

〔1－2〕 5 疾病 5 事業及び在宅医療体制の確保

(1) がんの医療体制

第1 がん医療の概要

1. がんという病気

- がんは、浸潤性に増殖し転移する悪性腫瘍であり、基本的にすべての臓器・組織で発生しうるものです。
- このため、がん医療は、その種類によって異なる部分がありますが、本計画においては、がん医療全体に共通する事項を記載することとします。

2. がん治療の内容

がんの予防

- がんの原因には、喫煙（受動喫煙を含む。）やウイルス・細菌の感染、飲酒、食生活、運動等の生活習慣など様々なものがあります。
- がんの予防には、望ましい生活習慣への改善やウイルス等の感染予防等が重要であり、個々の取組みを促進するとともに、これを地域や学校、職域など社会全体で支えていく必要があります。

がんの早期発見

- がんの早期発見のために、胃がんでは胃エックス線検査又は胃内視鏡検査、肺がんでは胸部エックス線検査及び喀痰細胞診、乳がんではマンモグラフィ検査、大腸がんでは便潜血検査、子宮頸がんでは細胞診等のがん検診が行われています。
- これらの検診においてがんの可能性が疑われた場合、さらにCT・MRI検査等の精密検査が実施されます。

診断

- がん検診によりがんが疑われた場合、確定診断のための精密検査が実施され、がんの種類やがんの進行度の把握、治療方針の決定等が行われます。

がん治療

- がんの主な治療法には、手術療法、放射線療法及び薬物療法等があり、がんの種類や病態に応じて、単独又はこれらを組み合わせた集学的治療が行われます。
- がん治療は、学会等が様々ながんに対して科学的根拠に基づく診療ガイドラインを作成しています。

緩和ケア

- がんと診断された時から、身体的苦痛だけでなく、不安や抑うつなどの心理的苦痛、就業や経済負担等の社会的苦痛など様々な苦痛に対しても十分な緩和ケアを提供することが求められています。
- がん疼痛の緩和では、医療用麻薬等の投与や神経ブロック等が行われます。また、疼痛以外の悪心や食欲不振、呼吸困難感といった身体的諸症状を和らげる治療やケアも行われ

ます。

リハビリテーション、定期的なフォローアップ、在宅療養

- がん治療後は、治療の影響や病状の進行により、患者の嚥下や呼吸運動などの日常生活動作に障害を来すことがあるため、リハビリテーションが行われます。
- 再発したがんの早期発見などを目的として、定期的なフォローアップ等が行われます。
- 在宅療養を希望する患者に対しては、患者やその家族の意向に沿った継続的な医療が提供されるとともに、必要に応じて適切な緩和ケアが行われ、居宅等での生活に必要な介護サービスが提供されます。

第2 必要となる医療機能

1. がんを予防する機能【予防】

目 標

- 禁煙やがんに関連するウイルス等の感染予防、生活習慣の改善などがんのリスクを低減させること
- 科学的根拠に基づくがん検診の実施、がん検診の精度管理・事業評価の実施及びがん検診受診率を向上させること

関係者に求められる事項

(医療機関)

- がんに係る精密検査を実施すること
- 精密検査の結果を市町村や検診機関等の関係機関にフィードバックするなど、がん検診の精度管理に協力すること
- 禁煙外来を実施すること
- 敷地内禁煙を実施すること

(行政)

- 県及び市町村は、がん予防に関する正しい知識の普及啓発を行うこと
- 市町村は、がん検診を実施すること
- 市町村は、関係機関等と連携し、要精検者や未受診者が受診しやすい環境整備を行うこと
- 県は、市町村や関係機関と連携し、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
- 県は、ウイルス等の感染に起因するがんへの対策を推進すること
- 県は、市町村に対して科学的根拠に基づくがん検診を実施するよう助言すること
- がん登録等から得られた情報を活用してがんの現状把握に努めること
- 県は、がん対策推進協議会がん予防検診部会において、検診の実施方法や精度管理の向上等に向けた取組みを検討すること

医療機関の例

(がん共通事項)

- 禁煙外来に対応可能な病院・診療所
(肺がん)
- 気管支ファイバースコープ又は単純CT撮影に対応可能な病院・診療所
(胃がん)
- 上部消化管内視鏡検査に対応可能な病院・診療所
(肝がん)
- 腹部超音波検査に対応可能な病院・診療所
(大腸がん)
- 下部消化管内視鏡検査に対応可能な病院・診療所
(乳がん)
- マンモグラフィ検査に対応可能な病院・診療所

(子宮がん)

- 婦人科領域の一次診療に対応可能な病院・診療所

2. がん診療機能【治療】

目 標

<診断、治療>

- 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則した標準的治療を推進すること
- 患者の状態やがんの病態に応じて、手術療法、放射線療法及び薬物療法等や、これらを組み合わせた集学的治療を実施すること
- がんの治療の合併症の予防や軽減を図り、支持療法を推進すること
- 各職種の専門性を活かした多職種でのチーム医療を実施すること
- 患者やその家族が自ら治療方法等を選択できるよう、インフォームドコンセントをしっかりと行うとともに、セカンドオピニオンを受けやすい環境の整備を図ること

<緩和ケア>

- がんと診断された時から、治療、在宅療養など様々な場面で切れ目なく緩和ケアを実施するとともに、チームによる専門的な緩和ケアを提供すること
- 身体的苦痛の緩和だけでなく、不安や抑うつなど心理的苦痛、就業、経済負担等の社会的苦痛など様々な苦痛に対して十分な緩和ケアを提供すること

<相談支援>

- 医療だけでなく生活・介護・就労など、がん患者からの様々な相談に応じる相談支援体制の充実を図ること

医療機関に求められる事項

(がん診療機能を担うすべての医療機関に求められる事項)

- 診療ガイドラインに則した診療を実施すること
- 血液検査、画像検査(エックス線検査、CT、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、放射線療法及び薬物療法等や、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
- がんと診断された時から緩和ケアを実施すること

(がん診療連携拠点病院に求められる事項)

<診断、治療>

- 患者の状態やがんの病態に応じて、手術療法、放射線療法及び薬物療法等や、これらを組み合わせた集学的治療、緩和ケア及び外来化学療法が実施可能であること
- 専門医や専門・認定看護師、放射線治療専門放射線技師、がん薬物療法認定薬剤師など専門性の高い医療従事者で構成された多職種でのチーム医療を実施すること
- がん治療の合併症予防や軽減を図るため、周術期の口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関と連携を図ること
- 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

- 院内がん登録を実施すること

<緩和ケア>

- 緩和ケアチームや緩和ケア外来の診療機能の向上を図り、身体的苦痛の緩和だけでなく、不安や抑うつなど心理的苦痛、就業、経済負担等の社会的苦痛など様々な苦痛に対して十分な緩和ケアを提供すること
- 地域連携支援の体制を確保するため、病院間の役割分担を進めるとともに、研修、カンファレンス、診療支援、地域連携クリティカルパス等の活用や、急変時の対応も含めて、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

<相談支援>

- 相談支援の体制を確保し、情報の収集・発信、患者・家族の交流の支援等を実施していること。その際、小児・AYA世代のがん、希少がん、難治性がん等に関する情報についても提供できるよう留意すること
- 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みをがん患者に提供できるようにすること

医療機関の例

- がん診療連携拠点病院、がん診療地域連携拠点病院
- がん診療連携拠点病院以外の病院・診療所
(がん共通事項)
 - ◇ 医療用麻薬によるがん疼痛治療、がんに伴う精神症状のケア、禁煙外来に対応可能であり、敷地内全面禁煙を実施している病院・診療所
(肺がん)
 - ◇ 肺悪性腫瘍摘出術と肺悪性腫瘍化学療法に対応可能な病院・診療所
(胃がん)
 - ◇ 胃悪性腫瘍手術と胃悪性腫瘍化学療法に対応可能な病院・診療所
(肝がん)
 - ◇ 肝悪性腫瘍手術及び肝悪性腫瘍化学療法に対応可能な病院・診療所
(大腸がん)
 - ◇ 大腸悪性腫瘍手術と大腸悪性腫瘍化学療法に対応可能な病院・診療所
(乳がん)
 - ◇ 乳腺悪性腫瘍手術と乳腺悪性腫瘍化学療法に対応可能な病院・診療所
(子宮がん)
 - ◇ 子宮悪性腫瘍手術と子宮悪性腫瘍化学療法に対応可能な病院・診療所

3. 在宅療養支援機能【療養支援】

目 標

- がん患者やその家族が希望する場所で、切れ目のない緩和ケアを含めた在宅医療・介護サービスを受けられるよう在宅療養体制を充実させること

医療機関に求められる事項

- 診療情報や治療計画を共有するなど、がん診療連携拠点病院等がん診療機能を有す

る医療機関と連携し、退院後の切れ目のない緩和ケア等を提供すること

- 地域においては、24時間対応が可能な在宅医療提供体制を構築し、看取りを含めた人生の最終段階におけるケアを提供すること
- 医療用麻薬の適正使用によりがん疼痛等に対するケアを実施すること
- 5大がん（肺、胃、肝、大腸、乳がん）の県内統一の地域連携クリティカルパスに加え、在宅緩和ケア地域連携クリティカルパスの運用により、がん診療連携拠点病院等と地域の医療機関の連携を強化すること

医療機関等の例

- 緩和ケア病棟・病床を有する病院
- 緩和ケア病棟・病床を有する病院以外の病院・診療所
（がん共通事項）
 - ◇ 医療用麻薬によるがん疼痛治療、在宅における看取り、往診あるいは在宅訪問診療、疼痛の管理及び在宅終末期ケアに対応可能な病院・診療所
（肺がん）
 - ◇ 呼吸器領域の一次診療に対応可能な病院・診療所
（胃がん、大腸がん）
 - ◇ 消化器系領域の一次診療に対応可能な病院・診療所
（肝がん）
 - ◇ 肝・胆道・膵臓領域の一次診療に対応可能な病院・診療所
（乳がん）
 - ◇ 乳腺領域の一次診療に対応可能な病院・診療所
（子宮がん）
 - ◇ 婦人科領域の一次診療に対応可能な病院・診療所
- 医療用麻薬の調剤と在宅患者訪問薬剤管理指導の提供が可能な薬局
- 訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、介護サービス事業者等

第3 がん医療の現状

1. 死亡数等

- がんは、本県において、1979（昭和54）年から（全国：1981（昭和56）年から）死因の第1位となっています。2016（平成28）年では、3,482人（全国：377,986人）が亡くなっており、死亡者数全体の27.1%（全国：28.5%）を占めています¹。
- 医療圏別にみると、新川医療圏では436人（死亡数全体の25.9%）、富山医療圏では1,516人（死亡数全体の27.1%）、高岡医療圏では1,072人（死亡数全体の27.8%）、砺波医療圏では458人（死亡数全体の26.5%）が、がんで亡くなっています¹。
- 2016（平成28）年のがんの年齢調整死亡率²（75歳未満）は、人口10万人当たり68.3（全国：76.1）と全国より低くなっています³。
- 2013（平成25）年のがんの年齢調整罹患率²は、人口10万人当たり391.3となっています⁴。
- 本県における2016（平成28）年のがんの部位別死亡状況は、男性は肺がん（21.5%）、胃がん（14.5%）、大腸がん（12.4%）の順で、女性は大腸がん（17.7%）、胃がん（13.2%）、肺がん（11.4%）の順となっています¹。
- 2014（平成26）年10月現在、継続的に医療を受けている本県のがん患者数は約17千人（全国：約1,626千人）と推計されています⁵。

2. 予防

- 2016（平成28）年の喫煙率は男性で26.9%（全国：30.2%）、女性で4.8%（全国：8.2%）と全国より低くなっています⁶。
- 2014（平成26）年10月現在、禁煙外来を行っている医療機関数は137施設、人口10万人当たりで12.5施設（全国：11.8施設）と全国より多くなっており⁷、受動喫煙防止や禁煙支援の体制が整備されてきています。
- 2015（平成27）年度の禁煙外来での治療件数（ニコチン依存症の診療報酬の算定件数）は4,141件、人口10万人当たりで381.4件（全国：406.7件）と全国より少なくなっており⁷、禁煙を希望する者に対するさらなる支援が必要です。
- 2016（平成28）年の成人一日あたりの食塩摂取量は、男性11.0g、女性9.1gであり、目標である男性8.0g未満、女性7.0g未満に達していません。また、野菜摂取量は280.0gと目標の350gに達していません⁸。

¹ 厚生労働省「人口動態統計」（2016<平成28>年）

² 年齢構成の影響を除くために標準人口を用いて算定した死亡率罹患率。年齢構成の異なる地域の死亡率を比較する場合などに用いられる。

³ 厚生労働省「人口動態統計」（2016年）国立がん研究センターがん対策情報センター

⁴ 国立がん研究センター

⁵ 厚生労働省「患者調査」（2014<平成26>年）

⁶ 県：健康づくり県民意識調査（2016年）国：国民健康・栄養調査（2016年）

⁷ がんの医療体制構築に係る現状把握のための指標

⁸ 富山県県民健康栄養調査（2016<平成28>年）

3. 検診

- 2015（平成 27）年度の市町村におけるがん検診の受診率は、胃がんでは 12.9%（全国：6.3%）、肺がんでは 33.8%（全国：13.7%）、大腸がんでは 26.6%（全国：15.5%）、子宮がんでは 27.5%（全国：18.4%）、乳がんでは 29.6%（全国：14.5%）であり、いずれも全国より高くなっています⁷が、富山県がん対策推進計画の目標値 50%には達していません。
- あらゆる実施主体によるものを含めた 2016（平成 28）年国民生活基礎調査による検診受診率は、胃がんでは 44.6%（全国：38.4%）、肺がんでは 50.5%（全国：43.3%）、大腸がんでは 41.4%（全国：39.1%）、子宮がんでは 39.9%（全国：35.6%）、乳がんでは 40.1%（全国：36.2%）であり、いずれも全国より高くなっています。
- 2014（平成 26）年度の市町村におけるがん検診精密検査の受診率は、胃がんでは 88.6%（全国：81.7%）、肺がんでは 89.6%（全国：79.7%）、大腸がんでは 75.7%（全国：66.7%）、子宮がんでは 81.1%（全国：72.5%）、乳がんでは 92.2%（全国：85.6%）であり、いずれも全国より高くなっています⁹。

4. 治療

（診断、治療）

- 本県では、国指定の 7 つの拠点病院（県がん診療連携拠点病院として県立中央病院。地域がん診療連携拠点病院として黒部市民病院、富山労災病院、富山大学附属病院、厚生連高岡病院、高岡市民病院、市立砺波総合病院の 6 病院。）と、県が独自に指定する 3 つの拠点病院（がん診療地域連携拠点病院として富山赤十字病院、済生会高岡病院、富山市民病院。）にとやま P E T 画像診断センターを加えた県のがん診療体制により、がん医療の均てん化と質の向上を図ってきました。
- 2014（平成 26）年 9 月中の病院での悪性腫瘍手術の実施件数は 693 件、人口 10 万人当たりでは 64.2 件（全国：44.8 件）、放射線療法（体外照射）は 3,235 件、人口 10 万人当たりでは 299.5 件（全国：173.6 件）、外来化学療法は病院で 2,464 件、人口 10 万人当たりでは 228.1 件（全国：169.9 件）といずれも全国より多くなっています⁷。
- 2017（平成 29）年 9 月現在、がん分野の認定看護師数は 90 人となっています¹⁰。
- がんゲノム医療・免疫療法を含めた最新の医療技術への対応が必要です。

（緩和ケア）

- 2017（平成 29）年 10 月現在、緩和ケア病床は県立中央病院（25 床）、富山市民病院（20 床）、富山赤十字病院（12 床）、高岡市民病院（20 床）と厚生連高岡病院（16 床）に設置されています¹¹。
- がん診療連携拠点病院等では、がん診療に専門的に携わる医師や看護師、薬剤師等の医療従事者からなる多職種でのチームにより緩和ケアが提供されており、2014（平成 26）年 10 月現在、緩和ケアチームのある医療機関数は 17 機関、人口 10 万人当たりでは 1.6 機関（全国：0.8 機関）と全国より多くなっています⁷。

⁹ 地域保健・健康増進事業報告（2014 年）

¹⁰ 日本看護協会調べ

¹¹ 県健康課調べ

- 2015（平成 27）年の緩和ケア外来利用患者数は、2,986 人となっています¹¹。

（相談支援）

- 2013（平成 25）年 9 月、県がん総合相談支援センターを開設しました。
- すべてのがん診療連携拠点病院等に「相談支援センター」を設置し、がん専門相談員が、がん患者やその家族からの治療や医療費など医療を中心とした相談に応じ、情報提供を行っています。
- 相談内容が多様化しており、医療だけでなく、心理、生活、介護、就労など様々な問題への対応が求められています。
- 2015（平成 27）年の拠点病院の相談支援センター・県がん総合相談支援センターにおける相談件数は、4,530 件となっています¹¹。

