令和３年度第２回 徳島県医療審議会 令和３年１２月６日	資料３

第７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　１５
　第３　保健医療施設の状況　２６

第３章　保健医療圏の設定
　第１　保健医療圏の趣旨　３７
　第２　保健医療圏の設定　３７
　第３　基準病床数　４５

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　４９
　第２　構想区域の設定　５１
　第３　医療機能別の必要病床数推計　５２
　第４　必要病床数と病床機能報告による病床数の比較　５６
　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　５８
　第６　地域医療構想の実現に向けて　６６
　第７　構想の推進体制・進行管理　６８

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　７３
　　1　地域包括ケアシステムの構築　７３
　　2　地域の医療機関の機能分化と連携　７４
　　3　地域医療支援病院の整備目標　７７
　　4　公的病院等の役割　７９
　　5　社会医療法人の役割　８１
　　6　総合メディカルゾーン構想の取組み　８２
　　7　広域医療連携の取組み　８５
　第２　疾病に対応した医療提供体制の整備　８７
　　1　がんの医療体制　８７
　　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　１２７
　　4　糖尿病の医療体制　１４３
　　5　精神疾患の医療体制　１５７

第３　課題に対応した医療提供体制の整備　１７９
１　救急医療体制の整備　１７９
２　小児医療体制の整備　１９９
３　周産期医療体制の整備　２１７
４　災害医療体制の整備　２３１
５　へき地医療体制の整備　２４９
６　在宅医療体制の整備　２６９
第４　安全な医療の提供　２８６
第５　保健医療施策の推進　２８９
１　健康危機管理対策　２８９
２　健康増進（健康徳島２１の推進）　２９１
３　自殺予防対策　２９６
４　母子保健対策　３００
５　高齢者保健医療福祉対策　３０４
６　障がい者（児）保健医療福祉対策　３０７
７　結核・感染症対策　３１４
８　難病対策　３２０
９　臓器移植対策　３２６
１０　アレルギー疾患対策　３３０
１１　歯科保健医療対策　３３３
１２　血液の確保・適正使用対策　３３６
１３　医薬品等の適正使用対策　３３８
１４　快適な環境衛生の確保　３４２
１５　食品等の安全確保　３４４
１６　安全な水の確保　３４７
１７　動物由来感染症の予防　３４９
１８　医療に関する情報化の推進　３５０
第６　保健・医療・介護（福祉）の総合的な取組　３５２

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　３５５
第２　歯科医師の養成・確保　３７１
第３　薬剤師の養成・確保　３７２
第４　看護職員の養成・確保　３７３
第５　保健医療従事者の養成・確保　３８０
第６　医療従事者の勤務環境の改善　３８５

第７章　事業の評価及び見直し　３８７

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

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、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供給体制の確立を目指し、昭和62年11月に「徳島県地域医療計画」を策定し、その後、ほぼ５年ごとに見直しを行ってきましたが、平成25年４月に公示した「第６次徳島県保健医療計画」の策定から５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。
本県では、これまで、「県民がいつでも、どこでも、等しく高度な保健医療サービスが受けられる徳島づくり」を徳島県保健医療計画の基本理念とし、健康度をさらに高めるための施策を積極的に展開し、併せて地域の保健医療資源の効率的な活用と適正配置を図り、保健医療機能の分化・連携を推進し、県民の生活の質の向上に資する保健医療サービスの提供体制を構築してきました。
しかし、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、このたび、本計画の基本理念を見直し、「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) 「『未知への挑戦』とくしま行動計画」の保健医療に関する分野別計画
(4) 県民その他関係機関・団体にとっては、自主的かつ積極的な取組みが展開されることを期待するものであり、市町村にとっては、計画策定や施策の指針となるもの

第４　計画の期間

平成30年（2018年）４月１日から令和５年（2024年）３月31日までの６年間とします。

なお、令和３年（2021年）度に、計画の中間見直しを実施し、一部を改定しました。

【中間見直しについて】
医療計画については、医療法第30条の６の規定により、「在宅医療その他必要な事項」について、３年ごとに調査・分析の上、必要に応じて、計画の見直しを行うこととされております。
このため、本県では令和３年度に中間見直しを実施し、在宅医療のほか、国の指針が改正された５疾病・５事業について必要な見直しを行うとともに、新型コロナウイルス感染症等に係る記載を追加しました。

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

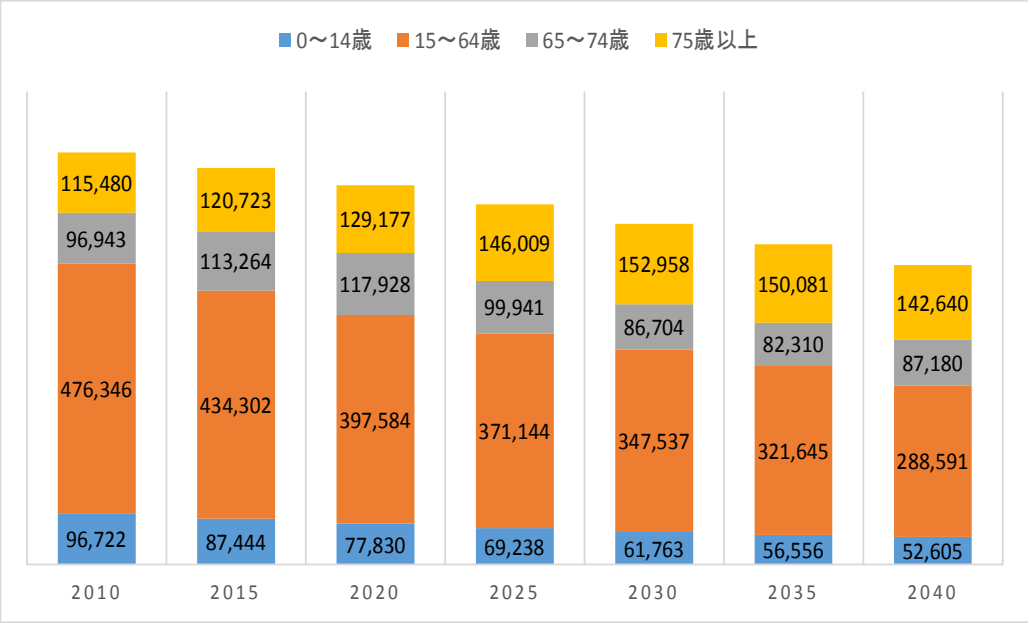
本県の総人口は、昭和62年頃（約83.6万人）から減少傾向が現れ、2010年（平成22年）に78万人を超えていた本県の人口は、2015年（平成27年）には約75.5万人となり、この５年間で約３万人減少しています。

今後の総人口の見通しについては、国立社会保障・人口問題研究所による将来推計（平成25年3月推計）によれば、総人口は引き続き減少基調で推移し、2025年には68.6万人、2040年には約57万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2010年（平成22年）以降一貫して減少する見込みですが、65～74歳は2020年頃まで、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、2025年には2010年の８割弱、2040年には６割程度にまで減少する見通しです。

●徳島県の人口推計



（人）

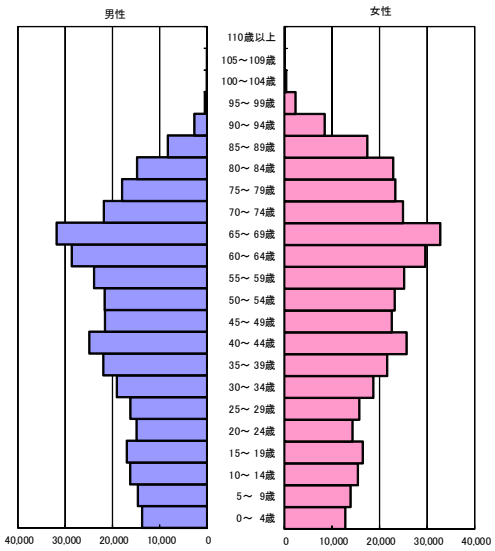
	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040
0～14歳	96,722	87,444	77,830	69,238	61,763	56,556	52,605
15～64歳	476,346	434,302	397,584	371,144	347,537	321,645	288,591
65～74歳	96,943	113,264	117,928	99,941	86,704	82,310	87,180
75歳以上	115,480	120,723	129,177	146,009	152,958	150,081	142,640
総数	785,491	755,733	722,519	686,332	648,962	610,592	571,016

資料：国勢調査及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」
（平成25年３月中位推計）
注：国勢調査における人口には年齢不詳を含む。

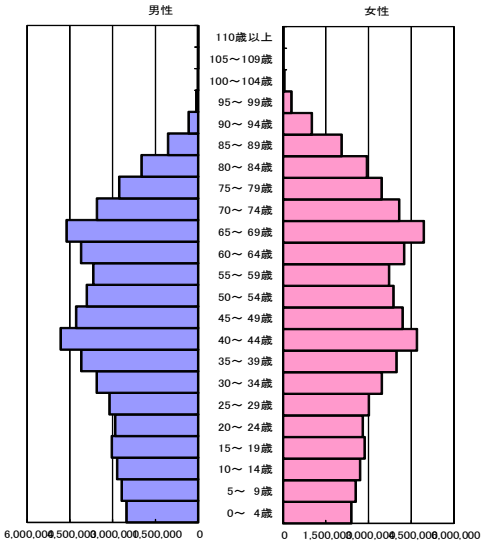
人口構成を全国と比較してみると、65歳以上の高齢者、特に75歳以上の後期高齢者が多くなっており、15歳未満が少なく、全国よりも少子高齢化が進行している状況です。

●人口ピラミッド

【徳島県】



【全国】

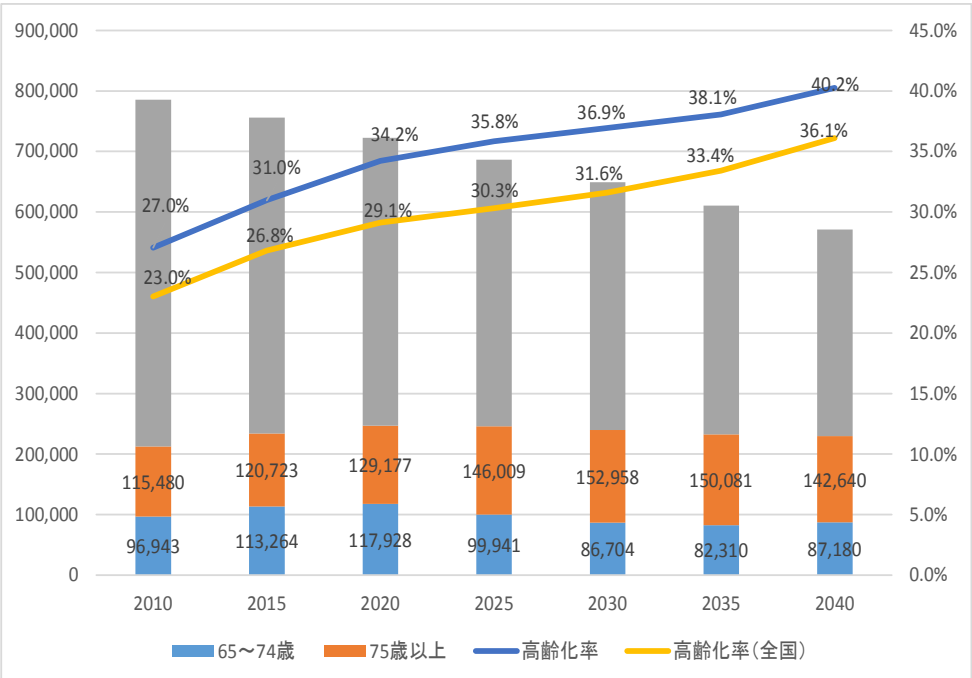


資料：総務省「平成27年国勢調査」

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



（人）

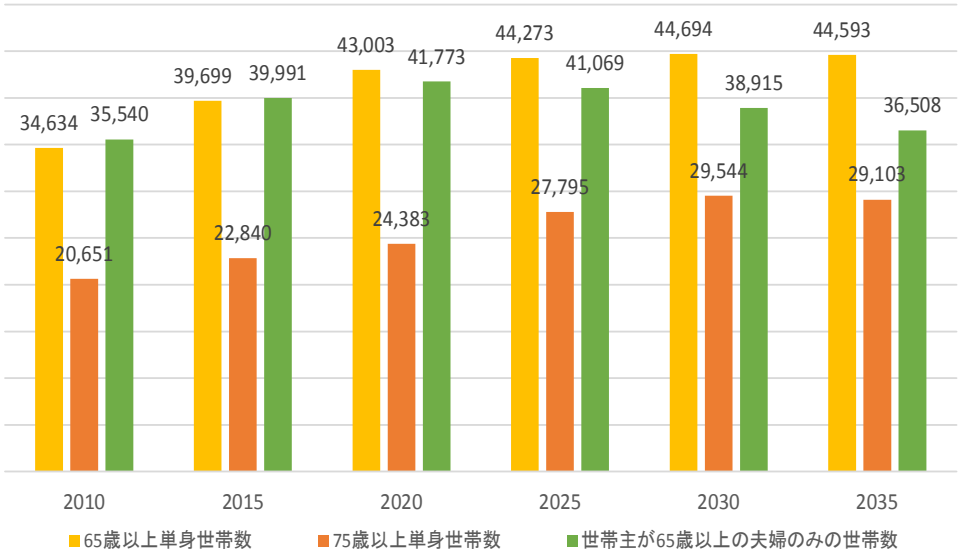
	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040
65～74歳	96,943	113,264	117,928	99,941	86,704	82,310	87,180
75歳以上	115,480	120,723	129,177	146,009	152,958	150,081	142,640
総人口	785,491	755,733	722,519	686,332	648,962	610,592	571,016
高齢化率	27.0%	31.0%	34.2%	35.8%	36.9%	38.1%	40.2%
高齢化率（全国）	23.0%	26.8%	29.1%	30.3%	31.6%	33.4%	36.1%

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」
（平成25年３月中位推計）

3　世帯構成

本県の65歳以上の高齢単身者世帯数は、2030年頃まで増加すると見込まれます。また、世帯主が65歳以上の夫婦のみ世帯についても、2020年頃まで増加する見通しとなっています。

●徳島県の高齢単身者世帯等



	2010	2015	2020	2025	2030	2035
65歳以上単身世帯数	34,634	39,699	43,003	44,273	44,694	44,593
75歳以上単身世帯数	20,651	22,840	24,383	27,795	29,544	29,103
世帯主が65歳以上の夫婦のみの世帯数	35,540	39,991	41,773	41,069	38,915	36,508

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）」
（2014年４月推計）

4　人口動態

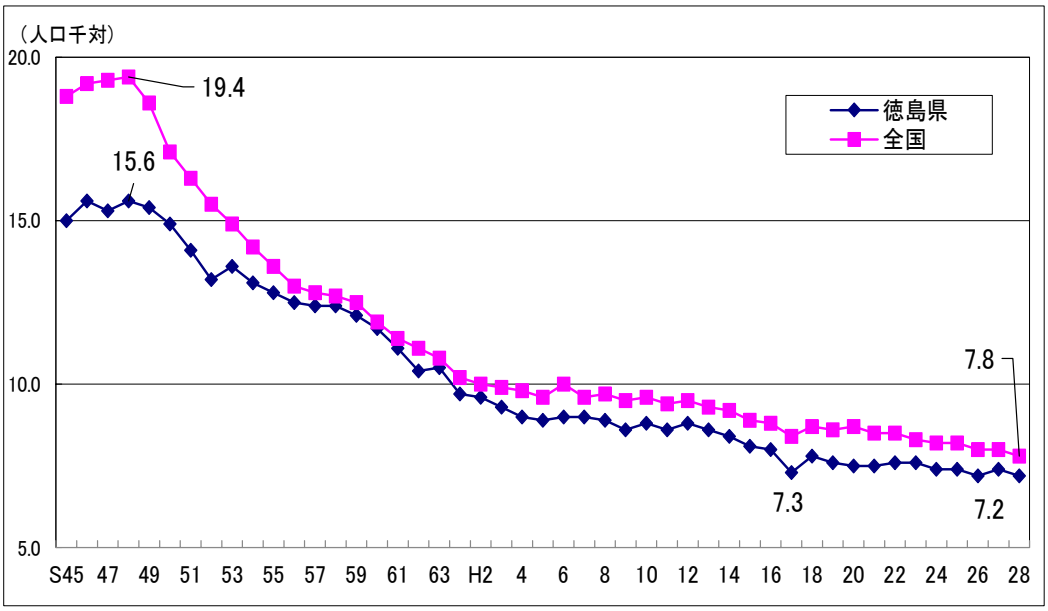
(1)出生率

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、平成17年には7.3と戦後最低の値となった後も低い水準で推移し、平成28年には7.2となっています。

また、全国平均もほぼ同様の傾向にあり、平成28年の全国平均は7.8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。

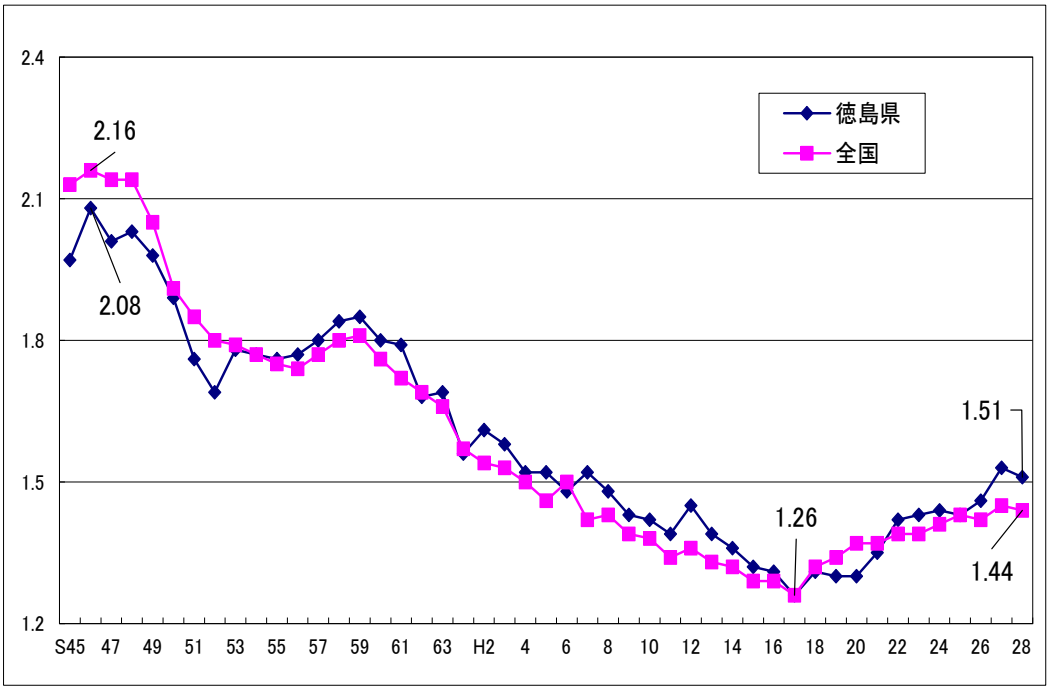
●出生率の年次推移（人口千対）



厚生労働省「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、平成28年には1.51となっています。

●合計特殊出生率の年次推移

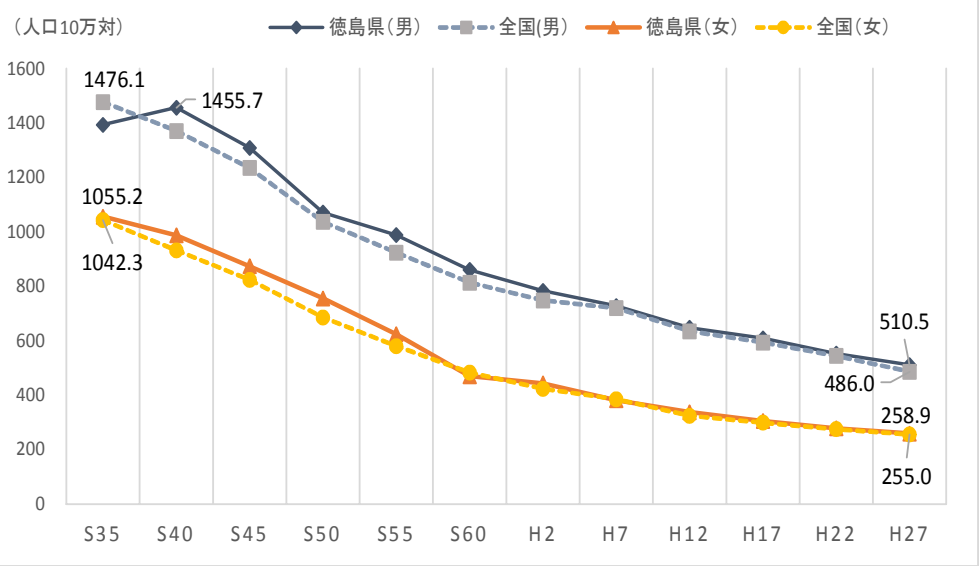


資料：厚生労働省「人口動態調査」

(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、平成27年は、男性は全国平均（486.0）を上回る510.5で全国11位、女性は全国平均（255.0）並みの258.9で全国15位の水準となっています。

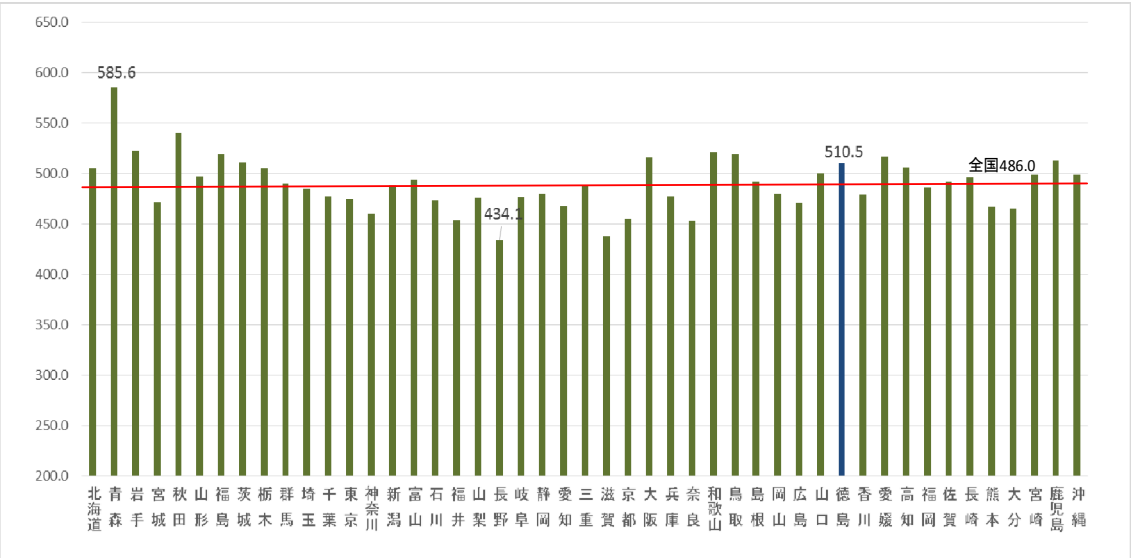
●年齢調整死亡率の年次推移



資料：厚生労働省「都道府県別年齢調整死亡率」

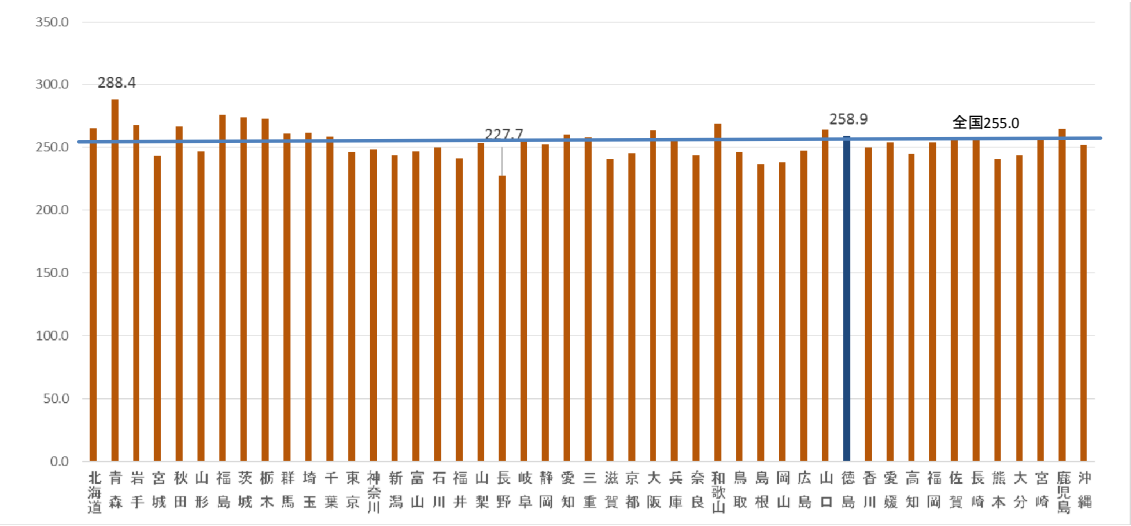
また、平成27年の年齢調整死亡率を都道府県別にみると、男性は長野、滋賀、奈良、福井、京都で低く、青森、秋田、岩手、和歌山、鳥取で高くなっており、女性は長野、島根、岡山、熊本、滋賀で低く、青森、福島、茨城、栃木、和歌山で高くなっています。

●都道府県別年齢調整死亡率（H27・男）



資料：厚生労働省「都道府県別年齢調整死亡率」

●都道府県別年齢調整死亡率（H27・女）



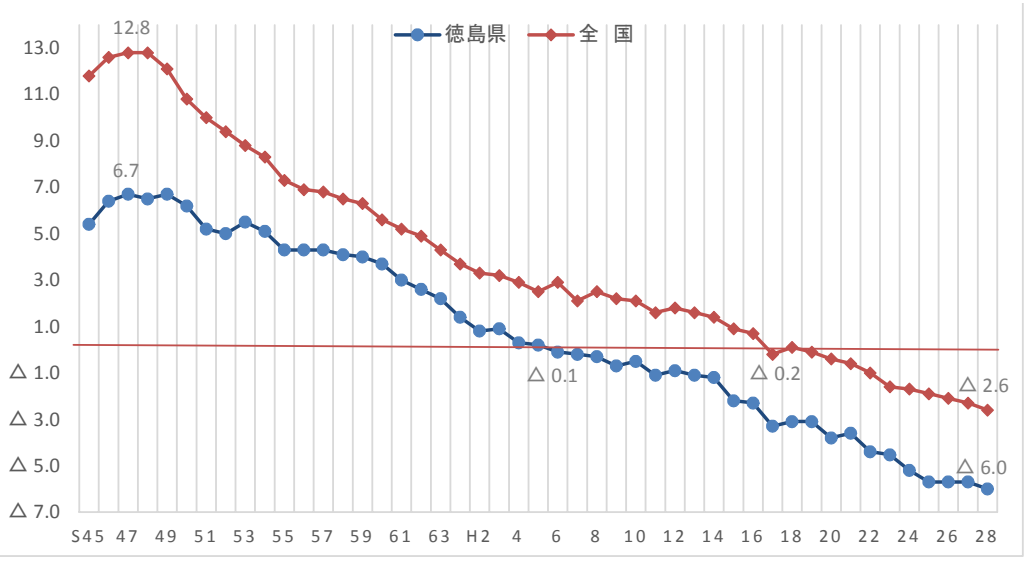
資料：厚生労働省「都道府県別年齢調整死亡率」

(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、平成28年には△6.0となっています。

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

●自然増加率の年次推移（人口千対）



資料：厚生労働省「人口動態調査」

5　健康寿命

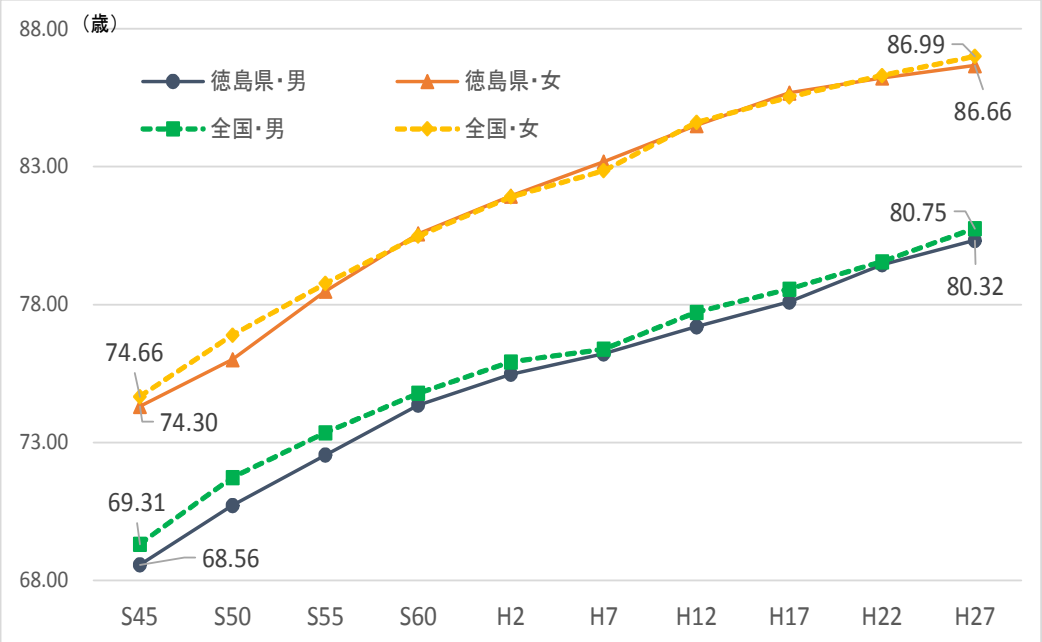
(1)平均寿命

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11.76歳、女性では12.36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、68.56歳で全国36位でしたが、平成27年には80.32歳となり、全国33位となっています。

一方、女性の平均寿命は、昭和45年には74.30歳で全国43位でしたが、平成27年には86.66歳となり、全国40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
徳島県・男	68.56	70.71	72.54	74.35	75.47	76.21	77.19	78.09	79.44	80.32
徳島県・女	74.30	76.00	78.48	80.56	81.93	83.17	84.49	85.67	86.21	86.66
全国・男	69.31	71.73	73.35	74.78	75.92	76.38	77.72	78.56	79.55	80.75
全国・女	74.66	76.89	78.76	80.48	81.90	82.85	84.60	85.52	86.3	86.99

資料：厚生労働省「都道府県別生命表」

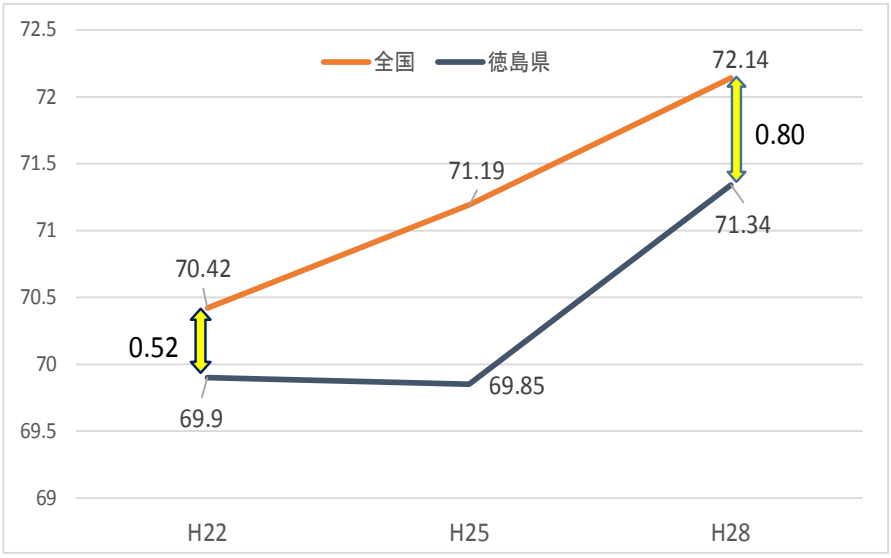
(2)健康寿命

本県の健康寿命（「日常生活に制限のない期間の平均」）は、平成28年の調査において男性71.34歳、女性74.04歳となっており、男性は前回調査の平成25年より1.49年、女性は0.60年延伸しています。

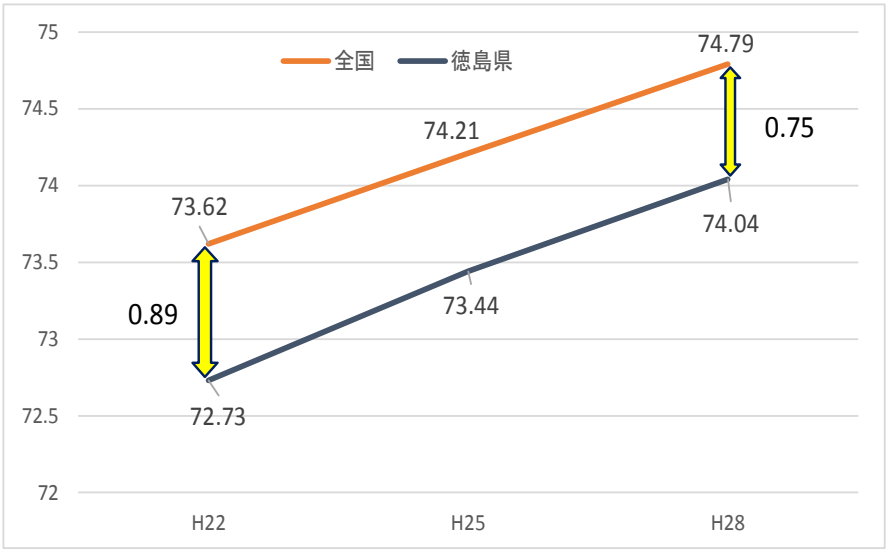
全国的にみると、平成28年調査においては、男女とも全国平均（男性72.14歳、女性74.79歳）より低く、全国順位では男性44位、女性43位と下位にあります。

また、本県と全国平均との差は、男性は平成22年の0.52年から平成28年の0.80年へと拡大していますが、女性は0.89年から0.75年へと縮小しています。

●健康寿命の推移（男性）



●健康寿命の推移（女性）



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、心疾患、脳血管疾患の３大死因で総死亡数の47.1%（平成28年）を占めています。

本県の死因別死亡率の全国における状況（平成28年）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、腎不全と肝疾患が全国で２番目に高い死亡率となっているほか、肺炎や慢性閉塞性肺疾患についても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死亡率

（平成28年）

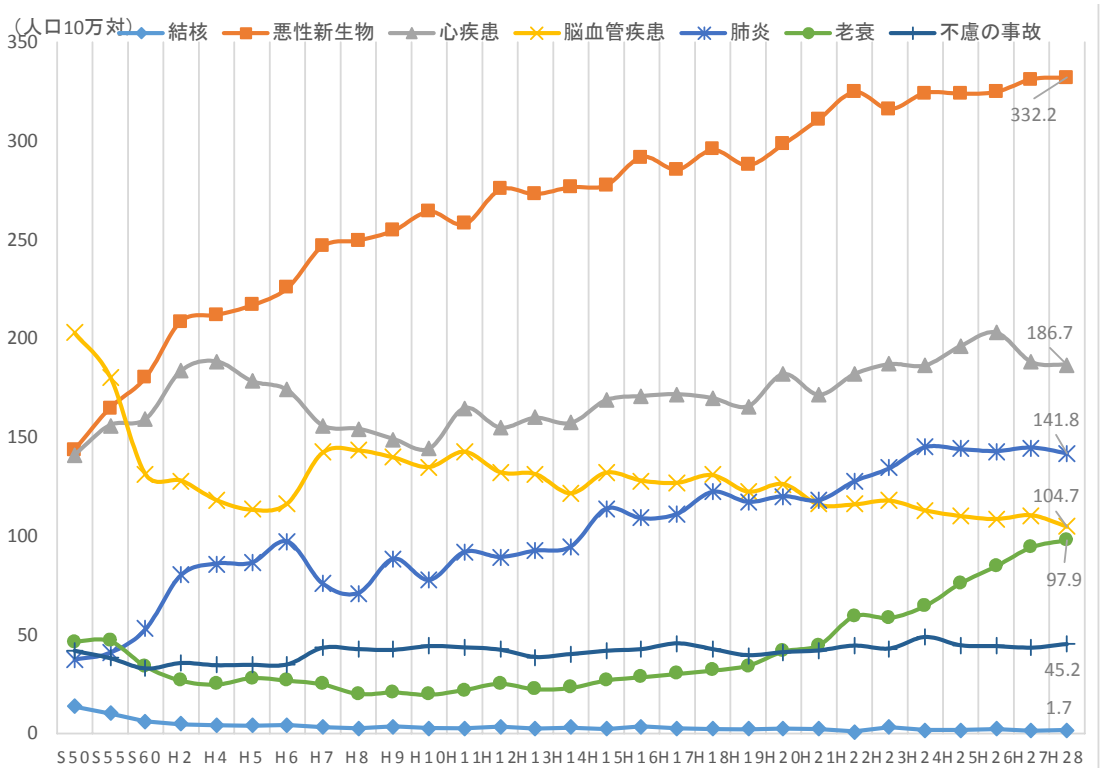
死　　因	徳島県				全　国		
	死亡数	占有率	死亡率	全国順位	死亡数	死亡率	死因順位
総死亡数	9,855	100.0%	1,321.0	10	1,307,748	1,046.0	－
県順位							
1　悪性新生物	2,478	25.1%	332.2	18	372,986	298.3	1
2　心疾患	1,393	14.1%	186.7	19	198,006	158.4	2
3　肺炎	1,058	10.7%	141.8	4	119,300	95.4	3
4　脳血管疾患	781	7.9%	104.7	22	109,320	87.4	4
5　老衰	730	7.4%	97.9	14	92,806	74.2	5
6　不慮の事故	337	3.4%	45.2	5	38,306	30.6	6
7　腎不全	242	2.5%	32.4	2	24,612	19.7	7
8　慢性閉塞性肺疾患	134	1.4%	18.0	4	15,686	12.5	11
9　自殺	134	1.4%	18.0	17	21,017	16.8	8
10　肝疾患	122	1.2%	16.4	2	15,773	12.6	10
12　糖尿病	106	1.1%	14.2	8	13,480	10.8	12

※ 死亡率は、「人口10万対」

資料：厚生労働省「人口動態調査」

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

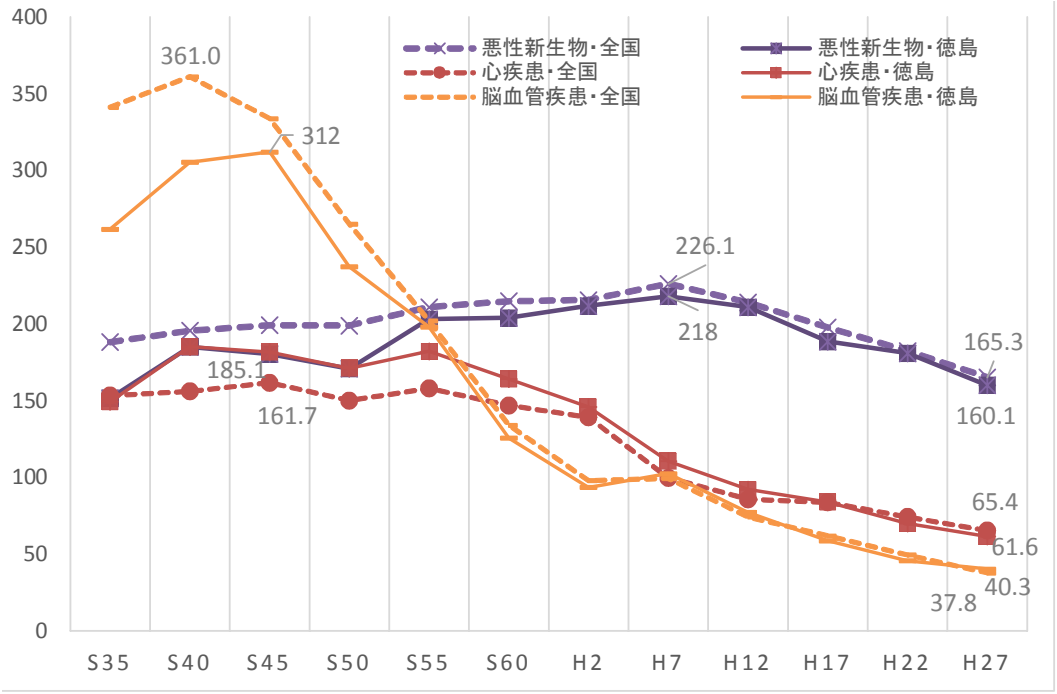
●主要死因の死亡率の年次推移（人口10万対）



資料：厚生労働省「人口動態調査」

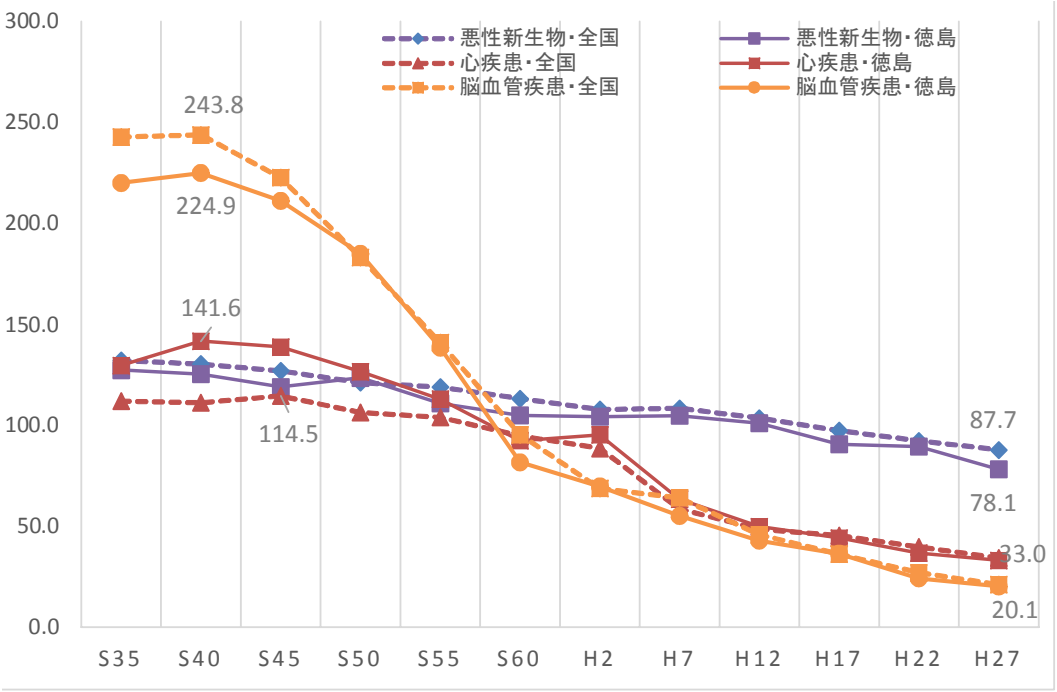
三大死因（悪性新生物、心疾患、脳血管疾患）による年齢調整死亡率の年次推移をみると、男性、女性ともに本県と全国平均との乖離は小さくなってきており、また、脳血管疾患の低下が著しい状況です。

●三大死因の年齢調整死亡率（人口10万対）の年次推移：男



資料：厚生労働省「都道府県別年齢調整死亡率」

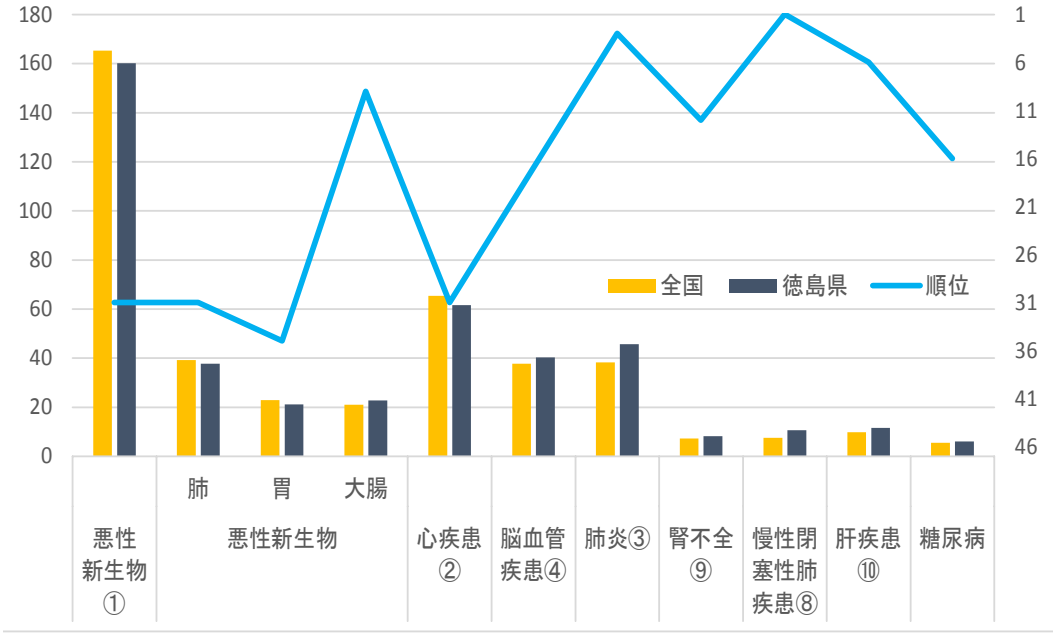
●三大死因の年齢調整死亡率（人口10万対）の年次推移：女



資料：厚生労働省「都道府県別年齢調整死亡率」

また、死因別に本県の年齢調整死亡率をみると、男性では、慢性閉塞性肺疾患10.7（全国１位）、肺炎45.7（全国３位）、肝疾患11.6（全国６位）等が全国平均を上回り、全国順位も高い水準となっています。逆に悪性新生物160.1（全国31位）や心疾患61.6（全国31位）は全国平均を下回っています。

●死因別年齢調整死亡率（人口10万対）（H27・男）

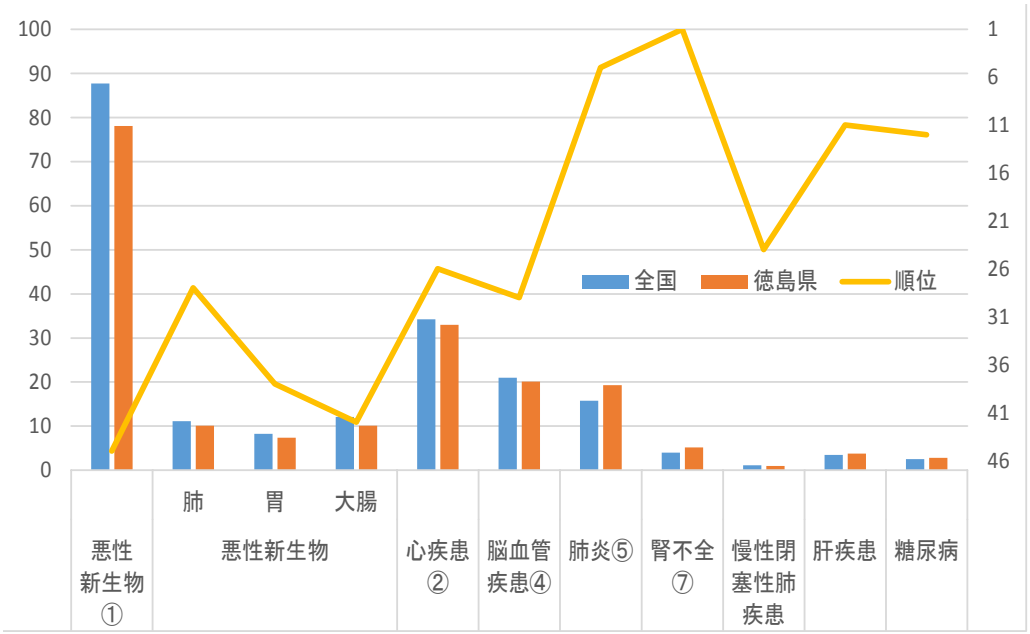


	悪性新生物①	悪性新生物			心疾患②	脳血管疾患④	肺炎③	腎不全⑨	慢性閉塞性肺疾患⑧	肝疾患⑩	糖尿病
		肺	胃	大腸							
全国	165.3	39.2	22.9	21	65.4	37.8	38.3	7.3	7.5	9.8	5.5
徳島県	160.1	37.8	21.1	22.8	61.6	40.3	45.7	8.2	10.7	11.6	6.1
順位	31	31	35	9	31	17	3	12	1	6	16

資料：厚生労働省「都道府県別年齢調整死亡率」

女性では、腎不全5.2（全国１位）、肺炎19.3（全国５位）、肝疾患3.8（全国11位）、糖尿病2.8（全国12位）等が全国平均を上回り、全国順位も高い水準となっています。逆に悪性新生物78.1（全国順位45位）、脳血管疾患20.1（全国29位）、心疾患33.0（全国26位）等は全国平均を下回っています。

●死因別年齢調整死亡率（人口10万対）（H27・女）



	悪性新生物①	悪性新生物			心疾患②	脳血管疾患④	肺炎⑤	腎不全⑦	慢性閉塞性肺疾患	肝疾患	糖尿病
		肺	胃	大腸							
全国	87.7	11.1	8.3	12.1	34.2	21	15.8	4	1.1	3.5	2.5
徳島県	78.1	10.1	7.4	10.1	33	20.1	19.3	5.2	1	3.8	2.8
順位	45	28	38	42	26	29	5	1	24	11	12

資料：厚生労働省「都道府県別年齢調整死亡率」

2　受療状況

平成26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」1,318.8千人、「外来」7,238.4千人です。施設の種類別では、「入院」については「病院」1,273.0千人、「一般診療所」45.8千人、「外来」は「病院」1,641.9千人、「一般診療所」4,233.0千人、「歯科診療所」1,363.4千人となっています。

徳島県内の１日あたり推計患者数は入院患者が13,000人、外来患者が47,800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93.1%が病院で受療している一方、外来患者については54.8%が診療所で受療しています。

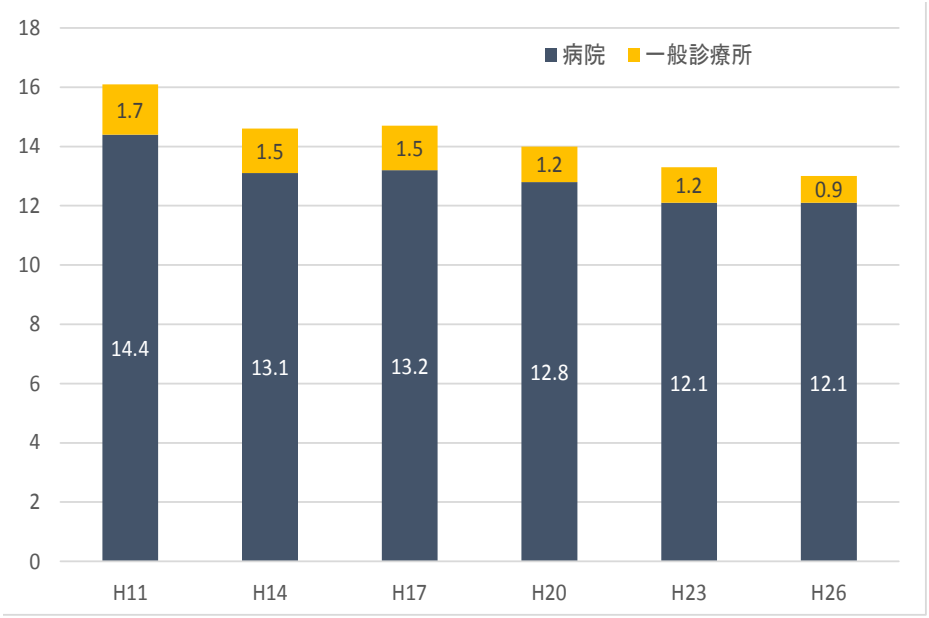
●徳島県の推計患者数、構成割合、受療率（施設の種類別）

区分	推計患者数（千人）		構成割合		受療率（人口10万対）	
	入院	外来	入院	外来	入院	外来
総数	13	47.8	100%	100%	1,705	6,256
病院	12.1	13.6	93.1%	28.5%	1,586	1,781
一般診療所	0.9	26.2	6.9%	54.8%	119	3,432
歯科診療所	－	8	－	16.7%	－	1,042

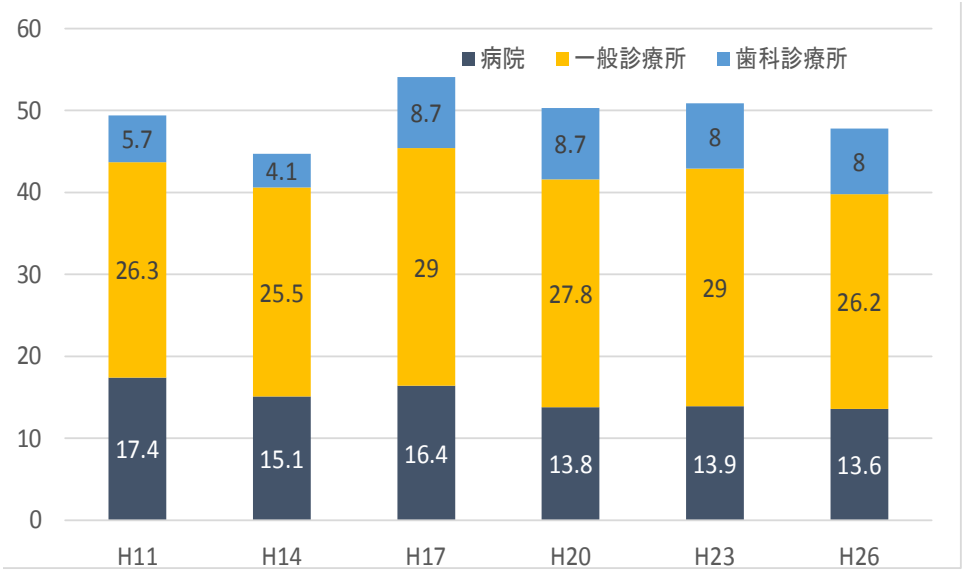
資料：厚生労働省「平成26年患者調査」

●施設の種類別にみた推計患者数の年次推移（入院・外来）

【入院】



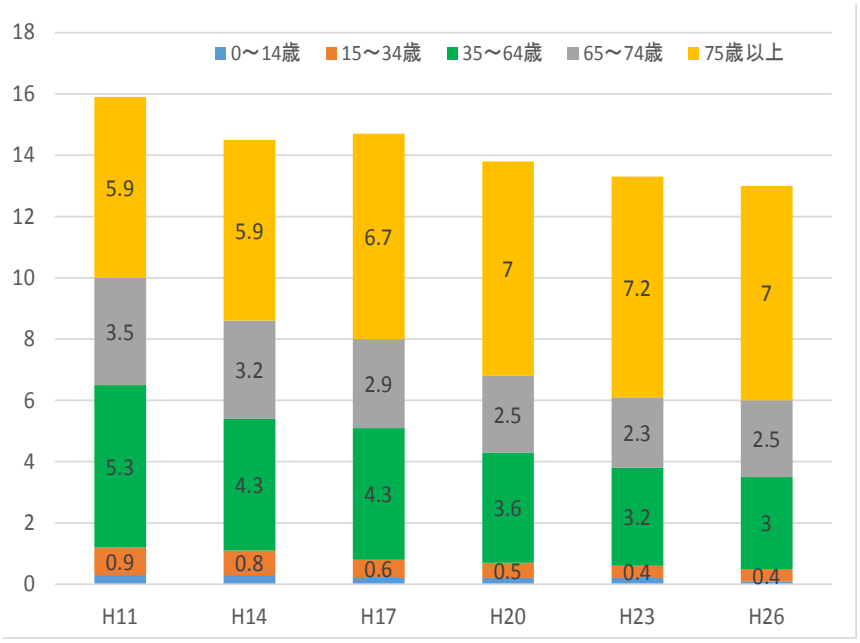
【外来】



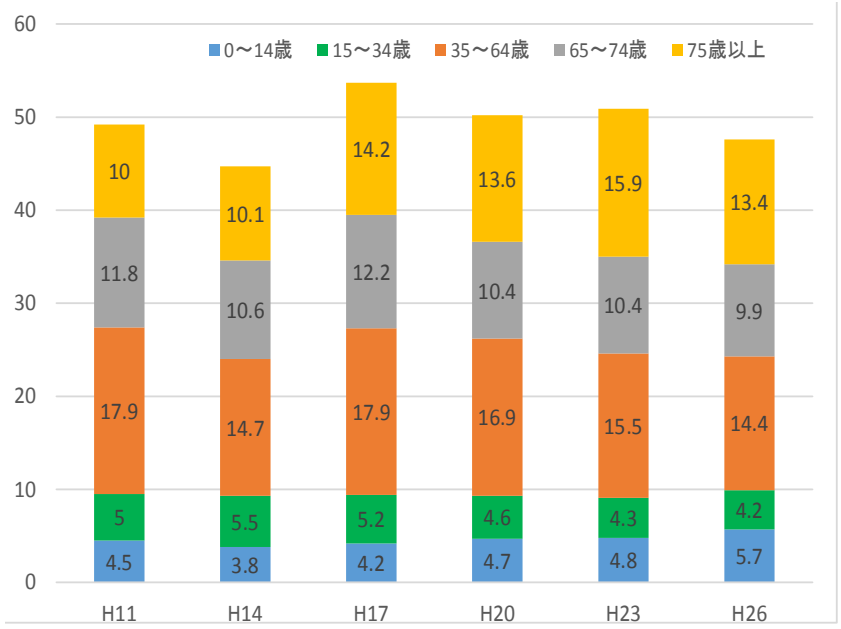
資料：厚生労働省「患者調査」

●年齢階級別にみた推計患者数の年次推移（入院・外来）

【入院】



【外来】



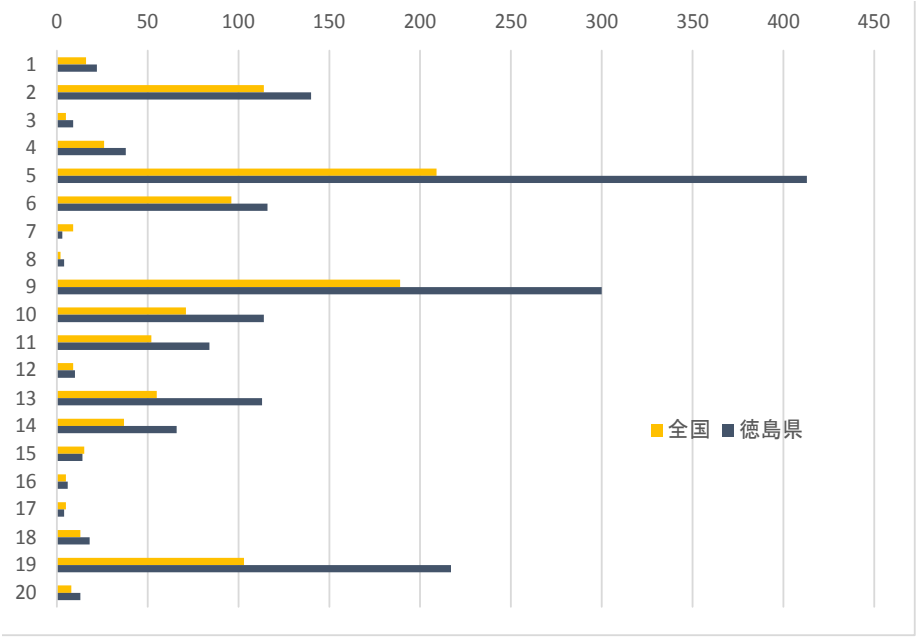
資料：厚生労働省「患者調査」

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」413（全国比1.98倍）、「９循環器系の疾患」300（同1.59倍）、「19損傷、中毒及びその他の外因の影響」217（同2.11倍）となっています。

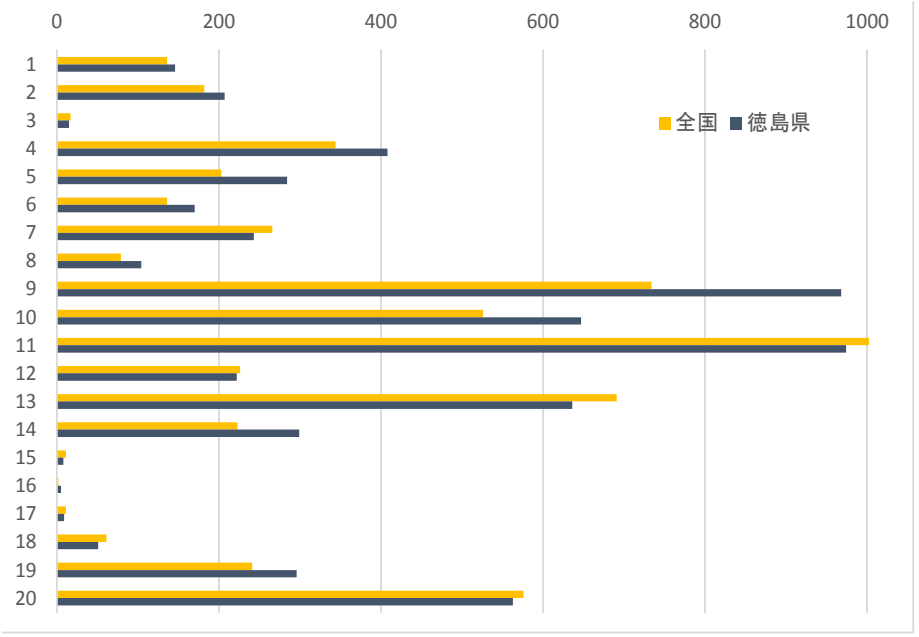
外来では、「11消化器系の疾患」974（全国比0.94倍）、「９循環器系の疾患」968（同1.32倍）、「10呼吸器系の疾患」647（同1.23倍）となっています。

●疾病分類別にみた受療率（人口10万対）

【入院】



【外来】



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

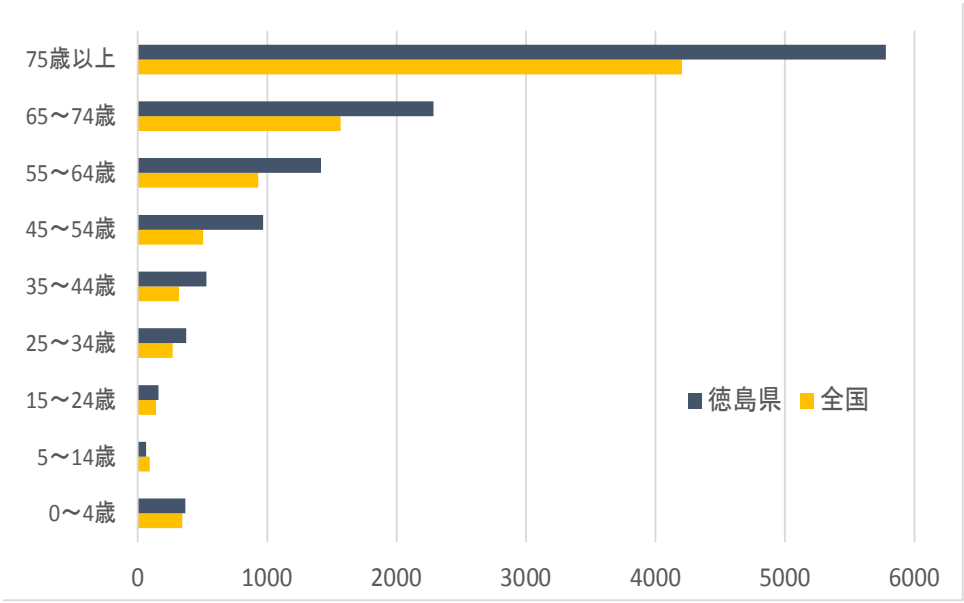
資料：厚生労働省「平成26年患者調査」

年齢階級別に受療率をみると、まず、入院患者については、５～14歳以外の年齢層において全国平均の受療率を上回っており、特に45歳以降の年齢層において全国値との差が約２倍となっています。

