

新旧対照表

現行計画	案
<p>目次</p> <p>第1章 総論</p> <p>第1節 計画の基本的考え方</p> <p>第2節 医療を取り巻く現状と課題</p> <p>第3節 計画の基本目標</p> <p>第4節 医療圏と基準病床数</p> <p>第2章 基本計画</p> <p>第1節 質の高い医療の提供</p> <p>1 医療連携体制の推進</p> <p>〔1-1〕 医療機能の分担と連携の推進</p> <p>(1) 医療機能の充実</p> <p>(2) 地域医療連携の推進</p> <p>(3) 公的病院の機能充実</p> <p>(4) 歯科医療機関の機能充実</p> <p>(5) 薬局の機能充実</p> <p>〔1-2〕 5疾病5事業及び在宅医療体制の確保</p> <p>(1) がんの医療体制</p> <p>(2) 脳卒中の医療体制</p> <p>(3) 急性心筋梗塞の医療体制</p> <p>(4) 糖尿病の医療体制</p> <p>(5) 精神疾患の医療体制</p> <p>(6) 救急医療の体制</p> <p>(7) 災害時における医療体制</p> <p>(8) へき地の医療体制</p> <p>(9) 周産期医療の体制</p> <p>(10) 小児医療の体制</p> <p>(11) 在宅医療の体制</p> <p>〔1-3〕 医療提供体制の整備充実</p>	<p>目次</p> <p>第1章 総論</p> <p>第1節 計画の基本的考え方</p> <p>第2節 医療を取り巻く現状と課題</p> <p>第3節 計画の基本目標</p> <p>第4節 医療圏と基準病床数</p> <p>第2章 基本計画</p> <p>第1節 質の高い医療の提供</p> <p>1 医療連携体制の推進</p> <p>〔1-1〕 医療機能の分担と連携の推進</p> <p>(1) 医療機能の充実</p> <p>(2) 地域医療連携の推進</p> <p>(3) 公的病院の機能充実</p> <p>(4) 歯科医療機関の機能充実</p> <p>(5) 薬局の機能充実</p> <p>(6) 訪問看護ステーションの機能充実</p> <p>〔1-2〕 5疾病5事業及び在宅医療体制の確保</p> <p>(1) がんの医療体制</p> <p>(2) 脳卒中の医療体制</p> <p>(3) 心血管疾患の医療体制</p> <p>(4) 糖尿病の医療体制</p> <p>(5) 精神疾患の医療体制</p> <p>(6) 救急医療の体制</p> <p>(7) 災害時における医療体制</p> <p>(8) へき地の医療体制</p> <p>(9) 周産期医療の体制</p> <p>(10) 小児医療の体制</p> <p>(11) 在宅医療の体制</p> <p>〔1-3〕 医療提供体制の整備充実</p>

- (1) リハビリテーション
- (2) 臓器移植等
- (3) 生殖補助医療
- (4) 和漢診療
- (5) 終末期医療
- (6) 医薬品・血液の確保
- (7) ~~治療・臨床研究の促進~~
- 2 医療安全と医療サービスの向上
 - (1) 医療安全対策の強化
 - (2) 医療の情報化
 - (3) 医療機関情報の提供
 - (4) 診療情報の提供の促進
 - (5) 患者の選択による医療の実現
 - (6) 患者ニーズに応じた医療サービスの提供の促進
 - (7) 医療経営の効率化
- 3 人材の確保と資質の向上
 - (1) 医師
 - (2) 歯科医師
 - (3) 薬剤師
 - (4) 看護職員
 - (5) その他の保健医療従事者

- 第2節 医療・保健・福祉の総合的な取り組みの推進
- 1 医療・保健・福祉の総合的な提供
 - (1) 要介護等高齢者対策
 - (2) 障害者対策
 - (3) 難病対策
 - (4) 地域リハビリテーションの推進
 - (5) 身近な地域における福祉の推進と連携支援
- 2 健康危機管理の推進
 - (1) 健康危機管理体制
 - (2) 感染症対策

- (1) リハビリテーション
- (2) 臓器移植等
- (3) 生殖補助医療
- (4) 和漢診療
- (5) 人生の最終段階における医療
- (6) 医薬品・血液の確保
- 2 医療安全と医療サービスの向上
 - (1) 医療安全対策の強化
 - (2) 医療の情報化
 - (3) 医療機関情報の提供
 - (4) 診療情報の提供の促進
 - (5) 患者の選択による医療の実現
 - (6) 患者ニーズに応じた医療サービスの提供の促進
 - (7) 医療経営の効率化
- 3 人材の確保と資質の向上
 - (1) 医師
 - (2) 歯科医師
 - (3) 薬剤師
 - (4) 看護職員
 - (5) その他の保健医療従事者
 - (6) 介護サービスの従事者
- 第2節 医療・保健・福祉の総合的な取り組みの推進
- 1 医療・保健・福祉の総合的な提供
 - (1) 要介護等高齢者対策
 - (2) 障害者対策
 - (3) 難病対策
 - (4) アレルギ―疾患対策
 - (5) 地域リハビリテーションの推進
 - (6) 身近な地域における福祉の推進と連携支援
- 2 健康危機管理の推進
 - (1) 健康危機管理体制
 - (2) 感染症対策

<p>(3) 食品・飲料水等の安全確保 3 医療関係機関の充実 (1) 厚生センター、保健所等 (2) 研究機関 (3) 健康・検診施設 (4) その他関係機関等 第3章 地域医療計画 第1節 新川医療圏地域医療計画 第2節 富山医療圏地域医療計画 第3節 高岡医療圏地域医療計画 第4節 砺波医療圏地域医療計画 第4章 計画の推進 第1節 関係機関の役割分担と連携 第2節 計画の普及、実効性の確保</p>	<p>(3) 食品・飲料水等の安全確保 3 医療関係機関の充実 (1) 厚生センター、保健所等 (2) 研究機関 (3) 健康・検診施設 (4) その他関係機関等 第3章 地域医療計画 第1節 新川医療圏地域医療計画 第2節 富山医療圏地域医療計画 第3節 高岡医療圏地域医療計画 第4節 砺波医療圏地域医療計画 第4章 計画の推進 第1節 関係機関の役割分担と連携 第2節 計画の普及、実効性の確保</p>
---	---

現行計画

第1節 計画の基本的考え方

1 計画の趣旨

本県では、1989（平成元）年に「富山県地域医療計画」を本県の医療施策の指針として策定し、以来、1994（平成6）年、1999（平成11）年、2005（平成17）年、2008（平成20）年の改定を経て、着実に県内の医療提供体制の整備に努めてきました。

また、2009（平成21）年に、富山県地域医療再生計画を策定し、本県で喫緊の課題であった救急・周産期医療体制の充実、在宅医療の推進、医師・看護職員の確保のための施策の充実を図るとともに、2011（平成23）年の追加計画では、リハビリテーション医療や災害医療体制の強化にも取り組むこととし、現在も計画に盛り込まれた各般の施策を推進し、各医療機能の充実に努めているところです。

こうした長年におわたる努力の結果、救急医療、周産期医療などの地域医療サービスの充実が図られるとともに、各地域の公的病院の整備等が進み、県民が身近なところで、より質の高い医療を受けられる体制が概ね確保されるようになっていました。

しかしながら、近年、生活習慣病の増加、医療技術の専門・高度化、ITを活用した医療連携の推進、医師・看護職員の不足など保健医療を取り巻く環境が大きく変化するとともに、国においては、急速に進む少子高齢化を踏まえて、将来においても医療・介護をはじめとする各種の社会保障制度が持続可能なものとなることを目指し、社会保障と税の一体改革が進められます。

案

第1節 計画の基本的考え方

1 計画の趣旨

本県では、1989（平成元）年に「富山県地域医療計画」を本県の医療施策の指針として策定し、以来、1994（平成6）年、1999（平成11）年、2005（平成17）年、2008（平成20）年、2013（平成25）年の改定を経て、着実に県内の医療提供体制の整備に努めてきました。

その結果、救急医療、災害医療、周産期医療、小児医療などの地域医療サービスの充実が図られるとともに、各地域の公的病院の整備等が進み、県民が身近なところで、より質の高い医療を受けられる体制が概ね確保されるようになっていました。

しかしながら、急速な少子高齢化に伴う疾病構造の多様化や医療技術の進歩、国民の医療に対する意識の変化など医療を取り巻く環境が大きく変化する中で、誰もが安心して医療を受けることができる環境の整備が求められています。また、国においては、急速に進む少子高齢化を踏まえて、将来においても医療・介護をはじめとする各種の社会保障制度が持続可能なものとなることを目指し、社会保障と税の一体改革が進められ、2014（平成26）年6月には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の関係法律の整備等に関する法律（以下「医療介護総合確保推進法」という。）が成立しました。

これに伴い、医療法が改正され、医療計画の一部として、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2017（平成29）年3月に策定しました。

こうした情勢の変化に適切に対応しつつ、本県の医療施策の進むべき道筋を明確にするため、また、地域医療構想を踏まえて、地域の医療機能の適切な分化・連携を進め、切れ目のない医療が受けられる効率的で質

<p>療施策の新たな中期ビジョンとしてこの計画を策定するものです。</p> <p>2 計画の性質 この計画は、次の性格を有しています。</p> <p>① 富山県総合計画「新・元気とやま創造計画」の基本政策「安心とやま」を医療の面から推進するための計画</p> <p>② 本県における医療施策の基本的な方向を明らかにする総合的な計画</p> <p>③ 医療法に基づき策定する法定計画</p> <p>④ 市町村、医療関係者及び関係団体の施策や活動の指針</p> <p>⑤ 県民の医療への主体的な参加を促すための指針</p> <p>3 計画の期間 2013（平成25）年度から2017（平成29）年度までの5年間とし、医療を取り巻く環境の変化に対応し、必要に応じて見直しを行います。</p>	<p>の高い医療提供体制を地域ごとに構築するため、本県の医療施策の新たな中期ビジョンとしてこの計画を策定するものです。</p> <p>2 計画の性質 この計画は、次の性格を有しています。</p> <p>① 富山県総合計画「新・元気とやま創造計画」の基本政策「安心とやま」を医療の面から推進するための計画</p> <p>② 本県における医療施策の基本的な方向を明らかにする総合的な計画</p> <p>③ 医療法に基づき策定する法定計画</p> <p>④ 市町村、医療関係者及び関係団体の施策や活動の指針</p> <p>⑤ 県民の医療への主体的な参加を促すための指針</p> <p>3 計画の期間 2018（平成30）年度から2023（平成35）年度までの6年間とし、医療を取り巻く環境の変化に対応し、必要に応じて見直しを行います。なお、在宅医療については、3年ごとに調査、分析及び評価を行い、必要に応じて見直しを行います。</p>
--	--

案	
現行計画	第2節 医療を取り巻く現状と課題
<p>第2節 医療を取り巻く現状と課題</p> <p>1 医療を取り巻く現状</p> <p>1 人口の動向</p> <p>(1) 人口の推移</p> <p>○ 2011（平成23）年10月1日現在の本県の人口は1,088,409人であり、1998（平成10）年の1,126,336人をピークに減少傾向が続いています。</p> <p>○ 2007（平成19）年5月に国立社会保障・人口問題研究所が発表した推計によれば、今後とも人口減少が続き、2025（平成37）年には975千人になると予測されています。</p>	<p>第2節 医療を取り巻く現状と課題</p> <p>1 医療を取り巻く現状</p> <p>1 人口の動向</p> <p>(1) 人口の推移</p> <p>○ 2016（平成28）年10月1日現在の本県の人口は1,061,393人であり、1998（平成10）年の1,126,336人をピークに減少傾向が続いています。</p> <p>○ 2013（平成25）年3月に国立社会保障・人口問題研究所が発表した推計によれば、今後とも人口減少が続き、2035（平成47）年には892千人になると予測されています。</p>

(2) 出生率と死亡率

○ 2011（平成23）年の出生率（人口千対）は7.3で、全国の8.3に比べて1.0ポイント低く、低下傾向が続いています。
○ 2011（平成23）年の死亡率（人口千対）は11.4で、全国に比べ高齢化の進行が早いことから、全国の9.9に比べて、1.5ポイント高く、上昇傾向で推移しています。

(3) 高齢化率

○ 2011（平成23）年の本県の人口に占める65歳以上の高齢者の比率は26.3%で、全国の23.3%よりも3.0ポイント高くなっており、全国を上回って高齢化が進んでいます。2025（平成37）年には、高齢化率が33.8%になると予測されています。

(4) 平均寿命

○ 2010（平成22）年の平均寿命は、男性が79.71歳（全国：79.59歳、19位）、女性が86.75歳（全国：86.35歳、10位）と全国より長寿となっています。

(5) 健康寿命

○ 日常生活に制限のない期間の平均である健康寿命は、2010（平成22）年では、男性が70.63年（全国：70.42年）、女性が74.36年（全国：73.62年）と全国より長くなっています。

2 死因の推移

○ 2011（平成23）年の死亡数を死因別に見ると、悪性新生物、心疾患、脳血管疾患のいわゆる3大生活習慣病が全死亡の63.5%を占めており、死亡率（人口10万対）は1,138.7（全国：993.1）と全国より高くなっています。

○ また、悪性新生物による死亡数は、上昇傾向にありましたが、近年は横ばいとなり、全死亡者の27.8%を占めています。

○ 2010（平成22）年の本県の疾病別の死因を男女別に全国平均と比較

(2) 出生率と死亡率

○ 2016（平成28）年の出生率（人口千対）は7.0で、全国の7.8に比べて0.8ポイント低く、低下傾向が続いています。

○ 2016（平成28）年の死亡率（人口千対）は12.3で、全国に比べ高齢化の進行が早いことから、全国の10.5に比べて、1.8ポイント高く、上昇傾向で推移しています。

(3) 高齢化率

○ 2016（平成28）年の本県の人口に占める65歳以上の高齢者の比率は31.1%で、全国の27.3%よりも3.8ポイント高くなっており、全国を上回って高齢化が進んでいます。2035（平成47）年には、高齢化率が35.7%になると予測されています。

(4) 平均寿命

○ 2015（平成27）年の平均寿命は、男性が80.61歳（全国：80.77歳、27位）、女性87.42歳（全国：87.01歳、8位）と全国より長寿となっています。

(5) 健康寿命

○ 2013（平成25）年の健康寿命は、男性が70.95年（全国：71.19年）、女性が74.76年（全国：74.21年）と男性は全国より短く女性は全国より長くなっています。

2 死因の推移

○ 2016（平成28）年の死亡率（人口千対）は12.3で、全国の10.5に比べて、1.8ポイント高くなっています。

○ 悪性新生物、心疾患、脳血管疾患のいわゆる3大生活習慣病による死亡が、全死亡の50.4%を占めています。悪性新生物による死亡は、上昇傾向にありましたが、近年は横ばいとなり、全死亡の27.1%を占めています。

○ 2015（平成27）年の本県の疾病別の死因を男女別に全国平均と比較

(高齢化に伴う死亡率上昇要素を排除した年齢調整後の死亡率)すると、男性は、不慮の事故、脳梗塞等の死亡率が全国平均より高くなっており、女性は、不慮の事故、胃の悪性新生物、自殺等が全国平均より高くなっています。不慮の事故の内訳は男性では、不慮の溺死及び溺水、交通事故、不慮の窒息の順に多く、女性では、不慮の溺死及び溺水、不慮の窒息、交通事故の順に多くなっています。

3 医療施設の状態

- (1) 一般診療所
- 2014 (平成23) 年10月現在、一般診療所数は773施設であり、人口10万人当たりで見ると、71.9施設 (全国：77.9施設) と全国を下回っています。
 - 2005 (平成17) 年と比べて、一般診療所の施設数は9施設減少 (782施設から773施設)、病床数は456床減少しています (1,479床から1,024床)。

(2) 病院

- ① 施設数
- 2014 (平成23) 年10月現在、病院数は110施設であり、2005 (平成17) 年と比べて5施設減少しています (115施設から110施設)。
 - 人口10万人当たりで見ると、10.4施設 (全国：6.7施設) と全国を上回っています。
- ② 病床数
- 2014 (平成23) 年10月現在、病床数は17,493床で、そのうち精神病床は3,399床、療養病床は5,265床、一般病床は8,703床となっています。
 - 病床数は2005 (平成17) 年以降は減少しています。
 - 人口10万人当たりの病床数では、療養病床、一般病床ともに全国を上回っています。

(3) 歯科診療所

- 2014 (平成23) 年10月現在、歯科診療所数は450施設であり、人口10万人当たりで見ると、41.4施設 (全国：53.3施設) と全国を下回っています。

(高齢化に伴う死亡率上昇要素を排除した年齢調整後の死亡率)すると、男性は、不慮の事故、胃の悪性新生物、急性心筋梗塞等の死亡率が全国平均より高くなっており、女性は、不慮の事故、胃の悪性新生物、なっています。

3 医療施設の状態

- (1) 一般診療所
- 2016 (平成28) 年10月現在、一般診療所数は758施設であり、人口10万人当たりで見ると、71.4施設 (全国：80.0施設) と全国を下回っています。
 - 2010 (平成22) 年と比べて、一般診療所の施設数は12施設減少 (770施設から758施設)、病床数は481床減少しています (1,124床から643床)。

(2) 病院

- ① 施設数
- 2016 (平成28) 年10月現在、病院数は106施設であり、2010 (平成17) 年と比べて4施設減少しています (110施設から106施設)。
 - 人口10万人当たりで見ると、10.0施設 (全国：6.7施設) と全国を上回っています。
- ② 病床数
- 2016 (平成28) 年10月現在、病床数は16,732床で、そのうち精神病床は3,203床、療養病床は5,087床、一般病床は8,338床となっています。
 - 病床数は2005 (平成17) 年以降は減少しています。
 - 人口10万人当たりの病床数では、療養病床、一般病床ともに全国を上回っています。

(3) 歯科診療所

- 2016 (平成28) 年10月現在、歯科診療所数は453施設であり、人口10万人当たりで見ると、42.7施設 (全国：54.3施設) と全国を下回っています。

○ 歯科診療所数は、2005（平成17）年と比べて17施設減少しています（467施設から450施設）。

(4) 薬局

○ 2011（平成23）年度末現在、薬局数は389施設であり、人口10万人当たりで見ると、35.8施設（全国：42.9施設）と全国を下回っています。
○ 薬局数は、2005（平成17）年と比べて50施設増加しています（339施設から389施設）。

(5) 介護保険施設

① 介護老人保健施設
○ 介護老人保健施設については、2012（平成24）年11月現在、4,267床整備されています。
② 指定介護療養型医療施設
○ 指定介護療養型医療施設については、2012（平成24）年11月現在、2,229床整備されています。

4 受療状況

(1) 入院・外来別、年齢別受療状況
○ 2011（平成23）年の受療率（人口10万人当たりの患者数）をみると、入院で1,444（全国：1,068）と全国を上回っていますが、外来は5,521（全国：5,784）と全国より低くなっています。
○ 加齢とともに、入院、外来ともに受療率が高くなっています。
○ 全国との比較では、入院は0～4歳及び5～14歳以外の年齢階級において全国を上回っています。一方、外来では0～4歳及び15～24歳以外の年齢階級で全国を下回っています。

(2) 病床利用率・平均在院日数

○ 2011（平成23）年の病床利用率は、精神病床が92.3%（全国：89.1%）、療養病床が96.9%（全国：91.2%）と全国を上回っており、一般病床が73.7%（全国：76.2%）で全国を下回っています。
○ 2011（平成23）年の本県の病床種類別平均在院日数は、一般病床17.7日（全国：17.9日）、療養病床284.4日（全国：175.1日）、精神病床357.0

○ 歯科診療所数は、2010（平成22）年と比べて5施設減少しています（458施設から453施設）。

(4) 薬局

○ 2016（平成28）年度末現在、薬局数は440施設であり、人口10万人当たりで見ると、41.5施設（全国：46.2施設）と全国を下回っています。
○ 薬局数は、2010（平成22）年と比べて64施設増加しています（376施設から440施設）。

(5) 介護保険施設

① 介護老人保健施設
○ 介護老人保健施設は、2016（平成28）年4月1日現在、4,482床整備されています。
② 指定介護療養型医療施設
○ 指定介護療養型医療施設は、2016（平成28）年4月1日現在、1,809床整備されています。

4 受療状況

(1) 入院・外来別、年齢別受療状況
○ 2014（平成26）年の受療率（人口10万人当たりの患者数）をみると、入院で1,368（全国：1,038）と全国を上回っていますが、外来は4,965（全国：5,696）と全国より低くなっています。
○ 加齢とともに、入院、外来ともに受療率が高くなっています。
○ 全国との比較では、入院は0～4歳以外の年齢階級において全国を上回っています。一方、外来では0～4歳及び25～34歳以外の年齢階級で全国を下回っています。

(2) 病床利用率・平均在院日数

○ 2015（平成27）年の病床利用率は、精神病床が92.1%（全国：86.5%）、療養病床が94.6%（全国：88.8%）と全国を上回っており、一般病床が72.6%（全国：75.0%）で全国を下回っています。
○ 2015（平成27）年の本県の病床種類別平均在院日数は、一般病床16.2日（全国：16.5日）、療養病床256.5日（全国：158.2日）、精神病床313.5

<p>日 (全国：298.1日)、結核病床115.8日 (全国：71.0日)、感染症病床4.8日 (全国：10.0日) となっています。</p> <p>○ 本県の介護療養病床を除く全病床の平均在院日数は32.5日 (全国：30.4日) となっています。</p> <p>○ 一般病床の平均在院日数は、2005 (平成17) 年の20.3日 (全国：19.8日) から、2011 (平成23) 年は17.7日 (全国：17.9日) へと短くなっています。</p> <p>(3) 疾病別受療率</p> <p>○ 2011 (平成23) 年の疾病別受療率 (人口10万対) をみると、外来では、「筋骨格系及び結合組織の疾患」、「循環器系の疾患」、「消化器系の疾患」、「呼吸器系の疾患」が多くなっています。</p> <p>○ 入院では、「循環器系の疾患」、「精神及び行動の障害」、「新生物」が多くなっています。</p>	<p>日 (全国：274.7日)、結核病床83.2日 (全国：67.3日)、感染症病床3.9日 (全国：8.2日) となっています。</p> <p>○ 一般病床の平均在院日数は、2010 (平成22) 年の17.8日 (全国：18.2日) から、2015 (平成27) 年は16.2日 (全国：16.5日) へと短くなっています。</p> <p>(3) 疾病別受療率</p> <p>○ 2014 (平成26) 年の疾病別受療率 (人口10万対) をみると、外来では、「筋骨格系及び結合組織の疾患」、「循環器系の疾患」、「消化器系の疾患」が多くなっています。</p> <p>○ 入院では、「循環器系の疾患」、「精神及び行動の障害」、「新生物」が多くなっています。</p>
---	--

案	
現行計画	案
<p>5 県民の医療に対する意識</p> <p>(1) 健康状態</p> <p>○ 現在の健康状態について「健康である」又は「どちらかといえば健康である」と感じている人は合わせて76.7%となっており、2004 (平成16) 年の調査と比較すると、4.0ポイント増冊しています。</p> <p>年代別にみると、20歳代が最も多く、次いで30歳代、40歳代の順となっています。</p> <p>(2) 医療に対する要望</p> <p>○ 病院や診療所の運営や対応に対する要望として最も多かったのは「待ち時間の短縮」で、57.8%と半数以上の人が要望しています。次に多かったのは「病気や治療・検査方法、薬の処方に関する医師、歯科医師等からの詳しい説明を受ける仕組み(インフォームド・コンセント)の推進」で37.5%となっています。</p>	<p>5 県民の医療に対する意識</p> <p>(1) 健康状態</p> <p>○ 現在の健康状態について「健康である」又は「どちらかといえば健康である」と感じている人は合わせて71.6%となっており、2010 (平成22) 年の調査と比較すると、5.1ポイント減少しています。</p> <p>年代別にみると、男性は30歳代、女性は20歳代が最も多くなっています。</p> <p>(2) 医療に対する要望</p> <p>○ 病院や診療所の運営や対応に対する要望として最も多かったのは「待ち時間の短縮」で、52.5%と半数以上の人が要望しています。次に多かったのは「病気や治療・検査方法、薬の処方に関する医師、歯科医師等からの詳しい説明を受けるインフォームド・コンセントの推進」で39.5%となっています。</p>

○ 地域の医療サービスを向上させるために行政に望む取組みとしては、「医師、歯科医師、看護師等の医療従事者の確保・資質の向上」と答えた人の割合が40.0%と最も多く、次いで「寝たきりの高齢者、認知症高齢者に対する医療の充実」32.8%、「救急医療体制の充実・強化」29.4%、「地域の中核となる高度医療を行う病院の整備」26.9%の順となっています。

(3) 医療機関の選択や医療への参加状況

○ 医療機関を選ぶ際のポイントとして「医療機関が自宅や職場から近いこと」と答えた人が63.9%と半数以上を占めています。次に多いのは「医師等の技術が優れていること」46.9%、「医師等の人材がよいこと」40.1%、「かかりつけ医師等であること」35.4%となっています。

○ 患者の立場からの医療への参加状況としては、「診療内容について質問し、納得いくまで説明を受ける」、「受け取った薬の効用や服用方法を確認する」、「自分の症状や薬の副作用を医師等に正確に伝える」、「複数の治療方法が提示されたときに自分で選択する」、「診療内容、検査データ等を確認する」と答えた人が50%を超えています。

○ 今後医療を充実すべき疾患として、「がん疾患」が59.9%と最も多く、次いで「脳血管疾患」が53.1%となっています。

○ 今後医療を充実すべき分野として、「小児医療」が59.2%と他の分野を大きく上回っており、次いで「救急医療」、「在宅医療」、「高齢者医療」の順となっています。

2 国における医療制度改革の取組み

少子高齢化の進展、医療技術の進歩、国民の意識の変化など医療を取り巻く環境の変化に対応し、国民皆保険制度を堅持し、将来にわたって持続可能な医療保険制度を構築するため、2005（平成17）年12月に政府・与党医療改革協議会で「医療制度改革大綱」が取りまとめられました。そこでは、「安心・信頼の医療の確保と予防の重視」、「医療費適正化の総合的な推進」、「超高齢社会を展望した新たな医療保険制度の実現」という基本的考え方が示されました。特に、「医療費適正化の総合的な推進」の中では、医療給付費の伸びについて、その実績を検証する際の目

○ 地域の医療サービスを向上させるために行政に望む取組みとしては、「医療従事者の資質の向上」と答えた人が36.4%と最も多く、次いで「医療従事者の確保」23.7%、「地域の中核となる高度医療を行う病院の整備」23.6%、「救急医療体制の充実・強化」19.6%の順となっています。

(3) 医療機関の選択や医療への参加状況

○ 医療機関を選ぶ際のポイントとして「医療機関が自宅や職場から近いこと」と答えた人が63.4%と半数以上を占めています。次に「医師等の技術が優れていること」44.1%、「病気や治療方法についての詳しい説明」41.0%の順となっています。

○ 患者の立場からの医療への参加状況としては、「受け取った薬の効用や服用方法を確認する」、「診療内容、検査データ等を確認する」、「自分の症状や薬の副作用を医師等に正確に伝える」、「医師等に診療内容について質問し、納得いくまで説明を受ける」と答えた人が60%を超えています。

○ 今後医療を充実すべき疾患として、「がん疾患」が62.1%と最も多く、次いで「認知症」が52.8%となっています。

○ 今後医療を充実すべき分野として、「小児医療」が48.4%と最も多く、次いで「在宅医療」40.4%、その次に同ポイント（38.5%）で「高齢者医療」と「緩和ケア」の順となっています。

2 国における医療制度改革の取組み

安となる指標を策定し、実績を突き合わせることににより、医療費適正化方策の効果を検証し、その検証結果を将来に向けた施策の見直しに反映させることとされました。

医療制度改革大綱の基本的な考え方

1. 安心・信頼の医療の確保と予防の重視

(1) 患者の視点に立った、安全・安心で質の高い医療が受けられる体制の構築

・医療情報の提供による適切な選択の支援

・医療機能の分化・連携の推進による切れ目のない医療の提供（医療計画の見直し等）

・在宅医療の充実による患者の生活の質（QOL）の向上

・医師の偏在によるへき地や小児科等の医師不足問題への対応——等

(2) 生活習慣病対策の推進体制の構築

・「内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）」の概念を導入し、「予防」の重要性に対する理解の促進を図る国民運動を展開

・保険者の役割の明確化、被保険者・被扶養者に対する健診・保健指導を義務付け

・健康増進計画の内容を充実し、運動、食生活、喫煙等に関する目標設定

等

2. 医療費適正化の総合的な推進

(1) 中長期対策として、医療費適正化計画（5年計画）において、政策目標を掲げ、医療費を抑制（生活習慣病の予防徹底、平均在院日数の短縮）

(2) 公的保険給付の内容・範囲の見直し等（短期的対策）

3. 超高齢社会を展望した新たな医療保険制度体系の実現

(1) 新たな高齢者医療制度の創設

(2) 都道府県単位の保険者の再編・統合

(2) 医療提供体制の改革

「医療制度改革大綱」を受け、国民の医療に対する安心、信頼を確保し、質の高い医療サービスを適切に提供される体制を確立するため、2006（平成18）年6月に医療法が改正されました。

【医療法の主な改正点】

- ① 都道府県を通じた医療機関に関する情報の公表制度の利設など情報提供の推進
- ② 医療計画制度の見直し（がんや小児救急等の医療連携体制の構築、数値目標の設定等）
- ③ 地域や診療科による医師不足問題への対応（都道府県医療対策協議会の制度化等）
- ④ 医療安全の確保（医療安全支援センターの制度化等）
- ⑤ 医療従事者の資質の向上（行政処分後の再教育の義務化等）
- ⑥ 医療法人制度改革

(3) 社会保険・税一体改革大綱

社会保障改革については、2012（平成24）年2月17日に閣議決定された「社会保険・税一体改革大綱」に基づき、急性期をはじめとする医療機能の強化、病院・病床機能の役割分担・連携の推進、在宅医療の充実等を内容とする医療サービス提供体制の制度改革に取り組みこととされました。

<今後の見直しの方向性>

- ① 病院・病床機能の分化・強化
 - ・ 急性期病床の位置付けを明確化し、医療資源の集中投入による機能強化を図るなど、病院・病床の機能分化・強化を推進する。
 - ・ 病診連携、医療・介護連携等により必要なサービスを確保しつつ、一般病床における長期入院の適正化を推進する。
- ② 在宅医療の推進

(1) 社会保険・税一体改革大綱

国民皆保険・皆年金の達成から半世紀が過ぎ、少子高齢化が進展し、雇用環境の変化、貧困・格差の問題など、社会が大きく変化している中、「安心の支え合い」である社会保障制度を守り、進化させ、受け継いでいくため、2012（平成24）年2月に「社会保険・税一体改革大綱」が閣議決定されました。

大綱では、医療サービス提供体制の制度改革として、急性期をはじめとする医療機能の強化、病院・病床機能の役割分担・連携の推進、在宅医療の充実等を内容とする医療サービス提供体制の制度改革に取り組みこととされました。

<今後の見直しの方向性>

- ① 病院・病床機能の分化・強化
 - ・ 急性期病床の位置付けを明確化し、医療資源の集中投入による機能強化を図るなど、病院・病床の機能分化・強化を推進する。
 - ・ 病診連携、医療・介護連携等により必要なサービスを確保しつつ、一般病床における長期入院の適正化を推進する。
- ② 在宅医療の推進

<p>・在宅医療の拠点となる医療機関の趣旨及び役割を明確化するとともに、在宅医療について、達成すべき目標、医療連携体制等を医療計画に記載すべきことを明確化するなどにより、在宅医療を充実させる。</p> <p>③ 医師確保対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医師の地域間、診療科間の偏在の是正に向け、都道府県が担う役割を強化し、医師のキャリア形成支援を通じた医師確保の取組みを推進する。 ④ チーム医療の推進 <ul style="list-style-type: none"> ・ 多職種協働による質の高い医療を提供するため、高度な知識・判断が必要な一定の行為を行う看護師の能力を認証する仕組みの導入などをはじめとして、チーム医療を推進する。 	<p>・在宅医療の拠点となる医療機関の趣旨及び役割を明確化するとともに、在宅医療について、達成すべき目標、医療連携体制等を医療計画に記載すべきことを明確化するなどにより、在宅医療を充実させる。</p> <p>③ 医師確保対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医師の地域間、診療科間の偏在の是正に向け、都道府県が担う役割を強化し、医師のキャリア形成支援を通じた医師確保の取組みを推進する。 ④ チーム医療の推進 <ul style="list-style-type: none"> ・ 多職種協働による質の高い医療を提供するため、高度な知識・判断が必要な一定の行為を行う看護師の能力を認証する仕組みの導入などをはじめとして、チーム医療を推進する。
<p>(2) 社会保障制度改革推進法と社会保障制度改革国民会議</p> <p>「社会保障・税一体改革大綱」に定める改革を実現するため、社会保障制度改革推進法など関連する法律が成立しました。</p> <p>その後、社会保障制度改革推進法に基づき設置された社会保障制度改革国民会議において議論が行われ、「報告書～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～」がとりまとめられました(2013(平成25)年8月5日)。</p> <p>この報告書では、総論のほか、少子化、医療、介護、年金の各分野の改革の方向性の提言がなされました。</p> <p>＜社会保障制度改革国民会議報告書を踏まえた医療・介護分野の「方向性」＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ○「病院完結型」から、地域全体で治し、支える「地域完結型」へ ○受け皿となる地域の病床や在宅医療・介護を充実。川上から川下までのネットワーク化 ○地域ごとに、医療、介護、予防に加え、本人の意向と生活実態に合わせて切れ目なく継続的に生活支援サービスや住まいも提供されるネットワーク(地域包括ケアシステム)の構築 ○国民の健康増進、疾病の予防及び早期発見等を積極的に促進する必要がある <p>(3) 社会保障改革プログラム法、医療介護総合確保推進法及び医療法等</p> <p>社会保障制度改革国民会議において取りまとめられた報告書等を踏ま</p>	<p>(2) 社会保障制度改革推進法と社会保障制度改革国民会議</p> <p>「社会保障・税一体改革大綱」に定める改革を実現するため、社会保障制度改革推進法など関連する法律が成立しました。</p> <p>その後、社会保障制度改革推進法に基づき設置された社会保障制度改革国民会議において議論が行われ、「報告書～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～」がとりまとめられました(2013(平成25)年8月5日)。</p> <p>この報告書では、総論のほか、少子化、医療、介護、年金の各分野の改革の方向性の提言がなされました。</p> <p>＜社会保障制度改革国民会議報告書を踏まえた医療・介護分野の「方向性」＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ○「病院完結型」から、地域全体で治し、支える「地域完結型」へ ○受け皿となる地域の病床や在宅医療・介護を充実。川上から川下までのネットワーク化 ○地域ごとに、医療、介護、予防に加え、本人の意向と生活実態に合わせて切れ目なく継続的に生活支援サービスや住まいも提供されるネットワーク(地域包括ケアシステム)の構築 ○国民の健康増進、疾病の予防及び早期発見等を積極的に促進する必要がある <p>(3) 社会保障改革プログラム法、医療介護総合確保推進法及び医療法等</p> <p>社会保障制度改革国民会議において取りまとめられた報告書等を踏ま</p>