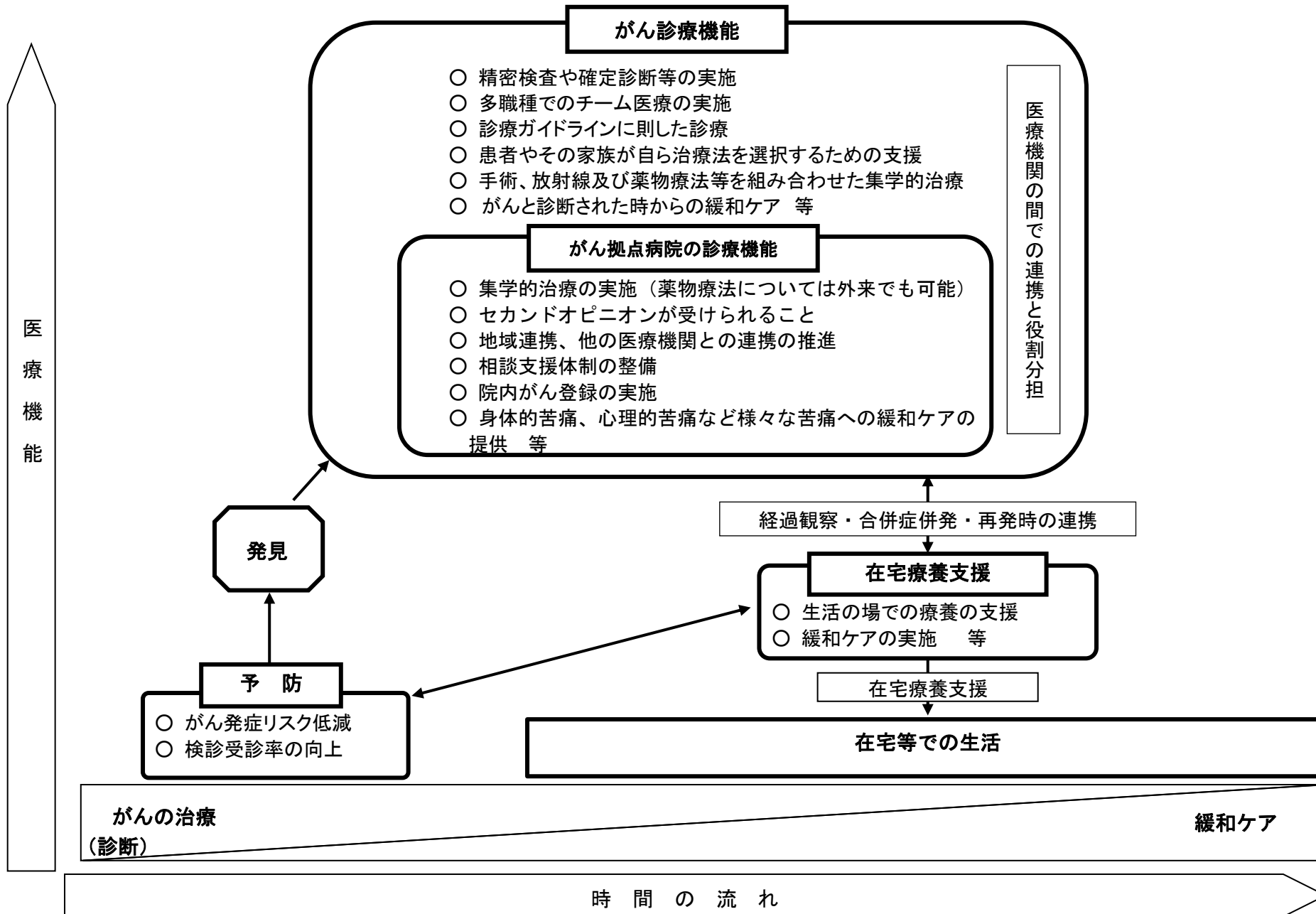
（小児・AYA 世代、高齢者のがん）

- 小児・AYA 世代や高齢者のがんなどライフステージに合わせた相談体制等の充実が求められています。
- 小児・AYA 世代のがん患者の長期フォローアップが必要であり、晩期合併症への対応、保育、教育、就労、自立に関する支援が求められています。
- 国の「高齢者のがん患者の意思決定の支援に関する診療ガイドライン」の検討結果を踏まえ、本県の拠点病院等におけるガイドライン活用推進を図る必要があります。

5. 療養支援

- 2016（平成 28）年 10 月現在、在宅医療を行う開業医のグループは 15 グループ、203 人が参加しており、主治医・副主治医制などにより、24 時間対応の連携体制がとられています¹²。
- がん診療連携拠点病院を中心に、5 大がんの地域連携クリティカルパスが整備されており、地域連携クリティカルパスによる診療情報提供の実施件数は 2015（平成 27）年度は人口 10 万人当たりでは 11.3 件（全国：11.1～11.6 件）と全国と同等となっています⁷。
- 2016（平成 28）年 4 月現在、訪問看護ステーションの数は 61 事業所、人口 10 万人当たりでは 5.7 事業所（全国：7.1 事業所）と全国に比べて少なくなっています¹²。
- 2015（平成 27）年のがん患者の在宅死亡割合は 11.0%（全国：13.3%）と全国より低くなっています⁷。
- 開業医のグループ化、5 大がんの県内統一の地域連携クリティカルパスの整備など、がんの在宅医療体制の整備は進んできましたが、看護師、歯科医師、薬剤師等の多職種連携を推進することが必要です。
- 県内統一の在宅緩和ケア地域連携クリティカルパスが策定され、医師、訪問看護師等の連携による在宅緩和ケアが進められています。

¹² 県高齢福祉課調べ



第5 がんの医療提供体制における主な課題と施策

がんの年齢調整死亡率は年々低下していますが、がん対策のさらなる充実により、死亡者の減少を図っていく必要があります。以下の施策を実施します。

[予防]

〔課題①〕

- 適正体重・定期的な運動の維持を含めた食生活の改善など、がん予防に関連する生活習慣の普及啓発が必要です。
- 喫煙が及ぼす影響と禁煙のための知識の普及啓発が必要です。

<施策>

- 健康教育や健康相談の場を通じて、がんに関する正しい知識や望ましい栄養・食生活に関する知識の普及啓発を行います。
- 企業や団体等と連携した、喫煙が与える健康への悪影響に関する知識向上のための普及啓発活動を推進します。
- 喫煙が健康に及ぼす影響についての正しい知識を普及するため、世界禁煙デーに併せたキャンペーンやマスメディア、ホームページ等を通じた普及啓発を行います。
- 未成年者の喫煙を防止するため、学校と連携して健康教育の充実を図ります。
- 家庭内（居室や自家用車の車内等）での受動喫煙防止や妊産婦の喫煙防止に取り組めます。
- 受動喫煙のない職場を目指して、事業主などに対する普及啓発を強化します。
- 喫煙をやめたい人に対し、医療機関が実施する禁煙外来や健診機関が実施する禁煙教室等の情報提供を行うなど、禁煙サポート体制を充実します。

[検診]

〔課題②〕

- 受診率向上に向け、関係機関と連携し、職場や家庭等も含めた幅広い普及啓発が必要です。

<施策>

- がん検診や精密検査を受けることの重要性について、市町村や企業、関係団体と連携し、普及啓発を行います。
- 市町村等と連携し、未受診者への効果的な受診勧奨等への支援やがん検診受診料負担軽減など受診しやすい環境整備を促進します。
- 働く世代のがん検診の受診を促進するため、事業主への啓発を強化します。
- 精密検査が必要とされた者の受診が促進されるよう医療・健診機関等の情報提供を行います。

[治療]

〔課題③〕

- がん医療を担う専門的医療従事者の育成が必要です。
- 各職種の専門性を活かしたチーム医療の推進が必要です。
- がんと診断された時からの切れ目のない緩和ケアの実施が必要です。
- 患者、家族の多様な相談ニーズに十分に対応できるよう相談支援センターの機能充実や、ピア・サポーターの活用等による相談支援体制の充実が必要です。
- 小児・AYA世代、高齢者などのライフステージに合わせた支援体制が必要です。

<施策>

(診断、治療)

- がん診療連携拠点病院がこれまで担ってきた機能を強化し、県全体のがん医療水準のさらなる向上を図ります。
- がん診療連携拠点病院と地域の医療機関が、各々の役割分担のもと連携し、がん医療を提供できる体制を充実します。
- 質の高いがん医療が提供できるよう、手術療法、放射線療法、薬物療法の各種医療チームの体制を充実し、各職種の専門性を活かした多職種でのチーム医療を推進します。
- 国で検討されている「がんゲノム医療中核拠点病院」と本県の拠点病院との連携等によるがんゲノム医療の実践に向けた取組みを推進します。
- 文部科学省におけるこれまでの取組みにおいて構築された人材育成機能を活用し、県内のがん専門医療人材（医師、薬剤師、保健師等）を育成します。

(緩和ケア)

- 身体的症状だけでなく、精神心理的な苦痛に対する心のケアを同時に行い、患者の生活の質（QOL）を総合的に高めるという緩和ケアの意義や必要性について県民への周知に努めます。
- がんと診断された時から、患者・家族が抱える様々な苦痛に対し、確実に緩和ケアを提供できる診療体制の充実を推進します。
- 5大がんの県内統一の地域連携クリティカルパスの運用により、拠点病院と地域の医療機関との連携を促進し、診断から治療、療養に至る様々な場面で切れ目のない緩和ケアの提供を進めます。
- がん診療連携拠点病院を中心に、緩和ケアに携わる専門スタッフの確保、育成を促進し、診療機能の向上を図ります。

(相談支援)

- 「富山県がん総合相談支援センター」及びがん診療連携拠点病院等の「相談支援センター」の機能強化を図ります。
- がん患者の不安や悩みを軽減するためには、がん経験者による相談支援が効果的であり、ピア・サポーターを養成し、がん患者との協働を推進します。
- 小児・AYA世代や高齢者のがんなどライフステージに合わせた相談体制等の整備を進めます。

[療養支援]

[課題④]

- 拠点病院や地域の医療機関、訪問看護ステーション、薬局等の関係機関の連携が必要です。

<施策>

- 開業医のグループ化や訪問看護の普及、機能強化を図るとともに、多職種連携によるチーム医療を推進します。
- 住み慣れた家庭や地域で安心して療養できるよう、診療所、訪問看護ステーション、薬局と居宅介護支援事業所等が連携して、緩和ケアを含めた在宅支援体制を構築します。
- 切れ目のない緩和ケアが受けられるよう、在宅緩和ケア地域連携クリティカルパスの運用を推進します。
- 在宅医療における在宅薬剤管理や在宅麻薬管理の取組みを充実するため、医薬連携や薬局間連携を推進します。

【数値目標】

指標名及び指標の説明	現状	国	2023年	出典等
がんの年齢調整死亡率 (75歳未満)	68.3	76.1	低下	厚生労働省「人口動態統計」(2016年) 国立がん研究センターがん対策情報センター計算
がんの年齢調整罹患者数	391.3		低下	国立がん研究センター(2013年)
喫煙率	男 26.9% 女 4.8%	男 30.2% 女 8.2%	男 21.0% 女 2.0%	県：健康づくり県民意識調査(2016年) 国：国民健康・栄養調査(2016年)
がん検診受診率 (市町村実施)	胃 12.9% 肺 33.8% 大腸 26.6% 乳 29.6% 子宮 27.5%	胃 6.3% 肺 13.7% 大腸 15.5% 乳 14.5% 子宮 18.4%	50%	地域保健・健康増進事業報告(2015年)
がん検診精密検査受診率 (市町村実施)	胃 88.6% 肺 89.6% 大腸 75.7% 乳 92.2% 子宮 81.1%	胃 81.7% 肺 79.7% 大腸 66.7% 乳 85.6% 子宮 72.5%	90%	地域保健・健康増進事業報告(2014年)
がん分野の認定看護師数	90人	5,105人	増加	日本看護協会調べ(2017年9月)
地域連携クリティカルパスの運用件数	200件		500件	県健康課調べ(2016年)

(2)脳卒中の医療体制

第1 脳卒中の医療の概要

1. 脳卒中という病気

- 脳卒中は、脳血管の閉塞や破綻によって脳機能に障害が起きる疾患であり、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血に大別されます。
- 脳梗塞は脳血管が閉塞するものであり、脳出血は脳の細い血管が破綻するものであり、くも膜下出血は脳動脈瘤が破綻し出血するものです。
- 脳卒中発症直後の医療（急性期の医療）は、脳梗塞、脳出血及びくも膜下出血によって異なりますが、急性期を脱した後の医療は共通するものが多いことから、本計画においては一括して記載します。

2. 脳卒中治療の内容

予 防

- 脳卒中の最大の危険因子は高血圧であり、発症の予防には高血圧のコントロールが重要です。そのほか、糖尿病、脂質異常症、不整脈（特に心房細動）、喫煙、過度の飲酒なども危険因子であり、生活習慣の改善や適切な治療が重要です。
- 一過性脳虚血発作直後は脳梗塞発症リスクが高く、これが疑われる場合は、脳梗塞予防のための適切な治療を速やかに開始します。
- 脳卒中が疑われる症状（129 ページ参照）が出現したときの救急受診の必要性を住民に周知するように、啓発を行う必要があります。

発症直後の救護、搬送等

- できるだけ早く治療を始めることでより高い効果が見込まれ、さらに後遺症も少なくなることから、脳卒中が疑われる症状が出現した場合、本人や家族など周囲の者は、速やかに救急搬送を要請するなどの対処が重要です。

診 断

- 問診や身体所見の診察等に加えて、画像検査を行うことで正確な診断が可能になります。最近ではCTの画像解像度の向上、MRIの普及もあり、脳梗塞超急性期の診断が可能となり、血栓溶解療法の適応や予後がある程度予測できるようになっています。

急性期の治療

- 脳卒中の急性期には、呼吸管理、循環管理等の全身管理とともに、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血等の個々の病態に応じた治療が行われます。
- 脳梗塞では、まず発症後 4.5 時間以内の血栓溶解療法の適応患者に対する適切な処置が取られる必要があります。
- 血栓溶解療法の適応とならない患者も、できる限り早期に、脳梗塞の原因に応じた抗凝固療法や抗血小板療法、脳保護療法などを行うことが重要です。
- 発症後 8 時間以内の脳梗塞患者に対しては、施設によっては血管内治療による血栓除去術を行うことを考慮します。
- 脳出血の治療は、血圧や脳浮腫の管理、凝固能異常時の是正が主体であり、出血部位（皮

質・皮質下出血や小脳出血等)によって手術が行われることもあります。

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

リハビリテーション

- 急性期に行うリハビリテーションは、生活不活発病（廃用症候群）や合併症の予防及びセルフケアの早期自立を目的として、可能であれば発症当日からベッドサイドで開始されます。
- 回復期に行うリハビリテーションは、機能回復やADL（日常生活動作）の向上を目的として、訓練室での訓練が可能になった時期から集中して実施されます。
- 維持期（生活期）に行うリハビリテーションは、回復した機能や残存した機能を活用し、歩行能力等の生活機能の維持、生活の質の向上を目的として実施されます。

急性期以後の医療・在宅療養

- 急性期を脱した後は、再発予防のための治療、基礎疾患や危険因子（高血圧、糖尿病、脂質異常症、不整脈（特に心房細動）、喫煙、過度の飲酒等）の継続的な管理、脳卒中に合併する種々の症状や病態に対する加療が行われます。
- 在宅療養では、上記治療に加えて、機能を維持するためのリハビリテーションを実施し、在宅生活に必要な介護サービスを受けます。脳卒中は再発することも多く、患者や患者の周囲の者に対し、適切な服薬や危険因子の管理の継続の必要性及び脳卒中の再発が疑われる場合の適切な対応について教育するなど、再発に備えることが重要です。

第2 必要となる医療機能

1. 発症予防の機能【予防】

目 標

- 脳卒中の発症を予防すること

医療機関に求められる事項

- 高血圧、糖尿病、脂質異常症、不整脈（特に心房細動）、喫煙、過度の飲酒等の基礎疾患及び危険因子の管理が可能であること
- 突然の症状出現時における対応について、本人及び家族など患者の周囲の者に対する教育、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を勧奨すること

2. 応急手当・病院前救護の機能【救護】

目 標

- 脳卒中が疑われる患者が、発症後迅速に専門的な診療が可能な医療機関に到着できること。

関係者に求められる事項

（本人及び家族等周囲にいる者）

- 発症後速やかに救急搬送の要請を行うこと
（救急救命士等）
- 地域メディカルコントロール協議会の定めたプロトコール（活動基準）に沿い、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迅速に搬送すること

3. 救急医療の機能【急性期】

目 標

- 患者の来院後1時間以内（発症後4.5時間以内）に専門的な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高度に専門的な治療の実施について検討すること
- 生活不活発病（廃用症候群）や合併症の予防、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

医療機関に求められる事項

- 血液検査や画像検査等の必要な検査が24時間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24時間実施可能であること（画像伝送等の遠隔診断に基づく治療を含む。）
- 適応のある脳梗塞症例に対し、来院後1時間以内（若しくは発症後4.5時間以内）に組織プラスミノゲン・アクチベータ（t-PA）の静脈内投与による血栓溶解療法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、外科手術及び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
- 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
- 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回復期又は維持期の医療機関等と連携していること
- 回復期又は維持期に、重度の後遺症等により自宅への退院が容易でない患者を受け入れる医療施設や介護施設等と連携し、その調整を行うこと
- 脳卒中の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

医療機関の例

- 選択的脳血栓・塞栓溶解術、抗血栓療法（t-PA）、頭蓋内血腫除去術、脳動脈瘤根治術（被包術、クリッピング）、脳血管内手術のいずれかに対応可能であり、脳卒中情報システムに参加している病院・診療所

4. 身体機能を回復させるリハビリテーションを実施する機能【回復期】

目 標

- 機能回復やADL（日常生活動作）の向上のための集中的なリハビリテーションを実施すること
- 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施すること
- 誤嚥性肺炎等の合併症の予防を図ること

医療機関に求められる事項

- 再発予防の治療、基礎疾患・危険因子の管理、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、嚥下障害、歩行障害などの機能障害の改善とADL（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
- 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
- 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急性期や維持期の医療機関等と連携していること
- 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

医療機関の例

- 入院が可能であり、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士が勤務し、回復期リハビリ

テーション病棟を有するか、又は脳血管疾患等リハビリテーションを実施する病院・診療所

5. リハビリテーションを実施する機能【維持期（生活期）】

目 標

- 生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションを実施し、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

医療機関等に求められる事項

- 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
- 診療情報やリハビリテーションを含む治療計画(地域連携クリティカルパス等)を共有するなど回復期又は急性期の医療機関等と連携していること
- 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

医療機関等の例

- 入院が可能であり、理学療法士又は作業療法士が勤務し、脳血管疾患等リハビリテーションを実施する病院・診療所
- 介護老人保健施設

第3 脳卒中の現状

1. 死亡数等

- 本県の2016（平成28）年の脳卒中を原因とした死亡数は1,194人（全国：109,233人）、死亡数全体の9.3%（全国：8.4%）を占め、死亡順位の第4位（全国：第4位）となっています¹。
- 脳卒中の死亡数を医療圏別にみると、新川医療圏では151人（死亡数全体の9.0%）、富山医療圏では540人（死亡数全体の9.7%）、高岡医療圏では346人（死亡数全体の9.0%）、砺波医療圏では157人（死亡数全体の9.1%）となっています¹。
- 本県の脳血管疾患の年齢調整死亡率²（人口10万対）は、2010（平成22）年には、男性は54.9（全国：49.5）、女性は27.7（全国：26.9）でしたが、2015（平成27）年には、男性は43.6（全国：37.8）、女性は22.5（全国：21.0）と年々低下していますが、全国より高くなっています³。
- 2014（平成26）年10月現在、脳卒中によって継続的に医療を受けている本県の患者数は約12千人（全国：約1,179千人）と推計されています⁴。