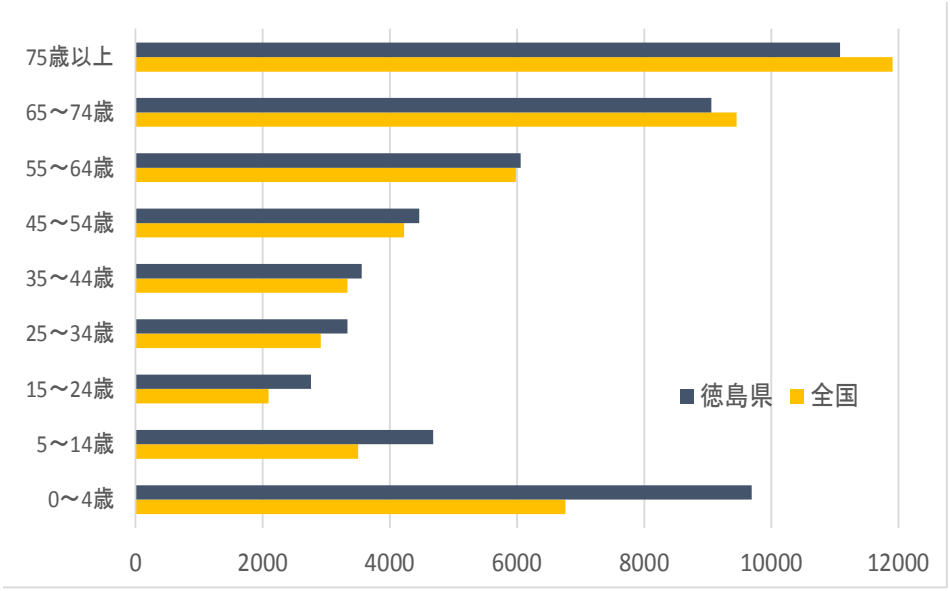
外来患者については、64歳未満の年齢層で全国値を上回っているものの、65歳以上では全国値を下回っています。

●年齢階級別受療率（人口10万対）

【入院】



【外来】

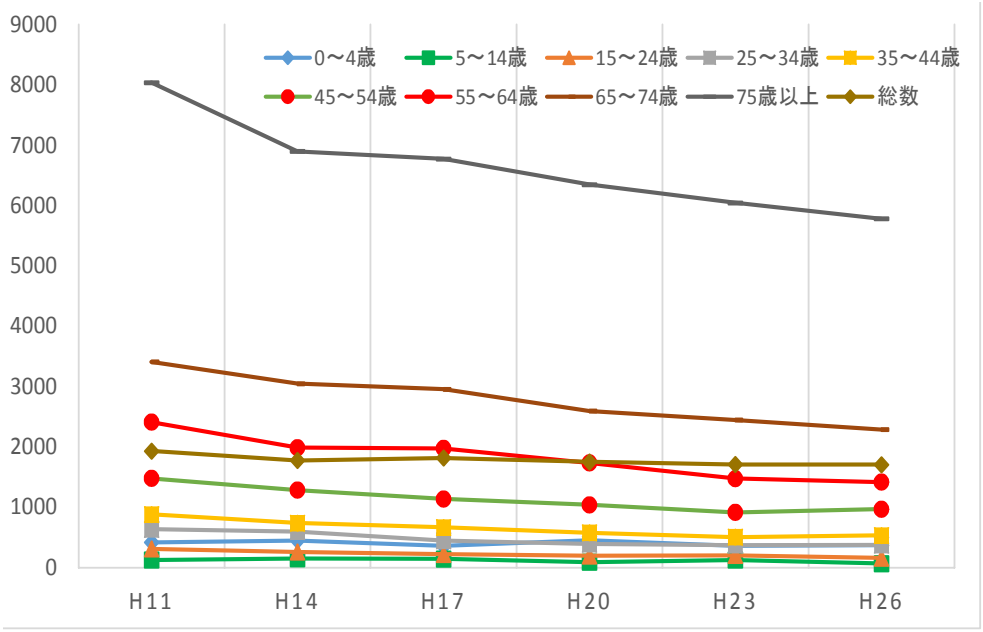


資料：厚生労働省「平成26年患者調査」

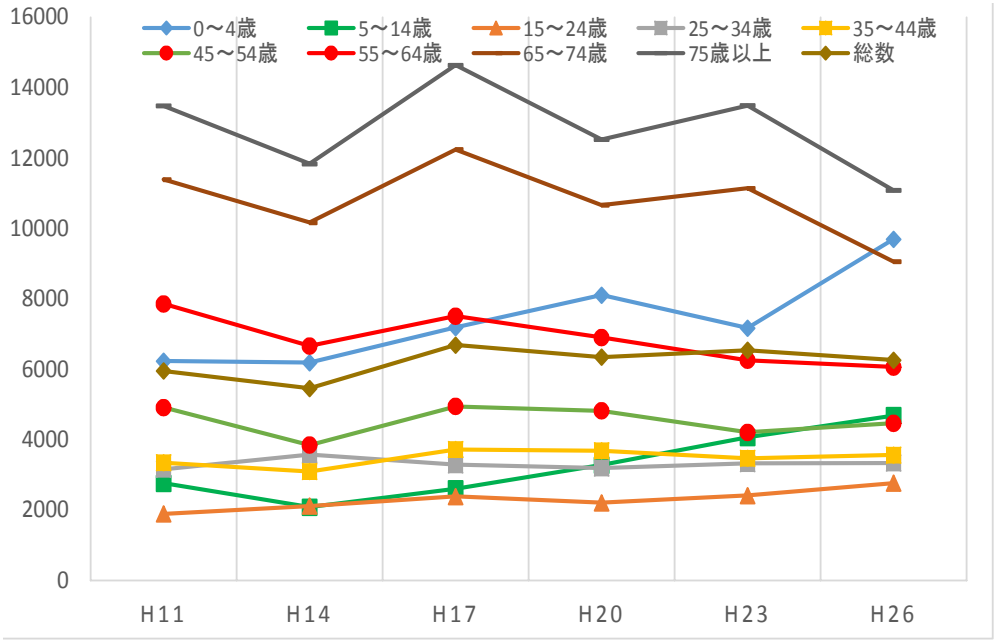
また、年齢階級別に受療率の年次推移をみると、入院、外来ともに75歳以上が最も高くなっているが、低下傾向にあります。また、外来の0～4歳については上昇傾向にあります。

●年齢階級別にみた受療率（人口10万対）の年次推移

【入院】



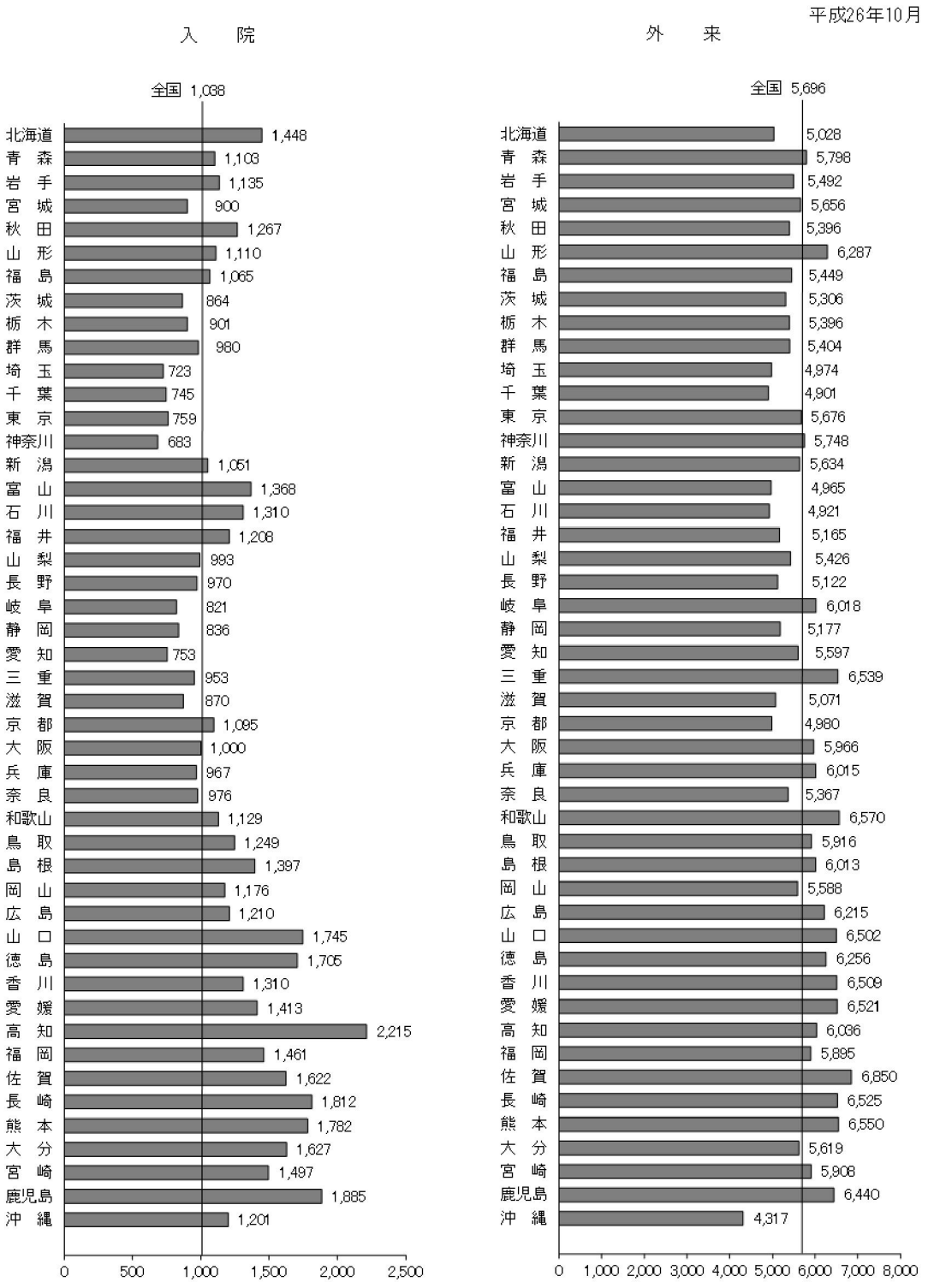
【外来】



資料：厚生労働省「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2,215と最も高く、神奈川が683と最も低くなっており、本県は全国６位となっています。また、外来では佐賀が6,850と最も高く、また、沖縄が4,317と最も低くなっており、本県は全国11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「平成26年患者調査」

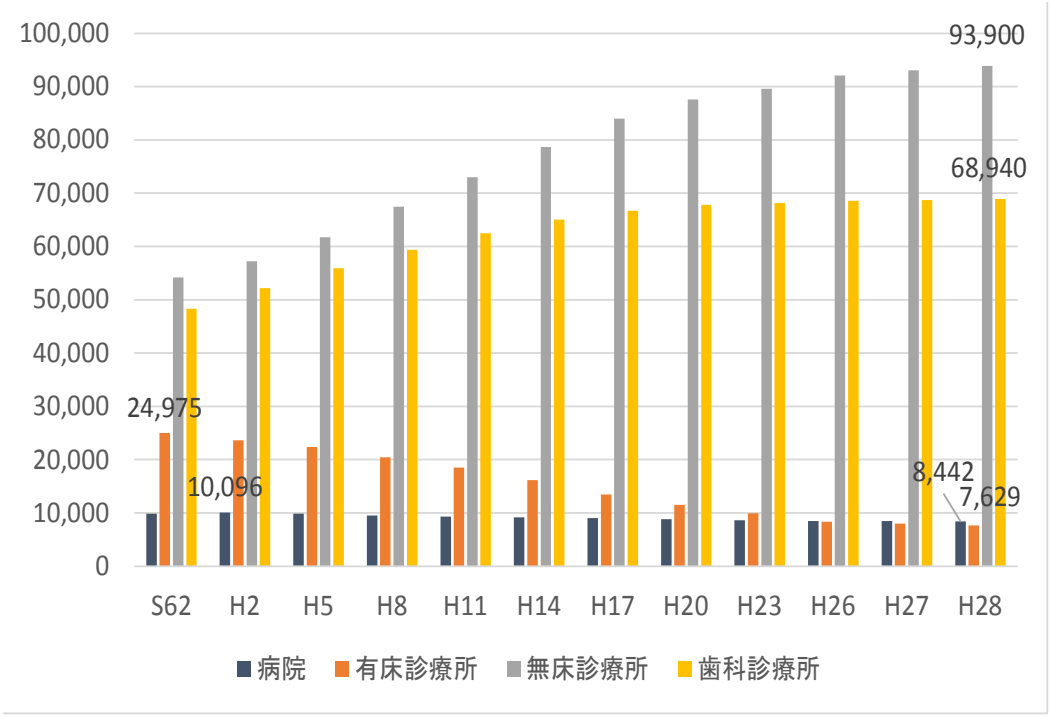
第３　保健医療施設の状況

１　病院、診療所数の年次推移

平成28年10月１日現在における全国の医療施設は178,911施設で、前年に比べ699施設増加しています。病院は8,442施設で、前年に比べ38施設減少しており、一般診療所は101,529施設で534施設の増、歯科診療所は68,940施設で203施設の増加となっています。

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

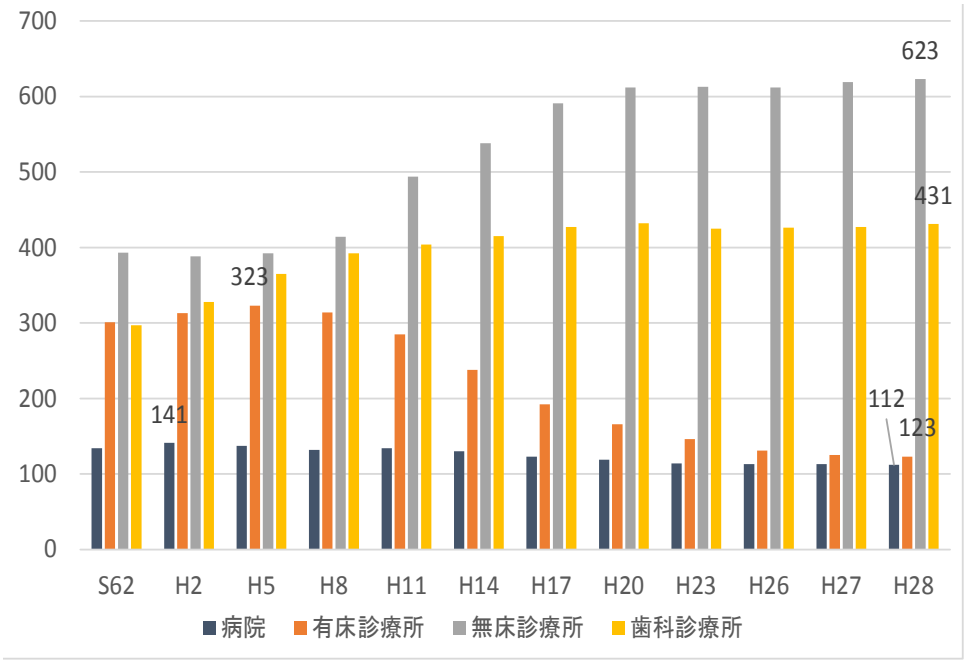


資料：厚生労働省「平成28年医療施設調査」

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、平成28年には112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、平成28年は123施設となっています。一方、無床診療所は、増加傾向であり、平成28年は623施設となっており、歯科診療所についても同様に、平成28年は431施設となっています。

●徳島県の医療施設の年次推移



資料：厚生労働省「平成28年医療施設調査」

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。

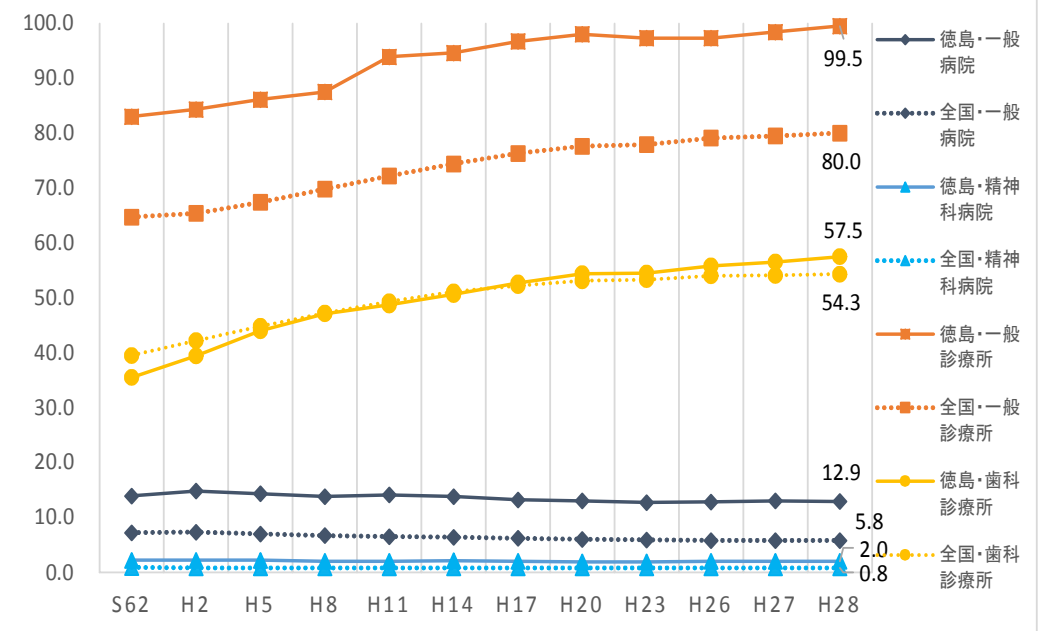
病院総数は、平成28年10月現在、112施設で、人口10万人当たり14.9と全国平均の6.7を大きく上回り、全国３位（１位高知18.0、２位鹿児島15.4）となっています。

一般診療所総数は、746施設で人口10万人当たり99.5と全国平均の80.0を上回り、全国４位（１位和歌山110.7、２位島根105.1、３位長崎101.6）となっています。

そのうち、無床診療所は、623施設で人口10万人当たり83.1で全国平均の74.0を上回り、全国９位（１位和歌山102.8、２位島根98.9、３位東京93.9）となっています。また、有床診療所は、123施設で人口10万人当たり16.4と全国平均の6.0を大きく上回り、全国６位（１位大分21.6、２位鹿児島21.1、３位佐賀19.6）となっています。

また、歯科診療所は、431施設で人口10万人当たり57.5と全国平均の54.3を若干上回っており、全国４位（１位東京78.2、２位大阪62.9、３位福岡60.6）となっています。

●医療施設数の年次推移（人口10万対）

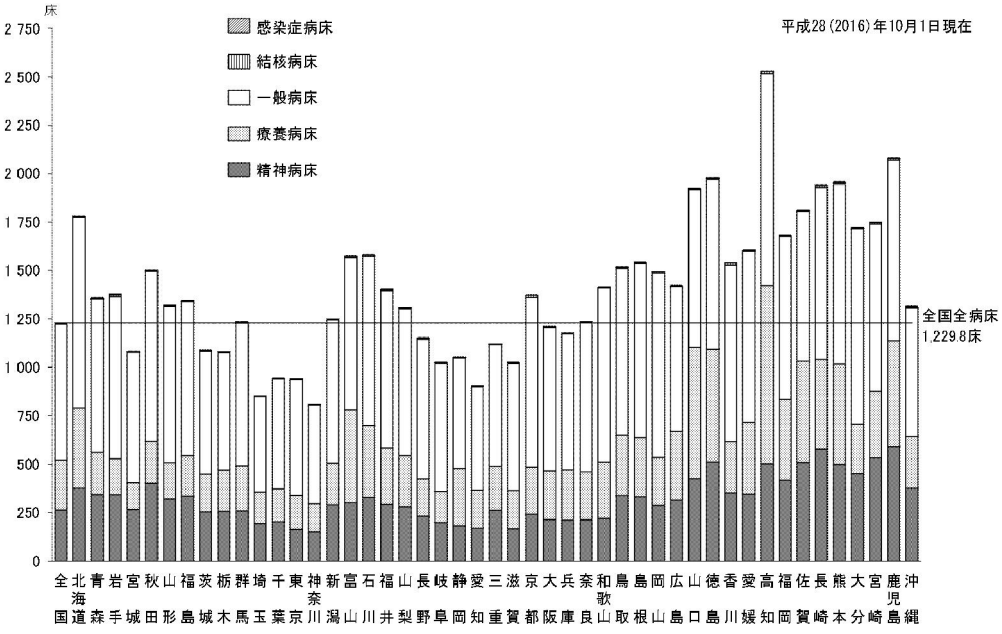


資料：厚生労働省「平成28年医療施設調査」

2　病床数の年次推移

人口10万対病院病床数をみると、全病床は1,229.8床で、病床の種類別では、精神病床263.3床、療養病床258.5床、一般病床702.3床となっています。これを都道府県別にみると、全病床は高知県（2530.4床）が最も多く、本県（1978.3床）は全国３位となっています。

●都道府県別にみた人口10万対病院病床数



資料：厚生労働省「平成28年医療施設調査」

●人口10万対病院病床数

平成28(2016)年10月1日現在

	全病床		精神病床		感染症病床		療養病床		一般病床	
全　国	1 229.8		263.3		1.5		258.5		702.3	
多い県	高　知	2 530.4	鹿児島	590.3	島　根	4.3	高　知	920.0	高　知	1 093.8
	鹿児島	2 083.6	長　崎	578.0	大　分	3.4	山　口	678.7	大　分	1 009.8
	徳　島	1 978.4	宮　崎	532.6	山　梨	3.4	徳　島	581.5	北海道	984.7
	熊　本	1 957.6	徳　島	512.8	和歌山	3.4	鹿児島	548.1	岡　山	951.7
	長　崎	1 941.3	佐　賀	510.0	徳　島	3.1	佐　賀	522.0	鹿児島	933.9
⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮
少ない県	千　葉	944.5	静　岡	183.1	愛　知	1.0	千　葉	169.0	静　岡	570.2
	東　京	942.1	愛　知	169.9	千　葉	0.9	埼　玉	162.2	千　葉	568.9
	愛　知	903.4	滋　賀	167.7	大　阪	0.9	岐　阜	161.5	愛　知	533.2
	埼　玉	852.1	東　京	164.5	神奈川	0.8	神奈川	145.1	神奈川	509.2
	神奈川	808.9	神奈川	152.1	埼　玉	0.6	宮　城	138.4	埼　玉	491.7
比(倍)（最大/最小）	3.1		3.9		7.5		6.6		2.2	

注：1）小数点第１位の数値は、小数点第２位を四捨五入して表示している。
　　2）比（倍）（最大／最小）は、四捨五入する前の数値で算出している。

資料：厚生労働省「平成28年医療施設調査」

本県の病院の病床数は、平成28年10月現在、総数14,838床で人口10万人当たり1978.4床と全国平均の1,229.8床を大きく上回り、全国３位（１位高知2,530.4、２位鹿児島2083.6）となっています。

一般病床は、6,571床で人口10万人当たり876.1床と全国平均の702.3床を上回り、全国13位（１位高知1,093.8、２位大分1,009.8、３位北海道984.7）となっています。

療養病床は、4,361床で人口10万人当たり581.5床と全国平均の258.5床を大きく上回り全国３位（１位高知920.0、２位山口678.7）となっています。

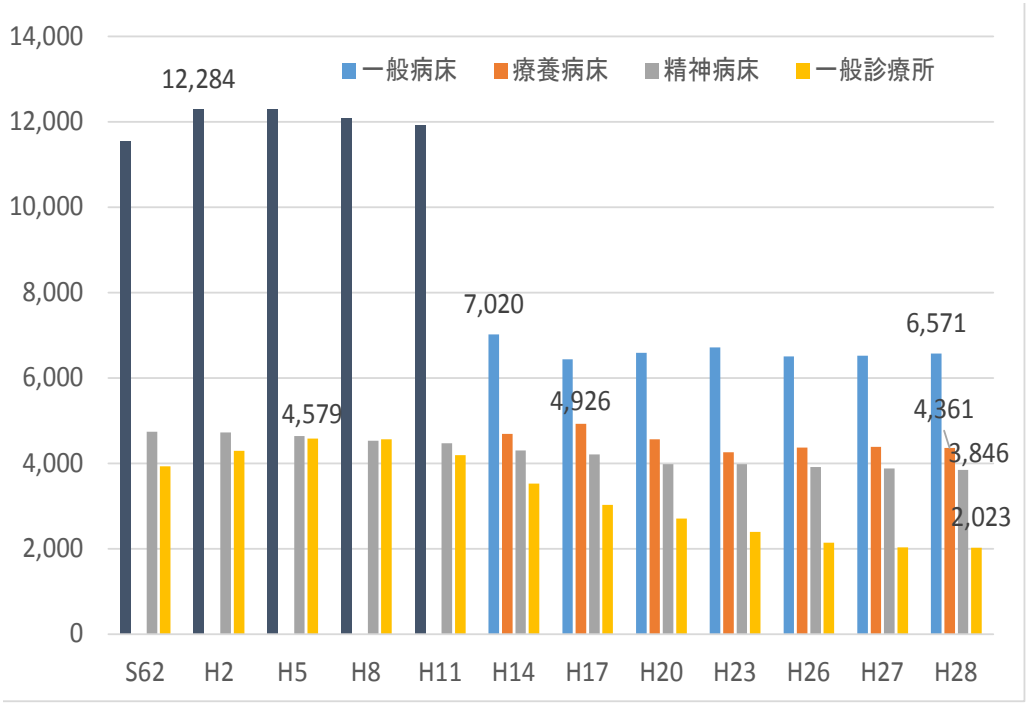
精神病床は、3,846床で人口10万人当たり512.8床と全国平均の263.3床を大きく上回り全国４位（１位鹿児島590.3、２位長崎578.0、３位宮崎532.6）となっています。

結核病床は、37床で人口10万人当たり4.9床と全国平均の4.2床を上回っています。

感染症病床は、４病院23床（徳島大学病院８床、県立中央病院５床、県立海部病院４床、県立三好病院６床）となっています。

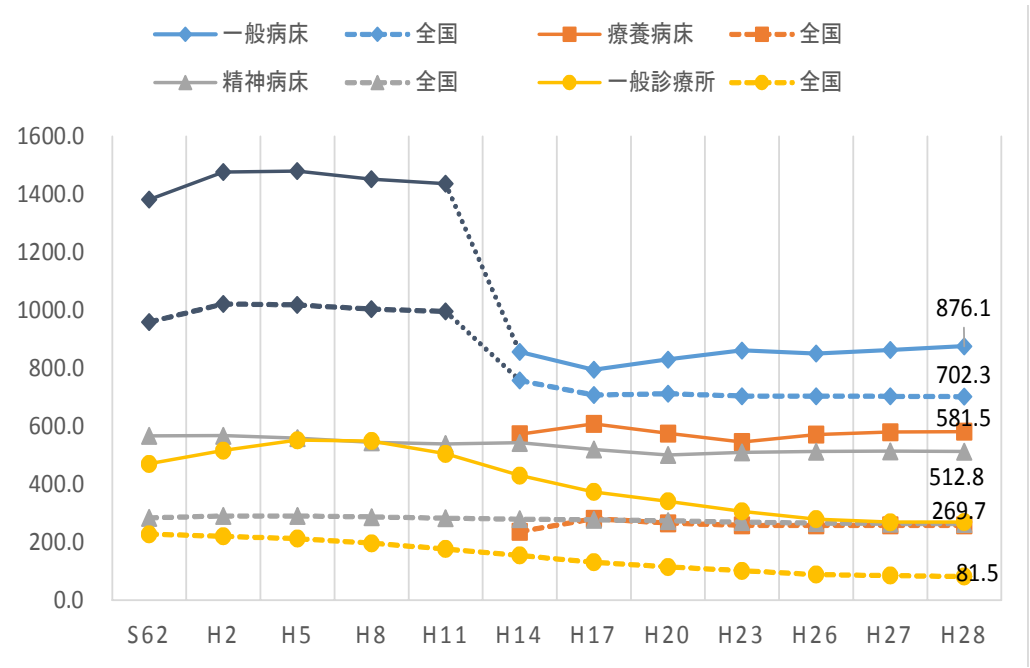
また、一般診療所の病床数は、2,023床で人口10万人当たり269.7と全国平均の81.5を大きく上回り、全国６位（１位鹿児島338.7、２位大分334.3、３位佐賀291.5）となっています。

●病床数の年次推移



資料：厚生労働省「平成28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「平成28年医療施設調査」

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73.1%、歯科診療所の74.5%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71.0%、一般診療所の81.7%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	
	一般病院	精神科病院	総数	(人口10万対)	有床	無床	総数	(人口10万対)	総数	(人口10万対)
東部	65	10	75	14.3	101	444	545	103.8	321	61.1
南部	18	2	20	13.7	7	116	123	84.4	69	47.4
西部	14	3	17	21.4	15	63	78	98.1	41	51.6
県全体	97	15	112	14.9	123	623	746	99.4	431	57.5
全国	7,380	1,062	8,442	6.7	7,629	93,900	101,529	80	68,940	54.3

資料：厚生労働省「平成28年医療施設調査」

●圏域別病床数の状況

	病院							一般診療所	
	一般病床	療養病床	結核病床	感染症病床	精神病床	総数	(人口10万対)	総数	(人口10万対)
東部	4,383	3,359	25	13	2,759	10,539	2007.5	1,653	314.9
南部	1,543	538	4	4	271	2,360	1619.8	113	77.6
西部	645	464	8	6	816	1,939	2439.1	257	323.3
県全体	6,571	4,361	37	23	3,846	14,838	1977.9	2,023	269.7
全国	891,398	328,161	5,347	1,841	334,258	1,561,005	1229.8	103,451	81.5

資料：厚生労働省「平成28年医療施設調査」

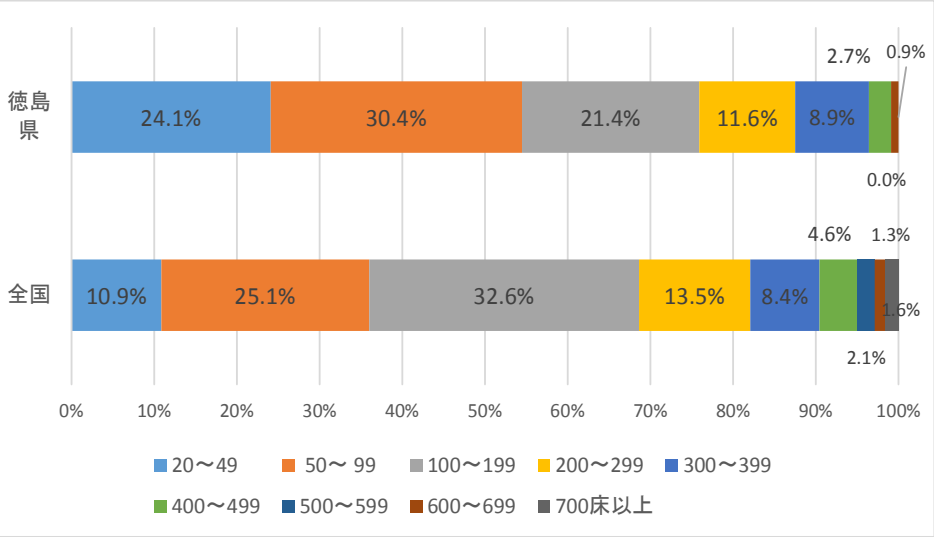
4　病床規模別の状況

本県の病院については、20～49床規模の病院が24.1%、50～99床規模の病院が30.4%で、20～99床の規模の病院が全体の54.5%を占めています。

全国では、20～49床規模の病院が10.9%、50～99床規模の病院が25.1%であり、20～99床の規模の病院は全体の36.0%となっています。

また、400床以上規模の病院が、全国が全体の9.6%に対し、本県では3.6%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

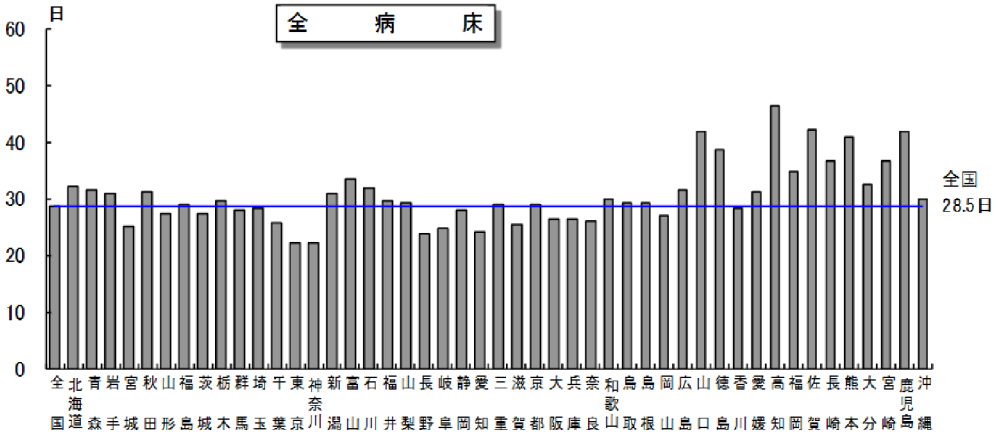


資料：厚生労働省「平成28年医療施設調査」

5　平均在院日数の状況

平成28年中の本県の病院の平均在院日数は38.6日で全国平均の28.5日と比べ大幅に長くなっており、全国６位（１位高知46.4、２位佐賀42.1、３位鹿児島42.0）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）



注：熊本地震の影響により、平成28年4月分の報告において、熊本県の病院１施設（阿蘇医療圏）は、報告がなかったため除いて集計した。

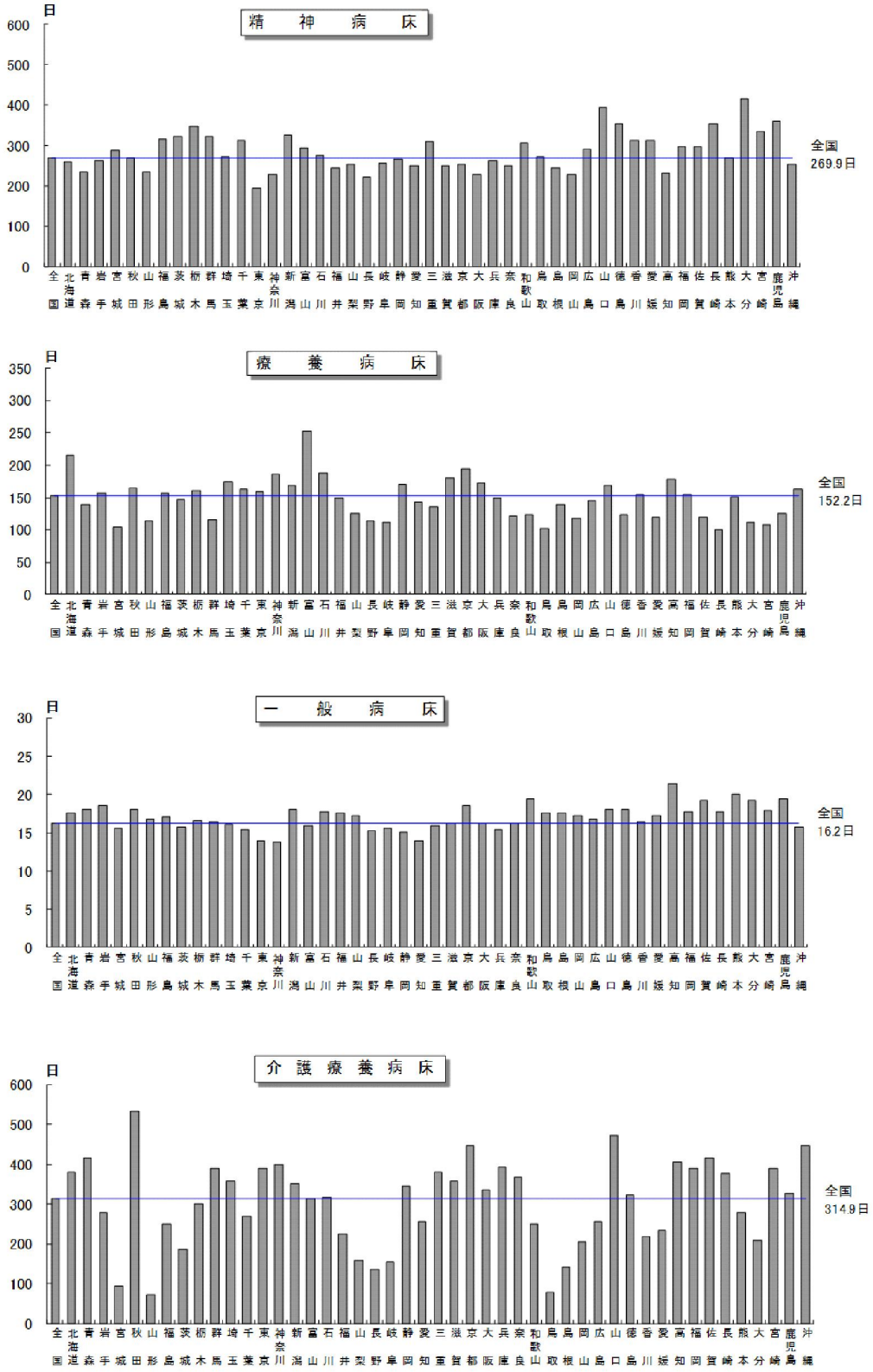
資料：厚生労働省「平成28年病院報告」

病床の種類別にみると、精神病床は355.2日と最も長くなっており、全国平均の269.9日を大きく上回り、全国４位（１位大分415.2、２位山口395.3、３位鹿児島361.1）となっています。

一般病床は18.0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20.1、３位和歌山・鹿児島19.4）となっています。

療養病床は124.0日で全国平均の152.2日より短くなっており、全国33位（１位富山252.9、２位北海道215.6、３位京都193.7）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）



注：熊本地震の影響により、平成28年4月分の報告において、熊本県の病院１施設（阿蘇医療圏）は、報告がなかったため除いて集計した。

資料：厚生労働省「平成28年病院報告」

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、平成29年10月時点で69施設・3,819人分の整備がなされており、全国的には、「介護サービス施設・事業所調査」（厚生労働省）によれば、平成28年10月時点で全国第25位の整備水準となっています。

また、介護老人保健施設についても、平成29年10月で52施設・4,128人分の整備がなされ、平成28年10月時点では全国第１位と高い整備水準となっています。

介護療養型医療施設は、療養病床のうち介護保険のサービスを提供する施設として県の指定を受けた病床のことであり、平成29年10月時点で37施設・1,027人分の整備がなされ、平成28年10月時点では全国第２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

		H25	H26	H27	H28	H29
介護老人福祉施設	施設数	60	65	68	68	69
	定員数	3,477	3,663	3,790	3,790	3,819
介護老人保健施設	施設数	52	52	52	52	52
	定員数	4,109	4,128	4,128	4,128	4,128
介護療養型医療施設	施設数	52	49	43	40	37
	定員数	1,398	1,281	1,162	1,102	1,027

資料：徳島県保健福祉部長寿いきがい課

第3章　保健医療圏の設定

第１　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６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、西部が最も少なく約８万人であり、20万人を超えるのは東部のみとなっています。また、圏域面積については、最大が南部の約1,724ｋ㎡、最小が東部の約1,016ｋ㎡となっています。よって、東部圏域には、全体の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）	527,175	69.76%	1,016.64	24.52%	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）	147,656	19.54%	1,724.13	41.58%	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）	80,902	10.71%	1,405.88	33.90%	美馬市　三好市 つるぎ町　東みよし町
合計	２４ （８市１５町１村）	755,733		4,146.65		

資料：平成27年国勢調査及び平成27年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展しており、平成27年の国勢調査によると、南部と西部の２圏域については、いずれも30%以上の住民が65歳以上という状況にあります。

中でも西部圏域については、37.7%の住民が65歳以上であり、さらに世帯総数の17.7%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	527,175	62,687	11.9%	311,508	59.1%	77,195	14.6%	75,785	14.4%	29.0%
南部	147,656	16,868	11.4%	80,275	54.4%	23,726	16.1%	26,787	18.1%	34.2%
西部	80,902	7,889	9.8%	42,519	52.6%	12,343	15.3%	18,151	22.4%	37.7%

資料：総務省「平成27年国勢調査」（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	215,826	94,354	43.7	25,528	11.8	25,388	11.8
南部	57,322	31,599	55.1	8,189	14.3	8,999	15.7
西部	31,763	18,999	59.8	5,608	17.7	4,883	15.4

資料：総務省「平成27年国勢調査」

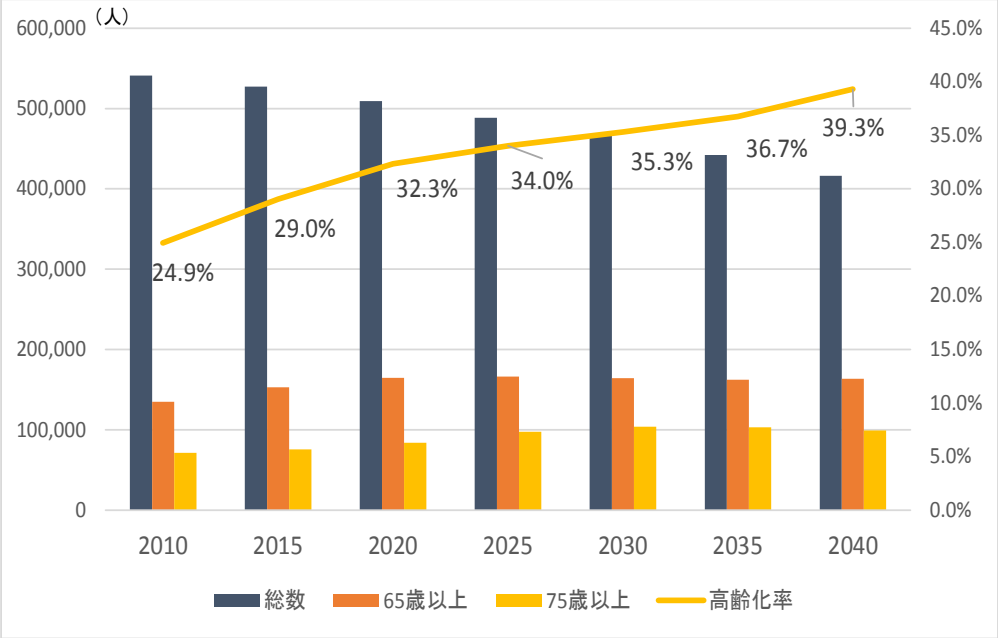
また、国立社会保障・人口問題研究所の将来推計によれば、人口総数は、東部・南部・西部全ての圏域において、2025年に向けて減少する見通しとなっています。

東部圏域では、65歳以上人口は2025年に向けて増加しますが、このうち75歳以上に限れば2040年に向けてもなお増加する見通しとなっています。

南部圏域では、65歳以上人口、75歳以上人口ともに2025年に向けて増加した後、2040年に向けては減少する見通しとなっています。

西部圏域では、人口総数のみならず、65歳以上人口、75歳以上人口の全てが2025年に向けて減少する見通しとなっています。

●東部圏域の人口推計

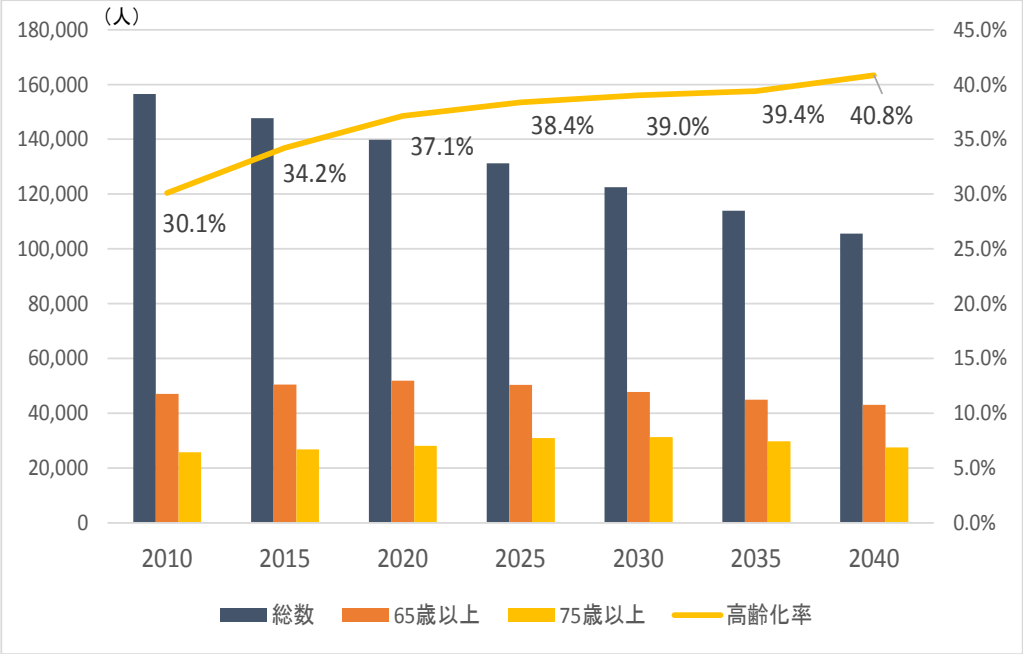


（人）

	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040
総数	540,942	527,175	509,260	488,496	466,040	441,960	416,323
65歳以上	134,960	152,980	164,629	166,100	164,490	162,334	163,597
75歳以上	71,152	75,785	84,042	97,794	103,947	102,937	99,238
高齢化率	24.9%	29.0%	32.3%	34.0%	35.3%	36.7%	39.3%

資料：国勢調査及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」
（平成25年３月中位推計）
注：国勢調査における人口には年齢不詳を含む。

●南部圏域の人口推計

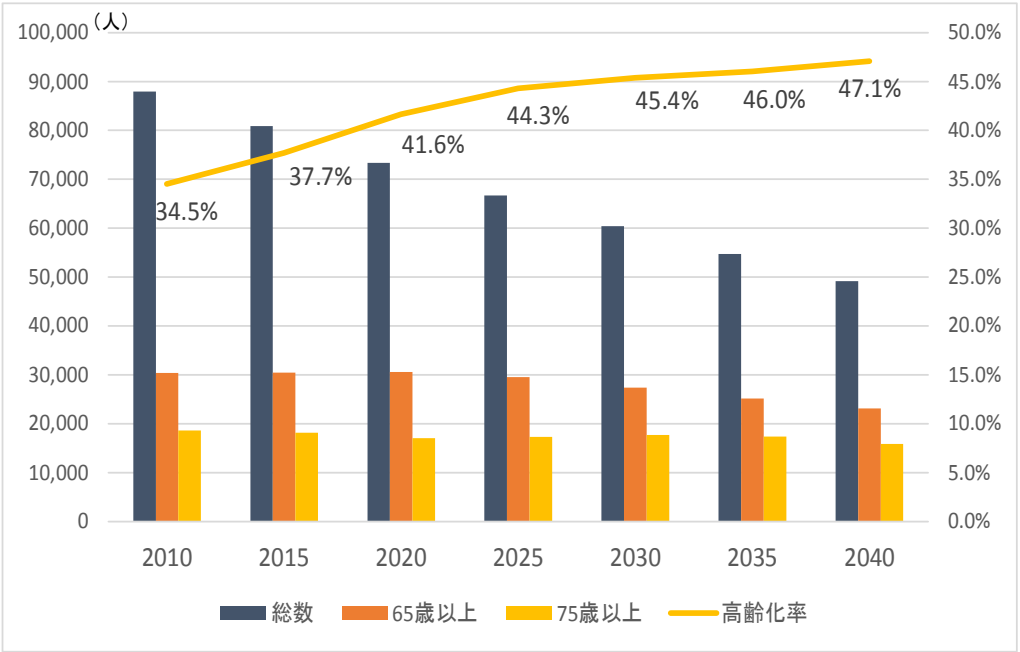


（人）

	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040
総数	156,580	147,656	139,876	131,173	122,484	113,935	105,522
65歳以上	47,096	50,513	51,915	50,319	47,761	44,889	43,076
75歳以上	25,721	26,787	28,055	30,880	31,328	29,787	27,539
高齢化率	30.1%	34.2%	37.1%	38.4%	39.0%	39.4%	40.8%

資料：国勢調査及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」
（平成25年３月中位推計）
注：国勢調査における人口には年齢不詳を含む。

●西部圏域の人口推計



（人）

	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040
総数	87,969	80,902	73,383	66,663	60,438	54,697	49,171
65歳以上	30,366	30,494	30,561	29,531	27,411	25,168	23,147
75歳以上	18,607	18,151	17,080	17,335	17,683	17,357	15,863
高齢化率	34.5%	37.7%	41.6%	44.3%	45.4%	46.0%	47.1%

資料：国勢調査及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」
（平成25年３月中位推計）
注：国勢調査における人口には年齢不詳を含む。

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、93.8%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16.2%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34.2%、救急車により搬送された入院患者数でみれば、38.3%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、いずれの圏域も20%に満たない流入となっており、特に、西部圏域では3.4%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	16.2	6.2	11.6	10.0
南部	17.0	27.5	19.8	4.0
西部	3.4	34.2	－	38.3

資料：平成26年患者調査（厚生労働省医政局地域医療計画課による特別集計）

●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	93.8	4.1	0.4	0.4	1.0	0.3
	南部	26.0	72.5	－	0.2	0.8	0.6
	西部	26.3	0.5	65.8	6.3	0.6	0.4

資料：平成26年患者調査（厚生労働省医政局地域医療計画課による特別集計）

●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	90.0	7.7	－	0.6	0.4	1.1
	南部	4.0	96.0	－	－	－	－
	西部	31.9	2.8	61.8	2.8	1.4	－

資料：平成26年患者調査（厚生労働省医政局地域医療計画課による特別集計）

また、2025年の２次医療圏ごとの入院患者の受療動向の推計については、2025年においても現在と患者の受療動向が変わらないと仮定した場合、南部から東部へ、西部から東部への患者の流出が比較的多いものの、東部では約95%、南部と西部においても70%を超える患者は、住所地のある二次医療圏内で受療する見込みであることが示されています。

●2025年の入院患者の受療動向の推計

		医療機関所在地					
		東部	（割合）	南部	（割合）	西部	（割合）
患者住所地	東部	4,807	94.8%	266	5.2%	－	－
	南部	423	27.9%	1,091	72.1%	－	－
	西部	189	22.3%	－	－	660	77.7%

資料：厚生労働省「地域医療構想策定支援ツール」

実数の単位：人／日

実数は、県内構想区域における10以上の数値について抽出し、小数第1位を四捨五入

割合は、患者住所地別にみた受診医療機関所在地の分布割合を示す

④医療資源の分布

病院の病床数及び医療施設に従事する医師数をそれぞれ人口10万人あたりでみると、病床数では、各圏域で約1,600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1,229.8床を上回る整備水準にあります。

一方、医療施設従事医師数をみると、東部が349.7人と最も多く、次いで南部が256.7人で、この２圏域が全国平均の240.1人を上回っていますが、西部圏域は全国平均を下回る200.0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	75	10,539	3,359	4,383	2,007.5	1,836	349.7
南部	20	2,360	538	1,543	1,619.8	374	256.7
西部	17	1,939	464	645	2,439.1	159	200
県全体	112	14,838	4,361	6,571	1,977.9	2,369	315.9
全国	8,442	1,561,005	328,161	891,398	1,229.8	304,759	240.1

資料：厚生労働省「平成28年医療施設調査」「平成28年医師・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分程度の時間を必要とします。また、自動車を利用した場合では、渋滞状況等で大きく変動しますが、概ね２時間余りの時間が必要となります。

また、県西部についてＪＲ阿波池田駅からＪＲ徳島駅までの移動時間をみると、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展を考慮すれば、身近な地域において、入院医療を含む身近な治療を受けることができる体制の整備は、引き続き極めて重要であり、このような取組みは、これまでの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次保健医療圏を超えた広いものとなっておりますが、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、人口、圏域面積なども考慮のうえ、今回、本県の２次保健医療圏については、東部、南部、西部の既設の３圏域を維持することとし、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、５事業及び在宅医療をはじめとする各種保健医療に関する施策の実施にあたっては、その疾病等の現状と、求められる今後の医療連携のあり方等を検討のうえ、個々の疾病、事業毎に圏域の設定を行い、必要に応じきめ細やかな対策を推進します。

さらに併せて、今後も引き続き、地域の医師確保等による高度専門医療体制の確保を目指し、様々な疾病等において可能な限り1.5次保健医療圏をはじめ、少しでも身近な地域で保健医療サービスの提供が完結するよう、「県民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（第７次）

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）	448,507	59.35%	681.39	16.43%	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）	78,668	10.41%	335.25	8.08%	吉野川市　阿波市
南部	南部Ⅰ	５ （２市３町）	127,022	16.81%	1,199.06	28.92%	小松島市　阿南市 勝浦町　上勝町　那賀町
	南部Ⅱ	３ （３町）	20,634	2.73%	525.07	12.66%	牟岐町　美波町　海陽町
西部	西部Ⅰ	２ （１市１町）	39,428	5.22%	561.98	13.55%	美馬市　つるぎ町
	西部Ⅱ	２ （１市１町）	41,474	5.49%	843.90	20.35%	三好市　東みよし町
合計		２４ （８市１５町１村）	755,733		4,146.65		

資料：平成27年国勢調査及び平成27年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

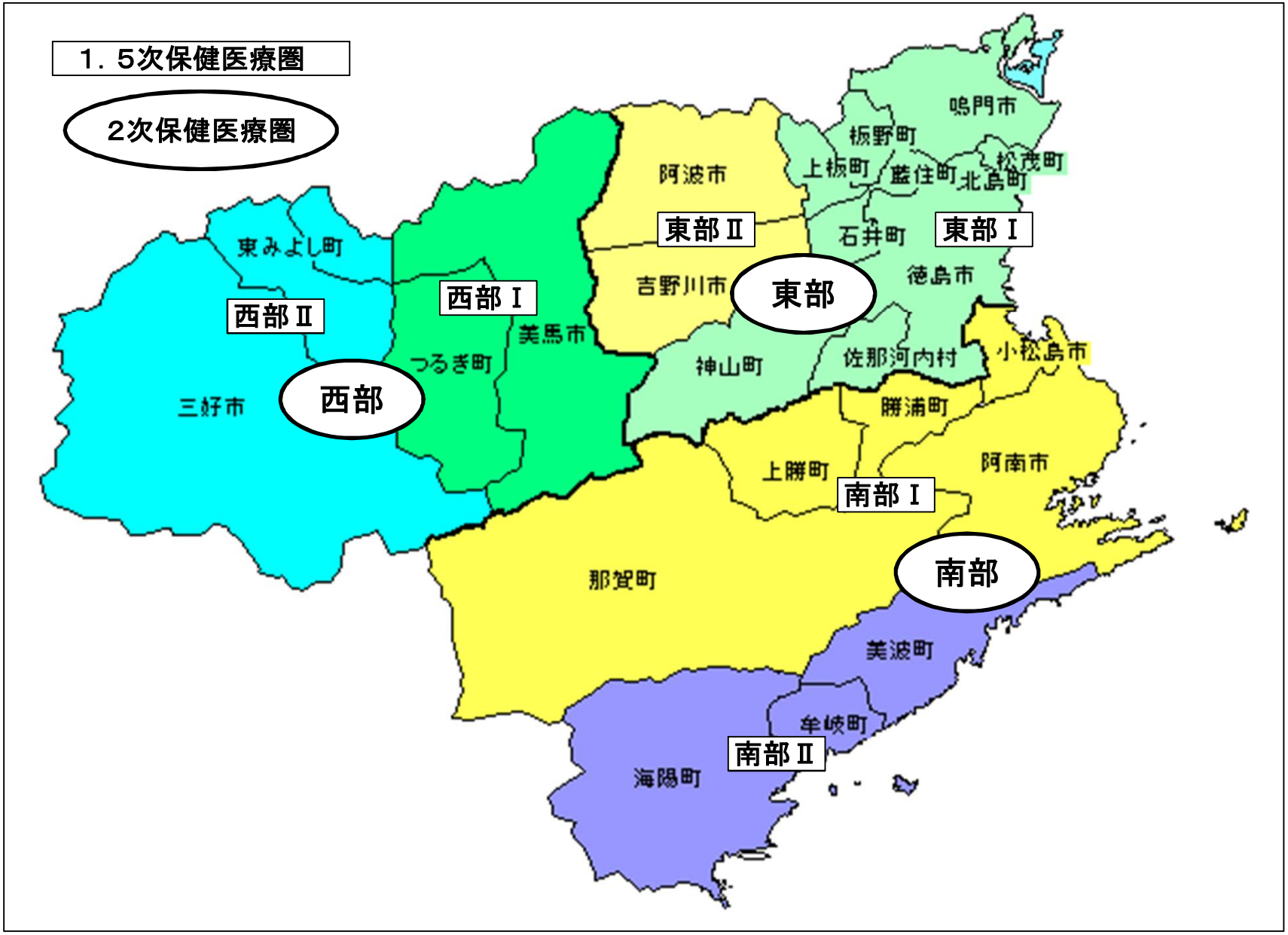
保健医療圏	基準病床数	既存病床数 (H29.3.31現在)	過不足病床数
東 部	5,334	7,659	2,325
南 部	1,320	1,983	663
西 部	547	1,143	596
合　　計	7,201	10,785	3,584

●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 (H29.3.31現在)	過不足病床数
精神病床	3,096	3,712	616
結核病床	27	37	10
感染症病床	23	23	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

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

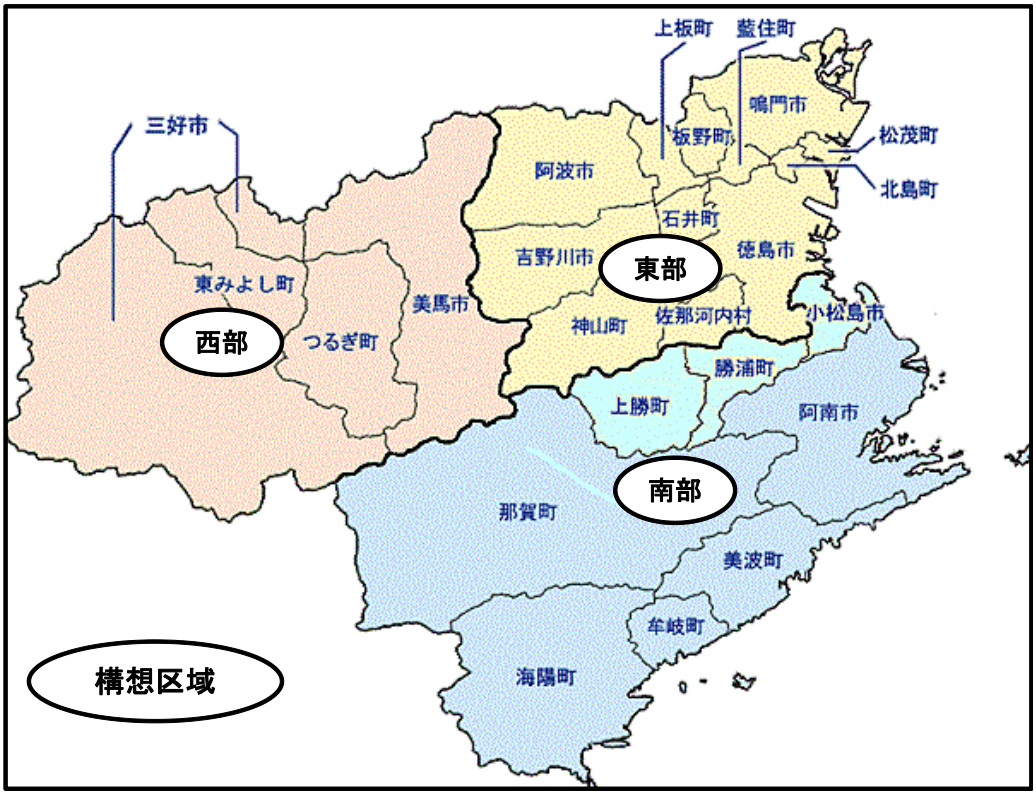
地域医療構想の検討を行うためには、まず構想区域の設定を行い、構想区域及び医療需要に対応する医療供給（医療提供体制）を具体化することとなります。

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。

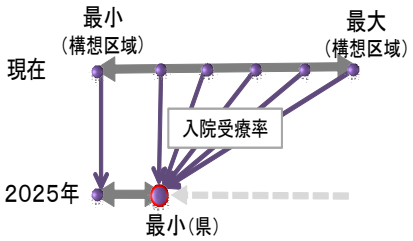
(2)慢性期機能の推計方法

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。

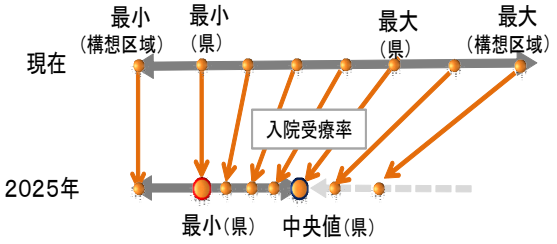
【パターンA】

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

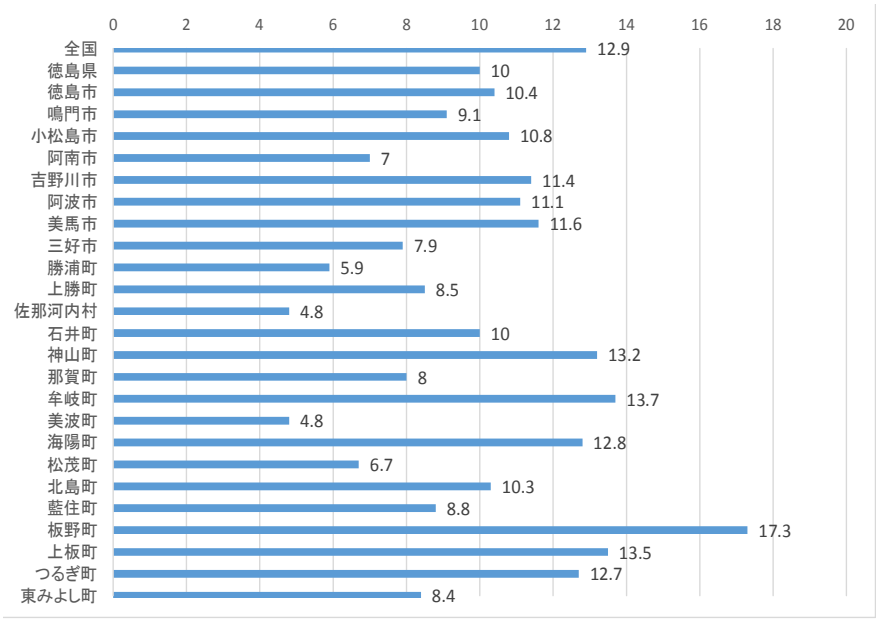
【在宅医療等の需要推計】

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。

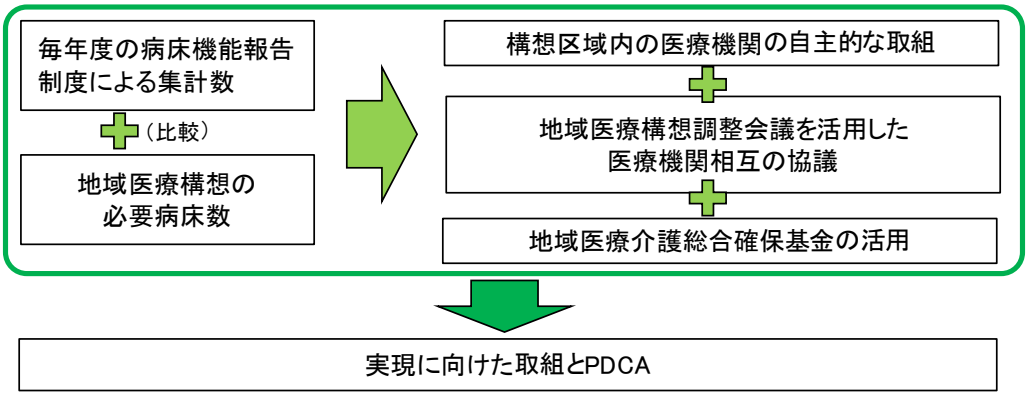
(2)各医療機関における自主的な取組み

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。

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。

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患者の受入数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	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・強化に取り組みます。

(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 (H29)	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ものとします。

●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東徳島医療センター	板野町	330	310			20			○								
	8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					高度救命救急	○	拠点	地域	○	○	○	○	地域連携	○
	徳島赤十字ひのみね総合療育センター	小松島市	140	140														
	阿南共栄病院	阿南市	343	343						○				○				○
	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	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						○			○	○				
	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市立三野病院	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	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

