

医 療 審 議 会

令 和 6 年 3 月 2 7 日

秋田県医療保健福祉計画（案）

令和 6 年 3 月

秋田県

は じ め に

本県の人口は、2050年には約56万人になると推計されており、全国で最も早いペースで減少することが危惧されているほか、高齢化も急速に進行するとの厳しい推計となっており、医療の分野においては、人口減少に伴う患者の減少、高齢化に伴う疾病構造の変化などに加えて、医師の働き方改革などの社会状況の変化に的確に対応した取組が求められております。

本県では、昭和63年3月に「秋田県医療計画」を策定した後、平成14年には「秋田県医療保健福祉計画」と改め、以降、計画の見直しを行いながら、医療提供体制の充実や医療人材の確保、医療・保健・福祉の連携に努めてまいりましたが、昨今の医療ニーズの変化に対応しながら県民に質の高い医療を提供し続けるため、このたび策定した第8次計画となる「秋田県医療保健福祉計画」において、二次医療圏を8圏域から3圏域に広域化し、医療機関の役割分担や連携体制を再構築することとしました。

今後、高度で専門的な救急受入れ等については、3圏域の広域的な枠組みにおいてバランス良く整備するとともに、在宅医療や、軽症・中等症の患者の救急・入院受入れなどの身近な医療機能は、従来の8圏域においてきめ細かく整備するなど、地域に必要な医療を着実に確保するほか、高齢化の進行による医療需要に対応した病床の充実や在宅医療体制の構築、介護との連携強化に取り組んでまいります。

また、オンライン診療等の医療のデジタル化を進めるほか、ウェブサイトを活用し、医療機関において対応可能な疾患や治療内容等のきめ細かな情報発信に努め、県民の利便性の確保、受診環境の整備に取り組むこととしております。

今後も、地域医療構想調整会議などの様々な協議の場において、医療、保健、福祉の幅広い関係者と協議を重ね、医療機関の役割分担と連携体制の再構築を進めるとともに、県民の皆様の御理解と御協力を得ながら、全ての県民が住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるよう、急性期から在宅医療等に至るまで、切れ目のないサービス提供体制を構築してまいります。

結びに、計画の策定にあたり、熱心に御検討いただいた秋田県医療審議会、秋田県医療審議会医療計画部会、各疾病・事業検討会の委員をはじめ、医療関係団体、市町村、医療保険者等の関係者の皆様に対しまして深く感謝申し上げます。

令和6年3月

秋田県知事 佐 竹 敬 久

目 次

総論編

第1章 基本方針

第1節 計画策定の趣旨	1
第2節 基本理念	2
第3節 計画の位置付け	3
第4節 計画の期間	3

第2章 秋田県の保健医療の現状

第1節 秋田県の姿	4
1 県の概要	4
2 位置及び地勢	4
第2節 保健医療に関する状況	5
1 人口構造	5
(1) 総人口	5
(2) 年齢三区分別人口	5
(3) 高齢化率	6
(4) 世帯数	6
2 人口動態	7
(1) 出生数	7
(2) 死亡数	8
(3) 平均寿命	9
3 住民の健康状況	9
(1) 生活習慣の状況	9
(2) 生活習慣病等の状況	10
(3) 健（検）診の状況	11
4 住民の受療状況	12
(1) 入院・外来患者数	12
(2) 患者の受療動向	16
(3) 病床利用率	17
(4) 平均在院日数	17
第3節 医療提供施設の状況	18
1 病院・診療所	18
(1) 医療施設数	18
(2) 病床数	18
2 薬局	19
3 訪問看護ステーション	19

第3章 医療圏と基準病床数

第1節 医療圏の設定	20
1 設定の趣旨	20
2 二次医療圏の設定	21
3 医療の需給状況の改善	22
第2節 基準病床数	24

第1章 いつでもどこでも受けられる医療体制づくり

第1節 地域医療提供体制の充実	25
1 医療提供施設の整備	25
(1) 地域の中核的な病院の整備	25
(2) 医療機能を考慮した医療提供施設の整備	26
2 医療に関する情報化	30
3 医療安全対策	31
第2節 5 疾病・6 事業及び在宅医療の医療体制	33
1 がん	33
2 脳卒中	50
3 心筋梗塞等の心血管疾患	65
4 糖尿病	81
5 精神疾患	93
6 救急医療	134
7 災害医療	162
8 新興感染症発生・まん延時における医療	176
9 へき地医療	194
10 周産期医療	209
11 小児救急を含む小児医療	228
12 在宅医療	243
第3節 その他の医療対策	256
1 障害保健医療対策	256
2 結核・感染症対策	257
3 臓器移植対策	261
4 難病等対策	262
5 アレルギー疾患対策	264
6 慢性閉塞性肺疾患（COPD）対策	264
7 慢性腎臓病（CKD）対策	266
8 今後高齢化に伴い増加する疾患等対策	267
9 歯科保健対策	268
10 血液の確保・適正使用対策	270
11 医薬品の適正使用対策	271

第2章 保健・医療・福祉の総合的な取組

第1節 健康寿命の延伸・健康格差の縮小	274
第2節 地域包括ケアシステムの深化・推進	279
(1) 多様な主体の連携強化等による包括的支援体制の構築	279
(2) 地域包括ケアシステムの構築を進める地域支援体制の充実	280
第3節 高齢者に関する取組	281
1 介護保険サービスの利用	281
(1) 居宅サービスの充実	281
(2) 施設サービスの充実	282
(3) 利用者本位のサービス提供体制の整備	283
2 高齢者の社会参加と介護予防の推進	284

(1) 社会参加活動の促進	284
(2) 介護予防の推進	285
3 相談体制の充実	286
第4節 障害児・者に関する取組	287
1 障害のある子どもの療育	287
(1) 療育体制の充実	287
(2) 相談体制の充実	288
2 障害福祉サービスの利用	289
3 権利擁護の推進	290
第5節 母子保健及び子育てに関する取組	291
1 母子保健	291
(1) 妊娠・出産への支援	291
(2) 思春期からの健康づくり	292
2 子育てに関する相談	292
第3章 医療関係の人材確保と資質の向上	
第1節 地域医療対策協議会の取組	294
1 地域医療対策協議会の開催経過	294
2 地域医療対策協議会が定めた施策	294
第2節 医療従事者の育成と確保対策	296
1 医師	296
2 歯科医師	297
3 薬剤師	298
4 看護職員（保健師・助産師・看護師・准看護師）	303
5 理学療法士、作業療法士、視能訓練士及び言語聴覚士	309
6 救急救命士	311
7 歯科衛生士及び歯科技工士	312
8 管理栄養士	313
9 その他の保健医療従事者	314
10 介護サービス従事者	315
(1) 介護職員	315
(2) 介護福祉士	316
(3) 介護支援専門員（ケアマネジャー）	317
第4章 外来医療に係る医療体制の確保	319
第5章 地域医療構想（別冊）	320
第6章 医療計画の推進	
第1節 推進体制と役割	321
1 推進体制	321
2 役割	321
(1) 行政	321
(2) 関係団体	321
第2節 評価及び見直し	322

○資料

- ・ 秋田県医療保健福祉計画策定に係る医療審議会等委員名簿（巻末）
- ・ 5 疾病・6 事業及び在宅医療の医療体制を担う医療機関名簿（別冊）
- ・ 5 疾病・6 事業及び在宅医療の現状を示す指標一覧（別冊）

第1章 基本方針

第1節 計画策定の趣旨

全国一の高齢化先進県である本県にあって、全ての県民がどこに住んでいても安心して質の高い医療が受けられるよう、医療ニーズに対応した医療提供体制の充実・強化を図るとともに、住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるよう、急性期から在宅医療等に至るまで切れ目のないサービス提供体制の構築を促進することを目的に、平成30年3月に新たな「秋田県医療保健福祉計画」を策定しました。

今般の新型コロナウイルス感染症の感染拡大では、医療提供体制に多大な影響が生じ、救急医療をはじめ、地域医療の様々な課題が浮き彫りとなり、地域における入院・外来・在宅にわたり、地域医療全体を視野に入れて適切な役割分担と連携の下で必要な医療提供を行う重要性などが改めて認識されました。

今後、高齢者人口は緩やかに減少するものの、既に減少に転じている生産年齢人口の減少が顕著となる中、令和6年度から開始する医師の時間外・休日労働の上限規制への対応も必要であり、地域医療提供体制を支えるマンパワーの確保はますます重要な課題となります。こうしたことを踏まえ、人口減少・高齢化に伴う医療ニーズの質・量の変化に対応した必要な医療提供体制を維持するため、地域医療構想の取組を着実に進めるとともに、医療従事者の確保に一体的に取り組んでいく必要があります。また、医療の質の向上や効率化を図る観点から、情報通信技術（ＩＣＴ）の活用や、医療分野のデジタル化を推進していくことも求められております。

こうした状況の中、全国一の高齢化先進県である本県にあって、今後のさらなる人口減少・高齢化を見越し、長期的視野に立ち、全ての県民がどこに住んでいても安心して質の高い医療が受けられるよう、医療ニーズに対応した医療提供体制の充実・強化を図るとともに、住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるよう、急性期から在宅医療等に至るまで切れ目のないサービス提供体制の構築を促進することを目的に、新たな「秋田県医療保健福祉計画」を策定することとしました。

第2節 基本理念

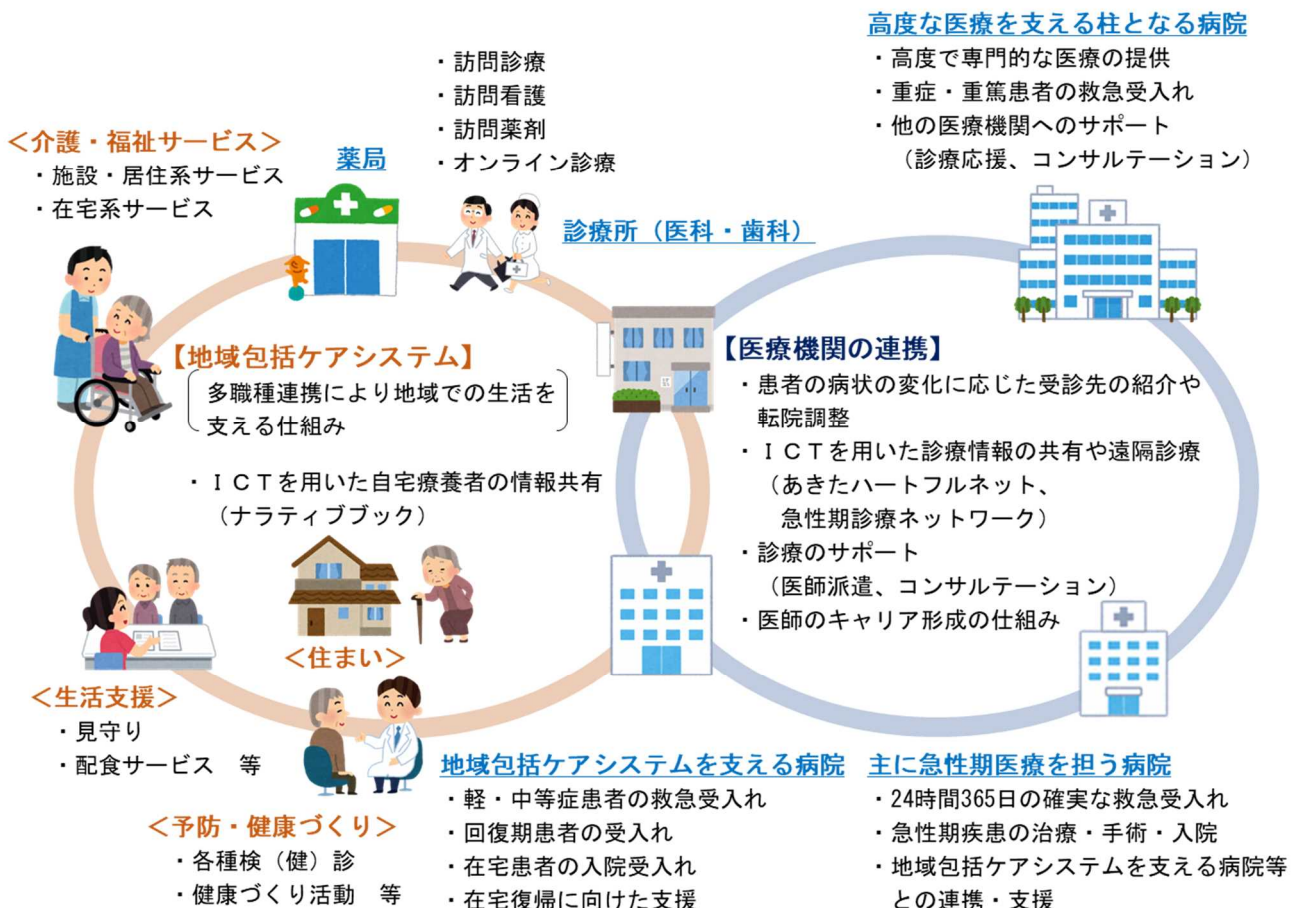
- 1 県民が予防や治療、健康づくりに取り組めるとともに、疾病や障害をかかえても、要介護状態になっても、いつでもどこでもそれぞれの健康状態を保ち、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができる安全で質の高い医療サービスを受けられる体制を構築します。
- 2 各地域の現状に即した医療機能の適切な分化・連携を進め、緊密な連携体制と役割分担の構築により地域全体で疾病を治し、支え、寄り添う医療提供体制を目指します。
- 3 社会構造の変化に対応した、保健・医療・介護・福祉が連携を図った切れ目のない体制を目指します。

《秋田県医療の目指す姿》

住み慣れた地域で暮らし続けたいという県民のニーズに応え、かつ、質の高い保健医療サービスを将来にわたって持続的に提供できる体制が構築されている秋田県

【図 目指す姿のイメージ】

医療機関の**役割分担と連携**の強化により、地域で必要とされる医療を効率的に提供できる体制



第 3 節 計画の位置付け

- 1 この計画は、医療法第 30 条の 4 第 1 項に基づく医療計画です。
- 2 この計画は、本県の医療提供体制の確保を図るためのものです。
- 3 この計画は、将来の秋田の発展にとって不可欠な政策について、戦略的に取組を進めていくための新たな県政の運営指針である「新秋田元気創造プラン」を基に、介護保険事業支援計画など本県の各保健福祉計画との整合を図ったものです。

第 4 節 計画の期間

- 1 この計画の期間は、令和 6（2024）年度から令和 11（2029）年度までの 6 年間とします。
- 2 在宅医療その他必要な事項については、介護保険事業支援計画等との整合を考慮し、3 年目の令和 8（2026）年度に必要な見直しを行うこととします。

第2章 秋田県の保健医療の現状

第1節 秋田県の姿

1 県の概要

秋田県は、総面積が11,637.52 km²で全国6番目の広さで、13市9町3村で構成されています。令和2（2020）年の国勢調査では、総人口が959,502人、人口密度は1 km²当たり82.4人となっていますが、人口の約3割が県庁所在地の秋田市に集中しています。

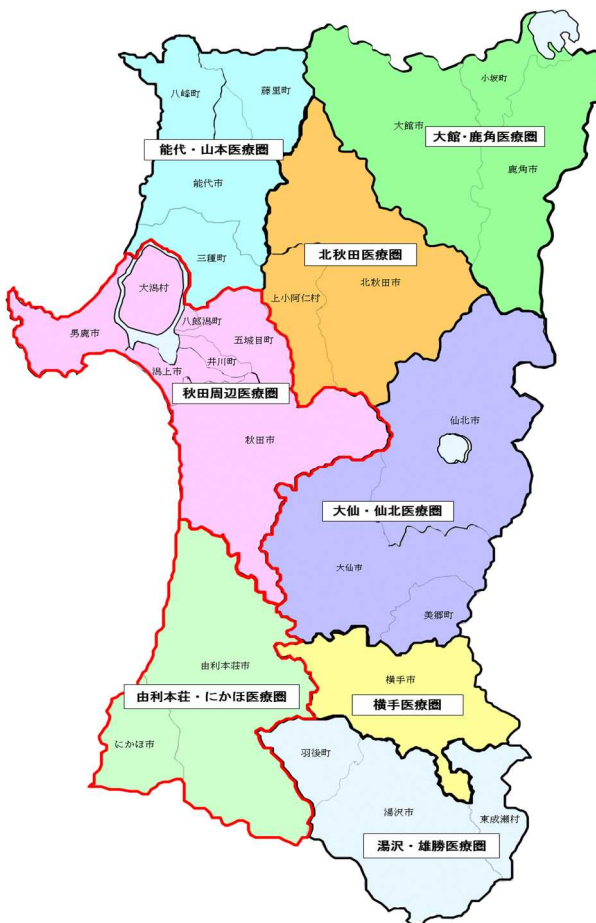
2 位置及び地勢

秋田県は、東京のほぼ真北約450kmにあり、東は岩手県に、南は山形県、宮城県に、北は青森県に隣接し、西は日本海を臨んでいます。東の県境の奥羽山脈に沿って、那須火山帯が縦走し、八幡平、駒ヶ岳、栗駒山といった火山と田沢湖、十和田湖の両カルデラ湖が形成され、西に平行する出羽丘陵に沿って鳥海火山帯が走り、その南端には東北2番目の高さを誇る鳥海山がそびえ立っています。

県土の約半分が山地で占められ、県北には鷹巣、大館、花輪の盆地、県南には横手盆地がある一方、県中央を流れる雄物川をはじめ、米代川、子吉川などの河川によって形成された秋田、仙北、能代、本荘の平野が広がっています。

気候は、日本海側気候に属しており、冬期は日照時間が少なく、強い北西季節風が吹いて内陸部へ行くほど降雪量が多く、最深積雪が2mを超える観測地点もあります。

交通網については、空の状況は県央部に秋田空港、県北部に大館能代空港が整備され、東京まで約1時間で結ばれています。また陸上では、秋田新幹線が首都圏まで最速約4時間で結ばれているほか、県内における高速道路網の整備も進められています。



※ この章における二次医療圏は、これまでの二次医療圏として記載しています。

第 2 節 保健医療に関する状況

1 人口構造

(1) 総人口

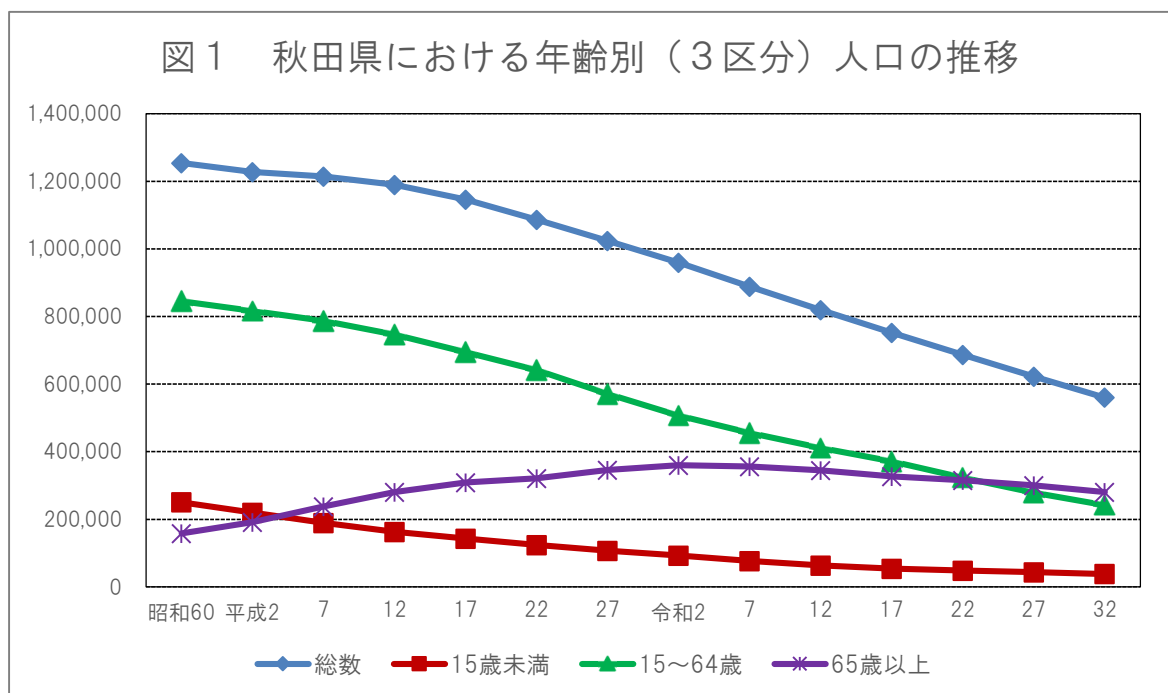
令和 2 年国勢調査による本県の総人口は、959,502 人（男 452,439 人、女 507,063 人）であり、平成 27 年国勢調査時に比べて 63,617 人（6.2%）減少しており、減少率は 5 回連続で全国最大となっています。

国立社会保障・人口問題研究所の「日本の地域別将来推計人口（令和 5（2023）年推計）」（以下「将来推計人口」という。）によると、本県の人口は、令和 7（2025）年には 88 万 8 千人、令和 22（2040）年には 68 万 6 千人、さらに令和 32（2050）年には 56 万人になると予想されています。

(2) 年齢三区分人口

令和 2 年国勢調査によると、0～14 歳の年少人口は 92,855 人、15～64 歳の生産年齢人口は 506,960 人、65 歳以上の老年人口は 359,687 人と、平成 27 年国勢調査時に比べ、年少人口は 13,568 人、生産年齢人口は 64,389 人減少していますが、老年人口は 14,340 人増加しています。

将来推計人口によると、今後も年少人口、生産年齢人口は減少しますが、老年人口も減少に転じ、令和 27（2045）年には、老年人口が生産年齢人口を上回り、令和 32（2050）年には、年少人口が 38,507 人、生産年齢人口が 242,022 人、老年人口が 279,900 人になると予想されています。



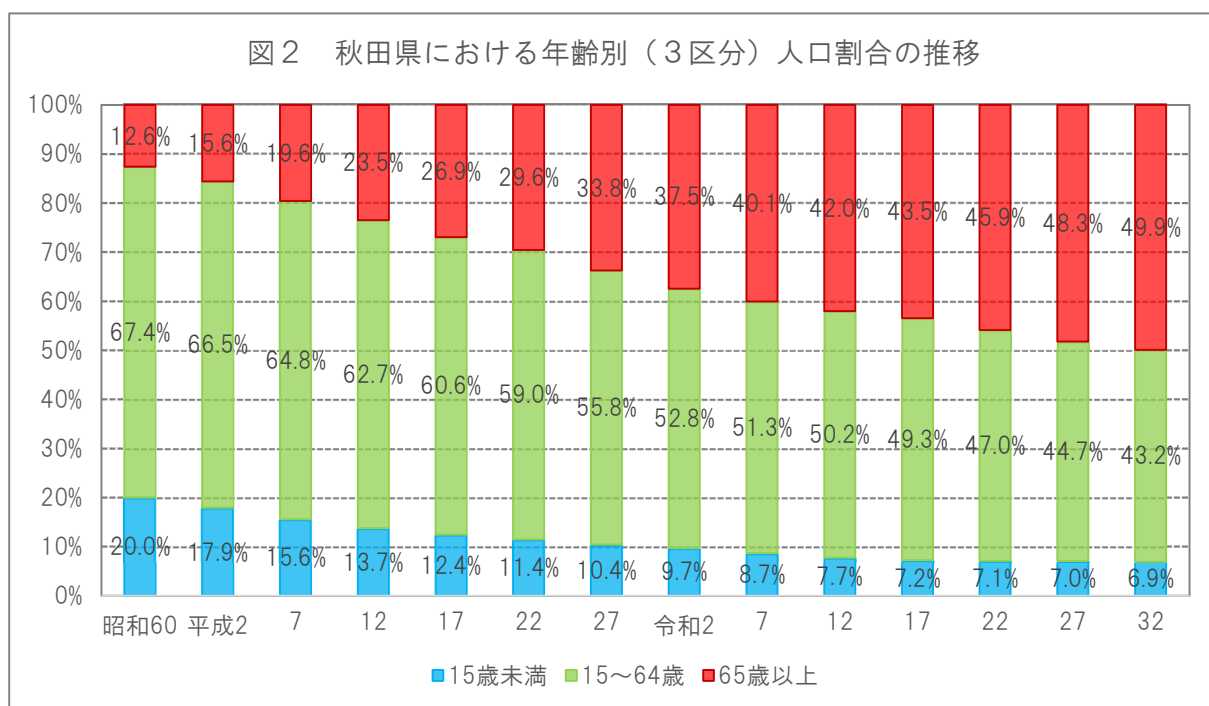
出典：令和 2 年までは「国勢調査」、令和 7 年以降は「日本の地域別将来推計人口」（国立社会保障・人口問題研究所、令和 5 年 12 月）

また、75 歳以上人口（後期高齢者）は、令和 7 年の 205,446 人から令和 12（2030）年の 214,823 人にまで増加し、その後は減少に転じて、令和 32（2050）年には 180,444 人になると予想されています。

（３）高齢化率

令和 2 年国勢調査による本県の年齢 3 区分割合は、年少人口（0～14 歳）比率が 9.7%、生産年齢人口（15～64 歳）比率が 52.8%、老年人口（65 歳以上）比率が 37.5%となっています。このうち、老年人口比率は全国平均の 28.5%を大きく上回り、初めて 35%を超えて、全国最大となっています。

将来推計人口では、本県の老年人口の割合は今後も増加しつづけ、令和 32（2050）年には 49.9%になることが予想されています。

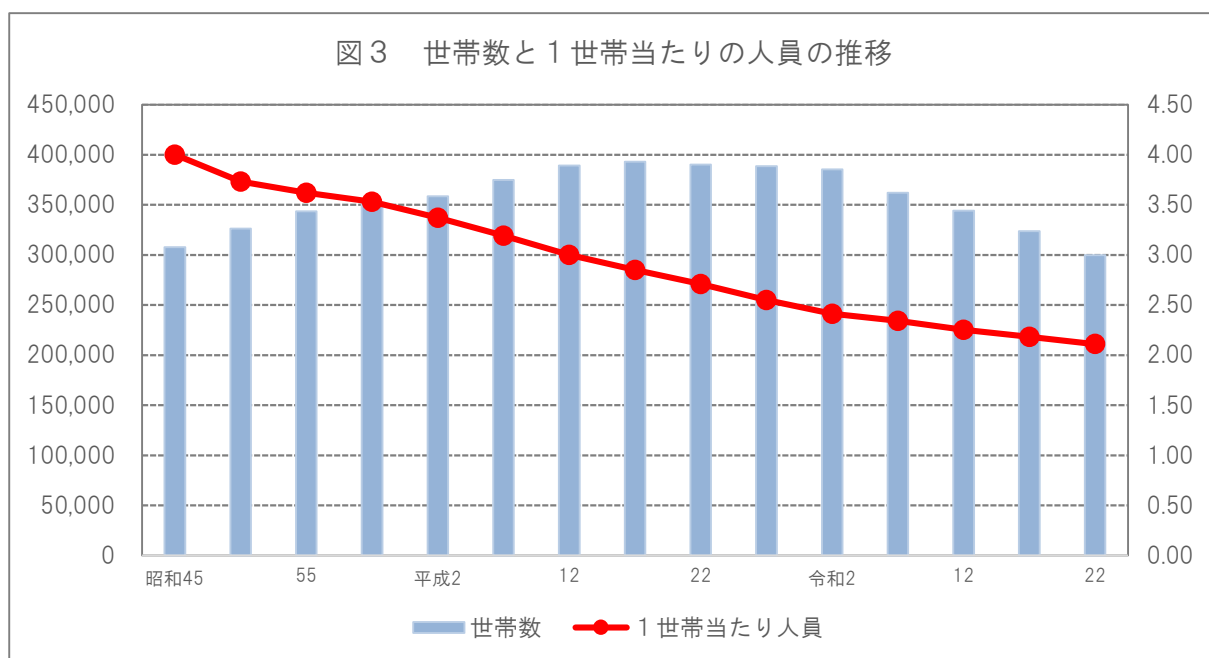


出典：令和 2 年までは「国勢調査」、令和 7 年以降は「日本の地域別将来推計人口」（国立社会保障・人口問題研究所、令和 5 年 12 月）

（４）世帯数

令和 2 年の国勢調査によると、本県の世帯数は 385,187 世帯、1 世帯当たりの人員は 2.41 人となっており、平成 27 年に比べ 3,861 世帯減少しています。また、1 世帯当たりの人員は 0.15 人減少しています。

「日本の世帯数の将来推計」（令和元年 12 月、国立社会保障・人口問題研究所）によると、世帯数及び 1 世帯当たりの人員はともに減少し、令和 22（2040）年には世帯数は令和 2 年と比べ、22.2%減少すると予想されています。世帯数については、世帯人員が単独である世帯が令和 22 年には世帯全体の 34.1%にまで増加するとされ、そのうち約半数が 65 歳以上の単独である世帯になると予想されています。

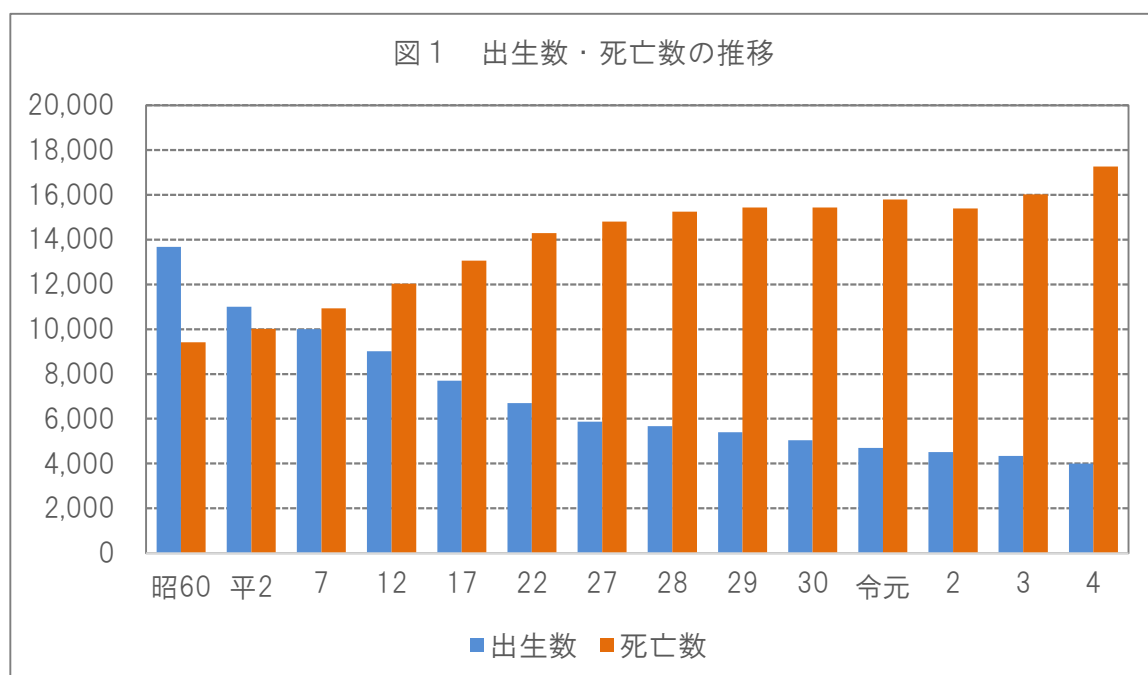


出典：令和2年までは「国勢調査」、令和7年以降は「日本の世帯数の将来推計」（国立社会保障・人口問題研究所、令和元年12月）

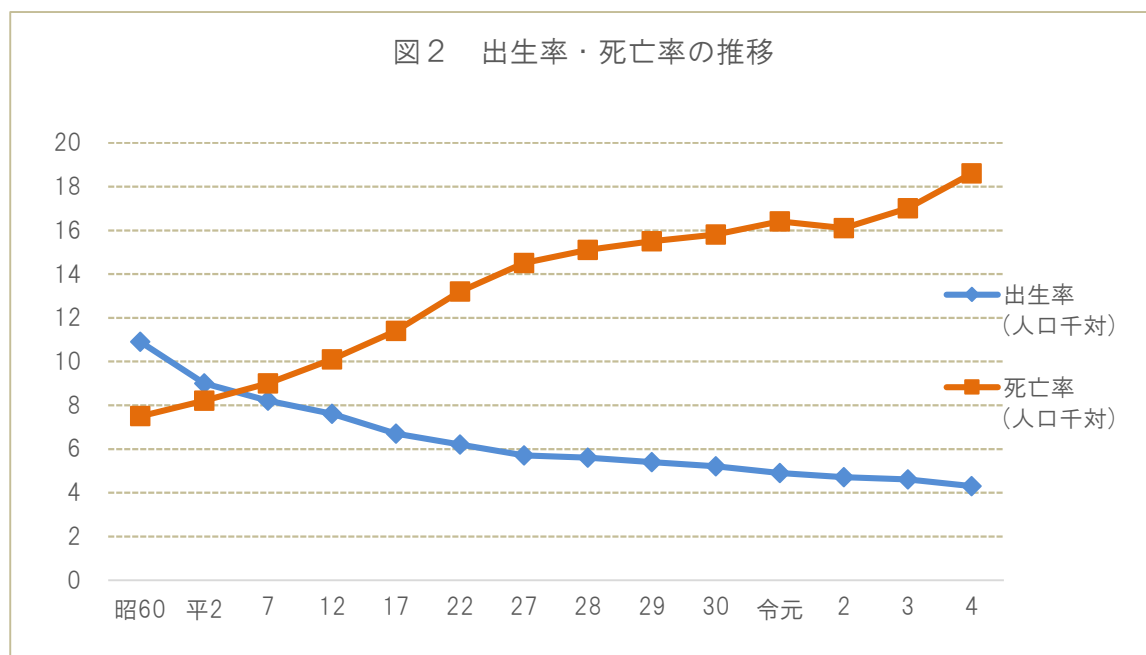
2 人口動態

(1) 出生数

令和4（2022）年の本県の出生数は3,992人、出生率（人口千対）は4.3です。出生数は依然として減少が続き、出生率は全国平均の6.3を下回り、全国最下位となっています。また、合計特殊出生率※は1.18で、全国平均の1.26を下回っています。



出典：厚生労働省「人口動態統計」



出典：厚生労働省「人口動態統計」

※合計特殊出生率

一人の女性が一生の間に産む平均の子どもの数

(2) 死亡数

令和4年の本県の死亡数は17,256人、死亡率（人口千対）は18.6です。死亡数は、昭和50年代後半から増加傾向にあり、平成5年以降は出生数を上回っており、死亡率も全国平均の12.9を大きく上回っています。

令和4年の死亡を死因別にみると、第1位悪性新生物、第2位心疾患、第3位老衰、第4位脳血管疾患の順で、悪性新生物、心疾患、脳血管疾患の死亡が全体の約46%を占めており、特に悪性新生物の死亡率は全国で最も高い状況で推移しています。

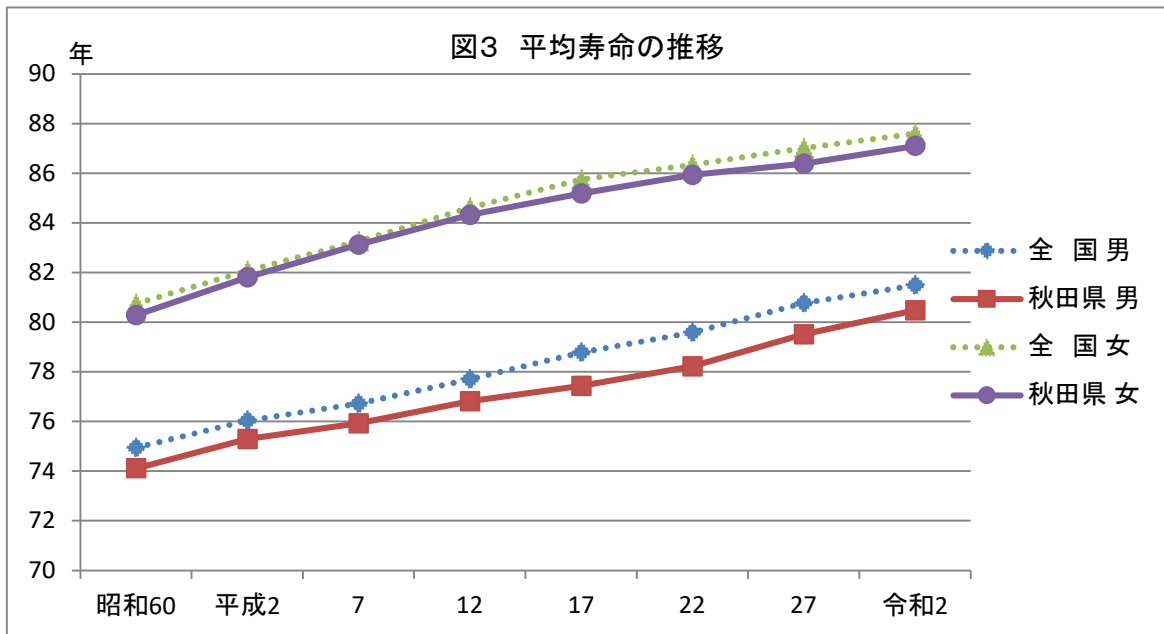
表1 秋田県における主な死因による死亡数、死亡率※

順位	死因	死亡数	構成割合	死亡率	全国平均死亡率	全国順位
1位	悪性新生物	4,260人	24.7%	460.0	316.1	1位
2位	心疾患	2,119人	12.3%	228.8	190.9	13位
3位	老衰	1,964人	11.4%	212.1	147.1	5位
4位	脳血管疾患	1,573人	9.1%	169.9	88.1	1位

出典：厚生労働省「人口動態統計」（令和4年） ※ 死亡率：人口10万対の死亡数

(3) 平均寿命

令和2年における本県の平均寿命は男性が80.48歳（全国46位）、女性が87.10歳（全国41位）となっており、いずれも全国下位にあります。



出典：厚生労働省「都道府県生命表」

3 住民の健康状況

(1) 生活習慣の状況

① 食生活

令和4年度県民健康・栄養調査によると、成人1人1日当たりの塩分摂取量は10.1gで、減少傾向にありますが、全国平均（〇g）よりもやや高い状況です。

国が実施した調査結果を公表後に記載

野菜摂取量は成人1人1日当たり286.4gで、これまで目標としてきた350gに達していません。

② 運動

令和4年度県民健康・栄養調査によると、県民の成人1人1日当たりの平均歩数は、男性5,205歩、女性4,210歩であり、男女ともに全国平均（男性〇歩、女性〇歩）を下回っています。

国が実施した調査結果を公表後に記載

また、令和3年度の健康づくりに関する調査によると、「週2回以上運動をしている」と回答した人の割合は、42.1%となっており、その内容は、「散歩、徒歩通勤など」（41.7%）、「農作業など仕事上の運動」（41.6%）が多くなっています。

③ 休養

令和 3 年度の健康づくりに関する調査によると、県民の 1 日あたりの睡眠時間の平均は 6 時間 40 分、「睡眠によって休養が十分とれた人の割合」は 65.3%で、いずれも増加傾向にあります。

④ 喫煙

令和 4 年国民生活基礎調査によると、本県における 20 歳以上の喫煙率は、18.2%となっており、全国平均より高くなっています。

表 1 喫煙率の状況

(単位：%)

区 分	平成 16 年	平成 19 年	平成 22 年	平成 25 年	平成 28 年	令和元年	令和 4 年
秋田	28.2	25.1	22.5	23.5	20.3	20.6	18.2
全国	28.5	25.6	21.2	21.6	19.8	18.3	16.1

出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」

⑤ アルコール

令和 3 年度における本県の 1 人当たりの酒類販売（消費）量は全国で 4 番目に多く、1 人当たりの清酒販売（消費）数量も、全国で 2 番目に多くなっています（令和 5 年国税庁「酒のしおり」）。

