

第七次福島県医療計画



ふくしまから
はじめよう。

平成30年3月
福島県保健福祉部

第七次福島県医療計画 目次

第1編 総論

第1章 計画策定にあたっての基本方針

第1節 計画策定の趣旨	1
第2節 計画の位置づけ	1
第3節 基本理念	3
第4節 県民や関係機関に求められる役割	3
第5節 計画期間	5
第6節 計画の評価及び見直し	5

第2章 医療提供体制の現状

第1節 人口構造	6
第2節 人口動態	8
第3節 県民の受療状況	10
第4節 医療提供施設の状況	12

第3章 医療圏と基準病床数

第1節 医療圏の設定	16
第2節 基準病床数	18

第4章 地域医療構想

第1節 地域医療構想について	19
第2節 構想区域の設定	20
第3節 医療需要推計、将来の必要病床数	21
第4節 病床機能報告制度	27
第5節 地域医療構想の推進体制	30
第6節 各構想区域において重点的に取り組む事項	32

第5章 地域包括ケアシステム等

第1節 地域包括ケアシステム	37
第2節 県民の健康づくり	37

第2編 各論

第1章 東日本大震災への対応

第1節 復興・再生の取組	39
第2節 原子力災害への対応	42

第2章 医療を支える人材の確保

第1節 医師	53
第2節 歯科医師	64
第3節 薬剤師	68
第4節 保健師・助産師・看護師・准看護師	72
第5節 その他の保健医療従事者	76

第3章 救急医療等事業別の医療体制の構築	
第1節 救急医療	85
第2節 小児医療	101
第3節 周産期医療	111
第4節 災害時医療	123
第5節 過疎・中山間地域の医療（へき地医療）	149
第6節 在宅医療	155
第7節 リハビリテーション	169
第4章 疾病等に応じた医療体制の構築	
第1節 がん対策	175
第2節 脳卒中対策	192
第3節 心筋梗塞等の心血管疾患対策	202
第4節 糖尿病対策	213
第5節 精神疾患対策	220
第6節 呼吸器疾患対策	236
第7節 感染症対策	240
第8節 移植医療	250
第9節 難病対策	252
第10節 アレルギー疾患対策	254
第11節 歯科保健医療対策	256
第12節 認知症対策	263
第13節 薬物乱用防止対策	267
第14節 高齢化に伴い増加する疾患等対策	270
第5章 医療機関相互の連携、情報化の推進	
第1節 地域医療の機能分化と連携	272
第2節 医療に関する情報化の推進	278
第6章 医療の安全の確保	
第1節 医療安全対策	280
第2節 医薬品等安全対策	284
第3節 血液確保対策	290
第3編 資料編	
1 市町村別にみた医師数・歯科医師数、病院・一般診療所・歯科診療所数	293
2 主たる診療科別にみた医療施設従事医師数	294
3 5疾病・5事業及び在宅医療に係る指標	295
4 用語解説	312
5 第七次福島県医療計画策定経過	322
6 諮問・答申	323
7 福島県医療審議会委員名簿	324

第1編 総論

第1章 計画策定にあたっての基本方針

第1節 計画策定の趣旨

- 本県の医療計画は、昭和53年に最初の福島県保健医療計画を策定して以来、「医療法」（昭和23年法律第205号）の改正を契機としながら見直しを行ってきましたが、平成25年度の全面的な見直しにより「第六次福島県医療計画」となって、平成29年度末で5年が経過します。
- 平成23年3月11日に発生した東北地方太平洋沖地震とそれに伴う大津波（以下「東日本大震災」という。）、東京電力株式会社福島第一原子力発電所事故による災害（以下「原子力災害」という。）は、本県の医療提供体制に極めて大きな影響を及ぼし、特に、原子力災害の影響は甚大で、7年が経過した今なお、双葉郡を中心とした医療提供体制の確保は、本県の極めて重要な課題となっています。
- また、平成37年には「団塊の世代」が全て75歳以上の後期高齢者となり、医療・介護の需要が増大すると予想されることから、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、国においては「医療法」を改正し、地域の医療提供体制の将来のあるべき姿を示す「地域医療構想」を策定することとされました（本県は平成28年12月に「福島県地域医療構想」を策定）。
- その後、国においては「医療提供体制の確保に関する基本方針」を改正し、都道府県の医療計画の策定に当たっては、効率的で質の高い医療提供体制の構築と居宅等における医療・介護の充実が一体的に行われるよう、介護保険事業（支援）計画との整合性を確保しつつ、急性期から回復期、慢性期までを含めた一体的な医療提供体制を構築することとされました。
- 東日本大震災からの復興を果たすとともに、安全で質の高い、効率的な医療提供体制の整備と保健・医療・福祉が連携した切れ目のないサービスの提供を実現し、その姿を県民の皆様に分かりやすく示すため、現在の医療計画を見直し、第七次福島県医療計画を策定することとします。

第2節 計画の位置づけ

- 「福島県総合計画」のもとに策定される部門別計画として、「福島県保健医療福祉復興ビジョン」があり、本計画は、「福島県保健医療福祉復興ビジョン」のもとに策定される個別計画として、本県の医療分野の基本指針となるもので

す。

○ 医療法第30条の4第1項の規定に基づき、都道府県が定めることとされている医療計画です。

○ 市町村に対しては、計画策定や施策の推進のための指針や助言となることを目指すものです。

関係機関・団体や県民に対しては、自主的・積極的な取組を促すとともに、取組の考え方や役割等の目安となるものです。

○ 「福島県復興計画」及び保健、医療、福祉等に関して県が策定する以下の各種計画と整合性を図るものです。

◆ 第二次健康ふくしま21計画

「第二次健康ふくしま21計画」における生活習慣病対策に関する取組と、本計画におけるがん対策、脳卒中対策、心血管疾患対策、糖尿病対策等の疾病に関する施策の方向の整合性を図り、保健と医療が一体となった生活習慣病の予防及び治療体制の構築を進めます。

◆ 福島県がん対策推進計画

「福島県がん対策推進計画」におけるがんの予防及び早期発見の推進、がん医療の充実に関する取組と、本計画におけるがん対策の施策の方向の整合性を図り、総合的かつ計画的にがん対策を実施できるようにします。

◆ 新生ふくしま健康医療プラン（第三期福島県医療費適正化計画）

「新生ふくしま健康医療プラン（第三期福島県医療費適正化計画）」における医療の効率的な提供の推進に関する取組と、本計画における地域医療の機能分化と連携における施策の方向の整合性を図り、良質かつ適切な医療を効率的に提供できる体制の構築を進めます。

◆ うつくしま高齢者いきいきプラン（第八次福島県高齢者福祉計画・第七次福島県介護保険事業支援計画）

「うつくしま高齢者いきいきプラン（第八次福島県高齢者福祉計画・第七次福島県介護保険事業支援計画）」における介護サービス提供の推進に関する取組と、本計画における在宅医療等の施策の方向の整合性を図り、医療と介護の連携による切れ目のないサービスが提供できる体制の構築を進めます。

◆ 第4次福島県障がい者計画及び第5期障がい福祉計画

「第4次福島県障がい者計画」及び「第5期福島県障がい福祉計画」における精神障がいに関する取組と、本計画における精神疾患対策の施策の方向の整合性を図り、精神保健医療福祉の一体的な取組を進めます。

以上のほか、本県において策定した保健、福祉等、医療と密接に関連する計画との整合性を図ることとします。

第3節 基本理念

計画の策定に当たっては、東日本大震災と原子力災害からの復興を図るとともに、県民の安全・安心の確保を目指し、以下の4点を基本理念としています。

○ 東日本大震災と原子力災害からの復興

東日本大震災及び原子力災害からの復興を図り、避難指示区域の解除や住民帰還等の状況に応じた医療提供体制の確保を図ること。

○ 保健・医療・福祉の連携

団塊の世代が全て75歳以上の後期高齢者となる平成37年を見据えながら、健康増進、疾病予防、治療、介護等の保健・医療・福祉の分野が連携した切れ目のないサービスを受けられる体制を整備すること。

○ 安全で質の高い医療

各診療科、各医療機関が相互に役割分担と連携を図ることにより、高度化、多様化するニーズに応じた良質な医療サービスを県民が適切に受けられること。

○ 県民全体で守る健康と医療

「自分の健康は自分で守る」という意識で、県民一人一人が自覚を持って保健・医療に参画すること。

医療関係者任せにせず、県民全体で地域医療を守ること。

第4節 県民や関係機関に求められる役割

第3節の基本理念にあるとおり、県民の健康と地域医療を守るためには、行政や医療関係者の取組だけでは不十分です。

本計画全体を通じて、県民や関係機関には以下の役割が求められます。

1 県民に求められる役割

- ◆ 「自分の健康は自分で守る」という意識を持ち、疾病に対する知識の習得に努めるとともに、食生活やたばこ、運動等の生活習慣の改善を図り、各種の健康診断・健康診査等を積極的に受診して、自身の健康状態を把握すること。また、感染症予防のために必要に応じて予防接種を受けること。
- ◆ 県民がお互いに健康や命を守り合えるよう、献血への協力、AED使用などの救急蘇生法等に関する知識や技術の習得に努めること。
- ◆ 事業所等にあっては、従業員等の衛生管理に留意し、従業員等が健診等を受診しやすい環境整備に努めること。
- ◆ 地域の医療を守るため、自身の生活圏における医療の状況に関心を持つとともに、医療機関の適正受診等、医療サービスの適正な利用に努めること。

2 医療機関に求められる役割

- ◆ 地域において、他の医療機関との役割分担と連携を意識した医療の提供を図るとともに、保健や福祉との連携に努めること。
- ◆ 医療従事者に研修等を積極的に受講させるなど、医療従事者の資質向上に努め、安全で質の高い医療の確保に努めること。

3 医療関係団体に求められる役割

- ◆ 医療機関の情報共有を図り、医療機関相互の役割分担と連携を促進するとともに、保健や福祉の関係団体等と連携して、保健・医療・福祉の連携を促進すること。
- ◆ 医療に関する知識の普及・啓発に努めること。

4 市町村に求められる役割

- ◆ 関係団体や県等と連携して、住民の生活習慣の改善や健診等に関する情報を発信するなど、住民の取組を支援すること。
- ◆ がん検診や特定健診等を実施し、疾病の早期発見・早期治療につなげること。
- ◆ 初期救急医療体制の確保、二次救急医療体制の確保のために必要な支援等、市町村単位を中心とした医療提供体制の確保を図ること。

5 県の役割

- ◆ 医療機関や医療関係団体等の取組を支援し、二次・三次救急医療等の市町村を超える医療の提供体制の確保を図ること。
- ◆ 関係団体や市町村等と連携して、保健・医療・福祉に関する知識の普及啓

発を図り、県民の取組を支援すること。

第5節 計画期間

平成30年度を初年度として、平成35年度までの6か年を計画期間とします。

第6節 計画の評価及び見直し

計画の実施にあたっては、分野ごとに数値目標を設定して、数値の推移を把握するとともに、現に取り組んでいる施策や課題と合わせて、毎年度進捗状況を点検していきます。

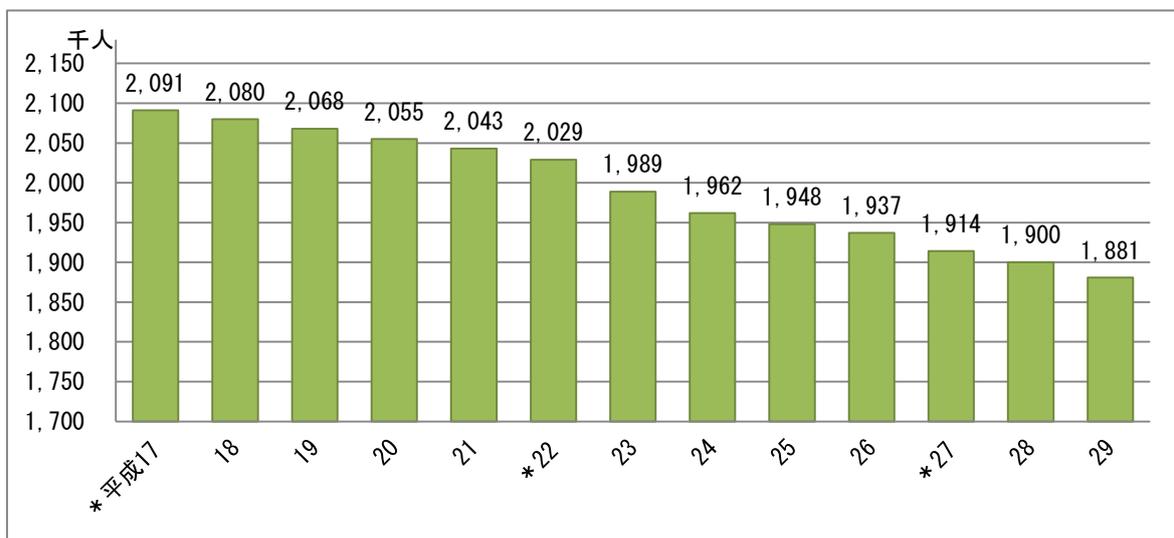
また、計画の進捗状況や、東日本大震災・原子力災害からの復興等の状況の変化に合わせて、本計画の評価を適時に行うとともに、計画期間内であっても、必要に応じて計画の見直しを行います。特に、在宅医療等必要な事項については、3年ごとに評価を行い、必要に応じて計画の見直しを行います。

第2章 医療提供体制の現状

第1節 人口構造

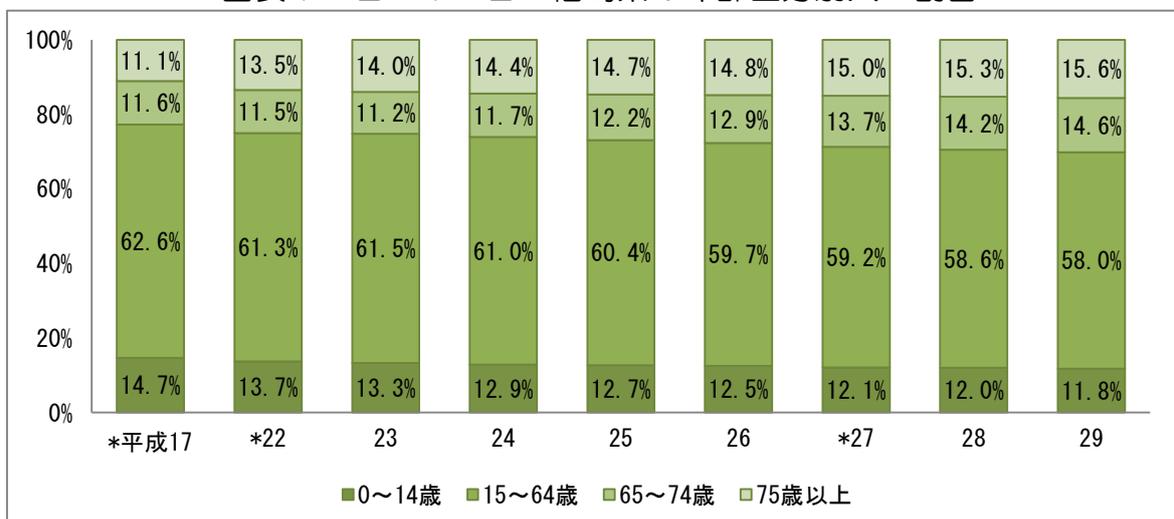
- 本県の人口は平成29年10月現在、約188万人となっています。東日本大震災・原子力災害の発生後の県外への人口流出等により、大きく人口が減っています。
- 年齢区分別では、65歳以上の老年人口割合は増加の一途をたどり、高齢化が進んでいます。

図表1-2-1-1 福島県の各年10月1日現在推計人口



資料：*は国勢調査（総務省）、その他は福島県の推計人口（福島県）
 ※国勢調査の人口は、調査時に当該地域に常住している者の人口。
 ※福島県の推計人口は、国勢調査による人口を基に毎月の住民基本台帳による転入・転出者数及び出生・死亡者数を加減して得た人口。

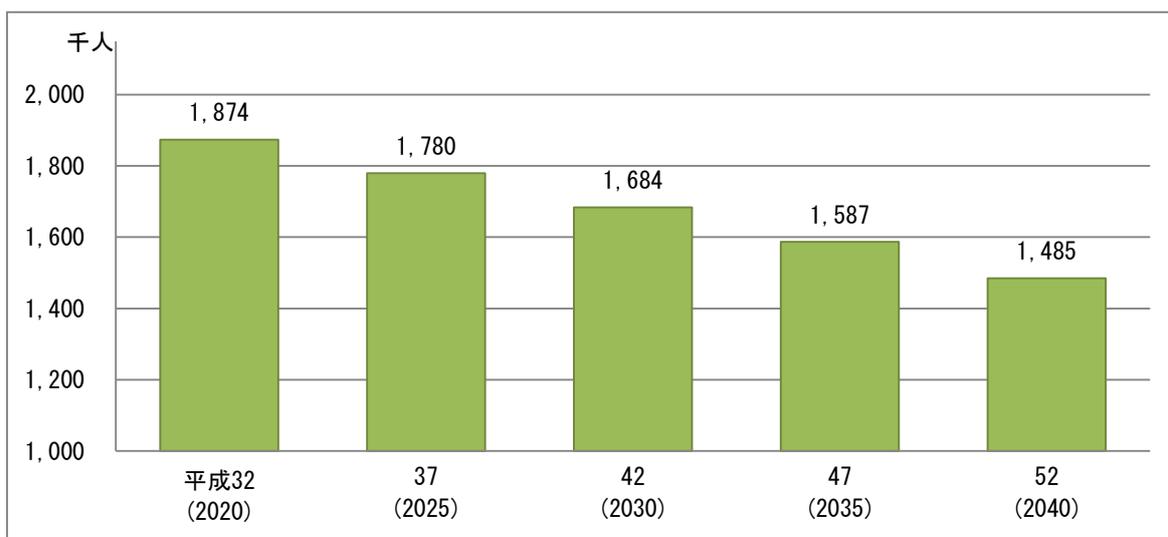
図表1-2-1-2 福島県の年齢区分別人口割合



資料：*は国勢調査（総務省）、その他は福島県の推計人口（福島県）

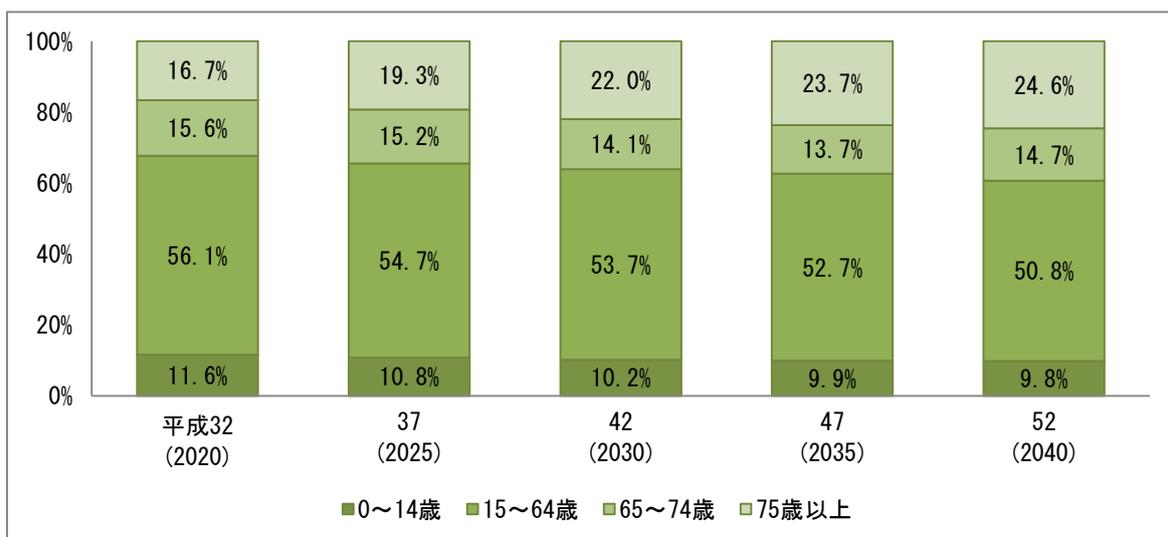
- 本県の人口は平成 29 年 10 月現在、188 万人となっていますが、今後も減少が続き、平成 37 年には 178 万人、平成 52 年には 148 万 5 千人になると推計されています。
- 年齢区分別では、65 歳以上の老年人口割合はさらに増加し続け、平成 37 年には 34.5%、平成 52 年には 39.3%になると推計されています。

図表 1-2-1-3 福島県の将来推計人口



資料：日本の地域別将来推計人口（平成 25 年 3 月推計）（国立社会保障・人口問題研究所）

図表 1-2-1-4 福島県将来推計人口の年齢区分別人口割合



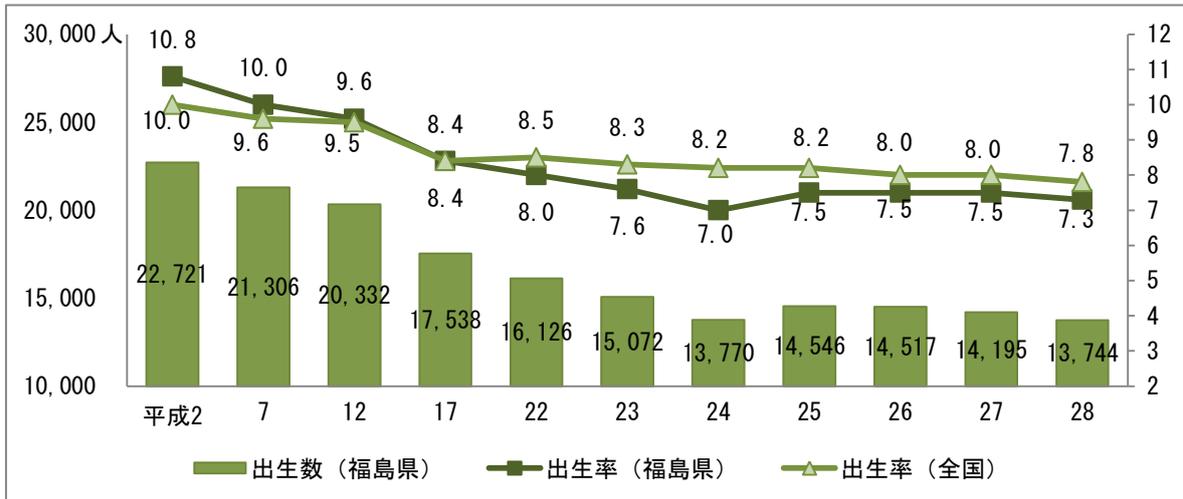
資料：日本の地域別将来推計人口（平成 25 年 3 月推計）（国立社会保障・人口問題研究所）

第2節 人口動態

- 本県の出生数は減少傾向にあり、平成28年は13,744人で、東日本大震災の影響により大きく減少した平成24年よりも少なくなっています。

人口千人あたりの出生率は近年、全国に比べて低い数値で推移しています。

図表1-2-2-1 出生数及び出生率

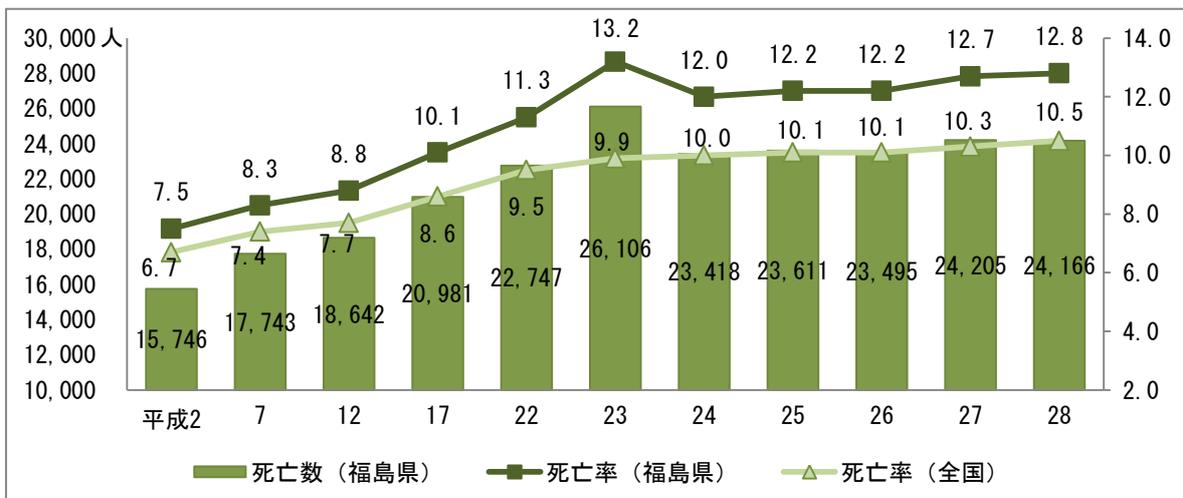


資料：人口動態統計（厚生労働省）

- 本県の死亡数は増加傾向にあり、平成28年は24,166人となっています。（平成23年は東日本大震災の影響により大きく増加。）

死亡率は常に全国平均を上回っており、平成28年は12.8となっています。

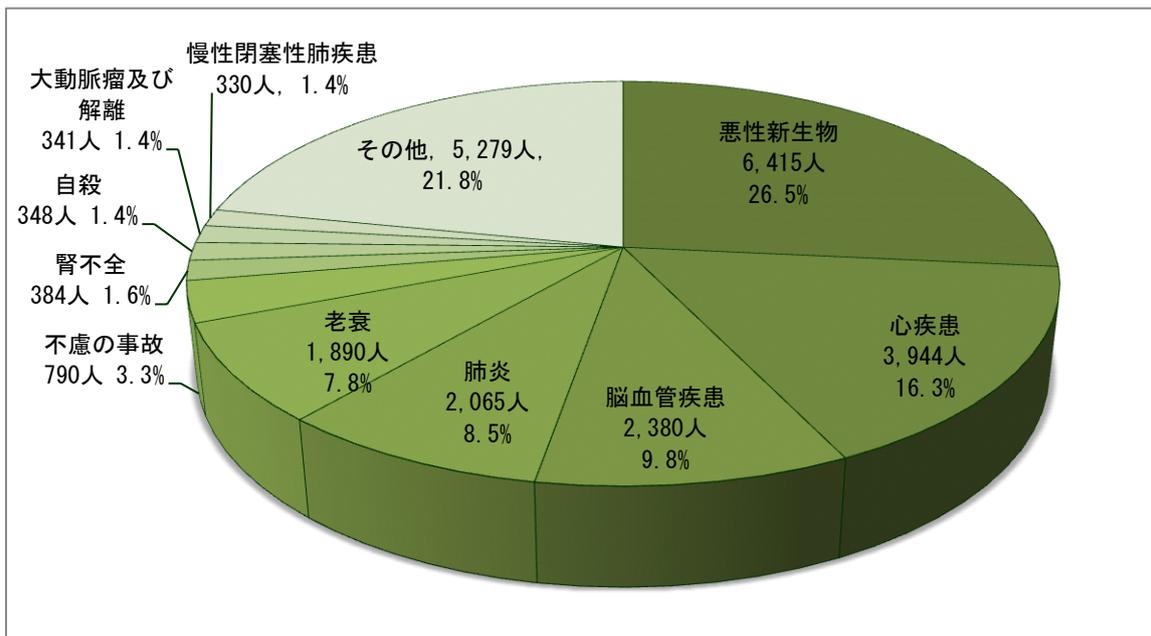
図表1-2-2-2 死亡数及び死亡率



資料：人口動態統計（厚生労働省）

- 平成 28 年の主な死因の死亡数及び死亡者総数に占める割合をみると、第 1 位が悪性新生物で 26.5%、第 2 位が心疾患で 16.3%、第 3 位が脳血管疾患で 9.8%となっています。

図表 1-2-2-3 主な死因の死亡数及び死亡者総数に占める割合（平成 28 年、福島県）



資料：人口動態統計（厚生労働省）

- 平成 27 年の年齢調整死亡率をみると、全死因では男性が 518.9（全国 486.0）で全国 6 位、女性が 275.7（全国 255.0）で全国 2 位となっており、男女ともに高くなっています。

また、死因別にみると、心疾患、急性心筋梗塞、脳血管疾患、脳梗塞、自殺、糖尿病の全国順位が男女ともに高くなっています。

図表 1-2-2-4 主な死因の年齢調整死亡率及び全国順位（平成 27 年）

死因	福島県				全国	
	男性		女性		男性	女性
	率	順位	率	順位	率	率
全死因	518.9	6	275.7	2	486.0	255.0
悪性新生物	165.5	19	89.9	10	165.3	87.7
心疾患	79.2	4	41.1	4	65.4	34.2
急性心筋梗塞	34.7	1	15.5	1	16.2	6.1
脳血管疾患	43.7	11	27.4	6	37.8	21.0

死因	福島県				全国	
	男性		女性		男性	女性
	率	順位	率	順位	率	率
脳 梗 塞	22.8	7	12.6	5	18.1	9.3
肺 炎	37.1	28	14.6	30	38.3	15.8
不慮の事故	20.4	27	8.8	22	19.3	8.0
自殺	27.4	7	10.3	4	23.0	8.9
腎不全	8.3	11	4.2	20	7.3	4.0
慢性閉塞性肺疾患	8.1	16	1.2	11	7.5	1.1
肝疾患	9.1	23	3.4	22	9.8	3.5
糖尿病	6.6	11	2.9	9	5.5	2.5
老 衰	12.5	10	15.3	12	10.1	13.4
大動脈瘤及び解離	8.5	2	3.4	20	6.4	3.3

資料：人口動態統計特殊報告（厚生労働省）

※率：年齢調整死亡率、順位：高率順の都道府県順位

第3節 県民の受療状況

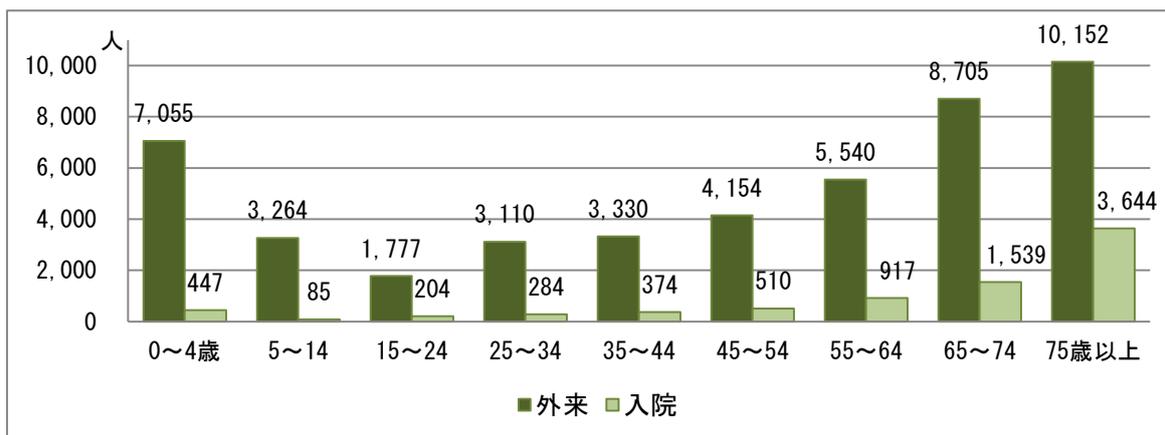
- 平成26年の患者調査（厚生労働省）によれば、人口10万人あたりの本県の受療率※は、外来が5,449人、入院が1,065人となっており、外来・入院とも75歳以上が最も高くなっています。

※ 一定の期間に医療機関において対象疾病の治療を受けた患者数が人口に占める割合。

- 傷病別の患者数をみると、外来では、「消化器系の疾患」が最も多く、次いで、「循環器系の疾患」、「筋骨格系及び結合組織の疾患」、「呼吸器系の疾患」、「内分泌、栄養及び代謝疾患」となっています。

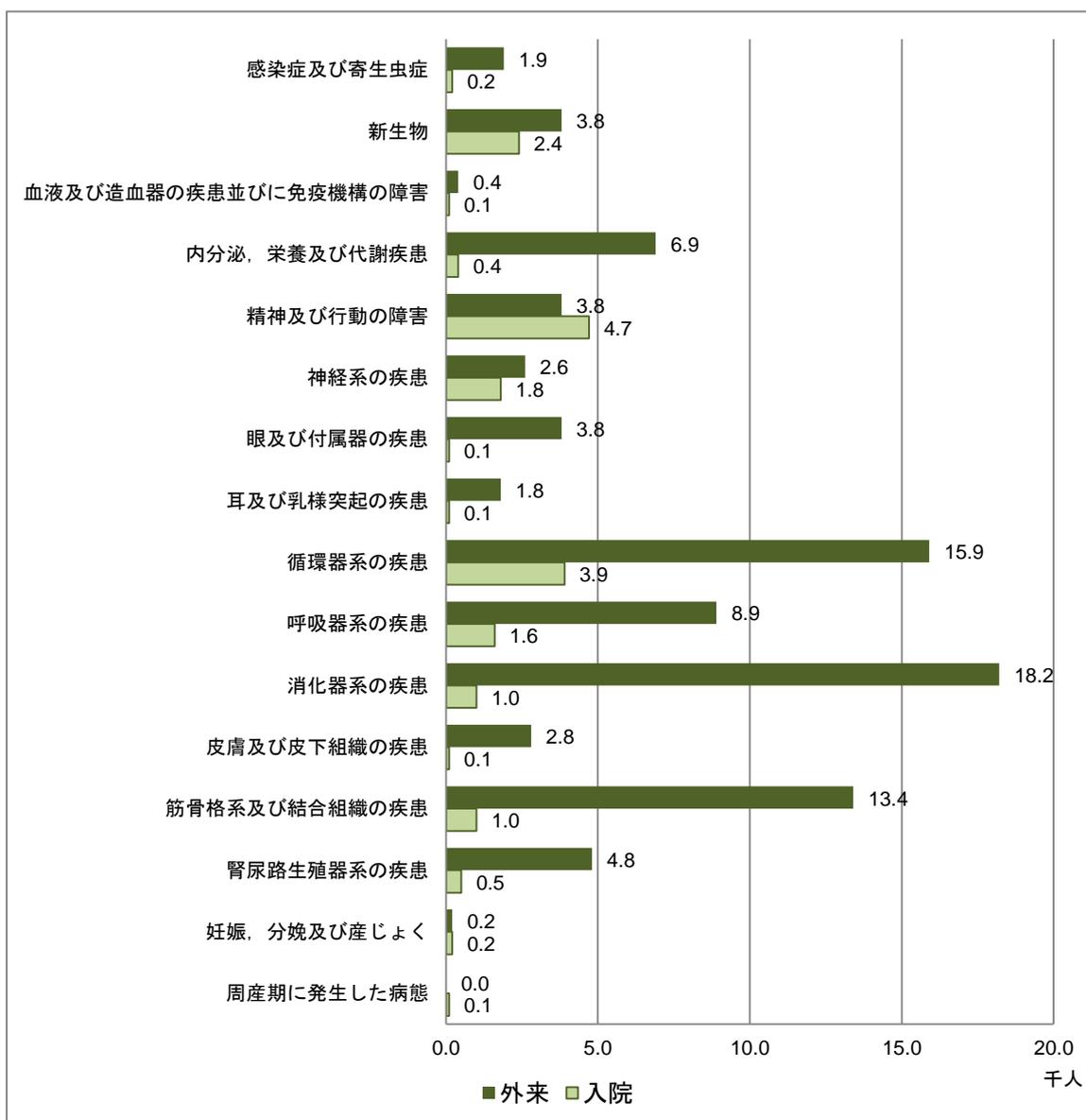
一方、入院では、「精神及び行動の障害」が最も多く、次いで、「循環器系の疾患」、「新生物」、「神経系の疾患」、「呼吸器系の疾患」となっています。

図表1-2-3-1 福島県の受療率（人口10万対、平成26年）



資料：患者調査（厚生労働省）

図表1-2-3-2 福島県の傷病別推計患者数（平成26年）



資料：患者調査（厚生労働省）

- 病院の入院患者の自足率（入院患者が居住する地域内の病院で受療している割合）をみると、県北、県中、会津及びいわきは90%以上、県南及び相双は60%台、南会津は20%未満となっています。

また、病院入院患者の他地域への流出状況では、県南の入院患者の27.2%が県中に、南会津の入院患者の73.6%が会津に、相双の入院患者の11.6%がいわきに、16.2%が県北に流出しています。

図表1-2-3-3 地域別の病院の入院患者自足率（単位：％）

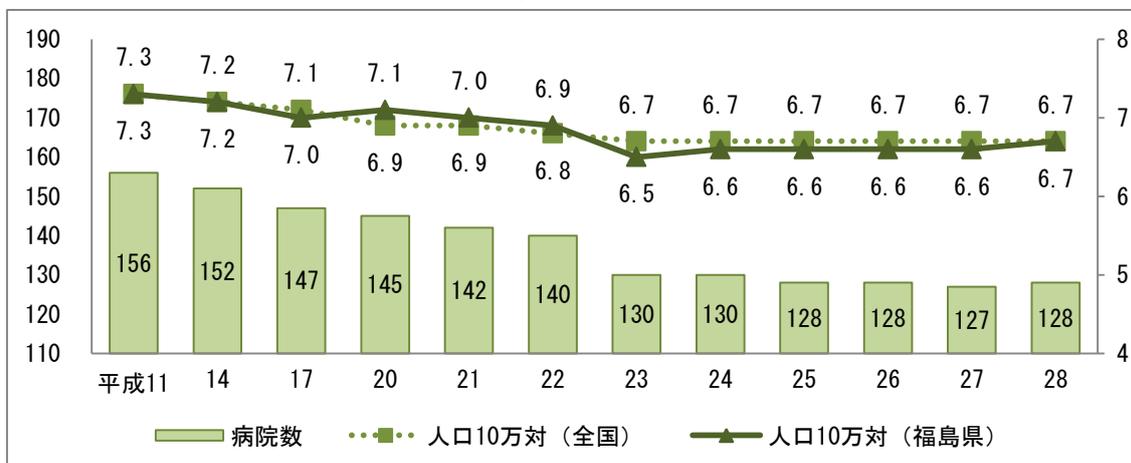
地域	自足率		
	一般病床	療養病床	合計
県北	92.6%	91.4%	92.5%
県中	95.0%	95.7%	95.1%
県南	68.6%	77.0%	69.5%
会津	91.1%	98.6%	93.2%
南会津	23.9%	0.0%	19.9%
相双	58.2%	69.7%	61.5%
いわき	95.6%	96.6%	96.0%

資料：平成26年患者調査（厚生労働省）

第4節 医療提供施設の状況

- 本県の病院数は減少傾向にあり、特に東日本大震災の影響により大きく減少し、平成28年は128施設となっています。人口10万人あたりの施設数をみると、全国平均とほぼ同率で推移しています。

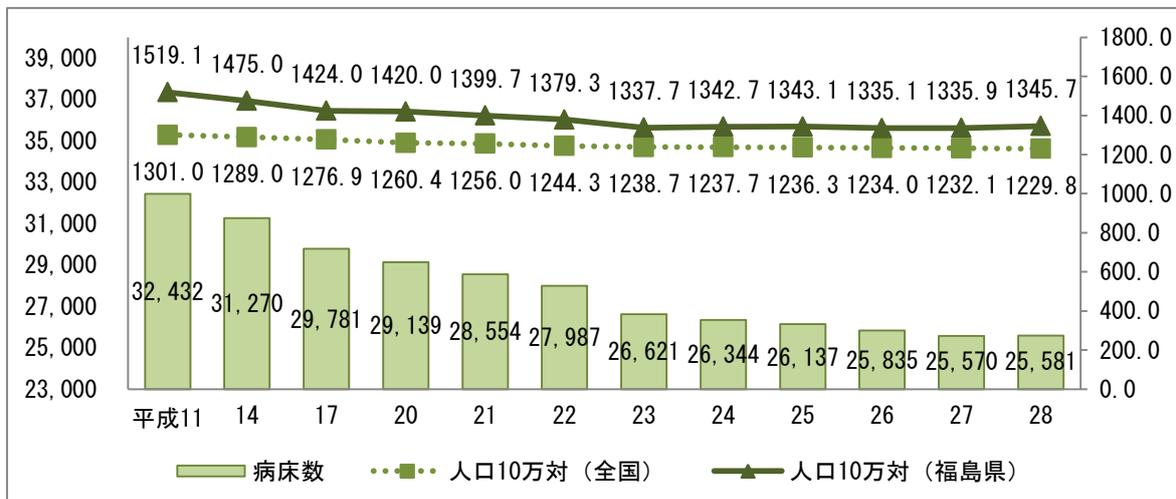
図表1-2-4-1 病院数及び人口10万対施設数の推移



資料：医療施設調査（厚生労働省）※休止中の医療機関を除く。

- 病院の病床数についても減少傾向にあり、平成 28 年は 25,581 床となっていますが、人口 10 万人あたりでは、全国平均を 115.9 床上回っています。

図表 1-2-4-2 病院の病床数及び人口 10 万対病床数の推移



資料：医療施設調査（厚生労働省）※休止中の医療機関を除く。

- 病院数及び病床数を地域別に見ると、人口 10 万人あたりの病院数は相双が最も多くなっていますが、東日本大震災による人口減少が大きく影響しており、次いで多いのはいわきとなっています。人口 10 万人あたりの病床数では、会津がもっとも多くなっています。

図表 1-2-4-3 地域別の病院数・病床数（福島県）

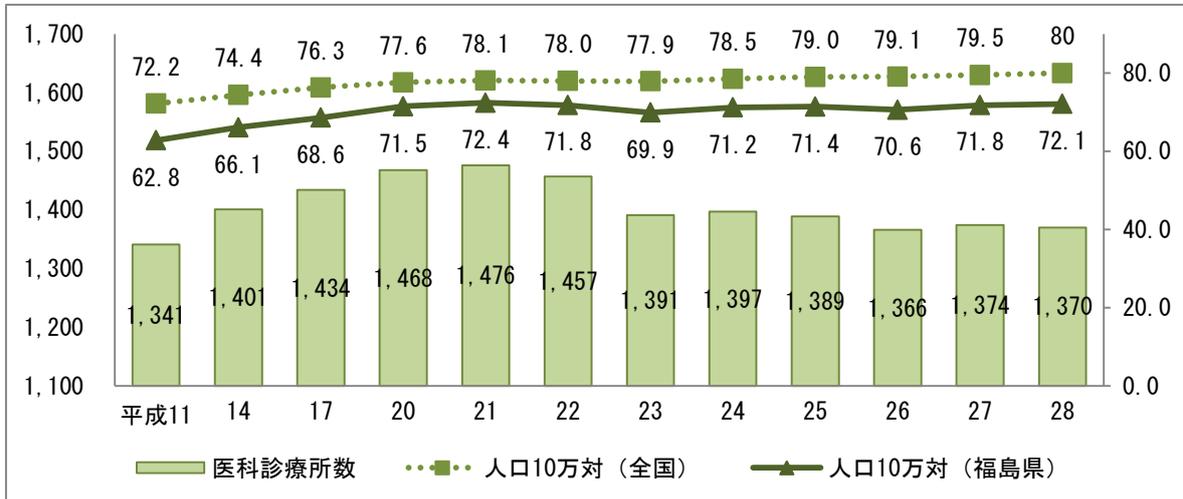
	病院数	人口 10 万対	病床数	人口 10 万対
県北	31	6.3	6,075	1,238.2
県中	33	6.1	7,342	1,361.2
県南	8	5.6	1,528	1,060.5
会津	18	7.2	4,078	1,627.3
南会津	1	3.7	98	361.0
相双	10	8.9	1,596	1,425.7
いわき	27	7.7	4,864	1,388.8
合計	128	6.7	25,581	1,345.7

資料：平成 28 年医療施設調査（厚生労働省）※休止中の医療機関を除く。

地域ごとの人口 10 万人対の算出に用いた人口は平成 27 年国勢調査人口（総務省）

- 本県の医科診療所数は増加傾向にありましたが、東日本大震災のあった平成23年以降減少して平成28年は1,370施設となっており、人口10万人あたりで見ると、全国平均を7.9施設下回っています。

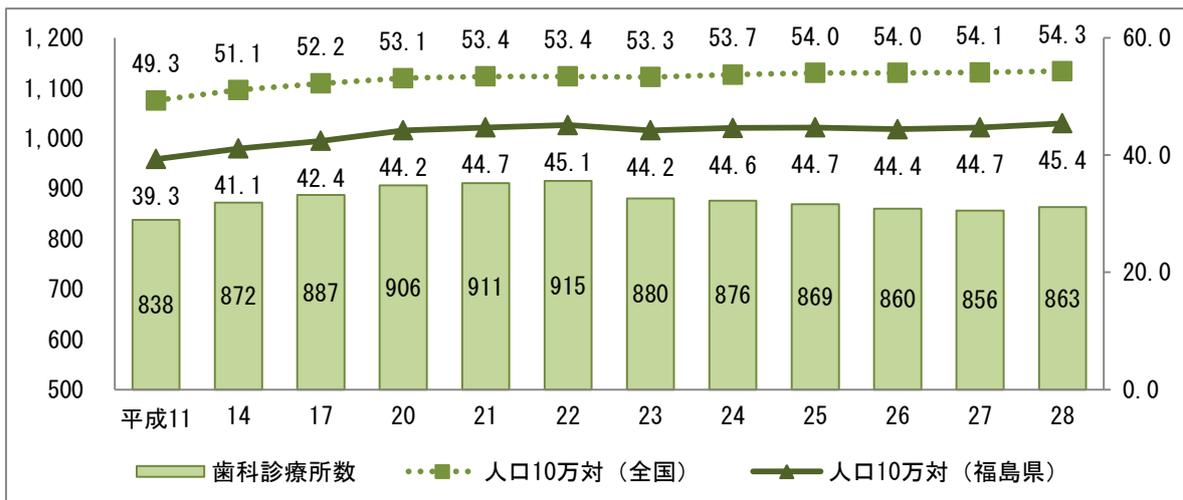
図表1-2-4-4 医科診療所数及び人口10万対施設数の推移



資料：医療施設調査（厚生労働省）※休止中の医療機関を除く。

- 本県の歯科診療所数は増加傾向にありましたが、東日本大震災のあった平成23年以降減少して平成28年は863施設となっており、人口10万人あたりで見ると、全国平均を8.9施設下回っています。

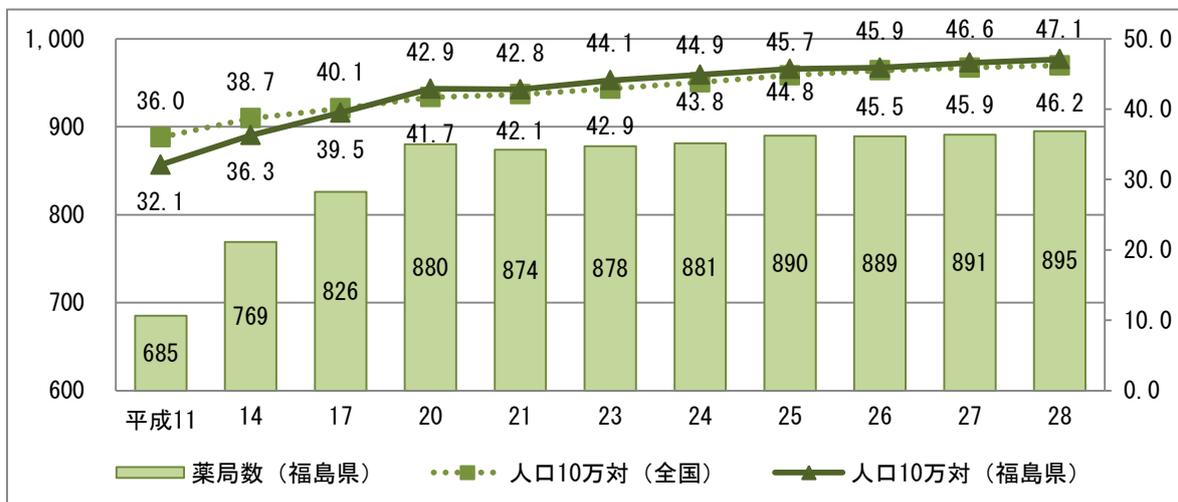
図表1-2-4-5 歯科診療所数及び人口10万対施設数の推移



資料：医療施設調査（厚生労働省）※休止中の医療機関を除く。

- 本県の薬局数は概ね増加傾向にあり、平成 28 年度は 895 施設となっています。人口 10 万人あたりで見ると、平成 20 年度から全国平均を上回っており、平成 28 年度は全国平均を 0.9 施設上回っています。

図表 1-2-4-6 薬局数及び人口 10 万対施設数の推移



資料：衛生行政報告例（厚生労働省）

※ 平成 22 年度は、東日本大震災により宮城県と福島県相双保健福祉事務所管内のデータが欠損しているため、表示していない。

第3章 医療圏と基準病床数

第1節 医療圏の設定

1 医療圏設定の基本的考え方

医療法の規定により、医療資源の適正な配置と医療提供体制の体系化を図るための地域的単位として、医療計画に医療圏を定めることとなっています。

医療資源の有効活用を図り、県民が効率的な医療サービスを適切に受けることができるよう、地理的条件、社会的条件、行政区域等を考慮しつつ、適度な広がりをもった圏域を設定し、それぞれの圏域に応じた医療提供体制を計画的に整備していくことが必要です。

2 一次医療圏

一次医療圏は、医療法に規定はありませんが、生活に根ざした保健サービスと、かかりつけ医、かかりつけ歯科医を中心とした健康相談や初期診療などの一次医療（プライマリ・ケア）が提供されることにより、日常的な健康管理を中心とした保健医療が確保される基本的な圏域として、市町村を単位とした区域とします。

3 二次医療圏

二次医療圏は、医療法第30条の4第2項第12号に規定する圏域で、高度、特殊な医療サービスを除き、原則として入院医療及び専門外来医療を提供する区域とします。

4 三次医療圏

三次医療圏は、医療法第30条の4第2項第13号に規定する圏域で、高度・特殊なサービスを提供する区域であり、二次医療圏では対応できない、より専門的、広域的な医療サービスを提供する圏域として、全県域とします。

【福島県の二次医療圏】

○ 二次医療圏を以下のとおり設定します。

これまでは、会津及び南会津をそれぞれ二次医療圏として設定してきましたが、会津への患者流出が大きい南会津を会津と一体とし、「会津・南会津医療圏」として設定します。

なお、「会津・南会津医療圏」として設定後も、引き続き、南会津における状況を踏まえながら地域の医療提供体制の確保を図ります。

圏 域 名	人口 (人)	面積 (k m ²)	市町村数	構成市町村
県 北	490,647	1,753.34	4市3町1村	福島市、二本松市、伊達市、本宮市、桑折町、国見町、川俣町、大玉村
県 中	539,376	2,406.25	3市6町3村	郡山市、須賀川市、田村市、鏡石町、天栄村、石川町、玉川村、平田村、浅川町、古殿町、三春町、小野町
県 南	144,080	1,233.07	1市4町4村	白河市、西郷村、泉崎村、中島村、矢吹町、棚倉町、矢祭町、埴町、鮫川村
会津・南会津	277,754	5,420.31	2市11町4村	以下の会津・南会津の市町村
(会津)	250,605	3,078.78	2市8町3村	会津若松市、喜多方市、北塩原村、西会津町、磐梯町、猪苗代町、会津坂下町、湯川村、柳津町、三島町、金山町、昭和村、会津美里町
(南会津)	27,149	2,341.53	3町1村	下郷町、檜枝岐村、只見町、南会津町
相 双	111,945	1,738.75	2市7町3村	相馬市、南相馬市、広野町、楡葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町、葛尾村、新地町、飯舘村
い わ き	350,237	1,232.02	1市	いわき市
計	1,914,039	13,783.74	13市31町15村	

資料：国勢調査人口（平成27年10月1日）（総務省）

全国都道府県市町村別面積調（平成27年10月1日）（国土交通省国土地理院）

第2節 基準病床数

1 療養病床及び一般病床

医療法施行規則に規定する標準に基づき、二次医療圏における療養病床及び一般病床の基準病床数を次のとおり定めます。

圏 域 名	基準病床数	既存病床数	過不足病床数
県 北	4,432	4,528	96
県 中	5,207	5,744	537
県 南	1,047	1,130	83
会津・南会津	2,517	3,369	852
相 双	1,054	1,758	704
い わ き	2,746	3,435	689
計	17,003	19,964	2,961

資料：既存病床数は平成29年3月31日現在

2 精神病床、結核病床及び感染症病床

医療法施行規則に規定する標準に基づき、県全域における精神病床、結核病床及び感染症病床の基準病床数を次のとおり定めます。

病 床 種 別	基準病床数	既存病床数	過不足病床数
精 神 病 床	4,909	6,969	2,060
結 核 病 床	46	98	52
感 染 症 病 床	32	36	4

資料：既存病床数は平成29年3月31日現在

第4章 地域医療構想

第1節 地域医療構想について

1 地域医療構想について

平成28年12月、医療法第30条の4第2項の規定に基づき、第六次福島県医療計画の一部（別冊）として、将来（平成37年）の医療提供体制に関する事項として以下のことを定めました。

- 一体の区域として病床の機能の分化及び連携を推進する区域（以下「構想区域」という。）における病床の機能区分ごとの将来（平成37年）の医療需要及び必要とされる病床数
- 構想区域における在宅医療等の将来（平成37年）の必要量
- 地域医療構想の達成に向けた病床機能の分化と連携の推進に関する事項
- 構想区域ごとの医療提供体制の現状と課題
- 将来あるべき医療提供体制を確保するために構想区域において重点的に取り組む施策の方向性

なお、第七次福島県医療計画においては、一体の計画として策定しますが、各構想区域の状況、資料等については、別冊の福島県地域医療構想を参照してください。

2 病床の機能区分

地域医療構想では、患者の状態や診療の実態を勘案して、病床の機能区分ごとの医療需要を推計しています。

図表1-4-1-1 病床の機能区分の定義

機能区分	機能の内容
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 (高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例) 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であって、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟
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害者（重度の意識障害者を含む）、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

第2節 構想区域の設定

1 構想区域の定義

構想区域は二次医療圏を基本として、人口構造の変化の見通しその他の医療の需要の動向及び医療従事者並びに医療提供施設の配置の状況の見通しその他の事情を考慮して、一体の区域として地域における病床の機能の分化及び連携を推進す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。（医療法第30条の4第2項第7号）

2 構想区域の設定

構想区域の設定については、地理的条件、交通条件、行政の区域や福島県総合計画「ふくしま新生プラン」における生活圏を考慮し、二次医療圏を基本とします。

図表1-4-2-1 構想区域

構想区域	構成市町村
県北	福島市、二本松市、伊達市、本宮市、桑折町、国見町、川俣町、大玉村
県中	郡山市、須賀川市、田村市、鏡石町、天栄村、石川町、玉川村、平田村、浅川町、古殿町、三春町、小野町
県南	白河市、西郷村、泉崎村、中島村、矢吹町、棚倉町、矢祭町、塙町、鮫川村
会津・南会津	会津若松市、喜多方市、下郷町、檜枝岐村、只見町、南会津町、北塩原村、西会津町、磐梯町、猪苗代町、会津坂下町、湯川村、柳津町、三島町、金山町、昭和村、会津美里町
相双	相馬市、南相馬市、広野町、榎葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町、葛尾村、新地町、飯舘村
いわき	いわき市

第3節 医療需要推計、将来の必要病床数

1 将来医療需要推計の考え方

- 平成 37 年における医療機能区分ごとの医療需要の算出にあたっては、NDB のレセプトデータや DPC データ等の基礎データに基づいて、地域医療構想策定ガイドラインや医療法施行規則に示された考え方・方法により計算を行うために厚生労働省が各都道府県に提供した「必要病床数等推計ツール（以下「ツール」という。）」を用います。
- なお、以下の推計方法は、あくまで構想区域全体における医療需要の推計のための方法であるため、この推計方法の考え方が、直ちに、個別の医療機関における病床の機能区分ごとの病床数の推計方法となったり、各病棟の病床機能を選択する基準になるものではないことに留意が必要です。

2 高度急性期機能、急性期機能及び回復期機能の需要推計の考え方

- 一般病床の患者（回復期リハビリテーション病棟入院料、障害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等を算定した患者を除く。）の NDB のレセプトデータや DPC データを、入院基本料相当分を除いた診療報酬の出来高点数で換算した値（以下「医療資源投入量」という。）で分析し、医療需要を 1 日あたりの入院患者数として算出します。
- それぞれの医療機能ごとに分析する際の医療資源投入量の境界点は以下のとおりです。
 - ・ 高度急性期と急性期の境界点（C1） 3,000 点
 - ・ 急性期と回復期の境界点（C2） 600 点
 - ・ 回復期と在宅医療等の境界点（C3） 225 点
 （推計では在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み、175 点で区分しています。）
- 将来医療需要の計算方法について、本県では構想区域ごとの将来推計人口値が利用出来ないため、全県単位の値を用いた以下の式により算出しています。

$$\begin{array}{rcccl} \text{構想区域の} & & \text{構想区域の} & & \text{全県人口（将来）} \\ \text{医療需要} & = & \text{医療需要} & \times & \frac{\quad}{\quad} \\ \text{（将来）} & & \text{（平成 25 年）} & & \text{全県人口（平成 25 年）} \end{array}$$

※各医療機能について、性・年齢階級別に計算したものを合算する。

$$\left(\begin{array}{l} \text{(参考) 医療法施行規則に示されている計算方法} \\ \text{構想区域の} \\ \text{医療需要} \\ \text{(将来)} \end{array} \right. = \left. \begin{array}{l} \text{構想区域の} \\ \text{入院受療率} \\ \text{(平成 25 年)} \end{array} \right. \times \left. \begin{array}{l} \text{構想区域の人口} \\ \text{(将来)} \end{array} \right)$$

3 慢性期機能の需要推計の考え方

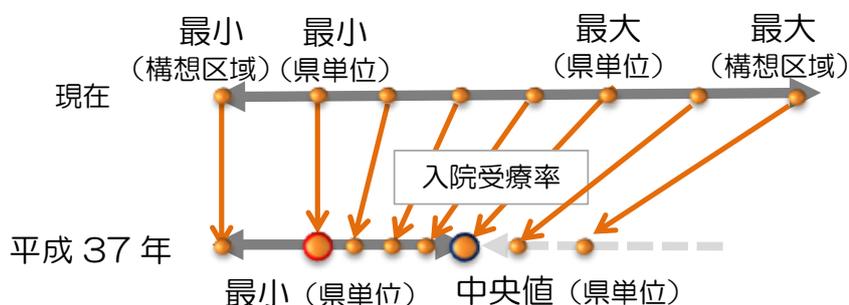
- 主に慢性期機能を担っている療養病床については、現在、報酬が包括算定であるために、一般病床のように医療資源投入量に基づく分析を行うことはできません。
- また、地域によって、在宅医療の充実状況や介護施設等の整備状況なども異なっている中で、療養病床数には大きな地域差がある状況です。
- このため、慢性期機能の推計においては、「療養病床の入院受療率の地域差」を縮小する目標を定め、慢性期機能から在宅医療等へ移行することが可能と考えられる患者数を一定数見込むという前提に立った計算方法が示されています。
- 具体的には、療養病床入院患者から、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する入院患者と、医療区分1である患者の数の70%に相当する入院患者を除いた数に対して、地域差解消に相当する「補正率」を乗じて得た数に、障害その他の疾患を有する入院患者（障害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する入院患者）を加えたものを平成25年の慢性期医療需要とします。
- 将来医療需要については、高度急性期機能、急性期機能及び回復期機能の需要推計と同様に、全県単位の人口を用いて将来人口の変化を反映させて算出します。

4 「療養病床の入院受療率の地域差」の解消について

- 「療養病床の入院受療率の地域差」の解消に相当する「補正率」については、構想区域ごとに、以下に示す範囲内で定めています。
補正パターン・・・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。

図表 1-4-3-1 補正パターンのイメージ



- また、以下の要件に該当する構想区域は、特例として療養病床の入院受療率の地域差を縮小する目標の達成年次を平成 37 年から平成 42 年とすることが出来ます。

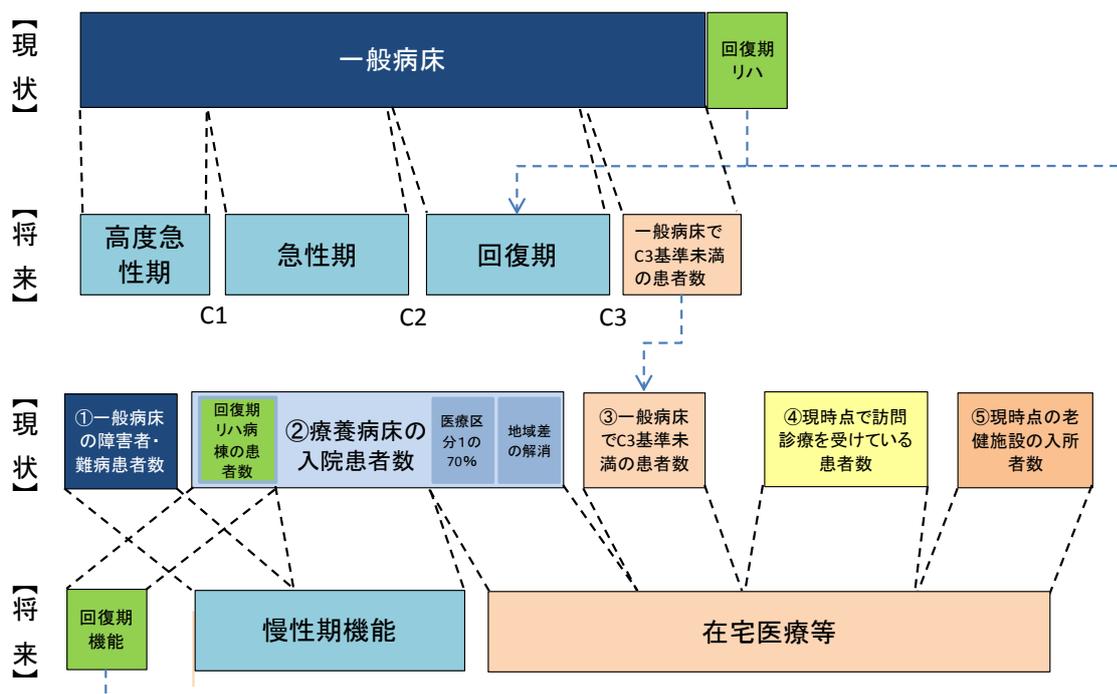
<特例の条件>

- ①当該構想区域の慢性期病床の減少率が、全国中央値（32.2%）よりも大きい
 - ②当該構想区域の高齢者単身世帯割合が全国平均（9.2%）よりも大きい
- 本県では、いわき区域が慢性期病床の推計の特例の条件を満たすため、特例を用いています。

5 在宅医療等の需要推計の考え方

- 在宅医療等とは、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を指します。
- 在宅医療等の将来医療需要は以下を合計し、全県単位の人口を用いて将来人口の変化を反映させて算出します。
- ・ 一般病床で医療資源投入量 175 点未満の患者数
 - ・ 療養病床入院患者のうち、医療区分 1 の 70%
 - ・ 療養病床入院患者のうち、地域差解消分
 - ・ 現時点で訪問診療を受けている患者
 - ・ 現時点の老健施設の入所者

図表1-4-3-2 推計のイメージ



6 将来の医療需要

○ 上記「1」～「5」の推計方法により算出した将来の医療需要は次のとおりです。

なお、医療需要は平成25年の患者の流出入が引き続き継続するものと仮定した医療機関所在地ベースで算出しています。

○ また、原子力災害に伴う避難地域を含む相双区域においては、今なお多くの県民が県内外に避難していることから、今後の医療提供体制を検討していく上で、避難地域が復興し患者の流出が収束した場合を想定した医療需要を別枠で推計しています。

○ その他の区域においても、やはり東日本大震災や原子力災害の影響を受けている時期のデータであるということについて留意する必要があります。

図表1-4-3-3 平成37年医療需要

構想区域	高度 急性期	急性期	回復期	慢性期	小計	在宅 医療等		合計
						うち訪問診療分		
県北	303	1,140	1,500	416	3,359	5,891	3,309	9,250
県中	352	1,279	1,264	1,040	3,935	6,438	3,498	10,373
県南	75	302	222	143	742	1,423	611	2,165
会津・南会津	192	662	761	467	2,082	3,393	1,097	5,475
相双	34	182	219	188	623	1,366	249	1,989
いわき	198	631	675	803	2,307	4,665	2,218	6,972
福島県	1,154	4,196	4,641	3,057	13,048	23,176	10,982	36,224

＜避難地域の復興により流出が収束した場合＞

構想区域	高度 急性期	急性期	回復期	慢性期	小計	在宅 医療等		合計
						うち訪問診療分		
相双	66	318	363	230	977	1,991	791	2,968

7 将来の必要病床数

(1) 将来の必要病床数の考え方

- 将来の必要病床数は、推計した将来の医療需要を病床機能ごとに全国一律の病床稼働率(高度急性期 75%、急性期 78%、回復期 90%、慢性期 92%)で割り戻して算出します。

$$\text{将来の必要病床数} = \frac{\text{将来の医療需要}}{\text{病床稼働率}}$$

(2) 将来の必要病床数

- 「将来の医療需要」を基に算出した「将来の必要病床数」は以下のとおりです。
- 「将来の必要病床数」は、一般病床及び療養病床に入院する患者の一部が在宅医療等へ移行するなどの仮定の下での推計となっています。

- 「将来の必要病床数」はあくまでも将来の医療提供体制を検討する上での参考材料の一つであり、病床削減の目標となる数値ではありません。

図表1-4-3-4 将来の必要病床数

(床)

構想区域	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計
県北	404	1,462	1,667	452	3,985
県中	469	1,640	1,404	1,130	4,643
県南	100	387	247	155	889
会津・南会津	256	849	846	508	2,459
相双	45	233	243	204	725
いわき	264	809	750	873	2,696
福島県	1,538	5,380	5,157	3,322	15,397

<避難地域の復興により流出が収束した場合>

(床)

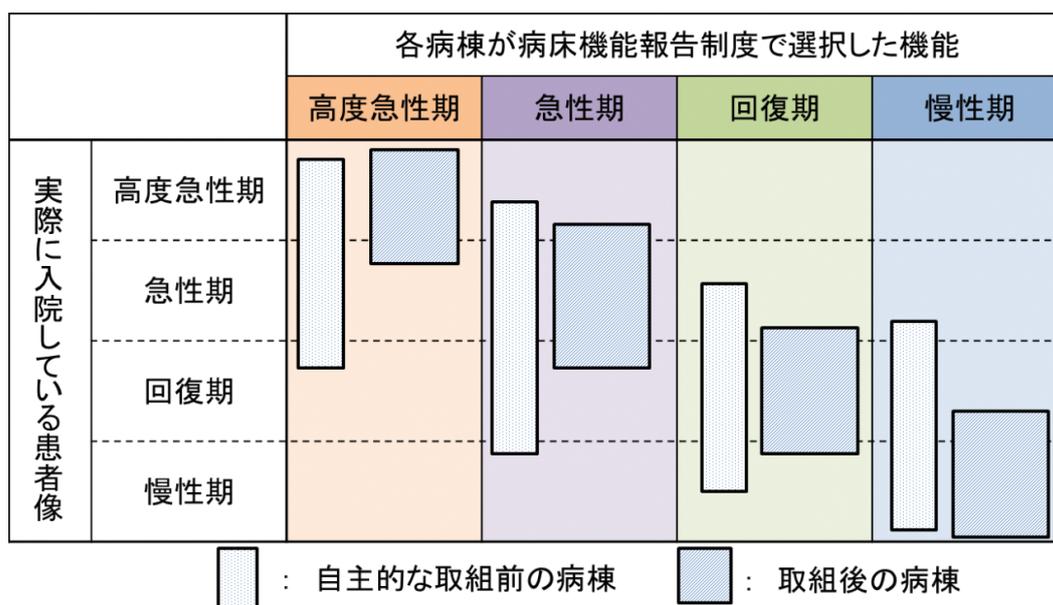
構想区域	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	合計
相双	88	408	403	250	1,149

第4節 病床機能報告制度

1 病床機能報告制度について

- 一般病床又は療養病床を有する病院又は有床診療所は、地域における病床の機能の分化及び連携の推進のため、病棟単位で病床機能を選択し、県に報告することとされています。（医療法第30条の13）
- 各医療機関は、同一構想区域における他の医療機関の各機能の選択状況や、地域医療構想による構想区域における病床の機能区分ごとの平成37年における必要な病床数等を踏まえて、病床の機能の分化・連携の推進に関して自主的な取組を進めることが期待されます。
- 具体的には、様々な病期の患者が入院している個々の病棟について、高度急性期機能から慢性期機能までの選択を行った上で、病棟単位で当該病床の機能に応じた患者の受け入れの仕方や、それに応じた必要な体制の構築などを検討することになります。（下のイメージのとおり、将来も病棟ごとに選択した機能と患者像が完全に一致することを想定しているものではありません。）

図表1-4-4-1 患者受け入れのイメージ



- また、各医療機関の自主的な取組を踏まえて、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、地域における病床の機能の分化と連携が推進されることが期待されます。（例：がん入院医療の役割を医療機関の間で臓器別に分担する、回復期のリハビリテーション機能を集約化する、療養病

床について在宅医療等への転換を進める等)

- なお、病床機能報告制度は、各病棟の病床が担う医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）について、国の示す定性的な基準（図表1-4-1参照）を参考に各医療機関の判断で選択するものであり、一方、医療需要推計・必要病床数推計は、レセプトデータ等を分析し、患者に対して行われた診療行為を1日当たりの診療報酬の出来高点数で医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）に区分したものです。

2 病床機能報告結果

- 平成28年度の報告結果は、以下のとおりです。
- 急性期機能として報告された病床の割合が、病床数全体の60%以上を占めるなど高い一方で、回復期機能として報告された病床の割合は、病床数全体の10%以下と低くなっています。

図表1-4-4-2 平成28年度報告結果（許可病床ベース）

機能区分	平成28年7月1日時点	6年経過時点の予定	増減
高度急性期	1,205	1,217	12
急性期	12,162	11,860	△ 302
回復期	1,420	1,931	511
慢性期	4,395	4,489	94
休止等	752	437	△ 315

※未報告及び報告対象外の医療機関があるため、全県の許可病床数と一致しない。

図表1-4-4-3 平成28年度報告結果(医療圏別)（許可病床ベース）

平成28年7月1日時点

二次医療圏	合計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休止等
県北	4,685	719	2,835	377	440	314
県中	5,839	116	3,759	375	1,334	255
県南	1,096	0	834	76	145	41
会津・南会津	3,239	97	2,059	285	730	68
会津	3,122	97	1,942	285	730	68
南会津	117	0	117	0	0	0
相双	1,347	0	960	53	317	17
いわき	3,728	273	1,715	254	1,429	57
合計	19,934	1,205	12,162	1,420	4,395	752

※未報告及び報告対象外の医療機関があるため、全県の許可病床数と一致しない。

6年経過時点の予定

二次医療圏	合計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休止等
県北	4,685	731	2,760	648	402	144
県中	5,839	116	3,601	495	1,520	107
県南	1,096	0	746	161	145	44
会津・南会津	3,239	97	2,059	320	695	68
会津	3,122	97	1,942	320	695	68
南会津	117	0	117	0	0	0
相双	1,347	0	960	53	317	17
いわき	3,728	273	1,734	254	1,410	57
合計	19,934	1,217	11,860	1,931	4,489	437

※未報告及び報告対象外の医療機関があるため、全県の許可病床数と一致しない。

- 病床機能報告制度と医療需要推計・必要病床数推計ではそれぞれの「医療機能」の定義が異なるため、機能ごとに算出される病床数は単純に比較することはできません。

第5節 地域医療構想の推進体制

1 将来の医療提供体制の実現に向けて

- 地域医療構想では、将来の医療需要推計と必要病床数及び各構想区域における医療提供体制の課題等（別冊「福島県地域医療構想」参照）から、将来必要な医療提供体制の実現に向けて様々な施策に取り組んでいきます。

5疾病、5事業を始めとする各分野での取組については、第2編各論に記載してあります。

2 地域医療構想調整会議

- 構想区域ごとに地域医療構想調整会議を開催し、地域医療構想の実現に向けて、関係者との連携を図りつつ、病床機能区分ごとに将来必要となる病床数を達成するための方策や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います。

- 地域医療構想調整会議の構成

各病院、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、介護関係団体、県保険者協議会、市町村、保健所 等

- 部会やワーキンググループの設置

地域医療構想調整会議では、必要に応じ部会等を設置し、具体的な分野について協議していきます。

3 関係者に求められる役割

地域医療構想の達成のため、県や関係機関には以下の役割が求められます。

【県】

- ・ 地域医療構想に基づき、将来あるべき医療提供体制の実現を目指した取組を推進すること。
- ・ 地域医療構想調整会議を開催し、地域における医療機関相互の役割分担に関する協議を促進すること。
- ・ 関係者に対して必要な情報提供に努めること。

【医療機関】

- ・ 同一構想区域における他の医療機関の病床機能報告の状況や、地域医療構想による将来の必要病床数等を踏まえて、病床の機能の分化・効率化の推進に関して自主的な取組を進めること。
- ・ 地域医療構想調整会議に参画し、将来あるべき医療提供体制の構築に向

けて、地域における医療機関相互の役割分担を促進すること。

【医療・介護関係団体】

- ・行政や関係機関と協力し、地域包括ケアシステムに不可欠な医療・介護の連携体制の整備に取り組むこと。

【市町村】

- ・地域包括ケアシステムの構築を目指し、介護保険法の地域支援事業に位置づけられた在宅医療・介護連携推進の取組を郡市医師会等と連携しつつ実施すること。

【医療保険者】

- ・レセプト等のデータ分析に基づく効果的な保健事業（データヘルス）を実施し、県民の疾病予防・健康づくりの取組を促進すること。

【県民】

- ・主体的に疾病予防・健康づくりに取り組むとともに、適切な受療行動に努めること。

など

4 地域医療構想の進行管理

- 医療審議会の意見を聴きながら、最新の基礎データの入手や、東日本大震災・原子力災害からの復興等の状況の変化に合わせて、構想の評価を適時に行うとともに、今後の高齢化・人口減少社会におけるまちづくり（住宅政策など）までを含めた広範囲の視点を踏まえるなど、必要に応じて構想の見直しを行い、併せて、地域医療介護総合確保基金事業などの地域医療構想の推進に関する施策の実施について、評価及び進捗管理を行います。
- 定期的な地域医療構想調整会議の開催と協議を進めるとともに、病床機能別の現状を把握していきます。
 - ・病床機能報告（毎年7月1日現在）

第6節 各構想区域において重点的に取り組む事項

地域医療構想では、各構想区域における現状と課題に対し、施策の方向性として将来あるべき医療提供体制を確保するために、構想区域において重点的に取り組む事項（施策の方向性）を記載しています。

1 県北構想区域

- 医療機能の確保と連携推進
 - ・ 一般病床から療養病床への転換等、不足する医療機能を確保するために必要な施設・設備の整備を支援し、病床の機能分化・連携を推進します。
 - ・ 医師、看護師を始めとする医療従事者の確保・養成を図ります。
 - ・ 救急搬送受入支援システムの運用による救急搬送の迅速化と救命率の向上を図ります。
- 在宅医療の推進
 - ・ 在宅医療に取り組む医療従事者の確保や質の向上のための研修開催を支援します。
 - ・ 多職種協働により、24時間365日対応の在宅医療提供体制の構築を推進します。

2 県中構想区域

- 病床機能の分化・連携
 - ・ 田村地域、石川郡については、既存の医療機関の機能強化を図れるよう支援します。
- 救急医療
 - ・ 救急医療体制を強化するため、病床機能分化とともに、病病連携、病診連携の強化を図ります。
 - ・ 不要不急の受診や安易な救急車の要請を減らし、適正利用を推進するため、住民の理解を得るよう継続的な普及啓発に努めます。
 - ・ 田村地域、石川郡については、二次救急医療体制の充実を図ります。
- 小児・周産期
 - ・ 安心して子どもを産み育てられるよう、助産師の専門性を活用し、院内助産所や助産師外来の設置を支援します。
- 在宅医療の推進
 - ・ 在宅患者急変時の受入病床を確保するため、地域内病院との連携を強化し、各医療機関の役割分担と相互理解のもとに、在宅療養支援病院や地域包括ケア病棟等の後方病床の整備を支援します。

- ・ 県中区域で始まった退院調整ルールの普及を通して、多職種連携による地域包括ケアシステム構築へ向けた市町村の取組を支援します。

○ 人材確保・人材育成

- ・ 若手医療従事者の定着を図るため、魅力ある勤務環境の整備に努めます。特に、子育て中の医療従事者に対する保育支援の充実や医師・看護師等のスキルアップに繋がる研修の充実を支援します。

3 県南構想区域

○ 病床機能の分化・連携

- ・ 回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟など回復期を担う病床や、療養病床など慢性期を担う病床への転換に必要な施設・設備の整備を支援し、病床の機能分化・連携を推進します。
- ・ 県南区域は病床数や医療従事者数等の医療資源が少なく、地域内で完結する医療提供体制を構築することは難しいため、隣接する県中区域等との医療連携体制の構築を図ります。

○ 医療人材確保

- ・ 医療機能を確保するために必要となる医療従事者の確保・養成を図ります。

○ がん

- ・ 県中区域の医療機関に入院したがん患者について、退院後のフォローを県南区域の医療機関で行うことができるよう、がん専門医の確保に努めます。

○ 生活習慣病

- ・ 市町村や各保険者の健診データ等を活用し、糖尿病、脳疾患、心疾患等について、発生予防、重症化予防に向けての対策を重点的に推進します。
また、市町村、各保険者、医師会等の連携を推進し、特定健康診査受診率を上げ、経過をフォローしていきます。

○ 救急医療

- ・ 県南区域の二次救急医療機関と他区域の三次救急医療機関の間で役割分担・連携を図り、効率的な救急医療体制の構築を推進します。

○ 小児・周産期医療

- ・ 市町村との連携を強化し、ハイリスク妊婦を地域周産期母子医療センターに適切につなげる体制づくりを推進します。

○ 在宅医療の推進

- ・ 在宅医療に取り組む医療従事者の確保や質の向上のための研修開催を支援します。

4 会津・南会津構想区域

- 病床機能の分化・連携
 - ・ 回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟など回復期を担う病床への転換に必要な施設・設備の整備を支援し、病床の機能分化・連携を推進します。
 - ・ 南会津地域の唯一の病院の医療機能については、将来の医療需要や地域の実態を踏まえ、必要な医療機能を確保します。
- 糖尿病
 - ・ 患者負担を減らし生活の質（QOL）を低下させないためにも二次医療圏内で治療が受けられるよう南会津地域内での人工透析施設の機能強化等を支援するとともに、構想区域内全体において、糖尿病に対する適切な治療体制の構築を推進します。
- 救急医療
 - ・ 救急医療について、重篤な救急患者を受け入れる救命救急センターがその役割を果たせるよう、初期救急・二次救急医療の患者受入体制や、ICT（情報通信技術）の活用などによる救急搬送体制を整備するとともに、交通インフラの整備も含めた搬送時間の短縮など、当地域の救急医療の質の向上に取り組みます。
 - ・ 医療の受け手である住民に対し、医療機関の役割分担の現状や適切な受療行動の必要性についての情報提供・普及啓発に取り組みます。
- 小児・周産期医療
 - ・ 乳幼児・小児の救急医療体制の確保については、今後とも会津若松市内の医療機関での集中的な対応が継続できるよう専門医確保など体制整備を支援していきます。
- 在宅医療の推進
 - ・ 在宅医療に取り組む医療従事者の確保や質の向上のための研修開催を支援します。
 - ・ 病院、診療所、訪問看護ステーション、薬局、介護施設等との連携を促進し、入退院と在宅医療の間でスムーズに連携できるように在宅医療体制の構築に取り組みます。
 - ・ 在宅患者の急性増悪時の受入病床を確保するため、地域内病院との連携強化、在宅療養支援病院や地域包括ケア病棟等の後方病床の整備を支援します。

5 相双構想区域

○ 医療機能の確保と連携推進

- ・ 被災地の情報と当区域の医療機関の魅力を全国の関係機関や医療従事者等に発信します。
- ・ 区域内の医療機関同士の人的支援制度の確立を推進します。
- ・ 産婦人科と小児科の医療機能の集約などに必要な施設整備等を支援します。
- ・ 開業医の後継支援や新規開業の誘導、また医療従事者を確保するための院内保育所などの勤務環境整備の支援に努めます。
- ・ 透析医療に係る臨床工学士、看護師等の医療従事者の確保に努め、透析医療の提供体制の充実を図ります。
- ・ 双葉地域の医療提供体制を補完し、区域内における医療の完結性の向上及び救急医療の充実を図るため、医療機関の機能充実のための施策を推進します。
- ・ 一般病床や療養病床では、行動・心理症状を伴う認知症への対応が困難であることから精神科病院の再開等の支援や他の区域との連携推進に努めます。

【双葉地域】

- ・ 帰還住民や復興関連事業従事者、原発作業員等の救急医療体制を確保するため必要な二次医療機関を設置します。
- ### ○ 在宅医療の推進
- ・ 在宅医療に従事する医師等、医療従事者及び介護施設の従事者の確保に努めます。
 - ・ 患者家族の高齢化による介護力の低下や、在宅医療の受け皿となる地域の介護施設の不足を補完する回復期病床や慢性期病床への転換を支援します。
- ### ○ その他
- ・ 旧避難指示区域等における薬局の再開等を支援します。

6 いわき構想区域

○ 医療機能の確保と連携推進

- ・ 救急医療について、重篤な救急患者を受け入れる救急救命センターがその役割を果たせるよう、初期救急・二次救急医療の患者受入体制の整備や、ICTの活用などによる救急搬送体制の改善を推進し、受入照会回数の減少や搬送時間の短縮などの救急医療の質の向上を図ります。
- ・ 地域包括ケア病棟など回復期を担う病床への転換に必要な施設・設備の

整備を支援し、病床の機能分化・連携を推進します。

- 地域医療連携推進法人制度の活用を含めて、急性期から回復期、慢性期、在宅医療までの効率的な医療提供体制を構築するための医療機関相互の役割分担・連携を協議します。
- 生活習慣病に対する適切な治療体制の構築を推進します。また、データヘルスを推進し、生活習慣病の予防に取り組みます。
- 医療の受け手である住民に対し、医療機関の役割分担の現状や適切な受療行動の必要性について情報提供・普及啓発に努めます。

○ 在宅医療の推進

- 在宅医療に取り組む医療従事者の確保や質の向上のための研修開催を支援します。
- 病院、診療所、訪問看護ステーション、介護施設等との連携を促進し、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員、ケアマネジャー等の多職種協働による24時間365日対応の在宅医療提供の拠点構築を推進します。
- 医療の受け手となる住民に対し、在宅医療や看取りに関する情報提供・普及啓発に努めます。

第5章 地域包括ケアシステム等

第1節 地域包括ケアシステム

- 平成37年には団塊の世代が全て75歳以上となる超高齢社会を迎えることとなり、医療や介護の需要がさらに増加することが見込まれています。
- そのため、医療・介護資源を有効に活用し、急性期医療から在宅医療・介護までの一連のサービスが地域で適切に提供されるよう、医療と介護の連携の必要性がこれまで以上に高まっています。
- また、高齢者だけでなく、誰もが、できる限り住み慣れた地域で安心して生活を継続していけるよう環境を整備していくことが重要です。
そのため、以下の取組を始めとして、医療・介護・予防・住まい・生活支援のサービスの一体的な提供に努めます。
 - ・ 疾病予防には県民一人一人の生活習慣の改善が重要であることから、県民の健康づくりを支援していきます。
 - ・ 医療・介護連携について、関係機関が連携し、多職種協働による医療・介護を一体的に提供できる体制を構築します。
 - ・ 長期にわたり治療を必要とする児童生徒に対する教育環境の整備を図ります。
 - ・ 治療と職業生活を両立できるよう、がん患者、難病患者、障がい者等に対し、ハローワーク・労働局と連携した就労支援を行います。
 - ・ 高齢者が安心して生活できる住まいづくりを推進するため、サービス付き高齢者向け住宅等の整備を促進します。
- 県民一人一人が、医療や介護が必要になっても、保健・医療・福祉・労働・教育などの関係機関・団体等が連携して、多方面から必要な支援が切れ目なく提供される地域包括ケアシステムの構築を目指していきます。

第2節 県民の健康づくり

- 急速な高齢化の進展とともに、疾病全体に占める悪性新生物、脳血管疾患、心疾患、糖尿病等の生活習慣病による死亡者割合の増加は社会問題となっており、特に本県は、これらの年齢調整死亡率が全国平均よりも高い傾向にあります（主な死因の年齢調整死亡率は第2章第2節「人口動態」に記載）。

- 各疾病に係る予防については、第2編第4章各節に記載していますが、とりわけ、生活習慣病の予防は、栄養・食生活、身体活動・運動、さらには喫煙など生活習慣の改善が何より重要です。
- そのため、市町村や関係団体等と連携しながら、以下の取組を始めとして、県民の意識向上など、県民の健康づくりを支援していきます。
 - ・ 適正体重の維持や減塩、脂肪等の摂りすぎに注意するなど健康に配慮した食生活の習慣化を図るため、食事についての正しい知識の情報提供を行うとともに、適切な栄養管理を可能とする食環境の整備を行います。
 - ・ 運動習慣の定着化を図るため、運動・身体活動の普及啓発や運動しやすい環境づくりを推進します。
 - ・ 喫煙の害に関する情報提供・普及啓発を行うなど禁煙を推進するとともに、受動喫煙の機会を減らすための取組を推進します。
 - ・ また、こころの健康も重要であることから、休養やこころの健康に関し、適切な情報提供と相談体制の強化を図ります。また、誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指し、相談窓口や支援機関が連携した切れ目のない支援の提供に努めます。
- 県民一人一人が実践する健康づくりを基本としながら、地域が一体となった健康づくり県民運動を展開し、社会全体が相互に支え合う健康づくりに視点を置いた環境を整備していきます。

第2編 各論

第1章 東日本大震災への対応

第1節 復興・再生の取組

1 東日本大震災による被災状況

- 平成23年3月に発生した東日本大震災・原子力災害により、浜通り地方を中心に甚大な被害が生じ、16万人以上の県民が避難生活を余儀なくされました。

福島県災害対策本部の「平成23年東北地方太平洋沖地震による被害状況即報」によれば、平成29年12月現在、震災関連死も含めた死亡者数は、4,015人、行方不明者は2人となっており、15,224棟の住家が全壊、80,803棟が半壊となっています。

震災前202万人だった本県人口は、昭和53年以来33年ぶりに200万人を割り込み、平成29年12月1日現在、推計で約188万人にまで減少しています。

- 地震と津波による被害は大きく、県内の8割の病院が被災し、医科・歯科診療所、薬局にも大きな被害が生じるなど、本県の医療提供体制は大きく低下しました。

原子力災害については、第2節に記載していますが、発災から7年を経過してもなお、ふるさとに住民が帰還できない地域があり、影響は長期化・深刻化しています。

2 復興・再生の取組

- 県では、平成23年8月に福島県復興ビジョンを、平成23年12月には福島県復興計画（第1次）を策定（福島県復興計画は適宜見直しを行い、平成27年12月に第3次を策定）し、県民を始め、国、市町村、関係団体等と連携して、復興・再生に取り組んでいます。

さらに、平成24年度には県の最上位の計画である福島県総合計画「いきいきふくしま創造プラン」を全面的に見直し、平成25年度から平成32年度を計画期間とする福島県総合計画「ふくしま新生プラン」により、復興・再生の取組を加速させていきます。

- 医療の分野においては、平成23年11月に福島県地域医療再生計画（三次医療圏）を策定し、県内全域において、被災した病院、医科・歯科診療所及び薬局の災害復旧を支援するとともに、医療機関における医療従事者の流出防止と確保等を支援してきました。

医療従事者の確保については、第2章に記載していますが、復興・再生に

向けて、引き続き強力に進めていく必要があります。

- また、特に被害が大きかった浜通り地方の医療の復興・再生については、「福島県復興計画（第3次）」における10の重点プロジェクトの1つ、「避難地域等復興加速化プロジェクト」で、「浜通り地方の医療等の提供体制の再構築」に取り組むこととしており、これまで、平成24年2月に策定した「福島県浜通り地方医療復興計画」及び平成25年2月に策定した「福島県浜通り地方医療復興計画（第2次）」に基づき、地域医療再生基金で拡充された財源を活用し、双葉地域における医療提供体制の再構築、及び相馬地域、いわき地域の医療提供体制の強化等に係る事業を実施してきました。

- 平成27年7月、「福島12市町村の将来像に関する有識者検討会」において、医療の充実による安全・安心の確保について「中長期的に二次救急医療等を担う医療機関の確保を進められるよう、国の参画のもと、広域的視点で福島県が地元市町村、関係機関と連携して協議の場を設け、避難住民が安心して帰還できるよう、各市町村における医療提供体制の整備方針を早急に議論し、具体化していく。」と提言されました。

- また、平成28年3月、『復興・創生期間』における東日本大震災からの復興の基本方針」が閣議決定され、原子力災害からの復興・再生について、政府が「医療・介護・福祉施設の整備・事業再開や専門職の人材確保について、国のリーダーシップの下、県や市町村と連携し、地域ニーズに対応したきめ細かな支援を行う。特に双葉郡の二次救急医療の確保に向けた支援に取り組む。」との方針が示されました。

- これら提言等を受け、県では、平成27年9月に「双葉郡等避難地域の医療等提供体制検討会」を設置し、国、県、地元市町村及び関係団体が連携しながら、避難地域の医療等にかかる情報及び課題を共有し、広域的な視点の下、双葉郡の二次救急医療の確保を中心に将来展望をもった対応について検討し、平成28年9月に、避難地域の医療提供体制を再構築するに当たっての検討課題を「双葉郡等避難地域の医療等提供体制検討会 中間報告」として取りまとめました。
【今後の検討課題】
 - ・ 中長期的な財源の確保
 - ・ 避難地域の医療ニーズへの的確な対応、及び適切な医療提供水準の確保
 - ・ 専門職である医療人材の確保

- 避難地域の実情に応じた地域包括ケアシステムの構築

- 当該中間報告を基に、「福島県復興計画（第3次）」と整合を図りながら、それを具体化していくことにより、平成29年7月に「避難地域等医療復興計画」を策定し、以下の取組を柱に事業を実施していくこととしました。
【取組の柱】
 - 避難地域の医療提供体制の再構築
 - 近隣地域の医療提供体制の充実
 - 原子力災害により不足した医療人材の確保

- 福島県総合計画「ふくしま新生プラン」を始めとする、これらの計画に基づき、国、市町村、関係機関等と連携して、今後も着実に、東日本大震災からの復興・再生に取り組んでいきます。

第2節 原子力災害への対応

1 原子力災害の影響

(1) 総論

- 東日本大震災・原子力災害は、未曾有の大災害であり、本県においては、特に原子力災害による影響が、極めて大きなものとなっています。

- 医療の提供体制については、主に、以下の3点において、深刻な影響をもたらしました。
 - ・ 医師や看護師等の医療従事者の流出を招くとともに、県内における医療従事者の不足や偏在が拡大したこと。
 - ・ 東京電力福島第一原子力発電所を中心に設定された避難指示区域により、相双医療圏が南北に分断され、これまでの医療連携体制が機能しなくなってしまったこと。
 - ・ 避難指示区域の設定に伴い、多くの医療機関が休止を余儀なくされたこと。

- 一方で、特に相双医療圏の住民を中心に、避難生活が長期化する中で、生活環境や生活習慣の変化等による健康状態の悪化が一部に生じています。
また、子育て世代を中心に、放射線の健康への影響に対する不安とストレスを抱えています。

- 医療提供体制の再構築とともに、被災者への支援、県民の健康不安とストレスへの対策が必要とされています。

(2) 避難地域の医療提供体制の現状

- 避難地域では、平成29年4月までに、帰還困難区域を除き、大部分の避難指示区域が解除され、公的機関や民間事業所、教育機関等が再開し、住民の帰還が徐々に進んでいます。

- 平成27年度から28年度にかけて実施された「原子力被災自治体における住民意向調査」（復興庁）の結果では、早い時期に避難指示を解除した町村（檜葉町、川内村）では、住民の7割を超える世帯が「戻った」、「戻りたい」と回答している一方、平成29年3月～4月に避難指示が解除された区域を含む町村（富岡町、浪江町）や帰還困難区域が多くを占める町村（大熊

町、双葉町)では、「戻りたい」との回答は2割弱となっているなど、同じ避難地域内でも、今後の帰還の状況が異なることが予想されます。

- 震災前(平成23年3月1日。以下この節において同じ。)には、避難地域では8病院が診療を行っていましたが、現在(平成29年12月1日。以下この節において同じ。)、診療を行っているのは2病院のみ(震災前の25.0%)となっており、震災前に双葉地域で稼働していた二次救急医療機関である、今村病院(富岡町)、福島県立大野病院(大熊町)、福島県厚生農業協同組合連合会双葉厚生病院(双葉町)、医療法人西会西病院(浪江町)は現在も全て休止中です。
- 双葉郡等避難地域の医療等提供体制検討会において、二次救急医療の確保が双葉地域における喫緊の課題であるとされたことを受け、県では、平成30年4月の開院に向け、富岡町に「福島県ふたば医療センター附属病院」を整備しています。
- 現在、避難指示解除から数年が経過している市町村(田村市(都路地区)、広野町、楡葉町、川内村)では、診療所は12施設中10施設(83.3%)、歯科診療所は3施設中3施設(100.0%)と震災前に稼働していた診療所等の多くが再開しています。医療機関の再開、診療継続に伴い、内科や外科といった一般的な診療科については、医療提供できる環境が整備されつつあります。
- 一方、現在、避難指示解除から1年程度が経過している市町村(南相馬市(小高区)、川俣町(山木屋地区)、富岡町、浪江町、葛尾村、飯館村)においては、避難指示解除に併せて、市町村による公設の診療所等が再開、新設され、帰還した住民に対し、一定の医療を提供できる体制が先行的に整備されていますが、民間診療所等の再開が課題となっています。
- 薬局については、平成29年12月現在の再開状況は、避難指示解除から数年が経過している市町村では5施設中1施設(20.0%)、避難指示解除から1年程度が経過している市町村では20施設中2施設(10.0%)となっており、薬局の再開が課題となっています。