え、社会保険制度改革の全体像及び進め方を明らかにするため「維持可能な社会保険制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」（社会保険改革プログラム法）が制定されました（2013（平成25）年12月13日）。

このプログラム法に基づく措置として、質が高く効率的な医療提供体制や地域包括ケアシステムを構築し、高度急性期から在宅医療・介護サービスまでの一連の医療・介護サービスを一体的・総合的に確保するため「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の関係法律の整備等に関する法律」（「医療介護総合確保推進法」）が成立し（2014（平成26）年6月18日）、医療法、介護保険法等の関係法律の改正が行われました。

＜医療法の主な改正点＞

○ 病床の機能分化・連携の推進

①各医療機関が、その有する病床の医療機能（急性期、亜急性期、回復期等）を都道府県知事に報告する仕組みを創設

②都道府県が、医療計画の一部として、地域の医療需要の将来推計や、医療機関から報告された情報等を活用して、二次医療圏等ごとに各医療機能の必要量等を含む地域の医療提供体制の将来の目指すべき姿（地域医療構想）を策定。

○ 在宅医療の推進

・医療計画において、在宅医療についても5疾病5事業と同様、達成すべき目標や医療連携体制に関する事項の記載を義務づけ

○ 医師確保対策（地域医療支援センター（仮称）の設置）

・都道府県に対して、キャリア形成支援と一体となって医師不足病院の医師確保の支援等を行う地域医療支援センター（仮称）の設置の努力義務規定を創設

○ 医療機関における勤務環境の改善

・国における指針の策定など医療機関の勤務環境改善のための自主的なマネジメントシステムを創設するとともに、都道府県ごとに、こうした取組を支援する医療勤務環境改善支援センター（仮称）の設置等を規定

3 本県における医療提供体制の現状と今後の課題

3 本県における医療提供体制の現状と今後の課題

(1) 医療提供体制の現状

2009（平成21）年度からの国の地域医療再生臨時特別交付金に基づく高知県地域医療再生計画において、救急医療体制の強化や周産期医療の充実、在宅医療など、医療提供体制の充実や、医師、看護士の確保が図られています。

さらに、2011（平成23）年度の富山県地域医療再生計画（追加交付分）では、リハビリテーション医療や特別な医療ニーズを有する小児への診療機能の充実を図るため、高志リハビリテーション病院、高志学園、高志通関センターを統合した新たな総合リハビリテーション病院・こども医療福祉センター（仮称）の建設を進めるとともに、東日本大震災の教訓を踏まえた災害医療の充実などに取り組んでいます。

このような取り組みによって、医療体制の整備充実が図られ、県民が身近なところで、質の高い医療を受けられる体制が概ね確保されています。また、介護保険制度の定着や地域包括ケアシステムの整備により、医療、保健、福祉の連携が一層推進されてきています。

(2) 医療提供体制の課題

医療を取り巻く環境変化や国の医療制度改革を踏まえた、本県における医療提供体制の課題は次のとおりです。

① 医療機能の分化・連携及び医療の効率化の推進

高齢化の進展や人口減少、厳しい財政状況などの環境下で、県民の多様な医療ニーズに対応し、安定的に質の高い医療を提供するためには、二次医療圏の実情に応じ医療機能の分化・連携を一層推進し、医療の効率化を推進する必要があります。

② 在宅医療の推進

将来的に超高齢社会を迎え、医療機関や介護保険施設等の受入れにも限界が生じることが予測される中で、多くの県民が自宅など住み慣れた環境での療養を望んでおり、病気になるっても自分らしい生活を支える在宅医療の提供体制を構築する必要があります。

③ 医療の質の向上

数次にわたる医療計画の推進により、医療の質は向上してきていますが、死因の半数以上を占めるがん、脳血管疾患、心疾患をはじめ、多様化し

(1) 医療提供体制の現状

高齢化の進展に伴う患者の増加や県民のニーズに対応するため、がん医療や救急医療、リハビリテーション医療など、医療提供体制の充実や、医療従事者の確保に取り組んできました。

また、近年では、各医療圏での初期急患センターの整備や災害拠点病院の機能強化、県在宅医療支援センターの整備などを進めるとともに、ドクターヘリの導入（平成27年）や、県がん診療連携拠点病院である富山県立中央病院の先端医療棟の整備（2016（平成28）年）、さらに富山県リハビリテーション病院・こども支援センターの開設（2017（平成29）年）など、高度で専門的な医療の充実にも取り組んできました。

このような取り組みによって、医療体制の整備充実が図られ、県民が身近なところで、質の高い医療を受けられる体制が概ね確保されています。また、介護保険制度の定着や地域包括ケアシステムの整備により、医療、保健、福祉の連携が一層推進されてきています。

(2) 医療提供体制の課題

医療を取り巻く環境変化や国の医療制度改革を踏まえた、本県における医療提供体制の課題は次のとおりです。

① 医療機能の分化・連携の推進

高齢化の進展や人口減少、厳しい財政状況などの環境下で、県民の多様な医療ニーズに対応し、安定的に質の高い医療を提供するためには、二次医療圏の実情に応じ医療機能の分化・連携を一層推進する必要があります。

② 在宅医療の充実

超高齢社会を迎え慢性期の医療ニーズの増大に対し、在宅医療はその受け皿として、さらに看取りを含む医療提供体制の基盤の一つと期待されており、また、多くの県民が自宅など住み慣れた環境での療養を望んでいることから、病気になるっても自分らしい生活を支える在宅医療の提供体制を構築する必要があります。

③ 医療の質の向上

数次にわたる医療計画の推進により、医療の質は向上してきていますが、死因の半数以上を占めるがん、脳血管疾患、心疾患をはじめ、多様化し

<p>ている県民の医療ニーズに適切に対応し、さらなる質の向上を図る必要 があります。</p> <p>また、第三者による医療の質の客観的な評価を促進し、その結果を含め た医療情報の積極的な提供により、患者の視点を尊重した医療提供体制 を確保する必要があります。</p> <p>④ <u>安全で安心な医療の提供</u> 医療の高度化・専門化により、医療安全は医療機関が組織的に取り組む べき課題となっており、医療機関の安全確保体制の強化を促進すると もに、県民の関心を深めることも重要となっています。</p> <p>また、医療への相談・苦情への適切な対応により、医療機関と患者との 信頼関係を深めていく必要があります。</p> <p>⑤ <u>患者等への医療に関する情報の提供による患者本位の医療の推進</u> 自ら納得して治療方針や治療方法を選択するなど、患者の判断や意向が 尊重される医療を推進していくため、医療機関に関する情報を患者が容 易に入手できるようにするとともに、他の専門医の意見を求める体制の 整備や診療情報の提供を促進するなど、患者本位の医療提供体制を実現 していく必要があります。</p> <p>⑥ <u>医療従事者の確保育成と資質の向上</u> 臨床研修制度等による医師不足、医療の高度化・専門化に的確に対 応し質の高い医療を効果的に提供していくため、引き続き、医療を担う 医師や看護師など医療従事者の確保育成に努めていく必要があります。</p>	<p>ている県民の医療ニーズに適切に対応し、さらなる質の向上を図る必要 があります。</p> <p>また、第三者による医療の質の客観的な評価を促進し、その結果を含め た医療情報の積極的な提供により、患者の視点を尊重した医療提供体制 を確保する必要があります。</p> <p>④ <u>安全で安心な医療の提供</u> 医療の高度化・専門化により、医療安全は医療機関が組織的に取り組む べき課題となっており、医療機関の安全確保体制の強化を促進すると もに、県民の関心を深めることも重要となっています。</p> <p>また、医療への相談・苦情への適切な対応により、医療機関と患者との 信頼関係を深めていく必要があります。</p> <p>⑤ <u>患者本位の医療の推進</u> 医療サービスの選択に必要な情報が提供されるとともに、診療の際には、 インフォームドコンセントの理念に基づき、患者本人が求める医療サー ビスを提供していくなど、患者本位の医療提供体制を実現していく必要 があります。</p> <p>⑥ <u>医療従事者の確保育成と資質の向上</u> 医療の高度化・専門化に的確に対応し、<u>将来にわたり持続可能な効率的</u> で質の高い医療を提供していくため、引き続き、医療を担う医師や看護 師など医療従事者の確保育成に努めていく必要があります。</p>
<p style="text-align: center;">現行計画</p>	<p style="text-align: center;">案</p> <p>4 地域医療構想</p> <p>(1) 背景</p> <p>○ 人口減少や高齢化が進展する中、2025（平成 37）年には、いわゆる 「団塊の世代」がすべて 75 歳以上となる超高齢社会を迎え、本県におい ては、3 人に 1 人が 65 歳以上、5 人に 1 人が 75 歳以上となると見込ま れます。今後、さらに高齢化が進行すると、医療や介護を必要とする人 がますます増加し、現在の医療・介護サービスの提供体制のままでは十 分に対応できないことが予想されます。</p> <p>○ 2025（平成 37）年を見据え、限られた医療資源を有効に活用し、地</p>

域ごとに必要なサービスを確保し、提供していくための取組みが急務となつていきます。

○ こうした中、2014（平成26）年6月に医療介護総合確保推進法が成立しました。これに伴う医療法の改正により、患者の状態に応じた適切な医療を、地域において効果的かつ効率的に提供する体制の構築に向け、医療機能の分化・連携や在宅医療等の充実、医療従事者の確保・養成を推進するため、各都道府県は医療計画の一部として将来の医療提供体制の目指すべき姿を示す「地域医療構想」を策定することとなりました。

(2) 目的と内容

地域医療構想は、地域の実情や患者のニーズに応じて医療資源の効果的かつ効率的な配置を促し、高度急性期から在宅医療・介護に至るまでの一連のサービスが切れ目なく提供される体制を確保することを目的として、次の事項を定めます。

(1) 構想区域ごとに医療法に基づき厚生労働省令で定める計算式により算定された

① 将来（2025（平成37）年）の病床の機能区分ごとの病床数の必要量

② 将来（2025（平成37）年）の居宅等における医療（在宅医療等）の必要量

(2) 地域医療構想の達成に向けた病床の機能の分化及び連携に関する事項

(3) 位置づけ

医療法第30条の4に基づき、本計画の一部（別冊）として位置づけられます。本県では2017（平成29）年3月に地域医療構想を策定しました。

(4) 構成

「基本的事項」「富山県の現状と将来予想」「地域医療構想策定の検討体制」「構想区域」「医療需要と必要病床数」「目指すべき医療提供体制を実現するための施策の方向性」「圏域別の地域医療構想」「地域医療構想の推進」の全8章で構成されています。

(5) 目標年次

地域医療構想は、「団塊の世代」がすべて後期高齢者となる平成37年（2025年）を目標年次としています。

現行計画	案
<p align="center">第3節 計画の基本目標</p> <p>1 基本目標 この計画の基本目標を、 「患者本位の良質かつ適切な医療提供体制の確保」とします。 これまで、保健・医療機関、行政等の取組みにより、地域における質の高い医療提供体制が概ね整備されてきているところですが、引き続き、患者の視点を重視するとともに、さらなる質の向上を図っていく必要があります。 また、医療、保健、福祉が、疾病予防から治療、リハビリテーションに至るまで、相互に連携を強化しながら提供されるよう取り組んでいく必要があります。</p> <p>2 基本計画 基本目標の実現に向けて、次の2つの柱からなる基本計画により施策を推進します。 (1) 質の高い医療の提供 患者が病状に応じて良質かつ適切な医療を受けることができよう、医療機関相互の機能分担と連携、医療機能の充実を図り、5疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患）や5事業（救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療）、在宅医療等の医療提供体制の整備充実に努めます。 また、医療機関等における医療安全に対する取組みや医療情報の提供を促進し、患者が自ら医療機関や治療方法を選択し、安心して医療に参加できる環境づくりに努めます。 さらに、医療の高度化・専門化に対応できる資質の高い医療従事者の確保を図ります。</p> <p>(2) 医療・保健・福祉の総合的な取組みの推進 関係機関の連携による要介護等高齢者対策、障害者対策、難病対策、地域リハビリテーション等の医療と保健・福祉が一体となった総合的かつ</p>	<p align="center">第3節 計画の基本目標</p> <p>1 基本目標 この計画の基本目標を、 「患者本位の良質かつ適切な医療提供体制の確保」とします。 これまで、保健・医療機関、行政等の取組みにより、地域における質の高い医療提供体制が概ね整備されてきているところですが、引き続き、患者の視点を重視するとともに、さらなる質の向上を図っていく必要があります。 また、医療、保健、福祉が、疾病予防から治療、リハビリテーションに至るまで、相互に連携を強化しながら提供されるよう取り組んでいく必要があります。</p> <p>2 基本計画 基本目標の実現に向けて、次の2つの柱からなる基本計画により施策を推進します。 (1) 質の高い医療の提供 患者が病状に応じて良質かつ適切な医療を受けることができよう、医療機関相互の機能分担と連携、医療機能の充実を図り、5疾病（がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患）や5事業（救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療）、在宅医療等の医療提供体制の整備充実に努めます。 また、医療機関等における医療安全に対する取組みや医療情報の提供を促進し、患者が自ら医療機関や治療方法を選択し、安心して医療に参加できる環境づくりに努めます。 さらに、医療の高度化・専門化に対応できる資質の高い医療従事者の確保を図ります。</p> <p>(2) 医療・保健・福祉の総合的な取組みの推進 関係機関の連携による要介護等高齢者対策、障害者対策、難病対策、地域リハビリテーション等の医療と保健・福祉が一体となった総合的かつ</p>

効果的なサービス提供体制を推進します。
また、健康危機管理体制や感染症対策、食品・飲料水等の安全確保等に
ついて、厚生センター・保健所、医師会、消防機関等の関係機関と連携
し、推進します。

効果的なサービス提供体制を推進します。
また、健康危機管理体制や感染症対策、食品・飲料水等の安全確保等に
ついて、厚生センター・保健所、医師会、消防機関等の関係機関と連携
し、推進します。

現行計画

第4節 医療圏と基準病床数

1 医療圏

(1) 二次医療圏

二次医療圏の設定については、

- ①1989（平成元）年の設定以来、市町村合併に伴う区域の変更を経て、現
行の圏域に基づき各種の保健医療施策の展開や保健医療サービスの提供
体制の確立が図られていること
 - ②高齢者福祉圏域及び障害保健福祉圏域と一致しており、保健・医療と福
祉の連携が図りやすいこと
 - ③人口規模や流入・流出患者割合、医療資源の分布など圏域設定の要素に
大きな変化がないこと
- などから、引き続き現行の医療圏域とします。

医療圏別人口及び高齢化率

二次医療圏	構 成 市 町 村	人 口	高齢化率
新 川	魚津市、黒部市、入善町、朝 日町	126,526人	28.5%
富 山	富山市、滑川市、舟橋村、上市 町、立山町	507,240人	24.7%
高 岡	高岡市、氷見市、射水市	319,538人	27.0%
砺 波	砺波市、小矢部市、南砺市	135,105人	28.3%

案

第4節 医療圏と基準病床数

1 医療圏

(1) 二次医療圏

二次医療圏の設定については、

- ①1989（平成元）年の設定以来、市町村合併に伴う区域の変更を経て、現
行の圏域に基づき各種の保健医療施策の展開や保健医療サービスの提供
体制の確立が図られていること
 - ②高齢者福祉圏域及び障害保健福祉圏域と一致しており、保健・医療と福
祉の連携が図りやすいこと
 - ③人口規模や流入・流出患者割合、医療資源の分布など圏域設定の要素に
大きな変化がないこと
- などから、引き続き現行の医療圏域とします。

医療圏別人口

二次医療圏	構 成 市 町 村	人 口
新 川	魚津市、黒部市、入善町、朝 日町	120,426人
富 山	富山市、滑川市、舟橋村、上市 町、立山町	500,623人
高 岡	高岡市、氷見市、射水市	310,880人
砺 波	砺波市、小矢部市、南砺市	129,464人

県全体 1,088,409 人 26.3%

人口は、2014（平成23）年10月1日現在

2 三次医療圏

三次医療圏は高度で先進的な医療を提供する区域として、原則として都道府県の区域を単位として設定することとされており、引き続き、県全域を三次医療圏とします。

2 基準病床数

○ 基準病床数は、病床の適正配置を図り、適切な入院体制を確保するため、医療圏内における病床整備の目標と規制基準を示すものです。
 ○ 病床の種類ごとの基準病床数は、医療法施行規則に定める方法により、平成24年度富山県患者動向調査等の結果に基づき算定を行いました。
 ○ 療養病床及び一般病床の基準病床数については二次医療圏ごとに定め、精神病床、結核病床、感染症病床の各基準病床数については県全域において定めることとされており、各病床の適正配置を図り、適切な入院体制の確保に努めていきます。

病床の種類別	医療圏	基準病床数
療養病床 及び 一般病床	新川	1,225
	富山	4,843
	高岡	2,733
	砺波	1,434
	合計	10,235
精神病床	県全域	3,080
結核病床	県全域	82

県 1,061,393 人

人口は、2016（平成28）年10月1日現在

2 三次医療圏

三次医療圏は高度で先進的な医療を提供する区域として、原則として都道府県の区域を単位として設定することとされており、引き続き、県全域を三次医療圏とします。

2 基準病床数

○ 基準病床数は、病床の適正配置を図り、適切な入院体制を確保するため、医療圏内における病床整備の目標と規制基準を示すものです。
 ○ 病床の種類ごとの基準病床数は、医療法施行規則に定める方法により、2017（平成29）年度富山県患者動向調査等の結果に基づき算定を行いました。
 ○ 療養病床及び一般病床の基準病床数については二次医療圏ごとに定め、精神病床、結核病床、感染症病床の各基準病床数については県全域において定めることとされており、

病床の種類別	医療圏	基準病床数
療養病床 及び 一般病床	新川	
	富山	
	高岡	
	砺波	
	合計	
精神病床	県全域	
結核病床	県全域	58

感染症病床

県 全 城

20

感染症病床

県 全 城

22

現行計画

第1節 質の高い医療の提供

1 医療連携体制の推進

【1-1】 医療機能の分担と連携の推進

(1) 医療機能の充実

【現状と課題】

○ 通常の病気や外傷の治療、慢性期の療養管理等の一次医療（プライマリケア）は、身近な診療所等の「かかりつけ医」が担っています。専門的な外来診療や入院医療等の二次医療は、高度な検査機器や入院施設を有する病院が二次医療圏ごとに担っています。二次医療圏では対応困難な高度で先進的、専門的な三次医療は、県立中央病院、富山大学附属病院をはじめとする公的病院が担っています。

○ 2012（平成24）年に実施した医療に関する意識調査（県政モニターアンケート）によると、「かかりつけ医」を決めている人は76.9%、「かかりつけ歯科医」を決めている人は89.3%となっています。

○ 各種保健医療サービスを提供するところで提供するかかりつけ医の役割を推進するため、県医師会等との連携により各種研修を実施し、かかりつけ医の資質の向上、定着に努めています。

○ 二次医療圏における質の高い医療提供体制を確保するため、地域の中核的病院の増改築や高度医療機器等の整備を支援しています。

○ 県立中央病院、富山大学附属病院をはじめとする公的病院において、リニアックなど特殊な医療機器を用いるがん治療や骨髄・腎臓移植などの高度で先進的、専門的な医療体制の整備が図られています。

【施策の方向】

○ 厚生センター・保健所の総合相談窓口や市町村の健康教育、相談事業などの保健事業等を活用し、かかりつけ医・かかりつけ歯科医の普及定着や適切な受診行動の普及啓発を推進します。

案

第1節 質の高い医療の提供

1 医療連携体制の推進

【1-1】 医療機能の分担と連携の推進

(1) 医療機能の充実

【現状と課題】

○ 通常の病気や外傷の治療、慢性期の療養管理等の一次医療（プライマリケア）は、身近な診療所等の「かかりつけ医」が担っていますが、専門的な外来診療や入院医療等の二次医療は、高度な検査機器や入院施設を有する病院が二次医療圏ごとに担っています。二次医療圏では対応困難な高度で先進的、専門的な三次医療は、県立中央病院、富山大学附属病院をはじめとする公的病院が担っています。

○ 2017（平成29）年に実施した医療に関する意識調査（県政モニターアンケート）によると、「かかりつけ医」を決めている人は81.4%、「かかりつけ歯科医」を決めている人は87.0%となっています。

○ 各種保健医療サービスを提供するところで提供するかかりつけ医の役割を推進するため、県医師会等との連携により各種研修を実施し、かかりつけ医の資質の向上、定着に努めています。

○ 二次医療圏における質の高い医療提供体制を確保するため、地域の中核的病院の増改築や高度医療機器等の整備を支援しています。

○ 県立中央病院、富山大学附属病院をはじめとする公的病院において、手術支援装置を用いた手術、リニアックなど特殊な医療機器を用いるがん治療や骨髄・腎臓移植などの高度で先進的、専門的な医療体制の整備が図られています。

【施策の方向】

○ 地域医療構想を踏まえ、高度急性期、急性期、回復期、慢性期機能の分化・連携を促進し、患者の状態に応じた適切な医療を、地域において効果的かつ効率的に提供する体制を構築します。

○ 厚生センター・保健所の総合相談窓口や市町村の健康教育、相談事業などの保健事業等を活用し、かかりつけ医・かかりつけ歯科医の普及定着や適切な受診行動の普及啓発を推進します。

○ 地域ニーズに即した質の高い包括的な医療を提供していくため、各医療圏における医療機能の把握を行い、救急医療、へき地医療、周産期医療、小児医療、リハビリテーションなど一般的な医療については二次医療圏内で完結することを基本として医療機能の充実を図ることとし、救命救急医療や高度専門医療など各医療圏単位で整備することが必ずしも現実的、効率的でない医療については、医療圏を越えて体系的な医療機能の整備を図ります。

○ 特殊な診断や治療を必要とする高度・先進的な医療については、各種助成制度を活用しながら整備を促進するとともに、県立中央病院や特定機能病院である富山大学附属病院と県内医療機関との連携の強化に努めます。

○ 地域ニーズに即した質の高い包括的な医療を効率的に提供していくため、各医療圏における医療機能の把握を行い、急性期、回復期、慢性期機能の一般的な医療、また、救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療など地域において欠くことのできない医療は、二次医療圏内で完結することを基本として医療機能の充実を図ります。

○ 救命救急医療や高度専門医療など各医療圏単位で整備することが必ずしも現実的、効率的でない高度急性期医療は、医療資源の集積を考慮し医療圏を越えた広域連携体制を推進します。

○ 特殊な診断や治療を必要とする高度・先進的な医療については、各種助成制度を活用しながら整備を促進するとともに、県立中央病院や特定機能病院である富山大学附属病院と県内医療機関との連携の強化に努めます。

かかりつけ医

「かかりつけ医」とは、なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師と定義されています。

そして、次のような役割が期待されています。

・ 患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。

・ 自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。

・ 地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるような在宅医療を推進する。

・ 患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報提供を行う。

案	現行計画	案
	<p>(2) 地域医療連携の推進 [現状と課題]</p> <p>○ 医療法には、紹介患者に対する医療の提供や医療機器の共同利用、地域の医療従事者の資質の向上のための研修の実施等により、かかりつけ医を支援する病院として「地域医療支援病院」が位置付けられています。現在、県内では、<u>富山医療圏</u>の3病院（富山市民病院、県立中央病院、富山赤十字病院）が地域医療支援病院の承認を受けています。</p> <p>○ 患者の大病院志向、専門医志向の結果、二次や三次の医療機関では日常的に患者が集中する傾向にあり、また、生活習慣病などの慢性期疾患により長期の療養を必要とする患者が増加していることから、かかりつけ医を中心とした地域の医療連携を一層推進する必要があります。</p> <p>○ 富山県医療機関管理者意識調査によれば、病院、診療所の機能分担のために推進すべきこととして「患者の紹介・逆紹介」が多く、ほとんどの医療機関において患者紹介が行われており、公的病院への患者紹介が多くなっています。</p> <p>○ 2012（平成24）年11月現在、県内の14病院において142床の開放病床¹が設置されており、設置病院と地域の医療機関の連携が進められています。また、医療機器が高度化、高額化しており、とやまPET画像診断センターにおけるPET（陽電子放射断層撮影）検査²など、医療機器の共同利用による医療機関の連携が一層必要になっています。</p> <p>○ がんについては県下統一の地域連携クリティカルパス³が導入され</p>	<p>(2) 地域医療連携の推進 [現状と課題]</p> <p>○ 医療法には、紹介患者に対する医療の提供や医療機器の共同利用、地域の医療従事者の資質の向上のための研修の実施等により、かかりつけ医を支援する病院として「地域医療支援病院」が位置付けられています。現在、県内では、<u>5つの病院</u>（富山市民病院、県立中央病院、富山赤十字病院、厚生連高岡病院、富山労災病院）が地域医療支援病院の承認を受けています。</p> <p>○ 患者の大病院志向、専門医志向の結果、二次や三次の医療機関では日常的に患者が集中する傾向にあり、また、生活習慣病などの慢性期疾患により長期の療養を必要とする患者が増加していることから、かかりつけ医を中心とした地域の医療連携を一層推進する必要があります。</p> <p>○ 富山県医療機関管理者意識調査によれば、病院、診療所の機能分担のために推進すべきこととして「患者の紹介・逆紹介」が多く、ほとんどの医療機関において患者紹介が行われており、公的病院への患者紹介が多くなっています。</p> <p>○ 2017（平成29）年6月現在、県内の14病院において127床の開放病床¹が設置されており、設置病院と地域の医療機関の連携が進められています。また、医療機器が高度化、高額化しており、とやまPET画像診断センターにおけるPET（陽電子放射断層撮影）検査²など、医療機器の共同利用による医療機関の連携が一層必要になっています。</p> <p>○ がんについては県下統一の地域連携クリティカルパス⁶が導入され</p>

¹ かかりつけ医（登録医）が患者に対して入院加療が必要だと判断した場合、開放型病院の開放病床に入院させることにより、入院中、かかりつけ医が病院の医師と共同して医療を行うことのできる病床のこと。

² 陽電子を放出する放射性同位元素で標識した薬剤などを極微量投与してPET装置により局所放射能の変化を観察し、脳や心臓の機能評価やがんの病巣の大きさや進行度などを診るのに用いる。

³ 急性期病院や地域の診療所など複数の医療機関が、役割分担を含め診療内容をあらかじめ患者に提示・説明することにより、患者が入院から退院後の

ているほか、脳卒中、大腿骨頸部骨折、急性心筋梗塞、糖尿病などについても各医療圏において地域連携クリティカルパスが導入されています。

【施策の方向】

- 各地域の中核病院を中心に、紹介率の向上、病院の施設・設備の共同利用など地域医療支援機能の整備・充実を図り、地域医療支援病院の整備を目指します。
- 各医療圏の中核的な病院において、開放病床の整備拡充や高度医療機器の共同利用、医療従事者の研修など地域医療を支援する機能を充実を図り、病病連携、病診連携を推進します。
- 医療圏ごとに、多職種による症例検討会や研修会、関係者による連絡会を実施し、発症から入院、在宅復帰まで、切れ目のない医療を提供できる体制づくりに努めます。

ているほか、脳卒中、大腿骨頸部骨折、急性心筋梗塞、糖尿病などについても各医療圏において地域連携クリティカルパスが導入されています。

【施策の方向】

- 各地域の中核病院を中心に、紹介率の向上、病院の施設・設備の共同利用など地域医療支援機能の整備・充実を図り、各医療圏において地域医療支援病院の整備を目指します。
- 各医療圏の中核的な病院において、開放病床の整備拡充や高度医療機器の共同利用、医療従事者の研修など地域医療を支援する機能を充実を図り、病病連携、病診連携を推進します。
- 医療圏ごとに、地域連携クリティカルパスの導入に向けた支援やよる症例検討会などを実施し、発症から入院、在宅復帰まで、切れ目のない医療を提供できる体制づくりに努めます。

地域医療支援病院について

○ 地域医療支援病院の承認要件（平成 29 年 10 月 1 日現在）

- (1) 紹介外来制を原則としていること
次の①、②又は③のいずれかか該当すること
- ① 紹介率が 80%を上回っていること
- ② 紹介率が 65%を超え、かつ、逆紹介率が 40%を超えること
- ③ 紹介率が 50%を超え、かつ、逆紹介率が 70%を超えること
- (2) 共同利用のための体制が整備されていること

住み慣れた地域での療養まで、安心して医療を受けることができるようにする診療計画表。

4 かかりつけ医（登録医）が患者に対して入院加療が必要だと判断した場合、開放型病院の開放病床に入院させることにより、入院中、かかりつけ医が病院の医師と共同して医療を行うことのできる病床のこと。

5 陽電子を放出する放射性同位元素で標識した薬剤などを極微量投与してPET装置により局所放射能の変化を観察し、脳や心臓の機能評価やがんの病巣の大きさや進行度などを診るのに用いる。

6 急性期病院や地域の診療所など複数の医療機関が、役割分担を含め診療内容をあらかじめ患者に提示・説明することにより、患者が入院から退院後の住み慣れた地域での療養まで、安心して医療を受けることができるようにする診療計画表。

- (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向上を図るための研修を行わせる能力を有すること
- (5) 原則として200床以上の病床を有すること
- (6) 一般の病院に必要な施設に加え、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、救急用又は患者輸送用自動車並びに医薬品情報管理室を有すること。

○ 本県における承認状況 平成29年10月1日現在

医療圏	医療機関の名称	所在地	承認年月日
新川	富山労災病院	魚津市	平成29年3月27日
	富山市民病院	富山市	平成20年10月3日
富山	県立中央病院	富山市	平成21年8月6日
	富山赤十字病院	富山市	平成22年8月26日
高岡	厚生連高岡病院	高岡市	平成25年5月23日

現行計画

(3) 公的病院の機能充実

[現状と課題]

○ 県内にいわゆる「公的病院」は24施設（高志学園を除く。）あり、一般病床の8割以上が集中するなどに急性期医療を担うとともに、県の基幹病院や地域の中核病院として、~~一般的な医療のほか~~高度・先進医療、救急医療、へき地医療など地域において欠くことのできない医療を提供しています。

開設主体別公的病院数

	計	医	療	圏
/				

案

(3) 公的病院の機能充実

[現状と課題]

○ 県内にいわゆる「公的病院」は24施設あり、主に高度急性期や急性期医療を担うとともに、県の基幹病院や地域の中核病院として、高度・先進医療、救急医療、災害医療、へき地医療、~~周産期医療~~など地域において欠くことのできない医療を提供しています。

開設主体別公的病院数

	計	医	療	圏
/				

	新川	富山	高岡	砺波
国立大学法人	1	1		
独立行政法人	3	1		1
県	2	2		
市町	10	2	3	3
その他公的団体	8	4	3	1
計	24	3	10	6

2013 (平成 25) 年 2 月現在

○ 公的病院は、その役割に応じたより質の高い医療の提供が期待される一方、機能・役割の見直し、業務のアウトソーシングの推進などによる運営の効率化が求められています。

【施策の方向】

○ 地域において、良質な医療を効率的に提供する体制を確保するため、個々の公的病院の役割分担を明確にし、機能の重点化を進めるとともに、紹介・逆紹介の増加や、転院の促進、在宅医療の推進などにより、民間医療機関との連携の強化に努めます。

○ 公的病院における高度な医療施設・設備や専門スタッフ等の医療資源を最大限に活用し、高度で先進的な医療を提供するとともに、開放病床や高度医療機器の共同利用の推進に努めるなど、民間医療機関に対する地域医療支援機能の充実を図ります。

国立大学法人富山大学附属病院

県内唯一の特定機能病院、教育研究機関として、高度・先進医療の提供や高度医療技術の開発・評価及び医療従事者の育成・供給など大きな役割を担っており、今後はさらに、高度救急医療、災害医療及び小児医療など地域医療に対する一層の支援機能の充実が期待されます。

富山県立中央病院

県民への高度医療の提供と県内の医療水準の向上を図る三次医療を行う

	新川	富山	高岡	砺波
国立大学法人	1	1		
独立行政法人	3	1		1
県	2	2		
市町	10	2	3	3
その他公的団体	8	4	3	1
計	24	3	10	6

2017 (平成 29) 年 10 月現在

○ 公的病院は、その役割に応じたより質の高い医療の提供が期待されるとともに、地域において今後担うべき機能・役割等の方向性を明らかにし、医療機能の分化・連携を進めていく必要があります。

【施策の方向】

○ 地域において、良質な医療を効率的に提供する体制を確保するため、地域医療構想を踏まえ、個々の公的病院の役割分担を明確にし、機能の重点化を進めるとともに、病病連携・病診連携や在宅医療の推進などにより、民間医療機関との連携の強化に努めます。

○ 公的病院における高度な医療施設・設備や専門スタッフ等の医療資源を最大限に活用し、高度で先進的な医療を提供するとともに、高度医療機器の共同利用を推進するなど、民間医療機関に対する地域医療支援機能の充実を図ります。

国立大学法人富山大学附属病院

県内唯一の特定機能病院、教育研究機関として、高度・先進医療の提供や高度医療技術の開発・評価及び医療従事者の育成・供給など大きな役割を担っており、今後はさらに、高度救急医療、災害医療及び小児医療など地域医療に対する一層の支援機能の充実が期待されます。

富山県立中央病院

県民への高度医療の提供と県内の医療水準の向上を図る三次医療を行う

病院として、また、県の基幹病院として、一般的な医療のほか、高度・先進医療、救急医療、災害医療、周産期医療等の政策医療を担っており、今後とも、救命救急センター、県がん診療連携拠点病院、総合周産期母子医療センターなど三次医療機能の充実とともに、難治性の血液がんなど特殊医療への対応や治療の推進など県内の医療機関をリードする役割を果たしていきます。

富山高志リハビリテーション病院

県内唯一の公立の専門病院として、障害者に対する高度な医療を提供するとともに、リハビリテーション技術の開発・普及、地域リハビリテーション事業への支援等により県内のリハビリテーション技術の向上を図るなど、専門性の発揮と地域への普及を通じ、本県におけるリハビリテーションの中核的施設としての役割を果たしていきます。

