令和８年度第２回 徳島県医療審議会 令和８年１１月１３日	資　料 １－３

第８次徳島県保健医療計画

〈中間見直し版〉

（素案）

令和　　年　　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　計画策定の趣旨　3
　第２　計画の基本理念　3
　第３　計画の性格　4
　第４　計画の期間　4

第２章　本県の医療を取り巻く環境
　第１　人口の動向　7
　第２　疾病の動向　14
　第３　保健医療施設の状況　21

第３章　保健医療圏の設定
　第１　保健医療圏の趣旨　31
　第２　保健医療圏の設定　31
　第３　基準病床数　38

第４章　徳島県地域医療構想
　第１　地域医療構想の基本的事項　43
　第２　構想区域の設定　44
　第３　医療機能別の必要病床数推計　45
　第４　必要病床数と病床機能報告による病床数の比較　49
　第５　将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策　51
　第６　地域医療構想の実現に向けて　58
　第７　構想の推進体制・進行管理　60

第５章　本県の保健医療提供体制
　第１　医療機関の機能分化と連携　67
　　1　地域包括ケアシステムの深化・推進　67
　　2　地域の医療機関の機能分化と連携　68
　　3　地域医療支援病院の整備目標　70
　　4　公的病院等の役割　72
　　5　社会医療法人の役割　74
　　6　徳島医療コンソーシアムによる取組　75
　　7　広域医療連携の取組　78

第２　疾病に対応した医療提供体制の整備
１　がんの医療体制　81
２　脳卒中の医療体制　111
３　心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制　131
４　糖尿病の医療体制　151
５　精神疾患の医療体制　167
第３　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　191
２　小児医療体制の整備　213
３　周産期医療体制の整備　231
４　災害医療体制の整備　247
５　新興感染症発生・まん延時における医療体制の整備　269
６　へき地医療体制の整備　289
７　在宅医療体制の整備　311
第４　安全な医療の提供　333
第５　保健医療施策の推進　336
１　健康危機管理対策　336
２　健康増進（健康徳島21の推進）　338
３　自殺予防対策　342
４　母子保健対策　346
５　高齢者保健医療福祉対策　351
６　障がい者（児）保健医療福祉対策　355
７　結核・感染症対策（新興感染症発生・まん延時に係るものを除く）　362
８　難病対策　366
９　臓器移植対策　372
10　アレルギー疾患対策　376
11　歯科保健医療対策　379
12　血液の確保・適正使用対策　382
13　医薬品等の適正使用対策　384
14　快適な環境衛生の確保　387
15　食品等の安全確保　389
16　安全な水の確保　392
17　動物由来感染症の予防　394
18　医療に関する情報化（医療ＤＸ）の推進　395
第６　保健・医療・介護（福祉）の総合的な取組　398

第６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　医師の養成・確保（徳島県医師確保計画）　401
第２　歯科医師・歯科衛生士・歯科技工士の養成・確保　455
第３　薬剤師の養成・確保（徳島県薬剤師確保計画）　457
第４　看護職員の養成・確保　463
第５　保健医療従事者の養成・確保　471
第６　医療従事者の勤務環境の改善　475

第７章　外来医療に係る医療提供体制の確保（徳島県外来医療計画）　477

第８章　事業の評価及び見直し　519

第1章　基本的事項

第１　計画策定の趣旨

徳島県は、温暖な気候と緑あふれる豊かな自然を有し、県民が快適な生活を営むために必要な自然的条件に恵まれています。
また加えて、医療技術の進歩、保健衛生活動の積極的な推進、さらには生活水準の向上等により、県民の健康水準は着実に向上しています。

しかし一方で、人口の急速な高齢化や社会構造の多様化・複雑化が進む中で、疾病の構造が変化し、がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病等の生活習慣病や精神疾患が増加しています。また、近い将来その発生が危惧される「南海トラフ巨大地震」をはじめとする大規模自然災害への対応や地域における医療提供体制の確保において重要な課題となる救急医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療への対応、新興感染症発生・まん延時における医療、さらには、人口の急速な高齢化に伴う医療需要の増加が見込まれる中、地域における病床の機能の分化及び連携並びに在宅医療を推進し、将来の医療需要に対応した適切な医療提供体制の早急な構築を図ることが重要となっています。

県では、医療法に基づき、医療資源の適正な配置を図り、健康増進から疾病の予防、診断、治療及びリハビリテーションに至る総合的な保健医療提供体制の確立を目指し、昭和 62 年 11 月に「徳島県地域医療計画」を策定し、その後、見直しを行ってきましたが、平成 30 年 4 月に公示した「第 7 次徳島県保健医療計画」の策定から 6 年が経過する中、本県の今後の保健医療提供体制のあり方をあらためて検討し、県民のニーズに的確に対応した更に良質かつ適切な保健医療を提供できる体制の構築を推進するため、「徳島県保健医療計画」を見直すこととしました。

第２　計画の基本理念

「県民一人ひとりの状態に適応した保健・医療・介護サービスが提供され、
行き場のない患者を生み出さず､全ての県民が安心して暮らせる徳島づくり」

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。
近年の急速な高齢化の進展の中で、疾病構造の変化や地域医療の確保並びに医療及び介護を取り巻く地域ごとの多様な状況に適切に対応するためには、限りある地域の社会資源を効率的かつ効果的に活用し、地域包括ケアシステムの構築を進めていくことが必要となっています。
そこで、引き続き、本県の基本理念を「県民一人ひとりの状態に適応した保健・医療・介護サービスが提供され、行き場のない患者を生み出さず、全ての県民が安心して暮らせる徳島づくり」とし、この基本理念に基づき、本県の医療提供体制に対する県民の安心、信頼の確保に向けて、医療機能の分化・連携を推進し、地域において切れ目のない医療の提供を実現することにより、患者本位の、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図ります。

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きます。

第３　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) 「徳島県総合計画」の保健医療に関する分野別計画
(4) 県民その他関係機関・団体にとっては、自主的かつ積極的な取組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　計画の期間

令和６年（2024 年）４月１日から令和 12 年（2030 年）３月 31 日までの６年間とします。

第２章　　本県の医療を取り巻く環境

第１　人口の動向

１　人口

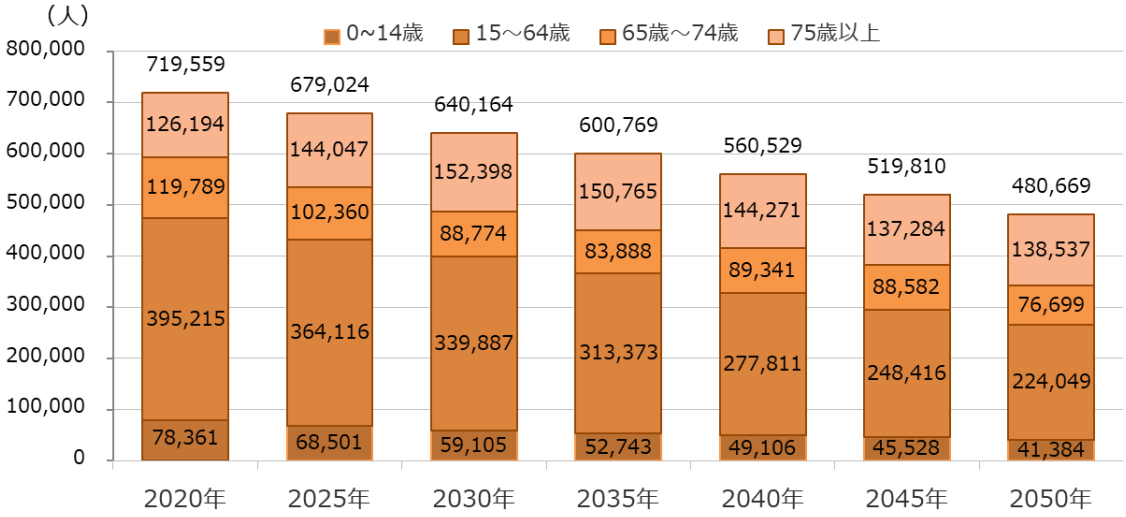
本県の総人口は、昭和 62 年頃（約 83.6 万人）から減少傾向が現れ、令和 5 年 4 月 1 日推計人口では 697,733 人と、70 万人を下回りました。

今後の総人口の見通しについては、国立社会保障・人口問題研究所による将来推計（令和 5（2023）年推計）によれば、総人口は引き続き減少基調で推移し、2030 年には約 64 万人、2040 年には約 60 万人、2050 年には約 48 万人まで減少すると推計されています。

また、年齢区分別にみると、0～14 歳、15～64 歳は以降一貫して減少する見込みですが、75 歳以上は 2030 年頃まで増加する見通しとなっています。

特に、生産年齢人口である 15～64 歳は、2030 年には 2020 年の約 86%、2040 年には約 70%、2045 年には約 57%にまで減少する見通しです。

●徳島県の人口推計



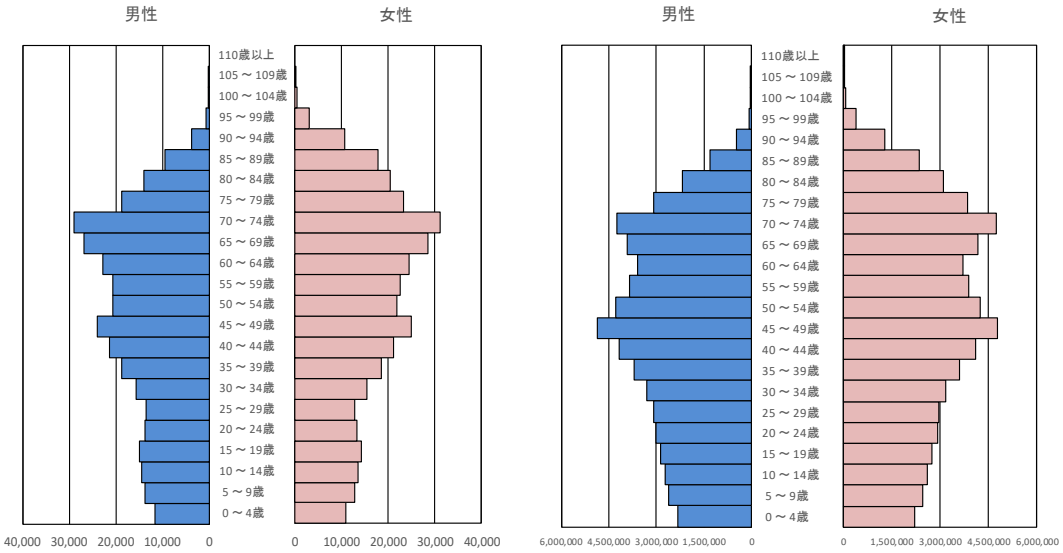
	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年	2050年
75歳以上	126,194	144,047	152,398	150,765	144,271	137,284	138,537
65際～74歳	119,789	102,360	88,774	83,888	89,341	88,582	76,699
15～64歳	395,215	364,116	339,887	313,373	277,811	248,416	224,049
0~14歳	78,361	68,501	59,105	52,743	49,106	45,528	41,384

資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」（令和 5（2023）年推計）

人口構成を全国と比較してみると、65 歳以上の高齢者、特に 75 歳以上の後期高齢者が多くなっており、15 歳未満が少なく、全国よりも少子高齢化が進行している状況です。

●人口ピラミッド

【徳島県】　　【全国】

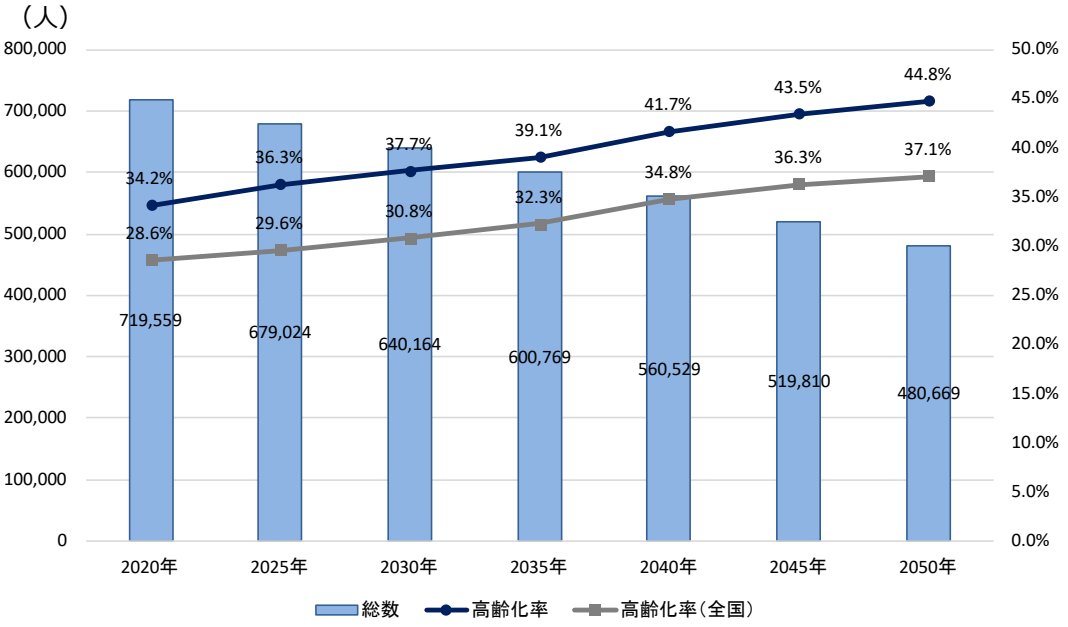


資料：総務省「令和 2 年国勢調査」

2　高齢化率

本県の高齢化率（総人口に対する 65 歳以上人口の占める割合）は、全国平均を上回っており、速いペースで高齢化が進行しています。また、今後も高齢化率は上昇を続け、2040 年には 4 割を超える見通しとなっています。

●徳島県の高齢化率の推移



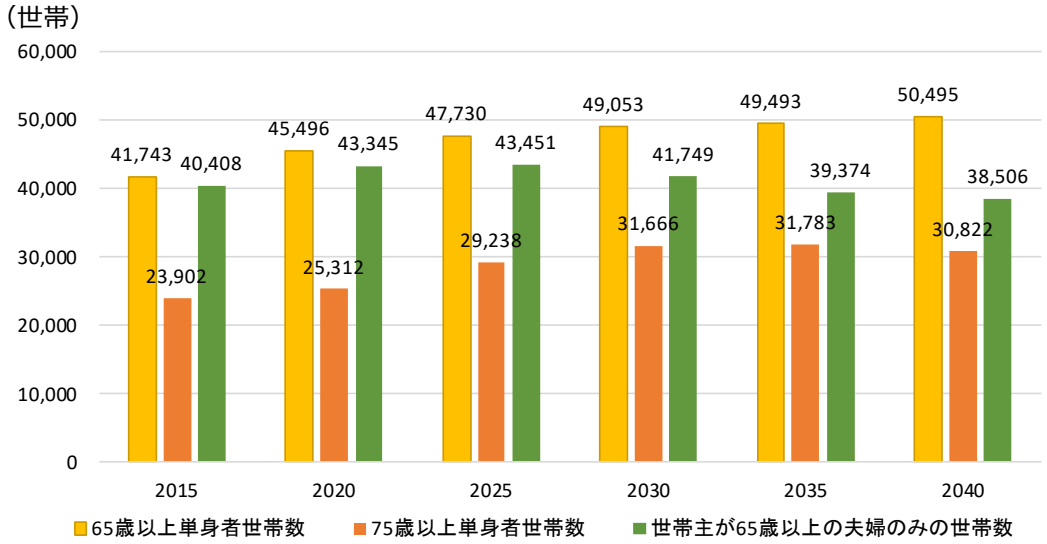
	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年	2050年
65～74歳	119,789	102,360	88,774	83,888	89,341	88,582	76,699
75歳以上	126,194	144,047	152,398	150,765	144,271	137,284	138,537
総人口	719,559	679,024	640,164	600,769	560,529	519,810	480,669
高齢化率（県）	34.2%	36.3%	37.7%	39.1%	41.7%	43.5%	44.8%
高齢化率（全国）	28.6%	29.6%	30.8%	32.3%	34.8%	36.3%	37.1%

資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」（令和 5（2023）年推計）

3　世帯構成

本県の 65 歳以上の高齢者単身者世帯数は、2040 年頃まで増加すると見込まれます。また、世帯主が 65 歳以上の夫婦のみの世帯については、2025 年頃まで増加する見通しとなっています。

●徳島県の高齢者世帯等



	2015	2020	2025	2030	2035	2040
65歳以上単身者世帯数	41,743	45,496	47,730	49,053	49,493	50,495
75歳以上単身者世帯数	23,902	25,312	29,238	31,666	31,783	30,822
世帯主が65歳以上の夫婦のみの世帯数	40,408	43,345	43,451	41,749	39,374	38,506

資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計（都道府県別推計）」（2019 年 4 月推計）

4　人口動態

(1)出生率

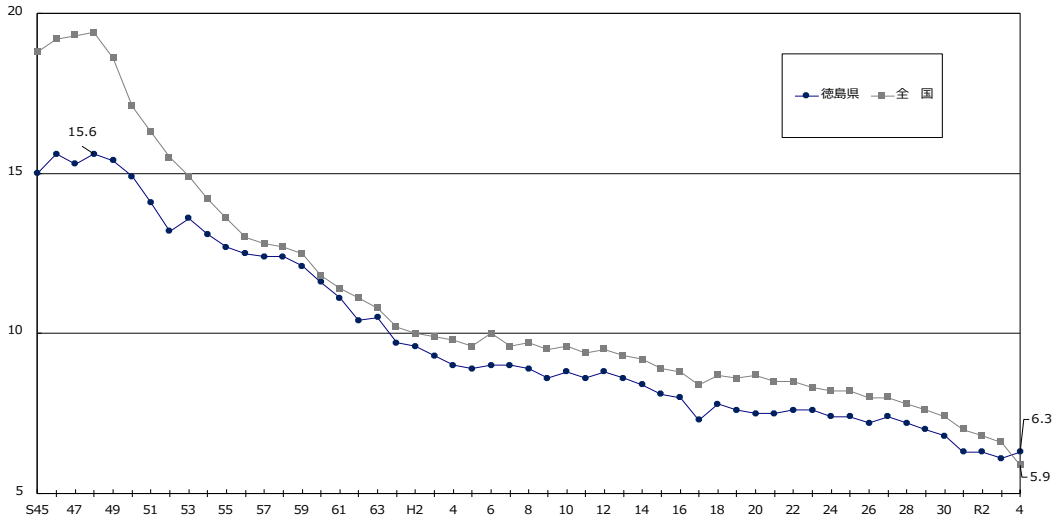
本県の出生率は、昭和 48 年の 15.6（人口千対）をピークにして、その後下降傾向にあり、令和 4 年には 6.3 となっています。

また、全国平均もほぼ同様の傾向にあり、令和 4 年の全国平均は 5.9 と戦後最低の値となっています。

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

られます。

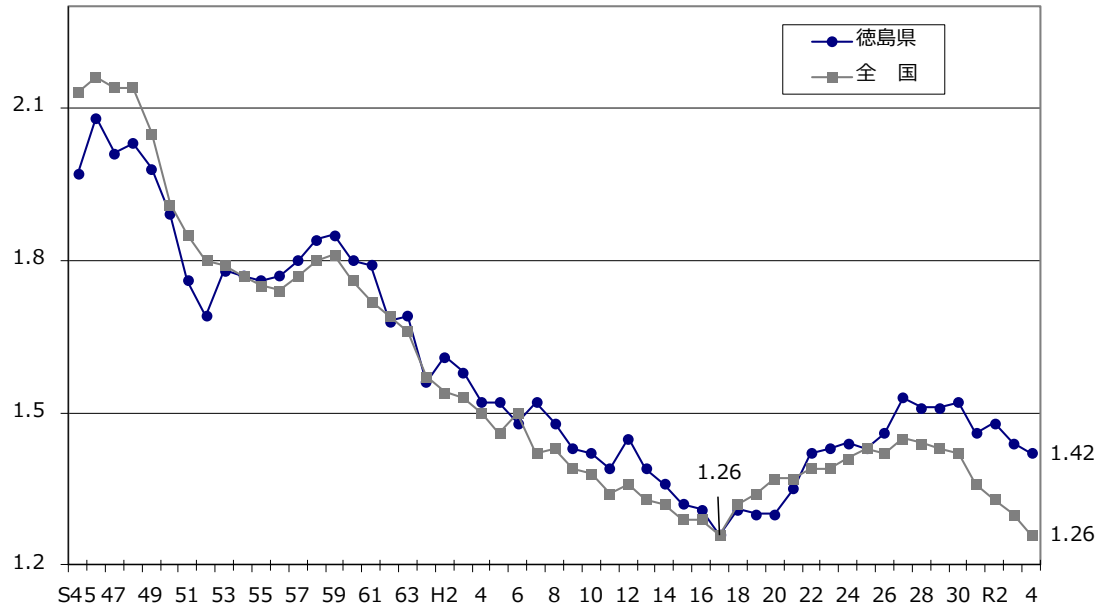
●出生率の年次推移（人口千対）



資料：厚生労働省「R4 人口動態調査」

本県の合計特殊出生率は、昭和 40 年代をピークに年々低下を続け、平成 17 年には過去最低の 1.26 にまで低下しましたが、その後回復傾向にあり、近年では全国平均を上回り、令和 4 年には 1.42 となっています。

●合計特殊出生率の年次推移

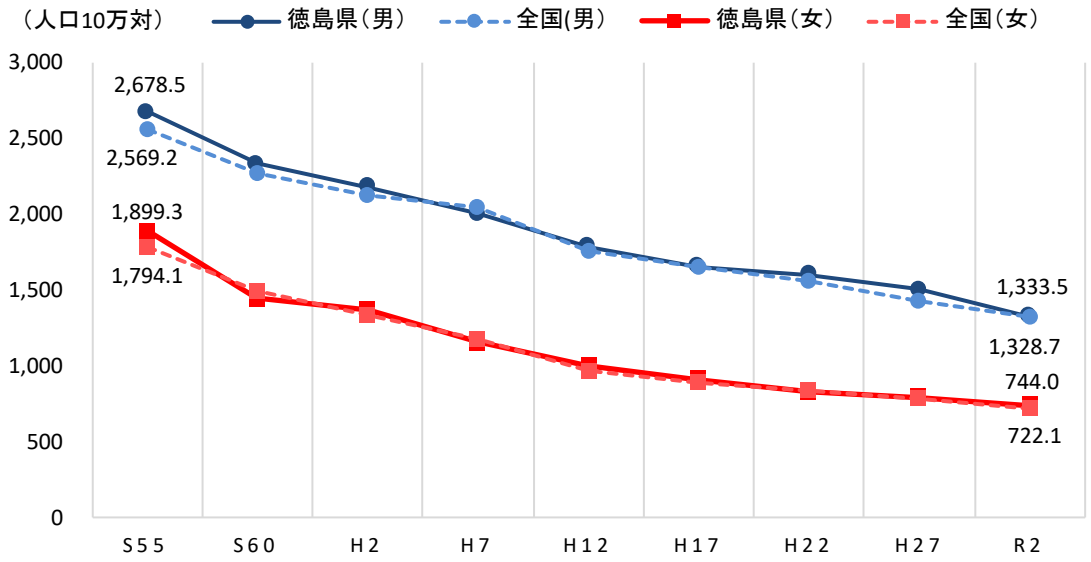


資料：厚生労働省「R4 人口動態調査」

(2)死亡率

本県の全死因による年齢調整死亡率（人口 10 万対）をみると、全国と同様に低下傾向にあり、男女とも概ね全国平均を上回る水準で推移しており、令和２年においては、男性が全国平均（1,328.7）並みの 1,333.5 で全国 24 位、女性が全国平均（722.1）を上回る 744.0 で全国 15 位となっています。

●年齢調整死亡率の年次推移

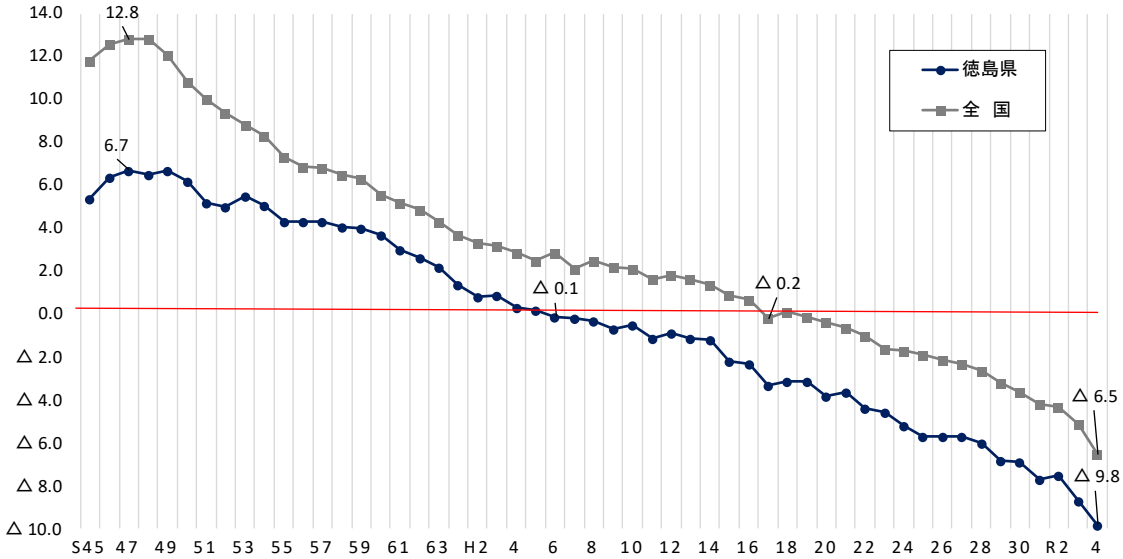


資料：厚生労働省「令和５年度人口動態統計特殊報告令和２年都道府県別年齢調整死亡率」

(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、少子高齢化を背景として全国より低い水準にあり、低下を続けています。平成６年以降はマイナスの値を示す自然減の状態が継続しており、令和４年には△9.8 となっています。

●自然増加率の年次推移（人口千対）



資料：厚生労働省「R4 人口動態調査」

5　健康寿命

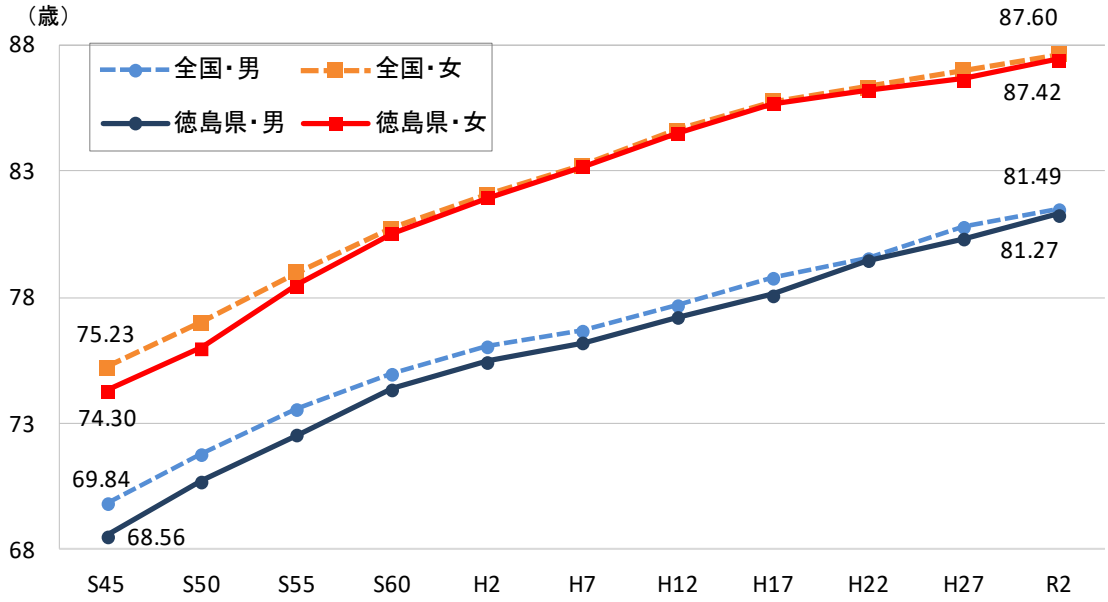
(1)平均寿命

本県の平均寿命は全国と同様に大きな伸びを示し、昭和 45 年に比べると男性では 12.7 歳、女性では 13.1 歳長くなっています。

本県の男性の平均寿命については、昭和 45 年には、68.6 歳で全国 36 位でしたが、令和 2 年には 81.3 歳となり、全国 30 位となっています。

一方、女性の平均寿命は、昭和 45 年には 74.3 歳で全国 43 位でしたが、令和 2 年には 87.4 歳となり、全国 33 位となっています。

●平均寿命の年次推移



	S45	S50	S55	S60	H2	H7	H12	H17	H22	H27	R2
徳島県・男	68.56	70.71	72.54	74.35	75.47	76.21	77.19	78.09	79.44	80.32	81.27
徳島県・女	74.30	76.00	78.48	80.56	81.93	83.17	84.49	85.67	86.21	86.66	87.42
全国・男	69.84	71.79	73.57	74.95	76.04	76.70	77.71	78.79	79.59	80.77	81.49
全国・女	75.23	77.01	79.00	80.75	82.07	83.22	84.62	85.75	86.35	87.01	87.60

資料：厚生労働省「R2 都道府県別生命表」

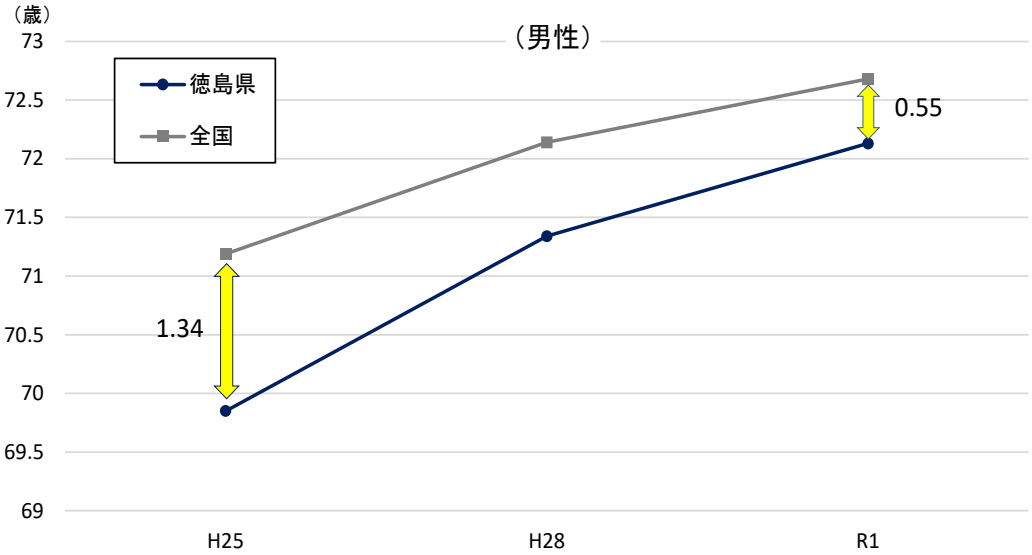
(2)健康寿命

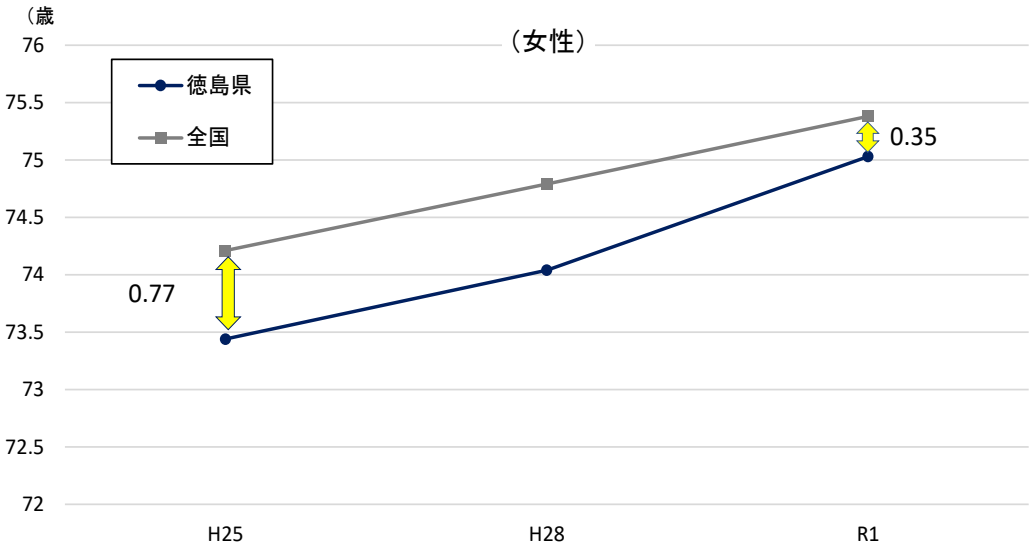
本県の健康寿命（「日常生活に制限のない期間の平均」）は、令和元年の調査において男性 72.13 歳、女性 75.03 歳となっており、男性は前回調査の平成 28 年より 0.79 年、女性は 0.98 年延伸しています。

全国的にみると、令和元年調査においては、男女とも全国平均（男性 72.68 歳、女性 75.38 歳）より低く、全国順位では男性 39 位、女性 35 位と下位にあります。

また、本県と全国平均との差は、男女ともに平成 25 年以降縮小しています。

●健康寿命の推移





資料：厚生労働科学研究「健康寿命の指標化に関する研究」

第２　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、悪性新生物、心疾患、老衰の３大死因で総死亡数の 47.5%を占めています。

本県の死因別 10 万人当たりの死亡率の状況をみると、10 大死因すべてが全国平均より高くなっています。また、肺炎、誤嚥性肺炎、間質性肺疾患が高い死亡率となっています。

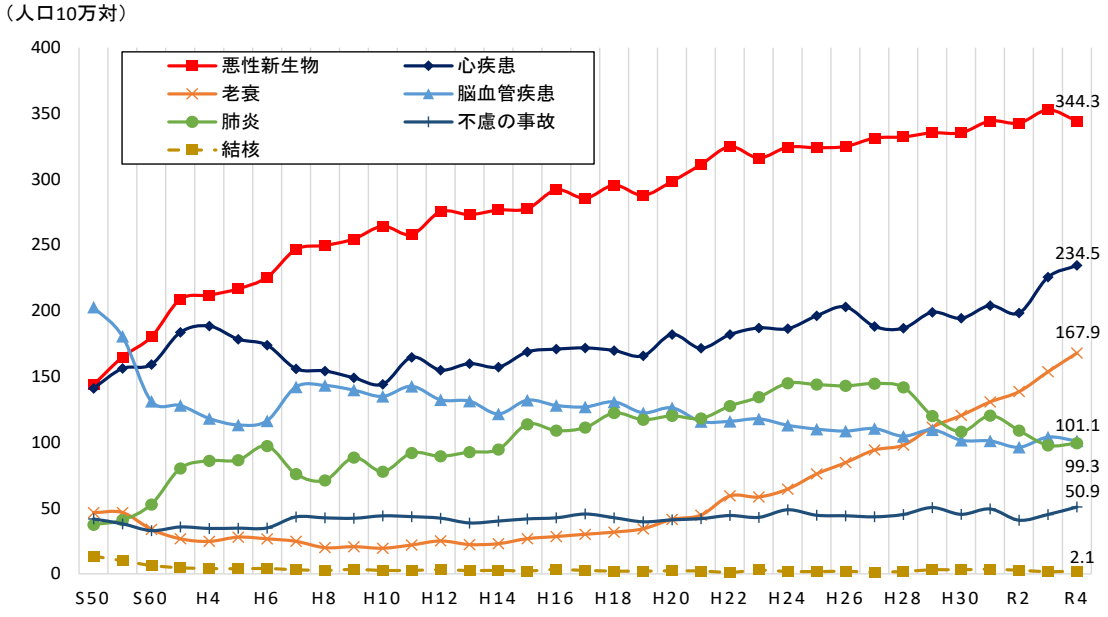
●10 大死因による死亡者数及び人口 10 万人当たり死亡率

死　　因		徳島県				全　国		
		死亡数	占有率	死亡率	全国順位	死亡数	死亡率	死因順位
県順位	総死亡数	10,968	100.0%	1,571.3	9	1,569,050	1,285.8	-
1	悪性新生物＜腫瘍＞	2,403	21.9%	344.3	18	385,797	316.1	1
2	心疾患（高血圧性を除く）	1,637	14.9%	234.5	10	232,964	190.9	2
3	老　　衰	1,172	10.7%	167.9	21	179,529	147.1	3
4	脳血管疾患	706	6.4%	101.1	23	107,481	88.1	4
5	肺　　炎	693	6.3%	99.3	3	74,013	60.7	5
6	誤嚥性肺炎	499	4.5%	71.5	2	56,069	45.9	6
7	不慮の事故	355	3.2%	50.9	6	43,420	35.6	7
8	腎　不　全	252	2.3%	36.1	8	30,739	25.2	8
9	間質性肺炎	182	1.7%	26.1	1	22,905	18.8	11
10	血管性及び詳細不明の認知症	162	1.5%	23.2	18	24,360	20.0	10

資料：厚生労働省「R4 人口動態調査」

死因は、昭和 58 年以降、1 位悪性新生物、2 位心疾患、3 位脳血管疾患という順位が定着していましたが、平成 30 年以降は老衰が 3 位となっています。

●主要死因の死亡率の年次推移（人口 10 万対）



資料：厚生労働省「R4 人口動態調査」

2　受療状況

令和２年患者調査によると、全国の医療施設で受療した推計患者数は、「入院」1,211.3 千人、「外来」7,137.4 千人です。施設の種類別では、「入院」については「病院」1,177.7 千人、「一般診療所」33.6 千人、「外来」は「病院」1,472.5 千人、「一般診療所」4,332.8 千人、「歯科診療所」1,332.1 千人となっています。

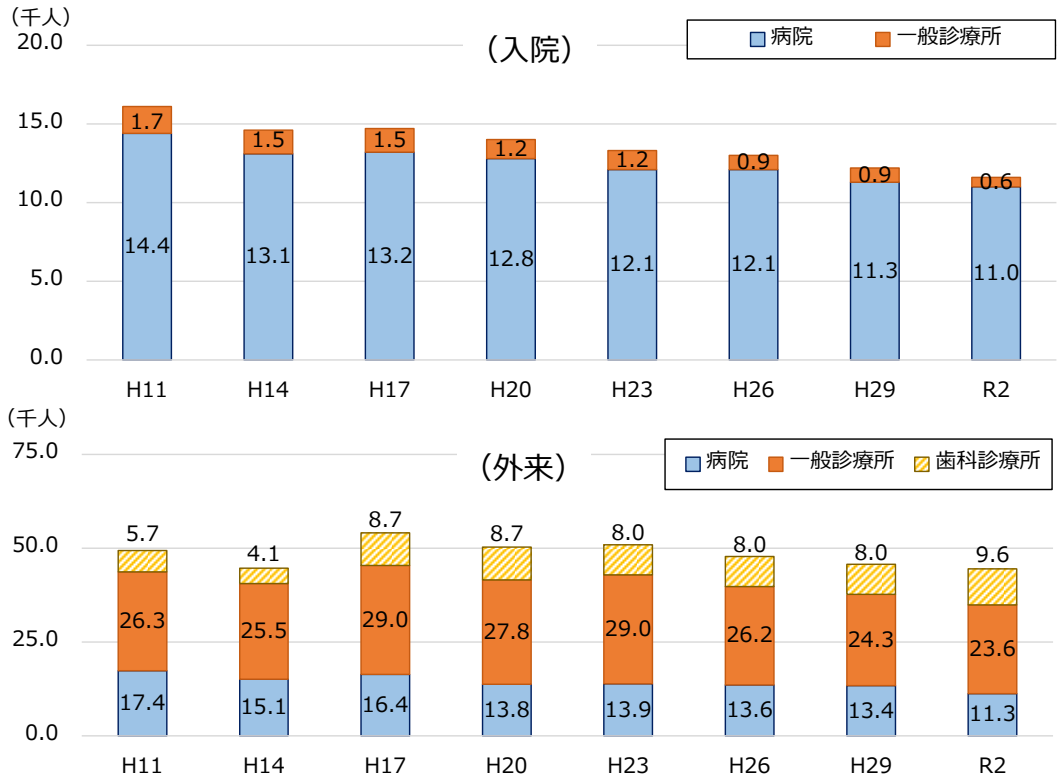
徳島県内の１日当たり推計患者数は入院患者が 11.6 千人、外来患者が 44.5 千人となっています。施設の種類別に構成割合をみると、入院患者の 94.8%が病院で受療している一方、外来患者については 53.0%が診療所で受療しています。

●徳島県の１日当たり推計患者数、構成割合、受療率（施設の種類別）

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	11.6	44.5	100%	100%	1,595	6,098
病院	11	11.3	94.8%	25.4%	1,513	1,563
一般診療所	0.6	23.6	5.2%	53.0%	82	3,237
歯科診療所	－	9.6	－	21.6%	－	1,298

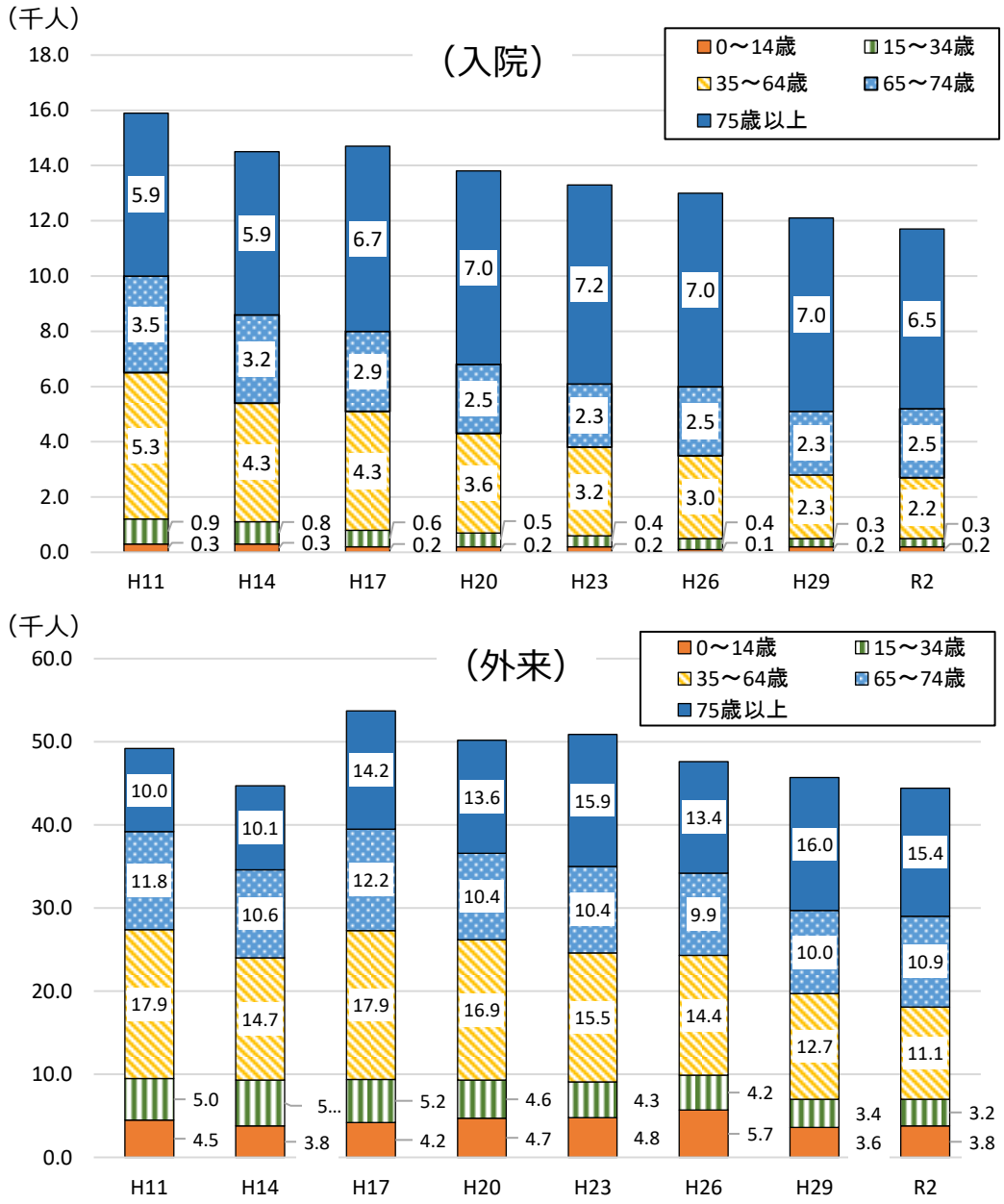
資料：厚生労働省「R2 年患者調査」

●施設の種類別にみた１日当たり推計患者数の年次推移（入院・外来）



資料：厚生労働省「R2 患者調査」

●年齢階級別にみた 1 日当たり推計患者数の年次推移（入院・外来）

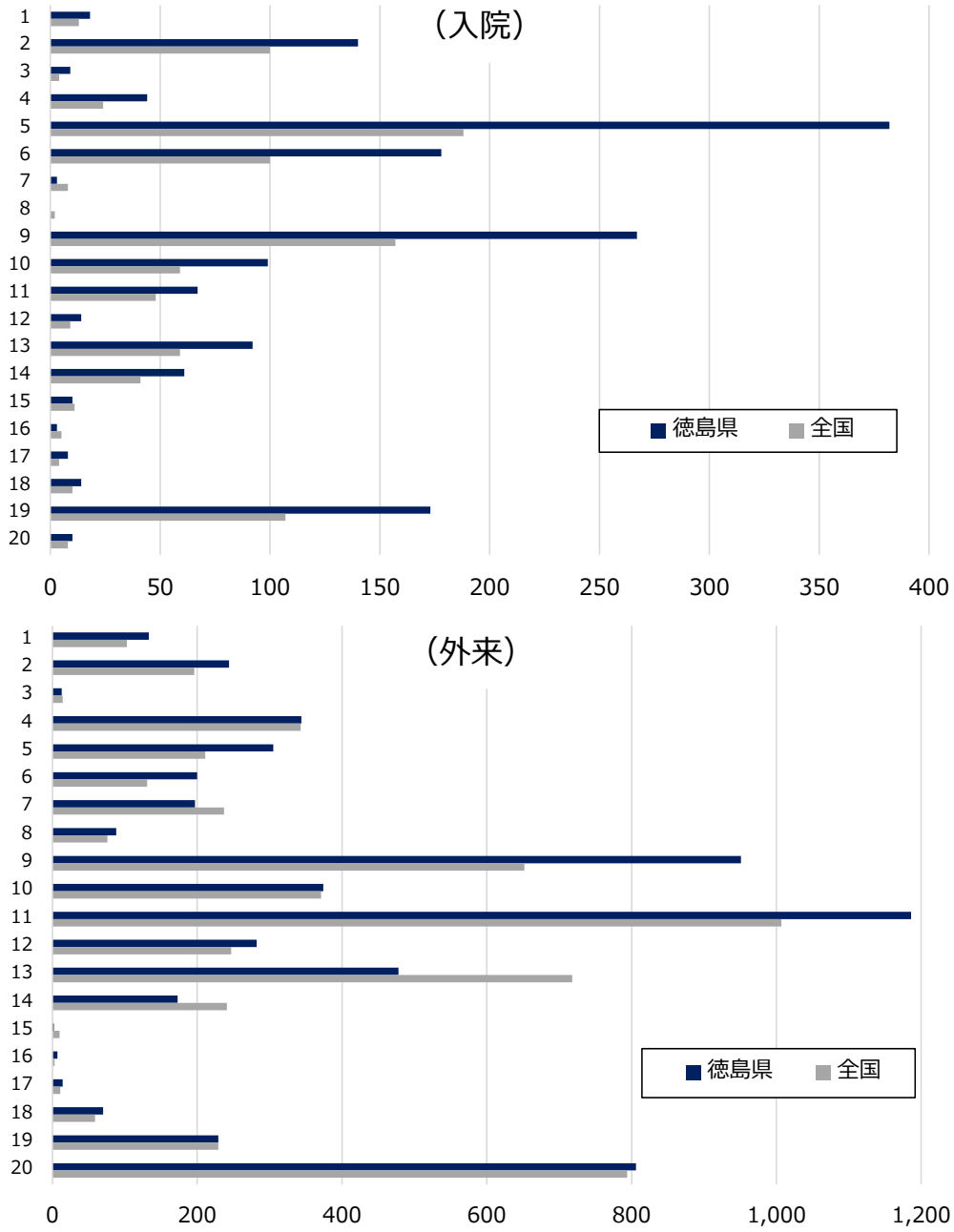


資料：厚生労働省「R2 患者調査」

受療率（人口 10 万対）を疾病分類別にみると、入院では、高い順に「5 精神及び行動の障害」382（全国比 2.03 倍）、「9 循環器系の疾患」267（同 1.70 倍）、「6 神経系の疾患」178（同 1.78 倍）となっています。

外来では、「11 消化器系の疾患」1,186（全国比 1.18 倍）、「9 循環器系の疾患」951（同 1.46 倍）、「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」806（同 1.02 倍）となっています。

●疾病分類別にみた受療率（人口 10 万対）



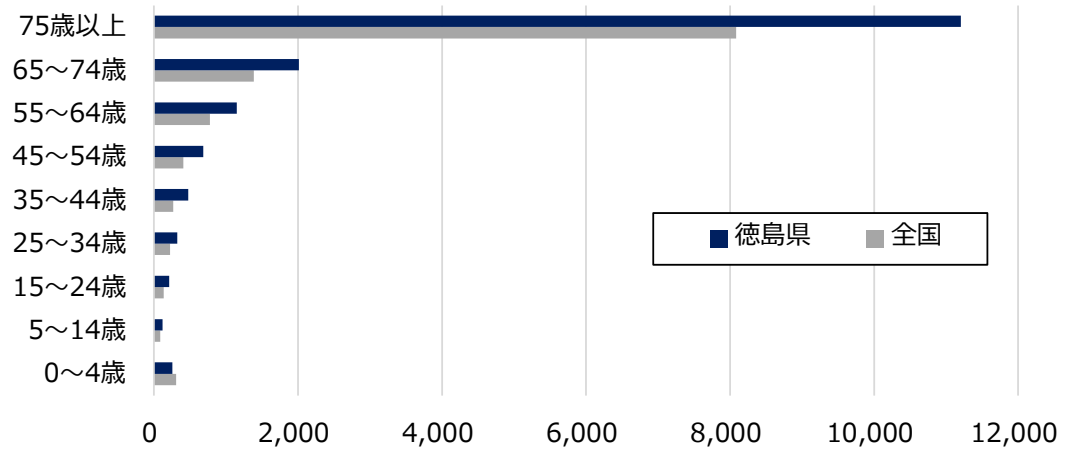
1　感染症及び寄生虫症
2　新生物
3　血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害
4　内分泌、栄養及び代謝疾患
5　精神及び行動の障害
6　神経系の疾患
7　眼及び付属器の疾患
8　耳及び乳様突起の疾患
9　循環器系の疾患
10　呼吸器系の疾患
11　消化器系の疾患
12　皮膚及び皮下組織の疾患
13　筋骨格系及び結合組織の疾患
14　腎尿路生殖器系の疾患
15　妊娠、分娩及び産じょく
16　周産期に発生した病態
17　先天奇形、変形及び染色体異常
18　症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの
19　損傷、中毒及びその他の外因の影響
20　健康状態に影響を及ぼす要因及び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

資料：厚生労働省「R2 患者調査」

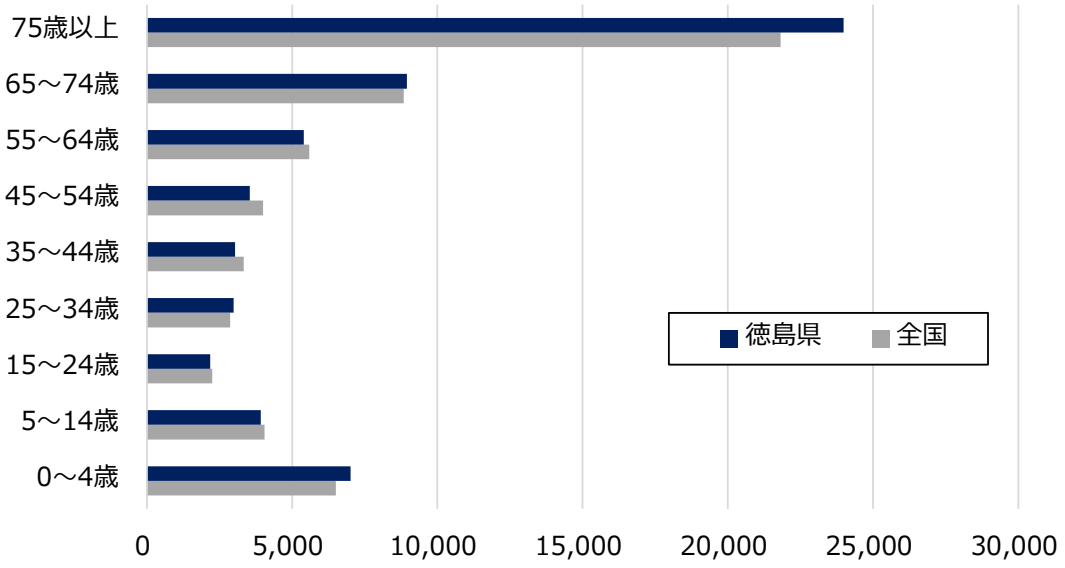
年齢階級別に受療率をみると、まず、入院患者については、0～4 歳以外の年齢層において全国平均の受療率を上回っています。

●年齢階級別受療率（人口 10 万対）

（入院）



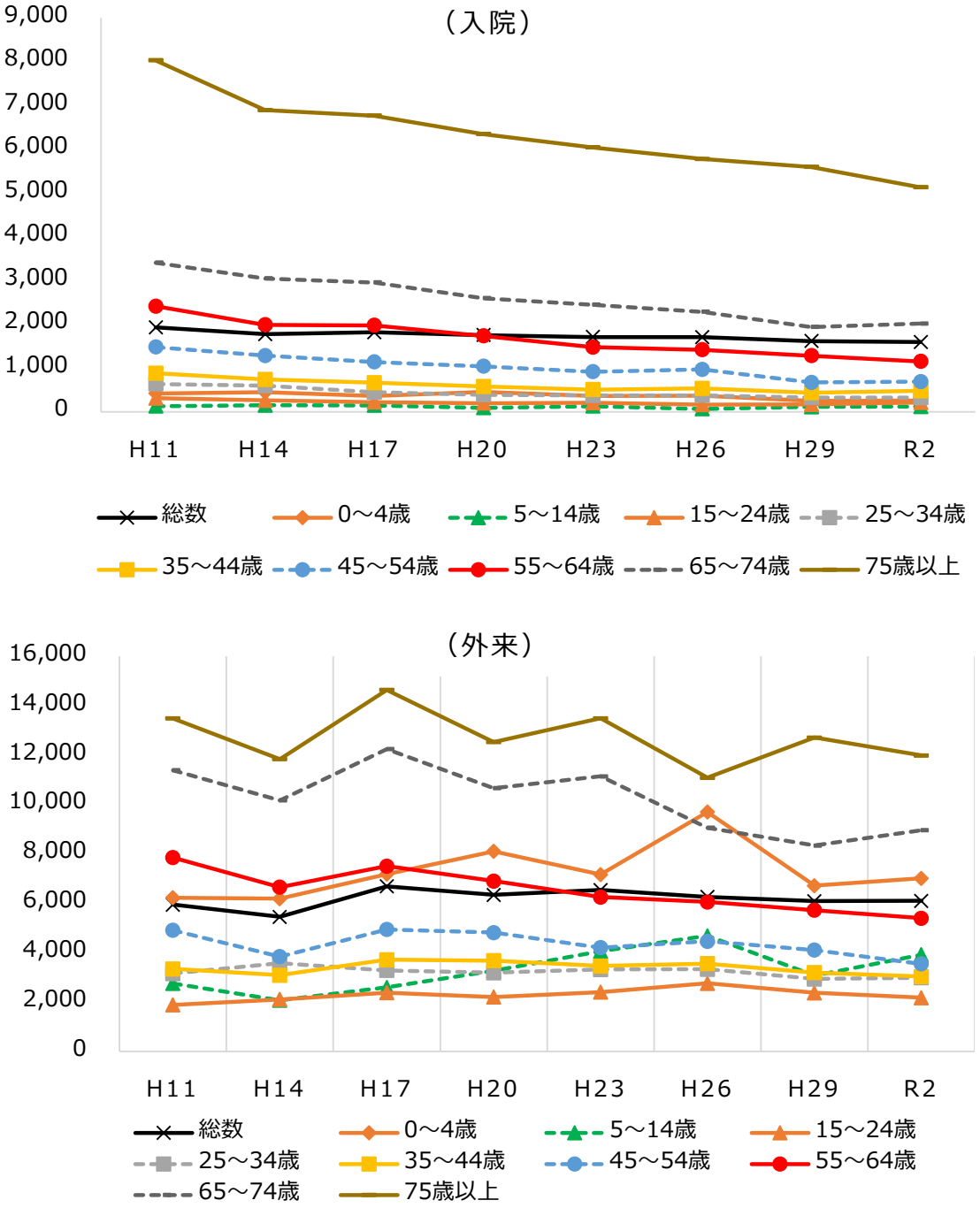
（外来）



資料：厚生労働省「R2 患者調査」

また、年齢階級別に受療率の年次推移をみると、入院、外来ともに 75 歳以上が最も高くなっていますが、低下傾向にあります。

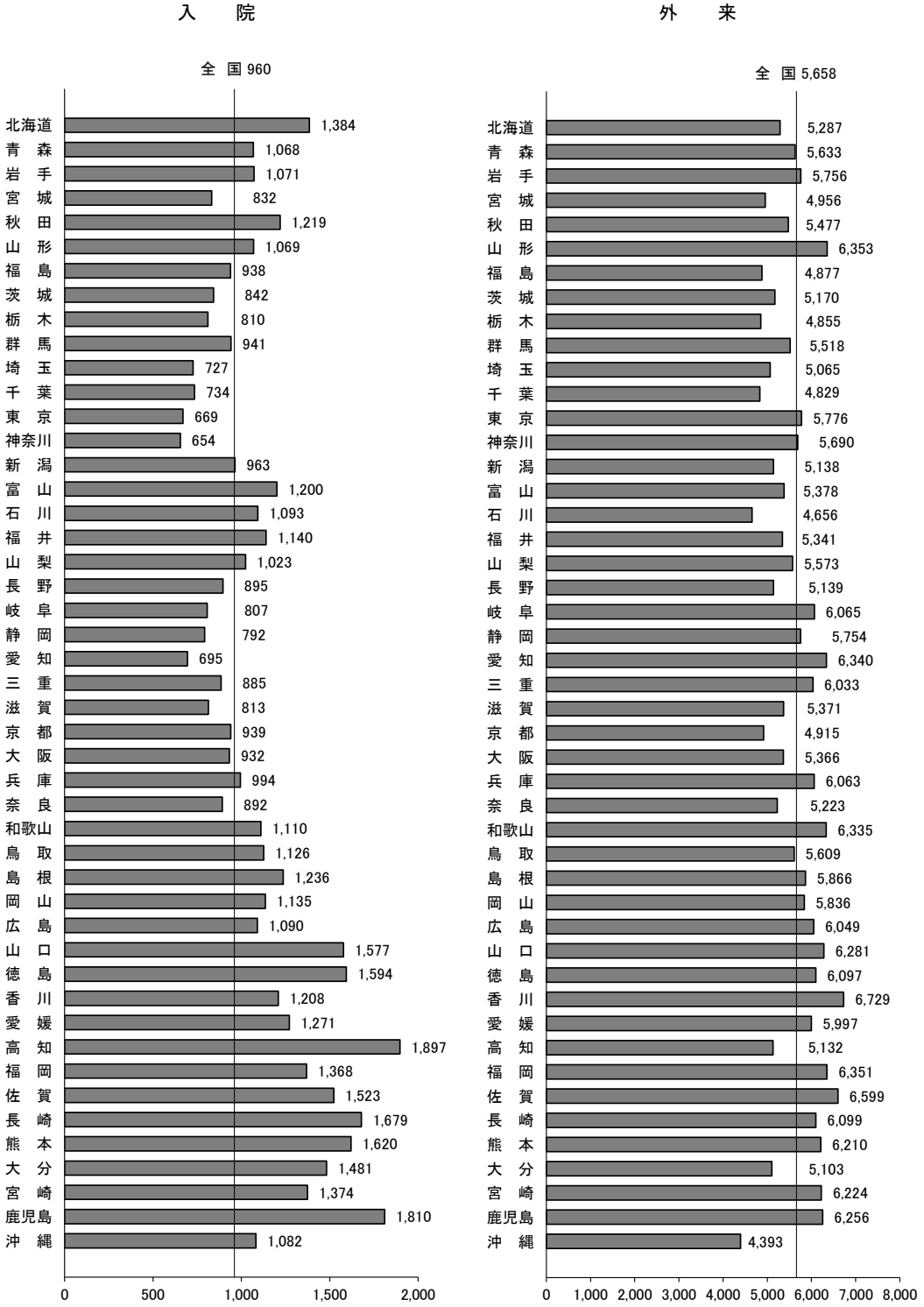
●年齢階級別にみた受療率（人口 10 万対）の年次推移



資料：厚生労働省「R2 患者調査」

都道府県（患者住所地）別にみると、入院では高知が 1,897 と最も高く、神奈川が 654 と最も低くなっており、本県は全国 5 位となっています。また、外来では香川が 6,729 と最も高く、また、沖縄が 4,393 と最も低くなっており、本県は全国 12 位となっています。

●都道府県（患者住所地）別にみた受療率（人口 10 万対）



資料：厚生労働省「R2 患者調査」

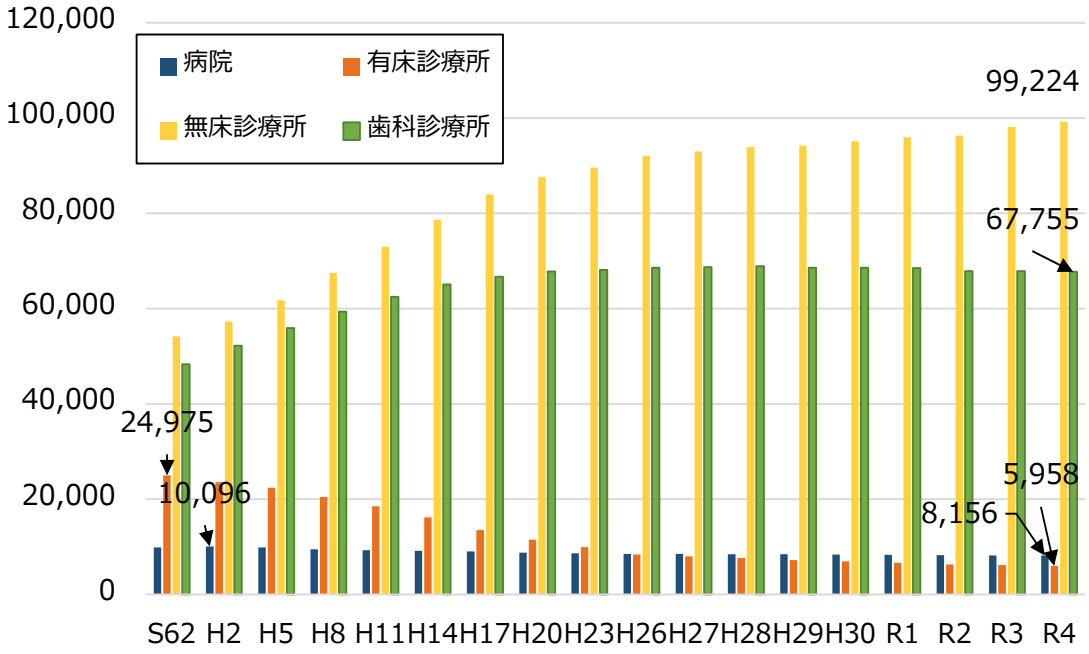
第３　保健医療施設の状況

１　病院、診療所数の年次推移

令和４年 10 月１日現在における全国の医療施設は 181,093 施設で、前年に比べ 697 施設増加しています。病院は 8,156 施設で、前年に比べ 49 施設減少しており、一般診療所は 105,182 施設で 890 施設の増加、歯科診療所は 67,755 施設で 144 施設の減少となっています。

また、病院数は平成２年の 10,096 施設をピークに減少しており、一般診療所については、有床診療所の減少が続いている反面、無床診療所は増加傾向が続いています。

●全国の医療施設の年次推移

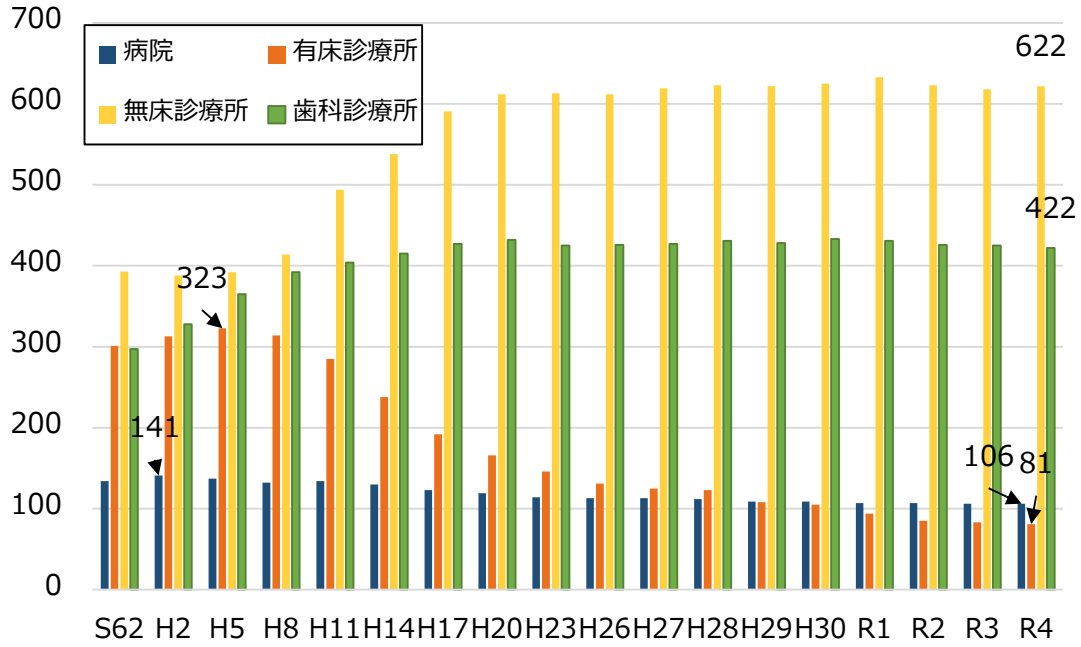


資料：厚生労働省「R4 医療施設調査」

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 施設をピークに減少しており、令和４年には 106 施設となっています。

また、一般診療所のうち、有床診療所についても平成５年の 323 施設をピークに減少しており、令和４年は 81 施設となっています。また、無床診療所は令和元年、歯科診療所は平成 30 年をピークにわずかですが減少しています。

●徳島県の医療施設の年次推移



資料：厚生労働省「R4 医療施設調査」

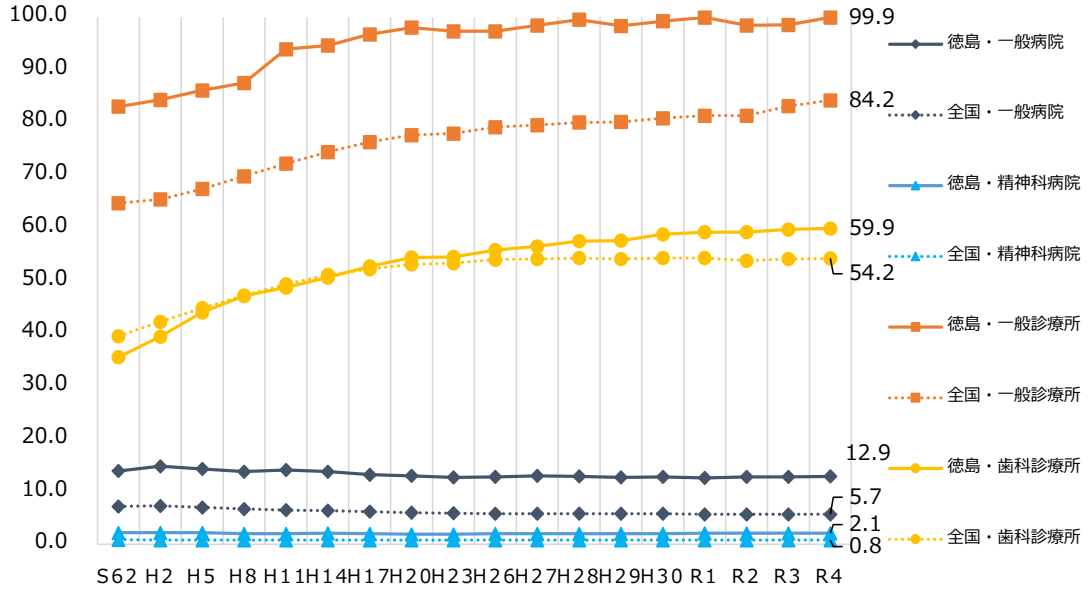
本県は、病院、診療所ともその施設数も病床数も全国的に比較すると上位に位置しています。

病院のうち一般病院については、令和４年 10 月現在、91 施設で、人口 10 万人当たり 12.9 と全国平均の 5.7 を大きく上回り、全国 2 位（1 位 高知 16.0、3 位 鹿児島 12.3）となっています。

一般診療所総数は、703 施設で人口 10 万人当たり 99.9 と全国平均の 84.2 を上回り、全国６位（1 位 和歌山 114.1、2 位 島根 107.4、3 位 東京 104.6）となっています。

また、歯科診療所は、422 施設で人口 10 万人当たり 59.9 と全国平均の 54.2 を上回り、全国４位（1 位 東京 76.2、2 位 大阪 62.3、3 位 福岡 60.1）となっています。

●医療施設数の年次推移（人口 10 万対）



資料：厚生労働省「R4 医療施設調査」

2　病床数の年次推移

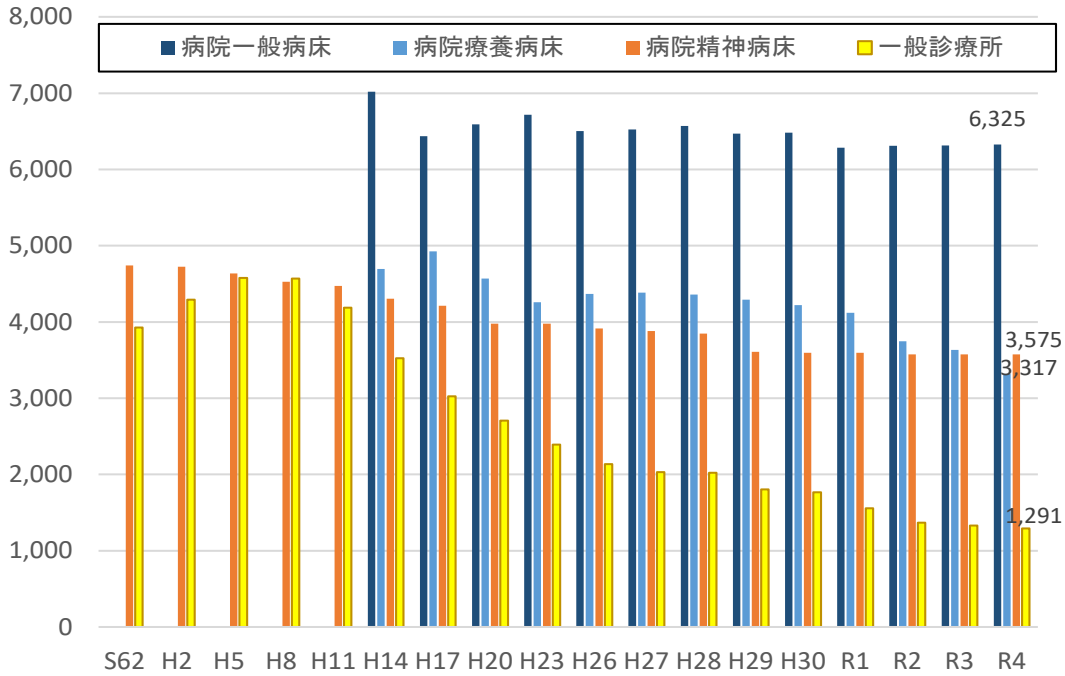
令和 4 年 10 月現在、全国の人口 10 万対病床数をみると、病院の総病床は 1,194.9 床で、病床の種類別では、精神病床 257.6 床、療養病床 223.0 床、一般病床 709.6 床、一般診療所 64.4 床となっています。

これに対して、本県の病院の病床数は、総数 13,277 床で人口 10 万人当たり 1,885.9 床と全国平均を大きく上回っており、その他の病床においても同様に全国平均を上回っています。

●都道府県別にみた人口 10 万対病床数

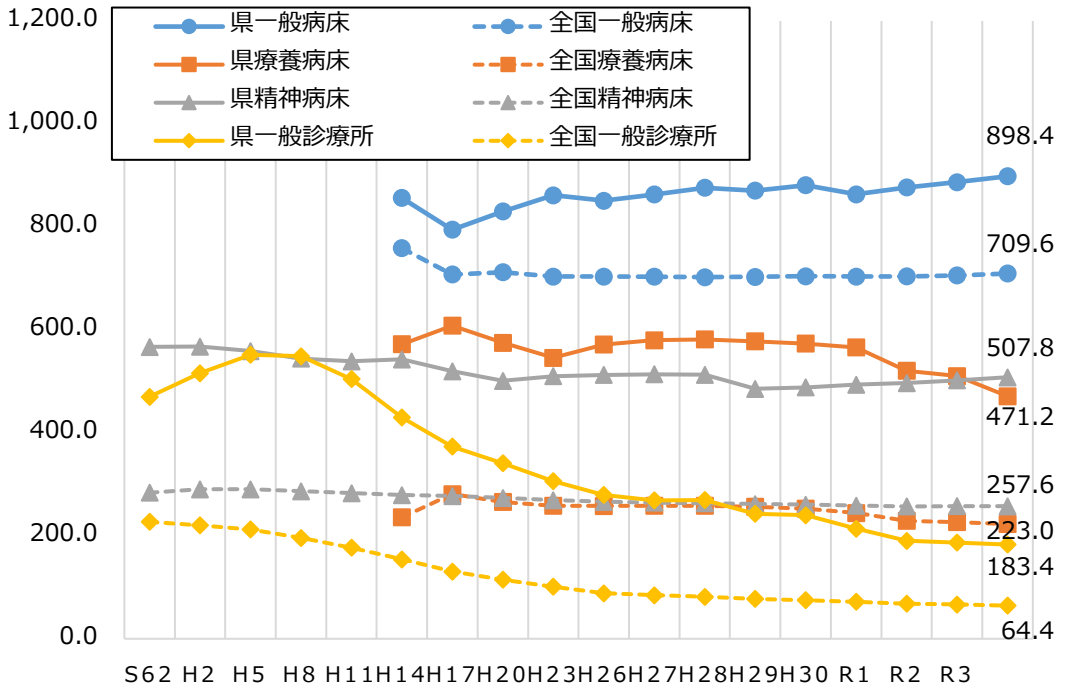
		徳島県		全国	人口10万対都道府県順位
		病床数	人口10万対	人口10万対	
病院	総数	13,277	1,885.9	1,194.9	4
	精神病床	3,575	507.8	257.6	6
	感染症病床	23	3.3	1.5	6
	結核病床	37	5.3	3.1	10
	療養病床	3,317	471.2	223.0	3
	一般病床	6,325	898.4	709.6	10
一般診療所		1,291	183.4	64.4	7

●病床数の年次推移



資料：厚生労働省「R4 年医療施設調査」

●病床数の年次推移（人口 10 万対）



資料：厚生労働省「R4 年医療施設調査」

※平成 13 年 3 月に「医療法等の一部を改正する法律」が施行され、「その他の病床」（療養型病床群を含む。）を「療養病床」及び「一般病床」に区分したことに伴い、一般病床及び療養病床は、平成 14 年以降のみを掲載

3　圏域別の状況

圏域ごとに医療施設数をみると、一般病院の 67.0%、一般診療所の 73.0%、歯科診療所の 74.2%が東部圏域に集中しています。

また、病床数をみても、病院の 72.0%、一般診療所の 85.4%が東部圏域に集中しています。

●圏域別医療施設数の状況

	病院				一般診療所				歯科診療所	
	総数	精神科病院	一般病院	人口10万対（総数）	総数	有床	無床	人口10万対（総数）	総数	人口10万対（総数）
全国	8,156	1,056	7,100	6.5	105,182	5,958	99,224	84.2	67,755	54.2
県全体	106	15	91	15.1	703	81	622	99.9	422	59.9
東部	71	10	61	14.2	513	67	446	102.4	313	62.5
南部	19	2	17	14.3	121	6	115	91.0	68	51.1
西部	16	3	13	22.9	69	8	61	98.9	41	58.8

資料：厚生労働省「R4 医療施設調査」

●圏域別病床数の状況

	病院							一般診療所	
	総数	精神病床	感染症病床	結核病床	療養病床	一般病床	人口10万対（総数）	総数	人口10万対（総数）
全国	1,492,957	321,828	1,909	3,863	278,694	886,663	1,194.9	80,436	64.4
県全体	13,277	3,575	23	37	3,317	6,325	1,885.9	1,291	183.4
東部	9,556	2,635	13	25	2,571	4,312	1,907.5	1,103	220.2
南部	2,040	258	4	4	406	1,368	1,533.6	66	49.6
西部	1,681	682	6	8	340	645	2,409.8	122	174.9

資料：厚生労働省「R4 医療施設調査」

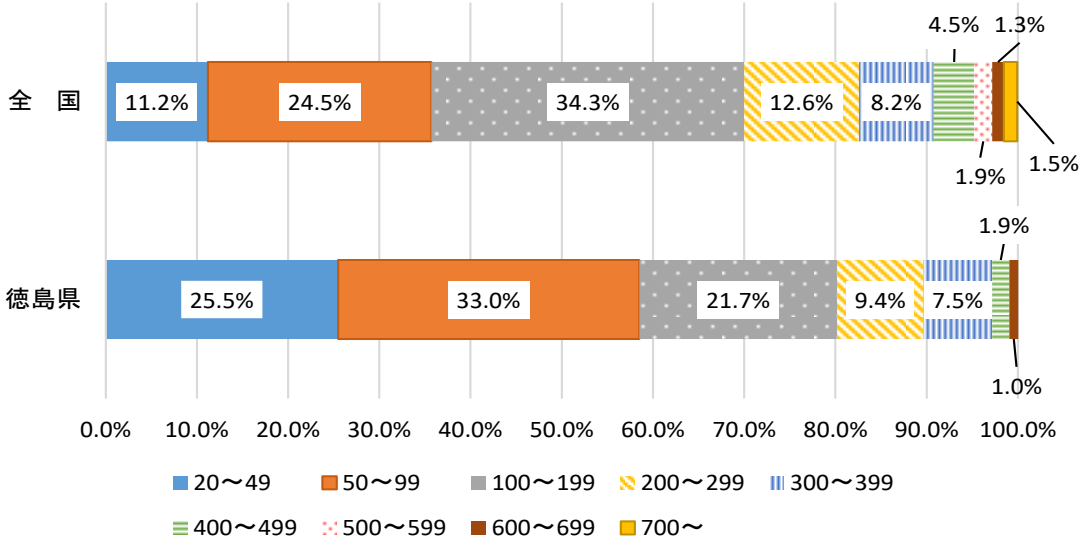
4　病床規模別の状況

本県の病院については、20～49 床規模の病院が 25.5%、50～99 床規模の病院が 33.0%で、20～99 床の規模の病院が全体の 58.5%を占めています。

全国では、20～49 床規模の病院が 11.2%、50～99 床規模の病院が 24.5%であり、20～99 床の規模の病院は全体の 35.7%となっています。

また、400 床以上規模の病院が、全国が全体の 9.2%に対し、本県では 2.8%であることからも、全国に比べ本県では、病床規模の小さい病院が多いことが分かります。

●病床規模別の病院割合

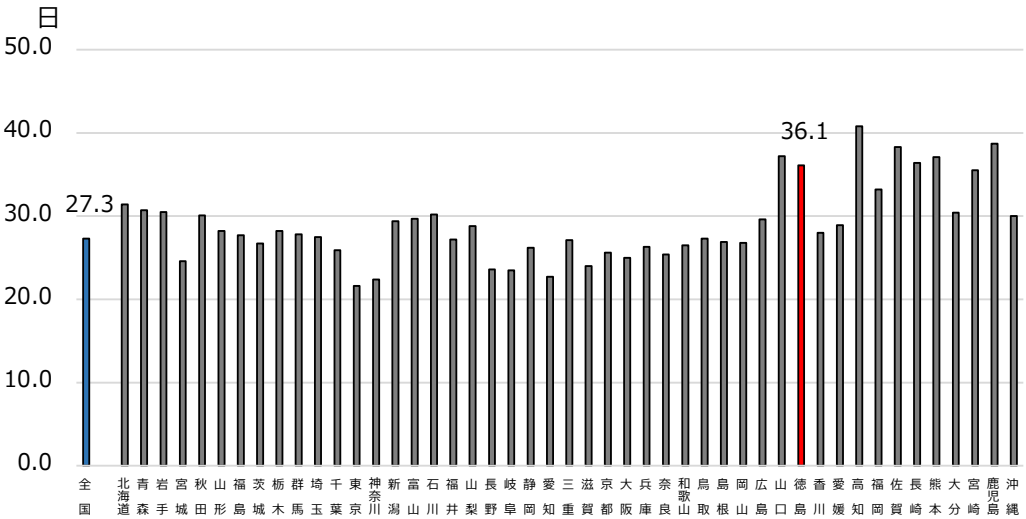


資料：厚生労働省「R4 医療施設調査」

5　平均在院日数の状況

令和 4 年中の本県の病院の平均在院日数は 36.1 日で全国平均の 27.3 日と比べ大幅に長く、全国 7 位（1 位 高知 40.8、2 位 鹿児島 38.7、3 位 大分 38.3）となっています。

●病院の都道府県別にみた平均在院日数（全病床）



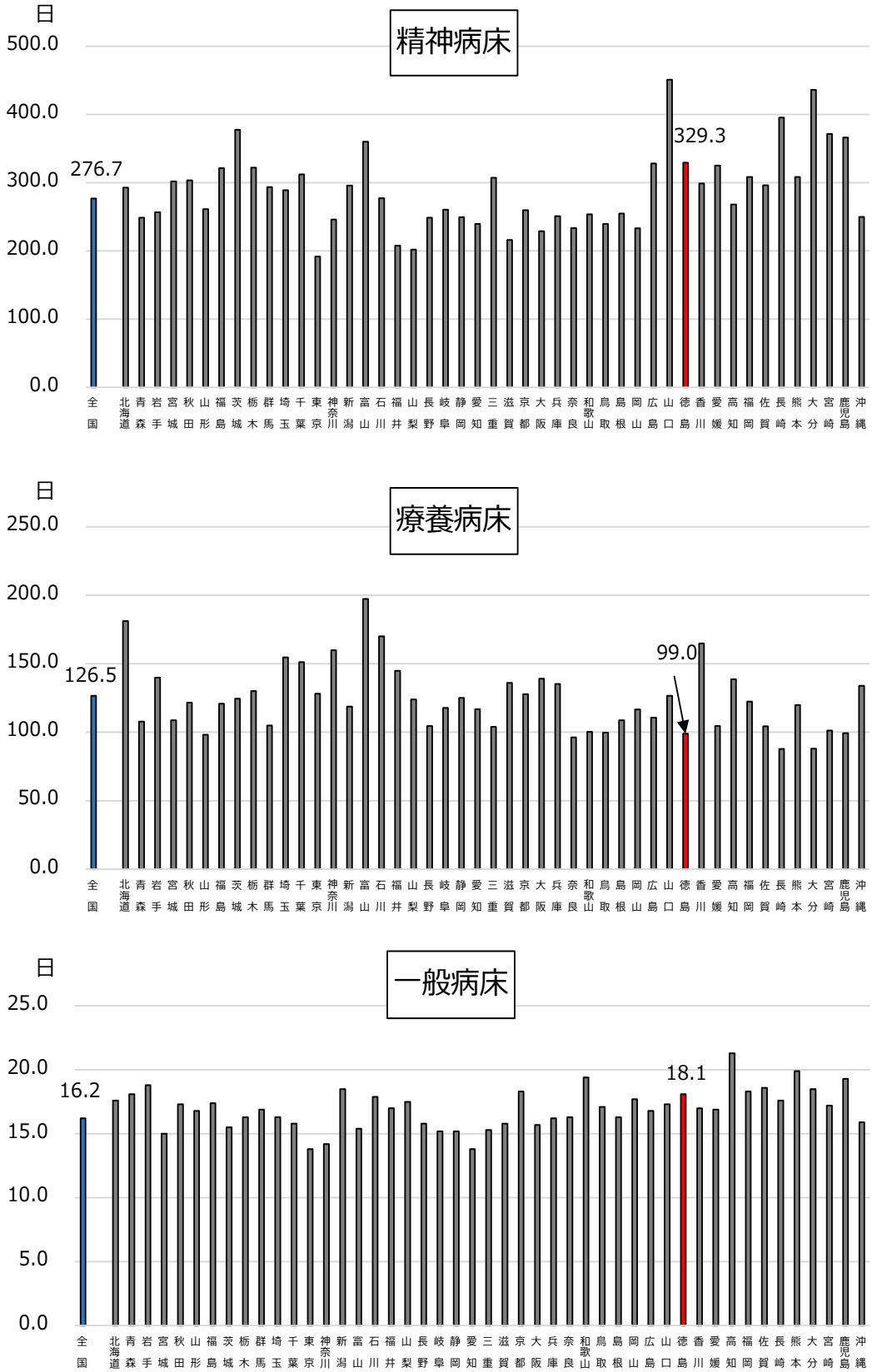
資料：厚生労働省「R4 年病院報告」

病床の種類別にみると、精神病床は 329.3 日と最も長く、全国平均の 276.7 日を大きく上回り、全国 8 位（1 位 山口 450.8、2 位 大分 436.3、3 位 長崎 395.4）となっています。

療養病床は 99.0 日で全国平均の 126.5 日より短く、全国 43 位（1 位 富山 197.2、2 位 北海道 181.2、3 位 石川 170.0）となっています。

一般病床は 18.1 日で全国平均の 16.2 日を上回り、全国 11 位（1 位 高知　21.3、2 位 熊本 19.9、3 位 和歌山 19.4）となっています。

●病院の都道府県別にみた平均在院日数（病床種類別）



資料：厚生労働省「R4 病院報告」

6　介護保険施設の状況

本県の介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）については、令和 3 年 10 月時点で 66 施設・3,517 人分の整備がなされており、65 歳以上の人口 10 万人当たりの施設の整備状況は、全国第 18 位の整備水準となっています。

また、介護老人保健施設についても、52 施設・4,119 人分の整備がなされ、全国第 2 位と高い整備水準となっています。

介護医療院は、長期にわたり療養が必要である要介護者に対して、療養上必要な医療を提供し、日常生活上の世話を行う、医療と介護の機能を兼ね備えた施設であり、全国第 3 位の整備水準となっています。

●介護保険施設の整備状況

各年10月1日

		H30	R1	R2	R3
介護老人福祉施設	施設数	66	66	66	66
	定員数	3,517	3,517	3,517	3,517
介護老人保健施設	施設数	51	52	52	52
	定員数	4,019	4,119	4,119	4,119
介護医療院	施設数	3	8	15	16
	定員数	109	235	517	570

資料：厚生労働省「R3 介護サービス施設・事業所調査」

第３章　保健医療圏の設定

第２　保健医療圏の趣旨

本計画の基本理念である「県民一人ひとりの状態に適応した保健・医療・介護サービスが提供され、行き場のない患者を生み出さず、全ての県民が安心して暮らせる徳島づくり」の実現のためには、社会構造や疾病構造の変化に対応し、基本的な医療から専門的・特殊な医療に至るまでの各段階を受け持つ医療機関等が、適切な機能分担のもと有機的な連携を図り、すべての県民に等しく、良質かつ適切な保健医療サービスを提供できる体制の構築が必要です。

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

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

第２　保健医療圏の設定

１　第７次改定における保健医療圏の区分

(1)1 次保健医療圏

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

(2)1.5 次保健医療圏

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

(3)2 次保健医療圏（医療法第 30 条の４第２項第 12 号に規定する区域）

原則として入院医療（特殊な医療を除く。）の需要に対応する一体の区域として、比較的高度な診断・治療を含む包括的な医療提供体制の整備を進める圏域であり、複数の市町村で構成します。

(4)3 次保健医療圏（医療法第 30 条の４第２項第 13 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

２次保健医療圏は、地理的条件等の自然的条件及び日常生活の需要の充足状態、交通事情等の社会的条件を考慮して一体の区域として病院における入院に係る医療を提供する体制の確保を図ることが相当であると認められる区域を単位として設定します。

(1)2 次保健医療圏の検討

①人口規模等の状況

本県の既設の 3 つの 2 次保健医療圏の圏域人口については、西部圏域が最も少なく約 7 万人であり、20 万人を超えるのは東部圏域のみとなっています。

また、圏域面積については、最大が南部圏域の約 1,724ｋ㎡、最小が東部圏域の約 1,017ｋ㎡となっています。よって、東部圏域には、全体の約 1/4 の面積に人口の約 7 割が集中している状況です。

●圏域の構成市町村、人口、面積

圏域名	構成市町村数	圏域人口	（割合）	圏域面積	（割合）	構成市町村名
東部	１２ （４市７町１村）	509,036	70.7%	1,017.01	24.5%	徳島市　鳴門市　吉野川市　阿波市 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
南部	8 （２市６町）	137,526	19.1%	1,724.09	41.6%	小松島市　阿南市　勝浦町　上勝町 那賀町　牟岐町　美波町　海陽町
西部	4 （２市２町）	72,997	10.2%	1,405.88	33.9%	美馬市　三好市 つるぎ町　東みよし町
合計	２４ （８市１５町１村）	719,559		4,146.98		

資料：総務省「R2 国勢調査」
国土地理院「R5 全国都道府県市区町村別面積調」

②住民の年齢構成等

本県においては、全国平均を上回る水準で高齢化が進行しており、令和 2 年の国勢調査によると、全圏域において、いずれも 30%以上の住民が 65 歳以上という状況にあります。

中でも西部圏域については、41.7%の住民が 65 歳以上であり、さらに世帯総数の 17.0%が 65 歳以上の高齢単身者世帯となっています。

●圏域別年齢構成

区分	人口	年齢別人口･割合								高齢化率
		15歳未満		15～64歳		65～74歳		75歳以上		
東部	509,036	57,061	11.2%	288,079	56.6%	81,691	16.0%	82,205	16.2%	32.2%
南部	137,526	14,422	10.5%	71,444	52.0%	24,128	17.5%	27,532	20.0%	37.6%
西部	72,997	6,878	9.4%	35,692	48.9%	13,970	19.1%	16,457	22.6%	41.7%

資料：総務省「R2 国勢調査」（国勢調査における人口には年齢不詳を含む。）

●圏域別世帯数

圏域	世帯総数	うち65歳以上世帯員のいる世帯	総世帯数に占める割合	うち65歳以上の単独世帯	総世帯数に占める割合	うち高齢夫婦世帯	総世帯数に占める割合
	（世帯）	（世帯）	（%）	（世帯）	（%）	（世帯）	（%）
東部	220,813	96,556	43.7	27,738	12.6	27,496	12.5
南部	56,510	31,790	56.3	9,388	16.6	9,083	16.1
西部	30,035	18,606	61.9	5,098	17.0	5,762	19.2

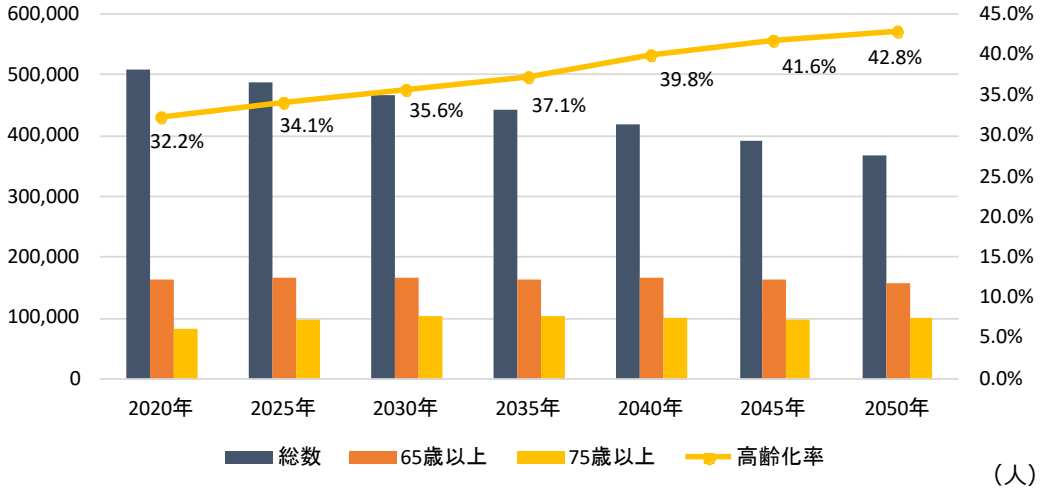
資料：総務省「R2 国勢調査」

また、国立社会保障・人口問題研究所の将来推計によれば、人口総数は、全ての圏域において、減少する見通しとなっています。

65 歳以上人口は、東部圏域のみ、2025 年に向けて増加します。

75 歳以上人口は、全ての圏域において、2030 年に向けて増加する見通しとなっています。

●東部圏域の人口推計



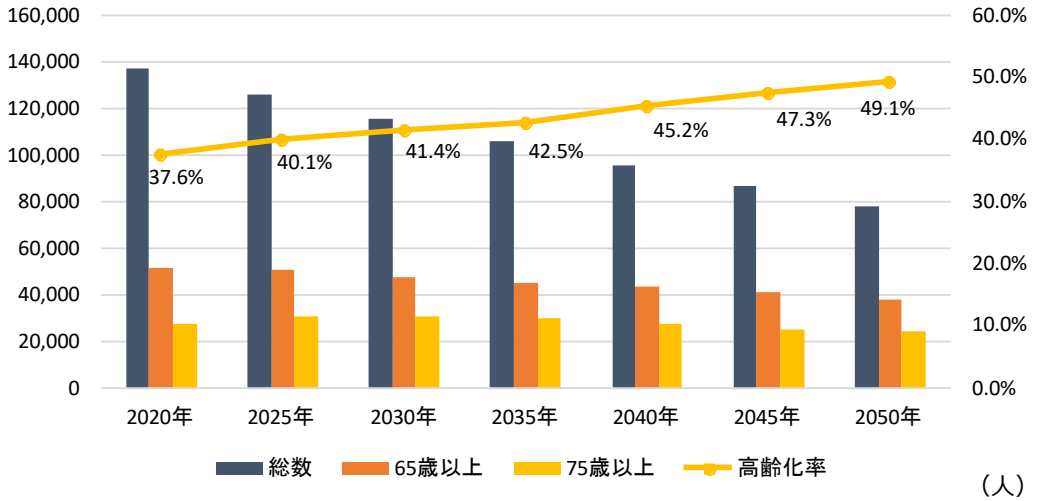
（人）

	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年	2050年
総数	509,036	488,174	466,233	443,127	418,417	392,555	367,210
65歳以上	163,896	166,396	165,819	164,462	166,710	163,241	157,170
75歳以上	82,205	96,646	103,870	103,852	100,910	98,002	100,999
高齢化率	32.2%	34.1%	35.6%	37.1%	39.8%	41.6%	42.8%

資料：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」（令和５（2023）年推計）

※以下同じ

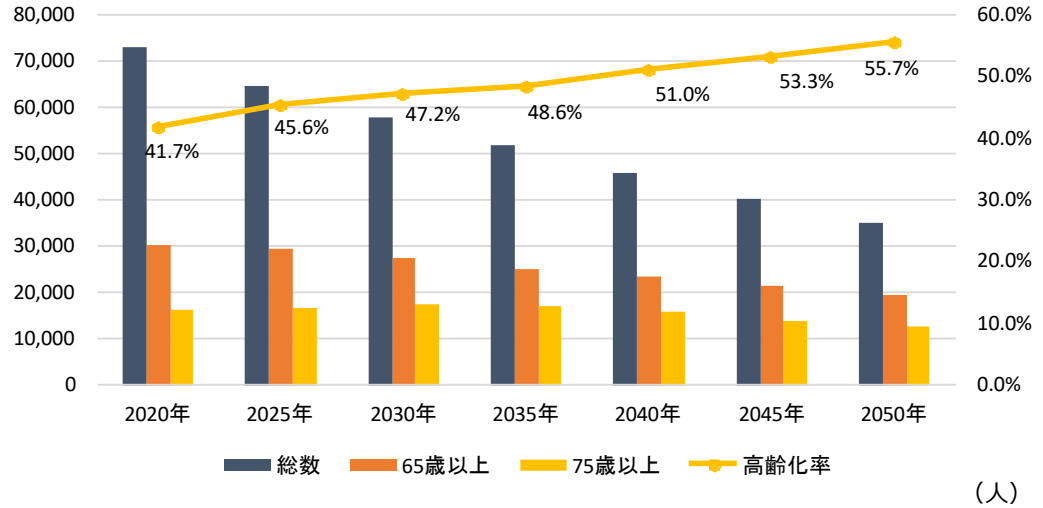
●南部圏域の人口推計



（人）

	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年	2050年
総数	137,526	126,114	115,854	105,800	96,099	86,789	78,145
65歳以上	51,660	50,517	47,969	45,007	43,442	41,048	38,405
75歳以上	27,532	30,607	31,131	29,690	27,581	25,268	24,723
高齢化率	37.6%	40.1%	41.4%	42.5%	45.2%	47.3%	49.1%

●西部圏域の人口推計



（人）

	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年	2050年
総数	72,997	64,736	58,077	51,842	46,013	40,466	35,314
65歳以上	30,427	29,494	27,384	25,184	23,460	21,577	19,661
75歳以上	16,457	16,794	17,397	17,223	15,780	14,014	12,815
高齢化率	41.7%	45.6%	47.2%	48.6%	51.0%	53.3%	55.7%

③入院患者の受療状況（高度・特殊な医療を除く）

入院医療（高度・特殊な医療を除く）に関する 2 次医療圏域ごとの受療状況をみると、東部圏域については、92.9%の患者について、東部圏域の中で入院医療が自己完結するとともに、他の圏域からも 15.3%の患者が流入しています。

他の圏域については、いずれも 20%以上の入院患者が流出している状況であり、最も流出割合が高いのは、西部圏域で 30.4%、救急車により搬送された入院患者数でみれば、33.8%が流出している状況です。

一方、それぞれの圏域に流入する入院患者割合をみると、西部圏域では 5.3%と非常に低い流入となっています。

●病院の療養病床及び一般病床の推計入院患者数（患者住所地・施設所在地）

区分		施設所在地					
		東部	南部	西部	四国	関西	その他県外
患者住所地	東部	92.9%	5.0%	0.7%	0.4%	0.8%	0.2%
	南部	27.3%	72.1%	—	—	0.6%	—
	西部	22.2%	1.9%	69.6%	6.2%	0.1%	—

資料：H29 患者調査（厚生労働省医政局地域医療計画課による特別集計）※以下同じ

●病院の療養病床及び一般病床の救急車により搬送された推計入院患者数（患者住所地・施設所在地）

区分		施設所在地					
		東部	南部	西部	四国	関西	その他県外
患者住所地	東部	93.8%	5.9%	―	―	0.3%	―
	南部	3.2%	96.8%	―	―	―	―
	西部	28.6%	1.5%	66.2%	3.7%	―	―

●病院の療養病床及び一般病床の推計入院患者数の圏域内への流入出割合

	推計流入患者割合	推計流出患者割合	救急車により搬送された推計入院患者	
			推計流入患者割合	推計流出患者割合
東部	15.3	7.1	8.2	6.2
南部	20.8	27.9	24.0	3.2
西部	5.3	30.4	2.2	33.8

④医療資源の分布

人口 10 万人当たりの病院の病床数は、各圏域で約 1,500 床から 2,400 床と幅はあるものの、全ての圏域で全国平均である 1,194.9 床を上回る整備水準にあります。

一方、人口 10 万人当たりの医療施設従事医師数は、東部圏域が 370.9 人と最も多く、次いで南部圏域が 289.4 人で、この 2 圏域が全国平均の 256.6 人を上回っていますが、西部圏域は全国平均を下回る 204.1 人となっています。

●圏域別病院等の状況

	病院施設総数	病床総数	うち療養病床	うち一般病床	人口10万対総病床数	医療施設に従事する医師数	人口10万対医師数
東部	71	9,556	2,571	4,312	1,907.5	1,888	370.9
南部	19	2,040	406	1,368	1,533.6	398	289.4
西部	16	1,681	340	645	2,409.8	149	204.1
県全体	106	13,277	3,317	6,325	1,885.9	2,435	338.4
全国	8,156	1,492,957	278,694	886,663	1,194.9	323,700	256.6

資料：厚生労働省「R4 医療施設調査」「R2 医師・歯科医師・薬剤師調査」

⑤交通事情

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

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

(2)2 次保健医療圏の設定

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

今後も、地域医療の厳しい現状と更なる高齢化の進行を考慮すれば、身近な地域において、入院医療を含む身近な治療を受けることができる体制の整備は、引き続き極めて重要であり、このような取組は、引き続き 1.5 次医療圏（6 圏域）によって推進することが求められます。

一方、高度先端医療に対するニーズの高まり等を背景として、入院患者の流入・流出の状況が示しているように、県民の受療の範囲は、一部の 2 次保健医療圏を越えた広いものとなっておりますが、地域医療構想との整合性を確保するとともに、今後、地域の医療資源が限られている状況において、県民全体に等しく、適切かつ効果的な保健医療を提供できる体制を構築していくためには、さらなる医療資源の配分や連携体制の構築に取り組んでいくことが必要です。

以上のようなことから、患者の医療機関へのアクセス時間といった利便性なども考慮の上、今回、本県の 2 次保健医療圏については、東部、南部、西部の既設の 3 圏域を継承することとし、等しく高度医療を提供するとともに、身近な医療は身近な地域で提供できる、より効果的な保健医療提供体制の構築に取り組むこととします。

また、5 疾病、6 事業及び在宅医療をはじめとする各種保健医療に関する施策の実施にあたっては、その疾病等の現状と、求められる今後の医療連携のあり方等を検討のうえ、個々の疾病、事業毎に圏域の設定を行い、必要に応じきめ細やかな対策を推進します。

さらに、今後も引き続き、地域の医師確保等による高度専門医療体制の確保を目指し、様々な疾病等において可能な限り 1.5 次保健医療圏をはじめ、少しでも身近な地域で保健医療サービスの提供が完結するよう、「県民一人ひとりの状態に適応した保健・医療・介護サービスが提供され、行き場のない患者を生み出さず、全ての県民が安心して暮らせる徳島づくり」という基本理念のもと、個々の医療提供体制の構築に取り組むこととします。

●1.5 次、2 次保健医療圏

圏域名		構成市町村数	圏域人口	（割合）	圏域面積	（割合）	構成市町村名
２次	1.5次						
東部	東部Ⅰ	１０ （２市７町１村）	435,551	60.5%	681.76	16.4%	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）	73,485	10.2%	335.25	8.1%	吉野川市　阿波市
南部	南部Ⅰ	５ （２市３町）	119,203	16.6%	1,199.06	28.9%	小松島市　阿南市 勝浦町　上勝町　那賀町
	南部Ⅱ	３ （３町）	18,323	2.5%	525.03	12.7%	牟岐町　美波町　海陽町
西部	西部Ⅰ	２ （１市１町）	35,770	5.0%	561.98	13.6%	美馬市　つるぎ町
	西部Ⅱ	２ （１市１町）	37,227	5.2%	843.90	20.3%	三好市　東みよし町
合計		２４ （８市１５町１村）	719,559		4,146.98		

資料：総務省「R2 国勢調査」
国土地理院「R5 全国都道府県市区町村別面積調」

第３　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するものです。

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

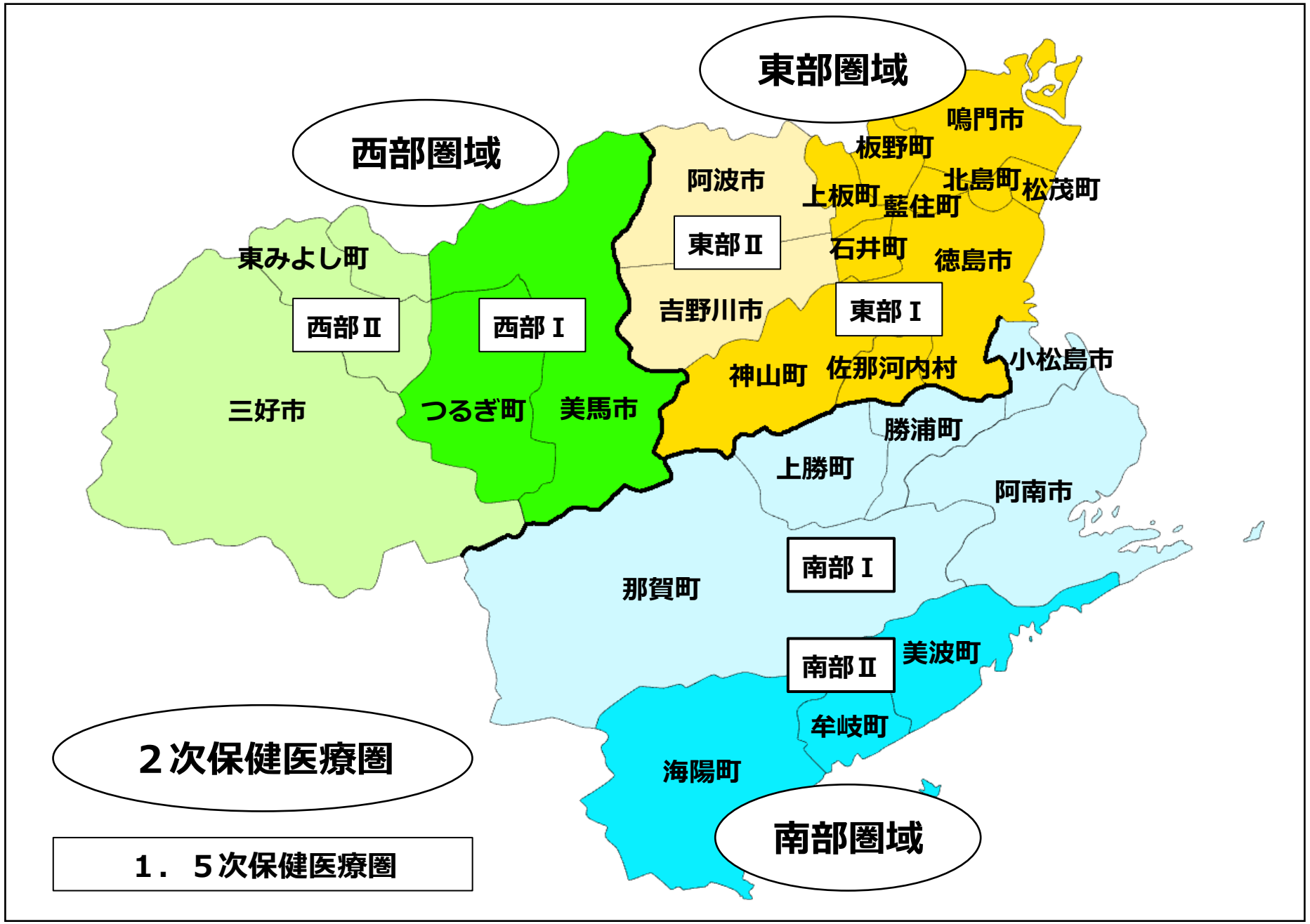
保健医療圏	基準病床数	既存病床数 (R5.3.31現在)	過不足病床数
東部	5,379	7,371	1,992
南部	1,409	1,796	387
西部	678	1,056	378
合計	7,466	10,223	2,757

●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 (R8.3.31現在)	過不足病床数
精神病床	2,613	3,438	825
結核病床	27	29	2
感染症病床	31	31	0

（注）過不足病床数がマイナスの数値である場合は、非過剰であることを示す。

１．５次～２次保健医療圏図



第４章　徳島県地域医療構想

※　「徳島県地域医療構想」は、2025 年に向けた取組として策定し、引き続き、本計画の別冊として位置づけており、本章には構想の内容を抜粋して掲載しております。
　なお、新たな地域医療構想については、今後、国のガイドライン等に基づき、策定作業を進め、策定した地域医療構想の内容を踏まえ、具体の実行計画として、第９次医療計画を策定することとされています。

第１　地域医療構想の基本的事項

１　構想策定の趣旨

人口の少子高齢化が急速に進む中、年金、医療、介護などの社会保障給付が急増し、社会保障制度自体の持続可能性が問われる状況となっています。このような中、内閣に設置された社会保障制度改革国民会議において、平成 24 年 11 月から 20 回にわたる議論がなされ、平成 25 年８月６日に報告書が取りまとめられました。報告書では、医療分野の課題として、日本は諸外国と比べて人口当たり病床数が多いものの、急性期・回復期・慢性期といった病床の機能分担が不明確であり、さらには、病床当たりの医師・看護職員数も少ないことなどが挙げられています。限られた医療資源を有効活用するためには、患者のニーズに適合した効率的な利用を図る必要があり、改革の方向性として、

・病床機能の分化と連携を進め、患者の状態にふさわしい医療を受けられること
・入院期間を短くして早期の家庭復帰、社会復帰を実現するとともに、受け皿となる在宅医療等を充実させる必要があること
・高度急性期から在宅等での医療・介護まで継続的で包括的なネットワークである「地域包括ケアシステム」を構築すること

が求められています。

この社会保障制度改革国民会議での議論を踏まえ、平成 26 年には医療法が改正され、都道府県は「地域医療構想」を策定することとなりました。団塊の世代が後期高齢者となり、医療や介護の需要が大幅に増加すると見込まれる 2025 年を見据え、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進することにより、地域の医療提供体制の将来あるべき姿を目指していきます。

２　構想の基本理念

急速な高齢化の進展により医療需要の急増が見込まれる中、患者にとって過不足のない医療サービスを提供するためには、病床機能の分化と連携とともに、居宅や施設で提供される医療への移行も促進し、限られた医療資源を有効に活用する必要があります。その際には、在宅医療提供体制の確保や入院から地域へ移行する患者の受け皿整備、あるいは医療従事者の確保・養成といった様々な課題を解決しなければ、地域全体として必要な医療提供体制を構築することはできません。

また、「地域包括ケアシステム」の構築による医療と介護の連携や地域で患者を支える体制づくりも同時に進め、県民の安全・安心を確保することも必要です。

「徳島県地域医療構想」ではこれらの課題や今後の解決の方向性を提示するとともに、県民が一丸となって構想実現に向けて取り組むことにより、結果として「行き場のない患者を生み出さず、全ての患者の状態に適応した医療・介護サービスが提供されること」を目指していきます。

なお、地域医療構想策定においては、必要病床数等のデータの検討が行われますが、これらは、医療関係者、保険者、市町村、さらには地域住民が共通の認識を持ち、地域医療構想の立案やその実現に向けた取組みに資するためであって、これらの数値を機械的にあてはめて、病床の削減を目指すものではありません。

3　構想の性格

医療法第 30 条の４第２項第７号の規定に基づく地域における病床の機能の分化及び連携を推進するための基準として厚生労働省令で定める基準に従い定める区域（構想区域）における将来の医療提供体制に関する構想

4　構想の期間

2025 年に向けての取組みとします。

第２　構想区域の設定

1　基本的な考え方

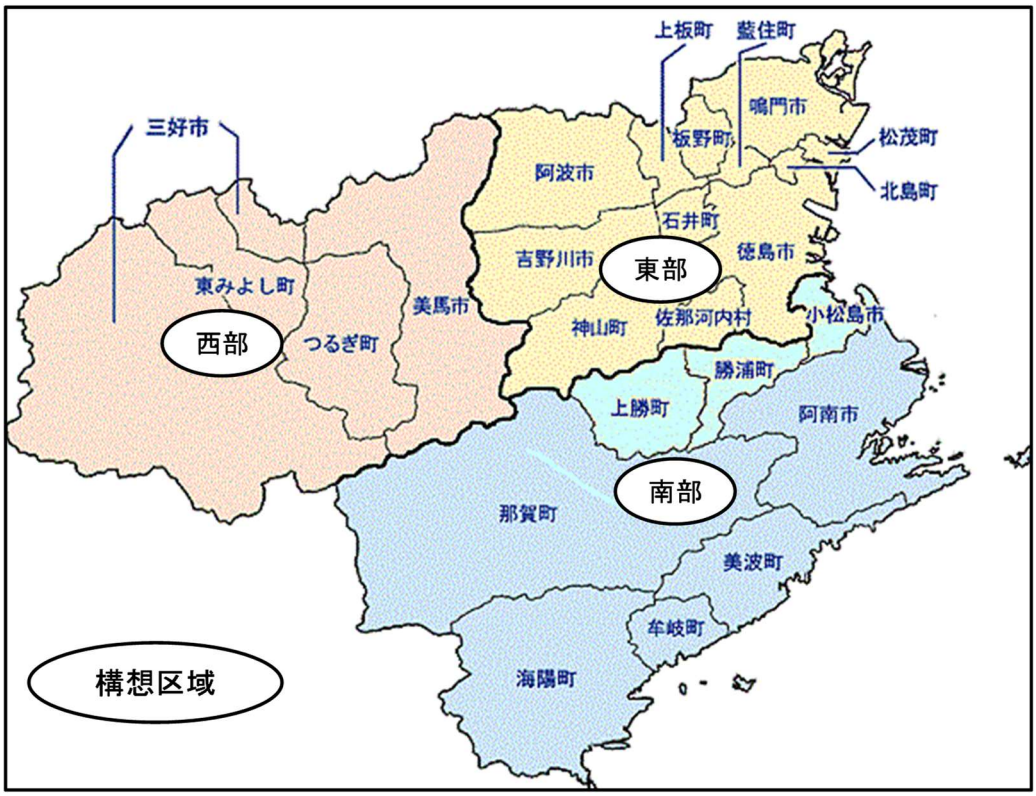
地域医療構想の検討を行うためには、まず構想区域の設定を行い、構想区域及び医療需要に対応する医療供給（医療提供体制）を具体化することとなります。

構想区域の設定にあたっては、現行の二次医療圏を原則としつつ、あらかじめ、人口規模、患者の受療動向、疾病構造の変化、基幹病院までのアクセス時間の変化など将来における要素を勘案して検討する必要があるとされています。

2　構想区域の設定

本県の二次医療圏は、平成 25 年４月の第６次徳島県保健医療計画策定にあたり、６圏域から３圏域に見直されたものであり、地域医療構想における構想区域については、現行の二次医療圏（東部・南部・西部）と同一とし、必要な医療提供体制について検討することとします。

地域医療構想における構想区域



第３　医療機能別の必要病床数推計

１　推計に用いる人口データ
2025 年の性・年齢階級別人口を用いて推計します。

２　医療需要（入院・在宅医療等）の推計
2025 年の医療需要の推計方法は、次の算定式により推計します。

【2025年の医療需要の推計方法】
構想区域の2025年の医療需要
＝〔①当該構想区域の2013年の性・年齢階級別の入院受療率
×②当該圏域の2025年の性・年齢階級別推計人口〕の総和

※①入院受療率：平成２５年度のＮＤＢのレセプトデータ及びＤＰＣデータに基づき、当該構想区域の性・年齢階級別年間入院患者延べ数（人）を 365（日）で除した数を性・年齢階級別人口で除した数。
※②推計人口：国立社会保障人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成 25 年中位推計）」

(1)「高度急性期機能」、「急性期機能」、「回復期機能」の推計方法
次の医療資源投入量区分に基づいて病床機能ごとの入院受療率を算出し、医療需要を推計します。

【医療資源投入量に基づく病床機能別分類の考え方】

	医療資源投入量	基本的な考え方
高度急性期	3,000点(C1)	救命救急病棟やICU、HCUで実施するような重症者に対する診療密度が特に高い医療（一般病棟等で実施する医療も含む）から、一般的な標準治療へ移行する段階における医療資源投入量。
急性期	600点(C2)	急性期における医療が終了し、医療資源投入量が一定程度落ち着いた段階における医療資源投入量。
回復期	225点(C3)	在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量。 ただし、境界点に達してから在宅復帰に向けた調整を要する幅の医療需要を見込み175点で推計する。
※	175点	※175点未満の患者数については、慢性期機能及び在宅医療等の患者数として一体的に推計する。

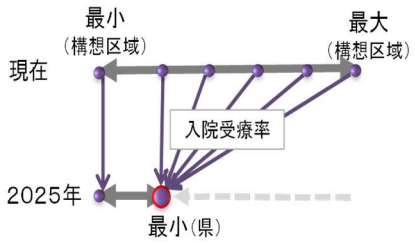
(2)慢性期機能の推計方法

次の①、②の入院受療率を算定し、医療需要を推計します。

①平成 25 年度のＮＤＢのレセプトデータによる療養病床の入院患者数のうち、医療区分１の患者の 70%を除いた入院患者について、「パターンＡ」、「パターンＢ」、「特例」の中から選択し、推計。

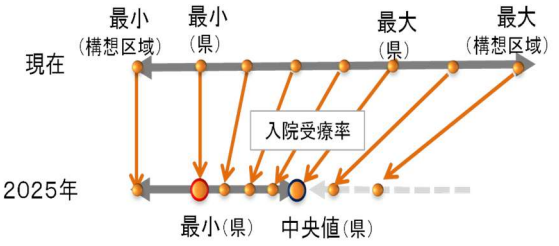
【パターンA】

全ての構想区域が全国最小値（県単位）まで入院受療率を低下する。



【パターンB】

構想区域ごとに入院受療率と全国最小値（県単位）との差を一定割合解消させることとするが、その割合については全国最大値（県単位）が全国中央値（県単位）にまで低下する割合を一律に用いる。



【特例】

次の2要件を両方とも満たす場合、【パターンB】の達成年次を2030年にできる。

ア　【パターンＢ】により入院受療率の目標を定めた場合における当該構想区域の慢性期病床の減少率が全国中央値よりも大きい

イ　当該構想区域の高齢者単身世帯割合が全国平均よりも大きい

②一般病床で、障がい者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院基本料及び特殊疾患入院医療管理料を算定している患者。

(3)2025 年における構想区域ごとの医療需要推計

【患者住所地ベース】

	高度急性期（人/日）	急性期（人/日）	回復期（人/日）	慢性期（人/日）			入院医療需要（人/日）			在宅医療等計（人/日）			（再掲）訪問診療分
				パターンA	パターンB	特例	パターンA	パターンB	特例	パターンA	パターンB	特例	
東部	371.2	1,232.1	1,827.3	1,223.3	1,535.2	1,745.5	4,653.9	4,965.8	5,176.1	9,849.4	9,537.5	9,327.2	3,645.7
南部	104.7	394.3	540.2	352.1	421.6	495.9	1,391.3	1,460.8	1,535.1	2,686.6	2,617.1	2,542.8	990.1
西部	60.1	234.2	302.9	219.9	275.7	347.7	817.1	872.9	944.9	1,570.7	1,514.9	1,443.0	462.3
徳島県	536.0	1,860.6	2,670.4	1,795.3	2,232.5	2,589.1	6,862.3	7,299.5	7,656.1	14,106.7	13,669.5	13,313.0	5,098.1

【医療機関所在地ベース】

	高度急性期（人/日）	急性期（人/日）	回復期（人/日）	慢性期（人/日）			入院医療需要（人/日）			在宅医療等計（人/日）			（再掲）訪問診療分
				パターンA	パターンB	特例	パターンA	パターンB	特例	パターンA	パターンB	特例	
東部	371.4	1,263.1	1,977.7	1,476.5	1,825.5	2,072.6	5,088.7	5,437.7	5,684.8	10,347.1	9,998.2	9,751.1	3,855.6
南部	136.2	446.8	532.5	215.2	257.5	300.9	1,330.7	1,373.0	1,416.4	2,568.2	2,526.0	2,482.6	1,046.7
西部	30.4	170.5	207.2	177.2	228.7	293.7	585.3	636.8	701.8	1,508.1	1,456.6	1,391.6	455.4
徳島県	538.0	1,880.4	2,717.4	1,868.9	2,311.7	2,667.2	7,004.7	7,447.5	7,803.0	14,423.4	13,980.8	13,625.3	5,357.7

3　医療需要に対する医療供給（医療提供体制）の検討

(1)他県の構想区域との供給数の調整

他県の構想区域との供給数の調整方法については、「地域医療構想策定における患者流出入を踏まえた必要病床数推計の都道府県間調整方法について」（平成 27 年 9 月 18 日医政地発 0918 第 1 号）により、必要病床数の推計においては、患者住所地の医療需要を基本として定めること、10 人未満の医療需要については都道府県間調整の対象外とすること、現状（医療機関所在地ベース）の患者数を前提とした医療提供体制を維持したいと考える都道府県が、患者住所地の都道府県に対して協議を持ちかけることなどが示されています。

他県との調整対象となる二次医療圏（構想区域）は、急性期と回復期でそれぞれ１箇所、慢性期で３箇所ありますが、本県構想区域への流入患者数は１日当たり 10 人台と比較的少数にとどまる見通しとなっています。また、必ずしも構想区域内で完結しない医療提供体制が必要とされる高度急性期において調整対象となる流出入もないことから、本県から他県への協議は行わず、患者住所地ベースでの医療需要を基本として必要病床数を推計し、2025 年のあるべき医療提供体制の構築を目指します。

(2)県内の構想区域間における供給数の調整

「地域医療構想策定ガイドライン」においては、高度急性期は診療密度が特に高い医療を提供することが必要となるため、必ずしも構想区域内で受療が完結することを求めるものではないが、急性期・回復期及び慢性期の機能区分については、できるだけ構想区域内で対応することが望ましい、との考え方が示されています。

本県においても、この考え方に従い、高度急性期は現状の機能分担・連携を踏まえた「医療機関所在地ベース」、急性期・回復期・慢性期は各構想区域内での受療完結を目指す「患者住所地ベース」での医療需要に基づいて、必要病床数を推計することとします。

なお、慢性期の医療需要推計に際しては、パターンＡ、パターンＢ、特例の中から選択可能とされているため、本県では、在宅医療等への移行が最も緩やかな設定である「特例」を選択することとします。特例の選択については、適応要件を充足することが求められておりますが、本県では、東部・南部・西部の全構想区域が要件を充足しています。（特例適応要件：当該構想区域におけるパターンＢでの慢性期病床の減少率が全国中央値よりも大きく、かつ、高齢者単身世帯割合が全国平均よりも大きい場合。）

4　医療需要に対する医療供給（医療提供体制）を踏まえた必要病床数の推計

【2025 年のあるべき医療提供体制を踏まえた推定供給数】

	高度急性期（人/日）	急性期（人/日）	回復期（人/日）	慢性期（人/日）	入院医療需要（人/日）
				特例	特例
東部	369	1,252	1,872	1,790	5,283
南部	134	401	552	512	1,600
西部	35	214	279	347	874
徳島県	538	1,867	2,703	2,649	7,757

厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」による。小数第１位を四捨五入。

【2025 年のあるべき医療提供体制を踏まえた必要病床数推計】

	高度急性期（床）	急性期（床）	回復期（床）	慢性期（床）	必要病床数（床）
				特例	特例
東部	492	1,605	2,080	1,946	6,123
南部	179	514	613	557	1,863
西部	47	274	310	377	1,008
徳島県	718	2,393	3,003	2,880	8,994

病床利用率は、高度急性期 75%、急性期 78%、回復期 90%、慢性期 92%。
小数第１位を四捨五入。

第４　必要病床数と病床機能報告による病床数の比較

１　病床機能報告とは

地域医療構想の策定にあたり、地域の医療機関が担っている医療機能の現状把握、分析を行う必要があります。そのために必要なデータを収集するため、医療機関がその有する病床（一般病床及び療養病床）において担っている医療機能を自ら選択し、病棟単位を基本として都道府県に報告する仕組みが平成 26 年度から導入されました。

また、医療機能の報告に加えて、その病棟にどんな設備があるのか、どんな医療スタッフが配置されているのか、どんな医療行為が行われているのか、についても報告することとしています。

報告された情報を公表し、地域医療構想とともに示すことにより、地域の医療機関や住民等が、地域の医療提供体制の現状と将来の姿について共通認識を持つことができます。また、医療機関の自主的な取組み及び医療機関相互の協議によって、医療機能の分化・連携が進められるようになります。

なお、医療機関が報告し、都道府県が 2025 年の必要量を定めることとなる医療機能は、次の４つの区分です。

高度急性期	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期	・急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 ・特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ＡＤＬの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）
慢性期	・長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ・長期にわたり療養が必要な重度の障がい者（重度の意識障がい者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

2　病床機能報告の病床数と必要病床数の比較

構想区域ごとの、2025 年の推計必要病床数と 2016 年病床機能報告の病床数との比較は、次のとおりです。ただし、下記の点に留意する必要があります。

	医療機能	2016病床機能報告		2025年の必要病床数 C	A－C	B－C
		2016年 A	2016年の6年後の病床数B			
東部	高度急性期	1,046	802	492	554	310
	急性期	2,547	2,780	1,605	942	1,175
	回復期	1,255	1,386	2,080	▲ 825	▲ 694
	慢性期	3,693	3,654	1,946	1,747	1,708
	合計	8,541	8,622	6,123	2,418	2,499

	医療機能	病床機能報告		2025年の必要病床数 C	A－C	B－C
		2016年 A	2016年の6年後の病床数B			
南部	高度急性期	405	405	179	226	226
	急性期	604	604	514	90	90
	回復期	219	219	613	▲ 394	▲ 394
	慢性期	721	721	557	164	164
	合計	1,949	1,949	1,863	86	86

	医療機能	病床機能報告		2025年の必要病床数 C	A－C	B－C
		2016年 A	2016年の6年後の病床数B			
西部	高度急性期	10	10	47	▲ 37	▲ 37
	急性期	410	398	274	136	124
	回復期	222	257	310	▲ 88	▲ 53
	慢性期	621	658	377	244	281
	合計	1,263	1,323	1,008	255	315

徳島県	総合計	11,753	11,894	8,994	2,759	2,900

●留意点

病床機能報告は、「高度急性期、急性期、回復期及び慢性期がどのような機能か」を示す病床機能の客観的または定量的な基準がない状況で、医療機関が病棟単位で４つの医療機能のうちから１つを選択して報告したものです。

一方、2025 年の必要病床数は、レセプトデータ等を医療資源投入量で区分して推計したものであり、両者は完全に一致する性質のものではないことに留意する必要があります。

第５　将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策

１　全県的な取組み

(1)病床機能の分化・連携

①現状と課題

・2025 年の必要病床数と現在の病床構成には、大きなかい離があります。具体的には、必要病床数と 2016 年の病床機能報告との比較においては、全県的に回復期の機能を担う病床が将来不足し、その他の機能については過剰となると見込まれています。

・将来あるべき医療提供体制の構築を進めるに当たっては、限られた医療資源を有効に活用するため、より効率的で効果的な体制の検討が求められます。

・病床の機能分化と連携を進めるためには、在宅医療等への移行が促進されることが前提となっていることから、退院後の受け皿となり、患者の療養生活を支える在宅医療等の提供体制整備を図る必要があります。

・病床の機能分化と連携を進めるためには、それぞれの機能を担う医療従事者等の確保と養成も必要となります。

②取組みの方向性

・将来の人口構造の推移や疾病構造の変化に適応し、過不足のない医療が提供されるようにするため、高度急性期・急性期・回復期・慢性期、さらには在宅等における医療と介護に至るまでの一連のサービスが切れ目なく提供される体制づくりを目指します。

・患者それぞれの状態に応じたサービスが提供できるよう、不足すると見込まれる病床機能及び在宅医療等への転換を促進する必要があります。まずは、医療機関の自主的な取組みが前提となりますが、構想区域における医療機関の役割分担の明確化に向けた「地域医療構想調整会議」での協議や、「地域医療介護総合確保基金」の活用についても十分な検討を行うことが求められます。

・病院完結型から地域完結型の医療提供体制を構築するためには、医療機関相互の連携を推進することが必要であることから、ＩＣＴを活用した患者情報の共有化等の取組みについても検討します。

(2)在宅医療の充実

①「在宅医療等」とは

・「地域医療構想策定ガイドライン」においては、「在宅医療等」として医療需要を推計することとしていますが、その中身は、「居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他、医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療」と定められています。したがって、居宅で提供される医療のみを対象としているのではないことに留意する必要があります。

②「在宅医療等」の医療需要に含まれるもの

・療養病床の入院患者数のうち、医療区分１の患者数の７０％

・上記以外の療養病床の入院患者で、入院受療率を低下させることで在宅医療等へ移行する患者

・一般病床の入院患者数（回復期リハビリ病棟入院料を算定した患者数を除く）のうち、医療資源投入量が１７５点未満の患者
・在宅患者訪問診療料を算定している患者
・介護老人保健施設施設サービス受給者

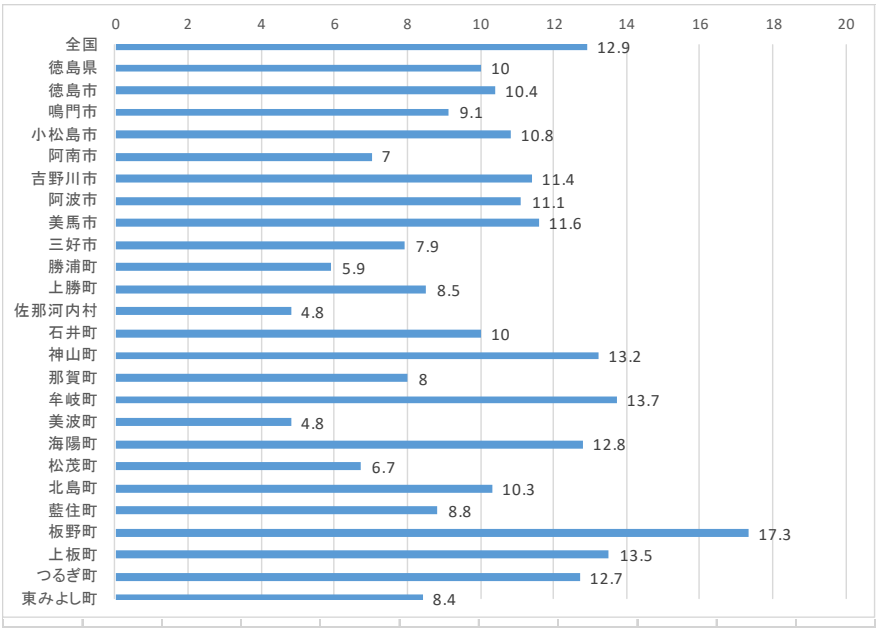
【在宅医療等の需要推計】

医療機関所在地	医療機能	2013年度の医療需要（医療機関所在地）（人／日）①	2025年度の医療需要（患者住所地）（人／日）②	【参考】需要の伸び（%）①→②
東部	在宅医療等	6,828.1	9,327.2	36.6
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	3,020.4	3,645.7	20.7
南部	在宅医療等	2,129.1	2,542.8	19.4
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	929.3	990.1	6.5
西部	在宅医療等	1,355.6	1,443.0	6.4
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	486.7	462.3	▲ 5.0
徳島県	在宅医療等	10,312.8	13,312.9	29.1
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	4,436.4	5,098.1	14.9

厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」による。慢性期を特例とした場合

③現状と課題
・H27 県民意識調査によれば、病気等で通院困難となった場合、「自宅での療養を希望」と回答した方が約９割を占める一方、そのうち約半数が、家族に負担がかかることや療養環境が整っていないこと、あるいは、訪問診療してくれる医師や看護職員が見つからないこと、などを理由に、「自宅で療養したいと思うが困難」と回答しています。

●自宅死亡率



資料：厚生労働省データ(H25)（単位：%）

・地域医療構想の策定においては、一部入院患者の在宅医療等への移行を前提に、病床機能の分化と連携を進めることとされています。したがって、在宅医療等への移行が可能となる環境整備がなされなければ、病床機能の分化と連携も進まず、地域医療構想の実現が困難となります。
・在宅医療等の提供体制を促進するには、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、歯科衛生士等の医療従事者の確保と多職種の連携が課題となります。
・高齢単身者や高齢夫婦のみ世帯の増加、また居宅に療養環境としてふさわしい設備が整っていないなどの理由から、退院後、全ての方が居宅に帰還できるとは限りません。在宅医療等の大幅な需要増加に対応するためには、在宅医療の提供体制とあわせて、受け皿となる施設整備にも取り組む必要があります。
・入院患者が地域へ戻ったあと、介護サービスの提供が必要となるケースも多く予想されるため、医療と介護の緊密な連携を図り、患者や利用者の状態に応じたサービスが提供される必要があります。
・地域医療構想では、療養病床に入院中の比較的軽症の患者を中心に在宅医療等へ移行していくことが前提となっていますが、これらの患者の中には認知症を発症している方が一定数いると考えられるため、退院後のケアの体制についても十分検討する必要があります。

④取組みの方向性
・退院後、患者の状態に応じた場所で療養できるようにするため、適切な退院支援を行うことが重要です。
・在宅医療の充実については、「退院支援」、「日常の療養生活の支援」、「急変時の対応」、「看取り」の各段階で対応できる体制の構築を目指します。
・医療と介護の連携をはじめ、入院患者が地域に戻り、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けられるようにするためには、「地域包括ケアシステム」の構築が重要です。地域医療構想の実現に向けては、市町村や地元医師会、介護部門との連携を図ることにより、抽出された地域の課題を十分に把握することが求められます。
・受け皿となる施設整備については、「療養病床の在り方に関する検討会」、「社会保障審議会（療養病床の在り方等に関する特別部会）」での議論を経て、介護保険法の改正により、新たな介護保険施設として「介護医療院」が平成 30 年４月より創設されることとなりました。介護医療院への転換や、在宅医療等への移行の取組みが円滑に進むよう、地域包括ケアシステムの構築に向けた各地域での議論などを通じて、利用者のニーズや課題などを十分に把握し、「地域医療構想調整会議」でも情報共有に努めます。
・訪問看護を安定的、円滑に提供するためには、訪問看護ステーション間の連携・調整、人材育成を行う教育機能、住民等への相談機能等の役割を果たす訪問看護の拠点の整備と充実・強化を図ることが重要です。
・在宅医療の担い手確保については、これまでの取組みに加え、厚生労働省の「医療従事者の需給に関する検討会」（厚生労働省）における医療従事者の具体的な確保対策も踏まえ、職種ごとの対応策について十分に検討することが求められます。

・在宅における療養生活を最も身近に支える訪問看護職員の確保については、訪問看護を担う多様な人材の確保の促進とともに、チーム医療のキーパーソンとして高度な判断力を持つ専門性の高い看護職員の育成も重要です。
・認知症患者については、地域包括ケアシステムの構築による見守り体制とともに、国の新オレンジプラン（認知症施策推進総合戦略）の内容も踏まえ、医療と介護の役割分担や連携を行い、患者の状態にふさわしい場所で適切なサービスが提供されるよう努める必要があります。
・認知症については、認知症疾患医療センターを各二次医療圏ごとに、配置し、認知症の早期発見や早期の治療開始に取り組んでいます。今後は、これらに加え、認知症疾患医療センターを活用した知識普及等を図るとともに、新オレンジプランに示されたように、適時適切な医療と介護の役割分担や連携を図っていきます。
・うつ病については、睡眠障害や食欲不振をはじめとする身体症状を訴えて、最初に一般医療機関を受診することが少なくありません。従来より、かかりつけ医と精神科医療との連携についての研修会を行っていますが、今後もこの取組みを発展させ、うつ病の早期診断や治療開始に取り組む必要があります。
・痛みを伴うがん患者に係る在宅医療の質の向上を図るため、緩和ケアの推進に取り組むことが求められます。
・在宅医療の充実を図る施策については、地域医療介護総合確保基金の活用も十分に検討することとします。
・在宅医療を支えるためには、医師、歯科医師、看護職員、薬剤師、リハビリ関係職種と介護関係職種が互いの専門性を生かしながらチームとなって、多職種による協働・連携の体制を整えることが重要です。

(3)医療従事者の確保・養成

①現状と課題

・「H28 医師・歯科医師・薬剤師調査」（厚生労働省）によれば、本県の人口 10 万人あたり医療施設従事医師数は、全国第 1 位となっていますが、東部への集中による「地域偏在」や特定の診療科で医師が不足する「診療科偏在」の問題、また、全国に比べ医師の平均年齢や女性医師の割合が高いといった事情があります。
・医療機関等の施設とあわせて、医療従事者も確保できなければ必要なサービスを提供することはできません。2025 年に向けて医療需要は増加する一方、就業人口は減少することから、医療需要に対応できる医療従事者を確保することが大きな課題となります。
・地域医療構想の実現に向けては、在宅医療の需要が大きく増加すると見込まれるため、この担い手となる医療従事者の確保と養成が必要不可欠です。

②取組みの方向性

・地域医療支援センター、寄附講座、修学資金貸与制度等を活用した医師確保や県内定着策、地域偏在解消に向けたこれまでの取組みを継続するとともに、より効果的に取り組んでいくことが求められます。

・在宅医療の担い手となる医療従事者の確保と養成を図るため、例えば、在宅医療を担う医師の増加に向けた支援体制の充実、訪問看護職員の育成策、在宅訪問歯科診療に対応できる歯科衛生士の養成、在宅歯科診療の充実に向けた支援体制の構築、多職種が協働して在宅医療と介護を提供できるための人材育成などに取り組んでいく必要があります。
・病院内保育所の設置促進により働きやすい環境整備を行うことや、勤務環境改善支援センターの取組みによる勤務環境の改善や充実により、医療従事者の安定的な確保を図ります。

(4)その他の特に検討すべき課題

「地域医療構想調整会議」で挙げられた次の課題については、今後も十分な検討を行い、地域の実情に応じた医療提供体制の構築を図ります。

○　歯科医師が、急性期から回復期、慢性期、在宅医療までのそれぞれの段階で口腔ケアに介入できるようにするため、情報提供の在り方を検討することが求められる。

○　人口減少が著しい地域こそ、社会基盤の維持・整備、及び、そのために必要な看護職員をはじめとする医療従事者等の確保・養成のあり方等について明らかにする必要がある。

○　重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・生活支援・住まいが一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築が求められる。

○　限りある医療資源の効率的かつ効果的な活用に取り組むとともに、高齢者が要介護状態等となることの予防や要介護状態の軽減・悪化の防止を図るため、介護予防を積極的に推進していくことが、医療及び介護の提供体制を支える制度の持続可能性を高めていくために必要である。

○　精神病床については、その地域的偏在が認められるが、今後急性期治療、いわゆる「重度かつ慢性」を含む長期療養、さらには認知症、ストレスケア、依存症といった疾病特性に基づく機能分化や一般医療との連携機能を高めることが求められる。

○　障がい者（児）歯科医療の受け入れは東部に偏っており、西部・南部からは遠距離を治療に通っているため、障がい者（児）の歯科健診、事後処置の充実や障がい者（児）歯科医療を担う専門職等の確保、養成が必要である。このため、「2次医療圏ごとの、患者の現状の把握を行い、地域で歯科治療を受けられる体制」と「障がい者（児）の口腔内状況の把握を行い、生涯健康な口腔を維持できる体制」を整備すること、専門職等の確保、養成のため具体的な施策を検討することが求められる。

2　構想区域ごとの状況と取組み

(1)東部構想区域

①病床機能報告と必要病床数の比較（2016 年→2025 年）

2016 年の病床機能報告と比較する限りでは、2025 年には回復期の機能を担う病床が不足する一方、高度急性期・急性期・慢性期は過剰となると見込まれます。

②在宅医療等の需要の比較（2013 年→2025 年）

2025 年に向けて高齢者人口が増加することに伴い、在宅医療等の需要も３割以上増加する見込みです。

③東部構想区域として特に検討すべき課題

「地域医療構想調整会議」で挙げられた次の課題については、今後も十分な検討を行い、地域の実情に応じた医療提供体制の構築を図ります。

○　地域包括ケアシステム、在宅医療については住民、患者の意識が変わらないとなかなか進まないので、行政からの情報提供を積極的に行うべきである。

○　在宅医療の推進については、医師の高齢化や取組みへの温度差が課題であり、24時間の緊急入院体制確保は難しい。

○　地域包括ケアシステム構築や介護体制の確保については、患者家族代表も含めた議論が必要ではないか。

○　在宅医療への移行には、看護職員をはじめ「ヒト」の資源も移行しないといけない。急性期病院での病床削減に伴い、医療スタッフも在宅医療へ移行できるような仕組みが必要である。