(3) 近隣地域の医療提供体制の現状

- 帰還状況から、避難地域の住民の9割程度が、現在も、いわき市や南相馬市などの近隣地域を生活の拠点としているものと推測されます。また、原子力災害による避難者のための復興公営住宅が、いわき市に1,744戸、南相馬市に927戸整備される見込みであるなど、避難地域から近隣地域に人口が移動した状況は、今後も一定程度の期間続くものと考えられることから、医療需要が増大しています。

- 避難住民以外に、日中、避難地域で勤務している復興関連事業従事者等の多くが近隣地域に居住・宿泊して避難地域に通勤しているため、夜間・休日の救急対応等が増加しています。

(4) 医療人材の現状

- 東日本大震災前後の医療施設に従事する人口10万人に対する医師数は、全国平均では219.0人(平成22年)から240.1人(平成28年)と21.1人増加しているのに対し、本県では182.6人(全国第41位)から195.7人(同42位)と13.1人の増にとどまっています。また、人口減少により相馬地域では130.8人から146.0人、双葉地域では103.0人から142.0人と増加していますが、医師数は相馬地域では10人、双葉地域では66人の減少となっており、回復が進んでいない状況にあります。

- 同様に、業務に従事する人口10万人に対する看護職員数は、全国平均では1,089.9人(平成22年)から1,228.7人(平成28年)と138.8人増加しているのに対し、本県では1,188.7人(全国第27位)から1,303.5人(同31位)と114.8人の増にとどまっています。また、人口減少により相馬地域では1,055.8人から1,059.6人、双葉地域では1,031.3人から3,344.9人と増加していますが、看護職員数は相馬地域では204人、双葉地域では539人の減少となっており、回復が進んでいない状況にあります。

- また、薬局・医療施設に従事する人口10万人に対する薬剤師数は、全国平均で154.3人(平成22年)から181.3人(平成28年)と27.0人増加しているのに対し、本県では135.9人(全国第37位)から155.0人(同41位)と19.1人の増加にとどまっています。また、人口減少により相馬地域では119.5人から136.3人、双葉地域では98.9人から173.6人と

増加していますが、薬剤師数は相馬地域では6人、双葉地域では61人の減少となっており、回復が進んでいない状況にあります。

- 医師、看護職員等の医療従事者数の回復が進まない一方で、介護保険認定率（要介護（要支援）／第1号被保険者数）が、全国平均では16.9%（平成22年）から17.9%（平成27年）とわずかな上昇にとどまっているのに対し、本県では16.9%から18.9%に上昇するとともに、相馬地域では14.7%から16.9%、特に双葉地域では15.6%から23.5%と大幅に上昇するなど、避難の長期化による県民の健康指標の悪化が顕在化しており、医療ニーズの増大等による医療人材不足は一層深刻化しています。
- さらに、医師、看護職員数が微増傾向にあるいわき市においても、2万人を超える避難者を受け入れるとともに、双葉郡等の二次・三次医療を支えるなど、医療ニーズは大きく増加しており、深刻な医療人材不足の状況にあります。

2 原子力災害への対応

（1）避難地域の医療提供体制の再構築

- 避難地域の現状を踏まえ、避難指示解除の時期等に応じて、以下のとおり、医療機関の再開・再開医療機関の診療継続に向けた支援を行います。

【避難指示解除から数年が経過している市町村】

※田村市（都路地区）、広野町、楡葉町、川内村

- ◆ 住民の帰還が進みつつありますが、依然として、医療機関の再開状況と比較すると、住民の帰還率が低く、震災前と比べて、診療報酬により採算性を確保することが困難な状況にあることから、経営の安定化を図るための取組を重点的に行っていきます。

【避難指示解除から1年程度が経過している市町村】

※南相馬市（小高区）、川俣町（山木屋地区）、富岡町、浪江町、葛尾村、飯館村

- ◆ 先行整備された医療機関に対しては、経営改善を促しながら、引き続き、その運営を財政面から支援していきます。

- ◆ 一層の困難が想定される民間医療機関の再開に当たっては、地域で必要な医療は地域で確保していくことを前提に、財政的支援のみならず、市町村を含め、関係機関が連携し、地域ぐるみで支援を行っていきます。
 - ◆ 避難地域では確保できる人材が限られていることから、人的資源を有効に活用する観点から、他地域の医療機関等との連携や福祉・介護分野への進出・連携を行う取組等に対する支援を行っていきます。
- また、帰還した住民に必要な医療が確保できるよう、震災以前に当該医療を提供していた医療機関の再開を支援するだけでなく、必要に応じて、再開した医療機関が新たに必要な医療の提供を行う取組や新たな医療機関による同様の取組などを支援していきます。
- 避難地域で提供体制の構築を必要とする医療については、近隣地域の医療提供体制の充実による体制づくりや、遠隔医療による医療提供体制の確保など、帰還した住民がその医療を受けることができる機会の確保に努めていきます。
- 「福島県ふたば医療センター附属病院」は、政策医療である二次救急医療を担うこと、また、再開した医療機関への影響を考慮し、一般外来診療を行わないため、診療報酬のみで採算を確保することは困難であり、運営に必要な財源を継続して確保していく必要があります。
- 「福島県ふたば医療センター附属病院」の開院に伴い、二次救急医療の確保に一定の目処が立つ見込みですが、帰還の状況、復旧・復興の進展に応じて、確保すべき医療機能も変化するため、民間医療機関の再開動向を注視しながら、医療ニーズを的確に把握し、引き続き、必要な医療の確保に向けた取組を進めていきます。
- 震災前に薬局のあった檜葉町、富岡町、浪江町及び飯舘村においては、薬局再開がなされていない状況にあるため、当該4町村に産学官連携による薬局開設協議会を設置・開催し、必要とされる薬局機能、再開のあり方等を検討し、薬局開設を支援します。

(2) 近隣地域の医療提供体制の充実に向けた支援

- 避難住民等による医療需要の増大に対応するため、「休日夜間の初期救急受入体制の整備支援」や「救急医療従事者の育成」に関する取組等への支援を行います。

また、復興公営住宅団地内に設置される診療所の運営や、不足する医療の機能強化などについて支援を行います。

- 近隣地域の医療機関が、避難地域で当面、十分な医療提供体制の構築が困難と見込まれる周産期医療や透析医療（人工透析）等の設備整備等の機能強化等に取り組む場合に支援を行います。
- 双葉地域において、「福島県ふたば医療センター附属病院」を中心とした救急医療体制を構築するに当たって、近隣地域の二次・三次救急医療機関の機能強化や、避難地域の医療機関との連携等に必要となる医療情報連携基盤の整備等に対する支援を行います。

(3) 原子力災害により不足した医療人材の確保

- 医療機関の再開等に際しては、専門職である医療人材の育成、資質向上、確保定着を図ることが必要であることから、引き続き、県内全域で避難指示等区域の復興及び住民帰還の加速を支える医療人材の養成、資質向上、確保定着に継続的かつ長期的に取り組んでいきます。

(4) 被災者の健康支援

- 被災者の生活環境の変化等による健康状態の悪化や感染症の発生、ストレスや不安の増大、孤立化等の健康問題が懸念される中、被災者への健康支援活動を継続していくことが重要であることから、関係機関や団体と課題や情報を共有するとともに、被災市町村における健康支援活動に対する支援に努めます。

- 放射線の健康への影響について県民が抱く不安やストレスの軽減を図るため、医療機関における放射線に関する相談外来設置への支援等により、県民が放射線に関する情報や知識を十分に得られるよう、リスクコミュニケーション*を実施していきます。

*リスクに関する情報を共有し、意見交換等を通じて意思疎通と相互理解を図ること。

(5) 県民健康調査による長期的な見守り

- 県では、東日本大震災やその後の東京電力福島第一原子力発電所事故により、多くの県民が健康に不安を抱え、避難生活を余儀なくされた状況を踏まえ、長期にわたり県民の健康を見守り、将来にわたる健康の維持・増進につなぐことを目的とした「県民健康調査」を、公立大学法人福島県立医科大学と連携して実施しています。

「県民健康調査」では、全県民を対象とした基本調査（外部被ばく線量の推計）、震災当時概ね18歳以下の県民を対象とした甲状腺検査、健康診査などに取り組み、疾病の早期発見・早期治療を図るなど、長期にわたり県民の健康を見守っていきます。

※お問い合わせ先：公立大学法人福島県立医科大学放射線医学県民健康管理センター
電話 024-549-5130（土日祝日を除く 9:00~17:00）
<http://fukushima-mimamori.jp/>

(6) 公立大学法人福島県立医科大学における対応

- 公立大学法人福島県立医科大学は、本県唯一の医育機関として、また、高度専門医療を担う中核機関として、東日本大震災以前から、本県の医療の中核を担ってきました。

- 東日本大震災発災と同時にDMAT（災害派遣医療チーム）を機能させ、本県の原子力災害医療の中核的な機能を果たすとともに、県災害対策本部においても公立大学法人福島県立医科大学の統括DMATが調整機能を担うなど、災害急性期の医療においても、その力を発揮してきました。

また、県民健康調査を県から受託し、県とともに、県民の健康を長期にわたって見守る体制を整備しています。

- 東日本大震災発災と原子力災害からの復興に向け、公立大学法人福島県立医科大学では、「福島県復興計画」及び「福島医大復興ビジョン」に基づき、県民の健康を将来にわたってしっかりと見守るため、放射線医学に関する最先端の研究診療拠点として、平成28年12月に「ふくしま国際医療科学センター」を開所しました。同センターは、県民健康調査の推進を始め、各種疾病の早期診断や最先端治療、最新の診断・検査薬の開発、人材育成等の機能を担っています。

その中で、医療機能については、小児・周産期医療やがん医療等に係る最先端治療体制の充実、災害・原子力災害医療や救命救急体制の確立、疾病の

早期診断体制の整備等を図ることとしています。

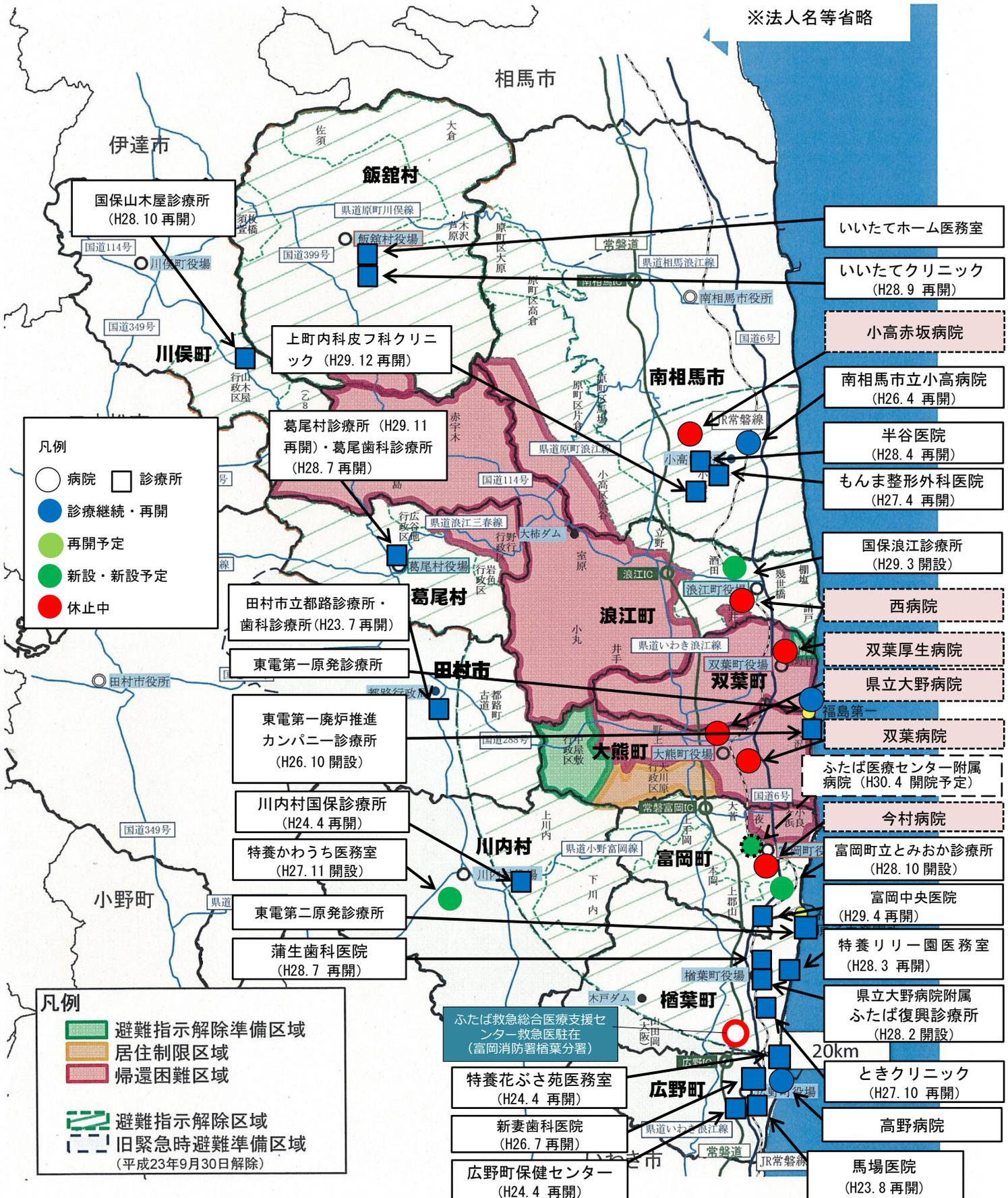
今後、「ふくしま国際医療科学センター」の機能を十分に発揮し、県内全域にその効果が及ぶよう、関係機関や団体等の意見を聞きながら、地域の中核的医療機関との連携等の体制づくりを進めていきます。

- 本県の復興・再生に当たって、公立大学法人福島県立医科大学には、医療分野における中核的な役割を引き続き担うことが期待されます。

県は、公立大学法人福島県立医科大学がその役割を果たせるよう、必要な支援を行っていきます。

避難地域 12 市町村の医療機関等の状況 (平成 29 年 12 月現在)

※法人名等省略



【避難指示解除準備区域】年間積算線量が20mSv以下であることが確実であり、住民の早期帰還を目指す地域。
 【居住制限区域】年間積算線量が20mSvを超える恐れがあり、避難継続を求める地域。
 【帰還困難区域】年間積算線量が5年間経過しても20mSvを下回らない恐れがあり、現時点で50mSvを超える地域。

避難地域12市町村の医療機関再開等状況

H29.12現在

市町村名	区分	H23.3.1 (震災前)	H29.12	施設 再開率	備考
○避難指示解除から数年が経過している市町村					施設再開率:87.5%
田村市 (都路地区) 避難指示解除 H26.4.1	病院	0	0	—	
	診療所	1	1	100.0%	田村市立都路診療所 (H23.7再開)
	歯科診療所	1	1	100.0%	田村市立都路歯科診療所 (H23.7再開)
広野町 緊急時避難準備区域指定解除 H23.9.30	病院	1	1	100.0%	高野病院 (震災後継続診療)
	診療所	5	3	60.0%	馬場医院 (H23.8再開) 広野町保健センター (H24.4再開) 特別養護老人ホーム花ぶさ菟医務室 (H24.4再開)
	歯科診療所	2	1	50.0%	医療法人社団新妻歯科医院広野 (H26.7再開)
楮葉町 避難指示解除 H27.9.5	病院	0	0	—	
	診療所	5	4	80.0%	東京電力ホールディングス(株)福島第二原子力発電所診療所 (震災後継続診療) ときクリニック (H27.10再開) 福島県立大野病院附属ふたば復興診療所 (H28.2開設) 特別養護老人ホームリリー園医務室 (H28.3再開)
	歯科診療所	0	1	100.0%	蒲生歯科医院 (H28.7再開)
川内村 避難指示解除 H26.10.1、H28.6.14	病院	0	0	—	
	診療所	1	2	200.0%	川内村国民健康保険診療所 (H24.4再開) 特別養護老人ホームかわうち医務室 (H27.11開設)
	歯科診療所	0	0	—	
小計	病院	1	1	100.0%	
	診療所	12	10	83.3%	
	歯科診療所	3	3	100.0%	
○避難指示解除から1年程度が経過している市町村					施設再開率:19.4%
南相馬市 (小高区) 避難指示解除 H28.7.12 (帰還困難区域以外)	病院	2	1	50.0%	南相馬市立小高病院 (H26.4外来のみ再開)
	診療所	8	3	37.5%	もんま整形外科医院 (H27.4再開) 医療法人半谷医院 (H28.4再開) 上町内科皮膚科クリニック (H29.12再開)
	歯科診療所	5	0	0.0%	
川俣町 (山木屋地区) H29.3.31 避難指示解除	病院	0	0	—	
	診療所	1	1	100.0%	川俣町国民健康保険山木屋診療所 (H28.10再開)
	歯科診療所	0	0	—	
富岡町 避難指示解除 H29.4.1 (帰還困難区域以外)	病院	1	0	0.0%	
	診療所	13	2	15.4%	富岡町立とみおか診療所 (H28.10開設) 富岡中央医院 (H29.4再開)
	歯科診療所	6	0	0.0%	
浪江町 避難指示解除 H29.3.31 (帰還困難区域以外)	病院	1	0	0.0%	
	診療所	13	1	7.7%	浪江町国民健康保険浪江診療所 (H29.3開設)
	歯科診療所	8	0	0.0%	
葛尾村 避難指示解除 H28.6.12 (帰還困難区域以外)	病院	0	0	—	
	診療所	1	1	100.0%	葛尾村診療所 (H29.11再開)
	歯科診療所	1	1	100.0%	葛尾歯科診療所 (H28.7再開)
飯館村 避難指示解除 H29.3.31 (帰還困難区域以外)	病院	0	0	—	
	診療所	2	2	100.0%	いいたてホーム医務室 (震災後継続診療) いいたてクリニック (H28.9再開)
	歯科診療所	0	0	—	
小計	病院	4	1	25.0%	
	診療所	38	10	26.3%	
	歯科診療所	20	1	5.0%	
○帰還困難区域が大部分を占める市町村					施設再開率:9.0%
大熊町	病院	2	0	0.0%	
	診療所	5	2	40.0%	東京電力ホールディングス(株)福島第一原子力発電所診療所 (震災後継続診療) 東京電力ホールディングス(株)福島第一廃炉推進パビリオン診療所 (H26.10開設)
	歯科診療所	4	0	0.0%	
双葉町	病院	1	0	0.0%	
	診療所	5	0	0.0%	
	歯科診療所	5	0	0.0%	
小計	病院	3	0	0.0%	
	診療所	10	2	20.0%	
	歯科診療所	9	0	0.0%	
合計	病院	8	2	25.0%	
	診療所	60	22	36.7%	
	歯科診療所	32	4	12.5%	施設再開率:28.0%

避難地域12市町村の薬局再開等状況

H29.12現在

市町村名	区分	H23.3.1 (震災前)	H29.12	施設 再開率	備考
○避難指示解除から数年が経過している市町村					施設再開率:20.0%
田村市(都路地区)					
避難指示解除 H26.4.1	薬局	0	0	—	
広野町					
緊急時避難準備区域指定解除 H23.9.30	薬局	2	1	50.0%	株式会社広野薬局(H29.5再開)
楮葉町					
避難指示解除 H27.9.5	薬局	3	0	0.0%	
川内村					
避難指示解除 H26.10.1、H28.6.14	薬局	0	0	—	
小計	薬局	5	1	20.0%	
○避難指示解除から1年程度が経過している市町村					施設再開率:10.0%
南相馬市(小高区)					
避難指示解除 H28.7.12(帰還困難区域以外)	薬局	4	2	50.0%	小高調剤薬局(H29.4再開) コスモ調剤薬局小高店(H29.12新規)
川俣町(山木屋地区)					
H29.3.31 避難指示解除	薬局	0	0	—	
富岡町					
避難指示解除 H29.4.1(帰還困難区域以外)	薬局	6	0	0.0%	
浪江町					
避難指示解除 H29.3.31(帰還困難区域以外)	薬局	8	0	0.0%	
葛尾村					
避難指示解除 H28.6.12(帰還困難区域以外)	薬局	0	0	—	
飯館村					
避難指示解除 H29.3.31(帰還困難区域以外)	薬局	2	0	0.0%	
小計	薬局	20	2	10.0%	
○帰還困難区域が大部分を占める市町村					
大熊町	薬局	4	0	0.0%	
双葉町	薬局	2	0	0.0%	
小計	薬局	6	0	0.0%	
合計	薬局	31	3	9.7%	施設再開率:9.7%

第2章 医療を支える人材の確保

第1節 医師

現状と課題

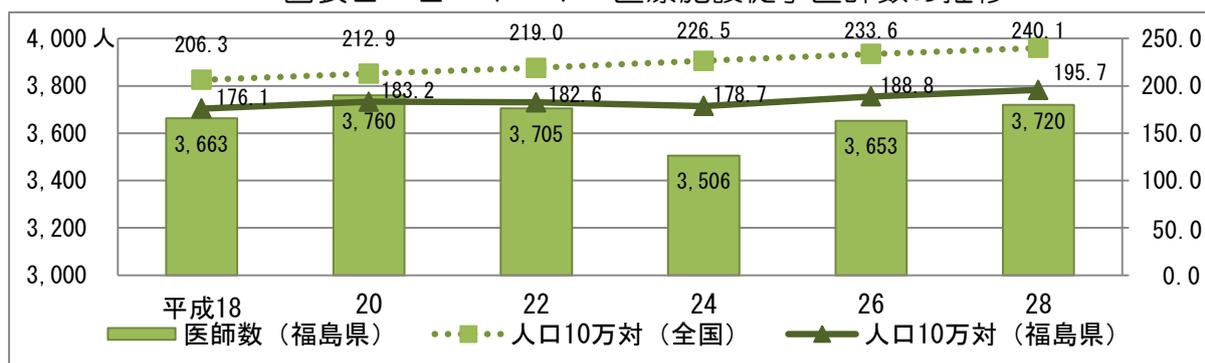
1 医療施設従事医師数等

○ 本県の医師不足は、東日本大震災以前から深刻な状況にありました。震災直後はその傾向が顕著となり、その後、医師数は徐々に増加していますが、依然として深刻な状況が続いています。

平成28年の本県の医療施設従事医師数は3,720人であり、人口10万人あたり195.7人となっています。全国平均は240.1人であり、全国平均より44.4人少なくなっています。

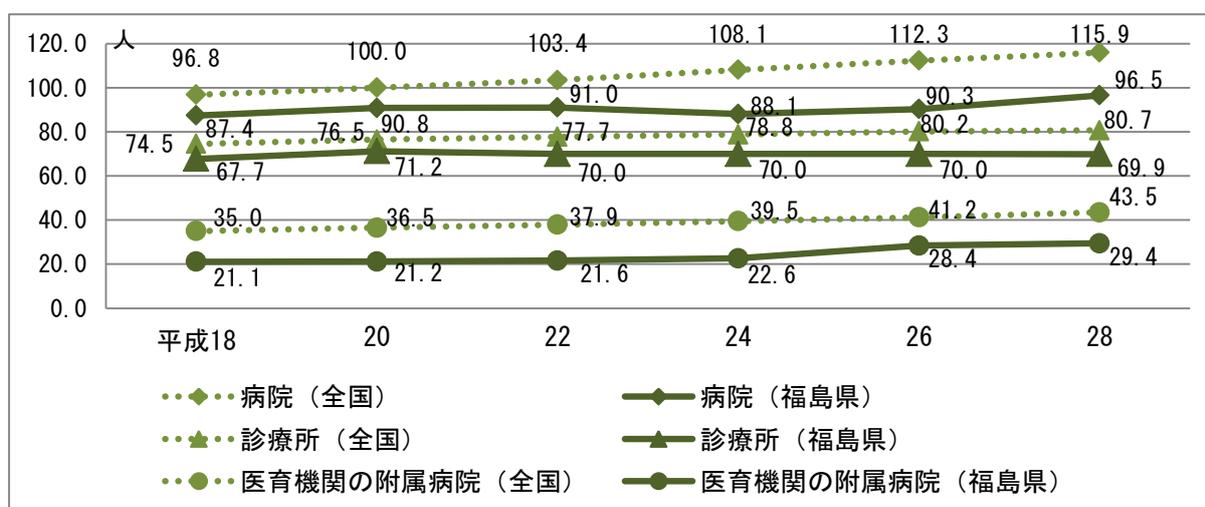
○ 医療施設従事医師数の内訳を見ると、本県では病院において全国平均より人口10万人あたり19.3人少なくなっています。

図表2-2-1-1 医療施設従事医師数の推移



資料：医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）

図表2-2-1-2 医療施設従事医師数（人口10万対）の内訳の推移



資料：医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）

※医師・歯科医師・薬剤師調査は、常勤・非常勤問わず、主に従事している施設の実人数。

○ 県内二次医療圏別に人口 10 万人あたりの医師数をみると、医療施設従事医師総数では、公立大学法人福島県立医科大学附属病院がある県北医療圏が最も多くなっています。県全体の人口 10 万人あたりの医療施設従事医師数は、直近 10 年間では概ね増加傾向を示してきましたが、いわき医療圏は減少傾向となっています。また、医育機関の附属病院を除く病院の医師数では、県中医療圏が最も多く、県南医療圏が最も少なくなっており、1.5 倍程度の開きがあり、地域間の偏在が課題となっています。

診療所の医師数についてみると、県北医療圏が最も多く、会津・南会津医療圏が最も少なくなっています。県北医療圏の中でも特に福島市に多いなど、診療所の医師数は都市部に偏る傾向が見られます。

図表 2-2-1-3 二次医療圏の医療施設従事医師数(下段は人口 10 万対)

医療圏	医療施設従事医師数	病院の医師数 (医育機関附属病院除く)	診療所の医師数	
県 北	1,295	394	399	
	266.0	80.9	81.9	
県 中	1,020	643	377	
	190.0	119.8	70.2	
県 南	199	115	84	
	139.4	80.6	58.8	
会津・南会津	485	281	148	
	177.3	102.7	54.1	
	会 津	454	268	130
		183.7	108.5	52.6
南 会 津	31	13	18	
	117.1	49.1	68.0	
相 双	160	97	63	
	145.7	88.4	57.4	
い わ き	561	304	257	
	161.1	87.3	73.8	
県 全 体	3,720	1,834	1,328	
	195.7	96.5	69.9	

資料：平成 28 年医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）
医療圏ごとの人口 10 万対の算出に用いた人口は福島県の推計人口(福島県)

- 東日本大震災以降の病院勤務の常勤医師数をみると、原子力災害により休止を余儀なくされている病院がある相双医療圏における減少が最も大きくなっています。

県内外からの多くの支援を受けて、相双医療圏では回復の兆しを見せていますが、引き続き安定的に医師を確保できる体制を構築していく必要があります。また、いわき医療圏については、医師数は増加している一方、避難住民や復興関連事業従事者により医療需要が増大しており、これに対応するための医師確保に向けた取組を進めていく必要があります。

図表2-2-1-4 病院勤務の常勤医師数の推移

医療圏	H23.3.1	H24.8.1	H27.8.1	H29.8.1	H23.3.1 から H29.8.1 の増減	H24.8.1 から H29.8.1 の増減
県 北	676	674	704	747	71	73
県 中	607	576	596	605	▲2	29
県 南	110	112	108	122	12	10
会津・南会津	250	247	300	313	63	66
会 津	238	235	288	301	63	66
南 会 津	12	12	12	12	0	0
相 双	120	74	89	91	▲29	17
い わ き	261	256	259	269	8	13
合 計	2,024	1,939	2,056	2,147	123	208

資料：福島県保健福祉部調べ

- 平成29年8月時点の病院の常勤医師数（医育機関の附属病院を除く）は1,710人となっており、平成24年8月時点より74人増加しています。

一方、病院が必要と考える常勤医師数は、平成29年8月時点で2,008人となっており、298人が不足しています。

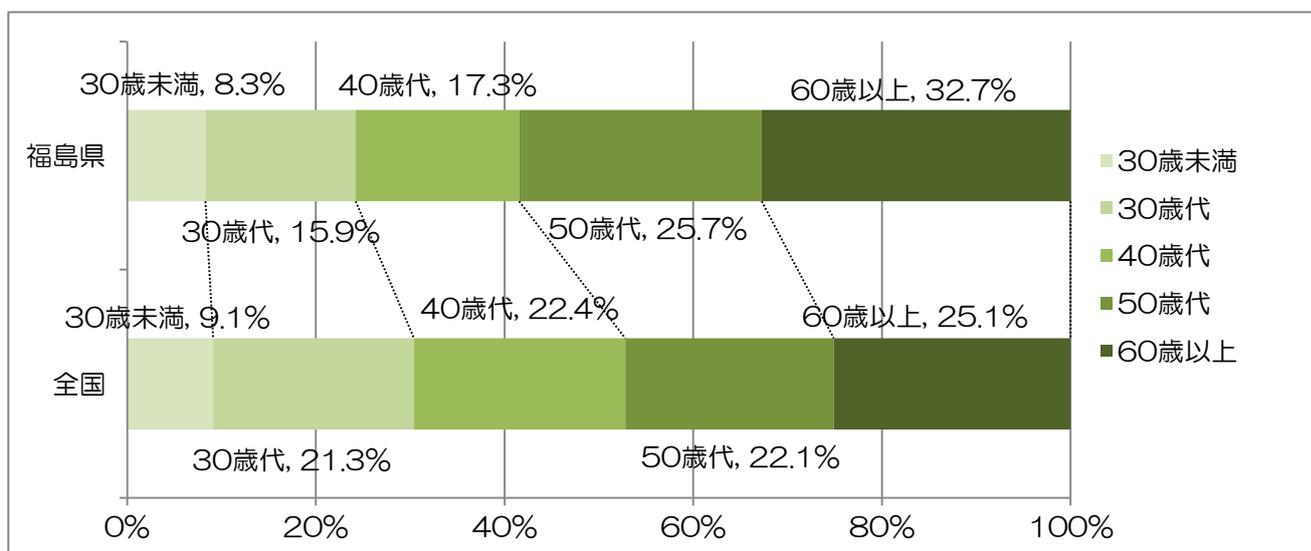
図表2-2-1-5 病院勤務の常勤医師の必要数(H29.8.1)

医療圏	現員数	必要数	現員数と必要数の差
県北	361	402	41
県中	605	687	82
県南	122	140	18
会津・南会津	262	316	54
会津	250	302	52
南会津	12	14	2
相双	91	117	26
いわき	269	346	77
合計	1,710	2,008	298

資料：病院調査（福島県）

- さらに、原子力災害に起因する子育て世代の医師の県外流出は深刻であり、30歳代でみると全国では64,497人（平成22年）から64,878人（平成28年）と381人増加（0.6%増）しているのに対し、本県では682人（平成22年）から593人（平成28年）と89人減少（13.0%減）しています。

図表2-2-1-5 医師の年齢別就業者の割合(平成28年末)



資料：医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）

- 医師の絶対数が不足している中で、公立大学法人福島県立医科大学では、医学部の入学定員を平成20年度から段階的に増やしており、平成19年度に80名だった入学定員は、平成29年度は130名となっています。
- 県では、公立大学法人福島県立医科大学医学部の入学定員増に合わせて、医学部卒業後に県内の公的医療機関等において一定期間勤務した場合に返還を免除する「緊急医師確保修学資金制度」を創設し、段階的に拡充してきました。平成29年度は新たに48名の医学部生に貸与を決定しており、平成20年度からの累計では412名に貸与を決定しています。今後、卒業生が増えることから、修学資金を利用する医学部生（以下「修学資金修学生」という。）の確実な定着を図っていく必要があります。
- 県では、深刻な医師不足の状況と東日本大震災・原子力災害の影響を踏まえて、医師の確保を推進するため、医師確保対策を総合的に担う「福島県地域医療支援センター」を平成23年12月に公立大学法人福島県立医科大学内に設置しました。地域医療支援センターでは、以下の取組を行っています。
- ◆ 医師不足状況等の把握・分析と対応策の企画等
 - ・ 医師不足、医師の地域偏在、診療科の現状等の把握を行い、対応策等を企画。
 - ・ 公立大学法人福島県立医科大学と連携し、医師確保対策を推進。
 - ◆ 医師不足病院の医師確保支援
 - ・ 医療機関や市町村からの要請に応じた公立大学法人福島県立医科大学からの医師派遣調整。
 - ・ ドクターバンクによる求職医師の就業先のあっせん。
 - ・ 研究資金貸与制度による特定診療科医師（産科・小児科・麻酔科）の招へい。
 - ◆ 医師のキャリア形成支援と県内定着促進
 - ・ 修学資金貸与医師の県内定着促進に向けた取組。
 - ・ 県内臨床研修病院の連携強化、指導医の養成等による臨床研修体制の充実。
 - ・ 女性医師等就労環境改善支援事業による女性医師の就業支援等。
 - ・ 医学生や若手医師が定着できる魅力ある指導環境の整備等。
 - ◆ 情報発信と相談への対応
 - ・ 県内の医療事情や医師確保等の取組について情報発信。
 - ・ 県内外の医師、医学生、高校生等からの各種相談への対応。
- 平成30年度から開始される新たな専門医制度においては、地域医療に対する影響が生じないように対応していく必要があります。

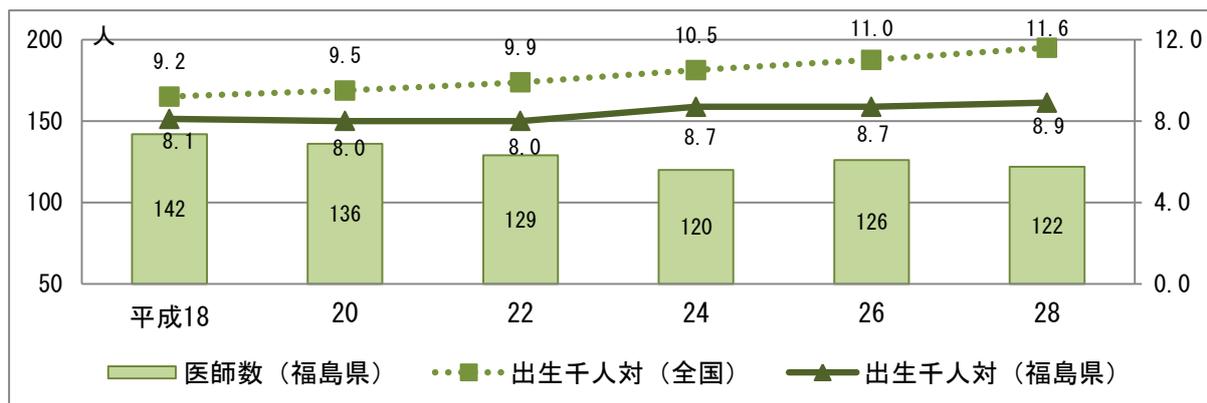
2 特定診療科

- 医療施設従事医師数を診療科ごとにみると、産婦人科や小児科等の特定の診療科において、特に不足が著しい状況にあります。

最も厳しい状況にあるのは、産婦人科・産科であり、全国では平成 20 年から増加に転じたのに対し、本県では平成 24 年まで減少が続いたものの、平成 28 年においては 2 人増の 122 名となっています。産婦人科・産科医については、第 3 章第 3 節「周産期医療」にも記載していますが、増加を継続できるよう確保を進める必要があります。

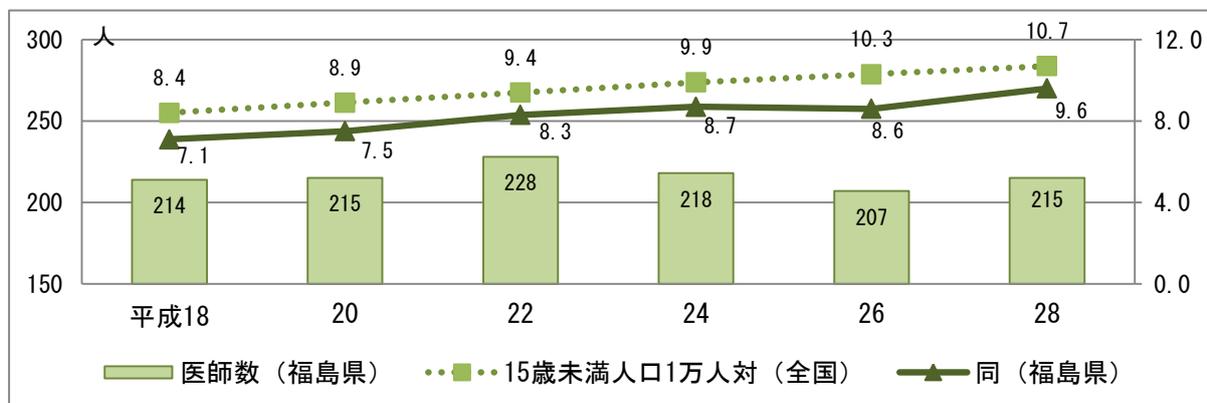
また、小児科医については、全国では増加が続いているものの、本県では減少傾向にありましたが、平成 28 年は 215 人と平成 26 年と比較して 8 名増と増加に転じました。しかしながら、15 歳未満人口 1 万人あたりの医師数においては 9.6 人と、全国平均の 10.7 人を 1.1 人下回っています。小児科医については、第 3 章第 2 節「小児医療」にも記載していますが、病院勤務医が不足しており、その確保を進める必要があります。

図表 2-2-1-6 産婦人科・産科医師数の推移



資料：医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）

図表 2-2-1-7 小児科医師数の推移



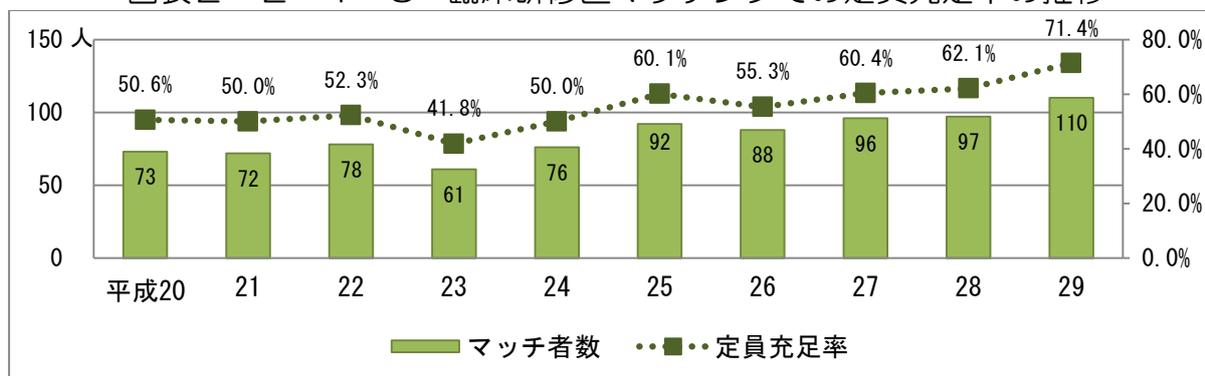
資料：医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）

15 歳未満人口 1 万人対に用いた人口は、平成 22 年は国勢調査人口、その他は各年 10 月 1 日現在人口（いずれも総務省）

3 臨床研修医

- 医学部を卒業し臨床に従事しようとする医師は、2年間の臨床研修を受ける必要があり、平成23年度（平成24年度研修開始）の研修医マッチングでは、16病院の合計募集定員146人に対して、マッチ者数は61人、定員充足率は41.8%で全国最下位でした。平成29年度は18病院の合計募集定員154人に対して、マッチ者数は110人、定員充足率は71.4%と震災前の水準を大幅に上回っています。しかしながら、震災以前から本県の定員充足率は低く、臨床研修医の確保は大きな課題となっています。

図表2-2-1-8 臨床研修医マッチングでの定員充足率の推移



資料：厚生労働省調べ

※年度は、研修医マッチング実施年度（臨床研修開始の前年）

図表2-2-1-9 県内の基幹型臨床研修病院

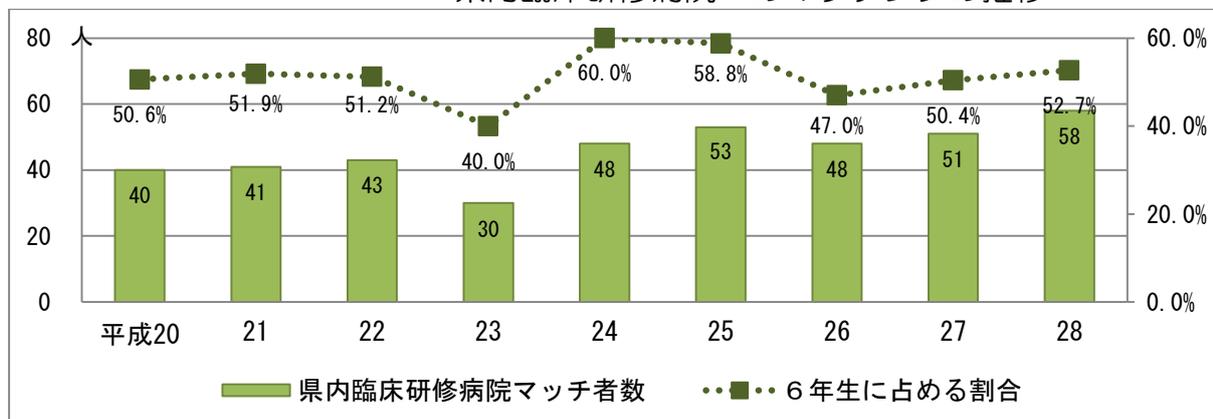
地域	医療機関名
県北	公立大学法人福島県立医科大学附属病院
	一般財団法人大原記念財団大原総合病院
	医療生協わたり病院
	福島赤十字病院
	公立藤田総合病院
県中	一般財団法人太田総合病院附属太田西ノ内病院
	公益財団法人星総合病院
	一般財団法人脳神経疾患研究所附属総合南東北病院
	公益財団法人湯浅報恩会寿泉堂総合病院
	公立岩瀬病院
県南	福島県厚生農業協同組合連合会白河厚生総合病院
会津・南会津	竹田総合病院
	公立大学法人福島県立医科大学会津医療センター附属病院
	会津中央病院
相双	公立相馬総合病院
	南相馬市立総合病院
いわき	いわき市立総合磐城共立病院
	独立行政法人労働者健康安全機構福島労災病院

- 公立大学法人福島県立医科大学は本県唯一の医育機関であり、その卒業生には、本県での活躍が期待されています。

公立大学法人福島県立医科大学医学部6年生が、臨床研修医マッチングにおいて県内臨床研修病院にマッチングした割合は、平成20～22年度は概ね50%で推移していたところ、平成23年度は40%と大きく落ち込みましたが、平成24年度以降は概ね50～60%で推移しています。

今後、多くの修学資金修学生が公立大学法人福島県立医科大学医学部を卒業することから、修学資金修学生を始めとする公立大学法人福島県立医科大学医学部卒業生について、医師としての第一歩となる臨床研修から、確実に県内への定着を図っていく必要があります。

図表2-2-1-10 公立大学法人福島県立医科大学医学部6年生の
県内臨床研修病院へのマッチングの推移



※資料：公立大学法人福島県立医科大学調べ

4 公衆衛生医師

- 地域の公衆衛生の中心的機関である保健所（保健福祉事務所）が、その役割と機能を十分に果たしていくためには、保健所長及び公衆衛生医師の役割が重要です。

しかしながら、保健所（保健福祉事務所）に勤務する公衆衛生医師の数が少なくなっており、公衆衛生医師の確保や養成は、地域の公衆衛生の維持向上のため重要かつ喫緊の課題となっています。

5 勤務環境の改善

- 国が行った「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」では、20代の若い医師が当直・オンコールの待機時間を除き1週間で平均55時間程度の勤務状況にあるといった医師の過重労働や超過勤務が継続している実態を示しているなど、医療従事者の勤務環境は厳しい状況にあり、平成27年

に設置した医療勤務環境改善支援センターを中心として、関係機関と連携しながら勤務環境の改善を図っていく必要があります。

施策の方向性と目標

(1) 施策の方向性

○ 医師の絶対数の不足を解消するため、公立大学法人福島県立医科大学において段階的に行われている医学部の入学定員増に合わせて創設・拡充している「緊急医師確保修学資金」により、公立大学法人福島県立医科大学医学部生の県内定着を図るとともに、学校法人帝京大学及び学校法人日本医科大学の医学部生を対象とする「地域医療医師確保修学資金」により、県外大学医学部卒業生の県内定着を図ります。さらに、修学資金制度における地域枠を活用し、医学部卒業生の県内への確実な定着を促進します。

また、学校法人自治医科大学におけるへき地等に勤務する医師の継続的な養成を進めるとともに、「へき地医療等医師確保修学資金」により、へき地等に勤務する医師の確保を図ります。

併せて、地域医療支援センターにおいて、県及び市町村等の修学資金修学生等に対して、公立大学法人福島県立医科大学や当該市町村等と連携しながら、学生の時からの相談支援や、医師一人一人の経験や専門性に応じたキャリア構築が行えるよう、地域で勤務していても知識習得や技術向上を図ることができる研修機会の提供、多様なロールモデルの紹介を行うなど、キャリア形成を一元的に支援し、県内定着を促進することで、医師の確保を図ります。特に、地域枠の修学資金修学生については、適切なキャリア形成が図られるよう、公立大学法人福島県立医科大学等と連携して、キャリア形成プログラムに沿って養成を図ります。

さらに、SNSの活用や、施策展開における若手医師の参画の促進などにより、若手医師の確保に努めます。

一方、新たな専門医制度においては、必要に応じて制度の改善を求めていきます。

○ 県内における医師の偏在が課題となっていることを踏まえ、公立大学法人福島県立医科大学と連携して医師の派遣を行うとともに、医師確保修学資金被貸与医師の県内公的医療機関等への配置などにより、必要な医師の確保を図ります。

○ 特に不足が著しい産婦人科・小児科等の診療科については、研究資金貸与

制度等により、医師の確保を図ります。

また、地域医療支援センターにおいて、修学資金修学生に対する働きかけを行うなどして、特に不足が著しい診療科の医師の確保を進めます。

- 臨床研修医の確保については、県、公立大学法人福島県立医科大学及び臨床研修病院がネットワークを形成して、全国の医学部生に対する情報発信や魅力ある研修の整備を進めているところであり、県では臨床研修病院の取組を支援するとともに、公立大学法人福島県立医科大学医学部生や県外大学医学部生を対象とする臨床研修病院のガイダンスの開催や、全国規模のフェアへの出展などを行っています。一人でも多くの医学部生が本県での臨床研修に関心を持ち、本県での臨床研修を希望するよう、情報発信を強化し、臨床研修医の確保を図ります。
- 「地域で医師を育てる」視点を持って、公立大学法人福島県立医科大学医学部生を始めとする医学部生に対して、地域医療の現場見学や地域住民との交流を行う地域医療の体験研修等を通じて、地域の魅力を積極的に伝えていきます。さらに、中学生、高校生といった若い世代から医療の世界に興味をもってもらえるようセミナーや体験教室等を開催するなど、県民、行政、医療関係者等が一体となって地域医療を育てる取組を促進し、医師を始めとする医療従事者を守り育てる気運の醸成に努めます。
- 公衆衛生医師の確保や養成に当たっては、県と公立大学法人福島県立医科大学が連携して募集の広報等を行うほか、県と公立大学法人福島県立医科大学健康増進センターが共同で策定した「福島県社会医学系専門医研修プログラム」に基づき、公衆衛生分野で活躍できる社会医学系専門医の養成等に取り組みます。
- ワークライフバランスを図りながら働き続けられるよう、医療勤務環境改善支援センターが医療機関向けの研修会の開催や個別相談等を実施するとともに、病院内保育所の運営支援や、関係機関と連携の下、多様な勤務形態の導入が進められるよう支援するなど、医師を始めとする医療従事者が働きやすい職場環境づくりを促進します。

(2) 目標

※各指標の下段は人口10万対。

指標名	現状値	目標値	備考
医療施設従事医師数	3,720人 (平成28年度)	4,018人 (平成35年度)	医師・歯科医師・薬剤師調査(厚生労働省)
	195.7人	213.3人	
病院勤務の常勤医師数	1,710人 (平成29年度)	2,008人 (平成35年度)	福島県保健福祉部調べ (医育機関の附属病院を除く)
	90.8人	106.6人	
県北医療圏	361人	402人	※病院調査の結果を踏まえて目標を設定 ※人口10万対の算出に用いた人口は福島県の推計人口(福島県)
	74.6人	83.1人	
県中医療圏	605人	687人	
	113.2人	128.6人	
県南医療圏	122人	140人	
	86.1人	98.8人	
会津・南会津医療圏	262人	316人	
	96.7人	116.6人	
会津	250人	302人	
	102.1人	123.3人	
南会津	12人	14人	
	46.2人	53.9人	
相双医療圏	91人	117人	
	85.0人	109.3人	
いわき医療圏	269人	346人	
	77.8人	100.0人	

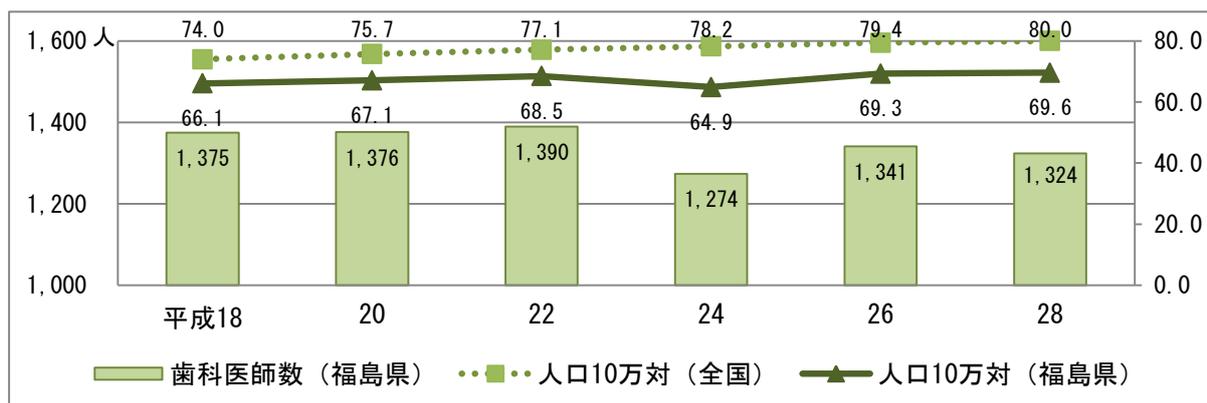
※「病院勤務の小児科医師数」については、第3章第2節「小児医療」に、「産婦人科・産科医師数」については、第3章第3節「周産期医療」に記載。

第2節 歯科医師

現状と課題

- 平成28年の本県の医療施設従事歯科医師数は1,324人であり、人口10万人あたり69.6人となっています。全国平均は80.0人であり、全国平均より10.4人少なくなっています。
- 一方、人口10万人あたりの医療施設従事歯科医師数の内訳を見ると、本県においては、医育機関附属の病院の勤務者が8.1人（全国平均7.3人）、医育機関附属の病院以外の病院の勤務者が3.3人（全国2.4人）と全国平均より多いのに対し、診療所の従事者が58.2人（全国70.2人）と全国平均より12.0人少なくなっています。

図表2-2-2-1 医療施設従事歯科医師数の推移



資料：医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）

- 県内二次医療圏別に人口10万人あたりの歯科医師数をみると、医療施設従事歯科医師総数では、奥羽大学歯学部附属病院がある県中医療圏が最も多くなっています。

医育機関の附属病院を除く病院の歯科医師数では、会津・南会津医療圏が最も多く、県南医療圏が0となっています。

診療所の歯科医師数についてみると、県南医療圏が最も多く、次いで、県中医療圏が多くなっています。最も少ない相双医療圏は、最も多い県南医療圏の約8割となっており、二次医療圏単位での差が見られます。また、平成26年度無歯科医地区等調査（厚生労働省）では、無歯科医地区が4市町村に合計12地区存在することから、歯科医療の受診機会の確保に努める必要があります。

図表2-2-2-2 二次医療圏の医療施設従事歯科医師数(下段は人口10万対)

医療圏	医療施設従事 歯科医師数	病院の歯科医師数 (医育機関附属病院除く)	診療所の 歯科医師数
県 北	289	9	268
	59.4	1.8	55.0
県 中	495	27	327
	92.2	5.0	60.9
県 南	96	0	96
	67.2	0.0	67.2
会津・南会津	172	16	155
	62.9	5.8	56.7
会 津	156	16	139
	63.1	6.5	56.3
南 会 津	16	0	16
	60.5	0.0	60.5
相 双	66	6	60
	60.1	5.5	54.7
い わ き	206	5	201
	59.2	1.4	57.7
県 全 体	1,324	63	1,107
	69.6	3.3	58.2

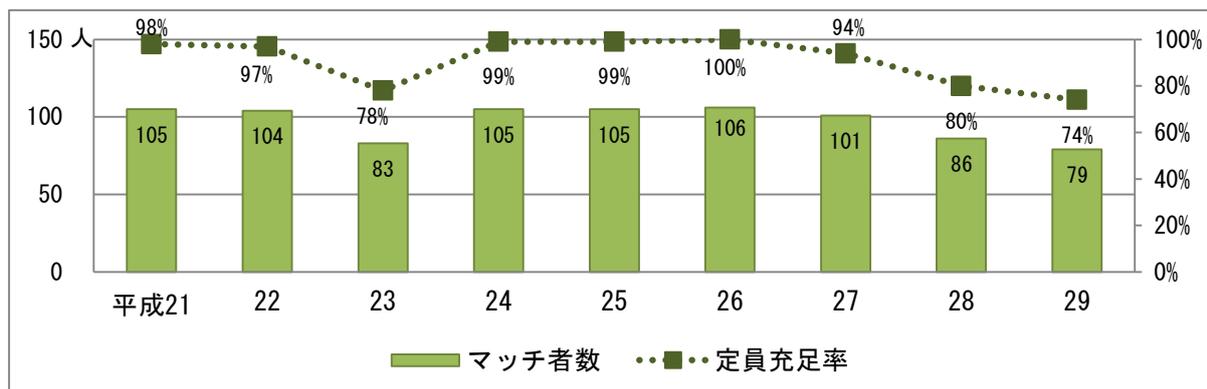
資料：平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）

医療圏ごとの人口10万対の算出に用いた人口は福島県の推計人口(福島県)

- 歯学部を卒業し臨床に従事しようとする歯科医師は、1年の臨床研修を受ける必要があり、この臨床研修を行う病院・診療所（単独型・基幹型）が、本県には6施設あります。

東日本大震災・原子力災害発災直後の平成23年度（平成24年度研修開始）のマッチングでは、募集定員106人に対して、マッチ者数は83人、定員充足率は78%で全国30位であり、平成29年度（平成30年度研修開始）においても、募集定員107人に対して、マッチ者数は79人、定員充足率は74%で全国30位となっています。今後も、定員充足率を高めていく必要があります。

図表2-2-2-3 歯科医師臨床研修マッチングでの定員充足率の推移



資料：歯科医師臨床研修マッチング協議会調べ
 ※年度は、マッチング実施年度（臨床研修開始の前年）

図表2-2-2-4 県内の基幹型・単独型臨床研修施設

地域	医療機関名
県北	公立大学法人福島県立医科大学附属病院
県中	奥羽大学歯学部附属病院
	公益財団法人湯浅報恩会寿泉堂総合病院
会津・南会津	会津中央病院
	医療法人渡部会 一箕歯科医院
いわき	いわき市立総合磐城共立病院

施策の方向性と目標

(1) 施策の方向性

- 関係機関や関係団体等と連携して、無歯科医地区の解消に努めるとともに、在宅歯科医療に関する研修の機会を確保するなど、在宅歯科医療を推進し、歯科医療に恵まれない地域における通院が困難な患者への歯科医療提供体制の確保に努めます。
- 歯科医師の臨床研修について、臨床研修を行う医療機関の確保に努めるとともに、関係機関や関係団体と連携して、臨床研修終了後の県内定着を進めます。

(2) 目標

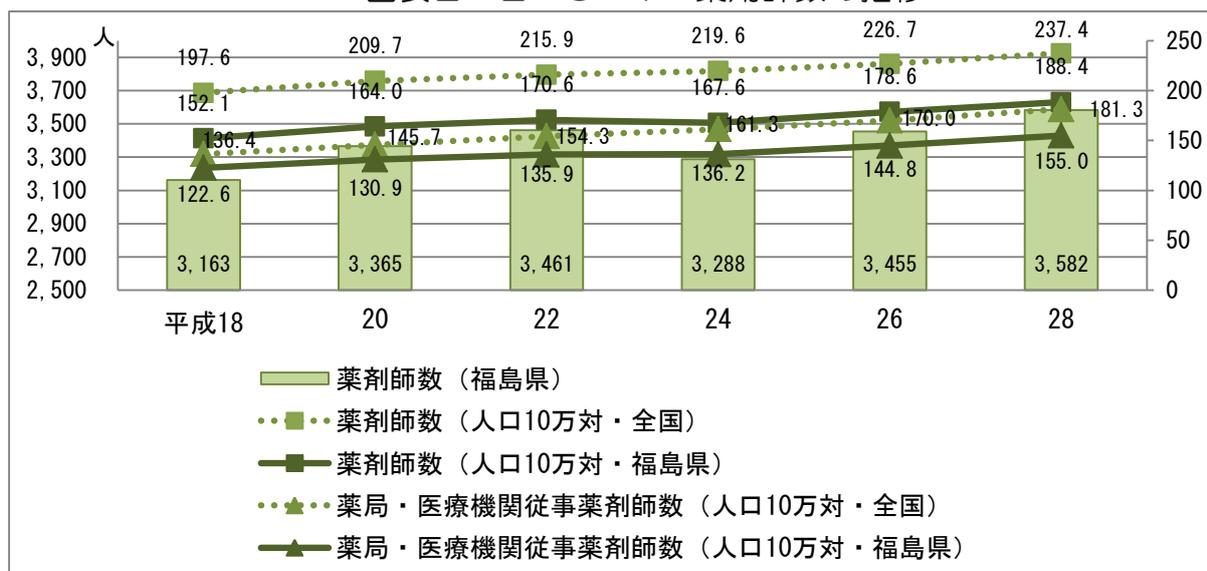
指標名	現状値	目標値	備考
医療施設従事歯科医師数 ※下段は人口10万対	1,324人 (平成28年度)	1,442.5人 (平成35年度)	医師・歯科医師・薬剤師調査(厚生労働省) ※病院調査・歯科診療所調査の結果を踏まえて目標を設定 ※人口10万対の算出に用いた人口は福島県の推計人口(福島県)
	69.6人	76.6人	

第3節 薬剤師

現状と課題

- 本県の薬剤師数は、平成 28 年末現在 3,582 人、人口 10 万人あたり 188.4 人で、全国平均の 237.4 人を 49.0 人下回っています。
- 本県の薬局・医療施設に従事する薬剤師数は、人口 10 万人あたり 155.0 人で、全国平均の 181.3 人を 26.3 人下回っており、医薬分業の進展や東京電力福島第一原子力発電所事故の影響により、一部の地域で薬剤師不足が生じています。
- 県内には2つの大学に薬学部が設置されており、1 学年あたりの定員総数は 230 名（平成 28 年現在）となっていますが、薬学部6年制への移行に伴い平成 22 年度から必修化された病院及び薬局における実務実習について、実習の場の確保及び指導体制の充実を図る必要があります。また、新規卒業生の県内への就職率を上げていくことが課題となっています。
- 薬局における薬剤師の役割は、医薬分業の進展により大きくなっています。薬の専門職として医療機関等と連携して患者の服薬情報を把握し、薬学的管理や指導を行い、薬に関する相談に応じることなどが求められています。このため、薬剤師の教育、研修を促進し、薬剤師の資質向上を図っていく必要があります。
- 国が策定した「患者のための薬局ビジョン」を踏まえ、かかりつけ薬剤師・薬局の推進を図り、患者や住民から真に評価される医薬分業の実現を目指すとともに、地域において県民の健康を支える「健康サポート薬局」を育成する必要があります。
- 医療の高度化に伴い、専門的な知識・技術と臨床経験を有する薬剤師が病院に配置される必要があります。

図表2-2-3-1 薬剤師数の推移



資料：医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）

図表2-2-3-2 二次医療圏の医療施設従事薬剤師数(下段は人口10万対)

医療圏	薬局従事薬剤師数	医療施設従事薬剤師数	その他に従事している薬剤師数
県 北	593	198	170
	121.8	40.7	34.9
県 中	613	196	266
	114.2	36.5	49.5
県 南	115	51	44
	80.6	35.7	30.8
会津・南会津	280	113	52
	102.4	41.3	19.0
会 津	266	107	48
	107.7	43.3	19.4
南会津	14	6	4
	52.9	22.7	15.1
相 双	117	35	20
	106.6	31.9	18.2
い わ き	500	136	83
	143.6	39.1	23.8
県 全 体	2,218	729	635
	116.7	38.3	33.4

資料：平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）

医療圏ごとの人口10万対の算出に用いた人口は福島県の推計人口(福島県)

施策の方向性と目標

1 薬剤師の確保と定着推進

(1) 施策の方向性

薬剤師は、地域医療、地域包括ケア、健康サポート等に欠かせない重要な役割を担っていることから、以下の取組により、薬剤師の確保と定着を推進します。

- 薬学部を有する大学等と県薬剤師会等関係団体の協議の場を設置し、大学等が行う実務実習の場を確保するとともに、実習等を通して、薬剤師として地域に貢献する使命や魅力を伝え、医薬分業の進展に見合った薬剤師の養成と確保を進めます。
- 薬学部在籍の大学生に対する県内の就職情報の提供や県内大学との連携支援等により、大学卒業生の県内定着化を進めます。
- 避難地域においては、調剤業務に携わる薬剤師の定着を図るため、地域包括ケアシステムスキル習得にかかる研修経費等を支援します。

(2) 目標

指標名	現状値	目標値	備考
薬局・医療機関に従事する薬剤師数 ※下段は人口10万対	2,947人 (平成28年度)	3,415人 (平成35年度)	医師・歯科医師・薬剤師調査 ※全国平均を目標
	155.0人	181.3人	

2 薬剤師の資質の向上と人材育成

- 県民に対して、服薬情報の一元的・継続的把握、24時間対応及び関係機関との連携を行う、かかりつけ薬剤師を持つことのメリット等を啓発するとともに、多職種連携等を図り地域包括ケアシステムの一翼を担う健康サポート薬局を推進します。
- 県薬剤師会が実施する各種研修を支援するとともに、医薬品安全確保を目的に実施する薬事監視における助言、指導をとおり、薬剤師の資質向上を図ります。

3 在宅医療に対応できる薬剤師の育成

(1) 施策の方向性

- 病院と薬局の薬剤師による薬薬連携を推進し、地域包括ケアシステム構築に資するとともに、ふくしま医療機器開発支援センターの高機能患者シミュレーター等を活用し、無菌調剤等の高度な専門技術を身につけた在宅エキスパート薬剤師の育成を推進します。

(2) 目標

指標名	現状値	目標値	備考
在宅医療エキスパート薬剤師人材育成セミナー受講者数	0人 (平成28年度)	320人 (平成32年度)	

4 高度薬学管理機能に対応する薬剤師の育成

- 感染制御、がん、精神科、妊婦・授乳婦、HIV感染症及び糖尿病などの専門分野における薬物療法等についての十分な知識と技術を有するなど、高度な薬学的管理ニーズに対応できる薬剤師の育成を支援します。

第4節 保健師・助産師・看護師・准看護師

現状と課題

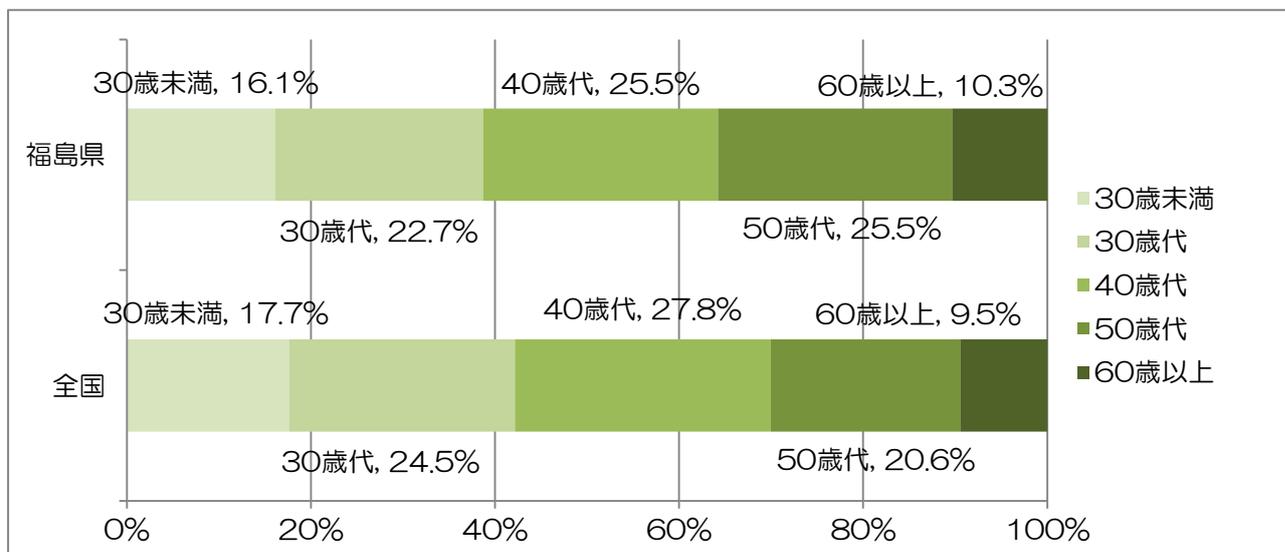
- 本県の看護職員の常勤換算就業者数は、平成28年末現在23,407.6人であり、平成25年3月に策定した「福島県看護職員需給計画」における平成28年の看護職員供給見込み数23,625人に対する達成率は99.1%となっており、平成28年における人口10万人当たりの看護職員の就業者数は全国平均を上回っています。
- 一方、年代別の構成をみると、平成22年と比較し、全国では40歳以上が増加しているのに対し、本県において増加した年代は50歳以上となっています。また、実人数では全体で24,115人（平成22年）から24,780人（平成28年）と665人増加（2.8%増）したものの、短時間勤務者の増加により常勤換算では23,017.4人（平成22年）から23,407.6人（平成28年）と390.2人の増加（1.7%増）にとどまっています。
- 平成23年3月の東日本大震災・原子力災害の影響により相双医療圏を中心に多くの看護職員が離職するとともに、20歳代から40歳代の看護職員が減少するなど、看護職員の確保及び看護力の向上が課題となっており、看護職員の確保対策に加え、資質向上の取組も推進する必要があります。

図表2-2-4-1 東日本大震災前後の病院の看護職員の就業状況の推移

	H23.3.1 ①	H25.3.1 ②	H27.3.1 ③	H29.3.1 ④	H29.8.1 ⑤	増減 ⑤-①
県北	3,391	3,437	3,509	3,567	3,735	344
県中	4,080	4,097	4,170	4,255	4,383	303
県南	922	962	939	950	957	35
会津・南会津	2,480	2,486	2,493	2,507	2,557	77
会津	2,378	2,390	2,399	2,407	2,454	76
南会津	102	96	94	100	103	1
相双	1,188	731	741	702	699	▲489
いわき	2,495	2,592	2,561	2,651	2,685	190
合計	14,556	14,305	14,413	14,632	15,016	460

資料：福島県保健福祉部調べ

図表2-2-4-2 看護職員の年齢別就業者の割合(平成28年末)



資料：平成28年衛生行政報告例

- 平成29年度の県内看護師等養成施設（23施設）の1学年の総定員数は1,234人となっています。18歳人口の減少等により、県内看護師等養成施設の受験者数の減少や入学定員に対する充足率の低下に伴い県内就業者の減少が予測されるため、看護師等の養成や新卒者の県内確保・定着対策について、一層の強化を図る必要があります。
- また、在宅医療の進展や医療の高度化・専門化に伴うチーム医療の充実を図るため、安全で質の高い看護サービスを提供できる看護職員の確保が求められています。
- 本県の看護職員を取り巻く状況が大きく変化する中、保健・医療・福祉の復興を目指し、看護職員が生きがいをもって働き続けられるよう、関係機関との密接な連携の下、本県の実情に即した対策を講じていく必要があります。

施策の方向性と目標

(1) 施策の方向性

東日本大震災からの復興を目指し、保健・医療・福祉分野における看護職員の安定的な確保を図るため、「福島県看護職員需給計画」により、次の施策を推進します。

【次代の看護を担う人材の育成】

中学生・高校生を対象とした看護職の普及啓発や看護師等養成施設のPRなど、看護職を目指す学生の確保に努めます。

また、看護教員及び実習指導者の育成や教育環境の整備を支援するなど、看護師等養成所の教育体制の充実を図ります。

さらに、准看護師養成所から看護師養成所への移行や看護教育の高等教育化については、設置者の意向を踏まえつつ、その支援に努めます。

【看護職員の県内への就業及び定着促進】

看護師等学校養成所の在学者が県内の各施設及び自治体の概要や募集情報が入手できるよう、各医療機関等施設や看護師等養成施設、看護関係団体、行政等が連携・協力し、就職情報の提供や就業相談に努めるとともに、修学資金貸与事業や新人看護職員等に対する研修を充実させ、新卒看護職の県内への就業及び定着化を図ります。

また、看護職員がワークライフバランスを図りながら働き続けられるように、病院内保育所の運営を支援するとともに、労働及び看護関係機関と連携の下、多様な勤務形態の導入が進められるよう支援するなど、看護職員が働きやすい職場環境づくりを促進します。

さらに、看護職等の離職届出も活用したナースセンターによる求人・求職情報の提供や就業相談を積極的に行うとともに、県内各医療機関等関係機関と連携し、離職した看護職の再就業を支援するための研修会を開催するなど潜在看護職の再就業を促進します。

【看護職員の資質向上】

社会のニーズや保健・医療・福祉制度の動向を踏まえ、特定行為研修の受講支援や環境整備、認定看護師の養成支援など、特定の看護分野における専門性の高い看護職員の養成に努めます。

また、医師や保健・医療従事者、福祉介護職員、事務職員との適切な業務分担のもとにチーム医療や多職種協働での地域保健福祉活動の推進に向け、看護職の専門性を発揮できるよう、看護関係団体等との連携を図りながら、新任期から継続的なキャリア形成を促進します。

さらに、医療機関のみならず地域における多職種連携等の必要性を伝える研修に対し支援します。

(2) 目標

※常勤換算による。各指標の下段は人口10万対。

指標名	現状値	目標値	備考
看護職員数	23,407.6人 (平成28年度)	25,147.1人 (平成35年度)	平成28年衛生行政報告例
	1,233.2人	1,335.0人	
保健師数	980.5人 (平成28年度)	1,049.3人 (平成35年度)	※福島県看護職員需給計画と整合性を図って目標を設定
	51.7人	55.7人	
助産師数	459.0人 (平成28年度)	528.5人 (平成35年度)	※人口10万対の算出に用いた人口は福島県の推計人口(福島県)
	24.2人	28.1人	
看護師・准看護師数 ※現状値の内訳 看護師15,548.6人 准看護師6,419.5人	21,968.1人 (平成28年度)	23,569.3人 (平成35年度)	
	1,157.3人	1,251.3人	
認定看護師数	220人 (平成29年度)	340人 (平成35年度)	日本看護協会公表データ
特定行為研修修了者数	13人 (平成29年度)	400人 (平成35年度)	厚生労働省・福島県調べ

第5節 その他の保健医療従事者

I 理学療法士・作業療法士

現状と課題

- 高齢化の進行や疾病構造の変化に伴い、リハビリテーションの需要は高まっており、高水準の技術や知識を有し、チーム医療の要としての役割を担う高度なサービスを提供する理学療法士・作業療法士の確保が求められています。
- 医療施設及び介護施設に従事する本県の理学療法士・作業療法士数は、平成28年10月1日現在、理学療法士は人口10万人あたり64.6人（全国平均72.9人）※、同じく作業療法士は38.7人（全国平均40.5人）※となっており、理学療法士数、作業療法士数ともに全国平均を下回っています。
※一般診療所のみ平成26年10月1日現在。
- 今後、理学療法士・作業療法士の需要動向に配慮しながら、地域の実情を踏まえ、その養成確保により一層努める必要があります。

施策の方向性と目標

（1）施策の方向性

- 高齢化の進行等に伴うリハビリテーションへの需要に対応するため、養成施設の整備促進等により、理学療法士・作業療法士の安定的な確保と県内定着を推進します。
- 公立大学法人福島県立医科大学における、理学療法士、作業療法士等を養成する新学部の設置については、平成33年4月開学に向け、校舎の建設等を着実に進めるとともに、開学後は高度な知識と技術を備えた医療技術者の育成を図ります。
- 医療水準の高度化に対応できる理学療法士・作業療法士を育成するため、研修機会の確保及び関係団体の行う生涯教育の充実を進めます。

(2) 目標

※常勤換算による。各指標の下段は人口 10 万対。

指標名	現状値	目標値	備考
理学療法士数	1,228.5 人 (平成 26,28 年度)	1,362.5 人 (平成 35 年度)	医療施設調査(平成 26 年)、 病院報告(平成 28 年)、介護 サービス施設・事業所調査 (平成 28 年)より算定。 ※病院・介護施設への調査 結果を踏まえて目標を設定。 ※人口 10 万対の算出に用 いた人口は福島県の推計 人口(福島県)
	64.6 人	72.3 人	
作業療法士数	735.5 人 (平成 26,28 年度)	873.5 人 (平成 35 年度)	※人口 10 万対の算出に用 いた人口は福島県の推計 人口(福島県)
	38.7 人	46.4 人	

Ⅱ 診療放射線技師

現状と課題

- 医療の高度化、専門化とともに、高水準の医療技術や知識を有し、チーム医療を担う診療放射線技師に求められる役割はますます大きくなっています。原子力災害の発災以降、スクリーニングや放射線に関する知識の普及・啓発においても、大きな力を発揮しています。
- 本県の医療施設に従事する常勤換算診療放射線技師及び診療エックス線技師数は、平成28年10月1日現在、人口10万人あたり42.3人（全国平均42.9人）※となっていますが、うち病院の従事者は36.6人（全国平均35.1人）で、全国平均を上回っています。
※一般診療所のみ平成26年10月1日現在。
- 診療放射線技師の養成施設が県内に存在しないことを踏まえ、今後も引き続き、診療放射線技師の需要動向に配慮しながら、地域の実情を踏まえ、その養成確保に努める必要があります。

施策の方向性と目標

（1）施策の方向性

- 医療技術の高度化や新たな医療需要に適切に対応するため、診療放射線技師の安定的な確保と県内定着を進めるとともに、医療水準の高度化に対応できる診療放射線技師を育成するため、研修機会の確保及び関係団体の行う生涯教育の充実を進めます。
- 公立大学法人福島県立医科大学における、診療放射線技師等を養成する新学部の設置については、平成33年4月開学に向け、校舎の建設等を着実に進めるとともに、開学後は高度な知識と技術を備えた医療技術者の育成を図ります。

(2) 目標

※常勤換算による。各指標の下段は人口10万対。

指標名	現状値	目標値	備考
診療放射線技師・ 診療エックス線 技師数	804.0人 (平成26,28年度)	836.0人 (平成35年度)	医療施設調査(平成26年)、病院報告(平成28年) ※病院への調査結果を踏まえて目標を設定
	42.3人	44.4人	※人口10万対の算出に用いた人口は福島県の推計人口(福島県)

Ⅲ 歯科衛生士・歯科技工士

現状と課題

- 歯科医療技術の進歩に対応するため、高度な知識と技術を有する歯科衛生士・歯科技工士の確保が重要です。

また、高齢社会の進展や在宅医療の推進に伴って、歯科診療所内での業務だけではなく、高齢者施設内での口腔機能や口腔衛生の管理、在宅療養者に対する歯科保健指導など、歯科保健における歯科衛生士・歯科技工士の役割が重要になってきています。

- 平成28年末現在の県内就業者数は、人口10万人あたり、歯科衛生士73.4人（全国平均97.6人）、歯科技工士39.6人（全国平均27.3人）となっており、歯科技工士数は全国平均を上回っていますが、歯科衛生士数は全国平均を下回っています。特に診療所の就業歯科衛生士数は、人口10万人あたり60.9人（全国平均88.4人）と不足しています。また、歯科技工士についても、50歳以上が47.0%を占めており、高齢化が進んでいます。

- 今後も引き続き、歯科衛生士・歯科技工士の需要動向に配慮しながら、地域の実情を踏まえ、その養成確保に努める必要があります。特に、資格を持ちながら就業していない歯科衛生士・歯科技工士の活用を図るなどの工夫が必要です。

施策の方向性と目標

（1）施策の方向性

- 高齢社会の進展に伴って歯科保健医療の需要が高まっているため、歯科衛生士・歯科技工士の安定的な確保と県内定着を推進するとともに、歯科保健医療の高度化や多様化に対応できる歯科衛生士・歯科技工士を育成するため、研修機会の確保及び関係団体の行う生涯教育の充実を促進します。

また、関係団体との連携により、就業していない歯科衛生士等に対し研修や実習の機会を提供し、歯科衛生士等の確保につなげます。

(2) 目標

※各指標の下段は人口 10 万対

指標名	現状値	目標値	備考
就業歯科衛生士数	1,396 人 (平成 28 年度)	1,709.5 人 (平成 35 年度)	衛生行政報告例(平成 28 年) ※歯科診療所等への調査結果を踏まえて目標を設定
	73.4 人	90.8 人	
就業歯科技工士数	752 人 (平成 28 年度)	853.4 人 (平成 35 年度)	※人口 10 万人あたりの算出に用いた人口は福島県の推計人口(総務省)
	39.6 人	45.3 人	

IV 管理栄養士・栄養士

現状と課題

- 近年、糖尿病に代表される食生活等の生活習慣と密接な関係がある生活習慣病の増加や在宅医療の進展に伴い、栄養指導や給食管理、栄養管理の重要性が高まっており、保健医療分野における管理栄養士等に求められる役割はますます大きくなっています。
- 各医療保険者が実施する特定健康診査の結果、メタボリックシンドローム該当者又は予備群と判定された者に対し行われる特定保健指導において、管理栄養士は、医師・保健師等とともにその指導者としての役割を担います。
特定保健指導においては、個々人の健康状態やライフスタイルを踏まえながら、行動変容を促し、生活習慣の改善に結びつけるための広範囲にわたる知識と技術が求められます。
- 市町村における管理栄養士等は、健康教育、栄養相談等を通じて、住民の健康づくり及び食生活を直接的に支援し、また、県の保健所における管理栄養士は、市町村や関係機関への支援及び調整、情報収集及び提供、食環境の整備の推進などの役割を担っています。
- 現在、浜通りなどの一部の地域においては、管理栄養士等の求人に対し応募がない状況がみられていることから、管理栄養士等の人材確保に努める必要があります。

施策の方向性と目標

- 高齢社会の進展や生活習慣病の増加に伴い、栄養指導や給食管理、栄養管理の需要が高まるため、関係団体や養成施設等と連携を図り、管理栄養士等の安定的な確保と県内定着を推進します。
- 個々の健康状態等に応じた生活習慣の改善及び生活の質の向上に適切に対応するため、関係機関と連携して、研修機会の確保に努め、管理栄養士及び栄養士の資質向上を図ります。

V 臨床検査技師

現状と課題

- 医療の高度化、専門化とともに、臨床検査技師は疾病の診断、治療にとって重要な役割を果たしてきました。
原子力災害後には、県民健康調査の一環として実施している甲状腺検査や細胞診検査など、臨床検査技師の果たす役割は高まっています。
- 本県の医療施設に従事する常勤換算臨床検査技師及び衛生検査技師数は、平成 28 年 10 月 1 日現在、人口 10 万人あたり 53.1 人（全国平均 52.4 人）※となっています。
※一般診療所のみ平成 26 年 10 月 1 日現在。
- 今後も引き続き、臨床検査技師の需要動向に配慮しながら、地域の実情を踏まえ、その養成確保に努める必要があります。

施策の方向性と目標

- 複雑化、高度化する臨床衛生検査に適切に対応するため、臨床検査技師等の安定的な確保と県内定着を推進します。
- 公立大学法人福島県立医科大学における、臨床検査技師等を養成する新学部の設置については、平成 33 年 4 月開学に向け、校舎の建設等を着実に進めるとともに、開学後は高度な知識と技術を備えた医療技術者の育成を図ります。
- 複雑化、高度化する臨床衛生検査に対応できる臨床検査技師等を育成するため、県臨床検査技師会と連携して資質向上を図るとともに、関係団体が実施する生涯教育の充実を進めます。

VI 視能訓練士・言語聴覚士・臨床工学技士・精神保健福祉士・社会福祉士等

現状と課題

- 医療の高度化、専門化にとともに、高水準の医療技術や知識を有し、チーム医療を担う視能訓練士等に求められる役割はますます大きくなっています。
また、保健・医療・福祉の連携を推進していくにあたって、精神保健福祉士や社会福祉士に求められる役割も大きくなっています。
- 本県の人口10万人当たりの従事者数は、平成28年10月1日現在、視能訓練士6.1人（全国平均6.3人）、言語聴覚士10.3人（全国平均12.5人）、臨床工学技士24.4人（全国平均20.6人）、精神保健福祉士8.2人（全国平均8.8人）、社会福祉士11.9人（全国平均9.6人）※となっており、視能訓練士、言語聴覚士と精神保健福祉士は全国平均を下回っています。
※一般診療所のみ平成26年10月1日現在。
- 今後も引き続き、視能訓練士、言語聴覚士、臨床工学技士、精神保健福祉士、社会福祉士等の需要動向に配慮しながら、地域の実情を踏まえ、その養成確保に努める必要があります。

施策の方向性と目標

- 医療技術の高度化や新たな医療需要に適切に対応し、保健・医療・福祉の連携を一層推進するため、視能訓練士、言語聴覚士、臨床工学技士、精神保健福祉士、社会福祉士等の安定的な確保と県内定着を推進するとともに、研修機会の確保及び関係団体の行う生涯教育の充実を進めます。

第3章 救急医療等事業別の医療体制の構築

第 1 節 救急医療

現状と課題

- 東日本大震災・原子力災害により、県内の8割の病院が被災し、医科・歯科診療所、薬局等にも大きな被害が生じた上に、病院の常勤医師が70人以上減少するなど、医療従事者の流出もあり、本県の医療提供体制は大きな打撃を受けました。

その後、第六次福島県医療計画、福島県浜通り地方医療復興計画及び避難地域等医療復興計画等に基づき、医療関係者を始め、国、県、市町村や関係団体及び県民のたゆまぬ努力によって、確実に復興を果たしてきていますが、未だ震災前の水準には至らないところもあり、引き続き救急医療体制の整備を図る必要があります。

一方、県内共通の課題として、高齢化の進展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が見込まれる状況にあります。さらには、脳卒中や急性心筋梗塞等の生活習慣病に起因する急病への対応を始め、精神科救急体制との連携などの諸課題へ対応が求められています。

1 救護

(1) 救急搬送等

- 本県の救急車による救急搬送人数は、平成17年をピークに概ね減少傾向にありましたが、平成22年から増加に転じ、平成28年は74,442人となっています。

- 事故種別に見ると、交通事故による搬送が減少傾向にあるのに対し、急病や一般負傷による搬送が増加傾向にあります。

- 傷病程度別に見ると、平成28年は、重症患者が11.5%、中等症患者が39.2%、軽症患者が49.3%となっています。(死亡、その他を除く割合。)

近年、軽症患者の割合が増加傾向にありますが、救急車、救急医療機関ともに限りがある中で、真に救急医療が必要とされる重症患者等への対応に支障を来す可能性があります。NDB(レセプト情報・特定健診等情報データベース。通称「ナショナルデータベース」。以下「NDB」という。)の分析結果からは、いわき医療圏における救命救急センターへの救急患者集中が見られます。

このため、救急車や救急医療機関の適正利用、家庭や職場における応急手

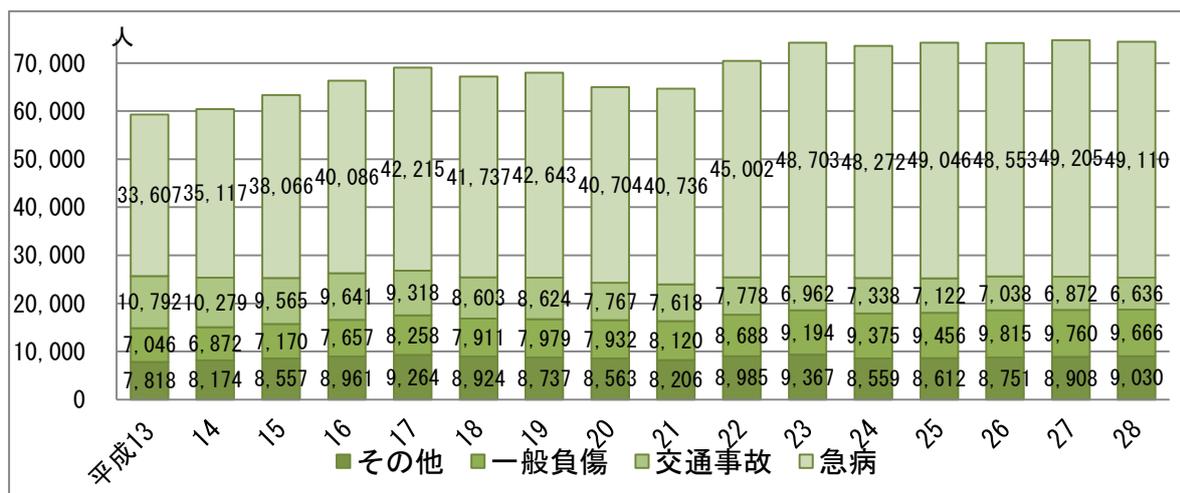
当の普及啓発等を図る必要があります。

○ 平均収容所要時間は全国的にも長くなっている傾向にあり、本県は平成28年は44.5分と、全国平均より5.2分長くなっています。しかし、収容所要時間の増は、救急現場における救急救命士等の処置が可能な範囲が増えていることが要因の一つとなっており、一概に悪い面ばかりとはいえません。

○ 平成27年の「重症以上の傷病者の搬送において、医療機関に4回以上受入の照会を行った割合」を見ると、県全体では5.4%となっており、全国平均の2.7%を上回っています。特に、相双医療圏が9.2%、いわき医療圏が12.3%となっており、高い傾向が見られます。

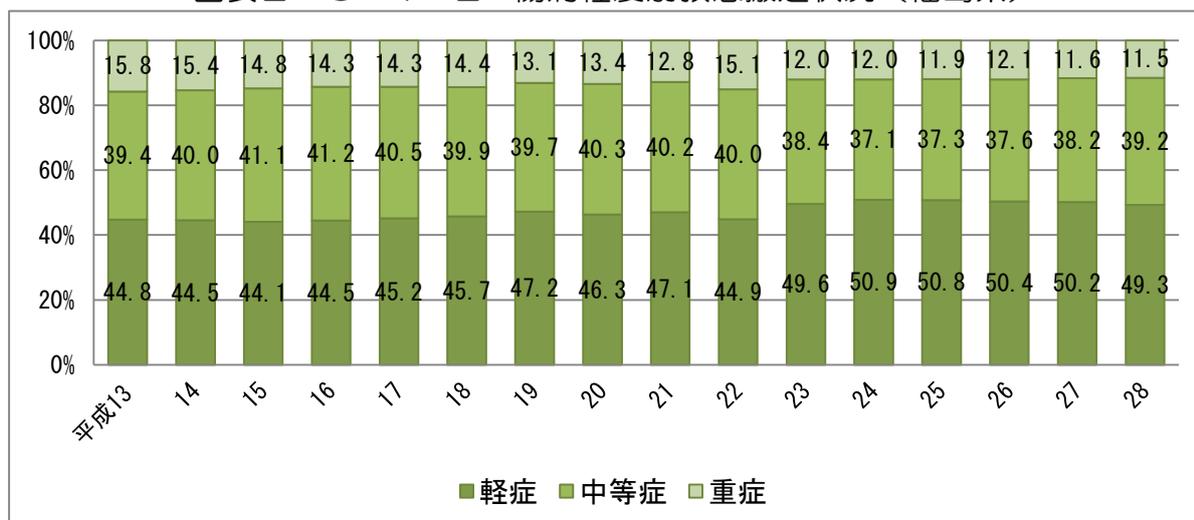
病院と救急隊の連携を強化し、効率的・効果的な救急搬送を行える体制を整備する必要があります。

図表2-3-1-1 事故種別救急搬送状況（福島県）



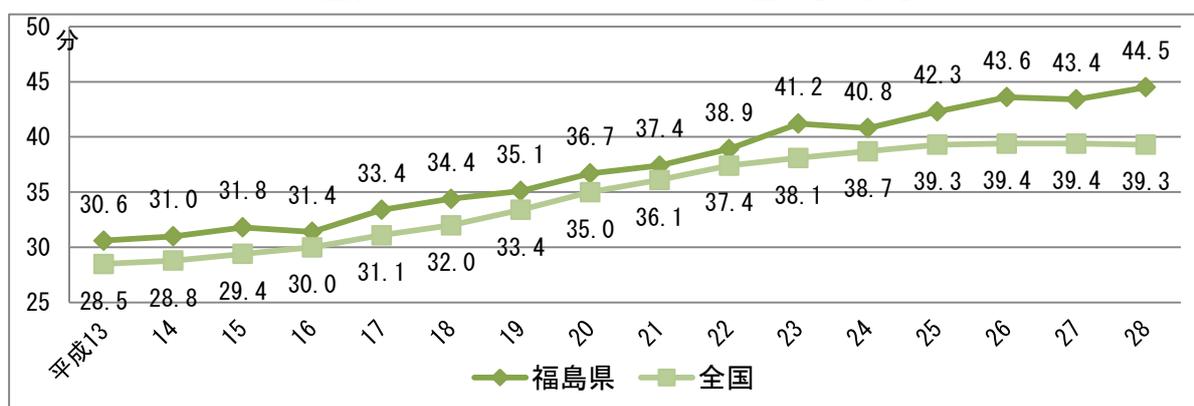
資料：救急・救助の現況（総務省消防庁）

図表 2-3-1-2 傷病程度別救急搬送状況（福島県）



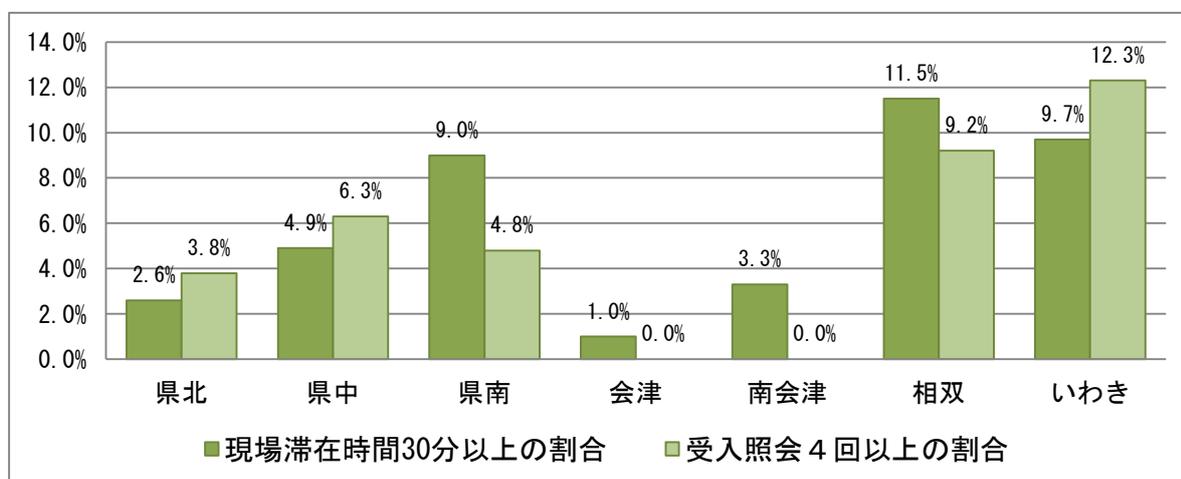
資料：消防防災年報（福島県）、救急・救助の現況（総務省消防庁）※死亡、その他を除く割合

図表 2-3-1-3 平均收容所要時間



資料：救急・救助の現況（総務省消防庁）

図表 2-3-1-4 重症以上の傷病者搬送において、現場滞在時間が30分以上の割合と、医療機関に4回以上受入照会を行った割合



資料：平成 27 年度中の救急搬送における医療機関の受入状況実態調査（総務省消防庁）

(2) 救急隊

- 救急隊の状況を見ると、広大な県土を有する本県の救急車数は平成 29 年 4 月 1 日現在 132 台となっており、人口 10 万人あたりでは全国平均の 4.9 台を大きく上回る 6.9 台となっていますが、高規格救急車※の割合には地域格差があり、県全体では 83.3%で、全国平均の 95.3%を大きく下回っています。
- また、本県の救急救命士数は平成 29 年 4 月 1 日現在で 463 名であり、救急隊に占める「救命士が常時乗車している救急隊」の割合は 77.3%と、全国平均の 91.2%を大きく下回っています。
- 救急隊員の技能維持に努めるとともに、救急業務の高度化に対応するため、救急救命士の養成や高規格救急車の導入を進める必要があります。

