

第 2 節 5 疾病・5 事業及び在宅医療の医療体制

※ 次の「1 がん」から「11 在宅医療」において、数値目標等で記載している「指標番号」（例：がんの「●141」）とは、疾病・事業等ごとに巻末に掲載している国が示した全国共通の指標であり、●は重点指標、それ以外は参考指標を示します。

1 がん

○ 現 状 と 課 題 ○

(1) 現状

秋田県地域がん登録によると、平成 27 年に本県の医療機関でがんと診断された人は 10,736 人であり、罹患者の多い順に大腸がん、胃がん、肺がん、乳がん、前立腺がんとなっています。男女別に見ると、男性は大腸がん、胃がん、肺がん、前立腺がんの順に、女性は大腸がん、乳がん、胃がん、子宮がんの順に多くなっています。

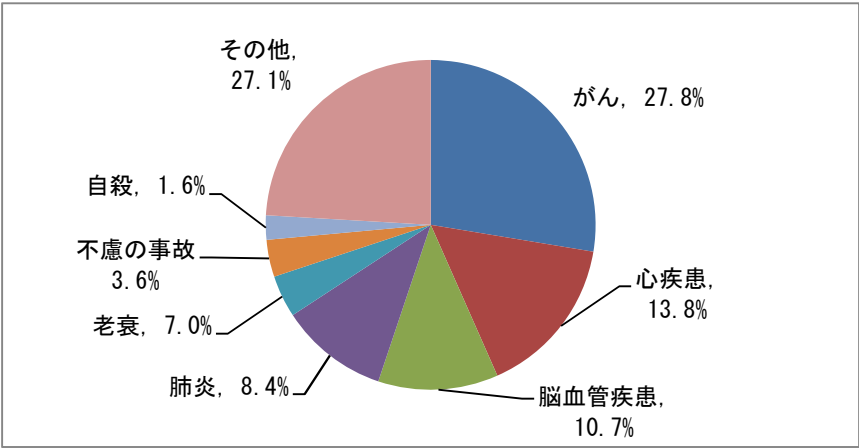
表 1 がん罹患の状況 (人)

男 性			女 性			男女合計		
1	大腸	1,344	1	大腸	924	1	大腸	2,268
2	胃	1,149	2	乳房	788	2	胃	1,682
3	肺	746	3	胃	533	3	肺	1,092
4	前立腺	724	4	子宮	446	4	乳房	798
5	食道	268	5	肺	346	5	前立腺	724
5	膀胱	268	6	皮膚	200	6	子宮	446
7	膵	177	7	膵	186	7	皮膚	376
全部位計		6,103	全部位計		4,633	全部位計		10,736

出典：「秋田県地域がん登録」（平成 27 年）

がんは、昭和 59 年から連続して本県における死因の第 1 位であり、平成 28 年のがんによる死亡者数は 4,242 人で、死亡者全体の 27.8%を占めています。

図 1 秋田県の総死亡に占める主な死因割合



出典：厚生労働省「人口動態統計」（平成 28 年）

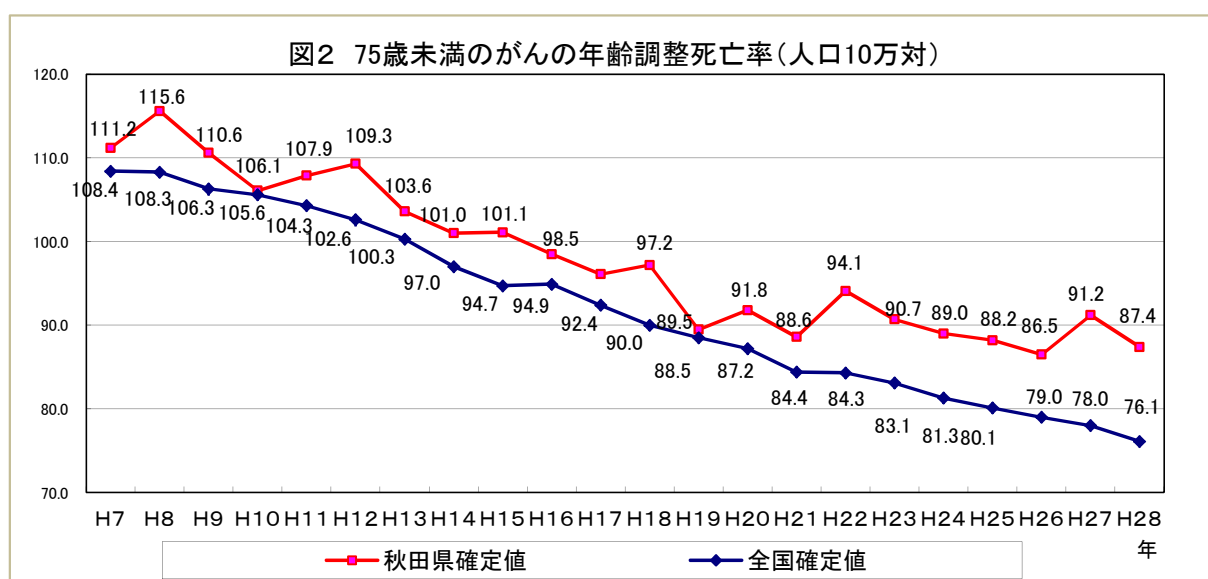
部位別に見ると、胃がん、肺がん、大腸がんなどの死亡数が上位を占めており、年齢階層でみると高齢になるほど死亡は増加し、70歳以上が75%を占めています。

表2 年齢・部位別の死亡数

年齢 区分	0～29	30～39	40～49	50～59	60～69	70～79	80～	合計 (人)	割合 (%)
胃	—	2	10	23	91	143	361	630	14.8
大腸	—	4	12	37	91	135	310	589	13.9
直腸	—	1	7	16	37	36	74	171	4.0
結腸	—	3	5	21	54	99	236	418	9.9
肝	—	1	5	9	52	87	101	255	6.0
胆のう	—	—	1	2	26	57	180	266	6.3
膵	—	—	3	28	86	113	150	380	8.9
気管及び肺	—	3	9	33	134	215	373	767	18.1
子宮	—	2	7	7	16	13	19	64	1.5
食道	—	—	5	10	35	45	73	168	4.0
乳房	1	3	7	21	28	20	43	123	2.9
前立腺	—	—	—	1	4	30	91	126	3.0
白血病	1	3	1	5	18	19	35	82	1.9
その他	3	6	13	51	130	194	396	793	18.7
合計	5	24	73	227	711	1,071	2,131	4,242	100
割合%	0.1	0.6	1.7	5.4	16.8	25.2	50.2	100	／

出典：厚生労働省「人口動態統計」（平成28年）

県の75歳未満年齢調整死亡率（人口10万人対）は全国値より高い値で推移しており、平成28年は87.4と、全国の都道府県の中で2番目に高い値となっています。



出典：厚生労働省「人口動態統計」

◇ がん予防

多くのがんの発症に関与している喫煙については、平成 28 年の国民生活基礎調査によると、本県の喫煙率は 20.3%で、全国平均よりも高くなっています。また、男性の喫煙率は 33.9%と全国でも高い傾向が続いています。

表 3 喫煙率

	男性		女性		総数	
	率(%)	全国順位	率(%)	全国順位	率(%)	全国順位
平成 25 年 (全国%)	38.2	5 位	10.6	14 位	23.5	6 位
	(33.7)		(10.7)		(21.6)	
平成 28 年 (全国%)	33.9	7 位	8.5	19 位	20.3	14 位
	(31.1)		(9.5)		(19.8)	

出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」

多量飲酒は、食道がんや大腸がん、乳がんなどに罹るリスクを高めます。平成 27 年度の秋田県健康づくりに関する調査によると、男性ではほとんど飲まない人が 22.4%に対し、ほとんど毎日（週 6～7 日）飲む人が 42.7%となっています。

表 4 飲酒の習慣

（単位：％）

項 目	男性	女性	総数
ほとんど毎日(週 6～7 日) 飲んでいる	42.7	12.4	26.1
週 4～5 日飲んでいる	8.2	4.2	6.1
週 3 日(2 日に 1 回程度)飲んでいる	7.3	4.2	5.6
週 1～2 日飲んでいる	10.1	7.4	8.7
月 1～3 回飲んでいる	8.6	14.5	11.9
ほとんど飲まない	22.4	55.6	40.5
無回答	0.7	1.6	1.2

出典：秋田県「健康づくりに関する調査」（平成 27 年度）

胃がんの危険因子とされている食塩の摂取については、平成 28 年度の県民健康・栄養調査によると、秋田県の成人 1 日当たりの食塩摂取量の平均値は 10.6 g で平成 23 年の 11.1 g から減少しましたが、依然として高い状況にあります。

表 5 食塩摂取量の平均値

（単位：g）

項 目	男性	女性	総数
20～29歳	11.6	9.0	10.6
30～39歳	10.3	9.8	
40～49歳	11.4	8.8	
50～59歳	12.8	9.9	
60～69歳	13.2	10.5	
70歳以上	10.5	9.5	
総 数	11.7	9.7	

出典：秋田県「県民健康・栄養調査」（平成 28 年度）

◇ がんの早期発見

平成 27 年度に市町村が実施したがん検診の受診率は、県全体で 13～27%程度で、前計画で目標としていた 50%には達していません。

表 6 市町村が実施するがん検診の受診率 (単位：%)

区 分		22年度	23年度	24年度	25年度	26年度	27年度
胃がん	秋田	15.6	15.3	14.4	14.1	13.7	13.6
	全国	9.6	9.2	9.0	8.7	8.5	6.3
大腸がん	秋田	24.9	26.6	25.7	26.4	26.5	27.2
	全国	16.8	18.0	18.7	19.1	19.5	15.5
肺がん	秋田	23.3	20.5	22.5	21.8	22.0	22.1
	全国	17.2	17.0	17.3	17.3	17.7	13.7
子宮がん	秋田	24.9	22.6	22.1	22.7	23.9	23.0
	全国	23.9	23.9	23.5	23.2	23.8	18.4
乳がん	秋田	25.7	23.1	22.5	22.6	23.6	23.6
	全国	19.0	18.3	17.4	17.0	17.6	14.5

出典：厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」

平成 26 年度に市町村が実施したがん検診で精密検査が必要とされた者の精密検査の受診率は、胃がん、肺がん、乳がんで全国平均を下回っています。

表 7 精密検査受診率 (単位：%)

区 分	胃がん検診	大腸がん検診	肺がん検診	子宮がん検診	乳がん検診
秋 田	80.4	71.0	76.7	82.2	84.7
全国平均	81.7	66.7	78.3	72.5	85.6

出典：厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」(平成 26 年度)

平成 26 年度に県医師会が実施した「がん検診受診状況調査」による秋田県全体のがん検診の受診者から市町村がん検診受診者を除いて算出した職域等におけるがん検診(※)の受診率は、8～28%程度となっています。

※職域等におけるがん検診：職場等で実施されるがん検診や個人で受診するがん検診など、市町村が実施するがん検診以外のがん検診

表 8 平成 26 年度職域等におけるがん検診の受診率 (単位：人)

区 分	胃がん	肺がん	大腸がん	子宮がん	乳がん
受診者数	86,057	39,872	63,740	22,548	11,886
対象者数	306,758	306,758	306,758	206,758	143,956
受 診 率	28.1%	13.0%	20.8%	10.9%	8.3%

出典：秋田県医師会「がん検診実施状況調査」(平成 26 年度)

厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」(平成 26 年度)

◇ がん医療体制

本県では、都道府県がん診療連携拠点病院として秋田大学医学部附属病院、地域がん診療連携拠点病院として5病院、地域がん診療病院として3病院が国の指定を受けています。また、県地域がん診療連携推進病院として2病院を県が独自に指定しています。

なお、国のがん診療連携拠点病院等が未設置の北秋田医療圏については、北秋田市民病院が平成30年4月の地域がん診療病院の指定に向けて体制整備を行っています。

表9-① 拠点病院等の指定状況

医療機関名	2次医療圏	所在地	区 分
秋田大学医学部附属病院	秋田周辺	秋田市	国指定
大館市立総合病院	大館・鹿角	大館市	国指定
能代厚生医療センター	能代・山本	能代市	国指定
秋田厚生医療センター	秋田周辺	秋田市	国指定
秋田赤十字病院	秋田周辺	秋田市	国指定
由利組合総合病院	由利本荘・にかほ	由利本荘市	国指定
大曲厚生医療センター	大仙・仙北	大仙市	国指定
平鹿総合病院	横手	横手市	国指定
雄勝中央病院	湯沢・雄勝	湯沢市	国指定
市立秋田総合病院	秋田周辺	秋田市	県指定
中通総合病院	秋田周辺	秋田市	県指定

図3 がん診療連携拠点病院等の整備状況（平成29年4月1日現在）

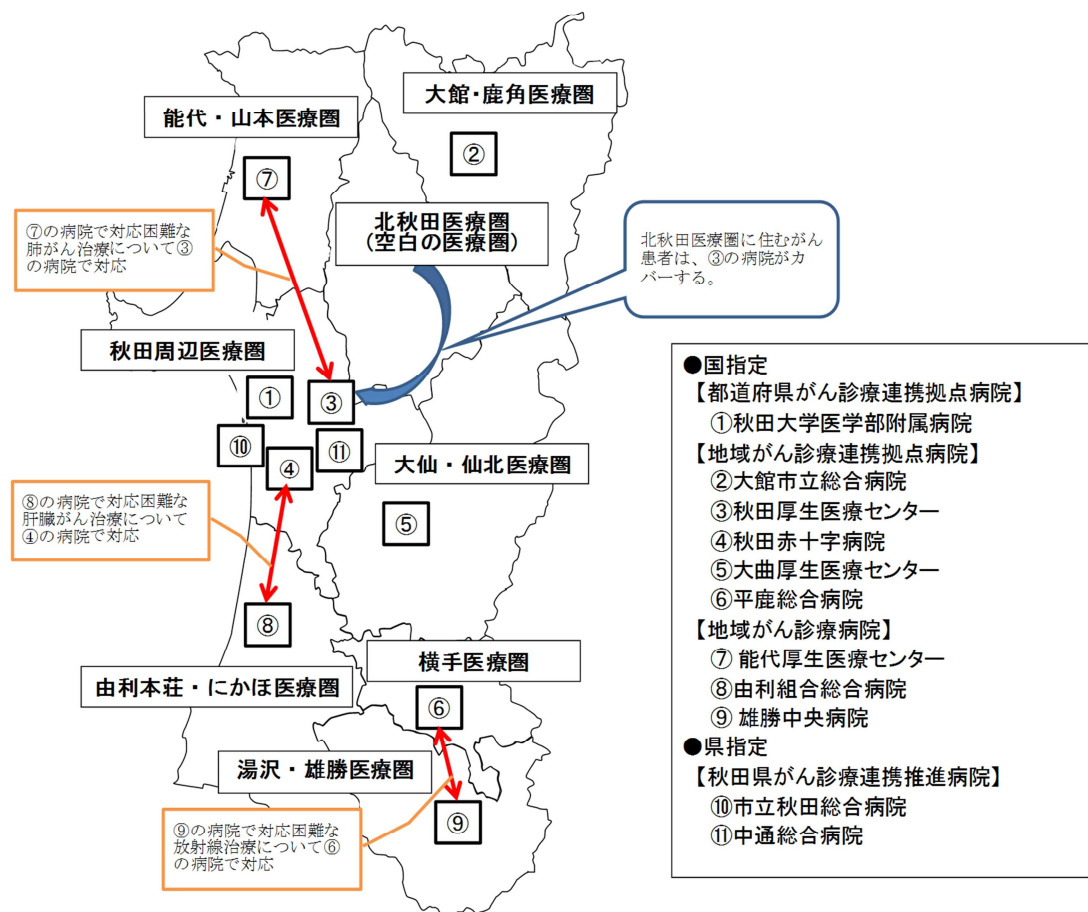


表 9-② 患者数等の状況（平成 27 年）

	年間新入院 がん患者数	年間新入院患者数に 占めるがん患者の割合	年間外来 がん患者数	年間院内死亡 がん患者数
秋田大学医学部附属病院	3,275	30.1%	48,229	143
大館市立総合病院	1,359	20.4%	21,926	204
能代厚生医療センター	1,224	18.1%	13,801	175
秋田厚生医療センター	2,077	21.7%	40,689	189
秋田赤十字病院	3,732	34.7%	37,064	180
由利組合総合病院	1,301	14.8%	8,144	223
大曲厚生医療センター	2,707	31.9%	37,189	338
平鹿総合病院	1,606	18.6%	35,206	294
雄勝中央病院	455	11.9%	16,384	105
市立秋田総合病院	1,679	20.3%	37,521	157
中通総合病院	1,126	13.2%	40,917	178

出典：「がん診療連携拠点病院等現況報告」（平成 28 年度）

表 9-③ 手術の実績（平成 28 年 4 月～7 月）

	肺がん		胃がん				大腸がん	
	開胸 手術	胸腔 鏡下 手術	開腹 手術	腹腔 鏡下 手術	内視鏡 粘膜 切除術	内視鏡 粘膜下層 剥離術	開腹 手術	腹腔 鏡下 手術
秋田大学医学部附属病院	2	33	10	7	0	34	8	14
大館市立総合病院	0	6	25	0	0	6	26	0
能代厚生医療センター	0	0	3	6	0	11	0	20
秋田厚生医療センター	2	13	15	1	0	22	27	17
秋田赤十字病院	0	18	24	8	15	8	13	14
由利組合総合病院	0	5	6	2	0	10	12	2
大曲厚生医療センター	1	11	13	3	0	15	12	17
平鹿総合病院	0	10	15	0	0	27	15	1
雄勝中央病院	0	0	3	0	0	0	7	2
市立秋田総合病院	0	2	7	5	0	19	14	8
中通総合病院	0	0	14	0	1	8	21	7

出典：「がん診療連携拠点病院等現況報告」（平成 28 年度）

	肝臓がん			乳がん					悪性 腫瘍 手術 総数
	開腹 手術	マイク ロ波凝 固法	ラジオ 波焼灼 療法	手術	乳癌冷 凍凝固 摘出術	乳腺腫瘍 摘出術 (生検)	乳腺腫瘍 画像ガイド 下吸引術	乳房再 建(乳房 切除後)	
秋田大学医学部附属病院	3	1	11	16	0	2	0	0	576
大館市立総合病院	1	0	0	8	0	0	0	0	153
能代厚生医療センター	2	0	4	12	0	0	0	0	98
秋田厚生医療センター	2	0	3	9	0	0	0	0	236
秋田赤十字病院	4	0	3	53	0	6	2	0	286
由利組合総合病院	0	0	0	14	0	0	0	0	98
大曲厚生医療センター	0	0	0	8	0	0	0	0	163
平鹿総合病院	1	0	3	22	0	2	0	0	271
雄勝中央病院	0	0	0	2	0	0	0	0	38
市立秋田総合病院	3	0	11	62	0	0	8	1	237
中通総合病院	0	0	0	17	0	0	0	0	88

出典：「がん診療連携拠点病院等現況報告」（平成 28 年度）

院内がん登録に基づいた施設別部位別手術患者数（平成 27 年）

	※1				※2			※3		※4	
	口腔・咽頭	食道	胃	大腸	肝臓	胆嚢・胆管	膵臓	喉頭	肺	骨・軟部	皮膚（黒色腫を含む）
秋田大学医学部附属病院	74	32	42	57	23	15	17	14	77	10	184
大館市立総合病院	0	0	55	99	3	4	3	0	18	0	3
能代厚生医療センター	0	0	32	57	0	5	2	0	0	0	9
秋田厚生医療センター	4	0	55	85	4	8	6	0	35	0	1
秋田赤十字病院	0	0	96	153	0	3	2	1	53	1	41
由利組合総合病院	1	0	26	51	1	2	1	0	26	0	1
大曲厚生医療センター	13	2	55	105	2	7	4	1	32	0	2
平鹿総合病院	5	12	48	63	3	12	6	1	20	0	65
雄勝中央病院	1	0	14	11	0	2	0	0	5	0	5
市立秋田総合病院	3	0	36	74	8	15	13	0	13	0	4
中通総合病院	0	0	67	84	0	8	3	0	21	0	0
合計	101	46	526	839	44	81	57	17	300	11	315

	※5				※6		※7					
	乳房	子宮頸部	子宮体部	卵巣	前立腺	膀胱	腎・他の尿路	脳・中枢神経系	甲状腺	悪性リンパ腫	その他	合計
秋田大学医学部附属病院	66	15	36	19	72	7	58	53	19	8	31	929
大館市立総合病院	35	23	9	3	5	0	10	0	3	1	8	282
能代厚生医療センター	16	14	3	0	15	3	5	0	2	0	1	164
秋田厚生医療センター	42	23	6	7	18	2	16	0	8	5	4	329
秋田赤十字病院	134	58	22	12	5	3	15	1	15	0	7	622
由利組合総合病院	32	27	11	6	5	5	10	5	6	0	5	221
大曲厚生医療センター	35	12	3	3	10	5	8	0	4	0	4	307
平鹿総合病院	67	18	5	3	11	1	16	5	10	0	10	381
雄勝中央病院	10	5	1	0	15	0	3	0	4	0	3	79
市立秋田総合病院	65	13	20	5	8	8	16	0	27	1	5	334
中通総合病院	69	7	7	1	0	0	0	0	0	1	1	269
合計	571	215	123	59	164	34	157	64	98	16	79	3,917

出典：秋田県がん診療連携協議会調べ

「項目：外科的・体腔鏡的・内視鏡的治療」の結果の区分が【1：原発巣—治癒切除 2：原発巣—非治癒切除 3：原発巣—治癒／非治癒の別不詳】の原発巣切除の患者のみ集計対象とした。

（4：姑息／対症治療、転移巣切除 8：その他 9：不詳を除いた）

※1 内視鏡的治療【EMR(内視鏡的粘膜切除術)、ESD（内視鏡的粘膜下層剥離術）、ポリペクトミー）、レーザー等治療（焼灼）【APC（アルゴンプラズマ凝固療法）、レーザー治療、PDT（光線力学的治療）、MCT（電磁波凝固療法）】等を除く。

※2 TAE(肝動脈塞栓療法)、TAI（肝動注化学療法）、PEIT（経皮的エタノール注入療法）、レーザー等治療（焼灼）【PMCT（経皮的マイクロ波凝固療法）、RFA（ラジオ波焼灼療法）】、肝移植、PTPE（経皮経肝門脈塞栓療法）、内視鏡的治療（乳頭部切除術）、症状緩和的な特異的治療（胆管ステント留置術）等を除く。

- ※3 レーザー等治療を除く。
 ※4 レーザー等治療（焼灼）【凍結療法、電気凝固術、PDT（光線力学的治療）】を除く。
 ※5 レーザー等治療を除く。
 ※6 内視鏡の治療【TUR-P(経尿道的前立腺切除術)、TUR-Bt(経尿道的膀胱腫瘍切除術)】等を除く。
 ※7 姑息的な治療としてのTAE、内視鏡の治療【TUR(経尿道的切除術)、TUC(経尿道的凝固術)、尿管鏡または腎盂鏡による内視鏡下切除】、レーザー等治療（焼灼）【レーザー療法、凍結療法、電気凝固術】、症状緩和的な特異的治療（腎瘻造設術、尿路変向術）等を除く。

表9-④ 放射線治療・化学療法の実績

	放射線治療				化学療法		
	延べ患者実数 (平成27年)		照射回数 (平成28年4～7月)		延べ患者数		
	体外照射	小線源治療	体外照射	小線源治療	平成27年 延べ患者数	平成28年4～7月 入院患者数	平成28年4～7月 外来患者数
秋田大学医学部附属病院	648	11	4,164	11	1,436	186	1,644
大館市立総合病院	152	-	1,247	-	1,064	125	166
能代厚生医療センター	147	-	1,317	-	527	92	77
秋田厚生医療センター	136	-	980	-	721	179	236
秋田赤十字病院	254	-	2,588	-	1,311	279	372
由利組合総合病院	114	-	1,016	-	318	83	132
大曲厚生医療センター	175	-	1,317	-	1,308	189	321
平鹿総合病院	241	-	2,130	-	597	122	175
雄勝中央病院	0	-	0	-	59	27	70
市立秋田総合病院	165	-	1,416	-	385	134	193
中通総合病院	122	-	1,545	-	342	79	181

※化学療法の延べ患者数は1レジメンを1コース施行した場合、1人と計上。

出典：「がん診療連携拠点病院等現況報告」（平成28年度）

専門資格を取得している医療従事者の数は増加していますが、全国との比較（人口100万人対）では、専門医を中心に少ない状況にあります。

表10 専門医療従事者の資格取得状況

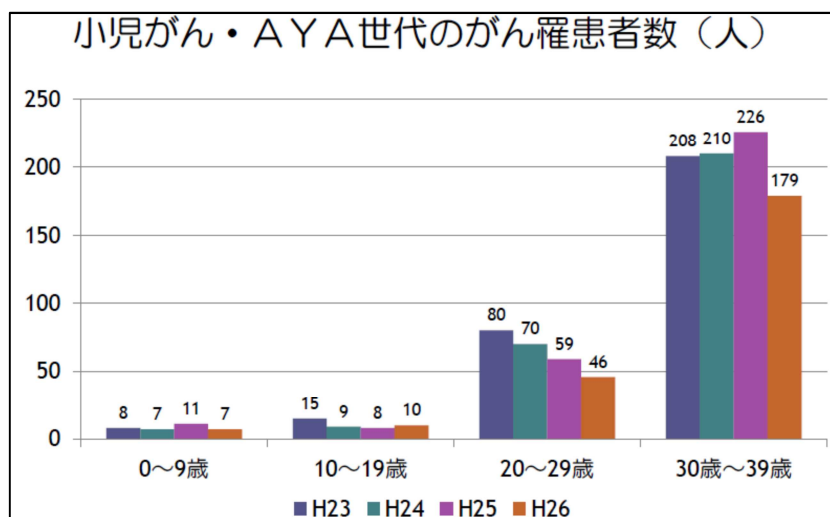
区 分	人数		人口100万人対	
	秋田	全国	秋田	全国
がん治療認定医（一般社団法人日本がん治療認定医機構）	115	15,572	115.5	122.9
放射線治療専門医（公益社団法人日本放射線腫瘍学会）	6	1,177	6.0	9.3
薬物療法専門医（公益社団法人日本臨床腫瘍学会）	4	1,191	4.0	9.4
がん看護専門看護師（公益社団法人日本看護協会）	6	713	6.0	5.6
認定看護師（公益社団法人日本看護協会）	66	7,524	66.3	59.4
皮膚・排泄ケア	19	2,419	19.1	19.1
緩和ケア	28	2,211	28.1	17.4
がん化学療法看護	12	1,530	12.0	12.1
がん性疼痛看護	3	768	3.0	6.1
乳がん看護	2	342	2.0	2.7
がん放射線療法看護	2	254	2.0	2.0
がん専門薬剤師（一般社団法人日本医療薬学会）	—	525	—	4.1
がん薬物療法認定薬剤師（一般社団法人日本病院薬剤師会）	14	1,052	14.1	8.3
放射線治療専門放射線技師（日本放射線治療専門放射線技師認定機構）	18	1,774	18.1	14.0
放射線治療品質管理士（放射線治療品質管理機構）	17	1,206	17.1	9.5
医学物理士（一般財団法人医学物理士認定機構）	1	958	1.0	7.6