今後、高志学園及び高志通園センターとともに、新たな総合リハビリテーション病院・こども医療福祉センター（仮称）として再編整備し、本県のリハビリテーション医療の推進拠点として機能の充実強化を図るとともに、県全体のリハビリテーション医療水準の底上げと地域リハビリテーションの一層の推進を図ることとしています。

その他の公的病院

各地域の中核となる病院については、がん、脳卒中、急性心筋梗塞など一般的な医療のほか、救急医療、へき地医療など、二次医療圏において通常有すべき医療機能を一層充実していくことが期待されます。その他の公的病院については、プライマリケアの機能を充実させるとともに、回復期や慢性期を担う施設として地域住民のニーズに応じた医療を提供していくことが期待されます。

病院として、また、県の基幹病院として、高度・先進医療、救急医療、災害医療、周産期医療等の政策医療を担っており、今後とも、救命救急センター、県がん診療連携拠点病院、総合周産期母子医療センターなど三次医療機能を充実するなど県内の医療機関をリードする役割を果たしていきます。

富山県リハビリテーション病院・こども支援センター

県内唯一の公立のリハビリテーション専門病院として、高度専門的なリハビリテーション医療の提供や重度心身障害児への対応とともに、地域リハビリテーション事業への支援等により県内のリハビリテーション機能の強化を図るなど、専門性の発揮と地域への普及を通じ、本県におけるリハビリテーションの中核的施設としての役割を果たしていきます。

その他の公的病院

各地域の中核となる病院は、がん、脳卒中、急性心筋梗塞などの一般的な医療のほか、救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療など、二次医療圏において通常有すべき医療機能を一層充実していくことが期待されます。その他の公的病院は、プライマリケアの機能を充実させるとともに、回復期や慢性期を担う施設として地域住民のニーズに応じた医療を提供していくことが期待されます。

現行計画

(4) 歯科医療機関の機能充実

[現状と課題]

- 2011(平成23)年10月現在、歯科診療所数は450施設であり、人口10万人当たり41.4施設と全国の53.3施設を下回っています。
- 歯科診療所の役割として力を入れるべき部門は、歯周病治療、補綴治療、保存修復治療などの歯科疾患の治療に加え、予防歯科、在宅歯科医療や地域保健活動などが挙げられています。
- 在宅歯科医療を推進するために必要なこととして、「介護サービスとの連携推進」「訪問歯科診療、訪問看護の充実」「医療・保健・福祉の連携強化」「在宅医療に対する地域住民に対する普及啓発」などが挙げられています。
- 在宅歯科医療の充実を図るために、各地域に持ち運び可能な歯科診療機器を配置しています。
- 県歯科医師会では在宅歯科医療連携室を設置し、訪問歯科診療を希望する者への歯科医療機関の紹介・調整などを行っています。また、訪問歯科診療に対応可能な歯科医療機関を県歯科医師会のホームページに公開しています。
- 障害児(者)歯科医療ネットワーク体制により、障害児(者)への適切で質の高い歯科医療を効率的に提供しています。
- 歯科救急医療として、休日等歯科診療は、富山県歯科保健医療総合センターと4医療圏ごとに1か所(当番制)の歯科診療所で実施しています。また、休日等夜間歯科診療は、富山県歯科保健医療総合センターで実施しています。
- 医療技術の進歩により、歯科医療の専門分化や治療方法の多様なニーズに対応する必要があるため、県民の歯科保健医療に対する様々なニーズに対応する必要があります。
- 歯周病と糖尿病など歯科疾患と全身疾患との密接な関連性が指摘されています。また、誤嚥性肺炎等の外科手術後の合併症予防や術後の早期回復のため、医科歯科連携による口腔ケアの充実が必要です。
- 高齢者の増加により基礎疾患を持つ者が増えており、歯科診療所と病院歯科、又は歯科医療機関と医科の医療機関が連携し、体系的に適切

案

(4) 歯科医療機関の機能充実

[現状と課題]

- 2014(平成26)年10月現在、歯科診療所数は453施設であり、人口10万人当たり42.3施設と全国の54.0施設を下回っています。
- 歯科診療所の役割として力を入れるべき部門は、歯周病治療、補綴治療、保存修復治療などの歯科疾患の治療に加え、予防歯科、在宅歯科医療や地域保健活動などが挙げられています。
- 在宅歯科医療を推進するために必要なこととして、「訪問歯科診療、訪問看護の充実」「医療・保健・福祉の連携強化」「介護サービスとの連携推進」などが挙げられています。
- 在宅歯科医療の充実を図るために、各地域に持ち運び可能な歯科診療機器を配置しています。
- 県歯科医師会では在宅歯科医療連携室を設置し、訪問歯科診療を希望する者への歯科医療機関の紹介・調整などを行っています。また、訪問歯科診療に対応可能な歯科医療機関を県歯科医師会のホームページに公開しています。
- 障害児(者)歯科医療ネットワーク体制により、障害児(者)への適切で質の高い歯科医療を効率的に提供しています。
- 歯科救急医療として、休日等歯科診療は、富山県歯科保健医療総合センターと4医療圏ごとに1か所(当番制)の歯科診療所で実施しています。また、休日等夜間歯科診療は、富山県歯科保健医療総合センターで実施しています。
- 医療技術の進歩により、歯科医療の専門分化や治療方法の多様なニーズに対応する必要があるため、県民の歯科保健医療に対する様々なニーズに対応する必要があります。
- 歯周病と糖尿病など歯科疾患と全身疾患との密接な関連性が指摘されています。また、誤嚥性肺炎等の外科手術後の合併症予防や術後の早期回復のため、医科歯科連携による口腔ケアの充実が必要です。
- 高齢者の増加により基礎疾患を持つ者が増えており、歯科診療所と病院歯科、又は歯科医療機関と医科の医療機関が連携し、体系的に適切

な歯科医療を提供する体制を整備することが必要です。

○ 歯・口腔の健康が全身の健康に及ぼす影響が明らかになっていることから、歯科医療機関は保健・医療・福祉・介護関係機関との連携を図り、歯科治療や口腔ケア等を提供する役割が求められています。

【施策の方向】

- 新たな知識や技術に対応するため、県歯科医師会での学術研修や生涯研修などの充実を図り、多様化する県民ニーズに対応していきます。
- 県民及び保健・医療・福祉・介護関係者に対し、歯科医療機関の有する機能の情報提供に努めます。
- 医科歯科連携など、歯科医療機関と保健・医療・福祉・介護関係機関が円滑に連携を図るための体制を整備し、歯科医療機関の有する機能が効果的に提供されるように努めます。
- 特に、在宅医療を行う診療所や訪問看護ステーション、介護保険施設等との連携の強化に努めます。
- 障害児（者）歯科医療ネットワーク体制の整備や富山県歯科保健医療総合センター等での障害福祉施設への訪問による健康教育、歯科保健指導を引き続き推進します。

な歯科医療を提供する体制を整備することが必要です。

- 歯・口腔の健康が全身の健康に及ぼす影響が明らかになっていることから、歯科医療機関は保健・医療・福祉・介護関係機関との連携を図り、歯科治療や口腔ケア等を提供する役割が求められています。

【施策の方向】

- 新たな知識や技術に対応するため、県歯科医師会での学術研修や生涯研修などの充実を図り、多様化する県民ニーズに対応していきます。
- 県民及び保健・医療・福祉・介護関係者に対し、歯科医療機関の有する機能の情報提供に努めます。
- 医科歯科連携など、歯科医療機関と保健・医療・福祉・介護関係機関が円滑に連携を図るための体制を整備し、歯科医療機関の有する機能が効果的に提供されるように努めます。
- 在宅医療を行う診療所や訪問看護ステーション、介護保険施設等との連携の強化に努めます。
- 障害児（者）歯科医療ネットワーク体制の整備や富山県歯科保健医療総合センター等での障害福祉施設への訪問による健康教育、歯科保健指導を引き続き推進します。

現行計画

**(5) 薬局の機能充実
【現状と課題】**

- 薬局は、医療提供施設として、5 疾病及び5 事業並びに在宅医療に係る医療連携体制の中で、調剤を中心とした医薬品や医療・衛生材料等の提供拠点としての役割を担うことが求められています。このため、引き続き医薬分業の推進に取り組みとともに、入院、外来、在宅医療に至るまで、「薬薬連携（かかりつけ薬局と医療機関の薬剤師の連携）」を推進することにより、医療安全の確保や効率的な医療の提供に寄与するなど医療提供施設としての社会的要請に応えることが必要とされています。

- 医師・歯科医師と薬剤師が各々の専門性を発揮して、医薬品の適正

案

**(5) 薬局の機能充実
【現状と課題】**

- 薬局は、医療提供施設として、5 疾病及び5 事業並びに在宅医療に係る医療連携体制の中で、調剤を中心とした医薬品や医療・衛生材料等の提供拠点としての役割を担うことが求められています。このため、引き続き医薬分業の推進に取り組みとともに、入院、外来、在宅医療に至るまで、「薬薬連携（かかりつけ薬局と医療機関の薬剤師の連携）」を推進することにより、医療安全の確保や効率的な医療の提供に寄与するなど医療提供施設としての社会的要請に応えることが必要とされています。

- 医師・歯科医師と薬剤師が各々の専門性を発揮して、医薬品の適正

な使用を進め、より質の高い安全で適切な医療を患者に提供するため、医薬分業が推進されています。

○ 2011（平成 23）年度の本県の外来処方のうち院外処方せん受取率は 48.4%と着実に進展していますが、全国平均の 64.6%と比較すると、依然として低い状況にあります。

○ 複数の医療機関から処方される医薬品の重複や飲み合わせをチェックし、医薬品の安全で適切な使用を進めるためには、患者一人ひとりの薬歴の記録・管理及びこれに基づく服薬指導を行う「かかりつけ薬局」の普及定着を図る必要があります。

○ 県薬剤師会に「医薬分業面推進センター」を設置し、調剤用医薬品の備蓄や薬局への情報提供、調剤研修業務などを行い、薬局の処方せん受入れに対する支援を行っています。

○ 医薬分業の推進に加えて、薬局機能の充実を図るため、地域における救急医療の対応状況にあわせて、休日、夜間の医薬品等供給体制を構築する必要があります。

○ 在宅医療を行う診療所や訪問看護ステーション等と連携し、訪問薬剤管理指導業務を通じて在宅医療に積極的に取り組む必要があります。

○ また、がん患者等の在宅医療を推進するため、疼痛緩和に必要な麻薬の調剤・管理技術の普及とともに、県薬剤師会が運営する薬局の無菌調剤施設で調剤研修を実施し、中心静脈栄養等の注射剤の混合を身近な薬局で調製できる薬剤師の育成に努めています。

○ 県では、患者による薬局の適切な選択を支援するため、各薬局の機能に関する情報を集約し、インターネットにより公表しています。

【施策の方向】

○ 関係機関や関係団体との連携を図りながら、地域の実情に応じた医薬分業や在宅医療を推進します。

○ 薬と健康に関する地域の身近な専門家、アドバイザーとして「かかりつけ薬局」の普及定着を図ります。

○ 県民が医薬分業のメリットを十分に享受できるよう、「かかりつけ薬局」と医療機関の薬剤師が相互に患者の薬歴等の情報提供を行う「薬連携」を推進するとともに、薬局薬剤師による服薬指導や薬歴管理の充実を図るなど、県薬剤師会による「かかりつけ薬局」の機能強化や調剤過誤

な使用を進め、より質の高い安全で適切な医療を患者に提供するため、医薬分業が推進されています。

○ 2016（平成 28）年度の本県の外来処方のうち院外処方せん受取率は 60.3%と着実に進展していますが、全国平均の 71.1%と比較すると、依然として低い状況にあります。

○ 複数の医療機関から処方される医薬品の重複や飲み合わせをチェックし、医薬品の安全で適切な使用を進めるためには、患者一人ひとりの薬歴の記録・管理及びこれに基づく服薬指導を行う「かかりつけ薬局」の普及定着を図る必要があります。

○ 県薬剤師会では「薬局への情報提供、調剤研修業務」などを行い、薬局の処方せん受入れに対する支援を行っています。

○ 医薬分業の推進に加えて、薬局機能の充実を図るため、地域における救急医療の対応状況にあわせて、休日、夜間の医薬品等供給体制を構築する必要があります。

○ 在宅医療を行う診療所や訪問看護ステーション等と連携し、訪問薬剤管理指導業務を通じて在宅医療に積極的に取り組む必要があります。

○ また、がん患者等の在宅医療を推進するため、疼痛緩和に必要な麻薬の調剤・管理技術の普及とともに、県薬剤師会が運営する薬局の無菌調剤施設で調剤研修を実施し、中心静脈栄養等の注射剤の混合を身近な薬局で調製できる薬剤師の育成に努めています。

○ 県では、患者による薬局の適切な選択を支援するため、各薬局の機能に関する情報を集約し、インターネットにより公表しています。

【施策の方向】

○ 関係機関や関係団体との連携を図りながら、地域の実情に応じた医薬分業や在宅医療を推進します。

○ 薬と健康に関する地域の身近な専門家、アドバイザーとして「かかりつけ薬局」の普及定着を図ります。

○ 県民が医薬分業のメリットを十分に享受できるよう、「かかりつけ薬局」と医療機関の薬剤師が相互に患者の薬歴等の情報提供を行う「薬連携」を推進するとともに、薬局薬剤師による服薬指導や薬歴管理の充実を図るなど、県薬剤師会による「かかりつけ薬局」の機能強化や調剤過誤

防止のための取組みなどに対して支援します。

- 医薬分業の目的やメリット、「かかりつけ薬局」の役割について県民の理解が得られるよう、薬の消費者教室などの様々な機会を活用した効果的な啓発活動に取り組みます。
- 県薬剤師会の「医薬分業推進センター」における「医薬品備蓄機能」情報提供機能、薬剤師研修機能などの充実を支援します。
- 県薬剤師会と十分な連携を図り、薬局薬剤師の資質向上に努めるなど、処方せん応需体制の整備充実を図ります。
- 県薬剤師会による休日、夜間の処方せん応需体制の整備に対する取組みを支援します。
- 訪問薬剤管理指導や介護相談など在宅医療・介護に対応できるような薬局機能の充実を図ります。
- 医薬品の重複や飲み合わせのチェック、患者の服薬状況の確認等が十分行えるよう、「お薬手帳」の活用を推進します。
- 患者による薬局の適切な選択を支援するため、薬局の機能に関する情報の提供制度について周知を図ります。

防止のための取組みなどに対して支援します。

- 医薬分業の目的やメリット、「かかりつけ薬局」の役割について県民の理解が得られるよう、薬の消費者教室などの様々な機会を活用した効果的な啓発活動に取り組みます。
- 県薬剤師会の情報提供機能、薬剤師研修機能などの充実を支援します。
- 県薬剤師会と十分な連携を図り、薬局薬剤師の資質向上に努めるなど、処方せん応需体制の整備充実を図ります。
- 県薬剤師会による休日、夜間の処方せん応需体制の整備に対する取組みを支援します。
- 訪問薬剤管理指導や介護相談など在宅医療・介護に対応できるような薬局機能の充実を図ります。
- 医薬品の重複や飲み合わせのチェック、患者の服薬状況の確認等が十分行えるよう、「お薬手帳」の活用を推進します。
- 患者による薬局の適切な選択を支援するため、薬局の機能に関する情報の提供制度について周知を図ります。

現行計画

(新規)

案

(6) 訪問看護ステーションの機能充実

[現状と課題]

- 2016 (平成 28) 年 4 月現在、訪問看護ステーション数は 61 か所であり、人口 10 万人当たり 5.72 施設と、全国の 7.14 施設を下回っています。
- 平成 28 年度の訪問看護利用者 6,457 人のうち、医療保険による利用者は 2,102 人、介護保険による利用者は 4,485 人で、利用者は年々増加しています。
- 平成 28 年度の訪問看護ステーション 61 か所の看護職員常勤換算数は、5 人未満の小規模な事業所が 36 か所で全体の 6 割を占めています。また、7 人以上の事業所は 11 か所で、規模が大きい訪問看護ステーションほど、24 時間対応の体制がとられています。

○ 「訪問看護ネットワークセンター」を富山県看護協会に設置し、訪問看護の普及や相談対応、訪問看護ステーションの運営支援などを行っています。

○ 県民や医療・介護関係者、求職中の看護師等向けに、ウェブサイトで訪問看護ステーションの所在地や業務の特徴、対応可能な処置・ケア等に関する情報を公開しています。

○ 訪問看護ステーションの事業所数は全国的に見て少なく、1事業所あたりの看護職員数も全国平均を下回っていることから、新たなステーションの整備を進めつつ、中核的な役割を担う多機能型ステーションの整備も進める必要があります。さらに、中山間地域等県内どこに住んでいてもサービスが提供できるようにサテライトステーションの設置も必要です。

○ がん末期患者や人工呼吸器やチューブ装着者などの重症度の高い利用者や看取り等の対応が求められており、訪問看護ステーション間の相互支援や職員増員による規模拡大、関係機関との連携強化を図る必要があります。

○ 日常的に医療を必要とする小児ケア児への対応についても、医療・福祉サービスを提供する関係機関との連携を強化する必要があります。

○ 訪問看護に従事する職員を確保・定着するための、多様な働き方や、訪問看護未経験者に必要な知識や技術を取得する教育の機会を提供することが必要です。

○ 訪問看護師の資質および水準の向上により訪問看護の普及を図るため、認定看護師や特定行為が可能な看護師の養成を支援することが求められています。

[施策の方向]

○ 県民及び保健・医療・福祉・介護関係者に対し、訪問看護の所在地や対応可能な処置など、訪問看護ステーションが有する機能の情報提供に努めます。

○ 訪問看護ステーションの新設やサテライトの設置、地域の中核的な役割を担う多機能型ステーションの整備などに支援します。

○ 訪問診療を行う医師や病院看護師、介護支援専門員(ケアマネージャ

- 一)との連携を強化し、訪問看護の利用が促進される取組みを進めます。
- 在宅医療を行う診療所や歯科診療所、薬局、介護サービス事業所等との連携を強化し、訪問看護ステーションが有する機能が効果的に提供されるように努めます。
 - 重症心身障害児等も対応可能な訪問看護ステーションの拡充に向けた取り組みを強化するため、専門的看護技術の習得と医療・保健・障害福祉・保育・教育などと連携した支援体制の整備に努めます。
 - 重度化・多様化する在宅療養者のニーズに対応するため、看護協会等での研修の充実を図るとともに、専門技術・専門資格習得に向けた支援をします。
 - 新たに訪問看護の知識と技術を習得し、訪問看護に従事する人材の養成や、訪問看護未経験者の雇用促進、ICT化の促進など、人材確保と柔軟な働き方にむけた支援をします。

現行計画

案

<p>〔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</p> <p>第1 がん医療の概要</p> <p>1. がんという病気</p> <p>○ 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。</p> <p>○ 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。また、医療機関等の例は、がんの部位別死亡で大きな割合を占める乳がん（肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん、乳がん）と子宮がんについて記載します。</p> <p>2. がん治療の内容</p> <p>がんの予防</p> <p>○ 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。</p> <p>○ 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、個々の取り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。</p> <p>がんの早期発見（検診）</p> <p>○ がんの早期発見のため、肺がんでは胸部X線検査や喀痰検査、胃がんでは胃X線検査、大腸がんでは便潜血検査、乳がんではマンモグラフィ検査及び乳腺診、子宮頸がんでは細胞診等が行われています。</p> <p>○ これらのがん検診においてがんの可能性が疑われた場合、さらに内視鏡検査及びCT検査、MRI検査等の精密検査が実施されます。</p> <p>診断</p> <p>○ がん検診によりがんが疑われた場合、精密検査により確定診断され、</p>	<p>〔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</p> <p>第1 がん医療の概要</p> <p>1. がんという病気</p> <p>○ 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。</p> <p>○ 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。</p> <p>2. がん治療の内容</p> <p>がんの予防</p> <p>○ 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。</p> <p>○ 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、個々の取り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。</p> <p>がんの早期発見</p> <p>○ 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。</p> <p>○ これらのがん検診においてがんの可能性が疑われた場合、さらに内視鏡検査及びCT・MRI検査等の精密検査が実施されます。</p> <p>診断</p> <p>○ がん検診によりがんが疑われた場合、精密検査により確定診断のた</p>
--	--

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、放射線療法及び化学療法等があり、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。
- がん治療については、学会等が様々ながんに対して科学的根拠に基づき診療ガイドラインを作成しています。

緩和ケア

○ がんの治療と緩和ケアの関係として、まず、がんに対する積極的治療を行い、治療が効かないと判断した時点で積極的治療を中止し緩和ケアに移行するといった考えから、がんに対する治療と並行して緩和ケアを行い、状況に合わせて割合を変えていく、「がん」と診断された時からの切れ目のない緩和ケアへの考えが主流となっています。

- 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。

○ がん性疼痛の緩和では、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、疼痛以外の嘔気や食欲不振、呼吸困難感といった身体的諸症状を和らげる治療も行われます。

○ 終末期の患者に対しては、身体や心の痛みを取り除きながら、生活の質（QOL）を確保し、人間の尊厳を保持しながら人生を全うできるように、ターミナルケア（終末期医療）を行う体制を整備していくことが必要です。

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ことから、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、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。さらに、

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。

○ がん治療については、学会等が様々ながんに対して科学的根拠に基づき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ケアも行われます。

○ 終末期の患者に対しては、身体や心の痛みを取り除きながら、生活の質（QOL）を確保し、人間の尊厳を保持しながら人生を全うできるように、ターミナルケア（終末期医療）を行う体制を整備していくことが必要です。

○ 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、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。

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、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。

終末期には、看取りまで含めた医療や介護サービスが行われます。

第2 必要となる医療機能	第2 必要となる医療機能
<p>1. がんを予防する機能【予防】</p> <p>目 標</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 禁煙やがんと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とがん検診の実施、がん検診の精度管理・事業評価の向上を向上させること <p>関係者に求められる事項 (医療機関)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 ○ 禁煙外来を実施していること ○ 敷地内禁煙を実施していること <p>(行政)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 	<p>1. がんを予防する機能【予防】</p> <p>目 標</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 禁煙やがんと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とがん検診の実施、精度管理・事業評価の向上を向上させること <p>関係者に求められる事項 (医療機関)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 ○ 禁煙外来を実施していること ○ 敷地内禁煙を実施していること <p>(行政)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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
<p>1. がんを予防する機能【予防】</p> <p>目 標</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 禁煙やがんと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とがん検診の実施、がん検診の精度管理・事業評価の向上を向上させること <p>関係者に求められる事項 (医療機関)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 ○ 禁煙外来を実施していること ○ 敷地内禁煙を実施していること <p>(行政)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 	<p>1. がんを予防する機能【予防】</p> <p>目 標</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 禁煙やがんと関連するウイルス等の感染予防、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、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、市町村等が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とがん検診を実施するよう助言すること <p>○ 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</p>

- 県は、地域がん登録を実施し、がん登録の精度向上に努めること
- 県は、生活習慣病検診管理指導協議会の一層の活用を図るなどにより、検診の実施方法や精度管理の向上等に向けた取り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
- 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

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り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

○ 地域がん登録を実施し、がん登録の精度向上に努めること

＜緩和ケア＞

- がん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していること
- 血液検査、画像検査(×線検査、CT、超音波検査、内視鏡、MRI、核医学検査)及び病理検査等の診断・治療に必要な検査が実施可能であること
- 病理診断や画像診断等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、放射線療法及び化学療法等や、これらを組み合わせた集学的治療、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

い環境の整備を図ること

＜緩和ケア＞

- がん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していること
- 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に留意すること
- 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)
- ◇ 医療用医薬品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)

立 場にある医師の意向に応じて、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とともに、地域がん登録に積極的に協力すること

＜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

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・診療所の例
(がん共通事項)
- ◇ 医療用医薬品によるがん疼痛治療、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

- ◇ 肝生検、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】

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

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、看取りを含めた終末期ケアを提供すること
 ○ 医療用麻薬の適正使用により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

医療機関等の例
 ○ 緩和ケア病棟・病床を有する病院

<p>○ 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)</p> <p>◇ 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)</p> <p>◇ 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)</p> <p>◇ 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)</p> <p>◇ 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)</p> <p>◇ 乳腺領域の一次診療に対応可能な病院・診療所 (子宮がん)</p> <p>◇ 婦人科領域の一次診療に対応可能な病院・診療所</p> <p>○ 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</p> <p>○ 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</p>	<p>○ 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)</p> <p>◇ 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)</p> <p>◇ 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)</p> <p>◇ 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)</p> <p>◇ 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)</p> <p>◇ 乳腺領域の一次診療に対応可能な病院・診療所 (子宮がん)</p> <p>◇ 婦人科領域の一次診療に対応可能な病院・診療所</p> <p>○ 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</p> <p>○ 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</p>
<p>第3 がん医療の現状</p> <p>1. 死亡数等</p> <p>○ 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。2014 (平成 23) 年では、3,408 人 (全国：357,305 人) が亡くなっており、死亡者数全体の 27.8% (全国：28.5%) を占めています。</p> <p>○ 医療圏別にみると、新川医療圏では 421 人 (死亡数全体の 26.3%)、富山医療圏では 1,488 人 (死亡数全体の 28.2%)、高岡医療圏では 1,089 人 (死亡数全体の 29.0%)、砺波医療圏では 440 人 (死亡数全体の 25.1%) が、がんで亡くなっています。</p> <p>○ 2010 (平成 22) 年のがんの年齢調整死亡率 (75 歳未満) は、人口</p>	<p>第3 がん医療の現状</p> <p>1. 死亡数等</p> <p>○ 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。</p> <p>○ 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。</p> <p>○ 2016 (平成 28) 年のがんの年齢調整死亡率⁷ (75 歳未満) は、人口</p>

⁷ 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。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。

万人当たりで79.7（全国：84.3）と、全国より低くなっています。がんの年齢調整死亡率は年々低下していますが、男性では大腸がん、女性では乳がん、子宮がんが増加傾向にあり、さらなる対策が必要です。

○ 2011（平成23）年のがんの部位別死亡状況は、男性は肺がん、胃がん、大腸がん、膵臓がん、肝がんの順で、女性は大腸がん、胃がん、膵臓がん、肺がん、乳がんの順で多くなっています。

○ 2011（平成23）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15千人（全国：約1,526千人）と推計されています。

○ 生涯のうちにかんに罹る可能性は、男性は2人に1人、女性は3人に1人とされています。

2. 予防

○ 2010（平成22）年の喫煙率は男性で33.4%（全国：32.2%）、女性で10.5%（全国：8.4%）と全国より高くなっています。

○ 2011（平成23）年11月現在、敷地内禁煙を実施している医療機関の割合は、診療所で30.3%（全国：と）なっています。また、禁煙外来を行っている診療所数は107施設、人口10万人当たりでは9.7施設（全国：81.8施設）、病院数は29施設、人口10万人当たりでは2.6施設（全国：1.6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。

○ 2010（平成22）年10月から翌年3月までの6か月間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1,321件、人口10万人当たりでは120.3件（全国：154.0件）と全国より少なくなっており、禁煙を希望する者に対するさらなる支援が必要です。

○ 2010（平成22）年の食塩摂取量は、男性12.2g、女性10.5gと近年横ばい傾向であり、富山県がん対策推進計画の目標である10g（男性9.0g未満、女性7.5g未満）に達していません。また、野菜摂取量は294.9gと目標の350gに達していません。

3. 検診

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

○ 2013（平成25）年のがんの年齢調整罹患率は、人口10万人当たり391.3となっています

○ 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。

○ 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。

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：8.4%）と全国より低くなっています。

○ 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。

○ 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、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）年の食塩摂取量は、男性11.0g、女性9.1gであり、目標である男性9.0g未満、女性7.5g未満に達していません。また、野菜摂取量は275.1gと目標の350gに達していません。

3. 検診

○がん検診は、市町村が実施するもののほか、企業の福利厚生や健康保険組合等における独自の保健事業の中で実施されている場合や、個人で受診する場合などがあります。

○2011(平成23)年度の市町村におけるがん検診の受診率は、胃がんでは18.8%(全国:9.2%)、肺がんでは36.3%(全国:17.0%)、大腸がんでは22.9%(全国:18.0%)、子宮がんでは27.0%(全国:23.9%)、乳がんでは30.5%(全国:18.3%)であり、いずれも全国より高くなっています。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2010(平成22)年国民生活基礎調査による検診受診率においても、胃がんでは38.4%(全国:30.1%)、肺がんでは29.6%(全国:23.0%)、大腸がんでは27.5%(全国:24.8%)、子宮がんでは26.5%(全国:24.3%)、乳がんでは29.0%(全国:24.3%)であり、いずれも全国より高くなっています。

4. 治療

(診断、治療)

○本県では、国指定の8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、富山市民病院、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子病院。)と、県が独自に指定する2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と済生会高岡病院。)にとやまPET画像診断センターを加えた「富山型がん診療体制」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。

○2011(平成23)年9月中の病院での悪性腫瘍手術の実施件数は508件、人口10万人当たりでは46.3件(全国:39.9件)と全国より多くなっています。放射線療法(対外照射)は1613件、人口10万人当たりでは146.9件(全国:188.5件)と全国より少なくなっています。外来化学

○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。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。

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PET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(対外照射)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:

療法は病院で2,357件、人口10万人当たりでは244.7件（全国：155.7件）と全国より多くなっています。

○ 2011（平成23）年10月現在、放射線療法（対外照射）が実施可能な病院数は10施設、人口100万人当りでは9.1施設（全国：6.0施設）と全国より多くなっています。外来化学療法を実施している病院は21施設、人口10万人当たりでは19.1施設（全国：12.7施設）と全国より多くなっています。

○ 2012（平成24）年11月現在、がん分野の認定看護師数は34人、人口10万人当たりでは3.1人（全国：2.8人）と全国より多くなっています。

○ このように、富山型がん診療体制の整備により、治療実施可能施設数、治療実施件数や、がん分野の認定看護師数は概ね全国を上回っています。今後さらに質の高いがん医療の提供が求められています。

（緩和ケア）

○ 緩和ケア病棟は県立中央病院（25床）と富山市民病院（20床）に、緩和ケア病棟は高岡市民病院（8床）と市立砺波総合病院（8床）に設置されています。

○ 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おり、2011（平成23）年10月現在、緩和ケアチームのある医療機関数は13機関、人口10万人当たりでは11.8機関（全国：6.8機関）と全国より多くなっています。

○ 2011（平成23）年9月中の病院の緩和ケアチームによる緩和ケア実施件数は222件、人口10万人当たりでは20.2件（全国：18.4件）と全国より多くなっています。

（相談支援）

○ 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。

○ 一方で、相談内容が多様化しており、栄養・介護・就労など様々な

169.9件）といずれも全国より多くなっています。

○ 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。

○ 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、緩和ケア病棟は県立中央病院（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。

○ 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。

○ 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。

（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、

問題への対応が求められています。

(小児がん)

- 2011 (平成 23) 年度の小児慢性特定疾患治療研究事業における悪性新生物の医療費受給者数は 147 人であり、富山大学附属病院が中心となつて治療が行われています。
- 小児がんについては、治療後も長期にわたり、日常生活や就学・就労に支障を及ぼすこともあることから、患者の教育や自立と患者を支える家族に向けた長期的な支援や配慮が求められています。

5. 療養支援

- 2013 (平成 25) 年 3 月現在、在宅医療を行う開業医のグループは 15 グループ、488 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。
- 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 2010 (平成 22) 年 10 月から翌年 3 月までの 6 か月間で 110 件、人口 10 万人当たりでは 10.0 件 (全国：2.6 件) と全国より多くなっています。
- 2010 (平成 22) 年の緩和ケアなどで使用される医療用麻薬の使用量は、千人当たりでは 47.1 g (全国：41.8 g) と全国より多くなっています。
- 2012 (平成 24) 年 4 月現在、訪問看護ステーションの数は 39 事業所、人口 10 万人当たりでは 3.6 事業所 (全国：4.9 事業所) と全国に比べて少なくなっています*が、2012 (平成 24) 年 11 月には 42 事業所へと増えています。
- 2011 (平成 23) 年のがん患者の在宅死亡割合は 8.5% (全国：9.8%) と全国より低くなっています。
- 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

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。

(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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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

<p>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、訪問看護の普及や機能強化など、さらなる体制整備が必要です。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 富山赤十字病院や済生会高岡病院において、医師や訪問看護師などとの連携による在宅緩和ケアが進められています。 ○ 現在、在宅緩和ケア地域連携タリテリカルパスの導入に向けた検討が行われています。 ○ 2012（平成24）年1月現在、在宅患者訪問薬剤管理指導の届出を行っている薬局は321施設、人口10万人当たりでは29.4施設（全国32.4施設）とほぼ全国と同様となっていますが、実際に訪問実績のある薬局数は36施設と少なくなっています。 	<p>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、<u>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。</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 県内統一の在宅緩和ケア地域連携タリテリカルパスが策定され、<u>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。</u>
<p>第5 がんの医療提供体制における主な課題と施策</p> <p>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が、以下の施策を実施します。</p> <p>【予防】</p> <p>【課題①】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>がんの要因とされる、喫煙やウイルス等の感染、過度の飲酒、食生活、運動等の生活習慣などについて普及啓発する必要があります。</u> ○ <u>喫煙率の低下と受動喫煙の防止を促進する施策の充実が必要です。</u> ○ <u>禁煙希望者に対する支援の強化が必要です。</u> <p><施策></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>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生活習慣改善の普及啓発を行います。</u> ○ <u>医療保険者・事業所等と協力した、禁煙の普及啓発及び保健指導を実施します。</u> ○ <u>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。</u> ○ <u>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</u> 	<p>第5 がんの医療提供体制における主な課題と施策</p> <p>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が、以下の施策を実施します。</p> <p>【予防】</p> <p>【課題①】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>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。</u> ○ <u>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。</u> <p><施策></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>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。</u> ○ <u>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。</u> ○ <u>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。</u> ○ <u>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</u>

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。

〔検診〕

〔課題②〕

○ がん検診受診率は全国平均より高くなっていますが、受診率向上に向け、さらなる取組みが必要です。

＜施策>

○ がんの早期発見のため、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、普及啓発します。

○ 20～30歳代から罹患率が高くなる女性特有のがん（乳がん、子宮がん）の検診の必要性について、普及啓発を行います。

○ 市町村等と連携し、退職後に複数検診を受けていない者など未受診者への個別勧奨や休日・夜間検診の実施など、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。

