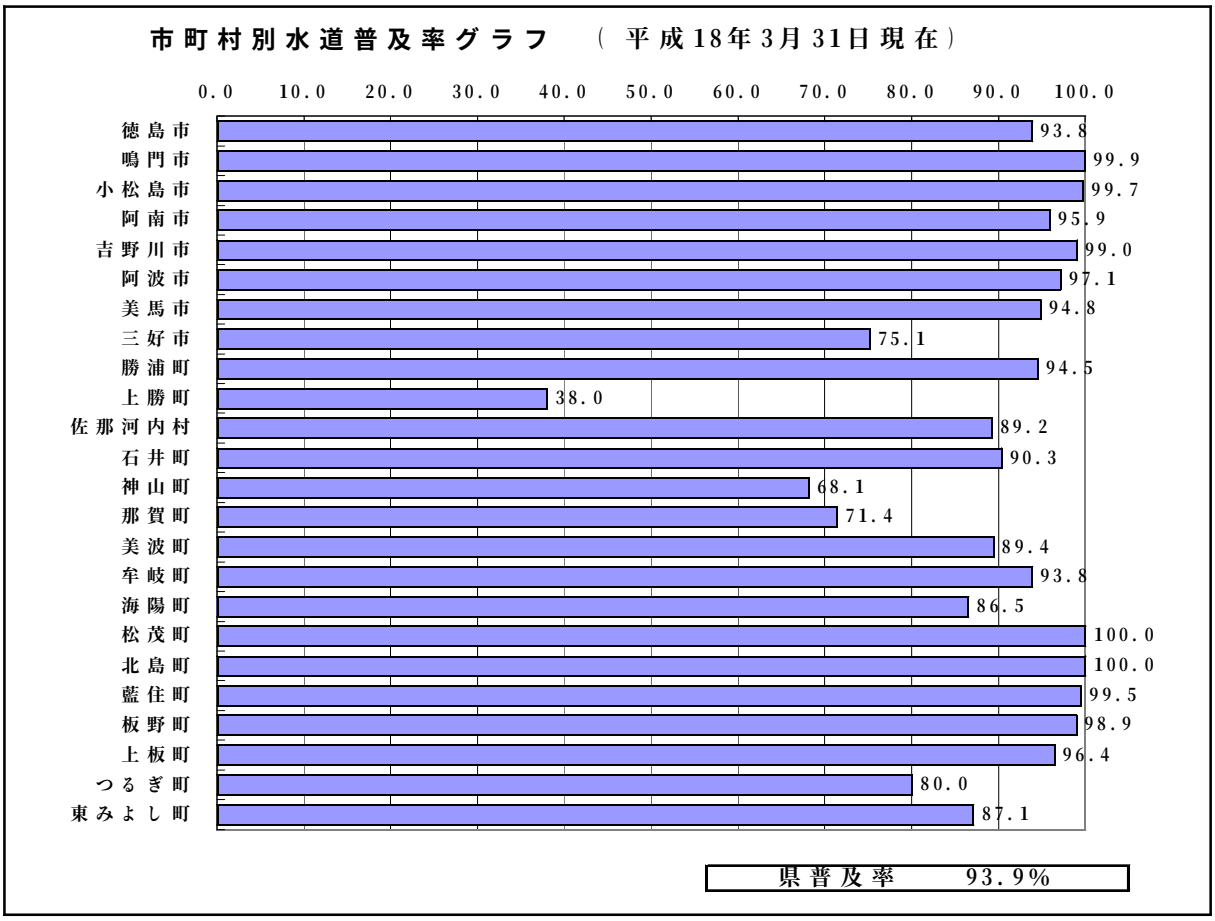
２　水の衛生管理の充実・強化

安全な水道水を供給するため、水道事業者に対する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

水源開発の参画にあたり、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業務を進めていますが、日々の犬害苦情処理に追われている現状であり、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。

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（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、捕獲、苦情処理、引き取り及び咬傷犬対応等の体制整備を図り、地域のニーズに対応します。

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、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愛護思想の普及啓発及び動物由来感染症対策を進めると共に正しい知識の周知・啓発の強化を行います。

このため、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。

また、アニマルセラピー等の専門者、アドバイザーによる事業展開を図ります。

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) 第５次改正医療法により、「医療機能情報提供制度」が定められました。

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。

ア　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。

イ　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、紙媒体又は備え付けのインターネット端末により、公表する。

① 医療機能情報の公表について、国から示されているすべての公表項目の実現に向けて、システムの構築を推進します。

② 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。

③ 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、ＩＴ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７節　保健・医療・介護（福祉）の総合的な取組

基本的な考え方

少子・高齢化の進行に伴い、保健・医療・介護（福祉）サービスに対する県民のニーズは多様化、高度化しており、これらに適切に対応するためには、保健・医療・介護（福祉）それぞれの垣根を越えた総合的、一体的なサービスの提供を図っていく必要があります。

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、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）の連携に努めています。

保健・医療・介護（福祉）サービスの提供者は、県や市町村、福祉関係団体、医療機関など数多くあり、多元化・複雑化しています。県民に対して、健康づくりから治療、介護までのサービスを切れ目なく、効率的・効果的に提供するため、行政だけでなく、民間の関係機関を含めた各分野の連携の強化を図ることが必要となっています。

また、より質の高い総合サービスをが提供できるよう専門職員の養成・確保や資質の向上に努める必要があります。

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、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・提言などを行うとともに、連携の強化に努めます。

２　総合的な取組

各地域における取組はもとより、「健康徳島２１」、「新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（とくしま長寿プラン2006～2008）」、「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、各分野にわた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

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、人材の確保や資質向上のための研修体制の整備を進めます。

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

厚生労働省、総務省、文部科学省が、医師の確保等について十分連携して更に積極的に取り組み、都道府県等を支援していく必要があるとの認識の下に設置した「地域医療に関する関係省庁連絡会議」において、平成16年２月に取りまとめられた「へき地を含む地域における医師の確保等の推進について」の中で、「地域における医療対策協議会の開催の促進」が示されました。

その後、平成19年４月に施行された第５次改正医療法で、協議会の設置が法定化されました。

１　施策の状況

徳島県医療審議会医療対策部会における協議の中で、地域医療の確保、特に医師確保対策が従来に増して、重要かつ緊急の課題となってきていることから、同部会から、「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。」との提言がなされました。

これを受け、県では、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、さらに具体的に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」を設け、従来からの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るところです。

本県では、この「地域医療支援事業検討委員会」を医療対策協議会として位置付けています。

２　今後の取組

医師不足問題は、県政の重要かつ喫緊の課題であり、県民が安心して医療が受けられる体制を確保するため、あらゆる手を尽くして医師確保対策に積極的に取り組んでいく必要があります。

このため、現在、取り組んでいるへき地医療支援、中長期的な医師養成対策に加え、医師確保について即効性のある対策の検討・実施が求められています。

今後は、「地域医療支援事業検討委員会」において、看護職員等も含めた医療従事者の養成・確保、資質の向上、さらには、地域の医療機関へ医師を派遣する仕組みの再構築についても検討を進めていくこととします。

