

第2 構想区域の設定

1 基本的な考え方

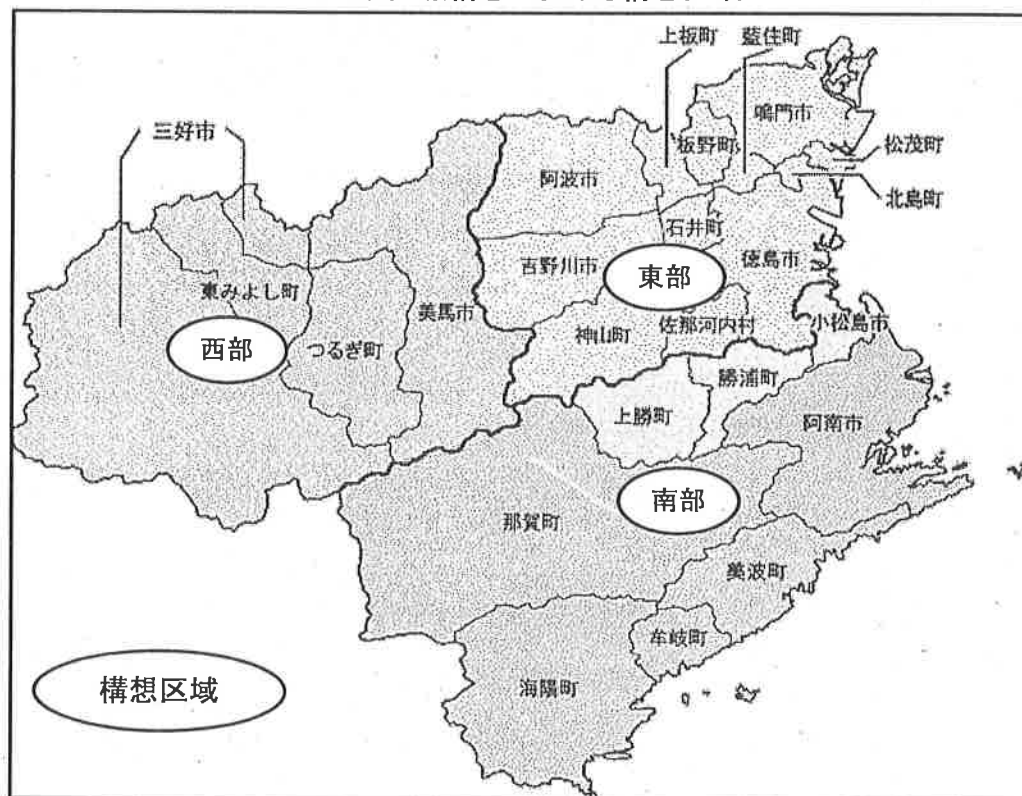
地域医療構想の検討を行うためには、まず構想区域の設定を行い、構想区域及び医療需要に対応する医療供給（医療提供体制）を具体化することとなります。

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

$$= \left[\text{①当該構想区域の2013年の性・年齢階級別の入院受療率} \right. \\ \left. \times \text{②当該区域の2025年の性・年齢階級別推計人口} \right] \text{の総和}$$

※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。

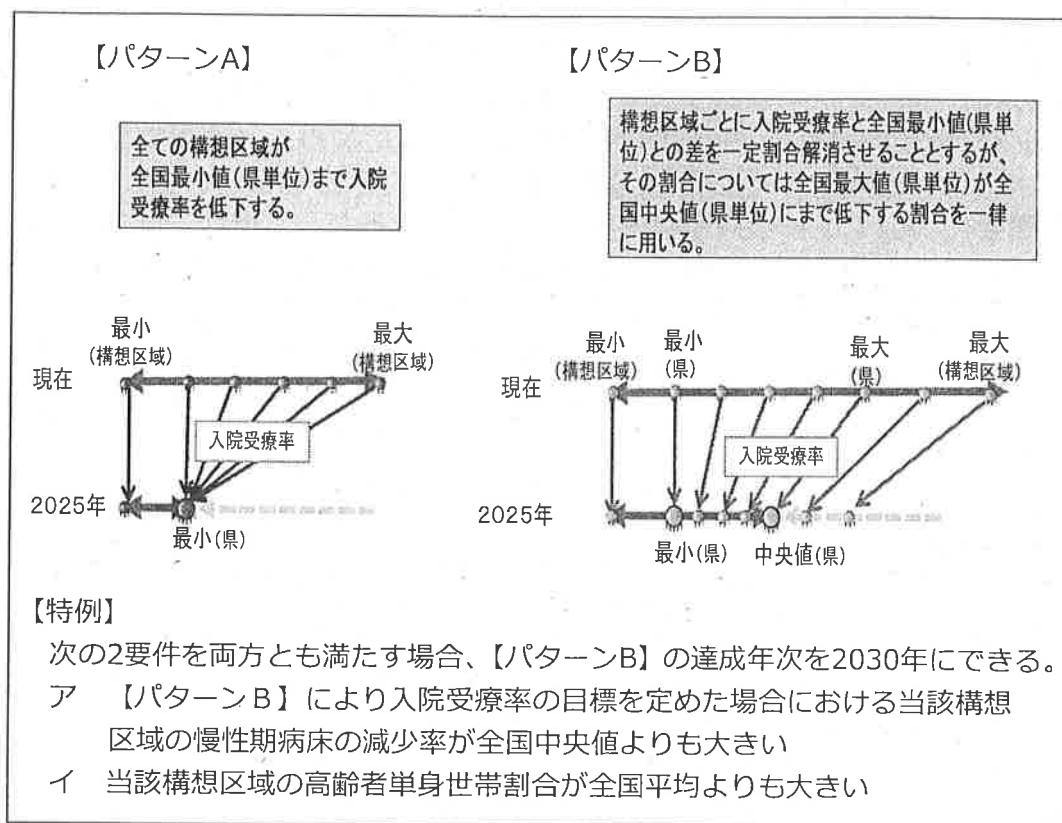
【医療資源投入量に基づく病床機能別分類の考え方】

	医療資源投入量	基本的な考え方
高度急性期	3,000点(C1) 600点(C2)	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		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		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。
	225点(C3)	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。



- 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	6,882.3	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	13,625.4	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（平成37年）の推計必要病床数と2016年（平成28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 全県的な取り組み

(1)病床機能の分化・連携

①現状と課題

- ・2025年（平成37年）の必要病床数と現在の病床構成には、大きな乖離があります。具体的には、必要病床数と2016年（平成26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取り組みの方向性

- ・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り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り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。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】