出典：各団体等のウェブサイト（平成29年10月末現在）

◇ 小児がん・AYA世代※のがん

本県における 19 歳未満のがん罹患者数は、年 20 人前後で推移しています。また、20～39 歳までのがんの罹患者は、約 300 人前後で推移しています。

※ AYA 世代：AYA（Adolescent and Young Adult）世代（思春期世代と若年成人世代）



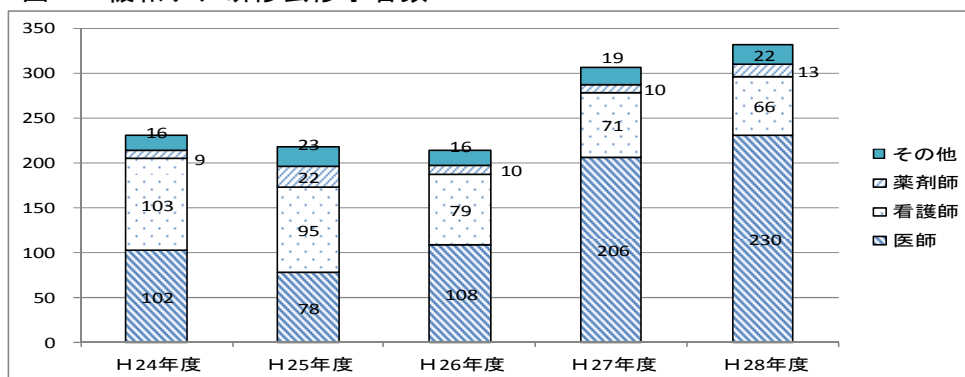
出典：秋田県地域がん登録

◇ 緩和ケア

県内の緩和ケア病棟は、秋田市（34 床）と大仙市（13 床）に各 1 施設となっています。緩和ケア外来を設置している医療機関は 12 施設、入院患者に対する緩和ケアチームを設置している医療機関は 14 施設あります。

各がん診療連携拠点拠点等が実施する緩和ケア研修会については、平成 28 年度末までに、医師 1,154 人、看護師 910 人、薬剤師 155 人、その他の職種 128 人の計 2,347 人が修了しています。

図 4 緩和ケア研修会修了者数



出典：秋田県がん対策室調べ

在宅緩和ケアについては、在宅医療を提供できる施設数が限られているなどから、その普及が進んでいません。

表 11 在宅緩和ケア提供施設

項 目	平成29年8月現在
緩和ケア病棟入院料算定医療機関	2 施設
緩和ケア診療加算の算定医療機関	0 施設
在宅がん医療総合診療料の届出医療施設	67 施設
在宅療養支援診療所の届出医療施設	70 施設
訪問看護ステーション	63 施設

出典：厚生労働省東北厚生局「届出受理医療機関名簿」

(2) 課題

① がんの1次予防

- ◇ 予防可能ながんのリスク因子である、喫煙（受動喫煙を含む）、過剰飲酒、運動不足、肥満・やせ、野菜・果物の摂取不足、濃い味付けの副菜、塩蔵食品の過剰摂取等の生活習慣、ウイルスや細菌の感染などに対して適切な予防対策をとる必要があります。

② がんの早期発見、がん検診（2次予防）

- ◇ がんの死亡者を減少させていくためには、がん検診の受診率向上及びがん検診精度管理の充実を図り、科学的根拠に基づくがん検診や精密検査を推進し、がんの早期発見・早期治療につなげる必要があります。

③ がん医療の充実

- ◇ がん医療の充実のため、手術療法、放射線療法、薬物療法を専門的に行う医師や医療従事者の配置及び患者の受療環境の変化に応じた医療提供体制の整備が必要です。
- ◇ 発症から診断、入院治療、外来治療等のそれぞれの場面において、患者の状況に応じたチーム医療を提供することが必要です。
- ◇ がん治療の影響による日常生活動作の障害に伴う生活の質（以下「QOL」といいます。）の低下を予防するため、機能回復や機能維持、さらには社会復帰の観点からのがんリハビリテーションの実施が必要です。
- ◇ 小児がんやAYA世代のがんは、乳幼児から小児期、活動性の高い思春期・若年成人世代といった特徴あるライフステージで発症することから、成人がんとは異なる対策が必要です。特に、小児がんについては、難治症例も存在することから、十分な診療体制の構築とともに診断時から晩期合併症への対応が必要です。また、高齢者のがんについては、提供すべき医療のあり方についての検討が求められています。

④ がんとの共生

- ◇ がん患者及びその家族が抱える苦痛を和らげるため、がん医療に緩和ケアを組み込み、また、地域と連携した緩和ケア提供体制を整備することが必要です。
- ◇ 医療従事者等を対象とした緩和ケア研修会について、患者の視点や、主治医と緩和ケア部門との連携方法及びグリーフケアをプログラムに入れることが必要です。
- ◇ 緩和ケアは、がんと診断された時から必要であることについて、患者・医療従事者を含む県民に普及啓発する必要があります。

- ◇ がん相談支援センターの体制や相談件数には病院によって差があるため、その存在を県民に周知するとともに、患者や家族のニーズに沿った体制整備が求められています。
- ◇ がん患者同士による相談支援（ピアサポート）や情報交換の場であるがんサロンは重要ですが、全県での実施が求められております。
- ◇ がん患者が住み慣れた場で自分らしい生活を送ることができるよう、生活の場において必要な医療・介護サービスが受けられる体制を構築することが必要です。
- ◇ がん患者の離職防止や復職・再就職のための就労支援を充実させていくことや、がん患者・経験者のＱＯＬ向上に向けた取組が求められています。
- ◇ 小児・ＡＹＡ世代のがん患者を対象とした緩和ケアは、家族の負担が大きく、サポート体制も十分でないことから、教育や就労、生活を支援する体制を整備していくことが求められます。
- ◇ 認知症を併せ持つ高齢者は、がん医療における意思決定等についての支援が必要となる場合があります、医療と介護との連携が必要です。

○ 目指すべき方向 ○

（１）がんによる死亡者の減少

本県の 75 歳未満年齢調整死亡率は、過去 20 年間では年平均約 1.4% ずつの減少であり、今後 12 年間で約 15% の死亡率の減少が見込まれますが、対策の強化によりさらに 10% の死亡率を上乗せし、今後 12 年間で 25% の減少を目指します。

（２）科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

がんの予防法の普及啓発、がん登録の解析結果に基づいた対策の実施、県民が利用しやすい検診体制の構築等により、がんの早期発見、早期治療を促進し、がんの罹患者、死亡者の減少を目指します。

（３）がん医療の充実

がん診療連携拠点病院等を中心に、それぞれのがんの特性に応じたがん医療の均てん化・集約化により、がん医療の質の向上を図ります。

（４）尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

医療・福祉・介護・産業保健・就労支援分野等が連携し、医療・福祉サービスの提供や、相談支援、就労支援等がん患者とその家族を社会で支える仕組みを構築し、がん患者が、がんになっても安心して生活し、尊厳を持って自分らしく生きることのできる地域社会を実現します。

○ 主 要 な 施 策 ○

（１）がんの１次予防

- ◆ 県民の喫煙率低減のために、キャンペーンや学校での喫煙防止教育を通じて、たばこに関する正しい知識の普及啓発を図ります。また、多くの者が利用する施設における受動喫煙防止対策を推進するとともに、喫煙者に対する積極的な禁煙支援について、関係機関の協力を得ながら推進します。
- ◆ 関係機関・団体と連携し、県民運動として食生活の改善を推進するとともに、幼いうちから望ましい食習慣を身につけるための食育を推進します。また、未成年者の飲酒防止を推進するとともに、アルコールに関する正しい知識の普及啓発を図ります。
- ◆ 県民が運動や身体活動に関心を持ち、がん予防につながる運動習慣を身につけることができるよう普及啓発を図ります。

（２）がんの早期発見、がん検診（２次予防）

- ◆ がん検診の受診率を向上させるため、県のがん検診関連補助事業のあり方を評価し、効果的な受診率向上のための方策を検討し実施します。また、市町村が実施するコール・リコール（受診勧奨・再勧奨）及び精密検査受診勧奨の効果的なあり方を検討し、市町村に働きかけます。
- ◆ 企業、マスコミ、市町村、患者団体や関係団体等からなる「秋田県健康づくり県民運動推進協議会」との連携により、がん検診及び精密検査の必要性や重要性に関する普及啓発を図ります。
- ◆ 秋田県健康づくり審議会各がん部会において、市町村及び検診機関のがん検診の精度管理指標を評価し、その結果を公表するとともに、精度管理が一定基準以下にある場合は改善指導を行います。
- ◆ 市町村や検診機関の検診従事者を対象としたがん検診精度管理研修会を開催し、科学的根拠に基づくがん検診の実施を推進します。また、県医師会の協力のもと、精密検査の周知に努めます。

（３）がん医療の充実

- ◆ 標準的な手術療法、放射線療法、薬物療法、緩和ケア等の提供体制、がん相談支援センターの相談支援体制、院内がん登録及びがんサージボードの実施等、医療提供体制の均てん化について、拠点病院等を中心に進めます。
- ◆ 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。また、がんサージボードの定期的な開催により、医療従事者の連携を強化します。

- ◆ 専門医等の専門性の高い人材を活用し、患者の副作用・合併症やその他の苦痛に対して、迅速かつ継続的に対応できる医療体制の整備を図ります。
- ◆ 歯科医師、歯科衛生士等との連携により、周術期口腔機能管理を推進します
- ◆ 運動機能の改善や生活機能の低下を予防し、がん患者のＱＯＬの維持向上を図るリハビリテーション提供体制の整備に努めます。
- ◆ 小児・ＡＹＡ世代のがんについては、国が指定した小児がん拠点病院と連携を図りながら、晩期合併症の可能性も視野に入れ、適切な治療が受けられる環境の整備を図ります。また、ライフステージや多様なニーズに応じた情報提供・相談体制等を整備します。
- ◆ 高齢者のがんについては、ＱＯＬに配慮し、侵襲性の低い医療も視野に入れた提供体制を整備します。

(４) がんとの共生

- ◆ 患者とその家族が抱える様々な苦痛に対する緩和ケアを組み入れたがん医療体制の整備を促進します。
- ◆ 緩和ケアを実践できる人材の育成及び緩和ケアに対する正しい知識の普及啓発を図ります。
- ◆ がん患者やその家族が、治療の早期から支援を受けられるようにするため、がん相談支援センターの周知や、医療従事者の相談支援の質の向上を図ります。
- ◆ がん患者の語り合いの場であるがんサロンの実施により、ピアサポートの充実に努めます。
- ◆ がん患者のニーズに応じた就労相談に対応できるよう、ハローワーク等の関係機関と連携し、がん患者の離職防止や復職・再就職を支援します。
- ◆ 「秋田県がん対策推進企業等連携協定の締結企業」や「秋田県健康づくり県民運動推進協議会」などを通じて、がん患者が働きながら治療を受けられる職場環境づくりを進めます。
- ◆ 小児・ＡＹＡ世代のがんについては、ライフステージに応じた保育・教育・就労・自立・心理的課題に関する支援を始め、晩期合併症への対応や成人診療科と連携した切れ目のない支援体制整備を推進します。
- ◆ 高齢者のがんについては、患者の意思決定を支援し、療養生活を支える環境づくりに努めます。

○ 数 値 目 標 ○

	区 分		現 状	目標値	目標値の考え方	指標番号	
アウトカム	年齢調整死亡率※ ¹ (75歳未満) (H28)		秋田県	87.4	76.0	平成28年から死亡率 11.4ポイント減少	●141
			全 国	76.1	—		
プロセス	市町村が実施 するがん検診 の受診率※ ² (H27)	胃	秋田県	13.6%	50%	秋田県の目標値は、 「秋田県がん対策推 進計画」に掲げる目標 値 全国の目標値は、 「がん対策推進基本 計画」に掲げる目標値	●114
			全 国	6.3%			
		大腸	秋田県	27.2%			
			全 国	15.5%			
		肺	秋田県	22.1%			
			全 国	13.7%			
		子宮	秋田県	23.0%			
			全 国	18.4%			
		乳房	秋田県	23.6%			
			全 国	14.5%			
	喫煙率※ ³ (H27)	男性	秋田県	33.9%	24.3%	禁煙を希望する者が すべて禁煙(※国は平 成34年までの目標値)	115
		女性		11.0%	6.6%		
		男女 計	全 国	19.8%	12.0%※		
	がんリハビリテー ションの実施件数※ ⁴ (人 口10万人当たり) (H27)	秋田県	2,147件	2,766件	全国値に比べ低い水 準にあるため全国値 を目標とする	130	
		全 国	2,766件	—			
	がん患者指導の実施 数※ ⁴ (人口10万人当 たり) (H27)	秋田県	230件	増加	全国値に比べ高い水 準にあるため増加と する	●133	
		全 国	203件	—			
がん性疼痛緩和の実 施件数※ ⁴ (人口10万 人当たり) (H27)	秋田県	532件	増加	全国値に比べ高い水 準にあるため増加と する	●136		
	全 国	276件					
ストラクチャー	がん診療連携拠点病 院数(H29)	秋田県	6施設	6施設	地域がん診療病院の ない二次医療圏に設 置	●102	
		全 国	400施設	—			
	地 域 が ん 診 療 病 院 (H29)	秋田県	3病院	4病院	がん診療連携拠点病 院のない二次医療圏 に設置	●106	
		全 国	34施設	—			
	がん診療連携推進病 院数(H29)	秋田県	2施設	2施設	現状を維持	—	
		全 国	—	—			
	がんリハビリテーショ ンを実施する医療機関数※ ⁵ (H29)	秋田県	21施設	増加	現状より増加	107	
		全 国	1,758施設	—			

	区 分		現 状	目標値	目標値の考え方	指標番号
ストラクチャー	放射線治療を行う拠点病院等に、放射線治療に携わる専門的医療従事者を配置※ ⁶ (H27)	秋田県	8施設	10施設	放射線治療を行う全拠点病院等に配置	—
		全 国	—	—		
	拠点病院等に、薬物療法に携わる専門的医療従事者を配置※ ⁶ (H27)	秋田県	10施設	12施設	薬物療法を行う全拠点病院等に配	—
		全 国	—	—		
	緩和ケアチームのある医療機関数※ ⁷ (H26)	秋田県	14施設	15施設	全拠点病院等と患者カバー率の高い病院に設置	112
		全 国	992施設	—		
	緩和ケア病棟を有する病院数※ ⁷ (H26)	秋田県	県北 0施設 県央 1施設 県南 1施設	県北 1施設 県央 2施設 県南 1施設	県北、県央に増設	111
		全 国	366施設	—		
	緩和ケア研修会修了者数(医師)※ ⁸ (H28)	秋田県	1,154人	増加	がん診療に携わる全医師	—
		全 国	93,250人	—		

●国が示した重点指標

※1 厚生労働省「人口動態統計」

※2 厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」

※3 秋田県「健康づくりに関する調査」(H27年度)の数値。全国値は厚生労働省「国民生活基礎調査」(H28年)

※4 厚生労働省「NDBオープンデータ」

※5 厚生労働省「届出受理医療機関名簿」

※6 各団体等のウェブサイト、「がん診療連携拠点病院等現況報告書」

※7 厚生労働省「医療施設調査」

※8 厚生労働省「がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会資料」、秋田県がん対策室調べ

※ 指標の分類について

◆ アウトカム指標

医療サービスの結果として、住民の健康状態や患者の状態を測る指標

◆ プロセス指標

実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標

◆ ストラクチャー指標

医療サービスを提供する物的・人的資源及び組織体制を測る指標

● 重点指標

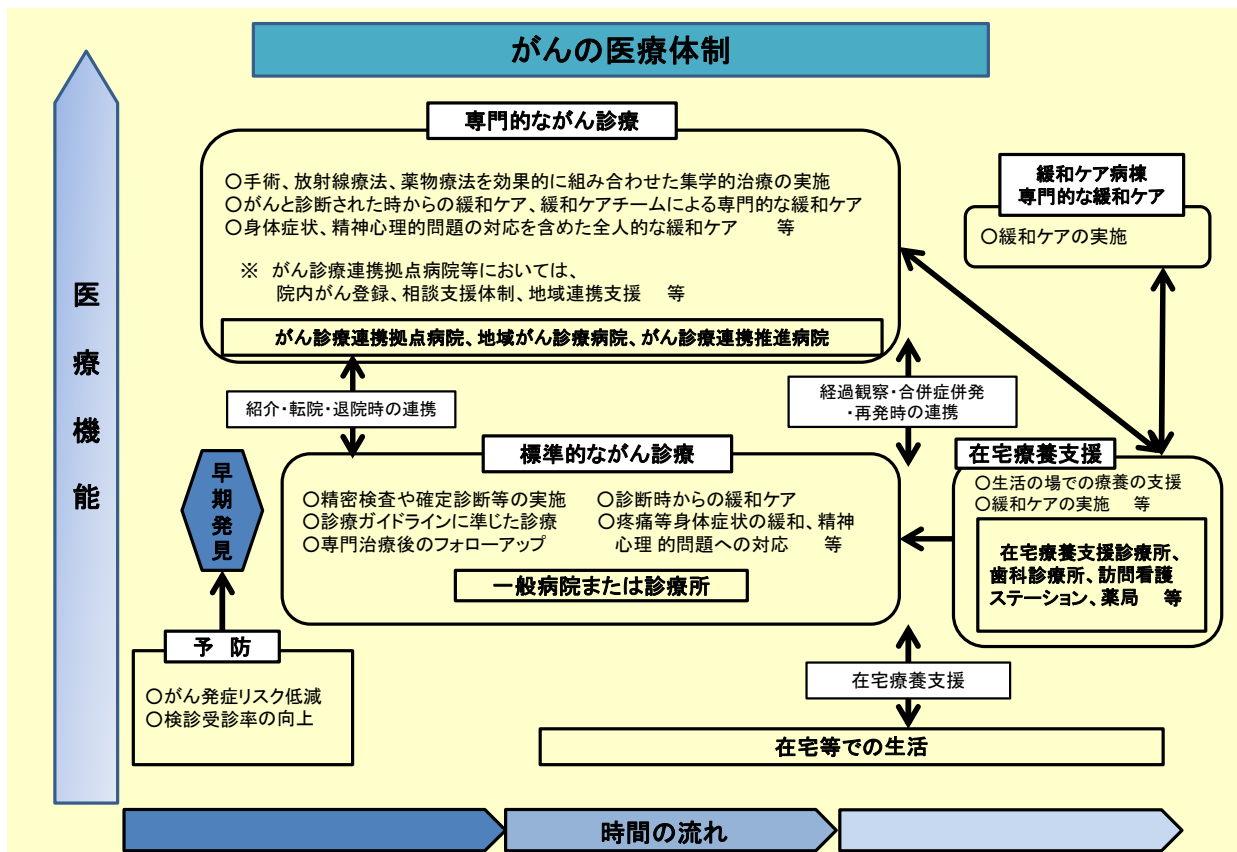
地域住民の健康状態やその改善に寄与すると考えられるサービスに関する指標

○ 医療機関とその連携 ○

(1) 圏域の設定

がん医療体制の圏域については、医療機能の状況を踏まえ二次医療圏ごととします。

(2) 医療体制



(3) 医療体制を担う医療機関の医療機能

医療機能	【予防】	【標準的ながん診療】
		■標準的ながん診療
目 標	・喫煙やがんに関連するウイルスの感染予防など、がんのリスクを低減 ・科学的根拠に基づくがん検診の実施、がん検診の精度管理・事業評価の実施及びがん検診受診率の向上	・精密検査や確定診断等の実施 ・診療ガイドラインに準じた診療の実施 ・治療後のフォローアップ ・がんと診断されたときから緩和ケアを実施 ・がん治療の合併症予防や軽減 ・身体症状の緩和、精神心理的な問題への対応 ・多職種によるチーム医療の実施
医療機能を担う医療機関の基準	○次の1から3のいずれかが可能な病院・診療所 1 がんに係る精密検査を実施 2 精密検査の結果をフィードバックする等、がん検診の精度管理に協力 3 敷地内禁煙の実施等のたばこ対策に積極的に取り組む	○次の1から5のいずれかが可能な病院・診療所 1 血液検査、画像検査（エックス線検査、CT検査、MRI検査、核医学検査）及び病理検査等の、診断・治療に必要な検査が実施可能 2 患者の状態やがんの病態に応じて、手術療法又は薬物療法等の実施が可能 3 病理診断や画像診断等の診断が実施可能 4 がんと診断されたときから緩和ケアを実施可能 5 専門的ながん診療機能や在宅療養支援機能を有する医療機関等と、診療情報や治療計画を共有するなどして連携が可能
医療機関等に求められる事項の例	【医療機関】 ・がんに係る精密検査を実施 ・精密検査の結果をフィードバックする等、がん検診の精度管理に協力 ・敷地内禁煙の実施等のたばこ対策に積極的に取り組む ・院内がん登録の実施と全国がん登録への協力 【行政】 ・がん検診の実施 ・全国がん登録及び院内がん登録の情報利用等を通じたがんの現状把握 ・がん検診の精度管理・事業評価 ・禁煙支援や受動喫煙防止等たばこ対策の実施 ・感染に起因するがんへの対策	【医療機関】 ・診断・治療に必要な検査の実施 ・病理診断や画像診断等の実施 ・手術療法又は薬物療法の実施 ・診療ガイドラインに準じた診療 ・緩和ケアを実施 ・喪失した機能のリハビリテーション ・禁煙外来の設置 ・院内敷地内禁煙の実施

医療機能	【専門的ながん診療】	
	■集学的治療	■緩和ケア
目 標	・ 集学的治療の実施 ・ 診療ガイドラインに基づく診療 ・ がんと診断された時から緩和ケアを実施 ・ がん治療の合併症予防や軽減 ・ 多職種でのチーム医療実施	・ 緩和ケアチームによるがんと診断された時からの専門的な緩和ケア ・ 精神心理的な問題対応を含めた全人的な緩和ケア
医療機能を担う医療機関の基準	○「がん診療連携拠点病院」、「地域がん診療病院」又は「秋田県がん診療連携推進病院」（１から５までのすべてが可能な病院） 1 手術、放射線療法及び薬物療法を効果的に組み合わせた集学的治療が実施可能（放射線療法については紹介先医療機関との連携により実施する場合も含む） 2 緩和ケアチームを設置し、身体症状、精神心理問題の対応を含めた全人的な緩和ケアが可能 3 地域連携支援体制を確保 4 院内がん登録を実施 5 相談支援体制を整備	○次の１から３のいずれかが可能な病院・診療所 1 緩和ケア病棟（緩和ケア病棟入院料）を設置 2 緩和ケア診療加算の届出施設 3 専門的な緩和ケアチームの配置
医療機関等に求められる事項の例	・ 専門的検査・専門的診断の実施 ・ 集学的治療の実施 ・ 異なる専門分野間の定期的なカンファレンス等の実施 ・ 専門的な緩和ケアチームの配置 ・ セカンドオピニオンの提供 ・ 喪失した機能のリハビリテーション ・ キャンサーボードを設置し、月１回以上開催 ・ 仕事と治療の両立支援や就労支援、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周知 ・ 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の連携	・ 専門的な緩和ケアチームの配置 ・ 診断時からの苦痛のスクリーニングの実施 ・ 定期的な病棟ラウンド、カンファレンスの実施 ・ 院内診療従事者との連携体制の整備 ・ 緩和ケア外来の実施 ・ 院内の緩和ケアに係る情報の把握、分析、評価 ・ 地域の医療機関、在宅療養支援診療所等との連携協力体制の整備

医療機能	【在宅療養支援】
目 標	・ 患者の意向を踏まえて在宅等の生活の場で療養を支援 ・ 在宅緩和ケアの実施
医療機能を担う医療機関の基準	○次の1から5のいずれかが可能な病院・診療所 1 24時間対応が可能な在宅医療を提供可能（在宅療養支援診療所等） 2 在宅での疼痛等に対する緩和ケア又は薬物療法が実施可能（在宅悪性腫瘍等患者指導管理料） 3 看取りを含めた人生の最終段階におけるケアを24時間体制で提供可能 4 専門的ながん診療機能や標準的ながん診療機能を有する医療機関等と、診療情報や治療計画を共有するなどして連携が可能（地域連携クリティカルパスを含む） 5 医療用麻薬の処方が可能
医療機関等に求められる事項の例	・ 24時間体制で在宅医療を実施 ・ 在宅での緩和ケアを実施 ・ 24時間体制で人生の最終段階におけるケアを実施 ・ がん診療機能を有する他の医療機関等との連携 ・ 医療用麻薬の処方

2 脳卒中

○ 現 状 と 課 題 ○

(1) 現状

- ◇ 平成 26 年の患者調査によると、脳卒中（脳血管疾患）によって継続的に医療を受けている患者数は県内で約 1 万 5 千人（全国：約 117 万 9 千人）と推計されます。

表 1 総患者数（脳血管疾患）（単位：千人）

区 分		平成17年	平成20年	平成23年	平成26年
総数	秋田県	23	20	17	15
	全 国	1,365	1,339	1,235	1,179
男性	秋田県	13	10	7	7
	全 国	666	650	616	592
女性	秋田県	11	11	10	8
	全 国	699	689	620	587

出典：厚生労働省「患者調査」

- ◇ 本県における脳卒中の死亡数は、平成 27 年に年間 1,571 人（全国：111,973 人）と、死亡数全体の 10.6%（全国：8.7%）を占めており、死亡順位の第 3 位（全国：第 4 位）となっています。
- ◇ 年齢調整死亡率（年齢構成を考慮した死亡率）については、年々減少していますが、依然全国平均より高い状態が続いており、平成 27 年では男性が全国で 2 番目、女性が全国で 7 番目に高くなっています。