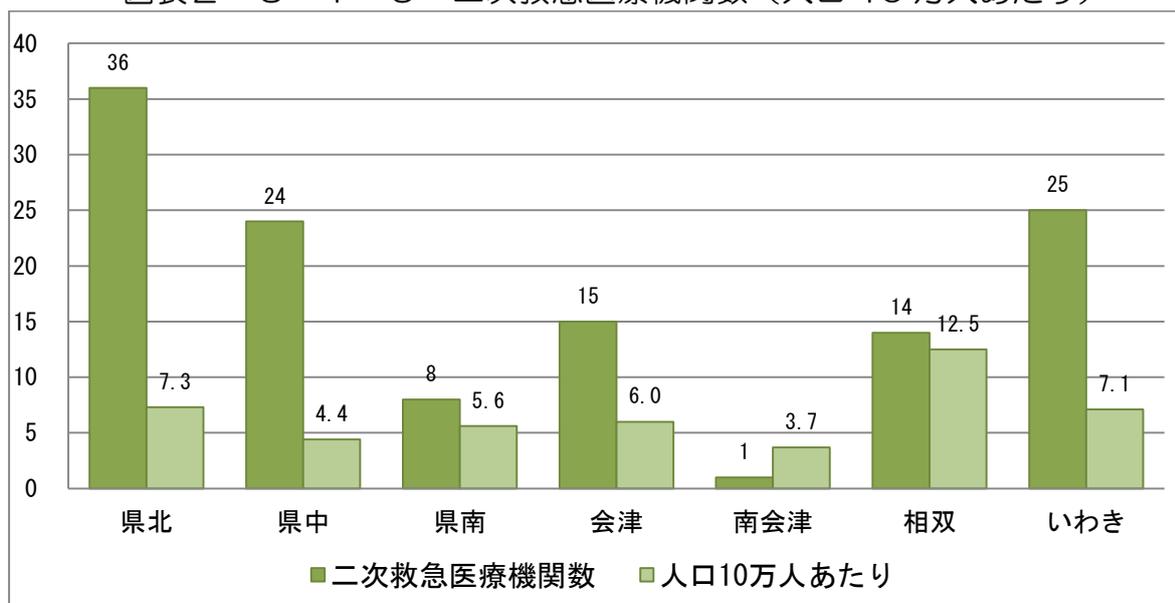
※ 高規格救急車

救急救命士等が高度な処置を行うために必要な資機材を積載した救急車

2 救急医療

- 平成 28 年の救急医療体制調査によると、全国の二次救急医療機関数は、人口 10 万人あたり 2.2 となっていますが、本県は 6.4 となっており、本県は二次救急医療機関が多いという特徴があります。

図表 2-3-1-5 二次救急医療機関数（人口 10 万人あたり）



資料：平成 28 年救急医療体制調査（厚生労働省）

- 平成 21 年の消防法改正に伴い、全都道府県に、「傷病者の搬送及び受入

れの実施に関する基準」（以下「実施基準」という。）を策定することが義務づけられました。

本県においても、実施基準を策定し、平成23年1月1日から施行しており、今後は定期的な見直しが必要となります。医療機関には、傷病者の受入に当たって実施基準を尊重し、消防機関から実施基準に従った受入照会があった場合には傷病者を受け入れられる体制を整えておくことが求められます。

- 平成28年の心肺機能停止患者の予後の状況を見ると、心臓の病気が原因で、かつ一般市民に心肺機能停止の時点が目撃された患者の一か月後の生存率が全国平均13.3%に対して本県は6.7%、一か月後の社会復帰率が全国平均8.7%に対して本県は3.2%と、いずれも下回っています。

心肺機能停止傷病者全搬送人員に対して一般市民により除細動が実施された割合は全国平均1.6%に対して本県は1.5%とほぼ同じ割合となっていますが、生存率や社会復帰率を上げていくためには、救急医療の質の向上が必要です。

3 救命後の医療

- 救急医療機関に搬送された患者が、急性期を乗り越えた後も、救急医療専用の病床からの転床・転院が停滞し、結果的に救急医療用の病床を長時間使用することによって、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。

救急医療機関からの速やかな転院は、空床を確保する観点で救急医療機関の救急患者受入体制にも資するものであり、救急医療機関と救命後の医療を担う医療機関との連携を促進していく必要があります。

- 「2 救急医療」に既述のとおり、本県における心肺機能停止患者の一か月後の社会復帰率は、全国平均と比較して低い状況にあります。

社会復帰には、救護から、救命期の医療、救命期後の医療の全てが関係しており、早期のリハビリ実施等には、救急医療機関と在宅医療を含む救命期後の医療を担う医療機関の連携が欠かせません。

必要となる医療機能

1 救護

(1) 県民に求められる役割

- 患者や周囲の方が、必要に応じて、速やかに救急車の出動要請や救急蘇

生法を実施できるよう、以下の役割が求められます。

- ◆ けが人や急病人が発生した場合、その付近に居合わせた人（バイスタンダー）が応急手当を正しく速やかに行えば、傷病者の救命効果が向上し、傷病治療の経過にも良い影響を与えます。

消防機関が実施する講習会の受講等により、一人でも多くの県民が、傷病者に対する応急手当や、AEDの使用を含めた救急蘇生法を実施できるようになることが必要です。

- ◆ けが人や急病人が発生した場合に、その救護のため、救急蘇生法の実施に加え、必要に応じて適切かつ速やかに救急要請することや適切な医療機関を受診することが大切です。
- ◆ 日ごろからかかりつけ医をもち、また、福島県で行っている次の救急電話相談等を利用するなどして、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が大切です。

【救急医療情報案内サービス】

休日当番医を案内します。受診の際は、必ず事前に電話で医療機関に確認してから受診してください。

○電話番号 0120-963-990

【福島県子ども救急電話相談】

子どもさんの様子をお聞きし、家庭で可能な対処法などについてのアドバイスを行い、必要があれば受診可能な医療機関を案内しています。

○電話番号 #8000（携帯電話からも利用できます。）

つながらない場合は、024-521-3790

○受付時間 毎日午後7時～翌朝8時

【福島県精神科救急情報センター】

夜間において、精神疾患を有する方や、そのご家族などからの緊急的な精神医療相談を電話にて受け付けています。相談内容に対して助言を行い、必要に応じて医療機関の紹介を行います。

○電話番号 0570-783147

○受付時間 午前8時30分～午後10時30分

(2) 消防機関に求められる機能

- 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や、地域住民の救急医療への理解を深めるために、以下の機

能が求められます。

- ◆ 消防機関には、県民が求められる役割を担えるよう、応急手当やAEDの使用方法に関する講習会等を開催するなど、関係機関や関係団体等と連携・協力して、救急蘇生法を広く県民に普及すること。
- ◆ また、早期の救急車の出動要請が必要な脳卒中や急性心筋梗塞等の疾患について、関係機関と連携・協力して住民教育を行うこと。
- ◆ 救急搬送にあたっては、地域メディカルコントロール協議会により定められた手順に則して、心肺機能停止、外傷、急病等の患者に対する適切な観察・判断・処置を実施するとともに、実施基準等により事前に各救急医療機関の専門性を把握した上で、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。

(3) メディカルコントロール協議会等に求められる機能

- 救急救命士等の活動が適切に実施され、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よう、以下の機能が求められます。
 - ◆ 以下の手順を策定し、事後検証等を行って随時改訂していくこと。
 - ・ 救急救命士等の行う処置や疾患に応じた活動手順。
 - ・ 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手順。
 - ◆ 医師から救急救命士に対する直接指示・助言体制が確立されていること。
 - ◆ 救急救命士等への再教育を実施すること。
 - ◆ ドクターカーやドクターヘリ等の活用の適否について、地域において定期的に検討すること。
 - ◆ ドクターヘリや消防防災ヘリコプター等の活用に際して、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。
 - ◆ 地域包括ケアシステムの構築に向け、第二次救急医療機関等の救急医療機関、かかりつけ医や介護施設等の関係機関が連携・協議する体制をメディカルコントロール協議会等を活用して構築し、より地域で連携したきめ細かな取組を進めること。なお、協議会は必要に応じて年間数回以上開催すること。

2 救急医療

各機能を担う医療機関は、別表「福島県救急医療体制」のとおりです。

(1) 救命救急医療機関（第三次救急医療）の機能

○ 救命救急医療機関には、24時間365日救急搬送を受け入れ、傷病者の状態に応じた適切な情報や救急医療を提供するため、緊急性・専門性の高い脳卒中、急性心筋梗塞等や重傷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実施することが求められます。また、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とともに、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ことが求められます。具体的には、以下の機能が求められます。

- ◆ 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24時間365日必ず受け入れることが可能であること。
- ◆ 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（救急科専門医等）が常時診療に従事していること。
- ◆ 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の確保のため、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、精神疾患を合併する患者、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転棟、転院できる体制にあること。
- ◆ 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^{*1}派遣機能を持つ等により、災害に備えて積極的な役割を果たすこと。
- ◆ 救急医療情報センターを通じて、診療機能を住民・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、再教育など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^{*2}であること。

※1 DMAT（災害派遣医療チーム）については第3章第4節「災害時医療」を参照。

※2 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など、一定の要件を満たし、都道府県知事が告示し指定する病院。

（2）入院を要する救急医療を担う医療機関（第二次救急医療）の機能

○ 第二次救急医療機関には、24時間365日、救急搬送の受け入れに応じ、傷病者の状態に応じた適切な救急医療を提供するため、地域で発生する救急患者への初期診断を行い、必要に応じて入院治療を行うことが求められます。

また、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ことが求められます。

さらには、自施設では対応困難な救急患者については、必要な救命措置を行った後、速やかに、救命救急医療を担う医療機関等へ紹介するとともに、救急救命士等への教育機能も一部担うことが求められます。

具体的には、以下の機能が求められます。

◆ 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すること。

◆ 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また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。

◆ 初期救急医療機関や精神科救急医療体制等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、近隣のより適切な医療機関と連携していること。

◆ 救急医療情報センターを通じて、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病院であること。

(3) 初期救急医療を担う医療機関の機能

- 主に、独歩で来院する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い、傷病者の状態に応じた適切な救急医療を提供するため、以下の機能が求められます。
 - ◆ 救急医療の必要な患者に対し、外来診療を提供すること。
 - ◆ 休日・夜間急患センターの設置や、在宅当番医制などと合わせて、地域で診療の空白時間が生じないように努めること。
 - ◆ 病態に応じて速やかに患者を紹介できるよう、近隣の医療機関や精神科救急医療体制等と連携していること。
 - ◆ 休日・夜間に対応できる薬局と連携していること
 - ◆ 自治体等との連携の上、診療可能時間や対応可能な診療科等について住民等に周知していること。

3 救命後の医療

- 救命救急医療機関等からの転院を受け入れ、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とともに、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ため、救命後の医療を担う医療機関には以下の機能が求められます。
 - ◆ 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について、精神科医療機関との連携により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。

施策の方向性と目標

本県の救急医療における現状と課題を踏まえ、個々の役割と医療機能、それを満たす各関係機関、さらにそれら関係機関相互の連携により、病院前救護活動から社会復帰までの医療が連携し継続して実施される体制を構築します。

なお、避難地域等の救急医療体制については、避難地域等医療復興計画に基づき、平成 30 年 4 月より開所する「福島県ふたば医療センター附属病院」を核として体制構築を図ります。

1 救護

(1) 施策の方向性

- 東京電力福島第一原子力発電所の事故に伴い設定された避難指示区域により、浜通りが南北に分断されたことから、メディカルコントロール体制を見直し、県北医療圏と相双医療圏北部を一つの地域としたところであり、両地域の救急医療関係者の更なる連携の促進を図ります。
- 救急搬送に占める軽症患者の割合が増加傾向にあり、患者側の専門医志向等により二次、三次の救急医療機関に患者が集中する傾向があり、ひいては、真に救急対応が必要な方への救急医療へ支障を来すおそれがあります。したがって、傷病の程度や緊急性により体系的に整備されている救急医療体制が本来の機能を果たせるよう、県・市町村・消防機関・教育機関・医療機関・医療関係団体等の関係機関が連携して、県民に対して救急医療機関の適正な受診に向けた周知啓発を進めるとともに、傷病の程度の緊急度に応じた適切な救急対応についての相談に応じる体制の充実に努めます。

また、県民が必要に応じた救急車の出動要請や救命処置を実施できるよう、AED 使用を含めた救急に関する講習会の実施等を進めます。
- 消防機関と医療機関の連携を強化し、消防機関の速やかな搬送先選定を支援するため、実施基準の見直しを進めます。さらには平成 28 年 11 月に福島市消防本部、伊達地方消防組合消防本部管内で運用が開始された、福島県救急搬送受入支援システム(e-MATCH)の全県的な普及を目指すとともに、本システム等から得られるデータを活用し、救急医療の質の向上を図ります。
- 救急業務の高度化に対応するため、各消防本部における救急救命士の計画的な養成を進めるとともに、高規格救急車の導入の促進に努めます。

- 福島県救急医療対策協議会、福島県メディカルコントロール協議会及び各地域に設置された協議会をとおして、プロトコール及び実施基準の見直しを進め、搬送中における医療の質の維持及び向上、消防機関と救急医療の連携強化を図り、地域の実情に応じた救急搬送体制の充実等を進めます。

(2) 目標

指標名	現状値	目標値	備考
救急隊のうち救命士 常時運用隊の比率	77.3% (平成 29 年)	91.2% (平成 35 年)	救急・救助の現況（総務省消防庁） ※ 全国平均を目標。

2 救急医療

(1) 施策の方向性

- 避難地域等医療復興計画に基づき、相双医療圏における二次救急医療体制の充実強化を図ります。
また、震災後に、相双医療圏北部と県北医療圏の医療連携を進めるため、公立大学法人福島県立医科大学附属病院の救命救急センターが相双医療圏北部の三次救急医療を担ってまいりましたが、継続して相馬エリアの三次救急医療の確保を進めていきます。
- より効果的な救急医療提供体制の確保を図るため、福島県救急医療対策協議会及び各地域救急医療対策協議会等を通じて、救急医療を担う医療機関相互の連携、一般医療機関と精神科医療機関との連携を促進します。
- 小児救急医療については、小児地域支援病院や小児地域医療センターを中心とした地域における体制の整備とともに、これらの施設では対応が困難な患者に対して高度な小児専門医療を提供する小児中核病院（公立大学法人福島県立医科大学附属病院）が連携した小児救急医療の体制整備に努めます。
- 救急医療を担う人材については、不足が深刻な状況にあることから、公立大学法人福島県立医科大学等と連携して、医師を始めとする救急医療従事者の確保を進めます。
- 救急医療の質の向上を図るため、救急医療機関の施設設備等の整備を支援し、ハード面の充実を図るとともに、救急医療従事者の研修受講等を支援することで、ソフト面の充実を図ります。

- ◆ 初期救急医療については、休日夜間急患センター等の施設設備整備を支援するとともに、診療科目、診療時間の充実及び未設置市の解消に向け、広域的対応を含めた関係自治体の取組を促進します。
また、当番医の状況を踏まえて、地域の薬剤師会と連携し、当番薬局の確保を図ります。
 - ◆ 二次救急医療については、県土が広大な本県においては、特に二次救急医療機関の果たす役割が重要であることから、病院群輪番制病院等の施設設備整備等を支援します。
 - ◆ 三次救急医療については、救命救急センターの施設設備の充実や運営を支援するとともに、ドクターヘリの運航を支援します。
また、ドクターヘリの有効活用を図る観点から、救急医療機関におけるヘリポート整備を支援します。
- 重症度・緊急度に応じた医療の提供を可能とするため、以下の体制を構築します。
- ◆ 患者の状況に応じた適切な救急医療の提供
 - ◆ 救急医療に係る資源の効率的な配置とアクセス時間を考慮した整備
 - ◆ 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
 - ◆ 脳卒中・急性心筋梗塞・重傷外傷等のそれぞれの疾患に応じた医療体制
 - ◆ 急性期を乗り越えた救命救急センターの患者を一般病棟へ円滑に転棟できる体制

(2) 目標

指標名	現状値	目標値	備考
休日夜間急患センター及びこれに準じた初期救急医療機関を整備している地区数	10 (平成 28 年度)	13 (平成 35 年度)	現状値は、休止中 1 を含む。 ※ 13 市全ての整備を目標。
心原性でかつ一般市民により心肺機能停止の時点が目撃された症例の 1 か月後生存率	6.7% (平成 28 年)	13.3% (平成 35 年)	救急・救助の現況 (総務省消防庁) ※ 全国平均 13.3 以上を目標

3 救命後の医療

(1) 施策の方向性

- 地域連携クリティカルパスの導入を進めるなど、救急医療機関と救命後の

医療を担う医療機関、さらに在宅医療を担う医療機関の連携を促進し、救急搬送患者の社会復帰率の向上を図ります。

- 救急医療機関等から療養の場へ円滑な移行が可能となるよう、以下の体制を構築します。
 - ◆ 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
 - ◆ 重度の合併症、後遺症のある患者が、介護施設・在宅で療養を行う際に、医療及び介護サービスが相互に連携できる体制
 - ◆ 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かな取組を行うことができる体制

(2) 目標

指標名	現状値	目標値	備考
心原性でかつ一般市民により心肺機能停止の時点が目撃された症例の1か月後社会復帰率	3.2% (平成28年)	8.7% (平成35年)	救急・救助の現況 (総務省消防庁) ※ 全国平均8.7%以上を目標

福島県救急医療体制

		平成30年1月1日現在		
		第三次救急医療機関		救命救急センター
		第二次救急医療機関		
		救急告示病院 (51 病院)	救急協力病院・診療所 (11 医療機関)	救命救急センター
		【福島】		
県北	医科	福島赤十字病院 一般財団法人大原記念財団大原総合病院 済生会福島総合病院 医療生協わたり病院 福島西部病院 福島第一病院 福島南循環器科病院 あつち脳神経外科病院 一般財団法人脳神経疾患研究所附属福島東北福島病院 公立大学法人福島県立医科大学附属病院	公立大学法人福島県立医科大学附属病院 (高度救命救急センター) (ドクターヘリ基地病院)	
	歯科	福島市救急医療病院群輪番制 運営協議会 (11 病院) 安達地方広域行政組合 (4 病院) 伊達地方病院群輪番制 (3 病院)		
	薬局	福島市夜間急病診療所 (*) 福島市休日救急歯科診療所		
県中	医科	郡山市第二次救急病院協議会 (7 病院) 須賀川地方保健環境組合 (3 病院)	【郡山】 佐藤胃腸科外科病院 【田村】 大方病院 (田村市船引町) 三春町立三春病院	一般財団法人太田総合病院附属太田西ノ内病院
	歯科			
	薬局			

		初期救急医療機関		第二次救急医療機関		第三次救急医療機関	
		在宅当番制	休日夜間急患センター 休日等歯科診療所	病院群輪番制(62医療機関) ※救急告示病院以外14医療機関	救急告示病院(51病院)	救急協力病院・診療所 (11医療機関)	救命救急センター
県商	医科	白河医師会	[夜間病診連携] 福島県厚生農業協同組合連合会白河厚生総合病院 厚生総合病院(白河医師会)	白河地方病院群輪番制病院協議会(4病院)	【白河】 福島県厚生農業協同組合連合会白河厚生総合病院 医療法人社団恵周会白河病院 公益財団法人会田病院 福島県厚生農業協同組合連合会橘厚生病院		
	歯科	白河歯科医師会					
会津	医科	会津若松医師会	会津若松市夜間急病センター	会津若松市救急医療病院群輪番制運営協議会(3病院)	【会津】 公立大学法人福島県立医科大学会津医療センター(附属病院) 竹田総合病院 会津中央病院 福島県厚生農業協同組合連合会坂下厚生総合病院 福島県厚生農業協同組合連合会高田厚生病院	【会津】 公益財団法人六澤病院 福島県立宮下病院	会津中央病院
	歯科	会津若松歯科医師会					
	薬局	会津薬劑師会					
	医科	南会津郡医師会		※未実施		【南会津】 福島県立南会津病院	
南会津	医科	相馬郡医師会 双葉郡医師会	[夜間病診連携] 公立相馬総合病院(相馬郡医師会)	相馬地方病院群輪番制協議会(6病院) 双葉地方病院群輪番制協議会(4病院)(休止中)	【相馬】 公立相馬総合病院 医療法人社団茶畑会相馬中央病院 南相馬市立総合病院 医療法人相雲会小野田病院 医療法人社団青空会大町病院 渡辺病院 福島県厚生農業協同組合連合会鹿島厚生病院	【双葉】 医療法人西会西病院(休止中)	公立大学法人福島県立医科大学附属病院 (相双医療圏北部)
	医科	相馬郡医師会 双葉郡医師会	夜間小児科・内科初期救急医療事業 (南相馬市)				
相双	医科	相馬歯科医師会 双葉郡歯科医師会(休止中)					
	歯科	相馬歯科医師会 双葉郡歯科医師会(休止中)					
いわき	医科	いわき市医師会	いわき市休日夜間急病診療所(*)	いわき市病院協議会(14病院)	【いわき】 松村総合病院 いわき市立総合磐城共立病院 独立行政法人労働者健康健全機構福島労災病院 社団法人社団栄会かしま病院 呉羽総合病院 公益財団法人とぎわ会常磐病院	【いわき】 社団法人岩手会中村病院 医療法人社団正風会石井脳神経外科・眼科病院 医療法人翔洋会磐城中央病院 医療法人社団栄会なごそ病院 医療法人あさうら会須田医院	いわき市立総合磐城共立病院 (相双医療圏南部・いわき医療圏)
	歯科		いわき市休日救急歯科診療所				

(*)：薬局の薬剤師が輪番で派遣されている休日夜間急患センター

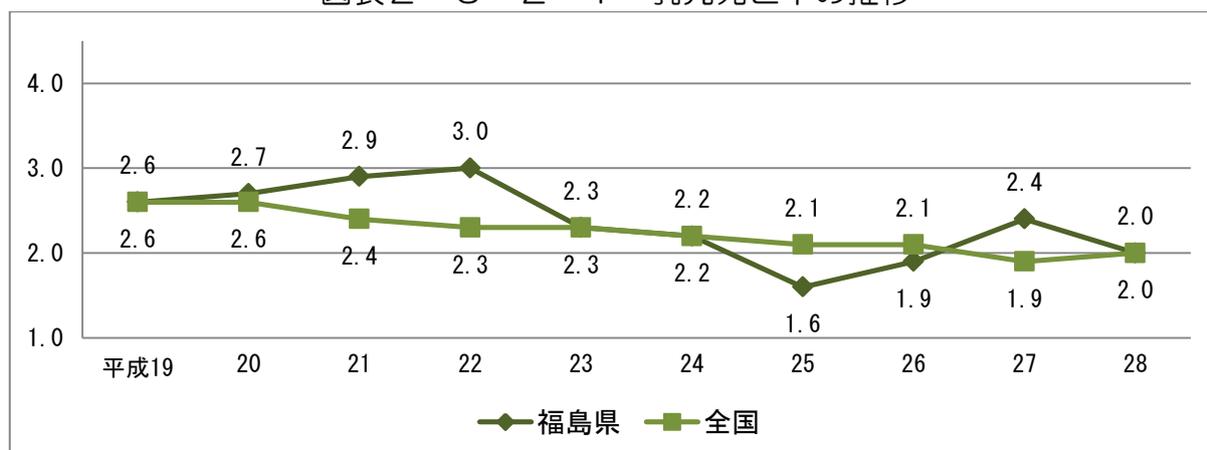
第2節 小児医療

現状と課題

1 小児の人口動態等

- 本県の乳児死亡率（出生千対、以下同じ。）は平成28年は2.0と、全国平均と同値となっています。

図表2-3-2-1 乳児死亡率の推移

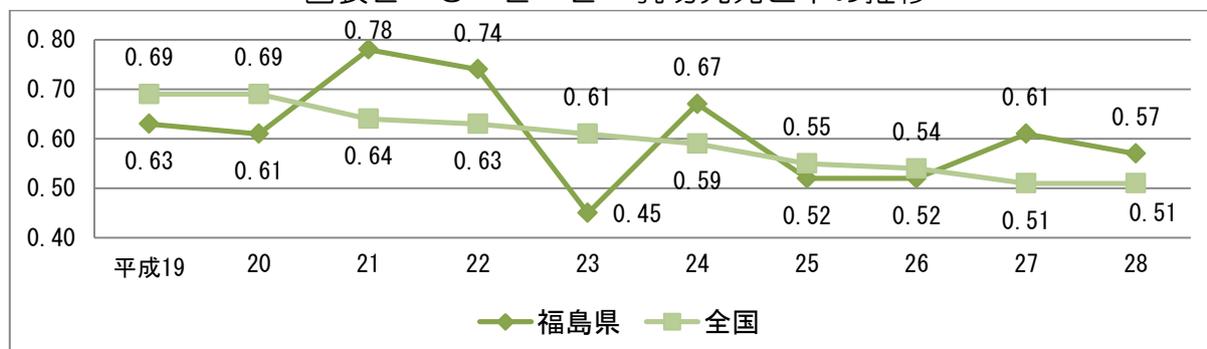


資料：人口動態統計（厚生労働省）

- 乳幼児死亡率（0～4歳人口千対、以下同じ。）は、平成28年は0.57と、全国平均の0.51を上回っています。

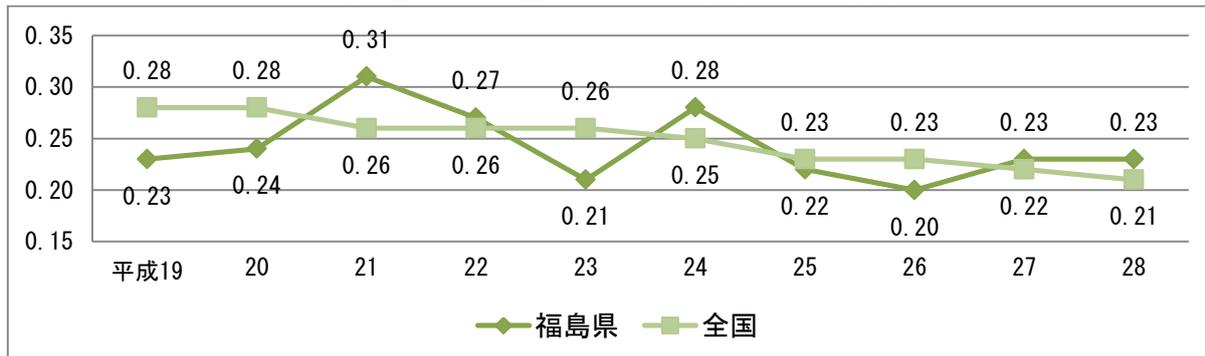
- 小児（15歳未満）死亡率（15歳未満人口千対、以下同じ。）は、平成28年は0.23と、全国平均の0.21とほぼ同値となっています。

図表2-3-2-2 乳幼児死亡率の推移



資料：死亡数は人口動態統計（厚生労働省）※平成23年は震災による死亡数を除く。
人口は各年3月31日（平成26年～28年は1月1日）現在住民基本台帳人口（総務省）

図表 2-3-2-3 小児死亡率の推移



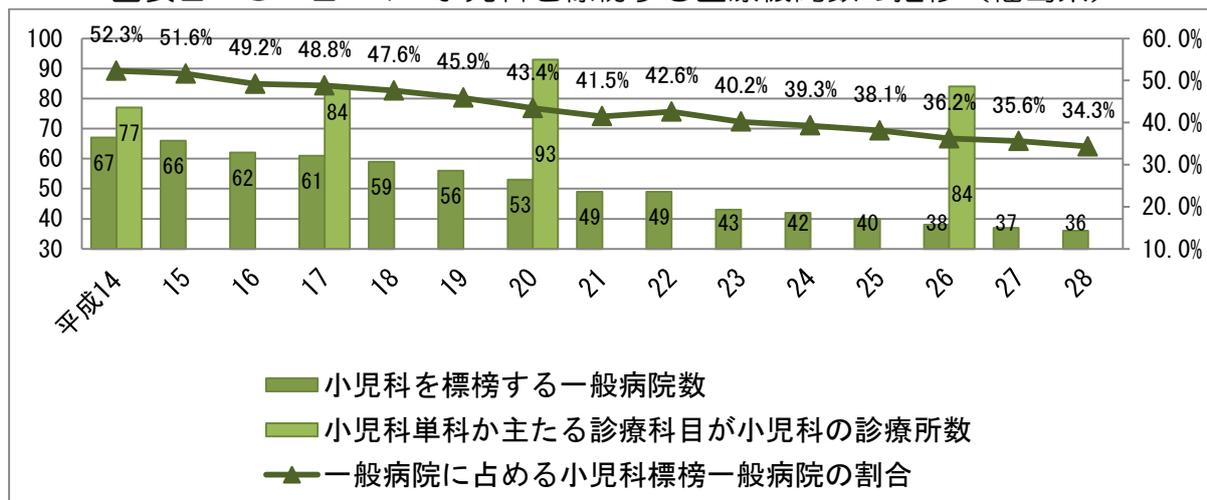
資料：死亡数は人口動態統計（厚生労働省）※平成 23 年は震災による死亡数を除く。
人口は各年 3 月 31 日（平成 26 年～28 年は 1 月 1 日）現在住民基本台帳人口（総務省）

- 3 歳児健康診査の受診率を見ると、平成 27 年度の本県の受診率は 95.7% となっており、全国平均の 94.3% を上回っています。
- 一方、予防接種率では、平成 28 年度の本県の麻しん・風しん（第 2 期）の予防接種率はともに 92.9% であり、全国平均の 93.1% を下回っています。予防接種率の向上が課題となっています。

2 小児医療提供体制

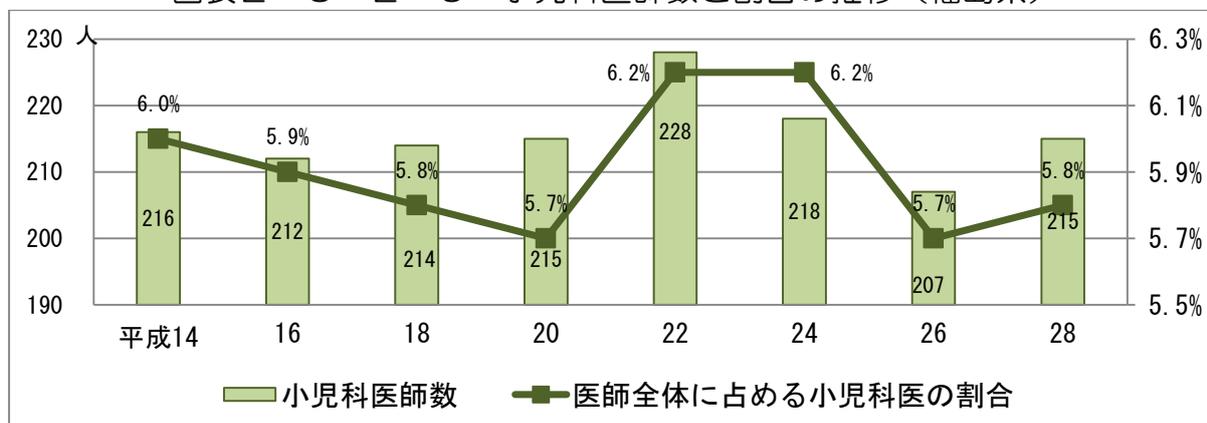
- 小児医療提供体制を見ると、小児科を標榜する一般病院は減少傾向にあり、一般病院全体に占める割合も低下傾向にあります。小児科単科の診療所・小児科を主たる診療科とする診療所は、平成 20 年以前は増加傾向にありましたが、平成 26 年は減少しています。
- 小児科医師数について見ると、本県の小児 1 万人あたりの小児科医師数は 9.4 人と、全国平均の 10.7 人を下回っています。
また、県内においても、地域によって偏在が見られます。
- 平成 26 年の医療施設調査によれば、小児科標榜診療所に勤務する医師数は、小児 1 万人あたり 4.7 人で、全国平均の 4.5 人を上回っていますが、病院に勤務する小児科医・小児外科医は 5.8 人で、全国平均の 6.8 人を下回っており、病院勤務の医師の確保が課題となっています。
- 平成 28 年 12 月時点の病院における小児科医師数は 122 人であり、必要数は 139 人となっています。

図表2-3-2-4 小児科を標榜する医療機関数の推移（福島県）



資料：医療施設調査（厚生労働省）

図表2-3-2-5 小児科医師数と割合の推移（福島県）



資料：医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）

図表2-3-2-6 小児科医師数（15歳未満人口1万人対）

県全体	県北	県中	県南	会津・南会津		相双	いわき	
				会津	南会津			
9.4	13.2	9.8	4.8	7.7	7.1	14.2	7.1	7.6

資料：平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）
人口は平成27年国勢調査（総務省）

3 小児医療を取り巻く環境

- 全国的に、小児の救急患者に軽症患者が多いことが課題とされていますが、少子化や核家族化、共働き世帯の増加等に加え、保護者等による専門医指向や病院指向が大きく影響していると指摘されています。
- 福島県では、安心して子どもを生み育てやすい環境づくりを進めるため、18歳以下の医療費無料化を実施していますが、これに伴い、軽症患者や救

急外来の受診増が懸念されます。特に病院勤務の小児科医が不足する中で、かかりつけ医を持ち、不必要な時間外受診をしないなど、適正受診の推進が必要となっています。

必要となる医療機能

1 相談支援等

- 子どもの家族等には、子どもの急病時に適切に対応することが求められ、行政機関には子どもの家族等を支援する体制が求められます。子どもの家族等の適切な対応を支援するため、以下のサービスがあります。

◆医療機関を受診する前に

【福島県子ども救急電話相談】

子どもさんの様子をお聞きし、家庭で可能な対処法などについてのアドバイスを行い、必要があれば受診可能な医療機関を案内しています。

「シャープ8000」とおぼえてください。

○電話番号 #8000（携帯電話からも利用できます。）

つながらない場合は、024-521-3790

○受付時間 毎日午後7時～翌朝8時

【こどもの救急】<http://kodomo-qa.jp/>

夜間や休日などの診療時間外に医療機関を受診するかどうか、判断の目安となる情報を提供しています（生後1か月～6歳児を対象。）。

◆休日・夜間に受診が必要なとき

【福島県総合医療情報システム】

診療可能な医療機関の情報を掲載しています。

受診の際は、必ず事前に電話で医療機関に確認してから受診してください。

<http://www.ftmis.pref.fukushima.lg.jp/ap/qa/men/pwtpmenuult01.aspx>

検索 

【救急医療情報案内サービス】

診療可能な医療機関を案内します。

受診の際は、必ず事前に電話で医療機関に確認してから受診してください。

○電話番号 0120-963-990

- また、小児医療を担う医療機関には、家族に対する精神的サポート等の支援を実施することが求められます。

2 一般小児医療

(1) 一般小児医療（初期小児救急医療を除く）を担う機能

- 地域に必要な一般の小児保健・小児医療を実施するため、医療機関には以下の機能が求められます。
 - ◆ 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。
- 一般小児医療を担う医療機関としては、小児科を標榜する医療機関があります。小児科を標榜する医療機関は、福島県総合医療情報システムで検索できます。

(2) 初期小児救急医療を担う機能

- 初期小児救急医療を担うため、医療機関には以下の機能が求められます。
 - ◆ 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。
- 初期小児救急医療を担う医療機関としては、以下の医療機関があります。

[平日昼間]

- ◆ 小児科を標榜する医療機関。

[休日夜間]

- ◆ 在宅当番医制に参加している診療所、休日夜間急患センター等。

休日夜間の初期小児救急医療を担う医療機関は、図表2-3-2-9「福島県の小児救急医療体制」に記載のとおりです。

(3) 小児医療過疎地域の小児医療を担う機能（小児地域支援病院）

- 小児地域医療センター（「3（1）」参照。）や小児中核病院（「4（1）」参照。）がない二次医療圏（小児医療過疎地域）における最大の小児科病院として、地域に不可欠な小児医療を提供するため、医療機関には以下の機能が求められます。
 - ◆ 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。

- 小児医療過疎地域における最大の小児科病院として小児医療を担う小児地域支援病院にあたる病院は、以下のとおりです。

図表 2-3-2-7 福島県の小児地域支援病院

地域	医療機関名
県南	福島県厚生農業協同組合連合会白河厚生総合病院
相双	公立相馬総合病院

3 小児地域医療センター

(1) 小児専門医療を担う機能

- 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小児専門医療を実施するため、医療機関には以下の機能が求められます。
 - ◆ 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医療機関では対応が困難な患者や常時監視・治療が必要な患者等に対する入院診療を行うこと。
- 小児の専門医療を担う小児地域医療センターにあたる病院は、以下のとおりです。

図表 2-3-2-8 福島県の小児地域医療センター

地域	医療機関名
県北	一般財団法人大原記念財団大原総合病院
県中	一般財団法人太田総合病院附属太田西ノ内病院
会津・南会津	竹田総合病院
いわき	いわき市立総合磐城共立病院

(2) 入院を要する小児救急医療を担う機能

- 入院を要する小児救急医療を 24 時間体制で実施するため、医療機関には以下の機能が求められます。
 - ◆ 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。
 - ◆ 一般の小児医療を行う医療機関と連携し、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。

- 入院を要する小児救急医療を担う医療機関は、図表2-3-2-9「福島県の小児救急医療体制」に記載のとおりです。

4 小児中核病院

(1) 高度な小児専門医療を担う機能

- 小児地域医療センターでは対応が困難な患者に対する高度な小児専門医療を実施するため、医療機関には以下の機能が求められます。
 - ◆ 小児地域医療センター等との連携により、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。
- 高度な小児専門医療を担う小児中核病院にあたる病院は、公立大学法人福島県立医科大学附属病院となっています。

(2) 小児の救命救急医療を担う機能

- 小児の救命救急医療を24時間体制で実施するため、医療機関には以下の機能が求められます。
 - ◆ 小児地域医療センター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。
 - ◆ PICU（小児の集中治療室）の運営を含め、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。
- 小児の救命救急医療を担う医療機関としては、以下の医療機関があります。
 - ◆ 救命救急センターを有するなど、小児の高度な救急救命医療を提供する病院。

図表 2-3-2-9 福島県の小児救急医療体制

	初期小児救急医療		入院を要する 小児救急医療	小児救命救急医療
	在宅当番医制	休日夜間急患 センター等		
県北	福島市医師会 安達医師会	福島市夜間急病診療 所	福島市	公立大学法人 福島県立医科大学附属病院
県中	郡山医師会	郡山市休日・夜間急 病センター 須賀川地方休日夜間 急病診療所 田村地方夜間診療所	郡山市	一般財団法人太田総合病院 附属太田西ノ内病院
県南	白河医師会	福島県厚生農業協同 組合連合会白河厚生 総合病院（白河医師会）		
会津・ 南会津	会津若松医師会	会津若松市夜間急病 センター		竹田総合病院
相双		公立相馬総合病院 （相馬郡医師会） 医療法人相雲会小野 田病院（南相馬市）		公立大学法人 福島県立医科大学附属病院
いわき	いわき市医師会	いわき市休日夜間急 病診療所		いわき市立総合磐城共立病院

※ 福島市、郡山市以外の入院を要する小児救急医療は、通常の二次救急医療体制で対応。

施策の方向性と目標

1 病院勤務の小児科医等

(1) 施策の方向性

- 小児科医が不足していることを踏まえ、公立大学法人福島県立医科大学への委託により平成 28 年 4 月に設置した「ふくしま子ども・女性医療支援センター」において、以下の取組を行います。
 - ・ 全国から小児科医師の招へい
 - ・ 公立大学法人福島県立医科大学附属病院での高度・専門医療の診療、指導
 - ・ 県内拠点病院に対する医師派遣を通じた医療支援
 - ・ スキルアップのための講習会・研修会等の実施
- また、県外から転入する小児科医に研究資金を貸与するとともに、小児科を専攻する県内勤務の研修医に対し研修資金を貸与し、県内の自治体病院等で一定期間勤務した場合には返還免除することで、病院勤務の小児科医の確保を図ります。
- 公立大学法人福島県立医科大学医学部の入学定員増に併せて創設された「緊急医師確保修学資金」制度により県内の医師確保を図りながら、小児科

医の確保を進めます。

- 施設において必要とされる看護職員の確保を図るため、離職防止・定着化に努めます。

(2) 目標

指標名	現状値	目標値	備考
病院勤務の小児科医師数	122人 (平成28年度)	139人 (平成35年度)	医師・歯科医師・ 薬剤師調査

2 小児救急医療

- 小児科を標榜する病院による輪番方式で入院に対応する取組を実施している市町村は県内に2か所しかないため、関係市町村に対して働きかけるとともにその運営を支援します。
- また、小児地域支援病院や小児地域医療センターを中心とした地域における体制の整備とともに、これらの施設では対応が困難な患者に対して高度な小児専門医療を提供する小児中核病院（公立大学法人福島県立医科大学附属病院）が連携した小児救急医療体制の整備に努めます。
- 公立大学法人福島県立医科大学附属病院に本県初となる PICU が設置され、高度な小児専門医療が提供されていますが、本県の小児救急医療体制の更なる充実を図るため、「小児救命救急センター」の整備を検討します。

3 相談支援等

- 小児救急電話相談事業を継続して実施し、保護者等の不安軽減と適切な医療機関の受診環境を整えるとともに、小児救急電話相談事業の普及に努め、利用促進を図ります。
- 子どもの病気について相談できるようかかりつけ医を持つなど、適正受診について普及を図ります。

4 乳幼児の健康診査・予防接種

(1) 施策の方向性

- 本県の3歳児健康診査の受診率は全国平均を上回って推移していますが、今後も、受診勧奨や未受診者対策が図られるよう市町村に働きかけるなどに

より、受診率の向上を図ります。

- 麻しん・風しんの予防接種については、接種率の高い市町村の取組を情報提供するなどして市町村の取組を支援するとともに、麻しんの予防接種強化月間に合わせて予防接種の重要性について県民への周知を図るなど、市町村や医療機関等と連携しながら、接種率の向上に努めます。

(2) 目標

指標名	現状値	目標値	備考
3歳児健康診査受診率	95.7% (平成27年度)	100% (平成35年度)	
麻しん予防接種率(Ⅰ期)	97.7% (平成28年度)	98.0% (平成32年度)	「福島県麻しん(はしか)対策指針」と整合性を図って目標を設定。
麻しん予防接種率(Ⅱ期)	92.9% (平成28年度)	98.0% (平成32年度)	

5 障がい児等の療養・療育の支援に関する施策

- 周産期医療関連施設を退院した障がい児等について、生活の場(施設を含む。)で療養・療育できるよう支援するため、小児在宅医療提供施設や訪問看護ステーション、レスパイト受入施設、障がい児相談支援事業所、障がい児施設等が連携したサービスの提供体制の確保に努めます。

具体的には、関係機関による協議の場を設置し、地域での支援体制について検討していきます。

なお、障がい児等を抱える保護者や家族の不安を軽減するための市町村の取組を支援していきます。

- 発達障がい児については、第4章第5節「精神疾患対策」にも記載していますが、福島県発達障がい者支援センターを中心に、市町村及び地域の医療、保健、福祉、教育等の各関係機関が連携し、支援していきます。

6 災害時への対応に関する施策

- 災害発生時、小児・周産期医療の患者搬送や物資等の支援を円滑に行うため、県災害対策本部等においてこれらの調整を行う災害時小児周産期リエゾンの養成を進めます。

- また、災害時には、各関係機関や団体等と情報を共有し、連携して対応することが重要であることから、平時からのネットワーク形成を進めます。

第3節 周産期医療

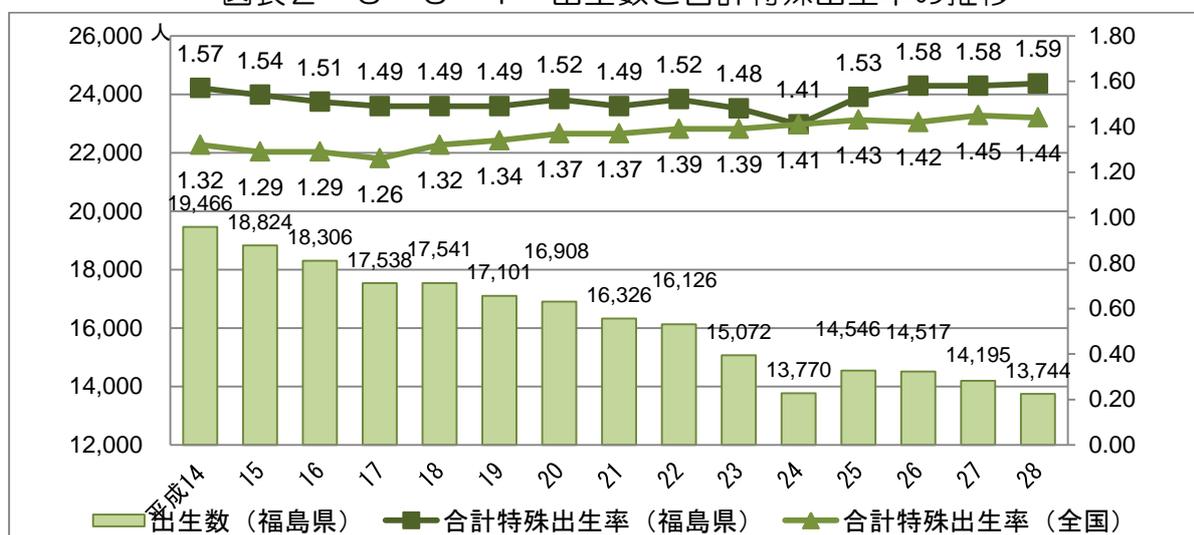
現状と課題

1 出生率等

○ 本県の出生数は減少傾向にあり、平成28年の出生数は13,744人で、東日本大震災の影響により大きく減少した平成24年よりも少なくなっています。また、平成28年の出生率（人口千対）は7.3となっています。

合計特殊出生率は、平成28年は1.59で全国を上回る水準で推移しています。

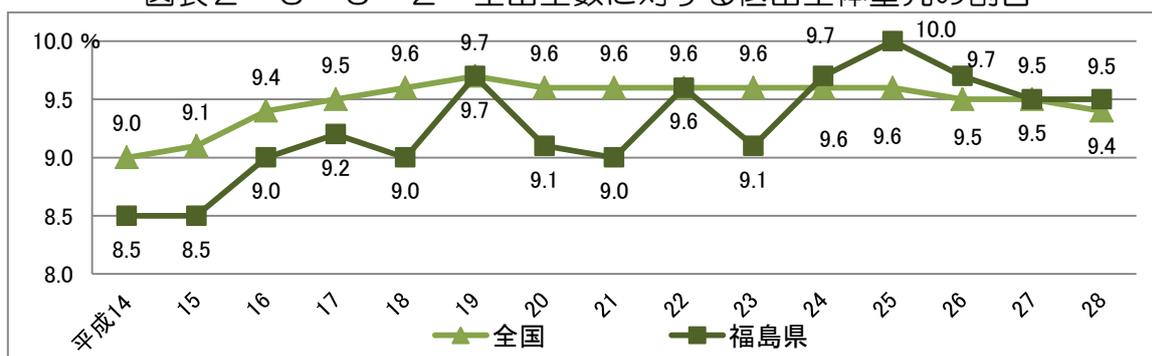
図表2-3-3-1 出生数と合計特殊出生率の推移



資料：人口動態統計（厚生労働省）

○ 出生体重が2,500g未満の低出生体重児の数は減少傾向にあるものの、全出生数に対する出生割合は増加傾向にあり、平成28年は9.5%となっています。

図表2-3-3-2 全出生数に対する低出生体重児の割合

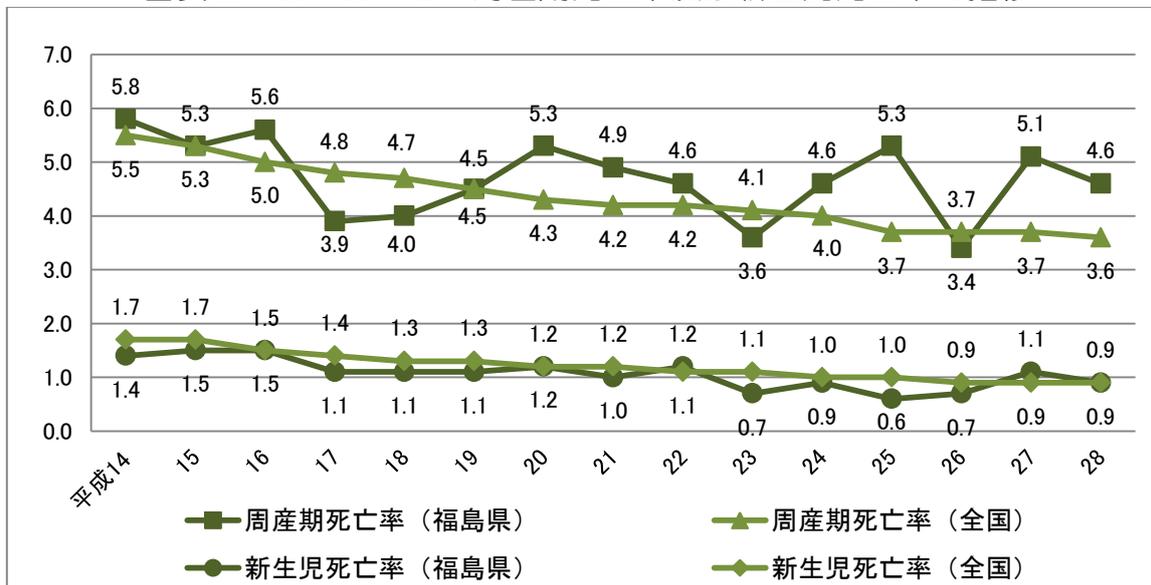


資料：人口動態統計（厚生労働省）

- 本県の平成 28 年の周産期死亡率は 4.6 となっており、全国平均の 3.6 を上回っています。

新生児死亡率は、概ね全国平均を下回る水準で推移しています。

図表 2-3-3-3 周産期死亡率及び新生児死亡率の推移



資料：人口動態統計（厚生労働省）

2 周産期医療提供体制

- 平成 29 年 4 月現在、本県においては、母体・胎児集中治療室（MFICU）は 9 床、新生児集中治療室（NICU）は診療報酬加算対象病床が 42 床、非加算病床が 33 床整備されています。また、NICU の後方病床は 50 床整備されています。

- 平成 29 年 1 月現在、本県の分娩取扱施設は、15 病院、22 診療所、1 助産所の計 38 施設であり、平成 24 年 2 月現在の分娩取扱施設と比較すると、5 年間で 3 病院、7 診療所、3 助産所の計 13 施設が減少しています。

- 周産期医療を担う医師数は、絶対数が不足している状況にあり、平成 28 年 12 月末現在における産婦人科医師数は 122 人で、出生千人あたりの産婦人科医師の割合は、8.9 人と、全国平均の 11.6 人を下回っています。

また、県内の地域においても産婦人科医師の偏在が認められます。

一方で、NICU を担当する専任の常勤医師も不足しており、NICU を有する病院への調査結果では、平成 29 年 8 月時点で 16 人いますが、必要数は 23 人で、7 人不足しています。

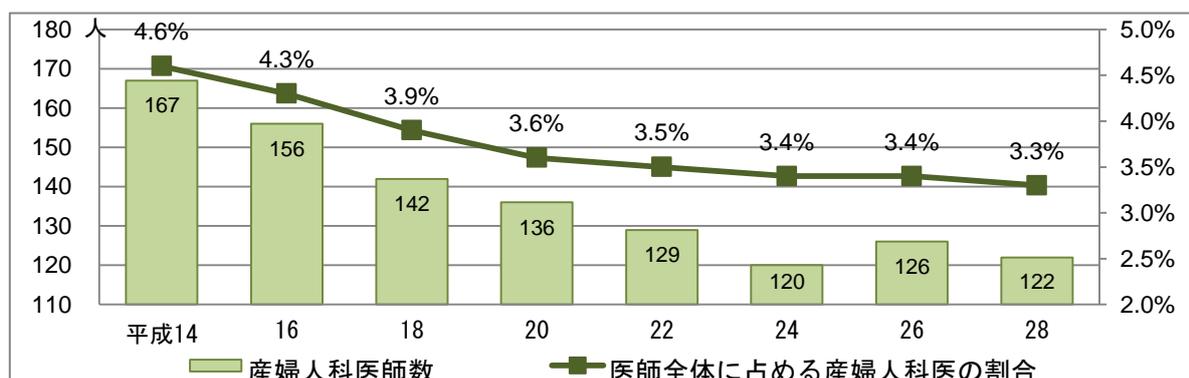
図表2-3-3-4 福島県の周産期医療体制

(平成29年4月1日現在)

施設区分	医療機関名	母胎・胎児集中治療室			新生児集中治療管理室				後方病床		
		計	MFICU (診療報酬加算対象)	MFICU (診療報酬非加算)	計	NICU1	NICU2	NICU (診療報酬非加算)	計	GCU	GCU (診療報酬非加算)
総合周産期母子医療センター	公立大学法人 福島県立医科大学附属病院	6	6	0	15	15	0	0	12	12	0
地域周産期母子医療センター	一般財団法人大原記念財団 大原総合病院	0	0	0	6	0	6	0	0	0	0
	一般財団法人太田総合病院 附属太田西ノ内病院	3	3	0	9	9	0	0	12	12	0
	竹田総合病院	0	0	0	6	0	6	0	12	0	12
	いわき市立 総合磐城共立病院	0	0	0	6	0	6	0	14	0	14
	小計	3	3	0	27	9	18	0	38	12	26
	周産期医療協力施設	公益財団法人星総合病院	0	0	0	6	0	0	6	0	0
	公益財団法人湯浅報恩会 寿泉堂総合病院	0	0	0	6	0	0	6	0	0	0
	公立岩瀬病院	0	0	0	9	0	0	9	0	0	0
	福島県厚生農業協同組合 連合会白河厚生総合病院	0	0	0	7	0	0	7	0	0	0
	公立相馬総合病院	0	0	0	5	0	0	5	0	0	0
	小計	0	0	0	33	0	0	33	0	0	0
合計		9	9	0	75	24	18	33	50	24	26

※NICU1：新生児集中治療管理料及び新生児特定集中管理料1の加算対象となる病床
 ※NICU2：新生児特定集中治療管理料2の加算対象となる病床

図表2-3-3-5 福島県の産婦人科医師数と割合の推移



資料：医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）

図表2-3-3-6 地域別の産婦人科（産科）医師数（出生千対）

地域	県北	県中	県南	会津・南会津		相双	いわき	県平均	
				会津	南会津				
産婦人科医の割合	14.8	8.0	8.3	6.6	7.1	0.0	2.4	7.7	8.9

資料：平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）
 出生数は平成28年人口動態統計（厚生労働省）

- 産婦人科医師の不足や、分娩取扱施設の減少に伴い、周産期医療提供体制は、極めて厳しい状況にあります。

また、産婦人科医師が不足している中で、医師の負担軽減やその確保・育成が課題となっています。

必要となる医療機能

周産期医療体制は、対応する分娩のリスクに応じた医療機能の分担を進める必要があります。

1 正常分娩等を扱う機能

- 正常分娩に対応するために、正常分娩等を扱う医療機関には次のような機能が求められます。
 - ◆ 正常分娩を安全に実施可能であること。
 - ◆ 妊婦健康診査等を含めた分娩前後の診療を行うために、産科に必要とされる検査、診断、治療が可能であること。
 - ◆ 他の周産期医療機関等との連携により、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。
- 正常分娩等に対応する医療機関としては、産科又は産婦人科を標榜する病院又は診療所、助産所があります。

2 比較的高度な周産期医療を行うことができる機能

- 周産期に係る比較的高度な医療を担う医療機関としては、「福島県の周産期医療機関」に記載の、「周産期医療協力施設」及び「地域周産期母子医療センター」があります。
- 周産期に係る比較的高度な医療行為を実施することを目標に、周産期医療協力施設及び地域周産期母子医療センターには、次のような医療機能が求められます。

周産期医療協力施設の診療機能、病床数及び確保すべき医療従事者等

○診療科目	産科及び小児科（新生児医療を担当するもの）を有するものとし、麻酔科その他関連診療科を有することが望ましい。ただし、県が適当と認める施設については、産科を有していても差し支えない。
○設備等	
・産科を有する場合	次に掲げる設備を備えることが望ましい。 ①分娩監視装置 ②超音波診断装置 ③微量輸液装置 ④その他産科医療に必要な設備
・NICU	次に掲げる設備を備えるNICUを設けることが望ましい。 ①新生児呼吸循環監視装置 ②新生児用人工換気装置 ③保育器 ④その他新生児集中治療に必要な設備
○確保すべき医療従事者	下記に掲げる職員を配置することが望ましい。 ・24時間体制を確保するために必要な職員。 ・看護師については、新生児NICUの運営状況に応じて、適切な看護体制が確保されていること。
○病床等	新生児集中治療管理室は、人工呼吸管理可能な病床を有すること。

地域周産期母子医療センターの診療機能、病床数及び確保すべき医療従事者等

○診療科目	産科及び小児科（新生児医療を担当するもの）を有するものとし、麻酔科その他関連診療科を有することが望ましい。ただし、NICUを備える小児専門病院等であって、県が適当と認める施設については産科を有していても差し支えない。
○設備等	
・産科を有する場合	次に掲げる設備を備えることが望ましい。 ①緊急帝王切開術等の実施に必要な医療機器 ②分娩監視装置 ③超音波診断装置（カラードップラー機能を有するもの。） ④微量輸液装置 ⑤その他産科医療に必要な設備
・NICU	次に掲げる設備を備えるNICUを設けることが望ましい。 ①新生児呼吸循環監視装置 ②新生児用人工換気装置 ③保育器 ④その他新生児集中治療に必要な設備
○確保すべき医療従事者 次に掲げる職員を配置することが望ましい。	
・小児科（新生児医療を担当するもの）	24時間体制を確保するために必要な職員。
・産科（有する場合）	帝王切開術が必要な場合に迅速（概ね30分以内）に手術への対応が可能となるような医師（麻酔科医を含む。）及びその他の各種職員
・新生児病室	①24時間体制で病院内に小児科を担当する医師が勤務していること。 ②各地域周産期母子医療センターにおいて設定した水準の新生児医療を提供するために必要な看護師が適当数勤務していること。 ③臨床心理士等の臨床心理技術者を配置すること。 ④NICUを有する場合は入院児支援コーディネーターを配置することが望ましい。
○連携機能	地域周産期母子医療センターは、総合周産期母子医療センターからの戻り搬送の受入れ、合同症例検討会の開催等により、総合周産期母子医療センターその他の地域周産期医療関連施設等と連携を図るものとする。

3 母体又は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

- 母体又は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を担う医療機関は、総合周産期母子医療センターである公立大学法人福島県立医科大学附属病院となっています。
- 合併症妊娠、重症妊娠高血圧症候群、切迫早産、胎児異常等の母胎又は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を実施することを目標に、総合周産期母子医療センターには、次のような医療機能が求められます。

総合周産期母子医療センターの診療機能、病床数及び確保すべき医療従事者等

○診療科目	産科及び新生児医療を専門とする小児科（MFICU 及び NICU を有する。）、麻酔科その他の関係診療科を有するものとする。
○関連診療科との連携	当該施設の関係診療科と日頃から緊密な連携を図るものとする。
○設備等	
・ MFICU	次に掲げる設備を備えるものとする。なお、MFICU は、必要に応じ個室とするものとする。 ①分娩監視装置 ②呼吸循環監視装置 ③超音波診断装置（カラードップラー機能を有するもの。） ④その他母胎・胎児集中治療に必要な設備
・ NICU	次に掲げる設備を備えるものとする。 ①新生児呼吸循環監視装置 ②新生児用人工換気装置 ③超音波診断装置（カラードップラー機能を有するものに限る。） ④新生児搬送用保育器 ⑤その他新生児集中治療に必要な設備
・ GCU	NICU から退出した児並びに輸液、酸素投与等の処置及び心拍呼吸監視装置の使用を必要とする新生児の治療に必要な設備を備えるものとする。
○病床数	
・ MFICU、NICU	1 施設あたり MFICU の病床数は6床以上、NICU の病床数は9床以上とする（12床以上とすることが望ましい。）。 なお、両室の病床数については、以下のとおり扱うものとする。 ①MFICU の病床数は、これと同等の機能を有する陣痛室の病床を含めて算定して差し支えない。ただし、この場合においては、陣痛室以外の MFICU の病床数は6床を下回ることができない。 ②NICU の病床数は、新生児用人工換気装置を有する病床について算定するものとする。
・ MFICU の後方病室（一般産科病床等）	MFICU の2倍以上の病床数を有することが望ましい。
・ GCU	NICU の2倍以上の病床数を有することが望ましい。
○確保すべき医療従事者 次に掲げる職員を始めとして適切な勤務体制を維持する上で必要な数の職員の確保に努めるものとする。	
・ MFICU	①24時間体制で産科を担当する複数（病床数が6床以下であって別途オンコールによる対応ができる者が確保されている場合にあっては1名）の医師が勤務していること。 ②MFICU の全病床を通じて常時3床に1名の助産師又は看護師が勤務していること。
・ NICU	①24時間体制で新生児医療を担当する医師が勤務していること。なお、NICU の病床数が16床以上である場合は、24時間体制で新生児医療を担当する複数の医師が勤務していることが望ましい。 ②常時3床に1名の看護師が勤務していること。 ③臨床心理士等の臨床心理技術者を配置すること。
・ GCU	常時6床に1名の看護師が勤務していること。

・分娩室	原則として、助産師及び看護師が病棟とは独立して勤務していること。 ただし、MFICUの勤務を兼ねることは差し支えない。
・麻酔科医	麻酔科医を配置すること。
・NICU入院児支援コーディネーター	NICU、GCU等に長期入院している児童について、その状態に応じた望ましい療育・療養環境への円滑な移行を図るため、新生児医療、地域の医療施設、訪問看護ステーション、療育施設・福祉施設、在宅医療・福祉サービス等に精通した看護師、社会福祉士等を次に掲げる業務を行うNICU入院児支援コーディネーターとして配置することが望ましい。 ①NICU、GCU等の長期入院児の状況把握 ②望ましい移行先（他医療施設、療育施設・福祉施設、在宅等）との連携及び調整 ③在宅等への移行に際する個々の家族のニーズに合わせた支援プログラムの作成並びに医療的・福祉的環境の調整及び支援 ④その他望ましい療育・療養環境への移行に必要な事項
○連携機能	総合周産期母子医療センターは、救急搬送の受入れ、合同症例検討会の開催等により、地域周産期母子医療センターその他の地域で分娩を取り扱う全ての周産期医療関連施設等と連携を図るものとする。

【福島県の周産期医療機関】

地域	比較的高度な周産期医療を行う医療機関		ハイリスク妊娠及び新生児に対する高度な周産期医療を行う医療機関
	周産期医療協力施設	地域周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター
県北		一般財団法人大原記念財団 大原総合病院	公立大学法人 福島県立医科大学附属病院
県中	公益財団法人星総合病院	一般財団法人太田総合病院附属 太田西ノ内病院	
	公益財団法人湯浅報恩会 寿泉堂総合病院		
	公立岩瀬病院		
県南	福島県厚生農業協同組合連合会 白河厚生総合病院		
会津・南会津		竹田総合病院	
相双	公立相馬総合病院		
いわき		いわき市立 総合磐城共立病院	

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

- 周産期医療関連施設を退院した障がい児等に、医療的ケアを含む入所・通所サービスを提供する障がい児施設等としては、以下の機関があります。

【医療型障害児入所施設】

上肢、下肢又は体幹の機能の障がい（肢体不自由）がある児童や重度の知的障がいと重度の肢体不自由が重複している児童を入所させて、保護、日常生活の指導、独立自活に必要な知識技能の付与及び治療を行います。

【指定発達支援医療機関】

独立行政法人国立病院機構等に入院する重度の知的障がいと重度の肢体不自由が重複している児童等に対し治療を行います。

【医療型短期入所事業所】

医療機関等において、自宅で介護する人が病気などで介護できない場合に、短期間、夜間も含め、入浴、排せつ、食事の介護等を行います。

【医療型児童発達支援センター】

肢体不自由がある児童について、日々保護者の下から通わせて、日常生活における基本的動作の指導、集団生活への適応のための訓練、治療等を行います。

地域	施設名	医療型障害児入所施設	指定発達支援医療機関	医療型短期入所事業所	医療型児童発達支援センター
県北	福島市子ども発達支援センター				○
	公立藤田総合病院			○	
県中	福島県総合療育センター	○		○	○
	独立行政法人国立病院機構 福島病院		○	○	
いわき	福島整肢療護園	○		○	
	独立行政法人国立病院機構 いわき病院		○	○	

- 周産期関連施設を退院した障がい児等について、生活の場（施設を含む。）で療養・療育できるよう支援するため、上記の障がい児施設等のほか、小児在宅医療提供施設や訪問看護ステーション、レスパイト受入施設、障がい児相談支援事業所等が連携し、地域でのサービス提供体制を確保することが必要です。

施策の方向性と目標

1 周産期医療体制の整備

(1) 施策の方向性

- 高度な周産期医療が適切かつ円滑に提供されるために、各周産期医療機関の果たしている機能に応じた役割分担と連携体制の強化を図ります。
- 周産期医療協議会等をとおして、周産期医療体制の現状や課題、あるべき姿について協議を進め、周産期医療システムの充実を図ります。
また、周産期医療機関の充実を図るため、周産期医療に必要な施設・設備

整備及び運営について支援します。

(2) 目標

指標名	現状	目標値	備考
診療報酬加算対象 NICU 病床数	42 床 (平成 29 年度)	45 床 (平成 35 年度)	
診療報酬加算対象 MFICU 病床数	9 床 (平成 29 年度)	12 床 (平成 35 年度)	
周産期死亡率	4.6 (平成 28 年)	3.6 (平成 35 年)	人口動態統計 (厚生労働省)

2 周産期医療にかかる人材の確保と育成

(1) 施策の方向性

- 周産期医療を担う医師が不足していることを踏まえ、公立大学法人福島県立医科大学への委託により平成 28 年 4 月に設置した「ふくしま子ども・女性医療支援センター」において、以下の取組を行います。
 - ・ 全国から産婦人科、小児科医師の招へい
 - ・ 公立大学法人福島県立医科大学附属病院での高度・専門医療の診療、指導
 - ・ 県内拠点病院に対する医師派遣を通じた医療支援
 - ・ スキルアップのための講習会・研修会等の実施
- 公立大学法人福島県立医科大学医学部の入学定員増に併せて創設された「緊急医師確保修学資金」制度により県内の医師確保を図りながら、産科医・産婦人科医の確保を進めます。
- 現在現場を支えている周産期医療機関の医師の負担が増加していることから、医師の処遇改善を図る医療機関を支援し、その確保を推進します。
- 施設において必要とされる看護職員の確保を図るため、離職防止・定着化に努めます。
- 助産師の自律と周産期医療の質の向上を図るため、アドバンス助産師の認証を促進します。
- 助産師出向支援事業協議会を設置するとともに、コーディネーターを配置し、助産実践能力の強化などを目的とした助産師の出向事業を推進します。

- 助産師の専門性を活用し、妊産婦へ質の高いケアを実現するため、院内助産所や助産師外来の設置を推進します。
- 周産期に関する業務はますます高度で複雑なものとなっていることから、周産期医療機関の医師、助産師、看護師等に対し、研修会を開催するなど、質の高い周産期医療の提供を推進します。

(2) 目標

指標名	現状	目標値	備考
産科・産婦人科医師数（出生千対）	8.9人 （平成28年度）	11.3人 （平成35年度）	医師・歯科医師・薬剤師調査 ※ 病院等への調査結果を踏まえて目標を設定。
NICU 担当常勤医師数（専任）	16人 （平成29年度）	23人 （平成35年度）	
NICU 担当常勤看護師数（専任）	116人 （平成29年度）	136人 （平成35年度）	
助産業務を行う助産師数	373人 （平成29年度）	437人 （平成35年度）	

3 妊産婦への支援

妊娠期から産後は、身体の不調のほか、精神的に不安定になりやすい時期であることからメンタルヘルスに対するケアが重要であるため、以下の妊産婦への支援に取り組みます。

- 妊婦の健康管理のため、早期の妊娠届や定期的な妊婦健康診査の受診について、啓発に努めます。
- 支援の必要な妊婦については、医療機関と行政との連携が必要であることから、医療機関から市町村へ要支援妊婦の情報提供を行う妊婦連絡票の効果的な活用を図ります。
- 低出生体重児の出生には、妊婦の喫煙、飲酒、食生活等との関連が深いこと、また、早産については、歯周病の影響も指摘されていることから、市町村において妊娠期からの保健指導の充実を図られるよう情報提供等の支援に努めます。
- 市町村が妊産婦支援の充実を図れるよう、市町村保健師等を対象に、妊産婦の身体的ケアやメンタルヘルスケア等に関する専門的知識や支援技術、関

係機関との連携方法等についての研修を実施します。

- 妊娠・出産・子育てに関する不安や悩みなどを気軽に相談できるよう、市町村子育て世代包括支援センターの設置促進に取り組むとともに、相談窓口の周知を図ります。

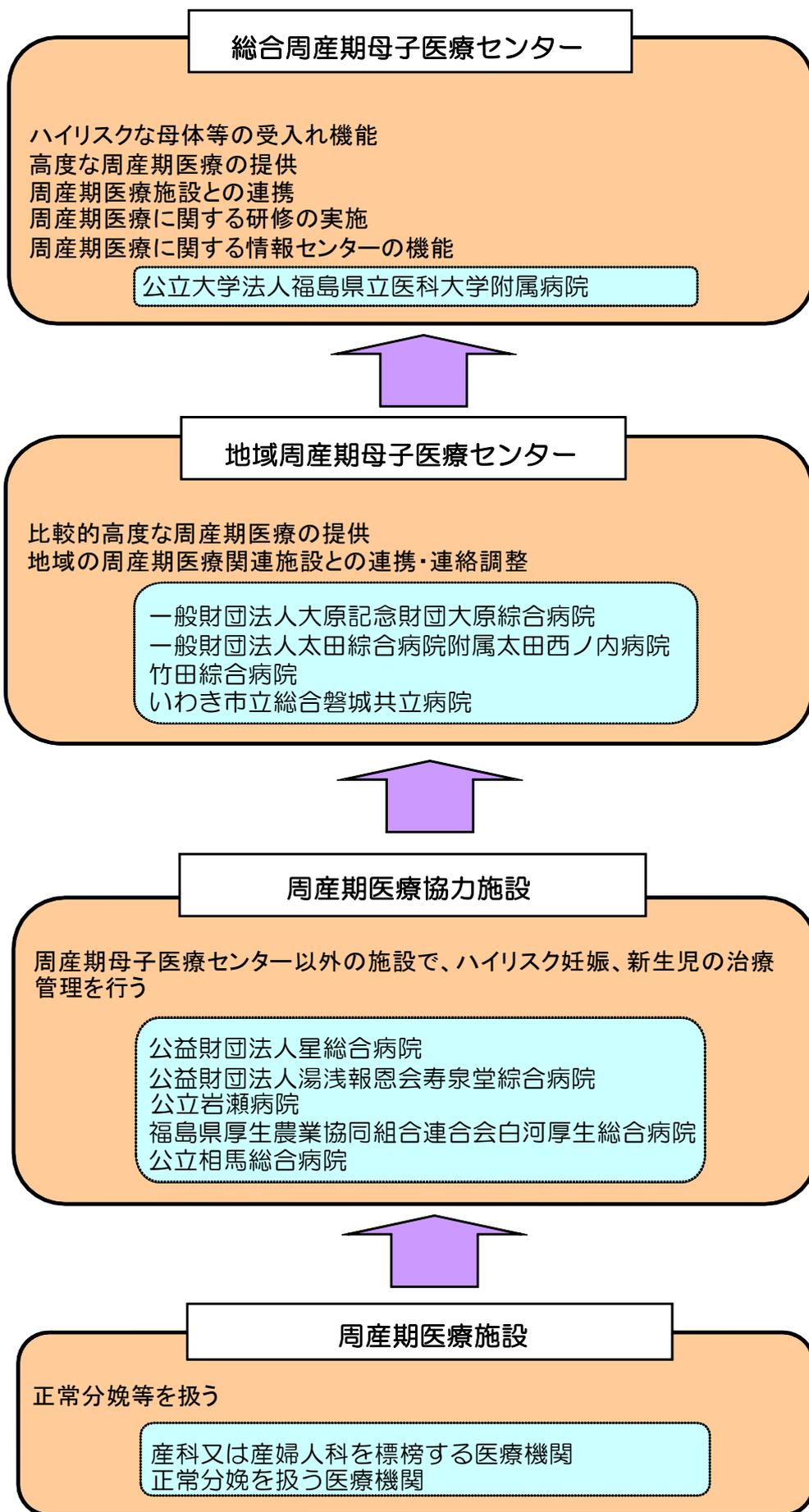
4 周産期医療関連施設を退院した障がい児等への支援

- 周産期医療関連施設を退院した障がい児等への支援については、第2節「小児医療」に記載していますが、小児在宅医療提供施設や訪問看護ステーション、レスパイト受入施設、障がい児相談支援事業所、障がい児施設等が連携したサービスの提供体制を確保するため、関係機関による協議の場を設置し、地域での支援体制について検討していきます。

5 災害時への対応

- 災害時への対応については、第2節「小児医療」に記載していますが、災害発生時、小児・周産期医療の患者搬送や物資等の支援の調整を行う災害時小児周産期リエゾンの養成を進めるとともに、各関係機関や団体等と情報を共有し、連携して対応できるよう、平時からネットワーク形成を進めます。

【福島県の周産期医療体系図】



第4節 災害時医療

I 災害時医療

現状と課題

- 東日本大震災は、浜通りを中心に県内全域に地震・津波による甚大な被害をもたらすとともに、東京電力福島第一原子力発電所の事故に伴う避難生活を余儀なくされるなど、未曾有の複合災害となりました。
- 本県は、未曾有の複合災害であった東日本大震災の被災県としてのこれまでの経験を踏まえて、災害時医療のあり方を見直し、全国のモデルとなる災害時医療体制を構築していく必要があります。

1 被災者への医療提供と応援派遣の受入体制等

- 県では、災害発生時の医療提供体制を確保するため、災害時の医療救護に関する協定を、日本赤十字社福島県支部、県医師会、県歯科医師会、県薬剤師会及び県看護協会と締結しており、DMAT^{*}を有する病院とは派遣に関する協定を締結しています。

また、災害発生時の医療救護活動に備え、県保健福祉事務所に配備している救急医療セットのメンテナンスを行うとともに、災害発生時に必要となる医薬品等を確保するため、「福島県災害時医薬品等備蓄供給システム」により、医薬品等の備蓄・供給体制を整備しています。

※ DMAT=災害派遣医療チーム。

- 大規模災害時において他道県の相互応援が必要となる場合に備えて、「大規模災害時等の北海道・東北8道県相互応援に関する協定」及び「災害時等における福島県、茨城県、栃木県、群馬県及び新潟県五県相互応援に関する協定」、さらにこれらの相互応援協定では被災者の救援等の対策が十分に実施できない場合のために「全国都道府県における災害時等の広域応援に関する協定」を締結しています。
- 東日本大震災発災時には、全国から派遣された DMAT の支援や、日本医師会が組織する JMAT^{*}の支援を多数受けましたが、これらの医療チームを受け入れる本県の調整機能や後方支援機能は充分であったとはいえません。
その教訓から、統括 DMAT 登録者の養成や病院における受入体制の確保等

の DMAT 受入体制、JMAT の受入体制、医療チームの後方支援体制等の更なる整備に加え、災害時医療について専門的知識を有する災害医療コーディネーターを確保し、平時から訓練を行うなど、県災害対策本部や保健所が調整機能を十分に発揮できる体制整備について取り組んでまいりましたが、更なる体制構築に努める必要があります。

また、災害医療コーディネーターの明確なモデルは全国的にも確立されていません。ついては、東日本大震災の被災県として、震災を踏まえた災害医療コーディネーターのモデルを全国に先駆けて構築していく必要があります。

※ JMAT=日本医師会災害医療チーム。

- さらに県では、DPAT^{*}の統括者及び先遣隊を国に平成 28 年 2 月に登録しました。同年 4 月の熊本地震では、整備途上ではありましたが 1 ヶ月間にわたり 5 チームを派遣しています。今後、精神科病院協会と連携しながら各精神科病院との協定締結や、研修受講を促し登録チーム数を増やすなど、体制整備を進める必要があります。また、装備機材の整備や訓練を通じて、DMAT や災害対策本部と連携を図り、被災地での精神医療の提供等を担う災害時精神医療体制の構築を進める必要があります。

※ DPAT=災害派遣精神医療チーム。

- これまでの災害時医療体制は、多発外傷等の急性期の対応を中心としたものでしたが、東日本大震災では津波の被害が大きく、阪神・淡路大震災等と比較して多発外傷等が多くなかった一方で、慢性期疾患への対応が必要とされるなど、従来の想定とは異なる対応が求められました。災害急性期のみならず、中長期の対応が可能な体制が必要とされます。

こうした観点も踏まえながら、災害医療コーディネーターを核として、「福島県災害救急医療マニュアル」を見直し、本県の実情に合ったものとして整備していく必要があります。

また、訓練などを通じてマニュアルの実効性を確保するとともに、災害時の医療救護体制の充実を図るため、平成 24 年 7 月に設置した「福島県災害医療対策協議会」において、定期的に見直していく必要があります。

- 東日本大震災での精神保健医療活動支援を通じて、指揮命令システムの改善、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 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。

平成 28 年の熊本地震では、全国から被災地に DPAT が派遣され、同年 10 月 28 日までに、41 都道府県から延 1,242 隊が派遣されました。

今後の災害に備え、地域防災計画において DPAT の役割について明示することなどにより、DPAT 活動が円滑に行われるよう配慮することも重要であります。

- 東日本大震災後、情報伝達網の遮断や、小児・周産期医療に精通した災害医療従事者の不足等を原因として、現状の災害医療体制では小児・周産期医療に関して準備不足であることが指摘されました。また、災害時にも既存の小児・周産期医療のネットワークを活用する必要性が指摘されました。

そのため、災害医療コーディネーターのサポートとして、小児・周産期医療に特化した調整役である「災害時小児周産期リエゾン」を養成するため、国は「災害時小児周産期リエゾン研修事業」を開始し、これまでに2名が認定されています。今後、認定者を増やすとともに、平時からの訓練や災害時の活動を通じて、地域のネットワークを災害時に有効に活用する仕組みを構築することが求められています。

- 災害時における医療情報システムとして、EMIS*が運用されています。本県における EMIS の加入率は、平成 24 年度は 62%でしたが、平成 29 年度には 100%となり、災害拠点病院のみならず、二次救急医療機関も網羅されています。

実際に、東日本大震災においては、インターネットが使えなくなったため、電話等により情報収集を行った上で EMIS の代行入力を行う必要があったことなどの課題がありましたので、EMIS の機能を最大限に生かすために、災害に強い複数の通信手段を確保する必要があります。また、全国の EMIS の加入率は 94%であることから、被災県として全国のモデルとなるシステム運用を確立していく必要があります。

※ EMIS=広域災害・救急医療情報システム。

- 一方で、震災後も病院の耐震化には取り組んでまいりましたが、全ての施設が耐震化された災害拠点病院は、平成 29 年度現在で未だ 50%であり、病院敷地内にヘリポートを有している病院の割合も 50%であることから、災害拠点病院の耐震化や病院敷地内へのヘリポートの整備を引き続き進めていく必要があります。

- 甚大な被害を及ぼす災害が発生した際には、広域医療搬送を行う必要があります。東日本大震災においては、福島空港に SCU*が設置されましたが、準備されたものではありませんでした。大規模な災害に備えるためには、平

時より SCU を準備しておくことが必要です。

※ SCU=患者を一時収容する広域搬送拠点臨時医療施設。

- 平成 28 年度は、災害拠点病院のうち 2 病院において傷病者が多数発生した場合を想定した災害実働訓練を実施しましたが、今後は、県主催の災害実働訓練に加えて、各災害拠点病院においても災害実働訓練を定期的に行っていくなど、ソフト面の充実に引き続き取り組んでいく必要があります。
- 災害拠点病院においては、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が重要であります。平成 29 年度現在、業務継続計画を策定している病院は 12.5%にとどまっているため、すべての病院で業務継続計画を整備していく必要があります。

2 被災地への応援派遣等

- 災害発生後直ちに被災地に入り、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診療支援等を行う DMAT については、平成 24 年 4 月 1 日現在、県内に 12 チームが整備されており、その後平成 29 年度までに新たに 14 チームが整備され、現在 26 チームが整備されていますが、更なる DMAT 整備病院の確保を進める必要があります。

※ 多数の傷病者を重症度・緊急性によって分け、治療の優先度を決定すること。

- JMAT については、東日本大震災発災当初は、全国的にもその体制や活動内容の周知等について不十分なところがありましたが、平成 28 年の熊本地震では、被災地における医療提供体制の回復のために DMAT と連携しその役割を十分に発揮しました。今後、高齢化の進展とともに、どのような災害においても、高齢者等の災害時要配慮者の割合が増加することが見込まれ、健康管理を中心とした活動はより重要となることから、日本医師会や県医師会における人材育成、活動研修等の取組を更に進める必要があります。
- 東日本大震災では、DMAT に引き続き、JMAT を始め全国から多数の医療チームや保健師等の支援を受けるとともに、県外の病院に多くの入院患者を受け入れていただきました。他都道府県で災害が発生した場合に備えて、関係団体や市町村等の協力を得ながら、医療チームや保健所等の医師・保健師等の技能の維持・向上を図り、円滑に派遣できるシステム作りを進めるとともに、被災患者を受け入れる体制を検討していく必要があります。

必要となる医療機能

災害急性期における医療と急性期を脱した後の被災者の健康の確保のため、災害急性期と中長期においては、必要となる医療機能に違いがあります。

区分	必要となる医療	活動する医療チーム等
災害急性期	災害時に多発する重篤救急患者の救命医療、患者の受入れ及び搬出を行う広域搬送等	DMAT、日赤等
災害中長期	慢性疾患の診療継続、生活不活発病の防止、感染症のまん延防止、感染症予防等を目的とした口腔ケアの支援、衛生面のケア、メンタルヘルスケア等	日赤、JMAT等の医療チーム、保健師等による公衆衛生チーム、歯科医師会チーム等

1 災害拠点病院の機能

- 本県の災害拠点病院は、図表2-3-4-1のとおりとなっています。
基幹災害拠点病院は、災害医療を提供する上で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。
 - 災害拠点病院には、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へ共有すること、災害時に多発する多発外傷、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、患者の受入れ及び搬出を行う広域搬送に対応すること、DMATを含む自己完結型の医療チーム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い、地域の医療機関への応急用資機材の貸出しを行えることが求められ、以下の機能が必要とされます。
 - ◆ 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。
 - ◆ 飲料水・食料、医薬品、医療機材等を備蓄していること。
- さらに、関係団体と協定を締結し、これらの必要な物資について災害時に優先的に供給を受けられるようにしていること（医薬品等については、

福島県災害時医薬品等備蓄供給システム」により対応しています。)

- ◆ 災害対策マニュアルの整備、研修・訓練等による人材育成を行うこと。
- ◆ 基幹災害拠点病院においては、災害医療に精通した医療従事者の育成の役割を担うこと。
- ◆ 病院敷地内または病院近接地に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。
- ◆ 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。また、県主催の訓練等の参加に努めること。

2 災害拠点精神科病院

- 精神科病院においても、災害拠点病院と類似の機能を有し、県において災害時における精神科医療を提供する上で中心的な役割を担う、災害拠点精神科病院を今後整備する必要があります。災害拠点精神科病院には、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等が求められるため、以下の機能が必要とされます。
 - ◆ 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う。
 - ◆ 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。
- ◆ さらに、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いること（医薬品等については、「福島県災害時医薬品等備蓄供給システム」により、対応しています。）。
- ◆ 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、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。

3 災害急性期の応援派遣機能

- 被災地周辺に対し、DMAT 等自己完結型の医療チームを派遣するとともに、被災患者を受け入れる他の医療機関に被災患者が集中した場合等において、医療従事者の応援派遣を行うため、災害拠点病院には、以下の機能が必要とされます。
 - ◆ 国が実施する DMAT 研修等必要な専門的トレーニングを受けている医療従事者チームを確保していること。
 - ◆ 被災地における自己完結型の医療救護に対応できる携行式の応急用医療資機材、応急用医薬品、テント、発電機等を有していること。
 - ◆ 災害急性期を脱した後も住民が継続的に必要な医療を受けられるよう、JMAT や日本赤十字社、医療関係団体等を中心とした医療チームと連携を図ること。

図表2-3-4-1 福島県の災害拠点病院

区分	地域	医療機関名	DMAT 整備チ ーム数
基幹災害拠点病院		公立大学法人福島県立医科大学附属病院	7
地域災害拠点病院	県北	福島赤十字病院	4
	県中	一般財団法人太田総合病院附属太田西ノ内病院	3
	県南	福島県厚生農業協同組合連合会白河厚生総合病院	3
	会津	会津中央病院	3
	南会津	福島県立南会津病院	0
	相双	南相馬市立総合病院	3
	いわき	いわき市立総合磐城共立病院	3

4 災害中長期の応援派遣機能

- 災害発生後、救護所や避難所に医療従事者を派遣し、被災者に対し、慢性疾患の診療継続、生活不活発病の防止、感染症のまん延防止、感染症予防等を目的とした口腔ケアの支援、栄養・食生活支援、衛生面のケア、メンタルヘルスケアを適切に行うため、日本赤十字社福島県支部、県医師会、県歯科医師会、県薬剤師会及び県看護協会との協定に基づいた医療チーム、災害拠点病院等による医療チームの整備と、医療チームや保健師、管理栄養士等による公衆衛生チーム等を円滑に派遣できるシステムづくりを進める必要があります。医療チーム等には、以下の機能が必要とされます。
 - ◆ 慢性疾患の診療継続、生活不活発病の防止、感染症のまん延防止、感染症予防等を目的とした口腔ケアの支援、栄養・食生活支援、衛生面のケア、メンタルヘルスケアを適切に行える医療従事者を確保していること。
 - ◆ 携行式の応急用医療資機材、応急用医薬品を有していること。
 - ◆ 災害急性期を脱した後も住民が継続的に必要な医療を受けられるよう、DMAT等急性期の医療チームと連携を図ること。

- また、避難所における公衆衛生の向上のためには、広域的な公衆衛生チームと連携しながら、保健所の医師、歯科医師、保健師、管理栄養士、歯科衛生士等を円滑に派遣できる体制の整備が必要です。そのため保健所には以下の機能が必要とされます。
 - ◆ 被災地内の保健所の支援に派遣できる医師、歯科医師、保健師、管理栄養士、歯科衛生士等の保健医療従事者を確保していること。
 - ◆ 住民が質の高い保健医療サービスを継続的に受けられるよう、DMATや他の医療チームと連携を図ること。

5 調整機能等

○ 平時においては、福島県災害医療対策協議会が、訓練等の結果を踏まえて定期的に「福島県災害救急医療マニュアル」を見直す等、災害時における医療救護に関する検討や、関係団体等との連携体制を構築する機能を担います。

○ 災害発生時においては、県災害対策本部には、コーディネート機能を担うため、医療チームの派遣調整等を行い、急性期には、統括 DMAT（災害拠点病院等に設置される活動拠点本部や SCU に設置される SCU 本部等の統括 DMAT 等を含む。）や県医師会等の関係団体と情報を共有し、連携する機能が必要とされます。

また、保健所においては、郡市医師会等の関係団体と連携しながら、派遣された医療チームや自主的に集合した医療チームの派遣調整等を行う機能が必要とされます。

これらの機能を果たすために、県災害対策本部や保健所には、以下の機能を持つ災害医療コーディネーターの設置が必要です。

- ◆ 県災害対策本部と連携し、情報収集、急性期支援などの対応を行う機能。
- ◆ 保健所において、医療救護班の派遣調整、避難所における健康問題への対応を行う機能。

○ 災害拠点病院以外の医療機関にあっては、以下の機能を備えることが望まれます。

- ◆ EMIS に加入して、災害時にデータを入力する担当者を事前に決めて訓練を行うなど、災害時に EMIS を活用できるようにすること。
- ◆ 災害中長期の応援派遣機能を有すること。
- ◆ 災害対応マニュアルや業務継続計画を整備し、災害時においても医療を継続できる体制を構築するとともに、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 や日本赤十字社救援班等の医療関係団体の医療チームと連携をとること。

○ 県や市町村にあっては、消防、警察等の関係機関や公共輸送機関等が、実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、実災害時に救護所、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が必要であるため、以下の機能が求

められます。

- ◆ 平時から、災害支援を目的とした DMAT 等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（県災害医療コーディネーター、災害時小児周産期リエゾン等を含む。）の育成に努めること。
- ◆ 都道府県間での相互応援協定の締結に努めること。
- ◆ 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、都道府県としての体制だけでなく、保健所管轄区域や市町村単位等での保健所等を中心とした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、感染症予防等を目的とした口腔ケアの支援、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。
- ◆ 「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）を基に作成された災害時のドクターヘリの運用指針に則り、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も 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

施策の方向性と目標

1 応援派遣の受入体制等

（1）施策の方向性

- 東日本大震災において、県災害対策本部の調整機能や後方支援機能が不十分であったことを踏まえて、災害医療コーディネーターの養成研修等を実施するなどして災害医療コーディネーターの確保を図るとともに、「福島県災害救急医療マニュアル」を見直し、災害医療コーディネーターを核とする、全国のモデルとなる災害時医療体制を構築していきます。また、小児周産期医療に係る災害時への対応については、第2節「小児医療」に記載していますが、災害時小児周産期リエゾンの養成を進めます。

災害時の医療救護に関する協定を締結している関係団体との連携を強化す

るとともに、福島県災害時医薬品等備蓄供給システム等の維持・充実や、SCUの県内設置に係る環境の整備を進めます。

- 災害医療支援薬剤師登録制度等を活用し、災害時に必要となる技能を有する薬剤師の確保を図ります。
- 総合防災訓練や災害拠点病院と消防機関の合同訓練等を、県医師会を始めとする関係団体、DMAT、災害医療コーディネーター等の参加も含め、毎年度計画的に実施し、災害時医療に関する研修機会の確保に努めます。

(2) 目標

指標名	現状	目標値	備考
災害医療コーディネーター数	11 (平成 29 年度)	30 (平成 35 年度)	※ 県災害対策本部・9保健所に各3名を目標。

2 通信手段の確保

- 災害時の通信手段の確保のため、災害拠点病院においては、衛星電話の整備等、災害時にも活用可能な通信手段の整備を促進し、災害拠点病院を中心として、災害時の通信手段の確保を図ります。
- EMIS へ加入し、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するなど、災害時に活用できるよう病院に働きかけます。

3 災害拠点病院の機能強化

(1) 施策の方向性

- 災害時にも診療機能を確保できるよう、災害拠点病院における施設の耐震化を支援するとともに、後方搬送に対応するため、災害拠点病院における敷地内ヘリポートの整備を進めます。
- 全ての災害拠点病院において業務継続計画を整備するよう支援するとともに、業務継続計画の観点も踏まえた災害対応マニュアルの整備状況や検証状況、訓練の実施状況等を把握し、情報提供を行うなどして、災害対応マニュアルの改善を支援します。

【DMAT】

- 国が実施するDMAT研修の受講等を支援するとともに、DMATの増加と既に要請されているDMATのサポートを目的として、県内でDMAT隊員の養成研修を実施します。
- DMAT隊員に対し、技能維持と原子力災害への対応を目的として、県内でDMAT隊員の技能維持研修を実施します。
- DMATの機能強化を図るため、DMAT専用の救急車両（DMATカー）の整備等を支援します。

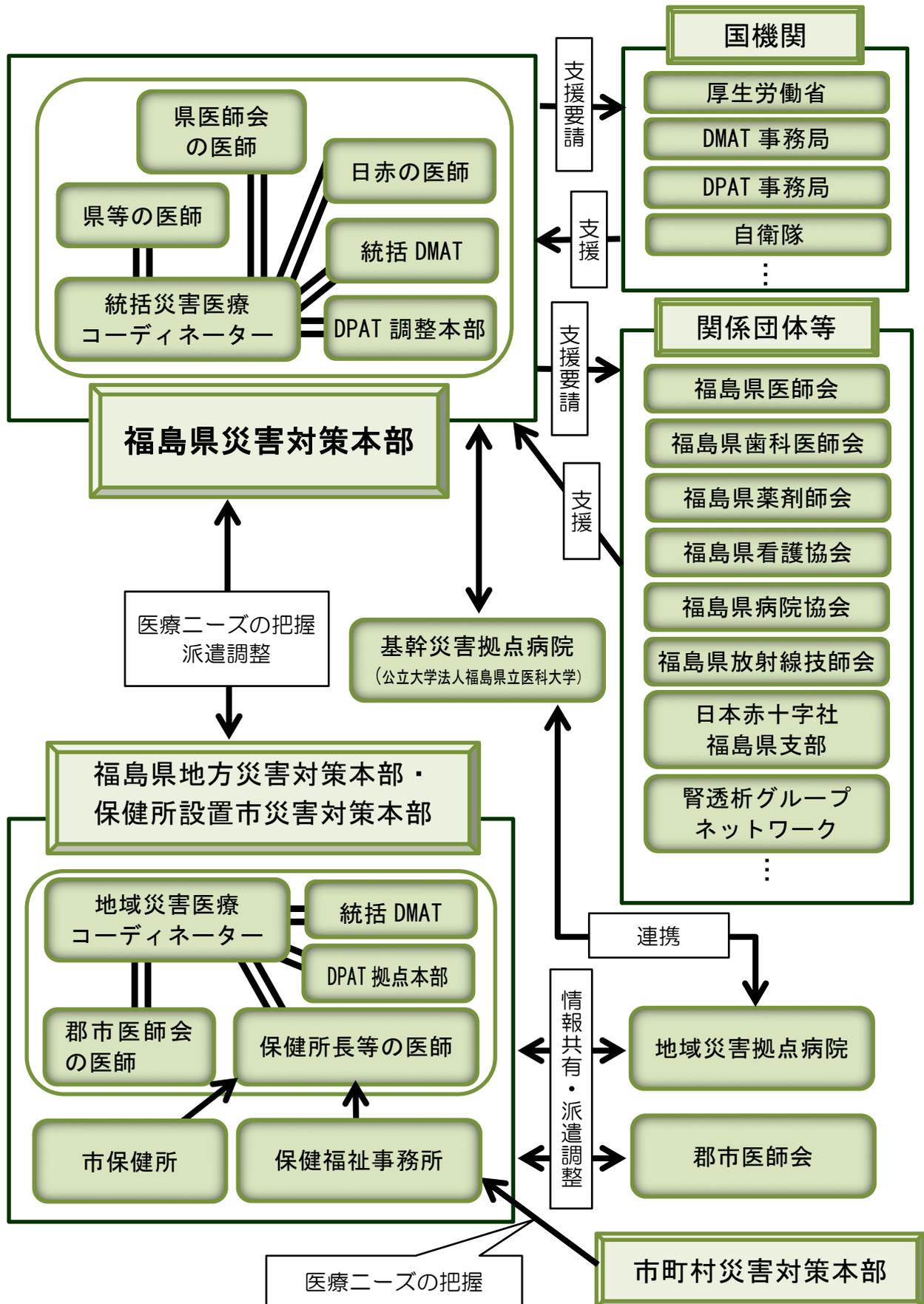
【DPAT】

- 国の実施するDPAT研修の受講等を支援するとともに、精神科病院協会と連携しながら、県内においてもDPAT養成研修を実施し、登録チーム数を増やすなど、体制整備を進めます。