○　在宅医療等の需要増加に対応するため、看護職員をはじめ、介護部門も含めたマンパワーの必要数を把握し議論されるべきである。

○　訪問看護職員を確保するためには、後進の育成策、働き方や資質の向上が求められる。

(2)南部構想区域

①病床機能報告と必要病床数の比較（2016 年→2025 年）

2016 年の病床機能報告と比較する限りでは、2025 年には回復期の機能を担う病床が不足し、高度急性期・急性期が過剰、慢性期はわずかに過剰となると見込まれます。

②在宅医療等の需要の比較（2013 年→2025 年）

在宅医療等の需要は、２割程度増加する見込みです。

③南部構想区域として特に検討すべき課題

「地域医療構想調整会議」で挙げられた次の課題については、今後も十分な検討を行い、地域の実情に応じた医療提供体制の構築を図ります。

○　公的病院の統廃合ですでに病床が削減されており、他にも削減や廃院があれば必要病床数を確保できなくなる可能性がある。どの医療機能をどれだけ守るのかという議論が必要である。

○　在宅医療を進めるには、マンパワー不足である。

○　在宅医療等への移行に際し、患者の自己負担額が増えるようでは限界がある。

○　在宅医療等への移行については、少子高齢化により居宅での在宅医療は困難になっており、施設への住み替えでないとマンパワーが不足する印象がある。

○　療養病床に代わる施設整備にあたっては、地域事情、患者の実態に合った対応、患者の費用負担の面への配慮をしつつ体制を検討すべきである。

(3)西部構想区域

①必要病床数と病床機能報告の比較（2016 年→2025 年）

2016 年の病床機能報告と比較する限りでは、2025 年には高度急性期と回復期の機能を担う病床が不足し、急性期と慢性期は過剰となると見込まれます。

②在宅医療等の需要の比較（2013 年→2025 年）

高齢者の人口減少が既に始まっているため、在宅医療等の需要の伸びは、小幅にとどまる見込みです。

③西部構想区域で特に検討すべき課題

「地域医療構想調整会議」で挙げられた次の課題については、今後も十分な検討を行い、地域の実情に応じた医療提供体制の構築を図ります。

○　県内の構想区域の中で人口減少が最も顕著であり、患者が医療資源の豊富な東部へ大きく流出している。廃業による病床の減少も多い。

○　医療従事者も高齢化が進み、病床数だけではなく医療従事者の資源についての議論が必要である。病床数に比例して医療従事者数が減少すると医療提供体制は維持できない。

○　訪問診療に従事する医師が少ない。

○　在宅医療等への移行について、居宅と施設のバランスを考慮すべきである。

○　高齢者人口当たりの特別養護老人ホームと介護老人保健施設の数が、県内構想区域中最多であるが、どのように活用していくべきか。サービス付き高齢者向け住宅は費用が高く、西部では需要が少ないと見込まれる。

○　医療と介護の連携のため、住民への啓発も含め市町村の取組みが重要である。

○　西部の公立等の病院間及びかかりつけ医も含めたネットワーク化を考える必要がある。

○　西部地域においては、今ある訪問看護サービスを提供する看護職員の質・量を維持できなければ、居宅を選択することが、今以上に難しくなる。

○　西部地域においては、子どもが増えている地域があることから、現在の人口の下がり方と、将来の下がり方では減少率が異なることも踏まえた上で、将来の医療提供体制を検討する必要がある。

○　西部地域においては、急性期の機能を持った病院におけるリハビリや地域包括ケアへの取組など、地域の実情を踏まえた機能分化やネットワーク化を検討することが重要である。

第６　地域医療構想の実現に向けて

１　病床機能報告制度の活用

2014 年（平成 26 年）に創設された病床機能報告制度により、療養病床と一般病床を有する医療機関は、一部の例外を除き、自院の病床の医療機能（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）について、毎年報告することとなりました。構想区域ごとにこの病床機能報告の内容と必要病床数を比較することにより、2025 年に向けて、毎年の病床の収れん状況を確認することが可能となります。ただし、この病床機能報告制度における各医療機能の区分は、現在のところ定性的で曖昧なものとなっており、医療機関の自主的な判断に任されているのが実情です。このため、国が報告制度の精緻化に向けて検討を行っている途上であり、今後の制度変更等によっては医療機関からの報告内容が大きく変動する可能性もあるため、十分留意する必要があります。

また、平成 28 年の診療報酬改定により、地域包括ケア病棟の要件の見直しや在宅専門診療所の認可など、新たな動きがあったほか、とくに療養病床については、「療養病床の在り方等に関する検討会」、「社会保障審議会（療養病床の在り方等に関する特別部会）」での議論を経て、介護保険法が改正され、新たな介護保険施設として「介護医療院」が平成 30 年４月より創設されることとなりました。この改正を踏まえ、療養病床を有する医療機関の介護医療院への転換意向の調査を行うなど、慢性期機能から在宅医療等への移行を進めるとともに、医療と介護の緊密な連携強化への取組みを推進していくことが期待されています。

2　地域医療構想の実現に向けた取組み

(1)地域医療構想調整会議

医療法により、都道府県は構想区域等ごとに「地域医療構想調整会議」を設け、関係者との連携を図りつつ、将来の必要病床数を達成するための方策その他の地域医療構想の達成を推進するために必要な協議を行うものとされています。本県では、地域医療構想の策定段階から、構想区域ごとに「徳島県地域医療構想調整会議」（東部・南部・西部）を設置し、構想に関係者の意見を反映できるように努めてきましたが、構想策定後もこの取組みを継続していきます。

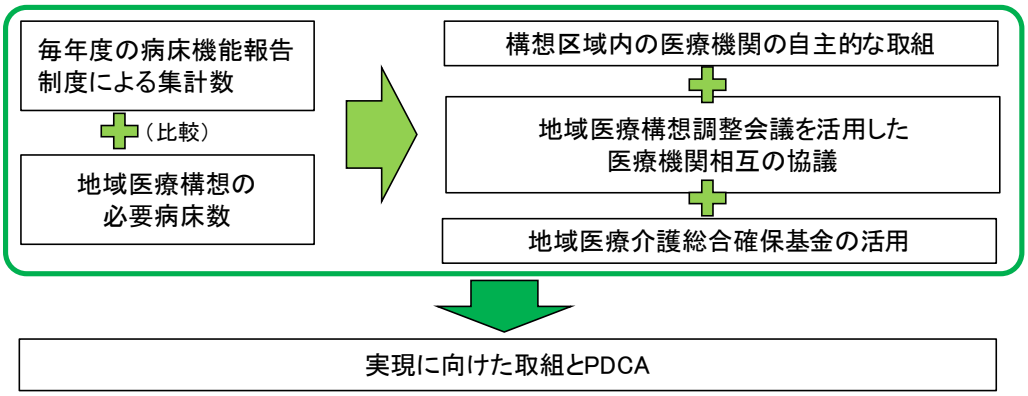
(2)各医療機関における自主的な取組み

各医療機関が自らの将来のあり方を検討する際には、まず、病床機能報告制度で報告された他の医療機関の各機能の選択状況等と将来の必要病床数を比較するなどにより、地域における自院の病床機能の客観的な位置付けを把握します。併せて、「地域医療構想調整会議」を活用した医療機関相互の協議により、地域での病床機能の分化と連携に応じた自院の位置付けも確認することが可能となります。すなわち、地域における自院の役割の明確化を図ったうえで、将来目指すべき方向への体制構築を進めていくことになります。

(3)県と地域医療構想調整会議の取組み

県は、病床機能報告による現状と必要病床数を比較、分析することにより、構想区域ごとの状況を把握します。その上で、医療機関の自主的な取組みを促進するため、必要に応じて「地域医療構想調整会議」を開催し、関係者間の連携と情報共有を図るとともに、地域医療構想を実現するための具体的な対応策を検討することになります。その際には、県は、必要な資料の提示や地域医療介護総合確保基金の有効活用の検討を行うなど、医療機関の取組みを支援します。

【策定後の取組みの流れ】



資料：厚生労働省資料より

第７　構想の推進体制・進行管理

１　推進体制と役割

(1)推進体制

本構想は、徳島県保健医療計画との整合性を図りつつ、将来のあるべき医療提供体制の構築に向けて一体的に取り組むとともに、徳島県医療審議会とも十分な連携を図ります。

構想実現に向けての協議の場として、構想区域ごとに設置された「徳島県地域医療構想調整会議（東部・南部・西部）」が中心的な役割を担いますが、地域における既存の会議等とも緊密に連携し、地域の実情を十分に踏まえた構想の実現を目指します。

また、将来のあるべき医療提供体制を構築するためには、何よりも、県民や関係機関それぞれが、主体的な取組みを進めることが求められます。

(2)果たすべき役割

①県民

必要な医療が提供されるためには、限りある医療資源を有効に活用することが求められますが、そのためには、患者としての県民一人ひとりの理解が不可欠となります。医療法第６条の２第３項においては、「国民は、良質かつ適切な医療の効率的な提供に資するよう、医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携の重要性についての理解を深め、医療提供施設の機能に応じ、医療に関する選択を適切に行い、医療を適切に受けるよう努めなければならない。」とされています。このような自覚に基づいた県民一人ひとりの行動が、将来も持続可能な社会保障制度を構築することに繋がります。

②医療機関

病床機能報告や調整会議を通じて地域での自院の位置付けを把握するとともに、将来の在り方を十分に検討することが必要です。その上で、必要な体制の構築など地域で求められる医療機能を提供できるよう、自主的な取組みによる病床機能の分化及び連携を推進することが必要です。

また、地域における医療機関間だけでなく、介護サービス事業所など他の機関とも連携し、地域住民へのきめ細かい体制づくりに取り組むとともに、まさに「地域包括ケアシステム」の構築・実現に向けての重要な役割を担うことが期待されています。

③介護事業者

身近な地域のニーズに対応したサービスが提供されるとととともに、医療と介護の緊密な連携による入院から在宅医療等への移行をはじめ、安心して地域で生活できる体制づくりが期待されています。

④医療従事者等の関係団体

調整会議等、地域での協議や調整の場に積極的に参画し、地域の課題や目指すべき方向性などについて会員等への周知を図るなど、目指すべき医療提供体制の実現に向けて積極的な役割が期待されます。

また、医療資源を有効に活用するため、患者やサービス利用者に対する情報発信や普及啓発活動にも取り組むことが期待されます。

⑤保険者
保有する受療データの分析などを行い、地域における予防や健康増進に活用することや適切な受療行動の促進など、目指すべき医療提供体制の構築に向けた役割が期待されます。

⑥市町村
「地域包括ケアシステム」の構築などにより把握した課題やニーズについて、調整会議とも十分な情報共有を図るなど、医療と介護の緊密な連携をはじめ、地域でのきめ細やかなサービスが提供できるよう取り組むことが求められます。
介護保険制度の改正により、在宅等における医療と介護の連携の推進が、地域支援事業に新たに規定され、国・県の支援のもとで、市町村が取り組むこととなりました。そこで、保健医療計画や地域医療構想と整合性を保つとともに、県特に管轄の保健所等とも緊密に連携することにより、円滑な介護保険事業の推進が期待されます。

⑦県
構想の実現に向けた取組みが、効率的・効果的に実施されるよう、関係機関等との調整に努めます。調整会議における積極的な情報提供により協議の促進を図るとともに、適切な進行管理や地域医療介護総合確保基金の活用も検討し、構想の効果的な実現を支援します。
また、構想の内容や実現に向けた状況などを積極的に公表し、県民への周知を図ります。

2　進行管理

(1)取組みの点検
地域医療構想の実現に向けては、課題解決のため効果的に事業を実施する必要があります。病床機能の分化・連携、在宅医療等の充実、医療従事者の確保・養成といった課題を中心に、地域の実情を踏まえた課題解決や事業進捗の評価を定期的に実施し、必要に応じて施策の見直しを図るなど、ＰＤＣＡサイクルを効果的に機能させることが求められます。そのため、定期的に徳島県地域医療構想調整会議（東部・南部・西部）を開催し、毎年の病床機能報告により現状を的確に把握するとともに、進捗管理や地域における課題の把握に努めます。

(2)情報の公表と県民の理解
病床機能報告の結果や「地域医療構想調整会議」の開催状況については、ホームページによる公表等、積極的な情報提供に努め、県民のあるべき医療提供体制への理解や、それを踏まえた受療行動の促進を図ります。

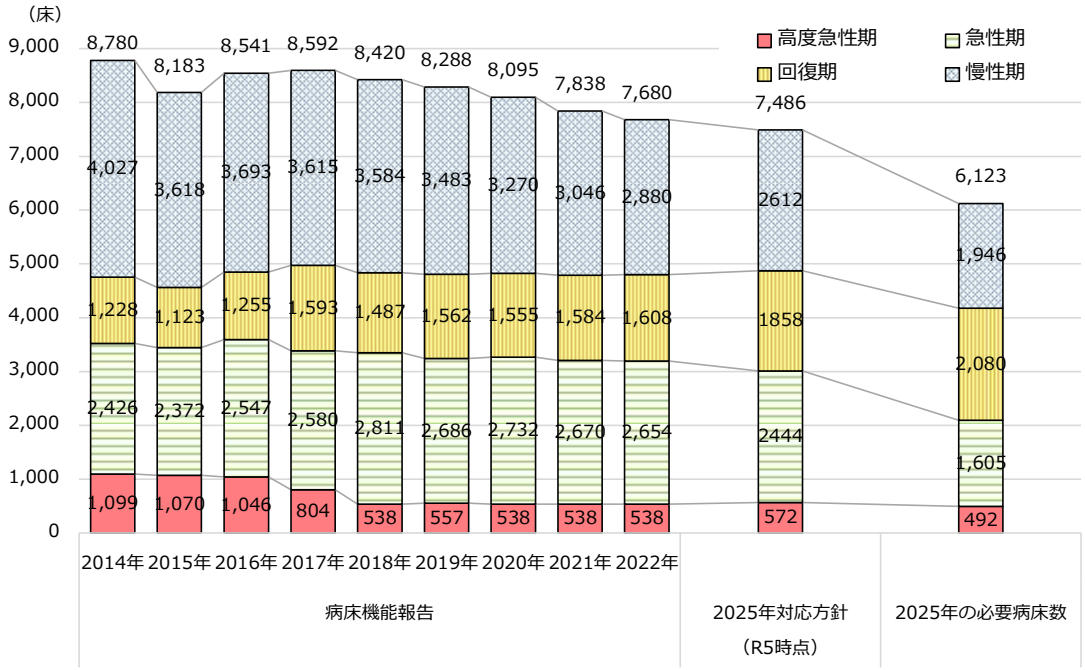
(3)構想区域ごとの状況（必要病床数と対応方針の比較）
令和 5 年度末までに、各構想区域の地域医療構想調整会議において、「すべての医療機関の 2025 年における対応方針」を協議してきたところであり、現状の見込みとしては、県全体において 2025 年の必要病床数に対しては、「急性期」は 947 床過剰、「回復期」は 170 床不足、「慢性期」は 456 床過剰となっています。

●県全体

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計
(A)2025年対応方針（R5時点）	777	3,340	2,833	3,336	10,286
(B)2025年の必要病床数	718	2,393	3,003	2,880	8,994
A-B	59	947	-170	456	1,292

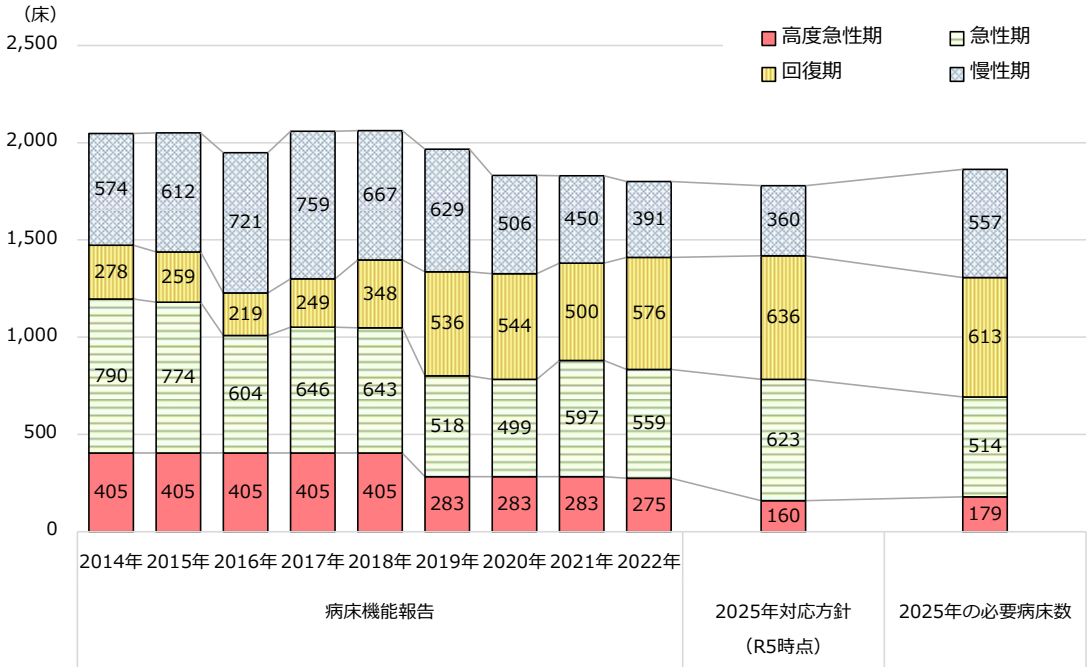
東部構想区域においては、2014 年病床機能報告では、必要病床数に対し、「急性期」は 821 床過剰、「回復期」は 852 床不足、「慢性期」は 2,081 床過剰となっていました。令和 5 年度時点の対応方針では、「急性期」は 839 床過剰、「回復期」は 222 不足、「慢性期」は 666 床過剰となっており、病床の機能分化が進んでいますが、引き続き「回復期」への転換を図っていく必要があります。

●東部



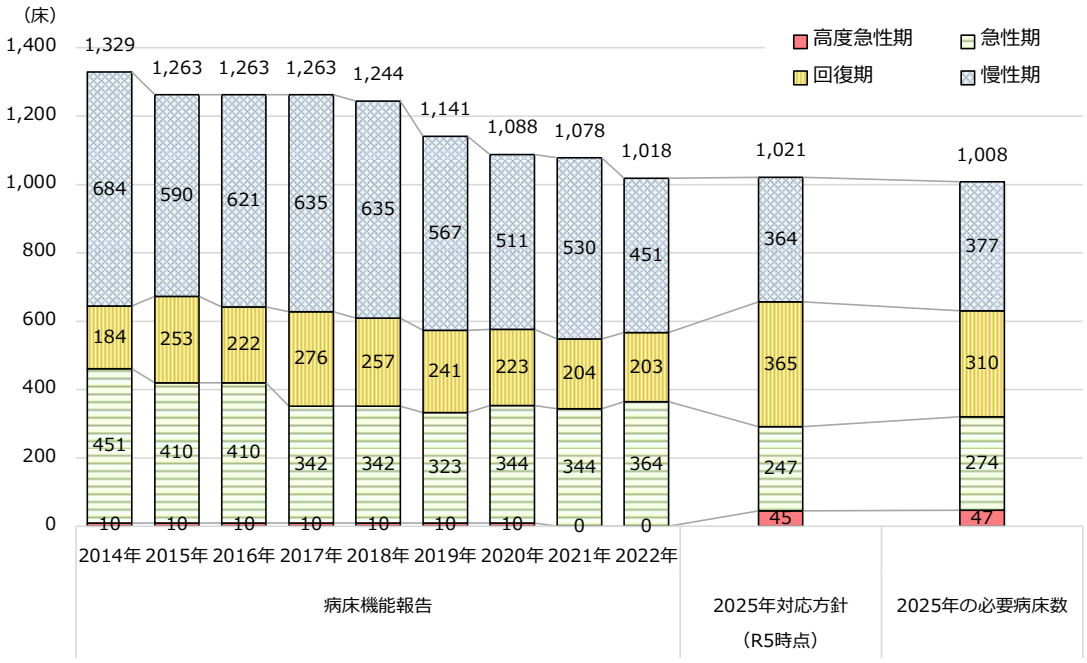
南部構想区域においては、2014 年病床機能報告では、必要病床数に対し、「急性期」は 276 床過剰、「回復期」は 335 床不足、「慢性期」は 17 床過剰となっていました。令和 5 年度時点の対応方針では、「急性期」は 109 床過剰、「回復期」は 23 床過剰、「慢性期」は 197 床不足となっており、病床の機能分化が進んでいますが、総量についてはできる限り維持を図りながら、不足が見込まれる「慢性期」への転換を図っていく必要があります。

●南部



西部構想区域においては、2014 年病床機能報告では、必要病床数に対し、「急性期」は 177 床過剰、「回復期」は 126 床不足、「慢性期」は 307 床過剰となっていました。令和 5 年度時点の対応方針では、「急性期」は 27 床不足、「回復期」は 55 床過剰、「慢性期」は 13 床不足となっており、病床の機能分化が進んだことにより、各機能が必要病床数と均衡していく予定となっています。

●西部



第５章　本県の保健医療提供体制

第１　医療機関の機能分化と連携

１　地域包括ケアシステムの深化・推進

(1)基本的な考え方

地域包括ケアシステムは、団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年を目途に構築が進められてきた、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、地域の包括的な支援・サービス（住まい・医療・介護・予防・生活支援）が提供される体制です。

平成 25 年 8 月、社会保障制度改革国民会議は報告書「確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋」をとりまとめ、「高齢化に伴い患者が急増することによって、医療需要が量的に増加するだけでなく、疾病構造も変化し、求められる医療もそれに合わせた形で変化する中で、医療資源を有効に活用し、より質の高い医療提供体制を実現するため、医療機能の分化・連携を協力に進めていくことが必須」であり、「改革の実現のためには、在宅等住み慣れた地域の中で患者等の生活を支える地域包括ケアシステムの構築が不可欠」としました。

また、「住み慣れた地域で人生の最後まで、自分らしい暮らしを続けることができる仕組みとするためには、病院・病床や施設の持っている機能を、地域の生活の中で確保することが必要」とされ、「医療サービスや介護サービスだけでなく、住まいや移動、食事、見守りなど生活全般にわたる支援を併せて考える必要があり、このためには、人口減少社会における新しいまちづくりの問題として、医療・介護のサービス提供体制を考えていくことが不可欠」とされました。

(2)施策の方向

医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ高齢者を地域で確実に支えていくためには、訪問診療、訪問口腔ケア、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問薬剤指導などの在宅医療が必要不可欠です。

自宅だけでなく、高齢者住宅やグループホーム、介護施設、その他どこに暮らしていても必要な医療が確実に提供されるようにしなければならず､「かかりつけ医」の役割が改めて重要となります。

全国より前倒しで地域包括ケアシステムの構築を進めてきた本県においても、「地域共生社会」の実現に向けた中核的基盤となるこの「地域包括ケアシステム」の深化・推進が求められています。

2　地域の医療機関の機能分化と連携

(1)基本的な考え方

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

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

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

(2)現状と課題

①かかりつけ医（歯科医、薬剤師）の地域における役割

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

「かかりつけ医」については、主に地域の診療所がその役割を担っていますが、本県においては、有床診療所が減少しており、無床診療所についても令和元年をピークに減少傾向に転じています。

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

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

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

地域における医療機能の連携を図るため、地域の「かかりつけ医」が利用できるよう、病床や検査機器等を開放し、研修会等を開催している病院（開放型病院届出医療機関）は、令和８年９月１日現在、県内に９施設となっています。医療機関相互の連携強化を図るため、引き続き地域の基幹病院において、研修会の開催や検査機器等の開放を進めていくことが求められます。

●開放型病院の状況

保健医療圏	病院名	所在地
東部	徳島県立中央病院	徳島市
	徳島市民病院	徳島市
	徳島県鳴門病院	鳴門市
	吉野川医療センター	吉野川市
	独立行政法人国立病院機構 とくしま医療センター東病院	板野町
南部	徳島赤十字病院	小松島市
	阿南医療センター	阿南市
西部	徳島県立三好病院	三好市
	つるぎ町立半田病院	つるぎ町

資料：令和８年９月１日施設基準の届出受理状況（四国厚生支局）

②地域連携クリニカルパス

地域連携クリニカルパスは、患者一人ひとりの治療開始から終了までの全体的な治療計画のことであり、急性期から回復期を経て早期に帰宅できるよう作成した診療計画を、診療にあたる全医療機関が共有するとともに、役割分担を含め、あらかじめ診療内容を患者に提示・説明することにより、患者が安心して医療を受けることができるようにするものです。

また、回復期病院では、患者がどのような状態で転院してくるかをあらかじめ把握できるため、重複した検査をせずにすみ、効果的・効率的なリハビリの開始が可能となるなど、診療の標準化、根拠に基づく医療の実施、インフォームドコンセントの充実、業務の改善、チーム医療の向上など様々な効果が期待されるものです。

本県においても、脳卒中、急性心筋梗塞、肺がんなどを中心として、パスが運用されており、今後、対象となる疾病や医療機関の拡大など、各地域における導入に向けた取組の推進が求められます。

(3)施策の方向

①かかりつけ医（歯科医、薬剤師）の普及推進

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

②地域連携クリニカルパスの普及

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（地域連携クリニカルパス）の、本格的な運用に向け、対象医療機関の拡大や電子化による効率化等の取組を疾病ごとに推進します。

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

3　地域医療支援病院の整備目標

(1)現状と課題

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

本県では、合計７病院が整備されています。

●地域医療支援病院の承認要件
- 開設主体：原則として国、都道府県、市町村、社会医療法人、医療法人等
- 紹介患者中心の医療を提供していること。具体的には、次のいずれかの場合に該当すること。
  - ア）紹介率が80%以上であること
  - イ）紹介率が65%以上であり、かつ、逆紹介率が40%以上であること
  - ウ）紹介率が50%以上であり、かつ、逆紹介率が70%以上であること

  ※紹 介 率＝他の医療機関からの紹介患者数÷初診患者数×１００
  逆紹介率＝他の医療機関へ紹介した患者数÷初診患者数×１００
- 救急医療を提供する能力を有すること。
- 建物、設備、機器等を地域の医師等が利用できる体制を確保していること。
- 地域医療従事者に対する研修を行っていること。
- 原則として200床以上の病床、及び地域医療支援病院としてふさわしい施設を有すること。　等

●地域医療支援病院の状況（R7 実績）

保健医療圏	病院名	承認年月日	病床数	紹介率	逆紹介率	救急車により搬送された患者数	研修回数
東部	徳島県立中央病院	H18.3.6	440	91.8%	233.0%	5,956	23
	徳島市民病院	H20.11.27	307	86.9%	148.1%	3,146	16
	徳島県鳴門病院	H23.10.26	307	88.5%	133.0%	2,816	25
	吉野川医療センター	H22.11.1	290	99.9%	104.0%	3,267	12
南部	徳島赤十字病院	H13.10.1	405	91.5%	154.0%	4,636	11
	阿南医療センター	R1.5.1	348	86.5%	89.5%	2,809	12
西部	徳島県立三好病院	H26.3.14	220	91.4%	163.9%	2,192	15

資料：地域医療支援病院業務報告

(2)施策の方向

国においては、医療法施行規則の一部を改正（令和３年４月１日施行）し、地域でそれぞれの地域医療支援病院が果たすべき機能について、「地域における医療の確保を図るために特に必要であるものとして都道府県知事が定める事項」が規定されました。地域ごとに良質な医療を提供するとともに、救急医療の体制を整え、地域の医療機関との医療連携体制を構築し、地域医療への貢献の促進に取り組むこととします。

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

(3)数値目標

数値目標項目	直近値	令和11年度末目標値
地域医療支援病院数	7病院 （R5）	7病院

4　公的病院等の役割

(1)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であり、県内の各圏域における基幹病院として、地域医療の中心的な役割を果たすとともに、高度専門医療、救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療などの政策的な医療を担い、県民が必要とする医療の提供に大きな役割を果たしています。また、結核・感染症や難病等、民間病院だけでは担うことが難しい医療を提供しています。

(2)現状と課題

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

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

(3)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

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

●公的病院等一覧（R8.10.1 時点）

保健医療圏	病院名	所在地	許可病床数						救急医療		小児救急	周産期	災害拠点	DMAT	へき地医療拠点	地域医療支援	がん診療連携拠点	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	徳島大学病院	徳島市	692	643		41		8	○	○		総合	○	○			○	連携拠点
	徳島県立中央病院	徳島市	440	390		40	5	5	救命救急	○	拠点	地域	基幹	○	○	○	地域連携	○
	徳島市民病院	徳島市	307	307						○		地域	○	○		○	地域連携	○
	徳島県鳴門病院	鳴門市	307	307						○			○	○		○		○
	とくしま医療センター西病院	吉野川市	236	236														分野別拠点
	吉野川医療センター	吉野川市	290	290						○			○	○		○		○
	とくしま医療センター東病院	板野町	307	287			12	8		○				○				
	8施設		2,579	2,460	0	81	17	21	2	6	1	3	5	6	1	4	3	6
南部	徳島赤十字病院	小松島市	405	405					高度救命救急	○	拠点	地域	○	○	○	○	地域連携	○
	徳島赤十字ひのみね医療療育センター	小松島市	144	144														
	阿南医療センター	阿南市	348	348						○			○	○		○		○
	国民健康保険勝浦病院	勝浦町	50	50						○					○			
	那賀町立上那賀病院	那賀町	40	40											○			
	徳島県立海部病院	牟岐町	110	102			4	4		○			○	○	○			○
	美波町国民健康保険美波病院	美波町	50	50						○								
	海陽町国民健康保険海南病院	海陽町	45	45						○			○	○				
	8施設		1,192	1,184	0	0	4	4	1	6	1	1	4	4	4	2	1	3
西部	徳島県立三好病院	三好市	220	206			8	6	救命救急	○	輪番		○	○	○	○	地域	○
	三好市国民健康保険市立三野病院	三好市	60	60						○				○				○
	つるぎ町立半田病院	つるぎ町	99	99						○	輪番		○	○	○			○
	3施設		379	365	0	0	8	6	1	3	2	0	2	3	2	1	1	3
19施設			4,150	4,009	0	81	29	31	4	15	4	4	11	13	7	7	5	12

5　社会医療法人の役割

(1)基本的な考え方

社会医療法人とは、救急医療やへき地医療、周産期医療など特に地域で必要な医療の提供を担う医療法人を、社会医療法人として認定し、継続して良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図るために創設されました（医療法第 42 条の 2）。

これは、経営の透明性を高めた医療法人に、地域の医療計画へ参画させ、自立的に公益性の高い医療を安定・継続的に提供してもらうための施策で、公的医療機関の機能を代替するものとして、公的医療機関と並ぶ 6 事業（救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療、新興感染症発生・まん延時における医療）を担う主体に位置づけられています。

社会医療法人は、一定の収益事業を行うことも可能とされ、病院、診療所及び介護老人保健施設から生じる非収益事業や本来業務については、法人税を非課税とし、直接救急医療等確保事業等の業務の用に供する固定資産の不動産取得税や固定資産税等についても非課税とされています。

(2)現状と課題

県内では、令和 8 年 8 月 31 日時点で、7 法人が認定を受けています。

●社会医療法人の認定状況（R8.8.31）

法人名	主たる事務所の所在地	認定年月日	施設の名称	業務の区分
社会医療法人あいざと会	上板町	平成 23 年 12 月 1 日	藍里病院	精神救急医療
社会医療法人川島会	徳島市	平成 25 年 1 月 1 日	川島病院	へき地医療
社会医療法人凌雲会	藍住町	平成 30 年 1 月 1 日	稲次病院	へき地医療
社会医療法人杜のホスピタル	阿南市	平成 31 年 1 月 1 日	杜のホスピタル	精神救急医療
社会医療法人養生園	徳島市	令和 4 年 1 月 1 日	TAOKA こころの医療センター	精神救急医療
社会医療法人芳越会	美馬市	令和 6 年 4 月 1 日	ホウエツ病院	へき地医療
社会医療法人尽心会	徳島市	令和 7 年 4 月 1 日	亀井病院	へき地医療

社会医療法人のさらなる参入に向けては、在宅医療などの認定要件の拡大、周産期医療や精神科救急医療の件数要件などの緩和、また、社会医療法人の認定が取消しされた場合、過年度の非課税収益に課税されるなどの課題があります。

(3)施策の方向

引き続き、救急医療やへき地医療、周産期医療など、特に地域で必要とされている医療の提供を担う社会医療法人の民間活力を利用して、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図ります。

6　徳島医療コンソーシアムによる取組

(1)基本的な考え方

「徳島医療コンソーシアム」は、県民が等しく質の高い医療を受けることができ、安心して暮らせる徳島の実現に向け、徳島県内の公立・公的医療機関による包括的な連携体制を構築するため、令和 2 年 1 月 20 日、徳島県、徳島大学などの 10 団体（公立・公的 13 医療機関）の開設者及び代表者により「徳島医療コンソーシアム推進協定」を締結し、活動をスタートしました。

その後、令和 3 年 8 月 18 日には、新たに徳島市（徳島市民病院）と勝浦町（国民健康保険勝浦病院）が加入し、県内 12 団体（公立・公的 15 医療機関）による連携体制となりました。

○　協定では、次の 3 つの事項に取り組むこととしています。
①本県の「地域医療の充実」及び「医療の質の向上」のための情報共有と相互理解の促進を図ること
②本県の「医療提供体制の発展」をめざした協調と協働を進めること
③本県における医師をはじめとする「医療従事者の確保」による諸課題を検討すること

○　また、協定に基づき、各病院間の連携・協働を進化させ、医療をとりまく様々な課題に即応できるよう、各圏域を網羅して繋ぐ枠組みを構築するための検討を進める組織として、「徳島医療コンソーシアム推進協議会」を設置し、次の事項について協議しています。
①地域医療提供体制に関すること
②各病院間の連携・協働に関すること
③医療従事者の確保に関すること
④その他、必要な事項

○　「徳島医療コンソーシアム」では、「総合メディカルゾーン構想」をはじめ、南部圏域の「海部・那賀モデル」及び西部圏域の「公立 3 病院協定」に基づく取組を推進するとともに、構成病院間における　デジタル技術等を活用した遠隔医療の展開や医療従事者の確保等に向けた施策の推進に取り組んでいます。

(2)現状と課題

本県においては、少子高齢化や人口減少が急速に進行する中、県民が等しく質の高い医療を受けることができる環境の構築が求められています。

また、疾病構造の変化や医療の高度化、専門化、また医療提供の場の多様化などに適切に対応することも重要です。

これらの課題を解決していくためには、県内の公立・公的病院が相互の連携をさらに強化し、全県的な取組として、医師や看護職員等の更なる確保や、医療分野のデジタル化を推進する必要があります。

「徳島医療コンソーシアム」では、医療従事者の確保等にかかる課題について検討するとともに、令和 5 年 7 月に「遠隔医療推進検討チーム」を設置し、構成病院間における遠隔医療の展開に向け、「試行・実証」の実践及び検証に取り組んでいます。

なお、これまでの「総合メディカルゾーン構想」、南部圏域の「海部・那賀モデル」及び西部圏域の「公立 3 病院協定」に基づく取組の状況については、次のとおりです。

（総合メディカルゾーン構想）

県下の保健・医療に関わる諸機関が集積している蔵本地区の中にあって、「救急をはじめとする政策医療を担う急性期の中核病院である『県立中央病院』」と「教育・研究や高度医療の提供を行う特定機能病院である『徳島大学病院』」という異なった特性を持つ主要な病院が隣接している「全国にも例のない地理的条件」を最大限に活かして、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」の整備を進めていくとした平成17年8月の合意からスタートしています。

・合意では、次の４つの目標を掲げています。
　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
・基本合意の具体化に向けては、当時、予定されていた県立中央病院の改築事業に併せて実施すべき事項を先行して連携を進めることとし、「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」に関して、両病院間の連絡橋の整備など、主としてハード面で推進すべき事項について、平成 18 年 9 月に合意しました。
・平成 21 年 10 月には、「医療の拠点化」や「情報・教育の拠点化」等に関する事項について合意し、地域医療・救急医療を担う医師育成、周産期医療・小児救急医療の拠点化や、医薬品・診療材料の共同交渉、保育所の共同運用などを推進することが決定されました。
・令和７年５月には、新たに「総合メディカルゾーン協議会」を設置するとともに、４つの部会（教育・研修、医薬品・診療材料、高額医療機器、医療 DX）を設置し、多方面で具体的な連携を進めています。

なお、これまで取り組んできた事項のうち、政策医療の推進に係る主なものは、次のとおりです。
・平成 19 年 10 月から、徳島大学病院に「徳島県糖尿病対策センター」を設置。
・平成 22 年 4 月から、徳島大学に「総合診療医療分野」「地域外科診療部」「地域産婦人科診療部」「地域脳神経外科診療部」などの寄附講座を設け、県西・県南の地域医療の充実に貢献。
・平成 22 年 8 月に、「都道府県がん診療連携拠点病院」である徳島大学病院と「地域がん診療連携拠点病院」である県立中央病院が共同して「徳島がん対策センター」を設置し、情報発信・がん患者支援・在宅緩和ケア支援を実施。
・平成 24 年 10 月に県立中央病院を新病院として全面改築し機能を強化。
　①「基幹災害拠点病院」としての機能強化
　　（免震構造、トリアージスペースの確保、廊下等への医療ガス配管）
　②「救命救急センター」の施設設備を一新するとともに、重症患者の受け入れ機能を強化（ＩＣＵ・ＨＣＵの拡充）
　③屋上ヘリポートの設置を機に、「ドクターヘリ基地病院」としての運用開始（徳島大学病院医師との連携による運用）

④ＮＩＣＵ・ＧＣＵの設置を機に、「地域周産期母子医療センター」としての運用を開始。更に、両病院間の連絡橋を活用して、ＭＦＩＣＵを有する「総合周産期母子医療センター」である徳島大学病院との一体的な運用実施

・平成 24 年 10 月から、県立中央病院に「精神科救急情報センター」を設置するとともに、精神科身体合併症患者の救急対応や「認知症疾患医療センター」として鑑別診断、専門相談などを実施。
・平成 25 年 4 月より、県立中央病院において「小児救急医療拠点病院（24 時間 365 日の小児救急患者の受け入れ）」としての運用を開始。
・平成 30 年 11 月から、県立病院間に医療情報連携システムを整備し、県立中央病院において、県立三好病院や県立海部病院のＣＴ・ＭＲＩ画像の診断を実施。
・令和７年５月「総合メディカルゾーン協議会」を設置し、更なる拠点化を推進。
・令和７年１０月総合メディカルゾーンのがん対策センターに『がん口コモ部門』を設置し、「がんの骨転移」に伴う骨折等の専門医療体制を確立するとともに、「がん口コモ」相談窓口を開設。
・県立病院と徳島大学病院で「高額医療機器の共同調達に関する覚書」を締結し、効率的な医療機器の整備体制を構築。

（徳島大学病院地域医療・教育・研究センター）
・徳島大学病院と地域の中核的医療機関が連携し、地域医療における教育・研究拠点としての役割を恒常的に担う体制を構築するとともに、診療・教育・研究機能を有機的に連携させることにより、地域における持続可能な医療提供体制の確立及び医療人材の計画的育成を推進することを目的に、令和８年度に、県立３病院と徳島県鳴門病院に設置。

（海部・那賀モデル）
・平成 25 年 12 月にスマートフォンを活用した遠隔診断システム（Ｋサポート）の運用を開始し、海部病院で勤務する総合診療医や若手医師等が、徳島大学病院や県立中央病院等の専門医の助言を受けられる体制を整備。
・海部・那賀地域における医療提供体制を構築する「海部・那賀モデル」を推進する協定を、平成 28 年 12 月に県と関係４町（那賀町・牟岐町・美波町・海陽町）の間で締結し、応援診療や研修・実習受入を実施。

（西部圏域の公立 3 病院協定）
・県立三好病院・市立三野病院・町立半田病院の間で、平成 20 年 10 月に西部保健医療圏における適正な医療を確保するための協定を締結し、診療科間の相互応援及び医療情報の連携を実施。さらに平成 30 年 12 月には、改めて協定を締結し、自然災害や人災発生時の協力体制等を追加。

(3)施策の方向

本県医師の地域偏在や診療科偏在などの課題を解決し、さらなる「医療の質の向上」や「地域医療の充実」につながるよう、「遠隔医療の展開」など、「徳島医療コンソーシアム」構成病院による連携した取組をさらに推進します。

7　広域医療連携の取組

(1)基本的な考え方

関西広域連合は、関西全体の広域行政を担う責任主体として、平成 22 年 12 月に設立されて以降、広域防災・広域医療をはじめとする 7 分野事務に積極的に取り組み、着実な成果を積み上げてきました。

徳島県が事務局を務める広域医療分野においては、関西全体を府県域を越える「4 次医療圏」と位置づけ、「安全・安心の医療圏“関西”」の実現を目指し、管内 8 機体制のドクターヘリを効果的かつ効率的に運用し、救命効果が高いとされる「30 分以内での救急医療提供体制」を確立するとともに、災害対応力の向上に向けた災害医療訓練や災害医療人材育成、感染症対策や依存症対策における広域医療連携の取組を着実に進め、府県市域を超えた広域医療体制の構築を図ってきました。

引き続き、医療資源の有機的な連携を図ることにより、救急医療や災害医療などにおいて多重的なセーフティネットを構築し、府県単位の 3 次医療圏を越えた新たな概念である「安全・安心の 4 次医療圏“関西”」の更なる深化を目指します。

(2)現状と課題

近年、激甚化・頻発する風水害等の自然災害や南海トラフ巨大地震など大規模災害や新興・再興感染症への備え、世界的イベントである「ワールドマスターズゲームズ 2027 関西 JAPAN」を見据え、広域医療連携の重要性はますます高まっています。

こうした認識の下、これまで築いてきたドクターヘリネットワークをはじめとする医療資源の効果的な活用など、関西全体を「4 次医療圏」と位置づけた「安全・安心の医療圏“関西”」を深化させ、広域医療体制のより一層の充実・強化を図ります。

(3)施策の方向

①ドクターヘリによる広域救急医療体制の充実

広域連合が「ハブ」となり、全ての隣接地域との「ドクターヘリ相互応援体制ネットワーク」を構築し、平時・災害時あらゆる事態に対処できる「いつでもどこでも安心」な救急医療体制を目指します。

②災害時における広域医療体制の強化

「オール関西」で災害や感染症を迎え撃つ広域医療体制により、「防ぎ得た死ゼロ・関西」の実現を目指します。

③課題解決に向けた広域医療体制の構築

医療現場における DX の実装を進め、先進性や革新性を有する持続可能な医療の実現を目指します。

第２　疾病に対応した医療提供体制の整備

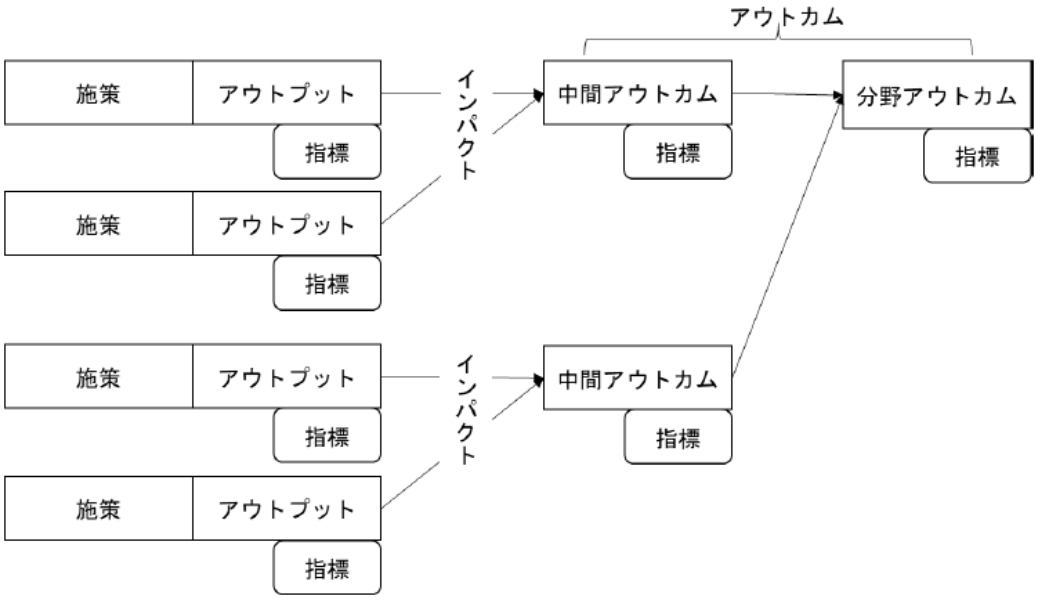
【参考】ロジックモデル

○　第8次徳島県保健医療計画においては、疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について（令和5年6月29日付け医政地発0629第3号）に基づき、5疾病・6事業及び在宅医療の医療体制の構築に向けた施策の検討に当たり、「ロジックモデル」を活用することとしています。

疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針（疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について（令和5年6月29日付け医政地発0629第3号））
第２　内容
１　医療体制の政策循環
　５疾病・６事業及び在宅医療の医療体制を構築するに当たっては、住民の健康状態や患者の状態といった成果（アウトカム）などを用いた評価を行うことが重要である。（中略）施策の検討に当たっては、成果（アウトカム）と施策の結果（アウトプット）の関連性を明確にし、ロジックモデル等のツールの活用を積極的に検討すること。

○　ロジックモデルとは、施策が目標とする成果を達成するに至るまでの論理的な関係を体系的に図式化したものであり、ロジックモデルの活用により、施策と目標の関係性を明確にし、施策の効果を住民の健康状態や患者の状態といった成果から評価・分析することにより、目標達成に向けたPDCAサイクルの強化を図るものです。

ロジックモデルの構成要素の例示



○　このたび用いるロジックモデルでは、政策分野の目標（長期成果）である「分野アウトカム」を設定した上で、それを達成するために必要となる「中間アウトカム」（中間成果）を設定し、当該中間アウトカムを達成するために必要な個別施策を設定します。

○　ロジックモデルに位置づけた各指標の中から、定量的な比較評価を行うための「数値目標」を設定するものとします。

がんの医療体制

第１　がんの現状

１　がん患者の状況

本県のがん受療率は、厚生労働省患者調査（令和２年）によれば、人口 10 万対で、入院患者が 120、外来患者が 196 となっており、入院、外来ともに全国平均（入院 89、外来 144）より高くなっています。

●がんの受療率の推移（人口 10 万対）

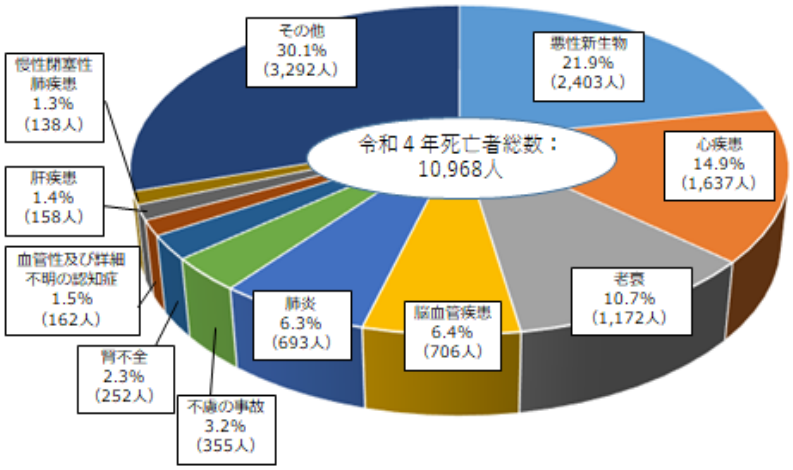
区分	徳島県						全国		
	総数	順位	入院	順位	外来	順位	総数	入院	外来
H23	255	21	125	17	131	25	238	107	130
H26	289	8	124	13	166	5	237	102	135
H29	273	16	123	11	150	21	244	100	145
R2	316	2	120	8	196	2	234	89	144
前回比(%)	115.8	-	97.6	-	130.7	-	95.9	89.0	99.3

資料：厚生労働省「R2 患者調査」

２　がんによる死亡の状況

本県のがんによる死亡の推移は、厚生労働省人口動態統計によると、昭和 56 年から悪性新生物（がん）が第１位であり、令和４年では、全死亡者数 10,968 人のうち 21.9%にあたる 2,403 人が、がんで死亡しています。

●徳島県の令和４年主要死因別死亡数の割合

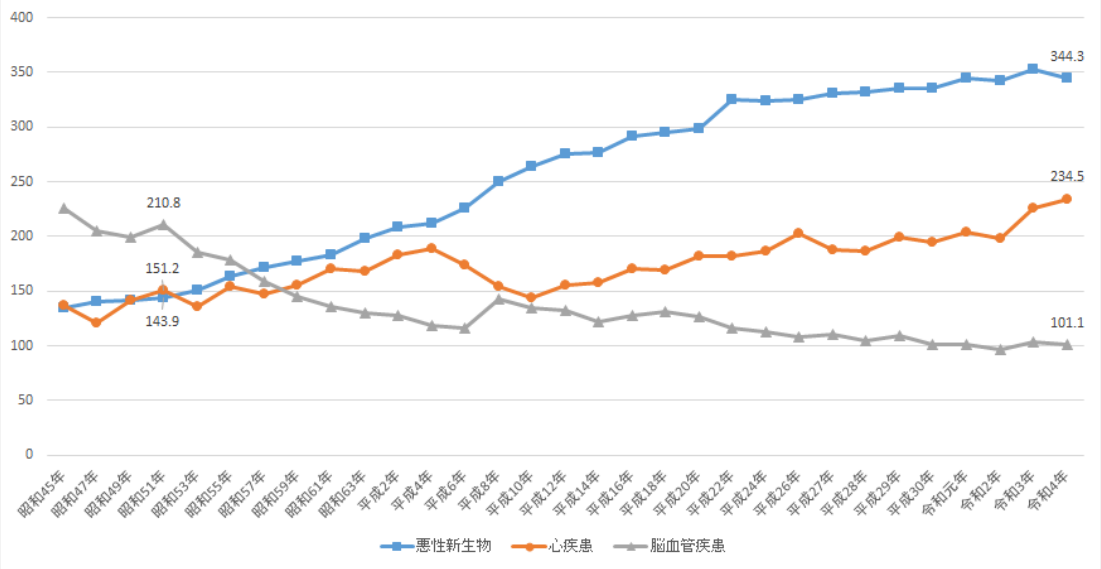


年　次	悪性新生物死亡数（人）
平成15年	2,257
平成16年	2,362
平成17年	2,301
平成18年	2,367
平成19年	2,291
平成20年	2,357
平成21年	2,443
平成22年	2,538
平成23年	2,454
平成24年	2,504
平成25年	2,482
平成26年	2,469
平成27年	2,491
平成28年	2,478
平成29年	2,478
平成30年	2,451
令和元年	2,489
令和2年	2,446
令和3年	2,490
令和4年	2,403

資料：厚生労働省「R4 人口動態統計」

死因別の死亡率の推移では、昭和 51 年には、３大死因である悪性新生物は 143.9、脳血管疾患 210.8、心疾患 151.2 でしたが、令和４年には、悪性新生物 344.3、心疾患 234.5、脳血管疾患 101.1 となっており、悪性新生物の増加が際立っています。

●3 大死因の死亡率の年次推移（人口 10 万対）



資料：厚生労働省「S45～R4 人口動態統計」

令和 4 年の人口動態統計によると、がんによる死亡率を低い順に順位付けしたときに本県は全国第 30 位となっています。

がんの部位別死亡率をみると、「気管、気管支及び肺」が 70.8、次いで「大腸（結腸・直腸 S 状結腸移行部及び直腸）」45.3、「胃」36.8、「膵」34.7 と続いており、全国と比較しても高くなっています。

●悪性新生物の部位別死亡者数（令和 4 年）

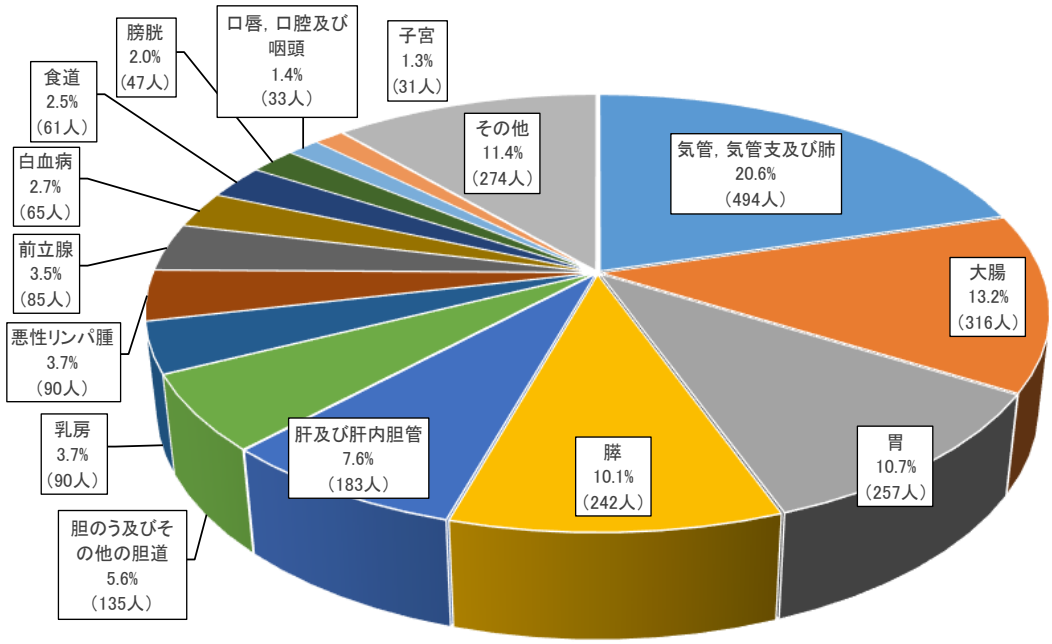
死因		徳島県			全　国		
		死亡数	死亡率	全国順位	死亡数	死亡率	死因順位
	順位(死亡率)	2,403	344.3	30	385,797	316.1	
1	気管、気管支及び肺	494	70.8	39	76,663	62.8	1
2	胃	257	36.8	24	40,711	33.4	2
3	膵	242	34.7	27	39,468	32.3	3
4	結腸【大腸】	214	30.7	19	37,236	30.5	4
5	肝及び肝内胆管	183	26.2	43	23,620	19.4	7
6	前立腺	85	25.4	28	13,439	22.7	6
7	その他の悪性新生物<腫瘍>	177	25.4	28	29,654	24.3	5
8	胆のう及びその他の胆道	135	19.3	36	17,756	14.6	8
9	直腸 S 状結腸移行部及び直腸【大腸】	102	14.6	35	15,852	13	10
10	乳房	90	12.9	19	16,021	13.1	9
11	悪性リンパ腫	90	12.9	25	14,231	11.7	11
12	白血病	65	9.3	33	9,759	8	15
13	食道	61	8.7	22	10,918	8.9	13
14	子宮	31	8.5	1	7,157	11.4	12
15	卵巣	25	6.9	7	5,182	8.3	14

※死亡率は人口 10 万対である。

資料：厚生労働省「R4 人口動態統計」

令和４年人口動態統計のがんの部位別死亡数の割合では、「気管、気管支及び肺」が 20.6%、次いで「大腸」13.2%、「胃」10.7%、「膵」10.1%が高い割合となっています。

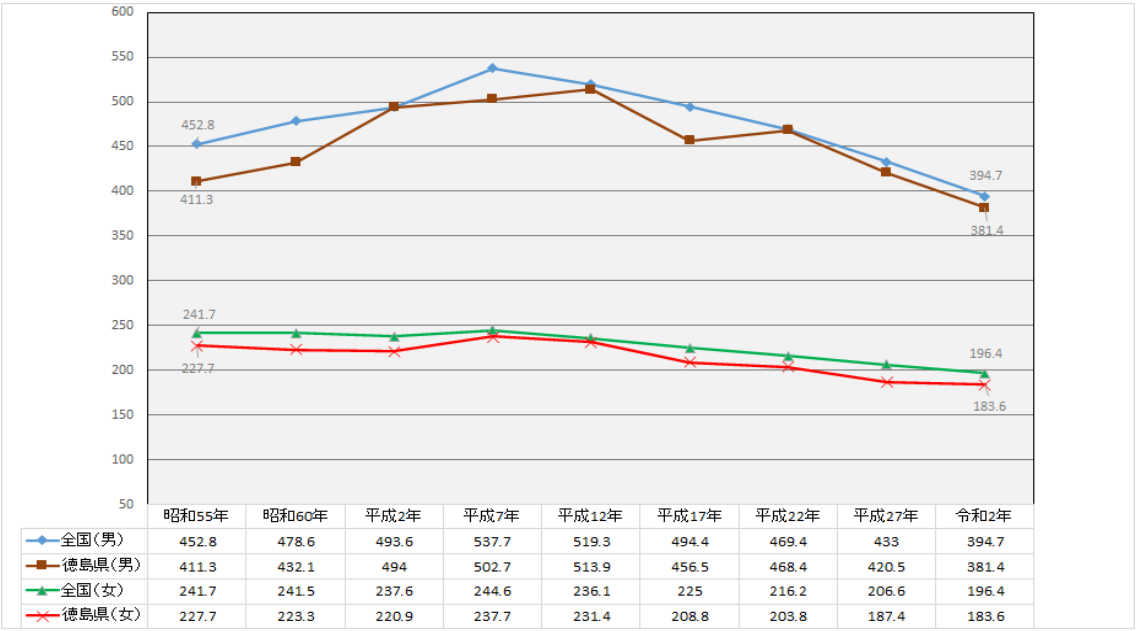
●令和４年悪性新生物の部位別死亡数の割合



資料：厚生労働省「R4 人口動態統計」

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）を見ると、令和２年の全年齢では、男性 381.4(全国第 15 位)、女性 183.6(同 11 位)となっており、いずれも全国と比較して低い状況にあります。

●悪性新生物の年齢調整死亡率の推移（人口 10 万対）



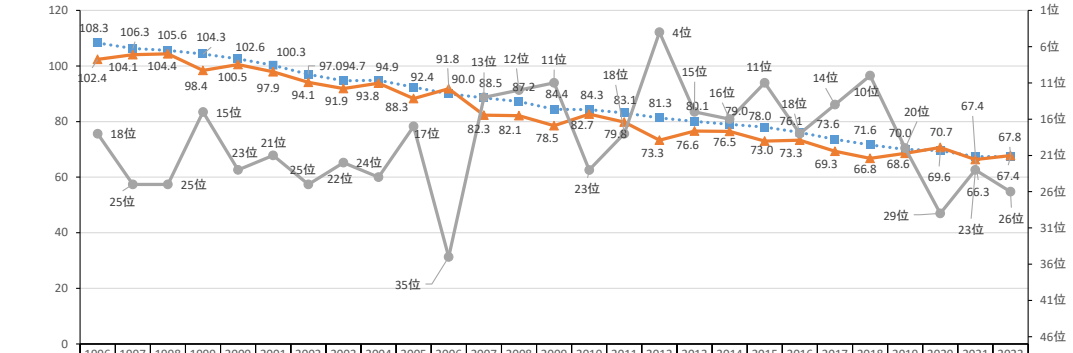
	昭和55年	昭和60年	平成2年	平成7年	平成12年	平成17年	平成22年	平成27年	令和2年
全国(男)	452.8	478.6	493.6	537.7	519.3	494.4	469.4	433	394.7
徳島県(男)	411.3	432.1	494	502.7	513.9	456.5	468.4	420.5	381.4
全国(女)	241.7	241.5	237.6	244.6	236.1	225	216.2	206.6	196.4
徳島県(女)	227.7	223.3	220.9	237.7	231.4	208.8	203.8	187.4	183.6

資料：厚生労働省「R4 人口動態統計」

さらに、75 歳以上の死亡を除くことで、壮年期がん死亡の現状や動向を高い精度で評価することができるとされています。75 歳未満年齢調整死亡率では、令和 4 年では 67.8（全国第 26 位）、男性 90.8（全国第 42 位）、女性 47.1（同 1 位）で、平成 8 年から減少傾向にあります。

※順位は、年齢調整死亡率が低い都道府県順にランキング化した結果です。

●悪性新生物の年齢調整死亡率（75 歳未満）の推移（人口 10 万対）



	1996 H8	1997 H9	1998 H10	1999 H11	2000 H12	2001 H13	2002 H14	2003 H15	2004 H16	2005 H17	2006 H18	2007 H19	2008 H20	2009 H21	2010 H22	2011 H23	2012 H24	2013 H25	2014 H26	2015 H27	2016 H28	2017 H29	2018 H30	2019 R元	2020 R2	2021 R3	2022 R4
全国	108.3	106.3	105.6	104.3	102.6	100.3	97.0	94.7	94.9	92.4	90.0	88.5	87.2	84.4	84.3	83.1	81.3	80.1	79.0	78.0	76.1	73.6	71.6	70.0	69.6	67.4	67.4
徳島	102.4	104.1	104.4	98.4	100.5	97.9	94.1	91.9	93.8	88.3	91.8	82.3	82.1	78.5	82.7	79.8	73.3	76.6	76.5	73.0	73.3	69.3	66.8	68.6	70.7	66.3	67.8
順位	18位	25位	25位	15位	23位	21位	25位	22位	24位	17位	35位	13位	12位	11位	23位	18位	4位	15位	16位	11位	18位	14位	10位	20位	29位	23位	26位

資料：国立研究開発法人国立がん研究センターがん対策情報センター「部位別 75 歳未満年齢調整死亡率」

3　がんの予防

がんの発生の原因には、喫煙（受動喫煙を含む）、食生活、運動等の生活習慣や肝炎ウイルスや胃がんと関連するヘリコバクター・ピロリ等の感染症など様々なものがあります。

がんの予防には、これらの生活習慣の改善や肝炎ウイルス検査の体制整備、ＨＴＬＶ－１（成人Ｔ細胞性白血病等の病気の原因となるウイルス）の感染予防対策等ウイルスの感染予防が重要であり、バランスのとれた取組が求められています。特に、喫煙対策を進めることが重要であることから、健康増進法に基づく受動喫煙防止対策が実施され、喫煙の及ぼす健康への影響についての普及啓発や、禁煙支援マニュアルの普及などの禁煙支援の取組が必要です。

また、ヘリコバクター・ピロリの除菌による胃がん予防については、内外の知見をもとに進めていく必要があります。

さらに、子宮頸がんの発がんと関連するヒトパピローマウイルス（以下ＨＰＶという）のワクチンの接種については、令和 3 年 11 月 12 日の第 72 回厚生科学審議会予防接種・ワクチン分科会副反応検討部会、令和 3 年度第 22 回薬事・食品衛生審議会薬事分科会医薬品等安全対策部会安全対策調査会（合同開催）において、令和 4 年 4 月から、積極的な接種勧奨の再開とキャッチアップ接種（積極的な勧奨の差し控えにより接種機会を逃した方への接種）の実施が決まりました。

これを受けて、本県においては、ＨＰＶワクチンの有効性や安全性に関する効果的な広報のあり方や推進体制を検討するため、令和 3 年 12 月にＨＰＶワクチン接種推進協議会を設置するとともに、令和 4 年 1 月からは、全国に先駆け、キャッチアップ接種を開始するなど、ＨＰＶワクチンの接種を積極的に推進しております。また、令和 5 年 4 月 1 日からは、子宮頸がんの原

因となるヒトパピローマウイルス(HPV)の感染を防ぐワクチンのうち、9 価ワクチンも定期予防接種として無料で接種できるようになりました。

●喫煙率

	H25		H28		R1		R4	
	男	女	男	女	男	女	男	女
徳島県※1	－ (30.4)	－ (7.4)	25.5	4.0	－ (26.8)	－ (6.7)	29.4 (24.8)	6.5 (6.8)
全　国※2	32.1 (33.7)	8.2 (10.7)	30.2	8.2	27.1 (28.8)	7.6 (8.8)	－ (25.4)	－ (7.7)

資料：※1　徳島県健康づくり課「H28,R4 県民健康栄養調査」
厚生労働省「H25,R1,R4 国民生活基礎調査」
※2　厚生労働省「国民健康・栄養調査」
H25,R1,R4 の( )内については、厚生労働省「国民生活基礎調査」

●禁煙外来を実施している医療機関数　…　170 施設

資料：四国厚生支局「保険医療機関・保険薬局の管内指定状況等について（R6.1.5 現在）」

●徳島県内の医療機関の受動喫煙対策実施状況

敷地内 全面禁煙	施設内 全面禁煙	施設内 分煙	受動喫煙 防止対策なし
79.0%	17.3%	2.6%	1.1%

資料：徳島県「R5 医療施設機能調査」

4　がんの早期発見

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

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

がん検診受診率の向上のため、市町村による「新たなステージに入ったがん検診の総合支援事業」において、乳がん、子宮がん検診に係る無料クーポン事業が平成 21 年度から実施されており、県においても協会けんぽと連携を図るほか、企業やＮＰＯ法人との連携、高校生等の若い世代へのがん教育を実施するなど、様々な手段により、普及啓発に努めています。加えて、令和 7 年度には関係 57 団体と「徳島県がん征圧共同宣言」を行い、連携を強化したほか、がん教育の対象を従来の高校生等から小中学校へ拡充しました。さらに、企業の環境整備を後押しする「徳島県職域がん検診受診体制整備奨励金」の創設や啓発キャラクター「がんムシ君」を活用した普及啓発を促進するなど、受診しやすい環境の整備と受診勧奨を進めています。

また、がん検診の適正な実施に向け、「がん検診チェックリスト」を徳島県がん検診実施要領に記載するとともに、市町村やがん検診実施機関へ精度管理調査を行い、徳島県生活習慣病管理指導協議会の各がん部会において報告するなど、適切な精度管理に努めています。

なお、国のがん対策推進基本計画において、受診率の算定対象年齢を 40 歳から 69 歳（子宮がんは 20 歳から 69 歳）とすることとされており、本県においても、この算定対象年齢と同様とし、受診率（40 歳から 69 歳まで、子宮がんは 20 歳から 69 歳まで）については、下表のとおりです。

本県のがん検診の受診率（令和 4 年国民生活基礎調査）は 30～50%前後で、男性に比べて女性の方が低くなっています。また、令和元年の同調査と比較すると、胃がん・大腸がん・肺がんは受診率が上昇したものの、乳がん・子宮がんは減少しています。

●がん検診の受診率（%）

＜40 歳から 69 歳まで、子宮がんは 20 歳から 69 歳まで＞

		胃がん（過去1年）		胃がん（過去2年）		大腸がん		肺がん		乳がん		子宮がん	
		男	女	男	女	男	女	男	女	~~過去1年~~	~~過去2年~~	~~過去1年~~	~~過去2年~~
H22	徳島県	29.7	24.8	－	－	22.2	18.8	24.1	21.8	27.3	36.4	26.9	36.4
	全 国	36.6	28.3	－	－	28.1	23.9	26.4	23.0	30.6	39.1	28.7	37.7
H25	徳島県	39.6	32.0	－	－	35.6	31.4	43.6	36.1	33.1	43.2	31.9	42.1
	全 国	45.8	33.8	－	－	41.4	34.5	47.5	37.4	34.2	43.4	32.7	42.1
H28	徳島県	37.5	32.5	－	－	35.5	32.5	42.8	38.1	33.8	41.3	31.1	39.0
	全 国	46.4	35.6	－	－	44.5	38.5	51.0	41.7	36.9	44.9	33.7	42.3
R1	徳島県	43.1	34.9	48.2	41.8	40.9	34.2	49.6	42.5	－	44.5	－	43.2
	全 国	48.0	37.1	53.4	44.4	47.8	40.9	53.4	45.6	－	47.4	－	43.7
R4	徳島県	45.7	34.0	49.3	40.7	44.2	37.3	50.7	43.3	－	43.3	－	41.1
	全 国	47.5	36.5	52.9	43.4	49.1	42.8	53.2	46.4	－	47.4	－	43.6

※　『がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針』の改訂に伴い、胃がん検診は平成28年から2年に1回実施することとなった。それを受けて、令和元年の調査から過去2年間の受診率についても計上されることとなった。乳がん及び子宮がん検診については、令和元年の調査から過去1年間の受診率が調査対象でなくなったため、過去2年間の受診率のみ計上している。

資料：国立研究開発法人国立がん研究センターがん対策情報センター
「国民生活基礎調査による都道府県別がん検診受診率データ」

5　がんの医療

(1)診断

がん検診によりがんの可能性が疑われた場合や症状を呈した場合、確定診断のため精密検査が実施され、がんの種類やがんの進行度の把握、治療方針の決定等が行われます。

なお、がんの診断に必要な県内の病理診断科医師数は 12 名（厚生労働省令和 2 年医師・歯科医師・薬剤師統計）となっています。

(2)がん治療

がん治療には、手術療法、放射線療法、薬物療法及び免疫療法等があり、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、又はこれらを効果的に組み合わせて実施する集学的治療が行われます。

平成 30 年 7 月に改正された「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」に基づき、都道府県がん診療連携拠点病院に徳島大学病院、地域がん診療連

携拠点病院に県立中央病院、徳島赤十字病院、徳島市民病院、地域がん診療病院として県立三好病院が指定されています。これにより徳島県の東部・南部・西部の各医療圏に国の指定するがん医療の拠点が整備され、四国で初めて空白の医療圏が解消されました。

また、拠点病院に準ずる病院として、県独自に地域がん診療連携推進病院の基準を定め、徳島県鳴門病院、阿南医療センターの２病院を指定しており、これらの拠点病院（地域がん診療病院を含む）・推進病院を中心に集学的治療などのがん医療の均てん化を進めています。

がん診療連携拠点病院とかかりつけ医等の地域の医療機関が連携して治療を提供するため、肺がんを始めとした各部位の「地域連携クリニカルパス」が、がん診療連携協議会や生活習慣病管理指導協議会の各がん部会を中心に導入されており、診療計画策定実施件数は 253 件、地域連携クリニカルパスに基づく診療提供等の実施件数は 1,000 件となっています。（令和 3 年度 NDB データ）

令和 5 年度医療施設機能調査（調査対象：令和 4 年 4 月～令和 5 年 3 月）による拠点病院における手術件数は 1,664 件、放射線治療実施件数 745 件、化学療法実施件数は 3,160 件（うち外来化学療法実施件数 2,412 件）となっています。また、がんを専門とする常勤の医療従事者数は、医師、放射線技師等あわせて 298 人となっています。なお、国が示した「2040 年を見据えたがん医療提供体制の均てん化・集約化」に関する方針や、国の整備指針の改正を踏まえ、これまで徳島大学病院が開催してきた「徳島県がん診療連携協議会」について、令和８年度からは県も共同で運営することといたしました。これにより、地域の実情に応じた持続可能ながん医療提供体制の再構築に向けた協議や調整を、県と医療関係者が一体となって推進する体制を整えています。

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。

①胃がん

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

治療は、主に手術療法、内視鏡的切除、化学療法、放射線療法が実施されています。

県内では、東部、南部及び西部のすべての圏域で、内視鏡及び腹腔鏡を含む手術療法、化学療法及び放射線療法が提供されています。

●胃がんの治療実施状況（実施医療機関数）

治療方法＼圏域		東部	南部	西部	全体
手術療法		11	2	2	15
腹腔鏡手術		10	2	1	13
内視鏡的切除		17	6	6	29
化学療法	入院	17	3	5	25
	外来	17	3	5	25
放射線療法	入院	4	1	1	6
	外来	4	1	1	6
集学的療法		6	2	1	9

資料：徳島県「R5 医療施設機能調査」

②肺がん

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

県内では、東部、南部及び西部のすべての圏域で手術療法、化学療法及び放射線療法が提供されています。

なお、市町村における肺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肺がん部会」において把握している精密検診協力医療機関に紹介されています。

●肺がんの治療実施状況（実施医療機関数）

治療方法＼圏域		東部	南部	西部	全体
手術療法		7	2	2	11
化学療法	入院	14	3	5	22
	外来	13	3	5	21
放射線療法	入院	4	1	1	6
	外来	4	1	1	6
集学的療法		4	2	1	7

資料：徳島県「R5 医療施設機能調査」

③大腸がん

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

治療は、内視鏡的切除や手術などが実施されています。

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

●大腸がんの治療実施状況（実施医療機関数）

治療方法＼圏域		東部	南部	西部	全体
手術療法		11	2	2	15
腹腔鏡手術		11	2	2	15
内視鏡的切除		30	9	7	46
化学療法	入院	18	3	5	26
	外来	19	3	5	27
放射線療法	入院	4	1	1	6
	外来	4	1	1	6
集学的療法		5	2	1	8

資料：徳島県「R5 医療施設機能調査」

④乳がん

乳がんの治療は、病期に応じて、手術療法、薬物療法、放射線療法を組み合わせて行われます。県内では、東部、南部及び西部のすべての圏域で手術療法、薬物療法及び放射線療法が提供されています。

なお、市町村における乳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乳がん部会」において把握している精密検診協力医療機関に紹介されています。

●乳がんの治療実施状況（実施医療機関数）

治療方法＼圏域		東部	南部	西部	全体
手術療法		11	2	2	15
薬物療法	入院	19	3	5	27
	外来	30	3	8	41
放射線療法	入院	4	1	1	6
	外来	4	1	1	6
集学的療法		6	2	1	9

資料：徳島県「R5 医療施設機能調査」

⑤肝がん

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

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

また、肝炎患者等を早期に発見し、早期治療に結びつけ肝がんの発症予防に努めることは重要であり、県では、Ｂ型・Ｃ型肝炎ウイルス検査を受診されたことがない方を対象として、保健所と委託医療機関における無料のウイルス検査を実施しています。

なお、ウイルス性肝炎については、肝疾患専門医療機関や拠点病院を整備し、抗ウイルス療法に対する医療費助成を行っています。

●肝がんの治療実施状況（実施医療機関数）

圏域 / 治療方法		東部	南部	西部	全体
手術療法		7	2	2	11
焼灼療法		9	2	1	12
経動脈的療法		6	2	1	9
化学療法	入院	15	3	4	22
	外来	15	3	4	22
放射線療法	入院	4	1	1	6
	外来	4	1	1	6
集学的療法		5	2	1	8

資料：徳島県「R5 医療施設機能調査」

⑥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、放射線療法の実施は一部の病院に限られていますが、東部、南部及び西部のすべての圏域で手術療法、化学療法が提供されています。

なお、市町村における子宮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子宮がん部会」において把握している精密検診協力医療機関に紹介されています。

●子宮がんの治療実施状況（実施医療機関数）

圏域 / 治療方法		東部	南部	西部	全体
手術療法		5	2	2	9
化学療法	入院	10	3	2	15
	外来	8	3	2	13
放射線療法	入院	4	1	1	6
	外来	4	1	1	6
集学的療法		4	2	1	7

資料：徳島県「R5 医療施設機能調査」

(3)緩和ケア

がんと診断された時から、身体的な苦痛及び精神心理的な苦痛等に対して、患者とその家族等へ緩和ケアを、がん治療と並行して実施するとともに、必要に応じて在宅においても適切に提供することが必要です。

がん疼痛の緩和について、医療用麻薬等の投与や、専門的疼痛治療としての神経ブロック等が行われます。また、疼痛以外の悪心や食欲不振、呼吸困難感といった身体的諸症状に対する治療やケアも行われます。

あわせて、患者とその家族等には、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、心のケアを含めた精神医学的な対応が行われます。

現在、県内では、がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院、地域がん診療連携推進病院、及び緩和ケア病棟を持つ民間病院を中心に、がん患者に対する入院や外来における緩和ケアが提供されており、緩和ケアチームのある医療機関は 27 施設、緩和ケア外来を実施している医療機関は 15 施設、入院患者の緩和ケアの実施件数は 3,302 件、専門的な外来緩和ケアの実施件数は 866 件となっています。（令和 5 年度医療施設機能調査）

なお、県内の緩和ケア病床を有する施設は、東部圏域に 2 施設、南部圏域に 1 施設、西部圏域に 1 施設の合計 4 施設あり、緩和ケア病床数は 79 床あります。「徳島県の終末期医療のあり方に関する報告書」（平成 11 年）では、県内の緩和ケア病床の必要数は約 100 床となっており、少しずつ増加してきているものの現在も不足しています。

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

平成 20 年度から、「すべてのがん医療に携わる医師が、研修により緩和ケアの知識・技術を習得すること」を目標に、がん診療連携拠点病院、県医師会で緩和ケア研修会が実施されていますが、令和 4 年度末までに 1,399 名の医師がこの研修を修了しています。

医療用麻薬については、県内の医療機関で処方を行っている機関が 104 施設（55 病院・49 診療所）、医療用麻薬を取り扱っている薬局数が 329 箇所となっています。（令和 3 年度 NDB）

(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、治療の影響や症状の進行により、嚥下や呼吸運動などの日常生活動作に障害を来すことがあることから、リハビリテーションが行われます。また、再発したがんの早期発見などを目的として、定期的なフォローアップ等が行われます。がん患者に対してリハビリテーションを提供する医療機関は 25 施設（令和 5 年度医療施設機能調査）であり、がんリハビリテーションの実施件数は 4,235 件（令和 3 年度 NDB）です。

また、在宅療養を希望する患者に対しては、患者やその家族の意向に沿った継続的な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、人生の最終段階には、看取りまで含めた医療や介護サービスが行われます。県内の末期のがん患者に対して在宅医療を提供する医療機関数は 141 施設（令和 3 年度 NDB）となっており、がん患者の在宅死亡の割合（令和 4 年人口動態統計）は、自宅が 14.5%（全国 22.1%）、居住系施設を含めても 18.9%（全国 28.6%）と、全国より低くなっています。

●悪性新生物による死亡の死亡場所

		病院	診療所	介護老人保健施設	老人ホーム	自宅	その他
徳島県	死亡者数	1,790	136	53	52	348	24
	割合	74.5%	5.6%	2.2%	2.2%	14.5%	1.0%
全　国	死亡者数	267,220	4,820	4,391	20,680	85,118	3,568
	割合	69.3%	1.2%	1.1%	5.4%	22.1%	0.9%

資料：厚生労働省「R4 人口動態調査」

(5)がん患者に対する相談支援、情報提供

がん診療拠点病院等には相談支援センターが設置され、がん患者に対する相談支援やパンフレット等によりがん診療に関する情報提供が行われています。さらに、地域がん診療連携推進病院の指定により、県内のがん患者に対する相談体制の充実が図られ、総合メディカルゾーンに設置された「徳島がん対策センター」では、がんに関する相談を支援するとともに、ホームページによる県内外のがんに関する情報を収集し提供が行われています。加えて、同センターに「がんロコモ部門」を新設し、がんやその治療に伴う運動機能の低下（がんロコモ）に対する電話相談への対応や普及啓発を行うとともに、専門医による民間病院からの患者受け入れなどの連携体制の構築を進めています。

また、県内の医療機関では 24 施設（令和 5 年度医療施設機能調査）が、がん患者に対してカウンセリングを実施（診療報酬施設基準）しています。

さらに、がん治療に伴う外見の変化による社会参加への不安を和らげ、療養生活の質の向上を図るため、令和 8 年度からウィッグや胸部補正具、エピテーゼ等の購入費用を一部助成する「徳島県がん患者へのアピアランスケア支援事業」を創設しました。実施市町村への補助を通じて、がん患者が安心して自分らしく社会参加や就労を継続できる環境づくりを進めています。

(6)圏域について

がん患者の受療動向を 3 圏域別にみると、がん患者の居住する医療圏域での受診割合は、東部では、外来、入院共に受診割合が 9 割を超えていますが、南部では 7 割から 8 割程度、西部では外来受診割合は 7 割、入院受診割合は 5 割程度となり、特に、外来に比べて入院については、東部圏域の医療機関へ流出している受診状況にあります。

がんの治療は、各部位ごとに専門医を必要とし、手術、放射線、薬物療法等を組み合わせた治療が必要とされるため、これらの集学的治療が提供できるがん診療拠点病院や地域がん診療病院を中心に、東部、南部、西部 3 圏域での医療連携体制の整備が図られています。

また、緩和ケアを含む在宅療養や相談支援体制については、身近な 3 圏域で提供できる体制整備が図られています。

●がん外来患者の圏域別受療動向

医療圏別 患者の居住地	レセプト件数	東　部 受診割合(%)	南　部 受診割合(%)	西　部 受診割合(%)
東　部	331,109	95.8%	3.9%	0.3%
南　部	98,819	18.4%	81.6%	0%
西　部	53,895	23.8%	0.5%	75.7%

資料：厚生労働省「R3 年度ＮＤＢ」

●がん入院患者の圏域別受療動向

医療圏別 患者の居住地	レセプト件数	東　部 受診割合(%)	南　部 受診割合(%)	西　部 受診割合(%)
東　部	45,114	95.6%	4.2%	0.2%
南　部	13,196	29.8%	70.2%	0%
西　部	7,647	44.2%	0.5%	55.3%

資料：厚生労働省「R3 年度ＮＤＢ」

(7)小児・AYA 世代(思春期世代と若年成人世代)のがん

①小児がん

小児がんとは、0 歳から 15 歳未満の方が罹患するがんのことで、成人のがんと異なり生活習慣と関係なく、乳幼児期から思春期、若年成人まで幅広い年齢に発症し、希少で多種多様ながん種となっています。また、患者数が少ないため、小児がんを扱う施設が全国でも限られており、治療や医療機関に関する情報が少ないといった課題があります。

小児がんは、専門的な医療機関において、質の高い医療を提供することが重要であり、本県では「がん診療連携拠点病院」でもある徳島大学病院が、がんを含む高度な小児専門医療を担う「小児中核病院」とされており、同院を中心として本県の小児がんの医療連携体制を整備しています。

また、中国・四国で唯一の「小児がん拠点病院」である広島大学病院を中心とした「小児がん中国・四国ネットワーク」が構築されており、県内では、徳島大学病院が、連携病院（小児がん診療病院）として、小児がんの医療連携を図っており、小児がんの患者や、晩期合併症を持つがん経験者及びその家族が、安心して適切な医療や支援が受けられるよう体制整備を進めてまいります。

②ＡＹＡ世代のがん

ＡＹＡ世代とは、Adolescent and Young Adult（思春期・若年成人）の頭文字をとったもので、15 歳以上 40 歳未満の世代を指します。ＡＹＡ世代のがんは、15 歳未満の小児に多く発症するがんと、成人に多く発症するがんのいずれも発症し得るため、小児医療科と成人診療科の連携が重要です。

また、ＡＹＡ世代は年代によって、就学、就労、妊娠等の状況が異なり、がん患者やその家族の治療の悩みも多岐にわたることから、それぞれの視点に応じた治療が求められています。

ＡＹＡ世代のがんは、小児医療科と成人診療科の連携が重要であり、小児がんと同様に、「小児がん中国・四国ネットワーク」の連携により、生殖医療も視野に入れたＡＹＡ世代のがん患者のニーズに応じたがん治療の提供体制の整備を目指すとともに、就学、就労、妊娠等の状況による悩みに応じるため、徳島がん対策センターや拠点病院等の相談支援センターで対応できるよう努めてまいります。

(8)がんゲノム医療

ゲノム医療とは、患者の遺伝子情報を調べて、その患者の体質や病状に適した医療を行うことです。

ゲノム医療を必要とするがん患者が、全国どこにいても、がんゲノム医療を受けられる体制を国とともに段階的に構築し、患者・家族等の理解を促し、心情面でのサポートや治療法選択の意思決定支援を可能とする体制の整備が求められています。

また、がんゲノム医療の推進とともに、がんゲノム情報の取扱いやがんゲノム医療に関する県民の理解を促進するため、教育や普及啓発に努めるとともに、安心してがんゲノム医療に参加できる環境の整備が求められています。厚生労働省では、がんゲノム医療体制として令和 5 年 3 月 1 日時点で「がんゲノム医療中核拠点病院」が全国 12 施設、「がんゲノム医療拠点病院」が 33 施設、「がんゲノム医療連携病院」が 198 施設整備しています。

その他、国においては、がんゲノム情報管理センターを設置し、全国の病院からデータを集め、効果的な薬や治療法の開発を進めています。

がんの標準診療は、がんの部位や進行度によって、多くの患者に効果が確認された治療法や薬が使われていますが、ゲノム医療は、がん患者ごとに変異する遺伝子にあわせた治療が可能となるものです。

今後は、中四国エリアでがんゲノム医療中核拠点病院として指定を受けた岡山大学病院と県がん診療連携拠点病院である徳島大学病院を中心に、がんゲノム医療の推進に取組むとともに、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」に基づき、がん患者やその家族及び血縁者が安心できる環境整備に努めます。

第２　医療体制の構築に必要な事項

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)手術療法、放射線療法、薬物療法及び免疫療法等を単独で行う治療や、これらを組み合わせた集学的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、手術療法、放射線療法、薬物療法及び免疫療法等を単独で行う治療もしくはこれらを効果的に組み合わせた集学的治療の実施

②適切な治療法の選択に関して、患者とその家族の意向に応じて、主治医以外の専門的な知識を有する第三者の立場にある医師に意見を求めることができるセカンドオピニオンを受けられる体制

③医療従事者間の連携と補完を重視した多職種でのチーム医療を受けられる体制

(2)がんと診断された時から緩和ケアを実施する体制

①がんと診断された時から患者とその家族に対する全人的な緩和ケアの実施

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、地域がん診療病院及び徳島県地域がん診療連携推進病院による各種研修会、カンファレンス及び症例相談などを通じた地域連携・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に対する支援の実施

(4)新興感染症の発生・まん延時における体制

①新興感染症の発生・まん延時の状況に応じた適切ながん検診の提供体制

②必要ながん医療を提供するための診療機能の役割分担や各施設が協力した人材育成や応援体制の構築等、地域の実情に応じた連携体制

2　各医療機能と連携

前記「1　目指すべき方向」を踏まえ、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

・禁煙やがんと関連するウイルスの感染予防などがん発症のリスクを低減させること

・科学的根拠に基づくがん検診の実施、がん検診の精度管理・事業評価の実施及び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

・都道府県や市町村等が実施するたばこ対策に積極的に協力すること

（行政）

・市町村は、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

・がん登録の情報の利用等を通じてがんの現状把握に努めること

・要精検者が確実に医療機関を受診するように連携体制を構築すること

・県は、市町村に対して、指針の内容を遵守し、科学的根拠に基づくがん検診を実施するよう必要な助言・指導等を実施すること

・また、県は、生活習慣病管理指導協議会を開催し、がん検診の実施方法の改善や精度管理の向上等に向けた取組を行うこと
・受動喫煙の防止や感染に起因するがん対策を推進すること

③対応する医療機関等

がん検診実施機関

(2)専門的ながん診療機能【専門診療】

①目標

・がんの病態に応じて、手術、放射線療法、薬物療法及び免疫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
・がんと診断された時から患者とその家族等に対して全人的な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
・治療の合併症予防や、その症状の軽減を図ること
・治療後のフォローアップを行うこと
・各職種の専門性を生かし、医療従事者間の連携と相互補完を重視した他職種でのチーム医療を実施すること

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関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められます。

・血液検査、画像検査（エックス線検査、ＣＴ検査、超音波検査、ＭＲＩ検査、核医学検査）及び病理検査等の診断・治療に必要な専門的な検査が実施可能であること
・病理診断や画像診断等の専門的な診断が実施可能であること
・集学的治療が実施可能であること（化学療法については外来でも実施可能であること）
・がんと診断された時から患者とその家族等に対して全人的な緩和ケアを実施すること
・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）が受けられる体制を整備し、患者やその家族等に分かりやすく公表すること
・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
・がんの治療の合併症予防や、その症状の軽減を図るため、病院内の歯科や地域の歯科医療機関等と連携し、医科歯科連携によるがん患者の口腔機能管理の推進に取り組むこと

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
・各職種の専門性を活かし、医療従事者間の連携と補完を重視した多職種でのチーム医療を実施すること
・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。その際、小児・ＡＹＡ世代のがん、希少がん、難治性がん等に関する情報についても提供できるよう留意すること
・地域連携支援の体制を確保するため、病院間の役割分担を進めるとともに、研修、カンファレンス、診療支援等を活用し、急変時の対応や緩和ケア等について、他の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等と連携すること
・がんゲノム医療等の高度かつ専門的な医療等については、地域における役割分担等を踏まえつつ、必要に応じて他の医療機関と連携実施すること
・就労支援や、仕事と治療の両立に向けた就労継続支援を行えるよう、事業者・産業医等との連携を含めた体制を確保し、相談支援や情報の発信等を行うこと
・がんと診断された時から患者とその家族等に対して全人的な緩和ケアを実施するために必要な緩和ケアチームや外来での緩和ケア提供体制等を整備すること

③対応する医療機関

・がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院
・がん診療連携拠点病院と同程度の機能を有する病院

(3)標準的ながん診療機能【標準的診療】

①目標

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

②医療機関に求められる事項

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

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

③対応する医療機関
病院又は診療所

(4)在宅療養支援機能【療養支援】
①目標
・がん患者やその家族の意向を踏まえ、在宅等の生活の場での療養を選択できるようにすること
・在宅緩和ケアを実施すること
②医療機関に求められる事項
・24 時間対応が可能な在宅医療を提供していること
・がん疼痛等に対する緩和ケアが実施可能であること
・看取りを含めた人生の最終段階におけるケアを 24 時間体制で提供すること
・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（地域連携クリニカルパスを含む）
・医療用麻薬を提供できること
・歯科については、口腔機能管理、摂食・嚥下リハビリテーションを実施すること
③対応する医療機関等
・ホスピス・緩和ケア病棟を有する病院
・診療所　＊在宅末期医療総合診療ができ、かつ、疼痛管理ができる医療機関
・歯科診療所、薬局、訪問看護事業所

(5)部位ごとの方向性
①胃がん
胃がん患者に対して高度かつ専門的な手術療法、内視鏡的切除及び化学療法が実施できる医療機関を「専門診療」病院とし、「胃癌治療ガイドライン」に準じた手術療法、内視鏡的切除及び化学療法が実施できる医療機関を「標準的治療」病院として、他の医療機関との診断から治療までの連携を進めます。
②肺がん
肺がん患者に対して集学的治療が提供できる病院を「専門診療」病院とし、胸部ＣＴ検査又は気管支鏡検査ができる医療機関、手術療法又は化学療法を実施している医療機関を「標準的診療」病院とし、地域連携クリニカルパスにより連携を進めます。
③大腸がん
大腸がん患者に対して集学的治療が提供できる拠点病院と拠点病院と同程度の集学的治療を提供できる病院を「専門診療」病院とし、手術療法及び化学療法を実施している病院を「標準的診療」病院として、連携を進めます。
④乳がん
乳がん患者に対して、「乳癌診療ガイドライン」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、「乳癌診療ガイドライン」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、地域連携クリニカルパス(治療記録ノート)の普及等により連携を進めます。

⑤肝がん

肝がん患者に対して、手術療法、放射線療法、化学療法を組み合わせた集学的治療、特に肝臓専門外科医による手術療法を実施するとともに、高度かつ専門的な焼灼療法を実施する医療機関を「専門診療」病院、肝がんの焼灼療法、経動脈的治療、肝臓のエコー検査、造影ＣＴ、ＭＲＩを実施している医療機関を「標準的診療」病院として、連携を進めます。

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

また、ウイルス性肝炎については、感染経路等についての理解が十分でなく、感染の事実を認識していない患者が多数存在することが推測されるため、平成 25 年 3 月に策定した「徳島県肝炎対策推進計画」について、令和 4 年 3 月に改定された国の「肝炎対策の推進に関する基本的な指針」に基づき、県計画を改定し、より総合的な肝炎対策を推進し、肝がんへの進行を予防します。

⑥子宮がん

子宮がん患者に対して手術療法、放射線療法、薬物療法を組み合わせた集学的治療が実施できる病院を「専門診療」病院、「子宮頸癌治療ガイドライン」、「子宮体癌治療ガイドライン」に基づいた手術療法、薬物療法を実施している病院を「標準的診療」病院とし、地域連携クリニ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	令和11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)☆★ （人口動態統計）	66.3 （R3）	減少
喫煙率の減少 受動喫煙の機会を有する者の減少 （県民健康栄養調査）	17.1% （R4） 職場　19.5% 家庭　9.1% 飲食店　9.9% （R4）	13.0% 『受動喫煙の無い社会の実現』
がん検診受診率　☆★ （胃・肺・大腸・乳がんは40～69歳、子宮がんは20～69歳） （国民生活基礎調査）	胃がん　39.1% （※45.0%） 肺がん　46.4% 大腸がん　40.5% 乳がん　※43.3% 子宮頸がん※41.1% ※2年以内に受診している者の受診率 （R4）	胃がん　※60% 肺がん　60% 大腸がん　60% 乳がん　※60% 子宮頸がん※60% ※2年以内に受診している者の受診率
緩和ケアチームのある医療機関数　☆ (徳島県医療施設機能調査)	27 （R5）	増加

☆「徳島県がん対策推進計画」における目標

★「徳島県健康増進計画（健康徳島 21）」における目標

第４　がんにおけるロジックモデル

番号	個別施策

番号	中間アウトカム

番号	分野アウトカム

【がんの一次予防】

生活習慣について

番号		個別施策
1		生活習慣とがんに関係する正しい知識の普及啓発を図る
	指標	・こころに響け！がん検診メッセージ事業出前講座実施数 ・保健所におけるたばこ対策出前講座の実施数
2		公共施設等における受動喫煙防止対策の推進
	指標	・禁煙宣言事業所の増加 (健康寿命推進課による把握)
3		禁煙希望者が禁煙できる
	指標	・医療機関における禁煙外来を実施している医療機関数 （四国厚生支局ホームページ(保険医療機関・保険薬局の管内指定状況等について)）

番号		中間アウトカム
1		受動喫煙の機会の有するものの減少
	指標	・日常生活で受動喫煙の機会を有する人の割合の減少 （県民健康栄養調査）
2		20歳以上の者の喫煙率の減少
	指標	・20歳以上の者の喫煙率 （県民健康栄養調査）
3		肥満(ＢMI25以上)の割合の減少
	指標	・肥満(ＢMI25以上)の割合 （県民健康栄養調査）
4		脂肪エネルギー比率の適正化
	指標	・脂肪エネルギー比率の適正化(一日当たりの平均摂取比率) (県民健康栄養調査)
5		食塩摂取量の減少
	指標	・食塩摂取量の平均値 （県民健康栄養調査）
6		野菜摂取量の増加
	指標	・野菜摂取量の平均値 （県民健康栄養調査）
7		果物摂取量の改善
	指標	・果物摂取量（100ｇ未満の者）の割合の減少 （県民健康栄養調査）
8		運動習慣者の割合の増加
	指標	・運動習慣者の割合 （県民健康栄養調査）
9		生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の減少
	指標	・1日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者の割合 （県民健康栄養調査）

番号	分野アウトカム
1	がんの年齢調整罹患率が減少している
指標	・がんの年齢調整罹患率(75歳未満) （全国がん登録　人口10万対）
2	がんの年齢調整死亡率(75歳未満)が減少している
指標	・がんの年齢調整死亡率(75歳未満) （人口動態統計　人口10万対）

感染症対策について

番号		個別施策
4		発がんに寄与するウイルスや細菌感染について、正しい知識の普及啓発を図る
	指標	・こころに響け！がん検診メッセージ事業出前講座実施数
5		徳島県肝炎対策推進計画に基づく肝炎対策の推進
	指標	・肝炎ウイルス検査数(累計) (感染症対策課把握)

番号		中間アウトカム
10		予防ができる感染に起因するがんの予防接種実施率の増加
	指標	・HPVワクチン接種者数 ・B型肝炎定期予防接種実施率 (地域保健・健康増進事業報告)

【がんの二次予防】

	番号	個別施策		番号	中間アウトカム		番号	分野アウトカム	
受診率対策について	6	市町村は、がん検診未受診者に対し、手紙や電話等による受診勧奨・再勧奨(コール・リコール)を行う		11	がん検診受診率の向上		3	検診がん種(胃・大腸・肺・乳・子宮)の年齢調整死亡率(75歳未満)が減少している	
		指標	・個別受診勧奨を行っている市町村数 ・再勧奨を行っている市町村数 (健康寿命推進課による把握)		指標	・がん検診受診率 (国民生活基礎調査)		指標	・がん種別年齢調整死亡率(75歳未満) （人口動態統計　人口10万対）
	7	県は、がん検診受診の啓発活動に取り組み、民間企業との連携を強化する		12	検診がん種の早期がん割合の増加				
		指標	・徳島県がん検診受診促進事業所数 (健康寿命推進課による把握)		指標	・検診がん種の診断時の進展度割合(限局) (徳島県のがん登録事業報告書表5-1A)			
				13	検診がん種の進行がん割合の減少				
					指標	・検診がん種の診断時の進展度割合 (リンパ節転移＋隣接臓器浸潤＋遠隔転移) (徳島県のがん登録事業報告書表5-1A)				
科学的根拠に基づくがん検診について	8	市町村は、科学的根拠に基づいたがん検診を実施する		14	検診の精度管理が行われている				
		指標	・厚労省が定める指針のがん検診を実施している市町村数 (健康寿命推進課による把握)		指標	・要精検率 (地域保健・健康増進事業報告)			
	9	県は、各市町村担当者に対して、がん検診に関する研修会を行う				・精密検診受診率 (地域保健・健康増進事業報告)			
		指標	・市町村向け研修会開催回数 (健康寿命推進課による把握)			・がん発見率 (地域保健・健康増進事業報告)			

	番号	個別施策		番号	中間アウトカム	番号	分野アウトカム
がん検診の精度管理等について	10	県、市町村、検診機関は、精度管理の向上に努める					
		指標	<市町村> ・各部位ごとの「がん検診チェックリスト」による精度管理の評価結果のＢ評価（おおむね満たしている）以上の市町村数、検診機関数 (国立がんセンター調査結果→健康寿命推進課による把握) <検診機関> ・がん検診の精度管理調査 (健康寿命推進課による把握)				
	11	県は、検診医や読影医等を対象とした研修会を開催する等、精度管理に努める					
		指標	・生活習慣病管理指導等事業における研修会実施件数 (健康寿命推進課による把握)				
	12	県は、すべての市町村及び検診機関ががん検診について「がん検診チェックリスト」を活用した精度管理が行えるよう支援する					
		指標	・精度管理調査の実施 (健康寿命推進課による把握)				

番号	個別施策

番号	中間アウトカム

番号	分野アウトカム

【がん医療提供体制】

13	拠点病院等の機能の充実が図られる	
	指標	・がん診療連携拠点病院機能強化事業補助金補助先
14	徳島県地域がん診療連携推進病院の機能の充実	
	指標	・徳島県地域がん診療連携推進病院の設置数
15	手術療法、放射線療法、薬物療法等の充実	
	指標	・各がんにおける専門診療医療機関及び標準診療医療機関数 (徳島県医療施設機能調査)
16	チーム医療体制が整備され、医療従事者間の連携が強化されている	
	指標	・拠点病院等において、多職種でのカンファレンスが実施されている (現況報告) ・がん患者の口腔健康管理のため院内又は地域の歯科医師と連携して対応している拠点病院等の割合 (現況報告)
17	がんのリハビリテーションの充実	
	指標	・がん患者リハビリテーション(診療報酬上)を提供する医療機関数 (医療施設機能調査)
18	がん診療に携わるすべての医療従事者が基本的な緩和ケアを理解し、知識と技術を習得する	
	指標	・緩和ケア研修会修了者数 (健康寿命推進課による把握)

15	がん患者がどこに住んでいても、安心してがん医療を受けることができる体制整備ができている	
	指標	・手術療法実施件数 ・化学療法実施件数 ・放射線療法実施件数 ・集学的療法実施件数 (徳島県医療施設機能調査) ・圏域別受療動向 (ＮＤＢ)
16	医療機関等の相互の連携体制を強化し、患者の状態に応じた適切な医療が提供されている	
	指標	・セカンドオピニオン導入医療機関数 (徳島県医療施設機能調査)
17	がん登録の精度向上等により、地域におけるがんの状況を正確に把握・分析することにより、必要ながん対策を実施する	
	指標	・DCO率 (死亡情報のみで登録されたデータの割合)

4	がんの年齢調整死亡率(75歳未満)が減少している	
	指標	・がんの年齢調整死亡率(75歳未満) （人口動態統計　人口10万対）
5	がんの生存率が向上している	
	指標	・5年生存率(ネット・サバイバル%) (院内がん登録) ※今後国により、全国がん登録による5年生存率が算出された場合は、そのデータを用いて比較すること。
6	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の向上	
	指標	・現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合 (患者体験調査)

番号	個別施策	
19	拠点病院を中心に、緩和ケアを迅速に提供できる診療体制を整備するとともに、緩和ケアチームや緩和ケア外来などの専門的な緩和ケアの提供体制を整備する	
	指標	・緩和ケアチーム設置医療機関数 (医療施設機能調査)
20	地域連携クリニカルパスや患者手帳(治療の記録ノート)の利用促進	
	指標	・患者手帳(治療の記録ノート)配布数 (徳島がん対策センター調査)
21	がん患者やその家族等が、治療開始前に生殖機能への影響について認識し、適切に意思決定ができるような体制整備を行う	
	指標	・妊孕性温存療法研究促進事業における助成件数 (健康寿命推進課による把握)
22	小児・AYA世代などのがん患者・家族が、適切な医療を受けられるための環境を整備する	
	指標	・中国・四国小児がんネットワークに参加している医療機関の数 (中国・四国小児がんネットワーク)
23	全国がん登録の充実及び精度の向上	
	指標	・全国がん登録実務者研修会等の開催回数 ・全国がん登録オンラインシステムでの申請可能な医療機関数 (徳島県がん登録室報告) ・全国がん登録指定診療所数 (健康寿命推進課による把握)
24	院内がん登録の充実及び精度の向上	
	指標	・院内がん登録(全国集計)を実施している医療機関数 (国立がん研究センター)

番号	中間アウトカム

番号	分野アウトカム

番号	個別施策	

【がんとの共生】

25	多職種協働による在宅緩和ケア支援体制の拡充	
	指標	・在宅療養支援(機能強化型)である24時間対応の在宅支援病院、診療所の数 (四国厚生支局) ・悪性腫瘍患者の在宅ターミナルケアに対応した病院、診療所の数 (医療施設機能調査) ・訪問看護ステーションに従事する看護職員数 (県長寿いきがい課調査)
26	拠点病院等は、徳島がん対策センターや拠点病院等の相談支援センターにおいて、診断時からの治療の相談だけでなく、で就学、就労、妊娠等の状況による悩みに応じられるよう相談支援体制を強化する	
	指標	・徳島がん対策センター事業における年間相談件数 (徳島がん対策センター事業報告) ・拠点病院等における年間相談件数 (現況報告) ・拠点病院等の「相談支援センター相談員研修・基礎研修」の修了者の割合 (現況報告)
27	拠点病院等と民間団体による相談機関やピア・サポーター等との連携体制の構築	
	指標	・患者団体等と連携している拠点病院の数 (現況報告)
28	相談支援等に携わる者からピア・サポーター等につなげるための仕組みの構築	
	指標	・ピア・サポート研修の開催回数 (健康寿命推進課)

番号	中間アウトカム	
18	がん患者等の就労を含めた社会的な問題への対策により、様々な社会生活・家庭生活との両立の不安が軽減され、安心して治療等に取り組むことができる	
	指標	・拠点病院におけるがんサロン開催回数 (現況報告)
19	がん患者がその療養する場所にかかわらず、質の高いがん医療や緩和ケア等の支援を受けることができる	
	指標	・がん患者の在宅での死亡割合 (人口動態統計)

番号	分野アウトカム	
7	全てのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の向上	
	指標	・現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合 (患者体験調査)

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
○ 診断時からの緩和ケア、緩和ケアチームによる専門的な緩和ケアの実施
※ がん診療連携拠点病院は
院内がん登録、相談支援体制、地域連携支援、セカンドオピニオン等の実施

がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院　等

連携

専門的な緩和ケアの提供を行う医療機関

（緩和ケア病棟を有する病院等）

がん診療連携クリニカルパスによる診療連携の推進

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

入退院

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
○ 診断時からの緩和ケア
○ 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

連携

療養支援

○ 生活の場での療養の支援
○ 緩和ケアの実施
○ 口腔機能管理、摂食・嚥下リハ 等

<医療、介護、障害福祉等多職種連携の支援>
病院、診療所、歯科、
薬局、訪問看護事業所、
栄養ケア・ステーション　等

検診発見

症状出現

療養支援

予　防

○ 検診受診率の向上（二次予防）

○ がん発症リスク低減（一次予防）

在宅等での生活
（自宅、老人ホーム、介護老人保健施設など）

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

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

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

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

なお、令和元年 12 月に施行された循環器病対策基本法に基づき、本県では令和３年 10 月に「徳島県循環器病対策推進計画」を策定、令和６年４月からは「徳島県循環器病対策推進計画第２期」を策定しました。当該計画と調和を図りながら取組を進めます。

１　脳卒中の疫学

総務省・消防庁救急年報によると、全国で救急車によって搬送された急病患者の 7.5%、26 万 9,577 人（令和３年）が脳疾患となっています。

また、患者調査によると、脳血管疾患によって継続的に医療を受けている徳島県の患者数は、令和２年は約１万５千人（全国約 174 万人）と推計されます。さらに、脳血管疾患の年齢調整受療率（人口 10 万対）は全国より高い状況で推移しています。

●脳血管疾患の年齢調整受療率（人口 10 万対）

	H20	H23	H26	H29	R2
徳島県	174.3	140.0	104.3	81.8	125.9
全　国	120.9	104.3	85.9	76.2	95.9

資料：厚生労働省「患者調査」

死亡の状況については、人口動態調査によると、徳島県では令和４年に年間 706 人（全国約 10 万７千人）が脳血管疾患を原因として死亡し、死亡数全体の 6.4%（全国 6.9%）を占め、死亡順位の第４位（全国第４位）となっています。なお、直近（令和４年）の徳島県の脳血管疾患の年齢調整死亡率は、全国と比較して男女ともに低くなっています。

●脳血管疾患の年齢調整死亡率（人口 10 万対）

	男			女		
	H22	H27	R2	H22	H27	R2
徳島県	147.9	122.6	92.9	85.5	69.2	51.8
全　国	153.7	116.0	93.8	93.3	72.6	56.4

資料：厚生労働省「人口動態統計」

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、高次脳機能障害、遷延性意識障害などの後遺症が残ることがあります。

介護が必要になった者の 16.1%は脳卒中が原因であり第 2 位です（令和 4 年国民生活基礎調査）。

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、発症の予防に血圧のコントロールが重要です。

患者調査によると、徳島県における令和 2 年の高血圧性患者の年齢調整外来受療率（人口 10 万対）は、253.6（全国 215.3）で、全国よりも高い状況となっています。

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

心房細動は脳梗塞の発症リスクを高めるため、心房細動と分かった受診者に、医療機関の受診勧奨し、適切な抗凝固療法の実施が望ましいとされています。心房細動の早期発見の重要性や心房細動患者における脳梗塞予防の啓発に努める必要があります。

徳島県における令和 4 年の健康診断・健康診査の受診率は（40 歳から 74 歳までは）69.4%（全国 73.1%）と全国より低い状況となっています(国民生活基礎調査)。また、平成 20 年度から実施されている各医療保険者による特定健康診査の令和 3 年度の受診率は 52.8%と目標値と比較して低い状況です。

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

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

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

(2)発症直後の救護、搬送等

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

「救急・救助の現況」（消防庁）によると、徳島県における令和 3 年の救急要請（覚知）から医療機関への収容までに要した平均時間は、46.5 分（全国 42.8 分）で全国より長くなっています。

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

このため、病院到着前に脳卒中の重症度を点数化し、組織プラスミノゲン・アクチベータ（ｔ-PA）の静脈内投与による血栓溶解療法の適応や血管内治療（機械的血栓回収療法、経動脈的血栓溶解療法等）など、超急性期の再開通治療の適応となる傷病者を抽出することなどを目的とした病院前脳卒中スケールを活用することが望ましいとされています。徳島県内では、徳島大学病院と県内消防機関が連携し、病院到着前に脳卒中の重症度を点数化して適切な病院への搬送を行う「FAST-ED Tokushima」という取組を進めています。

(3)診断

問診や身体所見の診察等に加えて、画像検査（CT、MRI、MRA、超音波検査等）を行うことで正確な診断が可能になります。最近では CT の画像解析度の向上、MRI の普及もあり、脳梗塞超急性期の診断が可能となり、血栓溶解療法の適応や転帰がある程度予測できるようになりました。

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

徳島県南部地域においては、遠隔診療支援システム（k-support）を導入し、過疎地域における急性期脳卒中患者の予後の改善につながっており、同様の医療ネットワークが県下全域の導入が期待されています。

(4)急性期の治療

脳卒中の急性期には、呼吸管理、循環管理等の全身管理とともに、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血等の個々の病態に応じた治療が行われます。また、脳卒中の治療に際しては、専門チームによる診療や脳卒中の専用病室[*1]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。医療施設調査によると、徳島県における急性期医療を取り巻く状況は、救命救急センターは東部、南部、西部圏域に各 1 か所で計 3 か所、脳卒中の専用病室（脳卒中ケアユニット SCU）を有する施設数は東部圏域で 1 か所、9 病床となっています。

---

*1　脳卒中の専用病室：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。

また、治療にあたる専門医の状況として、医師・歯科医師・薬剤師調査によると、神経内科医師数は県内に 29 人、人口 10 万人あたり 4.1 人（全国 4.7 人・令和 2 年）、脳神経外科医師数は県内に 61 人、人口 10 万人あたり 8.5 人（全国 6.0 人・令和 2 年）と、全国と比較して神経内科医が少なく、脳神経外科医が多い状況となっています。

●急性期医療体制の状況

		東部	南部	西部	徳島県
救命救急センターを有する医療機関数※１	H26	1	1	1	3
	H29	1	1	1	3
	R5※３	1	1	1	3
SCUを有する医療機関数 ※１	H26	1	0	0	1
	H29	1	0	0	1
	R5※３	1	0	0	1
SCUの病床数 ※１	H26	9	0	0	9
	H29	9	0	0	9
	R5※３	9	0	0	9
神経内科医師数 ※２	H26	26	2	0	28
	H30	24	1	0	25
	R2	27	2	0	29
脳神経外科医師数※２	H26	52	9	2	63
	H30	51	9	3	63
	R2	50	8	3	61

資料：※１ 厚生労働省「医療施設調査」

※２ 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

※３ 医療機関へ確認

① 脳梗塞では、まず発症後 4.5 時間以内の超急性期血栓溶解療法（t-PA）の適応患者に対する適切な処置が取られる必要があります。治療開始までの時間が短いほどその有効性は高く、合併症の発生を考慮すると発症後4.5時間以内に治療を開始することが重要です。そのためには、発症早期の脳梗塞患者が適切な医療施設を速やかに受診することが求められ、来院してから治療の開始まで 1 時間以内が目安です。また、近年、急性期脳梗塞患者に対する血管内治療の科学的根拠が示されていることから、原則として発症後 8 時間以内の脳梗塞患者に対しては、施設によっては血管内治療による血栓除去術を行うことを考慮します。

また超急性期の再開通治療の適応とならない患者も、できる限り早期に、脳梗塞の原因に応じた、抗凝固療法や抗血小板療法、脳保護療法などを行うことが重要です。

徳島県における、脳梗塞に対する t -PA による脳梗塞溶解療法の実施可能な医療機関は、令和 4 年度県内に 15 か所、同療法実施件数は 98 件となっています。

脳梗塞に対する血栓回収療法の実施可能な医療機関は、令和 4 年度県内に 8 か所、血栓回収療法適用患者への同療法実施件数は、114 件となっています。

●脳梗塞に対する急性期医療の状況

		東部	南部	西部	徳島県
ｔ－PAによる脳梗塞溶解療法の実施可能な医療機関数		9	4	2	15
		東部	南部	西部	徳島県
ｔ－PAによる脳梗塞溶解療法の実施件数	R2	65	36	24	125
	R3	66	33	14	113
	R4	44	39	15	98

資料： 徳島県医療施設機能調査

		東部	南部	西部	徳島県
脳梗塞に対する血栓回収療法の実施可能な医療機関数		6	1	1	8
血栓回収療法の実施件数	R2	54	51	5	110
	R3	67	18	14	99
	R4	64	37	13	114

資料：徳島県医療施設機能調査

		東部	南部	西部	徳島県
脳梗塞に対する脳血管内治療（経皮的脳血栓回収術等）の実施医療機関数		8	1	1	10
脳血管内治療(経皮的脳血栓回収数	R2	63	24	0	87
	R3	102	14	0	116
	R4	75	18	2	95

資料：徳島県医療施設機能調査

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

③ くも膜下出血の治療は、動脈瘤の再破裂の予防が重要であり、再破裂の防止を目的に開頭手術による外科的治療あるいは開頭を要しない血管内治療を行います。

徳島県医療施設機能調査によると、令和 4 年度における県内でのくも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術の実施件数は 37 件、脳動脈瘤コイル塞栓術の実施件数は 85 件となっています。

●くも膜下出血に対する急性期医療の状況

		東部	南部	西部	徳島県
脳動脈瘤クリッピング術の実施件数	R2	29	12	9	50
	R3	18	6	6	30
	R4	22	11	4	37
脳動脈瘤コイル塞栓術の実施件数	R2	53	22	0	75
	R3	59	16	1	76
	R4	61	23	1	85

資料：徳島県医療施設機能調査

(5)リハビリテーション

脳卒中リハビリテーションは、病期によって分けられますが、急性期から維持期まで一貫した流れで行われることが勧められています。

徳島県における脳卒中のリハビリテーションが実施可能な医療機関は 128 か所で、すべての医療圏で実施されています。

●脳卒中に対するリハビリテーションの状況

		東部	南部	西部	徳島県
リハビリテーションが実施可能な医療機関数	H28	81	21	16	118
	R1	73	20	12	105
	R3	89	23	16	128

資料：厚生労働省「診療報酬施設基準」

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。ＮＤＢによると、徳島県における脳卒中患者に対するリハビリテーション実施件数は 545,216 件となっており、全ての医療圏で実施されています。

●脳卒中に対するリハビリテーションの実施状況

	東部	南部	西部	徳島県
脳卒中に対するリハビリテーションの実施件数　※１	398,961	107,213	39,042	545,216

資料：厚生労働省「令和３年度　ＮＤＢ（算定回数)」

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

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

(6)急性期以降の医療・在宅療養

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

また、令和 2 年の患者調査によると、脳血管疾患における退院患者平均在院日数は 89.6 日で、全国の 77.4 日より長くなっている現状があります。そこで、地域連携クリニカルパスの運用による日数の短縮が期待されます。

在宅療養では、上記治療に加えて、機能を維持するためのリハビリテーションを実施し、在宅生活に必要な介護サービスを受けますが、脳卒中は再発することも多く、患者や患者の周囲にいる者に対し、適切な服薬や危険因子の管理の継続の必要性及び脳卒中の再発が疑われる場合の適切な対応について教育する等、再発に備えることが重要です。

患者調査によると、徳島県では、令和 2 年に在宅等生活の場[*2] に復帰した患者の割合は 48.5%であり、平成 29 年の調査結果 54.7%よりやや低い状態となっています。

また、人口動態調査によると、令和 3 年における在宅死亡割合は 12.1%で、全国 17.2%よりも低い状況となっていることから、今後、増加に向けた取組が求められます。

●脳血管疾患の退院患者の状況

		東部	南部	西部	徳島県
退院患者の平均在院日数	H26	153.7	30.5	87.0	116.7
	H29	85.1	73.4	25.1	77.0
	R2	105.8	44.7	72.8	89.6
在宅等の生活の場に復帰した患者の割合	H26	46.9	52.7	74.7	51.0
	H29	58.7	49.2	41.8	54.7
	R2	47.7	53.3	44.1	48.5

資料：厚生労働省「患者調査」

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

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

徳島県では、令和 4 年度より徳島大学病院に脳卒中・心臓病等総合支援センターが立ち上がりました。センターでは、「徳島県循環器病対策推進計画」に基づき、循環器病の予防から治療、介護に至るまで総合的な支援を行うこととしており、徳島県の循環器病対策の核となっています。

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

第２　医療体制の構築に必要な事項

１　目指すべき方向

前記「第１　脳卒中の現状」を踏まえ、脳卒中を発症しても、適切な治療を受け、日常生活の場に復帰できるよう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。そして、脳卒中の重症化・死亡を防ぎ、健康寿命が延伸することを最終目標とします。

(1)脳卒中の発症予防
①脳卒中に対する正しい知識の普及啓発
②高血圧、糖尿病、肥満等、脳卒中のリスクを高めるような生活習慣（喫煙、大量飲酒、食塩の過剰摂取　等）の改善
③脳梗塞の発症リスクを高める心房細動について、早期発見の重要性や心房細動患者における脳梗塞予防の普及啓発を実施
④生活習慣病の予防及び、早期発見に資する特定健診の受診率向上を推進

(2)発症後、速やかな搬送と専門的な診療が可能な体制
①発症後 3.5 時間以内の、専門的な診療が可能な医療機関への迅速な救急搬送
②医療機関到着後 1 時間以内の専門的な治療の開始
③専門的な治療を実施できない施設から、治療可能な施設への速やかな転院搬送
④脳卒中診療の地域格差を解消し、均てん化を進めるための、デジタル技術を活用した診療の拡充

(3)病期に応じたリハビリテーションが一貫して実施可能な体制
①急性期には、廃用症候群や合併症の予防、セルフケアの早期自立を目的として実施
②回復期には、機能回復及び日常生活動作向上を目的として専門的かつ集中的に実施
③維持期には、生活機能の維持又は向上を目的として実施

(4)急性期以後の医療機関における診療及び在宅医療の強化
①急性期以後の医療機関においても、重度の後遺障害等を生じた患者の受入れが可能となるような、医療提供体制の強化
②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

(5)新興感染症の発生・まん延時における体制
①感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても、循環器病患者を救急現場から急性期医療を提供できる医療機関に、迅速かつ適切に搬送可能な体制
②感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても、地域の医療資源を有効に活用するための体制

2　各医療機能と連携

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

(1)発症予防の機能【予防】

①目標

脳卒中の発症を予防すること

②医療機関に求められる事項

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

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

③関係者に求められる事項

（住民）

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

（行政等）

- 脳卒中の発症予防について住民に啓発を行うこと
- 健康診断、健康診査の受診への啓発、勧奨を行うこと
- 住民が広く脳卒中に関して相談ができる体制を整備すること

(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、発症後迅速に専門的な診療が可能な医療機関に到着できること

また超急性期血栓溶解療法の適応時間を超える場合でも、脳梗塞の場合は機械的血栓除去術や経動脈的血栓溶解療法等の血管内治療、脳出血の場合は血腫除去術、脳動脈瘤破裂によるくも膜下出血の場合は脳動脈瘤クリッピングやコイリング等の効果的な治療が行える可能性があるため、できるだけ早く、専門的な治療が可能な医療機関へ搬送することが望ましい。

②関係者に求められる事項

（本人及び家族等周囲にいる者）

- 突然の症状出現時の対応について知り、発症後速やかに救急搬送の要請を行うこと

(救急救命士等)

- 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
- 脳卒中が疑われる患者に対する病院前救護のスクリーニングに基づき、搬送先選定が可能な救護体制を構築すること。
- 脳卒中が疑われる患者を、急性期医療を担う医療機関へ迅速に搬送すること

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

(3)救急医療の機能【急性期】
①目標
・患者の来院後 1 時間以内（発症後 4.5 時間以内）に専門的な診療を開始すること（血管内治療など高度に専門的な治療を行える施設では、発症後 4.5 時間を超えても専門的治療の実施について検討することが望ましい）
・脳梗塞患者については機械的血栓回収療法の実施についても検討し、治療の適応となる患者に対して、速やかに治療を開始すること
・専門的な治療を実施できない医療機関においては、画像伝送等の遠隔医療を利用して治療が実施可能な医療機関と連携をとり、転院搬送など適切な対応を検討すること
・誤嚥性肺炎等の合併症の予防及び治療を行うこと
・廃用症候群を予防し、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。特に、急性期の診断及び治療については、24 時間体制での実施が求められるが、単一の医療機関で 24 時間体制を確保することが困難な場合には、地域における複数の医療機関が連携して、24 時間体制を確保する必要がある。
・血液検査や画像検査（エックス線検査、CT、MRI、超音波検査）等の必要な検査が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）
・脳卒中評価スケールなどを用いた客観的な神経学的評価が 24 時間実施可能であること（遠隔診療を用いた補助を含む）
・適応のある脳梗塞症例に対し、来院後 1 時間以内（発症後 4.5 時間以内）にｔ－PA の静脈内投与による血栓溶解療法が実施可能であること（医療機関が単独でｔ－PA を実施できない場合には、遠隔画像診断等を用いた診断の補助に基づく実施を含む）
・症状の重症度と画像所見に基づき、脳梗塞患者に対する機械的血栓回収療法の適応を検討し、適応がある患者に対しては速やかに治療を開始すること
・ｔ－PA 静注療法や機械的血栓回収療法、外科手術等の治療を実施できない医療機関においては、日本脳卒中学会が提言している「脳卒中診療における遠隔医療（Telestroke）」など、デジタル技術を活用した診療を行うことで、治療が実施可能な医療機関と連携をとり、転院搬送など適切な対応を検討すること
・適応のある脳卒中症例に対し、外科手術や脳血管内手術が、来院後速やかに実施可能又は実施可能な医療機関との連携がとれていること

・呼吸、循環、栄養等の全身管理、及び感染症や深部静脈血栓症等の合併症に対する診療が可能であること
・合併症のうち、特に誤嚥性肺炎の予防のために、口腔機能管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関等も含めた、多職種間で連携して対策を図ること
・リスク管理のもとに早期座位・立位、関節可動域訓練、摂食・嚥下訓練、装具を用いた早期歩行訓練、セルフケア訓練等のリハビリテーションが実施可能であること
・個々の患者の神経症状等の程度に基づき、回復期リハビリテーションの適応を検討できること
・回復期（あるいは維持期）の医療機関と診療情報やリハビリテーションを含む治療計画を活用して連携していること
・回復期（あるいは維持期）に、重度の後遺症等により自宅への退院が容易でない患者を受け入れる医療施設や介護施設等と連携し、その調整を行うこと
・脳卒中疑いで救急搬送された患者について、その最終判断の結果を救急隊に情報提供することが望ましい

③対応する医療機関
・脳卒中急性期の専門的診療を速やかに実施する病院
・脳卒中急性期患者に対する画像検査（CT、MRI、MRA、超音波検査等）、臨床検査、専門的診療が 24 時間実施可能な病院
・専門的診療が自院の設備・常勤スタッフで実施可能な病院
・常勤の脳外科専門医が在籍する病院
・救命救急センターを有する病院
・SCU 又はそれに準じた専用病棟を有する病院
・急性期の血管内治療が実施可能な病院
・脳卒中に対する急性期の専門的医療を担う病院又は有床診療所
・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
・回復期の医療機関における医療提供体制を強化すること
・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
・誤嚥性肺炎等の合併症の予防を図ること

②医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められます。
・再発予防の治療（抗血小板療法、抗凝固療法等）、基礎疾患・危険因子の管理、及び抑うつ状態や認知症などの脳卒中後の様々な合併症への対応が可能であること
・重篤な神経機能障害・精神機能障害（高次脳機能障害を含む）等を生じた患者であっても、急性期病院からの受入れが可能となるよう、回復期の医療提供体制を強化すること

・失語、高次脳機能障害（記憶障害、注意障害）、嚥下障害、歩行障害などの機能障害の改善及び ADL の向上を目的とした、理学療法、作業療法、言語聴覚療法等のリハビリテーションが専門医療スタッフにより集中的に実施可能であること
・合併症のうち、特に誤嚥性肺炎の予防のために、口腔機能管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関等を含めた、多職種間で連携して対策を図ること
・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リハビリテーションを含む治療計画を活用し連携していること
・再発が疑われる場合には、急性期の医療機関と連携すること等により、患者の病態を適切に評価すること
・患者連携手帳等を活用し、患者が主体的に治療、リハビリテーションに取り組むことができるよう支援するとともに、再発予防等に関し必要な知識を教えること

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

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

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

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（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
・合併症のうち、特に誤嚥性肺炎の予防のために、口腔機能管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関等を含めた、多職種間で連携して対策を図ること
・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

・担当の両立支援コーディネーターを配置し、産業医などの治療と仕事の両立支援に係る人材と連携し、脳卒中患者の就労支援を推進させ、生活の質の向上を目指すこと
・回復期（あるいは急性期）の医療機関等と診療情報やリハビリテーションを含む治療計画を共有するなどして連携していること
・合併症発症時や脳卒中の再発時に、患者の状態に応じた適切な医療を提供できる医療機関と連携していること
・患者連携手帳等を活用し、患者が主体的に治療、リハビリテーションに取り組むことができるよう支援するとともに、再発予防等に関し必要な知識を教えること
・通院困難な患者の場合、訪問看護事業所、薬局等と連携して在宅医療を実施すること
・介護老人福祉施設、認知症高齢者グループホーム、有料老人ホーム、ケアハウス等の施設等においても在宅医療を実施し、希望する患者にはこれらの施設等で看取りまでを行うこと
・歯科については、口腔機能管理、摂食・嚥下リハビリテーションを実施すること

③対応する医療機関等
・介護老人保健施設
・介護保険によるリハビリテーションを行う病院又は診療所（在宅療養支援診療所など）
・訪問看護事業所
・通所リハビリテーション事業所
・訪問リハビリテーション事業所
・療養病床を有する病院又は診療所
・歯科診療所
・薬局

第３　数値目標

数値目標項目	直近値	令和11年度末目標値
脳血管疾患年齢調整死亡率 （人口10万人対）★ (人口動態統計)	男性　92.9 女性　51.8 (R2)	男性　84.5 女性　47.1
特定健康診査受診率　★◇ （特定健康診査特定保健指導にかかるデータ)	52.8% (R3)	70%以上
脳梗塞に対するｔ-PAによる 血栓溶解療法の実施件数 （NDB)	103 (R3)	増加
脳血管疾患患者の生活の場に 復帰した患者の割合 （患者調査)	48.5% (R2)	増加

★「徳島県健康増進計画（健康徳島 21）」における目標
◇「徳島県における医療費の見通しと適正化に向けた取組み」における目標

第４　脳卒中におけるロジックモデル

番号	個別施策

番号	中間アウトカム

番号	分野アウトカム

【予防・啓発】

1	脳卒中に関する知識の普及啓発	
	指標	・普及啓発の実施回数（※独自）
2	健康診断、健康診査受診に関する受診勧奨、普及啓発	
	指標	・特定健康診査の実施率
	指標	・特定保健指導の実施率
3	危険因子の管理	
	指標	・喫煙率
	指標	・高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率
	指標	・脂質異常症患者の年齢調整外来受療率
4	県民が広く脳卒中に関して相談ができる体制の整備	
	指標	・脳卒中・心臓病等総合支援センターにおける相談件数（※独自）

1	脳卒中の発症を予防できている	
	指標	・脳血管疾患により救急搬送された患者数
	指標	・脳卒中診断患者数

【救護】

5	脳卒中の症状や突然の症状出現時の緊急受診の必要性についての普及啓発	
	指標	・脳卒中・心臓病等総合支援センターにおける相談件数（再掲）（※独自）
6	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た適切な観察、判断、処置の実施	
	指標	救急隊の救急救命士運用率
7	脳卒中が疑われる患者を急性期医療を担う医療機関へ迅速に搬送できる体制整備	

2	発症後速やかに治療を受けることができる医療機関に到着できること	
	指標	・脳血管疾患により救急搬送された患者数（再掲）
	指標	・救急要請（覚知）から医療機関への収容までに要した平均時間

1	脳卒中の重症化・死亡を防ぎ、健康寿命が延伸する	
	指標	・脳血管疾患年齢調整死亡率
	指標	・健康寿命

番号	個別施策	
8	脳卒中の急性期医療に対応できる体制の整備	
	指標	・神経内科医師数
	指標	・脳神経外科医師数
	指標	・脳卒中の専用病室を有する病院数・病床数
	指標	・脳梗塞に対する血栓回収療法の実施可能な医療機関数
	指標	・脳卒中の相談窓口を設置している急性期脳卒中診療が常時可能な医療機関数
	指標	・理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のそれぞれの人数
	指標	・リハビリテーション科医師数
	指標	・脳卒中リハビリテーションが実施可能な医療機関数
9	回復期リハビリテーション施設への円滑な移行のための体制整備	
	指標	・脳卒中患者における地域連携計画作成等の実施件数
	指標	・地域連携パスを活用している医療機関数（※独自）
10	病期に応じたリハビリテーションの実施ができる体制整備	
	指標	・理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のそれぞれの人数（再掲）
	指標	・リハビリテーション科医師数（再掲）
	指標	・脳卒中リハビリテーション看護分野認定看護師数
	指標	・脳卒中リハビリテーションが実施可能な医療機関数（再掲）

番号	中間アウトカム	
3	来院後１時間以内に専門的治療が開始されている	
	指標	・脳梗塞に対するｔ-PAによる血栓溶解療法の実施件数
	指標	・脳梗塞に対する血栓回収療法の実施件数
	指標	・くも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術の実施件数
	指標	・くも膜下出血に対する脳動脈瘤のコイル塞栓術の実施件数
4	早期に急性期リハビリテーションを受けることができている	
	指標	・脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数
	指標	・患者の平均在院日数
5	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受けることができている	
	指標	・脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数（再掲）
6	誤嚥性肺炎等の合併症の予防を図ること	
	指標	・口腔機能管理を受ける患者数（急性期）

番号	分野アウトカム	
2	脳卒中を発症しても、適切な治療をうけ、日常生活の場に復帰できる	
	指標	・脳血管疾患患者の生活の場に復帰した患者の割合

【急性期】

【回復期】

番号	個別施策

番号	中間アウトカム

番号	分野アウトカム

【維持期・生活期】

11	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た医療が受けられる体制整備	
	指標	・両立支援コーディネータ基礎研修の受講者数
	指標	・脳卒中患者における介護連携指導の実施件数
12	生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションを受けられる体制整備	
	指標	・脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数（再掲）
	指標	・訪問リハビリを受ける患者数・利用者数（医療･介護）
	指標	・通所リハビリを受ける利用者数
13	後遺症に対する支援を受けられる体制整備	
14	緩和ケアを受けることができている体制整備	

7	在宅等への復帰及び日常生活の支援が継続受けられている	
	指標	・脳卒中患者に対する療養・就労両立支援の実施件数

【再発・重症化予防】

15	脳卒中の再発・重症化予防を行うための体制整備	
	指標	・脳卒中患者の重篤化を予防するためのケアに従事している看護師数
16	誤嚥性肺炎等の合併症の発症を予防するための体制整備	
	指標	・歯周病専門医が在籍する医療機関数
	指標	・脳卒中による入院と同月に摂食機能療法を実施された患者数

8	再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を受けることができている	
	指標	・特定健診・特定保健指導の受診率（再掲）
	指標	・高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率（再掲）
	指標	・脂質異常症患者の年齢調整外来受療率（再掲）

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の開始

○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

退院時連携

転院・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

○口腔機能管理、摂食・嚥下リハ

診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護事業所

退院・退所・通院、在宅療養支援

在宅等での生活

（サ高住、ケアハウス、有料老人ホーム等 多様な居住の場を含む）

発症予防

○ 脳卒中の発症予防

再発予防治療基礎疾患や危険因子の管理、脳卒中に合併する症状や病態の加療

リハビリテーション

口腔機能管理

徳島大学病院脳卒中・心臓病等総合支援センター

相談窓口、県民公開講座、FAST-ED Tokushima、患者・家族のピアサポート、院内外の多職種連携及び関係機関の連携強化　等

時間の流れ

心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制

第１　心筋梗塞等の心血管疾患の現状

１　慢性心不全の現状

慢性心不全は、慢性の心筋障害により心臓のポンプ機能が低下し、肺、体静脈系または両系のうっ血や、組織の低灌流を来たし日常生活に障がいを生じた状態であり、労作時呼吸困難、息切れ、四肢浮腫、全身倦怠感、尿量低下等、様々な症状をきたします。

慢性心不全における心筋障害の原因疾患としては、高血圧、虚血性心疾患、心臓弁膜症、心筋症等があります。

なお、令和元年 12 月に施行された循環器病対策基本法に基づき、本県では令和 3 年 10 月に「徳島県循環器病対策推進計画」を策定、令和 6 年 4 月からは「徳島県循環器病対策推進計画第 2 期」を策定しました。当該計画と調和を図りながら取組を進めます。

(1)慢性心不全の疫学

令和 2 年患者調査によると、徳島県で心不全の継続的な医療を受けている患者数は約 3,000 人（全国 55.0 万人）と推定され、75 歳～84 歳の方が約 3 割、85 歳以上の方が約 7 割を占めています。また、令和 4 年人口動態調査によると、心不全による死亡数は心疾患死亡数全体の約 40.8%（全国約 42.4%）、668 人（全国 98,671 人）です。

慢性心不全患者は、心不全増悪による再入院を繰り返しながら、身体機能が悪化することが特徴であり、今後の患者数増加が予想されています。慢性心不全患者の再入院率改善のためには、薬物療法、運動療法、患者教育等を含む患者に応じた多面的な介入を、地域における幅広い医療機関及び関係機関が連携しながら、入院中から退院後まで継続して行うことが重要です。

(2)慢性心不全の医療

①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、エックス線検査や心エコー検査等の画像診断を行うことで正確な診断が可能になります。同時に、心不全原因疾患の評価も重要であり、必要に応じて心臓カテーテル検査等を行います。

心不全は、高血圧や器質的心血管疾患を有しますが、心不全症状のない心不全リスク状態から、心不全症状を有する症候性心不全へと進行するため、早期診断による早期介入が重要です。

②慢性心不全の治療

慢性心不全患者の症状および重症度に応じた薬物療法や運動療法が行われます。また、重症度や合併症等によっては、両室ペーシングによる心臓再同期療法（CRT）や植込み型除細動器（ICD）による治療が行われることもあります。

心不全増悪時には、症状に対する治療に加えて、心不全の増悪要因に対する介入も重要です。心不全による症状が、急性に出現・悪化する急性増悪の状態では、内科的治療を中心とした、循環管理、呼吸管理等の全身管理が必要となります。また、心不全の増悪要因によっては、経皮的冠動脈インターベンション（PCI）や外科的治療が必要となることもあります。

③心不全増悪予防

心不全の増悪要因には、虚血性心疾患等の心不全原因疾患の再発・悪化、感染症や不整脈の合併等の医学的要因に加えて、塩分・水分制限の不徹底や服薬中断等の患者要因、社会的支援の欠如等の社会的要因といった多面的な要因が含まれています。

心不全増悪予防には、ガイドラインに沿った薬物療法・運動療法、自己管理能力を高めるための患者教育、カウンセリング等の多面的な介入を、多職種（医師・看護師・薬剤師・栄養士・理学療法士等）によるチームで行うことが重要です。

④疾病管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーション

慢性心不全患者に対する心血管疾患リハビリテーションでは、自覚症状や運動耐容能の改善及び心不全増悪や再入院の防止を目的に、運動療法、患者教育、カウンセリング等を含む、多職種による多面的・包括的なリハビリテーションを、患者の状態に応じて実施します。

また、心不全増悪や再入院の防止には、心不全増悪による入院中から心血管疾患リハビリテーションを開始し、退院後も継続することが重要です。

2　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、本計画においては一括して記載することとします。

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

(1)急性心筋梗塞の疫学

総務省・消防庁救急年報によると、全国で救急車によって搬送された急病患者の 8.9%、約 25.8 万人が心疾患等です。

また、患者調査によると、徳島県で、令和 2 年に虚血性心疾患の継続的な医療を受けている患者数は約 1 万 2 千人（全国約 128 万人）と推計されます。

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

●虚血性心疾患（狭心症及び心筋梗塞）の年齢調整受療率（人口 10 万対）

	H17	H20	H23	H26	H29	R2
徳島県	65.8	41.1	40.1	38.4	37.4	47.9
全　国	41.6	35.6	30.7	28.0	25.4	26.5

資料：厚生労働省「患者調査」

一方、徳島県においては、令和 4 年人口動態調査によると、心疾患を原因として年間 1,637 人（全国 232,964 人）が死亡しており、死亡数全体の

14.9%（全国 14.8%）を占め、死亡順位の第 2 位（全国 2 位）となっています。このうち、急性心筋梗塞による死亡数は 207 人で、心疾患死亡数全体の 12.6%（全国約 32,026 人、約 13.7%）となっています。

令和 2 年人口動態特殊報告によると、急性心筋梗塞の年齢調整死亡率は、男性が女性より高く、全国と比較すると男性は低く、女性は同程度となっています。

●急性心筋梗塞年齢調整死亡率（人口 10 万対）

	男			女		
	H22	H27	R2	H22	H27	R2
徳島県	50.5	34.8	28.2	23.8	16.5	14.1
全　国	55.6	43.3	32.5	28.4	20.4	14.0

資料：厚生労働省「人口動態特殊報告」

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、急性心筋梗塞の発症予防には自分の体の状態を把握すると共に、生活習慣の改善や適切な治療が重要となります。

平成 28 年県民健康栄養調査、平成 28 年国民健康・栄養調査によると急性心筋梗塞の危険因子である喫煙率は、男性 25.5%（全国 30.2%）、女性 4.0%（全国 8.2%）と全国と比較してもやや低くなっています。

令和 4 年県民健康栄養調査によると、徳島県における喫煙率は男性 29.4%、女性 6.5%でした。

令和 2 年医療施設調査によると禁煙外来を開設し、喫煙習慣をニコチン依存症として治療を行っている医療機関数は、診療所 122 か所、病院 50 か所で、人口 10 万人あたり診療所 17.1 か所（全国 11.0 か所）、病院 7.0 か所（全国　2.1 か所）と全国に比べると多い状況となっています。

一方、令和 2 年患者調査による年齢調整外来受療率（人口 10 万対）は、高血圧 253.6（全国 215.3）、脂質異常症 57.9（全国 67.7）、糖尿病 94.1（全国 92.0）であり、平成 20 年と比較すると 3 疾患とも低くなっています。しかし、全国と比べると、高血圧症、糖尿病については全国より高い状況となっています。

●喫煙率

	H25		H28		R1		R4	
	男	女	男	女	男	女	男	女
徳島県 ※1	－ (30.4)	－ (7.4)	25.5	4.0	－ (26.8)	－ (6.7)	29.4 (24.8)	6.5 (6.8)
全　国 ※2	32.1 (33.7)	8.2 (10.7)	30.2	8.2	27.1 (28.8)	7.6 (8.8)	－ (25.4)	－ (7.7)

資料：※1　徳島県健康づくり課「H28,R4 県民健康栄養調査」
厚生労働省「H25,R1,R4 国民生活基礎調査」
※2　厚生労働省「国民健康・栄養調査」
H25,R1,R4 の( )内については、厚生労働省「国民生活基礎調査」

●禁煙外来を行っている医療機関数

	東部	南部	西部	徳島県
禁煙外来を行っている医療機関数	125	24	21	170

資料：四国厚生支局「保険医療機関・保険薬局の管内指定状況等について（R6.1.5 現在）」

●年齢調整外来受療率（人口 10 万対）

年度		高血圧	脂質異常症	糖尿病
H20	徳 島 県	352.8	64.9	144.9
	全　　国	260.4	48.5	90.2
H26	徳 島 県	307.0	58.7	130.9
	全　　国	262.2	67.5	98.6
H29	徳 島 県	344.8	59.2	101.9
	全　　国	240.3	64.6	95.2
R2	徳 島 県	253.6	57.9	94.1
	全　　国	215.3	67.7	92.0

資料：厚生労働省「患者調査」

疾病の早期発見や生活習慣の改善のきっかけとなる健康診断・健康診査を受診することは重要ですが、国民生活基礎調査によると、徳島県における令和 4 年の健康診断・健康診査の受診率（40 歳から 74 歳まで）は 69.4%（全国 73.1%）と全国より低い状況となっています。平成 20 年度から実施されている各医療保険者による特定健康診査の令和 3 年度の受診率についても、52.8%と低い状況です。

②発症直後の救護、搬送等

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

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

厚生労働科学研究「市民による AED 等の一次救命処置のさらなる普及と検証体制構築の促進及び二次救命処置の適切な普及に向けた研究」（主任研究者　坂本哲也）（令和 3 年度）によると、AED は全国に推定約 67 万台普及している状況です。また、一般財団法人日本救急医療財団のデータによると、徳島県においては約 3,000 台（令和 3 年 7 月 1 日現在）普及している状況です。

令和 3 年度「救急・救助の現況」（消防庁）によると、心肺機能停止傷病者全搬送人員のうち令和 3 年に一般市民により除細動が実施された件数は 8 件（人口 10 万対 1.13 件）、全国 1,719 件（人口 10 万対 1.40 件）で、全国よりやや低い状況となっています。平成 16 年 7 月の厚生労働省医政局通知で、一般市民による AED の使用が認められた、平成 17 年以降は 17 年間で 102 件（全国 23,924 件）一般市民により除細動が実施されています。

また、一般市民が目撃した心原性心肺機能停止者のうち、一般市民の心肺蘇生実施率は 58.4%（全国 57.5%)となっています。

そして、令和 3 年における救急要請（覚知）から医療機関への収容までに要した平均時間は、46.5 分（全国 42.8 分）となっています。

③診断

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

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

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

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

④急性期の治療

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

徳島県における急性期医療を取り巻く状況として、救命救急センターを有する病院数は東部、南部、西部圏域で各 1 か所、心筋梗塞の専用病室（CCU）を有する病院数は県内で 1 か所、病床数は 5 床となっています。