また、1 日平均日本酒換算で男性では 2 合以上、女性では 1 合以上の飲酒が生活習慣病のリスクを高めるとされていますが、令和 3 年度の健康づくりに関する調査によると、本県では男性の 19.2%、女性の 9.5%が、生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している状況にあります。

(2) 生活習慣病等の状況

① 肥満者の状況

令和 4 年度県民健康・栄養調査によると、肥満（BMI 25.0 以上）者（男性 20～69 歳、女性 40～69 歳）の割合は、男性が 38.2%、女性が 33.8%となっています。

② メタボリックシンドローム等の状況（40～74 歳）

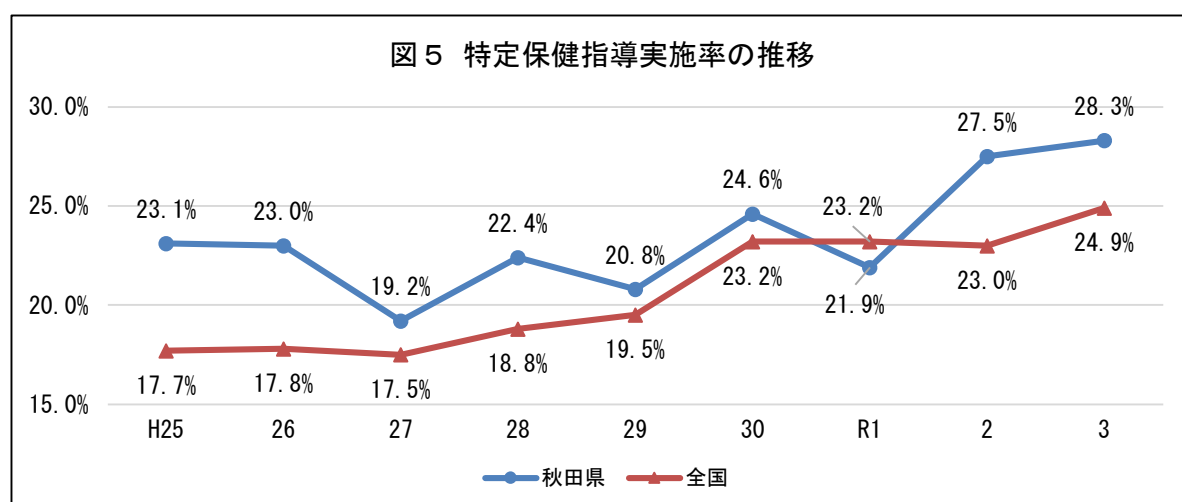
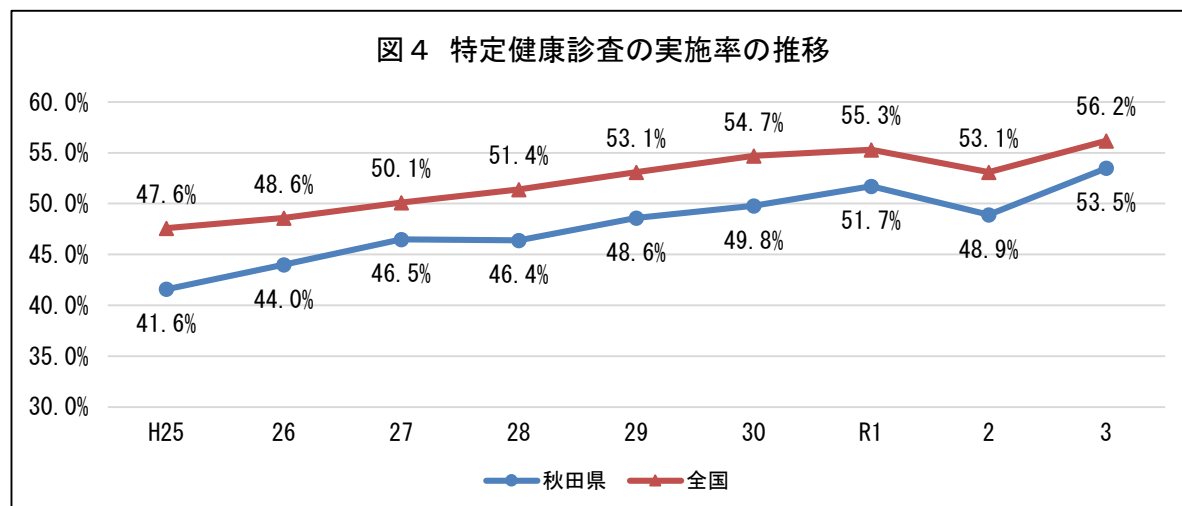
令和 2 年度特定健康診査結果によると、県民の収縮期血圧の平均値は男性 130.3mmHg、女性 124.9mmHg となっています。

令和 3 年度特定健康診査結果によると、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合は、31.9%となっています。

(3) 健（検）診の状況

① 特定健康診査・特定保健指導の状況

特定健康診査・特定保健指導の実施状況によると、令和3年度における本県の特健康診査の実施率は53.5%、特定保健指導の実施率は28.3%となっています。



出典：厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」

② がん検診の状況

国民生活基礎調査によると、本県のがん検診の受診率は、多くの部位で前回調査と比較して減少しています。

表2 がん検診受診率の状況

		胃がん	肺がん	大腸がん	乳がん	子宮頸がん
令和4年	秋田県	52.3%	55.4%	50.3%	46.3%	45.9%
	全国	48.4%	49.7%	45.9%	47.4%	43.6%
令和元年	秋田県	55.8%	57.2%	48.8%	48.4%	46.3%
	全国	49.5%	49.4%	44.2%	47.4%	43.7%

出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」

4 住民の受療状況

(1) 入院・外来患者数

① 受療率

令和2年患者調査によると、県内に住所を有する推計患者数は64,300人（入院11,700人、外来52,600人）です。受療率（人口10万対）は、入院1,219、外来5,477で、入院が全国値よりも高くなっています。65歳以上の受療率では入院2,434、外来8,329で全国値よりも低くなっており、前回の平成29年調査と比較しても受療率は減少しています。

表1 受療率（人口10万対）

区 分		平成26年		平成29年		令和2年	
		入院	外来	入院	外来	入院	外来
秋田	受療率	1,267	5,396	1,239	5,823	1,219	5,477
	65歳以上同	2,734	8,938	2,561	8,902	2,434	8,329
全国	受療率	1,038	5,696	1,036	5,675	960	5,658
	65歳以上同	2,840	10,637	2,734	10,369	2,512	10,045

出典：厚生労働省「患者調査」

② 傷病分類別受療率

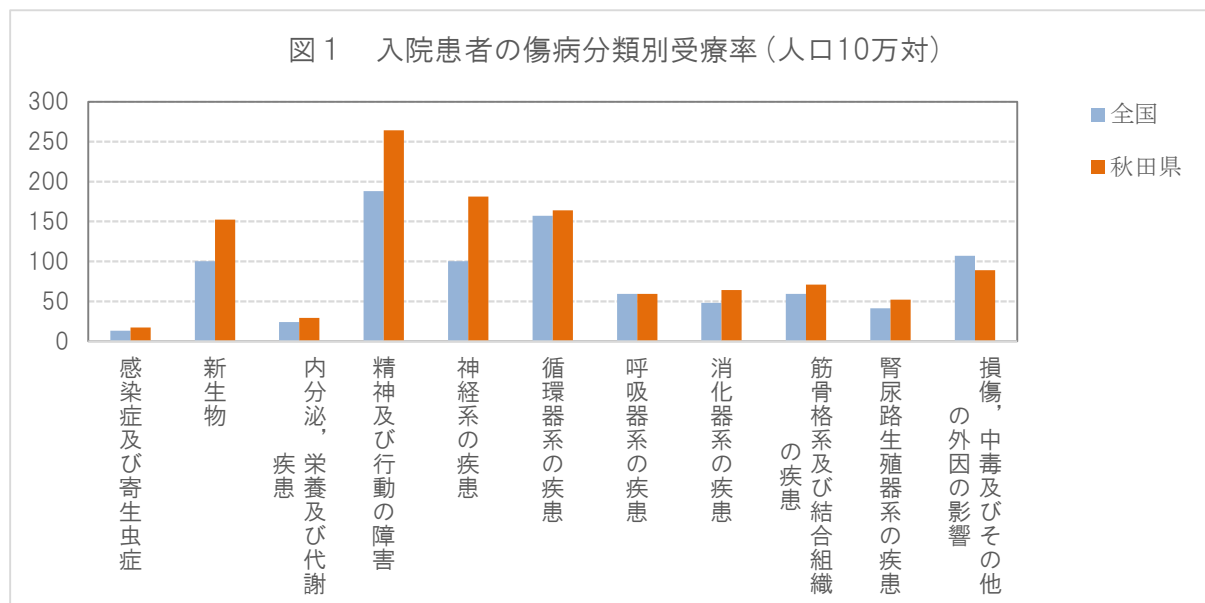
◇ 入院患者

入院患者について、傷病分類別に受療率（人口10万対）をみると、精神障害、神経系疾患、循環器系疾患、新生物の順に多く、いずれも全国値を上回っています。平成29年の前回調査時と比較して、循環器系疾患の受療率は減少していますが、精神障害と神経系疾患、新生物の受療率は増加しています。

表2 入院患者の傷病分類別受療率（人口10万対）

区 分	平成29年		令和2年	
	秋田	全国	秋田	全国
精神障害	261	199	264	188
神経系	156	100	181	100
循環器系	184	180	164	157
新生物	148	112	152	100

出典：厚生労働省「患者調査」



出典：厚生労働省「患者調査」（令和2年）

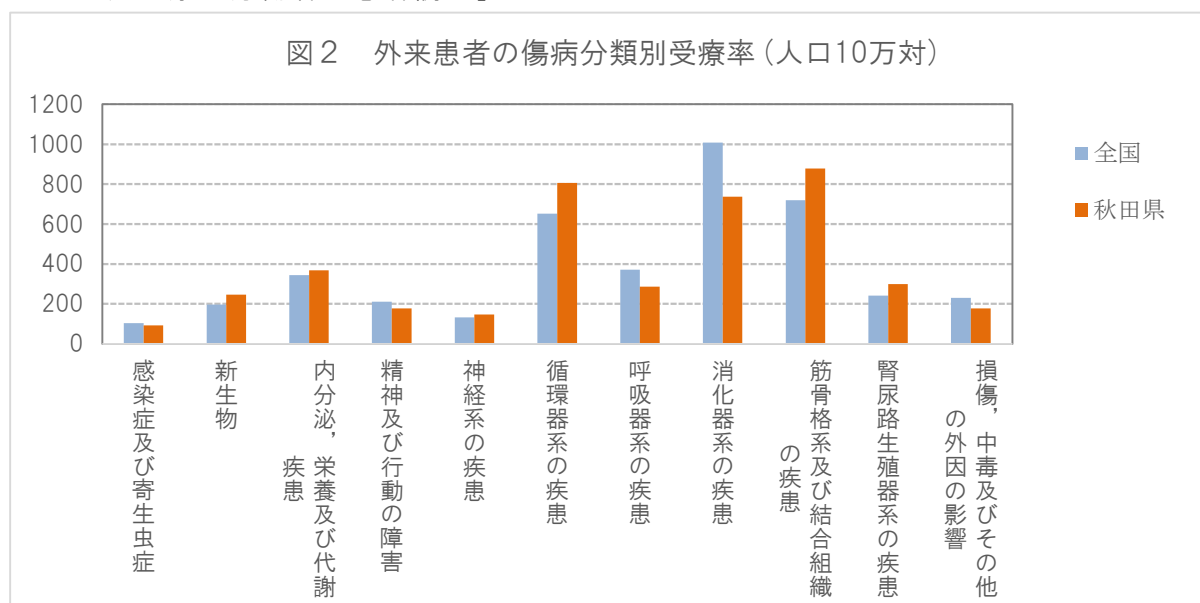
◇ 外来患者

外来患者については、筋骨格系疾患、循環器系疾患、消化器系疾患、呼吸器系疾患の順に多く、平成29年の前回調査時と比較して、筋骨格系疾患のみ増加し、他の疾患は減少しています。

表3 外来患者の傷病分類別受療率（人口10万対）

区 分	平成29年		令和2年	
	秋田	全国	秋田	全国
筋骨格系	645	692	877	718
循環器系	837	702	806	652
消化器系	998	1,021	736	1,007
呼吸器系	598	497	285	371

出典：厚生労働省「患者調査」



出典：厚生労働省「患者調査」（令和2年）

③ 年齢階級別受療率

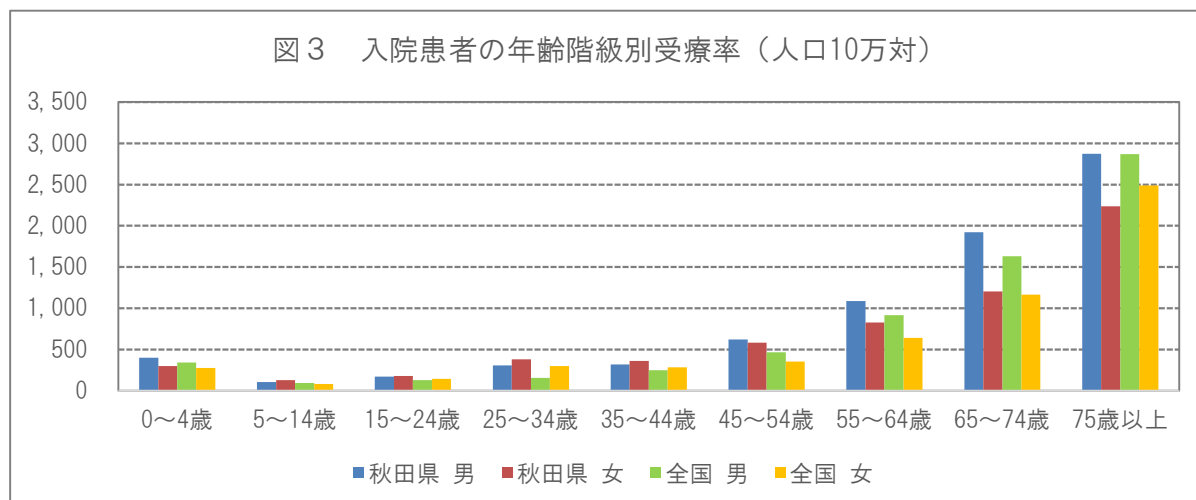
◇ 入院患者

入院患者の年齢階級別受療率は、5～14 歳が最も低く、加齢とともに高くなっています。74 歳まではおおむね全国値を上回るものの、75 歳以上は全国値を下回っています。

表 4 入院患者の年齢階級別受療率（人口 10 万対）

区 分		0～4歳	5～14歳	15～24歳	25～34歳	35～44歳	45～54歳	55～64歳	65～74歳	75歳以上
秋田	男	399	104	167	305	318	619	1,084	1,920	2,870
	女	298	126	177	379	358	579	824	1,200	2,235
	総数	349	115	172	341	337	599	950	1,543	2,491
全国	男	338	92	125	154	248	464	915	1,628	2,867
	女	273	78	141	296	283	350	638	1,162	2,485
	総数	306	86	133	223	266	407	776	1,385	2,650

出典：厚生労働省「患者調査」（令和 2 年）



出典：厚生労働省「患者調査」（令和 2 年）

◇ 外来患者

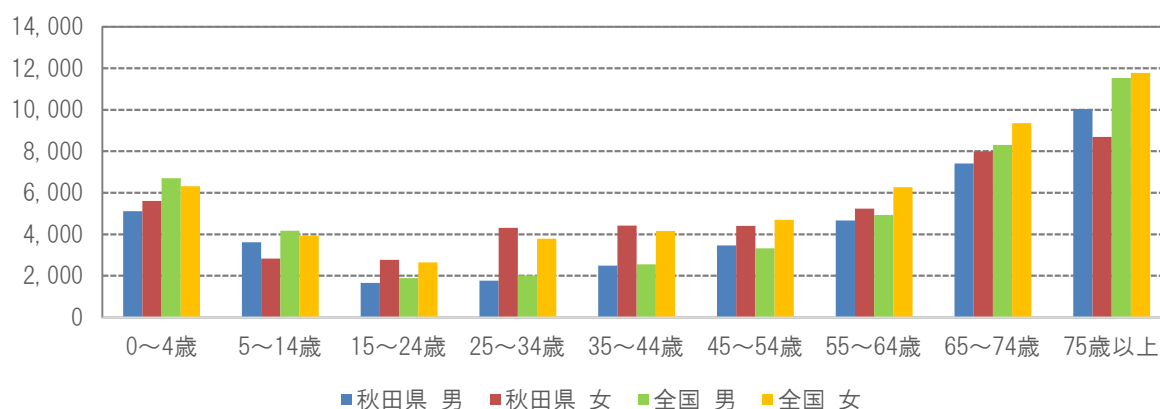
外来患者の年齢階級別受療率は、15～24 歳が最も低く、おおむね年齢とともに高くなっていますが、ほとんどの年齢区分で全国値を下回っています。

表 5 外来患者の年齢階級別受療率（人口 10 万対）

区 分		0～4歳	5～14歳	15～24歳	25～34歳	35～44歳	45～54歳	55～64歳	65～74歳	75歳以上
秋田	男	5,101	3,617	1,647	1,760	2,483	3,453	4,662	7,403	10,021
	女	5,607	2,831	2,761	4,307	4,420	4,404	5,232	7,987	8,690
	総数	5,349	3,234	2,178	2,992	3,425	3,928	4,955	7,709	9,226
全国	男	6,699	4,166	1,882	2,011	2,544	3,315	4,917	8,303	11,525
	女	6,302	3,919	2,642	3,776	4,152	4,695	6,268	9,345	11,772
	総数	6,505	4,046	2,253	2,872	3,336	3,999	5,596	8,847	11,665

出典：厚生労働省「患者調査」（令和 2 年）

図4 外来患者の年齢階級別受療率（人口10万対）

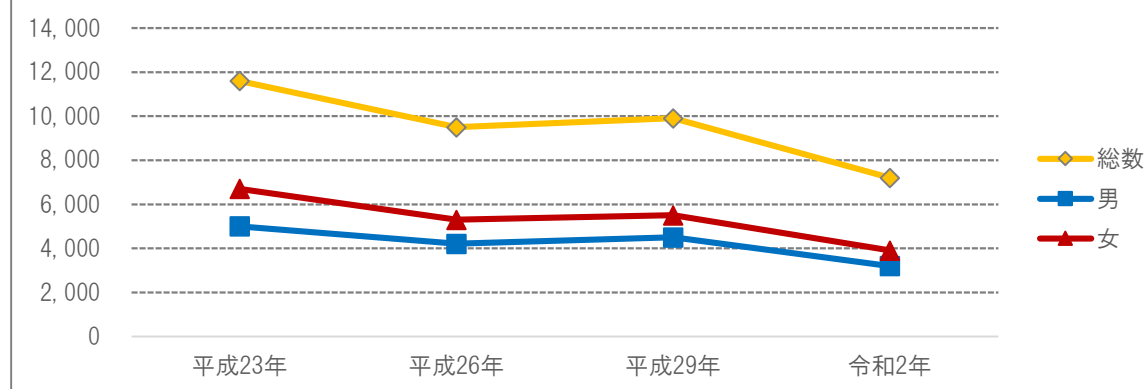


出典：厚生労働省「患者調査」（令和2年）

④ 歯科受療率

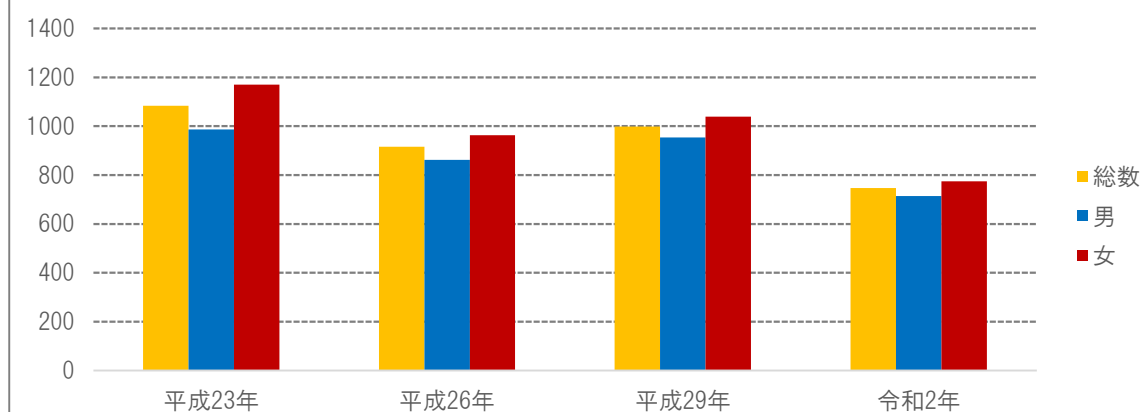
令和2年の患者調査によると、秋田県内の歯科推計外来患者数は7,200人、歯科推計外来患者受療率（人口10万対）は746人で、いずれも前回平成29年の調査結果と比較すると、総数、男女別ともに減少しています。

図5 県内における歯科外来患者数の推移



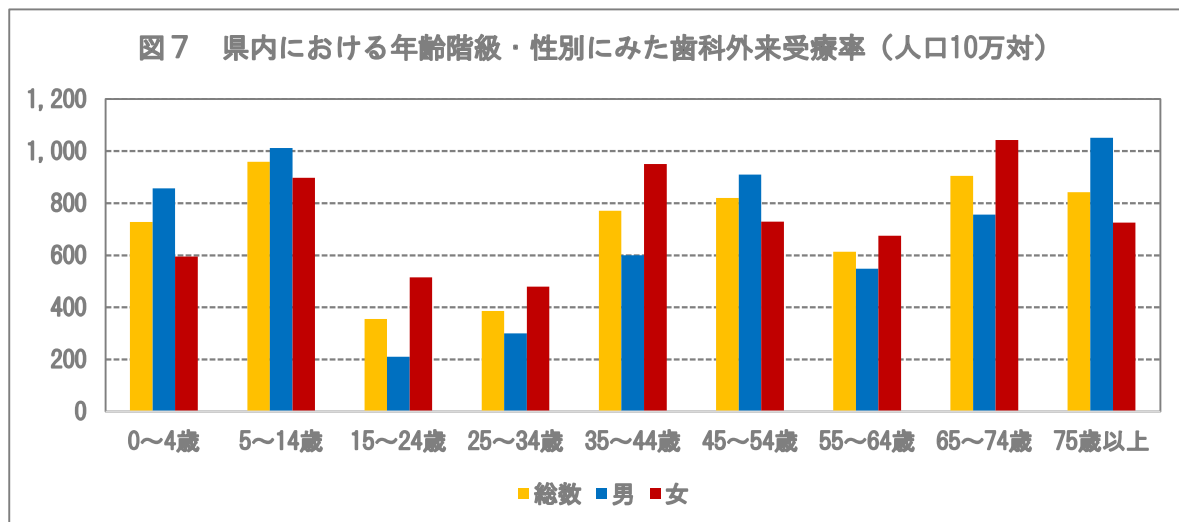
出典：厚生労働省「患者調査」（令和2年）

図6 県内における歯科外来患者受療率の推移（人口10万対）



出典：厚生労働省「患者調査」（令和2年）

年齢階級別受療率を総数でみると、75～84歳が1,098人と最も高く、次いで5～14歳で956人、65～74歳で905人と高くなっています。一方、15～24歳が355人と最も低く、次いで25～34歳が386人と低くなっています。



出典：厚生労働省「患者調査」（令和2年）

（2）患者の受療動向

秋田県における病院の療養病床及び一般病床の推計入院患者の二次医療圏ごとの受療動向を令和2年の患者調査から見ると、他の二次医療圏からの患者の流入割合は、横手医療圏が32.4%と最も高く、次いで北秋田医療圏が27.0%と高くなっています。

また、他の二次医療圏への患者の流出割合は、北秋田医療圏が44.1%、湯沢・雄勝医療圏が43.9%、大仙・仙北医療圏が30.2%と高くなっています。

表6 病院の療養病床及び一般病床の推計患者数の圏内外への流入・流出患者割合

二次医療圏	他の二次医療圏からの流入患者割合(%)	他の二次医療圏への流出患者割合(%)	【参 考】	
			人口(人)	面積(k㎡)
大館・鹿角	7.4	24.0	103,105	1,822.44
北秋田	27.0	44.1	32,261	1,409.48
能代・山本	9.4	18.6	74,695	1,191.21
秋田周辺	12.0	6.1	386,244	1,694.86
由利本荘・にかほ	15.7	10.6	98,142	1,450.72
大仙・仙北	25.8	30.2	120,880	2,128.67
横手	32.4	23.4	85,555	692.80
湯沢・雄勝	15.5	43.9	58,620	1,225.37

出典：厚生労働省「患者調査」（令和2年）

※人口は国勢調査（令和2年）、面積は国土地理院（令和5年7月1日）

(3) 病床利用率

令和4年の病院の病床利用率は、一般病床67.7%、療養病床87.9%、精神病床84.7%、結核病床20.1%、感染症病床125.2%で、全病床数では75.0%となっています。全国平均と比較すると療養病床、精神病床は上回っていますが、一般病床、結核病床、感染症病床は下回っています。

表7 病床利用率

(単位：%)

区 分	一般病床	療養病床	精神病床	結核病床	感染症病床	全病床
秋 田 県	67.7	87.9	84.7	20.1	125.2	75.0
全 国	69.0	84.7	82.3	27.4	571.2	75.3

出典：厚生労働省「病院報告」(令和4年)

(4) 平均在院日数

病床利用率と関連して、患者がどれくらいの期間入院しているかを見る平均在院日数は、一般病床17.1日、療養病床121.6日、精神病床303.6日、結核病床29.0日、感染症病床9.8日で、全病床では30.1日となっています。全国平均と比較すると一般病床、精神病床は長くなっていますが、療養病床、結核病床、感染症病床は短くなっています。

表8 平均在院日数

(単位：日)

区 分	一般病床	療養病床	精神病床	結核病床	感染症病床	全病床
秋 田 県	17.1	121.6	303.6	29.0	9.8	30.1
全 国	16.2	126.5	276.7	44.5	10.5	27.3

出典：厚生労働省「病院報告」(令和4年)

第 3 節 医療提供施設の状況

1 病院・診療所

(1) 医療施設数

令和 4 年の秋田県の医療施設数は、病院 65（一般病院 49、精神病院 16）、一般診療所 817（有床 50、無床 767）、歯科診療所 424 です。

人口 10 万対では、病院 7.0（一般病院 5.3、精神病院 1.7）、一般診療所 87.8、歯科診療所 45.6 で、全国平均（人口 10 万対）と比較すると、病院、精神病院、一般診療所は上回っていますが、一般病院、歯科診療所は下回っています。

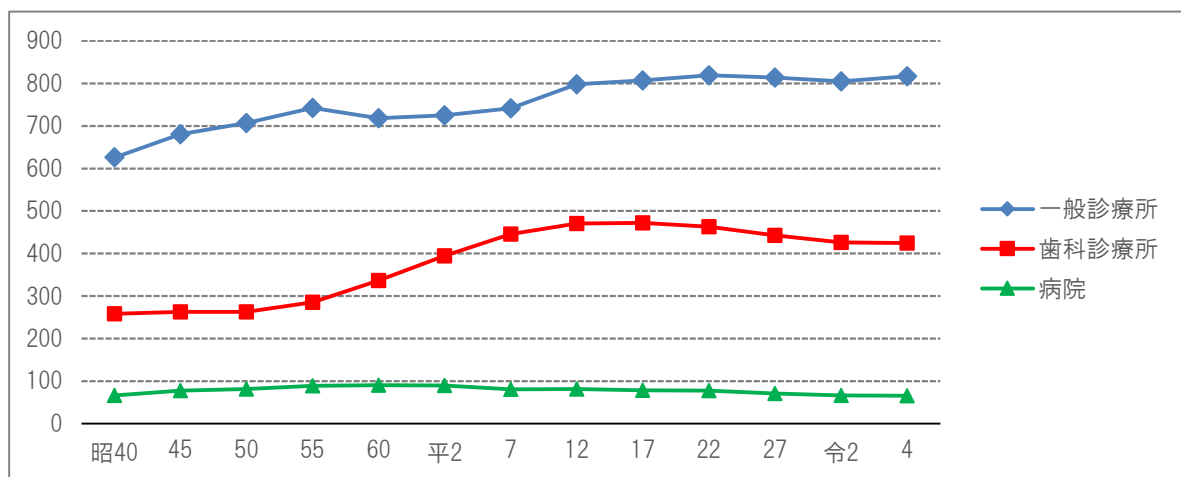
表 1 医療施設数

（単位：施設）

区 分	病院			診療所	歯 科 診療所
		一般病院	精神病院		
秋 田 県	65 (7.0)	49 (5.3)	16 (1.7)	817 (87.8)	424 (45.6)
全 国	8,156 (6.5)	7,100 (5.7)	1,056 (0.8)	105,182 (84.2)	67,755 (54.2)

出典：厚生労働省「医療施設調査」（令和 4 年） ※（ ）内は人口 10 万対

図 1 医療施設数の推移



出典：厚生労働省「医療施設調査」（令和 4 年）

(2) 病床数

令和 4 年の秋田県の病床数（人口 10 万対）は、一般病床（病院）894.1 床、療養病床（病院）197.0 床、精神病床（病院）415.7 床、結核病床（病院）4.7 床、感染症病床（病院）3.4 床、一般病床（一般診療所）65.2 床、療養病床（一般診療所）5.2 床で、全国平均と比較すると、療養病床（病院）を除き、上回っています。

表 2 人口 10 万対病床数

(単位：床)

区 分	病 院					一般診療所	
	一般病床	療養病床	精神病床	結核病床	感染症病床	一般病床	療養病床
秋田県	894.1	197.0	415.7	4.7	3.4	65.2	5.2
全 国	709.6	223.0	257.6	3.1	1.5	59.8	4.6

出典：厚生労働省「医療施設調査」（令和 4 年）

2 薬局

令和 5 年 3 月 31 日現在の秋田県の薬局数は、526 施設です。人口 10 万対の薬局数をみると、56.6 施設です。

また、令和 4 年度の処方せん受取率の推計によると、秋田県の分業率は 89.3 %で全国平均 76.6%を大きく上回り、全国第 1 位となっています。

表 3 薬局数と分業率の推移

区 分		平成 30 年	令和元年	令和 2 年	令和 3 年	令和 4 年
薬局数	秋田県	531 (54.1)	521 (53.9)	525 (54.7)	525 (55.6)	526 (56.6)
	全 国	59,613 (47.1)	60,171 (47.7)	60,951 (48.3)	61,791 (49.2)	62,375 (49.9)
分業率 (%)	秋田県	88.2	88.9	89.6	89.2	89.3
	全 国	74.0	74.9	75.7	75.3	76.6

出典：薬局数：厚生労働省「衛生行政報告例」 ※（ ）内は人口 10 万対

分業率：公益社団法人日本薬剤師会「処方せん受取率の推計「全保険（社保+国保+後期高齢者）」」

3 訪問看護ステーション

令和 3 年 10 月 1 日現在の秋田県の訪問看護ステーション数は、75 事業所で、直近 4 年間で約 1.17 倍と増加しています。人口 10 万対の事業所数は 7.9 事業所で、全国平均を下回っています。

表 4 訪問看護ステーション数の推移

(単位：事業所)

区 分		平成 29 年	平成 30 年	令和元年	令和 2 年	令和 3 年
訪問看護 ステーション数	秋田県	64 (6.4)	60 (6.1)	68 (7.0)	69 (7.2)	75 (7.9)
	全 国	10,305 (8.1)	10,884 (8.6)	11,580 (9.2)	12,393 (9.8)	13,554 (10.8)

出典：厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」

※（ ）内は人口 10 万対で、県医務薬事課で算出（人口については、令和 2 年は総務省統計局「国勢調査」、他の年次は総務省「人口推計」）

第3章 医療圏と基準病床数

第1節 医療圏の設定

1 設定の趣旨

医療サービスには、日常的な疾病等の治療、診断等の県民にとって身近で頻度の高いものから、高度で専門的かつ特殊な医療まで様々なサービスがあります。県民がいつでもどこでも良質なサービスを受けられるよう、限られた医療資源を効率的かつ適正に配置するとともに、関係機関相互が連携を図っていく必要があります。

本計画では、県民のニーズに応えた医療提供体制の体系化や医療・保健・福祉の連携を図るための地域的単位として、次のとおり設定します。

また、がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患の5疾病、救急医療、災害医療、新興感染症発生・まん延時における医療、へき地医療、周産期医療、小児救急を含む小児医療の6事業及び在宅医療については、それぞれの疾病・事業等ごとに圏域を設定し、医療連携体制を構築することとします。

表1 各医療圏の機能及び地域

区 分	区 域	単位地域
一次医療圏	住民の健康管理、予防、日常的な疾病や外傷等に対処して、日常生活に密着した医療・保健・福祉サービスを提供する地域。	各市町村
二次医療圏 (医療法第30条の4第2項第12号)	都市と周辺地域を一体とした広域的な日常の生活圏で特殊な医療※を除いた入院治療や包括的な医療サービスが行われる地域で、病院及び診療所の一般病床及び療養病床の整備を図る地域的単位。	3つの二次医療圏 (表2、図1)
三次医療圏 (医療法第30条の4第2項第13号)	二次医療圏で対応することが困難で特殊な医療サービスが行われる広域的な区域。	県全域

※特殊な医療 「医療法施行規則第30条の28の5」

特殊な診断又は治療を必要とする医療であって、次のいずれかに該当するもの

- ①先進的な技術を必要とするもの
- ②特殊な医療機器の使用を必要とするもの
- ③発生頻度が低い疾病に関するもの
- ④救急医療であって特に専門性の高いもの

2 二次医療圏の設定

医療法第30条の4第2項第12号に基づく二次医療圏については、国の医療計画策定方針において、一定の見直しの要件※の下、入院に係る医療を提供する一体の圏域として成り立っていない場合は、その見直しを検討することとされました。

秋田県においては、前回と同様、北秋田、大仙・仙北、湯沢・雄勝の3つの二次医療圏が見直しの対象に該当しました。

二次医療圏の設定に当たり、次の点を考慮し、患者の受療動向や医療提供状況の現状分析を行い、市町村や関係する団体の意見等を踏まえて検討を行いました。

◎ 設定に当たり考慮した点 ◎

- 1 国の見直し基準をクリアすること。
- 2 将来の人口減少を考慮すること。
- 3 秋田市への一局集中を避け、地域バランスのとれた医療提供体制が整備されること。

検討の結果、次の理由により、3つの二次医療圏を設定することとしました。

◎ 二次医療圏の設定理由 ◎ （3つの二次医療圏とする理由）

- 1 いずれの二次医療圏でも国の見直し基準をクリアしている。
- 2 今後の人口減少を見越し、長期的視野に立った医療提供体制を整備できる。
（特段の事情がない限り、次回設定での見直しは不要）
- 3 疾病・事業ごとの課題を考えるに当たり、役割分担や連携の選択肢が広がる。
- 4 県北・県央・県南とバランスのとれた医療提供体制の整備が可能である。
（各地区に地域救命救急センター等が整備されている）

※二次医療圏の見直しの要件

人口規模が20万人未満の二次医療圏で、流入患者割合が20%未満、流出患者割合が20%以上である場合。

なお、3つの二次医療圏とすることによる期待される効果と課題は次のとおりです。

◎ 期待される効果 ◎

- 1 各医療圏で、一般の入院に係る医療が完結
- 2 各医療圏において、緊急PCIやハイリスク分娩などの専門的な医療に対応できる体制を確保
- 3 より広域的な枠の中で、在宅医療など地域包括ケアシステムを支える病院と緊急手術や救急搬送に確実に対応する主に急性期医療を担う病院との役割分担と連携により医療を効率的に提供できる体制を確保
- 4 症例の分散が回避され、医師等の技術向上の環境が整備

◎ 課 題 ◎

より広域的な連携をするため、医療のデジタル化による対応等が必要

表2 二次医療圏の区域、人口・面積

	圏域名	区 域	人口(人)	面積(km ²)
	旧圏域名			
県北	大館・鹿角	大館市、鹿角市、小坂町	210,061	4,423.13
	北秋田	北秋田市、上小阿仁村		
	能代・山本	能代市、藤里町、三種町、八峰町		
県央	秋田周辺	◎秋田市、男鹿市、潟上市、五城目町、八郎潟町、井川町、大潟村	484,386	3,145.58
	由利本荘・にかほ	由利本荘市、にかほ市		
県南	大仙・仙北	大仙市、仙北市、美郷町	265,055	4,046.86
	横手	横手市		
	湯沢・雄勝	湯沢市、羽後町、東成瀬村		

出典：人口は国勢調査（令和2年）、面積は国土地理院（令和5年10月1日）

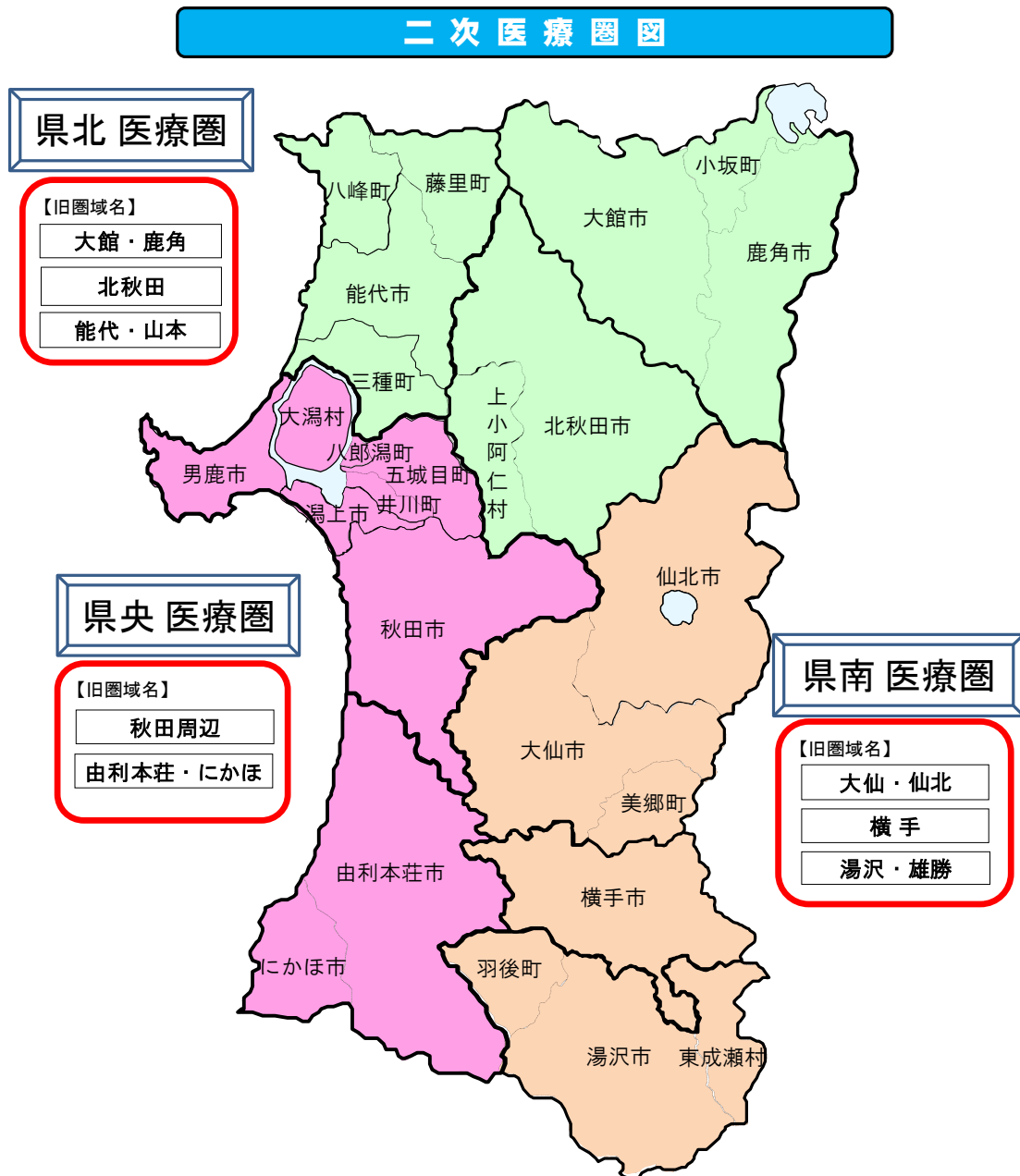
◎：中核市

3 医療の需給状況の改善

本計画に基づき、各二次医療圏において医療提供体制の充実・強化を図っていくとともに、二次医療圏での対応が難しい比較的高度な医療については、個別の疾病ごとに医療連携体制の構築を行います。