(2) 目標

指標名	現状	目標値	備考
災害拠点病院数	8 (平成29年度)	12 (平成35年度)	※12 消防本部管内に対応できるように各1病院設置。
災害拠点病院における業務継続計画の策定	12.5% (平成29年度)	100% (平成35年度)	

【災害時医療調整イメージ図】



II 原子力災害医療等

現状と課題

- 東日本大震災及び原子力災害は、世界に類を見ない大規模な複合災害となり、浜通りや中通りを中心に県内全域に大きな被害をもたらしました。
- 本県では、原子力災害が発生した場合の対応について、「福島県地域防災計画」に原子力災害医療体制の整備を規定するとともに、関係機関の具体的な活動内容や手順等を定めた従来の「福島県緊急被ばく医療活動マニュアル」を改正して、新たに「福島県原子力災害医療行動計画」を策定しました。また、これらの実効性を確保するため、国、市町村、原子力事業者等と連携し、医療救護活動を含めた総合的な原子力防災訓練を年に1回開催してきました。
- 原子力規制庁は、平成27年度に原子力災害対策指針を改正し、従来の緊急被ばく医療体制から、原子力災害医療体制に移行しました。これを受けて、県では、「福島県緊急被ばく医療協議会」を開き、原子力災害拠点病院及び原子力災害医療協力機関を新たに指定・登録等の体制の強化を図りました。今後は、東日本大震災とそれに伴う原子力災害のような複合・大規模災害にも対応した原子力災害医療機関の機能を充実させるとともに、広域にわたる原子力防災計画に基づいた対策を準備しておく必要があります。
- さらに現在においても、原子力発電所での廃炉作業や周辺地域での復旧作業が続いており、全国からの支援を受けながら作業等々の傷病者への対応を行なっているところですが、廃炉工程から高線量被ばくや高濃度汚染による傷病者が発生する可能性も予想されます。また、今後は原子力発電所での労働災害による放射線事故のみならず、発電所以外での放射線事故、CBRNEテロ[※]への対応も含めた新たな原子力災害医療体制の構築が必要となります。
※ Chemical/化学兵器、Biological/生物兵器、Radiological/放射性物質、Nuclear/核兵器、Explosive/爆発物を使用したテロ。
- なお、原子力災害医療では、医療従事者や傷病者への放射線防護・汚染拡大防止、汚染検査と除染、線量評価、必要に応じて放射性核種を体外除去する薬品の投与などが通常の医療に加えて行われますが、原子力災害医療は一般の医療とかけ離れたものではなく、通常の医療手順に加えて、化学薬品汚染や薬物中毒対応に類似した救急医療の一種であると考えられます。

また、多数傷病者の発生等を考慮した場合、原子力災害医療は災害時医療の一部とも考えられます。そのため、原子力災害医療体制については、原子力災害医療の性質を考慮しつつ、救急医療や災害時医療との整合性を図りながら構築していく必要があります。

- 県は、福島県緊急被ばく医療協議会において、福島県緊急被ばく医療活動マニュアルを改正し、福島県原子力災害医療行動計画を策定しました。これは、原子力災害はもとより、その他の放射線被ばく・汚染事故、またはそれらに伴う傷病者について関係機関が迅速、的確に対応するために、平時から準備しておくべきこと、災害時にまず行うべきこと、災害時の指揮系統、安全に対する基本的な考え方、様々な想定に対する具体的な行動計画を、本県の原子力災害医療における急性期から亜急性期の経験を踏まえ整理したものです。

今後は、東日本大震災及び原子力発電所事故の教訓を踏まえて策定した行動計画を定期的に見直し、具体的な活動内容等の細部について規定していく必要があります。

1 原子力災害医療機関等

- 東日本大震災による原子力発電所の事故では、初期被ばく医療機関が原子力発電所周辺に集中していたため、その多くが機能を果たせませんでした。

この反省を踏まえた本県の原子力災害医療機関は、図表2-3-4-2のとおりとなっており、原子力災害時における医療提供体制として、汚染の有無にかかわらず傷病者等を受け入れ、被ばくがある場合には適切な診療等を行う原子力災害拠点病院や原子力災害時に行われる診療や原子力災害対策等を支援する原子力災害医療協力機関^{*}を中心に整備しています。また、平成27年8月26日付けで公立大学法人福島県立医科大学が国から高度被ばく医療センター及び原子力災害医療・総合支援センターとして指定を受けています。原子力発電所からの距離に関わらず、大規模災害を想定した原子力災害医療機関の適切な配置が必要であり、県内各地域における原子力災害医療提供体制を構築していく必要があります。

図表2-3-4-2 福島県の原子力災害医療機関等

原子力災害拠点病院	公立大学法人福島県立医科大学附属病院
	福島赤十字病院
	南相馬市立総合病院
原子力災害医療協力機関	福島県厚生農業協同組合連合会白河厚生総合病院
	会津中央病院
	福島県立南会津病院
	いわき市立総合磐城共立病院
	独立行政法人労働者健康安全機構福島労災病院
高度被ばく医療支援センター	独立行政法人放射線医学総合研究所
	公立大学法人福島県立医科大学
	国立大学法人弘前大学
	国立大学法人広島大学
	国立大学法人長崎大学
原子力災害医療・総合支援センター	公立大学法人福島県立医科大学
	国立大学法人弘前大学
	国立大学法人広島大学
	国立大学法人長崎大学

※ 原子力災害医療協力機関によって役割が異なる。

- 原子力災害を伴う複合災害において、大規模な放射線による被害が発生した場合には、県内の原子力災害医療機関のみならず、災害拠点病院や県外の原子力災害医療機関、国等との情報共有及び連携が必要となります。

県は、原子力災害医療機関等と協力して、医療関係者に対する放射線防護や原子力災害医療に関する研修や講習会等を実施することにより、情報共有を可能にするための連携構築を行うとともに、医療関係者の原子力災害医療に関する理解を深め、適切な認識を広めて行く必要があります。

2 避難退域時検査及び除染

- 避難退域時検査は、原子力災害を伴う複合災害発災時に、避難住民に対して汚染状況の有無を確認するとともに、住民の不安軽減のために行う汚染検査を中心とした活動です。県では、国の原子力災害対策指針による OIL 4^{*1}を踏まえ、除染を行う判断基準を GM（ガイガーミュラー）サーベイメーター^{*2}による計測で 40,000cpm（これはあくまで参考レベル^{*3}ですので災害の程度に応じて、除染を行う判断基準は増減することがあります。）とし

ています。

東日本大震災発災後、平成 25 年6月末までに県によるスクリーニングを延べ 26 万6千件実施しました。なお、その結果、すべての検査対象者において、健康に影響を及ぼす事例は見られませんでした。

※1 原子力災害発電施設外の放射線量率等に基づく防護措置実施基準。OIL 4は除染基準とされ、避難者等に避難退域時検査を実施し、基準を超える場合に除染を行う。

※2 放射線測定器の1つ。5cm 口径の計数管を使用した場合を想定。

※3 平時の線量限度ではなく、災害の危機に依りては、放射線の防護を行うことで他のリスクが増大することがあります。したがって全体のリスクを加味して、安全の範囲の中で許容できる防護活動の目安を参考レベルといたします。

- 東日本大震災の経験から、同規模の避難退域時検査実施の規模を考慮した場合、避難退域時検査人員の確保は県や保健所、原子力災害医療機関だけでは対応できないことが想定されることから、県内外からの検査人員の支援を受けられるよう、国や関係団体と連携を図るとともに、受入体制を構築していく必要があります。

3 安定ヨウ素剤

- 原子力災害が発生した場合に大気中に放出される放射性ヨウ素の吸入による人体の内部被ばくの影響を低減させるために、関係自治体等に対し住民が服用するための安定ヨウ素剤※を配備しており、安定ヨウ素剤の服用指示は国が行うことになっています。

※ 放射性でないヨウ素をヨウ化カリウムの形で製剤したもの。原子炉施設等で原子力災害が発生し大気中に放射性ヨウ素が放出された場合、放射性ヨウ素が甲状腺に蓄積され内部被ばくを引き起こす可能性があります。このような内部被ばくは安定ヨウ素剤をあらかじめ服用することで低減することが可能ですが、安定ヨウ素剤は放射性ヨウ素による内部被ばくに対する防護効果に限定されます。また、放射性ヨウ素が体内に取り込まれた後に安定ヨウ素剤を服用しても効果は極めて小さくなるため、適切なタイミングで速やかに服用する必要があります。

- 県では、東日本大震災当時、避難指示区域の拡大に伴い、原子力発電所から 50 km圏の 26 市町村に安定ヨウ素剤を緊急配備し、その後、葛尾村を含む 27 市町村の役場等に配備を継続してきました。改正された国の原子力災害対策指針では、原子力発電所から 30 km以遠の市町村に対する配備は不要とされています。

これを受けて、県は原子力災害発電所から 30 km圏の 13 市町村の役場等に配備を継続し、30 km以遠の 14 市町村については、国による配備体制に移行することとしました。

安定ヨウ素剤の服用については、避難や屋内退避等の防護対策と併せて適切に実施される必要があり、国の原子力災害対策指針を踏まえ、住民への配布方法や服用基準、服用指示者、指示の伝達方法等、国や県、市町村等の役割を明確にしておく必要があります。

また、服用においては、頭痛や吐き気などの副作用の可能性があることから、服用に関する必要な知識を、平時から防災業務従事者や医療関係者、さらに原子力防災対策の対象となる住民においても共有しておく必要があります。併せて、平時から、原子力発電所の状況の正確な情報発信を行うとともに、安定ヨウ素剤に係る正しい理解の醸成に努めていく必要があります。

図表2-3-4-3 国の原子力災害対策指針とこれまでの本県の状況

		5km 圏 (PAZ) ※1	30km 圏 (UPZ) ※2	30~50 km 圏	50km 超
国 指 針	第一原発	不要	不要	不要	不要
	第二原発	住民への 事前配布	役場等への 配備	不要	不要
これまでの 本県の現状		役場等への配備			—

図表2-3-4-4 本県の安定ヨウ素剤の配備の方針

		5km 圏 (PAZ)	30km 圏 (UPZ)	30~50 km 圏	50km 超
第一原発	役場等への配備 (各保健所、災害拠点病院 等分散配備)	国による配備 (全国5か所に配備拠点を 設置)			
第二原発					

※1 Precautionary Action Zone 予防的防護措置を準備する区域

放射線による重大な健康被害を回避するため、即時避難を実施する等、放射性物質の環境への放出前の段階から予防的に防護措置を準備する区域

※2 Urgent Protective Action Planning Zone 緊急時防護措置を準備する区域

放射線による健康被害を可能な限り抑えるため、屋内退避や避難、安定ヨウ素剤の予防的な服用を行う区域

4 知識の普及とリスクコミュニケーション

- 原子力災害は、五感で感じるできない放射線による被ばくの危険など、自然災害に比べて特殊性があり、原子力災害等発生時に的確に行動するためには、行政や住民、関係機関等に対する放射線等に関する知識の普及啓

発や避難、救護活動等に関する知識の周知、平時からのリスクコミュニケーションが重要ですが、東日本大震災発災時にそれらが充分であったとはいえません。

行政や医療関係団体、消防、自衛隊、住民による定期的な訓練の実施や原子力災害医療に対応できる医療関係者の育成を進めるとともに、医療機関、保健所等において正確な情報が十分に提供できるようにする必要があります。

必要となる医療機能等

1 初動対応に関連する機関

- 原子力災害等が発生した場合の初動対応においては、被災者や傷病者への対応のため、国や県、市町村、医療関係機関、その他の関係機関との調整役割を果たす機能が重要となり、その機能をオフサイトセンターが担っています。
- オフサイトセンターは災害時に原子力災害現地対策本部の機能を十分発揮できるようにUPZ圏内（概ね5～30km）に設置されます。原子力施設で緊急事態が発生した場合には、国（原子力災害現地対策本部）、県（原子力現地災害対策本部）、市町村及び事業者等の防災対策関係者がオフサイトセンターに集合して、「原子力災害合同対策協議会」を組織し、情報を共有しながら、連携のとれた原子力災害対策を講じていく拠点となります。
- 被災者や傷病者への対応における医療関係機関や他の関係機関、その主な役割は下記のとおりです。

【医療関係機関】

- ・原子力災害拠点病院：汚染の有無にかかわらず傷病者に対する高度診療など
- ・原子力災害医療協力機関：被ばく傷病者等の診療、放射性物質による汚染の測定など
- ・県医師会：県現地災害対策本部における関係機関調整、医療中継拠点[※]や救護所等での一般傷病者に対する医療活動及び安定ヨウ素剤の配布・服用に係る事項など
- ・県放射線技師会：避難退域時検査に係る事項など
- ・県薬剤師会：安定ヨウ素剤の調合等に係る事項など
- ・DMAT、県看護協会、日本赤十字社福島県支部：医療中継拠点や救護所等での一般傷病者に対する医療活動など

※医療中継拠点：避難区域外に設定され、避難区域内の住民等避難者の TTT（トリアージ、治療、搬送）と避難退域時検査を行う

【その他の関係機関】

自衛隊、消防、警察、海上保安庁、ヘリコプター運航会社、報道機関等

2 原子力災害医療機関等

- 原子力災害発生時の原子力災害医療においては、放射線災害の特殊性を考慮しつつ、傷病者の救護や医療を適切に行う必要があります。なお、その際に医療関係者の二次被ばく・汚染の低減にも配慮する必要があります。

【原子力災害拠点病院】

原子力災害拠点病院は、汚染の有無にかかわらず傷病者等を受け入れ、被ばくがある場合には高度診療等を行います。また、原子力災害医療協力機関では対応が困難な場合の被ばく・汚染患者に、専門的な医療を行うことが求められます。

また、災害医療体制下において地域の基幹となるため、災害医療対応においても緊急被ばく医療においても拠点となることによる負担の集中を考慮して、近隣県の原子力災害医療機関との連携・情報共有を進める必要があります、原子力災害医療協力機関の機能に加えて、以下の機能が求められます。

- ◆ 原子力災害医療派遣チームの整備
- ◆ シャワー設備等による身体の除染
- ◆ 局所又は高線量被ばく患者の診療
- ◆ 内部被ばくの可能性がある者の診療
- ◆ 合併症の根本的な治療
- ◆ 高度被ばく支援センター又は原子力災害医療・総合支援センターへの転送の判断等

【原子力災害医療協力機関】

原子力災害医療協力機関は、原子力災害時において行われる被ばく・傷病者等の初期診療及び救急医療、放射性物質による汚染がある場合に、ふき取り・脱衣等の簡易な除染や 救急処置を行うことが求められます。

また、原子力災害医療協力機関は原子力災害の広域化に備えて、原子力施設から比較的離れた地域にも複数配置する必要があります、以下の機能のいずれかを有すること※が必要とされます。

なお、多数傷病者が発生した場合には、原子力災害拠点病院や派遣された避難退域時検査チーム等との連携も必要になります。

- ◆ 被ばく傷病者等の初期診療及び救急診療
- ◆ 被災者の放射性物質による汚染の測定
- ◆ 原子力災害医療派遣チームを保有及びその派遣
- ◆ 救護所への医療チーム（又は医療関係者）の派遣
- ◆ 避難退域時検査実施のための放射性物質の検査チームの派遣
- ◆ 安定ヨウ素剤配布の支援
- ◆ その他、原子力災害時に必要な支援

【高度被ばく医療支援センター】

高度被ばく医療支援センターは、原子力災害拠点病院及び原子力災害医療協力機関で対応することが困難であり、二次汚染等を起こす可能性が大きい被ばく患者に診療を提供するため、原子力災害拠点病院及び原子力災害医療協力機関の機能に加えて、以下の機能が必要とされます。

- ◆ 重篤な外部被ばく患者の治療
- ◆ 長期的かつ専門的治療を要する内部被ばく患者の診療
- ◆ 重篤な合併症の診療
- ◆ 様々な医療分野にまたがる高度の総合的な集中治療等

【原子力災害医療・総合支援センター】

原子力災害医療・総合支援センターは、平時においては原子力災害拠点病院に対する支援や関連医療機関とのネットワークの構築を行うとともに、原子力災害時においては、原子力災害医療派遣チームの派遣調整、現地情報の提供等の活動支援を行うため、原子力災害拠点病院及び原子力災害医療協力機関の機能に加えて、以下の機能が必要とされます。

- ◆ 高線量被ばく傷病者の救急治療
- ◆ 原子力災害医療派遣チームの派遣調整

○ 原子力災害医療機関以外の災害拠点病院や一般医療機関においては、以下の機能が必要とされます。

- ◆ 避難退域時検査を実施した結果、スクリーニングレベル*以下と判断された傷病者の診療
- ◆ 緊急的に避難をした入院患者の受入れ
- ◆ 医療従事者に対する放射線等に関する知識の普及啓発や平時からのリ
スクコミュニケーション

※ スクリーニングレベルについては、「福島県原子力災害医療行動計画」による。

3 保健所の機能

- 平時及び原子力災害等が発生した場合において、県と連動した取組を行なうこととなりますが、特に地域における被災者支援の第一線として、以下の機能が必要とされます。
 - ◆ 災害の状況に応じて、保健医療従事者等による避難所や仮設住宅における避難者の健康管理等の被災者支援
 - ◆ 住民に対する避難退域時検査の実施や放射線による被ばく等に対する不安を軽減するための健康相談等を実施できる体制の確保
- ※ 保健医療従事者等派遣チームの保健所での受入れ調整については、「I 災害時医療」による。

4 市町村の機能

- 原子力災害等が発生した場合、関係市町村は速やかにオフサイトセンターや県現地対策本部、保健所との情報連絡体制をとるとともに、避難や屋内退避等の指示があった場合、住民が安定ヨウ素剤を適切に服用できるよう、平時からの安定ヨウ素剤の配布体制等の整備が必要となります。
- また、住民の放射線による被ばく等に対する不安を軽減するために、健康相談等を実施できる体制の整備が必要です。そのため市町村には以下の機能が必要とされます。
 - ◆ 放射線や原子力災害医療に関する基礎的知識を有する保健師等の保健医療従事者の確保、避難所の設置
 - ◆ 安定ヨウ素剤に係る配布人員等の確保

5 県の役割

- 平時においては、原子力災害等の発生に備えて、福島県原子力災害医療対策協議会を通じ、情報共有・連携体制の強化を図るとともに、以下の機能を担います。
 - ◆ 原子力災害拠点病院及び原子力災害医療協力機関の指定・登録や資機材整備、その後の適切な管理指導。
 - ◆ 避難退域時検査や除染、健康相談等に必要となる人員・資機材等の確保。
 - ◆ 行政や医療機関、消防、自衛隊、住民による定期的な原子力防災訓練の実施（県域を越えた大規模訓練を含む。）
 - ◆ 安定ヨウ素剤について、適時・適切な配服用を行うための平常時の配備や、緊急時の配布手順・体制の整備。

- 原子力災害等が発生した場合には、以下の機能を担います。
 - ◆ 災害の規模に応じ、避難計画との整合性を考慮して、住民に対して適切な避難退域時検査や除染等を実施できるよう、必要な場所に人員や資機材等を配備すること。
 - ◆ 原子力災害医療機関や国、オフサイトセンター、保健所、市町村等と連携して、災害医療コーディネーターを活用しながら、傷病者の搬送調整や原子力災害医療派遣チーム等の派遣調整や県外からの支援が必要な場合の医療チーム等の受入れ調整を行うこと。
 - ◆ 被災地の情報収集や関係機関との連絡調整等を行うこと。
 - ※ 避難所における医療救護班の派遣については、「I 災害時医療」による。
 - ※ 入院患者の広域搬送等については、「I 災害時医療」や「福島県地域防災計画」による。

施策の方向性と目標

1 原子力災害医療機関の充実

(1) 施策の方向性

- 原子力災害医療は、一般災害の延長線上にあり、災害が複合化あるいは広域化すれば、当然一般災害との整合性を図る必要があり、医療従事者の適切な県内配置が必要であることから、原子力災害医療機関については、関係する医療機関や関係団体及び市町村と協議しながら、災害拠点病院ならびに救命救急センターを中心に、更なる原子力災害拠点病院及び原子力災害医療機関の指定・登録を図るなど、原子力災害医療体制の充実に努めます。

(2) 数値目標

指標名	現状	目標値	備考
原子力災害拠点病院及び原子力災害医療協力機関医療機関数	8 機関 (平成 29 年度)	12 機関 (平成 35 年度)	各医療圏毎に 2 か所整備。 災害拠点病院や救命救急センターは原子力災害拠点病院の指定を目指す。

※ なお、被災地域の医療機関が再開した場合には、福島第一原子力発電所廃炉作業に伴う被ばく汚染に対する傷病者を診療する医療機関の指定を目指す。

2 福島県原子力災害医療行動計画の定期的な見直し等

- 東日本大震災発災からこれまでの経験と、国の原子力災害対策指針の見直しを踏まえて、福島県原子力災害医療対策協議会を活用し、定期的に福島県

原子力災害医療行動計画を見直します。

- また、原子力災害等発生時に迅速かつ適切な医療を提供できるよう福島県原子力災害医療対策協議会を活用して、平時から原子力災害医療機関、原子力事業者、消防等の関係機関との連携及び情報共有を推進するとともに、放射線技師会等の関係機関との救護活動に係る協定締結を進めます。
- なお、「武力攻撃事態等における国民の保護のための措置に関する法律」では、放射性物質、化学物質、生物剤、核物質及び爆発物による武力攻撃（以下「CBRNE兵器による武力攻撃」という。）を受けた場合に備えた医療救護体制の整備が必要とされていることから、CBRNEC兵器による武力攻撃に伴う災害発生時の対応も考慮します。

3 医療資機材等の確保・管理

- 原子力災害等発生時の医療救護活動に備え、原子力災害医療機関や保健所等に放射線測定資機材や除染資機材、個人線量計、安定ヨウ素剤、応急救護用医薬品、医療資機材等を整備するとともに、定期的に医療資機材のメンテナンスや更新を実施します。また、安定ヨウ素剤の計画的な備蓄、更新を実施します。

4 広域連携の強化と訓練の実施等

- 原子力発電所での労働災害事故の多数傷病者発生や、大規模な原子力災害を想定した原子力防災訓練の実施により、避難退域時検査及び除染の体制や「福島県原子力災害医療行動計画」に定める原子力災害医療機関と消防機関等との連携について確認するとともに、原子力災害医療（高度被ばく医療センターや原子力災害医療・総合支援センター等）と災害・救急医療（災害拠点病院、DMAT、日赤救護班等）との連携を進めます。

また、県内外における大規模災害等を想定した隣県等との広域訓練の実施により、関係機関との広域連携体制を構築し、被災地支援体制の強化に努めるとともに、訓練実施後の評価を行ない、より実効性のある訓練体制の整備を図ります。

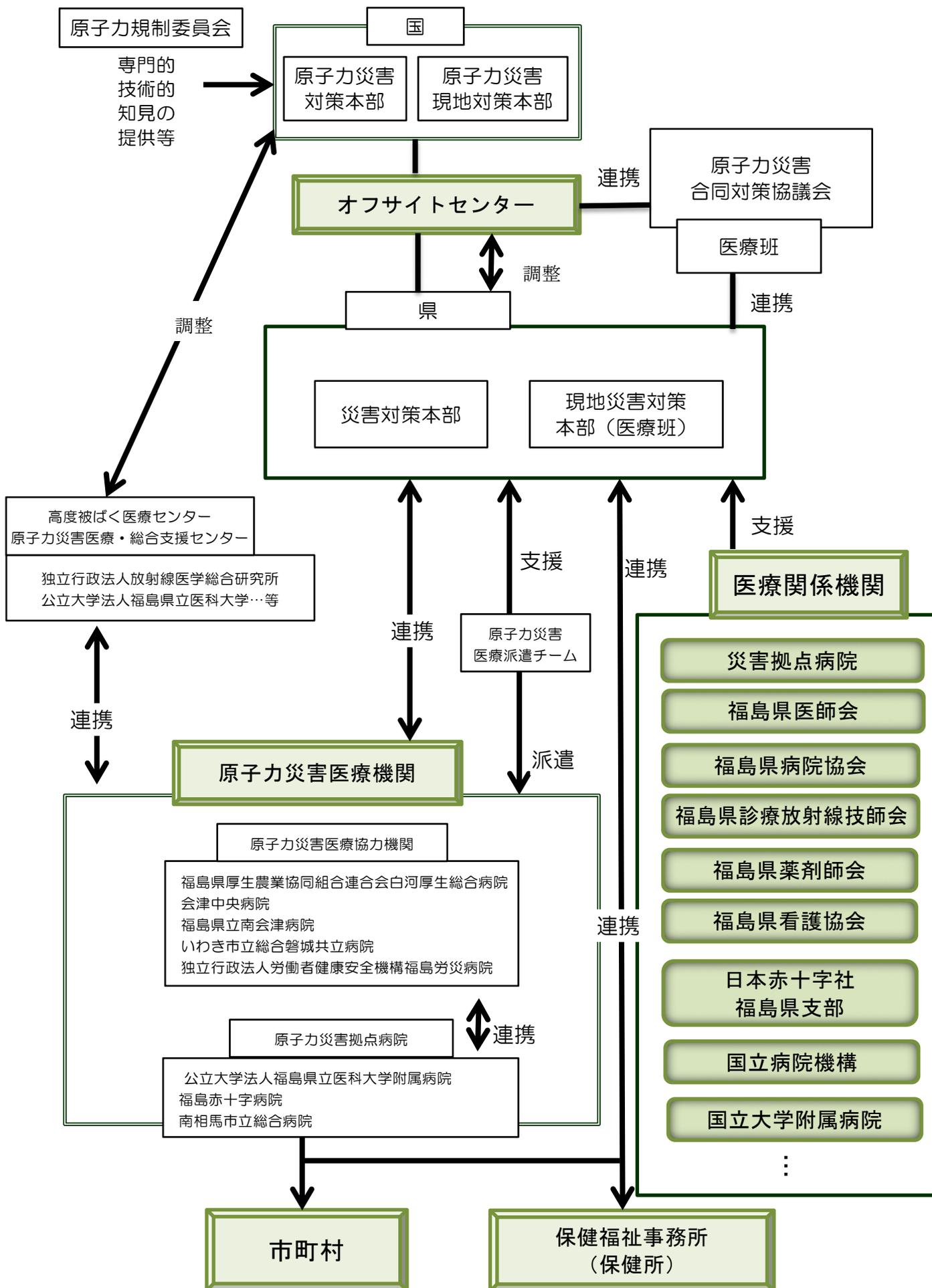
- 原子力災害による入院患者等の広域避難について、ガイドラインを作成し医療機関における計画策定を支援するとともに、県内だけでは十分な受入先の確保が困難と見込まれるため、隣県との相互受入体制の構築を進めます。

5 研修機会の確保及び知識の普及・啓発

- 原子力災害等発生時における医療体制を本県の現状にあわせた実効性のあるものとするため、原子力災害医療機関や災害拠点病院、DMAT、市町村、保健所、消防、警察等の医療関係者に対して原子力災害医療従事者の養成に努めます。また、一般医療機関の医療従事者への研修や住民の訓練参加、平時からのリスクコミュニケーションを進め、放射線に関する知識の普及・啓発に努めます。

参考

【原子力災害医療体制の枠組み】



第5節 過疎・中山間地域の医療（へき地医療）

現状と課題

1 無医地区等

- 無医地区等調査・無歯科医地区等調査（厚生労働省）によると、平成 26 年 10 月末現在、本県の無医地区数^{*}は 9 地区（3 市町）で、平成 21 年の 13 地区（5 市町村）に比べて 4 地区減少しています。

また、無歯科医地区数^{*}は 12 地区（4 市町村）で、平成 21 年の 18 地区（8 市町村）に比べて 6 地区減少しています。

※「無医地区」「無歯科医地区」=医療機関（歯科医療機関）のない地域で、当該地区の中心的な場所を起点として、おおむね半径 4km 区域内に 50 人以上が居住している地区であって、かつ容易に医療機関を利用することができない地区（出典：厚生労働省「無医地区等調査」）。

- 人口の減少や交通体系の整備等により、無医地区数等は減少してきていますが、高齢化の進行に伴い、高齢者に多く見られる慢性疾患に対応する医療の充実を図るとともに、眼科や耳鼻咽喉科等の診療科目の充足が求められています。

- 本県には、平成 30 年 1 月 1 日現在、へき地診療所^{*1}が 27（仮設 1）あり、病床数は合計 57 床となっています。へき地診療所の常勤医師（平成 29 年 1 月 1 日現在）は 20 人^{*2}となっており、常勤医師がいないへき地診療所があります。へき地診療所の医師も高齢化が進んでおり、安定的な医師の確保が課題となっています。また、無歯科医地区についても、歯科医療の受診機会の確保に努める必要があります。

※1 「へき地診療所」設置基準=へき地診療所を設置しようとする場所を中心としておおむね半径 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、診療所の設置予定地から最寄医療機関まで通常交通機関を利用して（通常交通機関を利用できない場合は徒歩で）30 分以上要するものであること（出典：厚生労働省「へき地保健医療対策等実施要綱」）。

※2 出典：厚生労働省「H28 へき地医療現況調査」（調査時点では、葛尾村診療所及び浪江町国民健康保険浪江診療所は開所していない）

2 医療支援

- 無医地区等を始めとする医療に恵まれない地域における医療提供体制を整備するため、県では、平成 15 年 12 月に「へき地医療対策アクションプログラム」を策定するとともに、平成 16 年 1 月に「福島県へき地医療支援機構」を設置し、へき地医療対策に取り組んできました。

平成 23 年 12 月には、本県の医師確保対策を総合的に担う「福島県地域医療支援センター」を設置しました。全国的にも、地域医療支援センターとへき地医療支援機構のあり方について検討がされており、「福島県地域医療支援センター」による「福島県へき地医療支援機構」の統合も視野に、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の策定など、へき地も含めた一体的な医師確保について検討していく必要があります。

【福島県のへき地診療所】

県内には、へき地診療所として、国民健康保険直営診療所が 20 診療所、市町村立診療所が 7 診療所あります。

(平成 30 年 1 月 1 日現在)

地 域	種別	施 設 名	
県 北	国保	二本松市岩代国民健康保険診療所	
	国保	本宮市国民健康保険白岩診療所	
	国保	川俣町国民健康保険山木屋診療所	
県 中	市町村	田村市立都路診療所	
	国保	天栄村国民健康保険診療所	
県 南	国保	鮫川村国民健康保険診療所	
会津・ 南会津	市町村	南東北裏磐梯診療所	
	市町村	南東北桧原診療所	
	国保	西会津町国民健康保険群岡診療所	
	国保	西会津町国民健康保険新郷診療所	
	国保	西会津町国民健康保険西会津診療所	
	国保	西会津町国民健康保険奥川診療所	
	市町村	磐梯町医療センター	
	国保	柳津町国民健康保険診療所	
	国保	柳津町国民健康保険診療所西山出張所	
	国保	金山町国民健康保険診療所	
	国保	金山町国民健康保険診療所沼沢出張所	
	国保	金山町国民健康保険診療所横田出張診療所	
	国保	昭和村国民健康保険診療所	
	南会津	市町村	檜枝岐診療所
		国保	只見町国民健康保険朝日診療所
相 双	国保	川内村国民健康保険診療所	
	国保	浪江町国民健康保険仮設津島診療所 [※]	
	国保	浪江町国民健康保険浪江診療所	
	市町村	葛尾村診療所	
	市町村	いいたてクリニック	
いわき	国保	いわき市国民健康保険田人診療所	

※仮設診療所として、二本松市内で開設中。

- 県では、へき地診療所等の診療体制を組織的に支援するため、平成 16 年度からへき地医療支援システムを構築し、へき地医療拠点病院として、福島県立宮下病院と福島県立南会津病院の 2 病院を指定しています。

さらに、へき地医療拠点病院を支援するへき地医療拠点センター病院として、公立大学法人福島県立医科大学会津医療センターを指定し、へき地医療拠点センター病院への代診医派遣やへき地診療所への医師派遣等の支援を行う組織として、公立大学法人福島県立医科大学に地域医療支援センターを設置しています。

公立大学法人福島県立医科大学地域医療支援センターからへき地医療拠点センター病院へ医師を派遣し、へき地医療拠点センター病院からへき地医療拠点病院に、へき地医療拠点病院からへき地診療所に医師を派遣する、いわゆる玉突き方式の「へき地医療支援システム」を全国に先駆けて導入し、へき地診療所への安定的な医師派遣を行っています。

- 平成 28 年度は、へき地医療拠点病院からへき地診療所への医師派遣は、220 回（全日換算 167.0 日）行われています。

【福島県のへき地医療拠点病院等】

区 分	地 域	施 設 名
へき地医療拠点センター病院	会津・南会津	公立大学法人福島県立医科大学会津医療センター
へき地医療拠点病院	会津・南会津	福島県立宮下病院
		福島県立南会津病院

必要となる医療機能

1 保健指導機能

- 無医地区等において、保健指導を提供するため、へき地診療所や保健所、市町村には、以下の機能が求められます。
 - ◆ 保健師等が保健指導を実施するための必要な体制が確保されていること。
 - ◆ 特定地域保健医療システム*を活用していること。
 - ◆ 地区の保健衛生状態を十分把握し、保健所、最寄りのへき地診療所、市町村が緊密な連携のもとに計画的に地区の実情に即した活動を行うこと。

※ 「へき地保健医療対策事業について」（平成 13 年 5 月 16 日医政発第 529 号医政局長通知）の別添「へき地保健医療対策実施要綱」（以下「へき地対策要綱」という。）に基づく事業で、特別豪雪地帯等の無医地区等に伝送装置による保健医療情報システ

△体制を整備し、当該地区住民の保健医療の確保を図るもの。

2 診療機能

- 無医地区等において、地域住民の医療を確保し、24時間365日対応できる体制を整備すること、専門的な医療や高度な医療へ搬送する体制を整備することを目標に、へき地診療所等には以下の機能が求められます。
 - ◆ プライマリーの診療が可能な医師等がいること又は巡回診療を実施していること。
 - ◆ 必要な診療部門、医療機器等があること。
 - ◆ へき地診療所診療支援システム[※]を活用していること。
 - ◆ 特定地域保健医療システムを活用していること。
 - ◆ 緊急の内科的・外科的処置が可能なへき地医療拠点病院等と連携していること。
 - ◆ へき地医療拠点病院等における職員研修等に計画的に参加していること。
- [※] へき地対策要綱に基づく事業で、へき地医療拠点病院とへき地診療所との間に伝送装置を設置し、へき地医療拠点病院がへき地診療所の診療活動等を援助するもの。

3 診療支援機能

- へき地診療所等の診療を支援するため、へき地医療拠点病院、特定機能病院、地域医療支援病院、臨床研修病院、救命救急センターを有する病院等には以下の機能が求められます。
 - ◆ へき地医療拠点病院支援システム[※]を活用していること。
 - ◆ へき地診療所支援システムを活用していること。
 - ◆ 巡回診療等によりへき地住民の医療を確保すること。
 - ◆ へき地診療所等への代診医等の派遣（継続的な医師派遣も含む）及び技術指導、援助を行うこと。
 - ◆ へき地の医療従事者に対する研修の実施及び研究施設を提供すること。
 - ◆ 遠隔診療等の実施により各種の診療支援を行うこと。
 - ◆ 県及び市町村がへき地における医療確保のため実施する事業に対して協力すること。
 - ◆ 24時間365日、医療にアクセスできる体制を整備するため、地域の診療所を含めた当番制の診療体制を構築すること。
 - ◆ 高度の診療機能を有し、へき地医療拠点病院の診療活動等を援助すること。
- [※] へき地対策要綱に基づく事業で、小規模なへき地医療拠点病院の機能を強化するため、高度の機能を有する病院等医療機関とへき地医療拠点病院との間に伝送装置を設置し、へき地医療拠点病院の診療活動等を援助するもの。

4 行政機関等による支援

- 県では、平成16年1月に「福島県へき地医療支援機構」を設置していますが、へき地医療支援機構に求められる機能は、以下のとおりです。
 - ◆ へき地診療所から代診医派遣、医師派遣の要請があった場合の調整と、へき地医療拠点病院への派遣要請を行うこと。
 - ◆ へき地医療に従事する医師を確保するためのドクタープール機能を持つこと。
 - ◆ へき地医療に従事する医師のキャリア形成支援を行うこと。
 - ◆ へき地における地域医療分析を行うこと。
 - ◆ 専任担当官として地域医療に意識が高く、ある程度長く継続して勤められる医師を配置し、へき地医療関連業務に専念できるような環境を整備すること。
- これらの機能の多くは、「福島県地域医療支援センター」が担えるものであり、今後、へき地医療支援機構のあり方について、見直しをしていく必要があります。

施策の方向性と目標

1 へき地診療所の医師の確保

- 福島県地域医療支援センターにおいて運営している「ドクターバンクふくしま」により、医師の退職等によりへき地診療所の医師に不足が生じた場合には、後任の医師が確保できるよう、必要な支援を行っていきます。
- 県内外の医学部生を対象に、へき地診療所等の地域医療の現場見学や、地域住民との交流などの体験の場を提供し、地域医療への理解を深めてもらうことで、過疎・中山間地域の地域医療の担い手の育成を図ります。
- 学校法人自治医科大学卒業医師のへき地医療機関への派遣や県内定着を促進するほか、「へき地医療等医師確保修学資金制度」等の運用により、過疎・中山間地域における医師の確保を図ります。

また、高齢化が進む過疎・中山間地域において必要とされる慢性疾患への対応など、プライマリ・ケア全般を担うことができる医師の養成を、公立大学法人福島県立医科大学と連携して進めます。

2 過疎・中山間地域の医療の支援

- 「福島県地域医療支援センター」と「福島県へき地医療支援機構」の一本化を検討し、効率的・効果的な医師派遣モデルを構築することで、へき地医療支援システムを充実させ、過疎・中山間地域における医師の支援体制の強化を図ります。

- 初期診療機能の向上のため、へき地診療所における医療機器等の整備を支援します。
また、無医地区等を有する市町村への患者輸送車の導入を推進し、患者搬送体制の整備を支援します。

- 公立大学法人福島県立医科大学附属病院のドクターヘリを有効活用するとともに、ドクターカーの有効活用を進め、過疎・中山間地域における救急医療の確保を図ります。

- 情報通信技術（ICT）を活用した医療情報連携システムの整備を促進し、へき地診療所の医師の負担軽減を図りながら、へき地診療所の診療機能の支援の強化を図ります。

- 南会津地域の唯一の病院の医療機能については、将来の医療需要や地域の実態を踏まえ、必要な医療機能を確保します。

第6節 在宅医療

現状と課題

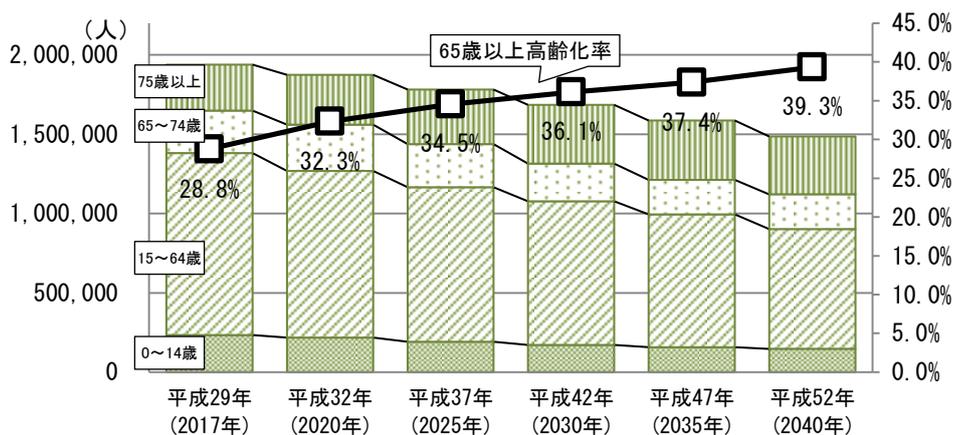
- 在宅医療とは、急性期・回復期を過ぎた脳卒中患者や在宅療養を希望するがん患者等、治療や療養が必要でありながら身体的理由により通院が困難な患者に対して、医師等が居宅等を訪問して、患者の生活の場において看取りまで含めた必要な医療を提供することを指します。
ここでいう「居宅等」には、自宅の他に、介護老人福祉施設、有料老人ホーム、グループホーム等の生活の場も含まれるとともに、「医療」は看取りまで含んだものを指します。
- また、在宅医療は、要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援などのサービスが一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の構築において不可欠の要素です。
- 超高齢社会を迎える中で、在宅医療は慢性期及び回復期患者の受け皿として、さらに看取りを含む医療提供体制の基盤の1つとして整備を推進していく必要があります。

1 在宅医療の現状

(1) 在宅医療ニーズの増加

- 本県の65歳以上の高齢人口は平成29年現在、557,229人ですが、今後増加が続き、平成37年には614,859人（平成29年比110%）になりピークを迎えると推計されています。
- 高齢化の進展により慢性的な疾患を抱える高齢者や認知症患者が増加するとともに、医療技術の進歩等を背景に疾病や傷害を持ちながら住み慣れた地域で生活する在宅療養者が増加しており、今後、医療と介護の両方を必要とする人が増加していくと見込まれます。
- NDBのレセプトデータ等の基礎データに基づいて算出した在宅医療等の将来医療需要は、平成25年の18,847(人/日)から平成37年には23,176(人/日)（平成25年比123%）に増加すると推計されています。

図表2-3-6-1 将来人口推計及び65歳以上高齢化率



	平成29年 (2017年)	平成32年 (2020年)	平成37年 (2025年)	平成42年 (2030年)	平成47年 (2035年)	平成52年 (2040年)
65歳以上	557,229	605,748	614,859	608,330	592,756	583,952
75歳以上	289,146	312,926	344,208	370,359	375,382	365,202
65~74歳	268,083	292,822	270,651	237,971	217,374	218,750
15~64歳	1,146,663	1,050,951	973,702	904,821	836,386	755,200
0~14歳	233,890	216,839	191,605	171,207	157,442	146,006
合計	1,937,782	1,873,538	1,780,166	1,684,358	1,586,584	1,485,158
65歳以上 高齢化率	28.8%	32.3%	34.5%	36.1%	37.4%	39.3%

資料：平成29年は「平成29年1月1日住民基本台帳年齢別人口(市区町村別)(総計)」(総務省)、平成32年以降は「日本の地域別将来推計人口(平成25年3月推計)」(国立社会保障・人口問題研究所)

図表2-3-6-2 将来在宅医療需要推計

(単位：人/日)

圏域	平成25年 (2013年)	平成37年 (2025年)	増加割合
県北	4,919	5,891	119.8%
県中	5,286	6,438	121.8%
県南	1,186	1,423	120.0%
会津・南会津	2,732	3,393	124.2%
会津	2,373	2,961	124.8%
南会津	359	432	120.3%
相双	1,130	1,366	120.9%
※流出が収束した場合	1,130	1,991	176.2%
いわき	3,594	4,665	129.8%
計	18,847	23,176	123.0%

資料：必要病床数等推計ツール

(2) 在宅医療の提供体制

ア 訪問診療

- 訪問診療を実施している診療所は、平成26年9月現在、県内診療所1,366施設のうち、308施設(22.5%)であり、平成26年9月中に実施した訪問診療件数は10,459件です。人口10万人あたりでは16.1施設(全国平均16.2)、546.4件(全国平均746.5件)と、実施件数は全国平均を下回っています。訪問診療を実施している診療所のうち、在宅療養支援診療所[※]は147施設(47.7%)、実施件数8,051件(77.0%)を占めています。

在宅療養支援診療所は、平成28年3月現在、県内に188施設で、人口10万人あたり9.8施設(全国平均11.6施設)と、全国平均を下回っています。

※ 診療報酬上の制度で、地域において在宅医療を支える24時間の窓口として、他の病院、診療所等と連携を図りつつ、24時間の往診・訪問看護等を提供する診療所。

- 訪問診療を実施している病院は、平成26年9月現在、県内病院128施設のうち、57施設(44.5%)であり、平成26年9月中に実施した訪問診療件数は2,228件です。人口10万人あたりでは3.0施設(全国平均2.1)、116.4件(全国平均97.2件)と、全国平均を上回っています。訪問診療を実施している病院のうち、在宅療養支援病院[※]は5施設(8.8%)、実施件数1,250件(56.1%)を占めています。

在宅療養支援病院は、平成28年3月現在、県内に5施設で、人口10万人あたり0.3施設(全国平均0.9施設)と、全国平均を下回っています。

※ 200床未満又は4km以内に診療所がない病院で、在宅療養支援診療所と同様に、在宅医療の主たる担い手となっている病院。

- NDB(レセプト情報・特定健診等情報データベース。通称「ナショナルデータベース」)の分析結果であるSCR(年齢調整標準化レセプト出現比)[※]からは、本県においては、全国平均100に対して往診が68.7、訪問診療(居宅)が81.0、訪問診療(同一建物)が60.0、訪問診療(特定施設)が47.1と、全国平均の5~8割程度に留まっています。また、二次医療圏別にみると、訪問診療(居宅)では最も高い県中医療圏123.3に対して最も低い相双医療圏が25.2と、大きな差があります。

※ 平成26年度の全保険者分のNDBデータを用いて、すべての地域に同じ年齢の住人が同じ人数住んでいると仮定した場合の当該地域の医療提供度合の数字(SCR:年齢調整標準化レセプト出現比)として表したものの。全国平均を100として、SCR値が高ければ医療機能が多い、SCR値が低ければ医療機能が少ないと考えられる。

イ 訪問歯科診療

- 訪問歯科診療を実施している歯科診療所は、平成 26 年 9 月現在、県内歯科診療所 860 施設のうち、166 施設（19.3%）であり、平成 26 年 9 月中に実施した訪問歯科診療（居宅）の件数は 673 件、訪問歯科診療（施設）の件数は 1,332 件です。人口 10 万人あたりでは 8.7 施設（全国平均 10.9）、訪問歯科診療（居宅）35.2 件（全国平均 77.8 件）、訪問歯科診療（施設）69.6 件（全国平均 260.3 件）といずれも全国平均を下回っています。

在宅療養支援歯科診療所^{*}については、平成 28 年 3 月現在、県内に 45 施設で、人口 10 万人あたり 2.4 施設（全国平均 4.8 施設）と、全国平均を大きく下回っています。

※ 診療報酬上の制度で、在宅等の療養に関して歯科医療面から支援できる体制等を確保している歯科診療所。

ウ 訪問看護

- 訪問看護事業所についてみると、平成 27 年度の介護サービス施設・事業所調査では、本県には 134 事業所あり、従業者数（常勤換算）は 640.5 人です。人口 10 万人あたり 7.0 事業所（全国平均 8.0）、5.2 人（全国平均 6.0）で全国平均を下回っています。

- NDB の分析結果である SCR からは、本県においては、全国平均 100 に対して訪問看護提供は 108.8 と、全国平均並となっています。

また、二次医療圏別にみると、訪問看護提供では最も高い県北医療圏 163.6 に対して最も低い相双医療圏が 35.5 と、大きな差があります。

エ 薬局

- 在宅療養患者に訪問して必要な薬剤管理的指導を行う「在宅患者訪問薬剤管理指導料」を届け出た薬局数は、平成 28 年 3 月現在、県内薬局 884 か所のうち、779 か所（88.1%）です。

また、平成 27 年度 NDB の分析結果から、薬局による訪問薬剤管理指導を受けた患者数（レセプト件数）は、783 件で、人口 10 万人あたり 40.9 件（全国平均 74.7 件）と、全国平均を大きく下回っています。

オ 看取り

- 平成 26 年の医療施設調査では、在宅看取りに対応する診療所は 65 施設、在宅看取りに対応する病院は 9 施設となっています。人口 10 万人あたりでは診療所が 3.4 施設（全国平均 3.4）、病院が 0.5 施設（全国平均 0.4）で、

ともに全国平均と同程度となっています。

また、ターミナルケア*に対応する訪問看護ステーションは 99 施設で、こちらでも人口 10 万人あたりでは 5.2 と、全国平均 5.2 と同程度です。

※ 末期がんなどの治療困難な患者を対象として、身体的・精神的苦痛を軽減する終末期ケア。

- NDB の分析結果である SCR からは、本県においては、全国平均 100 に対して、ターミナルケア提供が 76.2、看取りが 74.0 と、全国平均の 7～8 割程度となっています。

また、二次医療圏別にみると、ターミナルケア提供では最も高い県北医療圏 150.7 に対して最も低い相双医療圏が 4.0、看取りでは最も高い県北医療圏 147.1 に対して最も低い相双医療圏が 2.4 と、大きな差があります。

- 平成 28 年の人口動態統計では、本県の死亡者が在宅で死亡する割合は 19.2% (全国平均 19.8%) となっており、全国平均並みとなっていますが、二次医療圏別にみると、最も在宅死亡の割合が低い会津・南会津医療圏は 13.1%、最も在宅死亡の割合が高い県北医療圏は 22.7% となっており、大きな差があります。

図表 2-3-6-3 在宅看取りを実施している診療所・病院数、ターミナルケアに対応する訪問看護ステーション数、在宅死亡の割合

医療圏	在宅看取りを実施している診療所数	在宅看取りを実施している病院数	ターミナルケアに対応する訪問看護ステーション数	在宅死亡の割合
県北	21	3	28	22.7%
県中	24	2	33	21.7%
県南	2	1	7	15.4%
会津・南会津	8	1	12	13.1%
会津	4	1	11	11.4%
南会津	4	0	1	26.6%
相双	2	0	8	15.3%
いわき	8	2	11	20.7%
県全体	65	9	99	19.2%
全国	4,312	476	6,595	19.8%

資料：診療所・病院数は平成 26 年医療施設調査（厚生労働省、平成 26 年 9 月中の実施数）、訪問看護ステーション数は平成 27 年介護サービス施設・事業所調査（厚生労働省）、在宅死亡の割合は平成 28 年人口動態統計（厚生労働省）

カ 退院支援

- 平成 26 年の患者調査では、本県の病院の退院患者の平均在院日数は 32.5 日（全国平均 33.2 日）となっており、全国平均並みとなっていますが、二次医療圏別にみると差が見られます。
- 退院支援担当者を配置している病院は、平成 26 年 10 月現在、県内病院 128 施設のうち、45 施設となっており、全病院数に占める割合 35.2%は全国平均 42.3%を下回っています。
- NDB の分析結果である SCR からは、本県においては、退院支援・調整の実施は全国平均 100 に対して 48.7 と、5割程度に留まっています。

図表 2-3-6-4 病院の退院患者の平均在院日数と退院支援担当者配置病院数

医療圏	平均在院日数	退院支援担当者配置病院数
県北	32.5 日	11
県中	30.2 日	12
県南	45.4 日	3
会津・南会津	—	6
会津	35.4 日	6
南会津	11.3 日	0
相双	25.3 日	2
いわき	40.9 日	11
県全体	32.5 日	45
全 国	33.2 日	3,592

資料：平均在院日数（施設所在地で集計）は平成 26 年患者調査（厚生労働省）
退院支援担当者配置病院数は平成 26 年医療施設調査

2 課題

(1) 増加する在宅医療ニーズへの対応

- 将来増加が見込まれる在宅医療の需要に対応するため、在宅医療提供体制の構築や、在宅医療の受け皿となる高齢者向け住まいや介護保険施設等を確保する必要があります。
- 訪問診療や看取りを実施する診療所・病院の数は全国平均並みですが、レセプト分析結果からは提供件数が全国平均より少なくなっています。在宅医

療に取り組む医療機関を確保するとともに、その機能を強化していく必要があります。

(2) 医療・介護連携体制の構築

- 疾病を抱えても、自宅等の住み慣れた生活の場で療養し、自分らしい生活を続けられるためには、地域における病院や医科診療所、歯科診療所、訪問看護事業所、薬局、介護施設などの医療・介護の関係機関が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を行うことが求められています。
- このため、関係機関が連携し、多職種協働による在宅医療・介護を一体的に提供できる体制構築が必要であり、県の支援の下、市町村が中心となって、地域の医師会等と地域包括支援センターの間で緊密に連携しながら、地域の医療・介護関係者による協議会の開催や、在宅医療に関する人材育成、普及啓発を行うなど、地域の関係機関の連携体制の構築を図る必要があります。
- 在宅医療においては、介護保険による公的サービスのみならず、その他の多様な社会資源の活用により、在宅患者の生活の安定が確保されている必要があります。
- 要介護高齢者等が退院した場合には、在宅での生活支援が円滑に行われるよう配慮する必要があり、医療機関と介護支援専門員などの間で情報交換が行われ、ケアプランに適切に反映される必要があります。

(3) 人生の最終段階における医療のあり方

- 看取りに対応する施設数や在宅死亡の割合は全国平均並みですが、老人ホーム等において連携する医療機関が看取りに対応できないために、救急車で病院に運ばれて亡くなる方もいます。看取りに対応する医療機関と介護サービス施設等、救急関係機関との連携を進めていく必要があります。
- 在宅医療を推進するためには、地域の特性に応じた在宅医療の提供体制を整備していく必要がありますが、同時に、住み慣れた場所で療養でき、自分らしい生活を送ることができる在宅医療のメリットについて県民の理解を促進する必要があります。

必要となる医療機能

1 退院支援

- 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ため、病院及び有床診療所等の入院医療機関には、以下の機能が求められます。
 - ◆ 退院支援担当者を配置すること。
 - ◆ 退院支援担当者は、できる限り在宅医療に係る機関での研修や実習を受けること。
 - ◆ 入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援を開始すること。
 - ◆ 退院支援の際には、患者の住み慣れた地域に配慮した在宅医療及び介護、障害福祉サービスの調整を十分図ること。
 - ◆ 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、退院前カンファレンスや文書・電話等で、在宅医療に係る機関との情報共有を十分図ること。

- また、在宅医療に関係する病院、医科診療所、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等には、以下の機能が求められます。
 - ◆ 患者のニーズに応じて、医療や介護、障害福祉サービスを包括的に提供できるよう調整すること。
 - ◆ 在宅医療や介護、障害福祉サービスの担当者間で、今後の方針や病状に関する情報や計画を共有し、連携すること。
 - ◆ 高齢者のみではなく、小児や若年層の患者に対する訪問診療、訪問看護、訪問薬剤指導等にも対応できるような体制を確保すること。
 - ◆ 病院・有床診療所・介護老人保健施設の退院（退所）支援担当者に対し、地域の在宅医療及び介護、障害福祉サービスに関する情報提供や在宅療養に関する助言を行うこと。

2 日常の療養支援

- 患者の疾患、重症度に応じた医療（緩和ケアを含む）が多職種協働により、できる限り患者が住み慣れた地域で継続的、包括的に提供されることを目標に、在宅医療に関係する病院、医科診療所、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、短期入所サービスの提供施設には以下の機能が求められます。
 - ◆ 情報共有と相互の連携により、患者のニーズに対応した医療や介護、障

害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。

- ◆ 医療関係者は、地域包括支援センターが地域ケア会議において患者に関する検討をする際には積極的に参加すること。
 - ◆ 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、障害福祉サービス、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。
 - ◆ がん（緩和ケア体制の整備※）、認知症（身体合併等の初期対応や専門医療機関への適切な紹介）、小児患者（小児の入院機能を有する医療機関との連携）等、それぞれの患者の特徴に応じた在宅医療の体制を整備すること。
 - ◆ 関係機関と連携し、摂食嚥下障害に対する口腔機能訓練と誤嚥性肺炎予防のための口腔ケアを実施すること。
 - ◆ 災害時にも適切な医療を提供するための計画（人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送等に係る計画を含む）を策定すること。
 - ◆ がん緩和ケアに必要な無菌調剤や輸液ポンプなどの医療機器・医療材料等の供給を円滑に行うための体制を整備すること。
 - ◆ 身体機能及び生活機能の維持向上のためのリハビリを適切に提供する体制を構築すること。
 - ◆ 在宅医療に関する研修を行うなど、在宅医療を担う人材の育成を図ること。
- ※ がん患者の在宅医療については、第4章第1節「がん対策」を参照。

○ 日常の療養支援を行う機関には、以下の機関があります。

- 在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、在宅療養支援歯科診療所
- 在宅患者訪問看護・指導を実施する病院、診療所
- 訪問歯科診療を行う歯科診療所
- 介護保険法の指定を受けた訪問看護ステーション
- 「在宅患者訪問薬剤管理指導料」の届出をしている薬局
- 麻薬小売業免許及び高度管理医療機器販売業・貸与業許可を取得している薬局
- 在宅医療に関わる介護サービス事業所
訪問リハビリテーション指定機関、通所リハビリテーション指定機関、居宅療養管理指導指定機関、短期入所療養介護指定機関等

（注）県内の在宅療養支援診療所、在宅患者訪問看護・指導を実施する病院・診療所、在宅医療に関わる薬局は、福島県総合医療情報システムで検索できます。

県内の訪問歯科診療を行う歯科診療所は、県歯科医師会のホームページで確認できます。

県内の在宅医療に関わる介護サービス事業所は、福島県介護サービス情報公表システムで検索できます。

3 急変時の対応

- 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を目的に、在宅医療に関係する病院、内科診療所、歯科診療所、訪問看護事業所、薬局には以下の機能が求められます。
 - ◆ 病状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、また、求めがあった際に24時間対応が可能な体制を確保すること。
 - ◆ 24時間対応が自院で難しい場合も、近隣の病院や診療所、訪問看護事業所等との連携により、24時間対応が可能な体制を確保すること。
 - ◆ 在宅医療に係る機関で対応できない急変の場合は、その症状や状況に応じて、搬送先として想定される入院医療機関と協議し入院病床を確保するとともに、搬送については地域の消防機関へ相談する等連携を図ること。
 - ◆ 入院医療機関にあっては、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）が担当する在宅療養者の病状が急変した際に、必要に応じて一時受け入れを行うこと。
 - ◆ 重症で対応できない場合は、他の適切な医療機関と連携する体制を構築すること。

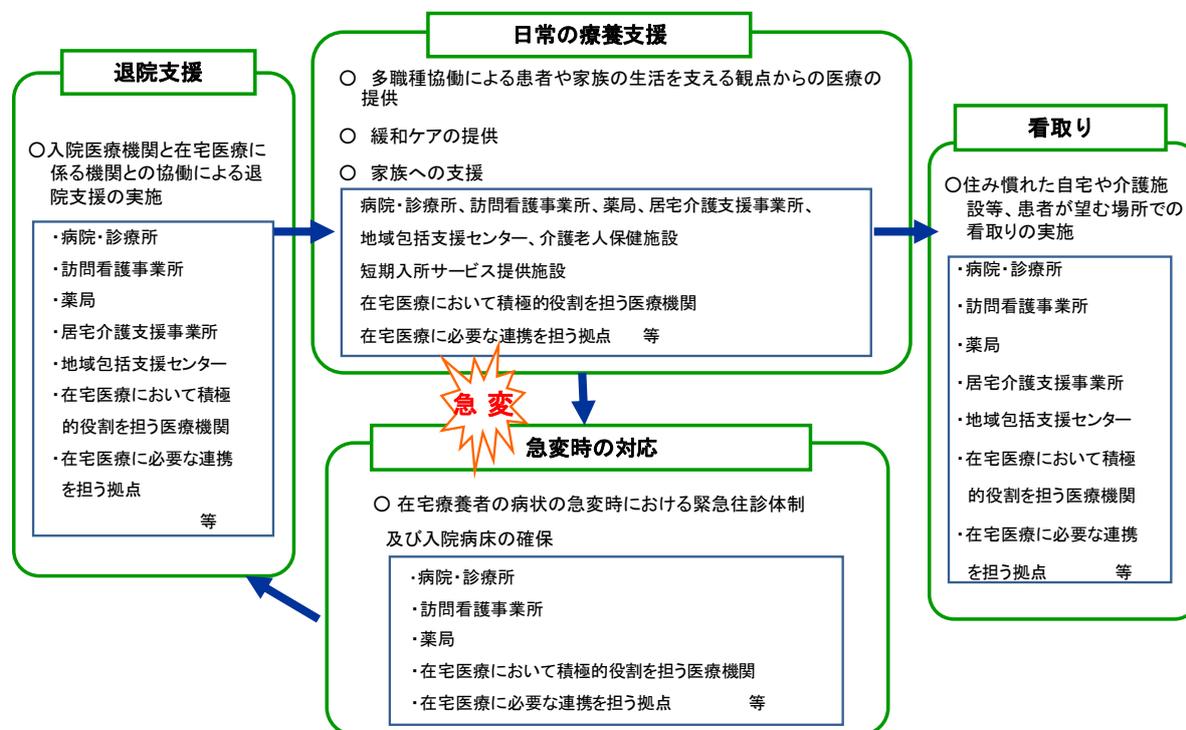
- なお、災害時における在宅療養者の避難等については、「福島県地域防災計画」によります。

4 看取り

- 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を目標に、在宅医療に関係する病院、内科診療所、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等には、以下の機能が求められます。
 - ◆ 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、自宅や住み慣れた地域で受けられる医療及び介護、障害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。
 - ◆ 介護施設等による看取りを必要に応じて支援すること。

- ◆ 入院医療機関にあっては、在宅医療に係る機関で看取りに対応できない場合について、病院・有床診療所で必要に応じて受け入れること。

図表2-3-6-5 在宅医療に求められる医療提供体制



施策の方向性と目標

1 看取りを含む在宅医療提供体制の構築

(1) 施策の方向性

- 病院、医科・歯科診療所、訪問看護ステーション、薬局、介護施設等との連携を促進し、24時間365日対応の在宅医療体制の構築を推進します。
- ◆ 医療・介護サービスの向上のため、「キビタン健康ネット」等のICT（情報通信技術）を活用した病院、医科・歯科診療所、訪問看護ステーション、薬局、介護施設等の連携を推進します。
- ◆ 入院医療機関における退院支援担当者の配置を推進します。
- ◆ 全圏域で策定した退院支援ルールを運用し、多職種連携による退院後の在宅療養の支援体制の構築を推進します。
- ◆ 患者の急変時に受入を担う入院医療機関と、在宅医療を担う医療機関、訪問看護事業所等の連携体制の構築を推進します。
- ◆ 地域毎の薬局における無菌調剤室の整備を推進し、輸液ポンプなど在宅医療に欠かせない医療機器などの取扱に精通する薬剤師の人材育成に努め

- るとともに、多職種連携により、在宅によるがん疼痛緩和ケアが実施できる環境の整備を進めます。
- ◆ 服薬情報を一元的に管理し、かかりつけ医等と連携するかかりつけ薬剤師・薬局の普及・啓発を図ります。
 - ◆ 在宅医療・介護連携のための相談員（コーディネーター）の養成を推進します。
 - ◆ 入院医療から退院後の在宅復帰が円滑にできるよう、全圏域において策定・運用している退院調整ルールの評価・見直しを毎年度実施し、医療機関と居宅サービス事業所等が連携し、情報共有できる体制整備を推進します。
- 地域において包括的かつ継続的な在宅医療が提供できるように、多職種連携による在宅医療提供の拠点の整備を推進します。
- ◆ 効率的・効果的な在宅医療が行えるように、医科・歯科訪問診療、訪問看護に必要な医療機器等の整備を推進します。
 - ◆ 在宅における口腔ケアや栄養指導、訪問リハビリテーションの提供体制の構築を推進します。
- 安定的な訪問看護の提供提供体制の整備を推進します。
- ◆ 看取りや重症度の高い利用者へ対応できるよう、訪問看護ステーション間や関係機関との連携強化、訪問看護ステーションの機能強化を図ります。
- 在宅での療養生活を支える医療・介護従事者の確保・養成を図ります。
- ◆ 在宅医療に取り組む医療従事者のための同行訪問を含む導入研修の開催を支援します。
 - ◆ 訪問看護師等の質の向上や連携強化のための研修を開催します。
- 患者が望む場所での看取りが可能な体制の整備を推進します。
- ◆ 看取りに対応できる医師、看護職員、介護関係者を養成するための、多職種の研修や施設との研修会の開催を支援します。
 - ◆ 高齢化の進展に伴い高齢者の救急搬送が増加している中で、人生の最終段階において在宅療養患者の意思が尊重される環境を整備するため、地域における在宅医療・救急医療等の関係者間の連携体制の構築を推進します。
 - ◆ 自らが望む形で人生の最後を迎えられるよう、あらかじめ治療等に関する意思表示を記載するエンディングノートの普及を推進します。

- ◆ 住み慣れた場所での療養と最期を望む患者及び家族に、必要な在宅医療が提供されるよう、在宅医療に関する情報の発信に努めるとともに、在宅医療のメリットについて県民の理解を促すための周知啓発を進めます。
- 在宅医療・介護連携の推進に関しては、地域医師会等の関係機関との連携が重要となるため、県は関係機関との調整を行いながら、市町村及び地域包括支援センターが在宅医療・介護連携を推進できるよう支援します。
- ◆ 地域包括ケアシステムの構築に向けた在宅医療の課題について、医療関係団体・介護関係団体・市町村等の在宅医療関係者により協議し解決を図ります。
- ◆ 市町村及び医師会等関係機関における在宅医療・介護連携推進事業の推進役となるリーダーを育成するための研修会を開催して市町村の取組を支援します。

(2) 目標

指標名	現状値	目標値	備考
退院調整支援担当者を配置する病院数	45 (平成 26 年 10 月)	80 (平成 32 年度)	医療施設調査
訪問診療を実施している診療所数	308 (平成 26 年 9 月)	340 (平成 32 年度)	医療施設調査
訪問診療を受けた患者数（レセプト件数）	93,629 (平成 27 年度)	103,000 (平成 32 年度)	NDB
往診を実施している診療所数	317 (平成 26 年 9 月)	350 (平成 32 年度)	医療施設調査
看取り数 (レセプト件数)	2,598 (平成 27 年度)	2,900 (平成 32 年度)	NDB

2 生活を支える体制の整備

(1) 施策の方向性

- 要介護状態等となった場合においても、可能な限り地域において自立した日常生活を営むことができるよう、地域包括ケアシステムの構築に向けて市町村が主体となって行う取組を支援します。
- ◆ 地域住民や関係機関等のネットワークを構築して包括的・継続的に高齢者の生活を支えていく中核的機関である地域包括支援センターが担う機能が十分に発揮できるよう支援します。

- ◆ 市町村や地域包括支援センターが開催する「地域ケア会議」では、多職種が協働して個別ケースの支援内容の検討を行っています。県では、「地域ケア会議」におけるネットワーク構築機能を強化するため、研修会の開催や専門職派遣事業を実施し、「地域ケア会議」の充実を図ります。
- 在宅医療の受け皿となる高齢者向け住まいや介護保険施設等の整備を促進するとともに、必要な生活支援・介護予防サービスの提供体制の構築を推進します。
 - ◆ 24時間対応の定期巡回・随時対応型訪問介護看護や看護小規模多機能型居宅介護が適切に提供されるよう、市町村での適切な整備について技術的な助言を行います。
- 在宅療養に必要な医療や介護、障害福祉サービス、家族の心身の負担軽減につながるサービスに関する情報を適切に紹介できる体制の整備を推進します。

第7節 リハビリテーション

現状と課題

- リハビリテーションは、単なる機能回復訓練ではなく、心身に障がいを持つ人々の全人間的復権を理念として、潜在する能力を最大限に発揮させ、日常生活の活動を高め、家庭や社会への参加を可能にし、その自立を促すことを目的としています。
- リハビリテーションは、現在、予防、医療、介護の各分野で提供されていますが、医療におけるリハビリテーションは、疾病・負傷等で失った機能の程度を少しでも軽くすることにより、日常生活や社会生活の支障を少なくすることを目的としたものであるため、期間や到達目標を定め、計画的に実施する必要があります。
- リハビリテーション医療は、疾患の時期によって、急性期リハビリテーション（発症から概ね1か月）、回復期リハビリテーション（概ね発症の1か月後から6～9か月後）、維持期リハビリテーション（発症後概ね6～9か月後以降）に分けられます。

また、超高齢社会を見据え、急性期リハビリテーション等を中心とした総合的なリハビリテーションの医療提供体制の整備や急性期から回復期、維持期への円滑な移行を図るため、医療機関相互及び医療機関と介護保険施設等との連携体制の構築が求められています。
- リハビリテーションには、身体機能回復のためのリハビリテーションだけでなく、誰もが住み慣れた地域で、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・保健・福祉及び生活に関わるあらゆる関係者と住民が一体となり、自立支援に取り組む体制を構築する必要があります。

必要となる医療機能

1 身体機能回復のためのリハビリテーション

(1) 急性期リハビリテーション

- 急性期リハビリテーションは、疾患の急性期治療と平行して行われます。早期離床や合併症予防のため、急性期リハビリテーションを担う医療機関には、以下の機能が求められます。

- ◆ 疾病に必要な検査及び専門的治療が24時間対応可能であること。
- ◆ リスク管理のもとに早期座位・立位、関節可動域訓練、摂食・嚥下訓練、早期歩行訓練、セルフケア訓練等のリハビリテーションが実施可能であること。
- ◆ 回復期等の医療機関と連携を図り、患者の受入、紹介を行っていること。

(2) 回復期リハビリテーション

- 回復期リハビリテーションは、安定期において、合併症や併存疾患の医学的管理を行いながら、日常生活動作、歩行の自立などを目標として、集中的に行われるものであり、回復期リハビリテーションを担う医療機関には、以下の機能が求められます。
 - ◆ 失語、高次脳機能障害、嚥下障害、歩行障害などの機能障害の改善及び日常生活動作の向上を目的とした、理学療法、作業療法、言語聴覚療法等のリハビリテーションが専門医療スタッフにより集中的に実施可能であること。
 - ◆ 急性期、維持期の医療機関等と連携を図り、患者の受入、紹介を行っていること。
- 平成29年7月現在、県内で17病院が、地方厚生局に回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ています。

(3) 維持期リハビリテーション

- 維持期リハビリテーションは、回復期リハビリテーション終了後の慢性期に、筋力、体力、歩行能力、日常生活動作の維持向上を目的に行われるものであり、維持期リハビリテーションを担う医療機関には、以下の機能が求められます。
 - ◆ 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態への対応が可能であること。
 - ◆ 生活機能の維持及び向上のためのリハビリテーションが実施可能であること。
 - ◆ 通院困難な患者に対しては、訪問看護ステーションや薬局等と連携し、在宅医療の実施も可能であること。
 - ◆ 急性期、回復期の医療機関と連携を図り、患者の受入れ、紹介を行っていること。

【リハビリテーション実施機関】

- リハビリテーション科を標榜する医療機関で、かつ心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料、呼吸器リハビリテーション料のうち、いずれかを地方厚生局に届け出ている医療機関
- 回復期リハビリテーション病棟を有する病院
- 介護保険の訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションを実施している医療機関及び介護老人保健施設及び介護療養型医療施設
- 理学療法士や作業療法士等を配置して、訪問によるリハビリテーションを実施している訪問看護ステーション
- 摂食機能療法を実施している医療機関

(注) 上記要件を満たす医療機関は、福島県総合医療情報システムで検索できます。
 介護老人保健施設は、福島県介護サービス情報公表システムで検索できます。
 訪問リハビリテーションを実施している訪問看護ステーションは、福島県高齢福祉課のホームページで確認できます。

2 地域リハビリテーション

- 地域リハビリテーションは、誰もが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・保健・福祉及び生活に関わるあらゆる関係者と住民が、リハビリテーションの立場から行う活動です。
- 県では、地域リハビリテーションを推進するため、以下のセンターを指定しています。

【福島県地域リハビリテーション支援センター（県支援センター）】

県内で1病院を指定し、地域リハビリテーション広域支援センターに対する支援、リハビリテーション資源の調査・研究、関係団体との連絡・調整を行います。

【福島県地域リハビリテーション広域支援センター（広域支援センター）】

各高齢者福祉圏域に9医療機関を、地域リハビリテーション推進の中核機関として指定し、市町村や住民団体等の相談に対する支援、リハビリテーション実施機関に従事する職員に対する援助や研修等を行います。

【福島県地域リハビリテーション相談センター（相談センター）】

県内73か所の医療機関及び介護老人保健施設を指定し、広域支援センターと連携・協力して、市町村や住民団体等の相談に対する支援等を行います。

(地域リハビリテーション各センター一覧については、高齢福祉課ホームページに掲載しています。)

施策の方向性と目標

1 リハビリテーションの充実

(1) 施策の方向性

- 急性期から回復期、維持期への円滑な移行を図るため、地域連携クリティカルパスの活用等を通じて、医療機関相互の連携体制の整備を促進します。
- 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などリハビリテーションに従事する医療従事者等の確保と資質向上に努めます。
- 関係団体と連携し、医療機関におけるリハビリテーションの実施を促進し、より身近な地域で、多くの県民がリハビリテーションを行える体制の整備を進めます。

(2) 目標

指標名	現状値	目標値	備考
回復期リハビリテーション病棟入院料届出病院数	17 (平成 29 年度)	26 (平成 35 年度)	※ 病院への調査結果等を踏まえて目標を設定。

2 地域リハビリテーションの推進

(1) 施策の方向性

- 誰もがその人なりの自立した生活に向けた支援を効果的かつ円滑に受けられるよう、県地域リハビリテーション支援センター等と連携して、多職種による地域リハビリテーション提供体制の整備を図ります。
- 地域住民が主体となり、その人なりの自立した生活に向けて自ら努力できるよう、広く地域住民に対し、自立支援を働きかけます。
- 広域支援センターを中核として保健、医療、福祉の関係機関からなる地域リハビリテーション連絡協議会を設置し、高齢者福祉圏域における地域リハビリテーション活動の現状と課題について検討します。
- 県内の地域リハビリテーション事業の推進のため、地域リハビリテーション実施機関の取組事例や研究成果等を発表することにより、他職種の理解を深めるとともに、情報・意見交換の場とすることを目的として、県内の関係者及び一般住民を対象とした研究大会を開催します。

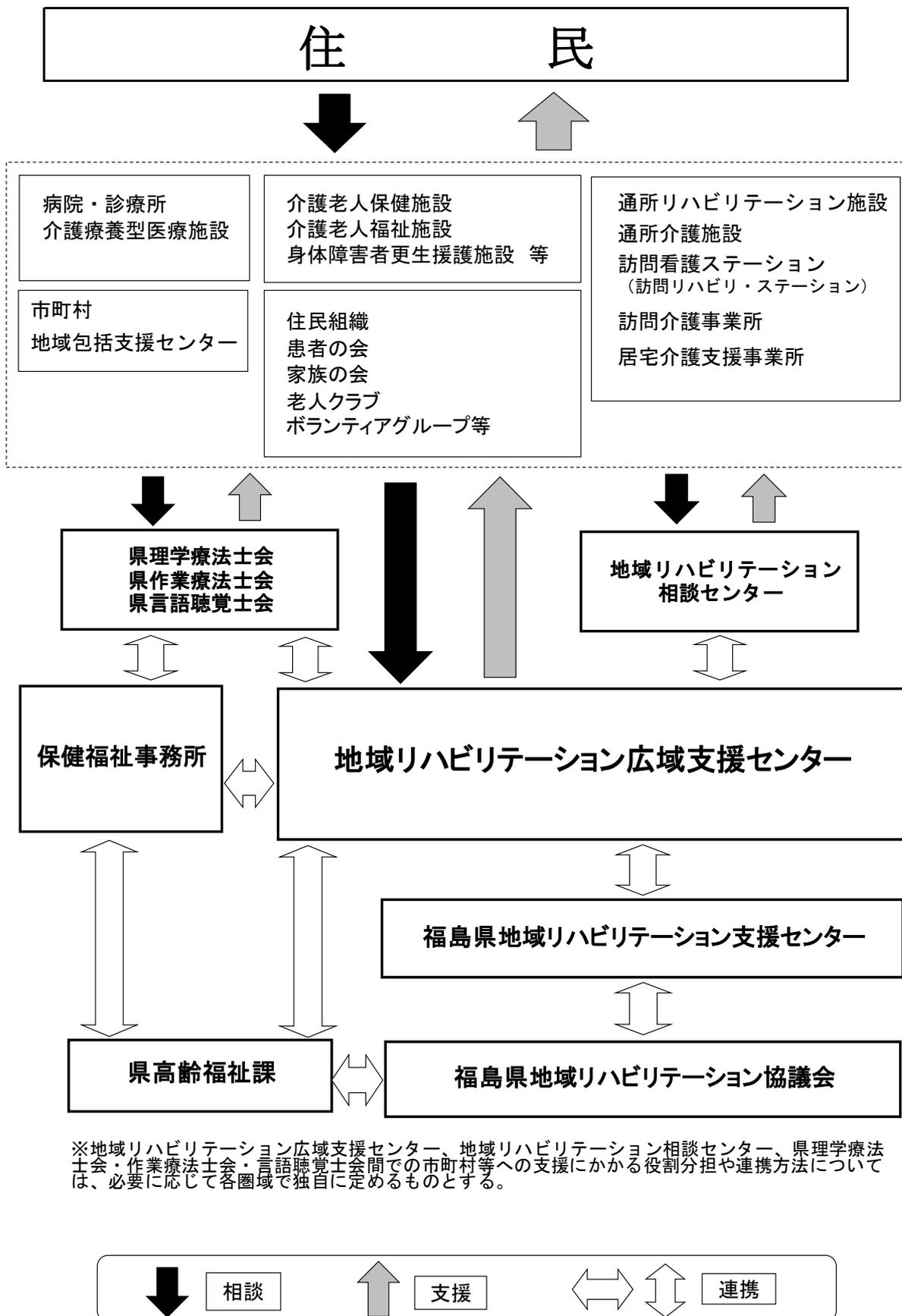
- リハビリテーション専門職の市町村への派遣に当たり、市町村事業等に必要知識（活動と参加に焦点をあてたアプローチ）を習得してもらうための研修会を開催するとともに、リハビリテーション関連団体が、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士に対して実施する、介護予防の推進に資する指導者を育成する研修を支援します。

- 広域支援センターだけでなく、相談センターが市町村や施設等への現地支援を担い、地域にとってより身近な機関が支援を行えるよう推進します。

(2) 目標

指標名	現状値	目標値	備考
地域リハビリテーション 相談センター数	73 (平成 29 年度)	112 (平成 35 年度)	

福島県地域リハビリテーション支援体制図



第4章 疾病等に応じた医療体制の構築

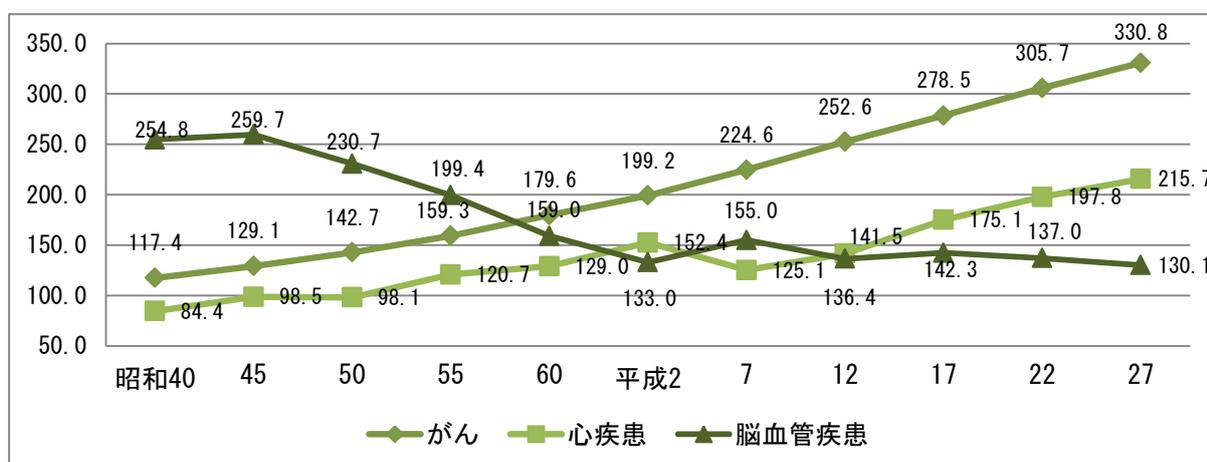
第1節 がん対策

現状と課題

1 死亡の状況

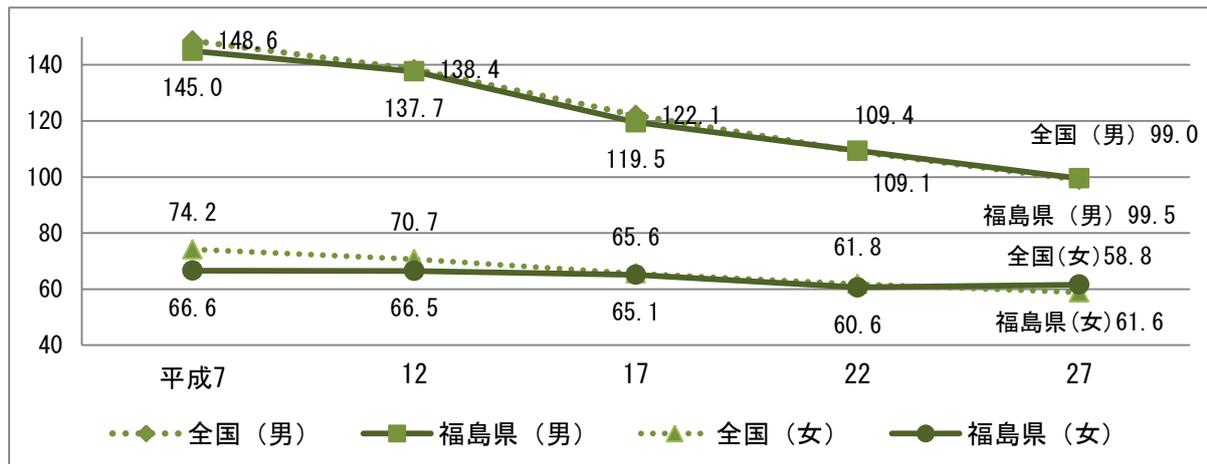
- がんは、全国において昭和56年より死因の第1位を占めており、平成28年には年間37万人の国民ががんで死亡しています。
- 本県においても、がんは昭和59年以降死因の第1位となっており、平成28年は死因総数の26.5%を占める6,415人(男性3,700人、女性2,715人)が、がんにより死亡しています。
- 本県の平成27年のがんの年齢調整死亡率(人口10万対、以下同じ。)は、男性165.5(全国165.3)、女性89.9(全国87.7)で、男女とも全国平均を上回っております。
75歳未満では、男女計80.3(全国78.0)、男性99.5(全国99.0)、女性61.6(全国58.8)で、いずれも全国平均を上回っております。
- 本県の平成28年のがん部位別死亡割合(がんの死亡総数に占める各部位の割合)は、全体では肺がんが19.3%と最も多く、次いで大腸がん14.1%、胃がん13.8%の順となっています。男性では肺がん(23.2%)、胃がん(15.0%)、大腸がん(12.4%)の順となっており、女性では大腸がん(16.6%)、肺がん(13.9%)、胃がん(12.2%)の順となっています。

図表2-4-1-1 福島県の主要死因別死亡率(人口10万対)の年次推移



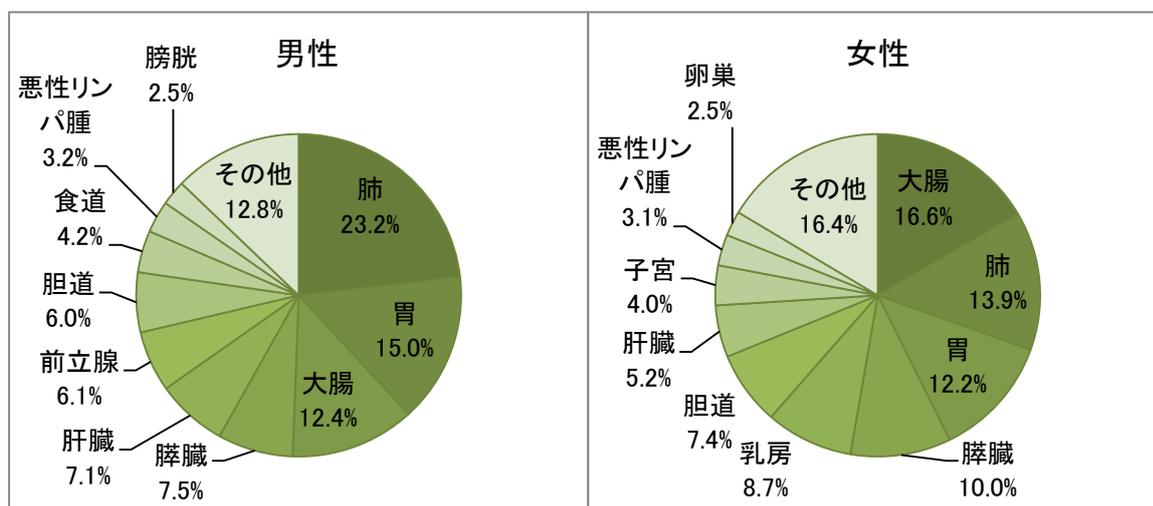
資料：人口動態統計(厚生労働省)

図表2-4-1-2 がんの年齢調整死亡率（75歳未満）の推移



資料：人口動態統計（厚生労働省）

図表2-4-1-3 部位別のがん死亡割合（平成28年・福島県）



資料：人口動態統計（厚生労働省）

2 予防及び検診

- がん対策において一次予防は重要であり、予防可能ながんのリスク因子としては、喫煙（受動喫煙含む）、過剰飲酒、低身体活動、肥満・やせ、野菜・果物不足、塩蔵食品の過剰摂取等の生活習慣、ウイルスや細菌の感染等、様々なものがあります。がん予防を進めるためには、リスク因子となっているこれらの生活習慣の改善や肝炎ウイルス等の感染予防や感染症の早期発見・治療に取り組む必要があります。がん予防に関する正しい知識を普及するとともに、生活習慣改善のための環境を整えること、また若い世代からがんについて正しく理解し、よい生活習慣を身につけるようにすることが重要です。
- 生活習慣の中でも、喫煙は、肺がんを始めとする種々のがんのリスク因子となっており、がんにも最も寄与する因子でもあります。本県の喫煙率は、平

成 28 年国民生活基礎調査によると、全体では 22.3%、男性 34.4%、女性 10.8%となっており、全国平均（全体 19.8%、男性 31.1%、女性 9.5%）よりやや高くなっています。

○ 平成 26 年の医療施設調査では、本県の禁煙外来を行っている医療機関の割合は、人口 10 万人対で病院が 1.9%、診療所が 10.4%となっており、全国平均（病院 1.9%、診療所 10.0%）とほぼ同じになっています。

○ 平成 27 年度に県内の市町村が実施する市町村の対策型がん検診[※]の受診率〔69 歳以下〕は、20~40%台（全市町村統一方式で算出）で推移しています。がんの早期発見・早期治療のためにも、多様な手法を用いてがん検診の重要性を県民に周知し、定期的な受診に向けた積極的な取組が必要です。

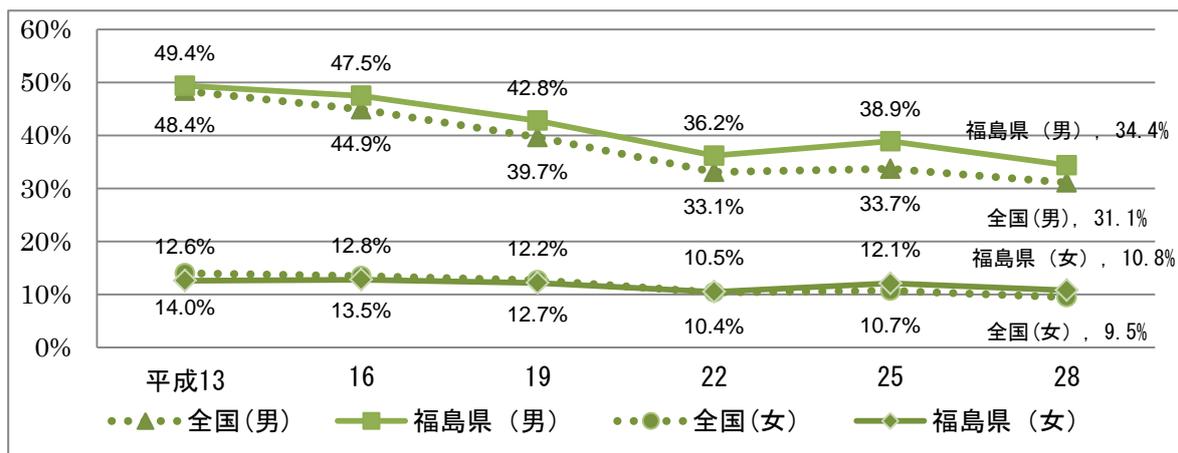
※ 対策型がん検診とは、当該のがんの死亡率を下げることを目的として、公共政策として行うもの。健康増進事業による市区町村の住民対象の5大がん（胃・肺・大腸・子宮・乳）検診。

○ 市町村が実施するがん検診の精密検査受診率は 100%に至っていません。平成 27 年度の精密検査受診率は、胃がん 84.8%、肺がん 83.4%、大腸がん 75.3%、乳がん 87.9%、子宮頸がん 88.5%となっています。大腸がんは、他のがんと比べて低い傾向にあります。

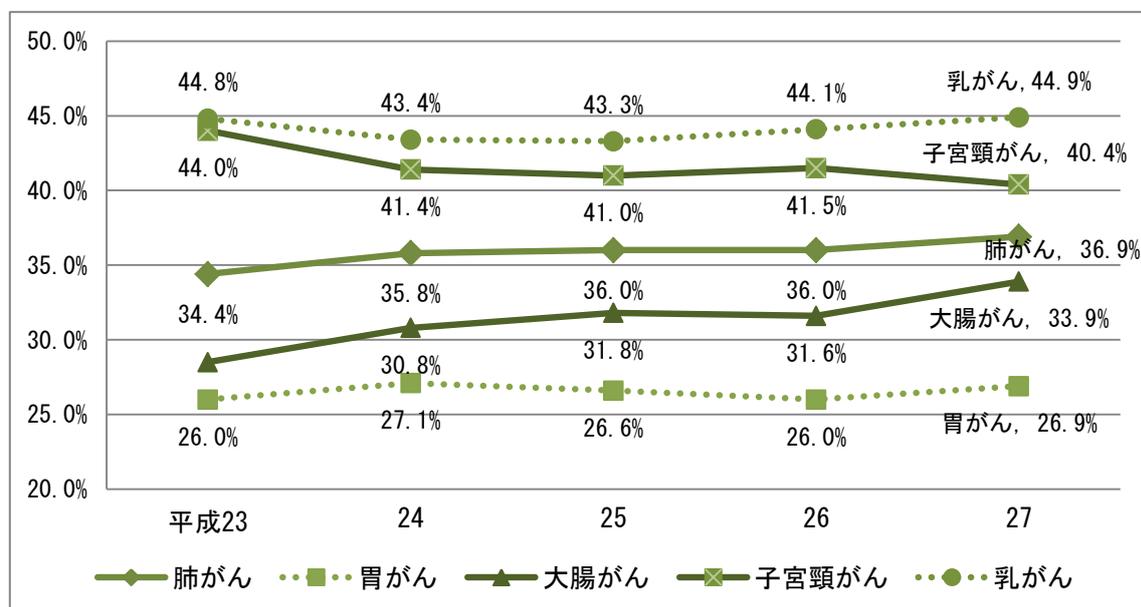
○ がんによる死亡率を減少させるためには、がん検診における適切な精度管理が必要とされます。市町村が実施する対策型がん検診については、精度を適切に管理している市町村の数は、徐々に増加しているものの、技術・体制指標である「事業評価のための集団検診チェックリスト」で示された項目全てを実施している市町村の割合は、平成 27 年度は、胃がん検診 78.0%、肺がん検診 78.0%、大腸がん 72.9%、乳がん 67.8%、子宮頸がん 66.1%であり、更なる改善が必要な状況にあります。さらに精度を適切に管理した質の高い対策型がん検診の実施に向けた取組が必要です。

○ 保険者や事業主に対するがん検診を効果的に行うための指針がないことから、厚生労働省において「職域におけるがん検診に対するガイドライン」の策定に向けた検討が行われています。

図表2-4-1-4 喫煙率の推移（国民生活基礎調査）



図表2-4-1-5 市町村の対策型がん検診受診率の推移（福島県）



※ 福島県生活習慣病等検診管理指導協議会資料 子宮頸がんは20～69歳、それ以外は40～69歳の検診対象者の受診率である。

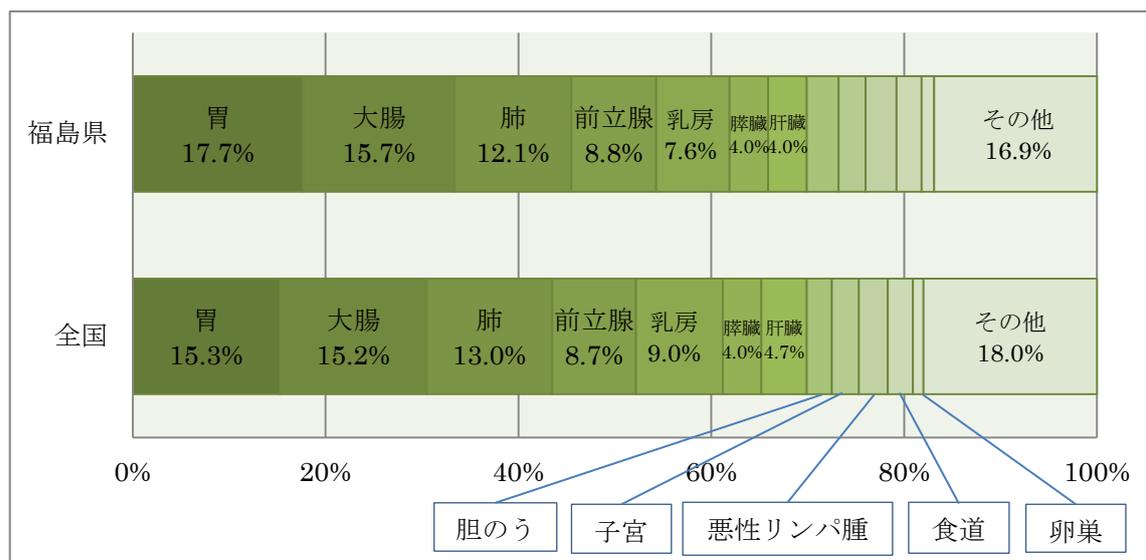
3 治療の状況

○ 国立がん研究センターの地域がん登録全国推計によると、平成25年の総罹患数は862,452人で、男性498,720人、女性363,732人となっています。

○ 地域がん登録における平成25年の本県の罹患数（1年間に新たに診断されたがん患者数）は、13,696人で、男性が8,031人、女性が5,665人となっています。