治療に当たる専門医の状況は、循環器内科医師数は徳島県で 91 人、人口 10 万人あたり 12.8 人（全国 10.6 人）、心臓血管外科医師数は徳島県で 13 人、人口 10 万人あたり 1.8 人（全国 2.6 人）となっており、循環器内科医師数については全国より多い状況、心臓血管外科医指数については全国より少ない状況となっています。

●急性期医療体制の状況

		東部	南部	西部	徳島県
救命救急センターを有する医療機関数※１	H26	1	1	1	3
	H29	1	1	1	3
	R5※3	1	1	1	3
CCUを有する医療機関数 ※１	H26	2	1	0	3
	H29	2	0	0	2
	R4	1	0	0	1
CCUの病床数 ※１	H26	9	3	0	12
	H29	9	0	0	9
	R4	5	0	0	5
循環器内科医師数２	H26	60	16	3	79
	H30	66	23	3	92
	R2	64	22	5	91
心臓血管外科医師数※２	H26	12	5	0	17
	H30	7	7	0	14
	R2	6	7	0	13

資料：※１ 厚生労働省「医療施設調査」
※２ 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」
※３ 医療機関へ確認

ア　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 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、発症から血行再建までの時間が短いほど有効性が高くなっています。
　徳島県における治療の状況は、大動脈バルーンパンピング法が実施可能な医療機関は県内で 12 か所となっています。
　急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈形成手術数は県内で 1,678 件、虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術数は東部、南部圏域で 95 件となっており、症状や合併症等によっては冠動脈バイパス術(CABG)等の外科的治療が第一選択となることもあります。

●急性期医療の状況

		東部	南部	西部	徳島県
大動脈バルーンパンピングが実施可能な医療機関 ※１		9	2	1	12
急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈インターベンションの実施件数（算定回数）※２	H27	246	155	25	426
	R1	1,007	796	64	1,867
	R3	841	782	55	1,678
虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数（算定回数）※２	H27	35	64	0	99
	R1	32	72	0	104
	R3	45	50	0	95

資料：※１ 厚生労働省「令和５年８月１日現在　診療報酬施設基準」
※２ 厚生労働省「ＮＤＢ」

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

⑤疾病管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーション

心筋梗塞患者に対する心血管疾患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、発症した当日から患者の状態に応じ、運動療法、食事療法、患者教育等を実施します。

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多面的･包括的なリハビリテーションを多職種（医師・看護師・薬剤師・栄養士・理学療法士等）のチームにより実施します。

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、患者教育、運動療法、危険因子の管理等を含む、疾病管理プログラムとして実施されている点が、脳卒中等のリハビリテーションとは異なります。

徳島県で心血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数は県内３圏域で 19 か所となっています。

●心血管疾患リハビリテーションの実施状況

	東部	南部	西部	徳島県
心血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数	15	3	1	19

資料：厚生労働省「令和５年８月１日現在　診療報酬施設基準」

⑥急性期以後の医療

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及び再発予防のための、基礎疾患や危険因子（高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病等）の管理、患者教育、運動療法等の疾患管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーションが、退院後も含めて継続的に行われます。

また、患者だけでなく患者の周囲にいる者に対する再発時における適切な対応についての教育等も重要です。

令和 2 年患者調査によると虚血性心疾患の退院患者の平均在院日数は 4.1 日（全国 12.7 日）と全国と比較して短縮できている一方、在宅等生活の場[*2]に復帰した患者の割合は、令和 2 年の患者調査で 92.4%であり、平成 29 年の調査結果（93.9%）よりもやや低くなっています。

今後、地域連携クリニカルパス等の活用により在宅等生活の場に復帰する患者の割合の増加を目指します。徳島県においては令和４年５月に設立された「徳島心疾患地域連携ネットワーク」が中心となり作成した、県下統一の地域連携クリニカルパスの運用を推進しています。

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

●虚血性心疾患の退院患者の状況

		東部	南部	西部	徳島県 (平均値)
虚血性心疾患退院患者 平均在院日数	H26	10.2	5.3	2.2	8.2
	H29	5.2	3.8	2.5	4.5
	R2	4.7	2.6	17.9	4.1
在宅等生活の場に復帰した 虚血性心疾患患者の割合	H26	93.4	99.4	70.0	95.1
	H29	90.9	99.1	100.0	93.9
	R2	90.4	94.6	90.8	92.4

資料：厚生労働省「患者調査」

3　大動脈解離の現状

大動脈解離は、大動脈壁が二層に剥離し、二腔（真腔・偽腔）になった状態であり、突然の急激な胸背部痛、解離に引き続く動脈の破裂による出血症状、解離による分岐動脈の狭窄・閉塞による臓器虚血症状等、様々な症状をきたします。また、解離部位の大動脈径が拡大し、瘤形成を認めた場合には、解離性大動脈瘤と呼ばれます。

病期としては、発症 2 週間以内が急性期、3 か月以内が亜急性期、3 か月以降が慢性期とされています。慢性大動脈解離は、多くの場合、症状を有する急性大動脈解離を経ているため、あらかじめ診断がついていることがほとんどです。そのため、本計画においては主に急性大動脈解離について記載することとします。

(1)大動脈解離の疫学

大動脈瘤及び大動脈解離の継続的な医療を受けている患者数は「令和 2 年患者調査」によると全国で約 10.1 万人と推定されます。また、全国では年間約 1.9 万人が大動脈瘤および大動脈解離を原因として死亡し、死亡数全体の 1.3%を占めています。令和 4 年「人口動態調査」によると徳島県内における死亡順位の第 14 位（全国第 13 位）となっています。

急性大動脈解離は、死亡率が高く予後不良な疾患であり、発症後の死亡率は 1 時間毎に 1 から 2%ずつ上昇するといわれています。そのため、急性大動脈解離の予後改善のためには、迅速な診断と治療が必要です。

(2)大動脈解離の医療

①急性大動脈解離の診断

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、画像検査（エックス線検査、超音波検査、CT 等）等を行うことで、大動脈解離の範囲を含めた、正確な診断が可能になります。

大動脈解離は、解離の範囲により、上行大動脈に解離が及んでいる Stanford A 型と上行大動脈に解離が及んでいない Stanford B 型に分類されます。A 型と B 型では、基本的な治療方針が異なるため、解離の範囲の評価は、適切な治療方針を決定する上で重要です。

②急性大動脈解離の治療

厳格な降圧を中心とした内科的治療と、大動脈人工血管置換術等の外科的治療のどちらを選択するかは、予後を左右する最も重要な判断となります。解離の部位、合併症の有無等に基づき、治療法が選択されます。

ア　Stanford A 型急性大動脈解離は、内科的治療の予後が極めて不良であるため、緊急の外科的治療の適応となる事が多いですが、全身状態等によっては外科的治療非適応となることもあります。

イ　Stanford B 型急性大動脈解離は、A 型急性大動脈解離よりも自然予後が良いため、内科的治療が選択されることが多いですが、合併症を有する場合等には、外科的治療が必要となります。また、近年、合併症を有する B 型急性大動脈解離に対する、ステントグラフトを用いた血管内治療の有効性が報告されており、外科的治療に代わって血管内治療が選択されることもあります。

③疾患管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーション

大動脈解離患者に対する心血管疾患リハビリテーションでは、術後の廃用性症候群の予防や、早期の退院と社会復帰を目指すことを目的に、運動療法、食事療法、患者教育等を含む、多職種による多面的・包括的なリハビリテーションを実施します。外科的治療の有無、解離の部位、合併症の状態等の患者の状態に応じた、適切な心血管疾患リハビリテーションを実施することが重要です。

④急性期以後の医療

発症から 2 週間以上経過した、大動脈解離の予後は良好であり、Stanford A 型、B 型共に、再解離の予防を目標とした、降圧療法を中心とした内科的治療が行われますが、大動脈径の拡大等を認める場合には、外科的治療が必要となることもあります。

第２　医療体制の構築に必要な事項

１　目指すべき方向

前記「第１　心筋梗塞等の心血管疾患の現状」を踏まえ、心筋梗塞等の心血管疾患を発症しても、適切な治療をうけ、日常生活の場に復帰できるよう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。そして、心筋梗塞等の心血管疾患の重症化・死亡を防ぎ、健康寿命が延伸することを最終目標とします。また併せて、急性心筋梗塞については、急性期における迅速な専門的治療の開始が重要であることから、特に県南、県西部における地域の医師確保等を強力に推進し、1.5 次保健医療圏をはじめ、少しでも身近な地域において急性期医療が提供できる体制の構築を目指します。

(1)心筋梗塞等の心血管疾患の発症予防
①心筋梗塞等の心血管疾患に対する正しい知識の普及啓発
②LDL コレステロールの高値、高血圧、肥満等、動脈硬化を引き起こすようなリスクに繋がる生活習慣（喫煙、運動不足　等）の改善
③生活習慣病の予防及び、早期発見に資する特定健診の受診率向上を推進

(2)発症後、速やかな救命処置の実施と搬送が可能な体制
①周囲の者による速やかな救急要請及び心肺蘇生法(CPR)の実施
②専門的な診療が可能な医療機関への迅速な搬送

(3)発症後、速やかに疾患に応じた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
②専門的な診療が可能な医療機関間の円滑な連携

(4) デジタル技術を含む新たな技術の活用
① 効率的な医療機関間・地域間連携を推進
② 医療者の労務環境の改善や業務の効率化等に係る取組

(5)合併症予防や在宅復帰を目的とした心血管疾患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血管疾患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、多面的・包括的なリハビリテーションを実施

(6)急性期以後の医療機関における診療及び在宅医療の強化
①急性期以後の転院先となる病院や在宅医療の医療提供体制の強化と、デジタル技術を活用した診療の拡充により、急性期病院からの円滑な診療の流れを実現
②在宅療養における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、緩和ケア等の実施
③再発予防のための定期的専門的検査の実施

(7)新興感染症の発生・まん延時における体制

①感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても、循環器病患者を救急現場から急性期医療を提供できる医療機関に、迅速かつ適切に搬送可能な体制

②感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても、地域の医療資源を有効に活用するための体制

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

心筋梗塞等の心血管疾患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、脂質異常症、喫煙、糖尿病等の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

③関係者に求められる事項

(住民)

・発症予防のために、高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病、メタボリックシンドローム、ストレスなどの危険因子について知り、健康診断、健康診査の受診と生活習慣の改善を行うこと

(行政等)

・心筋梗塞等の心血管疾患の発症予防について啓発を行うこと

・健康診断・健康診査の受診に向けた啓発、受診勧奨を行うこと

(2)応急手当・病院前救護の機能【救護】

①目標

心筋梗塞等の心血管疾患の疑われる患者が、できるだけ早期に疾患に応じた専門的な診療が可能な医療機関に到着できること

②関係者に求められる事項

（住民）

・発症後速やかに救急要請を行うこと

・心肺停止が疑われる者に対して、AED の使用を含めた救急蘇生法等適切な処置を実施すること

・機会をとらえて AED の使用を含めた救急蘇生法等の習得に努めること

（救急救命士を含む救急隊員）
・徳島県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）に則し、薬剤投与等の特定行為を含めた救急蘇生法等、適切な観察・判断・処置を実施すること
・急性期医療を担う医療機関へ速やかに搬送すること
（行政等）
・AED の使用を含めた救急蘇生法等の普及啓発を行うこと

(3)救急医療の機能【急性期】
①目標
・患者の来院後速やかに初期治療を開始するとともに、30 分以内に専門的な治療を開始すること
・合併症や再発の予防、在宅復帰のための心血管疾患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、エックス線検査、CT 検査、心臓カテーテル検査、機械的補助循環装置等必要な検査及び処置が 24 時間対応可能であること
・ST 上昇型心筋梗塞の場合、冠動脈造影検査および適応があれば PCI を行い、来院後 90 分以内の冠動脈再疎通が可能であること
・慢性心不全の急性増悪の場合、状態の安定化に必要な内科的治療が可能であること
・呼吸管理、疼痛管理等の全身管理や、ポンプ失調、心破裂等の合併症治療が可能であること
・虚血性心疾患に対する冠動脈バイパス術や大動脈解離に対する大動脈人工血管置換術等の外科的治療が可能又は外科的治療が可能な施設との連携体制がとれていること
・電気的除細動、機械的補助循環装置、緊急ペーシングへの対応が可能であること
・運動耐容能などに基づいた運動処方により合併症を防ぎつつ、運動療法のみならず多面的・包括的なリハビリテーションを実施可能であること
・抑うつ状態等の対応が可能であること
・回復期（あるいは在宅医療）の医療機関と診療情報や治療計画を共有する等して連携していること、またその一環として再発予防の定期的専門的検査を実施すること
③対応する医療機関
・救急救命センターを有する病院
・心臓内科系集中治療室（CCU）等を有する病院
・心筋梗塞等の心血管疾患に対する急性期医療を担う病院又は有床診療所

(4)疾病管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーションを実施する機能【回復期】

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
・急性期病院と地域連携クリニカルパスを活用し連携を行い、合併症や再発の予防、在宅復帰のための心血管疾患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
・在宅等生活の場への復帰を支援すること
・患者に主体的に治療や再発予防リハビリテーションに取り組むことができるよう支援すること

②医療機関に求められる事項

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

・運動耐容能を評価の上で、運動療法、食事療法、患者教育等の心血管疾患リハビリテーションが実施可能であること
・再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態等の対応等が可能であること
・心電図検査、電気的除細動等急性増悪時の対応が可能であること
・地域連携クリニカルパス及び患者連携手帳等を活用し、患者が主体的に治療、リハビリテーションに取り組むことができるよう支援するとともに、心筋梗塞等の心血管疾患の再発や重症不整脈等の発症時における対応法について、患者及び家族への教育を行っていること
・合併症併発時や再発時に緊急の内科的・外科的治療が可能な医療機関と連携していること
・急性期の医療機関及び二次予防の医療機関と地域連携クリニカルパスを活用し、診療情報や治療計画を共有する等して連携していること
・担当の両立支援コーディネーターを配置し、産業医などの治療と仕事の両立支援に係る人材と連携し、心血管疾患患者の就労支援を推進させ、生活の質の向上を目指すこと

③対応する医療機関

・内科、循環器科又は心血管外科を有する病院又は診療所

(5)再発予防の機能【再発予防】

①目標

・回復期病院と地域連携クリニカルパスを活用し連携を行い、再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施すること
・患者が在宅療養を継続できるよう支援すること

②医療機関に求められる事項

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

・再発予防のための治療や基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態への対応が可能であること
・地域連携クリニカルパス及び患者連携手帳等を活用し、患者が主体的に治療、リハビリテーションに取り組むことができるよう支援するとともに、再発予防等に関し必要な知識を教えること
・緊急時の除細動等急性増悪時への対応が可能であること

・合併症併発時や再発時に緊急の内科的・外科的治療が可能な医療機関と連携していること
・急性期の医療機関や介護保険サービス事業所等と再発予防の定期的専門的検査、合併症併発時や再発時の対応を含めた診療情報や治療計画を共有する等して連携していること
・在宅での運動療法、再発予防のための管理を、医療機関と訪問看護事業所・かかりつけ薬剤師・薬局が連携し実施出来ること

③対応する医療機関
・内科又は循環器内科を標榜する病院又は診療所
・訪問看護事業所・薬局

第３　数値目標

数値目標項目	直近値	令和11年度末目標値
喫煙率☆★ (県民健康栄養調査)	成人男性 29.4% 成人女性　6.5% （R4)	成人男性 18% 成人女性　3%
心疾患年齢調整死亡率 （人口10万対）★ （人口動態特殊報告）	男性　171.9 女性　108.2 (R2)	男性　156.4 女性　98.5
特定健康診査受診 ★◇ (特定健康診査特定保健指導にかかるデータ)	52.8% (R3)	70%以上
一般市民が目撃した心原性心肺機能停止者のうち、一般市民が心肺蘇生を実施した割合 (救急・救助の現況)	58.4% (R3)	65%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
◇「徳島県における医療費の見通しと適正化に向けた取組み」における目標

第４　心筋梗塞等の心血管疾患におけるロジックモデル

番号	個別施策		番号	中間アウトカム		番号	分野アウトカム	

【予防】

1	心筋梗塞等の心血管疾患に関する知識の普及啓発		1	心筋梗塞等の心血管疾患の発症を予防できている		1	心筋梗塞等の心血管疾患の重症化・死亡を防ぎ、健康寿命が延伸する	
	指標	県民公開講座の実施回数（※独自）		指標	虚血性心疾患により救急搬送された患者数			
2	健康診断、健康診査受診に関する受診勧奨、普及啓発					1	指標	心疾患患者年齢調整死亡率
	指標	特定健康診査の実施率					指標	健康寿命
	指標	特定保健指導の実施率						
3	危険因子の管理							
	指標	喫煙率						
	指標	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率						
	指標	脂質異常症患者の年齢調整外来受療率						
4	県民が広く心筋梗塞等の心血管疾患に関して相談ができる体制の整備							
	指標	脳卒中・心臓病等総合支援センターにおける相談件数（※独自）						

【救護】

5	心筋梗塞等の心血管疾患の症状や突然の症状出現時の緊急受診の必要性に関する普及啓発		2	発症後速やかに専門的な診療が可能な医療機関に到着できている				
	指標	脳卒中・心臓病等総合支援センターにおける相談件数（再掲）（※独自）		指標	救急要請（覚知）から医療機関への収容までに要した平均時間			
6	ＡＥＤの使用を含めた救急蘇生法等の普及啓発							
	指標	心肺機能停止傷病者全搬送人員のうち、一般市民による除細動の実施件数						

番号	個別施策		番号	中間アウトカム		番号	分野アウトカム	

【急性期】

7	心筋梗塞等の心血管疾患の急性期医療に対応できる体制の整備		3	病院到着後速やかに初期治療を受けられるとともに、30分以内に専門的な治療を受けられる	
	指標	循環器内科医師数		指標	急性心筋梗塞患者に対するPCI実施率
	指標	心血管外科医師数		指標	PCIを施行された急性心筋梗塞患者数のうち、90分以内の冠動脈再開通割合
	指標	心臓内科系集中治療室（CCU)を有する医療機関数・病床数		指標	虚血性心疾患に対する心血管外科手術件数
	指標	心臓血管外科手術が実施可能な医療機関数		指標	大動脈疾患患者に対する手術件数

【回復期】

8	病期に応じたリハビリテーションの実施ができる体制整備		4	合併症や再発の予防、在宅復帰のための心血管疾患リハビリテーションを受けられる		2	心筋梗塞等の心血管疾患を発症しても、適切な治療をうけ、日常生活の場に復帰できる	
	指標	心大血管リハビリテーション料届け出医療機関数		指標	入院心血管リハビリテーションの実施件数（再掲）		指標	在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患・大動脈疾患患者の割合
				指標	外来心血管リハビリテーションの実施件数			
			5	クリニカルパスの活用				
				指標	地域連携クリニカルパスの活用件数			

【慢性期】

9	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た医療が受けられる体制整備		6	在宅療養を継続できるような支援を受けられる	
	指標	両立支援コーディネータ基礎研修の受講者数		指標	心血管疾患患者における地域連携計画作成等の実施件数
10	指標	心血管疾患に対する療養・就労両立支援の実施件数	7	クリニカルパスの活用	
	指標	心血管疾患における介護連携指導の実施件数		指標	地域連携クリニカルパスの活用件数(再掲)
11	緩和ケアに対応できる体制整備				
	指標	心不全緩和ケアトレーニングコース受講人数			

番号	個別施策

番号	中間アウトカム

番号	分野アウトカム

【再発・重症化予防】

12	心血管疾患の再発・重症化予防を行うための体制整備	
	指標	心血管患者の重篤化を予防するためのケアに従事している看護師数
	指標	入院心血管リハビリテーションの実施件数（再掲）
	指標	外来心血管リハビリテーションの実施件数(再掲)
13	誤嚥性肺炎等の合併症の発症を予防するための体制整備	
	指標	歯周病専門医が在籍する医療機関数
14	再発予防の定期的専門的検査の実施	

8	再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を受けられる	
	指標	特定健診・特定保健指導の受診率（再掲）
	指標	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率
	指標	脂質異常症患者の年齢調整外来受療率

心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制

医療機能

発症

救急要請

救急搬送

救急医療

○来院後30分以内の専門的治療開始

○急性期の心血管疾患リハビリテーション実施

○再発予防の定期的専門検査の実施

救命救急センター
急性期の医療を行う病院

経過観察・合併症併発・再発の連携

退院時連携

心血管疾患リハビリテーション

○回復期の心血管疾患リハビリテーション実施

○再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理

○在宅等への復帰支援

リハビリテーション病院
病院（回復期リハ病棟）

再発予防

○再発予防治療

○基礎疾患・危険因子の管理

○在宅療養の継続支援

診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護事業所

退院、通院、在宅療養支援

在宅等での生活

サ高住、ケアハウス、有料老人ホーム等
多様な居住の場を含む

発症予防

○ 心筋梗塞等の心血管疾患の発症予防

徳島大学病院脳卒中・心臓病等総合支援センター

相談窓口、県民公開講座、患者・家族のピアサポート、院内外の多職種連携及び関係機関の連携強化　等

時間の流れ

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　受療の状況

本県における糖尿病の受療率（人口 10 万対）は、入院、外来ともに、全国平均を上回っています。

また、糖尿病の退院患者の平均在院日数（令和 2 年患者調査）は、92.9 日と全国の 30.6 日と比較して非常に長くなっています。

●糖尿病受療率（人口 10 万対）の年次推移

区　分	徳　島　県						全　　国		
	入院		外来		合計		入院	外来	合計
		順位		順位		順位			
令和 2年	27	3	194	19	221	9	12	170	182
平成29年	27	4	221	7	248	5	15	177	192
平成26年	27	8	250	4	277	3	16	175	191
平成23年	43	4	269	2	312	1	19	166	185
平成20年	39	2	252	2	291	2	20	147	167
平成17年	52	1	262	1	314	1	24	158	182

資料：厚生労働省「患者調査」（注）「受療率」：1 日当たりの患者数（人口 10 万対）

２　糖尿病患者等の状況

令和 2 年の患者調査によると、糖尿病総患者数は、約 3 万人（4.2%）で、平成 29 年の約 2.2 万人（3.0%）と比べると増加しています。

また、令和 2 年度の特定健診受診者に占める糖尿病有病者の割合は、男性が 10.0%、女性が 5.3%となっており、平成 28 年度（男性 9.3%、女性 4.8%）と比較して増加しています。

「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）」については、令和 4 年に実施した県民健康栄養調査では、血液検査を実施しなかったため確認できず、平成 28 年のものが最新となります。

●参考：糖尿病有病者・予備群の推計

平成28年	県推計人口	有　病　者		予　備　群		合　　計	
男性	219,607	2.3万人	10.6%	3.4万人	15.3%	5.7万人	25.9%
女性	260,087	2.6万人	10.0%	4.2万人	16.2%	6.8万人	26.2%
合計	479,694	4.9万人	10.3%	7.6万人	15.8%	12.5万人	26.1%
平成22年	県推計人口	有　病　者		予　備　群		合　　計	
男性	217,462	2.4万人	10.9%	2.6万人	12.0%	5.0万人	22.9%
女性	260,335	2.9万人	11.0%	2.9万人	11.1%	5.8万人	22.0%
合計	477,797	5.3万人	11.0%	5.5万人	11.5%	10.8万人	22.4%

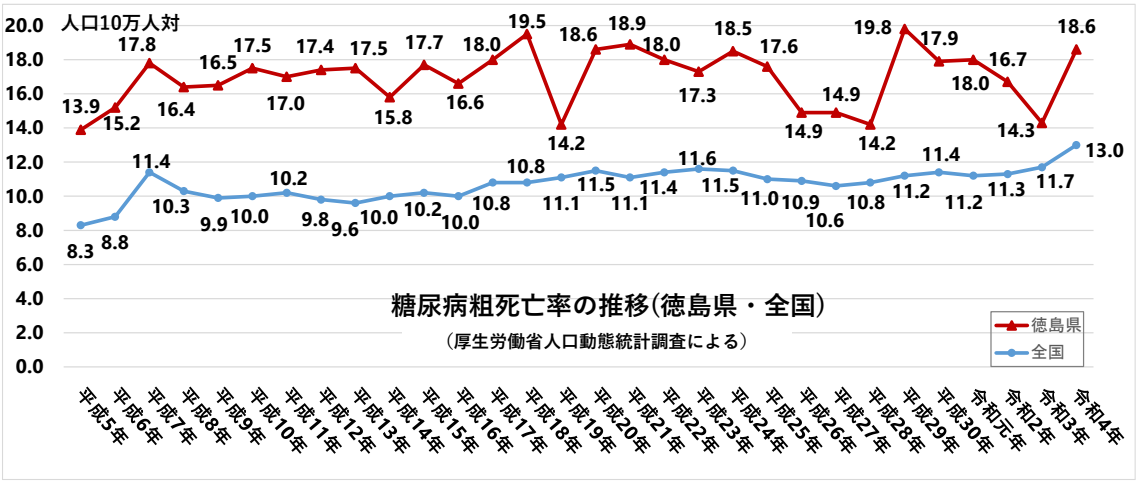
資料：徳島県「平成 22 年県民健康栄養調査」（注）「県人口」：40 歳以上人口（H22.4.1）
徳島県「平成 28 年県民健康栄養調査」（注）「県人口」：40 歳以上人口（H28.10.1）

3　死亡の状況

糖尿病死亡率については、平成 5 年以来（平成 19 年除く）、全国ワースト 1 位が続き、平成 26～28 年はワースト 1 位を脱却したものの、平成 29 年及び令和元年はワースト 1 位となりました。令和 2 年からは 3 年連続でワースト 1 位は脱却しています。

令和 4 年人口動態統計における糖尿病死亡数は男性 72 人、女性 58 人、合計 130 人であり、粗死亡率（人口 10 万対）は 18.6 となり、前年より 4.3 ポイント増加しています。

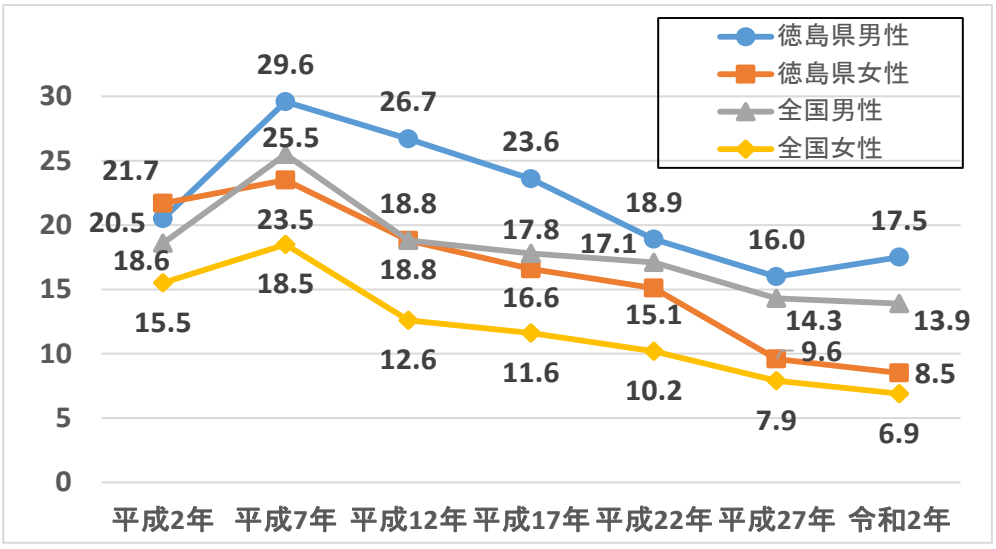
●糖尿病死亡率の年次推移（人口 10 万対）



資料：厚生労働省「人口動態統計」

また、年齢構成による要因を調整した「年齢調整死亡率」では、令和 2 年は、平成 27 年と比べると、男性は増加、女性は減少しています。

●年齢調整死亡率の推移（人口 10 万対）



資料：厚生労働省「人口動態統計特殊報告」

4　糖尿病の医療

(1)予防・健診・保健指導

2 型糖尿病の発症に関連がある生活習慣は、食習慣、運動習慣、喫煙、飲酒習慣等であり、発症予防には、「バランスのとれた食生活」や「適度な運動習慣」等の生活習慣の改善が重要です。

また、個人の糖尿病のリスクを把握することや糖尿病の早期発見・早期治療による重症化予防につなげるためには、特定健康診査等の定期的な健診受診や、健診の結果を踏まえた保健指導による適切な生活習慣の改善、治療が必要な者に対しては受診を促すことなどが重要となります。

本県では、県医師会に設置された「生活習慣病予防対策委員会」を中心に関係機関が連携し、地域と医療が連携した糖尿病対策に取り組むとともに、「健康とくしま応援団」の募集・登録、阿波踊り体操や健康課題に応じた各種レシピ集を始めとした「健康サポートツール」の開発・普及啓発等、県民総ぐるみによる「健康とくしま運動」を全県的に展開するなど、県を挙げた糖尿病克服対策を推進しています。

(2)診断・治療の状況

人工透析を必要とする糖尿病性腎症や失明の原因となる糖尿病網膜症等の糖尿病合併症は、生活の質を低下させるため、糖尿病患者を的確に診断し、重症化予防の観点から、早期に治療を開始することが重要です。

しかしながら、糖尿病の早期介入に重要な要素となる健康診査の受診率は、令和 4 年国民生活基礎調査によると 62.6%（全国 69.2%）と全国より低い状況です。

また、初めて糖尿病と診断された場合においても、すでに糖尿病性腎症、糖尿病網膜症等を合併していることがあるため、尿検査や眼底検査など糖尿病合併症の発見に必要な検査の実施や診断時から各診療科との連携を図るなど、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地域と医療の連携体制の推進が、ますます重要性を増しているところです。

その他、周囲の人が糖尿病患者に対するスティグマを解消し、患者が前向きに治療に取り組める環境の整備も重要です。

本県では、平成 20 年度以降、県内の市町村において、特定健康診査の結果、糖尿病が強く疑われる者については、地域保健師との連携パスを用い、「初期・安定期治療医療機関」へつなげる取組を進めるとともに、「初期・安定期治療医療機関」と「専門治療医療機関」等の医療連携を推進するため「糖尿病連携手帳」等の活用促進とともに、普及拡大に努めています。

また、関係機関と連携し、糖尿病専門医をはじめとする各種認定資格（表：糖尿病診療の状況参照）の取得促進を通じて、医療従事者の資質向上を図ることにより、多職種連携による糖尿病診断・治療の質の確保に努めています。

さらに、これまで、糖尿病の合併症の 1 つと言われてきた歯周病についても、互いに悪化因子となることから、医科歯科連携を促進するための「歯科用パス」等を普及し、歯周病と血糖コントロールの双方向が改善するための連携を進めています。

●糖尿病診療の状況

		総　数	東　部	南　部	西　部
糖尿病専門医（日本糖尿病学会）	※1	44	35	9	0
糖尿病内科（代謝内科）の医師数	※2	104	83	19	2
糖尿病認定医（日本糖尿病協会）	※3	83	70	6	7
糖尿病登録医（日本糖尿病協会）	※3	42	35	1	6
糖尿病認定医（徳島県医師会）	※4	196	154	29	13
糖尿病協会登録歯科医師	※3	52	29	16	7
歯周病専門医の在籍する歯科医療機関（日本歯周病学会）	※5	13	10	1	2
糖尿病療養指導士（認定機構）	※6	178	124	42	12
徳島県糖尿病療養指導士（徳島県医師会）	※4,7	743	550	129	64
糖尿病認定看護師（日本看護協会）	※8	30	21	3	1
糖尿病内科(代謝内科)を標榜する医療機関	※9	23	17	4	2
糖尿病教室等の患者教育を実施する医療機関	※10	47	33	9	5
糖尿病の教育入院をする医療機関	※10	79	53	16	10
1型糖尿病に対する専門的治療を行う医療機関(ｲﾝｽﾘﾝﾎﾟﾝﾌﾟ治療実施医療機関)	※10	30	22	4	4

※1：「日本糖尿病学会」ホームページより（令和 5 年 11 月現在）
※2：厚生労働省「R2 医師・歯科医師・薬剤師統計」
※3：「日本糖尿病協会」ホームページより（令和 5 年 11 月現在）
※4：「徳島県医師会調べ」（令和 5 年 8 月現在）
※5：「日本歯周病学会」ホームページより（令和 5 年 12 月現在）
※6：「日本糖尿病療養指導士認定機構」ホームページより（令和 5 年 8 月現在）
※7：施設に所属していない 37 名を除く
※8：「日本看護協会」ホームページより（令和 4 年 12 月現在）
　　医療圏ごとの人数は登録情報非公開の者を除く
※9：厚生労働省「R2 医療施設調査（静態）」
※10：徳島県「医療施設機能調査」

(3)合併症の治療

①合併症の状況

（一社）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、本県の令和 3 年の新規人工透析導入者 325 人中、糖尿病性腎症が原因となっているものは 122 人と 37.5%を占め、その割合は全国(40.2%)と比べると低値となっていますが、本県独自に人口 100 万対による全国比較を算出すると全国ワーストクラスで多い現状です。

糖尿病患者における糖尿病性腎症の予防や重症化を抑制することは、患者の生命予後や QOL にとって重要であり、「未治療者」や「治療中断者」対策の更なる強化が必要です。

また、糖尿病足病変は下肢切断に至り、QOL の著しい低下につながります。本県の令和 3 年の新規下肢切断術の年間件数は 62 件で、本県独自に人口 10 万　人対による全国比較を算出すると全国ワーストクラスとなっております。

さらに、超高齢社会が進行する本県においては、認知症や身体機能低下（サルコペニア、フレイル、低栄養等）を合併した「高齢者糖尿病」の特徴を考慮し、安全かつ有効な糖尿病治療を行うことで、合併症の予防だけでなく、心身機能や QOL を保つことが求められています。

そこで、本県においては、平成 29 年 3 月、徳島県医師会、徳島県医師会糖尿病対策委員会（徳島県糖尿病対策推進会議）、徳島県保険者協議会、徳島県の 4 者が共同で「徳島県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定（令和 7 年 3 月改定）し、従来の特定健康診査・特定保健指導の推進はもとより、糖尿病性腎症が進行するリスクの高い方に対する医療機関への受診勧奨やかかりつけ医と連携した保健指導の実施等を通じて、糖尿病の重症化を防ぎ、人工透析への移行の防止につなげるなど、糖尿病患者の早期治療と生涯を通じた適切な治療を継続するための支援体制の充実・強化を目指しています。

●糖尿病性腎症による令和 3 年の新規導入透析患者（平成 28 年との比較）

区　　分	徳　島　県		全　　国	
	R3	H28	R3	H28
糖尿病性腎症	122 (37.5%)	131 (36.7%)	15,271 (40.2%)	16,103 (43.2%)
新規導入透析患者総数	325	357	37,952	37,252

資料：「（一社）日本透析医学会」

（注）：%については、新規導入透析患者総数に占める糖尿病性腎症の割合

●糖尿病患者の新規下肢切断術件数

	徳 島 県		全　　国	
	件数	割合 (人口10万対)	件数	割合 (人口10万対)
新規下肢切断術	62	8.71	6,015	4.79

資料：厚生労働省「R3 年度ＮＤＢ」

（注）：割合については、令和 3 年 10 月 1 日現在の人口推計を用いて算出

②合併症の診療

合併症の診療施設の状況は次のとおりです。

●糖尿病合併症における診療の状況

	総　数	東　部	南　部	西　部
急性合併症の治療を行う医療機関	49	33	9	7
糖尿病網膜症の治療が可能な医療機関	37	28	5	4
糖尿病足病変に関する指導を実施する医療機関　※(糖尿病合併症管理料届出医療機関)	25	19	2	4
フットケアを実施している医療機関	86	67	13	6
人工透析実施医療機関	34	23	7	4

資料：徳島県「R5 医療施設機能調査」

※は「四国厚生支局届出医療機関数」(R6.1)

5　圏域における医療について

糖尿病患者の糖尿病治療・管理を目的とした外来受療動向を 3 圏域別にみると、どの圏域においても約 9 割の患者が、居住地の圏域の医療機関を受診しています。一方、糖尿病患者の入院（糖尿病の治療・管理以外を目的とした入院も含む）を圏域別に見ると、東部に比べ、南部、西部においては、居住地の圏域内での入院割合が低くなっています。

糖尿病は慢性疾患であり、外来治療が中心となるため、身近な医療機関で合併症の診療や患者教育も含めた医療体制整備を目指すとともに、医療従事者の資質向上を図ることにより、多職種連携による医療サービスが継続して実施できるよう努めることが重要となります。

●糖尿病患者の圏域別受療動向

		医療機関所在地（外来）		
		東　部	南　部	西　部
居住地	東　部	97.2%	2.3%	0.5%
	南　部	10.5%	89.5%	0.0%
	西　部	9.5%	0.4%	90.0%
		医療機関所在地（入院）		
		東　部	南　部	西　部
居住地	東　部	92.6%	6.4%	1.0%
	南　部	27.8%	72.2%	0.0%
	西　部	26.3%	2.7%	70.0%

資料：厚生労働省「R3 年度ＮＤＢ」

第２　医療機関とその連携

1　目指すべき方向

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

(1)糖尿病の予防が可能な体制
①適切な食習慣、適度な身体活動等の生活習慣の改善に関する取組を実施
②特定健康診査・特定保健指導の実施

(2)糖尿病の治療・重症化予防が可能な体制
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を目指した治療の実施

(3)専門的治療を必要とする患者への対応や急性合併症の治療が可能な体制
①教育入院等による、様々な職種の連携によるチーム医療の実施
②1 型糖尿病や妊娠糖尿病・糖尿病合併妊娠等に対する専門的な治療の実施
③急性合併症の治療の実施

(4)慢性合併症の発症予防・治療・重症化予防が可能な体制

(5)他疾患の治療のために入院中の患者の血糖管理を行う体制

(6)地域と連携した在宅療養支援が可能な体制

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(8)に示します。

(1)糖尿病を予防する機能【予防】

①目標

・生活習慣の改善等により糖尿病発症のリスクを低減すること
・特定健康診査・特定保健指導や検診後の受診勧奨を実施すること

②関係者に求められる事項

（行政・保険者）

・適切な食生活、適度な身体活動をはじめとする生活習慣の改善等により糖尿病発症のリスクを低減させる取組を実施すること
・禁煙希望者に対する禁煙支援や受動喫煙の防止等のたばこ対策に取り組むこと
・国民や患者に対し、糖尿病や合併症に関する情報発信や、正しい知識の普及啓発を行うこと
・保険者は特定健康診査・特定保健指導を実施すること
・検診受診後に受診勧奨値を超える者が確実に医療機関を受診するよう連携体制を構築すること
・糖尿病対策推進会議等を活用し、関係団体等と連携して糖尿病対策を推進すること

（医療機関）

・検診受診後の受診勧奨等により医療機関を受診した対象者に対し、適切な検査や糖尿病発症予防のための指導を行うこと

③対応する関係者

・市町村の健康増進担当課や国保担当課、高齢者医療担当課、介護保険担当課等
・県の健康づくり主管課や国保主管課、医療政策主管等及び保健所
・市町村国民健康保険・被用者保険・後期高齢者医療広域連合等保険者
・一次医療機関等

(2)糖尿病の重症化予防のための初期・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等の指導を実施すること
・良好な血糖コントロール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。

・糖尿病の診断及び患者や家族等に対する専門的指導が可能であること
・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
・外来栄養食事指導や外来療養指導等の指導を行える体制があること
・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
・高血圧症、脂質異常症の治療や禁煙指導等、包括的な危険因子の管理を行うこと
・低血糖時及びシックデイの対応が可能であること
・糖尿病の発症初期から定期的に慢性合併症の検査を行うとともに、継続的な眼科受診、歯科受診を促すこと
・関連学会で整理された紹介基準等も踏まえて適切に専門医療機関を紹介すること
・専門的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連携が図られていること
・健診受診後の受診勧奨により医療機関を受診した対象者に対する適切な対応等、糖尿病の発症予防の取組と連携した医療を行うこと
・高齢者糖尿病の管理に関しては、在宅医療や訪問看護、介護サービス等を行う事業者等との連携が可能であること
・糖尿病対策推進会議や糖尿病性腎症重症化予防プログラム等、保険者や関係団体等と連携した取組を実施していること
・糖尿病の動向や治療の実態を把握するための取組を行っていることが望ましい

③対応する医療機関

・日本糖尿病学会が認定する糖尿病専門医または徳島県医師会が認定する徳島県医師会糖尿病認定医が週 3 日以上勤務している医療機関
・自院で、糖尿病教室や管理栄養士による指導または徳島県栄養士会栄養ケアステーションの活用、指導実施機関との連携により栄養指導等を実施する医療機関
・血糖コントロールが難しい事例については「専門治療」医療機関と連携すること
・急性・慢性合併症治療を行う医療機関、歯科診療所及び予防を行う関係者と連携すること

(3)専門的治療を必要とする患者への対応を行う機能【専門的治療】

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
・1 型糖尿病や妊娠糖尿病・糖尿病合併妊娠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。

- 75gOGTT、HbA1c、インスリン分泌能、合併症の検査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、運動療法を実施するための設備があること
- 外来栄養食事指導や外来療養指導、糖尿病透析予防指導等の指導を行える体制があること
- 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
- 1 型糖尿病に対する専門的な治療が可能であること
- 糖尿病患者の妊娠に対応可能であること
- 糖尿病の初期・安定期治療を行う医療機関及び急性・慢性合併症の治療を行う医療機関等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
- 定期的に慢性合併症の検査を行うとともに、継続的な眼科受診、歯科受診を促すこと
- 高齢者糖尿病の管理に関しては、在宅医療や訪問看護、介護サービス等を行う事業者等との連携が可能であること
- 糖尿病対策推進会議や糖尿病性腎症重症化予防プログラム等、保険者や関係団体等と連携した取組を実施していること
- 糖尿病の動向や治療の実態を把握するための取組を行っていることが望ましい

③対応する医療機関

- 日本糖尿病学会が認定する糖尿病専門医が週 3 日以上勤務している医療機関
- 糖尿病教育入院または糖尿病教室を実施する医療機関
- 糖尿病の予防・治療を行う医療機関及び急性・慢性合併症治療を行う医療機関、歯科診療所、眼科等と連携すること

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

(4)急性合併症の治療を行う機能【急性合併症治療】

①目標

- 糖尿病昏睡等急性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。

- 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
- 糖尿病の初期・安定期治療を行う医療機関、専門的治療を行う医療機関及び慢性合併症の治療を行う医療機関等と診療情報や治療計画を共有するなど連携が図られていること

③対応する医療機関
・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、または地域の基幹救急対応医療機関
・救急対応医療機関
・地域の医療機関と連携を図っていること

(5)慢性合併症の発症予防・治療・重症化予防を行う機能【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
・糖尿病の慢性合併症の発症予防・重症化予防のための検査・指導及び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。
・糖尿病の慢性合併症（糖尿病網膜症、糖尿病性腎症、糖尿病性神経障害等）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・網膜剥離の手術等が実施可能であること
・糖尿病性腎症の場合、尿一般検査、尿中アルブミン排泄量検査、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
・外来栄養食事指導や外来療養指導、糖尿病透析予防指導等の指導を行える体制があること
・糖尿病の初期・安定期治療を行う医療機関、専門的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等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
・人工透析を必要とする糖尿病性腎症への対応が可能な医療機関
・眼科（網膜光凝固術等が必要な場合は実施可能な眼科と連携する）
・フットケア（糖尿病足病変の治療）を実施している医療機関
・地域の医療機関と連携を図っていること

(6)他疾患の治療のために入院中の患者の血糖管理を行う機能【他疾患治療中の血糖管理】
①目標
・周術期や感染症入院時等、他疾患の治療のために入院中の患者の血糖値を把握し適切な血糖値管理を行うための体制整備を行うこと
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準じた診療を実施していることが求められます。
・75gOGTT、HbA1c をはじめ、糖尿病の血糖管理評価に必要な検査が実施可能であること
・専門的な経験を持つ医師の主導で、各専門職種により、食事療法、運動療法、薬物療法等を組み合わせ、入院中の患者の血糖管理を適切に行う体制が構築され、実施されていること
・食事療法、運動療法を実施するための設備があること

・糖尿病の初期・安定期治療を行う医療機関、専門的治療を行う医療機関及び急性・慢性合併症の治療を行う医療機関等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
・退院時に、在宅医療や訪問看護、介護サービス等を行う事業者等との連携が可能であること

③対応する医療機関
・日本糖尿病学会が認定する糖尿病専門医または日本糖尿病協会が認定する糖尿病認定医、登録医、または徳島県医師会が認定する徳島県医師会糖尿病認定医が週 3 日以上勤務している医療機関で、入院中の患者に適切な血糖値管理を行うための体制が整備されていること
・日本看護協会が認定する糖尿病認定看護師が在籍していることが望ましい

(7)地域や職域と連携する機能【連携】

①目標
・糖尿病患者に対し、質の高い糖尿病診療の提供と生活習慣の改善が継続的に図られるよう、地域の医療機関、市町村、保険者、関係団体等と連携すること

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及び「徳島県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に準じて連携していることが求められる。
・市町村や保険者から保健指導を行う目的で情報提供等の協力の求めがある場合、患者の同意を得て、必要な協力を行っていること
・地域で予防・健康づくりの取組を行う保健師や管理栄養士等と連携・協力すること等により、糖尿病の発症予防とも連携した医療を行うこと
・健診受診後の受診勧奨により医療機関を受診した対象者に対し、検査、治療及び指導等の適切な対応を行う等、糖尿病の発症予防の取組と連携した医療を行うこと
・糖尿病の発症予防、重症化予防を行う市町村及び保険者、薬局等の社会資源と情報共有や協力体制を構築するなどして連携していること
・糖尿病対策推進会議を活用して関連団体等と連携した対策を行うこと
・糖尿病性腎症重症化予防プログラム等、保険者等と連携して、糖尿病未治療者・治療中断者減少のための取組を進めること
・治療と仕事の両立支援等、産業医等と連携した医療を行うこと
・高齢者糖尿病の管理に関しては、在宅医療や訪問看護、介護サービス等を行う事業者等との連携を図っていること

③対応する医療機関
・初期・安定期の治療及び専門治療を担う医療機関
・予防を行う関係者と連携を図ること

(8)感染症流行時や災害発生時等の非常時に対応する機能【感染症流行時等への対応】

①目標
・感染症流行時や災害発生時等の非常時においても、切れ目なく適切な医療を受けられる体制整備を進めること
・多施設・他職種による発症予防・重症化予防のための介入を継続できる体

制整備を進めること

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て連携していることが求められる。

・在宅医療や訪問看護を行う事業者等と連携できる体制があること

・「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（平成 30 年医政発 0330 第 46 号厚生労働省医政局長通知別紙）に沿って、オンライン診療による診療継続が可能な体制があること

・ICT の活用や PHR(パーソナル・ヘルス・レコード）の活用が望ましい

③対応する医療機関

・初期・安定期の治療及び専門治療を担う医療機関
（さらに感染症流行時においてはオンライン診療を確保すること）

・非常時においても関係機関や関係職種と協力し連携を図ること

第３　数値目標

数値目標項目	直近値	令和11年度末目標値
治療継続者の割合の増加★	70.4%(R4)	75%
糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数の減少★	122人(R3)	120人
糖尿病有病者（推計）の増加の抑制（40歳以上)★	―	増加の抑制
糖尿病予備群（推計）の増加の抑制（40歳以上)★	―	増加の抑制

★「徳島県健康増進計画（健康徳島 21）」における目標

第４　糖尿病におけるロジックモデル

【予防】

番号	個別施策	
1	糖尿病の予防、改善する生活習慣の定着	
	指標	・特定健診受診率
	指標	・特定保健指導実施率

番号	中間アウトカム	
1	糖尿病を予防できている	
	指標	・糖尿病予備群の者の数

【治療・重症化予防】

番号	個別施策	
2	糖尿病の専門的検査・治療を受けられる	
	指標	・HbA1cもしくはGA検査の実施割合
	指標	・インスリン治療の実施件数
	指標	・外来栄養食事指導の実施割合
	指標	・1型糖尿病に対する専門的治療を行う医療機関数（ｲﾝｽﾘﾝﾎﾟﾝﾌﾟ治療実施医療機関数）
	指標	・教育入院を行う医療機関数
3	糖尿病の専門治療のための人材が配置されている	
	指標	・糖尿病専門医が在籍する医療機関数
	指標	・糖尿病療養指導士が在籍している医療機関数

番号	中間アウトカム	
2	糖尿病の治療を継続できている	
	指標	・治療継続者の割合
	指標	・糖尿病患者の年齢調整外来受療率

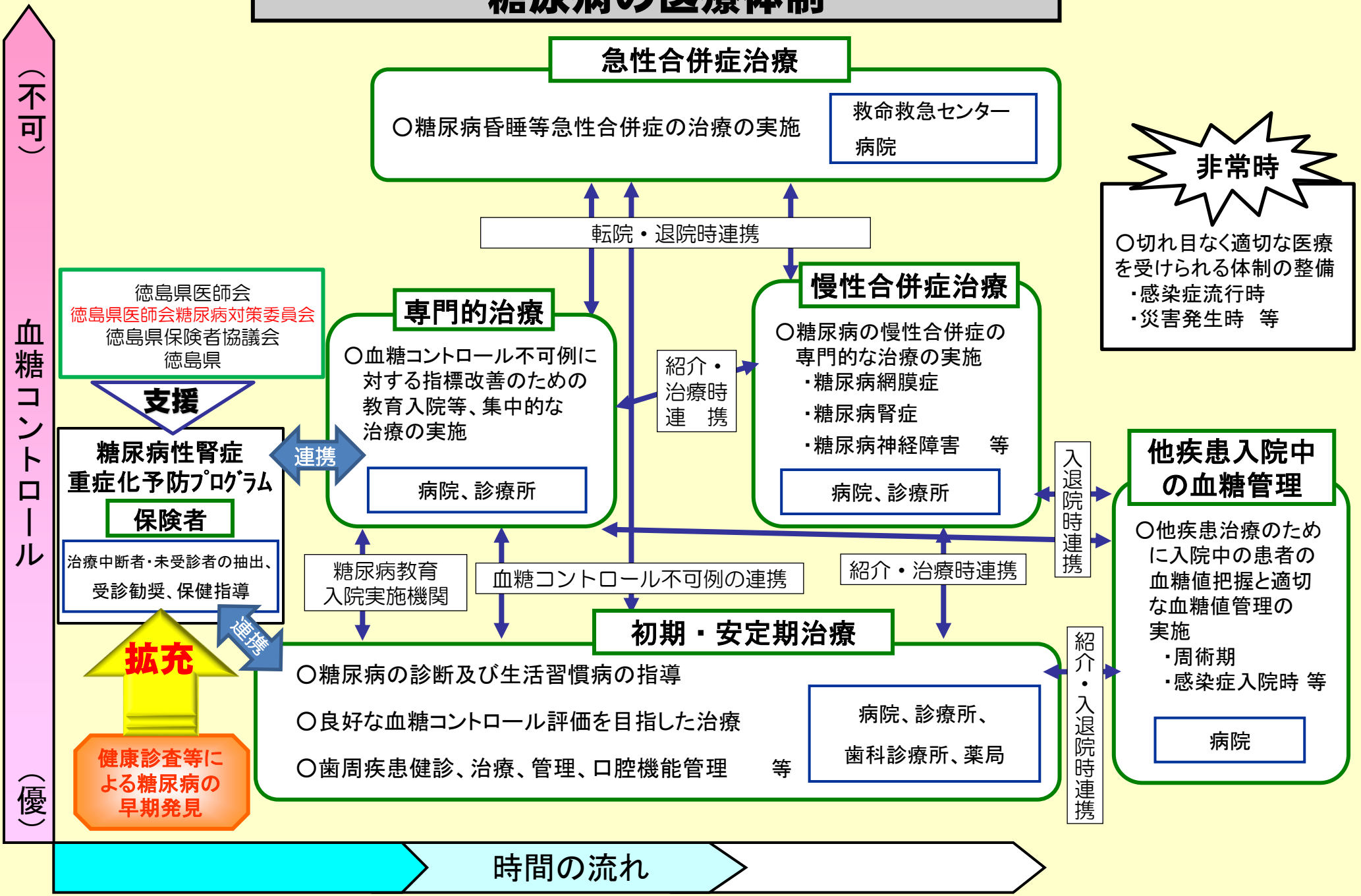
【合併症の治療・重症化予防】

番号	個別施策	
4	糖尿病の慢性合併症の専門的検査・治療を受けられる	
	指標	・眼底検査の実施件数
	指標	・尿中アルブミン・蛋白定量検査実施件数
	指標	・クレアチニン検査の実施割合
	指標	・外来栄養食事指導の実施割合（再掲）
	指標	・腎臓専門医がいる医療機関数
	指標	・糖尿病網膜症に対する専門的な治療を行う医療機関数
	指標	・糖尿病性腎症に対する専門的な治療を行う医療機関数
	指標	・糖尿病性足病変に対する専門的な治療をおこなう医療機関数
5	歯科医と内科医が連携した歯周病治療を受けられる	
	指標	・歯周病専門医がいる医療機関数

番号	中間アウトカム	
3	糖尿病の合併症が起きていない、重症化していない	
	指標	・治療が必要な糖尿病網膜症の発生
	指標	・糖尿病性腎症に対する新規人工透析導入患者数
	指標	・糖尿病患者の新規下肢切断件数
	指標	・糖尿病治療を主にした入院の発生（DKA・昏睡・低血糖などに限定）

番号	分野アウトカム	
1	糖尿病の発症・重症化を予防できている	
	指標	・糖尿病が強く疑われる者の数
	指標	・重症低血糖の発生
	指標	・糖尿病の年齢調整死亡率

糖尿病の医療体制


（不可）
血糖コントロール
（優）
急性合併症治療
○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
非常時
○切れ目なく適切な医療を受けられる体制の整備
・感染症流行時
・災害発生時　等
転院・退院時連携
徳島県医師会
徳島県医師会糖尿病対策委員会
徳島県保険者協議会
徳島県
支援
専門的治療
○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
入退院時連携
他疾患入院中の血糖管理
○他疾患治療のために入院中の患者の血糖値把握と適切な血糖値管理の実施
・周術期
・感染症入院時 等
病院
糖尿病性腎症重症化予防ﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑ
保険者
治療中断者・未受診者の抽出、受診勧奨、保健指導
連携
連携
拡充
健康診査等による糖尿病の早期発見
糖尿病教育入院実施機関
血糖コントロール不可例の連携
紹介・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、口腔機能管理　等
病院、診療所、歯科診療所、薬局
紹介・入退院時連携
時間の流れ

精神疾患の医療体制

第１　精神疾患の現状と今後の方向性

【目指すべき方向】

「精神保健医療福祉上のニーズを有する方が、その意向やニーズに応じ、医療、障がい福祉、介護等の多様なサービスを切れ目なく利用し、安心してその人らしい地域生活を送ることができる」ことを最終目標とし、「多様な精神疾患に対応できる医療連携体制の構築」と「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」を推進していきます。そのため、精神保健医療福祉上のニーズに応じたサービスを切れ目なく提供し、地域における多職種・多機関が有機的に連携する体制の構築を進める必要があります。

【目標】

上記の「目指すべき方向」を達成するため、①普及啓発・相談支援、②地域における支援・危機介入、③診療機能、④拠点機能の 4 つの分野における目標を以下のとおり設定し、各種施策に取り組んでいきます。

①普及啓発・相談支援

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築を推進する観点から、精神障がい者のみならず、精神保健（メンタルヘルス）上の課題を抱えた人等のニーズや地域の課題を把握した上で、重層的な連携による支援体制を構築する」

「精神疾患の早期発見・早期対応を促進し、必要なサービスの提供を受け、周囲の理解を得ながら地域の一員として安心して生活できる」

②地域における支援・危機介入

「必要な患者家族等への支援として、平時の対応の充実化が図られるとともに、必要に応じた危機介入が受けられている」

③診療機能

「かかりつけ精神科医としての機能[*1]を果たすとともに、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける他のサービス等との連携機能を果たしている」

④拠点機能

「患者が必要なときに専門治療を受けることができる拠点機能を持った医療機関が、適切に配置されている」

[1]＊　かかりつけ精神科医としての機能：精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの中で、精神科医療機関の多職種及び地域援助事業者、地域包括支援センター等や行政機関の職員等と連携しながらチームを総括し、ケースマネジメントを行うという精神科医療機関の機能のひとつ。

1　多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築

令和 5 年の患者調査によると、本県の精神疾患による入院患者は 2,200 人、総患者数は 40,000 人です。また、令和 7 年の病院報告によると、精神病床における平均在院日数は 316.4 日（全国 246.3 日）であり、全国第 8 位の長さとなっています。令和 5 年の同報告では、318.1日（全国 263.2日）、全国順位は第 9 位であり、長期化の傾向が見られました。なお、令和 4 年の精神保健福祉資料によると、精神病床における新規入院患者の平均在院日数は、105.6 日（全国 109.6 日）であり、全国順位は 29 位です。

下記に示す多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築のため、平時における対応の充実化と緊急のニーズへの対応の充実化を推進していきます。

なお、下記に示す各疾患等については、以下のとおり 3 分類し、特性に応じた観点が必要となります。

①Common disease：
（1）統合失調症、（2）うつ病・躁うつ病、（3）認知症
一般のかかりつけ医が医療に関わることも多く、かかりつけ医と精神科医療機関との連携が重要となります。

②より専門的な領域：
（4）児童・思春期精神疾患、（5）発達障害、（6）依存症、
（7）外傷後ストレス障害（PTSD）、（8）高次脳機能障害、
（9）摂食障害、（10）てんかん
都道府県連携拠点機能や地域連携拠点機能を持つ医療機関を明確にしたうえで、連携体制の構築が必要となります。

③政策的な医療：
（11）精神科救急、（12）身体合併症、（13）自殺対策、
（14）災害精神医療、（15）医療観察法における対象者への医療
政策目標を明確にし、予算措置等を含め、政策的に進めていく必要があります。

(1)統合失調症

（患者の状況）
統合失調症は、考えや気持ちがまとまらなくなる状態が続く精神疾患で、その原因は脳の機能にあると考えられています。約 100 人に 1 人がかかるといわれており、決して特殊な病気ではありません。思春期から 40 歳くらいまでに発病しやすい病気で、慢性に経過します。統合失調症に効果のある新しい薬が開発されたこと、精神科リハビリテーションなどの治療によって、回復することができます。

令和 5 年度の精神保健福祉資料によると、統合失調症により精神病床に入院している患者は 2,410 人、継続して外来通院している患者が 5,713 人となっています。

（施策の現状）
　統合失調症に対する治療は、主に精神科医療機関における入院治療と外来治療に分けられ、治療法は、抗精神病薬の投与による薬物療法とともに、さまざまな心理社会的支援が行われています。近年、通常の抗精神病薬治療に反応しない、又は副作用のために抗精神病薬を使用できない「治療抵抗性統合失調症」の患者に対して有効とされる「治療抵抗性統合失調症治療薬」や「修正型電気けいれん療法(mECT)」の導入に向けた、地域連携体制の構築が進みつつあります。
（今後の医療提供体制）
　統合失調症に対応できる医療機関のうち、「治療抵抗性統合失調症治療薬」や「修正型電気けいれん療法(mECT)」による治療が実施できる医療機関を明確にするとともに、都道府県拠点機能や地域連携拠点機能を担う医療機関の連携による医療提供体制の構築を推進します。

●精神疾患の医療提供体制（令和 5 年度精神保健福祉資料より）

疾患区分	入院診療する精神病床を持つ病院数	外来診療している医療機関数	治療抵抗性統合失調症治療薬を使用する医療機関数	mECT をしている医療機関数
統合失調症	19	47	8	1~2

(2)うつ病・躁うつ病
（患者の状況）
　気分障害として分類されるうつ病や躁うつ病（双極性障害）ですが、その病態には、若干の違いが見られます。うつ病では、周囲の環境や日常生活上のストレスがからみあって発症します。気分の落ち込みや興味・関心の喪失といった「こころの症状」だけでなく、不眠や食欲低下をはじめとした「からだの不調」がうつ病のサインとなることがあります。躁うつ病（双極性障害）は、うつ状態と躁状態が繰り返す病態で薬物療法をはじめ、より専門的な治療が必要です。
　令和 5 年度の精神保健福祉資料によると、うつ病・躁うつ病により精神病床に入院している患者は 667 人、継続して外来通院している患者が 13,178 人となっています。
（施策の現状）
　2 週間以上の不眠や倦怠感、食欲不振、頭痛等の症状が、うつ病と診断する目安になりますが、このような段階では、精神科医療機関ではなく、かかりつけ医を受診することが多いと考えられることから、かかりつけ医と精神科医の連携を推進することが必要です。そのため、本県では、平成 26 年 2 月に「一般診療科医と精神科医の連携に関する手引き」を作成し、随時改定しています。
　また、かかりつけ医と精神科医の連携のために、研修会や GP 会議（general physician psychiatrist）を開催しています。
（今後の医療提供体制）
　うつ病・躁うつ病に対応できる医療機関のうち、認知行動療法や修正型電気けいれん療法(mECT)が実施できる医療機関を明確にするとともに、都道府県拠点機能や地域連携拠点機能を担う医療機関の連携による医療提供体制の構築を推進します。

●精神疾患の医療提供体制（令和 5 年度精神保健福祉資料より）

疾患区分	入院診療する精神病床を持つ病院数	外来診療をしている医療機関数	認知行動療法をしている医療機関数	mECT をしている医療機関数
うつ病・躁うつ病	19	50	0	1~2

(3)認知症

（患者の状況）

認知症は、慢性あるいは進行性の脳疾患の症状です。物忘れ（記憶障害）と判断や理解のミス（認知障害）があって、周囲の人たちとのトラブルが起きたり、日常生活を送っていく事が難しくなった病態です。正しい認知症の理解が、早期受診、早期治療につながります。

令和 5 年度の精神保健福祉資料によると、認知症により精神病床に入院している患者は 1,580 人、継続して外来通院している患者が 3,466 人となっています。

（施策の現状）

認知症に対して、進行予防から地域生活の維持まで必要となる医療提供体制の構築を図ることを目的として設置する「認知症疾患医療センター」については、 本県では、県立中央病院に「基幹型認知症疾患医療センター」を、また、県東部、県南部、県西部にそれぞれ 1 か所「地域型認知症疾患医療センター」を設置しており、保健・医療・介護機関等と連携を図りながら、認知症疾患に関する鑑別診断とその初期対応をはじめ、急性期治療に関する対応や専門医療相談、さらには地域保健医療・介護関係者等への研修等を行っています。

また、かかりつけ医への助言その他の支援を行い、専門医療機関や地域包括支援センター等との連携の推進役となる「認知症サポート医」について、本県では 122 名（令和 7 年 7 月 1 日時点）を養成し、毎年、フォローアップ研修を実施しています。

さらに、複数の専門職が、認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、専門医による鑑別診断等をふまえて初期の支援を包括的・集中的に行い、自立支援のサポートを行う「認知症初期集中支援チーム」を 24 市町村に設置しています。

認知症連携パスの活用は、認知症患者、その家族、医療機関や介護施設等の連携に有用なものです。当県では、認知症連携パス「よりそい手帳」を作成しています。

（今後の医療提供体制）

認知症に対応できる医療機関を明確にするとともに、都道府県拠点機能や地域連携拠点機能を担う医療機関の連携による医療提供体制の構築を推進します。

認知症の人が早期の診断や認知症の行動・心理症状（BPSD）への対応等を含む治療等を受け、できる限り住み慣れた地域で生活を継続できるよう、介護保険事業との連携も含めたサービス提供体制を構築します。

認知症の人やその家族、医療・介護関係者等の間で共有されたサービスが切れ目無く提供されるよう認知症連携パスの活用を推進します。

●精神疾患の医療提供体制（令和 5 年度精神保健福祉資料より）

疾患区分	入院診療する 精神病床を持つ病院数	外来診療している 医療機関数
認知症	19	精神科外来医療機関　51 一般科での外来対応医療機関　462

(4)児童・思春期精神疾患

（患者の状況）

児童・思春期における精神疾患としては、幼児期から表れる精神遅滞、学習障害、広汎性発達障害、多動性障害などのほか、成長するにつれ、統合失調症、うつ病、パニック障害、社交恐怖（社会不安障害）、強迫性障害、摂食障害など、多種多様な症状があります。

令和 5 年度の精神保健福祉資料によると、20 歳未満で精神疾患により精神病床に入院している患者は 81 人、継続して外来通院している患者が 3,674 人となっています。

（施策の現状）

令和 5 年度の精神保健福祉資料によると、20 歳未満の精神疾患患者を入院診療している精神病床を持つ病院数は 10 か所、20 歳未満の精神疾患患者を外来診療している医療機関数は 49 か所となっています。

（今後の医療提供体制）

児童・思春期精神疾患に対応できる医療機関を明確にするとともに、都道府県拠点機能や地域連携拠点機能を担う医療機関の連携による医療提供体制の構築を推進します。また、「思春期精神保健研修」の周知・活用に努めます。

●精神疾患の医療提供体制（令和 5 年度精神保健福祉資料より）

疾患区分	入院診療する 精神病床を持つ 病院数	外来診療している医療機関数	児童思春期精神科入院医療管理料を算定した精神病床をもつ医療機関数
児童・思春期精神疾患	10	49	0

(5)発達障害

（患者の状況）

発達障害は、生来性の脳機能発達の障害であり、広汎性発達障害(DSM-5 での“自閉スペクトラム症”)、多動性障害(DSM-5 での“注意欠如・多動症”)、学力の特異的発達障害(DSM-5 での“限局性学習症”)などのタイプに分類されています。発達段階に応じて、その表現型は変わりますが、生涯にわたってその特性は持続することが特徴です。※DSM-5:米国精神医学会による精神疾患の疾病分類

令和 5 年度の精神保健福祉資料によると、発達障害により精神病床に入院している患者は 244 人、継続して外来通院している患者が 5,006 人となっています。

（施策の現状）

令和 5 年度の精神保健福祉資料によると、発達障害患者を入院診療している精神病床を持つ病院数は 17 か所、発達障害患者を外来診療している一般科の医療機関数は 193 か所となっています。

本県では、発達障害を持つ人が安心して充実した地域生活を送るための支援機関として設置した「徳島県発達障がい者総合支援センターハナミズキ」における相談支援機能として、小児科・精神科の医師による医療相談を実施しており、必要な人の医療につながる支援となっています。

（今後の医療提供体制）

発達障害に対応できる医療機関を明確にするとともに、都道府県拠点機能や地域連携拠点機能を担う医療機関の連携による医療提供体制の構築を推進します。また、「かかりつけ医等発達障がい対応力向上研修」を活用し、発達障害の早期発見・早期介入に努めます。

●精神疾患の医療提供体制（令和 5 年度精神保健福祉資料より）

疾患区分	入院診療する 精神病床を持つ病院数	外来診療している 医療機関
発達障害	17	精神科外来医療機関 53 一般科での外来対応医療機関 193

(6)依存症

①アルコール依存症

（患者の状況）

問題飲酒は、「大切にしていた家族、仕事、趣味などよりも、飲酒を優先して顧みない状態」というアルコール乱用の状態を経て、精神的にも身体的にも依存を生じ、離脱症状を呈するまでに至ります。

令和 5 年度の精神保健福祉資料によると、アルコール依存症により精神病床に入院している患者は 378 人、継続して外来通院している患者が 813 人となっています。

なお、令和 3 年に閣議決定された「アルコール健康障害対策推進基本計画」においては、アルコール依存症が疑われる者の人数と、受診者数の乖離が指摘されており、多くの患者が治療につながっていないものと推定されています。

（施策の現状）

本県では、アルコール健康障害対策基本法に基づく県計画として、平成 29 年 3 月に、「徳島県アルコール健康障がい対策推進計画」を策定、令和 6 年 3 月に改定し、同計画に基づく施策を推進しています。

なお、この計画における取組の方向性として、相談機関、一般かかりつけ医、専門医療機関等の更なる連携を図るためのネットワークを構築することを明記しています。

また、「依存症対策地域支援事業の実施について」（平成 29 年 6 月 13 日付け障発 0613 第 2 号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）で通知された「依存症対策地域支援事業実施要綱」に基づき、アルコール依存症患者を診療する専門医療機関を令和 8 年 4 月時点で 3 か所選定し、そのうち 1 か所は、令和元年 12 月 1 日付で治療拠点となる依存症治療拠点機関として選定されています。

（今後の医療提供体制）

アルコール依存症に対応できる医療機関を明確にするとともに、都道府県拠点機能や地域連携拠点機能を担う医療機関の連携による医療提供体制の構築を推進します。また、「依存症専門医療機関」や「依存症治療拠点機関」を活用し、相談・治療・支援施設・自助グループ等につながるよう努めます。

②薬物依存症
（患者の状況）
　薬物依存症は、薬物の効果が切れてくると、薬物が欲しいという強い欲求（渇望）がわいてきて、その欲求をコントロールできずに薬物を使ってしまう状態をいいます。
　令和 5 年度の精神保健福祉資料によると、薬物依存症により精神病床に入院している患者は 31 人、継続して外来通院している患者が 103 人となっています。
（施策の現状）
　令和 5 年度の精神保健福祉資料によると、薬物依存症患者を入院診療している精神病床を持つ病院数は 14 か所、薬物依存症患者を外来診療している医療機関数は 20 か所となっています。
　また、「依存症対策地域支援事業実施要綱」に基づき、薬物依存症患者を診療する専門医療機関を平成 30 年 6 月 1 日付で 1 か所選定し、当該医療機関を依存症治療拠点機関として令和元年 12 月 1 日付で選定しました。
（今後の医療提供体制）
　薬物依存症に対応できる医療機関を明確にするとともに、都道府県拠点機能や地域連携拠点機能を担う医療機関の連携による医療提供体制の構築を推進します。また、「依存症治療拠点機関」や「依存症専門医療機関」を活用し、相談・治療・支援施設・自助グループ等につながるよう努めます。

③ギャンブル等依存症
（患者の状況）
　ギャンブル等依存症は、医学的定義では、行動の障がいに含まれるもので、この障がいは、社会的、職業的、物質的及び家庭的な価値と義務履行を損なうまでに患者の生活を支配するものです。
　令和 5 年度の精神保健福祉資料によると、ギャンブル等依存症により継続して外来通院している患者が 89 人となっています。
（施策の現状）
　令和 5 年度の精神保健福祉資料によると、ギャンブル等依存症患者を外来診療している医療機関数は 6 か所となっています。
　また、「依存症対策地域支援事業実施要綱」に基づき、ギャンブル等依存症患者を診療する専門医療機関を平成 30 年 6 月 1 日付で 1 か所選定し、当該医療機関を依存症治療拠点機関として令和元年 12 月 1 日付で選定しました。
　本県では、ギャンブル等依存症対策基本法に基づく県計画として、令和 2 年 3 月に、「徳島県ギャンブル等依存症対策推進計画」を策定、令和 6 年 3 月に改定し、同計画に基づく施策を推進しています。
　この計画における取組の方向性として、相談機関、自助グループ、専門医療機関等の更なる連携を図るためのネットワークを構築することを明記しています。
（今後の医療提供体制）
　ギャンブル依存症に対応できる医療機関を明確にするとともに、都道府県拠点機能や地域連携拠点機能を担う医療機関の連携による医療提供体制の構築を推進します。また、「依存症専門医療機関」や「依存症治療拠点機関」を活用し、相談・治療・支援施設・自助グループ等につながるよう努めます。

●精神疾患の医療提供体制（令和 5 年度精神保健福祉資料より）

疾患区分	入院診療する 精神病床を持つ病院数	外来診療している 医療機関数
アルコール依存症	19	40
薬物依存症	14	20
ギャンブル等依存症	1~2	6

(7)外傷後ストレス障害（ＰＴＳＤ）

（患者の状況）

外傷後ストレス障害（ＰＴＳＤ）は、極度に苦痛な体験、たとえば自然災害、事故、暴力などに巻き込まれる等の外傷体験の後、直後の急性反応としてではなく、1～2 週間から数カ月経過したあと、フラッシュバックとして再体験する等の症状が出現します。

令和 5 年度の精神保健福祉資料によると、外傷後ストレス障害により、継続して外来通院している患者は、139 人となっています。

（施策の現状）

令和 5 年度の精神保健福祉資料によると、外傷後ストレス障害患者を外来診療している医療機関数は、24 か所となっています。

（今後の医療提供体制）

南海トラフ巨大地震等大災害の出現、身近な犯罪被害の発生等が想定される現状においては、いわゆる“こころのケア”の重要性が再認識されています。

外傷後ストレス障害に対応できる医療機関を明確にするとともに、都道府県拠点機能や地域連携拠点機能を担う医療機関の連携による医療提供体制の構築を推進します。

●精神疾患の医療提供体制（令和 5 年度精神保健福祉資料より）

疾患区分	入院診療する 精神病床を持つ病院数	外来診療している 医療機関数
外傷後ストレス障害(PTSD)	5	24

(8)高次脳機能障害

（患者の状況）

高次脳機能障害は、主に脳の損傷によって起こされる様々な障がいであり、その症状は、記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害など、多岐にわたり、受診する診療科も多様であることから、患者数の把握は難しい状況です。

高次脳機能障害による精神障害者保健福祉手帳の取得者は、平成 22 年度末には 44 人でしたが、令和 7 年度末には 202 人と増加傾向にあります。

（施策の現状）

高次脳機能障害の患者に対する支援については、これまで、徳島大学病院高次脳機能障害支援センター、関連協力機関、県精神保健福祉センター、各保健所等の各関係機関のそれぞれの努力と連携により実施してきました。

徳島大学病院高次脳機能障害支援センターでは、「高次脳機能障がい者支援センター」として支援コーディネーターを配置し、支援を必要とする方への診断からリハビリまでの総合相談や地域の関係機関との調整などの役割を担っています。

高次脳機能障がい者支援センターを中心に関係機関の更なる連携により患者の支援を円滑に実施していくために、平成 29 年 7 月に、徳島県高次脳機能障がい支援連絡協議会を設立し、支援体制の整備等についての協議をする場としています。

なお、令和 7 年 12 月に成立し、令和 8 年 4 月 1 日に施行された「高次脳機能障害者支援法（令和7年法律第96号）」に基づき、徳島大学病院を「高次脳機能障がい者支援センター」に指定し、専門的な相談体制の機能を維持するとともに、地域における支援体制の充実・強化を図ります。

（今後の医療提供体制）

高次脳機能障害に対応できる医療機関を明確にするとともに、都道府県拠点機能や地域連携拠点機能を担う医療機関の連携による医療提供体制の構築を推進します。また、「高次脳機能障がい者支援センター」を活用し、徳島県高次脳機能障がい支援連絡協議会との積極的な連携を図ります。

(9)摂食障害

（患者の状況）

摂食障害には、神経性無食欲症（拒食症）と神経性大食症（過食症）があり、いずれも自らの体型や体重に対する頑固で歪んだイメージを持つ特徴があります。拒食症では、極端な食事摂取の制限が、過食症では、気晴らし食いやむちゃ食いが起こります。令和 5 年度の精神保健福祉資料によると、摂食障害により精神病床に入院している患者は 61 人、継続して外来通院している患者は 265 人となっています。

（政策の現状）

令和 5 年度の精神保健福祉資料によると、摂食障害患者を入院診療している精神病床を持つ病院数は 11 か所、摂食障害患者を外来診療している一般科の医療機関数は 113 か所となっています。

（今後の医療提供体制）

摂食障害に対応できる医療機関を明確にするとともに、都道府県拠点機能や地域連携拠点機能を担う医療機関の連携による医療提供体制の構築を推進します。

●精神疾患の医療提供体制（令和 5 年度精神保健福祉資料より）

疾患区分	入院診療する 精神病床を持つ病院数	外来診療している 医療機関数
摂食障害	11	精神科外来医療機関 34 一般科での外来対応医療機関 113

(10)てんかん

（患者の状況）

てんかんは、大脳の神経細胞が過剰に興奮することにより、けいれんや意識障害などの「てんかん発作」を繰り返す病気で、有病率は 100 人に 1 人と頻度の高い疾患です。治療は抗てんかん薬による薬物治療が主体ですが、薬剤抵抗性難治性てんかんに対しては外科的治療も有効です。てんかん患者は発作以外にも、薬の副作用、抑うつ、学業、就職、妊娠や出産などのさまざまな悩みがあります。

令和 5 年度の精神保健福祉資料によると、てんかんにより精神病床に入院している患者は 1,152 人、継続して外来通院している患者が 3,394 人となっています。

てんかん診療は精神科、神経内科、小児科、脳神経外科などの複数の診療科により担われておりますが、てんかん診療における診療連携の整備が全国的にも行われています。

（施策の現状）

徳島県においては、徳島大学病院にてんかんセンターが平成 28 年に開設され、平成 30 年に徳島県てんかん診療拠点機関（R3 年度「てんかん支援拠点病院」に名称変更）として指定し、徳島県てんかん地域診療連携体制整備事業を行っています。本事業において、専門的な相談支援、治療、普及啓発、家族会・行政・医療機関・全国拠点機関等との連携を実施しています。

令和 5 年度の精神保健福祉資料によると、てんかん患者を入院診療している精神病床を持つ病院数は 19 か所、てんかん患者を外来診療している一般科の医療機関数は 414 か所となっています。また、てんかん患者の入院診療については、精神科医療機関以外においても小児科、脳神経内科、脳神経外科で対応しており、てんかんセンターでは、実施医療機関の一覧を作成し、ホームページに掲載しています。

（今後の医療提供体制）

てんかんに対応できる医療機関を明確にするとともに、診断、薬物治療や救急対応など診療レベルの向上、専門医による高度なてんかん診断、てんかんセンターによる必要な外科的治療の実施、てんかん発作以外においても、ライフステージごとに生じる悩みに対する相談支援体制の構築を目指します。

また、てんかん診療拠点機関、家族会、行政、二次診療施設、一次診療施設よりなる「てんかん医療連携協議会」において、引き続きてんかん支援拠点病院と医療機関の連携を推進するとともに、啓発活動、精神症状への対応、小児科から成人科医療への移行に対する諸問題にも対応できる医療提供体制を構築します。

●精神疾患の医療提供体制（令和 5 年度精神保健福祉資料より）

疾患区分	入院診療する 精神病床を持つ病院数	外来診療している 医療機関数
てんかん	19	精神科外来医療機関 55 一般科での外来対応医療機関 414

(11)精神科救急

（施策の現状）

精神科医療の提供体制の充実には、精神保健に関する「本人の困りごと等」への支援を行う平時の対応を充実する観点と、精神症状の急性増悪や精神疾患の急性発症等による患者の緊急のニーズへの対応を充実する観点が必要です。

そこで、在宅の精神障がい者の緊急医療に対応するため、精神科救急医療確保事業を行っています。現在、精神科救急医療施設「病院群輪番制」を 14 か所の精神科病院に委託し、3 圏域に分けて輪番制で精神科救急患者の医療を提供しています。

東部は通年の医療提供が可能ですが、南部は平日 3 日、西部は平日 5 日の提供にとどまっています。これは、医療機関の地域偏在の問題に加えて、精神保健指定医の確保等、人的資源の確保が困難なことが関係しています。人的確保を含め、いずれの地域でも通年の医療提供を可能にすることが、今後の課題となります。

そこで、令和 4 年 4 月に東部の 3 か所の精神科病院を「常時対応型」に指定し、安定した地域医療の提供に努めているところです。

令和 7 年度の精神科救急病院輪番型による対応実績は 4,882 件で、そのうち入院が 371 件、外来受診が 233 件、電話相談が 4,278 件となっています。

夜間・休日に緊急な医療を必要とする精神障がい者が迅速かつ適切な医療が受けられるよう、救急医療機関、消防機関等の関係機関との連絡調整機能を果たす「精神科救急情報センター」を平成 24 年 10 月から、県立中央病院に整備しました。

休日は午前 8 時 30 分から翌日の午前 8 時 30 分まで、平日は午後 5 時から翌日の午前 8 時 30 分まで対応しており、令和 7 年度の実績は 17 件となっています。

また、精神科医療機関をはじめ、警察、消防機関の代表等から組織される「精神科救急医療体制連絡調整委員会」を開催し、事例検討等による研修を行い、現状の共通理解を図り、精神科救急医療体制の円滑な運営に努めています。

●精神科救急医療施設病院群輪番型委託医療機関（令和 7 年 3 月 31 日現在）

地区	病院名	住所
東部	第一病院	徳島市
	むつみホスピタル※	徳島市
	TAOKA こころの医療センター※	徳島市
	城南病院	徳島市
	そよかぜ病院	徳島市
	凪の音ホスピタル	鳴門市
	鳴門シーガル病院	鳴門市
	藍里病院※	上板町
南部	杜のホスピタル	阿南市
	冨田病院	美波町
西部	桜木病院	美馬市
	折野病院	美馬市
	秋田病院	三好市
	ゆうあいホスピタル	東みよし町

【東部】
休日:
午前 8 時 30 分から翌日午前 8 時 30 分まで
休日以外:
午後 5 時から翌日午前 8 時 30 分まで
※常時対応型指定病院

【南部】
月水木曜日:
午後 5 時から翌日午前 8 時 30 分まで
月水木曜日が休日の場合:
午前 8 時 30 分から翌日午前 8 時 30 分まで
日火金土曜日:なし

【西部】
月～金曜日:
午後 5 時から翌日午前 8 時 30 分まで
月～金曜日が休日の場合:
午前 8 時 30 分から翌日午前 8 時 30 分まで
日土曜日:なし

（今後の医療提供体制）
「精神科救急医療体制連絡調整委員会」や「メディカルコントロール協議会」を活用して、警察、消防といった行政や一般救急との相互理解、連携を推進し、入院医療の提供の他、受診前相談や入院外医療など、精神科病院等と連携しながら、精神科救急医療の提供に係る機能分化に向け必要な体制整備に取り組みます。
病床を持たない精神科診療所の精神保健指定医にも、その資格要件として指定医業務への従事が求められる方向性に鑑み、精神科救急医療機関と精神保健指定医とを結びつけるコーディネート機能を発揮する等して、人的確保に努めることも検討します。
一定の実績を残している「精神科救急情報センター」についても、引き続き、精神科医療機関への受診アクセスを確保して、精神障がい者の地域定着を支援します。

(12)身体合併症
（施策の現状）
精神疾患を有しながら、身体疾患を合併する患者に対し医療を提供できる体制を確保するために、身体合併症救急医療確保事業として県立中央病院に1床を確保しています。
令和7年度の実績は、外来受診・入院を併せて17件（平日夜間11件、休日昼間2件、休日夜間4件）です。
（今後の医療提供体制）
現在の体制を維持しつつ、一般医療機関の中で精神障がい者の身体疾患の治療に対応できる医療機関を明確にするとともに、精神科救急医療体制と一般医療機関等との連携を強化し、必要な患者に必要な医療を提供することができる体制の構築を目指します。

(13)自殺対策
（施策の現状）
令和7年の徳島県警察本部「自殺統計」によると、県内の自殺者数は106人（全国19,188人）で全国第3位の少なさですが、人口10万対自殺死亡率は、15.5（全国15.6）で全国第21位です。
本県では、自殺対策基本法に基づく県計画として令和6年3月に「徳島県自殺対策基本計画（第3期）」を策定しました。その主な取組の1つとして、「精神科医療をはじめとする、適切な支援を受けられるための体制づくりの推進」が掲げられています。
自殺の原因の1つとしてあげられるうつ病について、患者の早期発見・早期治療のためには、かかりつけ医と精神科医が連携することが必要です。そのため、本県では、平成26年2月に「一般診療科医と精神科医の連携に関する手引き」を作成し、随時改定しています。
また、かかりつけ医と精神科医の連携のために、研修会やGP会議（general physician psychiatrist）を開催しています。
(今後の医療提供体制)
かかりつけ医と精神科医の更なる連携を図りながら、必要な患者が専門的な治療を受けることができる体制の構築を目指します。また、身近な人を支援できる「心のサポーター」の養成を推進します。

(14)災害精神医療

（施策の現状）

ＤＰＡＴ（災害派遣精神医療チーム）は、自然災害や航空機・列車事故、犯罪事件など集団災害の後、被災地に入り、精神科医療および精神保健活動の支援を行うことを目的としています。本県では、戦略的災害医療プロジェクト事業の一環として、平成 26 年 8 月に発災後概ね 48 時間以内に、現地での活動を開始できる「日本ＤＰＡＴ」を県立中央病院に 1 チーム創設し、さらに、令和 6 年度に 2 チーム、令和 7 年度に 1 チーム創設し、計 4 チームの派遣に必要な資機材を整備しています。平成 27 年 9 月には、日本ＤＰＡＴに続くＤＰＡＴを、精神保健福祉センターと県内 17 精神科病院で組織しており、合計 22 チームが結成されています。

ＤＰＡＴ隊員の資質向上のため研修の実施に努めています。

「災害時における医療体制の構築に係る指針」を踏まえ、令和 3 年 3 月 31 日付で、県立中央病院を同指針に示された災害拠点精神科病院に位置づけました。

（今後の医療提供体制）

他県での発災による被災地支援のみならず、南海トラフ巨大地震の発災や新興感染症への対応を見据えた備えに努める必要があります。

そのため、災害拠点精神科病院を中心に関係機関との連携を推進し、災害時における精神科医療提供体制の構築を目指します。

(15)医療観察法における対象者への医療

（施策の現状）

指定通院医療機関は、精神科病院 7 か所、診療所 3 か所を確保し、量的には拡充されています。しかし、指定医療機関の地域的偏在が目立ち、とくに治療抵抗性統合失調症治療薬の使用可能な医療機関の確保が困難な状況です。このことは、指定入院医療機関が四国地方に存在しないことと併せ、対象者の社会復帰を困難なものとしています。

（今後の医療提供体制）

医療観察法における対象者への医療に対応できる医療機関を明確にし、各医療機関の提供できる医療機能を共有することにより、必要な患者に必要な医療が提供することができる体制の構築を目指します。

2　精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

(1)地域移行（精神保健福祉資料より）

（現状）

精神病床における入院後 3 か月時点の退院率（令和 5 年度）は 68.5%（全国 64.9%）、6 か月時点の退院率は 80.2%（全国 79.7%）、12 か月時点の退院率は 86.6%（全国 87.5%）となっています。1 年以上の長期入院患者数（令和 7 年度）は、1,956 人（全国 144,987 人）、その内 65 歳以上は 1,342 人（全国 97,222 人）、65 歳未満は 614 人（全国 47,765 人）であり、高年齢の方が多くなっています。

地域移行は、過去には「退院促進支援事業」等の事業で行ってきましたが、現在は、障害者総合支援法の地域相談支援の中の「地域移行支援・地域定着支援」の支援給付を使って進める体制となっています。

（目指すべき方向）
「地域移行支援・地域定着支援」の給付は、本人の申請から始まります。長期入院患者に対して、「地域移行支援」についての情報提供、ピアサポーターを活用し、地域生活のイメージを伝える等、本人の退院に向けての意欲を喚起する支援とともに、家族や地域の理解も得られるように精神疾患、精神障がいに存在するスティグマの解消に働きかける支援が必要です。
加えて、先進地域を参考にし、精神障がい者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療、障がい福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、地域の助け合い、教育が包括的に確保された地域包括ケアシステムの構築を目指します。具体的には、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築に係るワーキンググループ（協議の場）」において効果的な普及啓発や、地域課題解決に向けて関係者との連携を担う人材育成に関する目標を設定し、取組方法を検討して実施していきます。

(2)地域における支援
（現状）
自立支援医療（精神通院医療）の受給者は、12,621 人（令和 7 年度）で毎年増加しています。また、精神障がい者に対する各種サービスの提供を目的とする精神障害者手帳交付数は、令和 7 年度末で 7,714 件で毎年増加しています。
令和 7 年度医療施設機能調査によると、精神科ショート・ケアを実施している精神科病院は 10 か所、精神科デイ・ケアを実施している精神科病院は 11 か所、精神科デイ・ナイト・ケアを実施している精神科病院は 1 か所、重度認知症患者デイ・ケアを実施している医療機関は 4 か所です。
また、往診・訪問診療を提供する精神科病院・診療所数は 8 か所、精神科訪問看護を提供する病院は 9 か所ある一方、診療所は 2 か所となっています。
（目指すべき方向）
精神障がい者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをするためには、医療機関の提供する精神科デイケア、訪問診療・訪問看護、アウトリーチ・サービス等による支援、本計画と同時改定される「障がい者施策基本計画」に定める障がい福祉サービス、同じく「介護保険事業支援計画」によって定められる介護保険サービスによる支援に加え、相談支援、就労等の社会参加、地域の助け合い、教育・普及啓発など、様々な支援や取組が包括的に確保されている体制を構築する必要があります。
また、この支援体制の構築においては、市町村等の基礎自治体を基盤として進めることが重要であり、基幹相談支援センターや地域生活支援拠点等の整備とともに、相談支援に従事する人材の育成や確保を進める必要があります。
そのためには、精神科医療機関、その他の医療機関、保健・福祉等に関する機関、福祉・介護サービス施設および事業所、ハローワーク、地域障害者職業センター等の地域の関係機関、市町村等行政などの多機関の多職種協働による支援体制の構築が重要であり、これらの関係機関による協議の場を設置し、連携の推進を図っています。
なお、他の項目でも触れた精神科救急システムの整備は、精神科医療へのアクセスを確保するという面で、精神障がい者の地域定着についての有力な支援となります。

3　精神疾患の医療体制

(1)精神科医療機関の状況

精神病床を持つ病院は18施設で、精神病床数は3,438床（令和８年８月）であり、平成 29 年度末の 3,712 床より 274 床減少、令和５年６月の 3,533 床より 95 床減少しています。また、病床利用率は 82.9%（令和 6 年）と一般病床 73.6%と比べ高くなっています。この 18 施設のうち一般病床を有するのは3 施設のみのため、今後、精神疾患患者の高齢化に伴い、合併症をもつ患者の医療の提供が課題となり、一般科と精神科の連携体制の構築が重要です。

指定自立支援医療機関である医療機関は 111 機関、訪問看護ステーションは 84 施設、薬局は 348 店舗となっています（令和８年８月）。

第２　医療体制の構築に必要な事項

1　精神医療圏域について

第 6 次計画では、二次医療圏の東部、南部、西部の 3 圏域を精神疾患の圏域として、医療提供体制の整備を行うことを推進してきました。しかし、第 7 次計画においては、多様な精神疾患等に対応できる医療提供体制の構築に向けて、「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」を踏まえ、第１の１(1)から(15)までに記載の多様な精神疾患等ごとに、各医療機関の医療機能を明確にし、患者本位の医療を実現していくこととされました。そのため、本計画においても、現在の精神科医療機関が東部圏域に偏在する現状に鑑み、精神医療圏域については、三次医療圏（県下全域）とし、二次医療圏では対応できない希少な精神疾患にも対応できる医療提供体制の構築に努めます。

地　　域	東　部	南　部	西　部	計
精神科病床数　※１	2,570	258	610	3,438
精神科病院数（総合病院含）※２	12	2	4	18
精神科標榜病院数　※２	17	4	5	26
精神科標榜診療所数　※２	29	4	3	36
病床利用率（%）※１	87.4	83.2	76.5	

※１　「病院月報（令和 8 年 7 月 31 日時点）」

※２　「医療とくしま（令和 5 年 12 月 31 日時点）」

2　各医療機能について

多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築のために、各医療機関が担う、医療提供機能については、次のように定めることにします。多様な疾患毎に各医療機能を担う医療機関については、毎年行う「医療施設機能調査」により明らかにします。

(1)地域精神科医療提供機能

①目標

・患者本位の精神科医療を提供すること
・ICF（国際生活機能分類）の基本的考え方を踏まえながら多職種協働による支援を提供すること
・地域の保健医療福祉介護の関係機関との連携・協力を行うこと

②定義

患者の状況に応じて、精神疾患に対する適切な医療を提供する。
(認知症、うつ病、児童・思春期精神疾患、発達障害、高次脳機能障害、てんかんについては、精神科医以外のかかりつけ医による医療も含む)

(2)地域連携拠点機能

①目標

・患者本位の精神科医療を提供すること
・ICF（国際生活機能分類）の基本的考え方を踏まえながら多職種協働による支援を提供すること
・地域の保健医療福祉介護の関係機関との連携・協力を行うこと
・医療連携の地域拠点の役割を果たすこと
・情報収集発信の地域拠点の役割を果たすこと
・人材育成の地域拠点の役割を果たすこと
・地域精神科医療提供機能を支援する役割を果たすこと

②定義

患者の状況に応じて、精神疾患に対する適切な医療を提供するかかりつけ医からの相談等に応じ、精神疾患に対する専門的な医療について地域の拠点となる。

(3)都道府県連携拠点機能

①目標

・患者本位の精神科医療を提供すること
・ICF（国際生活機能分類）の基本的考え方を踏まえながら多職種協働による支援を提供すること
・地域の保健医療福祉介護の関係機関との連携・協力を行うこと
・医療連携の都道府県拠点の役割を果たすこと
・情報収集発信の都道府県拠点の役割を果たすこと
・人材育成の都道府県拠点の役割を果たすこと
・地域連携拠点機能を支援する役割を果たすこと

②定義

患者の状況に応じて、精神疾患に対する適切な医療を提供する県内医療機関の精神疾患に対する専門的な医療についての相談等に応じ、県下の拠点となる。

第３　数値目標

数値目標項目	直近値	令和 11 年度末目標値
精神病床における急性期（3 ヶ月未満）入院需要（患者数）	509 人（＊1）	526 人
精神病床における回復期（3 ヶ月以上 1 年未満）入院需要（患者数）	424 人（＊1）	485 人
精神病床における慢性期（1 年以上）入院需要（患者数）	1,956 人（＊1）	1,636 人
精神病床における慢性期入院需要（65 歳以上患者数）	1,342 人（＊1）	1,094 人
精神病床における慢性期入院需要（65 歳未満患者数）	614 人（＊1）	542 人
精神病床における入院需要（患者数）	2,889 人（＊1）	2,647 人
退院後 1 年以内の地域での平均生活日数	315.0 日（＊2）	319.3 日以上
精神病床における入院後 3 か月時点の退院率	68.5%（＊2）	68.9%以上
精神病床における入院後 6 か月時点の退院率	80.2%（＊2）	84.5%以上
精神病床における入院後 1 年時点の退院率	86.6%（＊2）	91.0%以上
精神病床における新規入院患者の平均在院日数	105.5 日（＊2）	99.1 日

（＊1）令和 7 年　630 調査

（＊2）令和 5 年　NDB オープンデータ

第４　精神疾患におけるロジックモデル

番号	個別施策

番号	中間アウトカム

番号	分野アウトカム

【普及啓発、相談支援】

1	認知症サポート医の養成	
	指標	・認知症サポート医の養成数
2	認知症サポーターの養成	
	指標	・認知症サポーターの養成数
3	心のサポーターの養成	
	指標	・心のサポーター養成研修の実施回数
4	各疾患における普及啓発活動の実施	
	指標	・県及び市町村の精神保健福祉の相談支援に専従している職員数

1	精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築を推進する観点から、精神障がい者のみならず、精神保健（メンタルヘルス）上の課題を抱えた人等のニーズや地域の課題を把握した上で、重層的な連携による支援体制を構築する 精神疾患の早期発見・早期対応を促進し、必要なサービスの提供を受け、周囲の理解を得ながら地域の一員として安心して生活できる	
	指標	・県及び市町村の精神保健福祉の相談支援の実施回数 ・心のサポーター養成研修の修了者数

1	精神保健医療福祉上のニーズを有する方が、その意向やニーズに応じ、医療、障がい福祉、介護等の多様なサービスを切れ目なく利用し、安心してその人らしい地域生活を送ることができる	
	指標	・精神病床における入院後3か月、6か月、1年時点の退院率 ・退院後の1年以内の地域での平均生活日数 ・精神病床における急性期・慢性期・回復期の入院患者数 ・精神病床における新規入院患者の平均在院日数

【地域における支援、危機介入】

5	災害時の精神医療体制の整備	
	指標	・DPAT先遣隊登録機関数 ・災害拠点精神科病院の整備
6	精神科救急医療体制の整備	
	指標	・精神科救急医療機関数 ・精神科救急情報センター対応件数
7	かかりつけ医と精神科医の連携機会の創出	
	指標	・かかりつけ医と精神科医の連携会議の開催数
8	地域生活への移行を支援する体制の整備	
	指標	・障がい者サービス施設等の整備数 ・在宅精神療法又は精神科在宅患者支援管理料を算定した医療機関数 ・精神科訪問看護・指導料を算定している又は精神科訪問看護基本療養費の届出を行っている医療機関数

2	必要な患者家族等への支援として、平時の対応の充実化が図られるとともに、必要に応じた危機介入が受けられている	
	指標	・精神科救急医療体制における受診者数 ・精神科救急医療体制における入院件数 ・DPAT研修会の開催回数 ・在宅精神療法又は精神科在宅患者支援管理料を算定した患者数 ・精神科訪問看護・指導料又は精神科訪問看護指示料を算定した患者数

番号	個別施策		番号	中間アウトカム		番号	分野アウトカム

【診療機能】

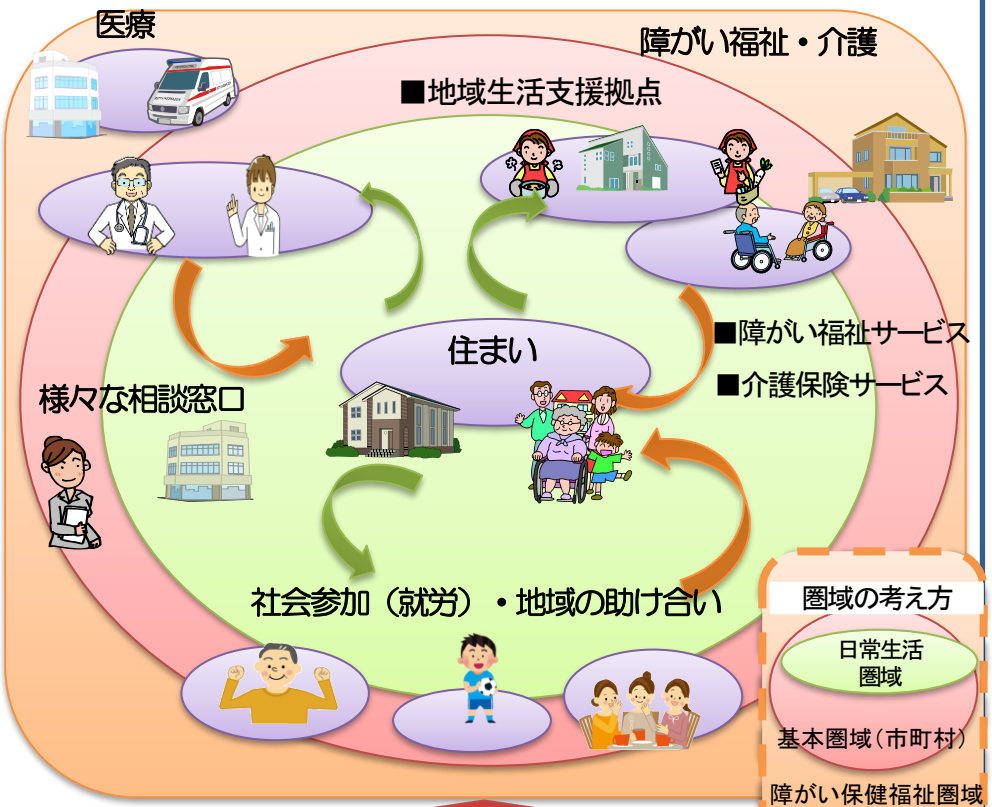
9	各疾患・領域に対する医療体制の整備		3	かかりつけ精神科医としての機能を果たすとともに、精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムにおける他のサービス等との連携機能を果たしている		
	指標	・各疾患・領域に対する入院・外来診療を行っている医療機関数 ・精神科救急・合併症入院料又は精神科身体合併症管理加算を算定した医療機関数 ・退院支援委員会の開催件数		指標	・各疾患・領域に対する入院・外来患者数	
10	統合失調症に対する専門的治療を受診できる体制の構築					
	指標	・治療抵抗性統合失調症治療薬を使用する医療機関数				
11	うつ病・躁うつ病に対する専門的治療を受診できる体制の構築					
	指標	・認知行動療法や修正型電気刺激療法(mECT)が実施できる医療機関数				
12	依存症に対する専門的治療を受診できる体制の構築					
	指標	・依存症専門医療機関数				

【拠点機能】

13	高次脳機能障害支援拠点機関の適正な運用		4	患者が必要なときに専門治療を受けることができる拠点機能を持った医療機関が、適切に配置されている		
	指標	・高次脳機能障害支援拠点機関数		指標	・てんかん診療、依存症治療拠点機関における紹介患者数及び逆紹介患者数	
14	てんかん診療拠点機関の適正な運営					
	指標	・てんかん診療拠点機関数				
15	依存症治療拠点機関の適正な運営					
	指標	・依存症治療拠点機関数				
16	医療観察法における対象者への医療体制の確保					
	指標	・指定通院医療機関数				
17	認知症疾患医療センターの適正な運用					
	指標	・認知症疾患医療センターの指定医療機関数 ・鑑別診断数				

精神疾患の医療体制

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築



バックアップ

市町村ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場、市町村

バックアップ

障がい保健福祉圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場、保健所

バックアップ

都道府県ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場、都道府県

多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築

多様な精神疾患等ごとに
地域精神科医療提供機能を担う
医療機関

その他の
医療機関

市町村

精神医療圏

精神医療圏ごとの医療関係者等による協議の場
精神疾患に関する圏域連携会議

多様な精神疾患等ごとに
地域連携拠点機能を担う
医療機関

保健所

バックアップ

多様な精神疾患等ごとに
都道府県連携拠点機能を担う
医療機関

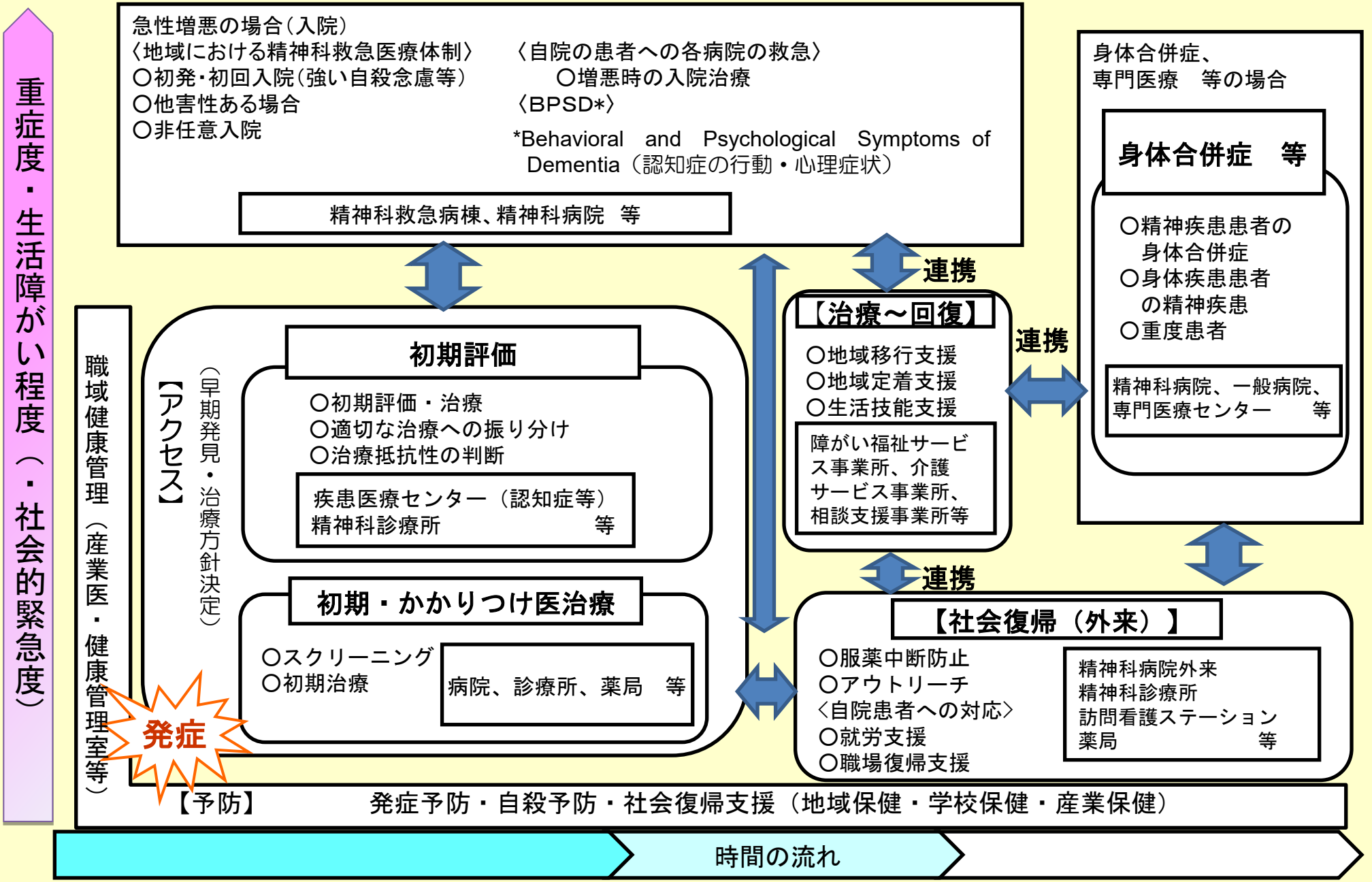
都道府県
本庁

精神保健福祉
センター

都道府県ごとの医療関係者等による協議の場
精神疾患に関する作業部会

（難治性精神疾患や処遇困難事例等にも
対応できるように、都道府県立精神科病院に加えて、
民間病院、大学病院、国立病院なども
参画した医療連携体制を構築することが望ましい）

精神疾患の医療体制


重症度・生活障がい程度（・社会的緊急度）
急性増悪の場合（入院）
〈地域における精神科救急医療体制〉
〇初発・初回入院（強い自殺念慮等）
〇他害性ある場合
〇非任意入院
〈自院の患者への各病院の救急〉
〇増悪時の入院治療
〈BPSD*〉
*Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia（認知症の行動・心理症状）
精神科救急病棟、精神科病院　等
身体合併症、
専門医療　等の場合
身体合併症　等
〇精神疾患患者の身体合併症
〇身体疾患患者の精神疾患
〇重度患者
精神科病院、一般病院、専門医療センター　等
連携
【治療～回復】
〇地域移行支援
〇地域定着支援
〇生活技能支援
障がい福祉サービス事業所、介護サービス事業所、相談支援事業所等
連携
連携
【アクセス】
（早期発見・治療方針決定）
初期評価
〇初期評価・治療
〇適切な治療への振り分け
〇治療抵抗性の判断
疾患医療センター（認知症等）
精神科診療所　等
初期・かかりつけ医治療
〇スクリーニング
〇初期治療
病院、診療所、薬局　等
【社会復帰（外来）】
〇服薬中断防止
〇アウトリーチ
〈自院患者への対応〉
〇就労支援
〇職場復帰支援
精神科病院外来
精神科診療所
訪問看護ステーション
薬局　等
発症
職域健康管理（産業医・健康管理室等）
【予防】　発症予防・自殺予防・社会復帰支援（地域保健・学校保健・産業保健）
時間の流れ

第３　課題に対応した医療提供体制の整備

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 23 年に 29,079 人でしたが、令和 3 年には 31,477 人（8.2%増）を数えるなど、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

年齢区分別の搬送人員数は、高齢者と乳幼児で増加傾向にある一方で、新生児、少年及び成人は減少傾向にあります。

特に、救急搬送された高齢者についてみると、平成 23 年には 15,776 人でしたが、令和 3 年には 20,763 人を数え、10 年前と比較し、4,987 人増となっています。今後も、救急搬送に占める高齢者の割合も増加するものと考えられます。

(3)疾病構造の変化

平成 23 年には、急病患者が 57.1%（16,608 人）でしたが、令和 3 年には急病が 60.5%（19,031 人）に増加し、10 年前と比較すると、急病による救急搬送人員が 2,423 人増加しており、高齢化の進行とともに増加傾向にあります。

(4)重症患者の動向

平成 23 年には、「重症」（「死亡」を含む。）と分類された救急搬送人員は、4,567 人（15.7%）でしたが、令和 3 年には 4,915 人（15.6%）となっており、患者数は増加していますが、重症者の占める割合は同程度です。

(5)軽症患者の動向

令和 4 年版救急・救助の現況によると、救急搬送された患者のうち、軽症者が 42.4%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あります。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方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、令和元年 12 月 1 日から急な病気やケガの際に、すぐに医療機関を受診した方が良いのか、医師や看護師が電話でアドバイスを行う「徳島救急医療電話相談（#7119）」を月曜日～土曜日午後 6 時から翌朝 8 時、日曜日・祝日・年末年始 24 時間対応で事業開始しました。また、「地域医療を守る会」により、地域住民自身が劇の上演をする等の取組が行われています。

(6)精神科救急医療の動向

平成 29 年度の精神科救急病院輪番型による対応実績は全体が 929 件で、そのうち入院が 182 件、外来受診が 164 件、相談のみが 583 件であったのに対し、令和 4 年度は全体が 5,946 件で、そのうち入院が 412 件、外来受診が 318 件、相談のみが 5,216 件となっており、相談のみの件数が特に増加しています。

2　救急医療の提供体制

(1)病院前救護活動（プレホスピタル・ケア）

プレホスピタル・ケアとは、救急現場及び搬送途上における応急処置を言い、救急救命率の向上のためには、その充実と体制の確保が重要な課題となってきています。これは、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 8 分以上かかるので、救急車を待つ間に救急の現場にいる県民が心肺蘇生法と共にＡＥＤを用いて除細動を行うことが大切です。

これまでに様々な主体によって、救急蘇生法の講習会が行われてきました。例えば、消防機関が主体となって実施するものだけでも、令和３年中に約　4,000 人の県民の方が受講をしています。

平成 16 年 7 月の厚生労働省医政局長通知で、市民によるＡＥＤの使用が認められたことにより、市民向けＡＥＤが発売され、空港・駅・イベント会場・公的機関等に設置されてきたところです。一般財団法人日本救急医療財団のデータによると、令和 5 年 4 月 1 日現在、県内には約 3,200 台のＡＥＤが設置されています。

【県民による除細動実施数】
令和６年：8 件

（資料：令和７年版救急・救助の現状）

②消防機関による救急搬送と救急救命士等

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

県内には 235 人（令和 4 年 4 月現在の消防業務従事者）の救急救命士がおり、県下 13 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 55 台による運用が行われています。

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

また、救急事案の覚知から病院等に収容するまでに要した平均時間は、平成 23 年には 32.3 分でしたが、令和 3 年は 46.5 分となっており、延長傾向にあります。

救急患者や妊婦が速やかに診療を受けられる体制を確保するためには、一般住民の救急医療の適正受診、消防機関等による搬送手段や搬送先医療機関の迅速かつ適切な選定、交通網の整備等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、救急医療用ヘリコプター（以下「ドクターヘリ」という。）、ドクターカー、消防防災ヘリコプター等の活用が広まりつつあります。

本県では、平成 20 年 8 月から、消防防災ヘリコプター「うずしお」（以下「防災ヘリ」という。）の救急患者搬送への活用を開始するとともに、更なる救急医療体制の充実・強化により、救急患者の「救命率の向上」や「後遺症の軽減」を図るため、平成 24 年 10 月に徳島県立中央病院を基地病院としたドクターヘリの運航を開始しました。

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

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

また、本県が参画する関西広域連合の取組として、ドクターヘリの一体的運航を行っており、徳島県ドクターヘリも、平成 25 年 4 月に関西広域連合に事業移管しています。

この他、連合管内には「京都府・兵庫県・鳥取県」の 3 府県ドクターヘリ、大阪府ドクターヘリ、兵庫県ドクターヘリ、京滋ドクターヘリ、和歌山県ドクターヘリ、鳥取県ドクターヘリ、奈良県ドクターヘリの計 8 機のドクターヘリが運航し、関西全体の円滑かつ一体的な広域救急搬送体制を確保しています。

こうした体制の構築により、徳島県ドクターヘリの出動時に重複してヘリの出動要請が入った場合や、大規模事故・災害等が発生し、多数の傷病者が出た場合には、他のドクターヘリも速やかに出動し、迅速に救急搬送を行うことが可能となっています。

さらに、高知県ドクターヘリ、愛媛県ドクターヘリとの協定に、香川県ドクターヘリを加え、令和 5 年 6 月に 4 者で改めて相互応援協定を締結しており、本県近隣地域との連携確保により、「二重・三重のセーフティネット」を構築し、県民の「安全・安心」の確保・向上に努めています。

また、防災ヘリについては、ドクターヘリ導入後も、ドクターヘリが重複要請等により対応できない場合や、大規模事故・災害等により多数傷病者が発生した場合など、複数のヘリが患者搬送に必要となった場合は、出動ができるようバックアップ体制をとっています。

一方、ドクターカーは、医療資機材を携行した医師・看護師等が現場もしくはランデブーポイントまでドクターカーで向かい、主に救急車に同乗して診療、処置を開始するものであり、救急病院の近隣、ドクターヘリの離着陸が難しい都市部周辺や、ヘリが飛べない悪天候時においても、機動的な出動が可能となります。

本県では、平成 27 年 4 月から、徳島赤十字病院において県内初めてのドクターカーの運用が開始されました。
また、平成 28 年 6 月からは乗用車型ドクターカーを新たに導入し、2 台体制で対応しており、さらに機動性を高めています。
令和 2 年 11 月から、徳島県立中央病院においてドクターカーの運用が開始されました。
また、ドクターヘリ及びドクターカーは、「ドクター・デリバリー・システム」としての機能が重要な要素であり、医師及び看護師による速やかな初期治療の開始が可能となるため、傷病者の救命率の向上や後遺症の軽減に大きく貢献しています。
さらに、多数傷病者発生事案では、ドクターヘリ、ドクターカーにより現場に医師、看護師が出動することで診療、処置を早期に開始し、現場トリアージにより重症者の早期搬送を行うなど、救急現場の状況に応じた柔軟な対応が可能となっています。

【ドクターヘリ出動件数】
令和 7 年度：319 件

④傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準（実施基準）の策定と実施
平成 18 年から平成 20 年にかけて、搬送先の病院を探して複数の救急医療機関に電話等で問い合わせをしても受入れ医療機関が決まらない、いわゆる受入医療機関の選定困難事案が発生したことを契機として、平成 21 年 5 月に消防法が改正され、都道府県に傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準（以下「実施基準」という。）の設置が義務づけられました。
本県では、平成 22 年 4 月に「徳島県メディカルコントロール体制推進協議会実施基準専門委員会」を設置して実施基準の検討を行い、平成 22 年 12 月に実施基準を作成しました。
また、実施基準に基づく傷病者の搬送及び受入れの実施状況の調査及び検証を行い、毎年度見直しを行い、改善を図っています。
しかし、依然として受入医療機関の選定困難事案は存在しています。
救急医療機関が搬送に応じられない原因として「手術中・処置中」、「処置困難」、「満床」等が挙げられています。

〈重症（長期入院）以上傷病者〉
【受入れ照会回数】令和 6 年：307 件（4 回以上）
【現場滞在時間】令和 6 年：377 件（30 分以上）
（資料：消防庁「令和 6 年度中の救急搬送における医療機関の受入れ状況等実態調査」）

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

⑤救急医療情報システム（救急搬送支援システム）
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当直医情報等を含む受入れ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。

さらに、令和 4 年 11 月から県内の救急告示医療機関と消防機関において、ICT を活用し、患者や受入れ医療機関の情報を双方向で共有できる「徳島県救急搬送支援システム」の運用を開始しました。これにより、医療機関が対応可能な専門医の状況や受入可能な診療科の状況等をリアルタイムで入力し、消防機関がその情報をタブレット端末で確認後、動画を含めた患者情報を医療機関に送信することにより、医療機関においては、あらかじめ患者の受入れ準備や治療方針の検討を行うことが可能となります。このシステムの活用により、救急隊の搬送先選定の迅速化・適正化はもとより、医師による詳細な傷病の把握や救急救命士への的確な助言、搬送後の早期治療の開始に繋がることが期待されます。

⑥徳島県循環器病対策推進計画

令和元年 12 月に施行された循環器病対策基本法に基づき、本県では令和 3 年 10 月に「徳島県循環器病対策推進計画」を策定、令和 6 年 4 月からは「徳島県循環器病対策推進計画第 2 期」を策定しました。当該計画と調和を図りながら取組を進めます。

(2)救命救急医療機関（3 次救急医療機関）

①救命救急センター

県下一円を対象として、急性心筋梗塞、脳卒中、頭部外傷等の重篤患者の救命医療にあたるため、昭和 55 年から徳島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、その後、平成 14 年 4 月に厚生労働省から救命救急センターに指定され、さらに、平成 21 年 6 月から高度救命救急センターに指定されました。

また、平成 17 年 8 月には、徳島県立三好病院が新型救命救急センター（地域救命救急センター）として厚生労働省に指定され、令和 4 年度の救命救急センターの充実度評価において、徳島赤十字病院、徳島県立中央病院において A 評価、徳島県立三好病院において B 評価を受けました。

②特殊疾患等に対する救急医療

昭和 58 年 10 月から、徳島大学病院も、この 3 次救急医療機関として位置付け、広範囲熱傷、急性薬物中毒、呼吸不全について対応しているほか、新生児集中治療室（ＮＩＣＵ：9 床）、母体胎児集中治療室（ＭＦＩＣＵ：6 床）、新生児治療回復室（ＧＣＵ：12 床）、脳卒中集中治療室（ＳＣＵ：9 床）を整備するなど、特殊疾患等の救急医療患者を受け入れる体制を整備しています。

● 3 次救急医療体制

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

③アクセス時間を考慮した体制の整備

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

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

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

④いわゆる「出口の問題」

受入れ医療機関の選定困難事案の原因の一つに、「満床」が挙げられています。その背景として、救急医療機関に搬入された患者が救急医療用の病床を長期間使用することで、救急医療機関が新たな救急患者を受け入れることが困難になる、いわゆる救急医療機関の「出口の問題」が指摘されています。

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

こういった問題に対応するため、患者支援センターによる退院調整等、入院中の患者が適切なタイミングで退院・転院できるように医療機関や介護施設等と、救命救急医療機関との連携の強化が必要です。具体的には、受入れ先となる医療機関と患者を受け入れる際に必要な情報や受入可能な時間帯、搬送方法等についてあらかじめ共有しておくことが望まれます。緊急性の乏しい転院搬送については、本来、消防機関が実施するものではないため、医療機関が所有するいわゆる病院救急車、消防機関が認定する患者等搬送事業者等の民間救急の活用が求められています。

(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、令和 3 年における救急車による患者搬送数は、県内で 31,477 人であり、前年に比べ 1,887 人増加しています。

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

(4)初期救急医療を担う医療機関（初期救急医療機関）

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

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

また、歯科については、徳島市歯科医師会が徳島市歯科医師会休日救急等診療所（1 箇所）を実施運営しており、年間約 300 人の受診者があります。

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。

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令和 4 年度の総患者数は、7,602 人で、うち小児科患者は約 73.5%に当たる 5,589 人に上っています。なお、令和 2 年度以降、新型コロナウイルス感染症の影響により、一時的に受診者数が減少しました。

このセンターは、平成 18 年度から、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（現在は徳島西医師会：徳島市の一部と佐那河内村）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。

また、在宅当番医制度における夜間診療を維持することが困難となった名西郡の 2 町（石井町と神山町）は、令和 5 年 12 月に、徳島市と夜間の初期救急医療体制を補完する協定を締結しました。

さらに、令和 8 年度から単独での在宅当番医制度の運営が困難となった阿波市医師会と吉野川市医師会は、互いに連携し、日替わりで平日夜間および休日の在宅当番医制度を運営しています。

(5)精神科救急医療体制と一般救急医療機関等との連携

精神科救急医療体制として、在宅の精神障がい者の緊急医療に対応するため、精神科救急医療確保事業を行っています。現在、精神科救急医療施設「病院群輪番制」を 14 か所の精神科病院に委託し、3 圏域に分けて輪番制で精神科救急患者の医療を提供しています。

しかし、人的医療資源の地域偏在があるため、東部は通年、西部は週 5 日、南部は週 3 日の医療の提供となっています。南部・西部が提供不可能な日は、東部圏域の医療機関で対応しています。

夜間・休日に緊急な医療を必要とする精神障がい者が迅速かつ適切な医療が受けられるよう、救急医療機関、消防機関等の関係機関との連絡調整機能を果たす「精神科救急情報センター」を平成 24 年 10 月から、徳島県立中央病院に整備しました。

休日は午前 8 時 30 分から翌日の午前 8 時 30 分まで、平日は午後 5 時から翌日の午前 8 時 30 分まで対応しており、令和 4 年度の実績は 273 件です。

また、精神科医療機関をはじめ、警察、消防機関の代表等から組織される「精神科救急医療体制連絡調整委員会」を開催し、事例検討等による研修を行い、現状の共通理解を図り、精神科救急医療体制の円滑な運営に努めています。

なお、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、このような身体合併症の患者に対しても確実に対応するための体制整備が必要です。そのためには、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更に強化するとともに、身体合併症を有する方への対応に関する課題に対して、継続的に検討していく必要があります。

(6)圏域について

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

第２　医療体制の構築に必要な事項

１　目指すべき方向

「第１　救急医療の現状」を踏まえ、「傷病者が適切な救急医療を受け、日常生活へ戻ることができている」を最終目標として、救急医療が円滑に提供される体制を構築すること。

(1)医療機関の受診や救急要請の相談に対応することが可能な体制

①全国共通番号の電話相談体制（＃７１１９、＃８０００）の整備
②地域住民等が電話相談等により、適切な医療機関の受診や救急車の要請ができる体制

(2)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充実による救急救命士等による適切な活動（観察・判断・処置）の実施
③実施基準に基づく適切な傷病者の搬送及び医療機関の受入れ
④地域住民の救急医療への更なる理解

(3)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
⑤精神疾患を有する患者や障がい者、小児、妊婦、透析患者等、特に配慮を要する患者を受け入れる体制

(4)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
③地域包括ケアシステムの構築に向け、救急医療機関の機能と役割を明確にし、地域で連携したきめ細やかな取組を行うことができる体制

(5)増加する高齢者救急を受け入れる体制
①増加する高齢者救急を主に受け入れる医療機関の位置づけ
②特に高齢者が受診後に安心して生活できるよう、生活上の留意点に関する指導を行い、必要な支援へつなぐ体制

(6)新興感染症の発生・まん延時における救急医療
①救急患者を受け入れるために必要な感染対策を講じることができる人材を平時から育成する体制
②医療機関において、救急外来の需要が急増した際に外来機能を拡充する方法について平時から検討する体制
③救急外来を受診しなくても済むよう、電話等による相談体制（＃７１１９、＃８０００等）及びオンライン診療を実施する体制を平時から充実させ、新興感染症のまん延により救急外来の需要が急増した際にも対応できる体制
④救急医療機関が、通常の救急患者に対しても適切な医療を提供できるよう、2 次救急医療機関や 3 次救急医療機関及び地域全体において対応できる体制
⑤いったん患者を幅広く受け入れ、必要な初療を行った上で、入院が必要な際には他の医療機関に転院させる外来機能に特化した医療機関の整備や、患者や医療人材を集めて対応する大規模な医療機関の整備、2 次救急医療機関や 3 次救急医療機関に患者を分散して対応する体制等、地域の実情に応じて、精神疾患を有する患者、障がい者、小児、妊婦、透析患者等、特に配慮を要する患者を含め患者等を受け入れる医療機関をあらかじめ検討し、新興感染症の発生・まん延時の患者の受入れに対応できる体制

2　各医療機能と連携

(1)病院前救護活動の機能【救護】
①目標
・県民の救命活動への協力ができていること
・救急隊が迅速に搬送できる体制の整備ができていること
②関係者に求められる事項
（住民等）
・講習会等の受講により、傷病者に対するＡＥＤの使用を含めた救急蘇生法が実施可能であること
・傷病者の救護のため、必要に応じて適切かつ速やかに救急要請を行うこと、あるいは適切な医療機関を受診すること（消防庁作成「緊急度判定支援ツール」の活用）

・日頃からかかりつけ医を持ち、適切な医療機関の受診、適切な救急車の要請、他の交通手段の利用等を判断すること

（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の実施を図ること
・搬送先の医療機関の選定に当たっては、実施基準等により事前に各救命救急医療機関の専門性等を把握すること
・徳島県メディカルコントロール協議会により定められたプロトコールに則し、傷病者の状態に応じて、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、精神科救急医療体制と連携を図ること

（メディカルコントロール協議会）

・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、事後検証等を踏まえて随時改訂すること
・実施基準を踏まえ、搬送手段を選定し、適切な医療機関に搬送するためのプロトコールを策定し、事後検証等によって随時改訂すること
・医師から救急救命士に対する直接指示・助言体制を確立すること
・救急救命士等への再教育を実施すること
・ドクターヘリやドクターカー等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、ドクターヘリが同時に要請された際や、府県境付近の患者からの要請時における府県境を超えた府県との広域連携を含め、効率的な運用を図ること
・ドクターカーについて、厚生労働省が実施する調査や、調査に基づき作成されたマニュアルを参考にしながら、救急医療提供体制の一部として、より効率的に活用すること
・必要に応じて年間複数回以上協議会を開催すること
・新型コロナウイルス感染症対応を参考に感染対策をとりながら適切に救急蘇生を行うことができるよう普及啓発を行うこと

（地域の救急医療関係者）

・医療関係者、介護関係者等は、地域包括ケアシステムやアドバンス・ケア・プランニング（以下「ACP」という。）に関する議論の場において、患者の希望する医療・ケアについて必要な時に確認できる方法について検討すること
・自治体や医療従事者等は、患者や家族が、人生の最終段階においてどのような医療・ケアを望むかについて日頃から話し合うことを促すこと
・ACP に関する議論や救急現場における心肺蘇生を望まない心肺停止者への対応方針等は、例えば、救急医療の関係者や地域包括ケアの医療・介護関係者、消防関係者等地域の関係者がそれぞれ実施する会議を合同で開催することなどにより、地域の実情に応じ地域の多様な関係者が協力して検討すること

(2)救命救急医療機関（3 次救急医療）の機能【救命医療】

①目標

・傷病者の状態に応じた適切な救急医療の提供ができていること

②医療機関に求められる事項

緊急性・専門性の高い脳卒中、急性心筋梗塞や、重症外傷等の複数の診療科領域にわたる症例や診断が難しい症例等、他の医療機関では治療の継続が困難かつ幅広い疾患に対応して、高度な専門的医療を総合的に実施する。

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

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

・脳卒中、急性心筋梗塞、重症外傷等の患者や、複数の診療科にわたる重篤な救急患者を、広域災害時を含めて原則として 24 時間 365 日必ず受け入れること
・集中治療室（ＩＣＵ）、心臓病専用病室（ＣＣＵ）、脳卒中専用病室（ＳＣＵ）等を備え、常時、重篤な患者に対し高度な治療が可能なこと
・救急医療について相当の知識及び経験を有する医師が常時診療に従事していること（救急科専門医等）
・必要に応じ、ドクターヘリ、ドクターカーを用いた救命救急医療を提供すること
・救命救急に係る病床確保のため、一般病棟の病床を含め、医療機関全体としてベッド調整を行う等の院内の連携がとられていること
・急性期のリハビリテーションを実施すること
・急性期を経た後も、重度の脳機能障害（遷延性意識障害等）の後遺症がある患者、人工呼吸器による管理を必要とする患者等の、特別な管理が必要なため退院が困難な患者を受け入れることができる医療機関等と連携していること
・実施基準の円滑な運用・改善及び地域のメディカルコントロール体制の充実に当たり積極的な役割を果たすこと
・ＤＭＡＴ派遣機能を持つ等により、災害に備えて積極的な役割を果たすこと
・災害時に備え、災害拠点病院と同様に自家発電機（備蓄する燃料含む。）、受水槽（備蓄する飲料水含む。）の保有が望ましいこと
・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
・地域の基幹となる 3 次救急医療機関は、平時から、重症外傷等の特に高度で専門的な知識や技術を要する患者へ対応可能な医師・看護師等の人材の育成・配置、院内の体制整備を行い、地域における重篤患者を集中的に受け入れる役割を行う。また、厚生労働省が実施する外傷外科医等養成研修事業を活用して、テロ災害発生時等における銃創や爆傷等にも対応ができる体制を構築すること

● 3次救急医療機関（救命救急センター及び大学病院）（令和8年4月1日現在）

病院名	病床				その他の設備		所在地	電話番号
	ＩＣＵ	ＳＣＵ	ＨＣＵ等重症者対応	ＮＩＣＵ	ヘリポート	自院で有する救急車		
徳島県立中央病院	10床	0床	30床	3床	○(※1)	○	徳島市蔵本町1-10-3	088-631-7151
徳島大学病院	11床	9床	11床	9床	×(※2)	×	徳島市蔵本町2-50-1	088-631-3111088-633-9211(夜間救急)
徳島赤十字病院	12床	0床	20床	0床	○	○	小松島市小松島町字井利ノ口103	0885-32-2555
徳島県立三好病院	4床	0床	6床	0床	○	×	三好市池田町シマ815−2	0883-72-1131

（注）※1 ドクターヘリ基地病院

※2 ヘリポートについては、徳島県立中央病院のヘリポートを利用

(3)入院を要する救急医療を担う医療機関（2次救急医療）の機能【入院救急医療】

①目標

・傷病者の状態に応じた適切な救急医療の提供ができていること

②医療機関に求められる事項

高齢者救急をはじめ、地域で発生する救急患者への初期診療を行い、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的診療を担う。また、自施設では対応困難な救急患者については、必要な救命処置を行った後、速やかに、救命救急医療を担う医療機関等へ紹介する。救急救命士等への教育機能も一部担う。

・救急医療について相当の知識及び経験を有する医師が常時診療に従事していること
・救急医療を行うために必要な施設及び設備を有していること
・救急医療を要する傷病者のために優先的に使用される病床又は専用病床を有すること
・救急隊による傷病者の搬送に容易な場所に所在し、かつ、傷病者の搬入に適した構造設備を有すること
・急性期にある患者に対して、必要に応じて早期のリハビリテーションを実施すること
・初期救急医療機関と連携していること

・当該病院では対応できない重症救急患者への対応に備え、近隣のより高度な医療機関と連携していること
・緊急な医療を必要とする精神疾患を持つ患者に的確に対応するため、精神科救急情報センターや精神科救急医療施設との連携を図ること
・救急医療情報システムを通じて、診療可能な日時や、診療機能を住民・救急搬送機関に周知していること
・医師、看護師、救急救命士等の医療従事者等に対し、必要な研修を行うこと
・「救急病院等を定める省令」によって定められる救急告示医療機関であること

●２次救急医療機関（救急告示病院）　　（令和8年4月1日現在）

圏域	医療機関名	所在地	電話番号
東部Ⅰ	徳島市民病院	徳島市北常三島町２丁目34	088-622-5121
	田岡病院	徳島市万代町４丁目2-2	088-622-7788
	水の都記念病院	徳島市北島田町１丁目46-11	088-632-9299
	手束病院	名西郡石井町石井字石井434-1	088-674-0024
	松永病院	徳島市南庄町４丁目63-1	088-632-3328
	協立病院	徳島市八万町寺山13-2	088-668-1070
	博愛記念病院	徳島市勝占町惣田9	088-669-2166
	中洲八木病院	徳島市中洲町1-31	088-625-3535
	川島病院	徳島市北佐古一番町6-1	088-631-0110
	徳島健生病院	徳島市下助任町4丁目9	088-622-7771
	天満病院	徳島市蔵本町１丁目5-1	088-632-1520
	沖の洲病院	徳島市城東町１丁目8-8	088-622-7111
	たまき青空病院	徳島市国府町早淵字北カシヤ56-1	088-642-5050
東部Ⅱ	徳島県鳴門病院	鳴門市撫養町黒崎字小谷32	088-683-0011
	兼松病院	鳴門市撫養町斎田字大堤54	088-685-4537
	小川病院	鳴門市撫養町斎田字北浜99	088-686-2322
	稲次病院	板野郡藍住町笠木字西野50-1	088-692-5757
	とくしま医療センター東病院	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	吉野川医療センター	吉野川市鴨島町知恵島字西知恵島120	0883-26-2222
	美摩病院	吉野川市鴨島町上下島497	0883-24-2957
南部Ⅰ	阿南医療センター	阿南市宝田町川原6-1	0884-28-7777
	原田病院	阿南市富岡町あ石14-1	0884-22-0990
	町立勝浦病院	勝浦郡勝浦町大字棚野字鴻畑13-2	0885-42-2555
	江藤病院	小松島市大林町字北浦21-1	0885-37-1559
	羽ノ浦整形外科内科病院	阿南市羽ノ浦町宮倉芝生40-11	0885-44-6111
	小松島金磯病院	小松島市金磯町10-19	0885-33-1211
	碩心館病院	小松島市江田町字大江田44-1	0885-32-3555
	徳島ロイヤル病院	小松島市中田町字新開48	0885-32-8833
南部Ⅱ	町立美波病院	海部郡美波町田井105-1	0884-78-1373
	県立海部病院	海部郡牟岐町大字中村字杉谷266	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
	成田病院	美馬市脇町字拝原2576	0883-52-1258
	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
	三加茂田中病院	三好郡東みよし町加茂1883-4	0883-82-3700

(4)初期救急医療を担う医療機関の機能【初期救急医療】

①目標

・傷病者の状態に応じた適切な救急医療の提供ができていること

②医療機関に求められる事項

軽度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
・在宅当番医制または休日・夜間急患センターを設置すること
・病態に応じて速やかに患者を紹介できるよう、近隣の医療機関や精神科救急医療体制等と連携していること
・自治体等と連携の上、診療可能時間や対応可能診療科等について住民等に周知すること

③対応する医療機関

初期救急医療体制

ア　休日夜間急患センター

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

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）
・吉野川市医師会・阿波市医師会（吉野川市、阿波市）
・小松島市医師会（小松島市、勝浦町、上勝町）
・阿南市医師会（阿南市、那賀町）
・海部郡医師会（美波町、牟岐町、海陽町）
・美馬市医師会（美馬市、つるぎ町）
・三好市医師会（三好市、東みよし町）

(5)救命救急医療機関等から転院を受け入れる機能【救命後の医療】

①目標

・回復期・慢性期に移行した患者が適正な医療を受けることができていること

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

・回復期から慢性期の機能を有する医療機関
・精神病床を有する病院
・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います。この厳しい医師不足の状況において、救急医療体制を維持していくためには、「救急医の確保・養成」や「救急勤務医の勤務環境の改善」に努めるとともに、「かかりつけ医」の協力を得た体制の構築が必要です。徳島県南部地域においては、遠隔診療支援システム（k-support）を導入し、MRI や CT の画像を基幹病院と共有し、専門医の意見を聞いて現場の研修医が治療にあたっており、過疎地域の医師不足解消に役立っています。

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　今後の取組

(1)救急医療体制の充実・強化

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

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

②救急勤務医の処遇改善など勤務環境の改善に取り組みます。

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

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

⑤出口の問題に対応するため、患者支援センターによる退院調整等、入院中の患者が適切なタイミングで退院・転院できるように支援を推進します。

⑥それぞれの疾患に応じた救急医療体制の構築を目指します。

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

⑧地域包括ケアシステムの構築に向け、救急医療機関、かかりつけ医や介護施設等の関係機関が連携し、地域におけるきめ細やかな取組を進めます。

(2)救急搬送体制の充実・強化

①消防機関、警察、医療機関、行政の連携強化に努めます。

②機動性に優れたドクターヘリ及びドクターカーの有効活用を図ります。

③救急搬送支援システムの更なる有効活用を推進し、システムの機能向上に向けた検討を行い、総合的な救急搬送体制の構築を図ります。

(3)関西広域連合における府県域を越えた広域救急医療連携体制の整備・充実

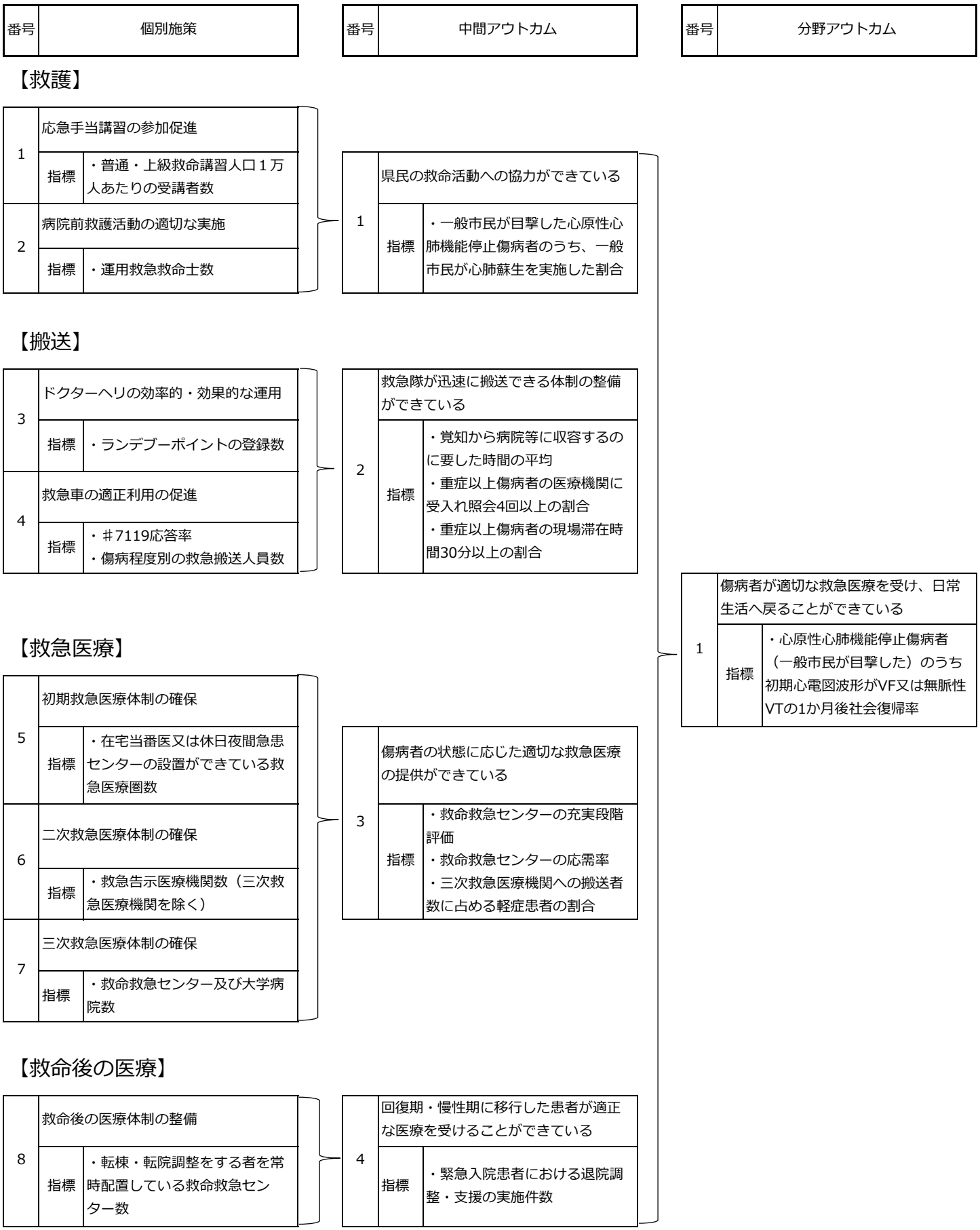
関西広域連合の広域医療分野の事務局として、府県域を越えた広域的ドクターヘリの運航体制の構築、高度・専門医療分野における広域医療連携など、各地域の特徴ある医療資源の有機的な連携を図ることにより、各府県の「3 次医療圏」を越えた、「4 次医療圏・関西」の構築に向けた広域救急医療連携の仕組みづくりに取り組みます。

第３　数値目標

数値目標項目		直近値	令和11年度末目標値
普通・上級救命講習人口1万人あたりの受講者数		59.2 （R4）	65.0以上
初期救急	在宅当番医又は休日夜間急患センターの設置ができている救急医療圏域数	7 （R4）	7
２次救急	救急告示医療機関数（３次救急医療機関を除く）	39 （R4）	39 以上
３次救急	救命救急センター及び大学病院数	4 （R4）	4
	うち高度救命救急センター	1 （R4）	1
転棟・転院調整をする者を常時配置している救命救急センター数		2 （R4）	2
一般市民が目撃した心肺停止患者のうち、一般市民が心肺蘇生を実施した割合		58.4% （R3）	65.0%以上
消防機関が覚知から病院等に収容するのに要した時間の平均		46.5分 （R3）	40.0分以下
重症以上傷病者の医療機関に受入れ照会４回以上の割合		4.4% （R3）	3.0%以下
重症以上傷病者の現場滞在時間30分以上の割合		4.7% （R3）	3.5%以下
３次医療機関への搬送者数に占める軽症患者の割合		36.0% （R4）	33.0%以下
一般市民が目撃した心肺停止患者のうち、 初期心電図波形がVF/VT(※)であった場合の１か月後社会復帰率（10ヵ年集計）		22.4% (H24~R3)	全国平均以上（参考 H24~R3：23.6%）