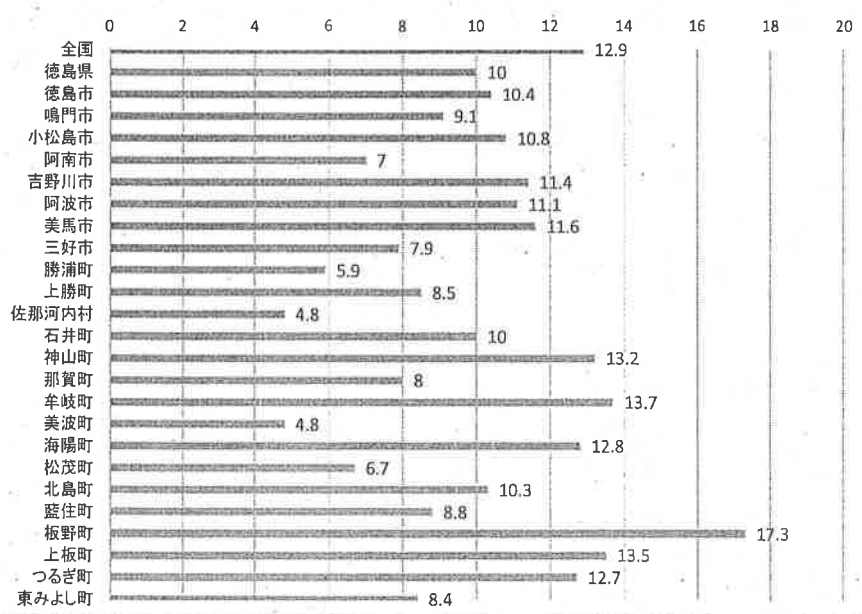
医療機関所在地	医療機能	2013年度の 医療需要 (医療機関所在地) (人/日)①	2025年度の 医療需要 (患者住所地) (人/日)②	【参考】 需要の伸び (%)①→②
東部	在宅医療等	6,828.1	9,327.2	36.6
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	3,020.4	3,645.7	20.7
南部	在宅医療等	2,129.1	2,542.8	19.4
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	929.3	990.1	6.5
西部	在宅医療等	1,355.6	1,443.0	6.4
	(再掲)在宅医療等のうち訪問診療分	486.7	462.3	▲ 5.0
徳島県	在宅医療等	10,312.8	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、第6次保健医療計画にもあるように、「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、国が療養病床に代わる新たな施設類型を検討中であり、今後、社会保障審議会での議論を経て、必要な法改正がなされる見通しとなっています。在宅医療等への移行の取組みに十分活用できるよう、情報収集を行う必要があります。また、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

- ・「H26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、京都府、東京都に次いで全国第3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、構想策定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ます。
- 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、養成が必要になります。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ています。

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（平成28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、構想策定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、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（平成28年）の病床機能報告と比較する限りでは、2025年（平成37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、構想策定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（平成28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、構想策定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こと。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、新たな動きがあるほか、とくに平成29年度末の療養病床廃止に向けて、「療養病床の在り方等に関する検討会」が開催されました。その後、病床機能の転換にあたっての具体的な選択肢の提示と検討が引き続き行われており、その方向性を注視しているところです。この検討を踏まえ、本県で不足する回復期機能の強化や、慢性期機能から在宅医療等への移行とともに、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いますが、構想策定後もこの取組みを継続していくことが求められます。

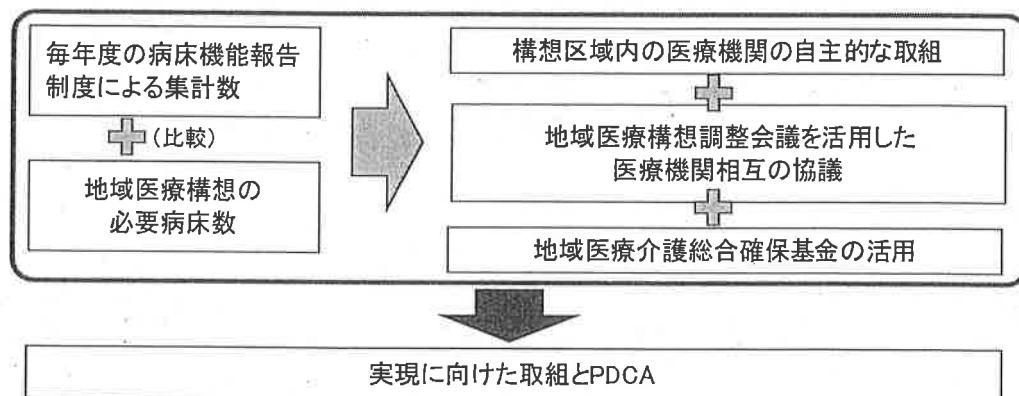
(2)各医療機関における自主的な取組み

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を検討を行うなど、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。

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構築

(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、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、高齢者住宅に居ても、グループホームや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。

地域包括ケアシステムを構築するためには、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要です。

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、薬局）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、薬局）」は、地域医療の基礎を支えるものであり、また、医療機関の機能分化・連携の中で大きな役割を果たすものです。

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

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

このため、「かかりつけ医」の普及・定着を一層進めるのはもちろん、県民が身近な地域で安心して医療を受けられるよう、診療所相互間あるいは診療所と病院との連携など、個々の機能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。

②地域医療連携の状況

地域の「かかりつけ医」が利用できるよう、病床や検査機器等を開放し、研修会等を開催している病院（開放型病院届出医療機関）は、平成29年10月1日現在、県内に11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	保健医療圏	病院名	所在地
東部	徳島県立中央病院	徳島市	南部	徳島赤十字病院	小松島市
	徳島市民病院	徳島市		阿南共栄病院	阿南市
	徳島県鳴門病院	鳴門市		阿南中央病院	阿南市
	吉野川医療センター	吉野川市	西部	徳島県立三好病院	三好市
	阿波病院	阿波市		つるぎ町立半田病院	つるぎ町
	独立行政法人国立病院機構 東徳島医療センター	板野町	合計 11 施設		

③地域連携クリティカルパス

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

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

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

④地域医療の活性化

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

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

(3)施策の方向

①かかりつけ医（歯科医、薬局）の普及推進

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

②地域医療連携の推進

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

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

③地域連携クリティカルパスの普及

患者一人ひとりの治療開始から終了までの全体的な治療計画（地域連携クリティカルパス）の、本格的な運用に向け、対象医療機関の拡大や電子化に

よる効率化等の取組みを疾病ごとに推進します。

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

④先導的な地域医療の活性化推進

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

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

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、全ての保健医療圏に、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

①紹介患者に対する医療の提供（次のいずれかに該当すること）

- ・紹介率80%超
- ・紹介率65%超かつ逆紹介率40%超
- ・紹介率50%超かつ逆紹介率70%超
- ※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

②共同利用の実施

③救急医療の提供

- ・年間の救急搬送患者数の受入数1,000件以上
 - ・救急搬送患者数／救急医療圏人口×1,000 ≥ 2
- 原則として上記いずれかの要件を満たすこと

④地域の医療従事者に対する研修 12回以上の実施

⑤病床規模（原則200床以上）

⑥その他医療法に規定されている施設・設備の整備

●地域医療支援病院の状況（H28）

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	460	83.0%	170.3%	5,124	14
	徳島市民病院	H20.11.27	339	80.5%	85.2%	2,250	15
	徳島県鳴門病院	H23.10.26	307	73.9%	95.6%	2,421	14
	吉野川医療センター	H22.11.1	290	76.5%	80.1%	2,485	12
南部	徳島赤十字病院	H13.10.1	405	83.3%	132.2%	5,329	31
	阿南中央病院	H13.10.1	229	57.3%	87.2%	265	12
西部	徳島県立三好病院	H26.3.14	220	51.8%	85.1%	1,776	14

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、「紹介患者に対する医療の提供」、「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」の4つの機能全般にわたり、承認要件の見直しについて検討を行った結果、医療法施行規則の一部を改正（平成26年4月1日施行）し、「地域医療支援病院の承認要件」の見直しが行われました。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・強化に取り組めます。