なお、地域医療構想において推計された令和7（2025）年の医療需要に基づく病床数の必要量は、令和4年7月時点の許可病床数（病床機能報告）に比べ、1,500床程度少ない病床数となっています。このため継続的な入院需要の減少局面において、今後の人口減少を見越し、長期的視野に立ち見直した新たな二次医療圏の枠組みにおいて本県の将来目指すべき医療提供体制の姿について、引き続き検討を行っていきます。

図 1



第 2 節 基準病床数

基準病床数は、医療法第 30 条の 4 第 2 項第 14 号の規定に基づき定めるものです。

医療法施行規則第 30 条の 30 の規定により、療養病床及び一般病床の総数は二次医療圏ごとに、精神病床、結核病床及び感染症病床は、県全域において、次のとおり定めます。

また、医療法施行規則第 30 条の 33 の規定に基づく所要の調整を行った後の令和 5 年 6 月 1 日現在の既存病床数は次のとおりです。

表 1 基準病床数と既存病床数

病床種別	圏 域	基準病床数	既存病床数
療 養 病 床 及 び 一 般 病 床	県 北	2,133	2,430
	県 央	5,286	5,716
	県 南	2,867	2,490
	計	10,286	10,636
精 神 病 床	県 全 域	2,969	3,828
結 核 病 床	県 全 域	26	36
感 染 症 病 床	県 全 域	36	36

なお、既存病床数が基準病床数を上回る医療圏においては病床の新設又は増床が制限されますが、今ある病床を基準病床数まで減らすものではありません。

令和 7 年までとなっている地域医療構想を引き続き推進しつつ、今後の人口減少を見越し見直しを行った新たな二次医療圏の枠組みの中での将来の病床数の必要量を設定し、新たな地域医療構想を推進していく必要があります。

第1章 いつでもどこでも受けられる医療体制づくり

第1節 地域医療提供体制の充実

1 医療提供施設の整備

(1) 地域の中核的な病院の整備

○ 現 状 と 課 題 ○

◇ これまでの二次医療圏では、地域の中核的な病院などが入院医療や専門性の高い外来医療を担っています。

かかりつけ医等から必要に応じて紹介される患者に対して、必要な医療がこれまでの二次医療圏で提供できるよう、医療機関相互の機能連携など、地域の実情に応じた医療提供体制の確立が求められています。

◇ これまでの二次医療圏で、良質かつ適正な医療を提供するためには、自治体病院や厚生連病院などの公的な医療機関をはじめとして、地域の中核的な病院における必要な医療を担うための整備充実を図る必要があります。

◇ 一方で、医療の高度化や患者の受療意識の変化により、これまでの二次医療圏内で整備が困難な医療機能もあったため、今計画期間からの広域化された二次医療圏の枠組みの中で、将来の人口減少を見据えた広域的な連携が必要となっています。

表1 二次医療圏ごとの医療機関数

区 分	県北				県央			県南			
		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
病 院	17	9	2	6	33	26	7	15	8	4	3
診 療 所	168	67	32	69	588	344	76	229	105	80	44

出典：厚生労働省「医療施設調査」（令和4年）

○ 目 指 す べ き 方 向 ○

◆ 地域医療の中核となる公立病院や公的病院などの医療機関へ引き続き支援を行い、質の高い医療を身近で受けられるよう医療提供体制を整備します。

◆ 地域医療構想の実現に向けて、地域医療の中核となる病院の役割を明確化し、地域における病床機能の分化・連携を進めます。

○ 主 要 な 施 策 ○

- ◆ 医療提供体制施設整備事業等により、医療機関の施設整備を支援します。
- ◆ 公的医療機関等設備整備資金貸付事業等により、医療機関の設備整備を支援します。
- ◆ 地域医療構想調整会議における協議や地域医療介護総合確保基金の活用により、地域医療の中核となる病院の役割を明確化し、病床機能の分化・連携を進めます。

(2) 医療機能を考慮した医療提供施設の整備

① 三次医療圏の医療提供体制

○ 現 状 と 課 題 ○

- ◇ 二次医療圏で対応することが困難で特殊な医療※需要については、全県域を三次医療圏とした整備を図り、特殊な医療機器の整備や専門医療スタッフなどの充実が必要となっています。

【三次医療に対応した病院】

秋田大学医学部附属病院、秋田赤十字病院、秋田県立循環器・脳脊髄センター、秋田県立リハビリテーション・精神医療センター、秋田県立医療療育センター

※ 特殊な医療とは 「医療法施行規則第30条の28の5」

特殊な診断又は治療を必要とする医療であって、次のいずれかに該当するもの

- ①先進的な技術を必要とするもの
- ②特殊な医療機器の使用を必要とするもの
- ③発生頻度が低い疾病に関するもの
- ④救急医療であって特に専門性の高いもの

- ◇ 秋田大学医学部附属病院は、「特定機能病院」として、高度医療に関する研修や症例検討を行うなど、最新の高度医療技術の普及促進を図るため、他の医療機関との医療連携を推進する事業を行っています。

※ 特定機能病院とは

高度医療を提供する能力や高度医療技術の開発及び評価を行う能力を有しているなどの要件により、厚生労働大臣の承認を得た病院。県内では、秋田大学医学部附属病院が承認を受けている。

- ◇ 広大な県土を有する本県においては、救命救急センター、周産期母子医療センター、地域療育医療拠点施設など、広域的に整備する必要がある医療機能を、県北、県央、県南に整備しています。

※ 広域的に必要とされる医療機能とは

医療機能	概 要
救命救急センター	脳卒中、心筋梗塞、全身外傷、中毒などの重症及び複数の診療科領域にわたる重篤救急患者の医療を確保するための高度な診療機能を有し、24時間診療体制を備える。
周産期母子医療センター	母体または児におけるリスクの高い妊娠に対する医療及び比較的高度な周産期医療を提供する。原則、新生児の一貫した管理を行う集中治療室を備える。
地域療育医療拠点施設	家庭や地域における障害のある子どもの生活を支援するため、専門のスタッフを配置し、障害のある子どもの療育に係る診察・訓練・歯科診療などを提供する。

表 1 主な施設機能の状況（医療機関数）

区 分		県 北	県 央	県 南
特 定 機 能 病 院		—	1	—
救 命 救 急 セ ン タ ー		—	2	—
周 産 期 母 子 医 療 セ ン タ ー		1	2	1
地 域 療 育 医 療 拠 点 施 設	診 察 ・ 訓 練	1	1	1
	歯 科 診 療	1	2	1

出典：県医務薬事課調べ

- ◇ 秋田大学においては、脳・循環器疾患、認知症などを抱える高齢者を地域で支える仕組みづくりを推進するため、高齢者医療先端研究センターが平成 30 年 1 月に設置されています。
- ◇ 秋田県立循環器・脳脊髄センターでは、新たに「脳心血管疾患病診療棟」を整備しました。

○ 目 指 す べ き 方 向 ○

- ◆ 県民が高度で専門的な医療が受けられるように、県内唯一の特定機能病院である秋田大学医学部附属病院と他の医療機関との連携の強化を図ります。
- ◆ 広大な県土を有する本県の三次医療機能に係る地域間格差の是正に向けた取組を進めます。
- ◆ 秋田大学等と連携し、高齢者に特有の疾患に関する研究を推進するなど、高齢化が進む本県のニーズに対応した医療提供体制の整備を図ります。

○ 主 要 な 施 策 ○

- ◆ 医療提供体制推進事業の実施により、広域的に必要とされる三次医療機能の整備を促進します。
- ◆ 秋田大学における高齢者医療先端研究センターの運営を支援し、高齢者に特有の疾患等の予防・治療の研究を推進します。
- ◆ 秋田県立循環器・脳脊髄センターでは、脳・循環器疾患の包括的な医療提供体制の構築に向けた取組を行います。

② 地域医療支援病院の整備

○ 現 状 と 課 題 ○

- ◇ 医療機関相互の機能連携と機能分担が進められるよう、診療所等から紹介される患者に対する医療提供、医療機器の共同利用などを通じて、かかりつけ医を支援する「地域医療支援病院※」として、県内では、2病院が設置されています。

表2 秋田県の地域医療支援病院

二次医療圏（旧圏域）	病院名
県 北（能代・山本）	能代山本医師会病院
県 央（秋田周辺）	秋田赤十字病院

※地域医療支援病院とは、

次の要件に該当し、都道府県知事の承認を得た病院

【承認の主な要件】

- ①紹介患者に対する医療提供：「紹介率が80%以上」又は「紹介率が65%以上かつ逆紹介率が40%以上」又は「紹介率が50%以上かつ逆紹介率が70%以上」
- ②共同利用の実施：病院の施設・設備が地域の医師・歯科医師の利用のために開放されていること、共同利用のための専用病床が確保されていること。
- ③救急医療の提供：24時間体制で入院治療を必要とする重症救急患者の受入れに対応。救急自動車による搬送患者数が、救急医療圏域人口当たりの一定の数を満たす、又は1,000以上を満たすこと。
- ④地域の医療従事者に対する研修の実施：必要な図書等を整備し、医学・医療に関する講習会等を定期的に行う体制が整備されており、年間12回以上の研修を主催。
- ⑤病床規模：原則200床以上

- ◇ 地域医療支援病院について、全ての旧二次医療圏での整備は進んでいませんが、地域医療支援病院以外の病院においても、医療機器の共同利用や共同診療病床（開放型病床）のほか、地域連携窓口の設置、地域の医療従事者への研修の実施が行われており、今後も機能連携の推進を図る必要があります。

○ 目 指 す べ き 方 向 ○

- ◆ 医療機関相互の機能連携を推進するため、共同利用に係る施設・設備などの整備を促進します。

○ 主 要 な 施 策 ○

- ◆ 医療提供体制推進事業等の実施を通じて、医療機関の施設・設備整備を支援します。

2 医療に関する情報化

○ 現 状 と 課 題 ○

- ◇ 質の高い医療提供体制と地域包括ケアシステムの構築のためには、医療・介護サービス利用者も含めた関係者間で適時適切な情報共有が不可欠であり、情報通信技術（ＩＣＴ）の活用は情報共有に有効な手段とされています。
- ◇ 本県は広大な面積に医師不足や診療科の偏在があり、このような地域間の医療格差がある中、医療の均てん化と医療機関の役割分担を図るためには、ＩＣＴを活用した地域医療ネットワークを構築していくほか、遠隔画像診断などの体制整備を進めていく必要があります。
- ◇ 本県では、地域医療情報ネットワークとして、県と県医師会が共同で構築した「秋田県医療連携ネットワークシステム（あきたハートフルネット）」が平成 26 年度から県医師会を主体に運用されています。令和 5 年 11 月現在、70 医療機関が加入していますが、加入機関の更なる増加を図る必要があります。
- ◇ また、県医師会等と連携しながら、在宅医療に携わる多職種間の情報共有の促進に向け、平成 27 年度より「在宅医療・介護ＩＣＴ連携システム（ナラティブブック秋田）」の普及を進めているほか、令和 3 年度からは、医療的資源の乏しい地域においても持続可能なオンライン診療のモデル構築を目指し、3 か年の予定で実証事業を行っています。

○ 目 指 す べ き 方 向 ○

- ◆ 患者の負担軽減と医療の効率化に向けたＩＣＴの活用による地域医療ネットワークの拡大
- ◆ 地域包括ケアシステムの構築に向けた情報システムの活用による多職種連携の推進
- ◆ 県内の医療サービスの均てん化に向けたＩＣＴを活用した遠隔画像診断等による診療支援体制の整備

○ 主 要 な 施 策 ○

- ◆ 患者の診療情報の共有や医療機関同士の連携を促進するため、「秋田県医療連携ネットワークシステム（あきたハートフルネット）」への参画を進めます。
- ◆ 「在宅医療・介護 ICT 連携システム（ナラティブブック秋田）」の普及を支援し、オンライン診療を推進するほか、在宅医療に携わる多職種との連携を促進します。
- ◆ 急性期脳卒中診療における機能分化・連携のための遠隔画像連携システムなど、遠隔画像診断による診療支援体制の整備を進めます。

3 医療安全対策

○ 現 状 と 課 題 ○

- ◇ 医療機関は、医療の安全を確保するための措置を講じなければならないことが医療法に規定されており、指針の策定や従業者に対する研修の実施等、医療安全の確保に取り組んでいます。
- ◇ 県内の 64 病院全てが医療安全管理委員会を設置し、医療安全確保のための業務改善等を継続的に行っており、診療所においても主に医師又は歯科医師が医療に係る安全管理を行う者としての役割を担い、医療安全の管理体制の充実に努めています。
- ◇ 医療安全に関わる事項のうち、院内感染対策及び医薬品・医療機器の安全使用については、研修の実施の他、感染症の発生状況を報告する体制の整備、病院及び有床診療所における院内感染対策委員会の開催、医薬品の安全使用のための業務手順書の作成、医療機器の保守点検に関する計画の策定及び保守点検の適切な実施等、安全性の確保を目的とした具体的な対策が求められています。
- ◇ 県は、医療に対する県民の信頼を確保することを目的に医療安全支援センターを設置し、患者又はその家族からの医療に関する相談・苦情への対応、医療提供施設に対する助言、情報提供及び研修等を実施することにより、患者等と医療提供施設との信頼関係の構築を支援しています。

○ 目 指 す べ き 方 向 ○

- ◆ 医療機関において、医療の安全を確保するための対策が確実に実施されるよう、医療安全管理体制の整備を推進します。
- ◆ 医療安全支援センターの機能を充実させ、県民及び医療提供施設への助言又は情報提供を適切に行うことにより、関係者間の信頼関係を構築します。

○ 主 要 な 施 策 ○

- ◆ 病院における院内感染対策、医薬品の安全管理、高度な医療機器の保守点検の実施状況の他、ＣＴ又はＭＲＩを有する診療所の当該機器の保守点検を含む医療安全の取組状況等、医療安全の管理状況を定期的に把握し、必要に応じ助言又は指導等を行います。
- ◆ 医療安全支援センターの目的や活動内容等を周知し、関係機関との連携・協力により相談対応体制を充実させるとともに、相談員の資質の向上に努め、センターの機能強化を図ります。

第2節 5 疾病・6 事業及び在宅医療の医療体制

1 がん

○ 現 状 と 課 題 ○

(1) 現状

全国がん登録によると、令和元年にがんと診断された人は 11,099 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。男女別にみると、男性は大腸がん、胃がん、前立腺がん、肺がんの順に、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 がんの罹患者数

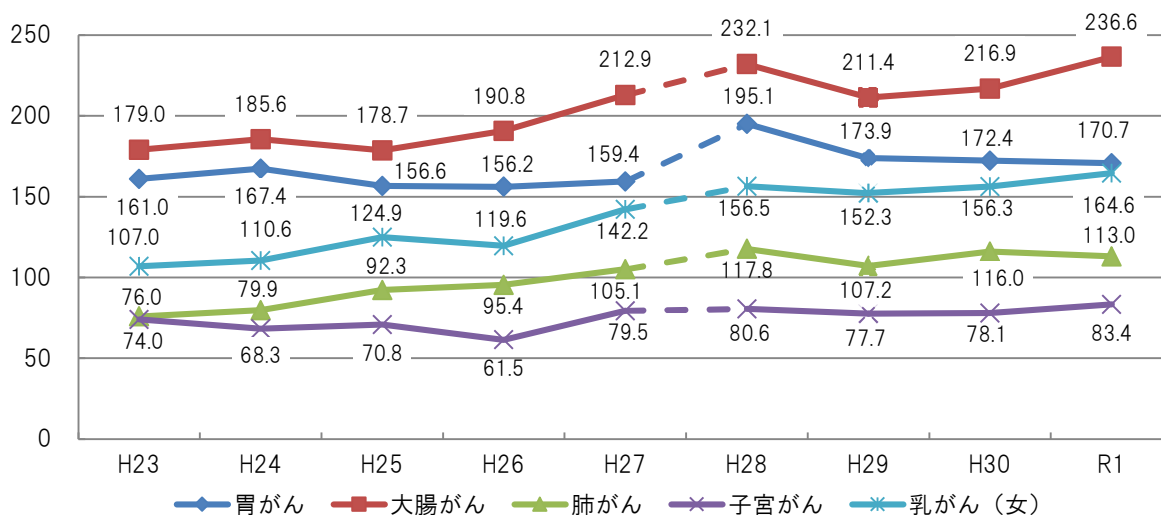
(単位：人)

男 性			女 性			男女合計		
1	大腸	1,299	1	大腸	987	1	大腸	2,286
2	胃	1,104	2	乳房	843	2	胃	1,649
3	前立腺	787	3	胃	545	3	肺	1,092
4	肺	685	4	子宮	427	4	乳房	854
5	膀胱	343	5	肺	407	5	前立腺	787
6	食道	280	6	膵臓	241	6	膵臓	467
7	膵臓	226	7	皮膚	171	7	子宮	427
全部位計		6,241	全部位計		4,858	全部位計		11,099

出典：厚生労働省「全国がん登録 罹患者数・率報告」（令和元年）

人口 10 万人当たりの罹患者率は、全ての部位で増加傾向にあります。

図1 年次別・部位別がん罹患率（人口10万人対）



出典：秋田県地域がん登録（H23～H27）、全国がん登録（H28～R1）

令和4年においては、がんが原因で4,260人が死亡しており、部位別にみると、胃がん、大腸がん、気管及び肺がんなどの死亡者が上位を占めています。また、年齢階層でみると、高齢になるほど死亡者は多く、70歳以上が8割以上を占めております。

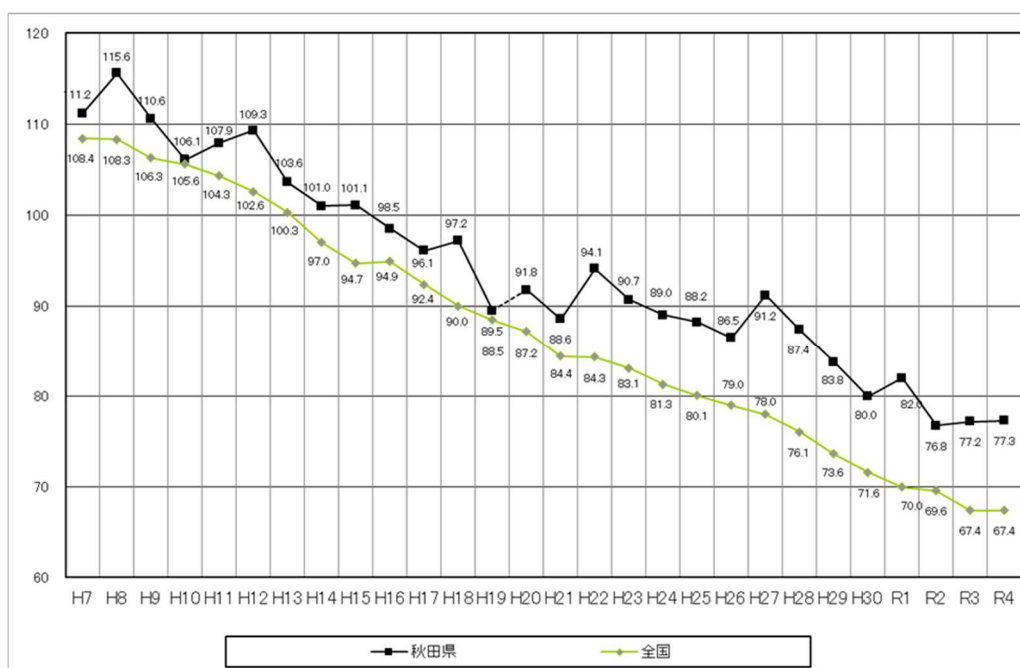
表2 年齢・部位別の死亡者数

年齢 部位	0～19 歳	20～29 歳	30～39 歳	40～49 歳	50～59 歳	60～69 歳	70～79 歳	80～ 歳	合計 (人)	割合 (%)
胃	0	1	3	3	22	70	153	336	588	13.8
大腸	1	10	3	12	35	76	166	358	652	15.3
肝	0	0	0	1	5	29	59	97	191	4.5
胆のう	0	0	0	0	3	13	61	204	281	6.6
膵臓	0	0	1	6	17	53	117	213	407	9.6
気管及び肺	0	0	0	3	18	89	273	376	759	17.8
子宮	0	0	0	5	9	9	16	18	57	1.3
食道	0	0	0	1	4	16	44	57	122	2.9
乳房	0	0	1	11	16	23	30	43	124	2.9
前立腺	0	0	0	0	0	7	33	96	136	3.2
白血病	2	0	0	4	4	19	28	56	113	2.7
その他	2	4	4	17	36	87	193	487	830	19.5
合計	5	6	12	63	169	491	1,173	2,341	4,260	100.0
割合%	0.1	0.1	0.3	1.5	4.0	11.5	27.5	55.0	100	

出典：厚生労働省「人口動態統計」（令和4年）

75歳未満年齢調整死亡率（人口10万対）は全国値より高い値で推移しており、令和4年は77.3と全国で3番目に高い値となっています。

図2 75歳未満年齢調整死亡率（人口10万対）

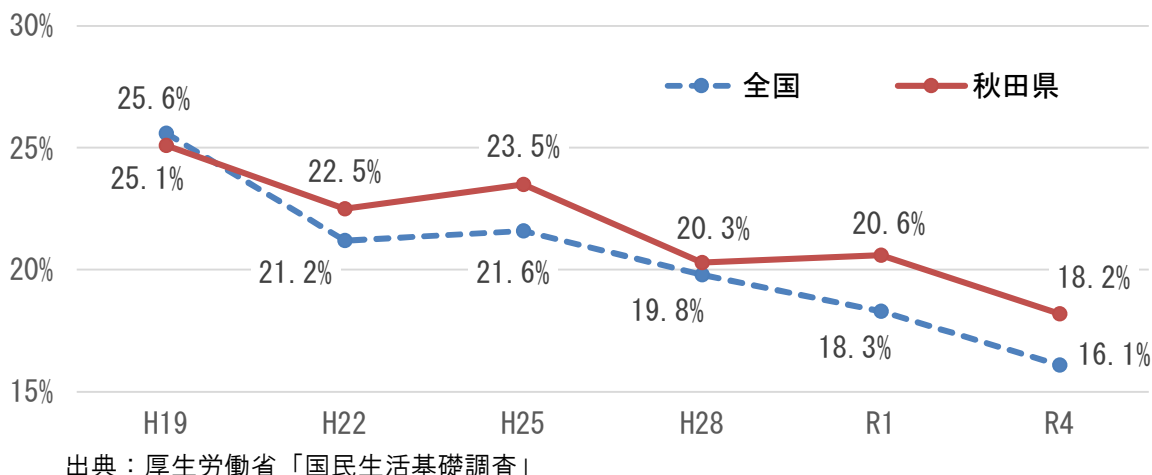


出典：国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」

① がんの一次予防

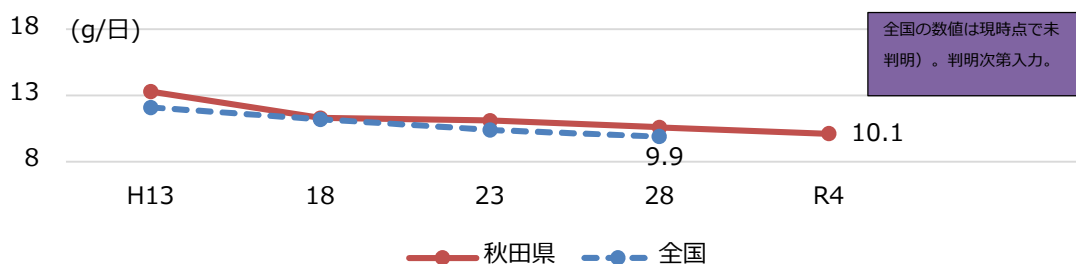
- ◇ 喫煙は肺がんをはじめとする様々ながんの原因になります。令和4年の国民生活基礎調査による本県の20歳以上の喫煙率は18.2%で、全国平均よりも高くなっています。なお、令和3年度に県が行った調査では、たばこを習慣的に吸っている20歳以上の人の割合は15.6%となっており、このうちたばこをやめたいと思っている人は35.2%となっています。

図3 喫煙率



- ◇ 胃がんのリスク因子とされている食塩の摂取については、令和4年度の20歳以上の1日あたりの食塩摂取量は10.1グラムと、全国平均と比較して高い状況になっています。

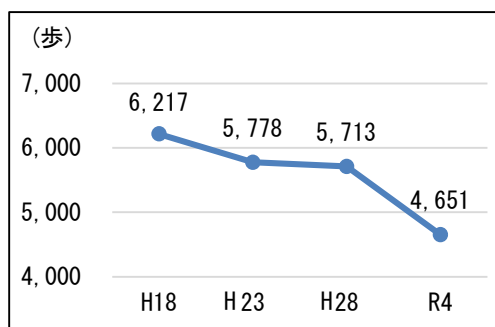
図4 食塩摂取量（20歳以上）



- ◇ 多量飲酒は、食道がん、大腸がん、乳がんなどの原因とも言われていますが、生活習慣病のリスクを高めるとされている「1日平均日本酒換算で男性2合以上、女性1合以上」の飲酒をしている人の割合は、令和3年度に県が行った調査では男性19.2%、女性9.5%と全国より高くなっています。

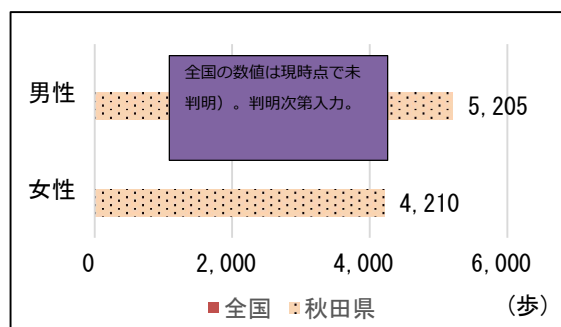
- ◇ 日常生活で適度な運動を行うことは、大腸がんなどのリスクを下げると言われていますが、20歳以上の県民の日常生活における歩数は減少傾向にあります。

図5 日常生活における歩数の推移



出典：秋田県「県民健康・栄養調査」

図6 日常生活における歩数の平均値



出典：厚生労働省「国民健康・栄養調査」
秋田県「県民健康・栄養調査」

② がんの2次予防（がん検診）

本県の令和4年のがん検診受診率は、国民生活基礎調査によると、胃・肺・乳・子宮頸で令和元年に比べて減少しています。また、全国平均と比較すると乳がんが低くなっています。

表3 がん検診受診率の状況（再掲）

		胃がん	肺がん	大腸がん	乳がん	子宮頸がん
令和4年	秋田県	52.3%	55.4%	50.3%	46.3%	45.9%
	全国	48.4%	49.7%	45.9%	47.4%	43.6%
令和元年	秋田県	55.8%	57.2%	48.8%	48.4%	46.3%
	全国	49.5%	49.4%	44.2%	47.4%	43.7%

出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」

③ がん医療

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2病院、地域がん診療病院として7病院が国の指定を受けているほか、秋田県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、これら12のがん診療連携拠点病院等（以下「拠点病院等」という。）を中心にがん医療に取り組んでいます。

表4 拠点病院等の指定状況

（令和5年4月1日現在）

医療機関名	がん医療圏	所在地	区分	類型
秋田大学医学部附属病院		秋田市	国指定	都道府県がん診療連携拠点病院
大館市立総合病院	大館・鹿角	大館市	国指定	地域がん診療病院
北秋田市民病院	北秋田	北秋田市	国指定	地域がん診療病院
能代厚生医療センター	能代・山本	能代市	国指定	地域がん診療病院
秋田厚生医療センター	秋田周辺	秋田市	国指定	地域がん診療連携拠点病院（特例型）
秋田赤十字病院	秋田周辺	秋田市	国指定	地域がん診療連携拠点病院
由利組合総合病院	由利本荘・にかほ	由利本荘市	国指定	地域がん診療病院（特例型）
大曲厚生医療センター	大仙・仙北	大仙市	国指定	地域がん診療病院
平鹿総合病院	横手	横手市	国指定	地域がん診療病院（特例型）
雄勝中央病院	湯沢・雄勝	湯沢市	国指定	地域がん診療病院
市立秋田総合病院	秋田周辺	秋田市	県指定	秋田県がん診療連携推進病院
中通総合病院	秋田周辺	秋田市	県指定	秋田県がん診療連携推進病院

図7 拠点病院等の整備状況（令和5年4月1日現在）

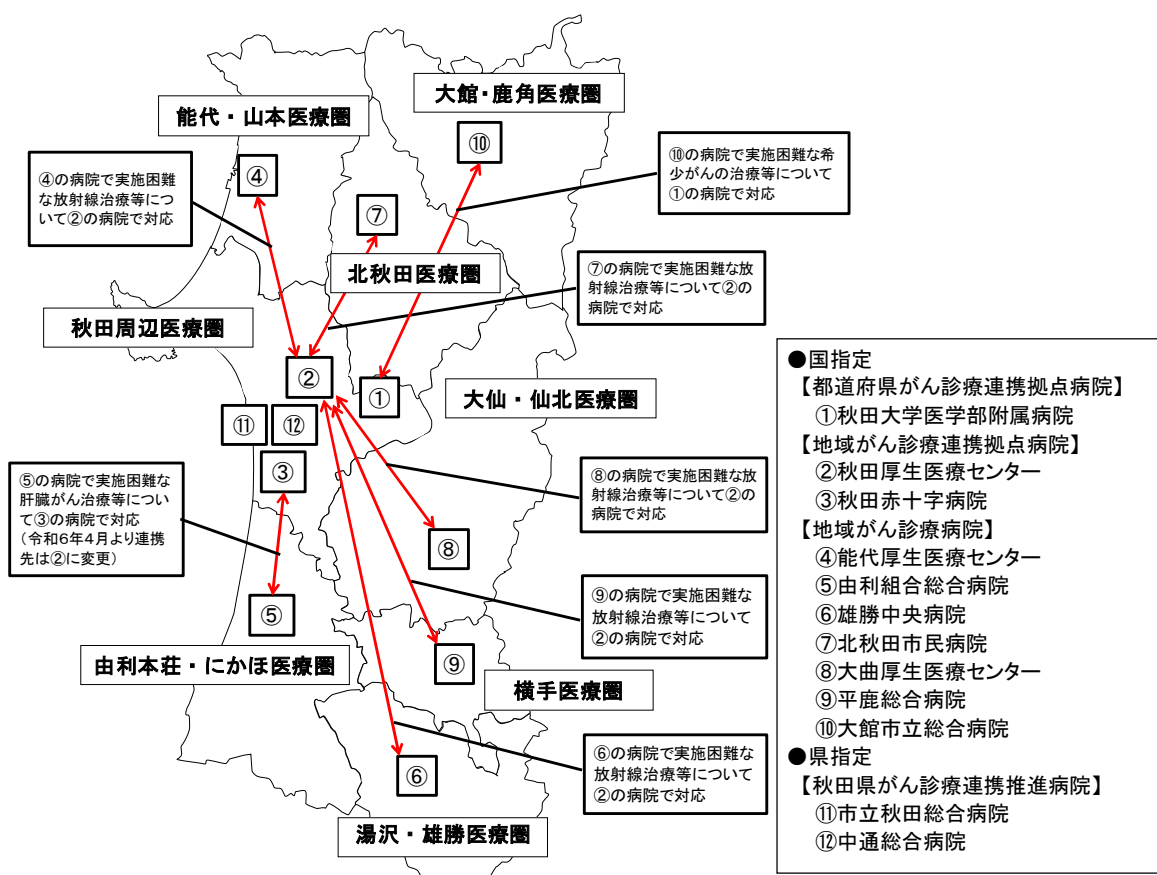


表5 がん患者数等の状況（令和4年）

（単位：人）

医療機関名	年間入院 がん患者延べ数	年間新入院患者数に 占めるがん患者の割合	年間外来 がん患者延べ数	年間院内死亡 がん患者数
秋田大学医学部附属病院	3,856	30.2%	64,793	120
大館市立総合病院	1,574	23.8%	19,516	164
北秋田市民病院	246	8.6%	3,302	112
能代厚生医療センター	1,692	25.8%	31,520	177
秋田厚生医療センター	2,778	31.7%	60,490	192
秋田赤十字病院	3,882	41.3%	44,312	181
由利組合総合病院	1,576	20.6%	6,389	488
大曲厚生医療センター	2,812	30.1%	63,312	334
平鹿総合病院	1,582	18.9%	37,031	154
雄勝中央病院	318	10.3%	6,894	79
市立秋田総合病院	1,806	24.5%	33,291	214
中通総合病院	745	10.3%	34,096	106

出典：（国指定）厚生労働省「がん診療連携拠点病院等新規指定推薦書・指定更新推進書・現況報告」（令和5年度）

（県指定）県健康づくり推進課調べ

表6 手術等の実績（令和4年）

（単位：件）

医療機関名	大腸がん			肺がん		胃がん				乳がん				
	開腹手術	腹腔鏡下手術	内視鏡手術	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	内視鏡粘膜剥離術	手術	乳癌冷凍凝固摘出術	乳癌腫瘍摘出術（生検）	乳癌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	2	24	89	11	106	2	24	10	87	107	0	9	17	0
大館市立総合病院	53	17	11	6	35	20	10	0	28	40	0	2	0	0
北秋田市民病院	15	15	11	0	0	5	9	4	5	5	0	0	0	0
能代厚生医療センター	0	53	43	0	68	11	15	0	44	15	0	3	0	0
秋田厚生医療センター	19	74	121	2	38	31	20	19	45	44	0	1	16	0
秋田赤十字病院	60	72	521	1	72	39	23	1	67	158	0	31	22	0
由利組合総合病院	37	4	42	1	24	21	0	0	24	13	0	2	0	0
大曲厚生医療センター	17	48	64	0	67	20	22	1	37	25	0	0	0	0
平鹿総合病院	25	34	13	0	34	29	9	0	39	109	0	0	0	0
雄勝中央病院	8	10	8	0	10	7	0	0	0	0	0	0	0	0
市立秋田総合病院	26	28	49	0	0	20	16	0	41	99	0	3	4	0
中通総合病院	5	42	200	0	2	7	10	0	19	30	0	2	0	0

医療機関名	前立腺がん		肝臓がん				胆のうがん		胆管がん	膵がん		悪性 腫瘍の 手術 手 総 数
	開腹 手術	腹腔 鏡下 手術	開腹 手術	腹腔 鏡下 手術	マイクロ波凝固 法	ラジオ波 焼 灼 法	開腹 手術	腹腔 鏡下 手術	開腹 手術	開腹 手術	腹腔 鏡下 手術	
秋田大学医学部附属病院	0	61	17	2	0	38	3	0	3	27	2	1,363
大館市立総合病院	0	0	1	0	0	0	1	0	0	3	0	378
北秋田市民病院	0	0	1	0	0	1	1	0	0	3	0	85
能代厚生医療センター	1	0	1	4	0	6	0	0	0	3	0	212
秋田厚生医療センター	0	0	7	4	0	28	1	0	5	9	1	642
秋田赤十字病院	0	0	12	0	0	4	4	0	1	13	0	740
由利組合総合病院	9	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	406
大曲厚生医療センター	1	0	12	0	0	4	2	0	1	5	0	525
平鹿総合病院	5	0	9	0	0	3	0	0	2	9	0	546
雄勝中央病院	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	127
市立秋田総合病院	4	3	16	4	0	10	1	0	11	18	1	515
中通総合病院	1	0	10	0	0	0	0	0	1	11	0	230

出典：（国指定）厚生労働省「がん診療連携拠点病院等新規指定推薦書・指定更新推進書・現況報告」（令和5年度）
（県指定）県健康づくり推進課調べ

表7 放射線治療・薬物療法の実績（令和4年）（単位：人）

	延べ患者数	
	放射線治療	薬物療法
秋田大学医学部附属病院	719	13,754
大館市立総合病院	170	4,582
北秋田市民病院	0	1,465
能代厚生医療センター	88	756
秋田厚生医療センター	243	1,540
秋田赤十字病院	216	2,367
由利組合総合病院	109	600
大曲厚生医療センター	220	1,042
平鹿総合病院	236	3,613
雄勝中央病院	0	675
市立秋田総合病院	51	812
中通総合病院	100	406

※ 放射線治療とは医科点数表第2章第12部の放射線治療に含まれるものとする。ただし、血液照射は除く。

なお、患者数については複数部位照射する場合でも、一連の治療計画であれば1人として計上する。

※ がんに係る薬物療法とは経口または静注による全身投与を対象とする。ただし内分泌療法単独の場合は含めない。

なお、患者数については1レジメンあたりを1人として計上する。

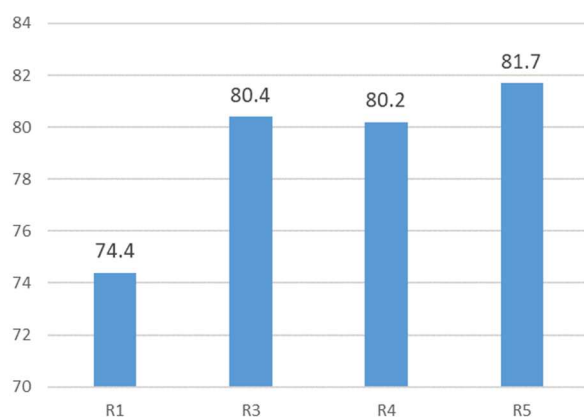
出典：(国指定)厚生労働省「がん診療連携拠点病院等 新規指定推薦書・指定更新推薦書・現況報告」(令和5年度)
(県指定)県健康づくり推進課調べ

④ 緩和ケア

緩和ケア病棟(令和5年10月1日時点)については、秋田市に2病院(34床、15床)及び大仙市に1病院(13床)が整備されています。緩和ケア病棟の整備されていない地域においても、がん患者が適切な緩和ケアを受けられる体制の整備が必要です。

拠点病院等では、国の緩和ケア研修を実施しており、令和5年9月1日時点の対象の医師・歯科医師の受講率は81.7%となっています。

図8 拠点病院等が実施する緩和ケア研修会の受講率



※令和2年は新型コロナウイルス感染症の影響により調査実施なし。

出典：県健康づくり推進課調べ(各年9月1日時点)

(2) 課題

① がんの1次予防

- ◇ がんのリスク因子としては、喫煙（受動喫煙を含みます。）、肥満・やせ、野菜・果物不足、食塩やアルコールの過剰摂取、運動不足等があり、このような日頃の生活習慣の見直しが重要です。

② がんの2次予防（がん検診）

- ◇ がん検診の受診促進のためには、がん検診に対する正しい知識の理解と効果的な受診勧奨など受診対象者のニーズに応じた受診しやすい環境整備などの取組が求められています。