（注）※ 心室性不整脈（VF：心室細動、VT：心室頻拍）

第４　救急医療におけるロジックモデル



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日の救急搬送受入れ
（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

【高度救命救急センター】徳島赤十字病院
【救命救急センター】徳島県立中央病院
徳島県立三好病院
【特殊疾患等に対応した救急医療機関】徳島大学病院

救急搬送支援システム

連携

救　護

【住民等】
○救急搬送要請
○救急蘇生法
（ＡＥＤの活用）
○適切な医療機関の受診

【救急救命士等】
○傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準に基づく搬送
○適正な搬送手段の選定

搬送時連携

入院救急医療（第２次救急医療体制）

○24時間365日の救急搬送受入れ
○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】　（３８病院）
【病院群輪番制医療機関】
東部Ⅰ４病院　東部Ⅱ５病院　東部Ⅲ１病院
南部Ⅰ２病院　南部Ⅱ３病院　西部Ⅰ２病院
西部Ⅱ１病院

転院時連携

救命後の医療

○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
阿南市夜間休日診療所
【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

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

令和 2 年患者調査（令和 2 年 10 月）によると、1 日当たりの徳島県の小児（0 歳から 14 歳までを指す。以下同じ。）患者数（推計）は、入院で約 200 人（全国約 22,900 人）、外来で約 3,800 人（全国約 719,800 人）であり、入院は外来の 5.3%（全国約 3.2%）です。

① 入院については、「周産期に発生した病態」のほか、急性気管支炎及び急性細気管支炎をはじめとする「呼吸器系の疾患」、「先天奇形、変形及び染色体異常」が多くなっています。

② 外来については、喘息（約 300 人）をはじめとする「呼吸器系の疾患」が約 1,100 人と圧倒的に多くなっており、消化器系の疾患（約 500 人）、皮膚及び皮下組織の疾患（約 400 人）なども多くなっています。

また、小児医療に関連する業務においては、育児不安や小児の成長発達上の相談、親子の心のケア、予防接種（約 500 人）等の保健活動の占める割合が大きく、医療機関における保健活動の重要性が伺えます。

なお、小児救急診療については、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）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

令和 4 年人口動態統計によると、徳島県の周産期死亡率（出産千対）は 2.4（全国 3.3）、乳児死亡率（出生千対）は、1.2（全国 1.8）となっています。

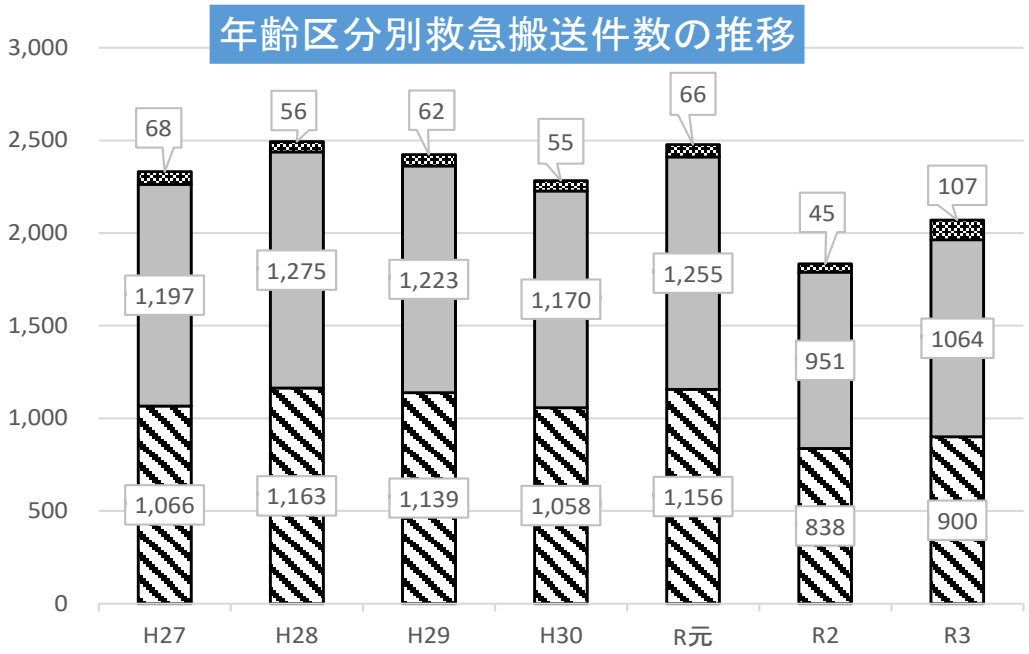
乳児死亡（5 人）の死因は、それぞれ「先天奇形、変形及び染色体異常」（2 人）、「心筋症」、「肺炎」、「周産期に発生した病態」となっています。

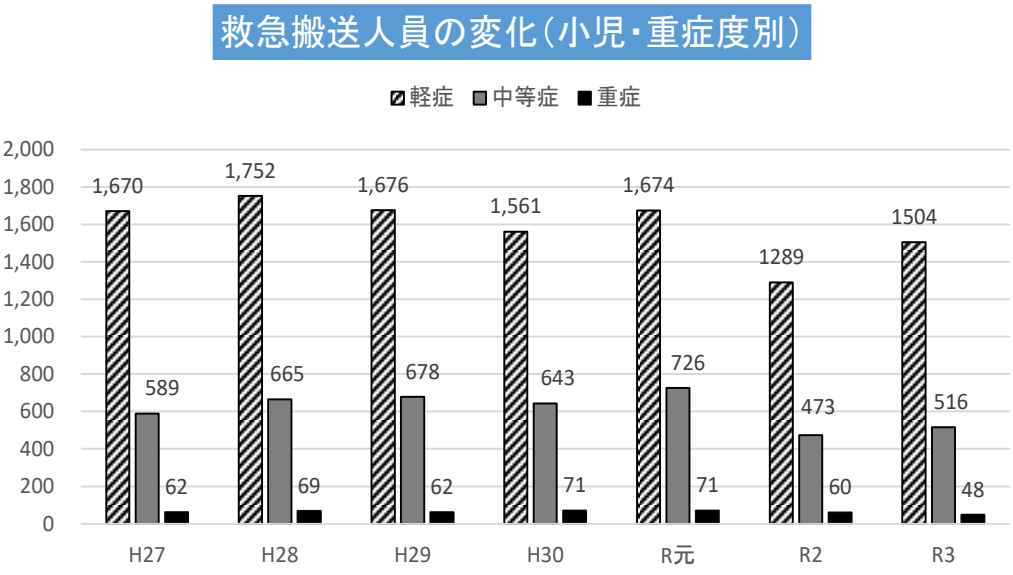
また、幼児以降の小児の死亡（15 歳未満 4 人）の死因は、それぞれ「敗血症」、「先天奇形、変形及び染色体異常」、「不慮の事故」、「その他の要因」となっています。

(3)小児救急の現状

少子化（小児人口は、平成 24 年の約 95,000 人（出生率 7.48（人口千対））から令和 4 年の約 75,000 人（出生率 5.86（人口千対））まで減少している。）にもかかわらず、18 歳未満の救急搬送数は、平成 27 年の 2,331 人から令和 3 年の 2,071 人と約 2,000 件前後を推移しています。

また、同搬送における軽症患者の割合は、平成 27 年の 71.6%から令和 3 年には 72.6%と同程度になっています。





搬　送 人員計*1*2	2,331	2,494	2,424	2,283	2,477	1,834	2,071

資料：徳島県消防年報

小児の救急（外来）患者の受診状況を見ると、少子化、核家族化、夫婦共働きといった社会情勢や家庭環境の変化に加え、保護者等の専門医指向、大病院指向が大きく影響し、平日では夕刻から準夜帯（18 時から 22 時頃）にかけての受診が増加傾向にあり、土・日を含む時間外受診が多い状況になっています。

*1　搬送人員：年齢満 18 歳未満
*2　搬送人員計：軽症・中等症・重症のほか、死亡・その他を含む

平成 25 年 4 月から「小児救急医療拠点病院」に指定された徳島県立中央病院では、小児救急輪番の週 5 日から毎日になったことから、小児救急受診数は 1.5 倍に増加していますが、翌年以降微減傾向にあります。一方、小児救急医療拠点病院である徳島赤十字病院では、時間外における一次救急患者の受診が急増し、重症の入院患者等への診療に支障をきたす事態になったため、平成 20 年 4 月より時間外選定療養費が導入され、平成 18、19 年度は 2 万人を超えていた時間外受診者が約 3 割に減少しました。令和 2 年度においては、新型コロナウイルス感染症の影響により、家庭内での感染症対策が実施されたため、RS ウイルスなど、子どもが罹患しやすいとされる感染症患者が減少し、小児救急（時間外）患者も一時的に減少しました。令和 4 年 10 月からは、診療報酬改定に伴い、選定療養費が増額となり、一次救急患者の時間外受診の減少を図っています。

●小児救急(時間外)患者の状況

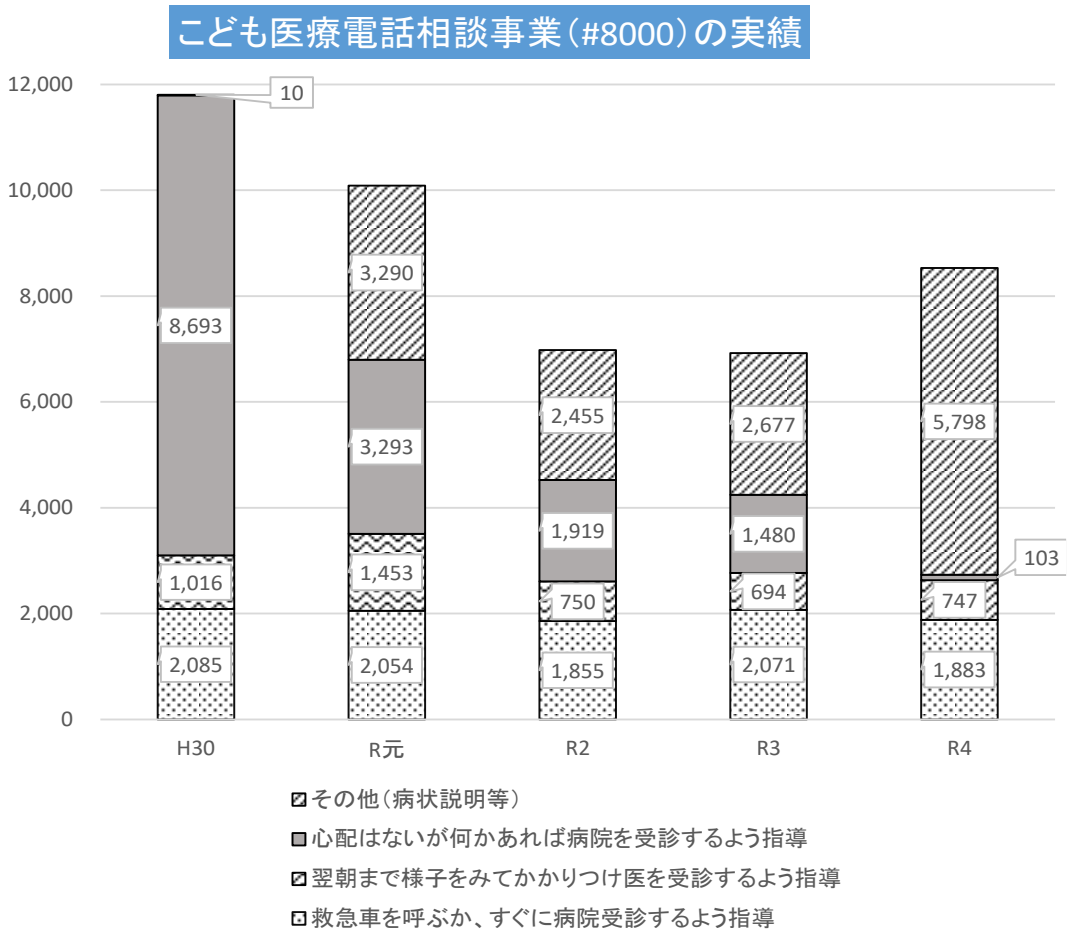
（人）

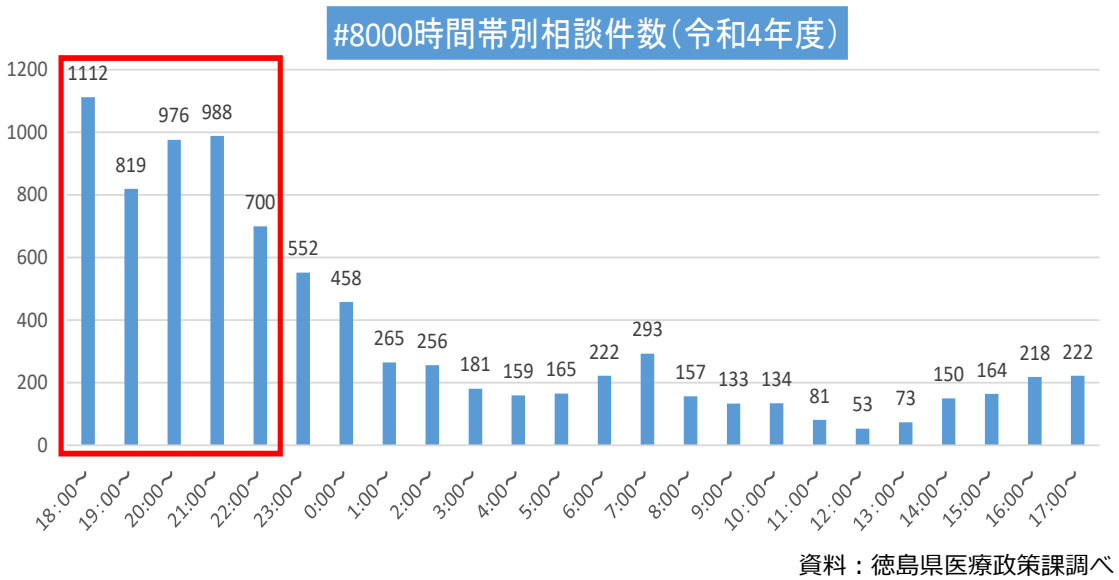
医療圏	区分	元年度	2年度	3年度	4年度
東部	小児救急医療拠点病院 (徳島県立中央病院)	2,824	1,553	2,353	2,492
	徳島市夜間休日急病診療所	10,624	4,005	5,804	5,589
	小　計	13,448	5,558	8,157	8,081
南部	小児救急医療拠点病院 (徳島赤十字病院)	3,034	473	777	1,413
西部	小児救急輪番病院 （つるぎ町立半田病院） （徳島県立三好病院）	1,748	531	587	553
合　計		18,230	6,562	9,521	10,047

資料：徳島県医療政策課調べ

このような状況を背景として、夜間や休日に、子どもの病気やけがへの対応について、保護者等の不安を軽減し、不要不急の受診を抑制するため、「子どもの急病・事故ハンドブック」の配布や講演会を開催しました。

また、全国共通ダイヤルで看護師や小児科医師からアドバイスが受けられる「こども医療電話相談事業（＃８０００）」（365 日、月曜日～土曜日 18 時から翌朝 8 時まで、日曜日・祝日・年末年始 24 時間対応）を平成 19 年 6 月から実施しています。年間相談件数は、平成 21 年度の 6,909 件から、令和元年度には 10,057 件と増加しています。しかし、令和 2 年度以降は新型コロナウイルス感染症の影響により、マスクの着用、手指消毒などの感染対策が徹底され、子どもが罹患しやすいとされる感染症（RS ウイルス、ヘルパンギーナ等）の罹患者が減少したことに加え、発熱時などには新型コロナウイルスに関する電話相談窓口が代替的役割を果たしたことが要因と考えられ、相談件数が減少しています。





資料：徳島県医療政策課調べ

(4)障がい児等の状況

令和 3 年度末現在、本県の 18 歳未満の身体障害者手帳交付数は 354 人（H28 年度末 429 人）、障害児福祉手当等の交付数は 314 人（H28 年度末 360 人）、特別児童扶養手当数は 1,236 人（H28 年度末 1,151 人）となっています。

(5)医療的ケア児の状況

全国の在宅の医療的ケア児は、約２万人（推計値）と増加傾向にあり、県内の令和４年４月１日時点における 18 歳以下の医療的ケア児は 87 人となっています。

2　小児医療の提供体制

(1)医療施設の状況

① 平成 20 年から令和２年までの間に小児科を標榜している一般病院は、20.9%減少(43 から 34)、診療所は 19.5%減少(226 から 182)、小児科が主たる標榜である一般診療所は 9.1%減少（22 から 20）しています。

② 小児入院医療管理料の施設基準に関する届出病院数は、6 病院であり、小児科標榜病院数 34 施設の 17.6%となっています。

③ 小児慢性特定疾患を取り扱う医療機関については各都道府県で指定しており、235 の医療機関を指定(令和５年９月１日現在)しています。

④ 小児救急医療体制の充実を図るため、県内３圏域において、小児救急医療拠点病院や小児救急輪番病院の整備を推進しています。

ア　東部圏域

徳島市夜間休日急病診療所が平成９年４月から休日の昼間と毎夜間に小児科医師を配置し、初期小児救急を実施しています。

また、平成 25 年４月から、徳島県立中央病院を小児救急医療拠点病院として指定し、東部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。

イ　南部圏域

平成 14 年４月から、徳島赤十字病院を小児救急医療拠点病院として指定し、南部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。

ウ　西部圏域

平成 14 年４月から、つるぎ町立半田病院及び徳島県立三好病院の２病院で輪番制により、休日の昼間と毎夜間の小児救急医療を実施しています。

⑤ 徳島県立中央病院、徳島大学病院、徳島市民病院に新生児集中治療室（NICU）18 床を設置し、高度な医療を提供する体制を構築するとともに、徳島赤十字ひのみね医療療育センター、とくしま医療センター西病院、とくしま医療センター東病院に NICU 後方病床の整備を促進しました。

●小児科を標榜する一般病院・診療所

		H20.10.1	R2.10.1	増　減
徳島県	一般病院	43 (1)	34 (1)	20.9%減
	診 療 所	226	182	19.5%減
全　国	一般病院	2,905	2,523	13.1%減
	診 療 所	22,503	18,798	16.5%減

資料：医療施設調査（厚生労働省）

※（　）内は小児歯科を標榜する医療施設数

●２次医療圏別小児科を標榜する一般病院・診療所

医 療 圏	東　部	南　部	西　部	合　計
一般病院	18	9	7	34
診 療 所	134	37	11	182
合　計	152	46	18	216

資料：厚生労働省「医療施設調査（R2.10.1 現在）

●2 次医療圏別小児入院医療管理料届出施設数・病床数

医 療 圏	東　部	南　部	合　計
施設数	4	2	6
病床数	307	258	565

資料：四国厚生支局「施設基準の届出受理状況」(R8.8.1 現在)

●地域連携小児夜間・休日診療料 1 の届出医療機関数
【東部】1 機関

資料：四国厚生支局「施設基準の届出受理状況」(R8.8.1 現在)

●救急外来において院内トリアージを行っている医療機関数
【東部】6 機関
【南部】6 機関
【西部】1 機関

資料：四国厚生支局「施設基準の届出受理状況」(R8.8.1 現在)

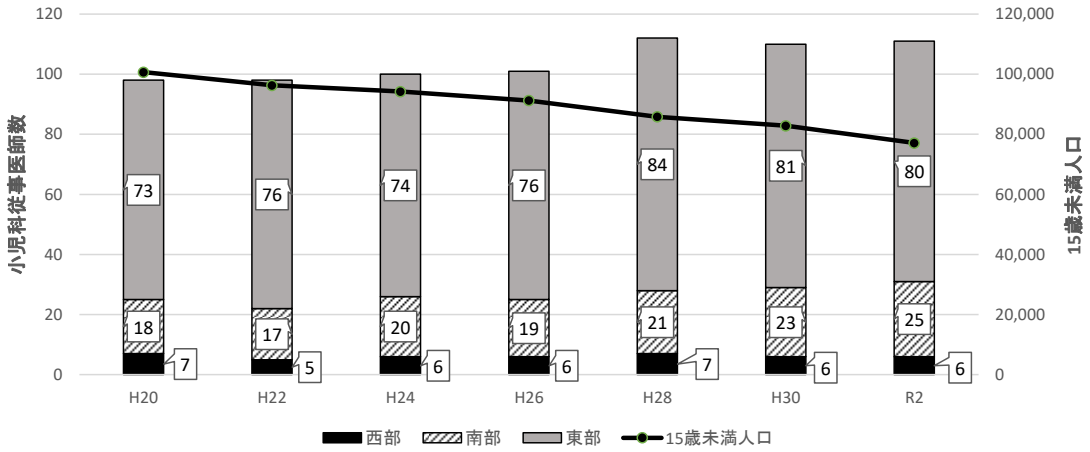
●小児に対応可能な訪問看護ステーション数（15 歳未満）

医 療 圏	東　部	南　部	西　部	合　計
施設数	39	4	2	45

資料：徳島県医療政策課調べ (R5.8.1 現在)

(2)小児医療に係る医師の状況

①　徳島県では、平成 20 年から令和 2 年までの間に小児人口 1 万人あたりの小児科従事医師数でみると、9.8 人から 14.2 人と増加傾向にあり、実数で見ても 98 人から 111 人と 13 人増加(全国は 2,761 人増加)しています。
　また、小児科医師総数に対する病院・診療所別小児科医師数の割合は、令和 2 年では病院 60.4%（H20:64.3%）・診療所 39.6%（H20:35.7%）となっており、診療所の小児科医師の割合が増加しています。

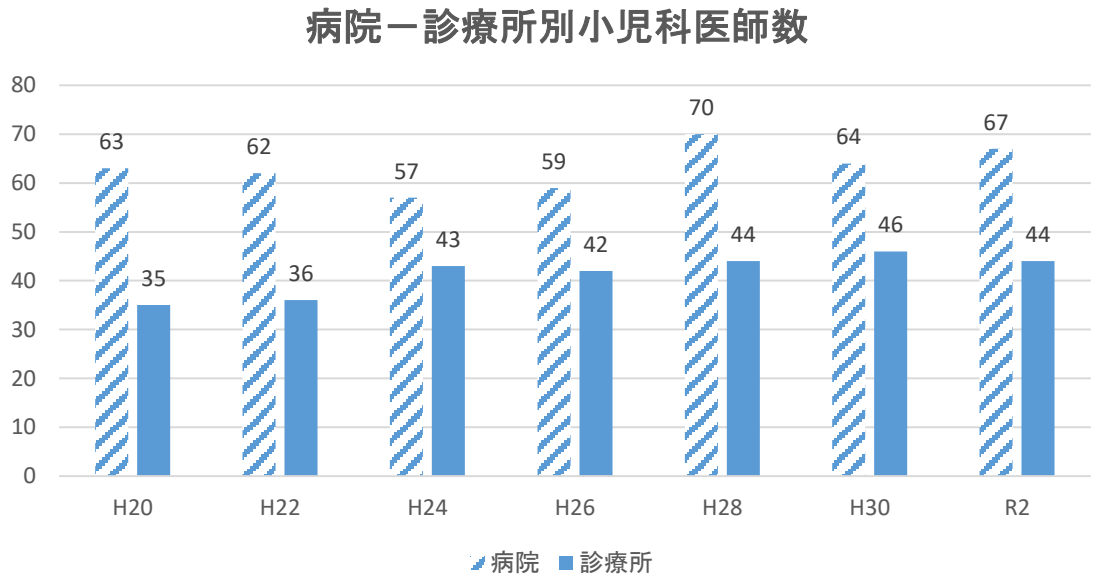


資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

●小児科従事医師数

		H20				R2			
徳島県	圏域別	東部	南部	西部	全体	東部	南部	西部	全体
	従事医師数	73人	18人	7人	98人	80人	25人	6人	111人
	小児人口1万人あたり	10.3人	9.3人	7.0人	9.8人	14.2人	18.0人	8.7人	14.2人
全国	従事医師数	15,236人				17,997人			
	小児人口1万人あたり	8.9人				12.0人			

資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」



資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

第２　小児医療の課題

１　２次医療圏における小児救急医療体制の確保

県内３圏域において常時診療できる体制の維持・確保を図るとともに、小児救急医療拠点病院を受診する中等症及び重症の小児救急患者の受入れ体制を確保する必要があります。

２　小児医療に従事する人的資源の充実等

適切な小児医療・小児救急医療を確保するため、小児科従事医師の人材養成・確保を図る必要があります。

３　適正受診に関する普及啓発活動の推進

不要不急な小児救急受診を抑制するため、県民の小児医療への理解を深めるための取組を進める必要があります。

第３　医療体制の構築に必要な事項

１　目指すべき方向

「第１　小児医療の現状」を踏まえ、「県民が安心して子育てができ、子ども自身が健康であること」を最終目標として、小児医療が円滑に提供される体制を構築すること。

(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健康相談・支援を実施できる体制
②慢性疾患児や障がい児、心の問題のある児の家庭に対する身体的及び精神的サポート等を実施する体制
③家族による救急蘇生法等、不慮の事故や急病への対応が可能な体制

(2)小児患者に対し、その症状に応じた対応が可能な体制
①地域において、初期救急も含め一般的な小児医療を実施する体制
②県内３圏域において、拠点となる病院が、専門医療また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、高度な専門医療または重篤な小児患者に対する救命医療を提供する体制
④身体機能の改善やＡＤＬの向上のため、早期からのリハビリテーションを実施する体制

(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医療的ケア児が入院する医療機関において、児の入院後、現在の病状及び今後予想される状態等について家族等と話合いを開始し、退院後の療養上必要な事項について説明するとともに、退院・転院後の療養生活を担う医療機関や訪問看護事業所等との連絡や調整、福祉サービスの導入に係る支援等を行う体制
②退院後の医療的ケア児等の緊急入院に対応できる体制
③退院後の医療的ケア児等の保護者の負担を軽減するための、レスパイト等の受入れ体制

(5)災害時を見据えた小児医療体制
①災害時に小児及び小児患者に適切な医療や物資を提供できるよう、災害時小児周産期リエゾンを養成・確保し、平時より訓練を実施
②徳島県のみならず近隣府県の被災時においても、災害時小児周産期リエゾン等を介して被災県からの搬送受入れや診療に係る医療従事者の支援等を行う体制を構築

(6)医師の勤務環境の改善が可能な体制

小児医療、特に新生児医療に携わる医師の働き方改革を進めつつ、地域において小児医療を維持・確保することを目的として、地域医療構想や医療計画との整合性にも留意しながら、医療機関・機能の集約化・重点化や小児科の医師偏在対策を検討する体制

2　各医療機能と連携

小児医療体制

(1)健康相談等の支援の機能【相談支援等】

①目標

・県民が子どもの健康や予防、急病時の対応などについて相談でき、適正な受療行動をとれること

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

（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
・救急搬送支援システムを活用し、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相談体制を確保すること（徳島こども医療電話相談（＃８０００）事業）や応答率等を確認し、相談体制の改善の必要性を適宜検討すること
・小児の受療行動に基づき、急病時の対応等について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
・徳島県医療的ケア児等支援センターを中心とした、医療的ケア児及びその家族への支援体制を構築し、医療機関の参画を促すこと

(2)一般小児医療

地域において、日常的な小児医療を実施する。

①一般小児医療を担う機能【一般小児医療】

ア　目標

・小児患者が身近な地域で日常的な小児医療を受けられること

イ　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
・医療型障がい児入所施設等、自宅以外の生活の場を含めた在宅医療を実施すること
・家族に対する身体的及び精神的サポート等の支援を実施すること
・慢性疾患の急変時に備え、対応可能な医療機関と連携していること
・専門医療を担う地域の病院と、診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること

ウ　医療機関等
・小児科を標榜する診療所、一般小児科病院、小児地域支援病院等、地域において一般小児医療を提供する「かかりつけ医」、「かかりつけ歯科医」、「かかりつけ薬局」が対応
・療養・療育支援を担う医療施設（徳島赤十字ひのみね医療療育センター、とくしま医療センター西病院、とくしま医療センター東病院）

②小児医療過疎地域の一般小児医療を担う機能【小児地域支援病院[*3]】

ア　目標
・小児患者が身近な地域で日常的な小児医療を受けられること

イ　医療機関に求められる事項
・原則として入院病床を設置し、必要に応じて小児地域医療センター等へ紹介すること

ウ　医療機関
つるぎ町立半田病院、徳島県立三好病院

(3)小児専門医療を担う機能【小児専門医療】（小児地域医療センター）

①目標
・小児患者が症状に応じた専門的医療を受けられること

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
・一般の小児医療を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の連携や、在宅医療を支援していること
・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医療機関
・小児専門医療を実施する徳島県立中央病院・徳島赤十字病院が対応

*3　小児地域支援病院：小児中核病院または小児地域医療センターがない医療圏において、最大の病院小児科であり、小児中核病院または小児地域医療センターからアクセス不良（車で 1 時間以上）であるもの。

(4)高度な小児専門医療を担う機能【高度小児専門医療】（小児中核病院）
①目標
・小児患者が症状に応じた専門的医療を受けられること

②医療機関に求められる事項
・高度小児専門医療や小児専門医療を担う医療機関との連携により、高度専門的な診断・検査・治療を実施し、医療人材の育成・交流などを含めて地域医療に貢献すること
・療養・療育支援を担う施設と連携していること
・家族に対する精神的サポート等の支援を実施すること
③医療機関
・徳島大学病院が中心となって対応

小児救急医療体制

(1)初期小児救急医療を担う機能【初期小児救急】
①目標
・小児患者が身近な地域で日常的な小児医療を受けられること
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、夜間休日の小児救急医療に参画すること
③医療機関等
（平日昼間）
・小児科を標榜する診療所
・一般小児科病院、小児地域支援病院（つるぎ町立半田病院、徳島県立三好病院）
（夜間休日）
・在宅当番医制に参加している診療所、徳島市夜間休日急病診療所

(2)入院を要する救急医療を担う機能【入院小児救急】
①目標
・小児患者が症状に応じた専門的医療を受けられること
②医療機関に求められる事項
・小児科医師や看護師などの人員体制を含めて、入院を要する小児救急医療を 24 時間 365 日体制で実施可能であること
・小児科を標榜する診療所や一般病院等の地域医療機関と連携し、地域で求められる入院を要する小児救急医療を担うこと
・高度専門的な対応について、高次機能病院と連携していること
・療養・療育支援を担う施設と連携していること
・家族に対する精神的サポート等の支援を実施すること

③医療機関等
・小児救急医療拠点病院
（東部：徳島県立中央病院、南部：徳島赤十字病院）
・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
（西部：つるぎ町立半田病院、徳島県立三好病院）

(3)小児の救命救急医療を担う機能【小児救命救急医療】
①目標
・小児患者が症状に応じた専門的医療を受けられること
②医療機関に求められる事項
・小児救急輪番病院等からの紹介患者や重症外傷を含めた救急搬送による患者を中心として、重篤な小児患者に対する救急医療を 24 時間 365 日体制で実施すること
・小児の集中治療を専門的に実行できる診療体制を構築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医療機関等
24 時間 365 日体制の小児救急医療拠点病院として、県東部では徳島県立中央病院が、県南部では徳島赤十字病院が小児重篤救急患者の救命救急医療に対応します。
また、高度かつ専門的な小児重篤救急患者の救命救急医療は徳島大学病院が対応します。

第４　今後の施策

(1)小児医療に関する普及啓発・相談支援事業の推進
①休日・夜間における子どもの急病等に関する相談体制の確保
子どもの急な病気やけがの際、受診の必要性の判断や相談を行う「徳島こども医療電話相談（＃８０００）」を実施及び適切な回線数を確保し、保護者の不安を解消するとともに、不要不急の救急受診の抑制を図ります。
②急病等への対応に関する情報の提供
市町村や医療関係者の協力を得ながら、子どもによくある病気やけがなどの家庭での対処方法や、医療機関を受診する際のポイントをまとめたハンドブックの配布を通じて、保護者に情報提供します。

(2)小児科医師の養成・確保
適切な小児医療・小児救急医療を確保するため、県地域医療支援センターにおける医師のキャリア形成支援と一体となった医師確保対策の推進等により、引き続き、小児科医師の確保に努めます。

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

(4)地域の小児医療体制の確保

① 持続可能な「小児医療（救急）体制」の構築を図るため、小児医療関係者や行政機関からなる「徳島県小児医療（救急）関係者会議」を開催し、県内における小児医療（救急）に係る現状と課題について、意見交換を行います。

② 医療的ケアを必要とする小児等の在宅療養患者とその家族が、安心して暮らしていけるよう、医療、介護及び福祉サービスの連携に努めます。

(5)災害時を見据えた小児医療体制の整備

厚生労働省が実施する災害時小児周産期リエゾン養成研修へ医師等を派遣し、災害時小児周産期リエゾンを養成・確保します。

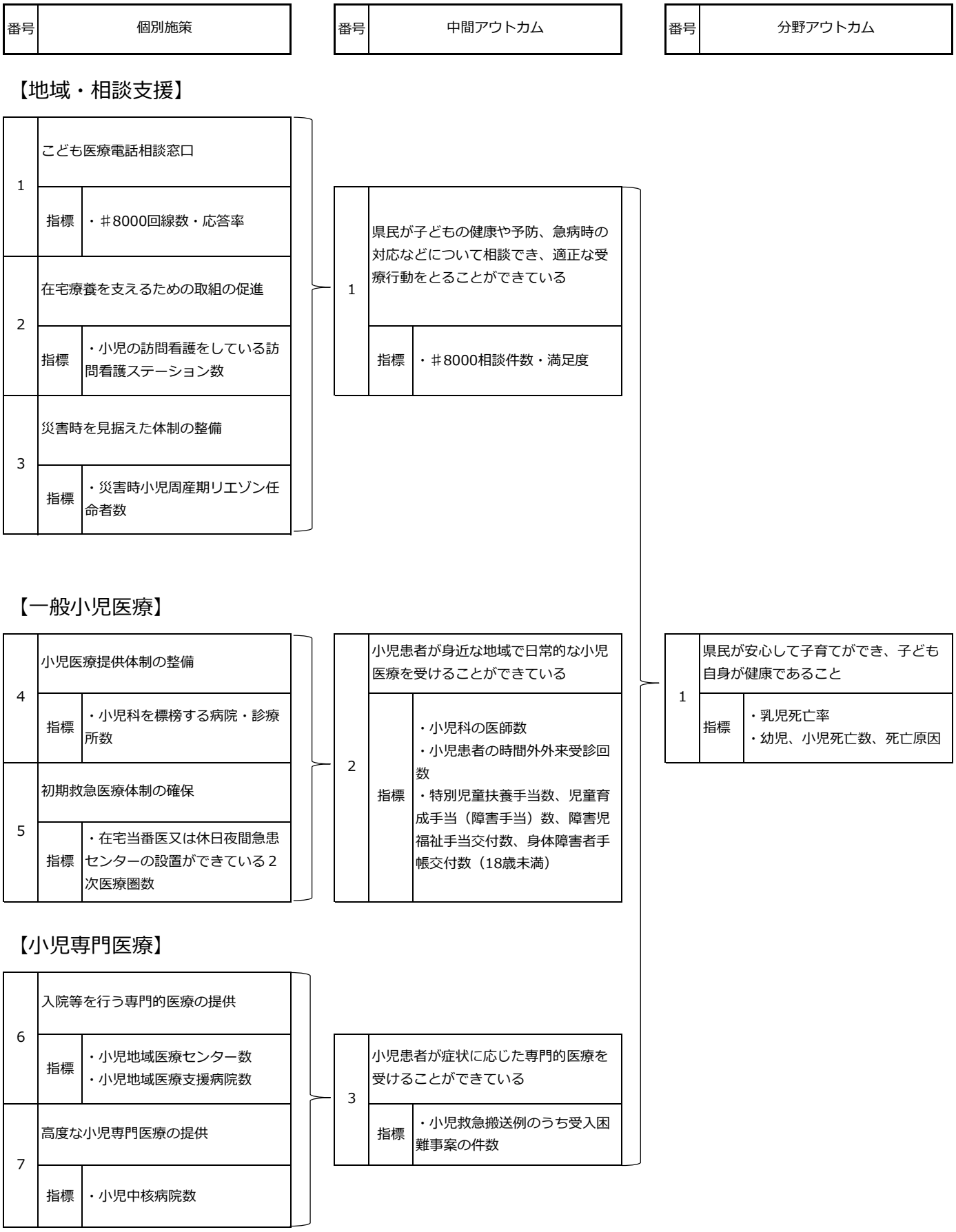
(6)小児医療における新興感染症の発生・まん延時の対策

新興感染症の発生・まん延時においても、地域で小児医療を確保するため、感染症の罹患又は罹患が疑われる小児に対して救急医療を含む小児医療を実施する医療機関について、地域の小児医療に関する協議会等においてあらかじめ協議を行います。また、適切に小児のトリアージや入院等に係るコーディネートを行う災害時小児周産期リエゾン等の人材を、災害時小児周産期リエゾン養成研修事業を活用し養成するとともに、平時からその活用について検討します。さらに、新興感染症の発生・まん延時に対面診療が困難となる場合に備えて、平時からオンライン診療の導入について検討します。

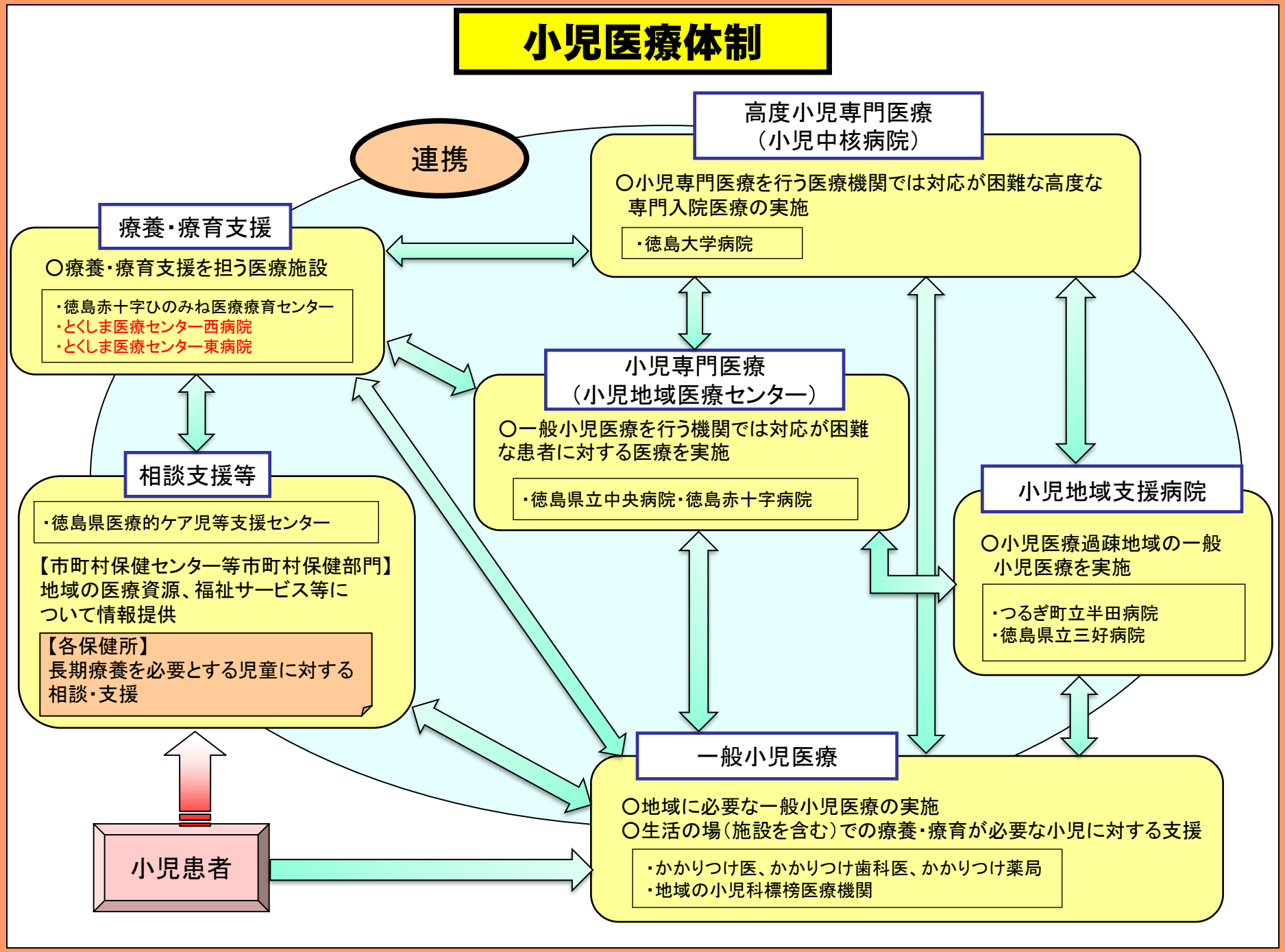
第５　数値目標

数値目標項目	直近値	令和11年度末目標値
こども医療電話相談事業（＃8000）の応答率	59.6% (R5.3)	75.0%以上
災害時小児周産期リエゾン任命者数	19 (R4)	25以上
小児救急搬送例のうち受入れ困難事案の件数	72件 (R3)	50件以下
乳児死亡率（出生千対）	1.2 (R4)	全国平均以下 (参考R4：1.8)
こども医療電話相談事業（＃8000）の満足度	89.5% (R4)	90.0%以上

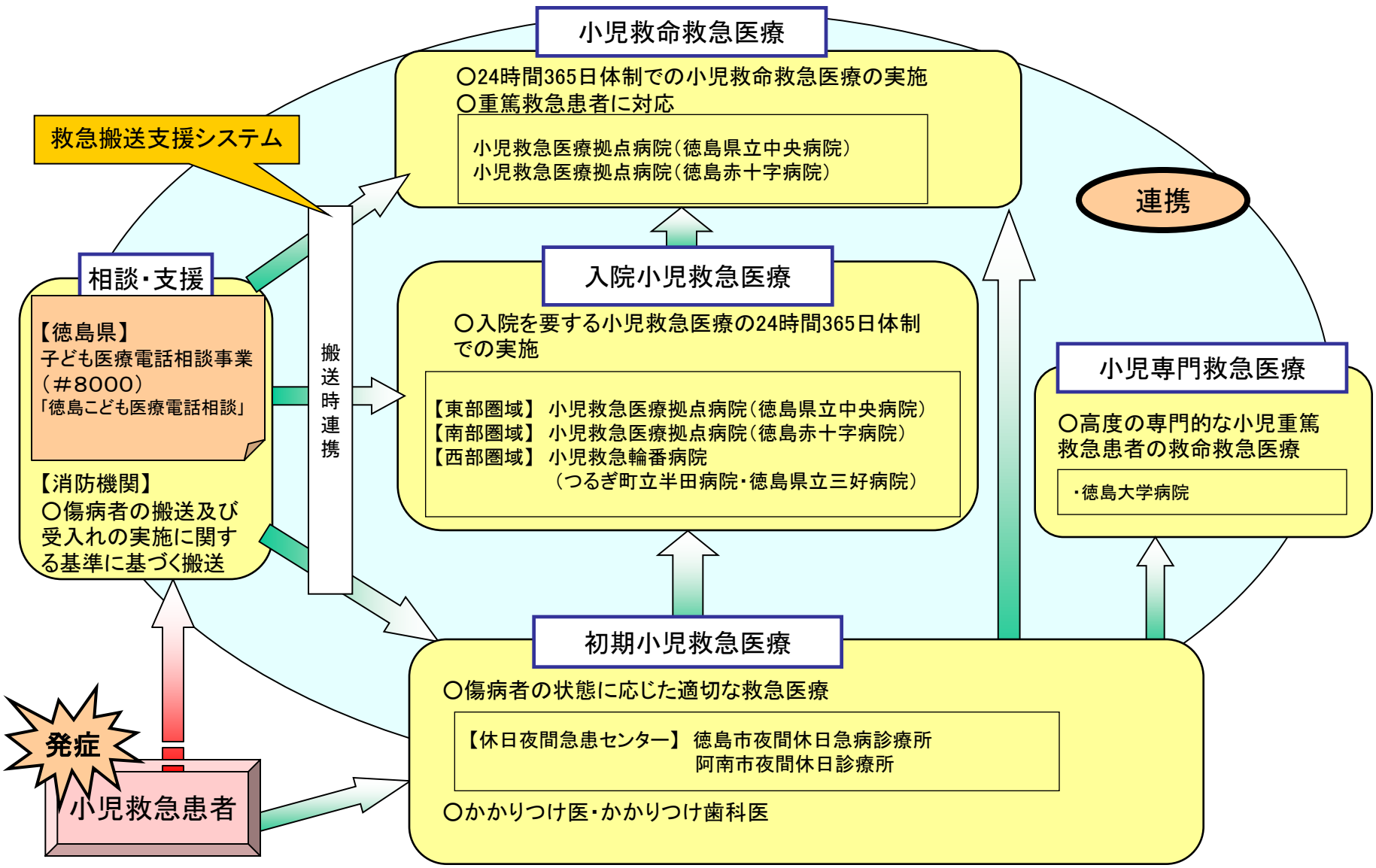
第６　小児医療におけるロジックモデル



小児医療体制


連携
高度小児専門医療
（小児中核病院）
○小児専門医療を行う医療機関では対応が困難な高度な専門入院医療の実施
・徳島大学病院
療養・療育支援
○療養・療育支援を担う医療施設
・徳島赤十字ひのみね医療療育センター
・とくしま医療センター西病院
・とくしま医療センター東病院
小児専門医療
（小児地域医療センター）
○一般小児医療を行う機関では対応が困難な患者に対する医療を実施
・徳島県立中央病院・徳島赤十字病院
小児地域支援病院
○小児医療過疎地域の一般小児医療を実施
・つるぎ町立半田病院
・徳島県立三好病院
相談支援等
・徳島県医療的ケア児等支援センター
【市町村保健センター等市町村保健部門】
地域の医療資源、福祉サービス等について情報提供
【各保健所】
長期療養を必要とする児童に対する相談・支援
一般小児医療
○地域に必要な一般小児医療の実施
○生活の場（施設を含む）での療養・療育が必要な小児に対する支援
・かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局
・地域の小児科標榜医療機関
小児患者

小児救急医療体制


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（徳島県立中央病院）
小児救急医療拠点病院（徳島赤十字病院）
救急搬送支援システム
連携
相談・支援
【徳島県】
子ども医療電話相談事業
（＃8000）
「徳島こども医療電話相談」
【消防機関】
○傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準に基づく搬送
搬送時連携
入院小児救急医療
○入院を要する小児救急医療の24時間365日体制での実施
【東部圏域】 小児救急医療拠点病院（徳島県立中央病院）
【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
（つるぎ町立半田病院・徳島県立三好病院）
小児専門救急医療
○高度の専門的な小児重篤救急患者の救命救急医療
・徳島大学病院
初期小児救急医療
○傷病者の状態に応じた適切な救急医療
【休日夜間急患センター】 徳島市夜間休日急病診療所
阿南市夜間休日診療所
○かかりつけ医・かかりつけ歯科医
発症
小児救急患者

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[*1]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

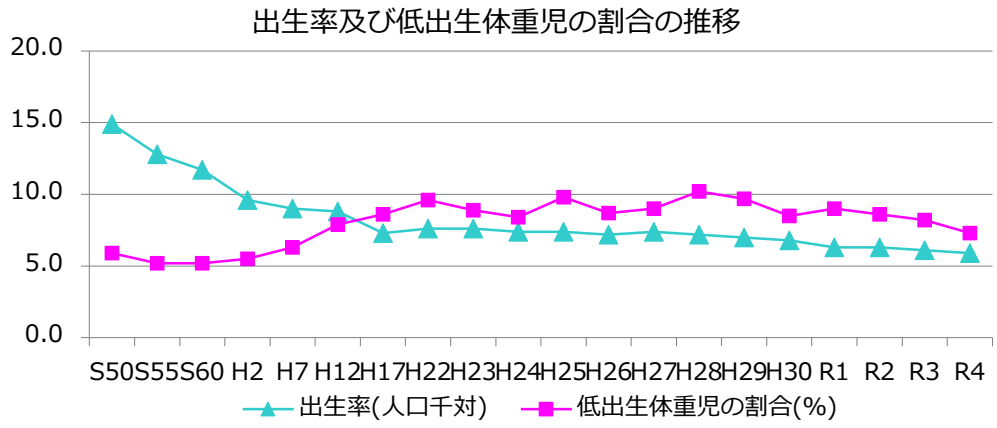
分娩件数は、平成 17 年は 6,002 件でしたが、令和 4 年には 4,193 件と、約 30.1%減少しています。また出生数も、平成 17 年の 5,913 人から、令和 4 年は 4,148 人に減少しています。

出生率[*2]で見ると、平成 17 年は 7.3（全国 8.4）、平成 28 年は 7.2（全国 7.8）、令和 4 年は 5.9（全国 6.3）と減少傾向にありますが、合計特殊出生率[*3]については、平成 17 年は 1.26（全国 1.26）、平成 28 年は 1.51（全国 1.44）と増加したものの、令和 4 年は 1.42（全国 1.26）となっています。

(2)低出生体重児

出生数のうち低出生体重児（2,500g 未満）の占める割合は、平成 2 年に 5.5%（439 人）、平成 12 年に 7.9%（569 人）、平成 22 年に 9.6%（567 人）、平成 28 年 10.2%（543 人)と増加しています。その後は減少傾向にあり、令和 4 年は 7.3%（304 人）でした。

また、超低出生体重児の割合（1,000g 未満）は、平成 2 年に 0.09%（7 人）、平成 12 年に 0.26%（19 人）、平成 22 年に 0.20%（12 人）、平成 28 年に 0.19%（10 人）、令和 4 年に 0.17%（7 人）と、年次によってばらつきがありますが、ほぼ横ばいとなっています。



資料：厚生労働省「人口動態統計」

*1　周産期：妊娠 22 週から出生後７日未満のことをいい、周産期医療とは妊娠、分娩に関わる母体・胎児管理と出生後の新生児管理を主に対象とする医療のことをいう。

*2　出生率：人口 1,000 人当たりの１年間の出生数

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

(3)出産時の年齢の推移

全出産中の 35 歳以上の割合は、昭和 50 年には 3.0%（356 人）でしたが、平成 17 年に 13.1%（773 人）、令和 4 年に 27.5%（1,141 人）と大幅に増加しています。また、第 1 子出産時の平均年齢も、平成 7 年には 26.7 歳でしたが、平成 17 年は 28.3 歳、令和 4 年は 30 歳と上昇しています。

(4)施設分娩の状況

出生場所の推移をみると、昭和 50 年には病院 59.3%、診療所 35.1%でしたが、平成 17 年は病院 38.7%、診療所 61.1%と診療所が高くなっていました。しかし、平成 22 年には病院が 53.7%、診療所が 46.1%、令和 4 年には病院が 64.2%、診療所が 35.5%となり、再び病院で出生する率が増加しています。

(5)複産の割合

全分娩件数中の複産の割合は、平成 17 年に 1.35%（81 件）、平成 22 年に 1.54%（92 件）と、全国平均より高い状態が続いていましたが、平成 27 年は 0.92%(52 件)で全国平均を下回りました。その後は、平成 30 年 0.69%（35 件）、令和 2 年 1.07%（49 件）、令和 4 年 0.79%（33 件）とほぼ横ばいで推移しています。

(6)帝王切開術の割合

医療施設調査（厚生労働省）によると、分娩における帝王切開術の割合は、平成 8 年に一般病院で 14.4%、一般診療所で 9.9%、全分娩に対しては 12.9%でしたが、令和 2 年にはそれぞれ 25.1%、12.6%、20.9%と大幅に上昇しており、分娩件数は減少している一方で、帝王切開術件数は増加しています。

(7)周産期死亡率及び死産率

周産期死亡[*4]率（出産千対）は、昭和 50 年に 20.6、平成 2 年に 10.9、平成 18 年に 4.1 と減少しています。その後は、平成 28 年に 3.4、平成 30 年に 3.6、令和 2 年に 4.4 とほぼ横ばいで推移していますが、令和 4 年は 2.4 と全国平均 3.3 を大きく下回っています。

また、妊娠満 22 週以降の死産率（出産千対）は、昭和 50 年に 14.1、平成 2 年に 9.4、平成 17 年に 4.5、平成 28 年に 2.4、令和 4 年に 2.2 と減少しています。

(8)新生児死亡率、乳児死亡率及び妊産婦死亡数

新生児死亡[*5]率（出生千対）は、平成 17 年には 1.9 でしたが、平成 23 年は 2.5 と増加しました。その後は減少傾向にあり、令和 4 年は 0.2 となっています。

同じく乳児死亡[*6]率（出生千対）も、平成 17 年には 3.0 でしたが、平成 23 年は 5.1 と大きく増加しました。その後は減少しており、令和 4 年では 1.2 と全国平均 1.8 を下回っています。

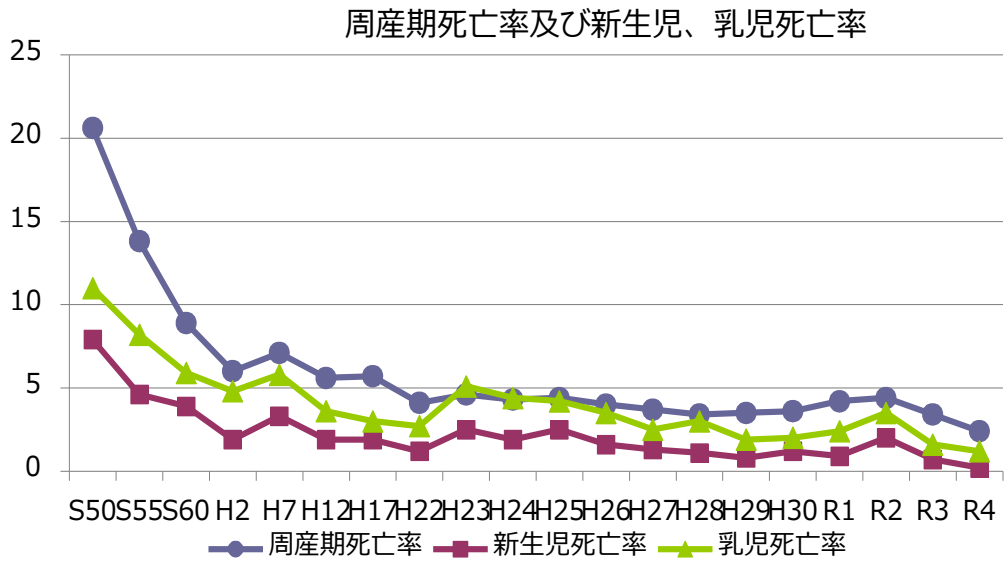
---

*4　周産期死亡：妊娠満 22 週以後の死産に早期新生児死亡(生後 1 週未満の死亡)を加えたもの

*5　新生児死亡：生後 4 週未満の死亡

*6　乳児死亡：生後 1 年未満の死亡

また、妊産婦死亡数は、令和４年は０件となっており、最近の推移をみても 10 年ぶりに死亡者が出た令和 2 年を除き、妊産婦の死亡者は出ていません。



資料：厚生労働省「人口動態統計」

2　周産期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 年度末は 30 施設（病院 11、診療所 19）でしたが、平成 21 年度末には 20 施設（病院 7、診療所 13）まで減少しました。その後、平成 22 年 10 月に海部病院で、平成 27 年 5 月に吉野川医療センターで分娩が開始されましたが、診療所は減少し続け、令和 6 年 2 月末では、12 施設（病院 9、診療所 3）となっています。

※周産期医療については、3 つの医療圏（東部・南部・西部）とする。

年度末	分娩施設数	東部医療圏			南部医療圏			西部医療圏		
		病院	診療所	計	病院	診療所	計	病院	診療所	計
H16	30	6	14	20	3	3	6	2	2	4
H21	20	4	12	16	2	1	3	1	0	1
H28	18	5	9	14	3	0	3	1	0	1
R4	14	5	5	10	3	0	3	1	0	1
R5※	12	5	3	8	3	0	3	1	0	1

※R5 については、R6.2 月末時点

(2)産婦人科医及び新生児医療を担当する医師の状況

医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）によると、県内の産婦人科医師（産婦人科医及び産科医）は、平成 30 年に 79 人（病院 51 人、診療所 28 人）、令和 2 年は 77 人（病院 52 人、診療所 25 人）と微減しています。さらに、令和 2 年を医療圏別で見ると、東部医療圏 61 人、南部医療圏 10 人、西部医療圏 6 人であり、全医師数の 79%が東部に集中しています。

また、新生児医療を担当する医師は、県内の日本新生児成育医学会会員数によると、平成 20 年に 12 人、平成 24 年に 14 人、平成 28 年に 10 人、令和 2 年に 8 人と減少傾向にあります。

(3)助産師の状況

衛生行政報告例（厚生労働省）によれば、就業助産師数は、平成 8 年末の 213 人（病院 173 人、診療所 13 人、助産所 12 人、その他 15 人）から、令和 4 年末には 273 人（病院 194 人、診療所 31 人、助産所 21 人、その他 27 人）に増加しています。

(4)周産期医療の提供体制

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

さらに、平成 17 年度より、総合周産期母子医療センターである徳島大学病院を中心に、周産期救急情報システム事業（旧周産期医療情報ネットワーク事業）、周産期医療関係者研修事業等が実施され、県内の周産期医療体制の充実が図られています。

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

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

この計画に基づき、これまで周産期医療体制の整備を進めてきたところですが、西部医療圏における地域周産期母子医療センターの設置のほか、ＮＩＣＵについては、一部稼働できていないなど引き続き課題として残されているものの、周産期医療従事者の人材確保が困難な状況の中、周産期医療の現状及びニーズを見据えた提供体制を検討していく必要があります。

現状では、周産期母子医療センターが周産期医療体制の中心となって、地域の周産期医療施設との連携により、安心できる医療の確保を維持している状況ですが、今後、分娩取扱い施設の更なる減少を想定し、誰もが安心・安全に出産できるよう、地域の周産期医療施設の相互協力・連携をより一層強化していく必要があります。

●周産期母子医療センターの整備状況（令和５年４月１日現在）

圏域	種別	病院名	MFICU	NICU	GCU	備　考
東部	総合	徳島大学病院	6	9	12	H16.12指定
	地域	徳島市民病院	－	6	11	H23.４認定
	地域	徳島県立中央病院	－	6※	6	H25.７認定
南部	地域	徳島赤十字病院	－	－	－	H23.４認定
計			6	21	29	

※うち３床のみ運用中

（注）ＭＦＩＣＵ：母体・胎児集中治療管理室、ＮＩＣＵ：新生児集中治療管理室
ＧＣＵ：新生児回復期治療室

第２　医療体制の構築に必要な事項

１　徳島県における周産期医療体制の整備

(1)周産期医療協議会の設置
本県の実状に応じた周産期医療体制等について協議する場を設置

(2)周産期母子医療センターの整備等
・総合周産期母子医療センターの指定又はその取消し
・地域周産期母子医療センターの認定又はその取消し
・周産期母子医療センターからの報告等に対する適切な支援及び指導
・総合周産期母子医療センターを中核とした周産期救急情報システムの運営、周産期医療関係者に対する研修等の実施

(3)災害時の周産期医療体制の構築
災害時に小児・周産期医療に係る保健医療活動の総合調整を適切かつ円滑に行えるよう、徳島県災害対策本部の「保健医療福祉調整班」に、災害医療コーディネーターとして「災害時小児周産期リエゾン」を配置する等、災害時の小児・周産期医療体制を構築

(4)新興感染症の発生・まん延時における周産期医療体制の確保
徳島県周産期医療協議会において、各産科医療機関の役割分担を確認し、周産期母子医療センターや災害時小児周産期リエゾンが中心となって、周産期医療体制を確保

2　周産期医療機関とその連携

(1)目指すべき方向

「第１　周産期医療の現状」を踏まえ、「妊産婦およびその家族が安心して子どもを産み育てることができる」を最終目標として、個々の医療機能、それを満たす医療機関、さらにそれら医療機関相互の連携により、周産期医療体制の充実・強化を図ります。

①正常分娩等に対し安全な医療を提供するための周産期医療関連施設間の連携が可能な体制

ア　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

イ　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が可能な体制

②周産期の対応が 24 時間可能な体制

周産期母子医療センター及び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 時間対応可能な周産期の救急体制

③ハイリスク妊産婦に対する医療の提供が可能な体制

精神疾患を含めた合併症妊娠や胎児・新生児異常等、母体又は児のリスクが高い妊娠に対応可能な体制

④新生児医療の提供が可能な体制

新生児搬送やＮＩＣＵ、ＧＣＵの整備を含めた新生児医療の提供が可能な体制

⑤母子に配慮した周産期医療の提供が可能な体制

母子の心身の安定・安全の確保等を図る観点から、産科区域の特定（院内助産・助産師外来や医療機関における産後ケア事業、母子保健事業等の実施などの機能をもつ病棟の概念を含む。）などの対策を講じることが望ましいなか、当該医療機関の実情を踏まえた適切な対応の推進

⑥ＮＩＣＵに入室している新生児の療養・療育支援及び在宅ケアへの円滑な移行が可能な体制

周産期医療関連施設を退院する医療的ケア児の生活の場における療養・療育への円滑な移行を支援する体制

⑦医師の勤務環境の改善が可能な体制

地域において必要な周産期医療を維持・確保するため、医療機関・機能の集約化・重点化の推進、医療機関の役割分担など、周産期医療と母子保健を地域全体で支える体制

(2)各医療機能と連携

①正常分娩等を扱う機能（日常の生活・保健指導及び新生児の医療の相談を含む。）

ア　目標

・妊婦健診を含めた分娩前後の健康管理ができている
・正常分娩やリスクの低い帝王切開術が受けられている

イ　医療機関に求められる事項

・産科に必要とされる検査、診断及び治療が実施可能であること
・正常分娩及び低リスクの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
・緊急時の搬送に当たっては、総合周産期母子医療センター等と連携し、病態や緊急度に応じて適切な医療機関を選定すること。また平時から近隣の高次施設との連携体制を構築すること

ウ　対応する医療機関

・地域の産科医療機関

②分娩を取り扱わないが、妊婦健診や産前・産褥管理・産後ケアを実施する機能

ア　目標

・妊婦健診や妊娠・出産への不安に対する相談が受けられている

イ　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、初期治療が実施可能であること
・妊産婦のメンタルヘルスケアを行うこと
・妊産婦の日常的の生活・保健指導に対応すること
・セミオープンシステムを活用し、分娩取扱医療機関との連携により、分娩以外の産科診療に対応すること
・当該施設の休診時間等におけるかかりつけの妊産婦の症状等への対応について、連携する分娩取扱医療機関と取決めを行うこと
・当該施設のかかりつけ妊婦の分娩が近くなった際に、適切に分娩取扱医療機関への診療情報提供を行うこと
・緊急時の搬送に当たっては、総合周産期母子医療センター等と連携し、病態や緊急度に応じて適切な医療機関を選定すること。また平時から近隣の高次施設との連携体制を構築すること

ウ　対応する医療機関

・分娩を取り扱わない産科医療機関

③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【地域周産期母子医療センター】

ア　目標

・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）に対応できている

イ　医療機関に求められる事項

・産科及び小児科（新生児診療を担当するもの）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こと

・地域の周産期医療関連施設等からの救急搬送や総合周産期母子医療センターその他の周産期医療関連施設等との連携を図ること

※　設備、職員配置等、その他の事項については、「周産期医療の体制構築に係る指針」（令和５年５月 26 日付け医政地発 0526 第 5 号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」）に準ずる。

ウ　対応する医療機関

徳島市民病院、徳島赤十字病院、徳島県立中央病院

④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【総合周産期母子医療センター】

ア　目標

・リスクの高い妊娠に対して適切な医療が受けられている
・周産期医療体制の中核病院が地域の周産期医療関連施設等と連携が図れている

イ　医療機関に求められる事項

・相当規模のＭＦＩＣＵを含む産科病棟及びＮＩＣＵを含む新生児病棟を備え、常時の母体及び新生児搬送受入体制を有し、合併症妊娠（重症妊娠高血圧症候群、切迫早産等）、胎児・新生児異常（超低出生体重児、先天異常児等）等母体又は胎児におけるリスクの高い妊娠に対する医療、高度な新生児医療等の周産期医療を行うことができること
・必要に応じて総合周産期母子医療センターの関係診療科又は他の施設と連携し、脳血管疾患、心疾患、敗血症、外傷、精神疾患等を有する母体に対応することができること
・地域の周産期医療関連施設等からの救急搬送を受け入れるなど、周産期医療体制の中核として、地域周産期母子医療センターその他の地域の周産期医療関連施設等と連携していること
・地域の医療従事者への研修を含め、周産期医療に精通した医療従事者育成の役割を担うこと
・災害時を見据えて業務継続計画を策定するとともに、災害時小児周産期リエゾン等を介して災害時の支援を積極的に担うこと

●必要な設備

ＭＦＩＣＵ	分娩監視装置、呼吸循環監視装置、超音波診断装置（カラードップラー機能を有する）、その他母体・胎児集中治療に必要な設備
ＮＩＣＵ	新生児用呼吸循環監視装置、新生児用人工換気装置、超音波診断装置（カラードップラー機能を有する）、新生児搬送用保育器、その他新生児集中治療に必要な設備

※　設備、職員配置等、その他の事項については、「周産期医療の体制構築に係る指針」に準ずる。

ウ　対応する医療機関

徳島大学病院

（精神疾患を合併する妊婦については総合メディカルゾーンで対応）

⑤周産期医療関連施設を退院した障がい児等が生活の場（施設を含む）で療養・療育できるよう支援する機能

ア　目標

・ＮＩＣＵやＧＣＵの長期入院児が在宅療養へ円滑に移行できている

・療養・療育を行っている児の家族等に対する支援体制ができている

イ　医療機関に求められる事項

・周産期医療関連施設等と連携し、ＮＩＣＵやＧＣＵに入院していた児の中でも、特に高度な医療が必要な児（人工呼吸器の管理、気管切開、胃瘻造設等）の退院後の長期入院、短期入院（レスパイト入院[*8] を含む）、外来通院及び在宅支援等が可能であること

・児の急変時に備え、救急対応可能な病院等との連携が図られていること

・訪問看護事業所、福祉サービス事業者、学校及び自治体等との連携を図り、医療、保健及び福祉サービスを調整した上で、児に見合った療養・療育体制を整え、提供できること（コーディネート業務）

・地域又は総合周産期母子医療センター等の周産期医療関連施設等と連携し、療養・療育が必要な児の情報（診療情報や治療計画等）を共有していること

・在宅等において療養・療育が行えるよう、家族等に対する精神的サポート等の支援を実施すること

ウ　対応する医療機関

徳島赤十字ひのみね医療療育センター、独立行政法人国立病院機構とくしま医療センター東病院

3　今後の取組

(1)周産期医療体制の強化

①　限られた医療資源を有効に生かすため、「共通診療ノート」を活用したセミオープンシステムの実施等により、総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター、地域の中核病院及び産科診療所の役割分担、連携を推進し、周産期医療提供体制の充実強化を図ります。

　また、西部医療圏における地域周産期母子医療センターについては、周産期医療の現状及びニーズを見据えながら引き続き検討します。

②　安定した周産期医療提供体制を構築するため、産科医、小児科医（新生児医療担当医師を含む）の確保に努めます。

　また、助産師についても、修学資金貸付事業などを通じて県内の定着に努めます。

③　さらに、周産期医療に必要とされる基本的な知識及び高度な技術の習得等についての研修を行うなど、周産期医療に精通した周産期医療従事者の育成等に努めます。

(2)救急搬送体制の強化

①　「徳島県周産期医療搬送マニュアル」に基づき、母体・新生児のハイリスク症例等に対応した搬送体制の確保を図ります。

②　県西部においては、医師の連携や道路状況、さらには地域住民の受療

---

*8　レスパイト入院：家族の休息のための預かり入院

行動から、これまでの連携を維持し、「四国こどもとおとなの医療センター（香川県善通寺市）」や「香川大学医学部附属病院（香川県木田郡三木町）」、「四国中央病院（愛媛県四国中央市）」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に備え、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「近畿ブロック周産期医療広域連携体制」を推進します。（※構成府県：近畿２府４県、福井県、三重県、鳥取県、徳島県）

(3)医療・保健・福祉の連携

①　医療機関と市町村の母子保健担当部署や保健所が、極低出生体重児などハイリスク新生児の情報を共有することにより、地域における育児支援体制を推進します。

②　産後うつの予防等が効果的に行われるよう、母子保健事業と連携し、産婦健康診査の推進を図ります。

　また、うつ病等の精神疾患を持つ妊産婦及びその児に対し、産科医療機関と精神科医療機関、さらには、市町村の母子保健担当部署等、関係機関が連携を図り、適切な治療や支援を受けることができる体制を構築します。

③　「医療的ケアを要する重症心身障がい児等支援検討会議」等により関係機関が連携し、ＮＩＣＵやＧＣＵの長期入院児が在宅療養へ円滑に移行できる体制や、在宅療養中の児の家族に対する支援体制を構築します。

④　生まれてくる子どもの健康保持のため、妊婦に対し、市町村の母子保健担当部署や産科医療機関等と連携し、妊娠期からの歯科疾患予防の重要性について周知を図ります。

(4)災害時における周産期医療体制の整備

①　災害時小児周産期リエゾンの養成を進めるとともに、徳島県周産期医療協議会において「徳島県周産期災害対策マニュアル」を整備し、総合周産期母子医療センター（徳島大学病院）を中心とした、災害時の周産期医療体制を構築します。

　また、災害時の周産期医療体制を確保するため、災害時小児周産期リエゾンを中心とした周産期医療施設や妊産婦等の被害を想定した災害訓練を実施するとともに、平時から有事を見据えた近隣府県をはじめ広域的な連携を図ります。

②　周産期母子医療センターに求められている医療機能を踏まえ、災害時においても高度な周産期医療を提供できる体制を構築するために、非常用自家発電設備や給水設備の保有等に係る整備、止水対策や自家発電機等の高所移転、排水ポンプ設置等による浸水対策について、総合周産期母子医療センターの指定要件として、災害拠点病院と同等の要件を求めます。また、地域周産期母子医療センターについても、同等の整備を行うよう促します。

③　「共通診療ノート」に災害対策に関する項目を新たに追加するなど、妊産婦や母子に対し、防災について普及啓発を図ります。

④　新型コロナウイルス感染症をはじめとする新興感染症等の大規模流行時には、徳島県周産期医療協議会において、総合周産期母子医療センターや災害時小児周産期リエゾンが中心となって、周産期医療体制を確保します。

第３　数値目標

数値目標項目	直近値	令和11年度末目標値
周産期死亡率（出産千対）	2.4 (R4)	全国平均以下 (参考R４：3.3)
妊産婦死亡数	0件 (R4)	0件
新生児死亡率（出生千対）	0.2 (R4)	全国平均以下 (参考R４：0.8)
地域周産期母子医療センターの整備	2医療圏・3か所 (R4)	全医療圏での設置

第４　周産期医療におけるロジックモデル

番号	個別施策

番号	中間アウトカム

番号	分野アウトカム

【正常分娩（低リスク分娩）】

1	安心して出産できる体制が確保されている	
	指標	・就業助産師数
2	妊婦の急変時、迅速に搬送可能な体制となっている	
	指標	・搬送依頼数

【分娩を取り扱わない産科医療機関】

3	妊産婦のメンタルヘルスの対応がされている	
	指標	・精神科等との連携体制の状況
4	セミオープンシステムを活用している	
	指標	・セミオープンシステムの参加状況

【地域周産期母子医療センター】

5	急変した妊婦等の受入れが可能な体制となっている	
	指標	・母体搬送のうち受入困難事例件数
6	質の高い医療を提供する体制となっている	
	指標	・NICU・GCU病床数

【総合周産期母子医療センター】

7	高度な新生児医療ができる	
	指標	・新生児専門医数
		・母体胎児専門医数
8	基礎疾患や産科的合併症を有する妊婦への対応が可能な体制となっている	
	指標	・MFICU病床数
9	周産期医療に関わる医療従事者に対する研修ができている	
	指標	・周産期に関する研修会の開催回数・参加人数

1	妊婦健診を含めた分娩前後の健康管理ができている	
	指標	・妊婦健診受診率
2	正常分娩やリスクの低い帝王切開術が受けられている	
	指標	・帝王切開術の割合
3	妊婦健診や妊娠・出産への不安に対する相談が受けられている	
	指標	・妊婦訪問指導数・保健指導数
4	24時間体制で周産期救急医療（緊急帝王切開、その他の緊急手術を含む）に対応できている	
	指標	・搬送受入件数
5	リスクの高い妊娠に対して適切な医療が受けられている	
	指標	・周産期母子医療センターで取り扱う分娩数
6	周産期医療体制の中核病院が地域の周産期医療施設等と連携が図れている	
	指標	・周産期医療施設への情報提供・相談件数

1	安心して子どもを産み育てることができる	
	指標	・周産期死亡率（出産千対）
		・新生児死亡率（出産千対）
		・妊産婦死亡数

番号	個別施策

番号	中間アウトカム

番号	分野アウトカム

【療養・療育支援】

10	周産期母子医療センターにおける在宅移行支援の体制整備	
	指標	・退院支援コーディネーター数
11	母子保健や福祉事業と連携ができている	
12	周産期医療施設を退院後の長期入院、短期入院、外来通院及び在宅支援等ができている	
	指標	・後方支援施設数

7	NICUやGCUの長期入院児が在宅療養へ円滑に移行できている	
	指標	・退院支援を受けたNICU、GCU入院児数
8	療養・療育を行っている児の家族等に対する支援体制ができている	
	指標	・家族が在宅ケアを行うための手技取得や環境の整備を設けるための病床を設置している周産期母子センター数

周産期医療体制

総合メディカルゾーンを構成する「徳島大学病院」及び「県立中央病院」が一体的に機能を発揮することを核とする。

【県西部における連携】
（香川県総合周産期母子医療センター）
・四国こどもとおとなの医療センター
［香川県善通寺市］
・香川大学医学部附属病院
［香川県三木町］ ほか

【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2府4県、福井、三重、鳥取、徳島）

総合周産期母子医療センター

○リスクの高い妊娠に対する医療及び高度な新生児医療
（産科合併症以外の合併症を有する母体にも対応）
○周産期医療体制の中核として地域の周産期医療関連施設等と連携
○周産期医療情報センター
○災害時の積極的な支援

・徳島大学病院（H16.12指定）

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

地域周産期母子医療センター

○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

【総合メディカルゾーン】
・徳島県立中央病院（H25年7月認定）
【東部圏域】
・徳島市民病院（H23年4月認定）
【南部圏域】
・徳島赤十字病院（H23年4月認定）
【西部圏域】
※設置について検討

療養・療育支援

○周産期医療関連施設を退院した 障がい児等が療養・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医療療育センター
・独立行政法人国立病院機構とくしま医療センター東病院

連携

地域の産科医療機関

【正常分娩等を扱う医療機関】
・正常分娩及び低リスク分娩の対応
・妊婦健診を含めた分娩前後の診療
・他医療機関との連携によるリスクの低い帝王切開術の対応
・助産師による支援の充実

【分娩を取り扱わない産科医療機関】
・妊婦健診や産前・産褥管理・産後ケアへの対応
・妊娠・出産への不安に対する相談
・妊産婦のメンタルヘルスケア
・セミオープンシステムの活用

災害医療体制の整備

第１　災害医療の現状

１　災害の現状

本県は、南海トラフ沿いの巨大地震の中で、四国沖から紀伊半島沖が震源域になった場合に、過去にも津波や地震動による大きな被害を受けています。1707 年の宝永地震（マグニチュード 8.4）や 1854 年の安政南海地震（マグニチュード 8.4）で大きな被害が生じたほか、1946 年の南海地震（マグニチュード 8.0）でも、死者（不明者含む）202 名、負傷者 665 名、全壊家屋　1,000 以上、流出家屋 500 以上などの大きな被害が生じています。

近い将来発生が危惧される南海トラフ巨大地震について、30 年以内では 60～90%程度と非常に切迫しており、この地震が起こった場合、大きな揺れや津波による壊滅的な被害が想定されています。

●南海トラフ巨大地震被害想定（最大ケース）

	内閣府想定	徳島県想定
死者数	41,000 人	21,700 人
負傷者数	52,000 人	20,200 人
建物全壊棟数	136,000 棟	81,100 棟

また、本県が平成 29 年 7 月 25 日に公表した「徳島県中央構造線・活断層地震被害想定」において、建物の全壊棟数が 63,700 棟、死者数は 3,440 人という数字が示されており、加えて台風やゲリラ豪雨といった風水害、大規模な交通事故のような事故災害など、多様な災害に対し、警戒を強める必要があります。

２　災害医療の提供

県では、広域的な災害あるいは列車脱線事故等の局地的に多数の傷病者が発生する災害時に、迅速かつ円滑な医療が提供できる体制の整備・充実を図ってきました。

特に、東日本大震災や熊本地震といった大規模な自然災害の経験を踏まえ、「災害派遣医療チーム（ＤＭＡＴ）」の更なる養成や、受援体制の整備などに取り組んでいます。

(1)災害拠点病院の整備

平成 7 年 1 月の阪神・淡路大震災を教訓として、災害時に多発する重篤救急患者等の救命医療を行うため、国が定めた指定要件を満たしたものについて、都道府県が「災害拠点病院」の指定を行っています。本県では、令和 8 年４月１日現在で 11 病院（基幹災害拠点病院：1 病院、地域災害拠点病院：10 病院）の指定を行っています。

●本県の災害拠点病院の状況（令和８年４月１日現在）

医療圏	医療機関名	医療圏	医療機関名
東部	◎徳島県立中央病院(H8.11)	南部	徳島赤十字病院(H8.11)
	徳島県鳴門病院(H9.3)		徳島県立海部病院(H9.3)
	吉野川医療センター(H9.3)		海南病院(H16.8)
	徳島大学病院(H24.3)		阿南医療センター(R1.5)
	徳島市民病院(H24.3)	西部	徳島県立三好病院(H8.11)
			つるぎ町立半田病院(H9.3)

（注）◎は基幹災害拠点病院、その他は地域災害拠点病院　（）指定年月

(2)災害医療支援病院の整備

大規模災害発生時においては、多くの医療機関が被災し、軽症から重症患者までが、「災害拠点病院」に集中することが懸念されます。こうした状況への備えを強化するため、本県独自の取組として、県内の東部・南部・西部の各圏域において、さらに人工呼吸器患者の対応など専門分野において、それぞれ災害拠点病院を支援・補完する医療機関を「災害医療支援病院」として平成 24 年 11 月より指定を行っています。

●本県の災害医療支援病院の状況（令和８年４月１日現在）

医療圏	医療機関名	医療圏	医療機関名
東部	田岡病院(H24.11)	西部	ホウエツ病院(H24.11)
			市立三野病院(H25.9)
南部	那賀町立上那賀病院(H25.9)	専門分野	とくしま医療センター西病院(H25.9)
	美波病院(H28.6)		とくしま医療センター東病院(H25.9)

（）指定年月

(3)災害拠点精神科病院の整備

平成 23 年の東日本大震災においては被災した精神科病院から多数の患者が搬送され、また同様に、平成 28 年の熊本地震においても、被災した精神科病院から災害派遣精神医療チーム（ＤＰＡＴ）の支援のもと、多数の患者が搬送されました。

このように、大規模災害発生時には多数の精神科患者の搬送を実施する可能性がありますが、これに対応するためには、専門である精神科病院の災害時の活動が不可欠となります。

そのため、県内の精神科病院の協力のもと、精神疾患を有する患者の受入れやＤＰＡＴの派遣機能等を備え、災害時において精神科医療を提供する上での中心的な役割を担う「災害拠点精神科病院」として県立中央病院を令和３年３月 31 日に指定しました。

(4)災害拠点病院の耐震整備

災害時において、被災地における医療救護の活動拠点となる「災害拠点病院」の耐震整備に取り組んだ結果、全ての災害拠点病院が新耐震基準を満たしています。

(5)災害派遣医療チーム（ＤＭＡＴ）の養成

平成７年１月の阪神・淡路大震災を契機として、大地震及び航空機・列車事故といった災害急性期（発災後概ね 48 時間以内）に迅速に被災地に出向き、「被災地内におけるトリアージや救命処置」、「患者を近隣・広域へ搬送する際における必要な観察・処置」、「被災地内の病院における医療支援」等を行う、専門的な訓練を受けた「ＤＭＡＴ」の養成に取り組んでいます。

東日本大震災においては計６チーム、延べ 30 名を、また平成 28 年熊本地震においては計 11 チーム、52 名を、現地に派遣し、それぞれ航空搬送拠点臨時医療施設（ＳＣＵ）での活動や、被災地内の病院での医療活動支援等を実施しました。

さらに豪雨災害支援についても、平成 30 年７月豪雨においては計８チーム 35 名を、令和２年７月豪雨においては計５チーム、19 名の派遣を行い、医療機関の被害状況等の情報収集、避難所での医療ニーズ把握のための「避難所アセスメント」等の医療活動支援を行いました。

このほか、平成 30 年北海道胆振東部地震、令和元年東日本台風、令和６年能登半島地震、令和８年熊本地震についても、ＤＭＡＴを現地に派遣しました。

令和８年４月１日時点で、県内では計 36 チーム（15 医療機関）が厚生労働省主催の研修を受講しています。

また、本県内での発災時、全国から派遣される DMAT が到着し活動開始するまでの間、県内で迅速に医療救護活動を行うため、主に県内での活動を想定した「徳島ローカルＤＭＡＴ」制度を令和６年度に創設しています。

●ＤＭＡＴの編成状況（令和８年４月１日現在）

	医療機関名	チーム数	研修受講者数（人）			
			医師	看護師	業務調整員	計
東部	徳島県立中央病院	4	8	20	8	36
	徳島県鳴門病院	4	6	10	4	20
	吉野川医療センター	2	4	5	3	12
	徳島大学病院	2	5	5	10	20
	徳島市民病院	2	6	3	4	13
	田岡病院	2	3	8	4	15
	とくしま医療センター東病院	2	2	6	5	13
南部	徳島赤十字病院	5	6	10	16	32
	徳島県立海部病院	3	4	11	3	18
	阿南医療センター	2	2	5	5	12
	海南病院	2	3	4	4	11
西部	徳島県立三好病院	1	2	6	1	9
	つるぎ町立半田病院	2	4	5	2	11
	ホウエツ病院	2	6	5	7	18
	市立三野病院	1	1	2	3	6
計		36	62	105	79	246

※厚生労働省の研修を受講していても、人事異動等に伴い欠員が生じるチームがあるため、編成チームが受講チーム数より少なくなる場合があります。

●ローカルＤＭＡＴの編成状況（令和８年４月１日現在）

	医療機関名	チーム数	研修受講者数（人）			
			医師	看護師	業務調整員	計
東部	徳島県立中央病院	0	0	1	0	1
	徳島県鳴門病院	0	0	2	3	5
	吉野川医療センター	1	1	2	1	4
	徳島市民病院	0	0	3	2	5
	田岡病院	1	1	4	2	7
	とくしま医療センター西病院	0	1	1	1	3
	協立病院	1	2	2	1	5
	きたじま田岡病院	0	0	0	2	2
	川島病院	1	1	3	2	6
南部	徳島赤十字病院	0	0	0	1	1
	阿南医療センター	1	1	1	2	4
	海南病院	0	0	1	0	1
	美波病院	0	1	0	2	3
西部	徳島県立三好病院	0	0	3	1	4
	つるぎ町立半田病院	0	0	3	1	4
	ホウエツ病院	0	0	4	2	6
計		5	8	30	23	61

※ローカル DMAT 指定医療機関のうち隊員数が 0 の医療機関は記載していません。

(6)保健医療及び介護支援活動に係る体制整備について

徳島県災害対策本部条例及び徳島県災害対策本部運営規程に基づき、徳島県災害対策本部に実行部として「保健福祉部」を設置し、この中に「保健医療福祉調整班」を組織した上で、関係機関と連携して災害時の保健医療及び介護支援体制を構築するとともに、ＤＭＡＴや災害時健康危機管理支援チーム（ＤＨＥＡＴ）などと連携し、保健医療及び介護支援活動に関する情報の相互共有、整理及び分析等、災害時における総合調整を行います。

(7)災害拠点病院等における施設整備

発災直後から被災地において、迅速かつ円滑に必要な医療サービスが提供できるよう、災害医療の中心的な役割を担う災害拠点病院やＤＭＡＴ指定医療機関等において、災害対応に必要な医療機器や資機材、衛星携帯電話等の整備促進に取り組んでいます。

(8)ドクターヘリの活用

平成 24 年 10 月に導入され、平成 25 年４月からは関西広域連合に事業移管し、運航している徳島県ドクターヘリについては、通常時は救急搬送業務に活用されていますが、災害時においても、貴重な空路による傷病者の搬送手段として、またＤＭＡＴの被災地への輸送手段としても、その有効性が認識されています。

平成 28 年熊本地震の際には、関西広域連合の広域医療分野の事務局を担う本県が、連合管内 6 機のうち、「徳島県ドクターヘリ」を含む、被災地寄りに位置する西側 3 機を被災地に派遣することを速やかに決定し、到着後直ちに傷病者の搬送を実施しました。

このような大規模広域災害発生時における円滑かつ迅速なドクターヘリの運航体制をルールとして確立するべく、平成 28 年度に「広域災害時のドクターヘリ運航に係る要領」を制定しました。

また「いざ発災」の際に、円滑かつ効率的な運航が行われるよう、日頃から県内外の防災訓練にも積極的に参加しています。

(9)災害派遣精神医療チーム（ＤＰＡＴ）の養成

東日本大震災における精神保健医療活動支援を通じて、指揮命令系統の改善、被災精神科医療機関への支援の強化等の課題が明らかとなり、平成 24 年度に国により「ＤＰＡＴ」の仕組みが創設され、平成 25 年よりその養成が開始されています。

本県においては平成26年に県立中央病院の「日本ＤＰＡＴ」が発足したことを皮切りに、現在では、ＤＰＡＴ19 チーム（うち、災害発生後 48 時間以内に被災地にて活動する日本ＤＰＡＴ４チーム）が技能維持のための研修に参加し、平成 28 年熊本地震や豪雨災害、令和 6 年能登半島地震、令和８年熊本地震においては、日本ＤＰＡＴをはじめとしたＤＰＡＴチームが患者搬送支援などの精神医療活動を実施しました。

●ＤＰＡＴの編成状況（令和８年４月１日現在）※★は日本ＤＰＡＴ登録医療機関

	医療機関名	チーム数	研修受講者数（人）			
			医師	看護師	業務調整員	計
東部	徳島県立中央病院★	1	1	7	2	10
	徳島県精神保健福祉センター	1	1	0	3	4
	徳島大学病院★	2	3	3	3	9
	むつみホスピタル★	2	2	3	4	9
	そよかぜ病院	1	1	2	1	4
	TAOKA こころの医療センター★	2	2	1	4	7
	第一病院	1	1	7	6	14
	ほのぼのホスピタル	1	1	0	2	3
	城南病院	1	1	1	3	5
	虹の橋葵ホスピタル	1	0	1	1	2
	凪の音ホスピタル	1	2	2	3	7
	鳴門シーガル病院	1	1	2	2	5
	藍里病院	1	2	4	3	9
南部	杜のホスピタル	1	1	1	2	4
	冨田病院	1	1	1	3	5
西部	折野病院	1	0	1	2	3
	桜木病院	1	1	3	3	7
	秋田病院	1	1	2	2	5
	ゆうあいホスピタル	1	0	4	0	4
計		22	22	45	49	116

(10)災害時コーディネーター等の配置

東日本大震災での医療救護活動における教訓を踏まえ、発災後、刻々と変化する被災地の状況を把握し、限られた資源の適正配置・分配など、被災地の医療・福祉を統括・調整する「災害時コーディネーター」を医療・薬務・保健衛生・介護福祉の４分野にそれぞれ配置し、ＤＭＡＴが活動する急性期から中長期的な医療提供体制への引き継ぎを円滑に行える体制を構築しています。

●災害時コーディネーターの配置状況（Ｒ８.4.1 時点）

分野	医療	薬務	保健衛生	介護福祉	計
委嘱人数	１１７名	５５名	４１名	５８名	２７１名
配置場所	災害拠点病院等	災害拠点病院等	保健所等	保健所・市町村等	

また、災害時に、小児・周産期医療やリハビリテーション等、各専門分野に係る調整を適切かつ円滑に行えるよう、各専門分野に精通した方を災害医療コーディネーターとして委嘱し、訓練・研修を通じて連携体制の確認・強化を行っています。

(11)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健康管理等の医療活動が長期に渡って必要となります。

このような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ています。

また、大規模災害時には、ＤＭＡＴやＤＰＡＴの他にも、日本看護協会災害支援ナースや日本赤十字社救護班、日本医師会災害医療チーム（ＪＭＡＴ）、大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会（ＪＲＡＴ）、認定特定非営利活動法人ＡＭＤＡ（アムダ）、日本栄養士会災害支援チーム（ＪＤＡ－ＤＡＴ）、日本災害歯科支援チーム（ＪＤＡＴ）など、複数の関係機関・団体が全国から被災地を訪れて活動しており、本県において大規模災害が発生した際にも、県外から訪れる機関・団体からの支援を得ながら災害対応にあたる必要があります。

県内外の関係団体と協力して災害対応を円滑に行うためには、適切に応援を受ける「受援体制」の整備が重要となりますが、本県では災害急性期から災害時コーディネーターが災害拠点病院に参集し情報共有を行う等の、県内各圏域の受援体制の構築について盛り込んだ「徳島県戦略的災害医療プロジェクト」を平成 28 年 3 月に策定しました。

なお、この計画は平時から災害時、災害時から平時へのつなぎ目の無い医療提供を目的としているもので、要配慮者支援や避難環境等の幅広い分野の施策も盛り込んだものとなっており、現在、災害時コーディネーターや災害拠点病院等の協力を得つつ、訓練等を通じて、この計画で整備された体制の検証を行っています。

(12)医薬品等の供給体制の整備・強化

南海トラフ巨大地震等大災害への対策として、ＤＭＡＴの活動拠点となる各圏域の災害拠点病院等において医薬品等の備蓄の強化を行いました。その結果、初動期用医薬品については、医薬品卸売販売業者及び医療機関計 17 か所に約 1 万人分、慢性疾患用医薬品については、医薬品卸売販売業者及び医療機関計 14 か所に約 1 万人分、防疫用薬剤については、保健所等 10 か所に約 1 万 1 千人分を備蓄しています。

また、令和元年度には、災害時に避難所等で迅速に薬局機能を立ち上げることが可能な「災害時おくすり供給車両（モバイルファーマシー）」が、県の補助により県薬剤師会に整備されました。モバイルファーマシーには、電源設備・衛星携帯電話等の通信設備・子ども向けの粉薬や水薬の調剤が可能な設備などが備わっており、ライフラインの途絶えた被災地においても自立した調剤業務を行うことができます。災害時にはＤＭＡＴ等と連携して活動することで、被災者の治療や健康維持に貢献し、平時には「災害に強い」薬剤師の育成や資質向上のため、防災訓練や災害学習に活用しています。

(13)災害時において機能する情報システムの運用

大規模災害発生時の広域的な被害に対応するためには、効率的に情報を収集し被災状況を的確に把握することが重要です。

災害時における医療機関のライフラインや診療機器の使用の可否、職員の参集状況や患者受入可能人数等を把握し、効率的な患者搬送体制を確保するため、県では「災害時情報共有システム」を独自に構築・運用しています。

また、国が構築・運用している広域災害救急医療情報システム(ＥＭＩＳ)にも加入しており、全国レベルでの情報共有を図っています。

このようなシステムを活用するためには、平時から関係者がシステムを理解することが重要であるため、現在、システムの入力訓練を定期的に行っています。

(14)航空搬送拠点の整備

本県被災時に、県内では治療が困難な重症患者を被災地外へ搬送するために患者を一時的に収容する「航空搬送拠点」について、拠点の拡充を図るため、「あすたむらんど徳島」と「徳島阿波おどり空港」に加えて、平成30年4 月に「西部健康防災公園」を追加しており、航空搬送拠点に設置する臨時医療施設（ＳＣＵ）の運営に必要な資機材の整備・更新を行っています。

(15)災害医療関係者とのネットワークの整備

災害医療関係者間の相互理解や連携体制の構築を図るため、災害拠点病院やＤＭＡＴ指定医療機関、消防機関等からなる「徳島県災害医療対策協議会」を設置し、災害時医療救護活動に係る課題の検討及び情報交換等を行っています。

(16)業務継続計画（ＢＣＰ）の策定推進

大規模災害発生時に、被災した医療機関が早急に復旧し、診療を再開・継続させることは、その医療機関のみならず、地域の医療の復旧においても重要となりますが、そのためには医療機関の防災マニュアルだけでなく、業務継続に関する中・長期な視点を盛り込んだ業務継続計画（ＢＣＰ）の策定と、その見直しのための研修・訓練が重要となります。本県では、業務継続計画（ＢＣＰ）についての理解を深めるための研修を行い、策定の支援を行っています。

(17)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、鳥取県や四国 4 県、中国四国 9 県及び近畿 2 府 7 県との間において、災害時の相互応援に関する協定を締結し、大規模災害の発生時においても迅速な医療が提供できる広域的な応援体制を構築しています。

●災害時における医師等派遣に関する協定

締結先	協定の名称	締結年月日
中国四国９県	中国・四国地方の災害等発生時の広域支援に関する協定	平成 24 年 3 月 1 日
近畿圏	近畿圏危機発生時の相互応援に関する基本協定	平成 24 年 10 月 25 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
鳥取県	鳥取県と徳島県との危機事象発生時相互応援協定	令和 3 年 11 月 15 日

(18)関西広域連合における広域災害医療体制の整備

関西広域連合の広域医療分野の事務局を担う本県として、「南海トラフ巨大地震」や「近畿圏直下地震」をはじめとする大規模広域災害の発生に備え、管内が被災した場合に、ＤＭＡＴやドクターヘリ、医療救護班など、構成府県はもとより、全国からの「支援」をしっかりと受け入れ、被災地に対し、迅速かつ的確な医療サービスの提供が行えるよう府県域を越えた「広域医療体制」の整備・充実に取り組んでいます。

第２　医療体制の構築に必要な事項

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すること。

(1)災害急性期（発災後概ね 48 時間以内）において必要な医療が確保される体制

大地震及び鉄道事故等の災害時に被災地に迅速に駆けつけ、救急治療等の医療支援が実施でき、また急性期を脱した後を睨み、災害時コーディネーターと早期から連携できる体制

(2)急性期を脱した後も住民の健康が確保される体制

大規模災害の急性期を脱した後、避難所等で生活を送ることになる多数の避難者、特に高齢者や妊婦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、また、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)災害時に拠点となる病院

①災害拠点病院

ア　目標

災害時に医療体制が確立されている。

傷病者が災害時に適切な医療を受けられる。

イ　医療機関に求められる機能

基幹災害拠点病院は、都道府県において災害医療を提供する上での中心的な役割を担い、地域災害拠点病院は、地域において中心的な役割を担います。

・災害時に多発する重篤救急患者の救命医療を行うために必要な施設・設備、医療従事者を確保していること
・多数の患者に対応可能な居室や簡易ベッド等を有していること
・基幹災害拠点病院は病院の機能を維持するために必要な全ての施設、地域災害拠点病院は診療に必要な施設が耐震構造であること
・被災時においても電気、水、ガス等の生活必需基盤が維持可能であること
・災害時において必要な医療機能を発揮できるよう、自家発電機を保有していること

・災害時においても診療が継続できるよう、適切な容量の受水槽や井戸設備の整備、優先的な給水協定の締結等により、必要な水の確保に努めること
・浸水想定区域（洪水・雨水出水・高潮）又は津波災害警戒区域に所在する場合は、風水害が生じた際の被災を軽減するため、止水板等の設置による止水対策や自家発電機等の高所移設、排水ポンプ設置等による浸水対策を講じること
・飲料水・食料、医薬品、医療機材等を備蓄していること
・加えて、飲料水・食料、医薬品、医療機材等について、関係団体と協定を締結し、災害時に優先的に供給を受けられるようにしておくこと（ただし、医薬品等については、県と関係団体間の協定等において、災害拠点病院への対応が含まれている場合は除く。）
・基幹災害拠点病院においては、災害医療に精通した医療従事者の育成（県医師会等とも連携した地域の医療従事者への研修を含む。）の役割を担うこと
・病院敷地内又は病院近接地にヘリコプターの離着陸場（ヘリポート）を有していること
・EMIS に加入しており、災害時にデータを入力する複数の担当者を事前に決めておき、訓練を行うことでその使用方法に精通していること
・ロジスティック機能を担う業務調整員等を養成・確保すること
・複数の災害時の通信手段を確保するよう努めること
・被災後、早急に診療機能を回復できるよう、業務継続計画（ＢＣＰ）の整備を行うこと
・整備された業務継続計画（ＢＣＰ）に基づき、被災した状況を想定した研修・訓練を実施すること
・災害急性期を脱した後も継続的に必要な医療を提供できるよう、ＪＭＡＴ、日本赤十字社救護班等の医療関係団体の医療チームと、定期的な訓練を実施するなど、適切な連携をとること

②災害医療支援病院

ア　目標

災害時に医療体制が確立されている。
傷病者が災害時に適切な医療を受けられる。

イ　医療機関に求められる機能

災害医療支援病院は、災害拠点病院と連携又はこれを支援し、地域における必要な救護活動を行うとともに、必要に応じ、医療救護班の派遣・応急用資機材の提供、専門性を活かした支援など、災害拠点病院をバックアップする役割を担います。

・原則として、二次救急医療機関であり、救急患者受入体制が整っていること
・災害時に地域において必要となる医療救護活動を実施できる体制を有すること
・災害時に電気、水等の生活必需基盤を維持するため、自家発電機、受水槽等を有すること
・浸水想定区域（洪水・雨水出水・高潮）又は津波災害警戒区域に所在する場合は、風水害が生じた際の被災を軽減するため、止水板等の設置による止水対策や自家発電機等の高所移設、排水ポンプ設置等による浸水対策を講じること

・衛星携帯電話を保有していること（加えて、複数の災害時の通信手段を確保するよう努めること）
・ＥＭＩＳに参加し、災害時に情報を入力する体制を整えておくこと
・ロジスティック機能を担う業務調整員等を養成・確保すること
・災害医療技術の向上等を目的に災害医療従事者研修会等へ参加すること
・災害時に備え病院防災マニュアルを作成し、マニュアルに基づいた訓練を行うこと（加えて、業務継続計画（ＢＣＰ）の整備並びに整備した業務継続計画（ＢＣＰ）に基づく訓練の実施に努めること）

③災害拠点精神科病院

ア　目標

災害時に医療体制が確立されている。
傷病者が災害時に適切な医療を受けられる。

イ　医療機関に求められる事項

災害拠点精神科病院は、都道府県における災害時の精神科医療を提供する中心的な役割を担います。

・災害時に精神疾患を有する患者の一時的避難に対応できる場所を確保していること
・重症な精神疾患を有する患者に対応可能な病室・診療室等を有していること
・診療に必要な施設が免震構造であること
・被災時においても電気、水、ガス等の必需基盤が維持可能であること
・災害時において必要な医療機能を発揮できるよう、自家発電機を保有していること
・災害時においても診療が継続できるよう、適切な容量の受水槽や井戸設備の整備、優先的な給水協定の締結等により、必要な水の確保に努めること
・浸水想定区域（洪水・雨水出水・高潮）又は津波災害警戒区域に所在する場合は、風水害が生じた際の被災を軽減するため、止水板等の設置による止水対策や自家発電機等の高所移設、排水ポンプ設置等による浸水対策を講じること
・飲料水・食料、医薬品、医療機材等を備蓄していること
・加えて、飲料水・食料、医薬品、医療機材等について、関係団体と協定を締結し、災害時に優先的に供給を受けられるようにしておくこと（ただし、医薬品等については、県と関係団体間の協定等において、災害拠点精神科病院への対応が含まれている場合は除く。）
・日本ＤＰＡＴを保有し、その派遣体制があること
・ＥＭＩＳに加入しており、災害時にデータを入力する複数の担当者を事前に決めておき、訓練を行うことでその使用方法に精通していること
・衛星電話を保有し、衛星回線インターネットが利用できる環境を整備すること
・被災後、早急に診療機能を回復できるよう、業務継続計画（ＢＣＰ）の整備を行うこと
・整備された業務継続計画（ＢＣＰ）に基づき、被災した状況を想定した研修・訓練を実施すること

・継続的に必要な医療を提供できるよう、災害派遣医療チーム（ＤＭＡＴ）、日本医師会災害医療チーム（ＪＭＡＴ）、日本赤十字社救護班等の医療関係団体の医療チームと、定期的な訓練を実施するなど、適切な連携をとること

今後、県災害医療対策協議会等により関係者間の情報共有や意見の交換を図るとともに、各種の関係団体と連携した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)災害時に拠点となる病院以外の病院

①目標

災害時、早期に診療機能を回復できている。

②医療機関に求められる事項

・被災後、早急に診療機能を回復できるよう、業務継続計画（ＢＣＰ）の整備を行うよう努めること。また、整備された業務継続計画（ＢＣＰ）に基づき、被災した状況を想定した研修・訓練を実施するよう努めること
・ＥＭＩＳ等へ登録し、自らの被災情報を被災地内に発信することができるよう備えること。また、災害時にデータを入力する複数の担当者を事前に決めておき、訓練を行うことでその使用方法に精通していること
・災害急性期を脱した後も継続的に必要な医療を提供できるよう、ＪＭＡＴ、日本赤十字社救護班等の医療関係団体の医療チームと連携をとること
・浸水想定区域（洪水・雨水出水・高潮）又は津波災害警戒区域に所在する場合は、風水害が生じた際の被災を軽減するため、止水板等の設置による止水対策や自家発電機等の高所移設、排水ポンプ設置等による浸水対策を講じるよう努めること

(3)県及び市町村

①目標

災害時に関係機関と連携がとれている。

②求められる事項

・平時から、災害支援を目的としたＤＭＡＴ、ＤＰＡＴの養成と派遣体制の構築に努めること
・災害医療コーディネート体制の構築要員の育成に努めること
・県においては、他都道府県との相互応援協定の締結に努めること
・関西広域連合と連携し、災害時における広域医療体制の構築・強化に努めること
・平時から、県医師会や県歯科医師会はもとより地域の医師会や県薬剤師会、県看護協会、リハビリテーション関係団体、警察、消防機関、自衛隊等、関係機関との連携構築に努め、災害時の迅速な医療の提供体制を強化していくこと
・災害時の医療チーム等の受入れも想定した災害訓練を実施すること
・災害訓練においては、被災時の関係機関・関係団体と連携の上、「大規模災害時の保健医療福祉活動に係る体制の強化について」（令和８年３月３１日府政防第514号・科発0331第12号・医政発0331第74号・産情発0331第９号・健生発0331第35号・感発0331第９号・医薬発

0331 第 23 号・社援発 0331 第 49 号・障発 0331 第 13 号・老発 0331 第 13 号内閣府政策統括官（防災担当）、厚生労働省大臣官房厚生科学課長、厚生労働省医政局長、厚生労働省大臣官房医薬産業振興・医療情報審議官、厚生労働省健康・生活衛生局長、厚生労働省健康・生活衛生局感染症対策部長、厚生労働省医薬局長、厚生労働省社会・援護局長、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長、厚生労働省老健局長連名通知）において示された、医療分野、保健衛生分野及び福祉分野が連携した「保健医療福祉調整本部」の構築等、県本部の体制の確認を行うとともに、「徳島県戦略的災害医療プロジェクト」にて整備した各医療圏単位、さらには市町村単位のコーディネート体制に関しても確認を行うこと

・災害急性期を脱した後も避難所等の被災者に対して感染症のまん延防止、衛生面のケア、災害時要支援者へのサポート、メンタルヘルスケア等に関して継続的で質の高いサービスを提供できるよう、保健所を中心とした体制整備に平時から取り組むこと
・感染症下における医療救護活動等に際しては、防護具の着用、会議の少人数化等、感染症予防に十分留意するとともに、感染症蔓延時における傷病者の入院調整について搬送方法、病床が制限された中での受入先確保等の体制整備に平時から取り組むこと
・関西広域連合において定めている「広域災害時のドクターヘリ運航に係る要領」や「大規模災害時におけるドクターヘリの運用体制構築に係る指針（改定）について」（令和７年３月 31 日付け医政地発 0331 第８号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）を踏まえ、関西広域連合と連携しつつ、ドクターヘリの要請手順や自地域における参集拠点に関して訓練等を通して確認を行うこと
・都道府県を超える広域医療搬送を想定した災害訓練の実施又は参加に努めること。その際には、ＳＣＵの設置場所及び協力を行う医療機関との連携確認を行うこと
・災害時等において、医療コンテナ等を検査や治療に活用すること

3　今後の取組

(1)平時からの体制づくり

①　被災地における医療救護の中心的な役割を担う災害拠点病院や災害医療支援病院等の災害対策をハード・ソフトの両面で推進します。
②　災害拠点精神科病院として指定した県立中央病院が災害時の中心的な役割を担うとともに、関係機関との連携の推進等、災害時における精神科医療提供体制の強化を図ります。
③　研修や訓練を通じて、医療機関の業務継続計画（ＢＣＰ）の策定を促進します。
④　災害発生時において、円滑な情報の収集・伝達をはじめとする迅速かつ適確な対応ができるよう、県、市町村、災害拠点病院、災害医療支援病院、災害拠点精神科病院、地域の中核病院、関係団体等の役割分担と連携についての医療救護活動マニュアルの整備・充実を行います。
⑤　各関係機関との連携体制をより実効性の高いものとするとともに、また「徳島県戦略的災害医療プロジェクト」で整備した受援体制の確認と見直し等を行うため、継続的に災害医療訓練に取り組みます。

⑥　災害時において、徳島県災害時情報共有システム及びＥＭＩＳ、また衛星携帯電話や防災行政無線等の非常通信手段が有効に活用され、適切な医療が迅速に提供できるよう、通信訓練の実施等、運用の充実を図ります。
⑦　災害医療関係機関や災害時コーディネーター等との綿密な連携体制の構築を図るため、県災害医療対策協議会や災害医療関係者が参加する訓練・研修等についてそれぞれ年度に１回以上実施することを目指し、平時から顔の見える関係づくりに取り組みます。
⑧　災害時において、透析患者や在宅酸素療法患者等への医療提供が円滑に行われるよう連携体制の強化を図ります。

(2)急性期における医療提供体制の整備・充実
①　ＤＭＡＴやＤＰＡＴの更なる養成に取り組むとともに、当該チームを有する医療機関との連携を強化し、大規模災害から局地災害まで迅速に対応できる体制の整備・充実を図ります。
②　発災直後から迅速かつ継続的に、必要な精神科医療サービスが提供できる体制の整備・充実を図ります。
③　ＤＨＥＡＴの養成に取り組み、二次的な健康被害の防止等に向けた体制の整備・充実を図ります。

(3)中長期的な医療提供体制の整備・充実
①　県内医療機関等関係施設の被災・復旧状況を的確に把握するとともに、他都道府県からの人的・物的支援やＪＭＡＴ、ＪＲＡＴ等の関係団体からの支援を適切に配分し、被災者に対し迅速かつ的確に医療・福祉サービスを提供できるよう、「医療」「薬務」「保健衛生」「介護福祉」各分野における「災害時コーディネーター」の充実、連携強化を図ります。
②　大規模災害発生後、長期に渡る避難生活の中でも健康を確保するため、県歯科医師会等と連携し、災害時の誤嚥性肺炎や口腔機能管理など口腔ケアについての取組を進めるとともに、リハビリテーション分野を専門とする災害医療コーディネーター等と連携し、生活不活発病やエコノミークラス症候群の発生を防ぐための避難者支援体制の強化を図ります。
③　小児・周産期医療の関係者や保健所等と連携し、災害時における妊産婦や乳幼児の対応について検討を進めます。
④　医療救護班の円滑な救護活動が実施されるよう、県医師会、県歯科医師会、県看護協会、県薬剤師会等の関係団体との連携強化を図ります。

第３　数値目標

数値目標項目	直近値	令和 11 年度末目標値
災害派遣医療チーム（ＤＭＡＴ）数	29 チーム（R5）	35 チーム
通常回線以外の通信手段による通信訓練	月１回（R5）	月１回
広域災害救急医療情報システム（ＥＭＩＳ）の施設情報入力数	11 病院（R5）	全病院（参考 R5 対象病院数：106）
病院における業務継続計画（ＢＣＰ）の策定数	36 病院（R5）	48 病院

第４　災害医療におけるロジックモデル

番号	個別施策
1	災害医療コーディネート体制の構築
	指標：・災害医療コーディネーターの委嘱数
2	災害時の通信手段の確保及び訓練の実施
	指標：・通常回線以外の通信手段による訓練回数
3	EMISの操作に関する訓練の実施
	指標：・EMIS入力数
4	災害医療従事者の育成
	指標：・DMAT数

【災害時に拠点となる病院（災害医療体制）】

番号	中間アウトカム
1	災害時に「災害時に拠点となる病院」において医療体制が確立されている（CSCA）
	指標：・活動拠点本部及び病院内災害対策本部運営訓練の実施

※C:Command&Control　指揮統制
S:Safety　安全
C:Communication　情報伝達
A:Assessment　評価

【災害時に拠点となる病院（災害医療活動）】

番号	個別施策
5	医療機関における業務継続計画策定（BCP）の推進
	指標：・医療機関における業務継続計画（BCP）の策定率
6	災害時の医療活動を想定した研修の実施
	指標：・研修参加人数
7	浸水対策の推進
	指標：・浸水想定区域や津波災害警戒区域に所在する病院において、浸水対策を講じている病院の割合

番号	中間アウトカム
2	傷病者が災害時に「災害時に拠点となる病院」において適切な医療を受けられる（TTT)
	指標：・広域医療搬送を想定した訓練の実施

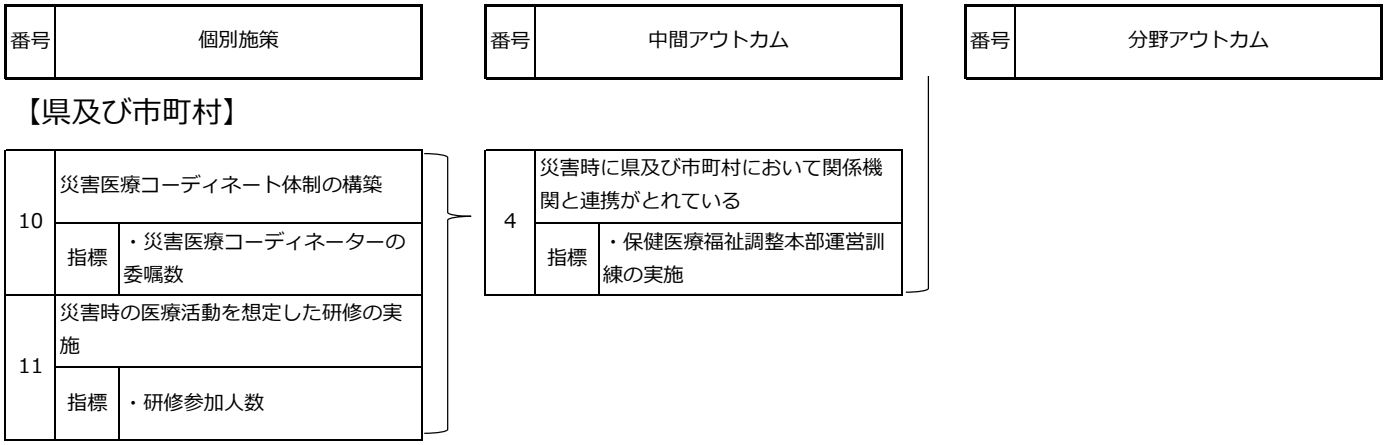
※T:Triage　トリアージ
T:Treatment　治療
T:Transport　搬送

【災害時に拠点となる病院以外の病院】

番号	個別施策
8	EMISの操作に関する訓練の実施
	指標：・EMIS入力数
9	医療機関における業務継続計画策定（BCP）の推進
	指標：・医療機関における業務継続計画（BCP）の策定率

番号	中間アウトカム
3	災害時に「災害時に拠点となる病院以外の病院」が早期に診療機能を回復できている
	指標：・業務継続計画（BCP）検証のための研修の実施

番号	分野アウトカム
1	傷病者が災害時に適切な医療を受けられる
	指標：・災害関連死をゼロにする


番号
個別施策
番号
中間アウトカム
番号
分野アウトカム
【県及び市町村】
10
災害医療コーディネート体制の構築
指標
・災害医療コーディネーターの委嘱数
11
災害時の医療活動を想定した研修の実施
指標
・研修参加人数
4
災害時に県及び市町村において関係機関と連携がとれている
指標
・保健医療福祉調整本部運営訓練の実施

災害医療体制

広域災害救急医療情報システム（EMIS）

徳島県災害時情報共有システム

○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

災害拠点病院

○各圏域の情報分析・調整
○DMAT、災害時コーディネーター等の受入
○傷病者の受入・搬送調整
○医薬品の集積・提供
○医療機関への資器材貸出

航空搬送拠点

○徳島阿波おどり空港
○あすたむらんど徳島
○西部健康防災公園

災害医療支援病院

○災害拠点病院のバックアップ
○医療救護班の派遣
○傷病者の受入
○DMAT等の受入

連携

医療関係団体

○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
○災害時コーディネート活動

医療機関・救護所

○災害拠点病院等と連携
○傷病者の受入・搬送

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
○災害時コーディネート活動

災害時コーディネーター

保健衛生コーディネーター
医療コーディネーター
介護福祉コーディネーター
薬務コーディネーター

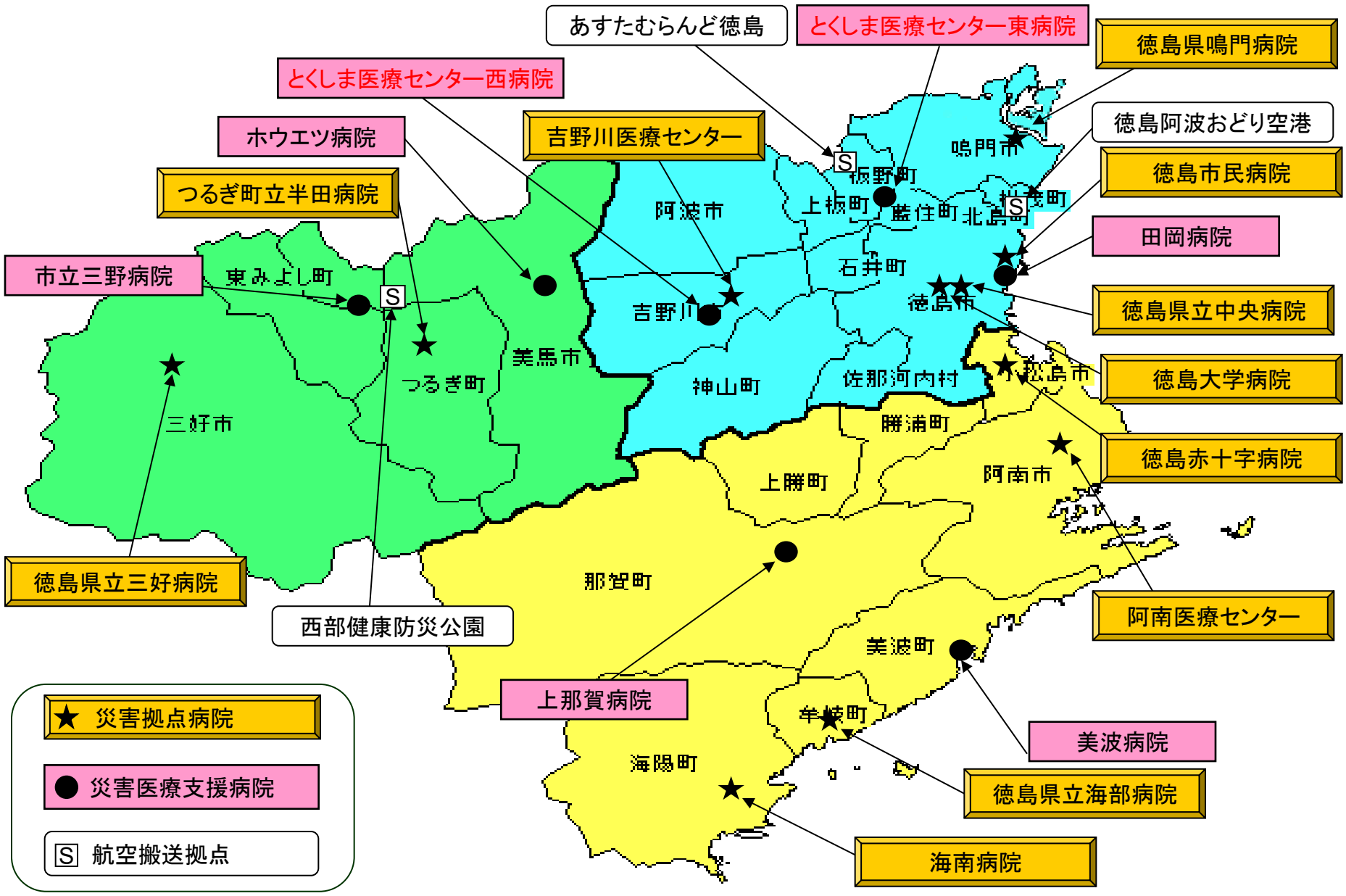
（小児周産期リエゾン、とくしまリハビリテーション圏域リーダー）
※専門分野に携わる災害医療コーディネーター

他県からの支援

関西広域連合
広域応援協定 （近畿2府7県，中四国9県，四国4県，鳥取県）

災害派遣医療チーム（DMAT）
災害派遣精神医療チーム（DPAT） 等

徳島県災害拠点病院等位置図



新興感染症発生・まん延時における医療体制の整備

第１　新興感染症発生・まん延時における医療の現状

１　感染症に係る医療の提供

県では、一類感染症の患者の入院を担当させ、これと併せて二類感染症又は新型インフルエンザ等感染症の患者の入院を担当させる医療機関として、総合的な診療機能を有する病院のうち、「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」（平成 10 年 10 月 2 日法律第 114 号。以下「法」という。）第 38 条第 2 項に規定する「厚生労働大臣の定める基準」に適合するものについて、その開設者の同意を得て、第一種感染症指定医療機関を次のとおり県内に 1 か所（2 床）指定しています。

第一種感染症指定医療機関	病床数
徳島大学病院	2 床

※令和 8 年 4 月 1 日現在

また、二類感染症又は新型インフルエンザ等感染症の患者の入院を担当する医療機関として、総合的な診療機能を有する病院のうち、法第 38 条第 2 項に規定する「厚生労働大臣の定める基準」に適合するものについて、その開設者の同意を得て、二次医療圏（医療法(昭和 23 年法律第 205 号)第 30 条の 4 第 2 項第 14 号に規定する区域をいう。以下同じ。）毎又は複数の二次医療圏毎に必要な病床数の確保に努めるものとし、第二種感染症指定医療機関のうち感染症病床を有する医療機関として次のように指定しています。

二次医療圏	第二種感染症指定医療機関	病床数
東部	徳島大学病院	6 床
東部	徳島県立中央病院	5 床
東部	とくしま医療センター東病院	8 床
南部	徳島県立海部病院	4 床
西部	徳島県立三好病院	6 床

※令和 8 年 4 月 1 日現在

加えて、法第 38 条第 2 項の規定に基づき指定している医療機関のうち、法第 19 条、第 20 条、第 26 条第 2 項の規定により入院勧告等をされた結核の患者が入院による医療を受ける医療機関として、次のように指定しています。

医　療　機　関　名	病床数
徳島県立中央病院	５床
とくしま医療センター東病院	１２床
徳島県立海部病院	４床
徳島県立三好病院	８床

※令和８年４月１日現在

2　新型コロナウイルス感染症への対応

新型コロナウイルス感染症に対応する医療提供体制については、県内の多くの医療関係者の御協力のもと、国から示される方針等に沿って「病床確保計画」等を策定し、入院病床や発熱外来の確保、また 24 時間体制の相談窓口や臨時の発熱外来センターの設置等を実施してきました。

結果として、本県においては「医療崩壊」に至ることは無かったものの、感染拡大による急速な医療ニーズの増大に直面し、医療関係者の皆様に多大な負荷がかかりました。

このことを踏まえ、新型インフルエンザ等感染症、指定感染症又は新感染症(以下「新興感染症」という。)発生・まん延時において、通常医療との両立を含め機能する保健医療提供体制を早急に構築することが可能となるよう、平時から入院・外来・在宅にわたる医療機能の分化・強化と連携を図ることにより、地域医療全体を視野に入れて、体制を整備していくことが必要となります。

また、「新型コロナウイルス感染症へのこれまでの取組を踏まえた次の感染症危機に向けた中長期的な課題について」（2022 年 6 月 15 日新型コロナウイルス感染症対応に関する有識者会議）において、全国であった事例として、以下のような課題が指摘されています。

・　感染症患者の専用病床を有する感染症指定医療機関だけでは新型コロナウイルス感染症の入院患者を受けきれず、一般の病院ががん治療をはじめとする通常医療を制限してでも病床確保をする必要が生じたが、そうした事態を想定した入院調整、救急搬送、院内ゾーニングを含めた具体的な訓練は行われていなかったため、体制の立ち上げに時間がかかった。

・　感染拡大初期において、感染症指定医療機関以外に新型コロナウイルス感染症の特性も明らかではない時期から対応する医療機関、ウイルスの特性が明らかになってきた後に対応する医療機関との役割が平時から明確ではなく、地域によって役割の調整が困難であった。

・　感染拡大する中で、都道府県が病床等の確保計画を立案したが、新型コロナウイルス感染症の特性が明らかになった後においても、医療機関との認識のずれや医療人材の確保の困難さなどから、地域によっては病床確保や発熱外来等の医療体制が十分に確保できないことがあった。

・　感染が急速に拡大した地域では、病床を確保するために、医療人材（特に看護師）をその医療機関の外部から確保する必要が生じる場合があったが、災害派遣の仕組みはあっても全国的に感染拡大した場合の人材派遣の仕組みがないために、知事会、自衛隊、厚生労働省、看護協会などが改めて、派遣元との調整を行うことがぎりぎりまで必要になった。

体制整備に当たっては、このような課題にも対応していく必要があります。

3　新興感染症医療の提供体制

通常医療よりも多くの医療人材を必要とする新興感染症医療を行うためには、医療資源を再配置する必要があります。

特に、法に基づく入院勧告・措置は、通常、医療機関と患者との間の合意により提供される医療に行政が介入する仕組みであり、病床の確保に加え、入院調整や移送なども必要となるため、次の感染症発生・まん延時を考えれば、平時から関係者間の情報共有やきめ細かい調整、役割分担・連携が必須となります。

また、かかりつけ医等の地域で身近な医療機関等に相談・受診できる体制の整備や、地域医療連携の強化を図ることも重要となります。

このことから、平時より一般医療機関への感染症に関する情報提供、感染症指定医療機関との連携、集団発生時の各医療機関の連携についての体制整備を図ります。

併せて、体制整備に当たっては、「徳島県感染症対策連携協議会」などを有効に活用するとともに、全国的かつ急速なまん延が想定される新興感染症については、入院患者数及び外来受診者の急増が想定されることから、平時から、法に基づき締結する医療措置協定等により、当該感染症患者の入院体制及び外来体制や、当該感染症の後方支援体制を迅速に確保できるような体制を構築します。

第２　医療体制の構築に必要な事項

１　目指すべき方向

前記「第１　新興感染症発生・まん延時における医療の現状」を踏まえ、新型コロナウイルス感染症への対応を念頭に、まずは当該対応での最大規模の体制と、同規模の体制の構築を目指します。

また、構築に当たっては、「徳島県感染症予防計画」及び「徳島県新型インフルエンザ等対策行動計画」との整合性を確保するとともに、医療機関が関係機関と連携して感染症への対応を行うことができるよう、必要に応じて徳島県感染症対策連携協議会で協議を行います。

なお、新興感染症の性状や、その対応方法を含めた最新の知見の取得状況、感染症対策物資の取得状況などが、事前の想定とは大きく異なる場合は、国からの情報提供を元に、機動的に対応します。

2　各医療機能と連携

(1)新興感染症患者を入院させ、必要な医療を提供する機能（病床確保）

①目標

・新型コロナウイルス感染症対応で確保した最大規模の体制（確保病床数、重症者用確保病床数、2022 年冬の規模を想定）を目指すこと

・流行初期対応は、新型コロナウイルス感染症発生から約１年後の 2020 年冬の新型コロナウイルス感染症の入院患者の規模とすること

・新型コロナウイルス感染症対応での実績を参考に、特に配慮が必要となる患者（精神疾患を有する患者、妊産婦、小児、透析患者、障がい児者、認知症である者、外国人等）や、感染症以外の患者への対応も含め、切れ目のない医療提供体制の確保を図ること

・新興感染症の発生時からの対応として、第一種感染症指定医療機関及び第二種感染症指定医療機関の感染症病床を中心に対応する体制を構築すること

・法第 16 条第２項に規定する新型インフルエンザ等感染症等に係る発生等の公表が行われた後の流行初期の一定期間（3 か月を基本とした必要最小限の期間）には、第一種感染症指定医療機関及び第二種感染症指定医療機関が流行初期医療確保措置の対象となる医療措置協定に基づく対応も含め、引き続き対応を行うとともに、当該感染症指定医療機関以外の流行初期医療確保措置の対象となる医療措置協定を締結した医療機関も中心に対応していく体制を構築すること

・当該一定期間の経過後は、流行初期医療確保措置の対象となる医療措置協定を締結した医療機関等に加え、当該医療機関以外の医療措置協定を締結した医療機関のうち、公的医療機関等（公的医療機関等以外の医療機関のうち新興感染症に対応することができる医療機関を含む。）も加わる対応とし、その後３か月程度（発生等の公表から 6 か月程度）を目途に、順次速やかに、医療措置協定を締結した全ての医療機関で対応していく体制を構築すること

②医療機関に求められる事項

・新型コロナウイルス感染症対応の重点医療機関の施設要件も参考としつつ、酸素投与及び呼吸モニタリングが可能で、また、県からの要請後速やかに（２週間以内を目途に）即応病床化するほか、関係学会等の最新の知見に基づくガイドライン等を参考に、院内感染対策（ゾーニング、換気、個人防護具の着脱等を含む研修・訓練等）を適切に実施し、入院医療を行うことを基本とすること

・流行初期医療確保措置の対象となる協定（入院に係るものに限る。）を締結する医療機関の基準は、

ア　感染症発生・まん延時に入院患者を受け入れる病床を一定数以上確保し継続して対応できること

イ　新興感染症の発生の公表後、県の要請後速やかに（１週間以内を目途に）即応病床化すること

ウ　病床の確保に当たり影響が生じ得る一般患者への対応について、後方支援を行う医療機関との連携も含め、あらかじめ確認を行うことを基本とすること。なお、県は、これらの基準を踏まえつつ、協定締結については柔軟に対応するものとする

・確保病床を稼働（即応化）させるためには、医療従事者の確保も重要であることから、協定締結医療機関は、自院の医療従事者への訓練・研修等を通じ、対応能力を高めること（例えば、新興感染症発生・まん延時に新興感染症患者の入院を受け入れる病床を確保するため、県からの要請後、どのようにシフトを調整するかなどの対応の流れを点検する等）
・新興感染症の発生時から中心となって対応する感染症指定医療機関は、新興感染症についての知見の収集及び分析を行うこと
・重症者用病床の確保に当たっては、重症の感染症患者に使用する人工呼吸器等の設備や、当該患者に対応する医療従事者（人工呼吸器に関する講習受講者や、集中治療室等における勤務ローテーションによる治療の経験を有する医療従事者）の確保に留意すること
・重症者病床の確保に伴い、患者の生命に重大な影響が及ぶおそれのある通常医療（例えば、脳卒中や急性心筋梗塞の診療、術後に集中治療が必要となる手術等）が制限される場合も考えられることから、後方支援を行う医療機関との連携体制の構築に努めること
・特に配慮が必要な患者の病床確保に当たっては、患者の特性に応じた受入れ医療機関の設定や、関係機関等との連携など、新型コロナウイルス感染症対応で周知してきた各特性に応じた体制確保等についての内容のほか、国や県から周知等される必要となる配慮等を踏まえて確保すること
・新興感染症の疑い患者については、その他の患者と接触しないよう、独立した動線等を要することから、新型コロナウイルス感染症対応時に国から示された「新型コロナウイルス感染症疑い患者受入協力医療機関」の個室等の施設要件も参考に、病床の確保を図ること

(2)新興感染症の疑似症患者等の診療を行う機能（発熱外来）

①目標

・新型コロナウイルス感染症対応で確保した最大規模の体制（診療・検査医療機関数、2022 年冬の規模を想定）を目指すこと
・流行初期から新型コロナウイルス感染症発生後約 1 年の 2020 年冬の新型コロナウイルス感染症の患者の規模に対応すること

②医療機関に求められる事項

・新型コロナウイルス感染症対応の診療・検査医療機関の施設要件も参考に、発熱患者等専用の診察室（時間的・空間的分離を行い、プレハブ・簡易テント・駐車場等で診療する場合を含む。）を設けた上で、予め発熱患者等の対応時間帯を住民に周知し、又は地域の医療機関等と情報共有して、発熱患者等を受け入れる体制を有するほか、関係学会等の最新の知見に基づくガイドライン等を参考に、院内感染対策（ゾーニング、換気、個人防護具の着脱等を含む研修・訓練等）を適切に実施し、発熱外来を行うことを基本とすること

・発熱外来を行うに当たっては、適時、医師会等の関係者と協力するとともに、状況によっては医師会等によるセンター方式による発熱外来の整備等にも取り組むこと
・流行初期医療確保措置の対象となる協定（発熱外来に係るものに限る。）を締結する医療機関の基準は、
ア　流行初期から一定数以上の発熱患者を診察できること
イ　発生の公表後、県の要請後速やかに（１週間以内を目途に）発熱外来を開始すること
を基本とすること。なお、県は、これらの基準を踏まえつつ、協定締結については柔軟に対応するものとする
・救急医療機関においては、入院が必要な疑い患者の救急搬送等が想定されることから、受入れ先が確保されるよう、入院・発熱外来に係る協定締結について検討すること
・地域の診療所が新興感染症医療を行うことができる場合は、可能な限り協定を締結することとし、また、新興感染症医療以外の通常医療を担う診療所も含め、日頃から患者のことをよく知る医師、診療所等と、新興感染症医療を担う医療機関が連携することが重要であること
・地域の診療所が新興感染症医療以外の通常医療を担っている場合は、患者からの相談に応じ発熱外来等の適切な受診先の案内に努めることとし、その際は、当該患者に対して、自身の基礎疾患等や、受けている治療内容、当該診療所での受診歴などの情報を当該受診先に伝えることや、お薬手帳を活用することなどの助言を行うよう努めること

(3)居宅又は高齢者施設等で療養する新興感染症患者に対し医療を提供する機能（自宅療養者等への医療の提供）

①目標

・新型コロナウイルス感染症対応で確保した最大規模の体制（2022 年冬の規模を想定）を目指すこと（居宅等で療養する新興感染症患者とは、自宅・宿泊療養者・高齢者施設等での療養者等をいい、医療機関とは、病院及び診療所のほか、薬局及び訪問看護事業所を含む。）
・電話・オンライン診療、往診等、訪問看護の別に対応可能な医療機関を把握した上で、目標設定を行うこと

②医療機関に求められる事項

・新型コロナウイルス感染症対応と同様、病院・診療所は、医師会等の関係者と連携・協力した体制整備を行い、必要に応じ、薬局や訪問看護事業所と連携し、また、各機関間や事業所間でも連携しながら、往診やオンライン診療等、訪問看護や医薬品対応等を行うこと
・自宅療養者等が症状悪化した場合に入院医療機関等へ適切につなぐこと
・診療所等と救急医療機関との連携構築に努めること
・関係学会等の最新の知見に基づくガイドライン等を参考に、感染対策（ゾーニング、換気、個人防護具の着脱等を含む研修・訓練等）を適切に実施し、医療の提供を行うことを基本とすること
・患者に身近な診療所等が自宅療養者への医療を行う際は、患者の容態の変化等の場合に迅速に医療につなげるためにも、あわせてできる限り健康観察の協力を行うこと

・高齢者施設・障がい者施設等の入所者が施設内で療養する際、必要な場合に医師や看護師による往診・派遣等の医療を確保できる体制とすることは重要であることから、医療従事者の施設への往診・派遣等の必要な対応を行うこと

(4)新興感染症患者以外の患者に対し医療を提供する機能（後方支援）

①目標

・新型コロナウイルス感染症対応で確保した最大規模の体制（後方支援医療機関数、2022 年冬の規模を想定）を目指すこと

・後方支援を行う協定締結医療機関数は、病床確保の協定締結医療機関の新興感染症対応能力の拡大のためにも、その数を上回ることを目指すこと

②医療機関に求められる事項

・通常医療の確保のため、特に流行初期の感染症患者以外の患者の受入や、感染症から回復後に入院が必要な患者の転院の受入を行うこと

・新型コロナウイルス感染症対応での実績を参考に、県や医師会、また既存の関係団体間連携の枠組み等とも連携しつつ、感染症患者以外の受入を進めること

(5)新興感染症に対応する医療従事者を確保し、医療機関その他の機関に派遣する機能（医療人材派遣）

①目標

・新型コロナウイルス感染症対応で確保した最大規模の体制（2022 年冬の規模を想定）を目指すこと

②医療機関に求められる事項

・医療人材派遣の協定締結医療機関は、自院の医療従事者への訓練・研修等を通じ、対応能力を高めること

各医療機関と医療措置協定を締結することにより、これらの機能を担う医療提供体制を構築する必要があります。なお、協定の締結に当たっては、上記(1)から(5)までの「医療機関に求められる事項」を踏まえつつ、各医療機関や地域の実情等に合わせて柔軟に対応します。

また、徳島県感染症対策連携協議会等を通じて関係者間の情報共有や意見の交換を図るとともに、各種の関係団体と連携した研修・訓練等の実施により、新興感染症発生時における医療の提供が迅速に行えるよう連携の強化を図っていく必要があります。

第３　今後の取組

(1)　新興感染症が発生した際に、速やかに外来診療、入院、自宅療養者等への医療等が提供できるよう、徳島県医療審議会や徳島県感染症対策連携協議会等を活用し、関係者や関係機関と協議の上、医療措置協定の締結をはじめとする計画的な準備を、平時から行います。その際には、主に当該感染症に対応する医療機関等と当該感染症以外に対応する医療機関等の役割分担が図られるよう、調整を行います。

そして、実際に新興感染症が発生した場合には、県医師会等の医療関係団体や、必要に応じてＤＭＡＴ（災害派遣医療チーム Disaster Medical Assistance Team）や災害支援ナース等とも連携しつつ、速やかな体制の移行を行います。

(2) 新型コロナウイルス感染症への対応を通じて、新興感染症発生の初期から、幅広い関係者間において情報共有を行うことが重要であるとの教訓が得られていることから、徳島県感染症対策連携協議会の場を積極的に活用するとともに、国と連携の上、速やかに情報共有を行うことのできる体制の充実に努めます。

(3) 法第 36 条の 2 に規定する新型インフルエンザ等感染症等発生等公表期間（以下「新型インフルエンザ等感染症等発生等公表期間」という。）に新興感染症の入院を担当する医療機関と平時に医療措置協定を締結し、第一種協定指定医療機関に指定します。

(4) 新型インフルエンザ等感染症等発生等公表期間に、新興感染症の発熱外来や、自宅療養者等への医療の提供を担当する医療機関、また薬局及び訪問看護事業所と平時に医療措置協定を締結し、第二種協定指定医療機関に指定します。

(5) 新型インフルエンザ等感染症等発生等公表期間に新興感染症対応を行う医療機関に代わって、後方支援として患者を受け入れる医療機関及び感染症医療担当従事者等を派遣する医療機関と平時に医療措置協定を締結するとともに、回復した患者の退院先となる介護老人保健施設等の高齢者施設等とも連携を図ることにより、後方支援体制を整備します。

(6) 医療人材の応援体制を整備するともに、法第 44 条の 4 の 2 第 1 項から第 3 項まで（これらの規定を法第 44 条の 8 において準用する場合を含む）、又は法第 51 条の 2 第 1 項から第 3 項までの規定に基づく、都道府県の区域を越えた医療人材の応援を要請する場合の方針について、平時から協定締結医療機関の状況や国の方針等、最新の状況を把握するよう努めます。

(7) 新型インフルエンザ等感染症等発生等公表期間前においては、新興感染症に対し、第一種感染症指定医療機関及び第二種感染症指定医療機関の感染症病床を中心に対応することとなりますが、発生公表後においても、速やかに医療提供体制を構築できるよう、医療機関と協議を行い、新興感染症が発生した際に、流行初期の段階から入院・発熱外来対応を行う旨の医療措置協定を締結します。その上で、実際に対応した医療機関については、流行初期医療確保措置の対象として、費用負担等に係る必要な処理を行います。

(8)　新興感染症の発生及びまん延に備えた医療措置協定を締結するに当たっては、重症者用の病床の確保と、特に配慮が必要な患者（精神疾患を有する患者、妊産婦、小児、透析患者、障がい児者、認知症である者、外国人等）、感染症以外の患者への対応を含めて切れ目のない医療提供体制の整備を図ります。

　なお、特に配慮が必要な患者に対しては、患者の特性に応じて受け入れ可能な医療機関をあらかじめ整理するとともに、例えば、コミュニケーション支援に熟知している支援者の付添い入院など、実際の入院受け入れに際して活用できる方針が国から示された場合には、積極的に医療機関との情報共有を行います。

(9)　公的医療機関等、特定機能病院及び地域医療支援病院については、法第36 条の 2 により、各地域におけるその機能や役割を踏まえ、新型インフルエンザ等感染症等発生等公表期間に新興感染症に係る医療を提供する体制の確保に必要な措置を講ずることが義務付けられていることから、法に基づく通知等を適切に行うため、平時から対象となる医療機関との連携強化を推進します。

(10) 新型インフルエンザ等感染症等発生等公表期間に、高齢者施設及び障がい者施設の療養者に対して新興感染症に係る医療の提供を行う医療機関、薬局、訪問看護事業所については、その旨を明記した医療措置協定を締結し、第二種協定指定医療機関として指定することにより、各施設に対する医療提供体制の確保を行います。

(11) 新型インフルエンザ等感染症や新興感染症等の感染症の汎流行時に、地域におけるその治療に必要な医薬品の供給及び流通を的確に行うため、医師会、薬剤師会や医薬品卸業協会等、関係機関と連携し医薬品の確保及び備蓄に努めます。

　また、医療機関と平時に法に基づき医療措置協定を締結するに当たっては、診療等の際に用いる個人防護具等の備蓄を求めておくことにより、個人防護具の備蓄の実施が適切に行われるよう図ります。

(12) 新興感染症の患者の入院病床の確保や後方支援医療機関への転院、また自宅療養者の対応など、新興感染症に係る各種の医療の提供を円滑に行うため、平時からの、地域の医療機関や高齢者施設、また介護、障がい福祉サービス事業者等の関係者間の連携強化に努めます。

(13) 法第 63 条の３第１項に基づき、県は、必要と認められる場合に、市町村及び関係機関に対して総合調整を実施します。

　なお、県は、感染症予防に係る業務に限らず、平時から関係機関間の意見集約や調整等の業務を行っていることから、感染症のまん延時であっても、まずは通常の業務として、関係機関間の調整を行うことを基本とします。

その上で、必要な場合に法に基づく調整を行えるよう、平時から調整の実施の要件や事務処理等についての情報収集を行い、適時、関係機関との情報共有に努めます。

併せて、法第 63 条の 4 に基づく指示について、他都道府県の動向等の情報収集に努めます。

(14) 新型コロナウイルス感染症対応の際には、本県においてもＷＥＢシステムによる入院調整を行ったことから、平時から、地域の関係者間においてリアルタイムで情報共有を行うことが可能なＷＥＢシステム等の情報収集に努めます。

(15) 新型コロナウイルス感染症対応において、全国的に臨時の医療施設・入院待機施設を設置してきた実績を参考に、平時から設置・運営の流れ等の確認に努めます。

(16) 医療措置協定による新興感染症の発生の際の医療提供体制整備については、平時から計画的に準備を行います。

具体的には、まず、流行の初期から速やかに医療提供体制を構築するため、新型インフルエンザ等感染症等に係る発生等の公表が行われた後の流行初期の一定期間（３か月を基本とした必要最小限の期間）には、第一種感染症指定医療機関及び第二種感染症指定医療機関における流行初期医療確保措置の対象となる医療措置協定に基づく対応に加え、流行初期医療確保措置の対象となる協定を締結した医療機関を中心に、入院病床の確保と発熱外来について対応する体制を構築することを目指します。

なお、当該流行初期の体制については、新型インフルエンザ等発生等公表後、県の要請後速やかに（１週間以内を目途に）即応化するものとします。

さらに、当該期間の経過後（流行初期以降）は、流行初期医療確保措置の対象となる医療措置協定を締結した医療機関に加え、当該医療機関以外の医療措置協定を締結した医療機関のうち、公的医療機関等（公的医療機関等以外の医療機関のうち新興感染症に対応することができる医療機関を含む）も加わる対応とし、その後３か月程度（発生等の公表から６か月程度）を目途に、順次速やかに、医療措置協定を締結した全ての医療機関で対応していく体制を構築することを目指します。