(3)数値目標

数値目標項目	直近値	平成35年度末目標値
地域医療支援病院数	7病院 (H28)	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。

● 公的病院等一覧

保健医療圏	病院名	所在地	許可病床数(H29.10.1現在)							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	696	643		45		8	○	○		総合	○	○				○	○
	徳島県立中央病院	徳島市	460	390		60	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	339	339						○		地域	○	○		○	○	地域連携	○
	徳島県鳴門病院	鳴門市	307	307						○			○	○			○		○
	独立行政法人国立病院機構徳島病院	吉野川市	300	300															拠点
	吉野川医療センター	吉野川市	290	290						○				○	○		○		○
	阿波病院	阿波市	133	133						○									
	独立行政法人国立病院機構徳島東部医療センター	板野町	330	310			20			○									
	9施設		2,855	2,712	0	105	25	13	2	7	1	3	5	5	1	4	3	6	
南部	徳島赤十字病院	小松島市	405	405					救急救急	○	拠点	地域	○	○	○	○	○	地域連携	○
	徳島赤十字ひのき総合健康センター	小松島市	140	140															
	阿南共栄病院	阿南市	343	343						○				○					○
	阿南中央病院	阿南市	229	179	50					○			○	○		○			
	国民健康保険勝浦病院	勝浦町	60	60						○									
	那賀町立上那賀病院	那賀町	40	40												○			
	徳島県立海部病院	幸岐町	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陽病院	海陽町	45	45									○	○					
	9施設		1,422	1,364	50	0	4	4	1	7	1	1	4	5	3	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三好市立三好病院	三好市	60	60						○				○					○
	つるぎ町立半田病院	つるぎ町	120	120						○	輪番		○	○	○				○
	3施設		400	386	0	0	8	6	1	3	2	0	2	3	2	1	1	3	
20施設			4,677	4,462	50	105	37	23	4	17	4	4	11	13	6	7	5		

(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ものとします。

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、自主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5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）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

県内には、平成29年10月1日時点で、2法人が認定を受けています。

●社会医療法人の認定状況（H29.10.1）

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	精神科救急医療
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 総合メディカルゾーン構想の取組み

(1) 基本的な考え方

「総合メディカルゾーン構想」は、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つて、「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「知事と学長との合意」からスタートしています。

- 合意では、①県民の安心をめざした医療の拠点化、②県民の健康をめざした医療の拠点化、③県民医療の発展をめざした情報・教育の拠点化、④総合メディカルゾーンの効率的な運営をめざした施設・設備の建設と運営、の4つの目標を掲げています。
- 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、両病院間の連絡橋や共同受電設備の整備など、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。

また、平成23年12月策定の「徳島県地域医療再生計画（三次医療圏）」において、本県の三次医療圏の医療提供体制の課題解決を目指して「総合メディカルゾーン構想」を推進することとし、徳島大学病院及び県立中央病院を「総合メディカルゾーン本部」、県立三好病院を「総合メディカルゾーン・西部センター」、県立海部病院を「総合メディカルゾーン・南部センター」と位置づけました。

(2) 現状と課題

地域偏在や診療科偏在を背景とした医師不足、高度専門化する医療や急速に進む少子高齢化への対処など、医療を取り巻くさまざまな課題に対応し、地域において必要とされる医療を確保するためには、総合メディカルゾーン構想を着実に進めていく必要があります。

なお、これまで総合メディカルゾーン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。

（本部：徳島大学病院、県立中央病院）

・ 県立中央病院を新病院として全面改築（平成24年10月）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）

(災害時対応に係る徳島大学病院との共同受電設備の整備)

- 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
- 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。
- ・「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。
- ・徳島大学病院に「徳島県糖尿病対策センター」を設置。
- ・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。
- ・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、海部郡における分娩再開や土曜救急再開など、県西・県南の地域医療の充実に貢献。
- ・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。

(西部センター：県立三好病院)

- ・県立三好病院の高層棟を改築（平成26年8月）し、機能を強化。
 - ①緩和ケア病棟を設けるとともに、放射線治療装置を整備し、「フルセットのがん治療（手術・化学療法・放射線治療・緩和ケア）」を提供
 - ②「地域災害拠点病院」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)
 - ③屋上ヘリポートの設置を機に、「救命救急センター」としての運用強化
- ・県立中央病院とのグループ指定により、平成27年4月に「地域がん診療病院」の指定を受け、県内全ての医療圏での拠点病院の整備を完了。
- ・県立三好病院・市立三野病院・町立半田病院の間で、診療科間の相互応援及び医療情報の連携を実施。

(南部センター：県立海部病院)

- ・新病院として高台へ移転改築（平成29年5月）し、機能を強化。
 - ①南海トラフ巨大地震に対する先端災害医療拠点としての機能強化
(海拔15.6mの高台への移転)
(大規模搬送を可能とするツインヘリポート)
(免震構造、太陽光発電・蓄電池・自家発電装置、負傷者や支援物資の受入スペース、エントランスや廊下等への医療ガス配管)
 - ②屋上ヘリポートの利用によるドクターヘリとの連携強化

- ③地域医療を支える医師育成の拠点「地域医療研究センター」整備
- ・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。
- ・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。

(3)施策の方向

「総合メディカルゾーン本部（徳島大学病院及び県立中央病院）」においては、両病院の特性を最大限に伸ばす方向で、人材育成や政策医療分野において、さらなる連携や効果的な機能分担を進め、県民が安心して質の高い医療サービスが受けられる県内医療の中核拠点としての機能を高めていくとともに、次の世代の人材を育成する育成サイクルの構築を推進します。

また、「西部センター（県立三好病院）」及び「南部センター（県立海部病院）」、県北部の拠点病院である徳島県鳴門病院との連携を軸として、県内の医療機関との連携を図ることにより、県全体の「医療の質の向上」や「医療の最適化」に取り組みます。

7 広域医療連携の取組み

(1)基本的な考え方

府県域を越えた広域課題に対応するため、平成22年12月に「関西広域連合」が設立され、現在、本県を含む関西の2府6県4政令市により構成されています。

広域連合設立を契機として、医療分野においては、広域連合管内の医療資源を有機的に連携させることで、府県域を越えた広域救急医療体制の充実・強化に取り組んでおり、これまでの府県の「3次医療圏」を越える、「4次医療圏・関西」の実現を目指しています。

(2)現状と課題

関西広域連合の構成団体では、救急搬送体制の充実・強化や災害時の医療提供体制の確保などが共通の課題とされるなか、広域連合では平成24年3月に、『安全・安心の医療圏"関西"』の実現』を基本理念とした「関西広域救急医療連携計画」を策定し、「広域的なドクターヘリの運航体制の構築」や「災害時における広域医療体制の整備」などに取り組みました。

その後は3年ごとに計画の改定を行いながら、こうした取組みの深化を図るとともに、危険ドラッグをはじめとした新たな広域課題にも対応しています。

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

(3)施策の方向

①広域救急医療体制の充実

すでにドクターヘリによる「30分以内での救急医療提供体制」を関西全体で実現しており、平成29年度末に導入となる「鳥取県ドクターヘリ」を含めた7機による広域救急搬送体制を円滑かつ速やかに構築するとともに、近隣地域との連携強化による「二重・三重のセーフティネットの拡充」を図ります。