第２節　保健医療従事者の状況

１　医師

(1) 医師に関する動向

医師法の改正で、平成16年４月から、基本的な診療能力を身に付けることを目的に、診療に従事しようとするすべての医師に対し臨床研修（医師免許取得後２年以上）が必修化されました（本県の臨床研修指定病院は、県立中央病院、徳島大学病院、健康保険鳴門病院、徳島赤十字病院、徳島健生病院、徳島市民病院、麻植協同病院、阿南共栄病院の８病院となっています。）。

この新しい臨床研修制度の実施を１つの契機として、医師が大都市圏に集中するなどの地域による偏在や小児科・産科を中心とした特定の診療科の医師不足が顕在化するなど、全国的に医師不足が大きな問題となっており、本県でも同様に厳しい医師不足の状況にあり重要な課題となっています。

(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14年末の2,261人、平成16年末の2,296人から平成18年末には2,350人と増加し、人口10万人対では、291.9人で全国平均の217.5を上回り、全国第２位となっています。また、本県の医療施設従事医師数（人口10万人対）は270.1人で、全国平均の206.3人を上回り、全国で第２位となっています。

しかしながら、徳島市を中心とする東部Ⅰ医療圏に約３分の２の医師が集中し、へき地や過疎地域における医師が不足するなどの地域偏在が顕著となっています。

医療施設に従事する医師の平均年齢は50.0歳で、全国で一番高くなっています（全国平均48.1歳）。

全国的には診療所の開設者は年齢が高く、病院勤務者は年齢が低い傾向が見られます。

性別構成比を見ると、男性81.1%、女性18.9%となっており、女性医師の比率が全国平均(17.2%)に比べ高く、特に34歳以下の比率は、全国平均を約10%上回っています。

医療施設に従事する医師数（2,174人）を主たる診療科目別構成比で見ると、内科医が744人（34.2%）を占め、次いで外科医212人（9.8%）、整形外科医149人（6.9%）、精神科医108人（5.0%）の順となっています。また、本県においても小児科・産科・救急など特定の診療科による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	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	左の内訳 病院	左の内訳 診療所
全　国	H18	277,927	217.5	263,540	206.3	168,327 (63.9)	95,213 (36.1)
徳島県	H14	2,261	275.7	2,121	258.7	1,350 (63.6)	771 (36.4)
	H16	2,296	282.4	2,133	262.4	1,354 (63.5)	779 (36.5)
	H18	2,350	291.9	2,174	270.1	1,359 (62.5)	815 (37.5)
	東部Ⅰ	1,586	328.1	1,451	314.5	※（　）内は百分率	
	東部Ⅱ	188	218.2	178	206.6		
	南部Ⅰ	346	250.9	330	239.3		
	南部Ⅱ	42	167.4	39	155.4		
	西部Ⅰ	90	198.0	85	187.0		
	西部Ⅱ	98	200.7	91	186.4		

資料「医師・歯科医師・薬剤師調査」（厚生労働省）及び「徳島県保健統計年報」（徳島県）

2　歯科医師

(1) 歯科医師に関する動向

歯科医師法の改正で、平成18年４月から、基本的な診療能力を身に付けることを目的に、診療に従事しようとするすべての歯科医師に対し臨床研修（歯科医師免許取得後１年以上）が必修化されました（本県では徳島大学病院が臨床研修指定病院となっています。）。

(2) 本県における歯科医師

本県の歯科医師数は、平成14年末の769人から逐次増加し、平成18年末には、819人となっています。

人口10万人当たりでは、101.7人で、全国平均の76.1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 東京都120.5人、第３位 福岡県99.1人、第４位 大阪府、第５位 新潟県の順）。

これを２次保健医療圏ごとに人口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。

歯科医師

（各年12月31日）

県・全国の別	年次	総数	率 人口10万対	医療施設の従事者（再掲）	率 人口10万対
全　国	H18	97,198	76.1	94,593	74.0
徳島県	H14	769	93.8	737	89.9
	H16	779	95.8	751	92.4
	H18	819	101.7	796	98.9
	東部Ⅰ	605	131.1	584	126.6
	東部Ⅱ	63	73.1	62	72.0
	南部Ⅰ	87	63.1	87	63.1
	南部Ⅱ	13	51.8	13	51.8
	西部Ⅰ	25	55.0	25	55.0
	西部Ⅱ	26	53.3	25	51.2

資料「医師・歯科医師・薬剤師調査」（厚生労働省）及び「徳島県保健統計年報」（徳島県）

3　薬剤師

本県の薬剤師数は、近年増加傾向にあったものの、平成16年末の2,492人をピークに、平成18年末では2,446人に減少しています。

人口10万人当たりでは、303.9人であり、全国平均197.6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310.6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519.9人、北島町350.6人等の都市部で高く、佐那河内村36.5人、神山町29.9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812人（33.2%）、病院等538人（22.0%）、医薬品関係企業595人（24.3%）です。

２次保健医療圏ごとに人口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	率 人口10万対	薬局・医療施設の従事者（再掲）	率 人口10万対	左の内訳 薬局	病院等
全　国	H18	252,533	197.6	174,218	136.4	125,254	48,964
徳島県	H14	2,412	294.1	1,261	153.7	754	507
	H16	2,492	305.7	1,353	166.0	836	517
	H18	2,446	303.9	1,350	167.7	812	538
	東部Ⅰ	1,854	401.8	873	189.2	533	340
	東部Ⅱ	116	134.7	92	106.8	48	44
	南部Ⅰ	267	193.6	214	155.2	131	83
	南部Ⅱ	48	191.3	44	175.3	31	13
	西部Ⅰ	93	204.6	73	160.6	40	33
	西部Ⅱ	68	139.3	54	110.6	29	25

資料「徳島県保健統計年報」（徳島県）及び「医師・歯科医師・薬剤師調査」（厚生労働省）

4　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12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「看護職員の需給に関する検討会報告書」（平成18年から平成22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、平成18年の約11,800人から平成22年には約12,300人と約500人増加し、需要数と供給数はほぼ均衡して推移すると見込まれています。しかしながら、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」が創設されました。このことにより、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12年末の326人から平成18年末には336人と10人増加しています。

就業場所別に見ると、市町村215人、保健所67人、事業所30人等です。また、保健師が１名以下の市町村数は、平成12年度の４町村から、平成18年度には２町村にまで減少しています。

人口10万人当たりの保健師数は41.7人であり、全国平均の31.5人よりも高く、全国順位では第17位となっています（平成18年）。

就業保健師の全国比較及び推移

（各年12月31日）

県・全国の別	年次	保健師	人口10万対
全　国	H18	40,191	31.5
徳島県	H12	326	39.6
	H14	326	39.8
	H16	333	41.0
	H18	336	41.7

資料「医師・歯科医師・薬剤師調査」（厚生労働省）

就業保健師の推移（保健所・市町村）

（各年度4月1日現在）

年　度		H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19
県		83	84	84	83	80	82	82
	保健所	72	71	71	69	66	65	65
	その他	11	13	13	14	14	17	17
市　町　村		198	201	203	203	206	207	211
計		281	285	287	286	286	289	293