その上で、流行初期については新型コロナの 2020 年 12 月の状況を、流行初期以降については 2022 年 12 月の状況を参考に、協定の締結により確保する病床や医療機関等についての数値目標を設定し、今期の計画期間中の達成を目指します。

なお、個人防護具等の備蓄については、協定締結医療機関のうち、病院、診療所、訪問看護事業所について、8 割以上の施設において、施設の使用量の 2 か月分が備蓄されることを目指します。

(17) 第一種協定指定医療機関及び第二種協定指定医療機関を含む感染症指定医療機関における体制強化のため、全ての第一種協定指定医療機関及び第二種協定指定医療機関において、感染症対策に係る研修及び訓練を年１回以上実施、または参加することを数値目標として定め、今期の計画期間中の達成を目指します。

また、研修及び訓練を通じて、平時から、新興感染症発生・まん延時の医療人材派遣に係る体制の確保に努めます。

(18) 新興感染症が発生した場合には、重症者を優先する医療体制へ移行することも想定されることから、自宅療養者等の家庭内感染等や医療体制のひっ迫を防ぐ等の観点から、新興感染症の特性や、感染力その他当該感染症の発生及びまん延の状況を考慮しつつ、宿泊施設の体制を整備できるよう、徳島県感染症対策連携協議会等を活用し、関係者や関係機関と協議の上、平時から計画的な準備を行います。

具体的には、まず、流行の早期から速やかに宿泊療養体制を構築するため、民間宿泊業者との協定等を前提に、新型インフルエンザ等発生等公表後１か月以内に立ち上げる流行初期の体制と、６か月経過後までに立ち上げる流行初期以降の体制の構築を目指します。

その上で、流行初期については新型コロナウイルス感染症対応の 2020 年５月の状況を、流行初期以降については 2022 年３月の状況を参考として協定の締結により確保する居室数についての数値目標を設定し、今期の計画期間中の達成を目指します。

(19) 新興感染症等のまん延時に備え、検査体制を速やかに整備できるよう、県と民間検査機関又は医療機関との協定等により、平時から計画的に検査体制の準備を行います。

具体的には、まず、流行の初期から速やかに検査体制を構築するため、新型インフルエンザ等発生等公表後１か月以内に立ち上げる流行初期の体制の構築を目指します。なお、この際には、保健製薬環境センターによる対応を中心とした体制を想定します。

その上で、医療機関や民間検査機関との協定を締結することにより検査体制を確保することを前提に、６か月以内に立ち上げる流行初期以降の体制の構築を目指すこととし、（3）の発熱外来の対応人数を参考に検査能力の数値目標を設定し、今期の計画期間中の達成を目指します。

(20) 県や保健所の人材の養成及び資質の向上については、感染症対策を行う上で大変重要であることから、県は、平時から計画的に準備を進めるものとします。

具体的には、県の感染症対策に係る部署の職員、保健所及び保健製薬環境センターの職員（新興感染症発生時に応援職員として派遣される可能性がある者を含む）を対象とする感染症対策に係る研修及び訓練を年に１回以上開催することを数値目標として設定し、今期の計画期間中の達成を目指します。なお、国や国立健康危機管理研究機構（JIHS）が開催するものへの参加についても当該研修及び訓練に含むこととし、実施に当たっては、

対象者全員が年１回以上参加できるよう、調整に努めます。
　また、即応可能な、地域保健法第２１条第１項において規定されている、感染症のまん延等の健康危機が発生した場合に保健所等の業務を支援する地域の保健師等の地域保健の専門的知識を有する者（ＩＨＥＡＴ要員）の確保についても数値目標を設定し、今期の計画期間中の達成を目指します。
　合わせて、保健所の体制整備についても新興感染症発生時の対応の要となる部分であることから、新興感染症の流行開始から１か月が経過した時点で、保健所における必要人員数が、新型コロナウイルス感染症の第６波の最大時と同様のものであると想定し、その人数を応援派遣等により確保する体制を今期の計画期間中に構築することを目指します。
　さらに、地域の健康危機管理体制を確保するため、万代庁舎に統括保健師を配置するとともに、保健所に保健所長を補佐する総合的なマネジメントを担う保健師を配置します。

　これらの取組により、「新興感染症発生時に良質な医療が提供されている」状態、また「必要な感染予防策やまん延防止対策を実施し、新興感染症の拡大が抑制されている」状態を実現することを目指します。
　その上で、最終的な目的として、「新興感染症発生時に、県民の生命と健康を守る」ことができる体制の構築を目指します。

第４　数値目標

協定締結医療機関（入院）の確保病床数

	目標値【流行初期】（県の要請後１週間以内）	参考【流行初期】新型コロナウイルス感染症実績値(2020 年 12 月の稼働病床数)	目標値【流行初期以降】（発生公表後６か月以内）	参考【流行初期以降】（参考）新型コロナウイルス感染症実績値(2022 年 12 月の確保病床数)
確保病床数	１３０床（うち感染症病床を含む）	８５床	２８６床（うち感染症病床を含む）	２８６床
うち重症者用	５床	５床	２５床	２５床

協定締結医療機関（発熱外来）の機関数

	目標値【流行初期】（県の要請後１週間以内）	参考【流行初期】新型コロナウイルス感染症対応実績値(2020年12 月)	目標値【流行初期以降】（発生公表後６か月以内）	参考【流行初期以降】（参考）新型コロナウイルス感染症対応実績値(2022 年 12 月の診療・検査機関数)
発熱外来数	１３機関	（255 人／日に対応）	３８６機関	３８６機関

協定締結医療機関（自宅療養者等への医療の提供）の機関数

		目標値【流行初期以降】（発生公表後６か月以内）	参考【流行初期以降】（参考）新型コロナウイルス感染症対応実績値(2022 年 12 月の医療提供機関数)
医療機関数		７０５機関	７０５機関
うち機関種別	病院・診療所	３８６機関	３８６機関
	薬局	３０１機関	３０１機関
	訪問看護事業所	１８機関	１８機関
うち対象別※上記と重複有	自宅療養者	７０５機関	７０５機関
	宿泊療養者	６機関	６機関
	高齢・障がい者施設	１７７機関	１７７機関

協定締結医療機関（後方支援）の機関数

	目標値 【流行初期以降】 （発生公表後６か月以内）	参考 【流行初期以降】 （参考）新型コロナウイルス感染症対応実績値(2022 年 12 月の対応医療機関数）
医療機関数	４６機関	４６機関

協定締結医療機関（人材派遣）の確保数

		目標値 【流行初期以降】 （発生公表後６か月以内）	参考 【流行初期以降】 （参考）新型コロナウイルス感染症対応実績値(2022 年 12 月の国全体の確保人数から試算）
確保数		６８人	６８人
内訳	医師	１６人	１６人
	看護師	３６人	３６人
	その他	１６人	１６人

個人防護具を備蓄する協定締結医療機関数

機関種別	協定締結医療機関の施設数
病院・診療所	３８６
訪問看護事業所	１８
上記計	４０４
計×０．８	３２３

医療機関職員の研修・訓練

	年１回以上の研修・訓練 （Ｒ１１年度末時点）
研修・訓練を年１回以上実施、または参加した第一種協定指定医療機関及び第二種協定指定医療機関数	全ての協定締結医療機関で実施または参加

検査体制の確保

	目標値 【流行初期】 （発生公表後１か月以内）	参考 【流行初期】 協定締結医療機関（発熱外来）における１日の対応可能人数	目標値 【流行初期以降】 （発生公表後６か月以内）	参考 【流行初期以降】 協定締結医療機関(発熱外来）数に、６件（新型コロナウイルス感染症対応のピーク時における平均検体採取人数)を乗じたもの
検査の実施能力(件/日)（①＋②）	400（件/日）	255（件/日）	2,316(件/日）	2,316（件/日）
①保健製薬環境センター	400（件/日）		400（件/日）	
②医療機関、民間検査機関	適時協定を締結		1,916(件/日）	
保健製薬環境センターの検査機器数	5（台）		5（台）	

宿泊施設の確保居室数

	目標値 【流行初期】 （発生公表後１か月以内）	参考 【流行初期】 新型コロナウイルス感染症対応実績値(2020年５月の確保居室数）	目標値 【流行初期以降】 （発生公表後６か月以内）	参考 【流行初期以降】 （参考）新型コロナウイルス感染症対応実績値(2022年３月の確保居室数）
確保居室数	１００室	１００室	５００室	５００室

職員の研修・訓練

	年１回以上の研修及び訓練 （Ｒ１１年度末時点）
研修・訓練の回数	年１回以上実施または参加
うち保健所	年１回以上実施または参加
うち保健所以外	年１回以上実施または参加

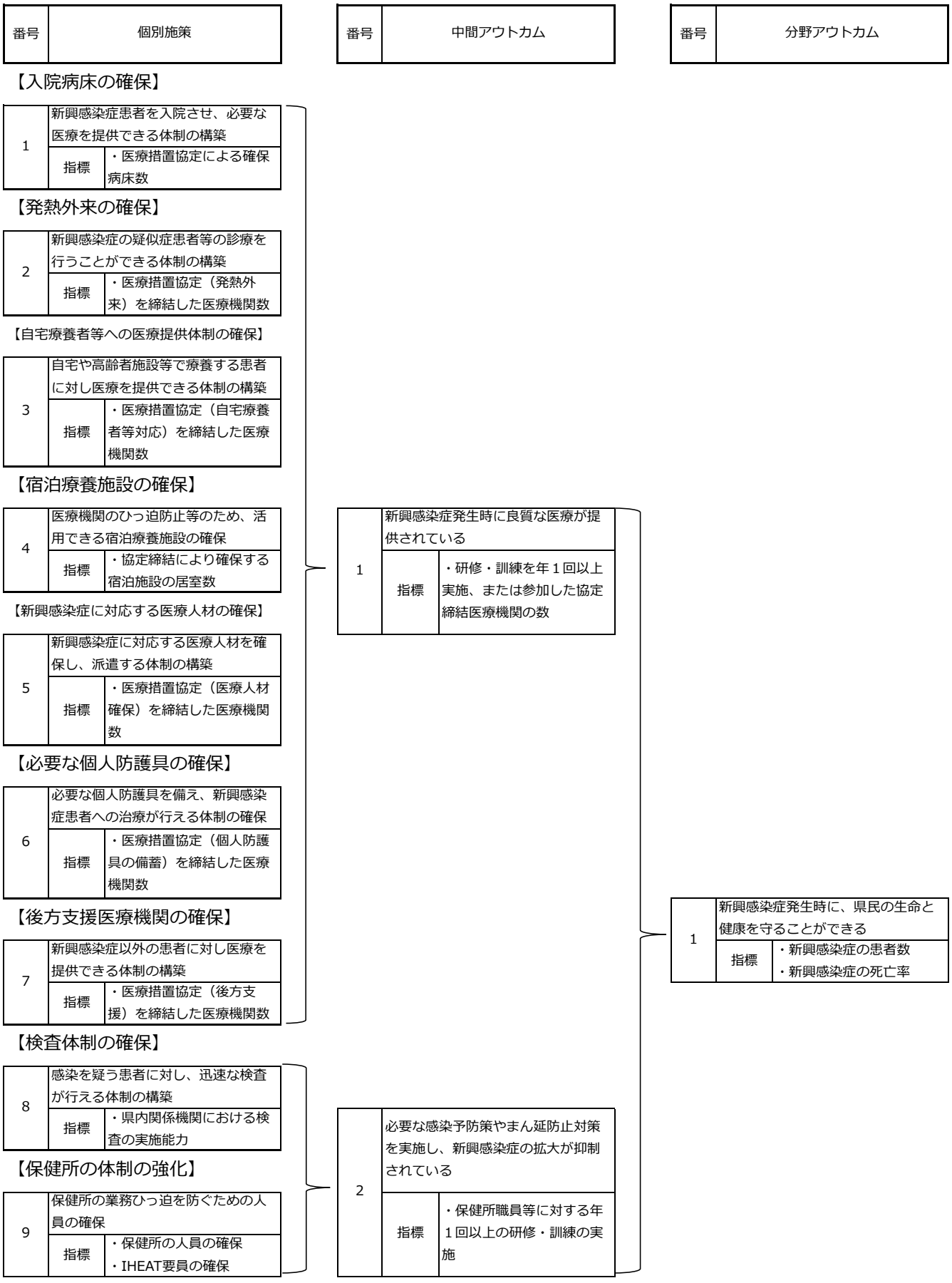
即応可能なＩＨＥＡＴ要員の確保数

	Ｒ５．４．１現在	Ｒ１１年度末時点
即応可能なＩＨＥＡＴ要員	４２人 （過去１年以内にＩＨＥＡＴ研修を受講した人数）	５０人 技能維持・向上に向けた研修等を実施することで、即応性・実効性を高める

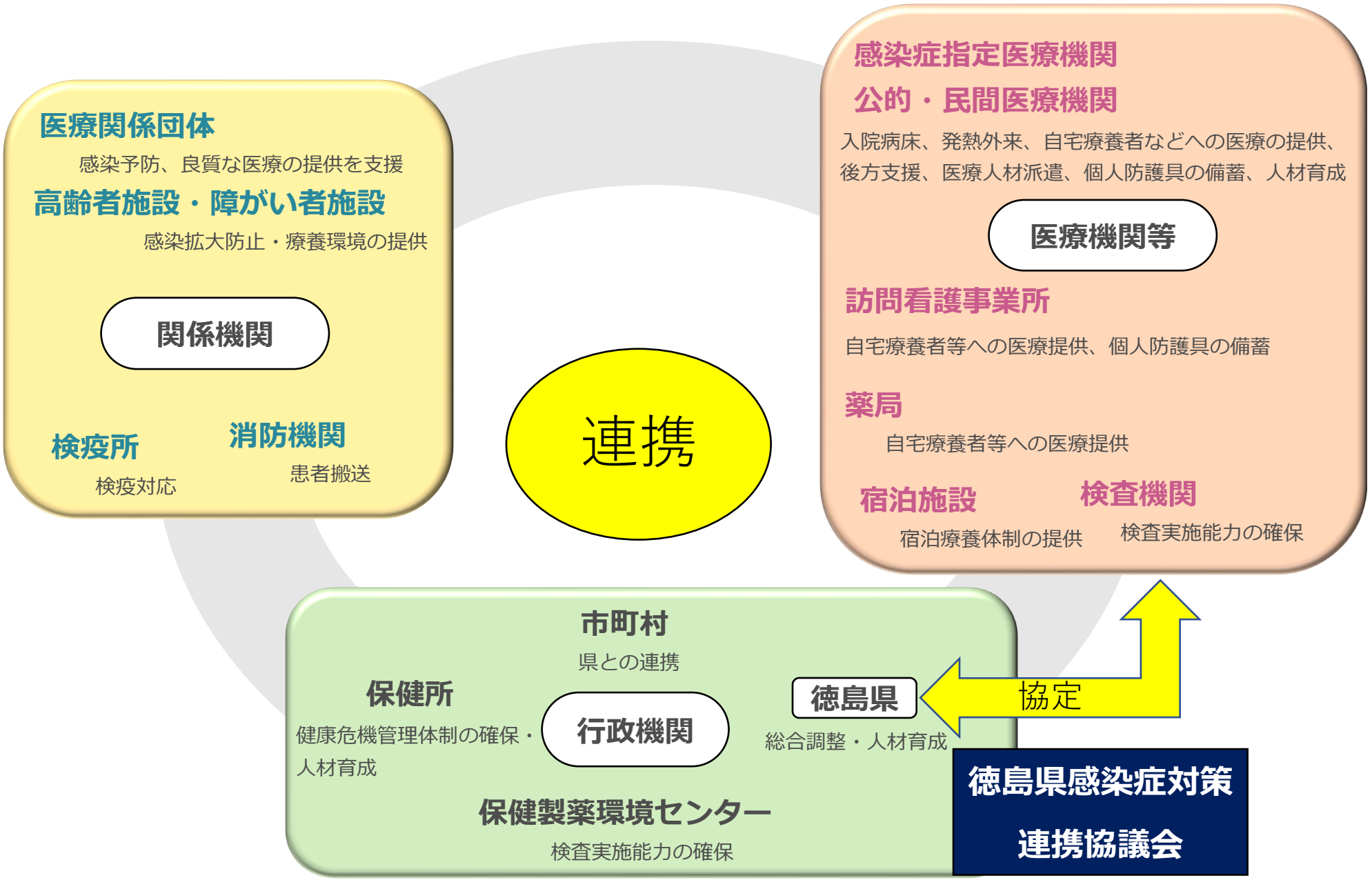
保健所において想定される業務量に対応する人員確保数

	現在値 Ｒ５．６．１時点の感染症担当者	目標値 （Ｒ１１年度末時点での対応可能人数）	参考値 （新型コロナウイルス感染症対応第６波時点での対応人数）
徳島保健所	１３人	１２６人	１２６人
阿南保健所	２人	２３人	２３人
美波保健所	２人	１５人	１５人
吉野川保健所	２人	１５人	１５人
美馬保健所	２人	１６人	１６人
三好保健所	２人	１６人	１６人
計	２３人	２１１人	２１１人

第５　新興感染症発生・まん延時における医療に係るロジックモデル



新興感染症発生・まん延時における医療提供体制



へき地医療体制の整備

第１　へき地医療の現状と課題

１　へき地の現状

「へき地」とは、交通条件及び自然的、経済的、社会的条件に恵まれない山間地、離島等の医療の確保が困難な地域を指し、具体的には、無医地区、無医地区に準じる地区（以下「準無医地区」という。）を指します。

(1)無医地区・準無医地区の現状

無医地区とは、原則として、医療機関のない地域で、当該地区の中心的な場所を起点として概ね半径 4km の区域内に 50 人以上が居住する地区であり、かつ容易に医療機関を利用することができない地区とされております。

また、準無医地区とは、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、厚生労働大臣に協議し適当と認めた地区とされております。

本県における無医地区・準無医地区を有する市町村数及び地区数は、平成 16 年に 11 市町村 23 地区であったものが、令和７年には７市町村２４地区となっています。

●無医地区・準無医地区の推移

		H16.12	H21.10	H26.10	R1.10	R4.10	R7.10
本県	無医地区	19	18	15	11	10	9
	準無医地区	4	3	4	8	10	15
	人口（人）	3,709	3,698	2,099	1,665	2,098	4,479
全国	無医地区	787	705	637	590	557	575
	人口（人）	164,680	136,272	124,122	126,851	122,206	134,753

資料：厚生労働省「無医地区等調査・無歯科医地区等調査」

●無医地区・準無医地区　一覧表（上）・保健指導の実施状況（下）

二次医療圏	市町村	地区名	世帯数	人口	救急車等で最寄病院に収容されるまでの時間(分)	最寄医療機関まで公共交通機関を利用する場合の時間(分)
南部	那賀町	轟・菖蒲	36	61	30	60
		海川・林谷	109	183	25	65
	海陽町	相川	129	233	60	34
西部	美馬市	中の谷	68	113	35	155
	つるぎ町	明谷	36	58	100	116
		錦谷	54	71	104	104
		八千代	395	622	79	84
		古見・中央	215	349	74	86
		端山・家賀	154	261	34	80
無医地区：１市３町９地区			1,196	1,951		
東部	佐那河内村	本谷	734	1,601	30	15
		嵯峨	463	463	30	45
南部	阿南市	蒲生田	13	25	15	30
		伊島	57	105	15	1
	那賀町	岩倉・川成	17	12	60	60
		小畠・沢谷・高野	25	30	45	30
		川俣	18	21	40	70
		出羽	17	34	35	70
	海陽町	平井	30	49	110	70
		久尾・船津	36	49	90	47
西部	美馬市	樫原	19	24	45	30
		川上	20	29	65	20
		太合	27	39	60	15
		西の谷	25	45	35	165
	三好市	小祖谷	2	2	50	180
準無医地区：３市２町１村１５地区			1,503	2,528		

二次医療圏	市町村	地区名	健康診断実施回数	健康診断受診者延べ数※	健康教育実施回数	健康相談実施回数	健康相談相談者延べ数※
南部	那賀町	轟・菖蒲	－	－	6	6	10
		海川・林谷	－	－	－	－	－
	海陽町	相川	－	40	2	2	35
西部	美馬市	中の谷	1	6	－	－	－
	つるぎ町	明谷	－	－	－	－	－
		錦谷	－	1	－	－	－
		八千代	－	－	－	－	－
		古見・中央	－	3	－	－	－
		端山・家賀	－	－	－	－	－
無医地区：１市３町９地区			1	50			
東部	佐那河内村	本谷	2	28	20	15	67
		嵯峨	2	13	20	15	20
南部	阿南市	蒲生田	－	－	－	－	－
		伊島	－	－	－	－	－
	那賀町	岩倉・川成	－	－	0	－	－
		小畠・沢谷・高野	－	－	2	2	2
		川俣	－	－	3	3	5
		出羽	－	－	6	6	10
	海陽町	平井	－	7	3	3	28
		久尾・船津	－	7	3	3	15
西部	美馬市	樫原	1	5	1	1	10
		川上	1	2	－	－	－
		太合	1	1	－	－	－
		西の谷	2	4	－	－	－
	三好市	小祖谷	－	－	－	－	－
準無医地区：３市２町１村１５地区			9	67			

※当該地区内の対象者が、地区外の場所で受診・相談した件数を含む

資料：厚生労働省「令和７年度へき地医療現況調査」

(2)無歯科医地区・準無歯科医地区の現状

無歯科医地区とは、原則として、歯科医療機関のない地域で、当該地区の中心的な場所を起点として概ね半径 4km の区域内に 50 人以上が居住する地区であり、かつ容易に歯科医療機関を利用することができない地区とされております。

また、準無歯科医地区とは、無歯科医地区ではないが、これに準じて歯科医療の確保が必要と都道府県知事が判断し、厚生労働大臣に協議し適当と認めた地区とされております。

無歯科医地区・準無歯科医地区については、平成 16 年に 14 市町村 33 地区であったものが、令和７年には９市町２８地区となっています。

●無歯科医地区・準無歯科医地区の推移

		H16.12	H21.10	H26.10	R1.10	R4.10	R7.10
本県	無歯科医地区	29	25	20	16	15	13
	準無歯科医地区	4	3	4	8	9	15
	人口（人）	7,182	6,110	3,092	2,456	2,746	4,583
全国	無歯科医地区	1,046	930	858	777	784	750
	人口（人）	295,480	236,527	206,109	178,463	188,647	196,640

資料：厚生労働省「無医地区等調査・無歯科医地区等調査」

●無歯科医地区・準無歯科医地区　一覧表（R7）

二次医療圏	市町村	地区名	世帯数	人口	最寄歯科医療機関まで公共交通機関を利用する場合の時間(分)
東部	吉野川市	中枝	178	301	23
		東山	65	150	33
南部	阿南市	伊島	57	105	40
	那賀町	轟・菖蒲	36	61	110
		海川・林谷	109	183	90
	美波町	伊座利	30	65	240
	海陽町	相川	129	233	65
西部	美馬市	中の谷	68	113	100
	つるぎ町	明谷	36	58	101
		錦谷	54	71	93
		八千代	395	622	90
		古見・中央	215	349	71
		端山・家賀	154	261	65
無歯科医地区：３市４町１３地区			1,526	2,572	
東部	佐那河内村	本谷	734	1,601	12
		嵯峨	463	463	42
南部	阿南市	蒲生田	13	25	18
	那賀町	岩倉・川成	17	16	130
		小畠・沢谷・高野	25	30	100
		川俣	18	21	70
		出羽	17	34	100
	海陽町	平井	30	49	65
		久尾・船津	36	49	45
西部	美馬市	樫原	19	24	30
		川上	20	29	20
		太合	27	39	15
		西の谷	25	45	215
		古宮	34	46	36
	三好市	小祖谷	2	2	379
準無歯科医地区：３市２町１村１５地区			1,480	2,473	

資料：厚生労働省「令和７年度へき地医療現況調査」

2　へき地を取り巻く状況

(1)過疎地域の現状

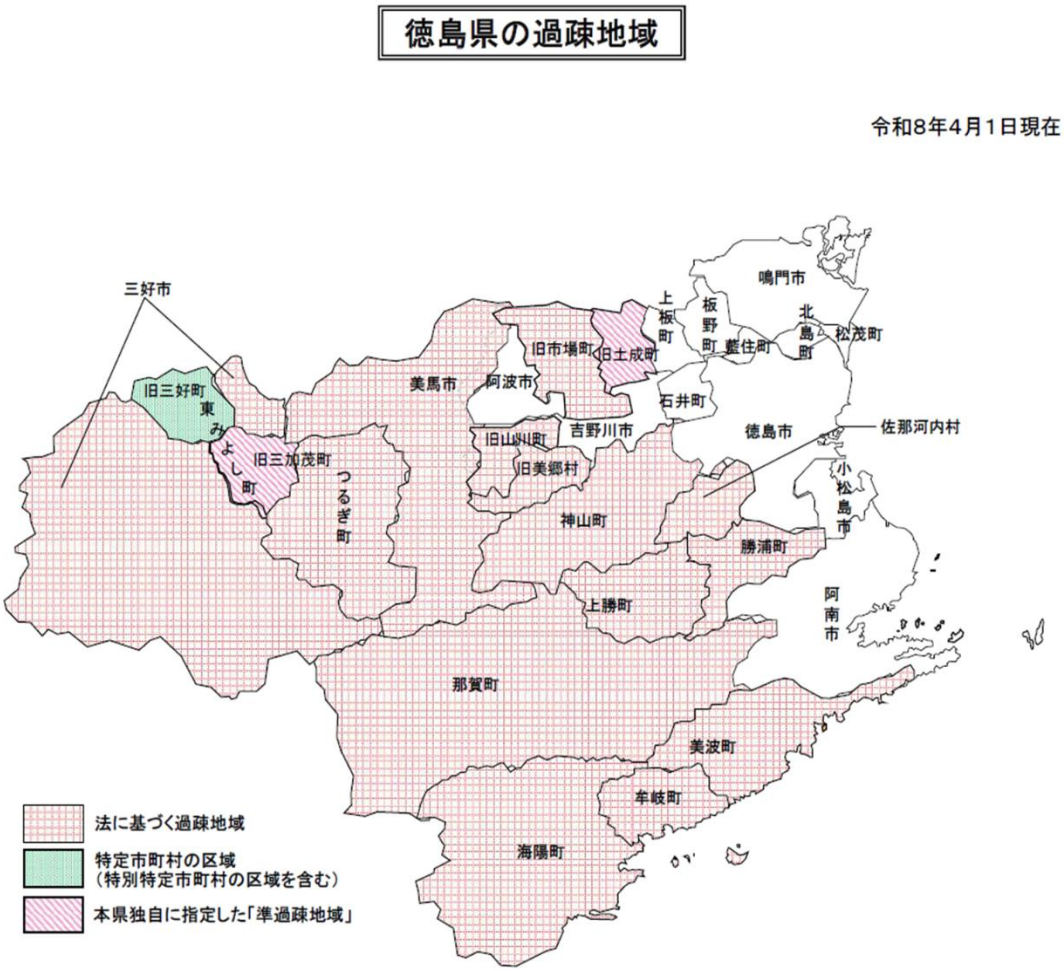
へき地の医療提供体制を考える上で、無医地区等より広域的な過疎地域[*1]の現状を把握することも重要です。

令和８年４月１日現在、全国の 1,718 市町村のうち、過疎関係市町村数は 885 に上り、51.5%となっています。

本県では、過疎地域（一部過疎含む）となる市町村が 13 市町村（吉野川市、阿波市、美馬市、三好市、勝浦町、上勝町、佐那河内村、神山町、那賀町、牟岐町、美波町、海陽町、つるぎ町）と全体の過半数を占めており、経過措置区域[*2]とみなされる区域を有する市町村が１町（東みよし町）、過疎地域に準ずる区域を有する市町村が２市町（阿波市、東みよし町）となっています。

また、本県の過疎地域の特徴として、令和６年４月１日現在、65 歳以上の高齢者が半数以上を占める、いわゆる「限界集落」と呼ばれる集落の全集落数に占める割合が 62.1%と高くなっており、全国平均（40.2%）や全国で最も高い四国平均（51.9%）をも上回っています。

●徳島県の過疎関係市町村（R8.4.1）



---

*1　過疎地域：過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法に基づく過疎地域

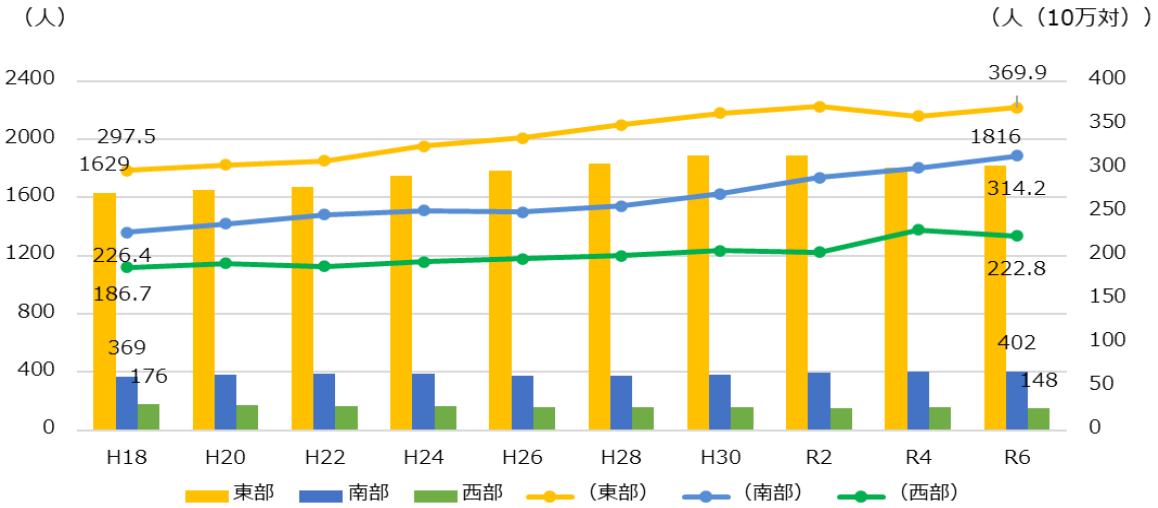
*2　経過措置区域：過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法附則第４条から第８条による経過措置区域

(2)医療従事者の状況

①医師・歯科医師の状況

圏域ごとの医療施設従事医師数をみてみると、76.8%の医師が東部に集中するなど、圏域による偏在がみられます。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。

●医療施設従事医師数の推移（（）は人口 10 万対）



		H18	H20	H22	H24	H26	H28	H30	R2	R4	R6
医師数	県全体	2,174	2,204	2,223	2,299	2,317	2,369	2,425	2,435	2,363	2,366
	東部	1,629	1,652	1,671	1,749	1,782	1,836	1,885	1,888	1,803	1,816
	南部	369	378	387	386	374	374	383	398	400	402
	西部	176	174	165	164	161	159	157	149	160	148
10 万対	（県全体）	(270.1)	(277.6)	(283.0)	(296.3)	(303.3)	(315.9)	(329.5)	(338.4)	(335.8)	(345.2)
	（東部）	(297.5)	(304.0)	(308.9)	(325.5)	(334.7)	(349.7)	(363.3)	(370.9)	(359.9)	(369.9)
	（南部）	(226.4)	(236.8)	(247.2)	(251.5)	(250.1)	(256.7)	(270.8)	(289.4)	(300.7)	(314.2)
	（西部）	(186.7)	(191.0)	(187.6)	(192.7)	(196.4)	(200.0)	(206.0)	(204.1)	(229.4)	(222.8)

●医療施設従事歯科医師数（令和６年）

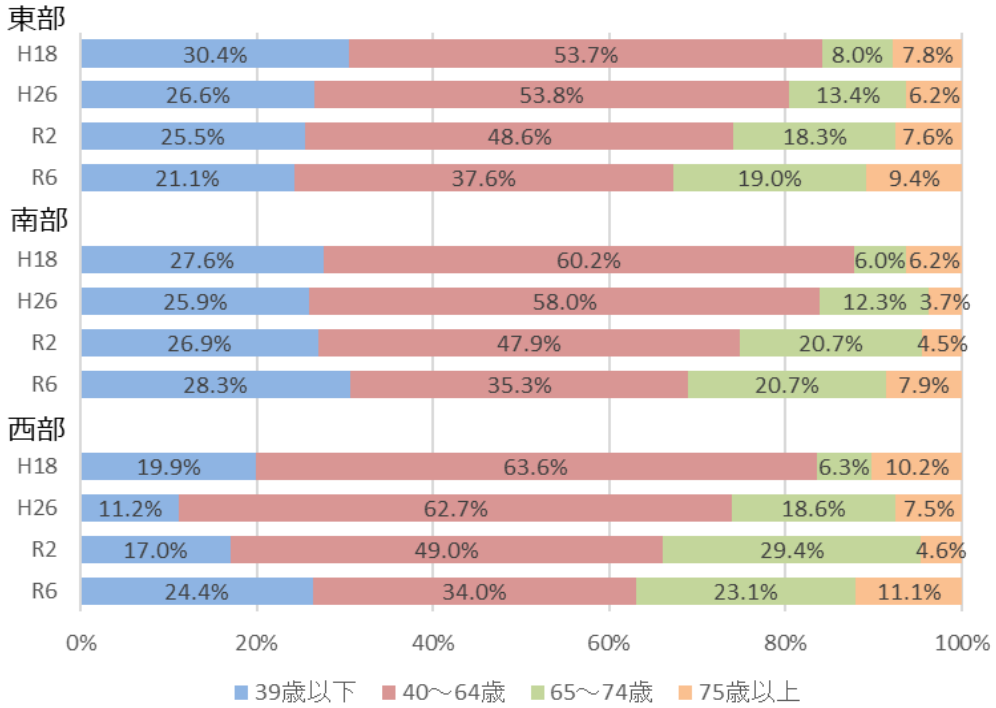
	県全体		東部		南部		西部	
	人数	人口10万対	人数	人口10万対	人数	人口10万対	人数	人口10万対
医療施設従事歯科医師数	734	107.1	602	122.6	95	74.3	37	55.7
うち病院	170	24.8	170	34.6	0	0.0	0	0.0
うち診療所	564	82.3	432	88.0	95	74.3	37	55.7

資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

※R6 の医療圏ごとの人口については、令和６年 10 月１日徳島県推計人口による

医療施設に従事する医師の年齢構成をみると、平成 18 年から令和６年にかけて、39 歳以下の医師割合は、地域特別枠医師の配置などにより、南部圏域では 27.6%から 28.3%へ、西部圏域では 19.9%から 24.4%へと上昇している一方、65 歳以上の医師の割合は、医師の高齢化により、南部圏域では 12.2%から 28.6%へ、西部圏域では 16.5%から 34.2%へと大きく上昇しています。

●医療施設従事医師の年齢構成の推移



	H18				R6			
	39歳以下	40～64歳	65～74歳	75歳以上	39歳以下	40～64歳	65～74歳	75歳以上
東部	496	875	131	127	396	705	356	177
	30.4%	53.7%	8.0%	7.8%	21.1%	37.6%	19.0%	9.4%
南部	102	222	22	23	113	141	83	32
	27.6%	60.2%	6.0%	6.2%	28.3%	35.3%	20.7%	7.9%
西部	35	112	11	18	37	52	35	17
	19.9%	63.6%	6.3%	10.2%	24.4%	34.0%	23.1%	11.1%

資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

ア　自治医科大学出身医師

県では、自治医科大学出身医師を県職員として採用し、医師確保が困難な公立の病院・診療所や、へき地医療拠点病院を有する市町村に派遣することにより、地域医療を支援しています。

令和８年４月１日現在、１６名の自治医科大学卒業医師をへき地医療拠点病院・へき地診療所等に派遣しています。

イ　医師修学資金貸与医師

徳島大学医学部の入学試験において、地域医療に従事する医師を養成することを主たる目的とした学生を選抜する枠（いわゆる地域枠）が設けられており、県では、このうち「地域特別枠」で入学した者に対し医師修学資金を貸与することにより、地域医療に従事する医師の確保・養成に努めています。

令和８年４月１日現在、１０７名の地域特別枠医師が、県内等で地域医療に従事しています。

②薬剤師及び看護職の状況

薬剤師及び看護職の圏域ごとの就業者数をみると、それぞれの職種により、圏域ごとに偏在がみられます。

南部圏域では、准看護師が少なく、西部圏域では、助産師、看護師の人数が少なくなっています。

また、南部・西部圏域では、病院・診療所の薬剤師の人数が少なくなっています。

●薬剤師、看護職の就業者数

	薬剤師		保健師	助産師	看護師	准看護師
	薬局	病院・診療所				
県全体	1,148	610	468	281	9,710	2,988
（人口10万対）	167.5	89	68.3	41	1,417.5	436.2
うち東部医療圏	886	464	301	201	7,109	2,058
（人口10万対）	180.5	94.5	61.3	40.9	1,447.9	419.2
うち南部医療圏	184	93	101	66	1,847	396
（人口10万対）	143.8	72.7	78.9	51.6	1,443.6	309.5
うち西部医療圏	78	53	66	14	754	534
（人口10万対）	117.4	79.8	99.4	21.1	1,135.1	803.9

薬剤師は厚生労働省「R6 医師・歯科医師・薬剤師統計」

薬剤師の医療圏ごとの人口については、令和 6 年 10 月 1 日徳島県推計人口による

看護職は衛生行政報告例（R6 年末）

3　へき地における医療提供体制の現状

(1)医療提供施設等

①へき地診療所・過疎地域等特定診療所

本県では、令和 8 年 4 月 1 日現在、 9 市町村に 16 のへき地診療所[*3]が所在し、へき地医療拠点病院並びに県や県医師会から医師の派遣支援を受けて、へき地住民に対する医療の提供を行っております。

へき地診療所では、医師の確保が課題であり、多くの診療所において、非常勤医師や派遣医師による運営が行われています。

また、過疎地域等特定診療所[*4]については、2 市が公立の歯科診療所を運営しており、へき地における歯科医療を確保しています。

●へき地診療所一覧

医療圏	市町村	診療所名	病床数	医師数	医師 常勤	医師 非常勤 *5	看護師数	看護 常勤	看護 非常勤 *5	薬剤師数	1週間の開院日数	1日平均外来患者数	巡回診療延べ日数	往診実施回数	訪問診療延べ日数	訪問看護実施回数
東部	佐那河内村	佐那河内診療所	0	準無医地区に該当し、令和8年4月1日開設 ※「令和７年度へき地医療現況調査」の調査対象外												
南部	阿南市	加茂谷診療所	0	1	0	1	1	0	1	0	3	32	0	0	0	0
		伊島診療所	0	1	0	1	2	1	1	0	1	10	0	15	12	0
	上勝町	上勝町診療所	0	3	1	2	3	2	1	0	5	43	0	14	29	171
		上勝町福原診療所	0	1	0	1	1	0	1	0	2	2	0	0	0	0
	那賀町	日野谷診療所	0	3	1	2	5	4	1	0	5	38	0	9	0	624
		木沢診療所	0	2	1	1	2	2	0	0	3.25	11	0	0	13	0
		木頭診療所	0	2	1	1	2	2	0	0	5	13	0	0	0	0
		北川診療所	0	1	0	1	1	0	1	0	2	4	0	0	0	0
	美波町	阿部診療所	0	1	0	1	1	0	1	0	3.25	9	0	3	0	0
	牟岐町	出羽島診療所	0	1	0	1	1	1	0	0	3	4	0	0	0	0
	海陽町	宍喰診療所	0	2	2	0	2	2	0	0	5	33	25	5	49	0
西部	美馬市	木屋平診療所	0	1	1	0	3	2	1	0	5	12	97	0	20	65
	三好市	西祖谷山村診療所	0	1	0	1	3	3	0	0	5	26	0	0	0	0
		大歩危診療所	0	1	0	1	2	1	1	0	4	12	0	27	7	0
		東祖谷診療所	0	1	0	1	2	2	0	0	3	25	0	3	6	0

資料：厚生労働省「令和 7 年度へき地医療現況調査」

※病床数、医療従事者数は調査年度 4 月 1 日時点、その他の項目は調査年度の前年度実績

※以下、同様

●過疎地域等特定診療所一覧

医療圏	設置者	診療所名	常勤歯科医師数
西部	美馬市	木屋平歯科診療所	1
	三好市	東祖谷歯科診療所	1

資料：厚生労働省「令和 7 年度へき地医療現況調査」

---

*3　へき地診療所：無医地区等において整備しようとする場所を中心として概ね半径 4km の区域内に他に医療機関がなく、その区域内の人口が原則として人口 1,000 人以上であり、かつ、当該診療所から最寄りの医療機関まで通常の交通機関を利用して 30 分以上要する等の診療所

*4　過疎地域等特定診療所：眼科、耳鼻いんこう科、歯科（特定診療科）の機能を有する医療機関がない市町村において、その地域住民の特定診療科の医療を確保することを目的として設置された診療所

*5　非常勤：常勤換算した人数

②へき地医療拠点病院

本県では、令和８年４月１日現在、県内の７病院をへき地医療拠点病院*6に指定し、へき地診療所等への医師派遣をはじめ、医師等の研修や休暇時等における代診医の派遣といった支援を実施しています。

●へき地医療拠点病院一覧

医療圏	病院名	病床数	医師数			医師派遣			ＩＣＴによるへき地医療の診療支援の実施状況	総合的な診療能力を有する医師を養成する事業の有無
				常勤	非常勤 *5	支援診療所数	実施回数	延べ日数		
東部	県立中央病院	440	161	150	11	3	171	124	×	○
南部	徳島赤十字病院	405	157	156	1	1	33	33	×	×
	国民健康保険勝浦病院	50	5	4	1	1	48	48	×	×
	那賀町立上那賀病院	40	5	1	4	3	248	185	×	×
	県立海部病院	110	18	11	7	1	50	50	○	○
西部	つるぎ町立半田病院	120	20	15	5	1	23	23	○	○
	県立三好病院	220	45	35	10	2	140	140	×	○

資料：厚生労働省「令和７年度へき地医療現況調査」

(2)へき地医療を支援する機関等

①地域医療支援機構

へき地保健医療政策の中心的機関として、へき地診療所等への代診医派遣調整など、広域的なへき地医療支援事業の企画・調整等を行い、へき地医療政策の各種事業を円滑かつ効率的に実施することを目的として、「へき地医療支援機構」が各都道府県に設置されています。

本県では、平成 18 年２月に、「へき地医療支援機構」を「地域医療支援機構」に改組し、へき地保健医療対策を総合的に実施しています。

地域医療支援機構（専任担当官１名・週１日相当勤務）においては、へき地診療所等への代診医の派遣、広域的なへき地医療支援事業の企画・調整等を行っております。

また、地域医療支援機構に、医療法第 30 条の 23 第１項に基づく「協議の場」として「徳島県地域医療総合対策協議会」を設置し、地域医療を担う医師の養成及び確保に関することや医師派遣の調整に関すること、医療機関の機能分担と連携等の医療を提供する体制の確保に関すること、へき地医療対策に関すること、その他地域における医療の確保・充実に関することを協議・検討しています。

*6　へき地医療拠点病院：無医地区等において、へき地医療支援機構の指導・調整の下に、巡回診療、へき地診療所等の医師派遣や代診医派遣等を実施した実績を有する又は当該年度に実施できると認められ、都道府県が指定する病院

②地域医療支援センター

地域偏在による医師不足を解消し、地域医療の安定的な確保を図るため、平成 23 年 11 月 1 日に、県医師会等関係機関との連携による「徳島県地域医療支援センター」を「総合メディカルゾーン」に設置し、その運営業務を徳島大学に委託しています。

「地域医療支援センター」においては、地域医療を担う医師のキャリア形成支援や医師の配置調整、地域医療に係る総合相談、情報発信など、本県における総合的な医師確保対策に取り組んでいます。

③社会医療法人

地域医療の重要な担い手である医療法人の中でも、救急医療、へき地医療、周産期医療など特に地域で必要な公益性の高い医療を担う社会医療法人は、へき地医療において大きな役割を担っています。

令和 8 年 4 月 1 日現在、へき地医療に関して一定の実績を有するものとして認定を受けた社会医療法人は 4 法人です。

●社会医療法人（へき地）令和 6 年度実績

法人名称	へき地医療を行っている病院	所在地	許可病床数	へき地診療所への医師派遣実績	
				診療所名	延べ派遣日数（人日）
社会医療法人川島会	川島病院	徳島市	123	西祖谷山村診療所	100
社会医療法人凌雲会	稲次病院	藍住町	67	阿部診療所	35
				出羽島診療所	40
				木頭診療所	9
社会医療法人芳越会	ホウエツ病院	美馬市	65	木屋平診療所	69
社会医療法人尽心会	亀井病院	徳島市	42	日野谷診療所	46
				木沢診療所	8

資料：厚生労働省「令和 7 年度へき地医療現況調査」

④徳島県医師会

平成 21 年 6 月に、県と一般社団法人徳島県医師会との間で、「地域における医療体制の確保と支援に関する基本協定」を締結し、医師確保が困難な県内の医療機関に対して、会員である医師による応援診療を実施しています。

(3)へき地の医療提供体制に関係するその他の体制

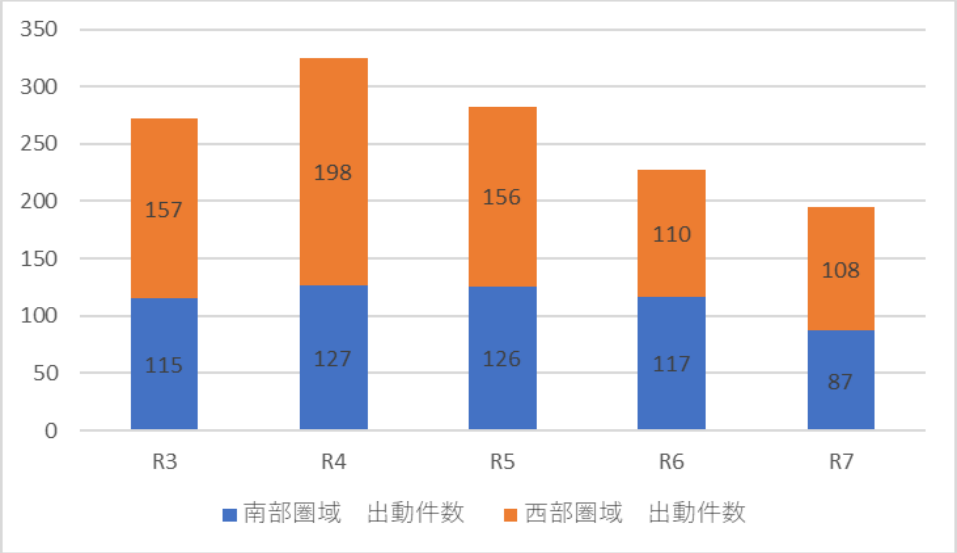
①救急搬送体制

県では、平成 20 年 8 月から、消防防災ヘリコプター「うずしお」（以下「防災ヘリ」という。）の救急患者搬送への活用を開始し、重症・重篤な救急患者を救急医療施設への速やかな搬送及び初期治療を行うことにより、救命率向上や後遺症の軽減に繋げるとともに、平成 24 年 10 月からは、県立中央病院に「ドクターヘリ」を導入し、県下全域を対象に運航を行っています。（平成 25 年 4 月からは関西広域連合に事業移管）

ドクターヘリは、基地病院に常駐し、消防機関からの要請があれば、直ちに医師、看護師が同乗して出動するため、基地病院離陸後県内全域を 20 分程度でカバーすることが可能で、特に、中山間地域をはじめ、患者搬送に時間を要する等により消防機関等が必要と判断した地域では、119 番通報に患者の容態を端的に表す言葉があれば、救急車と同時にドクターヘリを出動させる、いわゆる「Key-word 方式」を採用することにより、可能な限り速やかな初期治療の開始・搬送に努めており、医師不足や地理的条件等から地域医療を取り巻く

環境が厳しい南部圏域や西部圏域において、地域間格差是正のための切り札として活躍しています。
　また、「和歌山県ドクターヘリ」、「高知県ドクターヘリ」、「愛媛県ドクターヘリ」、「香川県ドクターヘリ」とも相互応援協定を締結し、ドクターヘリの重複要請時や大規模災害発生時等の緊急時には、他県のドクターヘリにも出動要請が行える態勢をとり、「二重・三重のセーフティネット」を構築しています。

●南部・西部圏域におけるドクターヘリの運航状況について



	R3		R4		R5		R6		R7	
	件数	シェア	件数	シェア	件数	シェア	件数	シェア	件数	シェア
阿南市消防本部	63	12.8%	80	15.4%	83	17.8%	70	19.0%	50	15.7%
那賀町消防本部	20	4.1%	19	3.7%	23	4.9%	19	5.1%	17	5.3%
海部消防組合	32	6.5%	28	5.4%	20	4.3%	28	7.6%	20	6.3%
南部圏域計	115		127		126		117		87	
美馬市消防本部	78	15.9%	75	14.4%	68	14.6%	60	16.3%	48	15.0%
美馬西部消防組合	25	5.1%	46	8.8%	43	9.2%	30	8.1%	28	8.8%
みよし広域連合消防本部	54	11.0%	77	14.8%	45	9.6%	20	5.4%	32	10.0%
西部圏域計	157		198		156		110		108	

資料：徳島県ドクターヘリ運航状況
シェアは施設間搬送を除く出動件数に占める割合

②医療ＤＸの推進による診療支援体制
　県では、へき地の医療現場が抱える医師の偏在や専門医の不足といった「医療格差」の解消を図るため、最先端のデジタル技術を活用した医療提供体制の充実・強化に向け、徳島医療コンソーシアムの枠組みを活用した「遠隔医療の実装」を進めています。
　現在、スマートフォン等での「遠隔画像診断支援アプリ」の活用をはじめ、５Ｇ（高速大容量・超低遅延規格）ネットワークの活用により、県立病院において「５Ｇ遠隔診療室」での高精細な４Ｋ映像での遠隔診療が実現するなど、遠隔医療システムの拡大を図っているます。
　また、県南部と地方自治体の連携のもと、「オンライン診療機能を備えた車両と病院」を結び、巡回・訪問診療を行う「医療 MaaS」の運行を令和７年 12 月から開始しています。

4　へき地における医療提供体制の課題

(1)人口減少と医療政策

へき地を有する南部医療圏、西部医療圏では、少子高齢化に伴い、人口減少が急速に進んでおり、国立社会保障・人口問題研究所の推計によると、2020 年から 2050 年にかけて、南部医療圏の人口は 137,526 人から 78,145 人へと減少し、西部医療圏の人口は、72,997 人から 35,314 人へと減少する見込みとなっています。

また、南部医療圏・西部医療圏ともに 2050 年にかけて、65 歳以上の人口は、減少する見込みとなっていますが、高齢化率は上昇する見込みとなっており、人口減少と高齢化が同時に進行しています。

このような状況の中、国の医療政策では、入院期間を短くし、在宅復帰を促す政策が推進されていますが、へき地においては非効率性の問題から医療や介護のサービス提供者が限られ、患者が十分に利用できない状況です。

(2)医療従事者の確保

へき地医療においては、医療従事者の確保が重要な課題となっています。

へき地には医師が 1 人で勤務する診療所が多く、外来診療と在宅診療の両方の医療ニーズに十分対応することが難しいのが実情です。また、1 人勤務の診療所では、勤務医のキャリア形成や代診医などの課題があり、医師確保が難しくなっています。

さらに、今後、へき地診療所医師の高齢化等により、へき地の医療体制の維持が困難になってくることも予想されます。

へき地医療対策は、医師の地域偏在対策の施策と表裏一体であることから、医師の地域偏在対策に対する効果的な施策が必要です。

各圏域の医療提供体制を維持していくためには、それを直接的・間接的にバックアップする拠点病院や大学病院における指導医の確保が喫緊の課題となっています。

また、へき地においては、医師だけではなく、薬剤師や看護師などにおいても、高齢化が進んでいることから、将来にわたって地域医療を維持するため、医療従事者の確保・定着が重要な課題となっています。

(3)医療提供体制の確保

各地域の医療ニーズを検証し、その地域の現状に応じた、効果的かつ効率的な医療提供体制を検討する必要があります。

へき地医療における在宅療養支援体制については、例えば訪問看護ステーションの開設状況を見ると、令和８年４月１日現在の指定事業者の約８４％余りが東部圏域に集中しており、地域偏在傾向は近年さらに顕著となっています。また、過疎市町村は非常に広範囲の地域にわたる一方、全体の約８％程度に留まっており、訪問看護提供体制の確保をはじめとするより良いサービスの継続的な提供に向けて、多職種・多機関が連携し、効率よくアクセスできる体制づくりが課題となっています。

さらに、へき地医療は、民間の参入が極めて少ないことが課題となっています。民間がへき地における地域医療を実践するためには、地域医療における認識や民間と行政の役割分担、ビジョン等の共有を図る必要があります。

(4)交通手段の確保

公共交通機関が充実していない地域で、特に運転免許がない場合など、通院のための移動手段の確保が困難な状況です。へき地においては、交通手段のない方がどのように医療機関等にアクセスするかが課題となっています。

第２　目指すべき方向と今後の取組

１　目指すべき方向

(1)へき地における医療介護連携体制の確保

へき地医療の現状を踏まえ、関係機関相互の連携により、「へき地の住民が住み慣れた地域で健康を維持し、必要な医療を安心して受けることができる」体制を整備します。

また、へき地では、居住地から離れた地域の病院に入院して治療を受けざるを得ない場合が多いため、「居住する地域外の病院に入院した患者が住み慣れた地域に戻ってこられている」状態を目指します。

(2)へき地医療を担う医療従事者の確保

へき地医療を支える総合診療・プライマリケアを実施する医療従事者（医師、歯科医師、薬剤師、看護師等）を計画的に確保します。

へき地医療を担う医師を安定的に確保するため、県内全体における医師確保の取組を推進するとともに、へき地医療の担い手として高い志と能力を持った人材を中・長期的に養成します。

また、へき地医療に従事しつつ、専門医や学位が取得できるキャリア形成プランを構築するなど、医師にとって積極的にへき地勤務が可能となる環境整備を進めます。

(3)時間的・空間的ハンディの克服

へき地を含めた遠隔地における重症・重篤な救急患者の救命率の向上と後遺症の軽減を図るため、消防機関や市町村との連携強化や地域住民の理解促進に努めながら、ドクターヘリのより効率的かつ効果的な運航体制を確保します。

また、公共交通機関が充実していない地域における通院のためのアクセスの課題解決に努めます。

２　今後の取組

(1)へき地における医療提供体制の確保

①へき地診療所の維持・強化

「へき地の住民が住み慣れた地域で健康を維持し、必要な医療を安心して受けることができる」体制を目指し、へき地診療所について、外来と在宅の医療を提供する機能を持つこと、訪問看護、訪問歯科、訪問リハビリテーション、訪問保険薬局と連携していることなど、外来と在宅の両方の医療を多職種連携で提供するへき地診療所の充実・強化に努めます。

②へき地における歯科医療体制の充実
　へき地における歯科医療の充実のため、関係市町村や県及び郡市歯科医師会等との連携を図り、へき地における口腔機能管理・歯科医療の提供体制の充実を図ります。

③へき地医療拠点病院の充実・強化
　へき地医療拠点病院は、へき地における住民の医療を確保するという使命を全うするため、診療支援機能の向上を図り、その主たる事業である巡回診療、医師派遣、代診医派遣（以下「主要 3 事業」という）等を実施します。
　また、主要 3 事業に遠隔医療による支援を加えた 4 事業のいずれの事業も実績が無かった場合は、当該年度の現状を確認し、へき地支援を促進します。

④へき地における在宅療養支援体制の整備
　医療・介護関係機関や利用者・家族をつなぐ訪問看護や在宅医療における医薬品の提供体制について、在宅移行支援に関するマネジメントの強化に向けて、訪問看護事業所等と医療機関との相互連携体制の構築を進め、へき地においても切れ目無く円滑に訪問看護サービスや在宅服薬指導が提供できる体制整備を進めます。
　また、多職種連携を推進するとともに、多職種が効率よくアクセスできる体制づくりに向けて関係市町村等との検討を進めます。

(2)へき地医療を担う医師の確保
①へき地診療所に勤務する医師のキャリア形成の仕組みの確立
　県は、地域医療支援機構や地域医療支援センター、県医師会と共同で、へき地診療所の医師が、総合診療医の専門医取得やスキルアップなどのプログラムを受けられる仕組みの充実に努めます。

ア　地域医療支援機構の機能強化
　これまでのへき地医療拠点病院に対する医師派遣の要請等の取組に加え、地域医療支援センターと連携し、「へき地医療従事者に対する研修計画・プログラムの作成」、「へき地医療拠点病院の活動評価」、「へき地で勤務する医師のキャリア形成支援」等の取組の充実を図ります。
　また、徳島県地域医療総合対策協議会を開催し、へき地の医療従事者確保の検討に努めます。

イ　地域医療に安心して従事できるキャリアデザインの形成
　地域医療支援センターにおいて、「キャリア形成プログラム」の整備を行うなど、若手から中堅医師を対象とした、将来の地域医療を担う医師のキャリア形成支援に取り組みます。

ウ　自治医科大学出身医師等の定着を図る取組の強化
　自治医科大学、さらには同大学地域医療学センターとの連携強化のもと、地域医療を担う総合診療医の養成・確保を推進するとともに、へき地医療において大きな役割を果たす自治医科大学出身医師が、義務年限終了後も引き続き地域医療に従事できるよう、各医師が望むキャリアプランを県として支援する取組の強化に努めます。

②医師修学資金貸与制度の継続
　医師が不足する地域や診療科における医師を確保するという医学部定員の暫定増の本来の趣旨に鑑み、「地域特別枠」の学生に対する医師修学資金貸与制度を継続し、地域医療に従事する医師の養成を図ります。

③総合診療医を育成する指導医の確保
　総合診療医を育成するためには、へき地医療拠点病院の指導医を確保し、育成のための環境が整っていることが重要であることから、へき地医療を担う医師を支援するへき地医療拠点病院の責務として、指導医の確保の促進に努めます。

④総合診療医の育成支援（寄附講座の開設、教育研修プログラムの充実）
　平成 22 年度から徳島大学の「総合診療医学分野」において実施している県立病院をフィールドとした診療活動と地域医療確保に関する研究及び総合診療医の教育について、引き続き積極的な取組を継続していきます。

⑤臨床研修医の養成・確保
　県内臨床研修病院と県、県医師会、県地域医療支援センターで組織する「徳島県臨床研修連絡協議会」が中心となり、臨床研修医等を確保し、養成するための取組を強力に推進します。

⑥社会医療法人との連携
　特に地域で必要な公益性の高い医療を担う社会医療法人の力を活用し、へき地医療の充実に努めます。

⑦県医師会との連携強化
　医師の「地域偏在」が大きな課題となっている本県の状況を踏まえ、応援診療の実施等に大きな役割を果たしている県医師会との協力関係のさらなる強化に取り組み、県医師会との協定に基づく、有志の医師によるへき地診療所等への応援診療について、ベテランドクターの診療支援強化に努めます。

⑧高校生・大学生を対象とした地域医療への啓発
　地域医療を担う医師の養成・確保対策の一環として、県内の医学部志望の高校生を対象とした「高校生地域医療現場体験ツアー」の開催や徳島大学医学部医学科１年生を対象とした「早期地域医療体験実習」、全国の医学生を対象とした本県の地域医療を直接体感できる「夏期地域医療研修」を実施するとともに、開催内容の充実を図ります。

(3)へき地の医療機関等に従事する医療従事者の養成・確保
　訪問看護、訪問リハビリ、訪問歯科、訪問保険薬局の専門職など、へき地の医療機関と連携が必要な在宅医療従事者を計画的に養成し、関係市町村と連携し、定着のための施策を実施します。
　看護職員については、へき地医療や訪問看護における新卒者をはじめとする看護職員の定着に向けて、地域と連携した魅力発信等の取組を進めるとともに、担い手の高齢化が顕著となっているへき地の訪問看護人材の確保に向けて、訪問看護に初めて従事する新卒者・新任者の確保・育成支援に努めます。

また、訪問看護事業所間の連携強化や在宅医療における質の高い効果的なケアの提供者として活躍が期待される「特定行為研修」等を修了した専門的知識を有する看護師の育成に取り組むとともに、現場での活躍促進のため、特定行為に関する情報の提供と連携や実践にかかる事例の共有等について検討を進めます。

理学療法士や臨床検査技師などのコメディカルについても、関連する団体と連携を図り、人材の確保に努めます。

(4)へき地における働きやすい勤務環境や生活環境の整備

医療従事者の確保・定着を図るため、勤務環境や生活環境の整備など、働きやすい職場環境づくりに努めます。

①安心して働ける環境づくり

地域医療に従事する医療従事者が、仕事と家庭の両立を実現し、安心して働くことができるよう、代診医の派遣機能の充実、施設・設備の整備、地域住民への啓発活動などの取組を推進します。

②施設・設備の整備

へき地診療所等や病院を設置する市町においても、医療機関の耐震化を進めるとともに、必要な医療機器の整備はもとより、医師住宅の整備等の環境整備に努めることにより、地域医療機能の維持・充実を図ります。

(5)へき地医療に関するその他の体制

①ドクターヘリの効率的・効果的な運航

平成 24 年度から運航を開始した「ドクターヘリ」について、消防機関をはじめとした各関係機関との連携強化、見学会の開催によるドクターヘリの運航に係る地域住民の理解促進、ランデブーポイント（場外離着陸場）の整備促進等、更なる円滑かつ効果的な運航に努め、へき地における重篤患者の救命率の向上を図ります。

②医療ＤＸの推進による診療支援

徳島医療コンソーシアムを基盤として、情報通信技術を最大限に活用し、地域の実情に応じた診療体制の構築を進めます。地域の病院にいながら専門医の診察を受けられる遠隔診療や、医療 MaaS 車両を用いた通院困難者への診療（D to P with N）を推進し、県民が居住する地域において安心して医療を受けられる環境を整えます。

③通院のための交通手段や患者搬送手段の確保

住民の通院のための交通手段を確保するため、交通政策担当部門と連携し、過疎地域でのデマンドバス（利用者の求めに応じて運行されるバス）やコミュニティバス、乗り合いタクシーの運行など、地域の実情や住民のニーズに応じた公共交通施策の展開を推進します。

また、へき地医療支援医師のへき地通勤の支援を関係市町村と協議します。

第３　数値目標

数値目標項目	直近値	令和11年度末目標値
地域医療総合対策協議会等におけるへき地の医療従事者確保の検討回数	9回 (R7)	9回
へき地医療拠点病院からへき地診療所等への医師派遣日数	603日 (R6)	700日／年
へき地医療拠点病院の中で、主要3事業の年間実績が合算で12回以上の医療機関の割合	100%	100%

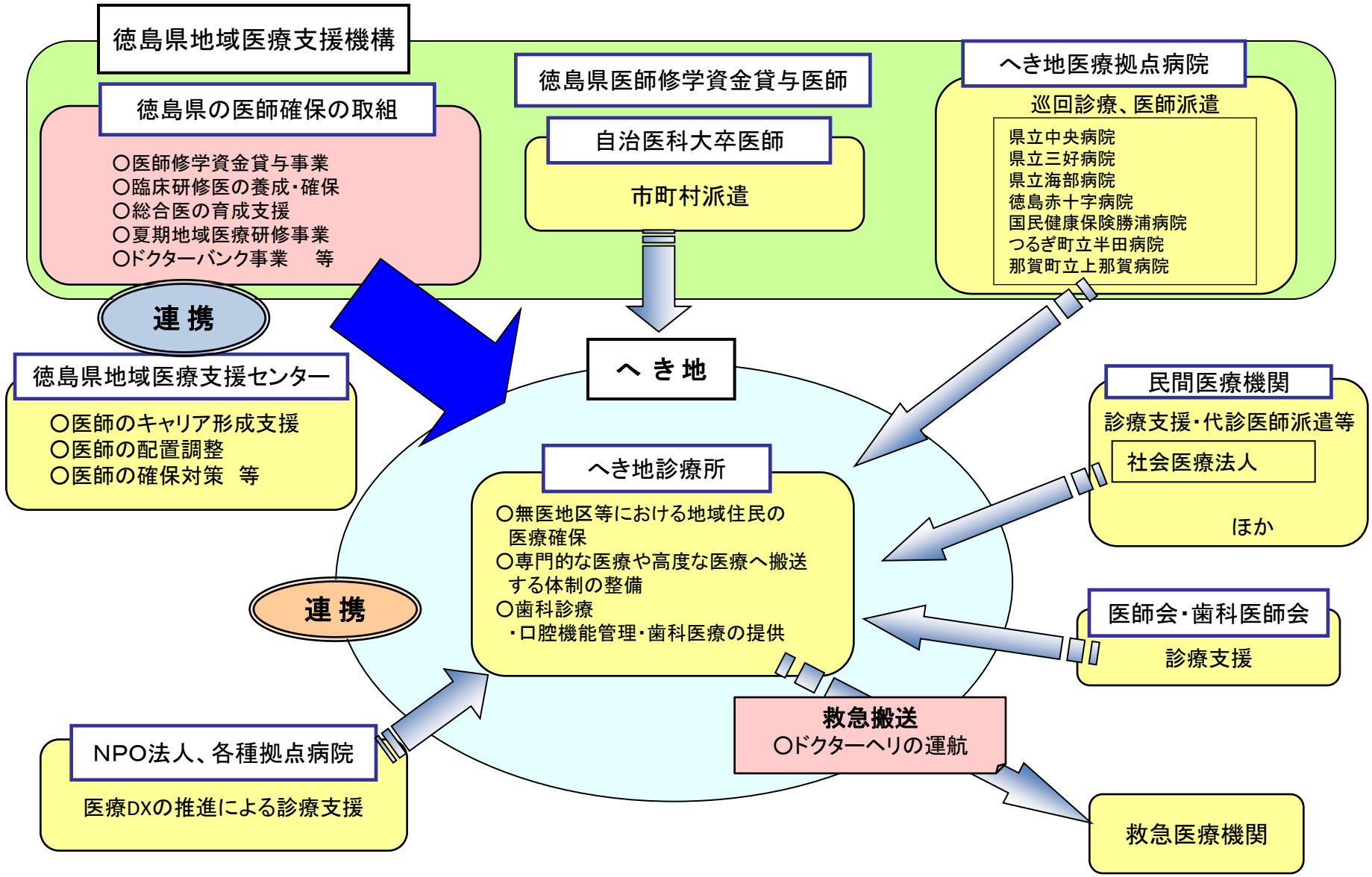
第４　へき地医療におけるロジックモデル

番号	個別施策
【へき地の住民に対する保健指導・予防】	
1	へき地の住民に対する保健指導の実施
	指標：・無医地区における健康診断の実施回数 ・無医地区における健康教育の実施回数 ・無医地区における健康相談の実施回数
【へき地における診療体制の維持・医師確保】	
2	へき地診療所等の維持
	指標：・へき地診療所数 ・過疎地域等特定診療所数
3	へき地医療等の従事者育成
	指標：・自治医科大学出身医師数 ・徳島県医師修学資金の貸与医師数
	へき地における医療従事者の確保
	指標：・へき地診療所の医師数 ・へき地診療所の医師以外の医療従事者数（歯科医師、看護師、薬剤師等）
【へき地医療への支援】	
4	へき地診療所等への代診医・医師派遣の調整
	指標：・へき地医療支援機構の数 ・へき地医療支援機構の専任・併任担当官数 ・へき地の医療従事者確保を検討する協議会等の開催
5	へき地診療所等への代診医・医師派遣の取組
	指標：・へき地医療拠点病院数 ・へき地診療所等に派遣する自治医科大学出身医師数 ・へき地医療に関して一定の実績を有するものとして認定を受けた社会医療法人数
6	ドクターヘリの運航
	指標：・南部及び西部医療圏におけるドクターヘリの運行状況

番号	中間アウトカム
1	へき地の住民が保健衛生状態を管理することができている
	指標：・無医地区における健康診断の受診者数 ・無医地区における健康相談の相談者数
2	へき地における医療提供体制が確保できている
	指標：・へき地診療所等の診療・巡回診療の実施日数 ・へき地診療所等の訪問診療（歯科含む）・訪問看護の実施回数
3	へき地診療所等の診療機能の向上・維持が図られている
	指標：・へき地医療拠点病院の主要３事業の年間実績 ・へき地医療拠点病院の必須事業の実施回数 ・地域医療総合対策協議会等におけるへき地の医療従事者確保の検討回数 ・遠隔医療等ICTを活用した診療支援の実施状況

番号	分野アウトカム
1	へき地の住民が住み慣れた地域で健康を維持し、必要な医療を安心して受けることができている
	指標：・無医地区における健康診断の実施回数・受診者数 ・無医地区における健康教育の実施回数 ・無医地区における健康相談の実施回数・相談者数 ・へき地診療所等の診療・巡回診療の実施日数 ・へき地医療拠点病院の中で主要３事業の年間実績が12回以上の医療機関の割合 ・へき地医療拠点病院の中でへき地医療拠点病院の必須事業の実施回数が年間1回以上の医療機関の割合

へき地医療体制


徳島県地域医療支援機構
徳島県の医師確保の取組
○医師修学資金貸与事業
○臨床研修医の養成・確保
○総合医の育成支援
○夏期地域医療研修事業
○ドクターバンク事業　等
徳島県医師修学資金貸与医師
自治医科大卒医師
市町村派遣
へき地医療拠点病院
巡回診療、医師派遣
県立中央病院
県立三好病院
県立海部病院
徳島赤十字病院
国民健康保険勝浦病院
つるぎ町立半田病院
那賀町立上那賀病院
連 携
徳島県地域医療支援センター
○医師のキャリア形成支援
○医師の配置調整
○医師の確保対策　等
へ き 地
へき地診療所
○無医地区等における地域住民の医療確保
○専門的な医療や高度な医療へ搬送する体制の整備
○歯科診療
・口腔機能管理・歯科医療の提供
民間医療機関
診療支援・代診医師派遣等
社会医療法人
ほか
医師会・歯科医師会
診療支援
連 携
救急搬送
○ドクターヘリの運航
NPO法人、各種拠点病院
医療DXの推進による診療支援
救急医療機関

在宅医療体制の整備

第１　在宅医療の現状

高齢化の進行に伴い疾病構造が変化し、誰もが何らかの病気を抱えながら生活をするようになる中で、「治す医療」から「治し、支える医療」への転換が求められるとともに、健康寿命の延伸の観点から予防・健康づくりの取組が重要となっています。在宅医療は、年齢、疾病、障がいに関わらず、住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるよう、入院医療や外来医療、介護、福祉サービスが相互に補完しながら、患者の日常生活を支える医療であり、地域包括ケアシステムの不可欠な構成要素です。また、今後増大する慢性期の医療ニーズに対し、在宅医療はその受け皿として、さらには、看取りを含む医療提供体制の基盤の一つとして期待されています。

１　在宅医療の現状

(1)疾病構造の変化

我が国の死因は昭和 10～20 年代においては、結核が第 1 位でしたが、昭和 33 年以降は、悪性新生物（がん）、心疾患、脳血管疾患などの生活習慣病（慢性疾患）が死因の上位を占めるようになりました。こうした疾病構造の変化や高齢化の進行に伴い、要介護認定者や認知症患者は大幅に増加しており、自宅や地域で疾病や障がいを抱えつつ生活を送る方が、今後も増加していくことが考えられます。

本県における死因の上位は悪性新生物、心疾患、老衰、肺炎、脳血管疾患、となっていますが、令和 5 年度徳島県医療施設機能調査によると、在宅医療を受けている患者の主たる疾患は、居住場所が自宅の患者では、認知症が　19.0%で最も多く、次いで循環器疾患が 15.6%、脳血管疾患が 12.1%となっており、悪性新生物は 8.6%となっています。居住系施設の患者では、認知症が 35.8%で最も多く、次いで循環器疾患が 15.7%、脳血管疾患が 11.9%となっています。

(2)在宅医療のニーズの増加と多様化

在宅医療の需要は、「高齢化の進行」や「地域医療構想による病床の機能分化・連携」により今後更に増加する見込みです。

在宅医療を受けた患者数は、全国で令和 5 年には、239,000 人/日で、平成 29 年の 160,600 人/日に比較し、約 49%増加しています。また、全国の令和 7 年 8 月の在宅患者訪問診療算定件数のうち、67%が 65 歳以上の高齢者となっています。

県内の 65 歳以上の高齢者の割合は平成 27 年の 31.0%から、令和 11 年には 36.7%になると予想され、令和 7 年国勢調査では、65 歳以上の単身世帯は 47,104 世帯、高齢夫婦世帯（夫 65 歳以上、妻 60 歳以上の夫婦 1 組のみの一般世帯）は 42,920 世帯であり、その合計は、一般世帯数の 4 分の 1 以上を占めており、今後、在宅医療ニーズが益々増加すると考えられます。

このような中、令和 8 年度医療に関する県民意識調査では、病気やけが等により通院が困難となった場合、8 割以上の方が「可能であれば自宅で療養したい」という希望を持っています。一方で、家族に負担がかかることや急に病状が悪化したときの不安、療養できる部屋やトイレなどの環境が整っていないことや、介護してくれる家族がいないことなどから、「自宅での療養が困難」、「自宅で療養したくない」と考えている方も 6 割近くいます。

また、在宅患者訪問診療料を算定している１か月当たりの小児（0～14 歳）の数は全国で令和２年の 2,935 人/月から、令和６年の 4,785 人/月へと増加しており、また、訪問看護基本療養費・精神科訪問看護基本療養費を算定している小児の数は、令和７年に約３.９万人/月と増加しています。

このように、疾病構造の変化や高齢化の進行、医療技術の進歩、ＱＯＬ向上を重視した医療への期待の高まりにより、在宅医療のニーズは増加し、多様化しています。一方で在宅での療養を希望していながら、必要な環境が整わず在宅療養を受けることができない患者もいます。今後は、世帯の状況や居宅形態等も踏まえ、在宅医療提供のあり方を検討することが重要です。

2　在宅医療の提供体制

(1)圏域の設定

在宅医療の提供に当たっては、患者が住み慣れた地域で安心して療養生活を送ることができる体制が重要であるため、圏域の設定については、包括的かつ継続的に在宅医療・介護サービスが提供できる医療・介護資源の整備状況や急変時に迅速に対応できる地理的範囲、高齢者人口等の地域特性、さらには、徳島県高齢者保健福祉圏等を踏まえ、1.5 次保健医療圏である東部Ⅰ、Ⅱ、南部Ⅰ、Ⅱ、西部Ⅰ、Ⅱで区分する６圏域を在宅医療圏として設定します。

(2)かかりつけ医の役割

令和８年度医療に関する県民意識調査において、「かかりつけ医」を持っていると答えたのは 58.4%でした。患者の状況をよく知る「かかりつけ医」からの紹介で病院に入院することにより、病院の主治医と「かかりつけ医」の間の情報交換がスムーズに進むことや、「かかりつけ医」と患者・家族等の信頼関係の構築により、在宅医療への円滑な移行が可能となることから、県民が身近な地域で安心して暮らすことができるよう、医療と福祉・介護の更なる連携に取り組んでいく必要があります。

(3)退院支援

在宅医療は、増大する慢性期の医療ニーズの受け皿としての役割を期待されています。一方、在宅での療養に対する様々な不安等から、令和８年度医療に関する県民意識調査において、43.4%が「自宅で療養したいと思うが困難」と答えており、退院に伴って生じる患者や家族等の不安を解消するために、退院調整支援担当者の配置や多職種による退院前カンファレンスの実施、退院支援ルールの活用など、円滑な在宅移行を支援する体制が求められています。

①退院支援体制

本県における退院患者の平均在院日数（令和 5 年）は、病院で 48.0 日(全国 29.3 日）、一般診療所で 51.2 日（全国 14.2 日）と全国を上回っています。

また、円滑な退院を支援するため、退院調整支援担当者を配置する医療機関が増えてきていますが、本県の病院における配置の割合は、令和５年度徳

島県医療施設機能調査によると、100 か所中 84 か所の 84.0%となっています。一方で、ここに有床診療所を加えると、退院調整支援担当者を配置している割合は 168 か所中 104 か所の 61.9%にとどまっており、規模の小さな医療機関では、配置が困難な状況がうかがえます。

退院調整支援担当者には、医療や社会福祉等の専門的な知識に加え、退院医療機関、在宅医療に係る機関の情報及び患者・家族等との調整能力などが必要となることから、人材不足が配置を遅らせている原因の一つとして考えられます。

このことから、人材育成を行い、退院調整支援担当者の配置を推進するとともに、配置が困難な医療機関については、退院支援の経験を持つ在宅療養支援診療所や居宅介護支援事業所等との連携により、どの医療機関においても円滑に患者の退院支援を行うことができる体制を整えておく必要があります。

②退院前カンファレンス

本県で、退院前カンファレンスを実施又は参加している在宅医療機関は、令和 5 年度徳島県医療施設機能調査によると、在宅医療を提供している医療機関全体の 32.4%となっています。

退院前カンファレンスを実施している医療機関のうち、訪問看護事業所の看護職員が参加している医療機関は 67.1%、在宅医療機関の医師または看護職員が参加しているのは 35.6%、薬剤師が参加しているのは 32.8%となっています。また、86.3%の医療機関では、患者や家族が参加、実施しています。

退院前カンファレンスは、在宅医療に係る機関が患者の療養に関する情報を共有する場であるとともに、必要に応じて患者や家族等が参加することで、その不安解消にもつながります。このため、在宅医療機関の医師をはじめ、在宅医療に関わる多職種が参加する退院前カンファレンスの体制を構築する必要があります。

③退院支援ルール

医療機関に入院していた患者が在宅に復帰する際に、フォロー体制がないまま退院した結果、病状が悪くなる事例があります。こういった事例を防ぐためには、入院医療機関と在宅医療に係る機関の間で患者の情報を共有する「退院支援ルール」などの活用により、円滑な在宅への復帰を支援する必要があります。

本県において、介護支援専門員等が把握している退院件数の内、退院する際に入院医療機関から介護支援専門員等に連絡があった割合を示す退院支援連絡実施率は、令和 5 年 12 月において 83.9%となっております。

本県においては、「徳島県入退院支援（医療と介護の連携）の手引き」を平成 28 年 3 月から県下全域において運用を開始しており、今後も本手引きの活用について周知・啓発を行い、入院から在宅への円滑な移行体制を整備する必要があります。

(4)日常の療養生活の支援

令和８年度医療に関する県民意識調査で「自宅での療養が困難」と答えた方の 79.6%が、その理由として「家族に負担がかかるから」と答えており、

家族等を支援する観点からの医療提供が求められています。また、患者が住み慣れた地域で療養生活を続けられるためには、日常生活圏域（中学校区程度）で地域に密着した医療・介護サービスが提供される必要があります。

① 訪問診療・往診

令和８年８月１日現在、本県で在宅医療を提供している届出済[*1]の診療所は 204 か所、病院は 56 か所、そのうち在宅療養支援診療所は 141 か所、在宅療養支援病院は 44 か所となっています。また、複数医師の配置等により、24 時間対応体制を確保している機能強化型の在宅療養支援診療所は 25 か所、在宅療養支援病院は 10 か所となっており、増加傾向にあります。

なお、施設数を人口 10 万人当たりで見ると、在宅療養支援診療所は 20.0（全国 12.74）在宅療養支援病院は 6.25（全国 1.8）と全国的にも高い割合となっています。[*2]

在宅医療を提供している診療所・病院数を医療圏ごとにみると、在宅療養支援診療所の 58.3%、在宅療養支援病院の 67.8%が県人口の 62.0%が住む東部Ⅰ医療圏に集中しているなど、圏域によって在宅医療の提供体制に差があります。特に南部Ⅱ、西部Ⅰ医療圏では、在宅療養支援診療所が少ない状況です。

これらの地域で在宅医療を提供している多くの診療所が医師 1 名の小規模な診療所であり、医師の絶対数が少ないことによる連携不足から、24 時間体制の確保など、在宅療養支援診療所の施設基準を満たすことができないことが、偏在につながっていると考えられます。

こうしたことから、規模の小さな在宅医療機関の連携を支援し、在宅療養支援診療所を増やす取組が必要です。

---

*1　在宅医療を提供する届出済の医療機関数：在宅時医学総合管理料及び施設入居時医学総合管理料、又は在宅療養支援診療所・病院の届出医療機関数

*2　出典：日本医師会 地域医療情報サイト（http://jmap.jp/）

●在宅医療を提供する届出済の医療機関の状況

圏域名	在宅医療を提供する届出済の医療機関（注１）（医療機関に占める割合%）	在宅療養支援診療所・病院数	うち機能強化型
東部Ⅰ	診療所 119（29.4） 病院 38（62.3）	診療所 81 病院 29	診療所 12 病院 7
東部Ⅱ	診療所 25（32.9） 病院 1（20.0）	診療所 19 病院 0	診療所 4 病院 0
南部Ⅰ	診療所 35（40.2） 病院 7（50.0）	診療所 24 病院 7	診療所 4 病院 1
南部Ⅱ	診療所 7（35.0） 病院 3（75.0）	診療所 4 病院 4	診療所 4 病院 1
西部Ⅰ	診療所 8（24.2） 病院 3（75.0）	診療所 5 病院 3	診療所 1 病院 1
西部Ⅱ	診療所 10（27.8） 病院 4（50.0）	診療所 8 病院 1	診療所 0 病院 0
合計	診療所 204（32.1） 病院 56（58.3）	診療所 141 病院 44	診療所 25 病院 10

資料：令和８年８月１日「施設基準の届出受理医療機関名簿」（四国厚生支局）

次に、令和 5 年度徳島県医療施設機能調査によると、在宅医療を提供している医療機関が在宅対応可能な疾患についてみると、循環器疾患、脳血管疾患、認知症、糖尿病は、7 割以上の医療機関で対応可能ですが、悪性新生物（がん）、呼吸器疾患や COPD 等は 6 割程度、神経疾患、精神疾患は 4 割程度となっており、疾患によって提供体制に差があり、死因上位の悪性新生物に対応できる医療機関が比較的少ない状況にあります。

がんの在宅療養では、専門的な知識を持つ多職種が連携し、緩和ケアや急変に備えた 24 時間体制、看取りまでの継続した医療・介護体制を構築する必要があるため、医療、介護資源の乏しい地域においては提供が困難な場合もあると考えられます。本県では、都道府県がん診療連携拠点病院は 1 か所、地域がん診療連携拠点病院は 3 か所、地域がん診療病院は 1 か所あり、こうした医療機関と在宅療養支援診療所・病院が連携することにより、患者が希望した場合に、緩和ケアを含むがんの在宅医療を受けることができる体制を構築する必要があります。

在宅医療機関と多職種との連携状況では、訪問看護ステーションとは 72.3%が連携していますが、居宅介護サービス事業所は 49.6%、地域密着型サービス事業所は 27.7%、薬局は 55.0%、歯科診療所は 29.4%であり、介護機関や薬局、歯科診療所との連携を更に進める必要があります。

疾患や地域に関係なく在宅療養可能な体制を整備するために、地域の在宅医療・介護の提供体制を分析し、それに基づいて、足りない機能を補い合うよう地域の実情に応じた多職種連携体制の構築や情報通信機器をはじめとする ICT の活用等による対応力強化を行う必要があります。

②訪問看護

本県における介護保険による訪問看護利用者数は、令和６年に 3,212 人[*3]、医療保険による訪問看護利用者数は 2,536 人（うち小児の訪問看護利用者は 50 人[*4]）となっております。

医療保険による訪問看護は、末期の悪性腫瘍、難病患者等の重症度の高い疾患や人工呼吸器、気管切開、酸素療法等の医療依存度の高い利用者の在宅医療を支えており、訪問看護を利用することにより、退院後の自宅療養への移行をスムーズにし、患者の通院の負担を最小限に抑えることができます。

訪問看護ステーションは 123 か所（令和８年４月１日現在）と、直近３年間で 1.2 倍に増加している一方、訪問看護を実施する病院・診療所は、20 か所と、ほぼ横ばいの状況です。

訪問看護ステーション数を人口 10 万人当たり[*5]で見ると 18.2 か所であり、全国平均の 13.59 か所と比較して高い水準にあります。しかし、圏域別の訪問看護ステーション数は、東部Ⅰに 96 か所（78.0%）の事業所が設置されているのに対し、南部Ⅱには１か所のサテライト事業所しかないなど、事業所の地域偏在が見られます。

また、24 時間対応体制加算の届出を行っている訪問看護ステーションは 109 か所（令和８年４月１日現在）と、直近３年間で 1.19 倍に増加しており、訪問看護ステーション全体の 88.6%となっていますが、一方で訪問看護ステーションの平均看護職員数は 6.6 人（令和４年現在常勤換算）と、依然小規模な事業所が多い状況です。

利用者の高齢化や重症化、在宅における看取りの増加等にともない、訪問看護には夜間・緊急時等の 24 時間 365 日の対応が求められており、今後、24 時間対応ができる体制の整備を一層進める必要があるとともに、災害や感染症等が発生した場合にも、必要な訪問看護サービスが継続的に提供できるよう、事業継続体制の構築をはじめ、在宅医療の充実に向けて、今後も引き続き従事看護職員の確保が必要です。

こうしたことから、訪問看護事業所間の連携強化や在宅医療における質の高い効果的なケアの提供者として活躍が期待される「特定行為研修」等を修了した専門的知識を有する看護師の育成、訪問看護事業所や看護師の不足している県南部、県西部における訪問看護事業所の機能強化等をより一層推進する必要があります。

---

*3　出典：令和６年介護サービス施設・事業所調査詳細票編居宅サービス事業所総括表第８表
*4　出典：訪問看護療養費実態調査 2023 年度
*5　出典：令和７年国勢調査人口を使用。全国の訪問看護ステーション数は*4 調査より

●訪問看護ステーションの状況

圏　域	訪問看護 ステーション数	24時間対応 体制加算
東部Ⅰ	96	86
東部Ⅱ	11	11
南部Ⅰ	9	8
南部Ⅱ	0	0
西部Ⅰ	3	2
西部Ⅱ	4	2
合　計	123	109

●訪問看護を実施する
病院・診療所の状況

圏　域	病院・診療所数
東部Ⅰ	14
東部Ⅱ	3
南部Ⅰ	1
南部Ⅱ	1
西部Ⅰ	0
西部Ⅱ	1
合計	20

資料：令和８年４月１日訪問看護ステーション届出状況（長寿いきがい課）
令和８年４月１日届出受理指定訪問看護事業所名簿(四国厚生支局)
令和８年４月に介護報酬（訪問看護）の請求があった病院・診療所（長寿いきがい課）
（注）サテライトは、南部Ⅰ（２か所）、南部Ⅱ（1 か所）、西部Ⅱ（３か所）
※いずれも、表中には含まず。

③訪問歯科診療

口腔機能が低下することで誤嚥性肺炎の発症、経口摂取不足からの栄養不足を招くことから、継続的に口腔機能管理を行う必要があります。在宅で看護や介護を受ける高齢者もますます増加することを考慮すると、訪問歯科診療による歯科治療や口腔機能管理を進めることが必要です。

本県の全歯科診療所 398 機関のうち、在宅又は介護施設等における療養を歯科医療面から支援する在宅療養支援歯科診療所は、令和８年８月１日現在で 120 機関（30.2%）となっています。

訪問歯科診療による歯科治療や口腔機能管理を進めるため、地域の医療及び介護関係者の連携の場を設け、歯科診療所と在宅医療関係者との連携を推進するとともに、徳島県歯科医師会との連携も進め、在宅療養支援歯科診療所の増加のための取組等を通じ、訪問歯科診療の提供体制を強化する必要があります。

④訪問薬剤管理指導

本県における、在宅対応薬局（在宅患者訪問薬剤管理指導の届出薬局）は、全薬局 384 か所のうち 362 か所（94.3%）と年々増加しており（令和８年８月 1 日現在）、地域連携薬局の認定件数は 30 件となっています（令和８年９月 30 日現在）。

薬局においては、医薬品・医療機器等の供給体制の確保や、服薬情報の一元的・継続的な把握に基づく薬学的管理・指導、薬物療法に関する情報共有をはじめとした多職種連携、夜間・休日等の急変時対応などが求められています。

高度な薬学管理の充実や、多様な病態・ターミナルケアへの参画等を推進するためには、地域連携薬局をはじめとする薬局間連携の強化とともに、麻薬調剤、無菌製剤処理、小児への訪問薬剤管理指導、24 時間対応が可能な薬局の体制整備が必要です。また、入退院など療養環境の移行時においても、ICT 等を活用して病院薬剤師と薬局薬剤師等の連携を深め、患者の状態や服薬状況を一元的に把握することが重要です。これにより、残薬の解消、複数診療科受診に伴う重複投薬・相互作用・ポリファーマシーの早期発見、関係

職種への迅速な情報提供等を推進していく必要があります。このためには、医療機関等と連携した研修等を通じて在宅医療に携わる薬剤師の資質向上を図ることが重要です。さらには、麻薬調剤・無菌製剤処理が可能な機能、夜間・休日の輪番体制、薬剤情報連携体制等の整備状況・実績を適切に把握・分析し、地域における医療に必要な医薬品等の供給体制の構築を推進することが求められています。

⑤訪問リハビリテーション

2024 年度の訪問リハビリテーション実施件数は、医療保険では 58,055 件/年、介護保険では約 182 万件/年であり、介護保険による請求事業所数は 5,680 か所となっています。今後、在宅療養患者が居宅において生活機能の回復・維持を図る観点を踏まえ、医療機関におけるリハビリテーション（急性期・回復期）から、地域における居住生活の維持向上を目指す生活期リハビリテーションを切れ目なく提供できる体制の整備が求められています。

⑥訪問栄養食事指導

在宅患者訪問栄養食事指導（医療保険）の算定回数は 652 回/月であり、実施している医療機関数は 475 か所、管理栄養士による居宅療養管理指導（介護保険）の算定回数は 12,065 回/月であり、実施している事業所数は 1,113 か所となっています。また、管理栄養士による居宅療養管理指導を行っている事業所数について、65 歳以上人口 10 万人あたりの事業所数は 0.3 から 7.5（全国平均 2.7）と都道府県によってばらつきがみられます。

今後、訪問栄養食事指導を充実させ、在宅療養移行において切れ目のない介入を実現させるためには、在宅療養支援病院や在宅療養支援診療所、栄養ケア・ステーション等の管理栄養士の活用も含めた体制整備を行うことが求められています。

(5)急変時の対応

令和８年度医療に関する県民意識調査によると、「自宅での療養が困難」と回答する人の内、36.9%が「急変時の対応に関する不安」を挙げており、急変時に在宅医療機関が連携して適切な対応を行える体制を構築することが求められています。

そのため、24 時間いつでも往診や訪問看護等の対応が可能な連携体制や入院医療機関における円滑な受入れといった体制の構築が必要となることから、在宅療養支援診療所（有床）・病院や在宅療養後方支援病院など、急変時の病床提供等、在宅医療の後方支援を担っている医療機関との連携を支援する必要があります。

(6)在宅での看取り

人生の最期を迎えるとき、どのような場所で生活したいかについて、国民の 43.8%が在宅での生活を希望し、41.6%が病院などの医療機関で過ごすことを望んでいるが、令和７年人口動態調査によると、自宅で死亡する割合は全国の 16.1%に対し、本県は 11.4%となっており、全国平均を下回っています。

死亡場所で最も多いのは病院であり、診療所と合わせると、71.0%の方が医療機関で亡くなっています（全国 65.2%）。また、がん患者については全国で 71.8%が医療機関で死亡しており、自宅で死亡する割合は 17.5%とな

っています。

●場所別死亡数

	病院	診療所	介護医療院・介護老人保健施設	老人ホーム	自宅	その他
全国（%）	64.1	1.1	4.2	12.8	16.1	1.6
徳島（%）	66.4	4.6	8.2	7.8	11.4	1.6

資料：厚生労働省「R7 人口動態調査」

令和 5 年度徳島県医療施設機能調査によると、令和 4 年度中において、在宅医療を提供している医療機関のうち 48.3%が看取りを行っており、7 割程度が在宅療養支援診療所・病院となっています。

患者や家族等の QOL の維持向上を図りつつ療養生活を支えるとともに、患者や家族等が希望した場合には、がん患者に対する在宅緩和ケアをはじめ、自宅で最期を迎えることを可能にするために、医師の相互連携や、在宅医療機関と訪問看護・介護事業所等の連携体制の構築を進める必要があります。

さらに、高齢者の訪問看護利用者数が多い都道府県では、自宅で死亡する者の割合が高い傾向にあることから、在宅での看取りの推進には、医師との連携調整を担う看護職の役割が重要であり、在宅看取りや重症児へのケアなど、より手厚い訪問看護の提供を行う「機能強化型訪問看護ステーション」の設置促進をはじめ、訪問看護提供体制の充実強化が必要です。

一方、在宅療養を続けていても、看取りに対する不安等により、看取り時に再入院し、医療機関で亡くなる場合もあることから、患者や家族等に対し、終末期に現れる症状やその対応等について、必要な時期に具体的な情報提供を行い、患者や家族等の心理的・社会的不安を取り除く必要があります。

また、本人の意志が家族や医療機関等で十分に共有されていないため、「人生の最終段階」において、本人の意志に反した医療が行われる可能性があることから、「人生の最終段階」に関する情報提供や普及啓発に対する環境の整備や、もしものときのために、患者本人が望む医療やケアについて前もって考え、家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合い、共有する「ACP：アドバンス・ケア・プランニング（人生会議）」に取り組むなど、普段から考える機会や本人の意志を共有する環境の整備を行う必要があります。

(7)在宅医療従事者等の安全確保について

近年の在宅医療従事者に対する殺人等事件をはじめ、在宅医療従事者の安全に係る事案が発生しており、今後、医療・介護ニーズのより一層の高まりを見据え、医療・介護従事者等の安全を確保し、安心して従事できる体制を整えることが極めて重要となります。

警察庁では、在宅医療従事者等の安全確保のため、各都道府県医師会や医療機関及び各都道府県警察との連携の推進を求める通知が発出されており、厚生労働省においても、医療や介護現場における暴力・ハラスメント対策として、e-ラーニング教材や対応マニュアルの作成が行われています。

(8)医療的ケア児について

医学の進歩を背景として、NICU（新生児特定集中治療室）等に長期入院した後、引き続き人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアが日常的に必要な児童「医療的ケア児」が増加しています。全

国の在宅の医療的ケア児は、令和７年には約 2.1 万人（推計値）と増加傾向にあり、県内の令和４年４月１日時点における 18 歳以下の医療的ケア児は 87 人となっています。

また、令和９年４月に施行される「医療的ケア児等支援法」では、支援対象が 18 歳以上の成人や重症心身障がい児者にも拡大され、「徳島県医療的ケア児等支援センター」を核として医療・保健・福祉・教育・労働等の関係機関が連携し、それぞれの地域において、本人とその家族を生涯にわたり切れ目なく支援できる体制を整備することが求められています。

第２　関係機関とその連携

１　目指すべき方向

「第１　在宅医療の現状」を踏まえ、「患者が、自らの望む場所で、自分らしく安心して過ごすことができる」を最終目的として、在宅医療が円滑に提供される体制を構築すること。

(1)円滑な在宅療養移行に向けての退院支援が可能な体制
入院医療機関と在宅医療に係る機関との協働による退院支援の実施

(2)日常の療養支援が可能な体制
多職種協働により患者やその家族等の生活を支える観点からの医療の提供

(3)急変時の対応が可能な体制
患者の病状急変時における往診や訪問看護等の体制及び入院病床の確保

(4)患者が望む場所での看取りが可能な体制
住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りの実施

２　各医療機能と連携

(1)円滑な在宅療養移行に向けての退院支援が可能な体制【退院支援】

①目標
患者が入院医療機関と在宅医療に係る機関の円滑な連携による、切れ目のない継続的な医療を受けられること

②入院医療機関に求められる事項
・退院調整支援担当者の配置や患者の住み慣れた地域に配慮した在宅医療及び介護、障がい福祉サービスの調整を十分図ること
・関連職種を含む退院前カンファレンスの開催や退院支援ルールなどの活用により、退院後、患者に起こりうる病状の変化やその対応について、在宅医療に係る機関との情報共有を図ること

③在宅医療に係る機関に求められる事項
・患者のニーズに応じた医療や介護、障がい福祉サービスを包括的に提供できるよう調整すること

・退院調整支援担当者に在宅医療及び介護、障がい福祉サービスに関する情報提供や助言を行うこと
・高齢者のみではなく、小児や若年層の患者に対する訪問診療、訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導等にも対応できるような体制を確保すること

④対応する関係機関
・病院・診療所・歯科診療所
・薬局
・訪問看護事業所
・居宅介護支援事業所
・地域包括支援センター
・基幹相談支援センター・相談支援事業所

(2)日常の療養支援が可能な体制【日常の療養支援】

①目標
可能な限り患者が住み慣れた地域で、継続的、包括的に、疾患や重症度に応じた多職種が連携した医療が受けられること

②在宅医療に係る機関に求められる事項
・関係機関の相互の連携により、患者のニーズに対応した医療や介護、障がい福祉サービスが包括的に提供される体制を確保すること
・地域包括支援センター等と協働しつつ、在宅療養に必要な医療や介護、障がい福祉サービス、家族等の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること
・災害時にも適切な医療を提供するための業務継続計画（人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送等に係る計画を含む。）を策定すること
・身体機能及び生活機能の維持向上のための口腔の管理・リハビリテーション・栄養管理を適切に提供するために、関係職種間で連携体制を構築すること
・日常生活の中で、栄養ケア・ステーション等と連携し、患者の状態に応じた栄養管理を行うことや適切な食事提供に資する情報を提供するための体制を構築すること
・訪問看護事業者、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対応する関係機関
・病院・診療所・歯科診療所
・薬局
・訪問看護事業所
・居宅介護支援事業所
・訪問介護事業所
・地域包括支援センター
・介護老人保健施設
・介護医療院
・短期入所サービス提供施設
・基幹相談支援センター・相談支援事業所

④対応する医療機関
・在宅療養支援診療所

・在宅療養支援病院
・上記以外の在宅医療を提供する診療所・病院（在宅時医学総合管理料等を算定している医療機関）

(3)急変時の対応が可能な体制【急変時の対応】
①目標
患者が病状急変時に、在宅医療に係る機関及び入院機能を有する病院・診療所との円滑な連携による診療を受けられること

②在宅医療に係る機関に求められる事項
・急変時における連絡先をあらかじめ、患者やその家族等に提示し、24 時間対応が可能な体制を確保すること。また、自院での 24 時間対応が困難な場合でも近隣の医療機関、薬局、訪問看護事業所等との連携による 24 時間対応が可能な体制を確保すること
・在宅医療に係る機関で対応できない急変の場合は、その症状や状況に応じて、搬送先として想定される入院医療機関と協議して入院病床を確保するとともに、搬送については、消防関係者と連携を図ること
・医療的ケア児、慢性疾患児等の急変時に備え、対応可能な医療機関と連携していること
③入院医療機関に求められる事項
・在宅療養支援病院、有床診療所（在宅療養支援診療所を含む。）、在宅療養後方支援病院等において、在宅医療に係る機関（特に無床診療所）が担当する患者の病状が急変した際に、必要に応じて一時受入れを行うこと
・特に、在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院においては、地域の在宅医療に係る機関と事前から情報共有を行う等連携することで、円滑な診療体制の確保に努めること
④対応する関係機関
・病院・診療所・歯科診療所
・薬局
・訪問看護事業所
・消防機関
⑤対応する医療機関
・在宅療養支援診療所
・在宅療養支援病院
・在宅療養後方支援病院
・上記以外の在宅医療を提供する診療所・病院（在宅時医学総合管理料等を算定している医療機関）

(4)患者が望む場所での看取りが可能な体制【看取り】
①目標
患者が住み慣れた自宅や介護施設等で最期を迎えることができること
②在宅医療に係る機関に求められる事項
・人生の最終段階に出現する症状に対する患者や家族等の不安を解消し、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を構築すること
・本人と家族等が希望する医療・ケアを提供するに当たり、医療と介護の両方を視野に入れ、利用者の状態の変化に対応し、最期を支えられる訪

問看護の体制を整備すること
・麻薬を始めとするターミナルケアに必要な医薬品や医療機器等の提供体制を整備すること
・患者や家族等に対して医療、介護、障がい福祉サービスや看取りに関する適切な情報提供を行うこと。また介護施設等での看取りを必要に応じて支援すること
・厚生労働省が策定している「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」に基づき、人生の最終段階における医療とケアの話し合いのプロセスを経て、患者にとって最善の医療を進めること

③入院医療機関に求められる事項
・在宅医療に係る機関で看取りに対応できない場合、病院・有床診療所で必要に応じて受け入れること

④対応する関係機関
・病院・診療所・歯科診療所
・薬局
・訪問看護事業所
・居宅介護支援事業所
・地域包括支援センター
・基幹相談支援センター・相談支援事業所

⑤対応する医療機関
・在宅療養支援診療所
・在宅療養支援病院
・在宅療養後方支援病院
・上記以外の在宅医療を提供する診療所・病院（在宅時医学総合管理料等を算定している医療機関）

(5)在宅医療において積極的役割を担う医療機関

前記(1)から(4)までに掲げる目標の達成に向けて、在宅療養支援診療所・病院であって、他の在宅医療を行う診療所に対し、24 時間体制や救急時の受入れ体制の構築などの支援を行う医療機関を「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」に位置付けます。

①目標

患者が、多職種連携、包括的、継続的な在宅医療を受けることができる

②在宅医療において積極的役割を担う医療機関に求められる事項
・他の医療機関（特に一人の医師が開業している診療所）が対応しきれない夜間や医師不在時等における診療の支援、又は病状急変時における一時受入れができる体制を構築すること
・在宅での療養に移行する患者にとって必要な医療及び介護、障がい福祉サービスの資源が十分確保できるよう、関係機関に働きかけること
・入院機能を有する医療機関においては、患者の病状が急変した際の受入れを行うこと

(6)在宅医療・介護の連携を担う拠点

前記(1)から(4)までに掲げる目標の達成に向けて、各地域で在宅医療機関等への支援、市町村や地域包括支援センターなどの関係機関との連携等に取り組んでいる郡市医師会を「在宅医療・介護の連携を担う拠点」に位置づけます。

①目標

患者が、多職種連携、包括的、継続的な在宅医療を受けることができる

②在宅医療・介護の連携を担う拠点に求められる事項

・地域の医療及び介護、障がい福祉の関係者による協議の場を定期的に開催し、在宅医療における提供状況の把握、災害時対応を含む連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を実施すること

・地域包括ケアシステムを踏まえた在宅医療の提供体制を整備する観点から、地域の医療及び介護、障がい福祉サービスの機能等を把握し、地域包括支援センターや障がい者相談支援事業所等と連携しながら、退院前から看取りまでの医療や介護、障がい福祉サービスにまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供するよう、関係機関との調整を行うこと

・質の高い在宅医療をより効率的に提供するため、関係機関との連携による急変時の対応や 24 時間体制の構築や多職種による情報共有の促進を図ること

・在宅医療に係る医療及び介護、障がい福祉の関係者に必要な知識・技能に関する研修の実施や情報の共有を行うこと

・在宅医療に関する地域住民への普及啓発を実施すること

(7)災害の発生に備えた在宅医療提供体制の整備について

①目標

災害の発生に備え、市町村と在宅療養患者にかかわる関係機関（医療・介護提供機関等）の連携の強化及び在宅医療提供体制充実を平時から行うこと

②在宅医療を提供する機関に求められる事項

・発災後においても可能な限り在宅医療を引き続き提供できる体制の整備を進めること

・在宅療養者の被災状況等の把握・共有について自治体や事業者等の関係機関と連携する対策を検討すること

3　今後の取組

(1)　入院医療機関と在宅医療に係る機関の連携により、切れ目のない継続的な医療提供体制を構築するため、入院医療機関における退院調整支援担当者の配置を推進します。

(2)　患者や家族等の不安を解消し、在宅療養へ円滑に移行するため、入院医療機関と在宅医療に係る機関の連携体制を構築し、入院初期からの多職種協働による退院前カンファレンスの実施や入退院支援ルールの運用を促進します。

(3)　県民や在宅医療・介護の関係者に対して、在宅医療に関する知識の普及や啓発を実施し、在宅医療への理解を深めます。

(4)　多職種協働による包括的かつ継続的な在宅医療提供体制を構築するため、在宅チーム医療を担う人材の育成や、ICT を用いた在宅医療・介護連携の推進を進めます。

(5)　増加傾向にある医療的ケア児への在宅医療提供体制を構築するため、小児在宅医療に取り組む医師やコーディネーターの養成を図ります。

(6)　住み慣れた地域で訪問看護が受けられる体制整備に向けて、平成 27 年 1 月から徳島県看護協会内に設置されている「徳島県訪問看護支援センター」を中心とした、訪問看護事業所間、多職種・多機関連携を推進するとともに、地域のニーズに合わせた質の高い訪問看護サービスの提供を図るため、新卒者を含めた訪問看護を行う看護職員の確保と定着、資質の向上に努めます。

(7)　入院患者等が切れ目の無い口腔ケアを受けることができるよう、在宅歯科医療の推進及び関係機関との連携体制構築を推進します。

(8)　無菌製剤処理等の高度な薬学管理が可能な薬局、24 時間対応が可能な薬局の整備を推進し、在宅医療に必要な医薬品等の提供体制の構築に努めます。

(9)　災害や感染症等が発生した場合にも、必要な訪問看護サービスが継続的に提供できるよう、事業継続体制の構築に向けた連携体制づくりに取り組みます。さらに、在宅移行支援に関するマネジメントの強化に向けて、訪問看護事業所と医療機関との相互連携体制の構築を進め、切れ目無く円滑に訪問看護サービスが提供できる体制整備等を推進します。

(10) 在宅患者の病状急変時に対応できる体制を構築するため、在宅医療を担う医療機関、訪問看護事業所及び在宅療養後方支援病院などの入院機能を有する医療機関、緊急搬送を行う消防（救急）組織との連携を推進し、24 時間の救急往診体制や救急時の円滑な一時受入れ体制を構築します。

(11) 患者が望む場所で看取りが行える体制を構築するため、人生の最終段階における在宅緩和ケアを提供できる医療機関の整備、ACP（人生会議）などの人生の最終段階における医療や看取りに対する適切な情報提供、在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携支援等を行います。

(12) 発災時において、可能な限り在宅医療を継続できる体制を構築するため、在宅医療を担う医療機関等における業務継続計画（BCP）の策定促進や非常時の連携体制の整備を推進します。

第３　数値目標

数値目標項目	直近値	令和11年度末目標値
退院調整支援担当者を配置する医療機関の数	100機関 (R7)	110機関
小児の訪問診療を実施している診療所・病院数	19機関 (R7)	19機関
在宅療養支援診療所・病院数	185機関 (R8)	196機関
訪問看護ステーション数	123機関 (R8)	126機関
歯科訪問診療を実施している診療所・病院数	213機関 (R6)	220機関
無菌調剤を行う薬局数	64機関 (R8)	64機関
在宅看取りを実施している診療所・病院の数	114機関 (R7)	120機関

第４　在宅医療におけるロジックモデル

番号	個別施策

番号	中間アウトカム

番号	分野アウトカム

【退院支援】

番号		
1	入院医療機関における退院調整支援担当者の配置の推進	
	指標	・退院調整支援担当者を配置する医療機関の数
2	退院前カンファレンスの実施や退院支援ルールの運用を促進	
	指標	・退院支援を実施している診療所・病院数

番号		
1	患者が入院医療機関と在宅医療に係る機関の円滑な連携による、切れ目のない継続的な医療を受けられること	
	指標	・退院支援（退院調整）を受けた患者

番号	
1	患者が、自らの望む場所で、自分らしく安心して過ごすことができる

【日常の療養支援】

番号		
3	在宅医療に関する知識の普及啓発	
	指標	・在宅医療の希望割合
4	・在宅チーム医療を担う人材を育成 ・ICTを用いた在宅医療・介護連携の推進	
	指標	・訪問診療を実施している診療所・病院数
5	小児在宅医療に取り組む医師やコーディネーターの養成	
	指標	・小児の訪問診療を実施している診療所・病院数
6	・訪問看護事業所間、他職種・他機関連携の推進 ・訪問看護を行う看護職員の確保と定着、資質の向上	
	指標	・訪問看護事業所数、従事者数 ・訪問看護ステーション数
7	在宅歯科医療の推進及び関係機関との連携体制構築の推進	
	指標	・歯科訪問診療を実施している診療所・病院数
8	無菌製剤処理等の高度な薬学管理が可能な薬局、24 時間対応が可能な薬局の整備の推進	
	指標	・24時間対応可能な薬局数 ・無菌調剤を行う薬局数

番号		
2	可能な限り患者が住み慣れた地域で、継続的、包括的に、疾患や重症度に応じた多職種が連携した医療が受けられること	
	指標	・訪問診療を受けた患者数 ・訪問看護利用者数 ・訪問口腔衛生指導を受けた患者数 ・訪問薬剤管理指導を受けた患者数

番号	個別施策		番号	中間アウトカム		番号	分野アウトカム

【急変時の対応】

9	事業継続体制構築や切れ目ない円滑な訪問看護サービス提供に向けた連携体制づくりの推進		3	患者が病状急変時に、在宅医療に係る機関及び入院機能を有する病院・診療所との円滑な連携による診療を受けられること	
	指標	・24時間体制を取っている訪問看護ステーション数、従事者数		指標	・往診を受けた患者数
10	24時間の救急往診体制や救急時の円滑な一時受入れ体制を構築				
	指標	・在宅療養支援診療所・病院数 ・在宅療養後方支援病院数 ・往診を実施している診療所・病院数			

【看取り】

11	在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携支援		4	患者が住み慣れた自宅や介護施設等で最期を迎えることができる	
	指標	・在宅看取りを実施している診療所・病院の数		指標	・在宅ターミナルケアを受けた患者数 ・看取り数（死亡診断のみの場合を含む） ・在宅死亡者数（百分率）

【災害時の対応】

12	災害の発生に備え、市町村と在宅療養患者にかかわる関係機関の連携の強化		5	発災後においても可能な限り在宅医療を引き続き提供できる体制の整備	
	指標	・在宅医療機関提供機関のBCP策定数		指標	・災害時の個別対応計画作成・共有できた患者数 ・非常用電源を確保した医療機器依存の患者数

在宅医療体制

【医療と介護の連携体制の構築】

在宅医療・介護の連携を担う拠点
・郡市医師会

- ●地域の関係者による協議の場
- ●関係機関間の連携調整
- ●24時間連携体制の構築支援
- ●ICTを活用した患者情報の共有
- ●普及啓発や人材育成

連携

急変時に入院可能な病院・有床診療所
・在宅療養支援診療所
・在宅療養支援病院
・在宅療養後方支援病院　等

急変時に備えた医師の相互連携（グループ）

急変時

積極的役割を担う医療機関
・在宅療養支援診療所
・在宅療養支援病院

- ●夜間や医師不在時における診療支援
- ●医療・介護資源の確保支援
- ●急変時の一時受け入れ支援

支援

入院医療機関

連携

かかりつけ医

連携

- ・病院・診療所・歯科診療所
- ・薬局
- ・訪問看護事業所
- ・居宅介護支援事業所
- ・地域包括支援センター
- ・介護老人保健施設
- ・介護医療院
- ・短期入所サービス提供施設
- ・基幹相談支援センター
- ・相談支援事業所

退院支援

日常の療養支援・看取り

在宅患者・家族等

第４　安全な医療の提供

１　基本的な考え方

医療の安全を確保することは、医療政策における最も重要な課題の一つですが、近年においても医療機関における医療事故、院内感染事故が発生し社会問題化するなど、いまだ医療の安全が十分確保できているという状況とはなっていません。

医療の安全を確保するためには、国・県・関係団体と医療を提供する側の医療機関、医療従事者による安全な医療を提供するための取組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。

２　現状と課題

(1)医療の安全確保

①　医療法においては、「病院・診療所・助産所の管理者は、医療の安全を確保するための指針、従業者に対する研修の実施等、医療の安全を確保するための措置を講じなければならない」と定められています。

これにより、病院、有床診療所だけでなく、無床診療所、歯科診療所、助産所を含めて、すべての医療機関に医療の安全を確保することが、法律により義務付けられています。

次の項目が医療法施行規則に明記されています。
①医療安全管理
　医療安全管理のための指針の整備、職員研修の実施、事故報告等の改善方策の実施、委員会の設置（病院、有床診療所に限る）、医療安全管理者の配置（病院、有床診療所に限る）など
②院内感染対策
　院内感染対策の指針の策定、職員研修の実施、病院等における感染症の発生状況の報告、委員会の開催（病院、有床診療所に限る）など
③医薬品の安全管理
　医薬品安全管理のための責任者の配置、医薬品の安全使用のための業務手順書の作成、職員研修の実施、情報収集及び改善方策の実施など
④医療機器の安全管理
　医療機器の安全管理のための責任者の配置、職員研修の実施、医療機器の保守点検に関する計画の策定及び適切な実施、情報収集と改善方策の実施など

②県の取組

ア　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。

イ　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

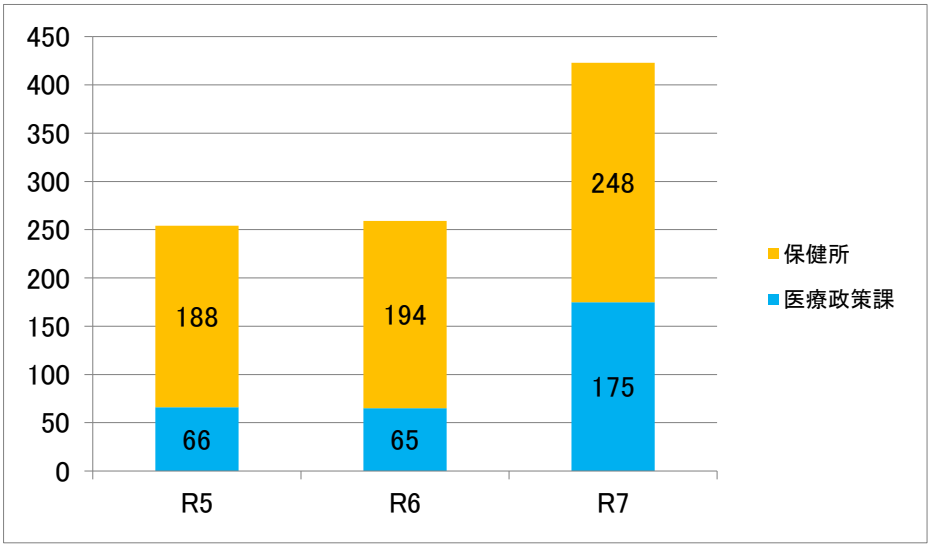
療の安全確保の推進を図っています。
ウ　厚生労働省等が実施する医療安全関係の研修への医療関係者の参加を積極的に促し、医療従事者の資質の向上を推進しています。
エ　平成 23 年度から県内の医療機関を対象に、院内感染対策の研修会を開催しています。

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

> 医療安全支援センターは、医療に関する患者・家族等からの苦情・心配や相談に対応し、医療機関に対する助言、情報提供を行うとともに、中立的な立場で、患者・家族等と医療関係者、医療機関との信頼関係の構築を支援する。

②県の取組
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。

【令和 7 年度の医療相談件数】
423 件（うち医療政策課 175 件、保健所 248 件）



3　施策の方向

(1)医療の安全確保のために
①　全ての医療機関において安全・安心で質の高い医療が確保できるよう、医療法の趣旨を踏まえた取組を推進します。

ア　医療機関の取組
・医療機関の管理者は、自ら安全管理体制を確保するとともに、医療安全管理者を配置するなど、医療機関内の安全管理に努めます。
・医療事故の発生予防に努めるとともに、医療事故が発生した場合には、届出を行うとともに、医療事故の原因分析を行い、再発防止の徹底に

努めます。
・指針・マニュアル・手順書等を必要に応じて見直すとともに、医療従事者に対する研修等を行い、質の向上を図り、医療事故防止を図ります。
・高度化、複雑化した現代医療において、個人の努力に依存した取組は限界があることから、医療事故の防止に向け、組織的な取組を進めます。
・院内感染対策の充実を図るとともに、医薬品の安全確保、医療機器の定期的な保守点検を行うなど、安全管理のための施策を総合的に推進します。

イ　県の取組
・医療法に基づく医療機関に対する立入検査における指導などを通じて、医療法の趣旨を周知し、医療機関における医療安全の管理体制を推進します。
・厚生労働省等からの医療安全に関する情報提供を医療機関はもとより、県ホームページ等を通じて、広く県民へ周知します。
・医療の安全性及び信頼の向上を図り、医療従事者一人ひとりの意識改革や資質向上を図るため、厚生労働省等が実施する研修への積極的な参加を促進します。

②　医療に関する情報を、県民・患者と医療機関・医療従事者が共有することにより、県民・患者による医療への積極的な参加を通して、医療の質の向上を図ります。
　また、医療安全を確保する上で、医療機関・医療従事者と患者や家族との信頼関係を構築することが非常に重要です。このため、それぞれがインフォームドコンセントの重要性を再認識するとともに、さらに徹底を図っていく必要があり、県民、医療機関、関係団体及び行政が一体となって、引き続き、医療安全文化の醸成を促進します。

③　国において設けている「行政処分を受けた医療従事者に対する再教育を行う制度」により、行政処分を受けた医療従事者の質の向上を図ります。

(2)医療安全支援センターの充実
　医療安全支援センターにおいて、相談に従事する職員の資質の向上や医療機関、関係団体との連携を図りながら、患者・家族などからの相談・苦情等に対応するとともに、医療機関等への情報提供を行うことができる体制を整備します。

第５　保健医療施策の推進

１　健康危機管理対策

(1)基本的な考え方

健康危機管理とは、「厚生労働省健康危機管理基本指針」において、「医薬品、食中毒、感染症、飲料水その他何らかの原因により生じる国民の生命、健康の安全を脅かす事態に対して行われる健康被害の発生予防、拡大防止、治療等に関する業務のことをいう」とされています。

また、東日本大震災の発生を受け、発災時のみならず、発災に備えた地域における健康危機管理体制の確保も非常に重要な課題となっています。

健康危機管理対策の目的は、「健康危機の発生及び拡大防止とともに、風評被害や精神的な不安による被害の拡大防止」にあります。

例えば、腸管出血性大腸菌Ｏ-157 などによる食中毒やノロウイルス等が原因となる院内・施設内感染などは、初期対応を誤ると被害が拡大するため、迅速な原因究明や適切な対応が不可欠となります。

また、新型インフルエンザ等の発生時における対応や今後高い確率で発生するとされている「南海トラフ巨大地震」発生時の情報収集、保健衛生活動の全体調整など、より広範囲かつ適切な対応を求められているところです。

このような状況を受け、県では、健康危機の発生防止及び危機発生時の被害拡大を最小限に食い止めるため、総合的な管理体制を構築するとともに、地域においても、健康危機管理の拠点である保健所を中心として医療機関、警察、消防、市町村及び関係団体等が連携し、健康危機管理体制の構築を行っています。

※所管部局が不明確な場合や、複数の部局が関係し、全庁的に対応する必要がある場合には、「危機管理対策本部・危機管理会議」で対応することとなります。

(2)現状と課題

健康危機管理については、地域保健法に基づく「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」（令和７年３月最終改正）により、各機関の役割として、

◆健康危機管理体制の構築　◆役割の明確化
◆情報が一元管理される体制の構築　◆人材育成　◆手引書の作成
◆救急医療体制の整備　◆健康危機情報の収集、分析及び提供　　等

が示されています。

これに基づき、本県では、総合的な体制の確保や情報の一元管理など、実際に危機管理事象が発生した場合の体制の整備等を行うため、平成 16 年３月に「徳島県健康危機管理マニュアル」を策定しました。この中で、健康危機に際して、関係各課等との連携のもと、迅速かつ的確な対応を行うものとして、「徳島県健康危機管理対策本部」や「健康危機管理体制連絡会議」を設置しています。また、地域の拠点となる各保健所でも、発生時の所内の対応を取りまとめたマニュアルを作成しています。

このほか、「大規模災害への備え」として、情報収集、医療機関との連携を含む保健活動の全体調整、支援及び人材の受入等に関する体制の構築、「地域住民への情報提供」として、地域住民や関係者とのリスクコミュニケーションの実施に努めることが求められています。

(3)施策の方向

①危機管理体制の強化

県においては、危機発生時の迅速な対応を行うため、県庁内関係課・関係部署、消防、警察、関係団体等による「徳島県健康危機管理対策本部」や「健康危機管理体制連絡会議」を適切に運営し、県内の健康危機管理体制を構築します。また、地域においては、保健所を健康危機管理の拠点と位置づけ、健康危機発生時に関係機関が迅速かつ効率的に連携が行えるよう、医療機関、警察、消防、市町村及び関係団体等と「地域連携会議」を開催するなど、連携体制を構築します。

②健康危機管理マニュアルの検証及び訓練・研修

県における「徳島県健康危機管理マニュアル」や保健所における「健康危機管理対応マニュアル」については、評価及び検討を行い、見直しにつなげます。また、職員研修や図上訓練等を通じて個々の職員のスキルアップや適切な対応への備えを十分に図ります。

③原因究明体制の整備

健康危機管理のポイントは、原因究明による発生予防と初動を含む対応・体制の整備です。迅速で正確な情報収集・伝達・検索システム体制を整備するなど、原因究明及び被害拡大防止体制の整備を図ります。

④大規模災害発生時の対応

「南海トラフ巨大地震」等の大規模災害発生時においては、平成 23 年度に設置した「災害時保健衛生コーディネーター」を中心として、情報収集体制、国や他県とも連携した保健衛生活動の全体調整等を行い、感染症等の危機事象の発生防止等、各市町村保健衛生活動への応援態勢を構築します。

また、「徳島県災害時保健衛生活動マニュアル」を活用し、市町村のみならず、地元や関係機関とも連携した訓練や研修の実施等、あらゆる機会を活用したリスクコミュニケーションの向上により、有事に備えます。

⑤市町村との有機的な連携及び対応

平時より、各種研修会や訓練等を通じ、保健衛生活動や情報収集における役割の明確化、人材の育成、迅速な応援態勢の整備等が行えるよう密接な連携体制を構築します。

2　健康増進（健康徳島 21 の推進）

(1)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。

健康づくりは、県民一人ひとりが健康への関心を高め、バランスのとれた食生活や運動習慣などの生活習慣を見直すなど、主体的、継続的に取り組むことが重要です。

また、効果的な健康づくりとするためには、個人が主体的に取組むとともに、家庭や学校、地域、職場のほか、関係機関・団体等による健康づくりのための環境整備も重要です。

県民、関係機関・団体等が一体となり、県民総ぐるみによる「健康とくしま県民運動」として推進していくことが必要です。

(2)現状と課題

①健康増進をめぐる状況

わが国では近年、生活環境の向上や医学の進歩などにより、国民の平均寿命が飛躍的に延び、世界有数の長寿国となりました。これに伴い、急速に高齢化が進み、がんや循環器疾患などの生活習慣病の人が増えています。病気や障害などで介護を必要とする人の増加も予測され、身体機能や生活の質を保ちながら、心豊かで活力ある社会をいかに維持していくかが重要な課題となっています。

そこで、21 世紀の日本を「全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会」とするために、これまでにも増して、健康を増進し、発病を予防する「一次予防」に重点を置き、壮年期死亡や要介護状態を減少させ、健康寿命の延伸等を図っていくことが極めて重要になっています。

②本県における健康増進の状況

すべての県民が「健やかで心豊かに生活できる活力ある社会の実現」を図るため、平成 13 年 3 月に、県民の健康づくりの目標及び基本的取組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。

とりわけ、糖尿病死亡率においては、平成 5 年以降、連続して全国最下位を記録する等、生活習慣病対策は本県における重点課題となっていることから、平成 17 年 11 月に「糖尿病緊急事態宣言」を行い、県民への注意喚起をするとともに、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。

また、平成 20 年度からは、「特定健康診査・特定保健指導」の実施が医療保険者に義務づけられ、実施率の向上に努めています。

さらに、平成 24 年 2 月には、歯と口腔の健康づくりを推進するため、「笑顔が踊るとくしま歯と口腔の健康づくり推進条例」を制定するとともに、平成 24 年度からは、野菜摂取量不足解消のため「野菜 1 日 5 皿運動」を推進し、健康づくりを総合的かつ計画的に展開しています。

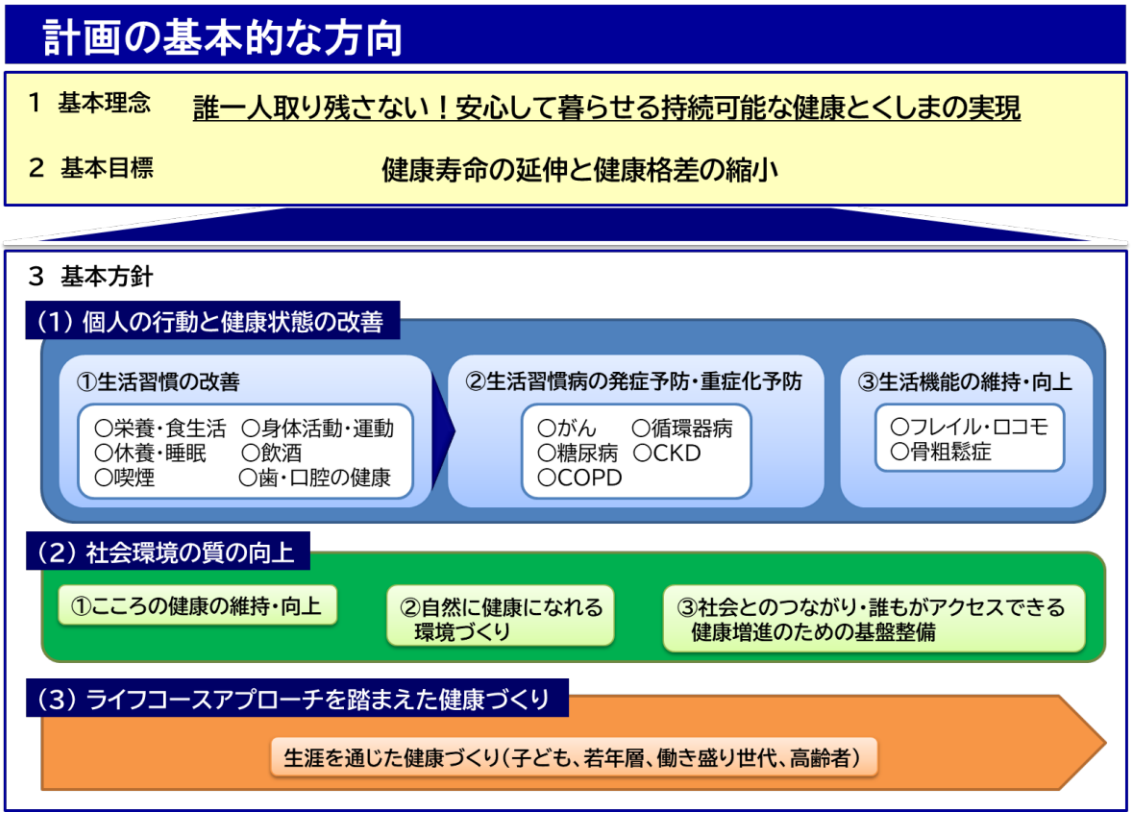
そして、これまで、県民総ぐるみによる取組を積み重ねてきたことにより、令和 2 年以降、3 年連続で糖尿病死亡率のワースト 1 位脱却をはじめ、野菜摂取量においても、平成 28 年国民健康・栄養調査結果（都道府県の状況）で、男女とも上位群(男性 8 位、女性 3 位)となるなど、改善がみられています。

③健康徳島 21 の改定

国においては、令和 5 年 5 月に「全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現」のため、個人の行動と健康状態の改善に加え、個人を取り巻く社会環境の整備やその質の向上を通じた健康寿命の延伸及び健康格差の縮小などを基本的な方向とした国民の健康づくりの指針「健康日本 21」を改定したところです。

本県においては、現計画により平成 30 年度から令和 5 年度までの 6 年間を計画期間として対策を推進してきましたが、国の新たな基本方針を踏まえ、「健康徳島 21」を改定し、令和 6 年度から 11 年度までの 6 年間を新たな計画期間として、各種施策を推進します。

今回の計画改定においては、「誰一人取り残さない！安心して暮らせる持続可能な健康とくしまの実現」を基本理念とし、健康寿命の延伸に向けて、引き続き、県民や地域、関係機関・団体等が一体となって県民総ぐるみによる健康づくりを推進していくものです。



(3)施策の方向

引き続き、本県において死亡率の高いＣＯＰＤ（慢性閉塞性肺疾患）、肝疾患、腎不全など各種対策を推進します。

①本県において死亡率が高い主要な疾患の対策について

ア　ＣＯＰＤ（慢性閉塞性肺疾患）

本県におけるＣＯＰＤの死亡率は、令和 2 年から令和 4 年まで 3 年連続で全国ワースト 1 位となるなど、高齢化率の高い本県においては、今後も死亡率の高い状況が続くことが想定されます。

ＣＯＰＤは、極めて重要な疾患であるにもかかわらず、大多数の患者が未診断、未治療のまま悪化しているケースが多いことから、早期発見・早期治療につなげていくためにも、肺の健康状態を示す「肺年齢」の普及をはじめ、ＣＯＰＤの認知度向上を図るための対策を引き続き積極的に推進します。

イ　肝疾患

死亡率は、全国と比べて高い水準で推移しており、令和４年人口動態統計では、全国ワースト２位となっています。

年齢階級別に見ると、75 歳以上の後期高齢者が４割以上、40 歳から 74 歳までの壮年期が約半数という状況であることから、職域保健との連携や企業の「健康経営」を支援する等の「働き盛り世代」への対策を推進します。

具体的には、肥満や糖尿病等による非アルコール性脂肪性肝疾患は、進行すると肝硬変に至るケースが多いことから、生活習慣病対策全般にわたる対策を推進し、肝疾患の死亡率の減少を図ります。

ウ　腎不全

死亡率は、全国と比べて高い水準で推移しており、令和４年人口動態統計では、全国ワースト８位となっており、年齢層は 75 歳以上の後期高齢者が８割以上を占める状況です。

腎不全の分類には、「急性腎不全」「慢性腎不全」があり、内訳は「慢性腎不全」が全体の約８割と、圧倒的に多くを占めています。（ただし、「糖尿病性腎症」による死亡は除きます。）

なお、国民の８人に１人がかかると言われている慢性腎臓病（ＣＫＤ：chronic kidney disease）を放置しておくと、慢性腎不全となり死に至ることもあることから、早期受診のための啓発活動や尿蛋白検査等の検診結果からの早期発見・早期治療に向けて、関係機関との連携強化を図ります。

また、腎不全による死亡者の大半が高齢者であることから、加齢に伴う体力や機能低下等を考慮した高齢期における望ましい生活習慣の確立に向け、積極的な情報発信に努めます。

②県民総ぐるみによる健康づくり

県民総ぐるみによる「健康とくしま運動」を全県的に展開することにより、県民自らが健康づくりの主役となる環境整備を図り、生涯を通じた健康づくりを推進します。

ア　とくしま健康ポイントアプリ「テクとく」の活用

「働き盛り世代」及び「健康無関心層」を対象に、自らの健康や生活習慣に関心を持ってもらうため、日常のウォーキングや健康診断、健康イベントへの参加等によって得られる「健康ポイント」の付与により、無理せず楽しみながら生活習慣の改善につながる環境づくりを進めます。

イ　「健康とくしま応援団」の普及と拡大

食環境づくりやたばこ対策などの健康づくりをサポートするための環境整備に取り組む店舗・事業所・団体等を「健康とくしま応援団」として募集・登録し、健康とくしま運動の県内全域への浸透を図ります。

ウ　「阿波踊り体操」の普及と活用

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」の普及啓発に努めます。

エ　健康づくりの推進

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。

③健康づくりのネットワークの構築

地域や行政、関係機関・団体等の役割分担を明確にし、相互に緊密な連携を図りながら、健康づくりの普及啓発や環境整備など、健康づくりの取組を推進します。

特に糖尿病対策については、

ア　健診から保健指導、検査、治療までの流れを含む地域医療連携システムの構築を目指した「糖尿病地域連携パス」の普及

イ　徳島県医師会、徳島県医師会糖尿病対策班、徳島県保険者協議会、徳島県の４者共同により策定した「徳島県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に基づく、特定健診・特定保健指導の実施率向上を基本とした、治療中断者や未治療者に対する対策を強化することによる重症化予防対策の推進

④特定健康診査・特定保健指導の推進

生活習慣病の発症リスク要因である肥満、高血圧症、脂質異常症、耐糖能異常などを早期に発見するため、地域保健と職域保健との連携を図り、医療保険者に義務づけられた「特定健康診査・特定保健指導」の実施率の向上に努めています。

⑤望ましい生活習慣の確立

ア　適切な食生活の実践

栄養士会、調理師会、食生活改善推協議会等との連携を図り、地域における食生活改善推進員等による栄養改善指導や給食施設の育成指導を推進するとともに、バランスの良い食生活や野菜摂取量不足改善に向けた取組を推進します。

イ　適度な運動習慣

家庭・地域・学校との連携を深め、小児期から自分にあった運動習慣の習得や、総合型地域スポーツクラブの育成、「プラス 1000 歩運動」の推進等により、日常生活への運動習慣の定着化を図ります。

ウ　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。

エ　歯科保健対策

「笑顔が踊るとくしま歯と口腔の健康づくり推進条例」の基本理念により、引き続き、乳幼児期から高齢期までのそれぞれの時期に応じた歯科保健医療対策を推進します。

3　自殺予防対策

(1)基本的な考え方

警察庁の自殺統計によると、令和７年の全国の自殺者は、前年比１,１３２人減の　１万９,１８８人となり、昭和５３年の統計開始以降、初めて２万人を下回り最少の数字となったものの、未だ、自殺死亡率（人口 10 万人当たりの自殺者数）は他の主要国よりも依然として高く、自殺予防対策は、社会全体で取り組むべき喫緊の課題になっています。

また、本県では、「自殺は、その多くが追い込まれた末の死である」、「自殺は、その多くが防ぐことができる社会的な問題である」、「自殺を考えている人は何らかのサインを発していることが多い」ものと認識しています。

これらの認識のもと、本県においては、自殺予防対策として、県、市町村、医師会、ＮＰＯなどの連携による総合的な対策を行い、「自殺者ゼロ」を目指しています。

(2)現状と課題

本県における自殺者数は、現行の統計法式へ変更された平成 18 年以降では、平成 20 年に最多の 202 人、自殺死亡率 25.4 となりました。

そこで、県では、平成 21 年度より「徳島県自殺者ゼロ作戦」として、市町村、医師会、ＮＰＯ、関係団体関係部局などと連携し、普及啓発や相談支援事業を実施するとともに、自殺対策に関係の深い機関と「自殺予防の取組の相互協力に関する協定書」を締結するなど、総合的な対策に取り組んできました。

また、自殺をする人のサインに「気づき」、「つなぎ」、「傾聴」、「見守り」を行う「自殺予防サポーター」の養成には、特に精力的に取り組み、平成２３年度から令和７年度の１５年間で、延べ６万８,０６１名の方を、自殺予防サポーターとして認定しております。

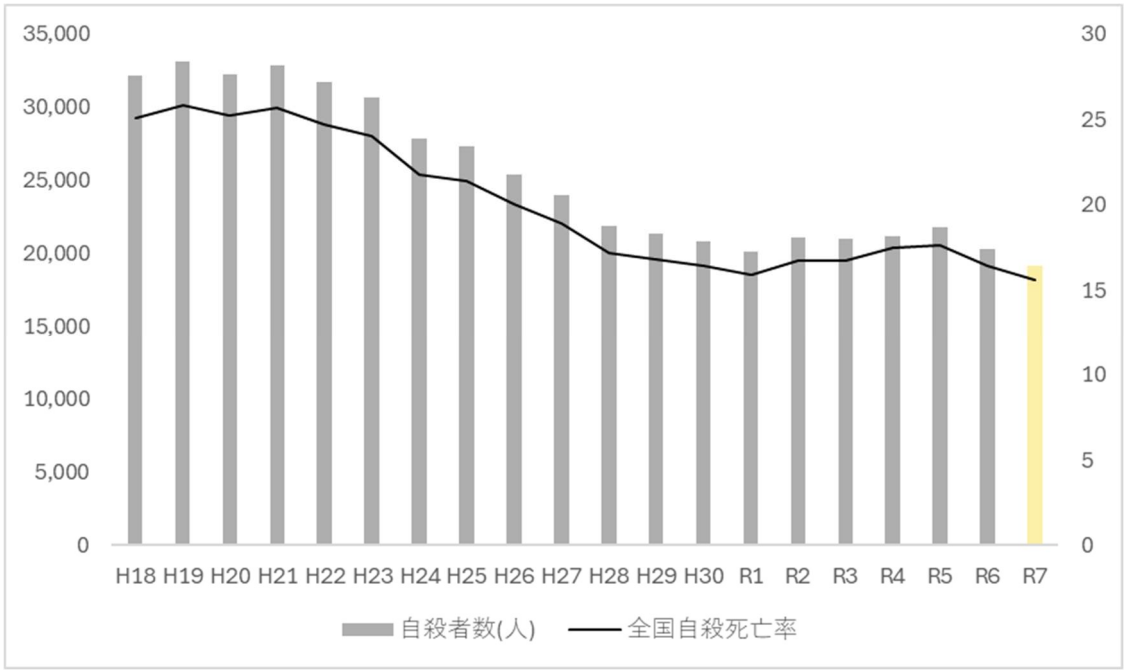
こうした取組により、令和７年の自殺者数は平成 20 年よりも 96 人少ない 106 人、自殺死亡率は 15.5 となっています。これは、県民の皆様の中に、「自殺予防」という認識が広がったことや、関連する医療・福祉環境が充実してきたこともあり、成果が現れてきたものであると考えています。

しかしながら、未だ数多くの方が自ら尊い命を絶たれていることや、小中高生の自殺者数が増加傾向にあることなど、現状においても予断を許さない状況にあります。

令和６年 3 月には、「徳島県自殺対策基本計画（第３期）」を策定し、保健、医療、福祉、教育、労働など様々な分野における取組を総合的に推進してきました。今後とも、県民総ぐるみで自殺対策に取り組む必要があると考えます。

●全国の自殺者数・自殺死亡率　（平成 18 年から令和７年）

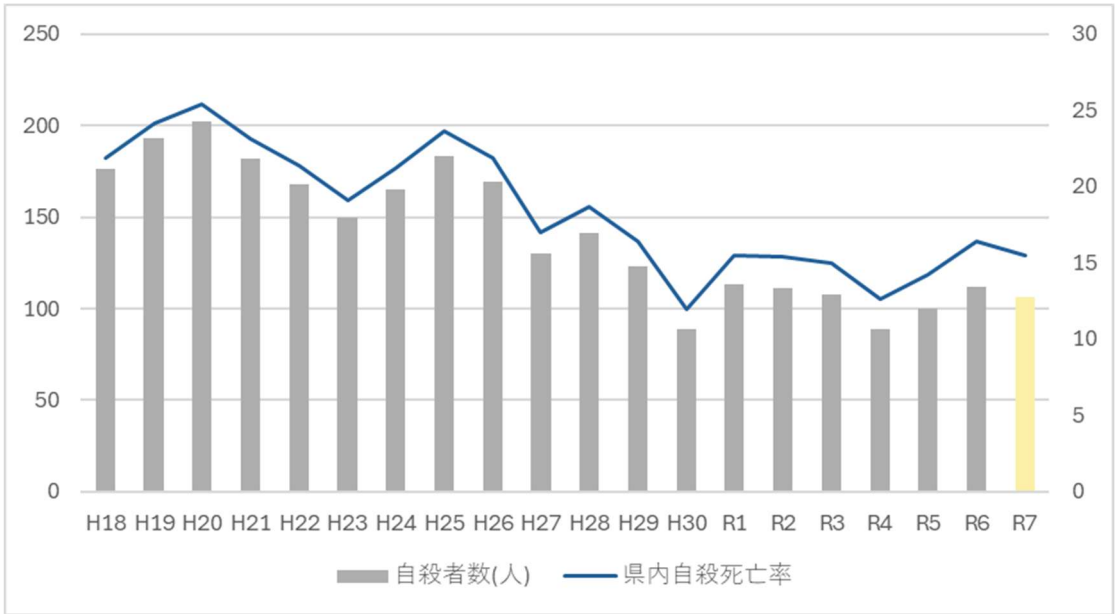
（人）



資料：警察庁統計より

●本県の自殺者数・自殺死亡率　（平成 18 年から令和７年）

（人）



資料：警察庁統計より

(3)施策の方向性

本県においては、国の「自殺総合対策大綱」の主旨、並びにこれまでの対策の進捗・評価を踏まえ、令和６年度から 10 年度までの５年間を計画期間として「徳島県自殺対策基本計画（第３期）」を策定しており、引き続き、本計画に基づき各種施策を推進します。

特に自殺予防協定団体をはじめ、民間団体との連携を密にし、「若年層」、「高齢者」、「有職者」といった各主体への対策を強化していきます。

また、自殺対策基本法では、市町村ごとに市町村自殺対策基本計画を定めるものとしており、県では、市町村に対し地域の実情に応じた見直しに向けての支援を行うこととしています。

