

地 域 編

【「1 圏域の現状」の資料】

(1) 人口、医療提供施設等

○面積 国土地理院「全国都道府県市区町村別面積調」(令和5年7月現在)

○人口 岩手県「令和4年岩手県毎月人口推計(年報)」(令和4年10月1日現在)

国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成30(2018)年3月推計)」

注) 令和4年の年齢3区分人口は、年齢不詳の人口あん分時に端数処理を行っているため、合計と一致しない場合があります。

○人口動態 岩手県「2021年保健福祉年報(人口動態編)」

○医療資源 病院、一般診療所、歯科診療所：厚生労働省「令和4(2022)年医療施設調査」(令和4年10月1日現在)

薬局：岩手県「2021年度版薬務行政概要」(令和4年3月31日現在)

訪問看護ST(ステーション)：県長寿社会課調べ(令和5年9月1日現在)

○医療従事者 厚生労働省「令和2年医療施設調査」(令和2年10月1日現在)

注) 従事者数は常勤換算した数値であり、病院、一般診療所及び歯科診療所の従事者数の合計です。

○受療動向 完結率：岩手県「岩手県患者受療行動調査」(令和4年8月18日実施)

病床利用率、平均在院日数：厚生労働省「令和4年病院報告」

注1) 完結率＝居住する保健医療圏内の医療機関で受療した患者数／当該保健医療圏に居住する総患者数

注2) 岩手県患者受療行動調査は、県内の病院及び一般診療所を対象に実施したものであり、県外を受療した患者が含まれていないことに注意が必要です。

(2) 病床機能と在宅医療等の需要について

○ 病床機能：岩手県「2022年度病床機能報告」令和4年7月1日現在)

岩手県「岩手県地域医療構想」

○ 在宅医療等の需要：岩手県「岩手県地域医療構想」

(3) 医療提供施設の被災・復旧状況 県医療政策室調べ(平成29(2017)年8月1日現在)

注1) 気仙、釜石、宮古及び久慈保健医療圏のみ掲載しています。

注2) 医療提供施設復旧率は、震災前の病院等開設数(既存数)と継続・再開及び新設の施設数を比較したものであり、次の式により算出しています。

仮設除き＝{既存数－被災＋継続・再開(自院)＋新設}／既存数

仮設含み＝{既存数－被災＋継続・再開(自院・仮設)＋新設}／既存数

注3) 診療所の既存数は、特定の者を対象とする特別養護老人ホームの医務室等は除いています。

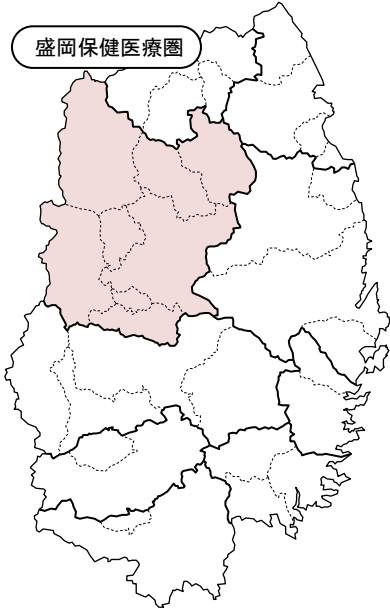
【「2 圏域における取組の方向」について】

各圏域において計画期間の6年間に重点的に取り組む事項について、圏域ごとに設置している保健所運営協議会や圏域連携会議等の場において検討し、取りまとめたものを記載しています。