②災害時における広域医療体制の強化

「南海トラフ巨大地震」をはじめとする大規模災害に対応するため、「災害派遣医療チーム（DMAT）」や「ドクターヘリ」、「医療救護チーム」など、全国からの医療支援をしっかりと受け入れるとともに、被災地に対して、迅速かつ的確な医療を提供する「広域災害医療体制の強化」を図ります。

③課題解決に向けた広域医療体制の構築

医療分野における新たな課題のうち、広域的に取り組むことでより高い効果が期待できるものについては、構成団体と連携した対応を検討するなど、関西における広域医療体制の更なる充実・強化に取り組めます。

第2 疾病に対応した医療提供体制の整備 がんの医療体制

第1 がんの現状

1 がん患者の状況

本県のがん患者数は、厚生労働省患者調査（平成26年）によれば、人口10万対で、入院患者が124、外来患者が166となっており、入院、外来ともに全国平均（入院102、外来135）より高くなっています。

○がんの受療率の推移（人口10万対）

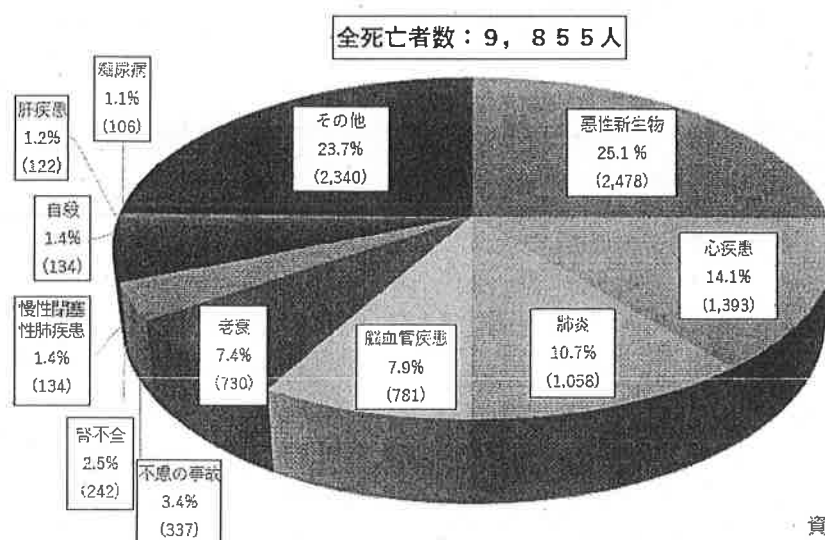
区分	徳島県						全国		
	総数	順位	入院	順位	外来	順位	総数	入院	外来
平成23年	255	21	125	17	131	25	238	107	130
平成26年	290	8	124	13	166	5	237	102	135
前回比(%)	113.7	-	99.2	-	126.7	-	99.6	95.3	103.8

資料：平成26年患者調査（厚生労働省）

2 がんによる死亡の状況

本県のがんによる死亡の推移は、厚生労働省人口動態統計によると、昭和56年から悪性新生物（がん）が第1位であり、平成28年では、全死亡者数9,855人のうち25.1%にあたる2,478人が、がんで死亡しています。

○徳島県の平成28年主要死因別死亡数の割合

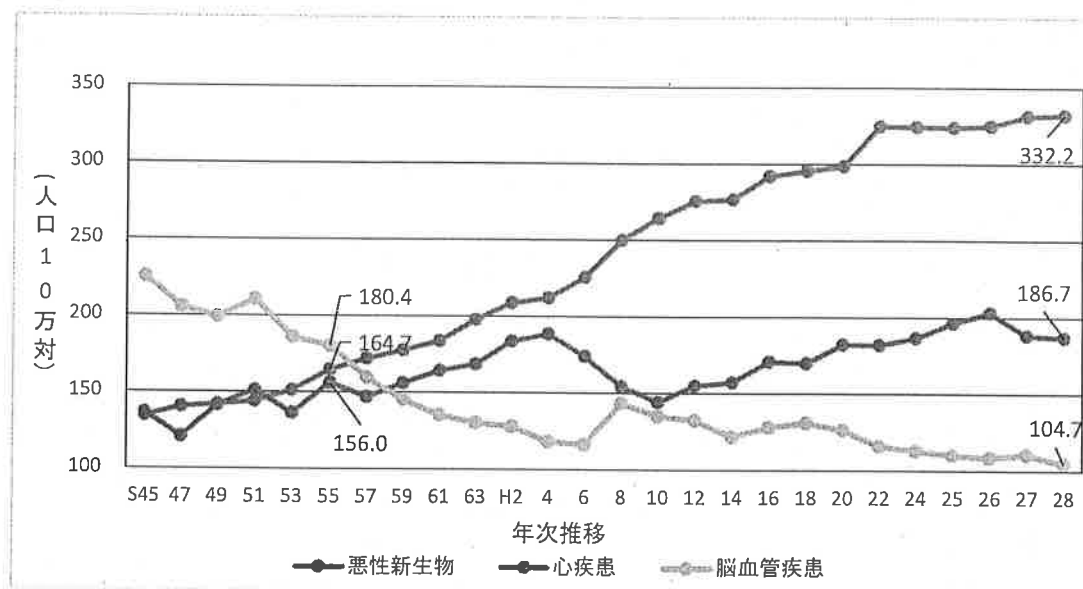


年	がん死亡数
平成15年	2,257人
平成16年	2,362人
平成17年	2,301人
平成18年	2,367人
平成19年	2,291人
平成20年	2,357人
平成21年	2,443人
平成22年	2,538人
平成23年	2,454人
平成24年	2,504人
平成25年	2,482人
平成26年	2,469人
平成27年	2,491人
平成28年	2,478人

資料：人口動態統計（厚労省）

死因別の死亡率の推移では、昭和55年には、3大死因である悪性新生物は164.7、脳血管疾患180.4、心疾患156.0でしたが、平成28年には、悪性新生物332.2、心疾患186.7、脳血管疾患104.7となっており、悪性新生物の増加が際立っています。

○ 3大死因の死亡率の年次推移（人口10万対）



資料：人口動態統計（厚生労働省）

平成28年の人口動態統計によると、本県のがんによる死亡率は高い方から全国第18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68.0、次いで「大腸（結腸・直腸S状結腸移行部及び直腸）」40.3、「胃」39.0、「肝及び肝内胆管」31.6と続いており、全国と比較すると、「乳房」、「悪性リンパ腫」、「肝及び肝内胆管」が高くなっています。