更に、かかりつけ医と精神科医のさらなる医療連携に努め、地域における医療体制の充実を図るなど、徳島県自殺対策基本計画の基本理念である「すべての人のいのちを守る"生き心地のよい徳島"の実現」を目指し、県民総ぐるみで各種対策を実施していきます。

①自殺予防対策の推進

自殺は、経済・雇用、さらには福祉、医療など様々な要因が複合的に絡み合う問題です。このため、市町村、医師会、ＮＰＯ、関係団体などと連携し、総合的に対応する必要があります。

②地域的課題としての位置づけ

自殺予防対策は、地域的特徴を有する課題であることから、地域毎に若者、高齢者、有職者などに重点を置いた効果的な対策を推進する必要があります。

③今後の取組

ア　啓発と実践の両輪による対策の推進

自殺に追い込まれるという危機は「誰にでも起こりうる危機」であって、その場合には「誰かに援助を求めることの重要性」について県民の理解を促進します。悩みを抱えたときに気軽に相談機関を利用できるよう、自殺や精神疾患について正しい知識を普及啓発し、偏見をなくしていきます。

イ　地域や家庭、職場でいのちを守る環境づくり

県民一人ひとりが、自殺の起こりうる状況を理解して、身近にいるかもしれない自殺を考えている人のサインに早く気づき、相談機関や精神科医療機関等の専門家につなぎ、その助言・指導を受けながら見守ることができる人材を養成します。

さらに、心の健康づくりをより推進するため、家庭や職場など身近な環境で「傾聴スキル」や「メンタルヘルスの知識」を身につけた心のサポーターの養成に取り組みます。

ウ　子ども・若者のいのちを守る対策の推進

青少年の心の健康の保持・増進や良好な人格形成、生活上の困難・ストレスに直面したときの対処方法を身につけることへの支援をはじめ、いじめ等の問題への早期対応や情報モラルの向上を図る教育等の取組を充実します。

エ　手厚いケアを必要とされる方への支援強化

うつ病等の自殺の危険性が高い人や、自殺未遂者、自死遺族といった、ケアを必要とする人が、適切なケアを受けられるよう各種取組や体制づくりを推進します。

オ　関係機関や民間団体との連携・協働

自殺対策を総合的かつ効果的に推進するため、市町村、関係機関、民間団体、学校その他の関係者が、プラットフォームなどを通して相互に有機的な連携を図るとともに、県民総ぐるみによる「自殺者ゼロ」に向けた取組を推進します。

自殺の原因にもなり得る「孤独・孤立」問題への対応や、誰もが支え合う地域共生社会実現に向けた市町村における「重層的支援体制」の取組と連携・協働し、自殺が起きにくい地域づくりを推進します。

4　母子保健対策

(1)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・父性が育まれ、次代を担う子どもたちが健やかに育つことを目指すものです。

本県においては、国が発表した国民運動計画「健やか親子 21」を踏まえ、関係者や関係機関・団体が一体となって母子保健事業を推進しています。特に、平成 27 年度から開始された第 2 次計画の柱である、切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策等はもとより、重点課題である、育てにくさを感じる親に寄り添う支援、妊娠期からの虐待防止対策にも取り組んでいます。

また、平成 30 年 12 月には、「成育過程にある者及びその保護者並びに妊産婦に対し必要な成育医療等を切れ目なく提供するための施策の総合的な推進に関する法律（以下「成育基本法」）」により、成育医療等にかかる基本理念、施策の基本となる事項が定められ、さらに、この法に基づいて「成育医療等の提供に関する総合的な推進に関する基本方針（令和 3 年 3 月。最終改訂：令和 5 年 3 月）」が策定されました。各都道府県の母子保健施策についても、成育基本法及び基本方針を踏まえ、地域の特性に応じた施策の策定及び実施が求められています。

さらに、国では、こども政策を社会のまんなかに据え、こどもを誰一人取り残さず、健やかな成長を社会全体で後押ししていくため、常にこどもの視点に立った政策を推進する、こども家庭庁が令和 5 年 4 月に創設されました。

これに呼応して、本県においても、こども施策を一体的に実施するこども未来局を設置し、切れ目のない施策のより一層の推進を図っています。

(2)現状と課題

①母子保健事業の現状

○　医療水準や生活水準、公衆衛生の向上などにより、乳児・新生児、周産期死亡率は、横ばいか減少傾向となっていましたが、平成 23 年に乳児・新生児死亡率が大きく上昇しました。その後、死亡要因の検証や対策として研修会を実施することで、全国平均とほぼ同じ水準まで改善がみられており、引き続き、改善に向けた取組の継続が求められます。

※詳細については「第３　３ 周産期医療体制の整備」を参照

○　社会環境の変化に伴い、多様な地域住民のニーズに対応するため、平成 9 年度から身近で頻度の高い母子保健サービスは市町村で実施し、広域的・専門的サービスは保健所で実施しています。今後も、市町村と保健所がそれぞれの機能の充実を図る必要があります。

○　市町村では、妊娠の届出により母子健康手帳を交付し、妊娠中の不安の軽減、友達づくりや健康管理のため、妊婦とパートナー等を対象にした教室や相談を実施し、必要な情報や知識を提供しています。

なお、妊娠の届出時期については、徳島県母子保健統計（令和 3 年度）によると、11 週以内が 96.1%、28 週以上が 0.3%でした。

また、県では、妊婦健診等の経過を記載した「共通診療ノート」の普及や活用等により、地域の中核病院と診療所の連携を促進し、診療所医師が参画・支援できる体制を構築しています。

○　市町村では、妊婦健診、乳児健診、1 歳 6 か月児健診、3 歳児健診、歯科健診等を実施しています。

　平成 21 年度から県内全市町村において、妊婦健診にかかる公費負担が 5 回から 14 回に拡大され、さらに、平成 29 年度からは多胎妊婦に対する超音波検査が 2 回追加されました。また、新生児聴覚検査の公費助成についても、平成 30 年度より実施されています。さらに、令和 4 年度には、3 歳児健診における視覚検査の精度向上を目的とした、屈折検査機器の導入への助成等、支援体制の整備が推進されました。

　なお、徳島県母子保健統計（令和 3 年度）によると、1 歳 6 か月児健診受診率は 96.5%、3 歳児健診受診率は 95.2%という状況です。

○　子育て世帯への相談支援について、平成 29 年に、妊娠期から子育て期に至るまで、地域において切れ目ない支援体制を構築することを目的とした、子育て世代包括支援センター設置が法定化されて以降、本県においても、23 市町村で設置されています。

　また、令和 4 年、妊娠期から出産・子育てまで一貫して身近で相談に応じる伴走型相談支援と経済的支援を一体として実施する事業が全市町村で開始されています。面談や産婦健診で把握したニーズに応じて、必要な支援メニューにつなぐこととしており、特に、退院直後の母子に対して心身のケアや育児のサポート等を行い、産後も安心して子育てができる支援体制の確保を行う産後ケア事業（努力義務）は、県内全市町村で活用できる体制が整備されています。

○　令和 4 年 6 月の改正児童福祉法において、すべての子どもとその家庭及び妊産婦等を対象に、福祉に関する支援業務を行う、子ども家庭総合支援拠点と、子育て世代包括支援センターは、各組織の設立の意義や機能を維持した上で、全ての妊産婦、子育て世帯、子どもへの一体的な相談支援を行う機能を有する「こども家庭センター」として設置することが、市町村の努力義務とされました。

○　フェニルケトン尿症等の先天性代謝異常、先天性副腎過形成症及び先天性甲状腺機能低下症は、放置すると知的障がい等の症状をきたすため、県では先天性代謝異常等検査（新生児マス・スクリーニング検査）を実施しています。平成 25 年度からはタンデムマス法の導入により、検査対象疾患を拡大し、さらに、令和 5 年には、公費負担の対象疾患ではないが、早期に発見することで適切な治療につなげることが必要とされる 7 疾患を対象とした拡大新生児マススクリーニングの受検体制が整備されました。令和 7 年 6 月 1 日から、7 疾患の中の 2 疾患（脊髄性筋萎縮症、重症複合免疫不全症）を公費負担の対象疾患として追加しました。今後も先天性代謝異常等の早期発見に努め、早期治療により心身障がいの予防又は軽減を図ります。

○　平成 22 年度より国を挙げて対策が進められているＨＴＬＶ－１（ヒトＴ細胞白血病等の病気の原因となるウイルス）母子感染対策として、平成 23 年 4 月から妊婦に対するＨＴＬＶ－１抗体検査を全額公費負担で実施していますが、今後も周産期医療協議会等の場を活用し、母子感染予防対策の普及啓発を進めるとともに、関係機関の連携強化を図ります。

②性と健康の相談センター事業

成育医療等基本方針では、男女ともに、将来の妊娠のための健康管理に限らず、ライフステージに応じた性や妊娠に関する正しい知識の普及や健康管理を促すプレコンセプションケアを推進することとされています。保健所では、健康教育事業及び相談事業を実施しています。

また、不妊・不育に悩む夫婦等に対し、徳島大学病院内に「徳島県不妊・不育相談室」を設置し、専門相談や情報提供を実施しています。また、流産・死産・人工妊娠中絶を余儀なくされた妊産婦への心のケアや地域でのサポートを産科医療機関施設と連携して取り組む仕組みの構築が急務であり、当相談室においても、専門的知見からの心のケア等の充実を図っています。

③育児不安の軽減と発達障がいや医療的ケア児、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。

増加要因の一つには、経済的問題や若年妊婦や特定妊婦の問題も複雑に絡んでおり、妊娠期からの継続した支援や医療施設との情報共有や連携が非常に重要です。

なお、平成 28 年の母子保健法の改正により、母子保健施策を通じた虐待予防についても定められ、妊娠の届出や乳幼児健診等は、悩みを抱える妊産婦等を早期に発見し相談支援につなげるなど、児童虐待の予防や早期発見に資することから、児童虐待防止対策との連携をより一層強化することとされています。

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、親子の愛着形成への支援、発達障がいへの対応、在宅で医療的ケアが必要な児に対する支援、並びに虐待の予防・早期発見を念頭に置いた子どもの貧困対策や母子保健事業の展開及び関係者間のネットワークを構築する必要があります。

④子どもの健康づくりへの対応

近年、食生活の変化・社会環境等の変化から、子どもの生活習慣の乱れが指摘されており、小児肥満や脂質異常症など生活習慣病の危険因子を持つ子どもが増加傾向にあります。これらに対応するため、保健指導を充実し、予防対策を推進する必要があります。

また、スマートフォンの保有率の上昇や使用年齢の低年齢化に伴い、ネットやゲームの利用時間が増えている中、子どもの心と体にもたらす影響が懸念されます。特に、視力低下や活動量の低下、睡眠不足による精神的な障がいの発症、ネット・ゲーム依存につながらないために、正しい知識の啓発や教育と連携した保健指導などを推進する必要があります。

⑤思春期保健対策

学童期・思春期は健康に関する様々な情報に自ら触れ、行動を選択しはじめる、生涯を通じた健康づくりのスタートとなる重要な時期であることから、性に関すること、肥満や痩せなど自身の身体に関すること、メンタルヘルスに関すること、がん（特に子宮頸がん、乳がん等）に関することなど、健康教育の充実に資する様々な知識を身につけるための積極的な取組が求められます。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。

⑥ライフプラン教育の推進

近年、結婚年齢や妊娠・出産年齢の上昇に伴う、特定不妊治療を受ける方の増加や治療年齢の上昇などを背景に、不妊に悩む方への支援が求められています。希望する妊娠・出産を実現するためには、まず妊娠等に関する正しい知識を持つことが第一歩であり、男性も含めたライフプラン教育により、正しい知識を広く普及･啓発する必要があります。

(3)施策の方向

①母子保健に関する普及啓発

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には、男女を問わず、性や妊娠に関する正しい知識の普及を図り健康管理を促すプレコンセプションケアの推進が重要であり、思春期から妊娠・出産・育児期、さらには更年期までのライフステージに応じた適切な保健指導と相談体制の整備を図ります。

②市町村母子保健事業の促進

市町村単位で、妊娠期や産後期の母子の健康管理の観点から実施している妊婦健診及び産婦健診や、妊娠時から出産・子育てまで一貫して身近で相談に応じ、様々なニーズに即した必要なサービスにつなぐ伴走型相談支援を地域格差が生じないよう推進を図ることで、妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援体制を整備します。また、妊娠前からの望ましい健康管理を促すプレコンセプションケアを啓発するため、妊娠届出時や母子保健事業実施の際に適切な指導・支援が行えるよう連携を図ります。

さらに、今後市町村において設置予定のこども家庭センター等の機能の整備を図るとともに、地域の関係機関、医療機関等との連携強化及び相談体制の整備の推進を図ります。

③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、性と健康の相談支援事業について、市町村、学校関係者等と連携を図りながら、地域の実情に即した対応を行っていきます。また、虐待に関して予防、早期発見、フォロー等迅速に対応するため、こども女性相談センター、発達障がい者総合支援センター等の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。

④母子保健統計の活用

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対策の推進を図ります。

⑤医療費助成事業の充実

子どもはぐくみ医療費助成事業、小児慢性特定疾病医療費助成、自立支援医療（育成医療）、未熟児養育医療等、医療費助成事業の充実により、子どもの疾病の早期発見・早期治療及び病児を抱える保護者の経済的負担の軽減を図ります。

⑥不妊・不育に悩む夫婦等に対する支援及びライフプラン教育の推進

不妊・不育について悩む夫婦等に対し、専門スタッフによる適切な相談体制の充実を図るとともに、徳島県こうのとり応援事業（不妊・不育症治療費等助成事業・妊孕性検査支援事業）を推進します。

また、若い世代に妊娠等に関する正しい知識を普及するため、ライフプラン教育を推進します。

⑦小児期からの正しい生活習慣の獲得の推進

正しい生活習慣は小児期から身につけることが大切であり、保健、医療、福祉、教育等の関係機関が連携し、県下の子どもたちの状況を把握するとともに、データを分析・活用することなどにより、子どもたちの健全な発育・発達を促し、小児期からの正しい生活習慣の獲得の推進を図ります。

⑧周産期医療対策

「第３　３ 周産期医療体制の整備」を参照

5　高齢者保健医療福祉対策

(1)基本的な考え方

「本格的な超高齢社会」を迎えている我が国では、今後、いわゆる団塊ジュニア世代が 65 歳以上を迎える 2040 年（令和 22 年）を見通すと、生産年齢人口が急減する一方で、様々なニーズを抱える８５歳以上の高齢者が増加するなど、高齢化に伴う課題がさらに大きくなるとともに、中長期的な人口動向や介護ニーズが地域によって異なる事が見込まれています。

全国を上回る速度で高齢化が進んでいる本県では、令和 22 年（2040 年）には高齢化率が 41.7%にまで増加する一方、生産年齢人口割合は 49.6%と、実に 65 歳以上の高齢者 1 人を約 1.2 人の現役世代が支える形になるとされています。

近年では、こうした社会構造や人々の暮らしの変化に加え、医療・介護などの複合的な介護ニーズを要する高齢者の増加が見込まれている状況においても、一人ひとりが自分らしく生きがいを持った暮らしを送るためには、地域の実情に応じて役割や分野、制度などの垣根を越えて支え合う「地域共生社会」の構築が求められています。

これまで、介護保険制度においては、高齢者をはじめ、障がい者や子育て世帯などが住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、医療、介護、予防、生活支援サービスなどが切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」の構築に向けた取組が行われてきたところです。

全国より前倒しで地域包括ケアシステムの構築を進め、一定の体制整備が図られた本県においても、「地域共生社会」の実現に向けた中核的基盤となるこの「地域包括ケアシステム」の深化・推進が求められています。

こうした現状や本県の中長期的な将来展望を踏まえ、多様な主体が支え合う事で、高齢者が住み慣れた地域において、生涯にわたって自分らしく活躍できる社会の実現を目指します。

(2)現状と課題

①高齢者等の状況

本県の高齢化率(総人口に占める 65 歳以上の高齢者の割合)は、令和７年の国勢調査では 35.8%と、全国平均の 29.4%を大きく上回り、3 人に 1 人以上が 65 歳以上になっています。

本県の 65 歳以上の高齢者人口は既にピークを越えているものの、より介護を必要とする割合が高い７５歳以上の高齢者は増加が見込まれるのに加えて、単身又は夫婦だけで暮らす高齢者世帯の割合が増加してきており、今後もこの傾向が続くことが予測され、家族の介護機能の低下が進んでいくものと考えられます。

●徳島県の人口　（各年１０月１日現在）

区 分	H12年	H17年	H22年	H27年	R2年	R7年	R12年
総 人 口	82.4万人	81.0万人	78.5万人	75.6万人	72.0万人	67.5万人	64.0万人
65歳以上	18.1万人	19.7万人	21.0万人	23.1万人	23.8万人	24.2万人	24.1万人
高齢化率	21.9%	24.4%	27.0%	31.0%	34.5%	35.8%	37.7%

資料：R７年までは「国勢調査」
R１２年は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」（令和５（2023）年推計）

②高齢者保健福祉施策の現状

県においては、これまで 3 年ごとに徳島県高齢者保健福祉計画・介護保険事業支援計画を策定し、計画に基づく介護基盤の整備を行ってきた結果、介護サービスの利用が拡大し、介護基盤の整備が全国的に高い水準となるとともに、1 人当たりの給付費も高い水準となっています。

また、「徳島県健康福祉祭」の開催や「とくしま健康福祉のつどい」などを通じた高齢者の生きがいづくりのほか、社会福祉法人徳島県社会福祉協議会アクティブシニア活躍推進センターや公益財団法人徳島県老人クラブ連合会と連携し、高齢者の生きがいづくりや社会参加の支援を行うことにより、元気な高齢者の活動支援を推進しています。

③生活の質を高め、健康寿命を延伸させるための課題

「人生 100 年時代」を迎え、社会の活力を維持、向上させつつ「全世代型社会保障」を実現していくためには、高齢者自身が健康であることが大前提であり、とりわけ介護予防・健康づくりの取組を強化し、「健康寿命の延伸」を図ることが求められています。

令和 7 年国民生活基礎調査によると、介護が必要になった主な原因として、「認知症」、「脳血管疾患」、「骨折・転倒」、「高齢による衰弱」、「関節疾患」があげられますが、後者 3 つの原因を「運動器の障害」としてまとめると、ロコモティブシンドローム（運動器症候群）によって、日常生活に支障をきたす高齢者が 39.4%と全体の約 4 割を占めています。

加齢に伴い、骨粗鬆症等、骨の脆弱性が増した場合、比較的軽い外力で骨折しやすくなりますが、特に、歩行能力が損なわれる「大腿骨頚部骨折」の発症率は年齢とともに増加することから、骨折や転倒を防ぐためには、ロコモティブシンドローム予防が重要です。

また、フレイル（老化に伴う種々の機能低下により健康障害に陥りやすい状態）やサルコペニア（加齢に伴う筋力の減少、または老化に伴う筋肉量の減少）を予防し、質の高い生活をより長く続けるためには、適度な身体活動に加えて、高齢者の低栄養状態を予防あるいは改善し、適切な栄養状態を確保することが、極めて重要となります。

さらに、オーラルフレイル（口の機能低下）は、食事や会話にも影響し、低栄養や筋肉量の減少、免疫や代謝機能の低下、誤嚥等を引き起こし、さまざまな病気にかかりやすくなるだけでなく、認知機能の低下や生活の質の低下を招くことがあります。

特に、嚥下機能の低下は、口腔内細菌を含む唾液の誤嚥を生じ、誤嚥性肺炎をもたらします。そのため、口腔の機能と清潔の維持は、健康を保つために重要となります。

●介護が必要となった主な原因の構成割合

区　分	認知症	脳血管疾患	運動器の障害			その他	計
			骨折・転倒	高齢による衰弱	関節疾患		
全　国	16.7%	12.5%	14.6%	15.6%	9.1%	31.5%	100%

資料：厚生労働省「R7 国民生活基礎調査」

④高齢者保健福祉施策展開にあたっての課題

今後、高齢化がさらに進展する中で、高齢者の生きがいづくり、社会参加の支援、健康寿命を延ばすための取組や地域包括ケアシステムの深化・推進構築、介護サービス等の充実及び適正化の推進など、高齢者を地域の絆で支える体制づくりが喫緊の課題となっています。

(3)施策の方向

①今後高齢化に伴い増加する疾患等対策

平均寿命が延び続けている現在、健康寿命を延ばすことは、高齢者が尊厳を持って、健康で幸せに暮らすために非常に重要であり、若年期から高齢期までの一貫した健康づくりや介護予防への取組が必要です。

そこで、本県では、県民一人ひとりが、総合的な歩行機能の維持向上につなげるための「運動器の健康維持」及び、身体機能を維持し生活機能の自立を確保するための「適切な栄養状態」を高齢期においても無理なく継続できるための対策に取り組みます。

「運動器の健康維持」については、県民の意識を醸成するため、ロコモティブシンドロームの概念及び予防法を広く普及します。また、高齢者の正しい食のあり方を普及するため、栄養士会や地域の食生活改善推進員等と連携し、「過栄養対策」と併せて「低栄養状態」の予防や改善に向け、高齢期に不足しがちな「たんぱく質」はもとより、「多様な食品の摂取」について、広く普及します。

また、誤嚥性肺炎予防につながる口腔機能の低下を防ぐため、オーラルフレイルについて啓発を行うとともに、適切な歯と口腔の清掃や運動の必要性を普及します。

さらに、「ロコモティブシンドローム」、「フレイル」、「サルコペニア」は、ともに、加齢による不可逆的な要因が関係することから、自身の持つ機能を維持するための「予防」対策を早期に認識し、実践する人を支える環境づくりに取り組みます。

加えて、介護予防への取組として、生活環境の調整や地域の中にいきがい・役割を持って生活できるような居場所と出番づくり等、高齢者本人を取り巻く環境へのアプローチを推進するとともに、リハビリテーション専門職等を活かした介護予防・自立支援に資する取組を推進します。

②地域包括ケアシステムの深化・推進

高齢者をはじめとした全ての世代がいきいきと活躍することが、持続的な地域社会の活力の維持・向上につながることから、介護予防のほか、フレイル予防にも着目した施策の充実を図るほか、地域社会の担い手側として生涯を通して自分らしく活躍できるよう、地域貢献活動の充実支援や学習機会の提供、就職対策の充実等を推進します。

また、地域包括ケアシステムの深化・推進により、制度や分野の枠や「支える側」「支えられる側」という関係を超えて、地域住民や多様な主体による、高齢者を含めた地域住民や社会全体を支え合う仕組みづくりを推進し、これらの地域社会において高齢者の権利擁護や見守り体制の強化など、高齢者が地域で安心して生活できる地域づくりを目指します。

さらに、高齢者ができるだけ住み慣れた地域や自宅で自立した生活ができるよう、地域住民や介護に関わる様々な役割が関わり合う事で、地域の実情に応じた介護サービス基盤の整備や介護人材の確保に繋げるとともに、今後発生が想定される南海トラフ巨大地震や新興・再興感染症に対応できるよう、計画的な防災や感染症対策の強化を進めることで、持続可能な介護サービス提供体制を構築するとともに、持続可能な介護保険制度の構築に資するため、市町村、国民健康保険団体連合会との連携のもと、介護給付適正化への取組を行います。

6　障がい者(児)保健医療福祉対策

(1)基本的な考え方

○　障がい者（児）が身近な地域で必要な医療やリハビリテーションを受けられるよう、地域医療体制等の充実を図ります。

○　精神障がい者が地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、いわゆる社会的入院の解消を進めるとともに、地域への円滑な移行・定着が進むよう、退院後の支援に関する取組を行います。

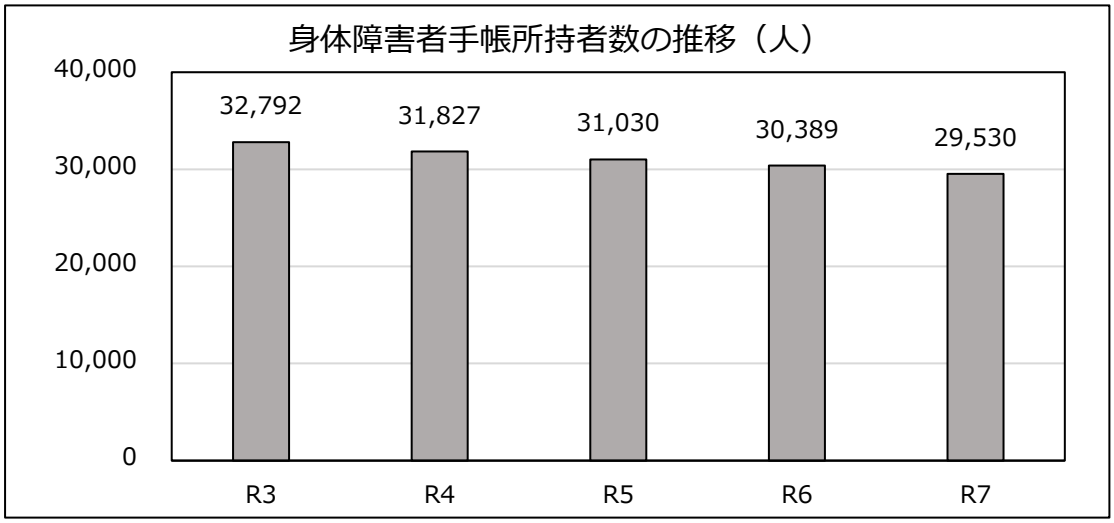
○　障がいの原因となる疾病等の予防・治療や、保健・医療人材の育成・確保に関する施策を推進します。

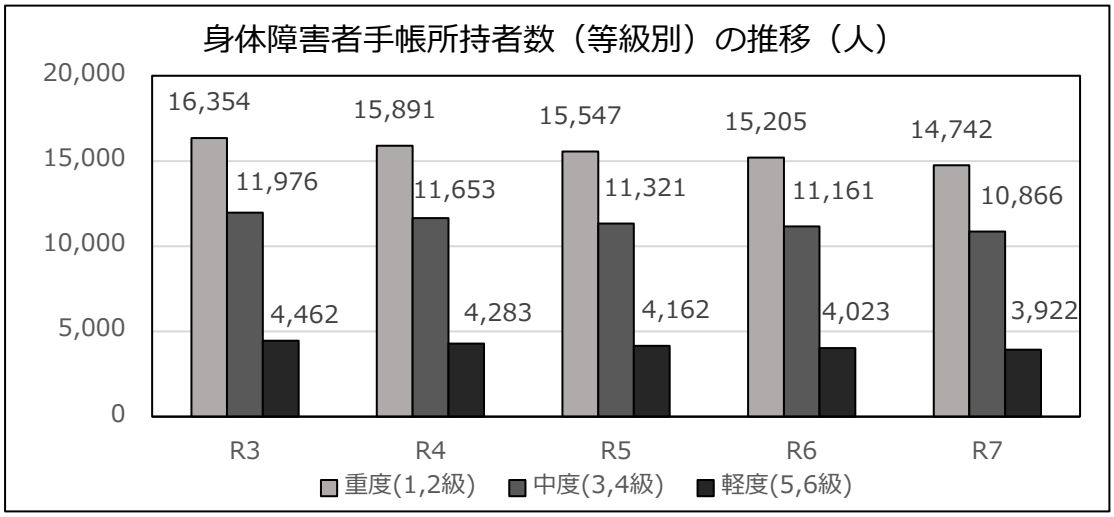
○　障がい者（児）が必要な支援を受けながら地域で安心して暮らせるよう、障がい福祉サービス等の支援体制の充実を図ります。

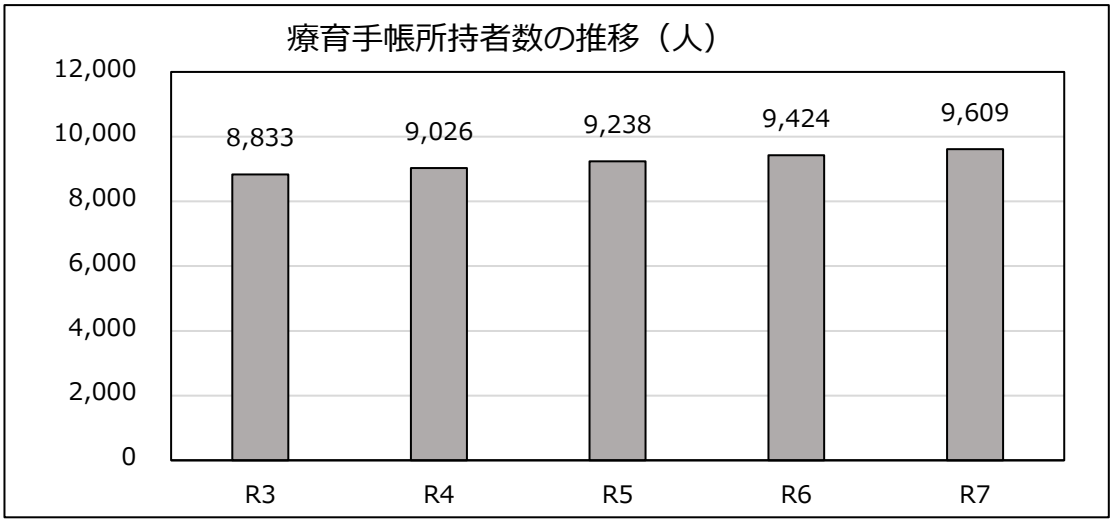
(2)現状と課題

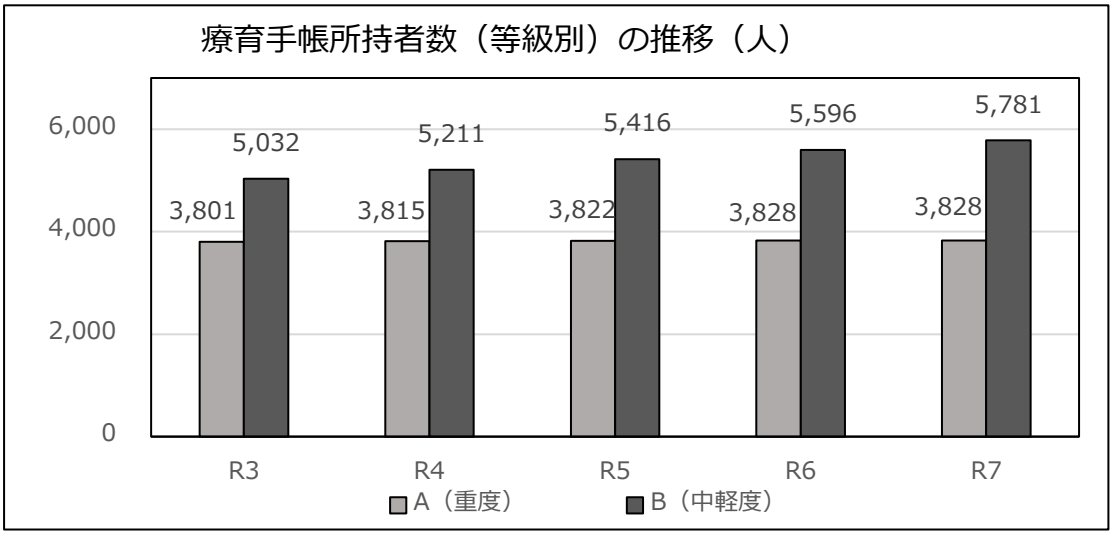
①障がい者（児）の状況

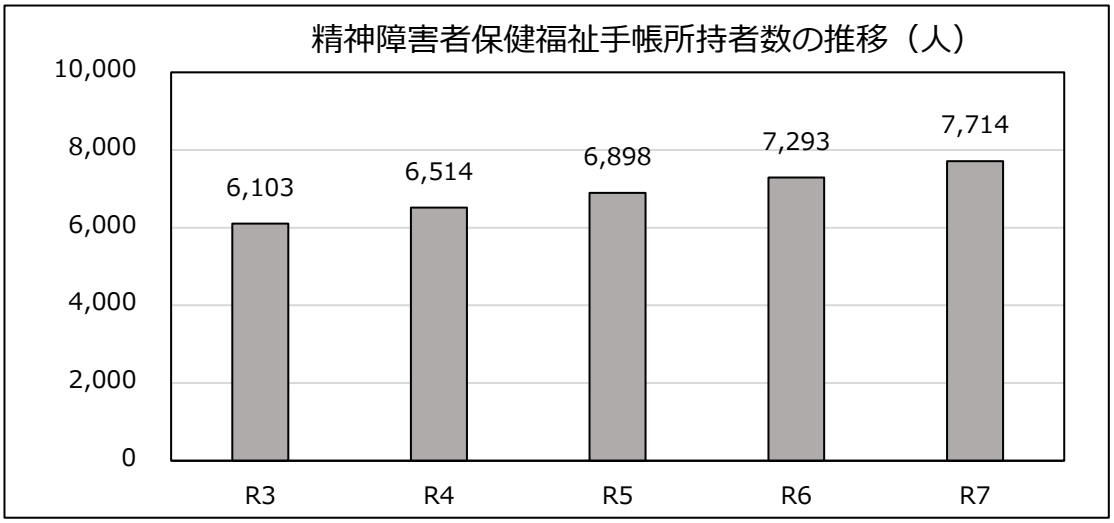
令和８年３月末現在、本県の障がい者数は身体障がい者（児）（身体障害者手帳所持者）が 29,530 人、知的障がい者（児）（療育手帳所持者）が 9,609 人、精神障がい者（精神障害者保健福祉手帳所持者）が 7,714 人となっており、身体障がい者数は減少傾向に、知的障がい者及び精神障がい者数は増加傾向にあります。

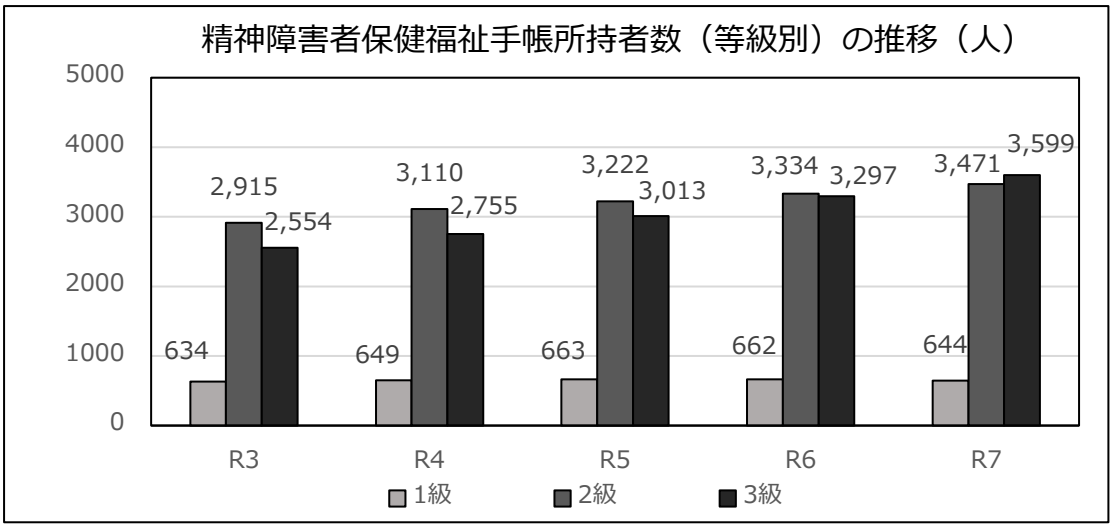





療育手帳所持者数の推移（人）
12,000
10,000
8,000
6,000
4,000
2,000
0
8,833
9,026
9,238
9,424
9,609
R3
R4
R5
R6
R7


療育手帳所持者数（等級別）の推移（人）
6,000
4,000
2,000
0
3,801
5,032
3,815
5,211
3,822
5,416
3,828
5,596
3,828
5,781
R3
R4
R5
R6
R7
A（重度）
B（中軽度）


精神障害者保健福祉手帳所持者数の推移（人）
10,000
8,000
6,000
4,000
2,000
0
6,103
6,514
6,898
7,293
7,714
R3
R4
R5
R6
R7



②保健・医療の充実

障がい者にとって、医療・リハビリテーションの充実は、病気の治癒だけでなく、障がいの軽減を図り、社会参加や自立を促進させるには不可欠です。

また、定期的な医学管理を必要とする障がい者の増加や、障がいに伴う二次障がいの予防に対応するためにも、障がい者の健康管理や医療の充実を図るための施策を進める必要があります。

③障がいの原因となる疾病等の予防・治療

障がいには、先天的な障がいと疾病や交通事故、労働災害等の後遺症による後天的な障がいがありますが、先天的な障がいを防止するためには、障がいの実態と原因の把握に努めるとともに、ライフサイクルの出発点である周産期医療や母子保健活動の一層の充実に努める必要があります。

後天的障がいは、脳卒中、あるいは骨折等に起因することが多く、その原因となる高血圧症、脂質異常症、心疾患、骨粗しょう症等の生活習慣病を予防するため、健康診査、保健指導等を実施しています。

日常の生活習慣改善を図るため、保健サービスの一層の充実を図るとともに、介護予防事業との連携により、寝たきりの原因となる生活機能低下の早期把握の取組を推進する必要があります。

④自立した生活の支援

ア　障がい福祉サービスの充実

障がいの有無にかかわらず、全ての県民が互いに人格と個性を尊重し、活躍できる徳島づくりを実現するため、障がい者（児）が必要とする障がい福祉サービスその他の支援を受けつつ、自立と社会参加を図っていくことを基本として、障がい福祉サービス等及び障がい児通所支援等の提供体制の整備を進める必要があります。

イ　障がいのある子どもに対する支援の充実

障がい児支援にあたっては、児童福祉法及び子ども・子育て支援法の理念の下、教育、保育等の関係機関とも連携を図った上で、障がい児及びその家族に対して、乳幼児期から成人期まで一貫した効果的な支援を身近な場所で提供する体制の構築を図るとともに、年齢や障がい特性に応じた専門的な支援が提供されるよう質の確保を図る必要があります。

(3)施策の方向

本県においては、障害者基本法に基づく「障がい者計画」並びに障害者総合支援法及び児童福祉法に基づき障がい福祉サービス及び児童通所支援等の見込量を掲げた「障がい福祉計画」及び「障がい児福祉計画」を一体化するとともに、平成 28 年 4 月に施行した「障がいのある人もない人も暮らしやすい徳島づくり条例」の実施計画として位置付けた「徳島県障がい者施策基本計画」を令和 6 年 3 月（令和 9 年 3 月に見直し）に策定したところであり、今後、本計画に基づき障がい者（児）施策の総合的かつ計画的な推進を図って参ります。

①保健・医療の充実等

○　障がい者が身近な地域で必要な医療やリハビリテーションを受けられるよう、地域医療体制等の充実を図ります。その際、特に、高齢化等による障がいの重度化・重複化の予防及びその対応に留意します。

○　障害者総合支援法に基づき、自立した日常生活又は社会生活を営むために必要な医療について、自立支援医療（育成医療、更生医療、精神通院医療）による医療費の助成を行います。また、重度心身障がい者（児）に対する医療費等の助成を行います。

○　障がい者の健康の保持・増進を図るため、福祉サービスと連携した保健サービスの提供体制の充実を図ります。また、障がいに起因して合併しやすい疾患、外傷、感染症等の予防と、これらを合併した際の障がい及び合併症に対して適切な医療の確保を図ります。

○　定期的に歯科検診や歯科医療を受けることが困難な障がい者に対し、障がい者歯科診療事業や障がい者施設等巡回歯科検診事業を実施し、歯科疾患の予防等による口腔の健康の保持・増進を図る取組を進めます。

○　精神障がい者が地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、「精神障がいにも対応した地域包括ケアシステム」の構築を進めます。

○　精神障がい者の地域への円滑な移行・定着を進められるよう、精神障がい者の退院後の支援に係る取組を行います。

②障がいの原因となる疾病等の予防・治療

○　妊婦健康診査、産婦健康診査、乳幼児に対する健康診査及び児童に対する健康診断、保健指導の適切な実施、周産期医療・小児医療体制の充実等を図るとともに、これらの機会の活用により、疾病等の早期発見及び治療、早期療養を図ります。また、障がいの早期発見と早期療育を図るため、療育に知見と経験を有する医療・福祉の専門職の確保を図ります。

○　糖尿病等の生活習慣病を予防するとともに合併症の発症や症状の進展等を予防するため、栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣の改善による健康の増進、医療連携体制の推進、健康診査・保健指導の実施等に取り組みます。
○　疾患、外傷等に対して適切な治療を行うため、専門医療機関、身近な地域における医療機関及び在宅における医療の提供体制の充実、保健所、精神保健福祉センター、こども女性相談センター、市町村等による保健サービス等の提供体制の充実及びこれらの連携を促進します。

③自立した生活の支援

障がいの有無にかかわらず、県民が互いに人格と個性を尊重し、安全かつ安心に暮らすことのできる地域共生社会の実現に寄与するため、障がい者の地域生活への移行を一層推進し、障がい者が必要なときに必要な場所で、地域の実情に即した適切な支援を受けられるよう取組を進めていきます。

また、障がい者及び障がいのある子どもが、基本的人権を享有する個人としての尊厳にふさわしい日常生活又は社会生活を営むことができるよう、在宅サービスの量的及び質的な充実、障がいのある子どもへの支援の充実、障がい福祉サービスの質の向上、障がい福祉の人材育成及び確保等に着実に取り組んでいきます。

ア　在宅サービスの充実

障がい者の主体的な生活を支援するため、居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護などの在宅サービス提供体制の充実を図ります。

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、精神障がい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。

イ　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がい者を支援するため、生活介護及び療養介護サービスの実施を支援するとともに、障がい者の自立を促進するため、生活の改善、身体機能の向上等の自立訓練サービスの実施を支援し、日常生活能力の向上を図ります。

また、障がい者の介護が、家族の急病などにより、一時的に困難になった場合等に対応するため、短期入所事業（ショートステイ）の実施を支援します。

ウ　居住系サービス及び地域生活支援の充実

○グループホーム等の充実

家庭事情や住宅事情等の理由で日常生活の援助を必要とする障がい者を支援するため、また、地域での生活を希望する施設入所者や、精神科病院入院者の地域での自立生活を支援するため、グループホーム等の整備が促進されるよう配慮します。

○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。

○地域生活支援拠点等の整備

障がい者の地域での生活を支援する機能（相談、体験の機会・場、専門人材の確保・養成等）を担う「地域生活支援拠点等」の市町村における整備を支援します。また、好事例の紹介や課題の共有等、必要な支援を行い、地域生活支援拠点等の機能の充実を図ります。

エ　障がいのある子どもに対する支援の充実

「障がい児通所支援」及び「障がい児入所支援」を、障がい児支援の両輪として相互に連携させるため、「障がい児通所支援」の広域的な調整及び「障がい児入所支援」の体制整備の双方の観点から一体的に進めていきます。

○地域支援体制の構築

・障がい児に対する各種施策が体系的かつ円滑に実施されるよう、こども女性相談センターや発達障がい者総合支援センター、保健所等の専門機関との連携を図りながら、市町村に対して広域的・専門的な支援を行います。

・障がい児には、日常生活に必要な基本的な生活習慣や諸機能の向上、団体生活への適応を図るために、訪問や外来による療育指導等を行う「徳島県障がい児等療育支援事業」を実施します。

○発達障がい児者に対する支援

・発達障がい者総合支援センター（ハナミズキ・アイリス）を拠点として、発達障がい児者やその家族への総合的な支援を進めます。

・発達障がいは、早期発見・早期支援が重要であることから、身近な地域において必要な支援を受けられるよう、切れ目のない支援体制整備の充実を図ります。

○重症心身障がい児に対する支援

・重症心身障がい児が身近な地域にある「児童発達支援」や「放課後等デイサービス」等を受けられるよう、地域における課題の整理や地域資源の開発を行いながら、支援体制の充実を図ります。

○医療的ケア児等に対する支援体制の充実

・日常生活及び社会生活を営むために恒常的に医療的ケアを受けることが不可欠な児者及び重症心身障がい児者（医療的ケア児等）が、身近な地域で必要な支援を受けられるよう、支援体制の充実を図ります。

・心身の状況に応じた保健、医療、障がい福祉、保育、教育等の各関連分野の支援が受けられるよう、保健所、病院・診療所、訪問看護ステーション、障がい福祉サービス事業所、障がい児通所支援事業所、入所施設、相談支援事業所、保育所、学校等の関係者が連携し、各関連分野が共通の理解に基づき協働する総合的な支援体制を構築します。

・医療的ケア児等に対する総合的な支援体制の構築に向けて、関連分野の支援を調整するコーディネーターとして養成された相談支援専門員等の配置について、市町村の取組を促進します。

・医療的ケア児等と家族が地域で安心して生活できるよう、「徳島県医療的ケア児等支援センター」を中心に、相談支援体制の充実や関係機関との連携を推進します。

○強度行動障がいや高次脳機能障がいを有する障がい児者に対する支援体制の充実

・強度行動障がいや高次脳機能障がいを有する障がい児に対して、支援ニーズの把握に努め、通所支援等において適切な支援ができるよう、専門的人材の育成を図ります。

○虐待を受けた障がい児に対する支援

・障がい児入所施設における小規模なグループによる療育や心理的ケアの提供、虐待等による心理的外傷を治癒するための指導を実施する心理療法の担当職員の配置に係る加算制度の周知を図り、支援体制の整備を進めます。

・こども女性相談センターと障がい児入所施設との連携により、必要な心理的ケアを受けることのできる体制づくりを進めます。

オ　障がい児相談支援の提供体制の確保

障がい児の相談支援を行う相談支援従事者は、障がいの疑いがある段階から障がい児本人やその家族に対する継続的な相談を行うとともに、支援を行うに当たって関係機関をつなぐ中心となる重要な役割を担うことから、その質の確保及び向上を図りながら、支援の提供体制の構築を図ります。

7　結核・感染症対策（新興感染症発生・まん延時に係るものを除く）

(1)基本的な考え方

①結核・感染症

感染症を取り巻く環境は近年著しく変化しておりますが、なかでも新型コロナウイルス感染症は、令和元年 12 月末に中国・武漢市において初めて患者が確認されて以降、世界的な大流行となり、公衆衛生のみならず、経済、社会全体に、大きな影響を与えたところです。

また、本県においては、国際化の推進とともに増加の懸念される輸入感染症対策が喫緊の課題となっています。

なかでも、デング熱等蚊媒介感染症や、エボラ出血熱、中東呼吸器症候群（MERS）等の新たな感染症、これまで制圧したと考えられていたマラリア、コレラ等の再興感染症、鳥インフルエンザや新型インフルエンザへの対処などの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、事前対応型の行政として取り組むとともに、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。

(2)現状と課題

①結核

徳島県における結核の指標は、令和 7 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 10.5（全国平均 8.0）であり、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 7.3（全国平均　5.3）となっています。

令和 7 年の年間新規登録患者数は 71 人で 5 年前（令和 2 年）と比べると 26 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）」を国の「結核に関する特定感染症予防指針」に合わせて改定しており、本県の罹患状況を分析するとともに、接触者健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、患者の高齢化に伴い、合併症に係る治療の多様化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通知に基づく算定によると 27 床となります。現在の病床数は 29 床と過剰となっていますが、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を踏まえ、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　（令和８年４月１日現在）

種別	医療圏	医療機関名	病床数
第二種（結核病床）	東部	県立中央病院	５床
		とくしま医療センター東病院	１２床
	南部	県立海部病院	４床
	西部	県立三好病院	8床
合計			２９床

②感染症

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（以下「感染症法」という。）が、平成 20 年 6 月に改正され、「新型インフルエンザ等感染症」が新たな感染症の類型として位置付けられました。

平成 21 年 4 月には、新型インフルエンザ(A/H1N1 2009)が世界的大流行となりましたが、この経験を踏まえ、高病原性鳥インフルエンザ(H5N1)の世界的流行や散発的なヒトへの感染発生から、新たな新型インフルエンザに対して、病原性や感染力に応じた柔軟な対応ができるよう、法的根拠を明確にするため、平成 25 年 4 月に「新型インフルエンザ等対策特別措置法（以下「特措法」という。）」が施行され、特措法に基づく「新型インフルエンザ対策政府行動計画」や県で策定する「徳島県新型インフルエンザ等対策行動計画」等により対応を進めています。

また、平成 26 年には、新たに鳥インフルエンザ(H7N9)や中東呼吸器症候群(MERS)が二類感染症へ追加されるとともに、感染症の患者等に対して検体の採取等、医療機関に対して検体の提出等を要請する制度を創設するための改正が行われました。

そして、令和元年度から 3 年にわたる世界的な大流行となった新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえ、令和 4 年に、国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがある新興感染症発生・まん延時の医療提供体制を構築するための医療措置協定制度の創設をはじめ、各種改正が行われました。

また、新型コロナウイルス感染症の他、エボラ出血熱、中東呼吸器症候群（MERS）等の新興感染症や平成 27 年 3 月に排除国となって以降も国内で集団感染等が発生している麻しん等の再興感染症、マダニが媒介する感染症である重症熱性血小板減少症候群（SFTS)や日本紅斑熱、蚊が媒介するデング熱やジカウイルス感染症、マラリアなど、さまざまな感染症が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や関係機関との連携強化等による地域の実情に即した体制の構築、さらには、災害時の感染症対策、他府県との情報共有やワクチンの確保など、さまざまな観点による感染症対策が必要になります。

エイズについては、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。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、近年増加傾向にある梅毒を始めとする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。

肝炎（Ｂ型・Ｃ型）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、「徳島県肝炎対策推進計画」に基づき、更に正しい知識の普及、検査未受診者の解消、診療体制の整備等を図っていく必要があります。

また、感染症の発生情報の正確な把握と分析、その結果の的確な提供・公開のため実施している、感染症発生動向調査事業については、状況に応じ迅速に対応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。

●県内の感染症病床の状況　（令和８年４月１日現在）

種別	医療圏	医療機関名	指定病床数
第一種	－	徳島大学病院	２床
第二種	東　部	徳島大学病院	６床
		県立中央病院	５床
		とくしま医療センター東病院	８床
	南　部	県立海部病院	４床
	西　部	県立三好病院	６床
合計			３１床

●感染症発生届出数

区分	感染症名	R2年	R3年	R4年	R5年	R6年	R7年
三類	腸管出血性大腸菌感染症	17	19	19	11	19	13
四類	E型肝炎						1
	日本紅斑熱	7	10	13	7	8	14
	レジオネラ症	21	23	17	14	23	13
	A型肝炎	1		1		1	1
	つつが虫病	3		2	2		
	重症熱性血小板減少症候群		3	1	4		3
	ライム病				1		
五類	アメーバ赤痢	1	2	2	1	3	6
	カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症	7	13	11	1	10	5
	急性脳炎		1			5	4
	バンコマイシン耐性腸球菌感染症	1					
	クロイツフェルト・ヤコブ病	2	3		2	1	1
	後天性免疫不全症候群	3	4	4	2	5	7
	梅毒	23	21	67	78	67	29
	破傷風	1	4	1	2		
	麻しん						1
	ウイルス性肝炎(E型・A型除く)	1		1	2	1	1
	劇症型溶血性レンサ球菌感染症	2		2	5	8	9
	侵襲性髄膜炎菌感染症	1					
	侵襲性インフルエンザ菌感染症	5	3	2	1	3	3
	侵襲性肺炎球菌感染症	7	6	5	2	13	13
	水痘（入院例）	3	4	1			
	播種性クリプトコックス症	2	4	2		5	2
	百日咳※２	3	43	67	78	42	928

（注）一類・二類感染症（結核を除く）については発生なし。
三類～五類感染症について全数把握対象のうち、届出のあったものについてのみ掲載。
新型コロナウイルス感染症については、除いている。
※１　平成 30 年５月１日(2018)より全数把握対象感染症へ指定された。
※２　平成 30 年１月１日(2018)より全数把握対象感染症へ指定された。

(3)施策の方向

①結核

ア　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、施設、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。

イ　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、接触者健診の強化や感染症発生動向調査の活用等により、情報の的確かつ迅速な入手に努めるとともに、地域連携パス等を活用し、自宅療養中の結核患者の服薬管理の徹底を図ります。

ウ　結核病床の確保

地域性等を考慮した適切な整備を推進します。

②感染症

ア　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、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や地域保健法第 21 条第 1 項において規定されている、感染症のまん延等の健康危機が発生した場合に保健所等の業務を支援する地域の保健師等の地域保健の専門的知識を有する者（IHEAT 要員）の活動等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するとともに、関係機関による訓練を実施するなど、実行するための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９万８千７００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。

イ　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、感染症の患者等の人権を尊重しつつ、医療機関や市町村等の関係機関への正確な情報の提供を推進します。また、第一種・第二種感染症指定医療機関の整備を推進し、感染症病床の確保を図るとともに、各市町村と連携のもと感染症予防のための予防接種の推進及び予防接種広域化の充実を図ります。

さらに早期発見、早期治療に繋げるため、デング熱等輸入感染症、肝炎、エイズ、梅毒等の正しい知識の普及啓発、相談・検査体制、治療のための医療機関のネットワーク化を推進するとともに、動物由来感染症対策として、医師・獣医師、行政等の連携による One Health（ワンヘルス）の観点から取組を推進します。

8　難病対策

(1)基本的な考え方

難病とは、発病の機構が明らかでなく、かつ治療法が確立していない希少な疾病であって、患者は当該疾病にかかることにより長期にわたり療養を必要とすることから、病気に対する不安感と同時に生涯にわたる医療費負担についても懸念が生じることになります。

このため、難病対策では、これらの困難を解消し、難病にかかっても質の高い療養生活を送り、地域で尊厳を持って生きられるよう、難病に罹患した患者・家族を支援していくことが求められており、保健、医療、福祉、就労支援等、総合的な対策が必要です。

徳島県では、これまで、患者・家族の経済的負担及び精神的負担の軽減を図り、患者・家族の生活の質(ＱＯＬ)の向上を基本として総合的な保健医療福祉施策を推進するとともに、地域における保健医療福祉の充実に努めてきました。また、毎年６月を「難病対策普及啓発月間」に設定し、広く難病に関する理解の促進・知識の普及啓発を行ってきました。

(2)現状と課題

①現状

難病とは、①発病の機構が明らかでなく、②治療方法が確立していない、③希少な疾病であって、④長期の療養を必要とする疾病を指します。さらに、⑤患者数が本邦において一定の人数(人口の約 0.1%程度）に達しないこと及び⑥客観的な診断基準(又はそれに準ずるもの）が定まっていること、の全てを満たすものについては、「指定難病」に指定され、医療費の助成や難病の医療に関する調査及び研究が推進されています。令和８年９月１日現在で、指定難病は、348 疾病となっています。

また、小児慢性特定疾病（令和８年９月１日、801 疾病）、スモン等の特定疾患治療研究事業、先天性血液凝固因子障害等についても医療費の公費負担の対象としています。

難病は、長期にわたって療養が続くだけでなく、その特殊性・希少性から、難病患者及びその家族にとっては心身の負担が大きいものです。そこで、平成９年度から各保健所において、難病患者及びその家族の抱える保健・医療・福祉に係る問題に対応するため、医療相談会、訪問指導及び難病対策推進会議等を実施し支援を進めています。

また、平成 12 年度から在宅難病患者の適切な医療の確保及び療養支援体制の構築のための難病医療ネットワーク事業、平成 17 年度から地域で生活する難病患者等の日常生活における相談・支援、地域交流活動の促進及び就労支援等を行う難病相談・支援センター事業がそれぞれ開始されました。

なお、障害者総合支援法が平成 25 年４月１日から施行されたことにともない、「制度の谷間」を埋めるべく、障がい者の範囲に難病等が加えられ、同法に定める障がい福祉サービスの利用が可能となりました。

②課題

難病は、その患者数が少ないために、難病に関する知識を持った人材が乏しく、発症してから確定診断までに時間を要することから、できる限り早期に正しい判断ができる体制を構築するとともに、診断後は、正しい知識をもった人材を養成することを通じて、身近な医療機関において、適切な医療を受けられる体制の整備が求められています。

また、その希少性、多様性のために他者から理解が得にくいほか、療養が長期に及ぶこと等により、難病患者の生活上での不安が大きいことを踏まえ、災害時における避難体制の充実など、難病患者が住み慣れた地域において、安心して暮らせるよう、保健、医療、介護等多方面から支えるネットワークの構築を図る必要があります。

●難病医療拠点・協力病院一覧　（令和８年４月１日現在）

医療圏	医療機関名	拠点病院	協力病院	指定年月
東　部	徳島大学病院	○※１		平成12年11月
	徳島県鳴門病院		○	平成12年11月
	徳島市民病院		○	平成12年11月
	徳島県立中央病院		○	平成12年11月
	伊月病院		○	平成19年４月
	博愛記念病院		○	平成24年６月
	国立病院機構とくしま医療センター西病院	○※２		平成12年11月
	吉野川医療センター		○	平成12年11月
南　部	徳島赤十字病院		○	平成12年11月
	阿南医療センター		○	平成12年11月
	徳島県立海部病院		○	平成12年11月
西　部	つるぎ町立半田病院		○	平成12年11月
	徳島県立三好病院		○	平成12年11月
	三好市国民健康保険市立三野病院		○	平成19年４月
合計		2	１２	

※１　難病診療連携拠点病院　※２　難病診療分野別拠点病院

(3)施策の方向

①難病相談支援センター事業

治療困難な専門性の高い医療への対応、患者のニーズにあわせたきめ細やかな相談の強化を図るため、難病医療の中核となる徳島大学病院に、医師、難病相談員を設置し、関係機関に対し専門的な助言指導に取り組むとともに、「適切な医療の提供」と患者目線での「きめ細やかな支援」に重点を置いた本県独自の「難病相談支援センター」を構築しています。

「徳島大学病院、とくしま医療センター西病院」には、指定医の診療レベルの向上等を担う専門医療特化型の相談機能を、患者支援団体「とくしま難病支援ネットワーク」には、患者や家族自らが療養生活等の相談に応じる相互支援型の相談機能を、「保健所」には、地域の関係機関が一体となり課題解決に取り組む地域密着型の相談機能を担い、「県健康寿命推進課」が各相談機能の総合調整を行い、普及啓発を行うことで、徳島県の難病相談支援体制の充実を図ります。（徳島県難病相談支援センター連携図＝別図）

在宅の難病患者に適切な相談・支援が行えるよう、県健康寿命推進課、保健所をはじめ、難病診療連携拠点や協力病院、ハローワークなどによる連携会議を開催し、関係機関の連携体制を強化し、医療及び日常生活に係る相談に応じるとともに、各種情報を提供します。

「県民との協働事業」として、地域で生活する難病患者やその家族等が抱えている様々な悩みや不安の解消を図るため、難病患者支援活動団体と協働して、幅広い疾患に対応できる相談会を実施し、また、難病患者支援活動団体による当事者相談会（ピアカウンセリング）を同時開催することにより、きめ細やかな支援対策を推進します。さらに、難病ピア相談員養成事業を実施し、「徳島県難病ピア相談員」の認定を行うなど、難病患者やその家族、当事者家族会等の自助グループが自主的な活動を行い、難病ピアカウンセラーとして自立できる基盤を整備していきます。

②難病患者地域支援対策推進事業

患者等の療養上の不安解消を図るとともに、きめ細かな支援が必要な要支援難病患者（難病を主な要因とする身体の機能障がいや長期安静の必要から日常生活に著しい支障がある在宅の難病患者で、保健、医療及び福祉の分野にわたる総合的なサービスの提供を要する患者）に対する適切な在宅療養支援が行えるよう、保健所を中心として、地域の医療機関等の関係機関との連携の下、在宅療養支援計画の策定・評価や訪問相談等を実施し、難病患者の地域支援を推進します。

ア　在宅療養支援計画策定・評価事業

要支援難病患者に対し、個々の患者等の状態に応じて、きめ細かな支援を行うため、対象患者別の在宅療養支援計画等を作成し、各種サービスの適切な提供を行います。また、当支援計画については、適宜、評価を行い、その改善を図ります。

イ　訪問相談員育成事業

要支援難病患者やその家族に対する、療養生活を支援するための相談、指導、助言等を行う訪問相談員の確保と質の向上を図るため、保健師、看護師等の育成を行います。

ウ　訪問相談・指導事業

要支援難病患者やその家族が抱える日常生活上及び療養上の悩みに対する相談や在宅療養に必要な医学的指導を行うため、患者等のプライバシーに配慮しつつ、保健師や看護師等による訪問相談・指導事業を実施します。

エ　医療相談事業

難病患者等の療養上の不安の解消を図るため、難病に関する専門の医師、看護師、栄養士等による医療や介護、福祉サービス相談を実施します。

オ　難病・小児慢性特定疾病対策地域協議会の開催

難病法第 32 条に規定する難病対策地域協議会を平成 27 年度に設置しており、地域における難病の患者への支援体制に関する課題について情報を共有し、地域の実情に応じた体制整備について協議を行い、解決を図ります。児童福祉法改正に伴い、令和 6 年度から小児慢性特定疾病についても協議を行っています。

カ　難病患者の社会参加

移動が困難な難病患者が社会参加できるよう、遠隔操作が可能なロボットを用いた社会参加のモデル事業の実施等、患者や家族、支援者と連携して、難病患者の社会参加を推進します。

③難病医療提供体制整備事業

できる限り早期に正しい診断ができ、診断後はより身近な医療機関で適切な医療を受けることができ、また地域で安心して療養しながら暮らしを続けていくことができるよう医療支援体制を整備するとともに、入院治療が必要となった重症難病患者（病状の悪化等の理由により、居宅での療養が極めて困難な状況となった難病患者をいう。）に対し、適時に適切な入院施設の確保等が行えるよう、地域の医療機関の連携による難病医療体制の整備を図ります。

また、在宅で療養中の難病患者が、介護者の休息（レスパイト）等の理由により、一時的に在宅での療養が困難になった場合、県が契約した医療機関に一時的に入院することができるように調整します。

ア　難病医療連絡協議会の設置

地域における重症難病患者の受入を円滑に行うための基本となる拠点病院及び協力病院の連携協力関係の構築を図るため、医療機関、保健所、関係市区町村等の関係者によって構成される難病医療連絡協議会を設置し、難病医療の確保に関する関係機関との連絡調整を行います。

イ　難病診療連携拠点病院等

難病診療連携拠点病院、難病診療分野別拠点病院は、難病医療協力病院等と協力して地域における難病医療体制の拠点的機能を担う病院として、相談連絡窓口を設置し、県内の医療機関又は県外の難病診療連携拠点病院等からの要請に応じて、高度の医療を要する患者の受け入れや、地域の医療機関、難病患者を受け入れている福祉施設等からの要請に応じて、医学的な指導・助言を行います。

難病診療連携拠点病院は徳島大学病院、難病診療分野別拠点病院はとくしま医療センター西病院が指定されています。

ウ　難病医療協力病院

難病医療協力病院は、難病医療連絡協議会及び難病診療連携拠点病院等と協力し、要請に応じて、患者の受け入れを行うことや、確定が困難な難病患者を難病診療連携拠点病院等へ照会するなど、また地域において難病患者を受け入れている福祉施設等からの要請に応じて、医学的な指導・助言を行うとともに、患者の受け入れを行います。

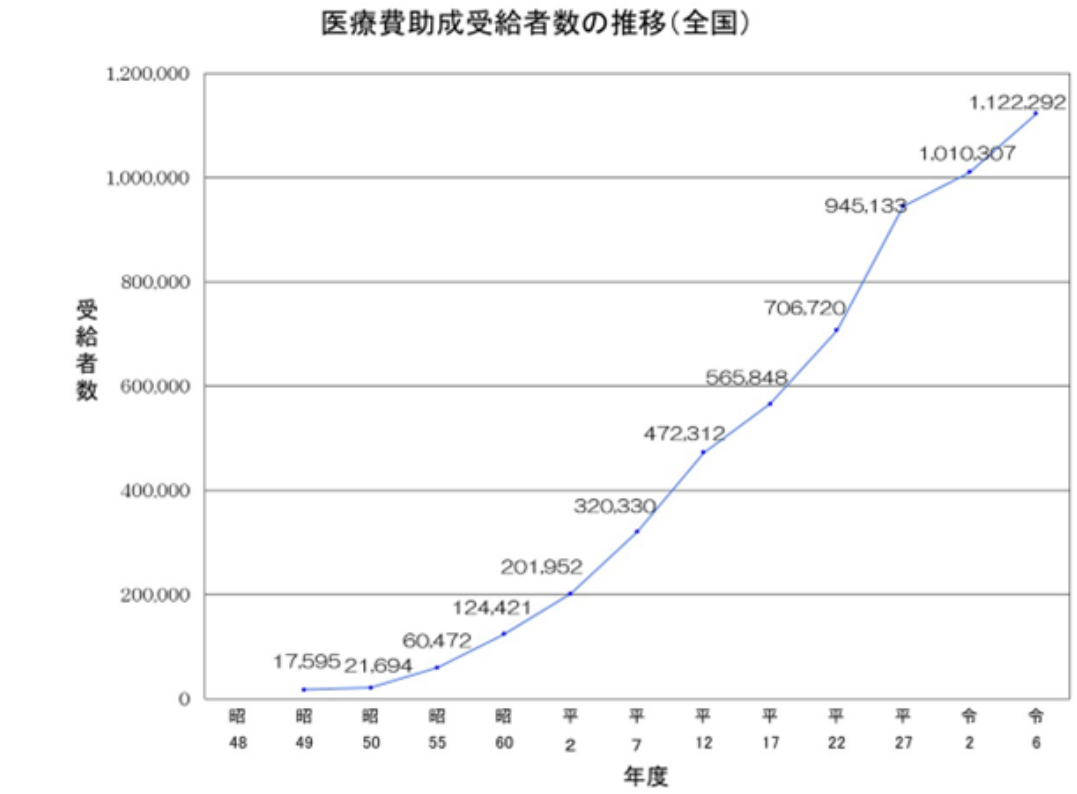
④災害時の難病患者に対する支援

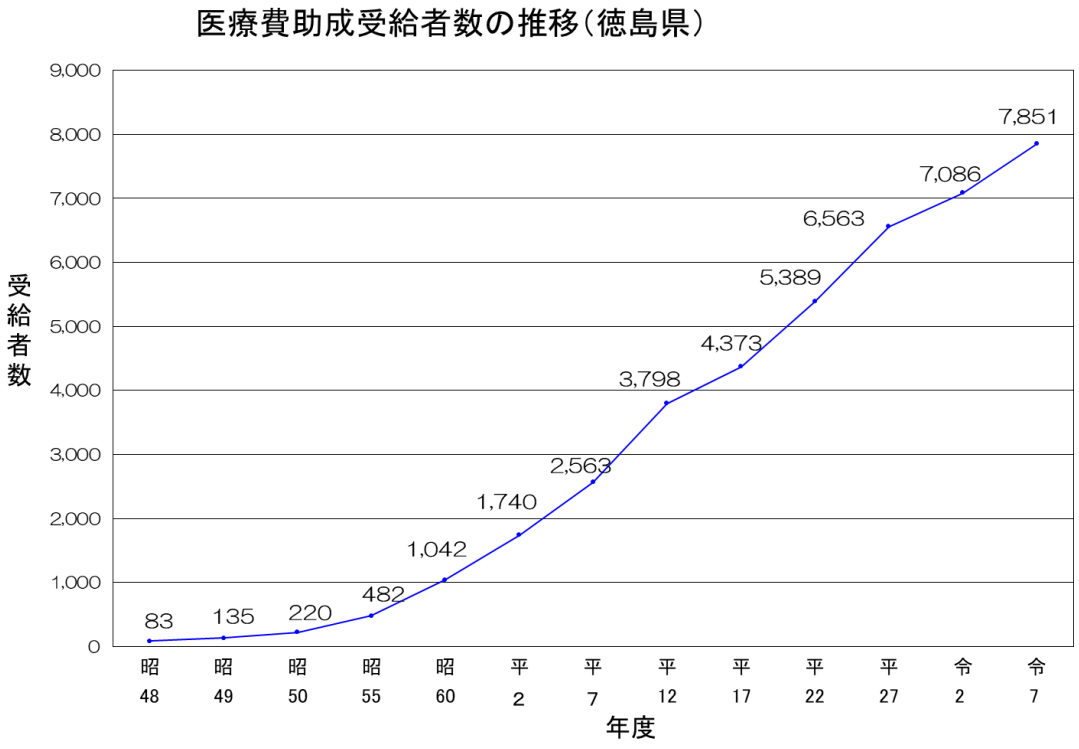
災害時等の停電時における電源確保のため、難病診療分野別拠点病院であるとくしま医療センター西病院とかかりつけ医の連携により、在宅で人工呼吸療法を受けている難病患者に対し自家発電機等の配備支援を行うとともに、患者支援団体と共同で作成・配付した「とくしま災害支援手帳」及び重症難病患者を対象とした災害避難訓練を行うことにより、患者や家族が、平時から災害時への備えや災害時に適切な対応を行うことができるよう、防災意識の啓発、災害対応能力の強化に取り組みます。

また、県（保健所）、市町村、患者や家族、医療・介護従事者、消防関係者

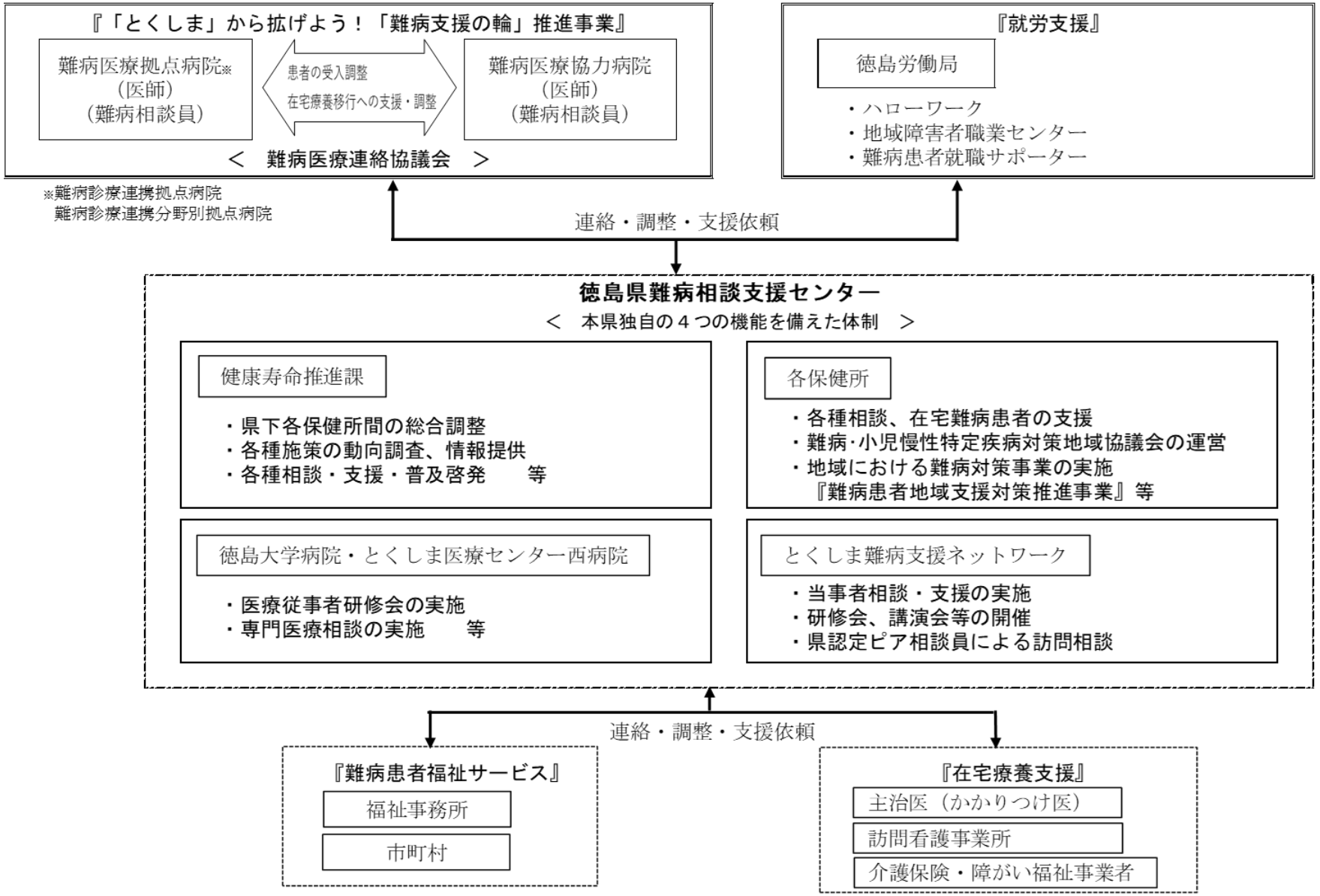
等の支援者と連携し、人工呼吸器利用者等の難病患者（避難行動要支援者）について、個別避難計画の策定を進めます。

●医療費助成受給者数の推移





徳島県難病相談支援センター連携図



9　臓器移植対策

(1)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眼球の提供に加え、脳死下での心臓、肺、肝臓、腎臓、膵臓、小腸及び眼球の提供が可能になりました。

心臓、肝臓、肺、腎臓などの臓器が機能しなくなった場合の根治療法として臓器移植が行われています。

また、平成 21 年 7 月に「改正臓器移植法」が成立、公布され、平成 22 年 7 月から施行されています。

この法律の改正により、脳死下において、本人の意思が不明な場合でも、家族の承諾により臓器提供が可能となったことや、15 歳未満の臓器提供が可能となりました。

臓器移植には、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、「公益社団法人日本臓器移植ネットワーク」及び「公益財団法人とくしま移植医療推進財団」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				○	○		○

また、造血幹細胞移植については、平成 26 年 1 月施行の「移植に用いる造血幹細胞の適切な提供の推進に関する法律」に基づき、造血幹細胞移植の円滑かつ適正な実施が図られています。同法に定める造血幹細胞提供支援機関として日本赤十字社が指定され、情報管理や普及啓発等を行っています。

特に骨髄等移植の推進については、「公益財団法人日本骨髄バンク」が、普及啓発によるドナー登録の推進やドナーと移植を希望する患者とのコーディネート等を行っています。

(2)現状と課題

①課題

ア　脳死下での臓器提供は、①本人の生前の書面による意思表示があり、家族が拒否しない又は家族がいない場合、又は、②本人の意思が不明であり、書面による家族の承諾がある場合に臓器提供が可能となっています。（15 歳未満の小児を含む。）

イ　脳死ドナーからの臓器移植は、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。

●移植希望登録者数（令和７年７月 31 日現在）

心臓	肺	肝臓	腎臓	膵臓	小腸	計
778	633	643	15,100	129	10	17,293

資料：（公社）日本臓器移植ネットワーク

ウ　一方、心停止ドナーからの腎臓及び眼球の提供については、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、臓器提供数が減少の傾向にあります。臓器移植法改正により、臓器提供総数における脳死下臓器提供数の割合が増加したことが影響していると考えられます。

エ　臓器提供に関する意思表示について、内閣府が令和７年７月に実施した臓器移植に関する世論調査では、「仮に家族が意思表示をしていた場合、その意思を尊重する」と答えた人は 92.1%である一方で、「意思表示をしていて、意思表示したことを家族や親しい人に話している」と答えた者の割合は 9.7%に留まります。また、本人の意思が分からない場合、家族として臓器提供の承諾をすることに負担を感じる人の割合も 85.0%と高く、臓器提供の意思表示や家族との対話の大切さについて、一層の理解を進める必要があります。

②現状

ア　眼球（角膜）移植

県内では、公益財団法人徳島アイバンクを中心に移植医療が実施されています。

令和８年３月末の移植実績（徳島アイバンク設立以降の累計）は、県内献眼者 97 名からの献眼により 170 件の角膜移植を行ったほか、県外アイバンクからの提供角膜により 20 件、輸入角膜により 425 件の角膜移植を実施しています。

なお、献眼累計登録者数は 3,691 人、角膜移植希望登録者数は 11 人です。

イ　腎臓移植

県内には、令和６年 12 月末現在、2,732 人、全国では 337,414 人（日本透析学会「わが国の慢性透析療法の現況」より）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、県内では、平成９年 10 月の臓器移植法施行から令和７年 12 月末までに 27 例の腎臓移植が行われており、現在は徳島大学病院、川島病院の２病院が腎臓移植実施施設となっています。

なお、令和７年 12 月末現在、本県の腎移植希望登録者数は 114 人となっています。

ウ　骨髄移植

本県では、骨髄バンクの普及啓発事業に取り組んでおり、平成 13 年度から県内６保健所すべてにドナー登録受付窓口を開設するとともに、献血会場でのドナー登録会の開催等により、骨髄バンクへの理解とドナー登録を呼びかけています。

また、ドナーが骨髄等を提供しやすいよう、令和３年度に「骨髄等移植ドナー支援事業」として、すべての市町村で骨髄等を提供したドナー

やドナーが勤める事業所に対する助成制度を設立し、市町村が助成した費用の一部を県が補助しています。

なお、公益財団法人日本骨髄バンクには、令和８年６月末時点、全国で 564,160 人のドナー登録者が登録されており（うち、本県内は 2,288 人）、患者は 1,785 人登録されていますが、ドナーと患者の HLA（白血球の型）が適合する確率は、非血縁者間では数百から数万分の１とされており、一人でも多くの患者さんを救うためには、一人でも多くの方にドナー登録をお願いしていく必要があることから、引き続き普及啓発とドナー登録の推進に努めます。

エ　さい帯血移植

「移植に用いる造血幹細胞の適切な提供の推進に関する法律」に基づく「臍帯血供給事業者」（公的さい帯血バンク）として厚生労働大臣の許可を受けた事業者は、令和８年８月時点、全国で６カ所あります。

四国には公的さい帯血バンク及び提携産科施設はありませんが、近隣では「特定非営利活動法人兵庫さい帯血バンク」や「日本赤十字社近畿さい帯血バンク」があり、臍帯血の凍結保存と移植を希望する患者への提供を行っています。

(3)施策の方向

①　県民が移植医療に関する理解を深め、「意思表示カード」をはじめとする臓器提供の意思表示の推進を図るため、街頭キャンペーンや普及啓発イベント等を関係団体と連携して実施し、普及啓発に努めます。



臓器提供意思表示カード

②　県の臓器移植コーディネーター、院内臓器移植コーディネーターと連携し、移植医療の推進に努めるとともに、各コーディネーターの養成と資質の向上に取り組みます。（令和８年４月現在、県臓器移植コーディネーター1 名、院内臓器移植コーディネーター15 病院 70 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　骨髄等移植については、関係機関と連携し、ドナー登録者、特に若年層ドナーの確保に向けた取組を実施します。

⑤　さい帯血移植については、関係機関と連携し、近隣のさい帯血バンクとの協力関係の推進を図ります。

(4)相談窓口

○公益社団法人日本臓器移植ネットワーク

〒１０８－００２２　東京都港区海岸３－２６－１　バーク芝浦１２階
電話　０１２０－７８－１０６９（お問い合わせ用フリーダイヤル）
　　０１２０－２２－０１４９（ドナー情報専用フリーダイヤル）

○公益財団法人とくしま移植医療推進財団
〒７７０－８５６５　徳島市幸町３丁目６１番地
電話　０８８－６２２－０２６４

○公益財団法人徳島アイバンク
〒７７０－００４２　徳島市蔵本町３丁目１５－１８
徳島大学大学院医師薬学研究部眼科学分野内
電話　０８８－６３３－７１６３

○公益財団法人日本骨髄バンク
〒１０１－００５４　東京都千代田区神田錦町３丁目１９番地
電話　０３－５２８０－１７８９

○日本赤十字社徳島県赤十字血液センター　献血ルーム アミコ
〒７７０－０８３４　徳島市元町１－２４
アミコビル３階
電話　０１２０－６８８－９５０

10　アレルギー疾患対策

(1)基本的な考え方

日本人人口の約 2 人に 1 人が何らかのアレルギー疾患に罹患しているといわれており、厚生労働省が実施している患者調査では、アレルギー疾患で医療機関を受診する患者数は近年増加傾向にあります。

こうした中、国においては、平成 27 年 12 月に施行された「アレルギー疾患対策基本法」に基づき、平成 29 年 3 月に、アレルギー疾患対策の総合的な推進を図るため、「アレルギー疾患対策の推進に係る基本的な指針（以下「基本指針」という。）」の厚生労働大臣告示が行われました。

この基本指針の中で、国民がその居住する地域に関わらず、適切なアレルギー疾患医療を等しく受けることができるよう、アレルギー疾患医療全体の質の向上を進めることが謳われており、平成 29 年 7 月の厚生労働省通知「都道府県におけるアレルギー疾患の医療提供体制の整備について」においても、診療所や一般病院における「かかりつけ医」と、「都道府県アレルギー疾患医療拠点病院（以下「拠点病院」という。）」による連携体制の整備や、「都道府県アレルギー疾患医療連絡協議会」を設置し、地域の実情に応じたアレルギー疾患対策を推進することが示されました。

さらに、令和 4 年 3 月に一部改正された基本指針では、医療従事者として「歯科医師」及び「管理栄養士」が明記され、アレルギー疾患医療に携わる医療従事者全体の知識の普及及び技能の向上がより一層推進されていることから、今後、本県においても、関係機関との連携のもと、誰もが正しい情報を入手でき、適切な医療が受けられるアレルギー疾患の医療提供体制の構築及び充実・強化が求められています。

(2)現状と課題

①アレルギー疾患の現状

アレルギー疾患は、疾患の特性から、生活環境に係る複合的な要因によって発症かつ重症化するケースもあり、患者にとって生活の質が著しく損なわれるなど、生活に多大な影響を及ぼすことが課題となります。

近年では、気管支ぜん息、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、アレルギー性結膜炎、花粉症、食物アレルギー等の「アレルギー疾患」は、国民の約半数が罹患していると言われており、本県においても増加傾向にあります。令和 2 年調査ではほぼ全てのアレルギー疾患について、平成 17 年以降で患者数が最多となりました。

●アレルギー関連疾患の患者数

区分	疾患名	H17	H20	H23	H26	H29	R2
徳島県	結膜炎	2	1	2	2	1	4
	アレルギー性鼻炎	3	3	2	5	4	9
	喘息	8	6	6	7	4	6
	アトピー性皮膚炎	1	1	2	2	3	6
全国	結膜炎	323	271	237	278	277	570
	アレルギー性鼻炎	446	512	557	663	658	1666
	喘息	1,092	888	1,045	1,177	1117	1796
	アトピー性皮膚炎	384	349	369	456	513	1253

患者調査（千人）：総患者数（徳島県及び全国），傷病小分類
※「結膜炎」、「喘息」については、アレルギー性以外も含む

②医療従事者の状況

本県で医療施設に従事する医師のうち、アレルギー科を診療科目とする医師は、全国よりも高い率で推移しており、令和 2 年人口 10 万当たりの人数は全国で 13 番目に多い状況です。

●人口 10 万対医療施設従事医師数（アレルギー科）*複数回答

	H16	H18	H20	H22	H24	H26	H28	H30	R2
徳島県	4.7	5.3	5.2	6.4	5.8	6.4	6.1	6.5	6.4
全国	4.2	4.7	4.9	5.3	5.4	5.7	5.1	5.2	5.4

資料：徳島県「徳島県保健・衛生統計年報」
厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

また、本県における日本アレルギー学会専門医・指導医は、令和 6 年 1 月時点で 33 名、内訳としては内科医が最も多く 24 名、次いで小児科 6 名、耳鼻咽喉科 3 名となっています。

アレルギー疾患の患者が増加する中、アレルギー科を診療科目とする医師数と比べ、アレルギー疾患に関する専門的な知識と技能を有するアレルギー専門医や医療従事者は依然として少ない状況であり、その育成が課題となります。

●日本アレルギー学会専門医（R6 年 1 月 16 日現在）

		徳島県	全国
総数		33	4,481
内訳 (再掲) *複数回答	内科	24	1,981
	小児科	6	1,614
	耳鼻咽喉科	3	410
	皮膚科	-	432
	眼科	-	23
	呼吸器内科	-	4
	外科	-	5
	泌尿器科	-	2
	その他	-	10

資料：(一社)日本アレルギー学会ホームページ

(3)施策の方向

過疎化と医療機関の偏在化が進む本県において、県民が、居住する地域に関わらず、アレルギーの状態に応じた適切な医療が受けられるよう、国で示された「アレルギー疾患対策の推進に関する基本的な指針」をもとに、平成 30 年 11 月に医療関係者や行政機関及び住民等を構成員とした「徳島県アレルギー疾患医療連絡協議会」を設置し、平成 31 年 1 月に徳島大学病院を「徳島県アレルギー疾患医療拠点病院」として指定しました。

拠点病院においては、アレルギー疾患に関する啓発及び知識の普及のための県民公開講座の開催や、小児アレルギーエデュケーター及びアレルギー疾患療養指導士等、専門的な知識と技能を有する医療従事者の育成に取り組んでいます。

今後も、協議会や拠点病院との連携により、本県の実情を踏まえた医療提供体制の構築と、誰もが正しい情報を入手でき、適切な医療が受けられる医療の質の向上を目指します。

１１　歯科保健医療対策

(1)基本的な考え方

歯と口腔の健康は、乳幼児期や学齢期においては健全な成長を促進するための大切な要素であり、成人期や高齢期においては健全な生活を送るための基礎となるほか、糖尿病をはじめとする生活習慣病の予防にもつながるなど、全身の健康と深い関わりがあります。

少子高齢化の進む本県では、県民が生涯にわたり生き生きと暮らしていくためには、健康な歯と口腔を保つことはますます重要となり、県民自らが歯と口腔の健康づくりに取り組む機運を一層醸成するとともに、乳幼児期から高齢期までのそれぞれの時期に応じた歯科保健医療対策を推進していく必要があります。

(2)現状と課題

①う蝕（むし歯）の状況

本県の 3 歳児におけるう蝕のない者の割合は、令和 3 年度地域保健・健康増進事業報告によると、87.7%となっており、全国平均（89.8%）より低く推移しています。

また、12 歳児におけるう蝕のない者の割合についても、令和 3 年度学校保健統計調査で 65.7%となっており、全国平均（71.7%）を下回る状況にあります。

生涯にわたる歯と口腔の健康づくりは、胎児期からはじまり、乳幼児期での対応が子どもの健全な成長に大きな影響を及ぼすため、妊娠期からの歯科保健対策を充実するとともに、子どもが健全な生活習慣を身につけるようになることが必要です。

②歯や口腔への関心・知識等の状況

歯周病があると糖尿病が悪化することがあることを知っている者の割合は、令和 4 年度徳島県歯科保健実態調査では 55.0%となっており、平成 28 年度の同調査結果（57.3%）と比較すると、下回っています。また、口の中を清潔にすることが肺炎予防につながることを知っている者の割合でも令和 4 年度は 54.8%と平成 28 年度の 60.1%を下回る状況となっています。

歯と口腔の健康づくりを推進するためには、県民一人一人が自らの歯と口腔への関心を持ち、歯科疾患の予防に向けた取組を行うとともに、歯科疾患の早期発見・早期治療、口腔機能の維持・向上を図ることが重要であるため、県民に対し引き続き周知を図るとともに、医科歯科連携による予防と治療の取組を進めていく必要があります。

(3)施策の方向

①歯と口腔の健康づくりの意識啓発

県民が歯と口腔の健康づくりについての知識と関心を深め、歯科疾患を予防し、早期発見・早期治療に取り組むよう、歯と口の健康週間等の機会を通じて普及啓発を図ります。

②歯科保健医療対策の充実

かかりつけ歯科医を持ち、定期的な受診を行うことの重要性について啓発します。

また、対象者の年齢や環境に応じて、う蝕予防におけるフッ化物応用に関する正しい知識の啓発や、口腔機能の維持・向上、歯科疾患の発症・重症化予防に向けた取組を推進します。

ア　母子歯科保健医療

妊婦に対し、子どもの生涯にわたる健康の保持のため、妊娠期からの歯科疾患予防の重要性を普及啓発します。また、1 歳 6 か月児及び 3 歳児歯科健康診査の受診とともに、適切な歯科保健指導を受ける機会の確保が図られるよう推進します。

イ　学校歯科保健医療

学校保健安全法に基づく歯科健康診断を実施し、う蝕や歯周病等の予防など、発達段階に応じた歯科保健指導を実施するよう推進します。また、歯科口腔保健の観点からの食育を通じて、子どもに食に関する正しい知識と望ましい生活習慣が身につくよう取組を推進するとともに、咀嚼の重要性について普及啓発します。

ウ　成人の歯科保健医療

歯科疾患を予防し、歯の喪失を防ぐため、セルフケアに加え、定期的な歯科健診の受診とともに、かかりつけ歯科医を持つことの重要性について普及啓発します。

また、健康で質の高い生活に歯と口腔の健康が重要であることから、オーラルフレイルについて啓発を行うとともに、働き盛りの成人の歯と口腔の健康づくりや高齢者の口腔ケアを通じて、口腔機能向上の推進を図ります。

さらに、歯と口腔の健康と全身の健康との関連について引き続き普及啓発を行うとともに、医科歯科連携を推進します。

エ　支援や介護を要する高齢者等の歯科保健医療

高齢者の主要な死因の 1 つである肺炎のうち、歯と口腔に関連のある誤嚥性肺炎の予防をはじめ、今後ますます進行する高齢化に対応するため歯科診療の困難な在宅要介護者等に対する訪問歯科診療の充実を図るとともに、歯科医師等による専門的な口腔機能管理や介護者による日常的な口腔ケアの推進を図ります。

また、入院患者等が入院時から退院後の在宅等での地域生活を含め、切れ目のない口腔ケアを受けることができるよう、医科歯科連携を含む地域連携を推進します。

オ　障がい者の歯科保健医療

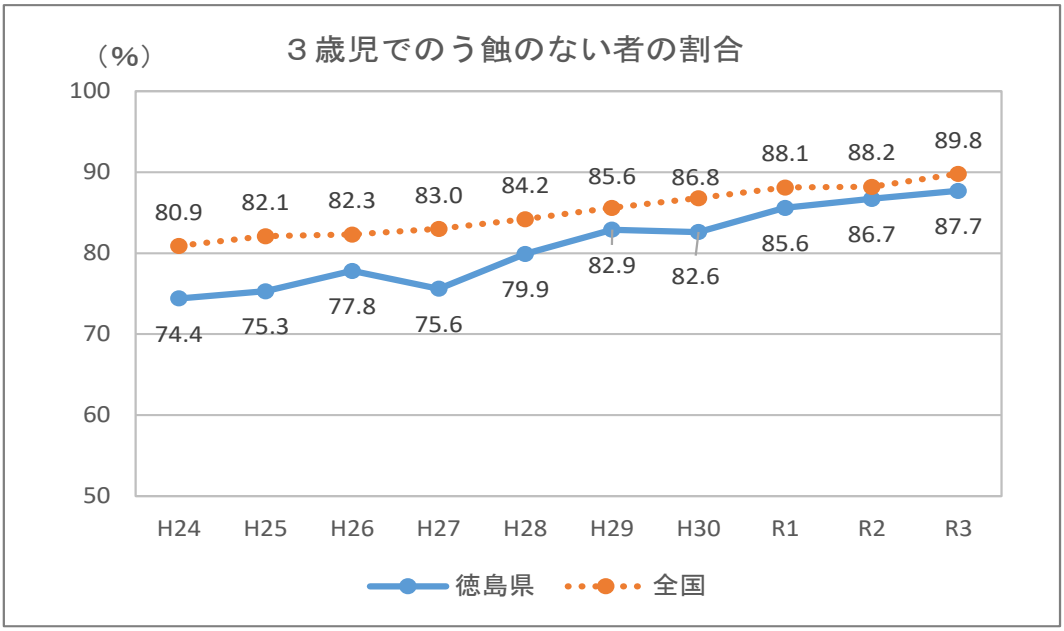
障がい者（児）のう蝕や歯周病等を予防するため、歯科健診の重要性を啓発します。

また、歯科医療機関の受診に困難を伴ったり、歯や口の不調を訴えることが不十分なため治療の遅れがちな心身障がい者（児）の歯科疾患の予防、早期発見のための体制づくりを推進するとともに、引き続き、県歯科医師会の協力を得ながら、心身障がい者(児)の歯科診療体制の拡充を図ります。

③歯と口腔の健康づくりのための環境整備・連携推進

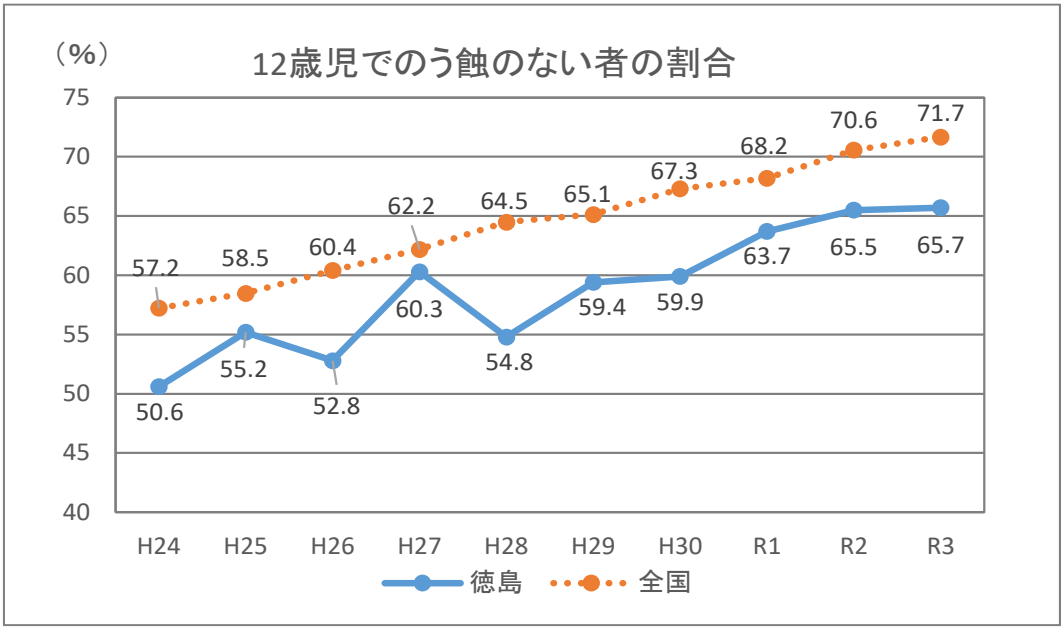
県民の生涯を通じた一貫した歯科保健医療対策を進めるため、かかりつけ歯科医の普及を図るとともに、県、市町村、保健医療、教育、社会福祉、労働衛生関係者の連携の強化を図ります。

● 3歳児でのう蝕のない者の割合



資料：厚生労働省「3歳児歯科健康診査」
厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」

●12歳児でのう蝕のない者の割合



資料：文部科学省「学校保健統計調査」

１２　血液の確保・適正使用対策

(1)基本的な考え方

　血液事業は、医療技術の進歩等により、医療に必要な輸血用血液を安定的に確保し、血液製剤を適切に供給することが求められています。

　近年、少子高齢化が進展する中、若年層の献血者が減少傾向にある一方、血液を必要とする高齢者の増加や医療技術の高度化に伴い、血液需要が増加しています。

　我が国の輸血用血液や血液凝固因子製剤は、国民の献血により全てまかなわれていますが、アルブミン製剤等の血漿分画製剤については、その一部を依然として海外からの輸入に依存しています。

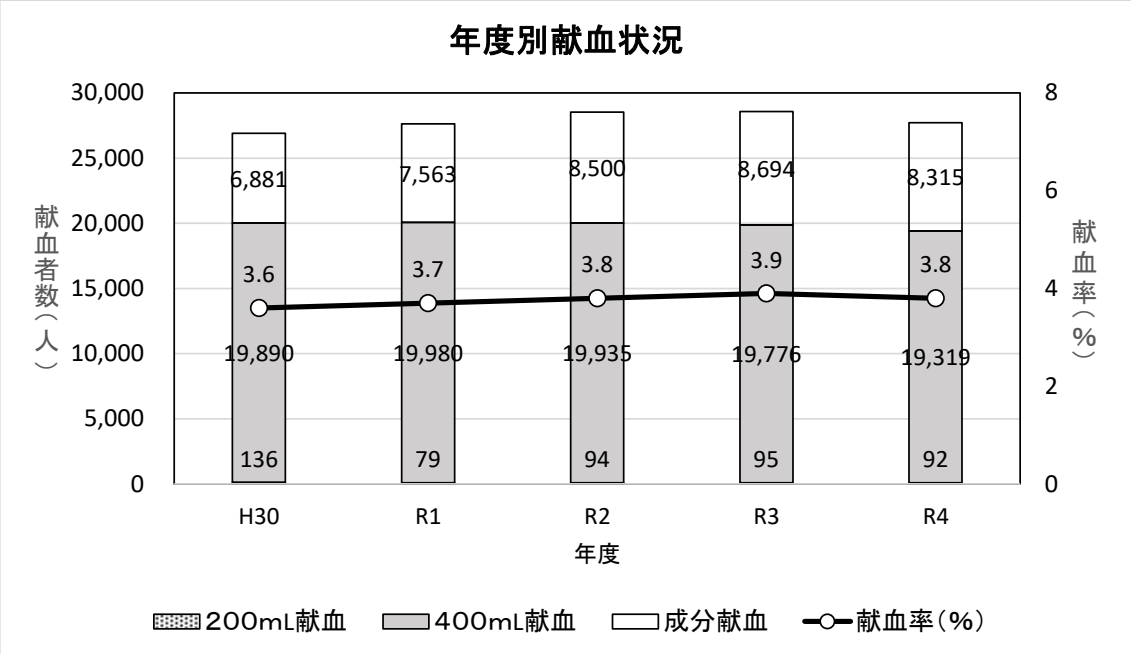
　本県においては、医療に不可欠な血液製剤は国内献血で確保する国の方針のもとに、成分献血・400mL 献血をより一層推進し、安定的な血液製剤の確保に努めています。

(2)現状と課題

①血液の確保

　本県の献血事業は、近年、献血者数、献血率ともに、ほとんど横ばい傾向ですが、一方で全国の状況と同様に少子高齢化や若年層の著しい献血離れ等により、献血を取り巻く環境は年々厳しくなっています。

　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一層重要となります。

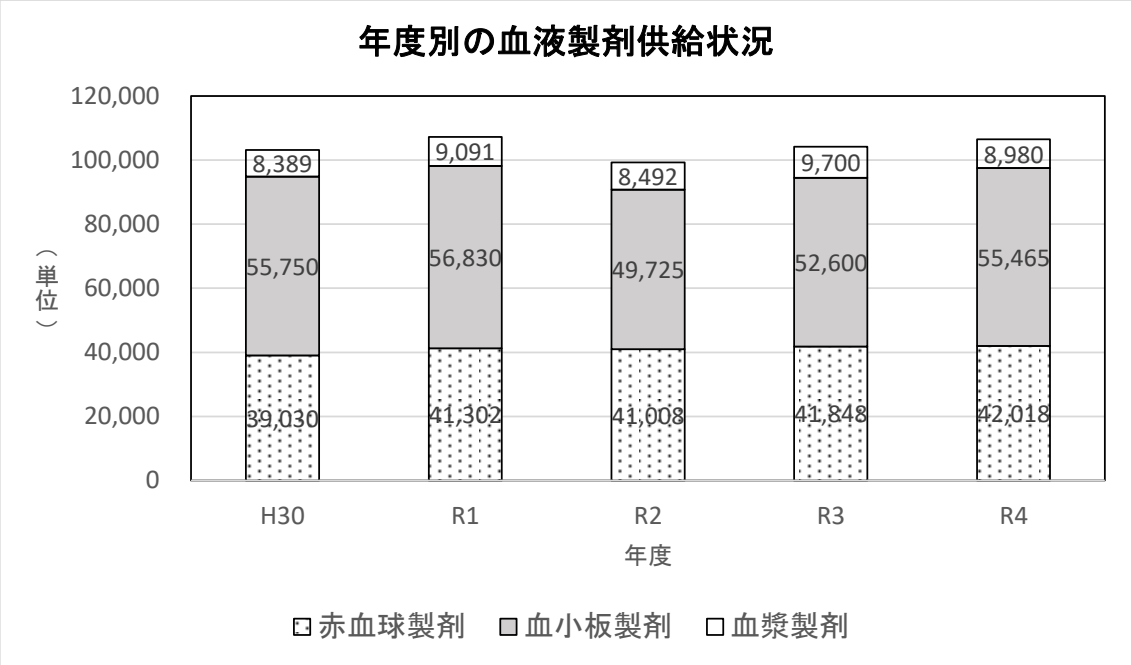


（注）　献血率＝献血者延人数／献血可能人口

②供給状況

　血液製剤については、安全で安定的な供給が求められていますが、高齢者の増加と医療技術の高度化により、医療機関における血液製剤の使用が増加することが予想されます。

現在のところ、県内供給分については全製品について確保できており、医療に支障は来していない状況です。



(3)施策の方向

①血液の確保対策

ア　安定的な血液の確保

年間を通し献血者の安定確保を行うため、保健所、市町村及び関係機関と連携し、綿密な採血計画による献血の実施に努めます。

市町村、関係機関の協力を得て、事業所及び各種団体等の献血協力団体の育成・強化を図ります。

より安全で良質な血液製剤の安定供給を図るため、一層の成分献血・400mL 献血の推進に努めます。

イ　献血思想の普及啓発

「愛の血液助け合い運動」月間、「はたちの献血」キャンペーンを展開する中で、マスメディア、ポスター等各種広報媒体を活用し、献血事業の重要性について普及啓発を図ります。

特に、将来の献血を担う若年層対策を積極的に進めます。

②血液製剤等の使用適正化

徳島県合同輸血療法委員会を活用し、医療機関における血液製剤使用量の現状等を把握し、限りある貴重な血液製剤の一層の使用適正化を図ります。

１３　医薬品等の適正使用対策

(1)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、医薬品生産金額が令和３年で、全国第８位に位置している製薬県であることから、医薬品等製造業者・製造販売業者に対し、製造管理及び品質管理基準（ＧＭＰ・ＱＭＳ・ＧＱＰ）や製造販売後安全管理基準（ＧＶＰ）などの遵守を一層徹底していく必要があります。

一方、高齢社会の進展や疾病構造の変化に伴い、「ポリファーマシー」(多剤併用）や医薬品の残薬等が課題となっています。さらに、一部のいわゆる健康食品や薬物乱用による健康被害の発生等が問題となっています。そこで、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、患者本位の医薬分業の推進、薬剤師等の資質向上、併せて、医薬品を適正に使用するため、県民に対する正しい知識の普及啓発等を行っていくことが重要です。また、いわゆる健康食品及び危険ドラッグ等の監視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。

さらに、少子高齢化の進行により今後も医療費の増大が予想されるなか、ジェネリック医薬品（後発医薬品）は、先発医薬品と治療学的に同等であり、先発医薬品に比べ薬価が安いことから、「ジェネリック医薬品（後発医薬品）の使用促進」は、患者負担の軽減や医療保険財政の改善に資するものとされています。

(2)現状と課題

県民の健康に対する意識や関心はますます高まっており、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、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。

また、良質な医薬品の安定供給も重要な課題となっています。

このような現状を踏まえ、「監視・指導」「患者本位の医薬分業の推進」「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

医薬品等製造業者・製造販売業者に対する指導に努め、医薬品等の品質、有効性及び安全性の確保を図っています。一方で、多くの中小製造業者に対しては、保健製薬環境センターと連携を図りながら、業者の指導育成にも努めなければなりません。また、いわゆる健康食品や危険ドラッグ等による健康被害の発生等が問題となっていることから、こうした販売品の取締りの強化が求められています。

②患者本位の医薬分業の推進

医薬分業が進む一方、国が平成 27 年 10 月に策定した『患者のための薬局ビジョン』において、患者本位の医薬分業の実現に向け、2025 年までに全ての薬局を「かかりつけ薬局」にし、2035 年までに日常生活圏域でかかりつけ機能を発揮するという再編の道筋が示されました。また、「かかりつけ薬局」

に地域住民の健康の維持・増進を支援する健康サポート機能を付加した「健康サポート薬局」届出制度や、患者自身が自分に適した薬局を選定できるよう、機能別薬局※の認定制度も導入されました。

※地域連携薬局：入退院時や在宅医療に他医療提供施設と連携して対応できる薬局

※専門医療機関連携薬局：がん等の専門的な薬学管理に他医療提供施設と連携して対応できる薬局

今後は、県民がより質の高い医療を、住み慣れた地域で安心して受けられるように、「かかりつけ薬局」、「健康サポート薬局」、「認定薬局（地域連携薬局・専門医療機関連携薬局）」の育成を図り、患者本位の質の高い医薬分業を目指す必要があります。

③薬剤師等の資質の向上

薬局又は医薬品販売業に従事する薬剤師及び登録販売者等に対して、研修会、講習会を実施し、より一層の資質の向上に努めています。

④県民への医薬品に対する知識の普及啓発

「薬と健康の週間」等において、薬事関係団体の協力等により医薬品及び医療機器の適正な使用に関する県民向けの講習会を実施するとともに、各種行事を通じて啓発資材の配布などにより、医薬品に対する知識の普及を図っています。

⑤県民への薬物乱用に対する正しい知識の普及啓発

近年、薬物事犯が巧妙化・潜在化するとともに、20 歳代以下の若年層を中心に大麻等の乱用拡大が懸念されています。

⑥ジェネリック医薬品（後発医薬品）適正使用の促進

本県においては、ジェネリック医薬品（後発医薬品）の使用割合が、全国平均と比較して低い状況が続いていることから、県民及び医療関係者に対し、引き続きジェネリック医薬品（後発医薬品）に係る正しい知識の普及啓発に努め、適正使用を進める必要があります。

(3)施策の方向

①監視・指導の充実

医薬品等製造業者に対し、無通告立入検査等を行い、製造段階での適正管理についてより一層の徹底を指導し、品質、有効性及び安全性の確保を図ります。さらに、医薬品等製造販売業者、薬局及び医薬品等販売業者に対し、立入検査、収去検査を実施するなど、監視指導を行うことにより、不良医薬品等の発見及び発生防止に努めるとともに、健康被害の発生が問題となっている医薬品成分を含有する健康食品や危険ドラッグ等の監視を強化し、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かかりつけ薬局・健康サポート薬局・認定薬局の推進
　患者本位の医薬分業について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、健康サポート薬局、認定薬局の推進等について啓発を行います。

③薬剤師等の資質の向上
　薬剤師会等の関係団体や、他職種と連携した研修会等を活用することにより地域包括ケアシステムの一翼を担う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、薬と健康の週間を中心に、医薬品及び医療機器の適正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、医薬品医療機器法において、薬局等で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ことが求められることから薬局等に対し医薬品の適正販売及び適切な情報提供体制について指導を行います。

⑤県民への薬物乱用に対する正しい知識の普及啓発
　関係機関・団体と連携し、県下の小学校、中学校、高等学校等の児童生徒を対象にした薬物乱用防止教室の開催や大学祭・各種キャンペーン等地域に密着した啓発活動を行い、薬物乱用の危険性等正しい知識の普及啓発をより一層努めます。

⑥ジェネリック医薬品（後発医薬品）適正使用の促進
　ジェネリック医薬品（後発医薬品）の理解の向上と、適正使用のため、保険者や医療機関等、関係者との情報共有や連携を深め、県民へのさらなる普及啓発に努めるとともに、課題分析等を行い、「社会保障関係費の増大抑制」につながる、実効性のあるジェネリック医薬品（後発医薬品）の適正使用を促進します。

１４　快適な環境衛生の確保

(1)基本的な考え方

生活衛生関係営業は、県民生活に密着し、県民生活に必須のサービスや商品を提供し、県民の生活水準の向上に貢献しています。

近年、生活衛生関係営業は、消費者ニーズの多様化や高度化の一方で、急速に進行している少子高齢化、さらには、近い将来の発生が予想されている「南海トラフ巨大地震」をはじめとした災害発生時の対応など、消費者ニーズや時代背景に応じ、その社会的役割を果たしていく必要があります。

また、理容業、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、令和２年に発生した新型コロナウイルス感染症や、昨今の同業者間の価格競争の激化もあいまって、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。

(2)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)

	R２	R3	R４	R５	R６
総　数	16,188	15,263	14,960	15,004	14,962
興行場	25	25	25	24	25
旅館業	743	736	735	740	720
公衆浴場	175	175	176	165	177
理容所	1,131	1,057	960	917	908
美容所	2,290	2,308	2,289	2,174	2,186
ｸﾘｰﾆﾝｸﾞ所	706	586	540	509	485
飲食店営業	9,080	8,983	9,060	9,254	9,399
喫茶店営業	1,015	624	503	387	233
食肉販売業	1,012	767	672	824	818
氷雪販売業	11	2	-	10	11

②衛生監視等の強化

小規模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ともに、営業者自身による自主的な衛生管理体制の確立を指導する必要があります。

③特定建築物等の環境衛生対策

不特定多数の人が利用する大型の特定建築物における衛生的環境の確保や、居住環境対策が必要です。

(3)施策の方向

①監視指導等

生活衛生関係営業施設に対して、監視・指導を計画的、効率的に行い、衛生水準の確保・向上を図ります。また、特定建築物に対する監視・指導体制の充実を図り、衛生的な環境の確保を促進します。

②関係業界組織の育成と関係機関との連携

公益財団法人徳島県生活衛生営業指導センターとの連携を強化し、指導体制の充実を図ります。

また、生活衛生同業組合等業界組織の育成を図るとともに、行政、関係団体及び各経営者が連携して、生活衛生関係営業の現状と課題を把握し衛生水準の一層の向上を図ります。

１５　食品等の安全確保

(1)基本的な考え方

　食品を取り巻く現状として、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、放射性物質による汚染の問題など、国民の食品に対する不信感は依然として根強く、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。

　加えて、少子高齢化や共働き世帯の増加に伴う外食・中食（惣菜など）の普及、食品流通のグローバル化（国際標準への適合）など、食生活を取り巻く環境の変化や社会構造の大きな移り変わりに対応し、食品等の安全確保を強化する目的から、食品衛生法が改正されました。これにより、すべての食品等事業者に対し、国際的な衛生管理手法であるＨＡＣＣＰ（Hazard Analysis Critical Control Point）に沿った衛生管理の実施が義務化されることとなりました。

　事業者における自主的な衛生管理体制の構築により、より安全で高品質の食品供給システムへの積極的変換が期待されるとともに、これに対応する技術的、機動的な監視指導と検査機能の充実強化が必要です。

　また、食肉については、家畜の飼養形態の大規模化による疾病様相の変化、食肉の微生物汚染、有害物質の残留問題等に対して種々の問題が提起されており、食肉衛生検査所を中核として、生産者指導、と畜場設置者及び解体業者に対する衛生保持指導、食鳥処理関係業者指導が求められています。

(2)現状と課題

①食品関係営業の現状

　本県では、食品関連企業や事業者の占める割合が高く、安全と高品質に関する製造管理対策を充実し、食品関係事業者のさらなる育成を図る必要があります。

②食品の安全性確保

　食品の安全性確保は、加工食品の多様化、流通の広域化・複雑化、輸入食品の増大等に伴い、残留農薬、添加物、腸管出血性大腸菌による大規模食中毒に見られるように大変難しくなってきています。

　さらに、アレルギー物質や遺伝子組換え食品、健康食品、放射性物質による食品汚染等、新たな問題も発生しています。

　また、食品流通の国際化に対して、衛生管理システムの国際標準化が進められていますが、行政的にもこれに対応する指導、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。

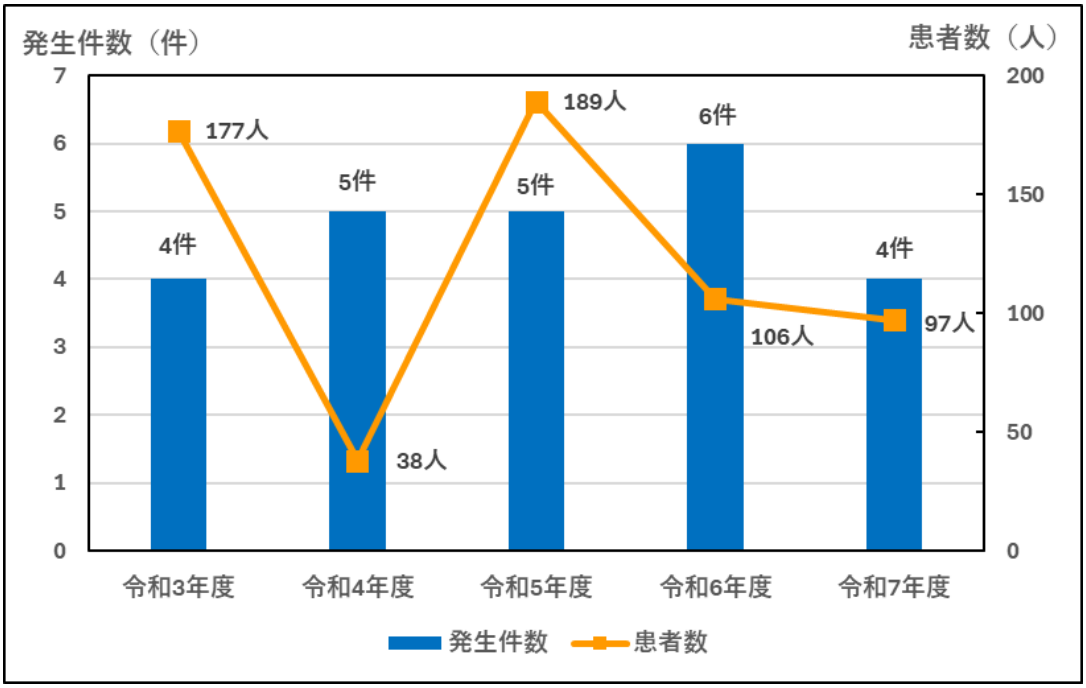
　食品衛生法においても、食品の品質保証表示やＨＡＣＣＰ等が事業者に、ＧＬＰ（精度管理）が行政側に求められる等、積極的かつ高度な技術の行政対応が必要となってきています。

③食中毒対策

　次図に見られるように、毎年平均５件の食中毒が発生しており、食品の広域流通や多種多様な加工食品の増加により、大規模集団食中毒が発生するおそれがあり、製造業者や給食施設等の大量調理施設における対策が必要です。今後の食中毒では、大量生産により被害の広域化の恐れがあり、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・分析力が求められます。

さらに、生又は加熱不十分な食肉を喫食することに起因する食中毒も多く、「生食用食肉」及び「牛の肝臓」又は「豚の食肉」の規格基準の遵守について、関係事業者に対して指導を継続するとともに、消費者に対する啓発も重要となります。

〈本県の食中毒発生状況〉



④食肉の安全確保

畜産物の輸入自由化に伴い、従来我が国に発生がみられなかった疾病に対する検査対応が必要となるなど、食肉の安全確保の上で種々の問題が生じています。

と畜場における腸管出血性大腸菌O-157の汚染実態の調査研究が行われ、と畜場における衛生管理の重要性が指摘されており、ＨＡＣＣＰに基づく衛生管理が義務化されています。

また、食鳥肉についても、と畜場と同様、食鳥処理場においてＨＡＣＣＰに沿った衛生管理が義務化されるとともに、カンピロバクター食中毒対策として、事業者には「加熱用」表示の徹底を継続して指導していく必要があります。

(3)施策の方向

①保健所の体制強化

科学的根拠に基づく安全性を担保するため、保健所における監視指導及び検査体制の充実強化を図ります。

②食品の安全性確保のための体制整備

保健所を中心とした、地域の衛生意識の高揚を図ります。

また、食中毒予防や県民の不安解消のために、講習会等を通じ情報収集・提供が行える機関として、地域の住民や営業者に対し日常的に対応できる機能を持ち、かつ、災害発生時、大規模集団食中毒等の危機管理体制の地域拠点を各保健所に整備します。

さらに、各管内の食品業界の事業者が組織する食品衛生協会等を活性化し、自主管理の推進、情報収集・分析を進め、各施設の生産規模に応じた段階的・重点的な監視指導項目を設定して、活力のある安定した食品衛生の自主的な管理体制の整備を図ります。また、毎年度策定する食品衛生監視指導計画に基づき、保健所や保健製薬環境センターによる監視指導の実施など、食中毒対策、輸入食品対策等について重点的に取り組みます。

③危機管理体制の強化

保健所を、核として大規模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

ア　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。

イ　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。

ウ　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

ア　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。

イ　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、ＨＡＣＣＰに沿った衛生管理の向上を図ります。

⑥食品安全に関するリスクコミュニケーションの推進

食の安全に関わる様々なテーマについての県民との意見交流の場を充実させ、食の安全についての情報や意見交流を推進し、相互理解を図ります。

１６　安全な水の確保

(1)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できないものであり、社会的、経済的な諸活動を支える社会基盤施設として、その整備及び適正な維持管理並びに水質の確保が重要な課題となっています。

このようなことから、水道の普及率の向上はもちろんのこと、地震や渇水等に強く、安全で信頼性の高い水道、ゆとりある安定した水道施設の整備促進及び衛生管理の充実・強化を図ります。

(2)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、令和５年度末で 97.４％にまで達し、着実に進展してきました。一方、これまで整備されてきた水道施設については、老朽化が進行し、その更新需要が年々増大しているなか、人口減少等に伴う料金収入や管理・運営に関わる職員の減少など、持続的な水道事業経営に関わる大きな課題が生じております。

また、「南海トラフ巨大地震」が切迫する中、水道施設の耐震化が急務となっており、老朽施設の更新等と合わせて、地震等の災害に強い水道施設の改善整備が必要です。

②水の衛生管理

水道水において感染性の原虫等による新たな水質リスクに対応するため、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、水質検査等の適正な衛生管理が十分に行われていないケースも見受けられるため、引き続き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、安定供給できる水道水源を確保する必要があります。

(3)施策の方向

①水道施設の整備

激甚化・頻発化する自然災害や施設の老朽化、温室効果ガスの排出、社会の急速なデジタル化、厳しさを増す経営環境の課題など、上水道事業における現状と課題を踏まえ、財源などに裏付けられた実効性の高い具体的な施策を設定し、事業継続への取組を加速化させる必要があります。

社会情勢が大きく変化しているなか、事業環境の変化を的確に捉えて柔軟に対応していきながら市町村の区域を超えた「水道事業の広域化」によりスケールメリットを生かし、限られた資金や人材を効果的・効率的に活用することが有効な手法の一つであると捉え、水道事業の広域連携・広域化への取組を推進します。

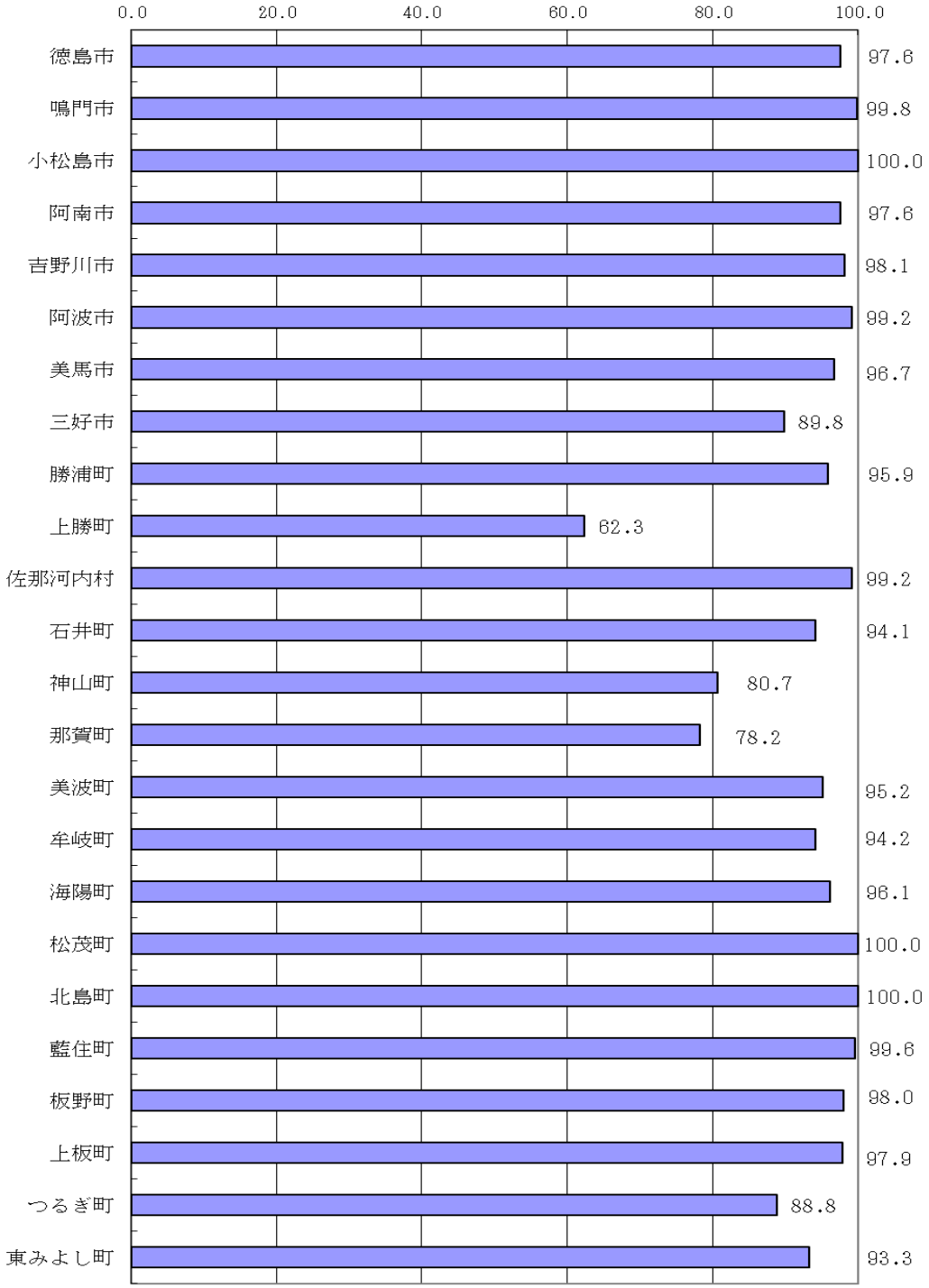
②水の衛生管理の充実・強化

安全な水道水を供給するため、水道事業者への水質検査の励行や検査結果に基づく施設の改善等についての専門的・技術的な助言や指導等を行うとと

もに、水道管理体制の充実を図ります。
　また、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、広報等により周知・啓発を図るとともに、衛生対策の専門的・技術的な助言や指導を推進します。

③適切な水源の確保
　水道整備との整合性や水源の必要性等を十分検討し、適切な水源を確保するよう水道事業者に指導・助言を行います。

〈県水道普及率　97.4％〉



１７　動物由来感染症の予防

(1)基本的な考え方

　動物由来感染症対策を図る上で、「人の健康を守るためには、動物の健康に加え、環境の健全性も守ることが重要」というワンヘルスの考え方を推進していく必要があります。

　また、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をさらに連携し、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。

(2)現状と課題

　日常の業務の中で、動物行政の重要なポイントとして、飼い主のモラル向上を図りながら、動物から人への感染症予防対策業務を進めていますが、日々の苦情処理に追われている現状であり、狂犬病予防及び人への危害防止のための野犬等の保護収容をはじめ、速やかな行政対応が求められています。

　また、動物由来感染症対策として、ワンヘルス実践社会の実現に向け、保健予防行政との連携や医療、獣医療関係者、環境分野の専門家との積極的な情報共有にも取り組むことが必要です。

(3)施策の方向

①登録及び狂犬病予防注射の推進

　狂犬病予防法の一部改正に伴い犬の登録及び狂犬病予防注射済票の交付事務が市町村に委譲され、平成 12 年４月１日から施行されています。

　これらの事務の市町村への必要な支援を実施し、各保健所、市町村及び（公社）徳島県獣医師会との連絡を密にし、円滑な登録と狂犬病予防注射の推進に努めます。

②野犬等の捕獲・引き取り等及び適正飼育の指導業務

　野犬等の捕獲、収容体制及び動物愛護思想の普及啓発等の推進を図るため、動物愛護管理センターを拠点にした事業の促進に努めます。

　また、狂犬病発生時に備えた診断技術の研鑽や捕獲、咬傷犬対応など危機管理体制の整備に努めます。

　さらに、警察、市町村等との連携強化、市町村への技術的・事務的支援を行うほか、動物取扱業者への研修と飼い主に対する動物の適正飼育指導を実施します。

③動物愛護思想の普及啓発及びワンヘルスの推進

　人と動物が共存できるうるおいのある徳島づくりのために、動物ふれあい教室などの事業展開を図りながら、動物愛護思想の普及啓発及び動物からの感染症予防について正しい知識の周知・啓発の強化を行います。

　また、「譲渡交流拠点施設」を活用した譲渡の推進と災害時における動物救護体制について、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により充実してまいります。

　さらに、動物由来感染症の対策として、ワンヘルスの理念を県内に広く浸透させるため普及啓発を実施します。

１８　医療に関する情報化（医療 DX）の推進

(1)基本的な考え方

県民の医療に関する情報提供を求めるニーズの高まりに応え、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。

また、国においては、マイナンバーカードを保険証利用する「オンライン資格確認」の導入をはじめ、健康・医療・介護分野のデータの有機的連結や ICT など技術革新の利活用の推進を目指す「データヘルス改革」が推進されています。

医療サービスの質の向上や効率的な運営を実現する上では、情報化の推進は不可欠となっており、本県においても、医療の分野における情報化を積極的に推進する必要があります。

(2)現状と課題

①医療機能情報提供制度について

医療法においては、「医療機能情報提供制度」が定められています。

この制度は、医療機関に対し、医療機関の有する医療機能に関する情報について、県への報告を義務付け、県は医療機関から報告を受けた情報を県民・患者に分かりやすい形で提供することにより、県民・患者による医療機関の適切な選択を支援するものです。

②医療情報のネットワーク化

徳島県では、「西部圏域医療情報ネットワーク（あわ西部ネット）」、「徳島県鳴門病院ネットワーク」、「徳島赤十字病院ネットワーク」など、患者の診療情報を共有するための医療情報連携システムが平成 26 年から運用が開始されております。

加えて、県内全域の医療機関等を対象とした医療連携ネットワークである「阿波あいネット」も令和元年より本格稼働しております。

また、海部病院を中心に、スマートフォンを利用し、専門医不在地域に対して、主に脳卒中症例の診療支援を遠隔で実施する「海部病院遠隔診療支援システム（k-support）」が平成 25 年から運用が開始されるなど、地域毎、また、疾病等の目的毎にネットワークが構築されています。

③県の取組

ア　「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。

イ　令和６年４月から、全国の医療機関をさまざまな方法で検索できるシステム「医療情報ネット」が運用開始されています。

- 地域や診療科目のほか、小児の疾患や女性特有の疾患など、疾患・治療内容に応じて検索できます。
- 医療機関の情報として、所在地や電話番号等の基本情報のほか、病床数、外来受付時間、標榜科目、医療機関へのアクセス方法や駐車場の有無などについても情報提供しています。

ウ　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。

エ　地域医療介護総合確保基金を活用した補助事業の実施や、医療機関等との密接な連携により、医療情報の連携を推進しています。

④情報の安全管理

近年、医療機関の電子化や医療情報の価値の高さ等から、医療機関を標的としたサイバー攻撃が増加しており、サイバー攻撃により医療に関する患者の個人情報が窃取されるなどの甚大な被害がもたらされる可能性があることから、医療機関におけるサイバーセキュリティ対策に関する取組の実効性を高める必要が生じています。

最新の「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を参照の上、サイバー攻撃への対策を含めセキュリティ対策全般について適切な対応を行うなど、安全な医療提供体制を維持するために、医療機関におけるサイバーセキュリティ体制を強化する必要があります。

⑤オンライン診療

オンライン診療は、医師が現地に赴かずに診療できることから、医師の働き方の改善に資するほか、医師が不足する地域での医療提供手段としても期待されています。また、新型コロナウイルス感染症の流行時には、医療機関での受診が困難な患者への医療提供手段としても活用されました。

制度開始当初は、対面診療が原則であり、オンライン診療はあくまで例外として位置づけられ、診療報酬上も距離要件等の要件が設けられるなど、利用できる場面は限定的でした。その後、オンライン診療の普及や技術的革新、新型コロナウイルス感染症の流行拡大の状況に鑑みた時限的・特例的措置の実施状況等を踏まえて、オンライン診療の適切な実施に関する指針や診療報酬制度が改正され、現在ではかかりつけの医師等が初診からオンライン診療を実施することが認められています。

なお、令和 5 年 8 月 1 日現在、県内医療機関のうち 65 件が「情報通信機器を用いた診療に係る施設基準」の届出を行い、オンライン診療の実施体制を整えています。

(3)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、医療機関から報告された医療機能情報を、検索機能を有する「医療情報ネット」を用いて公表する。

ア　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。
イ　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　既存の医療連携ネットワークにおける医療情報の連携拡大を推進するとともに、厚生労働省の「医療情報化推進方針」に基づいた「全国医療等情報プラットフォーム」の構築・運用に係る検討状況等も踏まえながら、県内の医療機関等における医療情報のネットワーク化を推進します。

③　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扱いのためのガイダンス」等に基づいた、システムの安全性の確保、情報管理の重要性、セキュリティ対策の普及に努めて参ります。

④　近年増加傾向にある、医療機関を標的としたサイバー攻撃に対応するため、医療機関では、サイバーセキュリティに関する、組織体制、対応指針及びマニュアル等の見直しに取り組みます。
　また、県では、サイバーセキュリティ体制の強化を図るため、全県的な研修会の開催や、対策マニュアル及びチェックリストの作成・提供を実施します。

⑤　オンライン診療については、実施環境の整備を推進することで、医療へのアクセシビリティを向上し、地域の医師不足や感染症の流行、患者の心理的負担等の理由により医療機関での受診が困難な患者の受診機会を確保し、誰もが医療を受けられる医療提供体制の構築に努めて参ります。

⑥　最先端のデジタル技術を用いた医療体制の充実・強化に向け、「徳島医療コンソーシアム」の枠組みを活用した「遠隔医療の実装」を推進します。

第６　保健・医療・介護（福祉）の総合的な取組

１　基本的な考え方

高齢化が一段と進む中、どこに住んでいても、その人にとって適切な保健・医療・介護（福祉）サービスを受けることができる社会を実現し、健康づくりや検診等の疾病予防や介護予防を進めるとともに、病気になった場合には、しっかり「治す医療」と、その人らしく尊厳をもって生きられるよう「支える医療・介護」の双方を実現することが求められています。

このため、保健・医療・介護（福祉）それぞれの連携をこれまで以上に強化し、総合的なサービスとして県民が享受できる体制を整備する必要があります。

県では、各保健所において、地域の市町村、医療機関、福祉関係機関・団体等で構成する地域保健医療福祉協議会を開催し、地域における保健・医療・介護（福祉）の連携に取り組んでいますが、引き続き、あらゆる機会を通じ、各地域における行政機関はもちろん、民間の関係機関を含めた各分野の連携の強化に取り組むことが必要です。

２　施策の方向

(1)連携体制の強化

保健所を中心として、引き続き、地域の市町村、医療機関、福祉関係機関・団体等による地域保健医療福祉協議会を開催し、地域における保健・医療・介護（福祉）の連携に努めます。

また、県は、母子保健、介護保険、精神保健福祉など、住民に身近な市町村が実施するサービスについて、専門的な立場から技術的助言・提言などを行い、連携の強化に努めます。

(2)総合的な取組

各地域における取組はもちろん、「健康徳島 21」、「徳島県高齢者保健福祉計画・介護保険事業支援計画（とくしま高齢者いきいきプラン）」、「徳島県障がい者施策基本計画」、「徳島県こども計画」、「徳島県感染症予防計画」など、各分野における総合的な計画に基づき、県として保健・医療・介護（福祉）の連携したサービスの提供に努めます。

(3)人材の養成・確保

高度化、多様化する保健・医療・介護（福祉）サービスに対する県民のニーズに対応するため、人材の確保や研修機会の提供等人材育成に取り組みます。

第６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　医師の養成・確保（徳島県医師確保計画）

１　基本的事項

(1)計画策定の趣旨

○　医師の偏在は、地域間、診療科間のそれぞれにおいて、長きにわたり課題として認識されながら、現時点においても解消されないどころか、その格差が広がっている地域や分野さえあります。

○　国は、平成 20 年度（2008 年度）以降、地域枠を中心とした全国的な医師数の増加等を行ってきましたが、医師偏在対策の十分な効果が得られておらず、地域や診療科といったミクロの領域での医師不足の解消につながっていません。

○　本県においては、これまで、へき地等の医療提供体制を確保するための施策に取り組んできたところですが、医療従事者の都市部への集中による「地域偏在」及び小児科・産科・外科などの特定の診療科における医師不足である「診療科偏在」に加え、「医師の高齢化」が深刻となるなど、全国比人口あたりの医師数が多いとされている本県においても、多くの診療科で地域の医師不足の状況は、年々深刻さを増しています。

○　平成 30 年の医療法及び医師法の改正により、地域間の医師偏在の解消等を通じ、地域における医療提供体制を確保するため、医療計画における医師の確保に関する事項の策定が規定されました。

○　本県においては、令和２年４月に「徳島県医師確保計画」を策定し、本計画に基づき、医師の地域偏在と診療科偏在の解消に努めるとともに、地域医療構想や働き方改革の取組も踏まえながら、地域における医療提供体制の確保を図ってきたところであり、この度、「第８次（後期）医師確保計画」として、本計画の改定を行うものです。

(2)計画の性格

医療法第 30 条の４の規定に基づく医師の確保に関する計画

(3)計画の期間

令和６年(2024 年）４月１日から令和９年（2027 年）３月 31 日までを「前期」、令和９年(2027 年）４月１日から令和 12 年（2030 年）３月 31 日までを「後期」とします。

2　本県における医師の現状

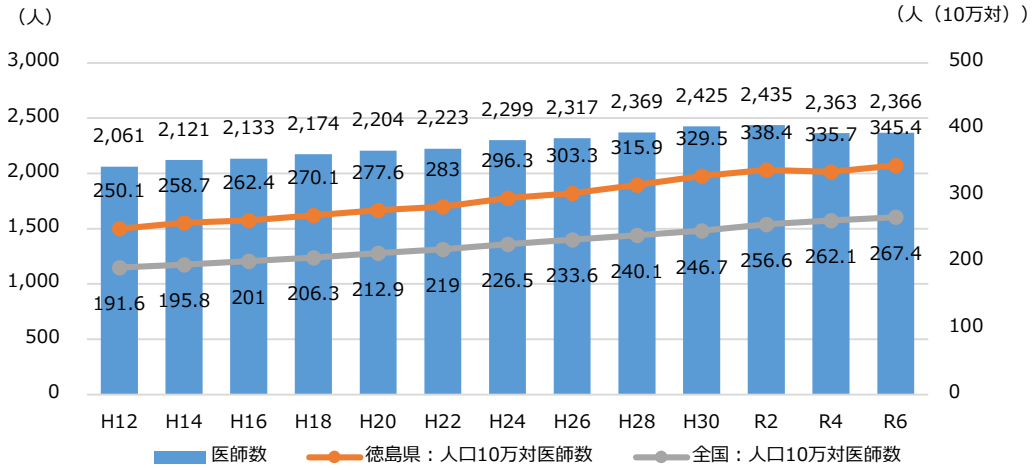
(1)人口 10 万人あたり医師数等

○　本県における医療施設に従事する医師数は、増加傾向であったものの、令和２年の 2,435 人をピークに減少に転じ、令和６年は 2,366 人となっています。

○　人口 10 万対医師数は 345.4 人と、全国平均である 267.4 人を大幅に上回る全国第１位の水準です。

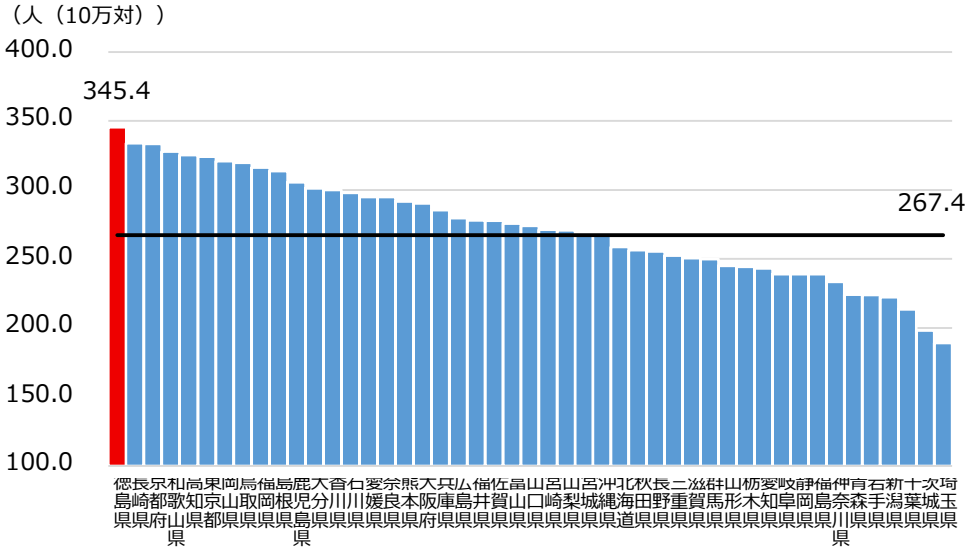
○　しかし、人口あたりの医師数が多いとされる本県においても、面積 100 ㎢当たり医師数は 57.1 人と全国第 30 位の水準となっており、患者の医師へのアクセスのしやすさという側面から考えた場合、全国平均の 87.6 人より低い状況となっています。

●本県の医療施設従事医師数の年次推移



資料：厚生労働省「R6 医師・歯科医師・薬剤師統計」

●都道府県別医療施設従事医師数（人口 10 万対）

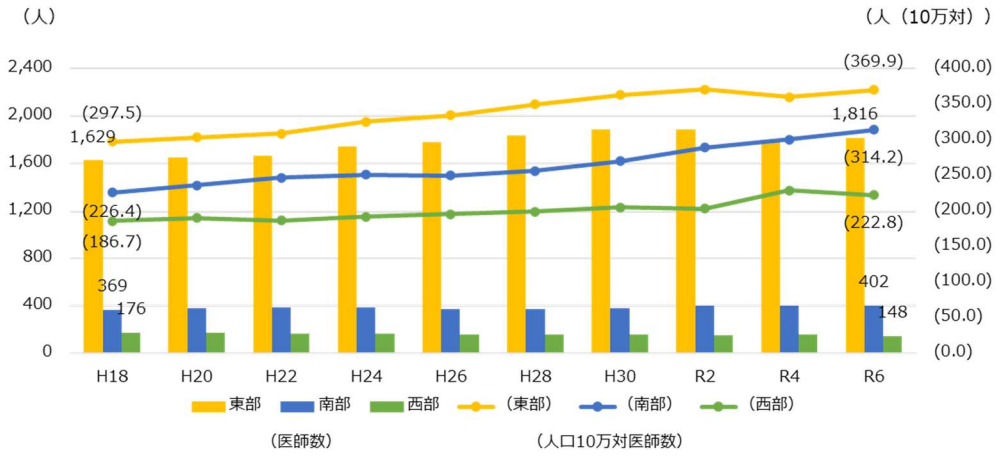


資料：厚生労働省「R6 医師・歯科医師・薬剤師統計」

(2)地域偏在の状況

○　医療施設に従事する医師数の圏域ごとの分布をみると、東部圏域には全体の 76.8%が集中（南部圏域：17.0%、西部圏域：6.3%）しており、人口 10 万対の医師数でみても、東部圏域が 369.9 人であるのに対し、南部圏域が 314.2 人、西部圏域が 222.8 人と大きな格差があり、医師の「地域偏在」が顕著となっています。

●圏域ごとの医療施設従事医師数の推移



資料：厚生労働省「R6 医師・歯科医師・薬剤師統計」

○　また、面積 100 ㎢当たりの医師数でみると、東部圏域が 178.6 人であるのに対し、南部圏域が 23.3 人、西部圏域が 10.5 人と極めて大きな格差があり、患者の医師へのアクセスのしやすさに関する「地域偏在」が顕著となっています。