○ 職域のがん検診や、個人で受診するがん検診等の実態把握を含め、未受診理由等の分析を行い、受診率向上に向けた取組みを推進します。

○ 精密検査が必要とされた者の受診が促進されるよう、県のホームページ等で医療・健診機関等の情報提供を行います。

〔治療〕

〔課題③〕

○ より質の高いがん医療を提供するため、高性能な検査・治療機器の整備、がん医療を担う専門的医療従事者の育成、集学的治療の充実及び多職種によるチーム医療の推進が必要です。

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。

〔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、普及啓発します。

○ 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。

○ 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。

<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、化学療法の種類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。
- 手術療法については、高度の治療手技を用いた内視鏡治療の充実や、鏡下手術の導入により手術の低侵襲化を図るとともに、遠隔操作で手術を行ういわゆるロボット手術の導入を促進します。
- 放射線療法については、定位放射線照射などより質の高い放射線治療が行えるよう、最先端の治療機器の整備を促進します。
- 化学療法については、外来化学療法の拡充や難治性の血液がんなどの治療を行うための無菌治療室の整備を促進します。
- がん医療を専門的に担う医療従事者の育成を図るため、がん分野の認定看護師教育課程の設置を支援します。

(緩和ケア)

- 身体的症状だけでなく、精神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緩和ケアの概念やその内容の周知に努めます。
- がん診断された時から、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整備を在宅医療を含めて推進します。

○ 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

○ がん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、薬物療法の種類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（案）」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り組みを推進します。
- 文部科学省におけるこれまでの取り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。

○ がん性疼痛に苦しむ患者をなくすため、医療用麻薬など身体的苦痛緩和のための薬物の迅速かつ適正な使用の普及を推進します。

(相談支援)

○ がん診療連携拠点病院等の「相談支援センター」の機能強化を図るとともに、医療だけでなく生活、介護、就労など様々な相談に応じる「地域包括相談支援センター」を設置します。

○ 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。

（小児がん）

○ 小児がんに関する医療の提供や相談支援などについて、国が指定するブロッケン内の小児がん拠点病院（東海・北陸・信越ブロックは名古屋大学及び三重大学）と連携し、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体制の整備を進めます。

○ 県内の小児がん医療を担う医療機関は、小児がん拠点病院との役割分担と連携を進め、小児がん患者とその家族が、可能な限り住みなれた地域で、医療や支援を受けながら生活し、教育を受けられるよう努めます。

〔療養支援〕

〔課題④〕

○ 在宅緩和ケアなど在宅医療体制のさらなる充実が必要です。

<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。

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促進します。

○ 医療連携、薬局間の連携の推進により、在宅薬剤管理指導、在宅麻薬管理を充実するとともに、無菌調剤室を活用した薬局薬剤師に対する無菌調剤技術研修を実施します。

○ 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促進します。

○ 在宅医療における在宅薬剤管理や在宅麻薬管理の取り組みを充実するため、医療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	現況	国	2017年
	がんの年齢調整死亡率 (75歳未満)	79.7	84.3	68.2
	喫煙率	男33.4% 女10.5%	男32.2% 女 8.4%	男28.0% 女8.0%
	ニコチン依存症管理料算定件数	120.3件 (人110万対)	154.0件 (人110万対)	全国平均
	がん検診受診率 (市町村実施)	-胃 18.8% -肺 36.3% 大腸22.9% 子宮27.0% -乳 30.5%	胃 9.2% -肺 17.0% 大腸18.0% 子宮23.0% -乳 18.3%	50.0%
	がん分野の認定看護師数	31人 (人110万対)	28人 (人110万対)	6.5人 (人110万対)
	緩和ケアチームによる緩和ケアの実施件数	20.2件 (人110万対)	18.4件 (人110万対)	増加

【数値目標】	指標名及び指標の説明	現況	国	2023年
	がんの年齢調整死亡率 (75歳未満)	68.3	76.1	低下
	がんの年齢調整罹患患者数	391.3		低下
	喫煙率	男 26.9% 女 4.8%	男 30.2% 女 8.2%	男21.0% 女 2.0%
	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%
	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%
	がん分野の認定看護師数	90人	5,105人	増加

数

在宅医療を行う開業
医グループへの参加
医師数

188人

増加

訪問看護ステーション数

- 3-6事業所 (人口10万村)
- 4-9事業所 (人口10万村)
- 4-5事業所 (人口10万村)

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)

地域連携クリティカル
ルバスの運用件数

200件

500件

現行計画

案

<p>(2) 脳卒中中の医療体制</p> <p>第1 脳卒中中の医療の概要</p> <p>1. 脳卒中という病気</p> <p>○ 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。</p> <p>○ 脳梗塞は、アテローム硬化（動脈硬化）により血管の内腔が狭くなりそこに血栓ができて脳血管が閉塞するアテローム血栓性脳梗塞、脳の細い血管が主に高血圧を基礎とする変化により閉塞するラクナ梗塞、心臓等に生じた血栓が脳血管まで流れ血管を閉塞する心原性脳塞栓の3種類に分けられます。</p> <p>○ 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。</p> <p>○ 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。</p>	<p>(2) 脳卒中中の医療体制</p> <p>第1 脳卒中中の医療の概要</p> <p>1. 脳卒中という病気</p> <p>○ 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。</p> <p>○ 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。</p> <p>○ 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。</p>
<p>2. 脳卒中治療の内容</p> <p>予 防</p> <p>○ 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）、無症候性脳血管障害、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。</p> <p>○ 脳卒中の危険因子となる脳動脈硬化や脳動脈瘤、無症候性脳血管障害などの画像診断にはMR I、MR アンギオグラフィ、頸動脈超音波検査が行われています。</p> <p>○ 一過性脳虚血発作（T I A）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。</p> <p>○ 同時に、脳卒中が疑われる症状（152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。</p> <p>発症直後の救護、搬送等</p>	<p>2. 脳卒中治療の内容</p> <p>予 防</p> <p>○ 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。</p> <p>○ 一過性脳虚血発作（T I A）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。</p> <p>○ 脳卒中が疑われる症状（〇〇ページ参照）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。</p> <p>発症直後の救護、搬送等</p>

○ 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。

○ 救急救命士を含む救急隊員は、メディカルコントロール体制の下で
定められたプロトコール（活動基準）に則して、適切に観察・判断・救
急救命処置等を行った上で、対応が可能な医療機関に直接搬送すること
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転
帰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。治療開始までの時間が短
いほどその有効性は高く、合併症の発生を考慮すると発症後 4.5 時間以
内に治療を開始することが重要です。その際の日安は、発症から医療機
器到着まで 3.5 時間以内、来院してから治療の開始まで 1 時間以内です。
○ また、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。

○ 2006（平成 18）年 2 月から 6 月に県内の脳梗塞の急性期治療を行う
主要 9 病院に入院した急性脳梗塞患者で、発症後 8 時間以内の受診は全
体の 31% で、その大半は救急車による搬送となっています。

○ 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。

○ 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上
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

<p>○ 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。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ケアユニット（SCU：Stroke Care Unit）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。</p> <p>リハビリテーション</p> <p>○ 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。</p> <p>○ 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。</p> <p>○ 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。</p> <p>急性期以後の医療・在宅療養</p> <p>○ 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）、無症候性脳血管障害、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。</p> <p>○ 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。脳卒中中は再発することも多く、患者の周囲の者に対する適切な対応の教育など再発に備えることが重要です。</p>	<p>われることもあります。</p> <p>○ 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。</p> <p>リハビリテーション</p> <p>○ 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。</p> <p>○ 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。</p> <p>○ 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。</p> <p>急性期以後の医療・在宅療養</p> <p>○ 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。</p> <p>○ 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。</p>
<p>第2 必要となる医療機能</p> <p>1. 発症予防の機能【予防】</p> <p>目 標</p> <p>○ 脳卒中の発症を予防すること</p> <p>医療機関に求められる事項</p> <p>○ 高血圧、糖尿病、脂質異常症、不整脈（特に心房細動）、無症候性脳</p>	<p>第2 必要となる医療機能</p> <p>1. 発症予防の機能【予防】</p> <p>目 標</p> <p>○ 脳卒中の発症を予防すること</p> <p>医療機関に求められる事項</p> <p>○ 高血圧、糖尿病、脂質異常症、不整脈（特に心房細動）、喫煙、過度</p>

血管障害、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

医療機関の例

○ 神経・脳血管領域の一次診療、循環器系領域の二次診療、内分泌・代謝・栄養領域の一次診療のいずれかに対応可能な病院・診療所

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 3-5 時間以内に専門的な診療が可能で医療機関に到着できること。また 3-5 時間を超える場合でも、脳梗塞の場合は機械的血栓除去術や経動脈的血栓溶解術等の血管内治療、脳出血の場合は血腫除去術、脳動脈瘤破裂によるくも膜下出血の場合は脳動脈瘤タリツピングやコイルリング等の効果的な治療が行える可能性があるため、できるだけ早く、専門的な治療が可能な医療機関へ搬送することが望ましい。

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ikalコンソル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 3.5 時間以内に搬送すること

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 (血管内治療など高度に専門的な治療を行える施設では、発症後 4.5 時間を超えても高度専門治療の実施について検討することが

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ikalコンソル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

望ましい。)

○ 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。）

○ 適心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・アクチペータ（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

○ 外科手術及び脳血管内手術が必要と判断した場合には、来院後2時間以内の治療開始が可能であること

○ 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

○ 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

○ 診療情報や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

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。）

○ 適心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・アクチペータ（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。）

○ 適心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態の程度に基づき、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

○ 頸部動脈血栓内膜剝離術、選択的脳血栓・塞栓溶解術、抗血栓療法、頭蓋内血腫除去術、脳動脈瘤根治術（被包術、クリッピング）、脳動脈瘤奇形摘出術、脳血管内手術のいずれかに対応可能な病院・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

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
- 診療情報や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

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

○ 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な病院・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、特に誤嚥性肺炎等の予防のために、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

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

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

○ 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

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

○ 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2011(平成23)年の脳卒中を原因とした死亡数は1,369人(全国:123,867人)、死亡数全体の11.2%(全国:9.9%)を占め、死亡順位の第3位(全国:第3位)となっています。
 ○ 脳卒中の死亡数を医療圏別にみると、新川医療圏では155人(死亡数全体の9.7%)、富山医療圏では579人(死亡数全体の11.0%)、高岡医療圏では433人(死亡数全体の11.5%)、砺波医療圏では292人(死亡

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1,191人(全国:109,233人)、死亡数全体の9.3%(全国:8.1%)を占め、死亡順位の第4位(全国:第4位)となっています。
 ○ 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510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12.4%)となつています。

○ 本県の脳血管疾患の年齢調整死亡率(人口10万対)は、2005(平成17)年には、男性は65.1(全国:61.9)、女性は35.5(全国:36.1)でしたが、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)と年々低下していますが、全国より高くなっています。

○ 2011(平成23)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14千人(全国:約1,235千人)と推計されています。

2. 予防

○ 2010(平成22)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72.4%(全国:67.7%)と全国より高くなっています。

○ 2010(平成22)年度の特定健康診査の実施率は49.5%(全国:42.9%)と全国より高くなっています。特定保健指導の実施率は43.3%(全国:43.3%)と全国と同じであり、年々増加しています。

○ 特定健康診査受診者のうち、脳卒中の最大の危険因子である高血圧による受診勧奨者の割合は19.0%(全国:18.7%)となつています。高血圧で、治療が必要な受診勧奨者を受診にしなければなりません。

○ 2010(平成22)年の喫煙率は男性で33.4%(全国:32.2%)、女性で40.5%(全国:39.4%)と全国より高くなっています。

○ 2011(平成23)年10月現在、敷地内禁煙を実施している医療機関の割合は、診療所で30.3%(全国:25.8%)、病院で38.2%(全国:40.2%)となつています。また、禁煙外来を行っている診療所数は107施設、人口10万人当たりで9.7施設(全国:8.8施設)、病院数は29施設、人口10万人当たりで2.6施設(全国:1.6施設)と全国より多くなつており、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。

○ 2010(平成22)年10月から翌年3月までの6か月間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1,321件、人口10万人当たりで120.3件(全国:154.0件)と全国より少なくなつており、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

全体の9.1%)となつています。

○ 本県の脳血管疾患の年齢調整死亡率(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。

○ 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。

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。

○ 2014(平成26)年度の特定健康診査の実施率は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。

○ 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診率(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。

○ 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診率(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。

○ 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。

○ 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)と全国より多くなつており、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。

○ 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381.1件(全国:406.7件)と全国より少なくなつており、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2010（平成22）年の1年間に救急車によって搬送された急病患者の10.2%（2,087人）（全国：約10.0%（307,080人））が脳疾患です。

○ 各医療圏に地域メデイカルコントロール協議会が設置され、それぞれの定めたプロトコル（活動基準）に則して救護活動が行われてい

○ 2011（平成23）年の救急要請（覚知）から救急医療機関までの搬送時間は29.3分（全国：38.1分）と、全国最短クラスとなっています。

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2010（平成22）年12月現在で69人、人口10万人当たりでは6.3人（全国：5.3人）と全国より多くなっています。神経内科医師数は29人、人口10万人当たりでは2.6人（全国：3.2人）と全国より少なくなっており、富山大学では2005（平成17）年に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。

○ 2012（平成24）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400万人当たりでは8.2施設（全国：6.8施設）と全国より多くなっていますが、血栓溶解療法実施件数は211件、人口10万人当たり1.9件（全国：3.6件）と全国の約半分となっており、その原因の検証が必要です。

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。

○ 2012（平成24）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65機関、人口10万人当たり5.9機関（全国：6.6機関）と全国より多くなっています。

○ 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患者の9.1%（2,126人）（全国：約8.1%（302,081人））が脳疾患です。

○ 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。

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、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。

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。

○ 2010 (平成 22) 年 10 月から翌年 3 月までの 6 か月間の早期リハビリテーションの実施件数は 6,267 件、人口 10 万人当たり 570.9 件 (全国：441.7 件) と全国より多くなっています。

○ 2010 (平成 22) 年度必要医師数実態調査によれば、リハビリテーション科医師数 (現員医師数) は 20 人で、必要求人員数は 6 人となっており、不足傾向が強くなっています。

○ 2011 (平成 23) 年 3 月現在、回復期リハビリテーション病棟数は 449 床、人口 10 万人当たり 10.9 床 (全国：46.7 床) で全国より少なくなっており、2013 (平成 25) 年 1 月現在では、413 床となっています。2010 (平成 22) 年 10 月から翌年 3 月までの 6 か月間の人口 10 万人当たりの入院料算定件数も 275.5 件 (全国：337.5 件) と全国より少なくなっています。回復期リハビリテーションの体制については、病床数、医療人材ともに不足しています。

○ 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。

6. 連携

○ 2011 (平成 23) 年の脳血管疾患の在宅死亡割合は 19.4% (全国：19.2%) と全国より高くなっています。

○ 脳卒中の地域連携クリティカルパスが導入されており、2010 (平成 22) 年 10 月から翌年 3 月までの 6 か月間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 213 件、人口 10 万人当たり 19.4 件 (全国：15.5 件) と全国より多くなっています。

○ 2010 (平成 22) 年 10 月から翌年 3 月までの 6 か月間の入院機関とケアマネジャーの連携件数は 1,304 件、人口 10 万人当たり 118.8 件 (全国：77.0 件) と全国より多くなっています。また、退院時カンファレンスの開催件数は 37 件、人口 10 万人当たりでは 3.4 件 (全国：2.9 件) となっており、関係者間の連携が良好に進んでいます。さらなる取組みが必要です。

○ 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 1405.7 件 (全国：1321.7 件) と全国より多くなっています。

○ 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。

○ 2016 (平成 28) 年 3 月現在、回復期リハビリテーション病棟数は 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。2015 (平成 27) 年度の人口 10 万人当たりの入院料算定件数は 1405.7 件 (全国：1321.7 件) と全国より多くなっています。

○ 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。

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。

○ 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。

○ 2014 (平成 26) 年の脳血管疾患の患者の在宅等生活の場に戻した患者の割合は、58.9% (全国：52.7%) と全国より高くなっています。

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。
- 高血圧の受診勧奨者（要治療者）が確実に医療機関を受診し、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

必要です。
＜施策＞

- 適正量のエネルギー摂取と栄養バランスのとれた食生活、日常生活における身体活動量の増加や運動の習慣化、節度のある適度な量の飲酒、良質な睡眠など、望ましい生活習慣に向けた普及啓発を行います。

- 講演会等を開催し、県民に対して脳卒中や高血圧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、特定健康診査、定期健康診断の受診率の向上を図り、高血圧、糖尿病、脂質異常症（特に心房細動）、無症候性脳血管障害、喫煙、過度の飲酒等の基礎疾患・危険因子の早期発見、早期治療につなげるとともに、危険因子等を有する者に対して個別健康教育等の保健指導を行うなど、脳卒中の予防に努めます。

- 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

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

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。

- 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検証し、体制を整備して、血栓溶解療法の実施件数を増加させることが必要です。
- 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最先端治療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健康教育など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、増加させることが必要です。

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ことが必要です。
- 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、増加させることが必要です。
- リハビリテーション従事者の確保が必要です。

＜施策＞

- 一般病床、療養病床から回復期リハビリテーション病床への転換を実施する医療機関を支援します。
- 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。
- 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ことが必要です。
- ＜施策＞
- 脳卒中に係る地域連携クリティカルパスの作成・普及を支援します。
 - 療養型の病院、介護施設や在宅での維持期（生活期）—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。

- あわせて、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高志リハビリテーション病院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等の情報を把握し、脳卒中対策に活用していきます。

＜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ことが必要です。
- ＜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、介護施設、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、脳卒中対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見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
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
喫煙率	男 26.9% 女 4.8%	男 30.2% 女 8.2%	男 21.0% 女 2.0%
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
特定健康診査受診率	54.5%	48.6%	70%
特定保健指導実施率	21.2%	17.8%	45%
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
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)
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

○ 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見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	2017年
脳卒中の年齢調整死亡率	男54.9 女27.7	男49.5 女26.9	男50.0 女26.5
喫煙率	男33.4% 女10.5%	男32.2% 女8.4%	男28.0% 女8.0%
ニコチン依存症管理料算定件数	120.3件 (人口10万対)	154.0件 (人口10万対)	全国平均
特定健康診査実施率	49.5%	42.9%	70%
特定保健指導実施率	13.3%	13.3%	45%
高血圧受診勧奨者割合	19.0%	18.7%	14.2%
脳梗塞患者に対するt-PAによる血栓溶解療法実施件数	1.9件 (人口10万対)	3.6件 (人口10万対)	全国平均以上
回復期リハビリテーション病床数	40.9床 (人口10万対)	46.7床 (人口10万対)	50床 (人口10万対)
地域連携クリティカルパスに基づく診療計画作成件数	19.4件 (人口10万対)	15.5件 (人口10万対)	増加
入院機関とケアマネジヤーとの連携件数	118.8件 (人口10万対)	77.0件 (人口10万対)	増加
退院時カンファレンス	3.4件	2.9件	増加

<p>の開催件数</p> <p>(人口10万対) (人口10万対)</p> <hr/> <p>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）</p>	<p>在宅等生活の場に戻した患者の割合</p> <p>58.9%</p> <p>52.7%</p> <p>全国平均を維持しつつ増加</p> <p>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）</p>
---	---

現行計画

案

<p>(3) 急性心筋梗塞の医療体制</p> <p>第1 急性心筋梗塞の医療の概要</p> <p>1. 急性心筋梗塞という病気</p> <p>○ 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、発生後、急性期に致死的不整脈が容易に起こり死亡に至る危険性が非常に高い疾患です。心電図上の所見によりS T上昇型心筋梗塞と非S T上昇型心筋梗塞に大別されます。S T上昇型心筋梗塞は、より重篤な貫壁性梗塞（心筋の全層に壊死が及ぶもの。）に関連します。</p> <p>○ 急性心筋梗塞発症直後の医療（急性期の医療）は、S T上昇型心筋梗塞と非S T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ため、本計画においては一括して記載します。</p> <p>2. 急性心筋梗塞治療の内容</p> <p>予 防</p> <p>○ 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。</p> <p>○ 発症直後の救護、搬送等</p> <p>○ 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、さらには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（152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。</p> <p>○ 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。</p>	<p>(3) 心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制</p> <p>第1 心筋梗塞等の心血管疾患の医療の概要</p> <p>1. 急性心筋梗塞</p> <p>○ 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S T上昇型心筋梗塞と非S T上昇型心筋梗塞に大別されます。</p> <p>○ 急性心筋梗塞発症直後の医療（急性期の医療）は、S T上昇型心筋梗塞と非S T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ため、本計画においては一括して記載します。</p> <p>予 防</p> <p>○ 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。</p> <p>○ 発症直後の救護、搬送等</p> <p>○ 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、さらには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（152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。</p> <p>○ 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。</p>
--	---

○ 2011(平成23)年の調査では、A-E-Dは県内に約3,000台設置されており、住民等の救護活動の参加が期待されています。

診断

○ 問診や診察に加えて、心電図検査、血液生化学検査、X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。

○ 特にS-T上昇型心筋梗塞の場合、診断と治療とを一体的に実施できる冠動脈造影検査を発症後速やかに実施することが重要です。

○ 診断の過程において、不整脈、ポンプ失調、心破裂等の合併症について確認することも重要です。

急性期の治療

○ 急性心筋梗塞の急性期には、循環管理、呼吸管理、疼痛管理等の全身管理とともに、S-T上昇型心筋梗塞、非S-T上昇型心筋梗塞等の個々の病態に応じた治療が行われます。また、心臓の負荷を軽減させるために苦痛と不安の除去も行われます。

○ S-T上昇型心筋梗塞の治療は、血栓溶解療法や冠動脈造影検査、それらに続く経皮的冠動脈形成術(PCI)により、阻害された心筋への血流を再疎通させる療法が主体です。また、合併症等によつて冠動脈バイパス術(CABG)等の外科的治療が行われることもあります。

○ 非S-T上昇型心筋梗塞の急性期の治療は、薬物療法に加えて、必要に応じて早期に冠動脈造影検査を行い、適応に応じて経皮的冠動脈形成術(PCI)、冠動脈バイパス術(CABG)が行われます。

○ 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。

心臓リハビリテーション

○ 心臓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、食事療法等が実施されます。

診断

○ 問診や診察に加えて、心電図検査、血液生化学検査、エコー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

○ 急性心筋梗塞の急性期には、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。

8. 厚生労働科学研究「循環器疾患等の救命率向上に資する効果的な救急蘇生法の普及啓発に関する研究」(研究代表者 丸川征四郎)(2011(平成23)年度)

○ トレッドミルや自転車エルゴメーターを用いて運動耐容能を評価した上で、運動処方を作成し、徐々に負荷を掛けることで不整脈やポンプ失調等の合併症を防ぎつつ、身体的、精神的、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実施されます。

○ 喪失した心機能の回復だけでなく、再発予防、リスク管理などの改善が必要です。

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、心臓リハビリテーション、基礎疾患や危険因子（高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病など）の継続的な管理が行われます。

○ 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。

○ 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、精神的、心理的、社会的に最も適切な状態に改善することを目的とする多面的・包括的なリハビリテーションが多職種（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かを選択するかは、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

○ 大動脈解離患者に対する心血管疾患リハビリテーションでは、術後の廃用性症候群の予防や、早期の退院と社会復帰を目指すことを目的に、運動療法、食事療法、患者教育等を含む、多職種による多面的・包括的なリハビリテーションが実施されます。

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、組織の低灌流を来た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

○ 慢性心不全患者に対する心血管疾患リハビリテーションでは、自覚症状や運動耐容能の改善及び心不全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)

○ 急性心筋梗塞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

第2 必要となる医療機能

1. 発症予防の機能【予防】

目 標

- 急性心筋梗塞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

医療機関の例

- 循環器系領域又は内分泌・代謝・栄養領域の一次診療に対応可能な病院・診療所

2. 応急手当・病院前救護の機能【救護】

目 標

- 急性心筋梗塞の疑われる患者が、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)

<ul style="list-style-type: none"> ○ 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) ○ 地域メデイカルコントロール協議会が定めたプロトコル（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 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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) ○ 地域メデイカルコントロール協議会が定めたプロトコル（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
<p>3. 救急医療の機能【急性期】</p>	<p>3. 救急医療の機能【急性期】</p>
<p>目 標</p>	<p>目 標</p>
<ul style="list-style-type: none"> ○ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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
<p>医療機関に求められる事項</p>	<p>医療機関に求められる事項</p>
<ul style="list-style-type: none"> ○ 心電図検査、血液生化学検査、心臓超音波検査、X線検査、CT検査、心臓カテーテル検査、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 ○ 急性心筋梗塞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、90分以内に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）の開始が可能であること 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 心電図検査、血液生化学検査、心臓超音波検査、<u>エックス線検査</u>、CT検査、心臓カテーテル検査、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、<u>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</u>
<ul style="list-style-type: none"> ○ 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 ○ 冠動脈バイパス術（CABG）等の外科的治療への対応が望ましいこと 	<ul style="list-style-type: none"> ○ <u>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</u> ○ 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 ○ <u>虚血性心疾患に対する冠動脈バイパス術（CABG）等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</u><u>な施設との連携体制がとれていること</u>
<ul style="list-style-type: none"> ○ 電気的除細動、機械的補助循環装置、緊急ペーシングへの対応が可能であること 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 電気的除細動、機械的補助循環装置、緊急ペーシングへの対応が可能であること

- 運動耐容能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. 身体機能を回復させる心臓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臓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、運動療法等の心臓リハビリテーションが実施可能であること
- 急性心筋梗塞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

- 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

○ 急性期治療を実施する病院
 ○ 心大血管リハビリテーションを実施し循環器系領域の一次診療に対応可能な病院

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マニエーション等と連携していること
 - 在宅でのリハビリテーション、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、薬局が連携し実施できること
- 医療機関の例**
- 循環器系領域の一次診療に対応可能な病院・診療所

第3 急性心筋梗塞の現状

- 1. 死亡数等**
- 2011(平成23)年の本県の心疾患を原因とした死亡数は1,790人(全国:194,926人)で、死亡数全体の14.6%(全国:15.6%)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474人(全国:43,265人)で、心疾患死亡数全体の26.5%(全国:22.2%)となっています。
 - 新川医療圏の心疾患を原因とした死亡数は246人(死亡数全体の15.4%)、うち急性心筋梗塞による死亡数は62人(心疾患死亡数全体の

○ 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マニエーション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。
 - 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

25.2%)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791人(死亡数全体の15.0%)、うち急性心筋梗塞による死亡数は226人(心疾患死亡数全体の28.6%)、高岡医療圏では心疾患を原因とした死亡数は521人(死亡数全体の13.9%)、うち急性心筋梗塞による死亡数は130人(心疾患死亡数全体の25.0%)、砺波医療圏では心疾患を原因とした死亡数は232人(死亡数全体の14.2%)、うち急性心筋梗塞による死亡数は56人(心疾患死亡数全体の24.1%)となっています。

○2010(平成22)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20.6(全国:20.4)とほぼ全国並み、女性で7.5(全国:8.4)と全国より低くなっています。

○2010(平成22)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28.5(全国:36.9)、女性で10.6(全国:15.3)と全国より低くなっています。

○2011(平成23)年10月現在、虚血性心疾患(狭心症及び心筋梗塞)によって継続的に医療を受けている本県の患者数は約9千人(全国:約756千人)と推計されています。

2. 予防

○2010(平成22)年6月現在、過去1年以内の健康診断・健康調査の受診率は72.4%(全国:67.7%)と全国より高くなっています。

○2010(平成22)年度の特定健康調査の実施率は49.5%(全国:42.9%)と全国より高くなっています。特定保健指導の実施率は13.3%(全国:13.3%)と全国と同じであり、年々増加しています。

○特定健康調査の結果、医療機関での受診が必要な受診勧奨者の割合は、高血圧で19.0%(全国:18.7%)、脂質異常症で男性は11.5%(全国:12.0%)、女性は12.9%(全国:13.3%)、糖尿病で8.8%(全国:7.2%)となっており、受診勧奨者を受診につなげる必要があります。

○2010(平成22)年の喫煙率は男性で33.4%(全国:32.2%)、女性で10.5%(全国:8.4%)と全国より高くなっています。

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。

○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。

○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。

○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。

2. 予防

○2013(平成25)年6月現在、過去1年以内の健康診断・健康調査の受診率は71.2%(全国:66.2%)と全国より高くなっています。

○2014(平成26)年度の特定健康調査の実施率は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。

○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。

○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。

○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。

⁹ 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)

○ 2011(平成23)年10月現在、敷地内禁煙を実施している医療機関の割合は、診療所で30.3%(全国:25.8%)、病院で38.2%(全国:40.2%)となつています。また、禁煙外来を行っている診療所数は107施設、人口10万人当たりで9.7施設(全国:8.8施設)、病院数は29施設、人口10万人当たりで2.6施設(全国:1.6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。

○ 2010(平成22)年10月から翌年3月までの6か月間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1,821件、人口10万人当たりで120.3件(全国:154.0件)と全国より少なくなっており、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2010(平成22)年の1年間に救急車によって搬送された急病患者の8.2%、1,687人(全国:約9.1%、289,693人)が心疾患です。

○ 2011(平成23)年の救急要請(覚知)から救急医療機関までの搬送時間は29.3分(全国:38.1分)と全国最短クラスとなっています。

○ 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。消防機関による講習会には、2011(平成23)年の1年間で18,009人、人口1万人当たりで165人(全国:111人)の県民が受講しており、県民の意識は高い状況にあります。

○ 一般市民による除細動の実施件数は2008(平成20)年から2010(平成22)年にかけて、7件、9件、13件と徐々に増え、2010(平成22)年の人口10万人当たりの件数は1.2件(全国:1.0件)と全国を上回っていましたが、2011(平成23)年には6件、人口10万人当たりで0.5件(全国:1.1件)となっています。

○ 心肺停止患者(心原性の心肺停止で、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2011(平成23)年では10.1%(全国:11.4%)と全国より低くなっていますが、1か月後の社会復帰率は2011(平成23)年では7.6%(全国:7.2%)と全国より高くなっています³⁾。

○ 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。

○ 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、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患者の8.4%、1,973人(全国:約8.6%、302,081人)が心疾患です。

○ 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。

○ 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。

○ 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。

○ 心肺停止患者(心原性の心肺停止で、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%)とどちらとも全国より低くなっています³⁾。

○各医療圏に地域メデイカルコンソルトローム協議会が設置され、それぞれ
の定めたプロトコル(活動基準)に則した救護活動が行われており、
今後ともメデイカルコンソルトローム体制の下での円滑かつ連やかな救護活
動の推進が必要です。

4. 急性期

- 急性心筋梗塞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。
- 富山医療圏では、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。

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。
- 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10万人当たり136.7件(全国:171.5件)と全国より少
なくなっています。
- 心筋梗塞に対する冠動脈再開件数は354件、人口10万人当たり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10万人当たり18.8件(全国:22.4件)と全国より少な
くなっています。

5. 回復期

- 心臓リハビリテーションは、急性心筋梗塞の回復、再発予防、予後
の改善に有用とされています。2012(平成24)年1月現在、心臓リハビ
リテーションが実施可能な医療機関数は8施設、人口100万人当たり7.3
施設(全国:5.3施設)と全国より多くなっています。
- また、2010(平成22)年10月から翌年3月までの6か月間の心臓リ
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の算定件数)
は1,080件(全国:82,967件)、人口10万人当たり98.4件(全国:65.3

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。
- 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
り303.3件(全国:259.2件)と全国より多くなっています。

件)と全国より多くなっていますが、実施していかない医療圏があるなど、医療圏間の格差がみられます。

6. 連携

○ 2012(平成24)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。

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。
 ○ 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25)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。

第5 急性心筋梗塞の医療提供体制における主な課題と施策

急性心筋梗塞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〕

- 急性心筋梗塞の発症予防のため、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、糖尿病等の受診勧奨者(要治療者)が確実に医療機関を受診し、急性心筋梗塞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、
- ＜施策＞
- 講演会等の開催を通じ、県民に対して急性心筋梗塞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

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、
- ＜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。

【病院前救護】

〔課題②〕

- 急性心筋梗塞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NPO法人等と協力しながら実施します。
- 急性心筋梗塞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健康教室など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

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すべての医療圏で診療データの収集・分析が必要です。

<施策>

○ 急性心筋梗塞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（PCI）など専門的な治療を開始することができるとする体制整備を推進します。

○ そのため、急性期病院内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を検討する体制を整備します。

回復期

〔課題④〕

○ 心臓リハビリテーションを全医療圏で実施し、医療圏格差の解消及び全体的な実施件数の増加を図ることが重要です。

<施策>

○ 急性期病院における心臓リハビリテーションの実施データの収集・分析を行い、すべての医療圏で心臓リハビリテーションが実施されるよう、医療機関に対する心臓リハビリテーションの実施促進等を検討します。

連携

〔課題⑤〕

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・分析が引き続き必要です。

<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（PCI）など専門的な治療を開始することができるとする体制整備を推進します。

○ 急性期病院内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等を図ります。

○ 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、医療従事者向けの研修会やワークショップ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	2017年
年齢調整死亡率 (急性心筋梗塞)	男 20.6 女 7.5	男 20.4 女 8.4	全国平均以下を維持しつつ低下
年齢調整死亡率 (虚血性心疾患)	男 28.5 女 10.6	男 36.9 女 15.3	全国平均以下を維持しつつ低下
喫煙率	男 33.4% 女 10.6%	男 32.2% 女 8.4%	男 28.0% 女 8.0%
ニコチン依存症管理料算 定件数	120.3件 (人口10万対)	154.0件 (人口10万対)	全国平均
特定健康診査実施率	49.5%	42.9%	70%
特定保健指導実施率	13.3%	13.3%	45%
受診勧奨者割合			
高血圧	—19.0%	—18.7%	14.2%
脂質異常症	男 11.5% 女 12.9%	男 12.0% 女 13.3%	男 8.6% 女 9.6%
糖尿病	—8.8%	—7.2%	6.6%
心肺停止患者の1か月後の 社会復帰率	7.6%	7.2%	全国平均以上を維持しつつ増加
データに基づく治療に関	1医療圏	—	4医療圏

○ 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
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
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
喫煙率	男 26.9% 女 4.8%	男 30.2% 女 8.2%	男 21.0% 女 2.0%
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
特定健康診査受診率	54.5%	48.6%	70%
特定保健指導実施率	21.2%	17.8%	45%
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
データに基づく治療に関	4医療圏	—	4医療圏