部位別罹患割合の主な上位は、胃(17.7%)、大腸(15.7%)、肺(12.1%)、前立腺(8.8%)、乳房(7.6%)、膵臓(4.0%)となっています。

図表2-4-1-6 がんの部位別罹患割合 (福島県・全国)



資料 福島県数値：平成25年全国がん罹患モニタリング集計（国立がん研究センター）
 全国値：平成25年全国がん罹患モニタリング集計（国立がん研究センター）

- がんの治療には、患者の病状に応じて、手術、化学療法、放射線療法を組み合わせた集学的治療が求められています。放射線療法である体外照射治療を受けた平成26年9月中の患者数は人口10万人対で117.2となっており、全国平均の174.9を下回っています。

外来化学療法室の平成26年9月中の取扱い患者延べ数は人口10万人対で128.9となっており、全国平均の171.2を下回っています。

NDB（レセプト情報・特定健診等情報データベース。通称「ナショナルデータベース」）の分析結果からも、外来での化学療法の件数は全国平均を下回っているため、今後、放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実と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推進していく必要があります。

- がん患者の身体的苦痛や、患者とその家族の精神心理的苦痛等に対して、療養の質の向上のために、人生の最終段階を対象とした緩和ケアだけではなく、がんと診断されたときからいつでも、どこでも、切れ目のない質の高い緩和ケアの提供体制が求められています。緩和ケアの提供にあたっては、痛みなどの身体的問題の解決に加えて、がん患者とその家族には不安や抑うつ等の精神心理的な問題が生じることから、心のケアを含めた精神医学的な対応も必要となります。

- 平成26年度末現在、県内の緩和ケア病棟を有する病院は6病院（医療生協わたり病院、一般財団法人慈山会医学研究所附属坪井病院、公益財団法人

星総合病院、竹田総合病院、公立大学法人福島県立医科大学会津医療センター附属病院、独立行政法人労働者健康安全機構福島労災病院）で、病床数は121床となっています。また、緩和ケアチームを有する病院数は人口100万人対で6.8と全国平均の7.8を下回っていることから、今後、県内医療機関における緩和ケア体制の充実が求められています。

- がん治療を専門とする医療機関と地域のかかりつけ医の連携を強化するとともに、患者へのインフォームドコンセントの充実を図るための地域連携クリティカルパスの構築が求められています。

平成29年1月31日現在、本県でがんの地域連携クリティカルパスを運用している病院は9施設で、症例件数は胃がん60件、胃がん内視鏡109件、肺がん37件、肝臓がん10件、大腸がん60件、前立腺がん139件で、乳がん1件となっております。

- 緩和ケアに係る研修を受けた医師により、がん性疼痛の症状緩和を目的として麻薬を投与している患者に対して麻薬を処方した場合に算定する、がん性疼痛緩和の実施件数（レセプト件数）は、人口10万人対で149.0と全国の272.4を大きく下回っていることから、今後はがん性疼痛緩和のより一層の拡大が求められます。

- 人生の最終段階を迎えたがん患者が、最期まで自分らしく生きることができるよう支援するとともに、患者の死亡後まで含めた家族に対する心のケアが十分に受けられる体制の整備が求められています。

- 効果的ながん対策の推進のためには、評価指標となるがん罹患や生存状況を知ることが必要であり、このためにはがん登録が必要です。

がん登録には各医療機関内のがんに関するデータを把握する「院内がん登録」と、こうした院内がん登録データを基に各都道府県内のがんの罹患、転帰その他の状況を把握する「地域がん登録」があります。さらには平成28年1月1日から「全国がん登録」が始まり、これらのがん登録で得られた情報の活用による正確な情報に基づくがん対策の実施、各地域の実情に基づいた施策の実施が求められます。

- 本県の小児（0～14歳）のがんの罹患数については、福島県のがん登録〔2008-2012〕によると、平成24年で36人となっており、全年齢のがん罹患数13,939人の0.26%となっています。

しかしながら、小児がん患者は、治療後の経過が成人に比べて長いことに加え、合併症や発育、教育に関する問題等が生じることから、十分な診療体制や教育支援体制を構築するなど、小児がん患者とその家族が安心して適切な医療や支援を受けられるような環境の整備が求められます。

AYA世代に発症するがんについては、小児と成人領域の狭間で患者が適切な治療が受けられないおそれがあります。また、AYA世代のがん患者は、年代によって就学、就労、妊娠等の状況が異なるため、個々のAYA世代のがん患者の状況に応じた多様なニーズに対応できるよう、情報提供体制や診療体制などの整備を進めていく必要があります。

※ AYA (Adolescent and Young Adult) 世代とは、思春期世代と若年成人世代のこと。

4 療養支援の状況

- がん患者の意向を踏まえ、住み慣れた家庭や地域での療養を選択できるよう在宅医療の整備が求められています。

- 末期がんの患者に対して在宅医療を提供する医療機関として在宅がん医療総合診療料算定件数（レセプト件数）は、本県では人口10万人対で19.6となっており、全国平均の20.6を下回っています。
また、本県のがん患者の在宅死亡割合は12.0%と全国平均の13.3%をやや下回っています。

- がん治療の過程において周術期を含む口腔管理は、合併症予防や患者の負担軽減を図る上で重要とされています。病院内歯科や地域の歯科医療機関が連携して口腔管理を行い、がん治療をサポートし、患者のQOL（生活の質）の維持・向上を図る必要があります。

必要となる医療機能

がんは、遺伝的要因に加えて様々な環境要因が作用して発症する場合もあるとされており、生活習慣の改善やウイルス感染症等を予防するとともに、検診による早期発見が重要です。

検診等でがんと診断された場合には、がん診療が可能な医療機関を受診し、病状に応じて手術、化学療法、放射線療法及びこれらを組み合わせた集学的治療が実施されるとともに、全人的な緩和ケアが治療の初期から提供される必要があります。

病状が安定し、外来での治療が中心となった患者や在宅での療養を希望する患者には、患者の意向を尊重したがん医療が地域で適切に提供される必要があります。

このように、がん対策を行うためには、予防・検診、外来医療、入院医療、在宅医療までが連携して、切れ目のない仕組みを構築する必要があります。

1 がん予防及び検診

○ 禁煙などがん発症のリスクを低減させること及びがん検診の受診率を向上させることを目標に、がん予防を担う関係機関には以下のような機能が求められます。

(1) 医療機関に求められる機能

- ◆ 喫煙者に対する禁煙支援等の情報や感染症の予防及び重症化防止に関する情報など、がん予防に関する情報を受診者に提供すること。
- ◆ がんに係る一次検診や精密検査の実施及びワクチン接種機能を有すること。
- ◆ 対策型がん検診の結果及び精密検査の結果等を市町村にフィードバックする等、対策型がん検診の精度管理に協力すること。
- ◆ 敷地内禁煙の実施等のたばこ対策に取り組むこと。

(2) 行政機関に求められる機能

- ◆ がん予防に関する情報を広く提供すること。
- ◆ 禁煙希望者に対する禁煙支援や受動喫煙の防止等のたばこ対策に取り組むこと。
- ◆ がん検診の受診率向上のための効果的方策を検討し、環境整備に努めること。
- ◆ 要精検者が確実に医療機関を受診するように連携体制を構築すること。
- ◆ 県は生活習慣病検診等管理指導協議会の一層の活用を図る等により、対策型がん検診の実施方法や精度管理の向上に向けた取組を検討すること。
- ◆ 県は市町村に対して科学的根拠に基づく対策型がん検診を実施するよう助言すること。
- ◆ がん登録によって得られた情報をごん予防対策に利活用し施策を実施すること。
- ◆ 県は各教育委員会と連携し、医師会や患者団体等の関係団体とも協力しながら、また、学校医やがん医療に携わる医師、がん患者・経験者等の外部講師を活用しながら、各学校におけるがん教育を推進すること。

2 治療

(1) 専門的ながん診療

- 専門的ながん診療を行うがん拠点病院には、がん患者の病態に応じて、集学的治療を実施する必要があるため、また、がん患者やその家族の療養上の生活の質の向上を図るため、治療の初期段階から全人的な緩和ケアの実施が必要であるため、医療機関には次のような機能が求められます。
 - ◆ がん診療に関係する診療ガイドラインに即した診療を実施していること。
 - ◆ 血液検査、画像検査（エックス線検査、CT検査、MRI、核医学検査、超音波検査、内視鏡）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が実施可能であること。
 - ◆ 患者の状態やがんの病態に応じて、手術療法、放射線療法及び化学療法等や、これらを組み合わせた集学的治療が実施可能であること。
 - ◆ がん治療の合併症予防や軽減を図ること。
 - ◆ がんと診断されたときから緩和ケアを実施すること。
 - ◆ 緩和ケアチームの整備や外来での緩和ケアを実施し、患者とその家族に対して、身体的な苦痛及び精神心理的な苦痛等に対する全人的な緩和ケアを提供すること。
 - ◆ 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。
 - ◆ 患者とその家族の意向に応じて、専門的な知識を有する第三者の立場にある医師の意見を求めることができるセカンドオピニオンが受けられること。
 - ◆ がん患者の病態に応じたより適切ながん医療を提供できるよう、キャンサーボード*を設置し、月1回以上、開催すること。
 - ◆ 相談支援の体制を確保し、情報の収集・発信、患者・家族の交流の支援等を実施していること。
 - ◆ がん治療の合併症や軽減を図るため、周術期の口腔管理を実施する病院内の歯科や地域の歯科医療機関と連携を図ること。
 - ◆ 地域連携支援の体制を確保するため、病院間の役割分担を進めるとともに、研修、カンファレンス、診療支援、地域連携クリティカルパス等の活用や、急変時の対応を含めて、他のがん診療機能や在宅療養支援機能を有している医療機関等と連携すること。
 - ◆ 院内がん登録を実施すること。
 - ◆ 県がん診療連携拠点病院においては、がんゲノム医療中核拠点病院と連携し、がんゲノム医療の提供が可能なこと。

※ 「カンサーボード」とは、手術、放射線診断、放射線療法、薬物療法、病理診断及び緩和ケアに携わる専門的な知識及び技能を有する医師その他の専門を異にする医師等によるがん患者の症状、状態及び治療方針等を意見交換・共有・検討・確認等するためのカンファレンスのこと。

【専門的ながん診療を行う医療機関】

専門的ながん診療を担う県内の医療機関としてがん診療連携拠点病院があげられます。

地域	医療機関名	都道府県がん診療連携拠点病院	地域がん診療連携拠点病院
県北	公立大学法人福島県立医科大学 附属病院	○	
県中	一般財団法人慈山会医学研究所附属 坪井病院		○
	一般財団法人太田総合病院附属 太田西ノ内病院		○
	一般財団法人脳神経疾患研究所附属 総合南東北病院		○
県南	福島県厚生農業協同組合連合会 白河厚生総合病院		○
会津・ 南会津	竹田総合病院		○
	会津中央病院		○
相双・ いわき	独立行政法人労働者健康安全機構 福島労災病院		○
	いわき市立総合磐城共立病院		○

○ がん診療を行う中核的な医療機関として、現在、県内に都道府県がん診療連携拠点病院が1施設、地域がん診療連携拠点病院が8施設整備されています。

【がん診療連携拠点病院】

がん診療連携拠点病院とは、全国どこでも質の高いがん医療を確保するため、がん医療の均てん化を目標として県が推薦し、国が指定する医療機関です。

がん診療連携拠点病院の種類及び主な機能は次のとおりです。

1 都道府県がん診療連携拠点病院

都道府県のがん診療の中核的な病院で、高度ながん医療を提供するとともに、地域がん診療連携拠点病院等の医療従事者に対する研修や診療支

援等を行います。

2 地域がん診療連携拠点病院

二次医療圏の中心的役割を担う病院として二次医療圏に概ね1か所程度整備されることとなっており、チームによる緩和ケアを含む専門的ながん診療の実施や地域の医療機関と連携した医療の提供、院内がん登録及びがん患者や家族等に対する相談支援が必須となっており、地域住民に質の高いがん医療を提供します。

(2) 標準的ながん診療

- 標準的ながん診療としては、精密検査や確定診断等を実施すること、診療ガイドラインに準じた診療を実施すること、患者の状態やがんの病態に応じて、手術療法、放射線療法及び化学療法等や、これらを組み合わせた集学的治療を実施すること、がんと診断された時から緩和ケアを実施すること、がん治療の合併症予防や軽減を図ること、治療後のフォローアップを行うこと、各職種専門性を活かし、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が必要であるため、医療機関には次のような機能が求められます。
 - ◆ がん診療に関係する診療ガイドラインに即した診療を実施していること。
 - ◆ 血液検査、画像検査（エックス線検査、CT検査、MRI、核医学検査、超音波検査、内視鏡）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が実施可能であること。
 - ◆ 患者の状態やがんの病態に応じて、手術療法、放射線療法及び化学療法等や、これらを組み合わせた集学的治療及び緩和ケアが実施可能であること。
 - ◆ がんと診断されたときから緩和ケアを実施すること。

【標準的ながん診療を行う医療機関】

標準的ながん診療を担う県内の医療機関には、次のような機能が求められます。

- 肺がん、胃がん、大腸がん、乳がん及び肝がんのいわゆる五大がんの手術又は化学療法を実施しており、必要に応じて医療用麻薬によるがん疼痛治療及びがんに伴う精神症状のケアを行っている医療機関

(注) 標準的ながん診療を行う具体的医療機関は、福島県総合医療情報システムにて検索可能です。

また、緩和ケア病棟を有する病院として次の医療機関が挙げられます。

地域	医療機関名	病床数
県北	医療生協わたり病院	15
県中	一般財団法人慈山会医学研究所附属 坪井病院	18
	公益財団法人星総合病院	16
会津・ 南会津	竹田総合病院	15
	公立大学法人福島県立医科大学 会津医療センター附属病院	25
いわき	独立行政法人労働者健康安全機構 福島労災病院	32

資料：平成 26 年医療施設調査（厚生労働省）

3 療養支援

- 在宅等でも適切な緩和ケアを含む適切な医療が提供でき、がん患者が希望すれば、自分の住み慣れた場所で療養生活を送ることができるようにする必要があり、このために医療機関には次のような機能が求められています。
 - ◆ 24 時間対応が可能な在宅医療を提供すること。
 - ◆ 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。
 - ◆ 歯科医療機関にあっては、治療に伴う口腔内合併症の予防・軽減のために、がんと口腔管理の関連性を踏まえた処置及び口腔衛生指導を実施すること。

【在宅支援にあたる医療機関】

がん患者の在宅支援を担う医療機関及び関係機関として、次のような機能が求められます。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅療養における 24 時間対応 ・ 疼痛等に対する緩和ケアの実施 ・ がん診療機能を有する病院等との連携 |
|---|

（注）緩和ケアを実施している医療機関、外来化学療法が可能な医療機関、薬局は福島県総合医療情報システムにて検索可能です。

緩和ケアに対応する歯科医療機関は、県のホームページに掲載しています。

施策の方向性と目標

1 がん予防の推進

(1) 施策の方向性

○ がん対策において予防は極めて重要であることから、健康増進法に基づく健康増進計画である「第二次健康ふくしま21計画」及びがん対策基本法に基づく「福島県がん対策推進計画」による取組と連動して、がんの危険因子とされる食生活、喫煙、飲酒などの生活習慣の改善や感染症の予防と重症化防止のための正しい知識の普及を推進するとともに、健康に配慮した食環境の整備を推進します。

また、たばこによるがんなどの健康被害は、国内外の多数の科学的知見により因果関係が確立していることから、関係団体等と連携しながら、公共施設や職場、飲食店等における禁煙を進めるとともに、喫煙防止教育等を推進し、受動喫煙の機会を減らすための対策や喫煙率の減少のための対策を進めます。

○ 子供の頃から健康と命の大切さを学び、自らの健康を適切に管理するとともに、がんに対する正しい知識、がん患者への理解及び命の大切さに対する認識を深められるよう医師やがん患者・経験者等の外部講師を活用し、健康教育の一環としてがん教育を推進します。

(2) 目標

指標名	現状	目標値	備考
喫煙率	22.3% 内訳 男性 34.4% 女性 10.8% (平成 28 年度)	12.0% 内訳 男性 19.0% 女性 5.4% (平成 34 年度)	国民生活基礎調査 ※ 第二次健康ふくしま21計画と整合性を図って目標を設定。

2 がん検診の受診率及び質の向上

(1) 施策の方向性

○ 未受診者に対する普及啓発や受診勧奨の実施、検診を受けやすい環境の整備に努めるなど未受診者をなくすことに重点をおいた、より効率的ながん検診を推進するとともに、医療機関や検診実施機関と連携を図り、要精検者の精検受診率の向上に努めます。

○ 県生活習慣病検診等管理指導協議会の一層の活用を図り、がん検診の実施

方法の改善や精度管理の向上に向けた取組を検討し、市町村及び検診受診機関に対し、検診の実施方法や精度管理のあり方について、専門的な見地から助言を行っていきます。

(2) 目標

指標名	現状	目標値	備考
胃がん検診受診率	26.9% (平成 27 年度)	50%以上 (平成 35 年度)	市町村対策型がん検診受診率。検診対象年齢は 40~69 歳、子宮頸がんは 20~69 歳。胃がんは現状 40~69 歳から 28 年度以降、50~69 歳に変更 ※第二次健康ふくしま 21 計画及び福島県がん対策推進計画と整合性を図って目標を設定。
肺がん検診受診率	36.9% (平成 27 年度)	50%以上 (平成 35 年度)	
大腸がん検診受診率	33.9% (平成 27 年度)	50%以上 (平成 35 年度)	
子宮頸がん検診受診率	40.4% (平成 27 年度)	60%以上 (平成 35 年度)	
乳がん検診受診率	44.9% (平成 27 年度)	60%以上 (平成 35 年度)	

3 放射線療法、化学療法及び手術療法の推進並びにがん医療従事者の育成

- 放射線療法、化学療法及び手術療法の専門医を始め、がん医療に専門的に関わる看護師、薬剤師等の育成を行う公立大学法人福島県立医科大学の「東北次世代がんプロ養成プラン※」を促進していきます。

※ 東北次世代がんプロ養成プラン

公立大学法人福島県立医科大学、国立大学法人東北大学、国立大学法人山形大学、国立大学法人新潟大学の 4 大学協定による共同プラン。福島、宮城、山形、新潟の 4 県の地域のがん医療水準を向上させるために、がん診療連携拠点病院と連携して放射線治療、化学療法、緩和医療、外科医療、歯科治療の専門医、がん看護専門看護師、がん専門薬剤師、医学物理士などのがん専門医療者を養成する大学・地域一体の包括教育プログラム。平成 29 年度からの第 3 期プランでは、がんゲノム医療や小児・AYA 世代から高齢者までライフステージに応じたケアのできる医療者を育成します。文部科学省の補助事業。

- 専門的ながん医療を推進していくために、がん診療連携拠点病院とともに、専門的ながん診療を行う医師、看護師、薬剤師、放射線技師等の医療従事者の研修を更に充実させ、これらの医療従事者が協力して診療に当たる体制を整備していきます。

- がん看護の専門的な臨床実務研修を行うことにより、がん看護に関する臨床実践能力の高い看護師を育成し、がん患者に対するケアの質を高めるとともに、地域におけるがん医療の水準の向上を図ります。

また、日本看護協会の事業である緩和ケア認定看護師やがん化学療法認定看護師など、がん治療に関する認定看護師等の充実を図り、がん看護現場における質の向上を目指します。

- がん薬物療法認定薬剤師の育成を支援するとともに、日本医療薬学会が認定するがん専門薬剤師を育成するための課題を整理し、がん専門薬剤師やがん指導薬剤師の存在するがん専門薬剤師研修施設の整備を推進します。

4 各医療機能との連携

- がん診療連携拠点病院を中心に、地域の医療機関の連携を図るとともに、がん診療連携拠点病院による地域連携クリティカルパスの作成及び地域の歯科を含む医療機関による当該パスの共有化を支援します。

5 緩和ケアの推進

(1) 施策の方向性

- がん患者とその家族の療養生活の質の向上のために、がんと診断されたときから緩和ケアが行われるよう、また在宅での緩和ケアが円滑に行われるように、緩和ケアに携わる医師、歯科医師、看護師、薬剤師及び介護支援専門員等の研修機会の確保を図ります。

また、医療機関・薬局に対して、「麻薬管理マニュアル」（厚生労働省）及び「医療用麻薬適正使用ガイダンス」（同省）について周知し、緩和ケアにおける医療用麻薬の適正な管理と使用を推進します。

(2) 目標

指標名	現状	目標値	備考
緩和ケア病棟を有する医療機関数	6 (平成28年3月)	12 (平成35年度)	

6 相談支援体制の整備

- がん患者やその家族を支援するために、がん診療連携拠点病院を中心として、適切な相談を受けられる仕組みを整備し、がんに関する一般的な事項のほか、医療機能情報のわかりやすい提供を始め、地域における連携体制の状況や各医療機関の専門分野等の情報提供を進めます。

その際、小児・AYA世代のがん、希少がん、難治性がん等に関する情報についても提供できるよう努めます。

また、仕事と治療の両立支援や就職支援、がん経験者の就労継続支援の取組をがん患者に提供できる体制の構築を目指します。

さらに、がん患者や家族を支援する団体などが行うがん体験者自身による相談など、がん患者とその家族を精神的・心理的に支援するための取組を促進します。

7 がん登録の推進

- 平成28年1月より、がん登録等の推進に関する法律に基づく全国がん登録が開始され、すべての病院は届出することが義務づけられました。

全国がん登録や地域がん登録、院内がん登録によって得られた情報の利活用により、がん患者のがんの罹患や転帰などの情報を正確に把握し、がん医療の向上につなげます。

8 在宅医療の推進

- 在宅医療体制の構築に当たり、予防から専門的治療、緩和ケア、再発予防や在宅医療まで継続した医療が行われ、また、関係機関・施設の信頼関係の醸成を目指します。

また、がん患者の意向を踏まえて、住み慣れた家や地域での療養を支援するため、在宅医療を提供する医療機関の整備や担当医師の育成を促進しながら、歯科を含む医療と福祉を含めた地域での連携を図ります。

9 小児がん、AYA世代のがん

- 本県における小児がん治療については、公立大学法人福島県立医科大学附属病院が中心となり、福島県内で発症する小児がんの約9割を診療しています。

小児がんについては、小児がん患者とご家族が安心して適切な治療や支援を受けられる環境の整備が必要となることから、教育支援や小児がん患者とご家族が共に過ごしながらか治療を受けられる宿泊施設に対する支援等を継続していきます。

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るため、がん患者の状況に応じた多様なニーズに対応できるよう、情報提供、相談支援・就労支援の実施体制や診療体制の整備を進めます。

10 高齢者のがん対策

- 高齢者のがん対策においては、現在人口の高齢化が急速に進んでおり、が

ん患者に占める高齢者の割合が増えることから、高齢者のがん患者に対するケアの充実を図ります。

11 福島県がん対策推進計画の策定

- 国では、「がん対策基本法」が平成18年6月に成立し、平成19年4月に施行されました。さらに、基本法に基づき、がん対策を総合的かつ計画的に推進するための「がん対策推進基本計画」が平成19年6月に策定されました。

都道府県においては、当該都道府県におけるがん医療の提供の状況等を踏まえ、国の基本計画を基本とし、当該都道府県におけるがん対策の推進に関する計画を策定しており、本県では平成20年3月に「福島県がん対策推進計画」を策定しました。

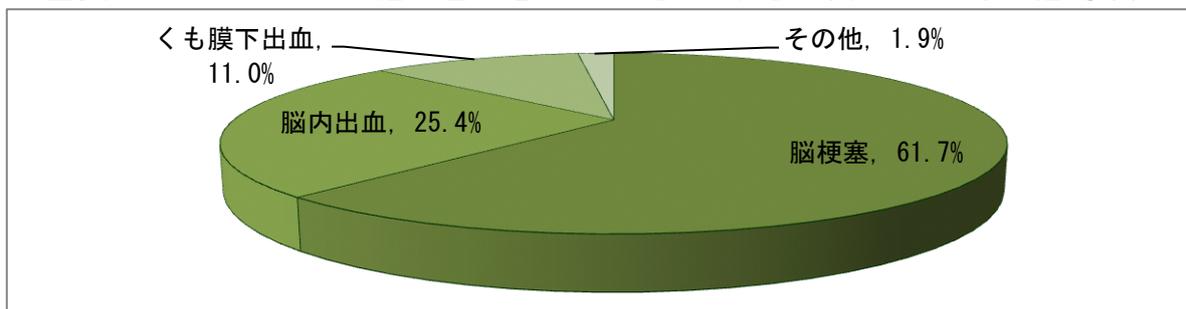
今般、国の基本計画が見直されたことから、第二次健康ふくしま21計画、その他の保健、医療、福祉に関する事項を定める計画等との整合性を図りながら、第三期福島県がん対策推進計画を策定しました。

第2節 脳卒中对策

現状と課題

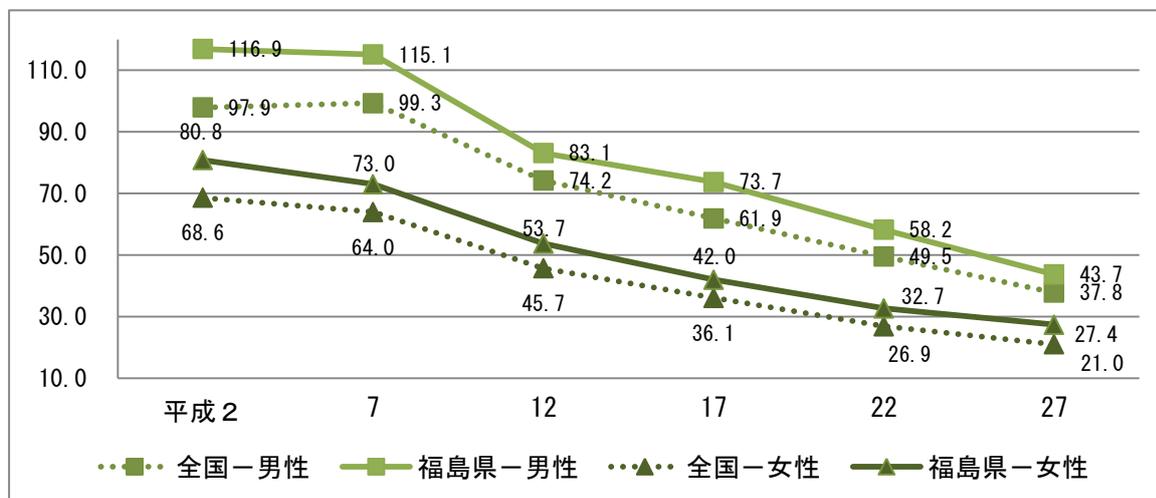
- 脳血管疾患は、平成12年以降本県の死因の第3位となっており、平成22年は全死亡数22,747人の12.2%にあたる2,766人が、平成28年は全死亡数24,166人の9.8%にあたる2,380人が、脳血管疾患により亡くなっています。脳血管疾患による死亡の内訳はあまり変化が無く、平成28年を見ると、脳梗塞が61.7%となっています。
- 本県の脳血管疾患の年齢調整死亡率は男女ともに年々低下していますが、常に全国平均を上回っており、平成27年は男性が43.7（全国37.8）で全国11位、女性が27.4（全国21.0）で全国6位となっています。
特に脳梗塞は、男性が22.8（全国18.1）で全国7位、女性が12.6（全国9.3）で全国5位となっており、早急な対応が必要となっています。

図表2-4-2-1 脳血管疾患による死亡の内訳（平成28年 福島県）



資料：人口動態統計（厚生労働省）

図表2-4-2-2 脳血管疾患の年齢調整死亡率の推移



資料：都道府県別にみた死亡の状況（厚生労働省）

1 予防

- 本県の高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率（人口 10 万人対）は、平成 26 年は 290.3 と、全国平均の 262.2 を上回っています。

脳卒中の最大の危険因子は高血圧であることから、血圧のコントロールが脳血管疾患の予防では重要となってきます。

高血圧の改善にあたっては、「食塩摂取量を減らす」、「運動を増やす」、「飲酒量を減らす」といった生活習慣の改善が必要とされることから、健康増進法に基づく健康増進計画である「第二次健康ふくしま 21 計画」と連携しながら、県民の生活習慣の改善を進めていく必要があります。

また、高齢者に多い心房細動は、脳梗塞（心原性脳塞栓症）の最大の危険因子であることから、非弁膜症性心房細動に有効な抗凝固療法等により、脳梗塞を予防していく必要がありますが、心房細動には自覚症状がないことが多く、治療が中断しがちなため、心房細動が脳梗塞の危険因子であることについての周知啓発と、積極的な治療が必要です。

- 平成 28 年の国民生活基礎調査によれば、本県の健康診断・健康診査の受診率は 69.2%で、全国平均の 67.3%を上回っていますが、自らの健康状態を把握し、健康管理をしていくために、今後さらに受診率を高めていく必要があります。

2 救護

- 脳卒中は、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、後遺症も少なくなることから、脳卒中を疑うような症状が出現した場合、本人や家族等の周囲にいる方が、速やかに専門の医療機関を受診できるように行動することが重要となります。

そのため、県・市町村・消防機関・医療機関・医療関係団体等の関係機関が連携して、県民に対して脳卒中の症状や発症時の緊急受診の必要性について、周知啓発を進めていく必要があります。

- 救急医療全体に係る救護の状況については、第2編第3章第1節「救急医療」において記載していますが、救急車や救急医療機関の適正利用について周知啓発を進めるとともに、救急業務の高度化に合わせて、救急搬送体制の強化を進めていく必要があります。

3 急性期

- 脳梗塞では、発症後 4.5 時間以内の超急性期血栓溶解療法（t-PA（組織プ

ラスミノゲン・アクチベータ)療法)の適応患者に対して適切な処置が取られる必要があります。

さらには、脳卒中学会発表の「脳卒中治療ガイドライン 2015 追補版」では、発症6時間以内に血管内治療(機械的血栓回収療法)を開始することが強く推奨されています。

また、脳卒中の治療に際しては、専門チームによる診療や脳卒中専用病室等での入院管理により予後を改善できることが明らかになってきています。

- 本県において、平成 28 年 3 月時点で、脳梗塞に対する t-PA による脳血栓溶解療法の実施可能な病院として、「超急性期脳卒中加算」の診療報酬施設基準を取得しているのは 7 病院であり、人口 100 万人あたり 3.7 か所と、全国平均(6.2)の半分程度ですが、NDB(レセプト情報・特定健診等情報データベース。通称「ナショナルデータベース」)の分析結果からは、実施件数は全国平均並みとなっています。
- なお、人材の確保については、第 2 編第 2 章に記載していますが、本県では神経内科医、脳神経外科医ともに全国平均より少なく、医師の確保に努める必要があります。

図表 2-4-2-3 神経内科医師数、脳神経外科医師数

	神経内科医		脳神経外科医	
		人口 10 万人対		人口 10 万人対
福島県	61 人	3.2 人	93 人	4.9 人
全国	4,922 人	3.9 人	7,360 人	5.8 人

資料：平成 28 年医師・歯科医師・薬剤師調査(厚生労働省)

※ 人口 10 万人あたりの算出に用いた人口は、平成 27 年度国勢調査人口

4 回復期

- 回復期においては、機能回復や日常生活動作(ADL)の向上を目的として、効果的なりハビリテーションが必要とされます。
- 本県では、診療報酬施設基準の「脳血管疾患等リハビリテーション料」を届け出ている医療機関は、平成 28 年 3 月現在 95 機関となっており、人口 10 万人あたり 5.0 と、全国平均の 5.9 を下回っています。
- 一方、平成 26 年の患者調査では、脳血管疾患の退院患者の平均在院日数

は、全国値 89.5 日に対して、本県は 76.4 日と、全国よりも短くなっています。

- リハビリテーション全体については、第3章第7節「リハビリテーション」に記載していますが、医療・保健・福祉及び生活に関わるあらゆる人々が、リハビリテーションの立場から行う地域リハビリテーションの推進を図っていく必要があります。

5 維持期

- 維持期においては、日常生活への復帰と日常生活の維持を目的とするリハビリテーションを行うとともに、在宅療養を支援していくことが必要です。
- 平成 27 年の人口動態調査では、脳血管疾患患者の在宅死亡割合は、本県は 24.0%で、全国平均（21.8%）より若干高くなっています。

必要となる医療機能

1 予防

- 脳卒中の発症を予防するため、医療機関には関係する診療ガイドラインに即した診療を実施するとともに、以下の機能が求められます。
 - ◆ 高血圧、糖尿病、脂質異常症、心房細動、無症候性病変、喫煙、過度の飲酒等の基礎疾患及び危険因子の管理が可能であること。
 - ◆ 突然の症状出現時における対応について、本人及び家族等患者の周囲にいる者に対する教育、啓発を実施すること。
 - ◆ 突然の症状出現時に、急性期医療を担う医療機関への受診勧奨について指示すること。

2 救護

- 脳卒中を疑われる患者が、発症後遅くとも 4.5 時間以内に専門的診療が可能な医療機関に到着できるように、また 4.5 時間を超える場合でも、できるだけ早く、専門的な治療が可能な医療機関へ搬送できるよう、本人及び家族等周囲にいる方には、発症後速やかに救急搬送の要請を行うことが求められます。

また、救急救命士等には、地域メディカルコントロール協議会の定めた活動プロトコールに沿って、脳卒中患者に対する適切な観察・判断・処置を行うこと、急性期医療を担う医療機関へ発症後遅くとも 4.5 時間以内に搬送す

ることが求められます。

なお、脳卒中学会発表の「脳卒中治療ガイドライン 2015 追補版」では、発症6時間以内に血管内治療（機械的血栓回収療法）を開始することを強く推奨しています。また、発症後 4.5 時間を超える場合でも、経動脈的血栓溶解術等の血管内治療、脳出血の場合は血腫除去術、脳動脈瘤破裂によるくも膜下出血の場合は脳動脈瘤クリッピングやコイリング等の効果的な治療が行える可能性があるため、できるだけ早く、専門的な治療が可能な医療機関へ搬送することが必要です。

3 急性期

- 患者の来院後 1 時間以内（発症後 4.5 時間以内）に専門的な治療を開始すること、発症後 4.5 時間を超えても血管内治療などの高度専門治療の実施を検討すること、誤嚥性肺炎等の合併症の予防・治療を行うこと、及び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リハビリテーションを実施することを目的に、急性期を担う医療機関には、関係する診療ガイドラインに即した診療を実施するとともに、以下の機能が求められます。

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ますが、単一の医療機関で 24 時間体制が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ります。

- ◆ 血液検査や画像検査（エックス線検査、CT、MRI、超音波検査）等の必要な検査が実施可能であること。
- ◆ 脳卒中が疑われる患者に対して、専門的診療が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実施可能であること（遠隔診療を用いた補助を含む）。
- ◆ 適応のある脳梗塞症例に対し、来院後 1 時間以内（発症後 4.5 時間以内）に t-PA の静脈内投与による血栓溶解療法が実施可能であること（医療機関が単独で t-PA 療法を実施できない場合には、遠隔画像診断等を用いた診断の補助に基づく実施を含む。）。
- ◆ 適応のある脳卒中症例に対し、外科手術や脳血管内手術が、来院後速やかに実施可能又は実施可能な医療機関との連携体制がとれていること。
- ◆ 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。
- ◆ 合併症の中でも、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、多職種間で連携して対策を図ること。

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、維持期の医療機関等と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること。
- ◆ 回復期、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、その最終判断を救急隊に情報提供することが望ましいこと。

○ 急性期を担う医療機関としては、次の医療機関があります。

図表2-4-2-4 急性期の医療機関（平成29年度）

地域	医療機関名	t-PAによる脳血栓溶解療法実施機関
県北	福島赤十字病院	○
	一般財団法人脳神経疾患研究所附属南東北福島病院	○
	あづま脳神経外科病院	○
	公立大学法人福島県立医科大学附属病院	○
	公立藤田総合病院	○
	医療法人辰星会柗記念病院	○
県中	公益財団法人湯浅報恩会寿泉堂総合病院	○
	公益財団法人星総合病院	○
	一般財団法人太田総合病院附属太田西ノ内病院	○
	一般財団法人脳神経疾患研究所附属総合南東北病院	○
県南	福島県厚生農業協同組合連合会白河厚生総合病院	○
	医療法人社団恵周会白河病院	○
会津・南会津	竹田総合病院	○
	会津中央病院	○
相双	南相馬市立総合病院	○
いわき	いわき市立総合磐城共立病院	○
	医療法人社団正風会石井脳神経外科・眼科病院	○

(注) 急性期を担う医療機関には、以下の全ての項目を満たす病院を掲載しています(福島県調べ)。

- ・ 脳卒中急性期患者の受入れが可能であること。
- ・ 脳卒中急性期の放射線等機器検査が24時間対応可能であること。
- ・ 脳卒中急性期の臨床検査が24時間対応可能であること。
- ・ 脳卒中急性期の治療(開頭手術、脳血管手術等)が24時間対応であること。

4 回復期

- 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予防を図ることを目的に、回復期を担う医療機関には、関係する診療ガイドラインに即した診療を実施するとともに、以下の機能が求められます。
 - ◆ 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、注意障害等）、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。
 - ◆ 合併症の中でも、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、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治療計画を共有するなどして連携していること。
 - ◆ 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。

- 回復期を担う医療機関には、次の医療機関があります。

図表 2-4-2-5 回復期の医療機関（平成 29 年度）

地域	医療機関名	回復期リハビリテーション病棟入院料届出医療機関
県北	福島第一病院	
	医療生協わたり病院	○
	一般財団法人脳神経疾患研究所附属南東北福島病院	○
	あづま脳神経外科病院	○
	しのぶ病院	○
	一般財団法人大原記念財団大原医療センター	○
	北福島医療センター	○
	公立藤田総合病院	
	医療法人辰星会研記念病院	
県中	一般財団法人太田総合病院附属太田熱海病院	○
	公益財団法人湯浅報恩会寿泉堂香久山病院	○
	医療法人社団新生会南東北第二病院	○

地域	医療機関名	回復期リハビリテーション病棟入院料届出医療機関
県 中	一般財団法人太田総合病院附属太田西ノ内病院	
	南東北春日リハビリテーション病院	○
	ひらた中央病院	
	三春町立三春病院	○
県 南	福島県厚生農業協同組合連合会白河厚生総合病院	
	公益財団法人会田病院	○
会津・ 南会津	竹田総合病院	○
	会津中央病院	○
	芦ノ牧温泉病院	
相 双	南相馬市立総合病院	
いわき	独立行政法人国立病院機構いわき病院	
	松村総合病院	○
	医療法人松尾会松尾病院	○
	社団医療法人養生会かしま病院	○

(注) 回復期を担う医療機関には、以下のいずれかの項目を満たす病院を掲載しています（福島県調べ）。

- ・ 脳卒中回復期患者の受入れが可能で、回復期リハビリテーション病棟入院料の届出があること。
- ・ 脳卒中回復期患者の受入れが可能で、脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ）の届出があること。

5 維持期

- 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し、在宅等への復帰及び日常生活の継続を支援すること、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を目的に、維持期を担う医療機関等には、関係する診療ガイドラインに即して診療を行うとともに、以下の機能が求められます。
 - ◆ 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。
 - ◆ 合併症の中でも、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、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。
 - ◆ 急性期、回復期の医療機関等と、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。
- 維持期を担う医療機関等としては、次の機関があります。これらの機関は、福島県総合医療情報システム及び福島県介護サービス情報公表システムで検索可能です。
 - ◆ 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)～(Ⅲ)を届け出ている医療機関。
 - ◆ 介護保険の訪問リハビリテーション、通所リハビリテーションを実施している医療機関及び介護老人保健施設等。
- また、医科医療機関と連携して、脳卒中患者の歯科治療を行う歯科医療機関については、県のホームページに掲載しています。

※ 上記の医療機関は、計画策定時点で一定の要件を満たすものとして掲載しているものであり、上記の医療機関以外にも、脳卒中の治療を行っている医療機関があります。最新の情報は、福島県総合医療情報システムで確認してください。

<http://www.ftmis.pref.fukushima.lg.jp/ap/qq/men/pwtpmenu01.aspx>

福島県総合医療情報システム

検索 

施策の方向性と目標

1 総合的な脳卒中对策の推進

(1) 施策の方向性

- 本県の脳血管疾患の年齢調整死亡率は、全国と比較して高い状況が続いていることから、年齢調整死亡率の低下を図るため、予防から救護、治療まで、総合的な脳卒中对策を推進していく必要があります。また、脳卒中の発症例や死因とした症例に関する調査を検討していきます。
- 脳卒中患者の機能回復や日常生活動作の向上により、在宅復帰を促進し、在宅療養が可能となる体制を構築するため、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を行います。
- 予防においては、何より生活習慣の改善が重要であることから、県民自らが生活習慣を見直し、生活習慣病の予防と健康の維持を図り、健康に対する自己管理意識の定着化に資するよう、健康増進法に基づく健康増進計画である「第二次健康ふくしま 21 計画」と連携しながら、関係団体や市町村と連携し、県民の生活習慣の改善を図る周知啓発を行うとともに、特定健診・特

定保健指導の実施率の向上に努めます。

また、脳梗塞の予防には、心房細動の治療が重要であることから、関係団体等と連携して、周知啓発と積極的な治療を進めます。

- 救護においては、脳卒中の初期症状や発症した際の速やかな救急搬送要請の必要性について、関係団体や市町村、消防機関等と連携して、県民に対する積極的な情報提供を進めます。

また、脳卒中が疑われる患者が、速やかに脳卒中急性期医療機関に搬送されるよう、メディカルコントロール協議会や救急医療対策協議会を活用し、消防機関と医療機関の連携を強化するとともに、消防機関の速やかな搬送先選定を支援するため、「傷病者の搬送及び受入の実施に関する基準」の見直しや、福島県救急搬送受入支援システム（e-MATCH）の全県的な普及、救急医療情報システムの見直しを進めます。

さらに、公立大学法人福島県立医科大学附属病院のドクターヘリの運営を支援し、発症から治療開始までの時間の短縮を図ります。

- 治療においては、急性期を担う医療機関の医療機能の強化を図るため、救急医療提供体制の充実強化を進めます。
- 病期に応じたリハビリテーションが一貫して実施可能となるよう、以下の体制構築を図ります。
 - ◆ 廃用症候群や合併症の予防、セルフケアの早期自立のためのリハビリテーションの実施
 - ◆ 機能回復及び日常生活動作向上のために専門的かつ集中的なリハビリテーションの実施
 - ◆ 生活機能を維持又は向上させるリハビリテーションの実施

(2) 目標

指標名	現状	目標値	備考
脳血管疾患の年齢調整死亡率	男性 43.7 女性 27.4 (平成 27 年)	男性 41.6 女性 24.7 (平成 34 年)	※ 第二次健康ふくしま21計画と整合性を図って目標を設定。

第3節 心筋梗塞等の心血管疾患対策

現状と課題

○ 心疾患は平成12年以降本県の死因の第2位となっており、平成22年は全死亡数22,747人の17.6%にあたる3,994人が、平成28年は全死亡数24,166人の16.3%にあたる3,944人が、心疾患により亡くなっています。

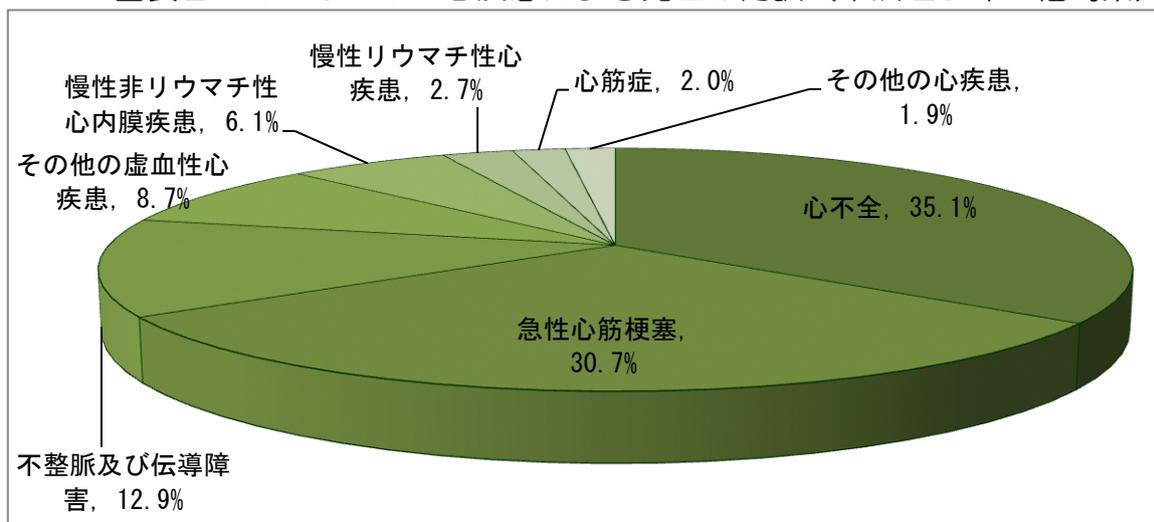
平成28年の心疾患による死亡の内訳を見ると、心不全が35.1%、急性心筋梗塞が30.7%、不整脈及び伝導障害が12.9%、その他の虚血性心疾患が8.7%となっています。

平成23年と比較すると、急性心筋梗塞が2.8%減少しており、心不全が0.2%、不整脈及び伝導障害が0.8%増加しています。

○ 本県の心疾患の年齢調整死亡率は、平成27年は男性が79.2(全国65.4)で全国ワースト4位、女性が41.1(全国34.2)で全国ワースト4位となっています。

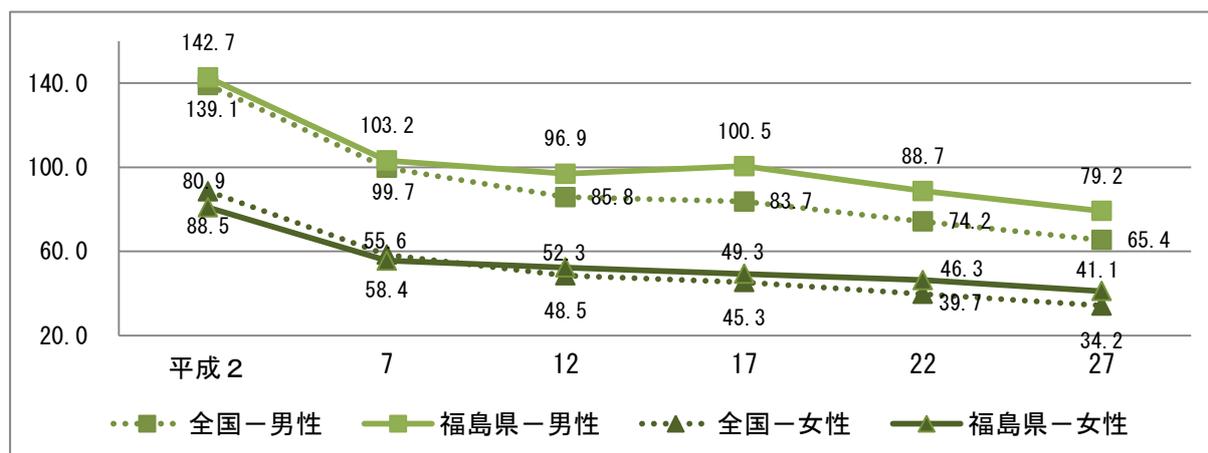
また、心疾患のうち急性心筋梗塞の年齢調整死亡率は、男性が34.7(全国16.2)、女性が15.5(全国6.1)で、ともに全国ワースト1位となっており、急性心筋梗塞を含む心疾患への対応は急務となっています。

図表2-4-3-1 心疾患による死亡の内訳（平成28年 福島県）



資料：人口動態統計（厚生労働省）

図表2-4-3-2 心疾患の年齢調整死亡率の推移



資料：都道府県別にみた死亡の状況（厚生労働省）

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、肥満等であり、発症の予防には生活習慣の改善や適切な治療が重要です。

本県の高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率（人口10万人対）は、平成26年は290.3と、全国平均の262.2を上回っています。

本県の喫煙率は、平成28年度国民生活基礎調査によると、男性34.4%、女性10.8%となっており、全国平均（男性31.1%、女性9.5%）より男女ともやや高くなっています。

急性心筋梗塞の発症予防には、食生活、運動、喫煙、飲酒といった生活習慣の改善が必要とされ、健康増進法に基づく健康増進計画である「第二次健康ふくしま21計画」と連携しながら、県民の生活習慣の改善を進めていく必要があります。

- 平成28年の国民生活基礎調査によれば、本県の健康診断・健康診査の受診率は69.2%で、全国平均の67.3%を上回っていますが、自らの健康状態を把握し、健康管理をしていくために、今後さらに受診率を高めていく必要があります。

2 救護

- 平成28年の本県における心肺機能停止傷病者全搬送人員2,183人のうち、一般市民により除細動が実施されたのは32件で1.5%となっており、全国平均1.6%（123,554人中1,968件）とほぼ同じ割合ですが、AEDの使用方法に関する講習会の開催等により、救急蘇生法を県民に広く普及させる必要があります。

- 救急医療全体に係る救護の状況については、第2編第3章第1節「救急医療」において記載していますが、救急車や救急医療機関の適正利用について周知啓発を進めるとともに、救急業務の高度化に合わせて、救急搬送体制の強化を進めていく必要があります。

3 急性期

- 平成26年の医療施設調査（厚生労働省）では、本県における心筋梗塞の専用病室（CCU）を有する病院は6病院、病床数は28床で、ともに人口あたりで全国平均を上回っています。

図表2-4-3-3 CCUを有する病院数・病床数

	福島県	全国	備考
CCUを有する病院数	6	323	平成26年医療施設調査（厚生労働省）
人口100万人あたり	3.1	2.5	
CCU病床数	28	1,759	
人口10万人あたり	1.5	1.4	

※ 人口あたりの算出に用いた人口は、平成27年度国勢調査人口

- NDB（レセプト情報・特定健診等情報データベース。通称「ナショナルデータベース」）の分析結果から本県における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（PCI）の実施件数をみると、人口10万人あたり192.5であり、全国平均の172.8を上回って実施されています。
- また、急性心筋梗塞と同様に、心血管疾患の代表的な疾患の一つとされる大動脈解離、慢性心不全に対する対応も求められます。具体的には、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や、慢性心不全の急性増悪の場合に状態の安定化に必要な内科的治療が可能であることなどが求められます。
- 一方、循環器内科医及び心臓血管外科医について見ると、人口あたりの心臓血管外科医師数は全国平均並みですが、循環器内科医師数は全国平均の8割以下となっています。
- なお、人材の確保については、第2編第2章に記載していますが、本県では特に循環器内科医が全国平均より少なく、医師の確保に努めていく必要があります。

図表2-4-3-4 循環器内科医師数、心臓血管外科医師数

	循環器内科医		心臓血管外科医	
		人口10万人対		人口10万人対
福島県	147人	7.7人	44人	2.3人
全国	12,456人	9.8人	3,137人	2.5人

資料：平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）

※ 人口10万人あたりの算出に用いた人口は、平成27年度国勢調査人口

4 回復期

- 回復期においては、合併症や再発の予防、在宅復帰のための心臓リハビリテーションが必要とされます。
- 本県では、診療報酬施設基準の「心大血管リハビリテーション料」を届け出ている医療機関は、平成28年3月現在10機関となっており、人口10万人あたり5.2と、全国平均の9.0を大きく下回っています。
- 一方、平成26年の患者調査では、虚血性心疾患患者の平均在院日数は、本県は8.6日となっており、全国平均（8.2日）を若干上回っております。心臓リハビリテーションの充実等により、早期の在宅等への復帰を支援していく必要があります。

必要となる医療機能

1 予防

- 心筋梗塞等の心血管疾患の発症を予防するため、医療機関には関係する診療ガイドラインに則した診療を実施するとともに、以下の機能が求められます。
 - ◆ 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。
 - ◆ 歯科医療機関にあっては、急性心筋梗塞発症の危険因子と歯科疾患との関連性を踏まえた処置及び口腔衛生指導を実施すること。

2 救護

- 心筋梗塞等の心血管疾患の疑われる患者が、できるだけ早期に専門的な診療が可能な医療機関に到着できるよう、本人及び家族等周囲にいる方には、発症後速やかに救急搬送の要請を行うこと、心肺停止が疑われる方に対しては、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が求められます。

また、救急救命士等には、地域メディカルコントロール協議会によるプロトコル（活動基準）に則して、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が求められます。さらには、プロトコルを見直し地域の実情に応じたプロトコルの策定を検討します。

3 急性期

- 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を目的に、急性期を担う医療機関には、関係する診療ガイドラインに則した診療を実施するとともに、以下の機能が求められます。
 - ◆ 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および処置が24時間対応可能であること。
 - ◆ 心筋梗塞等の心血管疾患が疑われる患者について、専門的な診療を行う医師等が24時間対応可能であること。
 - ◆ ST上昇型心筋梗塞の場合、冠動脈造影検査及び適応があれば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。
 - ◆ 電氣的除細動、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。
- 急性期を担う医療機関としては、次の医療機関があります。

図表2-4-3-5 急性心筋梗塞の急性期を担う医療機関（平成29年度）

地域	医療機関名
県北	福島赤十字病院
	済生会福島総合病院
	福島第一病院
	医療生協わたり病院
	あづま脳神経外科病院
	公立大学法人福島県立医科大学附属病院
県中	公益財団法人湯浅報恩会寿泉堂総合病院
	公益財団法人星総合病院
	一般財団法人太田総合病院附属太田西ノ内病院
	一般財団法人脳神経疾患研究所附属総合南東北病院
県南	医療法人平心会須賀川病院
	福島県厚生農業協同組合連合会白河厚生総合病院
会津・南会津	医療法人社団恵周会白河病院
	公立大学法人福島県立医科大学会津医療センター附属病院
	竹田総合病院
相双	会津中央病院
	南相馬市立総合病院
いわき	公立相馬総合病院
	独立行政法人労働者健康安全機構福島労災病院
	いわき市立総合磐城共立病院

（注）急性心筋梗塞の急性期を担う医療機関には、以下の全ての項目を満たす病院を掲載しています（福島県調べ）。

- ・ 急性心筋梗塞患者の受け入れが可能であること。
- ・ 急性心筋梗塞患者の放射線等機器検査が24時間対応可能であること。
- ・ 急性心筋梗塞患者の臨床検査が24時間対応可能であること。
- ・ 急性心筋梗塞患者の治療が24時間対応であること。

図表2-4-3-6 急性大動脈解離の急性期を担う医療機関（平成29年度）

地域	医療機関名
県北	福島第一病院
	公立大学法人福島県立医科大学附属病院
県中	公益財団法人星総合病院
	一般財団法人太田総合病院附属太田西ノ内病院
	一般財団法人脳神経疾患研究所附属総合南東北病院
	医療法人平心会須賀川病院

地域	医療機関名
会津・南会津	竹田総合病院
	会津中央病院
いわき	独立行政法人労働者健康安全機構福島労災病院
	いわき市立総合磐城共立病院

(注) 急性大動脈解離の急性期を担う医療機関には、以下の全ての項目を満たす病院を掲載しています（福島県調べ）。

- ・ 急性大動脈解離患者の受入れが可能であること。
- ・ 急性大動脈解離患者の放射線等機器検査が 24 時間対応可能であること。
- ・ 急性大動脈解離患者の臨床検査が 24 時間対応可能であること。
- ・ 急性大動脈解離患者の治療が 24 時間対応であること。

図表 2-4-3-7 慢性心不全の急性期を担う医療機関（平成 29 年度）

地域	医療機関名
県北	福島赤十字病院
	済生会福島総合病院
	一般財団法人大原記念財団大原総合病院
	福島第一病院
	医療生協わたり病院
	あづま脳神経外科病院
	公立大学法人福島県立医科大学附属病院
県中	公益財団法人湯浅報恩会寿泉堂総合病院
	公益財団法人星総合病院
	一般財団法人太田総合病院附属太田西ノ内病院
	一般財団法人脳神経疾患研究所附属総合南東北病院
	公立岩瀬病院
県南	医療法人平心会須賀川病院
	福島県厚生農業協同組合連合会白河厚生総合病院
会津・南会津	医療法人社団恵周会白河病院
	公立大学法人福島県立医科大学会津医療センター附属病院
	竹田総合病院
	会津中央病院
相双	医療法人社団小野病院
	南相馬市立総合病院
	福島県厚生農業協同組合連合会鹿島厚生病院
いわき	公立相馬総合病院
	独立行政法人労働者健康安全機構福島労災病院
	いわき市立総合磐城共立病院
	公益財団法人ときわ会常磐病院
	松村総合病院
	社団医療法人養生会かしま病院
櫛田病院	

(注) 慢性心不全の急性増悪患者を担う医療機関には、以下の全ての項目を満たす病院を掲載しています（福島県調べ）。

- ・ 慢性心不全の急性増悪患者の受入れが可能であること。
- ・ 慢性心不全の急性増悪患者の心エコー検査等が 24 時間対応可能であること。
- ・ 慢性心不全の急性増悪に対する状態安定化に必要な内科的治療が 24 時間対応可能であること。

4 回復期

- 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、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、患者に対し、再発予防などに関し必要な知識を教えることを目的に、回復期を担う医療機関には、関係する診療ガイドラインに則した診療を実施するとともに、以下の機能が求められます。
 - ◆ 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、電氣的除細動等急性増悪時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。
 - ◆ 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。
 - ◆ 心筋梗塞等の心血管疾患の再発や重症不整脈などの発生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。
 - ◆ 急性期の医療機関及び二次予防の医療機関と診療情報や治療計画を共有する等して連携していること。
- 回復期を担う医療機関には、次の医療機関があります。

図表2-4-3-8 回復期の医療機関（平成29年度）

地域	医療機関名	回復期リハビリテーション病棟 入院料届出医療機関
県北	医療生協わたり病院	○
	一般財団法人脳神経疾患研究所附属南東北福島病院	○
	あづま脳神経外科病院	○
	公立大学法人福島県立医科大学附属病院	
	一般財団法人大原記念財団大原医療センター	○
県中	一般財団法人太田総合病院附属太田熱海病院	○
	公益財団法人湯浅報恩会寿泉堂総合病院	
	一般財団法人太田総合病院附属太田西ノ内病院	
	三春町立三春病院	○
県南	福島県厚生農業協同組合連合会白河厚生総合病院	
	公益財団法人会田病院	○
会津・南会津	竹田総合病院	○
	会津中央病院	○
いわき	独立行政法人労働者健康安全機構福島労災病院	
	社団医療法人養生会かしま病院	○

(注) 回復期を担う医療機関には、以下のいずれかの項目を満たす病院を掲載しています（福島県調べ）。

- 心筋梗塞等の心血管疾患の回復期患者の受入れが可能で、回復期リハビリテーション病棟入院料の届出をしていること。
- 心筋梗塞等の心血管疾患の回復期患者の受入れが可能で、心大血管リハビリテーション料（Ⅰ）の届出をしていること。
- 心筋梗塞等の心血管疾患の回復期患者の受入れが可能で、心大血管リハビリテーション料（Ⅱ）の届出をしていること。

※ 上記の医療機関は、計画策定時点で一定の要件を満たすものとして掲載しているものであり、上記の医療機関以外にも、心血管疾患の治療を行っている医療機関があります。

最新の情報は、福島県総合医療情報システムで確認してください。

<http://www.ftmis.pref.fukushima.lg.jp/ap/qq/men/pwtpmenult01.aspx>

福島県総合医療情報システム

検索

※ 医科医療機関と連携して、心血管疾患患者の歯科治療を行う歯科医療機関については、県のホームページに掲載しています。

5 再発予防

○ 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施すること、在宅療養を継続できるように支援することを目的として、医療機関には、関係する診療ガイドラインに則した診療を実施するとともに、以下の機能が求められます。

- ◆ 再発予防のための治療や基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態への対応が可能であること。
- ◆ 緊急時の除細動等急性増悪時への対応が可能であること。
- ◆ 合併症併発時や再発時に緊急の内科的・外科的治療が可能な医療機関と連携していること。
- ◆ 急性期の医療機関や介護保険サービス事業所等と再発予防の定期的専門検査、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ステーション・かかりつけ薬剤師・薬局が連携し実施できること。

施策の方向性と目標

(1) 施策の方向性

○ 本県の心疾患の年齢調整死亡率は、全国と比較して高い状況が続いており、特に急性心筋梗塞については、平成27年は男女とも全国1位となっていることから、年齢調整死亡率の低下を図るため、予防から救護、治療まで、総合的な急性心筋梗塞対策を推進していく必要があります。なお、心筋梗塞の

発症例や死因とした症例に関する調査を検討していきます。

- 予防においては、何より生活習慣の改善が重要であることから、県民自らが生活習慣を見直し、生活習慣病の予防と健康の維持を図り、健康に対する自己管理意識の定着化に資するよう、健康増進法に基づく健康増進計画である「第二次健康ふくしま21計画」と連携しながら、関係団体や市町村と連携し、県民の生活習慣の改善を図る周知啓発を行うとともに、特定健診・特定保健指導の実施率の向上に努めます。

- 救護においては、発症直後の心肺停止状態には、早期の適切な応急手当が有効であることから、県民が必要に応じた救急の要請や救命処置を実施できるよう、AED使用を含めた救急に関する講習会の実施等を進めます。

また、心筋梗塞等の心血管疾患が疑われる患者が、速やかに医療機関に搬送されるよう、メディカルコントロール協議会や救急医療対策協議会を活用し、消防機関と医療機関の連携を強化するとともに、消防機関の速やかな搬送先選定を支援するため、「傷病者の搬送及び受入の実施に関する基準」を見直し、福島県救急搬送受入支援システム（e-MATCH）の全県的な普及や救急医療情報システムの見直しを進めます。

さらに、公立大学法人福島県立医科大学附属病院のドクターヘリの運営を支援し、発症から治療開始までの時間の短縮を図ります。

- 治療においては、急性期を担う医療機関の医療機能の強化を図り、救急医療提供体制の充実強化を進めます。

また、本県においては、心血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関が少ないことから、医療機関や関係団体等と連携して、合併症や再発の予防、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実施可能な医療機関の確保に努めます。また、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の実施を目指します。

- 在宅療養が可能となる体制を構築するため、合併症や再発を予防するための治療、基板疾患や危険因子の管理、再発予防のための定期的専門的検査の実施等を進めます。

(2) 目標

指標名	現状	目標値	備考
心大血管リハビリテーション料届出施設数	13 (平成 29 年 7 月)	23 (平成 35 年度)	※ 病院への調査結果等を踏まえ、全県での対応が可能となるよう目標を設定。
急性心筋梗塞の年齢調整死亡率	男性 34.7 女性 15.5 (平成 27 年)	男性 16.2 女性 6.1 (平成 35 年)	※ 全国平均以下を目標。

第4節 糖尿病対策

現状と課題

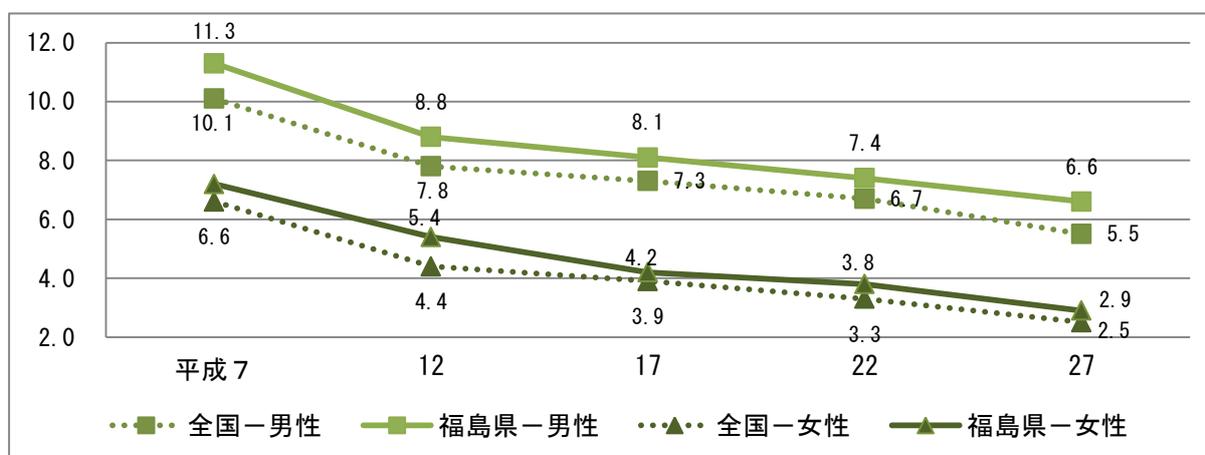
○ 糖尿病は、自覚症状が出にくい一方で一度発症すると治癒することはなく、脳卒中や急性心筋梗塞の危険因子となる慢性疾患であり、糖尿病昏睡等の急性合併症や、糖尿病網膜症、糖尿病性腎症、歯周病等の慢性合併症等、多種多様な合併症を引き起こし、患者の生活の質を著しく低下させるのみならず、医療経済的にも大きな負担を社会に強いることとなります。

また、日本透析学会の調査によると、平成27年末の透析患者の38.4%が糖尿病性腎症を主要原疾患としており、糖尿病性腎症の重症化予防に取り組む必要があります。

○ 糖尿病は、インスリン作用の不足による慢性の高血糖状態を主な特徴とする代謝疾患群であり、インスリンを合成・分泌する細胞の破壊・消失によるインスリン作用不足を主要因とする1型糖尿病と、インスリン分泌低下・抵抗性等をきたす遺伝因子に過食、運動不足、肥満などの環境因子及び加齢が加わり発症する2型糖尿病に大別されます。

○ 本県の糖尿病の年齢調整死亡率は男女ともに低下傾向にあります。平成27年は男性が6.6（全国5.5）で全国11位、女性が2.9（全国2.5）で全国9位と、男女とも全国平均を上回っています。

図表2-4-4-1 糖尿病の年齢調整死亡率の推移



資料：都道府県別にみた死亡の状況（厚生労働省）

- 2 型糖尿病の発症に関連がある生活習慣は、食生活、運動、喫煙、飲酒等であり、発症の予防には適切な食習慣、適度な運動習慣が重要です。
糖尿病の予防には、食生活、運動、喫煙、飲酒といった生活習慣の改善が必要とされ、健康増進法に基づく健康増進計画である「第二次健康ふくしま21 計画」と連動しながら、県民の生活習慣の改善を進めていくとともに、特定健診・特定保健指導の実施率向上を図る必要があります。
- 本県の平成 26 年度の特定健康診査実施率は 48.6%（全国 47.6%）、特定保健指導実施率は 20.9%（全国 17.8%）で、全国平均を上回っていますが、自らの健康状態を把握し、健康管理をしていくために、今後さらに実施率を高めていく必要があります。
- 平成 26 年の医療施設調査によれば、本県において糖尿病内科（代謝内科）を標榜する医療機関は 14 病院、8 診療所であり、人口 100 万人あたり 7.3（全国 9.0）で、全国平均を下回っています。
平成 28 年 3 月現在で、糖尿病足病変に関する指導を実施する「糖尿病合併症管理料」を厚生局に届け出ている医療機関は 33 施設で、人口 10 万人あたり 1.7（全国 1.7）と、全国平均同様となっています。
- 一方、平成 28 年の医師・歯科医師・薬剤師調査によれば、糖尿病内科医（代謝内科医）は 44 人で、人口 10 万人あたり 2.3 人（全国 3.9 人）と全国平均を大きく下回っています。
また、日本看護協会によると、平成 28 年 11 月現在、日本看護協会が認定する糖尿病看護の認定看護師は全国に 824 人いますが、本県は 9 人で、更なる養成が必要となっています。
- 一部の薬局では自己血糖測定器を導入し、糖尿病への気づきを促すとともに、健康フェア等での啓発に取り組んでいます。

必要となる医療機能

- 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
 - 糖尿病の診断及び生活習慣の指導及び良好な血糖コントロールを目指した治療を実施するため、医療機関には以下の機能が求められます。
 - ◆ 糖尿病の診断及び専門的指導が可能であること。
 - ◆ 75gOGTT、HbA1c 等糖尿病の評価に必要な検査が実施可能であること。

と。

- ◆ 食事療法、運動療法及び薬物療法による血糖コントロールが可能であること。
- ◆ 低血糖時及びシックデイ※の対応が可能であること。
- ◆ 専門治療を行う医療機関及び急性・慢性合併症治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること。
- ◆ 合併症予防及び良好な血糖コントロール維持のために、歯科医療機関にあっては、糖尿病と口腔管理との関連性を踏まえた処置及び口腔衛生指導を実施すること。

※ 糖尿病患者が、発熱、下痢、嘔吐を来し、または食欲不振のために食事ができないこと。

2 専門的治療を行う機能

- 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ため、医療機関には以下の機能が求められます。
 - ◆ 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ของทีม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・慢性合併症の治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること。
- 専門治療を担う医療機関には、次の病院があります。

図表2-4-4-2 専門治療を行う病院（平成29年度）

地域	医療機関名
県北	福島赤十字病院
	済生会福島総合病院
	一般財団法人大原記念財団大原総合病院
	福島第一病院
	医療生協わたり病院
	公立大学法人福島県立医科大学附属病院
	福島西部病院
	公立藤田総合病院
	独立行政法人地域医療機能推進機構二本松病院

地域	医療機関名
県 中	公益財団法人湯浅報恩会寿泉堂総合病院
	公益財団法人星総合病院
	日東病院
	一般財団法人太田総合病院附属太田西ノ内病院
	桑野協立病院
	公立岩瀬病院
県 南	福島県厚生農業協同組合連合会白河厚生総合病院
	公益財団法人会田病院
	医療法人社団恵周会白河病院
会 津	公立大学法人福島県立医科大学会津医療センター附属病院
	竹田総合病院
	医療法人昨雲会飯塚病院附属有隣病院
	医療法人社団小野病院
	福島県厚生農業協同組合連合会坂下厚生総合病院
	福島県厚生農業協同組合連合会高田厚生病院
南会津	福島県立南会津病院
相 双	医療法人社団青空会大町病院
	公立相馬総合病院
いわき	独立行政法人労働者健康安全機構福島労災病院
	いわき市立総合磐城共立病院
	公益財団法人ときわ会常磐病院
	医療法人翔洋会磐城中央病院
	小名浜生協病院
	社団医療法人養生会かしま病院
	医療法人社団正風会石井脳神経外科・眼科病院
	呉羽総合病院

(注) 専門治療を行う医療機関には、以下の①又は②と、③～⑤の全ての項目を満たす病院を掲載しています（福島県調べ）。

- ① 糖尿病教育入院を実施可能
- ② 糖尿病教室（日帰り）を実施可能
- ③ 糖尿病栄養指導を実施可能
- ④ 糖尿病運動指導を実施可能
- ⑤ インスリン療法（強化インスリン療法又はインスリン皮下持続注入療法）を実施可能

3 急性合併症の治療を行う機能

- 糖尿病昏睡等急性合併症の治療を実施することを目的に、急性期を担う医療機関には、以下の機能が求められます。
 - ◆ 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慢性合併症の治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること。

- 急性増悪時の治療を担う医療機関には、次の医療機関があります。

図表2-4-4-3 急性増悪時の治療を担う病院（平成29年度）

地域	医療機関名
県北	福島赤十字病院
	済生会福島総合病院
	公立大学法人福島県立医科大学附属病院
	福島西部病院
	独立行政法人地域医療機能推進機構二本松病院
県中	公益財団法人湯浅報恩会寿泉堂総合病院
	公益財団法人星総合病院
	一般財団法人太田総合病院附属太田西ノ内病院
	一般財団法人脳神経疾患研究所附属総合南東北病院
県南	福島県厚生農業協同組合連合会白河厚生総合病院
	医療法人社団恵周会白河病院
会津	竹田総合病院
	会津中央病院
	医療法人佐原病院
南会津	福島県立南会津病院
相双	公立相馬総合病院
	医療法人社団茶畑会相馬中央病院
いわき	独立行政法人労働者健康安全機構福島労災病院
	いわき市立総合磐城共立病院
	松村総合病院
	呉羽総合病院
	社団医療法人至誠会こうじま慈愛病院

（注）急性期を担う病院には、糖尿病昏睡等急性合併症の治療が24時間対応可能である病院を掲載しています（福島県調べ）。

4 糖尿病の慢性合併症の治療を行う機能

- 糖尿病の慢性合併症の専門的な治療を実施することを目的に、医療機関には以下の機能が求められます。
- ◆ 糖尿病の慢性合併症（糖尿病網膜症、糖尿病性腎症、糖尿病神経障害等）について、それぞれ専門的な検査・治療が実施可能であること（単一医療機関ですべての合併症治療が可能である必要はない）。
 - ◆ 糖尿病網膜症治療の場合、蛍光眼底造影検査、光凝固療法、硝子体出血・網膜剥離の手術等が実施可能であること。
 - ◆ 糖尿病性腎症の場合、尿一般検査、尿中アルブミン排泄量検査、腎生検、腎臓超音波検査、血液透析等が実施可能であること。
 - ◆ 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。

※ 上記の医療機関は、計画策定時点で一定の要件を満たすものとして掲載しているものであり、上記の医療機関以外にも、糖尿病の治療を行っている医療機関があります。

最新の情報は、福島県総合医療情報システムで確認してください。

<http://www.ftmis.pref.fukushima.lg.jp/ap/qq/men/pwtpmenult01.aspx>

福島県総合医療情報システム

検索 

※ 合併症管理等のため、医科医療機関と連携して糖尿病患者の歯科治療を行う歯科医療機関については、県のホームページに掲載しています。

施策の方向性と目標

(1) 施策の方向性

- 糖尿病を引き起こす最大の要因は肥満であり、何より、食生活、運動、喫煙、飲酒、休養、歯・口腔ケアなどの生活習慣の改善が重要であることから、県民自らが生活習慣を見直し、生活習慣病の予防と健康の維持を図り、健康に対する自己管理意識の定着化に資するよう、健康増進法に基づく健康増進計画である「第二次健康ふくしま 21 計画」と連動しながら、関係団体や市町村と連携し、県民の生活習慣の改善を図る周知啓発を行うとともに、特定健診・特定保健指導の実施率の向上に努めます。
- 県民一人一人の生涯を通じた健全な食生活の実現に向け、健康に配慮した食環境整備の推進に努めるとともに、管理栄養士が配置されていない診療所等における糖尿病の重症化予防や合併症発症予防のための栄養指導や在宅訪問栄養指導を実施するため、栄養士会栄養ケア・ステーションと連携を図りながら地域の栄養指導体制の推進に努めます。
- 人工透析の主要原疾患である糖尿病性腎症の重症化予防のため、市町村等の医療保険者が、「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に基づき、かかりつけ医や地域医師会等と連携しながら、重症化予防に取り組めるよう支援するとともに、関係団体等と取組状況の共有及び対応策の検討を行い取組の充実に努めてまいります。
- 国及び関係団体等と連携して、糖尿病治療に従事する医療関係者を対象とする研修の受講や、医療機関における糖尿病看護に係る認定看護師の養成を支援することで、糖尿病治療に従事する医療関係者の資質の向上に努めます。
- 人工透析設備が不足している地域において、人工透析設備の整備を支援します。

(2) 目標

指標名	現状	目標値	備考
特定健診実施率	48.6% (平成 26 年度)	70% (平成 35 年度)	※ 第二次健康ふくしま21計画と整合性を図って目標を設定。
特定保健指導実施率	20.9% (平成 26 年度)	45% (平成 35 年度)	

第5節 精神疾患対策

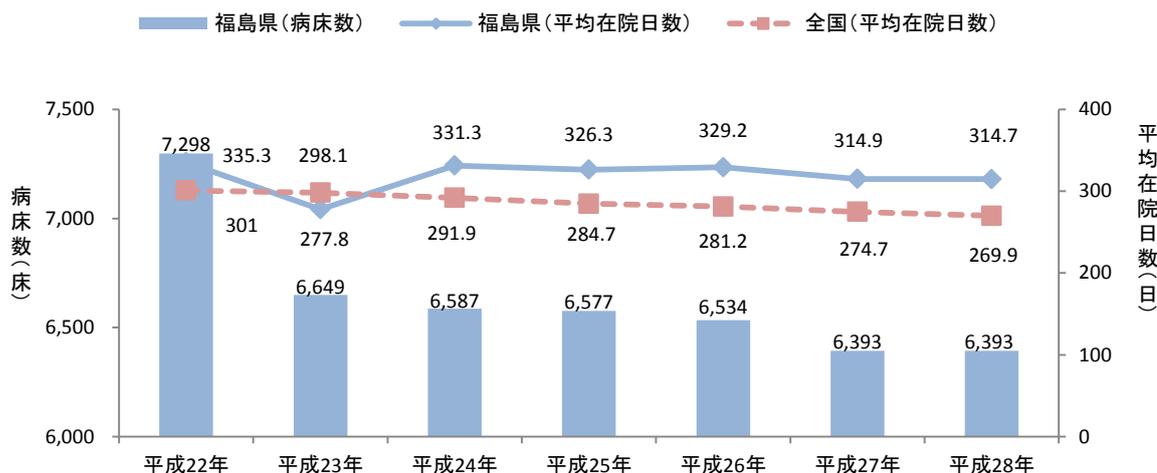
現状と課題

1 精神疾患の現状と課題

(1) 本県の精神疾患の現状と課題

- 平成28年の医療施設調査によると、本県の精神科病院の病床数は平成28年10月現在、6,393床で人口10万人あたりの精神科病床数は全国の263.3に対し本県は336.3と多くなっています。
- 本県の精神科病床の平均在院日数は、平成28年度は314.7日となっており、全国の269.9日を上回っています。

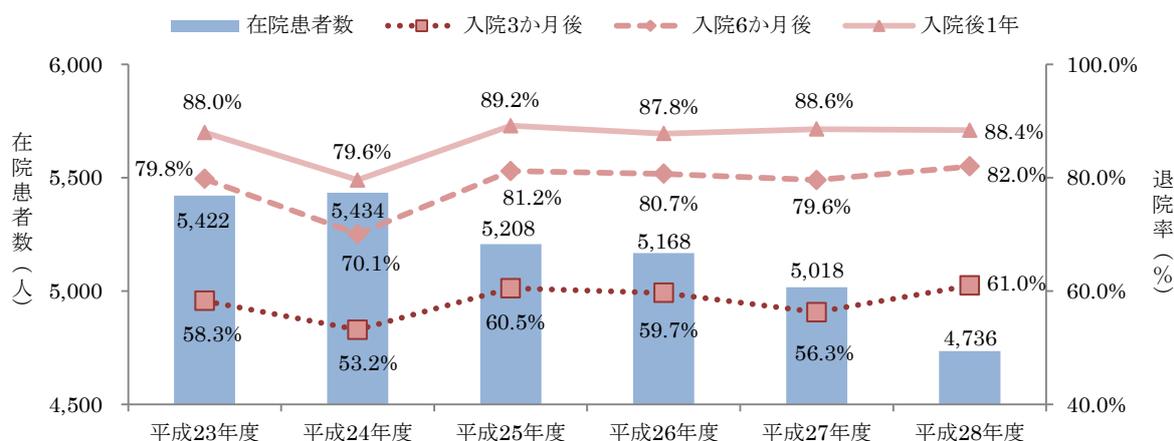
精神科病床数と平均在院日数の推移



資料：平均在院日数は、病院報告（厚生労働省）
 病床数は、医療施設調査（厚生労働省）

- また、入院期間別の在院患者数内訳によると、平成28年度は1年以上の長期入院患者が3,300人で入院患者全体の67.3%を占めています。
- 退院率は、平成25年度に増加し、それ以降は横ばい傾向です。平成28年度には、入院3か月後の退院率が61.0%と短期間での退院率が増加しています。

在院患者数と退院率の推移



資料：福島県保健福祉部

- 本県の精神科病床の平均在院日数は全国を上回っており、また、1年以上の長期入院患者の占める割合も全国より高いことから、より一層の地域移行が求められています。

(2) 東日本大震災後の本県の精神医療の現状と課題

- 東日本大震災及び東京電力福島第一原子力発電所事故の影響によるストレスに多くの県民がさらされるとともに、保健医療福祉サービス機能も大きな被害を残しています。
- 特に相双地域の精神科3病院（小高赤坂、双葉、双葉厚生）は休止状態となっており、精神科医療へのアクセス面での課題を抱えており、今後の住民の帰還を見据えた基盤整備が必要です。また、相双地域においては医師、看護師を始めとする医療スタッフも不足しており、医療人材の確保が必要となっています。
- こうした状況の中で、ストレス関連障害、うつ病、アルコール依存症、認知症などの増加や重症化が懸念されることから、総合的かつ長期的な心のケアが重要です。

(3) 疾患ごとの医療の現状と課題 (出典：平成26年度NDB ※⑧、⑪、⑬、⑭、⑮を除く。)

① 統合失調症

- ・ 入院診療している病院数は31か所で人口10万人あたり1.6であり、

全国の 1.3 を上回っていますが、外来診療をしている医療機関数は、全国の 6.0 に対し本県は 5.9 とほぼ全国並みとなっています。会津、いわきで全国平均より少なく、圏域でばらつきがあります。

- 統合失調症の入院患者数は、人口 10 万人あたり 338.0 となっており、全国の 268.7 と比較し多くなっています。圏域別に見ると、県南が 147.1 と少なく、会津が 516.7 と多くなっています。
- 外来患者数も、人口 10 万人あたり 1,512 と、全国の 1,241 と比較し多くなっています。圏域別に見ると、県北や県中、会津、相双が全国を上回っています。
- 治療抵抗性統合失調症治療薬の使用率は、全国の 0.11% に比べ、本県は 0.07% と使用率が低くなっています。圏域別に見ると、会津での使用率は 0.4% と全国と比較しても高くなっています。

② うつ病・躁うつ病

- うつ病、躁うつ病を入院診療している精神病床を持つ医療機関数は 31 か所で人口 10 万人あたり 1.6 であり、全国の 1.3 を上回っています。
- 一方、外来診療をしている医療機関数は、全国の人口 10 万人あたり 6.6 に比べ本県は 6.3 で全国より低く、特に会津が 5.6、いわきが 5.4 と低くなっています。
- 入院患者数は人口 10 万人あたり全国の 149.5 に比べ、本県は 206.7 と多くなっています。特に、県北と会津が多い状況です。
- 外来患者数も、人口 10 万人あたり 2,790 となっており、全国の 2,401 より大きく上回っています。
- 平成 26 年度の調査では、閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法を実施する病院は 4 か所で、人口 10 万人あたり 0.2 と全国並みとなっています。当該療法を受けた患者数も人口 10 万人あたり 2.8 で、全国の 2.9 とほぼ同じとなっています。
- 認知行動療法を外来で実施した患者数は人口 10 万人あたり 1.7 で、全国の 8.0 を大きく下回っています。

③ 認知症

- 人口 10 万人あたりで見ると、認知症の入院治療を行う病院数は、全国の 1.2 と比較し本県は 1.6、外来診療している医療機関数は全国の 5.2 に対し本県は 5.6 と認知症治療の医療状況は全国を上回っています。
- 認知症の精神病床での入院患者数は、本県は人口 10 万人あたり 119.4 と、全国の 102.5 を上回っています。

- ・ 認知症の外来患者数も、本県は人口 10 万人あたり 558.1 と全国の 374.2 を大きく上回っています。特に会津が 1097.3 と多くなっています。

④ 児童・思春期精神疾患

- ・ 20 歳未満の精神疾患患者の入院治療を行う精神病床を持つ病院数は、全国の人口 10 万人あたり 0.8 に比べ、本県は 1.2 と多くなっています。また、外来診療を行う医療機関数も全国の 5.4 であるのに対し、本県は 5.6 であり全国より多くなっています。児童思春期精神疾患に対応できる医療機関数は全国よりやや多くなっています。
- ・ 圏域ごとに見ると、入院医療機関数は、県北、会津、いわきでは全国より多くなっています。外来診療医療機関数は、県中が 6.9 と全国を上回っていますが、その他の圏域はほぼ全国並みか下回っています。
- ・ 20 歳未満の精神疾患の入院患者数は、本県は人口 10 万人あたり 7.3 と全国の 5.3 を上回っています。また、外来患者数も本県は人口 10 万人あたり 406.5 と全国の 291.8 を大きく上回っています。
- ・ 知的障がいの入院治療をしている精神病床を有する病院数や、外来診療している医療機関数は、全国より多くなっています。知的障がいの入院患者数や外来患者数も全国を上回っています。

⑤ 発達障がい

- ・ 発達障がいの入院診療を行う精神病床を持つ医療機関数は、人口 10 万人あたり全国の 0.9 に比べ本県は 1.3 とやや上回っています。特に、会津では 1.6 と多くなっています。
- ・ 外来診療をしている医療機関数は、人口 10 万人あたり全国の 4.5 に対し本県は 4.8 となっています。県北、県中は全国より多く、いわきは 3.4 と少なくなっています。
- ・ 本県の発達障がいの精神病床での入院患者数は人口 10 万人あたり 9.7 と、全国の 6.0 を上回っており、外来患者数についても全国が 218.8 であるのに対し、本県は 306.6 と多くなっています。
- ・ 発達障がいについては、その疑いも含め、医療機関への受診や支援機関への相談が増加傾向にあります。早期発見・早期支援を行うとともに、幼児期から成人期の各ライフステージにわたった長期的な支援を行うことが必要であるため、医療、保健、福祉、教育、労働分野等の関係機関が連携し、発達障がい児（者）とその家族を支援していく体制を整備する必要性が、これまで以上に高まっています。

⑥-1 依存症（アルコール）

- アルコール依存症の入院診療をしている病院数は人口 10 万人あたり全国の 1.2 に対し、本県は 1.5 と上回っています。アルコール依存症の外来診療をしている医療機関数についても人口 10 万人あたり全国の 4.1 に対し本県は 4.6 と上回っています。
- 圏域別に見ると、県北は入院・外来ともに全国を上回っています。県中は入院医療機関は少ないものの外来医療機関は 4.6 と全国を上回っています。会津は入院医療機関は 1.6 と全国を上回っていますが、外来は 4.0 と全国より若干少なくなっています。いわきは入院医療機関は 1.7 と全国を上回っていますが、外来医療機関は 3.7 と全国を下回っています。
- アルコール依存症で精神病床に入院している患者数は、人口 10 万人あたり 20.5 で、全国の 20.1 とほぼ同じですが、アルコール依存症の外来患者数は 84.5 と全国の 72.4 を上回っています。特に会津で 135.3 と高くなっています。

⑥-2 依存症（薬物）

- 入院診療している精神病床を持つ病院数は、本県は 0.6 と全国の 0.4 をやや上回っていますが、県北といわきにしか医療機関がなく、圏域の偏りがあります。
- 外来診療している医療機関数は、全国の 1.4 に対し本県は 1.5 とほぼ全国並みとなっていますが、圏域ごとに見ると、県南、南会津、相双では外来診療している病院はありません。
- 入院及び外来診療をしている医療機関はほぼ全国並みである一方、入院患者数は全国が人口 10 万人あたり 1.3 であるのに対し、本県は 1.0 となっており、外来患者数も全国の 5.2 に対し本県は 4.1 と下回っています。

⑥-3 依存症（ギャンブル）

- 入院診療している精神病床を持つ病院数は県内 5 か所で、人口 10 万人あたりでみると全国・本県ともに 0.3 となっています。
- 一方、ギャンブル依存症の外来患者数は、全国の 1.6 に対し本県は 3.6 と上回っています。本県の外来患者数の 9 割は県中の医療機関に集中しており、県内各地から患者が来ていることが推測されます。

⑦ PTSD

- 外来診療している医療機関数は、人口 10 万人あたり全国の 1.9 に対し

本県は 2.5 と上回っています。圏域ごとに見ても、会津以外は全国を上回っており、身近な医療機関で対応していることが推測されます。

- PTSD の外来患者数は人口 10 万人あたり 14.5 と、全国の 8.1 を大きく上回っています。特に相双では 83.1 と高い一方、いわきでは 2.9 と他圏域に比べ低くなっています。

⑧ 高次脳機能障害

- 平成 28 年度末の高次脳機能障がい者数は県全体で 1,126 人と推定されています。(国立障害者リハビリセンター推計)
- 一般財団法人脳神経疾患研究所附属総合南東北病院を福島県高次脳機能障がいの支援拠点機関として指定し、県北、県中、県南、会津・南会津、いわきの各圏域には支援拠点を開設しています。
- 高次脳機能障がいは外見からは判断しにくいいため、地域社会の理解が進まず、また、当事者及びその家族等に対して専門的に支援する機関も少なく、不安な状況にあるため、専門的な相談支援機関の充実や社会の理解を促進する必要があります。

⑨ 摂食障害

- 入院診療をしている精神病床数を持つ病院数は全国が人口 10 万人あたり 0.9 に対し、本県は 1.2 となっており、入院患者数も 10.7 と全国の 7.9 を上回っています。入院治療が必要な摂食障害患者に対しては必要な医療が提供できているものと推測されます。
- 一方、外来診療を行っている医療機関数は人口 10 万人あたりで全国の 3.9 に対し本県は 3.8 とほぼ同じですが、外来患者数は全国の 33.6 に対し本県は 26.0 と下回っています。

⑩ てんかん

- 入院診療をしている精神病床を持つ病院数は、全国が人口 10 万人あたり 1.3 であるのに対して、本県は 1.6 でやや上回っています。外来診療医療機関数は、5.6 と全国並みとなっています。
- 精神病床での入院患者数は本県が人口 10 万人あたり 103.0 と、全国の 91.0 を上回っています。
- 外来患者数は、本県が人口 10 万人あたり 436.8 であり、全国の 402.7 を上回っています。圏域別に見ると、県南が 1401.3、会津が 545.9 と多い一方、県中が 384.7、いわきが 339.5 と少なくなっています。県南は外来診療が多く、会津は入院病床、外来診療とも多くなっています。

⑪ 精神科救急

- 精神科救急医療システム（輪番病院）は、県北、県中・県南、会津、浜通りの県内4ブロック26病院の協力を得て実施しています。
- 平成28年度の精神科救急情報センターの相談件数は37件となっています。（福島県保健福祉部調べ）

⑫ 身体合併症

- 身体合併症を診療している精神病床を持つ病院（精神科救急・合併症入院料+精神科身体合併症管理加算の届出をしている病院）は県内に16か所あり、人口10万人あたりで見ると、全国並みの0.8となっています。
- 精神疾患の受入体制を持つ一般病院数は県内7か所で、人口10万人あたり0.4で全国の0.5とほぼ同じとなっています。
- 精神科入院患者で重篤な身体合併症の治療を受けた患者数は310人で県中が171人と一番多くなっています。人口10万人あたりで見ると、本県は16.2で全国の29.8を大きく下回っています。精神科で重篤な身体合併症を診ることができる病院は少なく、圏域ごとの偏りもあります。
- 診療体制を持つ一般病院で受け入れた精神疾患患者数は年間23人で、人口10万人あたりで見ても本県は1.2と、全国の2.6を下回っています。重篤な身体合併症の治療も可能な精神科病院と同様、多くは県中圏域にある医療機関で受診しています。

⑬ 自殺対策

- 自殺対策については、県民の自殺問題への理解促進を図るための広報や相談体制の整備、ゲートキーパーの養成等に取り組み、平成10年から平成23年まで年間500人を超えていた自殺者数が、平成24年には15年ぶりに500人を下回り、さらに平成28年は348人と大きく減少し、第六次福島県医療計画で目標としていた自殺者数410人以下を達成しました。
- しかしながら、平成28年の人口10万人あたり自殺死亡率については、全国が16.8であるのに対し本県は18.4と高い水準にあることから、一層の自殺防止対策が必要です。

⑭ 災害精神医療

- 本県では、災害派遣精神医療チーム（DPAT）の先遣隊を平成27年度に登録し、平成29年度中に8病院から構成される13チームを登録す

ることとしています。

- 全国的にみるとDPATがない県もあり、本県の整備状況は進んでいます。

⑮ 医療観察法における対象者への医療

- 本県には医療観察法の入院医療機関はありませんが、通院医療機関は診療所も含め13か所指定されています。

2 精神医療圏の設定

- 厚生労働省の指針により、精神疾患の医療体制を構築するに当たっては、精神医療圏を設定することとなっています。
- 精神医療圏を設定するにあたっては、患者本位の医療を実現できるよう、二次医療圏を基本としつつ、地域の実情を勘案して設定することとされています。
- 本計画に定める二次医療圏の設定を踏まえた、精神科医療圏の設定については、県北、県中、県南、会津・南会津、相双、いわきの6圏域とします。

必要となる医療機能

精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの構築及び多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築を進めるために、医療機関には以下の機能が求められます。

1 医療機能の要件

(1) 地域精神科医療提供機能

(目標)

- ◆患者本位の精神科医療を提供すること
- ◆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

(医療機関の要件)

- ◆患者の状況に応じて、適切な精神科医療を提供するとともに、緊急時の対応体制や連絡体制を確保すること
- ◆医療機関、障がい福祉サービス事業所、相談支援事業所、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等と連携し、必要な支援を提供すること

(2) 地域連携拠点機能

(目標)

- ◆患者本位の精神科医療を提供すること
- ◆地域の保健医療福祉介護の関係機関との連携・協力を行うこと
- ◆医療連携の地域拠点の役割を果たすこと
- ◆地域精神科医療提供機能を支援する役割を果たすこと

(医療機関の要件)

- ◆患者の状況に応じて、適切な精神科医療を提供するとともに、緊急時の対応体制や連絡体制を確保すること
- ◆地域連携会議の運営支援を行うこと
- ◆地域精神科医療提供機能を担う医療機関からの個別相談への対応や、難治性精神疾患・処遇困難事例の受入対応を行うこと

(3) 県連携拠点機能

(目標)

- ◆患者本位の精神科医療を提供すること
- ◆医療連携の県拠点の役割を果たすこと
- ◆情報収集発信の県拠点の役割を果たすこと
- ◆人材育成の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

(医療機関の要件)