県内では、平成30年１月１日時点で、３法人が認定を受けています。

●社会医療法人の認定状況（H30.1.1）

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「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
（海抜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・強化に取り組みます。

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

本県のがん受療率は、厚生労働省患者調査（平成29年）によれば、人口10万対で、入院患者が123、外来患者が150となっており、入院、外来ともに全国平均（入院100、外来145）より高くなっています。

○がんの受療率の推移（人口10万対）

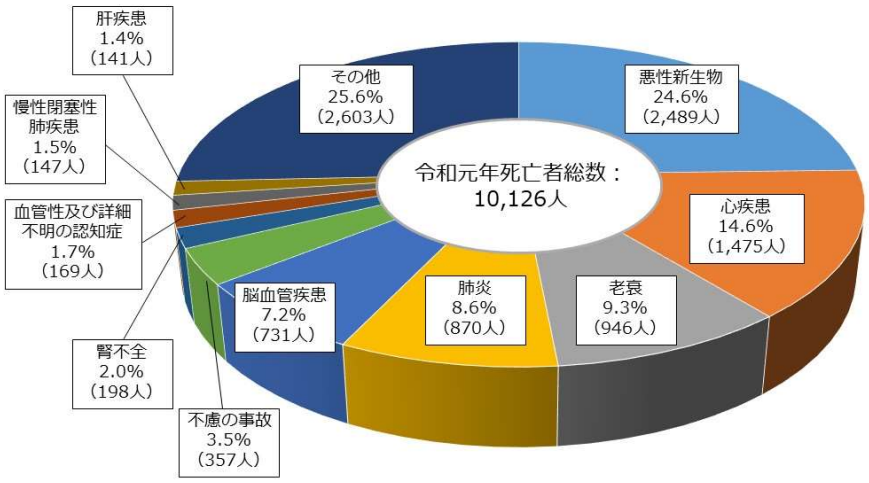
区分	徳島県						全国		
	総数	順位	入院	順位	外来	順位	総数	入院	外来
H23	255	21	125	17	131	25	238	107	130
H26	289	8	124	13	166	5	237	102	135
H29	273	16	123	11	150	21	244	100	145
前回比(%)	94.5	-	99.2	-	90.4	-	103	98	107.4

資料：“患者調査”，厚生労働省，平成29年

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、令和元年では、全死亡者数10,126人のうち24.6%にあたる2,489人が、がんで死亡しています。

○徳島県の令和元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

資料：”人口動態統計”，厚生労働省，令和元年

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、令和元年には、悪性新生物344.3、心疾患204、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：”人口動態統計”，厚生労働省，昭和45年から令和元年

令和元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35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69.4、次いで「大腸（結腸・直腸Ｓ状結腸移行部及び直腸）」41.8、「胃」36.4、「膵」33.9と続いており、全国と比較すると、「肝及び肝内胆管」、「悪性リンパ腫」、「乳房」が高くなっています。

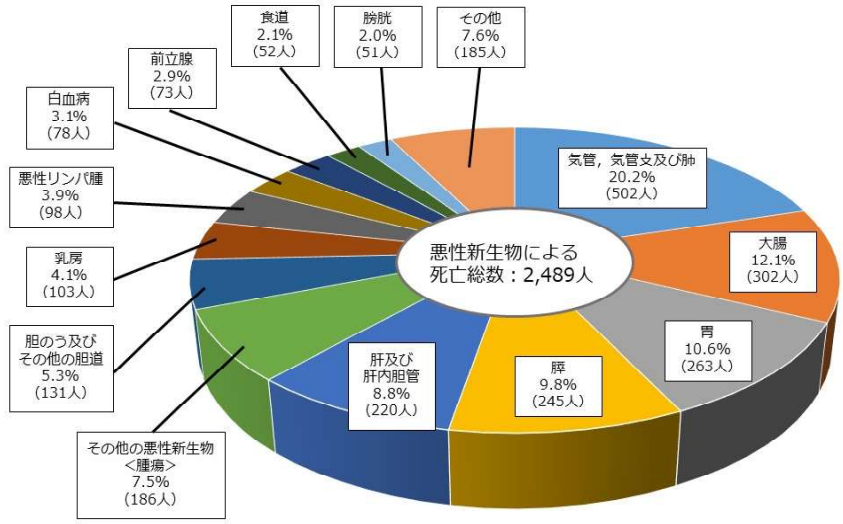
○悪性新生物の部位別死亡者数（令和元年）

	徳島県			全　国		
部位	死亡数	死亡率	全国順位	死亡数	死亡率	死因順位
悪性新生物＜腫瘍＞	2,489	344.3	35	376,425	304.2	-
気管，気管支及び肺	502	69.4	36	75,394	60.9	1
胃	263	36.4	25	42,931	34.7	2
膵	245	33.9	35	36,356	29.4	3
肝及び肝内胆管	220	30.4	47	25,264	20.4	7
結腸	209	28.9	19	35,599	28.8	4
その他の悪性新生物＜腫瘍＞	186	25.7	37	27,881	22.5	5
胆のう及びその他の胆道	131	18.1	33	17,924	14.5	8
乳房	103	14.2	41	14,935	12.1	10
悪性リンパ腫	98	13.6	43	13,235	10.7	11
直腸Ｓ状結腸移行部及び直腸	93	12.9	24	15,821	12.8	9
前立腺	73	21.1	21	12,544	20.8	6
食道	52	7.2	5	11,619	9.4	13
膀胱	51	7.1	18	8,911	7.2	15
子宮	32	8.5	3	6,804	10.7	11
卵巣	32	8.5	32	4,733	7.5	14

資料：”人口動態統計”，厚生労働省，令和元年　※死亡率は人口10万対である。

令和元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20.2%、次いで「大腸」12.1%、「胃」10.6%、「膵」9.8%と高い割合となっています。

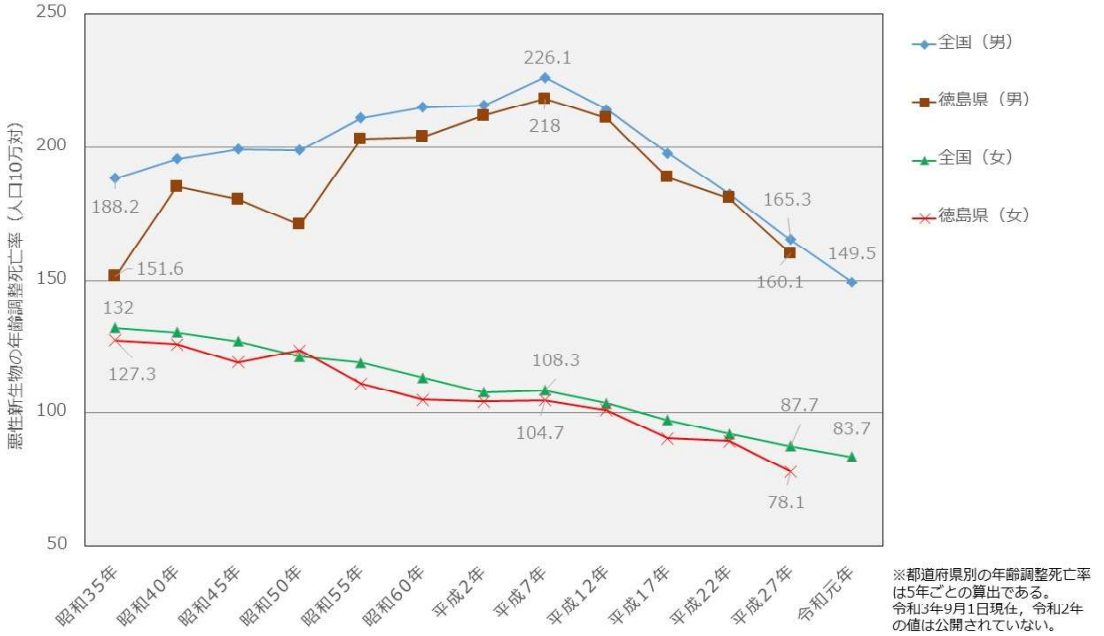
○令和元年悪性新生物の部位別死亡数の割合



参考：”人口動態統計”，厚生労働省，令和元年

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）

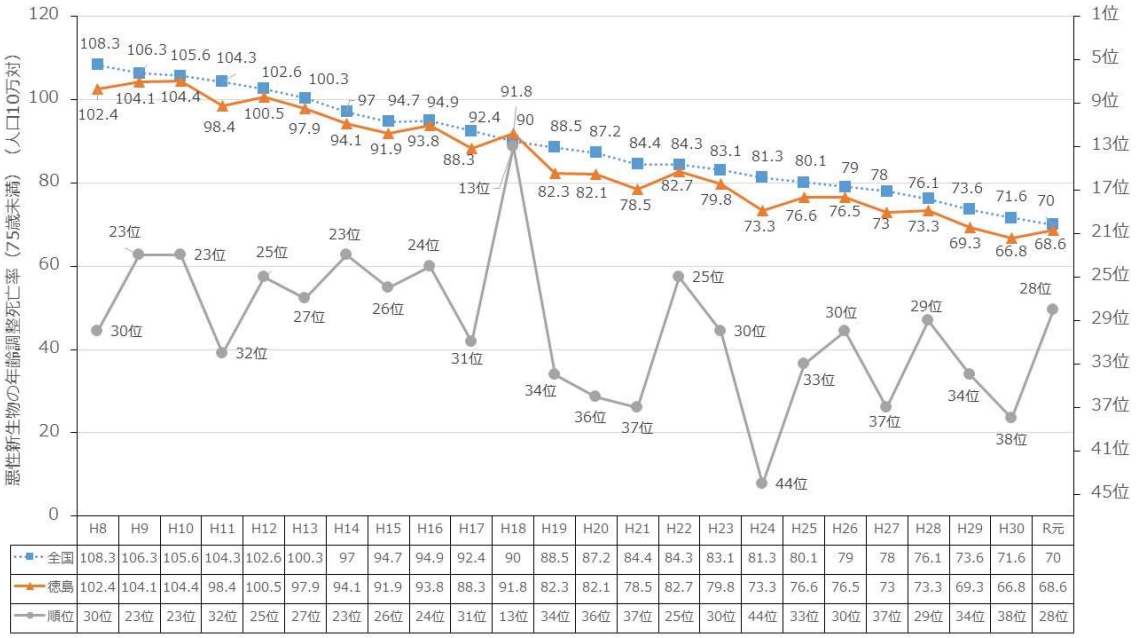


参考：”人口動態統計”，厚生労働省，令和元年

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、令和元年では68.6（全国第28位）、男性79.8（全国第39位）、女性58.2（同12位）で、平成８年から年々減少しています。

※順位は、年齢調整死亡率が高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）



	H8	H9	H10	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R元
全国	108.3	106.3	105.6	104.3	102.6	100.3	97	94.7	94.9	92.4	90	88.5	87.2	84.4	84.3	83.1	81.3	80.1	79	78	76.1	73.6	71.6	70
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	73.3	69.3	66.8	68.6
順位	30位	23位	23位	32位	25位	27位	23位	26位	24位	31位	13位	34位	36位	37位	25位	30位	44位	33位	30位	37位	29位	34位	38位	28位

資料：”部位別75歳未満年齢調整死亡率”，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，平成8年から令和元年

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、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
H22	29.1%	5.2%	32.2%	8.4%
H28	25.5%	4.0%	30.2%	8.2%

資料："県民健康栄養調査"，徳島県，平成22年度・平成28年度
"国民健康・栄養調査"，厚生労働省，平成22年度・平成28年度

○禁煙外来を実施している医療機関数　…　180施設

資料："保険医療機関・保険薬局の管内指定状況等について（R3.7.1現在）"，四国厚生支局ホームページ

○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
56.5%	36.9%	4.6%	2.0%

資料："医療施設機能調査"，徳島県，平成29年

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（令和元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28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＞

		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

※『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”,
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，平成22年から令和元年

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11名（厚生労働省平成30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285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741件となっています。（令和元年度NDBデータ）

なお、令和2年度医療施設機能調査（調査対象：令和元年4月～令和2年3月）による拠点病院における手術件数は1,691件、放射線治療実施件数735件、化学療法実施件数は3,587件（うち外来化学療法実施件数2,089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842人（令和2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		8	2	1	11
内視鏡的切除		14	4	3	21
化学療法	入院	17	2	5	24
	外来	18	2	5	25
放射線療法	入院	4	1	1	6
	外来	4	1	1	6
集学的療法		5	1	1	7

資料：”医療施設機能調査”，徳島県，令和２年

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		9	2	2	13
化学療法	入院	14	3	5	22
	外来	14	3	5	22
放射線療法	入院	4	1	1	6
	外来	4	1	1	6
集学的療法		4	1	1	6

資料：”医療施設機能調査”，徳島県，令和２年

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
内視鏡手術		21	8	4	33
化学療法	入院	16	2	5	23
	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	1	1	8

資料：”医療施設機能調査”，徳島県，令和２年

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		10	2	2	14
化学療法	入院	19	2	5	26
	外来	27	5	7	39
放射線療法	入院	4	1	1	6
	外来	4	1	1	6
集学的療法		6	1	1	8

資料：”医療施設機能調査”，徳島県，令和２年

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型肝炎ウィ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ィ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）

治療方法＼圏域		東部	南部	西部	全体
手術療法		9	2	2	13
焼灼療法		11	3	1	15
経動脈的療法		8	2	1	11
化学療法	入院	16	2	4	22
	外来	15	2	3	20
放射線療法	入院	4	1	1	6
	外来	4	1	1	6
集学的療法		5	1	1	7

資料：”医療施設機能調査”，徳島県，令和２年

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）

治療方法＼圏域		東部	南部	西部	全体
手術療法		5	2	2	9
化学療法	入院	8	2	2	12
	外来	7	3	2	12
放射線療法	入院	4	1	1	6
	外来	4	1	1	6
集学的療法		4	1	1	6

資料：”医療施設機能調査”，徳島県，令和２年

(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23施設、緩和ケア外来を実施している医療機関は19施設、緩和ケアの実施件数は2,664件となっています。（令和2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、西部圏域に１施設で合計３施設あり、緩和ケア病床数は64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、令和２年度末までに1,251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324箇所となっています。（令和元年度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27施設（令和2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3,082件（令和元年度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146施設（令和元年度NDB）となっており、がん患者の在宅死亡の割合（令和元年人口動態統計）は、自宅が7.4%（全国12.3%）、居住系施設を含めても11.2%（全国16.6%）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	2,073	123	40	55	184	14
	割合	83.3%	4.9%	1.6%	2.2%	7.4%	0.6%
全　国	死亡者数	305,982	5,305	3,559	12,649	46,344	2,586
	割合	81.3%	1.4%	0.9%	3.4%	12.3%	0.7%

資料：”人口動態調査”，厚生労働省，令和元年

(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。

また、県内の医療機関では8施設（令和2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。

(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６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	332,769	95.9%	3.7%	0.4%
南　部	95,924	16.7%	83.3%	0%
西　部	55,474	22%	0.9%	77.1%

資料：”NDB”，厚生労働省，令和元年

○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	48,068	95.9%	3.9%	0.2%
南　部	13,864	25.4%	74.6%	0%
西　部	9,327	37.8%	0.6%	61.5%

資料：”NDB”，厚生労働省，令和元年

(7)小児・AYA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、徳島大学病院と徳島赤十字病院が、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が、近年、がんを中心に、このゲノム医療が進められています。厚生労働省では、「がんゲノム医療中核拠点病院」（令和３年８月現在　全国に12か所）を指定し、がん患者を診療する連携病院と協力して、治療が受けられるよう体制を整備しています。

また、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、がんゲノム医療の実現に取組むとともに、「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を推進します。

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　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

・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、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

・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「標準的治療」病院として、他の医療機関との診断から治療までの連携を進めます。

②肺がん

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

③大腸がん
　大腸がん患者に対して集学的治療が提供できる拠点病院と拠点病院と同程度の集学的治療を提供できる病院を「専門診療」病院とし、手術療法及び化学療法を実施している病院を「標準的診療」病院として、連携を進めます。
④乳がん
　乳がん患者に対して、「乳癌治療ガイドライン」に基づいた手術療法、薬物療法、放射線療法のすべてが実施できる病院を「専門診療」病院とし、マンモグラフィーが整備され、「乳癌治療ガイドライン」に基づき手術療法または薬物療法を実施している病院を「標準的診療」病院とし、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、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「徳島県肝炎対策推進計画」を策定しましたが、平成28年６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」にもとづき、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	策定時の数値	直近値	令和５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）☆★	73.3 （H28）	68.6 （R1）	減少 （R4）
喫煙率の減少（6年以内）☆★ 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）	成人男性 25.5% 成人女性 4.0% （H28） 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）	成人男性 25.5% 成人女性 4.0% （H28） 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）	成人男性 18% 成人女性 3% （R4） 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% （R4）
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） ※策定時のH28、直近値のR1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%） ※2年以内に受診している者の受診率 （H28）	胃がん 39.0% （※40.3%） 肺がん 46.1% 大腸がん 37.6% 乳がん 44.5% 子宮頸がん43.2% ※2年以内に受診している者の受診率 （R1）	胃がん 50% 肺がん 50% 大腸がん 50% 乳がん 50% 子宮頸がん50% ※胃がんは2年以内に受診している者の受診率 （R4）
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)	26 （H29）	27 （R1）	増加 （R4）

☆「徳島県がん対策推進計画」における目標

★「徳島県健康増進計画（健康徳島21）」における目標

がんの医療体制

医療機能

専門的ながん診療

○ 手術、放射線療法及び化学療法を効果的に組み合わせた集学的治療の実施
○ 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
○ 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、精神心理的問題の対応　　等

病院、診療所

在宅療養支援

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

病院、診療所、
歯科診療所、薬局、
訪問看護事業所

発見

予　防

○ がん発症リスク低減（一次予防）
○ 検診受診率の向上（二次予防）

在宅療養支援

在宅等での生活

がん治療 → 緩和ケア

時間の流れ

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」を策定しました。同計画と調和を図りながら取組みを進めます。

１　脳卒中の疫学

総務省・消防庁救急年報によると、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の患者数は平成29年は、約6千人（全国約112万人）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）

	H20	H23	H26
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、徳島県では令和２年に年間731人（全国約10万6千人）が脳血管疾患を原因として死亡し、死亡数全体の7.2%（全国7.7%）を占め、死亡順位の第５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	
	H22	H27	H22	H27
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16.1%は脳卒中が原因であり第２位です（令和元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29年の高血圧性患者の年齢調整外来受療率（人口10万対）は、344.8（全国240.3）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元年の健康診断・健康診査の受診率は（40歳から74歳までは）69.1%（全国73.3%）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元年度の受診率は55.6%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元年の救急要請（覚知）から医療機関への収容までに要した平均時間は、38.1分（全国39.5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。

---

*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。

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25人、人口10万人あたり3.4人（全国4.1人・平成30年）、脳神経外科医師数は県内に63人、人口10万人あたり8.6人（全国6.0人・平成30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
SCUを有する医療機関数※１	H26	1	0	0	1
	H29	1	0	0	1
SCUの病床数※１	H26	9	0	0	9
	H29	9	0	0	9
神経内科医師数※２	H26	26	2	0	28
	H30	24	1	0	25
脳神経外科医師数※２	H26	52	9	2	63
	H30	51	9	3	63

資料：※１　医療施設調査（厚生労働省）

※２　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109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	H28	50		44		20		114
	R1	58		36		15		109

資料：※1 平成31年 診療報酬施設基準（厚生労働省） ※2 ＮＤＢ

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14件、脳動脈瘤コイル塞栓術の実施件数は63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	H27	27	10	＊	37
	R1	14	＊	＊	14
脳動脈瘤コイル塞栓術の実施件数	H27	35	18	＊	53
	R1	39	24	0	63

資料：ＮＤＢ
（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105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	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

資料： 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、徳島県における脳卒中患者に対するリハビリテーション実施件数は781,685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
早期リハビリテーション実施件数	604,105	128,389	49,191	781,685

資料：令和元年度　ＮＤＢ

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、平成29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77.7日で、全国の78.2日より短くなっている現状があります。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29年に在宅等生活の場[*2]に復帰した患者の割合は54.7%（全国67.3%）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31年における在宅死亡割合は9.9%で、全国13.6%よりも低い状況となっていますが、今後、増加に向けた取組みが求められます。

○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
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

資料：患者調査（厚生労働省）

*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。

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
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）
- 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

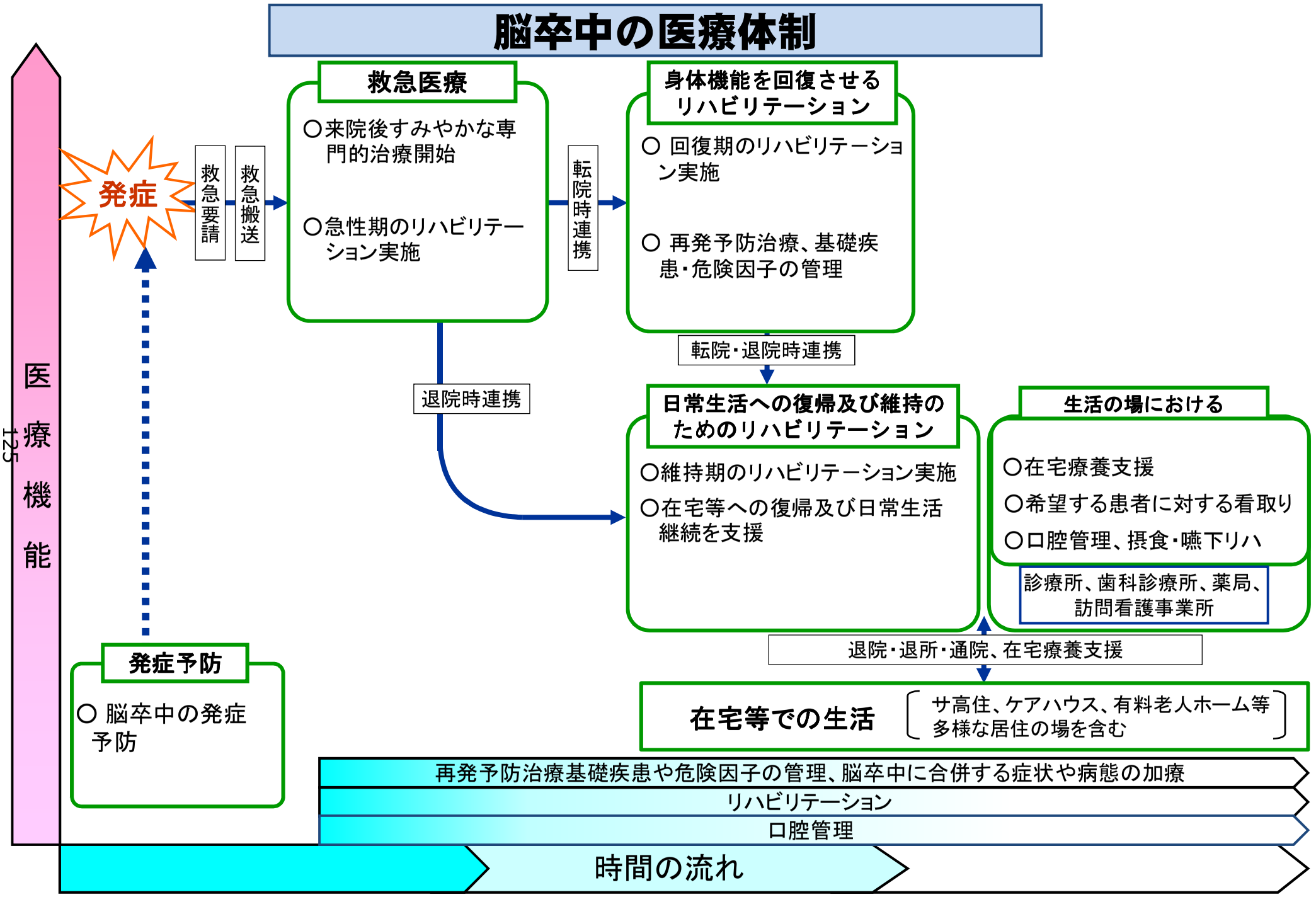
第３　数値目標

数値目標項目	策定時の数値	直近値	令和5年度末 目標値
改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　40.3 女性　20.1 （H27）	男性　40.3 女性　20.1 （H27）	男性　37.1以下 女性　18.5以下
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）	46.5% （H27）	47.6% （H29）	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）	114 （H27）	109 （R1）	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）	51.0% （H26）	54.7% （H29）	増加

★「徳島県健康増進計画（健康徳島21）」における目標による

◇「徳島県における医療費の見通しと適正化に向けた取組み」における目標

脳卒中の医療体制


医療機能
発症
救急要請
救急搬送
救急医療
○来院後すみやかな専門的治療開始
○急性期のリハビリテーション実施
転院時連携
身体機能を回復させるリハビリテーション
○ 回復期のリハビリテーション実施
○ 再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理
転院・退院時連携
退院時連携
日常生活への復帰及び維持のためのリハビリテーション
○維持期のリハビリテーション実施
○在宅等への復帰及び日常生活継続を支援
生活の場における
○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

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」を策定しました。同計画と調和を図りながら取組みを進めます。

(1)慢性心不全の疫学

平成29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33.6万人）と推定され、そのうち66.7%が75歳以上の高齢者です。また、令和２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35.9%（全国約40.9%）、508人（全国84,085人）です。

慢性心不全患者は、心不全憎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。

心不全憎悪時には、症状に対する治療に加えて、心不全の憎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・悪化する急性憎悪の状態では、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心不全憎悪予防

心不全の憎悪要因には、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。

心不全憎悪予防には、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憎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、心不全憎悪や再入院の防止には、心不全憎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、徳島県で平成28年に救急車によって搬送された急病患者の12.3%、2,326人（全国8.6%、約30.2万人）が心疾患等です。また、平成26年患者調査によると、虚血性心疾患で救急車により搬送された患者は1,686人となっています。

また、徳島県で、平成29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8千人（全国約 72万人）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
徳島県	65.8	41.1	40.1	38.4
全　国	41.6	35.6	30.7	28.0

資料：患者調査から算出　総数（厚生労働省）

一方、徳島県においては、令和２年人口動態調査によると、心疾患を原因として年間1,415人（全国 205,518人）が死亡しており、死亡数全体の14.3％（全国15.0％）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198人で、心疾患死亡数全体の14.0％（全国約30,538人、約14.9％）となっています。

平成27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、男性が女性より高いものの、男女とも全国と比べ低くなっています。

○急性心筋梗塞年齢調整死亡率（人口10万対）

	男			女		
	H17	H22	H27	H17	H22	H27
徳島県	21.7	19.6	11.6	10.4	6.9	4.9
全　国	25.9	20.4	16.2	11.5	8.4	6.1

資料：人口動態特殊報告（厚生労働省）

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

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

(2)急性心筋梗塞の医療

①予防

急性心筋梗塞の危険因子は、高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病、メタボリックシンドローム、ストレスなどであり、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。

令和元年県民健康栄養調査、令和元年国民健康・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26.8％（全国28.8％）、女性6.7％（全国8.8％）と全国と比較してもやや低くなっています。

平成２６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119カ所、病院50カ所で、人口10万人あたり診療所15.2カ所（全国9.9カ所）、病院6.4カ所（全国1.9カ所）とすべての医療圏で開設されており、全国に比べると多い状況となっています。

一方、平成29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344.8（全国240.3）、脂質異常症59.2（全国64.6）、糖尿病101.9（全国95.2）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

	H22		H25		H28		R1	
	男	女	男	女	男	女	男	女
徳島県 ※1	29.1	5.2	30.4	7.4	25.5	4.0	26.8	6.7
全　国 ※2	32.2	8.4	32.1	8.2	30.2	8.2	28.8	8.8

資料：※1　県民健康栄養調査（徳島県健康づくり課）
※2　国民健康栄養調査（厚生労働省）

○禁煙外来を行っている医療機関数

	東部	南部	西部	徳島県
禁煙外来を行っている医療機関数	125	25	19	169

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）

○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
20	徳 島 県	352.8	64.9	144.9
	全　　国	260.4	48.5	90.2
26	徳 島 県	307.0	58.7	130.9
	全　　国	262.2	67.5	98.6
29	徳 島 県	344.8	59.2	101.9
	全　　国	240.3	64.6	95.2

資料：患者調査から算出（厚生労働省）

疾病の早期発見や生活習慣の改善のきっかけとなる健康診断・健康診査を受診することは重要ですが、国民生活基礎調査によると、徳島県における令和元年の健康診断・健康診査の受診率（40歳から74歳まで）は69.1%（全国73.3%）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元年度の受診率についても、55.6%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「循環器疾患等の救命率向上に資する効果的な救急蘇生法の普及啓発に関する研究」（主任研究者　坂本哲也）（平成26年度）によると、AEDは全国に推定約48万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２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元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1.58件）、全国2,168件（人口10万対1.54件）で、全国よりやや高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13年間で65件（全国16,143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63.9%（全国58.1%)となっています。

そして、令和元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、38.1分（全国39.5分）で全国より約１分短くなっています。

③診断

問診や身体所見の診察に加えて、心電図検査、血液生化学検査、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カ所、心筋梗塞の専用病室（CCU）を有する病院数は県内で２カ所、病床数は９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92人、人口10万人あたり12.5人（全国10.1人）となっており、循環器内科医師数については全国より多い状況となっています。

○急性期医療体制の状況

		東部	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
CCUを有する医療機関数※1	H26	2	1	0	3
	H29	2	0	0	2
CCUの病床数※１	H26	9	3	0	12
	H29	9	0	0	9
循環器内科医師数※２	H28	60	16	3	79
	H30	66	23	3	92
心臓血管外科医師数※２	H28	12	5	0	17
	H30	7	7	0	14

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

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カ所となっています。
　急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈形成手術数は県内で1,867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104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		8	4	0	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
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

資料：※１　診療報酬施設基準（厚生労働省）
※２　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東部、南部圏域で11カ所となっています。

○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（入院）	8	3	0	11

資料：平成30年 診療報酬施設基準（厚生労働省）

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。
　平成26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8.2日（全国8.3日）、在宅等生活の場[*2]に復帰した患者の割合は、95.1%（全国93.7%）と全国と同様の状況となっています。今後、地域連携クリティカルパス等の活用により在宅等生活の場に復帰する患者の割合の増加を目指します。徳島県においては「徳島急性心筋梗塞地域連携研究会」を中心として作成した、県下統一の地域連携クリティカルパスの運用を推進しています。

○虚血性心疾患の退院患者の状況

		東部	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
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

資料： 患者調査（病院の退院患者平均在院日数）

*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。

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、２週間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「平成29年患者調査」によると全国で約4.3万人と推定されます。また、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1.4%を占め、令和2年「人口動態統計」によると死亡順位の第11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、慢性期の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、県下３圏域を基本として、個々の医療機能、それを満たす医療機関、さらにそれら医療機関相互の連携により、医療が継続して実施される体制を構築します。また併せて、急性心筋梗塞については、急性期における迅速な専門的治療の開始が重要であることから、特に県南、県西部における地域の医師確保等を強力に推進し、1.5次保健医療圏をはじめ、少しでも身近な地域において急性期医療が提供できる体制の構築を目指します。

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

2　各医療機能と連携

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

(1)発症予防の機能【予防】

①目標

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ティカルパスを活用し連携を行い、合併症や再発の予防、在宅復帰のための心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
・地域連携クリティカルパス及び患者連携手帳等を活用し、患者が主体的に治療、リハビリテーションに取り組むことができるよう支援するとともに、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ティカルパスを活用し、診療情報や治療計画を共有する等して連携していること

③対応する医療機関

・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ティカルパスを活用し連携を行い、再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施すること
・患者が在宅療養を継続できるよう支援すること

②医療機関に求められる事項

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

・再発予防のための治療や基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態への対応が可能であること
・地域連携クリティカルパス及び患者連携手帳等を活用し、患者が主体的に治療、リハビリテーションに取り組むことができるよう支援するとともに、再発予防等に関し必要な知識を教えること
・緊急時の除細動等急性増悪時への対応が可能であること
・合併症併発時や再発時に緊急の内科的・外科的治療が可能な医療機関と連携していること
・急性期の医療機関や介護保険サービス事業所等と再発予防の定期的専門的検査、合併症併発時や再発時の対応を含めた診療情報や治療計画を共有する等して連携していること
・在宅での運動療法、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

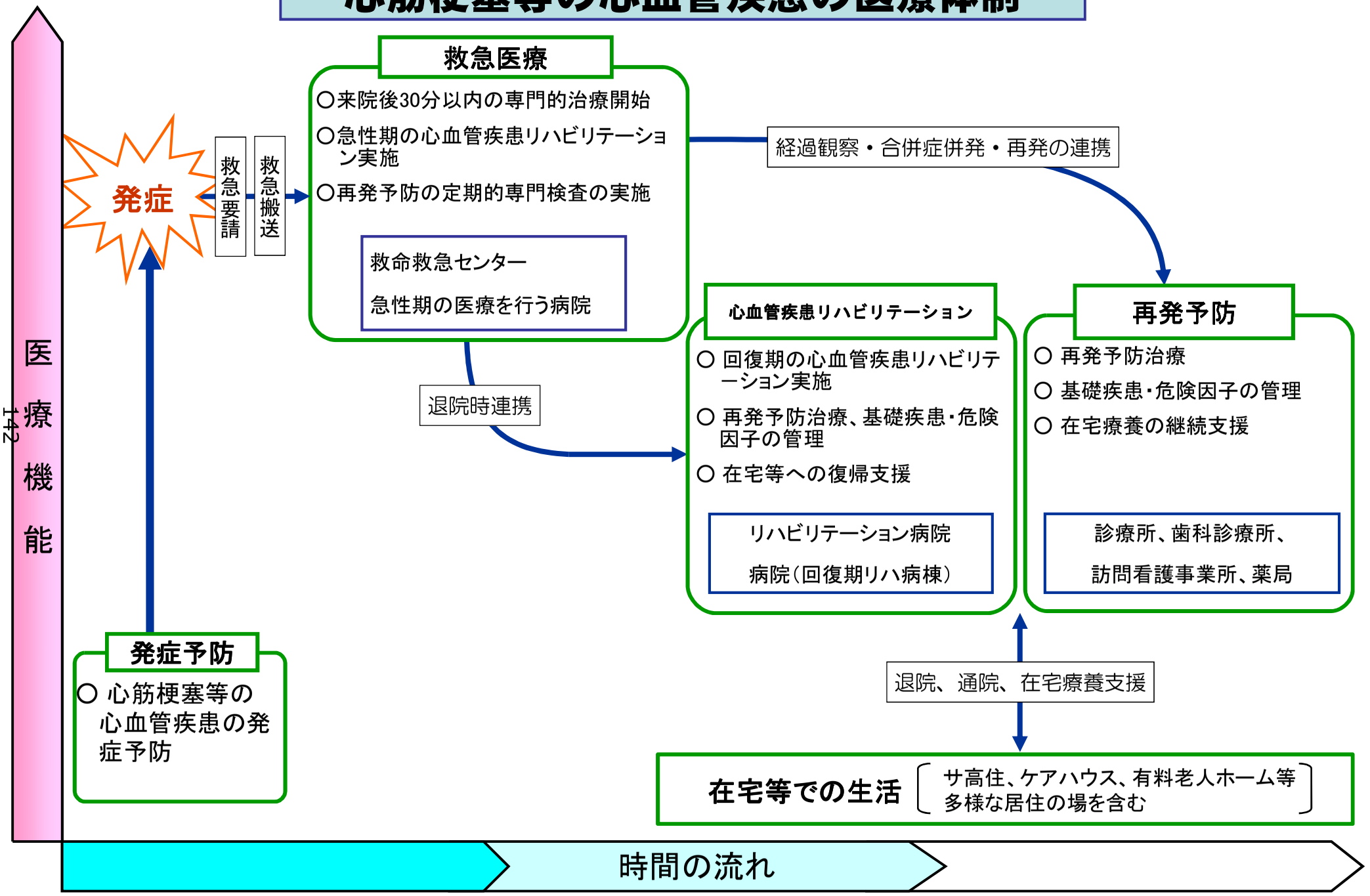
・内科又は循環器内科を標榜する病院又は診療所
・訪問看護事業所・薬局

第３　数値目標

数値目標項目	策定時の数値	直近値	令和５年度末目標値
喫煙率☆★ (県民健康栄養調査)	成人男性　25.5% 成人女性　4.0% (H28)	成人男性　26.8% 成人女性　6.7% (R1)	成人男性　18% 成人女性　3% (R4)
改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　61.6 女性　33.0 (H27)	男性　61.6 女性　33.0 (H27)	男性　56.7以下 女性　30.4以下
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)	46.5% (H27)	47.6% (H29)	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)	63.9% (H29)	57. 5% (H30)	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

心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制



糖尿病の医療体制

第１　糖尿病の現状

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

１　糖尿病有病者等の状況

平成28年に実施した県民健康栄養調査結果を基に、平成28年の本県人口（H28.10.1現在徳島県推計人口）を用いて推計すると、40歳以上人口のうち、「糖尿病が強く疑われる人（有病者）」は、約4.9万人となり、前回調査（平成22年）と比較し、男女とも減少しています。

しかしながら、「糖尿病の可能性を否定できない人（予備群）」は男女とも増加し、約7.6万人となったことから、有病者を合わせると、約12.5万人となり、40歳以上の人口の26.1%が、糖尿病の有病者又は予備群と推測されます。このことから、糖尿病の発症を予防するための早期介入が重要となります。

○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：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）
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）

２　受療の状況

本県における糖尿病の受療率（人口10万対）は、入院、外来ともに、全国平均を上回っていますが、全国との差は縮小傾向にあります。

また、糖尿病の退院患者の平均在院日数（平成29年患者調査）は、47.9日と全国の33.3日と比較して長くなっています。

○糖尿病受療率（人口10万対）の年次推移

区分	徳島県						全国		
	入院	順位	外来	順位	合計	順位	入院	外来	合計
平成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
平成14年	67	1	232	1	299	1	27	146	173

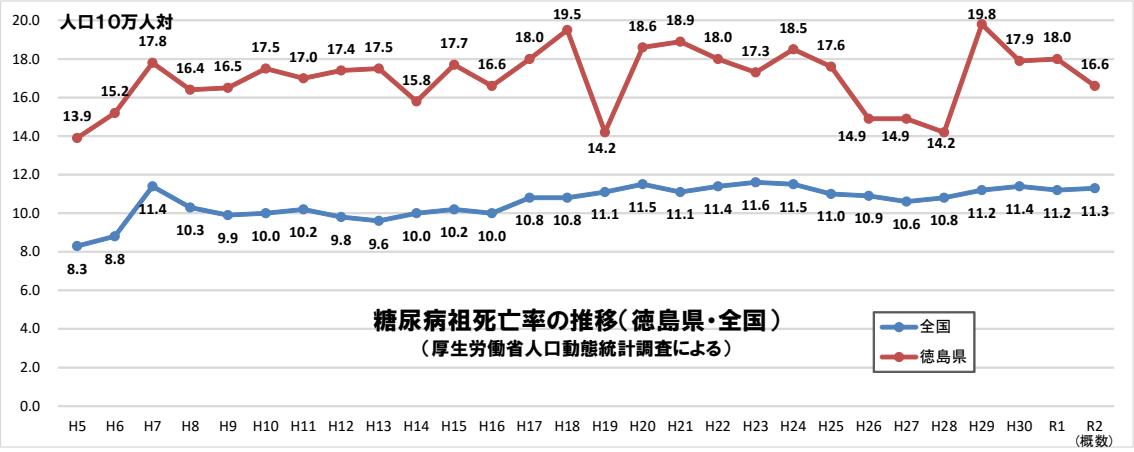
資料：患者調査（厚生労働省）（注）「受療率」：1日当たりの患者数（人口10万対）

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（平成30年：ワースト２位）、令和２年はワースト５位となっています。

令和２年人口動態統計における糖尿病死亡数は男性64人、女性55人、合計119人であり、粗死亡率（人口10万対）は16.6となり、前年より1.4ポイント減少しています。

○糖尿病死亡率の年次推移（人口10万対）



資料：人口動態統計（厚生労働省）

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、平成27年は、平成22年より男女とも減少し、改善傾向にあります。

○年齢調整死亡率の推移（人口10万対）

資料：人口動態統計特殊報告（厚生労働省）

4　糖尿病の医療

(1)予防・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、平成18年１月に設立した「みんなでつくろう！健康とくしま県民会議」を推進母体に、「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」を全県的に展開しています。

さらに、徳島大学病院に設置した「糖尿病対策センター」において、専門的な研究・治療、疫学調査を行うなど、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性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、令和元年国民生活基礎調査によると63.4%（全国69.6%）と全国より低く、平成28年県民健康栄養調査においても、「糖尿病が強く疑われている人」の5.0%が治療を中断しているほか、17.5%が治療を受けていない現状です。

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、糖尿病性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。

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」へつなげる取組みを進めるとともに、「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の地域医療連携クリティカルパスの導入を推進し、「糖尿病連携手帳」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」や「デンタルパスポート」を作成・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）	H30.1	45	39	6	0
※1	R3.6	45	39	6	0
糖尿病内科（代謝内科）の医師数	H28	86	71	13	2
※2	H30	82	62	17	3
療養指導医（日本糖尿病協会）	H30.1	76	63	7	6
※3	R3.9	74	62	5	7
糖尿病登録医（日本糖尿病協会）	H30.1	49	42	1	6
※3	R3.9	48	41	1	6
糖尿病認定医（徳島県医師会）	H30.1	354	272	40	42
※4、7	R3.9	243	183	27	33
糖尿病協会登録歯科医師	H30.1	76	47	18	11
※2	R3.9	53	30	14	9
歯周病専門医の在籍する歯科医療機関	H30.1	11	8	1	2
（日本歯周病学会）※5	R3.9	14	11	1	2
糖尿病療養指導士（認定機構）	H30.1	222	163	46	13
※6	R2.9	209	147	50	12
徳島県糖尿病療養指導士	H30.1	505	357	96	52
（徳島県医師会）※4	R3.9	743	547	123	73
糖尿病認定看護師（日本看護協会）	H30.1	10	7	3	0
※8	R3.9	27	20	6	1
糖尿病内科(代謝内科)を標榜する	H26	14	7	5	2
医療機関　※9	R1	18	13	3	2
糖尿病教室等の患者教育を実施する	H29	62	42	10	10
医療機関　※10	R2	50	36	9	5
糖尿病の教育入院をする医療機関	H29	84	56	15	13
※10	R2	76	53	16	7
1型糖尿病に対する専門的治療を行う医療	H29	36	25	7	4
機関(ｲﾝｽﾘﾝﾎﾟﾝﾌﾟ治療実施医療機関）※10	R2	33	25	4	4

※1：「日本糖尿病学会」ホームページより　※2：「医師・歯科医師・薬剤師調査」（厚生労働省）

※3：「日本糖尿病協会」ホームページより　※4：「徳島県医師会調べ」

※5：「日本歯周病学会」ホームページより　※6：「日本糖尿病療養指導士認定機構」ホームページより

※7：施設に所属していない31名を除く　　※8：「日本看護協会」ホームページより

※9：「医療施設調査（静態）」（厚生労働省）　※10：医療施設機能調査（回収数 H29:510, R2:335 ）

(3)合併症の治療

①合併症の状況

平成28年の県民健康栄養調査において糖尿病が強く疑われる者（40人）の合併症を有する状況をみると、神経障害が12.5%と最も多く、糖尿病性腎症10.0%、糖尿病性網膜症7.5%と続く結果となりました。

（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、本県の令和元年の新規人工透析導入者342人中、糖尿病性腎症が原因となっているものは137人と40.1%を占め、その割合は全国(41.6%)と同程度となっていますが、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。本県の令和元年の新規下肢切断術の年間件数は83件で、本県独自に人口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班（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３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元年の新規導入透析患者（平成27年との比較）

区　　分	徳 島 県		全　国	
	R1	H27	R1	H27
糖尿病性腎症	137(40.1%)	139 (43.4%)	16,019 (41.6%)	16,072 (43.7%)
新規導入透析患者総数	342	320	38,544	36,797

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	83	11.40	7,867	6.24

資料：NDB(令和元年10月1日現在)

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	H29	65	45	10	10
	R2	54	37	9	8
糖尿病性網膜症の治療が可能な医療機関	H29	42	30	6	6
	R2	25	20	2	3
糖尿病足病変に関する指導を実施する医療機関 ※ (糖尿病合併症管理料届出医療機関)	H29	24	16	4	4
	R3	25	19	2	4
フットケアを実施している医療機関	H29	95	70	14	11
	R2	88	69	14	5
人工透析実施医療機関	H29	31	21	6	4
	R2	32	22	7	3

資料：医療施設機能調査　　※は「四国厚生支局届出医療機関数」（H29.12.1,R3.9.1）

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9割を超える患者が、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	95.6%	3.3%	1.1%
	南　部	10.1%	89.9%	
	西　部	9%	0.4%	90.6%
		医療機関所在地（入院）		
		東 部	南 部	西 部
居住地	東　部	91.8%	7.3%	0.9%
	南　部	23.3%	76.7%	
	西　部	20.7%	2.9%	76.4%

資料：ＮＤＢ（令和元年度）

第２　医療機関とその連携

１　目指すべき方向

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

(1)糖尿病の治療及び合併症予防が可能な体制
①糖尿病の診断及び生活習慣等の指導の実施
②良好な血糖コントロール評価を目指した治療の実施
(2)血糖コントロール不良例の治療や急性合併症の治療が可能な体制
①教育入院等による、様々な職種が連携したチーム医療の実施
②急性増悪時の治療の実施
(3)糖尿病の慢性合併症の治療が可能な体制
(4)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(4)に示します。

(1)合併症の発症を予防するための初期・安定期治療を行う機能【初期・安定期治療】
①目標
・糖尿病の診断及び生活習慣等の指導を実施すること
・良好な血糖コントロール評価を目指した治療を実施すること
②医療機関に求められる事項
次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は診療ガイドラインに即した診療を実施していることが求められます。
・糖尿病の診断及び専門的治療が可能であること
・75gOGTT、HbA1c等糖尿病の評価に必要な検査が実施可能であること
・食事療法、運動療法及び薬物療法による血糖コントロールが可能であること
・低血糖時及びシックデイの対応が可能であること
・専門治療を行う医療機関及び急性・慢性合併症治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなど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、歯科診療所と連携すること

(2)血糖コントロール不良例の治療【専門治療】

①目標

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

②医療機関に求められる事項

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

・75gOGTT、HbA1c等糖尿病の評価に必要な検査が実施可能であること
・各専門職種のチームによる食事療法、運動療法、薬物療法等を組み合わせた教育入院等の集中的な治療（心理問題を含む）が実施可能であること
・糖尿病患者の妊娠に対応可能であること
・食事療法、運動療法を実施するための設備があること
・糖尿病の予防・治療を行う医療機関及び急性・慢性合併症治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有する等して連携していること

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。

(3)急性合併症の治療を行う機能【急性増悪時治療】

①目標

糖尿病昏睡等急性の合併症の治療を実施すること

②医療機関に求められる事項

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

・糖尿病昏睡等急性合併症の治療が24時間実施可能であること
・食事療法、運動療法を実施するための設備があること
・糖尿病の予防・治療を行う医療機関、教育治療を行う医療機関及び急性合併症の治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなど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
・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

(4)糖尿病の慢性合併症の治療を行う機能【慢性合併症治療】

①目標

糖尿病の慢性合併症に対する専門的な治療を実施すること

②医療機関に求められる事項

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

・糖尿病の慢性合併症（糖尿病性網膜症、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）
・糖尿病性網膜症治療の場合、蛍光眼底造影検査、光凝固療法、硝子体出血・網膜剥離等の手術等が実施可能であること
・糖尿病性腎症の場合、尿一般検査、尿中微量アルブミン量検査、腎生検、腎臓超音波検査、血液透析等が実施可能であること
・糖尿病の予防・治療を行う医療機関、教育治療を行う医療機関及び急性合併症の治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有する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

(5)地域と連携する機能【在宅療養支援】

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」に即し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
・糖尿病の予防、重症化予防を行う市町村及び保険者等の社会資源と情報共有や協力体制を構築する等して連携していること
・糖尿病患者を中心に、切れ目や漏れのない療養支援を提供するため、多職種連携を深めるとともに、医療従事者の資質向上に努めること

③対応する医療機関

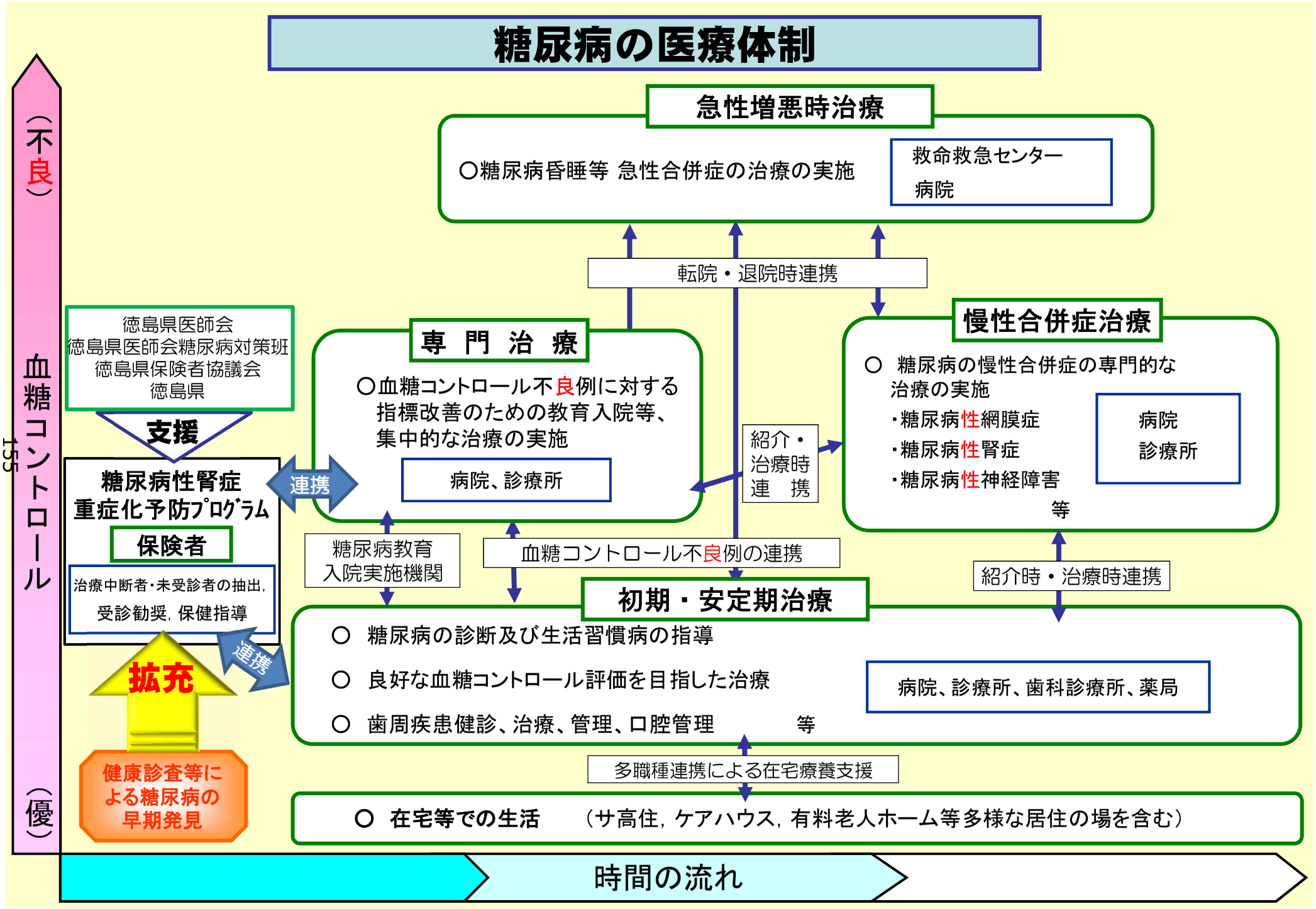
初期・安定期の治療及び専門治療を担う医療機関

第３　数値目標

数値目標項目	策定時の数値	直近値	令和5年度末目標値
治療継続者の割合の増加★	55.5%(H28)	55.5%(H28)	75%
糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数の減少★	139人(H28)	137人(R1)	120人
糖尿病有病者（推計）の増加の抑制（40歳以上)★	4.9万人(H28)	4.9万人(H28)	増加の抑制
糖尿病予備群（推計）の増加の抑制（40歳以上)★	7.6万人(H28)	7.6万人(H28)	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

糖尿病の医療体制


（不良）
血糖コントロール
（優）
急性増悪時治療
○糖尿病昏睡等 急性合併症の治療の実施
救命救急センター
病院
転院・退院時連携
専 門 治 療
○血糖コントロール不良例に対する
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
・糖尿病性網膜症
・糖尿病性腎症
・糖尿病性神経障害
等
病院
診療所
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
支援
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良例の連携
紹介時・治療時連携
初期・安定期治療
○ 糖尿病の診断及び生活習慣病の指導
○ 良好な血糖コントロール評価を目指した治療
○ 歯周疾患健診、治療、管理、口腔管理 等
病院、診療所、歯科診療所、薬局
多職種連携による在宅療養支援
○ 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）
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

１　多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築

平成29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2.7千人、外来患者は0.9千人です。また、令和元年度の病院報告によると、精神病床における平均在院日数は374.7日（全国299.3日）であり、全国第10位の長さとなっています。平成28年の同報告に比べると、355.2日（全国269.9日）から長期化したものの、全国順位も第4位から改善しています。

(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発見されたこと、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。

平成29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3,458人、継続して外来通院している患者が10,070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」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するとともに、治療抵抗性統合失調症治療薬による治療を行うことができる医療機関を広げ、身近でその治療を受けることができるよう、拠点医療機関を指定するなどの施策を推進します。

○精神疾患の医療提供体制（精神保健福祉資料より）

疾患区分	年度	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	治療抵抗性統合失調症治療薬を使用する医療機関
統合失調症	H26	18	53	
	H29	18	56	0－2

(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。

平成29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1,656人、継続して外来通院している患者が15,920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ため、かかりつけ医と精神科医の連携を推進するため、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」を作成するとともに、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（精神保健福祉資料より）

疾患区分	年度	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	認知行動療法している医療機関	mECTをしている医療機関
うつ病・躁うつ病	H26	18	60		
	H29	18	60	4	0-2

(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。

平成29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1,085人、継続して外来通院している患者が3,082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、県南部、県西部にそれぞれ１カ所「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67名（令和3年2月現在）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。
　また、県東部に１カ所「地域型認知症疾患医療センター」を設置し、認知症の人が早期の診断や周辺症状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（精神保健福祉資料より）

疾患区分	年度	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	
認知症	H26	18	精神療法限定	49
			精神療法限定しない	515
	H29	18	精神療法限定	51
			精神療法限定しない	514

(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、社会恐怖（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。
　平成29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60人、継続して外来通院している患者が1,770人となっています。
（施策の現状）
　平成29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11カ所、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54カ所となっています。

（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（精神保健福祉資料より）

疾患区分	年度	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	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
児童・思春期精神疾患	H26	13	51	
	H29	11	54	0－2

(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す。自閉症、アスペルガー症候群、注意欠陥・多動性障害、学習障害等のタイプに分類されています。発達に応じて、その表現型は変わりますが、生涯にわたってその発達特性は持続することが特徴です。
　平成29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159人、継続して外来通院している患者が2,147人となっています。
（施策の現状）
　平成29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カ所、発達障害患者を外来診療している医療機関（精神療法限定しない）数は179カ所となっています。
　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・精神科の嘱託医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害対応力向上研修」の活用に努めます。

○精神疾患の医療提供体制（精神保健福祉資料より）

疾患区分	年度	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	H26	15	精神療法限定	38
			精神療法限定しない	205
	H29	17	精神療法限定	43
			精神療法限定しない	179

(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。

平成29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253人、継続して外来通院している患者が570人となっています。

平成25年の厚生労働省研究班の調査により、全国のアルコール依存症患者は109万人と推計されています。この結果を本県に置き換えた場合、県内のアルコール依存症患者は、約6,500人と推計され、これらのことから、多くの患者が治療につながっていないものと推定されます。

（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」を策定しました。

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ました。

また、「依存症対策総合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「依存症対策総合支援事業実施要綱」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平成30年６月１日付で４か所選定し、そのうち治療拠点となる依存症治療拠点機関を令和元年12月１日付で１ヵ所選定しました。

（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。

平成29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23人、継続して外来通院している患者が64人となっています。

（施策の現状）

平成29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６カ所、薬物依存症患者を外来診療している医療機関数は14カ所となっています。

また、「依存症対策総合支援事業実施要綱」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。

（施策の現状）

平成29年度の精神保健福祉資料によると、ギャンブル依存症等患者を外来診療している医療機関数は７カ所となっています。

また、「依存症対策総合支援事業実施要綱」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」を策定しました。
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ました。

（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・支援施設につながるよう努めます。

○精神疾患の医療提供体制（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	
	H26年度	H29年度	H26年度	H29年度
アルコール依存症	17	18	38	41
薬物依存症	5	6	18	14
ギャンブル等依存症	0－2	0－2	3	7

(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。

平成29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、59人となっています。

（施策の現状）

平成29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、21-23カ所となっています。

（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（精神保健福祉資料より）

疾患区分	年度	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
外傷後ストレス障害(PTSD)	H26	0－2	13
	H29	5	21－23

(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２年度末には145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、「高次脳機能障害支援拠点機関」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。

高次脳機能障害支援拠点機関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。

（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、「高次脳機能障害支援拠点機関」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。
平成29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52人、継続して外来通院している患者は199人となっています。
（政策の現状）
平成29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10カ所、摂食障害患者を外来診療している医療機関（精神療法限定しない）数は161カ所となっています。
（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（精神保健福祉資料より）

疾患区分	年度	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	
摂食障害	H26	13	精神療法限定	30
			精神療法限定しない	152
	H29	10	精神療法限定	34
			精神療法限定しない	161

(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。
平成29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1,053人、継続して外来通院している患者が2,255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。
（政策の現状）
平成28年に徳島県においては、徳島大学病院にてんかんセンターが開設され、平成30年に徳島県てんかん診療拠点機関に指定されました。てんかん診療に関わる部署が協力し、包括治療を行っています。これまでに家族会や行政と連携を実施してきました。
平成29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18カ所、てんかん患者を外来診療している医療機関（精神療法限定しない）数は440カ所となっています。
（今後の医療提供体制）
てんかんに対しては診断、薬物治療や救急対応、てんかん専門医による集学的治療、発作以外の悩みに対応する施設など対応できる医療機関を明確にします。
また、てんかん診療拠点機関を活用し、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を設置し、医療提供体制を構築します。

○精神疾患の医療提供体制（精神保健福祉資料より）

疾患区分	年度	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	
てんかん	H26	18	精神療法限定	48
			精神療法限定しない	428
	H29	18	精神療法限定	54
			精神療法限定しない	440

(11)精神科救急
（施策の現状）
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カ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。
令和２年度の精神科救急病院輪番型による対応実績は5,365件で、そのうち入院が391件、外来受診が418件、電話相談が4,556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９時から翌日の午前９時まで、平日は午後５時から翌日の午前９時まで対応しており、令和２年度の実績は247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3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
	南海病院	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9時から翌日午前9時まで
休日以外:午後5時から翌日午前9時まで

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

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

（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委員会」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、具体的事例の検討を通じて、精神科救急と一般救急の連携フローチャートを開発する等を行います。

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２年度の実績は、外来受診・入院を併せて47件（平日夜間32件、休日昼間９件、休日夜間６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２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111人（全国21,081人）で少ない方から全国第２位、人口１0万対自殺死亡率は、15.2（全国16.7）で低い方から全国第８位です。
本県では、自殺対策基本法に基づく県計画として平成28年11月に「徳島県自殺対策基本計画」を策定しました。その主な取組の１つとして、「適切な精神科医療等の提供」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」を作成しました。
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）を開催してきました。
（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。

(14)災害精神医療
（施策の現状）
本県の戦略的災害医療プロジェクト事業に位置づけ、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「ＤＰＡＴ先遣隊」を、県立中央病院に１チーム創設しました。平成27年９月には、先遣隊に続く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19チームが結成されています。
ＤＰＡＴの円滑な活動のため、資機材整備や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）
これまで、ＤＰＡＴ隊員の活動は、主に他県での発災による被災地支援のための派遣が想定され、その準備に努めてきました。しかし、南海トラフ巨大地震の発災が想定されている本県では、今後は、受援を想定した備えにも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カ所、診療所３カ所を確保し、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クロザリル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（令和２年度精神保健福祉資料より）

（現状）

精神病床における入院後３か月時点の退院率は52.2%（全国55.6%）、６か月時点の退院率は74.7%（全国78.9%）、12か月時点の退院率は92.2%（全国87.4%）となっています。1年以上の長期入院患者数（令和２年６月末現在）は、2,118人（全国167,122人）、その内65歳以上は1,330人（全国107,468人）、65歳未満は788人（全国59,654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た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、障害福祉・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、地域住民の精神障がい者に対する理解促進および適切な初期支援の実践に向けた効果的な普及・啓発を推進し、従来の医療、障害福祉サービス、介護保険サービスといった地域の基盤に加えて、企業・ピア・サポート活動、自治会、ボランティア、NPO等の地域の助け合いにより、精神障がい者を支えていくシステムです。

(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、6,903人（令和２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２年度末で5,727件で毎年増加しています。

令和３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12カ所、精神科デイ・ケアを実施している精神科病院は1

8カ所、精神科デイ・ナイト・ケアを実施している精神科病院は、１カ所、重度認知症患者デイ・ケアを実施している医療機関は、２カ所です。

また、往診・訪問診療を提供する精神科病院・診療所数は13カ所（平成28年６月）、また、精神科訪問看護を提供する病院は12カ所ある一方、診療所は４カ所（平成28年）となっています。

（目指すべき方向）

本計画の定めるべき数値目標として、地域移行に伴う基盤整備量（利用者数）を、令和２年度末455人（65歳以上246人、65歳未満209人）、令和６年度末998人（65歳以上542人、65歳未満456人）と定めました。

これらの人は、本計画と同時改定される「障がい者施策基本計画」に定める障害福祉サービス、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って支援されますが、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は重要です。本計画では、これらの医療系支援の実施に向けた、専門職種に係る人材育成・人材確保について取り組んでいきます。

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ためには、先に記載した給付や診療報酬に基づくサービス以外にも、地域住民に対する理解を促進し、相談窓口、社会参加（就労）・地域の助け合いなど様々な支援等を適切に活用することが大切です。

これらの推進のためには、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す。

「障がい者施策基本計画」には、これらの連携等について協議する場を県、障がい保健福祉圏域、市町村毎に設置することが求められており、設置に向けた支援を行いながら、その進捗を確認していきます。

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3,533床（令和3年9月末現在）であり、平成29年の3,712床より179床減少しています。また、病床利用率は86.0%（令和元年）と一般病床81.3%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115機関、訪問看護ステーションは55施設、薬局は342店舗となっています（令和3年9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、現状把握の際に、地域精神保健医療福祉資源分析データベース(ReMHRAD)を参考にし、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	2,593	258	682	3,533
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	19	2	4	25
精 神 科 標 榜 診 療 所 数　※２	30	3	1	34
患者医療圏内入院割合（%）※１	79.1	85.2	75.7	

※１　病院月報（令和３年９月30日時点）

※２　令和３年度徳島県医療施設機能調査（令和３年９月時点）

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
・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