③ がん医療

- ◇ がん患者等がその居住する地域に関わらず、等しくがんの状態に応じた医療やセカンドオピニオンに関する情報提供を含めた支援等を受けることができるよう、適切ながん医療提供体制の確保が求められます。
- ◇ がんゲノム医療の推進に向けては、有効性などに関する普及啓発や、がんゲノム医療を必要とする患者が、適切なタイミングでがん遺伝子パネル検査等及びその結果を踏まえた治療を受けられる体制の整備が求められます。
- ◇ 妊よう性温存療法及び温存後生殖補助医療は、高額な自費診療ががん患者等にとって大きな経済的負担となっています。
- ◇ 希少がん及び難治性がんについては、がん対策基本法に「罹患している者の少ないがん及び治癒が特に困難であるがんに係る研究の促進について必要な配慮がなされるものとする」と明記されるなど、それらのがんに対する対策が求められています。

④ がんとの共生

- ◇ スマートフォン等の普及により、がんに関する情報をインターネットから簡単に入手できるようになりましたが、中には科学的根拠に基づかない情報も含まれています。また、インターネットを利用できる人とできない人との間に情報格差が生じるなどの課題が指摘されています。
- ◇ がん患者がどこにいても安心して生活できるようにするためには、拠点病院等と地域の病院、訪問診療を行う診療所や訪問看護ステーション等が連携して、相談支援や緩和ケアを推進し、患者やその家族等を支援することが求められます。
- ◇ 医療技術の進歩等に伴い、仕事をしながらがん治療を受けられる状況になってきたことから、がんになっても働き続けられる環境の整備が必要です。

- ◇ 小児・A Y A世代は、がん患者一人ひとりの社会的状況や精神心理的状況が様々であることから、個々の状況に応じた多様な支援が求められます。

○ 目指すべき方向 ○

（１）科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

がんを予防する方法を普及啓発するとともに、全国がん登録や院内がん登録の解析などから得られる結果に基づいた施策を実施することにより、がんの罹患者を減少させます。また、県民が受診しやすい検診体制を構築し、がんの早期発見・早期治療につなげます。

（２）患者本位で持続可能ながん医療の提供

拠点病院等を中心としたがん医療の質の向上及びがん医療の均てん化と集約化を図り、効率的かつ持続可能ながん医療を実現します。

（３）がんとともに尊厳を持って安心して暮らせる地域社会の構築

相談支援や情報提供体制の充実、アピアランスケア及び就労支援、経済的負担の軽減等、がん患者とその家族を社会で支える仕組みを構築することで、がん患者がいつでも、どこにいても安心して生活でき、尊厳を持って自分らしく暮らす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

- ◆ 望まない受動喫煙が生じないように、受動喫煙に関する情報を提供するとともに、受動喫煙防止に取り組む企業・団体の周知など、受動喫煙の防止に必要な社会環境の整備に向けた取組を総合的かつ効果的に推進します。また、禁煙を望む喫煙者に対し、相談支援を行うほか、禁煙治療を行う医療機関を周知します。
- ◆ 減塩や野菜・果物摂取に配慮した栄養バランスのとれた食生活の普及に県民運動として取り組むとともに、外食・中食等での健康に配慮した食事の普及啓発を推進します。また、子どもの頃からの望ましい食習慣を身につけるための食育を推進します。
- ◆ 飲酒に伴うリスクに関して、20歳未満の人や妊産婦、働き盛り世代、高齢者等、それぞれに適した多様な広報媒体を活用した啓発を行うとともに、市町村と連携し、特定保健指導等における適正飲酒や減酒についての指導により、アルコール健康障害の発生を予防します。
- ◆ 身体活動・運動に関する正しい知識の効果的な普及に取り組むとともに、アプリ等のICTを活用した運動への意識付けなど、県民の運動習慣の定着を図るための取組を推進します。

(2) がんの2次予防（がん検診）

- ◆ 受診行動を促す働きかけなど、有効性が評価されている受診勧奨事例を参考とし、受診率向上に向けた効率的・効果的な取組を行うとともに、市町村、医療保険者と連携し、受診機会拡大に向け広域的な検診体制の整備や検診を実施する医療機関の拡充など、受診しやすい環境の整備に取り組みます。
- ◆ 保健医療関係団体、事業者、市町村、報道機関やがん患者団体、関係機関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、がん検診の意義や必要性について周知します。
- ◆ 早期発見・早期治療に向けた、定期的ながん検診の受診勧奨に加え、日ごろから自らの健康状態を意識する生活習慣について周知するとともに、自覚症状がある場合は、医療機関を早期に受診するよう啓発します。

(3) がん医療

- ◆ 地域の実情に応じたがん医療の均てん化を推進するとともに、県民が県内のどこにいても等しくそのがんの状態に応じた適切ながん医療や支援等を受けることができるよう、拠点病院等の役割分担や連携に関する議論を進めます。
- ◆ がんゲノム医療に関する県民の理解促進に向けた普及啓発に取り組みます。

- ◆ 将来子どもを授かりたいと望む小児・AYA世代のがん患者等が希望をもってがん治療等に取り組めるよう、妊よう性温存療法や温存後生殖補助医療に対し支援します。
- ◆ 患者やその家族等が希少がん及び難治性がんについて必要な情報が得られるよう、拠点病院等における診療実績や、医療機関間の連携体制等について、患者やその家族等の立場に立った分かりやすい情報提供を行います。
- ◆ 感染症発生・まん延時や災害時等の状況下においても、必要ながん医療が提供できるよう、県及び拠点病院等は診療機能の役割分担や各施設の協力による応援体制の構築等、平時から地域の実情に応じた連携体制の構築に向けた検討を進めます。

(4) がんとの共生

- ◆ 全ての県民が必要な時にがんに関する最新の情報を容易に入手することによって、がんについて正しく理解できるように、受け手の状況に応じた媒体や手法を活用した分かりやすく正確な情報提供に努めます。
- ◆ 在宅緩和ケアに関わる地域の医療・介護・福祉に従事する人に対して、秋田県がん診療連携協議会とともに緩和ケアの重要性を啓発します。
- ◆ がん患者・がん経験者が働きながら治療できる職場環境となるよう、就労支援や両立支援に対する事業者の理解を促進します。
- ◆ 小児・AYA世代のがん患者・がん経験者はライフステージごとに特有の課題を持つことから、それぞれの状況に応じた情報提供や、拠点病院等での相談支援を行います。

○ 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 (75歳未満)(R4)※1		秋田県	77.3	60.1	令和10年の全国平均 値（推計値）	●142
			全 国	67.4			
プロセス	がん検診受診 率(R4)※2	胃	秋田県	52.3%	60%	第4期がん対策推進 基本計画に掲げる目 標値	●117
			全 国	48.4%			
		肺	秋田県	55.4%			
			全 国	49.7%			
		大腸	秋田県	50.3%			
			全 国	45.9%			
		乳房	秋田県	46.3%			
			全 国	47.4%			
		子宮 頸	秋田県	45.9%			
			全 国	43.6%			
	20歳以上の人の 喫煙率※3	男女 計	秋田県 (R3)	15.6%	10.1%	喫煙者のうち、たば こをやめたいと考 えている人が全て、た ばこをやめた場合の 喫煙率	118
		男女 計	全 国 (R4)	16.1%			
ストラクチャー	緩和ケアセンター機 能を持つ施設数(R5) ※4		秋田県	1施設	3施設	県内3地区に設置	—
			全 国	—			
	緩和ケア病棟（床） を有する医療機関数 (R5) ※5		秋田県	県北0施設 県央2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、県南の 3地区に設置	111
			全 国	—			
	がん・生殖医療の意 思決定支援に関する 人材育成を実施して いる拠点病院等の割 合（R5）※6		秋田県	75.0%	100%	全ての拠点病院等で 実施	—
			全 国	—			

●国が示した重点指標

※1 国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」

※2 厚生労働省「国民生活基礎調査」

※3 県健康づくり推進課調べ、全国は厚生労働省「国民生活基礎調査」

※4 県健康づくり推進課調べ

※5 東北厚生局：届出受理医療機関名簿

※6 厚生労働省「がん診療連携拠点病院等 新規指定推薦書・指定更新推薦書・現況報告」、県健康づくり推進課調べ

◎ 指標について

「５疾病・６事業及び在宅医療」の数値目標において記載している「指標番号」（例：がんの「●142」）は、別冊指標一覧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。

※ ５疾病・６事業及び在宅医療の現状を示す指標一覧（別冊）は、秋田県公式ウェブサイトに掲載しています。

【指標の分類と定義】

◆ 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

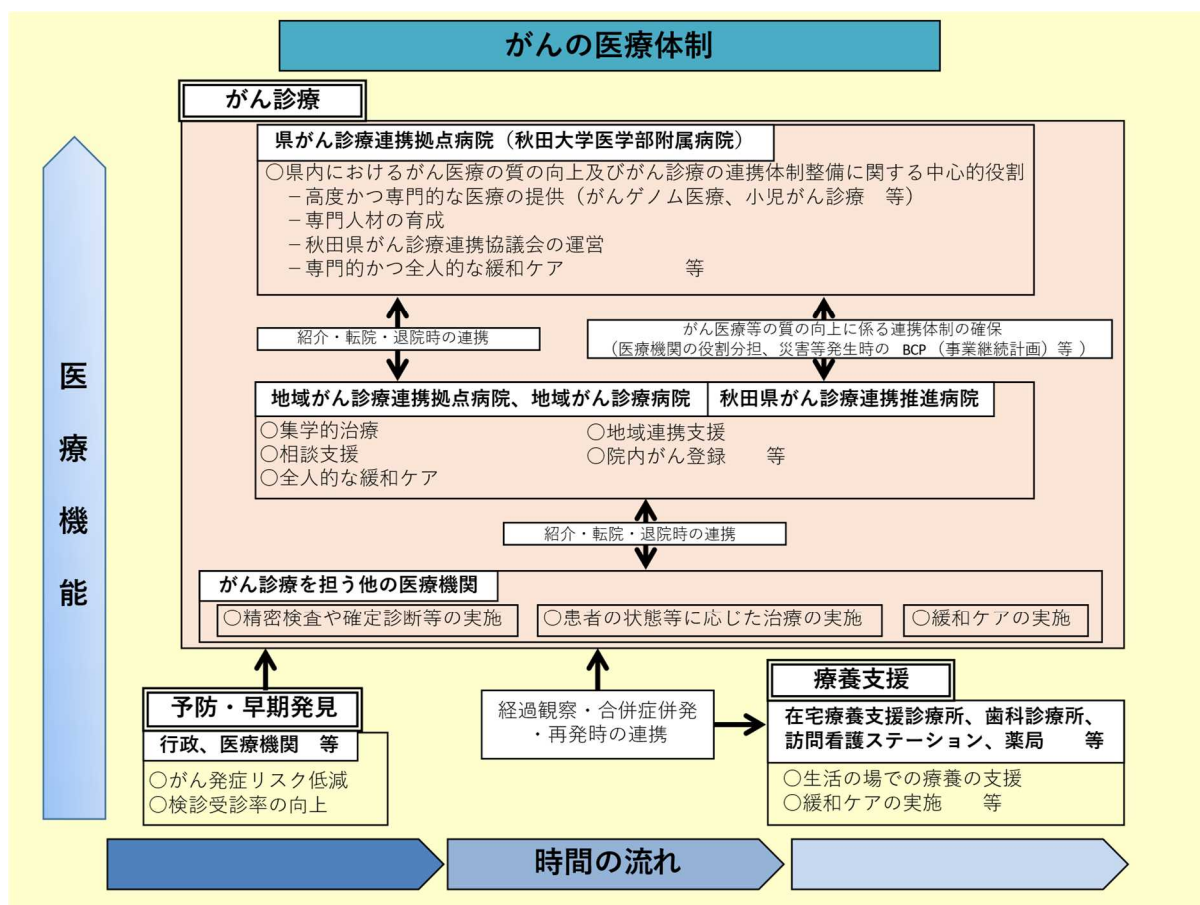
地域住民の健康状態やその改善に寄与すると考えられるサービスに関する指標

○ 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、８圏域（第７次医療保健福祉計画の二次医療圏単位）とします。ただし、がん医療の質の向上が担保され、医療機能の分担と連携体制が整ったときに３圏域（本計画の二次医療圏単位）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	【予防・早期発見】	【がん診療】
		■県がん診療連携拠点病院
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の実施によるがん検診受診率の向上	・県内におけるがん医療の質の向上及びがん診療の連携体制整備に関する中心的役割を果たす
医療機能を担う医療機関の基準	○次の1から3までのいずれかが可能な医療機関 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 県や市町村等が実施するたばこ対策への積極的な協力	○県がん診療連携拠点病院（秋田大学医学部附属病院）
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 ・県や市町村等が実施するたばこ対策への積極的な協力 【行政】 ・がん検診の実施 ・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 ・食生活、運動等の生活習慣改善に向けた普及啓発	・高度かつ専門的な医療の提供（がんゲノム医療、小児がん診療 等） ・専門人材の育成 ・秋田県がん診療連携協議会の運営 ・診断・治療に必要な検査（血液検査、画像検査、病理検査等）の実施 ・画像診断や病理診断等の実施 ・集学的治療の実施 ・多職種によるカンファレンスを月1回以上開催 ・セカンドオピニオンの提示 ・相談支援体制の確保 ・就職や、仕事と治療の両立に向けた就労継続の支援 ・緩和ケアチームや外来での緩和ケア提供体制等の整備を通じ、がん診断時から患者とその家族に対する専門的かつ全人的な緩和ケアの実施 ・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 ・研修、カンファレンス等を活用した地域の医療機関との連携協力体制の整備 ・院内がん登録の実施

医療機能	【がん診療】
	■地域がん診療連携拠点病院等
目 標	・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 ・患者の状態やがんの病態に応じた集学的治療の実施 ・患者や家族等に対する相談支援の実施 ・治療後のフォローアップ ・がん診断時から全人的な緩和ケアを実施 ・がん治療の合併症予防や軽減 ・多職種によるチーム医療の実施 ・地域連携支援体制の確保 ・院内がん登録の実施
医療機能を担う医療機関の基準	○地域がん診療連携拠点病院 ○地域がん診療病院 ○秋田県がん診療連携推進病院
医療機関等に求められる事項の例	・診断・治療に必要な検査（血液検査、画像検査、病理検査等）の実施 ・画像診断や病理診断等の実施 ・集学的治療の実施（他施設との連携により実施する場合も含む） ・多職種によるカンファレンスを月1回以上開催 ・セカンドオピニオンの提示 ・相談支援体制の確保 ・就職や、仕事と治療の両立に向けた就労継続の支援 ・緩和ケアチームや外来での緩和ケア提供体制等の整備を通じ、がん診断時から患者とその家族に対する全人的な緩和ケアの実施 ・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 ・研修、カンファレンス等を活用した地域の医療機関との連携協力体制の整備 ・院内がん登録の実施

医療機能	【がん診療】	【療養支援】
	■がん診療を担う他の医療機関	
目 標	・精密検査や確定診断等の実施 ・患者の状態やがんの病態に応じた治療の実施 ・緩和ケアの実施	・患者やその家族等の意向を踏まえ、在宅等の生活の場での療養を支援 ・在宅緩和ケアの実施
医療機能を担う医療機関の基準	○がん診療連携拠点病院等以外の医療機関のうち、次の1から3までのいずれかが可能な医療機関 1 がんの診断・治療に必要な検査（血液検査、画像検査、病理検査等）及び画像診断や病理診断等の実施 2 患者の状態やがんの病態に応じた、手術療法又は薬物療法等の実施 3 緩和ケアの実施	○次の1から3までのいずれかが可能な医療機関 1 24時間対応で在宅医療を提供可能 2 がん疼痛等に対する緩和ケアが実施可能 3 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）
医療機関等に求められる事項の例	・がん診療連携拠点病院等との連携により以下のいずれかを実施 - 診断・治療に必要な検査、画像診断や病理診断等の実施 - 手術療法又は薬物療法の実施 - 緩和ケアを実施	・24時間体制で在宅医療を実施 ・在宅での緩和ケアを実施 ・がん診療機能を有する他の医療機関等との連携

※ 各医療機能を担う医療機関名簿（別冊）は、秋田県公式ウェブサイトに掲載しています。

2 脳卒中

○ 現 状 と 課 題 ○

(1) 現状

- ◇ 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、令和2年の患者調査によると、県内で約1万3千人と推計されます。また、全国では174万人と推計され、減少傾向にあります。

表1 総患者数（脳血管疾患）（単位：千人）

区 分		平成20年	平成23年	平成26年	平成29年	令和 2 年
総数	秋田県	20	17	15	14	(13) ※
	全 国	1,339	1,235 (2,012) ※	1,179 (1,988) ※	1,115 (1,950) ※	(1,742) ※
男性	秋田県	10	7	7	6	(6) ※
	全 国	650	616	592	556	(941) ※
女性	秋田県	11	10	8	7	(7) ※
	全 国	689	620	587	558	(801) ※

出典：厚生労働省「患者調査」

※ 令和2年から「総患者数」の推計に使用している「平均診療間隔」の算定方法に変更があったため、新推計方法によるデータを掲載。平成23年～平成29年の全国値については参考値として厚生労働省ホームページに公表されているデータを掲載。

- ◇ 本県における脳卒中の死亡数は、令和3年に年間1,575人（全国：104,595人）と、死亡数全体の9.8%（全国：7.3%）を占めており、死亡順位の第4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います。

表2 脳血管疾患による死亡者数（単位：人）

圏域	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
令和3年	227	82	162	444	151	261	130	118	1,575	104,595
(人口10万対)	(224.2)	(260.6)	(221.9)	(116.0)	(156.3)	(220.2)	(154.8)	(206.1)	(167.4)	(85.2)
令和2年	211	57	137	481	156	185	131	109	1,467	102,978
令和元年	226	58	168	494	156	230	159	134	1,625	106,552

出典：「秋田県衛生統計年鑑」

表3 脳血管疾患の年齢調整死亡率（人口10万対）

区 分		令和元年	令和2年	令和3年	令和4年
男 性	秋 田 県	48.8	46.1	47.3	45.5
	全 国	33.2	32.6	32.0	32.4
女 性	秋 田 県	23.9	24.8	25.5	22.3
	全 国	18.0	17.7	16.8	17.0

出典：「人口動態統計（確定値）」と人口推計を基に県健康づくり推進課が算出

- ◇ 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、高次脳機能障害、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 16.1%（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 25.2%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）（単位：％）

男女計		男 性		女 性	
認知症	16.6	脳卒中	25.2	認知症	18.1
脳卒中	16.1	認知症	13.7	骨折・転倒	17.8
骨折・転倒	13.9	高齢による衰弱	8.7	高齢による衰弱	15.6
高齢による衰弱	13.2	その他	8.0	関節疾患	12.7
関節疾患	10.2	骨折・転倒	6.6	脳卒中	11.2
その他	7.1	心疾患	6.5	その他	6.7

出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」（令和 4 年）

① 救護

- ◇ 令和 3 年の 1 年間に救急車によって搬送された急病患者の 10.6%、2,812 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 疾病分類別搬送人員

疾患名	搬送人員（人）	搬送割合（％）
脳 疾 患	2,812	10.6
心 疾 患 等	2,725	10.3
消 化 器 系	2,662	10.1
呼 吸 器 系	2,624	9.9
精 神 系	634	2.4
感 覚 系	1,681	6.4
泌 尿 器 系	1,247	4.7
新 生 物	929	3.5
そ の 他	4,169	15.8
不 明	6,952	26.3
合 計	26,443	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」（令和 3 年）

② 急性期

- ◇ 本県では、脳神経内科医が人口 10 万人当たりで全国平均よりも少なく、北秋田圏域、湯沢・雄勝圏域では常勤医師が不在となっています。
- ◇ 脳神経外科医は人口 10 万人当たりで全国平均と同数ですが、秋田周辺圏域に半数以上が集中しています。また、北秋田圏域では常勤医師が不在となっています。

表6 各圏域における脳神経内科・脳神経外科医師数

(単位：人)

圏域	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
脳神経内 科医師数 (人口10万対)	1 (1.0)	－ (－)	1 (1.3)	20 (5.2)	9 (9.2)	3 (2.5)	3 (3.5)	－ (－)	37 (3.9)	5,758 (4.6)
脳神経外 科医師数 (人口10万対)	7 (6.8)	－ (－)	2 (2.7)	36 (9.3)	5 (5.1)	6 (5.0)	3 (3.5)	2 (3.4)	61 (6.4)	7,349 (6.4)

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（令和2年）

- ◇ 脳梗塞の急性期治療においては、可及的早期の t-PA 静注療法※¹ と血栓回収療法ができる体制が重要となります。
- ◇ 日本脳卒中学会は、24 時間 365 日、t-PA 静注療法を行うことが可能な施設を「一次脳卒中センター」として認定しており、8 圏域のうち、北秋田圏域を除く 7 圏域に配置されています。
- ◇ 血栓回収療法については、秋田周辺、由利本荘・にかほ、大仙・仙北、横手圏域では常時実施可能な体制となっていますが、県北では実施可能な体制が整備されていません。

表7 一次脳卒中センター等の状況（令和4年）

医療機関名	一次脳卒中 センター	脳卒中 専門医	脳神経外科 専門医	脳神経内科 専門医	脳血管内治療 認定医	血栓回収療法 実施医	t-PA静注療法 実施数(件)	急性期脳梗塞 に対する血栓 回収療法 実施数(件)	その他の急性 期脳梗塞に対 する 血管内治療 実施数(件)
かづの厚生病院	●	1	2				3		
大館市立総合病院			2			1	9		
大館・鹿角圏域計		1	4	0	0	1	12	0	0
北秋田市民病院						1	2	1	
北秋田圏域計		0	0	0	0	1	2	1	0
能代厚生医療センター	●	3	3				3		
地域医療機能推進機構秋田病院				1					
能代山本医師会病院				1					
能代・山本圏域計		3	3	2	0	0	3	0	0
秋田大学医学部附属病院	●								
秋田県立循環器・脳脊髄センター	●	7	9		3	4	28	34	3
市立秋田総合病院		1		1			3		
秋田赤十字病院	●	4	2	2	2		38	17	
秋田厚生医療センター		2	2				6		
中通総合病院	●	2	3	2			1		10
秋田周辺圏域計		16	16	5	5	4	76	51	13
由利組合総合病院	●	2	3		2		21	24	2
由利本荘・にかほ圏域計		2	3	0	2	0	21	24	2
大曲厚生医療センター	●	2	2				40	15	7
大曲中通病院			1	1					
大仙・仙北圏域計		2	3	1	0	0	40	15	7
平鹿総合病院	●	1	4		1	2	16	21	
横手圏域計		1	4	0	1	2	16	21	0
雄勝中央病院	●	1	2						
湯沢・雄勝圏域計		1	2	0	0	0	0	0	0
県計		26	35	8	8	8	170	112	22

出典：県医務薬事課調べ(令和4年)

表 8 脳卒中の t-PA 静注療法及び脳血管内治療※2 の件数（人口 10 万対）

【脳卒中】		実績		全国	
発症後早期に専門的な治療を受けることができる体制	脳梗塞に対する t-PA による血栓溶解法の実施件数	10.2	R 3	10.8	R 3
	脳梗塞に対する脳血管内治療の実施件数	8.4	R 3	12.4	R 3

出典：厚生労働省「レセプト情報・特定健診等情報データベース（以下、NDB）」

※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

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、4 つの圏域に計 8 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

圏域	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	入院料 3
大館・鹿角	4	－	2	1	－	1
北 秋 田	1	－	1	－	－	－
能代・山本	2	2	2	－	1	－
秋 田 周 辺	8	6	8	3	－	－
由利本荘 にかほ	3	1	1	－	－	－
大仙・仙北	3	3	2	1	－	1
横 手	2	1	－	－	－	－
湯沢・雄勝	1	1	－	－	－	－
県 計	24	14	16	5	1	2

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」（令和 5 年 10 月）

- ◇ 脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数は、人口 10 万人当たりで全国平均を下回っており、圏域別では、全国平均を上回っているのは、大館・鹿角、能代・山本、大仙・仙北の 3 圏域となっています。

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）

圏域	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	1,011	188	700	2,628	1,469	2,964	963	605	6,951	
人口 10 万対	961	569	907	680	500	1,204	129	546	715	806

出典：厚生労働省「NDB」（令和 3 年度）

*全国値は 47 都道府県の単純平均値

- ◇ リハビリテーション科医師数（人口 10 万対）を見ると、全国平均と同程度となっていますが、北秋田、横手、湯沢・雄勝圏域では不在となっているなど、地域偏在が見られます。

表 11 各圏域におけるリハビリテーション科医師数

圏 域	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
リハビリテーション 科医師数 (人口 10 万対)	2 (1.9)	- -	3 (4.0)	9 (2.3)	2 (1.9)	5 (4.1)	- -	- -	21 (2.2)	2,903 (2.3)

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（令和 2 年）

- ◇ 理学療法士数、作業療法士数及び言語聴覚士数（人口 10 万対）を見ると、いずれも全国平均に比べ少ない状況となっています。

表 12 リハビリテーション等の専門職の従事者

(単位：人)

(常勤換算)	従事者数			人口 10 万対		
	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士
秋 田 県	438.5	341.0	85.8	45.7	35.5	8.9
全 国	84,459.3	47,853.9	16,799.0	67.0	37.9	13.3

出典：厚生労働省「施設調査」（令和 2 年）

- ◇ 脳血管疾患患者の平均在院日数は、全国平均を下回って推移していましたが、令和 2 年では 83.1 日と全国平均（77.4 日）を上回っています。

表 13 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 26 年	平成 29 年	令和 2 年
秋 田 県	64.3 日	65.1 日	83.1 日
全 国	89.1 日	78.2 日	77.4 日

出典：厚生労働省「患者調査」

- ◇ 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 62.5%と全国平均を上回っていますが、圏域により差が見られます。

表 14 在宅等生活の場※に復帰した脳血管疾患患者の割合

圏域	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(%)	61.0	93.3	42.6	60.1	81.6	69.1	53.6	69.2	62.5	54.4

出典：厚生労働省「患者調査（個票解析）」（令和 2 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」である患者及び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。その他、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、生活習慣の改善や重症化の予防が重要です。

② 発症後、速やかな搬送と専門的治療が可能な体制

- ◇ 脳卒中は、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処が行えるように県民に啓発する必要があります。
- ◇ 搬送時の病院前救護活動（プレホスピタルケア）も重要です。救命救急士をはじめとする消防隊員が適切な観察・判断・救命処置を行ったうえで、対応が可能な医療機関に搬送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、高速交通体系の整備が重要であるほか、病院間搬送の連携やドクターヘリ、ドクターカーの活用に加え、距離や昼夜・天候に左右されない体制として、ＩＣＴによる遠隔画像や遠隔診療に係る技術を活用するなど、地域の医療資源を考慮した施設間ネットワークを構築する必要があります。
- ◇ 脳梗塞の急性期治療においては、可及的早期の t-PA 静注療法と血栓回収療法を実施する体制が重要となりますが、県北地域における体制整備が課題となっています。
- ◇ 脳卒中の治療には、内科・脳血管内治療・外科治療の総合的な体制が必要ですが、県内の脳卒中医療提供体制を構築する上で、脳神経内科医や脳卒中外科医の確保、専門医の育成、均てん化を図っていく必要があります。

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

- ◇ 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 8 病院ありますが、4 つの圏域で施設基準を取得している医療機関がなく、人口 10 万人当たりの脳卒中に関するリハビリテーションの件数も全国に比べ低いことなどから、回復期を担う医療機能を充実する必要があります。
- ◇ リハビリテーション科医師が不在の圏域があるほか、理学療法士や作業療法士、言語聴覚士が全国に比べ少ない状況にあり、リハビリテーションに関わる人材の確保・育成が重要になっています。
- ◇ 脳卒中は、介護が必要となった原因別で上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、デジタル技術を活用した遠隔リハビリテーションなど、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行していく中、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、

多職種での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。

⑤ 治療と仕事の両立支援の体制

- ◇ 脳卒中などにより、高次機能障害などの障害を引き起こした場合は、日常生活・社会生活に支障を来す可能性があるため、医療から福祉までの継続的な支援が必要です。
- ◇ また、患者の職場復帰に当たっては、その状況に応じた職業訓練が必要であるほか、受け入れる側の理解が重要です。

⑥ 新興感染症の発生・まん延時等における体制

- ◇ 感染症発生・まん延時や災害等の有事の際には、患者の救急搬送や手術に制限が発生する懸念があります。感染症患者や被災者等に対する医療を確保しつつ、脳卒中患者に対する医療提供体制の構築が必要です。

○ 目指すべき方向 ○

(1) 脳卒中の発症予防

- ◆ 特定健診・特定保健指導等の実施率向上
- ◆ 疾病予防・重症化予防の推進による予防・健康づくりの推進

(2) 発症後、速やかな搬送と専門的治療が可能な体制

- ◆ 発症後、専門的な診療が可能な医療機関への迅速な救急搬送体制の構築
- ◆ 専門的な治療をできない施設から、治療可能な施設への速やかな転院搬送
- ◆ 地域間格差を解消し、均てん化を進めるためのデジタル技術を活用した診療の拡充
- ◆ 地域での救急医療に係る役割分担と連携強化

(3) 病期に応じたリ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
- ◆ 機能回復及び日常生活動作向上のために専門的かつ集中的なリハビリテーションが実施可能な体制の構築と人材の育成
- ◆ 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全県的な体制の構築

(4) 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全県的な体制の構築

（５）治療と仕事の両立支援の体制

- ◆ 治療と仕事の両立支援の体制の整備

（６）新興感染症の発生・まん延時等における体制

- ◆ 感染症発生・まん延時等の有事においても、迅速かつ適切に搬送可能な体制の構築
- ◆ 感染症発生・まん延時等の有事においても、地域の医療資源を有効に活用するための体制の構築

○ 主 要 な 施 策 ○

（１）脳卒中の発症予防

- ◆ 「健康寿命日本一」を目指した県民運動を展開する中で、日ごろの生活習慣の改善のため、減塩と野菜・果物摂取の促進、運動習慣の定着等に取り組むほか、たばこ対策として受動喫煙防止の啓発や禁煙支援等に取り組めます。

（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、救急告示病院における急性期遠隔画像連携システムの活用を促進します。
- ◆ 県北におけるt-PA静注療法の現地施行や血管内治療の実施に向け体制の整備を進めます。
- ◆ 秋田県立循環器・脳脊髄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。
- ◆ 専攻医の確保に関する取組の強化を行う一環として、脳神経内科医の継続的な養成ができる体制を拡充し、脳卒中医療への脳神経内科医の参画を推進します。
- ◆ 脳血管疾患患者の増加を見据え、「一次脳卒中センター」、「一次脳卒中コアセンター」など、地域の実情に応じた脳卒中治療の拠点となる医療機関の体制整備に向けた取組を推進します。
- ◆ 地域医療構想に基づき、地域医療構想調整会議の活用を通じた循環器医療提供体制に係る役割分担と連携の強化を促進します。

（３）病期に応じたリ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。
- ◆ 脳卒中・心臓病等の患者や家族に対し医療やリハビリテーション介護・福祉・就労・障害に関する適切な情報提供と相談支援を行う脳卒中・心臓病等総合支援センターの整備を検討します。
- ◆ 脳卒中地域連携パスの活用の促進に向けた取組を推進します。

（５）治療と仕事の両立支援の体制

- ◆ 脳卒中相談窓口を中心とした情報提供や両立支援、就労支援を推進します。
- ◆ 秋田産業保健総合支援センターの両立支援コーディネーターによる患者の状況に応じた事業主・労働者向けの治療と仕事の両立支援を推進します。
- ◆ 主治医、会社・産業医と患者に寄り添う両立支援コーディネーターのトライアングル型サポート体制を構築します。

（６）新興感染症の発生・まん延時等における体制

- ◆ 有事の対応を行う病院と通常診療を行う病院の連携が円滑に進むよう、空床状況等に関する効率的な情報共有を含む医療機関間の連携強化を促進します。

○ 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）（R4）	男性	秋田県	45.5	37.0	「健康秋田21」同様 R15年にR3年の全国 平均値を目指す	228
			全 国	32.0			
		女性	秋田県	22.3	18.8		228
			全 国	16.8			
	在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合（R2）	秋田県	62.5%	増加	全国値に比べ高い水準にあるため、増加とする	●231	
		全 国	54.4%				
プロセス	喫煙率※1（R3）		秋田県	15.6%	10.1%	「健康秋田 21」「がん対策推進計画」同様	213
			全 国	—			
	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）（R3）		秋田県	10.2	10.8	全国値に比べ低い水準にあるため、全国値を目標とする	219
			全 国	10.8			
	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）（R3）		秋田県	8.4	12.4	全国値に比べ低い水準にあるため、全国値を目標とする	—
			全 国	12.4			
	脳梗塞に関する血栓回収療法の実施可能な医療機関（R3）		秋田県	6	増加	増加とする	●205
			全 国				
	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）（R3）		秋田県	715	806	全国値に比べ低い水準にあるため、全国値を目標とする	223
			全 国	806			
	脳卒中患者に対する療養・就労両立支援の実施件数（R3）		秋田県	0	2.7	全国値に比べ低い水準にあるため、全国値を目標とする	●225
			全 国	2.7			
ストラクチャー	脳卒中専門医（R1）		秋田県	25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（R1）		秋田県	45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	—			
	脳神経内科の医師数（R2）		秋田県	37	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（R2）		秋田県	61	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）（R5）		秋田県	5.0 （38施設）	増加	現状では実施機関数が不足していることから増加を図る	●209
			全 国	—			

●国が示した重点指標

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

※2 県内救急告示病院における受講医師数

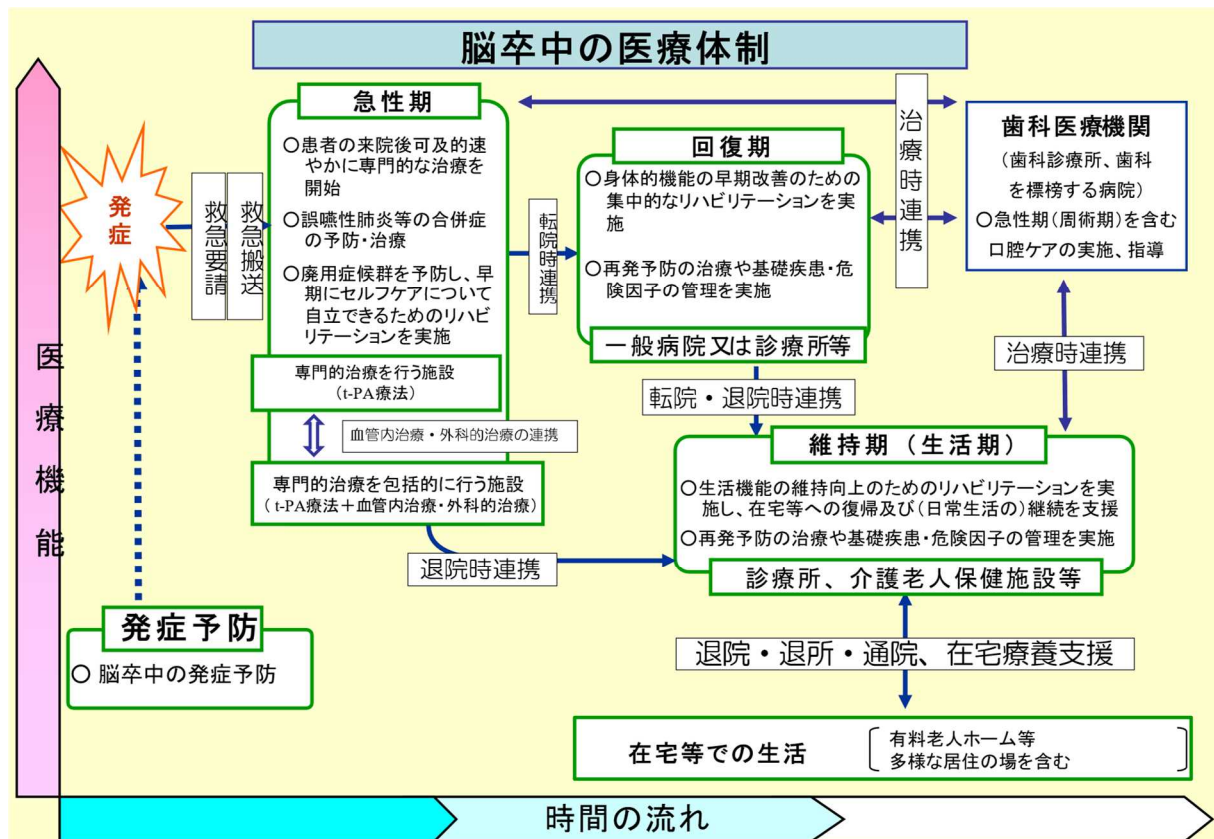
※3 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)及び(Ⅱ)の届出施設数

○ 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、県内８圏域（第７次医療計画における二次医療圏単位）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	【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。また超急性期血栓溶解療法の適応時間を超える場合でも、脳梗塞の場合は機械的血栓回収療法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クリッピングやコイリング等の効果的な治療が行える可能性があるため、できるだけ早く、専門的な治療が可能な医療機関へ搬送することが望ましい
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	○本人及び家族等周囲にいる者 ○消防本部 (救急救命士を含む救急隊員)
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 ・ 突然の症状出現時における対応について、本人及び家族等患者の周囲にいる者に対する教育、啓発を実施すること ・ 突然の症状出現時に、急性期医療を担う医療機関への受診勧奨について指示すること	【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 【救急救命士を含む救急隊員】 ・ 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 ・ 脳卒中が疑われる患者に対する病院前救護のスクリーニングに基づき、搬送先選定が可能な救護体制を構築すること ・ 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	・ t-PA 静注療法の適応となる脳梗塞患者については、少しでも早く治療を開始すること ・ 脳梗塞患者については機械的血栓回収療法の実施についても検討し、治療の適応となる患者に対して、速やかに治療を開始すること ・ 専門的な治療を実施できない医療機関においては、画像伝送等の遠隔医療を利用して治療が実施可能な医療機関と連携をとり、転院搬送など適切な対応を検討すること ・ 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	○救命救急センターを有する病院 ○脳卒中の専用病室を有する病院 ○急性期の血管内治療が実施可能な病院 ○脳卒中に対する急性期の専門的医療を担う病院又は有床診療所
医療機関等に求められる事項の例	急性期の診断及び治療については、24 時間体制での実施が求められるが、唯一の医療機関で 24 時間体制を確保することが困難な場合には、地域における複数の医療機関が連携して、24 時間体制を確保する必要がある。 ・ 血液検査や画像検査（エックス線検査、CT、MRI、超音波検査）等の必要な検査が実施可能であること ・ 脳卒中が疑われる患者に対して、専門的診療が実施可能であること（画像伝送等の遠隔診断に基づく治療を含む。） ・ 脳卒中評価スケールなどを用いた客観的な神経学的評価が実施可能であること（遠隔診療を用いた補助を含む） ・ t-PA 静注療法の適応がある脳梗塞患者に対し、来院後に少しでも早く治療を開始すること（遅くとも来院後 1 時間以内に治療を開始することが望ましい。） ・ 症状の重症度と画像所見に基づき、脳梗塞患者に対する機械的血栓回収療法の適応を検討し、適応がある患者に対しては速やかに治療を開始すること ・ t-PA 静注療法や機械的血栓回収療法、外科手術等の治療を実施できない医療機関においては、日本脳卒中学会が提言している「脳卒中診療における遠隔医療（Telestroke）」など、デジタル技術を活用した診療を行うことで、治療が実施可能な医療機関と連携をとり、転院搬送など適切な対応を検討すること ・ 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

医療機関等に 求められる 事項の例	・回復期（又は維持期・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 ・回復期（又は維持期・生活期）に、重度の後遺症等により自宅への退院が容易でない患者を受け入れる医療施設や介護施設等と連携し、その調整を行うこと ・脳卒中疑いで救急搬送された患者について、その最終判断を救急隊に情報提供することが望ましい
-------------------------	--