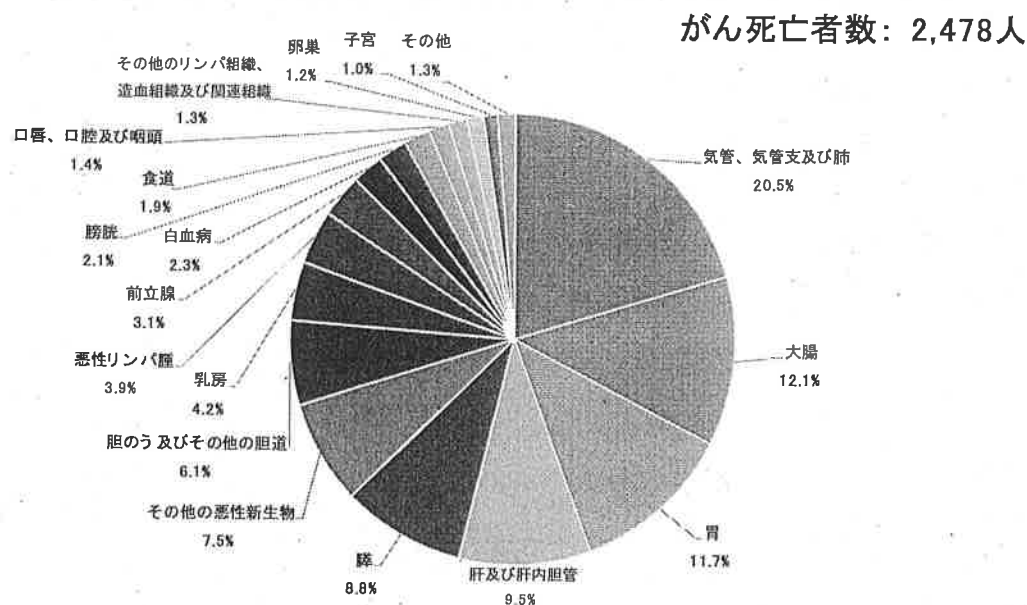
○悪性新生物の部位別死亡者数（平成28年）

死 因	徳 島 県				全 国		
	死亡者数 (人)	占有率 (%)	死亡率※ (%)	全 国 順位	死亡者数 (人)	死亡率※ (%)	死 因 順位
順位（死亡率）	2,478	100.0	332.2	18	372,986	298.3	-
1 気管、気管支及び肺2	507	20.5	68.0	10	73,838	59.1	1
胃	291	11.7	39.0	22	45,531	36.4	2
3 肝及び肝内胆管	236	9.5	31.6	6	28,582	22.8	5
5 結腸	197	7.9	26.4	32	34,521	27.6	3
4 膵	219	8.8	29.4	21	33,475	26.8	4
6 胆のう及びその他の胆道	151	6.1	20.2	9	17,965	14.4	6
8直腸S状結腸移行部及び直腸	104	4.2	13.9	16	15,578	12.5	7
9 悪性リンパ腫	96	3.9	12.9	4	12,325	9.9	9
7 乳房	102	4.1	26.2	1	14,015	21.8	8
10前立腺	77	3.1	21.6	20	11,803	19.4	10
13食道	48	1.9	6.4	45	11,483	9.2	11
12膀胱	52	2.1	7.0	24	8,432	6.7	13
16子宮	25	1.0	6.4	46	6,345	9.9	15

資料：人口動態統計（厚生労働省） ※死亡率は人口10万対である。

平成28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20.5%、次いで「大腸」12.1%、「胃」11.7%、「肝及び肝内胆管」9.5%と高い割合となっています。

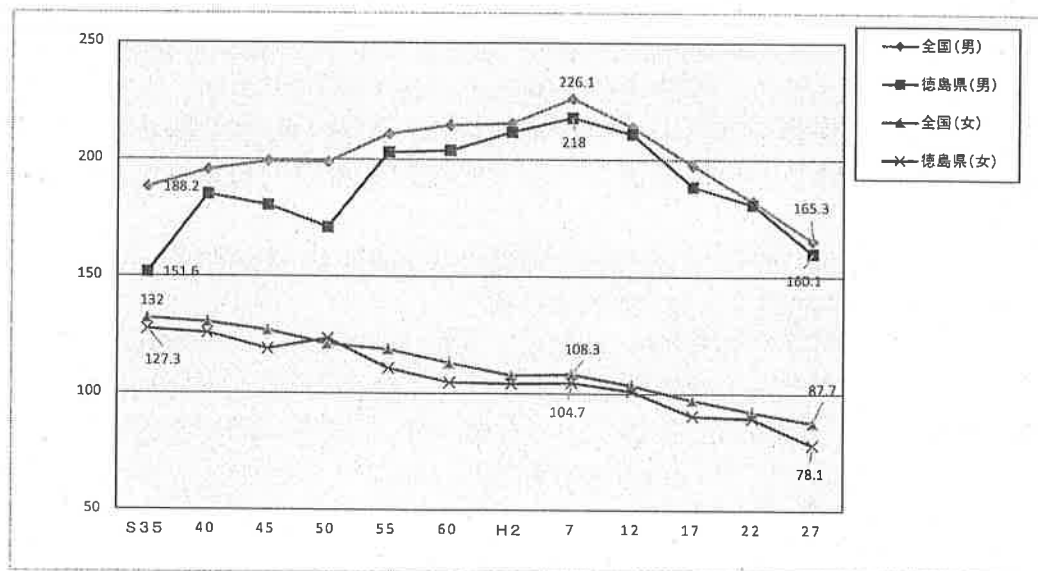
○平成28年悪性新生物の部位別死亡数の割合



資料：人口動態統計（厚生労働省）

また、年齢構成による影響を調整した「年齢調整死亡率」（人口10万対）では、平成27年には男性160.1（全国第31位）で、ピークだった平成7年からは年々減少しています。女性は、昭和50年から順調に減少し、平成27年は78.1（同45位）で全国では下位にあります。

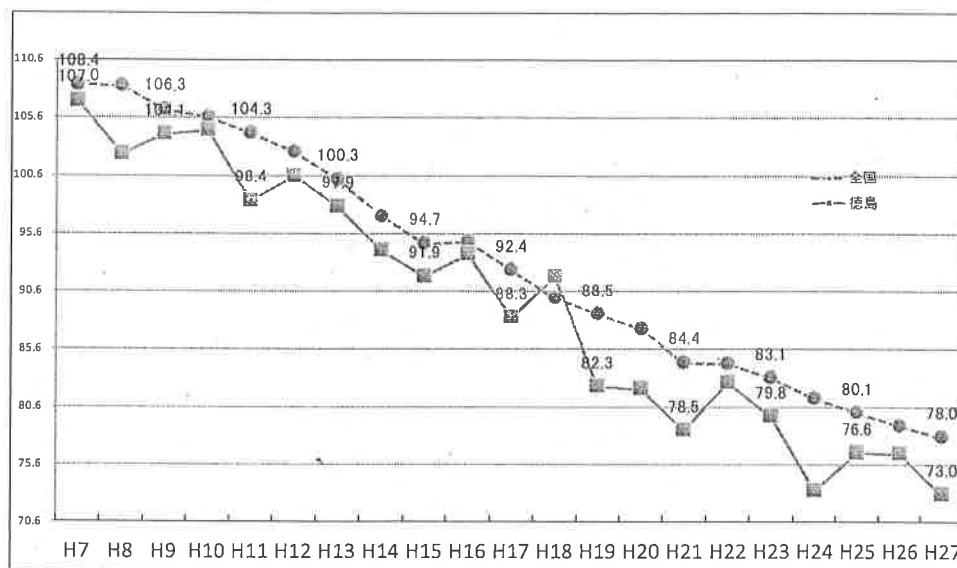
○悪性新生物の年齢調整死亡率の推移（人口10万対）



資料：人口動態統計（厚生労働省）

さらに、75歳以上の死亡を除くことで、壮年期がん死亡の現状や動向を高い精度で評価することができるとされています。75歳未満年齢調整死亡率では、平成27年では73.0（全国第37位）、男性96.3（全国第30位）、女性51.3（同45位）で、平成7年から年々減少しています。