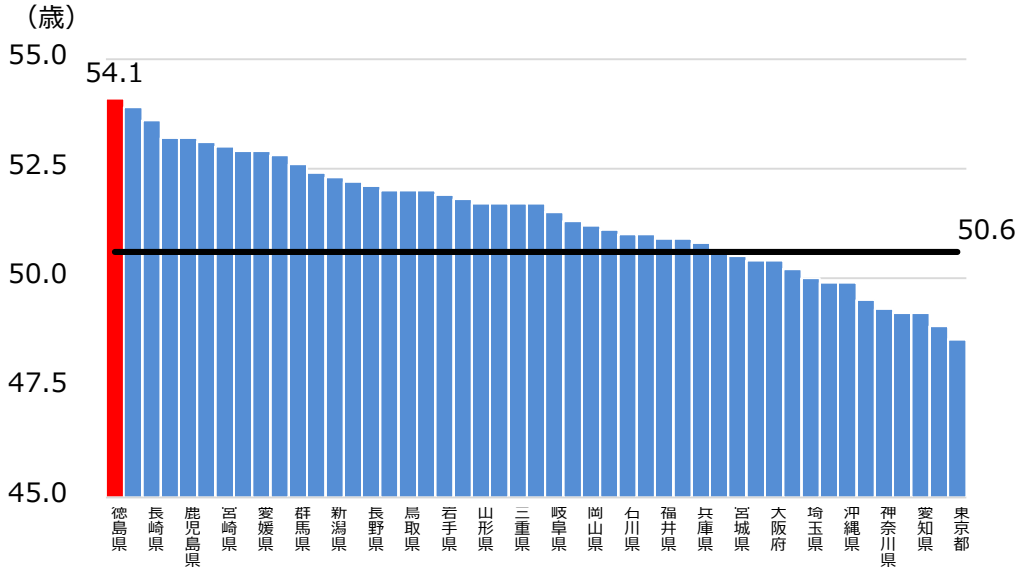
(3)性・年齢階級別の状況

○　医療施設に従事する医師の平均年齢は、本県では 54.1 歳となっており、全国平均の 50.6 歳と比べて 3.5 歳高く、全国第 1 位の水準です。

○　令和 6 年の医療施設従事医師の性・年齢階級別の性別構成比において、本県は、男性 74.2%、女性 25.8%となっており、女性医師の比率が全国平均の 24.4%に比べ高くなっています。

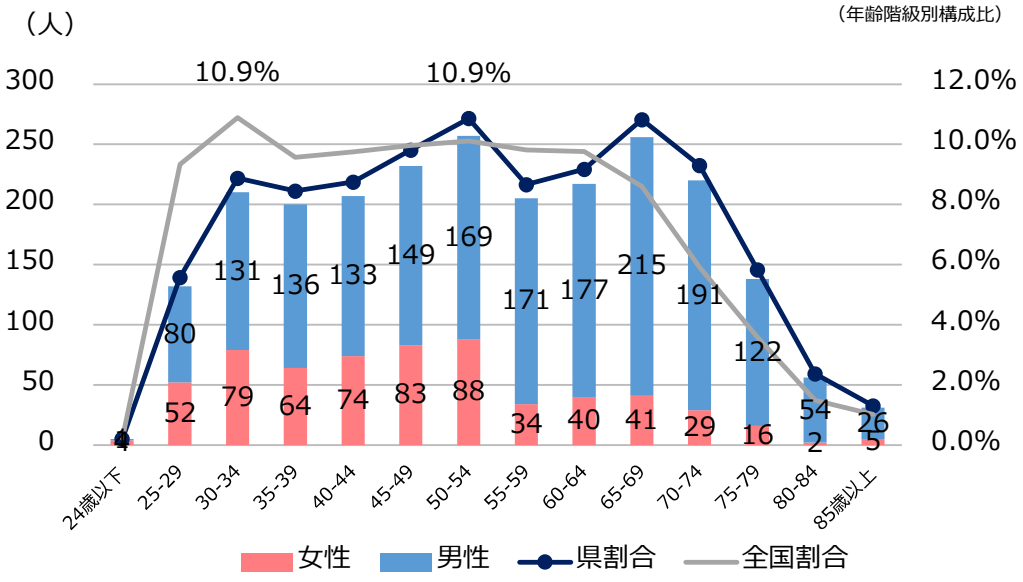
○　年齢構成別では、全国で最も医師数の多い年齢階層が 30 歳から 34 歳の 10.9%であるのに対し、本県では 50 歳から 54 歳が 10.9%と最も高く、65 歳以上は、29.6%と全体の 4 分の 1 以上を占めています。また、救急医療等を支える 35 歳未満の若手医師については、全国平均の 20.4%に対し、14.7%と全国第４６位の水準となっており、若手人材の不足が課題となっています。

●都道府県別医療施設従事医師の平均年齢



資料：厚生労働省「R6 医師・歯科医師・薬剤師統計」

●性・年齢階級別医療施設従事医師数



資料：厚生労働省「R6 医師・歯科医師・薬剤師統計」

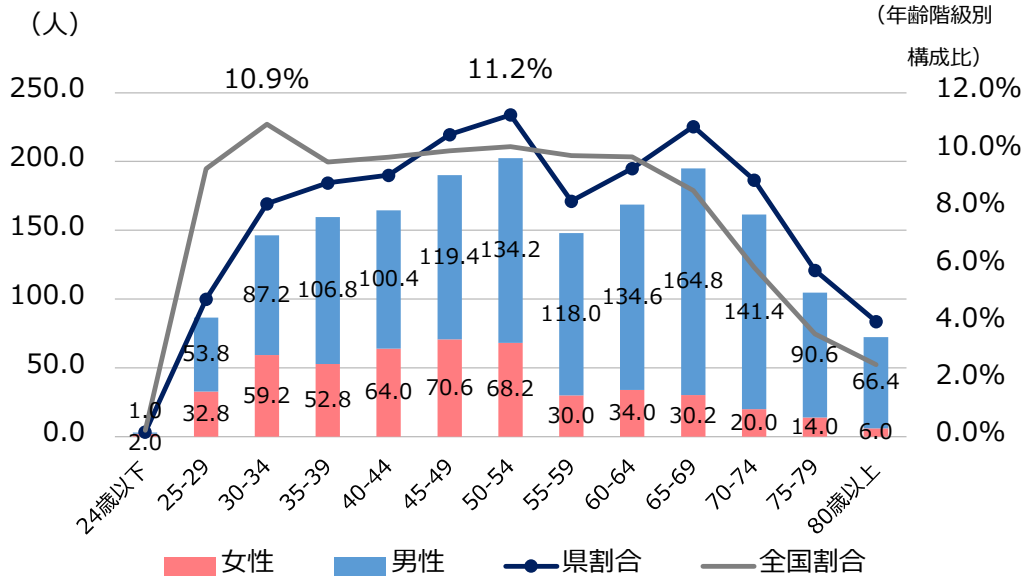
(4)病院・診療所別の状況

○　次に記載する、圏域ごとの性・年齢階級別、病院・診療所別の医療施設従事医師の状況は、令和６年医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省独自集計）[1]によるものです。

○　東部圏域の年齢階級別医師数は、50 歳から 54 歳が最も多く、圏域全体の 11.2%であり、65 歳以上は 29.6%であり、全国の 20.6%と比べると 9.0 ポイント高くなっています。35 歳未満の若手医師については、13.1%と全国平均の 20.5%よりも 7.4 ポイント低い状況です。

○　また、東部圏域の女性医師数は、圏域全体の 26.8%となっています。

●性・年齢階級別医療施設従事医師数（東部圏域）



資料：厚生労働省「R6 医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省独自集計）」

○　病院、診療所ごとにみると、病院医師は 1,269.0 人、診療所医師は 533.4 人となっています。

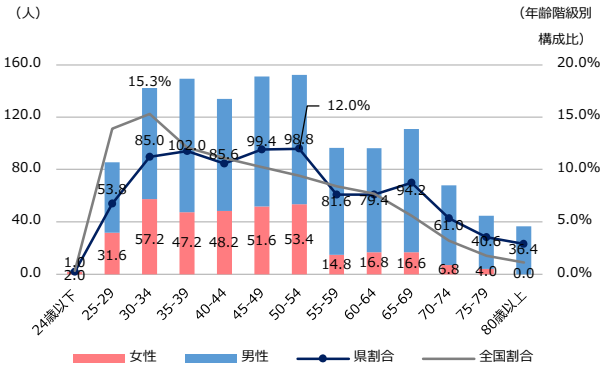
○　病院の年齢階級別医師数は、50 歳から 54 歳が最も多く、圏域全体の 12.0%となっています。65 歳以上は、20.5%であり、全国の 11.6%と比べると 8.9 ポイント高くなっています。

1　令和 6 年医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省独自集計）：厚生労働省が、医師偏在指標計算のため、令和 6 年医師・歯科医師・薬剤師統計を基に、独自集計を行っており、厚生労働省がホームページで公開している数値と異なる場合がある。
・主たる従事先・従たる従事先の二次医療圏が異なる場合は、主たる従事先の二次医療圏において 0.8 人、従たる従事先の二次医療圏において 0.2 人と換算。
・年齢不詳者がある場合は、不詳者を除く年齢階級の人数比に応じて不詳者を按分するため、小数点以下の端数が生じる。

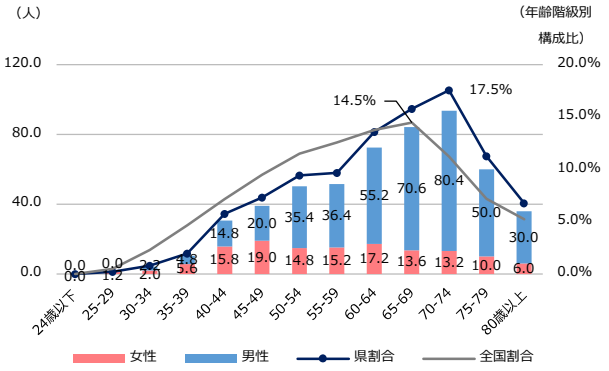
○　診療所の年齢階級別医師数は、70 歳から 74 歳が最も多く、圏域全体の 17.5%となっています。65 歳以上は、51.3%であり、全国の 38.1%と比べると 13.2 ポイント高くなっています。

●性・年齢階級別・病院・診療所別医師数（東部圏域）

【病院】



【診療所】

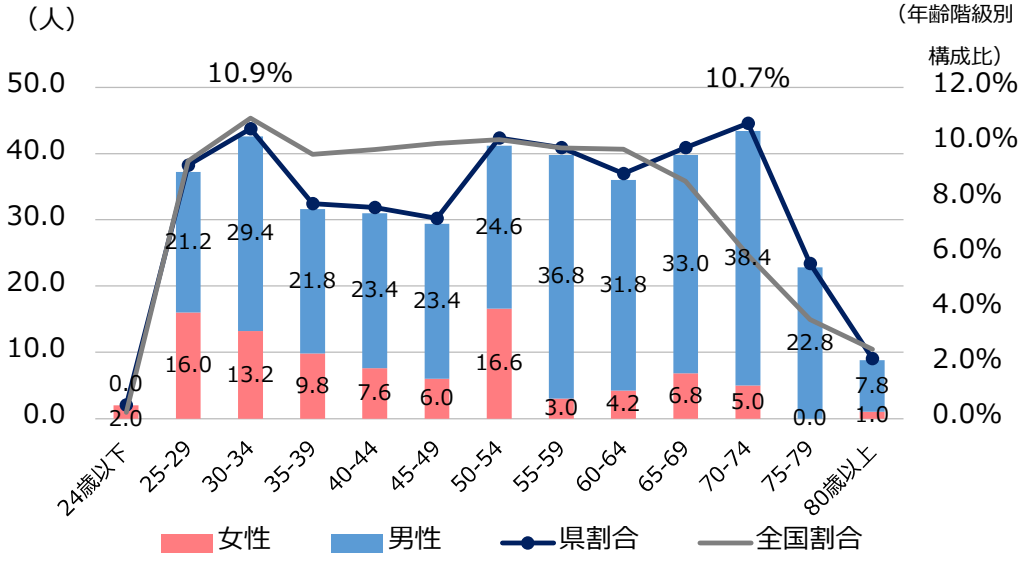


資料：厚生労働省「R6 医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省独自集計）」

○　南部圏域の年齢階級別医師数は、70 歳から 74 歳が最も多く、圏域全体の 10.7%であり、65 歳以上は 28.3%であり、全国の 20.6%と比べると 7.7 ポイント高くなっています。

○　また、南部圏域の女性医師は、圏域全体の 22.5%となっています。

●性・年齢階級別医療施設従事医師数（南部圏域）



資料：厚生労働省「R6 医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省独自集計）」

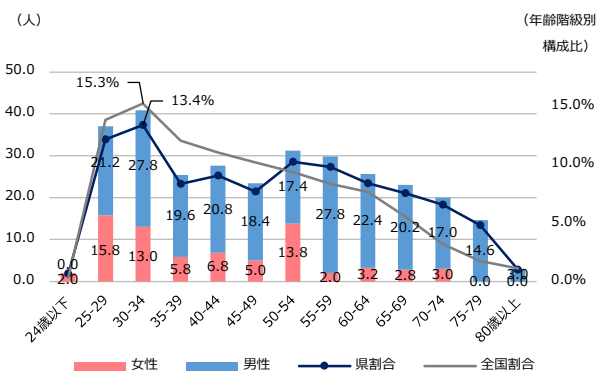
○　病院、診療所ごとにみると、病院医師は 303.4 人、診療所医師は 102.2 人となっています。

○　病院の年齢階級別医師数は、30 歳から 34 歳が最も多く、圏域全体の 13.4%となっています。65 歳以上は、20.0%であり、全国の 11.6%と比べると 8.4 ポイント高くなっています。

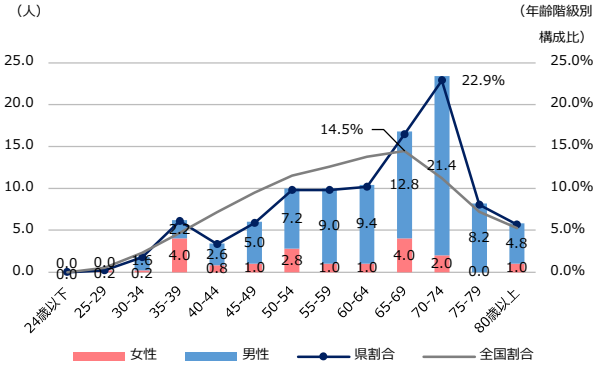
○　診療所の年齢階級別医師数は、70 歳から 74 歳が最も多く、圏域全体の 22.9%となっており、65 歳以上は、53.0%となっており、全国の 38.1%と比べると 14.9 ポイント高くなっています。

●性・年齢階級別・病院・診療所別医師数（南部圏域）

【病院】



【診療所】

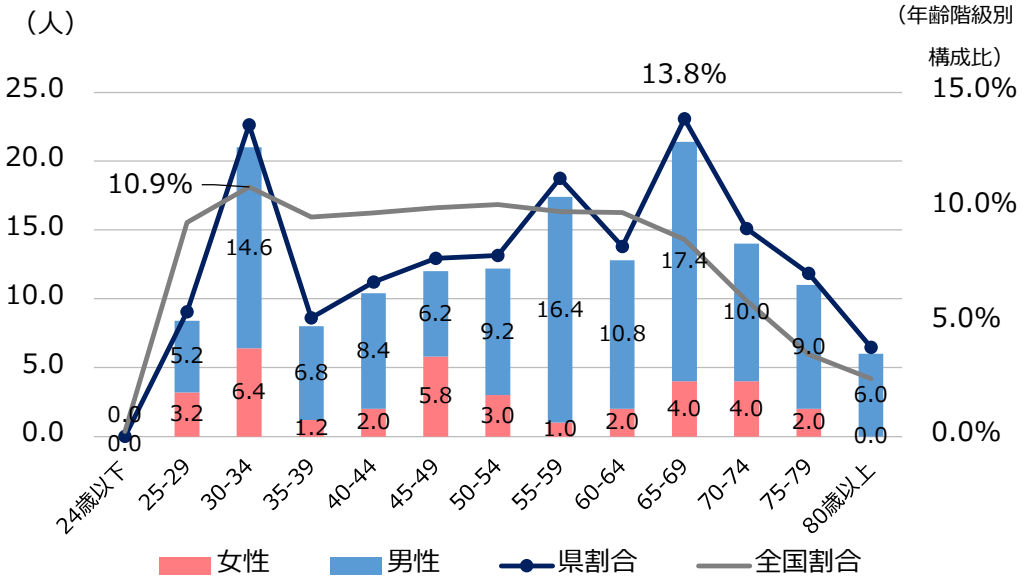


資料：厚生労働省「R6 医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省独自集計）」

○　西部圏域の年齢階級別医師数は、65 歳から 69 歳が最も多く、圏域全体の 13.8%であり、65 歳以上は 33.9%であり、全国の 20.6%と比べると 13.3 ポイント高くなっています。35 歳未満の若手医師については、19.0%と全国平均の 20.5%よりも 1.5 ポイント低い状況です。

○　また、西部圏域の女性医師は、圏域全体の 22.4%となっています。

●性・年齢階級別医療施設従事医師数（西部圏域）



資料：厚生労働省「R6 医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省独自集計）」

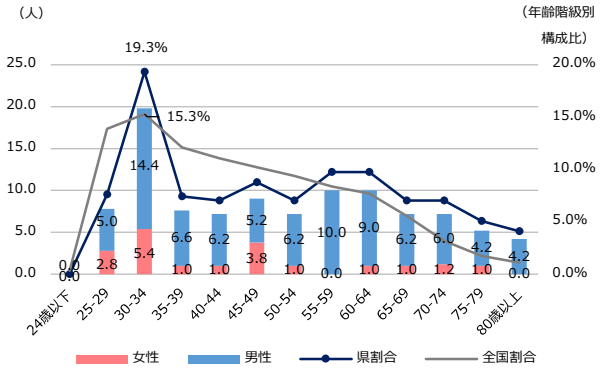
○　病院、診療所ごとにみると、病院医師は102.4人、診療所医師は52.2人となっています。

○　病院の年齢階級別医師数は、30歳から34歳が最も多く、圏域全体の19.3%となっています。65歳以上は、23.2%であり、全国の11.6%と比べると11.6ポイント高くなっています。

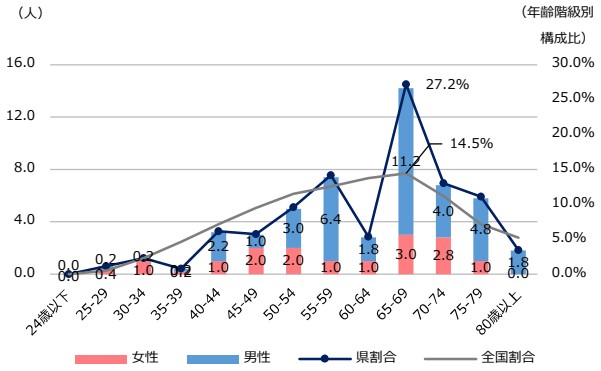
○　診療所の年齢階級別医師数は、65歳から69歳が最も多く、圏域全体の 27.2%となっており、65 歳以上は、54.8%となっており、全国の38.1%と比べると16.7ポイント高くなっています。

●性・年齢階級別・病院・診療所別医師数（西部圏域）

【病院】



【診療所】



資料：厚生労働省「R6 医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省独自集計）」

(5)診療科偏在の状況

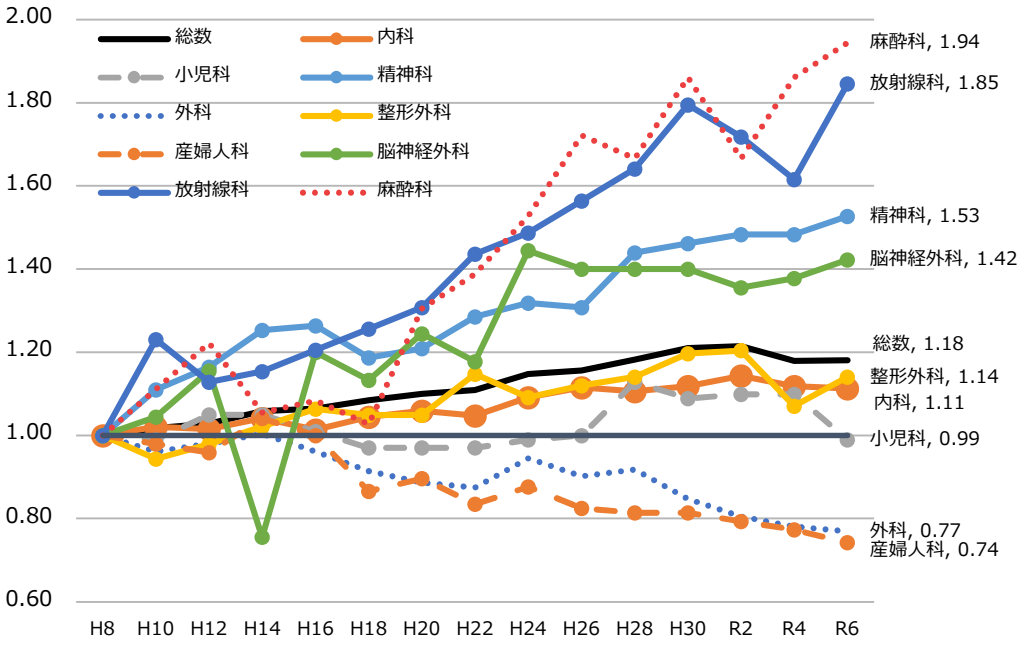
○　医療施設に従事する医師数については、平成8年の2,004人から令和6年の2,366人へと362人･18.1%の増となっていますが、主たる診療科別でみると、放射線科や麻酔科で高い伸びを示す一方、小児科、外科、産科・産婦人科で減少しています。

●主たる診療科別医療施設従事医師数

	H8	R6	増減数	増減率
総数	2,004	2,366	362	18.1%
内科	878	978	100	11.4%
小児科	101	100	▲ 1	▲1.0%
精神科	91	139	48	52.7%
外科	256	197	▲ 59	▲23.0%
脳神経外科	45	64	19	42.2%
整形外科	142	162	20	14.1%
産科・産婦人科	97	72	▲ 25	▲25.8%
放射線科	39	72	33	84.6%
麻酔科	36	70	34	94.4%

資料：厚生労働省「R6 医師・歯科医師・薬剤師統計」

●主たる診療科別医療施設従事医師の年次推移



資料：厚生労働省「R6 医師・歯科医師・薬剤師統計」

（平成 8 年を 1.0 とした場合）

○　医療圏ごとに主たる診療科別の医療施設従事医師数（人口 10 万対）をみると、南部圏域の精神科、脳神経外科、産科・産婦人科、西部圏域の小児科、外科、脳神経外科、整形外科、放射線科、麻酔科で医師の偏在が顕著となっています。

●主たる診療科別医療施設従事医師数（実数・人口 10 万対）

	実数				人口 10 万対				県全体を 1.00 とした場合の比較		
	県全体	東部	南部	西部	県全体	東部	南部	西部	東部	南部	西部
総数	2366	1816	402	148	345.2	369.9	314.2	222.8	1.07	0.91	0.65
内科	978	727	177	74	142.7	148.1	138.3	111.4	1.04	0.97	0.78
小児科	100	72	23	5	14.6	14.7	18.0	7.5	1.01	1.23	0.52
精神科	139	115	11	13	20.3	23.4	8.6	19.6	1.15	0.42	0.96
外科	197	153	33	11	28.7	31.2	25.8	16.6	1.08	0.90	0.58
脳神経外科	64	53	8	3	9.3	10.8	6.3	4.5	1.16	0.67	0.48
整形外科	162	120	33	9	23.6	24.4	25.8	13.5	1.03	1.09	0.57
産科・産婦人科	69	54	10	5	10.1	11.0	7.8	7.5	1.09	0.78	0.75
放射線科	72	60	8	4	10.5	12.2	6.3	6.0	1.16	0.60	0.57
麻酔科	70	52	13	5	10.2	10.6	10.2	7.5	1.04	0.99	0.74

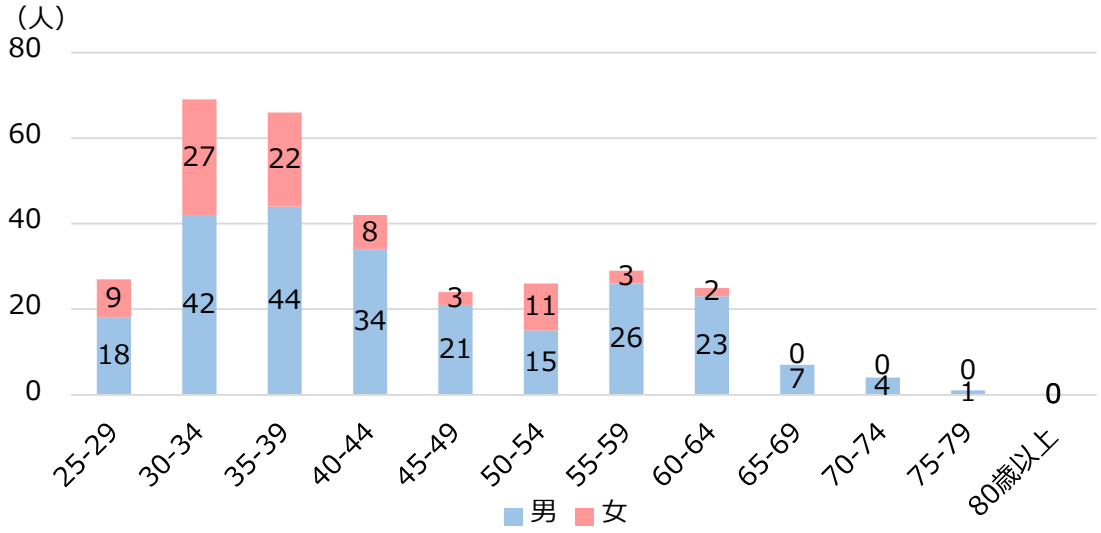
資料：厚生労働省「R6 医師・歯科医師・薬剤師統計」

徳島県「R6.10.1 徳島県推計人口」

(6)内科の状況

○　県内の公立・公的病院における常勤医師（大学で基礎研究・教育のみに従事する医師は除く）を調査した結果、内科の性・年齢階級別医師数は 320 人、平均年齢 42.7 歳、女性割合 26.6%となっています。

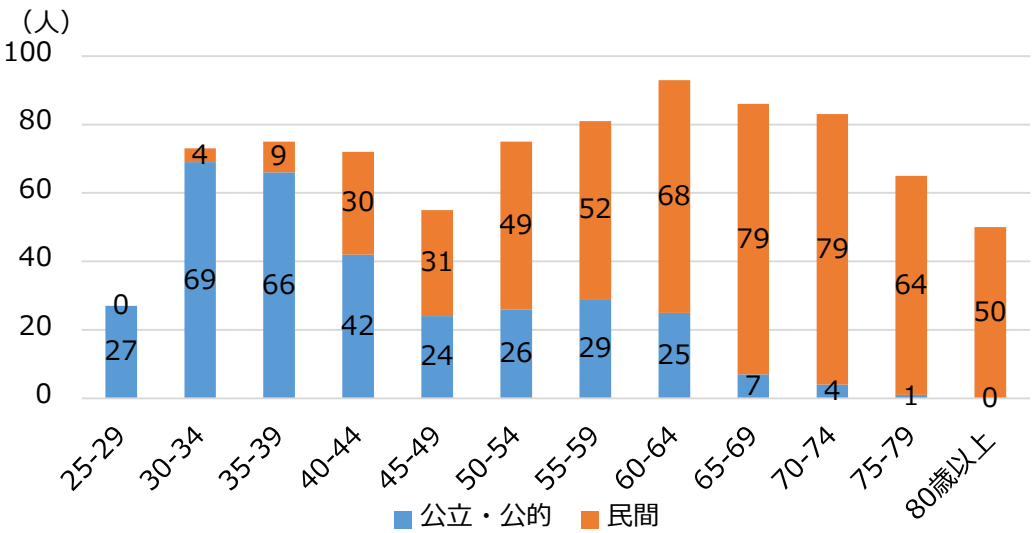
●公立・公的病院常勤医師調査結果（内科）



○　県医師会の会員データを加え、県内の年齢階級別内科医師数をみると、内科医師は県全体で 835 人となっています。

○　本県は医師が多いとされていますが、65 歳以上は 284 人で全体の 34.0%となっており、そのうち高齢の民間医師が多く、また、34 歳までの若手医師が 100 人と全体の 12.0%しかいないなど、医師確保を推進しなければ、地域医療に重大な影響を与える恐れがあります。

●公立・公的病院及び民間の内科医師の状況



3　医師偏在指標・医師多数区域・医師少数区域

(1)医師偏在指標及び医師少数区域・医師多数区域の設定

○　厚生労働省は、全国ベースで医師の多寡を統一的・客観的に比較・評価する指標として、地域ごとの医療ニーズや人口構成、医師の性年齢構成等を踏まえた「医師偏在指標」を設計しています。

○　全国の二次医療圏の医師偏在指標の値を一律に比較し、上位 33.3%を医師多数区域、下位 33.3%を医師少数区域として設定することとされています。

○　また、都道府県間の医師偏在の是正に向け、二次医療圏に加え、医師多数都道府県及び医師少数都道府県を設定することとされています。

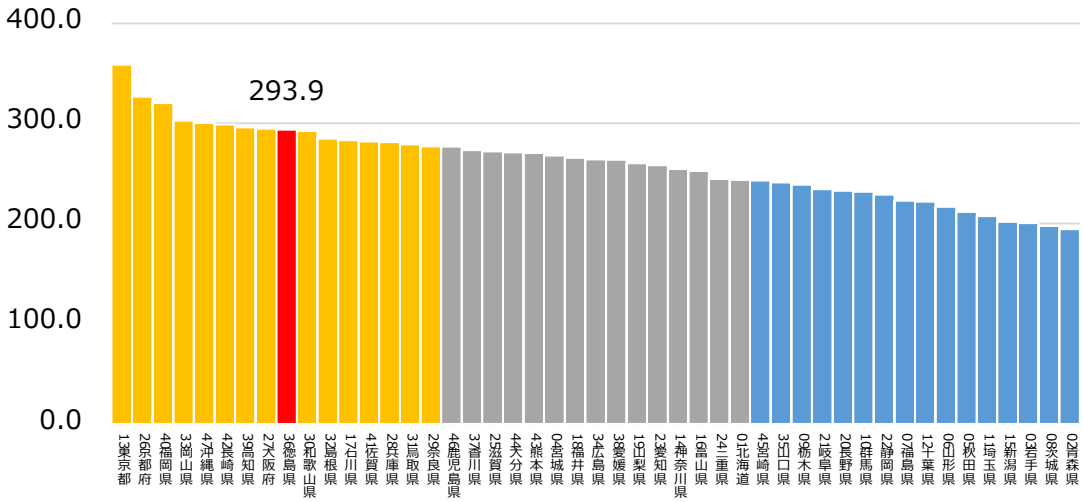
●医師偏在指標の計算式

医師偏在指標＝標準化医師数[2]÷（（地域の人口/10 万）
×地域の標準化受療率比）

○　厚生労働省から提供された現在時点の医師偏在指標及び区域設定は次のとおりです。

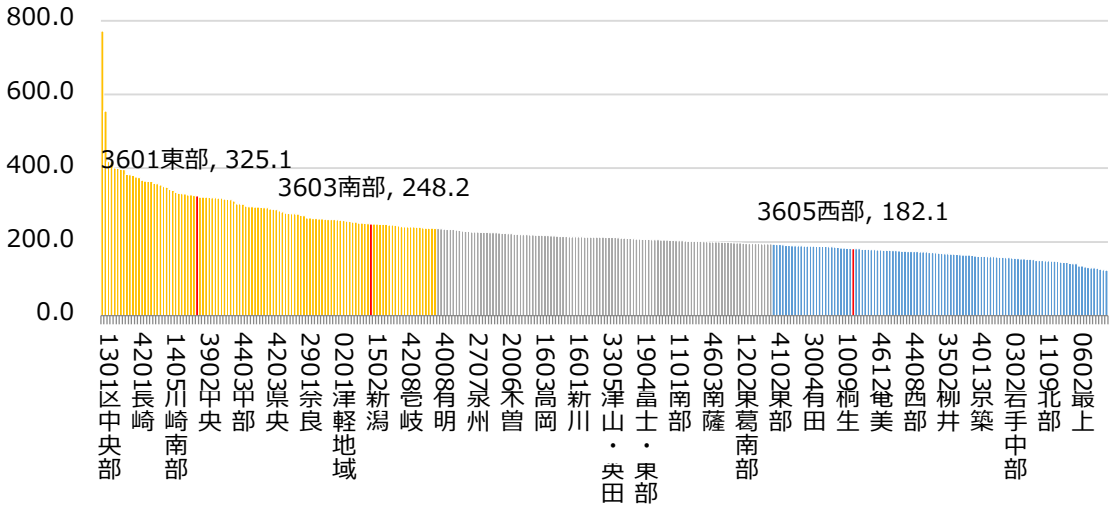
●医師偏在指標
- 県　293.9（　9位・医師多数県）（全国平均266.8）
- 東部 325.1（ 32位・医師多数区域）
- 南部 248.2（ 90位・医師多数区域）
- 西部 182.1（247位・医師少数区域）

●都道府県単位の医師偏在指標の全国状況



[2] 標準化医師数：性年齢階級別医師数に性年齢階級別の平均労働時間で調整したもの

●二次医療圏単位の医師偏在指標の全国状況



(2)将来時点の医師偏在指標

○　現在時点の医師偏在指標とは別に、新たな地域枠の設置等の追加的な医師確保対策を講じなかった場合を想定した医師の供給推計を用いて、将来時点　（2036 年時点）の医師の偏在を示す指標が算出されています。

●将来時点（2036 年時点）の医師偏在指標の計算式
将来時点の医師偏在指標（上位・下位）（2036 年）
＝マクロ医師供給推計（上位・下位）（2036 年）　÷
（（推計人口（2036 年）（10 万人）×地域の標準化受療率比（2036 年））

○　厚生労働省から提供された将来時点の医師偏在指標は次のとおりです。

●将来の医師偏在指標（2036年）

	上位推計	下位推計
（全国）	351.4	295.4
・県	409.5	356.4
・東部	443.9	386.3
・南部	367.3	319.7
・西部	252.2	219.5

(3)医師少数スポットの設定

○　医師確保計画は、二次医療圏ごとに設定された医師少数区域及び医師少数都道府県の医師の確保を重点的に推進するものですが、実際の医師偏在対策の実施に当たっては、より細かい地域の医療ニーズに応じた対策も必要となります。

○　このため、都道府県においては、必要に応じて二次医療圏よりも小さい単位の地域での施策を検討することができるものとし、局所的に医師が少ない地域を「医師少数スポット」として定め、医師少数区域と同様に取り扱うことができるとされました。

○　ただし、医師少数スポットの設定は、慎重に行う必要があるとされ、既に当該地域で提供すべき医療に対して必要な医師を確保できている地域を設定することは適切ではないとされています。

○　一方、へき地診療所における継続的な医師の確保が困難である場合であって、他の地域の医療機関へのアクセスが制限されている地域などについては、必要に応じて医師少数スポットとして設定することが適切であるとされています。なお、医師少数スポットは、原則として市区町村単位で設定し、へき地や離島等においては、必要に応じて市区町村よりも小さい地区単位の設定も可能であるとされています。

○　このことから、本県においては、本計画に定めるキャリア形成プランに沿って地域枠医師等を計画的に派遣しなければ、継続的な医師の確保が困難となる医療機関がある地域を医師少数スポットとして設定する上での基本的な考え方については、次のとおりとします。

医師少数区域に設定されていない圏域における、

・過疎地域に指定されている市町村であって、医師の配置やキャリア形成の観点から地域枠医師等の配置が可能な病院（３群病院）又はへき地診療所が所在する市町村

・へき地診療所が所在する離島

を医師少数スポットに設定します。

○　これにより、本県が設定する医師少数スポットは次のとおりとします。

1　勝浦町（３群病院）
2　上勝町（へき地診療所）
3　那賀町（３群病院／へき地診療所）
4　美波町（３群病院／へき地診療所）
5　牟岐町（３群病院／へき地診療所）
6　海陽町（３群病院／へき地診療所）
7　阿南市伊島町（へき地診療所）
8　佐那河内村（へき地診療所）

【参考】医師偏在指標について

○　医師偏在指標は、従来の人口10万対医師数よりも実態を反映したものですが、厚生労働省において入手可能なデータを用いて算出され、相対的な偏在の状況を表すものであり、数値は依然として地域の医師不足の実感とは乖離しています。

○　また、医師多数区域に該当している本県の南部圏域については、一部の公的病院の医師数に影響するところが大きく、圏域内の大半が医師少数スポットに該当しており、圏域全体を一律に設定することに課題があります。

○　厚生労働省は、あくまで一つの仮定に基づいて機械的に算出されたこの医師偏在指標をベースとして、目標医師数の設定や地域枠（臨時定員）の可否にまで活用しようとしていますが、当該指標自体に課題があることから、医師偏在指標をベースとした種々の制度改正については改善を要すると考えられます。

【医師偏在指標の考え方】

○　全国ベースで医師の多寡を統一的・客観的に比較・評価する指標として、人口 10万対医師数をベースに、①医療需要（ニーズ）及び人口・人口構成とその変化、②患者の流出入等、③へき地等の地理的条件、④医師の性別・年齢分布、⑤医師偏在の種別（区域、診療科、入院／外来）の5要素を考慮し、次の計算式により設計されています。

$$\text{医師偏在指標} = \frac{\text{標準化医師数（※1）}}{\frac{\text{地域の人口}}{10\text{万}} \times \text{地域の標準化受療率比（※2）}}$$

$$(※1)\text{標準化医師数} = \sum \text{性年齢階級別医師数}^{9} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

$$(※2)\text{地域の標準化受療率比} = \frac{\text{地域の期待受療率（※3）}}{\text{全国の期待受療率}}$$

$$(※3)\text{地域の期待受療率} = \frac{\sum（\text{全国の性年齢階級別調整受療率}^{10} \times \text{地域の性年齢階級別人口}）}{\text{地域の人口}}$$

①医療需要（ニーズ）及び人口・人口構成とその変化：地域の人口の年齢構成や男女比率によって受療率は異なります。この違いは人口10万対医師数では考慮できていないため、地域ごとの医療ニーズを、地域ごとの人口構成の違いを踏まえ、性・年齢階級別の受療率を用いて調整することとされています。

②患者の流出入等：人口10万対医師数は、夜間人口（住所地ベース）を基に算出しており、昼間に所在する地域での受療行動は考慮できておらず、また、圏域を超えた入院など、昼夜の移動以外の理由によらない患者の流出入も考慮できていないことから、当該流出入については都道府県間の調整を踏まえ、地域の期待受療率の算出において調整することとされています。

③へき地等の地理的条件：医師偏在指標が下位33.3%に加え、医師偏在指標が中位33.3%に該当する区域のうち、「へき地尺度（mRIJ）」が上位10%の区域を医師少数区域として設置することで、地理的要素を一定程度反映する。また、二次医療圏よりも小さい区域での地域の医療ニーズに応じたきめ細かい柔軟な対応を可能とするため、都道府県知事が医師少数スポットを設定できることとされています。

④医師の性別・年齢分布：地域によって、医師の年齢構成や男女比率は異なりますが、年齢や性別によって医師の平均労働時間は異なることから、地域ごとの性・年齢階級別医師数を、性・年齢階級別の平均労働時間によって重み付けを行うこととされています。

⑤医師偏在の種別（区域、診療科、入院／外来）：それぞれの種別ごとに算出することとされています。

4　医師確保の方針

○　医師偏在指標、国の医師確保計画策定ガイドラインなどを踏まえ、県及び二次医療圏ごとの医師確保の方針を策定します。

(1)県

①短期的な方針

○　本県は、現在時点の医師偏在指標上、医師多数県とされておりますが、医師の年齢構成なども踏まえ、これまでの既存の施策を中心に、初期臨床研修医などの医師の養成・確保に一層取り組むとともに、医師少数区域及び医師少数スポット（以下、「医師少数区域等」という）への派遣に努めます。

○　また、地域医療構想の実現や医師の勤務環境改善による働き方改革への対応を進めます。

②長期的な方針

○　将来の県内における医師の地域偏在や診療科偏在の解消の程度、年齢構成の是正の状況、勤務医の確保の状況などを見極めつつ、必要に応じて地域枠の見直しを行うなど、医師の養成・確保に一層取り組みます。

(2)東部・南部（医師多数区域）

①短期的な方針

○　東部及び南部圏域は、現在時点の医師偏在指標上、医師多数区域であることから、他圏域からの医師の確保は行わず、圏域内での医師の養成・確保に努めます。ただし、圏域内の医師少数スポットについては、医師多数区域又は近隣の拠点病院からの医師派遣等による医師の確保を行います。

○　医師少数区域や医師少数スポットへの医師派遣を行います。

②長期的な方針

○　将来の圏域内における医師の地域偏在や診療科偏在の解消の程度、年齢構成の是正の状況、勤務医の確保の状況などを見極めつつ、必要に応じて地域枠の見直しを行うなど、圏域内での医師の養成・確保に努めます。ただし、圏域内の医師少数スポットについては、医師多数区域又は近隣の拠点病院からの医師派遣等による医師の確保を行います。

○　医師少数区域や医師少数スポットへの医師派遣を行います。

(3)西部（医師少数区域）

①短期的な方針

○　西部圏域は、現在時点の医師偏在指標上、医師少数区域であることから、医師多数区域からの医師派遣等により、医師の確保を行います。

②長期的な方針

○　将来の圏域内における医師の地域偏在や診療科偏在の解消の程度、年齢構成の是正の状況、勤務医の確保の状況などを見極めつつ、医師多数区域からの医師派遣により、医師の確保を行います。

5　確保すべき医師の数の目標

(1)厚生労働省による目標医師数の定義及び設定上限数

○　計画期間中に医師少数区域及び医師少数都道府県が計画期間開始時の下位 33.3%の基準を脱するために要する具体的な医師の数を、「目標医師数」として設定することとされています。

○　また、医師少数区域以外の二次医療圏における目標医師数は、原則として、計画開始時の医師数を「設定上限数」とすることとされています。ただし、今後の医療需要の増加が見込まれる地域では、厚生労働省が参考として提示する「計画終了時に計画開始時の医師偏在指標を維持するための医師数」（以下、「維持医師数」という）を踏まえ、その数を設定上限数とすることとされています。

●目標医師数

目標医師数
＝ 医師偏在指標下位 33.3 パーセンタイル指標値（2026 年）
　×地域の推定人口（2029 年）×地域の標準化受療率比（2029 年）

●維持医師数

計画終了時に計画開始時の医師偏在指標を維持するための医師数
＝ 医師偏在指標（2026 年）
　×地域の推定人口（2029 年）×地域の標準化受療率比（2029 年）

○　厚生労働省から提供された本県の目標医師数等は、次のとおりです。

●目標医師数等

	目標医師数（2029年）	維持医師数（2029年）	標準化医師数[3]	医療施設従事医師数[4]
県（医師多数県）	1792.4	2166.4	2292.1	2362.6
東部（医師多数区域）	1009.2	1693.3	1744.0	1802.4
南部（医師多数区域）	278.8	357.2	398.0	405.6
西部（医師少数区域）	140.3	131.9	150.1	154.6

※標準化医師数及び医療施設従事医師数は、
令和６(2024)年医師・歯科医師・薬剤師統計を基に算出されたもの

○　医師少数都道府県以外は、目標医師数を既に達成しているものとして取り扱うこととされています。

○　医師少数区域以外の二次医療圏における目標医師数については、設定上限数内において、都道府県が独自に設定することとされています。

(2)本県における確保すべき医師の数の目標

○　厚生労働省から提供された目標医師数及び維持医師数は、地域の医療ニーズを積み上げた確保すべき医師数ではありません。

○　提供された数値だけを見れば、県及び各圏域のいずれにおいても標準化医師数は目標医師数等を上回っていますが、医師の高齢化や地域における個別の医療機関の状況や勤務医の状況を勘案すると、厳しい状況であることは明らかであり、確保すべき医師の目標数として、いたずらに定量的に設定することは妥当ではないと考えます。

○　したがって、県及び圏域ごとの確保すべき医師の目標数は設定せず、本計画で定めた医師確保の方針に従い、地域医療総合対策協議会における関係機関が一体となった取組等を通じて、地域における医師偏在の解消を目指すことを目標とします。

[3] 標準化医師数：性年齢階級別医師数に性年齢階級別の平均労働時間で調整したもの（令和８年４月厚生労働省提供）

[4] 医療施設従事医師数：厚生労働省が、医師偏在指標計算のため、医師・歯科医師・薬剤師統計を基に、独自集計を行っており、厚生労働省がホームページで公開している数値と異なる場合がある。

6　医師確保のための施策

(1)医師を確保するための体制の整備

①徳島県地域医療総合対策協議会の役割

○　地域医療総合対策協議会は、医療法第 30 条の 23 の規定に基づき、本県における医師確保対策の具体的な実施に係る関係者間の協議・調整を行う場であり、医師確保計画に記載された医師確保対策を具体的に実施するに当たっての協議・調整を行います。

○　県は、地域医療総合対策協議会で協議が調った事項に基づき、その内容に沿って、医師派遣に関する事務等の地域医療支援事務を実施します。

②徳島県地域医療総合対策協議会における協議項目

○　地域医療総合対策協議会においては、医師の確保を図るために必要な次に掲げる事項について協議を行います。

ア　キャリア形成プログラムに関する事項

○　地域における医師の確保のためには、県内で医師の確保を特に図るべき区域に適切に医師が派遣されることと、派遣される医師の能力開発・向上の機会の両立が重要です。

○　このため、「医師少数区域における医師の確保」と「医師不足地域に派遣される医師の能力開発・向上の機会の確保」の両立を目的としたキャリア形成プログラムについて協議します。

イ　医師の派遣に関する事項

○　地域における医師の確保のためには、県内で医師の確保を特に図るべき区域における医療機関をはじめ、医師確保が必要な医療機関に適切に医師が派遣されることが必要です。

○　このため、地域医療総合対策協議会において、県内の各医療機関の診療科ごとに、医師を派遣する必要性を慎重に検討した上で、派遣期間及び人数を協議します。

ウ　キャリア形成プログラムに基づき医師の確保を特に図るべき区域[5]に派遣された医師の能力の開発及び向上に関する継続的な援助に関する事項

---

[5] 医師の確保を特に図るべき区域：県が定めた医師少数区域、医師少数スポットを指します。

○　キャリア形成プログラムが、医師確保と派遣される医師のキャリア形成の両立を目的としたものであることを踏まえ、キャリア形成プログラムに基づき医師の確保を特に図るべき区域に派遣された医師が、派遣期間中も十分な能力開発・向上を図ることができるよう、関係者の協力の下、必要な援助を行います。

エ　医師の確保を特に図るべき区域に派遣された医師の負担の軽減のための措置に関する事項

○　医師の確保を特に図るべき区域に派遣された医師の負担軽減のため、交代医師の派遣等について協議を行います。

オ　医師の確保を特に図るべき区域における医師の確保のために大学と県とが連携して行う取組に関する事項

○　地域枠及び地元出身者枠の設定や、徳島大学寄附講座等に関する事項について協議します。

カ　医師法の規定によりその権限に属させられた事項

○　臨床研修病院の指定や県内の臨床研修病院ごとの研修医の定員の設定に関する事項について協議します。

○　日本専門医機構等に対する専門研修に対する意見陳述に関する事項について協議します。

キ　その他医師の確保を図るために必要な事項

○　地域医療介護総合確保基金の事業計画等について協議します。

○　重点医師偏在対策支援区域をはじめとする医師偏在是正プランに関する事項について協議します。

③関係者の責務

○　法第 30 条の 24 及び第 30 条の 27 の規定に基づき、地域医療総合対策協議会の構成員及び医療従事者は、地域医療総合対策協議会において協議が調った事項等の実施に協力するよう努めるとともに、県知事からの要請に応じ、医師確保対策に協力するよう努めます。

(2)医師の派遣調整等

○　地域医療総合対策協議会において派遣調整を行う対象となる医師は、地域枠医師や自治医科大学出身医師を中心としたキャリア形成プログラムの適用を受ける医師（以下「従事要件が課されている医師」という。）を基本とします。

○　地域医療総合対策協議会における派遣調整の対象とならない医師の派遣についても、本計画の医師の確保の方針に沿ったものとなるよう、多くの医師を派遣している徳島大学や徳島大学病院等の医療機関に対して、医師確保における現状の課題と対策の共有を行います。

○　また、派遣される医師の能力の開発及び向上を図るには、当該医師が派遣される医療機関における指導医の確保が重要であることに留意し、地域医療総合対策協議会において、徳島大学との調整を行います。

○　特に、南部圏域と西部圏域に対し、県が指定する拠点病院に、地域枠医師等の若手医師を指導する医師（15～20 年目の医師）の派遣に努めます。

○　派遣先医療機関は、キャリア形成プログラムと整合的なものとなるよう選定し、地域医療総合対策協議会で決定します。

①徳島大学及び医師の派遣を行っている医療機関の役割

○　従事要件が課されている医師派遣のみでは医師少数区域等において十分な医師の確保ができない場合等には、徳島大学の各教室や医師の派遣を行っているその他の医療機関は、従事要件が課されていない医師についても医師少数区域等へ派遣できるように調整する必要があります。

○　徳島大学の各教室や医師の派遣を行っているその他の医療機関が、医師を派遣する場合は、医師のキャリア形成と持続可能な地域医療の提供が両立できるように、計画的な医師の派遣調整を行うことが求められます。

②徳島県地域医療支援機構の役割

○　徳島県地域医療支援機構においては、引き続き、これまでのへき地医療拠点病院に対する医師派遣の要請等の取組に加え、徳島県地域医療支援センターと連携し、医師確保に関する新たな施策の検討・見直しに取り組み、医師の確保と地域における適正な配置に資する取組の充実を図ります。

③徳島県地域医療支援センターの役割

○　地域医療支援センターは、引き続き、地域医療を担う医師のキャリア形成支援や医師の配置調整、地域医療に係る総合相談、情報発信など、本県における総合的な医師確保対策に取り組みます。

④地域医療支援病院の役割

○　地域医療支援病院には、地域医療を支援する病院として、紹介患者に対する医療の提供や、医療機器の共同利用の実施、救急医療の提供、地域の医療従事者に対する研修の実施を通じて、地域を支援する機能の発揮に努めます。

⑤へき地医療拠点病院の役割

○　医師少数区域等へ若手医師等を派遣するためには、へき地医療拠点病院に指導医を確保し、若手医師等の育成のための環境が整っていることが重要であることから、へき地医療を担う若手医師等を支援する指導医の確保に努めます。

⑥社会医療法人との連携

○　特に地域で必要な公益性の高い医療を担う社会医療法人の力を活用し、へき地医療の充実に努めます。

⑦徳島県医師会との連携

○　応援診療の実施等に大きな役割を果たしている県医師会との協力関係の更なる強化に取り組み、県医師会との協定（「地域における医療体制の確保と支援に関する基本協定」（H21.6 締結））に基づく、有志の医師によるへき地診療所等への応援診療について、ベテランドクターの診療支援強化に努めます。

(3)医師の働き方改革を踏まえた医師確保対策と連携した勤務環境改善支援

○　地域医療に従事する医師が、仕事と家庭の両立を実現し、安心して働くことができるよう、代診医の派遣機能の充実や院内保育所等の施設・設備の整備、地域住民への啓発活動などの「安心して働ける環境づくり」の取組を推進することが重要です。

○　特に、医師少数区域等における勤務を促進するに当たっては、医師少数区域等の医療機関における勤務環境の改善が必須であり、医師事務作業補助者の確保やタスクシフトの推進等による医師に対する負担の集中の軽減等、勤務医が健康を確保しながら働くことができる勤務環境の整備に努めます。

①医師の働き方改革の概要

○　平成 30 年 7 月に時間外労働の上限規制の導入を柱とした「働き方改革を推進するための関係法律の整備に関する法律」（平成 30 年法律第 71 号）が成立し、平成 31 年 4 月以降順次施行され、医師に関しては令和 6 年 4 月から新たな時間外労働規制が適用されました。

○　令和 3 年 5 月 21 日に成立した「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律（令和３年法律第 49 号。以下「医療法等改正法」という。）」では、医師に対する時間外労働の上限規制の適用開始（令和 6 年 4 月 1 日）に向け、次の措置を講ずることとされました。

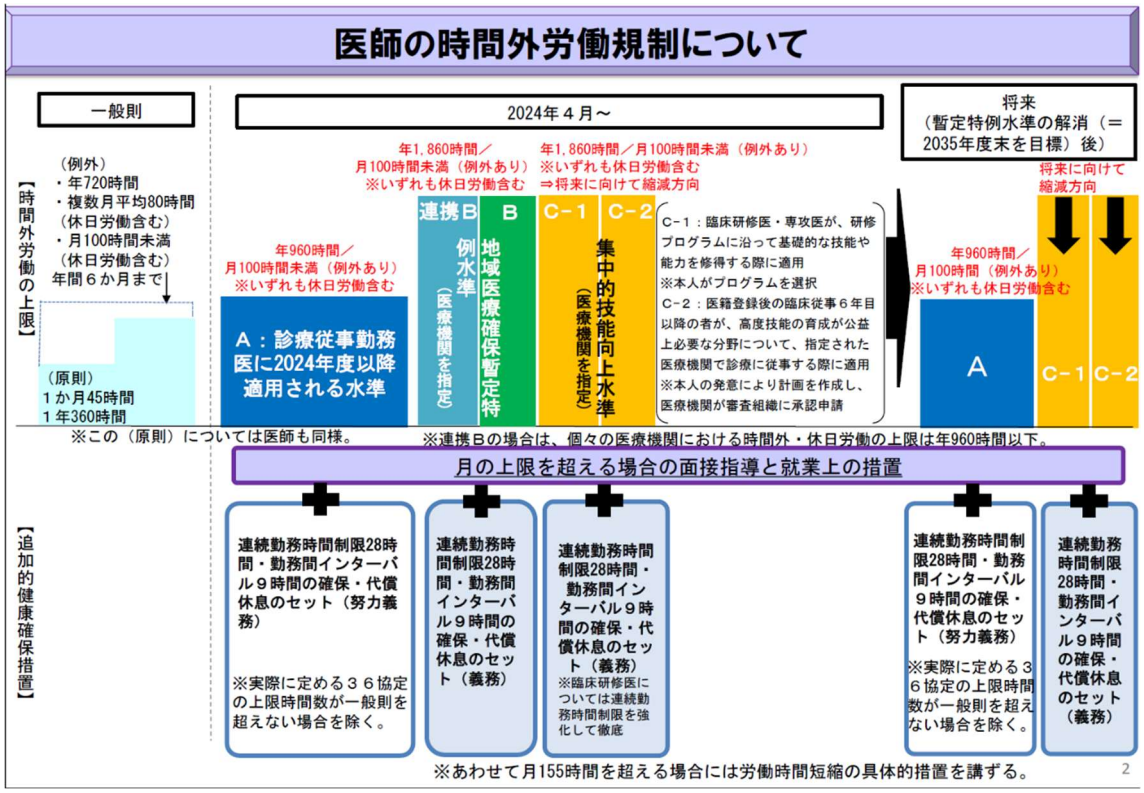
・勤務する医師が長時間労働となる医療機関における医師労働時間短縮計画の作成
・地域医療の確保や集中的な研修実施の観点から、やむを得ず高い上限時間を適用する医療機関を都道府県知事が指定する制度の創設
・当該医療機関における健康確保措置（面接指導、連続勤務時間制限、勤務間インターバル規制等）の実施　等

●令和６年４月から適用された勤務医の時間外労働の上限水準[6]

【Ａ水準】
勤務医に適用される水準
⇒年間960時間以下／原則月100時間未満

【Ｂ水準／連携B水準】
地域医療の観点から必須とされる機能を果たすため、やむなく長時間労働となる場合の暫定的な特例水準
⇒年間1,860時間以下／原則月100時間未満

【Ｃ-１水準／C-２水準】
初期・後期研修医が研修プログラムに沿って基礎的な技能や能力を習得する際、又は、医籍登録後の臨床従事6年目以降の者が、高度技能の育成が公益上必要な分野について特定の医療機関で診療に従事する際に適用される集中的技能向上水準
⇒年間1,860時間以下／原則月100時間未満



資料：厚生労働省「令和３年度第１回医療政策研修会及び地域医療構想アドバイザー会議」

6　令和６年４月から適用された勤務医の時間外労働の上限水準：臨時的に限度時間を超えて労働させる必がある場合につき延長して 36 協定で締結できる時間数の上限であり、通常の時間外労働につき延長できる時間数の上限は、医師についても一般労働者と同じ月 45 時間以下、年 360 時間以下

②徳島県医療勤務環境改善支援センターの役割

○　本県では、平成 27 年 3 月 26 日に「徳島県医療勤務環境改善支援センター」を設置し、医師をはじめとした医療従事者の離職防止・定着対策に取り組む医療機関を支援しています。

○　徳島県医療勤務環境改善支援センターにおいては、これまでの取組に加え、勤務医の時間外労働規制の適用も踏まえ、引き続き、医師の時間外労働短縮を図る医療機関の支援を行います。

③救急医療における医師の負担軽減のための県の取組

○　特に長時間勤務となっている「救急医療の現場」では、医師の負担軽減のための具体的な取組が必要とされています。

○　比較的軽症な患者の「夜間・休日の受診」は、救急医療機関で働く医師の大きな負担となっていることから、本県では、統一的な救急電話相談窓口を設置し、普及啓発に努めることで、県民の安全安心を確保するとともに、救急医療機関の受診適正化による医師の負担軽減を図っています。

●救急電話相談窓口

・大人用　　＃７１１９
・こども用　＃８０００

○　今後も、効果的な運用や制度の普及に取り組み、相談体制の更なる充実を図ることで、医師の勤務環境改善に努めます。

(4)その他の施策

①地域医療介護総合確保基金の活用

○　地域医療介護総合確保基金については、地域医療総合対策協議会や地域医療支援センターの運営、修学資金の貸与及び徳島大学への寄附講座の設置による医師派遣など医療従事者の確保のために活用していますが、特に医師少数区域等における医師の確保に重点的に用いています。

○　中でも、徳島大学への寄附講座の設置については、本県の地域医療を担う医師を確保するため、平成 22 年から県立海部病院を対象とする「総合診療医学分野」をはじめ 4 講座を設置し、令和 8 年 4 月時点では 7 講座を設置しています。

○　寄附講座の設置により、医師の地域偏在・診療科偏在の解消に大きな役割を果たしてきたところです。

○　令和４年度には、「持続可能な講座体制」の構築を目的として、「評価指標」に基づく講座開設の効果の評価等を通じて、必要に応じ講座体制の見直しを図っていくこととしています。

●徳島大学への寄附講座の概要（令和８年度）

	設置講座	対象病院
1	総合診療医学分野	県立海部病院
2	ER・災害医療診療部	県立中央病院
3	地域外科診療部	県立三好病院、県立中央病院、半田病院
4	地域脳神経外科診療部	県立三好病院、県立中央病院
5	麻酔科診療部	県立中央病院
6	地域小児科診療部	県立三好病院、県立中央病院、 半田病院
7	高度先進整形外科診療部	県立三好病院

②地域医療に関する総合相談・情報発信

○　地域医療支援センターにキャリア形成に関する相談窓口を設置し、ホームページや広報誌を活用した情報発信に取り組み、地域医療に従事する医師の支援体制の充実を図ります。

○　県内外の医師や医学生を対象に、「とくしま医師バンク」において、県内の医療情報や地域医療の最前線の状況、医師等の求人情報、臨床研修情報などの発信を行います。

③地域医療に関する調査・分析の実施

○　地域医療支援センターは、各医療機関における研修プログラムの実施状況等、地域医療に関する調査研究を実施し、今後の医師のキャリア形成支援や医師不足地域への医師のより効果的・効率的な配置調整等に活用します。

④学生を対象とした地域医療への理解を深めるための取組

○　県内の高校生等を対象とした「地域医療現場体験ツアー」をはじめとする体験事業などの実施を通じ、幅広い世代に対して、医療の道を志す意欲の向上に努めます。

○　徳島大学医学部１年生を対象とした「早期地域医療体験実習」や全国の医学生を対象とし、県内の地域医療の現場で実地研修を行う「夏期地域医療研修」の開催等により、徳島の地域医療への理解の促進とその魅力の発信に取り組み、将来、地域医療を志す医師の養成を図ります。

⑤総合診療医の育成支援

○　平成 22 年度から徳島大学の「総合診療医学分野」において、県立病院等をフィールドとした診療活動と地域医療確保に関する研究、さらには総合医の教育について、引き続き積極的な取組を継続します。

⑥多様な働き方の推進による人材確保と県外からの移住促進

○　本県の豊かな自然や充実した生活環境を活かし、県外の医師が本県で休暇を楽しみながら地域医療に携わることができる「ワーケーション」を推進し、本県の地域医療の魅力に触れる機会を創出するとともに、医療現場の「ひっ迫緩和」や、常勤職員の「負担軽減」を図ります。

○　県外から本県へ移住し、県内の医療機関に就業する医師や看護師等に対する移住に伴う経済的な負担を軽減することで、県外からの医療人材の呼び込み・定着を推進します。

⑦広域マッチング事業

○　令和７年度から、国において、医師不足地域での医療に関心・希望を有する医師の掘り起こしやキャリアコンサルティングを行い、必要に応じてリカレント教育や現場体験につなぎ、医師少数地域の医療機関とのマッチング、その後の定着支援等を行うための財政支援を行う広域マッチング事業が実施されています。

○　本事業は、県医師会が実施する「ドクターバンク」との連携により、総合的な医師偏在対策を推進することとされています。

⑧医師少数区域経験認定医師制度

○　医師少数区域等に所在する病院又は診療所における医師の勤務を促進することを目的に、医療法第 5 条の２に基づき、当該病院等で１年以上勤務し、診療や保健指導等に従事した医師を厚生労働大臣が認定する制度です。

○　本制度の認定を受けた医師は、地域医療支援病院、公的医療機関である病院、国立病院機構の開設する病院、地域医療機能推進機構の開設する病院、労働者健康安全機構の開設する病院の管理者となる資格の取得や医師少数区域等において、診療所等を開設する際、建築資金等の融資条件の優遇融資を受けることができます。

7　医師偏在是正プラン

(1) 医師偏在是正プランの策定について

○　本県においては、医療施設に従事する医師数の 76.8%が東部圏域に集中しており、地域間の医師偏在が課題となっていることから、偏在対策を推進するために、医師確保計画内に「医師偏在是正プラン」を策定します。

(2) 重点医師偏在対策支援区域について

○　プランでは、今後も一定の定住人口が見込まれるものの、必要な医師が十分に確保できず、人口減少のスピードを上回る速さで医療機関の減少が進むと見込まれる地域等を「重点医師偏在対策支援区域」として設定することとされています。

○　重点医師偏在対策支援区域の設定については、厚生労働省の提示する候補区域を参考としつつ、地域医療総合対策協議会及び保険者協議会で協議した上で、区域外から医師を確保できないと医療提供体制の維持が困難と考えられるような、真に重点的に医師を確保する必要がある区域に限り、設定することとされています。

○　これらを踏まえ、本県が設定する重点医師偏在対策支援区域は次のとおりとします。

1　西部医療圏（厚生労働省から示された候補区域） 2　医師少数スポット

(3) 支援対象医療機関について

○　設定された重点医師偏在対策支援区域内の全ての医療機関を一律に支援対象とするのではなく、設立母体に関わらず、今後策定する新たな地域医療構想を踏まえ、地理的条件等を考慮しながら、地域医療総合対策協議会及び保険者協議会において合意を得るものとします。

(4) 区域における必要な医師数について

○　重点医師偏在対策支援区域において確保すべき「必要な医師数」については、国の提示する候補区域の要件から脱却するために必要な医師数を原則とされていますが、本計画５（２）と同様、必要な医師数は設定せず、医師偏在対策を推進するための施策を通じて、地域における医師偏在の解消を目指すことを目標とします。

(5) 医師偏在対策を推進するための施策

○　本県では、地域医療対策協議会及び保険者協議会と協議を行いながら、以下の経済的インセンティブに係る事業等を実施し、重点医師偏在対策支援区域における継続的な医師確保に取り組みます。

・診療所の承継・開業支援事業：重点医師偏在対策支援区域内において、診療所を承継又は開業する場合に、当該診療所に対して、施設整備・設備整備に係る費用を支援するとともに、一定期間の地域への定着に向けた支援を行います。

・医療機関に医師派遣する派遣元医療機関支援事業：特定機能病院からの派遣とは別に、中核病院等からの医師派遣により重点医師偏在対策支援区域の医師の確保を推進するため、当該区域内の医療機関に新たに医師を派遣する医療機関に対して、医師派遣に要する費用の支援を行います。

・医師の勤務・生活環境改善のための代替医師確保支援事業：重点医師偏在対策支援区域において、医師の離職防止や新たに勤務する医師の増加を図るため、医師の勤務・生活環境の改善に向けた、土日の代替医師確保への支援を行います。

・医師の勤務・生活環境改善のための施設整備事業：重点医師偏在対策支援区域において、医師の離職防止や新たに勤務する医師の増加を図るため、医師の勤務・生活環境の改善に向けた、医療機関の宿直室等の施設整備を支援します。

8　医師の養成課程を通じた取組

(1)徳島大学医学部における養成等

○　令和８年度の徳島大学医学部の定員は、111 人（恒久定員 100 人、臨時定員 11 人）となっています。

○　令和元年度からの入学者数に占める本県出身者の状況をみると、8 年間平均で、推薦入試（地域枠含む）では 66.7%、一般入試では 10.1%であり、一般入試における県内出身者の割合が極めて低い状況となっています。

○　また、実数では 8 年間平均で 34.8 人、定員に対して 30.8%となっており、県内出身者は卒業後、県内の医療機関で勤務する割合が高いことから、県内出身者の入学者数の増加が重要です。

○　本県は医師多数県ですが、医師の高齢化が顕著であることから、医師確保の取組をこれまで以上に充実していくことが必要です。

○　徳島大学医学部地域特別枠による将来の本県の地域医療を担う県内出身者の確保をはじめ、徳島大学医学部卒業後の県内定着、さらに、県外医学部に進学した本県出身者の卒業後の帰県促進にも取り組みます。

●徳島大学医学部における本県出身者の状況

入学年度	R1		R2		R3		R4		R5		R6		R7		R8	
	入学者	うち県内	入学者	うち県内	入学者	うち県内	入学者	うち県内	入学者	うち県内	入学者	うち県内	入学者	うち県内	入学者	うち県内
推薦入試	42	32	42	31	42	25	42	26	42	28	42	31	42	28	42	28
一般入試等	72	6	72	8	72	1	72	5	70	6	70	9	69	7	69	7
合計	114	38	114	39	114	26	114	31	112	34	112	40	111	35	111	35
県内率	33.3%		34.2%		22.8%		27.2%		30.4%		35.7%		31.5%		31.5%	

資料：徳島大学「入学試験実施状況」

※推薦入試の県内合格者には地域枠を含む

一般入試等は一般選抜及び総合型選抜の合計

①医学部における地域枠等の概要

○　全国の医学部定員は、閣議決定（S57,H9）及び国の需給見通しに基づき、ピーク時（昭和 57 年）の 8,280 人より 635 人少ない 7,625 人まで抑制されてきましたが、平成 18 年の「新医師確保総合対策」及び平成 19 年の「緊急医師確保対策」により入学定員が増員され、平成 20 年には 168 人増の 7,793 人まで増員されました。

○　また、「骨太の方針 2008」において、医学部定員の削減方針が見直され、平成 21 年度入学定員は 693 人増の 8,486 人となり、さらに、「骨太の方針 2009」に基づき平成 22 年度入学定員の緊急・臨時的な増員を認め、360 人増の 8,846 人として、都道府県が奨学金を用意することを条件に「地域枠」の定員増が可能となりました。

○　令和 5 年度から「歯学部振替枠」が廃止されましたが、「地域枠」の定員増については、平成 23 年度以降、同様の枠組みによる増員が行われ、令和８年度には医学部定員は全国で 9,376 人となっています。

○　地域枠については、都道府県内の特定の地域における診療義務を課すものであり、都道府県内における二次医療圏間の偏在を調整する機能があるとともに、特定の診療科がある場合には、診療科間の偏在を調整する機能もあります。

○　また、臨時定員の増員等と組み合わせた地域枠については、医師の少ない都道府県において医師を充足させ、都道府県間の偏在を是正する機能があります。

○　地元出身者枠については、県内に長期間にわたり 8 割程度の定着が見込まれるものの、特定の地域等での診療義務があるものではないため、県内における二次医療圏間の偏在調整の機能はなく、都道府県間の偏在を是正する機能があります。

②本県における地域枠

○　本県の地域枠には、県の修学資金の貸与により業務従事要件が課されている「地域特別枠」と、いわゆる地元出身者枠の「地域枠」の 2 種類があります。

○　徳島大学医学部の入学定員は、平成 20 年には 95 人とされていましたが、「骨太の方針 2008」により平成 21 年度から地域枠制度が開始されたことに伴い、平成 21 年度入学定員を 105 人（恒久定員 100 人、臨時定員 5 人）とし、12 人の地域枠（地域特別枠 5 名、地域枠 7 人）を設置しました。

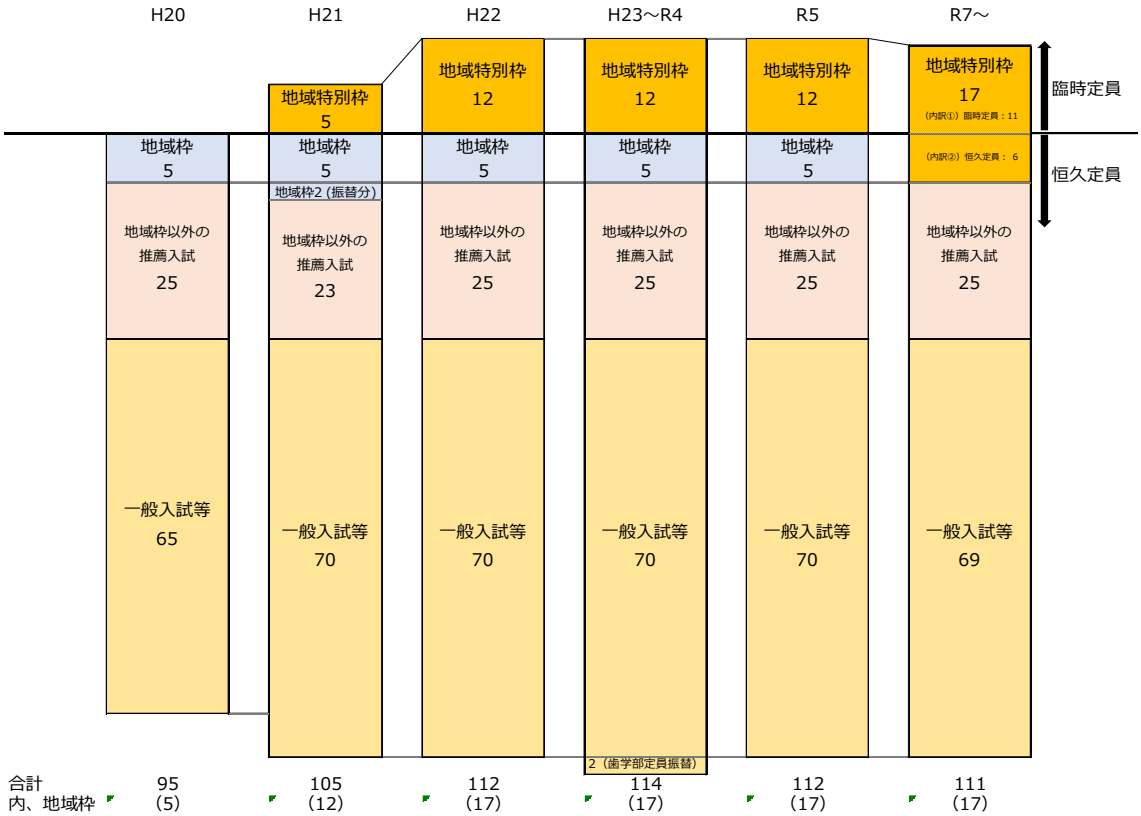
○　さらに、「骨太の方針 2009」を受け、平成 22 年度入学定員を 112 人（恒久定員 100 人、臨時定員 12 人）とし、地域枠を 17 名（地域特別枠 12 人、地域枠 5 人）となっています。

○　また、平成 23 年度には歯学部の定員を振り替え、医学部入学定員を 2 人増の 114 人（恒久定員 102 人、臨時定員 12 人）としました。

○　令和 5 年度には「歯学部振替枠」が廃止されたため、医学部入学定員を 112 人（恒久定員 100 人、臨時定員 12 人）としました。

○　令和 7 年度以降は、臨時定員の削減により、111 人（恒久定員 100 人、臨時定員 11 人）とし、併せて、地域特別枠を 17 人に拡大しています。

●徳島大学医学部入学定員の推移



※H19,H20 は医師修学資金貸与枠（地域枠制度以前）として、希望者に修学資金の貸与を実施

○　地域特別枠の学生は、卒業後、県内の公的医療機関等で、修学資金の貸与期間の 2 分の 3 に相当する期間、医師の業務に従事し、キャリア形成プログラムの適用を受けることを誓約して入学しています。

○　業務従事期間においては、キャリア形成プログラムの適用を受け、基本ローテーションを前提として、修学資金貸与医師が業務従事期間終了までに自己の診療科の基本領域専門医試験の受験資格を取得できるよう診療科において検討し、地域医療支援センターの調整の上、県が勤務医療機関を決定します。

○　キャリア形成プログラムに示されているように、地域特別枠医師は、9 年間の業務従事期間（初期臨床研修の 2 年間を除くと 7 年間）の間に、3 群病院での勤務に最低 3 年以上従事する必要があります。

○　本県の地域特別枠医師が専門研修に登録する場合は、徳島大学基幹型プログラムを選択することとなっており、各医局長が教育責任者となります。

○　100 人を超え維持される地域特別枠医師の 3 群病院への配置による地域偏在の解消と併せて、地域の診療科偏在の解消にも大きく貢献する仕組みとなるよう、地域特別枠医師のキャリア形成に、県をはじめとする関係団体が一体となって取り組むことが重要です。

●本県の地域特別枠医師の基本領域別登録者数

基本領域名	H30	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	合計
内科	3	3	3	4	3	3	5	3	4	33
小児科	0	1	0	0	1	0	2	2	0	6
皮膚科	0	0	0	0	0	1	0	0	1	2
精神科	0	1	2	0	0	0	1	0	0	4
外科	0	0	1	1	1	1	2	2	1	9
整形外科	0	1	1	0	0	0	2	0	0	4
産婦人科	0	0	0	2	0	1	0	1	1	5
眼科	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
耳鼻咽喉科	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
泌尿器科	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2
脳神経外科	0	1	0	0	1	0	1	1	1	6
放射線科	2	1	0	0	0	0	1	0	0	5
麻酔科	0	0	0	1	2	3	0	0	0	6
病理	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
臨床検査	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
救急科	1	1	1	1	1	2	0	2	0	9
形成外科	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2
リハビリテーション科	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
総合診療科	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
合計	9	10	8	9	9	13	14	12	9	97

③今後の地域枠の設置及び必要数

○　国は、地域枠の必要数について、当該都道府県における二次医療圏ごとの将来時点における医師不足数の合計数を満たすために必要な年間不足養成数を上限としていますが、本県においては、地域に必要な医師が十分確保されるまで、医学部臨時定員の維持を強く要望します。

○　また、国は、恒久定員の枠内において、各都道府県における独自の医師偏在対策としての地域枠及び地元出身者枠の設置・増員等を妨げるものではないとしていることから、今後の地域における医師確保の状況も踏まえながら、徳島大学と徳島大学医学部における恒久定員の枠内における、地域枠等の拡大についての検討を進めることとします。

④地域枠の選抜方式

○　本県では、地域枠の学生・医師を確実に確保することができるよう、特定の地域における診療義務のある「別枠方式」[7] による地域枠を選抜しています。

[7]　別枠方式：地域枠学生について一般の学生等とは別の募集定員を設ける方式。本県においては、出願方法や合否基準についても、一般枠と明確に区分されている。

(2)キャリア形成プログラム

○　県は、「医師少数区域等における医師の確保」と「医師不足地域に派遣される医師の能力開発・向上の機会の確保」の両立を目的として、地域医療支援センターや地域医療総合対策協議会の意見を踏まえ、キャリア形成プログラムを策定、公表しています。

①キャリア形成プログラムの内容

○　キャリア形成プログラムは、次に掲げる者を対象とします。

ア　県が修学資金を貸与した地域特別枠医師
イ　自治医科大学を卒業した医師
ウ　その他キャリア形成プログラムの適用を希望する医師

○　県は、対象医師の同意を得て、キャリア形成プログラムを適用します。

○　キャリア形成プログラムは、県とキャリア形成プログラムの適用を受ける医師の間で締結される契約であり、対象医師は、これを満了するよう真摯に努力しなければなりません。

○　県は、対象医師に対し、徳島県医師修学資金貸与制度のしおりにより、適用されるキャリア形成プログラムの内容を示すこととします。

②キャリア形成プログラムのコース

○　県は、キャリア形成プログラムが対象医師の希望に対応したものとなるよう努めます。

○　県は、地域医療総合対策協議会における協議に基づき、本県において必要とされる診療科を中心にコースを設定します。

○　特に、政策的に確保が必要な診療科（救急科、小児科、産科、総合診療科等）については、県、徳島大学及び地域医療支援センターは、コースを設定するだけではなく、学生時代から継続的な働きかけを行う等の方法により、当該コースを選択する対象医師の数を増やす取組を行い、必要な医師数が確保されるよう努めます。

●キャリア形成プログラム（地域特別枠医師対象）基本ローテーション

年数	1	2	3	4	5	6	7	8	9
勤務する医療機関	知事が定める臨床研修病院		知事が定める１・２・３群の医療機関（常勤勤務）及びへき地診療所（診療支援）						
従事する業務	臨床研修		勤務する医療機関において臨床業務に従事 ただし、３群病院で３年以上業務に従事すること						

※詳細については、徳島県医師修学資金貸与制度のしおりで示す。

●キャリア形成プログラム（自治医科大学卒業医師対象）
基本ローテーション（※１）

年数	1	2	3	4	5	6	7	8	9
勤務する医療機関	県立中央病院		へき地医療拠点病院（海部・三好）		へき地診療所等		後期研修（※２）	へき地診療所等	
従事する業務	臨床研修		臨床業務に従事				研修	臨床業務に従事	

※1　県が指定する医療機関で勤務すること。ただし、やむを得ないと県が判断する事情が生じた場合は、この基本ローテーションによらない勤務も可

※２　後期研修は７年目以外の希望する年に取得することは可。また、後期研修を２年以上希望する場合は、１年間を除いた期間は全て義務外とし、県立中央病院での研修に限り可

④キャリア形成プログラムの対象医療機関等

○　医師は、臨床研修を行った都道府県に臨床研修後も定着する割合が高いという傾向を踏まえ、臨床研修（2 年間）については、県内の臨床研修病院において行います。

○　臨床研修終了後の対象期間（原則 7 年間）についても、原則として、県内の医療機関において就業します。

○　キャリア形成プログラムの各コースにおいて就業先とされる医療機関等の設定に当たっては、医師の確保を特に図るべき区域における医師の確保と、対象医師の能力の開発・向上の両立というキャリア形成プログラムの目的が達成されるよう留意します。

○　地域特別枠医師の派遣対象医療機関については、規模別、地域別等の種別に応じて医療機関群を次のとおり設定します。加えて、県が指定するへき地診療所も派遣対象医療機関とします。

	東部	南部	西部
1群	・県立中央病院 ・徳島市民病院 ・徳島県鳴門病院 ・吉野川医療センター ・とくしま医療センター東病院 ・とくしま医療センター西病院	・徳島赤十字病院 ・徳島赤十字ひのみね医療療育センター ・阿南医療センター	
2群	・徳島大学病院		
3群		・県立海部病院 ・勝浦病院 ・上那賀病院 ・美波病院 ・海南病院	・県立三好病院 ・半田病院 ・三野病院

③キャリア形成プログラムの対象期間

○　キャリア形成プログラムの各コースの対象期間（医師が当該コースに基づいて医療機関等に派遣される期間を通算したものをいう。）は、原則として、9年間とします。

⑤キャリア形成プログラムの対象期間の一時中断等

○　キャリア形成プログラムは、出産、育児等のライフイベントや、海外留学等のキャリア形成上の希望に配慮するため、対象期間の一時中断を可能とします。

⑥キャリア形成プログラムに基づく派遣調整

○　各対象医師に適用されるコースの中で、実際に当該対象医師が派遣される医療機関を決定する際には、地域の医療ニーズや教育的配慮、本人の希望等を踏まえ、地域医療総合対策協議会において協議します。

○　キャリア形成プログラムに基づく医師派遣と、大学による医師派遣の整合性を確保するため、県及び地域医療支援センターは、対象医師の派遣計画案を、徳島大学等に提示し、協議及び必要な調整を行った上で、地域医療総合対策協議会において派遣計画を決定します。

⑦修学資金の貸与

○　県が貸与する地域枠修学資金に係る義務年限は、原則として、学部卒業後9年間又は貸与期間の1.5倍の期間とします。

(3)臨床研修及び専門研修

①臨床研修制度について

○　平成 16 年度から「新医師臨床研修制度」が開始され、診療に従事しようとする医師は、2 年以上の臨床研修が必修化されました。

○　新医師臨床研修制度の開始により、全国的に研修医の大学離れが進行し、大学医局による医師派遣機能の低下や医師の都市部への集中が顕著になり、医師の地域偏在が加速しました。

○　また、平成 30 年の医師法改正により、医師養成課程を通じた医師確保対策の充実が図られ、その一環として、臨床研修においても、令和 2 年 4 月より、国から都道府県に臨床研修病院の指定や研修医定員の設定に関する権限の移譲等が行われました。

○　このため、県においては、地域医療総合対策協議会の審議のもと、臨床研修病院の指定や、医師少数区域等に配慮した臨床研修医の定員設定など、地域の実情に応じたきめ細やかな医師偏在対策を実施します。

○　令和 8 年 4 月時点での、県内の基幹型臨床研修病院は、次の 10 病院となっています。

○　各臨床研修病院の臨床研修医（1 年目）の採用状況をみると、徳島県臨床研修連絡協議会における取組が開始された、平成 21 年から令和 8 年の 18 年間で、県全体で平均 49.8 人となっています。

●県内の臨床研修病院における臨床研修医（１年目）の採用状況

	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30
徳島大学病院	32	32	27	37	17	24	27	21	28	23
県立中央病院	5	3	2	3	12	10	13	11	12	13
徳島市民病院	3	3	4	1	3	5	2	2	5	0
徳島県鳴門病院	0	2	1	1	2	1	4	5	4	3
徳島健生病院	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1
吉野川医療センター	0	0	1	0	0	1	1	0	4	0
徳島赤十字病院	12	9	11	11	11	7	12	12	11	11
阿南医療センター	3	1	1	0	0	0	0	0	0	0
県立三好病院										0
田岡病院										
合計	55	51	47	54	45	48	59	52	65	51

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	平均
徳島大学病院	22	17	12	14	12	6	9	7	20.4
県立中央病院	13	14	5	13	10	13	13	14	9.94
徳島市民病院	9	0	1	5	7	5	7	7	3.83
徳島県鳴門病院	0	3	2	2	1	3	4	3	2.28
徳島健生病院	0	0	1	1	2	0	1	0	0.56
吉野川医療センター	4	3	3	2	2	1	3	3	1.56
徳島赤十字病院	9	12	12	10	12	10	10	11	10.7
阿南医療センター	0	0	0	1	1	0	0	0	0.39
県立三好病院	1	0	0	0	0	0	1	0	0.22
田岡病院							1	0	0.5
合計	58	49	36	48	47	38	49	45	49.8

②専門医制度について

ア　専門医制度

○　これまで、医師の専門性に係る評価・認定については、各領域の学会が自律的に独自の方針で専門医制度を設け、運用してきました。

○　しかし、専門医制度を運用する学会が乱立して認定基準が統一されておらず、専門医の質の担保に懸念があることや、国民にとってわかりやすい仕組みになっていないこと、また、臨床に従事する医師の地域偏在・診療科偏在が進んでおり、その是正は重要な課題であることから、専門医の在り方が検討されてきました。

○　このため、中立的な第三者機関（日本専門医機構）を設立し、専門医の認定と養成プログラムの評価・認定を統一的に行うこととされ、臨床における専門的な診療能力を養成することを目的とした新専門医制度が平成 30 年度より開始されました。

○　本県の専門研修プログラムの登録状況をみると、平成 29 年から令和８年の10年間で、県全体で平均50.5人となっており、内科の16.1人が最多ですが、医師不足が顕著な小児科で 1.9 人、産婦人科で 2.0 人、外科で 3.4 人となっています。

●本県における専門研修プログラム登録状況

基本領域名	H30	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	平均
内科	19	24	16	14	16	9	15	11	12	16.1
小児科	0	2	2	3	2	0	2	5	1	1.9
皮膚科	0	1	4	1	1	2	1	2	1	1.4
精神科	4	1	3	5	3	2	3	1	2	2.5
外科	5	4	2	3	4	3	3	4	3	3.4
整形外科	3	2	2	3	1	1	6	5	1	3.0
産婦人科	1	2	5	3	3	2	0	1	2	2.0
眼科	0	2	1	1	1	0	0	4	2	1.4
耳鼻咽喉科	3	2	1	0	0	2	0	2	0	1.4
泌尿器科	2	1	3	5	1	0	1	0	7	2.3
脳神経外科	2	2	1	0	1	2	3	2	1	1.7
放射線科	4	4	1	1	1	0	4	2	2	2.2
麻酔科	6	6	0	3	3	5	1	1	3	3.3
病理	0	4	1	2	0	2	1	0	0	1.1
臨床検査	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0
救急科	3	5	4	4	2	5	3	5	1	3.3
形成外科	3	1	1	3	2	2	1	2	2	1.8
リハビリテーション科	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0.3
総合診療科	3	1	1	1	0	1	0	3	2	1.4
合計	60	65	48	52	41	38	44	50	42	50.5

イ　専門医養成に係る県の役割について

○　平成 30 年度の医師法改正により、医師の研修に関する計画に対して都道府県知事の意見を反映させる制度が盛り込まれました。

○　県は、個別の専門研修プログラムが、県内の医師確保対策や偏在対策に資するものとなっているかを確認し、地域医療総合対策協議会で協議した上で、必要に応じて厚生労働大臣へ意見を提出します。

○　また、新専門医制度においては、地域偏在と診療科偏在について制度内で配慮されるべきとされ、開始当初の 2 年間は五都府県（東京都、神奈川県、愛知県、大阪府及び福岡県）の各診療科（外科、産婦人科、病理、臨床検査及び総合診療科以外）で専攻医の採用数に上限が設けられましたが、令和 2 年度からは、厚生労働省の発表した都道府県診療科別必要医師数を基に、必要医師数に達している診療科に対して、一定のシーリングを設定し、募集を行うこととなりました。

ウ　専門医養成に係る徳島大学等の役割について

○　各診療科の専門研修プログラムを作成するプログラム責任者は、次の点に特に留意してプログラムを作成しなければなりません。
・各診療科別のプログラムごとの定員配置が医師少数区域等に配慮す

ること
・各プログラムの連携施設が、地域偏在・診療科偏在の対策に資するものであること
・従事要件が課されている医師の専門医取得に配慮すること

○　このため、偏在是正のためにも、各プログラム責任者は協力して、「医師少数区域における医師の確保」と「医師の能力開発・向上の機会の確保」のバランスを考慮しながら、魅力あるプログラムの作成と専攻医確保に努める必要があります。

○　地域医療支援センターの代表者は、地域医療総合対策協議会において、全ての診療領域のプログラムが県内の医師少数区域等への診療科偏在の解消に資するものとなっていることの説明を行うこととします。

③臨床研修医及び専攻医の確保に向けて

○　本県では、平成 21 年度から県、県医師会、地域医療支援センター及び臨床研修病院が「臨床研修連絡協議会」を組織し、研修医確保に向けて一体的に取り組んでいるところです。

○　臨床研修連絡協議会は、臨床研修医の更なる確保に向け、県内外における合同説明会の実施など、医学生への広報強化や、病院見学者の増加に係る施策等の実施により、リクルートの取組を強化することとします。また、地域医療総合対策協議会に臨床研修医の採用・育成についての取組状況を随時報告することとします。

○　専門研修は、医師法に基づく義務である初期臨床研修とは異なり、その参加は任意であるものの、初期臨床研修を終えた医師の９割以上が参加を希望しており、専門研修終了後に専門研修基幹施設が所在する都道府県での勤務を希望する医師が６割を超えることから、参加を希望する専門研修プログラムが県内に十分整備されていることは、初期臨床研修終了後の医師の本県定着に影響があります。

○　引き続き、専攻医の確保を積極的に進めながら、地域医療支援センターは、臨床研修連絡協議会と協力し、責任を持って地域医療を担う専攻医のリクルートに努めます。

○　地域医療支援センターの代表者は、地域医療総合対策協議会において、専攻医の採用・育成についての取組状況を定期的に報告し、その意見を踏まえ、取組の改善を図っていくこととします。

○　加えて、初期臨床研修から専門研修まで、本県で継続してキャリア形成を行う医師に対して切れ目のない支援を行うことで、県内への定着促進を図ります。

【参考】専門医養成シーリングについて

○　2018年から始まった新専門医制度では、地域偏在と診療科偏在の是正に向け、専攻医の採用数に上限を設けるシーリング制度が設けられました。2018年度は、五都府県（東京都、神奈川県、愛知県、大阪府及び福岡県）において、各診療科（外科、産婦人科、病理、臨床検査及び総合診療科以外）で過去５年間の採用数の平均が設定されました。

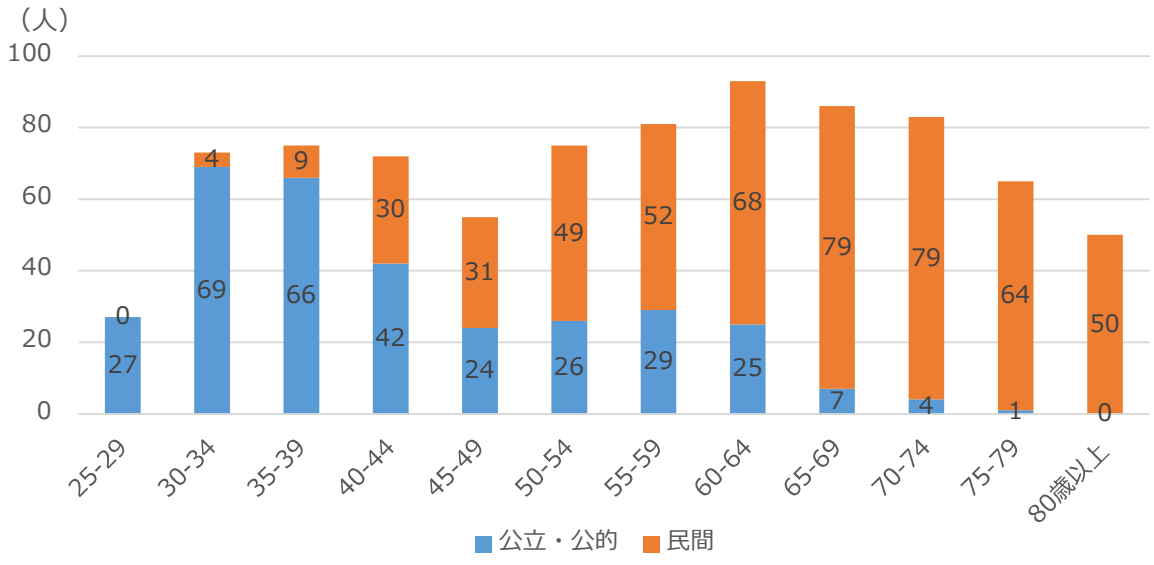
○　2019年度専攻医は、引き続き五都府県へのシーリングが実施されましたが、2018年度専攻医が東京都に集中したことを受け、東京都のシーリング数が５％削減されました。

○　2020年度専攻医募集に向けては、厚生労働省が2018年度に発表した都道府県別診療科必要医師数及び養成数を基に、各都道府県別診療科の必要医師数に達している診療科に対して、一定のシーリングをかける案が医道審議会医師専門研修部会（2019年5月14日開催）にて承認されたため、2020年度専攻医以降は、全ての都道府県を対象としてシーリングが実施されています。

○　徳島県は内科が必要医師数に達しているため、2020年度専攻医より内科シーリングの対象となっていますが、実際は、医師の高齢化が進行し、公立・公的病院で勤務する内科の若手医師は全体の１２％しかいない状況です。（図参照）

○　このような状況の中、シーリングの実施により、専攻医の確保を抑制され続けた場合、地域の医師派遣ニーズに十分に応えることができなくなる恐れがあるため、2019年から毎年シーリング制度に関して、地域の実情が反映されたものとするよう是正を求める意見を国に提出しています。

【徳島県の公立・公的病院及び民間医師の状況（内科）】（令和８年７月１日時点）



9　産科・小児科における医師確保計画

○　産科・小児科については、厚生労働省の「医師確保計画策定ガイドライン」において、政策医療の観点、医師の長時間労働となる傾向、診療科と診療行為の対応も明らかにしやすいことから、産科・小児科における医師偏在指標を算出し、産科・小児科における地域偏在対策に関する検討を行うこととされています。

○　産科・小児科における医師の確保は喫緊の課題であることから、関係者間の協議のもと、産科・小児科における医師確保計画を策定します。

(1)本県の周産期医療体制及び小児医療体制について

①周産期医療体制

○　本県における周産期医療体制については、平成 16 年に「徳島県周産期医療協議会」を設置し、県内における周産期医療体制の整備や連携体制の構築を図ってきました。

○　総合メディカルゾーンを構成する徳島大学病院と県立中央病院が一体的に機能を発揮し、本県の周産期医療の核となることや、本県における NICU を 21 床確保すること、総合周産期母子医療センターである徳島大学病院が中心となり、一般合併症を含むリスクの高い母体・胎児の救命を図ること、医療圏ごとに地域周産期母子医療センターを整備することなどを目標として整備してきました。

○　令和８年３月末における分娩取扱施設は、周産期母子医療センターのほか、東部圏域では、徳島県鳴門病院と吉野川医療センター、民間診療所 3 機関、南部圏域では阿南医療センター、西部圏域ではつるぎ町立半田病院となっています。

	周産期母子医療センター	
	総合	地域
東部	徳島大学病院	県立中央病院 徳島市民病院
南部		徳島赤十字病院

②小児医療体制

○　本県における小児医療の体制については、高度小児専門医療を行う小児中核病院として徳島大学病院、小児専門医療を行う小児地域医療センターとして県立中央病院と徳島赤十字病院、小児医療過疎地域の一般小児医療を行う小児地域支援病院として県立三好病院とつるぎ町立半田病院を整備しています。

○　小児救急医療の体制については、24 時間 365 日体制の小児救急医療拠点病院として、東部の県立中央病院と南部の徳島赤十字病院が小児重篤救急患者の救命救急医療に対応し、西部においては香川県の国立病院機構四国こどもとおとなの医療センターとの連携により対応してきました。

　さらに、高度かつ専門的な小児重篤救急患者の救命救急医療については、徳島大学病院が対応しています。

○　小児科を標榜している一般病院は、令和 2 年から令和 5 年の間に 34 施設から 29 施設へと 14.7%減少し、診療所は 182 施設から 162 施設へ 10.9%減少しています。

○　圏域別では、東部圏域は 16 病院・121 診療所、南部圏域は 7 病院・33 診療所、西部圏域は 6 病院・8 診療所となっています。

	小児中核病院	小児地域 医療センター	小児地域 支援病院	小児救急 医療拠点病院	小児救急 輪番病院
東部	徳島大学病院	県立中央病院		県立中央病院	
南部		徳島赤十字病院		徳島赤十字病院	
西部			県立三好病院 町立半田病院		県立三好病院 町立半田病院

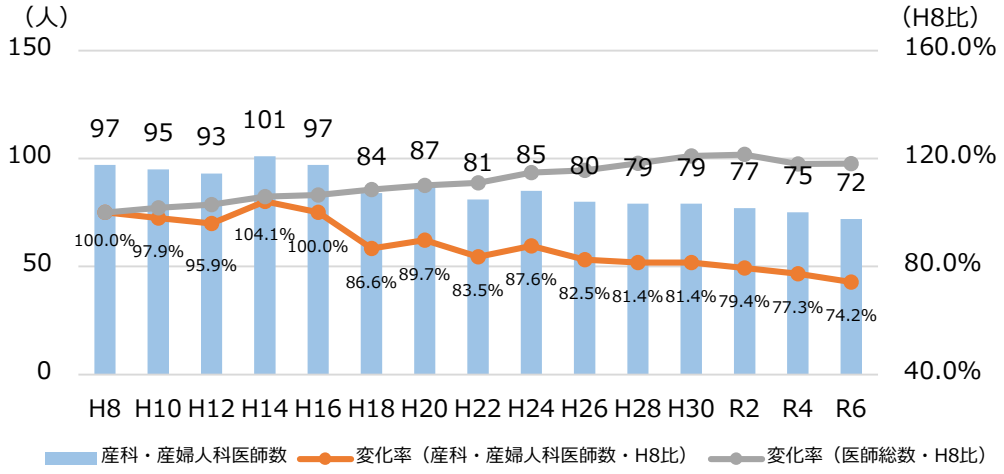
(2)本県における産科医師・小児科医師の現状

①医療施設従事医師の状況

○　本県の医療施設従事医師数を主たる診療科目別でみると、産科・産婦人科は 72 人（総数に占める割合 3.0%）です。

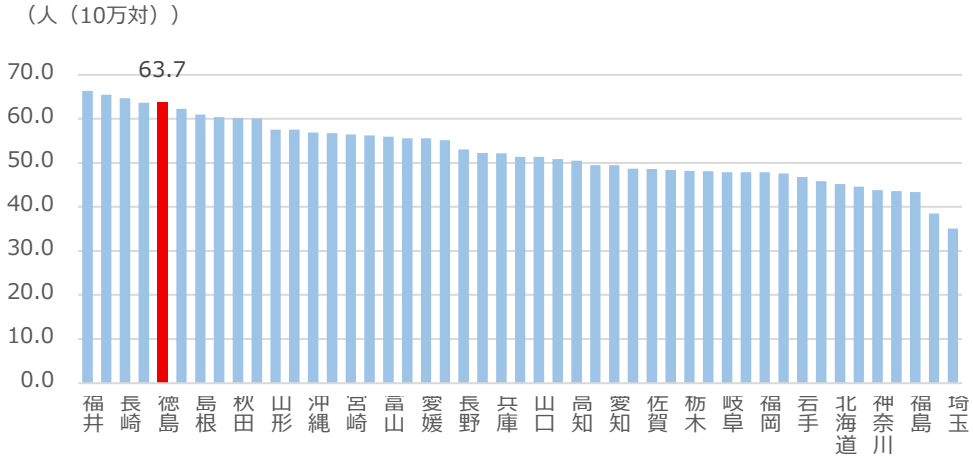
○　医療施設に従事する医師数は、平成 8 年の 2,004 人から令和 6 年の 2,366 人へと 362 人･18.1%増加していますが、そのうち、産科・産婦人科は 97 人から 72 人へ 25 人・25.8%の減少となっています。

●本県の産科・産婦人科医師数の年次推移



資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

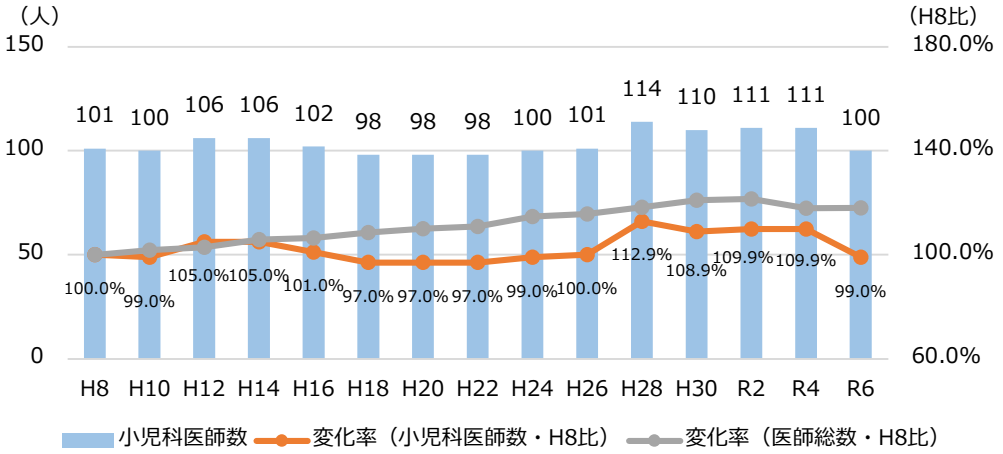
●都道府県別医療施設従事産科・産婦人科医師数（人口 10 万対）



資料：厚生労働省「R6 医師・歯科医師・薬剤師統計」
※人口 10 万対比率は、「15～49 歳女性人口」により算出

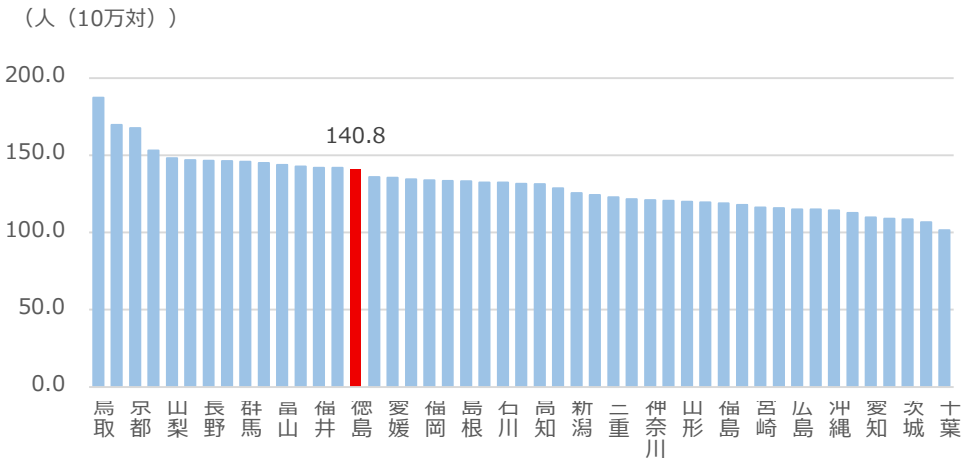
○　小児科は 100 人（総数に占める割合 4.2%）であり、平成 8 年の 101 人から 100 人へと 1 人・1.0%減少しています。

●本県の小児科医師数の年次推移



資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

●都道府県別医療施設従事小児科医師数（人口 10 万対）



資料：厚生労働省「R6 医師・歯科医師・薬剤師統計」
※人口 10 万対比率は、「15 歳未満人口」により算出

②地域偏在の状況

○　医療圏ごとに主たる診療科別の医療施設従事医師数（人口 10 万対）をみると、県全体を 1.00 とした場合、産科・産婦人科（人口 10 万対比率は、15～49 歳女性人口）については、東部圏域 70.8 人で 1.06、南部圏域 54.1 人で 0.81、西部圏域 58.3 人で 0.87 となっています。

○　小児科（人口 10 万対比率は、15 歳未満人口）については、東部圏域 138.2 人で 0.97、南部圏域 186.0 人で 1.31、西部圏域 83.5 人で 0.59 となっています。

○　南部圏域の産科・産婦人科、西部圏域の小児科で医師の偏在が顕著となっています。

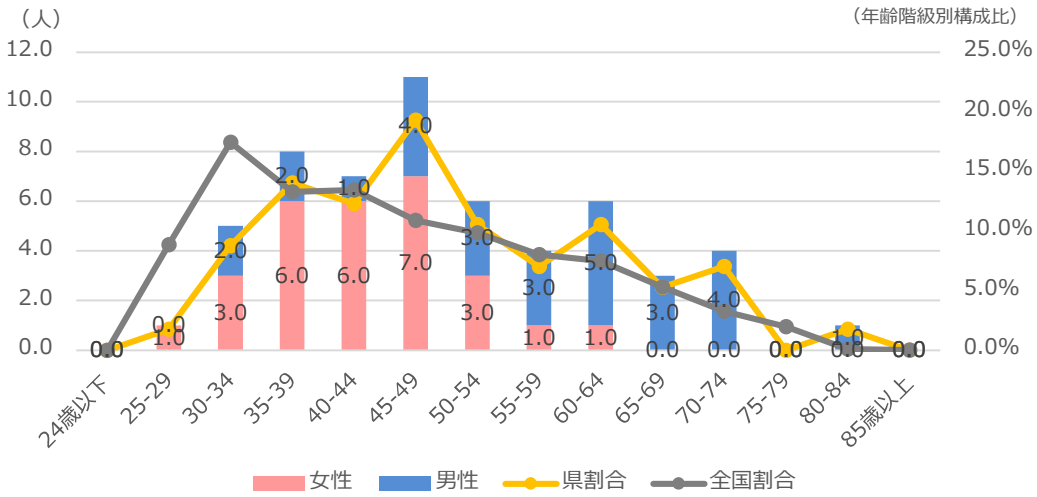
③性・年齢階級別の状況

○　次に記載する、圏域ごとの分娩取扱医師[7]、小児科医師における性・年齢階級別の医療施設従事医師の状況は、令和 6 年医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省独自集計）[8] によるものです。

○　分娩取扱医師の性・年齢階級別の構成比をみると、年齢構成別では、全国で最も医師数の多い年齢階層が 30 歳から 34 歳で 17.4%であるのに対し、本県では 45 歳から 49 歳で 19.3%となっています。

○　性別構成比をみると、本県では女性医師の割合が 49.1%となっており、全国の 45.6%に比べ高くなっています。

●分娩取扱医師の性・年齢階級別医師数と構成割合



資料：厚生労働省「R6 医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省独自集計）」

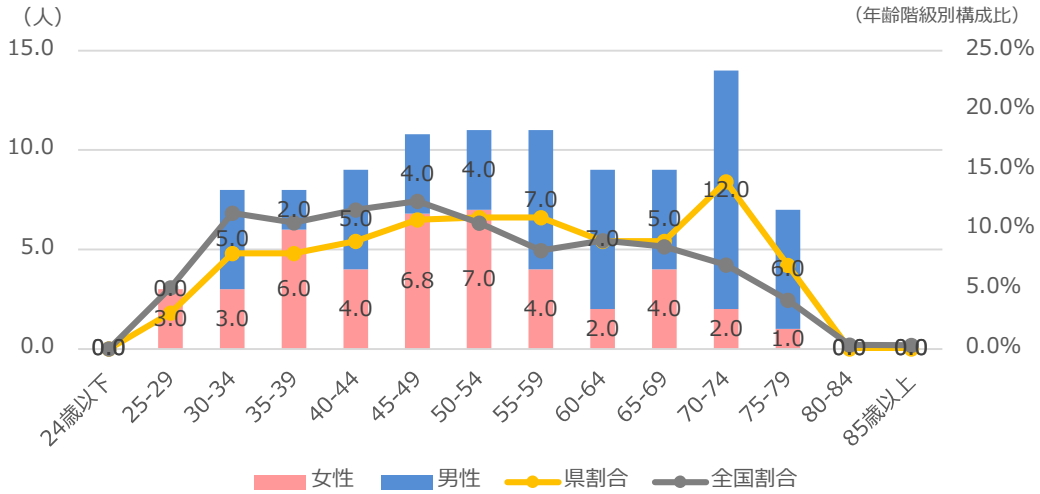
○　小児科医師の性・年齢階級別の構成比をみると、年齢構成別では、全国で最も医師数の多い年齢階層が 45 歳から 49 歳で 12.4%であるのに対し、本県では 70 歳から 74 歳で 14.0%となっています。

○　性別構成比をみると、本県では女性医師の割合が 42.9%となっており、全国の 38.2%に比べ低くなっています。

7　令和 6 年医師・歯科医師・薬剤師統計の医療施設従事医師数のうち、分娩を取り扱っており、かつ主たる診療科の「産婦人科」、「産科」、「婦人科」のいずれかに従事している医師数。

8　令和 6 年医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省独自集計）：厚生労働省が、医師偏在指標計算のため、令和 6 年医師・歯科医師・薬剤師統計を基に、独自集計を行っており、厚生労働省がホームページで公開している数値と異なる場合がある。

●小児科医師の性・年齢階級別医師数と構成割合



資料：厚生労働省「R6 医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省独自集計）」

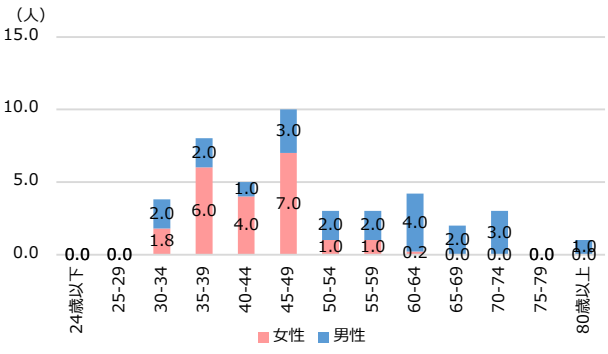
④圏域別の状況

○　東部圏域の分娩取扱医師の年齢階級別医師数は、45 歳から 49 歳が最も多く、女性医師は 21.0 名と圏域全体の 48.8%となっています。

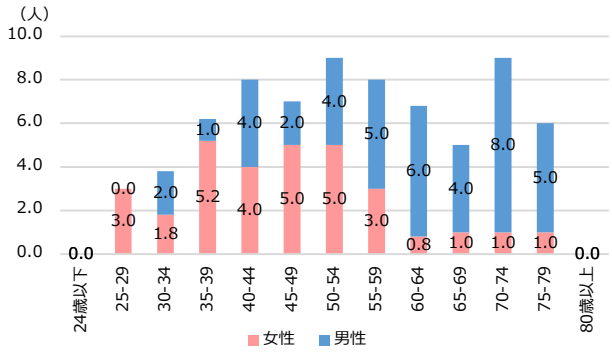
○　小児科医師の年齢階級別医師数は、70 歳から 74 歳が最も多く、女性医師は 31 名と圏域全体の 42.9%となっています。

●分娩取扱医師・小児科医師の性・年齢階級別医師数（東部圏域）

【分娩取扱医師】



【小児科医師】



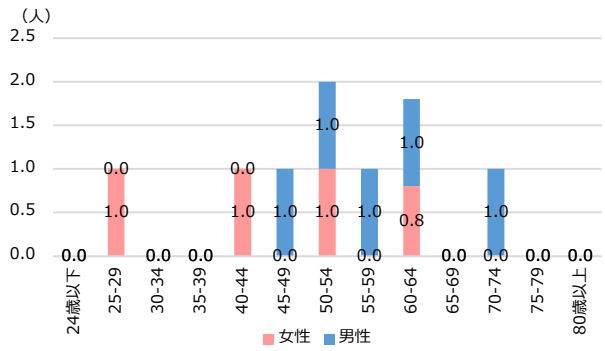
資料：厚生労働省「R6 医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省独自集計）」

○　南部圏域の分娩取扱医師の年齢階級別医師数は、50 歳から 54 歳が最も多く、女性医師は 4.0 名と圏域全体の 43.2%となっています。

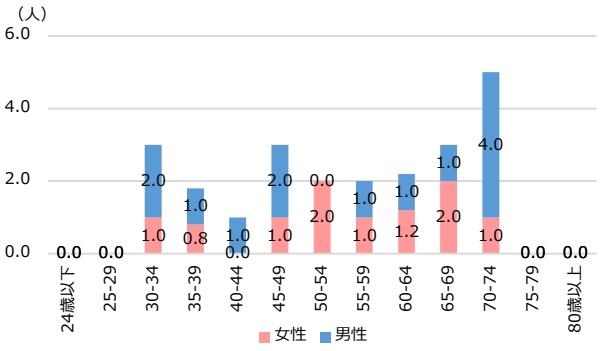
○　小児科医師の年齢階級別医師数は、70 歳から 74 歳が最も多く、女性医師は 10 名と圏域全体の 43.5%となっています。

●分娩取扱医師・小児科医師の性・年齢階級別医師数（南部圏域）

【分娩取扱医師】



【小児科医師】



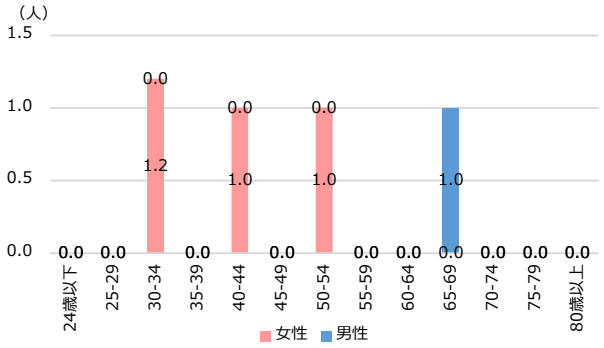
資料：厚生労働省「R6 医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省独自集計）」

○　西部圏域の分娩取扱医師の年齢階級別医師数は、30 歳から 34 歳が最も多く、女性医師は 3 名と圏域全体の 76.2%となっています。

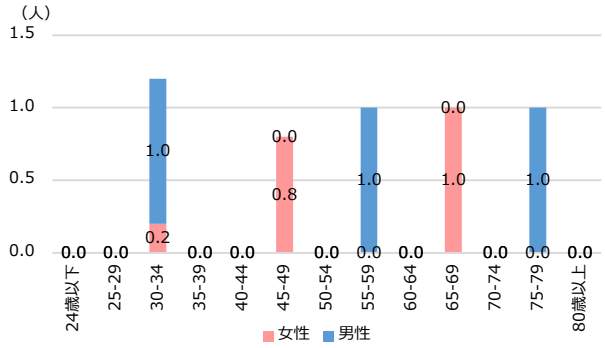
○　小児科医師の年齢階級別医師数は、30 歳から 34 歳が最も多く、女性医師は 2 名と圏域全体の 40.0%となっています。

●産科・小児科医師の性・年齢階級別医師数（西部圏域）

【分娩取扱医師】



【小児科医師】



資料：厚生労働省「R6 医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省独自集計）」

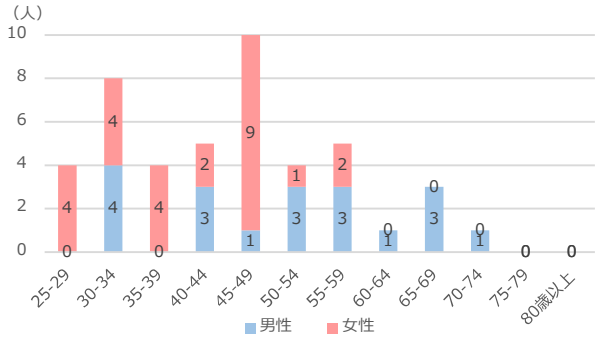
⑤公立・公的病院の状況

○　公立・公的病院は、周産期母子医療センターや小児中核病院、小児地域医療センター、小児地域支援病院など、本県の周産期医療及び小児医療体制の中核を担っています。

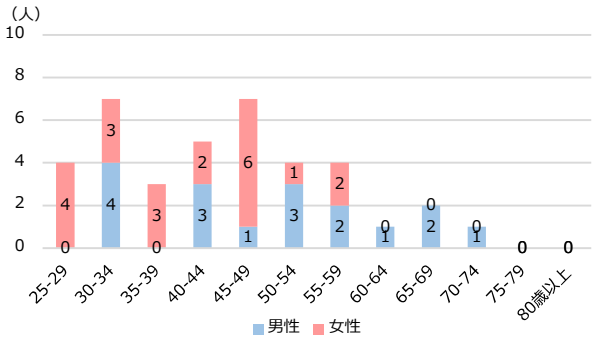
○　公立・公的病院の常勤医師（大学で基礎研究・教育のみに従事する医師は除く）における、令和 8 年 7 月 1 日時点の性・年齢階級別医師数は、産科・産婦人科医師で 45 人、平均年齢 45.2 歳、女性割合 57.8%であり、このうち、当直に従事している医師は 38 人、平均年齢 44.8 歳、女性割合 55.3%となっています。

●公立・公的病院常勤医師調査結果（産科・産婦人科）

【全体】



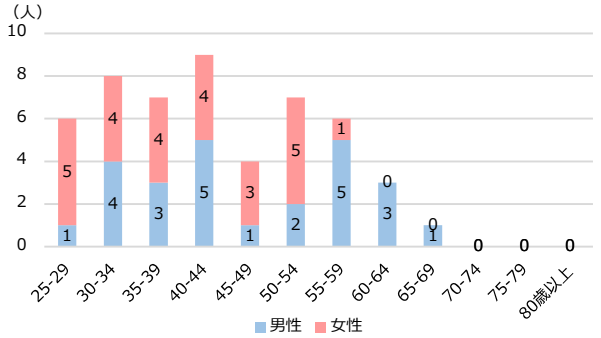
【当直従事】



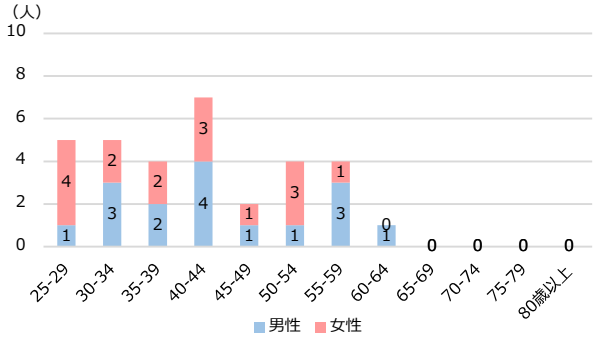
○　小児科医師は 51 人、平均年齢 43.4 歳、女性割合 51.0%であり、このうち、当直に従事している医師は 32 人、平均年齢 41.6 歳、女性割合 50.0%となっています。

●公立・公的病院常勤医師調査結果（小児科）

【全体】



【当直従事】



⑥産科医師及び小児科医師の養成の状況

○　本県の専門研修プログラムの登録状況をみると、平成 29 年から令和 8 年までの 10 年間で、産婦人科専門医は年平均 2.0 人、小児科専門医は年平均 1.9 人となっています。

●本県の産婦人科・小児科の専門研修プログラム登録状況

	H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	平均
産婦人科	1	1	2	5	3	3	2	0	1	2	2.0
小児科	2	0	2	2	3	2	0	2	5	1	1.9

(3)産科・小児科における医師偏在指標

①産科における医師偏在指標

○　医療需要については、「里帰り出産」等の妊婦の流出入を踏まえた「医療施設調査」における「分娩数」を用います。

○　医師供給については、厚生労働省の「医師・歯科医師・薬剤師統計」における「過去 2 年以内に分娩の取扱いあり」と回答した医師のうち、日常的に分娩を取り扱っていると考えられる産婦人科・産科・婦人科を主たる診療科と回答した医師数を用いることとし、指標名を「分娩取扱医師偏在指標」とします。

●分娩取扱医師偏在指標の計算式

分娩取扱医師偏在指標　＝　標準化分娩取扱医師数
÷　（分娩件数÷1,000 件）

○　厚生労働省から提供された分娩取扱医師偏在指標は次のとおりです。

●分娩取扱医師偏在指標
・県　　12.0（　39位・相対的医師少数都道府県）（全国平均13.39）
・東部　12.4（136位）
・南部　　9.8（193位・相対的医師少数区域）
・西部　13.8（111位）

②小児科における医師偏在指標

○　医療需要については、15 歳未満の人口を「年少人口」と定義し、医療圏ごとの小児の人口構成の違いを踏まえ、性・年齢階級別受療率を用いて年少人口を調整したものを用います。

○　医師供給については、厚生労働省の「医師・歯科医師・薬剤師統計」における「小児科医師数」を用います。

●小児科における医師偏在指標の計算式

小児科医師偏在指標＝標準化小児科医師数÷
（（地域の年少人口/10 万）×地域の標準化受療率比）

○　厚生労働省から提供された小児科医師偏在指標は次のとおりです。

●小児科医師偏在指標
・県　　128.6（　22位）（全国平均126.0）
・東部　121.7（139位）
・南部　174.7（　25位）
・西部　　94.7（230位・相対的医師少数区域）

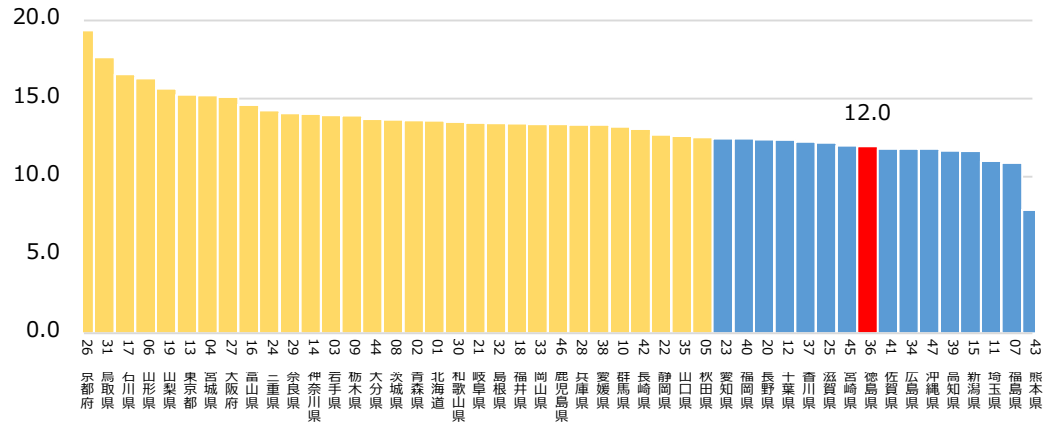
(4)相対的医師少数区域の設定

○　産科・小児科については、都道府県ごと及び周産期医療圏又は小児医療圏ごとの医師偏在指標の値を全国で比較し、医師偏在指標が下位33.3%に該当する医療圏を「相対的医師少数都道府県」及び「相対的医師少数区域」として設定されます。

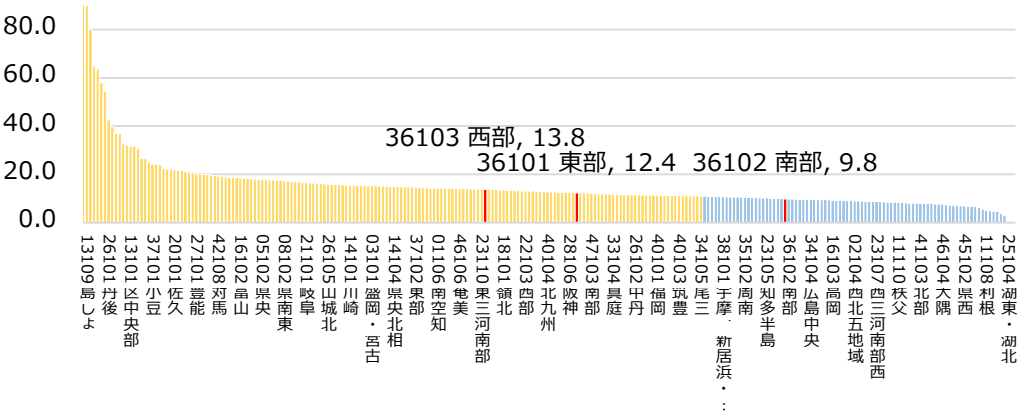
○　産科医師又は小児科医師が相対的に少なくない医療圏においても、産科医師又は小児科医師が不足している可能性があることに加え、これまでに医療圏を越えた地域間の連携が進められてきた状況に鑑み、国のガイドラインにおいては、産科・小児科について「医師多数都道府県」や「医師多数区域」は設けないこととされています。

○　本県においては、分娩取扱医師偏在指標について、「相対的医師少数都道府県」及び南部が「相対的医師少数区域」に該当し、小児科医師偏在指標について、西部が「相対的医師少数区域」に該当しています。

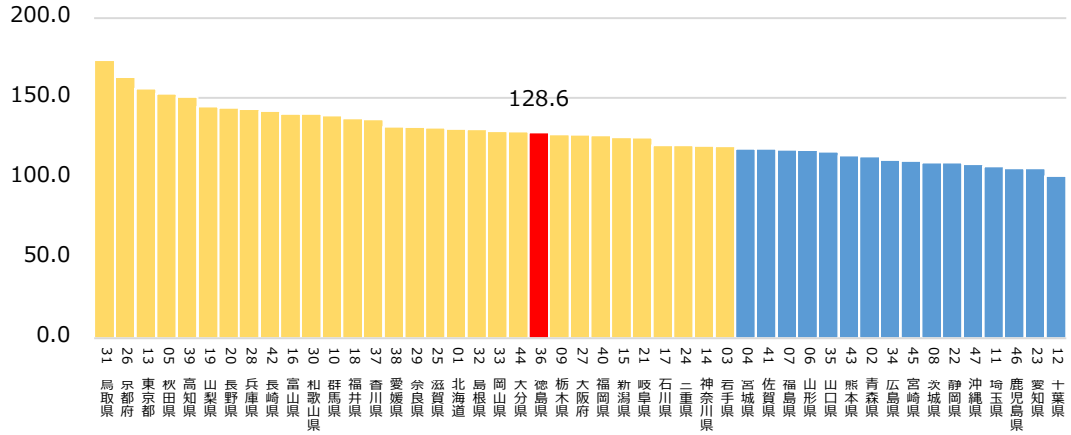
●都道府県別分娩取扱医師偏在指標



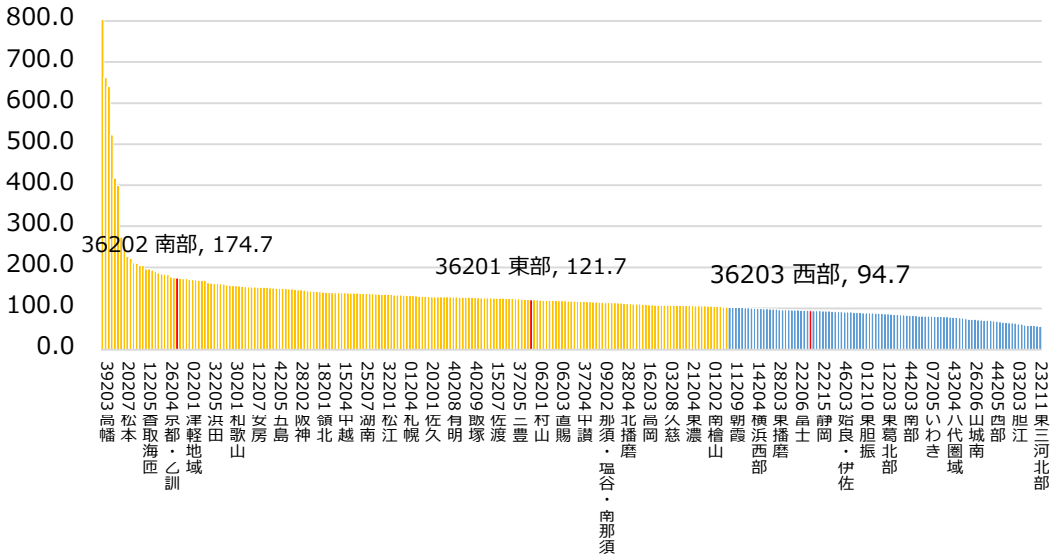
●二次医療圏単位の分娩取扱医師偏在指標



●都道府県別小児科医師偏在指標



●二次医療圏単位の小児科医師偏在指標



(5)偏在対策基準医師数

○　厚生労働省においては、計画期間終了時の産科・小児科における医師偏在指標が、計画期間開始時の相対的医師少数区域等の基準値（下位33.3%）に達することとなる医師数を産科・小児科における偏在対策基準医師数として設定します。

○　厚生労働省から提供された、相対的医師少数都道府県及び相対的医師少数区域における偏在対策基準医師数は次のとおりです。

●産科における医師偏在対策基準医師数（2029年）
・県　　46.4（56.0）
・南部　7.6　（　8.8）　　※（）内は令和6年の分娩取扱医師数

●小児科・医師偏在対策基準医師数（2029年）
・西部　3.95（ 5.0）　※（）内は令和6年の小児科医師数

○　なお、当該医師数は、医療需要に応じて機械的に算出される数値であり、確保すべき医師数の目標ではありません。

（６）産科・小児科における医師確保の方針

○　産科医師や小児科医が相対的に少なくない医療圏においても、その労働環境を鑑みれば、医師が不足している可能性があることを踏まえ、当該医療圏における医療提供体制の状況を鑑みた上で、医師を増やす方針を定めることも可能とされています。

○　周産期医療・小児医療は、少子高齢化が進む中で急速に医療需要の変化が予想される分野であり、将来の見通しについて検討することも必要です。

○　このため、産科については、2029 年における医療圏ごとの分娩数の推計[9]も参考に、重点化について検討します。

○　小児科については、医療圏ごとの将来推計人口から 2029 年の年少人口を算出し、性・年齢階級別の受療率を用いて調整した医療圏ごとの医療需要の推計も参考に、重点化について検討します。

●分娩件数将来推計（2029年年間分娩件数）
・県　3.72千件
・東部　2.81千件
・南部　0.69千件
・西部　0.22千件

●推定年少人口（2029年・10万人）
・県　0.61
・東部　0.46
・南部　0.10
・西部　0.05

○　医師確保の方針は、厚生労働省の示す偏在指標によらず、地域で産科医師や小児科医師の不足している現状を踏まえ、全ての圏域で一体のものとして定めます。

①短期的な方針

○　医師の派遣調整や専攻医の確保等を行います。

②長期的な方針

○　医療機関の重点化・集約化等の医療提供体制を効率化する施策等を適宜組み合わせて実施します。

9　医療圏ごとの分娩数の推計：将来推計は存在しないため、代替指標として、医療圏ごとの０−４歳人口の将来推計と現在時点の０−４歳人口との比を用いて、2029 年における医療圏ごとの分娩数の推計を行う。

(7)医師確保のための施策

①周産期医療・小児医療の提供体制等の見直しのための施策

○　産科・小児科については、これまで「公立病院を中心とし、地域の実情に応じて他の公的な病院等も対象」として、「医療資源の集約化・重点化を推進することが、住民への適切な医療の提供を確保するためには、当面の最も有効な方策と考えられる」[10]とされているように、医療資源の重点化・集約化を推進してきました。

○　医療資源の重点化・集約化に伴い、各医療機関における機能分化・連携が重要となります。病診連携や重点化された医療機関等から居住地に近い医療機関への外来患者の逆紹介等による適切な役割分担を推進し、産科医師及び小児科医師の負担軽減が必要となります。

○　また、重点化・集約化を検討する際には、医師の時間外労働の短縮を見据えたものとし、特に重点化の対象となった医療機関においては、勤務環境の改善に一層取り組むこととします。

○　加えて、分娩医療機関までの移動に時間を要する妊婦に対する支援により、安全安心に県内で出産できる環境整備に取り組むこととします。

②産科・小児科における医師の派遣調整

○　産科・小児科における医師の派遣調整にあたっては、地域医療総合対策協議会において、県と大学、医師会等が連携することが重要です。

○　派遣先の医療機関の選定に当たっては、当該医療機関における分娩数の実績や当該医療機関の医療圏における年少人口及び産婦人科疾患の医療需要の推計も踏まえて派遣調整を行います。

○　徳島大学への寄附講座の設置により、西部医療圏を中心に３名の医師が小児医療の提供等に従事しています。

●徳島大学への寄附講座の概要（令和８年度）

設置講座	対象病院
地域小児科診療部	県立三好病院、県立中央病院、半田病院

○　少人数で昼夜問わず分娩の取扱いや小児医療の提供を行うような過酷な労働環境とならないよう、派遣先医療機関の重点化を行います。

10　「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」（平成 17 年 12 月 22 日付け医政発第 1222007 号・雇児発第 1222007 号・総財経第 422 号・17 文科高第 642 号厚生労働省医政局長、厚生労働省雇用均等・児童家庭局長、総務省自治財政局長及び文部科学省高等教育局長連名通知）

○　産科・小児科における医師の派遣を重点的に行うこととされた医療機関においては、特に産科・小児科における医師の時間外労働の短縮のための対策を行います。

③産科医師及び小児科医師の勤務環境を改善するための施策

○　産科医師及び小児科医師が研修やリフレッシュ等のために十分な休暇を取ることができるよう、代診医の確保や女性医師にも対応した勤務環境改善等の支援を行います。

○　産科医師又は小児科医師でなくても担うことのできる業務については、タスクシェアやタスクシフトを一層進めます。

○　比較的軽症な患者の「夜間・休日の受診」は、救急医療機関で働く医師の大きな負担となっていることから、救急医療電話相談（＃7119）やこども医療電話相談（＃８０００）の普及啓発に努め、救急医療機関の受診適正化を図るとともに、こどもの健康・医療に関することや、妊娠・出産について、医師や助産師などの専門相談員に LINE などで相談ができる「産婦人科・小児科オンライン相談」により、医師の負担軽減を図り、勤務環境改善に努めます。

④産科医師及び小児科医師の養成数を増やすための施策

ア　専攻医の確保

○　専攻医の確保や離職防止を含む産科医師及び小児科医師の確保・保持のための施策を実施します。特に、医学生に対する必要な情報提供や円滑な情報交換等を行うとともに、専攻医の確保に必要な情報提供、指導体制を含む環境整備を行います。

イ　産科医師及び小児科医師におけるキャリア形成プログラムの充実化

○　地域で勤務する産科医師及び小児科医師が専門的な技術・知識を獲得し、適切な臨床経験を積むことができるよう、キャリア形成プログラムの充実化を行います。

ウ　専門研修プログラムの見直し

○　産科・小児科については、現状、医師が不足していることにより、体制の縮小を迫られるなど、困難な状況が続いています。

○　「県内医療機関における医師の確保」と「医師の能力開発・向上の機会の確保」のバランスを考慮しながら、魅力あるプログラムの作成と専攻医の確保に努めます。

１０　評価

○　医師確保計画の効果測定・評価の結果については、「２　本県における医師の現状」をはじめ、本計画に掲載している指標を適時把握することとします。

○　また、把握した指標と併せて、医学部入学者の状況や臨床研修、専門研修における医師の養成が進捗しているかどうか、また、医師少数区域等への医師の派遣調整が適切に行われているかどうか、それらの取組を通じて地域における医師偏在の解消が図られたかどうかについて、地域医療総合対策協議会において、丁寧に検証・評価することとします。

第２　歯科医師・歯科衛生士・歯科技工士の養成・確保

１　歯科医師・歯科衛生士・歯科技工士の現状

本県の歯科医師数は、令和６年の総数で 770 人、医療施設従事者で 734 人であり、令和２年の総数 849 人、医療施設の従事者 810 人から減少傾向となっています。

人口 10 万人当たりでみると、令和６年で総数 112.4 人、医療施設従事者 107.2 人と、いずれも全国平均を大幅に上回っており、ともに全国第２位の水準となっています。

ただし、これを圏域ごとの人口 10 万人当たりでみると、総数及び医療施設従事者数において全国平均を上回っているのは、東部保健医療圏のみであり、歯科医師についても、医師が都市部に集中する地域偏在が生じているといえます。

●歯科医師数の状況

県・全国の別（人）	年次		総数		医療施設の従事者	
				人口 10 万対		人口 10 万対
全国	R6		103,652	83.7	100,266	81.0
徳島県	R2		849	118.0	810	112.6
	R4		833	118.3	793	112.6
	R6		770	112.4	734	107.2
		東部	637	118.2	602	111.7
		南部	95	102.9	95	102.9
		西部	38	55.0	37	53.6

資料：「R6 医師・歯科医師・薬剤師調査」（厚生労働省）

※医療圏ごとの人口については、令和７年住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査による

本県の病院、診療所、歯科技工所等に従事する歯科衛生士、歯科技工士の数は、令和６年末で、歯科衛生士 1,354 人、歯科技工士 409 人であり、人口 10 万人当たりでは、歯科衛生士が 197.7 人、歯科技工士が 59.7 人となっており、全国平均の歯科衛生士 120.8 人、歯科技工士 25.6 人をそれぞれ大きく上回っています。（厚生労働省「衛生行政報告例」）

本県における歯科衛生士の養成施設としては、いずれも徳島市に「徳島大学歯学部口腔保健学科（入学定員 15 名）」、「徳島歯科学院専門学校（入学定員 30 名）」、「四国歯科衛生士学院専門学校（入学定員 25 名）」、「専門学校穴吹医療福祉カレッジ（入学定員 30 名）」、「徳島文理大学保健福祉学部口腔保健学科（入学定員 30 名）」があり、また、歯科技工士の養成施設としては、徳島市に「徳島歯科学院専門学校（入学定員 15 名）」があります。

2　歯科医師・歯科衛生士・歯科技工士の養成・確保

(1)求められる役割

歯と口腔の健康は、県民の健康で質の高い生活を営むうえでの基礎的かつ重要な役割を果たすものであり、また、糖尿病をはじめとする生活習慣病の予防にもつながることから、全身の健康の源であるともいえます。このため、歯科疾患の予防及び口腔衛生の向上を図る歯科保健指導などの歯と口腔の健康づくりの推進や歯科技工技術の高度化への対応はもちろん、5 疾病、6 事業及び在宅医療をはじめとする、様々な疾病等において、積極的に医療連携に取り組み、患者の状態に応じた適切かつ効果的な歯科口腔保健サービスを提供することで、患者の生活の質の維持を図ることが求められます。

(2)施策の方向

①医療連携体制の構築と在宅歯科医療の充実

県医師会と連携した在宅歯科医療連携室整備事業等により、医科や介護等との連携を推進し、地域住民のニーズに即した在宅歯科医療に関する問い合わせに対応するなど、医療連携体制の構築と高齢化社会に対応した在宅歯科医療提供体制の充実を図ります。

②各種研修等による資質の向上

県歯科医師会等と連携し、安全で質の高い歯科医療の提供に関する講習会を開催するなど、各種研修機会の提供と参加の促進に努め、歯科医師の資質の向上に取り組みます。

また、歯科衛生士及び歯科技工士の需給の把握に努めるとともに、関係団体との連携のもと、働きやすい環境づくりや再就業を促進し、需要に応じた歯科衛生士・歯科技工士の確保と資質の向上を図ります。

第３　薬剤師の養成・確保（徳島県薬剤師確保計画）

１　計画策定の趣旨

○　少子高齢化のさらなる進行や、今後人口減少地域が増大することが予測される中で、人口構造の変化や地域の実情に応じた医薬品提供体制を確保することが求められています。

○　令和３年６月に公表された「薬剤師の養成及び資質向上等に関する検討会とりまとめ」では、薬剤師の従事先には地域偏在や業態偏在があり、特に病院薬剤師の確保が喫緊の課題であることが指摘されました。

○　一方で、第８次医療計画作成指針において、医療従事者の確保に関する記載に当たり踏まえるべき観点として、地域の実情に応じた薬剤師の確保策の実施等が新たに記載されました。

○　上記状況を踏まえ、薬剤師確保策の検討のための参考として、「薬剤師確保計画ガイドライン」が国から示されたことから、本県においても当ガイドラインを参考に、薬剤師確保計画を策定し、薬剤師の地域偏在と業態偏在の解消に努めます。

２　計画の期間

令和６年(2024 年)4 月 1 日から令和９年(2027 年)3 月 31 日までを「前期」、令和９年(2027 年)4 月 1 日から令和 12 年(2030 年)3 月 31 日までを「後期」とします。

※　薬剤師の地域偏在・業態偏在を解消するためには長期的な対策が必要となることから、最終目標年次は令和 18 年(2036 年)とし、３年ごとに見直しを行います。

３　薬剤師の現状

本県の薬剤師数は、令和６年末の総数で 2,617 人、薬局・医療施設の従事者は 1,758 人であり、令和２年末と比較し、総数は、ほぼ横ばいの状態となっています。

薬局・医療施設に従事する人口 10 万人当たりの薬剤師数は、256.5 人であり、全国平均 210.6 人を大幅に上回り、全国第１位となっています（第２位は兵庫県 245.6 人）。

薬　剤　師

（令和 6 年 12 月 31 日）

県・全国の別（人）	総数		薬局・医療施設の従事者		左の内訳	
		人口10万対		人口10万対	薬局	病院等
全　国	329,045	265.8	260,727	210.6	197,437	63,290
徳島県	2,617	381.8	1,758	256.5	1,148	610
東部	2,142	436.3	1,350	275.0	886	464
南部	321	250.9	277	216.5	184	93
西部	154	231.8	131	197.2	78	53

資料：「医師・歯科医師・薬剤師統計」（厚生労働省）

医療圏ごとの人口については、令和 6 年 10 月 1 日徳島県推計人口による

4　薬剤師偏在指標

本計画における薬剤師偏在指標等は令和 5 年 6 月に国が公表した数値を採用しており、計画内における「現在」とは当該数値に基づくものです。
※国が新たな数値を公表した場合、本計画の薬剤師偏在指標等を更新することがあります。

(1)薬剤師偏在指標の考え方

○　薬剤師の偏在は、都道府県内に加え都道府県間でも生じていることから、全国的な偏在の状況を統一的、客観的に捉えた上で、地域の実情に応じた確保策を講じることが効率的、効果的と考えられます。

○　これまで、地域ごとの薬剤師数の比較には人口 10 万人対薬剤師数が一般的に用いられてきましたが、これは地域ごとの薬剤師業務に係る医療需要等を反映しておらず、薬剤師数の多寡を統一的・客観的に把握するための「ものさし」としての役割を十分に果たしているとはいえないものでした。

○　このため、国は、全国ベースで薬剤師の多寡を統一的・客観的に比較・評価する指標として次の「3 要素」を考慮し、都道府県や二次医療圏などの個々の地域における、薬剤師の必要業務時間（需要）に対する、薬剤師の実際の労働時間（供給）の比率をもとに薬剤師偏在指標を設定しました。

・薬剤師の勤務形態・性別・年齢分布
・薬剤師業務に係る医療需要（ニーズ）
・薬剤師業務の種別（病院、薬局）

○　地域（都道府県・二次医療圏）において、病院薬剤師と薬局薬剤師のそれぞれの偏在状況は異なると考えられることから、それぞれに偏在指標が設定されています。

○　また、将来、人口減少や高齢化に伴い、薬剤師に対する需要の変化が見込まれるため、現在の薬剤師偏在指標に加え、長期的な施策を実施するための参考値として、将来時点（2036 年）の偏在指標も算出されています。