2. 予防

- 2013（平成25）年6月現在、過去1年以内の健康診断・健康診査の受診率は71.2%（全国：66.2%）と全国より高くなっています³。
- 2014（平成26）年度の特定健康診査の受診率は54.5%（全国：48.6%）と全国より高くなっています。特定保健指導の実施率は21.2%（全国：17.8%）と全国より高くなっています⁵。
- 脳卒中の危険因子の一つである高血圧について、高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率（人口10万対）は224.1（全国：262.2）と全国より低くなっています³。
- 脳卒中の危険因子の一つである脂質異常症について、脂質異常症患者の年齢調整外来受療率（人口10万対）は53.5（全国：67.5）と全国より低くなっています³。
- 2016（平成28）年の喫煙率は男性で26.9%（全国：30.2%）、女性で4.8%（全国：8.2%）と全国より低くなっています⁶。
- 2014（平成26）年10月現在、禁煙外来を行っている医療機関数は137施設、人口10万人当たりで12.5施設（全国：11.8施設）と全国より多くなっており、受動喫煙防止や禁煙支援の体制が整備されてきています³。
- 2015（平成27）年度の禁煙外来での治療件数（ニコチン依存症の診療報酬の算定件数）は4,141件、人口10万人当たりで381.4件（全国：406.7件）と全国より少なくなっており³、禁煙を希望する者に対するさらなる支援が必要です。

¹ 厚生労働省「人口動態統計」（2016<平成28>年）

² 年齢構成の影響を除くため標準人口を用いて算定した死亡率。年齢構成の異なる地域の死亡率を比較する場合などに用いられる。

³ 脳卒中の医療体制構築に係る現状把握のための指標

⁴ 厚生労働省「患者調査」（2014<平成26>年）

⁵ 糖尿病の医療体制構築に係る現状把握のための指標

⁶ 県：健康づくり県民意識調査（2016年）国：国民健康・栄養調査（2016年）

3. 救護

- 本県において2015(平成27)年の1年間に救急車によって搬送された急病者の9.1%、2,126人(全国:約8.1%、302,081人)が脳疾患です^{7,8}。
- 2014(平成26)年の救急要請(覚知)から救急医療機関までの搬送時間は30.2分(全国:39.4分)と、全国最短クラスとなっています³。

4. 急性期

- 済生会富山病院では、脳卒中患者に対して専門の医師等により組織的、計画的に治療を行う脳卒中ケアユニット(SCU)が整備されています。
- 脳卒中を含む重篤な救急患者を24時間体制で受け入れる救命救急センターが、県立中央病院と厚生連高岡病院に整備されています。
- 脳外科医師数は2014(平成26)年12月現在で63人、人口10万人当たりでは5.8人(全国:5.6人)と全国より多くなっています。神経内科医師数は28人、人口10万人当たりでは2.6人(全国:3.6人)と全国より少なくなっており³、富山大学では神経内科学講座を設置し、神経内科医の養成に取り組んでいます。
- 2016(平成28)年1月現在、脳卒中が疑われる患者に対する血栓溶解療法等の専門的診療が24時間実施可能な医療機関は、各医療圏に整備されており、人口10万人当たりでは0.9施設(全国:0.6施設)と全国より多くなっていますが、2015(平成27)年度の血栓溶解療法実施件数は81件、人口10万人当たり7.5件(全国:9.7-10.1件)と全国より少なくなっています³。

5. 回復期

- 身体機能の早期改善と生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションを実施する医療機関は、各医療圏に整備されています。
- 2016(平成28)年1月現在、脳血管疾患等リハビリテーション料届出医療機関数は69機関、人口10万人当たり6.4機関(全国:5.9機関)と全国より多くなっています³。
- 2015(平成27)年度の脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数は15,262件、人口10万人当たり1,405.7件(全国:1,321.7件)と全国より多くなっています³。
- 2016(平成28)年4月現在、公的病院のリハビリテーション科の必要医師数は14人で、2人不足しています⁹。
- 2016(平成28)年3月現在、回復期リハビリテーション病床数は467床、人口10万人当たり43床(全国:60床)で全国より少なくなっています¹⁰。
- 在宅療養中の脳卒中患者等の機能の維持及び生活の質(QOL)の向上を目的とした地域リハビリテーションを推進するため、リハビリテーション支援センター等を指定し、訪問等による技術支援を行うほか、リハビリテーション従事者への研修や情報提供を行っています。

⁷ 県消防課 防災・危機管理課「富山県消防防災年報」

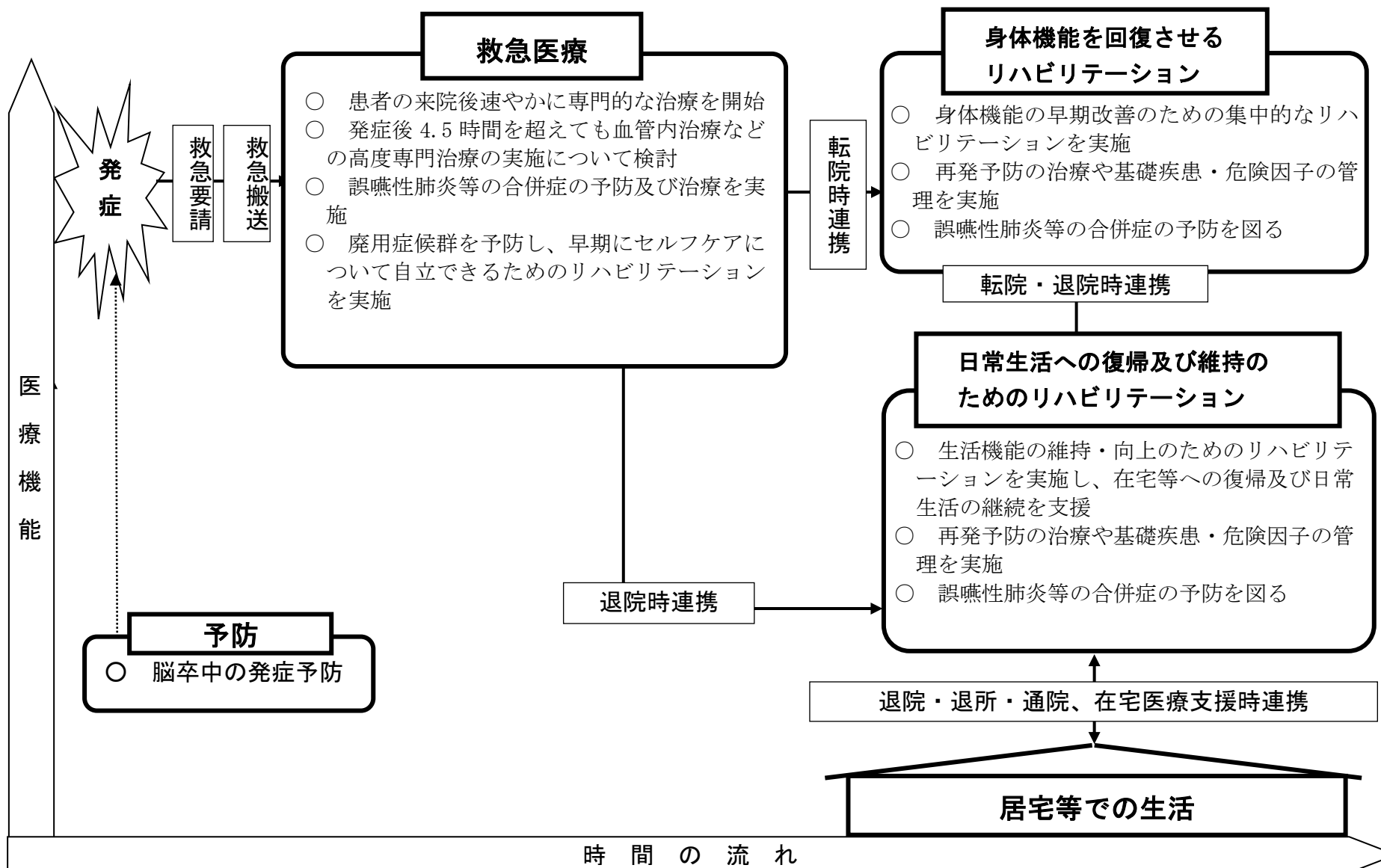
⁸ 消防庁「救急・救助の現況」

⁹ 医務課調べ

¹⁰ 回復期リハビリテーション病棟協会調べ

6. 連携

- 2014（平成 26）年の脳血管疾患の退院患者平均在院日数は、91.2 日（全国：89.5 日）と全国より長くなっています³。
- 脳卒中の地域連携クリティカルパスが導入されており、2015（平成 27）年度の地域連携クリティカルパスに基づく診療計画書作成等の実施件数は 596 件、人口 10 万人当たり 54.9 件（全国：39.2 件）と全国より多くなっています³。
- 2014（平成 26）年の脳血管疾患の患者の在宅等生活の場に復帰した患者の割合は、58.9%（全国：52.7%）と全国より高くなっています³。



第5 脳卒中の医療提供体制における主な課題と施策

脳卒中の年齢調整死亡率の低下を目指して、以下の施策を実施します。

[予防]

〔課題①〕

- 脳卒中発症予防のため、望ましい生活習慣に関する普及啓発が必要です。
- 健康診断を受け、高血圧の受診勧奨者（要治療者）が医療機関を受診し、脳卒中の発症を防ぐ対策が必要です。
- 喫煙率の低下や受動喫煙防止のため、総合的なたばこ対策の推進が必要です。

<施策>

- 講演会等の開催を通じ、県民に対して脳卒中についての理解を深めるとともに、食生活や運動、飲酒、睡眠等に関する望ましい生活習慣や、高血圧、脂質異常症、心房細動、糖尿病などの危険因子に関する普及啓発を実施します。
- 医療保険者・事業所等と協力し、健康診断の受診率向上や、受診勧奨者の治療受診率向上を図ります。
- 高血圧、脂質異常症、心房細動、糖尿病などの危険因子の早期発見・早期治療及びかかりつけ医療機関による適切な管理を推進します。
- 医療保険者・事業所等と協力し、禁煙の普及啓発及び保健指導を実施します。
- 喫煙が健康に及ぼす影響についての正しい知識を普及するため、世界禁煙デーに併せたキャンペーンやマスメディア、ホームページ等を通じた普及啓発を行います。
- 未成年者の喫煙を防止するため、学校と連携して健康教育の充実を図ります。
- 家庭内（居室や自家用車の車内等）での受動喫煙防止や妊産婦の喫煙防止に取り組みます。
- 受動喫煙のない職場を目指して、事業主などに対する普及啓発を強化します。
- 喫煙をやめたい人に対し、医療機関が実施する禁煙外来や健診機関が実施する禁煙教室等の情報提供を行うなど、禁煙サポート体制を充実します。

[急性期]

〔課題②〕

- 血栓溶解療法が十分行われていない原因を引き続き検証し、血栓溶解療法の実施件数を増加させる必要があります。
- 脳卒中が疑われる症状が出現した場合、速やかに救急搬送の要請がなされるよう、県民への普及啓発が必要です。
- 一人暮らしや老々介護など、搬送要請を容易にできない人が今後ますます増加すると見込まれることから、その対応が必要です。

<施策>

- 血栓溶解療法が実施可能な病院の診療データを収集・分析し、血栓溶解療法が十分行われていない原因について引き続き検証を行い、実施件数の増加を図ります。
- カテーテルによる血管内治療による機械的血栓除去術などの導入を促進します。

- 脳卒中が疑われる症状が出現した場合、速やかに救急搬送の要請を行うよう様々な機会を利用した普及啓発に取り組みます。
- 高齢者の急病時の通報に対応するための緊急通報システムの活用等について、介護事業者等への周知を徹底します。
- メディカルコントロール協議会における検討を通じて、消防、救急医療機関、医師会、介護施設及び行政機関の連携を一層強化し、メディカルコントロール体制の充実を図ります。

[回復期]

〔課題③〕

- 回復期リハビリテーション病床が全国より少なく、増加させる必要があります。
- リハビリテーション従事者の確保が必要です。

<施策>

- 一般病床、療養病床から回復期リハビリテーション病床や地域包括ケア病床への転換を支援します。
- リハビリテーション従事者の確保養成に努めます。
- 県リハビリテーション支援センターや地域リハビリテーション広域支援センター等において、リハビリテーション従事者の資質向上、連携強化に努めます。
- 富山県脳卒中情報システムを活用して回復期診療データを収集分析し、効果的なリハビリテーション等の実施に向けて検討します。
- 県民に対してリハビリテーションに関する普及啓発を行います。

[連携]

〔課題④〕

- 日常生活への復帰に向けて、急性期、回復期、維持期（生活期）への円滑な移行や再発予防が重要であり、引き続き地域連携クリティカルパスによる医療連携や、介護分野との連携を一層推進する必要があります。

<施策>

- 脳卒中に係る地域連携クリティカルパスの作成・普及を促進します。
- 療養型の病院、介護医療院、介護施設や在宅でのリハビリテーションの充実を図ります。
- 住み慣れた地域で、24時間・365日安心して暮らせる「地域包括ケアシステム」の実現に向けて、医療・介護・福祉等の関係団体との連携を推進します。
- 誤嚥性肺炎等の合併症の予防のための多職種が連携した対策の重要性について、医療機関等への普及啓発を実施します。
- 再発予防のための治療、危険因子の継続的な管理の重要性について、かかりつけ医や県民への普及啓発を実施します。
- 県リハビリテーション支援センターである富山県リハビリテーション病院・こども支援センターを中心とした適切で切れ目のないリハビリテーション提供体制を整備します。
- 富山県脳卒中情報システムの活用により、県内の脳卒中患者の発症状況、回復期等の診療状況や連携状況の情報を把握し、急性期と回復期等の連携を図るなど、脳卒中对策に活

用していきます。

- 退院時カンファレンスが円滑に行われるよう、医療・介護に関わる多職種が顔のみえる関係づくりを進める研修会を実施します。

【数値目標】

指標名及び指標の説明	現状	国	2023年	出典等
脳卒中の年齢調整死亡率	男 43.6 女 22.5	男 37.8 女 21.0	男 37.0 女 21.0	厚生労働省「都道府県別年齢調整死亡率（業務・加工統計）」（2015年）
喫煙率	男 26.9% 女 4.8%	男 30.2% 女 8.2%	男 21.0% 女 2.0%	県：健康づくり県民意識調査（2016年） 国：国民健康・栄養調査（2016年）
ニコチン依存症管理料算定件数	381.4件 (人口10万対)	406.7件 (人口10万対)	全国平均	NDB（2015年度）
特定健康診査受診率	54.5%	48.6%	70%	特定健康診査・特定保健指導に関するデータ（2014年）
特定保健指導実施率	21.2%	17.8%	45%	特定健康診査・特定保健指導に関するデータ（2014年）
脳梗塞患者に対するt-PAによる血栓溶解療法実施件数	7.5件 (人口10万対)	9.7～10.1件 (人口10万対)	全国平均以上	NDB（2015年度）
回復期リハビリテーション病床数	43床 (人口10万対)	60床 (人口10万対)	60床 (人口10万対)	診療報酬施設基準（2016年3月） 回復期リハビリテーション病棟協会調
地域連携クリティカルパスに基づく診療計画作成件数	54.9件 (人口10万対)	39.2件 (人口10万対)	増加	NDB（2015年度）
在宅等生活の場に復帰した患者の割合	58.9%	52.7%	全国平均を維持しつつ増加	患者調査（2014年）

NDB：厚生労働省レセプト情報・特定健診等情報データベース（ナショナルデータベース）

(3) 心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制

第1 心筋梗塞等の心血管疾患の医療の概要

1. 急性心筋梗塞

- 急性心筋梗塞は、冠動脈の閉塞等によって心筋への血流が阻害され、心筋が壊死し心臓機能の低下が起きる疾患であり、心電図波形の所見によりST上昇型心筋梗塞と非ST上昇型心筋梗塞に大別されます。
- 急性心筋梗塞発症直後の医療は、ST上昇型心筋梗塞と非ST上昇型心筋梗塞で異なるところもありますが、治療には共通するところも多いことから、本計画においては一括して記載します。

予 防

- 急性心筋梗塞の危険因子は、高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病、メタボリックシンドローム、ストレス等であり、発症予防には生活習慣の改善や適切な治療が重要です。

発症直後の救護、搬送等

- できるだけ早く治療を始めることでより高い効果が見込まれ、さらに後遺症も少なくなることから、急性心筋梗塞が疑われる症状(129 ページ参照)が出現した場合、本人や家族など周囲の者は、速やかに専門の医療施設を受診できるように救急搬送を要請するなどの対処が重要です。
- 急性心筋梗塞発症直後に病院外で心肺停止状態となった場合、周囲の者や救急救命士等による救急蘇生の実施とAED(自動体外式除細動器)の使用により、救命率の改善が見込まれます。

診 断

- 問診や診察に加えて、心電図検査、血液生化学検査、エックス線検査や心エコー検査、冠動脈造影検査、心筋逸脱酵素の血液検査等を行うことで正確な診断が可能になります。

急性期の治療

- 循環管理、呼吸管理、疼痛管理等の全身管理とともに、個々の病態に応じた治療が行われます。また、心臓の負荷を軽減させるために苦痛と不安の除去も行われます。
- 血栓溶解療法を行う場合には、心筋の壊死範囲を縮小し、予後を改善し死亡率を下げるために、病院到着から冠動脈治療実施までの時間(Door to Balloon Time)を短縮することが重要であるといわれています。

疾病管理プログラム¹としての心血管疾患リハビリテーション

- 心筋梗塞患者に対する心血管疾患リハビリテーションは、合併症や再発の予防、早期の在宅復帰と社会復帰を目的に、発症した日から患者の状態に応じ、運動療法、食事療法、患者教育等が実施されます。
- トレッドミルや自転車エルゴメーターを用いて運動耐容能を評価した上で、運動処方を作成し、身体的、精神・心理的、社会的に最も適切な状態に改善することを目的とする多

¹ 多職種チームが退院前から退院後にわたり医学的評価・患者教育・生活指導を包括的かつ計画的に実施して再入院抑制を含む予後改善を目指す中～長期プログラム

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

- 喪失した心機能の回復だけではなく、再発予防、リスク管理などの多要素の改善に焦点が当てられ、患者教育、運動療法、危険因子の管理等を含む、疾病管理プログラムとして実施されます。