資料　県健康増進課

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）

保健医療圏	総数	保健所	市町村	病院	診療所	ステーション訪問看護	保健施設介護老人	施設社会福祉	事業所	及び養成所保健師学校	その他
H12	326	72	198	7	2	3	-	10	16	3	15
H14	326	72	195	8	2	2	6	5	30	6	-
H16	333	71	212	3	2	-	5	3	29	7	1
H18	336	67	215	2	5	-	6	1	30	10	-
東部Ⅰ	168	25	99	2	3	0	2	0	27	10	0
東部Ⅱ	42	8	29	0	2	0	3	0	0	0	0
南部Ⅰ	48	10	34	0	0	0	1	1	2	0	0
南部Ⅱ	22	6	16	0	0	0	0	0	0	0	0
西部Ⅰ	29	9	20	0	0	0	0	0	0	0	0
西部Ⅱ	27	9	18	0	0	0	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」

②　助産師

就業助産師数は、平成12年末の235人から平成18年末には192人となり、43人の減少がみられます。

就業場所別にみると、病院が139人、診療所が33人、助産所が８人等で、病院勤務が約72%、診療所勤務が約17%、助産所が約４%と診療所勤務の割合が増えています。

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６年が病院63.6%、診療所36.1%であったのが、平成17年では病院38.6%、診療所61.1%と、その比率がほぼ逆転しています。

また、人口10万人当たりの助産師数は23.9人であり、全国平均の20.2人よりも高く、全国順位では第13位となっています（平成18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	人口10万対
全　国	H18	25,775	20.2
徳島県	H12	235	28.5
	H14	197	24.0
	H16	216	26.6
	H18	192	23.9

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）

保健医療圏	総数	助産所	病院	診療所	保健所	社会福祉施設	助産師及び養成学校	その他
H12	235	8	196	15	1	―	10	5
H14	197	7	155	20	1	-	12	2
H16	216	8	160	32	1	-	13	2
H18	192	8	139	33	0	0	10	2
東部Ⅰ	109	3	73	23	0	0	9	1
東部Ⅱ	15	1	14	0	0	0	0	0
南部Ⅰ	40	3	26	10	0	0	0	1
南部Ⅱ	7	1	6	0	0	0	0	0
西部Ⅰ	12	0	12	0	0	0	0	0
西部Ⅱ	9	0	8	0	0	0	1	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12年末の5,802人から平成18年末には6,627人と825人増加しています。また、准看護師は平成12年末の4,464人から平成18年末には4,403人と61人の減少となっています。

平成18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823.4人で全国第12位、准看護師が547.1人で全国第７位とともに高い値となっています。

また、男子の占める割合をみると、看護師は全国平均が4.7%であるのに対し本県では5.3%（H16は4.8%）、准看護師は全国平均6.1%に対し本県では7.6%（H16は7.2%）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18年）

さらに、就業場所別にみると、病院には6,956人（63.1%）、診療所2,281人（20.7%）と高い割合ですが、介護老人保健施設の増加が顕著にみられます。

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		准看護師	
		看護師	人口10万対	准看護師	人口10万対
全　国	H18	811,972	635.5	382,149	299.1
徳島県	H12	5,802	704.0	4,464	541.7
	H14	6,146	749.5	4,546	554.4
	H16	6,355	781.1	4,477	550.7
	H18	6,627	823.4	4,403	547.1

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）

保健医療圏	総数	病院	診療所	訪問看護ステーション	介護老人保健施設	社会福祉施設	学校	保健所	看護師及び養成学校	その他
H12	5,802	4,488	654	162	106	190	16	3	66	117
H14	6,146	4,703	680	187	308	84	-	1	73	110
H16	6,355	4,744	725	206	379	98	-	3	80	120
H18	6,627	4,929	824	223	401	82	-	8	91	69
東部Ⅰ	3,932	2,867	559	121	222	46	0	5	74	38
東部Ⅱ	679	530	65	23	44	9	0	3	0	5
南部Ⅰ	1,303	983	137	59	73	17	0	0	15	19
南部Ⅱ	153	115	9	0	24	2	0	0	0	3
西部Ⅰ	229	166	28	11	14	4	0	0	0	6
西部Ⅱ	331	268	21	9	24	4	0	0	2	3

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）

保健医療圏	総数	病院	診療所	訪問看護ステーション	介護老人保健施設	社会福祉施設	学校	保健所	その他
H12	4,464	2,329	1,436	64	323	241	-	2	69
H14	4,546	2,298	1,429	72	636	53	-	2	56
H16	4,477	2,134	1,415	68	720	75	-	-	65
H18	4,403	2,027	1,457	55	779	68	0	0	17
東部Ⅰ	2,638	1,322	925	26	334	23	0	0	8
東部Ⅱ	403	132	168	7	89	5	0	0	2
南部Ⅰ	448	143	151	9	130	13	0	0	2
南部Ⅱ	119	52	16	0	45	6	0	0	0
西部Ⅰ	402	200	105	2	85	5	0	0	5
西部Ⅱ	393	179	91	11	96	16	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」

看護師、准看護師（保健医療圏別）

（各年12月31日現在）

保健医療圏	看護師		准看護師	
		人口10万対		人口10万対
東部Ⅰ	3,932	852.1	2,638	571.7
東部Ⅱ	679	788.2	403	467.8
南部Ⅰ	1,303	945.0	448	324.9
南部Ⅱ	153	609.6	119	474.2
西部Ⅰ	229	503.8	402	884.4
西部Ⅱ	331	678.0	393	805.0
総　数	6,627	823.4	4,403	547.1

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」

5　診療放射線技師、臨床検査技師

本県の病院、診療所に従事する診療放射線技師は平成17年10月で266.5人で、これを人口10万人当たりでみると32.9人で全国平均の27.8人を若干上回っています。

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17年10月で、臨床検査技師307.8人、衛生検査技師4.0人であり、人口10万人当たりでは、臨床検査技師が38.0人で全国平均の35.8人を若干上回っており、衛生検査技師は0.5人で全国平均の0.2人を若干上回っています。

なお、平成17年には、「臨床検査技師の定義の見直し」、「衛生検査技師の資格の廃止」の法律改正がなされ、平成18年４月から施行されました。

6　リハビリテーション関係職種

①　理学療法士・作業療法士

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17年10月で、理学療法士470人、作業療法士195人であり、人口10万人当たりでは、理学療法士は58.0人、作業療法士

24.1人となっており、全国平均の理学療法士25.8人、作業療法士14.3人を大きく上回っています。

なお、本県においては、平成５年４月に勝浦町で「徳島医療福祉専門学校（勝浦学園）」が、また、平成12年４月に徳島市で「徳島健祥会福祉専門学校」が開校され、それぞれ、理学療法学科、作業療法学科各定員40名で養成を行っています。

なお、本県の平成19年１月現在における、理学療法士協会、作業療法士協会の各会員数は、理学療法士会625人、作業療法士会300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

言語聴覚療法士（ST）については、平成９年度言語聴覚士法の施行により法制化され、平成12年３月に第一回の国家試験が実施されました。

本県の病院、診療所に従事する言語聴覚士の数は、平成17年10月で、70人であり、人口10万人当たりでは、8.6人で全国平均4.5人を若干上回っています。

なお、本県には、言語聴覚士協会（任意団体）があり、平成19年１月現在94人が加入しており、現在の会員の就業状況は、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19年1月現在）