表 2 脳卒中（脳血管疾患）による死亡者数（単位：人）

二次医療圏	大館・ 鹿角	北秋田	能代・ 山本	秋田 周辺	由利本荘 ・にかほ	大仙・ 仙北	横手	湯沢・ 雄勝	県計
平成 27 年 (10 万人当)	221 (198.1)	85 (238.7)	149 (180.7)	444 (110.7)	174 (165.3)	210 (160.8)	163 (176.8)	125 (193.7)	1,571 (153.6)
平成 26 年	229	71	154	497	176	218	163	137	1,645
平成 25 年	240	64	150	513	227	213	171	126	1,704
平成 24 年	247	75	145	506	218	241	160	173	1,765
平成 23 年	228	74	139	491	209	250	186	148	1,725

出典：厚生労働省「人口動態統計調査」

表 3 脳卒中（脳血管疾患）の年齢調整死亡率（人口 10 万対）

区 分		平成7年	平成12年	平成17年	平成22年	平成27年
男性	秋 田 県	119.5	91.1	76.3	65.7	52.2
	全 国	99.3	74.2	61.9	49.5	37.8
女性	秋 田 県	74.3	57.6	39.5	31.6	26.9
	全 国	64.0	45.7	36.1	26.9	21.0

出典：厚生労働省「都道府県別年齢調整死亡率（業務・加工統計）」

- ◇ 脳卒中は、死亡を免れても後遺症として片麻痺、嚥下障害、言語障害、高次脳機障害、遷延性意識障害などの後遺症が残ることがあります。

介護が必要になった者の 16.6%（全国）は脳卒中が主な原因で第 2 位となっており、男性では 25.7%で第 1 位となっています。

表 4 介護が必要になった原因（全国）（%）

男女計		男 性		女 性	
認知症	18.0	脳卒中	25.7	認知症	20.0
脳卒中	16.6	認知症	14.2	高齢による衰弱	15.1
高齢による衰弱	13.3	高齢による衰弱	9.9	骨折・転倒	14.9
骨折・転倒	12.1	その他	8.7	関節疾患	12.8
関節疾患	10.2	骨折・転倒	6.7	脳卒中	11.8
その他	8.2	心疾患	5.2	その他	7.9

出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」（平成 28 年）

① 救護

- ◇ 平成 28 年の 1 年間に救急車によって搬送される急病患者の 11.6%、2,926 人が脳卒中（脳血管疾患）であり、疾患の中で救急搬送人員が最も多くなっています。

表 5 急病にかかる疾病分類別搬送人員

疾患名	搬送人員（人）	搬送割合（%）
脳 疾 患	2,926	11.6
心 疾 患 等	2,639	10.5
消 化 器 系	2,433	9.7
呼 吸 器 系	2,840	11.3
精 神 系	848	3.4
感 覚 系	1,303	5.2
泌 尿 器 系	994	3.9
新 生 物	616	2.4
そ の 他	4,914	19.5
不 明	5,680	22.5
合 計	25,193	100.0

出典：総務省消防庁「急病に係る疾病分類別傷病程度別搬送人員調」（平成 28 年）

② 急性期

- ◇ 本県では、神経内科医が人口 10 万人当たりで全国平均よりも少なく、二次医療圏別にみると、秋田周辺と由利本荘・にかほ以外の医療圏で全国平均を下回っており、大館・鹿角、能代・山本、湯沢・雄勝の 3 医療圏で常勤医師が不在となっています。
- ◇ 脳神経外科医は全国平均を上回っており、秋田周辺医療圏に半数以上が集中しています。秋田周辺、大館・鹿角、大仙・仙北以外の医療圏では全国平均を下回っており、北秋田医療圏で常勤医師が不在となっています。

表6 各医療圏における神経内科・脳神経外科医師数

(単位：人)

二次医療圏	大館・ 鹿角	北秋田	能代・ 山本	秋田 周辺	由利本荘 ・にかほ	大仙・ 仙北	横手	湯沢・ 雄勝	県計	全国*
神経内科 医師数 (10万人当)	－ (－)	1 (2.6)	－ (－)	23 (5.6)	8 (7.3)	2 (1.4)	2 (2.1)	－ (－)	36 (3.4)	4,657 (3.7)
脳神経外 科医師数 (10万人当)	8 (6.8)	－ (－)	2 (2.3)	40 (9.7)	5 (4.5)	8 (5.8)	3 (3.1)	2 (2.9)	68 (6.4)	7,147 (5.8)

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」(平成26年) *全国47都道府県の単純平均

◇ 県内救急告示病院(26施設)に勤務する脳卒中専門医(日本脳卒中学会認定)は26人、脳血管内治療認定医(日本脳神経血管内治療学会)は8人となっています。なお、脳卒中専門医のうち、22人が脳神経外科専門医、4人が神経内科専門医です。

◇ 脳卒中のt-PA静注療法^{※1}及び脳血管内治療^{※2}の実施件数を二次医療圏別に見ると、脳卒中専門医が多い秋田周辺と大仙・仙北医療圏が他の医療圏に比べて多くなっています。

※1 t-PA静注療法：組織プラスミノゲン・アクチベータ(t-PA)の静脈内投与による血栓溶解療法

※2 脳血管内治療：機械的血栓除去術、経動脈的血栓溶解療法等

表7 県内救急告示病院における脳卒中の専門医・資格等(平成29年10月1日現在)(人)

二次医療圏	大館・ 鹿角	北秋田	能代・ 山本	秋田 周辺	由利本荘 ・にかほ	大仙・ 仙北	横手	湯沢・ 雄勝	県計
脳卒中専門医	3	－	1	15	1	4	1	1	26
t-PA静注療法講 習の受講者	7	－	2	42	1	6	5	3	66
脳血管内治療認 定医	－	－	－	5	1	2	－	－	8
脳神経外科専門医 (うち脳卒中専門医)	6 (3)	－	2 (1)	29 (11)	4 (1)	5 (4)	4 (1)	2 (1)	52 (22)
神経内科専門医 (うち脳卒中専門医)	－	－	1 (－)	12 (4)	－	1 (－)	－	－	14 (4)

出典：県医務薬事課調べ(脳卒中の診療体制等に関する調査)

表8 脳卒中のt-PA静注療法及び脳血管内治療の実施件数(平成28年1月～12月)

二次医療圏	大館・ 鹿角	北秋田	能代・ 山本	秋田 周辺	由利本荘 ・にかほ	大仙・ 仙北	横手	湯沢・ 雄勝	県計
発症12時間以内 の脳梗塞患者数 [※]	206	39	216	534	217	373	206	54	1,845
t-PA静注療法 実施数	－	1	9	67	14	38	13	2	144
急性期脳梗塞に対 する血管内治療数	1	－	－	50	12	60	2	－	125

出典：県医務薬事課調べ(脳卒中の診療体制等に関する調査) ※患者数は概数による回答を含む。

③ 回復期・維持期(生活期)

- ◇ 本県では回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準を取得している医療機関は、5つの医療圏に10病院あります。

表9 脳卒中に関するリハビリテーションの施設基準を取得している医療機関数

二次医療圏	脳血管疾患等リハビリテーション料			回復期リハビリテーション病棟入院料	
	(Ⅰ)	(Ⅱ)	(Ⅲ)	入院料1	入院料2
大館・鹿角	3	1	1	-	2
北 秋 田	-	1	1	-	-
能代・山本	2	2	2	-	1
秋 田 周 辺	6	6	8	3	1
由利本荘にかほ	3	1	1	-	-
大仙・仙北	3	1	3	1	1
横 手	2	1	-	-	-
湯沢・雄勝	1	1	-	-	1
秋田県	20	14	16	4	6

出典：厚生労働省東北厚生局「診療報酬施設基準届出医療機関名簿」（平成29年7月）

- ◇ 脳卒中患者に対するリハビリテーションと嚥下機能訓練の実施件数は、人口10万人当たりで全国平均を下回っており、二次医療圏別でいずれも全国平均を上回っているのは、大仙・仙北、能代・山本の2医療圏のみとなっています。

表10 脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数（レセプト件数）

二次医療圏	大館・鹿角	北秋田	能代・山本	秋田周辺	由利本荘・にかほ	大仙・仙北	横手	湯沢・雄勝	県計	全国*
レセプト件数	1,740	240	1,441	4,852	1,469	2,964	963	605	14,274	
10万人当	1,504	642	1,663	1,189	1,355	2,177	1,004	889	1,351	1,465

出典：「レセプト情報・特定健診等情報データベース（以下、NDB）」（平成27年度）

*全国値は47都道府県の単純平均値

表11 脳卒中患者に対する嚥下機能訓練の実施件数（レセプト件数）

二次医療圏	大館・鹿角	北秋田	能代・山本	秋田周辺	由利本荘・にかほ	大仙・仙北	横手	湯沢・雄勝	県計	全国*
レセプト件数	138	35	289	903	161	348	106	120	2,100	
10万人当	119	94	333	221	149	256	111	176	199	248

出典：「NDB」（平成27年度） *全国値は47都道府県の単純平均値

- ◇ 脳血管疾患患者の平均在院日数は、平成20年から減少しており、平成26年では64.3日と全国平均（89.1日）を下回っています。

表12 脳血管疾患の退院患者平均在院日数（施設所在地）

区 分	平成20年	平成23年	平成26年
秋 田 県	113.7 日	66.7 日	64.3 日
全 国	109.2 日	97.4 日	89.1 日

出典：厚生労働省「患者調査」

注）調査は全病床（一般・療養・精神等）の退院患者を対象としており、いわゆる「急性期」「回復期」「慢性期」といった各機能の病床が含まれています。

- ◇ 脳血管疾患で在宅等生活の場に復帰した退院患者の割合は58.7%と全国平均を上回っていますが、医療圏により差が見られます。

表 13 在宅等生活の場※に復帰した退院患者の割合

二次医療圏	大館・鹿角	北秋田	能代・山本	秋田周辺	由利本荘・にかほ	大仙・仙北	横手	湯沢・雄勝	県計	全国
割合(%)	36.2	45.5	55.0	57.9	73.4	70.8	59.1	44.4	58.7	55.5

出典：厚生労働省「患者調査（個票解析）」（平成 26 年）

※ 主病名が「脳血管疾患」の患者のうち、退院後の行き先が家庭又は入院前の場所と退院後の行き先が介護老人保健施設、介護老人福祉施設、社会福祉施設に入所と一致している患者の割合

（２）課題

① 脳卒中の発症予防

- ◇ 脳卒中の確立した危険因子は高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病の４つです。これらの危険因子のうち、高血圧と喫煙の影響が特に大きいと言われており、脳卒中の発症を効果的に減らすには高血圧の改善と喫煙対策が特に重要です。

② 発症後、速やかな搬送と専門的治療が可能な体制

- ◇ 脳卒中ではできるだけ早く治療を始めることでより高い治療効果が見込まれ、更に後遺症も少なくなることから、脳卒中を疑うような症状が出現した場合には速やかに救急隊を要請するなどの対応が行えるように県民に啓発する必要があります。
- ◇ 本県では、広大な県域において急性期脳卒中医療の地域間格差があることから、治療の早期開始には、病院間搬送の連携やドクターヘリの活用に加え、距離や昼夜・天候に左右されない体制として、遠隔診療を用いた診断補助による対応も必要です。
- ◇ 専門チームによる診療や脳卒中の専用病室等での入院管理により、予後を改善することから、急性期での適切な早期治療とリハビリテーションが実施できる体制を整備する必要があります。
- ◇ 本県では神経内科医※¹が少なく、かつ、神経難病の診療で多忙な状況にあるため、脳卒中診療※²は主に脳神経外科が担っています。脳卒中専門医の多くも脳神経外科医師であり、医療圏の偏在が大きいことも課題です。このため、脳卒中を含む幅広い診療ができる神経内科医を育成・確保し、各医療圏に配置していくことが求められます。

※ 1 神経内科は、脳や脊髄、神経、筋肉の病気をみる内科で、神経内科の代表的な病気には、てんかん、パーキンソン病等の神経難病、脳卒中、認知症があります。

※ 2 脳卒中診療は、内科的診断・治療が領域全体の約 9 割を占め、残り 1 割程度が外科的治療・脳血管内治療です。

③ 病期に応じたりハビリテーションが一貫して実施可能な体制

- ◇ 本県における回復期リハビリテーション病棟入院料の施設基準を取得している医療機関は 10 病院ありますが、3つの医療圏で施設基準を取得している医療機関がないことなどから、回復期を担う医療機能を充実する必要があります。
- ◇ 脳卒中は、介護が必要となった原因別で第1位となっていることから、急性期での早期リハビリテーションの実施のみならず、生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションが継続的に実施できる体制の整備に努める必要があります。
- ◇ 脳血管障害患者は口腔機能が著しく低下するため、高齢期に多い誤嚥性肺炎の予防策として、歯科医師や歯科衛生士等による口腔ケアや、言語聴覚士、認定看護師、耳鼻科医等による嚥下機能評価・訓練の実施が一層重要になっています。

④ 在宅療養が可能な体制

- ◇ 高齢化が今後さらに進展していく中、脳卒中に係る急性期治療と回復期、在宅でのリハビリテーション等の連携を円滑化し、在宅等生活の場で患者が療養できるよう、連携体制の構築に向けた取組について一層の充実が望まれます。

○ 目指すべき方向 ○

(1) 発症後、速やかな搬送と専門的治療が可能な体制

- ◆ 可及的速やかに専門的治療が可能な医療機関への救急搬送体制の構築
- ◆ 医療機関到着後可及的速やかに専門的治療が開始できる体制の構築

(2) 病期に応じたりハビリテーションが一貫して実施可能な体制

- ◆ 廃用症候群や合併症の予防、セルフケアの早期自立のためのリハビリテーションが実施可能な体制の構築
- ◆ 機能回復及び日常動作向上のために専門的かつ集中的なリハビリテーションが実施可能な体制の構築
- ◆ 生活機能を維持又は向上させるリハビリテーションが実施可能な体制の構築

(3) 在宅療養が可能な体制

- ◆ 生活の場で療養できるよう、医療及び介護サービスが連携可能な体制の構築

○ 主 要 な 施 策 ○

（１）脳卒中の発症予防

- ◆ 「健康寿命日本一」を目標とした県民運動を展開する中で、高血圧の改善のため、食塩摂取量の減少、野菜・果物摂取量の増加、運動習慣の定着等に取り組むほか、喫煙対策としては、禁煙治療を保険適応で行う禁煙外来の紹介など、禁煙を希望する人に対する効果的な支援を行います。

（２）発症後、速やかな搬送と専門的治療が可能な体制

- ◆ 発症から病院搬送までの時間の短縮を図るため、脳卒中発症時の症状、救急時の対処法などに関する知識の普及・啓発を推進します。
- ◆ 地域の医療機関が連携して急性期脳卒中医療を行うため、遠隔画像連携システムの活用等により、t-PA静注療法の現地施行や血管内治療の実施に向けた搬送・受入が可能な環境を整備します。
- ◆ 県立脳血管研究センターや秋田大学医学部附属病院による脳卒中治療に関する研究の継続を図り、脳血管内治療等の標準治療の普及により県内の脳卒中医療水準の向上と均てん化に努めます。また、県立脳血管研究センターにおいては、新棟建設（平成29年4月着工）により、脳・循環器疾患の包括的な医療提供体制を整備します。
- ◆ 後期研修医の確保に関する取組の強化を行う一環として、神経内科医の継続的な養成ができる体制を確保し、脳卒中医療への神経内科医の参画を推進します。

（３）病期に応じたりハビリテーションが一貫して実施可能な体制

- ◆ 急性期におけるリハビリテーションの強化や回復期リハビリテーション病棟への転換などリハビリテーション体制の充実に向けた施設・設備整備への支援を行うほか、脳卒中のリハビリテーションを担う人材養成を支援します。
- ◆ 脳卒中患者の誤嚥性肺炎予防のため、口腔ケアや嚥下機能評価・訓練を実施する多職種の医療従事者の連携を推進します。

（４）在宅療養が可能な体制

- ◆ 在宅等生活の場で患者が療養できるよう、関係者による協議の場を設け、歯科医療機関も含めた急性期から回復期及び維持期（在宅療養に対する支援を含む。）までの医療連携体制の構築を図ります。

○ 数 値 目 標 ○

	区 分			現 状	目標値	目標値の考え方	指標番号
アウトカム	脳血管疾患患者の年齢調整死亡率（人口10万対）（H27）	男性	秋田県	52.2	37.8	全国平均値を目指す	221
			全 国	37.8			
		女性	秋田県	26.9	21.0	全国平均値を目指す	221
			全 国	21.0			
	在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合（H26）		秋田県	58.7%	増加	全国値に比べ高い水準にあるため、増加とする	●225
			全 国	55.5%*			
プロセス	喫煙率※ ¹ （H27）	男性	秋田県	33.9%	24.3%	たばこをやめたいと思う人がすべてやめた場合の喫煙率※ ¹	206
			全国(H28)	31.1%			
		女性	秋田県	11.0%	6.6%		
			全国(H28)	9.5%			
	脳梗塞に対するt-PA による血栓溶解療法実施件数（人口10万人当たり）（H27）		秋田県	12.4	増加	全国値に比べ高い水準にあるため、増加とする	●213
			全 国	10.5*			
	脳梗塞に対する脳血管内治療（経皮的脳血栓回収術等）の実施件数（人口10万人当たり）（H27）		秋田県	5.9	6.3	全国値に比べ低い水準にあるため、全国値を目標とする	214
			全 国	6.3*			
	脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数（人口10万人当たり）（H27）		秋田県	1,351	1,465	全国値に比べ低い水準にあるため、全国値を目標とする	218
			全 国	1,465*			
	脳卒中患者に対する嚥下機能訓練の実施件数（人口10万人当たり）（H27）		秋田県	199	248	全国値に比べ低い水準にあるため、全国値を目標とする	217
			全 国	248*			
ストラクチャー	脳卒中専門医（H29）		秋田県	33人	増加	現状では専門医が不足していることから増加を図る	—
			全 国	—			
	t-PA静注療法講習の受講医師数※ ² （H29）		秋田県	66人	増加	現状では受講者が不足していることから増加を図る	—
			全 国	—			
	神経内科の医師数（H26）		秋田県	36人	増加	現状では医師数が不足していることから増加を図る	202
			全 国	—			
	脳神経外科の医師数（H26）		秋田県	68人	増加	現状では医師数が不足していることから増加を図る	202
			全 国	—			
	リハビリテーションが実施可能な医療機関数※ ³ （人口10万人当たり）（H28）		秋田県	3.2 (34施設)	4.3	全国値に比べ低い水準にあるため、全国値を目標値とする	205
			全 国	4.3*			

*は全国 47 都道府県の単純平均値

●は国が示した重点指標

※ 1 秋田県「健康づくりに関する調査」(H27 年)の数値。全国値は厚生労働省「国民生活基礎調査」(H28 年)。

※ 2 県内救急告示病院における受講医師数

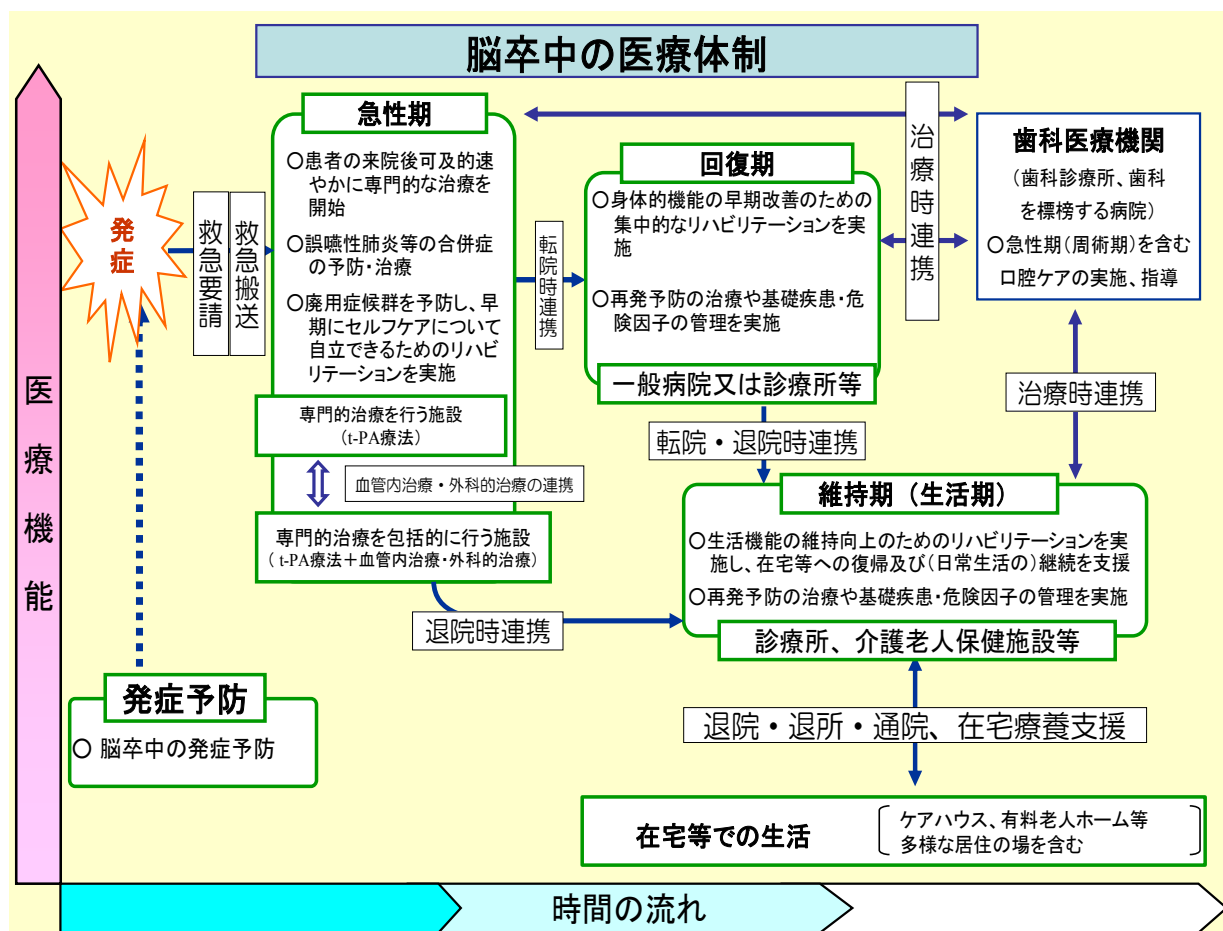
※ 3 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)及び(Ⅱ)の届出施設数

○ 医療機関とその連携 ○

1 圏域の設定

脳卒中医療体制の圏域については、二次医療圏毎とし、北秋田医療圏については、必要に応じて隣接する圏域との連携を図ります。

2 医療体制



3 医療体制を担う医療機関の医療機能

医療機能	【予防】 (1)発症予防の機能	【救護】 (2)応急手当・病院前救護の機能
目 標	○脳卒中の発症を予防すること	○脳卒中の疑われる患者が、発症後可及的速やかに専門的な診療が可能な医療機関に到着できること
医療機能を担う医療機関等の基準	○生活習慣病や脳卒中予防を行う医療機関	○消防本部 ○本人及び家族等周囲にいる者
医療機関等に求められる事項の例	○高血圧、糖尿病、脂質異常症、心房細動、喫煙、過度の飲酒等の基礎疾患及び危険因子の管理が可能であること ○突然おこる脳卒中の症状（半身まひ・言語障害など。一過性のものを含む）に関する患者とその家族の教育、啓発を実施すること。 ○上記の症状出現時に、急性期医療を担う医療機関への受診を勧めること	（本人及び家族等周囲にいる者） ○左記の脳卒中の症状が出現した場合、可及的速やかに救急搬送の要請を行うこと （救急救命士等） ○地域メディカルコントロール協議会の定めた活動プロトコールに沿って脳卒中患者に対する適切な観察・判断・処置を行うこと ○急性期医療を担う医療機関へ発症後可及的速やかに搬送すること

医療機能	【急性期】 (3) 救急医療の機能
目 標	○患者の来院後可及的速やかに専門的な治療を開始すること ○誤嚥性肺炎等の合併症の予防及び治療を行うこと ○廃用症候群を予防し、早期にセルフケアについて自立できるためのリハビリテーションを実施すること
医療機能を担う医療機関等の基準	○1～6全てが実施可能な病院 1 血液検査や画像検査（エックス線検査、CT検査、MRI検査、超音波検査、脳血管撮影）等の必要な検査が24時間実施可能であること 2 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（画像伝送等遠隔診断に基づく治療を含む。） 3 適応のある脳梗塞症例に対し、来院後可及的速やかに組織プラスミノゲン・アクチベータ（t-PA）の静脈内投与による血栓溶解療法が実施可能であること（医療機関が単独でt-PA療法を実施できない場合には、遠隔画像診断等を用いた診断の補助に基づく実施を含む。） 4 適応のある脳卒中症例に対し、外科手術や脳血管内手術が、来院後速やかに実施可能又は実施可能な医療機関との連携体制がとれていること 5 合併症の中でも、特に誤嚥性肺炎予防のために、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 6 回復期あるいは維持期(生活期)の医療機関等と診療情報やリハビリテーションを含む治療計画を共有するなどして連携していること
医療機関等に求められる事項の例	○上記「医療機能を担う医療機関等の基準」に掲げた1～6の項目が実施可能であること ○脳卒中評価スケールなどを用いた客観的な神経学的評価が24時間実施可能であること（遠隔診療を用いた補助を含む。） ○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 ○リスク管理の下に早期座位・立位、関節可動域訓練、摂食・嚥下訓練、装具を用いた早期歩行訓練、セルフケア訓練等のリハビリテーションが実施可能であること ○個々の患者の神経症状等の程度に基づき、回復期リハビリテーションの適応を検討できること ○回復期あるいは維持期(生活期)に、幾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

医療機能	【回復期】 (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	【維持期(生活期)】 (5) 日常生活への復帰及び日常生活の維持のためのリハビリテーションを実施する機能
目 標	○身体機能の早期改善のための集中的なリハビリテーションを実施すること ○再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施すること ○誤嚥性肺炎等の合併症の予防を図ること	○生活機能維持・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
医療機能を担う医療機関等の基準	○1～3のいずれかに該当する医療機関 1 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)を届け出ている病院 2 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)を届け出ている病院・診療所 3 回復期リハビリテーション病棟入院料を届け出ている病院	- 生活機能の維持及び向上のためのリハビリテーション（訪問及び通所リハビリテーションを含む）が実施可能な ○介護老人保健施設 ○介護保険によるリハビリテーションを行う病院・診療所 ○脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅲ)を届け出ている病院・診療所
医療機関等に求められる事例	○再発予防の治療（抗血小板療法、抗凝固療法）、基礎疾患・危険因子の管理、及び抑うつ状態や認知症などの脳卒中後の様々な合併症への対応が可能であること ○失語、高次脳機能障害（記憶障害、注意障害等）、嚥下障害、歩行障害などの機能障害の改善及び ADL の向上を目的とした、理学療法、作業療法、言語聴覚療法等のリハビリテーションが専門医療スタッフにより集中的に実施可能であること ○合併症の中でも、特に誤嚥性肺炎予防のために、口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関等を含め、多職種間で連携して対策を図ること ○急性期の医療機関及び維持期(生活期)の医療機関等と診療情報やリハビリテーションを含む治療計画を共有するなどして連携していること ○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	○再発予防の治療、基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態への対応等が可能であること ○生活機能の維持及び向上のためのリハビリテーション（訪問及び通所リハビリテーションを含む）が可能であること ○合併症の中でも、特に誤嚥性肺炎予防のために、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 ○回復期あるいは急性期の医療機関等と診療情報やリハビリテーションを含む治療計画を共有するなどして連携していること ○合併症発症時や脳卒中の再発時に、患者の状態に応じた適切な医療を提供できる医療機関と連携していること