○悪性新生物の年齢調整死亡率（75歳未満）の推移（人口10万対）



資料：国立がんセンター（がん対策情報センター）

3 がんの予防

がんの発生の原因には、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に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み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みが必要です。

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に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、平成25年6月より、積極的な接種の勧奨を差し控えることとなっていますが、現在、厚生労働省ではHPVワクチンの有効性について評価研究を行っており、今後は、国の動向を注視していく必要があります。

○喫煙率

	徳 島 県		全 国 平 均	
	男 性	女 性	男 性	女 性
平成22年	29.1%	5.2%	32.2%	8.4%
平成28年	25.5%	4.0%	30.2%	8.2%

資料：県民健康栄養調査（徳島県）・国民健康・栄養調査（厚生労働省）

○禁煙外来を実施している医療機関数 … 171施設

資料：ニコチン依存症管理料算定医療機関数 平成29年7月現在（厚生労働省）

○徳島県内の医療機関の受動喫煙対策実施状況

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

資料：平成24年医療施設機能調査（徳島県）（5年に1度の調査）

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。

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（平成28年国民生活基礎調査）は30～40%前後で、男性に比べて女性の方が低くなっています。また、平成22年の同調査と比較すると、全てのがん検診で上昇しています。

○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>

		肺 が ん		胃 が ん		大 腸 が ん		乳がん(女)		子宮がん(女)	
		男	女	男	女	男	女	勘1年	勘2年	勘1年	勘2年
平成28年	徳島県	42.8	38.1	37.5	32.5	35.5	32.5	33.8	41.3	31.1	39.0
	全 国	51.0	41.7	46.4	35.6	44.5	38.5	36.9	44.9	33.7	42.4
平成25年	徳島県	43.6	36.1	39.6	32.0	35.6	31.4	33.1	43.2	31.9	42.1
	全 国	47.5	37.4	45.8	33.8	41.4	34.5	34.2	43.4	32.7	42.1
平成22年	徳島県	24.1	21.8	29.7	24.8	22.2	18.8	27.3	36.4	26.9	36.4
	全 国	26.4	23.0	36.6	28.3	28.1	23.9	30.6	39.1	28.7	37.7

資料：国民生活基礎調査（厚生労働省）

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9名（厚生労働省平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査）となっており、平成22年の9名から増減はありません。

(2)がん治療

がん治療には、手術療法、放射線療法及び化学療法等があり、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20年3月に改正された「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」に基づき、都道府県拠点病院に徳島大学病院が、地域がん診療連携拠点病院に県立中央病院、徳島赤十字病院、徳島市民病院の3病院に加えて、平成27年4月には、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、阿南共栄病院の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「地域連携クリティカルパス」が、がん診療連携協議会や生活習慣病管理指導協議会の各がん部会を中心に導入されており、診療計画策定実施件数は168件、地域連携クリティカルパスに基づく診療提供等の実施件数は338件となっています。（平成27年度NDBデータ）

なお、平成28年度医療機能施設調査（調査対象：平成27年4月～平成28年3月）による拠点病院における手術件数は1,766件、放射線治療実施件数691件、化学療法実施件数は1,541件（うち外来化学療法実施件数930件）となっています。また、がんを専門とする医療従事者数は、医師、放射線技師等あわせて550人（平成28年度医療機能施設調査）となっています。本県におけるがんの種類別にみた医療提供体制の現状は、おおよそ次のようになっています。

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 \ 圏域		東部	南部	西部	全体
手術療法		14	4	2	20
内視鏡的切除		18	6	5	29
腹腔鏡手術		9	4	1	14
化学療法	入院	22	5	5	32
	外来	24	5	5	34
放射線療法	入院	3	1	1	5
	外来	3	1	1	5
集学的療法		4	2	1	7

資料：平成28年度徳島県医療施設機能調査（平成28年6月現在）

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 \ 圏域		東部	南部	西部	全体
手術療法		10	3	2	15
化学療法	入院	19	5	6	30
	外来	20	5	6	31
放射線療法	入院	5	1	1	7
	外来	4	1	1	6
集学的療法		5	2	1	8

資料：平成28年度徳島県医療施設機能調査（平成28年6月現在）

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。

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

県内では、東部、南部及び西部のすべての圏域で内視鏡及び腹腔鏡を含む手術療法、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 \ 圏域		東部	南部	西部	全体
手術療法		15	4	2	21
腹腔鏡手術		9	3	2	14
内視鏡手術		29	5	7	41
化学療法	入院	22	4	6	32
	外来	24	4	6	34
放射線療法	入院	3	1	1	5
	外来	3	1	1	5
集学的療法		4	2	1	7

資料：平成28年度徳島県医療施設機能調査（平成28年6月現在）

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で行われます。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 \ 圏域		東部	南部	西部	全体
手術療法		13	5	3	21
薬物療法	入院	22	5	6	33
	外来	31	6	6	43
放射線療法	入院	3	1	1	5
	外来	5	1	1	7
集学的療法		5	2	1	8

資料：平成28年度徳島県医療施設機能調査（平成28年6月現在）

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）

治療 \ 圏域		東部	南部	西部	全体
手術療法		11	2	1	14
焼灼療法		7	3	1	11
経動脈的治療		7	2	1	10
化学療法	入院	18	4	4	26
	外来	17	4	4	25
放射線療法	入院	3	1	1	5
	外来	4	1	1	6
集学的療法		4	1	1	6

資料：平成28年度徳島県医療施設機能調査（平成28年6月現在）

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で行われます。

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）

治療 圏域		東部	南部	西部	全体
手術療法		5	2	2	9
化学療法	入院	9	3	3	15
	外来	9	3	3	15
放射線療法	入院	3	1	1	5
	外来	3	1	1	5
集学的療法		4	1	1	6

資料：平成28年度徳島県医療施設機能調査（平成28年6月現在）

(2)緩和ケア

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

現在、県内では、がん診療連携拠点病院、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24施設、緩和ケア外来を実施している医療機関は22施設、緩和ケアの実施件数は2,719件となっています。（平成28年度医療施設機能調査）

なお、前計画策定時には、緩和ケア病床は、東部圏域に1施設で20床しかありませんでしたが、西部の1施設で20床、東部の1施設で24床が増床され、県内の緩和ケア病床数は3施設で64床となりました。「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、現在も不足はしているものの、やや改善されました。

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みが行われています。

平成20年度から、「すべてのがん医療に携わる医師が、研修により緩和ケ

アの知識・技術を習得すること」を目標に、がん診療連携拠点病院、県医師会で緩和ケア研修会が実施されていますが、平成28年度末までに797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125施設（65病院・60診療所）、医療用麻薬を取り扱っている薬局数が318箇所であり、その使用量は34.1kg/千人（モルヒネ換算使用量）となっています。（平成26年度NDB）

(3)がん治療後のリハビリテーション、定期的なフォローアップ、在宅療養

がん治療後は、治療の影響や症状の進行により、嚥下や呼吸運動などの日常生活動作に障害を来すことがあることから、リハビリテーションが行われます。また、再発したがんの早期発見などを目的として、定期的なフォローアップ等が行われます。がん患者に対してリハビリテーションを提供する医療機関は23施設（平成28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1,740件（平成27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136施設（NDBデータ平成28年3月1日時点）となっており、がん患者の在宅死亡の割合（平成27年人口動態統計）は、自宅が7.5%（全国10.4%）、居住系施設を含めても11.2%（全国13.3%）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 資料：平成27年人口動態統計】