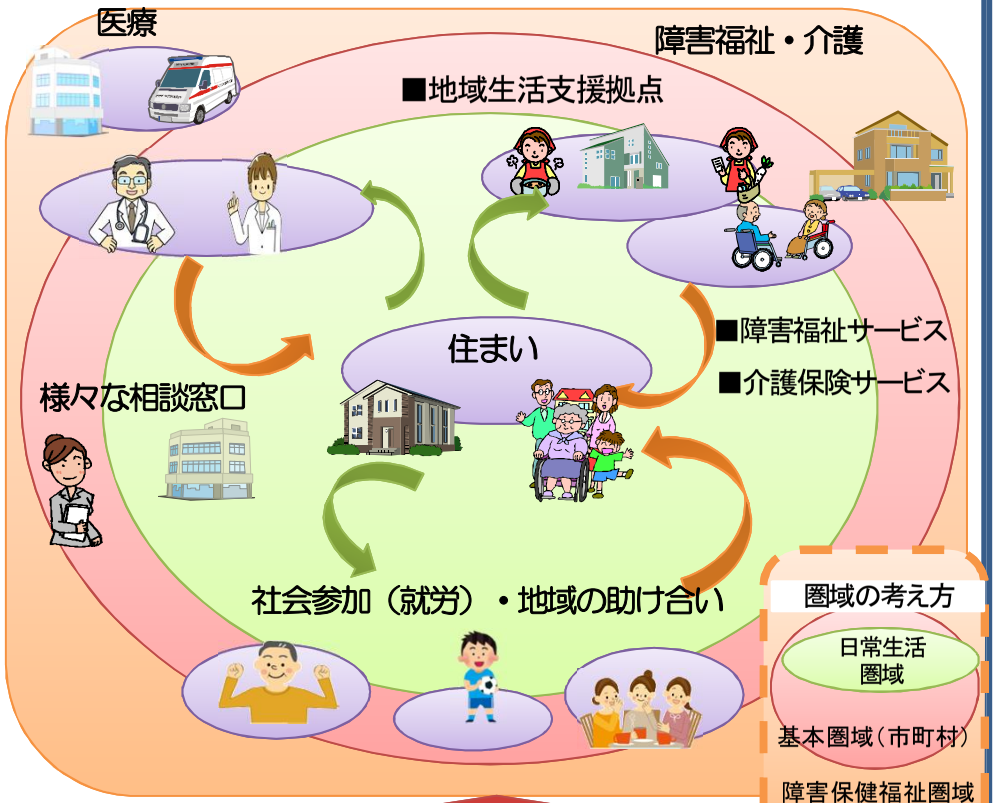
（＊1）令和2年度630調査

数値目標項目	目標時期	直近値	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）	令和2年度末 令和6年度末	496人 （＊１）	469人 458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）	令和2年度末 令和6年度末	440人 （＊１）	398人 399人
精神病床における慢性期（1年以上） 入院需要（患者数）	令和2年度末 令和6年度末	2,118人 （＊１）	1,875人 1,260人
精神病床における慢性期入院需要 （65歳以上患者数）	令和2年度末 令和6年度末	1,330人 （＊１）	1,074人 749人
精神病床における慢性期入院需要 （65歳未満患者数）	令和2年度末 令和6年度末	788人 （＊１）	801人 511人
精神病床における入院需要（患者数）	令和2年度末 令和6年度末	3,054人 （＊１）	2,742人 2,117人
地域移行に伴う基盤整備量（利用者数）	令和2年度末 令和6年度末	577人	455人 998人
精神病床における入院後3か月時点の退院率	令和2年度末	69.3%（＊1）	69%以上
精神病床における入院後6か月時点の退院率	令和2年度末	79.2%（＊1）	84%以上
精神病床における入院後1年時点の退院率	令和2年度末	91.1%（＊1）	90%以上
目標項目	策定時の数値	直近値	目標値（R5末）
抗精神病特定薬剤治療指導管理料算定医療機関	4(H29)	7(R3)	増加
認知症疾患医療センター設置数	3(H29)	4(R3)	4
依存症治療拠点機関選定数 （アルコール健康障害、薬物依存症、ギャンブル等依存症の疾患毎）	0(H29)	3(R3)	1以上

目標項目	策定時の数値	直近値	目標値（R5末）
新アルコール依存症専門医療機関数	ー	4(R3)	1以上
新アルコール依存症治療拠点機関数	ー	1(R3)	1以上
新薬物依存症専門医療機関数	ー	1(R3)	1以上
新薬物依存症治療拠点機関数	ー	1(R3)	1以上
新ギャンブル依存症専門医療機関数	ー	1(R3)	1以上
新ギャンブル依存症治療拠点機関数	ー	1(R3)	1以上
新てんかん診療拠点機関数	ー	1(R3)	1以上

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
障害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

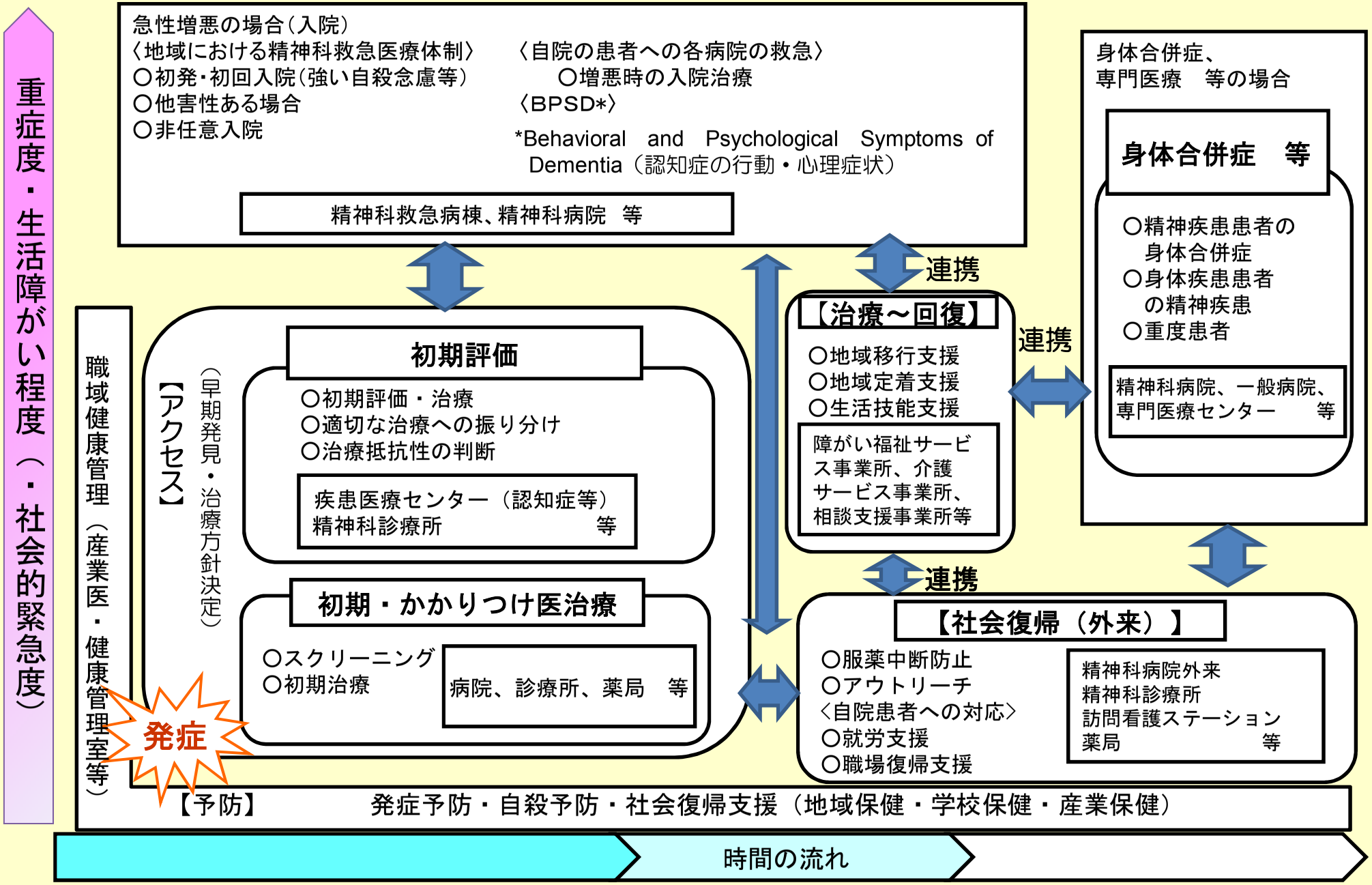
都道府県
本庁

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〉
○初発・初回入院（強い自殺念慮等）
○他害性ある場合
○非任意入院
〈自院の患者への各病院の救急〉
○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
○精神疾患患者の身体合併症
○身体疾患患者の精神疾患
○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】
○地域移行支援
○地域定着支援
○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
【社会復帰（外来）】
○服薬中断防止
○アウトリーチ
〈自院患者への対応〉
○就労支援
○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
職域健康管理（産業医・健康管理室等）
【アクセス】
（早期発見・治療方針決定）
初期評価
○初期評価・治療
○適切な治療への振り分け
○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
○スクリーニング
○初期治療
病院、診療所、薬局　等
発症
【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22年に27,802人でしたが、令和元年には33,023人（18.7%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22年には15,020人でしたが、令和元年には21,011人を数え、この9年間で5,991人増となっています。今後も、高齢化の進行とともに救急搬送件数は増大し、救急搬送に占める高齢者の割合も増加するものと考えられます。

(3)疾病構造の変化

平成22年には、急病患者が56.4%（15,700人）でしたが、令和元年には急病が60.2%（19,893人）に増加し、この9年間で急病による救急搬送人員が4,193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22年には、「重症」（「死亡」を含む。）と分類された救急搬送人員は、4,454人（16.0%）でしたが、令和元年には5,059人（15.3%）となっており、患者数は増加していますが、その一方重症者の占める割合は減少傾向にあります。

(5)軽症患者の動向

令和２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43.8%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みが行われています。

(6)精神科救急医療の動向

平成23年度の精神科救急病院輪番型による対応実績は全体で579件で、そのうち入院が183件、外来受診が186件、相談のみが210件であったのに対し、令和元年度は全体が5,590件で、そのうち入院が387件、外来受診が40

6件、相談のみが4,797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、令和元年中に約8,500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3年7月1日現在、県内には約3,000台のＡＥＤが設置されています。

【県民による除細動実施数】
令和元年：8件

（資料：令和２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217人（令和2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53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22年には32.4分でしたが、令和元年は38.1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が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、令和３年４月現在、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の計７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とも平成26年6月に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、患者監視装置等の医療機器を搭載し、医師・看護師等が同乗し、出動する救急車であり、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、重複要請事案や複数傷病者発生事案等の場合では、医師が現場に留まり、ドクターヘリ、ドクターカーは患者を搬送するドクタードロップ方式により対応するなど、救急現場の状況に応じた柔軟な対応が行われております。

【ドクターヘリ出動件数】
令和２年度：４６９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。いわゆる受入れ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、依然として受入れ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。

【受入れ照会回数】令和元年：112件（４回以上）
【現 場 滞 在 時 間】令和元年：128件（30分以上）
（資料：消防庁「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

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。

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」を策定しました。同計画と調和を図りながら取組みを進めます。

(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、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、県立三好病院が新型救命救急センターとして厚生労働省に指定され、令和２年度の救命救急センターの充実度評価において、徳島赤十字病院においてS評価、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、徳島大学病院救急部も、この３次救急医療機関として位置付け、広範囲熱傷、急性薬物中毒、呼吸不全について対応しているほか、新生児集中治療室（ＮＩＣＵ９床）、母体胎児集中治療室（ＭＦＩＣＵ６床）、新生児治療回復室（ＧＣＵ12床）、脳卒中集中治療室（ＳＣＵ９床）を整備するなど、特殊疾患等の救急医療患者を受け入れる体制を整備しています。

● ３次救急医療体制

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

③アクセス時間を考慮した体制の整備

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

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

本県では、平成24年10月から県立中央病院を基地病院としてドクターヘリの運航を開始しました。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。

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

こういった問題に対応するため、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行っています。

(3)入院を要する救急医療を担う医療機関(２次救急医療機関)

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

なお、令和元年における救急車による患者搬送数は、県内で33,023人であり、前年に比べ54人増加しています。

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

(4)初期救急医療を担う医療機関（初期救急医療機関）

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

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

また、歯科については、徳島市歯科医師会が徳島市歯科医師会休日急病等

診療所（１箇所）を実施運営しており、年間約900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。
　なお、徳島市においては、平成９年度から同市の運営する徳島市夜間休日急病診療所（休日夜間急患センター）について、徳島市医師会等の協力により、従前の休日の昼間に加え、平日の夜間の診療を内科医と小児科医の医師２名体制で実施し、在宅当番医制度を廃止しています。
　このセンターにおける令和元年度の総患者数は、15,853人で、うち小児科患者は約67%に当たる10,624人に上っています。
　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。

(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箇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、県立中央病院に整備しました。
　休日は午前９時から翌日の午前９時まで、平日は午後５時から翌日の午前９時まで対応しており、令和元年度の実績は148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、このような患者に対しても確実に対応するために、精神科救急医療体制と、一般の救急医療機関や精神科以外の診療科を有する医療機関との連携を更に強化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

(1)適切な病院前救護活動が可能な体制
①本人・周囲の者による必要に応じた速やかな救急要請及び救急蘇生の実施
②メディカルコントロール体制の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

(2)重症度・緊急度に応じた医療が提供可能な体制
①患者の状態に応じた適切な救急医療の提供
②救急医療に係る効率的な配置とアクセス時間を考慮した整備
③必要に応じて、より高度・専門的な救急医療機関へ速やかに紹介できる連携体制
④脳卒中・急性心筋梗塞・重症外傷等の、それぞれの疾患に応じた医療体制

(3)救急医療機関等から療養の場へ円滑な移行が可能な体制
①救命期を脱するも、重度の合併症、後遺症のある患者が、救急医療施設から適切な医療機関に転院できる体制
②重度の合併症、後遺症のある患者が、介護施設・在宅で療養する際に、医療及び介護サービスが相互に連携できる体制
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

２　各医療機能と連携

(1)病院前救護活動の機能【救護】
①目標
・患者あるいは周囲の者が、必要に応じて、速やかに救急要請及び救急蘇生を実施すること
・メディカルコントロール体制の充実により、救急救命士等の活動が適切に実施されること
・実施基準の運用により、傷病者の搬送及び医療機関への受入れが適切に行われること
・地域住民の救急医療への理解を深める取組が行われること
②関係者に求められる事項
（住民等）
・講習会等の受講により、傷病者に対するＡＥＤの使用を含めた救急蘇生法が実施可能であること
・傷病者の救護のため、必要に応じて適切かつ速やかに救急要請を行うこと、あるいは適切な医療機関を受診すること（消防庁作成　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、効率的な運用を図ること
・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。

(2)救命救急医療機関（３次救急医療）の機能【救命医療】

①目標

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

②医療機関に求められる事項

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

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

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

・脳卒中、急性心筋梗塞、重症外傷等の患者や、複数の診療科にわたる重篤な救急患者を、広域災害時を含めて原則として24時間365日必ず受け入れること

・集中治療室（ＩＣＵ）、心臓病専用病室（ＣＣＵ）、脳卒中専用病室（ＳＣＵ）等を備え、常時、重篤な患者に対し高度な治療が可能なこと
・救急医療について相当の知識及び経験を有する医師が常時診療に従事していること（救急科専門医等）
・必要に応じ、ドクターヘリ、ドクターカーを用いた救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

③対応する医療機関

● 3次救急医療機関（救命救急センター及び大学病院）（令和3年4月現在）

病院名	病床				その他の設備		所在地	電話番号
	ICU	SCU	HCU等重症者対応	NICU	ヘリポート	自院で有する救急車		
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	088-631-3111 088-633-9211(夜間救急)
徳島赤十字病院	13床	0床	21床	0床	○	○	小松島市小松島町字井利ノ口103	0885-32-2555
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，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

・24時間365日、救急搬送の受入れに応じること

・傷病者の状態に応じた適切な救急医療を提供すること

②医療機関に求められる事項

地域で発生する救急患者への初期診療を行い、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

③対応する医療機関

● 2 次救急医療機関（救急告示病院及び救急告示診療所）　（令和3年8月）

圏域	医療機関名	所在地	電話番号
東部Ⅰ	徳島市民病院	徳島市北常三島町２丁目34	088-622-5121
	田岡病院	徳島市万代町４丁目2-2	088-622-7788
	水の都記念病院	徳島市北島田町１丁目45-2	088-632-9299
	手束病院	名西郡石井町石井字石井434-1	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	徳島市八万町橋本92-1	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番1号	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番8号	088-622-7111
	たまき青空病院	徳島市国府町早淵字北カシヤ56番地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
	国立病院機構東徳島医療ｾﾝﾀｰ	板野郡板野町大寺字大向北1-1	088-672-1171
	浦田病院	板野郡松茂町広島字南ハリ13	088-699-2921
	きたじま田岡病院	板野郡北島町鯛浜字川久保30-1	088-698-1234

圏域	医療機関名	所在地	電話番号
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
	阿波病院	阿波市市場町市場字岸ノ下190-1	0883-36-5151
南部Ⅰ	阿南医療センター	阿南市宝田町川原6番地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竹国13-2	0885-42-2555
	江藤病院	小松島市大林町字北浦21番地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
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番地	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を提供すること

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急患等診療所

イ　在宅当番医制

・名西郡医師会（石井町、神山町）
・鳴門市医師会（鳴門市）
・板野郡医師会（松茂町、北島町、藍住町、板野町、上板町）
・阿波市医師会（阿波市）
・吉野川市医師会（吉野川市）
・小松島市医師会（小松島市、勝浦町、上勝町）

・阿南市医師会（阿南市、那賀町）
・海部郡医師会（美波町、牟岐町、海陽町）
・美馬市医師会（美馬市、つるぎ町）
・三好市医師会（三好市、東みよし町）

(5)救命救急医療機関等から転院を受け入れる機能【救命後の医療】

①目標

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

②医療機関に求められる事項

・救急医療機関と連携し、人工呼吸器が必要な患者や、気管切開等のある患者を受け入れる体制を整備していること
・重度の脳機能障害（遷延性意識障害等）の後遺症を持つ患者を受け入れる体制を整備していること
・救命期を脱した救急患者で、精神疾患と身体疾患を合併した患者を受け入れる体制を整備していること
・生活機能の維持及び向上のためのリハビリテーション（訪問及び通所リハビリテーションを含む）が実施可能であること
・日常生活動作（ＡＤＬ）の低下した患者に対し、在宅等での包括的な支援を行う体制を確保していること
・通院困難な患者の場合、訪問看護ステーション、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　今後の取組み

(1)救急医療体制の充実・強化

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

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

②救急勤務医の処遇改善など勤務環境の改善に取り組みます。

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救急医療情報システムの有効活用を推進し、システムの機能向上に向けた検討を行い、妊婦搬送も含めた総合的な救急搬送体制の構築を図ります。

(3)関西広域連合における府県域を越えた広域救急医療連携体制の整備・充実

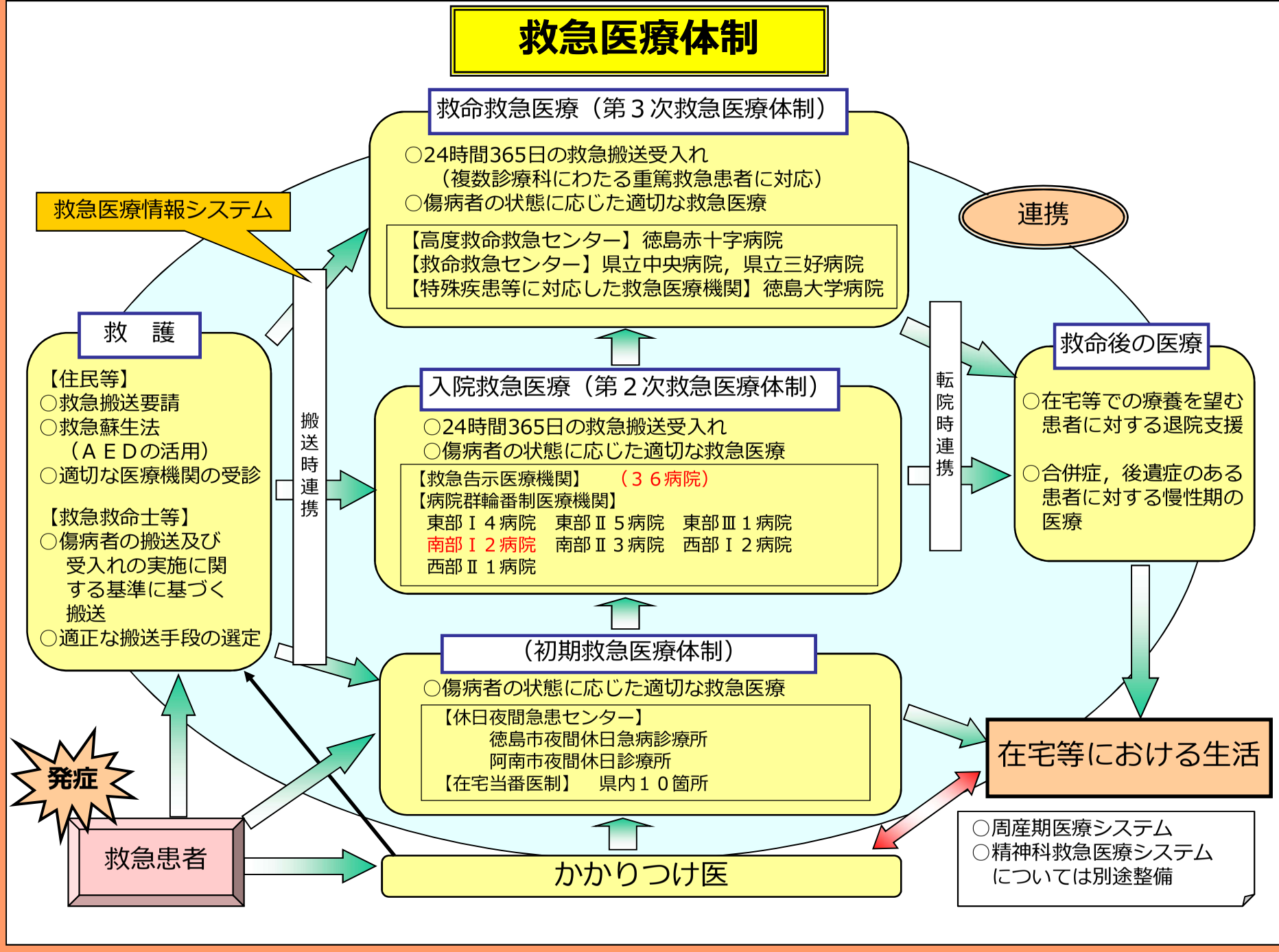
関西広域連合の広域医療分野の事務局として、府県域を越えた広域的ドクターヘリの運航体制の構築、高度・専門医療分野における広域医療連携など、各地域の特徴ある医療資源の有機的な連携を図ることにより、各府県の「３次医療圏」を越えた、「４次医療圏・関西」の構築に向けた広域救急医療連携の仕組みづくりに取り組みます。

特に、ドクターヘリについては、今後連合管内全域を複数機のドクターヘリが補完し合う「二重・三重のセーフティネット」をより拡充するため、平成２９年６月に締結した中国地方各県と鳥取県ドクターヘリとの広域連携協定の更なる拡充を図るとともに、平成２９年２月に運航を開始した愛媛県ドクターヘリや平成２９年３月に運航を開始した奈良県ドクターヘリ等との相互応援協定の締結等をさらに進め、円滑な連携体制の構築を目指します。

第３　数値目標

数値目標項目		策定時の数値	直近値	令和5年度末 目標値
初期救急	在宅当番医また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 (H29)	7 （R２）	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）	３７ (H29)	３７ （R２）	３７ 以上
３次救急	救命救急センター及び大学病院数	4 (H29)	4 （R２）	4
	うち高度救命救急センター	1 (H29)	1 （R２）	1
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		６３．９% (H28)	５０．５% （R１）	６５．０% 以上
３次医療機関への搬送者数に占める軽症者数の割合		４２．１% (H28)	３５．７% （R２）	４０．０% 以下
病院収容までの平均所要時間 (覚知から病院等に収容するのに要した時間の平均)		３６．９分 (H28)	３８．１分 （R元）	３６．９分 以下

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】県立中央病院，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
救急医療情報システム
連携
救　護
【住民等】
○救急搬送要請
○救急蘇生法
（ＡＥＤの活用）
○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】　（３６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

平成29年患者調査（平成29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27,500人）、外来で約3,600人（全国約707,200人）であり、入院は外来の5.6%（全国約3.9%）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、急性上気道感染症（約500人）をはじめとする「呼吸器系の疾患」が約1,200人と圧倒的に多くなっており、その他の精神及び行動の障害（約200人）、う蝕（約300人）、皮膚及び皮下組織の疾患（約200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

令和元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3.0（全国3.4）、乳児死亡率（出生千対）は、2.4（全国1.9）と全国と比べ高くなっています。

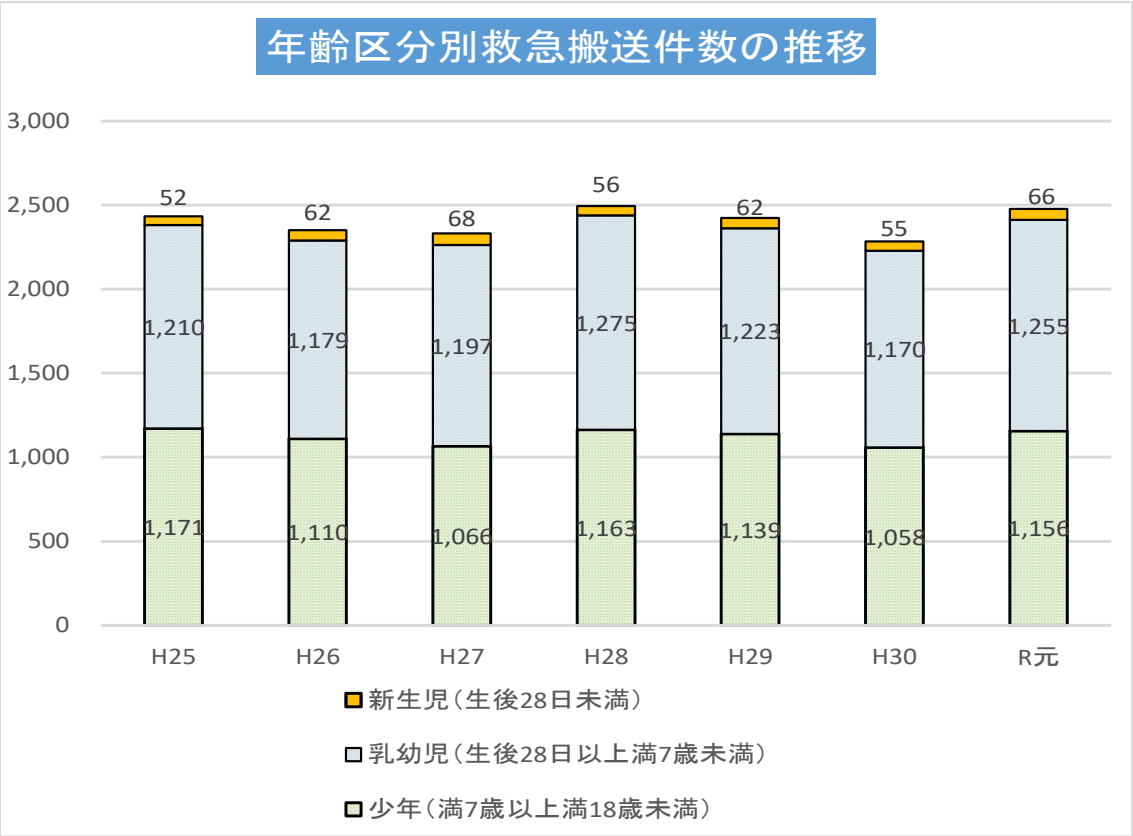
乳児死亡の主な原因の全体に占める割合をみると、「周産期に発生した病態」が36.3%と最も多くなっています。

また、幼児以降の小児の死亡（15歳未満　１人）の死因は、「神経系の疾患」となっています。

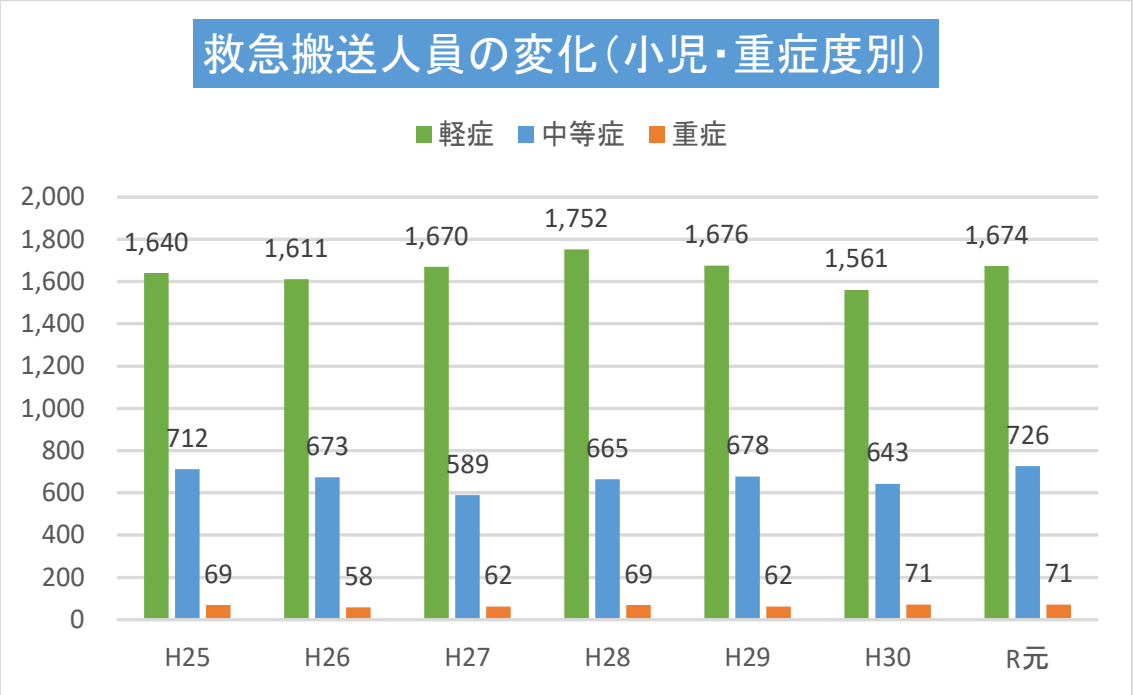
(3)小児救急の現状

少子化（小児人口は、平成12年の約117,000人（出生率8.8（人口千対））から令和元年の約82,000人（出生率　6.2（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増加傾向でしたが、平成23年の2,540人から令和元年の2,471人とやや減少傾向にあります。

また、同搬送における軽症患者の割合は、平成23年の68.2%から令和元年には67.7%と減少傾向にあります。



※資料　徳島県消防年報



搬送人員計	2,433	2,351	2,331	2,486	2,416	2,275	2,471

※資料　徳島県消防年報

※）救急搬送人員の小児とは、年齢満18歳未満

※）搬送人員は、軽症・中等症・重症のほか、死亡・その他を含む数

さらに、小児救急医療拠点病院を訪れる小児救急患者のうち、軽症患者の割合は77.6%であり、重症患者を扱う医療機関において軽症患者が多数受診していることがうかがえます。

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23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。

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（令和３年９月現在、週３日小児救急当番日病院）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、平成28年度から同療養費が増額となったことにより、さらに軽症患者が減少しています。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）患者も減少しました。

○小児救急(時間外)患者の状況

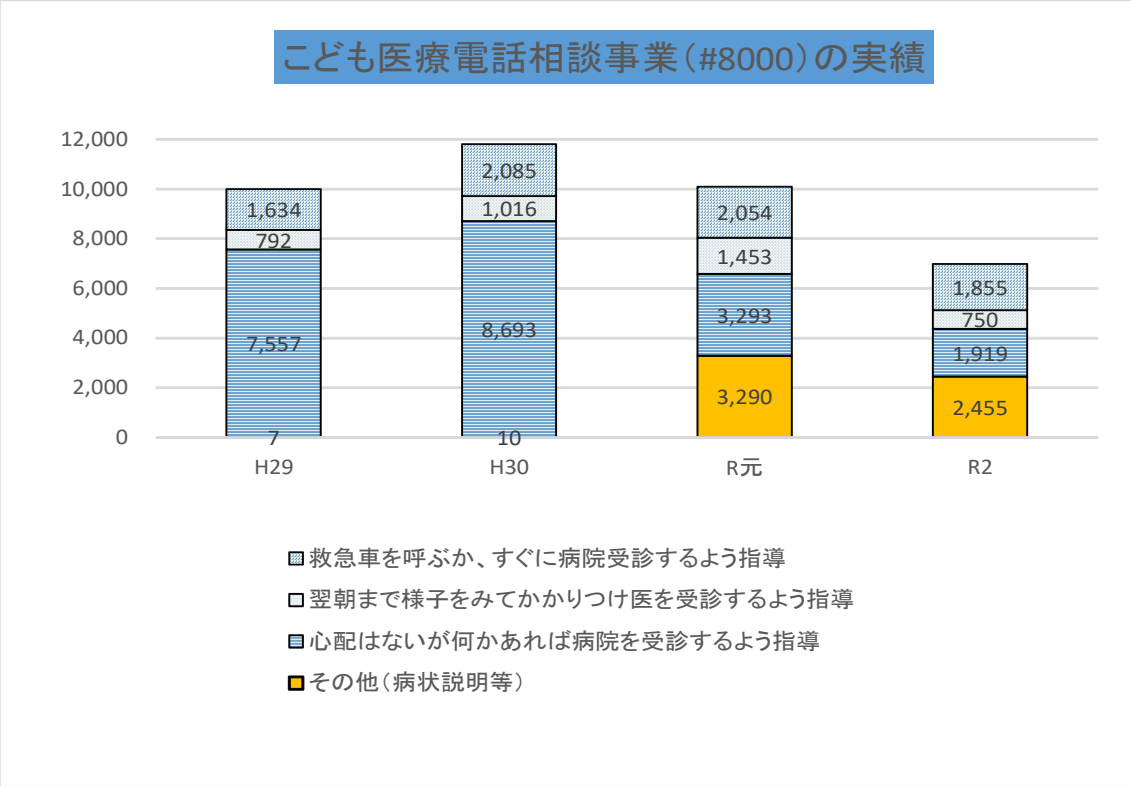
（人）

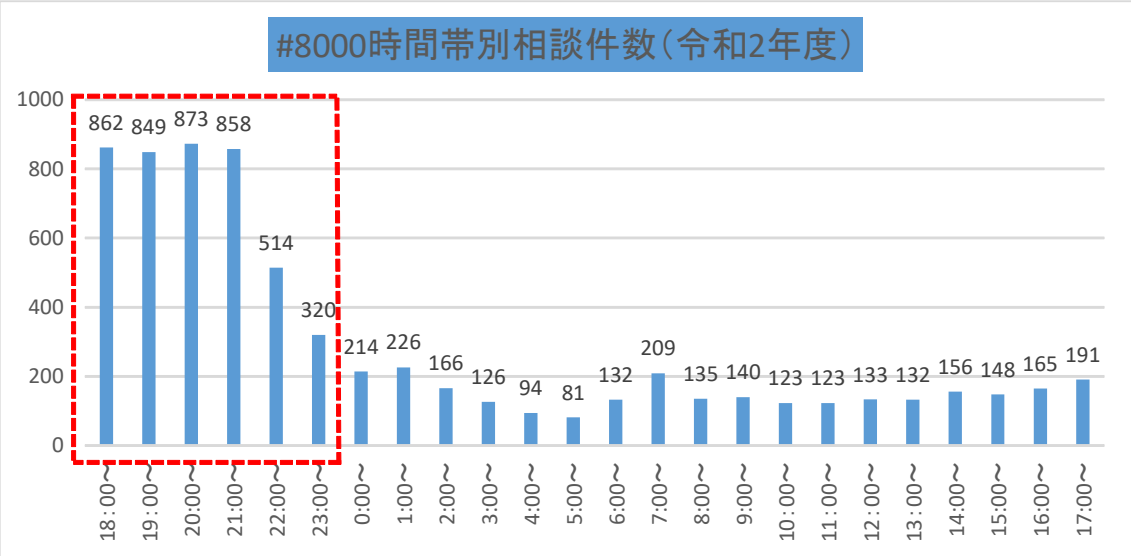
医療圏	区分	29年度	30年度	元年度	2年度
東部	小児救急医療拠点病院 (徳島県立中央病院)	3,632	3,354	2,824	1,553
	徳島市夜間休日急病診療所	11,585	10,339	10,624	4,005
	小　計	15,217	13,693	13,448	5,558
南部	小児救急医療拠点病院 （令和３年９月現在小児救急当番日病院） (徳島赤十字病院)	4,952	4,513	3,034	473
西部	小児救急輪番病院 （つるぎ町立半田病院） （徳島県立三好病院）	3,612	2,380	1,748	531
合　計		23,781	20,586	18,230	6,562
（参考） 香川県	※ 徳島県から四国こどもとおとなの医療センターへの小児救急（時間外）患者		217	226	84

※ 東部医療圏は、H24年度まで小児救急輪番制で対応。H25年4月から徳島県立中央病院を小児救急医療拠点病院に指定し、24時間365日小児救急医療に対応

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ています。

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年度には、6,970件と新型コロナウイルス感染症の影響を受け相談件数が減少しています。相談に対する回答は、「心配はないが何かあれば病院を受診するよう指導」が最も多く、相談件数は、午後6時から午後11時までの時間帯が多くなっています。





※福祉行政報告例（厚生労働省）

(4)障がい児等の状況

令和元年度末現在、本県の18歳未満の身体障がい者手帳交付数は396人（H22年度末502人）、障がい児福祉手当等の交付数は333人（H22年度末390人）、特別児童扶養手当数は1,182人（H22年度末1,430人いずれも減少しています。

2　小児医療の提供体制

(1)医療施設の状況

① 平成14年から平成29年までの間に小児科を標榜している一般病院は、35.8%減少（53から34）、診療所は24.3%減少（268から203）、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、298の医療機関を指定(令和２年11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、小児救急輪番病院や小児救急医療拠点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、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日体制となっていましたが、週３日当番日制としています（令和３年９月時点）。

ウ　西部圏域

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

⑤ 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）21床を設置（うち稼働18床）し、高度な医療を提供する体制を構築するとともに、徳島赤十字ひのみね総合療育センター、国立病院機構徳島病院にNICU後方病床の整備を促進しました。

○小児科を標榜する一般病院・診療所

		H14.10.1	H29.10.1	増　減
徳島県	一般病院	53(1)	34(1)	35.8%減
	診 療 所	268	203	24.3%減
全　国	一般病院	3,359	2,592	22.8%減
	診 療 所	25,862	19,647	20.0%減

※資料　H29年医療施設調査（厚生労働省）

（注）（ ）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	17	10	7	34
診 療 所	149	40	14	203
合　計	166	50	21	237

※資料　H29年医療施設調査（厚生労働省）

○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	5	1	6
病床数	631	17	648

※資料　四国厚生支局「施設基準の届出受理状況」(R3.7.1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」(R3.7.1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】２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」(R3.7.1現在)

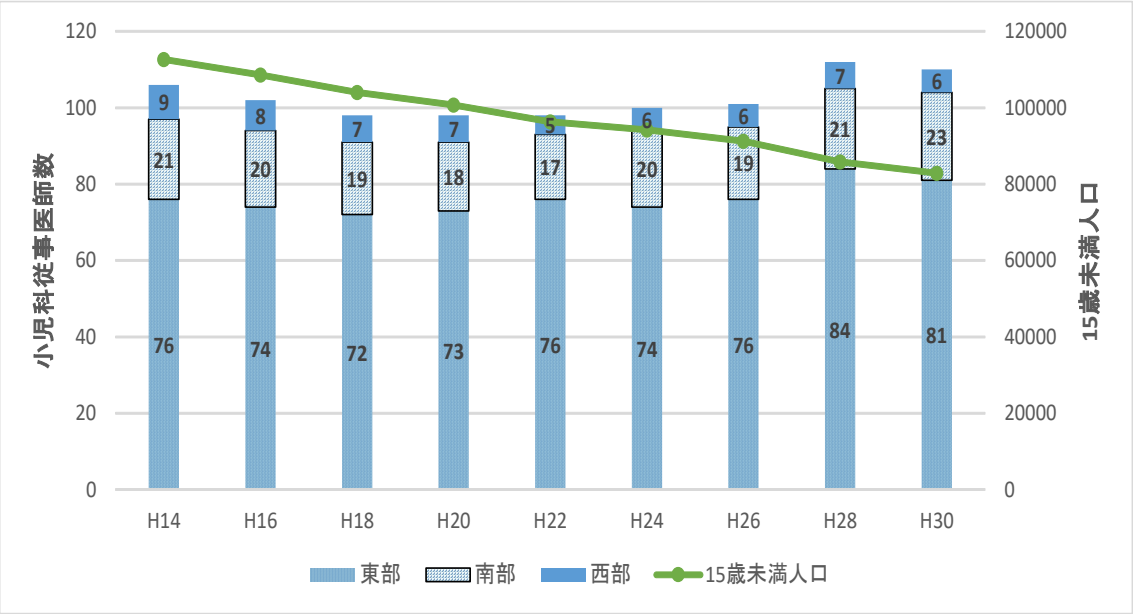
○小児に対応している訪問看護ステーション数

医 療 圏	東　部	南　部	西　部	合　計
施設数	10	2	1	13

※資料　徳島県医療政策課調べ (R2.11.1現在)

(2)小児医療に係る医師の状況

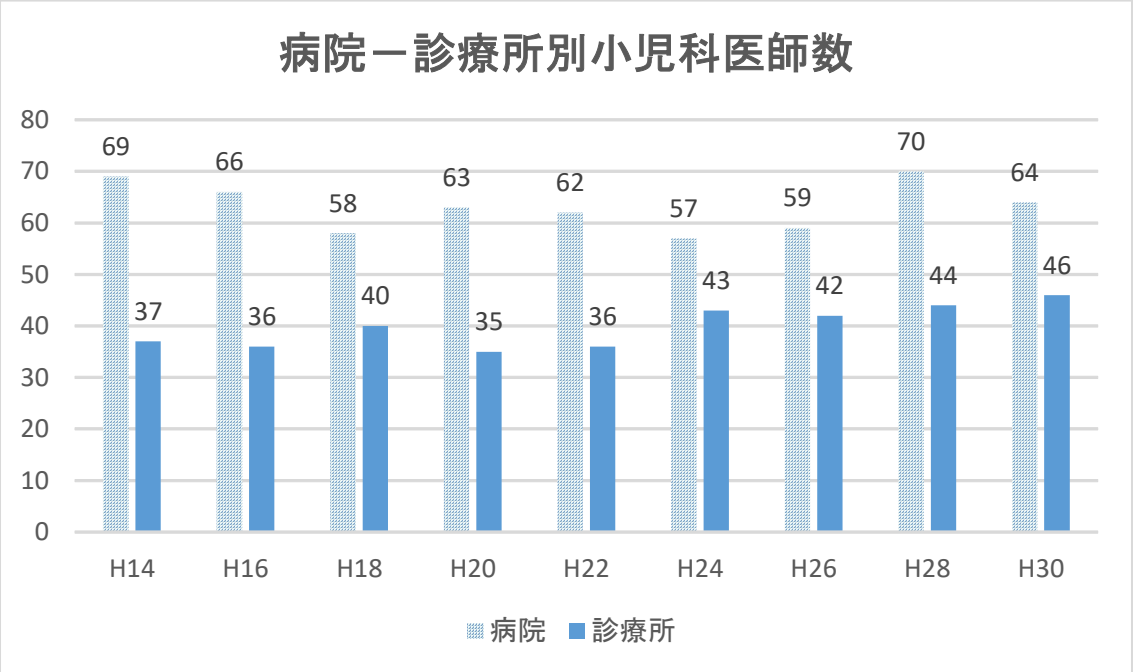
①　徳島県では、平成14年から平成30年までの間に小児人口1万人あたりの小児科従事医師数でみると、9.4人から13.3人と増加傾向にあり、実数で見ても106人から110人と4人増加(全国は2,840人増加)しています。また、小児科医師総数に対する病院・診療所別小児科医師数の割合は、平成30年では病院58.2%（H14:65.1%）・診療所41.8%（H14:34.9%）となっており、診療所の小児科医師の割合が増加しています。



○小児科従事医師数

		H14				H30			
	圏域別	東部	南部	西部	計	東部	南部	西部	計
	従事医師数	76人	21人	9人	106人	81人	23人	6人	110人
	小児人口1万人あたり	9.9人	9.2人	7.0人	9.4人	13.4人	15.1人	8.2人	13.3人
	従事医師数	14,481人				17,321人			
	小児人口1万人あたり	7.7人				13.7人			

※資料　医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）



※資料　医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）

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

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

(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

2 各医療機能と連携

小児医療体制

(1)健康相談等の支援の機能【相談支援等】

①目標

・子どもの急病時の対応等を支援すること
・慢性疾患の診療や心の診療が必要な子ども及びその家族に対し、地域の医療資源、福祉サービス等について情報を提供すること
・不慮の事故等の救急の対応が必要な場合に、救急蘇生法等を実施できること
・小児かかりつけ医を持つとともに、適正な受療行動をとること

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
・救急医療情報システムを活用し、適切な医療機関へ速やかに搬送すること

（行政機関）

・休日・夜間等に子どもの急病等に関する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）
・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

(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

・地域に必要な一般小児医療を実施すること
・生活の場（施設を含む。）での療養・療育が必要な小児に対し支援を実施すること

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、一般病院小児科、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総合療育センター、国立病院機構徳島病院、国立病院機構東徳島医療センター）

②小児医療過疎地域[*1]の一般小児医療を担う機能【小児地域支援病院】

ア　目標

・小児医療過疎地域において不可欠の小児科病院として、軽症の診療、入院に対応すること

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

---

*1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。

(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

・一般の小児医療を行う医療機関では対応が困難な患者に対する医療を実施すること

・小児専門医療を実施すること

②医療機関に求められる事項

・高度の診断・検査・治療や勤務医の専門性に応じた専門医療を行うこと

・一般の小児医療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

(4)高度な小児専門医療を担う機能【高度小児専門医療】（小児中核病院）

①目標

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

・医療従事者への教育や研究を実施すること

②医療機関に求められる事項

・高度小児専門医療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

・初期小児救急を実施すること

②医療機関に求められる事項

・休日夜間急患センター等において、平日昼間や夜間休日における初期小児救急医療を実施すること

・緊急手術や入院等を要する場合に備え、対応可能な医療機関と連携していること

・地域で小児医療に従事する開業医等が、小児科を有する病院や休日夜間急患センター等、夜間休日の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

・入院を要する小児救急医療を24時間体制で実施すること

②医療機関に求められる事項

・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・南部：徳島県立中央病院）

・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）

※徳島赤十字病院については、令和３年９月現在、週３日を当番日として入院を要する小児救急医療に対応しています。

(3)小児の救命救急医療を担う機能【小児救命救急医療】

①目標

・小児の救命救急医療を24時間体制で実施すること

②医療機関に求められる事項

・小児救急輪番病院等からの紹介患者や重症外傷を含めた救急搬送による患者を中心として、重篤な小児患者に対する救急医療を24時間365日体制で実施すること

・小児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、東部・南部の徳島県立中央病院が、小児重篤救急患者の救命救急医療に対応します。

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

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

※徳島赤十字病院については、令和３年９月現在、週３日を当番日として小児重篤救急患者の救命救急医療に対応しています。

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、医師修学資金または専門医研修資金の貸与、並びに県地域医療支援センターにおける医師のキャリア形成支援と一体となった医師確保対策の推進等により、引き続き、小児科医師の確保に努めます。

(3)小児救急医療体制の強化

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

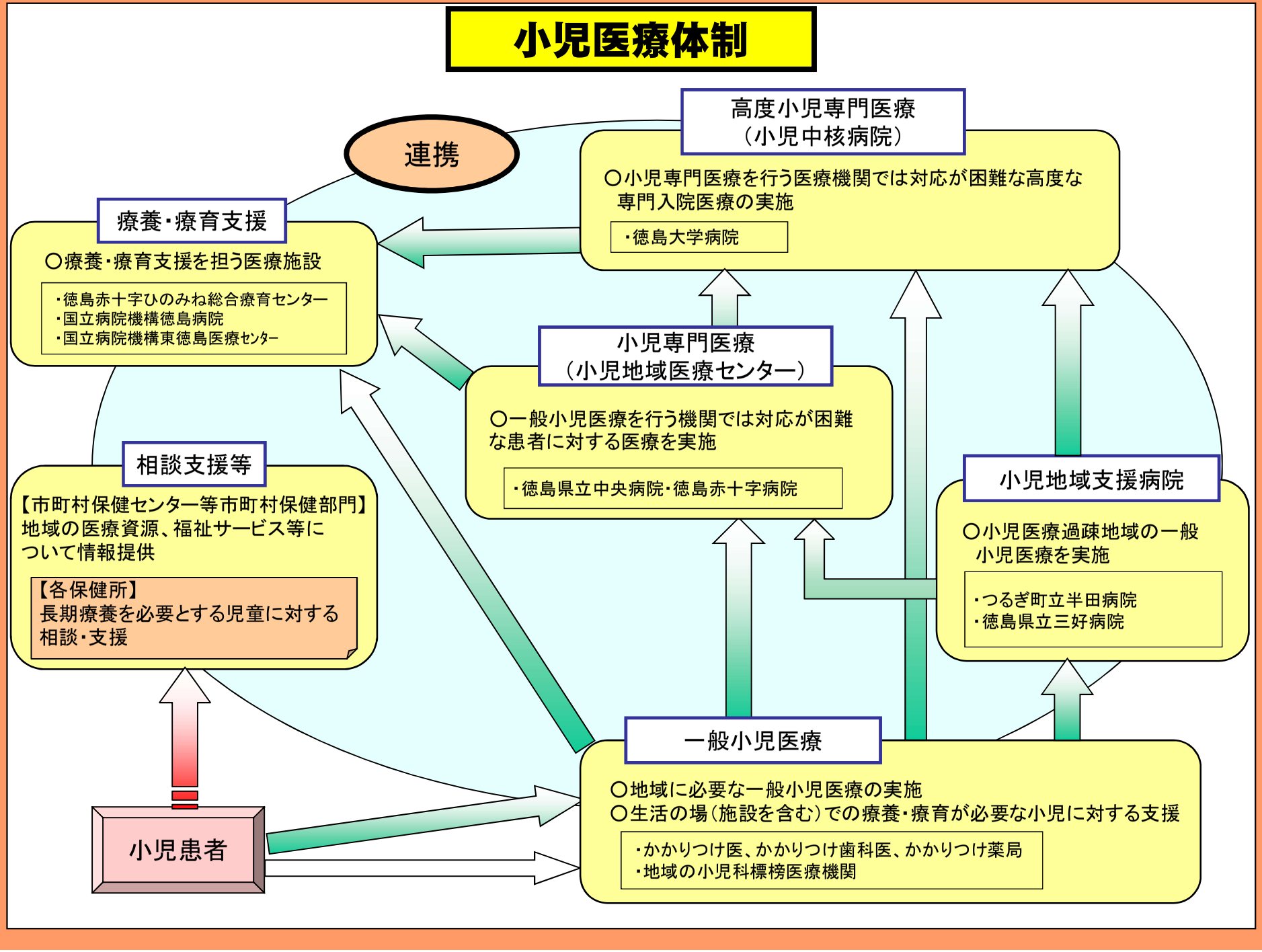
厚生労働省が実施する災害時小児周産期リエゾン養成研修へ医師等を派遣し、災害時小児周産期リエゾンを養成・確保します。

第５　数値目標

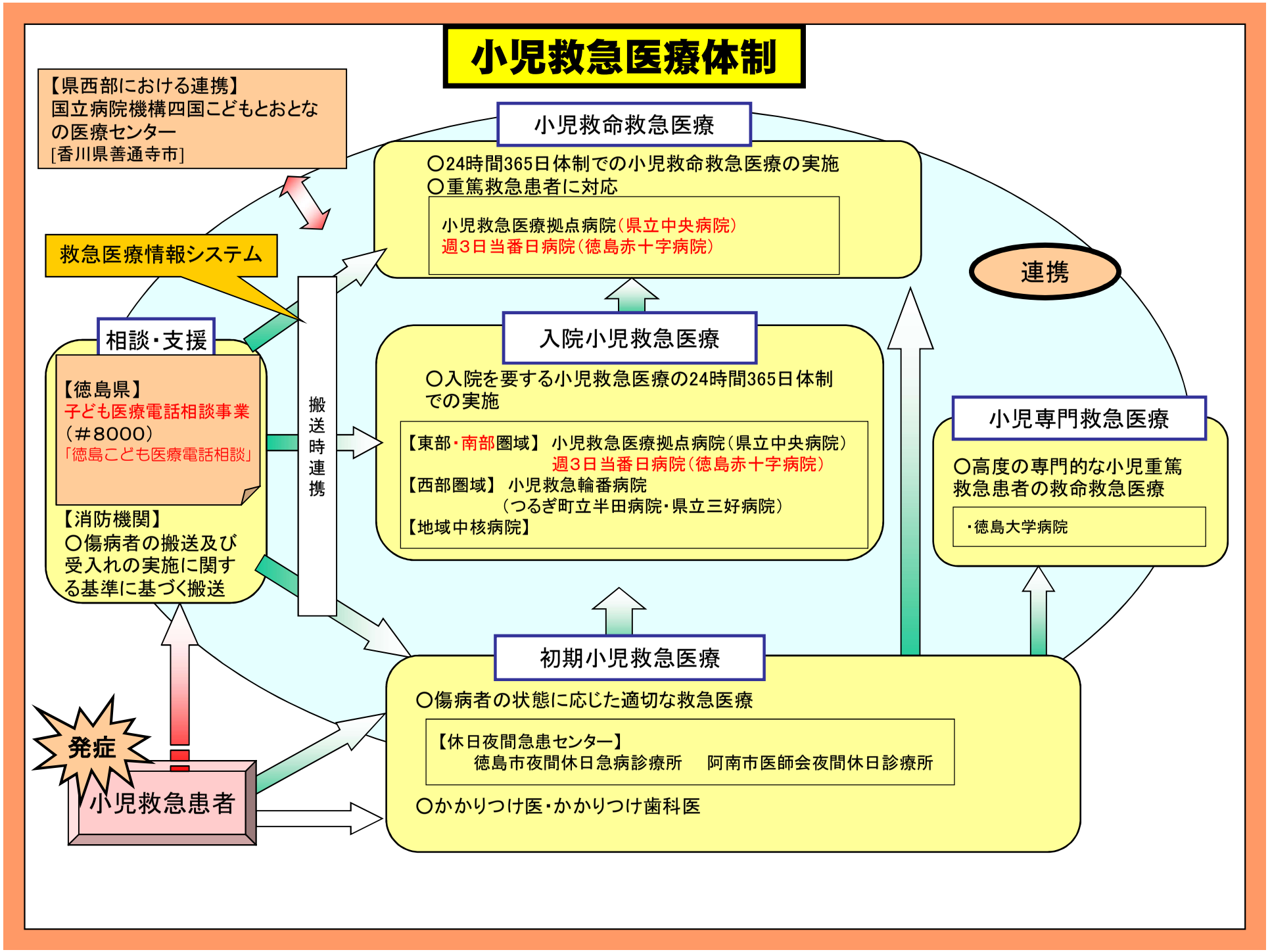
数値目標項目	策定時の数値	直近値	令和5年度末 目標値
小児救急医療拠点病院における軽症患者率	86.8% (H28)	77.6% (R2)	減少
乳児死亡率（出生千対）	3.0(出生千対) (H28)	2.4(出生千対) （R1）	全国平均以下 （R元：1.9）
こども医療電話相談事業（#8000）の認知度	84.9% (H29)	84.9% (H29)	認知度向上

※#8000の認知度は、次世代育成支援イベント「おぎゃっと21」アンケートより

小児医療体制


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

小児救急医療体制


【県西部における連携】
国立病院機構四国こどもとおとなの医療センター
[香川県善通寺市]
救急医療情報システム
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】
〇傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準に基づく搬送
搬送時連携
小児救命救急医療
〇24時間365日体制での小児救命救急医療の実施
〇重篤救急患者に対応
小児救急医療拠点病院（県立中央病院）
週3日当番日病院（徳島赤十字病院）
入院小児救急医療
〇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・南部圏域】 小児救急医療拠点病院（県立中央病院）
週3日当番日病院（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・県立三好病院）
【地域中核病院】
連携
小児専門救急医療
〇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
〇傷病者の状態に応じた適切な救急医療
【休日夜間急患センター】
徳島市夜間休日急病診療所　阿南市医師会夜間休日診療所
〇かかりつけ医・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

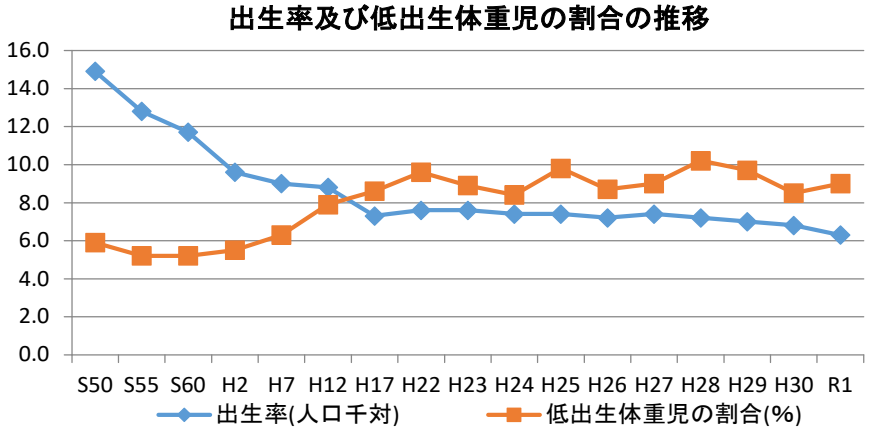
分娩件数は、平成17年は6,002件でしたが、令和元年には4,599件と、約23.4%減少しています。また出生数も、平成17年の5,913人から、令和元年は4,554人に減少しています。

出生率[*2]で見ると、平成17年は7.3（全国8.4）、令和元年は6.3（全国7.0）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）、令和元年は1.46（全国1.36）と上昇傾向にあります。

(2)低出生体重児

出生数のうち低出生体重児（2,500g未満）の占める割合は、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）と増加しています。その後はほぼ横ばいで、令和元年は9.0%（409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27年に0.43%（24人）、平成29年に0.31%（16人）、令和元年に0.29%（13人）と、ここ数年ではほぼ横ばいとなっています。



資料：人口動態統計（厚生労働省）

---

*1周産期とは妊娠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）、令和元年に26.8%（1,222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、令和元年は30.3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%、令和元年には病院が60.3%、診療所が39.5%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。令和元年は0.98%（45件）となっています。

(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、平成29年にはそれぞれ25.6%、9.8%、20.4%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29年に3.5、平成30年に3.6と横ばいでしたが、令和元年は4.2と全国平均3.4を上回りました。

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、令和元年に3.5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率

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、令和元年は0.9となっています。

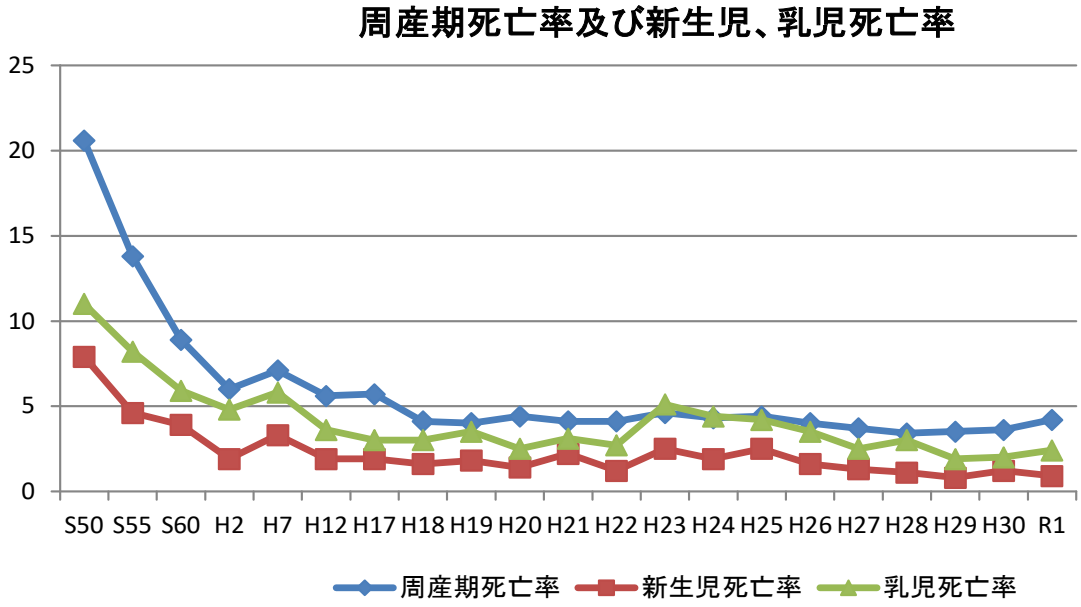
同じく乳児死亡[*6]率（出生千対）も、平成17年には3.0でしたが、平成23年は5.1と大きく増加しました。その後は減少していますが、令和元年でも

*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

2.4と全国平均1.9を上回る状況が続いています。
　妊産婦死亡[*7]率（出産10万対）は、平成12年に8.0、平成17年に3.3、平成22年に3.3、令和元年は0.0となっています。ここ数年の推移を見ると、平成17年と平成22年を除き妊産婦死亡者は出ていません。



資料：人口動態統計（厚生労働省）

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２年度末では、16施設（病院9、診療所7）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
R2	16	5	7	12	3	0	3	1	0	1

*7妊産婦死亡：妊娠中または妊娠終了後満42日未満の女性の死亡で、本県は５年平均で算出している。

(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・薬剤師調査（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22年に81人（病院49人、診療所32人）、平成28年は79人（病院51人、診療所28人）と微減しています。さらに、平成28年を医療圏別で見ると、東部医療圏64人、南部医療圏９人、西部医療圏６人であり、全医師数の81%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、平成30年末には272人（病院189人、診療所32人、助産所19人、その他32人）まで増加しています。

(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、西部各医療圏ごと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など、残された課題については、引き続き検討を進めるとともに、ＮＩＣＵについては、ハード面では21床整備したものの、周産期医療従事者の不足等により一部稼働できていない状況であり、その解決策はもとより、現状及び今後のニーズを見据えた整備についても検討していく必要があります。

加えて、災害等の他事業や精神疾患等の他疾患の診療体制との連携強化を

図るため、「徳島県周産期医療体制整備計画」と「第７次徳島県保健医療計画」を一体化し、更なる体制の充実に取り組むことになりました。

○周産期母子医療センターの整備状況（令和３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

２　周産期医療機関とその連携

(1)目指すべき方向
①正常分娩等に対し安全な医療を提供するための周産期医療関連施設間の連携
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

④ＮＩＣＵに入室している新生児の療養・療育支援が可能な体制
　周産期医療関連施設を退院した障がい児等が生活の場で療養・療育できるよう、医療、保健及び福祉サービスが相互に連携した支援

(2)各医療機能と連携
①正常分娩等を扱う機能
ア　目標
・妊婦健診等を含めた分娩前後の診療を行うこと
・正常分娩及び低リスクの分娩に対応すること
・周産期母子医療センター及びそれに準ずる施設など他の医療機関との連携により、リスクの低い帝王切開術に対応すること
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、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
・周産期に係る比較的高度な医療行為を実施すること
・24時間体制での周産期救急医療（緊急帝王切開術、その他の緊急手術を含む）に対応すること
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」（平成29年３月31日付け医政地発0331第３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

③母体又は胎児におけるリスクの高い妊娠に対する医療及び高度な新生児医療等の周産期医療を行うことができる機能【総合周産期母子医療センター】

ア　目標
・合併症妊娠、胎児・新生児異常等母体又は胎児にリスクの高い妊娠に対する医療、高度な新生児医療等を行うことができるとともに、必要に応じて総合周産期母子医療センターの関係診療科又は他の施設と連携し、産科合併症以外の合併症を有する母体に対応すること
・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の連携を図ること

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
・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）

④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

・周産期医療関連施設を退院した障がい児等が生活するための療養・療育体制を提供すること

・療養・療育を行っている児の家族に対する支援を実施すること

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

・訪問看護ステーション、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総合療育センター、独立行政法人国立病院機構徳島病院

3　今後の取組み

(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。

　また引き続き、西部医療圏における地域周産期母子医療センターの設置について検討します。

②　安定した周産期医療提供体制を構築するため、医師修学資金及び専門医研修資金貸与事業の活用等により、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。

*8レスパイト入院：家族の休息のための預かり入院

(2)救急搬送体制の強化

① 「徳島県周産期医療搬送マニュアル」に基づき、母体・新生児のハイリスク症例等に対応した搬送体制の確保を図ります。

② 県西部においては、医師の連携や道路状況、さらには地域住民の受療行動から、これまでの連携を維持し、「四国こどもとおとなの医療センター（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。

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、適切な治療や支援につなぐ体制づくりに努めます。

② 「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)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。