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 ・ 回復期の医療機関における医療提供体制を強化すること ・ 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	○ リハビリテーションを専門とする病院又は診療所 ○ 回復期リハビリテーション病棟を有する病院	○ 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又は診療所
医療機関等に求められる事項の例	・ 再発予防の治療（抗血小板療法、抗凝固療法等）、基礎疾患・危険因子の管理、及び抑うつ状態や認知症などの脳卒中後の様々な合併症への対応が可能であること ・ 重篤な神経機能障害・精神機能障害を生じた患者であっても、急性期病院からの受入れが可能となるよう、回復期の医療提供体制を強化すること ・ 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 ・ 担当の両立支援コーディネーターを配置し、産業医などの治療と仕事の両立支援に係る人材と連携し、脳卒中患者の就労支援を促進推進させ、生活の質の向上を目指すこと ・ 回復期又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

※ 各医療機能を担う医療機関名簿（別冊）は、秋田県公式ウェブサイトに掲載しています。

3 心筋梗塞等の心血管疾患

○ 現 状 と 課 題 ○

(1) 現状

①心血管疾患の現状

- ◇ 心疾患（高血圧性を除く）によって継続的な医療を受けている患者数は、令和2年の患者調査によると、県内で約3万5千人と推計されます。また、全国では約306万人と推計され、平成23年に比べ約26万人増加しています。

表1 総患者数（心疾患（高血圧性を除く））（単位：千人）

区 分		平成20年	平成23年	平成26年	平成29年	令和 2 年
総 数	秋 田 県	21	23	18	21	(35)
	全 国	1,542	1,612 (2,791) ※	1,729 (3,046) ※	1,732 (3,173) ※	(3,055) ※
男 性	秋 田 県	11	13	9	10	(20) ※
	全 国	847	882	947	963	(1,763) ※
女 性	秋 田 県	9	10	9	11	(15) ※
	全 国	701	734	786	775	(1,292) ※

出典：厚生労働省「患者調査」

※ 令和2年から「総患者数」の推計に使用している「平均診療間隔」の算定方法に変更があったため、新推計方法によるデータを掲載。平成23年～平成29年の全国値については参考値として厚生労働省ホームページに公表されているデータを掲載。

- ◇ 本県における心疾患（高血圧性を除く）の死亡数は、令和3年に年間2,118人（全国：214,710人）と死亡数全体の13.2%（全国：14.9%）を占めており、死亡順位の第2位（全国：第2位）となっています。
- ◇ 心疾患（高血圧性を除く）による年齢調整死亡率（年齢構成を考慮した死亡率）は全国より低い数値で推移しています。

表2 心疾患（高血圧性を除く）による死亡数（単位：人）

圏域	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
令和3年	303	90	182	690	217	289	205	142	2,118	214,710
(人口10万対)	(288.1)	(272.3)	(235.8)	(178.7)	(219.5)	(233.9)	(234.4)	(235.7)	(218.0)	(174.9)
令和2年	303	77	158	641	220	309	187	173	2,068	205,596
令和元年	268	103	176	591	248	296	190	174	2,046	207,714

出典：「秋田県衛生統計年鑑」

表3 心疾患（高血圧性を除く）による年齢調整死亡率（人口10万対）

区 分		令和元年	令和2年	令和3年	令和4年
男性	秋 田 県	53.3	56.6	55.3	51.5
	全 国	61.9	63.1	62.7	66.3
女性	秋 田 県	27.3	25.4	25.4	27.1
	全 国	30.3	30.1	29.9	31.6

出典：「人口動態統計（確定値）」と人口推計を基に県健康づくり推進課が算出

②虚血性心疾患の現状

◇ 虚血性心疾患（心筋梗塞・狭心症）の死亡数は、令和３年に年間 347 人（全国：68,001 人）であり、死亡数全体の 2.7％（全国：4.2％）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、及び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４ 虚血性心疾患による死亡数

（単位：人）

圏域	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
令和３年 (人口10万対)	34 (32.3)	16 (48.4)	38 (49.2)	144 (37.3)	23 (23.3)	36 (29.1)	25 (28.6)	31 (51.5)	347 (35.7)	68,001 (54.8)
令和２年	59	17	27	127	34	38	30	24	356	67,305
令和元年	52	21	41	124	32	40	28	26	364	37,326

出典：「秋田県衛生統計年鑑」

表５ 虚血性心疾患による年齢調整死亡率(人口 10 万対)

区 分		令和元年	令和２年	令和３年	令和４年
男性	秋 田 県	11.5	14.1	11.3	12.7
	全 国	27.8	28.6	27.9	29.4
女性	秋 田 県	4.4	4.6	3.8	4.5
	全 国	9.8	9.7	9.3	9.6

出典：「人口動態統計（確定値）」と人口推計を基に県健康づくり推進課が算出

③大動脈瘤・解離の現状

◇ 大動脈瘤・解離の死亡数は、令和３年に年間 189 人（全国：19,351 人）であり、死亡数全体の 1.2％（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６ 大動脈瘤・解離による死亡数

（単位：人）

圏域	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
令和３年 (人口10万対)	22 (20.9)	8 (24.2)	18 (23.3)	69 (17.9)	18 (18.2)	19 (15.4)	28 (32.0)	7 (11.6)	189 (19.5)	19,351 (15.6)
令和２年	19	6	9	67	14	24	18	16	173	18,795
令和元年	24	6	13	61	19	26	26	8	183	18,830

出典：「秋田県衛生統計年鑑」

表７ 大動脈瘤・解離による年齢調整死亡率（人口 10 万対）

区 分		令和元年	令和２年	令和３年	令和４年
男性	秋 田 県	5.8	5.4	7.5	6.7
	全 国	6.4	6.6	6.4	6.7
女性	秋 田 県	3.3	3.1	2.5	3.0
	全 国	3.5	3.4	3.4	3.5

出典：「人口動態統計（確定値）」と人口推計を基に県健康づくり推進課が算出

④心不全の現状

◇ 心不全による死亡数は、令和3年に年間1,171人（全国：89,950人）であり、死亡数全体の7.3%（全国：6.2%）となっています。年齢調整死亡率は全国より高い水準にあります。

また、高齢化の進行により、今後さらに増えることが予想されます。日本循環器学会や日本心不全学会では、「心不全パンデミック」と呼んでおり、高齢化の進展により、今後、大きく増加する疾患として、各地域での早期診断をはじめとした心不全治療体制を整備していく必要があります。

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8 心不全による死亡数

（単位：人）

圏域	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
令和3年 (人口10万対)	180 (171.2)	51 (154.3)	100 (129.6)	260 (67.3)	116 (117.3)	176 (142.4)	116 (132.6)	72 (119.5)	1,071 (110.2)	89,950 (73.3)
令和2年	162	44	86	333	113	197	110	116	1,161	84,085
令和元年	126	64	78	283	135	180	105	113	1,084	85,565

出典：「秋田県衛生統計年鑑」

表9 心不全による年齢調整死亡率（人口10万対）

区分	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年
男性				
秋田県	26.3	29.7	28.4	25.2
全国	17.8	18.0	18.1	19.4
女性				
秋田県	15.1	14.2	14.1	15.4
全国	12.4	11.9	12.0	13.0

出典：「人口動態統計（確定値）」と人口推計を基に県健康づくり推進課が算出

表10 心疾患の患者推計

（単位：人／日）

Ⅹ 循環器系の疾患	令和2年	令和7年	令和12年	令和17年	令和22年	令和27年	令和32年
高血圧性疾患	7	8	8	8	8	7	7
虚血性心疾患	81	81	79	77	74	69	64
心不全（その他の心疾患含む）	412	427	425	450	457	433	404

出典：厚生労働省「患者調査」（令和2年）

国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来人口推計（令和5年12月）」

⑤救急搬送の現状

◇ 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11 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	43.5分	42.8分

出典：総務省消防庁「救急・救助の現状」（令和3年）

◇ 平成 30 年と令和 3 年を比較すると、全国では心疾患による搬送人員は減少していますが、本県では減少しています。全搬送に占める割合は、全国及び本県ともに若干上昇しています。

表12 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 30 年		令和 3 年	
	搬送人員	搬送割合	搬送人員	搬送割合
秋田県	2,827 人	7.8%	2,725 人	10.3%
全 国	330,511 人	8.5%	322,117 人	8.9%

出典：総務省消防庁「救急・救助の現状」

⑥手術の実施状況

◇ 心血管疾患に関する手術を実施している医療機関はいずれの圏域にもありますが、主に秋田周辺圏域に集中しています。また、PCI、EVT、不整脈アブレーションについては、人口 10 万人当たりで見ると、全国より実施件数が低くなっており、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 13 心血管疾患に関する医療機関別手術件数（令和 4 年）

圏域	大館・鹿角		北秋田	能代・山本	秋田周辺					
病院名	大館市立総合病院	かつの厚生病院	北秋田市市民病院	能代厚生医療センター	秋田大学医学部附属病院	市立秋田総合病院	秋田厚生医療センター	秋田赤十字病院	中通総合病院	循環器・脳脊髄センター
経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈ステント留置術（PCI）	114	—	31	131	170	77	91	120	161	73
末梢血管治療（EVT）	7	—	7	28	38	39	9	33	34	39
不整脈アブレーション	—	—	—	—	199	169	24	—	8	53
ペースメーカー移植術・交換術	50	18	25	42	66	82	57	46	89	75
植込型除細動器（ICD）移植術・交換術、両室ペーシング機能付き植込型除細動器（CRT）移植術・交換術	—	—	—	—	68	—	—	—	15	—
経カテーテル的大動脈弁置換術（TAVI）	—	—	—	—	128	—	—	—	—	—

圏域	由利本荘・にかほ	大仙・仙北	横手	湯沢・雄勝	県		全国（R2）
病院名	由利組合総合病院	大曲厚生医療センター	平鹿総合病院	雄勝中央病院	合計	人口10万対	人口10万対
経皮的冠動脈形成術、経皮的冠動脈ステント留置術（PCI）	182	117	202	13	1,482	159.4	178.3
末梢血管治療（EVT）	41	25	23	1	324	34.8	42.6
不整脈アブレーション	18	—	14	—	485	52.2	77.7
ペースメーカー移植術・交換術	56	39	59	22	726	78.0	47.0
植込型除細動器（ICD）移植術・交換術、両室ペーシング機能付き植込型除細動器（CRT）移植術・交換術	—	—	—	—	83	8.9	6.9
経カテーテル的大動脈弁置換術（TAVI）	—	—	—	—	128	13.8	10.9

出典：秋田大学大学院医学系研究科循環器内科学講座調べ

- ◇ 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 23.2 件と全国平均の 34.2 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 68.5%と全国平均を上回っています。

表14 心筋梗塞に対する冠動脈再開通件数 （人口10万対）

	心筋梗塞に対する 冠動脈再開通件数 ①	うち来院後 90 分以内 冠動脈再開通件数 ②	来院後 90 分以内の 冠動脈再開通達成率 ②／①
秋田県	23.2	15.9	68.5%
全 国※	34.2	18.5	54.1%

出典：「レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）」（令和3年度）

※ 全国値は 47 都道府県の単純平均値

⑦医師数

- ◇ 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、圏域でみると、秋田周辺圏域、横手圏域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いものの、秋田周辺圏域では全国を上回っています。

表 15 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）

圏 域	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 万対)	4 (2.6)	2 (2.6)	10 (7.9)	65 (15.8)	6 (7.3)	5 (6.5)	16 (15.4)	2 (1.4)	110 (11.5)	13,026 (10.3)
心臓血管 外科医師数 (人口 10 万対)	- (-)	1 (3.1)	- (-)	14 (3.6)	2 (2.0)	- (-)	1 (1.2)	- (-)	18 (1.9)	3,222 (2.6)

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（令和2年）

⑧リハビリテーションの実施状況

- ◇ 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 9 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。また、心臓リハビリテーション指導士数は、人口 10 万人当たりで全国と大差はありませんが、施設数同様に地域間格差があります。

表 16 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

圏 域	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 万対)	- (-)	1 (-)	- (-)	6 (1.5)	- (-)	- (-)	1 (1.1)	1 (1.5)	9 (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」（令和5年10月）

表 17 心臓リハビリテーション指導士数 (単位：人)

圏 域	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
指導士数 (人口 10 万対)	1 (1.0)	2 (6.1)	- (-)	35 (9.1)	1 (1.0)	5 (4.0)	6 (4.9)	3 (5.0)	53 (5.5)	7,022 (5.6)

出典：日本心臓リハビリテーション学会「全国指導士名簿」（令和 5 年 2 月）

表 18 心臓リハビリテーション実施件数 (単位：件)

圏 域	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	-	49	-	2,690	-	-	584	31	3,354	
人口 10 万対	-	145.3	-	690.6	-	-	657.7	50.4	340.1	424.2

出典：厚生労働省「NDBオープンデータ」（令和 2 年）、厚生労働省「患者調査」（令和 2 年）

◇ 在宅等生活の場に復帰した退院患者の割合は、虚血性心疾患、大動脈疾患いずれも令和 2 年の県平均で 89.5%と全国平均の 92.8%を下回っています。

表 19 在宅等生活の場※に復帰した虚血性心疾患患者の割合

圏 域	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(%)	64.9	100.0	100.0	93.6	92.6	68.4	97.0	-	89.5	92.3

出典：厚生労働省「患者調査」（令和 2 年）

※ 主病名が「虚血性心疾患」の患者のうち、退院後の行き先が「家庭」である患者及び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

表 20 在宅等生活の場※に復帰した大動脈疾患患者の割合

圏 域	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(%)	100.0	-	-	70.5	75.0	50.0	67.8	-	68.5	72.3

出典：厚生労働省「患者調査」（令和 2 年）

※ 主病名が「大動脈疾患」の患者のうち、退院後の行き先が「家庭」である患者及び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 診療情報の収集

◇ 循環器病は、患者数が膨大な数に及ぶことや、発症から数十年の経過中で病状が多様に変化すること等から、実態を正確かつ詳細に把握することが困難とされており、予防対策や治療法の有効性を評価するための十分なデータを収集することが課題となっています。

② 心筋梗塞等の心血管疾患の予防

◇ 急性心筋梗塞の危険因子は、高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病、メタボリックシンドローム、ストレスなどであり、発症の予防には生活習慣病の改善や重症化の予防が必要です。

③ 発症後、速やかな搬送と専門的治療が可能な体制

- ◇ 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、周囲の者による心肺蘇生や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。
- ◇ 搬送時の病院前救護活動（プレホスピタルケア）も重要です。救命救急士をはじめとする消防隊員が適切な観察・判断・救命処置を行ったうえで、対応が可能な医療機関に搬送する必要があります。
- ◇ 本県では、広大な県域において心血管疾患の急性期医療提供体制に地域間格差があることから、治療の早期開始には、高速交通体系の整備が重要であるほか、病院間搬送の連携やドクターヘリ、ドクターカーの活用に加え、距離や昼夜・天候に左右されない体制として、デジタル技術の活用による遠隔画像診断や、あきたハートフルネットによる診療情報の共有など、地域の医療資源を考慮した施設間ネットワークを構築する必要があります。
- ◇ 不整脈アブレーションについては、圏域ごとに見ると、秋田周辺圏域で多く実施されていますが、全県的にも実施可能な施設は少ない状況です。頻脈性不整脈の治療に係る専門医は少なく、養成可能な医療機関の必要性、急性心筋梗塞に比べ緊急性が低いという特徴を踏まえ、不整脈アブレーションを集中的に実施する拠点となる医療機関を整備する必要があります。
- ◇ PCIや不整脈アブレーションの整備に当たっては、限られた医療資源を効果的に活用することから、地域医療構想に基づく、医療機関の機能分化・連携を進めていく必要があります。特に秋田周辺圏域においては、循環器内科の機能分化を進める必要があります。
- ◇ 心房細動は、重症脳梗塞を引き起こす脳塞栓の最大の要因ですが、高齢者の増加に伴い患者の増加が懸念されます。不整脈アブレーションの実施体制の整備とともに、出血リスクが高く抗凝固薬を服用できない心房細動患者に対応したウォッチマン治療の実施体制を整備する必要があります。

④ 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つの圏域のうち、県北の2圏域を含めて4圏域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9施設にとどまっていることから、心臓リハビリテーション指導士の確保とともに、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。

⑤ 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、多職種での連携体制の構築に向けた取組が必要となります。

⑥ 新興感染症の発生・まん延時等における体制

- ◇ 感染症発生・まん延時や災害等の有事の際には、患者の救急搬送や手術に制限が発生する懸念があります。感染症患者や被災者等に対する医療を確保しつつ、脳疾患患者に対する医療提供体制の構築が必要です。

(1) 診療情報の収集

- ◆ デジタル技術の活用などによる効率的かつ効果的な情報収集

(2) 心筋梗塞等の心血管疾患の予防

- ◆ 特定健診・特定保健指導等の実施率向上
- ◆ 疾病予防・重症化予防の推進による予防・健康づくりの推進

(3) 発症後、速やかな搬送と専門的治療が可能な体制

- ◆ 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
- ◆ 発症後、専門的な診療が可能な医療機関への迅速な救急搬送体制の構築
- ◆ 地期間格差を解消し、均てん化を進めるための、デジタル技術を活用した診療の拡充
- ◆ 外科的治療に関する医療機関の機能分化・連携の推進
- ◆ 重症化を予防し、健康寿命を延伸するための、高度な医療機能の整備
- ◆ 緊急手術に対応した広域な医療提供体制の構築

(4) 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、社会復帰、その後の再発予防を支援するため、心血管疾患リハビリテーションの体制整備を推進
- ◆ 運動耐容能などに基づいた運動処方により合併症を防ぎつつ、運動療法のみならず多面的・包括的なリハビリテーションの実施とリハビリテーション人材の育成

(5) 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
- ◆ 急性期以後の転院先となる病院や在宅医療の医療提供体制の強化と、デジタル技術を活用した診療の拡充により、急性期病院からの円滑な診療の流れを実現

(6) 新興感染症の発生・まん延時等における体制

- ◆ 感染症発生・まん延時等の有事においても、迅速かつ適切に搬送可能な体制の構築
- ◆ 感染症発生・まん延時等の有事においても、地域の医療資源を有効に活用するための体制の構築

○ 主 要 な 施 策 ○

(1) 診療情報の収集

- ◆ 国が構築する公的な枠組みにおいて収集した診療情報の効果的な活用に向け検討します。
- ◆ 一定期間の診療データ等を追跡し、蓄積していくためのシステムの構築や循環器病に関する登録制度の創設について検討します。

(2) 心筋梗塞等の心血管疾患の予防

- ◆ 「健康寿命日本一」を目指した県民運動を展開する中で、日ごろの生活習慣の改善のため、減塩と野菜・果物摂取の促進、運動習慣の定着等に取り組むほか、たばこ対策として受動喫煙防止の啓発や禁煙支援等に取り組みます。

(3) 発症後、速やかな搬送と専門的治療が可能な体制

- ◆ 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。
- ◆ 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。
- ◆ アブレーションを集中的に実施する拠点となる医療機関の整備と循環器内科の機能分化を推進します。
- ◆ 本県では実施できていないウォッチマン治療が実施可能な体制整備など、高度な医療機能の整備に向けた取組を推進します。
- ◆ 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、遠隔画像診断などデジタル技術を活用した有用な連携体制の構築について検討します。
- ◆ 地域医療構想に基づき、地域医療構想調整会議の活用を通じた循環器医療提供体制に係る役割分担と連携の強化を促進します。

(4) 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

- ◆ 合併症予防や家庭復帰、社会復帰及びその後の再発予防を目的とした、急性期から回復期、維持期にかけての継続的な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。
- ◆ 医学的評価に基づいた運動処方による運動療法のみならず、生活習慣の是非を含む患者教育、復職相談や心理相談を含むカウンセリング、再発予防のための疾病管理、オンラインリハビリテーションなど、多面的・包括的なリハビリテーションの実施を推進します。

(5) 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。
- ◆ 在宅患者に対する遠隔診療や移動車両による巡回医療など、医療機関へのアクセスが困難な患者が医療を受けられる体制の推進を図ります。
- ◆ 脳卒中・心臓病等の患者や家族に対し医療やリハビリテーション介護・福祉・就労・障害に関する適切な情報提供と相談支援を行う脳卒中・心臓病等総合支援センターの設置を検討します。

(6) 新興感染症の発生・まん延時等における体制

- ◆ 有事の対応を行う病院と通常診療を行う病院の連携が円滑に進むよう、空床状況等に関する効率的な情報共有を含む医療機関間の連携強化を促進します。

○ 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）（R4）	男性	秋田県	51.5	47.0	「健康秋田21」同様R15年に男性44.2、女性24.3を目指す	●325
			全 国	66.3			
		女性	秋田県	27.1	25.4		●325
			全 国	31.6			
	虚血性心疾患患者の年齢調整死亡率（人口10万対）（R4）	男性	秋田県	14.1	14.1未満	全国的に比べ低い死亡率であるため、現状値未満を目標とする	●325
			全 国	28.6			
		女性	秋田県	4.6	4.6未満		●325
			全 国	9.7			
	大動脈疾患患者の年齢調整死亡率（人口10万対）（R4）	男性	秋田県	5.4	5.4未満	全国的に比べ低い死亡率であるため、現状値未満を目標とする	●325
			全 国	6.6			
		女性	秋田県	3.1	3.1未満		●325
			全 国	3.4			
	心不全患者の年齢調整死亡率（人口10万対）（R4）	男性	秋田県	29.7	18.0	全国的に高い死亡率であるため、全国水準を目標値とする	●325
			全 国	18.0			
		女性	秋田県	14.2	11.9		●325
			全 国	11.9			
	虚血性心疾患患者の平均在院日数（R2）		秋田県	10.9	10.9未満	全国値に比べ高い水準にあることから、現状値未満を目標値とする	●327
			全 国	12.4			
	心血管疾患患者の平均在院日数（R2）		秋田県	30.8	24.4	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	●327
			全 国	24.4			
	在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合（R2）		秋田県	89.5%	92.3%	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	●328
			全 国	92.3%*			
	在宅等生活の場に復帰した大動脈疾患患者の割合（R2）		秋田県	68.5%	72.3%	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	●328
			全 国	72.3%			
	救急要請（覚知）から救急医療機関への搬送までに要した平均時間		秋田県	43.5分	42.8分	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	●326
			全 国	42.8分			

	区 分		現 状	目標値	目標値の考え方	指標番号
プロセス	急性心筋梗塞患者に対する PCI 実施率 (R3)	秋田県	0.92	0.96	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	316
		全 国	0.89			
	PCI を施行された急性心筋梗塞患者のうち、90 分以内冠動脈再開割合 (R3)	秋田県	68.5%	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	●317
		全 国	54.1%			
	不整脈アブレーションの実施件数 (人口10万人対) (R3)	秋田県	52.2	77.7	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	—
		全 国	77.7			
ストラクチャー	外来心血管リハビリテーションの実施件数(人口 10 万人対) (R3)	秋田県	63.9	152.2	全国値に比べ低い水準にあるため、全国値を目標とする	●323
		全 国	152.2			
	入院心血管リハビリテーションの実施件数(人口 10 万人対) (R3)	秋田県	92.8	176.2	全国値に比べ低い水準にあるため、全国値を目標とする	●320
		全 国	176.2			
	循環器内科医師数 (R2)	秋田県	110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	301
		全 国	—			
	心臓血管外科医師数 (R2)	秋田県	18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	301
		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※ ¹ がある圏域数 (R4)	秋田県	4圏域	8圏域	現状では実施機関数が不足していることから増加を図る	—
		全 国	—			

●国が示した重点指標

* 47 都道府県の単純平均値

※1 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

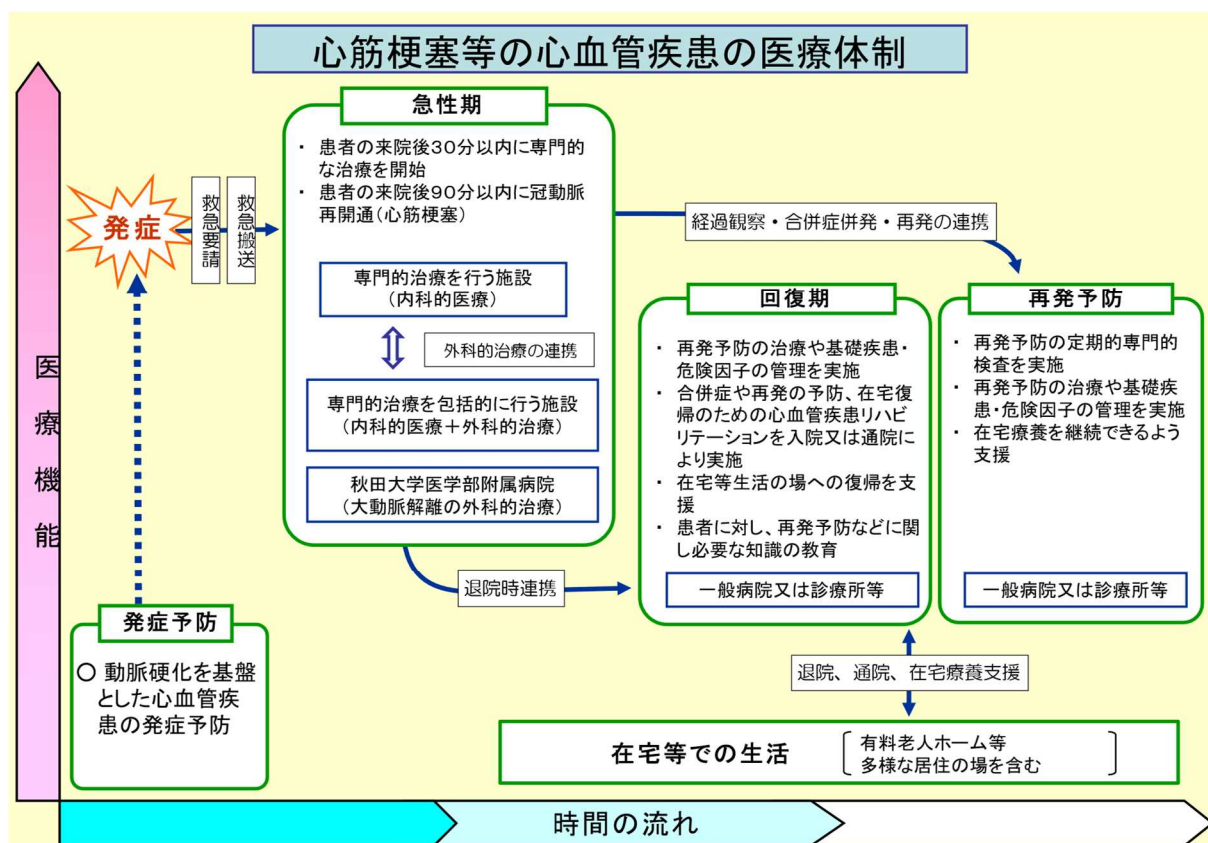
○ 医療機関とその連携 ○

(1) 圏域の設定

心筋梗塞等の心血管疾患については8圏域(第7次医療計画における二次医療圏単位)とします。

なお、大動脈解離の医療体制の圏域については、秋田大学医学部附属病院で緊急の外科的治療に常時対応していることから、三次医療圏単位で設定します。

(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又は診療所	○本人及び家族等周囲にいる者 ○消防本部 （救急救命士を含む救急隊員）
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 - 突然の症状出現時に、急性期医療を担う医療機関への受診勧奨について指示すること	【本人及び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ール（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	○救命救急センターを有する病院 ○心臓内科系集中治療室（CCU）等を有する病院 ○心筋梗塞等の心血管疾患に対する急性期医療を担う病院又は有床診療所
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（又は在宅医療）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	○内科、循環器科又は心臓血管外科を有する病院又は診療所	○病院又は診療所
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、電氣的除細動等急性増悪時の対応が可能であること ・ 合併症併発時や再発時に緊急の内科的・外科的治療が可能な医療機関と連携していること ・ 運動耐容能を評価の上で、運動療法、食事療法、患者教育等の心血管疾患リハビリテーションが実施可能であること ・ 心筋梗塞等の心血管疾患の再発や重症不整脈などの発生時における対応法について、患者及び家族への教育を行っていること ・ 急性期の医療機関及び二次予防の医療機関と診療情報や治療計画を共有する等して連携していること ・ 担当の両立支援コーディネーターを配置し、産業医などの治療と仕事の両立支援に係る人材と連携し、心血管疾患患者の就労支援を推進させ、生活の質の向上を目指すこと	・ 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 ・ 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・薬局が連携し実施できること

※ 各医療機能を担う医療機関名簿（別冊）は、秋田県公式ウェブサイトに掲載しています。

4 糖尿病

○ 現 状 と 課 題 ○

(1) 現状

- ◇ 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、令和2年の患者調査によると、県内で約5万4千人と推計されております。また、全国では約579万1千人と推計され、平成23年以降増加しております。

表1 総患者数 (単位：千人)

区 分		平成20年	平成23年	平成26年	平成29年	令和2年
総 数	秋 田 県	29	31	32	28	(54)*
	全 国	2,371	2,700 (4,468)*	3,166 (5,278)*	3,289 (5,649)*	(5,791)*
男 性	秋 田 県	14	17	18	16	(31)*
	全 国	1,312	1,487	1,768	1,848	(3,385)*
女 性	秋 田 県	14	14	15	12	(23)*
	全 国	1,061	1,215	1,401	1,441	(2,406)*

出典：厚生労働省「患者調査」

※ 令和2年から「総患者数」の推計に使用している「平均診療間隔」の算定方法に変更があったため、新推計方法によるデータを掲載。平成23年～平成29年の全国値については参考値として厚生労働省ホームページに公表されているデータを掲載。

- ◇ 特定健診受診率は増加傾向にあるものの、53.5%と全国平均の56.2%を下回っています。特定保健指導実施率は、令和元年度以降増加しており、令和3年度において、全国平均の24.7%を上回っています。

表2 特定健診受診率

区 分	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度
秋 田 県	48.6%	49.8%	51.7%	48.9%	53.5%
全 国	52.9%	54.4%	55.3%	53.1%	56.2%

出典：「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」

表3 特定保健指導の実施率

区 分	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度
秋 田 県	20.8%	24.6%	21.9%	27.5%	28.3%
全 国	19.5%	23.3%	23.2%	23.0%	24.7%

出典：「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」

- ◇ 糖尿病の平均在院日数は平成 29 年に大きく増加しましたが、令和 2 年に減少しており、また、全国平均を下回っています。

表 4 糖尿病の退院患者平均在院日数（施設所在地）

区 分	平成 26 年	平成 29 年	令和 2 年
秋 田 県	20.9 日	36.0 日	21.3 日
全 国	35.1 日	34.3 日	30.1 日

出典：厚生労働省「患者調査」

- ◇ 令和 3 年の糖尿病性腎症に対する人口 10 万当たりの新規人工透析導入患者数は 11.7 人と、全国平均の 12.5 人を下回っています。また、透析導入患者の原疾患に占める糖尿病性腎症の構成割合は 35.5%(114 人)で、全国では 40.2%（15,271 人）となっており、全国平均を下回っています。

人口 10 万人当たりの維持透析患者数は 237 人で、全国では 279 人となっており、全国平均を下回っています。

表 5 糖尿病性腎症に対する新規人工透析導入患者数（人口 10 万対）（単位：人）

区 分	令和元年	令和 2 年	令和 3 年
秋 田 県	10.7	10.1	11.7
全 国	12.6	12.3	12.5

出典：日本透析医学会調べ

表 6 透析導入患者の原疾患に占める糖尿病性腎症の構成割合

区 分	令和元年	令和 2 年	令和 3 年
秋 田 県	38.4%	38.3%	35.5%
全 国	41.6%	40.7%	40.2%

出典：日本透析医学会調べ

表 7 維持透析患者数（人口 10 万対）（単位：人）

区 分	令和元年	令和 2 年	令和 3 年
秋 田 県	228	228	237
全 国	273	275	279

出典：日本透析医学会調べ

- ◇ 本県の糖尿病の令和 2 年の年齢調整死亡率は、男性は増加し、全国平均より高くなっています。女性は減少したものの、全国平均よりも高くなっています。

表 8 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	令和 2 年
男 性					
秋 田 県	8.0	4.7	7.0	5.8	7.6
全 国	7.8	7.3	6.7	5.5	5.5
女 性					
秋 田 県	3.2	4.6	2.8	2.9	2.8
全 国	4.4	3.9	3.3	2.5	2.2

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」

令和 2 年は「令和 2 年人口動態統計(確定数)」と人口推計を基に健康づくり推進課が算出

- ◇ 本県の糖尿病内科(代謝内科)の医師数は人口 10 万人当たりで本県は全国平均より多いものの、二次医療圏毎にみると、県央以外は全国平均より低くなっています。また、医師数の推移を見ると、平成 26 年の 7.5 人から令和 2 年の 8.4 人と増加しており、全国的にも増加傾向にあります。

表 9 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	県北			県央		県南			県計	全国
医師数 (人口 10 万対)	11 (5.0)			57 (11.6)		15 (5.4)			83 (8.4)	10,132 (8.3)
旧二次医療圏	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		
医師数 (人口 10 万対)	9 (8.4)	1 (3.0)	1 (1.3)	53 (13.6)	4 (4.0)	5 (4.0)	9 (10.1)	1 (1.6)		

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（令和 2 年）

※今計画から主として糖尿病内科(代謝内科)に従事する医師のほか、複数診療科の 1 つとして糖尿病内科(代謝内科)に従事している医師も計上している。

表 10 糖尿病内科(代謝内科)※医師数の推移(人口 10 万対)

(単位：人)

区 分	平成 26 年	平成 28 年	平成 30 年	令和 2 年
秋 田 県	7.5	8.7	8.3	8.4
全 国	6.4	7.3	7.7	8.3

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（令和 2 年）

※今計画から主として糖尿病内科(代謝内科)に従事する医師のほか、複数診療科の 1 つとして糖尿病内科(代謝内科)に従事している医師も計上している。

- ◇ 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 11 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
令和 4 年	49	70	22	24	5	6	176
平成 29 年	40	73	20	29	5	4	171

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 12 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
令和 5 年	20	20	264	135	193	44	39	77	792
平成 29 年	33	22	241	105	118	35	31	40	625

出典：秋田県糖尿病対策推進協議会調査

※「その他の職種」・・・保健師、助産師、社会福祉士、歯科衛生士、作業療法士等

(2) 課題

① 予防

- ◇ 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、県と市町村で取組状況等の共有を図るとともに、医療保険者、医師会、企業・団体、行政等が相互に連携しながら、受診率の向上を図る必要があります。

② 初期・安定期治療

- ◇ 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。

③ 専門的治療

- ◇ 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、薬剤師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。依然として、地域によっては低血糖患者が多いことに加え、重症低血糖の発生割合が全国に比べ高いことから、血糖コントロールが難しくなる高齢者を中心に、高齢者糖尿病診療ガイドライン等に準じながら、薬剤の適切な使用に留意していく必要があります。

④ 急性合併症治療

- ◇ 急性合併症発症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。
- ◇ 救急搬送中に低血糖発作が疑われる場合には、救急救命士は定められたプロトコール（活動基準）に沿って血糖測定やブドウ糖液の投与などの適切な処置を引き続き行う必要があります。

⑤ 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、糖尿病性腎症、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。

⑥ 他疾患治療中の血糖管理

- ◇ 周術期や化学療法中、感染症治療中等に適切な血糖管理を行うことは予後の改善につながることから、糖尿病を持つ患者が手術を受ける際や感染症等他疾患で入院する際、また糖尿病患者に限らず副腎皮質ステロイド等血糖値が上昇する可能性のある薬剤を用いた治療を行う際は、血糖値の推移を把握し適切な血糖コントロールを行う必要があります。

○ 目指すべき方向 ○

(1) 糖尿病の予防が可能な体制

- ◆ 適切な食習慣、適度な身体活動等の生活習慣の改善に関する取組を実施
- ◆ 特定健康診査・特定保健指導の実施

(2) 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

(3) 専門的治療を必要とする患者への対応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
- ◆ 急性合併症の治療の実施

(4) 慢性合併症の発症予防・治療・重症化予防が可能な体制

(5) 他疾患の治療のために入院中の患者の血糖管理を行う体制

○ 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）（R2）	男性	秋田県	7.6	5.5未満	全国値に比べ高い水準にあるため全国値を下回る目標とする	●426
			全 国	5.5			
		女性	秋田県	2.8	2.2未満	全国値に比べ高い水準にあるため全国値を下回る目標とする	●426
			全 国	2.2			
	糖尿病性腎症に対する新規人工透析導入患者数（人口10万対）（R3）	秋田県	11.7	減少	糖尿病重症化予防の推進により減少とする	●428	
		全 国	12.5※				
プロセス	特定健診の受診率（R3）	秋田県	53.5%	70%	第3期健康あきた21計画の目標値を引き続き目指す	●410	
		全 国	56.2%※				
	糖尿病透析予防指導もしくは糖尿病合併症管理の実施割合（R3）	秋田県	0.54%	0.82%以上	全国値に比べ低い水準にあるため全国値を上回る目標とする	415	
		全 国	0.82%※				
	外来栄養食事指導の実施割合（R3）	秋田県	3.2%	5.1%以上	全国値に比べ低い水準にあるため全国値を上回る目標とする	416	
		全 国	5.1%※				
	眼底検査の実施割合（R3）	秋田県	42.4%	増加	全国値に比べ高い水準にあるため増加とする	●417	
		全 国	40.0%※				
	尿中アルブミン・蛋白定量検査の実施割合（R3）	秋田県	17.7%	18.4%以上	全国値に比べ低い水準にあるため全国値を上回る目標とする	●418	
		全 国	18.4%※				
	クレアチニン検査の実施割合（R3）	秋田県	83.7%	88.3%以上	全国値に比べ低い水準にあるため全国値を上回る目標とする	419	
		全 国	88.3%※				
ストラクチャー	糖尿病内科（代謝内科）の医師数（人口10万対）（R2）	秋田県	8.4	増加	全国値に比べ高いため増加とする	—	
		全 国	8.3※				
	秋田県糖尿病療養指導士数（R5）	秋田県	792	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	—	
		全 国	—				