	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 (人)	2,053	138	28	64	188	20
(%)	82.4	5.5	1.1	2.6	7.5	0.8
全 国 (%)	84.2	1.7	0.7	2.2	10.4	0.8

(4)がん患者に対する相談支援、情報提供

がん診療拠点病院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。また、県内の医療機関では9施設（平成28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。

(5)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割程度、西部では外来受診割合は6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	患者数(人)	東部 受診割合(%)	南部 受診割合(%)	西部 受診割合(%)
東 部	57,043	95.7	4.1	0.2
南 部	17,891	24.6	75.4	-
西 部	9,792	33.8	1.1	65.2
総 数	84,726	62,296 (人)	15,912 (人)	6,518 (人)

資料：平成27年度NDB（通称：ナショナルデータベース）

○がん入院患者の圏域別受療動向

医療圏別 患者の居住地	患者数(人)	東部 受診割合(%)	南部 受診割合(%)	西部 受診割合(%)
東 部	9,665	94.3	5.5	0.1
南 部	3,397	28.1	71.9	-
西 部	1,796	44.1	0.8	55.0
総 数	14,858	10,865 (人)	2,992 (人)	1,001 (人)

資料：平成27年度NDB（通称：ナショナルデータベース）

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、放射線療法及び化学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、放射線療法及び化学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、地域がん診療病院および徳島県地域がん診療連携推進病院による各種研修会、カンファレンス及び症例相談などを通じた地域連携・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

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

- ・禁煙やがんに関連するウィ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
- ・禁煙外来や敷地内禁煙の実施等のたばこ対策に積極的に取り組むこと

(行政)

- ・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
- ・市町村が科学的根拠に基づくがん検診を実施するため、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や精度管理等を行うこと

- ・受動喫煙の防止や感染に起因するがん対策を推進すること
- ③対応する医療機関等
がん検診実施機関

(2)専門的ながん診療機能【専門診療】

①目標

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

②医療機関に求められる事項

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

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

これらに加え、がん診療連携拠点病院については以下の対応が求められます。

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

③対応する医療機関

- ・がん診療連携拠点病院、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（地域連携クリティカルパスを含む）
- ・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「標準的診療」病院として、他の医療機関との診断から治療までの連携を進めます。

②肺がん

肺がん患者に対して集学的治療が提供できる拠点病院と拠点病院と同程度の集学的治療を提供できる病院を「専門診療」病院とし、胸部ＣＴ検査又は気管支鏡検査ができる医療機関、手術療法又は化学療法を実施している医療機関を「標準的診療」病院とし、地域連携クリティカルパスにより連携を進めます。

③大腸がん

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

④乳がん

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

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、ウイルス性肝炎に対するインターフェロン治療や肝がんの焼灼療法、経動脈的治療、肝臓のエコー検査、造影ＣＴ、ＭＲＩを実施している医療機関を「標準的診療」病院として、連携を進めます。

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

また、ウイルス性肝炎については、感染経路等についての理解が十分でなく、感染の事実を認識していない患者が多数存在することが推測されるため、平成23年5月に策定された国の「肝炎対策の推進に関する基本的な指針」を踏まえ、平成25年3月に「徳島県肝炎対策推進計画」を、平成30年3月に新たな「第2次徳島県肝炎対策推進計画」を策定し、総合的な肝炎対策を推進し肝がんへの進行を予防します。

⑥子宮がん

子宮がん患者に対して手術療法、放射線療法、薬物療法を組み合わせた集学的治療が実施できる病院を「専門診療」病院、「子宮頸癌治療ガイドライ

ン」、「子宮体癌治療ガイドライン」に基づいた手術療法、薬物療法を実施している病院を「標準的診療」病院とし、地域連携クリティカルパスの整備等により連携を進めます。

第3 数値目標

数値目標項目	直近値	平成35年度末目標
がん年齢調整死亡率(75歳未満)(人口10万対) (人口動態統計) ☆★	73.0 (H27)	減少 (H33)
喫煙率の減少(6年以内) ☆☆	成人男性 25.5% 成人女性 4.0% (H28)	成人男性 18% 成人女性 3% (H34)
受動喫煙の機会を有する者の減少(6年以内) ☆★ (県民健康栄養調査)	行政機関 6.6% 医療機関 5.6% 職場 31.2% 家庭 7.2% 飲食店 43.5% (H28)	行政機関 0% 医療機関 0% 職場 『受動喫煙の無い職場の実現』 家庭 3% 飲食店 17% (H34)
がん検診受診率 ☆★ (肺・大腸・乳がんは40～69歳、胃がんは50～69歳、子宮がんは20～69歳) ※直近値のH28は胃がん40歳～69歳の受診率 (国民生活基礎調査)	胃がん 34.8% 肺がん 41.2% 大腸がん 33.5% 乳がん 33.8% (※41.3%) 子宮頸がん31.1% (※39.0%) (H28) ※2年以内に受診している者の受診率	胃がん 50% 肺がん 50% 大腸がん 50% 乳がん 50% 子宮頸がん 50% ※胃がん、乳がん、子宮頸がんは2年以内に受診している者の受診率 (H34)
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)	24 (H28)	増加 (H34)

☆「徳島県がん対策推進計画」における目標

★「徳島県健康増進計画(健康徳島21)」における目標

がんの医療体制

専門的ながん診療

- 手術、放射線療法及び化学療法を効果的に組み合わせた集学的治療の実施
- 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 等
- 身体症状、精神心理的問題の対応を含めた全人的な緩和ケア 等
- ※ さらに、がん診療連携拠点病院としては
院内がん登録、相談支援体制、地域連携支援 等

がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院 及び 同程度の機能を有する病院

紹介・転院・退院時の連携

経過観察・合併症併発・再発時の連携

標準的ながん診療

- 精密検査や確定診断等の実施
- 診療ガイドラインに準じた診療
- 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 等
の対応

病院、診療所

在宅療養支援

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

病院、診療所、
歯科診療所、薬局、
訪問看護事業所

予 防

- がん発症リスク低減（一次予防）
- 検診受診率の向上（二次予防）

在宅等での生活

がん治療

緩和ケア

時間の流れ

医 療 機 能

脳卒中の医療体制

第1 脳卒中の現状

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

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

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

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

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

1 脳卒中の疫学

総務省・消防庁救急年報によると、徳島県における平成28年に、救急車によって搬送された急病患者の14.2%、2691人（平成27年全国8.1%、28万1703人）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患者数は平成26年は、約7千人（全国約118万人）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10万人対）は全国より高い状況で推移しています。

○脳血管疾患の年齢調整受療率（人口10万対）

	平成20年	平成23年	平成26年
徳島県	174.3	140.0	104.3
全 国	120.9	104.3	85.9

資料：患者調査（厚生労働省）

死亡の状況については、人口動態調査によると、徳島県では平成28年に年間781人（全国約10万9千人）が脳血管疾患を原因として死亡し、死亡数全体の7.9%（全国8.3%）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、直近の徳島県の脳血管疾患の年齢調整死亡率は、女性は全国より低くなっています。