3 心筋梗塞等の心血管疾患

○ 現 状 と 課 題 ○

(1) 現状

- ◇ 虚血性心疾患（狭心症及び心筋梗塞）の継続的な医療を受けている患者数は、県内で約7千人（全国：約77万9千人）と推計されます。平成23年に比べ、本県の患者数は若干減少していますが、全国では約2万3千人の増加となっています。

表1 総患者数（虚血性心疾患）（単位：千人）

区 分		平成17年	平成20年	平成23年	平成26年
総数	秋 田 県	14	8	8	7
	全 国	863	808	756	779
男性	秋 田 県	8	4	5	4
	全 国	461	464	446	469
女性	秋 田 県	6	4	3	3
	全 国	403	348	311	313

出典：厚生労働省「患者調査」

- ◇ 虚血性心疾患による年齢調整死亡率（年齢構成を考慮した死亡率）は、年々減少しており、継続して全国平均を下回っています。平成27年では男性が全国で5番目、女性が全国で2番目に低くなっています。

表2 虚血性心疾患による年齢調整死亡率（人口10万対）

区 分		平成12年	平成17年	平成22年	平成27年
男性	秋 田 県	32.0	29.2	26.1	17.5
	全 国	45.0	42.2	36.9	31.3
女性	秋 田 県	17.8	14.3	9.7	5.6
	全 国	21.7	18.6	15.3	11.8

出典：厚生労働省「人口動態調査特殊報告」

- ◇ 急性心筋梗塞の死亡数は、平成27年に年間233人（全国：37,222人）であり、死亡数全体の1.6%（全国：2.9%）となっています。年齢調整死亡率については、全国よりも低い水準にあります。

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

表3 急性心筋梗塞による死亡数

(単位：人)

二次医療圏	大館・ 鹿角	北秋田	能代・ 山本	秋田 周辺	由利本荘 ・にかほ	大仙・ 仙北	横手	湯沢・ 雄勝	県計
平成27年 (10万人当)	24 (21.5)	14 (39.3)	41 (49.7)	81 (20.2)	16 (15.2)	22 (16.8)	22 (23.9)	13 (20.1)	233 (22.8)
平成26年	39	17	43	76	20	36	16	19	266
平成25年	37	11	60	67	21	29	17	27	269
平成24年	35	23	50	74	30	38	19	21	290
平成23年	36	22	61	107	22	55	21	20	344

出典：厚生労働省「人口動態統計調査」

表4 急性心筋梗塞年齢調整死亡率(人口10万対)

区 分		平成12年	平成17年	平成22年	平成27年
男 性	秋 田 県	21.1	21.0	16.0	9.5
	全 国	29.7	25.9	20.4	16.2
女 性	秋 田 県	12.8	10.1	6.4	3.1
	全 国	11.5	11.5	8.4	6.1

出典：厚生労働省「都道府県別年齢調整死亡率（業務・加工統計）」

- ◇ 大動脈瘤・解離の死亡数は、平成27年に年間166人（全国：16,887人）であり、死亡数全体の1.1%（全国：1.3%）となっています。

急性大動脈解離は、死亡率が高く予後不良な疾患であるため、予後改善のためには迅速な診断と治療が重要です。

表5 大動脈瘤・解離による死亡者数

(単位：人)

二次医療圏	大館・ 鹿角	北秋田	能代・ 山本	秋田 周辺	由利本荘 ・にかほ	大仙・ 仙北	横手	湯沢・ 雄勝	県計
平成27年 (10万人当)	13 (11.7)	9 (25.3)	14 (17.0)	57 (14.2)	23 (21.9)	16 (12.3)	20 (21.7)	14 (21.7)	166 (16.2)
平成26年	15	7	11	63	24	27	19	16	182
平成25年	6	3	11	77	27	19	18	13	174
平成24年	15	6	14	63	24	19	18	12	171
平成23年	14	5	5	58	18	15	15	13	143

出典：厚生労働省「人口動態統計調査」

- ◇ 心不全による死亡数は、平成27年に年間1,101人（全国：71,860人）であり、死亡数全体の7.4%（全国：5.6%）となっています。

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あり、今後の患者数増加が予想されています。再入院率改善のためには、薬物療法、運動療法、患者教育等を含む患者に応じた多面的な介入を、幅広い関係機関が連携しながら、入院中から退院後まで継続して行うことが重要です。

表6 心不全による死亡者数

(単位：人)

二次医療圏	大館・ 鹿角	北秋田	能代・ 山本	秋田 周辺	由利本荘 ・にかほ	大仙・ 仙北	横手	湯沢・ 雄勝	県計
平成27年 (10万人当)	125 (112.1)	53 (148.9)	101 (122.5)	298 (74.3)	125 (118.8)	218 (166.9)	95 (103.0)	86 (133.2)	1,101 (107.6)
平成26年	133	61	108	294	148	242	105	110	1,201
平成25年	164	47	85	254	120	221	104	129	1,124
平成24年	158	68	96	295	116	203	118	116	1,170
平成23年	109	76	108	315	113	227	120	107	1,175

出典：厚生労働省「人口動態統計調査」

- ◇ 救急要請から医療機関への収容までに要した平均時間は全国的に長くなる傾向にあり、本県も同様の傾向にあるものの、全国より短い収容時間となっています。

表7 救急要請(覚知)から医療機関への収容までに要した平均時間

区 分	秋田県	全国
救急要請(覚知)から救急医療機関への収容までに要した平均時間	36.2分	37.4分

出典：総務省消防庁「救急・救助の現状」（平成27年）

- ◇ 全国では心疾患による搬送件数は増加していますが、本県では減少傾向にあります。全搬送に占める割合は、全国及び本県ともに若干低下しています。

表8 心疾患により救急自動車により搬送された急病患者

区 分	平成22年		平成27年	
	搬送人員	搬送割合	搬送人員	搬送割合
秋田県	2,776人	11.7%	2,639人	10.5%
全 国	280,693人	9.1%	302,081人	8.6%

出典：総務省消防庁「救急・救助の現状」

- ◇ 心血管疾患に関する手術を実施している医療機関のある二次医療圏は4つであり、秋田周辺医療圏に集中しています。また、急性大動脈解離の手術を実施している医療機関は、秋田大学医学部附属病院に限られています。

表9 心血管疾患に関する医療機関別手術件数（平成28年）

二次医療圏・病院名	秋田周辺						由利本荘・にかほ	大仙・仙北	横手
	秋田大学医学部 附属病院	県立脳血管 研究センター	秋田赤十字 病院	中通総合 病院	秋田厚生 医療センター	市立秋田 総合病院	由利組合 総合病院	大曲厚生 医療センター	平鹿総合 病院
冠動脈、大動脈バイパス移植手術 及び体外循環を要する手術	161	-	-	13	-	-	-	-	53
経皮的冠動脈形成術	56	10	8	27	19	21	17	2	20
急性期心筋梗塞	3	-	3	4	2	6	-	-	2
不安定狭心症	3	-	-	6	1	1	-	1	3
その他	50	10	5	17	16	14	17	1	15
経皮的冠動脈粥腫切除術	-	-	-	-	-	-	-	-	-
経皮的冠動脈ステント留置術	167	41	129	194	96	83	108	51	151
急性期心筋梗塞	30	-	43	39	24	18	10	7	40
不安定狭心症	17	-	27	29	10	9	19	8	26
その他	120	41	59	126	62	56	79	36	85
経皮的カテーテル心筋焼灼術	49	161	-	20	-	-	-	-	15

出典：県医療薬事課調べ（療養担当規則等に基づく揭示事項について関係病院に照会）

- ◇ 心筋梗塞に対する経皮的冠動脈インターベンション（PCI）について、冠動脈再開通件数は、人口 10 万人当たりで 25.2 件と全国平均の 35.5 件を下回っていますが、うち来院後 90 分以内に再開通を達成した率は 70.2%と全国平均を上回っています。

表10 心筋梗塞に対する冠動脈再開通件数

	心筋梗塞に対する 冠動脈再開通件数 (人口 10 万人当たり) ①	うち来院後 90 分以内 冠動脈再開通件数 (人口 10 万人当たり) ②	来院後 90 分以内の 冠動脈再開通達成率 ②／①
秋田県	25.2	17.7	70.2%
全 国*	35.5	23.1	65.1%

出典：「レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）」（平成 27 年度）

* 全国値は 47 都道府県の単純平均値

- ◇ 循環器内科医は、人口 10 万人当たりで本県は全国平均より多いものの、二次医療圏でみると、秋田周辺と横手以外は全国平均より低くなっています。

- ◇ 心臓血管外科医は、人口 10 万人当たりで本県は全国平均より低く、二次医療圏でも、大館・鹿角、能代・山本、大仙・仙北、湯沢・雄勝では医師が不在となっています。

表 11 各医療圏における循環器内科・心臓血管外科医師数 (単位：人)

二次医療圏	大館・ 鹿角	北秋田	能代・ 山本	秋田 周辺	由利本荘 ・にかほ	大仙・ 仙北	横手	湯沢・ 雄勝	県計	全国
循環器内科 医師数 (人口 10 万人当)	3 (2.6)	1 (2.6)	7 (7.9)	65 (15.8)	8 (7.3)	9 (6.5)	15 (15.4)	1 (1.4)	109 (10.2)	11,992 (9.3)
心臓血管 外科医師数 (人口 10 万人当)	- (-)	1 (2.6)	- (-)	11 (2.7)	2 (1.8)	- (-)	2 (2.1)	- (-)	16 (1.5)	3,048 (2.3)

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」（平成 26 年）

- ◇ 本県の心大血管疾患リハビリテーションの施設基準を満たしている医療機関は全体で 8 施設となっており、人口 10 万人当たりの施設数で全国平均を下回っています。

表 12 心大血管疾患リハビリテーションの施設基準を取得している医療機関数

二次医療圏	大館・ 鹿角	北秋田	能代・ 山本	秋田 周辺	由利本荘 ・にかほ	大仙・ 仙北	横手	湯沢・ 雄勝	県計	全国
医療機関数 (人口 10 万人当)	- (-)	- (-)	- (-)	6 (1.5)	- (-)	- (-)	1 (1.1)	1 (1.5)	8 (0.8)	989 (0.9)

出典：厚生労働省東北厚生局「診療報酬施設基準届出医療機関名簿」（平成 29 年 7 月）

- ◇ 虚血性心疾患で在宅等生活の場に復帰した退院患者の割合※は、平成 26 年の県平均で 88.1%と全国平均の 92.9%を下回っています。

※ 厚生労働省「患者調査（個票解析）」（平成 26 年）。主病名が「虚血性疾患」の患者のうち、退院後の行き先が家庭又は入院前の場所と退院後の行き先が介護老人保健施設、介護老人福祉施設、社会福祉施設に入所と一致している患者の割合。

(2) 課題

① 発症後、速やかな救命処置の実施と搬送が可能な体制

- ◇ 急性心筋梗塞の救命率の改善につなげるためには、発症現場において心肺蘇生やAED等による電氣的除細動が迅速に行われる必要があります。

② 発症後速やかに疾患に応じた専門的治療が可能な体制

- ◇ 急性心筋梗塞の発症時は来院後速やかに初期治療を開始することが望ましいとされていますが、専門的な治療を行う医療圏が限られていることから、県北地区に地域救命救急センターを整備し、急性期医療の機能強化を図るとともに、広域的な救急搬送体制の構築に向けた取組が必要です。
- ◇ また、急性期医療の地域間格差の解消を図る方法として、ICTを用いて施設間で検査結果や画像等の患者情報を共有し、他施設への搬送の必要性や治療方針等を相談できる体制の構築も検討していく必要があります。
- ◇ 大動脈解離については、緊急の外科的治療が可能な県内の医療機関が秋田大学医学部附属病院の1施設に限られていることから、ドクターヘリの効果的な活用により、広大な県土における搬送体制を確保していくとともに、発症地域の初期医療機関におけるCTを活用した早期診断・画像伝送などを進めていく必要があります。

③ 合併症予防や在宅復帰を目的とした心血管疾患リハビリテーションが可能な体制

- ◇ 本県では、心血管疾患リハビリテーションを行っている医療機関において、心大血管疾患リハビリテーション料の施設基準取得に必要な医療従事者等の要件が満たされていない状況にあり、人材確保を含め体制の整備に努める必要があります。
- ◇ また、8つの二次医療圏のうち、県北の3医療圏を含めて5医療圏に施設基準を取得している医療機関が無く、医療機関数も全県で8施設にとどまっていることから、心血管疾患リハビリテーション機能の拡充と均てん化を図っていく必要があります。

④ 在宅療養が可能な体制

- ◇ 心筋梗塞の再発予防や心不全の増悪予防のためには、適切な薬物療法や生活習慣の改善の指導、管理が必要です。また、かかりつけ医と専門医（循環器内科）との連携をはじめ、再発予防を担う医療機関が急性期医療機関や介護保険サービス事業所等と連携し、診療情報の共有を図るなど、連携体制の構築に向けた取組が必要となります。



目指すべき方向



(1) 発症後、速やかな救命処置の実施と搬送が可能な体制

- ◆ 周囲の者による速やかな救急要請及び心肺蘇生法の実施
- ◆ 専門的な診療が可能な医療機関への迅速な搬送

(2) 発症後速やかに疾患に応じた専門的診療が可能な体制

- ◆ 医療機関到着後 30 分以内の専門的な治療の開始
- ◆ 専門的な診療が可能な医療機関間の円滑な連携

(3) 合併症予防や在宅復帰を目的とした心血管疾患リハビリテーションが可能な体制

- ◆ 合併症や再発の予防、在宅復帰のための心血管疾患リハビリテーションの実施
- ◆ 運動耐容能などに基づいた運動処方により合併症を防ぎつつ、運動療法のみならず多面的・包括的なリハビリテーションを実施

(4) 在宅医療が可能な体制

- ◆ 合併症や再発を予防するための治療、基礎疾患や危険因子の管理の実施
- ◆ 再発予防のための定期的専門検査の実施

○ 主 要 な 施 策 ○

（１） 発症後、速やかな救命処置の実施と搬送が可能な体制の整備

- ◆ 消防機関での県民に対する救急蘇生法講習会を継続して実施するほか、AED 設置登録情報（AED マップ）※の周知・活用を進めます。

※ 県内を含む国内の AED 設定場所は、（一財）日本救急医療財団が作成したホームページ「日本救急医療財団 全国 AED マップ」から、地図上で確認することができます。

（２） 発症後速やかに疾患に応じた専門的治療が可能な体制

- ◆ 医療機関到着後 30 分以内に専門的な治療の開始ができるような医療体制の構築に向け、急性期を担う医療機関の施設設備の整備を支援するとともに、必要に応じて隣接する医療圏との連携体制の構築に努めます。
- ◆ 大動脈解離や急性心筋梗塞などの緊急の外科的治療に対応する医療機関との連携体制については、ドクターヘリの安全かつ効果的な活用を進めるとともに、遠隔画像診断など I C T を用いた施設間の有用な連携体制の構築について検討します。
- ◆ 急性心筋梗塞に対する広域的な急性期医療体制を確立するために、三次医療機関の医療機能の確保に必要な設備整備を支援します。

特に県北地域については、大館市立総合病院において経皮的冠動脈インターベンション（P C I）が実施可能な体制整備に向けた取組を進めた上で、地域救命救急センターの指定を目指します。また、県立脳血管研究センターにおいては、新棟建設（平成 29 年 4 月着工）により、脳・循環器疾患の包括的な医療提供体制を整備します。

（３） 合併症予防や在宅復帰を目的とした心血管疾患リハビリテーションが可能な体制づくり

- ◆ 合併症や再発の予防、在宅復帰を支援するため、心血管疾患リハビリテーションの体制整備を推進します。

（４） 在宅療養が可能な体制の整備

- ◆ 急性期から回復期及び維持期（在宅療養に対する支援を含む。）までの医療についての病診連携体制の強化を図り、診療情報の共有化のためのシステムの普及を図ります。

○ 数 値 目 標 ○

区 分				現 状	目標値	目標値の考え方	指標番号
アウトカム	虚血性心疾患患者の年齢調整死亡率(人口10万対)(H27)	男性	秋田県	17.5	14.8 以下	全国的に低い死亡率（男性43位、女性46位）であるため、全国最低位の死亡率以下を目標値とする	●320
			全 国	31.3			
		女性	秋田県	5.6	5.5 以下		
			全 国	11.8			
	在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合（H26）		秋田県	88.1%	93%	全国値に比べ低い水準であるため、全国水準を目標値とする	●324
			全 国	92.9%*			
プロセス	心筋梗塞に対する来院後90分以内の冠動脈再開通達成率（H27）		秋田県	70.2%	75%	全国値に比べ高い水準にあることから、全国上位の水準を目標値とする	●314
			全 国	65.1%			
ストラクチャー	急性心筋梗塞に係る急性期を担う医療機関※ ¹ がある二次医療圏数（H29）		秋田県	4医療圏	5医療圏	急性期を担う医療機関が不足・偏在していることから増加を目標とする	—
			全 国	—			
	循環器内科医師数（H26）		秋田県	109人	増加	医療圏における医師偏在の改善のため増加とする	302
			全 国	—			
	心臓血管外科医師数（H26）		秋田県	16人	増加	医療圏における医師偏在の改善のため増加とする	302
			全 国	—			
	心血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関※ ² がある二次医療圏数(H29)		秋田県	3医療圏	5医療圏	実施可能な医療機関が不足・偏在していることから増加を目標とする	—
			全 国	—			

●国が示した重点指標

* 47 都道府県の単純平均値

※1 急性心筋梗塞に係る急性期を担う医療機関は、経皮的冠動脈インターベンション(PCI)の実施が可能な医療機関

※2 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、心大血管疾患リハビリテーション料(I)及び(II)の届出施設

○ 医療機関とその連携 ○

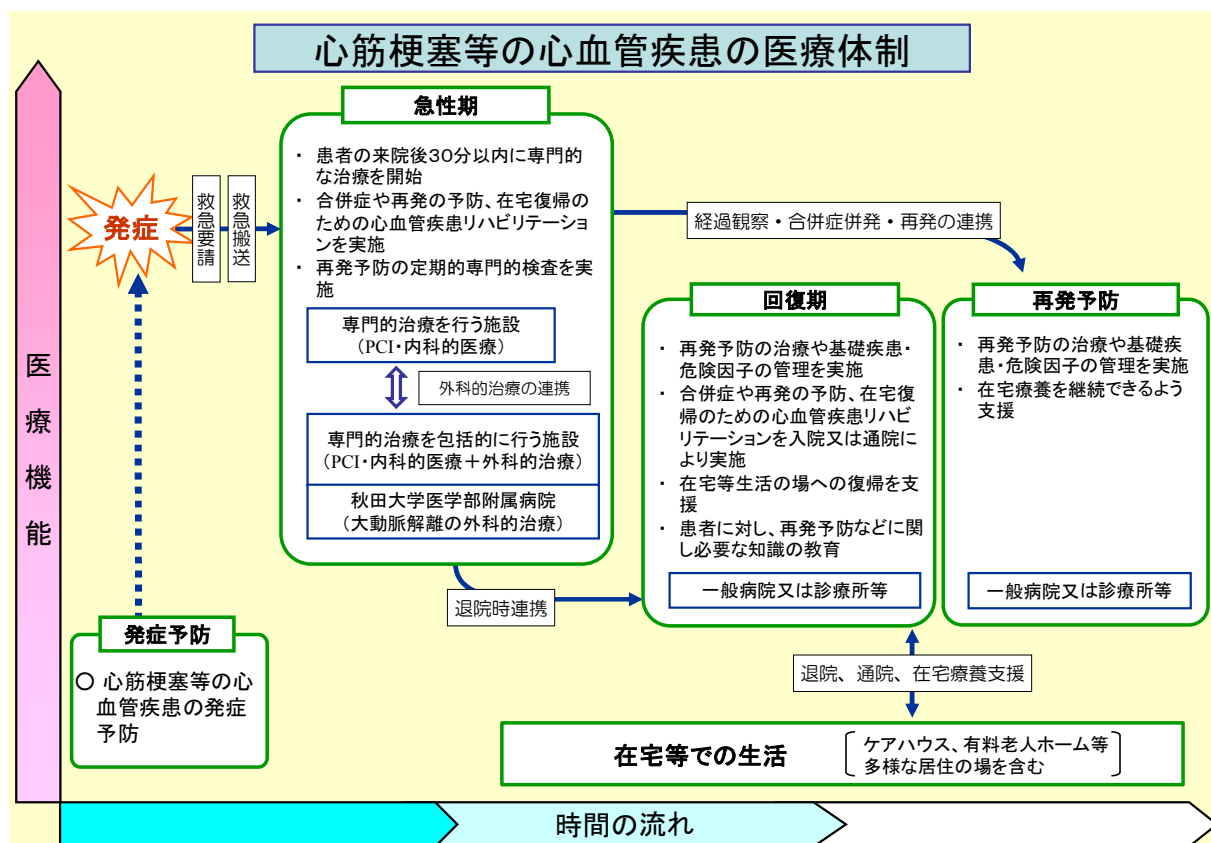
(1) 圏域の設定

現状の二次医療圏ごとの医療機能を考慮し、心筋梗塞を含む心血管疾患の医療体制の圏域は、二次医療圏の連携により、次の3圏域とします。

- 秋田中北部圏域： 大館・鹿角、北秋田、能代・山本、秋田周辺
- 由利圏域： 由利本荘・にかほ
- 秋田南部圏域： 大仙・仙北、横手、湯沢・雄勝

なお、大動脈解離の医療体制の圏域については、緊急の外科的治療に常時対応できる医療機関が秋田大学医学部附属病院に限られることから、三次医療圏で設定します。

(2) 医療体制



(3) 医療体制を担う医療機関の医療機能

医療機能	【予防】 (1) 発症予防の機能	【救護】 (2) 応急手当・病院前救護の機能
目 標	・ 心筋梗塞等の心血管疾患の発症を予防すること	・ 心筋梗塞等の心血管疾患の疑われる患者が、できるだけ早期に疾患に応じた専門的な診療が可能な医療機関に到着できること
医療機能を担う医療機関等の基準	○ 内科を標榜する病院、診療所	○ 消防本部 （救急救命士を含む救急隊員） ○ バイスタンダー （家族等周囲にいる者）
医療機関等に求められる事項の例	・ 高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病等の危険因子の管理が可能であること ・ 初期症状出現時における対応について、本人及び家族等患者の周囲にいる者に対する教育、啓発を実施すること ・ 初期症状出現時に、急性期医療を担う医療機関への受診勧奨について指示すること	（家族等周囲にいる者） ・ 発症後速やかに救急要請を行うこと ・ 心肺停止が疑われる者に対して、AEDの使用を含めた救急蘇生法等適切な処置を実施すること （救急救命士を含む救急隊員） ・ 地域メディカルコントロール協議会によるプロトコル（活動基準）に則し、薬剤投与等の特定行為を含めた救急蘇生法等適切な観察・判断・処置を実施すること ・ 急性期医療を担う医療機関へ速やかに搬送すること

医療機能	【急性期】 (3) 救急医療の機能
目 標	・ 患者の来院後速やかに初期治療を開始するとともに、30 分以内に専門的な治療を開始すること ・ 合併症や再発の予防、在宅復帰のための心血管疾患リハビリテーションを実施すること ・ 再発予防の定期的専門的検査を実施すること
医療機能を担う医療機関等の基準	○次の1～4全てが可能な病院 1 心電図検査、血液生化学検査、心臓超音波検査、エックス線検査、CT検査、心臓カテーテル検査、機械的補助循環装置（大動脈バルーンパンピングを含む）等必要な検査及び処置が24時間対応可能であること 2 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 3 ST上昇型心筋梗塞の場合、冠動脈造影検査及び適応があればPCIを行い、来院後90分以内の冠動脈再疎通が可能であること 4 虚血性心疾患に対する冠動脈バイパス術や大動脈解離に対する大動脈人工血管置換術等の外科的治療が可能又は外科的治療が可能な施設との連携体制がとれていること
医療機関等に求められる事項の例	・ 心電図検査、血液生化学検査、心臓超音波検査、エックス線検査、CT検査、心臓カテーテル検査、機械的補助循環装置（大動脈バルーンパンピングを含む）等必要な検査及び処置が24時間対応可能であること ・ 心筋梗塞等の心血管疾患が疑われる患者について、専門的な診療を行う医師等が24時間対応可能であること ・ ST上昇型心筋梗塞の場合、冠動脈造影検査及び適応があればPCIを行い、来院後90分以内の冠動脈再疎通が可能であること ・ 慢性心不全の急性増悪の場合、状態の安定化に必要な内科的治療が可能であること ・ 呼吸管理、疼痛管理等の全身管理や、ポンプ失調、心破裂等の合併症治療が可能であること ・ 虚血性心疾患に対する冠動脈バイパス術や大動脈解離に対する大動脈人工血管置換術等の外科的治療が可能又は外科的治療が可能な施設との連携体制がとれていること ・ 電氣的除細動、機械的補助循環装置、緊急ペーシングへの対応が可能であること ・ 運動耐容能などに基づいた運動処方により合併症を防ぎつつ、運動療法のみならず多面的・包括的なリハビリテーションを実施可能であること ・ 抑うつ状態等の対応が可能であること ・ 回復期（あるいは在宅医療）の医療機関と診療情報や治療計画を共有する等して連携していること、またその一環として再発予防の定期的専門的検査を実施すること