- ◆患者の状況に応じて、適切な精神科医療を提供するとともに、緊急時の対応体制や連絡体制を確保すること
- ◆地域連携会議を運営すること
- ◆積極的な情報発信を行うこと
- ◆地域連携拠点機能を担う医療機関からの個別相談への対応や、難治性精神疾患・処遇困難事例の受入対応を行うこと

【参考】

○ 疾患ごとの現状を、求められる医療機能の視点でまとめると以下のとおりとなります。

(1) 地域精神科医療提供機能病院

- ◆統合失調症及びうつ病、認知症については、全ての精神科病院で医療を提供しています。
- ◆児童思春期、発達障がい、依存症、PTSD、高次脳機能障がい、摂食障害、てんかん、精神科救急、身体合併症、自殺対策、災害精神医療、医療観察法については、専門的医療を提供できる病院が明確になっていますが、圏域によっては医療提供病院がない地域もあります。

(2) 地域連携拠点機能

- ◆認知症については、全ての圏域で連携の拠点となる病院が整備されています。
- ◆統合失調症、うつ病、児童思春期、発達障がい、PTSD、高次脳機能障がい、精神科救急、身体合併症、災害精神医療、医療観察法については、圏域によって整備状況にばらつきがみられるため、今後、医療機能の明確化を図る必要があります。
- ◆依存症や摂食障害、てんかん、自殺対策、医療観察法については、専門的に取り組む医療機関が少ない状況に加え、圏域の拠点となる病院も併せて整備することが必要です。

(3) 県連携拠点機能

- ◆県連携拠点病院は、公立大学法人福島県立医科大学附属病院及び福島県立矢吹病院が主に担っていますが、高次脳機能障がいについては一般財団法人脳神経疾患研究所附属総合南東北病院、児童思春期や発達障がいについては、福島県総合療育センターが連携拠点となっています。
- ◆認知症や依存症、PTSD、てんかん、身体合併症、自殺対策については、県連携拠点病院の整備が急務です。

医療機能	統合失調症	うつ病等	認知症	児童思春期	発達障がい	依存症	P T S D	高次脳機能障害	摂食障害	てんかん	精神科救急	身体合併症	自殺対策	災害精神	医療観察
医療提供機能	◆	◆	◆	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△	△
地域連携拠点	△	△	△	△	△	△	△	◆	×	×	△	△	×	△	×
県連携拠点	◆	◆	×	◆	◆	×	×	◆	◆	×	◆	×	×	◆	◆

多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築に向けた医療機能の明確化（医療機能別）

- ◆：既に整備されている（予定を含む）
- △：整備状況が圏域によってばらつきがある
- ×：整備されていない

多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築に向けた医療機能の明確化

圏域	医療機関	統合失調症	うつ病等	認知症	児童	発達障がい児	発達障がい者	依存症(アルコール)	PTSD	高次脳	摂食障害	てんかん	精神科救急	身体合併症	自殺対策	災害精神	医療観察	
県北	公立大学法人福島県立医科大学附属病院	☆	☆	◎	☆	☆	☆	○	◎		☆	○	○	◎	○	☆		
	福島赤十字病院	○	○	◎							○		○	◎	○	◎		
	一般財団法人桜ヶ丘病院	○	○	○			○	○			○		○	○	○			
	一陽会病院	○	○			○	○	○	○		○		○		○		○	
	一般財団法人大原記念財団清水病院	○	○	○									○		○			
	医療法人篤仁会富士病院	○	○	○			○	○					○		○		○	
	医療法人板倉病院	○	○	○			○								○			
	医療法人湖山荘福島松ヶ丘病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	東北病院	○	○	○	○	○	○	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○
	医療法人慈心会村上病院	○	○	○	○	○	○						○		○			
	あづま脳神経外科病院									◎								
	あずま通りクリニック	○	○	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○		○	○		
県中	一般財団法人脳神経疾患研究所附属総合南東北病院									☆								
	福島県総合療育センター				☆	☆												
	公益財団法人星総合病院星ヶ丘病院	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○		○	○	○	○	○	◎	○	
	社会医療法人あさかホスピタル	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	○	○	○	◎	○	○	◎	○	
	針生ヶ丘病院	○	○	○	○	○	○	○	○		○	○	○	○	○	○	○	
	寿泉堂松南病院	○	○	○				○					○		○			
	公益財団法人星総合病院	○	○	◎	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	社会医療法人あさかホスピタル附属さくまメンタルクリニック	○	◎	○	○	◎	◎	○	○	○	○	○						
県南	福島県立矢吹病院	☆	☆	◎	☆	☆	○	○	○			○	☆			☆	☆	
	西白河病院	○	○	○											○			
	福島県厚生農業協同組合連合会塙厚生病院	○	○	○											○			
	公益財団法人会田病院		○	○						◎								
会津・南会津	竹田総合病院	◎	◎	◎	○	○	○	○	○	◎	○	○	◎	◎	○	◎	○	
	医療法人明精会会津西病院	○	○	○	○	○		○					○					
	医療法人昨雲会飯塚病院	○	○	○	○	○						○	○		○			
	福島県厚生農業協同組合連合会高田厚生病院	○	○	○														
	つるが松窪病院	○	○	○											○			
	公立大学法人福島県立医科大学会津医療センター附属病院	○	○	◎	○	○	○			○				○				
相双	公益財団法人金森和心会雲雀ヶ丘病院	○	○	○	○	○	○	○	○				○		○			
	高野病院	○	○	○			○								○			
いわき	舞子浜病院	○	○	◎	◎	◎	◎	○	○		○		◎		○	◎	○	
	医療法人社団石福会四倉病院	○	○	○			○	○					○		○		○	
	長橋病院	○	○	○		○	○	○	○			○	○					
	医療法人博文会いわき開成病院	○	○	○									○		○			
	一般財団法人新田目病院	○	○	○			○						○		○		○	
	医療法人泉心会泉保養院	○	○	○											○			
公益財団法人ときわ会常磐病院						○			◎									

※1 ○：地域精神科医療提供機能を担う病院等、◎：地域連携拠点機能を担う病院等、☆：県連携拠点機能を担う病院等
 ※2 ○(地域精神科医療提供機能を担う病院等)については平成29年12月現在、◎(地域連携拠点機能を担う病院等)及び☆(県連携拠点機能を担う病院等)については、平成29年12月現在及び将来的な整備目標も含め記載。
 ※3発達障がい児・者の別については、概ね18歳を基準。

施策の方向性と目標

(1) 施策の方向性

【精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築】

- 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築にあたっては、計画的に地域の基盤を整備するとともに、住まいや就労、差別や偏見の解消も含め、精神障がい者が安心して自分らしく生活できる地域づくりを推進します。
- 精神障がい者の早期退院や地域移行を促進するため、ピアサポーター等と協働するとともに、服薬等の治療に加え、本人や家族が疾患の理解を深めることが出来るよう、適切な支援を行います。
- 「第5期福島県障がい福祉計画」「第七次福島県介護保険事業支援計画」と連携して、平成32年度末・平成36年度末の精神病床における入院需要と地域移行に伴う基盤整備量の目標値を設定し、精神障がい者の地域移行を推進します。
- 地域における生活の場の充実を図るため、グループホームや空き家の活用等も含め居住の確保に努めるとともに、日中活動系サービスの提供体制の充実の他、精神科訪問看護やアウトリーチ支援等の拡充を図ります。

【適切な医療機能の提供】

- 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築に向け、医療機能を明確化します。
- 患者数の多い統合失調症やうつ病・躁うつ病等について、地域連携拠点機能を有する病院を平成36年度末までに整備します。
また、平成29年度末までにアルコール依存症、平成32年度末までに、薬物・ギャンブル依存症の県連携拠点機能を有する病院を整備します。
- 治療抵抗性統合失調症治療薬の使用率が全国と比較し低いため、使用できる医療機関を各圏域に1か所以上整備します。
- 認知症疾患に関する詳細な診断や専門医療相談等を実施する「認知症疾患医療センター」について、各高齢者福祉圏域に1か所の整備を推進します。
また、都道府県の拠点となる「基幹型」や高齢者人口が多い圏域では複数

のセンターの整備を推進します。

- 高次脳機能障がいの理解の促進と連携体制の構築については、高次脳機能障がい支援拠点機関を中心に社会復帰のための相談支援、地域の関係機関との調整を行います。

また、高次脳機能障がい支援拠点機関で開催する圏域連絡会議を活用しながら、市町村や診断・リハビリ実施医療機関及び相談支援事業所等との連携を図り、地域において適切かつ効果的な支援が行われるよう努めます。

- 発達障がい児（者）の地域における支援・連携体制の構築については、早期に発見し、早期からの支援を行うため、乳幼児健康診査でのスクリーニングや支援者に対する研修の充実強化を図るとともに、発達障害者支援地域協議会（福島県発達障がい者支援センター連絡協議会）等を活用しながら、発達障がい者支援センターを中心に、市町村及び地域の医療、保健、福祉、教育、労働等の各関係機関が連携し、長期的に支援します。

また、県内には、発達障がいに対応する医療機関、従事者等が限られ、発達障がい疑われる児童の初診待ちが長期化しているなど医療機関、従事者等の確保が必要であり、発達障がい診療等に関わる医師等の裾野を広げるため、地域のかかりつけ医、従事者等に対する研修の充実を図ってまいります。

さらに、発達障がいの診療を行っている県内の医療機関について、発達障がい者支援センターのホームページにおいて公表するなど、引き続き保護者やその支援者への情報提供に努めてまいります。

- 精神科救急については、県北、県中・県南、会津、浜通りの4ブロックでの輪番病院や精神科救急情報センターの体制整備の充実を図るとともに、精神保健指定医を確保することにより、精神障がい者が夜間・休日を問わず、身近なところで適切な相談を受けることができるよう、相談支援体制の整備を進めます。また、ブロックを超えた精神科救急の受入体制についても整備を進めます。

- 身体合併症を有する精神疾患患者のケアについては、救急医療を含め、身体合併症の治療ができる医療機関との連携を図り、適切な医療の提供に努めます。

- 自殺対策については、福島県自殺対策推進行動計画と連動しながら、精神科救急医療体制の充実を通じた自殺未遂者に対する良質かつ適切な治療の実

施、かかりつけ医の精神疾患の診断・治療技術の向上、かかりつけ医から専門医につなげる医療連携体制の整備を推進します。

- 医療観察法病床については、今後、建て替えを予定している福島県立矢吹病院を中心に整備していきます。
- 摂食障害、てんかん、災害精神医療等多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築については、精神医療圏にとらわれず、本県の実情を踏まえながら、精神保健福祉審議会において引き続き検討を進めます。

【東日本大震災後の心の健康への支援】

- 避難生活の長期化や復興公営住宅等への転居、避難指示解除区域への帰還など、県外避難者も含め被災者それぞれの状況に応じた心のケアがますます重要になっており、被災者の生活を支える各機関と、心のケアセンターや保健福祉事務所、市町村等が連携し、ケア調整会議や狭間のないきめ細かな支援に引き続き努めます。
- 市町村、保健福祉事務所、精神保健福祉センター、関係団体等による被災者への相談支援や心のケア対策の充実に努めます。
- 相双地域は入院医療機関が休止中であり、在宅支援を充実するため、震災により精神症状を呈している方や、PTSD 等も含め、症状が悪化して日常生活に支障をきたしている精神疾患患者に対してアウトリーチを行い、必要な医療やサービスへつなげ、在宅生活の支援に努めます。

(2) 目標

指標名	現状値	目標値	備考
精神病床における急性期（3ヶ月未満）入院需要（患者数）	935人 （平成26年度）	933人 （平成32年度末） 910人 （平成36年度末）	厚生労働省が定めた推計式により算出。
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）	832人 （平成26年度）	876人 （平成32年度末） 870人 （平成36年度末）	厚生労働省が定めた推計式により算出。

指標名	現状値	目標値	備考
精神病床における慢性期（1年以上）入院需要（患者数）	3,666人 （平成26年度）	3,055人 （平成32年度末） 2,142人 （平成36年度末）	厚生労働省が定めた推計式により算出。
精神病床における慢性期入院需要（65歳以上患者数）	2,044人 （平成26年度）	1,902人 （平成32年度末） 1,430人 （平成36年度末）	厚生労働省が定めた推計式により算出。
精神病床における慢性期入院需要（65歳未満患者数）	1,622人 （平成26年度）	1,153人 （平成32年度末） 712人 （平成36年度末）	厚生労働省が定めた推計式により算出。
精神病床における入院需要（患者数）	5,433人 （平成26年度）	4,864人 （平成32年度末） 3,922人 （平成36年度末）	厚生労働省が定めた推計式により算出。
地域移行に伴う基盤整備量（利用者数）	—	694人 （平成32年度末） 1,526人 （平成36年度末）	厚生労働省が定めた推計式により算出。
地域移行に伴う基盤整備量（65歳以上利用者数）	—	395人 （平成32年度末） 898人 （平成36年度末）	厚生労働省が定めた推計式により算出。
地域移行に伴う基盤整備量（65歳未満利用者数）	—	299人 （平成32年度末） 628人 （平成36年度末）	厚生労働省が定めた推計式により算出。
精神病床における入院後3ヶ月時点の退院率	62% （平成26年度）	69% （平成32年度末）	
精神病床における入院後6ヶ月時点の退院率	76% （平成26年度）	84% （平成32年度末）	
精神病床における入院後1年時点の退院率	88% （平成26年度）	90% （平成32年度末）	
自殺者数	411人 （平成27年）	350人以下 （平成33年末）	第三次福島県自殺対策推進行動計画と整合を図る。

※地域移行に伴う基盤整備量とは、居宅介護、生活介護、共同生活援助、就労支援等の障害福祉サービスの利用者数のことを指す。

※目標値については、国が示した推計式により推計した。

第6節 呼吸器疾患対策

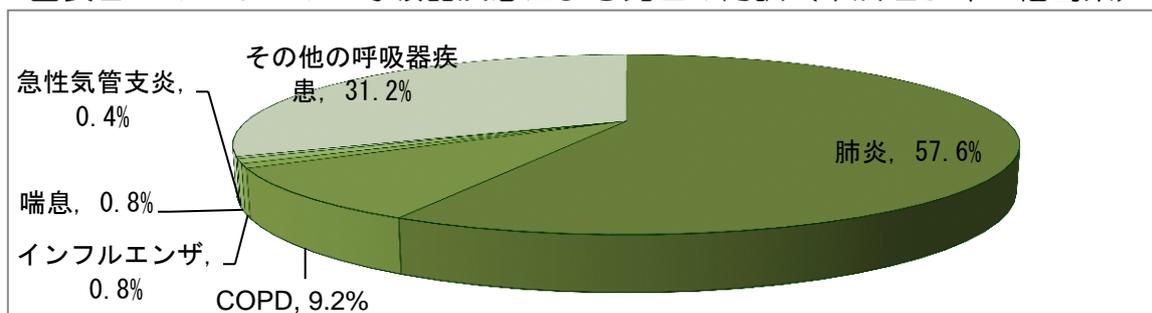
現状と課題

○ 呼吸器疾患には、肺炎、慢性閉塞性肺疾患（以下「COPD」という。）、喘息等があります。肺炎は、平成28年は本県の死因の第4位となっています。総死亡数の8.5%を占める2,065人が肺炎により死亡しています。

COPDは、平成14年まで本県の10大死因に計上されることはありませんでしたが、平成15年以降、10大死因に入っており、平成28年は総死亡数の1.4%を占める330人が死亡しています。

呼吸器疾患による死亡の内訳は、肺炎57.6%、COPD9.2%、インフルエンザ0.8%となっています。

図表2-4-6-1 呼吸器疾患による死亡の内訳（平成28年 福島県）



資料：人口動態統計（厚生労働省）

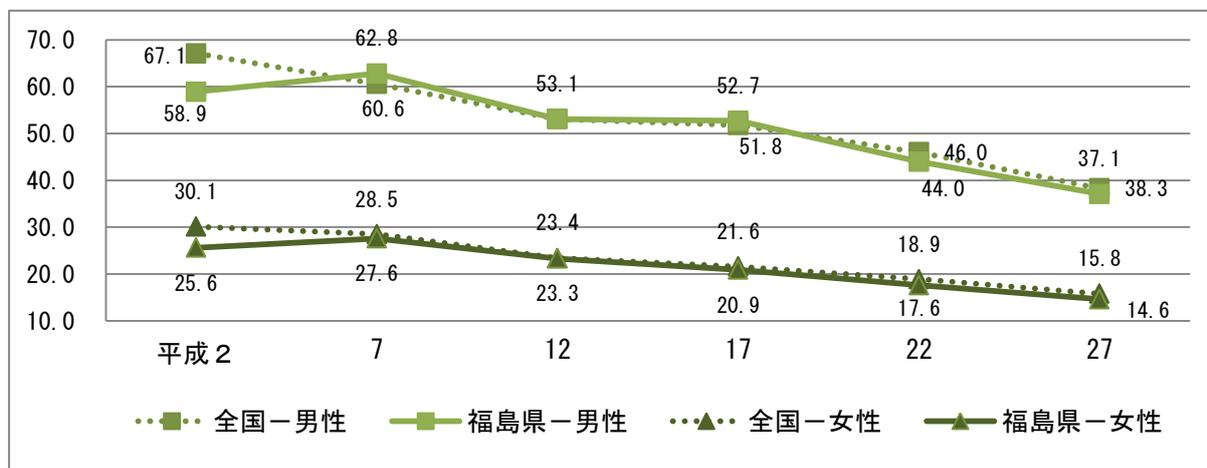
○ 平成27年の本県の呼吸器疾患の年齢調整死亡率（人口10万対）をみると、肺炎は、男性は37.1（全国38.3）で全国28位、女性は14.6（全国15.8）で全国30位でした。

○ 肺炎で死亡する人の95%以上が65歳以上の高齢者で占められており、さらに高齢者の肺炎の多くが誤嚥性肺炎といわれています。誤嚥性肺炎の予防には、その発症と深い関係があるとされる口腔細菌を減少させるための口腔ケアが重要であり、高齢者に対する適切な口腔ケアの実施環境を整える必要があります。

○ 誤嚥性肺炎の予防のためには、加齢や疾病・治療による摂食・嚥下機能に障害を持つ人の摂食・嚥下機能を評価し、より専門的で高度なケアを提供できる人材が必要とされます。日本看護協会が認定する摂食・嚥下障害看護の認定看護師は、H29年8月現在、全国に733人いますが、本県は7人で

あり、また、日本歯科衛生士会が認定する摂食・嚥下リハビリテーション分野の認定歯科衛生士は県内に 5 人となっており、更なる養成が必要となっています。

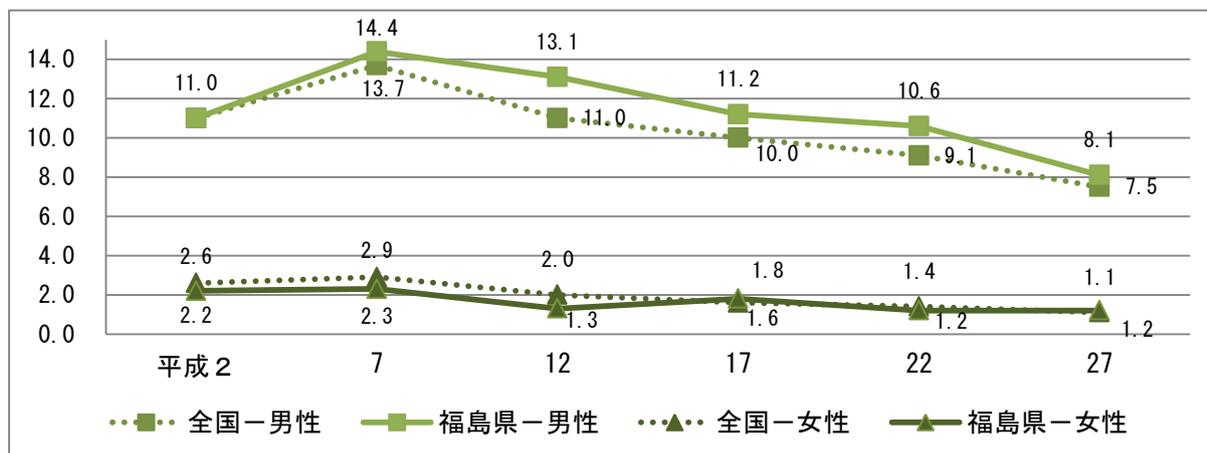
図表 2-4-6-2 肺炎の年齢調整死亡率の推移



資料：都道府県別にみた死亡の状況（厚生労働省）

- COPD の年齢調整死亡率（人口 10 万対）をみると、男性は 8.1（全国 7.5）、女性は 1.2（全国 1.1）と全国平均を上回っています。

図表 2-4-6-3 COPD の年齢調整死亡率の推移



資料：都道府県別にみた死亡の状況（厚生労働省）

- COPD の最大の危険因子は喫煙です。
 平成 28 年の国民生活基礎調査では、本県の喫煙率は、男性は 34.4%、女性は 10.8%であり、男女とも全国平均（男性 31.1%、女性 9.5%）を上回っています。
 禁煙は、COPD の発症リスクを減らし、進行を止める最も効果的な方法で

す。健康増進法に基づく健康増進計画である「第二次健康ふくしま 21 計画」と連動しながら、禁煙を進めていく必要があります。

- COPD により損傷を受けた肺は元にもどることはありませんが、早期の段階で診断を受け、治療を開始することにより呼吸機能を維持することができ、健康状態の悪化と日常生活の障害を防ぐことができます。早期診断及び早期の治療開始が、重症化による生活の質の低下を防ぐ有効な手段となります。

【COPD の診断・治療が可能な医療機関】

COPD の診断には、スパイロメトリーという呼吸機能検査が必要です。

また、COPD の治療には、疾病の重症度に応じて、禁煙治療、薬物療法、呼吸器リハビリテーション等を組み合わせて実施します。

- ・ スパイロメトリーを実施する医療機関
- ・ 禁煙指導を実施する医療機関
- ・ 薬物療法を実施する医療機関
- ・ 呼吸器リハビリテーションを実施する医療機関

(注) COPD の診断・治療が可能な医療機関は、福島県総合医療情報システムで検索できます。

施策の方向性と目標

- 高齢者の口腔機能向上を図り、誤嚥性肺炎を予防するため、関係機関及び市町村等と連携し、医療従事者、介護従事者等を対象とした研修機会の確保に努めるとともに、福島県在宅歯科医療連携室[※]を通じて、口腔衛生指導等の充実に努めます。

※ 福島県在宅歯科医療連携室については、第 11 節「歯科保健医療対策」を参照。

- 喫煙の害に関する周知啓発を行うとともに、禁煙外来を行っている医療機関名を福島県総合医療情報システムや県のホームページに掲載するなど、禁煙希望者が適切な禁煙支援プログラムを受けられるよう引き続き情報提供を行います。

また、受動喫煙防止対策に努めます。

- 「第二次健康ふくしま 21 計画」と連動して、喫煙率減少のための対策を推進するとともに、特定健診や肺がん検診等の場や機会等を活用した COPD の早期発見・早期治療に向けた普及啓発等の取組の推進に努めます。

また、COPD の疑いのある者の早期発見を促進するため、健診等に従事す

る保健医療専門職等の COPD 理解促進のための取組の実施に努めます。

- 国及び関係団体等と連携して、摂食・嚥下機能障害の治療に従事する医療関係者を対象とする研修の受講や、医療機関における摂食・嚥下障害看護に係る認定看護師の養成を支援することで、摂食・嚥下障害の治療に従事する医療関係者の資質向上に努めます。

第7節 感染症対策

現状と課題

○ 「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。）及び県が策定した「福島県感染症予防計画」に基づき、市町村、関係機関等と連携し、感染症対策を推進しています。

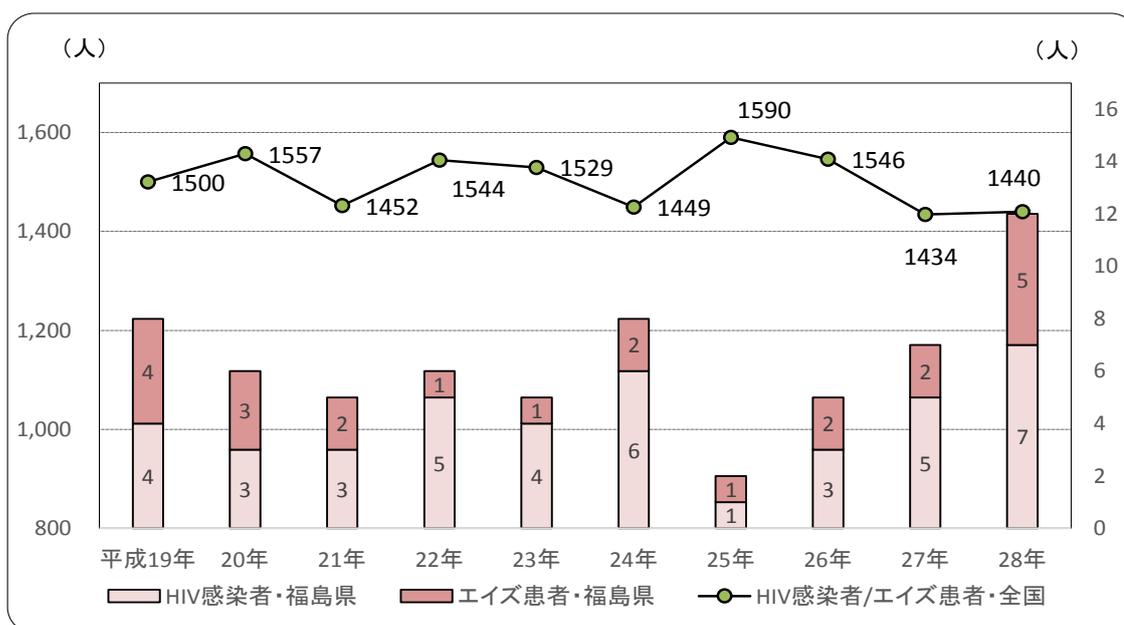
○ 感染症の予防及びまん延を防止するため、感染症に関する正しい知識の普及や、発生時には保健所において積極的疫学調査の実施やまん延防止策の徹底に取り組んでいます。

○ 全国のエイズ患者・HIV感染者の報告件数は横ばい状態ですが、本県では平成26年以降増加傾向にあります。

HIV感染と他の性感染症には関連があるといわれています。本県においては、性感染症の定点あたりの報告数が若年層において全国よりも高い傾向があるとともに、性感染症の一つである梅毒の届出数が急増していることから、今後の県内での感染拡大が懸念されます。

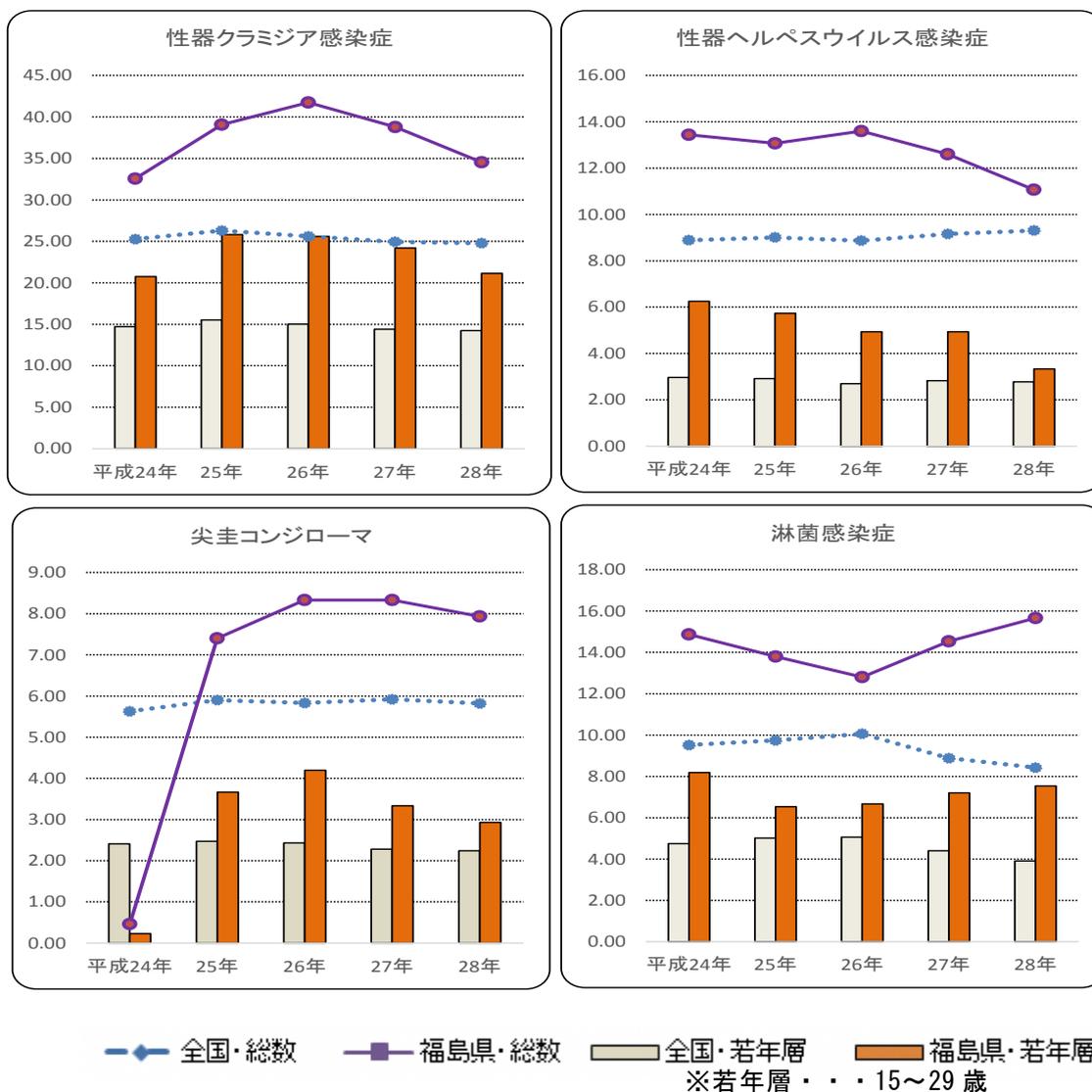
また、医療の進歩によりエイズ患者・HIV感染者の延命が図られてきており、エイズ患者・HIV感染者の一般医療（歯科、透析など）の提供体制や介護分野などにおける疾病の理解と受入体制の整備が必要になってきています。

図表2-4-7-1 HIV感染者・エイズ患者報告数の推移（福島県・全国）



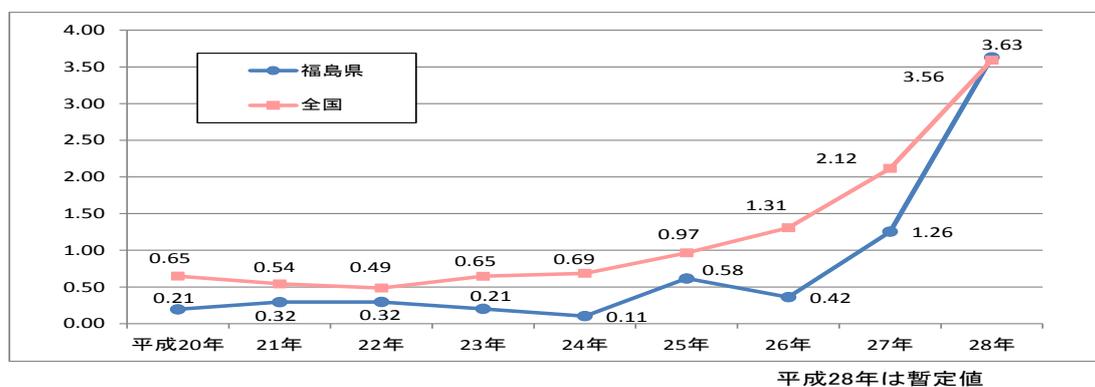
資料：エイズ発生動向年報（公益財団法人エイズ予防財団）

図表2-4-7-2 性感染症1定点あたりの報告数の年次推移



資料：感染症発生動向調査（厚生労働省）

図表2-4-7-3 人口10万人あたりの梅毒患者届出数の年次推移



資料：感染症発生動向調査（厚生労働省）

- 本県における肝炎ウイルスの持続感染者（キャリア）数は、B型が1.6～1.8万人、C型が1.5～2.2万人と推定されます。

肝炎を放置していると、その後肝硬変や肝がんに行進する可能性があるため、肝炎の早期発見及び早期治療による重症化予防が重要です。

- 麻疹のワクチン接種率は、全国平均を下回り十分とはいえない状況です。感染予防及びまん延防止のため、接種率の向上に取り組む必要があります。

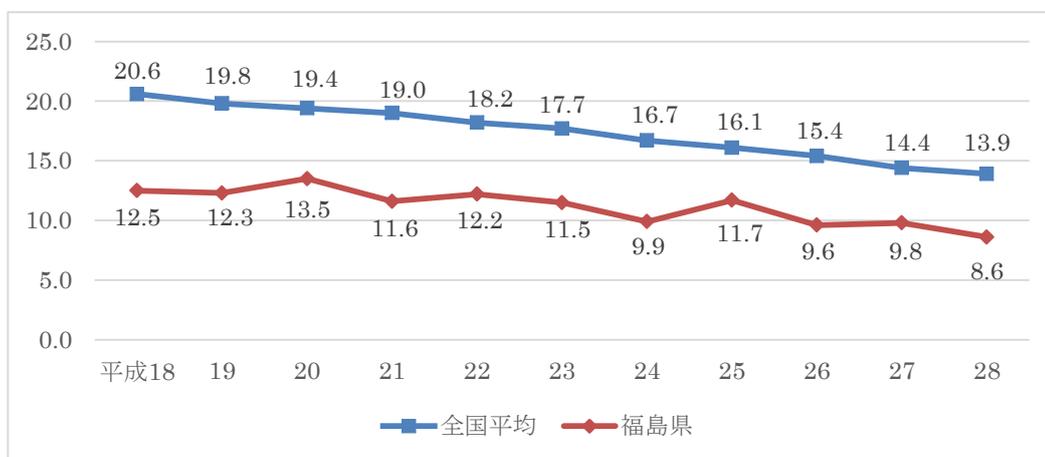
- 本県における結核罹患率は、国が「結核に関する特定感染症予防指針」で定めている目標値の人口10万対罹患率10.0を平成26年以降下回っています。

しかし、新登録患者に占める高齢者の割合が高い（平成28年新登録患者に占める65歳以上の割合67.48%）ことから、特に高齢者の早期発見及び適正医療の提供に努めるとともに、治療完遂に向けた服薬支援が必要です。

さらに、高齢者は結核の既感染者も多く、糖尿病やがんなどの免疫低下をきたす疾患を合併すると結核を発症することもあることから、健康を維持し結核の発病を予防することも重要です。

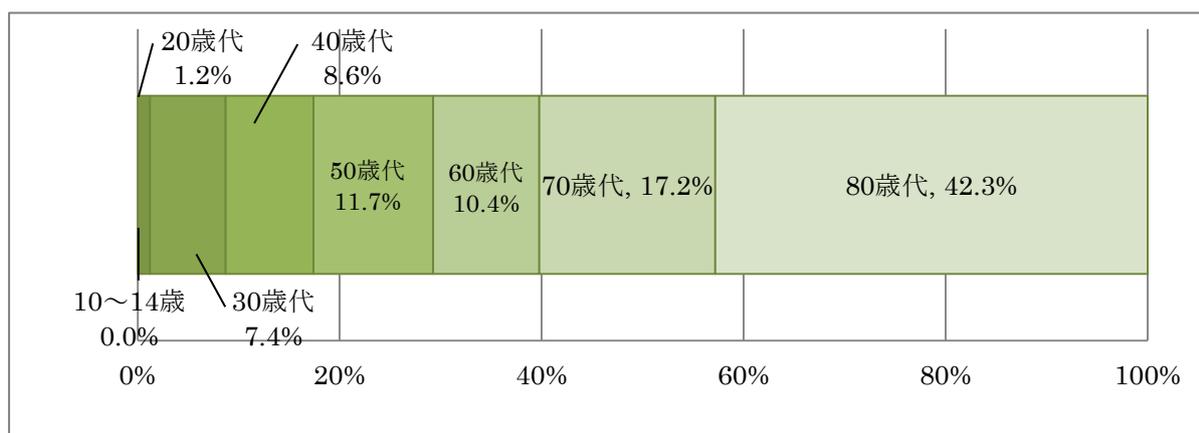
- 課題としては、結核患者の早期発見、医療機関及び施設内の集団感染の予防があげられます。また、入院患者の減少や専門医師の不在等により医療機関で結核病床を継続することが困難な状況がでており、患者の医療アクセスの利便性も考慮した上で、地方における必要な病床数を確保しておくことが重要となっています。

図表2-4-7-4 結核罹患率の推移（人口10万対）



資料：感染症発生動向調査（厚生労働省）

図表2-4-7-5 結核新登録者数年齢別割合（平成28年、福島県）



資料：疫学情報センター「結核の統計」（結核研究所）

- 病原性が高くまん延のおそれのある新型インフルエンザ等が発生すれば、国民の生命や健康、経済全体にも多くの影響を与えかねないものであることから、平成25年4月に「新型インフルエンザ等対策特別措置法」が施行されました。

本県においても、同法に基づき福島県新型インフルエンザ等対策本部条例を制定するとともに、同行動計画、マニュアル等を策定し、関係機関との連携のもと、新型インフルエンザ等の発生に備えた体制整備を進めています。

- 新型インフルエンザ等対策の実効性を確保するために、県行動計画に基づき、新型インフルエンザ等入院協力医療機関・帰国者接触者外来協力医療機関に対する設備整備や訓練、抗インフルエンザウイルス薬の備蓄、特定接種や住民接種の体制整備などを行っていく必要があります。
- 薬剤耐性菌については、感染症発生動向調査事業に基づき、医療機関から薬剤耐性菌感染症の発生報告や菌株提供を受けるなどして、県内における薬剤耐性菌の変化や拡大の予兆を的確に把握できるよう努めています。

施策の方向性と目標

1 健康危機管理の観点に立った迅速かつ的確な対応体制の整備

- 感染症発生動向調査体制の整備

福島県衛生研究所に設置している感染症情報センターの機能の充実を図り、感染症情報の迅速な収集・分析と医療機関や一般県民への情報の提供により、感染症予防を図ります。

○ 積極的疫学調査体制の整備

患者発生時の迅速で適切な対応のため、保健所職員の技術の向上と体制整備を図ります。

2 感染症の発生予防及びまん延防止に対応できる人材の育成、確保

新型インフルエンザなどの新興感染症、結核等の慢性感染症・再興感染症等の集団発生等に備え、保健所職員や感染症指定医療機関職員等に対する専門的な対応能力を習得する機会を広く設け、人材の育成・確保を図ります。

3 医療体制の整備

患者への適正な医療の提供のため、感染症指定医療機関の患者受け入れ体制の整備を図ります。

結核病床について、基準病床数及び各二次医療圏のバランスを考慮しながら、結核医療に必要な適正病床数の確保を図ります。

【福島県の感染症指定医療機関】

○ 第一種感染症指定医療機関

(平成 29 年 4 月 1 日現在)

医療機関名	
公立大学法人福島県立医科大学附属病院	

○ 第二種感染症指定医療機関

(平成 29 年 4 月 1 日現在)

地 域	医療機関名
県 北	福島赤十字病院
県 中	公立岩瀬病院
県 南	福島県厚生農業協同組合連合会白河厚生総合病院
会津・南会津	公立大学法人福島県立医科大学会津医療センター附属病院
相 双	福島県立大野病院※休止中（県北医療圏の指定医療機関の協力を得て対応）
い わ き	いわき市立総合磐城共立病院

【福島県内の結核病床を有する医療機関】

(平成 29 年 4 月 1 日現在)

地 域	医療機関名
県 北	公立大学法人福島県立医科大学附属病院
	公立藤田総合病院

地 域	医療機関名
県 南	福島県厚生農業協同組合連合会白河厚生総合病院
会津・南会津	公立大学法人福島県立医科大学会津医療センター附属病院
い わ き	いわき市立総合磐城共立病院

【福島県内で結核患者収容モデル事業を実施している医療機関】

(平成29年4月1日現在)

地 域	医療機関名
県 中	一般財団法人太田総合病院附属太田西ノ内病院
会津・南会津	竹田総合病院
	公立大学法人福島県立医科大学会津医療センター附属病院

4 予防知識の普及啓発

感染症の発生予防及び拡大防止を図るため、各年齢層（乳幼児、児童、生徒、学生、成人等）及び学校や高齢者施設等に対して、感染症に関する正しい知識及び予防策の普及啓発を図ります。

5 HIV・エイズ対策の推進

○ 正しい知識の普及・啓発

梅毒も含めた性感染症の予防と早期発見・早期治療のため、正しい知識の普及・啓発を図るとともに、保健所において梅毒やHIVの相談や検査ができる体制の維持を図ります。また、マスメディアを活用した広報、時期に合わせたキャンペーンの実施により、エイズ患者に対する差別、偏見の解消に努めます。

○ HIV・エイズ治療の体制整備及び患者支援

HIV感染者及びエイズ患者の受け入れ体制の整備のため、エイズ治療拠点病院の医療従事者研修や、病院間の情報交換、連携体制の構築を図ります。また、介護などの福祉分野におけるエイズの理解促進に努めます。

【福島県のエイズ拠点病院】

(平成29年4月1日現在)

地 域	医療機関名
県 北	◎公立大学法人福島県立医科大学附属病院
県 中	一般財団法人太田総合病院附属太田西ノ内病院
	一般財団法人太田総合病院附属太田熱海病院

地 域	医療機関名
県 中	公益財団法人湯浅報恩会寿泉堂総合病院
	独立行政法人国立病院機構福島病院
	公立岩瀬病院
県 南	福島県厚生農業協同組合連合会白河厚生総合病院
会津・南会津	公立大学法人福島県立医科大学会津医療センター附属病院
	竹田総合病院
	会津中央病院
相 双	南相馬市立総合病院
い わ き	独立行政法人労働者健康安全機構福島労災病院
	いわき市立総合磐城共立病院
	呉羽総合病院

◎中核病院

6 肝炎対策の推進

- 肝炎に関する正しい知識の普及啓発と感染予防の推進
 県民一人一人が肝炎について正しい知識を持つことで、新たな感染の予防が図られるよう普及啓発に取り組みます。

- 肝炎ウイルス検査の更なる促進
 県民が、一生に一回は肝炎ウイルス検査を受検できるよう検査体制を維持するとともに、早期に受検するよう勧奨を図ります。
 また、検査結果が陽性である者の早期かつ適切な受診を促すためのフォローアップ体制の維持を図ります。

- 適切な肝炎医療の推進
 患者等が病態に応じた適切な肝炎医療を受けられるよう、地域の医療機関における肝疾患診療連携体制を推進します。
 また、患者等の経済的負担を軽減するため、医療費助成制度に継続して取り組んでいくほか、地域の肝炎医療を推進する人材の育成を図ります。

- 肝炎患者及びその家族等に対する相談支援や情報提供の充実
 患者等及びその家族等の不安や精神的負担を軽減するため、県や市町村、関係団体と連携して相談支援を行うとともに、肝炎に関する最新情報の提供を図ります。

【福島県の肝疾患診療連携拠点病院】

(平成 29 年 4 月 1 日現在)

医療機関名
公立大学法人福島県立医科大学附属病院

【福島県内の肝疾患専門医療機関】

(平成 29 年 4 月 1 日現在)

地 域	医療機関名
県 北	福島赤十字病院
	公立藤田総合病院
	北福島医療センター
	医療法人辰星会栴記念病院
県 中	一般財団法人太田総合病院附属太田西ノ内病院
	公益財団法人湯浅報恩会寿泉堂総合病院
	一般財団法人脳神経疾患研究所附属総合南東北病院
	公益財団法人星総合病院
	医療法人平心会須賀川病院
	公立岩瀬病院
県 南	福島県厚生農業協同組合連合会白河厚生総合病院
	福島県厚生農業協同組合連合会塙厚生病院
会津・南会津	竹田総合病院
	会津中央病院
相 双	公立相馬総合病院
	南相馬市立総合病院
い わ き	いわき市立総合磐城共立病院
	呉羽総合病院
	独立行政法人労働者健康安全機構福島労災病院

7 予防接種の普及

(1) 施策の方向性

定期予防接種の有効性や必要性に関する情報を提供するとともに、居住市

町村以外でも予防接種が受けられるよう、県内における広域契約による体制整備を行うなど、予防接種率の向上に向けて市町村を支援します。

特に麻しんワクチンについては、麻しん排除の効果的な環境を維持するため、市町村におけるきめ細やかな接種勧奨を強化するなど、接種率の向上を推進します。

(2) 目標

指標名	現状値 (平成 28 年度)	目標値 (平成 32 年度)	備考
麻しん予防接種率 (Ⅰ期)	97.7%	98.0%	「福島県麻しん(はしか)対策指針」と整合性を図って目標を設定
麻しん予防接種率 (Ⅱ期)	92.9%	98.0%	

8 結核対策の推進

(1) 施策の方向性

○ 早期発見の推進

結核を発病した患者を早期に発見し、患者の重症化防止や周囲への感染拡大防止を図るため、専門医師の技術向上及び接触者健康診断等の推進により、早期受診・早期診断の徹底を図ります。

○ 適正医療の完遂(患者支援の徹底)

患者の確実な服薬を進めるため、個別支援計画を作成し、医療機関と行政機関の密な連携のもと、治療が終了するまで服薬支援を行う(DOTSの徹底)ことにより、治療成功率の向上と再発の防止を図ります。

○ 医療技術者の技術の向上

医師等医療技術者研修(モデル診査会)等により技術の向上を図ります。

○ 結核に関する正しい知識の普及・啓発

早期発見・早期治療の必要性や知識不足による新たな感染を予防するために、結核に対する正しい知識の普及・啓発を図ります。

(2) 目標

指標名	現状値	目標値	備考
結核罹患率	8.6 (平成 28 年)	7.0 以下 (平成 35 年)	人口 10 万人あたりの新規登録患者数

※平成 29 年度改訂の福島県結核予防計画に合わせて設定

9 新型インフルエンザ等対策の推進

(1) 施策の方向性

「福島県新型インフルエンザ等対策行動計画」及び「福島県新型インフルエンザ等対応マニュアル」に基づき、新型インフルエンザ等入院協力医療機関・帰国者接触者外来協力医療機関に対する設備整備を計画的に進めるとともに、圏域ごとに地域の医療体制の確保等に関する協議を行い、発生前からの連携を強化します。

また、発生に備えた訓練や抗インフルエンザウイルス薬の備蓄、特定接種や住民接種の体制整備をすすめ、発生時のまん延防止と県民生活や地域経済に及ぼす影響が最小となるよう、県内の新型インフルエンザ等対策の総合的な推進を図ります。

(2) 目標

指標名	現状値	目標値	備考
抗インフルエンザウイルス薬の備蓄率	100.0% (平成29年度)	国が示す備蓄目標数を踏まえ適切に対応する。	

第8節 移植医療

現状と課題

- 臓器移植は、「臓器の移植に関する法律」（平成9年法律第104号）に基づき、公益社団法人日本臓器移植ネットワークを中心に、臓器移植の全国統一運用と臓器移植希望者の全国一元管理により公正かつ適正に行われています。
- 県内には、脳死からの臓器提供施設が6施設、臓器移植施設は1施設あります。
- 本県においては、公益財団法人福島県臓器移植推進財団に福島県臓器移植コーディネーターを配置し臓器移植を進めるとともに、臓器や眼球の提供希望者への呼びかけや登録等を実施しています。
- 白血病や再生不良性貧血の治療である骨髄移植を推進するため、骨髄バンク事業について、県民に対する普及啓発を推進するとともに、移動献血併行型登録会等の実施により骨髄提供希望者の登録を進めています。平成29年8月末現在の骨髄ドナー登録者実数は、15,111人となっています。

施策の方向性と目標

(1) 施策の方向性

- 福島県臓器移植コーディネーターを配置し、臓器提供意思表示カード等の普及を始めとする臓器移植全般の普及啓発活動を通じて、正しい知識の普及啓発を推進します。
- アイバンク、骨髄バンクの各バンク事業を支援し、提供希望者の登録機会の確保に努め、提供希望者の登録の増加を図ります。

(2) 目標

指標名	現状	目標値	備考
骨髄ドナー登録者数	15,111人 (平成29年8月)	20,000人 (平成35年度)	

【福島県の臓器提供施設等】

○ 脳死からの臓器提供施設

地 域	医 療 機 関 名
県 北	公立大学法人福島県立医科大学附属病院
	公立藤田総合病院
県 中	一般財団法人脳神経疾患研究所附属総合南東北病院
会津・ 南会津	会津中央病院
	竹田総合病院
いわき	いわき市立総合磐城共立病院

○ 臓器移植施設

医 療 機 関 名
公立大学法人福島県立医科大学附属病院

【福島県内の各バンク一覧】

区 分	登録機関名	所在地	事業内容
臓器移植 アイバンク	公益財団法人 福島県臓器移植推進財団	福島市杉妻町 2-16 福島県保健福祉部 地域医療課内	<ul style="list-style-type: none"> 臓器提供意思表示カードの配布 眼球提供者の募集及び登録 眼球提供のあっせん
骨髄バンク	福島県赤十字血液センター	福島市永井川字北原田 17	<ul style="list-style-type: none"> 骨髄提供希望者の登録
	郡山駅前献血ルーム	郡山市駅前 1-6-10	
	福島県会津赤十字血液センター	会津若松市一箕町大字八幡字門田 1-2	
	福島県いわき赤十字血液センター	いわき市中央台飯野五丁目 1-1	
	福島県県中保健福祉事務所	須賀川市旭町 153-1	
	福島県県南保健福祉事務所	白河市郭内 127	
	福島県相双保健福祉事務所	南相馬市原町区錦町 1-30	

第9節 難病対策

現状と課題

- 指定難病医療費助成事業及び特定疾患治療研究事業の対象となる疾患は、治療法が未確立のため療養生活が長期にわたることから、これらの難病患者の医療費の自己負担の軽減について、今後とも継続していく必要があります。

※本節では以下を「難病」と表記し、その医療費等助成事業等を「難病事業」と表記します。

- ・ 指定難病：平成 27 年 1 月に施行された「難病の患者に対する医療等に関する法律（難病法）」により特定医療費の支給対象となる疾患
 - ・ 特定疾患：難病法施行以前から難病として国の医療費助成、研究の対象とされていた疾患であって、難病法上の指定を受けていない疾患
- 上記難病事業申請者数は増加を続けており、平成 28 年度末現在、本県の難病事業認定者数は 14,993 人となっています。
 - 日常生活に支障がある難病患者に対して、病状や病態に応じた保健・医療・福祉サービスの提供により、在宅での生活を支援する必要があります。
 - 福島県難病相談支援センターに難病相談員を配置し、難病患者及び家族等の療養上の相談・支援にあたっています。

施策の方向性と目標

1 難病患者に対する医療費の自己負担の軽減

難病は経過が慢性にわたる疾患で、日常生活に困難をきたすとともに、経済的にも大きな負担となっていることから、難病患者の医療費の自己負担の軽減を図ります。

2 遷延性意識障がい者に対する負担の軽減

事故、疾病等により大脳機能が長く損なわれた状態となる遷延性意識障がい者の看護は、家族の負担が極めて大きく、経済的、精神的にも家庭生活を脅かすことから、患者の経済的負担の軽減を図ります。

3 先天性血液凝固因子障害等患者に対する負担の軽減

先天性血液凝固因子障害等患者の医療費の自己負担分を公費で負担することにより、患者の経済的・精神的・身体的不安の軽減を図ります。

4 難病相談支援センターの運営

難病患者や家族の療養及び日常生活上の悩みと不安の軽減のため、病気に関する相談や各種情報の提供、患者家族会の支援などを行う難病相談支援センターの運営を行います。

また、難病患者が相談員となり同じ疾患をもつ患者に対応するピアサポートを支援し、難病患者やその家族の不安解消を図ります。

さらに、難病患者の就労支援に向け、ハローワーク等との連携に努めます。

5 重症難病患者療養支援ネットワークの充実

入院が必要となった重症難病患者の適時・適切な入院施設の確保等ができるよう、医療機関や福祉施設等の連携による難病医療体制の充実を図ります。

6 難病在宅療養者支援体制の充実

難病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に対する適切な在宅療養支援が行われるよう、保健福祉事務所を中心として、地域の医療機関、市町村、患者家族会等の関係機関との連携の下に、訪問・電話等による相談指導、医療相談、訪問診療等を実施し、難病在宅療養者支援体制の充実を図ります。

7 難病医療の質の向上

現在、国において、「難病患者に対する医療費の総合的な推進を図るための基本的な方針」の中で、各地域の実情を踏まえた医療体制構築の推進をうたっており、本県においても各地域における難病医療体制の充実に向けた検討をしていきます。

図表2-4-9-1 難病事業認定者数（平成28年度）

疾患区分	疾患名	認定者数(人)
血液内科系疾患	特発性血小板減少性紫斑病 他	631
循環器内科系疾患	特発性拡張型心筋症 他	1,299
リウマチ膠原病内科系疾患	全身性エリテマトーデス 他	2,142
消化器内科系疾患	潰瘍性大腸炎 他	3,440
呼吸器内科系疾患	オスラー病 他	19
眼科系疾患	網膜色素変性症 他	606
脳神経外科系疾患	もやもや病 他	348
神経内科系疾患	パーキンソン病 他	3,617
皮膚科系疾患	全身性強皮症 他	965
内分泌代謝内科系疾患	下垂体前葉機能低下症 他	562
腎臓内科系疾患	多発性嚢胞腎 他	201
整形外科系疾患	後縦靭帯骨化症 他	1,051
小児科系(その他分野にまたがるもの)	巨大動静脈奇形(頸部顔面又は四肢病変) 他	21
泌尿器科系疾患	間質性膀胱炎(ハンナ型) 他	6
耳鼻咽喉科系疾患	好酸球性副鼻腔炎 他	85
	総計	14,993

第10節 アレルギー疾患対策

現状と課題

- 国が示す「アレルギー疾患対策の推進に関する基本的な指針」によると、乳幼児から高齢者まで国民の約2人に1人が何らかのアレルギー疾患を有しており、罹患者は増加傾向にあるとされています。
- アレルギー疾患の多くは、診療・管理ガイドライン（アレルギー関連学会が作成）による標準的な治療により、症状のコントロールが可能となってきましたが、重症及び難治性アレルギー疾患は、専門医療機関の治療が必要となる場合があります。
- 県では現在、アレルギー科を標榜する県内の医療機関の情報や、花粉症の予防についての情報をホームページ上で周知しておりますが、アレルギー疾患に関して、今後も引き続き、より適切な情報の提供に努める必要があります。
- ホームページ上での情報提供に加え、県内各保健福祉事務所においては、アレルギーに関する相談（主に花粉症について）に応じています。
アレルギー疾患は症状の悪化や、治療のための通院及び入院でQOLが低下する場合もあり、相談内容が療養生活全般に及ぶことも考えられるため、相談対応者の資質向上が必要となります。
- 食物アレルギーについては、食品による健康被害を防止するため、発症者数や症状の重症度から特に注意すべき7種のアレルゲン（アレルギーの原因となる物質）について、加工食品への表示が食品表示法により義務付けられています。しかし、事業者の認識・確認不足等により、アレルゲンの記載がないまま出荷される事例が発生しています。

施策の方向性と目標

1 医療提供体制等の確保

- 都道府県では、アレルギー疾患医療の拠点となる医療機関（拠点病院）を指定することが求められており、本県のアレルギー疾患の課題に応じた診療連携体制のあり方等を検討してまいります。

2 情報提供・相談体制の充実

- 国やアレルギー学会等からの最新情報を県のホームページ等で提供するよ

う努めます。

- アレルギー疾患を持つ人への相談に対応する者の資質向上を図ります。

3 食品表示法にかかる事業者への指導

- 食品表示法に定める表示の徹底について、今後も引き続き講習会等を通じた情報提供や注意喚起を行うとともに、事業者に対する監視指導を推進します。

第11節 歯科保健医療対策

現状と課題

- 歯科口腔保健の推進は、県民が健康で質の高い生活を営む上で、基礎的かつ重要な役割を果たすものです。
- 福島県では、「福島県歯科口腔保健の推進に関する条例」を制定し、条例及び条例に基づいて定める「福島県歯科保健基本計画」に基づく施策と連携しながら、歯科口腔保健の推進と歯科医療の確保を図っています。

1 各ライフステージにおける状況

- 妊娠期においては、歯周病が悪化しやすく、重度の歯周病に罹患している妊婦は、歯周病に罹患していない妊婦に比べ、早産や低体重児出産のリスクが高まります。低出生体重児は、成人になってからメタボリックシンドローム発症の危険性が高まると指摘されていることもあり、知識の普及啓発及び検診受診を推進する必要があります。

また、う蝕原性菌の母子伝播及びう蝕発症に及ぼす影響についての知識の普及啓発も重要です。

- 乳幼児期における健全な歯・口腔の育成は、生涯を通じた歯・口腔の健康のために極めて重要であり、口腔清掃や望ましい食習慣等、適切な生活習慣を身に付けることが必要です。

3歳児のむし歯の状況を見ると、一人平均むし歯数、むし歯有病者率ともに近年着実に減少していますが、いずれも全国平均と比較して高い状況にあり、乳幼児期の歯科口腔保健の推進が課題となっています。

- 学齢期においては、う蝕が代表的疾病になっており、歯肉炎の罹患の低年齢化も見られます。小学生から高校生までの発達段階を踏まえながら、基本的な生活習慣の確立を図り、適切な自己管理ができるよう歯・口腔の健康づくりに対する意識を育てていく必要があります。

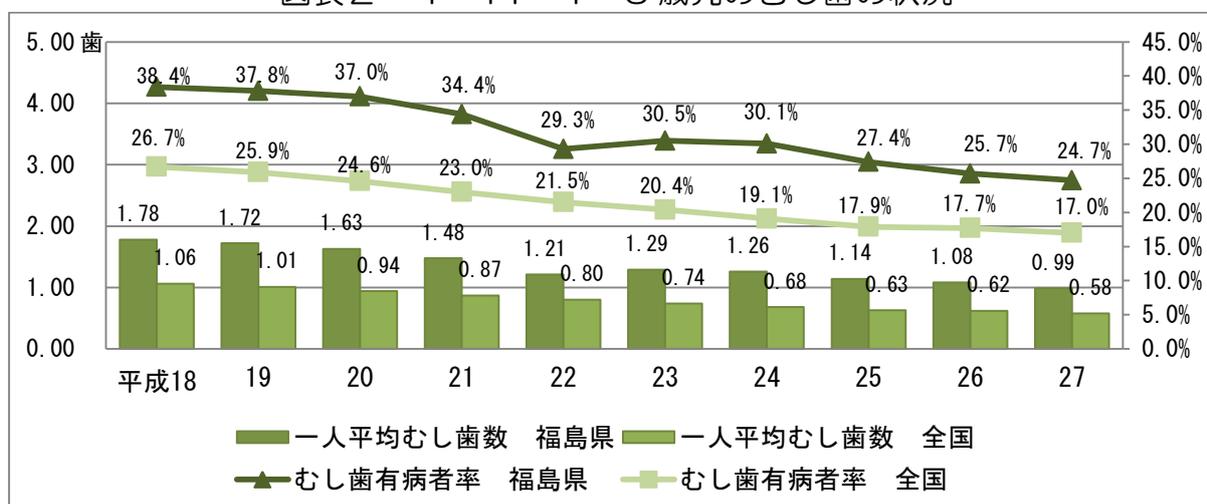
- 成人期においては、う蝕とともに、歯周病の罹患とその重度化が問題となってきます。歯周病が糖尿病等の全身疾患に及ぼす影響や、喫煙や糖尿病が歯周病の危険因子となることを理解し、禁煙を始めとした生活習慣の改善を図るための知識の普及啓発が必要です。

○ 高齢期においては、摂食・嚥下等の口腔機能が低下しやすく、オーラルフレイルと呼ばれる口腔機能の軽微な低下を見逃すと、全身的な機能低下に進行するため、知識の普及啓発が必要です。

また、口腔機能の低下は誤嚥性肺炎（口腔内の細菌が、唾液や食べ物と一緒に誤って気管に入ることが主因となって起こる肺炎）の要因となるため、良好な口腔衛生状態や口腔機能の保持が重要になります。

平成元年から、80歳で20本以上の歯を残すことを目標とする「8020（はちまる・にいまる）運動」が推進されており、健康寿命延伸のためにも、今後も高齢者の歯の喪失予防対策とともに、残存歯のう蝕予防を含めた口腔機能の維持・向上を図る対策の推進が必要です。

図表2-4-11-1 3歳児のむし歯の状況



資料：福島県 3歳児健康診査結果

2 在宅歯科医療

○ 地域包括ケアシステムの構築を進める上で在宅歯科医療を中心とした医科歯科連携は重要です。

在宅療養者の増加等に併せて、在宅歯科医療の推進が求められていますが、限られた機材の下で適切な歯科診療を行うための歯科医師のスキル向上や在宅等における歯科医療ニーズの適切な把握方法の検討が必要です。在宅歯科医療の一端を担う在宅療養支援歯科診療所は、本県では平成28年3月現在で45施設となっており、人口10万人あたりで見ると2.4施設と、全国平均の4.8施設を大きく下回っています。

在宅歯科医療の推進を図るためには、在宅療養支援歯科診療所を始めとする訪問歯科診療等を行う体制の整備が必要です。

図表2-4-11-2 在宅療養支援歯科診療所数

	全国	福島県	県北	県中	県南	会津・南会津		相双	いわき	
						会津	南会津			
実数	6,140	45	18	13	1	7	6	1	0	6
人口10万人対	4.8	2.4	3.7	2.4	0.7	2.5	2.4	3.7	0.0	1.7

資料：平成28年3月時点の診療報酬施設基準届出（厚生労働省）

※人口10万人あたりの算出に用いた人口は、国勢調査人口（平成27年10月1日現在）（総務省）

- また、在宅歯科医療の推進には、歯科と医科や介護分野等の連携が必要であり、本県では平成22年度から県歯科医師会に委託して、「福島県在宅歯科医療連携室」を設置しています。

在宅歯科医療連携室では、医科・介護機関等との連携促進に関する取組や、在宅歯科医療を希望する県民の方の相談に応じる窓口の設置、在宅歯科医療を行う歯科診療所の紹介等を行っています。

今後も、地域連携クリティカルパスへの歯科の参画等により、医科・介護機関等との連携を促進し、在宅歯科医療を推進していく必要があります。

3 歯科医療を担う人材

- 平成28年の医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）によると、本県の医療施設従事歯科医師数は1,324人、人口10万人あたり69.6人となっており、全国平均の80.0人を下回っています。

- また、平成28年の衛生行政報告例（厚生労働省）によると、本県の就業歯科衛生士数は1,396人、人口10万人あたり73.4人となっており、これも全国平均の97.6人を下回っています。

一方、就業歯科技工士数は752人で、人口10万人あたり39.6人となっており、全国平均の27.3人を上回っています。

- 人材の確保については、第2章「医療を支える人材の確保」において詳述していますが、特に歯科衛生士の確保が課題となっています。

必要となる医療機能

1 休日・夜間等の歯科医療提供体制

- 日常の歯科医療は歯科診療所等が担いますが、休日・夜間等に歯科医療を提供する機能を担う体制が必要です。

- 休日・夜間の歯科医療提供体制としては、地区歯科医師会等による歯科在宅当番医制が 4 地区で、市が設置する休日等歯科診療所が 3 市で、それぞれ実施されており、全ての二次医療圏でいずれかの体制が取られています。

2 在宅歯科医療

- 高齢化の進行と在宅療養者の増加等に伴い、通院が困難な患者への在宅歯科医療を提供する機能が必要となっています。在宅歯科医療には、歯科訪問診療・訪問歯科衛生指導を行える機能や、関係機関との連携体制及び休日・夜間等における緊急時の体制の確保が必要とされます。

- 歯科訪問診療を行う歯科診療所については、県歯科医師会のホームページに、平成 29 年 9 月現在、221 施設が掲載されていますが、今後の充実が必要となります。

また、福島県で設置する「福島県在宅歯科医療連携室」では、歯科訪問診療等を行う歯科診療所の相談等に対応しています。

- なお、関係機関との連携により、在宅等の療養に関して歯科医療面から支援できる体制等を確保している在宅療養支援歯科診療所については、平成 28 年 3 月現在、図表 2-4-11-2 のとおりとなっていますが、まだ県内に少ないのが現状であり、今後の充実が必要となっています。

- 一方で、在宅歯科医療の推進には、医科・介護機関等との連携が欠かせません。多職種連携を促進する機能が必要とされます。

また、在宅歯科医療についての普及啓発を進め、ニーズに応じた在宅歯科医療実施機関を紹介するなど、県民のニーズに的確に応える機能が必要とされます。

このため、福島県では「福島県在宅歯科医療連携室」を設置し、以下の取組を行っています。

- ・ 訪問歯科診療実施医療機関に関する情報収集
- ・ 医科・介護等との連携・調整
- ・ 在宅歯科医療希望者への相談対応
- ・ 在宅歯科医療や口腔ケア指導等の実施歯科診療所等の紹介
- ・ 在宅歯科医療に関する普及啓発

【福島県在宅歯科医療連携室】

寝たきりなどにより通院が困難な方、病気やけがの治療・リハビリなどにより入院されている方、介護施設に入所されている方の治療を希望される場合に、訪問歯科診療を行う歯科医院を紹介しています。

○電話番号 024-523-3268

○受付時間 平日の午前8時30分～午後5時

- ヘき地等の医療資源が限られた地域においても、高齢者及び在宅等で療養を行う患者の口腔衛生の重要性に鑑み、在宅歯科医療を推進することが重要です。
- がんや脳卒中等の治療過程における口腔管理の実施は患者の負担軽減に期待が持てることから、周術期等の口腔管理における医科歯科の連携体制の充実が必要となります。
また、退院時の歯科医療に関する調整についても医科歯科の連携体制が求められます。
なお、各疾病に応じて必要とする歯科に関する医療機能については、各疾病等の節において記載しています。
- また、障がいのある方への対応が可能な歯科医療機関の確保も重要です。重度の障がいのある方に対しては高次歯科医療機関の整備とともに、高次歯科医療機関への紹介を行う体制整備が必要とされています。障がいのある方への対応が可能な歯科医療機関は県のホームページに掲載しています。

施策の方向性と目標

1 ライフステージに応じたう蝕・歯周疾患予防対策

(1) 施策の方向性

- 妊娠期の歯周病の予防を推進するため、妊婦歯科検診を推進するとともに、う蝕原性菌の母子伝搬及びう蝕発症に及ぼす影響についての知識の普及啓発を図ります。
- 乳幼児期におけるう蝕の予防は、その後の生活の質の向上を図る上で極めて重要であるため、周産期における歯科保健指導や、保護者への知識の普及を推進します。

- 幼児期から学齢期のう蝕予防対策のため、規則正しい生活習慣の普及を推進するとともに、フッ化物応用その他科学的根拠に基づいたう蝕予防対策の推進を図ります。
- 成人期については、歯周病と糖尿病の関係が明らかになっており、合併症予防及び良好な血糖コントロール維持のために、歯科医療機関にあっては、糖尿病と口腔管理との関係性を踏まえた処置及び口腔衛生指導の実施を推進します。
- 高齢化における、口腔機能の軽微な低下であるオーラルフレイルは全身的な機能低下に関係しますが、見逃しやすく、気づきにくいいため、オーラルフレイルの考え方や予防について普及啓発を推進します。

(2) 目標

指標名	現状	目標値	備考
3歳児におけるう蝕のない児の割合	75.2% (平成 27 年度)	90% (平成 34 年度)	地域保健・健康増進事業報告 ※ 福島県歯科保健基本計画と整合性を図って目標を設定。

2 在宅歯科医療の推進

(1) 施策の方向性

- 高齢化の進行と在宅療養患者の増加等に伴い、在宅歯科医療の推進が必要となっていることから、在宅歯科医療連携室を中心に、歯科と医科・介護等の連携を促進し、多職種連携による在宅歯科医療の推進を図るとともに、在宅歯科医療の普及啓発に努めます。
また、在宅歯科医療の提供体制の整備を促進するため、在宅歯科医療に取り組む医療機関を支援するとともに、要介護者等への歯科保健医療の提供に関する研修を支援します。
- がんの治療過程における口腔管理を促進するため、がん診療連携拠点病院が歯科医師及び歯科衛生士を配置又は外部から派遣を受け、患者の周術期等の口腔管理や退院時における歯科診療所等の紹介を行う取組を支援します。
- 障がい児(者)に対する口腔管理や歯科治療を行う体制の充実を図るため、障がい児(者)施設における定期的な歯科健康診断や歯科保健事業の実施を促進するとともに、重度の障がい児(者)への対応も含め、障がい児(者)

に対する適切な歯科治療が可能な歯科医療機関の整備に努めます。

(2) 目標

指標名	現状	目標値	備考
在宅療養支援 歯科診療所数	51 (平成 29 年 9 月)	84 (平成 35 年度)	診療報酬施設基準届出
訪問診療（居 宅）実施件数 （人口 10 万 人対）	35.2 (平成 26 年度)	77.8 (平成 35 年度)	医療施設調査 ※ 全国平均を目標。

3 東日本大震災の被災者への支援等

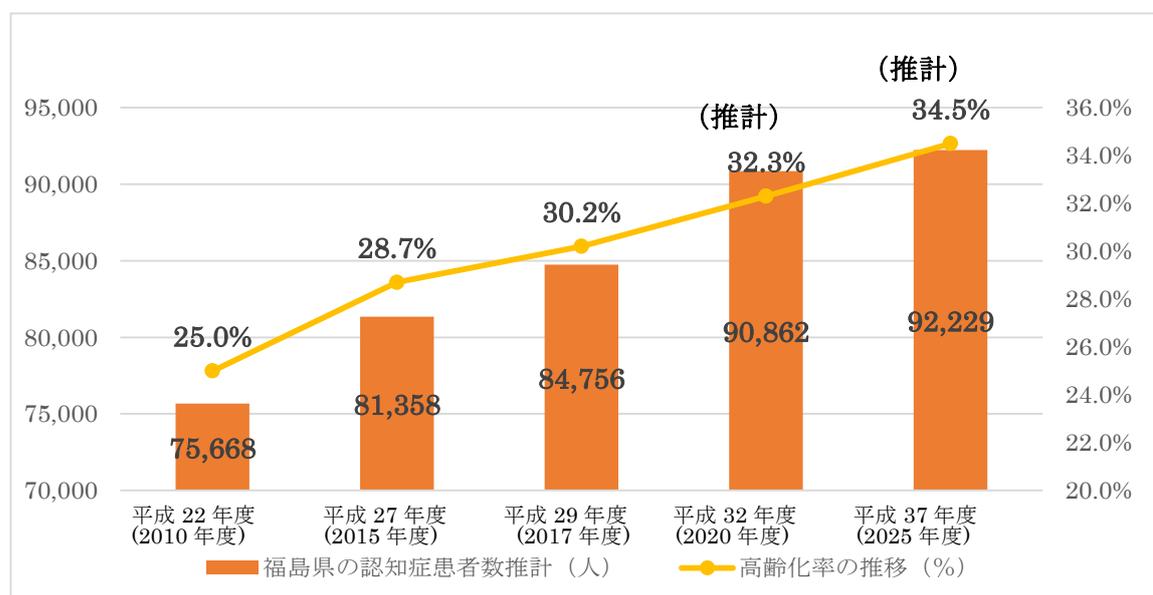
- 東日本大震災による被災者の歯・口腔の健康づくりが推進できるよう、関係機関と連携を図りながら、被災市町村の歯科口腔保健活動の支援に努めます。
- 東京電力福島第一原子力発電所の事故に伴い避難指示等があった区域においては、区域の見直し等に合わせて歯科医療機関の再開を支援し、歯科医療提供体制の確保を図ります。

第 12 節 認知症対策

現状と課題

- 県内には、平成 29 年 10 月現在、高齢者人口の 15%にあたる約 84,000 人以上の認知症高齢者がいると推計されています。今後も、高齢化の進展に伴い、その数は増加していくと予測されており、認知症の発症予防から早期発見・早期対応の体制整備、認知症の人やその家族への支援の充実など総合的に認知症施策を推進していく必要があります。

図表 2-4-12-1 福島県の高齢化率と認知症高齢者数の推移



資料：福島県保健福祉部

- 認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができるよう、国では平成 27 年 1 月に「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」を策定しました。さらに、本県においても平成 29 年度に「福島県認知症施策推進行動計画（福島県版オレンジプラン）」を策定し、行政、医療、介護、県民の役割を明記して、社会全体で認知症の人や家族を支える体制づくりを推進していきます。
- 地域全体で認知症の人や家族をさりげなく見守る体制の整備や認知症の発症予防のためには、広く県民に対し、認知症についての正しい知識の普及・啓発を行い、認知症への理解を促進することが必要です。

施策の方向性と目標

1 認知症についての正しい知識の普及・啓発

- 認知症啓発キャンペーンや認知症サポーター養成講座等を通して、広く県民に認知症についての正しい知識の啓発と幅広い世代への認知症サポーターの養成を行い、地域全体で認知症の人やその家族を支援する体制構築を推進します。
- 県民一人一人が認知症の発症予防に関心をもち、生活習慣の改善や社会参加が図られるよう、認知症の正しい知識の普及・啓発を進めるとともに、体操教室や介護サロン、趣味活動等住民主体の運営による取組を推進します。

2 早期診断・早期対応の体制整備と連携強化

(1) 施策の方向性

- 認知症は早期に発見し治療を開始すれば、症状の進行を遅らせることができる可能性があります。早期発見のためには、日常的に通院しているかかりつけ医、かかりつけ歯科医など医療従事者の「気づき」が重要です。そのため、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、薬剤師、看護師など医療従事者への研修を実施するとともに、かかりつけ医等からの相談への対応や認知症初期集中支援チーム員として活動する認知症サポート医を養成し、医療従事者の認知症対応力向上を図ります。
- 認知症の人の介護にあたっては、認知症をよく理解し、本人主体の介護を行うことで、行動・心理症状（BPSD）を改善させるなど、認知症の症状にあわせた適切な介護の実践が必要となります。そのため、介護経験の少ない職員から経験豊富な職員まで、どの介護職員も認知症の人に対して、質の高い介護を一体的かつ継続的に提供できるよう、介護職員の経験年数や知識・技術の習熟度にあわせ、認知症対応力向上研修を開催します。
- 認知症疾患に関する詳細な診断や専門医療相談等を実施する「認知症疾患医療センター」について、各高齢者福祉圏域に1か所の整備を推進します。
また、都道府県の拠点となる「基幹型」や高齢者人口が多い圏域では複数のセンターの整備を推進します。
- 薬剤師の認知症対応力の向上を図ることにより、認知症予備群の人に早期に気づき、かかりつけ医など他の医療従事者や地域包括支援センターなどと

連携しながら対応するとともに、認知症の啓発活動を実施する地域の認知症対応の拠点として「認知症対応薬局」の整備を推進します。

- また、歯科については認知症が重症化してからの診療が困難となるため、歯科医師の認知症対応力の向上を図り、早期受診の勧奨に努めます。
- 平成 30 年 4 月より、全ての市町村に認知症初期集中支援チーム（以下「支援チーム」という。）の設置と認知症地域支援推進員（以下「推進員」という。）の配置がなされます。支援チームは、医師を含む複数の専門職が認知症の人やその家族に初期の段階から関わり、集中的な支援を実施します。また推進員は、医療・介護等の連携を図るための支援や認知症の人やその家族を支援する相談業務などを行います。
市町村が、支援チームの体制強化や推進員の複数配置などができるよう、研修受講の支援を行うとともに、県外を含めた他市町村の取組報告や情報交換を行う研修会の開催を通じて、活動を支援します。
- 医療・介護などの連携強化のため、関係者が一堂に集まる機会を定期的に設け、有識者や関係機関の意見を伺いながら、県の認知症施策に反映させるとともに、各分野の連携強化を図ります。
これらの活動が、多職種と連携しながら円滑に機能するよう、研修会の開催や認知症ケアパス・退院調整ルールを活用支援などを実施していきます。

（2）目標

指標名	現状	目標値	備考
かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者数（累計）	970 人 （平成 28 年度）	1,300 人以上 （平成 32 年度）	高齢者人口 470 人あたり 1 人を目標
認知症サポート医養成研修修了者数（累計）	108 人 （平成 28 年度）	240 人以上 （平成 32 年度）	一般診療所 6 か所に 1 人程度
歯科医師認知症対応力向上研修修了者数（累計）	71 人 （平成 28 年度）	350 人以上 （平成 32 年度）	歯科診療所・医療施設に従事している歯科医師の 4 人に 1 人
薬剤師認知症対応力向上研修修了者数（累計）	194 人 （平成 28 年度）	700 人以上 （平成 32 年度）	薬局・医療施設に従事している薬剤師の 4 人に 1 人
看護職員認知症対応力向上研修修了者数（累計）	107 人 （平成 28 年度）	400 人以上 （平成 32 年度）	1 病院 3 人以上

指標名	現状	目標値	備考
認知症対応薬局数	0か所 (平成28年度)	200か所 (平成32年度)	概ね中学校単位に1か所以上

※ 福島県認知症施策推進行動計画と整合性を図って目標を設定。

3 若年性の認知症対策の強化

- 行政機関や相談にあたる人たちを含め、広く県民に対し啓発活動を行い、若年性認知症の早期発見・早期対応や社会参加、就労支援へつなげるため、若年性認知症への理解を促進します。また、若年性認知症の人やその家族に対する相談体制を確立し、若年性認知症の人に対し、適切な支援を行います。

4 認知症の人とその家族への支援の充実

- 介護者を含めた当事者間の交流や情報交換を促進するため、認知症カフェといった交流の場を整備するとともに、認知症コールセンターなど相談窓口の運用や周知を通じて、介護者の負担を軽減していきます。
- 地域住民に対して、認知症サポーター養成講座を通じて認知症への理解を深めるとともに、地域住民、行政、関係機関が一体となった認知症の人の見守り体制構築を推進します。
また、高齢者の交通安全確保や消費者トラブルに巻き込まれることを未然に防ぐため、認知症の人の家族や地域住民等へ啓発活動を実施するとともに、相談体制の整備により被害の未然防止・拡大防止を図ります。

第 13 節 薬物乱用防止対策

現状と課題

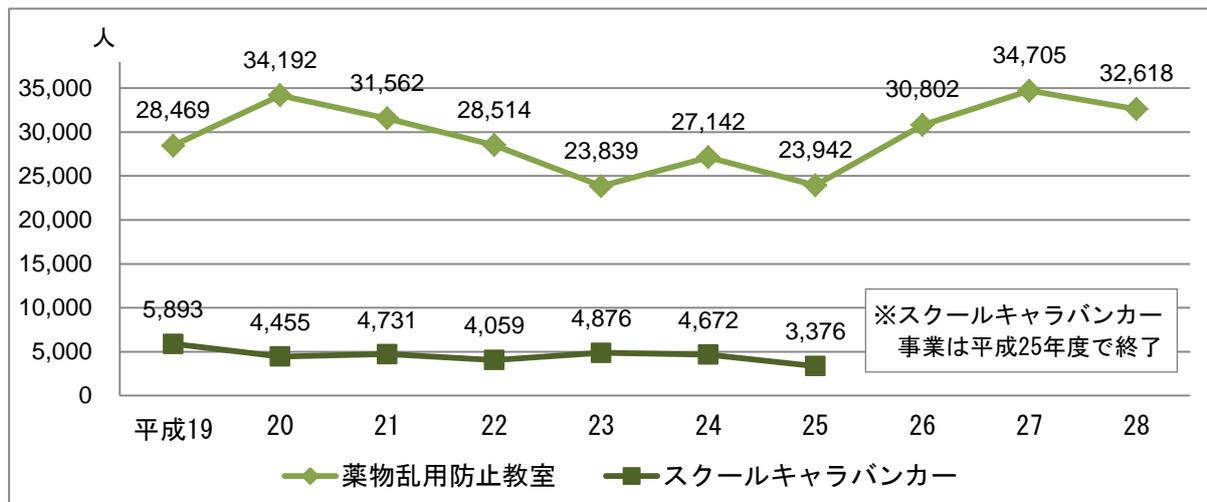
- 依然として若年層における薬物乱用は後を絶たない状況にあるため、小・中・高校生等を対象とした薬物乱用防止教室等を実施して、薬物を乱用しないよう薬物の恐ろしさについての正しい知識の普及に努めています。
- 乱用される薬物のなかには、覚醒剤や大麻を始め、「合法」などと称して言葉巧みに密売されている指定薬物（いわゆる危険ドラッグ）等も存在するため、有害性を正しく認識しないまま手を出し、心身に異常を来たして死亡したり、交通死亡事故を起こしたりしてしまう例があります。
- 強壮効果や痩身効果を効能としたいわゆる健康食品の中には、医薬品成分が違法に配合されているものや国内未承認の海外製品が出回っており、健康被害の発生のおそれのある未承認医薬品の違法販売が散見されるため、健康食品等の買い上げ検査を実施しています。
- 薬物乱用は県内全域で確認されています。今後も引き続き、薬物乱用防止指導員等による地域に根差した薬物乱用防止活動を展開する必要があります。
- 乱用される薬物には「依存性」があり、再乱用率が高いことが分かっています。そのため、薬物依存症者本人とその家族に対する支援の充実を図り、二度と薬物に手を出さない環境づくりが急務とされています。

図表 2-4-13-1 福島県における覚醒剤事犯検挙者数

年	検挙者数	検挙者内訳					
		未成年 (%)		女性 (%)		暴力団 (%)	
平成 24 年	126	1	0.8	23	18.3	57	45.2
平成 25 年	94	0	0.0	15	16.0	32	34.0
平成 26 年	115	1	0.9	13	11.3	36	31.3
平成 27 年	126	2	1.6	15	11.9	39	31.0
平成 28 年	117	1	0.9	20	17.0	33	28.0

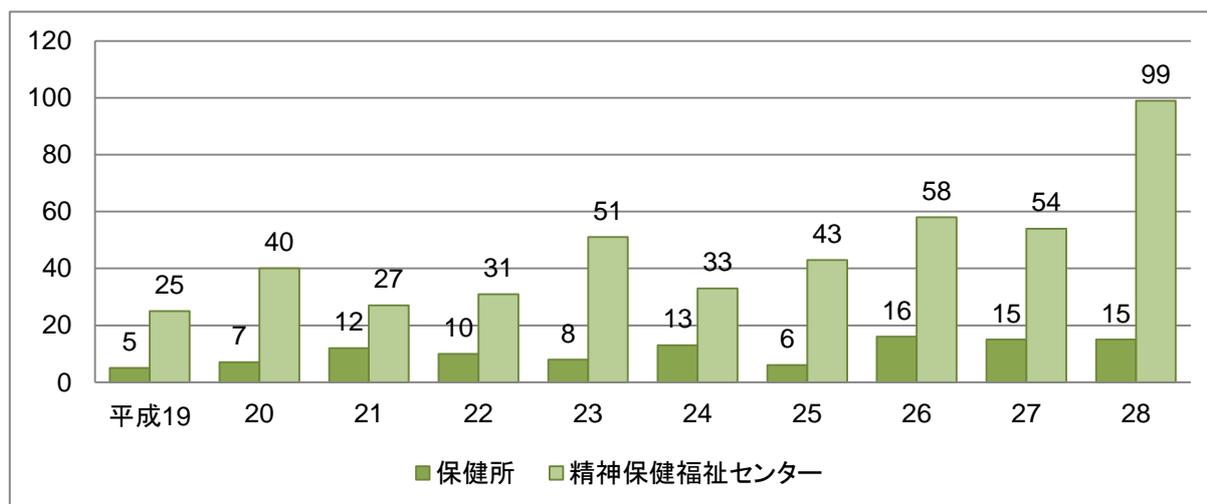
資料：福島県警察本部

図表2-4-13-2 薬物乱用防止教室及びスクールキャラバンカーの受講者数の推移（福島県）



資料：福島県保健福祉部

図表2-4-13-3 薬物関連相談件数の推移（福島県）



資料：福島県保健福祉部

施策の方向性と目標

1 薬物乱用防止意識の醸成

- 関係機関の協力のもと、「ダメ。ゼッタイ。」福島県普及運動6・26ヤング街頭キャンペーンを実施し、県民一人一人の薬物乱用問題に対する意識を高めます。

また、薬物乱用防止教室等の啓発活動をとおして、ゲートウェイドラッグ（乱用の入り口になる薬物）等不正薬物を受け付けない、または排除する意識を高め、自分の健康は自分で守ることができるようにします。

2 危険ドラッグ等買い上げ検査等の充実

- 薬物乱用のきっかけとなる危険ドラッグから県民を守るため、その疑いのある商品を買って上げて検査を実施することにより、危険ドラッグの排除に努めます。また、監視指導の充実を図り、必要に応じて県警と合同で調査、指導も実施します。

3 健康食品等買い上げ検査の充実

- 強壮効果等が期待できるとして販売されている健康食品中に、医薬品成分が配合されていないことを確認するため、県内で流通するこれらの健康食品を買って上げて検査を実施します。また、検査に当たっては、国から追加公表される新規物質についても検査対象として随時追加していきます。

4 薬物乱用防止指導員による地域活動の充実

- 地域に密着した啓発活動を行っている薬物乱用防止指導員に対する研修会を開催するなどにより、地域に根ざした積極的な活動を可能とするための技術支援をします。

5 薬物関連問題相談体制の充実と再乱用防止対策の強化

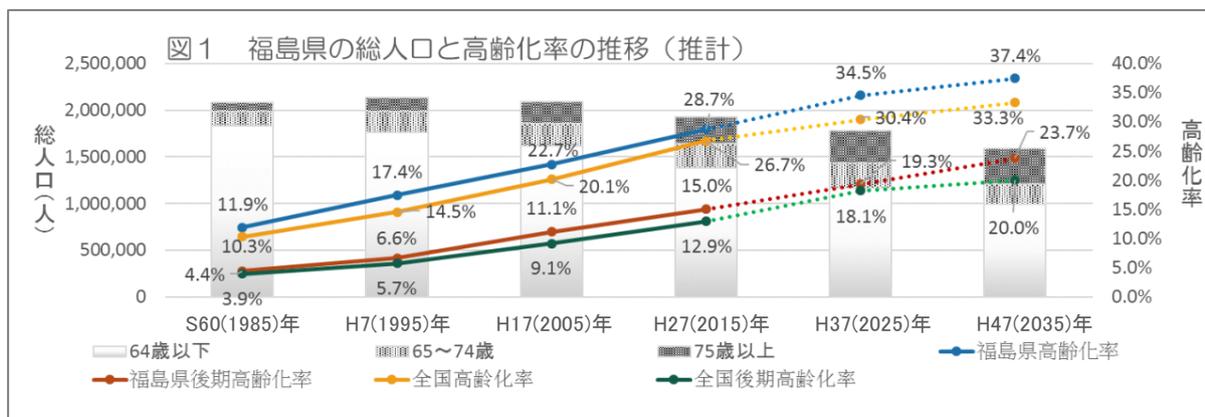
- 薬物依存からの回復の観点から、相談者が利用しやすい相談体制の拡充を図るとともに、広く薬物問題に対応できるよう、相談員の資質向上のための専門的な研修等を行い相談体制の充実強化に努めます。
- 薬物依存症者本人とその家族に対して、適切な助言や支援をするためのプログラムを実施し、「薬物依存のある刑務所出所者等の支援に関する地域連携ガイドライン」の趣旨に沿って、関係機関と連携した再乱用防止対策を強化します。

第14節 高齢化に伴い増加する疾患等対策

現状と課題

- 日本は、世界に例のない速度で高齢化が進行しており、本県においても、福島県の推計人口によると、平成29年8月1日現在、高齢化率が30.1%で、約3人に1人が高齢者という状況にあります。
- さらに、平成37年には、団塊の世代が全て75歳以上となる超高齢社会を迎えることから、高齢者の健康づくりの目標として、健康寿命の更なる延伸、生活の質の向上、健康格差の縮小や社会参加、社会貢献の促進等が重要となっています。
- そのため、個々の高齢者の特性に応じた対策を実施し、生活の質の向上等を図る必要があります。

図表2-4-14-1 福島県の総人口と高齢化率の推移（推計）



出典：第七次福島県高齢者福祉計画・第六次福島県介護保険事業支援計画

施策の方向性と目標

1 高齢期の生活習慣に関する普及啓発

- 健康的な生活習慣（食生活、運動等）を有する高齢者の割合を増加させるため、若い世代からの健康づくり支援の推進に努めます。
- 高齢者の自立度の低下を予防するため、介護が必要となる危険性が高い状態である骨粗鬆症、ロコモティブシンドローム（運動器症候群）、フレイル（虚弱状態）及び大腿骨頸部骨折の認知度向上のための普及啓発等を実施します。

- 口腔機能や口腔衛生状態の低下は誤嚥性肺炎の原因となるため、良好な口腔衛生状態や口腔機能の維持・向上を図る対策の推進に努めます。

2 介護予防の取組の推進

(1) 施策の方向性

- 高齢者が要介護状態になることを予防し、また要介護状態になってもその状態が悪化しないようにするため、健康寿命の延伸を目指した、生活習慣の改善や介護予防の取組の推進に努めます。
- 地域の高齢者が自ら活動に参加し、おのずと介護予防が推進される地域づくりに向けて、介護予防に効果があるとされている「体操を週1回以上実施する通いの場」へ、65歳以上人口の10%参加を目標に、県民に対する普及啓発を実施します。
- 自立支援に向けた関係者間での意識の共有と多職種との連携、介護予防ケアマネジメント及びサービスの質の向上に向けて、市町村が実施する自立支援型地域ケア会議の立ち上げを支援します。

(2) 目標

指標名	現状	目標値	備考
65歳以上人口における「体操を週1回以上実施する通いの場」への参加者割合	1.2% (平成28年度)	10% (平成35年度)	
自立支援型地域ケア会議を実施する市町村数	11市町村 (平成29年度)	59市町村 (平成35年度)	

3 高齢者の社会参加・生きがい対策の推進

- 高齢者の社会参加・生きがい対策を推進するため、高齢者の就業機会やスポーツ、学習機会等の確保を図るとともに、老人クラブ活動の支援に努めます。
- 健康で活動意欲を持つ高齢者を対象にスポーツ・文化の総合祭典である「うつくしま、ふくしま。健康福祉祭」を開催し、健康・生きがいづくり、社会参加の促進を図ります。

第5章 医療機関相互の連携、情報化の推進

第1節 地域医療の機能分化と連携

現状と課題

- 近年の医療の高度化や専門化、疾病構造の変化に伴う生活習慣病患者の増加、さらに医師を始めとする医療従事者の不足等により、急性期から回復期を経て維持期に至るまでの全ての治療を、単独の医療機関で実施することは難しくなっています。

限られた医療資源を有効に活用しながら、安全で質の高い医療を提供するためには、地域の医療機関の機能分化と連携を進め、これまでの「医療機関完結型の医療」から「地域完結型の医療」への転換を図る必要があります。

- 健康相談や初期診療などの一次医療（プライマリ・ケア）はかかりつけ医、かかりつけ歯科医が中心となって提供し、入院や専門性が必要とされる二次医療は、地域の中核的な医療機関が担っています。

また、高度で特殊な医療を担う三次医療は、特定機能病院や救命救急センター等が担っています。

- 今後、地域におけるかかりつけ医療機関と中核病院等との連携を密にしていく方策の一つとして、疾病ごとに疾病の発症から診断、治療、リハビリといった一連の診療計画を複数の医療機関で共有する地域連携クリティカルパスの導入を進めていく必要があります。

1 地域医療支援病院

- 医療機関相互の連携強化と地域の医療水準の向上を図ることを目的に、かかりつけ医からの紹介患者への医療提供や高額医療機器等の共同利用、24時間救急医療の提供等によりかかりつけ医を支援するための地域医療支援病院として、県内では9病院が承認されています。

【地域医療支援病院】

地域医療支援病院とは、地域における第一線の医療機関であるかかりつけ医・かかりつけ歯科医への支援などをおし、地域医療の充実を図る病院で、県知事の承認を受けた病院をいいます。

＜承認要件＞

- (1) 他の病院または診療所から紹介された患者に対して医療を提供する体制が整備されているとして、次の要件のいずれかに該当すること。

- 地域医療支援病院紹介率が80%以上であること。
 - 地域医療支援病院紹介率が65%を上回り、かつ、逆紹介率が40%を上回ること。
 - 地域医療支援病院紹介率が50%を上回り、かつ、逆紹介率が70%を上回ること。
- (2) 当該病院の建物の全部若しくは一部、設備、機器又は器具を、当該病院に勤務しない医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者の診察、研究又は研修のために利用させるための体制が整備されていること。
- (3) 救急医療を提供する能力を有すること。
- (4) 地域の医療従事者の資質の向上を図るための研修を行わせる能力を有すること。
- (5) 200床以上の患者を入院させるための施設を有すること。
- (6) 病院の法定施設のほか、以下の施設を有すること。
 集中治療室、化学・細菌及び病理の検査施設、病理解剖室、研究室、講義室
 図書室、救急用又は患者搬送用自動車、医薬品情報管理室

図表2-5-1-1 県内の地域医療支援病院（平成29年度）

地 域	医療機関名
県 北	一般財団法人大原記念財団大原総合病院
	北福島医療センター
	福島赤十字病院
県 中	一般財団法人脳神経疾患研究所附属総合南東北病院
	公益財団法人星総合病院
	公益財団法人湯浅報恩会寿泉堂総合病院
会 津	竹田総合病院
いわき	独立行政法人労働者健康安全機構福島労災病院
	いわき市立総合磐城共立病院

2 公的病院等

- 国や自治体、日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、厚生農業協同組合連合会等が開設する公的病院等は、県内に31病院あり、地域の実情に応じて民間病院との役割分担と連携しながら、地域に必要な医療の確保を担っています。

このうち、公立病院については、医師不足等の厳しい状況が続いており、持続可能な経営を維持することが困難な病院も多いことから、平成27年に総務省が示した「新公立病院改革ガイドライン」に基づき、医療提供体制の再構築に取り組むとともに、経営効率化、再編・ネットワーク化、経営形態の見直しなどの視点に立った改革を継続し、地域における良質な医療を確保していくことが求められています。

また、各公的病院等においては、厚生労働省から策定を求められている「公的医療機関等 2025 プラン」を策定し、福島県地域医療構想との整合性を図り、地域において必要な医療提供体制の確保に取り組む必要があります。