区　分	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（外数）
理学療法士	東部Ⅰ	252	46	20	5	10	333	
	東部Ⅱ	64	0	4	4	0	72	
	南部Ⅰ	78	5	11	0	6	100	
	南部Ⅱ	3	1	3	0	0	7	
	西部Ⅰ	26	2	3	2	0	32	
	西部Ⅱ	16	5	3	0	0	24	
	合　計	438	59	44	11	16	568	57
作業療法士	東部Ⅰ	128	4	31	5	6	174	
	東部Ⅱ	21	1	6	3	0	31	
	南部Ⅰ	22	3	6	4	6	41	
	南部Ⅱ	2	0	0	0	0	2	
	西部Ⅰ	13	0	2	1	0	16	
	西部Ⅱ	5	0	1	1	0	7	
	合　計	191	8	46	14	12	271	29
言語聴覚士	東部Ⅰ	45	0	2	9	3	59	
	東部Ⅱ	11	0	0	0	0	11	
	南部Ⅰ	15	0	1	2	0	18	
	南部Ⅱ	0	0	0	0	0	0	
	西部Ⅰ	2	0	0	0	0	2	
	西部Ⅱ	3	0	0	0	0	3	
	合　計	76	0	3	11	3	93	1

7　歯科衛生士・歯科技工士

本県の病院，診療所に従事する歯科衛生士・歯科技工士の数は、平成18年12月で、歯科衛生士989人、歯科技工士390人であり、人口10万人当たりでは、歯科衛生士が124.1人、歯科技工士が48.4人となっており、全国平均の歯科衛生士68.0人、歯科技工士27.5人を大きく上回っています。

なお、本県においては、歯科衛生士の養成施設として「徳島歯科学院専門学校（歯科衛生士科）」（徳島市）定員40名、「四国歯科衛生士学院専門学校」（阿南市）定員30名が、また、歯科技工士の養成施設として「徳島歯科学院専門学校（歯科技工士科）」定員20名があります。

８　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17年度末で、管理栄養士226人、栄養士184人であり、人口10万人当たりでは、管理栄養士が27.9人、栄養士が22.7人となっており、全国平均の管理栄養士13.9人、栄養士11.7人を大きく上回っています。

また、平成17年７月現在、保健所及び市町村において33人（保健所11人、市町村22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栄養専攻」定員50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17年10月現在、視能訓練士が7.0（非常勤を常勤換算しているため小数を含む。）人、臨床工学技士が80.2人従事しています。

第３節　保健医療従事者の養成・確保と資質の向上

人口の高齢化、少子化の進行や生活習慣の変化等により、県民の保健、医療、福祉に対するニーズは一層複雑化、多様化しています。

このような状況に的確に対応するため、限られた人的資源を有効に活用するとともに、高度化・多様化する保健医療ニーズに対応できる質の高い保健医療従事者の養成・確保に努める必要があります。

１　医師

医師に求められる役割

医師が不足する地域においては、県民の多様なニーズ、多様な疾病に対応できる幅広い診療能力を持つ「総合診療医」が求められています。

また、医師と患者の信頼関係の基本になるインフォームド・コンセントや医療事故防止のための基本的な医療安全対策への取り組みが一層求められています。

県民が身近な地域において適切な医療を提供する「かかりつけ医」の役割が大きくなってきており、「かかりつけ医」を中心とした連携体制の構築が求められています。

施策の方向

１　医師の確保

中長期的な視野に立った、医師修学資金貸与事業、夏期地域医療研修の開催、徳島大学との地域医療に関する共同研究などの医師の養成・確保対策を積極的に推進するとともに、直面する医師不足を解消するため、より即効性のある対策に取り組みます。

また、県内外の医師、臨床研修医、医学部生とのネットワークを形成し、県内公的病院の求人情報や本県の医師確保策などの情報提供を実施、県内医療機関での勤務を促進します。

さらに、県の取り組みでは対応しきれない抜本的な制度改革について、国に対し要望・提言を行っていくこととします。

２　女性医師の再就業支援

出産や子育て等により、休職・離職した女性医師の現場復帰が困難となっている状況があることから、県医師会女性医師部会、大学等と連携し、復職を希望する女性医師に対する研修システムの構築や離職防止のための施策、女性医師が働きやすい職場環境の整備を推進します。

３　かかりつけ医普及の推進

病院との機能分担の推進や、専門的な医療を提供する他の医療機関への紹介、在宅医療を提供するための地域病院との連携強化など、「かかりつけ医」としての機能の確立を推進するとともに、県民に対し「かかりつけ医」普及を促進します。

４　医師の資質向上

県医師会、大学、県及び関係機関が連携して、体系的な生涯教育としての従事者研修を実施することにより資質の向上を図ります。

また、臨床研修病院においては、その研修内容の充実・向上に努め、臨床研修医の質の向上を図るものとします。

２　歯科医師

歯科医師に求められる役割

高齢化社会において、歯の健康を生涯にわたって保つことが重要です。

歯の健康を維持することは、生活習慣病対策の１つとして位置付けられており、県民の指導にあたる「かかりつけ歯科医」の役割が大きくなっています。

また、高齢者や心身障害者（児）に対する専門性のある歯科医療の充実を進めていく必要があります。

なお、歯科医師についても医師と同様、女性の増加が顕著であり、平成16年末現在、本県の医療施設に従事する女性歯科医師の割合は、26.3%となっています（厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」）。

施策の方向

１　かかりつけ歯科医普及の推進

県歯科医師会、徳島大学歯学部等と連携し、口腔ケアから歯科疾患予防まで、県民の多様なニーズに対応できる「かかりつけ歯科医」の定着を推進するため、大学、歯科医師会等の関係機関が一体となって、各種研修への参加を促進します。

２　生涯研修の推進

在宅歯科医療の技法や要介護者の歯科的特性に関する研修会の開催等、生涯教育をより一層充実し、歯科医師の資質の向上を図ります。

３　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。

４　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、新興感染症など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、保健指導や健康相談、健康教育等、直接的な保健サービスの提供のほか、保健・医療・福祉・産業などの分野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、医療技術の進歩など医療を巡る環境の変化の中で、入院時も含めて、生活の質を向上させ、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てきています。

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、看護師等には、医師、薬剤師、その他の医療関係者や福祉関係者との適切な役割分担と連携のもとに、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

１　養成の強化

資質の高い看護職員を養成するため、県内の各養成施設と連携をとりながら、教育の充実及び看護教員・実習指導者の資質の向上を図ります。

２　県内定着の推進

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。

３　離職の防止

看護職員宿舎及び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。

４　再就業の促進

(1) 医療・福祉施設への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。

(2) 潜在看護職員のための実務研修等を実施し、再就業を支援します。

５　資質の向上

(1) 新卒者を含む看護職員が最新の知識や技術を修得し、よりよい看護が提供できるように、県看護協会及び大学等関係機関と連携のもと、資質向上のための研修の充実強化を図ります。