急性期以後の医療

- 急性期を脱した後は、不整脈、ポンプ失調等の治療、それらの合併症や再発の予防のため、基礎疾患や危険因子（高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病など）の管理、患者教育、運動療法等の疾病管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーションが退院後も含めて継続的に行われます。
- 患者の周囲の者に対する再発時の適切な対応に関する教育等が重要です。

2 大動脈解離

- 大動脈解離は、大動脈壁が二層に剥離し、突然の急激な胸背部痛、解離に引き続く動脈の破裂による出血症状等、様々な症状が現れる疾患です。
- 慢性大動脈解離は、多くの場合、症状を有する急性大動脈解離を経ているため、あらかじめ診断がついていることがほとんどです。そのため、本計画では主に急性大動脈解離について記載します。

診断

- 問診や身体所見の診察に加えて、心電図検査、血液生化学検査、画像検査（エックス線検査、超音波検査、CT等）等を行うことで、大動脈解離の範囲を含めた、正確な診断が可能になります。

治療

- 厳格な降圧を中心とした内科的治療と、大動脈人工血管置換術等の外科的治療のどちらを選択するかは、解離の部位、合併症の有無等に基づき、選択されます。

疾病管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーション

- 術後の廃用性症候群の予防や、早期の退院と社会復帰を目指すことを目的に、運動療法、食事療法、患者教育等を含む、多職種による多面的・包括的なリハビリテーションが実施されます。

急性期以後の医療

- 発症から2週間以上経過した、慢性期の大動脈解離の予後は良好であり、再解離の予防を目標とした、降圧療法を中心とした内科的治療が行われます。

3 慢性心不全

- 慢性心不全は、慢性の心筋障害により心臓のポンプ機能が低下し、肺、体静脈系または両系のうっ血や、組織の低灌流を来し日常生活に障害を生じた状態です。労作時呼吸困難、息切れ、四肢浮腫、全身倦怠感、尿量低下等、様々な症状があります。
- 慢性心不全における心筋障害の原因疾患としては、高血圧、虚血性心疾患、心臓弁膜症、心筋症等があります。
- 慢性心不全患者は、心不全増悪による再入院を繰り返しながら、身体機能が悪化するこ

とが特徴です。慢性心不全患者の再入院率改善のためには、薬物療法、運動療法、患者教育等を含む多面的な介入を、入院中から退院後まで継続して行うことが重要です。

診断

- 問診や身体所見の診察に加えて、心電図検査、血液生化学検査、エックス線検査や心エコー検査等の画像診断を行うことで正確な診断が可能になります。

治療

- 慢性心不全患者の症状および重症度に応じた薬物療法や運動療法が行われます。
- 心不全増悪時には、症状に対する治療に加えて、心不全の増悪要因に対する介入も重要です。

増悪予防

- 心不全の増悪要因には、感染症や不整脈の合併等の医学的要因に加えて、塩分・水分制限の不徹底や服薬中断等の患者要因、社会的支援の欠如等の社会的要因といった多面的な要因が含まれます。
- 心不全増悪予防には、ガイドラインに沿った薬物療法・運動療法、自己管理能力を高めるための患者教育、カウンセリング等の多面的な介入を、多職種（医師・看護師・薬剤師・栄養士・理学療法士等）によるチームで行うことが重要です。

疾患管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーション

- 自覚症状や運動耐容能の改善及び心不全増悪や再入院の防止を目的に、運動療法、患者教育、カウンセリング等を含む、多職種による多面的・包括的なリハビリテーションが実施されます。

第2 必要となる医療機能

1. 発症予防の機能【予防】

目 標

- 心筋梗塞等の心血管疾患の発症を予防すること

医療機関に求められる事項

- 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、本人及び家族など患者の周囲の者に対する教育、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を勧奨すること

2. 応急手当・病院前救護の機能【救護】

目 標

- 心筋梗塞等の心血管疾患の疑われる患者が、できるだけ早期に急性期医療を担う医療機関に搬送されること

関係者に求められる事項

(家族等周囲の者)

- 発症後速やかに救急要請を行うこと
- 心肺停止が疑われる者に対して、AEDの使用を含めた救急蘇生法など適切な処置を実施すること
(救急救命士等)
- 地域メディカルコントロール協議会が定めたプロトコール（活動基準）に則し、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

3. 救急医療の機能【急性期】

目 標

- 患者の来院後速やかに初期治療を開始するとともに、30分以内に専門的な治療を開始すること
- 合併症や再発の予防、在宅復帰のための心臓リハビリテーションを実施すること
- 再発予防のため、定期的専門的検査を実施すること

医療機関に求められる事項

- 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、心臓カテーター検査、機械的補助循環装置など必要な検査や処置が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経皮的冠動脈形成術（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
- 循環管理、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（CABG）や大動脈解離に対する大動脈人工血管置換術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
- 運動耐容能等に基づいた運動処方により合併症を防ぎつつ、身体的、精神・心理的、社会的に最も適切な状態に改善することを目的とする心臓リハビリテーションが可能であること
- 抑うつ状態等の対応が可能であること
- 診療情報や治療計画を共有するなど回復期の医療機関等と連携していること、またその一環として、再発予防のための定期的専門的検査を実施すること

医療機関の例

- 心臓カテーテル法による諸検査、冠動脈バイパス術（CABG）、経皮的冠動脈形成術（PCI）又は経皮的冠動脈血栓吸引術に対応可能な病院

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

目 標

- 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施すること
- 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
- 在宅など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育すること

医療機関に求められる事項

- 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、電氣的除細動など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
- 運動耐容能を評価した上で、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等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
- 診療情報や治療計画を共有するなど急性期の医療機関等と連携していること

医療機関の例

- 心大血管リハビリテーションを実施する病院

5. 再発予防の機能【再発予防】

目 標

- 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施すること
- 在宅療養を継続できるよう支援すること

医療機関等に求められる事項

- 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
- 緊急時の除細動など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
- 再発予防のための定期的専門的検査、合併症併発時や再発時の対応を含めた診療情報や治療計画を共有するなど急性期の医療機関や介護保険サービス事業所等と連携していること
- 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

第3 急性心筋梗塞等の心血管疾患の現状

1. 死亡数等

- 2016（平成28）年の本県の心疾患を原因とした死亡数は1,812人（全国：197,807人）で、死亡数全体の14.1%（全国：15.1%）を占め、死亡順位の第2位（全国：第2位）となっています。このうち、急性心筋梗塞による死亡数は415人（全国：35,885人）で、心疾患死亡数全体の22.9%（全国：18.1%）となっています²。
- 新川医療圏の心疾患を原因とした死亡数は244人（死亡数全体の14.5%）、うち急性心筋梗塞による死亡数は54人（心疾患死亡数全体の22.1%）です。同様に、富山医療圏では心疾患を原因とした死亡数は757人（死亡数全体の13.6%）、うち急性心筋梗塞による死亡数は186人（心疾患死亡数全体の24.6%）、高岡医療圏では心疾患を原因とした死亡数は553人（死亡数全体の14.3%）、うち急性心筋梗塞による死亡数は125人（心疾患死亡数全体の22.6%）、砺波医療圏では心疾患を原因とした死亡数は258人（死亡数全体の14.9%）、うち急性心筋梗塞による死亡数は50人（心疾患死亡数全体の19.4%）となっています²。
- 2015（平成27）年の急性心筋梗塞の年齢調整死亡率（人口10万対）は、男性で19.5（全国：16.2）と全国より高く、女性で5.4（全国：6.1）と全国より低くなっています³。
- 2015（平成27）年の虚血性心疾患の年齢調整死亡率（人口10万対）は、男性で27.5（全国：31.3）、女性で8.1（全国：11.8）と全国より低くなっています⁴。
- 2014（平成26）年10月現在、虚血性心疾患によって継続的に医療を受けている本県の患者数は約8千人（全国：約779千人）と推計されています⁵。

2. 予防

- 2013（平成25）年6月現在、過去1年以内の健康診断・健康診査の受診率は71.2%（全国：66.2%）と全国より高くなっています³。
- 2014（平成26）年度の特定健康診査の受診率は54.5%（全国：48.6%）と全国より高くなっています。特定保健指導の実施率は21.2%（全国：17.8%）と全国より高くなっています³。
- 心疾患の危険因子の一つである高血圧について、高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率（人口10万対）は224.1（全国：262.2）と全国より低くなっています³。
- 心疾患の危険因子の一つである脂質異常症について、脂質異常症患者の年齢調整外来受療率（人口10万対）は53.5（全国：67.5）と全国より低くなっています³。
- 2016（平成28）年の喫煙率は男性で26.9%（全国：30.2%）、女性で4.8%（全国：8.2%）と全国より低くなっています⁶。
- 2014（平成26）年10月現在、禁煙外来を行っている医療機関数は137施設、人口10万人当たりで12.5施設（全国：11.8施設）と全国より多くなっており、受動喫煙防止や禁煙

² 厚生労働省「人口動態統計」（2016<平成28>年）

³ 急性心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制構築に係る現状把握のための指標

⁴ 厚生労働省「都道府県別年齢調整死亡率」（2015<平成27>年）

⁵ 厚生労働省「患者調査」（2014<平成26>年）

⁶ 県：健康づくり県民意識調査（2016年）国：国民健康・栄養調査（2016年）

支援の体制が整備されてきています³。

- 2015（平成27）年度の禁煙外来での治療件数（ニコチン依存症の診療報酬の算定件数）は4,141件、人口10万人当たりで381.4件（全国：406.7件）と全国より少なくなっており³、禁煙を希望する者に対するさらなる支援が必要です。

3. 救護

- 本県において2015（平成27）年の1年間に救急車によって搬送された急病者の8.4%、1,973人（全国：約8.6%、302,081人）が心疾患です^{7, 8}。
- 2014（平成26）年の救急要請（覚知）から救急医療機関までの搬送時間は30.2分（全国：39.4分）と、全国最短クラスとなっています³。
- AEDの使用を含めた救急蘇生法等を広く普及するため、消防機関、厚生センター・保健所等で講習会を実施しています。2014（平成26）年の消防機関による住民の救急蘇生法講習の受講率は、人口1万人当たりで153人（全国：114人）であり、県民の意識は高い状況にあります⁹。
- 一般市民による除細動の実施件数は、2014（平成26）年には5件、人口10万人当たりで0.5件（全国：1.3件）となっています³。
- 心肺停止患者（心原性的心肺停止で、一般県民によって心肺停止の時期が確認された症例）の1か月後の生存率は2014（平成26）年では11.6%（全国：12.2%）、1か月後の社会復帰率は6.8%（全国：7.8%）とどちらも全国より低くなっています³。

4. 急性期

- 急性心筋梗塞等が疑われる患者に対する専門的診療が24時間実施可能な医療機関は、各医療圏に整備されています。
- 急性心筋梗塞等を含む重篤な救急患者を24時間体制で受け入れる救命救急センターが、県立中央病院と厚生連高岡病院に整備されています。
- 各医療圏において、急性期病院の診療データを分析し、治療件数の増加や予後の改善に向けた対策を検討する体制が整備されています。
- 主たる診療科を「循環器内科」とする医師数は2014（平成26）年12月現在で86人、人口10万人当たりでは7.9人（全国：9.4人）と全国より少なくなっています。主たる診療科を「心臓血管外科」とする医師数は30人、人口10万人当たりでは2.7人（全国：2.4人）と全国より多くなっています³。
- 急性心筋梗塞に関する経皮的冠動脈インターベンションの実施件数は1,484件、人口10万人あたり136.7件（全国：171.5件）と全国より少なくなっています³。
- 心筋梗塞に対する冠動脈再開件数は354件、人口10万人あたり32.6件（全国：34.6件）、うち心筋梗塞に対する来院後90分以内の冠動脈再開通件数は人口10万人あたり18.8件（全国：22.4件）と全国より少なくなっています³。

⁷ 県消防課 防災・危機管理課「富山県消防防災年報」

⁸ 消防庁「救急・救助の現況」

⁹ 救急医療の体制構築に係る現状把握のための指標

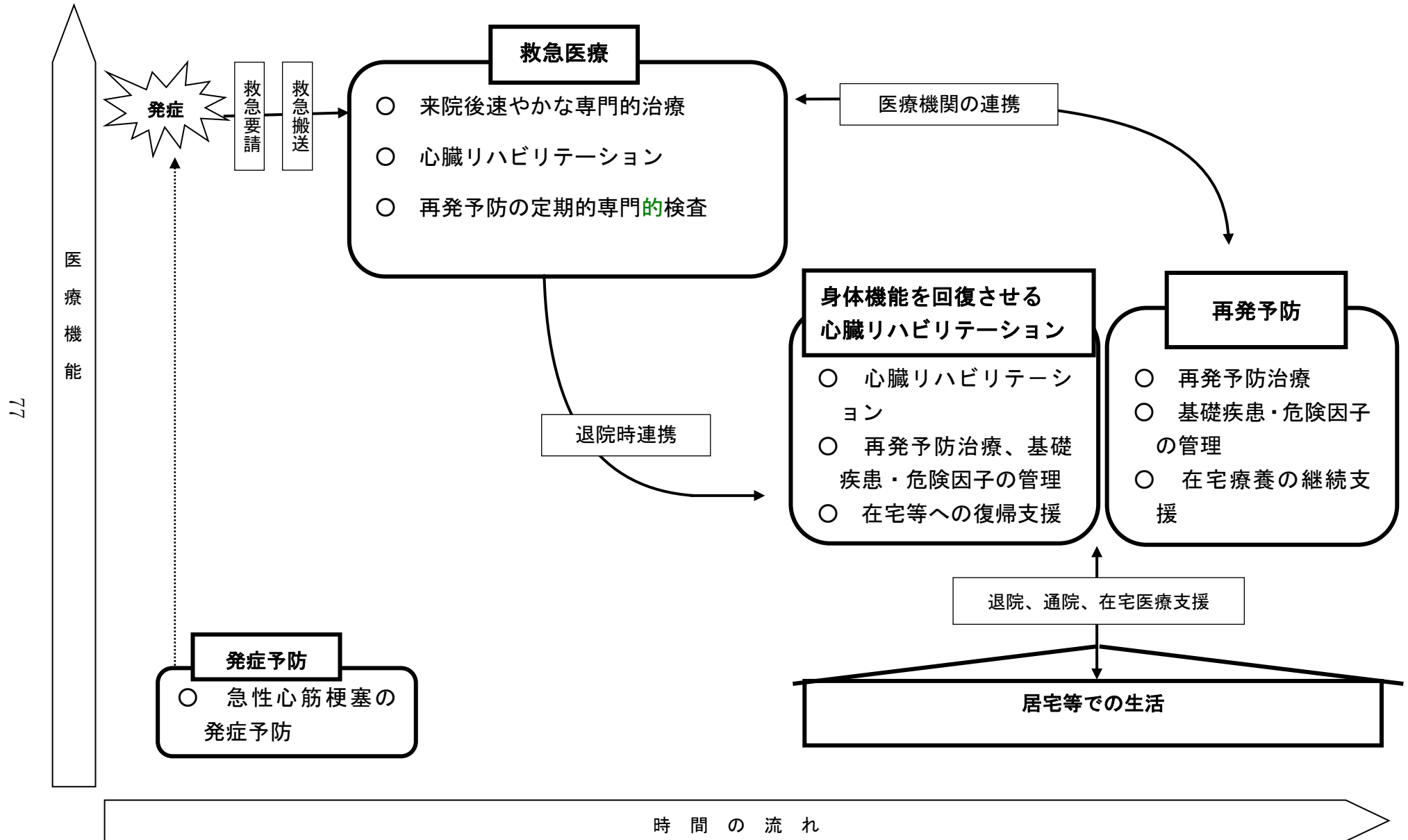
5. 回復期

- 2016（平成 28）年 3 月現在、心血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数は 19 施設、人口 10 万人当たり 1.8 施設（全国：0.9 施設）と全国より多くなっています³。
- 2015（平成 27）年度の心血管疾患リハビリテーション実施件数（心大血管リハビリテーション料の算定件数）は 3,293 件、人口 10 万人当たり 303.3 件（全国：259.2 件）と全国より多くなっています³。

6. 連携

- 2014（平成 26）年の虚血性心疾患の退院患者平均在院日数は、9.1 日（全国：8.2 日）と全国より長くなっています³。
- 2017（平成 29）年 12 月現在、急性心筋梗塞の地域連携クリティカルパスは 4 医療圏で導入されていますが、利用件数が少ないことから、かかりつけ医での治療や運動指導などを含めた連携を促進するための改良が必要です。
- 2014（平成 26）年の虚血性心疾患の患者の在宅等生活の場に復帰した患者の割合は、92.7%（全国：93.9%）と全国より低くなっています³。

第4 急性心筋梗塞等の心血管疾患の医療提供体制



第5 急性心筋梗塞等の心血管疾患の医療提供体制における主な課題と施策

急性心筋梗塞・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の低下を目指して、以下の施策を実施します。

[予 防]

〔課題①〕

- 心血管疾患の発症予防のため望ましい生活習慣や危険因子に関する普及啓発が必要です。
- 高血圧、脂質異常症等の受診勧奨者（要治療者）が医療機関を受診し、心血管疾患の発症を防ぐための対策が必要です。
- 喫煙率の低下や受動喫煙防止のため、総合的なたばこ対策の推進が必要です。

<施策>

- 講演会等の開催を通じ、県民に対して心血管疾患についての理解を深めるとともに、食生活や運動、飲酒、睡眠等に関する望ましい生活習慣や、高血圧、脂質異常症、糖尿病などの危険因子に関する普及啓発を実施します。
- 医療保険者・事業所等と協力し、健康診断の受診率向上や、受診勧奨者の治療受診率向上を図ります。
- 高血圧、脂質異常症、糖尿病などの危険因子の早期発見・早期治療及びかかりつけ医療機関による適切な管理を推進します。
- 医療保険者・事業所等と協力し、禁煙の普及啓発及び保健指導を実施します。
- 喫煙が健康に及ぼす影響についての正しい知識を普及するため、世界禁煙デーに併せたキャンペーンやマスメディア、ホームページ等を通じた普及啓発を行います。
- 未成年者の喫煙を防止するため、学校と連携して健康教育の充実を図ります。
- 家庭内（居室や自家用車内等）での受動喫煙防止や妊産婦の喫煙防止に取り組みます。
- 受動喫煙のない職場を目指して、事業主などに対する普及啓発を強化します。
- 喫煙をやめたい人に対し、医療機関が実施する禁煙外来や健診機関が実施する禁煙教室等の情報提供を行うなど、禁煙サポート体制を充実します。