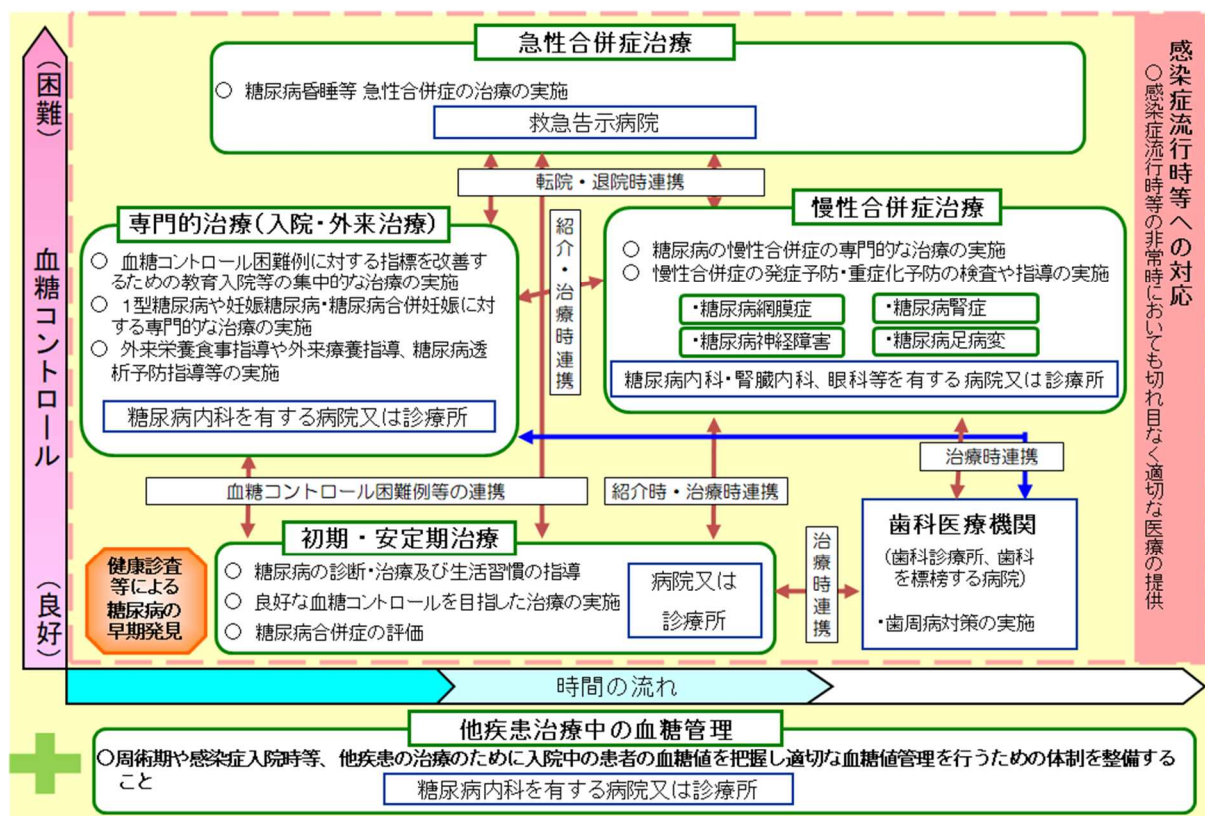
●国が示した重点指標

※ 単純平均値

(1) 圏域の設定

糖尿病医療体制の圏域については、患者の移動状況や地域の医療資源等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	【予防】 (1) 糖尿病を予防する機能	【初期・安定期治療】 (2) 糖尿病の重症化予防のための初期・安定期治療を行う機能
目 標	- 生活習慣の改善等により糖尿病発症のリスクを低減させること - 特定健康診査・特定保健指導や健診後の受診勧奨を実施すること	- 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
医療機能を担う医療機関等の基準	- 都道府県・市区町村及び保険者等 - 病院又は診療所	○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
医療機関等に求められる事項の例	(行政・保険者) - 適切な食生活、適度な身体活動をはじめとする生活習慣の改善等により糖尿病発症のリスクを低減させる取組を実施すること - 禁煙希望者に対する禁煙支援や受動喫煙の防止等のたばこ対策に取り組むこと - 国民や患者に対し、糖尿病や合併症に関する情報発信や、正しい知識の普及啓発を行うこと - 保険者は特定健康診査・特定保健指導を実施すること - 健診受診後に受診勧奨値を超える者が確実に医療機関を受診するよう連携体制を構築すること - 糖尿病対策推進会議等を活用し、関係団体等と連携して糖尿病対策を推進すること (医療機関) - 健診受診後の受診勧奨等により医療機関を受診した対象者に対し、適切な検査や糖尿病発症予防のための指導を行うこと	- 糖尿病の診断及び患者や家族等に対する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 - 外来栄養食事指導や外来療養指導等の指導を行える体制があること - 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 - 高血圧症、脂質異常症の治療や禁煙指導等、包括的な危険因子の管理を行うこと - 低血糖時及びシックデイ※³の対応が可能であること - 糖尿病の発症初期から定期的に慢性合併症の検査を行うとともに、「糖尿病連携手帳」を活用しながら継続的な眼科受診、歯科受診を促すこと - 関連学会で整理された紹介基準等も踏まえて適切に専門医療機関を紹介すること - 専門的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等と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること - 健診受診後の受診勧奨により医療機関を受診した対象者に対する適切な対応等、糖尿病の発症予防の取組と連携した医療を行うこと - 高齢者糖尿病の管理に関しては、在宅医療や訪問看護、介護サービス等を行う事業者等との連携が可能であること - 糖尿病対策推進会議や糖尿病性腎症重症化予防プログラム等、保険者や関係団体等と連携した取組を実施していること - 糖尿病の動向や治療の実態を把握するための取組を行っていることが望ましい

医療機能	【専門的治療】 (3) 専門的治療を必要とする患者への対応を行う機能	【急性合併症治療】 (4) 急性合併症の治療を行う機能
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 ・ 1 型糖尿病や妊娠糖尿病・糖尿病合併妊娠に対する専門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	○ 糖尿病内科を有する病院又は診療所	○ 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	・ 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 ・ 食事療法、運動療法を実施するための設備があること ・ 外来栄養食事指導や外来療養指導、糖尿病透析予防指導等の指導を行える体制があること ・ 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 ・ 1 型糖尿病に対する専門的な治療が可能であること ・ 糖尿病患者の妊娠に対応可能であること ・ 糖尿病の初期・安定期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等と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること ・ 定期的に慢性合併症の検査を行うとともに、「糖尿病連携手帳」を活用しながら継続的な眼科受診、歯科受診を促すこと ・ 高齢者糖尿病の管理に関しては、在宅医療や訪問看護、介護サービス等を行う事業者等との連携が可能であること ・ 糖尿病対策推進会議や糖尿病性腎症重症化予防プログラム等、保険者や関係団体等と連携した取組を実施していること ・ 糖尿病の動向や治療の実態を把握するための取組を行っていることが望ましい	・ 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 ・ 糖尿病の初期・安定期治療を行う医療機関、専門的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等と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること

医療機能	【慢性合併症治療】 (5) 慢性合併症の発症予防・治療・重症化予防を行う機能	【他疾患治療中の血糖管理】 (6) 他疾患の治療のために入院中の患者の血糖管理を行う機能
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 ・糖尿病の慢性合併症の発症予防・重症化予防のための検査・指導実施すること	・周術期や感染症入院時等、他疾患の治療のために入院中の患者の血糖値を把握し適切な血糖値管理を行うための体制整備を行うこと
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、糖尿病性腎症、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）	○糖尿病内科を有する病院又は診療所
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、糖尿病性腎症、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 ・糖尿病性腎症の場合、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 ・外来栄養食事指導や外来療養指導、糖尿病透析予防指導等の指導を行える体制があること ・糖尿病の初期・安定期治療を行う医療機関、専門的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等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	・75gOGTT、HbA1c 等糖尿病の評価に必要な検査が実施可能であること ・専門的な経験を持つ医師を含め、各専門職種による、食事療法、運動療法、薬物療法等を組み合わせた集中的な血糖管理が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 ・糖尿病の初期・安定期治療を行う医療機関、専門的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等と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること ・退院時に、在宅医療や訪問看護、介護サービス等を行う事業者等との連携が可能であること

医療機能	【地域との連携】 (7) 地域や職域と連携する機能	【感染症流行時等への対応】 (8) 感染症流行時等の非常時に対応する機能
目 標	・市町村や保険者、職域と連携すること	・感染症流行時等の非常時においても、切れ目なく適切な医療を受けられる体制整備を進めること ・多施設・他職種による発症予防・重症化予防のための介入を継続できる体制整備を進めること
医療機能を担う医療機関等の基準	○ 病院又は診療所	○ 病院又は診療所
医療機関等に求められる事項の例	・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 ・地域で予防・健康づくりの取組を行う保健師や管理栄養士等と連携・協力すること等により、糖尿病の発症予防とも連携した医療を行うこと ・健診受診後の受診勧奨により医療機関を受診した対象者に対し、検査、治療、指導等の適切な対応を行う等、糖尿病の発症予防の取組と連携した医療を行うこと ・糖尿病の発症予防、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 ・糖尿病対策推進会議を活用して関連団体等と連携した対策を行うこと ・糖尿病性腎症重症化予防プログラム等、保険者等と連携して、糖尿病未治者・治療中断者減少のための取組を進めること ・治療と仕事の両立支援等、産業医等と連携した医療を行うこと ・高齢者糖尿病の管理に関しては、在宅医療や訪問看護、介護サービス等を行う事業者等との連携を図っていること	・在宅医療や訪問看護を行う事業者等と連携できる体制があること ・「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（平成 30 年医政発 0330 第 46 号厚生労働省医政局長通知別紙）に沿って、オンライン診療による診療継続が可能な体制があること ・ICT の活用や PHR(パーソナル・ヘルス・レコード)の利活用が望ましい

※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-）：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食事ができない状態。

5 精神疾患

【精神疾患全般に関する医療提供体制】

精神疾患を有する患者数は年々増加傾向にあり、メンタルヘルスの不調や精神疾患は誰にとっても身近なものとなっています。多様な精神疾患に対応するため、医療機関の役割分担や連携、医療機能情報の発信等を推進するとともに、必要な医療、障害福祉・介護その他のサービスを切れ目なく受けながら、安心してその人らしい地域生活を送ることができるよう、地域における多職種・多機関の連携により、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を推進する必要があります。

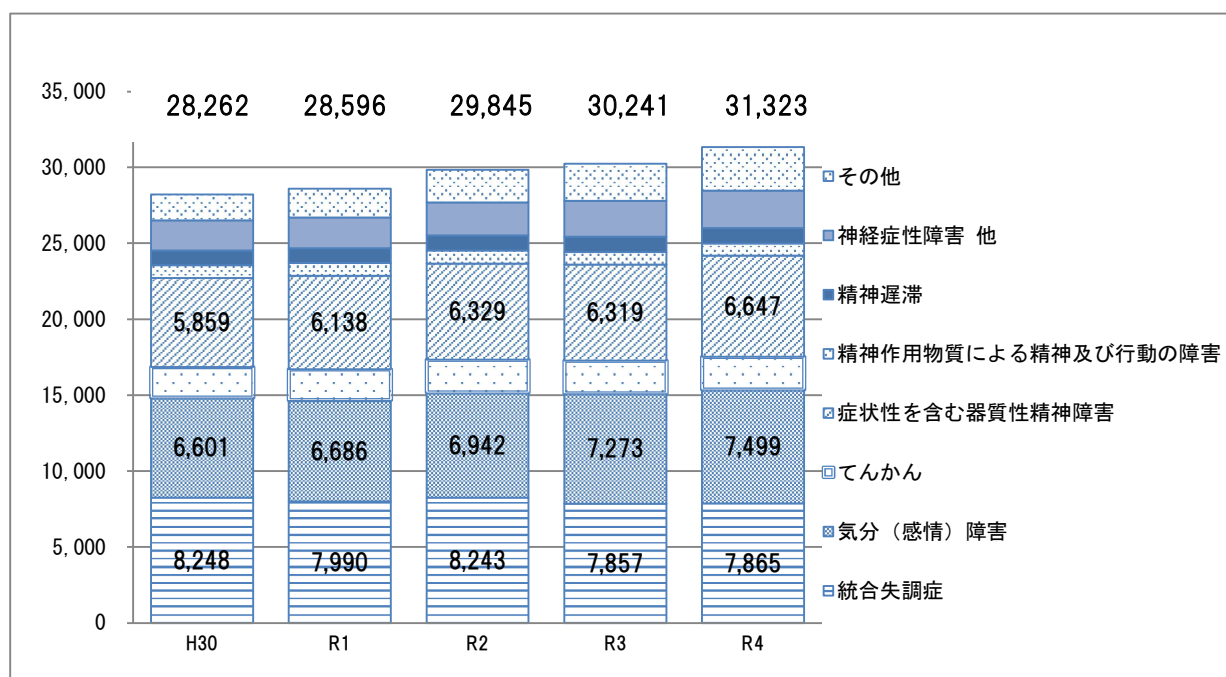
○ 現 状 と 課 題 ○

(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、令和5年3月末現在 31,323 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、令和4年人口動態統計によると、本県の自殺者数は 209 人で、自殺死亡率（人口 10 万人当たりの自殺による死亡率）は 22.6（全国 17.4）と全国で最も高くなっています。

図1 秋田県の精神障害者の状況（疾病別）（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、症状が多様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から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、県内の医療保健福祉関係機関及び関係団体において、メンタルヘルスケアや精神疾患、精神障害者に対する正しい理解の普及啓発を図るとともに、保健所及び市町村、子ども・女性・障害者相談センター精神保健福祉部において、精神保健福祉相談及び訪問援助等を実施しています。

② 医療等の状況

- ◇ 精神科を標榜する病院は 36 あり、そのうち精神病床を有する病院数は 25 となっています。

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が、診療所数は全国平均より少なくなっています。

表 1 精神科を標榜する病院・診療所数

区 分		病院数（精神科病院※・一般病院）			診療所数
			精神病床を有する病院数		
			精神科病院※		
秋 田 県	施 設 数	36	25	16	38
	人口 10 万対	3.8	2.6	1.7	4.0
全 国 平 均	人口 10 万対	2.2	1.3	0.8	5.8

出典 病院数：厚生労働省「医療施設（動態）調査」（令和 3 年）

診療所数：厚生労働省「医療施設（静態・動態）調査」（令和 2 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 3,828 床であり、人口 10 万人に対する病床数は 411.6 床と全国平均（257.6）と比較すると多くなっています。

表 2 圏域別の精神病床を有する病院数・精神病床数（令和 5 年 3 月末現在）精神科医師数

二次医療圏	人口 R4. 10. 1※1	精神障害者数 ※2	病院数	精神病床数		精神科 医師数※3
					人口 10 万対	
県 北	201,341	5,490	7	778	386.4	22
県 央	473,967	16,043	12	2,149	453.4	98
県 南	254,629	9,790	6	901	353.8	33
県 計	929,937	31,323	25	3,828	411.6	153

出典：県障害福祉課調べ

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

※3 医師・歯科医師・薬剤師統計（令和 2 年）

- ◇ 県内の精神科医師数は増えていますが、精神科病院に勤務する常勤医師数は減少しています。また、地域的な偏在も大きくなっています。

精神科医療機関では、入院者の退院支援等の取組において中心的役割を担う精神保健福祉士等の確保も重要となっています。

表3 精神病床を有する病院における常勤医師数等の推移 (人)

	令和元年度	令和2年度	令和3年度
精神科医師	115	114	103
精神保健福祉士	108	87	91
公認心理師・心理技術者	30	27	32

出典：精神保健福祉資料「630調査」

- ◇ 令和5年3月末現在、県内の精神科病院（精神病床を有する一般病院を含む。以下同じ。）入院患者数は3,239人であり、その内訳は、措置入院12人（0.4%）、医療保護入院1,922人（59.3%）、任意入院1,305人（40.3%）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。
退院患者平均在院日数は全国平均よりも短くなっています。

表4 精神疾患の受療率（人口10万対）

区 分	入 院			外 来			退院患者
	総数	精神障害		総数	精神障害		平均在院日数
秋 田 県	1,219	264	21.3%	5,477	177	3.2%	289.6 日
全国平均	960	188	19.6%	5,658	222	3.7%	294.2 日

出典：厚生労働省「患者調査」（令和2年）

- ◇ 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する傾向にありますが、本県の精神病床における入院後12か月時点の退院率は、全国とほぼ同水準となっています。

表5 入院後3か月、6か月、12か月の退院率

指標	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	63.5%	59.4%
精神病床における入院後6か月時点の退院率	80.1%	78.4%
精神病床における入院後12か月時点の退院率	87.7%	86.8%

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

（2）課題

- ◇ 医療計画と障害者計画の取組を一体的に進めながら、精神病床入院患者の地域移行・地域定着促進に向けた基盤整備を推進する必要があります。

○ 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強化
- ◆ 精神科救急医療体制の整備
- ◆ 災害拠点精神科病院の整備

（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精神障害にも対応した地域包括ケア支援システムの構築

○ 主 要 な 施 策 ○

（１）正しい知識の普及啓発

- ◆ 保健所及び子ども・女性・障害者相談センター精神保健福祉部等において研修会や街頭キャンペーン等を実施し、メンタルヘルスケアや精神疾患、精神障害者への支援について理解促進を図ります。
- ◆ 地域包括支援センターや認知症疾患医療センター等と連携しながら、認知症に関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、精神障害者や家族を身近な立場で支える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するため、全県・地域連携拠点機能を担う病院の相互の情報共有を進め、医療連携体制の充実・強化に取り組みます。
- ◆ 精神障害者地域移行・地域定着推進協議会による地域課題の検討や、入院者訪問支援事業への取組等による関係者との個別支援の協働等により、精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築の取組を進めます。

（３）障害者グループホーム整備の促進

- ◆ 国庫補助事業の活用により精神障害者も利用しやすいグループホーム等の整備を進め、入院精神障害者の地域移行・地域定着を促進します。

【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

- ◇ 県内の精神障害者の状況（94 ページ図1）を見ると、統合失調症患者数は減少傾向にありますが、精神疾患患者に占める割合は最も多くなっています。
- ◇ 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、全入院患者の約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30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
症状性を含む器質性精神障害	1,086	1,100	1,227	1,273	1,250
精神作用物質による精神及び行動障害	112	100	107	78	87
統合失調症	1,678	1,584	1,525	1,460	1,426
気分（感情）障害	279	260	274	251	258
神経症性障害	66	70	65	54	45
精神遅滞	79	90	80	79	89
てんかん	45	50	50	41	35
その他	64	48	37	41	49
計	3,409	3,302	3,365	3,277	3,239

出典：県障害福祉課調べ

② 政策動向

- ◇ 統合失調症の入院診療を行っている病院は人口10万対で、全国1.28に対し、県は2.43、外来診療を行っているのは全国6.14に対し、6.55と全国と比べ高い数値となっています（表2-1）。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 0.79%に対して、本県は 1.46%と高い数値となっています（表 2－2）。

※ 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。また、その患者に対して有効であるとして、適用が認められている薬剤を治療抵抗性統合失調症治療薬という。

表 2－1 統合失調症を診療している医療機関数

	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有する病院数	1,588	1.28	23	2.43
統合失調症を外来診療している医療機関数	7,618	6.14	62	6.55

表 2－2 治療抵抗性統合失調症治療薬使用率

	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	0.79%	1.46%

出典：「NDB」（令和 2 年度）

- ◇ 令和 5 年 12 月 4 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 9 施設（大館市立総合病院、能代厚生医療センター、秋田大学医学部附属病院、市立秋田総合病院、秋田緑ヶ丘病院、笠松病院、ハートケアクリニックおおまち、秋田県立リハビリテーション・精神医療センター、横手興生病院）と 4 圏域で実施できる体制となっています。

（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治療薬や修正型電気けいれん療法（mECT）※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、副作用への対応のため、血液内科医や糖尿病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。

※ mECT とは全身麻酔下で、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。
- ◆ 保健所や市町村等において、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、糖尿病内科医、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

- ◆ 症状に合わせて必要な治療を地域で継続できる体制と共に、夜間・休日等においても、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確保を図ります。
- ◆ 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地域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

- ◇ うつ病を含む気分（感情）障害患者数は全国と同様に本県においても年々増加傾向にあります。

うつ病は自殺と深い関係があり、自殺死亡率の高い本県においてはうつ病対策は継続的な重要課題として、県医師会や秋田大学、関係民間団体、行政等と共に取組を進めています。

表1 気分(感情)障害患者数の推移 (単位：人)

区 分	H30	R1	R2	R3	R4
気分(感情)障害患者数	6,601	6,686	6,942	7,273	7,499

出典：保健所実績報告（各年度末現在）

- ◇ 本県において、令和2年に医療機関を受診しているうつ・躁うつ病の外来患者数は、人口10万人当たり2,424.2人と全国平均を下回っているものの、入院患者数は254.6人と、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（受療者）数の比較

区 分	全 国 (人口10万人当たり)	秋田県 (人口10万人当たり)
外来患者	2,750.1	2,424.2
入院患者	166.8	254.6

出典：厚生労働省「NDB」（令和2年度）

- ◇ 地域の保健福祉関係機関及び関係団体において、メンタルヘルスケアに対する正しい知識の普及啓発に努めており、市町村や保健所、子ども・女性・障害者相談センター精神保健福祉部において精神保健福祉相談及び訪問援助等を実施しています。

また、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」において、各分野の悩みごと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

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・躁うつ病は、精神的・身体的ストレス等を背景に、重症化すると「死んでしまいたいほどのつらい気持ち」が現れることもあり、早めに専門家に相談できる体制を構築していくことが重要です。

◇ うつ病の治療は、認知行動療法と薬物療法を併せて実施することで、自殺のリスクを下げる事が知られていますが、本県では診療報酬対象となった認知療法・認知行動療法を実施した医療機関は2施設以下となっています。

表3 認知療法・認知行動療法の実施数

区 分	全 国	秋 田 県
認知療法・認知行動療法実施医療機関数	224	2 以下
人口 10 万対患者数	7.32	非公表

出典：厚生労働省「NDB」（令和2年度）

○ 主 要 な 施 策 ○

(1) 早期発見・早期受診に向けた体制の強化

◆ 県民や関係機関に対する正しい知識の普及啓発や、身近な人の悩みに気づいて、必要な支援につなぐ「心はれぱれゲートキーパー」等の養成により、早期対応に向けた取組を進めます。

(2) 専門的治療や精神科以外の医療機関との連携の充実

◆ 認知療法・認知行動療法に対応する医療機関の増加や、「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、かかりつけ医と精神科医との連携の強化を図ります。

(3) 地域で安心して暮らすことのできる体制の整備

◆ 本人や家族等に対する相談支援体制の充実や、夜間・休日の救急医療を提供する精神科救急医療体制の確保を図ります。

3 認知症

認知症は、脳の病気や障害など様々な原因により認知機能が低下し、日常生活全般に支障が出てくる状態をいいます。

認知症にはいくつかの種類があり、アルツハイマー型認知症は認知症の中で最も多く、次いで多いのが脳梗塞や脳出血などの脳血管障害による血管性認知症です。

また、若くても認知症を発症することがあり、65歳未満で発症した認知症を若年性認知症といいます。

○ 現 状 と 課 題 ○

(1) 現状

- ◇ 本県の認知症高齢者数は、令和4年10月1日時点で約66,000人、認知症に至る前の「軽度認知障害」の状態にある高齢者については、約47,000人と推計されています。
- ◇ 高齢化の進行により、認知症有病者も増加すると予想されていることから、2025年には高齢者の約5人に1人が、2040年には高齢者の約4人に1人が認知症有病者に該当すると見込まれています。
- ◇ 県では、身近な地域において、認知症の鑑別診断や専門医療相談、診断後支援等に対応するため、地域の認知症医療の拠点となる認知症疾患医療センターを9か所設置しています。

表1 認知症疾患医療センター利用状況（認知症疾患に係る外来件数及び鑑別診断件数）

（各年度末 単位：件）

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	計
外来件数	14,102	15,367	15,358	16,543	17,755	79,125
鑑別診断件数	1,658	1,804	1,587	1,664	1,628	8,341
認知症診断件数	1,281	1,408	1,216	1,243	1,212	6,360

出典：県長寿社会課調べ

- ◇ 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、医師、歯科医師、薬剤師、看護師等を対象に、認知症対応力向上研修を実施し、地域における認知症の早期発見・早期対応の体制づくりを行っています。

表2 医療従事者等に対する研修修了者数

(各年度末 単位：人)

	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年
かかりつけ医認知症対応力向上研修	106	70	44	97	65
歯科医師認知症対応力向上研修	23	0	29	45	38
薬剤師認知症対応力向上研修	43	29	23	16	33
病院勤務医療従事者認知症対応力向上研修	203	186	—	—	95
看護職員認知症対応力向上研修	58	54	30	51	35
病院勤務以外の看護師等認知症対応力向上研修	—	—	—	—	22
サポート医養成研修	15	8	4	5	2
サポート医フォローアップ研修	15	18	57	40	65

出典：県長寿社会課調べ

- ◇ 複数の専門職が、認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、家族支援等の初期の支援を包括的・集中的に行う「認知症初期集中支援チーム」を全ての市町村が設置しています。
- ◇ 全ての市町村の地域包括支援センターでは、認知症の人や家族等の相談対応、認知症カフェの運営、地域の支援機関の連携づくりなどの市町村の認知症施策の推進を担う「認知症地域支援推進員」を設置しています。

表3 秋田県の認知症カフェの設置数

(各年度末現在 単位：か所)

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
認知症カフェ	79	90	102	110	127

出典：県長寿社会課調べ

- ◇ 働き盛りの世代で発症するため本人や家族の生活への影響が大きい、若年性認知症の人と家族への相談・支援を担う「若年性認知症コーディネーター」を配置しています。
- ◇ 県内には、認知症に関する正しい知識と理解を持って、地域や職域等で認知症の人や家族を手助けする「認知症サポーター」が129,756人います。(令和5年9月30日)

表4 秋田県の認知症サポーター（キャラバン・メイト含む）数

（単位：人）

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
認知症サポーター	98,092	109,212	114,182	120,243	125,149
キャラバン・メイト	2,099	2,221	2,240	2,326	2,374
計	100,191	111,433	116,422	122,569	127,523

出典：全国キャラバン・メイト連絡協議会

- ◇ アルツハイマー型認知症の新薬が開発され、医療保険の適用対象（令和5年12月20日）となりました。

（2）課題

- ◇ 高齢化率が全国一の本県においては、認知症の正しい知識の普及や予防の考え方の更なる浸透・定着、認知症の早期発見・早期対応を目的に、医療・介護・福祉従事者、行政などが有機的に連携した取組を重点的に推進する必要があります。
- ◇ アルツハイマー型認知症の新薬使用に当たり、認知症疾患医療センター等と連携した医療体制を構築する必要があります。

○ 主 要 な 施 策 ○

（1）認知症に関する正しい理解の促進

- ◆ 県民に対する予防、早期発見を含む認知症の知識の普及・啓発に向けて、市町村、地域包括支援センター、認知症疾患医療センター等と連携した取組を推進します。
- ◆ 認知症に関する正しい知識を持つ、認知症の人や家族の応援者である「認知症サポーター」を養成するための講師となる「キャラバン・メイト」の養成研修を実施します。
- ◆ あきたオレンジ大使等、認知症の人が自ら情報発信できる体制づくりを推進し、認知症に関する理解を深めるための普及・啓発活動を行い、認知症の人の社会参加の促進と共生社会の実現を目指します。

※オレンジ大使とは

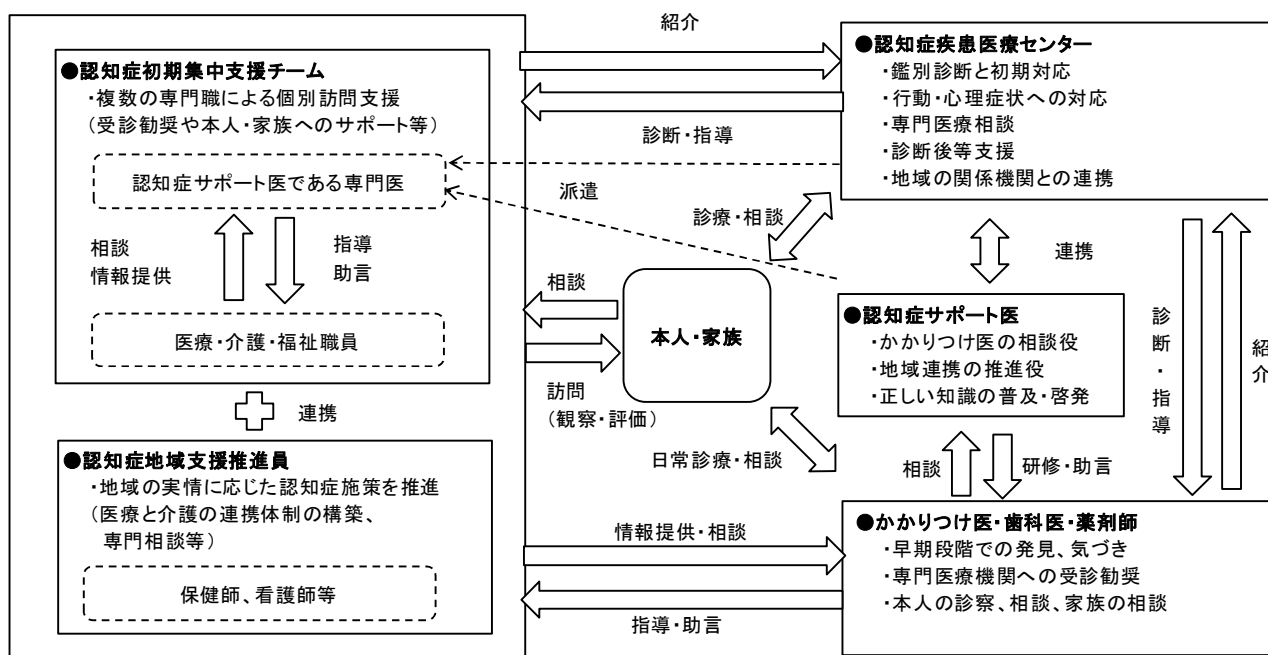
認知症の人本人が自らの言葉で思いを発信し、広く認知症に対する理解を深めるために活動する人をいいます。

（2）早期発見・早期対応できる体制の整備

- ◆ 地域の医療の拠点である「認知症疾患医療センター」の運営や活動を充実させるため、研修会の開催等により支援の強化を図ります。

- ◆ 関係機関と連携し、医師、歯科医師、薬剤師、看護師等を対象とした認知症対応力向上研修を実施し、地域における認知症の早期発見・早期対応の体制づくりを強化します。
- ◆ 秋田県医師会と連携し、認知症の人の診療に習熟しかかりつけ医への助言等の支援を行う「認知症サポート医」の養成やフォローアップ研修を、継続して実施します。

●早期発見、早期対応できる体制整備のイメージ



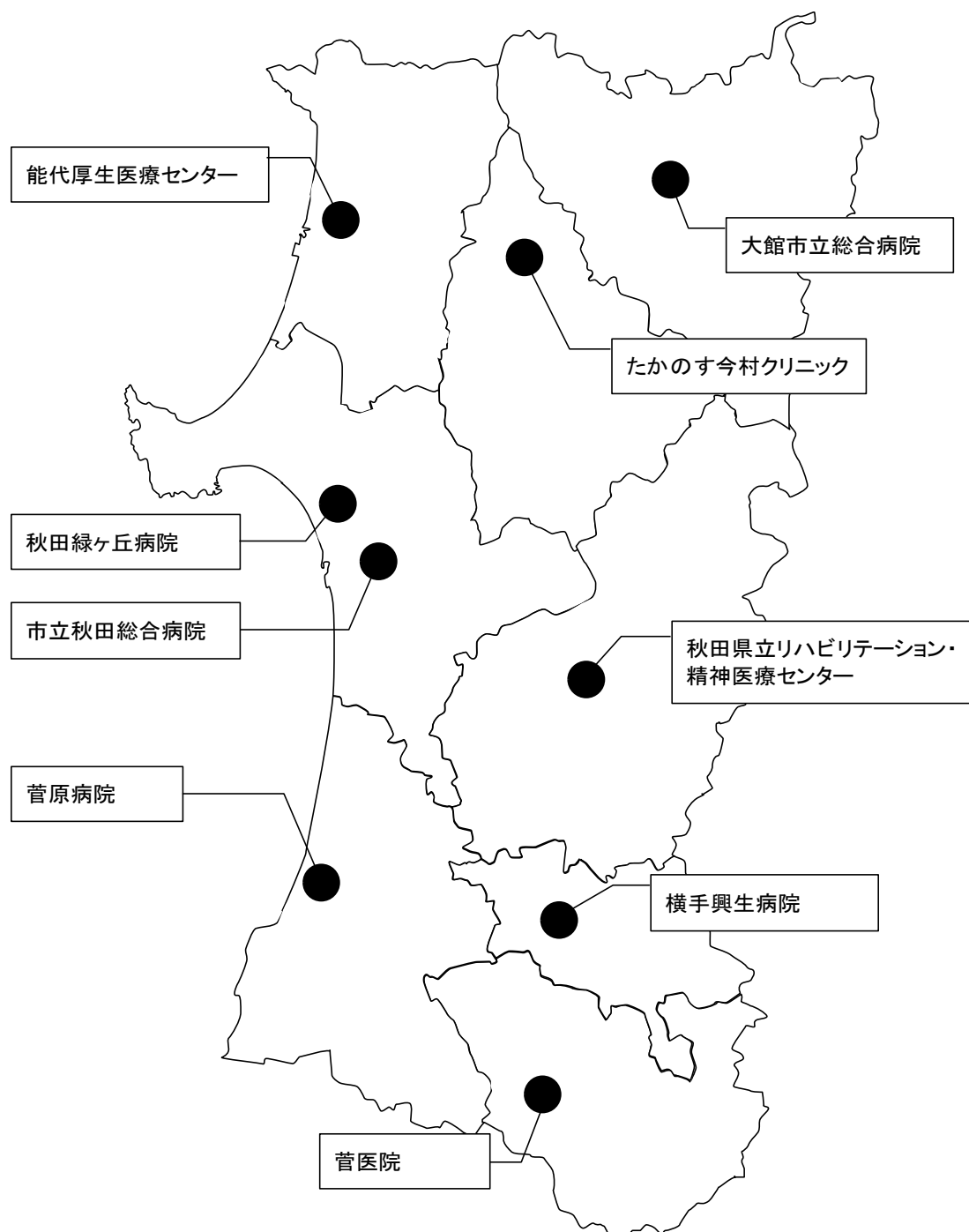
(3) 地域における支援体制の充実

- ◆ 認知症があっても安心して暮らすことができる地域づくりを推進するため、認知症の人や家族の生活支援ニーズと認知症サポーターを中心とした支援をつなぐ仕組みである「チームオレンジ」の設置に向けて市町村を支援します。
- ◆ 同じ悩みを持つ人同士が交流し情報交換できる認知症カフェや認知症の家族会の集いにおいて、心理面等の負担軽減につながるよう認知症疾患医療センターや地域包括支援センター等と連携しながら支援します。

(4) 認知症の治療体制の充実

- ◆ アルツハイマー型認知症新薬の適切な投与のため、投与施設、検査施設、認知症疾患医療センターの連携体制を整備します。
- ◆ アルツハイマー型認知症新薬の適用対象となる軽度認知障害等の人を早期に発見し、適切な医療につなげられるよう、認知症疾患医療センター、認知症サポート医、かかりつけ医、地域包括支援センター等の連携体制の強化を図ります。

●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

- ◇ 本県の令和５年３月末現在における 20 歳未満の精神障害患者数は、775 人であり、病名区分では、てんかんと発達の障害が多く、全体の約 8 割を占めています（表１）。医療機関を受診した 20 歳未満の患者数は全国と同様に増加傾向にあります（表２）。

表１ 在宅精神障害者の状況（令和５年３月末現在）

病 名 区 分	全 体	20 歳未満
症状性を含む器質性精神障害	5,539	2
精神作用物質による精神及び行動障害	761	1
統合失調症	7,002	37
気分（感情）障害	7,390	41
神経症性障害	2,447	53
精神遅滞	959	20
てんかん	2,157	172
心理的発達の障害	1,672	321
小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害	818	110
その他	351	18
計	29,096	775

出典：県障害福祉課調べ

表２ 20 歳未満における通院・在宅精神療法算定数の推移

		平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度
患者数（人）	秋田県	1,555	1,599	1,654
人口 10 万対患者数	秋田県	1,134.8	1,201.2	1,289.9
	全 国	2,292.5	2,487.2	2,601.7

表３ 10 歳未満における通院・在宅精神療法算定数の推移

		平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度
患者数（人）	秋田県	77	63	60
人口 10 万対患者数	秋田県	126.86	107.28	107.63
	全 国	1,290.90	1384.74	1,352.56

出典：厚生労働省「NDB」

(2) 課題

- ◇ 児童・思春期精神科医療は発達障害等への支援や精神疾患の早期発見・早期介入の観点からも重要ですが、専門的に対応している医療機関は少ないため、子どもの心身の問題に対して、行政や教育機関等、地域の関係機関が連携して支援する必要があります。

○ 主 要 な 施 策 ○

(1) 地域医療体制整備

- ◆ 小児科と精神科の医療連携を図り、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・思春期の心身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、思春期の子どもの精神保健に関わっている方を対象とした「思春期問題研修会」を開催し、理解促進と相談支援対応力の向上を図ります。

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の障害であって、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) 現状と課題

- ◇ 医療機関を受診する患者数は、年々増加し、就職後に診断を受ける人も増えています。患者数の増加や多様な障害特性に合わせて、身近な地域で発達障害の早期発見、早期支援につながるよう、関係機関と連携した切れ目のない支援提供体制の整備が必要です。

※ 発達障害の定義は、発達障害者支援法第2条第1項に規定されています。なお、国際疾病分類（ICD-10（2003年版）準拠）では、F80-F89及びF90-F98に含まれるものをいいます。

表1 年齢区分別発達障害の患者数

（単位：人）

年度末	18歳未満	18～19歳	20～39歳	40～64歳	65歳以上	計
令和2年度	214	124	1,103	329	10	1,780
令和3年度	258	118	1,282	406	15	2,079
令和4年度	287	144	1,534	511	14	2,490

出典：「保健所実績報告」 ※措置入院・医療保護入院の患者を除く。

表2 発達障害の診療医療機関数

項 目	令和2年度	令和3年度	令和4年度
発達障害の外来診療している医療機関数	36 か所	36 か所	37 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等が行う専門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。
- ◆ 小児期における発達障害の早期発見、早期療育の中核機関である秋田県立医療療育センターに受診希望者が集中し、数か月の初診待機が生じているため、早期受診につなげるための初診待機解消に取り組めます。

(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」における本人・家族への相談対応

と共にペアレントトレーニングや CARE 等の支援プログラムを用いた研修会の開催及び秋田県立医療療育センター等と連携した支援を行います。

- ◆ 保健・福祉等の行政機関、医療機関、学校、ハローワーク、障害者職業センター、障害者就業・生活支援センター、職場、障害者サービス事業所等とライフステージに応じた切れ目のない支援のための連携を推進します。

（３）障害の正しい理解の普及啓発

- ◆ 県民向けや支援者向け研修会の開催や秋田県発達障害支援ハンドブックの作成により相談窓口の周知及び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。アルコールや薬物といった物質の使用や、ギャンブルなどの特定の行為や過程を、繰り返す、より強い刺激を求めるようになる、いつも頭から離れなくなるといった特徴がみられます。

○ 現 状 と 課 題 ○

(1) 現状

◇ 本県のアルコール依存症患者数は全国平均を上回っています（表1）。薬物依存患者数やギャンブル等依存患者数は全国平均を下回っています（表2，3）。県では、令和2年度に3医療機関を依存症専門医療機関に選定し、令和5年度には依存症拠点医療機関を選定しました（表4）。また、県内では9団体の依存症に関する自助グループ（当事者・家族等）が活動しています（表5）。

依存症は治療につながりにくく、医療機関を受診している患者数と潜在的な患者数には大きな乖離があります。当事者や家族等が必要な支援を受けられるよう、正しい知識の普及啓発と地域における支援体制の構築等を総合的に推進することが重要であり、アルコール健康障害対策推進計画及びギャンブル等依存症対策推進計画等により対策を進めています。

表1 アルコール依存症患者（受療者）数（人口10万対）

区 分	全 国	秋田県
外来患者数	115.64	120.13
入院患者数	47.38	57.27

表2 薬物依存症患者（受療者）数（人口10万対）

区 分	全 国	秋田県
外来患者数	15.41	1.9
入院患者数	4.94	3.17

表3 ギャンブル依存症患者（受療者）数（人口10万対）

区 分	全 国	秋田県
外来患者数	2.94	0.11-0.95
入院患者数	0.31	患者数が9人以下のため非公表

出典：「NDBデータ」（令和2年）

◇ 近年はインターネットやゲーム等の特定の行為にのめり込む行動嗜癖や、オンラインゲームでの過度な課金等が問題となっているため、今後の国の動向等も注視しながら対策を検討していきます。