- 公立病院のうち、県立病院は、平成 28 年度末現在 4 病院あり、精神科救急を含む救急医療、へき地医療、災害時医療等の救急医療等確保事業を実施しており、政策的な医療を担っています。

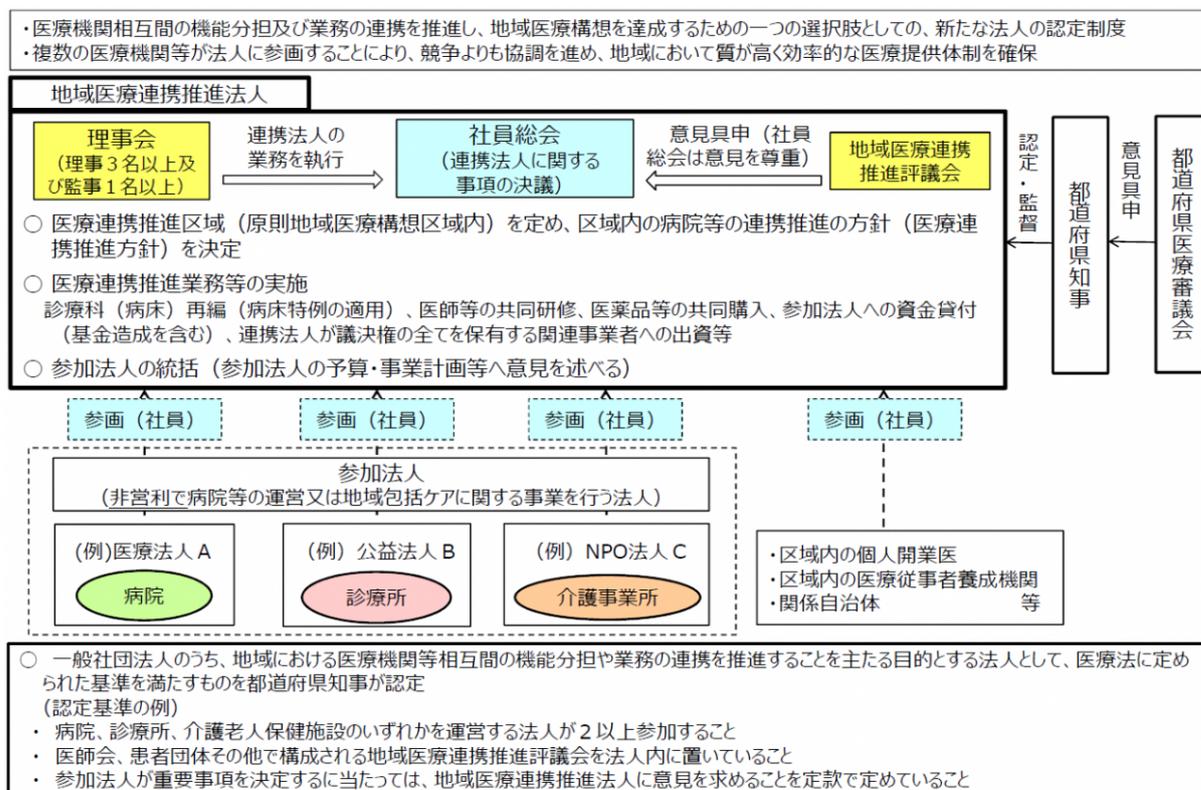
3 地域医療連携推進法人

- 平成 27 年の医療法改正により新たに創設された「地域医療連携推進法人制度」が平成 29 年 4 月から施行されています。

【地域医療連携推進法人】

地域医療連携推進法人とは、地域における医療機関等相互間の機能分担や業務の連携を推進することを目的として、複数の医療機関等が参画して設立する法人で、県知事の承認を受けたものをいいます。

図表 2-5-1-2 地域医療連携推進法人の概要



施策の方向性と目標

1 かかりつけ医等の普及定着化

かかりつけ医やかかりつけ歯科医を持つことは、疾病の予防や早期発見、安定期の継続的治療、専門的医療機関との連携などのメリットがあることから、かかりつけ医等の制度の定着に向け、県民への普及啓発を推進します。

また、かかりつけ薬剤師・薬局の県民への普及啓発とともに、かかりつけ医との連携を促進します。

2 病病連携・病診連携の推進

地域全体で、急性期から回復期・慢性期まで切れ目なく、かつ、効率的・効果的な医療提供体制を構築するため、病院、有床診療所、無床診療所それぞれの医療機関が地域において果たす役割を踏まえ、病病連携・病診連携を推進します。

3 地域医療支援病院の普及

(1) 施策の方向性

地域医療支援病院の承認を通じて、地域の医療機関相互の一層の連携強化と地域医療の水準の向上を図ります。

(2) 目標

指標名	現状	目標値	備考
地域医療支援病院数	9 (平成 29 年度)	11 (平成 35 年度)	

4 地域連携クリティカルパス導入に向けた環境整備

関係機関や関係団体等と連携して、疾病ごとに疾病の発症から診断、治療、リハビリといった一連の診療計画を複数の医療機関で共有する地域連携クリティカルパスの導入を進めます。

5 公立病院等の再編・ネットワーク化

本計画及び福島県地域医療構想等に基づき、各地域に求められる医療機能及び病院開設者の意向等を踏まえつつ、公立病院等の再編・ネットワーク化への取組を支援していきます。

6 地域医療連携推進法人の活用

地域医療構想を達成するための一つの選択肢である地域医療連携推進法人の

認定を通じて、地域の医療機関等相互間の機能の分担及び業務の連携を推進します。

【公的病院等の救急医療等確保事業における役割】（平成29年4月1日現在）

病 院 名	精神病床数	感染症病床数	結核病床数	療養病床数	一般病床数	救急			周産期			災害			へき地	
						救命救急センター	救急告示病院	救急協力病院	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	周産期医療協力施設	基幹災害拠点病院	地域災害拠点病院	原子力災害拠点病院	原子力災害医療協力機関	へき地医療拠点センター
福島赤十字病院	39	6			303		○					○	○			
済生会福島総合病院					216		○									
公立大学法人福島県立医科大学附属病院	49	2	14		713	○	○		○		○		○			
済生会川俣病院					90		○									
公立藤田総合病院			12		299		○									
独立行政法人地域医療機能推進機構二本松病院					160		○									
郡山市医療介護病院				120												
福島県総合療育センター					90											
独立行政法人国立病院機構福島病院					303											
公立岩瀬病院		6			329		○			○						
三春町立三春病院					86			○								
公立小野町地方総合病院				59	60											
福島県厚生農業協同組合連合会白河厚生総合病院		4	12		455		○			○		○		○		
福島県太陽の国病院					21											
福島県立矢吹病院	199															
福島県厚生農業協同組合連合会塙厚生病院	124				179		○									
公立大学法人福島県立医科大学会津医療センター附属病院		8	14		204		○									○
猪苗代町立猪苗代病院					65											
福島県厚生農業協同組合連合会坂下厚生総合病院					177		○									
福島県厚生農業協同組合連合会高田厚生病院	91			50	58		○									
福島県立宮下病院					32			○								○
福島県立南会津病院					98		○					○		○		○
南相馬市立総合病院					230		○					○	○			
福島県厚生農業協同組合連合会鹿島厚生病院				40	40		○									
南相馬市立小高病院				51	48											
公立相馬総合病院					230		○			○						
福島県立大野病院		4			146											
福島県厚生農業協同組合連合会双葉厚生病院	140				120											
独立行政法人国立病院機構いわき病院					180											
独立行政法人労働者健康安全機構福島労災病院					406		○								○	
いわき市立総合磐城共立病院		6	46		709	○	○		○			○		○		

第2節 医療に関する情報化の推進

現状と課題

- 情報通信分野においては、情報通信技術（ICT）の日常生活への普及・浸透が急速に進み、ブロードバンドインターネットサービス、携帯電話やその他のモバイル機器によるインターネット接続等、高速通信サービスの提供が急速に拡大することにより、電子メール、ホームページ等が個人にも広く利用されるようになりました。
- 医療分野も例外ではなく、県民の医療に関する情報へのアクセスには、インターネットがよく利用され、多くの医療機関がホームページを開設しています。
 県では、医療情報連携体制の構築に必要な基盤の整備を支援するとともに、医療機関に対し、医療情報の連携に必要な医用画像情報システムや電子カルテシステム等の導入を支援してきました。
- 県では、県民の医療に関する情報のニーズに応えるため、福島県総合医療情報システムを運営し、県内医療機関の医療機能等に関する情報を公開しています。
- 「地域完結型の医療」が必要とされている中で、個人情報取扱には課題もありますが、医療機関相互の連携、さらには介護施設等との連携を進めていく上でも、ICTの活用は必要不可欠なものになりつつあります。

図表2-5-2-1 県内病院の情報化の状況

	導入済み病院の割合	
電子カルテ	36.2%	
オーダリングシステム	検査	53.5%
	処方	54.3%
	予約	46.5%
医用画像情報システム	61.4%	
ホームページの開設	91.3%	

資料：福島県保健福祉部調べ（平成29年8月）

施策の方向性と目標

1 インターネットによる情報提供の推進

(1) 施策の方向性

福島県総合医療情報システムにより、県内の医療機関の機能に関する情報を県民に分かりやすく提供し、医療に関する情報の入手のしやすさの向上に努めるとともに、関係機関や関係団体等と連携して、福島県総合医療情報システムの周知に努めます。

(2) 目標

指標名	現状	目標値	備考
総合医療情報システムへのアクセス件数	1,116,428 件 (平成 28 年度)	1,200,000 件 (平成 35 年度)	

2 医療機関等における ICT 活用の推進

医療提供の効率化や患者へのサービス向上を図るため、関係機関や関係団体等と連携して、電子カルテシステムやオーダリングシステムの導入等、医療サービスにおける ICT の活用を推進します。

また、医療情報連携体制の構築が進むなか、県民の誰もが、質が高く切れ目のない医療サービスを受けられるよう、引き続き医療機関や関係団体が行う、「キビタン健康ネット」等の医療情報連携体制の構築に対する取組を支援し、「地域完結型の医療」の実現を図るとともに、保健・医療・福祉の連携を促進します。

第6章 医療の安全の確保

第1節 医療安全対策

現状と課題

- 医療法の規定により、すべての医療機関には、医療安全体制の確保、院内感染防止対策、医薬品の安全管理体制及び医療機器の保守点検・安全管理等が義務づけられています。
- すべての患者が安心して医療機関を受診できるように、各医療機関における医療提供のための人員配置、構造設備及び安全管理体制等について、医療法第25条の規定に基づく立入検査（医療監視）により確認を行い、必要な指導を行っています。

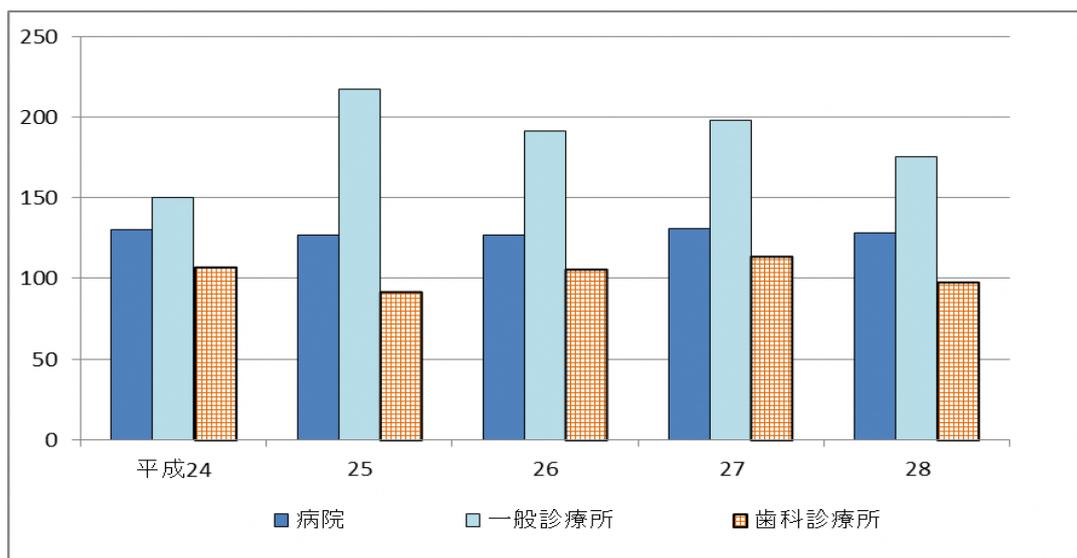
原則として、病院については1年に1回、有床診療所については2年に1回、無床診療所、歯科診療所及び助産所については3年に1回の割合で、医療監視を行っています。
- 医療機関における医療安全体制の充実のために、患者の持つ多様な背景に配慮した適切な相談が実施できる体制が求められています。

県内では、平成29年8月現在、112病院で患者のための相談窓口を設置しています。また、122病院で医療安全管理者を配置しており、うち93病院が専従又は専任の医療安全管理者を配置しています。
- 医療法の規定により、各都道府県、保健所を設置する市及び特別区は、医療安全に関する相談や情報提供等を行う医療安全支援センターを設置することとされています。

県では医療安全支援センターの機能をもつ組織として、県庁内に福島県医療相談センターを設置し、相談窓口専任の職員1名を配置しています。

また、保健所設置市である郡山市やいわき市においても、保健所内に医療安全支援センターが設置されており、相談窓口が設けられています。
- 医療安全に対する意識啓発や意見交換のために、二次医療圏ごとに、医療従事者を対象として年に一回程度医療安全研修会を開催しています。
- 調剤過誤を防ぐ体制作りが求められているとともに、誤調剤が起こった場合の再発防止策についても県薬剤師会と連携して必要な措置を行う必要があります。

図表2-6-1-1 医療監視実施件数の推移（福島県）



資料：福島県保健福祉部

図表2-6-1-2 医療相談件数の推移（福島県）



資料：福島県保健福祉部

医療安全支援センター

各都道府県、保健所を設置する市、特別区は医療法第6条の13の規定に基づき、医療安全支援センターを設置することとされています。

医療安全支援センターは以下のような業務を行います。

- ・ 患者・住民からの苦情や相談への対応（相談窓口の設置）
- ・ 地域の実情に応じた医療安全推進協議会の開催
- ・ 医療提供施設に対する医療安全の確保に関する研修の実施
- ・ 患者・住民からの相談等に適切に対応するための関係機関・団体等との連絡調整
- ・ 医療安全の確保に関する必要な情報の収集及び提供
- ・ 研修会の受講等によるセンターの職員の資質の向上
- ・ 医療安全の確保に関する必要な相談事例の収集、分析及び情報提供
- ・ 医療安全施策の普及・啓発

図表2-6-1-3 福島県内の行政による医療相談窓口

行政機関	名称	所在地	電話番号
福島県（地域医療課）	福島県医療相談センター	福島市杉妻町 2-16	024-522-4546
県北保健福祉事務所	福島県医療相談センター	福島市御山町 8-30	024-534-4103
県中保健福祉事務所	福島県医療相談センター	須賀川市旭町 153-1	0248-75-7817
県南保健福祉事務所	福島県医療相談センター	白河市郭内 127	0248-22-5479
会津保健福祉事務所	福島県医療相談センター	会津若松市追手町 7-40	0242-29-5512
南会津保健福祉事務所	福島県医療相談センター	南会津町田島字天道沢甲 2542-2	0241-63-0306
相双保健福祉事務所	福島県医療相談センター	南相馬市原町区錦町一丁目 30	0244-26-1330
郡山市保健所	郡山市医療安全支援センター	郡山市朝日二丁目 15-1	024-924-3043
いわき市保健所	いわき市医療安全相談センター	いわき市内郷高坂町四方木田 191	0246-27-8556

施策の方向性と目標

1 安全な医療の確保

医療法第 25 条に基づく立入検査（医療監視）により、各医療機関の医療安全に関する体制を確認し、必要に応じて当該医療機関とともに改善策を検討し、必要な助言や指導を行っていきます。

2 医療機器の安全管理

医療機関における高度な医療機器等の配置状況等を確認し、保守点検を含めた医療安全の取組に必要な助言や指導を行っていきます。また、ふくしま医療機器開発支援センターの模擬手術室等を活用し、医療機器安全管理責任者等の育成を行っていきます。

3 医療安全に関する医療機関の取組の支援

医療機関に対し、医療安全に関する情報を広く提供するとともに、医療安全に関する研修会の開催等により、各医療機関の医療安全対策の一層の充実を支援します。

4 医療相談の適切な実施

医療機関における医療安全体制の充実のために、医療相談窓口が多様な医療相談のニーズに応えられるよう、他の行政機関や病院等の様々な相談窓口と連携を図っていきます。

5 調剤過誤防止対策

調剤過誤の発生を防止する体制を確立した、適正な医薬分業を推進します。

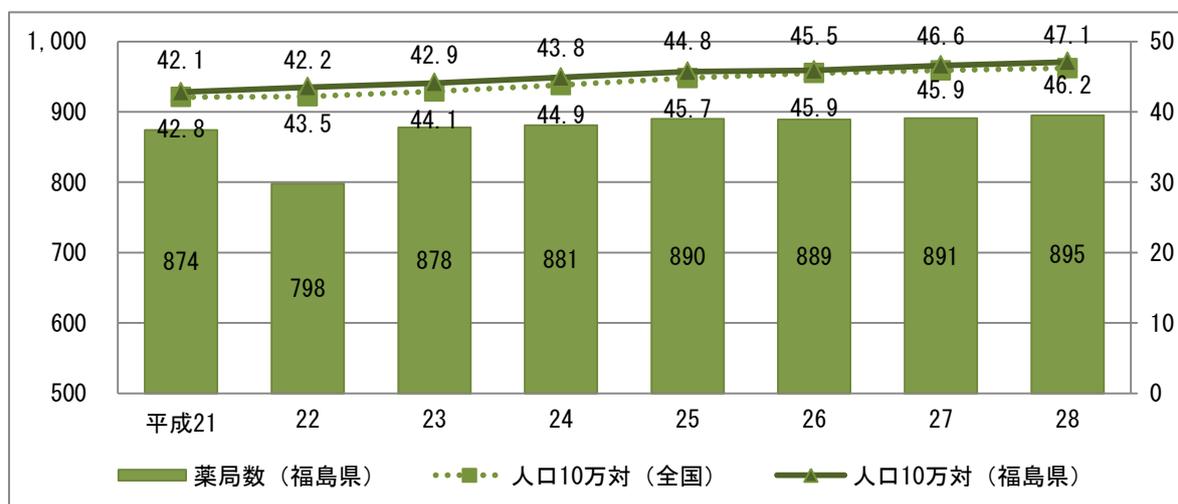
県薬剤師会と連携し、医療安全に関する研修等を通じて、薬局における安全管理体制の確保に努めます。

第2節 医薬品等安全対策

現状と課題

- 医療の高度化や高齢化の進行に伴い、多職種連携によるチーム医療や地域包括ケアの担い手及び地域に密着した健康情報の拠点である「健康サポート薬局」としての機能など、医療における薬局の役割が高まっています。
- 在宅医療を進めるため、医療と福祉が連携し、かかりつけ薬剤師・薬局の機能を有効活用しながら、地域住民の薬物療法を適切に行うことが求められています。
- 本県の薬局数は、平成28年度は895施設、人口10万人当たりになると47.1施設で、全国平均の46.2施設を若干上回っています。
- 無薬局町村は、平成28年度末現在、県内59市町村のうち11町村（3町8村）となっています。

図表2-6-2-1 薬局数及び人口10万対施設数の推移



※ 平成22年度は、東日本大震災の影響により、宮城県及び福島県相双保健福祉事務所管内の市町村が含まれていない。

資料：衛生行政報告例（厚生労働省）

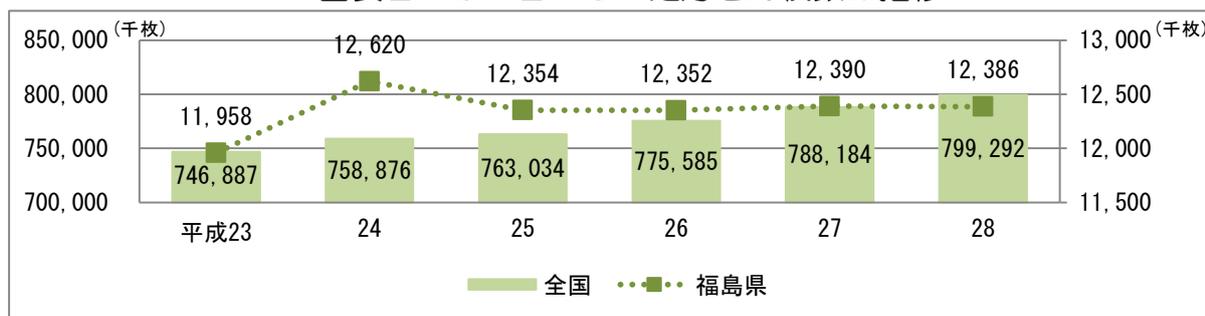
図表 2-6-2-2 二次医療圏ごとの薬局数及び無薬局町村数

地域	県北	県中	県南	会津・南会津		相双	いわき	合計	
				会津	南会津				
薬局数	249	210	49	125	118	7	79	182	894
保険薬局数	248	207	45	122	115	7	79	185	886
無薬局町村数	1	0	2	6	4	2	2	0	11

資料：薬務行政の概要（福島県保健福祉部）平成 28 年 12 月末現在

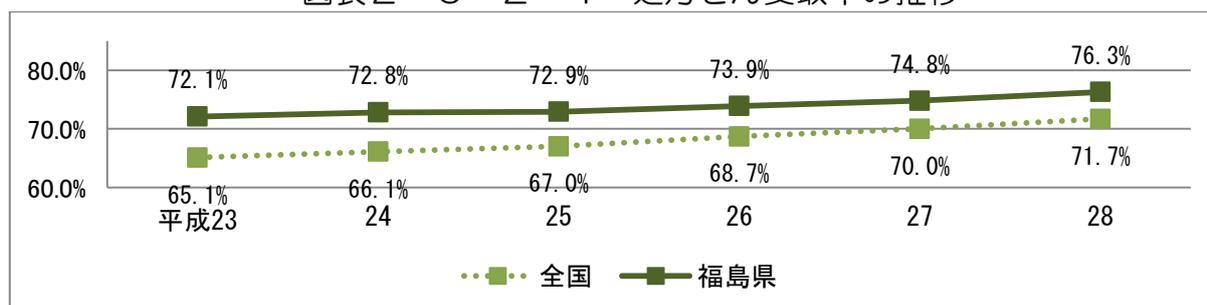
- 医薬分業を適正に推進するためには、県民一人一人がかかりつけ薬局を持つことについて、普及啓発を図る必要があります。自分の生活圏内の薬局を1か所かかりつけ薬局として決めておき、薬の服用歴やアレルギー等の情報を管理してもらうことで、複数の医療機関にかかっても薬の重複投与や相互作用を防止することが可能となります。病院等の院外処方せん発行に当たっては、病院等と地元薬剤師会が連携して、地域全体の薬局で処方せんを応需する体制の確立を進めることが必要となっています。
- 本県の処方せん受取率は、平成 10 年度以降常に全国平均を上回り、平成 28 年度は 76.3%（全国平均 71.7%）で全国 13 位となっており、県内においては地域差はあるものの、確実に医薬分業が進んでいる状況にあります。今後は、患者本位の適正な医薬分業の推進が課題となっています。

図表 2-6-2-3 処方せん枚数の推移



資料：日本薬剤師会

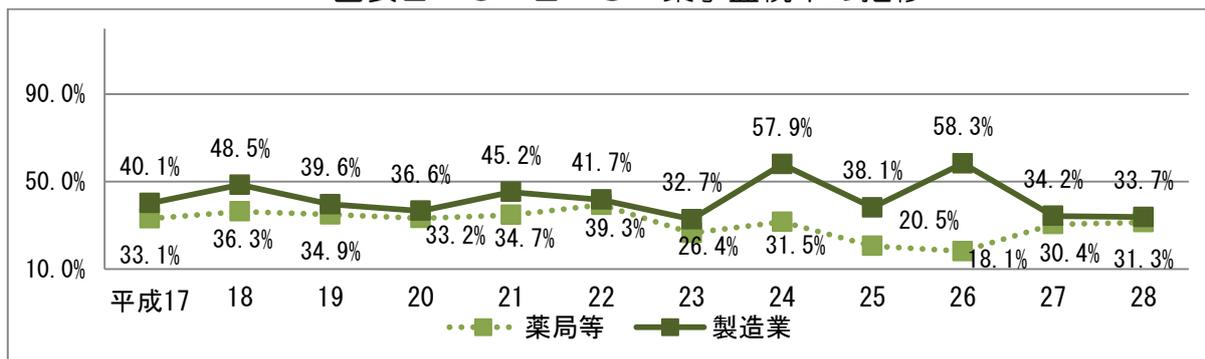
図表 2-6-2-4 処方せん受取率の推移



資料：日本薬剤師会

- 医薬分業の進展に伴い薬剤師の確保が必要となっており、地域によっては薬剤師不足等の問題が発生しています。県内には2つの大学に薬学部が設置されており、1学年あたりの定員総数は230名（平成28年現在）となっていますが、薬学部6年制への移行に伴い平成22年度から必修化された病院及び薬局における実務実習について、実習の場の確保を図る必要があります。また、新卒薬剤師の県外就業が多いことから、新規卒業生の県内への定着が課題となっています。
- 医薬品の重複投与、多剤併用を防止するとともに、適切な医療の効率的な提供及び医療費適正化の面から、後発医薬品の安心使用促進の普及啓発を行っていく必要があります。
- 医薬分業は、患者情報を病院等と薬局で共有して、医療の質を高めることが目的であり、お薬手帳の活用等により患者本位の適正な医薬分業を推進して行く必要があります。
- 医薬品の安全確保を目的として、薬局等（薬局、店舗、卸売の各販売業）に対しては、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（以下「医薬品医療機器等法」という。）に基づく立入検査（薬事監視）の実施により医療提供施設等としての構造設備、人員配置等について確認しています。
- 医薬品医療機器等法により承認された医薬品等であっても、不良品の発生等で健康被害の発生のおそれがある場合、その状況を的確に捉え、医薬品等製造販売業者等に対し、回収が迅速に行われるよう適切に指導することが重要となっています。また、医薬品等製造業に対する薬事監視では、医薬品GMP（品質・製造管理）、医療機器QMS（品質管理監督システム）等の国際基準に基づいた確認を行っています。
- 最新の情報に基づき、製造施設等の監視や製品の回収の措置を適切に実施できるよう、薬事監視員の一層の資質の向上を図る必要があります。

図表 2-6-2-5 薬事監視率の推移



資料：薬務行政の概要（福島県保健福祉部）

施策の方向性と目標

1 かかりつけ薬剤師・薬局の普及

- 服薬情報の一元的・継続的把握、24 時間対応及び関係機関との連携等を行う、かかりつけ薬剤師・薬局の普及を進めます。
- 薬局においては、医療用及び一般用医薬品の使用について、薬歴を管理し、服薬指導を徹底するよう指導するとともに、医療機器の使用についても、相談に適切に応じて患者情報を把握するよう指導します。
- かかりつけ薬剤師・薬局の在宅医療への参画を促します。

2 患者本位の適正な医薬分業の推進

- お薬手帳の活用による患者の医療情報の共有
患者本人、医療機関、薬局の3者が、患者の医療情報を共有することにより医薬分業の目的である医療の質の向上が期待できます。その方法の1つとして、お薬手帳の活用をより一層進めます。特に、スマートフォンを利用した電子版お薬手帳の普及啓発を図ります。
- 薬剤師確保対策
薬学部を有する大学等が行う実務実習の場の確保に向け、大学等と県薬剤師会等関係団体の協議を促進し、医薬分業の進展に見合った薬剤師の養成を行うとともに、保健所実習の場を提供しながら新規卒業生の県内定着化を進めます。
- 後発医薬品の使用促進
有識者による協議会、医療従事者に対する研修会等を開催するとともに、保

険者協議会と連携し、後発医薬品の使用を促進します。

3 健康サポート薬局の推進

(1) 施策の方向性

かかりつけ薬局の機能に加えて、地域住民による主体的な健康の維持・増進を積極的に支援する健康サポート薬局を推進します。

(2) 目標

指標名	現状	目標値	備考
健康サポート薬局届出数	20 施設 (平成 29 年 12 月)	400 施設 (平成 35 年度)	

4 無薬局町村の対応

医薬分業のメリットを無薬局町村に居住する県民も享受できるよう、一定の要件下で可能である患者居宅等における調剤の普及に努めます。

また、避難地域で無薬局となっている町村において、薬局の再開等を支援します。

5 医療機関と薬局の連携

患者情報を医療機関と薬局で共有することにより、薬物治療効果を高めるなど、より高度で適正な医薬分業を進めます。

また、医療機関と連携のもと、薬局の在宅医療への積極的な参加を促します。

6 薬局等への薬事監視指導の強化

(1) 施策の方向性

良質な医療を提供するため、薬局等に対し医薬品医療機器等法に基づいた運営について、必要に応じて助言、指導を行うことにより、薬局の機能の充実を促進します。

(2) 目標

指標名	現状	目標値	備考
薬事監視率(薬局等)	31.3% (平成 28 年度)	50.0% (平成 35 年度)	薬局等：薬局及び医薬品販売業を指す。 ※ 各店舗等に対し、2年に一度の立入調査を目指す。

7 医薬品製造施設等への薬事監視指導の強化

(1) 施策の方向性

医薬品等の安全性の確保のため、製造所等に対する質の高い監視指導の実施を図るとともに、不良医薬品等の適切な回収について指導の徹底を図ります。

(2) 目標

指標名	現状	目標値	備考
薬事監視率(製造業)	33.7% (平成 28 年度)	40.0% (平成 35 年度)	※ 許可期限が5年間であるため、この期間内に最低2回の立入調査を行うことを目指す。

8 薬事監視員の資質向上

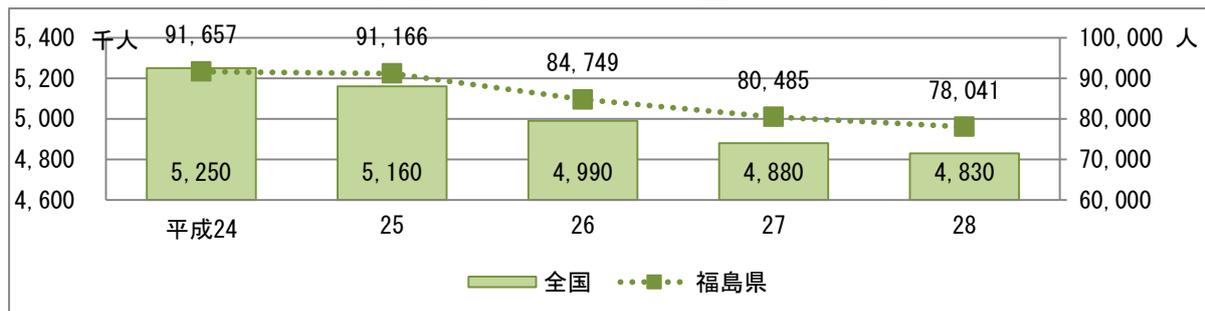
より質の高い監視指導ができるよう、国等が実施する研修会への職員派遣及び県内の薬事監視員を対象とした研修会の実施等により、最新の情報の共有化を図り、薬事監視員のさらなる資質の向上を推進します。

第3節 血液確保対策

現状と課題

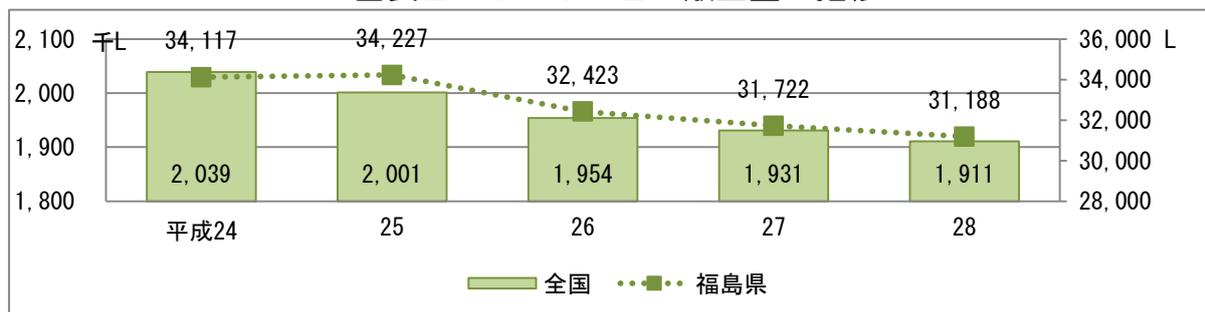
- 血液製剤は医療に欠かせないものであり、血液製剤の原料となる血液は人工的に作り出せないため、献血により必要な血液を確保しなければなりません。
- 「安全な血液製剤の安定供給の確保等に関する法律」（昭和31年法律第160号）により、国、県、市町村、日本赤十字社がそれぞれ役割分担して、血液の確保に務めており、県では毎年県内で必要な血液量を算定し、献血目標を設定しています。
- 若年層（10代、20代）の献血者数は減少傾向が続いており、この世代の人口減少を上回る速度で献血者数が減少してきています。少子化の進展による献血可能人口の減少を考えると、将来の献血基盤となる若年層に対する対策が一段と重要になっています。
- 県内の景気低迷から、集団献血に協力いただける事業所が減少しており、事業所献血の推進が課題となっております。
- 地域における献血の組織的な取組については、愛の血液助け合い運動月間での街頭献血キャンペーン、市町村の「献血の日」、献血フェスティバル等、市町村とボランティアとの連携の下で地域献血を実施しています。献血目標達成市町村は平成28年度23市町村（39.0%）であり、市町村の献血推進協議会等の組織化された献血推進ボランティア団体が活躍しています。
一方、推進方策が十分でない市町村においては、安定的な献血者の確保が困難な状況もみられます。
- 血液製剤は限りある貴重な資源であり、その使用の適正化については、県内有識者による「福島県血液製剤使用に係わる懇談会」の協議の下、各病院の輸血療法委員会を組織化した「福島県合同輸血療法委員会」を設立し、研修会等により使用の適正化の普及啓発を図っています。また、自己血輸血講習会により、実地を含めた講習を行っており、その推進を図っています。

図表2-6-3-1 献血者数の推移



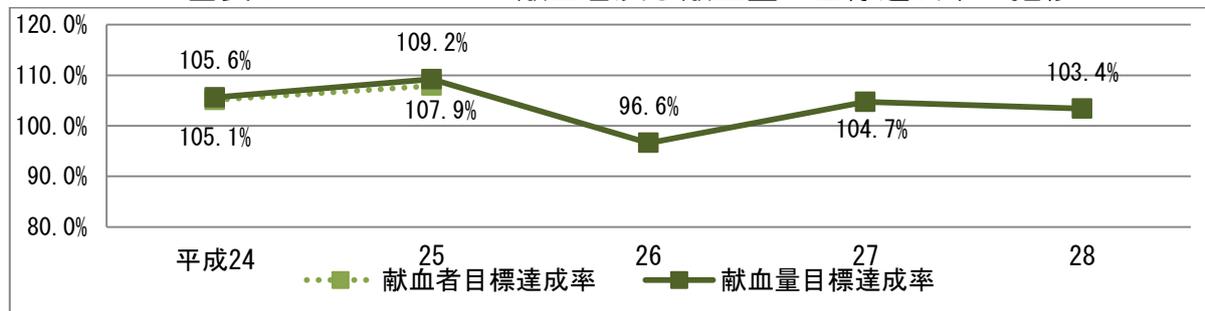
資料：血液事業の概要（福島県赤十字血液センター）、血液事業報告（厚生労働省）

図表2-6-3-2 献血量の推移



資料：血液事業の概要（福島県赤十字血液センター）、血液事業報告（厚生労働省）

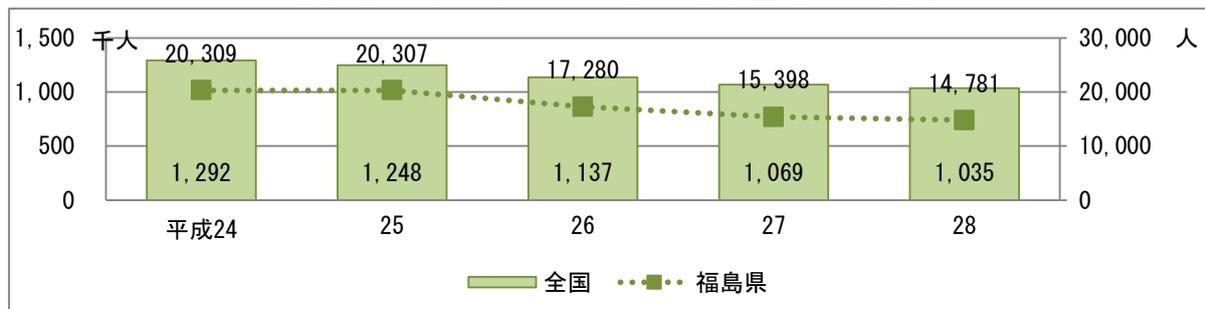
図表2-6-3-3 献血者及び献血量の目標達成率の推移



※ 献血人数及び献血量の2つの指標による献血目標を、平成26年度以降は献血量のみの1つの指標に変更しました。

資料：血液事業の概要（福島県赤十字血液センター）、血液事業報告（厚生労働省）

図表2-6-3-4 若年層献血者数の推移



資料：血液事業の概要（福島県赤十字血液センター）、血液事業報告（厚生労働省）

施策の方向性と目標

1 献血者の確保

(1) 施策の方向性

本県における献血の実態を分析し、安定的な血液の確保に向け総合的な対策を行うとともに、若年層の献血者の確保、安定的な集団献血の実施及び複数回献血者の確保を図ります。

(2) 数値目標

指標名	現状	目標値
献血量目標達成率	103.4% (平成 28 年度)	100.0%以上 (平成 35 年度)

※ 年度ごとに達成すべき目標値を設定していることから、達成率で 100%以上を目標。

◆ 若年層献血の確保

高校生等の若年層の献血は、将来にわたり安定的に献血者を確保する上で重要であり、献血は社会貢献のボランティア活動であることからその重要性を学校等で啓発します。また、ジュニア献血ポスターコンクール事業やインターネット等の効果的な活用により若年層の献血者の増加を図ります。

◆ 事業所献血の推進

県、市町村、血液センターが一体となって事業所訪問により協力を依頼するとともに、協力事業所の顕彰により、積極的な推進を図ります。また、事業所と市町村の連携により近隣の住民等にも輪を広げた普及啓発を促進します。

◆ 地域献血の推進

「愛の血液助け合い運動」月間の街頭献血キャンペーン等を活用して、地域住民に対する献血意識の醸成と献血協力依頼を行うとともに、地域の実情に応じた働きかけを行うことにより、地域献血を推進します。

2 血液製剤の使用適正の推進

「福島県合同輸血療法委員会」と連携し、血液製剤使用の実態を把握し、研修会等により適正使用の普及啓発を図ります。

第3編 資料編

1 市町村別にみた医師数・歯科医師数、病院・一般診療所・歯科診療所数

区分	医療施設従事 医師数	医療施設従事 歯科医師数	病院数	病院 病床数	一般 診療所数	一般診療所 病床数	歯科 診療所数
福島県	3,720	1,324	128	25,581	1,370	1,567	863
県北	1,295	289	31	6,075	388	413	218
福島市	1,059	194	21	4,354	262	314	141
二本松市	74	26	3	485	41	12	23
伊達市	78	33	3	452	42	84	23
本宮市	27	16	2	383	16	3	13
桑折町	3	9	0	0	8	0	7
国見町	37	4	1	311	4	0	3
川俣町	17	6	1	90	13	0	6
大玉村	0	1	0	0	2	0	2
県中	1,020	495	33	7,342	368	470	252
郡山市	818	395	22	5,829	238	277	170
須賀川市	119	45	7	1,134	54	54	34
田村市	23	17	1	32	22	76	16
鏡石町	8	4	0	0	9	0	3
天栄村	3	2	0	0	4	0	2
石川町	9	16	0	0	10	8	8
玉川村	2	1	0	0	4	0	2
平田村	7	2	1	142	2	0	3
浅川町	1	2	0	0	3	0	2
古殿町	0	3	0	0	2	0	2
三春町	17	5	1	86	12	19	6
小野町	13	3	1	119	8	36	4
県南	199	96	8	1,528	91	93	70
白河市	131	50	2	621	52	51	35
西郷村	7	8	1	21	6	4	6
泉崎村	1	3	0	0	3	0	3
中島村	1	4	0	0	3	0	3
矢吹町	27	13	3	549	8	0	10
棚倉町	8	8	0	0	9	19	6
矢祭町	2	3	0	0	4	19	2
塙町	21	6	2	337	4	0	4
鮫川村	1	1	0	0	2	0	1
会津	454	156	18	4,078	166	127	102
会津若松市	335	91	8	2,649	92	76	58
喜多方市	58	31	6	956	29	13	21
北塩原村	1	0	0	0	2	0	0
西会津町	3	2	0	0	5	0	2
磐梯町	2	1	0	0	1	19	0
猪苗代町	13	8	1	65	9	19	6
会津坂下町	23	10	1	177	10	0	7
湯川村	0	0	0	0	1	0	0
柳津町	1	1	0	0	3	0	1
三島町	5	0	1	32	1	0	0
金山町	1	1	0	0	4	0	0
昭和村	1	1	0	0	2	0	0
会津美里町	11	10	1	199	7	0	7
南会津	31	16	1	98	21	19	10
下郷町	5	4	0	0	4	0	1
檜枝岐村	1	0	0	0	1	0	0
只見町	3	2	0	0	2	19	1
南会津町	22	10	1	98	14	0	8
相双	160	66	10	1,596	80	96	45
相馬市	48	25	2	337	25	32	18
南相馬市	92	34	6	1,001	36	64	23
広野町	1	0	1	118	3	0	1
檜葉町	3	2	0	0	3	0	1
富岡町	2	0	0	0	1	0	0
川内村	1	1	0	0	2	0	0
大熊町	2	0	0	0	2	0	0
双葉町	0	0	0	0	0	0	0
浪江町	0	0	0	0	1	0	0
葛尾村	0	1	0	0	0	0	1
新地町	11	3	1	140	5	0	1
飯館村	0	0	0	0	2	0	0
いわき	561	206	27	4,864	256	349	166
いわき市	561	206	27	4,864	256	349	166

資料：医師数、歯科医師数は平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）

病院数（病床数含む）、一般診療所数（病床数含む）、歯科診療所数は平成28年医療施設（動態）調査（厚生労働省）

2 主たる診療科別にみた医療施設従事医師数

主たる診療科	医師数		人口10万対	
	全国	福島県	全国	福島県
総数	304,759	3,720	240.1	195.7
内科	60,855	828	47.9	43.6
呼吸器内科	5,987	51	4.7	2.7
循環器内科	12,456	147	9.8	7.7
消化器内科(胃腸内科)	14,236	197	11.2	10.4
腎臓内科	4,516	40	3.6	2.1
神経内科	4,922	61	3.9	3.2
糖尿病内科(代謝内科)	4,889	44	3.9	2.3
血液内科	2,650	31	2.1	1.6
皮膚科	9,102	75	7.2	3.9
アレルギー科	162	0	0.1	0
リウマチ科	1,613	20	1.3	1.1
感染症内科	492	2	0.4	0.1
小児科	16,937	215	13.3	11.3
精神科	15,609	209	12.3	11.0
心療内科	910	12	0.7	0.6
外科	14,423	237	11.4	12.5
呼吸器外科	1,880	24	1.5	1.3
心臓血管外科	3,137	44	2.5	2.3
乳腺外科	1,868	15	1.5	0.8
気管食道外科	84	0	0.1	0
消化器外科(胃腸外科)	5,375	40	4.2	2.1
泌尿器科	7,062	101	5.6	5.3
肛門外科	443	5	0.3	0.3
脳神経外科	7,360	93	5.8	4.9
整形外科	21,293	274	16.8	14.4
形成外科	2,593	35	2.0	1.8
美容外科	522	4	0.4	0.2
眼科	13,144	149	10.4	7.8
耳鼻いんこう科	9,272	120	7.3	6.3
小児外科	802	8	0.6	0.4
産婦人科	10,854	119	8.6	6.3
産科	495	3	0.4	0.2
婦人科	1,805	28	1.4	1.5
リハビリテーション科	2,484	13	2.0	0.7
放射線科	6,587	70	5.2	3.7
麻酔科	9,162	102	7.2	5.4
病理診断科	1,893	18	1.5	0.9
臨床検査科	613	7	0.5	0.4
救急科	3,244	29	2.6	1.5
臨床研修医	16,701	194	13.2	10.2
全科	252	4	0.2	0.2
その他	3,998	48	3.1	2.5
主たる診療科不詳	989	2	0.8	0.1
不詳	1,088	2	0.9	0.1

資料：平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）

3 5疾病・5事業及び在宅医療に係る指標

(1) 救急医療関係指標一覧

【指標に見る本県の救急医療の現状】

- 重症以上傷病者の搬送において、医療機関に4回以上受入れの照会を行った割合が全国平均を上回っている。
 心肺機能停止患者の1ヶ月後の予後が全国平均を下回っている。
- 救護については、救急要請（覚知）から救急医療機関への搬送までに要した平均時間が全国平均を上回っている。
 - 救命医療については、「重症以上傷病者の搬送において医療機関に4回以上受入れの照会を行った割合」が全国平均を上回っており、特に相双地区、いわき地区で高くなっている。
 心肺機能停止患者の1ヶ月後の予後は、全国平均を下回っている。
 人口10万人対の救急担当専任医師・看護師数は、全国平均を下回っている。
 人口10万人対の二次救急医療機関の数は、全国平均を上回っている。
 - 初期救急医療については、「初期救急医療体制」がある施設数は全国平均を下回っているが、在宅当番ありの施設数は全国平均を上回っている。
 - 救命後の医療については、「救急搬送患者地域連携紹介加算」の算定は、全国平均を下回っている。

医療機能	分類	指標名	細目	全国値	県全体	県北	県中	県南	会津	南会津	相双	いわき	備考	
救護	S	救急救命士数		27,717	463	107	125	46	72	27	54	51	H29救急救助の現況	
			人口10万人対	21.8	24.2	21.8	23.2	31.9	28.7	99.5	48.2	14.6		
救護	S	住民の救急蘇生法の受講率	普通・上級講習の人口1万人あたりの受講者数	110	106	125	31	98	149	332	329	77	H28救急救助の現況	
			救急車の運用数	6,271	132	25	32	12	25	7	16	15		H29救急救助の現況
救護	S	救急搬送人員数	人口10万人対	4.9	6.9	5.1	5.9	8.3	10.0	25.8	14.3	4.3	H28救急救助の現況	
				5,621,218	74,442	19,010	20,504	5,333	11,411	1,462	4,705	12,017		
救護	S	AEDの公共施設における設置台数	人口10万人対	4.423	3.889	3.874	3.801	3.701	4.553	5.385	4.203	3.431	H28.11.1調査	
				2,637	517	851	211	382	145	232	299			
救護	P	心肺機能停止傷病者全搬送人員のうち、一般市民により除細動が実施された件数	人口10万人対	137.8	105.4	157.8	146.4	152.4	534.1	207.2	85.4	H28.11.1調査		
				1,968	32	12	12	2	0	1	3		2	
救護	P	救急車の受入件数	救命救急センターを設置する病院の年間受入救急車搬送人員数	1,363,837	15,692								H27救命救急センターの評価結果	
			人口10万人対	1,073	820									
救護 救命医療	P	救急要請（覚知）から救急医療機関への搬送までに要した平均時間		39.3	44.5	42.2	47.8	50.7	43.2	61.1	63.1	46.2	H28救急救助の現況	
救護 救命医療 入院救急医療	P	重症以上傷病者の搬送において、現場滞在時間が30分以上の件数		22,379	420	44	90	40	20	7	65	154	H27救急業務のあり方に関する検討会	
			重症以上傷病者の搬送において、現場滞在時間が30分以上の件数の割合	5.2%	0.0%	2.6%	4.9%	9.0%	1.0%	3.3%	11.5%	9.7%		
			重症以上傷病者の搬送において、医療機関に4回以上受入れの照会を行った件数	11,754	460	75	116	21	0	0	52	196		
			重症以上傷病者の搬送において、医療機関に4回以上受入れの照会を行った割合	2.7%	5.4%	3.8%	6.3%	4.8%	0.0%	0.0%	9.2%	12.3%		
救護 救命医療 入院救急医療 初期救急医療 救命後の医療	P	地域メディカルコントロール協議会の開催回数		3	1	1			1		1	0	H28(県北・相馬は合同)	
救護 救命医療 入院救急医療 初期救急医療 救命後医療	O	心肺機能停止患者の1ヶ月後の予後	心原性でかつ一般市民により心肺機能停止の時点が目撃された症例の1ヶ月後生存率	13.3%	6.7%	7.0%	7.2%	0.0%	3.1%	0.0%	2.4%	15.1%	H28救急救助の現況	
			心原性でかつ一般市民により心肺機能停止の時点が目撃された症例の1ヶ月後社会復帰率	8.7%	3.2%	2.6%	4.0%	0.0%	1.6%	0.0%	2.4%	5.5%		
救命医療 入院救急医療	S	救急担当専任医師数・看護師数	救命救急センターの救急担当専任医師数	2,980	41								H27救命救急センターの評価結果	
			人口10万人対	2.3	2.1									
			救命救急センターの救急担当専任看護師数	18,756	192									
			人口10万人対	14.8	10.0									
救命医療	S	救命救急センター数		284	4	1	1	0	1	0	0	1	H26医療施設調査／H28救急医療体制調査	
			人口100万人対	2.2	2.1	2.0	1.9	0.0	4.0	0.0	0.0	2.9		
救命医療	S	特定集中治療室を有する病院数・病床数	特殊診療設備で、ICUを有する施設数	781	9	1	3	1	2	1	0	1	H26医療施設調査	
			人口100万人対	6.1	4.7	2.0	5.6	6.9	8.0	36.8	0.0	2.9		
			特殊診療設備で、ICUの病床数	6,556	111	12	30	3	52	8	0	6		
			人口10万人対	5.2	5.8	2.4	5.6	2.1	20.7	29.5	0.0	1.7		
救命医療	P	都道府県の救命救急センターの充実度評価Aの割合		99.3%	100.0%								H27救命救急センターの評価結果	
入院救急医療	S	二次救急医療機関数		2,733	123	36	24	8	15	1	14	25	H28救急医療体制調査	
			人口10万人対	2.2	6.4	7.3	4.4	5.6	6.0	3.7	12.5	7.1		
初期救急医療	S	初期救急医療施設数	救急医療体制で、「初期救急医療体制」が有る施設数	1,376	17	3	7	0	1	0	3	3	H26医療施設調査	
			人口100万人対	10.8	8.9	6.1	13.0	0.0	4.0	0.0	26.8	8.6		

※ 「分類」のSはストラクチャー、Pはプロセス、Oはアウトカムを示す。以下、指標一覧において同じ。
 人口10万人対の算出に用いた人口は、国勢調査人口（平成27年10月1日）。以下、指標一覧において同じ。

医療機能	分類	指標名	細目	全国値	県全体	県北	県中	県南	会津	南会津	相双	いわき	備考
初期救急医療	S	一般診療所の初期救急医療への参画率	在宅当番制有りの施設数	16,579	431	118	145	28	40	7	25	68	H26医療施設調査
			診療所総数	100,461	1,366	385	368	90	166	19	73	265	
			割合	16.5%	31.6%	30.6%	39.4%	31.1%	24.1%	36.8%	34.2%	25.7%	
救命後の医療	S	転棟・退院調整をする者を常時配置している救命救急センターの数		136	0								H27救命救急センターの評価結果
			人口100万人対	1.1	0.0								
救命後の医療	P	緊急入院患者における退院調整・支援の実施件数(レセプト件数)	救急搬送患者地域連携紹介加算の算定件数	8,808	97	45	0	0	0	0	0	52	H27NDB
			人口10万人対	6.9	5.1	9.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	14.8	

(2) 小児医療関係指標一覧

【指標に見る本県の小児医療の現状】

小児科を標榜する病院・診療所数は全国平均並み。診療所の医師数は全国平均より多いが、病院勤務医は少ない。
乳児死亡率、小児死亡率は全国平均並みであるが、乳幼児死亡率は全国平均より高い。

- 小児救急電話相談件数は年々増えている(24年度は7,404件)。
- 乳児死亡率、小児死亡率は全国平均並み。乳幼児死亡率は全国平均より高い。
- 小児科を標榜する病院・診療所数は全国平均並み。
- 小児科標榜診療所の医師数は全国平均より多いが、病院の小児科医等は全国平均より少ない。
- PICU病床数は全国平均並み。

医療機能	分類	指標名	細目	全国値	県全体	県北	県中	県南	会津	南会津	相双	いわき	備考	
地域・相談支援等	S	小児救急電話相談の回線数・相談件数	相談件数	753,096	11,367	3,299	3,948	726	913	69	366	2,030	福島県は平成28年度実績(件数は「その他16件」あるため、各地域の単純合計と県全体が一致しない。) 全国値はH27都道府県調査	
			15歳未満人口1万対	474.0	496.6	582.0	587.5	386.0	306.9	244.1	326.6	478.7		
			回線数	93	3									
			15歳未満人口10万対	0.6	1.3									
地域・相談支援等	S	小児に対し訪問看護を実施している訪問看護ステーション数		371	3	1	0	1	1	0	0	0	H25介護サービス施設・事業所調査	
			15歳未満人口10万対	2.3	1.3	1.8	0.0	5.3	3.4	0.0	0.0	0.0		
地域・相談支援等 一般小児医療 地域支援病院 地域センター 小児中核病院	S	小児人口	小児人口(15歳未満人口)	15,886,810	228,887	56,689	67,200	18,807	29,753	2,827	11,207	42,404	H27国勢調査	
地域・相談支援等 一般小児医療 地域支援病院 地域センター 小児中核病院	P	出生率	出生率(人口千対)	7.8	7.3								H28人口動態統計	
地域・相談支援等	P	小児在宅人工呼吸器患者数(レセプト件数)	在宅人工呼吸指導管理料の15歳未満の算定件数	29,966	330	0	120	0	86	0	0	124	H27NDB	
			15歳未満人口1万対	18.9	14.4	0.0	17.9	0.0	28.9	0.0	0.0	29.2		
地域・相談支援等	O	小児人口あたり時間外外来受診回数(レセプト件数)		2,671,716	47,272	11,086	15,207	3,519	9,024	409	1,710	6,317	H27NDB	
			15歳未満人口1万対	1,682	2,065	1,956	2,263	1,871	3,033	1,447	1,526	1,490		
地域・相談支援等 一般小児医療 地域支援病院 地域センター 小児中核病院	O	乳児死亡率(出生千対)		2.0	2.0								H28人口動態統計	
地域・相談支援等 一般小児医療 地域支援病院 地域センター 小児中核病院	O	乳幼児死亡率(5歳未満の死亡数/5歳未満人口)*1000		0.5	0.6								H28人口動態統計	
地域・相談支援等 一般小児医療 地域支援病院 地域センター 小児中核病院	O	小児(15才未満)の死亡率		0.2	0.2								H28人口動態統計	
一般小児医療	S	一般小児医療を担う病院・診療所数	主たる診療科目で「小児科」を標榜している診療所数と単科で「小児科」を標榜している診療所数の合計	5,510	84								H26医療施設調査	
			15歳未満人口1万対	3.5	3.7									
			「小児科」を標榜している一般病院数	2,618	36									
15歳未満人口1万対	1.7	1.6												
一般小児医療	S	小児歯科を標榜する	歯科診療所数	42,627	361								H26医療施設調査	
			15歳未満人口1万対	26.8	15.8									
一般小児医療 地域支援病院 地域センター 小児中核病院	S	小児科医師数		16,937	215	75	66	9	21	4	8	32	H28医師・歯科医師・薬剤師調査	
			15歳未満人口1万対	10.7	9.4	13.2	9.8	4.8	7.1	14.2	7.1	7.6		
一般小児医療	S	小児科標榜診療所に勤務する医師数		7,130.1	108.5	35.7	36.2	6.1	11.4	2.1	3.0	14.0	H26医療施設調査	
			15歳未満人口1万対	4.5	4.7	6.3	5.4	3.2	3.8	7.4	2.7	3.3		
一般小児医療 地域支援病院 地域センター 小児中核病院	S	小児医療に係る病院勤務医数	科目別の医師数の「小児科」、「小児外科」の合計の医師数	10,734.2	133.2	42.4	43.8	7.5	10.9	1.2	6.6	20.8	H26医療施設調査	
			15歳未満人口1万対	6.8	5.8	7.5	6.5	4.0	3.7	4.2	5.9	4.9		
一般小児医療 地域支援病院 地域センター 小児中核病院	S	地域連携小児夜間・休日診療料の届出医療機関数	地域連携小児夜間・休日診療料1、2の届出施設数	366	5	2	1	1	1	0	0	0	H28.3診療報酬施設基準	
			15歳未満人口1万対	0.2	0.2	0.4	0.2	0.5	0.3	0.0	0.0	0.0		

医療機能	分類	指標名	細目	全国値	県全体	県北	県中	県南	会津	南会津	相双	いわき	備考		
一般小児医療 地域支援病院 地域センター 小児中核病院	P	特別児童扶養手当受給者数		224,793	4,737								H27福祉行政報告例		
			人口10万人対	176.9	247.5										
		障害児福祉手当受給者数		65,595	1,179										H27福祉行政報告例
			人口10万人対	51.6	61.6										
身体障害者手帳交付台帳登録数 (18歳未満)	人口10万人対		103,969	1,311									H27福祉行政報告例		
			81.8	68.5											
地域支援病院	S	小児地域支援病院数		80	2	0	0	1	0	0	1	0	日本小児科学会		
			15歳未満人口1万対	0.1	0.1	0.0	0.0	0.5	0.0	0.0	0.9	0.0			
地域支援病院 地域センター 小児中核病院	P	救急入院患者数(レセプト件数)	小児又は乳幼児加算 (救急医療管理加算) の算定件数	57,875	1,274	756	99	229	23	0	155	12	H27NDB		
			15歳未満人口1万対	36.4	55.7	133.4	14.7	121.8	7.7	0.0	138.3	2.8			
地域センター	S	小児地域医療センター数		399	4	1	1	0	1	0	0	1	日本小児科学会		
			15歳未満人口1万対	0.3	0.2	0.2	0.2	0.0	0.3	0.0	0.0	0.2			
小児中核病院	S	小児中核病院数		106	1	1	0	0	0	0	0	0	日本小児科学会		
			15歳未満人口10万対	0.7	0.4	1.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0			
小児中核病院	S	PICUを有する病院数・病床数	PICUを有する施設数	41	1	1	0	0	0	0	0	0	福島県(全国値はH26医療施設調査)		
			人口100万人対	0.3	0.5	2.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0			
			PICUの病床数	256	4	4	0	0	0	0	0	0			
			人口100万人対	2.0	2.1	8.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0			

(3) 周産期医療関係指標一覧

【指標に見る本県の周産期医療の現状】

- 産科・産婦人科医師数が少ない。助産師数も全国平均をやや下回っている。
 分娩取扱病院数、診療所数は全国平均並み。
 NICUは全国平均並に整備されているが、MFICUの病床数は全国平均をやや下回っている。
- 産科・産婦人科医師数は人口10万人対でも出生1000対でも全国平均を大きく下回っている。
 分娩取扱施設全体でも全国平均を大きく下回る。診療所の医師数は全国平均並みだが、病院勤務医の不足が顕著。
 助産師数は全国平均をやや下回っている。
 - 分娩取扱病院数、診療所数は全国平均並み。
 - NICUは施設数、病床数とも全国平均並み。入室児数は全国平均を上回っている。
 - MFICU病床数は全国平均をやや下回っている。
 - 総合・地域周産期母子医療センターにおけるNICU専任常勤医師数は全国平均を下回っている。
 - 新生児死亡率、乳児死亡率は全国平均並み。周産期死亡率、死産率、乳幼児死亡率は全国平均を上回っている。

医療機能	分類	指標名	細目	全国値	県全体	県北	県中	県南	会津	南会津	相双	いわき	備考
低リスク分娩 地域センター 総合センター	S	産科医及び産婦人科医の数		11,349	122	48	32	9	12	0	3	18	H28医師・歯科医師・薬剤師調査
			人口10万人対	8.9	6.4	9.8	5.9	6.2	4.8	0.0	2.7	5.1	
			出生1000対	11.6	8.9	14.8	8.0	8.3	7.1	0.0	2.4	7.7	
低リスク分娩 地域センター 総合センター	S	分娩取扱施設に勤務する産科医及び産婦人科医の数	一般診療所の「分娩の取扱」有りの担当医師数(常勤換算)	2,259.2	33.6	9.1	11.5	1.0	2.0	0.0	1.0	9.0	H26医療施設調査
			出生1000対	2.3	2.4	2.8	2.9	0.9	1.2	0.0	0.8	3.8	
			病院の「分娩の取扱」有りの担当医師数(常勤換算)	6,317.2	60.9	19.6	15.6	9.4	7.0	0.0	1.0	8.3	
			出生1000対	6.5	4.4	6.1	3.9	8.7	4.1	0.0	0.8	3.5	
			病院診療所の合計	8,576.4	94.5	28.7	27.1	10.4	9.0	0.0	2.0	17.3	
低リスク分娩 地域センター 総合センター	S	助産師数	一般診療所の「分娩の取扱」有りの担当助産師数(常勤換算)	4,957.7	77.8	36.1	22.7	0.0	4.0	0.0	1.0	14.0	H26医療施設調査
			病院の「分娩の取扱」有りの担当助産師数(常勤換算)	18,223.6	223.8	53.9	82.8	32.6	28.5	0.0	11.0	15.0	
			病院診療所の合計	23,181.3	301.6	90.0	105.5	32.6	32.5	0.0	12.0	29.0	
			出生1000対	23.7	21.9	27.8	26.4	30.2	19.1	0.0	9.5	12.4	
			就業助産師数	35,774	492								
出生1000対	36.6	35.8											
低リスク分娩 地域センター 総合センター	S	クリニカルラダーⅢの認証を受けた助産師数(アドバンス助産師数)		2,614	38								H29.2日本助産評価機構
			出生1000対	2.7	2.8								
低リスク分娩 地域センター 総合センター	S	新生児集中ケア認定看護師数		372	5								H29.6日本看護協会
			出生1000対	0.4	0.4								
低リスク分娩 地域センター 総合センター	S	分娩を取扱う産科又は産婦人科病院数	「分娩の取扱」有りの病院数	1,055	15	4	5	2	2	0	1	1	福島県(全国値はH26医療施設調査)
			出生1000対	1.1	1.1	1.2	1.3	1.9	1.2	0.0	0.8	0.4	
低リスク分娩 地域センター 総合センター	S	分娩を取扱う産科又は産婦人科診療所数	「分娩の取扱」有りの一般診療所数	1,308	22	6	6	1	2	0	2	5	福島県(全国値はH26医療施設調査)
			出生1000対	1.3	1.6	1.9	1.5	0.9	1.2	0.0	1.6	2.1	
低リスク分娩 地域センター 総合センター	S	分娩を取り扱う助産所数		349	1	0	0	0	0	1	0	0	福島県(全国値はH28衛生行政報告例)
低リスク分娩 地域センター 総合センター	P	分娩数(帝王切開件数を含む。)(人口10万人あたり)	病院の「分娩」の9月中の実施件数	46,451	637	150	182	74	137	0	17	77	H26医療施設調査
			人口10万人対	36.5	33.3	30.6	33.7	51.4	54.7	0.0	15.2	22.0	
			一般診療所の「分娩」の9月中の実施件数	38,765	608	208	180	6	79	0	0	135	
			人口10万人対	30.5	31.8	42.4	33.4	4.2	31.5	0.0	0.0	38.5	
			病院診療所の合計	85,216	1,245	358	362	80	216	0	17	212	
	人口10万人対	67.0	65.0	73.0	67.1	55.5	86.2	0.0	15.2	60.5			

※ 出生千対の算出に用いた出生数は、人口動態統計(平成28年)。

医療機能	分類	指標名	細目	全国値	県全体	県北	県中	県南	会津	南会津	相双	いわき	備考
低リスク分娩 地域センター 総合センター	P	出生率(人口千対)		7.8	7.3								H28人口動態統計
低リスク分娩 地域センター 総合センター	P	合計特殊出生率		1.4	1.6								H28人口動態統計
低リスク分娩 地域センター 総合センター	P	低出生体重児出生率	低出生体重児(2,500g未満)の出生割合	9.4	9.5	8.3	9.5	9.9	10.0	9.9	9.8	10.5	H28人口動態統計
低リスク分娩	P	分娩後1年以内の産婦への産後訪問指導実施数		2,185,276	31,357								H27地域保健・健康増進事業報告
			出生1000対	2,237	2,282								
低リスク分娩 地域センター 総合センター	O	新生児死亡率	(生後28日未満の死亡数/出生数*)×1000	0.9	0.9								H28人口動態統計
低リスク分娩 地域センター 総合センター	O	周産期死亡率	出産千対(出生数+妊娠22週以後の死産数)	3.6	4.6								H28人口動態統計
低リスク分娩 地域センター 総合センター	O	死産率	死産率(出産千対)	21.0	21.8								H28人口動態統計
地域センター 総合センター	S	NICUを有する病院数・病床数(人口10万人あたり、出生1000人あたり)	病院数	330	5	2	1	0	1	0	0	1	福島県(全国値はH26医療施設調査)
			人口10万人対	0.3	0.3	0.4	0.2	0.0	0.4	0.0	0.0	0.3	
			出生1000対	0.3	0.4	0.6	0.3	0.0	0.6	0.0	0.0	0.4	
			病床数	3,052	42	21	9	0	6	0	0	6	
			人口10万人対	2.4	2.2	4.3	1.7	0.0	2.4	0.0	0.0	1.7	
出生1000対	3.1	3.1	6.5	2.3	0.0	3.5	0.0	0.0	2.6				
地域センター 総合センター	S	NICU専任常勤医師数(総合・地域周産期母子医療センター)		1,660	16								福島県(全国値はH26周産期医療体制調)
			出生1000対	1.7	1.2								
地域センター 総合センター	S	GCUを有する病院数・病床数(人口10万人あたり、出生1000人あたり)	病院数		2	1	1	0	0	0	0	0	福島県
			人口10万人対		0.1	0.2	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
			出生1000対		0.1	0.3	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
			病床数		24	12	12	0	0	0	0	0	
			人口10万人対		1.3	2.4	2.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
出生1000対		1.7	3.7	3.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0				
地域センター 総合センター	S	MFICUを有する病院数・病床数(人口10万人あたり、出生1000人あたり)	病院数	110	2	1	1	0	0	0	0	0	福島県(全国値はH26医療施設調査)
			人口100万人対	0.9	1.0	0.2	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
			出生1万対	1.1	1.5	0.3	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
			病床数	715	9	6	3	0	0	0	0	0	
			人口100万人対	5.6	4.7	1.2	0.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
出生1万対	7.3	6.5	1.9	0.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0				
地域センター 総合センター	S	ハイリスク分娩管理加算届出医療機関数	出生1000対	705	9	3	2	1	2	0	0	1	H28.3診療報酬施設基準
			人口10万人対	0.6	0.5	0.6	0.4	0.7	0.8	0.0	0.0	0.3	
			出生1000対	0.7	0.7	0.9	0.5	0.9	1.2	0.0	0.0	0.4	
地域センター 総合センター	S	災害時小児周産期リエゾン認定者数		106	2							厚生労働省	
地域センター 総合センター	P	周産期母子医療センターで取り扱う分娩数		227,956	3,853								H26周産期医療体制調
			出生1000対	233.3	280.3								
地域センター 総合センター	P	NICU入室児数	NICUの9月中の取扱患者延数	68,838	1,297	456	484	0	180	0	0	177	H26医療施設調査
			人口10万人対	54.2	67.8	92.9	89.7	0.0	71.8	0.0	0.0	50.5	
			出生1000対	70.5	94.4	141.0	121.1	0.0	106.0	0.0	0.0	75.5	
地域センター 総合センター	P	NICU・GCU長期入室児数		614	5								H26周産期医療体制調
			人口10万人対	0.5	0.3								
			出生1000対	0.6	0.4								
地域センター 総合センター	P	母体搬送数	地域内		289	102	103	8	27	0	1	48	H28福島県救急医療情報システム
			地域外への搬送		107	35	20	11	11	0	18	12	
			地域外からの搬送		108	42	42	4	6	0	0	14	
地域センター 総合センター	P	新生児搬送数	地域内		907	159	473	45	96	0	4	130	H28福島県救急医療情報システム
			地域外への搬送		60	19	26	3	3	0	5	4	
			地域外からの搬送		60	28	13	2	8	0	0	9	
療養・療育支援	O	乳児死亡率(出生千対)		2.0	2.0							H28人口動態統計	
療養・療育支援	O	乳幼児死亡率(5歳未満の死亡数/5歳未満人口*)×1000		0.5	0.6							H28人口動態統計	

(4) 災害時医療関係指標一覧

【指標に見る本県の災害時医療の現状】

全病院のEMIS登録が完了している。
災害拠点病院の耐震化及び業務継続計画策定が進んでいない。

- 福島県内全134病院のEMISの登録が完了している。
- 災害拠点病院における訓練があまり実施されていない。
(災害拠点病院独自ではあまり実施されていないが、各災害拠点病院で、県等が主催する訓練に参加する等対応している。)

医療機能	分類	指標名	全国値	県全体	県北	県中	県南	会津	南会津	相双	いわき	備考
災害時に拠点となる病院	S	災害拠点病院における病院の耐震化率	87.6%	50.0%	50%	0%	100%	0%	100%	100%	0%	H29.10都道府県調査
災害時に拠点となる病院	S	災害拠点病院における業務継続計画の策定率	38.5%	12.5%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	H29.10都道府県調査
災害時に拠点となる病院	S	災害拠点病院における複数の災害時の通信手段の確保率	82.7%	75.0%	100%	0%	0%	100%	100%	100%	100%	H29.10都道府県調査
災害時に拠点となる病院	S	多数傷病者に対応可能なスペースを有する災害拠点病院の割合	70.9%	75.0%	100%	0%	100%	100%	0%	100%	100%	H29.10都道府県調査

医療機能	分類	指標名	全国値	県全体	県北	県中	県南	会津	南会津	相双	いわき	備考
災害時に拠点となる病院	S	災害拠点病院のうち、受水槽の保有や、井戸設備の整備を行っている病院の割合	99.9%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	H29.10都道府県調査
		災害拠点病院のうち、受水槽の保有や、井戸設備の整備を行っている病院の割合	55.7%	37.5%	0%	100%	0%	100%	0%	100%	0%	
災害時に拠点となる病院	S	災害拠点病院のうち、病院敷地内にヘリポートを有している病院の割合	46.8%	50.0%	50%	0%	100%	100%	0%	100%	0%	H29.10都道府県調査
災害時に拠点となる病院	P	EMISの操作を含む研修・訓練を実施している病院の割合	99.2%	100.0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	H29.10都道府県調査
		EMISの操作を含む研修・訓練を実施している病院の割合	98.2%	100.0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
災害時に拠点となる病院	P	災害拠点病院のうち、傷病者が多数発生した場合を想定した災害実働訓練を実施した病院の割合		25.0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	H29.4.1福島県調べ
災害時に拠点となる病院 災害時に拠点となる病院以外の病院 都道府県	P	災害時の医療チーム等の受入を想定し、都道府県が派遣調整本部のコーディネート機能の確認を行う災害実働訓練実施回数		3								H29.4.1福島県調べ
災害時に拠点となる病院以外の病院	S	広域災害・救急医療情報システム(EMIS)へ登録している病院の割合	93.7%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	H29.10都道府県調査
都道府県	S	災害拠点病院のDMAT数		26	11	3	3	3	0	3	3	H29.10都道府県調べ
都道府県	S	DMATの研修を修了した隊員数	11,443	194								H29.3都道府県調査
		人口10万人対	9.0	10.1								

(5) へき地医療関係指標一覧

【指標に見る本県のへき地医療の現状】
 会津地域にへき地診療所が多い。
 へき地医療拠点病院による診療支援は、会津地域と南会津地域のみで行われている。

医療機能	分類	指標名	細目	全国値	県全体	県北	県中	県南	会津	南会津	相双	いわき	備考	
へき地診療	S	へき地診療所数・病床数	へき地診療所の数	1,083	25	3	2	1	13	2	3	1	H28へき地医療現況調査	
			へき地診療所の病床数	1,483	57	0	19	0	19	19	0	0		
へき地診療	S	へき地における歯科診療所数		55	1	0	1	0	0	0	0	0	H28へき地医療現況調査	
へき地診療	S	過疎地域等特定診療所数		84	0	0	0	0	0	0	0	0	H28へき地医療現況調査	
へき地診療	S	へき地診療所の医師数	常勤医師数	655.8	20.0	2	2	1	7	5	3	0	H28へき地医療現況調査	
			非常勤医師数	1,188.0	60.0	2	4	0	37	1	14	2		
へき地診療	S	へき地における医師以外の医療従事者数	常勤歯科医師数	40.0	4.0	0	1	0	2	0	1	0	H28へき地医療現況調査	
			非常勤歯科医師数	18.0	0.0	0	0	0	0	0	0	0		
			常勤看護師数	1,771.7	72.0	5	7	2	34	15	7	2		
			非常勤看護師数	993.1	18.0	1	0	0	13	2	2	0		
			常勤薬剤師等数	873.0	1.0	0	0	0	1	0	0	0		
			非常勤薬剤師等数	351.0	1.0	0	0	0	0	1	0	0		
へき地診療	P	へき地における診療・巡回診療の実施日数		2,349.5	40.0	0	0	0	40	0	0	0	H28へき地医療現況調査	
へき地診療	P	へき地における訪問診療(歯科を含む)の実施日数		48,257.0	1,016.0	0	12	35	318	651	0	0	H28へき地医療現況調査	
へき地診療	P	へき地における訪問看護の実施日数		37,760.2	1,184.0	0	0	0	484	700	0	0	H28へき地医療現況調査	
へき地支援医療	S	へき地医療拠点病院数		313	2	0	0	0	1	1	0	0	H28へき地医療現況調査	
へき地支援医療	S	へき地医療に関して一定の実績を有するものとして認定を受けた社会医療法人数		138	0	0	0	0	0	0	0	0	H28へき地医療現況調査	
へき地支援医療	P	へき地医療拠点病院からへき地への巡回診療実施回数・日数・延べ受診患者数	巡回診療実施回数	5,236	0	0	0	0	0	0	0	0	0	H28へき地医療現況調査
			巡回診療日数	3,999	0	0	0	0	0	0	0	0	0	H28へき地医療現況調査
			延べ受診患者数	26,170	0	0	0	0	0	0	0	0	0	H28へき地医療現況調査
へき地支援医療	P	へき地医療拠点病院からへき地への医師派遣実施回数・延べ派遣日数	医師派遣実施回数	15,661	209	0	0	0	186	23	0	0	H28へき地医療現況調査	
			医師派遣延べ日数	13,278	160.0	0	0	0	137.0	23.0	0	0		
へき地支援医療	P	へき地医療拠点病院からへき地への代診医派遣実施回数・延べ派遣日数	代診医派遣実施回数	4,222	5	0	0	0	5	0	0	0	H28へき地医療現況調査	
			代診医派遣延べ日数	4,146	3.0	0	0	0	3.0	0.0	0	0		
へき地支援医療	P	遠隔医療等ICTを活用した診療支援の実施状況		174	0	0	0	0	0	0	0	0	H28へき地医療現況調査	
行政機関等の支援	S	へき地医療支援機構の数		40	1								H28へき地医療現況調査	
行政機関等の支援	S	へき地医療支援機構の専任・併任担当官数		42	1								H28へき地医療現況調査	
行政機関等の支援	S	へき地医療に従事する地域枠医師数		450	0	0	0	0	0	0	0	0	H28へき地医療現況調査	
行政機関等の支援	P	協議会の開催回数		68	1								H28へき地医療現況調査	
行政機関等の支援	P	協議会等におけるへき地の医療従事者(医師、歯科医師、看護師、薬剤師等)確保の検討回数		44	1								H28へき地医療現況調査	

(6) 在宅医療関係関係指標一覧

【指標に見る本県の在宅医療の現状】

退院支援担当者を配置している診療所・病院数が全国平均を下回っており、退院調整を受けた患者数が少ない。
在宅療養支援診療所数・在宅療養支援病院数・在宅療養支援歯科診療所数は全国平均を下回っている。
訪問診療・往診を受けた患者数は全国平均を下回っている。
在宅死亡者の割合は全国平均並みである。

- 退院支援担当者を配置している診療所・病院数は全国平均を下回っている。
- 病院の平均在院日数は全国平均並みである。
- 在宅療養支援診療所数・在宅療養支援病院数・在宅療養支援歯科診療所数は全国平均を下回っている。
特に、在宅療養支援歯科診療所数は、全ての二次医療圏で全国平均を下回っている。
- 訪問診療、往診を受けた患者数は全国平均を下回っている。
- 訪問看護利用者数は全国平均を上回っている。
- 訪問看護事業所数・訪問看護ステーション従業者数は全国平均を下回っている。
- 在宅看取りを実施している診療所・病院数、ターミナルケアに対応する訪問看護ステーション数は全国平均並みである。
- 在宅死亡者の割合は全国平均並みである。

医療機能	分類	指標名	細目	全国値	県全体	県北	県中	県南	会津	南会津	相双	いわき	備考
退院支援	S	退院支援担当者を配置している診療所・病院数	退院調整支援担当者「いる」の一般診療所数	584	4	2	0	0	2	0	0	0	H26医療施設調査(個票解析)
			人口10万人対	0.5	0.2	0.4	0.0	0.0	0.8	0.0	0.0	0.0	
			退院調整支援担当者「いる」の病院数	3,592	45	11	12	3	6	0	2	11	
			人口10万人対	2.8	2.4	2.2	2.2	2.1	2.4	0.0	1.8	3.1	
退院支援	S	退院支援を実施している診療所・病院数	退院調整加算(退院時1回)を算定した医療機関			13	14	*	4	0	*	7	H27NDB *は1又は2
			人口10万人対			2.6	2.6	-	1.6	0.0	-	2.0	
退院支援	S	介護支援連携指導を実施している診療所・病院数	介護支援連携指導料を算定した医療機関数			17	15	4	10	*	4	12	H27NDB *は1又は2
			人口10万人対			3.5	2.8	2.8	4.0	-	3.6	3.4	
退院支援	S	退院時共同指導を実施している診療所・病院数	退院時共同指導料2を算定した医療機関数			10	7	*	*	0	0	*	H27NDB *は1又は2
			人口10万人対			2.0	1.3	-	-	0.0	0.0	-	
退院支援	P	退院支援(退院調整)を受けた患者数(レセプト件数)	退院調整加算(退院時1回)の算定件数	1,262,618	10,232	4,049	1,997	1,061	1,446	0	119	1,560	H27NDB
			人口10万人対	993.4	534.6	825.2	370.2	736.4	577.0	0.0	106.3	445.4	
退院支援	P	介護支援連携指導を受けた患者数(レセプト件数)	介護支援連携指導料の算定件数	308,238	3,806	1,129	404	543	693	0	234	803	H27NDB
			人口10万人対	242.5	198.8	230.1	74.9	376.9	276.5	0.0	209.0	229.3	
退院支援	P	退院時共同指導を受けた患者数(レセプト件数)	退院時共同指導料2の算定件数	35,708	300	210	25	0	0	0	0	65	H27NDB
			人口10万人対	28.1	15.7	42.8	4.6	0.0	0.0	0.0	0.0	18.6	
退院支援	P	退院患者平均在院日数	病院退院患者平均在院日数(施設住所)	33.2	32.5	27.5	30.2	45.4	35.4	11.3	25.3	40.9	H26患者調査
日常療養支援	S	訪問診療を実施している診療所数	在宅患者訪問診療を実施した診療所数(H26年9月中)	20,597	308	92	105	20	35	9	7	40	H26医療施設調査
			人口10万人対	16.2	16.1	18.8	19.5	13.9	14.0	33.2	6.3	11.4	
			うち、在宅療養支援診療所数(H26年9月中)	10,702	147	54	51	6	16	2	0	18	
			人口10万人対	8.4	7.7	11.0	9.5	4.2	6.4	7.4	0.0	5.1	
日常療養支援	S	訪問診療を実施している病院数	在宅患者訪問診療を実施した病院数(H26年9月中)	2,692	57	16	12	3	10	0	6	10	H26医療施設調査
			人口10万人対	2.1	3.0	3.3	2.2	2.1	4.0	0.0	5.4	2.9	
			うち、在宅療養支援病院数(H26年9月中)	843	5	2	2	0	1	0	0	0	
			人口10万人対	0.7	0.3	0.4	0.4	0.0	0.4	0.0	0.0	0.0	
日常療養支援	S	訪問診療を実施している診療所・病院数	在宅患者訪問診療料(1日につき)を算定した医療機関数	27,789	413	118	127	27	54	12	20	55	H27NDB
			人口10万人対	21.9	21.6	24.0	23.5	18.7	21.5	44.2	17.9	15.7	
日常療養支援、急変時の対応、看取り	S	在宅療養支援診療所数、在宅療養支援診療所(有床診療所)の病床数	在宅療養支援診療所の届出施設数	14,683	188	67	67	8	20	2	1	23	H28.3診療報酬施設基準
			人口10万人対	11.6	9.8	13.7	12.4	5.6	8.0	7.4	0.9	6.6	
			在宅療養支援診療所の届出施設の病床数	29,573	219	67	69	4	22	19	0	38	
			人口10万人対	23.3	11.4	13.7	12.8	2.8	8.8	70.0	0.0	10.8	
日常療養支援、急変時の対応、看取り	S	在宅療養支援病院数、在宅療養支援病院の病床数	在宅療養支援病院の届出施設数	1,109	5	2	2	0	1	0	0	0	H28.3診療報酬施設基準
			人口10万人対	0.9	0.3	0.4	0.4	0.0	0.4	0.0	0.0	0.0	
			在宅療養支援病院の届出施設の病床数	112,886	519	253	206	0	60	0	0	0	
			人口10万人対	88.8	27.1	51.6	38.2	0.0	23.9	0.0	0.0	0.0	
日常療養支援	S	在宅患者訪問看護・指導料を算定した医療機関数	医療機関数	6,706	106	23	26	7	14	9	4	23	H27NDB
			人口10万人対	5.3	5.5	4.7	4.8	4.9	5.6	33.2	3.6	6.6	
日常療養支援	S	訪問看護を実施している事業所数	事業所数	6,458	99	30	31	8	13	1	7	9	H25介護サービス施設・事業所調査
			人口10万人対	5.1	5.2	6.1	5.7	5.6	5.2	3.7	6.3	2.6	
日常療養支援	S	小児の訪問看護を実施している訪問看護事業所数	事業所数	371	3	1	0	1	1	0	0	0	H25介護サービス施設・事業所調査
			人口10万人対	0.3	0.2	0.2	0.0	0.7	0.4	0.0	0.0	0.0	

医療機能	分類	指標名	細目	全国値	県全体	県北	県中	県南	会津	南会津	相双	いわき	備考
日常療養支援	S	歯科訪問診療を実施している診療所数	歯科訪問診療(居宅)又は、歯科訪問診療(施設)のいずれかを実施している診療所数	13,852	166	49	49	17	14	2	5	30	H26医療施設調査
			人口10万人対	10.9	8.7	10.0	9.1	11.8	5.6	7.4	4.5	8.6	
			うち、歯科訪問診療(居宅)を実施している診療所数	9,483	117	38	32	11	12	2	5	17	
			人口10万人対	7.5	6.1	7.7	5.9	7.6	4.8	7.4	4.5	4.9	
			うち、歯科訪問診療(施設)を実施している診療所数	9,383	109	31	34	12	8	0	2	22	
人口10万人対	7.4	5.7	6.3	6.3	8.3	3.2	0.0	1.8	6.3				
日常療養支援、急変時の対応	S	在宅療養支援歯科診療所数	在宅療養支援歯科診療所の届出施設数	6,140	45	18	13	1	6	1	0	6	H28.3診療報酬施設基準
			人口10万人対	4.8	2.4	3.7	2.4	0.7	2.4	3.7	0.0	1.7	
日常療養支援	S	訪問薬剤指導を実施する診療所、病院数	在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定した医療機関数			3	*	0	0	0	0	*	H27NDB *は1又は2
			人口10万人対			0.6	-	0.0	0.0	0.0	0.0	-	
日常療養支援	S	訪問薬剤指導を実施する薬局数	在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定した薬局数			32	14	3	13	*	*	8	H27NDB *は1又は2
			人口10万人対			6.5	2.6	2.1	5.2	-	-	2.3	
日常療養支援	S	訪問薬剤指導を実施する事業所数(介護DB)	事業所数(介護)	17,885	180	67	47	5	27	5	4	25	H29.3介護DB
			人口10万人対	14.1	9.4	13.7	8.7	3.5	10.8	18.4	3.6	7.1	
日常療養支援	P	診療所が訪問診療を実施した件数	診療所が訪問診療を実施した件数(H26年9月中)	948,728	10,459	3,277	3,530	431	815	176	71	2,159	H26医療施設調査
			人口10万人対	746.5	546.4	667.9	654.5	299.1	325.2	648.3	63.4	616.4	
			うち、在宅療養支援診療所が実施した件数(H26年9月中)	817,890	8,051	2,698	2,902	209	383	71	0	1,788	
			人口10万人対	643.5	420.6	549.9	538.0	145.1	152.8	261.5	0.0	510.5	
日常療養支援	P	病院が訪問診療を実施した件数	病院が訪問診療を実施した件数(H26年9月中)	123,557	2,228	1,419	302	67	158	0	79	203	H26医療施設調査
			人口10万人対	97.2	116.4	289.2	56.0	46.5	63.0	0.0	70.6	58.0	
			うち、在宅療養支援病院が実施した件数(H26年9月中)	69,635	1,250	1,080	153	0	17	0	0	0	
			人口10万人対	54.8	65.3	220.1	28.4	0.0	6.8	0.0	0.0	0.0	
日常療養支援	P	訪問診療を受けた患者数(レセプト件数)	在宅患者訪問診療料算定件数	7,325,943	93,629	28,876	29,501	4,402	7,715	1,735	2,219	19,181	H27NDB
			人口10万人対	5,764	4,892	5,885	5,469	3,055	3,079	6,391	1,982	5,477	
			うち、在宅患者訪問診療料(居宅)算定件数	4,711,488	63,924	18,386	23,437	4,090	5,566	1,428	1,985	9,032	
			人口10万人対	3,707	3,340	3,747	4,345	2,839	2,221	5,260	1,773	2,579	
			うち、在宅患者訪問診療料(同一建物)算定	2,247,141	23,655	5,741	8,654	286	823	256	176	7,719	
			人口10万人対	1,768	1,236	1,170	1,604	199	328	943	157	2,204	
			うち、在宅患者訪問診療料(特定施設)算定	1,671,891	15,735	5,350	4,418	26	1,346	53	60	4,482	
人口10万人対	1,315	822	1,090	819	18	537	195	54	1,280				
日常療養支援	P	15歳未満の訪問診療を受けた患者数(レセプト件数)	在宅患者訪問診療料算定件数	17,331	190	0	57	0	24	12	0	97	H27NDB
			人口10万人対	13.6	9.9	0.0	10.6	0.0	9.6	44.2	0.0	27.7	
日常療養支援	P	歯科診療所が歯科訪問診療を実施した件数	歯科訪問診療(居宅)を実施した件数(H26年9月中)	98,824	673	278	254	23	63	2	11	42	H26医療施設調査
			人口10万人対	77.8	35.2	56.7	47.1	16.0	25.1	7.4	9.8	12.0	
			歯科訪問診療(施設)を実施した件数(H26年9月中)	330,780	1,332	677	301	88	121	0	9	136	
			人口10万人対	260.3	69.6	138.0	55.8	61.1	48.3	0.0	8.0	38.8	
日常療養支援	P	訪問看護利用者数(精神以外)(レセプト件数)	在宅患者訪問看護・指導料の算定件数	167,478	2,630	860	579	149	118	124	16	784	H27NDB
			人口10万人対	131.8	137.4	175.3	107.3	103.4	47.1	456.7	14.3	223.8	
日常療養支援	P	15歳未満の訪問看護利用者数(精神以外)(レセプト件数)	在宅患者訪問看護・指導料の算定件数	1,194	47	0	0	0	0	0	0	47	H27NDB
			人口10万人対	0.9	2.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	13.4	
日常療養支援	P	訪問看護利用者数(精神)(レセプト件数)	精神科在宅患者訪問看護・指導料の算定件数	439,206	8,631	3,243	1,678	1,111	1,058	0	256	1,285	H27NDB
			人口10万人対	345.6	450.9	661.0	311.1	771.1	422.2	0.0	228.7	366.9	
日常療養支援	P	15歳未満の訪問看護利用者数(精神)(レセプト件数)	精神科在宅患者訪問看護・指導料の算定件数	404	11	0	11	0	0	0	0	0	H27NDB
			人口10万人対	0.3	0.6	0.0	2.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
日常療養支援	P	訪問看護利用者数(介護DB)	事業所数(介護DB)	6,393,992	100,112	35,534	28,494	4,762	10,696	683	8,938	11,005	H29.3介護DB
			人口10万人対	5,031	5,230	7,242	5,283	3,305	4,268	2,516	7,984	3,142	
日常療養支援	P	医療機関による訪問薬剤管理指導を受けた者の数(レセプト件数)	在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定件数	3,251	180	139	28	0	0	0	0	13	H27NDB
			人口10万人対	2.6	9.4	28.3	5.2	0.0	0.0	0.0	0.0	3.7	
日常療養支援	P	薬局による訪問薬剤管理指導を受けた者の数(レセプト件数)	在宅患者訪問薬剤管理指導料の算定件数	94,907	783	291	228	43	152	0	0	69	H27NDB
			人口10万人対	74.7	40.9	59.3	42.3	29.8	60.7	0.0	0.0	19.7	
日常療養支援	P	訪問薬剤管理指導を受けた者の数(介護DB)	事業所数(介護DB)	3,059,779	14,350	4,955	6,054	564	597	210	62	1,908	H29.3介護DB
			人口10万人対	2,407	750	1,010	1,122	391	238	774	55	545	
日常療養支援	P	小児の訪問看護利用者数	事業所数	8,059.0	30.2	7.7	0.0	7.4	15.1	0.0	0.0	0.0	H25介護サービス施設・事業所調査
			人口10万人対	6.3	1.6	1.6	0.0	5.1	6.0	0.0	0.0	0.0	