○　「薬剤師確保計画ガイドライン」においては、薬剤師偏在指標により地域別・業態別の偏在状況を把握し、偏在の解消に向けた取組を実施することが重要とされています。

(2)目標偏在指標の考え方

○　目標偏在指標は、薬剤師の必要業務時間（需要）と薬剤師の実際の労働時間（供給）が等しくなる時の偏在指標、すなわち「１.０」と定義されています。

(3)区域設定の考え方

○　目標偏在指標より偏在指標が高い二次医療圏及び都道府県は「薬剤師多数区域」及び「薬剤師多数都道府県」、低い二次医療圏及び都道府県のうち上位二分の一は「薬剤師少数でも多数でもない区域」及び「薬剤師少数でも多数でもない都道府県」、下位二分の一は「薬剤師少数区域」及び「薬剤師少数都道府県」と定義されています。

○　薬剤師偏在の是正の進め方としては、薬剤師少数区域に属する二次医療圏又は薬剤師少数都道府県に属する都道府県がこれを脱することを基本とします。

(4)薬剤師偏在指標の見直し

○ 薬剤師偏在指標の見直しは、3 年ごとに国が行います。

(5)現在時点の薬剤師偏在指標

○　国から示された本県の現在時点の薬剤師偏在指標は次のとおりです。

●現在の薬剤師偏在指標

＜地域別＞

県全体	1.00
東部	1.11
南部	0.81
西部	0.67

＜地域別・業態別＞病院薬剤師の場合

県全体	0.94	少数でも多数でもない
東部	1.06	多数
南部	0.76	少数でも多数でもない
西部	0.62	少数

＜地域別・業態別＞薬局薬剤師の場合

県全体	1.03	多数
東部	1.14	多数
南部	0.84	少数でも多数でもない
西部	0.71	少数

○　二次医療圏別の偏在指標を見ると、西部地域は、病院薬剤師及び薬局薬剤師の「少数区域」となっており、それ以外は「多数区域」又は「少数でも多数でもない区域」となっています。

(6)将来時点の薬剤師偏在指標

○　国から示された本県の将来時点(2036 年)の薬剤師偏在指標は次のとおりです。

●将来(2036年)の薬剤師偏在指標

＜地域別＞

県全体	1.21
東部	1.28
南部	1.10
西部	0.97

＜地域別・業態別＞病院薬剤師の場合

県全体	1.07	多数
東部	1.14	多数
南部	0.95	少数でも多数でもない
西部	0.81	少数でも多数でもない

＜地域別・業態別＞薬局薬剤師の場合

県全体	1.29	多数
東部	1.35	多数
南部	1.18	多数
西部	1.07	多数

○　二次医療圏別の偏在指標を見ると、いずれの地域も「少数区域」とはなっていません。

5　目標薬剤師数・要確保薬剤師数

(1)目標薬剤師数の考え方

○　薬剤師少数区域については、計画期間中に、計画期間開始時の目標偏在指標以下区域の下位二分の一の基準を脱するために確保されているべき薬剤師数を、目標薬剤師数として設定します。

目標薬剤師数　＝
（目標年次における推計業務量（病院）＋目標年次における推計業務量（薬局））÷（全薬剤師（病院＋薬局）の平均的な労働時間）
×目標偏在指標

○　なお、薬剤師多数区域及び薬剤師多数都道府県は、目標薬剤師数を既に達成しているものとして取り扱います。

(2)要確保薬剤師数の考え方

○　目標薬剤師数を達成するために現在確保している薬剤師数から追加的に確保すべき薬剤師数の増分を表したものを、要確保薬剤師数として設定します。

要確保薬剤師数 ＝
（目標薬剤師数）－（現在の調整薬剤師労働時間（病院）＋現在の調整薬剤師労働時間（薬局）） ÷（全薬剤師（病院＋薬局）の平均的な労働時間）

(3)本県の目標薬剤師数・要確保薬剤師数

○　国から示された 2026 年の目標薬剤師数・要確保薬剤師数は、次のとおりです。「少数区域」は西部地域のみであるため、西部地域のみ設定されます。

●2026年の目標薬剤師数

(人)

	病　院	薬　局	地域別
西部	48	75	122

※小数点以下を切り上げるため合計は合わない。

●2026年の要確保薬剤師数

(人)

	病　院	薬　局	地域別
西部	4	－	－

※「－」：要確保薬剤師数が0未満
※薬剤師偏在指標は3年ごとに見直されることから、
少数区域を脱するための目標薬剤師数の算出も3年ごととなる。

6　薬剤師確保の方針

○　本県は、現在時点の薬剤師偏在指標を見ると、西部地域のみが薬剤師少数区域となっていますが、将来時点（2036 年）ではいずれの地域も薬剤師少数区域にはならないと予測されます。

○　予測から、将来的に薬剤師は確保される見込みですが、薬剤師少数区域を脱するための施策を検討することが重要と考えられます。

○　また一方で、地域における個別の医療機関や薬局の状況を勘案すると、薬剤師偏在指標には表れていない偏在も存在すると考えられることから、地域の医療ニーズに応じた施策もあわせて検討する必要があると考えられます。

7　薬剤師確保のための施策

(1)薬剤師を確保するための体制の整備

○　令和７年度に設置した「薬剤師確保対策検討会」や関係機関・団体と連携・協力し、病院や薬局の薬剤師確保及び人材育成に係る取組を行います。

(2)薬剤師の養成・定着

○　県内の大学薬学部と連携し、卒業後の定着及び薬剤師偏在是正に向けた取組を行います。

○　現在の勤務地及び将来的に希望している勤務地として出身地が最も高い割合で挙げられていること、都道府県に就業する薬剤師の約半数は当該都道府県出身の薬剤師であることから、県内外の薬学生等を対象とした講演、病院・薬局見学会、職場体験などの機会を捉え、地元出身の学生や薬剤師への地元就職を働きかける取組を実施します。

○　令和８年９月に創設した「徳島県病院薬剤師奨学金返還支援制度」により、薬剤師が不足する西部・南部地域で新たに病院へ就職する薬剤師への支援を実施します。

(3)小中高生へのアプローチ

○　薬剤師への興味・関心を喚起するため、薬剤師体験学習等を通じて、小中高生に薬剤師の仕事に触れる機会を提供します。

○　薬学部・薬剤師に関する理解を深め、薬学部への進学や薬剤師を目指す機運の醸成を図るため、イベントや講習会等のあらゆる機会を通じ、小中高生や保護者に情報発信を行います。

(4)潜在薬剤師の復帰支援

○　潜在薬剤師の復帰支援を行うため、医師・歯科医師・薬剤師統計に係る業務従事状況等の届出情報を活用し、潜在薬剤師への復帰に向けたセミナー、資質向上のための研修等を実施します。

(5)薬剤師確保に向けた情報発信

○　病院や薬局で働く薬剤師の魅力や各種イベントの情報、薬剤師への支援制度をウェブサイト等で発信します。

第４　看護職員の養成・確保

１　看護職員（保健師・助産師・看護師・准看護師）の現状

(1)需給見通し

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、本県においても、これまで徳島県ナースセンターを中心とした看護師等の確保に向けた無料職業紹介事業をはじめ、様々な取組がなされているところです。

看護職員の計画的かつ安定的な確保を図るため、国において平成 22 年に策定された「第 7 次看護職員の需給に関する検討会報告書」（平成 23 年から平成 27 年まで）によると、平成 27 年の需要と供給の差の見通しは 97.3 人で、充足率 99.3%でした。（需要数 12,973.7 人、供給数 12,876.4 人）

また、令和元年に策定された「看護職員需給分科会中間とりまとめ」では、令和 7 年（2025 年）の需要と供給の差の見通しは、ワーク・ライフ・バランスの実現を前提とした国の 3 パターンの推計により、451 人の供給充足から 581 人の供給不足（充足率 103.2%～96.1%）が見込まれる状況です。

推計シナリオ①：需要数 13,953 人（超勤 10h 以内、有休 5 日以上）
推計シナリオ②：需要数 14,078 人（超勤 10h 以内、有休 10 日以上）
推計シナリオ③：需要数 14,985 人（超勤 0h、有休 20 日以上）
供給数推計：14,404 人

一方で、令和 4 年の就業看護職員数は、13,488 人となっており、将来の医療・介護・福祉分野における看護ニーズの増大を見据え、さらなる人材確保が欠かせません。

さらに、令和 5 年 10 月 26 日、制定から約 30 年を経て初めての改定となる「看護師等の確保を促進するための措置に関する基本的な指針」が告示され、コロナ禍を受けてさらなる人材確保対策の推進や処遇の改善など、看護現場を支える取組の重要性が示されたところです。

令和 8 年（2026 年）以降の需給見通しについては、国において 2040 年頃までを視野に入れた地域医療構想の策定に向けた検討が進められており、これを踏まえて看護職員の需給推計の実施が検討されることから、本県においても、国における検討状況を踏まえ、保健医療計画に反映するとともに、看護職員の計画的な確保対策を進める必要があります。

(2)職種別の現状

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 28 年末の 404 人から令和 6 年末には 468 人と 64 人増加しています。

就業場所別に見ると、市町村 281 人、県・保健所 118 人と、大半が自治体に所属している状況であり、平成 18 年度以降、保健師が 1 名以下の市町村はなくなり、全市町村複数配置となりました。

人口 10 万人当たりの保健師数は 68.3 であり、全国平均の 51.3 人よりも高く、全国順位では第 16 位となっています（令和 6 年）。

●就業保健師の全国比較及び推移（各年 12 月 31 日現在）

県・全国の別	年次	保健師数	人口10万対
全　国	R6	63,536	51.3
徳島県	H28	404	53.9
	H30	411	55.8
	R2	396	55.0
	R4	476	67.6
	R6	468	68.3

資料:厚生労働省「衛生行政報告例」

●保健師の就業場所の状況（保健医療圏別・年次別）（各年 12 月 31 日現在）

年 / 医療圏	総数	県・保健所	市町村	病院	診療所	訪問看護ステーション	介護保険施設	社会福祉施設	事業所	看護師養成所等学校	その他
H28	404	83	247	10	1	－	11	4	35	12	1
H30	411	96	246	8	5	1	9	3	33	9	1
R2	396	91	154	10	7	1	10	2	111	10	－
R4	476	116	276	12	7	4	13	2	13	8	25
R6	468	118	281	8	8	－	20	－	16	8	9
東部Ⅰ	247	69	126	8	5	－	9	－	13	8	9
東部Ⅱ	54	10	39	－	2	－	3	－	－	－	－
南部Ⅰ	80	12	60	－	1	－	4	－	3	－	－
南部Ⅱ	21	6	14	－	－	－	1	－	－	－	－
西部Ⅰ	31	12	19	－	－	－	0	－	－	－	－
西部Ⅱ	35	9	23	－	－	－	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」

※H28 に様式改正・集計項目の変更あり

②助産師

本県の就業助産師数は、平成 28 年末の 260 人から令和 6 年末には 281 人となり、21 人増加しています。

就業場所別にみると、病院 200 人、診療所 26 人、助産所 21 人等で、病院勤務が約 71.1%、診療所勤務が約 9.3%、助産所が約 7.5%となっています。

圏域別で見ると、他の看護職に比べ偏在傾向が異なっており、分娩取扱い医療機関の偏在等が影響していると考えられます。

また、人口 10 万人当たりの助産師数は 41.0 人であり、全国平均の 31.3 人よりも高く、全国順位では第 5 位となっています（令和 6 年）。

●就業助産師の全国比較及び推移（各年 12 月 31 日現在）

県・全国の別	年次	助産師数	
			人口10万対
全　国	R6	38,721	31.3
徳島県	H28	260	34.7
	H30	272	37.0
	R2	283	39.3
	R4	273	38.8
	R6	281	41.0

資料:厚生労働省「衛生行政報告例」

●助産師の就業場所の状況（保健医療圏別・年次別）（各年 12 月 31 日現在）

年 / 医療圏	総数	助産所	病院	診療所	県・保健所	社会福祉施設	看養護成師所等学校	その他
H28	260	17	184	24	－	－	24	11
H30	272	19	189	32	－	－	22	10
R2	283	22	202	30	－	－	19	10
R4	273	21	194	31	－	－	22	5
R6	281	21	200	26	－	－	21	13
東部Ⅰ	184	12	117	26	－	－	21	8
東部Ⅱ	17	4	13	－	－	－	－	－
南部Ⅰ	65	4	57	－	－	－	－	4
南部Ⅱ	1	－	1	－	－	－	－	－
西部Ⅰ	12	－	12	－	－	－	－	－
西部Ⅱ	2	1	－	－	－	－	－	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」

※H28 に様式改正・集計項目の変更あり

③看護師、准看護師

本県の就業看護師数は、平成28年末の8,726人から令和6年末には9,710人と984人増加しています。准看護師数は、平成28年末の3,690人から令和6年末には2,988人と702人の減少となっています。

令和6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1,417.5人で全国第10位、准看護師が436.2人で全国第4位とともに高い値となっています。准看護師については、全ての圏域で全国を上回っていますが、特に西部圏域で高い傾向が見られます。

また、男性の占める割合をみると、看護師は全国平均 8.2%に対し本県では8.6%（H28は7.5%）、准看護師は全国平均8.1%に対し本県では9.5%（H28は8.9%）と、看護師および准看護師ともに全国平均よりも高い割合となっています。（令和6年）

さらに、就業場所別では、看護師及び准看護師を合わせて、病院7,861人（61.9%）、診療所1,889人（14.9%）、介護保険施設1,766人（13.9%）となっています。平成28年から令和6年の間の就業者数の増加率では、訪問看護ステーションの増加率が75.7%と最も高くなっています。

●就業看護師、准看護師の全国比較及び推移（各年12月31日現在）

県・全国の別	年次	看護師数 (うち 男性)	人口10万対	准看護師数 (うち 男性)	人口10万対
全　国	R6	1,363,142(112,164)	1,101.1	233,022(18,808)	188.2
徳島県	H28	8,726 (651)	1,163.5	3,690 (330)	492.0
	H30	9,091 (710)	1,235.2	3,596 (323)	488.6
	R2	9,295 (745)	1,291.8	3,425 (314)	476.0
	R4	9,548 (817)	1,356.3	3,191 (295)	453.3
	R6	9,710 (836)	1,417.5	2,988 (285)	436.2

資料:厚生労働省「衛生行政報告例」

●看護師の就業場所の状況（保健医療圏別・年次別）（各年12月31日現在）

年 / 医療圏	総数	病院	診療所	訪問看護ステーション	介護保険施設	社会福祉施設	県・保健所	市町村	事業所	看護師養成所等学校	その他
H28	8,726	6,417	964	273	670	130	12	61	55	143	1
H30	9,091	6,656	989	327	706	149	12	42	55	154	1
R2	9,295	6,637	1,023	417	769	184	19	32	69	144	1
R4	9,548	6,776	1,018	436	825	165	40	55	25	135	73
R6	9,710	6,813	1,057	498	881	188	22	43	16	128	64
東部Ⅰ	6,213	4,276	750	367	508	119	11	13	12	109	48
東部Ⅱ	896	622	86	42	110	19	3	10	－	－	4
南部Ⅰ	1,642	1,184	155	66	158	33	4	16	3	16	7
南部Ⅱ	205	152	16	－	30	4	－	2	－	－	1
西部Ⅰ	313	226	26	8	39	8	3	1	1	－	1
西部Ⅱ	441	353	24	15	36	5	1	1	－	3	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）

年 / 医療圏	総数	病院	診療所	ステーション訪問看護	介護保険施設	社会福祉施設	県・保健所	市町村	事業所	養成所等学校	その他
H28	3,690	1,552	1,066	60	886	89	－	10	27	－	－
H30	3,596	1,435	1,035	66	893	139	－	3	25	－	－
R2	3,425	1,290	942	77	937	153	－	2	22	1	1
R4	3,191	1,151	890	82	926	97	－	5	11	1	28
R6	2,988	1,048	832	87	885	114	－	4	－	－	18
東部Ⅰ	1,765	669	551	64	413	55	－	2	－	－	11
東部Ⅱ	293	59	90	10	115	15	－	－	－	－	4
南部Ⅰ	309	82	80	4	131	11	－	－	－	－	1
南部Ⅱ	87	28	16	－	35	7	－	1	－	－	－
西部Ⅰ	239	99	48	3	70	16	－	1	－	－	2
西部Ⅱ	295	111	47	6	121	10	－	－	－	－	－

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」

※H28 に様式改正・集計項目の変更あり

●看護師、准看護師数（保健医療圏別）（令和 6 年 12 月 31 日現在）

医療圏	看護師数		准看護師数	
		人口10万対		人口10万対
東部Ⅰ	6,213	1,470	1,765	418
東部Ⅱ	896	1,309	293	428
南部Ⅰ	1,642	1,471	309	277
南部Ⅱ	205	1,257	87	534
西部Ⅰ	313	961	239	734
西部Ⅱ	441	1,302	295	871
総　数	9,710	1,417.5	2,988	436.2

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」

医療圏ごとの人口については、令和 6 年 10 月 1 日徳島県推計人口による

2　看護職員の養成・確保

(1)求められる役割

①保健師に求められる役割

疾病構造の変化に伴う地域の健康課題の高度化・多様化、新型コロナウイルス感染症の感染拡大を踏まえた、災害・新興感染症等の健康危機管理対策など、保健師の活動領域は拡大しているとともに、今後は、より高度な実践能力が求められています。

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、直接的な保健サービスの提供のほか、データ分析や包括的な保健・医療・福祉システムの構築、各種施策の企画・運営・評価などに積極的に関わることが求められています。

②助産師に求められる役割

少子化に伴う出産環境の変化に伴い、分娩時のケアを始め、多様な母子支援や女性の健康支援、産前・産後のメンタルヘルスケア等、一層の専門性の発揮が期待されています。

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。

③看護師、准看護師に求められる役割

疾病構造の変化、医療の高度化・専門化、医療提供の場の多様化など看護を取り巻く環境の変化を踏まえ、安全・安心な看護サービスの提供とともに質の高い看護が求められています。

新型コロナウイルス感染症の感染拡大を経て、今後起こりうる新興・再興感染症への備えとして、専門性の高い看護師の配置や院内でのタスク・シフト／シェアなど、チーム医療における最適な協働体制の確保に向けて、看護職がその調整における重要な役割を果たす必要があります。

さらに、在宅医療ニーズや介護・福祉分野における看護ニーズの増大を見据え、地域における「医療」と「生活」の両面から患者を捉え、より良いケアを提供し、療養生活を支える医療専門職として活躍が期待されています。

(2)施策の方向

本県の看護職員数は、人口 10 万人当たりで見ると、いずれの職種も全国平均より高い値となっていますが、医療現場における様々な課題への対応や、将来にわたって持続可能な医療提供体制の維持に向けては、より一層の人材確保が求められています。これを踏まえ、さらなる看護職員の確保、資質の向上を図るため、次のことに取り組みます。

①養成力の確保

ア　看護を取り巻く環境の変化に対応し、安全で安心な保健医療サービスを提供できる質の高い看護職員を養成するため、県内の養成施設等と連携をとりながら、教育の充実及び看護教員・実習指導者の確保及び資質の向上を図ります。

イ　また、若年人口の減少を踏まえ、小中学生など早い段階から看護の魅力に触れる機会を持ち、看護の道を志す若者を増やす取組を進めるとともに、社会人経験のある方も含め、多様な人材の確保・育成に向けて取り組みます。

②県内定着の推進

ア　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。

イ　特に人材確保が困難となっているへき地医療や訪問看護における新卒者の定着に向けて、地域と連携した取組を進めるとともに、県内の就業情報等の効果的・積極的な情報発信に努めます。

ウ　在宅医療ニーズの増大を見据え、訪問看護の人材確保に向けて、へき地に所在する訪問看護ステーションへの新卒・新任者等の確保、育成支援を進めます。

③離職の防止・復職の支援

ア　院内保育所施設等を運営する医療機関を支援し、職員が働きやすい環境づくりを促進します。

イ　再就職希望者等に対し、徳島県ナースセンターを中心とした求人情報の提供やきめ細やかなマッチング、移住施策関連部門等と連携した効果的な情報発信等、機会を捉えた普及啓発等により再就業を促進します。

ウ　未就業看護職員の不安を解消し、ニーズに沿った多様な働き方を支援するため、復職研修の実施や求人施設への支援等を実施し、再就業を促進します。

④資質の向上

ア　新人看護職員の人材育成と県内定着を促進し、いきいきと働き続けられる環境づくりに向けて支援します。

イ　国において実施される「マイナンバー制度を活用した看護職の人材活用システム」を活かし、潜在化の防止やキャリア育成支援を進めます。

ウ　看護職員の活動領域の拡大、医療の専門化・高度化等に対応するため、高度な知識と高い実践能力を備えた看護職員の養成・資質向上に努めます。

エ　訪問看護の質の向上やネットワーク化、事業継続支援等を行う「訪問看護支援センター」の活動を基盤とし、質の高い訪問看護サービスの提供に向けた取組を進めます。

(3)看護師の特定行為研修体制の整備等

①現状と課題

平成 27 年 10 月から「特定行為研修に係る看護師の研修制度」が創設され、令和 6 年 12 月時点で全国では 11,709 名、本県で 114 名の看護師が受講を修了しています。

人口 10 万人当たり修了者数[*1]は、全国平均 9.5 人のところ本県は 16.6 人であり、平均を上回っているとともに、令和元年度以降、修了者数が 5 倍に増加しています。

また、令和元年までは県内に特定行為研修の指定研修機関がなく、県外で受講せざるを得ない状況でしたが、令和 2 年度、新たに「2 箇所」の研修機関が指定を受け、「術中麻酔管理領域」、「救急領域」、「外科系基本領域」、「在宅・慢性期領域」に係る研修受講体制が整備されたところです（領域別パッケージ研修）。

一方、「認定看護師数」については、人口 10 万人当たり全国平均 20.8 人に対し、本県は 32.4 人と、全国第 5 位の状況です。[*2]

分野別では、「在宅ケア」「糖尿病看護」「感染管理」分野が多く、本県の疾病動向や医療課題を踏まえた受講ニーズ、県内教育課程の開講による受講の促進等が影響していると考えられます。

---

*1　R6 年 12 月現在修了者／R6.10.1 現在人口（総務省統計局データ）

*2　R7 年 12 月現在登録者／R6.10.1 現在人口（総務省統計局データ）

●特定行為研修を修了した看護師の就業状況

年	就業者数	就業場所				
		病院	診療所	訪問看護ｽﾃｰｼｮﾝ	介護施設	教育機関
H29	6	6	－	－	－	－
R6	114	93	－	18	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」（令和 6 年 10 月 31 日現在）

②目指すべき方向と今後の取組

ア　目指すべき方向

在宅医療や高度急性期医療を支えるタイムリーで質の高い効果的なケアの提供や、新興・再興感染症発生時等の迅速かつ的確な対応、さらには最適な医療の提供に向けたチーム医療としてのタスク・シフト／シェアなどにおいて、今後、特定行為研修修了者のさらなる増加とその活躍が求められています。

また、高い専門性を有し、熟練した看護技術及び知識を用いて水準の高い看護を実践できる認定看護師は、高度化・専門分化が進む医療現場において、一層の活躍が期待されています。

イ　今後の取組

本県では、特定行為研修や認定看護師教育課程の受講への支援として、平成 28 年度から医療介護総合確保基金による県補助制度を創設しており、県内各地域における医療現場において、研修で得た知識・技術を発揮できるよう、修了者数の増加に向けて今後も引き続き支援に努めます。

また、圏域別で見ると、西部圏域で特定行為研修修了者や認定看護師数が少ない傾向にあるため、さらなる養成促進に向けた制度の周知啓発に努めます。

特定行為研修修了者の現場での活躍を一層促進するためには、特定行為に関する情報の提供と理解の促進、院内や関係医療機関等との密接な連携、実践にかかる事例の共有等が欠かせないことから、こうした取組について検討を進めます。

③数値目標

数値目標項目	直近値	令和11年度末目標値
特定行為研修を修了した看護師数	60人 （R5見込み）	180人

第５　保健医療従事者の養成・確保

１　診療放射線技師・臨床検査技師

(1)現状

本県の病院、診療所に従事する診療放射線技師の数は、令和 5 年 10 月では、403.9 人、これを人口 10 万人当たりでみると 58.1 人で全国平均の 46.6 人を上回っています。（厚生労働省「医療施設調査」[*1]、総務省「人口推計」、以下の職種も同様）

本県の病院、診療所に従事する臨床検査技師の数は、令和 5 年 10 月で 423.1 人であり、人口 10 万人当たりでは 60.9 人で全国平均の 56.1 人を上回っています。

(2)診療放射線技師・臨床検査技師に求められる役割

医療機器の高度化や複雑化が進む中で、知識や技術に関わる高い専門性が求められているとともに、適切な管理を行うことが必要です。

(3)施策の方向

需給に応じた診療放射線技師及び臨床検査技師等の確保に努めるとともに、関係団体との連携のもと、生涯教育を促進し、資質の向上を図ります。

２　リハビリテーション関係職種

(1)現状

①理学療法士（PT）・作業療法士（OT）

本県の病院、診療所に従事する理学療法士、作業療法士の数は、令和 5 年 10 月では、理学療法士 1,053.7 人、作業療法士 617.5 人であり、人口 10 万人当たりでは、理学療法士は 151.6 人、作業療法士 88.8 人となっており、全国平均の理学療法士 86.7 人、作業療法士 43.1 人を大きく上回っています。

本県における理学療法士及び作業療法士の養成施設としては、「徳島医療福祉専門学校」（勝浦町）各定員 40 名、「専門学校健祥会学園」（徳島市）各定員 40 名、「徳島文理大学」（徳島市）定員 70 名（理学療法士のみ）があります。

なお、徳島県理学療法士会、徳島県作業療法士会の各会員数（令和 5 年 4 月現在）は、理学療法士会 1,030 人、作業療法士会 574 人で、それぞれの就業状況は、次表のとおりです。

②言語聴覚士（ST）

本県の病院、診療所に従事する言語聴覚士の数は令和 5 年 10 月では、173.7 人であり、人口 10 万人当たりでは、25.0 人で全国平均 15.1 人を上回っています。

なお、徳島県言語聴覚士会の会員数（令和 5 年 4 月現在）は 128 人であり、会員の就業状況は、次表のとおりです。

---

*1　厚生労働省「医療施設調査」：本項目の従事者数については、常勤換算（その職務に従事した１週間の勤務時間を当該医療施設の通常の１週間の勤務時間で除した数）されているため小数点以下第１位までの人数で表記している。

●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

（令和５年４月現在）

区　分	保　健 医療圏	病院	診療所	介護老人保健施　設	その他施設等	学校	合計	未就業又は自宅会員等（外数）
理学療法士	東部	677	25	35	38	23	798	75
	南部	134	7	16	3	0	160	7
	西部	67	3	4	4	0	78	12
	合　計	878	35	55	45	23	936	94
作業療法士	東部	361	21	19	51	12	464	28
	南部	19	6	7	6	0	38	2
	西部	23	0	4	10	0	37	5
	合　計	403	27	30	67	12	539	35
言語聴覚士	東部	89	9	1	6	3	108	3
	南部	5	1	0	1	0	7	0
	西部	10	0	0	0	0	10	0
	合　計	104	10	1	7	3	125	3

(2)リハビリテーション関係職種に求められる役割

①理学療法士・作業療法士

多様化するリハビリテーションのニーズや医学的リハビリテーション技術の進歩に対応することが求められています。

なお、本県では急速に高齢化が進行し、理学療法士及び作業療法士の需要が高まっており、その数も増加しています。

②言語聴覚士

ことばによるコミュニケーションや摂食・嚥下に障害のある方に対して、医師等の医療専門職、保健福祉専門職等と連携し、自分らしい生活を構築できるよう支援する役割が求められています。

(3)施策の方向

理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士の需給の把握に努めるとともに、関係団体との連携のもと、生涯教育を促進し、資質の向上を図ります。

3　管理栄養士・栄養士

(1)現状

本県の病院、診療所に従事する管理栄養士・栄養士の数は、令和 5 年 10 月では、次のとおりとなり、人口 10 万人当たりでは、管理栄養士、栄養士ともに、全国平均を上回っていますが、１病院当たりでみると、管理栄養士 2.6 人、栄養士 0.3 人となっており、全国平均の管理栄養士 2.9 人、栄養士 0.5 人を下回っています。

また、令和 5 年 6 月現在、県及び市町村において 104 人（県 29 人、市町村 75 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「徳島大学医学部医科栄養学科」定員 50 名、「徳島文理大学人間生活学部食物栄養学科」定員 70 名、「四国大学生活科学部健康栄養学科」定員 70 名、また、栄養士の養成施設として「四国大学短期大学部人間健康科食物栄養専攻」(令和 8 年度以降募集停止)、「徳島文理大学短期大学部生活科学科食物専攻」定員 20 名があります。

●本県の病院、診療所に従事する管理栄養士・栄養士の数

	（人）	病院		診療所	
		管理栄養士	栄養士	管理栄養士	栄養士
徳島県	常勤換算	263.2	32.3	44.1	14.1
	人口10万対	37.9	4.6	6.3	2.0
全　国	常勤換算	23,078.2	4,212.5	4,771.6	1,318.8
	人口10万対	18.6	3.4	3.8	1.1

(2)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、多様化する栄養情報を的確に管理し、患者や住民へ適切な情報提供を行うことが求められます。

特に、管理栄養士においては、特定保健指導の従事者としての役割を担うほか、近年の診療報酬改定においても、病棟におけるリハビリテーション・栄養・口腔の一体的な取組や、令和８年度から新設された看護・多職種協働加算の対象職種に含まれるとともに、退院後訪問栄養食事指導料が新設されるなど、評価の拡充が続いています。

医療機関内でのチーム医療にとどまらず、地域包括ケアシステムや在宅医療とも連携し、生活習慣病対策や重症化予防を推進する管理栄養士・栄養士の役割は一層重要となっています。

(3)施策の方向

県栄養士会をはじめとする関係機関との連携のもと、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。

4　臨床工学技士

(1)現状

本県の病院、診療所に従事する臨床工学技士の数は令和 5 年 10 月では、283.6 人、人口 10 万人当たりでは 40.8 人となっており、全国平均の 26.4 人を大きく上回っていますが、１病院当たりでみると、2.1 人となっており、全国平均の 3.1 人を下回っています。

(2)臨床工学技士に求められる役割

医療機器の高度化・複雑化が進む中、高度な専門知識と技術を有し、人工呼吸器、人工心肺装置、血液浄化装置等の生命維持管理装置の操作及び保守点検を担う臨床工学技士の役割が重要となっています。また、新型コロナウイルス感染症の流行時には、重症呼吸不全患者に対する体外式膜型人工肺（ECMO）を用いた治療において、重症患者の救命を支える重要な役割を果たしました。

臨床工学技士法の改正により、手術室、集中治療、心臓カテーテル領域における業務範囲が拡大され、医師の働き方改革に向けたタスク・シフト／シェアやチーム医療を推進する役割も期待されています。加えて、ロボット支援手術等の高度な医療技術の普及に伴い、臨床工学技士の配置が診療報酬上の施設基準等の要件となるなど、その専門性が評価されています。

(3)施策の方向

県臨床工学技士会をはじめとする関係機関との連携のもと、需給状況の把握に努めるとともに、需要に応じた確保と資質の向上に努めます。

5　その他の保健医療従事者

ソーシャルワーカー（社会福祉士・精神保健福祉士）は、保健医療機関において、疾病を有する患者等が地域や家庭において自立した生活を送ることができるよう、社会福祉の立場から、患者や家族の抱える経済的・心理的・社会的な問題の解決・調整を援助し、社会復帰の促進を図る専門職であり、高齢化の進展に伴う在宅医療需要の高まりを受け、その役割は、今後ますます重要となってきています。

また、公認心理師は、心の健康の問題が国民の生活に関わる重要な問題となり、医療機関をはじめとする様々な職場における心理職の活用の促進が、喫緊の課題となっていることを踏まえ、平成 29 年 9 月 15 日に全面施行となった公認心理師法により、国家資格として定められました。今後は国民の心の健康の保持増進への寄与が期待されています。

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。

（人）	徳島県		全国	
	常勤換算	人口 10 万対	常勤換算	人口 10 万対
精神保健福祉士	73.2	10.5	10,936.2	8.8
社会福祉士	151.7	21.8	17,574.7	14.1
公認心理師	82.8	11.9	7,568.4	6.1
視能訓練士	41.3	5.9	11,142.0	9.0

※病院、診療所の従事者数

第６　医療従事者の勤務環境の改善

１　勤務環境改善マネジメントシステム

人口の減少、若い世代の職業意識の変化、医療ニーズの多様化に加え、医師等の偏在などを背景として、医療機関における医療従事者の確保が困難な中、質の高い医療提供体制を構築するためには、勤務環境の改善を通じ、医療従事者が健康で安心して働くことができる環境整備を促進することが重要です。

また、厳しい勤務環境にある医療従事者の確保を図るためには、医療機関の主体的な取組を通じて、医療従事者の離職防止・定着対策を実施する必要があります。

このため、改正医療法（平成 26 年 10 月 1 日施行）では、

・医療機関が PDCA サイクルを活用して計画的に医療従事者の勤務環境改善に取り組む仕組み（勤務環境改善マネジメントシステム）の創設
・医療機関の自主的な取組を支援するガイドラインの策定
・医療機関のニーズに応じた総合的・専門的な支援を行う体制（医療勤務環境改善支援センター）の各都道府県での整備

により、医療従事者の勤務環境改善に向けた各医療機関の取組（現状分析、改善計画の策定等）を促進することとされました。

また、令和 3 年 5 月 21 日に成立した「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律（令和 3 年法律第 49 号。以下「医療法等改正法」という。）」に基づき、令和 6 年 4 月 1 日から医師に対する時間外・休日労働の上限規制の適用が開始されました。

これに伴い、県内医療機関及び県においては、
・ 勤務する医師が長時間労働となる医療機関における「医師労働時間短縮計画」の適切な作成・見直し、及び外部評価機関による受審・評価の促進
・ 地域医療の確保や集中的な研修実施の観点から、やむを得ず高い上限時間を適用する医療機関を都道府県知事が指定する制度（特例水準指定制度）の適正な運用
・ 当該医療機関における健康確保措置（面接指導、連続勤務時間制限、勤務間インターバル規制等）の実施　等

の措置を講ずることとされています。

本県では、平成 27 年 3 月 26 日に「徳島県医療勤務環境改善支援センター」を設置しており、同センターでは、医療労務管理アドバイザー（社会保険労務士）と医療経営アドバイザー（医業経営コンサルタント）が連携し、医療機関が実施する自主的な勤務環境改善の取組を支援しています。

また、センターの運営協議会を通じて、地域の関係機関・団体（徳島県、徳島労働局、徳島県医師会、徳島県看護協会、徳島県社会保険労務士会、医業経営コンサルタント協会徳島県支部）が連携する体制を構築し、医療機関における医師労働時間短縮計画の作成や宿日直許可取得に向けた支援など、医療従事者の勤務環境改善に関する各種施策に取り組んでいます。

地域の医療提供体制の構築にあたっては、各医療機関が、「医療の質の向上」や「経営の安定化」の観点から、自らのミッションに基づき、ビジョンの実現に向けて、組織として発展していくことが重要です。そのためには、医療機関において、医療従事者が働きやすい環境を整え、専門職の集団としての働きがいを高めるよう、勤務環境を改善させる取組が不可欠となります。

徳島県医療勤務環境改善支援センターがパートナーとして、医療機関を支援します。

2　医療現場における暴力・ハラスメント対策

医療現場における暴力・ハラスメント対策は、医療従事者の離職防止、勤務環境改善の観点からも近年重視されています。

令和４年に発生した、医療従事者に対する殺人等事件をはじめ、医療従事者の安全に係る事案が発生しており、警察庁では、医療従事者等の安全確保のため、各都道府県医師会や医療機関及び各都道府県警察との連携の推進を求める通知が発出されています。

また、こうした重大事案に加え、患者やその家族等からの暴言・暴力、悪質なクレームといったハラスメント問題も顕在化しており、厚生労働省においても、医療や介護現場における暴力・ハラスメント対策として、e-ラーニング教材や対応マニュアルの作成等が行われています。

さらに、令和８年 10 月１日に施行された改正労働施策総合推進法により、事業主には各種ハラスメントに加え、カスタマーハラスメントを防止・対応するための相談体制の整備や再発防止策などの「雇用管理上の措置」をを講じることが新たに義務付けられました。これらを踏まえ、各医療機関・事業所において、従事者を守るための組織的な対策や環境整備を進めていく必要があります。

第７章 外来医療に係る医療提供体制の確保
（徳島県外来医療計画）

第１　外来医療計画における基本的事項

１　計画策定の趣旨

○　外来医療については、需要減少や地域で中心的に外来医療を担う無床診療所の開設状況の都市部への偏り、診療所における診療科の専門分化、救急医療提供体制の構築等の医療機関間の連携が個々の医療機関の自主的な取組に委ねられていること等の課題があります。

○　平成 30 年の医療法の改正により、医療計画に定める事項に、外来医療機能に関する情報の可視化、新規開業者等への情報提供、外来医療に関する協議の場の設置を内容とする「外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項（外来医療計画）」が追加されました。

○　本県においては、令和２年４月に「徳島県外来医療計画」を策定し、本計画に基づき、地域の外来医療提供体制の構築、医療機器の共同利用の充実などを行ってきたところであり、この度、「第８次（後期）外来医療計画」として、本計画の改定を行うものです。

２　計画の性格

医療法第 30 条の４の規定に基づく外来医療提供体制の確保に関する計画

３　計画の期間

令和６年(2024 年) ４月１日から令和９年（2027 年）３月 31 日までを「前期」、令和９年(2027 年）４月１日から令和 12 年（2030 年）３月 31 日までを「後期」とします。

第２　外来医療提供体制の協議の場

１　協議の場

○　外来医療機能の偏在・不足等の情報を可視化するため、二次医療圏ごとに外来医療関係者による「協議の場」を設け、地域における外来医療機関間の機能分化・連携の方針と併せて、外来医療提供体制を協議・公表することとされています。

○　このため、本県においては、医療圏ごとに医療法第 30 条の 18 の５の規定に基づく「協議の場」を設けることとし、医療圏ごとに設定している徳島県地域医療構想調整会議を活用します。

２　協議の場における協議事項

○　協議の場における協議事項は、次のとおりとします。

①　外来医師偏在指標を踏まえた次に掲げる事項
ア　地域において特に必要とされる外来医療（地域外来医療）に関する事項
イ　外来医療に係る医療提供体制の状況に関する事項

②　外来機能報告を踏まえた外来医療を提供する基幹的な病院又は診療所（紹介受診重点医療機関）に関する事項

③　外来医療に係る病院及び診療所の機能分化及び連携の推進に関する事項

④　かかりつけ医機能報告を踏まえた対象区域における機能を確保するために必要な事項

⑤　外来医療に係る複数の医師が連携して行う診療の推進に関する事項

⑥　外来医療に係る医療提供施設の建物の全部又は一部、設備、器械及び器具の効率的な活用に関する事項

⑦　その他外来医療提供体制を確保するために必要な事項

第３　本県における外来医療の現状

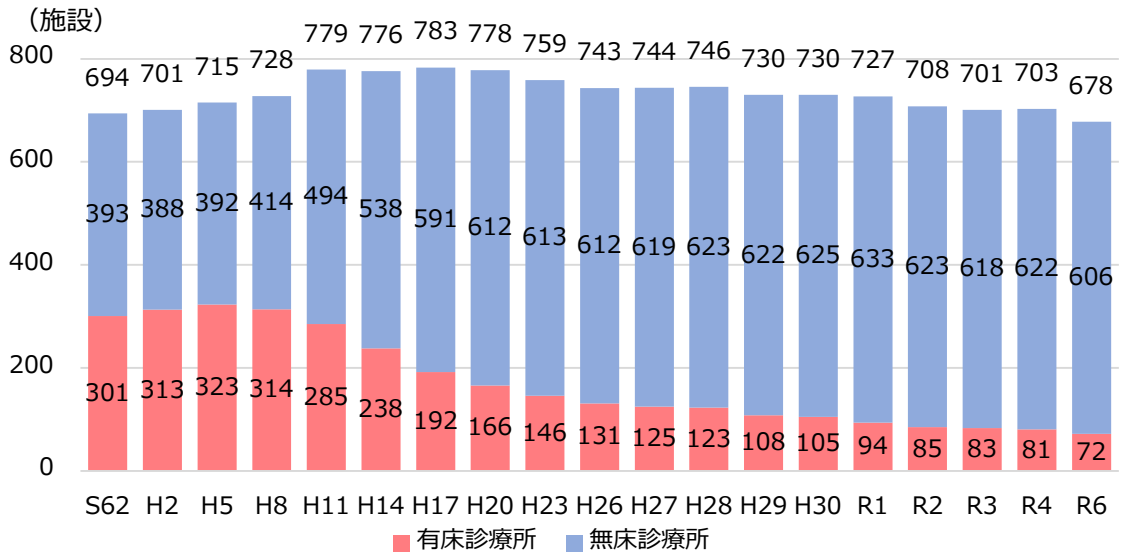
１　医療施設の状況

(1)一般診療所の状況

○　本県の一般診療所数を年次別にみると、一般診療所総数は、平成 17 年の 783 施設をピークに減少しており、令和 6 年は 678 施設となっています。

○　このうち、有床診療所は、平成 5 年をピークに令和 6 年は 72 施設、無床診療所は令和元年をピークに令和 6 年は 606 施設とそれぞれ減少しています。

●本県の一般診療所数の年次推移

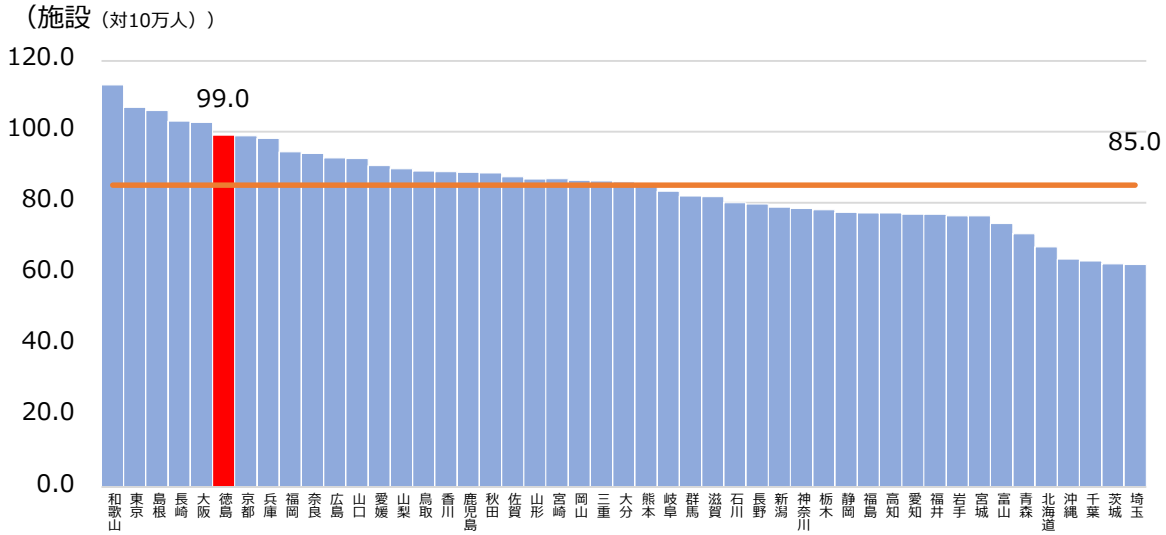


資料：厚生労働省「R6 医療施設調査」

○　本県の一般診療所数は、全国的に比較すると上位に位置しており、一般診療所総数は、人口 10 万人当たり 99.0 と全国平均の 85.0 を大きく上回り、全国第 6 位の水準となっています。

○　有床診療所は、人口 10 万人当たり 10.5 と全国平均の 4.4 を大きく上回り、全国第 7 位の水準であり、無床診療所は、人口 10 万人当たり 88.5 で全国平均 80.6 を上回り、全国第 8 位の水準となっています。

●都道府県別一般診療所数の状況（人口 10 万対）



資料：厚生労働省「R6 医療施設調査」

○　圏域ごとの診療所数をみると、一般診療所の 72.3%が東部圏域に集中しており、南部圏域や西部圏域では診療所数は少ない状況です。

●圏域別一般診療所数の状況

	総数	（割合）	有床	（割合）	無床	（割合）
全域	678	-	72	-	606	-
東部	490	72.3%	60	83.3%	430	71.0%
南部	123	18.1%	6	8.3%	117	19.3%
西部	65	9.6%	6	8.3%	59	9.7%

資料：厚生労働省「R6 医療施設調査」

(2)診療所や病院の所在地の可視化

○　厚生労働省から提供されている診療所や病院の所在地等に関するマッピング情報については、【参考資料】として本章の末尾に掲載します。

(3)地域の病院・診療所ごとの開設、廃止、休止、再開別の医療機関数

○　令和２年から令和５年における医療施設数の変化をみると、県全体で病院は２施設、一般診療所は２０施設減少しています。

●開設、廃止、休止、再開別の医療機関数

R2	医療施設数		病院（開設廃止等）				一般診療所（開設廃止等）			
	病院	一般診療所	開設	廃止	休止	再開	開設	廃止	休止	再開
徳島県	107	708	0	0	0	0	12	22	13	4
東部	71	517	0	0	0	0	9	16	11	2
南部	19	121	0	0	0	0	2	1	1	1
西部	17	70	0	0	0	0	1	5	1	1

R5	医療施設数		病院（開設廃止等）				一般診療所（開設廃止等）			
	病院	一般診療所	開設	廃止	休止	再開	開設	廃止	休止	再開
徳島県	105	688	0	1	0	0	10	22	5	2
東部	70	497	0	1	0	0	7	21	4	2
南部	19	123	0	0	0	0	3	1	0	0
西部	16	68	0	0	0	0	0	0	1	0

資料：厚生労働省提供「外来医師偏在指標に係るデータ集・グラフ」

※開設・廃止等施設数は、各調査月の前月から過去１年間における開設等に該当する施設数

2　診療所の医師の状況

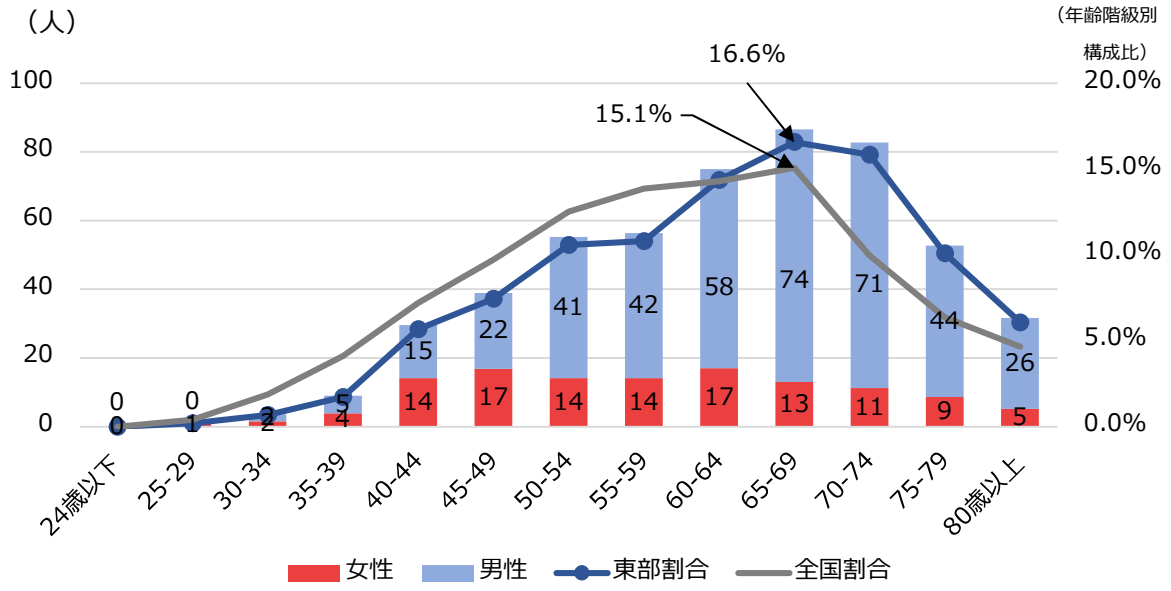
○　外来医療提供体制を考える場合、外来医療機能の多くは診療所が担っていることから、各圏域の診療所医師の性・年齢階級別の人数や主たる診療科目を把握し、地域の医療需要の推計と合わせて検討することが重要です。

○　次に記載する、各圏域の性・年齢階級別、病院・診療所別の医療施設従事医師の状況は、令和 6 年医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省独自集計）[*1]によるものです。

○　各圏域に診療所医師の性・年齢階級別人数をみると、東部圏域では、診療所医師は 522 人であり、県全体の診療所医師の 77.6%が集中しています。

○　年齢階級別医師数は、65 歳から 69 歳が最も多く、全体の 16.6%となっており、さらに、65 歳以上が 48.6%であり、診療所医師の高齢化は深刻な状況です。

●診療所医師の性・年齢階級別人数（東部圏域）



資料：厚生労働省「R6 医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省独自集計）」

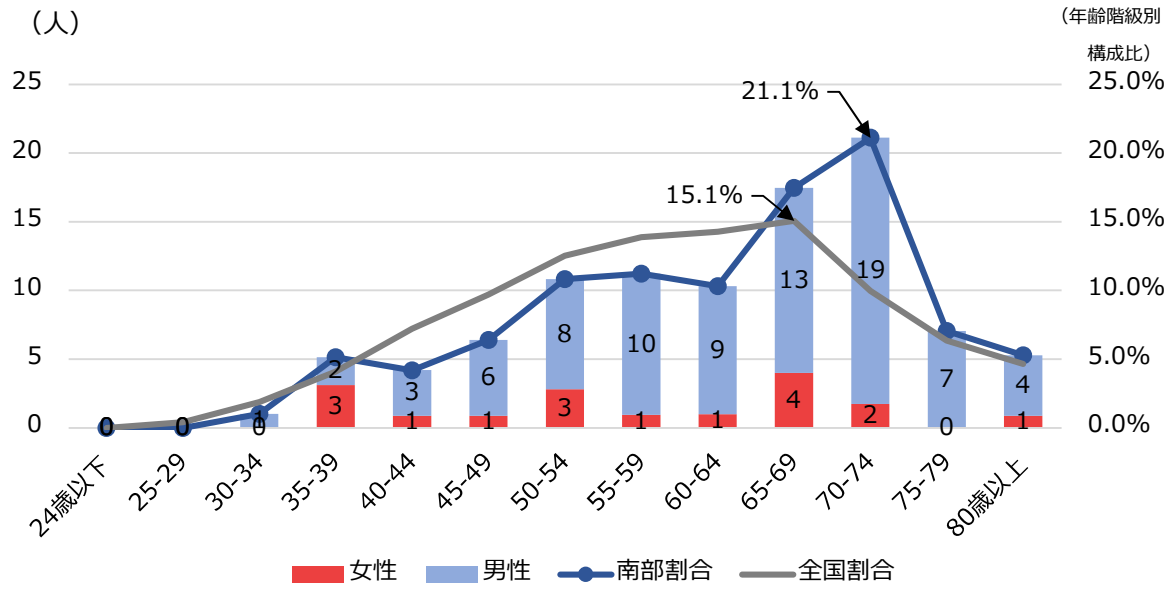
○　南部圏域では、診療所医師は 100 人、県全体の診療所医師の 14.9%です。

○　年齢階級別医師数は、70 歳から 74 歳が最も多く、全体の 21.1%となっており、さらに、65 歳以上が 50.9%であり、診療所医師の高齢化は深刻な状況です。

---

*1　令和 6 年医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省独自集計）：厚生労働省が、医師偏在指標計算のため、令和 6 年医師・歯科医師・薬剤師統計を基に、独自集計を行っており、厚生労働省がホームページで公開している数値と異なる場合がある。
・主たる従事先を診療所とする医師について、二次医療圏・性・年齢階級別に集計。
・年齢不詳者がある場合は、不詳者を除く年齢階級の人数比に応じて不詳者を按分するため、小数点以下の端数が生じる。

●診療所医師の性・年齢階級別人数（南部圏域）

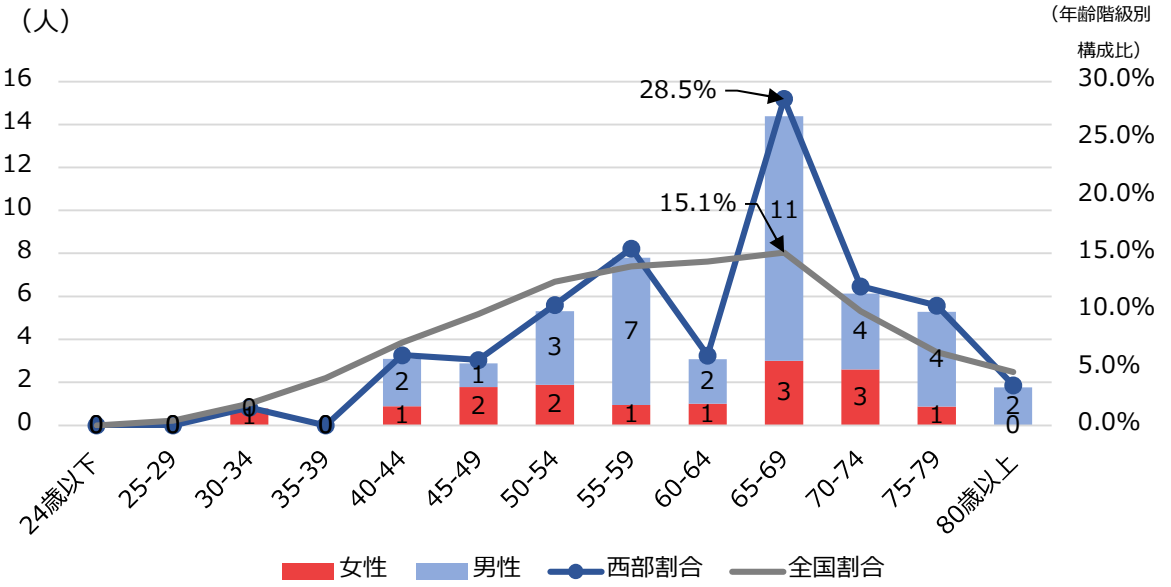


資料：厚生労働省「R6 医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省独自集計）」

○　西部圏域では、診療所医師は 50 人、県全体の診療所医師の 7.5%です。

○　年齢階級別医師数は、65 歳から 69 歳が最も多く、全体の 28.5%となっており、さらに、65 歳以上が 54.6%であり、診療所医師の高齢化は深刻な状況です。

●診療所医師の性・年齢階級別人数（西部圏域）



資料：厚生労働省「R6 医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省独自集計）」

3　外来診療（初・再診）に関する情報

○　外来患者数は、病院、一般診療所とも減少しており、このうち一般診療所は、令和 5 年には平成 8 年の約 8 割にまで減少しています。

●本県の推計外来患者数（施設所在地）

（千人）

	H8	H11	H14	H17	H20	H23	H26	H29	R2	R5
病院	17.2	17.4	15.2	16.5	13.8	14.1	13.6	13.4	11.3	11.2
一般診療所	30.1	26.5	26.0	29.2	28.1	29.2	26.7	24.3	23.6	24.4

資料：厚生労働省「R5 患者調査」

○　人口 10 万人当たりの通院外来患者延数は、病院では県及び各圏域とも全国を上回っているのに対して、診療所の対応割合は全国平均の 77.6%と比較し、68.6%と低くなっています。

●人口 10 万人当たり通院外来患者延数（年間）

	病院	一般診療所	診療所 対応割合	人口 10 万人当たり 通院外来施設数 （診療所）
全国	270,289	938,223	77.6%	70
徳島県	406,774	888,297	68.6%	76
東部	397,474	970,207	70.9%	81
南部	406,507	756,386	65.0%	68
西部	474,391	550,954	53.7%	61

資料：厚生労働省提供「外来医師偏在指標に係るデータ集・グラフ」

4　初期救急体制（夜間・休日外来、深夜外来）に関する情報

○　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、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。

●夜間や休日等における地域の初期救急医療の提供体制（令和８年４月～）

	市町村名	委託先	実施方法	夜間診療 （平日・土）	休日診療
東部	徳島市、 佐那河内村	徳島市 医師会	徳島市夜間休日急病診療所	19:30～22:30	9:00～12:30、 13:30～17:00、 18:00～22:30
	石井町、神山町	名西郡 医師会	当番医	徳島市夜間休日急病診療所	9:00～17:00 夜間：徳島市夜間休日急病診療所
	鳴門市	鳴門市 医師会	当番医	18:00～21:00	9:00～12:00 14:00～18:00
	松茂町、北島町、 藍住町、板野町、 上板町	板野郡 医師会	当番医	18:00～22:00	9:00～22:00
	吉野川市、 阿波市	吉野川市 医師会、 阿波市 医師会	当番医	18:00～22:00	9:00～13:00、 14:00～18:00、 19:00～22:00
南部	小松島市、 勝浦町、上勝町※	小松島市 医師会	当番医	（小松島市） 18:00～22:00 （勝浦郡） 18:00～翌9:00	（小松島市） 9:00～18:00、 18:00～22:00 （勝浦郡） 19:00～翌9:00
	阿南市、那賀町	阿南市 医師会	当番医 阿南市夜間休日診療所	18:00～22:00	9:00～17:00、 17:00～22:00
	牟岐町、美波町、 海陽町	海部郡 医師会	当番医	18:00～21:00	9:00～17:00
西部	美馬市、 つるぎ町	美馬市 医師会	当番医	（平日） 17:00～21:00 （土） 12:00～21:00	9:00～翌6:00
	三好市、 東みよし町	三好市 医師会	当番医	17:00～22:00	9:00～22:00

○　徳島市においては、平成９年度から徳島市夜間休日急病診療所を開設し、徳島市医師会等の協力により、夜間と休日の昼の診療を内科医師と小児科医師の２名体制で実施しています。

○　初期救急については、地元の開業医が非常に重要な役割を担っていますが、医師の減少や高齢化などにより、夜間・休日の診療体制を、従前どおりに単独の自治体で維持することが困難な地域も出てきており、実施時間の短縮や地域を越えた対応も必要となっております。

○　時間外等外来患者数については、全国と比べて東部圏域では診療所の対応割合が大きいですが、南部圏域や西部圏域では診療所の対応割合が小さくなっており、特に西部圏域では、病院の患者数が多い状況です。

●人口 10 万人当たり時間外等外来患者延数（年間）

	病院	一般診療所	診療所 対応割合	人口 10 万人当たり 時間外等外来施設数 （診療所）
全国	6,461	45,797	87.6%	55
徳島県	6,401	50,363	88.7%	67
東部	5,625	61,650	91.6%	72
南部	6,692	28,457	81.0%	53
西部	11,448	11,051	49.1%	55

資料：厚生労働省提供「外来医師偏在指標に係るデータ集・グラフ」

○　一方で、救急搬送件数が年々増加している中で、軽症患者が救急搬送患者の約 4 割を超えている現状があります。

○　「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加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。

5　在宅医療（訪問診療、往診）に関する情報

○　外来医療提供体制の構築においては、地域包括ケアシステムに資する取組を行っていくことが重要です。

○　今後、高齢化の進行に伴い、慢性疾患を抱えながらも住み慣れた地域での療養を希望する患者が増えることが見込まれるため、外来医療と在宅医療が切れ目なく提供されることが求められます。

●人口 10 万人当たり訪問診療及び往診患者延数（年間）

	訪問診療				往診			
	病院	一般 診療所	診療所 対応割合	10 万人当たり 訪問診療施設数 （診療所）	病院	一般 診療所	診療所 対応割合	10 万人当たり 往診施設数 （診療所）
全国	2,755	20,804	88.3%	19	222	2,602	92.1%	25
徳島県	6,639	17,803	72.8%	26	633	2,262	78.1%	37
東部	7,066	17,987	71.8%	25	810	2,410	74.8%	38
南部	6,840	19,806	74.3%	26	262	1,854	87.6%	31
西部	3,171	12,626	79.9%	32	64	1,983	96.9%	39

資料：厚生労働省提供「外来医師偏在指標に係るデータ集・グラフ」

第４　外来医師偏在指標及び外来医師多数区域の設定

○　厚生労働省は、地域ごとの外来医療機能の偏在・不足等を客観的に把握し、診療所の医師の多寡の状況を可視化するため、「外来医師偏在指標」を設計しています。

●外来医師偏在指標の計算式
外来医師偏在指標＝標準化診療所医師数÷
（（地域の人口／10 万×地域の標準化外来受療率比）×地域の診療所の外来患者対応割合）

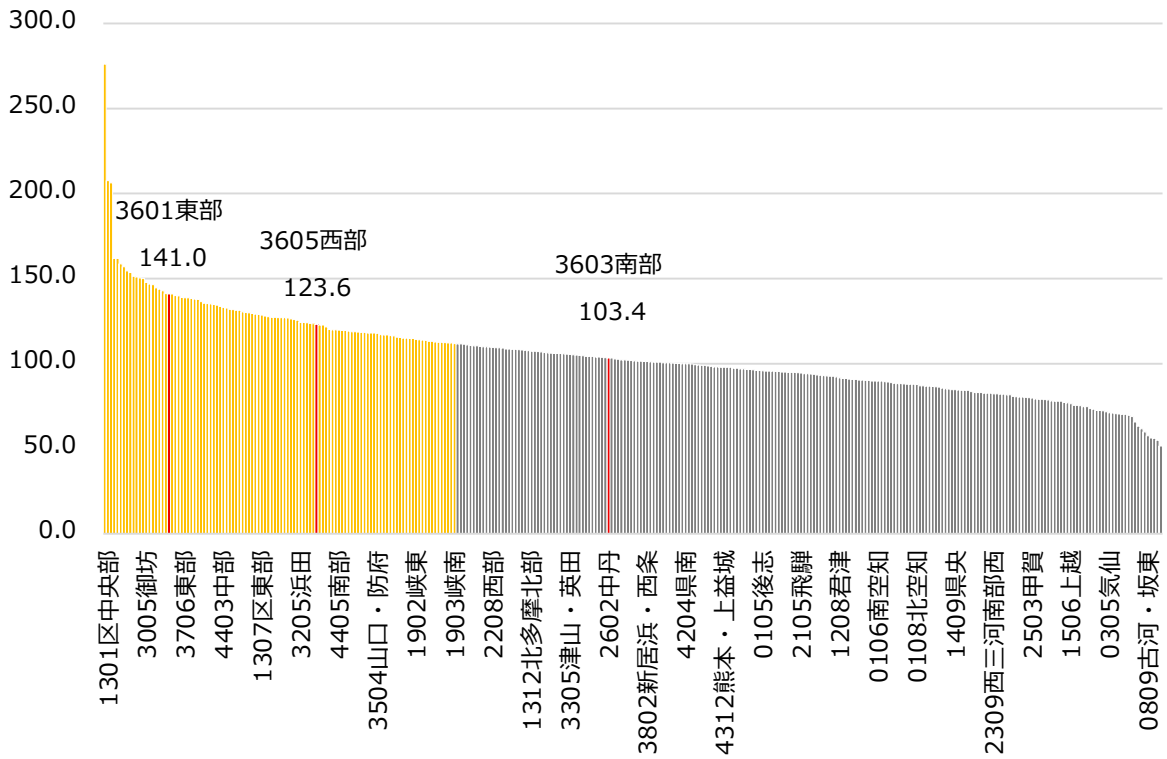
○　外来医師偏在指標の値が全二次医療圏の中で上位 33.3%に該当する二次医療圏を外来医師多数区域として設定することとされています。

○　厚生労働省から提供された外来医師偏在指標は次のとおりです。

●外来医師偏在指標
・県　　131.2（5位）　　（全国平均 115.7）
・東部　141.0（21位・外来医師多数区域）
・南部　103.4（158位）
・西部　123.6（66位・外来医師多数区域）

○　本県においては、「東部圏域」、「西部圏域」が外来医師多数区域となります。

●二次医療圏単位の外来医師偏在指標



【参考】外来医師偏在指標について

○　外来医師偏在指標の算出法では、地理的条件（アクセシビリティ、面積など）を全く考慮しないこととされており、本県の西部圏域や南部圏域のように、広大な山間エリアに点在する在宅患者を診療している状況を考慮せずに算出された数値は、地域の医師不足の実感とは大きな乖離があります。

○　厚生労働省は、あくまで一つの仮定に基づいて機械的に算出された本指標をベースとして、新規開業者の行動変容を促すこととしていますが、当該指標自体に課題があると考えられます。

【外来医師偏在指標の考え方】

○　外来医師偏在指標は、人口10万人対診療所医師数をベースに、①医療需要（ニーズ）及び将来の人口・人口構成の変化、②患者の流出入等、③へき地等の地理的条件、④医師の性別・年齢分布、⑤医師偏在の単位（区域、病院／診療所）の５要素を考慮することとされています。

①医療需要（ニーズ）及び将来の人口・人口構成の変化：地域の人口の年齢構成や男女比率によって受療率は異なります。この違いは人口10万人対診療所医師数では考慮できていないため、地域ごとの医療ニーズを、地域ごとの人口構成の違いを踏まえ、性・年齢階級別の外来受療率を用いて調整することとされています。

②患者の流出入等：外来医療は、時間内受診（日中）が多くを占めることから、患者の流出入については、昼間人口を基本としつつ、都道府県間及び二次医療圏間の外来患者の流出入調整係数を用いて受療率を調整し、指標の計算に反映することとされています。

③へき地等の地理的条件：へき地等における外来医療に係る医療提供体制の確保については、へき地の医療提供体制の整備と同様、医師確保計画等の関連する施策と整合性をとることとされています。

④医師の性別・年齢分布：地域ごとの性・年齢階級別医師数を、性・年齢階級別の平均労働時間によって重み付けを行うこととされています。

⑤医師偏在の単位（区域、病院／診療所）：二次医療圏単位で算出することとされています。外来医療機能の多くは診療所で提供されていることから、外来医師偏在指標は診療所の医師数をベースとします。

○　外来医師偏在指標の計算方法については、厚生労働省の「外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン」を参照
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000123022_00002.html

第５　外来医療提供体制の協議

１　現時点で不足している外来医療機能に関する検討

○　外来医療機能の偏在・不足等の情報を明らかにするため、次の点について、各郡市医師会に対してアンケート調査を実施するとともに、協議の場である地域医療構想調整会議において検討を行いました。

① 夜間や休日等における地域の初期救急医療の提供体制
② 在宅医療の提供体制
③ 産業医、学校医、予防接種等の公衆衛生に係る医療提供体制
④ その他地域医療として対策が必要と考えられる外来医療機能

○　アンケート調査の結果については、本章の【参考資料】に掲載します。

(1)東部

○　各医師会へのアンケート調査の主な意見等は、次のとおりです。

・　各医師会から、医師会会員の高齢化、会員数の減少による外来医療の維持についての意見が多く出されました。

・　初期救急については、診療時間の短縮や隣接する医師会との合同運営による負担軽減が行われているものの、医師の高齢化や働き方改革等により当番医制の逼迫や休日夜間診療所の存続の危惧、二次救急医療機関への救急患者の集中、高齢患者の入院先、搬送先の確保が困難になっているという意見がありました。

・　在宅医療については、需要増加に対する在宅医療を提供する医師の減少や在宅患者の緊急時の入院先確保が困難などの意見がありました。

・　公衆衛生については、学校医、特に耳鼻科や眼科の専門医の不足などの意見がありました。

・　その他として、大規模災害時の救急医療体制や医療機器の共同利用の整備の必要性についての意見がありました。

(2)南部

○　各医師会へのアンケート調査の主な意見等は、次のとおりです。

・　各医師会から、医師の高齢化や看護師不足、新規開業より廃院が多いことから、外来医療の維持についての意見が多く出されました。

・　初期救急については、輪番制への公立病院の参画による負担軽減が図られている事例や輪番制の近隣郡市との合同運営を検討するなどの報告がある一方、医師の高齢化により輪番制等への参加医師の減少による体制の維持が困難な状況の報告がありました。

・　在宅医療については、病院との連携体制や後方病床の確保がされている地域がある一方、在宅医療に対応できる診療科･医療機関や在宅療養支援診療所・病院が少ないなどの報告がありました。

・　公衆衛生については、病院からの支援を受けて対応している状況や、耳鼻咽喉科や眼科の負担が大きいとの報告がありました。

・　その他として、産婦人科や小児科の担い手不足について報告がありました。

(3)西部

○　各医師会へのアンケート調査の主な意見等は、次のとおりです。

・　各医師会から、人口減少や医師の高齢化に加え、看護師や介護職等の深刻な人材不足に関する意見が多く出されました。

・　初期救急については、医療機関及び医療従事者の減少による輪番制維持や二次救急医療機関への患者集中への懸念があり、受診実態に応じた体制の見直し、広域化の検討、公的病院との連携、行政による支援などの意見がありました。

・　在宅医療については、高齢化により需要が高い一方で、広域で山間部が多く移動負担やマンパワー不足により、在宅医療を担う医療機関の負担が増大していることから、医療機関、訪問看護、介護事業所、自治体等が連携し、地域全体で在宅医療を支える体制整備が必要であるという意見がありました。

・　公衆衛生については、人的、経営的な課題や小規模校が広範囲に点在することによる負担の増大が報告されました。

・　その他として、医療と介護を一体的に支える仕組みの構築や公立病院との連携、行政支援、ICT 活用等の検討についての意見がありました。

2　現時点で不足している外来医療機能

○　協議の場における意見等を踏まえ、外来医師多数区域とされている東部圏域及び西部圏域においても、今後、医師の高齢化等による担い手不足が進むと予想されるため、全ての医療圏において、「初期救急医療」、「在宅医療」、「公衆衛生」を、外来医療計画における「不足する外来医療機能」に位置づけます。

3　新規開業者の届出の際に求める事項

○　外来医療提供の機能について、偏在が進むことなく確保されるためには、新規開業者の自主的な行動変容が求められます。

○　このため、診療所の新規開業者に対して、地域で不足する外来医療機能を担うことを求めていくこととします。

○初期救急：在宅当番医・夜間休日急病センターへの参加 ○在宅医療：訪問診療、往診の実施 ○公衆衛生：学校医、産業医、予防接種等への協力

4　確認プロセスと実効性の確保

○　県は、診療所の新規開業希望者に対し、開業に当たっての事前相談の機会や届出様式を入手する機会に、開業する場所が外来医師多数区域に属することや、外来医療計画に定められている当該区域の方針に関する事項の情報提供を行います。

○　診療所の新規開業者の届出様式には、地域で不足する外来医療機能を担うことに合意する旨の記載欄を設け、協議の場において合意の状況を確認します。

○　なお、新規開業者が地域で不足する外来医療機能を担うことに合意しない場合には、協議の場への出席要請を行い、その理由について説明を求めるとともに、その協議結果を公表します。ただし、新規開業者に協議の場へ出席することができない正当な理由があると認められる場合は、合意しない理由の文書での提出などの対応も可能とします。

○　協議の場において結論を得た方針に沿わない医療機関については、徳島県医療審議会に報告し、意見を聴取します。

5　各医療機関の取組

○　各医療機関は、対象区域において求められる外来医療機能を真に担っているか、医療の内容や医療機関内における体制について検討することが必要です。

○　併せて、自主的な取組を踏まえ、地域医療構想調整会議における医療機関相互の協議により、地域において各医療機関に求められる外来医療機能を確認することが重要です。

第６　医療機器の効率的な活用に係る計画

１　医療機器の効率的な活用に関する考え方

○　人口当たりの医療機器の台数には地域差があり、また、医療機器のニーズは地域ごとの状況によって異なっており、今後、人口減少が見込まれ、効率的な医療提供体制を構築する必要がある中、医療機器についても効率的に活用できるよう対応する必要があります。

○　このため、地域における外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項の１つとして、「医療提供施設の建物の全部又は一部、設備、器械及び器具の効率的な活用に関する事項」が規定され、医療法第 30 条の 18 の５第１項第６号に基づき、当該事項について協議を行い、その結果を公表することとされました。

２　協議の場と区域単位

○　医療機器の効果的な活用に係る「協議の場」を設けます。

○　外来医療に係る医療提供体制に関する協議の場である、圏域ごとの「徳島県地域医療構想調整会議」を活用します。

○　区域単位は、二次医療圏単位とします。

３　医療機器の配置状況に関する情報の可視化

○　厚生労働省は、地域の医療機器のニーズを踏まえて、地域ごとの医療機器の配置状況を医療機器の項目ごとに可視化する指標を作成します。

○　医療機器のニーズは、医療機器の項目ごと、性・年齢別ごとに大きな差があることから、医療機器の項目ごと及び地域ごとに性・年齢構成を調整した人口当たり機器数を用います。

●医療機器の効率的活用における性・年齢階級別検査率を用いた
　各地域の医療機器の配置状況に関する指標の計算方法

　調整人口当たり台数
　　＝地域の医療機器の台数（※）÷
　　（（地域の人口／10 万）×地域の標準化検査率比）
　※地域の医療機器の台数：令和５年医療施設静態調査

○　厚生労働省から提供された対象医療機器ごとの調整人口当たり台数は、次のとおりです。

		台数		調整人口当たり台数	医療機器稼働率	
		病院	診療所		病院	診療所
CT	全国	8,536	6,362	12.0	2,372	724
	徳島県	113	62	22.6	1,304	399
	東部	76	42	22.3	1,370	392
	南部	21	9	18.9	1,378	641
	西部	16	11	30.9	889	225

		台数		調整人口当たり台数	医療機器稼働率	
		病院	診療所		病院	診療所
MRI	全国	4,887	2,551	6.0	1,887	2,251
	徳島県	49	7	7.4	1,398	1,084
	東部	37	7	8.4	1,332	1,005
	南部	6	0	3.9	2,162	-
	西部	6	0	7.2	1,043	-

		台数		調整人口当たり台数	医療機器稼働率	
		病院	診療所		病院	診療所
PET	全国	445	117	0.5	900	1,034
	徳島県	5	0	0.6	972	-
	東部	4	0	0.7	1,056	-
	南部	1	0	0.6	638	-
	西部	0	0	0.0	-	-

		台数		調整人口当たり台数	医療機器稼働率	
		病院	診療所		病院	診療所
放射線治療（体外照射）	全国	1,009	11	0.8	2,705	5,555
	徳島県	9	0	1.2	2,010	-
	東部	7	0	1.3	2,087	-
	南部	1	0	0.6	2,830	-
	西部	1	0	1.2	656	-

		台数		調整人口当たり台数	医療機器稼働率	
		病院	診療所		病院	診療所
マンモグラフィー	全国	2,487	1,682	3.4	469	796
	徳島県	25	11	5.0	275	88
	東部	17	10	5.2	294	97
	南部	2	1	2.2	781	4
	西部	6	0	8.3	53	-

資料：厚生労働省提供「医療機器の調整人口あたり台数に係るデータ集・グラフ」※以下同じ

4　医療機器の保有状況等に関する情報

○　既存の医療機器の効率的な活用を推進するため、「医療機器を有する病院及び有床診療所のマッピング」及び「医療機器を保有する医療機関」について、【参考資料】として本章の末尾に掲載します。

5　共同利用の方針

○　共同利用の方針は、対象となる全医療機器及び全圏域に共通して、次のとおりとします。

○　対象とする医療機器については、共同利用に努めるものとします。

○　対象とする医療機器は、CT（全てのマルチスライスCT及びマルチスライスCT以外のCT）、MRI（1.5テスラ未満、1.5テスラ以上3.0テスラ未満及び3.0テスラ以上のMRI）、PET（PET及びPET-CT）、放射線治療（リニアック及びガンマナイフ）並びにマンモグラフィとします。

○　この場合の共同利用は、対象医療機器について、連携先の病院又は診療所から紹介された患者のために利用される場合を含みます。

○　医療機関が対象医療機器を購入する場合は、当該医療機器の共同利用計画を作成し、協議の場において確認を行うことを求めることとします。

○　共同利用を行わない場合は、その理由について協議の場で確認を行います。

6　共同利用計画と確認プロセス

○　共同利用計画については、次に掲げる内容を盛り込むこととします。

(1) 共同利用の対象とする医療機器
(2) 共同利用の相手方となる医療機関
(3) 保守、整備等の実施に関する方針
(4) 画像撮影等の検査機器については、画像情報及び画像診断情報の提供に関する方針

○　共同利用計画の様式については、【参考資料】として本章の末尾に掲載します。

○　共同利用計画及び共同利用に関する規程、保守点検計画については、対象医療機器の設置後 10 日以内に、各保健所宛てに提出します。
※診療用エックス線装置備付届と同時に保健所で受け付けます。

○　保健所は、共同利用計画及び共同利用に関する規程、保守点検計画及び医療法に基づく医療機器の設置届等により、医療機器の安全管理に係る体制並びに診療用放射線の安全管理に係る体制について確認します。

○　協議の場では、共同利用計画により、共同利用方針（共同利用を行わない場合は共同利用を行わない理由）について確認します。

7　県の取組

○　医療機関の自主的な取組及び医療機関相互の協議により、地域の外来医療において担う役割の分化及び連携等を促進し、必要な外来医療提供体制を実現するためには、県が、圏域単位ごとの協議の場における議論の状況を適切に把握し、協議が円滑に実施されるよう努めるなど、適切な役割を発揮する必要があります。

○　策定された共同利用計画については、協議の場での議論の状況等の報告と合わせ確認します。

○　医療機器の共同利用に際しては、共同利用を引き受ける医療機関が共同利用を依頼する医療機関における医療機器の安全管理等を担うことから、共同利用を引き受ける医療機関の医療機器の安全管理に係る体制の確保並びに診療用放射線の安全管理に係る体制の確保の遵守状況についても確認します。

○　地域の医療資源を可視化する観点から、令和 5 年 4 月 1 日以降に医療機器を新規購入した医療機関に対して、医療機器の稼働状況について、県への報告を求めます。なお、外来機能報告対象医療機関は、外来機能報告による報告を以て当該利用件数の報告に替えることができるものとします。

○　県に報告された医療機器の利用件数や共同利用の有無等の情報については、医療機関における医療機器の購入の判断や共同利用の推進に資する情報であることから、協議の場において報告します。

8　特別償却の優遇措置について

※現在の制度期限が R9.3.31 のため、国で制度延長されれば引き続き記載

○　医療機器の共同利用については、対象となる医療機器の取得に対して、特別償却の優遇措置を受けられる場合があります。

●医療用機器の効率的な配置の促進に向けた特別償却

○　概要

青色申告書を提出する法人又は個人において、H31.4.1～R9.3.31の間に医療用機器の取得をして医療保険業に供した場合には、その取得額の12%の特別償却ができます。

○　対象医療機器

全身用CT・MRI※のうち、下記のいずれかを満たすもの。

①　買い換えの場合、買い換える年の前年の各月における利用回数が、一定回数以上のもの（全身用CT：20件／月、全身用MRI：40件／月）

②　新規購入の場合、他の病院又は診療所と連携して共同利用を行うことが外形的に確認できること

③　①、②に掲げる条件に該当しない場合、地域医療構想調整会議にて必要な医療機器の整備だと認められたもの

※超電導磁石式全身用MR装置、永久磁石式全身用MR装置、
全身用X線CT診断装置（4列未満を除く）、人体回転型全身X線CT診断装置

第７　外来機能報告

１　外来機能報告の概要

○　令和３年５月に「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」（令和３年法律第 49 号）により、地域の医療機関の外来機能の明確化・連携に向けて、データに基づく議論を地域で進めるため、外来機能報告等が医療法（昭和 23 年法律第 205 号）に位置づけられました（令和４年４月１日施行）。

○　具体的には、①対象医療機関が県に対して、外来医療の実施状況を報告（外来機能報告）する、②当該報告を踏まえて、協議の場（医療法第 30 条の 18 の５第１項に規定する協議の場をいう。以下同じ。）において、外来機能の明確化・連携に向けて必要な協議を行う、③当該協議を踏まえて、医療資源を重点的に活用する外来（以下「紹介受診重点外来」という。）を地域で基幹的に担う医療機関として、「紹介受診重点医療機関」を明確化することとされました。

○　これは、患者が医療機関を選択するに当たり、外来医療機能の情報が十分得られず、また、患者にいわゆる大病院志向がある中で、一部の医療機関に外来患者が集中し、患者の待ち時間の増加や勤務医の外来負担等の課題が生じていることから、患者の流れの円滑化を図るため、紹介受診重点外来の機能に着目し、当該外来医療を提供する基幹的な役割を担う意向を有する病院又は診療所として、紹介受診重点医療機関を明確化することとしたものです。

○　外来機能報告の対象医療機関（実施主体）は、病床機能報告対象病院等（病院又は診療所であって療養病床又は一般病床を有するものをいう。）であって外来医療を提供するものの管理者です。また、患者を入院させるための施設を有しない診療所（以下「無床診療所」という。）の管理者も、外来機能報告を行うことができます。

２　協議の場における協議事項

○　協議の場は、二次医療圏単位ごとに設置している徳島県地域医療構想調整会議を活用します。

○　協議の場における協議事項は、次のとおりとします。

①　紹介受診重点医療機関の取りまとめに向けた協議
②　外来機能の明確化・連携に向けた協議

(1)紹介受診重点医療機関の取りまとめに向けた協議

○　協議の場には、
・　「紹介受診重点医療機関」としての基準を満たすものの、外来機能報告において「紹介受診重点医療機関」としての役割を担う意向を有しない医療機関
・　「紹介受診重点医療機関」としての基準を満たさないものの、外来機能報告において「紹介受診重点医療機関」としての役割を担う意向を有する医療機関
の出席を求め、基準と意向が合致しないことについての理由等を聴取します。ただし、理由等の文書の提出を求める等の対応も可能とします。

○　「紹介受診重点医療機関」としての基準の具体的な水準は、初診基準（初診の外来件数のうち「紹介受診重点外来[*2]」の件数の占める割合）が 40%以上かつ再診基準（再診の外来件数のうち「紹介受診重点外来」の件数の占める割合）が 25%以上となっています。

○　また、参考値として用いる紹介率及び逆紹介率の具体的な水準は、紹介率 50%以上かつ逆紹介率 40%以上となっています。

○　なお、紹介受診重点医療機関の選定に当たっては、医療機関の意向を第一として、外来機能報告により把握した、当該医療機関の意向の有無、基準の適合状況、外来医療の実施状況、紹介・逆紹介の状況等を踏まえ、当該地域の地域性や当該医療機関の特性等を考慮して協議を行うこととします。

○　医療機関の意向と協議の場での結論が最終的に一致したものに限り、紹介受診重点医療機関とし、県において、協議結果を取りまとめて公表します。

○　本県の紹介受診重点医療機関リストについては、【参考資料】として本章の末尾に掲載します。

(2)外来機能の明確化・連携に向けた協議

○　外来機能報告により入手可能な紹介受診重点外来や紹介・逆紹介等のデータを活用し、地域の外来医療の提供状況について把握するとともに、紹介受診重点医療機関の機能・役割も踏まえ、地域における外来医療提供体制の在り方について、検討を行います。

*2　紹介受診重点外来：医療資源を重点的に活用する外来として次に該当するもの
・医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来
・高額等の医療機器・設備を必要とする外来
・特定の領域に特化した機能を有する外来（紹介患者に対する外来等）

第８　評価

○　外来医療計画は、活用可能なデータ等を明示し、地域における外来医療提供体制を可視化することで、個々の医師の行動変容を促すことを主眼としています。

○　しかし、外来医師偏在指標をはじめとする圏域ごとのデータでは、地域の実情を十分に表すことができておらず、地域の外来医療提供の状況を適切に把握するためには、関係者における丁寧な協議が重要です。

○　外来医療計画の効果測定・評価の結果については、地域における初期救急の対応状況や在宅医療の提供状況を丁寧に把握することに努め、本計画で定めた新規開業の届出の状況と併せて協議の場へ定期的に報告し、検証・評価することとします。また、医療機器の共同利用計画についても、協議の場へ定期的に報告することとします。

○　医療を受ける当事者である患者・住民が、地域の外来医療に係る医療提供体制を理解し、適切な受療行動をとるためには、外来医療計画の評価や見直しに係る客観性及び透明性を高める必要があることから、県はこれらの情報をホームページ等で患者・住民にわかりやすく公表します。

【参考資料】

●地域の病院・診療所の所在に関するマッピング（東部・南部・西部）

●郡市医師会アンケート調査結果（地域で不足する外来医療機能）

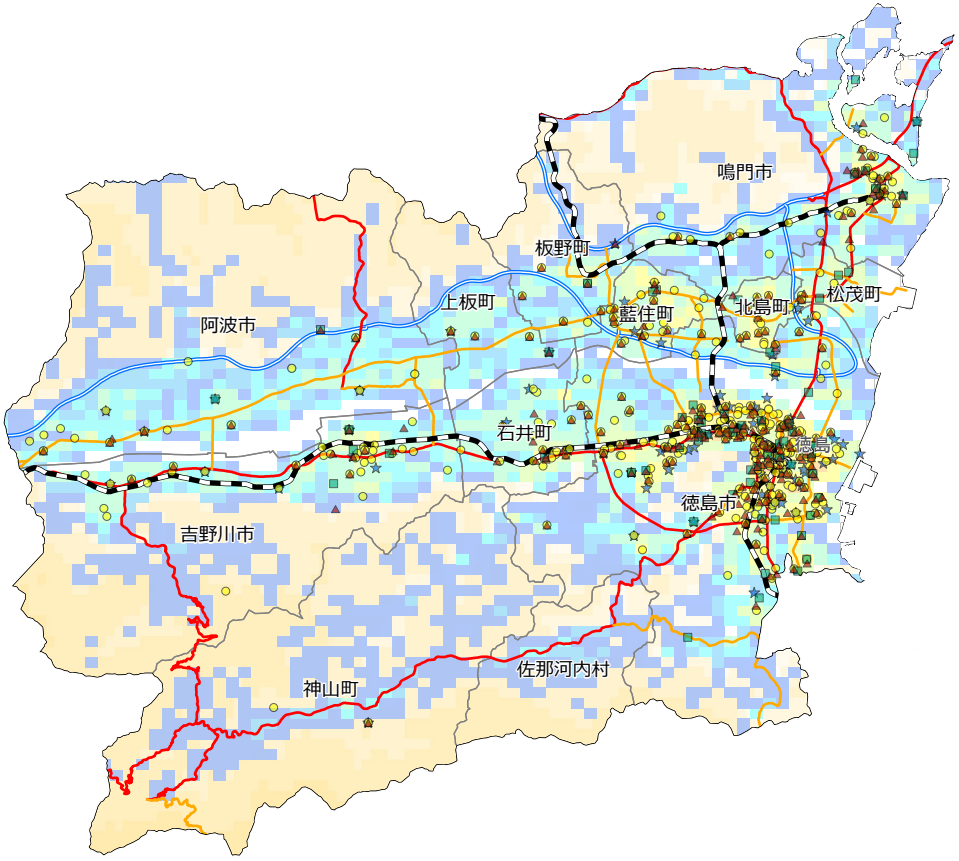
●医療機器を有する病院及び有床診療所のマッピング（東部・南部・西部）

●医療機器を保有する医療機関（R7 病床機能報告）

●共同利用計画様式

●紹介受診重点医療機関リスト（R8.7.31 時点）

●地域の病院・診療所の所在に関するマッピング（東部）



徳島県
3601
東部

標高（m）
> −5
> 50
> 100
> 200
> 500
> 1000

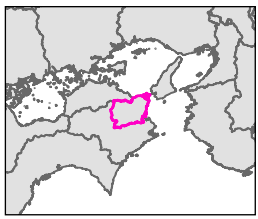
N

0　3.25　6.5 km

都道府県庁所在地
鉄道（新幹線）
鉄道（JR）
その他鉄道
高速道路
国道
都道府県道

医療施設（病院）
医療施設（一般診療所）
薬局
訪問看護ステーション

令和2年国勢調査
人口メッシュ（人）
0　50　100　200　500　1000　2000　3000　5000　12000



●地域の病院・診療所の所在に関するマッピング（南部）



徳島県
3603
南部

標高（m）
> −5
> 50
> 100
> 200
> 500
> 1000

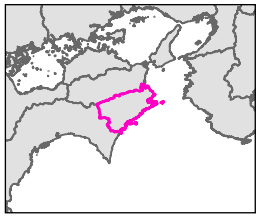
N

0 5 10 km

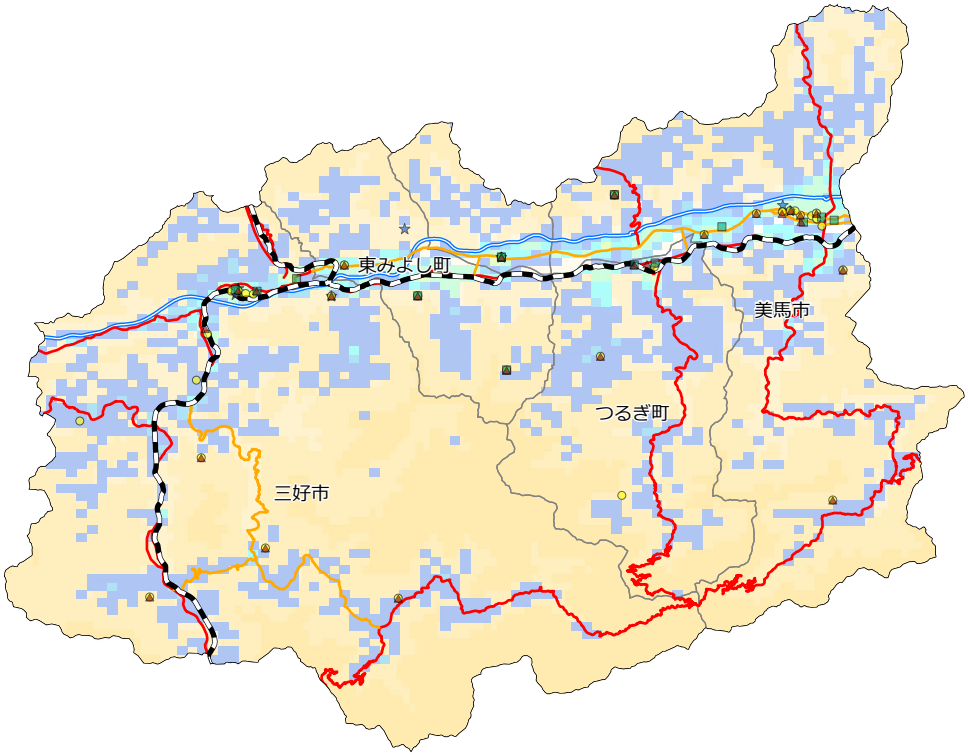
都道府県庁所在地
鉄道（新幹線）
鉄道（JR）
その他鉄道
高速道路
国道
都道府県道

医療施設（病院）
医療施設（一般診療所）
薬局
訪問看護ステーション

令和2年国勢調査
人口メッシュ（人）
0 50 100 200 500 1000 2000 3000 5000 12000



●地域の病院・診療所の所在に関するマッピング（西部）



徳島県
3605
西部

標高（m）
> −5
> 50
> 100
> 200
> 500
> 1000

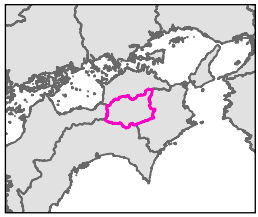
N

0　4.25　8.5 km

都道府県庁所在地
鉄道（新幹線）
鉄道（JR）
その他鉄道
高速道路
国道
都道府県道

医療施設（病院）
医療施設（一般診療所）
薬局
訪問看護ステーション

令和2年国勢調査
人口メッシュ（人）
0　50　100　200　500　1000　2000　3000　5000　12000



●郡市医師会アンケート調査結果（地域で不足する外来医療機能）

医師会名	所管地域の外来医療の現状について
徳島市医師会	【夜間休日の初期救急】 ・徳島市夜間休日急病診療所を運営しているが、医師の高齢化等により出務医師の確保がかなり難しくなっており、同診療所の存続を危惧している。 ・コロナ禍以降患者数の減少により、財政的に運営が難しくなってきている。 【在宅医療】 ・在宅医療を希望する患者は増加傾向にあるが、一方で、在宅医療を提供する医師は、高齢化等の理由から減少傾向にあるため、今後、在宅医療を提供する医師不足が大きな問題となる可能性がある。 【公衆衛生】 ・医師の高齢化や新規開業医の減少により、学校医の確保が課題となっている。 【所管地域の外来医療の課題について】 ・医師の高齢化や新規開業医の減少等、今後も地域の外来医療を担う医師の確保が必要である
徳島西医師会	【夜間休日の初期救急】 ・かかりつけ医として、対応が可能であれば、初期診療や他機関への紹介を実施している。 ・行政区が、徳島市であるので徳島市夜間休日急病診療所に行かれる患者が多いので、協力を行う。 ・たまき青空病院が、夜間外来・救急外来・休日診療を行っていることにより対応している。 【在宅医療】 ・在宅療養支援病院・診療所を中心に、急変時や終末期（看取り）における体制を構築している。 ・在宅におけるリハビリテーションも提供している。 ・高齢の独居老人が、増えているため在宅医療体制そのものを見直す必要がある。 【公衆衛生】 ・産業医、学校医、予防接種は医師会員が役割を分担して実施しているが、開業医の高齢化、後継者問題など、学校医の推薦は厳しい状況である。 【その他】 ・大規模災害時の救急医療体制の構築や受援体制の構築 ・介護・福祉との連携が急務 【所管地域の外来医療の課題について】 ・人口の減少・医療資源の減少・人材不足、加えて物価の高騰など、医師会員高齢化が進んでいる状況で、医療機関数の減少は否めない。近い将来、現況と同様の提供体制は難しくなると思う。 ・外来機能分化（専門外来）と相互の補完連携など地域医療機関の連携が必要と考える。

名西郡 医師会	【夜間休日の初期救急】 ・輪番制による休日夜間診療体制をとっている。 ・開業医の減少により維持が困難となりつつある。 【在宅医療】 ・医師会居宅介護支援事業所を運営している。 ・在宅医療を担う医師数の増加と在宅医療支援病院の拡充が望まれる。 【公衆衛生】 ・学校医、予防接種は会員の協力の下、分担提供している。 【所管地域の外来医療の課題について】 ・会員医師の高齢化により当番医制の維持が困難になる可能性がある。 ・認知症高齢者の受け皿の確保が必要である。
鳴門市 医師会	【夜間休日の初期救急】 ・輪番制による休日夜間診療体制を取っている。 ・会員の高齢化や開業医（医療機関）の減少に伴い、今後の体制維持が困難になることが予測されている。このため、令和７年より、地域中核病院である鳴門病院及び行政（鳴門市）と協議し、診療時間の短縮を行い、高齢の開業医にも輪番への参加をお願いしている。 ・今後も医療機関の減少が見込まれることから、輪番制による休日夜間診療体制の維持は困難である。 【在宅医療】 ・鳴門市と共に在宅医療介護連携推進事業を実施し、後方支援病院とも連携を行っている。 ・医師会訪問看護ステーションを運営し、医療機関の在宅医療を支援している。 【公衆衛生】 ・予防接種は会員の協力のもと、分担提供している。 ・学校医（保育園、幼稚園、小中学校、高校）を全て会員の出務で行っているが、特に耳鼻科・眼科の負担が大きく、閉院された先生にも協力をお願いして行っている。 ・健康診断（1.5歳児、3歳児、股関節検診、特定健診、学校心電図検診）、介護認定審査会、給食センター委員会、災害対策委員会、災害弔慰金申請委員会、空港検疫医、警察協力医等、行政における各種委員会に全て医師の出務を依頼され、会員に分担してもらっているが、負担が大きくなっている。 ・産業医は鳴門地域産業保健センターを通じ、手挙げ方式で提供しているが、一部の医師に負担が大きくなっている。 【所管地域の外来医療の課題について】 ・東部は医師多数区域になっているが、年齢・実働状態を考慮した現在の実態を調査検討すべきである。 ・夜間休日の地域初期医療、学校医、公衆衛生等における負担を地域医師会のみで負担している状態。新規開業医が医師会に入会しない理由は、前述の負担を嫌っているからで、今後は増加すると思う。 ・医師会に入会しない医療機関も地域医療に貢献するべきで、県から勧奨すべきである。

板野郡 医師会	【夜間休日の初期救急】 ・当番医制を全診療科で輪番制により365日体制で実施しているが、医師の高齢化、医師の働き方改革による勤務体制の変化により苦慮している。 【在宅医療】 ・板野郡内5町と協力し、在宅医療・介護連携推進事業において検討する場を設けている。 【公衆衛生】 ・産業医は日医産業医登録者を紹介している。 ・学校医は各町教育委員会に各町医師会からの推薦で実施しているが、町内だけでは医師が足らない場合は、郡内の医師が学校医として協力している。 ・予防接種等は各医療機関と各町との契約により実施している。 【所管地域の外来医療の課題について】 ・会員の高齢化のため、閉院数が増加傾向であり、当番医・学校医の維持が困難である。
吉野川市 医師会	【夜間休日の初期救急】 ・２０２６年４月から阿波市との合同運営で当番医制度を開始したおかげで、個々の会員の負担が少し軽くなった。 【在宅医療】 ・吉野川市は人口の割に在宅専門診療所が２カ所あるため、恵まれている方である。しかし、有床診療所や病院が少ないため在宅患者の緊急時の入院先を確保することがますます困難になりつつある。 ・在宅医療連携推進事業は市の協力の下、県内でもかなり積極的に取り組んでいる方だと思う。 【公衆衛生】 ・医師の高齢化と相次ぐ閉院で学校医を引き受けてくれる若手の医師がいない。一人の医師が複数の学校を担当している場合もある。 【所管地域の外来医療の課題について】 ・阿波病院の閉院に伴い、吉野川医療センターに救急患者が殺到する事態に。高齢患者の入院先・搬送先を見つけることが日々困難になりつつある。 ・開業医の閉院・減少スピードに患者減少が追いついていないため、今後、外来を受診できない医療難民が発生する恐れがある ・特にかかりつけ医の役割を果たす内科開業医が今後10年以内に半減・消滅危機にある。
阿波市 医師会	【夜間休日の初期救急】 ・令和8年4月より、吉野川市医師会と合同で当番医を維持しているが、阿波病院の閉院等にて未だに逼迫している。 【在宅医療】 ・阿波市内に在宅専門医療機関がなく、休み時間等で対応している。 【公衆衛生】 ・耳鼻科専門医が不在である。 【所管地域の外来医療の課題について】 ・医師の高齢化や新規開業医の減少等、今後も地域の外来医療を担う医師の確保が必要である。

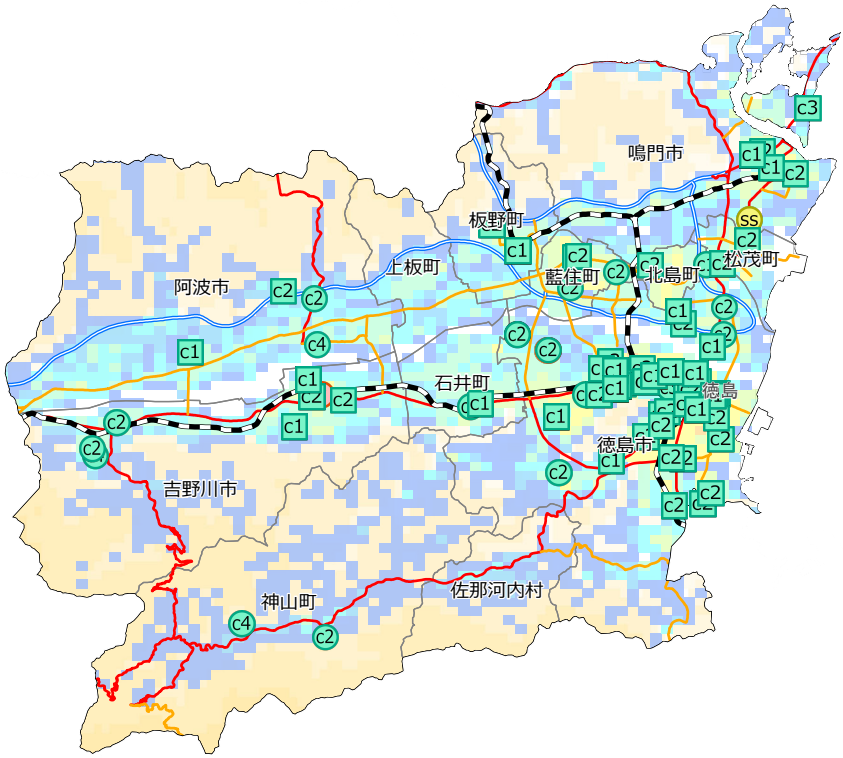
小松島市医師会	【夜間休日の初期救急】 ・夜間・休日当番医は輪番制とし、夜間10時以降は、小児科も含めて徳島赤十字病院が担当している。 【在宅医療】 ・医師の高齢化と相まって、夜間の在宅医療提供が困難になってきた。徳島市と共同での休日夜間診療所当番医継続を検討している。 ・夜間に入院が必要になった時に困難なことがある。 ・実際に訪問診療や看取りを実施している在宅療養支援診療所（病院）は少ない。 【公衆衛生】 ・現状で特に問題はない。 【所管地域の外来医療の課題について】 ・救急指定病院によっては、夜間2次救急の受け入れが困難なことがある。 ・人口減少のため新規医療機関の参入が困難。 ・医師の高齢化があり、人口偏在し、人口減少が見込まれる地域では広域的な対応が必要。
阿南市医師会	【夜間休日の初期救急】 ・阿南市夜間休日診療所あるいは自院での輪番制により対応しているが、医師の高齢化等により今後参加医師の減少が予想される。 ・近隣郡市と合同で輪番制を維持することも視野に入れておく必要がある。 【在宅医療】 ・強化型の在宅療養支援診療所はなく、かかりつけ医が対応しているが、積極的に在宅医療に取り組める医療機関は少ない。 ・そもそも在宅医療に対応できる診療科･医療機関の絶対数が少ない。 【公衆衛生】 ・産業医、予防接種は今のところ何とか対応できている ・学校医は一部、阿南医療センターからの応援を受けており、担い手は減少している。 ・特に眼科、耳鼻咽喉科が少なく負担が大きい。 【その他】 ・小児の1次・2次救急の担い手不足。 ・産婦人科の医療機関がなくなった。 【所管地域の外来医療の課題について】 ・医師の高齢化・看護師の不足により、外来診療を縮小せざるを得ない医療機関が出てきている。 ・小児人口の減少で小児科の存続が難しくなってきている。 ・医師の高齢化、地域内偏在化のため、現在の外来機能の維持も困難が予想される中で、在宅医療を充実できるかは難しい状況である。 ・新規開業より廃院の医療機関数が多くなっている。脱偏在化を考慮し、新規開業の支援をする施策が必要である。

海部郡	【夜間休日の初期救急】 ・美波病院、海南病院に休日当番の参画依頼が受け入れられ、医師会員の負担軽減が図られている。 【在宅医療】 ・海部病院と連携し、月１回の会合、後方ベッドの確保、在宅医が不在の場合の連携医の代診等、充実した状況である。 【公衆衛生】 ・学校健診、予防接種、学校医、産業医等も余裕はないが、継続できている。 【所管地域の外来医療の課題について】 ・美波病院、海南病院では、常勤医が不足している。海部郡の長所を活かして、医師確保に努力している。海南病院では常勤医増の予定となっている。 ・海部郡の外来医療は、人口減を考慮すると大きくバランスを欠いているとは言えないが、病院においては、常勤医確保に対する努力は必要である。
美馬市	【夜間休日の初期救急】 ・月曜日から土曜日の午後9時までは、医師会内の医療機関による輪番制で初期救急医療を担っています。ただし、へき地の木屋平診療所や、医師の高齢化等により輪番への参加を辞退している医療機関は除かれています。 ・午後9時以降および日曜日・祝日は、二次救急医療機関である町立半田病院とホウエツ病院が交互に対応しています。 ・現状は何とか維持していますが、無床・有床診療所、病院全ての医療機関が減少、医師の高齢化、後継者不足が進んでおり、今後の輪番制維持が懸念されます。診療所の減少は二次救急医療機関への患者集中にもつながるため、現在の地域救急体制を維持するための支援が必要です。 【在宅医療】 ・当医師会管内では、医師の高齢化に加え、人口減少・過疎化、診療報酬の低さ、医療従事者不足などにより、在宅医療を担う医療機関の負担が増大しています。 ・在宅医療の必要性は認識されていても、通常の外来診療や救急対応に加えて担うことは容易ではなく、「必要と分かっていても手が回らない」状況があります。 ・24時間体制で訪問診療・訪問看護を行う医療機関もありますが、数が限られ、地域全体の需要に十分対応できていません。 ・今後は個々の医療機関の努力だけに頼らず、医療機関、訪問看護、介護事業所、自治体等が連携し、地域全体で在宅医療を支える体制整備が必要です。 【公衆衛生】 ・民間医療機関では、物価・人件費等が上昇する一方、診療報酬が十分に対応しておらず、経営環境が厳しくなっています。医師・看護師等の確保も困難で、限られた人員で通常診療を維持するだけでも大きな負担となっています。 ・学校医・産業医等の重要性は認識されていますが、医師・職員ともに余裕がなく、医療機関外での活動を担うことが難しくなっています。今後、医

	療機関や医師数が減少すれば、引き受ける医療機関もさらに減少すると予想されます。予防接種は現在各医療機関で対応できていますが、今後も公衆衛生機能を維持するには、地域医療機関が継続して診療できる環境の確保が必要です。
美馬市	【その他】 ・医療と介護を一体的に捉えた地域づくりが必要と考えます。これまで医療は県、介護は市町村が中心となって施策を進めてきましたが、住民の生活において医療と介護を明確に分けることは困難です。特に人口減少・高齢化が進む地域では、医療機関、介護事業所、行政がそれぞれ別々に対応するのではなく、人材、施設、情報等を地域全体で有効活用する必要があります。 ・医療機関の減少は在宅医療や介護にも影響するため、県、市町村、医師会、医療・介護関係者が連携し、医療と介護を一体的に支える仕組みを構築することが重要です。 【所管地域の外来医療の課題について】 ・当医師会管内では、人口減少・高齢化に加え、医師や医療従事者の高齢化、後継者不足が進み、現在の外来医療提供体制を将来にわたり維持できるかが大きな課題です。物価や人件費、医療材料費等が上昇する一方、医療・介護職の給与水準は十分とは言えず、人材確保は極めて困難となっています。看護師等が自治体や公的医療機関へ転職するケースもあり、その他の職種も医療・介護現場から離れる傾向があります。 ・診療所が減少すれば、外来診療だけでなく、初期救急、在宅医療、学校医・産業医、予防接種等の地域医療機能全体が維持困難となります。また、軽症患者まで二次・三次医療機関へ集中すれば、救急医療の負担増加や医療費の増大にもつながります。地域の外来医療を維持することは、住民の安心を守るだけでなく、医療資源を効率的に活用し、医療費を適正化する上でも重要です。 ・さらに、新興感染症や南海トラフ地震等の広域災害発生時にも、平時から地域に医療機関と医療従事者が存在することが地域の対応力を支えます。今後は、人口減少地域の診療所や二次救急医療機関が役割を継続できるよう、地域の実情を踏まえ、診療報酬を含めた医療資源の配分を再検討していただきたいと考えます。併せて、県、市町村、医師会、医療機関、介護事業者等が連携し、医療・介護を地域全体で支える仕組みの構築が必要です。

三好市	【夜間休日の初期救急】 ・医師会員による当番医制で夜間・休日の初期救急を担っている。平日は17時～22時。休日は9時～22時。 ・医療機関数の減少、医師の高齢化、看護職員等の人材不足により、現行体制の維持が困難になりつつある。平日夜間は受診者が少ない一方、休日の需要は高く、受診実態に応じた体制の見直し、広域化の検討、公的病院との連携、行政による支援等が必要である。 【在宅医療】 ・高齢化に伴い訪問診療、往診、看取り等の需要は今後も高いと考えられるが、これを担う医師も高齢化し、個々の医療機関による24時間対応は次第に困難となっている。 ・広域で山間部が多く移動負担も大きいことから、病院、訪問看護、薬局、介護事業所、行政等との連携を強化し、地域全体で支える在宅医療体制の構築が必要である。 【公衆衛生】 ・産業医、学校医、予防接種は現在、医師会員の協力により概ね対応できている。 ・しかし、小規模校が広範囲に点在し、会員数の減少に伴い1人の医師が複数校を担当するなど負担が増している。眼科は１施設が担当、耳鼻科は徳大病院医師が担当。今後の医師の高齢化や閉院を考えると、学校医等の安定的な確保が必要である。 【その他】 ・医師のみならず看護職、介護職等の人材不足が進み、外来・救急・在宅医療の維持に影響している。今後は人口減少による患者数、医療機関の減少や、山間部における高齢者の通院手段の確保も課題となる。 ・民間の医療機関だけで地域医療を支えることには限界があり、公立病院との連携、行政支援、ICT活用等の検討が必要である。 【所管地域の外来医療の課題について】 ・人口減少により外来患者数は減少すると予想される一方、高齢者医療、在宅医療、救急医療等の重要性は今後も高い。 ・さらに医師会員の高齢化や診療所の閉院が進めば、医療需要以上の速度で提供体制が縮小する懸念がある。西部医療圏の医師数だけでなく、医師の年齢、診療科、地域医療活動への参加状況等を踏まえ、実情に即した対策が必要である。

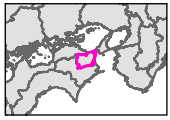
●医療機器を有する病院及び有床診療所のマッピング（東部）



徳島県

3601

東部



N

標高（m）
> −5
> 50
> 100
> 200
> 500
> 1000

0 4.25 8.5 km

都道府県庁所在地
鉄道（新幹線）
鉄道（JR）
その他鉄道
高速道路
国道
都道府県道

令和2年国勢調査
人口メッシュ（人）
0 50 100 200 500 1000 2000 3000 5000 12000

CT
c1 マルチスライスCT64列以上
c2 マルチスライスCT16列以上64列未満
c3 マルチスライスCT16列未満
c4 その他のCT

放射線治療機器
gk ガンマナイフ
ck サイバーナイフ
im 強度変調放射線治療器
ss 遠隔操作式密封小線源治療装置
e 内視鏡手術用支援機器

MRI
m1 MRI3テスラ以上
m2 MRI1.5テスラ以上3テスラ未満
m3 MRI1.5テスラ未満

核医学検査
s SPECT
p PET
pc PETCT
pm PETMRI
v 血管連続撮影装置
mg マンモグラフィ

病院
一般診療所

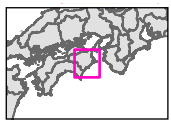
●医療機器を有する病院及び有床診療所のマッピング（南部）



徳島県

3603

南部



N

標高（m）
> −5
> 50
> 100
> 200
> 500
> 1000

0 5 10 km

都道府県庁所在地
鉄道（新幹線）
鉄道（JR）
その他鉄道
高速道路
国道
都道府県道

令和2年国勢調査
人口メッシュ（人）
0 50 100 200 500 1000 2000 3000 5000 12000

CT
c1 c1 マルチスライスCT64列以上
c2 c2 マルチスライスCT16列以上64列未満
c3 c3 マルチスライスCT16列未満
c4 c4 その他のCT

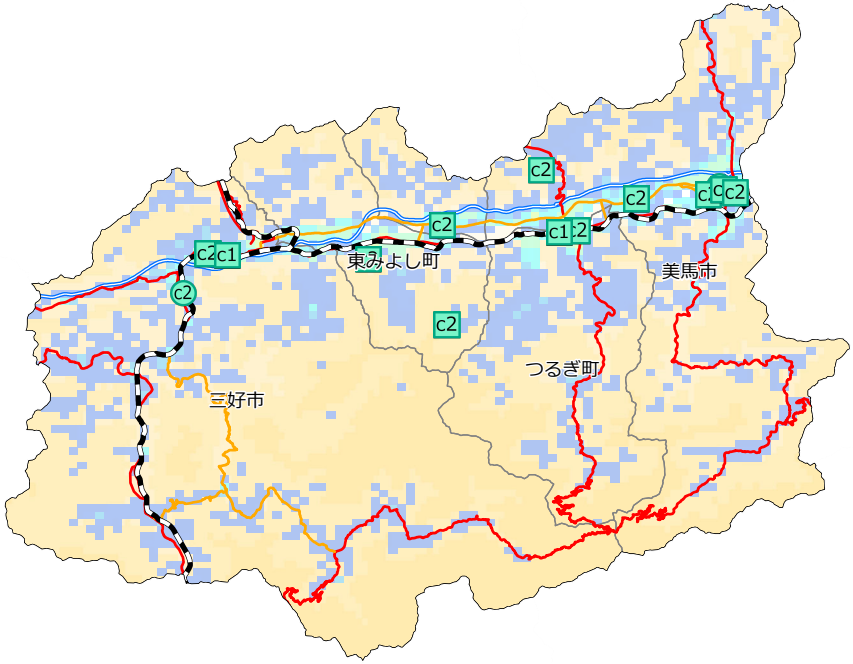
放射線治療機器
gk gk ガンマナイフ
ck ck サイバーナイフ
im im 強度変調放射線治療器
ss ss 遠隔操作式密封小線源治療装置
e e 内視鏡手術用支援機器

MRI
m1 m1 MRI3テスラ以上
m2 m2 MRI1.5テスラ以上3テスラ未満
m3 m3 MRI1.5テスラ未満

核医学検査
s s SPECT
p p PET
pc pc PETCT
pm pm PETMRI
v v 血管連続撮影装置
mg mg マンモグラフィ

病院 一般診療所

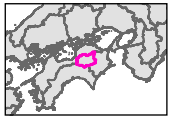
●医療機器を有する病院及び有床診療所のマッピング（西部）



徳島県

3605

西部



N

標高（m）
> −5
> 50
> 100
> 200
> 500
> 1000

0 5 10 km

都道府県庁所在地
鉄道（新幹線）
鉄道（JR）
その他鉄道
高速道路
国道
都道府県道

令和2年国勢調査
人口メッシュ（人）
0 50 100 200 500 1000 2000 3000 5000 12000

CT
c1 c1 マルチスライスCT64列以上
c2 c2 マルチスライスCT16列以上64列未満
c3 c3 マルチスライスCT16列未満
c4 c4 その他のCT

放射線治療機器
gk gk ガンマナイフ
ck ck サイバーナイフ
im im 強度変調放射線治療器
ss ss 遠隔操作式密封小線源治療装置
e e 内視鏡手術用支援機器

MRI
m1 m1 MRI3テスラ以上
m2 m2 MRI1.5テスラ以上3テスラ未満
m3 m3 MRI1.5テスラ未満

核医学検査
s s SPECT
p p PET
pc pc PETCT
pm pm PETMRI
v v 血管連続撮影装置
mg mg マンモグラフィ

病院 一般診療所

●医療機器を保有する医療機関（R7病床機能報告(R7.7.1時点)）

	医療機関名	所在地	CT				MRI			その他の医療機器						
			64列以上	16列以上64列未満	16列未満	その他	3テスラ以上	1.5テスラ以上3テスラ未満	1.5テスラ未満	血管連続撮影装置	ＳＰＥＣＴ	マンモグラフィ	ＰＥＴＣＴ	強度変調放射線治療器(IMRT)	遠隔操作式密封小線源治療装置	内視鏡手術用支援機器
1	徳島大学病院	徳島市	3			1	2	1		4	2	1	2	3	1	3
2	徳島県立中央病院	徳島市	3	1			1	1		3	1	1	1	2		1
3	川島病院	徳島市	2					1		3	1					1
4	徳島市民病院	徳島市	3					1		1	1	1				
5	虹の橋病院	徳島市	1				1	1				1				
6	たまき青空病院	徳島市	1					1		1		1				
7	田岡病院	徳島市	1					1		1		1				
8	徳島健生病院	徳島市	1					1				1				
9	水の都記念病院	徳島市	1					1				1				
10	徳島平成病院	徳島市		1					1			1				
11	沖の洲病院	徳島市	1					1				1				
12	林病院	徳島市		1				1								
13	伊月病院	徳島市		1				1								
14	寺沢病院	徳島市		1								1				
15	松永病院	徳島市		1					1							
16	医療法人住友内科病院	徳島市		1						1						
17	協立病院	徳島市	1					1								
18	亀井病院	徳島市		1						1						
19	博愛記念病院	徳島市		1								1				
20	松村病院	徳島市	1						1							
21	近藤内科病院	徳島市		1					1							
22	中洲八木病院	徳島市		1				1								
23	医療法人青嵐会 むくの木クリニック	徳島市		1								1				
24	高杉内科外科小児科脳外科	徳島市		1				1								
25	鈴江病院	徳島市		1												
26	東洋病院	徳島市			1											
27	稲山病院	徳島市	1													
28	橋本病院	徳島市		1												
29	天満病院	徳島市		1												
30	中瀬病院	徳島市		1												
31	リバ-サイドのぞみ病院	徳島市		1												
32	大久保病院	徳島市		1												
33	眉山病院	徳島市		1												
34	木下病院	徳島市		1												
35	たおか内科病院	徳島市				1										
36	リハビリテ-ション大神子病院	徳島市		1												
37	森岡病院	徳島市		1												
38	善成病院	徳島市		1												
39	城東整形外科内科	徳島市			1											
40	大塚外科・内科	徳島市		1												
41	赤沢医院	徳島市		1												
42	おかがわ内科・小児科	徳島市		1												
43	大樹耳鼻咽喉科はな・みみサージクリニック	徳島市				1										
44	かもな桜公園クリニック	徳島市		1												
45	徳島さくらクリニック	徳島市		1												
46	徳島県鳴門病院	鳴門市	1	1		1	1	1		2	1	1	1	1		
47	兼松病院	鳴門市	1					1				1				
48	医療法人うずしお会岩朝病院	鳴門市		1												
49	鳴門山上病院	鳴門市			1											
50	小川病院	鳴門市		1												
51	浦田病院	松茂町		1						1						
52	芳川病院	松茂町		1												
53	春藤内科胃腸科	松茂町	1													
54	きたじま田岡病院	北島町	1					1		1						
55	医療法人修誠会吉野川病院	北島町		1				1								
56	稲次病院	藍住町		1				1								
57	浜病院	藍住町		1												

	医療機関名	所在地	ＣＴ				ＭＲＩ			その他の医療機器						
			64列以上	16列以上64列未満	16列未満	その他	3テスラ以上	1.5テスラ以上3テスラ未満	1.5テスラ未満	血管連続撮影装置	ＳＰＥＣＴ	マンモグラフィ	ＰＥＴＣＴ	強度変調放射線治療器(IMRT)	遠隔操作式密封小線源治療装置	内視鏡手術用支援機器
58	清水内科	藍住町		1												
59	森本医院	藍住町		1												
60	独立行政法人国立病院機構 とくしま医療センター東病院	板野町	1				1	1		1		1				
61	井上病院	板野町		1					1							
62	手束病院	石井町	1					1								
63	石井虹の橋クリニック	石井町		1												
64	神山医院	神山町				1										
65	中谷医院	神山町		1												
66	徳島県厚生農業協同組合連合会吉野川医療センター	吉野川市	1				1			2		1				
67	独立行政法人国立病院機構とくしま医療センター西病院	吉野川市	1					1								
68	美摩病院	吉野川市		1				1								
69	医療法人徳寿会 鴨島病院	吉野川市		1												
70	さくら診療所	吉野川市		1												
71	谷医院	吉野川市		1												
72	中西内科クリニック	吉野川市				1										
73	糸田川眼科	吉野川市								1						
74	阿波病院	阿波市	1				8	1								
75	大野病院	阿波市		1												
76	中山医院	阿波市				1										
77	御所診療所	阿波市		1												
78	徳島赤十字病院	小松島市	3	1		3	1	1		5	1	1	1	1		1
79	碩心館病院	小松島市	1							1						
80	徳島赤十字ひのみね医療療育センター	小松島市		1												
81	江藤病院	小松島市		1												
82	小松島金磯病院	小松島市		1												
83	医療法人メディカルケア徳島ロイヤル病院	小松島市		1												
84	小松島病院	小松島市						1								
85	国民健康保険勝浦病院	勝浦町		1												
86	阿南医療センター	阿南市	2				1			1						
87	岩城クリニック	阿南市		1								1				
88	羽ノ浦整形外科内科病院	阿南市		1												
89	原田病院	阿南市		1												
90	阿南天満病院	阿南市		1												
91	馬原医院	阿南市		1												
92	那賀町立上那賀病院	那賀町		1				1								
93	徳島県立海部病院	牟岐町					1									
94	美波町国民健康保険美波病院	美波町		1												
95	海陽町国民健康保険海南病院	海陽町		1												
96	ホウエツ病院	美馬市	1					1								
97	成田病院	美馬市		1								1				
98	桜木病院	美馬市		1												
99	美馬リハビリテーション病院	美馬市		1												
100	岡内科病院	美馬市		1												
101	佐藤内科	美馬市		1												
102	つるぎ町立半田病院	つるぎ町	1					1		1		1				
103	徳島県立三好病院	三好市	1	1			1			1		1				
104	三野田中病院	三好市		1				1				1				
105	三好市国民健康保険市立三野病院	三好市		1				1								
106	北條病院	三好市		1												
107	内田医院	三好市		1												
108	三加茂田中病院	東みよし町		1				1				1				
109	藤内整形外科病院	東みよし町		1												

共同利用計画

病院又は診療所	名称	
	所在地	
	担当者名	
	連絡先	
共同利用対象機器	種別	マルチスライスＣＴ（64列以上・16列以上64列未満・16列未満） その他のＣＴ
		ＭＲＩ（3ﾃｽﾗ以上・1.5ﾃｽﾗ以上3ﾃｽﾗ未満・1.5ﾃｽﾗ未満）
		ＰＥＴ・ＰＥＴＣＴ
		放射線治療（リニアック・ガンマナイフ）
		マンモグラフィ
	製作者名	
	型式及び台数	
	設置年月日	年　　月　　日
共同利用の方針	共同利用の方針	共同利用を行う　・　共同利用を行わない
	共同利用に係る規定の有無	有　・　無
	共同利用の方法	・連携先の病院又は診療所による機器使用 ・連携先の病院又は診療所からの患者の受入、画像情報及び画像診断情報の提供 ・その他（　　）
	共同利用を行わない場合の理由	

共同利用相手方医療機関	名称	所在地

保守点検の方針	保守点検計画の策定の有無	有　・　無
	保守点検予定時期、間隔、方法	
画像情報及び画像診断情報の提供に関する方針（提供方法　　）		ネットワーク・デジタルデータ（ＣＤ・ＤＶＤ）・紙ベース・その他

令和8年8月17日

紹介受診重点医療機関リスト

都道府県番号	都道府県名	医療機関名称	医療機関住所	電話番号	公表日	廃止日	保険医療機関コード	一般病床数200床以上*	備考
36	徳島県	徳島県立中央病院	徳島県徳島市蔵本町１丁目１０－３	088-631-7151	令和5年8月1日		3610124913	○	
36	徳島県	徳島市民病院	徳島県徳島市北常三島町２丁目３４番地	088-622-5121	令和5年8月1日		3610124921	○	
36	徳島県	川島病院	徳島県徳島市北佐古１番町６番１号	088-631-0782	令和5年8月1日		3610127684		
36	徳島県	徳島県鳴門病院	徳島県鳴門市撫養町黒崎字小谷３２番	088-683-0011	令和5年8月1日		3610210118	○	
36	徳島県	徳島赤十字病院	徳島県小松島市小松島町字井利ノ口１０３番地	0885-32-2555	令和5年8月1日		3610310157	○	
36	徳島県	阿南医療センター	徳島県阿南市宝田町川原６－１	0884-28-7777	令和5年8月1日		3610413332	○	
36	徳島県	ホウエツ病院	徳島県美馬市脇町大字猪尻字八幡神社下南１３０番地３	0883-52-1095	令和5年8月1日		3610510061		
36	徳島県	徳島県立三好病院	徳島県三好市池田町シマ８１５－２	0883-72-1131	令和5年8月1日		3610610010	○	
36	徳島県	徳島県厚生農業協同組合連合会 吉野川医療センター	徳島県吉野川市鴨島町知恵島字西知恵島１２０	0883-26-2222	令和5年8月1日		3611710025	○	
36	徳島県	徳島大学病院	徳島県徳島市蔵本町２丁目５０番地の１	088-633-7007	令和5年8月1日		3618010015	○	
36	徳島県	独立行政法人国立病院機構 とくしま医療センター東病院	徳島県板野郡板野町大寺字大向北１－１	088-672-1171	令和5年8月1日		3618010031	○	

*紹介状がなく来院された場合は、一部負担金（３割負担等）とは別の「特別の料金」が原則必要となる病院です。個別医療機関の「特別の料金」の状況については、個別医療機関にお問い合わせください。
＜参考＞ 10桁の保険医療機関コードは、都道府県コード（２桁）＋点数表番号（１桁）＋保険医療機関コード（７桁）で構成されています。
例：北海道所在の医科の保険医療機関（保険医療機関コード：1234567）の場合、01（都道府県コード）+1（点数表番号）+1234567（医療機関ごとのコード） ※都道府県コードが１桁の場合、先頭に「0」をつけてください。

第８章　事業の評価及び見直し

1　計画の推進体制と役割

計画の推進にあたっては、基本理念を踏まえ、県・市町村はもとより、保健医療福祉関係者、関係団体及び県民が一体となって、目標達成に向けて努力することが必要です。

(1)県

県は、市町村、医療機関等の関係機関に対し計画の周知を図るとともに、それぞれが計画を遂行するための調整や支援を行います。

また、「健康徳島 21」をはじめ、他の関連計画との整合性を図りつつ、各分野における委員会や協議会等を活用し、情報収集や協議を行い、計画に定めた保健医療提供体制を実現するために必要な施策の企画・実施に努め、計画の着実な推進を図るものとします。

(2)保健所

保健所は、地域における 5 疾病、6 事業及び在宅医療に関する連携体制の構築をはじめ、保健・医療・福祉のシステム構築、医療機関の機能分化と連携の拠点として、市町村、医療機関等の関係機関及び他の保健所との連携を緊密にし、施策の推進を図るものとします。

(3)市町村

市町村は、県民に最も身近な行政主体として、県民のニーズを的確に把握し、地域の実情に応じた保健医療提供体制の整備や保健・医療サービスの提供等に取り組むものとします。

(4)医療機関

医療機関は、自らの医療機能や役割を明確にし、地域における医療連携体制の構築に積極的に協力するとともに、求められる医療機能の充実を図り、適切な医療の提供に努めるものとします。

(5)医療関係団体

医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会等の医療関係団体は、医療従事者、県民に計画の周知や必要な情報の提供を推進するとともに、行政、関係機関との連携を深め、適切な医療提供体制の整備に努めるものとします。

(6)県民

県民は、計画の基本理念、趣旨を理解し、自らの健康を守ることに努めるとともに、地域の限りある医療資源の有効な利用を図るため、適正な受療行動に努めるものとします。

2　数値目標

それぞれの疾病、事業における「安全で安心の医療が提供できる体制」の確保に向けて、効率的な施策の推進を行うため、次のとおり数値目標を定めます。

第５章第１　３ 地域医療支援病院の整備目標

数値目標項目	直近値	令和11年度末目標値
地域医療支援病院数	7病院 （R5）	7病院

第５章第２　１ がんの医療体制

数値目標項目	直近値	令和11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)☆★ （人口動態統計）	66.3 （R3）	減少
喫煙率の減少 受動喫煙の機会を有する者の減少 （県民健康栄養調査）	17.1% （R4） 職場　19.5% 家庭　9.1% 飲食店　9.9% （R4）	13.0% 『受動喫煙の無い社会の実現』
がん検診受診率　☆★ （胃・肺・大腸・乳がんは40～69歳、子宮がんは20～69歳） （国民生活基礎調査）	胃がん　39.1% （※45.0%） 肺がん　46.4% 大腸がん　40.5% 乳がん　※43.3% 子宮頸がん※41.1% ※2年以内に受診している者の受診率 （R4）	胃がん　※60% 肺がん　60% 大腸がん　60% 乳がん　※60% 子宮頸がん※60% ※2年以内に受診している者の受診率
緩和ケアチームのある 医療機関数 ☆ (徳島県医療施設機能調査)	27 （R5）	増加

☆「徳島県がん対策推進計画」における目標

★「徳島県健康増進計画（健康徳島 21）」における目標

2 脳卒中の医療体制

数値目標項目	直近値	令和11年度末目標値
脳血管疾患年齢調整死亡率 （人口10万人対）★ (人口動態統計)	男性　92.9 女性　51.8 (R2)	男性　84.5 女性　47.1
特定健康診査受診率　★◇ （特定健康診査特定保健指導にかかるデータ)	52.8% (R3)	70%以上
脳梗塞に対するｔ-PAによる血栓溶解療法の実施件数 （NDB）	103 (R3)	増加
脳血管疾患患者の生活の場に復帰した患者の割合 （患者調査）	48.5% (R2)	増加

★「徳島県健康増進計画（健康徳島 21）」における目標

◇「徳島県における医療費の見通しと適正化に向けた取組み」における目標

3 心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制

数値目標項目	直近値	令和11年度末目標値
喫煙率☆★ (県民健康栄養調査)	成人男性 29.4% 成人女性　6.5% (R4)	成人男性 18% 成人女性　3%
心疾患年齢調整死亡率 （人口10万対）★ （人口動態特殊報告）	男性　171.9 女性　108.2 (R2)	男性　156.4 女性　98.5
特定健康診査受診 ★◇ (特定健康診査特定保健指導にかかるデータ)	52.8% (R3)	70%以上
一般市民が目撃した心原性心肺機能停止者のうち、一般市民が心肺蘇生を実施した割合 (救急・救助の現況)	58.4% (R3)	65%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

◇「徳島県における医療費の見通しと適正化に向けた取組み」における目標

4　糖尿病の医療体制

数値目標項目	直近値	令和11年度末目標値
治療継続者の割合の増加★	70.4%(R4)	75%
糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数の減少★	122人(R3)	120人
糖尿病有病者（推計）の増加の抑制（40歳以上)★	―	増加の抑制
糖尿病予備群（推計）の増加の抑制（40歳以上)★	―	増加の抑制

★「徳島県健康増進計画（健康徳島 21）」における目標

5　精神疾患の医療体制

数値目標項目	直近値	令和11年度末目標値
精神病床における急性期（3ヶ月未満）入院需要（患者数）	509人（＊１）	526人
精神病床における回復期（3ヶ月以上1年未満）入院需要（患者数）	424人（＊１）	485人
精神病床における慢性期（1年以上）入院需要（患者数）	1,956人（＊１）	1,636人
精神病床における慢性期入院需要（65歳以上患者数）	1,342人（＊１）	1,094人
精神病床における慢性期入院需要（65歳未満患者数）	614人（＊１）	542人
精神病床における入院需要（患者数）	2,889人（＊１）	2,647人
退院後1年以内の地域での平均生活日数	315.0日（＊２）	319.3日以上
精神病床における入院後3か月時点の退院率	68.5%（＊2）	68.9%以上
精神病床における入院後6か月時点の退院率	80.2%（＊2）	84.5%以上
精神病床における入院後1年時点の退院率	86.6%（＊2）	91.0%以上
精神病床における新規入院患者の平均在院日数	105.5日（＊2）	99.1日

（＊1）令和 7 年　630 調査

（＊2）令和 5 年　NDB オープンデータ

第５章第３　１　救急医療体制の整備

数値目標項目		直近値	令和11年度末目標値
普通・上級救命講習人口1万人あたりの受講者数		59.2 （R4）	65.0以上
初期救急	在宅当番医又は休日夜間急患センターの設置ができている救急医療圏域数	7 （R4）	7
２次救急	救急告示医療機関数（３次救急医療機関を除く）	39 （R4）	39 以上
３次救急	救命救急センター及び大学病院数	4 （R4）	4
	うち高度救命救急センター	1 （R4）	1
転棟・転院調整をする者を常時配置している救命救急センター数		2 （R4）	2
一般市民が目撃した心肺停止患者のうち、一般市民が心肺蘇生を実施した割合		58.4% （R3）	65.0%以上
消防機関が覚知から病院等に収容するのに要した時間の平均		46.5分 （R3）	40.0分以下
重症以上傷病者の医療機関に受入れ照会４回以上の割合		4.4% （R3）	3.0%以下
重症以上傷病者の現場滞在時間30分以上の割合		4.7% （R3）	3.5%以下
３次医療機関への搬送者数に占める軽症患者の割合		36.0% （R4）	33.0%以下
一般市民が目撃した心肺停止患者のうち、 初期心電図波形がVF/VT(※)であった場合の１か月後社会復帰率（10ヵ年集計）		22.4% (H24~R3)	全国平均以上（参考H24~R3：23.6%）

（注）※ 心室性不整脈（VF：心室細動、VT：心室頻拍）

2　小児医療体制の整備

数値目標項目	直近値	令和11年度末目標値
こども医療電話相談事業（＃8000）の応答率	59.6% (R5.3)	75.0%以上
災害時小児周産期リエゾン任命者数	19 （R4）	25以上
小児救急搬送例のうち受入れ困難事案の件数	72件 （R3）	50件以下
乳児死亡率（出生千対）	1.2 （R4）	全国平均以下 （参考R4：1.8）
こども医療電話相談事業（＃8000）の満足度	89.5% (R4)	90.0%以上

3　周産期医療体制の整備

数値目標項目	直近値	令和11年度末目標値
周産期死亡率（出産千対）	2.4 (R4)	全国平均以下 (参考R４：3.3)
妊産婦死亡数	0件 (R4)	0件
新生児死亡率（出生千対）	0.2 (R4)	全国平均以下 (参考R４：0.8)
地域周産期母子医療センターの整備	2医療圏・3か所 (R4)	全医療圏での設置

4　災害医療体制の整備

数値目標項目	直近値	令和11年度末目標値
災害派遣医療チーム（ＤＭＡＴ）数	29 チーム（R5）	35チーム
通常回線以外の通信手段による通信訓練	月１回（R5）	月1回
広域災害救急医療情報システム（ＥＭＩＳ）の施設情報入力数	11 病院（R5）	全病院（参考 R5 対象病院数：106）
病院における業務継続計画（ＢＣＰ）の策定数	36 病院（R5）	48病院

5　新興感染症発生・まん延時における医療体制の整備

協定締結医療機関（入院）の確保病床数

	目標値【流行初期】（県の要請後１週間以内）	参考【流行初期】新型コロナウイルス感染症実績値(2020年12月の稼働病床数)	目標値【流行初期以降】（発生公表後６か月以内）	参考【流行初期以降】（参考）新型コロナウイルス感染症実績値(2022年12月の確保病床数)
確保病床数	１３０床（うち感染症病床を含む）	８５床	２８６床（うち感染症病床を含む）	２８６床
うち重症者用	５床	５床	２５床	２５床

協定締結医療機関（発熱外来）の機関数

	目標値【流行初期】（県の要請後１週間以内）	参考【流行初期】新型コロナウイルス感染症対応実績値(2020年12 月)	目標値【流行初期以降】（発生公表後６か月以内）	参考【流行初期以降】（参考）新型コロナウイルス感染症対応実績値(2022年12月の診療・検査機関数)
発熱外来数	１３機関	(255人／日に対応)	３８６機関	３８６機関

協定締結医療機関（自宅療養者等への医療の提供）の機関数

		目標値 【流行初期以降】 （発生公表後６か月以内）	参考 【流行初期以降】 （参考）新型コロナウイルス感染症対応実績値(2022年12 月の医療提供機関数）
医療機関数		７０５機関	７０５機関
うち機関種別	病院・診療所	３８６機関	３８６機関
	薬局	３０１機関	３０１機関
	訪問看護事業所	１８機関	１８機関
うち対象別 ※上記と重複有	自宅療養者	７０５機関	７０５機関
	宿泊療養者	６機関	６機関
	高齢・障がい者施設	１７７機関	１７７機関

協定締結医療機関（後方支援）の機関数

	目標値 【流行初期以降】 （発生公表後６か月以内）	参考 【流行初期以降】 （参考）新型コロナウイルス感染症対応実績値(2022年12月の対応医療機関数）
医療機関数	４６機関	４６機関

協定締結医療機関（人材派遣）の確保数

		目標値 【流行初期以降】 （発生公表後６か月以内）	参考 【流行初期以降】 （参考）新型コロナウイルス感染症対応実績値(2022年12月の国全体の確保人数から試算）
確保数		６８人	６８人
内訳	医師	１６人	１６人
	看護師	３６人	３６人
	その他	１６人	１６人

個人防護具を備蓄する協定締結医療機関数

機関種別	協定締結医療機関の施設数
病院・診療所	３８６
訪問看護事業所	１８
上記計	４０４
計×０．８	３２３

医療機関職員の研修・訓練

	年１回以上の研修・訓練 （Ｒ１１年度末時点）
研修・訓練を年１回以上実施、または参加した第一種協定指定医療機関及び第二種協定指定医療機関数	全ての協定締結医療機関で実施または参加

検査体制の確保

	目標値 【流行初期】 （発生公表後１か月以内）	参考 【流行初期】 協定締結医療機関（発熱外来）における１日の対応可能人数	目標値 【流行初期以降】 （発生公表後６か月以内）	参考 【流行初期以降】 協定締結医療機関（発熱外来）数に、６件（新型コロナウイルス感染症対応のピーク時における平均検体採取人数）を乗じたもの
検査の実施能力（件/日）（①+②）	400 （件/日）	255 （件/日）	2,316 （件/日）	2,316 （件/日）
①保健製薬環境センター	400 （件/日）		400 （件/日）	
②医療機関、民間検査機関	適時協定を締結		1,916 （件/日）	
保健製薬環境センターの検査機器数	５（台）		５（台）	

宿泊施設の確保居室数

	目標値 【流行初期】 （発生公表後１か月以内）	参考 【流行初期】 新型コロナウイルス感染症対応実績値(2020 年5月の確保居室数)	目標値 【流行初期以降】 （発生公表後６か月以内）	参考 【流行初期以降】 （参考）新型コロナウイルス感染症対応実績値(2022年3月の確保居室数)
確保居室数	１００室	１００室	５００室	５００室

職員の研修・訓練

	年１回以上の研修及び訓練（R11年度末時点）
研修・訓練の回数	年１回以上実施または参加
うち保健所	年１回以上実施または参加
うち保健所以外	年１回以上実施または参加

即応可能なＩＨＥＡＴ要員の確保数

	Ｒ５．４．１現在	Ｒ１１年度末時点
即応可能なＩＨＥＡＴ要員	４２人 （過去１年以内にＩＨＥＡＴ研修を受講した人数）	５０人 技能維持・向上に向けた研修等を実施することで、即応性・実効性を高める

保健所において想定される業務量に対応する人員確保数

	現在値 Ｒ５．６．１時点の感染症担当者	目標値 （Ｒ１１年度末時点での対応可能人数）	参考値 （新型コロナウイルス感染症対応第６波時点での対応人数）
徳島保健所	１３人	１２６人	１２６人
阿南保健所	２人	２３人	２３人
美波保健所	２人	１５人	１５人
吉野川保健所	２人	１５人	１５人
美馬保健所	２人	１６人	１６人
三好保健所	２人	１６人	１６人
計	２３人	２１１人	２１１人

6　へき地医療体制の整備

数値目標項目	直近値	令和11年度末目標値
地域医療総合対策協議会等におけるへき地の医療従事者確保の検討回数	9回 (R7)	9回
へき地医療拠点病院からへき地診療所等への医師派遣日数	603日 (R6)	700日／年
へき地医療拠点病院の中で、主要3事業の年間実績が合算で12回以上の医療機関の割合	100%	100%

7　在宅医療体制の整備

数値目標項目	直近値	令和11年度末目標値
退院調整支援担当者を配置する医療機関の数	100機関 (R7)	110機関
小児の訪問診療を実施している診療所・病院数	19機関 (R7)	19機関
在宅療養支援診療所・病院数	185機関 (R8)	196機関
訪問看護ステーション数	123機関 (R8)	126機関
歯科訪問診療を実施している診療所・病院数	213機関 (R6)	220機関
無菌調剤を行う薬局数	64機関 (R8)	64機関
在宅看取りを実施している診療所・病院の数	114機関 (R7)	120機関

第６章第４　２　看護職員の養成・確保

数値目標項目	直近値	令和11年度末目標値
特定行為研修を修了した看護師数	60人 (R5見込み)	180人

3　計画の評価及び見直し

計画に記載した内容を実効性のあるものとするため、進捗状況については、設定した数値目標等をもとに、毎年度、県においてとりまとめを行い県医療審議会に報告することとします。

県医療審議会においては、計画の進捗状況について、検証・評価を実施し、県はその意見等をもとに、必要に応じ計画の見直しを検討するとともに、それらの過程において得られた成果を、次期計画に反映させることとします。

4　計画の周知及び進捗状況・評価の公表

(1)計画の周知

県は、計画書を作成し、県民や医療提供者等に配布するとともに、県のホームページをはじめ、あらゆる機会を通じて、積極的に情報提供を行い、計画の理解と推進の協力を求めます。

(2)進捗状況・評価の公表

計画の進捗状況及び評価については、県のホームページ等を活用し、広く県民や保健医療福祉関係者に情報提供を行うものとします。