医療機能	【回復期】 (4) 疾病管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーションを実施する機能	【再発予防】 (5) 再発予防の機能
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 - 在宅等生活の場への復帰を支援すること - 患者に対し、再発予防などに関し必要な知識を教えること	- 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
医療機能を担う医療機関等の基準	○心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ）、（Ⅱ）を届けている病院、診療所 ○次の1,2 全てが可能な病院・診療所 - 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態等の対応等が可能 - 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	○次の1,2,3 全てが可能な病院、診療所 - 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 - 緊急時の除細動等急性増悪時への対応が可能 - 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た対応が可能
医療機関等に求められる事項の例	- 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態等の対応等が可能であること - 心電図検査、電気的除細動等急性増悪時の対応が可能であること - 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 - 運動療法、食事療法、患者教育等の心血管疾患リハビリテーションが実施可能であること - 心筋梗塞等の心血管疾患の再発や重症不整脈などの発生時における対応法について、患者及び家族への教育を行っていること - 急性期の医療機関及び二次予防の医療機関と診療情報や治療計画を共有する等して連携していること	- 再発予防のための治療や基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態への対応が可能であること - 緊急時の除細動等急性増悪時への対応が可能であること - 合併症併発時や再発時に緊急の内科的・外科的治療が可能な医療機関と連携していること - 急性期の医療機関や介護保険サービス事業所等と再発予防の定期的専門的検査、合併症併発時や再発時の対応を含めた診療情報や治療計画を共有する等して連携していること - 在宅での運動療法、再発予防のための管理を医療機関と訪問看護ステーション・かかりつけ薬剤師・薬局が連携し実施出来ること

4 糖尿病

○ 現 状 と 課 題 ○

(1) 現状

- ◇ 本県で糖尿病を主な傷病として継続的に医療を受けている患者数は、平成 26 年の患者調査によると、県内で約 3 万 2 千人（全国：約 316 万 6 千人）と推計され、患者数は平成 20 年以降、増加しています。

表 1 総患者数 (単位：千人)

区 分	平成 14 年	平成 17 年	平成 20 年	平成 23 年	平成 26 年
総数					
秋 田 県	25	32	29	31	32
全 国	2,284	2,469	2,371	2,700	3,166
男性					
秋 田 県	12	17	14	17	18
全 国	1,208	1,323	1,312	1,487	1,768
女性					
秋 田 県	13	15	14	14	15
全 国	1,076	1,147	1,061	1,215	1,401

出典：厚生労働省「患者調査」

- ◇ 特定健診受診率は年々向上しているものの、46.5%と全国平均の 50.1%を下回っています。特定保健指導実施率は、平成 27 年度は 19.1%と前年度から低下しましたが、全国平均を上回っています。

表 2 特定健診受診率

区 分	平成 23 年度	平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度
秋 田 県	40.9%	41.3%	41.6%	44.0%	46.5%
全 国	44.7%	44.7%	47.6%	48.6%	50.1%

出典：厚生労働省「レセプト情報・特定健康診査等データベース」

表 3 特定保健指導の実施率

区 分	平成 23 年度	平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度
秋 田 県	12.6%	19.5%	23.1%	23.9%	19.1%
全 国	15.0%	16.4%	17.7%	17.8%	17.5%

出典：厚生労働省「レセプト情報・特定健康診査等データベース」

- ◇ 糖尿病の平均在院日数は、平成 23 年から減少しており、全ての調査年で全国平均を下回っています。

表 4 病院の退院患者平均在院日数（施設所在地）

区 分	平成 20 年	平成 23 年	平成 26 年
秋 田 県	20.6 日	27.3 日	20.9 日
全 国	38.1 日	35.1 日	35.1 日

出典：厚生労働省「患者調査」

- ◇ 平成 27 年度の人口 10 万当たりの新規人工透析患者数（レセプト件数）は、29.0 件と全国平均の 35.7 件を下回っています。新規透析導入患者の原疾患に占める割合は 46.5 % (140 人) 全国では 43.7% (16,072 人) となっており、全国平均より糖尿病の占める割合は高くなっています。

表 5 人口 10 万人当たり新規人工透析導入患者数（レセプト件数）

区 分	平成 27 年度
秋 田 県	29.0 件
全 国	35.7 件*

出典：「レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）」（平成 27 年度）

*全国値は 47 都道府県の単純平均値

表 6 透析導入患者の原疾患に占める糖尿病腎症の構成割合

区 分	平成 25 年	平成 26 年	平成 27 年
秋 田 県	39.1%	46.3%	46.5%
全 国	43.8%	43.5%	43.7%

出典：日本透析医学会調べ

- ◇ 本県の糖尿病の平成 27 年の年齢調整死亡率は、男性は減少したものの全国平均より高く、女性は増加して全国平均よりも高くなりました。都道府県順位では、男性が全国で 22 番目、女性が全国 6 番目に高くなっています。

表 7 年齢調整死亡率（人口 10 万対）

区 分	平成 7 年	平成 12 年	平成 17 年	平成 22 年	平成 27 年
男 性					
秋 田 県	11.3	8.0	4.7	7.0	5.8
全 国	10.1	7.8	7.3	6.7	5.5
女 性					
秋 田 県	6.8	3.2	4.6	2.8	2.9
全 国	6.6	4.4	3.9	3.3	2.5

出典：厚生労働省「人口動態統計特殊報告・都道府県別年齢調整死亡率」

- ◇ 本県の糖尿病内科(代謝内科)の医師数は 38 人で、4 医療圏で医師が不在となっています。また、人口 10 万人当たり医師数の推移を見ると、平成 20 年の 1.6 人から平成 26 年の 3.7 人と大きく増加しており、全国的にも増加傾向にあります。

表 8 各医療圏における糖尿病内科（代謝内科）※医師数（単位：人）

二次医療圏	大館・鹿角	北秋田	能代・山本	秋田周辺	由利本荘・にかほ	大仙・仙北	横手	湯沢・雄勝	県計	全国
医師数 (10 万人当)	4 (3.4)	－ (－)	－ (－)	31 (7.5)	2 (1.8)	1 (0.7)	－ (－)	－ (－)	38 (3.7)	4,446 (3.5)

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」（平成 26 年） ※主として従事する診療科

表 9 人口 10 万人当たり糖尿病内科（代謝内科）医師数の推移（単位：人）

区 分	平成 20 年	平成 22 年	平成 24 年	平成 26 年
秋 田 県	1.6	2.9	3.1	3.7
全 国	2.3	2.7	3.1	3.5

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

- ◇ 糖尿病専門医、日本糖尿病療養指導士のほか、平成 22 年から開始された秋田県糖尿病療養指導士など、糖尿病に必要な知識を有する医療従事者の養成が行われており、その数は増加しています。

表 9 糖尿病を専門とする医療従事者数 (単位：人)

	医師	看護師 准看護師	管理栄養士 栄養士	薬剤師	臨床検 査技師	理 学 療法士	合計
平成 29 年	40	73	20	29	5	4	171
平成 24 年	30	55	14	23	4		126

出典：日本糖尿病学会糖尿病専門医（医師）、日本糖尿病療養指導士認定機構（医師以外）

表 10 秋田県糖尿病療養指導士数 (単位：人)

	医師	歯科 医師	看護師 准看護師	管理栄養士 栄養士	薬剤師	臨床検 査技師	理 学 療法士	その他 の職種	合計
平成 29 年	33	22	241	105	118	35	31	40	625
平成 23 年	23	9	78	41	54	15	4		224

出典：秋田県糖尿病対策推進協議会調査

(2) 課題

① 初期・安定期治療

- ◇ 糖尿病の継続治療患者が増加傾向にあることから、糖尿病予防につながる生活習慣の普及啓発を強化していく必要があります。
- ◇ 特定健診受診率が全国と比べて低いことから、早期発見・早期治療につなげるため、保険者による受診勧奨等により、受診率の向上を図る必要があります。
- ◇ 本県の医療機関においては外来栄養食事指導の実施が少ないことから、患者の食習慣の改善を積極的に支援していくため、医師の指示に基づく管理栄養士の栄養指導を進めていく必要があります。
- ◇ 糖尿病患者は網膜症や歯周病の発症・進行のリスクが高いことから、患者への啓発を行うとともに、糖尿病の初期段階から、「糖尿病連携手帳」などを用いて、かかりつけ医と眼科医や歯科医との連携を進めていく必要があります。

② 専門治療

- ◇ 糖尿病治療にもっとも大切な患者の自己管理を指導する「糖尿病療養指導士」については、医師や歯科医師、看護師、管理栄養士など幅広い職種の医療従事者が育成されてきており、臨床現場での積極的な活用を図っていく必要があります。
- ◇ 血糖コントロール指標の改善を図るため、各専門職種のチームによる、食事療法、薬物療法等を組み合わせた教育入院等の集中的治療が求められています。なお、地域によっては低血糖患者が多いことから、血糖コントロールが難しくなる高齢者を中心に、薬物療法の副作用による重症低血糖を防ぐため、薬剤の適切な使用に留意していく必要があります。

③ 急性増悪時治療

- ◇ 急性増悪時は可及的速やかに救急告示病院へ搬送し救命措置を図るとともに、糖尿病専門医のいる医療機関との連携体制の構築が必要です。

④ 慢性合併症治療

- ◇ 糖尿病は、脳卒中、急性心筋梗塞などの他疾患の危険因子となる慢性疾患であり、症状が進行すると糖尿病網膜症、糖尿病腎症、糖尿病神経障害、糖尿病足病変等の多種多様な合併症を発症することから、重症化による合併症の予防を図るため、平成 29 年 3 月に策定された「秋田県糖尿病重症化予防モデルプログラム」を参考に、対策を進めていく必要があります。

○ 目指すべき方向 ○

(1) 糖尿病の治療及び合併症予防が可能な体制

- ◆ 糖尿病の診断及び生活習慣等の指導の実施
- ◆ 良好な血糖コントロールを目指した治療の実施

(2) 血糖コントロール困難例の治療や急性合併症の治療が可能な体制

- ◆ 教育入院等による、様々な職種の連携によるチーム医療の実施
- ◆ 急性増悪時の治療の実施

(3) 糖尿病の慢性合併症の治療が可能な体制

○ 主 要 な 施 策 ○

- ◆ 「健康寿命日本一」を目標に、民学官が一体となって健康寿命の延伸に向けた県民の健康意識改革と行動変容を目指した健康づくり県民運動を展開する中で、若年からの健康意識醸成を含め、食生活改善や運動による健康づくりを推進し、糖尿病の発症予防を図ります。
- ◆ 医療保険者、企業・団体と連携しながら、糖尿病の早期発見・早期治療に結びつけるため、特定健診等の受診率の向上を図るとともに、「秋田県糖尿病重症化予防モデルプログラム」を参考とした重症化予防対策について、医師会など医療関係団体と協力して推進します。
- ◆ 秋田県糖尿病対策推進協議会において、秋田県糖尿病療養指導士の養成など医療従事者の糖尿病診療能力を高める取組を推進するとともに、同協議会と連携し、市町村・保険者の保健師や管理栄養士が糖尿病患者に保健指導するための知識やスキルの向上を図ります。

○ 数 値 目 標 ○

	区 分			現 状	目標値	目標値の考え方	指標番号
アウトカム	糖尿病患者の 年齢調整死亡率（人口10万 対）（H27）	男性	秋田県	5.8	5.5未満	全国に比べ高いため 全国値を下回る目標 とする	435
			全 国	5.5			
		女性	秋田県	2.9	2.5未満	全国に比べ高いため 全国値を下回る目標 とする	435
			全 国	2.5			
	新規人工透析導入患 者数（人口10万人当 たり）（H27）	秋田県	29.0	減少	糖尿病の重症化予防 の推進により減少と する	●432	
		全 国	35.7*				
プロセス	外来栄養食事指導料 の実施件数（人口10 万人当たり）（H27）	秋田県	614	1,229	全国に比べ少ないた め全国値を目標とす る	424	
		全 国	1,229*				
	糖尿病足病変に対す る管理（人口10万人 当たり）（H27）	秋田県	48.9	173.5	全国に比べ少ないた め全国値を目標とす る	●428	
		全 国	173.5*				
ストラクチャー	特定健診の受診率 （H27）		秋田県	46.5%	70%	第2期健康あきた21 計画の目標値（H29） を引き続き目指す	●401
			全 国	50.1%			
	糖尿病内科（代謝内 科）の医師数（H26）		秋田県	38人	増加	糖尿病患者の増加を 踏まえ、医師数の増 加を図る	403
			全 国	—			
	秋田県糖尿病療養指 導士数（H29）		秋田県	625	増加	毎年受講者の養成が 行われていることか ら増加とする	409
			全 国	—			

●国が示した重点指標

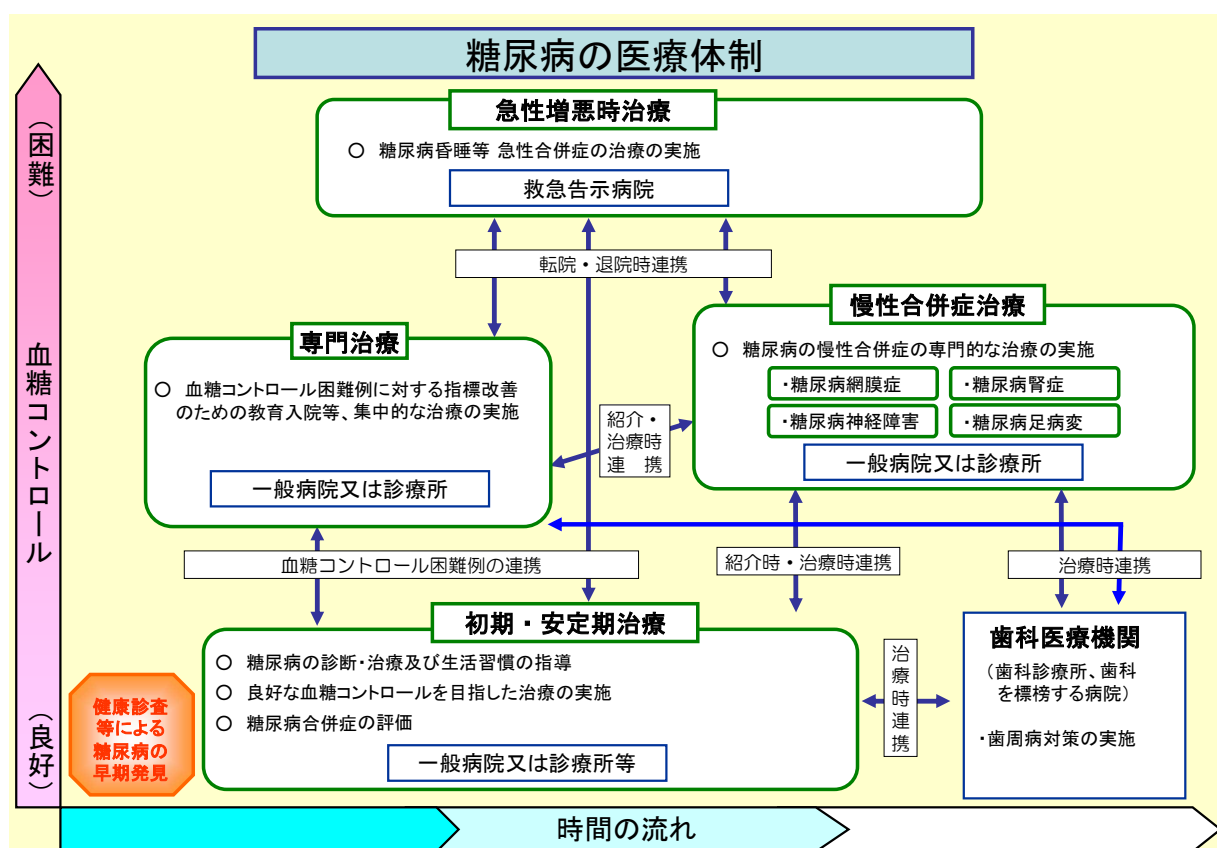
*は全国 47 都道府県の単純平均値

○ 医療機関とその連携 ○

(1) 圏域の設定

糖尿病医療体制の圏域については、各医療機関の連携の状況を踏まえ二次医療圏単位とします。

(2) 医療体制



(3) 医療体制を担う医療機関の医療機能

医療機能	【初期・安定期治療】 (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	【専門治療】 (2) 血糖コントロール困難例の治療を行う機能	【急性増悪時治療】 (3) 急性合併症の治療を行う機能
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評価を目指した治療を実施すること ・糖尿病合併症の評価を実施すること	・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	・糖尿病昏睡等急性合併症の治療を実施すること
医療機能を担う医療機関等の基準	○糖尿病の診断・治療が可能であり、専門治療を行う医療機関及び急性・慢性合併症治療を行う医療機関と連携している病院又は診療所	○教育入院を行う病院又は診療所	○糖尿病昏睡等急性合併症の治療が 24 時間実施可能な救急告示病院
医療機関等に求められる事項の例	・糖尿病の診断及び専門的指導が可能であること ・75 g OGTT^{※1}、HbA1c^{※2}等糖尿病の評価に必要な検査が実施可能であること ・食事療法、運動療法及び薬物療法による血糖コントロールが可能であること ・低血糖時及びシックデイ^{※3}の対応が可能であること ・専門治療を行う医療機関及び急性・慢性合併症治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること	・75 g OGTT、HbA1c 等糖尿病の評価に必要な検査が実施可能であること ・各専門職種チームによる、食事療法、運動療法、薬物療法等を組み合わせた教育入院等の集中的な治療（心理問題を含む。）が実施可能であること ・糖尿病患者の妊娠に対応可能であること ・食事療法、運動療法を実施するための設備があること ・糖尿病の予防治療を行う医療機関及び急性・慢性合併症の治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること	・糖尿病昏睡等急性合併症の治療が 24 時間実施可能であること ・食事療法、運動療法を実施するための設備があること ・糖尿病の予防治療を行う医療機関、教育治療を行う医療機関及び慢性合併症の治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること

※1 75gOGTT：経口ブドウ糖負荷試験。75gのブドウ糖を水に溶かしたもの（あるいはそれに相当する試験用糖質液）を飲用し、その後の血糖値の変動を調べる検査。

※2 HbA1c（ヘモグロビンエイワンシー）：赤血球の蛋白であるヘモグロビン(Hb)とブドウ糖が結合したグリコヘモグロビンの種類であり、過去1～2ヵ月間の平均血糖値と密接な関係を持つ。HbA1c検査は、糖尿病の診断や血糖コントロール目標に使われる血液検査。

※3 シックデイ：糖尿病患者は、感染外傷など身体的・精神的ストレス下で、しばしば血糖コントロールが悪化する。それにより、発熱・下痢・嘔吐をきたし、または食欲不振のために食事ができない状態。

医療機能	【慢性合併症治療】 (4) 糖尿病の慢性合併症の治療を行う機能	【地域との連携】 (5) 地域と連携する機能
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	・市町村や保険者と連携すること
医療機能を担う医療機関等の基準	○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、糖尿病足病変等）について、専門的な検査・治療が実施可能な病院又は診療所（単一医療機関で全ての合併症治療が可能である必要はない）	○病院又は診療所
医療機関等に求められる事項の例	・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、糖尿病足病変等）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（単一医療機関で全ての合併症治療が可能である必要はない） ・糖尿病網膜症治療の場合、蛍光眼底造影検査、光凝固療法、硝子体出血・網膜剥離の手術等が実施可能であること ・糖尿病腎症の場合、尿一般検査、尿中微量アルブミン排泄量検査、腎生検、腎臓超音波検査、血液透析等が実施可能であること ・糖尿病の予防治療を行う医療機関、教育治療を行う医療機関及び急性合併症の治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有する等して連携していること	次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則して連携していること ・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

5 精神疾患

精神に障害のある方を取り巻く状況は、近年大きく変化してきており、精神保健医療福祉施策は、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念に基づいて展開されています。

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、多様な精神疾患ごとに医療機関の役割分担・連携を推進するとともに、患者本位の医療を実現していけるよう、各医療機関の医療機能を明確化していきます。

【精神疾患全般に関する医療提供体制】

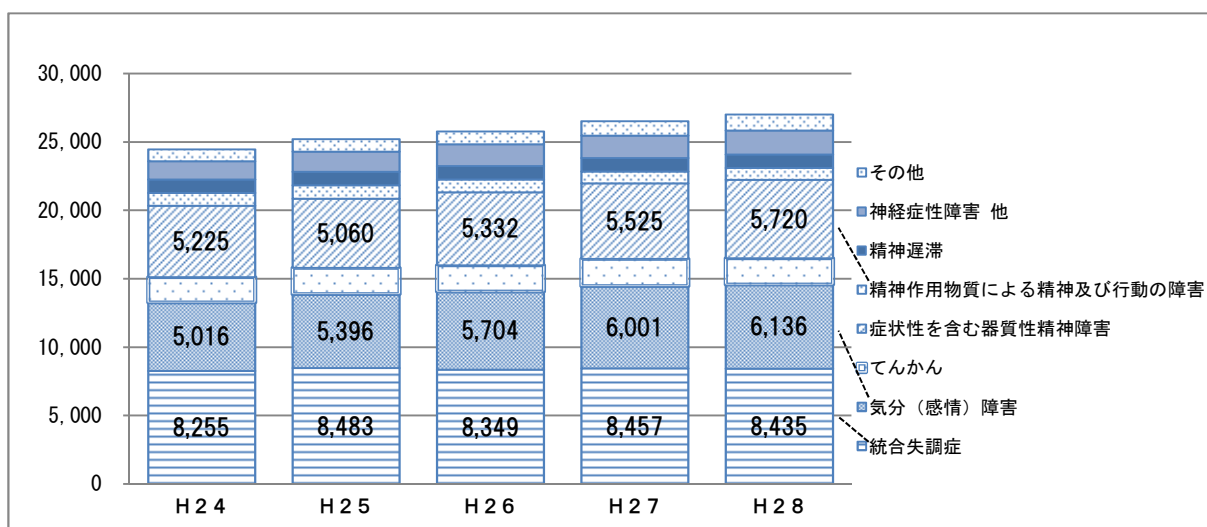
○ 現 状 と 課 題 ○

(1) 現状

① 精神障害者及び精神保健に関する状況

- ◇ 本県の精神障害者数は、平成 29 年 3 月末現在 27,004 人であり、全国と同様に増加傾向を示しています。疾病別では、気分（感情）障害や症状性を含む器質性精神障害が増加しています。
- ◇ また、平成 28 年人口動態統計によると、本県の自殺者数は 240 人で、自殺率（人口 10 万人あたりの自殺による死亡率）は 23.8（全国は 16.8）でした。

図 1 秋田県の精神障害者の状況（疾病別内）（各年度末現在）



出典：県障害福祉課「保健所実績報告」病類別精神障害者数より

- ◇ 精神疾患は、症状が多彩であるにもかかわらず自覚しにくいという特徴があるため、症状が重くなり入院治療が必要になって初めて精神科を受診するという場合が少なくありません。このため、県内の保健福祉関係機関及び関係団体において、心の健康の保持・増進及び精神疾患・精神障害者に対する正しい知識の普及啓発を図るとともに、保健所、市町村及び精神保健福祉センターにおいて、精神保健福祉相談及び訪問指導等を実施しています。

② 医療等の状況

- ◇ 精神科を標榜する医療機関は、病院数が 37（うち精神病床を有する病院数が 25）、となっています。

なお、精神病床を有するいわゆる総合病院（以下「総合病院」という。）数は 6 で、この 5 年間でその病院数と病床数は減少しています。

人口 10 万人に対する精神科を標榜する病院数及び精神病床を有する病院数は、全国平均を上回っています。

表 1 精神科を標榜する病院・診療所・精神科病院※数

区 分		病院数（精神科病院※・一般病院）		
			精神病床を有する病院数	
			精神科病院※	
秋 田 県	施 設 数	37	25	16
	人口 10 万対	3.663	2.5	1.6
全 国 平 均	人口 10 万対	2.194	1.3	0.8

出典：厚生労働省「医療施設調査」（平成 28 年）

※調査における「精神科病院」の定義：精神病床のみを有する病院

- ◇ 精神病床数は 4,040 床であり、人口 1 万人に対する病床数は 40.0 床となっています。二次医療圏別では、全県平均を上回っている圏域がある一方、平均を大きく下回っている圏域もあり、地域的な偏在がみられます。

表 2 圏域別の精神病床を有する病院数・精神病床数（平成 29 年 3 月末現在）

二次医療圏	人口（千人） H28.10.1※1	精神障害者数（人）※2	病院数	精神病床数	
					人口万対
大 館 ・ 鹿 角	110	2,214	3	327	29.8
北 秋 田	35	772	2	184	52.7
能 代 ・ 山 本	81	1,510	2	270	33.3
秋 田 周 辺	397	11,154	10	1,870	47.0
由利本荘・にかほ	104	2,632	2	402	38.7
大 仙 ・ 仙 北	129	4,015	4	495	38.5
横 手	91	2,762	1	322	35.4
湯 沢 ・ 雄 勝	63	1,945	1	170	26.9
県 計	1,010	27,004	25	4,040	40.0

出典：県障害福祉課調べ

※1 秋田県の人口と世帯（平成 28 年国勢調査基準）による。 ※2 「保健所実績報告」

◇ 本県の「医師不足・偏在改善計画」によると、平成 28 年 10 月時点で、病院における精神科の医師の充足状況は、目標医師数 153 人に対して 128 人※で 25 人の不足となっており地域的な偏在もみられます。（※常勤医師及び非常勤医師の合計値）

◇ 平成 29 年 3 月末現在、県内の精神科病院（精神科を標榜する一般病院を含む。以下同じ。）入院患者数は 3,725 人であり、その内訳は、措置入院 6 人（0.2%）、医療保護入院 1,826 人（49.0%）、任意入院 1,893 人（50.8%）となっています（県障害福祉課調べ）。

◇ 精神疾患受療率は、入院は全国平均を上回り、外来は下回っています。

表 4 精神疾患の受療率（人口 10 万対）

区 分	入 院			外 来		
	総数	精神障害		総数	精神障害	
秋 田 県	1,267	283	22.3%	5,396	158	2.9%
全国平均	1,038	209	20.1%	5,696	203	3.6%

出典：厚生労働省「患者調査」（平成 26 年） ※ %は総数に占める割合

◇ 退院患者平均在院日数は全国平均を上回っています。また、1 年未満入院者平均退院率は全国を下回っており、人口 10 万人に対する 65 歳以上かつ入院 1 年以上の退院患者数は全国平均を上回っています。

表 5 退院に関連する指標

区 分	1) 退院患者 平均在院日数	2) 1 年未満入院者 平均退院率 (%)	3) 65 歳以上、入院 1 年以上の退院患者 (平成 27 年 6 月末) (人口 10 万対)		
			合計	65 歳以上 75 歳未満	75 歳以上
秋 田 県	320.3	67.7	3.0	1.0	2.0
全国平均	295.1	71.7	2.1	0.8	1.3

出典：1) 厚生労働省「患者調査」（平成 26 年）、2) 3) 厚生労働省「精神保健福祉資料」（平成 27 年度）

◇ 精神病床に入院している難治性精神疾患患者は、退院が困難となり入院が長期化しやすいのですが、表 6 によると、精神病床における入院後 3 か月、6 か月、12 か月時点の退院率は、いずれも全国と比べ低い数値となっています。