医療機能	分類	指標名	細目	全国値	県全体	県北	県中	県南	会津	南会津	相双	いわき	備考		
急変時の対応	S	往診を実施している診療所数	往診を実施した診療所数(H26年9月中)	23,358	317	95	106	17	26	9	16	48	H26医療施設調査		
			人口10万人対	18.4	16.6	19.4	19.7	11.8	10.4	33.2	14.3	13.7			
			うち、在宅療養支援診療所数(H26年9月中)	9,289	115	43	44	3	8	2	0	15			
			人口10万人対	7.3	6.0	8.8	8.2	2.1	3.2	7.4	0.0	4.3			
急変時の対応	S	往診を実施している病院数	往診を実施した病院数(H26年9月中)	1,627	25	6	8	1	5	0	2	3	H26医療施設調査		
			人口10万人対	1.3	1.3	1.2	1.5	0.7	2.0	0.0	1.8	0.9			
			うち、在宅療養支援病院数(H26年9月中)	608	4	2	1	0	1	0	0	0			
			人口10万人対	0.5	0.2	0.4	0.2	0.0	0.4	0.0	0.0	0.0			
急変時の対応	S	往診を実施している診療所・病院数(レセプト件数)	往診料を算定した医療機関数	40,454	565	155	157	41	71	13	35	93	H27NDB		
			人口10万人対	31.8	29.5	31.6	29.1	28.5	28.3	47.9	31.3	26.6			
急変時の対応	S	在宅療養後方支援病院の届出施設数	届出施設数	326	3	0	2	0	1	0	0	0	H28.3診療報酬施設基準		
			人口10万人対	0.3	0.2	0.0	0.4	0.0	0.4	0.0	0.0	0.0			
退院支援、 日常療養支援、 急変時の対応、 看取り	S	訪問看護事業所数、訪問看護ステーションの従業者数	訪問看護事業所数	10,126	134									H27介護給付費実態調査(H27.5~H28.4審査分)	
			人口10万人対	8.0	7.0										
			介護予防訪問看護事業所数	7,581	100										
			人口10万人対	6.0	5.2										
			訪問看護ステーション従業者数(常勤換算)	50,696.4	640.5										
			うち保健師数	711.1	26.6	6.8	15.0	2.5	0.0	0.0	0.0	1.3	1.0		
			うち助産師数	34.0	1.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		
			うち看護師数	32,829.7	405.9	111.7	140.5	16.1	53.7	2.6	29.4	51.9			
			うち准看護師数	3,525.9	66.2	29.5	11.2	5.5	4.6	0.0	11.6	3.8			
			うち理学療法士数	6,629.6	66.0	19.3	21.1	2.6	11.3	0.0	5.5	6.2			
			うち作業療法士数	3,054.5	39.5	18.9	8.0	2.7	4.4	0.0	4.0	1.5			
合計人口10万人対	39.9	33.5													
急変時の対応	S	24時間体制をとっている訪問看護ステーション数、従業者数	24時間体制をとっている訪問看護ステーション数	6,343.0	101.0	26.0	34.0	7.0	12.0	1.0	9.0	12.0		H27介護サービス施設・事業所調査(個票解析)	
			人口10万人対	5.0	5.3	5.3	6.3	4.9	4.8	3.7	8.0	3.4			
			保健師数	594.4	26.6	6.8	15.0	2.5	0.0	0.0	1.3	1.0			
			助産師数	29.0	1.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0			
			看護師数	28,254.8	388.9	106.1	137.4	15.1	48.2	2.6	27.6	51.9			
			准看護師数	2,633.4	55.8	22.6	11.2	4.5	4.6	0.0	9.1	3.8			
			理学療法士数	5,091.1	65.5	18.8	21.1	2.6	11.3	0.0	5.5	6.2			
			作業療法士数	2,316.3	39.5	18.9	8.0	2.7	4.4	0.0	4.0	1.5			
			合計	45,267.0	683.6	205.5	233.0	39.3	85.3	7.3	64.5	79.8			
			人口10万人対	35.6	35.7	41.9	43.2	27.2	34.0	26.8	57.7	22.8			
			急変時の対応	P	診療所が往診を実施した件数	診療所が往診を実施した件数(H26年9月中)	193,114	2,516	665	915	102	87	58		58
人口10万人対	151.9	131.4				135.5	169.6	70.8	34.7	213.6	51.8	180.2			
うち、在宅療養支援診療所が実施した件数(H26年9月中)	116,692	1,284				318	585	13	38	4	0	326			
人口10万人対	91.8	67.1				64.8	108.5	9.0	15.2	14.7	0.0	93.1			
急変時の対応	P	病院が往診を実施した件数	病院が往診を実施した件数(H26年9月中)	14,438	188	29	125	6	6	0	11	11	H26医療施設調査		
			人口10万人対	11.4	9.8	5.9	23.2	4.2	2.4	0.0	9.8	3.1			
			うち、在宅療養支援病院が実施した件数(H26年9月中)	5,771	90	4	84	0	2	0	0	0			
			人口10万人対	4.5	4.7	0.8	15.6	0.0	0.8	0.0	0.0	0.0			
急変時の対応	P	往診を受けた患者数(レセプト件数)	往診料算定件数 往診(患者の求めがあつて赴く訪問診療)の件数	1,733,903	21,546	4,988	8,115	1,006	1,518	578	576	4,765	H27NDB		
			人口10万人対	1,364.3	1,125.7	1,016.6	1,504.5	698.2	605.7	2,129.0	514.5	1,360.5			
看取り	S	看取りに対応する診療所数	看取りを実施した診療所数(H26年9月中)	4,312	65	21	24	2	4	4	2	8	H26医療施設調査		
			人口10万人対	3.4	3.4	4.3	4.4	1.4	1.6	14.7	1.8	2.3			
看取り	S	看取りに対応する病院数	看取りを実施した病院数(H26年9月中)	476	9	3	2	1	1	0	0	2	H26医療施設調査		
			人口10万人対	0.4	0.5	0.6	0.4	0.7	0.4	0.0	0.0	0.6			
看取り	S	在宅看取り(ターミナルケア)を実施している診療所・病院数	実施している診療所・病院数	11,033	163	52	57	5	16	6	5	22	H27NDB		
			人口10万人対	8.7	8.5	10.6	10.6	3.5	6.4	22.1	4.5	6.3			
看取り	S	ターミナルケアに対応する訪問看護ステーション数	加算等の届出の状況でターミナル体制の届出「あり」の訪問看護ステーション数	6,595	99	28	33	7	11	1	8	11	H27介護サービス施設・事業所調査(個票解析)		
			人口10万人対	5.2	5.2	5.7	6.1	4.9	4.4	3.7	7.1	3.1			
看取り	P	在宅ターミナルケアを受けた患者数(レセプト件数)	在宅ターミナルケアを受けた患者数(レセプト件数)	74,401	1,115	533	275	67	38	22	0	180	H27NDB		
			人口10万人対	58.5	58.3	108.6	51.0	46.5	15.2	81.0	0.0	51.4			
看取り	P	看取り数(死亡診断のみの場合を含む)(レセプト件数)	看取り数(死亡診断のみの場合を含む)(レセプト件数)	127,476	2,598	809	733	180	183	87	66	540	H27NDB		
			人口10万人対	100.3	135.7	164.9	135.9	124.9	73.0	320.5	59.0	154.2			
			在宅死亡者数	259,467	4,645	1,313	1,291	278	421	128	347	867			
看取り	P	在宅死亡者数	死亡者数	1,307,748	24,166	5,783	5,953	1,801	3,694	482	2,269	4,184	H28人口動態統計		
			在宅の割合	19.8%	19.2%	22.7%	21.7%	15.4%	11.4%	26.6%	15.3%	20.7%			

(7) がん対策関係指標一覧

【指標に見る本県のがん医療の現状】

- 予防に係る指標については、喫煙率は全国平均を上回っているが、禁煙治療を受ける患者数は、全国平均を下回っている。公費肝炎ウイルス検査の実施数は、全国平均を大幅に下回り、公費肝炎治療開始者数も全国平均を下回っている。年齢調整罹患率は全国平均を下回っているものの、がん罹患者の早期がん発見率は全国平均を下回っている。
- 治療に係る指標については、放射線治療である「体外照射治療」、「腔内・組織内照射」を受けた平成26年9月中の患者数は全国平均を下回っている。
がんリハビリテーションの実施件数は、全国平均を大きく上回っている。
地域連携クリティカルパスに基づく診療計画策定等の実施件数、診療提供等の実施件数が全国平均を下回っている。
- 療養支援に係る指標については、緩和ケア病棟数、病床数は全国平均を上回っているが、緩和ケアチーム有する病院数は全国を下回っている。外来緩和ケア管理料の届出施設数は全国平均を下回り、外来緩和ケアの実施件数は0件となっている。

病期	分類	指標名	細目	全国値	県全体	県北	県中	県南	会津	南会津	相双	いわき	備考	
予防・早期発見	S	禁煙外来を行っている医療機関数	病院	2,410	36	14	10	2	7	0	0	3	H26医療施設調査	
			人口10万人対	1.9	1.9	2.9	1.9	1.4	2.8	-	-	0.9		
			診療所	12,697	199	58	62	8	27	3	9	32		
			人口10万人対	10.0	10.4	11.8	11.5	5.6	10.8	11.1	8.0	9.1		
予防・早期発見	P	市町村対策型がん検診受診率	胃がん	-	26.9%	33.0%	27.3%	33.3%	25.1%	21.1%	30.7%	14.0%	福島県生活習慣病検診等管理指導協議会 H27年度がん検診実施結果 福島県調査 ※子宮頸がん20~69歳、その他40~69歳	
			肺がん	-	36.9%	41.9%	35.1%	46.6%	33.2%	55.9%	52.1%	21.1%		
			大腸がん	-	33.9%	39.1%	33.8%	40.9%	36.7%	33.3%	40.2%	17.5%		
			子宮頸がん	-	40.4%	41.7%	37.9%	48.2%	57.2%	63.4%	55.4%	19.1%		
			乳がん	-	44.9%	46.7%	42.8%	54.1%	56.0%	77.5%	56.7%	25.3%		
予防・早期発見	P	喫煙率	男性	31.1%	34.4%								H28年国民生活基礎調査	
			女性	9.5%	10.8%									
予防・早期発見	P	ニコチン依存症管理料を算定する患者数(レセプト件数)		520,837	6,503	1,598	1,938	351	712	43	536	1,325	H27NDB	
			人口10万人対	409.8	339.8	325.7	359.3	243.6	284.1	158.4	478.8	378.3		
予防・早期発見	P	公費肝炎検査実施数	B型肝炎ウイルス検査実施件数	285,272	314								H28特定感染症検査等事業(都道府県)	
			人口10万人対	224.5	16.4									
			C型肝炎ウイルス検査実施件数	274,348	312									
			人口10万人対	215.9	16.3									
予防・早期発見	P	公費肝炎治療開始者数(肝炎治療受給者証交付枚数)	インターフェロン治療	2,239	35								H27肝炎対策特別促進事業	
			人口10万人対	1.8	1.8									
			インターフェロンフリー治療	89,012	1,102									
			人口10万人対	70.0	57.6									
			核酸アナログ製剤治療	72,989	670									
予防・早期発見	O	年齢調整罹患率(全部位)	男性	436.1	421.4								H25全国がん罹患モニタリング集計	
			女性	307.8	293.8									
予防・早期発見	O	早期がん発見率(全部位)	臨床進行度が限局である割合(上皮内がん除く)	45.6	44.4								H25全国がん罹患モニタリング集計	
治療	S	がん診療連携拠点病院数	病院数	427	9	1	3	1	2	0	0	2	厚生労働省	
			人口100万人対	3.4	4.7	2.0	5.6	6.9	8.0	0.0	0.0	5.7		
治療	S	がんを専門とする医療従事者数	日本がん治療認定医機構により認定されたがん治療認定医の数	14,745	136									H28.4日本がん治療認定医機構
			人口10万人対	11.6	7.1									
			日本がん治療認定医機構により認定されたがん治療認定医(歯科口腔外科)の数	383	5									H28.4日本がん治療認定医機構
			人口10万人対	0.3	0.3									
			日本医療薬学会により認定されたがん専門薬剤師の数	482	0									H28.6日本医療薬学会
			人口10万人対	0.4	0.0									
日本看護協会により認定されたがん専門看護師の数	656	5									H28.11日本看護協会			
人口10万人対	0.5	0.3												
治療	S	地域がん診療病院数	病院数	28	0	0	0	0	0	0	0	0	厚生労働省	
			人口100万人対	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		
治療	S	がんリハビリテーション実施医療機関数	がん患者リハビリテーション料の届出施設数	1,523	29	8	8	2	3	0	1	7	H28.3診療報酬施設基準	
			人口100万人対	12.0	15.2	16.3	14.8	13.9	12.0	0.0	8.9	20.0		
治療	P	悪性腫瘍特異物質治療管理料の算定件数(レセプト件数)		12,699,482	201,554	47,994	69,271	11,060	29,702	649	7,320	35,558	H27NDB	
			人口10万人対	9,992	10,530	9,782	12,843	7,676	11,852	2,391	6,539	10,153		
治療	P	外来化学療法の実施件数	診療所の手術等の実施状況の「外来化学療法」の9月中の実施件数	7,983	185	2	71	0	75	0	0	37	H26医療施設調査	
			人口10万人対	6.3	9.7	0.4	13.2	0.0	29.9	0.0	0.0	10.6		
			病院の特殊診療設備の「外来化学療法室」の9月中の取扱患者延数	217,577	2,468	549	857	148	461	4	66	383		
			人口10万人対	171.2	128.9	111.9	158.9	102.7	184.0	14.7	59.0	109.4		

病期	分類	指標名	細目	全国値	県全体	県北	県中	県南	会津	南会津	相双	いわき	備考
治療	P	放射線治療の実施件数	病院の放射線治療の実施状況で、「放射線治療(体外照射)」の9月中の患者数	222,334	2,243	354	699	246	200	0	0	744	H26医療施設調査
			人口10万人対	174.9	117.2	72.1	129.6	170.7	79.8	0.0	0.0	212.4	
			病院の放射線治療の実施状況で、「放射線治療(腔内・組織内照射)」の9月中の患者数	1,000	6	1	5	0	0	0	0	0	
			人口10万人対	0.8	0.3	0.2	0.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
治療	P	悪性腫瘍手術の実施件数	診療所の手術等の実施状況の「悪性腫瘍手術」の9月中の実施件数	1,243	19	3	1	2	8	0	0	5	H26医療施設調査
			人口10万人対	1.0	1.0	0.6	0.2	1.4	3.2	0.0	0.0	1.4	
			病院の手術等の実施状況の「悪性腫瘍手術」の9月中の実施件数	56,143	680	197	227	11	129	1	20	95	
			人口10万人対	44.2	35.5	40.2	42.1	7.6	51.5	3.7	17.9	27.1	
治療	P	術中迅速病理組織標本の作製件数(レセプト件数)		148,935	2,186	583	675	51	420	0	17	440	H27NDB
			人口10万人対	117.2	114.2	118.8	125.1	35.4	167.6	0.0	15.2	125.6	
治療	P	病理組織標本の作製件数(レセプト件数)		1,810,288	23,613	6,013	7,261	1,160	4,012	78	892	4,197	H27NDB
			人口10万人対	1,424	1,234	1,226	1,346	805	1,601	287	797	1,198	
治療	P	がんリハビリテーションの実施件数(レセプト件数)		213,467	5,582	1,909	1,913	150	628	0	155	827	H27NDB
			人口10万人対	168.0	291.6	389.1	354.7	104.1	250.6	0.0	138.5	236.1	
治療	P	地域連携クリティカルパスに基づく診療計画策定等実施件数		14,178	32	32	0	0	0	0	0	0	H27NDB
			人口10万人対	11.2	1.7	6.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
治療	P	地域連携クリティカルパスに基づく診療提供等実施件数		93,511	762	375	296	0	10	0	58	23	H27NDB
			人口10万人対	73.6	39.8	76.4	54.9	0.0	4.0	0.0	51.8	6.6	
治療	O	がん患者の年齢調整死亡率	男性	165.3	165.5 (19位)								H27都道府県別年齢調整死亡率
			女性	87.7	89.9 (10位)								
療養支援	S	末期がんの患者に対して在宅医療を提供する医療機関数	在宅末期医療総合診療科届け出施設数	12,842	161	58	62	4	13	2	2	20	H28.3診療報酬施設基準
			人口10万人対	10.1	8.4	11.8	11.5	2.8	5.2	7.4	1.8	5.7	
療養支援	S	麻薬小売業免許取得薬局数		44,937	746								H26.12麻薬・覚せい剤行政の概況
			人口10万人対	35.4	39.0								
療養支援	S	緩和ケア病棟を有する病院数・病床数	緩和ケアの状況で「緩和ケア病棟」が有る病院数	366	6	1	2	0	2	0	0	1	H26医療施設調査
			人口100万人対	2.9	3.1	2.0	3.7	0.0	8.0	0.0	0.0	2.9	
			緩和ケアの状況で「緩和ケア病棟」が有る病院の病床数	6,997	121	15	34	0	40	0	0	32	
			人口100万人対	55.1	63.2	30.6	63.0	0.0	159.6	0.0	0.0	91.4	
療養支援	S	緩和ケアチームのある医療機関数	緩和ケアの状況で「緩和ケアチーム」が有る病院数	992	13	3	5	1	1	0	0	3	H26医療施設調査
			人口100万人対	7.8	6.8	6.1	9.3	6.9	4.0	0.0	0.0	8.6	
療養支援	S	外来緩和ケア実施医療機関数	外来緩和ケア管理料の届出施設数	223	1	1	0	0	0	0	0	0	H28診療報酬施設基準
			人口100万人対	1.8	0.5	2.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
療養支援	P	がん患者指導の実施件数(レセプト件数)		230,653	3,542	817	442	147	1,001	0	0	1,135	H27NDB
			人口10万人対	181.5	185.1	166.5	81.9	102.0	399.4	0.0	0.0	324.1	
療養支援	P	入院緩和ケアの実施件数(レセプト件数)		63,385	303	292	0	0	0	11	0	0	H27NDB
			人口10万人対	49.9	15.8	59.5	0.0	0.0	0.0	40.5	0.0	0.0	
療養支援	P	外来緩和ケアの実施件数(レセプト件数)		8,359	0	0	0	0	0	0	0	0	H27NDB
			人口10万人対	6.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
療養支援	P	がん性疼痛緩和の実施件数(レセプト件数)		346,256	2,851	1,006	770	144	345	0	15	571	H27NDB
			人口10万人対	272.4	149.0	205.0	142.8	99.9	137.7	0.0	13.4	163.0	
療養支援	P	在宅がん医療総合診療料の算定件数(レセプト件数)		26,211	375	284	37	0	0	0	0	54	H27NDB
			人口10万人対	20.6	19.6	57.9	6.9	0.0	0.0	0.0	0.0	15.4	
療養支援	O	がん患者の在宅死亡割合		13.3%	12.0%								H27人口動態統計

(8) 脳卒中对策関係指標一覧

- 【指標に見る本県の脳卒中に係る医療の現状】
- 年齢調整死亡率が男女ともに高い。
 - 予防については、健診受診率、高血圧性疾患患者の外来受療率は全国平均を上回っている。
 - 救護については、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が、全国平均を上回っている。
 - 急性期については、「t-PAによる脳血栓溶解療法」を実施可能な施設が少ない一方で、同療法の実施件数は全国平均並みである。
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全国平均並み、脳動脈瘤コイル塞栓術の実施件数は全国平均を上回って実施されている。
 - リハビリテーションが実施可能な施設数は全国平均を下回っている。
 - 平均在院日数は全国より短い。

病期	分類	指標名	細目	全国値	県全体	県北	県中	県南	会津	南会津	相双	いわき	備考
予防	S	禁煙外来を行っている医療機関数	病院	2,410	36	14	10	2	7	0	0	3	H26医療施設調査
			人口10万人対	1.9	1.9	2.9	1.9	1.4	2.8	0.0	0.0	0.9	
			診療所	12,697	199	58	62	8	27	3	9	32	
予防	P	喫煙率	男性	31.1%	34.4%								H28国民生活基礎調査
			女性	9.5%	10.8%								
予防	P	ニコチン依存症管理料を算定する患者数(レセプト件数)		520,837	6,503	1,598	1,938	351	712	43	536	1,325	H27NDB
			人口10万人対	409.8	339.8	325.7	359.3	243.6	284.1	158.4	478.8	378.3	
予防	P	健康診断・健康診査の受診率		67.3%	69.2%								H28国民生活基礎調査
予防	P	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率	傷病大分類「高血圧性疾患」の都道府県別受療率を基準人口で補正した値	262.2	290.3								H26患者調査
予防	P	脂質異常症患者の年齢調整外来受療率	傷病小分類「高脂血症」の都道府県別の年齢階級別推計患者数から算出した都道府県別受療率を基準人口で補正した値	67.5	65.9								H26患者調査
予防	O	脳血管疾患により救急搬送された患者数(単位:0.1千人)	主病名「脳血管疾患」×「救急車により搬送」で個票解析	210.2	5.6	1.5	1.2	0.0	2.2	0.0	0.0	0.7	H26患者調査(個票解析)
			人口10万人対	0.2	0.3	0.3	0.2	0.0	0.9	0.0	0.0	0.2	
予防 救護 急性期 回復期 維持期	O	年齢調整死亡率	脳血管疾患による年齢調整死亡率(男性)	37.8	43.7 (11位)								H27都道府県別年齢調整死亡率
			脳血管疾患による年齢調整死亡率(女性)	21.0	27.4 (6位)								
救護	O	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		39.3	44.5	42.2	47.8	50.7	43.2	61.1	63.1	46.2	H28救急救助の現況
救護	O	脳血管疾患により救急搬送された患者の圏域外への搬送割合			8.8								H26患者調査
急性期	S	神経内科医師数、脳神経外科医師数	主たる診療科を「神経内科」と届出をした医師数	4,922	61	28	21	0	4	0	1	7	H28医師・歯科医師・薬剤師調査
			人口10万人対	3.9	3.2	5.7	3.9	0.0	1.6	0.0	0.9	2.0	
			主たる診療科「脳神経外科」と届出をした医師数	7,360	93	35	24	2	11	0	5	16	
			人口10万人対	5.8	4.9	7.1	4.4	1.4	4.4	0.0	4.5	4.6	
急性期	S	脳卒中の専用病室を有する病院数・病床数	特殊診療設備で、SCUを有する病院数	131	0.0	0	0	0	0	0	0	0	H26医療施設調査
			人口100万人対	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
			特殊診療設備で、SCUの病床数	926	0.0	0	0	0	0	0	0	0	
			人口100万人対	7.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
			脳卒中ケアユニット入院医療管理料の届出病院数	132	0.0	0	0	0	0	0	0	0	
人口100万人対	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0				
急性期	S	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施可能な病院数	超急性期脳卒中加算の届出病院数	794	7	1	4	0	1	0	0	1	H28.3診療報酬施設基準
			人口100万人対	6.2	3.7	2.0	7.4	0.0	4.0	0.0	0.0	2.9	
急性期 回復期 維持期	S	リハビリテーションが実施可能な医療機関数	脳血管疾患等リハビリテーション料(I)の届出施設数	2,671	36	11	11	2	4	0	1	7	H28.3診療報酬施設基準
			脳血管疾患等リハビリテーション料(II)の届出施設数	1,933	25	5	8	3	2	0	1	6	
			脳血管疾患等リハビリテーション料(III)の届出施設数	2,897	34	4	9	2	8	1	4	6	
			合計	7,501	95	20	28	7	14	1	6	19	
			人口100万人対	59.0	49.6	40.8	51.9	48.6	55.9	36.8	53.6	54.2	
急性期	P	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施件数(レセプト件数)	DPC 診断群分類 010060病名+t-PA製剤投与	12,292	192	39	38	10	64	0	16	25	H27NDB
			人口10万人対	9.7	10.0	7.9	7.0	6.9	25.5	0.0	14.3	7.1	

病期	分類	指標名	細目	全国値	県全体	県北	県中	県南	会津	南会津	相双	いわき	備考
急性期	P	脳梗塞に対する脳血管内治療(経皮的脳血栓回収術等)の実施件数(レセプト件数)	DPC診断群分類010060病名+K1781、K1782、K1783、K178-4	7,522	119	43	21	0	43	0	0	12	H27NDB
			人口10万人対	5.9	6.2	8.8	3.9	0.0	17.2	0.0	0.0	3.4	
急性期	P	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(レセプト件数)	DPC診断群分類010020病名+K1761、K1762、K1771、K1772	8,775	141	38	50	14	39	0	0	0	H27NDB
			人口10万人対	6.9	7.4	7.7	9.3	9.7	15.6	0.0	0.0	0.0	
急性期	P	くも膜下出血に対する脳動脈瘤コイル塞栓術の実施件数(レセプト件数)	DPC診断群分類010020、対応コード03に準ずる	4,189	110	36	22	0	17	0	0	35	H27NDB
			人口10万人対	3.3	5.7	7.3	4.1	0.0	6.8	0.0	0.0	10.0	
急性期回復期	P	脳卒中患者に対する嚥下機能訓練の実施件数(レセプト件数)	ICD病名160-64、摂食機能療法(1日につき)	295,511	2,894	791	743	157	572	0	22	609	H27NDB
			人口10万人対	232.5	151.2	161.2	137.8	109.0	228.2	0.0	19.7	173.9	
急性期回復期維持期	P	脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数(レセプト件数)	ICD病名160-64、脳血管疾患等リハビリテーション料の算定件数	1,692,634	23,003	5,945	7,251	1,305	3,494	16	751	4,241	H27NDB
			人口10万人対	1,332	1,202	1,212	1,344	906	1,394	59	671	1,211	
急性期回復期維持期	P	脳卒中患者における地域連携計画作成等の実施件数(レセプト件数)	ICD病名160-64、地域連携診療計画管理料の算定件数	50,186	607	240	287	0	58	0	0	22	H27NDB
			人口10万人対	39.5	31.7	48.9	53.2	0.0	23.1	0.0	0.0	6.3	
急性期回復期	O	退院患者平均在院日数	傷病分類「脳血管疾患」の退院患者平均在院日数	89.5	76.4	53.8	54.7	42.3	113.1	28.0	64.6	136.6	H26患者調査
急性期回復期維持期	O	在宅等生活の場に復帰した患者の割合			54.2	56.0	47.0	73.7	53.1	66.7	53.5	58.6	H26患者調査(個票解析)

(9) 心筋梗塞等の心血管疾患対策関係指標一覧

【指標に見る本県の心筋梗塞等の心血管疾患に係る医療の現状】

- 急性心筋梗塞による年齢調整死亡率は男性、女性ともに全国ワースト1位であり、虚血性心疾患による年齢調整死亡率も男女ともに全国よりも高い。
- 予防については、健診受診率、高血圧性疾患患者の外来受療率は全国平均を上回っている。
- 急性期については、循環器内科医、心臓血管外科医ともに全国平均より少ない。
CCUは施設数・病床数とも全国平均を上回っているが、心大血管リハビリテーション料の届出施設数は少ない。
虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術の件数が少ない。
- 回復期については、平均在院日数が全国平均並みとなっているが、外来心臓血管疾患リハビリテーションの実施件数は全国を大幅に下回っている。

病期	分類	指標名	細目	全国値	県全体	県北	県中	県南	会津	南会津	相双	いわき	備考	
予防	S	禁煙外来を行っている医療機関数	病院	2,410	36	14	10	2	7	0	0	3	H26医療施設調査	
			人口10万人対	1.9	1.9	2.9	1.9	1.4	2.8	0.0	0.0	0.9		
			診療所	12,697	199	58	62	8	27	3	9	32		
予防	P	喫煙率	男性	31.1%	34.4%								H28国民生活基礎調査	
			女性	9.5%	10.8%									
予防	P	ニコチン依存症管理料を算定する患者数(レセプト件数)		520,837	6,503	1,598	1,938	351	712	43	536	1,325	H27NDB	
			人口10万人対	409.8	339.8	325.7	359.3	243.6	284.1	158.4	478.8	378.3		
予防	P	健康診断・健康診査の受診率		67.3%	69.2%								H28国民生活基礎調査	
予防	P	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率	傷病大分類「高血圧性疾患」の都道府県別受療率を基準人口で補正した値	262.2	290.3								H26患者調査	
予防	P	脂質異常症患者の年齢調整外来受療率	傷病小分類「高脂血症」の都道府県別の年齢階級別推計患者数から算出した都道府県別受療率を基準人口で補正した値	67.5	65.9								H26患者調査	
予防	O	虚血性心疾患により救急搬送された患者数(単位:0.1千人)	主病名「虚血性心疾患」×「救急車により搬送」で個票解析	6.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	H26患者調査(個票解析)	
予防救護急性期回復期慢性期・再発予防	O	年齢調整死亡率	急性心筋梗塞による年齢調整死亡率(男性)	16.2	34.7(1位)									H27都道府県別年齢調整死亡率
			急性心筋梗塞による年齢調整死亡率(女性)	6.1	15.5(1位)									
			虚血性心疾患による年齢調整死亡率(男性)	31.3	43.2(4位)									H27都道府県別年齢調整死亡率
			虚血性心疾患による年齢調整死亡率(女性)	11.8	18.5(2位)									
救護	P	心肺機能停止傷病者全搬送人員のうち、一般市民により除細動が実施された件数		1,968	32	12	12	2	0	1	3	2	H28救急救助の現況	

病期	分類	指標名	細目	全国値	県全体	県北	県中	県南	会津	南会津	相双	いわき	備考
救護	O	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		39.3	44.5	42.2	47.8	50.7	43.2	61.1	63.1	46.2	H28救急救助の現況
救護	O	虚血性心疾患により救急搬送された患者の圏域外への搬送割合			9.3								H26患者調査
急性期	S	循環器内科医師数、心臓血管外科医師数	従事する診療科名等で主たる診療科を「循環器内科」と届出をした医師数	12,456	147	51	43	9	15	0	8	21	H28医師・歯科医師・薬剤師調査
			人口10万人対	9.8	7.7	10.4	8.0	6.2	6.0	0.0	7.1	6.0	
			従事する診療科名等で主たる診療科を「心臓血管外科」と届出をした医師数	3,137	44	17	14	2	5	0	0	6	
急性期	S	心臓内科系集中治療室(CCU)を有する病院数・病床数	特殊診療設備で、CCUを有する施設数	323	6	1	1	1	1	0	2	0	H26医療施設調査
			人口100万人対	2.5	3.1	2.0	1.9	6.9	4.0	0.0	17.9	0.0	
			特殊診療設備で、CCU病床数	1,759	28	4	4	3	10	0	7	0	
急性期	S	心臓血管外科手術が実施可能な医療機関数	ICD病名120-25、心臓血管外科手術の算定			*	4	0	*	0	0	*	H27NDB *は1又は2
			人口10万人対			-	0.7	0.0	-	0.0	0.0	-	
			心臓リハビリテーション料(I)の届出施設数	989	8	1	4	1	2	0	0	0	
急性期 回復期 慢性期・再発 予防	S	心臓リハビリテーション料(II)の届出施設数	心臓リハビリテーション料(II)の届出施設数	156	2	0	2	0	0	0	0	0	H28.3診療報酬施設基準
			合計	1,145	10	1	6	1	2	0	0	0	
			人口100万人対	9.0	5.2	2.0	11.1	6.9	8.0	0.0	0.0	0.0	
急性期	P	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(レセプト件数)	ICD病名121-25、経皮的冠動脈形成術等の算定件数	219,623	3,685	819	1,065	134	945	0	89	633	H27NDB
			人口10万人対	172.8	192.5	166.9	197.5	93.0	377.1	0.0	79.5	180.7	
急性期	P	心筋梗塞に対する冠動脈再開通件数(レセプト件数)	心筋梗塞に対する冠動脈再開通件数(レセプト件数)	44,250	713	175	240	46	93	0	11	148	H27NDB
			人口10万人対	34.8	37.3	35.7	44.5	31.9	37.1	0.0	9.8	42.3	
急性期	P	うち心筋梗塞に対する来院後90分以内冠動脈再開通件数(レセプト件数)	うち心筋梗塞に対する来院後90分以内冠動脈再開通件数(レセプト件数)	28,566	420	94	176	35	40	0	0	75	H27NDB
			人口10万人対	22.5	21.9	19.2	32.6	24.3	16.0	0.0	0.0	21.4	
急性期	P	虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数(レセプト件数)	虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数(レセプト件数)	16,508	148	0	76	0	26	0	0	46	H27NDB
			人口10万人対	13.0	7.7	0.0	14.1	0.0	10.4	0.0	0.0	13.1	
急性期 回復期	P	入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数(レセプト件数)	入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数(レセプト件数)	193,576	2,120	179	1,281	130	530	0	0	0	H27NDB
急性期 回復期	O	退院患者平均在院日数	傷病大分類「虚血性心疾患」の退院患者平均在院日数	8.2	8.6	7.0	8.2	6.8	12.0	-	11.7	8.0	H26患者調査
			人口10万人対										
回復期 慢性期・再発 予防	P	外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数(レセプト件数)	外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数(レセプト件数)	138,277	878	22	722	13	121	0	0	0	H27NDB
			人口10万人対	108.8	45.9	4.5	133.9	9.0	48.3	0.0	0.0	0.0	
回復期 慢性期・再発 予防	O	在宅等生活の場に復帰した患者の割合	主病名「虚血性心疾患」×退院後の行き先「家庭1~4」		91.4	95.0	83.8	100.0	93.6	-	94.6	92.9	H26患者調査(個票解析)

(10) 糖尿病対策関係指標一覧

【指標に見る本県の糖尿病に係る医療の現状】

- 糖尿病内科(代謝内科)の医師数は全国平均より少ない。
- 糖尿病内科(代謝内科)を標榜する診療所は全国平均より多いが、病院は全国平均より少ない。
- 糖尿病を専門とする医療従事者数は全国平均より少ない。
- 年齢調整死亡率が男女ともに高い。

病期	分類	指標名	細目	全国値	県全体	県北	県中	県南	会津	南会津	相双	いわき	備考
予防	S	特定健診受診率		48.6	48.6								H26特定健康診査・特定保健指導に関するデータ
予防	S	特定保健指導実施率		17.8	20.9								H26特定健康診査・特定保健指導に関するデータ
初期・安定期	S	糖尿病内科(代謝内科)医師数	従事する診療科名等で主たる診療科を「糖尿病内科(代謝内科)」と届出をした医師数	4,889	44	17	13	2	5	0	1	6	H28医師・歯科医師・薬剤師調査
			人口10万人対	3.8	2.3	3.5	2.4	1.4	2.0	0.0	0.9	1.7	

病期	分類	指標名	細目	全国値	県全体	県北	県中	県南	会津	南会津	相双	いわき	備考
初期・安定期	S	糖尿病内科(代謝内科)標榜医療機関数	主たる診療科目で「糖尿病内科(代謝内科)」を標榜している診療所数と単科で「糖尿病内科(代謝内科)」を標榜している診療所数の合計	402	8	1	2	1	1	0	1	2	H26医療施設調査
			人口100万人対	3.2	4.2	2.0	3.7	6.9	4.0	0.0	8.9	5.7	
			診療科目で、「糖尿病内科(代謝内科)」を標榜している病院数	1,149	14	3	4	2	3	0	1	1	
			人口100万人対	9.0	7.3	6.1	7.4	13.9	12.0	0.0	8.9	2.9	
初期・安定期	CP	糖尿病患者の年齢調整外来受療率	傷病大分類「糖尿病」の都道府県別受療率を標準人口で補正した値	98.6	118.6								H26患者調査
初期・安定期	P	HbA1c検査の実施件数(レセプト件数)	ICD病名E10-E14、HbA1c検査の算定件数	56,643,331	1,116,347	277,874	294,650	68,352	136,715	12,509	81,166	245,081	H27NDB
			人口1万人対	4,457	5,832	5,663	5,463	4,744	5,455	4,608	7,251	6,998	
初期・安定期	P	尿中アルブミン(定量)検査の実施件数(レセプト件数)	ICD病名E10-E14、アルブミン定量(尿)の算定件数	1,987,668	39,489	11,911	11,557	229	1,648	261	2,267	11,616	H27NDB
			人口10万人対	1,564	2,063	2,428	2,143	159	658	961	2,025	3,317	
初期・安定期	P	クレアチニン検査の実施件数(レセプト件数)	ICD病名E10-E14、クレアチニンの算定件数	48,175,213	551,608	121,513	161,867	38,751	67,591	4,146	30,607	127,133	H27NDB
			人口1万人対	3,790	2,882	2,477	3,001	2,690	2,697	1,527	2,734	3,630	
初期・安定期	P	精密眼底検査の実施件数(レセプト件数)	ICD病名E10-E14、精密眼底の算定件数	8,681,827	142,048	35,505	49,194	6,568	15,871	587	6,616	27,707	H27NDB
			人口10万人対	6,831	7,421	7,236	9,121	4,559	6,333	2,162	5,910	7,911	
初期・安定期	P	血糖自己測定の実施件数(レセプト件数)	ICD病名E10-E14、C150血糖自己測定器加算の算定件数	7,179,266	98,667	26,639	24,556	6,635	8,725	627	8,151	23,334	H27NDB
			人口10万人対	5,649	5,155	5,429	4,553	4,605	3,482	2,309	7,281	6,662	
初期・安定期	P	内服薬の処方件数(レセプト件数)	糖尿病に関する内服薬の算定件数	57,996,129	1,092,880	269,109	294,166	76,282	132,016	12,031	77,516	231,760	H27NDB
			人口1万人対	4,563	5,710	5,485	5,454	5,294	5,268	4,431	6,924	6,617	
初期・安定期	P	外来栄養食事指導料の実施件数(レセプト件数)	ICD病名E10-E14、B0019外来栄養食事指導料の算定件数		23,155	4,402	6,933	730	5,878	0	540	4,672	H27NDB
			人口10万人対		1,210	897	1,285	507	2,346	0	482	1,334	
初期・安定期 専門治療	O	新規人工透析導入患者数(レセプト件数)	導入期加算の算定件数	45,657	697	125	199	73	83	0	20	197	H27NDB
			人口10万人対	35.9	36.4	25.5	36.9	50.7	33.1	0.0	17.9	56.2	
専門治療	S	教育入院を行う医療機関数		178	1								H27日本糖尿病協会
			人口10万人対	0.1	0.1								
専門治療	S	糖尿病専門医数		5,270	54								H28.10日本糖尿病学会
			人口10万人対	4.1	2.8								
専門治療	S	腎臓専門医数		4,804	65	33	10	4	2	0	2	14	H28.6日本腎臓学会
			人口10万人対	3.8	3.4	6.7	1.9	2.8	0.8	0.0	1.8	4.0	
専門治療	S	糖尿病登録医数		1,395	11								H29.6日本糖尿病協会
			人口10万人対	1.1	0.6								
専門治療	S	療養指導医数		2,840	14								H29.6日本糖尿病協会
			人口10万人対	2.2	0.7								
専門治療	S	糖尿病指導士数		18,294	265								H28.6日本糖尿病療養指導士認定機構
			人口10万人対	14.4	13.8								
専門治療	S	糖尿病看護認定看護師数		824	9								H28.11日本看護協会
			人口10万人対	0.6	0.5								
専門治療	P	糖尿病透析予防指導の実施件数(レセプト件数)	ICD病名E10-14、B00127糖尿病透析予防指導管理料の算定件数	121,533	827	696	27	81	23	0	0	0	H27NDB
			人口10万人対	95.6	43.2	141.9	5.0	56.2	9.2	0.0	0.0	0.0	
専門治療	P	在宅インスリン治療件数(レセプト件数)	ICD病名E10-E14、C101在宅自己注射指導管理料の算定件数	9,490,210	153,916	35,622	42,506	13,893	17,184	1,474	10,519	32,718	H27NDB
			人口10万人対	7,467	8,041	7,260	7,881	9,643	6,857	5,429	9,397	9,342	
専門治療	O	低血糖患者数(レセプト件数)	ICD病名E10-E14かつICD病名E16Sのレセプト件数	495,636	8,001	2,799	1,934	432	453	90	624	1,669	H27NDB
			人口10万人対	390.0	418.0	570.5	358.6	299.8	180.8	331.5	557.4	476.5	
専門治療	O	糖尿病性ケトアシドーシス、非ケトン昏睡患者数(レセプト件数)	ICD病名E100、E101、E110、E111、E120、E121、E130、E131、E140、E141のレセプト件数	194,501	2,056	614	317	195	244	52	89	545	H27NDB
			人口10万人対	153.0	107.4	125.1	58.8	135.3	97.4	191.5	79.5	155.6	
合併症治療	S	糖尿病性腎症の管理が可能な医療機関数	糖尿病透析予防指導管理料届出施設数	1,572	15	7	3	1	3	0	0	1	H28診療報酬施設基準
			人口10万人対	1.2	0.8	1.4	0.6	0.7	1.2	0.0	0.0	0.3	
合併症治療	S	糖尿病足病変の管理が可能な医療機関数	糖尿病合併症管理料の届出施設数	2,207	33	12	7	1	7	0	1	5	H28.3診療報酬施設基準
			人口10万人対	1.7	1.7	2.4	1.3	0.7	2.8	0.0	0.9	1.4	
合併症治療	S	歯周病専門医の在籍する歯科医療機関数		800	7								H28.11日本歯周病学会
			人口10万人対	0.6	0.4								
合併症治療	S	糖尿病登録歯科医師数		3,274	21								H29.6日本糖尿病協会
			人口10万人対	2.6	1.1								
合併症治療	P	糖尿病性腎症に対する人工透析実施件数(レセプト件数)	人工腎臓(1日につき)の算定件数	1,845,819	29,950	5,875	8,054	2,749	4,540	217	1,287	7,228	H27NDB
			人口10万人対	1,452	1,565	1,197	1,493	1,908	1,812	799	1,150	2,064	

病期	分類	指標名	細目	全国値	県全体	県北	県中	県南	会津	南会津	相双	いわき	備考
合併症治療	P	糖尿病足病変に対する管理(レセプト件数)	糖尿病合併症管理料の算定件数	221,653	4,641	1,858	560	53	333	0	201	1,636	H27NDB
			人口10万人対	174.4	242.5	378.7	103.8	36.8	132.9	0.0	179.6	467.1	
合併症治療	P	糖尿病網膜症手術数(レセプト件数)	ICD病名E10-14、H360、糖尿病網膜症手術の算定件数	116,728	1,873	460	826	38	171	0	98	280	H27NDB
			人口10万人対	91.8	97.9	93.8	153.1	26.4	68.2	0.0	87.5	79.9	
合併症治療	O	年齢調整死亡率	糖尿病による年齢調整死亡率(男性)	5.5	6.6(11位)	/	/	/	/	/	/	/	H27都道府県別年齢調整死亡率
			糖尿病による年齢調整死亡率(女性)	2.5	2.9(9位)	/	/	/	/	/	/	/	

(11) 精神疾患対策関係指標一覧

- 【指標に見る本県の精神疾患の現状】
- 各精神疾患を入院診療している精神病床を持つ病院数は、概ね全国平均を上回っている。
 - 各精神疾患を外来診療している医療機関数は、概ね全国平均並みである。
 - 各精神疾患の入院患者数及び外来患者数は、全国平均を上回っている疾患が多い。
 - 精神病床における入院後3ヶ月、6ヶ月、12ヶ月時点の退院率は、いずれも全国平均をやや下回っている。
 - 精神病床における1年以上入院患者の退院後の再入院率は、3ヶ月、6ヶ月、12ヶ月時点いずれも全国平均を上回っている。

疾患等	分類	指標名	全国値	県全体	県北	県中	県南	会津	南会津	相双	いわき	備考	
統合失調症	S	統合失調症を入院診療している精神病床を持つ病院数	1,599	31	10	5	*	5	*	*	6	H26NDB *は0~2	
		人口10万人対	1.3	1.6	2.0	0.9	-	2.0	-	-	1.7		
	S	統合失調症を外来診療している医療機関数	7,605	112	30	34	9	14	*	7	15	H26NDB *は0~2	
		人口10万人対	6.0	5.9	6.1	6.3	6.2	5.6	-	6.3	4.3		
	P	治療抵抗性統合失調症治療薬を精神病床の入院で使用した病院数	155	*	/	/	/	/	/	/	/	/	H26NDB *は0~2
		治療抵抗性統合失調症治療薬を外来で使用した医療機関数	132	*	/	/	/	/	/	/	/	/	H26NDB *は0~2
		統合失調症の精神病床での入院患者数	341,456	6,469	1,743	1,762	212	1,295	*	173	1,174	H26NDB *は0~9	
		人口10万人対	268.7	338.0	355.2	326.7	147.1	516.7	-	154.5	335.2		
		統合失調症外来患者数	1,577,275	28,932	8,155	8,483	1,118	4,918	38	1,528	4,239	H26NDB	
		人口10万人対	1,241	1,512	1,662	1,573	776	1,962	140	1,365	1,210		
治療抵抗性統合失調症治療薬を使用した入院患者数(精神病床)		1,176	12	*	*	*	12	*	*	*	H26NDB *は0~9		
人口10万人対		0.9	0.6	-	-	-	4.8	-	-	-			
治療抵抗性統合失調症治療薬を使用した外来患者数	937	13	*	*	*	13	*	*	*	H26NDB *は0~9			
人口10万人対	0.7	0.7	-	-	-	5.2	-	-	-				
		統合失調症患者における治療抵抗性統合失調症治療薬の使用率	0.11%	0.07%	0	0	0	0.40%	0	0	0	H26NDB	
うつ・躁うつ病	S	うつ・躁うつ病を入院診療している精神病床を持つ病院数	1,597	31	10	5	*	5	*	*	6	H26NDB *は0~2	
		人口10万人対	1.3	1.6	2.0	0.9	-	2.0	-	-	1.7		
	S	うつ・躁うつ病を外来診療している医療機関数	8,385	121	33	36	9	14	*	7	19	H26NDB *は0~2	
		人口10万人対	6.6	6.3	6.7	6.7	6.2	5.6	-	6.3	5.4		
	P	閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法を実施する病院数	271	4	*	*	*	*	*	*	*	H26NDB *は0~2	
		人口10万人対	0.2	0.2	-	-	-	-	-	-	-		
	P	認知行動療法を外来で実施した医療機関数	250	*	/	/	/	/	/	/	/	/	H26NDB *は0~2
		人口10万人対	0.2	-	/	/	/	/	/	/	/	/	
	P	うつ・躁うつ病の精神病床での入院患者数	189,955	3,956	1,100	958	163	905	*	106	611	H26NDB *は0~9	
		人口10万人対	149.5	206.7	224.2	177.6	113.1	361.1	-	94.7	174.5		
P	うつ・躁うつ病外来患者数	3,051,073	53,402	15,335	15,227	2,971	7,285	73	2,659	9,296	H26NDB		
	人口10万人対	2,401	2,790	3,125	2,823	2,062	2,907	269	2,375	2,654			
P	閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法を受けた患者数	3,638	53	*	33	*	12	*	*	*	H26NDB *は0~9		
	人口10万人対	2.9	2.8	-	6.1	-	4.8	-	-	-			
P	認知行動療法を外来で実施した患者数	10,184	32	*	32	*	*	*	*	*	H26NDB *は0~9		
	人口10万人対	8.0	1.7	-	5.9	-	-	-	-	-			
認知症	S	認知症を入院診療している精神病床を持つ病院数	1,585	31	10	5	*	5	*	*	6	H26NDB *は0~2	
		人口10万人対	1.2	1.6	2.0	0.9	-	2.0	-	-	1.7		
	S	認知症を外来診療している医療機関数	6,554	108	30	32	9	12	*	6	16	H26NDB *は0~2	
		人口10万人対	5.2	5.6	6.1	5.9	6.2	4.8	-	5.4	4.6		
	P	認知症の精神病床での入院患者数	130,221	2,286	397	596	38	772	*	79	351	H26NDB *は0~9	
人口10万人対		102.5	119.4	80.9	110.5	26.4	308.1	-	70.6	100.2			
P	認知症外来患者数	475,552	10,683	3,034	2,118	485	2,750	37	553	1,351	H26NDB		
	人口10万人対	374.2	558.1	618.4	392.7	336.6	1,097.3	136.3	494.0	385.7			
児童・思春期精神疾患	S	20歳未満の精神疾患を入院診療している精神病床を持つ病院数	994.0	23	8	4	*	3	*	*	5	H26NDB *は0~2	
		人口10万人対	0.8	1.2	1.6	0.7	-	1.2	-	-	1.4		
	S	20歳未満の精神疾患を外来診療している医療機関数	6,915	107	28	37	7	11	*	5	15	H26NDB *は0~2	
人口10万人対		5.4	5.6	5.7	6.9	4.9	4.4	-	4.5	4.3			

疾患等	分類	指標名	全国値	県全体	県北	県中	県南	会津	南会津	相双	いわき	備考	
児童・思春期精神疾患	S	知的障害を入院診療している精神病床を持つ病院数	361	13	5	*	*	*	*	*	3	H26NDB *は0~2	
		人口10万人対	0.3	0.7	1.0	-	-	-	-	-	0.9		
		知的障害を外来診療している医療機関数	2,262	52	19	13	4	5	*	3	7	H26NDB *は0~2	
		人口10万人対	1.8	2.7	3.9	2.4	2.8	2.0	-	2.7	2.0		
	P	児童・思春期精神科入院医療管理料を算定された精神病床を持つ病院数	32	*									H26NDB *は0~2
		人口10万人対	0.0	-									
		20歳未満の精神疾患の精神病床での入院患者数	6,796	140	53	43	*	21	*	*	18	H26NDB *は0~9	
		人口10万人対	5.3	7.3	10.8	8.0	-	8.4	-	-	5.1		
		20歳未満の精神疾患外来患者数	370,864	7,781	1,819	3,114	350	899	*	363	1,309	H26NDB *は0~9	
		人口10万人対	291.8	406.5	370.7	577.3	242.9	358.7	-	324.3	373.7		
P	知的障害の精神病床での入院患者数	808	23	11	*	*	*	*	*	*	H26NDB *は0~9		
	人口10万人対	0.6	1.2	2.2	-	-	-	-	-	-			
	知的障害外来患者数	47,910	775	221	139.0	64	101	*	18	235	H26NDB *は0~9		
	人口10万人対	37.7	40.5	45.0	25.8	44.4	40.3	-	16.1	67.1			
	児童・思春期精神科入院医療管理料を算定された患者数	2,241	*									H26NDB *は0~9	
	人口10万人対	1.8	-										
発達障害	S	発達障害を入院診療している精神病床を持つ病院数	1,171	24	7	4.0	*	4	*	*	5	H26NDB *は0~2	
		人口10万人対	0.9	1.3	1.4	0.7	-	1.6	-	-	1.4		
		発達障害を外来診療している医療機関数	5,763	92	28	28	7	10	*	5	12	H26NDB *は0~2	
	P	人口10万人対	4.5	4.8	5.7	5.2	4.9	4.0	-	4.5	3.4		
		発達障害の精神病床での入院患者数	7,661	186	56	43	41	24	*	*	16.0	H26NDB *は0~9	
		人口10万人対	6.0	9.7	11.4	8.0	28.5	9.6	-	-	4.6		
P	発達障害外来患者数	278,066	5,868	1,465	2,631	226	716	*	258	629	H26NDB *は0~9		
	人口10万人対	218.8	306.6	298.6	487.8	156.9	285.7	-	230.5	179.6			
アルコール依存症	S	アルコール依存症を入院診療している精神病床を持つ病院数	1,466	29	10	4	*	4	*	*	6	H26NDB *は0~2	
		人口10万人対	1.2	1.5	2.0	0.7	-	1.6	-	-	1.7		
		アルコール依存症を外来診療している医療機関数	5,263	89	25	25	8	10	*	5	13	H26NDB *は0~2	
		人口10万人対	4.1	4.6	5.1	4.6	5.6	4.0	-	4.5	3.7		
	P	重度アルコール依存症入院医療管理加算を算定された精神病床を持つ病院数	203	3									H26NDB
		人口10万人対	0.2	0.2									
		アルコール依存症の精神病床での入院患者数	25,548	392	98	73	10	90	*	29	74	H26NDB *は0~9	
		人口10万人対	20.1	20.5	20.0	13.5	6.9	35.9	-	25.9	21.1		
P	アルコール依存症外来患者数	92,054	1,617	408	503.0	35	339	*	92	212	H26NDB *は0~9		
	人口10万人対	72.4	84.5	83.2	93.3	24.3	135.3	-	82.2	60.5			
P	重度アルコール依存症入院医療管理加算を算定された患者数	9,189	18									H26NDB *は0~9	
	人口10万人対	7.2	0.9										
薬物依存症	S	薬物依存症を入院診療している精神病床を持つ病院数	494	12	4	*	*	*	*	*	3	H26NDB *は0~2	
		人口10万人対	0.4	0.6	0.8	-	-	-	-	-	0.9		
		薬物依存症を外来診療している医療機関数	1,719	28	10	8	*	4	*	*	5	H26NDB *は0~2	
	P	人口10万人対	1.4	1.5	2.0	1.5	-	1.6	-	-	1.4		
		薬物依存症の精神病床での入院患者数	1,689	19									H26NDB
		人口10万人対	1.3	1.0									
P	薬物依存症外来患者数	6,636	79	13	37	*	19	*	*	*	H26NDB *は0~9		
	人口10万人対	5.2	4.1	2.6	6.9	-	7.6	-	-	-			
ギャンブル等依存症	S	ギャンブル等依存症を入院診療している精神病床を持つ病院数	66	*								H26NDB *は0~2	
		人口10万人対	0.3	0.3									
	P	ギャンブル等依存症の精神病床での入院患者数	205	*									H26NDB *は0~9
		人口10万人対	1.6	3.6	-	11.5	-	-	-	-	-		
PTSD	S	PTSDを入院診療している精神病床を持つ病院数	216	*								H26NDB *は0~2	
		PTSDを外来診療している医療機関数	2,458	47	16	13	4	4	*	3	7	H26NDB *は0~2	
		人口10万人対	1.9	2.5	3.3	2.4	2.8	1.6	-	2.7	2.0		
	P	PTSDの精神病床での入院患者数	381	*									H26NDB *は0~9
		PTSD外来患者数	10,325	278	63	84	*	25	*	93	10	H26NDB *は0~9	
		人口10万人対	8.1	14.5	12.8	15.6	-	10.0	-	83.1	2.9		
摂食障害	S	摂食障害を入院診療している精神病床を持つ病院数	1,174	23	8	5	*	3	*	*	4	H26NDB *は0~2	
		人口10万人対	0.9	1.2	1.6	0.9	-	1.2	-	-	1.1		
		摂食障害を外来診療している医療機関数	4,965	73	21	23	5	9	*	3	11	H26NDB *は0~2	
	P	人口10万人対	3.9	3.8	4.3	4.3	3.5	3.6	-	2.7	3.1		
		摂食障害入院医療管理加算を算定された病院数	54	*									H26NDB *は0~2
		摂食障害の精神病床での入院患者数	10,087	205	79	59	*	30	*	*	34	H26NDB *は0~9	
P	人口10万人対	7.9	10.7	16.1	10.9	-	12.0	-	-	9.7			
	摂食障害外来患者数	42,680	498	168	161	*	100	*	*	62	H26NDB *は0~9		
	人口10万人対	33.6	26.0	34.2	29.8	-	39.9	-	-	17.7			

疾患等	分類	指標名	全国値	県全体	県北	県中	県南	会津	南会津	相双	いわき	備考	
摂食障害	P	摂食障害入院医療管理加算を算定された患者数	488	*	/	/	/	/	/	/	/	H26NDB *は0~9	
てんかん	S	てんかんを入院診療している精神病床を持つ病院数	1,593	31	10	5	*	5	*	*	6	H26NDB *は0~2	
		人口10万人対	1.3	1.6	2.0	0.9	-	2.0	-	-	1.7		
		てんかんを外来診療している医療機関数	7,074	108	28	33	9	12	*	6	17	H26NDB *は0~2	
	P	てんかんの精神病床での入院患者数	115,685	1,971	612	453	119	432	*	35	272	H26NDB *は0~9	
		人口10万人対	91.0	103.0	124.7	84.0	82.6	172.4	-	31.3	77.7		
		てんかん外来患者数	511,749	8,361	2,543	2,075	2,019	1,368	13	511	1,189	H26NDB	
		人口10万人対	402.7	436.8	518.3	384.7	1,401.3	545.9	47.9	456.5	339.5		
身体合併症	S	身体合併症を診療している精神病床を持つ病院数(精神科救急・合併症入院料+精神科身体合併症管理加算)	1,002	16	4	3	*	3	*	*	4	H26NDB *は0~2	
		人口10万人対	0.8	0.8	0.8	0.6	-	1.2	-	-	1.1		
		精神疾患の受け入れ体制を持つ一般病院数(精神疾患診療体制加算+精神疾患患者受入加算)	686	7	3	3	*	*	*	*	*	H26NDB *は0~2	
		人口10万人対	0.5	0.4	0.6	0.6	-	-	-	-	-		
	P	精神科リエゾンチームを持つ病院数	55	*	/	/	/	/	/	/	/	/	H26NDB *は0~2
		精神科入院患者で重篤な身体合併症の診療を受けた患者数(精神科救急・合併症入院料+精神科身体合併症管理加算)	37,894	310	28	171	*	49	*	*	32	H26NDB *は0~9	
		人口10万人対	29.8	16.2	5.7	31.7	-	19.6	-	-	9.1		
		体制を持つ一般病院で受け入れた精神疾患の患者数(精神疾患診療体制加算+精神疾患患者受入加算)	3,324	23	*	16	*	*	*	*	*	H26NDB *は0~9	
		人口10万人対	2.6	1.2	-	3.0	-	-	-	-			
		精神科リエゾンチームを算定された患者数	2,954	*	/	/	/	/	/	/	/	H26NDB *は0~9	
自殺対策	S	救命救急入院料 精神疾患診断治療初回加算をとる一般病院数	76	*	/	/	/	/	/	/	/	H26NDB *は0~2	
	P	救命救急入院で精神疾患診断治療初回加算を算定された患者数	169	*	/	/	/	/	/	/	/	H26NDB *は0~9	
精神病床における退院率	O	入院後3ヶ月時点の退院率	66%	62%	57%	66%	70%	61%	-	43%	67%	H26NDB	
		入院後6ヶ月時点の退院率	82%	76%	72%	83%	80%	69%	-	57%	87%	H26NDB	
		入院後12ヶ月時点の退院率	90%	88%	86%	89%	100%	89%	-	79%	92%	H26NDB	
精神病床における平均在院日数	O	精神病床における新規入院患者の平均在院日数	128	130	122	118	178	139	-	126	139	H26NDB	
精神病床における退院後の再入院率(1年未満入院患者)	O	退院後3ヶ月時点の再入院率	20%	22%	21%	20%	22%	19%	-	14%	32%	H26NDB	
		退院後6ヶ月時点の再入院率	28%	26%	26%	23%	33%	22%	-	21%	36%	H26NDB	
		退院後12ヶ月時点の再入院率	36%	34%	35%	33%	44%	29%	-	29%	47%	H26NDB	
精神病床における退院後の再入院率(1年以上入院患者)	O	退院後3ヶ月時点の再入院率	37%	45%	20%	56%	0%	43%	-	-	30%	H26NDB	
		退院後6ヶ月時点の再入院率	40%	53%	20%	71%	0%	43%	-	-	40%	H26NDB	
		退院後12ヶ月時点の再入院率	43%	58%	27%	76%	50%	43%	-	-	40%	H26NDB	
精神病床における急性期・回復期・慢性期入院患者数(65歳以上)	O	急性期入院患者数	24,998	399	/	/	/	/	/	/	/	/	H26NDB
		人口10万人対	19.7	20.8	/	/	/	/	/	/	/	/	
		回復期入院患者数	27,071	428	/	/	/	/	/	/	/	/	H26NDB
		人口10万人対	21.3	22.4	/	/	/	/	/	/	/	/	
精神病床における急性期・回復期・慢性期入院患者数(65歳未満)	O	慢性期入院患者数	106,171	1,926	/	/	/	/	/	/	/	/	H26NDB
		人口10万人対	83.5	100.6	/	/	/	/	/	/	/	/	
		急性期入院患者数	31,629	497	/	/	/	/	/	/	/	/	H26NDB
		人口10万人対	24.9	26.0	/	/	/	/	/	/	/	/	
精神病床における急性期・回復期・慢性期入院患者数(65歳未満)	O	回復期入院患者数	20,033	329	/	/	/	/	/	/	/	/	H26NDB
		人口10万人対	15.8	17.2	/	/	/	/	/	/	/	/	
		慢性期入院患者数	80,504	1,589	/	/	/	/	/	/	/	/	H26NDB
		人口10万人対	63.3	83.0	/	/	/	/	/	/	/	/	

用語解説

【あ】

ICU

Intensive Care Unit の略。救急病院等に設置された、重篤な救急患者専用の集中治療室をいいます。

安定ヨウ素剤

放射性でないヨウ素をヨウ化カリウムの形で製剤したものの。原子炉施設等で原子力災害が発生し大気中に放射性ヨウ素が放出された場合、放射性ヨウ素が甲状腺に蓄積され内部被ばくを引き起こす可能性があります。このような内部被ばくは安定ヨウ素剤をあらかじめ服用することで低減することが可能ですが、安定ヨウ素剤は放射性ヨウ素による内部被ばくに対する防護効果に限定されます。また、放射性ヨウ素が体内に取り込まれた後に安定ヨウ素剤を服用しても効果は極めて小さくなるため、適切なタイミングで速やかに服用する必要があります。

【い】

医師臨床研修制度

水準の高い医師を養成する観点からアメリカ等にならぬ導入された実地修練（インターン）の廃止に伴って創設された制度であり（昭和43年）、医師は、免許を受けた後も、臨床研修病院において臨床研修を受けなければならないとされています。平成16年4月からは必修となっています。

一般病床

病床の種別の一つ。精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床以外の病床をいい、主として急性期の患者を入院させるためのものです。

医薬品GMP

GMPはGood Manufacturing Practiceの略で、医薬品製造所における「医薬品の製造管理及び品質管理の基準」を意味し、原料の受入から出荷に至るまで全製造工程に関する基準です。

医薬分業

患者の診察、薬剤の処方医師（又は歯科医師。以下同じ。）が行い、医師の処方せんに基づいて、薬剤の調剤および投与を薬剤師が行うという制度で、各々の専門性が活かされた医療の形態です。

医療機器QMS

QMSはQuality Management Systemの略で、医療機器製造所における「医療機器の製造管理及び品質管理の基準」を意味し、ISO（国際標準化機構）の考えによって制度化され、原料の受入から出荷に至るまで全製造工程に関する基準です。

医療区分

療養病床に入院する患者を医療の必要性の程度により分類し、医療の必要性が高い順から区分3、区分2、区分1としています。

医療費適正化計画

高齢者の医療の確保に関する法律第9条第1項の規定により、都道府県が定める、県民の健康の保持の推進と医療の効率的な提供の推進に関する計画をいいます。

医療保険者

医療保険各法（健康保険法、船員保険法、国民健康保険法、国家公務員共済組合法、地方公務員等共済組合法、私立学校教職員共済法等）の規定により医療に関する給付を行う全国健康保険協会、健康保険組合、市町村・特別区、国民健康保険組合、共済組合、日本私立学校振興・共済事業団、市町村広域連合等をいいます。

インスリン療法

体内に不足している量のインスリンを注射によって補充し、血糖コントロールを改善することです。

インフォームドコンセント

医療の提供に当たり、疾病の状況、治療目的、治療内容、処置に内在する危険性、別の治療方法の可能性、経費などについて、医師等が患者が理解できる方法で十分な説明を行い、患者の理解を得た後に、同意のもとに治療を行うことをいいます。

【う】

う歯

う蝕に罹患した歯のことを指します。

う蝕

一般的には「むし歯」と呼ばれ、口の中の細菌が糖質から産生した酸により、歯の石灰成分を溶かし、脱灰（だっかい）を引き起こした状態を「う蝕（症）」と呼びます。初期には歯の表面が白く濁りますが、脱灰が進むと歯に実質欠損（穴）が生じ、痛みを伴うことがあります。歯にできたう蝕を「歯牙う蝕」、骨にできたう蝕を「骨う蝕」といいます。難治性疾患で、実質欠損（穴）が生じると自然治癒することはありません。

【え】

エイズ患者

ヒト免疫不全ウイルスの感染によるウイルス感染症をいいます。

H I V 感染者

ヒト免疫不全ウイルスの感染により免疫不全を起こし、日和見感染や悪性腫瘍などを発症する症候群をいいます。

A E D

Automated External Defibrillator の略。自動体外式除細動器のことで、心臓がけいれんし血液を流すポンプ機能を失った状態（心室細動）になった心臓に対して、電気ショックを与え、正常なリズムに戻すための医療機器をいいます。

S T 上昇型心筋梗塞

心電図の波形により診断される急性心筋梗塞の種類の一つで、血栓により冠動脈が完全にふさがってしまったものをいいます。

N I C U

Neonatal Intensive Care Unit の略。集中治療を必要とする新生児のために、保育器、人工呼吸器、呼吸管理モニター等の機器を備え、主として新生児を専門とするスタッフが 24 時間体制で治療を行う病室のことです。

N D B

レセプト情報・特定健診等情報データベース（通称「ナショナルデータベース（National DataBase）」）。高齢者の医療の確保に関する法律に基づいて、厚生労働大臣が医療保険者等より収集する診療報酬明細書及び調剤報酬明細書に関する情報並びに特定健康診査・特定保健指導に関する情報を NDB に格納し管理しています。

M F I C U

Maternal Fetal Intensive Care Unit の略。妊娠高血圧症候群、合併症妊娠、胎児異常等、母体または胎児における危険性の高い妊娠に対応するため、分娩監視装置、呼吸循環モニター、超音波診断装置、人工呼吸器等の機器を備え、主として産科のスタッフが 24 時間体制で治療を行う病室のことです。

【お】

オーダーリングシステム

従来、紙の伝票でやり取りしていた検査や処方箋などの業務を、医師・歯科医師がオンラインで検査、処方

し、医事会計システムとやり取りすることなどにより、オンライン上で指示を出したり、検査結果を検索・参照したりできるシステムのことで。

オーラルフレイル

口腔機能の軽微な低下や食の偏りなどを含み、身体の衰え（フレイル）の一つです。滑舌低下、食べこぼし、わずかなむせ、かめない食品が増えるなどのささいな口腔機能の低下から始まります。

【か】

介護保険事業支援計画

介護保険法第 118 条第 1 項の規定により、都道府県が定める、介護保険事業に係る保険給付の円滑な実施の支援に関する計画をいいます。

回復期リハビリテーション病棟入院料

診療報酬の一つです。脳血管疾患、大腿骨頸部骨折等の状態の患者を対象として、ADL 能力（日常動作能力）の向上による寝たきり防止と家庭復帰を目的としたリハビリテーションプログラムを医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等が共同して作成し、これに基づくリハビリテーションを集中的に行う病棟のことを指します。

外来化学療法

外来において抗がん剤による治療を行うことです。

化学療法

抗がん剤を用いた治療法であり、疾患に応じて複数の抗がん剤を組み合わせる用いることもあります。

かかりつけ医（歯科医）

患者の治療、健康相談などを、身近なところで提供する医師をいい、住居や職場に近い診療所などにおいてプライマリケアを担っています。

かかりつけ薬局・薬剤師

患者の生活圏内のかかりつけにしている薬局・薬剤師のことです。かかりつけ薬局・薬剤師を決めていると、処方せんをその薬局に持ち込むことにより、薬の重複投与を防止することができます。また、患者の医薬品の服用履歴を管理しているので、薬のアレルギーや飲み合わせ等による有害作用を防止することができます。

がん検診

がんの早期発見のために定期的に行う検査のことで、集団全体の死亡率を下げるために、市町村や職域の対策として行われる「対策型検診（集団検診、職域検診）」と、個人の死亡リスクを下げるために、個人の判断で

受診する「任意型検診(人間ドックなど)」があります。

患者輸送車

へき地の患者を最寄り医療機関まで輸送するための車両で、整備基準としては、医療機関のない地域で、当該地区の中心的な場所を起点として、おおむね半径4kmの区域内に50人以上が居住している地区であって、かつ容易に医療機関を利用することのできない地域となっています。

感染症病床

病床の種別の一つ。一類感染症、二類感染症、指定感染症等の患者を入院させるためのものをいいます。

がん対策推進計画

がん対策基本法第12条第1項の規定により、都道府県が定める、がん対策の推進に関する計画をいいます。

冠動脈造影検査

冠動脈を放射線のもとで造影剤を使用し見る検査です。手首や足の付け根からカテーテルといわれる長いストローのような管を挿入し、冠動脈の入り口までもっていき造影剤を注入することによりX線のもとで冠動脈のどの部分が閉塞しているかなどを見ます。

がん登録

がん対策の企画立案と評価に際しての基礎データである、がん患者の罹患、治療や生存その他の状況を把握し、分析する仕組みです。地域全体のがん患者を対象とした「地域がん登録」が実施されてきましたが、平成28年以降のがん患者については「全国がん登録」として実施されています。また、各医療機関内のがん患者を対象とした「院内がん登録」があります。

緩和ケア

がんなど特定の疾病に罹患した者に係る身体的、精神的な苦痛又は社会生活上の不安を緩和することによりその療養生活の質の維持向上を図ることを主たる目的とする治療、看護等の行為をいいます。

【き】

危険ドラッグ

覚醒剤や大麻に化学構造を似せて合成された物質などが添加された物質の総称です。

基準病床数

医療計画上、整備を図るべき一定の水準を示すもので、療養病床及び一般病床は二次医療圏単位として、精神病床、結核病床、感染症病床は県を単位として設定しています。なお、基準病床数を超えた二次医療圏において、新たに病床を設置しようとする場合には、都道

府県知事が勧告等を行うことができます。

既存病床数

病院病床数に、診療所病床数、職域病院病床数、放射線治療病室等病床数の補正を行った後の病床数をいいます。

キビタン健康ネット

福島県医療福祉情報ネットワーク協議会が医療・介護サービスの向上を図るために運営している、ICTを活用して病院、診療所、薬局等の医療関係機関が医療情報の共有を行うためのネットワークのことをいいます。

救急協力病院・診療所

救急病院に準じた救急業務を行い、県知事が認定した医療機関をいいます。

救急搬送受入支援システム

病院前医療(救急隊)と急性期医療(医療機関)における救急診療情報の共有と救急搬送の適正化を図るためのシステムです。救急隊がiPadを用いて観察所見を記録、搬送先医療機関を検索し、観察所見をデータで送信します。医療機関は詳細な患者情報を、患者が医療機関に来る前に把握が可能となることから、救急搬送の迅速化、救命率の向上が期待されます。

休日夜間急患センター

休日及び夜間の急病者の診療を行う診療所をいいます。

救命救急センター

脳卒中、心筋梗塞等の重篤な救急患者のために設置された、高度な診療機能を有する24時間診療体制の施設です。

居宅介護支援事業所

在宅の要介護者等が介護保険の在宅サービスやその他のサービス等を適切に利用できるように、要介護者等の依頼により行われる居宅サービス計画の作成、サービス事業者との連絡調整や、介護保険施設への紹介等のケアマネジメントを行う事業所をいいます。

【け】

結核病床

病床の種別の一つ。結核患者を入院させるためのものをいいます。

結核罹患率

人口10万人に対する1年間に結核に罹患した患者数。

健康サポート薬局

患者が継続して利用するために必要な機能（①服薬情報の一元的・継続的把握、②24時間対応・在宅対応、③医療機関等との連携）と個人の主体的な健康の保持増進への取組を積極的に支援する機能を持った薬局をいいます。

健康増進計画

健康増進法第8条第1項の規定により、都道府県が定める、県民の健康増進の推進に関する施策についての計画をいいます。

言語聴覚士

ことばや聞こえなど、コミュニケーションに障害のある方や周囲の方々に対して、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、教育関係者、療育関係者などと連携を取りながら、相談・評価・訓練・指導などの専門的な援助を行う者をいいます。

【こ】

合計特殊出生率

その年次の15～49歳までの女性の年齢別出生率を合計したもので、1人の女性が、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します。

高次脳機能障がい

脳梗塞、脳出血などによる脳血管障がいや交通事故などによる脳外傷により脳が損傷し、それによって起こる記憶障がいや注意障がいなどの認知障がいをいいます。

高齢者福祉計画

老人福祉法第20条の9第1項の規定により、都道府県が定める、老人福祉事業の供給体制の確保に関する計画を「老人福祉計画」といい、本県ではこれを「高齢者福祉計画」として策定しています。

誤嚥性肺炎

本来気管に入ってはいけない物が気管に入る誤嚥により引き起こされる肺炎のことです。高齢者の場合、水や食物等の明らかで大量の異物の誤嚥よりも、口腔内分泌物や胃液が少量ずつ肺内へ吸引される不顕性誤嚥による肺炎が多いとされています。

【さ】

在宅患者訪問薬剤管理指導料

薬剤師が、医師の指示により通院が困難であり居宅で療養している患者を訪問し、患者又は家族等に薬学的な管理指導を行った場合に算定できる保険点数です。

在宅当番医制

各地区医師会により、その地区における在宅当番医の当番日を調整し、住民への情報提供を行うことにより、休日及び夜間の医療を確保するものです。

在宅療養支援歯科診療所

診療報酬の一つです。在宅等の療養に関して歯科医療面から支援できる体制等を確保している歯科診療所をいいます。

在宅療養支援診療所

診療報酬の一つです。地域において在宅医療を支える24時間の窓口として、他の病院、診療所等と連携を図りつつ、24時間の往診・訪問看護等を提供する診療所をいいます。

在宅療養支援病院

診療報酬の一つです。200床未満又は4km以内に診療所がない病院で、在宅療養支援診療所と同様に、在宅医療の主たる担い手となっている病院をいいます。

作業療法士

国家資格であり、医師の指示のもとに、身体又は精神に障がいのある人に、手芸や工芸等の作業を行わせることにより、応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図ることを業とする者をいいます。

【し】

歯科衛生士

国家資格であり、歯科疾患の診療補助、予防処置、保健指導を行ない、歯科医療を側面からサポートする者をいいます。

歯科技工士

国家資格であり、入れ歯（義歯）、差し歯、金冠、矯正装置などの製作、修理などを行う者をいいます。

歯科在宅当番医制

各地区歯科医師会により、その地区における歯科在宅当番医の当番日を調整し、住民への情報提供を行うことにより、休日及び夜間の歯科医療を確保するものです。

脂質異常症

従来、総コレステロール、LDLコレステロール、中性脂肪（いわゆる悪玉コレステロール）のいずれかが基準より高いか、HDLコレステロール（いわゆる善玉コレステロール）が基準より低い場合を総称して「高脂血症」と呼んできました。しかし、善玉コレステロール値が低い場合も「高脂血症」と呼ぶのは適当でな

いとして、平成 19 年 4 月、日本動脈硬化学会が病名を「高脂血症」から「脂質異常症」に変更しました。診断基準は LDL が 140 mg 以上、中性脂肪が 150 mg 以上、HDL が 40 mg 未満となっています。

CCU

Coronary Care Unit の略。救命救急センター等に設置された、急性期の重篤な心臓病の救急患者を受け入れる心臓病専用病室をいいます。

GCU

Growing Care Unit の略。NICU における治療により急性期を脱した児、又は入院時より中等症であって NICU による集中治療までは必要としないものの、これに準じた医学的管理を要する児を収容する病室をいいます。

歯周病

歯の周囲の組織、歯肉や歯槽骨に発生する病気のこと、主な疾患としては、歯肉炎や歯周炎があります。中等度以上の歯周炎では「歯槽膿漏(しそうのうろう)」と呼ばれることもあります。歯肉炎や歯周炎の主なものには、単純性歯肉炎や辺縁性歯周炎があり、歯垢や歯石中の細菌が主な原因と言われています。

自治医科大学

自治医科大学は、へき地等の地域社会の医療の確保と向上及び地域の住民福祉の増進を図るために、地域医療に先進で挺身する気概と高度な医療能力を有する臨床医を養成することを目的として、全国の都道府県が共同出資して設立した大学であり、入学者全員に対して、入学金や授業料など学生納付金の全額を貸与します。この貸与金は、大学を卒業後、引き続き出身都道府県内の指定公立病院等に勤務し、医師としてその勤務期間が修学資金の貸与を受けた期間の2分の3に相当する期間に達した場合には、返還が免除されます。

シックデイ

糖尿病患者が、発熱、下痢、嘔吐をきたし、または食欲不振のために食事ができないことを指します。

指定難病医療費助成事業

難病（発病の機構が明らかでなく、治療法が確立されていない希少な病気で、長期間の療養が必要になるもの）の患者さんの医療費の自己負担を軽減することを目的に、医療費の公費負担をしています。平成 29 年 4 月現在で 330 疾患が当該事業の対象として指定されています。

視能訓練士

国家資格であり、医師の指導のもとに両眼視機能に障害のある者に対し、その両眼視機能の回復のための矯正訓練およびこれに必要な検査を行うことを業とする

者をいいます。

集学的治療

手術療法、化学療法及び放射線療法等を組み合わせて行う治療です。

周産期医療

妊娠 22 週から生後 1 週未満までの期間の母子に関する医療のことです。

周産期死亡率

周産期死亡とは、妊娠 22 週以後の死産と生後 7 日までの早期新生児死亡のことで、周産期死亡率とは、各年の出産 1,000 に対する周産期死亡が何件あったかを示します。

受療率

一定の期間に医療機関において対象疾病の治療を受けた患者数が人口に占める割合をいいます。通常人口 10 万人あたりで算出します。

障がい者計画

障害者基本法第 11 条第 2 項の規定により、都道府県が定める、障がい者のための施策に関する基本的な計画をいいます。

障がい福祉計画

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第 89 条第 1 項の規定により、都道府県が定める、障がい福祉サービスの提供体制の確保等に関する計画をいいます。

処方せん受取率

病院、診療所の外来患者のうち、投薬対象者（直近 3 年の平均値で算出）に対して、実際に保険薬局で調剤を受けた患者の割合であり、次の式により算出します。
処方せん枚数 / (入院外医科診療日数 × 医科投薬率 + 歯科診療日数 × 歯科投薬率)

新生児死亡率

新生児死亡とは、生後 4 週未満の死亡のことで、新生児死亡率とは、各年の出生 1,000 に対する新生児死亡が何件あったかを示します。

心臓リハビリテーション

心機能の回復、心疾患の再発予防等を図るために、心肺機能の評価による適切な運動処方に基づいて、運動療法等を行うリハビリテーションをいいます。

診療ガイドライン

疾患ごとに関連する学会が提案する標準的な診断法や治療法等であり、当該疾患の患者の診療に際して参考とすべき標準的診療方法をいいます。

【せ】

生活習慣病

高血圧、脳卒中、心臓病等の循環器疾患やがん、糖尿病など、生活習慣に起因して発生する疾患の総称で、従来の「成人病」という言葉に変わって使われています。

精神病床

病床の種別の一つ。精神疾患を有する者を入院させるためのものをいいます。

摂食障がい

摂食障がいには、食事をほとんどとらなくなってしまう拒食症、極端に大量に食べてしまう過食症があります。

遷延性意識障がい

1976年に日本神経外科学会において、①自力移動が不可能 ②自力で摂食が不可能 ③尿管失禁状態にある ④眼球はかろうじて物を追うこともあるが認識できない ⑤発声はあっても意味のある発語は不可能 ⑥眼を開け、手を握れ、などの簡単な命令に応ずることもあるが、それ以上の意思の疎通は不可能 以上6項目が、治療にもかかわらず3か月以上続いた者を遷延性意識障がい者として定義しています。交通事故や病気（脳卒中・脳血管障害・神経難病・心疾患など）、さらには、睡眠薬・アルコール・ガスなどの各種中毒まで様々な原因によって発生します。

先天性血液凝固因子障害

血液成分のうち血液を固まらせる作用をもつ凝固因子が先天的に欠乏している障害です。血友病やフォン・ヴィルブラント病が代表例です。

【そ】

躁うつ病

気分が高まったり落ち込んだり、躁状態とうつ状態を繰り返す症状が起こる病気です。

臓器移植コーディネーター

臓器移植の円滑な実施を図るため県知事が設置した者で、臓器移植の普及啓発及び臓器提供発生時の連絡調整（コーディネート）を行います。

臓器移植施設

脳死で臓器移植を行う施設で、県内では脾臓、肝臓及び腎臓の移植施設が福島県立医科大学附属病院となっています。

【た】

「ダメ。ゼッタイ。」福島県普及運動

国の「ダメ。ゼッタイ。」普及運動に準じて、県民の薬物乱用問題に対する認識を高め、国連決議による「6.26国際麻薬乱用撲滅デー」の周知も図るため、毎年6月20日から7月19日まで官民一体となって行われる運動です。

【ち】

地域包括ケア病棟

急性期医療を経過した患者及び在宅において療養を行っている患者等の受入並びに患者の在宅復帰支援等を行う機能を有し、地域包括ケアシステムを支える役割を担う病棟です。

地域包括支援センター

市町村が設置主体となり、保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員等を配置して、住民の健康の保持及び生活の安定のために必要な援助を行うことにより、その保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援することを目的とする施設をいいます。主な業務は、介護予防支援及び包括的支援事業（①介護予防ケアマネジメント業務、②総合相談支援業務、③権利擁護業務、④包括的・継続的ケアマネジメント支援業務）で、制度横断的な連携ネットワークを構築して実施することとされています。

地域連携クリティカルパス

地域において、患者が受ける診療段階に応じて診療を受ける医療機関の流れを示した、診療するすべての医療機関等が共有する疾病ごと患者ごとの治療計画です。

【て】

低血糖

インスリン療法において、インスリン作用が過剰になり、血糖値が下がりすぎて、体内の各組織のエネルギー源であるブドウ糖が不足している状態をいいます。だるさ、ふらつき、手指のふるえ、冷や汗、頭痛等様々な症状が現れます。

DPCデータ

DPCはDiagnosis Procedure Combinationの略で、診断と処置の組合せによる診断群分類のことをいい、DPCを利用した包括支払システムをDPC/PDPS（Per-Diem Payment System：1日当たり包括支払

い制度)といえます。DPC/PDPS 参加病院は、退院した患者の病態や実施した医療行為の内容等についての調査データを全国統一形式の電子データとして提出しており、これを DPC データと呼びます。

てんかん

突然意識を失って反応がなくなるなどの「てんかん発作」を繰り返す病気です。その原因や症状は人により様々で、乳幼児から高齢者までどの年齢層でも発病する可能性があります。「てんかん発作」は、脳の一部の神経細胞が突然一時的に異常な電気活動（電気発射）を起こすことにより生じますが、脳のどの範囲で電気発射が起こるかにより様々な発作症状を示します。

電子カルテシステム

診療録等の診療情報を電子化して保存や更新を行うシステムのことです。現状では、診療録や検査結果などの診療情報を電子的に保存、閲覧するために医療施設内で使用されるケースが多くなっています。

【と】

統合失調症

こころや考えがまとまりづらくなってしまふ病気です。健康な時にはなかった状態が表れる陽性症状と、健康な時にあったものが失われる陰性症状があります。陽性症状の典型は幻覚と妄想であり、陰性症状は意欲の低下、感情表現が少なくなるなどがあります。

糖尿病神経障害

糖尿病慢性合併症の一つ。高血糖が続くことで知覚神経や運動神経、自律神経などに障害が起きる病気です。知覚神経や運動神経などに障害が起きると、足のしびれや痛み、こむらがえりなどの症状が現れ、自律神経に障害が起きると、立ちくらみや排尿異常、下痢などの症状があります。

糖尿病腎症

糖尿病慢性合併症の一つ。高血糖状態が長く続くことにより、腎臓の糸球体の血管に傷害を起こし、腎臓の濾過機能が低下することをいいます。症状が進むと慢性腎不全に至り人工透析導入を余儀なくされます。

糖尿病網膜症

糖尿病慢性合併症の一つ。高血糖状態が続くことにより網膜の血管に傷害を起こしている状態をいいます。症状が進むと、硝子体出血や網膜剥離を起こして失明に至ります。

ドクターカー

患者監視装置等の医療機器等を搭載し、医師、看護師等が同乗し、出動する救急車をいいます。

ドクターバンク

職業安定法第 33 条の 4 に基づき地方公共団体が行う無料職業紹介事業のことであり、医療機関での勤務を希望する医師と勤務医の募集を行う医療機関との仲介（紹介、斡旋、相談）をします。

ドクターヘリ

救急医療用の医療機器等を装備したヘリコプターであって、救急医療の専門医及び看護師等が同乗し救急現場等に向かい、現場等から医療機関に搬送するまでの間、患者に救命医療を行うことのできる専用のヘリコプターをいいます。

特定機能病院

一般の病院等から紹介された高度医療行為を必要とする患者を診療できる病院であって、高度医療の提供、高度医療技術の開発及び実践を行うにふさわしい人的資源、構造・設備を備え、病床数 400 以上、特定の科を含む 16 以上の診療科の設置等の条件を満たし、厚生労働大臣が承認する病院をいいます。

特定健康診査

特定健康診査は、平成 20 年度から医療保険者に義務づけられた、40 歳以上 74 歳以下の加入者（被保険者・被扶養者）に対する健康診査をいいます。糖尿病等の生活習慣病の発症や重症化を予防することを目的として内臓脂肪型肥満に着目し、この該当者及び予備群を減少させるための特定保健指導を必要とする者を、的確に抽出するために行うものです。

特定疾患治療研究事業

治療が困難で医療費も高額となる疾患（現在、スモンなど 5 疾患が対象疾患とされています）について、患者さんの医療費の自己負担を軽減することを目的に、医療費の公費負担をしています。

特定保健指導

特定保健指導は、特定健康診査の結果に基づき抽出された対象者に、内臓脂肪型肥満に着目し、その要因となっている生活習慣を改善するための保健指導を行うことにより、対象者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣の改善に向けた行動変容（習慣化された行動パターンを変えること）ができるように、対象者の状態に応じて個別支援を行うものです。

【に】

乳児死亡率

乳児死亡とは生後 1 年未満の死亡のことで、乳児死亡率とは各年の出生数 1,000 に対して乳児死亡が何件あったかを示します。

認知症サポート医

認知症サポート医養成研修を修了した医師のことです。認知症の人の診療に習熟し、かかりつけ医への助言その他の支援を行うとともに、専門医療機関や地域包括支援センター等との連携を推進する役割があります。また、認知症初期集中支援チームにも関与しています。

認知症初期集中支援チーム

医師を含む複数の専門職（保健師や介護福祉士など）が、認知症の人やその家族に初期の段階から関わり、集中的な支援を行い、自立生活のサポートをします。

認知症対応薬局

認知症予備群の人に早期に気づき、かかりつけ医や地域包括支援センターなどと連携して対応できる薬局をいいます。

【ね】

年齢調整死亡率

死亡数を人口で除した通常の死亡率を比較すると、高齢者の多い地域では高くなり、若年者の多い地域では低くなる傾向があります。このような現象を回避するため、年齢構成を標準となる人口集団に置き換えて算出した死亡率を年齢調整死亡率といいます。この死亡率を用いることで、年齢構成の異なる集団について、より正確な地域間比較や年次比較が可能になります。

【は】

8020運動

20本以上歯があれば、ほとんどの食物を食べることができると言われていたことから、80歳で20本以上の歯を保つことを目標とした運動として、平成元年に厚生労働省における成人歯科保健対策検討会の中で提言され、推進されています。

発達障がい

自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障がい、学習障がい、注意欠陥多動性障がいなどの脳機能の障がいをいいます。

発達障がい者支援センター

発達障がい者に対し専門的な支援を行うほか、関係機関の調整及び各種情報の提供を行う発達障がい者支援の中核機関です。

【ひ】

PICU

Pediatric Intensive Care Unit の略。重症の病気によって生命が危険な状態にある小児重症患者に対して

集中治療を行う病室のことです。

PTSD

Post Traumatic Stress Disorder の略。強烈なショック体験、強い精神的ストレスがこころのダメージとなって、時間が経ってからもその経験に対して強い恐怖を感じるものです。震災などの自然災害、火事、事故、暴力や犯罪被害などが原因になると言われています。

病院群輪番制

地域で複数の病院が共同して、輪番制方式により休日及び夜間の診療を実施することです。

病院内保育所

病院に勤務する看護師等の子どもを保育するために病院に設けられた事業所内保育施設です。

【ふ】

福島県総合医療情報システム

県民向けに医療機関の情報を提供する医療機関情報システム、県内救急医療機関と消防本部をネットワークで結び手術の可否や空きベッドの有無などの情報を提供する救急医療情報システム、災害時において医療機関の稼働状況等を提供する災害医療情報システム、周産期に係る医療情報を提供する周産期救急医療情報システムの4つのシステムから構成されています。

フレイル

「後期高齢者の保健事業のあり方に関する研究」報告書において、「加齢とともに、心身の活力（運動機能や認知機能等）が低下し、複数の慢性疾患の併存などの影響もあり、生活機能が障害され、心身の脆弱化が出現した状態であるが、一方で適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能な状態像」と定義されています。

【へ】

へき地診療所

診療所を中心として、おおむね半径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、診療所から最寄医療機関まで通常の交通機関を利用して（通常の交通機関を利用できない場合は徒歩で）30分以上要する地区の住民の医療を確保するため、市町村が設置する診療所です。

【ほ】

放射線療法

放射線を用いた治療法であり、体の外から放射線をあ

てる体外照射と、体の中に放射線の出る物質を入れて治療する内部照射とに大別されます。

訪問看護ステーション

在宅で療養している高齢者や難病患者、寝たきりの患者などに対して、かかりつけの医師の指示に基づき、看護師等が定期的に家庭を訪問して看護サービスや療養指導を行う訪問看護を専門に行う事業所のことです。病院や診療所に併設されたもの以外に、独立して開設されているものもあります。

【む】

無医地区（無歯科医地区）

医療機関（歯科医療機関）のない地域で、当該地区の中心的な場所を起点として、おおむね半径4kmの区域内に50人以上が居住している地区であって、かつ容易に医療機関を利用することのできない地区をいいます。

【め】

メタボリックシンドローム

内臓脂肪による肥満の人が、糖尿病、高血圧、脂質異常症等の生活習慣病になる危険因子を複数併せ持っている状態のことをいいます。これらの危険因子が重なることにより、心疾患や脳血管疾患を発症する危険が増大するといわれています。

メディカルコントロール

救急現場から医療機関へ搬送されるまでの間において、救急救命士等が応急措置等を行う場合、医学的観点から医師等が指示、指導助言、検証して応急措置等の質を保証することです。

【や】

薬物乱用防止教室

学校が生徒等に対し薬物乱用の危険性に関する知識を伝えるために開催する教室です。薬物乱用防止教室の講師として、保健所職員や薬物乱用防止指導員、学校薬剤師等に講習依頼があります。

薬物乱用防止指導員

覚醒剤・シンナー等薬物乱用防止の啓発活動を行うため、福島県薬物乱用対策推進本部長（副知事）が委嘱したボランティアです。県内16地区にある薬物乱用防止指導員地区協議会のいずれかに所属しています。

【よ】

予後

病後の経過や病気のたどる医学的な見通しをさします。

【り】

理学療法士

国家資格であり、医師の指示のもとに、病気やけが、老化等により身体機能に障がいのある人に、運動療法や温熱、マッサージ等により、日常生活に必要な基本的な運動能力の回復を図ることを業とする者をいいます。

罹患

新たに疾病にかかることです。公衆衛生上重要な指標として、ある期間に発生した特定の疾病の新患者数の、その疾病にかかる危険にさらされた人口に対する比率である「罹患率」があります。

療養病床

病床の種別の一つ。長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるため、広い居室や人員配置など療養環境に配慮したものとなっています。

臨床検査技師

国家資格であり、医師の指導監督の下に、生化学的検査、生理学的検査等を行うことを業とする有資格者です。衛生検査技師と異なり、患者に直接触れての生理学的検査が可能です。

臨床研修

診療に従事しようとする医師が、医師としての人格をかん養し、基本的な診療能力を身につけることができるように、医師法第16条の2に基づき免許取得後2年間以上行う必要のある研修をいいます。診療に従事しようとする歯科医師については、同様の目的から、歯科医師法第16条の2に基づき1年間以上研修を行う必要があります。

臨床研修病院

臨床研修を受ける病院であり、医学（歯科医師については、歯学若しくは医学）を履修する課程を置く大学に付属する病院又は厚生労働大臣の指定する病院のことをいいます。

臨床工学技士

国家資格であり、医師の指示の下に生命維持管理装置の操作及び保守点検を行う者をいいます。

【ろ】

626ヤング街頭キャンペーン

「ダメ。ゼッタイ。」普及運動の期間中に行われる、6月26日の国連麻薬乱用撲滅デーの普及を図るためのヤングボランティアによる街頭啓発活動のことです。本県では、6月26日頃、薬物乱用防止指導員地区協議

会ごとに街頭啓発活動を実施しています。

ロコモティブシンドローム

運動器の障害のために自立度が低下し、介護が必要となる危険性の高い状態をいいます。

第七次福島県医療計画 策定経過

平成29年6月6日に、福島県医療審議会に新しい医療計画の策定について諮問し、同審議会保健医療計画調査部会における5回にわたる審議の他、福島県救急医療対策協議会を始めとする専門分野ごとの協議会等及び各地域医療構想調整会議において、御意見を伺いました。

また、パブリックコメントの実施や市町村、福島県保険者協議会及び関係団体等への意見照会により、広く県民の皆様からの御意見を取り入れて、第七次福島県医療計画を策定いたしました。

29年度	医療審議会	分野別の検討	県民・関係団体等
4月			
5月			
6月	6/6保健医療計画調査部会① (諮問)		
7月	基本構成検討	7/18精神保健福祉審議会 7/21周産期医療協議会 7/24原子力災害医療対策協議会 7/27がん対策推進協議会 7/31救急医療対策協議会 7/31災害医療対策協議会 7/31歯科保健対策協議会	7/4県北地域医療構想調整会議 7/7相双地域医療構想調整会議 7/10会津・南会津地域医療構想調整会議 7/20県中地域医療構想調整会議 7/25いわき地域医療構想調整会議 8/9県南地域医療構想調整会議
8月		8/7保健医療計画調査部会②	
	9/12医療審議会全体会①		
9月	基本構成取りまとめ		
10月	素案検討	9/14歯科保健対策協議会 9/25原子力災害医療対策協議会 9/25健康ふくしま21推進協議会 9/27精神保健福祉審議会 10/4災害医療対策協議会 10/5救急医療対策協議会 10/6周産期医療協議会 10/12がん対策推進協議会 10/17結核対策推進協議会 11/1在宅医療推進協議会	10/5県中地域医療構想調整会議 10/11相双地域医療構想調整会議 10/17会津・南会津地域医療構想調整会議 10/18いわき地域医療構想調整会議 10/19県南地域医療構想調整会議 10/23県北地域医療構想調整会議
11月		10/26保健医療計画調査部会③ 11/13保健医療計画調査部会④ 12/6医療審議会全体会②	
	素案取りまとめ		
12月	意見照会等・修正	各協議会等 委員へ意見照会	関係団体及び各地域医療構想調整会議委員・各地域保健医療福祉協議会委員へ意見照会 市町村・保険者協議会へ意見照会 12/15～1/14 パブリック コメント
1月			
2月	最終案検討	2/19保健医療計画調査部会⑤	
3月	答申	3/13医療審議会全体会③	
第七次福島県医療計画決定			

29健第1432号

平成29年6月6日

福島県医療審議会長 様

福島県知事

新しい医療計画の策定について（諮問）

医療をとりまく状況の変化を踏まえ、良質かつ適切な医療を提供する体制の確保を図るため、医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4第14項の規定に基づき、新しい医療計画の策定について、貴審議会に諮問します。

29医審第11号

平成30年3月13日

福島県知事 内堀 雅雄 様

福島県医療審議会

会長 菊地 臣一

新しい医療計画の策定について（答申）

平成29年6月6日付け29健第1432号をもって諮問のあった新しい医療計画の策定については、審議検討の結果、別添「第七次福島県医療計画」のとおり答申します。

なお、本計画が、本県の医療分野の基本的な指針として常に実効性を確保していくため、医療法の改正や状況の変化を踏まえながら、毎年度進捗状況を点検し、適時に必要な見直しを行うよう申し添えます。

福島県医療審議会委員名簿

(平成30年3月31日現在 敬称略 五十音順)

委員氏名	現職等	保健医療計画調査部会
阿部 敏明	福島県保険者協議会長(福島県国民健康保険団体連合会常務理事)	
安藤 昭夫	福島市消防本部救急課長	○
五十嵐 稔	公益社団法人福島県歯科医師会専務理事	
井上 仁	一般社団法人福島県病院協会会長	
岩波 洋	一般社団法人福島県医師会常任理事	
海野 仁	公益社団法人福島県歯科医師会会長	○
大友 靖子	一般財団法人福島県婦人団体連合会役員	
大平 哲也	公立大学法人福島県立医科大学医学部疫学講座教授	○
大平 弘正	公立大学法人福島県立医科大学医学部消化器内科学講座教授	○
岡部 茂	公募委員	○
(会長) 菊地 臣一	公立大学法人福島県立医科大学常任顧問兼ふくしま国際医療科学センター常勤参与	
木田 光一	一般社団法人福島県医師会副会長	○
今野 静	公益社団法人福島県看護協会会長	○
齋藤 博典	福島県保険者協議会副会長(全国健康保険協会福島支部長)	○
鈴木 千賀子	社会福祉法人福島県社会福祉協議会副会長	○
鈴木 ひろ子	国立大学法人福島大学大学院特任教授	
前後 公	猪苗代町長(福島県町村会)	
星 北斗	一般社団法人福島県医師会副会長	○ (部会長)
前澤 由美	公募委員	
前原 和平	一般社団法人福島県病院協会副会長	○
町野 紳	一般社団法人福島県薬剤師会会長	○
村瀬 久子	社会福祉法人北信福祉会法人本部本部長	
室井 照平	会津若松市長(福島県市長会)	○
渡部 康	一般社団法人福島県医師会常任理事	