<p>する評価・改善の取組みを 行う医療圏</p> <p>心臓リハビリテーション の実施件数</p> <p>98.4件 (人口10万対)</p> <p>66.3件 (人口10万対)</p> <p>増加</p> <p>4医療圏改 良・普及を 促進</p> <p>4医療圏</p>	<p>する評価・改善の取組みを 行う医療圏</p> <p>心臓リハビリテーション の実施件数</p> <p>303.3件 (人口10万対)</p> <p>259.2件 (人口10万対)</p> <p>増加</p> <p>在宅等生活の場に復帰し た患者の割合</p> <p>92.7%</p> <p>93.9%</p> <p>100%</p> <p>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）</p>
--	--

<p>案</p>	
<p>現行計画</p>	
<p>(4) 糖尿病の医療体制</p> <p>第1 糖尿病医療の概要</p> <p>1. 糖尿病という病気</p> <p>○ 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。</p> <p>○ 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。</p> <p>○ 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生します。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。</p> <p>○ 急性合併症には、ケトアシドーシス（脂肪分解と肝臓でのケトン体産生の亢進を特徴とする病態）や高血糖高浸透圧昏睡といった糖尿病昏</p>	<p>(4) 糖尿病の医療体制</p> <p>第1 糖尿病医療の概要</p> <p>1. 糖尿病という病気</p> <p>○ 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。</p> <p>○ 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。</p> <p>○ 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生します。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。</p>

腫などがあります。

○ 慢性合併症は、全身のあらゆる臓器に起こりますが、特に細小血管症に分類される糖尿病網膜症、糖尿病腎症、糖尿病神経障害、大血管症に分類される脳卒中、心筋梗塞、狭心症、糖尿病性壊疽、閉塞性動脈硬化症があります。

○ 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

○ 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、適度な運動習慣が重要です。不規則な生活習慣等が原因で、糖尿病の発症リスクが高まっている者については、生活習慣の改善により発症を予防します。

○ 近年、糖尿病の発症には、内臓脂肪の蓄積が大きく関与していることが明らかになっており、メタボリックシンドロームに着目した健診・保健指導が重要となっています。

○ 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

○ 健診によって、糖尿病の患者又はその疑いのある者を見逃すことなく診断し、早期に治療を開始することは、糖尿病の重症化や合併症を予防するうえで

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

重要です。

治療・保健指導

- ~~糖尿病の治療は、1型糖尿病と2型糖尿病で異なります。~~
- 1型糖尿病の場合は、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型糖尿病の場合は、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。
- ~~薬物療法開始後、体重の減少や生活習慣の改善により、経口血糖降下薬やインスリン製剤の服薬を減量又は中止できることがあるため、管理栄養士、薬剤師、保健師、看護師等の専門職種と連携して、食生活、運動習慣等に関する指導を十分に実施することが必要です。~~
- ~~また、治療の中断は重症化を助長させることから、定期受診と治療継続の理解が十分得られるよう指導することが必要です。~~
- 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 (NGSP, 以下同じ。) が用いられます。HbA1c値8.4%以上が持続する場合は、血糖コントロール指標と評価において不可の状態であり、教育入院等を検討する必要がある場合があります。
- 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

- ~~ケトアシドシスや高血糖高浸透圧昏睡といった糖尿病昏睡等の急性合併症を発生した場合には、輸液、インスリン投与等の治療が実施されます。~~
- ~~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や治療を行うために、眼科等の専門医を有する医療機関や人工透析~~

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型糖尿病の場合は、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型糖尿病の場合は、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 (NGSP, 以下同じ。) が用いられます。血糖コントロールの指標は、年齢、罹病期間、合併症の状態、サボ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生した場合には、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~~

の実施可能な医療機関と連携して必要な治療が実施されます。

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

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安定期治療【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的と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¹⁰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**
- 内分泌・代謝・栄養領域の一次診療、糖負荷試験、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

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的と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¹²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」症例などに教育入院等の集中的な治療を行う機能【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

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

¹⁰ 糖尿病患者が治療中に発熱、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。

¹² 糖尿病患者が治療中に発熱、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。

○ 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、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、内分泌機能検査、インスリン療法、糖尿病患者教育（食事療法、運動療法、自己血糖測定等について糖尿病教育入院や糖尿病教育教室で実施。）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

○ 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、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

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、内分泌機能検査、インスリン療法、糖尿病患者教育（食事療法、運動療法、自己血糖測定等について糖尿病教育入院や糖尿病教育教室で実施。）及び糖尿病による合併症に対する継続的な管理・指導、糖尿病昏睡治療に対応可能な病院・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

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）

○ 内分泌機能検査、インスリン療法、糖尿病患者教育、糖尿病教育入院・糖尿病教育教室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

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（各専門職種の手チームによる）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

（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

○ 2011(平成23)年の本県の糖尿病を原因とした死亡数は157人(全国:14,664人)、死亡数全体の1.3%(全国:1.2%)を占めています。
○ 糖尿病の死亡数を医療圏別にみると、新川医療圏は32人(死亡数全体の2.0%)、富山医療圏は58人(死亡数全体の4.1%)、高岡医療圏は48人(死亡数全体の4.3%)、砺波医療圏は19人(死亡数全体の1.2%)となっています。
○ 糖尿病の年齢調整死亡率(人口10万対)は年々低下しているものの、2010(平成22)年には男性7.6(全国:6.7)、女性3.5(全国:3.3)で、男性は全国よりポイント程度高くなっています。

2. 予防

○ 2007(平成19)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890万人であり、過去5年間で150万人増加しています。さらに、糖尿病の可能性が否定できない者は1,320万人であり、過去5年間で440万人増加しています。
○ 本県の糖尿病の受療率(人口10万対)は、2008(平成20)年は187(全国:168)でしたが、2011(平成23)年は248(全国:185)と全国より高く、増加傾向にあります。
○ 2010(平成22)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72.4%(全国:67.7%)で全国より高くなっています。
○ 2010(平成22)年度の特定健康診査の実施率は49.5%(全国:42.9%)と全国より高くなっています。特定保健指導の実施率は13.3%。

○ 特定健康診査受診者のうち、糖尿病による受診勧奨者の割合は8.8%(全国:7.2%・37,617件)と全国より高くなっており、いまま受診勧奨者を受診につなげる必要があります。

○ 本県は糖尿病の患者数が多くなっており、健康診断の受診率が全国より高いものの、保健指導の実施率がほぼ全国並みとなっており、糖尿病予備軍からの発症予防がなされないことや、本来治療が必要な受診勧奨者の受診につなげないことが懸念されます。

第3 糖尿病の現状

1. 死亡数等

○ 2016(平成23)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。
○ 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。
○ 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. 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。

○ 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。
○ 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。

○ 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、糖尿病予備軍からの発症予防がなされないことや、本来治療が必要な受診勧奨者の受診につなげないことが懸念されます。

3. 初期・安定期治療

- 糖尿病患者の年齢調整外来受療率(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。
- 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。
- 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:1552.1件)と全国より低くなっています。
- 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。
- 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。

4. 専門治療体制

- 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。
- 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)、認定糖尿病看護士数は2016(平成28)年11月現在14人、人口10万人に当たり1.3人(全国:0.6人)と低くなっています。
- 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。

- 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。

3. 専門治療体制

- 2010(平成22)年12月現在、糖尿病内科医師数は34人、人口10万人当たりで3.1人(全国:2.7人)と全国より多くなっています。

- 2012(平成24)年4月現在、専門治療を行う医療機関に勤務する糖尿病療養指導士数は183人、認定糖尿病看護士数は7人となっています。

- 2012(平成24)年4月現在、教育入院等の集中的な治療が実施可能な医療機関は各医療圏に整備されており、日本糖尿病学会の認定教育施設は11施設となっています。

- 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。

4. 慢性合併症治療

- 2012(平成24)年1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17施設、人口10万人当たりで1.5施設(全国:1.2施設)と全国より多くなっています。

<p>○ 2012（平成24）年4月現在、糖尿病網膜症の治療（硝子体手術）が実施可能な医療機関は各医療圏に整備されており、県全体で9施設となっています⁴。</p> <p>○ 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が、糖尿病患者が多い本県では、今後さらに専門治療のニーズが高まると考えられます。</p> <p>○ 糖尿病腎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。</p> <p>○ 2010（平成22）年の糖尿病腎症による透析患者数は130人、人口10万人当たりで11.9人（全国：12.7人）と全国よりやや少なくなっています。また、新規透析導入患者の中で糖尿病腎症が原因である割合は40.6%（全国：43.5%）と全国より低くなっています。</p>	<p>○ 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。</p> <p>○ 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。</p> <p>○ 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。</p> <p>○ 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）と全国より低くなっています。</p>
<p>5. 連携</p> <p>○ 国民健康保険加入者の2010（平成22）年度特定健康診査の受診者のうち、糖尿病の治療中でコントロール不良者の割合は11.3%となっています。</p> <p>○ 糖尿病腎症による透析患者数は全国より少ないものの、血糖値のコントロールが不良な治療中の患者が多く、将来的に網膜症等合併症の患者の増加が危惧されます。</p> <p>○ 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の導入が開始されています⁴。</p>	<p>6. 連携</p> <p>○ 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。</p> <p>○ 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⁴。</p>
<p>第5 糖尿病の医療提供体制における主な課題と施策</p> <p>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。</p>	<p>第5 糖尿病の医療提供体制における主な課題と施策</p> <p>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。</p>

⁴ 糖尿病治療者でHbA1c（NG-SP）が8.4%以上の者。

[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）が確実に医療機関を受診し、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糖尿病予備群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。

〔~~専門治療、合併症治療~~〕

〔課題②〕

- ~~糖尿病患者の多い本県では、今後、専門治療のニーズが高まること~~が予想されることから、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。特に、働く世代の糖尿病患者への対策が必要で

<施策>

[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。

○ 人工透析を実施する医療機関の充実に努めます。

○ 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。

[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>

○ 糖尿病患者には生涯を通じての治療継続が必要です。生活習慣のみたれ等による血糖コントロールの不良の者や、糖尿病合併症の併発による

○ 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

る透析患者(糖尿病腎症)、失明者(糖尿病網膜症)を増加させないため、「糖尿病重症化予防対策マニュアル」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。

○ 初期治療開始時や血糖コントロール不良症例など、食事療法や運動療法をはじめとしたチーム医療による自己管理指導が必要な場合においては、かかりつけ医から専門治療を行う医療機関への速やかな紹介や、安定した後の逆紹介などが行われるよう、連携を強化します。

- 「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、指導能力の向上を推進します。
- 歯周病が糖尿病を悪化させる要因の一つであることから、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	2017年
糖尿病の年齢調整死亡率	男7.6 女3.5	男6.7 女3.3	全国以下
特定健康診査実施率	49.5%	42.9%	70%
特定保健指導実施率	13.3%	13.3%	45%
糖尿病受診勧奨者割合	8.8%	7.2%	6.6%
糖尿病の認定教育施設数	11施設	=	現状維持

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。
- 歯周病が糖尿病を悪化させる要因の一つであることから、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
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
特定健康診査受診率	54.5%	48.6%	70%
特定保健指導実施率	21.2%	17.8%	45%
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

<p>糖尿病腎症による透析導入患者数</p>	<p>11.9人 (人口10万対)</p>	<p>12.7人 (人口10万対)</p>	<p>減少</p>
<p>糖尿病治療者でユシトコール不良者の割合</p>	<p>11.3%</p>	<p>=</p>	<p>低下</p>
<p>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）</p>			
<p>新規人工透析導入患者数</p>			
<p>29.0人 (人口10万対)</p>			
<p>35.7人 (人口10万対)</p>			
<p>減少</p>			

現行計画		案
(5) 精神疾患の医療体制		(5) 精神疾患の医療体制
第1 精神疾患の医療の概要		第1 精神疾患の医療の概要
<p>1. 精神疾患という病気</p> <p>○ 精神疾患は、近年その患者数が急増しており、2008（平成20）年には全国で320万人を超えています。我が国での調査結果では、国民の4人に1人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。また、世界保健機関（WHO）によると、世界で1,000人に7人（0.7%）が統合失調症に罹患しています。</p> <p>○ 全国の自殺者数は、1998（平成10）年以降14年連続で3万人を超える水準となっており、その要因として、健康問題の中では、うつ病が多くなっています。</p> <p>○ 精神疾患にはこのほか、発達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等も含まれており、精神疾患は住民に広く関わる疾患です。</p> <p>○ また、精神疾患は、あらゆる年齢層で疾病により生じる負担が大きく、また、精神疾患にかかると稼働能力の低下などにより、本人の生活の質の低下をもたらし、社会経済的な損失を生じています。</p> <p>○ 本計画では、主にWHOによる国際疾病分類第10版（ICD-10）の「精神および行動の障害」に記載されている疾患を対象とし、福祉サービス等との連携も考慮し、現行の精神障害者保健福祉手帳の対象となっている「てんかん」も対象としています。また、近年患者数が増加している「うつ病」と「認知症」、さらに、精神科救急など精神医療が関わる分野についても対象としています。</p>	<p>○ 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、場合によっては、回復し、再び地域生活や社会生活を営むことができません。</p> <p>○ 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。</p> <p>○ 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ただけるよう、各医療機関の医療機能を明確化する必要があります。</p> <p>○ 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も</p>	
<p>2. 精神疾患の医療の内容</p> <p>予 防</p> <p>○ 高血圧や糖尿病、がんなどの予防は科学的根拠に基づいた方法が</p>		

確立していませんが、精神疾患については、その必要性は認識されているものの予防の効果を裏証することが困難であり、具体的な方法は確立されているとはいえません。しかし、適度な運動やバランスのとれた栄養・食生活は、身体だけでなくこころの健康においても重要な基礎となるものです。これらに、心身の疲労の回復と充実した人生を日指す「体養」が加えられ、健康のための3つの要素とされてきたところ¹³です。

○ 十分な睡眠をとり、ストレスと上手につきあうことはこころの健康に欠かせない要素となっています。

診断

○ 精神疾患の診断の基本は、充分な観察・問診による精神症状の正確な把握であり、心理検査等の検査が診断の補助として行われています。

○ 近年、神経画像・脳機能画像などの技術が進歩しており、客観的診断方法として期待されています。

○ 診断においては、身体疾患に起因する症状性精神障害なども考慮し、精神症状のみならず全身状態の把握も重要です。

○ 身体疾患で内科等を受診した患者に、うつ病等の精神疾患が疑われる場合には、速やかに精神科医に紹介することにより、正確な診断が行われることが、適切な治療選択の観点からも重要と考えられます。

治療

○ 精神疾患の治療においては、薬物療法が中心となりますが、向精神薬（抗精神病薬、抗うつ薬、抗不安薬、睡眠薬）を処方する際は、必要な投与期間、出現しうるすべての有害作用に対する対処法、奏功しなかつた場合の代替薬物、長期投与の適応などの知識をもとに、治療計画を患者とその家族等に説明しておく必要があります。

○ 診断、治療の両方において、生物学的、心理学的、社会文化的側面を考慮できる視点も必要であり、生活習慣の改善や専門的な精神療法、作業療法、精神科デイ・ケアなど、薬物療法以外の治療法も重要と考えられます。

合併症の治療

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。

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、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。また、我が国の調査結果では、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つてい¹³ます。

○ 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

○ 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12.1万人となつています。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

¹³ 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)

○ 精神疾患においては、その疾病の特性から身体疾患の発見が遅れがちになることがあるので、診察においては精神症状だけでなく、身体疾患の有無にも注意を払う必要があります。

○ このため、身体疾患を合併する患者については、それを担当する内科医等と精神科医が、地域の連携会議等を通じて、日頃から連携している必要があります。

うつ病の医療

○ 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、糖尿病、膠原病、悪性腫瘍、脳血管障害など身体疾患でもうつの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。

○ 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、上記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。

認知症の医療

○ 認知症には、アルツハイマー病、血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭葉型認知症、正常圧水頭症など様々なものがあります。治療としては、アルツハイマー病に対する薬物療法、BPSD（認知症の行動・心理症状）などの周辺症状に対する対応、認知症の身体合併症対応、家族に対する認知症への対応指導などが行われています。

○ 認知症の専門的医療の提供体制を強化するため、認知症疾患医療センター運営事業を開始し、2012（平成24）年9月現在、3か所の地域型認知症疾患医療センター（全国：180か所（基幹型8か所、地域型172か所））が設置されています。

○ 2011（平成23）年度の認知症疾患医療センターにおける電話及び面談による相談件数は835件、鑑別診断など専門的な医療の提供件数は690件となっています。

第2 必要となる医療機能

1. 保健サービスやかかりつけ医等との連携により、精神科医を受診

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おり、また、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。

本県の状況

（現状）

○ 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。

○ 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。

○ 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（F2）」を主診断とする入院患者数は1,736人です。

（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。

○ また、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。

○ 「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

○ 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、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。

できる機能【予防・アクセス】

目 標

- 精神疾患の発症を予防すること
- 精神疾患が疑われる患者が、発症してから精神科医に受診できるまでの期間をできるだけ短縮すること
- 精神科を標榜する医療機関と地域の保健医療サービス等との連携を行うこと

医療機関に求められる事項

- 住民の精神的健康の増進のための普及啓発、一次予防に協力すること
- 厚生センター・保健所、精神保健福祉センターや産業保健の関係機関と連携すること
- 精神科医との連携を推進していること（G・P（内科等身体疾患を担当する科と精神科）連携への参画等）
- かかりつけの医師等の認知症への対応力の向上を図るための研修等に参加していること

関係機関等の例

- 厚生センター、保健所、心の健康センター、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等の保健・福祉等の関係機関
- 精神科病院、精神科を標榜する一般病院、精神科診療所
- 一般の医療機関
- 薬局

2. 精神疾患等の状態に応じて、外来医療や訪問医療、入院医療等の必要な医療を提供し、保健・福祉等と連携して地域生活や社会生活を支える機能【治療・回復・社会復帰】

目 標

- 患者の状態に応じた精神科医療を提供すること
- 早期の退院に向けて病状が安定するための退院支援を提供すること
- 患者ができるだけ長く、地域生活を継続できること

本県の状況

(現状)

- 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、平成 11 年の総患者数の 0.4 万人から増加しています。
- 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。
- 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。
- 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、膝疾患、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。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、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。

(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ことが必要です。
 - ・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会議等（G・P 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病状態に伴う他の疾患について鑑別診断できること。

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。）を提供すること
- 必要に応じて、アウトリーチ（訪問支援）を提供できること
- 精神科医、薬剤師、看護師、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からなるチームによる支援体制を確保すること
- 精神症状の悪化等の緊急時の対応体制や連絡体制を確保すること
- 早期の退院に向けて、病状が安定するための服薬治療や精神科作業療法等を行うとともに、相談支援事業者等との連携により、退院を支援すること
- 障害福祉サービス事業所、相談支援事業所等と連携し、生活の場で必要な支援を提供すること
- 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により、患者の就職や復職等に必要な支援を提供すること

医療機関等の例

- 精神科病院、精神科を標榜する一般病院、精神科診療所
- 在宅医療を提供する病院・診療所
- 薬局
- 訪問看護ステーション

3. 精神科救急患者（身体疾患を合併した患者を含む。）、身体疾患を合併した患者や専門医療が必要な患者等の状態に応じて、速やかに救急医療や専門医療等を提供できる機能【精神科救急・身体合併症・専門医療】

目 標

（精神科救急）

- 24時間365日、精神科救急医療を提供できること
- 24時間365日、身体合併症を有する救急患者に適切な救急医療を提供できること
- （身体合併症）

・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な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。

○ 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、平成24(2012)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、

- 専門的な治療が必要な身体疾患（腎不全、歯科疾患等）を合併する精神疾患患者に対して、必要な医療を提供できること
（専門医療）
- 児童精神医療（思春期を含む）、アルコールやその他の薬物などの依存症、てんかん等の専門的な精神科医療を提供できる体制を少なぐとも都道府県単位で確保すること
- 医療機関に求められる事項**
（精神科救急）
- 精神科救急患者の受け入れが可能な設備を有すること（検査室、保護室、手厚い看護体制等）
- 精神科救急医療システムに参画し、地域の医療機関と連携すること
- 精神科救急患者を受け入れる施設では、行動制限の実施状況に関する情報を集約し、外部の評価を受けていることが望ましいこと
- 精神科病院及び精神科診療所は、自施設で継続的に診療している患者やその家族、精神科救急情報センター等からの問合せ等については、地域での連携により夜間・休日も対応できる体制を有すること
（身体合併症）
- 身体疾患を合併した患者に対応する医療機関については、身体疾患と精神疾患の両方について適切に診断できる（一般の医療機関と精神科医療機関とが連携できる）こと
- 身体疾患を合併する患者に対して、精神科医療機関の診療協力で治療する場合は、身体疾患に対応できる医師又は医療機関の診療協力を有すること
- 身体疾患を合併する患者に対して、一般病科で治療する場合は、精神科リエゾンチーム又は精神科医療機関の診療協力を有すること
- 地域の医療機関や介護・福祉サービス、行政機関等と連携できること
（専門医療）
- 専門医療を提供する医療機関は、各専門領域において、適切な診断・検査・治療を行う体制を有し、必要な保健・福祉等の行政機関等

高齢化の進展に伴い平成37（2025）年には、約700万人と約5万人に1人に上昇すると見込まれています。なお、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。

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。また、平成37（2025）年には約6.7万人（有病率20.1%）、平成47（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かと推計されています。
- 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。
- 認知疾患医療センターは平成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。（平成29年6月現在）
- 認知症初期集中支援チームは9市町村で設置されています。（平成29年6月現在）
- 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の配置と、認知症ケアパスが作成されています。
- 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、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。
- 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、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51か所開設しています。（平成29年6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

と連携すること

- 専門医療を提供する医療機関は、他の都道府県の専門医療機関とネットワークを有すること

関係機関の例

- (精神科救急)—
 - 精神医療相談窓口、精神科救急情報センター
 - 精神科救急医療体制整備事業の精神科救急医療施設
- (身体合併症)—
 - 精神科病院、精神科を標榜する一般病院、精神科診療所、第二次・第三次救急医療機関
- (専門医療)—
 - 専門医療を提供する医療機関

4. うつ病の診断及び患者の状態に応じた医療を提供できる機能【うつ病】

目 標

- 発症してから精神科医に受診するまでの期間をできるだけ短縮すること
- うつ病の正確な診断ができ、うつ病の状態に応じた医療を提供できること
- 関係機関が連携して、社会復帰（就職、復職等）に向けた支援を提供できること

医療機関に求められる事項

- (一般の医療機関)—
 - 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会議等（G-P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)—

人やその家族に対してでできる範囲で手助け認知症サポーター数は平成29年6月現在、101,501人であり、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は6市町村で未設置であり、全市町村にチームが設置されるよう支援が必要でです。
- 認知症初期集中支援チームの活動実績や、認知症地域支援推進員の配置状況、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。
- 富山県若年性認知症相談・支援センターの相談は、症状や受診病院の問い合わせ、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。
- 「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

- 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、平成11年の11.7万人から増加傾向にあります。

- 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の病の診断・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な支援を提供すること

医療機関の例

- 精神科病院、精神科を標榜する一般病院、精神科診療所
- 一般の医療機関

5. 認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで必要な医療を提供できる機能【認知症】

目 標

- 認知症の人が、早期の診断や周辺症状への対応を含む治療等を受けられ、できる限り住み慣れた地域で生活を継続できるよう、医療と介護サービス等が連携して、必要なサービスを総合的に提供すること
- 認知症疾患医療センターを各二次医療圏に1か所整備すること
- 認知症による入院患者が可能な限り短期間で退院できるよう、地域で受け入れていくための受け皿を整備すること

医療機関に求められる事項

（かかりつけ医療機関）

本県の状況

（現状）

- 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。

（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

- 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、平成 11 年の総患者数の 2.8 万人から増加しています。

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。

- 認知症への対応力向上のための研修等に参加していること
- 認知症の可能性について判断でき、認知症を疑った場合に連やか
に認知症疾患医療センター等の専門医療機関を紹介できること
- 地域包括支援センターや介護支援専門員等と連携して、認知症の
人の日常的な診療を行うこと
- 認知症疾患医療センター等の専門医療機関と連携して、認知症療
養計画に基づき患者や家族等に療養方針を説明し、療養支援を行うこ
と
- 認知症疾患医療センター、訪問看護事業所、地域包括支援センタ
ー、介護サ―ビス事業所など関係機関との連携会議等に参加し、連携
を図ること
- 認知症サポ―ト医は、関係機関との連携に当たって、その推進役
を担い、かかりつけ医に対し相談・助言を行うこと

(認知症疾患医療センター)

- 専門医療相談を実施できる部門を設置し、必要な設備整備や人員
を配置していること
- 鑑別診断に係る検査体制を整備していること
- 周辺症状と身体合併症に対する急性期入院治療を行える一般病床
と精神病床を有していること(同施設において一般病床と精神病床
の確保が困難な場合は、対応可能な他の医療機関との連携体制がとれ
ていること)
- 鑑別診断や入院医療の必要な患者の入院調整等において、地域の
認知症医療に関する連携の中核として機能していること
- サポ―ト医研修やかかりつけ医研修の実施状況等を踏まえつつ、
研修を自ら行い、又は他の主体の実施する研修に協力するなど、地域
における認知症の専門医療に係る研修に積極的に取り組んでいること
- 地域の連携体制強化のための認知症疾患医療連携協議会を組織し
開催していること
- (入院医療機関)
- 認知症疾患医療センター、訪問看護事業所、地域包括支援センタ
ー、介護サ―ビス事業所等と連携体制を有し、退院支援・地域連携タ
リカイカルパシスの活用等により退院支援に努めていること

(6) 依存症

① アルコール依存症

全国の患者動向

○ 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、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。

本県の状況

(現状)

○ 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。

○ 依存症対策については、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。

○ また、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、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。

(課題)

○ 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

○ 退院支援部署を有すること

医療機関の例

- 病院・診療所
- 認知症疾患医療センター
- 認知症の専門医療機関（認知症の専門病棟を有する病院等）

第3 精神疾患の現状

1. 患者数等

○ 2011（平成23）年10月現在、本県の精神及び行動の障害の総患者数は、約14,000人と推計されています。

○ 2011（平成23）年10月現在、本県の精神及び行動の障害の受療率（人口10万対）は、入院が288人（全国：225人）、外来が128人（全国：176人）と、入院で全国より高く、外来で低くなっています。

○ 2011（平成23）年の本県の精神科病床における平均在院日数は、357.0日（全国：298.1日）と全国より長くなっています。

○ 人口動態統計による本県の自殺者数は、2007（平成19）年から2011（平成23）年までの5か年平均で277.2人と、2002（平成14）年から2006（平成18）年までの5か年平均の313.0人より減少しています。また、人口10万人当たりの自殺者数である自殺死亡率は、2007（平成19）年から2011（平成23）年までの5か年平均で25.6と、2002（平成14）年から2006（平成18）年までの5か年平均の28.3より減少しています。

2. 予防・アセス

○ 一般医と精神科医の連携のための会議（G・P連携会議）は、2012（平成24）年12月現在、すべての厚生センター・保健所単位（5か所）で開催されていますが、さらに効果的な連携を促すための取組みが必要で

○ 一般医から精神科医への紹介システムを構築している地区は、2012（平成24）年12月現在、富山地区1か所のみとなっており、他の地区においても、発症から速やかに精神科医を受診できる体制の整備が必要です。

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

○ 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、平成11年の総患者数の0.1万人から増加しています。

本県の状況

（現状）

○ 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。

○ 依存症対策については、心の健康センターにおける相談応対、研修会及び家族教室の開催等に取組んでいます。

（課題）

○ 依存症については、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。

○ 2010（平成 22）年度の心の健康センターが実施する地域住民への講演会等への参加延べ人数が 8,126 人、人口 10 万人当たりでは 740.3 人（全国：106.1 人）で全国 1 位となるなど、広く県民に対し、精神保健福祉相談活動を実施しています。

○ 精神疾患を早期に発見し治療するため、心の健康センターと富山大学附属病院神経精神科が連携し、思春期や青年期における「こころのリスタ相談」を実施しています。

○ 2010（平成 22）年度の厚生センターや保健所、市町村が実施した精神保健福祉訪問指導を受けた延べ人数が 2,992 人、人口 10 万人当たりでは 272.6 人（全国：250.6 人）と全国より多くなっています。

○ かかりつけ医認知症対応力向上研修を修了した医師は、2006（平成 18）年度から 2010（平成 22）年度までの累計で 200 人、人口 10 万人当たりで 18.2 人（全国：18.6 人）と全国とほぼ同様となっています。

○ 認知症サポート医養成研修を修了した医師は、2011（平成 23）年度末現在で 22 人となっています。

○ 2008（平成 20）年 9 月に医療施設を受療した認知症患者のうち外来患者の割合は 15.4%（全国：31.0%）と、全国より低くなっています。初期の認知症の症状は、注意深く観察しないと加齢による症状と見分けがつかない場合があることや、本人や家族が受診を躊躇することなどから、発症早期に受診せず、重症化してから初めて受診する患者が多いのではないかと推察されます。

3. 治療・回復・社会復帰

○ 2011（平成 23）年 10 月現在、精神科を標榜する病院数は 40 施設、人口 10 万人当たりでは 3.6 施設（全国：2.1 施設）と全国より多くなっています。

○ 医療圏別では、新川医療圏に 3 施設（人口 10 万人当たり 2.3 施設）、富山医療圏に 20 施設（人口 10 万人当たり 4.0 施設）、高岡医療圏に 11 施設（人口 10 万人当たり 3.4 施設）、砺波医療圏に 6 施設（人口 10 万人当たり 4.3 施設）となっています。

○ 2011（平成 23）年 10 月現在、精神科を標榜する診療所数は 18 施設、人口 10 万人当たりでは 1.6 施設（全国：2.3 施設）と全国より少なくなっています。

○ 医療圏別では、富山医療圏に 11 施設（人口 10 万人当たり 2.2 施設

③ギャンブル依存症

全国の患者動向

○ 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（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）。

本県の状況

（現状）

○ 平成 26 年度のギャンブル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）。

○ 依存症対策については、心の健康センターにおける相談対応、研究会及び家族教室の開催等に取り組んでいます。

（課題）

○ 依存症については、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

○ 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、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。

本県の状況

（現状）

○ 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）。

設)、高岡医療圏に7施設(人口10万人当たり2.1施設)となっており、新川医療圏と砺波医療圏には施設がありません。

○2010(平成22)年10月現在、精神科病院に勤務する医師数は98.9人、人口10万人当たりでは9.0人(全国:6.9人)と全国より多くなっています。

○2009(平成21)年6月の精神科デイケア等の利用延べ人数は8,052人、人口10万人当たりでは733.5人(全国:559.0人)と全国より多くなっています。

○2009(平成21)年6月の精神科訪問看護の利用者数は、単科精神科病院が実施するものには425人、人口10万人当たりでは38.7人(全国:22.3人)、精神科・神経科標榜診療所が実施するものには145人、人口10万人当たりでは13.2人(全国:5.1人)と全国より多くなっています。

○重い精神障害を抱えている地域で安心して生活できるように訪問支援など、多職種チームが24時間365日体制でサポートする包括型地域生活支援プログラム(ACT: Assertive Community Treatment)を、3医療機関が実施しています。

○2009(平成21)年6月現在、在院患者のうち在院期間が1年以上の割合は70.0%(全国:68.6%)と全国より高くなっています。

○2009(平成21)年6月の1か月間に、在院期間1年以上かつ65歳以上の退院した患者数は19人、人口10万人当たりでは1.7人(全国:1.9人)と全国より少なくなっています。また、在院期間1年以上かつ65歳未満の退院した患者数は10人、人口10万人当たりでは0.9人(全国:1.2人)と全国より少なくなっています。

このように、長期の入院患者の退院が進んでいない傾向にあります。なお、2011(平成23)年の県調査では、在院期間が5年以上かつ65歳以上の退院患者数は9人となっています。

○2012(平成24)年12月現在、地域型認知症疾患医療センターが3か所設置されていますが、高岡医療圏には設置されていません。

○2008(平成20)年9月の認知症退院患者の平均在院日数は185.7日(全国:342.7日)と全国より短くなっています。認知症に対する精神科医療は、入院を前提と考えるのではなく、地域での生活を支えることが重要となっています。また、認知症に伴う周辺症状(B-P-S-D)

(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。

○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。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

○平成13～17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。

本県の状況

(現状)

○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トや関係機関、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、平成19年度が延べ252件でしたが、平成28年度には1,015件と大幅に増加しています。

(課題)

や身体合併症等により入院が必要な場合には、速やかに症状の軽減を
目指し、退院を促進することが重要となっています。

4. 精神科救急

○ 夜間や休日において緊急に精神科の医療を要するケースに対応す
るため、県内を2圏域に分けた病院群輪番制による精神科救急医療体
制を整備し、1998（平成10）年7月から実施しています。

○ 精神科救急医療施設数は28施設であり、公的医療機関及び多数の
民間医療機関の協力のもとに精神科救急医療体制が構築されていま
す。

○ 精神科医療に関する緊急の相談に24時間対応する「精神科救急情
報センター」を整備し、2005（平成17）年10月から実施しています。

○ 各圏域の当番病院のほか、基幹病院として県立中央病院（主とし
て身体合併症により当番病院では対応が困難な患者に対応。）と国立病
院機構北陸病院（主として症状の程度により当番病院では対応が困難
な患者に対応。）が位置付けられています。

○ 精神科救急医療体制の円滑な運用を図るため、医療機関等で構成
する連絡調整会議において、精神科救急医療体制の課題等について検
討を行っています。

5. 身体合併症

○ 2011（平成23）年10月現在、第二次救急医療機関で精神科を有す
る施設は10施設、人口100万人当たり9.1施設（全国：6.1施設）と
全国より多くなっています。

6. うつ病（再掲）

○ 一般医と精神科医の連携のための会議（G・P連携会議）は、2012
（平成24）年12月現在、すべての厚生センタ―・保健所単位（5か所）
で開催されていますが、さらに効果的な連携を促すための取組みが必
要です。

○ 一般医から精神科医への紹介システムを構築している地区は、2012
（平成24）年12月現在、富山地区1か所のみとなっており、他の地区
においても、発症から速やかに精神科医を受診できる体制の整備が必

○ 高次脳機能障害について、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

○ 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、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。

本県の状況

(現状)

○ 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。
(課題)

○ 摂食障害は、適切な治療と支援によって回復が可能でな疾患である
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。

○ 「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

○ 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、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。