(2) 活動が多様化している保健師に対し、各領域のニーズに応じた研修を企画・実施し、保健師の資質向上を図ります。

(3) 関係機関・団体との連携を図りながら、助産師の資質向上が図られるよう努めます。

５　診療放射線技師、臨床検査技師及び衛生検査技師

診療放射線技師等に求められる役割

診断機器の高度化が進む中で、これに対応し、適切な管理を行うことが必要です。

施策の方向

１　診療放射線技師については、診療放射線技師会等との連携のもと、需要に応じた診療放射線技師の確保に努めるとともに、関係団体等の行う生涯教育等を通じて、資質の向上を推進しま

す。
２　臨床検査技師については、徳島県臨床衛生検査技師会等との連携のもと、需要に応じた臨床検査技師の確保と資質の向上に努めます。

６　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

本県は、人口の高齢化が急速に進行しており、今後両職種への需要は、ますます高まるものと考えられます。

また、多様化するリハビリテーションのニーズに応えるため、理学療法士・作業療法士の資質の向上が求められます。

言語聴覚士に求められる役割

言語聴覚士の活動範囲は、小児（吃音、難聴）、老人福祉、学校教育など広範囲にわたっており、理学療法士、作業療法士等の他の職種との連携が不可欠です。

施策の方向

１　医学的リハビリテーション技術の進歩等に対応するため、関係団体等の行う生涯教育の充実を要請し、理学療法士・作業療法士の資質の向上を推進します。
２　言語聴覚士会等との連携のもと、需要に応じた言語聴覚士の確保に努めるとともに、関係団体等の行う生涯教育等を通じて、資質の向上を推進します。

７　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

歯の重要性が強調される中で、歯科衛生士には歯の健康を保つための指導的な役割が求められてきています。

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

歯科医師会等との連携のもと、需要に応じた歯科衛生士・歯科技工士の確保に努めるとともに、各種研修会等を通じて資質の向上を推進します。

８　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健指導の従事者は、医師・保健師・管理栄養士とされており、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です。

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４疾病・５事業の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24年度末目標値
地域医療支援病院数 ※各２次保健医療圏に１箇所以上整備	３病院 （H19）	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24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）☆ ※「10年以内に20%減少」を目標とする。	８８．３ (H17)	１０%減少
がん診療連携拠点病院数　☆ ※原則として各２次保健医療圏に１箇所程度整備	３病院 (H19)	６病院
がん検診受診率　☆★	胃がん　20.9% 肺がん　14.5% 大腸がん　16.2% 乳がん　22.8% 子宮がん　21.4% (H16)	部位ごとの受診率 各５０%以上

２ 脳卒中の医療体制

数値目標項目	直近値	平成24年度末目標値
脳卒中死亡率（人口10万人対）　★	総数　１３２．１ 男性　１３２．３ 女性　１３１．６ (H15)	２５%減少
特定健康診査受診率　★◇	男性　５５．９% 女性　５３．７% (H18)	７０%以上
地域連携クリティカルパス導入医療圏数	－	６

３ 急性心筋梗塞の医療体制

数値目標項目	直近値	平成24年度末目標値
虚血性心疾患死亡率（人口10万人対）　★	総数　６７．０ 男性　７２．１ 女性　６２．３ (H15)	２５%減少
特定健康診査受診率　★◇	男性　５５．９% 女性　５３．７% (H18)	７０%以上
地域連携クリティカルパス導入医療圏数	－	６

４ 糖尿病の医療体制

数値目標項目	直近値	平成24年度末目標値
治療中断率	１３．３% (H15)	０%
糖尿病による人工透析新規導入率（人口10万人対）★	１４．６ (H18)	３６%減少
糖尿病有病者数（40～74歳）　★	男性　１．９万人 女性　１．２万人 (推計値)	男性　１．７万人 女性　１．１万人

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24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）	３５３ (H19)	現状維持
２次救急：救急告示医療機関数	３８ (H19)	現状維持
３次救急：救命救急センター数	３ (H19)	現状維持
ＡＥＤ（自動体外式除細動器）の県立施設設置率	６９．１％ (H19)	１００％

２ 小児医療体制の整備

数値目標項目	直近値	平成24年度末目標値
小児救急医療拠点病院数 ◆	１病院 (H19)	２病院
徳島こども救急電話相談　実施日数 ◆	土・日・祝日 年末年始の 18:00～23:00	３６５日

３ 周産期医療体制の整備

数値目標項目	直近値	平成24年度末目標値
周産期死亡率（出産千対）	５．７ (H17)	全国平均以下
妊産婦死亡率（出産10万対）	３．０ (H17)	全国平均以下
地域周産期母子医療センター整備	－	１箇所以上

４ 災害医療体制の整備

数値目標項目	直近値	平成24年度末目標値
災害医療を熟知した医療救護チーム数 ◆	７チーム (H19)	１４チーム
広域災害医療情報システム登録医療機関数	３４ (H19)	全ての医療機関

５ へき地医療体制の整備

数値目標項目	直近値	平成24年度末目標値
夏期地域医療研修に参加した医学部生数 ◆	３０名 (H19)	延べ１５０名 (H19～H24)
へき地医療拠点病院数	５病院 (H19)	５病院

☆「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
◇「徳島県医療費適正化計画」における目標
◆「オンリーワン徳島行動計画（第二幕）」における目標

３　計画の評価及び見直し

計画を効果的に推進していくためには、施策の進捗状況や数値目標の達成状況を把握し、検証・評価する必要があります。

このため、毎年度、徳島県医療審議会において進行管理を行うとともに、検証・評価を行います。評価結果に基づき、必要があると認められる場合は、施策・数値目標の見直しを検討します。

計画の最終年度においては、数値目標の未達成項目や全国平均を大きく下回る項目について、その要因を詳細に分析し、抜本的な見直しを行い、次期計画に反映させるものとします。

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

徳島県小児科・産科集約化
検討協議会報告書

平成１９年１１月

徳島県小児科・産科集約化検討協議会報告書

徳島県小児科・産科集約化検討協議会
小児科部会長　　香美　祥二
産科部会長　　苛原　　稔

はじめに

少子化が進む状況において、安心して出産し、安心して子どもを育てていくことができるよう、小児科・産科の医療体制を充実していくことは、徳島県の将来にとって重要な課題である。

しかしながら、平成16年度から導入された新しい「医師臨床研修制度」に起因する医師の大都市部への集中、過酷な勤務環境や医療訴訟などの高いリスクなどを要因として、特に小児科・産科の医師の減少が全国的に深刻な問題となっている。さらには、若い世代における女性医師が増加しており、結婚・出産などで休職、離職した女性医師の復職がなかなか進まない状況も医師不足の背景となっている。

本県は、平成16年12月31日現在の人口10万人当たりの医療施設従事医師数が全国第２位であるが、徳島市周辺に医師の半数以上が集中するなど、地域による偏在が顕著であるとともに、小児科・産科を中心とした診療科の偏在も深刻な課題となっている。

このような状況の中、厚生労働省、総務省及び文部科学省から成る「地域医療に関する関係省庁連絡会議」において、「医師確保総合対策」が平成17年８月にまとめられ、その中で、小児科・産科の医師偏在の問題については、医療資源の集約化・重点化を推進することが、当面の最も有効な方策であるとされた。これを受け、関係の学会や医会、関係団体の有識者で構成された「小児科・産科における医療資源の集約化・重点化に関するワーキンググループ」で検討を重ね、平成17年12月に、「連携強化病院」や「連携病院」の設定等による集約化・重点化計画の策定、国・県・市町村・関係団体の役割などを示した「小児科・産科医師確保が困難な地域における当面の対応について」が取りまとめられた。