[病院前救護]

〔課題②〕

- 心血管疾患が疑われる症状が出現した場合の迅速な救急搬送の要請や、心肺停止患者に対する除細動の実施について、県民への普及啓発が重要です。
- 一人暮らしや老々介護など、搬送要請を容易にできない人が今後ますます増加すると見込まれることから、その対応が必要です。

<施策>

- 発症直後の心肺停止に対応するため、職域や一般県民を対象とした救急蘇生法の講習（AEDの使用を含めた救急蘇生法）を実施します。
- 心血管疾患が疑われる症状が出現した場合、速やかに救急搬送の要請を行うよう様々な機会を活用した普及啓発に取り組みます。
- 高齢者の急病時の通報に対応するための緊急通報システムの活用等について、介護事業者等への周知を徹底します。

- メディカルコントロール協議会における検討を通じて、消防、救急医療機関、医師会、介護施設及び行政機関のさらなる連携の強化を図り、メディカルコントロール体制の充実を図ります。

[急性期]

〔課題③〕

- 発症後の速やかな受診と治療の開始が、生存率や社会復帰率の向上につながることから、専門的治療の推進と診療データの収集・分析が引続き必要です。

<施策>

- 急性心筋梗塞等が疑われる症状が出現した場合の迅速な救急搬送要請の周知や、患者の来院後速やかに経皮的冠動脈形成術（P C I）など専門的な治療を開始することができる体制整備を推進します。
- 急性期病院の診療データを収集・分析し、治療件数の増加や予後の改善に向けた対策の検討を各医療圏で実施します。

[回復期]

〔課題④〕

- 合併症や再発予防のための心血管疾患リハビリテーションを実施していくことが重要です。
- リハビリテーション従事者の確保が必要です。

<施策>

- 急性期病院における心血管疾患リハビリテーションの実施データの収集・分析を引き続き行い、心血管疾患リハビリテーションの実施促進を図ります。
- リハビリテーション従事者の確保養成に努めます。
- リハビリテーション従事者の資質向上のため、関係団体と協力して研修会等を開催します。

[連 携]

〔課題⑤〕

- 急性心筋梗塞の地域連携クリティカルパスの利用件数の増加や改良等による連携の一層の推進が必要です。

<施策>

- 急性心筋梗塞に係る地域連携クリティカルパスを普及・改良するため、研修会等を医療圏単位や医療圏合同で開催します。
- 合併症や再発を予防するための治療、基礎疾患や危険因子の継続的な管理の重要性に関する普及啓発に努めます。

【数値目標】

指標名及び指標の説明	現状	国	2023年	出典等
年齢調整死亡率 (急性心筋梗塞)	男 19.5 女 5.4	男 16.2 女 6.1	全国平均以 下	厚生労働省「都道府県 別年齢調整死亡率(業 務・加工統計)」(2015 年)
年齢調整死亡率 (虚血性心疾患)	男 27.5 女 8.1	男 31.3 女 11.8	全国平均以 下を維持し つつ低下	厚生労働省「都道府県 別年齢調整死亡率(業 務・加工統計)」(2015 年)
喫煙率	男 26.9% 女 4.8%	男 30.2% 女 8.2%	男 21.0% 女 2.0%	県：健康づくり県民意 識調査(2016年) 国：国民健康・栄養調 査(2016年)
ニコチン依存症管理料算 定件数	381.4件 (人口10万対)	406.7件 (人口10万対)	全国平均	NDB(2015年度)
特定健康診査受診率	54.5%	48.6%	70%	特定健康診査・特定保 健指導に関するデータ (2014年)
特定保健指導実施率	21.2%	17.8%	45%	特定健康診査・特定保 健指導に関するデータ (2014年)
心肺停止患者の1か月後 の社会復帰率	6.8%	7.8%	全国平均	消防庁「救急・救助の現 況」(2014年)
データに基づく治療に関 する評価・改善の取組み を行う医療圏	4医療圏	—	4医療圏	県医務課調べ (2017年)
心臓リハビリテーション の実施件数	303.3件 (人口10万対)	259.2件 (人口10万対)	増加	NDB(2015年度)
在宅等生活の場に復帰し た患者の割合	92.7%	93.9%	100%	患者調査(2014年)

NDB：厚生労働省レセプト情報・特定健診等情報データベース(ナショナルデータベース)

(4) 糖尿病の医療体制

第1 糖尿病医療の概要

1. 糖尿病という病気

- 糖尿病は、インスリンの作用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す。
- 糖尿病は、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の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と加齢により発症する2型糖尿病に大別されます。
- インスリンの作用不足により高血糖になると、口渇、多飲、多尿、体重減少等の症状がみられ、高血糖の持続により合併症を発症します。糖尿病合併症には、著しい高血糖によって起こる急性合併症と、長年にわたる慢性の高血糖の結果として起こる慢性合併症があります。
- 糖尿病には根治的な治療方法がないものの、血糖コントロールを適切に行うことにより、合併症の発症を予防することが可能です。合併症の発症は、患者の生活の質（QOL）を低下させ、生命予後を左右することから、その予防が重要となっています。
- 糖尿病の医療は、1型糖尿病と2型糖尿病によって異なりますが、適切な血糖コントロールを基本とすることは共通していることから、本計画においては一括して記載します。

2. 糖尿病治療の内容

予防・健診・保健指導

- 2型糖尿病の発症には生活習慣が関連しているといわれており、発症予防には適切な食習慣、適度な身体活動や運動習慣が重要です。
- 個人の糖尿病のリスクを把握することや糖尿病の早期発見による重症化予防につなげるために、特定健診などの定期的な健診を受診することが必要です。また、健診の結果を踏まえ、適切な生活習慣の改善を行うことが重要です。
- 医療機関は、地域における糖尿病の予防の取組によって、日頃から糖尿病の発症リスクが高まっている者の生活習慣の改善が促進されるよう、医療保険者等と連携することが必要です。

診断

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

治療・保健指導

- 1型糖尿病は、インスリンの作用不足を主要因とするため、多くの場合、直ちにインスリン療法を行います。
- 2型糖尿病は、生活習慣が関連しているといわれており、発症2～3か月の食事療法、運動療法を行ったうえで、目標の血糖コントロールが達成できない場合に、経口血糖降下薬やインスリン製剤を用いた薬物療法を開始します。

- 慢性合併症は、血糖コントロール、高血圧の治療など内科的治療を行うことによりその発症を予防するとともに、発症後であっても病期の進展を防ぎ又は遅らせることが可能です。
- 血糖コントロールの指標として、患者の過去1～2か月の平均血糖値を反映する指標であるHbA1cが用いられます。血糖コントロールの目標は、年齢、罹病期間、合併症の状態、サポート体制等を考慮して、個別に設定することが望ましいとされています。
- 糖尿病患者には、シックデイ（発熱、下痢、嘔吐をきたし、又は食欲不振のために食事ができない状態。）の対応や、低血糖時の対応について事前に十分な指導が必要です。

合併症の治療

- 糖尿病昏睡等の急性合併症を発症した場合には、輸液、インスリン投与等の治療が実施されます。
- 内科、眼科等の診療科が連携し、糖尿病網膜症、糖尿病腎症、糖尿病神経障害等の慢性合併症の早期発見に努める必要があります。慢性合併症の治療を行うに当たっては、眼科等の専門医を有する医療機関や人工透析の実施可能な医療機関等が連携する必要があります。

第2 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【初期・安定期治療】

目 標

- 糖尿病の診断及び生活習慣の指導を実施すること
- 良好な血糖コントロールを目指した治療を実施すること

医療機関に求められる事項

- 糖尿病の診断と専門的指導が可能であること
- 糖尿病の評価に必要な検査が実施可能であること
- 食事療法、運動療法及び薬物療法による血糖コントロールが可能であること
- 低血糖時やシックデイの対応が可能であること
- 診療情報や治療計画を共有するなど専門治療を行う医療機関、急性・慢性合併症治療を行う医療機関と連携していること

医療機関の例

- 糖負荷試験（常用負荷試験）、インスリン療法、糖尿病患者教育（食事療法、運動療法、自己血糖測定）及び糖尿病による合併症に対する継続的な管理・指導に対応可能な病院・診療所

2. 血糖コントロール不可例の治療を行う機能【専門治療】

目 標

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

医療機関に求められる事項

- 糖尿病の評価に必要な検査が実施可能であること
- 各専門職種チームによる食事療法、運動療法、薬物療法等を組み合わせた教育入院等の集中的な治療（心理問題を含む。）が実施可能であること
- 糖尿病患者の妊娠に対応可能であること
- 食事療法、運動療法を実施するための設備があること
- 糖尿病の予防治療を行う医療機関、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連携していること

医療機関の例

- 入院が可能で、管理栄養士又は糖尿病療養指導士がおり、糖負荷試験（耐糖能精密検査）、インスリン療法、糖尿病患者教育（食事療法、運動療法、自己血糖測定）、糖尿病教育入院（各専門職種チームによる）及び糖尿病による合併症に対する継続的な管理・指導に対応可能な病院・診療所

3. 急性合併症の治療を行う機能【急性増悪時治療】

目 標

- 糖尿病昏睡など急性合併症の治療を実施すること

医療機関に求められる事項

- 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
- 診療情報や治療計画を共有するなど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連携していること

医療機関の例

- 入院が可能で、管理栄養士又は糖尿病療養指導士がおり、糖負荷試験（耐糖能精密検査）、インスリン療法、糖尿病患者教育（食事療法、運動療法、自己血糖測定）、糖尿病教育入院（各専門職種ของทีมによる）、糖尿病による合併症に対する継続的な管理・指導及び糖尿病昏睡治療に対応可能な病院・診療所

4. 糖尿病の慢性合併症の治療を行う機能【慢性合併症治療】

目 標

- 糖尿病の慢性合併症の専門的な治療を実施すること

医療機関に求められる事項

- 糖尿病の慢性合併症（糖尿病網膜症、糖尿病腎症、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、網膜剥離の手術等が実施可能であること
- 糖尿病腎症の場合、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
- 診療情報や治療計画を共有するなど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連携していること

医療機関の例

（慢性合併症治療一般）

- 糖負荷試験（耐糖能精密検査）、インスリン療法、糖尿病患者教育（食事療法、運動療法、自己血糖測定）あるいは、糖尿病教育入院（各専門職種ของทีมによる）及び糖尿病による合併症に対する継続的な管理・指導に対応可能な病院・診療所

（糖尿病網膜症）

- 網膜光凝固術（網膜剥離手術）に対応可能な病院・診療所

（糖尿病腎症）

- 血液透析及びインスリン療法に対応可能な病院・診療所

5 地域と連携する機能

目 標

- 市町村や保険者と連携すること

医療機関に求められる事項

- 市町村や保険者から保健指導を行う目的で情報提供等の協力の求めがある場合、患者の同意を得て、必要な協力を行っていること
- 市町村や保険者が保健指導するための情報提供を行っていること
- 糖尿病の予防、重症化予防を行う市町村及び保険者、薬局等の社会資源と情報共有や協

力体制を構築するなどして連携していること

第3 糖尿病の現状

1. 死亡数等

- 2016（平成28）年の本県の糖尿病を原因とした死亡数は154人（全国：13,454人）、死亡数全体の1.2%（全国：1.0%）を占めています¹。
- 糖尿病の死亡数を医療圏別にみると、新川医療圏は19人（死亡数全体の1.1%）、富山医療圏は71人（死亡数全体の1.3%）、高岡医療圏は46人（死亡数全体の1.2%）、砺波医療圏は18人（死亡数全体の1.0%）となっています¹。
- 糖尿病の年齢調整死亡率（人口10万対）は年々低下しており、2015（平成27）年には男性4.6（全国：5.5）、女性2.5（全国：2.5）で、男性は全国より低くなっています²。

2. 予防

- 2014（平成26）年の厚生労働省の調査によると、全国で糖尿病が強く疑われる者は425万人、糖尿病の可能性が否定できない者は428万人となっています³。
- 2013（平成25）年6月現在、過去1年以内の健康診断・健康診査の受診率は71.2%（全国：66.2%）と全国より高くなっています²。
- 2014（平成26）年度の特健康診査の受診率は54.5%（全国：48.6%）と全国より高くなっています。特定保健指導の実施率は21.2%（全国：17.8%）と全国より高くなっています²。
- 糖尿病の患者数が多くなっており、健康診断の受診率や保健指導の実施率は全国平均より高くなっていますが、糖尿病予備群からの発症予防がなされていないことや、本来治療が必要な受診勧奨者の受診につながっていないことなどが懸念されます。

3. 初期・安定期治療

- 糖尿病患者の年齢調整外来受療率の年齢調整外来受療率（人口10万対）は88.7（全国：98.6）と全国より低くなっています⁴。
- 2015（平成27）年度調査では、HbA1c検査の実施件数（人口10万対）は53,281.0件（全国：44,229.7件）と全国より高くなっています²。
- 2015（平成27）年度調査では、尿中アルブミン（定量）検査の実施件数（人口10万対）は990.2件（全国：1,552.1件）と全国より低くなっています²。
- 2015（平成27）年度調査では、クレアチニン検査の実施件数（人口10万対）は41,422件（全国：37,617件）と全国より高くなっています²。
- 外来栄養食事指導料の実施件数（人口10万対）は1,103件（全国：1,367件）と全国より低くなっています²。

4. 専門治療体制

¹ 厚生労働省「人口動態統計」（2016<平成28>年）

² 糖尿病の医療体制構築に係る現状把握のための指標

³ 厚生労働省「国民健康・栄養調査」（2014<平成26>年）

⁴ 心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制構築に係る現状把握のための指標

- 2014（平成 26）年 12 月現在、糖尿病内科医師数は 39 人、人口 10 万人当たりで 3.6 人（全国：3.5 人）と全国より多くなっています。2016（平成 28）年の腎臓専門医師数（人口 10 万対）は 3.7 人（全国：3.8 人）と全国とほぼ同程度となっています²。
- 2016（平成 28）年 6 月現在、糖尿病療養指導士数は 262 人、人口 10 万人当たり 24.3 人（全国：14.3 人）、認定糖尿病看護師数は 2016（平成 28）年 11 月現在 14 人、人口 10 万人当たり 1.3 人（全国：0.6 人）となっています²。
- 2015（平成 27）年度調査では、教育入院を行う医療機関は 6 施設、人口 10 万人当たり 0.6 施設（全国：0.1 施設）となっています²。
- 糖尿病昏睡など急性合併症の治療が実施可能な医療機関は、各医療圏に整備されています。

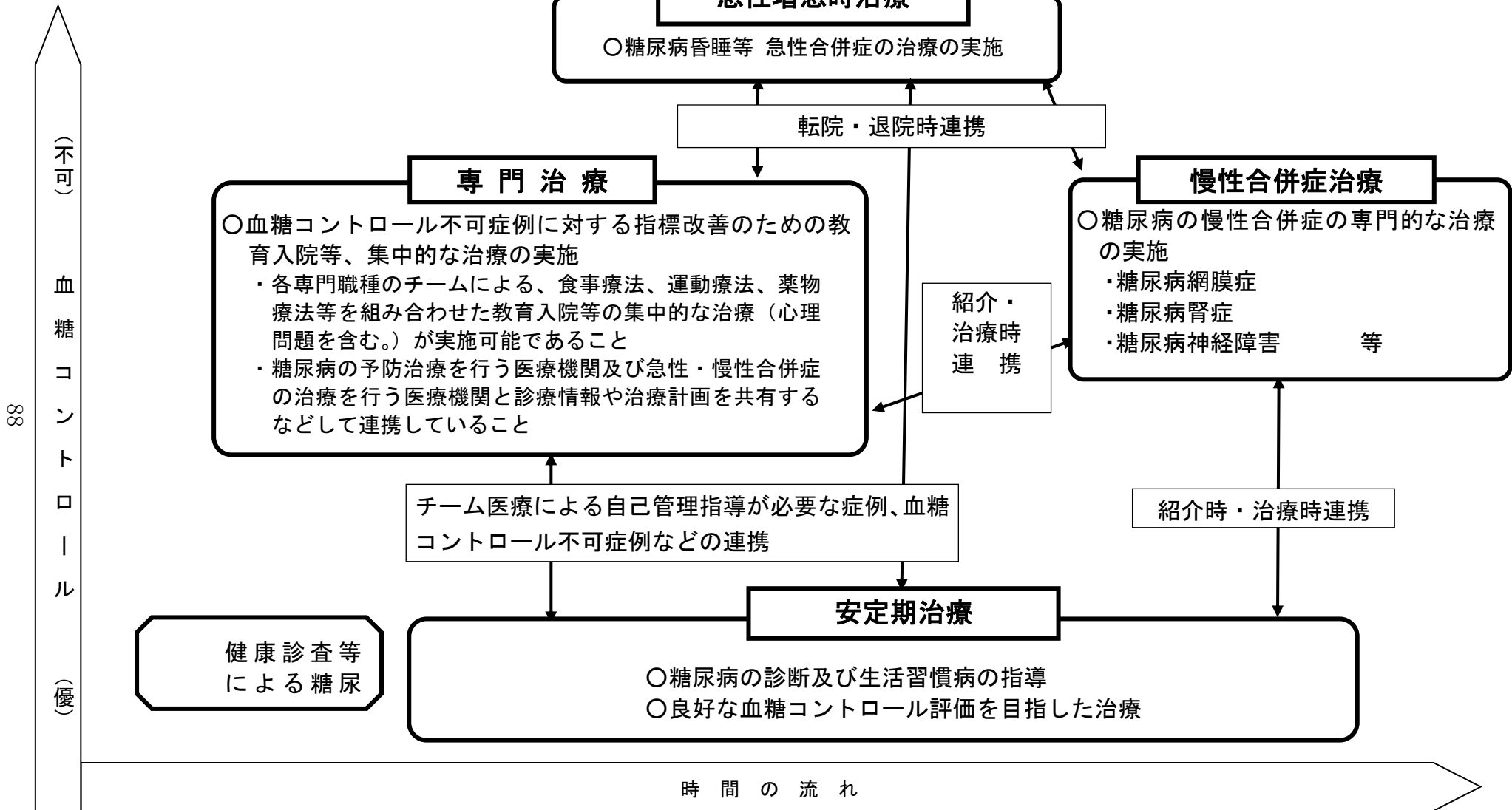
5. 慢性合併症治療

- 2016（平成 28）年 3 月現在、糖尿病の足病変に対する指導を行う医療機関数は 23 施設、人口 10 万人当たりで 2.1 施設（全国：1.7 施設）と全国より多くなっています²。
- 2015（平成 27）年度の糖尿病網膜症手術数は、1,143 件、人口 10 万人当たりで 105.3 件（全国：91.2 件）と全国より多くなっています²。
- 2016（平成 28）年度、糖尿病性腎症の管理が可能な医療機関数は、各医療圏に整備されており、2016（平成 28）年度では 22 施設、人口 10 万人当たりで 2.0 施設（全国：1.2 施設）と全国より多くなっています²。
- 糖尿病内科医師数や糖尿病療養指導士数など人材面は比較的充実しており、足病変や網膜症の治療を行う医療機関など専門治療の実施体制も整備されています。
- 2015（平成 27）年の新規人工透析導入患者数は 315 人、人口 10 万人当たり 29.0 人（全国：35.7 人）と全国より少なくなっています。また糖尿病性腎症に対する人工透析実施件数は 14,899 件、人口 10 万人当たり 1,372.3 件（全国：1,441.3 件）と全国より少なくなっています²。