表4 依存症拠点医療機関・専門医療機関

依存症拠点医療機関	秋田回生会病院
依存症専門医療機関	杉山病院・秋田回生会病院・清和病院

表5 自助グループ等一覧（令和5年6月5日現在）

団体名	備考
秋 田 県 断 酒 連 合 会	秋田中央断酒会、本荘・にかほ断酒会、仙北断酒会、横手断酒会、Le・ソレイユ男鹿の5グループ
A A グ ル ー プ （アルコール依存症本人グループ）	千秋グループ
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
秋 田 ダ ル ク （ D A R K ）	薬物・シンナー・アルコール医等依存症者の回復施設
N A 秋 田 グ ル ー プ （薬物依存症本人グループ）	
G A グ ル ー プ （ギャンブル依存症本人グループ）	GA 秋田グループ、GA 広面グループ、GA 秋田中央グループの3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、由利本荘、大仙、横手、湯沢の7グループ
家 族 会	依存症家族の会(秋田市・大仙市)、しやる We だん酒の会 in 横手
ギ ャ マ ノ ン あ き た （ギャンブル依存症 家族・友人のための会）	

出典：子ども・女性・障害者相談センター精神保健福祉部調べ

（2）課題

- ◇ 当事者にとって病気の受容が難しい等の疾患の特性により、早期の相談や治療につながりにくい状況にあります。
- ◇ 依存症は、日常生活や社会生活にも深刻な影響を及ぼす場合があることから、当事者や家族等が抱える問題に対応できるよう支援者の支援技術の向上が求められます。
- ◇ 県内で依存症に対応している医療機関は少ないことから、当事者が身近な地域で必要な治療が受けられるよう、医療従事者の人材育成が必要です。
- ◇ 当事者等を必要な支援につなぐため、支援者間での共通認識の醸成と連携体制の強化が重要となります。

○ 主 要 な 施 策 ○

（１）依存症に対する正しい知識の普及

- ◆ 依存症に対する偏見や誤解がなく、県民が予防行動をとることができるよう、正しい知識の普及に努めます。

（２）相談体制及び医療提供体制の強化

- ◆ 子ども・女性・障害者相談センター精神保健福祉部や保健所をはじめ、依存症当事者や家族等に対応する支援者の知識や支援技術の向上に努めます。
- ◆ 医療機関職員を対象とした研修の機会等を設け、人材育成を推進します。

（３）連携体制の構築

- ◆ 相談機関、医療機関、自助グループ等の関係機関の連携により、依存症に関する相談から治療、回復に至る切れ目のない支援体制を整備します。

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、時間が経ってからも、その経験に対して強い恐怖を感じるものです。震災などの自然災害、火事、事故、暴力や犯罪被害などが原因になるといわれています。

○ 現 状 と 課 題 ○

（１）現状

- ◇ 本県において、令和２年度に医療機関を受診している外傷後ストレス障害（PTSD）患者数は68人で、人口10万人当たりの外来患者数は7.2人と全国平均に比べて低い状況にあるものの、増加傾向にあります。

表１ PTSD患者（受療者）数

		平成30年度	令和元年度	令和２年度
患者数（人）	秋田県	48	61	68
人口10万対患者数	秋田県	5.0	6.4	7.2
	全 国	13.3	14.6	16.2

出典：「NDB」

（２）課題

- ◇ PTSDは被害後の社会的なサポートが重要となりますが、専門的に対応している医療機関等は少ないため、精神科医療機関と支援関係者が連携して対応する必要があります。

○ 主 要 な 施 策 ○

- ◆ 支援関係者はサイコロジカルファーストエイドやトラウマインフォームドケア※への理解を深めると共に、精神科医療機関と連携を図り、身近な地域で早期に適切な支援が受けられる体制を整備します。
- ◆ 精神保健医療福祉業務に従事する有資格者等を対象とした国の「PTSD対策研修」の活用等により、PTSDに対応できる専門職の養成を図ります。

※サイコロジカルファーストエイド（心理的応急処置）：危機的な出来事に見舞われて、苦しんでいる人の心理的回復を支えるための、人道的、支持的な対応
トラウマインフォームドケア：支援する多くの人たちがトラウマに関する知識や対応を身につけ、普段支援している人たちに「トラウマがあるかもしれない」という観点をもって対応する支援の枠組み

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います。

- ※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) 現状と課題

- ◇ 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、支援普及事業を実施しています。高次脳機能障害による身体的、精神的な特徴は外見上で判断しづらいため、早期に発見し、治療、リハビリの支援につなげる体制の構築が必要です。

支援拠点機関は県南地区に1か所のみであり、当事者・家族からの相談件数は他県と比べ少ない状況にあります。高次脳機能障害に関する相談については、相談拠点機関だけでなく、他の医療機関においても対応できるよう支援手法等に関する研修の機会等を通じて理解促進を図り、必要時には支援拠点機関とも連携した支援を行うことができるよう体制を強化していくことが必要となります。

表 東北各県の支援拠点機関における令和4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	588	804	448	45	570	361
医療機関・施設等 からの間接相談	50	308	248	202	129	432
相談件数 合計	638	1,112	696	247	699	793

出典：高次脳機能障害支援普及全国連絡協議会資料

○ 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、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

- ◆ 医療・福祉・行政関係者を対象とする研修会等を開催し、高次脳機能障害の理解促進を図ります。

（４）地域で安心して暮らすことのできる体制の整備

- ◆ 支援拠点機関における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の実施、支援コーディネーターによる社会復帰に向けた専門的な相談支援等により、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図ります。

9 摂食障害

摂食障害には、食事をほとんど摂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

- ◇ 本県において、令和2年度に医療機関を受診している摂食障害患者数は1,688人で、人口10万人当たり178.4人と全国平均に比べてやや低い状況にあるものの、増加傾向にあります。

表 摂食障害患者（受療者）数

		平成30年度	令和元年度	令和2年度
患者数（人）	秋田県	1,614	1,671	1,688
人口10万対患者数	秋田県	167.0	175.1	178.4
	全 国	204.6	197.8	180.4

出典：厚生労働省「NDB」

(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体制が必要です。
- ◇ 摂食障害について専門的に対応している医療機関等は少ないため、地域において精神科と、内科等の関連する診療科が横断的に連携しながら対応することが必要です。

○ 主 要 な 施 策 ○

(1) 早期発見・早期受診に向けた体制の整備

- ◆ 子ども・女性・障害者相談センター精神保健福祉部や保健所、教育機関等において、正しい知識の普及啓発や相談体制の充実を図り、摂食障害の早期発見・早期支援につなげます。

(2) 専門職の養成や医療連携体制の強化

- ◆ 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」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精神科と内科等の関連する診療科の医療連携体制を強化します。

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」を繰り返し起こす病気です。「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

- ◇ 本県において、令和２年度に医療機関を受診しているてんかん患者数は 19,056 人で、人口 10 万人当たり 2013.4 人とここ数年は横ばいですが、全国平均に比べて高い状況にあります。

表 てんかん患者（受療者）数

		平成 30 年度	令和元年度	令和 2 年度
患者数（人）	秋田県	19,415	19,428	19,056
人口 10 万対患者数	秋田県	2,008.4	2,036.5	2,013.4
	全 国	1,632.2	1,656.7	1,643.5

出典：厚生労働省「NDB」

（２）課題

- ◇ てんかんについては、早期診断と長期的な治療の見通しが重要となりますが、専門的に対応している医療機関等は少なく、地域において精神科や脳神経外科、小児科など複数の診療科が有機的に連携し、関係機関と共に支援を行うことが必要です。

○ 主 要 な 施 策 ○

（１）早期発見・早期受診に向けた体制の整備

- ◆ 子ども・女性・障害者相談センター精神保健福祉部や保健所、教育機関等において、正しい知識の普及啓発や相談体制の充実を図り、てんかんの早期発見・早期支援につなげます。

（２）専門職の養成や医療連携体制の強化

- ◆ 国で実施している「てんかん地域診療連携体制整備事業」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複数の診療科の医療連携体制を強化します。

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（121 ページ図）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、精神科救急医療圏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。また、精神科救急においては、3段階システム（121 ページ図）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 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
県 北	大館市立総合病院・能代厚生医療センター（地域拠点病院）	
県 央	11 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、菅原、 象潟）	市立秋田総合病院
県 南	横手興生病院（地域拠点病院）	秋田大学医学部附属病院
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や精神科病院勤務医の減少等により、各病院に係る負担が大き
く、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。
- ◇ 救急精神科病院、救急告示病院、消防機関等の関係機関及びかかりつけ医療機関等の
医療従事者において、対応事例集の共有を図り、相互の連携強化を図る必要があります。
- ◇ 精神医療圏が広域となることから、精神科救急医療体制については各圏域の受診状況
や医療機関等の状況に応じて柔軟に対応し、体制を整備する必要があります。

○ 主 要 な 施 策 ○

(1) 平時の対応

- ◇ 患者の定期受診の継続や症状憎悪時の早期対応等、緊急対応に至る前の日常的支援体制の充実を図ります。

(2) 精神科救急体制整備事業の確保

- ◇ 精神症状の急性憎悪や精神疾患の急性発症等による患者の緊急ニーズに対応できるよう、拠点病院や輪番制病院による各圏域の休日・夜間応需体制の維持確保を図ります。

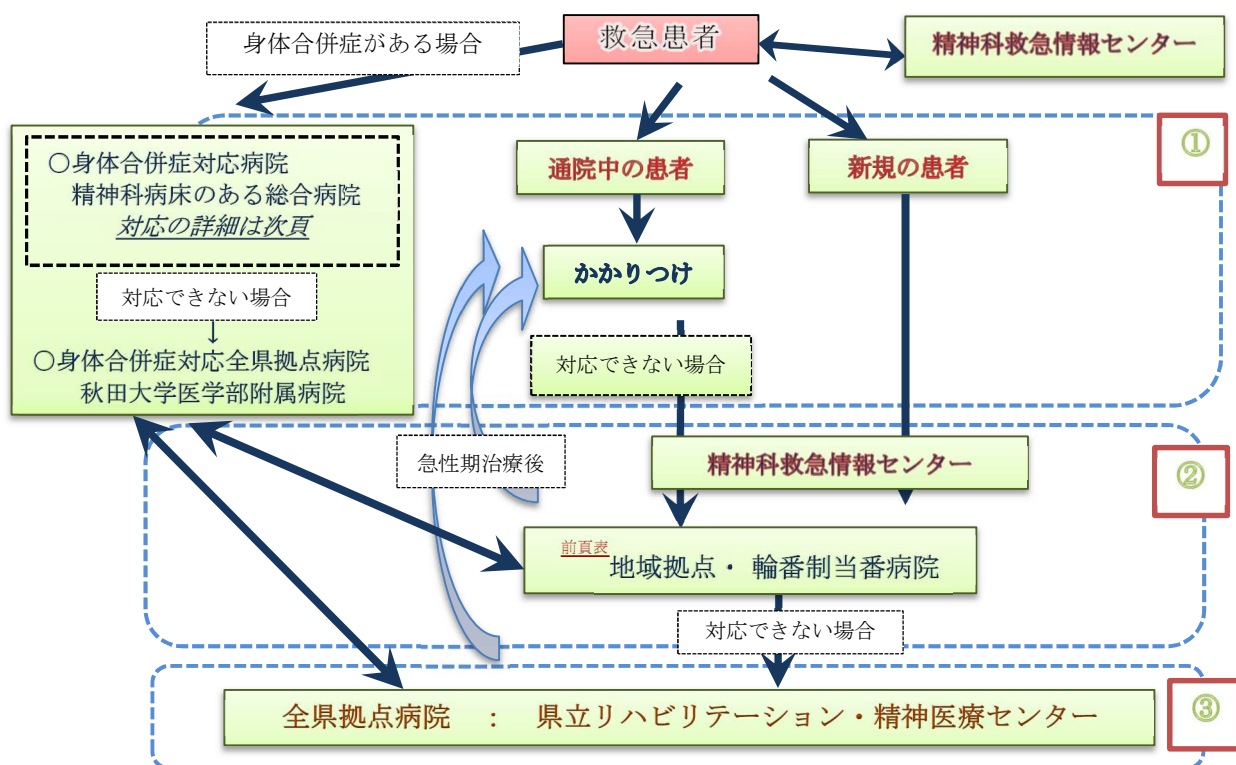
(3) 身体合併症患者への医療連携体制の整備

- ◇ 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、患者の状態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の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)

精神科救急医療体制 3段階システム

- ① かかりつけの医療機関を受診します。
 - ② かかりつけ医療機関での対応が困難な場合、地域拠点病院や輪番制当番病院が対応します。
 - ③ それでも対応できない場合、全県の拠点病院である県立リハビリテーション・精神医療センターで対応します。



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をいいます。県内では、「傷病者の搬送及び受入れの実施基準」及び「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、身体合併症を有する患者についても、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（120 ページ）のとおり、身体合併症対応病院を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。

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」（123 ページ図）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

- ◇ 救急精神科病院、救急告示病院、消防機関等の関係機関及びかかりつけ医療機関等の医療従事者において、対応事例集の共有を図り、相互の連携強化を図る必要があります。
- ◇ 県南圏域に身体合併症対応病院がないため、圏域内の救急告示病院と救急精神病院の連携と共に、県南圏域における身体合併症対応病院の設置等について検討をする必要があります。

○ 主 要 な 施 策 ○

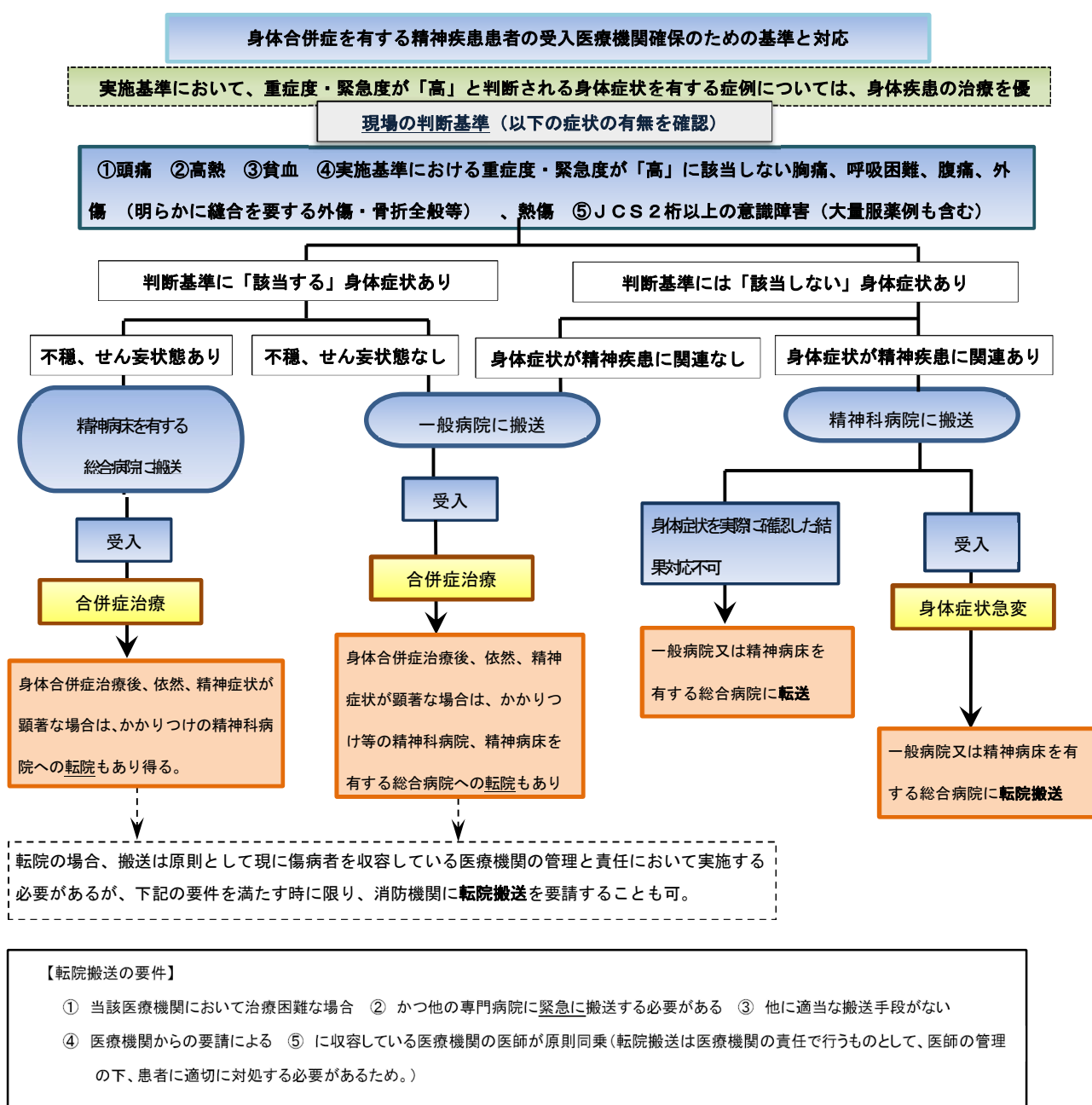
（１）対応事例集の活用

- ◇ 医療機関や関係機関に対して継続的に対応事例集を周知すると共に、必要に応じて対応事例集の見直しを行います。

（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強化を図ります。

（図） 秋田県精神科救急搬送及び受入対応事例集（抜粋）



13 自殺対策

○ 現 状 と 課 題 ○

(1) 現状

- ◇ 本県の自殺者数は減少傾向にありますが、自殺死亡率は全国と比較して依然と高い状態が続き、令和4年の自殺死亡率は22.6と全国で最も高くなっています。

性別では男性の自殺者数は女性の約2倍、年齢別では、70代、80代以上の高齢者の自殺が多く、全体の約4割を占めています。

- ◇ 原因別の自殺者数は、健康問題（精神疾患、身体疾患等）が多く、次いで経済・生活問題、勤務問題となっています。

表 自殺者数及び自殺率の推移（単位：人、人口10万対）

区 分		平成15年	平成20年	平成25年	平成30年	令和2年	令和4年
全 国	自 殺 者 数	32,109	30,229	26,063	20,031	20,243	21,252
	自殺死亡率	25.5	24.0	20.7	16.1	16.4	17.4
秋田県	自 殺 者 数	519	410	277	199	172	209
	自殺死亡率	44.6	37.1	26.5	20.3	18.0	22.6

出典：厚生労働省「人口動態統計」

- ◇ 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」が設立され、民学官一丸となって普及啓発や相談支援などに取り組む体制が整備されました。
- ◇ 自殺対策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、県内全ての市町村においては平成31年4月までに自殺対策計画が策定され、対策を進めています。
- ◇ 令和3年4月に秋田大学自殺予防総合研究センターが設置され、自殺に至る要因の分析や取組の評価、本県の実情に応じた自殺予防対策プログラムの開発及び有効性の検証など、地域における自殺者数の減少を目指した取組が行われています。

(2) 課題

- ◇ 自殺の背景には、経済・生活問題や健康問題、勤務問題、家庭問題等、様々な原因が重なり合っていることが多く、普及啓発や相談支援活動等、各関係機関と連携したきめ細やかな取組を継続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

- ◆ 県民に対して、自殺や自殺関連事象（多重債務、うつ病等）に関する普及啓発や相談窓口の周知を行い、早期相談、早期受診等につなげる取組を行います。
- ◆ 地域レベルでの自殺対策の取組を進めるため、関係者会議や研修会等を開催し、地域におけるネットワーク活動の強化を図ります。
- ◆ かかりつけ医等の精神疾患に対する対応力の向上や、自殺対策に関わる支援者、心はれぱれゲートキーパーの養成等、自殺対策を支える人材の育成を図ります。

（２）医療連携体制の整備

- ◆ 医療関係者や相談機関支援者向けに精神疾患に関する研修会を行い、対応力向上を図ります。
- ◆ 医療機関や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「D P A T」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 D P A T 先遣隊といいます。

○ 現 状 と 課 題 ○

（１）現状

- ◇ 災害発生時において活動支援拠点となる D P A T 指定医療機関を県内 6 病院に指定しています。令和 5 年 3 月末時点で D P A T 先遣隊をもつ指定医療機関は秋田県立リハビリテーション・精神医療センターのみ、D P A T 統括者は 3 名となっており、災害発生時の迅速な対応は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、D P A T 先遣隊や統括者の増員を図ると共に、研修や連携会議等を通じて県内 D P A T 指定病院や各精神科病院の災害対応力を高める必要があります。

○ 主 要 な 施 策 ○

- ◆ 国の D P A T 研修への派遣により、D P A T 先遣隊・統括者の養成・確保に努めるとともに、D P A T 研修会を開催し、ローカル D P A T の養成を図ります。また、政府防災訓練等への派遣や参加により D P A T の技能維持・向上を図ります。
- ◆ 連携会議等を開催し、災害時の D P A T 調整本部機能の早期確立、各チーム間の連携体制の構築を図ります。
- ◆ 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の整備に向けた具体的な調整を行います。

【参考】D P A T（災害派遣精神医療チーム）と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 隊当たりの活動期間は、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 隊当たりの活動期間は、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月から令和5年8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26件、通院決定4件、不処遇が7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なっています。

表 医療観察法における対象者の疾病別割合

診断名	割合
症候性を含む器質性精神障害	10.8%
精神作用物質による精神及び行動の障害	10.8%
統合失調症	64.9%
気分(感情)障害	5.4%
ストレス関連障害等	5.4%
精神遅滞	2.7%

出典：秋田保護観察所調べ（平成17年7月～令和5年8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、7医療機関が指定を受けています。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、訪問看護ステーション、行政等と連携した地域処遇を行っています。

（２）課題

- ◇ 県内に指定入院医療機関がないことから、対象者が住み慣れた地域で適切な医療を受けられる体制や、入院処遇等終了後の円滑な地域生活への移行に向けた取組を進める必要があります。
- ◇ 対象者のいない地域においても、医療機関や行政機関等の理解促進を図るため、医療観察法制度について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。

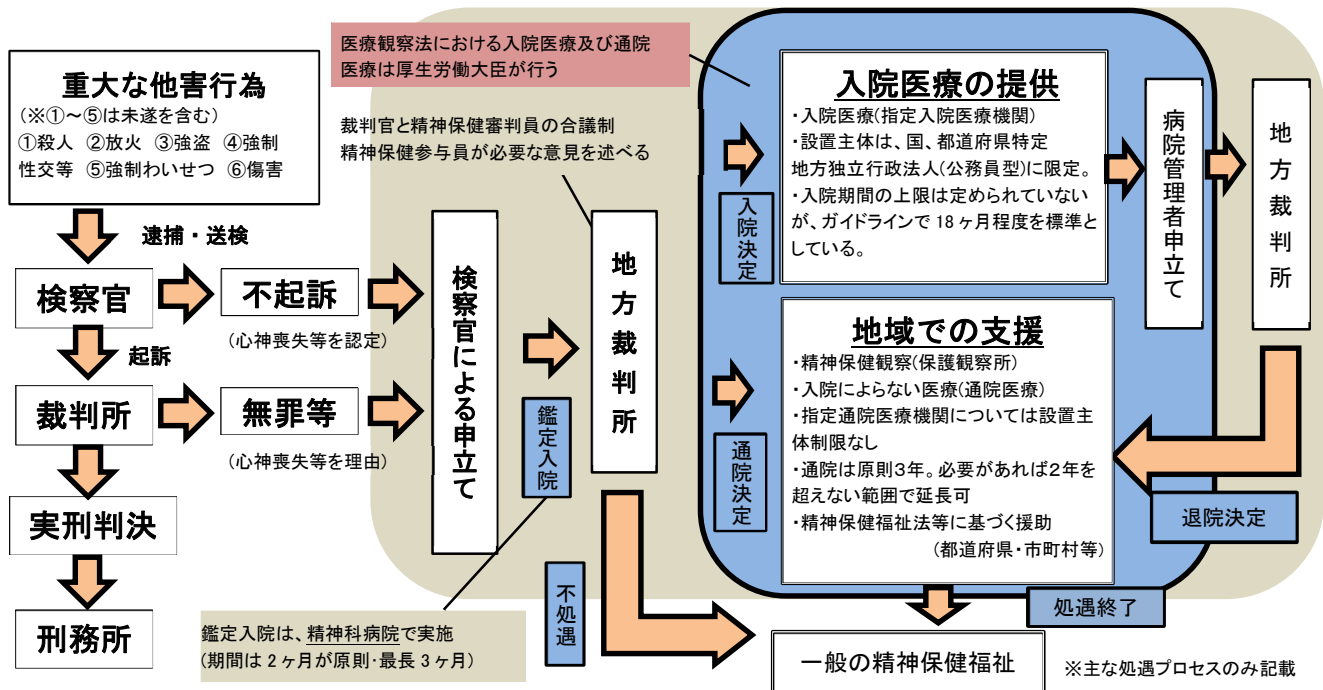
（２）専門的治療の充実

- ◆ 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

- ◆ 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じて、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。
- ◆ 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	目標値の考え方	重点指標
アウトカム	精神病床から退院後 1 年以内の地域での平均生活日数（地域平均生活日数）	R2	318 日	325 日	国が示した精神病床に係る基準病床数算定式に基づく	●
	精神病床における急性期（3 か月未満）入院需要（患者数）※1	R4	705人	769人		●
	精神病床における回復期（3 か月以上 1 年未満）入院需要（患者数）	R4	602人	556人		●
	精神病床における慢性期（1 年以上）入院需要（患者数）	R4	2,002人	1,494人		●
	うち65 歳以上患者数	R4	1,402 人	1,045 人		
	うち65 歳未満患者数	R4	600 人	449 人		
	精神病床における入院後 3 か月時点の退院率	R1	59.4%	68.9%	国が示した「障害福祉サービス等及び障害児通所支援等の円滑な実施を確保するための基本的な指針」に基づく	●
	精神病床における入院後 6 か月時点の退院率	R1	78.4%	84.5%		●
	精神病床における入院後 1 年時点の退院率	R1	86.8%	91.0%		●
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10万対実人員)	R3	235.2	増加	相談支援体制の充実（地域保健・健康増進報告）	●
	心はればれゲートキーパー養成講座受講者数	R3	7,921人	14,000人以上	秋田県自殺対策計画指標	
	入院者訪問支援員数	R5	0人	15人	各圏域に年1人増員配置	
ストラクチャー	精神保健健康教育を実施した保健所数	R4	4保健所	9保健所	県内各保健所において普及啓発、理解促進事業を実施（保健所実績報告）	
	入院者訪問支援員養成研修の実施数	R5	0回	年1回	支援員養成研修の新規実施	
	市町村におけるにも包括構築に係る協議の場の設置数	R3	7市町村	25市町村	全市町村で設置（にも包括構築支援事業事務局調査）	

●国が示した重点指標

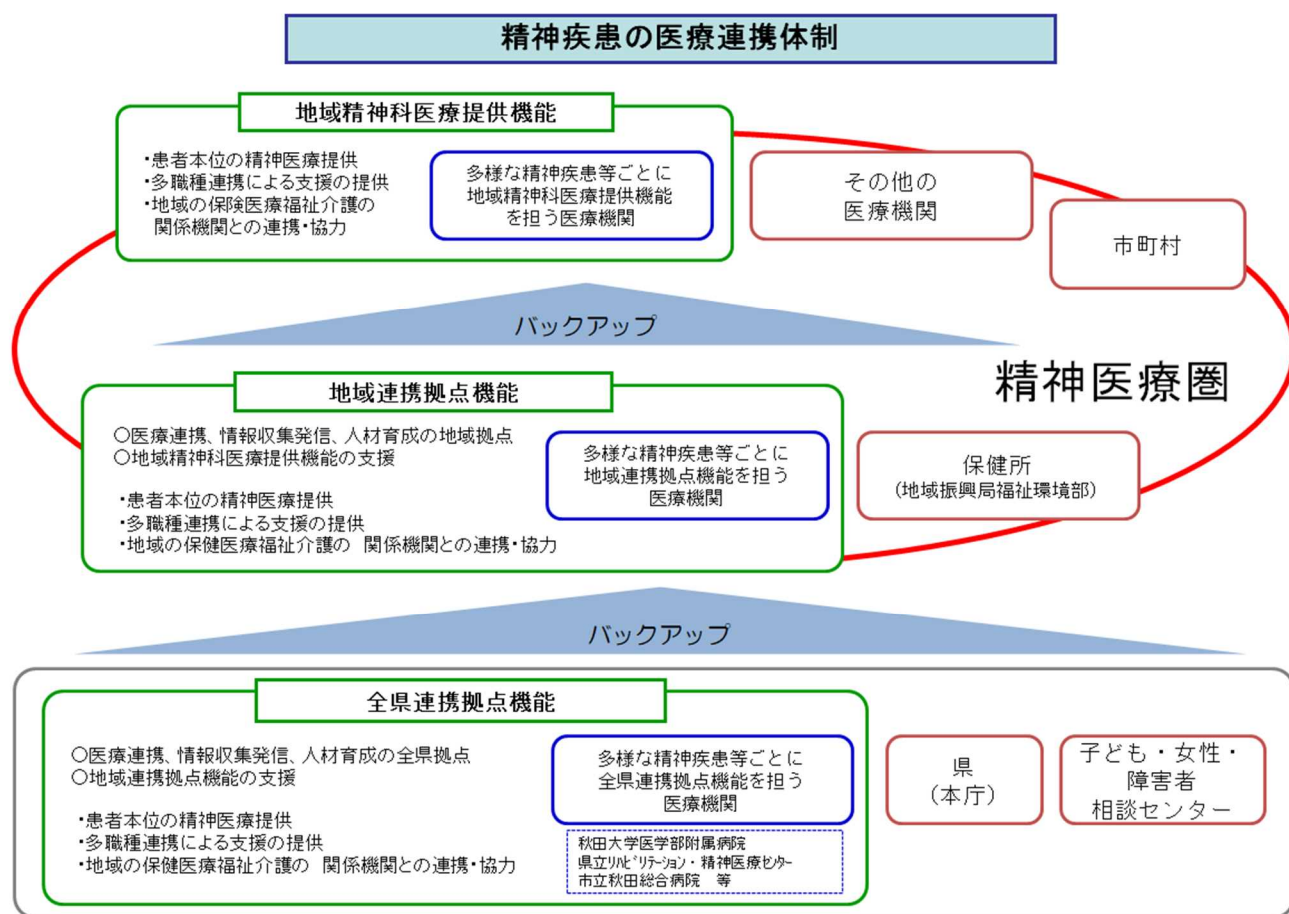
※ 入院需要（患者数）は、患者居住地ベースの数値

○ 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、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（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	
医療機能の標準	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）		
	医療体制	○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、患者等への情報発信	○患者等への情報発信
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からな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	

※ 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 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。	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)
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	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等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可能であること。 ③ 認知療法・認知行動療法あるいはこころの連携指導料Ⅱの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	地域型及び連携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可能であること。	
発達障害	県全域からの患者の受入が想定される病院	入院機能を有し、次の基準を満たしていること。 ① 教育機関や就労支援機関等と連携している。 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可能であること。	
依存症 アルコール ギャンブル等 薬物	依存症治療拠点機関	精神病床を有し、かつ、次のいずれかの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や院外の支援者等を招いた事例検討会や研修会の開催が可能である。 ④ 自助グループと連携している。 ⑤ 依存症専門医療機関	

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	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、認知行動療法等の心理療法が可能であること。	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）
高次脳機能障害	高次脳機能障害支援拠点機関		
摂食障害	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、内科等の関連する診療科との横断的な連携が可能であること。	
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可能であること。	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可能であること。	
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、輪番病院の指定を受けていること。 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。	
身体合併症自殺未遂	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精神病床を有していること。 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。	
災害精神医療	D P A T 指定病院のうち、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	D P A T 指定病院	

※ 各医療機能を担う医療機関名簿（別冊）は秋田県公式ウェブサイトに掲載しています。

6 救急医療

○ 現 状 と 課 題 ○

(1) 現状

① 救急医療の受療動向

◇ 救急患者数

令和3年度中の救急告示医療機関における救急患者数（年間時間外患者数、救急自動車搬送患者含む）は160,595人で、県人口に対する割合は17.0%となっています。

なお、令和2年から令和3年の救急患者数は新型コロナウイルス感染症の影響等により減少傾向にあったものの、今後の救急患者数割合は20%程度で推移する事が見込まれており、2030年推計では県人口が814,295人、救急患者数は約163,000人と推定されます。

表1 救急告示医療機関における救急患者数 (単位：人、%)

区 分	患者数	人 口	患者数/人口
令 和 3 年	160,595	944,874	17.0
令 和 2 年	137,500	959,502	14.3
平 成 3 1 年	209,916	965,927	21.7

出典：県医務薬事課

※人口：令和2年は「国勢調査」、その他は「秋田県年齢別人口流動調査」

◇ 救急搬送数

令和3年中の救急搬送人員は県内38,080人（県人口比約4.0%）となっており、平成27年中の県内36,574人（県人口比約3.6%）と比して、1,506人、県人口比0.4ポイント増加しています。

また、平成27年から令和3年まで、県人口は78,245人減少しているものの、救急搬送人員は横ばいから微増となっており、患者数が減少する中で各医療圏における救急医療提供体制の水準を維持するための取組が必要となっています。

表2 救急搬送人員 (単位：人・隊)

区 分	秋 田 県		全 国	
	救急搬送人員	救急隊数	救急搬送人員	救急隊数
令 和 3 年	38,080	76	5,491,744	5,302
平 成 3 1 年	38,381	76	5,978,008	5,215
平 成 2 9 年	38,205	75	5,736,086	5,140
平 成 2 7 年	36,574	75	5,478,370	5,069

出典：総務省消防庁「救急・救助の現況」

◇ 高齢患者の増加

令和３年中の救急搬送人員について、年齢区分別に見てみると、高齢者が 27,699 人と最も多く、全体の 72.7%を占めています。平成 23 年中の搬送人員と比較すると、新生児、乳幼児、少年及び成人では搬送数が減少しているものの、高齢者の搬送数は 4,688 人増加しています。

また、高齢者搬送の現場においては、救急隊が傷病者の家族等から、傷病者本人は心肺蘇生を望んでいないと伝えられる事案が発生しています。こうした問題を解決するため、医療関係者、介護関係者、在宅医療関係者等を中心に、地域包括ケアシステムや ACP（アドバンス・ケア・プランニング）に関する議論の場を設け、患者の希望する医療・ケアについて、必要なときに考えられる方法について検討を進める必要があります。

表３ 年齢区分別搬送人員

(単位：人)

区 分	総 数	年齢区分別(下段は割合：％)				
		新生児※	乳幼児※	少年※	成人※	高齢者※
令和 ３ 年	38,080	56 (0.1)	725 (1.9)	793 (2.1)	8,807 (23.1)	27,699 (72.7)
平成 31 年	38,381	70 (0.2)	901 (2.3)	963 (2.5)	9,481 (24.7)	26,966 (70.3)
平成 29 年	38,205	71 (0.2)	943 (2.5)	923 (2.4)	10,166 (26.6)	26,102 (68.3)
令和 3 年 全 国	5,491,744	12,303 (0.2)	210,962 (3.8)	160,895 (2.9)	1,707,782 (31.1)	3,399,802 (61.9)
平成 27 年	36,574	59 (0.1)	937 (2.6)	979 (2.7)	10,349 (28.3)	24,250 (66.3)
平成 25 年	37,161	62 (0.2)	988 (2.7)	911 (2.5)	11,141 (30.0)	24,059 (64.7)
平成 23 年	36,721	62 (0.2)	1,022 (2.8)	999 (2.7)	11,627 (31.6)	23,011 (62.7)
平成 27 年 全 国	5,478,370	13,054 (0.2)	253,818 (4.6)	197,552 (3.6)	1,909,578 (34.9)	3,104,368 (56.7)

出典：総務省消防庁「救急・救助の現況」

※新生児：生後 28 日未満、乳幼児：生後 28 日以上 7 歳未満、少年：7 歳以上 18 歳未満、
成人：18 歳以上 65 歳未満、高齢者：65 歳以上

◇ 疾病構造別の変化

救急搬送を事故種別でみると、令和３年は急病が 26,443 人で全体の 69.4%を占め、次いで一般負傷 5,681 人（14.9%）、交通事故 1,947 人（5.1%）となっており、急病の占める割合は年々増加傾向にあります。また、本県の救急要請の増加には高齢者数の増加が影響していると推定されるため、脳梗塞、肺炎、心不全、骨折等による入院が増加することが見込まれます。

表４ 疾病構造別搬送人員

(単位：人)

区 分	救急搬送人員(下段は割合：％)				
	総 数	急 病	一般負傷	交通事故	その他
令 和 ３ 年	38,080	26,443 (69.4)	5,681 (14.9)	1,947 (5.1)	2,947 (7.7)
平 成 ３ １ 年	38,381	26,632 (69.4)	5,375 (14.0)	2,343 (6.1)	3,027 (7.9)
平 成 ２ ９ 年	38,205	26,397 (69.1)	5,249 (13.7)	2,621 (6.9)	2,914 (7.6)
令 和 ３ 年 全 国	5,491,744	3,605,179 (65.6)	879,503 (16.0)	340,573 (6.2)	523,194 (9.5)
平 成 ２ ７ 年	36,574	25,101 (68.6)	4,831 (13.2)	2,639 (7.2)	4,003 (10.9)
平 成 ２ ５ 年	37,161	25,261 (68.0)	5,006 (13.5)	2,719 (7.3)	4,175 (11.2)
平 成 ２ ３ 年	36,721	24,643 (67.1)	5,088 (13.9)	2,929 (8.0)	4,061 (11.1)
平 成 ２ ７ 年 全 国	5,478,370	3,491,374 (63.7)	817,931 (14.9)	490,797 (9.0)	678,268 (12.4)

出典：総務省消防庁「救急・救助の現況」

◇ 重症患者、軽症患者の動向

傷病程度別では、重症の割合が全体の 20.2%を占めており、全国平均の 8.5%より 11.7 ポイント高くなっています。また、中等症の割合は、本県が 33.5%で全国平均が 45.2%と 11.7 ポイント低く、軽症の割合は本県が 43.3%で全国平均が 44.8%と 1.5 ポイント低くなっています。厚生労働省の調査では、年齢に比例し平均在院日数が長くなることが示されており、本県では全国平均に比べて高齢者の救急搬送割合が高いことから、搬送後の入院加療期間が長期化している可能性が示唆されます。

このことから、高度で専門的な医療を提供する第三次救急医療機関や第二次救急医療機関において、入院加療の長期化による病床満床等による、新たな救急患者の受入が困難になるような状況を解消するため、高次の医療機関から必要な転院搬送を促進する取組を推進する必要があります。

また、救急搬送された傷病者の内、43.3%は診察の結果として帰宅可能な軽症の患者です。救急車の不要不急な利用は、真に救急対応が必要な者への救急医療に支障を来す結果となることもあることから、救急車の適正利用について県民に理解を促すことも重要です。

表 5 傷病程度別搬送人員

(単位：人)

区 分	総 数	傷病程度別(下段は割合：%)				
		死亡	重症※	中等症※	軽症※	その他※
令和 3 年	38,080	1,140 (3.0)	7,698 (20.2)	12,741 (33.5)	16,499 (43.3)	2 (0.0)
平成 31 年	38,381	1,124 (2.9)	7,454 (19.4)	12,186 (31.8)	17,597 (45.8)	20 (0.1)
平成 29 年	38,205	1,084 (2.8)	7,569 (19.8)	12,126 (31.7)	17,388 (45.5)	38 (0.1)
令和 3 年 全 国	5,491,744	81,448 (1.5)	466,440 (8.5)	2,481,532 (45.2)	2,460,460 (44.8)	1,864 (0.0)
平成 27 年	36,574	1,113 (3.0)	6,840 (18.7)	11,999 (32.8)	16,606 (45.4)	16 (0.1)
平成 25 年	37,161	1,188 (3.2)	6,917 (18.6)	12,091 (32.5)	16,947 (45.6)	18 (0.1)
平成 23 年	36,721	1,077 (2.9)	7,617 (20.7)	11,717 (31.9)	16,289 (44.4)	21 (0.1)
平成 27 年 全 国	5,478,370	76,255 (1.4)	465,457 (8.5)	2,220,029 (40.5)	2,705,974 (49.4)	10,655 (0.2)