要です。

7. 認知症（再掲）

- かかりつけ医認知症対応力向上研修を修了した医師は、2006（平成18）年度から2010（平成22）年度までの累計で200人、人口10万人当たりで18.2人（全国：18.6人）と全国とほぼ同様となっています。
- 認知症サポーター医養成研修を修了した医師は、2011（平成23）年度末現在で22人となっています。
- 2008（平成20）年9月に医療施設を受療した認知症患者のうち外来患者の割合は15.4%（全国：31.0%）と全国より低くなっています。初期の認知症の症状は、注意深く観察しないと加齢による症状と見分けがつきにくい場合があることや、本人や家族が受診を躊躇することがあることなどから、発症早期に受診せず、重症化してから初めて受診する患者が多いのではないかと推察されます。
- 2012（平成24）年12月現在、地域型認知症疾患医療センターが3か所設置されていますが、高岡医療圏には設置されていません。
- 2008（平成20）年9月の認知症退院患者の平均在院日数は185.7日（全国：342.7日）と全国より短くなっています。認知症に対する精神科医療は、入院を前提と考えるのではなく、地域での生活を支えることが重要となっています。また、認知症に伴う周辺症状（BPSD）や身体合併症等により入院が必要な場合には、速やかに症状の軽減を目指し、退院を促進することが重要となっています。

第4 精神疾患の医療提供体制

圏域の設定

精神疾患における圏域は、県東部（新川医療圏、富山医療圏）、県西部（高岡医療圏、砺波医療圏）の2圏域とします。

- 新川医療圏と砺波医療圏には精神科診療所がないなど、4つの医療圏それぞれで、精神疾患の医療を完結させることは難しくなっています。

- 前述のように、県東部、県西部の2圏域に分けた病院群輪番制に

本県の状況

（現状）

- 平成26年のてんかんの総患者数は0.2万人であり、平成11年の総患者数の0.3万人とほぼ横ばいです。
- 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。

（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。
- てんかん患者にとって、どの医療機関を受診すれば良いかが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、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。

- また、消防庁の調査では、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。

本県の状況

（現状）

- 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

よる精神科救急医療体制を構築してまいります。

○一 県東部、県西部の2圏域としながらも、予防・アクセスや生活に密着する機能については、それぞれの二次医療圏でのネットワーク構築を目指します。

第5 精神疾患の医療提供体制における主な課題と施策

予 防・ア ク セ ス

〔課題①〕

○一 一般医と精神科医との連携については、全国での取組状況等を把握しながら、さらなる連携を進めることが必要です。

＜施策＞

○一 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。

○一 精神疾患の早期発見・早期治療を図るため、相談機関と医療機関との連携を強化するなど、心の健康センター等でのこころの健康に関する相談体制の充実を図ります。

○一 うつ病等の精神疾患の早期発見・早期治療を図るため、一般医と精神科医との連携（G-P連携）会議等において協議・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を構築を推進します。

○一 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。

治 療・回 復・社 会 復 帰

〔課題②〕

○一 精神障害者の地域移行を促進するため、在院期間5年以上かつ65歳以上の退院患者数を増加させることが必要です。

＜施策＞

○一 身近な地域で生活できるよう、障害福祉サービス事業所や相談支

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。

○ 本県の精神科救急医療体制については、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。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があります。

（12） 身体合併症

全国状況

○ 精神科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省科学研究では、身体疾患と精神疾患とも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入院による治療を必要とする報告があります。平成27年度の消防庁の調査では、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した。

援事業等と連携し、症状等に応じた医療（外来医療や訪問診療等を含む。）を提供するなど、精神障害者の地域移行・定着を推進します。

○病院の専門職が地域のサ―ビス事業者等と連携し退院を支援するなど、精神科病院に長期入院している高齢の精神障害者が地域生活等へ移行できるよう支援します。

○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。

○治療中の患者の精神症状が夜間・休日に急変した場合にも円滑に医療を提供するため、精神科病院や診療所間で情報提供を行うなど、精神科病院等の連携強化を図ります。

○身体合併症患者への医療や児童精神医療等の専門的な医療を提供できる精神科医療体制の整備を推進します。

うつ病（再掲）

〔課題①〕（再掲）

○一般医と精神科医との連携については、全国での取組状況等を把握しながら、さらなる連携を進めることが必要です。

＜施策＞

○うつ病の早期発見・早期治療を図るため、G-P連携会議等において協議・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構築を推進します。

○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、一般医等のうつ病の診断技術等の向上を図ります。

認知症

〔課題③〕

○認知症の初期診療の要となるかかりつけ医が、認知症の可能性について判断でき、認知症を疑った場合、専門医療機関に紹介できる体制整備が必要です。

○また、認知症疾患医療センター等による医療と介護・福祉等の連

本県の状況

（現状）

○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。

（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

全国状況

○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、平成10年以降、14年連続して3万人を超えている状態が続いていますが、平成24年に15年ぶりに3万人を下回り、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。

○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。

○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）

○本県の自殺者数は平成10年に急増し、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。直近の平成28年には186人であり、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

携を充実することが必要です。

＜施策＞

- かかりつけ医認知症対応力向上研修を継続して実施し、修了者数を増加させます。
- 認知症サポート医養成研修への派遣や認知症サポート医フォロアップ研修の開催などにより、認知症サポート医によるかかりつけ医への支援体制を充実します。
- 高岡医療圏における認知症疾患医療センターの設置を促進します。
- 認知症高齢者に関わる医療や介護・福祉等の関係機関の情報共有を進めるツール（①本人や家族介護者が所持する「ケア手帳」、②相談機関や医療機関が相互にやりとりする連絡シート）の普及・活用の促進に努めるとともに、各認知症疾患医療センターに組織された地域連携協議会を有効に機能させ、医療と介護・福祉等の連携の充実を図ります。

〔課題④〕

- 認知症高齢者ができる限り住み慣れた地域で暮らし続けるためには、認知症の早期相談、早期受診、早期治療を推進することが必要です。

＜施策＞（課題③の施策と併せて実施）

- 地域住民の理解促進のため、リーフレットの作成や研修会の開催、出前講座や認知症サポートターの育成等を活用した普及啓発、認知症に関するホームページの充実など、認知症について正しく理解するための普及啓発を実施します。
- 高齢者総合相談センターにおける相談支援の充実（認知症ほっと電話相談等）など、認知症高齢者及び家族介護者に対する相談支援体制の充実に努めます。
- 認知症疾患医療センター等の住民への周知による早期相談・受診・治療の促進、地域包括支援センターにおける認知症相談や介護予防事業における基本チェックリスト等での認知症の予防・早期発見の推進、厚生センター等と連携した処遇困難事例等に対する支援等を行います。

平均より高い状態が続いており、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。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。

- 本県では、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、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、平成28年までに、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）を目指すとの目標を設定し、この目標を達成しました。
- 本県では、改正自殺対策基本法に基づき「富山県自殺対策推進計画」の策定を進めています。また、市町村の自殺対策推進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、市町村の自殺対策推進計画の策定等を支援していく必要があります。
- 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

全国状況

- 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（DPAT）先遣隊が整備されています。

本県の状況

（現状）

- 本県では1病院において、DPAT先遣隊が整備されています。

○ 認知症高齢者グループホーム、認知症対応型デイサービス、小規模多機能型居宅介護等の計画的な整備を行うとともに、認知症介護に携わる専門的人材の育成に努め、地域密着型サービスの充実を図ります。

○ 地域包括支援センター等の職員に対し、医療と介護・福祉の連携推進等の研修を実施するなど、医療と介護・福祉等の一体的な支援体制を充実します。

【数値目標】

指標名及び指標の説明	現状	国	2017年
G-P連携紹介システム構築 地区数	1地区	=	5地区 (県内全地区)
在院期間5年以上かつ65歳以上の退院患者数	9人/月	=	11人/月
かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者数(累計)	200人	=	400人
認知症サポート医数	22人	=	37人
認知症疾患医療センター数(地域型)	3か所	=	4か所
認知症退院患者の平均在院日数	185.7日	342.7日	短縮

(課題)

○ 平時においてDPAT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

全国状況

○ 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。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。

本県の状況

(現状)

○ 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。

○ 「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、医療観察制度に基づく通院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。

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きけるよう、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。

○ 地域の連携を推進するため、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。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きけるよう、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

○ 「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」では上記のほか、自殺対策も挙げられますが、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、本県の自殺対策計画で対応します。

○ 医療機関の明確化にあたり、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。また、「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
- ・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。
- ・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。
- ・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関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 施策

「数値目標」に定める目標を達成するため、こころの健康づくりの推進、精神障害者の地域移行の促進、多様な疾患等に対する施策の推進を図ります。

(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みむとともに、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。

○ 心の健康センターを中心とした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

○ 病院の専門職が地域のサービス事業者等と連携し退院を支援するなど、精神科病院に長期間入院している高齢の精神障害者が地域生活等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、メンタルヘルスマスター、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－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。

○ 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

新オレジンプランに沿った取り組みを進めます。

○ 普及啓発

- ・認知症サポーターの養成研修、市町村職員セミナー等の開催
- 認知症予防の強化
 - ・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）
 - ・社会活動の促進（エイジレス社会づくりの促進等）
- 早期診断・早期対応の強化
 - ・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
- やさしい地域づくりの推進
 - ・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
 - ・若年性認知症の特性や課題となることについての周知
 - ・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
 - ・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り組みを促進
- 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。
 - アルコール依存症については、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、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

○ 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水準が続いており、平成 29 年度に新たに策定する「富山県自

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。

○ 本県では若年層や高齢者の自殺死亡率が全国に比べ高いことから、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みます。

医療観察法における対象者への医療

○ 医療観察法が平成 17 年に施行されて 10 年以上が経過しますが、医療観察法に対する関係者の理解を更に推進する必要があります。関係機関と連携し、研修会の開催等を支援します。

○ 医療観察法の指定通院医療機関となる精神科病院の所在地には、地域の偏りがあり、指定通院医療機関を増やしていく必要があります。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
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:26年度末) 平成32年度末 平成36年度末	(548人) 534人 513人	
精神病床における回復期(3ヶ月以上1年未満)入院需要(患者数)	算定式に基づき算出	(現状:26年度末) 平成32年度末 平成36年度末	(439人) 451人 442人	

							介護保険 事業(支 援)計画
歳以上利用者 数)	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	平成36年度 末			174人 394人	障害福祉 計画
	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:26年 度末) 平成32年度 末		(62%) 69%以上		介護保険 事業(支 援)計画
	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:26年 度末) 平成32年度 末		(76%) 84%以上		障害福祉 計画
	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:26年 度末) 平成32年度 末		(83%) 90%以上		障害福祉 計画

現行計画	案
<p>(6) 救急医療の体制</p> <p>第1 救急医療の概要</p>	<p>(6) 救急医療の体制</p> <p>第1 救急医療の概要</p>
<p>1. 救急医療とは</p> <p>○ 救急医療は、主として交通事故などによる外傷や、脳卒中や急性心筋梗塞などのような急激に生命にかかわる疾患を対象としています。</p> <p>○ 求められる医療機能も患者の状態によって違いますが、本計画においては一括して記載します。</p>	<p>1. 救急医療とは</p> <p>○ 救急医療は、主として交通事故などによる外傷や、脳卒中や急性心筋梗塞などのような急激に生命にかかわる疾患を対象としています。</p> <p>○ 求められる医療機能も患者の状態によって違いますが、本計画においては一括して記載します。</p>
<p>2. 救急医療の提供体制</p> <p>病院前救護活動</p> <p>(救急蘇生法の普及とAED（自動体外式除細動器）の設置)</p> <p>○ これまで多くの救急蘇生法の講習が行われてきています。また、2004（平成16）年から一般住民の使用が可能となり、地域住民の病院前救護活動への参加が今後さらに期待されています。</p>	<p>2. 救急医療の提供体制</p> <p>病院前救護活動</p> <p>(救急蘇生法の普及とAED（自動体外式除細動器）の設置)</p> <p>○ これまで多くの救急蘇生法の講習が行われてきています。また、2004（平成16）年から一般住民によるAEDの使用が可能となり、地域住民の病院前救護活動への参加が今後さらに期待されています。</p>
<p>(消防機関による救急搬送と救急救命士等)</p> <p>○ 救急隊は、一定の応急処置に関する教育を受けた3人以上の救急隊員により構成されています。1991（平成3）年からは、救急体制の充実や救命率の向上のため、救急搬送途上において医師と連絡をとりながら救命処置ができる救急救命士制度の発足により、1隊につき1人以上の救急救命士が配置されることを目標に救急隊の質の向上を図られており、本県では2012（平成24）年4月には100%（全国：95.9%）の救急隊に救急救命士が配置されています。</p> <p>○ 救急救命士は、メデイカルコントロール体制の整備を条件として、業務範囲が拡大され、救急救命士が行うことのできる医療行為について、2004（平成16）年7月1日から心肺停止状態の傷病者に対する気管挿管（気管内チューブによる気道確保）が、2006（平成18）年4月1日から心肺停止状態の傷病者に対する薬剤投与が、医師の具体的指示の下で可能になりました。</p>	<p>(消防機関による救急搬送と救急救命士及びメデイカルコントロール体制)</p> <p>○ 救急体制の充実や救命率の向上を図るため、救急搬送途上において医師と連絡をとりながら救命処置ができる救急救命士制度が、1991（平成3）年に発足しました。</p> <p>○ メデイカルコントロール体制の整備を条件として、救急救命士による「心肺停止状態の傷病者に対する気管挿管（気管内チューブによる気道確保）」や、「心肺機能停止前の傷病者に対する輸液」等が可能です。</p>

○心肺停止患者への対応は、救急救命士等の標準的な活動内容を定めたプロトコール（活動基準）が策定され、全国に普及しています。これによって、救急救命士等が心肺停止患者に対してより適切に観察、判断、処置を行えるようになり、救急救命士等の質が向上し、業務が標準化されました。

○これらプロトコール（活動基準）の作成、薬剤投与等を行う救急救命士への指示・助言及び救急救命士の行った活動の事後検証等を行うため、各医療圏にメディカルコントロール協議会が設置されています。

○消防機関の救急救命士等が、メディカルコントロール体制の下に適切な観察と判断等を行い、地域の特性と患者の重症度・緊急度に応じて適切な医療機関に搬送できる体制の整備が重要です。

○近年、傷病者の受入困難事案が全国各地で発生したことを契機として、2009（平成21）年5月に消防法が改正され、各都道府県に、「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」の策定が義務付けられました。本県では、2011（平成23）年2月に同基準が策定され、同年4月から運用されています。

救命救急医療機関（第三次救急医療機関）

○救命救急医療を担う救命救急センターは、当初、人口100万人に1か所を目的に整備されてきました。県内では2か所の施設が指定され、人口当たりの数としては十分な整備が行われています。

○救命救急センターでは、脳卒中や急性心筋梗塞等の専門的な医療のみならず、多発外傷やその他の複数の診療科にわたる重篤な患者への医療が提供されています。

入院を要する救急患者に対する医療を担う医療機関（第二次救急医療機

○傷病者への対応については、救急救命士等の標準的な活動内容を定めたプロトコール（活動基準）が策定され、救急救命士等の質が向上し、業務が標準化されました。

○これらプロトコール（活動基準）の作成、薬剤投与等を行う救急救命士への指示・助言及び救急救命士の行った活動の事後検証等を行うため、各医療圏にメディカルコントロール協議会が設置されています。

○消防機関の救急救命士等が、メディカルコントロール体制の下に適切な観察と判断等を行い、地域の特性と患者の重症度・緊急度に応じて適切な医療機関に搬送できる体制の整備が重要です。

（搬送手段の多様化とその選別）

○従来の救急車に加え、ドクターカーや、救急医療用ヘリコプター（ドクターヘリ）、消防防災ヘリコプター等の活用が広まりつつあります。本県では、2015（平成27）年8月よりドクターヘリの運航を開始しました。（傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準（実施基準）の策定と実施）

○本県では、2011（平成23）年2月に「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」が策定され、同年4月から運用されています。

救命救急医療機関（第三次救急医療機関）

○救命救急医療を担う救命救急センターは、当初、人口100万人に1か所を目的に整備されてきました。県内では2か所の施設が指定され、人口当たりの数としては十分な整備が行われています。

○救命救急センターでは、脳卒中や急性心筋梗塞等の専門的な医療のみならず、多発外傷やその他の複数の診療科にわたる重篤な患者への医療が提供されています。

入院を要する医療を担う医療機関（第二次救急医療機関）

関)

○ 県内公的病院による病院群輪番制により、各医療圏に入院を要する救急患者に対する医療提供体制が確保されています。

初期救急医療を担う医療機関（初期救急医療機関）

○ 初期救急医療は、地域医師会等の協力により、診療所、それを補完する休日夜間急患センターや在宅当番医において実施され、救急搬送を必要としない多くの救急患者の診療を担っています。

第2 必要となる医療機能

1. 病院前救護活動の機能【救護】

目 標

- 患者又は周囲の者が、必要に応じて、速やかに救急車の要請や救急蘇生法を実施すること
- メディカルコントロール体制を充実し、救急救命士等の活動が一層適切に実施されること
- 傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準の運用により、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

関係者に求められる事項
(住民等)

- 講習会等の受講により、傷病者に対するAEDの使用を含めた救急蘇生法が実施可能であること
- 傷病者の救護のため、必要に応じて速やかに救急車の要請を行うこと
- 小児の傷病者の場合、小児救急電話相談（#8000）を用いて、適切な医療機関の受診、救急車の要請、他の交通手段の利用等を判断すること

○ 県内公的病院による病院群輪番制により、各医療圏に入院を要する救急患者に対する医療提供体制が確保されています。

初期救急医療を担う医療機関（初期救急医療機関）

○ 初期救急医療は、地域医師会・歯科医師会等の協力により、診療所、それを補完する休日夜間急患センターや在宅当番医において実施され、救急搬送を必要としない多くの救急患者の診療を担っています。

第2 必要となる医療機能

1. 病院前救護活動の機能【救護】

目 標

- 患者又は周囲の者が、必要に応じて、速やかに救急車の要請や救急蘇生法を実施すること
- メディカルコントロール体制を充実し、救急救命士等の活動が一層適切に実施されること
- 傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準の運用により、傷病者の搬送及び医療機関への受入れが適切に行われること
- 地域住民の救急医療への理解を深める取組が行われること

関係者に求められる事項
(住民等)

- 講習会等の受講により、傷病者に対するAEDの使用を含めた救急蘇生法が実施可能であること
- 傷病者の救護のため、必要に応じて速やかに救急車の要請を行うこと
- 小児の傷病者の場合、小児救急電話相談（#8000）を用いて、適切な医療機関の受診、救急車の要請、他の交通手段の利用等を判断すること

(救急救命士等)

- 住民等に対し、応急手当、AEDの使用を含めた救急蘇生法等に関する講習会を実施すること
- 搬送先の医療機関の選定に当たっては、傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準等により、事前に各救命救急医療機関の専門性等を把握すること
- 地域メデイ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
- 搬送手段と医療機関を適切に選定し、傷病者を速やかに搬送すること

(メデイカルコントロール協議会等)

- 救急救命士等が行う処置や、疾患に応じたプロトコール（活動基準）を策定し、事後検証等によって随時改訂すること
- 傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準を踏まえ、適切な医療機関に搬送するためのプロトコール（活動基準）を策定し、事後検証等によって随時改訂すること
- 医師から救急救命士に対して直接指示・助言を行う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

2. 救命救急医療機関（第三次救急医療）の機能【救命医療】

目 標

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

(救急救命士等)

- 住民等に対し、応急手当、AEDの使用を含めた救急蘇生法等に関する講習会を実施すること
- 搬送先の医療機関の選定に当たっては、傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準等により、事前に各救命救急医療機関の専門性等を把握すること
- 地域メデイ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
- 搬送手段と医療機関を適切に選定し、傷病者を速やかに搬送すること

(メデイカルコントロール協議会等)

- 救急救命士等が行う処置や、疾患に応じたプロトコール（活動基準）を策定し、事後検証等によって随時改訂すること
- 傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準を踏まえ、適切な医療機関に搬送するためのプロトコール（活動基準）を策定し、事後検証等によって随時改訂すること
- 医師から救急救命士に対して直接指示・助言を行う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
- ドクターヘリの活用について、地域において定期的に検討すること
- 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命医療機関、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、メデイ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やかな取組を進めること

2. 救命救急医療機関（第三次救急医療）の機能【救命医療】

目 標

- 24時間365日、救急搬送の受入れに応じること
- 患者の状態に応じた適切な情報や救急医療を提供すること

<p>医療機関に求められる事項</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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原則として24時間365日受け入れることが可能であること ○ 集中治療室（ICU）等を備え、常時、重篤な患者に対し高度な治療が可能であること ○ 救急医療について相当の知識と経験を有する医師が常時診療に従事していること ○ 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、人工呼吸器など特別な管理が必要な患者を受け入れる医療機関等と連携していること ○ 地域のメデイカルコントロール体制の充実に積極的な役割を果たすこと ○ DMATの派遣機能を持つなど災害に備えて積極的な役割を果たすこと ○ 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 ○ 救命救命士の気管挿管、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 <p>医療機関の例</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 救命救急センターを有する機関 ○ 地域救命センターを有する機関（初期救急医療機関や第二次救急医療機関の支援機能及び救命救急センターの補充機能を果たす機関） 	<p>医療機関に求められる事項</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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原則として24時間365日受け入れることが可能であること ○ 集中治療室（ICU）等を備え、常時、重篤な患者に対し高度な治療が可能であること ○ 救急医療について相当の知識と経験を有する医師が常時診療に従事していること ○ 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、人工呼吸器など特別な管理が必要な患者を受け入れる医療機関等と連携していること ○ 都道府県又は地域のメデイカルコントロール体制の充実に積極的な役割を果たすこと ○ DMATの派遣機能を持つなど災害に備えて積極的な役割を果たすこと ○ 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 ○ 都道府県又は地域のメデイカルコントロール協議会に医師を参加させるとともに、救命救命士の気管挿管、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 <p>医療機関の例</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 救命救急センターを有する機関 ○ 地域救命センターを有する機関（初期救急医療機関や第二次救急医療機関の支援機能及び救命救急センターの補充機能を果たす機関）
<p>3. 入院を要する救急患者に対する医療を担う医療機関（第二次救急医療）の機能【入院救急医療】</p>	<p>3. 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【入院救急医療】</p>

- 目 標
- 病院群輪番制により、24時間365日、救急搬送の受入れに応じるこ
と
 - 傷病者の状態に応じた適切な救急医療を提供すること

医療機関に求められる事項

- 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又は専用
病床を有すること
- 救急隊による傷病者の搬送に容易な場所に所在し、かつ、傷病者の
搬入に適した構造設備を有すること
- 急性期にある患者に対して、必要に応じて早期のリハビリテーショ
ンを実施すること
- 初期救急医療機と連携していること
- 施設では完結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

医療機関の例

- 病院群輪番制病院
- その他の救急病院（救急告示病院）

4. 初期救急医療を担う医療機関の機能【初期救急医療】

- 目 標
- 傷病者の状態に応じた適切な救急医療を提供すること

医療機関に求められる事項

- 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

目 標

- 病院群輪番制により、24時間365日、救急搬送の受入れに応じるこ
と
- 患者の状態に応じた適切な救急医療を提供すること

医療機関に求められる事項

- 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又は専用
病床を有すること
- 救急隊による傷病者の搬送に容易な場所に所在し、かつ、傷病者の
搬入に適した構造設備を有すること
- 急性期にある患者に対して、必要に応じて早期のリハビリテーショ
ンを実施すること
- 初期救急医療機関や精神科救急医療体制等と連携していること
- 施設では完結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

医療機関の例

- 病院群輪番制病院
- その他の救急病院（救急告示病院）

4. 初期救急医療を担う医療機関の機能【初期救急医療】

- 目 標
- 患者の状態に応じた適切な救急医療を提供すること

医療機関に求められる事項

- 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

<p>○ 病態に応じて速やかに患者を紹介できるよう、近隣の医療機関と連携していること</p> <p>○ 自治体等との連携のうえ、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</p> <p>医療機関の例</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 在宅当番医制（医科、歯科） 参加医療機関 ○ 休日夜間急患センター ○ 救急診療所（救急告示診療所） 	<p>○ 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</p> <p>○ 休日・夜間に対応できる薬局と連携していること</p> <p>○ 自治体等との連携のうえ、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</p> <p>医療機関の例</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 在宅当番医制（医科、歯科） 参加医療機関 ○ 休日夜間急患センター ○ 救急診療所（救急告示診療所）
<p>5. 救命救急医療機関等からの転院を受け入れる機能【救命期後医療】</p> <p>目標</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 在宅等での療養を望む患者に対し医療機関からの退院を支援すること ○ 合併症、後遺症のある患者に対して慢性期の医療を提供すること <p>医療機関に求められる事項</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 ○ 重度の脳機能障害の後遺症を持つ患者を受け入れる体制を整備していること ○ 救命期を脱した救急患者で、精神疾患と身体疾患を合併した患者を受け入れる体制を整備していること ○ 生活機能の維持と向上のためのリハビリテーション（訪問・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）が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とともに、居宅介護サービス等の利用を調整すること 	<p>5. 救命救急医療機関等からの転院を受け入れる機能【救命期後の医療】</p> <p>目標</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 在宅等での療養を望む患者に対し医療機関からの退院を支援すること ○ 合併症、後遺症のある患者に対して慢性期の医療を提供すること <p>医療機関に求められる事項</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 ○ 重度の脳機能障害の後遺症を持つ患者を受け入れる体制を整備していること ○ 救命期を脱した救急患者で、精神疾患と身体疾患を合併した患者を受け入れる体制を整備していること ○ 生活機能の維持と向上のためのリハビリテーション（訪問・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）が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とともに、居宅介護サービス等の利用を調整すること

○ 診療情報や治療計画を共有するなどして、救急医療機関や、診療所等の維持期における他の医療機関、在宅での療養を支援する医療機関等と連携していること

医療機関等の例

- 医療機関
- ・療養病床、精神病床又は回復期リハビリテーション病棟を有する病院
- ・往診又は訪問診療が可能であり在宅訪問リハビリテーション指導管理に対応可能な診療所
- 訪問看護ステーション
- 訪問リハビリテーション事業所
- 薬局

第3 救急医療の現状

1. 救急医療をとりまく状況

(搬送体制)

- 2012 (平成24) 年4月現在、救急救命士は260人、人口10万人当たりで23.7人 (全国：18.0人) と全国より多くなっています。
- ~~2012 (平成24) 年4月現在、県内のすべて (全国：95.9%) の救急隊に救急救命士が配置されています。~~
- 2012 (平成24) 年4月現在、県内で稼働している救急車は65台、人口10万人当たり5.9台 (全国：4.8台) と全国より多くなっています。

○ 2011 (平成23) 年の救急要請 (覚知) から救急医療機関までの搬送時間は29.3分 (全国：38.1分) と全国最短クラスとなっています。

○ 2010 (平成22) 年度の救急車の受入れ困難事例については、現場滞在時間30分以上の割合が1.0% (全国：4.8%)、照会回数4回以上の割合が0.6% (全国：3.8%) と極めて少ないなど、救急搬送体制は全国トップクラスです。

○ 診療情報や治療計画を共有するなどして、救急医療機関や、診療所等の維持期における他の医療機関、在宅での療養を支援する医療機関等と連携していること

医療機関等の例

- 医療機関
- ・療養病床、精神病床又は回復期リハビリテーション病棟を有する病院
- ・往診又は訪問診療が可能であり在宅訪問リハビリテーション指導管理に対応可能な診療所
- 訪問看護ステーション
- 訪問リハビリテーション事業所
- 薬局

第3 救急医療の現状

1. 救急医療をとりまく状況

(搬送体制)

- 2015 (平成27) 年4月現在、救急救命士は254人、人口10万人当たりで23.4人 (全国：20.3人) と全国より多くなっています。

○ 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。

○ 2014 (平成26) 年度の救急車の受入れ困難事例については、現場滞在時間30分以上の割合が0.7% (全国：5.3%)、照会回数4回以上の割合が0.5% (全国：5.3%) と極めて少ないなど、救急搬送体制は全国ト

<p>(病院前救護活動)</p> <p>○ 県民に心肺蘇生法等の救命救急法を広く普及するため、消防署、厚生センター・保健所などで救急蘇生法の講習会等を実施しています。例えは、消防機関が主体となって実施するものでは、2011(平成23)年の1年間で18,009人、人口1万人当たりで165人(全国:111人)の県民が救急蘇生法講習を受講しており、全国より多くなっています。</p> <p>○ 一般市民による除細動の実施件数は2008(平成20)年から2010(平成22)年にかけて、7件、9件、13件と徐々に増え、2010(平成22)年の人口10万人当たりの件数は1.2件(全国:1.0件)と全国を上回っています(1.1件)となっています。</p> <p>○ 心肺停止患者(心原性の心肺停止で、一般市民によって心肺停止の瞬間が確認された症例)の1か月後の生存率は2011(平成23)年では10.1%(全国:11.4%)と全国より低くなっていますが、1か月後の社会復帰率は2011(平成23)年では7.6%(全国:7.2%)と全国より高くなっています。</p>	<p>アップラスです。</p> <p>(病院前救護活動)</p> <p>○ 県民に心肺蘇生法等の救命救急法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。</p> <p>○ 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。</p> <p>○ 心肺停止患者(心原性の心肺停止で、一般市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。</p>
<p>(救急搬送患者)</p> <p>○ 救急搬送人員は、2010(平成22)年には34,015人(全国:約498万人)、人口10万人当たりでは3,099人(全国:3,918人)と全国より少なくなっています。10年前と比べて8,839人増、35.1%増(全国:約98万人増、24.5%増)と増加傾向にあります。</p> <p>○ また、救急搬送者のうち入院が不要であった軽症者の割合は48.4%(全国:50.4%)と約半数となっています。</p> <p>○ 救急搬送された高齢者についてみると、2010(平成22)年には19,474人(全国:約254万人)となっており、10年前と比べて8,430人(全国:約105万人)増えています。今後も、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するものと見込まれます。</p> <p>○ 事故種別別救急搬送人員についてみると、急病は、2010(平成22)年には、20,471人(全国:約308万人)となっており、10年前と比べて7,157人(全国:約99万人)増え、全体に占める割合は60.2%(全国:61.8%)</p>	<p>(救急搬送患者)</p> <p>○ 救急搬送人員は、2014(平成26)年には37,507人(全国:約510万人)、人口10万人当たりでは3,435人(全国:4,209人)と全国より少なくなっています。10年前と比べて7,840人増、26.4%増(全国:約66万人増、14.0%増)と増加しています。</p> <p>○ 救急搬送者のうち入院が不要であった軽症者の割合は44.2%(全国:49.4%)と約半数となっています。</p> <p>○ 救急搬送された高齢者についてみると、2014(平成26)年には23,402人(全国:約300万人)となっており、10年前と比べて8,975人(全国:約166万人)増えています。今後も、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するものと見込まれます。</p>

となっております。

○ 上記の救急搬送人員のうち「重症」及び「死亡」について、疾病分類別に見ると、「脳疾患」が514人、24.6%（全国：約7.9万人、23.9%）、「心疾患等」が465人、22.2%（全国：約7.6万人、23.1%）の順となっており、「死亡」の原因疾患として最も多いのは、「心疾患等」で160人、死亡の40.0%（全国：22,308人、死亡の37.7%）となっております。

○ 2006（平成18）年2月から7月までの6か月間に、県内の脳梗塞の急性期治療を行う主要9病院に入院した急性脳梗塞患者で、発症後3時間以内の受診は全体の31%で、その大半は救急車による搬送となっております。脳梗塞等が疑われる症状（152ページ参照）がある場合は速やかに救急車を要請するよう啓発する必要があります。

○ ヘリコプターによる搬送は、消防防災ヘリコプター「とやま」、県警ヘリコプター「つるぎ」の2機により行われており、2010（平成22）年には、消防防災ヘリコプター「とやま」が運行件数47件、搬送人員50人、県警ヘリコプター「つるぎ」が運行件数20件、搬送人員22人となっております。

（救急科医師等）

○ 2010（平成22）年4月現在、公的病院の救急科医師の必要医師数は合計14人となっておりますが、現員数は8人で、6人不足しています。

2. メディカルコントロール体制

○ 救急救命士の確保や技能の向上を図るため、県消防学校において研修を実施するとともに、病院における気管挿管や薬剤投与に関する実習の受入れに対し支援を行っています。

○ 救急業務の高度化を推進するため、2001（平成13）年12月に富山県救急業務高度化推進協議会を設置し、救急救命士に対する医師の指示や指導・助言体制の確立など、県内のメディカルコントロール体制の充実に向けた検討や各地域への助言・調整などを行っています。

○ 2003（平成15）年3月に、県内4医療圏すべてに地域メディカルコントロール協議会が設置され、救急救命士による医師の包括的指示に基づく除細動など特定行為が行われています。また、救急搬送・救急医療体制に対する医学的観点からの事後検証と救急救命士の研修の充実について検討しています。

○ ヘリコプターによる搬送は、消防防災ヘリコプター「とやま」、県警ヘリコプター「つるぎ」の2機により行われていましたが、2015（平成27）年8月にドクターヘリの運航が開始され、2016（平成28）年度は、運航件数730件、搬送人員635人となっております。

2. メディカルコントロール体制

○ 救急救命士の確保や技能の向上を図るため、県消防学校において研修を実施するとともに、病院における気管挿管や薬剤投与に関する実習の受入れに対し支援を行っています。

○ 救急業務の高度化を推進するため、2001（平成13）年12月に富山県救急業務高度化推進協議会を設置し、救急救命士に対する医師の指示や指導・助言体制の確立など、県内のメディカルコントロール体制の充実に向けた検討や各地域への助言・調整などを行っています。

○ 2003（平成15）年3月に、県内4医療圏すべてに地域メディカルコントロール協議会が設置され、救急救命士による医師の包括的指示に基づく除細動など特定行為が行われています。また、救急搬送・救急医療体制に対する医学的観点からの事後検証と救急救命士の研修の充実について検討しています。

○ 救急救命士は医師の具体的指示の下で心肺停止状態の傷病者に対する気管挿管や薬剤投与を行うことが可能です。2011（平成23）年4月現在、県内の救急救命士のうち187人が気管挿管を、94人が薬剤投与を実施することができま

3. 救命医療（第三次救急医療）

○ 救急患者が症状の程度に応じて適切な診療が受けられるよう、脳卒中、心筋梗塞等の重篤な患者を受け入れる第三次救急医療、重症救急患者を受け持つ第二次救急医療、比較的軽症の救急患者を受け持つ初期救急医療と体系的な整備が図られています。