6. 連携

- 糖尿病患者が多く、かかりつけ医と専門医が協力して診ていく必要があります。
- かかりつけ医、専門医、保健担当者の連携を推進するため、糖尿病重症化予防対策マニュアルや地域連携クリティカルパスが導入されています。

第4 糖尿病の医療提供体制



第5 糖尿病の医療提供体制における主な課題と施策

糖尿病の年齢調整死亡率の低下を目指して、以下の施策を実施します。

[予防]

〔課題①〕

- 糖尿病発症予防のため、望ましい生活習慣に関する普及啓発が必要です。
- 糖尿病予備群が糖尿病に移行しないよう、健康診断、保健指導の強化が必要です。
- 受診勧奨者（要治療者）が医療機関を受診し、悪化を防ぐ対策が必要です。

<施策>

- 医師会や糖尿病協会などと協力して、講演会や相談会等を開催し、県民に対して糖尿病に関する普及啓発を行います。
- 市町村や医療保険者等と連携し、糖尿病にかからないための食生活や運動などの生活習慣づくりに関する保健指導、健康教育を推進します。
- 医療保険者・事業所等と協力し、特定健康診査、定期健康診断の受診率の向上を図り、肥満や高血糖などの危険因子を有する者に対して生活改善の個別指導や健康教育プログラムの提供を行うなど、健康管理を支援します。
- 医療保険者・事業所等と協力し、受診勧奨者に対して医療機関を受診するよう働きかけることにより、適切な治療が継続されるよう支援します。

[初期・安定期]

〔課題②〕

- 合併症予防のため、継続的な受診の重要性に関する普及啓発が必要です。

<施策>

- 県民に対して重症化予防の意識を高める情報提供に努めます。
- 糖尿病の初期（発症早期又は初回診断）における患者への疾病管理の意識付けや治療薬の選択がその後の合併症の併発に影響することから、初期治療における専門医等の介入による良好な血糖コントロールの維持を推進します。
- 医療保険者・事業所等と協力し、患者の治療継続を支援します。

[専門治療、合併症治療]

〔課題③〕

- かかりつけ医と専門医が連携した重症化させない治療体制が必要です。
- 働く世代の糖尿病患者への対策が必要です。

<施策>

- 糖尿病教育入院等の集中的な治療及び糖尿病昏睡など急性合併症治療を実施する医療機関の充実を推進します。
- 働く世代の患者が教育入院や指導を受けやすい体制の整備について検討するとともに、地域・職域連携を推進します。
- 糖尿病腎症や糖尿病網膜症など、合併症の専門治療を行う医療体制について、さらなる充実を図ります。

- 患者や一般県民に対して、糖尿病腎症や糖尿病網膜症など、合併症に対する予防や受診についての普及啓発を実施します。
- 医療従事者など糖尿病に関わる者の資質向上に努めます。

[連 携]

【課題④】

- 治療中の患者の重症化を予防するため、すべての医療圏で糖尿病重症化予防対策マニュアルや地域連携クリティカルパスを活用し、かかりつけ医、専門医、保健担当者等が連携を強化することが必要です。

<施策>

- 「糖尿病保健指導指針」の普及を図り、コメディカルによる保健指導を強化するとともに、かかりつけ医、専門医、保健担当者等の連携の強化を図ります。
- 「糖尿病重症化予防対策マニュアル」及び「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を用いたかかりつけ医、糖尿病専門医、腎臓専門医や眼科医等との連携を強化し、継続的・持続的な医療を提供できる体制の整備を推進します。
- 「糖尿病診療用指針」等の活用により、かかりつけ医の糖尿病の診療、指導能力の向上を支援します。
- 糖尿病患者は歯周病が重症化すること、また、歯周病が重症であるほど血糖コントロールは不良となることから、糖尿病の診療における医師と歯科医師の連携を強化します。
- 糖尿病に係る地域連携クリティカルパスの作成・普及を支援します。
- 学校と医療機関、市町村等との連携により、小児糖尿病患者を支援します。

【数値目標】

指標名及び指標の説				
明	現状	国	2023年	出典等
糖尿病の年齢調整死亡率	男 4.6 女 2.5	男 5.5 女 2.5	全国平均以下を維持しつつ低下	厚生労働省「都道府県別年齢調整死亡率（業務・加工統計）」（2015年）
特定健康診査受診率	54.5%	48.6%	70%	特定健康診査・特定保健指導に関するデータ（2014年）
特定保健指導実施率	21.2%	17.8%	45%	特定健康診査・特定保健指導に関するデータ（2014年）
教育入院を行う医療機関数	0.6 (人口10万対)	0.1 (人口10万対)	全国平均以上を維持しつつ増加	日本糖尿病協会（2015年）
新規人工透析導入患者数	29.0人 (人口10万対)	35.7人 (人口10万対)	減少	NDB（2015年度）

NDB：厚生労働省レセプト情報・特定健診等情報データベース（ナショナルデータベース）

(5) 精神疾患の医療体制

第1 精神疾患の医療の概要

- 精神疾患は症状が多様であるとともに自覚しにくいという特徴があるため、症状が比較的軽いうちには精神科医療機関を受診せず、症状が重くなり入院治療が必要になって初めて精神科医療機関を受診するという場合が少なくありません。また、重症化してから入院すると、治療が困難になるなど、長期の入院が必要とされてしまう場合もあります。発症してからできるだけ早期に必要な精神科医療が提供されれば、回復し、再び地域生活や社会生活を営むことができるようになります。
- 精神疾患は全ての人にとって身近な病気であり、精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるような地域づくりを進める必要があります。また、長期の入院が必要となっている精神障害者の地域移行を進めるに当たっては、精神科病院や地域援助事業者による努力だけでは限界があり、自治体を中心とした地域精神保健医療福祉の一体的な取組の推進に加えて、地域住民の協力を得ながら、差別や偏見のない、あらゆる人が共生できる包括的な社会を構築していく必要があります。このため、精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を進める必要があります。
- さらに、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）（以下、精神保健福祉法という。）に基づく「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」（平成 26 年厚生労働省告示第 65 号）を踏まえて、多様な精神疾患等ごとに医療機関の役割分担を整理し、相互の連携を推進するとともに、患者本位の医療を実現していけるよう、各医療機関の医療機能を明確化する必要があります。¹
- 本計画では、これらを踏まえつつ、地域の現状を把握・分析したうえで圏域（精神医療圏）を設定し、医療機能の明確化を図るとともに、精神疾患に係る良質かつ適切な医療を提供する体制について定量的な評価を行えるよう目標を設定し、その達成に向けた施策を推進します。

¹ 「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（平成 29 年 3 月 31 日付け厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）

第2 精神疾患の現状と課題

- 精神疾患は、近年その患者数が急増しており、2014（平成26）年には全国で390万人を超える水準となっており、富山県の精神障害を有する総患者数は2万2千人となっています²。また、国の調査結果では、国民の4人に1人（25%）が生涯でうつ病等の気分障害、不安障害及び物質関連障害のいずれかを経験していることが明らかとなっています³。
- 精神疾患にはこのほか、発達障害、高次脳機能障害や、高齢化の進行に伴って急増しているアルツハイマー病等の認知症も含まれており、精神疾患は住民に広く関わる疾患です。
- 「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（平成29年3月31日付け厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）の「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」において、多様な精神疾患として統合失調症、うつ病・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患、発達障害、依存症、外傷後ストレス障害（PTSD）、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、医療観察法における対象者への医療の15疾患等が挙げられています。この15疾患等について、現状と課題を整理します。

（1）統合失調症

全国の患者動向

- 2014（平成26）年に、医療機関を継続的に受療している統合失調症の総患者数は77.3万人です。うち入院患者数は16.6万人であり、このうち、精神病床における1年以上の長期入院患者数は12.1万人となっています。長期入院患者（認知症を除く。）を対象とした「重度かつ慢性」に関する厚生労働科学研究班による全国調査では、その6割以上が当該研究班の策定した重症度の基準に該当することが明らかとなっています。これにより1年以上の長期入院精神障害者（認知症を除く）の多くは、地域の精神保健医療福祉体制の基盤を整備することによって、入院から地域生活への移行が可能であると示唆されています。
- また、当該基準を満たす症状を軽快させる治療法の普及や、当該基準を満たす症状に至らないように精神科リハビリテーションをはじめとする予防的アプローチの充実などによって、入院から地域生活へのさらなる移行が期待されています¹。

本県の状況

（現状）

- 2014（平成26）年に、医療機関を継続的に受療している統合失調症の総患者数は0.5万人です。
- 2014（平成26）年度の統合失調症の精神病床での入院患者数は3,923人であり、外来患者数（1回以上）は14,533人です⁴。
- 2017（平成29）年6月30日現在では、「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害

² 厚生労働省「患者調査」

³ 厚生労働科学研究「こころの健康についての疫学調査に関する研究」（研究代表者 川上憲人）（平成18年度）

⁴ 厚生労働科学研究「精神科医療提供体制の構築を推進する政策研究」（入院患者数、通院患者数とも実患者数）。

(F2)」を主診断とする入院患者数は1,736人です⁵。

(課題)

- 精神疾患では統合失調症患者が最も多く、入院患者の地域移行がなかなか進まないという課題があります。
- 統合失調症は自殺に結びついており、全国値では自殺の原因が特定できた者のうち6.4%が統合失調症を原因としています⁶。
- 「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」に基づき、本計画において、統合失調症に対応できる医療機関を明確にする必要があります。

(2) うつ病・躁うつ病

全国の患者動向

- 2014(平成26)年に医療機関を継続的に受療しているうつ病・躁うつ病の総患者数は112万人(うち入院患者数29万人)であり、1999(平成11)年の総患者数の44万人(うち入院患者数25万人)から増加しています¹。

本県の状況

(現状)

- 2014(平成26)年のうつ病・躁うつ病の総患者数は0.6万人であり、1999(平成11)年の総患者数の0.4万人から増加しています²。
- 2014(平成26)年度のうつ・躁うつ病の精神病床での入院患者数は2,016人となっています⁴。
- 2017(平成29)年6月30日現在で、「躁病エピソード・双極性感情障害[躁うつ病](F30-31)」、「その他の気分障害(F32-39)」を主診断とする入院患者数は273人です⁵。
- うつ病の診断では、うつ病だけではなく、甲状腺疾患、副腎疾患、膵疾患、膠原病、悪性腫瘍、脳血管障害など身体疾患でもうつ状態を呈することに留意し、また、双極性障害、認知症、統合失調症などの精神疾患との鑑別も考慮する必要があります⁷。アルコール依存症との併存や身体疾患の治療目的で使用されている薬物によるうつ病にも注意が必要です。うつ病の診断には、この鑑別診断を考慮に入れた詳細な問診が不可欠であり、心理検査を補助的に用いることがあります。治療は、抗うつ薬を中心としつつ、認知行動療法等の精神療法など非薬物療法も行われています。
- 厚生センターにおける相談対応や、うつ病家族教室の開催等の対策を実施しています。

(課題)

- 一般科医と精神科医との連携について、一般の医療機関に求められることは次のとおりであり、引き続き、更なる連携を進める必要があります。
 - ・うつ病の可能性について判断できること。
 - ・症状が軽快しない場合等に適切に紹介できる専門医療機関と連携していること。
 - ・内科等の身体疾患を担当する医師等(救命救急医、産業医を含む。)と精神科医との連携

⁵ 平成29年度「精神保健福祉資料」(630調査)暫定値

⁶ 警察庁「自殺白書」

⁷ 「よくわかる うつ病の全て-早期発見から治療まで-」(編集 鹿島晴雄、宮岡等)永井書店

会議等（GP連携事業等）へ参画すること。

- ・うつ病等に対する対応力向上のための研修等に参加していること。
- うつ病の診療を担当する精神科医療機関において求められることは、次のとおりです。
 - ・うつ病と双極性障害等のうつ状態を伴う他の疾患について鑑別診断できること。
 - ・うつ病と他の精神障害や身体疾患の合併などを多面的に評価できること。
 - ・患者の状態に応じて、薬物療法及び精神療法等の非薬物療法を含む適切な精神科医療を提供でき、必要に応じて、他の医療機関と連携できること。
 - ・患者の状態に応じて、生活習慣などの環境の調整等に関する助言ができること。
 - ・かかりつけの医師をはじめとする地域の医療機関と連携していること（例えば、地域のかかりつけの医師等に対するうつ病の診断・治療に関する研修会や事例検討会等への協力）。
 - ・産業医等を通じた事業者との連携や、地域産業保健センター、メンタルヘルス対策支援センター、産業保健推進センター、ハローワーク、地域障害者職業センター等との連携、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所等との連携により、患者の就職や復職等に必要の支援を提供すること。
- うつ病は自殺に結びついており、全国値では、自殺の原因が特定できた者のうち 27.6% がうつ病を原因としています⁶。
- 核家族化、地域とのつながりの希薄化、晩婚化・晩産化などに伴い、妊娠・出産・子育てに係る妊産婦等の不安の増加や家族・近隣・社会から適切な支援を受けられずに孤立することによって、産後うつ等に陥る場合があります。妊娠期から子育て期にわたる切れ目ない支援を行うための母子保健体制の強化を図ることが重要です。
- 「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」に基づき、本計画において、うつ病・躁うつ病に対応できる医療機関を明確にする必要があります。

(3) 認知症

全国の患者動向

- 我が国における認知症高齢者の数は、現在利用可能なデータに基づく推計では、2012（平成 24）年で 462 万人と 65 歳以上高齢者の約 7 人に 1 人と推計されています。正常と認知症との中間の状態の軽度認知障害と推計される約 400 万人と合わせると、65 歳以上高齢者の約 4 人に 1 人が認知症の人又はその予備軍とも言われています。また、高齢化の進展に伴い 2025 年には、約 700 万人と約 5 人に 1 人に上昇すると見込まれています。なお、2014（平成 26）年に医療機関を継続的に受療している認知症の総患者数は 67.8 万人であり、うち入院患者数は 7.7 万人です。このうち、精神病床における 1 年以上の長期入院患者数は 3.0 万人です¹。

本県の状況

（現状）

- 65 歳以上の高齢者における認知症の有病率は 15.7%（高齢者の 6 人に 1 人）であり、約 4.9 万人の方が認知症と推計されています⁸。また、2025 年には約 6.7 万人（有病率 20.1%）、

⁸ 平成 26 年度富山県認知症高齢者実態調査

2035年には約8.7万人(有病率27.4%)に増加する可能性がある」と推計されています⁹。

- 2014(平成26)年度における認知症の精神病床での入院患者数は1,314人です⁴。
- 認知症疾患医療センターは2017(平成29)年10月に高岡医療圏に1か所指定し、県内4医療圏すべてに設置しています。
- 徘徊見守りSOSネットワーク体制は12市町村で整備されています。(2017(平成29)年6月現在)
- 認知症初期集中支援チーム¹⁰は11市町で設置されています。(2017(平成29)年12月現在)
- 2016(平成28)年度末までに、全市町村において認知症地域支援推進員¹¹の配置と、認知症ケアパスが作成されています。
- 2016(平成28)年度末のかかりつけ医認知症対応向上研修会終了者は304名で、認知症サポート医養成研修終了者は76名です。
- 医師、病院職員、介護職員のほか、2017(平成29)年度から歯科医師、薬剤師、看護師の認知症対応力向上研修に取り組んでいます。
- 2016(平成28)年7月に富山県若年性認知症相談・支援センターを開設し、2017(平成29)年10月までに実84人、延383回の相談がありました。
- 認知症の人やその家族が、地域の人や専門家と相互に情報を共有し理解し合う「認知症カフェ」は県内全市町村で54か所開設しています。(2017(平成29)年12月現在)
- 認知症に対する正しい知識と理解を持ち、地域や職域で認知症の人やその家族に対してできる範囲で手助けする認知症サポーター数は2017(平成29)年12月現在、106,494人であり、2014(平成26)年3月現在の54,552人の約2倍に増加しています。

(課題)

- 認知症発症予防のため生活習慣病予防と、社会参加の促進が重要です。
- 住民および関係者が認知症の理解を深め、早期診断、早期対応を進めることが必要です。
- 医療圏域毎に設置した認知症疾患医療センターは、関係機関と連携しながら詳細な診断や急性期治療、専門医療相談、研修会の実施など、地域における認知症疾患の保健医療水準向上の役割を果たすことが必要です。
- 徘徊等により行方不明になった場合は、市町村をまたぐことがあることから、広域的な連携体制を整備していくことが必要です。
- 認知症初期集中支援チーム¹⁰は市町村によって活動状況が異なることから普及啓発や活動の活性化が必要です。
- 認知症地域支援推進員¹¹は市町村において平成29年12月現在、77名配置されていますが活動実績にはばらつきがあります。
- 認知症ケアパスを活用した切れ目のないサービスが提供されるよう支援することが必要です。

⁹ 平成26年富山県認知症高齢者実態調査結果を富山大学分析

¹⁰ 複数の専門職が認知症が疑われる人、認知症の人とその家族を訪問し、アセスメントや家族支援などの初期の支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行う