表 6 入院後 3 か月、6 か月、12 か月の退院率 (単位：%)

指標③	全国	秋田県
精神病床における入院後 3 か月時点の退院率	66	64
精神病床における入院後 6 か月時点の退院率	82	79
精神病床における入院後 12 か月時点の退院率	90	88

出典：「レセプト情報・特定健診等情報データベース（以下、NDB）」（平成 26 年度）

(2) 課題

◇ 医療計画と障害福祉計画が連動するように、平成 32 年度末の精神病床長期入院患者の地域移行のための基盤整備を推進する必要があります。

○ 目標・目指すべき方向 ○

(1) 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築

- ◆ 早期発見・早期受診に向けた体制の整備
- ◆ 専門職の養成や専門医療機関の明確化による医療提供体制の整備
- ◆ 専門的治療や精神科以外の医療機関との連携の充実
- ◆ 充実した精神科救急医療体制の整備
- ◆ 災害拠点精神科病院の整備
- ◆ 医療観察法における専門的医療体制の整備

(2) 関係機関の連携による地域生活支援体制の整備

- ◆ 精神科医療機関、保健所、市町村及び地域包括支援センター、訪問看護ステーション、障害者サービス事業所、その他の医療機関、事業者、地域住民などとの重層的な連携による支援体制の構築

○ 主 要 な 施 策 ○

(1) 正しい知識の普及啓発

- ◆ 保健所・精神保健福祉センター等により精神疾患に対する正しい知識の普及啓発を図ります。
- ◆ 地域ボランティア等の活動支援により地域支援者の拡大を図ります。

(2) 障害者の地域生活への移行に向けた関係機関の体制整備

- ◆ 多様な精神疾患に対応できる医療連携体制を構築します。
- ◆ 精神障害者地域移行・地域定着推進協議会により地域課題を検討し、各圏域における精神障害者の地域移行支援を促進します。

(3) 障害者グループホーム整備の促進

- ◆ 長期入院精神障害者の地域移行を進めるため、国庫補助事業の活用により精神障害者グループホームの整備を促進します。

【多様な精神疾患等ごとの医療提供体制】

1 統合失調症

統合失調症は、脳の様々な働きをまとめることが難しくなるために、幻覚^{※1}や妄想^{※2}などの症状が起こる病気です。

※1 幻覚とは、実際にはないものをあるように感じる知覚の異常。悪口やうわさなどが聞こえてくる幻聴などがあります。

※2 妄想とは、明らかに誤った内容を信じてしまい、周りが訂正しようとしても受け入れられない考えで、嫌がらせをされているといった被害妄想やテレビやネットが自分に関する情報を流していると思い込んだりする関係妄想などがあります。

○ 現 状 と 課 題 ○

(1) 現状

① 患者動向

◇ (図1) 県内の精神障害者の状況を見ると、統合失調症患者数は横ばい傾向にあります。が、精神疾患患者に占める割合は最も多くなっています。

◇ (表1) 疾病別入院患者の推移を見ると、入院患者総数及び統合失調症患者の入院者数も減少していますが、他の精神疾患と比べて入院者の割合は高く、全入院患者の半数を占めています。

表1 疾病別入院患者の推移

(単位：人)

区 分	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
症状性を含む器質性精神障害	1,095	1,060	1,046
精神作用物質による精神及び行動障害	122	128	132
統合失調症	1,821	1,774	1,703
気分(感情)障害	299	296	305
神経症性障害	71	78	66
精神遅滞	108	96	78
てんかん	59	56	53
その他	32	41	45
計	3,607	3,529	3,428

出典：障害福祉課調べ

② 政策動向

◇ 表2-1によると、入院診療を行っている病院は人口10万対で、全国1.3に対し、県は2.3、外来診療を行っているのは全国6.0に対し、6.6と全国と比べ、高い数値となっています。表2-2によると、治療抵抗性統合失調症治療薬(クロザピン)の使用率は人口10万対で、全国の0.11%に対して、県内0.37%と高い数値となっています。

表 2-1 統合失調症を診療している医療機関数

指標①	全国	人口 10 万対	秋田県	人口 10 万対
統合失調症を入院診療している精神病床を持つ病院数	1,599	1.3	24	2.3
統合失調症を外来診療している医療機関数	7,607	6.0	67	6.6

表 2-2 治療抵抗性統合失調症治療薬使用率 (単位：%)

指標②	全国	秋田県
統合失調症患者における治療抵抗性統合失調症治療薬の使用率	0.11	0.37

出典：「NDB」(平成 26 年度)

- ◇ 平成 29 年 12 月 27 日時点（クロザリル適正使用委員会公表）において、本県で治療抵抗性統合失調症治療薬（クロザピン）の使用が認められている医療機関は 6 施設（市立秋田総合病院、大館市立総合病院、秋田大学医学部附属病院、能代厚生医療センター、笠松病院、秋田県立リハビリテーション・精神医療センター）となっています。

（２）課題

① 専門的医療体制

- ◇ 難治性の精神疾患を有する場合でも、適切な治療を受けることで、地域生活へ移行することが可能であり、治療抵抗性統合失調症※³の治療薬や修正型電気けいれん療法（mECT）※⁴等の専門治療の有効性が認められていますが、治療抵抗性統合失調症治療薬（クロザピン）については、使用に際し、重篤な血液障害の発現を予防するため、「血液内科医」との連携が非常に重要となっています。また、修正型電気けいれん療法（mECT）導入には、麻酔科医との連携が必要となりますが、これらのことが、精神科単科病院における治療の導入を困難にする要因の一つとなっています。

※³ 治療抵抗性統合失調症とは、他の薬剤を十分量、十分期間使用しても全く症状改善が見られない患者をいう。

※⁴ 全身麻酔下で、脳に短時間の電氣的刺激を行う。電気刺激により脳内に治療的影響を与え、精神症状を緩和する治療法をいう。

○ 主 要 な 施 策 ○

（１）普及啓発及び相談支援体制等の充実

- ◆ 保健所や市町村等による県民や地域包括支援センター、訪問看護ステーション、障害福祉サービス事業所等への正しい知識の普及啓発に取り組みます。
- ◆ 保健所や市町村等では、本人や家族等に対する相談支援体制の充実を図ります。

（２）専門的治療の充実

- ◆ 難治性精神疾患を有する患者が、精神病床を有する医療機関においても治療抵抗性統合失調症治療薬（クロザピン）や修正型電気けいれん療法（mECT）等による専門的治療が受けられる体制を整備するため、総合病院（血液内科医、麻酔科医）との連携体制の構築を図ります。

（３）地域における支援体制の充実

- ◆ 夜間・休日等においても、身近な地域において、速やかに適切な医療が受けられるよう、精神科救急医療体制の充実を図ります。
- ◆ 長期入院患者も含め、精神障害があっても地域で安心して暮らすことができる体制を整えるため、精神科医療機関、保健所、市町村及び地域包括支援センター、訪問看護ステーション、障害者サービス事業所、事業者、地域住民などによる連携体制の充実を図ります。

2 うつ病・躁うつ病

うつ病は、精神的ストレスや身体的ストレスが重なることなど、様々な理由から脳の機能障害が起きている状態です。眠れない、食欲がない、一日中気分が落ち込んでいる、何をしても楽しめないといったことが続いている場合、うつ病の可能性あります。また、躁うつ病は、ハイテンションで活動的な躁状態と、憂うつで無気力なうつ状態をくりかえします。躁状態になると、眠らなくても活発に活動する、次々にアイデアが浮かぶ、自分が偉大な人間だと感じられる、大きな買い物やギャンブルなどで散財するといったことがみられます。

○ 現 状 と 課 題 ○

(1) 現状

- ◇ うつ病は、自殺と深い関連があるとされており、本県の重要課題である自殺対策においても、うつ病対策を重点施策として進めています。うつ病を含む気分（感情）障害者数は、全国と同様、本県においても増加傾向にあります。

表1 気分(感情)障害患者数の推移 (単位：人)

区 分	H24	H25	H26	H27	H28
気分(感情)障害患者数	5,016	5,396	5,704	6,001	6,136

出典：保健所実績報告

- ◇ 本県において、平成26年に医療機関を継続的に受診しているうつ病の外来患者数は、人口10万人あたり2,012.5人と全国平均を若干下回っているものの、入院患者数は204.1人となっており、全国平均を大きく上回っています。

表2 うつ・躁うつ病患者数の推移

区 分	全 国 (人口10万人あたり)	秋田県 (人口10万人あたり)
外来患者（継続）	2,158.9	2,012.5
入院患者	149.4	204.1

出典：「NDB」(平成26年度)

- ◇ 地域の保健福祉関係機関及び関係団体において、心の健康の保持・増進及び精神疾患・障害者に対する正しい知識の普及啓発に努めており、精神保健福祉に関する相談対応としては、市町村、保健所及び精神保健福祉センターで、精神保健福祉相談及び訪問指導等を実施するほか、各分野の専門相談機関をネットワーク化した、心のセーフティネット「ふきのとうホットライン」の中にうつ病等を相談できる窓口を掲載し、県民への周知に努めています。
- ◇ うつ病の早期発見・早期治療を進めるため、一般内科等に対するうつ病の治療や患者への対応に関する研修会の実施や県医師会による「うつ病予防・自殺予防協力医及びうつ病治療登録医制度」により、内科等かかりつけ医と精神科医との連携の充実を図っています。

(2) 課題

- ◇ うつ病の治療は、主の抗うつ薬のほか、認知行動療法や修正型電気けいれん療法も行われていますが、認知行動療法を実施した患者数は、全国平均を大きく下回っています。

表1 認知行動療法や修正型電気けいれん療法を受けた患者数の推移（人口10万対）

区 分	全 国	秋 田 県
認知行動療法を外来で実施した患者（継続）	5.2	1.2
閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気けいれん療法※を受けた患者	2.9	3.2

出典：「精神保健福祉資料」（平成26年度） ※修正型電気けいれん療法

○ 主 要 な 施 策 ○

(1) 早期発見・早期受診に向けた体制の強化

- ◆ 行政や関係機関等による正しい知識の普及啓発や相談体制を充実します。
- ◆ 「うつ病予防・自殺予防協力医及びうつ病治療登録医制度」等による内科等かかりつけ医と精神科医との連携の充実を図り、早期発見・早期受診に向けた体制を強化します。

(2) 専門的治療や精神科以外の医療機関との連携の充実

- ◆ 国の「認知行動療法研修事業」の研修受講の推奨等により、認知行動療法対応医療機関の増加を図ります。
- ◆ 認知行動療法や修正型電気けいれん療法などの専門的な治療や精神科以外の医療機関との連携の充実等により、医療提供体制の強化を図ります。

3 認知症

認知症とは、正常に働いていた脳の機能が低下し、記憶や思考への影響がみられる病気です。認知症の中でいちばん多いアルツハイマー型認知症は、男性より女性に多くみられ、脳の機能の一部が低下していきます。血管性認知症は比較的男性に多くみられ、全体的な記憶障害ではなく、一部の記憶は保たれている「まだら認知症」が特徴です。

○ 現 状 と 課 題 ○

(1) 現状

- ◇ 本県の認知症の人は、平成 29 年 7 月 1 日現在で約 5 万 3 千人と推計され、正常と認知症との中間の状態である軽度認知障害の人の約 4 万 6 千人と合わせると、65 歳以上高齢者の約 4 人に 1 人が、認知症又はその予備群と言われています。
- ◇ 高齢化の進展に伴い、認知症の人は今後さらに増加が見込まれており、また、その割合も平成 37 年には現在の 7 人に 1 人から約 5 人に 1 人に上昇する見込となっています。
- ◇ このため、認知症の専門的医療の提供体制強化に向け、「認知症疾患医療センター」を、平成 28 年度末までに県内 6 ヶ所に設置し、平成 29 年度中には、全ての二次医療圏域に設置される見込です。
- ◇ 認知症は、早期診断・早期対応が重要であることから、専門医療機関や地域包括支援センター等との連携の推進役となる「認知症サポート医」を養成するとともに、地域に身近なかかりつけ医、歯科医師、薬剤師に対して認知症対応力向上研修等を実施しています。
- ◇ また、速やかに適切な医療・介護等が受けられる初期の対応体制を構築するため、医師や保健師等の専門職が支援を行う「認知症初期集中支援チーム」及び医療・介護の連携体制の構築等を推進する「認知症地域支援推進員」を、平成 30 年 4 月までに、全ての市町村で設置することとしています。
- ◇ 相談体制については、「認知症コールセンター」を設置し、認知症の人やその家族等からの悩みや相談に対応しているほか、秋田県立リハビリテーション・精神医療センターに「若年性認知症支援コーディネーター」を配置し、若年性認知症の人とその家族への相談、支援を行っています。
- ◇ 認知症の人やその家族を地域で支えていくため、認知症を正しく理解してもらう取組として、「認知症サポーター養成講座」を実施し、平成 29 年 9 月末までに約 8 万 4 千人の「認知症サポーター」を養成しています。

(2) 課題

- ◇ 高齢化率全国一の本県においては、認知症施策に重点的に取り組む必要があり、早期診断・対応を軸に、医療・介護等の有機的連携により、認知症の容態に応じて最もふさわしい場所で医療・介護等が提供される循環型の支援体制を整備するとともに、認知症を正しく理解するための知識の普及・啓発を積極的に推進する必要があります。

○ 主 要 な 施 策 ○

(1) 早期診断・早期対応できる体制の整備

- ◆ 「認知症疾患医療センター」等を中心とした専門的医療提供体制の連携・強化を図ります。
- ◆ 「認知症サポート医」の養成を継続するとともに、地域に身近なかかりつけ医、歯科医師、薬剤師に対する認知症対応力向上研修等を実施し、早期診断・早期対応できる体制の強化を図ります。

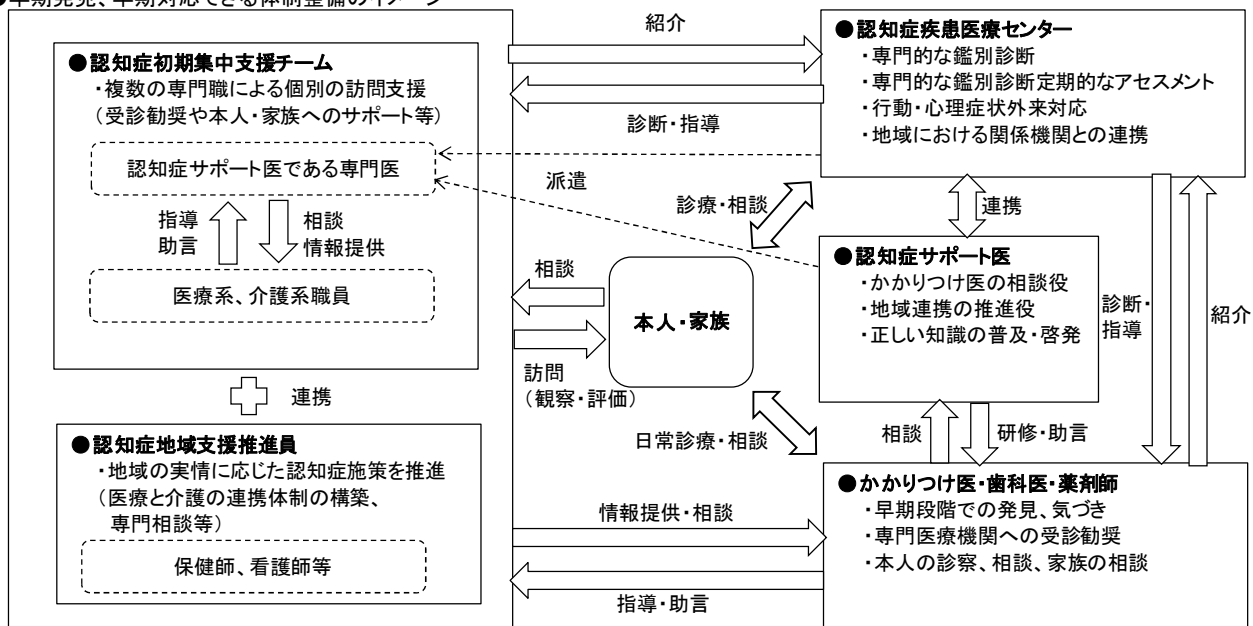
(2) 速やかに適切な医療・介護等が受けられる体制の整備

- ◆ 「認知症初期集中支援チーム」へ支援を行い、速やかに適切な医療・介護等が受けられる体制の充実を図ります。
- ◆ 「認知症地域支援推進員」へ支援を行い、有機的な連携が円滑に行える体制の充実を図ります。

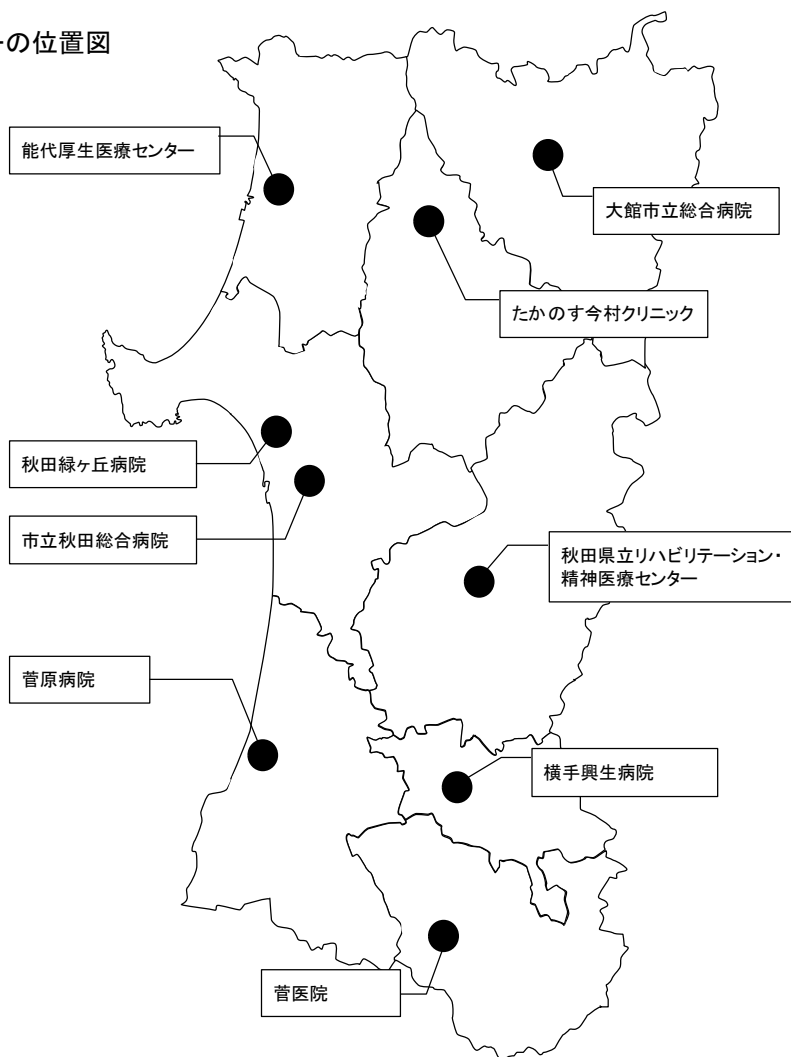
(3) 普及・啓発を通じた認知症への正しい理解の促進

- ◆ 認知症になっても安心、安全に暮らせる地域づくりを推進するため、「街頭キャンペーン」や「認知症サポーター」の更なる養成により普及・啓発を進めます。
- ◆ 「認知症サポーター」のステップアップ講座を実施することにより、活動範囲を拡大するなど、地域で支える体制の強化を図ります。

●早期発見、早期対応できる体制整備のイメージ



●認知症疾患医療センターの位置図



4 児童・思春期精神疾患

思春期に好発する精神疾患として、統合失調症（13～14 歳頃から急増）、うつ病、社会不安障害（10 代半ばで発症が多い）、強迫性障害（男子は前思春期、女子は思春期の発症が多い）、摂食障害（10 代後半の発症が多い）などが挙げられます。

○ 現 状 と 課 題 ○

（１）現状

- ◇ 全国の患者数は増加傾向にありますが、本県における在宅の 20 歳未満の患者数は、平成 27 年度で 695 人（人口比 0.45%）、平成 28 年度で 689 人（人口比 0.47%）となっており、患者数は減少しています。しかし、20 歳未満の人口に占める割合は 0.2 ポイント高くなっていることから、実質的には増加しています。
- ◇ 県内には、20 歳未満の精神疾患を入院診療している病院が 15 か所あり、61 か所の医療機関で外来診療を行っています。

（２）課題

- ◇ 医療機関は、入院診療、外来診療ともに、秋田市周辺に集中しています。入院診療を行っている医療機関が全く無い圏域があります。外来診療を行っている医療機関は秋田市周辺以外では各圏域で 3～6 か所となっています。
- ◇ 20 歳未満の精神疾患は、主に精神科、小児科で診療していますが、児童・思春期の専門診療部門を設置している場合でも、必ずしも診療案内等に「児童・思春期」等が表記されていません。そのため、専門的な診療を行っている医療機関の情報把握が困難になっています。

○ 主 要 な 施 策 ○

（１）地域医療体制整備

- ◆ 児童・思春期精神疾患に対応できる医療機関を明確にし周知を図っていきます。
- ◆ 精神疾患の拠点となる医療機関を選定し、小児科等のかかりつけ医と連携を図ること
で、身近な地域で早期に適切な医療が受けられる体制を整備します。
- ◆ 「思春期精神保健研修」の受講の推奨等により、児童思春期の心の問題に関する専門家を養成し、医療機関の機能強化を図ります。

（２）障害の正しい理解の普及啓発

- ◆ 教育機関、医療関係者、児童福祉施設等で思春期の子どもの精神保健に関わっている方を対象とする「思春期問題研修会」を開催します。

5 発達障害

発達障害者支援法において、「発達障害とは自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害、その他これに類する脳機能障害であって、その症状が通常低年齢において発現するもの」と定義されています。

○ 現 状 と 課 題 ○

(1) 現状

- ◇ 医療機関を受診する患者数は、年々増加しており、全国の平成 26 年の患者数（継続受療者）は 19.5 万人で、ここ 15 年間で約 7 倍に増えています。本県の状況は、平成 29 年 3 月末日現在の「心理的発達の障害」患者数が 617 人となっており、平成 27 年 3 月末日現在の 1.44 倍に増えています。近年、発達障害に関する社会の関心が高まっており、20 歳過ぎてから診断を受ける人が増えていることから、今後も暫くは増加傾向が続くと推測されます。

表 1 年齢区分別心理的発達障害患者数 (単位：人)

年度末	18 歳未満	18～19 歳	20～39 歳	40～64 歳	65 歳以上	計
26 年度	93	49	253	34	0	429
27 年度	86	50	315	56	12	519
28 年度	104	52	381	79	1	617

出典：「保健所実績報告」（措置入院、医療保護入院以外の患者数）

(2) 課題

- ◇ 県内には、発達障害の入院診療が可能な病院が 14 か所あり、15 か所の診療所で外来診療を行っています。各圏域に 1 か所以上の病院があり、外来診療が可能な診療所が複数ありますが、患者数の増加に合わせて診療可能な医療機関を増やす必要があります。

表 2 発達障害の診療医療機関数

項 目	実 績
発達障害の入院診療している精神病床を持つ病院数	14 か所
発達障害の外来診療している医療機関数	15 か所

出典：秋田県発達障害者支援対策協議会調べ

○ 主 要 な 施 策 ○

（１）地域医療体制整備

- ◆ 国立精神・神経医療研究センターで実施している「かかりつけ医等発達障害対応力向上研修」の受講推奨等により、必要な医療を地域で提供できる環境を整備します。

（２）障害者や家族を支援する体制の整備

- ◆ 秋田県発達障害者支援センター「ふきのとう秋田」において、専門のスタッフ（社会福祉士、臨床心理士）を配置し、生活や就労等に関して、発達障害がある方や家族の相談に応じ、小児療育センター等と連携し支援していきます。

（３）障害の正しい理解の普及啓発

- ◆ 平成 29 年 3 月改訂の「秋田県発達障害支援ハンドブック」（秋田県及び秋田県発達障害者支援対策協議会）により、医療、行政、教育、就労の各分野の相談窓口の周知を図るとともに、発達障害の正しい理解の普及啓発を図ります。

6 依存症

依存症とは、特定の何かに心を奪われ、「やめたくても、やめられない」状態になることです。人が依存する対象は様々ですが、代表的なものにアルコール、薬物、ギャンブル等があります。このような特定の物質や行為・過程に対して、やめたくても、やめられない、ほどほどにできない状態をいわゆる依存症といいます。ここでは、代表的な3つの依存症について記載しています。

○ 現 状 と 課 題 ○

i アルコール依存症

(1) 現状

- ◇ 秋田県において、平成 26 年に医療機関を継続的に受診しているアルコール依存症の外来患者数は 688 人、入院患者数については 259 人となっており、いずれの患者数も人口 10 万人あたりの全国平均を上回っています。

表 1 アルコール依存症患者数（人口 10 万対）

区 分	全 国	秋田県
外来患者数（継続）	61.9	67.3
入院患者数	20.1	25.3

出典：「NDB」（平成 26 年度）

- ◇ アルコール依存症患者を入院診療している医療機関は 22 か所、外来診療をしている医療機関は 54 か所となっており、いずれも人口 10 万人あたりの全国平均を上回っています。

表 2 アルコール依存症を診療している医療機関数（人口 10 万対）

区 分	全 国	秋田県
医療機関数（外来）	4.1	5.3
医療機関数（入院）	1.2	2.2

出典：「NDB」（平成 26 年度）

- ◇ 依存症患者本人が同じ問題を抱えた人と自発的につながり、結びついた集団を自助グループといいます。アルコール依存症に関する自助グループで、県が把握しているものは県内で、16 グループとなっています。

表3 アルコール依存症関連の自助グループ一覧（平成29年8月1日現在）

団体名	備考
秋 田 県 断 酒 連 合 会	秋田県内各断酒会・家族会の連合会
（ 県 内 地 域 断 酒 会 ）	秋北断酒会、能代断酒新生会、中央断酒会、東断酒会、仙北断酒会、横手断酒会の6グループ
（ 断 酒 会 家 族 ）	アルコール依存の回復を目指す家族会
（ 断 酒 家 族 と 語 り 合 う 会 ）	しゃる We だん酒の会、 しゃる We だん酒の会 in 横手
秋 田 マ ッ ク （ M A C ）	アルコール・その他の依存症の社会復帰施設
A A グ ル ー プ	アルコール依存症本人グループ
アディクション問題を考える会	鹿角、北秋田、秋田、大仙、横手の5グループ