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周産期リエゾンを中心とした、周産期医療体制を構築します。

第３　数値目標

数値目標項目	策定時の数値	直近値	令和5年度末目標値
周産期死亡率（出産千対）	3.4 (H28)	4.2 (R1)	全国平均以下 (参考R1：3.4)
妊産婦死亡率（出産10万対） ※同年含む過去５年間平均	0.0 (H28)	0.0 (R1)	全国平均以下 (参考R1：3.3)
乳児死亡率（出生千対）	3.0 (H28)	2.4 (R1)	全国平均以下 (参考R1：1.9)
地域周産期母子医療センターの整備	3か所 (H28)	３か所 (R1)	西部医療圏での設置

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総合療育センター
・独立行政法人国立病院機構徳島病院

連携

地域の産科医療機関

○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

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、10年以内の発生確率が20～30%、30年以内では70%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	33,300人	31,300人
負傷者数	34,000人	19,400人
建物全壊棟数	133,600棟	116,400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たところであり、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２年度末現在で11病院（基幹災害拠点病院：1病院、地域災害拠点病院：10病院）の指定を行っています。

●本県の災害拠点病院の状況

医 療 圏	医 療 機 関 名	医 療 圏	医 療 機 関 名
東部	◎徳島県立中央病院(H8.11)	南部	徳島赤十字病院(H8.11)
	徳島県鳴門病院(H9.3)		徳島県立海部病院(H9.3)
	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、本県独自の取組みとして、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

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)
	阿波病院(H25.9)		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	徳島病院(H25.9)
	美波病院(H28.6)		東徳島医療センター(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」の整備を推進しています。

(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、平成29年度末現在、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、北海道胆振東部地震、令和元年度東日本台風についても、ＤＭＡＴロジスティックメンバーを現地に派遣しました。

令和3年4月1日時点で、県内では計３０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。

● ＤＭＡＴの編成状況（令和３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	5	16	7	28
	徳島県鳴門病院	3	4	6	3	13
	吉野川医療センター	2	2	5	4	11
	徳島大学病院	3	8	7	7	22
	徳島市民病院	3	6	5	4	15
	田岡病院	1	3	4	3	10
	東徳島医療センター	1	2	2	4	8
南部	徳島赤十字病院	3	4	11	12	27
	徳島県立海部病院	2	3	5	5	13
	阿南医療センター	2	2	6	4	12
	海南病院	1	1	3	2	6
西部	徳島県立三好病院	1	1	8	1	10
	つるぎ町立半田病院	1	1	3	3	7
	ホウエツ病院	1	3	2	3	8
	市立三野病院	1	1	2	3	6
	計	29	46	85	65	196

※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。

(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し、保健医療及び介護支援活動に関する情報の連携、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。

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「ＤＰＡＴ先遣隊」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ＤＰＡＴ先遣隊1チーム）が研修を修了しており、熊本地震においては、ＤＰＡＴ先遣隊をはじめとして計１０チーム、４０名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3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（先遣隊）	1	2	5	4	11
	徳島県精神保健福祉ｾﾝﾀｰ	1	1	1	2	4
	徳島大学病院	1	3	1	10	14
	むつみホスピタル	1	2	2	4	8
	そよかぜ病院	1	1	2	1	4
	TAOKAこころの医療センター	1	1	1	3	5
	第一病院	1	1	6	4	11
	ほのぼのホスピタル	1	1	0	3	4
	城南病院	1	1	1	3	5
	八多病院	1	0	1	2	3
	南海病院	1	2	4	4	10
	鳴門シーガル病院	1	1	2	2	5
	藍里病院	1	2	2	2	6
南部	杜のホスピタル	1	1	2	2	5
	冨田病院	1	1	1	3	5
西部	折野病院	1	1	1	2	4
	桜木病院	1	1	1	3	5
	秋田病院	1	1	2	0	3
	ゆうあいホスピタル	1	0	4	0	4
計		19	23	39	54	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（R3.8.1時点）

分野	医療	薬務	保健衛生	介護福祉	計
委嘱人数	７７名	４８名	３９名	６１名	２２５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、地域のリハビリテーションニーズを分析し、被災者の生活不活発病や生活機能低下予防のためのリハビリテーション支援活動について、圏域の市町村や災害時コーディネーターとの連携・調整を行う「とくしま災害時リハビリテーション圏域リーダー」17名を平成28年3月に委嘱し、現在、支援体制の検討と、訓練・研修を通じたコーディネーター等との連携体制の確認・強化を行っています。

さらに、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、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・周産期医療体制の構築を図っています。

(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）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、県内各圏域ごと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県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１８箇所に約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箇所に約１万人分、防疫用薬剤については、保健所等１０箇所に約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、現行の「あすたむらんど徳島」と「徳島阿波おどり空港」に加えて「西部健康防災公園」を追加するとともに、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を行いました。

(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、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・四国地方の災害時相互応援に関する協定書	平成７年12月５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	平成28年９月12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図ります。

(1)災害急性期（発災後概ね48時間以内）において必要な医療が確保される体制

大地震及び鉄道事故等の災害時に被災地に迅速に駆けつけ、救急治療等の医療支援が実施でき、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

・被災した際に、被害状況、診療継続可否等の情報を、EMIS等を用いて都道府県災害対策本部へ共有すること
・災害時においても、多発外傷、挫滅症候群、広範囲熱傷等の重篤救急患者の救命医療を行うための高度の診療機能を有すること
・患者等の受入れ及び搬出を行う広域医療搬送に対応すること
・自己完結型の医療チーム（DMATを含む。）の派遣機能を有すること
・被災しても、早期に診療機能を回復できるよう、ＢＣＰの整備を含め、平時からの備えを行っていること

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
・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、ＢＣＰの整備を行うこと
・整備された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

被災患者等が災害拠点病院に集中するのを防ぐため、被災地内の患者集積拠点として緊急度や重傷度を判断し、軽症及び中等症患者の受け入れを行います。

・災害時において、災害拠点病院と連携し、又はこれを支援し、主として被災地内の傷病者の受入及び搬送にあたる等地域における必要な医療救護活動を行うこと
・医療救護班を派遣する体制を確保し、必要に応じて医療救護班を派遣すること
・必要に応じて地域の医療機関等へ応急用資器材の提供を行うこと

イ　医療機関に求められる機能

災害医療支援病院は、災害拠点病院のバックアップを行います。

・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
・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、ＢＣＰの整備並びに整備した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

・被災した際に、被害状況、診療継続可否等の情報を、EMIS等を用いて都道府県災害対策本部へ共有すること
・災害時においても、医療保護入院、措置入院等の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）に基づく精神科医療を行うための診療機能を有すること
・災害時においても、精神疾患を有する患者の受入れや、一時的避難場所としての機能を有すること
・DPATの派遣機能を有すること
・被災しても、早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画の整備を含め、平時からの備えを行っていること

イ　医療機関に求められる事項

災害拠点精神科病院は、都道府県において災害時における精神科医療を提供する上での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（体育館等）
・重症な精神疾患を有する患者に対応可能な保護室等を有していること
・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
・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。）
・ 災害時における精神科医療に精通した医療従事者の育成（都道府県精神科病院協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
・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
・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、業務継続計画の整備を行うこと
・整備された業務継続計画に基づき、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、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
・被災した際に、被害状況、診療継続可否等の情報を、EMIS等を用いて県災害対策本部と共有すること
・被災をしても、早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画の整備を含め、平時からの備えを行っていること
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

(3)県及び市町村
①目標
・消防、警察等の関係機関や公共輸送機関等が、災害時において迅速に適切な対応がとれ、連携できること

・保健所管轄区域や市町村単位での保健所等を中心とした地域コーディネート体制を充実させることで、災害時に救護所、避難所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より質の高いサービスを提供すること

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（災害医療コーディネーター、災害時小児周産期リエゾンを含む。）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。また、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。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活動に係る体制の整備について」（平成29年7月5日科発0705第3号・医政発0705第4号・健発0705第6号・薬生発0705第1号・障発0705第2号厚生労働省大臣官房厚生科学課長、医政局長、健康局長、医薬･生活衛生局長、社会・援護局障害保健福祉部長連名通知）において示された、医療分野と保健衛生分野の部局が連携した「保健医療調整本部」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関わる指針について」（平成28年12月５日付け医政地発1205第１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

3　今後の取り組み

(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、新たに徳島県立中央病院を位置づけます。さらに、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 災害時健康危機管理支援チーム（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、災害時の口腔ケアについての取り組みを進めるとともに、とくしま災害時リハビリテーション圏域リーダー等と連携し、

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。

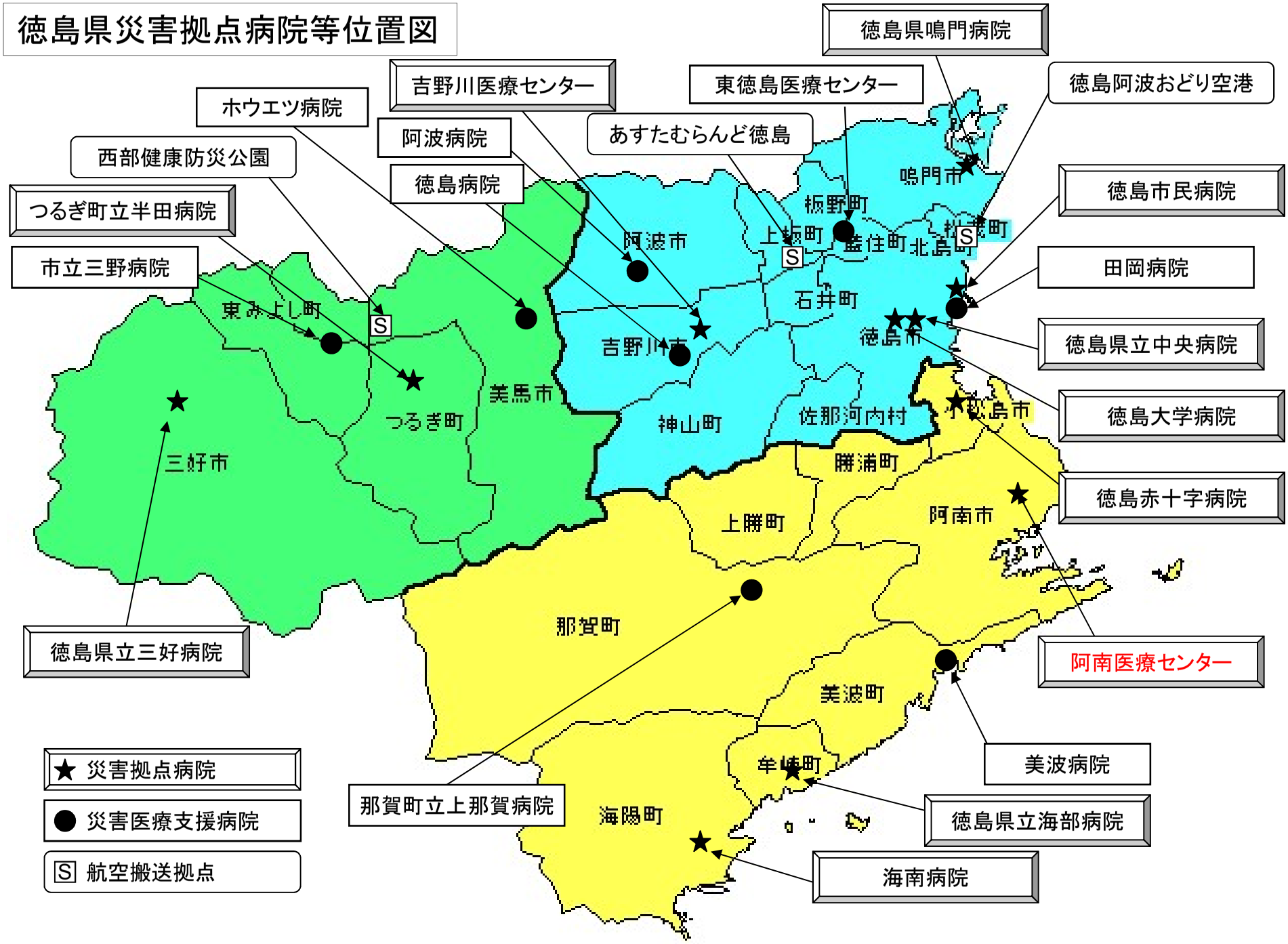
③　小児・周産期医療の関係者や保健所等と連携し、災害時における妊産婦や乳幼児の対応について検討を進めます。

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	策定時の数値	直近値	令和５年度末目標値
災害派遣医療チーム（ＤＭＡＴ）数	２７チーム（H29）	２９チーム（R3）	３３チーム
複数のDMATチームを有するDMAT指定医療機関	８医療機関（H29）	８医療機関（R3）	１５医療機関
広域災害救急医療情報システム（ＥＭＩＳ）登録医療機関数	全病院	全ての医療機関	全ての医療機関
徳島県災害時情報共有システム登録医療機関数	全病院及び全有床診療所	全ての医療機関	全ての医療機関
業務継続計画の検証のための研修・訓練を実施した災害拠点病院数	－	－	全災害拠点病院

徳島県災害拠点病院等位置図



災害医療体制

広域災害救急医療情報システム（EMIS）

↕ 連携

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

あすたむらんど徳島、徳島阿波おどり空港、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

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

連携

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
- 災害医療コーディネーター
- 介護福祉コーディネーター
- 薬務コーディネーター
- 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

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

へき地医療体制の整備

第１　へき地医療の現状

１　無医地区・無歯科医地区の現状

無医地区[*1]は、昭和41年に全国で2,920地区（人口119万人）存在していましたが、その後の11次にわたるへき地保健医療計画の実施により、その解消が継続的に図られた結果、令和元年10月末の無医地区は590地区（人口12.7万人）となっています（厚生労働省「令和元年度無医地区等調査及び無歯科医地区等調査)。

本県における無医地区を有する市町村数及び地区数は、平成16年に11市町村23地区であったものが平成26年には６市町19地区に、令和元年には６市町19地区となっています。

また、無歯科医地区については、平成16年に14市町村33地区であったものが平成26年には８市町24地区に、令和元年には８市町24地区となっています（いずれも「準ずる地区」[*2]を含む)。

●無医地区等の推移

		H16.12	H21.10	H26.10	R1.10	増減
本県	無医地区	19	18	15	11	▲ 4
	準無医地区	4	3	4	8	4
	人口（人）	3,709	3,698	2,099	1,665	▲434
全国	無医地区	787	705	637	590	▲47
	人口（人）	164,680	136,272	124,122	126,851	2,729

●無歯科医地区等の推移

		H16.12	H21.10	H26.10	R1.10	増減
本県	無歯科医地区	29	25	20	16	▲ 4
	準無歯科医地区	4	3	4	8	4
	人口（人）	7,182	6,110	3,092	2,456	▲636
全国	無歯科医地区	1,046	930	858	777	▲81
	人口（人）	295,480	236,527	206,109	178,463	▲27,646

無医地区等調査・無歯科医地区等調査（厚生労働省）

*1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

*2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

●無医地区等一覧表（R1）

二次医療圏	市町村	地区名	世帯数	人口	高齢化率	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)	市町村等による巡回診療等延回数（H30）
南部	那賀町	轟・菖蒲	40	72	68.1%	30	60	34
		海川・林谷	125	232	68.1%	25	65	34
		出羽	27	54	63.0%	35	70	34
	海陽町	平井	33	59	72.9%	110	70	14
		相川	145	293	58.7%	60	34	2
		久尾・船津	42	60	73.3%	90	47	26
西部	美馬市	中の谷	80	147	61.9%	30	30	0
		西の谷	41	82	56.1%	30	35	0
		太合	40	61	65.6%	60	16	5
	つるぎ町	明谷	36	75	64.0%	70	64	0
		錦谷	69	117	75.2%	65	60	8
無医地区：1市3町11地区			678	1,252				
南部	阿南市	蒲生田	20	48	－	15	30	0
		伊島	74	164	41.5%	15	1	2
	那賀町	岩倉・川成	24	42	85.7%	60	60	4
		小畠・沢谷・高野	31	42	81.0%	45	40	8
		川俣	23	34	85.3%	40	70	14
西部	美馬市	樫原	26	37	86.5%	45	65	6
		川上	28	42	71.4%	65	22	5
	三好市	小祖谷	3	4	100%	50	180	5
準無医地区：3市1町8地区			229	413				

●無歯科医地区等一覧表（R1）

二次医療圏	市町村	地区名	世帯数	人口	高齢化率	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	198	370	61.1%	23
		東山	121	206	68.0%	33
南部	阿南市	伊島	74	164	41.5%	40
	那賀町	轟・菖蒲	40	72	68.1%	110
		海川・林谷	125	232	68.1%	90
		出羽	27	54	63.0%	100
	美波町	伊座利	36	87	34.5%	240
	海陽町	平井	33	59	72.9%	65
		相川	145	293	58.7%	30
		久尾・船津	42	60	70.0%	45
西部	美馬市	中の谷	80	147	61.9%	100
		西の谷	41	82	56.1%	215
		古宮	64	89	79.8%	80
		太合	40	61	65.6%	16
	つるぎ町	明谷	36	75	64.0%	92
		錦谷	69	117	75.2%	86
無歯科医地区：3市4町16地区			1,171	2,168		
南部	阿南市	蒲生田	20	48	－	40
	那賀町	岩倉・川成	24	42	85.7%	130
		小畠・沢谷・高野	31	42	81.0%	100
		川俣	23	34	85.3%	70
西部	美馬市	樫原	26	37	86.5%	65
		川上	28	42	71.4%	22
	三好市	小祖谷	3	4	－	379
	つるぎ町	大惣・小谷	20	39	71.8%	71
準無歯科医地区：3市2町8地区			175	288		

2　過疎地域の現状

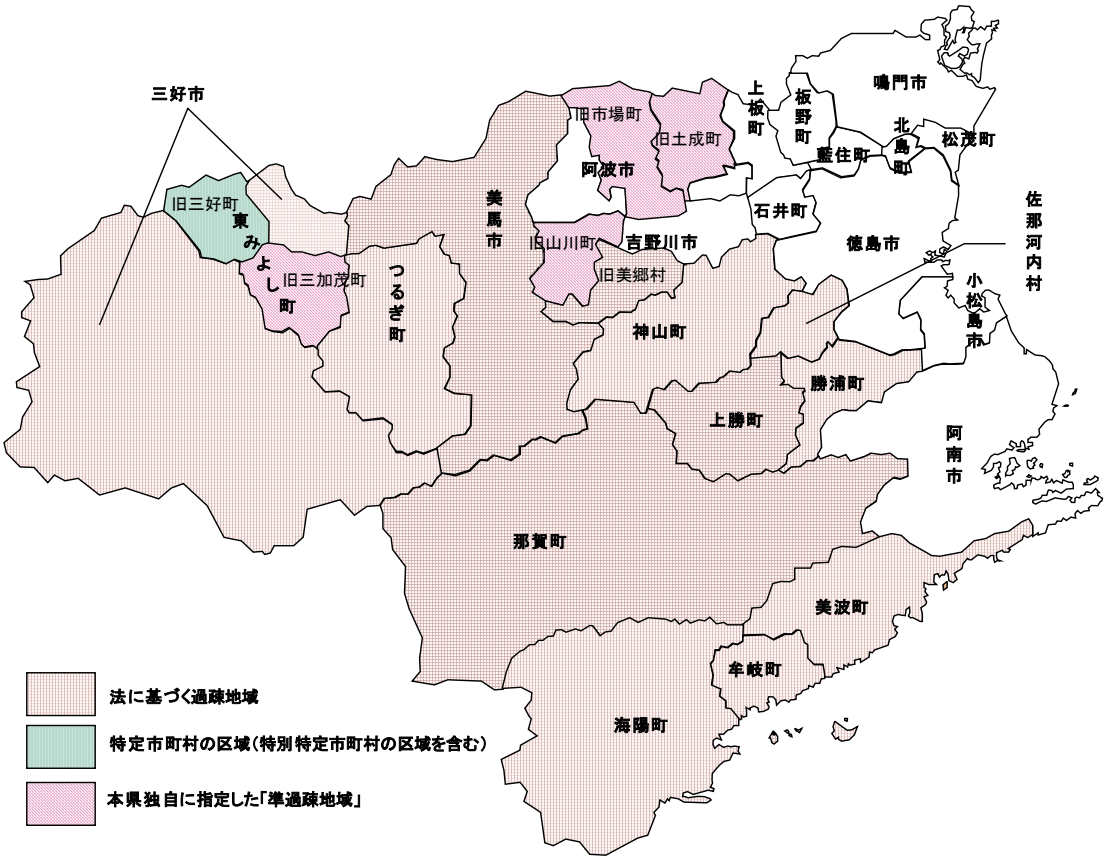
へき地の医療提供体制を考える上で、無医地区等より広域的な過疎地域[*1]の現状を把握することも重要です。

令和３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820に上り、47.7%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12市町村（吉野川市、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）と全体を占めるほか、経過措置区域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３市町（吉野川市、阿波市、東みよし町）あります。

また、本県の過疎地域の特徴として、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（51.8%）が高くなっており、全国平均（32.2%）や全国で最も高い四国平均（42.9%）をも上回っています。

●徳島県の過疎関係市町村（R3.4.1）



※特定市町村の区域：法に基づく経過措置対象市町村の区域

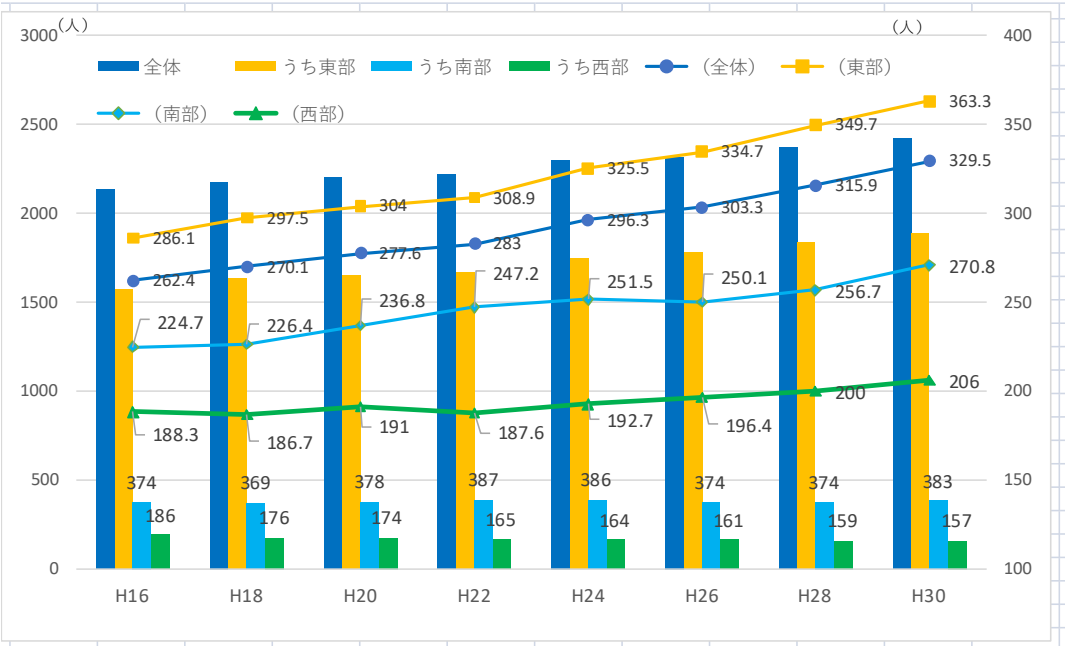
*1過疎地域の持続的発展の支援に関する特別措置法に基づく過疎地域

3　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、77.7%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）



	H16	H18	H20	H22	H24	H26	H28	H30
全体	2,133	2,174	2,204	2,223	2,299	2,317	2,369	2,425
(全体)	262	270	278	283	296	303	316	330
うち東部	1,573	1,629	1,652	1,671	1,749	1,782	1,836	1,885
(東部)	286	298	304	309	326	335	350	363
うち南部	374	369	378	387	386	374	374	383
(南部)	225	226	237	247	252	250	257	271
うち西部	186	176	174	165	164	161	159	157
(西部)	188	187	191	188	193	196	200	206

●医療施設従事歯科医師数（平成30年）

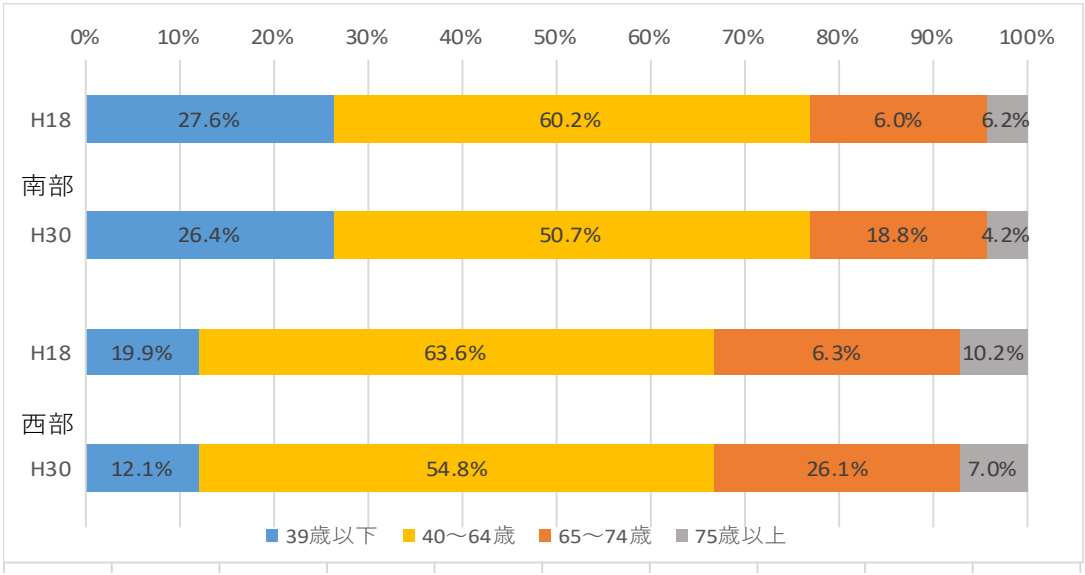
	県全体		東部		南部		西部	
	人数	人口10万対	人数	人口10万対	人数	人口10万対	人数	人口10万対
医療施設従事歯科医師数	841	114.3	681	131.3	108	76.4	52	68.2
うち病院	172	23.4	171	33	1	0.7	0	0
うち診療所	620	84.2	462	89	107	75.7	51	66.9

資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

※H30の医療圏ごとの人口については、平成30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、医師の高齢化が進んでおり、65歳から74歳の医師の割合は、南部圏域では6.0%から18.8%へ、西部圏域では6.3%から26.1%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



	H18				H30			
	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	493	957	304	131
	30.4%	53.7%	8.0%	7.8%	26.2%	50.8%	16.1%	6.9%
南部	102	222	22	23	101	194	72	16
	27.6%	60.2%	6.0%	6.2%	26.4%	50.7%	18.8%	4.2%
西部	35	112	11	18	19	86	41	11
	19.9%	63.6%	6.3%	10.2%	12.1%	54.8%	26.1%	7.0%

資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

①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。

②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。

(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、病院・診療所の薬剤師や准看護師が少なく、西部圏域では、薬局の薬剤師や助産師、看護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

（人）

	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	1115	606	411	272	9,091	3,596
（人口10万対）	151.4	82.3	55.8	36.9	1234.4	488.3
うち東部医療圏	846	450	248	197	6,490	2,471
（人口10万対）	163.1	86.7	47.8	38	1250.9	476.3
うち南部医療圏	188	101	96	61	1,834	457
（人口10万対）	132.9	71.4	67.9	43.1	1296.7	323.1
うち西部医療圏	81	55	67	14	767	668
（人口10万対）	106.3	72.2	87.9	18.4	1006.6	876.7

薬剤師は厚生労働省「H30医師・歯科医師・薬剤師調査」

薬剤師の医療圏ごとの人口については、平成30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（H30年末）

4　へき地における医療提供体制の状況

(1)医療提供施設等

①へき地診療所・へき地歯科診療所

本県では、令和3年４月１日現在、県及び７市町が17の公立診療所を開設し、へき地医療拠点病院並びに県や県医師会から医師の派遣支援を受けて地域医療を確保しています。

へき地診療所[*4]では、医師の確保が課題であり、多くの診療所において、非常勤医師や医師派遣による運営が行われています。

また、へき地における歯科診療については、２市が公立の歯科診療所を開設し、地域における歯科医療を確保しています。

●へき地診療所一覧

医療圏	設置者	診療所名	病床数	常勤医師数	常勤看護師数	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	訪問診療延べ日数	訪問看護実施回数
南部	阿南市	加茂谷診療所	0	1	2	5	31	0	0	0
		伊島診療所	0	0	1	1	18	0	0	0
		椿診療所	0	0	2	2	3	0	0	0
	上勝町	上勝町診療所	0	1	3	5	61	0	41	17
		上勝町福原診療所	0	0	0	2	5	0	0	0
	那賀町	日野谷診療所	0	2	4	6	73	0	0	0
		木沢診療所	0	1	1	3	18	0	35	0
		木頭診療所	0	1	3	5	25	0	0	0
		北川診療所	0	0	0	2	4	0	0	0
	徳島県	出羽島診療所	0	0	1	3	5	0	0	0
	美波町	阿部診療所	0	0	1	3.25	13	0	0	0
	海陽町	宍喰診療所	0	1	2	5	53	48	125	0
西部	美馬市	口山診療所	0	0	0	2	8	0	8	0
		木屋平診療所	0	1	2	5	17	0	56	143
	三好市	西祖谷山村診療所	0	1	3	5	53	0	11	0
		大歩危診療所	0	1	2	3	9	0	0	0
		東祖谷診療所	0	0	2	3	29	0	32	0

資料：厚生労働省「令和2年度へき地現況調査」

●へき地歯科診療所一覧

医療圏	設置者	診療所名	常勤医師数	常勤看護師数
西部	美馬市	木屋平歯科診療所	1	0
	三好市	東祖谷歯科診療所	1	0

*4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

②へき地医療拠点病院

本県では、令和3年４月１日現在、県内の7病院をへき地医療拠点病院[*5]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	常勤医師数	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
				支援診療所数	実施回数	延べ日数		
東部	県立中央病院	460	148	6	224	157	×	○
南部	徳島赤十字病院	405	159	1	45	45	×	×
	国民健康保険勝浦病院	60	5	1	50	50	×	×
	那賀町立上那賀病院	40	4	2	243	121.5	○	×
	県立海部病院	110	9	1	54	54	○	○
西部	つるぎ町立半田病院	120	15	2	36	48	○	○
	県立三好病院	220	26	2	150	150	×	○

資料：厚生労働省「令和2年度へき地現況調査」

(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・調整等に加え、地域偏在・診療科偏在を含めた医師不足の解消や地域医療体制の確保を図るため、「とくしま医師バンク事業」や「医師修学資金貸与事業」、「夏期地域医療研修」の実施等、医師確保・養成対策に積極的に取り組んでいます。

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。

*5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２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２法人です。

●社会医療法人（へき地）令和元年度実績

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	99
社会医療法人凌雲会	稲次病院	藍住町	67	阿部診療所	33.5
				出羽島診療所	40
				木頭診療所	19

④徳島県医師会による応援診療

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

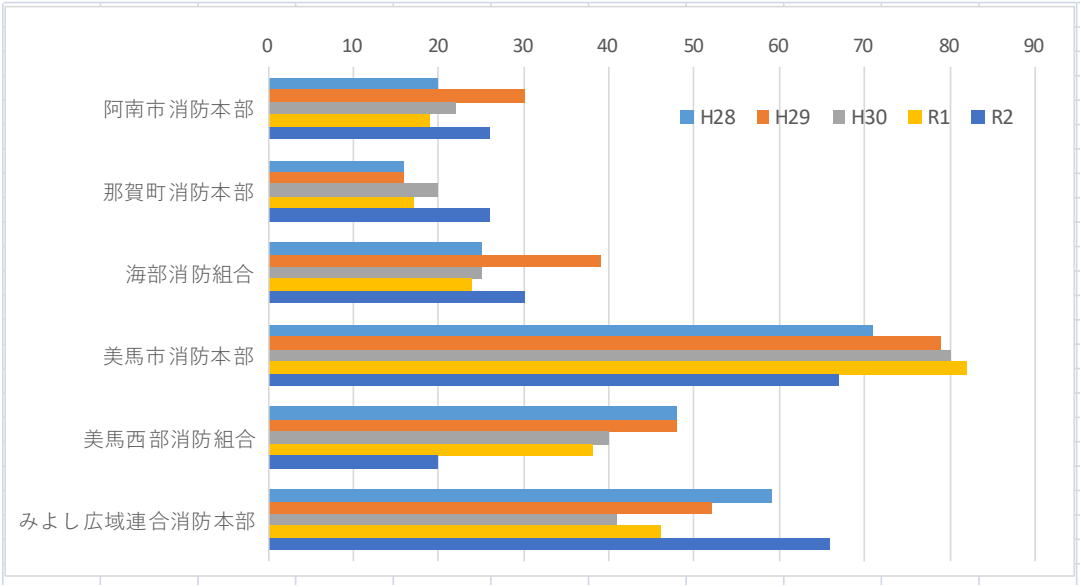
県では、平成20年８月から、消防防災ヘリコプター「うずしお」（以下「防災ヘリ」という。）の救急患者搬送への活用を開始し、重症・重篤な救急患者を救急医療施設への速やかな搬送及び初期治療を行うことにより、救命率向上や後遺症の軽減に繋げるとともに、平成24年10月からは、県立中央病院に「ドクターヘリ」を導入し、県下全域を対象に運行を行っています。（平成25年４月からは関西広域連合に事業移管）

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、さらに、「和歌山県ドクターヘリ」や「高知県ドクターヘリ」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



	H28		H29		H30		R1		R2	
	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	20	6.7%	30	6.0%	22	4.7%	19	4.1%	26	5.5%
那賀町消防本部	16	5.4%	16	3.2%	20	4.3%	17	3.6%	26	5.5%
海部消防組合	25	8.4%	39	7.8%	25	5.3%	24	5.2%	30	6.4%
南部圏域計	61		85		67		60		82	
美馬市消防本部	71	23.7%	79	15.8%	80	17.1%	82	17.6%	67	14.3%
美馬西部消防組合	48	16.1%	48	9.6%	40	8.5%	38	8.2%	20	4.3%
みよし広域連合消防本部	59	19.7%	52	10.4%	41	8.7%	46	9.9%	66	14.1%
西部圏域計	178		179		161		166		153	

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情報通信技術（ＩＣＴ）による診療支援体制

県内医療機関の適切な機能分化とそれぞれの機能を活かした有機的な連携を図るため、ＩＣＴを利用した情報ネットワーク体制の整備を行い、「画像転送システム」、「脳卒中遠隔診療支援システム」及び「地域医療連携システム」を運用し、地域連携機能の強化を図ることで、医師等の負担を軽減するとともに、県民に対しスムーズで効果的な医療を提供しています。

5　へき地の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、2015年から2040年にかけて、人口が南部医療圏では148,237人から105,522人へと28.8%減少し、西部医療圏では、80,391人から49,171人へと38.8%減少する見込みとなっています。また、救急搬送率が高い75歳以上の人口は、南部医療圏では27,256人から27,539人へと3.8%増加する見込みであり、高齢化も急速に進んでいます（西部医療圏では65歳以上人口、75歳以上人口ともに2040年にかけて減少する見込みです）。

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

へき地医療に従事する医療関係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の医療従事者の確保も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、平成29年10月１日現在の指定事業者の約77%余りが東部圏域に集中しており、過疎市町村では全体の約10%程度に留まっていることから、訪問看護提供体制が十分とは言えない状況です。また、より良いサービスの提供に向けて、多職種が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のが現状です。民間がへき地における地域医療を実践する場合に、民間と行政の役割分担等についてのビジョンや認識の共有を図る必要があるなど、へき地医療における民間の参入が課題となっています。

(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み

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、「住み慣れた地域で外来や在宅の医療が包括的かつ安定的に受けられる」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、看護師、薬剤師等）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み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　今後の取組み

(1)へき地における医療提供体制

①へき地診療所の充実・強化

「住み慣れた地域で外来や在宅の医療が包括的かつ安定的に受けられる」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、県が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の提供体制について、へき地における効果的なあり方を検討するとともに、「訪問看護全県展開応援事業」などの実施により、在宅療養生活の支援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、基幹病院との間で３～４年ごとに定期的な人事異動を行い、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を確立します。

ⅰ）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みに加え、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パス形成支援」等の取組みの充実を図ります。
　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。

ⅱ）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
　県地域医療支援センターにおいて、「総合診療部門」における「キャリア形成プログラム」の整備を行うなど、若手から中堅医師を対象とした、将来の地域医療を担う医師のキャリア形成支援に取り組みます。

ⅲ）自治医科大学卒業医師等の定着を図る取組みの強化
　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卒業医師が、義務年限終了後も引き続き地域医療に従事できるよう、各医師が望むキャリアプランを県とし

て支援する取組みの強化に努めます。

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み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み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」を実施します。

(3)へき地の医療機関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、へき地に定着させる施策を実施します。

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みを推進します。

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、地域における救急・災害対応訓練へのドクターヘリの参加を通じた各関係機関との連携向上、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・拡充による迅速な初期治療の開始及び搬送時間の短縮化等、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情報通信技術（ＩＣＴ）を活用した診療支援

時間的・距離的なハンディを克服するためのツールとして、県及び中核病院が中心となって、ＩＣＴを活用した「画像転送システム」、「脳卒中遠隔診療支援システム」及び「地域医療連携システム」を運用し、医療の地域間格差の解消やへき地医療の質の向上を図ります。

③通院のための交通手段や患者搬送手段の確保

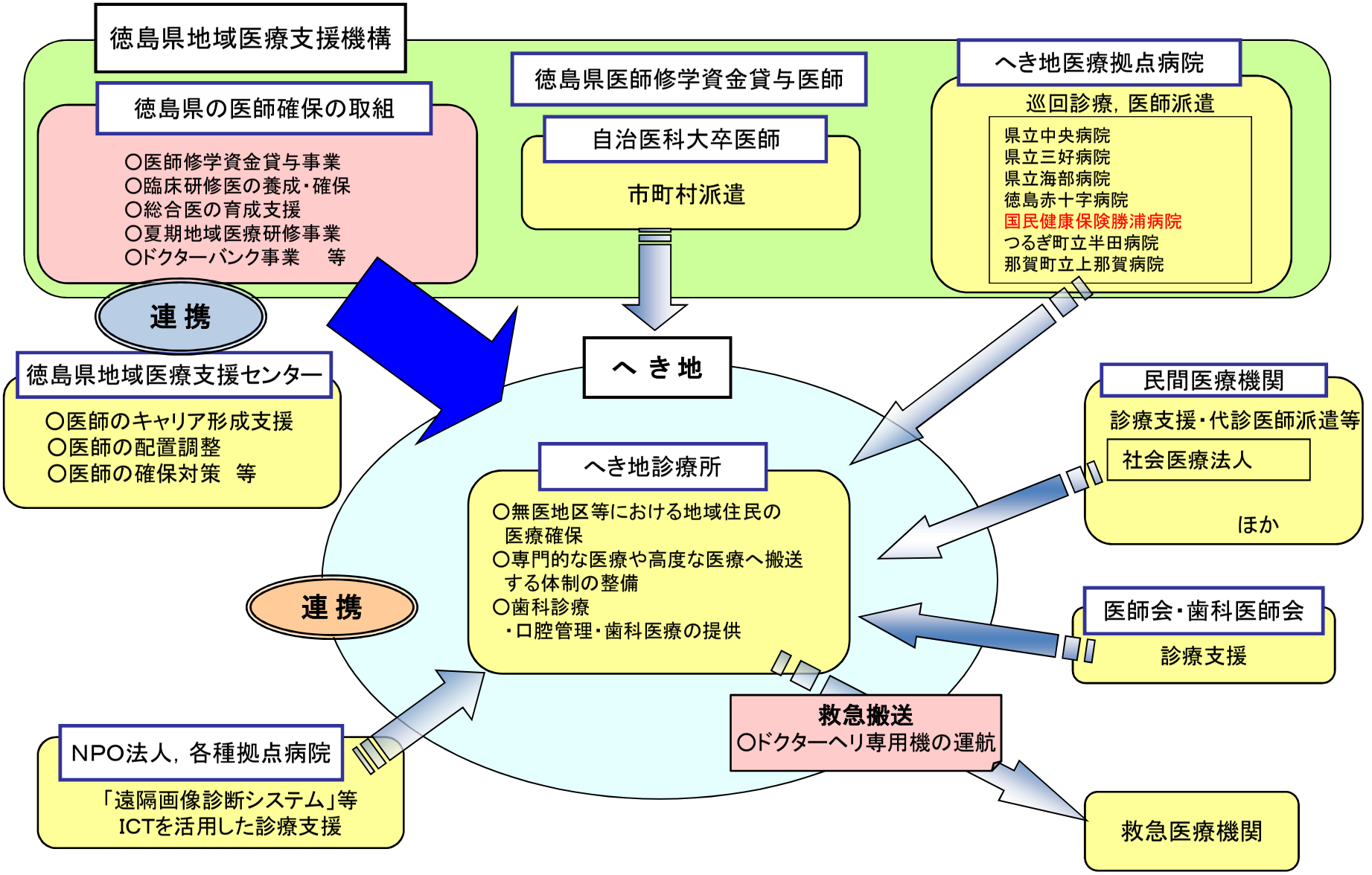
交通政策担当部門と連携し、住民の通院のための交通手段や患者搬送手段を確保します。過疎地域でデマンドバス（利用者の求めに応じて運航されるバス）やコミュニティバス、乗り合いタクシー、自動運転車等の検討により、行政と住民が一体となった取組みを推進し、通院手段の確保を推進します。

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	策定時の数値（H28）	直近値（R1）	令和5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	３回	６回	５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	634.5日	625.5日	1,000日／年
新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%

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
・口腔管理・歯科医療の提供
連 携
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
救急搬送
○ドクターヘリ専用機の運航
NPO法人，各種拠点病院
「遠隔画像診断システム」等
ICTを活用した診療支援
救急医療機関

在宅医療体制の整備

第１　在宅医療の現状

高齢化の進展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展に伴い、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、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14.7%で最も多く、次いで悪性新生物が14.1%、脳血管疾患が12.4%となっており、循環器疾患は10.9%となっています。居住系施設の患者では、認知症が44.9%で最も多く、次いで脳血管疾患が18.7%、循環器疾患が11.8%となっています。

(2)在宅医療のニーズの増加と多様化

在宅医療を受けた患者数は、全国で平成29年には180,200人/日で、平成26年の156,400人/日に比較し、15.2%増加しています。また、全国の令和2年6月の在宅患者訪問診療算定件数（定期的な訪問診療の数）の対象のうち、80.4%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７年には35.8%になると予想され、在宅医療ニーズが益々増加すると考えられます。

平成27年国勢調査によると65歳以上の単身世帯は36,325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39,270世帯であり、その合計は、一般世帯数の約４分の１を占めています。在宅医療を受けている患者のうち独居の患者は14.6%と、独居で在宅医療を受けている患者は比較的少なく、高齢者単身世帯の増加が在宅医療を進めるにあたっての問題点となっています。

このような中、令和3年度在宅医療・介護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などから、「自宅での療養が困難」と考えている方も全

体のおよそ半数います。
　また、在宅患者訪問診療料を算定している1ヶ月あたりの小児（0～9歳）の数は全国で、平成27年の1,003人/月から、令和2年の2,260人/月へと増加しており、また、訪問看護を受ける小児の数は、平成27年の約8千人/月から、平成29年の約12千人/月へと増加しています。
　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、在宅療養に必要な環境が整わず在宅療養を受けることができない患者もいます。今後は、世帯の状況や居宅形態等も踏まえ、在宅医療提供のあり方を検討することが重要です。

2　在宅医療の提供体制

(1)圏域の設定

　在宅医療の提供に当たっては、患者が住み慣れた地域で安心して療養生活を送ることができることが重要であるため、圏域の設定については、包括的かつ継続的に在宅医療・介護サービスが提供できる医療・介護資源の整備状況や急変時に迅速に対応できる地理的範囲、高齢者人口等の地域特性、更には、徳島県高齢者保健福祉圏等を踏まえ、複数の市町村で構成される東部Ⅰ、Ⅱ、南部Ⅰ、Ⅱ、西部Ⅰ、Ⅱで区分する６圏域を在宅医療圏として設定します。

(2)かかりつけ医の役割

　令和3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61.5%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・介護のさら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3年度在宅医療・介護に関する県民意識調査において、47.5%が「自宅で療養したいと思うが困難」と答えており、退院に伴って生じる患者や家族の不安を解消するために、退院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（平成29年）は、病院で44.9日(全国29.3日)、一般診療所で37.8日（全国12.9日）と全国を上回っています。
　また、円滑な退院を支援するため、退院支援担当者を配置する医療機関が

増えてきていますが、本県の病院における配置の割合は、令和2年度徳島県医療施設機能調査によると、令和2年６月時点で107箇所中93箇所の86.9%となっています。一方で、ここに有床診療所を加えると、退院支援担当者を配置している割合は194箇所中114箇所の58.8%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。

退院支援担当者には、医療や社会福祉等の専門的な知識に加え、退院医療機関、在宅医療に係る機関の情報及び患者・家族との調整能力などが必要となりますが、人材不足が配置を遅らせている原因のひとつとして考えられます。

このことから、人材育成を行い、退院支援担当者の配置を推進するとともに、配置が困難な医療機関については、退院支援の経験を持つ在宅療養支援診療所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2年度徳島県医療施設機能調査によると、令和2年６月時点では、在宅医療を提供している医療機関全体の33.7%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46.3%となっており、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32.8%となっています。また、76.1%の医療機関では、患者や家族が参加し、実施しています。

退院前カンファレンスは、在宅医療に係る機関が患者の療養に関する情報を共有する場であるとともに、必要に応じて患者や家族が参加することで、その不安解消にもつながります。このため、在宅医療機関の医師をはじめ、在宅医療に関わる多職種が参加する退院前カンファレンスの体制を構築する必要があります。

③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2年６月時点では80.4%、同年12月時点では79.4%となっております。

本県においては「徳島県退院支援の手引き（退院支援ルール）」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3年度在宅医療・介護に関する県民意識調査で「自宅で療養したいと

思うが困難」と答えた方の78.4%が、その理由として「家族に負担がかかるから」と答えており、家族を支援する観点からの医療提供が求められています。また、患者が住み慣れた地域で療養生活を続けられるためには、日常生活圏域（中学校区程度）で地域に密着した医療・介護サービスが提供される必要があります。

①訪問診療・往診

本県で在宅医療を提供している届出済(注1)の診療所は211箇所、病院は58箇所、そのうち在宅療養支援診療所は149箇所、在宅療養支援病院は42箇所となっています。なお、平成28年時点の施設数を人口10万人あたりで見ると、在宅療養支援診療所は19.2（全国11.2）在宅療養支援病院は3.5（全国1.0）と全国的にも高い割合となっています。

在宅医療を提供している診療所・病院数を医療圏ごとにみると、在宅療養支援診療所の61.6%、在宅療養支援病院の63.8%が県人口の60.5%が住む東部Ⅰ医療圏に集中しているなど、圏域によって在宅医療の提供体制に差があります。特に南部Ⅱ、西部Ⅰ医療圏では、在宅療養支援診療所が少ない状況です。

これらの地域で在宅医療を提供している多くの診療所が医師１名の小規模な診療所であり、医師の絶対数が少ないことによる連携不足から、24時間体制の確保など、在宅療養支援診療所の施設基準を満たすことができないことが、偏在につながっていると考えられます。

こうしたことから、規模の小さな在宅医療機関の連携を支援し、在宅療養支援診療所を増やす取組みが必要です。

●在宅医療を提供する届出済の医療機関の状況

圏域名	在宅医療を提供する届出済の医療機関（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（注２）
東部Ⅰ	診療所 130(27.5) 病院 37(57.8)	診療所 93 病院 28	診療所 6 (連携6) 病院 4 (単独1、連携3)
東部Ⅱ	診療所 25(31.6) 病院 2(28.6)	診療所 17 病院 1	診療所 4 (連携4) 病院 1 (連携1)
南部Ⅰ	診療所 31(31.0) 病院 8(53.3)	診療所 22 病院 7	診療所 2 (連携2) 病院 1 (単独1)
南部Ⅱ	診療所 7(33.3) 病院 3(75.0)	診療所 5 病院 1	診療所 4 (連携4) 病院 1 (連携1)
西部Ⅰ	診療所 7(19.4) 病院 4(50.0)	診療所 5 病院 3	診療所 0 病院 0
西部Ⅱ	診療所 11(28.9) 病院 4(50.0)	診療所 7 病院 2	診療所 0 病院 0
合計	診療所 211(28.2) 病院 58(54.7)	診療所 149 病院 42	診療所 16 (連携16) 病院 6 (単独1、連携5)

資料：令和3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）

（注1）在宅医療を提供する届出済の医療機関数：在宅時医学総合管理料、又は在宅療養支援診療所・病院の届出医療機関数

（注2）機能強化型：常勤医3人以上配置、年間緊急往診5件以上、年間看取り2件以上などの要件を満たし、24時間対応する機能を更に強化した在宅療養支援診療所・病院

次に、令和2年６月時点で在宅医療を提供している医療機関が在宅対応可能な疾患についてみると、脳血管疾患、認知症、循環器疾患は、約６割の医療機関で対応可能ですが、糖尿病、呼吸器疾患、悪性新生物（がん）、は５割程度、神経疾患、精神疾患は3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箇所、地域がん診療連携拠点病院は３箇所、地域がん診療病院は１箇所あり、こうした医療機関と在宅療養支援診療所・病院が連携することにより、患者が希望した場合に、緩和ケアを含むがんの在宅医療を受けることができる体制を構築する必要があります。

在宅医療機関と多職種との連携状況では、令和2年度徳島県医療施設機能調査によると、訪問看護ステーションとは70.4%が連携していますが、居宅介護サービス事業所は51.2%、地域密着型サービス事業所は34.5%、薬局53.2%、歯科診療所36.9%であり、介護機関や薬局、歯科診療所との連携は十分進んでいない状況にあります。

疾患や地域に関係なく在宅療養可能な体制を整備するために、地域の在宅医療・介護の提供体制を分析し、それに基づいて、足りない機能を補い合うよう地域の実情に応じた多職種連携体制を構築する必要があります。

②訪問看護

本県における介護保険による訪問看護利用者数は令和元年は2,309人[*1]、医療保険による訪問看護利用者数は1,489人[*1]（うち小児の訪問看護利用者は21人[*2]）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95箇所（令和3年8月1日現在）と、直近5年間で1.3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箇所と、ほぼ横ばいの状況です。

訪問看護ステーション数を人口10万人あたり[*3]で見ると12.6箇所であり、全国平均の9.1箇所と比較して高い水準にあります。しかし、圏域別の訪問看護ステーション数は、東部Ⅰに67箇所（70.5%）の事業所が設置されているのに対し、南部Ⅱには２箇所のサテライト等事業所しかないなど、事業所

*1令和元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

*2訪問看護療養費実態調査2019年度

*3平成27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*1調査より

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84箇所（令和3年8月1日現在）と、直近5年間で1.6倍に増加しており、訪問看護ステーション全体の88.4%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5.2人（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、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。

●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	67	60
東部Ⅱ	10	10
南部Ⅰ	11	10
南部Ⅱ	0	0
西部Ⅰ	3	2
西部Ⅱ	4	2
合　計	95	84

●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	2
南部Ⅰ	1
南部Ⅱ	1
西部Ⅰ	1
西部Ⅱ	1
合計	20

資料：令和3年8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3年8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3年7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）南部Ⅱ医療圏には訪問看護ステーションのサテライト及びサテライトオフィスが２箇所、南部Ⅰ、西部Ⅱに計2箇所あり。（表中には含まず。）

③訪問歯科診療
　近年は、口腔ケアが誤嚥性肺炎の発症予防につながるなど、口腔と全身との関係について広く指摘されていることから、訪問歯科診療による歯科治療や口腔管理を進めることが必要です。
　令和2年度に、徳島県歯科医師会が調査した歯科診療所（400機関）のうち、訪問歯科診療を行う意思のある歯科診療所は220機関となっています。
　また、本県の全歯科診療所430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2年12月末現在で120機関（27.9%）となっています。平成29年10月1日時点の188機関（43.6%）から減少していますが、これは、施設基準の変更が数度あったことも関連し、計画策定当初の要件とも異なる状況となっています。
　訪問歯科診療による歯科治療や口腔管理を進めるため、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み等を通じ、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390箇所のうち356箇所（91.3%）と年々増加しており、このうち、かかりつけ薬剤師のいる在宅対応薬局は243箇所（62.3%）、在宅患者に対する薬学的管理及び指導を年10件以上実施している薬局数は118件（30.3%）となっています。（令和３年４月１日現在）

また、令和2年度徳島県医療施設機能調査によると、在宅医療を提供する病院・診療所のうち薬局と連携している医療機関は48.3%であり、がん患者に対応可能な医療機関では58.3%となっています。

現在、医薬品の適正使用においては、「ポリファーマシー（多剤併用）」や「残薬問題」等が課題となっており、今後さらに、高齢社会の進行や疾病構造の変化に伴い、医薬品の相互作用のチェックや副作用の早期発見等、薬剤師の関与を必要とする患者は増加します。

そこで、県民が住み慣れた地域で安心して生活できるよう、かかりつけ薬剤師・薬局の要件である「服薬情報の一元的・継続的把握」と、それに基づく「薬学的管理・指導」、「24時間対応・在宅対応」、「かかりつけ医を始めとした医療機関等との連携強化」の推進を図ります。

さらに、市販薬や健康食品の他、介護や食事、栄養摂取に関することまで相談できる「健康サポート薬局」を推進するとともに、居宅等への医薬品や医療・衛生材料等の供給を円滑に行う体制の構築に努めます。

(5)急変時の対応

令和3年度在宅医療・介護に関する県民意識調査によると、自宅での療養を希望していてもそれが困難とする理由に、38.7%が「急変時の対応に関する不安」をあげており、急変時に在宅医療機関が連携して適切な対応を行える体制を構築することが求められています。

平成29年度徳島県医療施設機能調査では、回答のあった在宅療養支援診療所・病院の76.7%が、また、届けを出していない在宅医療機関においては25.4%が24時間体制で在宅医療を提供しています。

一方、24時間体制がとられていない医療機関は、在宅医療に関わる医師や看護師の数が少ない小規模な医療機関が多く、「在宅医療・介護の連携を担う拠点」等が中心となって、医療機関同士の連携を推進し、24時間いつでも往診や訪問看護の対応が可能な体制を構築する必要があります。

また、急変時の受け入れ先病床を確保している医療機関のうち、受け入れ先に在宅療養支援診療所（有床）・病院または在宅療養後方支援病院[*4]を確保しているのは24.7%であり、それ以外の多くの医療機関は地域の中核病院を

---

*4在宅療養後方支援病院：許可病床200床以上で、あらかじめ届け出ている患者の緊急時にいつでも対応し、必要があれば入院を受け入れることができるなど、緊急時の後方支援の体制を整備している病院。徳島県内では東部Ⅰ圏域で２つの病院が在宅療養後方支援病院の届出を行っている。（令和3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））

受け入れ先としています。
　さらに、「急変時の受入先病床が確保できていない」と回答した医療機関もあり、患者の急変時は、その都度医療機関に連絡を取るなど受入先の調整に時間を要しています。こうした医療機関と在宅療養支援診療所（有床）・病院や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
　平成24年の高齢者の健康に関する意識調査では、54.6%の国民が、治る見込みがない病気になった場合に、自宅で最期を迎えることを望んでいますが、令和元年の自宅で死亡する割合は全国の13.6%に対し、本県は9.9%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（70.4%）であり、診療所（5.2%）と合わせると、75.6%の方が医療機関で亡くなっています（全国72.9%）。また、がん患者については85.7%が医療機関で死亡しており、自宅で死亡する割合は10.3%となっています。

●場所別死亡数

	病院	診療所	介護老人保健施設	老　人ホーム	自　宅	その他
全国（%）	68.3	1.6	2.6	9.2	15.7	1.9
徳島（人）	6,845	496	471	667	1,063	175
（%）	69.2	5.0	4.8	6.7	10.8	1.8

資料：令和2年「人口動態調査」（厚生労働省）

　令和2年度徳島県医療施設機能調査によると、令和元年度中において、在宅医療を提供している医療機関のうち41.4%が看取りを行っており、一医療機関の看取り数は、多くは１人から５人となっていますが、20人を超えている医療機関も7箇所あります。更に、看取りを行っている医療機関のうち、7割以上が在宅療養支援診療所・病院となっています。
　このことから、医療機関が積極的に看取りに取り組めるよう、医師の相互連携等による体制構築を図り、また、在宅医療機関と訪問看護・介護事業所等との連携により、特にがん患者に対する人生の最終段階における在宅緩和ケアを提供できる体制の整備を進める必要があります。
　更に、高齢者の訪問看護利用者数が多い都道府県では、自宅で死亡する者の割合が高い傾向にあることから、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、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、患者や家族に対し、終末期に現れる症状やその対応等について、必要な時期に具体的な情報提供を行い、患者家族の心理的・社会的不安を取り除く必要があります。
　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、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。

第２　関係機関とその連携

１　目指すべき方向

(1)円滑な在宅療養移行に向けての退院支援が可能な体制
入院医療機関と在宅医療に係る機関との協働による退院支援の実施

(2)日常の療養支援が可能な体制
多職種協働により患者やその家族の生活を支える観点からの医療の提供

(3)急変時の対応が可能な体制
患者の病状急変時における往診や訪問看護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
入院医療機関と、在宅医療に係る機関の円滑な連携により、切れ目のない継続的な医療体制を確保すること
②入院医療機関に求められる事項
・退院支援担当者の配置や患者の住み慣れた地域に配慮した在宅医療及び介護、障がい福祉サービスの調整を十分図ること
・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
④対応する関係機関
・病院・診療所・歯科診療所
・訪問看護事業所
・薬局
・居宅介護支援事業所
・地域包括支援センター
・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

多職種の協働により、患者の疾患、重症度に応じた医療（緩和ケア含む）が、できる限り患者が住み慣れた地域で継続的かつ包括的に提供されること

②在宅医療に係る機関に求められる事項

・相互の連携により、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、家族の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること

③対応する関係機関

・病院・診療所・歯科診療所
・訪問看護事業所
・薬局
・居宅介護支援事業所
・地域包括支援センター
・介護老人保健施設
・短期入所サービス提供施設
・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

患者の病状急変時に対応できるよう、在宅医療を担う病院・診療所、訪問看護事業所及び入院機能を有する病院・診療所との円滑な連携による診療体制を確保すること

②在宅医療に係る機関に求められる事項

・急変時における連絡先をあらかじめ、患者やその家族に提示し、24時間対応が可能な体制を確保すること。また自院での24時間対応が困難な場合でも近隣の医療機関や訪問看護事業所等との連携による24時間対応が可能な体制を確保すること

③入院医療機関に求められる事項

・在宅療養支援病院、有床診療所、在宅療養後方支援病院等において、連携している医療機関（特に無床診療所）が担当する患者の病状が急変した際に、必要に応じて一時受入を行うこと
・重症等で対応できない場合は、他の適切な医療機関と連携する体制を構築すること

④対応する関係機関

・病院・診療所・歯科診療所
・訪問看護事業所
・薬局

⑤対応する医療機関
・在宅療養支援診療所
・在宅療養支援病院
・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
住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を確保すること
②在宅医療に係る機関に求められる事項
・人生の最終段階に出現する症状に対する患者や家族の不安を解消し、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を構築すること
・患者や家族に対して医療、介護、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
・訪問看護事業所
・薬局
・居宅介護支援事業所
・地域包括支援センター
・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
機能を強化した在宅療養支援診療所・病院であって、他の在宅医療を行う診療所に対し、24時間体制や救急時の受入体制の構築などの支援を行う医療機関を「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」に位置付けます。
①目標
在宅医療の提供及び他医療機関の支援を行うこと
②在宅医療において積極的役割を担う医療機関に求められる事項
・他の医療機関（特に一人の医師が開業している診療所）が対応しきれな

い夜間や医師不在時等における診療の支援、又は病状急変時における一時受入れができる体制を構築すること
・在宅での療養に移行する患者にとって必要な医療及び介護、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
・在宅医療に係る医療及び介護、障がい福祉関係者に必要な基本的知識・技能に関する研修の実施や情報の共有を行うこと

(6)在宅医療・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、地域の実情に応じ、在宅医療・介護の連携を担う拠点を、各圏域の実情に応じて整備・充実を進めます。

①目標

多職種協働による包括的かつ継続的な在宅医療提供体制の構築を図ること

②在宅医療・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、障がい福祉関係者による協議の場を定期的に開催し、在宅医療における連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を実施すること
・地域の医療及び介護、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24時間体制の構築や多職種による情報共有の促進を図ること
・在宅医療に関する人材育成及び普及啓発を実施すること
・在宅医療・介護に関する費用や手続き、受けられるサービス等について、県民からの相談に対応できる体制の構築を図ること

3　今後の取組み

(1) 入院医療機関と在宅医療に係る機関の連携により、切れ目のない継続的な医療提供体制を構築するため、退院支援担当者の人材育成を行い、その配置を推進します。また、配置が困難な小規模な医療機関においては、在宅医療・介護を担う機関との連携により、患者に適切な退院支援が行える体制の整備を進めます。

患者や家族の不安を解消し、在宅療養へ円滑に移行するため、入院医療機関と在宅医療に係る機関の連携体制を構築し、入院初期からの多職種協働による退院前カンファレンスの実施や退院支援ルールの運用を促進します。

(2) 患者が住み慣れた地域で包括的かつ継続的に提供できる体制を確保するため、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」の整備を進めるなど、在宅医療機関との連携を促進し、患者の疾患、重症度に応じた医療が提供できる在宅療養支援診療所・病院を増やします。

また、在宅医療に係る機関の連携を推進し、在宅療養者のニーズに対応した医療や介護、障がい福祉サービス、家族の負担軽減につながるサービスが包括的に提供される体制の構築を進めます。

(3) 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、24時間対応を可能とする体制整備等を進めます。
　また、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。

(4) 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、歯科診療所と在宅医療を提供する病院・診療所との連携を推進するとともに、歯科診療所に対し、訪問歯科診療や在宅療養支援のさらなる充実・推進について啓発を図ります。
　また、在宅や施設において、要介護高齢者の介護に当たる家族や施設職員等に対し、要介護高齢者の口腔管理の重要性や口腔ケアの必要性、訪問歯科診療の依頼の方法等について周知を図ります。

(5) 「かかりつけ薬局」及び「健康サポート薬局」の推進を通じ、在宅医療を提供する病院・診療所、訪問看護事業所等との連携を推進し、医薬品や医療・衛生材料等の供給を円滑に行う体制の構築に努めます。

(6) 在宅患者の病状急変時に対応できる体制を構築するため、在宅医療を担う病院・診療所、訪問看護事業所及び在宅療養後方支援病院などの入院機能を有する病院・診療所との連携を推進し、24時間の救急往診体制や救急時の円滑な一時受入れ体制を構築します。

(7) 患者が望む場所で看取りが行える体制を構築するため、在宅医療機関と訪問看護事業所、訪問介護事業所等との連携により、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を促進します。また、患者や家族、県民に対して、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を行います。

(8) 県民や在宅医療・介護の関係者に対して、在宅医療に関する知識の普及や啓発を実施し、在宅医療への理解を深めます。

(9) 多職種協働による包括的かつ継続的な在宅医療提供体制を構築するため、在宅チーム医療を担う人材を育成するとともに、地域の実情に応じ、「在宅医療・介護の連携を担う拠点」の整備・充実を進めます。

(10)市町村が在宅医療・介護連携推進事業において実施する取組みについて、医療に係る専門的・技術的な対応が必要な「切れ目の無い在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進」や、二次医療圏等の広域の視点が必要な「在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携」等について支援します。