¹¹ 認知症の人が出来る限り住み慣れた良い環境で暮らし続けることができるよう、認知症施策や事業の企画調整等を行う。

- 富山県若年性認知症相談・支援センターの相談は、症状や病院の問い合わせ、介護方法、社会資源、就労、経済面など多岐にわたっています。
- 若年性認知症の人が初期の段階からその状態に応じた適切なサービス（居場所含）が利用できるよう支援する必要があります。
- 「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」に基づき、本計画において、認知症に対応できる医療機関を明確にする必要があります。

（４）児童・思春期精神疾患

全国の患者動向

- 2014（平成 26）年に医療機関を継続的に受療している 20 歳未満の精神疾患を有する総患者数は 27.0 万人であり、1999（平成 11）年の 11.7 万人から増加傾向にあります²。

本県の状況

（現状）

- 2014（平成 26）年度の、20 歳未満の精神疾患の精神病床での入院患者数は 71 人です⁴。

（課題）

- 「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」に基づき、本計画において、児童・思春期精神疾患に対応できる医療機関を明確にする必要があります。

（５）発達障害

全国の患者動向

- 2014（平成 26）年に医療機関を継続的に受療している発達障害者支援法（平成 16 年法律第 167 号）に規定する発達障害（F80-F89、F90-F98）の総患者数は 19.5 万人であり、1999（平成 11）年の総患者数の 2.8 万人から増加しています¹。

本県の状況

（現状）

- 発達障害に関する支援ニーズが高まる中、医療機関を含めた関係機関による会議を定期的に開催し、体制の整備等について検討しています。
 - 国立精神・神経医療研究センターにおける発達障害に関する研修を受講する県内医師を支援しています。
 - 発達障害に関する医療的支援を実施可能な医療機関を県ホームページで公表しています。
- （課題）
- 改正発達障害者支援法の施行を踏まえ、関係機関による情報の共有や緊密な連携、体制の整備等についてさらに取り組んでいく必要があります。
 - 発達障害者に身近なかかりつけ医等において、発達障害の早期発見や専門医と連携した支援等を図っていく必要があります。

（６）依存症

①アルコール依存症

全国の患者動向

- 2014（平成 26）年に医療機関を受療しているアルコール依存症者の総患者数は 4.9 万人

であり、1999（平成 11）年の総患者数の 3.7 万人から増加しています。厚生労働科学研究においては、医療機関の受療の有無に関わらず、アルコール依存症者は約 58 万人いると推計されています¹。

本県の状況

（現状）

- 2014（平成 26）年度の、アルコール依存症の精神病床での入院患者数は 180 人です⁴。
- 心の健康センターにおける相談対応、研修会及び家族教室の開催等に取り組んでいます。
- 国において、アルコール健康障害対策基本法（平成 25 年法律第 109 号）が施行され、この法律において、都道府県にはアルコール健康障害対策推進計画の策定の努力義務が規定されました。
- 2016（平成 28）年 5 月には「アルコール健康障害対策推進基本計画」が閣議決定され、本計画の数値目標として、全ての都道府県において、アルコール健康障害に対する地域の相談拠点と、アルコール依存症に対する適切な医療を提供することのできる専門医療機関を、それぞれ 1 箇所以上定めることが目標とされました。本県では、2017（平成 29）年度にアルコール健康障害対策基本法に基づく「富山県アルコール健康障害対策推進計画」を策定し、また、相談拠点の設置及び専門医療機関の選定を目指しています。
- アルコール依存症を含むアルコール関連問題について、節度ある適切な飲酒を呼びかけ、アルコール関連問題に対する県民の理解を促進するため、関係団体と連携した普及啓発に取り組んでいます。
- 厚生センターにおける相談対応やアルコール家族教室等の開催などの対策を実施しています。

（課題）

- 2017（平成 29）年度に策定した「富山県アルコール健康障害対策推進計画」に基づき、地域における相談拠点とアルコール依存症に対する適切な医療を提供することのできる専門医療機関を定め、予防及び相談から治療、回復支援に至る切れ目ない支援体制を整備していく必要があります。
- アルコール依存症は、飲酒をしていれば、誰でもなる可能性のある疾患ですが、誤解や偏見が存在しており、本人や家族にアルコール依存症を否認させ、医療や就労支援の場でも障壁となっています。飲酒に伴うリスクに関する知識の普及を徹底し、将来にわたるアルコール健康障害の発生を予防することが必要です。
- アルコール依存症を含むアルコール健康障害を有している者が受診していることが多いと考えられる一般医療機関と、精神科医療機関との連携を強化する必要があります。
- 「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」に基づき、本計画において、アルコール依存症に対応できる医療機関を明確にする必要があります。

②薬物依存症

全国の患者動向

- 2014（平成 26）年に医療機関を継続的に受療している薬物依存症の総患者数は 0.3 万人であり、1999（平成 11）年の総患者数の 0.1 万人から増加しています²。

本県の状況

(現状)

- 2014（平成 26）年度の薬物依存症の精神病床での入院患者数は 10 人です⁴。
- 心の健康センターにおける相談対応、研修会及び家族教室の開催等に取り組んでいます。

(課題)

- 本人や家族がどこに相談をすればよいか分からず、適切な相談や治療が受けられない場合があります。
- 「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」に基づき、本計画において、薬物依存症に対応できる医療機関を明確にする必要があります。

③ギャンブル等依存症

全国の患者動向

- 2014（平成 26）年に医療機関を継続的に受療しているギャンブル等依存症者の総患者数は 500 人未満です（2017（平成 29）年 10 月現在、国立研究開発法人日本医療研究開発機構の委託研究（平成 28～30 年度）により、ギャンブル等依存症者に関する実態把握が進められています）¹。

本県の状況

(現状)

- 2014（平成 26 年）年度のギャンブル等依存症による精神病床での入院患者数は 9 人以下です（患者数が少ないため、統計上、特定数の表示がされていない）⁴。
- 心の健康センターにおける相談対応、研修会及び家族教室の開催等に取り組んでいます。

(課題)

- 本人や家族がどこに相談をすればよいか分からず、適切な相談や治療が受けられない場合があります。
- 「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」に基づき、本計画において、ギャンブル等依存症に対応できる医療機関を明確にする必要があります。

(7) 外傷後ストレス障害 (PTSD)

全国の患者動向

- 2014（平成 26）年に医療機関を継続的に受療している PTSD の総患者数は 0.3 万人であり、1999（平成 11）年の総患者数の 0.1 万人から増加傾向にあります²。

本県の状況

(現状)

- 2014（平成 26）年度の PTSD による精神病床での入院患者数は 9 人以下です（患者数が少ないため、統計上、特定数の表示がされていない）⁴。

(課題)

- PTSD が日本で注目されるようになったのは、阪神・淡路大震災や地下鉄サリン事件がきっかけですが、実際にはこのような大規模な災害、犯罪だけではなく、交通事故、単独の犯罪被害、DV（家庭内暴力）、虐待などによっても生じます¹²。

¹² 厚生労働省「知ることからはじめよう みんなのメンタルヘルス総合サイト」

- 犯罪被害者等は、身体への被害を受けた場合も精神的被害がみられるほか、身体的被害がない場合でも、精神的被害を受けている方もいる状況にあります。精神的ショックから重度のPTSDを発症する場合があります、心身に受けた影響から早期に回復できるよう、関係機関との連携を密にし、被害直後から充実した保健医療、福祉サービスの提供を図る必要があります。
- PTSDを発症した人の半数以上がうつ病、不安障害などを合併しています。また、人によってはアルコールの問題や摂食障害を合併することもあります¹²。PTSDに注目し、治療を受けることで、こうした多くの精神疾患を治療、あるいは予防していく必要があります。
- 「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」に基づき、本計画において、PTSDに対応できる医療機関を明確にする必要があります。

(8) 高次脳機能障害

全国の患者動向

- 2001（平成13）～2005（平成17）年度に行われた高次脳機能障害支援モデル事業において行われた調査によると、医療機関の受療の有無にかかわらず、高次脳機能障害は、全国に27万人いると推計されています¹。

本県の状況

(現状)

- 2007（平成19）年1月に支援拠点として、富山県高次脳機能障害支援センターを開設し、専門的な相談や支援計画に基づく生活・就労訓練等のコーディネーターや関係機関、自治体職員に対する研修、県民への啓発普及を行っています。相談件数は、2007（平成19）年度が延べ252件でしたが、2016（平成28）年度には1,015件と大幅に増加しています。

(課題)

- 県民の理解を深め、早期診断、早期支援につなげることが必要です。
- 各種検査、診断に加え、就学（復学）、就労（復職）支援のほか、当事者のみならず家族への支援を充実する必要があります。

(9) 摂食障害

全国の患者動向

- 2014（平成26）年に医療機関を継続的に受療している摂食障害の総患者数は1.0万人であり、1999（平成11）年の総患者数の1.1万人から横ばいとなっています。厚生労働科学研究において、医療機関の受療の有無にかかわらず、摂食障害患者は、女子中学生の100人に1～2人、男子中学生の1,000人に2～5人いると推計されています¹。

本県の状況

(現状)

- 2014（平成26）年度の、摂食障害の精神病床での入院患者数は73人です⁴。

(課題)

- 適切な治療と支援によって回復が可能な疾患である一方、専門とする医療機関は多くありません。また、摂食障害の特性として、極度の脱水症状等の身体合併症があり、生命の

危険を伴う場合もあることから、摂食障害の患者に対して身体合併症の治療や、栄養管理等を行う必要があります¹³。

- 「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」に基づき、本計画において、摂食障害に対応できる医療機関を明確にする必要があります。

(10) てんかん

全国の患者動向

- 2014（平成 26）年に医療機関を継続的に受療しているてんかんの総患者数は 25.2 万人であり、1999（平成 11）年の総患者数の 23.5 万人から増加しています。厚生労働省科学研究においては、医療機関の受療の有無にかかわらず、てんかん患者は 1,000 人あたり 7.71 人いると推計されています¹。

本県の状況

（現状）

- 2014（平成 26）年のてんかんの総患者数は 0.2 万人であり、1999（平成 11）年の総患者数の 0.3 万人とほぼ横ばいです²。
- 2014（平成 26）年度の、てんかんの精神病床での入院患者数は 946 人です⁴。

（課題）

- てんかん患者は、適切な診療、手術や服薬等の治療によって症状を抑えることができる、又は治癒する場合もあり、社会で活動しながら生活することができる場合も多いことから、てんかん患者が適切な服薬等を行うことができるよう、てんかんに関する正しい知識や理解の普及啓発を推進する必要があります¹³。
- てんかん患者にとって、どの医療機関を受診すればよいか分からないことが課題となっています。
- 「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」に基づき、本計画において、てんかんに対応できる医療機関を明確にする必要があります。

(11) 精神科救急

全国の状況

- 国の「精神科救急医療体制整備事業」報告に基づく 2015（平成 27）年度の夜間・休日の受診件数は約 4.5 万人、入院件数は約 2 万件となっており、2010（平成 22）年度の約 3.6 万件、約 1.5 万件と比較して増加傾向にあります。
- 消防庁の調査では、2015（平成 27）年中の疾病分類別平均所要時間（入電から医師引継ぎまでの時間）において、全体の平均が 39.4 分であったのに対して、事故種別が「急病」で、更に精神疾患を主な理由として搬送された疾病者の平均は 43.1 分と、長い時間がかかりました¹。

本県の状況

（現状）

¹³ 「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」（平成 26 年厚生労働省告示第 65 号）

- 精神保健福祉法において、都道府県は精神障害の救急医療が適切かつ効率的に提供されるよう、精神科救急医療体制の整備を図るよう努める必要があるとされており、本県では精神障害者及びその家族等からの緊急的な精神医療相談に適切に対応するため、精神科救急情報センターを設置するとともに、県内の各精神科病院の協力のもと、輪番制により入院及び受診に対応しています。
- 「精神科救急医療体制整備事業」における本県の 2016（平成 28）年度の相談件数は 3,588 件であり、うち受診・入院件数は 160 件でした。

（課題）

- 精神障害者の場合、地域生活へと移行した後においても、突発的に医療が必要となる事態が想定されることから、精神障害者が地域において生活を営む上で、精神科救急が適切に提供されることが重要です¹⁴。
- 本県の精神科救急医療体制については、2015（平成 27）年 10 月の見直しにより、従前の東西 2 圏域での体制を全県 1 圏域として運営しており、当番病院が遠隔地となることもあります。精神科救急参画医療機関等で構成する検討会議で、精神科救急に関する諸課題について継続的に検討を行っていますが、制度の維持と更なる円滑な運営を図っていくことが重要です。
- 「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」に基づき、本計画において、精神科救急に対応できる医療機関を明確にする必要があります。

（12）身体合併症

全国の状況

- 精神病床を有する総合病院における入院患者を対象とした厚生労働科学研究では、身体疾患と精神疾患ともに入院による治療を必要とする患者の発生する割合は人口万対年間 2.5 件と推計されています。救命救急センターの入院患者を対象とした厚生労働科学研究では、12%の入院患者は何らかの精神科医療を必要とし、2.2%の入院患者は身体疾患と精神疾患ともに入院による治療を必要とする報告があります。2015（平成 27）年度の消防庁の調査では、2014（平成 26）年中の救急出動件数において、入電から帰署までに 2 時間以上を要した事案のうち、「精神疾患を背景に有する患者」が 12,015 件であり、「在宅独居・施設入所の高齢者」の 13,007 件に次いで、搬送時間を延伸する要因となっています¹。

本県の状況

（現状）

- 2014（平成 26）年度の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は 374 人です⁴。

（課題）

- 「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」に基づき、本計画において、精神障害者の身体合併症に対応できる医療機関を明確にする必要があります。

（13）自殺対策

¹⁴ 精神保健福祉法詳解（中央法規）

全国の状況

- 警察庁の自殺統計原票を集計した結果によれば、我が国の自殺者数は、1998（平成 10）年以降、14 年連続して 3 万人を超える状態が続いていましたが、2012（平成 24）年に 15 年ぶりに 3 万人を下回り、2016（平成 28）年には 21,897 人と、5 年連続で 3 万人を下回っています。しかし、日本の自殺死亡率は、主要国の中で高い水準にあり、依然として厳しい状況にあり、特に、年代別の死因順位をみると、15～34 歳の各年代の死因の第 1 位は自殺となっています¹。
- 国において、自殺対策基本法の一部を改正する法律（以下、「改正自殺対策基本法」という。）が 2016（平成 28）年 4 月に施行され、都道府県及び市町村は、地域の実情に応じた自殺対策計画を定めることが規定されました。
- 2017（平成 29）年 7 月に国の「自殺総合対策大綱」が改定され、子ども・若者の自殺対策や、勤務問題による自殺対策の推進等が重点施策に新たに盛り込まれています。

本県の状況

（現状）

- 本県の自殺者数は 1998（平成 10）年に急増し、2003（平成 15）年のピーク時には 356 人となりましたが、近年は減少傾向にあります。直近の 2016（平成 28）年では 186 人であり、1989（平成元）年以降では最も少ない数となっています。一方、本県の自殺死亡率（人口 10 万人あたりの自殺死亡者数）は全国平均より高い状態が続いており、2016（平成 28）年は 17.7 であり、全国平均 16.8 よりも高くなっています¹⁵。自殺の原因・動機では「健康問題」が 53%と最も高い割合となっています⁶。
- 県内において自ら命を断たれる方をできる限り少なくすることを目指し、2009（平成 21）年 6 月に「富山県自殺対策アクションプラン」を制定し、普及啓発、相談支援体制の充実・強化、高リスク者対策などに取り組んでいます。なお、アクションプランでは、2016（平成 28）年までに、2005（平成 17）年の自殺死亡率である 30.7 よりも 20%以上の減少（24.5 以下）を目指すとの目標値を設定し、この目標を達成しました。
- 改正自殺対策基本法に基づく富山県自殺対策計画の策定を進めています。また、市町村の自殺対策計画の策定等を支援します。

（課題）

- 本県の自殺者数は減少傾向にありますが、自殺死亡率は全国平均より高い状態が続いており、更なる自殺対策の推進が求められます。
- 新たな県自殺対策計画に基づき、自殺対策を更に推進していく必要があります。また、市町村の自殺対策計画の策定等を支援していく必要があります。
- 2017（平成 29）年 7 月、国において「自殺総合対策大綱」が改定されました。地域レベルの実践的な取組への支援の強化、子ども・若者の自殺対策の推進、勤務問題による自殺対策の推進など、新たな重点施策が定められており、本県の実情を踏まえた対応が求められます。

（14）災害精神医療

¹⁵ 厚生労働省「人口動態統計」

全国の状況

- 2017（平成 29）年 3 月時点で、全国 29 府県において災害派遣精神医療チーム（D P A T）先遣隊が整備されています¹。

本県の状況

（現状）

- 本県では 1 病院において、D P A T 先遣隊が整備されています。

（課題）

- 平時において D P A T の研修を継続し、災害発生時に迅速な対応ができるよう体制整備をしておく必要があります。
- 「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」に基づき、本計画において、災害精神医療に対応できる医療機関を明確にする必要があります。

(15) 医療観察法における対象者への医療

全国の状況

- 2005（平成 17）年 7 月の心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成 15 年法律第 110 号。以下「医療観察法」という。）の施行から 2015（平成 27）年 12 月までの地方裁判所の当初審判における入院処遇決定は 2,501 件、通院処遇決定は 528 件となっています。2017（平成 29）年 1 月 1 日時点における入院患者数は 729 名であり、その疾病別内訳は統合失調症（F2）が約 82.9%、次いで気分障害（F3）が約 7.4%です¹。

本県の状況

（現状）

- 2017（平成 29）年 11 月 1 日現在、本県における医療観察法の指定入院医療機関である精神科病院は 1 病院、指定通院医療機関である精神科病院は 6 病院となっています。

（課題）

- 医療観察法の指定通院医療機関となる精神科病院は 6 病院ですが、指定通院医療機関の所在地に偏りがあり、通院患者が継続的に通院するうえでは課題があります。

第3 圏域の設定

精神疾患における圏域は、新川医療圏、富山医療圏、高岡医療圏、砺波医療圏の4圏域とします。

- 本計画では、統合失調症、うつ病・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患、依存症などの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て、多様な精神疾患等ごとに、医療機関の役割分担・連携を推進するとともに、患者本位の医療を実現していけるよう、各医療機関の医療機能を明確化します。
- 医療法に基づく医療機能情報をもとにすれば、新川医療圏、富山医療圏、高岡医療圏、砺波医療圏の4圏域については、圏域によって医療機関数に偏りは見られるものの、各圏域で、多様な精神疾患等についてその医療を提供できる体制にあります。
- これまでも様々な会議等の開催による連携体制の構築、関係者の理解促進・協力を図っていますが、これらは厚生センターの所管区域など2次医療圏の範囲内で行うことが多いことから、精神医療圏についても、新川医療圏、富山医療圏、高岡医療圏、砺波医療圏の4圏域とすることが、地域の連携の推進には望ましいと考えられます。
- 精神障害者が地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を進めることが重要です。2018（平成30）年度から開始する障害福祉計画においては、障害福祉圏域ごと及び市町村ごとに保健・医療・福祉関係者による協議の場を設置することが成果目標とされていることから、障害保健福祉圏域と合わせ、精神医療圏も4圏域とすることにより、保健・医療と福祉分野との連携が図りやすくなると考えられます。