さらには、厚生労働省・総務省・文部科学省の連名による「小児科・産科における医療資源の集約化・重点化の推進について」の通知が各都道府県知事あて発出された。

また、「地域医療に関する関係省庁連絡会議」が平成18年８月に取りまとめた「新医師確保総合対策」においても集約化・重点化の推進が位置付けられたところである。

本協議会は、これらの状況を踏まえ、小児科・産科の安全な提供体制を確保するため、医療資源の集約化・重点化の必要性の検討を行い、必要性が認められた場合には、その具体策等について検討を行うワーキンググループとして、平成19年２月に設置されたものである。

平成19年３月12日以降、全体会議２回、小児科部会３回、産科部会３回を開催し、協議・検討を行ってきた。その内容について、ここに報告する。

現状について

１　小児科医療

徳島県における小児科医師数は、厚生労働省調査「医師・歯科医師・薬剤師調査」によると、平成８年度101名から平成16年度102名と横ばい状況にある。また、全国で見ると平成６年から平成16年までの間に、医師総数は約36,000人増加し、小児科医師数も約1,300人増加している状況にある。

しかしながら、核家族化による保護者の育児不安に伴う軽症小児患者の増加、夫婦共働きの進行による夜間受診の増加、保護者の専門医指向による病院受診の増加など、小児医療に対するニーズの多様化により、小児科医師の勤務環境が過酷な状況となっている。

小児科を標榜している医療施設数は、厚生労働省調査「医療施設調査」によると、平成13年度の病院55施設、診療所280施設から、平成17年度には病院49施設、診療所258施設と減少している。

県内の地域的な状況については、医師、医療施設ともに東部（徳島市、鳴門市、吉野川市、阿波市、名東郡、名西郡、板野郡）に集中しており、南部（小松島市、阿南市、勝浦郡、那賀郡、海部郡）及び西部（美馬市、三好市、美馬郡、三好郡）の状況は厳しく、特に海部郡における小児科医師は２名のみである。

徳島県の小児救急医療体制は、東部については、初期診療対応の徳島市夜間休日急病診療所と２次救急対応の輪番病院５病院（県立中央病院、徳島市民病院、健康保険鳴門病院、麻植協同病院、阿波病院）、西部については、輪番病院２病院（県立三好病院、つるぎ町立半田病院）により体制を構築し、南部については、徳島赤十字病院が小児救急医療拠点病院として24時間365日対応している。

２　産科医療

徳島県における産科・産婦人科医師数は、厚生労働省調査「医師・歯科医師・薬剤師調査」によると、平成８年度97名から平成16年度97名と横ばい状況にある。しかし、全国で見ると平成６年から平成16年までの間に、医師総数は約36,000人増加しているが、産婦人科医師数は逆に約700人減少しており深刻な状況にある。

医療過誤に関する訴訟の３割以上が産婦人科関連であり、多大な心理的、経済的負担を生み、新たに産科を志望する医師の減少を招いている。また、深夜でも対応しなければならないという不規則な勤務環境も大きな要因となっている。

産科・産婦人科を標榜している医療施設数は、厚生労働省調査「医療施設調査」によると、平成13年度の病院16施設、診療所42施設から、平成17年度には病院13施設、診療所32施設と大きく減少している。

また、平成18年４月に徳島逓信病院、平成19年９月には県立海部病院が分娩を休止するなど、分娩を取り扱う施設の減少も続いている状況にある。

徳島県では、徳島大学病院（総合周産期母子医療センター）を核とした県周産期医療情報システムを構築し、県内全域の緊急時に対応している。

平成18年８月に奈良県の妊婦が多くの病院から搬送を拒否され、後日亡くなった問題を受け、近畿２府４県と福井県、三重県、徳島県で構成する「近畿ブロック知事会」において、本年３月、「近畿ブロック周産期医療広域連携検討会」が設置され、周産期医療の連携体制について協議を重ねていたが、再び本年８月に、奈良県の妊婦が死産するという事案が発生したことから、受け入れ先を短時間で探すために各府県に拠点病院を設けて相互に連絡調整する広域連携体制を作ることで合意し、本年10月５日に拠点病院が決まった奈良、大阪、徳島の３府県で連携の先行稼働を始めたところである。

協議会における議論について

１　集約化・重点化の必要性について

本県における小児科・産科医療については、安全な医療を提供するため、限りある医療資源の有効活用や医師の過酷な勤務環境の改善を図るとともに、中核病院に医師を集め、医療の集約化を進めていく必要がある。

２　小児科医療体制について

小児科部会においては、東部圏域において、時間外小児救急患者数の状況などにより、小児救急の拠点が必要であるとの共通認識の下、小児救急とＮＩＣＵ（新生児集中治療管理室）の一体的整備の必要性、東部圏域の小児救急拠点を担う病院の選択についての議論を中心に検討が進められた。

○主な委員意見

・小児科医師の絶対数が不足している。
・小児救急は、開業医の協力がなければ難しい。
・小児科医師数が不足している現状では、小児救急とＮＩＣＵを一体的に整備する方が効率的であり、良質である。
・（これに対し）同一病院で整備することは効率的かもしれないが、果たして質の確保ができるか。
・徳島市民病院は、小児救急とＮＩＣＵを一体的に整備し、徳島市夜間休日急病診療所と連携しながら、２次救急の患者に対応する地域小児科センターを目指す。
・県立中央病院は、24時間365日、初期から３次までの小児救急患者に対応する小児救急医療拠点病院を目指す。
・小児科医の有効活用のために、小児科医の集約化とともに、中核病院への周囲の病院勤務医や開業医の協力をもっと積極的に進める必要がある。
・県民にとって最善の選択は何かという観点から集約化を検討すべきである。
・いい体制を作るためには、現場で働いている人が納得する形でないとできない。

などの意見が出された。

小児科部会としては、小児科医療集約化の検討結果について次のとおり報告する。

【東部】

・小児科医師が不足している現状では、小児救急とＮＩＣＵは一体的に整備するべきである。
・第３回部会において、「県立中央病院が小児救急医療拠点病院を目指すとともに、ＮＩＣＵを設置し、徳島大学と一体となって周産期医療を担っていく決意をした。」旨の表明がなされたことを受け、部会においては、県立中央病院、徳島市民病院のいずれに集約するかについては決定せず、それぞれの特徴を客観的に整理することとした。