○ 第三次救急医療体制として、24時間体制で重篤な患者に対して高度な治療を行うため、県立中央病院と厚生連高岡病院に救命救急センターが整備されています。

○ 初期救急医療機関や第二次救急医療機関の支援機能及び救命救急センターの補完機能を果たす施設（第二・五次救急医療機関）として、黒部市民病院と市立砺波総合病院に地域救命センターを設置しています。

○ 2012（平成24）年2月に実施した県政モニターアンケートでは、66.0%の人が初期から第三次までの救急医療体制について「知らない」又は「あまり知らない」と答えています。

○ 2010（平成22）年度に県立中央病院と厚生連高岡病院の救命救急センターを受診した患者は約2.1万人であり、そのうち約70.5%は入院の必要のない比較的軽症の患者となっています。軽症患者の増加により、重篤な患者への迅速な対応が困難になることが懸念されます。

4. 入院救急医療（第二次救急医療）

3. 救命医療（第三次救急医療）

○ 救急患者が症状の程度に応じて適切な診療が受けられるよう、脳卒中、心筋梗塞等の重篤な患者を受け入れる第三次救急医療、重症救急患者を受け持つ第二次救急医療、比較的軽症の救急患者を受け持つ初期救急医療と体系的な整備が図られています。

○ 第三次救急医療体制として、24時間体制で重篤な患者に対して高度な治療を行うため、県立中央病院と厚生連高岡病院に救命救急センターが整備されています。

○ 初期救急医療機関や第二次救急医療機関の支援機能及び救命救急センターの補完機能を果たす施設（第二・五次救急医療機関）として、黒部市民病院と市立砺波総合病院に地域救命センターを設置しています。

○ 2016（平成28）年度に県立中央病院と厚生連高岡病院の救命救急センターを受診した患者は約2.3万人であり、そのうち65.6%は入院の必要のない比較的軽症の患者となっています。軽症患者の増加により、重篤な患者への迅速な対応が困難になることが懸念されます。

○ 2015（平成27）年の救命救急センターの救急担当専任医師数は17人、人口10万人当たり1.6人（全国：2.3人）、看護師数は132人、人口10万人当たり12.2人（全国：14.6人）と全国より少なくなっています。

○ 2014（平成26）年の集中治療室を有する病院数は4施設、人口10万人当たり0.6施設（全国：0.6施設）、集中治療室病床数は34病床、人口10万人当たり3.1施設（全国：5.1施設）と全国より少なくなっています。

4. 入院救急医療（第二次救急医療）

○ 第二次救急医療体制については、公的病院を中心とした病院群輪番制により重症救急患者に必要な治療を行っており、2013（平成25）年2月現在、19病院が参加しています。

○ また、病院群輪番制病院の他にも救急告示病院が16施設あります。○ 2010（平成22）年度に病院群輪番制病院を時間外受診した患者は約9.2万人であり、そのうち77.9%は入院の必要のない比較的軽症の患者となっています。軽症患者の増加により、重症患者への迅速な対応が困難になることが懸念されます。

5. 初期救急医療

○ 初期救急医療体制として、各医療圏において休日夜間急患センターを設置するとともに、休日の在宅当番医制を郡市医師会で実施しています。

○ 2014（平成23）年10月現在、初期救急医療体制を有する病院は19施設、人口100万人当たりで17.3施設（全国：6.9施設）と全国より多くなっています。また、一般診療所のうち初期救急医療に参画する施設は214施設、29%（全国：16%）と全国より多く、医師会等の協力により初期救急医療体制が確保されています。

○ 2013（平成25）年2月現在、小児科の診療を行う休日夜間急患センターは4医療圏に、内科の診療を行う休日夜間急患センターは3医療圏に設置されています。

○ 2014（平成23）年10月の富山市・医師会急患センターの整備により、富山市内の病院群輪番制病院の救急外来患者が約1割減少するなどの効果が認められています。

○ 歯科については、富山県歯科保健医療総合センターにおいて休日及び休日夜間診療を実施するとともに、各医療圏において休日歯科在宅当番医制が実施されています。

6. 救命期後医療

○ 第二次救急医療体制については、公的病院を中心とした病院群輪番制により重症救急患者に必要な治療を行っており、2017（平成29）年7月現在、19病院が参加しています。

○ 病院群輪番制病院の他にも救急告示病院が15施設あります。

○ 2016（平成28）年度に病院群輪番制病院（第三次救急医療機関を除く）を時間外受診した患者は約4.8万人であり、そのうち71.8%は入院の必要のない比較的軽症の患者となっています。軽症患者の増加により、重症患者への迅速な対応が困難になることが懸念されます。

○ 2015（平成27）年度の緊急入院患者における退院調整・支援の実施件数は人口10万人当たり6.2件（全国：7.0～7.5件）と全国より少なくなっています。

5. 初期救急医療

○ 初期救急医療体制として、各医療圏において休日夜間急患センターを設置するとともに、休日の在宅当番医制を郡市医師会で実施しています。

○ 2014（平成26）年10月現在、初期救急医療体制を有する病院は18施設、人口10万人当たりで1.6施設（全国：1.1施設）と全国より多くなっています。また、一般診療所のうち初期救急医療に参画する施設は割合は27.2%で、医師会等の協力により初期救急医療体制が確保されています。

○ 2017（平成29）年10月現在、小児科の診療を行う休日夜間急患センターは4医療圏に、内科の診療を行う休日夜間急患センターも4医療圏に設置されています。

○ 歯科については、富山県歯科保健医療総合センターにおいて休日及び休日夜間診療を実施するとともに、各医療圏において休日歯科在宅当番医制が実施されています。

6. 救命期後医療

○ 2012（平成24）年4月現在、療養病床を有する病院が51施設、精神病床を有する病院が31施設、回復期リハビリテーション病棟を有する病院が8施設あります。

第5 救急医療の提供体制における主な課題と施策

〔救護〕

〔課題①〕

○ 救急搬送件数は増加傾向にあり、約半数の搬送者が結果的に軽症であることから、救急車の適正利用について引き続き県民に普及啓発が必要です。

＜施策＞

○ 第二次・第三次の救急医療機関を直接受診する軽症者が多くなると、重症患者の診療に支障を来たことが懸念されることから、消防や医療機関等の関係団体と協力し、救急医療体制の仕組みやその適正な利用方法について普及啓発に努めます。

○ 救急医療の適正受診、救急車の適正利用を促進するため、救急ハンドブック、ポスター、パンフレット等の配布、医師会との協力による救急医療フォーラムの開催など、普及啓発を行います。

○ 広域災害・救急医療情報システムの活用を促進し、円滑な救急搬送業務等を推進するとともに、救急医療機関に関する情報を県民にわかりやすく提供します。

〔課題②〕

○ 県民が心肺停止の傷病者に直ちに対応できるよう、AEDの使用について普及啓発する必要があります。

○ 脳卒中や急性心筋梗塞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＞

○ 2017（平成29）年8月現在、療養病床を有する病院が51施設、精神病床を有する病院が30施設、回復期リハビリテーション病棟を有する病院が9施設あります。

第5 救急医療の提供体制における主な課題と施策

〔救護〕

〔課題①〕

○ 救急搬送件数は増加傾向にあり、約半数の搬送者が結果的に軽症であることから、救急車の適正利用について引き続き県民に普及啓発が必要です。

＜施策＞

○ 第二次・第三次の救急医療機関を直接受診する軽症者が多くなると、重症患者の診療に支障を来たことが懸念されることから、消防や医療機関等の関係団体と協力し、救急医療体制の仕組みやその適正な利用方法について普及啓発に努めます。

○ 救急医療の適正受診、救急車の適正利用を促進するため、救急ハンドブック、ポスター、パンフレット等の配布など、普及啓発を行います。

○ 広域災害・救急医療情報システムの活用を促進し、円滑な救急搬送業務等を推進するとともに、救急医療機関に関する情報を県民にわかりやすく提供します。

〔課題②〕

○ 県民が心肺停止の傷病者に直ちに対応できるよう、AEDの使用について普及啓発する必要があります。

○ 脳卒中や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＞

—(病院前救護活動)—

- AEDの使用を含む救急蘇生法を広く普及するため、消防署、厚生センター等と連携して、県民の救急蘇生法講習の受講促進を図ります。
- 脳卒中や急性心筋梗塞が疑われる症状が出現した場合、速やかに救急搬送を要請するよう、救急ハンドブックの活用や救急医療フォーラムの開催などにより県民に普及啓発を実施します。
- 高齢者の事故や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。
- 「~~傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準~~」に基づき、~~傷病者の搬送及び医療機関の受入れが適切に行われるよう努めます。~~
- 救急症例に応じて迅速な救急救命措置が円滑に行えるよう高規格救急車の整備を推進するとともに、ドクターカーやドクターヘルシ等について検討します。

—(メデイカルコントロール体制)—

- 各消防本部における救急救命士の計画的養成に対する支援や研修教育の充実に努めます。
- メデイカルコントロール協議会において、救急救命士に対する指示・指導・助言や救急活動の医学的観点からの事後検証などについて検討するなど、消防、救急医療機関、医師会、行政機関のさらなる連携の強化を図り、メデイカルコントロール体制の充実に努めます。

[救命救急医療 (第三次救急医療)、入院救急医療 (第二次救急医療)]

〔課題③〕

- 第二次・第三次救急医療機関の軽症者の受診を総量で減少させることが重要です。
- ~~平井市中の民間病院等の協力等による第二次・第三次救急医療機関の負担軽減策について検討する必要があります。~~
- 救急部門における医師の確保が必要です。

<施策>

- 救急医療の適正受診について、引き続き普及啓発を実施し、第二次救急医療機関や救命救急センターの負担軽減を図ります。

- AEDの使用を含む救急蘇生法を広く普及するため、消防署、厚生センター等と連携して、県民の救急蘇生法講習の受講促進を図ります。
- 脳卒中や心血管疾患が疑われる症状が出現した場合、速やかに救急搬送を要請するよう、救急ハンドブックの活用などにより県民に普及啓発を実施します。
- 高齢者の事故や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。

- 救急症例に応じて迅速な救急救命措置が円滑に行えるようドクターカーについて検討します。

- 各消防本部における救急救命士の計画的養成に対する支援や研修教育の充実に努めます。

- メデイカルコントロール協議会において、救急救命士に対する指示・指導・助言や救急活動の医学的観点からの事後検証などについて検討するなど、消防、救急医療機関、医師会、介護施設、行政機関のさらなる連携の強化を図り、メデイカルコントロール体制の充実に努めます。

[救命救急医療 (第三次救急医療)、入院救急医療 (第二次救急医療)]

〔課題③〕

- 第二次・第三次救急医療機関の軽症者の受診を総量で減少させることが重要です。
- 救急部門における医師の確保が必要です。

<施策>

- 救急医療の適正受診について、引き続き普及啓発を実施し、第二次救急医療機関や救命救急センターの負担軽減を図ります。

○ 平日日中に救急患者の受入れが可能な民間病院等に協力を要請し、病院群輪番制病院や救命救急センターの負担軽減を図ります。

○ 富山大学や金沢大学の特別枠で入学した医学生等への修学資金の貸与などを通じて、救急科医師の養成に努めます。

○ 救急部門に勤務する医師の処遇改善など働きやすい勤務環境の整備を支援します。

○ 救命救急センターの体制を充実するため、日本救急医学会指導医・専門医の養成確保や救急医療スタッフの質の向上に努めます。

○ 2013（平成25）年設置予定の富山大学附属病院総合臨床教育センターにおいて、救急・災害医療従事者を対象とした研修を実施します。

○ 富山大学附属病院において、広範囲熱傷、指肢切断、急性中毒など、より重篤な患者の救命医療を行う高度救命救急センターの設置を検討します。また、新川、砺波医療圏において地域の実情に応じた地域救命救急センターの設置を検討します。

【初期救急医療】

〔課題④〕

○ 第二次・第三次救急医療機関の負担軽減のため、休日夜間急患センターの整備など初期救急医療体制のさらなる充実が必要です。

<施策>

○ 各医療圏の休日夜間急患センターの整備を促進し、すべての医療圏に内科、小児科の休日夜間急患センターを設け、さらなる充実強化を図ります。

○ 医師会や歯科医師会と協力し、在宅当番医制や歯科在宅当番医制、休日夜間急患センターの平日夜間や休日の診療など、初期救急医療体制の維持、充実を図ります。

【数値目標】

○ 富山大学や金沢大学の特別枠で入学した医学生等への修学資金の貸与などを通じて、救急科医師の養成に努めます。

○ 救急科専門医を目指す医師等への研修会を通し、救急医療を担う人材の確保・育成に努めます。

○ 救命救急センターの体制を充実するため、日本救急医学会指導医・専門医の養成確保や救急医療スタッフの質の向上に努めます。

○ 富山大学附属病院において、広範囲熱傷、指肢切断、急性中毒など、より重篤な患者の救命医療を行う高度救命救急センターの設置を検討します。

○ ドクターヘリを活用した高度救急医療体制の充実強化を図ります。

【初期救急医療】

〔課題④〕

○ 第二次・第三次救急医療機関の負担軽減のため、休日夜間急患センターなど初期救急医療体制のさらなる充実が必要です。

<施策>

○ 各医療圏の休日夜間急患センターの充実強化を図ります。

○ 医師会や歯科医師会と協力し、在宅当番医制や歯科在宅当番医制、休日夜間急患センターの平日夜間や休日の診療など、初期救急医療体制の維持、充実を図ります。

○ 初期救急医療の維持のため、救急医療の適正受診について引き続き普及啓発を実施します。

【数値目標】

指標名及び指標の説明	現状	国	2017年
救急搬送者の軽症者割合	48.4%	50.4%	低下
心肺停止患者の1か月後の社会復帰率	7.6%	7.2%	増加
救命救急センター受診者の軽症者割合	70.5%	—	低下
第二次救急医療機関受診者の軽症者割合	77.9%	—	低下
休日夜間急患センター(内科)の整備された医療圏数	3医療圏	—	4医療圏

指標名及び指標の説明	現状	国	2023年
救急搬送者の軽症者割合	41.2%	49.4%	低下
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
救命救急センター受診者の軽症者割合	65.6%	—	低下
第二次救急医療機関受診者の軽症者割合	71.8%	—	低下
休日夜間急患センターの整備された医療圏数	4医療圏	—	4医療圏

現行計画		案	
(7) 災害時における医療体制		(7) 災害時における医療体制	
第1 災害医療の概要		第1 災害医療の概要	
1. 災害医療とは ○ 災害時における医療（災害医療）については、災害発生時に、災害の種類や規模に応じて利用可能な医療資源を可能な限り有効に活用する必要があります。 ○ 災害には、地震、風水害、火山災害、雪害等の自然災害や、鉄道災害、海上災害、航空災害、道路災害、原子力災害等の事故災害など、様々な種類があります。また、同じ種類の災害であっても、発生場所、発生時刻や発生時期等によって被災・被害の程度は大きく異なります。 ○ 災害時に必要となる医療機能は、災害の種類によって異なりますが、本計画においては一括して記載します。		1. 災害医療とは ○ 災害時における医療（災害医療）については、災害発生時に、災害の種類や規模に応じて利用可能な医療資源を可能な限り有効に活用する必要があります。 ○ 災害には、地震、風水害、火山災害、雪害等の自然災害や、鉄道災害、海上災害、航空災害、道路災害、原子力災害等の事故災害など、様々な種類があります。また、同じ種類の災害であっても、発生場所、発生時刻や発生時期等によって被災・被害の程度は大きく異なります。 ○ 災害時に必要となる医療機能は、災害の種類によって異なりますが、本計画においては一括して記載します。	

2. 災害の現状

自然災害

○ 自然災害として、地震、風水害、火山災害、雪害などがあります。
○ 1948（昭和23）年以降の記録では、本県において自然災害により計17回災害救助法が適用されています。

（地震）

○ 我が国では、本県建築物の多い密集市街地が広い範囲で存在するため、地震によって大規模火災が発生したり建物が崩壊したりするなど、これまで甚大な被害が発生しています。

○ 1948（昭和23）年以降の記録では、本県において災害救助法が適用されるような地震は発生していません。

○ 大規模地震の発生する可能性はすべての地域であり、地震に対する災害医療体制を構築する必要があります。

（風水害等）

○ 1963（昭和38）年には、雪害により本県を含む11県109市町に災害救助法が適用されています。

○ 2008（平成20）年2月には、寄り回り波により入善町に災害救助法が適用されています。

○ 近年、集中豪雨が増加しており、2008（平成20）年7月には、豪雨により南砺市に災害救助法が適用されています。

事故災害

○ 事故災害として、鉄道災害、道路災害、大規模な火事災害、林野災害等の大規模な事故による災害等があります。

○ 鉄道、海上及び航空交通等の各分野において、大量・高速輸送システムが進展し、ひとたび事故が発生した場合には、重大な事故になるおそれ指摘されています。

（原子力災害）

○ 2011（平成23）年3月の東京電力福島第一原子力発電所の事故を受け、国において原子力災害対策が見直され、今後、その拡充強化を図る

2. 災害の現状

自然災害

○ 1948（昭和23）年以降の記録では、本県において自然災害により計17回災害救助法が適用されています。

（地震）

○ 1948（昭和23）年以降の記録では、本県において災害救助法が適用されるような地震は発生していません。

○ 大規模地震の発生する可能性はすべての地域であり、地震に対する災害医療体制を構築する必要があります。

（風水害等）

○ 1963（昭和38）年には、雪害により本県を含む11県109市町に災害救助法が適用されています。

○ 2008（平成20）年2月には、寄り回り波により入善町に災害救助法が適用されています。

○ 近年、集中豪雨が増加しており、2008（平成20）年7月には、豪雨により南砺市に災害救助法が適用されています。

事故災害

（原子力災害）

○ 2011（平成23）年3月の東京電力福島第一原子力発電所の事故を受け、国において原子力災害対策が見直され、今後、その拡充強化を図る

中で、緊急被災者医療体制等を整備する必要があります。 (テロ)

○ テロには、銃器の発砲や爆弾等の爆発から、航行中の航空機を使った攻撃まで様々な形態があり、用いられる物質 (N:核物質、B:生物剤、C:化学剤) によっても多様な形態をとります。NBCを使ったテロ・災害に対処する災害医療については、特別な対応が求められます。

3. 災害医療の提供

災害拠点病院

○ 1996 (平成 8) 年度以降、災害拠点病院 (基幹災害拠点病院、地域災害拠点病院) の整備が図られ、2012 (平成 24) 年 1 月 4 日現在、県内で 7 病院 (全国: 638 病院) が指定されています。

○ 災害拠点病院は、災害による重症患者の救命医療など高度の診療機能を有し、被災地からの患者の受入れ、広域医療搬送に係る対応等を行います。

○ 地震等の災害時には、外傷、広範囲熱傷、挫滅症候群等が多く発生します。平時においてこれらの診療の多くは救命救急センターが担っていることから、原則として、災害拠点病院は救命救急センターもしくは第二次救命病院の機能を有する必要があります。また、災害派遣医療チーム (DMAT) を保有しておく必要があります。

災害派遣医療チーム (DMAT)

○ 2005 (平成 17) 年度以降、災害急性期 (概ね発災後 48 時間) にトレ一ニングを受けた医療チームが災害現場へできるだけ早期に向いて救命医療を行うことが、被災者の救命に重要であるとの認識の下、「災害派遣医療チーム (DMAT: Disaster Medical Assistance Team)」の養成が開始されました。

○ DMAT は、2012 (平成 24) 年 3 月 30 日現在、県内の 8 病院に 16 チーム (全国: 1,002 チーム) が編成されています。

○ DMAT は、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、患者を搬送する際に必要な観察・処置、被

中で、原子力災害医療体制等を整備する必要があります。 (テロ)

○ テロには、銃器の発砲や爆弾等の爆発から、航行中の航空機を使った攻撃まで様々な形態があり、用いられる物質 (N:核物質、B:生物剤、C:化学剤) によっても多様な形態をとります。NBCを使ったテロ・災害に対処する災害医療については、特別な対応が求められます。

3. 災害医療の提供

災害拠点病院

○ 1996 (平成 8) 年度以降、災害拠点病院 (基幹災害拠点病院、地域災害拠点病院) の整備が図られ、2016 (平成 28) 年 4 月現在、県内で 8 病院 (全国: 712 病院) が指定されています。

○ 災害拠点病院は、災害による重症患者の救命医療など高度の診療機能を有し、被災地からの患者の受入れ、広域医療搬送に係る対応等を行います。

○ 地震等の災害時には、外傷、広範囲熱傷、挫滅症候群等が多く発生します。平時においてこれらの診療の多くは救命救急センターが担っていることから、原則として、災害拠点病院は救命救急センターもしくは第二次救命病院の機能を有する必要があります。また、精神科病院からの患者の受入れや精神症状の安定化等を、災害拠点病院のみで対応することは困難であることから、精神科病院においても、災害拠点病院と類似の機能を有する災害拠点精神科病院を今後整備する必要があります。

災害派遣医療チーム (DMAT)

○ 2005 (平成 17) 年度以降、災害急性期 (概ね発災後 48 時間) にトレ一ニングを受けた医療チームが災害現場へできるだけ早期に向いて救命医療を行うことが、被災者の救命に重要であるとの認識の下、「災害派遣医療チーム (DMAT: Disaster Medical Assistance Team)」の養成が開始されました。

○ DMAT は、2016 (平成 28) 年 4 月 1 日現在、県内の 8 病院に 20 チーム (全国: 1,508 チーム) が編成されています。

○ DMAT は、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、患者を搬送する際に必要な観察・処置、被

災地内の病院における診療の支援等を行います。

○ 一度に数名から十数名程度の患者が発生する災害では、必要に応じて近隣地域のDMATが災害現場へ入り、トリアージや救命処置等の医療支援を行います。

○ 比較的規模の大きな人的被害が発生した災害では、近隣地域のDMATが、災害現場で医療支援を行うことに加えて、災害拠点病院等の負傷者の集まる被災地域の病院で医療支援を行い、必要に応じて、患者を近隣地域の災害拠点病院へ搬送する際の医療支援を行います。

○ 甚大な人的被害が起こった場合には、これらの対応に加えて、遠隔地域からもDMATが被災地域へ入り、被災地域では対応困難な患者を遠隔地域へ広域医療搬送する際の医療支援を行います。

災地内の病院における診療の支援等を行います。

○ 一度に数名から十数名程度の患者が発生する災害では、必要に応じて近隣地域のDMATが災害現場へ入り、トリアージや救命処置等の医療支援を行います。

○ 比較的規模の大きな人的被害が発生した災害では、近隣地域のDMATが、災害現場で医療支援を行うことに加えて、災害拠点病院等の負傷者の集まる被災地域の病院で医療支援を行い、必要に応じて、患者を近隣地域の災害拠点病院へ搬送する際の医療支援を行います。

○ 甚大な人的被害が起こった場合には、これらの対応に加えて、遠隔地域からもDMATが被災地域へ入り、被災地域では対応困難な患者を遠隔地域へ広域医療搬送する際の医療支援を行います。

災害派遣精神医療チーム (DPAT)

○ 2011 (平成 23) 年の東日本大震災における精神保健医療活動支援を通じて、指揮命令系統の改善、被災精神科医療機関への支援の強化等の課題が明らかとなり、2012 (平成 24) 年度に「災害派遣精神医療チーム (DPAT : Disaster Psychiatric Assistance Team)」の仕組みが創設され、2013 (平成 25) 年度よりその養成が開始されています。

○ DPATは、被災地での精神科医療の提供、被災地での精神保健活動への専門的支援、被災した医療機関への専門的支援 (患者避難への支援を含む。)、支援者 (地域の医療従事者、救急隊員、自治体職員等) への専門的支援等の役割を担います。

医療救護班等

○ 災害急性期以降の中長期においては、避難所や救護所等に避難した住民等に対する健康管理を中心とした医療を提供する医療救護班等が組織されます。

○ 医療救護班等として、県、医師会 (JMAT : Japan Medical Association Team)、歯科医師会、日本赤十字社、大学など各種医療団体等が組織する医療救護班や、日本薬剤師会、日本看護協会等が組織する災害支援チームが、DMATとも連携しつつ、引き続き活動を行います。

○ 今後、我が国の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から、健康管理を中心とした活動はより重要となります。

○ 災害急性期以降の中長期においては、避難所や救護所等に避難した住民等に対する健康管理を中心とした医療を提供する医療救護班等が組織されます。

○ 医療救護班等として、県、医師会 (JMAT : Japan Medical Association Team)、歯科医師会、日本赤十字社、大学など各種医療団体等が組織する医療救護班や、日本薬剤師会、日本看護協会等が組織する災害支援チームが、DMAT、DPATとも連携しつつ、引き続き活動を行います。

○ 今後、我が国の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から、健康管理を中心とした活動はより重要となります。

○ 県においては、富山県地域防災計画に基づき、災害対策本部内に「災害医療対策チーム」を設置し、医療情報の収集及び提供、傷病者の受入れ及び搬送に関する調整、DMATや医療救護班等の派遣調整など、災害時における医療活動に関する総合調整を行います。

○ 厚生センター・保健所では、被災した市町村の医療救護担当課と連携して、医療救護活動に係る情報収集を行い、県災害対策本部や関係機関に速やかに伝達できるような体制の整備が必要です。

○ 厚生センター・保健所や市町村等の行政担当者や地域の医師会や災害拠点病院等の医療関係者等が定期的に情報交換し、災害発生時には集めた医療救護班等の配置調整を行うなどのコミュニケーション機能を発揮できるような体制を整備することが必要です。

広域災害・救急医療情報システム (EMIS : Emergency Medical Information System)

○ 災害時の迅速な対応が可能となるよう、患者の医療機関受診状況、ライフラインの稼働状況、医薬品備蓄状況、受入医療機関の状況などの情報を相互に収集・提供する「広域災害・救急医療情報システム (EMIS)」が全国的に整備されています。

○ 災害時において機能するシステムとして活用するためには、平時から医療関係者、行政関係者等の災害医療関係者がこの情報システムについて理解し、日頃から入力訓練等を行うことが必要です。

○ また、実際に災害が起きた際には、被災した病院に代わって県や厚生センター等が情報システムへの代行入力を行うことが可能であり、地域全体として情報の提供と収集を行う体制を整備することが重要です。NBC災害・テロへの対応

○ 国において、NBC災害・テロ対策設備整備事業等により、災害拠点病院や救命救急センター等に対する設備整備補助や、NBC災害・テロ発生時に対応できる人材の育成を目的としたNBC災害・テロ対策研修等が実施されています。

NBC災害・テロの場合の医療活動

県は、核攻撃等又は生物剤による攻撃、化学剤による攻撃の場合には、それぞれ、次に掲げる点に留意して医療活動等を実施する。

広域災害・救急医療情報システム (EMIS : Emergency Medical Information System)

○ 災害時の迅速な対応が可能となるよう、患者の医療機関受診状況、ライフラインの稼働状況、医薬品備蓄状況、受入医療機関の状況などの情報を相互に収集・提供する「広域災害・救急医療情報システム (EMIS)」が全国的に整備されています。

○ 災害時において機能するシステムとして活用するためには、平時から医療関係者、行政関係者等の災害医療関係者がこの情報システムについて理解し、日頃から入力訓練等を行うことが必要です。

○ また、実際に災害が起きた際には、被災した病院に代わって県や厚生センター等が情報システムへの代行入力を行うことが可能であり、地域全体として情報の提供と収集を行う体制を整備することが重要です。NBC災害・テロへの対応

○ 国において、NBC災害・テロ対策設備整備事業等により、災害拠点病院や救命救急センター等に対する設備整備補助や、NBC災害・テロ発生時に対応できる人材の育成を目的としたNBC災害・テロ対策研修等が実施されています。

(1) 核攻撃等の場合の医療活動

① 県は、国から要請があった場合、救護班を編成し、被ばく線量計による管理を行うなどの防護措置を講じた上で、緊急被ばく医療活動を行う。

② 内閣総理大臣により緊急被ばく医療派遣チームが派遣された場合、その指導のもと、トリアージや汚染・被ばくの程度に応じた医療を実施する。

(2) 生物剤による攻撃の場合の医療活動

① 病状等が既知の疾病と明らかに異なる感染症又は重篤な感染症の患者が発生した場合、「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。)の枠組みに従い、必要に応じて感染症指定医療機関等への患者の移送及び入院措置を行う。また、医療関係者に対してワクチン接種を行うなどの防護措置を講ずる。

② 国からの協力要請に応じて、国等の支援のもとに救護班を編成し、医療活動を行うよう努める。

(3) 化学剤による攻撃の場合の医療活動

国からの協力要請に応じて、国等の支援のもとに救護班を編成し、医療活動を実施する。

—(「富山県国民保護計画(平成18年4月)」より)—

都道府県等の自治体

○ 県においては、富山県地域防災計画に基づき、災害対策本部内に「災害医療対策チーム」を編成し、及び「災害医療対策チーム」に災害医療コーディネーターを配置し、医療情報の収集及び提供、傷病者の受入れ及び搬送に関する調整、DMATや医療救護班等の派遣調整など、災害時における医療活動に関する総合調整を行います。

○ 厚生センター・保健所では、被災した市町村の医療救護担当課と連携して、医療救護活動に係る情報収集を行い、県災害対策本部や関係機関に速やかに伝達できるような体制の整備が必要です。

○ 厚生センター・保健所や市町村等の行政担当者と地域の医師会や災害拠点病院等の医療関係者等が定期的に情報交換し、災害発生時には集めた医療救護班等の配置調整を行うなどのコーディネート機能を発揮できるように体制を整備することが必要です。

第2 必要となる医療機能	第2 必要となる医療機能
<p>1. 災害拠点病院としての機能【災害拠点病院】</p> <p>目 標</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 多発外傷、挫滅症候群、広範囲熱傷等の災害時に多発する重篤救急患者の救命医療を行うための高度の診療機能を有すること ○ 患者等の受入れと搬出を行う広域搬送に対応すること ○ DMA T等の派遣機能を有すること ○ 地域の医療機関への応急用資器材の貸出し機能を有すること <p>医療機関に求められる事項</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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すべての施設が、地域災害拠点病院は診療に必要な施設が耐震構造であること ○ 被災時においても電気、水、ガス等の生活必需基盤が維持可能であること ○ 災害時においても必要な医療機能を発揮できるよう、自家発電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、医療機材等を備蓄するとともに、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おくこと ○ 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 	<p>1-1-1. 災害拠点病院</p> <p>目 標</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 被災した際に、被害状況、診療継続可否等の情報を、E M I S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、多発外傷、挫滅症候群、広範囲熱傷等の重篤救急患者の救命医療を行うための高度の診療機能を有すること ○ 患者等の受入れと搬出を行う広域搬送に対応すること ○ DMA T等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 ○ 医療機関に求められる事項 ○ 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すべての施設が、地域災害拠点病院は診療に必要な施設が耐震構造であること ○ 被災時においても電気、水、ガス等の生活必需基盤が維持可能であること ○ 災害時においても必要な医療機能を発揮できるよう、自家発電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、医療機材等を備蓄するとともに、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おくこと ○ 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（県医師会等とも連携し、地域の医療従事者への研修を含む。）の役割を担うこと

- 病院敷地内又は病院近接地にヘリコプターの離着陸場（ヘリポート）を有していること
- 広域災害・緊急医療情報システム（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

成（県医師会等とも連携し、地域の医療従事者への研修を含む。）の役割を担うこと

- 病院敷地内又は病院近接地にヘリコプターの離着陸場（ヘリポート）を有していること

- EMISに加入しており、災害時にデータを入力する複数の担当者を事前に決めておき、訓練を行うこと
- 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、早期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及び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

医療機関の例

- 災害拠点病院（基幹災害拠点病院、地域災害拠点病院）
- 救命救急センターを有する病院

1-2. 災害拠点精神科病院

目 標

- 被災した際に、被害状況、診療継続可否等の情報を、EMIS等を用いて県災害対策本部へ共有すること

- 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）に基づき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

医療機関に求められる事項

- 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、医療機材等を備蓄するとともに、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おくこと
- 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の役割を担うこと
- E M I S に加入しており、災害時にデータを入力する複数の担当者を事前に決めておき、訓練を行うことでその使用方法に精通していること
- 複数の災害時の通信手段を確保するよう努めること
- 被災後、早急に診療機能を回復できるよう、業務継続計画の整備を行うこと
- 整備された業務継続計画に基づき、被災した状況を想定した研修・訓練を実施すること
- 災害急性期を脱した後も継続的に必要な医療を提供できるよう、日本医師会災害医療チーム（JMAT）、日本赤十字社救護班等の医療関係団体の医療チームと、定期的な訓練を実施するなど、適切な連携をとること

2. DMA T等医療従事者を派遣【災害急性期の応援派遣】

- 目 標
- 被災地周辺に対し、DMA T等を派遣すること
 - 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こと
 - 国が実施するDMA T研修など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

2. 災害時に拠点となる病院以外の病院

- 目 標
- 被災した際に、被害状況、診療継続可否等の情報を、E M I S等を用いて県災害対策本部へ共有すること
 - 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
 - 医療機関に求められる事項
 - 被災後、早急に診療機能を回復できるよう、業務継続計画の整備を行うこと

- 医療資器材、応急医薬品、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、医師会（JMAT）や日本赤十字社、医療関係団体等を中心とした医療救護班等と連携を図ること
- 医療機関の例**
- 災害拠点病院（基幹災害拠点病院、地域災害拠点病院）
 - 救命救急センターを有する病院
 - 日本赤十字社の開設する病院

3. 救護所、避難所等において健康管理を実施する機能【災害中長期の応援派遣】

- 目 標
- 災害発生後、救護所、避難所に医療従事者を派遣し、被災者に対し、感染症のまん延防止、衛生面のケア、メンタルヘルスケアを適切に行うこと
- 医療機関に求められる事項
- 感染症のまん延防止、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器材、応急用医薬品を有していること
 - 災害が沈静化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等と連携を図ること

医療機関等の例

- 公的病院が編成する医療救護班
- 日本赤十字社富山県支部が編成する医療救護班
- 医師会が編成する災害医療チーム（JMAT）
- 歯科医師会が編成する医療救護班
- 看護協会が編成する災害支援ナース
- 薬剤師会が編成する災害支援チーム

- 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
- EMISへ登録し、自らの被災情報を被災地内に発信することができよう備えること。また、災害時にデータを入力する複数の担当者を事前に決めておき、訓練を行うことでその使用方法に精通していること
- 災害急性期を脱した後も継続的に必要な医療を提供できるよう、日本医師会災害医療チーム（JMAT）、日本赤十字社救護班等の医療関係団体の医療チームと連携をとること