第4 医療機能の明確化

- 本計画では、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て、多様な精神疾患等ごとに、医療機関の役割分担・連携を推進するとともに、患者本位の医療を実現していけるよう、各医療機関の医療機能の明確化を行います。
- 「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」を基本としつつ、本県の実情を踏まえ、以下の疾患等について、医療機能の明確化を行います。

<対象とする疾患等>

- (1) 統合失調症
 - (2) うつ病・躁うつ病
 - (3) 認知症
 - (4) 児童・思春期精神疾患
 - (5) 発達障害
 - (6) 依存症（アルコール依存症、薬物依存症、ギャンブル等依存症）
 - (7) 外傷後ストレス障害（PTSD）
 - (8) 高次脳機能障害
 - (9) 摂食障害
 - (10) てんかん
 - (11) 精神科救急
 - (12) 身体合併症
 - (13) 災害精神医療
 - (14) 医療観察法における対象者への医療
- 「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」では上記のほか、自殺対策も挙げられていますが、自殺対策は医療機能の明確化からは除きます。自殺対策については、自殺の背景には精神保健上の問題だけでなく、過労、生活困窮、育児や介護疲れ、いじめや孤立など様々な社会的要因があるとされており、県自殺対策計画で対応します。
 - 医療機能の明確化にあたり、上記の疾患等に対応した医療機関の名称を明らかにします。対象とする医療機関は、精神保健福祉資料（630 調査）の対象機関のうち訪問看護ステーションを除いた、精神科・心療内科を標榜している病院、診療所及び、精神科、心療内科を持たない公立病院、公的病院等とします。

医療機能の明確化の基準

- 医療機能の明確化にあたり、多様な精神疾患等ごとに、各医療機能の内容（目標、医療機関に求められる事項）を設定する必要があります。「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」を基本とし、都道府県連携拠点機能を担う医療機関、地域連携拠点機能を担う医療機関、地域精神科医療提供機能を担う医療機関の3分類について、その基準を設定します。

(1) 都道府県連携拠点機能

目 標

- ・患者本位の精神科医療を提供すること。

- ・ ICFの基本的考え方¹⁶を踏まえながら多職種協働による支援を提供すること。
- ・ 地域の保健医療福祉介護の関係機関との連携・協力を行うこと。
- ・ 医療連携の都道府県拠点の役割を果たすこと。
- ・ 情報収集発信の都道府県拠点の役割を果たすこと。
- ・ 人材育成の都道府県拠点の役割を果たすこと。
- ・ 地域連携拠点機能を支援する役割を果たすこと。

医療機関に求められる事項

- ・ 患者の状況に応じて、適切な精神科医療（外来医療、訪問診療を含む。）を提供するとともに、精神症状悪化時等の緊急時の対応体制や連絡体制を確保すること。
- ・ 精神科医、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者等の多職種によるチームによる支援体制を作るよう努めること。
- ・ 医療機関（救急医療、周産期医療を含む。）、障害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、生活の場で、必要な支援を提供するよう努めること。
- ・ 県全域や地域の連携を深めるための会議等への参加や運営支援に努めること。
- ・ 積極的な情報発信に努めること。
- ・ 特定の疾患について、県全域の医療機関の状況を概ね把握しており、患者の状況に応じて適切な医療機関へつなぐことができること。
- ・ 多職種や専門職に対する研修の企画・実施、研修への参加や運営支援に努めること。

（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。
- ・ ICFの基本的考え方¹⁶を踏まえながら多職種協働による支援を提供すること。
- ・ 地域の保健医療福祉介護の関係機関との連携・協力を行うこと。
- ・ 医療連携の地域拠点の役割を果たすこと。
- ・ 情報収集発信の地域拠点の役割を果たすこと。
- ・ 人材育成の地域拠点の役割を果たすこと。
- ・ 地域精神科医療提供機能を支援する役割を果たすこと。

医療機関に求められる事項

- ・ 患者の状況に応じて、適切な精神科医療（外来医療、訪問診療を含む。）を提供するとともに、精神症状悪化時等の緊急時の対応体制や連絡体制を確保すること。
- ・ 精神科医、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者等の多職種によるチームによる支援体制を作るよう努めること。

¹⁶ ICF（国際生活機能分類 WHO2001年：International Classification of Functioning, Disability and Health）では、人が生きていくための機能全体を「生活機能」としてとらえる。「生活機能」は、①体の働きや精神の働きである「心身機能」、②ADL・家事・職業能力や屋外歩行といった生活行為全般である「活動」、③家庭や社会生活で役割を果たすことである「参加」の3つの要素から構成される。それぞれの要素を評価し、それぞれの要素にバランスよく働きかけることが重要である。「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（平成29年3月31日付け厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）より。

- ・医療機関（救急医療、周産期医療を含む。）、障害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、生活の場で必要な支援を提供すること。
- ・地域の連携を深めるための会議等への参加や運営支援に努めること。
- ・積極的な情報発信に努めること。
- ・特定の疾患について、地域の医療機関の状況を概ね把握しており、患者の状況に応じて適切な医療機関へつなぐことができること。
- ・多職種による研修の企画・実施、研修への参加や運営支援に努めること。

（３）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。

医療機関に求められる事項

- ・患者の状況に応じて、適切な精神科医療（外来医療、訪問診療を含む。）を提供するとともに、精神症状悪化時等の緊急時の対応体制や連絡体制を確保すること。
- ・医療機関（救急医療、周産期医療を含む。）、障害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するよう努めること。

本県における医療機能の明確化への対応

- 上記を踏まえた、多様な精神疾患等についての医療機能の明確化は別冊のとおりです。
- なお、疾患等によっては、地域精神科医療提供機能を担う医療機関、地域連携拠点機能を担う医療機関、都道府県連携拠点機能を担う医療機関を設定しないものもあります。

第5 精神疾患の医療提供体制の主な施策

(1) こころの健康づくりの推進

- 県民一人ひとりがこころの健康の大切さを認識し、こころの健康づくりに取り組むとともに、心の不調に気付いたときに早期に相談や受診できるよう、こころの健康に関する正しい知識の普及啓発を行います。
- 心の健康センターや厚生センターにおける相談体制等の充実によるこころの健康づくりを推進します。
- 精神障害者の生活実態やニーズを踏まえた、こころの健康づくりに資する施策を推進します。
- ひきこもり地域支援センター等において、本人や家族への相談支援を行うとともに、医療、保健、福祉、教育、就労等の関係機関とのネットワークの構築を推進し、連携してひきこもり支援に取り組みます。

(2) 精神障害者の地域移行の推進

- 病院の専門職が、退院支援委員会等を通じた地域支援関係者との連携強化や患者及び家族への情報提供の充実等を通して、精神科病院に長期入院している精神障害者の地域生活への移行や、新規入院患者の早期退院を推進できるよう支援します。
- 入院患者が高齢化していることから、保健、医療、福祉と高齢介護分野との連携を推進しながら、地域生活へ移行できるよう支援します。
- 精神障害者が地域生活に移行できるよう、保健・医療・福祉の専門職のほか、メンタルヘルスサポーター、ピア・フレンズ等地域生活を支援する人材の養成を行うとともに、地域における受入れ基盤の拡充を促進します。
- 精神障害者の地域移行のための普及啓発を図るとともに、精神障害者家族の交流や相談のための事業を推進します。
- 多職種（医師、看護師、保健師、相談支援専門員、ピアなど）チームによる訪問支援により必要な精神医療・福祉サービスにつなげ、精神障害者本人や家族が安心して地域生活が継続できるような支援体制を整備するよう努めます。
- 症状が悪化した場合や緊急対応が必要な場合に、安心して相談や医療が受けられるよう、引き続き精神科救急医療体制の円滑な運用に努めます。
- 本計画において医療機能の明確化を図ることで、医療機関相互の連携を促進し、患者に適切な医療を提供することができるよう努めます。

(3) 多様な疾患等への対応

うつ病・躁うつ病

- うつ病等の精神疾患の早期発見・早期治療を図るため、厚生センターにおいて、一般医と精神科医との連携（GP連携）会議等を開催し、協議・交流を促進するとともに、医療資源等の状況も踏まえ、各地区の実情に合った紹介システムの充実を図ります。
- 一般医に対するうつ病診察の知識・技術や精神科医との連携に関する研修を実施するなど、一般医等のうつ病等の精神疾患の診断技術等の向上を図ります。

- うつ病に対する知識の普及啓発や、うつ病の診断、治療ができる医療機関の紹介を行います。
- 厚生センターにおける相談対応やうつ病家族教室の開催等の対策を継続します。
- 周産期保健医療地域連携ネットワーク会議の開催、研修会・事例検討会・連絡会の開催や相談支援の実施等により、産後うつの対策を推進します。

認知症

厚生労働省が策定した認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）に沿った取組みを進めます。

- 認知症への理解を深めるための普及・啓発を推進します。
 - ・ 認知症サポーターの養成研修、街頭啓発活動等の実施等
- 認知症発症予防を推進します。
 - ・ 生活習慣病予防対策の充実（STOP!糖尿病、生活習慣改善健康合宿の実施等）
 - ・ エイジレス社会づくりへの取組みの推進（老人クラブへの支援、地域社会の「担い手」となる高齢者の養成等）等
- 早期診断・早期対応のための体制を整備します。
 - ・ 認知症疾患医療センターにおける速やかな鑑別診断、専門医療相談等の実施を支援
 - ・ 関係職種（医師、歯科医師、薬剤師、看護師、病院勤務従事者など）の認知症対応力向上研修の開催
 - ・ 認知症初期集中支援チームの体制整備への支援や資質向上に向けた研修の実施
- 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりを推進します。
 - ・ 多機関の連携による広域見守り体制の整備
 - ・ 認知症地域支援推進員活動の活性化に向けた、好事例紹介や情報交換等の推進
- 若年性認知症への対応を強化します。
 - ・ 富山県若年性認知症相談・支援センターでの相談対応による本人・家族の支援
 - ・ 市町村・関係機関との連携強化による適切な支援の推進
 - ・ 若年性認知症の人やその家族が交流できる居場所づくりの設置
 - ・ 若年性認知症の人への就労や社会参加につながる仕事の場づくりの推進
 - ・ 職場等における就業上の対応や、治療と仕事の両立への取組みを促進

発達障害

- 改正発達障害者支援法に基づき設置した県発達障害者支援地域協議会における関係機関との協議等を通じて、体制のさらなる整備等を図ります。
- 県医師会と連携して研修を開催するなど、発達障害者に身近なかかりつけ医等の発達障害への対応力の向上を図ります。

依存症（アルコール依存症、薬物依存症、ギャンブル等依存症）

- 依存症について、気軽に相談することができる相談拠点を設置し、関係機関との連携拠点として早期に適切な機関や、必要な支援につなぐことができるよう体制を整備します。
- アルコール依存症については、2017（平成 29）年度に、アルコール健康障害対策基本法に基づく富山県アルコール健康障害対策推進計画の策定を進めており、この計画に基づき、総合的に対策を推進します。
- アルコール依存症を含めたアルコール関連問題について、地域における相談拠点とアル

コール依存症に対する適切な医療を提供することのできる専門医療機関を定め、アルコール関連問題への対策を推進します。また、飲酒に伴うリスクに関する知識の普及啓発を図ります。

- 心の健康センターにおける相談対応、研修会、家族教室の開催、依存症回復プログラムの実施や、依存症対策に取り組む民間団体の活動支援を通して、依存症（アルコール、薬物、ギャンブル）対策を推進します。
- アルコール依存症を含むアルコール健康障害を有している者が受診していることが多いと考えられる一般医療機関と、精神科医療機関や民間団体等との連携を強化します。

高次脳機能障害

- 普及啓発のための研修会、講習会の開催や、相談支援体制の充実・強化を図ります。
- 早期診断、早期支援につなげるとともに、就学（復学）、就労（復職）及び家族支援を包括的に行うため、医療・福祉・教育等、関係機関の連携を強化していきます。

精神科救急

- 本県の精神科救急医療体制については、2015（平成27）年10月の体制見直しにより、それまでの東西2圏域での体制を全県1圏域に見直して運営していますが、救急搬送先が遠方となり、受診までに時間を要する場合がある等の課題に対し、精神科救急参画医療機関等で構成する検討会議で検討を行うなど、精神科救急情報センターの円滑な運営を図ります。
- 24時間365日の相談体制の維持に努めます。

自殺対策

- 2017（平成29）年度に新たに策定する「富山県自殺対策計画（仮称）」に基づき、自殺対策を更に推進します。
- 市町村の自殺対策計画策定に関する支援などに取組み、地域における自殺対策を推進します。また、民間団体の自殺対策の取組みを支援します。
- 働き盛りの若年層や高齢者の自殺対策に重点的に取り組めます。

医療観察法における対象者への医療

- 医療観察法に対する関係者の理解を更に推進するため、関係機関と連携し、研修会の開催等を支援します。
- 関係機関と連携し、指定通院医療機関が増えるよう、働きかけを進めます。

【数値目標】

「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」において数値目標が示されており、この達成を目指します。

目標項目	数値目標	目標時期	富山県	関連する計画
① 精神病床における急性期(3ヶ月未満)入院需要(患者数)	算定式に基づき算出	(現状:2014(平成26)年度末) 2020年度末 2024年度末	(548人) 534人 513人	
② 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)	算定式に基づき算出	(現状:2014(平成26)年度末) 2020年度末 2024年度末	(439人) 451人 442人	
③ 精神病床における慢性期(1年以上)入院需要(患者数)	算定式に基づき算出	(現状:2014(平成26)年度末) 2020年度末 2024年度末	(1,966人) 1,565人 1,082人	障害福祉計画
④ 精神病床における慢性期入院需要(65歳以上患者数)	算定式に基づき算出	(現状:2014(平成26)年度末) 2020年度末 2024年度末	(1,059人) 902人 636人	障害福祉計画
⑤ 精神病床における慢性期入院需要(65歳未満患者数)	算定式に基づき算出	(現状:2014(平成26)年度末) 2020年度末 2024年度末	(906人) 663人 446人	障害福祉計画
⑥ 精神病床における入院需要(患者数)	算定式に基づき算出	(現状:2014(平成26)年度末) 2020年度末 2024年度末	(2,953人) 2,550人 2,037人	
⑦ 地域移行に伴う基盤整備量(利用者数)	算定式に基づき算出	2020年度末 2024年度末	373人 828人	障害福祉計画 介護保険事業(支援)計画
⑧ 地域移行に伴う基盤整備量(65歳以上利用者数)	算定式に基づき算出	2020年度末 2024年度末	199人 434人	障害福祉計画 介護保険事業(支援)計画
⑨ 地域移行に伴う基盤整備量(65歳未満利用者数)	算定式に基づき算出	2020年度末 2024年度末	174人 394人	障害福祉計画 介護保険事業(支援)計画
⑩ 精神病床における入院後3か月時点の退院率	69%以上を基本とする	(現状:2014(平成26)年度末) 2020年度末	(62%) 69%以上	障害福祉計画
⑪ 精神病床における入院後6か月時点の退院率	84%以上を基本とする	(現状:2014(平成26)年度末) 2020年度末	(76%) 84%以上	障害福祉計画
⑫ 精神病床における入院後1年時点の退院率	90%以上を基本とする	(現状:2014(平成26)年度末) 2020年度末	(83%) 90%以上	障害福祉計画

「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」において示された数値目標以外に、以下の目標の達成を目指します。

●こころの健康づくりの推進、精神障害者の地域移行の推進

指標名及び指標の説明	現状	国	2020年 2023年	出典等
ピア・フレンズ派遣登録者数	23名 (2016年度)	—	35名 44名	毎年度3名増を目指す
アウトリーチ事業による支援対象者（累計）	6名 (2015～ 2016年度)	—	14名 20名	毎年度2名増を目指す

●多様な精神疾患等への対応

指標名及び指標の説明	現状	国	2020年 2023年	出典等
【うつ病・躁うつ病】				
G P連携紹介システム構築地区数	5地区 (県全域)	—	5地区 5地区	現行の医療計画の目標値
【認知症】				
認知症サポート医養成研修修了者数（累計）	76人	6千人	120人 150人	厚生労働省資料(2016年度)
かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者数（累計）	304人	5万3千人	430人 520人	厚生労働省資料(2016年度)
認知症疾患医療センター設置数	4か所	419か所	4か所 4か所	厚生労働省資料(2017年10月)
【依存症】				
地域における相談拠点の設置（アルコール、薬物、ギャンブル）	なし (2017年)	—	1か所以上 1か所以上	富山県アルコール健康障害対策推進計画
アルコール依存症に対する適切な医療を提供することができる専門医療機関の指定	なし (2017年)	—	1か所以上 1か所以上	同上
生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の減少	男性：16.1% 女性：2.9% (2016年)	男性：14.6% 女性：9.1% (2016年)	男性：13.0% 女性：減少 (2022年)	同上

未成年者の飲酒をなくす	高校3年生 男性：15.0% 女性：12.6% (2011年)	高校3年生 男性：14.4% 女性：15.3% (2012年)	0% (2022年)	富山県アルコール健康障害 対策推進計画
妊娠中の飲酒をなくす	1.6% (2016年)	1.6% (2015年)	0% (2022年)	同上
【自殺対策】				
自殺死亡率(人口10万人あたりの自殺者数)	17.7人 (2016年)	16.8人 (2016年)	14.4人 (2026年)	厚生労働省「人口動態統計」 ※国の自殺総合対策大綱における目標設定に準じ、「2015年：20.5」と比べて30%以上の減少を目指す。
【災害精神医療】				
県内でのDPAT研修の開催回数(累計)	3回 (2015～ 2016年度)	—	毎年度1回開催 7回(2020年度) 10回(2023年度)	