各病院の特徴について

徳島県立中央病院	徳島市民病院
開設者：徳島県 所在地：徳島市蔵本町１丁目 病床数：540床 常勤医師数：小児科５名、産科３名 分娩数：５７（H18年度） 小児救急(時間外)患者数：3,216（H18年度）	開設者：徳島市 所在地：徳島市北常三島町２丁目 病床数：397床 常勤医師数：小児科５名、産科４名 分娩数：２８８（平成18年度） 小児救急(時間外)患者数：2,616（H18年度）
・24時間365日、小児患者に対応する小児救急医療拠点病院を目指す。 ・小児救急輪番病院（火・木・土・日） ・救命救急センターを有し、小児救急の約25%を占める整形・脳外・耳鼻科疾患の小児救急患者や３次救急患者に対応する救急専属医、各科専門医との連携による救命救急体制が充実している。 ・総合メディカルゾーンの中で、徳島大学病院と連携・補完した県民医療の拠点を整備。 ・新病院：平成23年度開院に向け、実施設計中 ・経常収支比率104.1%、経常利益377百万円（平成18年度）	・徳島市夜間休日急病診療所と連携し、２次救急の患者に対応する地域小児科センターを目指す。 ・小児救急輪番病院（水・金・日(昼)） （※一般救急体制の中で小児科医が対応） ・周産期医療のノウハウとそれを熟知したスタッフを有する。 ・総合周産期母子医療センター(徳島大学病院)を補完する病院として県内の周産期医療を担っている。 ・新生児センターとして病床15床、うち広義のNICUとして４床を整備（新病院ではNICU６床、GCU９床） ・新病院：平成20年１月１期開院、平成21年10月全面開院予定
（委員意見） ・本来、県全体の医療に関わるＮＩＣＵは県が主体的に取り組む医療である。 ・ＮＩＣＵの実績はないが、小児救急や成人の３次救急に関してはこれまで十分な実績があり、ここにＮＩＣＵが加われば、母児の同時の急変に対処も可能となる。 ・ＮＩＣＵはゼロからのスタートになるがゼロから積み上げていく。 ・隣接する徳島大学病院と県中スタッフの相互協力など緊密な協力が可能となり，ＮＩＣＵのより効率的な運営ができる。 ・県中がＮＩＣＵを担うのであれば、市民ＮＩＣＵスタッフの県中への異動とこれまでの市民ＮＩＣＵに対して投資された費用の補償も配慮すべきである。	（委員意見） ・市民のＮＩＣＵは25年の歴史がある。 ・ＮＩＣＵも分娩もがんばっている市民を拡充していけばよい。 ・４月にはＮＩＣＵを備えた新病院が完成する。この医療資源を県全体の医療ため最大限活用すべきである。 ・県中がＮＩＣＵをできるのは、平成23年度の新病院開院時であり、それまでの間どう対応するかの問題がある。新病院ができる市民が担うしかない。 ・２億円を超える投資で整備したＮＩＣＵを３，４年で無かったことにすることは、県民・市民の理解が得られない。

※参考

徳島大学病院　（徳島市蔵本町２丁目）

病床数710床　３次救急医療機関

総合周産期母子医療センター（MFICU ３床、MFICU後方 ８床、NICU ６床、GCU 12床）

分娩数　523(H18年)

徳島市夜間休日急病診療所　（徳島市沖浜東２丁目）

一次救急医療施設として、365日の夜間（19:30～23:30）と休日の9:00～17:00、18:00～23:30の患者に対応

【南部】

・小松島市の徳島赤十字病院が小児救急医療拠点病院として、24時間365日、小児救急患者に対応している状況であり、現状の体制を維持する。

・今後、開業医の協力をはじめ、徳島赤十字病院をいかにサポートしていくかを考えていく必要がある。

【西部】

・県立三好病院及びつるぎ町立半田病院が、小児救急輪番病院として小児救急医療体制を担っている。また、実態として四国地区唯一の小児病院である香川県善通寺市の独立行政法人国立病院機構香川小児病院へ多くの時間外小児救急患者が受診している状況である。

・この体制を維持していく。

３　産科医療体制について

産科部会においては、総合周産期母子医療センターである徳島大学病院がＮＩＣＵ６床を整備しているが、絶対数が不足しており、補完する病院の選択についての議論、中リスクを担う病院をどうするかの議論を中心に検討が進められた。

○主な委員意見

・ＮＩＣＵは、平成12年に徳島県周産期医療検討会で必要であると報告された、少なくとも15床以上を整備するべきである。

・ＮＩＣＵは、徳島大学病院の６床では絶対数が不足しており、補完する病院が必要である。

・小児救急よりも深刻な面もあり、集約化は急がなければならない。

・三好市、海部郡の産科医療をどうしていくかの検討も必要。集約される病院をいかにカバーしていくか、いかに住民に納得してもらえるシステムを作るかが重要である。

・開業医が参画できる体制を構築する必要がある。

・母子搬送体制を充実していく必要がある。

・助産師をはじめ、コメディカルの確保についても積極的な取り組みが必要である。

・県からの財政的支援、地元自治体のサポートが必要である。

などの意見が出された。

産科部会としては、産科医療集約化の検討結果について次のとおり報告する。

【東部】

・総合母子周産期医療センターである徳島大学病院を補完する病院が必要であり、これまでの実績から徳島市民病院が担うことがふさわしいとの意見が多数出されたが、小児科医師が不足している現状では、小児救急とＮＩＣＵは一体的に整備すべきであるとの意見を受け、部会においては、小児科部会と同じく、県立中央病院、徳島市民病院のいずれに集約するかについては決定せず、それぞれの特徴を客観的に整理することとした。

※「２ 小児科医療体制について」の【東部】を参照

【南部】

・中リスクを担う病院が必要であるが、小児科医師数が不足している現状から、現時点において医療機関を決定することは難しい。

【西部】

・中リスクを担う病院が必要であるが、小児科医師数が不足している現状から、現時点において医療機関を決定することは難しい。

今後取り組んでいくべきこと

①拠点病院や地域の中核病院へ開業医が参画する仕組みを構築するなど、開業医の協力体制の確立を図っていくべきである。

②医師不足により地域における医療の提供が困難となりつつある状況、また、その医療を提供するために医師が過酷な勤務をしているという現状、さらに、このまま放置すれば医療崩壊につながりかねないという現実について、地域住民に周知するとともに,理解を求めていく必要がある。

③医療資源の集約化を進めるにあたっては、集約される地域の住民に対し、理解が得られるシステムを構築するとともに、十分なサポートが実施できる体制を整備するべきである。

④徳島県は、引き続き、医師確保対策を積極的に推進し、県内における医師の増加に努める。

⑤小児科・産科における医師不足の解消に対し、県単位で取り組むには限界があることから、産科補償制度、医療事故調査会の早期実現をはじめ、抜本的な制度見直しを国へ要望していく必要がある。

おわりに

安全・安心で質の高い小児科・産科の医療が提供されることは、県民の願うところであり、現場で働く医師をはじめ、関係者は懸命に努力を続けているところである。しかしながら、医師が不足している現状を鑑み、緊急避難的な措置として、医師の集約化が必要な状況となっている。

本協議会において、具体的な集約化方針の決定には至らなかったが、小児救急とＮＩＣＵは一体的に整備すべきであること、また、集約化すべきであることについて意見は一致し、一定の方向性は示したと考えている。今後、県医療審議会においては、本協議会で議論された貴重な意見を十分認識いただき、審議されることを切望するものである。