(11)ICTを用いた在宅医療・介護連携の推進などの「在宅医療・介護の提供体制の整備・充実」と、在宅医療に携わる多職種の育成のための研修事業等の

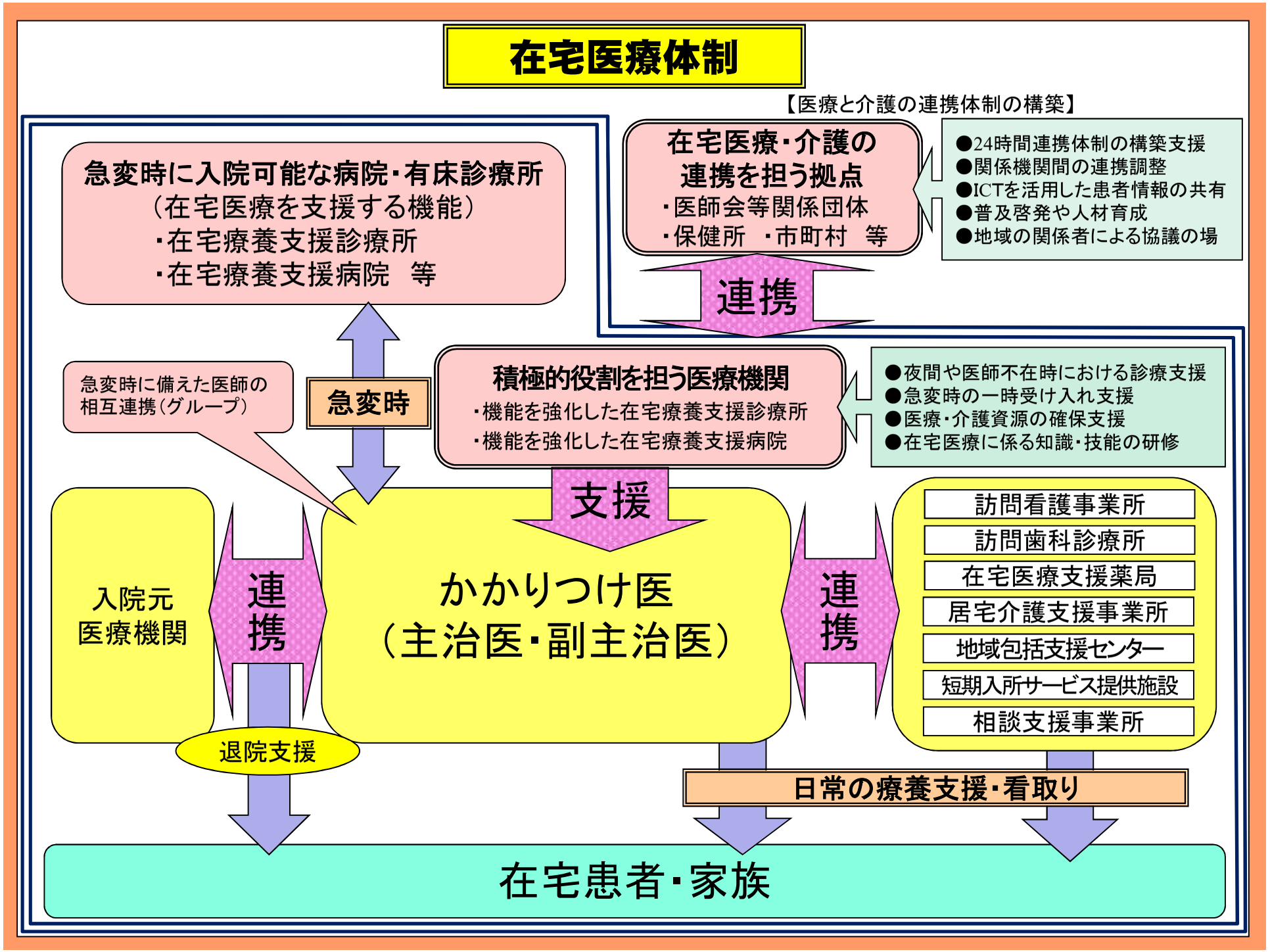
実施による「在宅医療人材の育成支援」を同時に進め、在宅医療を提供する医療機関の増加を目指します。

(12)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、小児在宅医療に取組む医師や小児から移行してきた患者に対応できる在宅医の増加を図ります。

第３　数値目標

数値目標項目	策定時の数値	令和2年度末目標値	直近値	令和５年度末目標値
訪問診療を実施している診療所・病院数	267機関 (H27)	287機関	266機関 (R3)	303機関
在宅療養支援診療所・病院数	175機関 (H29)	188機関	190機関 (R3)	199機関
在宅療養後方支援病院数	2機関 (H29)	4機関	2機関 (R3)	4機関
退院支援担当者を配置する医療機関の数	93機関 (H29)	114機関	114機関 (R2)	135機関
訪問看護ステーション数	81機関 (H29)	90機関 （サテライト含む）	95機関 (R3.8)	102機関
新訪問口腔衛生指導を受けた患者数※	－	－	33,121 (R1)	増加
かかりつけ薬剤師のいる在宅対応薬局の占める割合	56.2% (H29)	60.0%	62.3% (R2)	65%
在宅看取りを実施している診療所・病院の数	98機関 (H27)	113機関	約89機関 (R1)	118機関
在宅死亡者数（百分率）	10.1% (H28)	11.5%	9.9% (R1)	11.8%
新小児の訪問診療を実施している診療所・病院数	－	－	6機関 (R1)	7機関

※施設基準変更のため、「在宅療養支援歯科診療所数」から指標を変更


在宅医療体制
【医療と介護の連携体制の構築】
急変時に入院可能な病院・有床診療所
（在宅医療を支援する機能）
・在宅療養支援診療所
・在宅療養支援病院　等
在宅医療・介護の
連携を担う拠点
・医師会等関係団体
・保健所　・市町村　等
●24時間連携体制の構築支援
●関係機関間の連携調整
●ICTを活用した患者情報の共有
●普及啓発や人材育成
●地域の関係者による協議の場
連携
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
・機能を強化した在宅療養支援診療所
・機能を強化した在宅療養支援病院
●夜間や医師不在時における診療支援
●急変時の一時受け入れ支援
●医療・介護資源の確保支援
●在宅医療に係る知識・技能の研修
支援
入院元
医療機関
連携
かかりつけ医
（主治医・副主治医）
連携
訪問看護事業所
訪問歯科診療所
在宅医療支援薬局
居宅介護支援事業所
地域包括支援センター
短期入所サービス提供施設
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

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みをより一層推進する必要があるとともに、医療を受ける側の県民・患者による医療への積極的な参加を通して、医療の質の向上を図ることにより、医療の安全確保を推進することが求められます。

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）など
②院内感染対策
　院内感染対策の指針の策定、職員研修の実施、病院等における感染症の発生状況の報告、委員会の開催（病院、有床診療所に限る）など
③医薬品の安全管理
　医薬品安全管理のための責任者の配置、医薬品の安全使用のための業務手順書の作成、職員研修の実施、情報収集及び改善方策の実施など
④医療機器の安全管理
　医療機器の安全管理のための責任者の配置、職員研修の実施、医療機器の保守点検に関する計画の策定及び適切な実施、情報収集と改善方策の実施など

②　県の取組み

ⅰ) 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。

ⅱ) 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。

ⅲ）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。

ⅳ）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

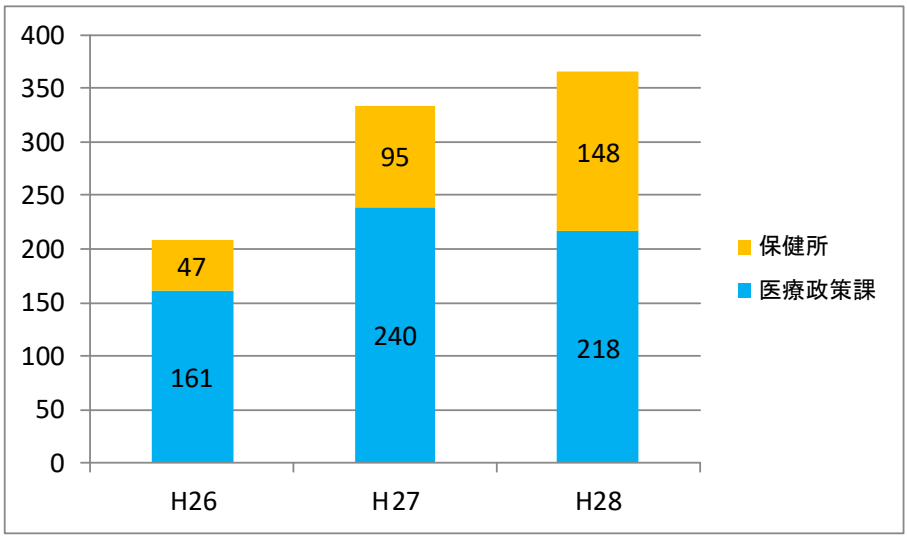
① 医療法においては、「都道府県は医療安全支援センターを設置するよう努める」と規定されています。

> 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、情報提供を行うともに、中立的な立場で、患者・家族等と医療関係者、医療機関との信頼関係の構築を支援する。

② 県の取組み

県では、医療政策課及び県内の保健所（５箇所）に医療安全相談窓口を設置し、患者・家族、医療機関等からの相談などに対応しています。

【平成28年度の医療相談件数】
366件（うち医療政策課218件、保健所148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みを推進します。

ⅰ)医療機関の取組み

・医療機関の管理者は、自ら安全管理体制を確保するとともに、医療安全管理者を配置するなど、医療機関内の安全管理に努めます。
・医療事故の発生予防に努めるとともに、医療事故が発生した場合には、届出を行うとともに、医療事故の原因分析を行い、再発防止の徹底に努めます。
・指針・マニュアル・手順書等を必要に応じて見直すとともに、医療従事者に対する研修等を行い、質の向上を図り、医療事故防止を図ります。
・高度化、複雑化した現代医療において、個人の努力に依存した取組みは限界があることから、医療事故の防止に向け、組織的な取組みを進めます。
・院内感染対策の充実を図るとともに、医薬品の安全確保、医療機器の定期的な保守点検を行うなど、安全管理のための施策を総合的に推進します。

ⅱ)県の取組み

・医療法に基づく医療機関に対する立入検査における指導などを通じて、医療法の趣旨を周知し、医療機関における医療安全の管理体制を推進します。
・厚生労働省等からの医療安全に関する情報提供を医療機関はもとより、県ホームページ等を通じて、広く県民へ周知します。
・医療の安全性及び信頼の向上を図り、医療従事者一人ひとりの意識改革や資質向上を図るため、厚生労働省等が実施する研修への積極的な参加を促進します。

② 医療に関する情報を、県民・患者と医療機関・医療従事者が共有することにより、県民・患者による医療への積極的な参加を通して、医療の質の向上を図ります。

また、医療安全を確保する上で、医療機関・医療従事者と患者や家族との信頼関係を構築することが非常に重要です。このため、それぞれがインフォームドコンセントの重要性を再認識するとともに、さらに徹底を図っていく必要があり、県民、医療機関、関係団体及び行政が一体となって、引き続き、医療安全文化の醸成を促進します。

③ 国において設けている「行政処分を受けた医療従事者に対する再教育を行う制度」により、行政処分を受けた医療従事者の質の向上を図ります。

(2)医療安全支援センターの充実

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」（平成27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「すべての国民が健やかで心豊かに生活できる活力ある社会」とするために、これまでにも増して、健康を増進し、発病を予防する「一次予防」に重点を置き、壮年期死亡や要介護状態を減少させ、健康寿命の延伸等を図っていくことが極めて重要になっています。

②本県における健康増進の状況

すべての県民が「健やかで心豊かに生活できる活力ある社会の実現」を図るため、平成13年３月に、県民の健康づくりの目標及び基本的取組みを示した健康増進計画「健康徳島21」を策定し、総合的な健康づくりを推進してきました。

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みを積み重ねてきたことにより、平成26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、

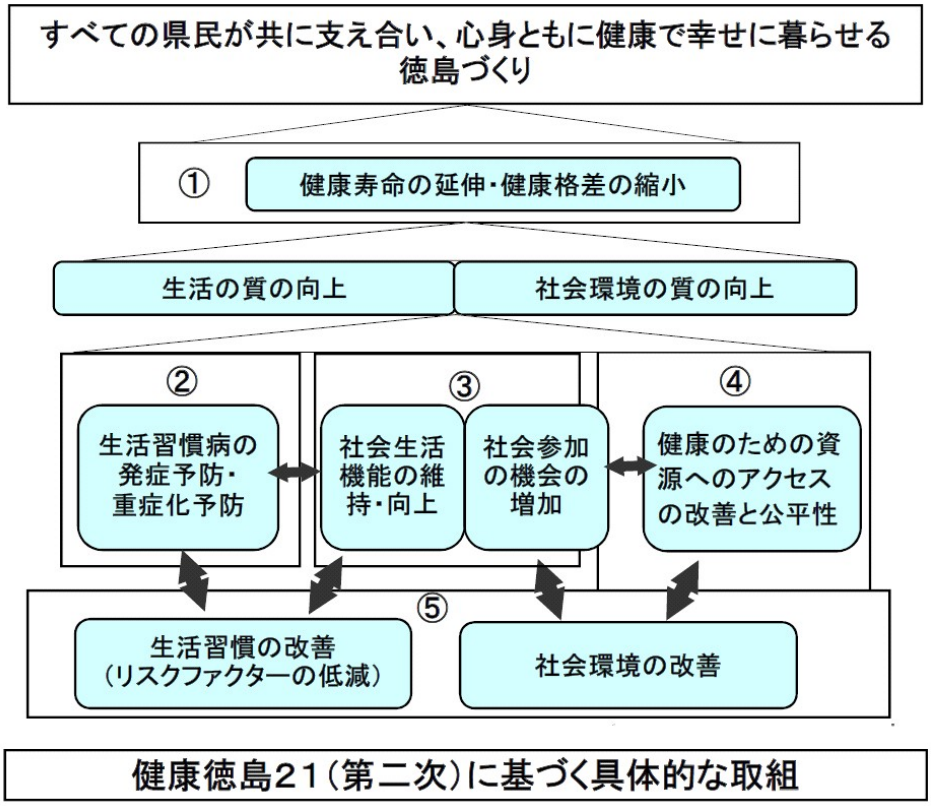
野菜摂取量においても、平成28年国民健康・栄養調査結果（都道府県の状況）で、男女とも上位群(男性8位，女性3位)となるなど、改善がみられています。

③健康徳島２１の改定

国においては、平成24年７月に「すべての国民が共に支え合い、健康で幸せに暮らせる社会」を目指し、生活習慣病の一次予防と重症化防止、健康寿命の延伸に加え、地域間や社会階層間の健康格差の縮小などを基本的な方向とした国民の健康づくりの指針となる「健康日本２１」を改定し、平成29年度から平成30年度にかけて、中間評価を実施しているところです。

本県においては、「健康日本２１」を踏まえた「健康徳島２１」の改定により、平成25年度から29年度までの５年間を計画期間とした対策を推進してきましたが、平成29年度に、これまでの対策の進捗及び評価を踏まえた改定を行い、平成30年度から35年度までの６年間を計画期間として、各種施策を推進します。

なお今回の計画改定においては、糖尿病の重症化予防に向けた未治療・未診断対策や高齢者の身体機能を維持し生活機能の自立を確保するための対策を強化することとし、健康寿命延伸に向けて、県民、地域や関係機関・団体等が一体となって県民総ぐるみで「健康とくしま」の実現を引き続き推進していくものです。



健康徳島21（第二次）に基づく具体的な取組

(3)施策の方向

主要な生活習慣病に，本県において死亡率が高いＣＯＰＤ（慢性閉塞性肺疾患）、肝疾患、腎不全を加え、各種対策を推進しています。

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

ⅰ)COPD(慢性閉塞性肺疾患)

本県におけるCOPDの死亡率は、平成25年から27年まで３年連続で全国ワースト１位でしたが、平成28年はやや改善し、ワースト４位でした。しかし、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。

ⅱ)肝疾患

死亡率は、全国と比べて高い水準で推移しており、平成28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半数以上、40歳から74歳までの壮年期が４割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。

また、「肝疾患」を死因とするものには、「ウイルス性肝炎を原因とする肝硬変」も含むことから、「ウイルス性肝炎」の早期発見・早期治療による悪化防止を図るため、肝炎に関する正しい知識の普及による「肝炎ウイルス検査」の受検促進を図ります。

ⅲ)腎不全

死亡率は、全国と比べて高い水準で推移しており、平成28年人口動態統計では、全国ワースト２位となっており、年齢層は75歳以上の後期高齢者が約9割を占める状況です。

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７割と、圧倒的に多くを占めています。（ただし、「糖尿病腎症」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とくしままるごと健康づくり事業

県内各層約50団体により構成する「みんなでつくろう！健康とくしま県民会議」を推進母体に、県民総ぐるみによる「健康とくしま運動」を全県的に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。

ⅰ)「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。
ⅱ)「健康づくりサポートツール」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」、郷土料理をアレンジし、脂肪控えめ・食物繊維豊富な「ヘルシー阿波レシピ」を皮切りに、野菜摂取量アップをはじめとする各種健康課題に対応したレシピを作成し、普及啓発に努めます。
ⅲ)「健康とくしま憲章」の普及
　健康づくりの行動を起こすための指針として、また一人ひとりの行動の規範として平成20年に制定した「健康とくしま憲章」を普及することにより、さらに県民の健康づくり意識の高揚を図ります。
ⅳ)「とくしま健康づくりチャレンジャー」の募集
　健康寿命をアップし、地域における「健康づくり」に対する気運を高め、広く、健康づくりに関心をある人を募集・登録し、個人の健康づくりへの取組みを支援します。
ⅴ)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、健康づくりの取組みを推進します。
　特に糖尿病対策については、
ⅰ)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
ⅱ)平成29年３月に、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
ⅲ)「健康・医療クラスター創成事業」充実強化の一環として設置された「糖尿病対策センター」における先端的研究・臨床治療・疫学調査などの研究成果の活用、各種団体や行政機関により構成する「糖尿病克服県民会議」における様々な議論をもとに、挙県一致の効果的な糖尿病対策の推進

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、平成

20年度から医療保険者に義務づけられた「特定健康診査・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

ⅰ)適切な食生活の実践

栄養士会、調理師会、食生活改善推協議会等との連携を図り、地域における食生活改善推進員等による栄養改善指導や給食施設の育成指導を推進するとともに、バランスの良い食生活や野菜摂取量不足改善に向けた取組みを推進します。

ⅱ)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。

ⅲ)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。

ⅳ)歯科保健対策

平成24年2月、「笑顔が踊るとくしま歯と口腔の健康づくり推進条例」が公布・施行され、乳幼児期から高齢期までのそれぞれの時期に応じた歯科保健医療対策を推進します。

3　自殺予防対策

(1)基本的な考え方

警察庁の自殺統計によると、平成28年の全国の自殺者は、７年連続の減少となる２万1,897人となったものの、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。

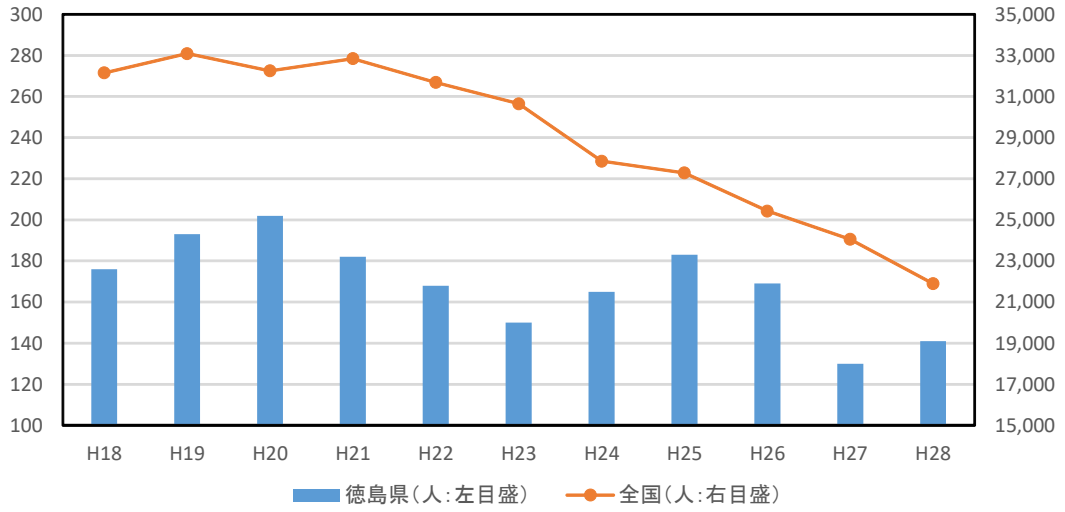
また、自殺をする人のサインに「気づき」、「つなぎ」、「傾聴」、「見守り」を行う「自殺予防サポーター」の養成には、特に精力的に取り組み、平成23年度から平成28年度の６年間で、延べ２万8,121名の方を、自殺予防サポーターとして認定しております。

こうした取組みにより、平成28年の自殺者数は平成20年よりも60人以上少ない141人、自殺死亡率は18.7となっています。これは、県民の皆様の中に、「自殺予防」という認識が徐々に広がったことや、関連する医療・福祉環境が充実してきたこともあり、徐々に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、若年層の自殺者数が高止まり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。

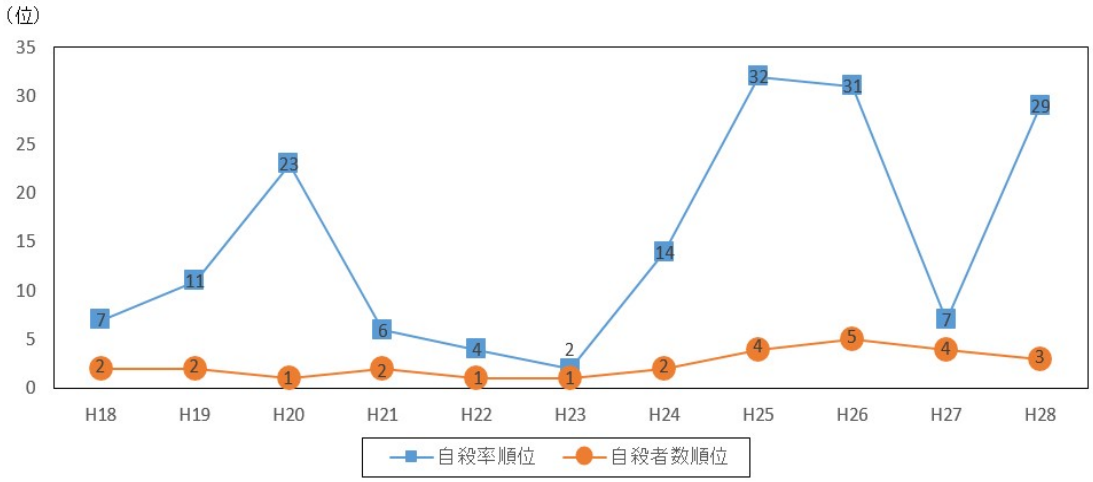
平成28年11月には、自殺対策基本法の改正を受け、「徳島県自殺対策基本計画」を策定し、保健、医療、福祉、教育、労働など様々な分野における取組を総合的に推進することとしたところであり、今後とも、県民総ぐるみで自殺対策に取り組む必要があると考えます。

●自殺者数の推移　（平成18年から平成28年）



資料：警察庁統計より

●自殺率・自殺者数全国順位推移　（平成18年から平成28年）



（全国順位は昇順「少ない方から数えて」の順位）

資料：警察庁統計より

(3)施策の方向

平成28年11月に策定した「徳島県自殺対策基本計画」や、平成29年７月に閣議決定された新たな「自殺総合対策大綱」等を踏まえ、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」、「女性」といった各主体への対策を強化していきます。

また、平成28年に改正された自殺対策基本法では、各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、市町村に対し計画策定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「誰も自殺に追い込まれることのない“暮らしやすい徳島”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、就労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今後の取組み

ⅰ)普及啓発の推進

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。

ⅱ)様々な分野でのゲートキーパーの養成

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。

ⅲ)地域・職場での心の健康づくりの推進

自殺の原因となる様々なストレスについて、ストレス要因の軽減、ストレスへの適切な対応など心の健康の保持・増進のための取組みや社会的な役割や生きがいを持って暮らすことを支援するための取組みを地域や職域において推進します。

ⅳ)児童生徒・青少年の自殺予防対策の推進

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みを充実します。

ⅴ)相談体制の整備、社会的取組を担う人材の養成

保健、医療、福祉、教育、労働等の視点による包括的な取組みを展開していくため、関連する分野の相談体制の整備や関係者の人材養成、連携体制の構築により、生きることの妨げとなる要因の解消を図り、社会的取組みを含めた包括的な支援を展開していきます。

ⅵ)ハイリスク者対策の推進

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みや体制づくりを推進します。

また、大規模災害に備えた普及啓発や体制整備などの取組みを推進します。

ⅶ)県民総ぐるみによる「自殺者ゼロ」に向けた取組み

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、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」に向けた取組みを推進します。

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、厚生労働省が発表した国民運動計画「健やか親子21」を踏まえ、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。

(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。その後は減少傾向にありますが、全国平均を上回る状況が続いており、今後も母子保健関係指標の改善が求められます。（表１）

詳細については「第３節３　周産期医療体制の整備」を参照

○ 社会環境の変化に伴い、多様な地域住民のニーズに対応するため、平成９年度から身近で頻度の高い母子保健サービスは市町村で実施し、広域的専門的サービスは保健所で実施しています。今後も、市町村と保健所がそれぞれの機能の充実を図る必要があります。

○ 市町村では、妊娠の届出により母子健康手帳を交付し、妊娠中の不安の軽減、友達づくりや健康管理のため、妊婦と夫等を対象にした教室や相談を実施し、必要な情報や知識を提供しています。

なお、妊娠の届出時期については、徳島県母子保健統計（平成27年度）によると、11週以内が94.0%、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・支援できる体制づくりを進めています。

○ 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年度からの開始に向けて検討が行われています。

なお、徳島県母子保健統計（平成27年度）によると、１歳６か月児健診受診率は96.4%、３歳児健診受診率は94.7%という状況です。

○ 平成28年の母子保健法の改正により、妊娠期から子育て期までの切れ目のない支援を行う、子育て世代包括支援センター（母子健康包括支援センター）が法定化され、平成32年度末までの全国展開に向け、市町村に

おける同センターの設置が努力義務とされました。
　また、同法により、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たところであり、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。
○ 「健やか親子21」については、平成27年度から第２次計画が開始され、第１次で改善されなかった児童虐待や保護者の心の問題に関することを重点課題として取組を進めていくこととなりました。
○ 県では、「親と子のよい歯のコンクール」を実施し、乳幼児期からの歯と口腔の健康づくりの重要性について啓発しています。

②生涯を通じた女性の健康支援
　保健所では、女性の健康を支え、生き甲斐のある生活を支援するため、健康教育事業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行うとともに、心のケア等、精神的サポートの充実も図っています。
　なお、県では、不妊治療の経済的負担の軽減を図るため、医療保険が適用されず、高額な医療費がかかる配偶者間の特定不妊治療（体外受精又は顕微授精）に要する費用の一部を助成しています。

③育児不安の軽減と発達障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。
　このため、安心して子育てができ、子どもの心が健やかに成長できるよう、地域における子育て支援体制の整備を図るとともに、発達障がいへの対応、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。

⑤思春期保健対策

思春期は、心身の成長にとって重要な時期ですが、社会環境の変化や性情報の氾濫等による影響が問題となっています。特に、喫煙・飲酒の低年齢化、20歳未満の人工妊娠中絶率や性感染症も年々増加傾向にあり、心身症や摂食障がい、不登校、いじめ、ひきこもり等の心の問題も深刻化しています。

このため、生命の尊さやお互いを思いやる気持ちの大切さといった基本的な考え方に基づいた性に関する教育や将来の母性、父性の涵養のための体験学習・健康教育の実施、相談体制の整備等を学校保健と連携しながら進める必要があります。

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、母子保健に関する正しい知識の普及啓発が重要であり、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

市町村において一元的に実施されている妊婦・乳幼児健診、歯科健診、保健指導、妊産婦・新生児訪問指導等の基本的な母子保健サービスが、「健やか親子21（第２次）」の理念に沿って適切に実施され、サービスの低下や地域格差が生じないよう、市町村母子保健事業の促進を図ります。

また、妊産婦等の喫煙・飲酒などの生活習慣が子どもに及ぼす影響について啓発するため、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。

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、生涯を通じた女性の健康支援事業について、市町村、学校関係者等と連携を図りながら、地域の実情に即した対応を行っていきます。また、虐待に関して予防、早期発見、フォロー等迅速に対応するため、こども女性相談センター、発達障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（不妊治療費助成事業）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小児期からの生活習慣病予防対策の推進

正しい生活習慣は小児期から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体型データを分析・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、小児期からの生活習慣病対策の推進を図ります。

⑧周産期医療対策

「第３節３　周産期医療体制の整備」を参照

【表１】

区　分	出生率(人口千対)		乳児死亡率(出生千対)		新生児死亡率(出生千対)		周産期死亡率(出産千対)		死産率(出産千対)		妊産婦死亡率(出産10万対)(5年間平均)	
	H23	H28	H23	H28	H23	H28	H23	H28	H23	H28	H23	H28
徳島県	7.6	7.2	5.1	3.0	2.5	1.1	4.6	3.4	21.2	17.3	3.3	0.0
全国平均	8.3	7.8	2.3	2.0	1.1	0.9	4.1	3.6	23.9	21.0	3.9	3.5

資料：人口動態統計（厚生労働省）

5　高齢者保健医療福祉対策

(1)基本的な考え方

我が国の高齢化は極めて急速に進んでおり、いわゆる団塊の世代が75歳以上となる平成37年（2025年）には高齢化率が30%を超える見込みであり、本格的な超高齢化社会の到来が予想されています。

このような状況の中、年齢を重ねても、住み慣れた地域で自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい、生活支援が地域で一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の構築が求められており、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あげていく必要があります。

さらに、少子化や地方からの人口流出による人口減少・超高齢社会に対する危機感がこれまでにも増して高まっており、地域の担い手が不足する中、今後の地域社会を誰がどのように支えていくかが大きな課題となっています。

本県においては、こうした状況や直面する課題を踏まえ、高齢者を「支えられる側」とするこれまでのイメージの転換を図り、地域を支える「新たな担い手」として生涯現役でご活躍いただくとともに、全国に先駆けた「地域包括ケアシステム」の2020年を目途とした構築等により、高齢者がいきいきと暮らし、笑顔あふれる長寿社会の実現を推進していきます。

(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、平成27年の国勢調査では31.0%で、全国平均の26.6%を大きく上回り全国第５位となっています。

本県の65歳以上の高齢者人口がピークを迎えると推計されている平成32年(2020年)には、高齢化率が34.2%と、３人に１人が65歳以上になることが予想されています。

介護を必要とする高齢者の増加が見込まれるのに加えて、単身又は夫婦だけで暮らす高齢者世帯の割合が増加してきており、今後もこの傾向が続くことが予測され、家族の介護機能の低下が進んでいくものと考えられます。

徳 島 県 の 人 口　（各年１０月１日現在）

区 分	H7年	H１２年	H１７年	H２２年	H２７年	H３２年	H３７年
総 人 口	83.2万人	82.4万人	81.0万人	78.5万人	75.6万人	72.3万人	68.6万人
0歳～14歳	15.9%	14.2%	13.1%	12.4%	11.7%	10.8%	10.1%
15歳～64歳	65.1%	63.8%	62.6%	60.6%	57.4%	55.0%	54.1%
65歳以上	18.9%	21.9%	24.4%	27.0%	31.0%	34.2%	35.8%

資料：H27年までは「国勢調査」
H32年以降は国立社会保障・人口問題研究所「将来推計人口（H25年３月推計）」

②高齢者保健福祉施策の現状

県においては、これまで３年ごとに徳島県高齢者保健福祉計画・介護保険事業支援計画を策定し、計画に基づく介護基盤の整備を行ってきた結果、介護サービスの利用が拡大し､介護基盤の整備が全国的に高い水準となる一方､１人当たりの給付費も高い水準となっています。

また､「徳島県健康福祉祭」の開催や「徳島県敬老県民のつどい」などを通じた高齢者の生きがいづくりのほか、公益財団法人とくしま“あい”ランド推進協議会や公益財団法人徳島県老人クラブ連合会と連携し、高齢者の生きがいづくりや社会参加の支援を行うことにより、元気な高齢者の活動支援を推進しています。

③生活の質を高め、健康寿命を延伸させるための課題

世界でも有数の長寿国となった我が国において、高齢者が住み慣れた地域で自立した日常生活を営むためには、身体機能を維持し生活機能の自立を確保することが重要となります。

平成28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」に次いで､「高齢による衰弱」､「骨折・転倒」､「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35.6%と全体の3割以上を占めています。

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、骨折や転倒を防ぐことは、ロコモティブシンドローム予防に重要です。

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（咀嚼・嚥下機能などの軽微な低下）は、食事や会話に影響し、社会性の低下や栄養状態悪化を招きます。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
			高齢による衰弱	骨折・転倒	関節疾患		
全 国	18.0%	16.6%	13.3%	12.1%	10.2%	29.8%	100%

資料：H28年「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みや地域包括ケアシステムの構築、介護サービス等の充実及び適正化の推進など、高齢者を地域の絆で支える体制

づくりが喫緊の課題となっています。

(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みが必要です。

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、「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、介護予防への取組みとして、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みを推進します。

②地域包括ケアシステムの推進

全国に先駆けて高齢化が進行している本県では、いきがいを持って豊かな高齢期を過ごせるよう生涯学習やスポーツ、文化活動の推進を図るとともにアクティブシニアの活躍の場づくりにも取り組み、高齢者がいきがいを持って心身ともに健康な長寿先進県を目指します。

また、本県の高齢者人口がピークを迎える2020年を目途に、「地域包括ケアシステムの構築」や全国に先駆けた「徳島型ＣＣＲＣ・生涯活躍のまち」を形成し、「住んでよかった暮らしてよかった」と誰もが感じる地域社会の構築を目指すとともに、高齢者の虐待防止や地域の見守り体制の強化、減災・防災対策の推進等、高齢者が住み慣れた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、「介護離職ゼロ」の実現に向けた介護サービス基盤の整備や介護人材の確保が必要であると言われており、受給者が真に必要とする過不足のないサービス提供体制を整えるとともに、アクティブシニアも含めた多様な人材の確保や労働負担の軽減等による離職防止・定着促進に取り組むとともに、今後も、制度の持続可能性、県民の負担軽減のため、県、市町村、国民健康保険団体連合会の連携の下、適正化へも取り組んでまいります。

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。

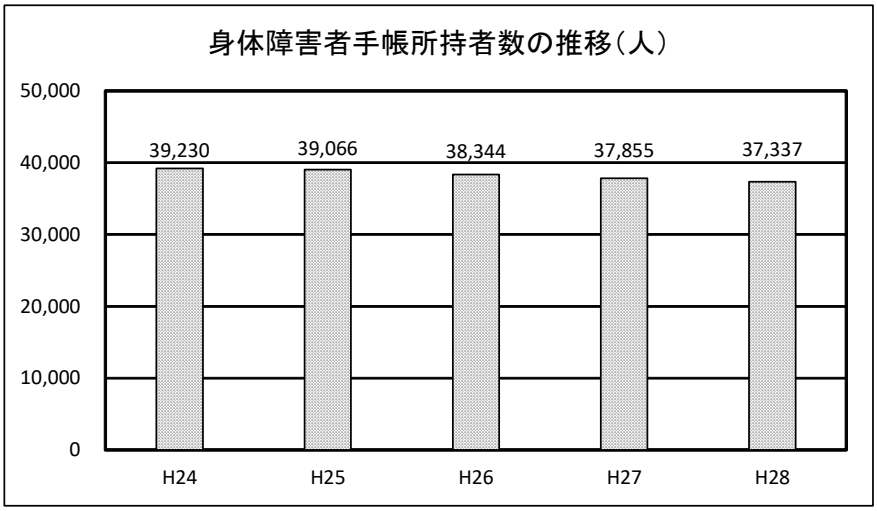
○ 障がいの原因となる疾病等の予防・治療や、保健・医療人材の育成・確保に関する施策を推進します。

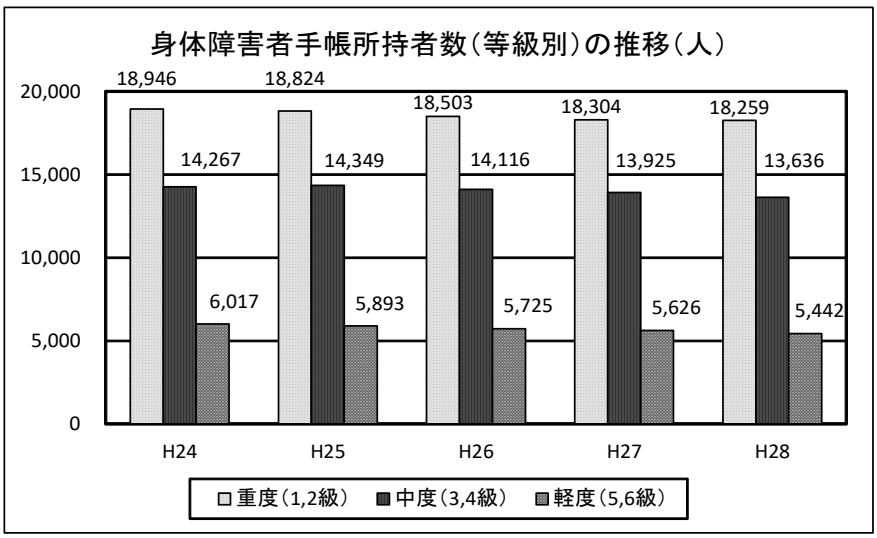
○ 障がい者（児）が必要な支援を受けながら地域で安心して暮らせるよう、障がい福祉サービス等の支援体制の充実を図ります。

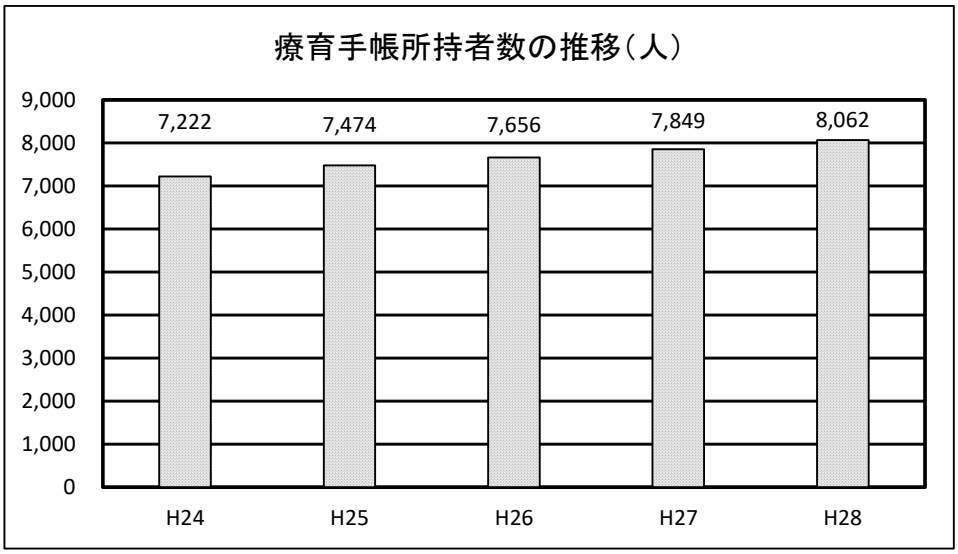
(2)現状と課題

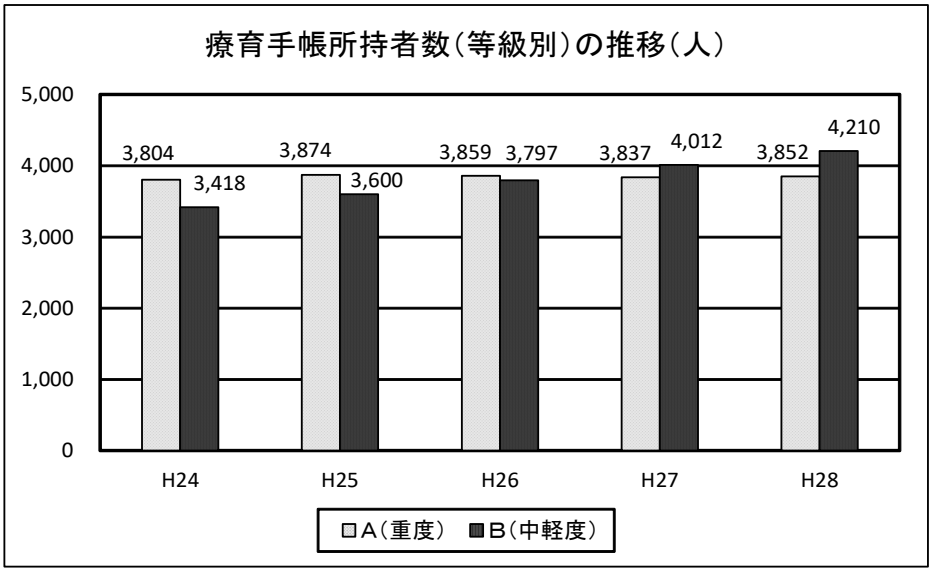
①障がい者（児）の状況

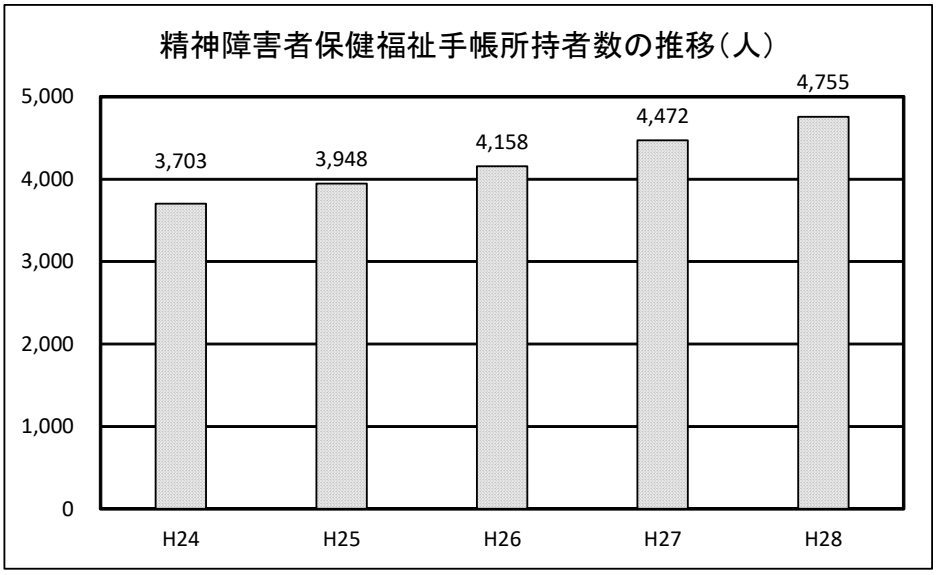
平成29年３月末現在、本県の障がい者数は身体障がい者(児)（身体障害者手帳所持者）が37,337人、知的障がい者（児）（療育手帳所持者）が8,062人、精神障がい者（精神障害者保健福祉手帳所持者）が4,755人となっており、身体障がい者数は減少傾向に、知的障がい者及び精神障がい者数は増加傾向にあります。

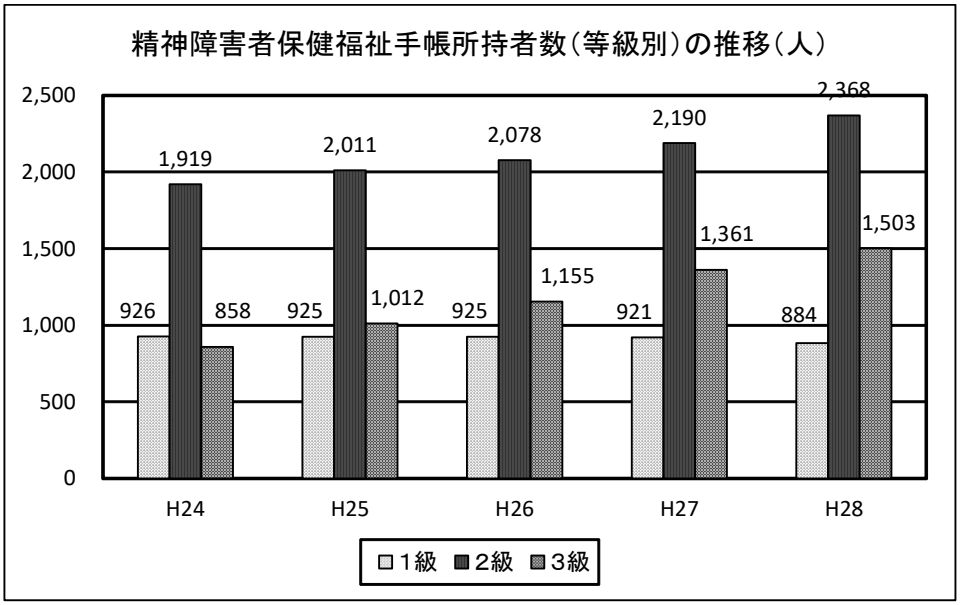





療育手帳所持者数の推移（人）
9,000
8,000
7,000
6,000
5,000
4,000
3,000
2,000
1,000
0
7,222
7,474
7,656
7,849
8,062
H24
H25
H26
H27
H28


療育手帳所持者数（等級別）の推移（人）
5,000
4,000
3,000
2,000
1,000
0
3,804
3,418
3,874
3,600
3,859
3,797
3,837
4,012
3,852
4,210
H24
H25
H26
H27
H28
□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）
5,000
4,000
3,000
2,000
1,000
0
3,703
3,948
4,158
4,472
4,755
H24
H25
H26
H27
H28



②保健・医療の充実等

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

ⅰ)障がい福祉サービスの充実

障がいの有無にかかわらず、全ての県民が相互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、その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。

ⅱ)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、乳幼児期から学校卒業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」を平成30年３月に策定したところです。

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いくこととしています。

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）に対して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。

○ 定期的に歯科検診を受けること等又は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、県民が相互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、障がいのあるこ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。

ⅰ)訪問系サービスの充実

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、行動援護などの訪問系サービスの取組みを支援します。

また、精神保健福祉センター、保健所等においては広域的・専門的精神保健相談を実施し、精神障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。

ⅱ)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に、生活介護及び療養介護サービスの実施を支援するとともに、障がい者の自立のために、生活の改善、身体機能の向上等の自立訓練サービスの実施を支援し、日常生活能力の向上を図ります。

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。

ⅲ)居住系サービスの充実

○グループホーム等の確保・充実

家庭事情や住宅事情等の理由で日常生活の援助を必要とする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について支援します。

○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。

また、短期入所や相談支援等の各種のサービス提供機能の充実を図り、障がい者の地域生活の拠点として、また、地域生活への移行のために、取り組んでいる施設入所サービス提供事業者を支援します。

ⅳ)障がいのあるこ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。

・発達障がい者又は発達障がい児が可能な限り身近な場所において必要な支援を受けられるよう、発達障がい者総合支援センター「ハナミズキ」及び「アイリス」の設置により、広範な地域において身近な場所で発達障がいについて相談できる体制づくりを推進します。

○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に、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。

○医療的ケア児に対する支援体制の充実

・人工呼吸器を装着している障がい児その他の日常生活を営むために医療を要する状態にある障がい児である「医療的ケア児」が身近な地域で必要な支援が受けられるように、障がい児支援の充実を図ります。

・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、障がい児通所支援事業所、障がい児入所施設、障がい児相談支援事業所、保育所、学校等の関係者が連携を図るための協議の場として「医療的ケアを要する重症心身障がい児等支援検討会議」を設置し、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。

○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、通所支援等において適切な支援ができるよう、人材育成を通じて支援体制の整備を図ります。

○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。

ｖ)障がい児相談支援の提供体制の確保

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、相談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障がい児に対する相談支援について、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

(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、エボラ出血熱、中東呼吸器症候群（MERS）等の新たな感染症の出現やこれまで制圧したと考えられていたマラリア、コレラ等の既知の感染症の再興、鳥インフルエンザや新型インフルエンザ発生への対処など新たな課題が生じています。また、結核について、本県は依然として罹患率、有病率ともに全国の中で高い状況で推移しています。

このような状況を踏まえ、結核を含む感染症の発生とまん延を防止するため、啓発や知識の普及をはじめ各種の予防対策を充実させ、医療体制の整備を図ることにより、事前対応型の行政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新型コロナウイルス感染症

令和元年末、中華人民共和国に端を発した新型コロナウイルス感染症は、世界各国に拡大し、令和２年１月１５日に国内初の感染者が確認され、本県おいても、令和２年２月２５日に県内初の感染者が確認されました。

対策においては、県民の生命と健康を守ることを第一とし、感染拡大を最小限に抑えつつ、重症者や死亡者の発生を可能な限り抑制するため、相談、検査及び積極的疫学調査の充実による感染防止対策、医療提供体制の拡充、ワクチン接種の促進を一体的に進めることが求められています。

(2)現状と課題

①結核

徳島県における結核の指標は、令和元年の全結核罹患率（人口10万人当たりの年間新規患者数）は13.2（全国平均11.5）であり全国第９位、有病率（人口10万人当たりの年末現在活動性結核患者数）は9.3（全国平均7.7）で全国３位となっています。

令和元年の年間新規登録患者数は96人で５年前（平成26年）と比べると28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」に合わせて改定することとしており、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算定基準通知によると18床～27床となります。本県における罹患率の状況が全国平均を上回っていることや、集団発生時への対応、各病院における１日当たりの最大在院患者数等を考慮する必要があります。

○県内の結核病床の状況　（平成29年3月31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
		国立病院機構東徳島医療センター	２０床
	南　部	県立海部病院	4床
	西　部	県立三好病院	8床
合計			３７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出来るよう、法的根拠を明確にするため、平成25年４月施行された「新型インフルエンザ等対策特別措置法」や平成25年６月策定の「新型インフルエンザ対策政府行動計画」、さらに、県で平成25年11月策定の「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、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月に排除国となった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、蚊が媒介するマラリアやデング熱などの動物由来感染症、さらには、大規模災害発生時に避難所等で発生する感染症など、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と関係機関への情報提供や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。

感染症指定医療機関としては、主に一類及び二類感染症患者の入院に対応する第一種感染症指定医療機関は県内に１病院２床が整備されています。また、主に二類感染症患者の入院に対応する第二種感染症指定医療機関は、４病院21床整備されています。

エイズについては、従来から実施してきたＨＩＶ検査とその無料化に加え、その場で検査結果がわかる迅速検査を平成19年度から全保健所に導入しました。検査を受けやすい体制の整備とともに、学校保健と連携し、性感染症対策全般を視野に入れた青少年層への働きかけが今後とも必要です。

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、さらに正しい知識の普及、検査未受診者の解消、診療体制の整備等を図っていく必要があります。

また、感染症の発生情報の正確な把握と分析、その結果の的確な提供・公開のため実施している、感染症発生動向調査事業について、さらに充実していく必要があります。

予防接種については、住所地市町村外の医療機関においても円滑に接種を受けられる予防接種広域化を実施し、予防接種の機会の拡大を図っています。また、接種による健康被害が発生した場合には、予防接種法に基づき救済措置がとられるようになっています。

○県内の感染症病床の状況　（平成29年3月31日現在）

種別	医療圏	医療機関名	指定病床数	整備予定病床数
第一種	－	徳島大学病院	2床	
第二種	東　部	徳島大学病院	6床	
		県立中央病院	5床	
	南　部	県立海部病院	4床	
	西　部	県立三好病院	6床	
合計			２３床	

○感染症発生届出数

区分	感染症名	H26年	H27年	H28年	H29年	H30年	R1年
三類	腸管出血性大腸菌感染症	11	10	17	13	11	14
	細菌性赤痢						1
	パラチフス					1	
四類	デング熱	1		1			1
	日本紅斑熱	13	6	6	10	4	12
	野兎病		1				
	レジオネラ症	1	5	11	15	14	13
	A型肝炎	2	1	3			
	チクングニア熱	1					
	つつが虫病	1	1	2	2	1	
	重症熱性血小板減少症候群	7	3	8	4	1	9
	ライム病			1			
	マラリア						1
五類	アメーバ赤痢	7	5	4	3	3	7
	加ﾊﾞﾍﾟﾈ耐性腸内細菌科細菌感染症		4	5	3	8	11
	急性脳炎	1	2	3	1	4	2
	クリプトスポリジウム症		1				
	クロイツフェルト・ヤコブ病		1		1	2	3
	後天性免疫不全症候群	4	8	6	5	9	4
	梅毒	3	2	11	14	30	30
	破傷風	2		2	3	4	
	風しん	2	1			3	2
	麻しん		1			1	1
	ウイルス性肝炎(E型・A型除く)	1	1	1	2	2	2
	劇症型溶血性レンサ球菌感染症	1	1	1		3	4
	ジアルジア症		1				
	侵襲性インフルエンザ菌感染症	1	1	2	2	1	4
	侵襲性肺炎球菌感染症	5	7	4	6	9	11
	水痘（入院例）		1		2	6	5
	播種性クリプトコックス症		1			2	3
	急性弛緩性麻痺(急性白髄炎を除く)※1					1	
	百日咳※2					31	80
合計		64	65	88	86	151	220

（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新型コロナウイルス感染症

ⅰ)相談体制

本県では、国内初の感染症が確認されて以降、県民の不安解消のための「一般相談窓口」を設置するとともに、患者と疑われる事例が発生した場合に医療機関での相談、受診、検査に繋げるための「受診・相談センター」を設置し、24時間体制で相談にあたっています。

ⅱ)検査体制

本県では、円滑な検査体制確保のため、①地域外来・検査センター（県内４か所）、②県内６保健所、③診療・検査協力医療機関において検体採取が可能な体制を整備するとともに、県保健製薬環境センターに加え、民間衛生検査施設においても検査が実施できる体制を確保し、必要な対象者にタイムリーな検査が実施できるよう、関係機関と連携し検査体制の充実に努めています。

また、新型コロナウイルス感染症は、その塩基配列にランダムな変異が起こることから、変異株発生の早期探知の強化を図るため、令和３年２月19日から「変異株のスクリーニング検査」を開始しています。

ⅲ)積極的疫学調査

「積極的疫学調査」は、感染源や感染経路の推定によるクラスターの発見や、濃厚接触者の速やかな特定による円滑な検査により、次なる感染の封じ込めや感染の抑え込みを図るために重要となることから、調査を均一化するためのマニュアル作成や検査開始時からの介入などを通じて、接触者探索のための「前向き調査」と感染源推定のための「遡り調査」の迅速かつ的確な実施に努めています。

ⅳ)医療提供体制

新型コロナウイルス感染症の患者への医療提供を行うため、患者の入院先である、公立公的病院を中心とする「入院受入医療機関」や「入院受入病床」を確保し、患者受入体制を構築する必要があります。また、病床の稼働率の向上を図るため、新型コロナウイルス感染症から回復した後、引き続き入院管理が必要な患者を受け入れる「後方支援病院」を確保する必要があります。

さらに、軽症者や無症状者が安心して療養できる環境を整え、入院受入医療機関の負担軽減を図るため、宿泊療養施設を確保する必要があります。

また、世界的需要拡大やグローバルサプライチェーンの分断による医療資機材の供給不足がもたらす医療崩壊を防止するため、医療資機材を確保する必要があります。

大規模流行時には、周産期医療確保のため、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周産期リエゾンを中心とした、周産期医療体制を構築する必要があります。

ⅴ)ワクチン接種

新型コロナウイルス感染症対策の切り札である、ワクチン接種を迅速に実施するためには、実施主体である市町村と接種業務を担う医療機関、県医師会などの関係団体と連携し、共に取り組んでいく必要があります。

(3)施策の方向

①結核

ⅰ)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。

ⅱ)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。

ⅲ)結核病床の確保

結核基準病床数37床の確保とともに、地域性等を考慮した適切な整備を推進します。

②感染症

ⅰ)新型コロナウイルス感染症等の新興感染症等への対応

新型コロナウイルス感染症に関する現状や課題を踏まえ、令和３年11月に策定された「徳島県保健・医療提供体制確保計画」と調和を図りながら、必要な医療提供体制の確保を進めていきます。

また、新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえ、新興感染症等の感染拡大時における医療提供体制の確保について検討を進めます。

ⅱ)危機管理の観点に立った防疫体制の整備

平常時からの防疫体制を整備するとともに、緊急時（感染症が集団発生した場合、新たな感染症が発生した場合、大規模な災害が発生した場合等）における危機管理の観点に立ち、国や関係機関等との連携や役割分担、平成25年度設置の「とくしま災害感染症専門チーム」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14万２千300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。

ⅲ)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。

さらに肝炎、エイズ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

難病対策は、昭和47年に策定された「難病対策要綱」により実施されてきましたが、平成27年１月１日に施行された「難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年第50号。以下「難病法」という。）」により、難病の患者に対する医療費の助成、難病の医療に関する調査及び研究の推進、療養生活環境整備事業の実施の３本柱による総合的な対策として行われることになりました。

難病の定義として、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ものとし、調査及び研究を推進するとともに、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、平成29年４月１日には330疾病を医療費の公費負担の対象としています。

また、その他にも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及び小児慢性特定疾病（平成29年４月１日、722疾病）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、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。

難病拠点・協力病院一覧　（平成29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		○	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
	国立病院機構徳島病院	○		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
	阿南共栄病院		○	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		1	１３	

(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、徳島病院」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、「県健康増進課」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、県健康増進課、保健所をはじめ、難病拠点・協力病院、ハローワークなどによる連携会議を開催し、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。

ⅰ)在宅療養支援計画策定・評価事業

要支援難病患者に対し、個々の患者等の実態に応じて、きめ細かな支援を行うため、対象患者別の在宅療養支援計画等を作成し、各種サービスの適切な提供を行います。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。

ⅱ)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。

ⅲ)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。

ⅳ)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。

ⅴ)難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年度に東部・南部・西部の３圏域に設置しており、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。

③難病医療提供体制整備事業（難病医療ネットワーク事業）

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学的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。

ⅰ)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や医療従事者向けに難病研修会を開催します。

ⅱ)難病診療連携拠点病院

難病診療連携拠点病院は、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。

ⅲ)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。

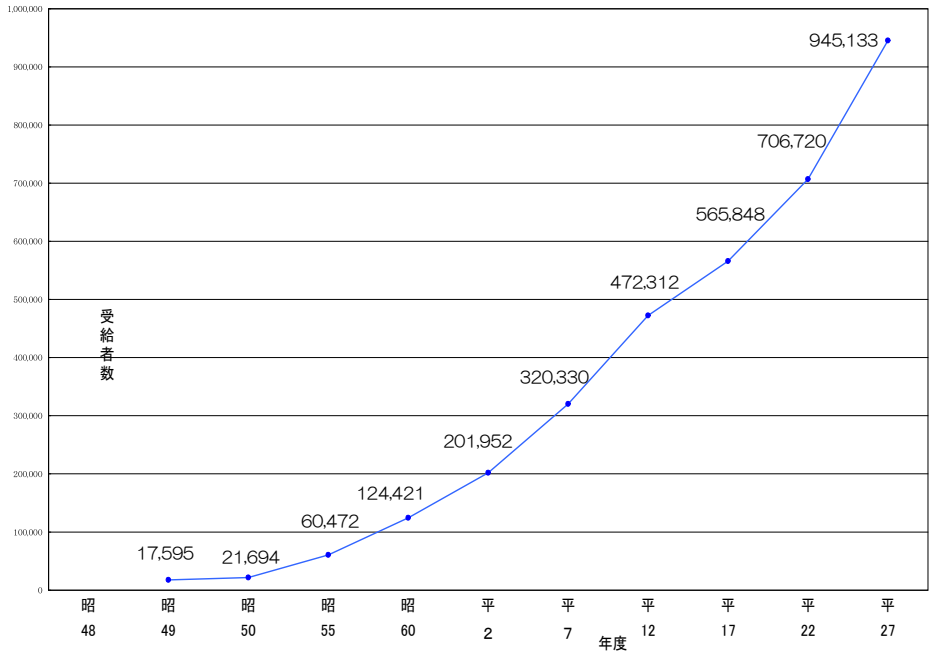
④災害時の難病患者に対する支援

本県では、「徳島県災害時難病患者支援マニュアル」に基づき、災害時の地域支援体制を整備するとともに、希望する要援護者に関する各種支援台帳を整備し、災害時における医療支援、避難支援、安否確認に活用できるよう、関係機関に情報提供を行います。

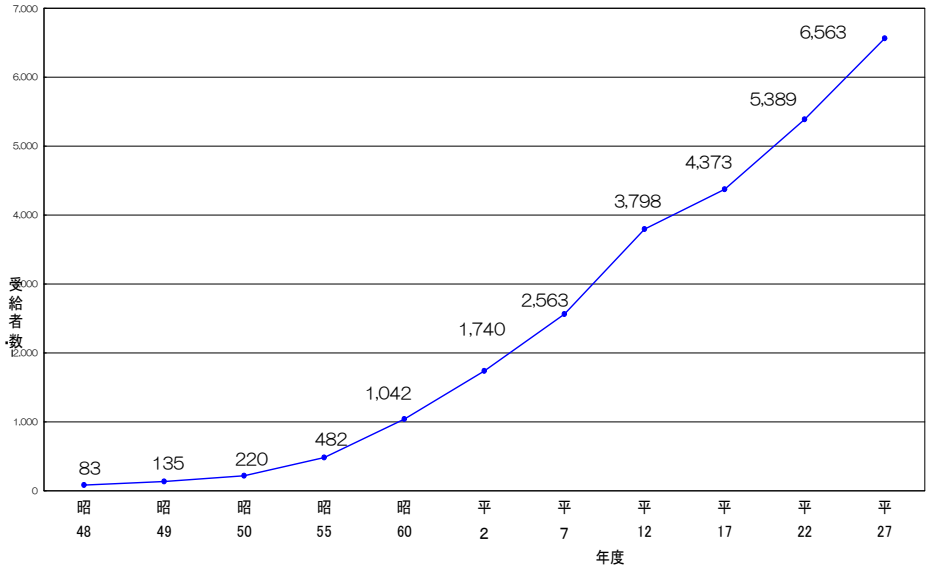
また、災害時等の停電時における電源確保のため、在宅で人工呼吸療法を受けている難病患者に対し自家発電機等の配備支援を行うとともに、患者支援団体と共同で作成・配付した「とくしま災害支援手帳」及び重症難病患者を対象とした災害避難訓練を行うことにより、患者や家族が、平時から災害時への備えや災害時に適切な対応を行うことができるよう、防災意識の啓発、災害対応能力の強化に取り組みます。

●医療費助成受給者数の推移

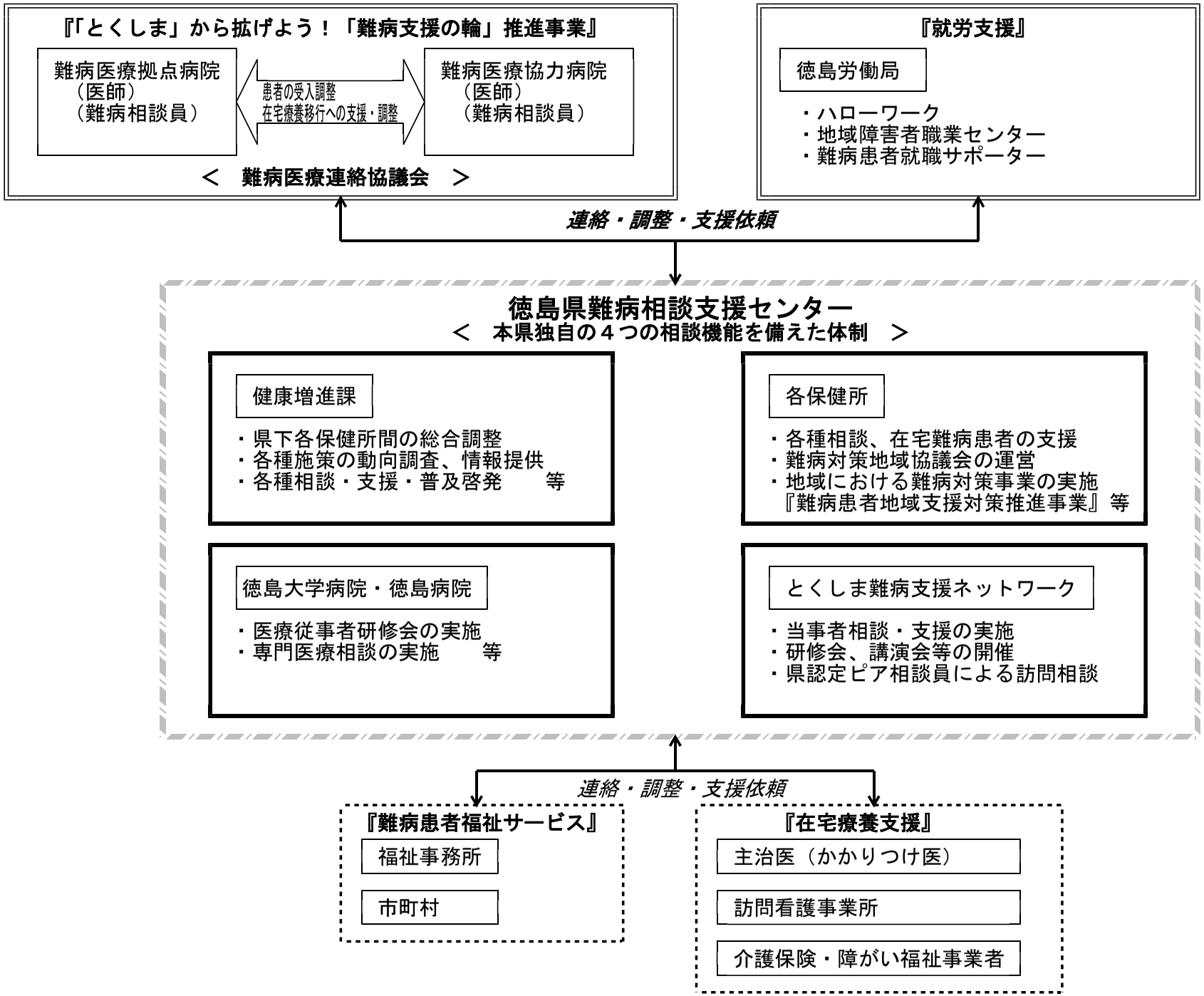
医療費助成受給者数の推移（全国）



医療費助成受給者数の推移（徳島県）



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				○	○		○

さらに、平成２６年１月１日には、「移植に用いる造血幹細胞の適切な提供の推進に関する法律」が施行され、移植に用いる造血幹細胞の適切な提供の推進のため、「骨髄バンク」や「さい帯血バンク」の安定した事業運営等が図られています。