盛岡保健医療圏

1 圏域の現状

(1) 人口、医療提供施設等

| | | | | | | |
|---|--|--|-------------------|-----------------|-------|------------------------|
|  <p>盛岡保健医療圏</p> | 構成市町村 | 盛岡市、滝沢市、八幡平市、雫石町、葛巻町、岩手町、紫波町、矢巾町 | | | | |
| | 介護保険者 | 盛岡市、盛岡北部行政事務組合（八幡平市、岩手町、葛巻町）、滝沢市、雫石町、紫波町、矢巾町 | | | | |
| | 面積 | 3,641.77km ² | | | | |
| | 人口 | | 令和4(2022)年 | 令和12(2030)年 | | |
| | | 圏域計 | 456,716 | 436,167 | | |
| | | 0～14歳 | 51,549人(11.3%) | 47,021人(10.8%) | | |
| | | 15～64歳 | 258,698人(56.6%) | 243,273人(55.8%) | | |
| | | 65歳～ | 137,530人(30.1%) | 145,873人(33.4%) | | |
| | | (再掲)65～74歳 | 66,707人(14.6%) | 58,953人(13.5%) | | |
| | | (再掲)75～84歳 | 44,576人(9.8%) | 57,409人(13.2%) | | |
| (再掲)85歳～ | 26,067人(5.7%) | 29,511人(6.8%) | | | | |
| 人口密度 | 125.4人/km ² [77.2人/km ²] | | | | | |
| 1世帯当たり人口 | 2.16人 [2.21人] | | | | | |
| 人口動態 | 出生率(人口千対) | 6.3 | [5.4] | | | |
| | 死亡率(人口千対) | 12.1 | [14.7] | | | |
| | 乳児死亡率(出生千対) | 1.7 | [1.5] | | | |
| | 死産率(出産千対) | 19.6 | [19.5] | | | |
| 医療提供施設 (人口10万対) | 施設数 | 病院 | 39 (8.5 [7.8]) | 許可病床数 | 一般病床 | 4,209床 (921.6 [832.1]) |
| | | 診療所 | 360 (78.8 [75.3]) | | 療養病床 | 1,253床 (274.3 [181.1]) |
| | | 歯科診療所 | 253 (55.4 [46.4]) | | 精神病床 | 1,564床 (342.4 [343.6]) |
| | | 薬局 | 191 (41.8 [74.0]) | | 感染症病床 | 8床 (1.8 [3.2]) |
| | | 訪問看護ST | 69 (15.1 [11.4]) | | 結核病床 | 12床 (2.5 [7.7]) |
| 医療従事者 (人口10万対) | 医師 1,593.3人 (348.9 [264.0]) 歯科医師 696.5人 (152.5 [96.5]) 薬剤師 241.0人 (52.8 [43.1]) 看護師・准看護師 5,676.8人 (1243.0 [1048.0]) | | | | | |
| 受療動向 | 完結率：入院 96.2% [83.4%]、外来 97.9% [94.1%] 病床利用率：一般病床 69.2% [66.8%]、療養病床 89.0% [84.6%] 平均在院日数：一般病床 17.9日 [18.8日]、療養病床 134.5日 [139.8日] | | | | | |

備考) [] 内は岩手県の数値。

(2) 病床機能と在宅医療等の需要について

病床機能(単位：床)

| 機能区分 | 令和4年度 (2022) 病床機能報告 | 令和7年 (2025) 必要病床数 |
|-------|---------------------------|-------------------------|
| 全体 | 5,670 | 5,185 |
| 高度急性期 | 1,208 | 547 |
| 急性期 | 1,996 | 1,553 |
| 回復期 | 1,146 | 1,861 |
| 慢性期 | 1,320 | 1,224 |

在宅医療等の需要の機械的推計値(単位：人/日)

| | 令和7年 (2025) (A) | 令和27年 (2045) (B) | 増加量 (B-A) |
|---------------|-----------------------|------------------------|--------------|
| 在宅医療等 | 5,591 | 6,582 | 991 |
| (再掲) 訪問診療分 | 2,160 | 2,569 | 409 |

2 圏域における取組の方向

~~(1) 認知症の医療体制⇒※(1) 地域医療の体制の最後に移動~~

~~(3-1) 地域医療在宅医療の体制~~

【課題】

ア 地域医療の体制

- 県央圏域の医師・歯科医師等の人口 10 万に当たりの人数は、共に県及び全国を上回っていますが、全県の中核的機能を担う病院の数が多い盛岡市と矢巾町に集中し、地域的偏在が課題となっています。
- 県央圏域の病院は、全県の 4 割超の医療資源が集中していますが、周産期医療において分娩を取り扱う医療機関は盛岡市と矢巾町のみであり、小児科標榜医療機関が自治体に一つしかない地域があるなど、医療機関の地域的偏在が課題となっています。また、無医地区や準無医地区が増加傾向にあります。

イ 在宅介護と医療の連携体制

(市町の在宅医療・介護連携推進事業在宅医療と介護の連携体制)

- 在宅医療・介護連携推進事業は、県内全ての市町村で取組を実施することとされていますが、地域の医療、介護資源等の違いにより、単独で全ての事業を行うことが困難な市町があるなど、取組状況に差があります。
- 在宅医療・介護について、患者、住民等の理解促進と知識の向上を図る必要があります。

(退院調整を通じた地域医療(在宅医療)との連携入退院支援の体制)