今後は、県民、医療関係者、県・市町村が一体となって、相互に協力・連携しながら、地域における医療提供体制の充実・強化に努めていくことが必要である。

徳島県小児科・産科集約化検討協議会

■委員　１７名（50音順）

東　敬次郎	徳島市民病院産婦人科総括部長
猪野　博保	徳島赤十字病院第一産婦人科部長
苛原　　稔	徳島大学大学院ヘルスバイオサイエンス研究部女性医学分野教授
香美　祥二	徳島大学大学院ヘルスバイオサイエンス研究部小児医学分野教授
岸　　彰	日本小児科医会徳島県支部長
木内　和江	徳島県看護協会
小島　泰代	徳島県看護協会第二副会長
塩谷　泰一	徳島県病院事業管理者
田山　正伸	徳島市医師会常任理事
中山　孝善	徳島県医師会常任理事
平岡　政弘	徳島県医師会
松岡　　優	徳島市民病院副院長
三谷　　弘	日本産婦人科医会徳島県支部長
森　　秀司	徳島県歯科医師会副会長
吉田　哲也	徳島赤十字病院第一小児科部長
吉本　忠弘	日本産婦人科医会徳島県支部副支部長
米津　隆仁	徳島県歯科医師会常務理事

■開催経過

平成19年３月12日	第１回小児科・産科集約化検討協議会
４月９日	第１回小児科部会
４月12日	第１回産科部会
５月31日	第２回小児科部会
６月４日	第２回産科部会
10月16日	第３回小児科部会
11月７日	第３回産科部会、第２回小児科・産科集約化検討協議会

策 定 経 緯

第５次徳島県保健医療計画の策定経緯

１　検討経緯等

平成18年10月17日　　徳島県医療審議会（平成18年度 第１回）
　　○新しい医療計画制度について

平成19年３月７日　　徳島県医療審議会（平成18年度 第２回）
　　○徳島県保健医療計画改定基本方針について
　　（改定時期，改定手順，計画の公表）
　　○第４次徳島県保健医療計画の進捗状況について

平成19年11月21日　　徳島県医療審議会医療対策部会（第１回）
　　○第５次徳島県保健医療計画（素案）について

平成19年11月27日　　徳島県医療審議会（第１回）
　　○第５次徳島県保健医療計画（案）について（諮問）

平成19年12月10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20年１月９日）
　　○４市町・２団体から意見・要望

平成19年12月12日　　パブリックコメントの募集（～平成20年１月11日）
　　○５名から14件の意見

平成20年２月４日　　徳島県医療審議会医療対策部会（第２回）
　　○第５次徳島県保健医療計画（案）について
　　（数値目標，基準病床数，医療機関名称公表）

平成20年２月14日　　徳島県医療審議会（第２回）
　　○第５次徳島県保健医療計画（案）について
　　（数値目標，基準病床数，医療機関名称公表）

平成20年３月４日　　徳島県医療審議会（第３回）
　　○第５次徳島県保健医療計画について（答申）

平成20年４月22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19年８月21日～９月３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180名，回答率90％

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20年３月現在）

氏　　名	職　　名	備　　考
足立　克仁	独立行政法人国立病院機構徳島病院長	平成19年10月就任
安生　有希	阿南市副市長	
江藤　和子	全日本病院協会県支部理事	
大西　妙子	前県社会福祉協議会理事	
小田久美子	前日本労働組合総連合会県連合会副会長	
香川　　征	徳島大学病院長	
加地　　充	県薬剤師会常務理事	
川島　　周	県医師会長	会長
川端　正義	県精神病院協会理事	
木下　成三	県医師会常任理事	
五軒家憲次	県町村会長	平成19年６月就任
児玉　恵子	社会保険労務士	
桜井　えつ	県医師会女性医師部会長	
佐藤美智子	県看護協会常務理事	平成19年６月退任
塩谷　泰一	県病院事業管理者	
世戸　眞澄	県厚生農業協同組合連合会理事長	
武久　一郎	前県医師会副会長	平成19年９月退任
鶴尾　美穂	県医師会生活習慣病予防対策委員会委員	平成19年10月就任
豊崎　　纒	徳島市医師会長	平成19年10月就任
中川　和子	公募委員	
二木　康弘	県消防長会長	
原田　寛子	四国大学教授	
坂東　忠之	前県町村会長	平成19年６月退任
日浅　芳一	徳島赤十字病院副院長	
福島　泰江	前県医師会常任理事	平成19年９月退任
堀部　　紘	県歯科医師会副会長	
圓井美貴子	公募委員	
水口　艶子	県看護協会長	平成19年６月就任
和田　明人	県歯科医師会長	

（五十音別・敬称略）

用語の解説

用語の解説

あ　行

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。主に急性期から回復期の一部の患者に対する入院治療を行う病床。

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://www1.pref.tokushima.jp/hoken/iryouseisaku/）

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。

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寝たきり等の要介護高齢者に、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。

か　行

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。

がん診療連携拠点病院
　地域における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。

緩和ケア
　生命を脅かす疾患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。

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
急性期とは、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。

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１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。

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、その機能向上を図るため、言語訓練や必要な検査、助言・指導などを行う有資格者。ＳＴ（Speech Therapist）。

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。

高病原性鳥インフルエンザ
通常のインフルエンザウイルス（H1N1、H3N2）以外のインフルエンザウイルスで、鳥に対する病原性が高いウイルスによる感染症で、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。中国、ベトナム、トルコ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型インフルエンザウイルスの出現が懸念されている。

さ　行

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「地域災害医療センター」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「基幹災害医療センター」からなる。

災害派遣医療チーム
「ＤＭＡＴ」を参照。

在宅療養支援診療所
在宅医療における中心的な役割を担い、必要に応じて他の病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション等との連携を図りつつ、24時間往診及び訪問看護等を提供することができる体制を有する診療所。

作業療法士（ＯＴ）
身体又は精神に障害のある者に対して、主としてその応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るため、手芸、工作その他の作業を通して治療、訓練、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(じんふぜん)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。

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
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。

新型インフルエンザ
動物、特に鳥類のインフルエンザウイルスが人に感染し、人の体内で増えることができるように変化し、人から人へと感染できるようになったもので、このウイルスが感染して起こる疾患。

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）。

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、糖尿病など。

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。

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。

た　行

多発外傷
身体を，頭部・頸部・胸部・腹部・骨盤・四肢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、介護予防マネジメント、包括的・継続的マネジメントの４つの業務を行う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。

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20年４月から毎日（18時～23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、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より、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

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）。

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が、共同生活を営みながら、その住居において、食事・入浴などの介護や日常生活の世話などを行うこと。

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
身体を動かさないなど臥床状態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、関節拘縮、褥瘡（床ずれ）、骨粗鬆症などが挙げられる。生活不活発病ともいう。

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あって、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。

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。

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。

訪問看護ステーション
看護師が家庭を訪問して、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。

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。

ま　行

マンモグラフィ
触診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（微細石灰化）を発見することができる乳腺・乳房専用のＸ線装置。

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、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

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に対して、基本的な動作の能力を回復させるために、いろいろな治療のための運動や電気による刺激、マッサージ等の手段により、治療・訓練を行う有資格者。
　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。心室細動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。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かつ悪性の中枢神経系の疾病。

ＣＣＵ（Coronary Care Unit の略）
　虚血性心疾患専門の集中治療室。

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。

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。

ＩＣＵ（Intensive Care Unit の略）
　集中治療室。呼吸、循環、代謝その他の重篤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。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。

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。

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。

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）。