また、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。

(2)現状と課題

①課題

ⅰ）脳死下での臓器提供には、本人の生前の書面による意思表示があり、家族が拒否しない又は家族がいないこと。本人の意思不明であり、家族の承諾があること。なお、家族の書面による承諾により、15歳未満からの臓器提供が可能となっています。

ⅱ）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。

移植登録者数（平成29年7月31日現在）

心臓	肺	肝臓	腎臓	膵臓	小腸	計
626	335	321	12,315	207	3	13,807

資料：（公社）日本臓器移植ネットワーク

ⅲ）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。

ⅳ）臓器提供に関する意思の記入状況について、内閣府が平成25年８月に実施した臓器移植に関する世論調査では、「記入している」と答えた者の割合が12.6%となっており、まだまだ低い数値となっています。また、同調査では、脳死判定後の臓器提供に対する本人意思については、「提供したい」とする者の割合が43.1%でした。

②現状

ⅰ)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。

平成29年8月末の移植実績（累計）は、93名の献眼を受け、153件の角膜移植と345件の輸入角膜による角膜移植を実施しています。

なお、移植登録者数は3,612人、受眼登録者は9人です。

ⅱ)腎臓移植

県内には、平成27年12月末現在、2,792人、全国では324,986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平成29年8月末までに20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、平成28年12月末現在、本県の腎移植希望登録者数は92人となっています。

ⅲ)骨髄移植

本県では、公益財団法人日本骨髄バンクの設立時からドナー登録を呼びかける普及啓発事業に取り組んでおり、平成９年５月からは、ドナー登録の窓口を、従前の徳島県骨髄データセンター（徳島県赤十字血液センター）の外に阿南・穴吹（現美馬）の２保健所でも受付できるよう拡大し、平成13年度には６保健所すべてに受付窓口を開設しました。

また、平成12年度からは集団登録説明会を開始し、平成13年度に、献血時に登録窓口を開設できるよう関係機関と検討を行い、平成14年度から各保健所において取り組みを開始しました。平成22年度には普及啓発と骨髄提供者の確保を図るとともに、関係団体が相互の連携の下に情報・意見交換を行うため、徳島県骨髄バンク推進協議会を設置しました。

なお、公益財団法人日本骨髄バンクには、平成29年3月末現在470,270人のドナー登録者が登録されており（うち本県は2,353人）、患者は3,483人登録されています。平成28年度に登録された国内患者（2,245人）のうち、約96.4%の方は一人以上のドナー候補者が見つかっていますが、移植を受けることができた患者さんは54.4%の1,221人にとどまっています。

一人でも多くの患者さんを救うためには、一人でも多くの方にドナー登録をお願いしていく必要があることから、引き続きドナー登録の推進に努めていきます。

なお、全国の骨髄移植実績（移植患者数：海外での移植を含む。）は、平成29年3月末現在で20,547件（うち本県119件）となっています。

ⅳ)さい帯血移植

平成11年８月に「日本さい帯血バンクネットワーク」が発足し、全国の各さい帯血バンクに保存されているさい帯血情報の共有管理等が事業化されています。

中四国では、岡山県赤十字血液センターに「中国四国さい帯血バンク」が設立され、岡山、広島の各県でさい帯血の採取、保存が行われておりましたが、平成24年４月からは、日本赤十字社九州さい帯血バンクにて採取、保存が行われています。

(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。（平成29年８月末現在、県臓器移植コーディネーター１名、院内臓器移植コーディネーター17病院55名）。

③ 脳死下での臓器提供病院（徳島大学病院、徳島県立中央病院、徳島赤十字病院）において、臓器提供に係るシミュレーションを随時実施し、臓器移植体制を強化します。

④ 骨髄移植については、登録窓口をできるだけ多くするため、献血時に登録ができるよう徳島県骨髄バンク推進協議会において体制づくりについて協議します。

⑤ さい帯血移植については、関係機関と連携し、日本赤十字社九州さい帯

血バンクとの協力関係の強化を図ります。

(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
徳島大学大学院ヘルスバイオサイエンス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

○徳島県骨髄データセンター
〒７７０－００４４　徳島市庄町３－１２－１
徳島県赤十字血液センター内
電話　０８８－６３１－３２００

○日本赤十字社九州さい帯血バンク
〒８１８－８５８８　福岡県筑紫野市上古賀１－２－１
電話　０９２－９２１－１４３５

10　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月には、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）」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、アレルギー疾患重症化予防のため、診療所や一般病院における「かかりつけ医」と、各都道府県で今後新たに設置が求められている「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。）」による連携体制の必要性が示されました。

また、拠点病院の役割とともに、その選定及び運用後の評価など、都道府県等の役割についても明記されています。

さらに、体制整備として「都道府県アレルギー疾患連絡協議会」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と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るため、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。平成26年調査では平成23年と比較し、特にアレルギー性鼻炎が増加しています。

<アレルギー関連疾患の患者数>

区分	疾患名	H17	H20	H23	H26
徳島県	結膜炎	2	1	2	2
	アレルギー性鼻炎	3	3	2	5
	喘息	8	6	6	7
	アトピー性皮膚炎	1	1	2	2
全国	結膜炎	323	271	237	278
	アレルギー性鼻炎	446	512	557	663
	喘息	1,092	888	1,045	1,177
	アトピー性皮膚炎	384	349	369	456

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、平成26年人口10万あたりの人数は全国で14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
徳島県	4.7	5.3	5.2	6.4	5.8	6.4	6.1
全国	4.2	4.7	4.9	5.3	5.4	5.7	5.1

資料：「徳島県保健・衛生統計年報」(徳島県）及び

「医師・歯科医師・薬剤師調査」(厚生労働省)

また、本県における日本アレルギー学会専門医・指導医は、平成29年10月時点で27名、内訳としては内科医が最も多く19名、次いで小児科5名、耳鼻咽喉科3名となっています。

<日本アレルギー学会認定医>（H29年10月2日現在）

		徳島県	全国
総数		27	3,575
内訳	内科	19	1,719
(再掲)	小児科	5	1,167
	耳鼻咽喉科	3	336
	皮膚科	-	318
	眼科	-	20
	産婦人科	-	1
	外科	-	7
	整形外科	-	2
	泌尿器科	-	2
	麻酔科	-	3

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、都道府県アレルギー疾患医療拠点病院の選定及び、都道府県アレルギー疾患医療連絡協議会の設置を進める等、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、平成27年度地域保健・健康増進事業報告によると、75.6%となっており、全国平均（83.0%）より低く推移しています。

また、12歳児におけるう蝕のない者の割合についても、平成28年度学校保健統計調査で54.8%となっており、全国平均（64.5%）を下回る状況にあります。

生涯にわたる歯と口腔の健康づくりは、胎児期からはじまり、乳幼児期での対応が子どもの健全な成長に大きな影響を及ぼすため、妊娠期からの歯科保健対策を充実するとともに、子どもに健全な生活習慣を身につけさせる必要があります。

②歯周疾患の状況

歯周疾患の状況では、40歳代における進行した歯周炎を有する者の割合は、平成28年度徳島県歯科保健実態調査では51.0%となっており、厚生労働省の平成28年歯科疾患実態調査の全国平均（44.7%）と比較しても、大きく上回っています。また、80歳で20歯以上の自分の歯を有する者の割合でも、本県は36.7%で、全国平均（51.2%）を下回る状況となっています。

歯周疾患はう蝕と並ぶ歯の喪失原因となっており、う蝕と同様、加齢とともに増加しています。また、糖尿病と歯周病は関連が指摘されているため、県民に対し引き続き周知を図るとともに、医科歯科連携による予防と治療の取組を進めていく必要があります。

(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

ⅰ)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。

ⅱ)学校歯科保健医療

学校保健安全法に基づく歯科健康診断を実施し、う蝕や歯周疾患の予防など、発達段階に応じた歯科保健指導を実施するよう推進します。また、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を身につけさせるとともに、咀嚼の重要性について普及啓発します。

ⅲ)成人・高齢者の歯科保健医療

歯周疾患を予防し、歯の喪失を防ぐため、セルフケアに加え、定期的な歯科健診の受診とともに、かかりつけ歯科医を持つことの重要性について普及啓発します。

また、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、糖尿病と歯周病の関連について引き続き普及啓発を行うとともに、医科歯科連携を推進します。

ⅳ)在宅・要介護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。

ⅴ)障がい者の歯科保健医療

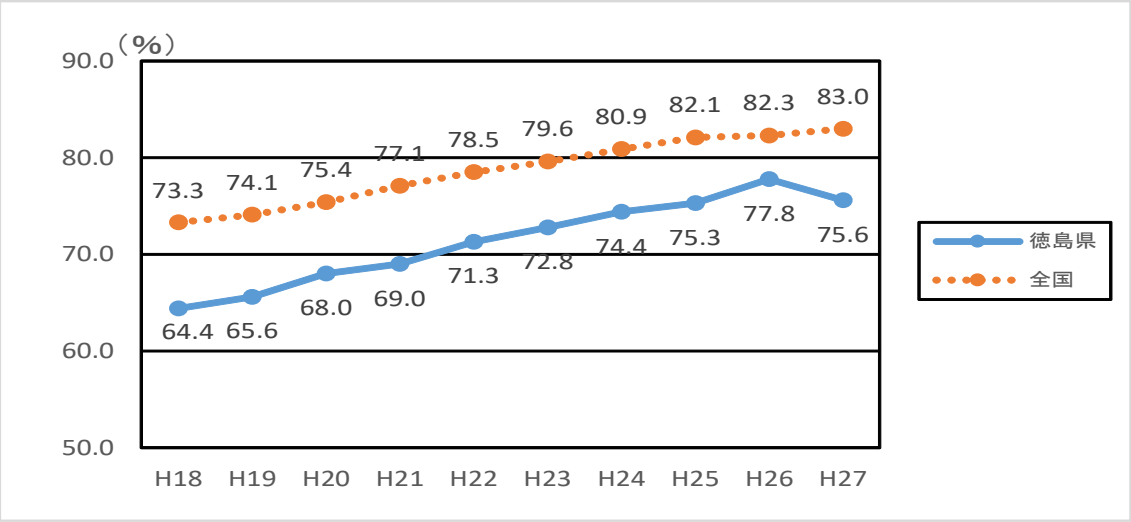
障がい者（児）のう蝕や歯周病等を予防するため、歯科健診の重要性を啓発します。

また、歯科医療機関の受診に困難を伴ったり、歯科疾患を訴えることが不十分なため治療の遅れがちな心身障がい者（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)の歯科診療体制の確保を図ります。

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。

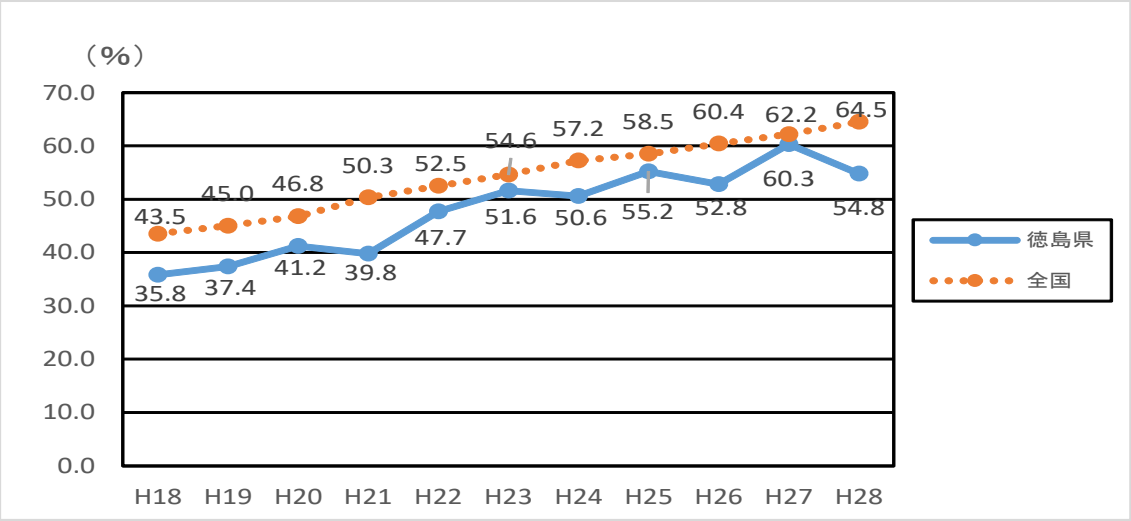
【３歳児でう蝕のない者の割合】



３歳児歯科健康診査（厚生労働省）

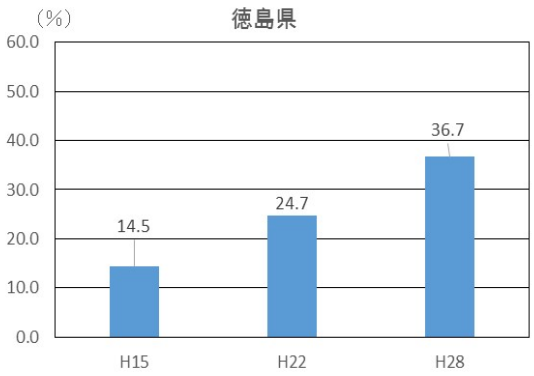
地域保健・健康増進事業報告（厚生労働省）

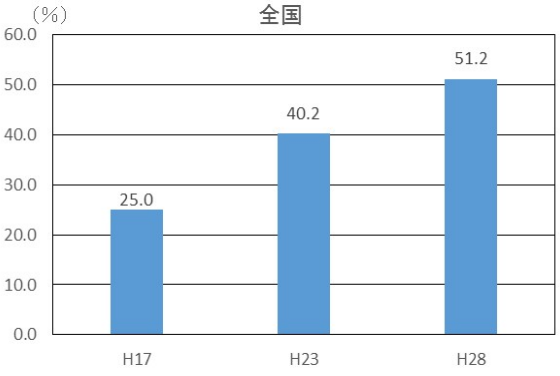
【12歳児でう蝕のない者の割合】



学校保健統計調査（文部科学省）

【80歳で20歯以上の自分の歯を有する者の割合】





徳島県歯科保健実態調査（徳島県）

歯科疾患実態調査（厚生労働省）

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。

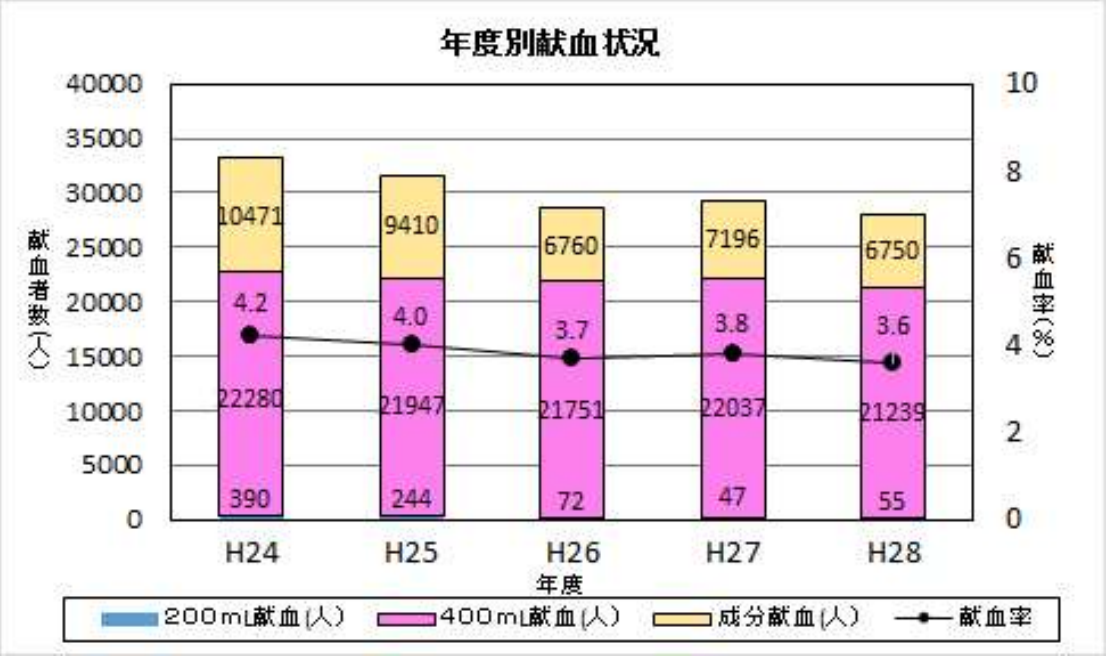
　本県においては、医療に不可欠な血液製剤は国内献血で確保する国の方針のもとに、成分献血・400mL献血をより一層推進し、安定的な血液製剤の確保に努めています。

(2)現状と課題

①血液の確保

　本県の献血事業は、近年、全国の状況と同様に少子高齢化、献血制限の強化、若年層の著しい献血離れ等により、平成２４年度からは減少傾向となっています。

　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必要となります。

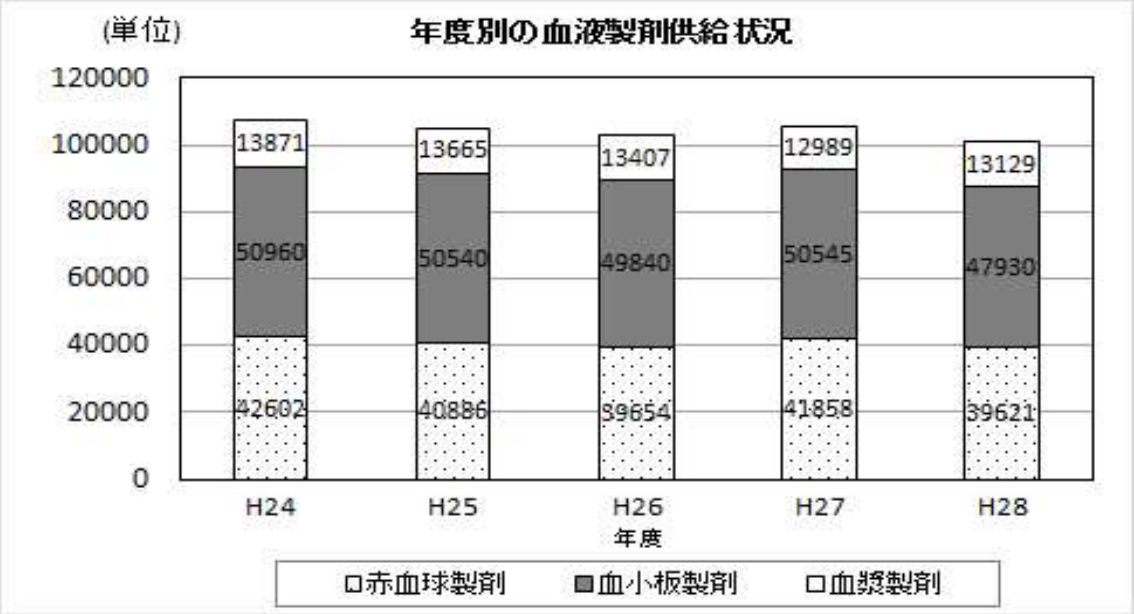


（注）　献血率＝献血者延人数／献血可能人口

②供給状況

血液製剤については、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

ⅰ)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。

ⅱ)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、医薬品生産金額が平成27年で、全国第９位に位置している製薬県であることから、医薬品製造業者、医薬品製造販売業者等に対し、製造管理及び品質管理基準（ＧＭＰ／ＱＭＳ）や製造販売後安全管理基準（ＧＶＰ）などの各規制の遵守を一層徹底していく必要があります。

一方、高齢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危険ドラッグ等では、健康被害の発生等が問題となっています。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を図ること、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取締りを強化するとともに、県民への薬物乱用に対する正しい知識の普及啓発を行う必要があります。

さらに、少子高齢化が進み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。

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

医薬品等製造業者に対する指導に努め、医薬品等の品質、有効性及び安全性の確保を図っています。しかし、多くの中小製造業者に対しては、保健製薬環境センターと連携を図りながら、業者の指導育成にも努めなければなりません。また、いわゆる健康食品や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

本県の医薬分業の現状を院外処方せんの発行割合でみてみると平成８年度には、4.0%であったものが平成10年度以降、公的病院を中心に院外処方せんの発行が急速に進み、平成28年度には56.1%と着実な伸びを示しています。

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」に再編する道筋が示されました。また、平成28年10月からは、「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」届出制度も創設されました。

このことを踏まえ、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」の育成を図り、薬局の新たな機能についてより広く啓発するなどして、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。

●医薬品等業者状況

年度	H24	H25	H26	H27	H28
医薬品製造販売（製造）業者	56	55	57	54	54
その他製造販売（製造）業者	82	81	83	85	89
薬局	385	393	392	398	392
店舗販売業	218	213	216	208	211
その他医薬品販売業者	187	181	176	169	165
医療機器販売業者	2,022	2,033	2,103	2,194	2,207

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、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取締りを強化し、県民への被害を防止します。

麻薬診療施設等における医療用麻薬の適正管理の徹底及び適正使用の推進を図り、麻薬の適切かつ円滑な提供を促進します。

②かかりつけ薬局・健康サポート薬局の推進

ⅰ)医薬分業の普及・啓発

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、健康サポート薬局の推進等について啓発を行います。

ⅱ)在宅医療対応薬局の整備

各地域において、かかりつけ薬局の要件である「服薬情報の一元的・継続的把握とそれに基づく薬学的管理・指導」「24時間対応・在宅対応」「かかりつけ医を始めとした医療機関等との連携強化」の推進を図り、県民が住み慣れた地域で安心して生活できるよう、より一層の薬局の質的な向上に努めます。

③薬剤師等の資質の向上

薬学教育６年制や医療制度改革を通じて医薬品に係る医療安全及び適正使用という点において、薬剤師の社会的な期待も高まりを見せていることから、今後、薬剤師会等の関係団体や、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、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に加え、平成26年度からは、一般用医薬品のインターネット販売等が可能となったことに伴い、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が、消費者ニーズの多様化や高度化、一方で急速に進行している少子高齢化、健康に対する県民の関心の高まり、近い将来の発生が予想されている「南海トラフ巨大地震」をはじめとした災害発生時の対応等、消費者や時代の要請に対して迅速に取組みを進め、社会の実情に応じた社会的役割を果たしていく必要があります。

また、理容、美容業、クリーニング業、公衆浴場業等の生活関係営業は、家族を中心とした零細経営が多く、昨今の同業者間の競争激化もあいまって施設の適正な衛生水準の確保が難しくなる傾向も見られます。

このような状況において、生活衛生関係営業が今後も活力ある発展を続け、社会の一員として地域づくりに貢献できるよう施策を進める必要があります。

(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)

	H24	H25	H26	H27	H28
総　数	17, 106	17, 074	17,005	16,855	16,773
興行場	22	22	23	23	23
旅館業	740	729	741	750	748
公衆浴場	200	198	192	200	198
理容所	1,243	1, 233	1,226	1,220	1,212
美容所	2,142	2, 164	2,193	2,224	2,322
ｸﾘｰﾆﾝｸﾞ所	841	827	801	792	786
飲食店営業	9,579	9,518	9,431	9,337	9,211
喫茶店営業	1,348	1,364	1,353	1,276	1,234
食肉販売業	975	1,003	1,029	1,018	1,028
氷雪販売業	16	16	16	15	15

②衛生監視等の強化

小規模な経営の多い生活関係営業施設の衛生水準を確保するため、計画的で効率的な巡回指導を行うことによって、衛生状態の把握と衛生指導の強化を図るとともに、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

（公財）徳島県生活衛生営業指導センターとの連携を強化し、指導体制の充実を図ります。

また、生活衛生同業組合等業界組織の育成を図るとともに、行政、関係団体及び各経営者が連携して、生活衛生関係営業の現状と課題を把握し衛生水準の一層の向上を図ります。

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は、輸入食品に係る残留農薬等の問題、偽装表示、健康食品の問題、大規模食中毒、放射性物質による汚染の問題など国民の食品に対する不信はこれまでにないものになっており、行政、食品関係事業者に寄せる期待はこれまで以上のものとなっています。

　従来の食品衛生行政は、どちらかといえば取締法的な要素で行われてきましたが、食品流通の急速な変化を見ると、より積極的な行政作用として、科学的で広域的な見方がなければ、食品の安全性の確保が難しくなってきました。

　さらに、国際的な衛生管理手法であるＨＡＣＣＰ（Hazard Analysis Critical Control Point）を食品事業者へ導入し、自主的な衛生管理体制を構築することにより、より安全で高品質の食品供給システムへの積極的変換と、これに対応する技術的、機動的な監視指導と検査機能の充実強化が必要です。

　また、食肉については、家畜の飼養形態の大規模化による疾病様相の変化、食肉の微生物汚染、有害物質の残留問題等に対して種々の問題が提起されており、食肉衛生検査所を中核として、生産者指導、と畜場設置者及び解体業者に対する衛生保持指導，食鳥処理関係業者指導が求められています。

　今後、食肉衛生検査所は、疾病り患獣畜の排除のみならず、と畜場等処理施設全般の衛生管理について指導を行う必要があります。

(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。

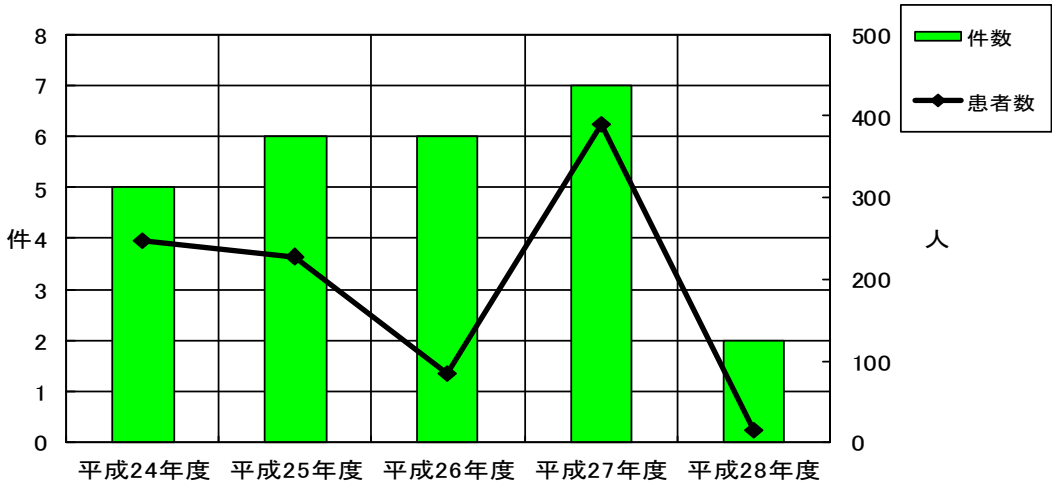
③食中毒対策

　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「牛肝臓」の規格基準の遵守について、関係事業者に対して指導を継続するとともに、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システムの考え方に沿った衛生管理体制の導入が求められています。

また、食鳥肉についても、と畜場と同様、ＨＡＣＣＰシステムに基づく衛生管理を行うとともに、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として、管内保健所を整備します。

さらに、各管内の食品業界の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るとともに毎年度策定する食品衛生監視指導計画に基づく監視指導を実施します。

③危機管理体制の強化

保健所を、核として集団食中毒発生時等に即時対応できる、危機管理能力を発揮できる体制を強化します。

④と畜場における食肉の安全確保対策

ⅰ)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。

ⅱ)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。

ⅲ)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

ⅰ)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。

ⅱ)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システムによる衛生管理の向上を図ります。

⑥食肉検査員の資質向上

科学技術が急速に進歩している今日、最新の技術水準を取り入れ、食肉全般の安全性確保を図ることが重要であり、そのためにも、国の機関、民間研究機関、海外研究機関等への派遣研修や、最新技術情報、国際動向などをテーマとした技術講習会の充実を図り、検査員の資質向上に積極的に取り組みます。

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出来ないものであり、社会的、経済的な諸活動を支える社会基盤施設として、その整備及び適正な維持管理並びに水質の確保が重要な課題となっています。

このようなことから、水道の普及率の向上はもちろんのこと、地震や渇水等に強く、安全で信頼性の高い水道、ゆとりある安定した水道施設の整備促進及び衛生管理の充実・強化を図ります。

(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平成27年度末で96.9%となっており、約2.3万人の人々が水道の利便に浴していない状況にあり、水道整備を計画的に促進する必要があります。特に、中山間地域における水道整備が急がれます。

また、「南海トラフ巨大地震」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。

一方で、人口減少や節水社会の普及による料金減少など､厳しい経営環境となっており、水道施設の整備のためには、経営基盤の強化が必要です。

②水の衛生管理

水道水において感染性の原虫による汚染など新たな汚染がみられることから，水質検査の徹底等水道施設の維持管理の強化に努める必要があります。

また、地下水、渓流水等を水源としている水道法適用以外の施設では、水質検査等の衛生管理が欠如しているため､衛生指導に努める必要があります。

③水道水源の確保

将来における水道用水の需要に対応して、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

中山間地域における水道施設整備は、地理的・地形的条件により多額の建設費を要するため国の補助制度を有効活用し、未普及地域の解消を促進します。

また、地震等の災害に強い水道整備を図るため、老朽施設の更新や耐震化を計画的に推進するとともに、経営基盤強化のために水道事業の広域連携について、積極的に推進します。

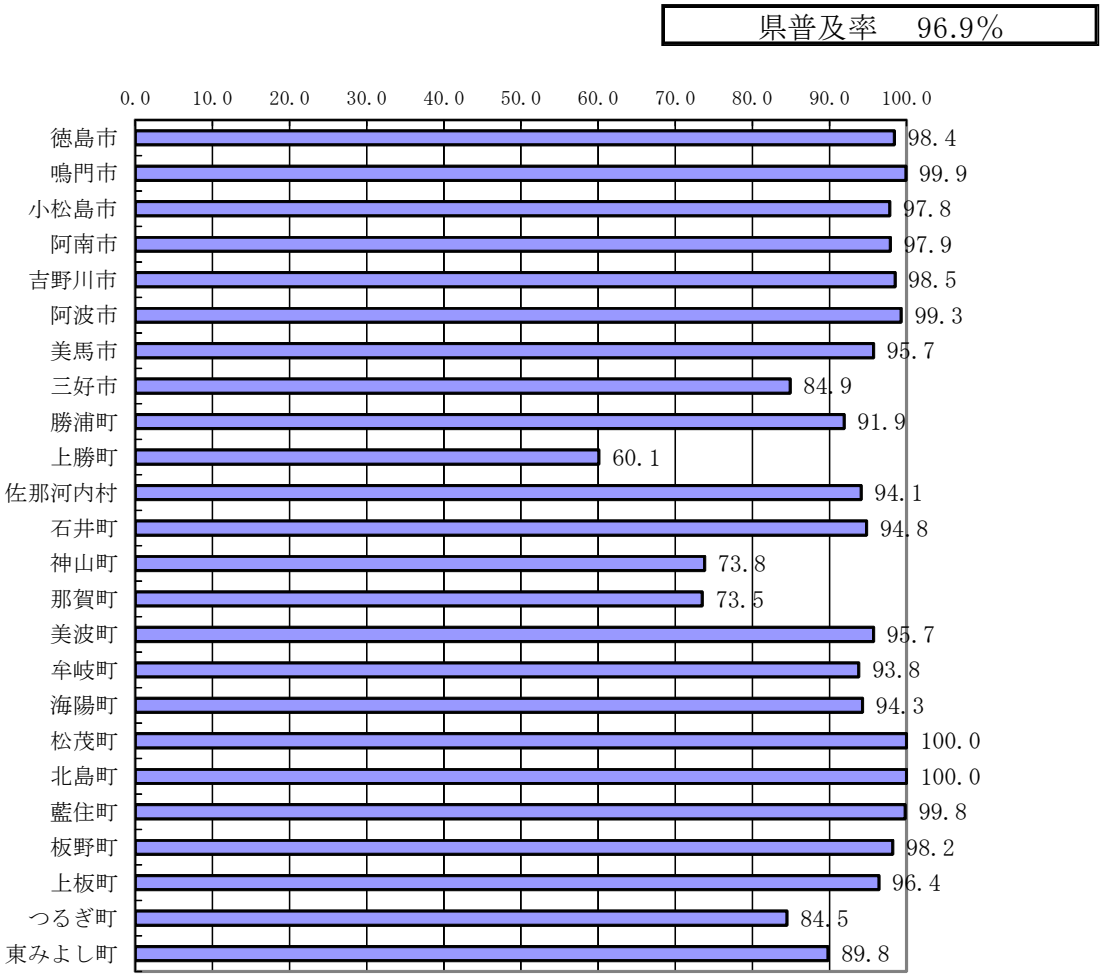
②水の衛生管理の充実・強化

安全な水道水を供給するため、水道事業者への水質検査の励行や検査結果に基づく施設の改善等についての専門的、技術的な指導、監督を行うとともに、水道管理体制の充実を図ります。

飲用井戸等の衛生対策については、市町村との連携を図り、設置者に対し広報等により啓蒙を図るとともに、衛生対策の専門的、技術的な指導を強化します。

③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。



１７　動物由来感染症の予防

(1)基本的な考え方

狂犬病予防を含む動物由来感染症対策及び動物愛護管理行政の機能強化を図る上で、動物愛護管理センターの機能と保健所機能の連携を図りつつ、徳島県の動物愛護管理行政の一元化と広域化を図ることが必要です。

(2)現状と課題

動物行政の主な法令等は、狂犬病予防法、動物の愛護及び管理に関する法律、徳島県動物の愛護及び管理に関する条例、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（動物由来感染症対策）等です。

日常の業務の中で、動物行政の重要なポイントとして、飼い主のモラル向上を図りながら、動物から人への感染症予防対策業務を進めていますが、日々の苦情処理に追われている現状であり、狂犬病予防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、保健予防行政との連携や獣医療、医療関係者との情報共有も必要とされています。

(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動物由来感染症対策業務

人と動物が共存できるうるおいのある徳島づくりのために、動物ふれあい教室などの事業展開を図りながら、動物愛護思想の普及啓発及び動物からの感染症予防について正しい知識の周知・啓発の強化を行います。

また、新たに設置する「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簿整備について、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図ってまいります。

さらに、ペットの飼育に伴う動物由来感染症の知識の普及や相談申し出者のために保健予防行政との連携を図ります。

１８　医療に関する情報化の推進

(1)基本的な考え方

近年の情報通信技術（ＩＣＴ）の進歩に伴い、医療に関する様々な場面での情報化が進んでおります。

県民の医療に関する情報提供を求めるニーズの要望の高まりに応え、インフォームド・コンセント（十分な情報を得た上での患者の選択と同意）の理念に基づく医療の一環として、医療情報の提供に関する重要性が高まっています。

また、医療情報のネットワーク化・システム化の分野では、国においてマイナンバーと連動した「医療等ＩＤ」や、人工知能（ＡＩ）やゲノム解析など、最先端科学技術の医療分野への応用が検討されております。

このため、県民・患者や医療機関等にとって、医療に関する必要な情報が、いつでも、どこでも、簡単・便利に利用できる環境整備を行うなど、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。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県の取り組み

ⅰ）「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。

ⅱ）「医療とくしま情報箱」では、徳島県内の医療機関について、さまざまな方法で検索できるシステムを構築しています。

・病院名、地域、キーワードのほか、女性、がん、障がいといったカテゴリー別に検索できます。

・医療機関の情報として、所在地、開設者、管理者、電話等の基本情報のほか、病床数、外来受付時間、標榜科目、障がい者用の駐車場、トイレの有無などについても情報提供しています。

ⅲ）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。

ⅳ）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。

(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、インターネットを通じて医療機関から報告された医療機能情報を公表する。県民・患者による医療機関の選択に資するよう医療機能情報に基づく、一定の検索機能を有するシステムを整備する。

ⅰ）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。

ⅱ）医療機関においては、医療機能情報を活用することにより、医療連携体制の構築を推進します。

② 保健医療分野に関する情報システムの整備にあたっては、保健・医療・福祉・介護など、それぞれのシステムとの連携を図り、「阿波あいネット*1」をはじめとした県内全域での統一的かつ持続可能なシステムの構築に努めるとともに、国の動向を踏まえ、マイナンバーと連動した「医療等ＩＤ」の導入や、人工知能（ＡＩ）、ゲノム解析などの最先端科学技術の医療分野への活用も見据え、施策を展開します。

③ 医療機関においては、電子カルテ、オーダリング、ＰＡＣＳ（画像管理）、ＳＰＤ（在庫管理）など、ＩＣＴを活用した効率的・効果的な医療提供体制の整備が求められます。

④ 医療情報は、個人情報が含まれており、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」に基づいた、システムの安全性の確保、情報管理の重要性、セキュリティ対策が求められます。

*1阿波あいネット：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の愛称。患者の同意を得た上で、検査の結果や投薬情報などのデータをネットワークに参加する医療機関等で共有し、閲覧できるようにする。国の標準規格を採用し、クラウドコンピューティングシステムを用いることで、電子カルテを導入していない医療機関においても情報共有を可能とする。

第６　保健・医療・介護（福祉）の総合的な取組み

(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教授できる体制を整備する必要があります。

県では、各保健所において、地域の市町村、医療機関、福祉関係機関・団体等で構成する地域保健医療福祉協議会を開催し、地域における保健・医療・介護（福祉）の連携に取り組んでいますが、引き続き、あらゆる機会を通じ、各地域における行政機関はもちろん、民間の関係機関を含めた各分野の連携の強化に取り組むことが必要です。

(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総合的な取組み

各地域における取組みはもちろん、「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2018～2020）」、「徳島県障害者施策基本計画」、「徳島県次世代育成支援行動計画（徳島はぐくみプラン）」など、各分野における総合的な計画に基づき、県として保健・医療・介護（福祉）の連携したサービスの提供に努めます。

③人材の養成・確保

高度化、多様化する保健・医療・介護（福祉）サービスに対する県民のニーズに対応するため、人材の確保や研修機会の提供等人材育成に取り組みます。

第6章　保健医療従事者の状況及び養成･確保と資質の向上

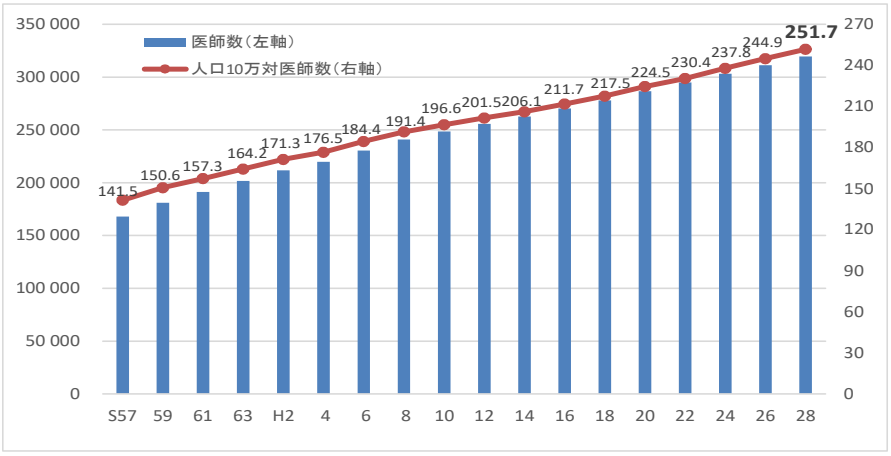
第１　医師の養成・確保

１　医師の現状

(1)医師に関する動向

平成28年12月31日現在の全国の届出「医師数」は319,480人であり、平成26年と比べると8,275人、2.7%増加しています。平成14年の262,687人からこの14年間で56,793人増加しており、毎年4,000人程度増加しています。人口10万対医師数は251.7人で、平成26年に比べ6.8人増加しています。

●人口10万対医師数の年次推移

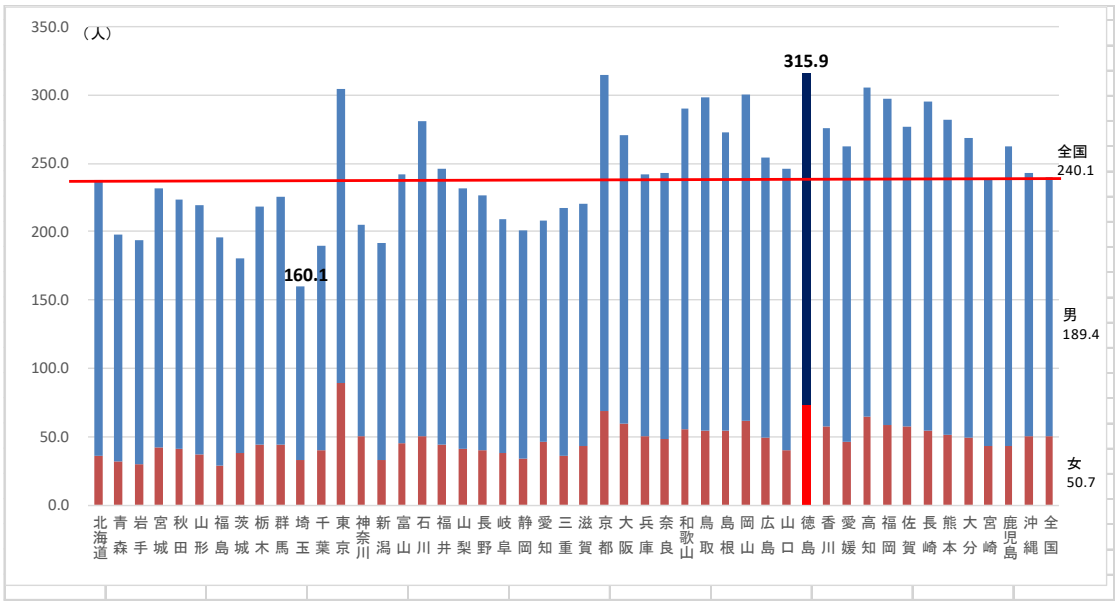


資料：厚生労働省「平成２8年医師・歯科医師・薬剤師調査」

平成28年の全国の医療施設（病院・診療所）に従事する「人口10万対医師数」は240.1人で、平成26年（233.6人）に比べ6.5人増加しています。

都道府県別では、本県が最も多く（315.9人）、埼玉県が160.1人と最も少ない状況ですが、医師の77.5%が集中する本県の東部保健医療圏においても医師確保は深刻な課題となっています。

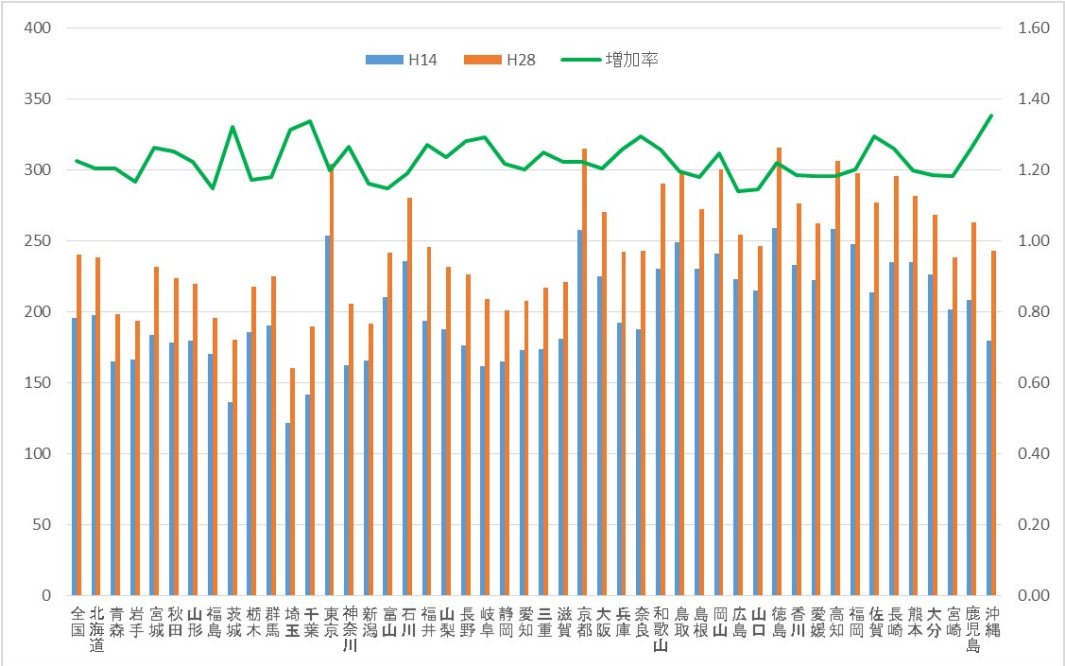
●都道府県別にみた人口10万対医療施設従事医師数



資料：厚生労働省「平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査」

平成14年と平成28年の都道府県別の人口10万対医療施設従事医師数とその増加率をみると、増加率の全国平均が1.23倍であり、最大の沖縄県で1.35倍、最小の広島県でも1.14倍と、全都道府県で医師数は増加しています。

●平成14年・28年の都道府県別人口10万対医療施設従事医師数とその増加率



資料：厚生労働省「平成２8年医師・歯科医師・薬剤師調査」

また、平成26年の都道府県内の医療圏ごとの人口10万対医師数をみると、最大の東京都で10.6倍の格差があり、最小の富山県で1.5倍となっています。

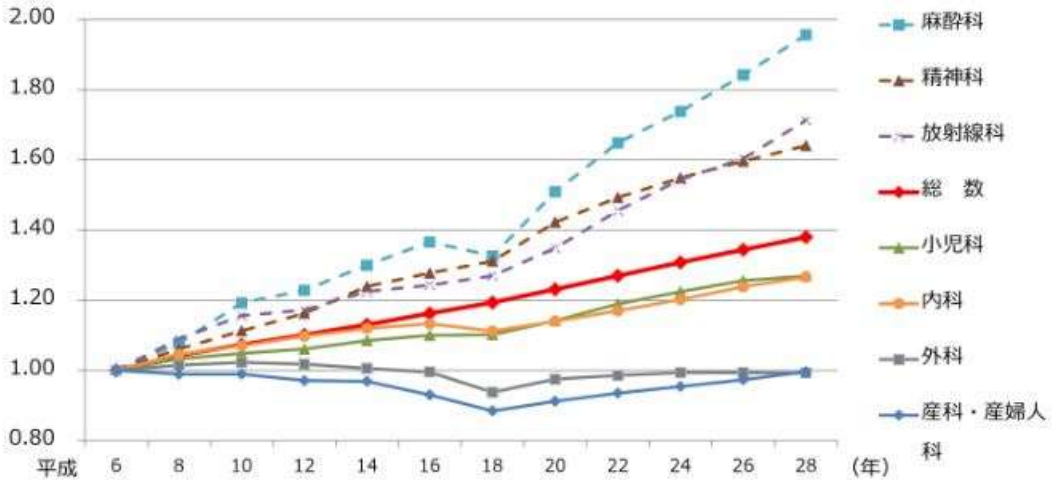
●都道府県内の人口10万対医師数の較差

		医療圏	人口10万対医師数	格差
北海道	最大	上川中部	312.8	3.3倍
	最少	宗谷	94.9	
青森県	最大	津軽	285.4	2.5倍
	最少	上十三	114.4	
岩手県	最大	盛岡	274.6	2.4倍
	最少	宮古	115.5	
宮城県	最大	仙台	263.3	1.9倍
	最少	仙南	138.9	
秋田県	最大	秋田周辺	304.3	3.1倍
	最少	北秋田	98.9	
山形県	最大	村山	262.7	2.1倍
	最少	最上	127.1	
福島県	最大	県北	262.7	3.1倍
	最少	相双	84.1	
茨城県	最大	つくば	338.8	4.1倍
	最少	鹿行	83.5	
栃木県	最大	県南	373.0	3.3倍
	最少	県東	112.1	
群馬県	最大	前橋	426.2	3.2倍
	最少	太田・館林	134.0	
埼玉県	最大	川越比企	214.8	2.1倍
	最少	南西部	104.5	
千葉県	最大	安房	424.1	4.1倍
	最少	山武長生夷隅	104.0	
東京都	最大	区中央部	1,181.7	10.6倍
	最少	島しょ	111.0	
神奈川県	最大	横浜南部	284.3	2.2倍
	最少	県央	129.3	
新潟県	最大	新潟	245.6	2.2倍
	最少	魚沼	110.1	
富山県	最大	富山	278.0	1.5倍
	最少	高岡	187.5	
石川県	最大	石川中央	336.7	2.5倍
	最少	能登北部	135.5	
福井県	最大	福井・坂井	334.7	3.1倍
	最少	奥越	108.1	
山梨県	最大	中北	273.8	2.5倍
	最少	峡南	110.1	
長野県	最大	松本	342.5	3.0倍
	最少	木曽	114.8	
岐阜県	最大	岐阜	262.5	1.8倍
	最少	中濃	142.1	
静岡県	最大	西部	234.6	1.8倍
	最少	中東遠	130.3	
愛知県	最大	尾張東部	360.7	4.6倍
	最少	尾張中部	79.1	
三重県	最大	中勢伊賀	270.9	1.8倍
	最少	東紀州	146.5	
滋賀県	最大	大津	341.0	2.7倍
	最少	甲賀	128.6	
京都府	最大	京都・乙訓	398.2	3.1倍
	最少	山城南	128.2	
大阪府	最大	豊能	335.3	2.1倍
	最少	中河内	159.9	
兵庫県	最大	神戸	295.8	2.0倍
	最少	西播磨	149.3	
奈良県	最大	東和	282.9	2.1倍
	最少	南和	133.1	
和歌山県	最大	和歌山	364.5	2.4倍
	最少	那賀	150.4	
鳥取県	最大	西部	386.5	2.0倍
	最少	中部	195.8	
島根県	最大	出雲	417.8	3.4倍
	最少	雲南	123.2	
岡山県	最大	県南東部	334.0	2.5倍
	最少	高梁・新見	135.5	
広島県	最大	呉	302.1	1.6倍
	最少	広島中央	187.3	
山口県	最大	宇部・小野田	375.2	2.4倍
	最少	萩	159.3	
徳島県	最大	東部	332.7	1.8倍
	最少	西部	188.2	
香川県	最大	高松	327.4	2.5倍
	最少	小豆	130.3	
愛媛県	最大	松山	324.8	1.9倍
	最少	八幡浜・大洲	168.6	
高知県	最大	中央	332.9	2.4倍
	最少	高幡	139.8	
福岡県	最大	久留米	434.0	3.1倍
	最少	京築	141.1	
佐賀県	最大	中部	358.5	2.4倍
	最少	西部	149.1	
長崎県	最大	長崎	375.7	2.9倍
	最少	上五島	130.1	
熊本県	最大	熊本	410.4	3.0倍
	最少	上益城	136.0	
大分県	最大	中部	298.1	1.9倍
	最少	西部	157.7	
宮崎県	最大	宮崎東諸県	330.7	2.6倍
	最少	西都児湯	125.6	
鹿児島県	最大	鹿児島	353.9	3.5倍
	最少	曽於	99.9	
沖縄県	最大	南部	289.5	1.7倍
	最少	宮古	166.3	

資料：厚生労働省「平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査」

診療科別医師数の推移をみると、平成６年を1.0とした場合、多くの診療科で医師は増加傾向にあります。減少傾向にあった産婦人科や外科においても、平成18年を底に、増加傾向に転じています。

●診療科別医師数の推移（平成６年を1.0とした場合）



内科：H 8～18：内科、呼吸器科、循環器科、消化器科（胃腸科）、神経内科、アレルギー科、リウマチ科、心療内科
H20～28：内科、呼吸器、循環器、消化器、腎臓、糖尿病、血液、感染症、アレルギー、リウマチ、心療内科、神経内科
外科：H 6～18：外科、呼吸器外科、心臓血管外科、気管食道科、こう門科、小児外科
H20～28：外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科

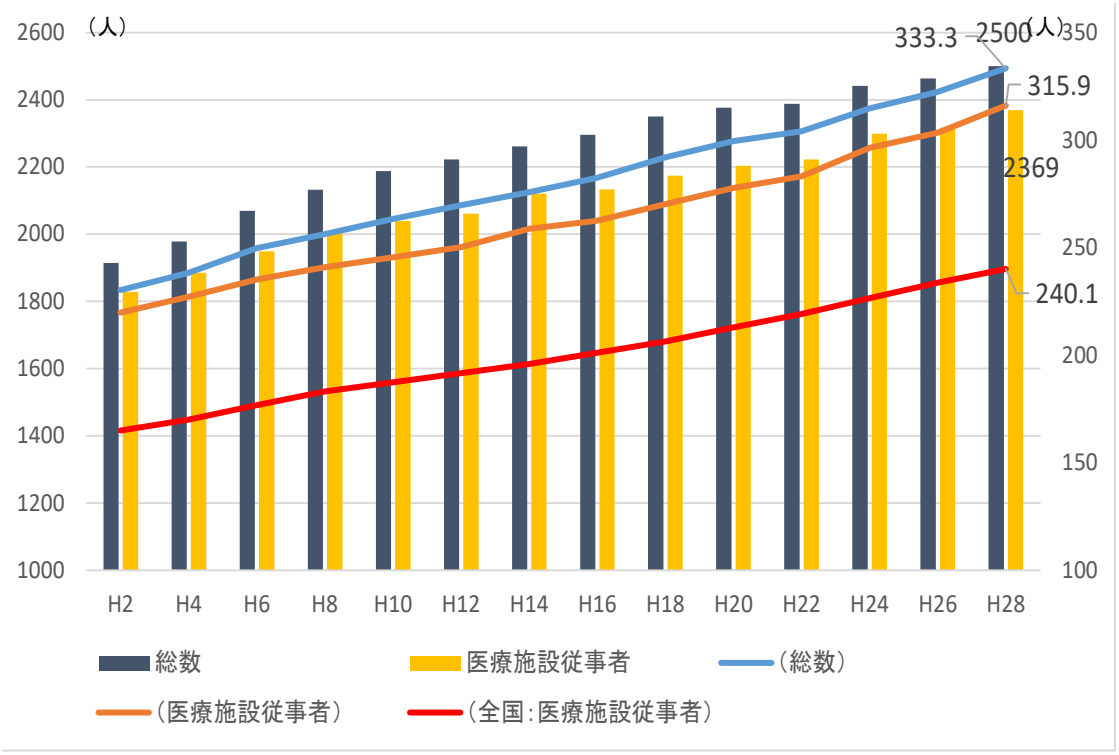
資料：厚生労働省「平成２8年医師・歯科医師・薬剤師調査」

(2)本県における医師の状況

本県に従業地を有する医師は、平成14年の2,261人から平成28年の2,500人へと順調に増加しており、人口10万対では平成28年で333.3人と全国平均の251.7人を大幅に上回る全国第２位の水準となっています。

また、医療施設に従事する医師については、平成14年の2,121人から平成28年の2,369人へと増加基調で推移し、平成28年の人口10万対医師数は315.9人と、全国平均である240.1人を大幅に上回る全国第１位の水準となっています。

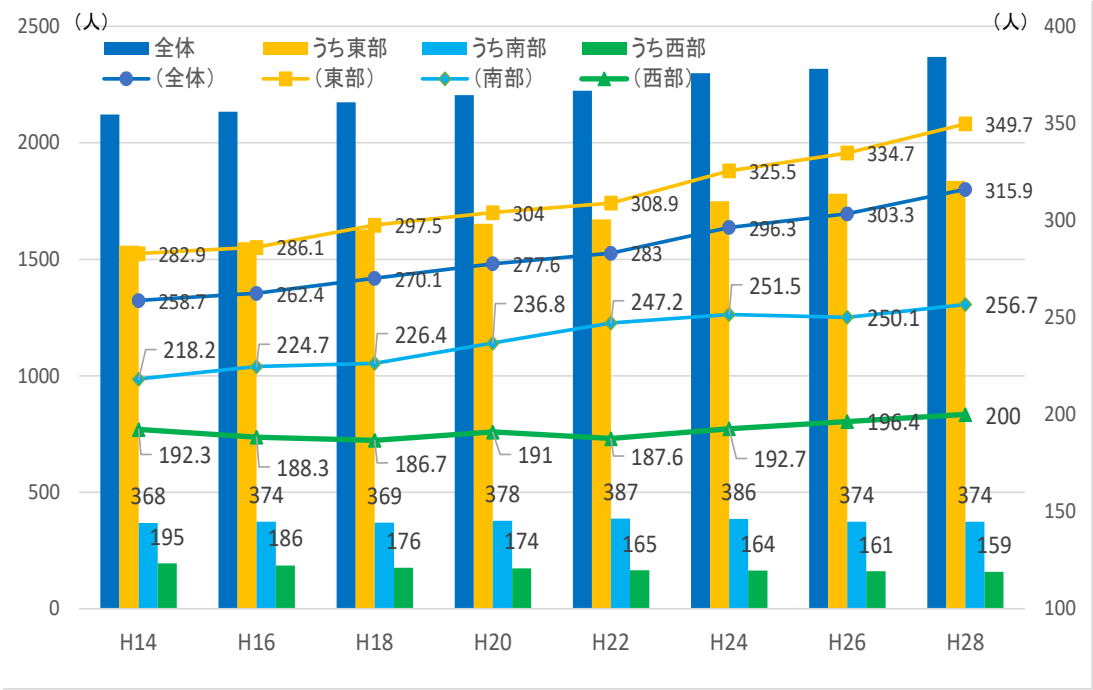
●本県の医師数の年次推移



資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

しかしながら、医療施設に従事する医師数の圏域ごとの分布をみれば、東部保健医療圏に全体の77.5%が集中し、人口10万対の医師数でみても、東部が349.7人であるのに対し、南部が256.7人、西部が200.0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



（人）

	H14	H16	H18	H20	H22	H24	H26	H28
全体	2121	2133	2174	2204	2223	2299	2317	2369
（全体）	258.7	262.4	270.1	277.6	283	296.3	303.3	315.9
うち東部	1558	1573	1629	1652	1671	1749	1782	1836
（東部）	282.9	286.1	297.5	304	308.9	325.5	334.7	349.7
うち南部	368	374	369	378	387	386	374	374
（南部）	218.2	224.7	226.4	236.8	247.2	251.5	250.1	256.7
うち西部	195	186	176	174	165	164	161	159
（西部）	192.3	188.3	186.7	191	187.6	192.7	196.4	200

資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

※医療圏ごとの人口については、平成28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40歳代で22.4%であるのに対し、本県では60歳代が21.6%と高く、平均年齢も２ポイント以上高くなっています。

また、性別構成比をみると、本県では、男性77.0%、女性23.0%となっており、女性医師の比率が全国平均の21.1%に比べ高くなっています。

特に、30歳代及び40歳代の女性医師の比率については、全国平均を大きく上回っています。

●性、年齢階級別にみた医療施設に従事する医師数

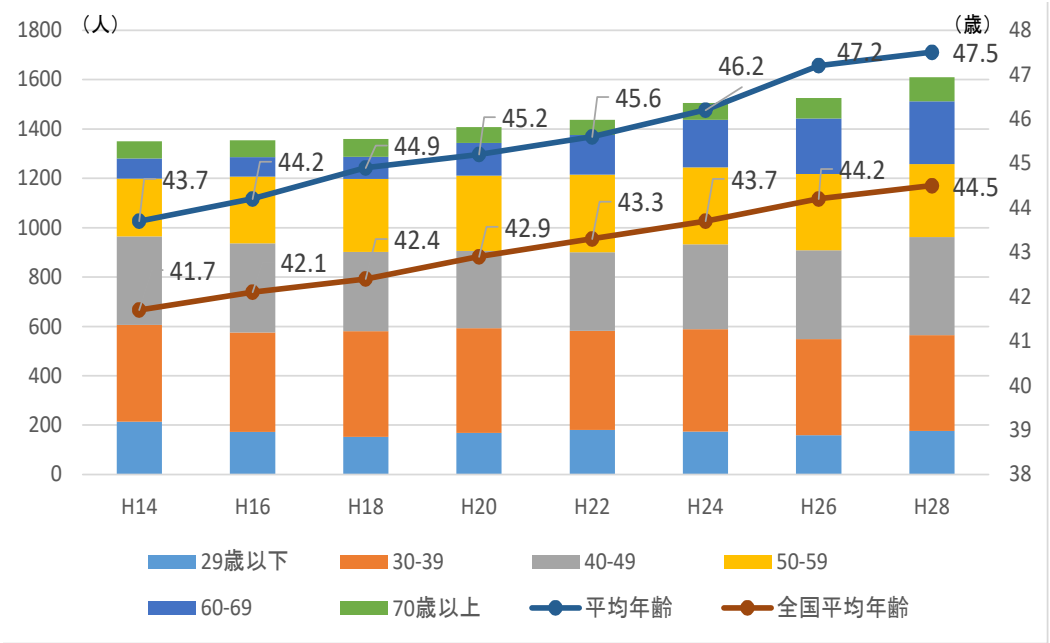
		総数	平均年齢	29歳以下		30−39		40−49		50−59		60−69		70歳以上	
徳島県	計	2,369	52	178	7.5%	417	17.6%	513	21.7%	485	20.5%	511	21.6%	265	11.2%
	男	1,823	54	119	6.5%	265	14.5%	350	19.2%	398	21.8%	447	24.5%	244	13.4%
	女	546	45.2	59	10.8%	152	27.8%	163	29.9%	87	15.9%	64	11.7%	21	3.8%
	女性比率	23.0%		33.1%		36.5%		31.8%		17.9%		12.5%		7.9%	
全国	計	304,759	49.6	27,725	9.1%	64,878	21.3%	68,344	22.4%	67,286	22.1%	49,630	16.3%	26,896	8.8%
	男	240,454	51.2	18,128	7.5%	44,523	18.5%	51,726	21.5%	57,179	23.8%	44,590	18.5%	24,308	10.1%
	女	64,305	43.5	9,597	14.9%	20,355	31.7%	16,618	25.8%	10,107	15.7%	5,040	7.8%	2,588	4.0%
	女性比率	21.1%		34.6%		31.4%		24.3%		15.0%		10.2%		9.6%	