- ~~入院初期から退院後の生活をみずえた支援のために、退院支援担当者の配置と調整機能の強化が必要です。~~
- 入院医療機関と在宅医療に関係する機関（かかりつけ医、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所等）の円滑な連携により、切れ目のない継続的な在宅医療提供体制を確保することが必要です。
- 退院支援の際には、患者の住み慣れた地域に配慮して在宅医療、介護・福祉サービス等の調整を図っていく必要があります。
- ~~退院支援のほか、在宅医療・介護について、患者、住民等の理解促進と知識の向上を図る必要があります。~~

(日常の療養支援の体制及び人材)

- 多職種協働による 24 時間サポートができる環境づくりと、そのための人材の確保等が必要です。
- 地域の特性に応じた多職種協働による地域包括ケアシステムの構築が必要です。

(急変時の対応)

- 訪問診療や訪問看護における 24 時間対応可能な連携体制の構築や、重症患者に対する病診連携等により、在宅患者の病状急変時における円滑な受入体制を整備する必要があります。
- 救急搬送時に、受入医療機関がスムーズに対応できるよう、基本情報が記載された連絡票や「救急医療情報キット」等の活用について、関係者及び利用者への周知が必要です。

(在宅・介護施設での看取り)

- 自宅や介護施設等での看取りについて、支援体制づくりと住民の意識づくりが必要です。

ウ 認知症の医療体制

(予防)

- 高齢人口の増加に伴い、要介護・要支援者における認知症の割合も増加傾向にあることから、認知症予防体操などの認知症予防・支援プログラムの普及を図り、実践する必要があります。

(早期診断・早期対応)

- 高齢者の日常的診療や健康管理を通じ、認知症が疑われる症状がみられた場合は、早期の段階で専門医療機関への受診勧奨・早期診断に繋げる必要があります。

(医療・介護体制)

- どこに住んでいても鑑別診断や適切な医療を受けられる体制を構築する必要があります。
- 定期的な全身管理と口腔内管理、合併症の早期発見と早期治療を進める必要があります。
- 退院可能と判断される認知症患者の円滑な地域移行のため、在宅医療や認知症介護サービス等の整備と連携を図る必要があります。
- 認知症のケアについて医療と介護の連携を推進する必要があります。

(地域での日常生活・家族への支援)

- 認知症の人が、住み慣れた地域で生活することができるよう、支援体制を充実する必要があります。また、家族に対しても、精神面も含めた支援体制の構築に取り組む必要があります。

〈主な取組〉

ア 地域医療の体制

- 保健所、市町、医療機関、医師会、介護施設等は、病床機能の分化や医療機関の役割分担、連携体制について、保健、医療、福祉、行政で構成する盛岡構想区域医療構想調整会議において、具体的対応方針を検討し、持続可能な地域の医療体制の確保を推進します。
- 保健所及び医療機関等は、医療の適正受診について患者や住民に対して啓発を行います。
- 医療機関は DX を活用したオンライン診療の導入など、どこに住んでいても質の高い医療を受けられる体制を確保するとともに、医師の働き方改革を推進します。

イ 在宅医療と介護の連携体制

(市町の在宅医療・介護連携推進事業在宅医療と介護の連携体制)

- 保健所は、在宅医療・介護連携推進事業の受け皿として期待される在宅医療連携拠点の取組に対する支援など、広域的な連携体制の構築も含め、市町の取組を支援します。
- 保健所は、医療や介護資源に地域差がある中で取組を推進するため、市町等単独では取組みが困難な課題等への調整、対応を推進します。

(退院調整を通じた地域医療(在宅医療)との連携入退院支援の体制)

- 医療機関は、退院支援担当者の継続配置に努めるとともに、在宅医療・介護に関わる多職種の連携を深め、在宅医療に関係する機関が十分に情報を共有できる環境の整備を図ります。
- 保健所、市町及び医師会は、情報交換会、研修会等を通じて、多職種の連携を進めます。
- 保健所、市町、医療機関及び医師会等は、退院支援や在宅医療・介護の普及啓発を図ります。
- 保健所、市町及び医師会は、圏域内における入退院調整支援ルールの普及等に努め、入院医療機関と在宅医療に関係する機関との情報共有体制の整備を図るための取り組みを行います。

(日常の療養支援及び人材の体制)

- 医療機関は、医療関係団体等と連携し、在宅医療に必要な人材の確保・育成に努めます。
- 医科医療機関、訪問看護ステーション等は、在宅医療・介護に関わる多職種と連携し、24 時間対応可能な体制の確保に努めます。