出典：「精神保健福祉センター調べ」

（2）課題

- ◇ 重度アルコール依存症入院管理加算を算定された精神病床を持つ病院は県内で1病院のみとなっています。
- ◇ 平成28年5月31日に、国が策定した「アルコール健康障害対策推進基本計画」に基づき、各都道府県でアルコール依存症者に対する適切な医療を提供できる専門医療機関を1か所定める必要がありますが、秋田県においては未選定となっています。
- ◇ 継続的に医療機関を受療している患者数と潜在的な患者数に大きな乖離があります。
- ◇ 自助グループは、依存症の治療において重要な要素の一つではありますが、高齢化等により会員数が伸び悩んでおり、その運営は厳しいものとなっています。

ii 薬物依存症

（1）現状

- ◇ 秋田県において、平成26年に医療機関を継続的に受診している薬物依存症の外来患者数は19人、入院患者数については10人未満となっており、全国平均を下回っています。

表4 薬物依存症患者数（人口10万対）

区 分	全 国	秋田県
外来患者数（継続）	4.1	1.9
入院患者数	1.3	患者数が9人以下のため非公開

出典：「NDB」（平成26年度）

- ◇ 薬物依存症を入院診療している医療機関は6か所、外来診療をしている医療機関は22か所となっており、人口10万人あたりの医療機関数は全国平均とほぼ同水準となっています。

表5 薬物依存症を診療している医療機関数（人口10万対）

区 分	全 国	秋田県
医療機関数（外来）	1.4	1.4
医療機関数（入院）	0.4	0.6

出典：「NDB」（平成26年度）

- ◇ 薬物依存症に関する自助グループで、県が把握しているものは県内で、2グループとなっています。

表6 薬物依存症関連の自助グループ一覧（平成29年8月1日現在）

団体名	備考
N A 秋 田 グ ル ー プ	薬物依存症本人グループ
秋 田 ダ ル ク （ D A R C ）	薬物・シンナー・アルコール等 依存症者の回復施設

出典：「精神保健福祉センター調べ」

（2）課題

- ◇ 平成28年に施行された「再犯の防止等の推進に関する法律」には、罪を犯した薬物依存症者等について、適切な保健医療サービス等が提供されるよう体制を整備する必要があると明記されており、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。
- ◇ 継続的に医療機関を受療している患者数と潜在的な患者数に大きな乖離があります。

iii ギャンブル等依存症

（1）現状

- ◇ 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患者の患者総数は全国で500人未満であり、秋田県においても外来・入院を合わせて20人未満となっています。

表7 ギャンブル依存症患者数（人口10万対）

区 分	全 国	秋田県
外来患者数（継続）	1.0	患者数が9人以下のため非公開
入院患者数	0.2	患者数が9人以下のため非公開

出典：「NDB」（平成26年度）

- ◇ ギャンブル依存症に関する自助グループで、県が把握しているものは県内で、1グループとなっています。

表8 ギャンブル依存症関連の自助グループ一覧（平成29年8月1日現在）

団体名	備考
G A 秋 田 グ ル ー プ	ギャンブル依存症本人グループ

出典：「精神保健福祉センター調べ」

（2）課題

- ◇ 平成28年度に成立した、「IR推進法※」を契機に、ギャンブル等依存症対策を抜本的に強化することが求められており、ギャンブル等依存症患者に対応できる医療機関を明確にする必要があります。

◇ 継続的に医療機関を受療している患者数と潜在的な患者数に大きな乖離があります。

※ カジノを中心とした統合型リゾート施設設立を推進する法律で、正式名称は「特定複合観光施設区域の整備の推進に関する法律」。

○ 主 要 な 施 策 ○

（１）依存症に対する理解の促進

◆ 依存症に関する正しい知識の普及啓発を図り、依存症の予防や早期受診につなげます。

（２）相談体制及び医療提供体制の強化

◆ 保健所及び精神保健福祉センターで行っている精神保健福祉相談において、相談体制の充実を図ります。

◆ 国の「依存症対策総合支援事業」を活用しながら、それぞれの依存症について適切な医療を提供できる専門医療機関の選定を目指します。

（３）関係機関との連携の促進

◆ 医療機関、障害福祉サービス事業所、保健所、精神保健福祉センター、市町村等が依存症問題に取り組む自助グループとの連携や支援を行い、依存症患者が社会復帰につながるような体制づくりを行います。

7 外傷後ストレス障害（PTSD）

外傷後ストレス障害（PTSD）は、強烈なショック体験、強い精神的ストレスが、こころのダメージとなって、時間がたってからも、その経験に対して強い恐怖を感じるものです。震災などの自然災害、火事、事故、暴力や犯罪被害などが原因になるといわれています。

○ 現 状 と 課 題 ○

（１）現状

- ◇ 秋田県において、平成 26 年に医療機関を継続的に受診している外傷後ストレス障害（PTSD）の人口 10 万人あたりの外来患者数は 2.7 人となっており、全国平均を下回っています。また、入院患者数（実施）は 9 人以下とほとんどいない状況です。

表 1 PTSD患者数（人口 10 万対）

区 分	全 国	秋田県
外来患者数（継続）	6.7	2.7
入院患者数	0.3	患者数が 9 人以下のため非公開

出典：「NDB」（平成 26 年度）

（２）課題

- ◇ 国では、平成 8 年より災害・事件・事故等による PTSD への心のケアの重要性を鑑みて、PTSD の専門家を養成するために、「PTSD 対策研修」を行っており、これらを活用し、PTSD に対応できる専門職の養成や専門医療機関の明確化を行う必要があります。

○ 主 要 な 施 策 ○

- ◆ 精神保健福祉センターや保健所において、正しい知識の普及啓発や相談体制の充実を図るなどにより、PTSD の早期発見・早期受診を促します。
- ◆ 国の「PTSD 対象研修」を活用するなどにより、PTSD に対応できる専門職の養成や専門医療機関の明確化を図ります。

8 高次脳機能障害

高次脳機能障害とは、ケガや病気により、脳に損傷を負うと、言語や記憶などの機能に障害が起こり、記憶障害^(※1)、注意障害^(※2)、遂行機能障害^(※3)、社会的行動障害^(※4)などの症状が現れることにより、日常生活や社会生活に制約がある状態をいう。

※1 記憶障害とは、物事を思い出せない、新しい出来事が覚えられない等の状態。

※2 注意障害とは、ぼんやりしてミスが多い、同時にいくつかの事ができない等の状態。

※3 遂行機能障害とは、自分で計画を立てて物事を実行することができない等の状態。

※4 社会的行動障害とは、行動や感情を状況に合わせてコントロールすることができなくなった状態。興奮する、暴力を振るう、思い通りにならないと大声を出す等。

○ 現 状 と 課 題 ○

(1) 現状

- ◇ 高次脳機能障害者の支援を行うため、厚生労働省では平成 18 年度から高次脳機能障害及びその関連障害に対する支援普及事業を実施しています。また、全ての都道府県に支援拠点機関を置き、それぞれに支援コーディネーターを配置することで、専門的な相談支援、関係機関との連携、調整を行い、当該障害者に医療から福祉までの連続したケアを提供するほか、研修等の実施により関係者の人材育成も行うこととしています。
- ◇ 本県では、平成 22 年度から秋田県立リハビリテーション・精神医療センター内に支援拠点機関「秋田県高次脳機能障害相談・支援センター」を設置し、当該障害に対する支援普及事業を実施しています。
- ◇ 支援拠点機関における平成 28 年度の相談実人員は 169 人、相談延件数は 243 件となっており、当事者・家族からの直接相談が 69 件、医療機関・施設等からの間接相談が 174 件となっています。

表 東北各県の支援拠点機関における平成 28 年度相談実績（延べ）（単位：件）

区 分	青森県	岩手県	宮城県	秋田県	山形県	福島県
当事者・家族からの直接相談	458	864	481	69	336	88
医療機関・施設等からの間接相談	77	178	443	174	200	83
相談件数 合計	535	1,042	924	243	536	171

- ◇ 相談人員における内訳は、疾患別に見た場合、脳血管障害が 85 人と最も多く、全体の約半数を占めています。また、年代別では 60 歳以上が 73 人と最も多く、性別では男性が 136 人と全体の約 8 割を占めています。

(2) 課題

- ◇ 相談人員、相談件数とも年々増加しているものの、全国的には低い状況にあり、高次脳機能障害の認知度向上と、相談窓口である支援拠点機関の周知が課題となっています。
- ◇ 支援拠点機関が県南地区1か所のみであることから、地区別では秋田以南からの相談件数が約8割を占め、県北地区からの相談件数が少ない状況になっています。地域偏在の解消のためにも、地域毎に支援体制を整備することを検討する必要があります。

○ 主 要 な 施 策 ○

(1) 専門的な相談支援、関係機関とのネットワークの充実

- ◆ 支援体制の充実を目指し、関係機関とのネットワークを構築します。

(2) 障害の正しい理解を促進するための普及・啓発

- ◆ ポスター、リーフレット等の活用による普及啓発活動を通じ、県民に対し高次脳機能障害の理解促進と併せ、相談窓口である支援拠点機関の周知を図ります。

(3) 支援手法等に関する研修等の実施

- ◆ 支援拠点機関と連携しながら、医療・福祉・行政関係者に研修会等を開催することで、高次脳機能障害の理解促進を図ります。

(4) 高次脳機能障害者に対する支援体制の確立

- ◆ 支援拠点機関において、高次脳機能障害者に対する医学的な評価及びリハビリテーションを行い、本県における高次脳機能障害者の医療の充実を図ります。
- ◆ 支援コーディネーターが中心となり、高次脳機能障害者の社会復帰に向けた専門的な相談支援や地域での生活が円滑に行えるよう関係機関等との連絡調整を行います。
- ◆ 「相談支援ネットワーク委員会」において、効果的な支援手法や普及・啓発活動、支援体制の充実に向けた検討を行います。
- ◆ 相談支援体制の地域偏在化を解消するため、新たな支援拠点機関や相談支援業務等を担う地域支援拠点機関の整備について検討します。

9 摂食障害

摂食障害には、食事をほとんどとらなくなってしまう拒食症、極端に大量に食べてしまう過食症があります。拒食症では、食事量が減る、低カロリーのものしか食べないことから体重が極端に減る、やせて生理がなくなるといった症状があります。過食症は、いったん食べ始めるとやめられない、むちゃ食いしては吐く、食べすぎたことを後悔し、憂うつになるなどの症状がみられます。拒食症から、過食症になることもあります。

○ 現 状 と 課 題 ○

(1) 現状

- ◇ 秋田県において、平成 26 年に医療機関を継続的に受診している摂食障害の人口 10 万人あたりの外来患者数は 119.2 人、入院患者数は 4.8 人となっており、全国平均を下回っています。

表 1 摂食障害患者数（人口 10 万対）

区 分	全 国	秋田県
外来患者数（精神療法に限定しない。継続）	139.1	119.2
入院患者数	7.9	4.8

出典：「NDB」（平成 26 年度）

(2) 課題

- ◇ 厚生労働科学研究において、医療機関の受療の有無に関わらず、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おり、早期に適切な支援を受けられるような対応が必要です。

○ 主 要 な 施 策 ○

(1) 早期発見・早期受診に向けた体制の整備

- ◆ 精神保健福祉センターや保健所において、正しい知識の普及啓発や相談体制の充実を図るなどにより、摂食障害の早期発見・早期受診を促します。

(2) 専門職の養成や専門医療機関の明確化による医療提供体制の整備

- ◆ 平成 26 年度から国で実施している「摂食障害治療支援センター設置運営事業（モデル事業）」の取組を参考とし、摂食障害に対応できる専門職の養成や専門医療機関の明確化を図ります。

10 てんかん

てんかんは、突然意識を失って反応がなくなるなどの「てんかん発作」をくりかえし起こす病気です。「てんかん発作」は、脳の一部の神経細胞が突然一時的に異常な電気活動（電気発射）を起こすことにより生じますが、脳のどの範囲で電気発射が起こるかにより様々な「発作症状」を示します。しかし症状は基本的に一過性で、てんかん発作終了後は元通りの状態に回復することが特徴です。

○ 現 状 と 課 題 ○

（１）現状

- ◇ 秋田県において、平成 26 年に医療機関を継続的に受診しているてんかんの人口 10 万人あたりの外来患者数は 1,619.4 人、入院患者数は 119.6 人となっており、全国平均を上回っています。

表 1 てんかん患者数（人口 10 万対）

区 分	全 国	秋田県
外来患者数（精神療法に限定しない。継続）	1,319.1	1,619.4
入院患者数	91.0	119.6

出典：「NDB」（平成 26 年度）

（２）課題

- ◇ 厚生労働科学研究において、医療機関の受療の有無に関わらず、てんかん患者は 1,000 人あたり 7.71 人いると推計されており、早期に適切な支援を受けられるような対応が必要です。

○ 主 要 な 施 策 ○

（１）早期発見・早期受診に向けた体制の整備

- ◆ 精神保健福祉センターや保健所において、正しい知識の普及啓発や相談体制の充実を図るなどにより、てんかんの早期発見・早期受診を促します。

（２）専門職の養成や専門医療機関の明確化

- ◆ 平成 27 年度から国で実施している「てんかん地域診療連携体制整備試行事業（モデル事業）」の取組を参考とし、てんかんに対応できる専門職の養成や専門医療機関の明確化を図ります。

11 精神科救急

精神科救急の医療提供体制では、休日や夜間等において、緊急に精神科医療を必要とする方が適切な医療を受けることができるよう、精神科医療機関の協力により、3段階システム（図1）により対応しています。

○ 現 状 と 課 題 ○

（1）現状

- ◇ 夜間・休日等において、身近な地域において適切に医療が受けられるように、5精神科救急医療圏域ごとに地域拠点病院又は輪番制病院を指定しているほか、全県拠点病院として、県立リハビリテーション・精神医療センターが対応しています(表1)。また、精神科救急においては、3段階システム(図1)を導入しています。
- ◇ 夜間・休日の緊急的な窓口として、精神科救急情報センターを設置し、当事者や家族への相談対応等を行っています。

表1 精神科救急医療圏

精神科救急医療圏名	精神科救急医療施設	
		身体合併症対応施設
大館・鹿角	大館市立総合病院（地域拠点病院）	
能代・北秋田	能代厚生医療センター（地域拠点病院）	
秋田周辺	9病院による輪番制 （杉山、秋田回生会、秋田緑ヶ丘、笠松、今村、秋田東、清和、加藤、協和）	市立秋田総合病院
由利本荘・にかほ	3病院による輪番制（菅原、象潟、秋田県立リハビリテーション・精神医療センター）	
県南	横手興生病院（地域拠点病院）	
全県拠点	秋田県立リハビリテーション・精神医療センター	秋田大学医学部附属病院

（2）課題

- ◇ 精神保健指定医の偏在・病院勤務医不足等により、各圏域における精神科救急医療体制の維持が困難になっています。
- ◇ 精神科病院、救急告示病院、消防機関等関係機関及び医療従事者に対し、対応事例集の更なる周知が必要です。

○ 主 要 な 施 策 ○

（１）精神科救急体制整備事業の充実

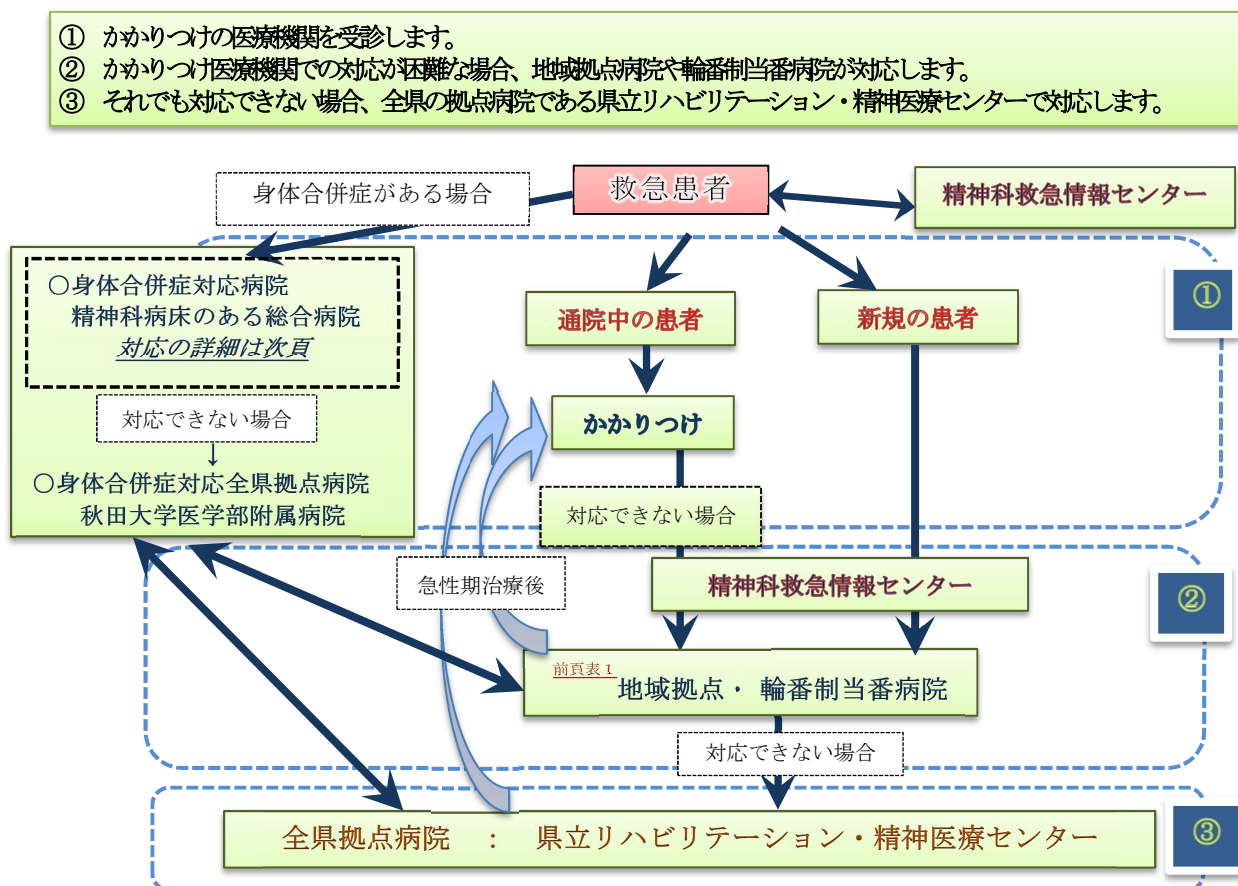
- ◇ 医師の不足・遍在等については、「医師不足・偏在改善計画」により、行政、大学、医療機関と住民が認識を一つにしながら取り組みを進めます。

（２）身体合併症患者への医療連携体制の整備

- ◇ 身体合併症を有する精神疾患患者への対応も含め、夜間・休日においても、患者の状況に応じた適切な医療を提供するため、精神科病院、精神科病床を有する総合病院、救急告示病院及び消防等関係機関との連携体制の充実を図ります。
- ◇ 「精神科救急医療体制連絡調整委員会」、「地域連絡調整会議」及び「傷病者搬送受入協議会」において、支援体制の充実に向けた検討を行います。

図 1

精神科救急医療体制 ３段階システム



12 身体合併症

身体合併とは、精神疾患を有しながら、身体的症状も有する患者。県内では、「傷病者の搬送及び受入れの実施基準」、「秋田県精神科救急搬送及び受入れ対応事例集」により身体症状を有する精神疾患患者の受入基準を定めています。

○ 現 状 と 課 題 ○

(1) 現状

① 医療体制

◇ 夜間・休日等において、身体合併についても、身近な地域において必要な医療が受けられるように、「11 精神科救急」の表1（108 ページ）のとおり、身体合併症対応病院を5圏域ごとに指定しているほか、全県拠点病院として秋田大学医学部附属病院が対応しています。

② 利用実績

◇ 精神科救急医療体制整備事業実績における身体合併症対応件数は、全体の21.4%を占めており、前年度と比較すると4.8%増となっていますが、過去5年間の傾向を見ると、全体の22%前後で推移しています。

表1 精神科救急医療体制整備事業に占める身体合併症対応の割合

(単位：%)

区 分	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年
精神科救急医療体制整備事業に占める身体合併症対応の割合	22.8	23.8	22.4	16.6	21.4

出典：県障害福祉課調べ

③ 身体合併患者の受入先確保について

◇ 身体合併症を有する精神疾患患者の救急搬送について、関係機関で一定の共通認識を持って対応し、患者をより迅速に適切な医療に結びつける体制を整えることを目的に「秋田県精神科救急搬送及び受入れ対応事例集」（以下「対応事例集」という。）を作成し、「身体合併を有する精神疾患患者の受入医療機関確保のための基準と対応」(図1)を盛り込み、平成28年2月1日から運用を開始しています。

(2) 課題

◇ 精神科病院、救急告示病院、消防機関等関係機関及び医療従事者に対し、対応事例集の更なる周知が必要です。

○ 主 要 な 施 策 ○

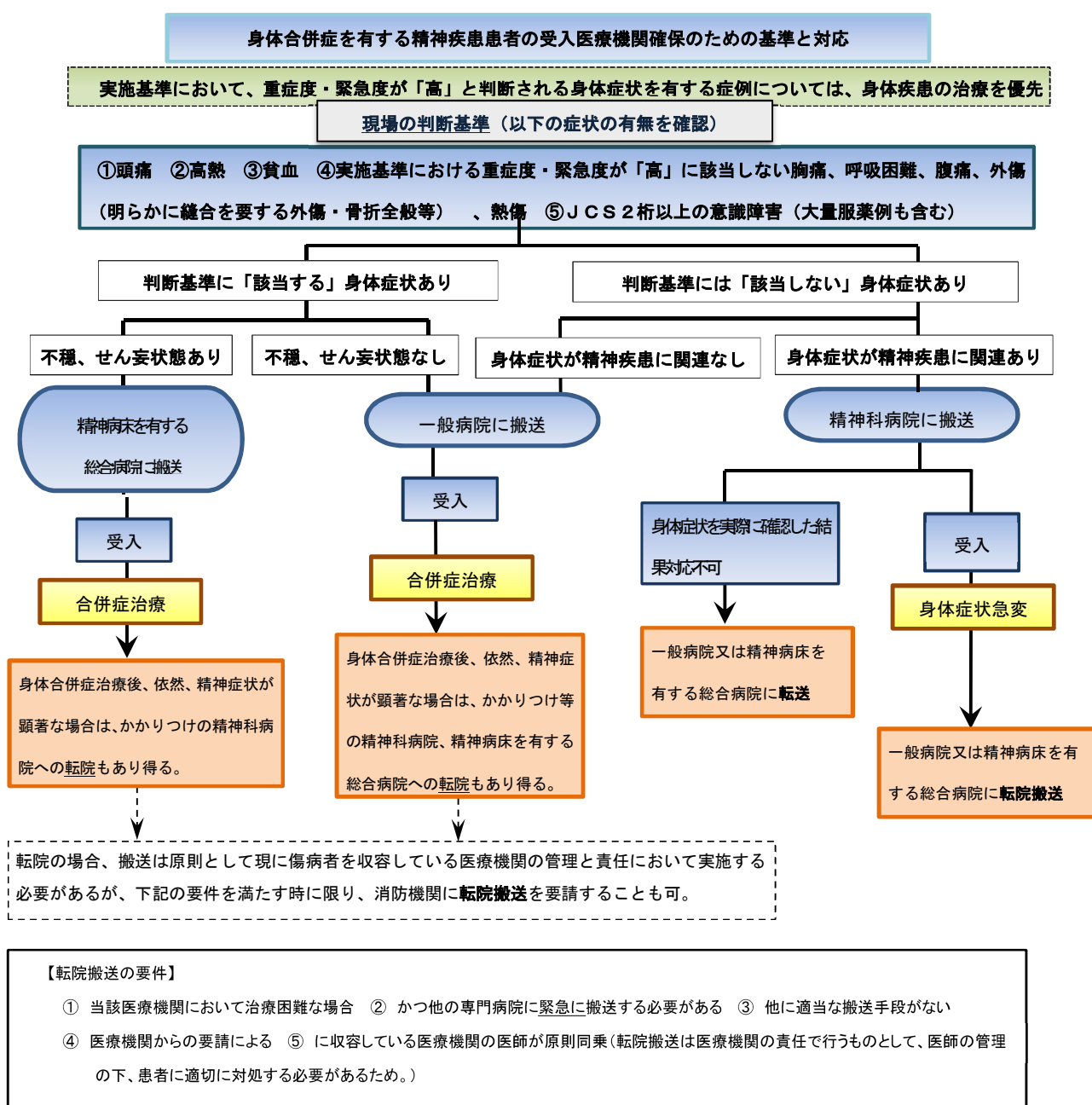
(1) 対応事例集の周知

- ◇ 臨床研修協議会等と連携しながら、医療従事者が集まる会議、研修会等において対応事例集の周知を行います。

(2) 関係機関との連携による医療体制の充実

- ◇ 「精神科救急医療体制連絡調整委員会」、「傷病者搬送受入協議会」等の場を活用し、身体合併症患者の医療提供体制の整備と連携の充実を図ります。

(図1) 秋田県精神科救急搬送及び受入対応事例集(抜粋)



14 自殺対策

○ 現 状 と 課 題 ○

(1) 現状

- ◇ 平成18年10月に自殺対策基本法が施行され、国を挙げて自殺対策が総合的に推進された結果、全国の自殺者数は過去最高となった平成15年の約3万2千人から平成28年には約2万1千人まで減少しています。
- ◇ 本県においても、平成15年の自殺者数が過去最高の519人となりましたが、平成22年に自殺予防県民運動組織「秋田ふきのとう県民運動実行委員会」を設立し、民学官一丸となって自殺予防に取り組んだ結果、平成28年には240人まで減少しています。

表1 自殺者数及び自殺率の推移（単位：人、人口10万対）

区 分		H10 年	H15 年	H20 年	H25 年	H27 年	H28 年
全 国	自殺者数	31,755	32,109	30,229	26,063	23,152	21,017
	自殺率	25.4	25.5	24.0	20.7	18.5	16.8
秋田県	自殺者数	450	519	410	277	262	240
	自殺率	37.5	44.6	37.1	26.5	25.7	23.8

出典：厚生労働省「人口動態統計」

- ◇ 自殺を総合的かつ効果的に更に推進するため、平成28年4月に自殺対策基本法の改正法が施行され、都道府県及び市町村に自殺対策計画の策定が義務づけられたことから、県では平成29年度に自殺対策計画を策定し、市町村では平成30年度までに自殺対策計画を策定することとしています。