○脳血管疾患の年齢調整死亡率（人口10万対）

	男		女	
	平成22年	平成27年	平成22年	平成27年
徳島県	45.7	40.3	24.1	20.1
全 国	49.5	37.8	26.9	21.0

資料：人口動態統計（厚生労働省）

脳卒中は、死亡を免れても後遺症として片麻痺、嚥下障害、言語障害、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18.5%は脳卒中が原因であり第1位です（平成25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、徳島県における平成26年の高血圧性患者の年齢調整外来受療率（人口10万対）は、307.0（全国262.2）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。

徳島県における平成28年の健康診断・健康診査の受診率は（40歳から74歳までは）65.6%（全国71.0%）と全国より低い状況となっています（国民生活基礎調査）。また、平成20年度から実施されている各医療保険者による特定健康診査の平成27年度の受診率は46.5%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応を行います。

「救急・救助の現況」（消防庁）によると、徳島県における平成27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、35.8分（全

国39.4分)で全国より短くなっています。

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

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

(3)診断

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

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、西部圏域で各1カ所で計3カ所、脳卒中の専用病室(脳卒中ケアユニットSCU)を有する施設数は東部圏域で1カ所、9病床となっています。

また、治療にあたる専門医の状況として、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32人、人口10万人あたり4.2人(全国3.7人・平成26年)、脳神経外科医師数は県内に63人、人口10万人あたり8.2人(全国5.6人・平成26年)と神経内科医、脳神経外科医とも、全国と比較して多い状況となっています。

^{*1}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。

○急性期医療体制の状況

	東部Ⅰ	東部Ⅱ	南部Ⅰ	南部Ⅱ	西部Ⅰ	西部Ⅱ	徳島県
救命救急センターを有する医療機関数※1	1	0	1	0	0	1	3
SCUを有する医療機関数	1	0	0	0	0	0	1
病床数※1	9	0	0	0	0	0	9
神経内科医師数※2	25	5	2	0	0	0	32
脳神経外科医師数※2	48	4	9	0	0	2	63

資料：※1 平成26年 医療施設調査（厚生労働省）

※2 平成26年 医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）

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県内に8カ所、NDBによると、t-PAによる脳梗塞溶解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Ⅰ	東部Ⅱ	南部Ⅰ	南部Ⅱ	西部Ⅰ	西部Ⅱ	徳島県
t-PAによる脳梗塞溶解療法の実施可能な医療機関数 ※1	4	1	2	0	0	1	8
	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 ※2	50		44		20		114

資料：※1 平成28年 診療報酬施設基準（厚生労働省）

※2 レセプト情報・特定検診等情報データベース

（通称：ナショナルデータバンク（NDB）による分析結果）（平成27年度）

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

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

NDBによると、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53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	27	10	*	37
脳動脈瘤コイル塞栓術の実施件数	35	18	*	53

資料：NDB(平成27年度)

(注) *:レセプト数10件未満のデータについては非表示。

(5)リハビリテーション

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118カ所で、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Ⅰ	東部Ⅱ	南部Ⅰ	南部Ⅱ	西部Ⅰ	西部Ⅱ	徳島県
リハビリテーションが実施可能な医療機関数	72	9	17	4	8	8	118

資料：平成28年 診療報酬施設基準（厚生労働省）

①急性期には、廃用症候群や合併症の予防及びセルフケアの早期自立を目的として、可能であれば発症当日からベッドサイドで開始します。NDBによると、徳島県における早期リハビリテーション実施件数は177,376件となっており、全ての医療圏で実施されています。

○脳卒中に対する早期リハビリテーションの実施状況

	東部	南部	西部	徳島県
早期リハビリテーション実施件数	133,538	31,365	12,473	177,376

資料：NDB(平成27年度)

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

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

(6)急性期以降の医療・在宅療養

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

また、患者調査によると、急性期、回復期における平均在院日数は116.7

日で、全国の89.1日より長くなっており、県内でも地域差が見られる現状があります。そこで、地域連携クリティカルパスの運用による日数の短縮が期待されます。

在宅療養では、上記治療に加えて、機能を維持するためのリハビリテーションを実施し、在宅生活に必要な介護サービスを受けますが、脳卒中は再発することも多く、患者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、平成26年に在宅等生活の場^{*2}に復帰した患者の割合は51.0%（全国56.3%）と全国より低い状態となっており、県内でも地域差が見られる現状があります。

また、人口動態調査によると、平成27年における在宅死亡割合は17.0%で、全国21.8%よりも低い状況となっていますが、今後、増加に向けた取り組みが求められます。

○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	153.7	30.5	87.0	116.7
在宅等の生活の場に復帰した患者の割合	46.9	52.7	74.7	51.0

資料：平成26年 患者調査（厚生労働省）

なお、重篤な神経機能障害・精神機能障害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。

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

(1)脳卒中の発症予防

(2)発症後、速やかな搬送と専門的な診療が可能な体制

^{*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。

- 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)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)在宅医療が可能な体制
 - ①生活の場で療養できるよう、医療及び介護サービスが相互に連携した支援

2 各医療機能と連携

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

(1)発症予防の機能【予防】

①目標

脳卒中の発症を予防すること

②医療機関に求められる事項

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

- ・高血圧、糖尿病、脂質異常症、心房細動、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

(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術等の血管内治療、脳出血の場合は血腫除去術、脳動脈瘤破裂によるくも膜下出血の場合は脳動脈瘤クリッピングやコイリング等の効果的な治療が行える可能性があるため、できるだけ早く、

専門的な治療が可能な医療機関へ搬送することが望ましい

②関係者に求められる事項

(本人及び家族等周囲にいる者)

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

(救急救命士等)

- ・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）
- ・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。

- ・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療法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）
- ・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
- ・脳卒中の急性期リハビリテーションを実施する病院

(4)身体機能を回復させるリハビリテーションを実施する機能【回復期】

①目標

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

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
- ・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、口腔管理、摂食・嚥下リハビリテーションを実施すること

③対応する医療機関等

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

第3 数値目標

数値目標項目	直近値	平成35年度末 目標値
脳血管疾患年齢調整死亡率（人口10万人対） ★	男性 40.3 女性 20.1 (H27人口動態統計)	15%以上の 減少 (H22から)
特定健康診査受診率 ★◇	46.5% (H27特定健康診査 特定保健指導にかかる データ)	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	114 (H27NDB)	増加
脳血管疾患患者の生活の場に復帰した患者の割合	51.0% (H26患者調査)	増加

★「徳島県健康増進計画（健康徳島21）」における目標による

◇「徳島県における医療費の見通しと適正化に向けた取組み」における目標

脳卒中の医療体制

救急医療

- 来院後すみやかな専門的治療開始
- 急性期のリハビリテーション実施

救急搬送

救急要請

発症

転院時連携

身体機能を回復させる リハビリテーション

- 回復期のリハビリテーション実施
- 再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理

転院・退院時連携

退院時連携

日常生活への復帰及び維持のためのリハビリテーション

- 維持期のリハビリテーション実施
- 在宅等への復帰及び日常生活継続を支援

生活の場における

- 在宅療養支援
- 希望する患者に対する看取り
- 口腔管理、摂食・嚥下リハ

診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護事業所

退院・退所・通院、在宅療養支援

在宅等での生活

〔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

口腔管理

時間の流れ

医療機能