- 歯科医療機関は、在宅医療・介護関係者と連携して、訪問歯科診療を進めるほか、誤嚥性肺炎の予防やフレイル対策等の観点から歯科専門職による口腔ケアの実施や指導等を促進します。また、薬局も、関係者と連携して、訪問薬剤管理指導を行います。
- 市町及び地域包括支援センター等は、多職種協働による地域包括ケアシステムの形成を図り、保健所は、その支援を行います。

（急変時の対応）

- 医師会は、医療機関等と協働して、地域における在宅医療を提供する体制を整えるとともに、緊急時に対応できる体制を整備します。
- 市町、福祉・介護関係団体及び医師会は、保健所や消防機関等と連携し、在宅療養者や高齢者施設等に対し、「緊急時連絡票」の普及や「救急医療情報キット」等の導入を図ります。

（在宅・介護施設での看取り）

- 市町及び医療機関等は、厚生労働省作成の「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」等を参考とし、~~看取りに関する情報ネットワークをつくり~~、自宅又は介護施設等で最期を迎えることができる医療・介護支援システムの構築を図ります。
- 保健所、市町、地域包括支援センター、医師会等は、講演や広報誌等により、看取りに関する理解や意識の醸成を図ります。

ウ 認知症の医療体制

（予防）

- 市町は、認知症予防体操などの認知症予防・支援プログラムの普及と実践に取り組みます。

（早期診断・早期対応）

- 保健所、市町、医療機関、医師会、介護施設等は、認知症に関する相談窓口や早期対応の必要性、認知症サポート医・もの忘れ相談医の情報等について啓発します。
- 市町は、専門医や医療・介護の複数の専門職が認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問して支援する認知症初期集中支援チームを設置し、早期診断・早期対応に向けた包括的・集中的支援体制を構築します。
- 医療機関、地域包括支援センター等は、認知症の疑われる人を早い段階で専門医療機関へ紹介し、早期診断・早期治療に結びつけるよう取り組みます。

（医療・介護体制）

- 医療機関、専門医療機関、認知症疾患医療センター等は連携し、認知症患者の診断と治療を行います。また、認知症の診断等に要する病床の適切な確保に努めます。
- 医療機関は、地域包括支援センター等と連携し、認知症患者の定期的な全身管理、合併症の早期発見と早期治療に努めます。また、歯科医療機関は、歯科治療や口腔ケア等を進めます。
- 保健所、市町、医療機関、医師会、その他の医療関係団体、介護施設等は、医療と介護の連携に取り組み、認知症の人を地域で支える地域包括ケアシステムの整備を図ります。
- 医療機関は、退院支援担当者を配置し、在宅医療や介護サービスの担当者との連携に努めます。
- 市町は、認知症介護サービス等の整備を進めます。
- 介護施設は、認知症の人の介護ができる人材の育成に努めます。

（地域での日常生活・家族への支援）

- 保健所、市町、医師会等は、認知症に関する正しい知識と理解や対応の啓発を行います。
- 市町、地域包括支援センター、医師会等は、認知症に関する相談支援体制の充実を図ります。
- 市町は、認知症の人を介護する家族に対し、家族教室の開催や支援体制の周知を図ります。

- 市町は、認知症サポーター養成講座を開催し、サポーターを増やします。
- 市町は、認知症地域支援推進員を配置し、地域の実情に応じた認知症カフェ等の活動など、認知症になっても地域で安心して暮らせるような地域づくり設置を推進します。

(2) 災害時に備えたおける医療体制

【課題】

(災害時における情報共有)

- 災害時優先電話や衛星電話の導入、防災無線の活用等、連絡体制を多様化する必要があります。

(医療機関の防災体制及び医療活動)

- 災害時においても診療機能を維持できるように、医療機関の防災体制を高める必要があります。
- 災害時における病院間の協力体制を圏域内・外で整備する必要があります。

(災害医療コーディネート体制)

- 発災直後の急性期から避難生活等が続く中長期において、被災地の医療ニーズを把握し、医療救護チーム等の効果的な派遣調整、活動支援等を行う災害医療コーディネート体制の強化が必要です。
- 災害時において、被災地のニーズに対応した効果的な支援活動を行うため、保健・医療・福祉・介護等の関係機関が連携して被災地を支援する体制が必要です。

(災害時医療に係る研修及び訓練)

- 各種災害を想定した医療訓練及び研修を実施する必要があります。

(災害時避難行動要支援者対策)

- 災害時における避難行動要支援者への支援体制を、関係機関の間で検討するの整備に取り組む必要があります。

(新たな感染症に備えた体制)