(2) 課題

- ◇ 平成28年の本県の人口10万人あたりの自殺率は23.8で2年連続の全国1位であり、近年は自殺率の減少幅が縮小傾向にあるため、依然として全国平均（平成28年16.8）と乖離があります。
- ◇ 年代別では60代以上が自殺者の約半数を占めるほか、若年層や働き盛りの中高年層の自殺率が高い状況が続いています。また、原因別では健康問題（精神疾患、身体疾患等）が自殺原因の約4割を占めているため、年代別、原因別等のきめ細かな対策を強化していく必要があります。

○ 主 要 な 施 策 ○

(1) 普及啓発及び相談体制等の充実

- ◆ 行政や関係機関等による正しい知識の普及啓発と、多様な相談支援体制の充実を図ります。
- ◆ 職場や地域、学校等における心の健康づくりへの取組を支援します。
- ◆ 地域において自殺予防に取り組む市町村や民間団体等の取組を支援します。
- ◆ 地域と医療の連携により、高齢者の心の健康づくりを推進します。

(2) 医療連携体制の整備

- ◆ かかりつけ医等の医療従事者や相談機関の相談員に対するうつ病等の精神疾患への対応能力の向上を図ります。
- ◆ 関係機関との連携による自殺未遂者等の支援体制を強化します。

14 災害精神医療

災害時に精神科医療を提供する上で、都道府県において中心的な役割を担う医療機関が災害拠点精神科病院です。

また、大規模災害後に、被災地域の都道府県の派遣要請により被災地に入り、被災者及び支援者に対し、精神科医療及び精神保健活動の支援を行う、専門的な研修・訓練を受けた精神医療チームが災害派遣精神医療チーム（Disaster Psychiatric Assistance Team：以下「DPAT」という。）です。

なお、発災から概ね 48 時間以内に被災都道府県において活動できるチームを DPAT 先遣隊といいます。

○ 現 状 と 課 題 ○

（１）現状

- ◇ 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が、本県では、DPAT 先遣隊及び DPAT が整備されておらず、災害発生時に迅速な対応が難しい状況にあります。

（２）課題

- ◇ 災害発生時に迅速に対応するため、国が定めた DPAT 活動要領に基づき、DPAT の体制整備を図る必要があります。

○ 主 要 な 施 策 ○

- ◆ DPAT 養成研修の開催等をととして、DPAT 隊員の養成・確保に努めます。
- ◆ 秋田県立リハビリテーション・精神医療センターを災害時の患者受入等の拠点として、災害拠点精神科病院^{※1}の整備に向けた検討を行います。
- ◆ 秋田県立リハビリテーション・精神医療センターに DPAT 先遣隊を整備するとともに、DPAT 編成医療機関との連携体制を整備します。
- ◆ 5 精神科救急医療圏域ごとに DPAT 編成医療機関の整備を目指します。

※1 災害拠点精神科病院とは、都道府県において災害時における精神科医療を提供する上で、中心的な役割を担う病院。

【参考】D P A T（災害派遣精神医療チーム）のD M A T（災害派遣医療チーム）との比較

	D P A T (Disaster Psychiatric Assistance Team) 災害派遣精神医療チーム	D M A T (Disaster Medical Assistance Team) 災害派遣医療チーム
概 要	自然災害、航空機・列車事故、犯罪事件などの大規模災害等の後に被災者及び支援者に対して、精神科医療及び精神保健活動の支援を行うための専門的な精神医療チーム。	大地震及び航空機・列車事故等の災害時に被災者の生命を守るため、被災地に迅速に駆けつけ、救急治療を行うための専門的な医療チーム。
活動期間	D P A T 1 隊あたりの活動期間は、1 週間（移動日 2 日・活動日 5 日）を標準とし、必要があれば一つの都道府県等が数週間～数カ月継続して派遣。 なお、発災当日から遅くとも 48 時間以内に、所属する都道府県等外の被災地域においても活動できる班を先遣隊とする。	D M A T 1 隊あたりの活動期間は、移動時間を除き概ね 48 時間以内を基本。 なお、災害の規模に応じて、D M A T の活動が長期間（1 週間など）に及ぶ場合には、D M A T 2 次隊、3 次隊等の追加派遣で対応。 また、D M A T ロジスティックチームの活動期間は、48 時間に限定せず、柔軟に対応。
チーム構成	D P A T 1 隊の構成は、精神科医師、看護師、業務調整員による数名のチーム（車での移動を考慮した機動性の確保できる人数を検討）で構成。	D M A T 1 隊の構成は、医師 1 名、看護師 2 名、業務調整員 1 名の 4 名を基本。

15 医療観察法における対象者への医療

医療観察制度とは、心神喪失又は心神耗弱の状態（精神の障害のために善悪の区別がつかないなど、通常の刑事責任を問えない状態。）で、殺人、放火等の重大な他害行為を行った人の社会復帰を促進することを目的とした処遇制度です。この制度を定めた「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」（以下「医療観察法」という）は平成15年7月に成立し、平成17年7月に施行されています。

○ 現 状 と 課 題 ○

（１）現状

- ◇ 医療観察法が施行された平成17年7月から平成29年9月末までにおける県内居住対象者の審判結果は、入院決定は14件、通院決定3件、不処遇が5件となっており、対象者の疾病別割合は、統合失調症が最も多く、続いて症状性を含む器質性精神病となっています。

表1 医療観察法における対象者の疾病別割合（単位：％）

診断名	割合
症候性を含む器質性精神障害	13.6
精神作用物質による精神及び行動の障害	9.1
統合失調症	59.1
気分(感情)障害	9.1
神経症性障害	9.1

出典：秋田保護観察所調べ（平成17年7月～平成29年9月）

- ◇ 県内には指定入院医療機関が未整備ですが、指定通院医療機関としては、5医療機関（秋田県立リハビリテーション・精神医療センター、秋田緑ヶ丘病院、横手興生病院、菅原病院、大館市立総合病院）が指定を受けています。そこで、入院処遇となった場合は、隣県の指定入院医療機関（国立病院機構花巻病院、山形県立こころの医療センター）等における治療を経て、県内の指定通院医療機関、訪問看護事業所、行政等と連携した地域処遇を行っています。

（２）課題

- ◇ 指定通院医療機関のうち、治療抵抗性統合失調症薬（クロザピン）の使用が認められているのは2医療機関（大館市立総合病院、秋田県立リハビリテーション・精神医療センター）のみとなっています。
- ◇ 指定通院医療機関の指定されていない空白地域があることから、対象者が住み慣れた地域で適切な医療を受けられるよう体制の整備を図る必要があります。
- ◇ 対象者のいない地域においては、医療機関、行政機関等の関心が薄いことから、関係機関への普及啓発が必要です。

○ 主 要 な 施 策 ○

(1) 正しい知識の普及啓発や関係機関の連携による支援体制の充実

- ◆ 保護観察所と連携しながら秋田県医療観察制度運営協議会等を通して、制度の周知に努めるとともに、地域の支援体制の充実を図ります。
- ◆ 保護観察所が開催するケア会議へ保健所等関係者が出席し、対象者への支援体制及びその実施状況等について、情報の共有を図りながら、支援体制の充実を図ります。

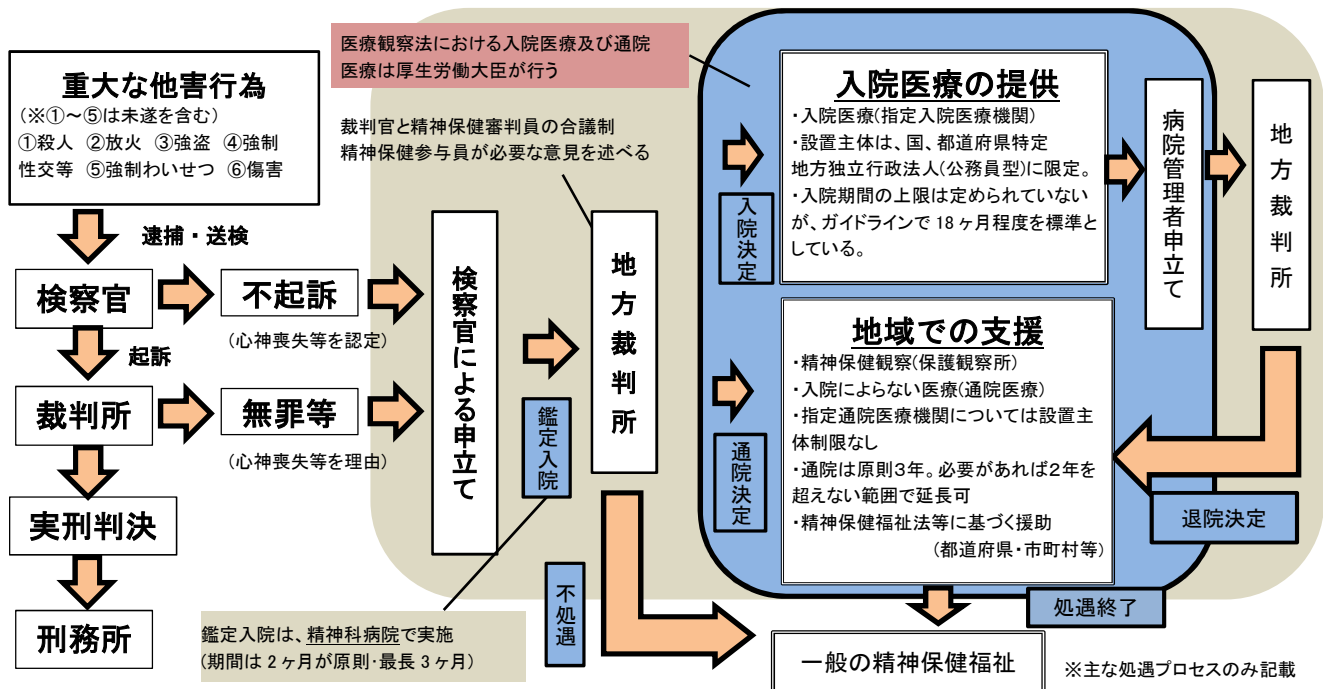
(2) 専門的治療の充実

- ◆ 入院医療において、治療抵抗性統合失調症治療薬（クロザピン）を使用している対象者が、退院後も適切な医療が提供できるよう、治療抵抗性統合失調症治療薬（クロザピン）の使用が可能な指定通院医療機関の確保を図るため、総合病院との連携体制の構築を図ります。

(3) 地域における支援体制の充実

- ◆ 対象者が住み慣れた地域において、安心して医療が受けられるよう全圏域において指定通院医療機関の体制を整備します。
- ◆ 指定入院及び通院医療機関、保護観察所、保健所、市町村、相談支援事業所等と連携した支援体制の整備に取り組みます。

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の仕組み



○ 数 値 目 標 ○

	区 分		現 状	目標値 (H32年度末)	目標値 (H37年度末)	目標値の考え方	重点 指標
アウトカム	精神病床における急性期（３ヶ月未満）入院需要（患者数）※ ¹	秋田県 (H26)	721人	692人	661人	精神病床に係る基準 病床数の算定式※ ² 、 地域移行に伴う地域の 精神保健医療福祉 体制に係る基盤整備 量の算定式※ ³ に基づ き算出	●
	精神病床における回復期（３ヶ月以上１年未満）入院需要（患者数）	〃	570人	563人	547人		●
	精神病床における慢性期（１年以上）入院需要（患者数）	〃	2,180人	1,735人	1,204人		●
	精神病床における慢性期入院需要（65 歳以上患者数）	〃	1,325人	1,166人	863人		●
	精神病床における慢性期入院需要（65 歳未満患者数）	〃	855人	569人	341人		●
	精神病床における入院需要（患者数）	〃	3,471人	2,990人	2,412人		
	地域移行に伴う基盤整備量（利用者数）	〃	—	390人	842人	地域移行に伴う地域の 精神保健医療福祉 体制に係る基盤整備 量の算定式※ ³ に基づ き算出	
	地域移行に伴う基盤整備量（65歳以上利用者数）	〃	—	245人	541人		
	地域移行に伴う基盤整備量（65歳未満利用者数）	〃	—	145人	301人		
	精神病床における入院後３か月時点の退院率	〃	64%	69%	—	国が示した「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」※ ⁴ に定める数値による	●
	精神病床における入院後６か月時点の退院率	〃	79%	84%	—		●
	精神病床における入院後１年時点の退院率	〃	88%	90%	—		●
	精神病床における入院後３か月時点の再入院率(H26)	秋田県	28%	—	20%	全国値に比べ低い水準にあるため、全国値を目標値とする	●
	全 国	20%					
プロセス	保健所及び市町村が実施した精神保健福祉相談の相談数（人口10万対)(H27)	秋田県	174.1	—	256.2	全国値に比べ低い水準にあるため、全国値を目標値とする	
		全 国	256.2				
	保健所及び市町村が実施した精神保健福祉訪問指導被指導実人員（人口10万対)(H27)	秋田県	175.2	—	175.2	全国値に比べ高い水準にあるため、現状値を目標値とする	
		全 国	108.9				
精神保健福祉相談従事者等への研修会の開催回数(H28)	秋田県	23回	—	31回	各保健所での研修の充実		
	全 国	—					
ストラクチャー	病院に勤務する精神科医師数※ ⁵ (H28)	秋田県	128人	—	158人	医師不足・偏在改善計画に掲げる目標値	
		全 国	—				
	精神科訪問看護を提供する病院数（人口10万対)(H27)	秋田県	1.4	—	1.4	全国値に比べ高い水準にあるため、現状値を目標値とする	
		全 国	—				
訪問看護ステーション数（人口10万対)(H29)	秋田県	6.2	—	7.7	全国値に比べ低い水準にあるため、全国値を目標値とする		
	全 国	7.7					

●国が示した重点指標

※¹ 入院需要（患者数）は、患者居住地ベースの数値

※² 医療法施行規則第30条の30第2項

※³ 障害者総合支援法第87条第1項及び児童福祉法第33条の19第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基本的な指針 別表第4の1～3

※⁴ 平成29年7月31日医政地発0731第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知

※⁵ 秋田大学勤務医師を除外した数値であり、目標値は「医師不足・偏在改善計画」に基づく数、現状値は「医師の充足状況調査」（県医師確保対策室調べ）による数で全国値は不明。

○ 医療機関とその連携 ○

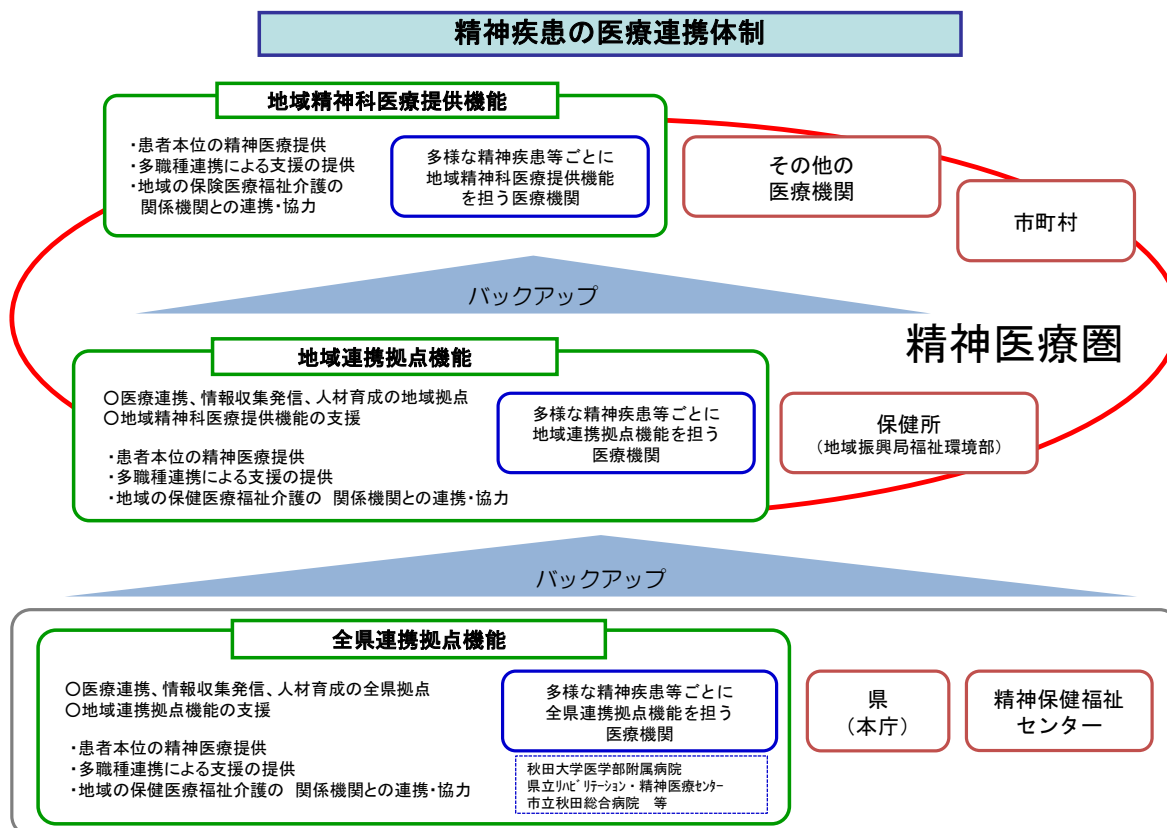
(1) 圏域の設定

精神疾患医療体制の圏域については、医療機能及び救急医療に対応可能な医療機能の状況を考慮し、次の5圏域とします。

精神疾患医療体制の圏域及び区域

圏域名	区域（二次医療圏単位）
大館・鹿角	大館・鹿角
能代・北秋田	能代・山本、北秋田
秋田周辺	秋田周辺
由利本荘・にかほ	由利本荘・にかほ
県南	大仙・仙北、横手、湯沢・雄勝

(2) 医療体制



(3) 医療体制を担う医療機関の医療機能（精神疾患全般）

医療機能		全県連携拠点機能	地域連携拠点機能	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 ・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	
医療機能の基盤を担う	医療体制	【精神疾患全般に係る精神科医療提供を担う医療機関】 ○精神科を標榜する医療機関又は指定自立支援医療機関（精神通院医療）		
		○高度な専門的医療の提供 ○地域拠点病院、地域医療を担う病院への支援	○全県拠点病院、地域医療を担う病院との連携による専門的医療の提供 ○地域医療を担う病院への支援	○全県拠点、地域拠点病院と連携した医療提供 ○症状に応じた専門的医療の提供
	人材育成	○高度な医療、専門的医療に関する研修の実施	○地域の実情を踏まえた専門的医療に関する研修の実施 ○全県拠点病院との連携による地域の人材育成、研修への参画	○研修等への参画
	情報発信	○県民、患者等への情報発信	○地域住民、患者への情報発信	○患者への情報発信
医療機関等に求められる事項の例		・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		
		・地域連携会議を運営すること ・積極的な情報発信を行うこと ・専門職に対する研修プログラムを提供すること ・地域連携拠点機能を担う医療機関からの個別相談への対応や、難治性精神疾患・処遇困難事例の受入対応を行うこと	・地域連携会議の運営支援を行うこと ・積極的な情報発信を行うこと ・多職種による研修を企画・実施すること ・地域精神科医療提供機能を担う医療機関からの個別相談への対応や、難治性精神疾患・処遇困難事例の受入対応を行うこと ・必要に応じ、アウトリーチ（訪問支援）を提供できること ・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、産業保健推進連絡事務所、ハローワーク、地域障害者職業センター等と連携し、患者の就職や復職等に必要の支援を提供すること	

※ ICF（国際生活機能分類 WHO2001 年：International Classification of Functioning, Disability and Health）では、人が生きていくための機能全体を「生活機能」としてとらえる。「生活機能」は、①体の働きや精神の働きである「心身機能」、②ADL・家事・職業能力や屋外歩行といった生活行為全般である「活動」、③家庭や社会生活で役割を果たすことである「参加」の3つの要素から構成される。それぞれの要素を評価し、それぞれの要素にバランスよく働きかけることが重要である。

(4) 多様な精神疾患等ごとの医療機能を担う医療機関の基準

疾患等	全県連携拠点機能	地域連携拠点機能	地域精神科医療提供機能
統合失調症	次の基準を満たし、かつ県全域からの患者の受入が想定される病院（特定機能病院） ① 治療抵抗性統合失調症治療薬を導入している。 ② 修正型電気けいれん療法（mECT）を実施している。	次のいずれかの基準を満たしていること ① 治療抵抗性統合失調症治療薬を導入している。 ② 修正型電気けいれん療法（mECT）を実施している。	
うつ病・躁うつ病	県全域からの患者の受入が想定される病院（特定機能病院）	精神病床を有しており、次のいずれかの基準を満たしていること。なお、圏域内に基準を満たす病院が複数存在する場合は、総合病院又は県全域からの患者の受入が想定される病院を位置付ける。 ① 修正型電気けいれん療法を実施できる体制を有していること。 ② 院外の支援機関からの研修会等における講師依頼に対応していること。 ③ 専門外来を設置していること。 ④ 認知療法・認知行動療法加算の届出を行っていること。	精神病床を有しており、次のいずれかの基準を満たしていること。 ① 修正型電気けいれん療法を実施できる体制を有していること。 ② 院外の支援機関からの研修会等における講師依頼に対応していること。 ③ 専門外来を設置していること。 ④ 認知療法・認知行動療法加算の届出を行っていること。
認知症	・ 基幹型認知症疾患医療センター ・ 地域型認知症疾患医療センターのうち、県全域からの患者の受入が想定される病院	地域型及び診療所型認知症疾患医療センター（全県拠点病院を除く）	
児童・思春期精神疾患	県全域からの患者の受入が想定される病院	精神病床を有しており、次の基準を満たしていること。 ① 学校、児童相談所、児童福祉施設と連携している。 ② 院外の支援機関からの研修会等における講師依頼に対応している。	精神病床はないが、次の基準を満たしていること。 ① 学校、児童相談所、児童福祉施設と連携している。 ② 院外の支援機関からの研修会等における講師依頼に対応している。
発達障害	県全域からの患者の受入が想定される病院	精神病床を有しており、次の基準を満たしていること。 ① 学校、児童相談所、児童福祉施設と連携している。 ② 院外の支援機関からの研修会等における講師依頼に対応している。	精神病床はないが、次の基準を満たしていること。 ① 学校、児童相談所、児童福祉施設と連携している。 ② 院外の支援機関からの研修会等における講師依頼に対応している。
アルコール依存症	アルコール依存症入院医療管理加算の届出を行っている病院	精神病床を有し、かつ、次のいずれか基準を満たしていること。 ① 認知行動療法等の専門的なプログラムを行っている。 ② アルコール依存症に対応できる常勤の専門職を複数人配置している。 ③ 院外の支援機関からの研修会等における講師派遣に対応しているか、院外の支援者等を招いた事例検討会や研修会を開催している。 ④ 自助グループと連携している。	
薬物依存症	症例数が少なく、当該疾患に対応した専門的プログラムの実施も限定的であることから、全県及び地域連携拠点は定めないこととする。		
ギャンブル等依存症	症例数が少なく、当該疾患に対応した専門的プログラムの実施も限定的であることから、全県及び地域連携拠点は定めないこととする。		

疾患等	全県連携拠点機能	地域連携拠点機能	地域精神科医療提供機能
P T S D	症例数が少なく、当該疾患に対応した専門的プログラムの実施も限定的であることから、全県及び地域連携拠点は定めないこととする。		
高次脳機能障害	秋田県における高次脳機能障害支援拠点機関である県立リハビリテーション・精神医療センター		
摂食障害	県全域からの患者の受入が想定される病院（特定機能病院）	症例数が少ないため、地域連携拠点は定めないこととする。	
てんかん	次の基準を満たし、かつ、県全域からの患者の受入が想定される病院 ① 脳神経外科、小児科等と連携可能な病院。 ② 院外の支援機関からの研修会等における講師依頼に対応していること。	精神病床を有しており、次のいずれかの基準を満たしていること。なお、圏域内に基準を満たす病院が複数存在する場合は、総合病院又は県全域からの患者の受入が想定される病院を位置付ける。 ① 脳神経外科、小児科等と連携可能な病院 ② 院外の支援機関からの研修会等における講師依頼に対応していること。	精神病床を有しており、次のいずれかの基準を満たしていること。 ① 脳神経外科、小児科等と連携可能な病院 ② 院外の支援機関からの研修会等における講師依頼に対応していること。
精神科救急	県全域からの患者の受入を行っている精神科救急医療体制整備事業における全県拠点病院	次の基準を満たしていること。 ① 精神科救急医療体制整備事業において、地域拠点病院の指定を受けているか、当番制で、年間36回以上協力している実績があること。 （休日・夜間の実績をそれぞれ1回として算定） ② 他医療機関（精神科、心療内科、救急告示病院）からの休日・夜間の相談（診療等）に対応していること。	
身体合併	県全域からの患者の受入を行っており、精神科救急医療体制整備事業における身体合併対応病院の全県拠点病院	次の基準を満たしていること。 ① 精神科救急医療体制整備事業において、身体合併対応病院として指定を受けていること。 ② 精神科救急医療体制整備事業において、身体合併対応病院として指定を受けていること。	次のいずれかの基準を二つ以上満たしていること。 ① 複数の他科診療科（内科、外科、産婦人科、ICU等）病棟を設置している ② 複数の他科診療科の常勤医師を配置している ③ 精神科リエゾンチームの施設基準を満たしている ④ 救命救急センターを設置している
自殺対策	県全域からの患者の受入を行っており、精神科救急医療体制整備事業における身体合併対応病院の全県拠点病院	次の基準を満たしていること。 ① 精神科救急医療体制整備事業において、身体合併対応病院として指定を受けていること。 ② 精神科救急医療体制整備事業において、身体合併対応病院として指定を受けていること。	次のいずれかの基準を二つ以上満たしていること。 ① 複数の他科診療科（内科、外科、産婦人科、ICU等）病棟を設置している ② 複数の他科診療科の常勤医師を配置している ③ 精神科リエゾンチームの施設基準を満たしている ④ 救命救急センターを設置している
災害精神医療	災害時に精神科医療を提供する上で中心的な役割を担う病院		
医療観察法	全県拠点病院は定めず、医療観察法上の指定通院医療機関を地域連携拠点病院とする。		

(5) 多様な精神疾患等ごとの医療機能を担う医療機関一覧

☆全県連携拠点機能、◎地域連携拠点機能、○地域精神科医療提供機能、◇精神病床を有する医療機関

圏域	医療機関	精神病床	統合失調症	うつ	認知症	児童・思春期精神疾患	発達障害	アルコール依存症	薬物依存症	ギャンブル等依存症	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
全県																			
大館・鹿角																			
能代・北秋田																			
秋田周辺																			
由利本荘・																			
県南																			

各医療機関に確認の上、今後掲載