資料：厚生労働省「平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査」

また、医療施設に従事する医師の平均年齢の年次推移をみると、病院、診療所ともに上昇傾向が続いています。

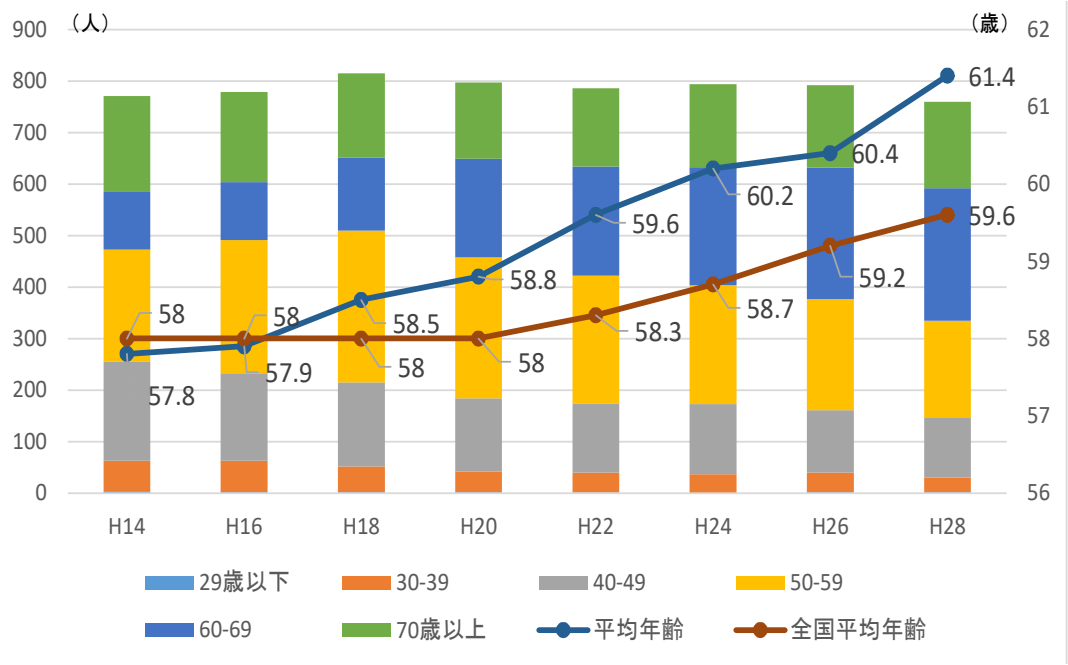
平成28年の平均年齢は、病院では本県は47.5歳と全国平均の44.5歳を上回っています。また、診療所についても、本県は61.4歳と全国平均の59.6歳を上回っており、医師の高齢化の進行は、本県にとって深刻な課題となっています。

●年齢階級別にみた病院に従事する医師数及び平均年齢の年次推移



資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

●年齢階級別にみた診療所に従事する医師数及び平均年齢の年次推移



資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

医療施設に従事する医師数を主たる診療科目別でみると、内科が最も多く660人（27.9%）、次いで外科166人（7.0%）、整形外科162人（6.8%）、精神科131人（5.5%）、小児科114人（4.8%）の順となっています。

●主たる診療科別にみた医療施設に従事する医師数

平成28(2016)年12月31日現在

	医療施設に従事する医師数(人)							
	総数				病院		診療所	
	全国	構成割合	徳島県	構成割合	徳島県	構成割合	徳島県	構成割合
総数	304 759	100.0%	2 369	100.0%	1 609	100.0%	760	100.0%
内科	60 855	20.0%	660	27.9%	306	19.0%	354	46.6%
呼吸器内科	5 987	2.0%	31	1.3%	29	1.8%	2	0.3%
循環器内科	12 456	4.1%	79	3.3%	68	4.2%	11	1.4%
消化器内科(胃腸内科)	14 236	4.7%	86	3.6%	73	4.5%	13	1.7%
腎臓内科	4 516	1.5%	21	0.9%	20	1.2%	1	0.1%
神経内科	4 922	1.6%	28	1.2%	26	1.6%	2	0.3%
糖尿病内科(代謝内科)	4 889	1.6%	33	1.4%	28	1.7%	5	0.7%
血液内科	2 650	0.9%	20	0.8%	20	1.2%	0	0.0%
皮膚科	9 102	3.0%	65	2.7%	29	1.8%	36	4.7%
アレルギー科	162	0.1%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
リウマチ科	1 613	0.5%	6	0.3%	6	0.4%	0	0.0%
感染症内科	492	0.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
小児科	16 937	5.6%	114	4.8%	70	4.4%	44	5.8%
精神科	15 609	5.1%	131	5.5%	112	7.0%	19	2.5%
心療内科	910	0.3%	8	0.3%	2	0.1%	6	0.8%
外科	14 423	4.7%	166	7.0%	123	7.6%	43	5.7%
呼吸器外科	1 880	0.6%	10	0.4%	10	0.6%	0	0.0%
心臓血管外科	3 137	1.0%	17	0.7%	17	1.1%	0	0.0%
乳腺外科	1 868	0.6%	7	0.3%	5	0.3%	2	0.3%
気管食道外科	84	0.0%	2	0.1%	2	0.1%	0	0.0%
消化器外科(胃腸外科)	5 375	1.8%	25	1.1%	25	1.6%	0	0.0%
泌尿器科	7 062	2.3%	60	2.5%	50	3.1%	10	1.3%
肛門外科	443	0.1%	5	0.2%	2	0.1%	3	0.4%
脳神経外科	7 360	2.4%	63	2.7%	57	3.5%	6	0.8%
整形外科	21 293	7.0%	162	6.8%	113	7.0%	49	6.4%
形成外科	2 593	0.9%	24	1.0%	19	1.2%	5	0.7%
美容外科	522	0.2%	2	0.1%	0	0.0%	2	0.3%
眼科	13 144	4.3%	90	3.8%	33	2.1%	57	7.5%
耳鼻いんこう科	9 272	3.0%	68	2.9%	29	1.8%	39	5.1%
小児外科	802	0.3%	3	0.1%	3	0.2%	0	0.0%
産婦人科	10 854	3.6%	79	3.3%	51	3.2%	28	3.7%
産科	495	0.2%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
婦人科	1 805	0.6%	7	0.3%	1	0.1%	6	0.8%
リハビリテーション科	2 484	0.8%	17	0.7%	14	0.9%	3	0.4%
放射線科	6 587	2.2%	64	2.7%	63	3.9%	1	0.1%
麻酔科	9 162	3.0%	60	2.5%	56	3.5%	4	0.5%
病理診断科	1 893	0.6%	9	0.4%	9	0.6%	0	0.0%
臨床検査科	613	0.2%	2	0.1%	2	0.1%	0	0.0%
救急科	3 244	1.1%	18	0.8%	18	1.1%	0	0.0%
臨床研修医	16 701	5.5%	102	4.3%	102	6.3%	0	0.0%
全科	252	0.1%	3	0.1%	0	0.0%	3	0.4%
その他	3 998	1.3%	20	0.8%	16	1.0%	4	0.5%
主たる診療科不詳	989	0.3%	1	0.0%	0	0.0%	1	0.1%
診療科不詳	1 088	0.4%	1	0.0%	0	0.0%	1	0.1%

注：複数の診療科に従事している場合の主として従事する診療科と、1診療科のみに従事している場合の診療科である。

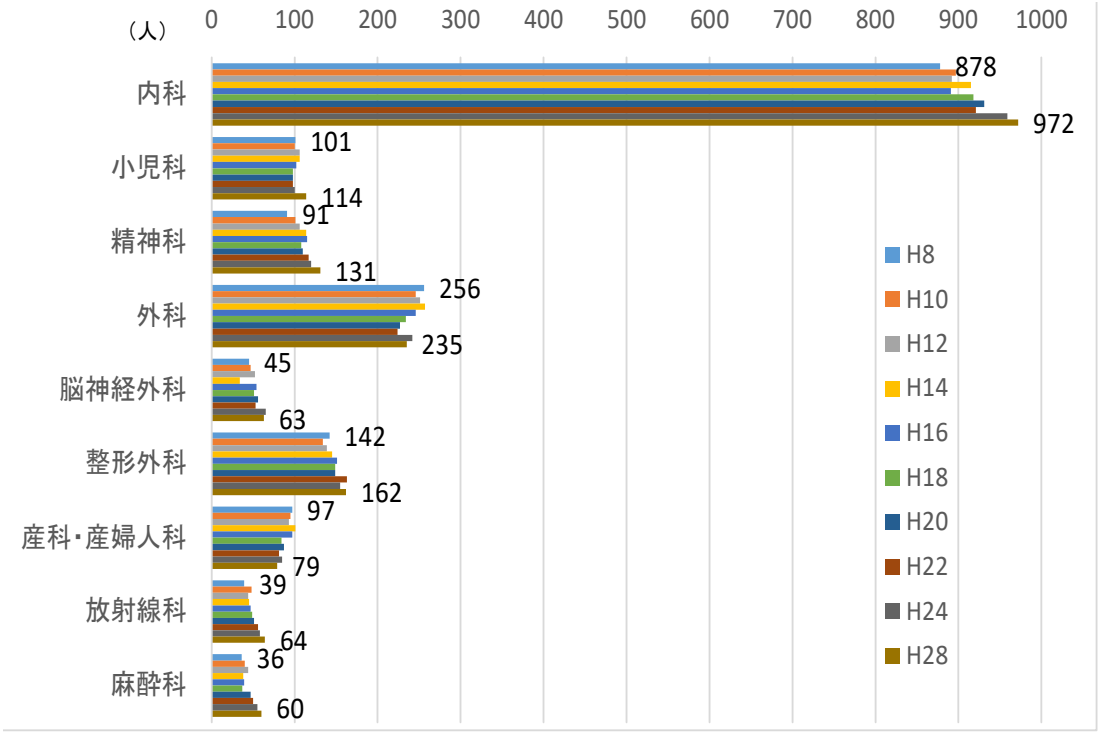
資料：厚生労働省「平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査」

医療施設に従事する医師数については、平成８年の2,004人から平成28年の2,369人へと365人･18.2%の増となっていますが、主たる診療科別でみると、

・内科　　（878人 → 972人，　94人・10.7%増）
・小児科　　（101人 → 114人，　13人・12.9%増）
・精神科　　（ 91人 → 131人，　40人・44.0%増）
・外科　　（256人 → 235人,▲21人・　8.2%減）
・脳神経外科　　（ 45人 →　 63人，　18人・40.0%増）
・整形外科　　（142人 → 162人，　20人・14.1%増）
・産科・産婦人科（ 97人 →　 79人,▲18人・18.6%減）
・放射線科　　（ 39人 →　 64人，　25人・64.1%増）
・麻酔科　　（ 36人 →　 60人，　24人・66.7%増）

となっています。

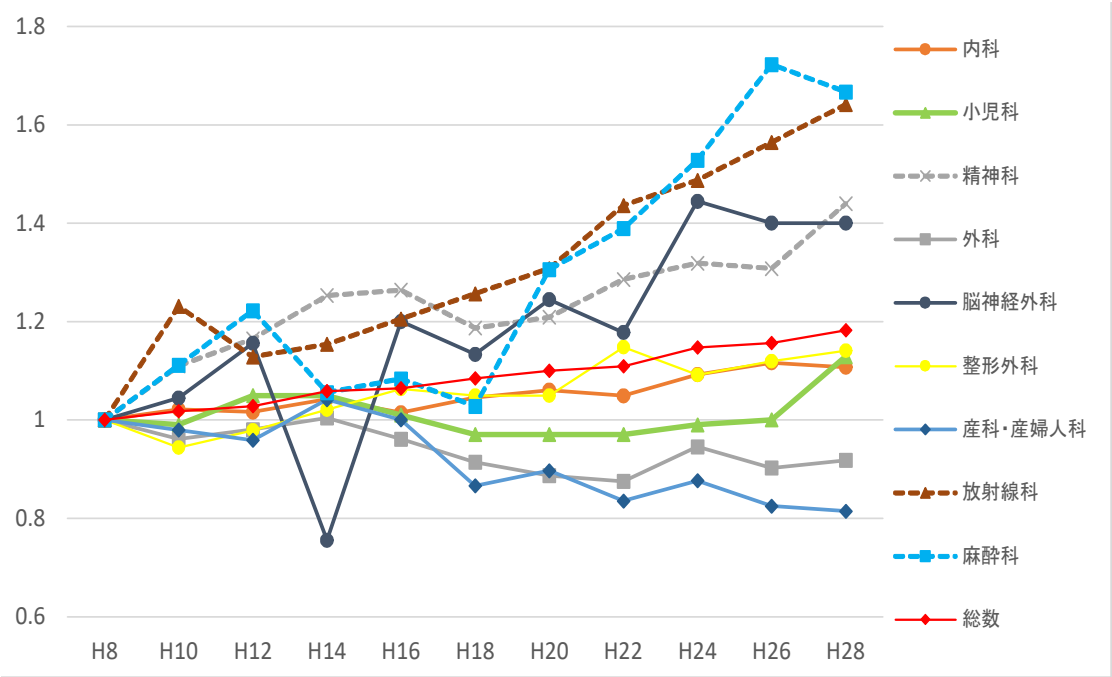
●主たる診療科別医療施設従事医師の年次推移



内科：H 8～18：内科、呼吸器科、循環器科、消化器科（胃腸科）、神経内科、アレルギー科、リウマチ科、心療内科
　　H20～28：内科、呼吸器、循環器、消化器、腎臓、糖尿病、血液、感染症、アレルギー、リウマチ、心療内科、神経内科
外科：H 6～18：外科、呼吸器外科、心臓血管外科、気管食道科、こう門科、小児外科
　　H20～28：外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科

資料：厚生労働省「平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査」

●主たる診療科別医療施設従事医師の年次推移（平成８年を1.0とした場合）



内科：H 8～18：内科、呼吸器科、循環器科、消化器科（胃腸科）、神経内科、アレルギー科、リウマチ科、心療内科

H20～28：内科、呼吸器、循環器、消化器、腎臓、糖尿病、血液、感染症、アレルギー、リウマチ、心療内科、神経内科

外科：H 6～18：外科、呼吸器外科、心臓血管外科、気管食道科、こう門科、小児外科

H20～28：外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科

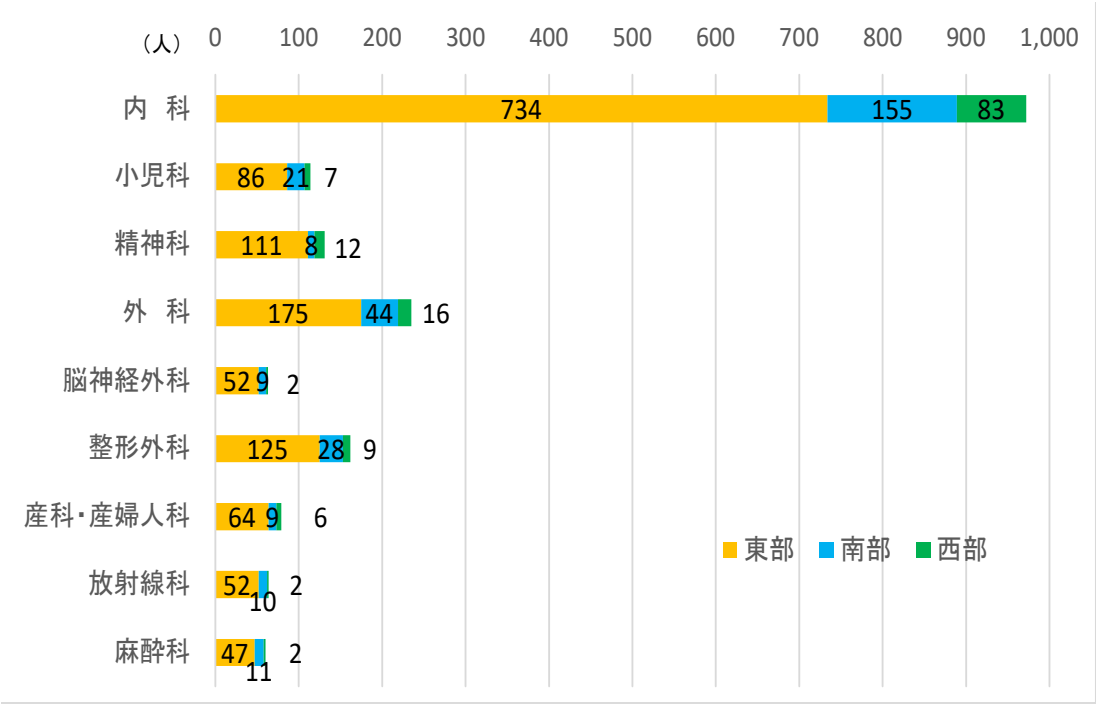
資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

また、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、

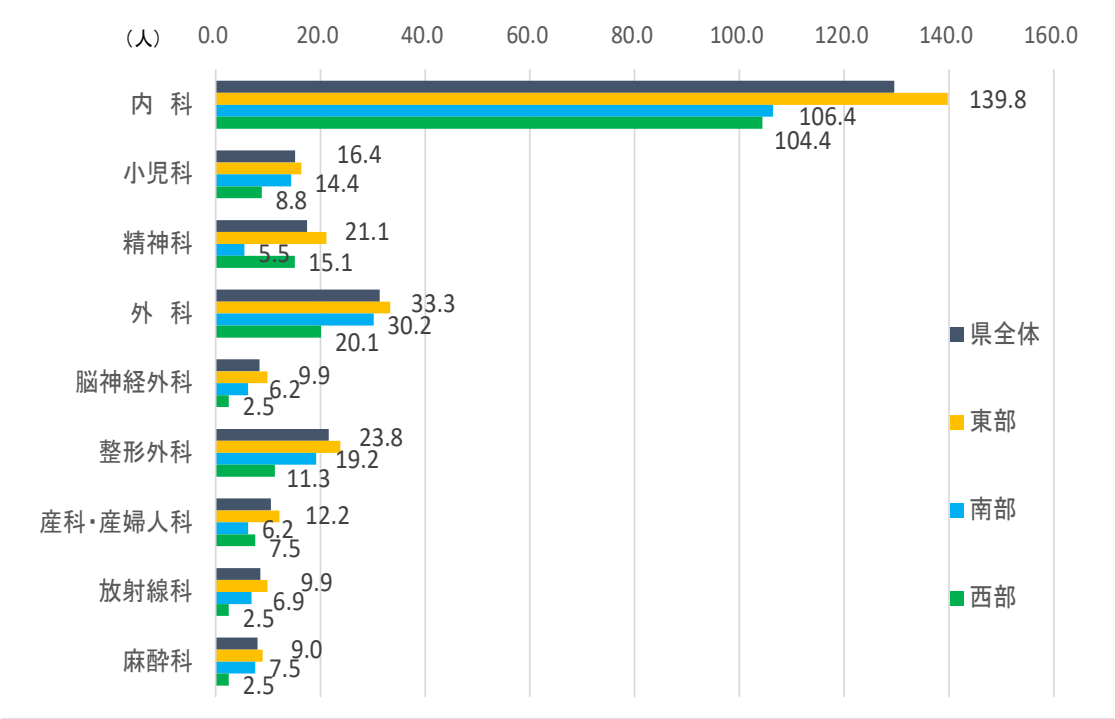
・内科　（東部1.08,南部0.82,西部0.81）
・小児科　（東部1.08,南部0.95,西部0.58）
・精神科　（東部1.21,南部0.31,西部0.86）
・外科　（東部1.06,南部0.96,西部0.64）
・脳神経外科　（東部1.18,南部0.74,西部0.30）
・整形外科　（東部1.10,南部0.89,西部0.52）
・産科・産婦人科　（東部1.16,南部0.59,西部0.72）
・放射線科　（東部1.16,南部0.80,西部0.29）
・麻酔科　（東部1.12,南部0.94,西部0.31）

といった状況であり、南部の精神科、産科・産婦人科、西部の小児科、外科、脳神経外科、放射線科、麻酔科で医師の偏在が顕著となっています。

●医療圏ごとの主たる診療科別医療施設従事医師数



●医療圏ごとの主たる診療科別医療施設従事医師数（人口10万対）



内科：内科、呼吸器、循環器、消化器、腎臓、糖尿病、血液、感染症、アレルギー、リウマチ、心療内科、神経内科

外科：外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科

資料：厚生労働省「平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査」

2　医師の養成・確保

(1)医師に求められる役割

全ての医師は、医療従事者としての人格を涵養し、患者との良好な信頼関係のもとに、患者を全人的に診ることができるよう、基本的な診療能力を身に付けることが求められます。

医療がめざましく進歩する中で、高い専門性を有する医師の育成が必要であるのはもちろんですが、「小児科」、「産科」、「救急」など特定診療科における医師不足、いわゆる「診療科偏在」の解消、さらには、特に医師が不足する過疎地域等においてその必要性が高まっている、幅広い診療能力により、多様な傷病に柔軟に対応する「総合診療」の体制構築など、地域のニーズに応じた医療を提供できる体制の確保と連携の強化が求められています。

(2)施策の方向

引き続き、徳島県地域医療支援機構を中心として、医師の確保・養成や勤務環境改善などの各種施策に取り組むとともに、徳島県地域医療支援センターをコントロールタワーとして、今後、10年間で100人を超えて輩出される地域枠医師など地域医療を担う医師の「キャリア形成支援」や「配置調整」等、医師の地域偏在の解消等に、県をはじめとする関係団体が一体となって取り組むことにより、安定的な地域医療の確保を推進します。

(3)地域医療に従事する医師の養成・確保

自治医科大学での医師の養成、徳島大学医学部の地域枠学生に対する医師修学資金の貸与など、中長期的な視野に立った医師の養成に取り組みます。また、県内の臨床研修病院、徳島県医師会、徳島県地域医療支援センターが連携し、県内における臨床研修医の確保に向けた取組みの充実を図ります。

また、地域枠については、大学所在都道府県の出身者が、臨床研修修了後、その都道府県に定着する割合が高いことを踏まえ、原則として、徳島県出身者に限定する[*1]とともに、義務年限終了後も本県に定着する取組みを推進します。

(4)徳島県地域医療支援機構及び徳島県地域医療総合対策協議会の取組み

本県では、徳島県医療審議会医療対策部会からの「医師不足を解消するための具体的な施策の企画・調整及び実施を行う機関を設置すべき。」との提言を受け、平成13年度からへき地支援等の事業を行ってきた「徳島県へき地医療支援機構」を改組し、平成18年２月に「徳島県地域医療支援機構」を新たに設置しました。

また、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など、中長期的な視野に立っ

---

*1地域医療介護総合確保基金を活用して、徳島県が学生に奨学金を貸与している地域枠については、原則として、地域枠を設置している都道府県の地元出身者に限定する。また、その他の地域枠に関しても、地域枠の趣旨に鑑み、他の地域枠医師の定着策を講じている場合を除いては、地域枠を設置している都道府県の地元出身者に限定する。

た医師の養成・確保対策に取り組んでいます。

①施策の状況

ⅰ) 主なへき地医療対策

(1) へき地医療拠点病院に対する医師派遣の要請

(2) へき地診療所等への医師派遣業務に係る調整及び医師の派遣

(3) へき地医療に従事する医師のドクタープール機能

ⅱ) 主な医師確保対策

(1) 自治医科大学における医師の養成

(2) 医師修学資金、専門医研修資金の貸与

(3) とくしま医師バンク事業

②今後の取組み

医師の確保は、保健医療サービスの提供体制を考えるうえで根幹に関わる問題であり、県政の重要かつ喫緊の課題です。

引き続き、医師の確保と地域における適正な配置に資する取組みを推進するとともに、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、県民が安心して医療を受けることができるよう、安定的な医師の養成・確保対策の構築に取り組みます。

(5)徳島県地域医療支援センターの取組み

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。

徳島県地域医療支援センターでは、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。

①医師のキャリア形成支援

「総合診療部門」や「救急部門」、「総合診療のマインドを有する専門医」に関するキャリア形成プログラムの整備・実施や、「教育カンファレンス」などの指導医育成の取組みを実施し、若手から中堅医師が望むキャリア形成を支援することにより、「キャリアを積むなら徳島」と言われる魅力ある環境を整備し、地域医療に従事する医師の確保を図ります。

また、地域枠医師の増加等に対応し、医師のキャリア形成が確保された医師確保が進められるよう、以下の点に留意して、キャリア形成プログラム[*1]

---

*1主に地域枠医師を対象に、地域医療に従事する医師のキャリア形成上の不安解消、医師不足地域・診療科の解消を目的として、徳島県地域医療支援センターが主体となり策定された医師の就業プログラム。
地域医療介護総合確保基金を活用して、都道府県が学生に奨学金を貸与している地域枠については、必ずキャリア形成プログラムを策定する。その他の地域枠や地域枠以外の医師についても、地域医療への興味・関心をより一層高め、そのキャリアと地域医療に配慮された医師派遣が行われるよう、徳島県地域医療支援センターが主体となり策定したキャリア形成プログラムの活用等がなされるよう検討する。

を策定します。

ⅰ）医師のキャリア形成に関する知見を得ることや、重複派遣を防止するなど医師確保の観点から大学（医学部・附属病院）による医師派遣と整合的な医師派遣を実施することができるよう、キャリア形成プログラムを策定する際には、大学（医学部・附属病院）と十分連携します。

ⅱ）大学所在都道府県における臨床研修修了者は、臨床研修修了後、大学所在都道府県に定着する割合が高いことから、徳島大学を卒業した者は、原則として、本県において臨床研修を受けることとするよう、キャリア形成プログラムに位置づけます。

ⅲ）特段の理由なく、特定の開設主体に派遣先が偏らないようなキャリア形成プログラムとします。また、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、へき地も含めた一体的な医師確保を図るため、へき地に所在する医療機関への派遣を含めたキャリア形成プログラムを策定します。

ⅳ）出産、育児、家族の介護の場合や、事前に想定できないやむを得ない特段の事情が生じた場合には、キャリア形成プログラムの内容の変更等について、柔軟に対応できるようにします。

②医師の配置調整

医師のキャリア形成支援と一体的に、地域枠医師等の配置調整を地域の医師不足の状況等を踏まえて実施することにより、医師の地域偏在の解消に取り組みます。また、医師の勤務負担軽減にも配慮した派遣調整に努めます。

③地域医療に関する総合相談・情報発信

徳島県地域医療支援センターに、キャリア形成に関する相談窓口を設置するとともに、ホームページや広報誌を活用した情報発信に取り組み、地域医療に従事する医師の支援体制の充実を図ります。

④地域医療に関する調査・分析の実施

各医療機関における研修プログラムの実施状況等、地域医療に関する調査研究を実施し、今後の医師のキャリア形成支援や医師不足地域への医師の配置調整などに活用します。

⑤学生を対象とした地域医療への理解を深めるための取組み

県内の高校生を対象とした「徳島大学医学部における体験授業」や「高校生地域医療現場体験ツアー」等の開催により、医療の道を志す高校生の意欲の醸成に努めます。また、全国の医学生を対象とし、県内の地域医療の現場で実地研修を行う「夏期地域医療研修」の開催等により、徳島の地域医療への理解の促進とその魅力の発信に取り組み、将来、地域医療を志す医師の養成を図ります。

(6)総合診療医の育成支援

平成22年度から、徳島大学の「総合診療医学分野」において実施している、県立病院をフィールドとした診療活動と地域医療確保に関する研究、さらには総合医の教育について、引き続き積極的な取組みを継続していきます。

3　今後の医師偏在対策について

厚生労働省の「医療従事者の需給に関する検討会　医師需給分科会」は、早急に対応する必要のある実効的な医師偏在対策について、法改正が必要な事項も含め、平成29年12月21日に第２次中間取りまとめを公表しました。

この中では、医師偏在対策に有効な客観的データを整備することや都道府県が主体的・実効的に医師偏在対策を講じることができる体制を構築すること、医師養成課程を通じた医師確保対策を充実すること、医師の少ない地域での勤務を促す環境整備を推進することを基本的な考え方とし、医師偏在対策を推進することとされています。

具体的な医師偏在対策としては、都道府県における医師確保対策の実施体制の強化を図るため、医師確保計画の策定や地域医療対策協議会の実効性の確保等が明記されました。さらに、医師養成過程を通じた地域における医師確保を図るため、医学部の入学枠に地元出身者枠の認定・増員を要請することができる制度の創設や都道府県による臨床研修病院の指定・定員設定、新専門医制度における行政の役割の明確化、地域における外来医療機能の不足・偏在等への対応として、地域ごとの外来医療機能の偏在・不足等の客観的なデータの可視化等が明記されました。

特に、医師確保計画については、各都道府県において「定量的な現状分析」に基づく実効的な医師確保対策が進められるよう、医療計画において、「医療従事者の確保に関する事項」から医師の確保に関する事項を抜き出し、次の①から③までの一連の方策を記載することを明確に法律上に位置づけるべきとされています。

①都道府県内における医師の確保方針
　医師偏在の是正のため、都道府県内の二次医療圏・診療科別医師数、医療施設・医師配置状況、人口や医療ニーズの変化等の分析を踏まえ、あるべき医師確保の方針を定める。

②医師偏在の度合いに応じた医師確保の目標
　医師偏在の度合いを示す指標を踏まえ、①で設定した医師の確保方針に基づき、医師確保計画の期間内に都道府県内において確保すべき医師数の目標を設定する。

③目標の達成に向けた施策内容
　②で設定した医師数の目標を達成するための対策として、医師が少ない地域等に対する医師派遣の在り方、医師養成課程を通じた医師の地域定着策等の医師確保対策を定める。

さらに、都道府県の策定する医師確保計画の実効性を確保するため、地域ごとの医師の多寡を全国ベースで客観的に比較・評価可能な、医師偏在の度合いを示す指標を設定すべきであること、これと併せ、都道府県知事が、医師偏在

の度合い等に応じて、都道府県内の「医師少数区域（仮称）」及び「医師多数区域（仮称）」を設定し、具体的な医師確保対策に結び付けて実行できることとすべきであるとされています。
　医師偏在の度合いを示す指標の設定に当たっては、医療ニーズ、将来の人口・人口構成の変化、医師偏在の単位（区域、診療科、入院／外来）、患者の流出入、医師の性・年齢、へき地や離島等の地理的条件等を考慮することとされています。

　また、将来に向けた課題として、「専門研修における診療科ごとの都道府県別定員設定」や「認定医師に対する一定の医療機関の管理者としての評価」等、「継続的な議論の必要性」についても明記されています。

　平成28年の医師・歯科医師・薬剤師調査によると、都道府県ごとの人口10万対医療施設従事医師数について、本県（315.9人）は全国１位、最小の埼玉県（160.1人）の約２倍程度となっています。
　しかし、依然として本県の医師不足は深刻な状況であるとともに、地域偏在や診療科偏在についても保健医療圏ごとに大きな格差があるため、今後示される国の動向や方向性を踏まえ、定量的な現状分析を行い、医師偏在対策を推進します。

第２　歯科医師の養成・確保

１　歯科医師の現状

本県の歯科医師数は、平成28年末の総数で818人、医療施設従事者で773人であり、平成26年の総数826人、医療施設の従事者773人から、現在はほぼ横ばいの状態となっています。

人口10万人当たりでみると、平成28年末で総数109.1人、医療施設従事者103.1人と、いずれも全国平均を大幅に上回っており、全国第２位の水準となっています。（第１位東京都、第３位福岡県、第４位岡山県、第５位新潟県）。

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

（各年12月31日）

県･全国の別	年次	総　数		医療施設の従事者（再掲）	
			率 人口10万対		率 人口10万対
全　国	H28	104,533	82.4	101,551	80.0
徳島県	H24	822	105.9	773	99.6
	H26	826	108.1	773	101.2
H28		818	109.1	773	103.1
東部		661	125.9	618	117.7
南部		105	72.1	104	71.8
西部		52	65.4	51	64.2

資料：「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、平成28年10月１日徳島県推計人口による

２　歯科医師の養成・確保

(1)歯科医師に求められる役割

歯と口腔の健康は、県民の健康で質の高い生活を営むうえでの基礎的かつ重要な役割を果たすものであり、また、糖尿病をはじめとする生活習慣病の予防にもつながることから、全身の健康の源であるともいえます。このため、歯科医師は、歯と口腔の健康づくりの推進に取り組むのはもちろん、５疾病、５事業及び在宅医療をはじめとする、様々な疾病等において、積極的に医療連携に取り組み、患者の状態に応じた適切かつ効果的な歯科口腔保健サービスを提供することで、患者の生活の質の維持を図ることが求められます。

(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。

第３　薬剤師の養成・確保

１　薬剤師の現状

本県の薬剤師数は、平成28年末の総数で2,610人、薬局・医療施設の従事者で1,657人であり、平成22年末と比較し、総数は、ほぼ横ばいの状態となっています。

人口10万人当たりでは、348.0人であり、全国平均237.4人を大幅に上回っており、全国第２位となっています（第１位は東京都 358.3人）。

人口10万人当たりの薬剤師数を市町村別に見ると、徳島市562.0人、北島町411.9人等の都市部で多く、勝浦町57.7人、神山町58.2人等の山間部の市町村で少ない状況です。

主な業務の種別では、薬局従事者1,080人（41.4%）、病院等577人（22.1%）、医薬品関係企業631人（24.2%）となっています。

圏域ごとに人口10万人当たりでみると、総数及び薬局・医療施設従事者数において県平均を上回っているのは、東部Ｉ保健医療圏のみであり、地域偏在がみられます。

薬　剤　師

（各年12月31日）

県・全国の別	年次	総数		薬局・医療施設の従事者		左の内訳	
			率 人口10万対	（再掲）	率 人口10万対	薬局	病院等
全　国	H28	301,323	237.4	230,186	181.3	172,142	580,44
徳島県	H22	2,609	332.1	1,545	196.7	972	573
	H24	2,577	331.2	1,548	199.5	980	568
	H26	2,598	340.1	1,611	210.9	1,039	572
	H28	2,610	348.0	1,657	220.9	1,080	577
	東部Ｉ	1,987	444.1	1,134	253.5	751	383
	東部Ⅱ	120	154.7	102	131.5	56	46
	南部Ｉ	282	224.7	233	185.7	154	79
	南部Ⅱ	55	272.0	49	242.3	37	12
	西部Ｉ	93	240.1	74	191.1	41	33
	西部Ⅱ	73	179.1	65	159.4	41	24

資料：「医師・歯科医師・薬剤師調査」（厚生労働省）

2　薬剤師の養成・確保

(1)薬剤師に求められる役割

地域において安全で質の高い医療を提供するためには、薬物療法についても、入院から外来・在宅医療へ移行する中で、円滑に提供し続けるシームレスな体制を構築することが重要です。さらに、地域包括ケアシステムの一翼を担い、医師会、歯科医師会を始め医療介護関係者と連携体制を構築する必要があります。

(2)施策の方向

①地域医療における「かかりつけ薬剤師」の確保

地域の薬局において、医療機関等と連携し、患者の服薬情報を一元的・継続的に把握し、それに基づく薬学的管理・指導を行い、入退院時における医療機関等との連携、夜間・休日等の調剤や電話相談への対応等の役割を果たす「かかりつけ薬剤師」の養成と確保を図ります。

②薬剤師の研修の充実

『患者のための薬局ビジョン』を踏まえ、最新の医療及び医薬品等に関する専門的情報の習得を基礎としつつ、患者・住民とのコミュニケーション能力の向上に資する研修及び医療機関等との連携強化につながる他職種と共同で実施する研修等の充実を図り、薬剤師の資質向上を図ります。

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

看護職員の確保については、「看護師等の人材確保に関する法律」が平成４年に施行され、これまで様々な取り組みがなされているところです。

平成22年には看護職員の計画的かつ安定的な確保を図るため、国において「第7次看護職員の需給に関する検討会報告書」（平成23年から平成27年まで）が作成され、各種の人材確保・定着に係る施策を推進してきましたが、平成27年の需要と供給の差の見通しは102名で、充足率99.2%という状況でした。（需要数12,974人、供給数12,876人）

今後の看護職員の需給見通しについては、厚生労働省の「看護職員需給分科会」において方向性が出される予定でしたが、地域医療構想等との整合性を図るため、平成27年・28年の見通しは策定されず、平成28年10月の「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」等の議論を踏まえ、平成30年1月頃に看護職員需給分科会での検討を再開するとされています。

本県においても、国における検討状況を踏まえ、看護職員の計画的な確保対策を進める必要があります。

(1)保健師

本県の就業保健師数は、業務従事者届によると、平成22年末の370人から平成28年末には404人と34人増加しています。

就業場所別に見ると、市町村247人、県・保健所83人、事業所35人等です。保健師が１名以下の市町村数は、平成18年度には解消され全市町村複数配置となりました。

人口10万人当たりの保健師数は53.9人であり、全国平均の40.4人よりも高く、全国順位では第17位となっています（平成28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	H28	51,280	40.4
徳島県	H22	370	47.1
	H24	387	49.9
	H26	390	51.1
	H28	404	53.9

資料:「衛生行政報告例」（厚生労働省）

○保健師の就業場所の状況（保健医療圏別・年次別）

（各年12月31日現在）

年 / 医療圏	総数	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	看護師等養成所学校	その他
H22	370	61	228	9	8	2	6	3	47	6	0
H24	387	62	246	5	9	0	12	1	42	10	0
H26	390	60	179	9	37	0	14	2	79	10	0
H28	404	83	247	10	1	0	11	4	35	12	1
東部Ⅰ	201	40	109	10	0	0	3	0	29	10	0
東部Ⅱ	41	9	26	0	0	0	2	1	3	0	0
南部Ⅰ	69	9	51	0	1	0	2	2	2	2	0
南部Ⅱ	24	5	16	0	0	0	3	0	0	0	0
西部Ⅰ	38	12	24	0	0	0	1	0	0	0	1
西部Ⅱ	31	8	21	0	0	0	0	1	1	0	0

資料:「保健師助産師看護師法第33条の規定に基づく業務従事者届」

※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22年末の195人から平成28年末には260人となり、65人増加しています。

就業場所別にみると、病院184人、診療所24人、助産所17人等で、病院

勤務が約70.8%、診療所勤務が約9.2%、助産所が約6.5%と診療所勤務の割合が減っています。

また、人口10万人当たりの助産師数は34.7人であり、全国平均の28.2人よりも高く、全国順位では第8位となっています（平成28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	H28	29,672	28.2
徳島県	H22	195	24.8
	H24	218	28.1
	H26	224	29.3
	H28	260	34.7

資料:「衛生行政報告例」（厚生労働省）

○助産師の就業場所の状況（保健医療圏別・年次別）

（各年12月31日現在）

年 / 医療圏	総数	助産所	病院	診療所	県・保健所	社会福祉施設	看養護成師所等学校	その他
H22	195	10	140	27	0	0	16	1
H24	218	15	155	29	0	0	17	2
H26	224	15	158	27	0	0	19	5
H28	260	17	184	24	0	0	24	11
東部Ⅰ	171	12	105	24	0	0	24	6
東部Ⅱ	14	1	13	0	0	0	0	0
南部Ⅰ	56	3	49	0	0	0	0	4
南部Ⅱ	2	0	2	0	0	0	0	0
西部Ⅰ	15	0	15	0	0	0	0	0
西部Ⅱ	2	1	0	0	0	0	0	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22年末の7,571人から平成28年末には8,726人と1,155人増加しています。また、准看護師数は平成22年末の4,201人から平成28年末には3,690人と511人の減少となっています。

平成28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1,163.5人で全国第13位、准看護師が492.0人で全国第8位とともに高い値となっています。

また、男性の占める割合をみると、看護師は全国平均が7.3%であるのに対し本県では7.4%（H22は5.8%）、准看護師は全国平均6.9%に対し本県では8.9%（H22は8.4%）と、いずれも全国平均よりも高い割合であり、増加傾向となっています。（平成28年）

さらに、就業場所別にみると、病院6,417人（73.5%）、診療所964人（11.0%）、介護保険施設670人（7.7%)となっています。平成22年から平成28年の間の就業人数の増加率は、介護保険施設が増加率38.4%と高くなっています。

○就業看護師、准看護師の全国比較及び推移

（各年12月31日現在）

県・全国の別	年次	看護師数 (再掲 男性)	人口10万対	准看護師数 (再掲 男性)	人口10万対
全　国	H28	1,149,397(84,193)	905.5	323,111(22,140)	254.6
徳島県	H22	7,571 (438)	963.9	4,201 (354)	534.8
	H24	8,007 (497)	1,031.8	3,980 (336)	512.9
	H26	8,436 (591)	1,104.2	3,909 (342)	512.6
	H28	8,726 (651)	1,163.5	3,690 (330)	492.0

資料：「衛生行政報告例」（厚生労働省）

○看護師の就業場所の状況（保健医療圏別・年次別）

（各年12月31日現在）

年 / 医療圏	総数	病院	診療所	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	看護師等養成所学校	その他
H22	7,571	5,711	831	242	484	94	6	47	51	105	0
H24	8,007	5,975	881	237	567	87	8	51	61	140	0
H26	8,436	6,245	933	252	652	97	5	45	64	143	0
H28	8,726	6,417	964	273	670	130	12	61	55	143	1
東部Ⅰ	5,381	3,896	663	169	392	69	7	17	44	123	1
東部Ⅱ	827	624	80	29	63	11	1	14	5	0	0
南部Ⅰ	1,532	1,149	135	46	126	36	2	18	3	17	0
南部Ⅱ	214	151	21	5	33	4	0	0	0	0	0
西部Ⅰ	313	223	39	12	28	4	1	5	1	0	0
西部Ⅱ	459	374	26	12	28	6	1	7	2	3	0

資料:「保健師助産師看護師法第33条の規定に基づく業務従事者届」

○准看護師の就業場所の状況（保健医療圏別・年次別）

（各年12月31日現在）

年 / 医療圏	総数	病院	診療所	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
H22	4,201	1,873	1,298	55	851	83	0	9	32	0	0
H24	3,980	1,795	1,213	44	840	55	0	9	24	0	0
H26	3,909	1,676	1,153	57	937	52	0	8	26	0	0
H28	3,690	1,552	1,066	60	886	89	0	10	27	0	0
東部Ⅰ	2,182	1,033	663	36	396	43	0	1	10	0	0
東部Ⅱ	363	97	128	11	106	15	0	0	6	0	0
南部Ⅰ	358	110	101	3	135	5	0	3	1	0	0
南部Ⅱ	92	27	19	0	42	4	0	0	0	0	0
西部Ⅰ	323	140	82	2	86	7	0	3	3	0	0
西部Ⅱ	372	145	73	8	121	15	0	3	7	0	0

資料:「保健師助産師看護師法第33条の規定に基づく業務従事者届」

※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）

（平成28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	5,381	1,202.7	2,182	487.7
東部Ⅱ	827	1,066.0	363	467.9
南部Ⅰ	1,532	1,220.9	358	285.3
南部Ⅱ	214	1,058.3	92	455.0
西部Ⅰ	313	808.2	323	834.0
西部Ⅱ	459	1,125.9	372	912.5
総　数	8,726	1,163.5	3,690	492.0

資料:「保健師助産師看護師法第33条の規定に基づく業務従事者届」

2　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

少子高齢化が急速に進展する中で、生活習慣病予防対策や介護予防、児童や高齢者の虐待防止、精神保健福祉対策、災害・新興感染症等の健康危機管理対策など、地域における健康課題は複雑多様化しています。

このような中、保健師は、地域の健康課題を明らかにし、地域住民の健康の保持増進を図る重要な役割を担っており、個人・集団への保健指導など、直接的な保健サービスの提供のほか、保健・医療・福祉・産業などの関係機関とのネットワークづくりや包括的な保健・医療・福祉システムの構築、健

康づくりに関する計画の企画・運営・評価などに積極的に関わることが求められています。

②助産師に求められる役割

近年、核家族化の進行や女性の社会進出など急速な社会環境の変化により、家庭や地域の子育て力が低下しており、出産や育児に対する負担感や不安感が増しています。

また、一方で女性のライフサイクル各期における健康問題に対するケアの必要性も増しています。

このような中、助産師は、妊娠、出産、産じょく期の女性や新生児の援助はもとより、次代を育む母子や家族への支援、思春期の性教育や更年期のケアなど女性の生涯を通じた性と生殖をめぐる健康への支援等の幅広い活動が求められています。

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は大きく変化しており、看護職には安全・安心とともにより質の高い看護サービスが求められています。

また、住み慣れた地域の中で療養生活を送りたいという患者のニーズは増大し、入院時から退院後の切れ間のない看護が必要とされており、在宅看取りにおける看護職の役割も重要となっています。

こうしたニーズに応え、患者により良いケアを提供していくためには、看護師・准看護師の業務範囲を踏まえ、専門・認定看護師等の高度な看護知識と熟練した看護技術の修得、特定行為研修制度の受講による様々な医療現場における適時な看護の提供、医師・薬剤師等の医療・福祉関係者等との役割分担と連携によるチーム医療等の推進の中で的確な看護判断を行い、適切な看護技術を提供していくことが求められています。

(2)施策の方向

さらなる看護職の確保、資質の向上を図るため、次のことに取り組みます。

①養成力の確保

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

②県内定着の推進

ⅰ)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。

ⅱ)へき地医療や訪問看護における新卒者の定着を促進するとともに、県内の就業情報等の情報を発信していきます。

③離職の防止・復職の支援

ⅰ)院内保育所施設等を整備する医療機関を支援し、働きやすい環境づくりを促進します。

ⅱ)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、機会を捉えた普及啓発等により再就業を促進します。

ⅲ)未就業看護職員のための復職研修等を実施し、再就業を支援します。

④資質の向上

ⅰ)行政・産業・医療等の多様な分野で就業している保健師に対し、キャリアラダーを作成するとともに、多様性に応じた効果的な人材育成体制の構築と人材育成を推進し、保健師の資質の向上を図ります。

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

ⅲ)新人看護職員が新人看護職員ガイドラインに沿った研修が受けられるように研修会等を開催するとともに、各段階に応じた研修会等を開催し、資質の向上を図ります。

(3)看護師の特定行為研修の受講についての研修体制の整備

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、全国では583名、本県ではこれまでに６名*1の看護師が受講修了しています。

人口10万対での修了者数では、全国平均0.46のところ、本県は0.8であり、平均を上回っているものの、まだまだ看護を受ける機会や体制が十分とは言えない現状です。

また、特定行為研修制度は「資格」ではなく、受講修了者名の公表がされていないため把握が困難であり、特定行為に係る技術を有する看護師が、在宅医療の現場で活躍する機会が広がりにくい状況にあります。

修了者の主な特定行為区分は、「透析管理関連」、「呼吸器関連」、「創傷管理関連」、「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」などです。

また、本県実施の意向調査（平成29年10月1日現在）によると、研修受講希望者数は29名であり、希望する特定行為区分は「創傷管理関連」、「ろう孔管理関連」、「栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連」などでした。さらに、受講にあたって課題となっていることは「職場に人的余裕がない」、「受講に際し、長期間、家を空ける必要がある」、「県内に研修機関がない」などであり、職場環境や人材の不足、県内での指定研修機関の未設置等が課題となっています。

○特定行為研修を修了した看護師の就業状況*1

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	その他
6	6	－	－	－	－

*1厚生労働省医政局看護課調べ（平成２９年３月３１日現在）

②目指すべき方向と今後の取組み

ⅰ)目指すべき方向

特定行為研修修了者は、患者の状態を見極めて適時に看護を提供するなど、様々な医療現場での活躍が期待されており、在宅療養支援体制等の強化を目指し、修了者数の増加に向けて取り組みを進めます。

ⅱ)今後の取組み

本県では、研修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、より身近な場所で研修を受けられるよう、県内での指定研修機関の設置の可能性に向けて、関係機関・団体等との協議により検討を進めます。

③数値目標

数値目標項目	直近値	平成35年度末 目標値
特定行為研修を修了した 看護師数	６人 （H28）	４０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、平成28年10月で313.2人で、これを人口10万人当たりでみると41.8人で全国平均の35.0人を上回っています。（厚生労働省「病院報告」）

本県の病院、診療所に従事する臨床検査技師の数は、平成28年10月で368.9人であり、人口10万人当たりでは49.2人で全国平均の43.4人を上回っています。（厚生労働省「病院報告」）

(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、平成28年10月で、理学療法士834.4人、作業療法士505.2人であり、人口10万人当たりでは、理学療法士は111.3人、作業療法士67.4人となっており、全国平

均の理学療法士58.5人、作業療法士34.6人を大きく上回っています。(厚生労働省「病院報告」)

本県における理学療法士及び作業療法士の養成施設としては、「徳島医療福祉専門学校」(勝浦町)各定員40名、「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60名(理学療法士のみ)があります。

なお、徳島県理学療法士会、徳島県作業療法士会の各会員数(平成29年4月現在)は、理学療法士会982人、作業療法士会576人で、それぞれの就業状況は、次表のとおりです。

②言語聴覚士(ST)

本県の病院、診療所に従事する言語聴覚士の数は、平成28年10月で140.3人であり、人口10万人当たりでは、18.7人で全国平均11.9人を上回っています。(厚生労働省「病院報告」)

なお、徳島県言語聴覚士会の会員数(平成29年4月現在)は158人であり、会員の就業状況は、次表のとおりです。

理学療法士会、作業療法士会及び言語聴覚士会会員の就業状況

(平成29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	525	42	22	16	18	623	
	南部	103	19	16	3	0	141	
	西部	43	11	8	1	7	70	
	合　計	671	72	46	20	25	834	148
作業療法士	東部	340	11	28	33	6	418	
	南部	46	12	8	9	6	81	
	西部	22	1	5	11	0	39	
	合　計	408	24	41	53	12	538	38
言語聴覚士	東部	98	6	2	11	2	119	
	南部	17	1	0	1	1	20	
	西部	12	0	0	0	0	12	
	合　計	127	7	2	12	3	151	7

(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、関係団体と連携のもと、生涯教育を促進し、資質の向上を図ります。

3　歯科衛生士・歯科技工士

(1)現状

本県の病院、診療所、歯科技工所等に従事する歯科衛生士、歯科技工士の数は、平成28年12月末で、歯科衛生士1,203人、歯科技工士461人であり、人口10万人当たりでは、歯科衛生士が160.4人、歯科技工士が61.5人となっており、全国平均の歯科衛生士97.6人、歯科技工士27.3人をそれぞれ大きく上回っています。（厚生労働省「衛生行政報告例」）

本県における歯科衛生士の養成施設としては、「徳島大学歯学部口腔保健学科」（徳島市）定員15名、「徳島歯科学院専門学校」（徳島市）定員40名、「四国歯科衛生士学院専門学校」（徳島市）定員25名、「専門学校穴吹医療福祉カレッジ」（徳島市）定員30名が、平成29年4月から「徳島文理大学保健福祉学部口腔保健学科」（徳島市）定員40名が、また、歯科技工士の養成施設としては、「徳島歯科学院専門学校」（徳島市）定員20名があります。

(2)歯科衛生士・歯科技工士に求められる役割

歯と口腔の健康が重視される中で、歯科衛生士には歯科疾患の予防及び口腔衛生の向上を図る指導的な役割が求められています。

また、歯科技工士については、歯科技工技術の高度化に対応することが必要です。

(3)施策の方向

歯科衛生士及び歯科技工士の需給の把握に努めるとともに、関係団体と連携のもと、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。

4　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、平成26年10月１日現在において、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、平成26年病院報告において、１病院当たりでみると、管理栄養士2.0人、栄養士0.3人となっており、全国平均の管理栄養士2.5人、栄養士0.6人を下回っています。

また、平成29年６月現在、県及び市町村において75人（県17人、市町村58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90名、「四国大学生活科学部管理栄養士養成課程」定員70名が、また、栄養士の養成施設として「四国大学短期大学部人間健康科食物栄養専攻」定員40名、「徳島文理大学短期大学部生活科学科食物専攻」定員40名があります。

（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	230.9	31.8	43	20.9
	人口10万対	30.2	4.2	5.6	2.7
全　国	常勤換算	21206.7	4851.2	4026.5	2003.1
	人口10万対	16.7	3.8	3.2	1.6

※　病院における従事状況：H26病院報告

※　診療所における従事状況：H26医療施設（静態）調査

※　人口：人口推計（平成26年10月１日現在）（総務省）の総人口

※　県及び市町村における従事状況：厚生労働省平成29年度行政栄養士等の配置状況

(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、多様化する栄養に関する情報を的確に収集・管理し、栄養管理の適正化に努めるとともに、患者や住民への適切な情報提供を行うことが求められます。

平成20年度から医療保険者に実施が義務付けられた特定保健指導の従事者は、医師・保健師・管理栄養士とされています。

また、平成24年度診療報酬の改定に伴い、糖尿病透析予防指導管理料が導入され、糖尿病指導の経験を有する専任の管理栄養士の配置が施設基準になるとともに、平成28年診療報酬の改定においては、地域包括ケアシステム推進のための取組みの強化として栄養食事指導の対象及び指導内容の拡充が盛り込まれる等，生活習慣病対策を推進していく上で、栄養指導を行う管理栄養士の役割は重要になっています。

(3)施策の方向

県栄養士会をはじめとする関係機関と連携のもと、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。

5　その他の保健医療従事者

本県では、平成26年10月現在、病院に視能訓練士が18.0人（非常勤を常勤換算しているため少数を含む。）、臨床工学技士が145.8人従事しています。

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。

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。

第６　医療従事者の勤務環境の改善

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みを通じて、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み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み（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、平成29年３月、国において「働き方改革実行計画」が決定され、長時間労働の是正等の働き方改革を進めていくこととされました。現在、「医師の働き方改革に関する検討会」において、新たな医師の働き方を踏まえた医師に対する時間外労働規制の具体的な在り方や医師の勤務環境改善策について議論が進められており、平成31年３月を目途に報告書がとりまとめられ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、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。

徳島県医療勤務環境改善支援センターでは、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みを支援しています。

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、医療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ています。

地域の医療提供体制を構築にあたっては、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み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。

第7章　事業の評価及び見直し

1　計画の推進体制と役割

計画の推進にあたっては、基本理念を踏まえ、県・市町村はもとより、保健医療福祉関係者、関係団体及び県民が一体となって、目標達成に向けて努力することが必要です。

(1)県

県は、市町村、医療機関等の関係機関に対し計画の周知を図るとともに、それぞれが計画を遂行するための調整や支援を行います。

また、「健康徳島21」をはじめ、他の関連計画との整合性を図りつつ、各分野における委員会や協議会等を活用し、情報収集や協議を行い、計画に定めた保健医療提供体制を実現するために必要な施策の企画・実施に努め、計画の着実な推進を図るものとします。

(2)保健所

保健所は、地域における５疾病、５事業及び在宅医療に関する連携体制の構築をはじめ、保健・医療・福祉のシステム構築、医療機関の機能分化と連携の拠点として、市町村、医療機関等の関係機関及び他の保健所との連携を緊密にし、施策の推進を図るものとします。

(3)市町村

市町村は、県民に最も身近な行政主体として、県民のニーズを的確に把握し、地域の実情に応じた保健医療提供体制の整備や保健・医療サービスの提供等に取り組むものとします。

(4)医療機関

医療機関は、自らの医療機能や役割を明確にし、地域における医療連携体制の構築に積極的に協力するとともに、求められる医療機能の充実を図り、適切な医療の提供に努めるものとします。

(5)医療関係団体

医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会等の医療関係団体は、医療従事者、県民に計画の周知や必要な情報の提供を推進するとともに、行政、関係機関との連携を深め、適切な医療提供体制の整備に努めるものとします。

(6)県民

県民は、計画の基本理念、趣旨を理解し、自らの健康を守ることに努めるとともに、地域の限りある医療資源の有効な利用を図るため、適正な受療行動に努めるものとします。

2　数値目標

それぞれの疾病、事業における「安全で安心の医療が提供できる体制」の確保に向けて、効率的な施策の推進を行うため、次のとおり数値目標を定めます。

第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5年度末目標値
地域医療支援病院数	７病院 （H29）	７病院

第５章第２　１　がんの医療体制

数値目標項目	策定時の数値	直近値	令和５年度末目標値
がん年齢調整死亡率 (75歳未満)(人口10万対) （人口動態統計）☆★	73.3 （H28）	68.6 （R1）	減少 （R4）
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 25.5% 成人女性　4.0% （H28）	成人男性 18% 成人女性　3% （R4）
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　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% （R4）

数値目標項目	策定時の数値	直近値	令和５年度末 目標値
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） ※策定時のH28、直近値のR1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%） ※2年以内に受診している者の受診率 （H28）	胃がん　39.0% （※40.3%） 肺がん　46.1% 大腸がん 37.6% 乳がん　44.5% 子宮頸がん43.2% ※2年以内に受診している者の受診率 （R1）	胃がん　50% 肺がん　50% 大腸がん　50% 乳がん　50% 子宮頸がん50% ※胃がんは2年以内に受診している者の受診率 （R4）
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）	26 （H29）	27 （R1）	増加 （R4）

☆「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	策定時の数値	直近値	令和5年度末 目標値
改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　40.3 女性　20.1 （H27）	男性　40.3 女性　20.1 （H27）	男性　37.1以下 女性　18.5以下
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）	46.5% （H27）	47.6% （H29）	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）	114 （H27）	109 （R1）	増加

数値目標項目	策定時の数値	直近値	令和5年度末 目標値
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）	51.0% （H26）	54.7% （H29）	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

3　心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制

数値目標項目	策定時の数値	直近値	令和５年度末目標値
喫煙率☆★ (県民健康栄養調査)	成人男性　25.5% 成人女性　4.0% (H28)	成人男性　26.8% 成人女性　6.7% (R1)	成人男性　18% 成人女性　3% (R4)
改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　61.6 女性　33.0 (H27)	男性　61.6 女性　33.0 (H27)	男性　56.7以下 女性　30.4以下
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)	46.5% (H27)	47.6% (H29)	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)	63.9% （H29）	57. 5% (H30)	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	策定時の数値	直近値	令和5年度末目標値
治療継続者の割合の増加★	55.5%(H28)	55.5%(H28)	75%
糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数の減少★	139人(H28)	137人(R1)	120人
糖尿病有病者（推計）の増加の抑制（40歳以上)★	4.9万人(H28)	4.9万人(H28)	増加の抑制
糖尿病予備群（推計）の増加の抑制（40歳以上)★	7.6万人(H28)	7.6万人(H28)	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

（＊1）令和2年度630調査

数値目標項目	目標時期	直近値	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）	令和2年度末 令和6年度末	496人 （＊１）	469人 458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）	令和2年度末 令和6年度末	440人 （＊１）	398人 399人
精神病床における慢性期（1年以上）入院需要（患者数）	令和2年度末 令和6年度末	2,118人 （＊１）	1,875人 1,260人
精神病床における慢性期入院需要（65歳以上患者数）	令和2年度末 令和6年度末	1,330人 （＊１）	1,074人 749人
精神病床における慢性期入院需要（65歳未満患者数）	令和2年度末 令和6年度末	788人 （＊１）	801人 511人
精神病床における入院需要（患者数）	令和2年度末 令和6年度末	3,054人 （＊１）	2,742人 2,117人
地域移行に伴う基盤整備量（利用者数）	令和2年度末 令和6年度末	577人	455人 998人
精神病床における入院後3か月時点の退院率	令和2年度末	69.3%（＊1）	69%以上
精神病床における入院後6か月時点の退院率	令和2年度末	79.2%（＊1）	84%以上

数値目標項目	目標時期	直近値	目標値
精神病床における入院後1年時点の退院率	令和2年度末	91.1%（＊1）	90%以上
目標項目	策定時の数値	直近値	目標値（R5末）
抗精神病特定薬剤治療指導管理料算定医療機関	4(H29)	7(R3)	増加
認知症疾患医療センター設置数	3(H29)	4(R3)	4
依存症治療拠点機関選定数 （アルコール健康障害、薬物依存症、ギャンブル等依存症の疾患毎）	0(H29)	3(R3)	1以上
新アルコール依存症専門医療機関数 新アルコール依存症治療拠点機関数	－ －	4(R3) 1(R3)	1以上 1以上
新薬物依存症専門医療機関数 新薬物依存症治療拠点機関数	－ －	1(R3) 1(R3)	1以上 1以上
新ギャンブル依存症専門医療機関数 新ギャンブル依存症治療拠点機関数	－ －	1(R3) 1(R3)	1以上 1以上
新てんかん診療拠点機関数	－	1(R3)	1以上

第１章第３　１　救急医療体制の整備

数値目標項目		策定時の数値	直近値	令和5年度末 目標値
初期救急	在宅当番医また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 (H29)	7 （R２）	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）	３７ (H29)	３７ （R２）	３７ 以上
３次救急	救命救急センター及び大学病院数	4 (H29)	4 （R２）	4
	うち高度救命救急センター	1 (H29)	1 （R２）	1

数値目標項目	策定時の数値	直近値	令和5年度末目標値
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	６３．９％ (H28)	５０．５％ （R１）	６５．０％ 以上
３次医療機関への搬送者数に占める軽症者数の割合	４２．１％ (H28)	３５．７％ （R２）	４０．０％ 以下
病院収容までの平均所要時間 (覚知から病院等に収容するのに要した時間の平均)	３６．９分 (H28)	３８．１分 （R元）	３６．９分 以下

２　小児医療体制の整備

数値目標項目	策定時の数値	直近値	令和5年度末目標値
小児救急医療拠点病院における軽症患者率	86.8% (H28)	77.6% (R2)	減少
乳児死亡率（出生千対）	3.0(出生千対) (H28)	2.4(出生千対) （R1）	全国平均以下 （R元：1.9）
こども医療電話相談事業（#8000）の認知度	84.9% (H29)	84.9% (H29)	認知度向上

※#8000の認知度は、次世代育成支援イベント「おぎゃっと21」アンケートより

３　周産期医療体制の整備

数値目標項目	策定時の数値	直近値	令和5年度末目標値
周産期死亡率（出産千対）	3.4 (H28)	4.2 (R1)	全国平均以下 (参考R1：3.4)
妊産婦死亡率（出産10万対） ※同年含む過去５年間平均	0.0 (H28)	0.0 (R1)	全国平均以下 (参考R1：3.3)
乳児死亡率（出生千対）	3.0 (H28)	2.4 (R1)	全国平均以下 (参考R1：1.9)
地域周産期母子医療センターの整備	3か所 (H28)	３か所 (R1)	西部医療圏での設置

4　災害医療体制の整備

数値目標項目	策定時の数値	直近値	令和５年度末目標値
災害派遣医療チーム（ＤＭＡＴ）数	２７チーム（H29）	２９チーム（R3）	３３チーム
複数のDMATチームを有するDMAT指定医療機関	８医療機関（H29）	８医療機関（R3）	１５医療機関
広域災害救急医療情報システム（ＥＭＩＳ）登録医療機関数	全病院	全ての医療機関	全ての医療機関
徳島県災害時情報共有システム登録医療機関数	全病院及び全有床診療所	全ての医療機関	全ての医療機関
業務継続計画の検証のための研修・訓練を実施した災害拠点病院数	－	－	全災害拠点病院

5　へき地医療体制の整備

数値目標項目	策定時の数値（H28）	直近値（R1）	令和5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	3回	6回	5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	634.5日	625.5日	1,000日／年
新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	ー	100%	100%

6　在宅医療体制の整備

数値目標項目	策定時の数値	令和2年度末目標値	直近値	令和5年度末目標値
訪問診療を実施している診療所・病院数	267機関(H27)	287機関	266機関(R3)	303機関
在宅療養支援診療所・病院数	175機関(H29)	188機関	190機関(R3)	199機関
在宅療養後方支援病院数	2機関(H29)	4機関	2機関(R3)	4機関
退院支援担当者を配置する医療機関の数	93機関(H29)	114機関	114機関(R2)	135機関

数値目標	策定時の数値	令和2年度末目標値	直近値	令和5年度末目標値
訪問看護ステーション数	81機関 (H29)	90機関 （サテライト含む）	95機関 (R3.8)	102機関
新訪問口腔衛生指導を受けた患者数※	－	－	33,121 (R1)	増加
かかりつけ薬剤師のいる在宅対応薬局の占める割合	56.2% (H29)	60.0%	62.3% (R2)	65%
在宅看取りを実施している診療所・病院の数	98機関 (H27)	113機関	約89機関 (R1)	118機関
在宅死亡者数（百分率）	10.1% (H28)	11.5%	9.9% (R1)	11.8%
新小児の訪問診療を実施している診療所・病院数	－	－	6機関 (R1)	7機関

※施設基準変更のため、「在宅療養支援歯科診療所数」から指標を変更

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5年度末目標値
特定行為研修を修了した看護師数	６人 （H28）	４０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、計画に進捗状況については、設定した数値目標等をもとに、毎年度、県においてとりまとめを行い県医療審議会に報告することとします。

県医療審議会においては、計画の進捗状況について、検証・評価を実施し、県はその意見等をもとに、必要に応じ計画の見直しを検討するとともに、それらの過程において得られた成果を、次期計画に反映させることとします。

4　計画の周知及び進捗状況・評価の公表

(1)計画の周知

県は、計画書を作成し、県民や医療提供者等に配布するとともに、県のホームページをはじめ、あらゆる機会を通じて、積極的に情報提供を行い、計画の理解と推進の協力を求めます。

(2)進捗状況・評価の公表

計画の進捗状況及び評価については、県のホームページ等を活用し、広く県民や保健医療福祉関係者に情報提供を行うものとします。