- 新たな感染症の発生及び蔓延に備え、相談、地域の医療・検査体制の整備、健康観察・生活支援、移送、入院調整等、地域の健康危機管理体制の構築が必要です。

〈主な取組〉

(災害時における情報共有)

- 保健所、市町、病院等は、災害時優先電話や衛星電話の導入、防災無線の活用等により連絡体制の強化を図ります。また、病院、保健所、消防等は、EMISの運用の充実に活用した情報共有の充実に取り組みます。

(医療機関の防災体制及び医療活動)

- 病院は、施設の耐震化、通信機器の整備、非常電源の確保、食料・医薬品、燃料の備蓄等に努めます。
- 病院は、防災計画や防災マニュアルの策定~~(改定)~~のほかの適時の改定のほか、関係業者と災害時物資優先調達協定の締結に努めます。
- 保健所は、病院の防災体制について把握し、防災対策の推進について必要な助言を行います。
- 保健所は、病院と連携し、災害時における病院間の協力体制の整備について検討します。

(災害医療コーディネート体制)

- 災害医療コーディネーターは、災害時に被災地の医療ニーズを把握し、医療救護チーム等の効

果的な派遣調整、活動支援等を行います。

- 保健所・市町は、被災地に、各種支援チームが情報共有しながら効果的に支援活動を行うための連携及び調整の場を設置し、コーディネート体制を構築します。
- 保健所・市町は、避難所や仮設住宅等での生活の長期化に備えて、被災者の慢性疾患への対応やリハビリテーションの提供など、住民に対する健康管理を中心とした医療等が提供される体制の整備に取り組みます。
- 保健所は、平時において、災害医療コーディネーター、市町、医師会・歯科医師会・薬剤師会、災害拠点病院等が定期的に災害時の支援体制について協議する場を設置し、地域における関係機関の連携及び強化を図ります。

(災害時医療に係る研修及び訓練)

- 保健所、市町、病院、医師会等は、各種災害を想定した医療訓練を実施します。また、災害時医療に関する研修に参加し、災害医療人材の育成を進めます。

(災害時避難行動要支援者対策)

- 市町は、避難行動要支援者の把握に努めるとともに、個人情報取り扱いに配慮したうえで関係機関と情報共有を図り、個別避難計画を策定するなど災害発生時の支援体制づくりを進めます。

(新たな感染症に備えた体制)

- 保健所、市町、病院、医師会等は新型コロナウイルス感染症対応における経験を踏まえ、新興感染症等が発生した際に、医療機関間の役割分担や連携など、円滑かつ効率的に対応できるよう体制構築に努めます。
- 病院は、平時から院内感染対策マニュアルの適時の改定や標準予防策の徹底などを取り組みます。

(3) 生活習慣病予防

【課題】

(生活習慣病の発症予防・重症化予防)

- がんは、早期発見・早期治療が重要なことから、精密検査を含めた検診の受診率向上を図る必要があります。
- がん発症の危険因子となる喫煙、食生活、肥満、ウイルス・細菌感染、飲酒について、正しい予防知識の普及と若年期からの取組が必要です。
- 若年者層の生活習慣病発症を減少させるため、受診率が低調な60歳未満の特定健康診査受診率及び特定保健指導実施率の向上を図る必要があります。また、事業所等で「健康経営」の取組を積極的に推進し、若年期から健康づくりに取組む必要があります。
- かかりつけ医師、歯科医師、薬局、保健指導者等との更なる連携により、家庭血圧測定の推進、糖尿病腎症重症化予防プログラムの推進などにより、重症化予防の取組をする必要があります。

(生活習慣の改善)

- 子どものころから適正体重を維持し、健康的な食生活を実践できるよう、食育活動や栄養教育の場の設定等、個人の取組を支援する体制や、そのための食環境整備が必要です。
- 60歳未満の働き盛り年代の運動習慣の定着のための働きかけや取組が必要です。
- 喫煙による健康への影響の普及活動をさらに推進する必要があります。
- 受動喫煙による健康影響が大きいことから、特に妊婦、子供など家庭での受動喫煙防止への

取組が必要です。

- 1日3回歯磨きをする者の割合が、中学校では40%弱であるのに対し、高校生では約24%となることから、主体的にむし歯や歯肉炎予防に取り組むことができる児童・生徒を増やす必要があります。

(社会環境等)

- 外食や惣菜販売店で、栄養成分表示や健康に配慮したメニューの提供に取り組む必要があります。
- 受動喫煙による健康影響が大きいことから、特にも妊婦、子供など家庭での受動喫煙防止への取組が必要です。

〈主な取組〉

健康21プランの改定に併せて調整中です。