3. 都道府県等の自治体

- 目 標
- 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

自治体に求められる事項

- 平時から、災害支援を目的としたDMAT、DPATの養成と派遣体制の構築に努めること
 - 災害医療コーディネーター体制の構築要員（都道府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を含む。）の育成に努めること
 - 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
- 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ついても確認を行うこと
- 災害急性期を脱した後も避難所等の被災者に対して感染症のまん延防止、衛生面のケア、災害時要支援者へのサポート、メンタルヘルスケア等に関して継続的で質の高いサービスを提供できるよう、保健所を中心とした体制整備に平時から取り組むこと
 - 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

第3 災害医療の現状	第3 災害医療の現状
<p>1. 災害拠点病院</p> <p>○ 2017（平成29）年4月現在、災害拠点病院として、県全域を対象とする基幹災害拠点病院に県立中央病院と富山大学附属病院が、二次医療圏ごとの地域災害拠点病院に黒部市民病院、富山市民病院、富山赤十字病院、高岡市民病院、市立砺波総合病院が指定されています。</p> <p>○ 2011（平成23）年3月の東日本大震災の教訓から、災害拠点病院が対応すべき、建物の耐震化整備や災害時の通信手段の確保等の課題が明らかになりました。</p> <p>○ 2016（平成28）年9月現在、病院機能を維持するために必要な建物がすべて耐震化された災害拠点病院は8病院中8病院となっています。</p> <p>○ 2016（平成28）年4月現在、衛星電話や衛星インターネットなど、災害時の通信手段を確保している災害拠点病院は8病院中8病院となっています。</p> <p>○ 2017（平成29）年1月現在、EMISの操作について、研修・訓練を実施している病院は100%（全国：98.2%）となっています。</p> <p>○ 2016（平成28）年4月現在、業務継続計画を策定している病院の割合は37.5%（全国：38.5%）となっています。</p> <p>○ 県内では、2017（平成29）年3月末現在、県立中央病院、富山大学附属病院、黒部市民病院、富山市民病院、富山赤十字病院、高岡市民病院、市立砺波総合病院、市立砺波総合病院の8病院にDMATが編成されており、DMATの研修を修了した隊員数は154名、人口10万人あたり14.3名（全国：9.0名）と全国を上回っています。</p>	<p>1. 災害拠点病院</p> <p>○ 2012（平成24）年4月現在、災害拠点病院として、県全域を対象とする基幹災害拠点病院に県立中央病院と富山大学附属病院が、二次医療圏ごとの地域災害拠点病院に黒部市民病院、富山市民病院、富山赤十字病院、高岡市民病院、市立砺波総合病院が指定されています。</p> <p>○ 2011（平成23）年3月の東日本大震災の教訓から、災害拠点病院が対応すべき、建物の耐震化整備や災害時の通信手段の確保等の課題が明らかになりました。</p> <p>○ 2012（平成24）年4月現在、病院機能を維持するために必要な建物がすべて耐震化された災害拠点病院は7病院中6病院となっています。</p> <p>○ 2012（平成24）年4月現在、衛星電話や衛星インターネットなど、災害時の通信手段を確保している災害拠点病院は7病院中4病院となっています。</p> <p>○ 2012（平成24）年4月現在、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ている災害拠点病院は7病院中6病院となっています。</p> <p>○ 本県の基幹災害拠点病院においては、災害拠点病院の職員向けの災害医療研修が実施されていません。</p> <p>○ 災害時における医薬品の確保を図るため、災害拠点病院（4病院）に医薬品等を備蓄するとともに、円滑な供給を図るため災害時等における医薬品や医療用具等の供給マニュアルを作成しています。</p> <p>○ 県内では、2012（平成24）年3月30日現在、県立中央病院、富山大学附属病院、黒部市民病院、富山市民病院、富山赤十字病院、高岡市民病院、市立砺波総合病院、厚生連高岡病院の8病院に16チームのDMATが編成されており、人口100万人当たりで14.6隊（全国：7.9隊）と全国を上回っています。</p>

○ 東日本大震災では、県内の6病院からDMAT-6チームが現地に派遣されました。

2. 災害拠点病院以外の病院

○ 2012（平成24）年7月現在、災害拠点病院以外の病院のうち、災害対応マニュアルが整備されている病院は50%、災害実働訓練を実施している病院は18%となっており、未対応の病院については対策が必要です。

○ 2013（平成25）年1月現在、広域災害・救急医療情報システム（EMIS）に登録している病院の割合は、一般病床を有する病院で77%であり、EMISの操作訓練の参加人数は延べ64人に留まっているなど、県内で災害が発生したときの連絡体制に課題があります。

3. 広域医療搬送

○ 大規模災害時には、県内医療機関のみでは受入れ困難な重症患者を被災地域外に広域搬送する際の拠点となる広域搬送拠点臨時医療施設（SCU）を設置する必要がありますが、そのための資機材が未整備となっています。

4. 連携

○ 東日本大震災の教訓から、災害時に地域の関係者が連携して対策にあたるため、平常時から顔の見える関係構築しておく重要性が指摘されています。

○ 災害時における医療の確保のため、県と県医師会との間で災害時の医療救護についての協定が締結されています。また、公的病院や郡市医師会からなる医療救護班が県からの要請に基づいて派遣され、医療救護活動を行うこととなっています。

○ 県と県医薬品卸業協同組合及び一般社団法人日本産業・医療ガス協会北陸地域本部との間で災害時の医薬品や医療ガスの供給に関する協定が締結されています。

また、県薬剤師会との間で災害時の医療救護についての協定が締結されており、県からの要請に基づき、医療救護所等における調剤等のほか、医薬品の仕分けや管理を行うこととなっています。

2. 災害拠点病院以外の病院

○ 2016（平成28）年9月現在、災害拠点病院以外の病院で耐震化された病院の割合は83.0%（全国：71.5）と全国を上回っています。

○ 2016（平成28）年9月現在、災害拠点病院以外の病院で業務継続計画を策定している病院の割合は9.2%となっています。また、災害実働訓練を実施している病院の割合は18%となっており、未対応の病院については対策が必要です。

○ 2017（平成29）年4月現在、EMISに登録している病院の割合は100%となっています。

3. 広域医療搬送

○ 大規模災害時には、県内医療機関のみでは受入れ困難な重症患者を被災地域外に広域搬送する際の拠点となる広域搬送拠点臨時医療施設（SCU）を設置する必要がありますが、そのための資機材が整備されています。

4. 連携

○ 災害時に地域の関係者が連携して対策にあたるため、平常時から顔の見える関係構築しておく重要性が指摘されています。

○ 災害時における医療の確保のため、県と県医師会、県歯科医師会及び県看護協会との間で災害時の医療救護についての協定が締結されています。また、公的病院や郡市医師会からなる医療救護班が県からの要請に基づいて派遣され、医療救護活動を行うこととなっています。

○ 県と県医薬品卸業協同組合及び一般社団法人日本産業・医療ガス協会北陸地域本部との間で災害時の医薬品や医療ガスの供給に関する協定が締結されています。

また、県薬剤師会との間で災害時の医療救護についての協定が締結されており、県からの要請に基づき、医療救護所等における調剤等のほか、医薬品の仕分けや管理を行うこととなっています。

か、医薬品の仕分けや管理を行うこととなっています。

○ 東日本大震災では、県、県医師会、日本赤十字社富山県支部、富山大学等が編成する医療救護班、心のケアチーム、県看護協会が編成する災害支援ナース、県薬剤師会が編成する災害支援チームが派遣されました。また、厚生センターや市町村の保健師で編成するチームが派遣されました。

○ 災害被災者のニーズに的確に対応した健康管理（保健指導及び栄養指導）を行うため、災害時の保健活動マニュアルを作成しています。

○ 災害発生時における被災者への適切な歯科保健医療を提供するため、災害時の歯科医療救護マニュアルを作成しています。

○ 災害時要援護者については、災害時における情報把握や避難準備、避難行動等に時間や支援を要することから、「富山県災害時要援護者支援ガイドライン」を策定し、市町村に対し、災害発生時の対応マニュアルの作成等をはじめ、災害時要援護者の支援体制を整備するよう働きかけてきました。2012（平成24）年現在、すべての市町村で、災害時要援護者の名簿が作成されており、15市町村中3市町で要援護者の個別避難支援計画が策定されています。

災害医療を担う医療機関等

医療圏	新川	富山	高岡	砺波
災害拠点病院等	基幹災害拠点病院	県立中央病院 富山大学附属病院		
救命救急センター		県立中央病院		厚生連高岡病院

○ 災害被災者のニーズに的確に対応した健康管理（保健指導及び栄養指導）を行うため、災害時の保健活動マニュアルを作成しています。

○ 災害発生時における被災者への適切な歯科保健医療を提供するため、災害時の歯科医療救護マニュアルを作成しています。

○ 災害時における医薬品の確保を図るため、医薬品等の供給マニュアルを作成しています。

災害医療を担う医療機関等

(2017年11月現在)

医療圏	新川	富山	高岡	砺波
災害拠点病院等	基幹災害拠点病院	県立中央病院 富山大学附属病院		
救命救急センター		県立中央病院		厚生連高岡病院

<p>地域災害拠点病院</p> <p>黒部市市民病院</p> <p>富山市民病院</p> <p>富山赤十字病院</p> <p>富山波総合病院</p>	<p>災害急性期の応援派遣</p> <p>DMAT派遣</p> <p>県立中央病院 富山大学附属病院 厚生連高岡病院 黒部市市民病院 富山市民病院 富山赤十字病院 高岡市市民病院 市立砺波総合病院</p> <p>DMAT派遣</p> <p>県立中央病院 富山大学附属病院 北陸病院</p>	<p>災害中長期の応援派遣(健康管理)</p> <p>公的病院が編成する医療救護班 日本赤十字社富山県支部が編成する医療救護班 県医師会が編成する災害医療チーム(JMAT) 県歯科医師会が編成する医療救護班 県看護協会が編成する災害支援ナース 県薬剤師会が編成する災害支援チーム</p>
<p>地域災害拠点病院</p> <p>黒部市市民病院</p> <p>富山市民病院</p> <p>富山赤十字病院</p> <p>高岡市市民病院</p> <p>高岡厚生連高岡病院</p> <p>市立砺波総合病院</p>	<p>災害急性期の応援派遣</p> <p>DMAT派遣</p> <p>県立中央病院 富山大学附属病院 厚生連高岡病院 黒部市市民病院 富山市民病院 富山赤十字病院 高岡市市民病院 市立砺波総合病院</p> <p>DMAT派遣</p> <p>県立中央病院 富山大学附属病院 北陸病院</p>	<p>災害中長期の応援派遣(健康管理)</p> <p>公的病院が編成する医療救護班 日本赤十字社富山県支部が編成する医療救護班 県医師会が編成する災害医療チーム(JMAT) 県歯科医師会が編成する医療救護班 県看護協会が編成する災害支援ナース 県薬剤師会が編成する災害支援チーム</p>

第5 災害医療の提供体制における主な課題と施策

災害拠点病院

〔課題①〕

○ 災害拠点病院の施設・設備整備、職員による実働訓練や研修の実施など、総合的な機能強化が必要です。

<施策>

○ 富山県地域医療再生計画に即して、災害拠点病院の耐震化や通信手段の確保を推進します。

○ DMAI数のさらなる増加を図り、すべてのDMAI指定病院において、災害時に迅速なDMAIの派遣が可能となるよう、体制を整備します。

○ 災害時に災害医療関係者が連携を図りながら迅速に対応できるよう、県総合防災訓練など災害医療に関する実働訓練を実施します。

○ 2013（平成25）年設置予定の富山大学附属病院総合臨床教育センターにおいて、救急・災害医療従事者を対象とした研修を実施します。

災害拠点病院以外の病院

〔課題②〕

○ 災害対応マニュアルの整備や災害実働訓練の実施を促進する必要がある。

○ 広域災害・救急医療情報システム（E-MI-S）への登録の促進と操作できる人材の育成が必要です。

<施策>

○ 災害拠点病院以外の病院に対し、災害対応マニュアルの策定・見直しや災害実働訓練の実施を促進します。

○ 災害拠点病院以外の病院に対し、E-MI-Sへの登録を促進します。また、防災訓練の実施に合わせたE-MI-S操作訓練への病院の参加を促

第5 災害医療の提供体制における主な課題と施策

〔災害拠点病院〕

〔課題①〕

○ 災害拠点病院の施設・設備整備、職員による実働訓練や研修の実施など、総合的な機能強化が必要です。

<施策>

○ 衛星電話や衛星回線インターネットなど、複数の通信手段の確保を推進します。

○ 業務継続計画の策定及び訓練実施を支援します。

○ DMAIやDPAI研修を修了した隊員数のさらなる増加を図り、災害時に迅速な派遣が可能な体制を整備します。

○ 災害時に災害医療関係者が連携を図りながら迅速に対応できるよう、県総合防災訓練やDMAI実働訓練など災害医療に関する実働訓練を実施します。

○ 災害医療従事者を対象とした研修を実施します。

○ 災害拠点精神科病院について検討します。

〔災害拠点病院以外の病院〕

〔課題②〕

○ 病院の耐震化を進めることが必要です。

○ 業務継続計画の策定や災害実働訓練の実施を促進する必要があります。

<施策>

○ 補助制度等を活用し、病院の耐震化を促進します。

○ 業務継続計画の策定や災害実働訓練の実施を促進します。

し、EMISを操作できる人材の育成に努めます。

広域医療搬送

〔課題③〕

- 災害発生時に速やかに広域搬送拠点臨時医療施設（SCU）を設置できるよう、体制整備が必要です。
＜施策＞
- 大規模な災害により、県内の医療機関において被災患者に対する救命処置が行えない場合、速やかに被災地域外の医療機関に重症患者を搬送する広域医療搬送を行う必要があります。このため、2013（平成25）年度を目標に、広域搬送拠点臨時医療施設（SCU）に必要な資機材を備蓄し、災害発生時に速やかにSCUを設置できるようにします。

連携の推進

〔課題④〕

- 災害発生時の災害医療関係者の役割分担や連携方策について明確にしたいうえで情報を共有することが必要です。
＜施策＞
- （急性期の連携方策の明確化）
- 県災害対策本部に「災害医療対策チーム」を編成し、DMAT責任者（統括DMAT）とも連携し、情報の共有を行い、DMATの派遣調整や救急隊との連携などを行う体制を整えます。
- （中長期の連携方策の明確化）
- 県災害対策本部「災害医療対策チーム」を拠点に、県、県医師会、富山大学、県歯科医師会などが編成する医療救護班、県看護協会、県薬剤師会が編成する災害支援チーム、災害リハビリテーション関係者、心のケアチームなどの派遣調整や救急隊との連携を行う体制を整えます。
- 厚生センター・保健所単位で、行政、災害拠点病院、医師会、歯科医師会、看護協会、薬剤師会等の災害医療関係者等による連携会議を開催し、被災地における医療機関の患者受入れ・搬送調整や医療救護班等の受入れ・派遣調整など、コーディネート機能等について検討します。

〔広域医療搬送〕

〔課題③〕

- 災害発生時に速やかに広域搬送拠点臨時医療施設（SCU）を設置できるよう、体制整備が引き続き必要です。
＜施策＞
- 大規模な災害により、県内の医療機関において被災患者に対する救命処置が行えない場合、速やかに被災地域外の医療機関に重症患者を搬送する広域医療搬送を行う必要があります。このため、広域搬送拠点臨時医療施設（SCU）の設置訓練を実施します。

〔連携〕

〔課題④〕

- 災害医療関係者が平時時から顔の見える関係を構築しておくことが重要です。
- 災害発生時の災害医療関係者の役割分担や連携方策について明確にしたいうえで情報を共有することが必要です。
＜施策＞
- （平時からの連携強化の取組み）
- 厚生センター・保健所単位で、行政、災害拠点病院、医師会、歯科医師会、看護協会、薬剤師会等の災害医療関係者等による連携会議を定期的に開催し、平時時から顔の見える関係を構築します。
- 大規模な災害を想定した関係病院、医師会、消防、警察等との合同訓練を実施し、連携体制づくりを促進します。また、DMATや医療救護班を組織している災害拠点病院、他の公的病院、医師会に対し、市町村等が実施する防災訓練への積極的な参加を促します。
- 災害発生時等における保健衛生の確保、健康管理、心的外傷後ストレス障害（PTSD）等への対応を促進するため、厚生センター等関係職員の研修を充実します。
- 原子力災害医療体制の整備・充実に努めます。
（急性期の連携方策）

(平常時からの連携強化の取組み)

- 厚生センター・保健所単位で、行政、災害拠点病院、医師会、歯科医師会、看護協会、薬剤師会等の災害医療関係者等による連携会議を定期的に開催し、平常時から顔の見える関係を構築します。
- 大規模な災害を想定した関係病院、医師会、消防、警察等との合同訓練を実施し、連携体制づくりを促進します。また、DMA Tや医療救護班を組織している災害拠点病院、他の公的病院、医師会に対し、市町村等が実施する防災訓練への積極的な参加を促します。
- 災害発生時等における保健衛生の確保、健康管理、心的外傷後ストレス障害 (PTSD) 等への対応を促進するため、厚生センター等関係職員の研修を充実します。
- 災害時要援護者の避難支援体制の充実を図るため、市町村が行う多くの要援護者の把握、要援護者名簿の拡充、個別計画の作成、福祉避難所の指定を支援します。
- 県医師会との災害時の救護活動に関する協定を見直し、県外の被災地への応援など広域災害に対応できる体制を整えます。
- 県と県歯科医師会、県看護協会等との災害時の協定の締結について検討します。
- 「富山県地域防災計画(原子力災害編)」等に基づき、緊急被ばく医療体制等の整備に努めます。

- 県災害対策本部に「災害医療対策チーム」を編成し、災害医療コーディネーターとも連携し、情報の共有を行い、DMA T等の派遣調整や救急隊との連携などを行う体制を充実します。

(中長期の連携方策)

- 県災害対策本部「災害医療対策チーム」を拠点に、県、県医師会、富山大学、県歯科医師会などが編成する医療救護班、県看護協会、県薬剤師会が編成する災害支援チーム、災害リハビリテーション関係者、心のケアチームなどの派遣調整や救急隊との連携を行う体制を充実します。
- 厚生センター・保健所単位で、行政、災害拠点病院、医師会、歯科医師会、看護協会、薬剤師会等の災害医療関係者等による連携会議を開催します。また、被災地における医療機関の患者受入れ・搬送調整や医療救護班等の受入れ・派遣調整など、コーディネーター機能の整備に努めます。

【数値目標】

指標名及び指標の説明	現状	国	2017年
災害拠点病院の機能強化			
耐震化	5/7病院	=	7/7病院
衛星通信	4/7病院	=	7/7病院
災害実働訓練	6/7病院	=	7/7病院
災害拠点病院の職員に対する災害医療研修	未実施	=	実施

【数値目標】

指標名及び指標の説明	現状	国	2023年
(災害拠点病院) 災害時の復数の通信手段の確保率	87.5% (7/8病院)	82.7%	100%
(災害拠点病院) 業務継続計画の策定率	37.5%	38.5%	100%

災害対応マニュアルの策定率 (災害拠点病院以外)	50%	=	100%	(病院) 耐震化率	83.0% (88/106病院)	71.5%	100%
広域災害・救急医療情報システム(E-MI-S)の操作訓練の参加人数	64人 (延べ人数)	=	200人 (延べ人数)				
広域搬送拠点臨時医療施設(S-CU)設置のための資機材の整備	未整備	=	整備				
災害医療関係者による定期会議の開催	未開催	=	開催	災害医療関係者による定期会議の開催	開催	—	開催

現行計画		案
(8) へき地の医療体制		(8) へき地の医療体制
第1 へき地医療の概要		第1 へき地医療の概要
<p>1 へき地とは</p> <p>○ へき地とは、無医地区、無歯科医地区、無医地区に準ずる地区、無歯科医地区に準ずる地区、その他へき地診療所が設置されているなど、へき地保健医療対策の対象とされている地域をいいます。</p> <p>○ 無医地区、無歯科医地区とは、原則として医療機関のない地域で、当該地区の中心的な場所を起点としておおむね半径4kmの区域内に50人以上が居住している地区であり、かつ容易に医療機関を利用することができない地区をいいます。</p> <p>○ 無医地区に準ずる地区、無歯科医地区に準ずる地区とは、人口が50人に達しないなど無医地区、無歯科医地区には該当しないが、巡回診療などにより、無医地区、無歯科医地区に準じた医療の確保が必要な地区をいいます。</p>	<p>1. へき地とは</p> <p>○ へき地とは、無医地区、無歯科医地区、無医地区に準ずる地区、無歯科医地区に準ずる地区、その他へき地診療所が設置されているなど、へき地保健医療対策の対象とされている地域をいいます。</p> <p>○ 無医地区、無歯科医地区とは、原則として医療機関のない地域で、当該地区の中心的な場所を起点としておおむね半径4kmの区域内に50人以上が居住している地区であり、かつ容易に医療機関を利用することができない地区をいいます。</p> <p>○ 無医地区に準ずる地区、無歯科医地区に準ずる地区とは、人口が50人に達しないなど無医地区、無歯科医地区には該当しないが、巡回診療などにより、無医地区、無歯科医地区に準じた医療の確保が必要な地区をいいます。</p>	
<p>2 へき地の医療提供体制</p> <p>医療提供施設等</p> <p>○ へき地診療所は、無医地区、無医地区に準ずる地区等における地域住民への医療の提供を行います。</p> <p>○ へき地医療拠点病院は、代診医の派遣等へき地診療所の支援、巡回診療等を行います。</p> <p>へき地医療を支援する施設等</p> <p>○ へき地医療支援機構は、広域的なへき地医療支援事業の企画調整を行います。</p>	<p>2. へき地の医療提供体制</p> <p>医療提供施設等</p> <p>○ へき地診療所は、無医地区、無医地区に準ずる地区等における地域住民への医療の提供を行います。</p> <p>○ へき地医療拠点病院は、代診医の派遣等へき地診療所の支援、巡回診療等を行います。</p> <p>へき地医療を支援する施設等</p> <p>○ へき地医療支援機構は、広域的なへき地医療支援事業の企画調整を行います。</p>	
<p>3 無医地区等の現状</p>	<p>3. 無医地区等の現状</p>	

<p>○ 無医地区と無医地区に準ずる地区は、1989（平成元）年には、無医地区4地区（人口3,415人）、無医地区に準ずる地区4地区（人口626人）の計8地区でしたが、2009（平成21）年には、無医地区8地区（人口4,594人）、無医地区に準ずる地区14地区（人口1,144人）の計19地区となり、無医地区が減少し、無医地区に準ずる地区が増加しています。</p> <p>○ 無歯科医地区と無歯科医地区に準ずる地区は、1989（平成元）年には、無歯科医地区16地区（人口6,200人）、無歯科医地区に準ずる地区14地区（人口2,09人）の計17地区でしたが、2009（平成21）年には、無歯科医地区8地区（人口2,183人）、無歯科医地区に準ずる地区6地区の計14地区（人口326人）となり、無歯科医地区が減少し、無歯科医地区に準ずる地区が増加しています。</p> <p>○ 無医地区及び無歯科医地区が減少した理由として、人口の都市部への流出により人口要件である50人以上を満たさなくなったことが考えられます。</p>	<p>○ 2014（平成26）年現在、無医地区10地区（人口774人）、無医地区に準ずる地区10地区（人口2,374人）の計20地区となっています。</p> <p>○ 2014（平成26）年現在、無歯科医地区10地区（人口2,668人）、無歯科医地区に準ずる地区5地区（人口174人）の計15地区となっています。</p>
<p>第2 必要となる医療機能</p>	<p>第2 必要となる医療機能</p>
<p>1. へき地における保健指導の機能【保健指導】</p> <p>目 標</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 無医地区等において、保健指導を提供すること ○ 関係機関に求められる事項 ○ 保健師等が実施し、必要な体制が確保できていること ○ 地区の保健衛生状態を十分把握し、市町村保健センターと最寄りのへき地診療所等との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 ○ 関係機関等の例 ○ へき地診療所 ○ 市町村保健センター <p>2. へき地における診療の機能【へき地診療】</p>	<p>1. へき地における保健指導の機能【保健指導】</p> <p>目 標</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 無医地区等において、保健指導を提供すること ○ 関係機関に求められる事項 ○ 保健師等が実施し、必要な体制が確保できていること ○ 地区の保健衛生状態を十分把握し、市町村保健センターと最寄りのへき地診療所等との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 ○ 関係機関等の例 ○ へき地診療所 ○ 市町村保健センター <p>2. へき地における診療の機能【へき地診療】</p>

2 へき地の医療体制構築に係る現状把握のための指標

<p>目 標</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 無医地区等において、地域住民の医療を確保すること ○ 24時間365日対応できる連携体制を構築すること ○ 専門的な医療や高度な医療を担う医療機関へ搬送する体制を整備すること <p>医療機関に求められる事項</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 一歩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 ○ 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 <p>医療機関の例</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ へき地診療所 ○ 巡回診療・歯科診療を実施する医療機関 	<p>目 標</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 無医地区等において、地域住民の医療を確保すること ○ 24時間365日対応できる連携体制を構築すること ○ 専門的な医療や高度な医療を担う医療機関へ搬送する体制を整備すること <p>医療機関に求められる事項</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>プライマリケアの診療</u>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 ○ 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 <p>医療機関の例</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ へき地診療所 ○ 巡回診療・歯科診療を実施する医療機関
<p>3. へき地の診療を支援する医療の機能【へき地診療の支援医療】</p> <p>目 標</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 診療支援機能の向上を図ること <p>医療機関に求められる事項</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 ○ その他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 ○ 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 	<p>3. へき地の診療を支援する医療の機能【へき地診療の支援医療】</p> <p>目 標</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 診療支援機能の向上を図ること <p>医療機関に求められる事項</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 ○ その他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 ○ 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

医療機関の例

- へき地医療拠点病院
- 救命救急センターを有する病院

4. 行政機関等によるへき地医療の支援【行政機関等の支援】

目 標

(行政機関)

- へき地を支援する医療機関等を支援すること
(へき地医療支援機構)
- へき地保健医療政策の中心的機関として、へき地において継続的に医療サービスを提供できるよう、関係機関の調整等を行うこと
関係者に求められる事項
- (行政機関)

- へき地保健医療計画の策定及びそれに基づく施策を実施すること
(へき地医療支援機構)
- 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柝を行うこと

○ 専任担当として地域医療に意識が高く、ある程度長く継続して努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

第3 へき地医療の現状

1. へき地診療

ること

- へき地医療拠点病院は、巡回診療、医師派遣、代診医派遣をいづれ
か11回以上、あるいは年12回以上実施すること

医療機関の例

- へき地医療拠点病院
- 救命救急センターを有する病院

4. 行政機関等によるへき地医療の支援【行政機関等の支援】

目 標

(行政機関)

- へき地を支援する医療機関等を支援すること
(へき地医療支援機構)
- へき地保健医療政策の中心的機関として、へき地において継続的に医療サービスを提供できるよう、関係機関の調整等を行うこと
関係者に求められる事項
- (行政機関)

- 医療計画の策定及びそれに基づく施策を実施すること
(へき地医療支援機構)
- 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
- 地域医療支援センターとのより緊密な連携や、一体化を進め、へき地
の医療体制について、総合的な企画・調整を行うこと

第3 へき地医療の現状

1. へき地診療

○ 2009（平成21）年には、無医地区8地区（人口1,594人）、無医地区に準ずる地区11地区（人口1,144人）の計19地区となり、人口減少により無医地区が減少し、無医地区に準ずる地区が増加しています。

○ 県内には、南砺市に上平、平、利賀の3つのへき地診療所があり、それぞれへのき地診療所には1名ずつの常勤医が勤務しています。

○ 黒部市民病院、かみいち総合病院、金沢医科大学氷見市民病院、市立砺波総合病院、公立南砺中央病院及び南砺市民病院がへき地医療拠点病院に指定されています。

○ 2011（平成23）年度、黒部市民病院、かみいち総合病院、金沢医科大学氷見市民病院、市立砺波総合病院、公立南砺中央病院の5病院が巡回診療（合計542回）を行っています。また、公立南砺中央病院と南砺市民病院では、へき地診療所の医師が研修等に参加する際に、代診医の派遣（合計84回）を行っています。

○ 自治医科大学を卒業した医師をへき地診療所やへき地医療拠点病院に派遣し、へき地診療所の運営、へき地医療拠点病院からの代診医の派遣、巡回診療を支援しています。

○ 公立南砺中央病院、南砺市民病院、市立砺波総合病院、公立学校共済組合北陸中央病院、富山大学附属病院と上平診療所、平診療所、利賀診療所との間で遠隔医療システムが整備されており、住民への医療提供体制の充実と医療水準の向上が図られています。

○ 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。また、救命救急センターの補完機能を果たす施設として、黒部市民病院と市立砺波総合病院に地域救命センターが設置されています。

2. 医師確保

○ へき地診療所とへき地医療拠点病院に勤務している自治医科大学卒業医師数は2013（平成25）年1月現在で9人となっています。

○ 都市部の病院での研修や勤務を望む医師が多いなか、へき地医療拠点病院など地方の中・小規模の公的病院での医師確保が困難になっています。

○ 県厚生部医務課内に「富山県へき地医療支援機構」が設置され、広

○ 2017（平成29）年現在、県内には、南砺市に上平、平、利賀の3つのへき地診療所があり、それぞれへのき地診療所には1名ずつの常勤医が勤務しています。

○ 2017（平成29）年現在、黒部市民病院、かみいち総合病院、金沢医科大学氷見市民病院、市立砺波総合病院、公立南砺中央病院及び南砺市民病院がへき地医療拠点病院に指定されています。

○ 2015（平成27）年度、黒部市民病院、かみいち総合病院、金沢医科大学氷見市民病院、市立砺波総合病院、公立南砺中央病院の5病院が巡回診療（合計508回）を行っています。また、公立南砺中央病院と南砺市民病院では、へき地診療所の医師が研修等に参加する際に、代診医の派遣（合計102回）を行っています。

○ 自治医科大学において本県出身の医師を養成し、卒業した医師をへき地診療所やへき地医療拠点病院へ派遣し、へき地診療所の運営、へき地医療拠点病院からの代診医の派遣、巡回診療を支援しています。

○ 公立南砺中央病院、南砺市民病院と上平診療所、平診療所、利賀診療所との間で遠隔医療システムが整備されており、住民への医療提供体制の充実と医療水準の向上が図られています。

○ 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。また、救命救急センターの補完機能を果たす施設として、黒部市民病院と市立砺波総合病院に地域救命センターが設置されています。

2. 医師確保

○ へき地診療所とへき地医療拠点病院に勤務している自治医科大学卒業医師数は2017（平成29）年4月現在で8人となっています。

○ 都市部の病院での研修や勤務を望む医師が多いなか、へき地医療拠点病院など地方の中・小規模の公的病院での医師確保が必要になっています。

○ 県厚生部医務課内に「富山県へき地医療支援機構」が設置され、広

<p>域的なへき地医療対策の企画・調整等を行っています。</p>	<p>域的なへき地医療対策の企画・調整等を行っています。</p>
<p>第5 へき地の医療提供体制における主な課題と施策</p> <p>[へき地医療] [課題①]</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ へき地医療拠点病院による代診医の派遣や巡回診療等のへき地支援活動を継続する必要があります。 ＜施策＞ ○ へき地診療所での診療や無医地区等への巡回診療を維持し、住民の健康管理や医療の確保に努めます。 ○ へき地医療拠点病院からへき地診療所への代診医の派遣について円滑な運用を図ります。 ○ へき地診療所とへき地医療拠点病院等を結ぶ遠隔医療システムを利用し、へき地診療所における診療を支援します。 <p>[医師確保] [課題②]</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ へき地医療拠点病院間の情報交換や連携を強化し、へき地医療の質の向上を図ります。 ○ 県のホームページや広報などを活用し、へき地医療の取組みについて医療関係者や地域住民への普及・啓発に努めます。 <p>＜施策＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ へき地医療に携わる医師や、総合的な診療能力を有する、いわゆる 	<p>第5 へき地の医療提供体制における主な課題と施策</p> <p>[へき地医療] [課題①]</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ へき地医療拠点病院による代診医の派遣や巡回診療等のへき地支援活動を継続する必要があります。 ＜施策＞ ○ へき地診療所での診療や無医地区等への巡回診療を維持し、住民の健康管理や医療の確保に努めます。 ○ へき地医療拠点病院からへき地診療所への代診医の派遣について円滑な運用を図ります。 ○ へき地診療所とへき地医療拠点病院等を結ぶ、<u>ITを利用した遠隔医療システム</u>を利用し、へき地診療所における診療を支援します。 ○ <u>歯科領域のへき地を含む在宅診療の充実を支援します。</u> ○ <u>へき地医療拠点病院やへき地診療所の施設整備や、医療機器、車輛、遠隔医療機器等の設備の充実を支援します。</u> ○ <u>必要に応じてドクターヘリ等を活用し、傷病者を搬送受人病院等へ搬送します。</u> ○ へき地医療拠点病院間の情報交換や連携を強化し、へき地医療の質の向上を図ります。 ○ 県のホームページや広報などを活用し、へき地医療の取組みについて医療関係者や地域住民への普及・啓発に努めます。 <p>[医師確保] [課題②]</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ へき地医療に従事する医師の確保に向けた取組みが必要です。 ＜施策＞ ○ へき地医療に携わる医師や、総合的な診療能力を有する、いわゆる

「総合医」をへき地医療拠点病院で育成し、地域医療に従事する人材の確保を図ります。

- 自治医科大学を卒業した医師を県内のへき地医療拠点病院やへき地診療所へ派遣するとともに、義務年限終了後の県内定着に努めます。
- 今後、富山大学や金沢大学の特別枠で入学した医学生卒業が見込まれることから、県内のへき地医療拠点病院等への派遣を検討します。

【数値目標】

指標名及び指標の説明	現状	国	2017年
へき地診療所への代診医派遣回数	84回	—	現状維持
へき地巡回診療回数	542回	—	現状維持
へき地診療所・へき地医療拠点病院に派遣している自治医科大学卒業医師数	9人	—	現状維持

「総合医」をへき地医療拠点病院で育成し、地域医療に従事する人材の確保を図ります。

- 自治医科大学を卒業した医師を県内のへき地医療拠点病院やへき地診療所へ派遣するとともに、義務年限終了後の県内定着に努めます。
- 富山大学や金沢大学の特別枠を卒業した医師を県内のへき地医療拠点病院を含む公的病院等に派遣し、地域医療に従事する人材の確保を図ります。

【数値目標】

指標名及び指標の説明	現状	国	2023年
へき地診療所への代診医派遣回数	102回	—	現状維持
へき地巡回診療回数	508回	—	現状維持