出典：総務省消防庁「救急・救助の現況」

※重症：3 週間以上の入院加療を要するもの
※軽症：入院加療を要しないもの

※中等症：3 週間未満の入院加療を要するもの
※その他：医師の診断がない又は傷病程度が判明しないもの

表 6 【全国調査】年齢階級別にみた退院患者の平均在院日数の年次推移 (単位：日)

区分	平成 18 年	平成 23 年	平成 26 年	平成 29 年	令和 2 年
総 数	37.4	34.3	33.2	30.6	33.3
0～14 歳	9.4	8.9	8.8	7.5	9.0
15～34 歳	14.8	14.0	13.9	12.6	14.0
35～64 歳	31.0	27.3	25.5	23.1	25.7
65 歳以上	49.0	44.8	42.3	38.5	40.6
75 歳以上（再掲）	55.7	50.2	48.0	44.6	42.0

出典：厚生労働省「令和 2 年（2020）患者調査の概況」

※各年 9 月 1 日～30 日に退院した者を対象とした

※平成 23 年は、宮城県の石巻医療圏、気仙沼医療圏及び福島県を除いた数値である

※令和 2 年調査の退院患者の平均在院日数には注意を要する

◇ 心原性心肺機能停止傷病者（一般市民が目撃した）のうち初期心電図波形が V F（※ 1）又は無脈性 V T（※ 2）の 1 か月後の予後

令和 3 年度における心原性心肺機能停止傷病者のうち初期心電図波形が V F 又は無脈性 V T の 1 か月後の予後について全国平均と比較すると、傷病者の 1 か月後生存率は 24.4%（全国平均：32.4%）と 8.0 ポイント低く、1 か月後社会復帰率は 15.6%（全国平均：21.3%）と 5.7 ポイント低くなっています。

心原性心肺機能停止傷病者の 1 か月後の予後については、年齢が高くなるにつれて低下するため、本県の救急搬送された高齢者の割合が全国平均よりも 10.8 ポイント高いことが影響していると見込まれます。

表 7 心原性心肺機能停止傷病者（一般市民が目撃した）のうち初期心電図波形が V F 又は無整脈 V T の 1 か月後の予後 (単位：%)

区 分		秋田県	全国
令和 3	一般市民が心原性心肺機能停止を目撃した初期心電図波形が V F / V T の傷病者の 1 か月後生存率	24.4	32.4
	一般市民が心原性心肺機能停止を目撃した初期心電図波形が V F / V T の傷病者の 1 か月後社会復帰率	15.6	21.3
平成 27	一般市民が心原性心肺機能停止を目撃した初期心電図波形が V F / V T の傷病者の 1 か月後生存率	25.5	35.4
	一般市民が心原性心肺機能停止を目撃した初期心電図波形が V F / V T の傷病者の 1 か月後社会復帰率	21.6	24.8

出典：総務省消防庁「救急・救助の現況」

※ 1 V F（心室細動）は心室のいろいろな部分が無秩序に興奮し、その結果、規則的な心室の動きがなくなってしまう状態であり、これによって全身に血液が送り出せなくなるものをいいます。

※2 無脈性V T（無脈制心室頻拍）は心室で多くの電気刺激が規則的に生じる心室頻拍のうち、頻度が多すぎる（速すぎる）ことによって心室の拍出機能が十分果たせず、全身に血液が送り出せなくなってしまうことをいいます。

◇ 精神科救急医療の動向

精神病床を有する総合病院における入院患者を対象とした厚生労働省科学研究では、身体疾患と精神疾患ともに入院による治療を必要とする患者の発生する割合は人口1万人当たり2.5件と推計されています。

また、総務省消防庁の調査では、令和2年度の疾病別分類別病院収容平均所要時間時間（入電から医療機関引継ぎまでに要した時間）は、「全体の平均」が40.8分であったのに対して、「精神系」の平均が44.2分と3.5分長くなっています。

表8 【全国調査】疾病分類別病院収容平均所要時間（令和3年 単位：分）

区 分	循環器系		消化器系	呼吸器系	精神系	感覚系	泌尿器系	新生物	その他	病状・徴候・診断名不明確の状態	平均
	脳疾患	心疾患等									
入電から医療機関引継ぎまでに要した時間	40.5	39.7	40.7	41.9	50.0	43.1	41.3	42.4	44.6	44.2	42.8

出典：総務省消防庁「救急・救助の現況」

◇ 新興感染症発生・まん延時の救急医療の動向

本県では「都道府県連絡協議会（新興感染症部会）」において新興感染症まん延時の医療体制を検討し整備を推進しています。新興感染症まん延時の医療提供体制を確保するため、医療機関と医療措置協定を締結する等の対応を進めています。

② 救急医療の提供体制

◇ 医療機関の受診や救急車の要請に迷う場合の相談機能

本県では、小児救急電話相談事業（#8000）として、平成18年10月から「秋田県こども救急電話相談室」を開設し、午後7時00分から翌午前8時00分までの間、小児科医のサポートを得る形で、経験豊富な看護師が子どもの急な病気等についての電話相談に対応しています。なお、本県では傷病者の搬送及び受入がスムーズに行われてきていることから、救急安心センター事業（#7119）については実施していませんが、今後の#7119の提供については、必要性を把握した上で、関係機関と検討します。

◇ 精神科医療における救急体制

本県では、精神科救急医療圏ごとに地域拠点病院や輪番制病院を指定するとともに、秋田県立リハビリテーション・精神医療センターが全県拠点病院となり、休日夜間等の精神科救急医療に対応しています。

また、夜間・休日の緊急的な相談窓口として、精神科救急情報センター（018-892-3780）を設置し、当事者や家族への相談対応等を行っています。

今後、高齢者人口が増加することによる身体疾患を伴う認知症患者への救急対応等、状況に応じた関係機関との連携や「秋田県精神科救急医療体制連絡調整委員会」における協議等を通じた体制の整備を進めることが重要となります。

◇ 市民への救急蘇生法の普及と自動体外式除細動器（AED）の設置

消防機関が実施した応急手当に必要な基礎知識等を講習する普通・上級講習会の本県の人口1万人当たりの受講者数は、全国より多くなっています。

また、自動体外式除細動器（AED）の一般財団法人日本救急医療財団への県内設置登録数は、令和5年9月現在2,960台（全国348,702台）となっています。

なお、令和2年度厚生労働省科学研究では、国内におけるAEDの販売台数及び耐用期間から市中へのAED設置台数（医療機関と消防機関に設置されたものを除いたAED PAD：public access defibrillator）を推計しており、その台数は約65万台となっています。

一方で、日本救急医療財団が公開している全国AEDマップに登録されているAEDは、医療機関と消防機関に設置されているものを含めても、令和5年9月現在で約35万台であり、設置されているAEDの半数以上が未登録となっていることが推定されます。

表9 救急蘇生法（普通・上級）講習の受講者

（単位：人）

区分	都道府県	受講者数	人口1万人当たりの 受講者数
令和3年	秋田県	4,469	46
	全国	470,152	37
令和2年	秋田県	5,242	54
	全国	409,473	32
平成31年	秋田県	10,860	106
	全国	1,269,267	100

出典：総務省消防庁「救急・救助の現況」

◇ 一般市民による除細動の実施

平成 16 年 7 月より一般市民に AED の使用が認可され以降、一般市民による除細動の実施件数は増加していますが、AED の活用による救命率及び予後の向上が図られるよう、使用方法、AED マップへの登録及びメンテナンスを含めた AED の適切な管理についての周知に取り組む必要があります。

表 10 一般市民による除細動の実施

(単位：件)

区 分	平成 25 年	平成 26 年	平成 27 年	平成 28 年	平成 29 年	平成 30 年	令和 元年	令和 2 年	令和 3 年
秋田県	9	16	9	8	12	15	22	18	16
全 国	1,489	1,664	1,815	1,968	2,102	2,018	2,168	1,792	1,719

出典：総務省消防庁「救急・救助の現況」

◇ 救急救命士等

救急救命士の養成が進められ、救急救命士が配置される救急隊は年々増加しています。救急救命士が常時同乗する割合は、平成 25 年の 76.3%（全国 85.1%）から令和 3 年は 96.1%（全国 92.8%）と増加し、全国平均より高い水準となっています。

県は（一財）救急振興財団への出資、毎年の負担金支出等により、救急救命士の育成を支援しており、今後も救急救命士の育成を継続することが重要です。

表 11 救急救命士運用状況

(単位：隊・%・人)

区 分 (4 月 1 日現在)		救 急 隊			救急救命士 有資格者
		救急隊総数	救命士常時運用隊数	比 率	
令和 3	秋田県	76	73	96.1%	409
	全 国	5,302	4,922	92.8%	30,866
平成 31	秋田県	76	73	96.1%	390
	全 国	5,215	4,782	91.7%	29,451
平成 29	秋田県	75	67	89.3%	347
	全 国	5,140	4,688	91.2%	27,717
平成 27	秋田県	75	61	81.3%	330
	全 国	5,069	4,443	87.7%	26,015
平成 25	秋田県	76	58	76.3%	285
	全 国	5,004	4,258	85.1%	23,744

出典：総務省消防庁「救急・救助の現況」

◇ 救急要請から医療機関への平均収容時間

重症以上の傷病者の搬送において、入電から医師引継ぎに要した時間は年々増加傾向にあり、令和 3 年には 39.1 分と平成 26 年に比べて約 3 分増加しています。なお、平成 26 年以降、秋田県の平均収容時間は全国平均より短い状況が続いています。

また、平均収容時間が増加する傾向は、全国でも同様であり、この原因についてはメディカルコントロール協議会での事後検証等により検証する必要があります。

表 12 入電から医師引継ぎに要した時間 (単位：分)

区 分	平成 26 年	平成 27 年	平成 28 年	平成 29 年	平成 30 年	令和 元年	令和 2 年	令和 3 年
秋田県	36.2	36.1	36.6	37.0	37.4	37.1	37.7	39.1
全 国	39.4	39.4	39.3	39.3	39.5	39.5	40.6	42.8

出典：総務省消防庁「救急搬送における医療機関の受入れ状況等実態調査の結果」

◇ メディカルコントロール協議会の開催状況

県民に対し適切なプレホスピタルケア（病院前救護活動）を提供するため「秋田県メディカルコントロール協議会」では、救急救命士をはじめとする消防隊員への「指示・指導・助言」、「事後検証」、「再教育」を常時行っています。

また、地域メディカルコントロール協議会では、プレホスピタルケアの向上のため、近隣の地域メディカルコントロール協議会と意見交換や情報共有を実施する取組も実施されています。

表 13 メディカルコントロール協議会の開催状況

区 分		開催状況
令和 3 年度	県協議会	2 回
	地域協議会(8 地域)	2 回

出典：県総合防災課

◇ ドクターヘリによる救急活動

令和３年度のドクターヘリ運航実績は、要請件数 471 件、出動件数 288 件、不出動件数 183 件でした。出動件数のうち、ドクターヘリ搬送となった件数は 216 件であり、全体の 75%となっています。不出動件数のうち天候不良によるものが 110 件あり、特に 12 月から 2 月の活動への影響が大きくなっています。重複要請による不出動案件は 30 件であり、要請件数の約 6.4%となっています。

消防本部別に見ると、鹿角地域ではかづの厚生病院からの転院搬送の大半を岩手県ドクターヘリが担っているため、不出動件数が 29 件で割合が 78.4%と大きくなっています。大館地区では弘前大学医学部附属病院への搬送が多く、7 件の実績があります。北秋田地域は施設間搬送及び救急外来搬送の転院搬送が多く、地域の医療機関にて加療後の搬送体制となっています。五城目・湖東・男鹿地区では現場出動要請が多くなっていますが、連携がスムーズにとられています。県南地域では比較的ドクターヘリ要請が少なくなっています。

表 14 ドクターヘリの月別要請・出動実績（令和３年度）（単位：件）

運航月	要請 件数	出動 件数	不出動 件数	形態別不出動件数				搬送方法		
				重複 要請	天候 不良	待機 時間外	その他	ヘリ	救急車	不搬送
4 月	38	23	15	2	7	2	4	20	3	1
5 月	37	28	9	3	5	0	1	19	4	5
6 月	40	27	13	4	5	1	3	21	2	4
7 月	46	31	15	4	9	1	1	22	4	6
8 月	54	38	16	3	11	0	2	25	2	11
9 月	48	37	11	3	6	1	1	27	3	7
10 月	41	23	18	1	9	1	7	20	1	2
11 月	30	17	13	0	8	2	3	15	1	1
12 月	26	7	19	2	16	0	1	7	0	0
1 月	36	16	20	4	15	0	1	11	3	2
2 月	26	9	17	1	13	0	3	6	0	3
3 月	49	32	17	3	6	2	6	23	3	6
合 計	471	288	183	30	110	10	33	216	26	48

※令和３年度は救急現場出動に 1 要請で 2 名搬送した複数患者事案が 2 件あり。

出典：県医務薬事課

表 15 ドクターヘリの消防本部別要請及び搬送実績（令和 3 年度）

（単位：件）

消防本部名	要請 件数	形態別要請件数				不出動	搬送 件数	搬送先医療機関			
		現場 出動	施設間 搬送	救急外 来搬送	キャン セル			三次	二次	その他	県外
鹿角広域	37	5	0	0	3	29	5	2	3	0	0
大館市	40	4	10	6	3	17	20	11	2	0	7
北秋田市	28	1	4	13	2	8	18	17	0	0	1
能代山本広域	25	2	8	4	2	9	14	12	2	0	0
五城目町	30	20	0	0	1	9	20	14	6	0	0
湖東地区	22	17	0	0	1	4	17	14	3	0	0
男鹿地区	138	68	0	2	18	50	72	43	29	0	0
秋田市	2	1	0	1	0	0	2	2	0	0	0
由利本荘市	22	6	2	3	1	10	11	7	4	0	0
にかほ市	29	11	0	0	6	12	11	3	8	0	0
大曲仙北広域	62	25	8	3	7	19	36	23	13	0	0
横手市	14	3	1	0	2	8	4	4	0	0	0
湯沢雄勝広域	15	7	1	3	1	3	11	5	6	0	0
県外	7	1	0	0	1	5	1	0	0	0	1
合 計	471	171	34	35	48	183	242	157	76	0	9

※令和 3 年度は救急現場出動に 1 要請で 2 名搬送した複数患者事案が 2 件あり。

出典：県医務薬事課

ドクターヘリの広域連携については、北東北三県（青森、岩手、秋田）において平成 25 年 4 月からの試行運航を経て、平成 26 年 10 月に広域連携協定を締結したほか、山形県とも平成 26 年 11 月に協定を締結し、隣県と連携した搬送体制を構築しています。

◇ ドクターカーによる救急活動

令和 3 年度 8 月から、高度救命救急センターにおけるドクターカー運行が開始され、令和 3 年度は 48 件、令和 4 年度は 80 件の運航がありました。

ドクターカーは重症例に限って運行されており、地域の二次救急医療機関では対応困難な症例についての搬送事例も増加しています。令和 4 年には病院前から輸血を開始した事案が 5 件あり、早期の治療開始により救命可能となった事例も報告されています。

また、搬送に 1 時間以上要する地域からの現場要請事案も、全体の 20%にあたる 16 件あり、湯沢・横手地域からの要請が 6 件、大曲地域からの要請が 17 件など、ドクターカーの活動範囲は広域に渡っています。

今後は、ドクターカーの適用となる事案が発生した際、迷うことなく要請が行われるよう周知を図るほか、地域の病院からの重症患者転院搬送への積極的な活用により、県民の救命率の向上及び地域医療の負担軽減につなげることが重要です。

表 16 ドクターカー（高度救命救急センター）の搬送実績

(単位：件)

区 分	4 月	5 月	6 月	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月	1 月	2 月	3 月	合計
令和 3 年					6	1	7	5	12	5	10	2	48
令和 4 年	3	1	7	10	5	10	6	5	12	10	6	5	80

出典：県医務薬事課

◇ 受入困難事例

受入困難事例について、「救急車で搬送する病院が決定するまでに、要請開始から 30 分以上」要した件数の割合は、令和 3 年は 1.0 となり、平成 27 年から 0.2 ポイント増加しましたが、全国平均の 7.7% に比べ極めて少なくなっており、「救急車で搬送する病院が決定するまでに 4 医療機関以上に要請を行った」件数の割合は、令和 3 年は 0.3% となり、平成 27 年から 0.1 ポイント増加しましたが、全国平均の 4.3% に比べ極めて少なくなっています。

今後も、秋田県メディカルコントロール協議会における救急活動の事後検証及び傷病者搬送受入協議会における傷病者の搬送及び受入れの実施基準の見直し等により、適切な搬送体制を確保することが重要です。

表 17 受入困難事例

(単位：件・%)

区 分			秋田県	全国
令和 3	救急車で搬送する病院が決定するまでに、要請開始から 30 分以上	件数	79	34,709
		全搬送件数に占める割合	1.0	7.7
	救急車で搬送する病院が決定するまでに、4 医療機関以上に要請を行った	件数	21	19,174
		全搬送件数に占める割合	0.3	4.3
平成 27	救急車で搬送する病院が決定するまでに、要請開始から 30 分以上	件数	55	22,379
		全搬送件数に占める割合	0.8	5.2
	救急車で搬送する病院が決定するまでに、4 医療機関以上に要請を行った	件数	12	11,754
		全搬送件数に占める割合	0.2	2.7

出典：総務省消防庁「救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査の結果」

◇ 初期救急医療体制

本県の初期救急医療は、診療所及び市町村や公的病院が運営する休日夜間急患センターや在宅医当番制において、郡市医師会の協力を受けながら実施されてきました。

しかし、人口減少に伴う受診患者の減少等により、各地域における休日夜間急患センターは減少傾向にあり、令和5年4月時点では、各医療圏に1施設となっており、その内2施設については小児科のみの対応となっています。

また、在宅当番医制は県内6地域で実施されており、秋田周辺地域では眼科に限った当番医制となっています。

本県においては、本来入院を要する救急医療を担う医療機関である第二次救急医療機関として認定されている救急告示病院が県内に26施設あり、多くの医療圏ではこれらの医療機関が初期救急医療から第二次救急医療までの受入を担っています。

各医療圏における初期救急医療の受け入れについて、地域の実情も考慮し、住民が迷うことなく適切な医療機関を受診できるよう、各医療機関の役割分担を明確にし、情報提供していく体制の整備が必要です。

表 18 二次医療圏別の初期救急医療体制

二 次 医療圏	旧二次 医療圏	在宅当番医制 (令和5年1月)		休日夜間急患センター等 (令和5年4月)	
		参加医療 機関数	診療科	施設名	診療科
県 北	大館・鹿角	10	内科、外科	大館市休日夜間急患センター	内科、外科、小児科、整形外科
	北 秋 田	12	内科、小児科、外科、耳鼻科、皮膚科、整形外科、泌尿器科		
	能代・山本	30	内科、整形外科、泌尿器科、婦人科		
		4	小児科		
県 央	秋 田 周 辺	22	眼科	市立秋田総合病院	小児科
	由 利 本 荘 ・にかほ	9	内科、小児科、皮膚科、外科		
県 南	大仙・仙北				
	横 手	36	内科、小児科、外科、泌尿器科、整形外科、皮膚科、眼科、耳鼻咽喉科	平鹿総合病院	小児科
	湯沢・雄勝				

出典：県医務薬事課

◇ 第二次救急医療体制

救急病院等を定める省令（昭和 39 年厚生省令第 8 号）に基づき、26 病院が救急告示病院に認定されています。

また、地域の実情に応じて、病院群輪番制方式による事業が 3 医療圏 5 地域で実施されています。病院群輪番制は、休日夜間急患センターや在宅当番医制等の初期救急医療施設、及び救急患者の搬送機関との円滑な連携体制の下に、休日及び夜間における入院治療を必要とする重症救急患者の医療を確保することを目的としています。

今後増加が見込まれる高齢者救急の受け入れ先についても議論を進め、当該医療機関のさらなる充実と救命救急医療機関（第三次救急医療機関）との役割分担を明確化し、限られた医療資源を有効に活用できる体制整備が必要です。

表 19 二次医療圏別の救急告示病院、病院群輪番制参加病院（令和 5 年 1 月末現在）

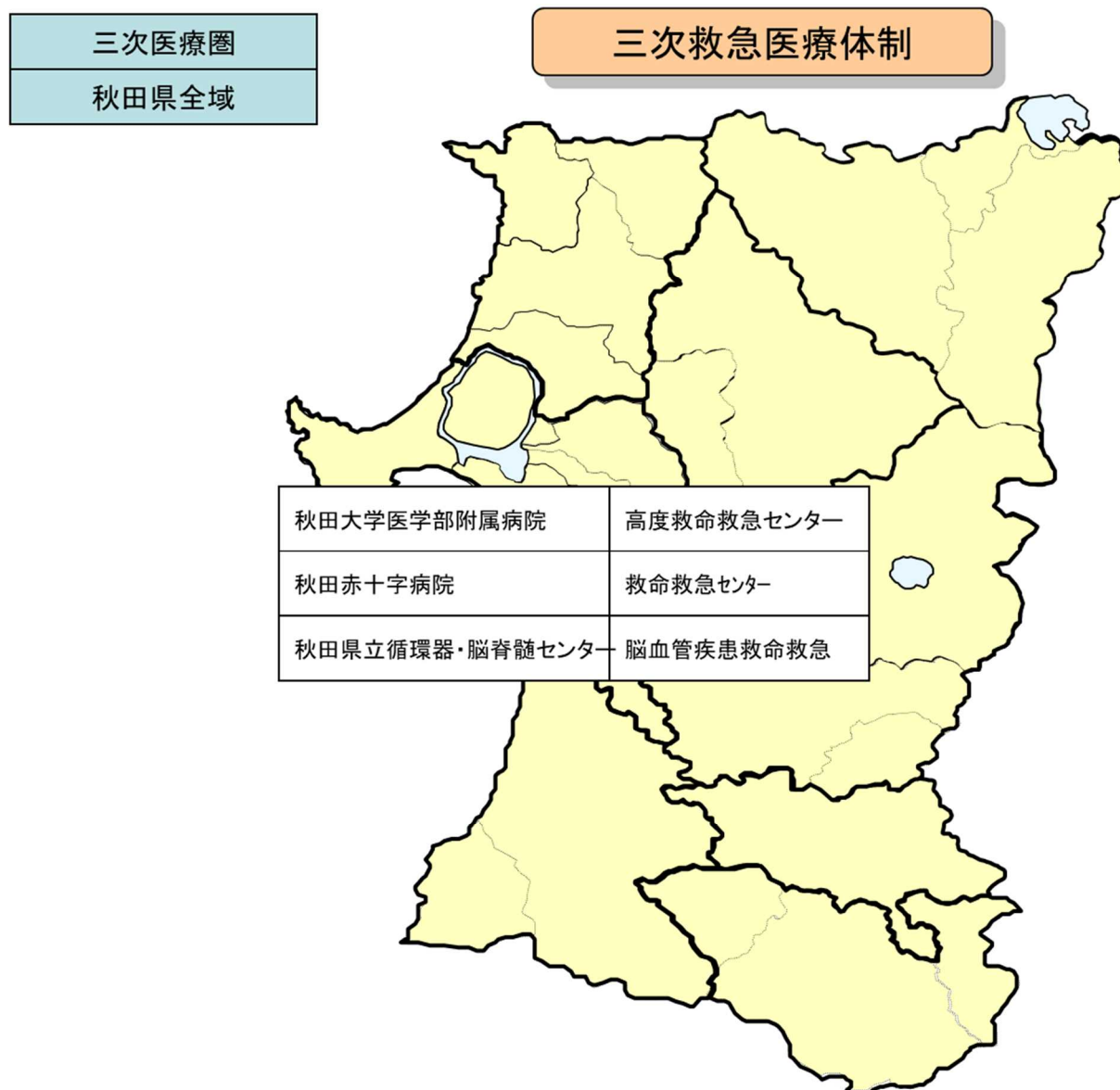
二 次 医療圏	旧二次 医療圏	救 急 告 示 病 院	病 院 群 輪 番 制 参 加 病 院
県 北	大 館 ・ 鹿 角	か づ の 厚 生 病 院 大 館 市 立 総 合 病 院 秋 田 労 災 病 院	
	北 秋 田	北 秋 田 市 民 病 院	
	能 代 ・ 山 本	能代厚生医療センター 能代山本医師会病院 J C H O 秋 田 病 院	能代厚生医療センター 能代山本医師会病院 J C H O 秋 田 病 院
県 央	秋 田 周 辺	秋 田 赤 十 字 病 院 男 鹿 み な と 市 民 病 院 秋 田 厚 生 医 療 セ ン タ ー 市 立 秋 田 総 合 病 院 秋 田 県 立 循 環 器 ・ 脳 脊 髄 セ ン タ ー 中 通 総 合 病 院 秋 田 大 学 医 学 部 附 属 病 院 藤 原 記 念 病 院	
	由 利 本 荘 ・ に か ほ	由 利 組 合 総 合 病 院 本 荘 第 一 病 院 佐 藤 病 院	由利組合総合病院 本荘第一病院 佐 藤 病 院
県 南	大 仙 ・ 仙 北	大 曲 厚 生 医 療 セ ン タ ー 大 曲 中 通 病 院 市 立 角 館 総 合 病 院	大 曲 厚 生 医 療 セ ン タ ー 大 曲 中 通 病 院 市 立 角 館 総 合 病 院
	横 手	平 鹿 総 合 病 院 市 立 横 手 病 院 市 立 大 森 病 院	平 鹿 総 合 病 院 市 立 横 手 病 院 市 立 大 森 病 院
	湯 沢 ・ 雄 勝	雄 勝 中 央 病 院 町 立 羽 後 病 院	雄 勝 中 央 病 院 町 立 羽 後 病 院
計		3 圏域 26 病院	3 圏域 14 病院

出典：県医務薬事課

◇ 第三次救急医療体制

秋田赤十字病院の救命救急センター、秋田大学医学部附属病院の高度救命救急センターが第三次救急医療を担っています。また、秋田県立循環器・脳脊髄センターが脳血管疾患の救命救急にかかる第三次救急医療を担っています。なお、大館市立総合病院を令和6年4月1日から地域救命救急センターとして指定するための準備を進めています。

また、本県では青森県、岩手県及び山形県とドクターヘリの広域連携に関する協定を締結しており、隣県と連携した搬送体制を構築しています。



(2) 課題

① 病院前救護活動

- ◇ 高齢者の救急搬送患者が多くなっている中で、介護施設の入所者の救急搬送のあり方を含め、地域包括ケアシステムや ACP（アドバンス・ケア・プランニング）に関する議論の場において、救急医療関係機関とかかりつけ医や介護施設等、関係者が検討する必要があります。
- ◇ ドクターヘリ及びドクターカーの安全かつ効果的な活用について検討する必要があります。
- ◇ メディカルコントロール協議会及び傷病者受入協議会において、各地域協議会の連携強化や各医療機関の受入体制について検討する必要があります。

② 初期救急医療

- ◇ 休日夜間急患センター等の医療提供体制を周知するとともに、診療所の初期救急医療への参画を促す必要があります。

③ 入院救急医療

- ◇ 救急告示病院の医療提供体制の充実を図るとともに、救急告示医療機関の機能分化及び役割分担を促進し、第二次救急医療機能を担う医療機関の負担分散を図る必要があります。

④ 救命医療

- ◇ 高度な救命医療を提供する高度救命救急センター及び救命救急センターの体制整備を図るとともに、二次医療圏の広域化を踏まえた第二次救急医療機能の適切な配置や輪番制等の連携強化などにより、全県域における救命救急医療の体制構築の検討を進める必要があります。

⑤ 救命後の医療

- ◇ 急性期を脱した救急患者の受入体制を強化するため、各圏域に不足する回復期及びリハビリ病床への移行を推進していく必要があります。
- ◇ あきたハートフルネットによる診療情報の共有などにより、急性期を脱した救急患者の受入が円滑に実施される体制を整備する必要があります。

⑥ 新興感染症発生・まん延時の救急医療

- ◇ 新興感染症の発生・まん延時でも対応可能な救急医療体制の構築を進める必要があります。

(1) 医療機関の受診や救急要請の相談に対応することが可能な体制

- ◆ 小児救急電話相談事業（#8000）や救急安心センター事業（#7119）の整備、全国版救急受診アプリの活用等により、適切な医療機関の受診や救急車の要請ができる体制

(2) 適切な病院前救護活動が可能な体制

- ◆ 本人・周囲の者による必要に応じた速やかな救急要請及び救急蘇生法の実施
- ◆ メディカルコントロール体制の更なる充実による救急救命士等による適切な活動（観察・判断・処置）の実施
- ◆ 実施基準に基づく適切な傷病者の搬送及び医療機関の受入
- ◆ 地域住民の救急医療への理解を深める取組

(3) 重症度・緊急度に応じた医療が提供可能な体制

- ◆ 患者の状態に応じた医療が提供可能な体制
- ◆ 救急医療に係る資源の効率的な配置とアクセス時間を考慮した整備
- ◆ 必要に応じて、より高度・専門的な救急医療機関へ速やかに紹介できる連携体制
- ◆ 脳卒中・急性心筋梗塞・重症外傷等の、それぞれの疾患に応じた医療体制
- ◆ 複数診療科の介入を要する症例や判断が難しい症例等、他の医療機関では治療の継続が困難な救急患者を受け入れる体制
- ◆ 精神疾患を有する患者や障害者、小児、透析患者、特に配慮を要する患者を受け入れる体制
- ◆ 急性期を乗り越えた救命救急センターの患者を、医療機能の分化・連携により地域の他の医療機関に転院させ、又は一般病棟に円滑に転棟させることができる体制

(4) 増加する高齢者救急を受け入れる体制

- ◆ 増加する高齢者救急を主に受け入れる医療機関の位置づけ
- ◆ 特に高齢患者が受診後に安心して生活できるよう、生活上の留意点に関する指導を行い、必要な支援につなぐ体制

(5) 救急医療機関等から療養の場へ円滑な移行が可能な体制

- ◆ 救命期を脱するも、重度の合併症、後遺症のある患者等について、高次の救急医療施設から適切な医療機関への必要な転院搬送ができる体制
- ◆ 重度の合併症、後遺症のある患者が、介護施設・在宅で療養を行う際に、医療及び介護サービスが相互に連携できる体制
- ◆ 地域包括ケアシステムの構築に向け、救急医療機関の機能と役割を明確にし、地域で連携したきめ細やかな取組を行うことができる体制

(6) 新興感染症の発生・まん延時における救急医療

- ◆ 救急患者を受け入れるために必要な感染対策を講じる事ができる人材を平時から育成する体制
- ◆ 医療機関において、救急外来の需要が急増した際に外来機能を拡充する方法について平時から検討する体制
- ◆ 救急外来の需要が急増した際に、状況に応じて市販薬や検査薬等による対応ができるよう、平時から必要な薬品等を自宅に常備しておく体制
- ◆ 救急外来を受診しなくても済むよう、電話等による相談体制（#7119、#8000 等）及びオンライン診療を実施する体制を平時から充実させ、新興感染症のまん延により救急外来の需要が急増した際にも対応できる体制
- ◆ 救急医療機関が、通常の救急患者に対しても適切な医療を提供できるよう、第二次救急医療機関や第三次救急医療機関及び地域全体において対応できる体制
- ◆ 医療機関との協定の締結により、精神疾患を有する患者、障害者、小児、妊婦、透析患者等、特に配慮を要する患者を含め患者を受け入れる病床をあらかじめ確保し、新興感染症の発生・まん延時の患者の受入に対応できる体制

○ 主 要 な 施 策 ○

（１）病院前救護活動

- ◆ 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 設置場所は、（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。

- ◆ メディカルコントロール協議会などにおいて、救急救命士の資質の向上や各地域協議会の連携強化など、病院前救護体制のより一層の整備・充実を図るための方策について検討を行います。
- ◆ 地域包括ケアシステムにおける救急医療へのアクセス体制の構築や ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の推進に向け、救急医療機関と、かかりつけ医や介護施設等の関係機関との連携について協議を進めるほか、在宅医療・介護 ICT 連携システム「ナラティブブック秋田」の活用により多職種の連携を促進します。
- ◆ 地域の救急医療体制を強化し、搬送時間の短縮と救命率の向上を図るため、ドクターヘリの運航に係る経費に対し、支援します。
- ◆ ドクターヘリ及びドクターカーの安全かつ効果的な活用について引き続き検討します。
- ◆ 秋田県医師会と連携し、医療従事者向けの研修会の開催等を支援します。

（２）初期救急医療

- ◆ 初期救急医療を担う在宅当番医制及び休日夜間急患センターの周知を図るほか、二次医療機関の機能分化を促進し、地域の実情にあった医療提供体制の整備を図ります。
- ◆ 救急告示病院において医師会及び地域の診療所医師と連携して実施する初期救急医療の取組を推進するとともに、全国版救急受診アプリの活用等により、適切な救急車の利用を呼びかけます。

（３）第二次救急医療

- ◆ 医師確保計画に基づき、救急告示病院における医師確保を支援します。
- ◆ 病院群輪番制病院事業を実施する病院の施設・設備整備事業を支援します。
- ◆ 県民が身近な地域において必要な救急医療を確実に受けられるよう、地域において救急患者受入の中核的な役割を担っている救急告示病院の運営に対して、支援を行います。

(4) 第三次救急医療

- ◆ 救命救急センター、高度救命救急センターの運営に対して支援を行う等、広大な県土を有する本県の三次医療機能に係る地域間格差の是正に向けた取組を進めます。

(5) 救命後の医療

- ◆ 高度急性期・急性期から回復期・慢性期、在宅等への円滑な移行に向けた関係者の取組を推進します。

(6) 新興感染症の発生・まん延時における救急医療

- ◆ 「都道府県連絡協議会（新興感染症部会）」において新興感染症まん延時の医療体制を検討し整備を推進していきます。

○ 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	心原性心肺停止患者の一か月後の予後	一般市民が心原性心肺機能停止を目撃した初期心電図波形がV F / V T の傷病者の 1 か月後生存率 (R3)	秋 田 県	24.4%	24.4% 以上	現状の水準以上	622
			全 国	32.4%			
		一般市民が心原性心肺機能停止を目撃した初期心電図波形がV F / V T の傷病者の 1 か月後社会復帰率 (R3)	秋 田 県	15.6%	15.6% 以上	現状の水準以上	
			全 国	21.3%			
		プロセス	救急要請（覚知）から救急医療機関への搬送までに要した平均時間（R3）	秋 田 県	39.1 分	37.0 分	
全 国	42.8 分						
受入困難事例	救急車で搬送する病院が決定するまでに、要請開始から 30 分以上である件数の全搬送件数に占める割合（R3）		秋 田 県	1.0%	1.0% 以下	現状の水準以下	●613
			全 国	7.7%			
	救急車で搬送する病院が決定するまでに、4 医療機関以上に要請を行った件数の全搬送件数に占める割合（R3）		秋 田 県	0.3%	0.3% 以下	現状の水準以下	●613
			全 国	4.3%			
ストラクチャー	住民の救急蘇生法の受講率（人口 1 万人当たり）（R3）		秋 田 県	46 人	100 人	新型コロナウイルス感染症まん延以前の水準程度	602
			全 国	37 人			
	救急搬送人員数（R3）		秋 田 県	38,080 人	人口比 4.0%	現状維持を図る	●604
			全 国	5,491,744 人			
	二次救急医療機関の数（救急告示病院を含む）（R5）	秋 田 県	26	26	現状維持を図る	607	
		全 国	—				
	救命救急センターの数（R5）	秋 田 県	2	4	広域的な救命救急体制を充実させる	608	
		全 国	303				
	転棟・転院調整をする者を常時配置している救命救急センターの数（R5）	秋 田 県	2	4	広域的な救命救急体制を充実させる	●609	
		全 国	—				

●は国が示した重点指標

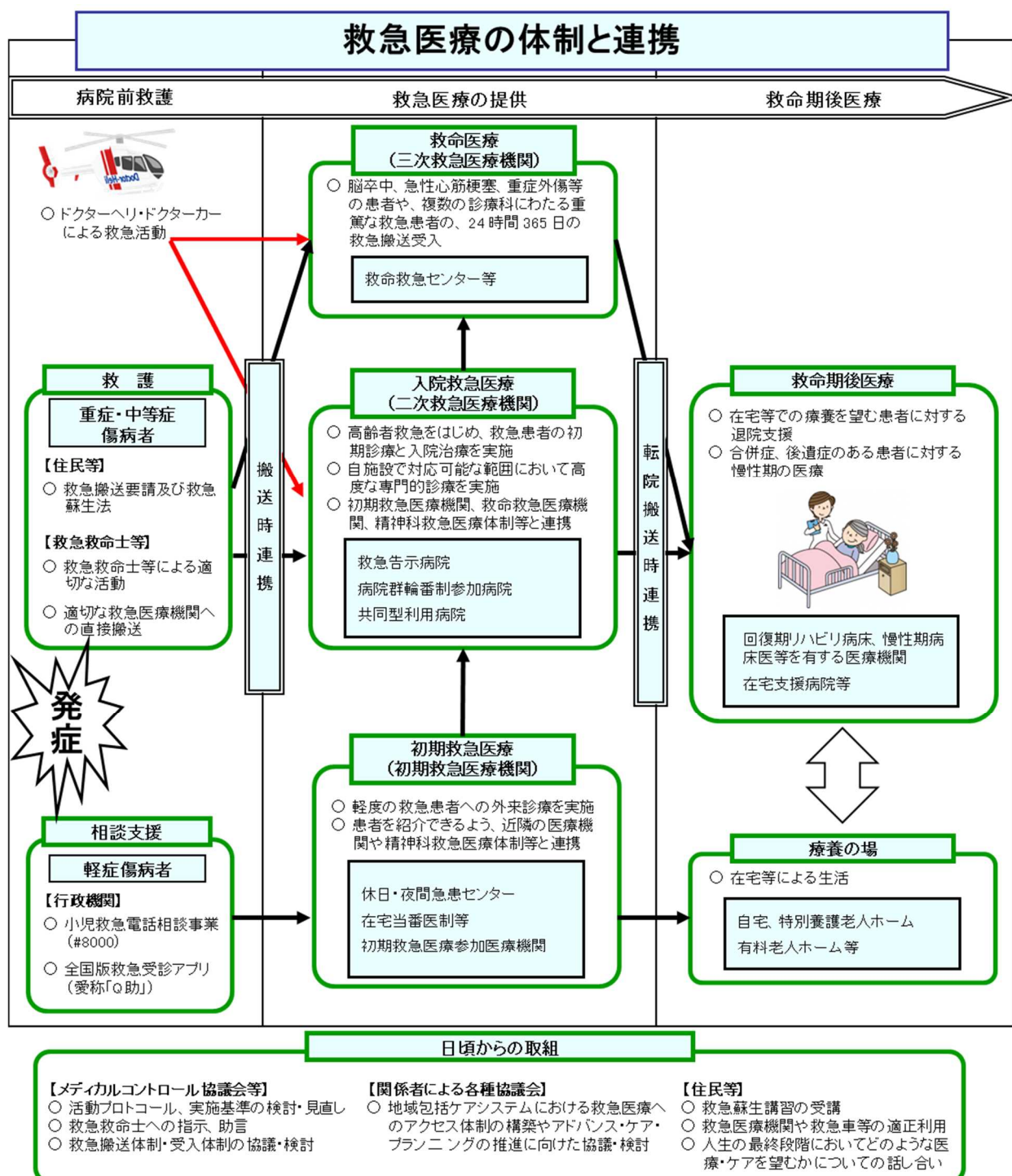
○ 医療機関とその連携 ○

(1) 圏域の設定

救急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、二次医療圏単位に設定します。

なお、大動脈解離などの重症事案や熱傷、四肢切断、中毒等高度な処置が必要な疾病については、三次医療圏単位で救急医療体制を構築します。

(2) 医療体制



(3) 医療機関の受診や救急車の要請の相談に対応する機能

医療機能	(1) 医療機関の受診や救急車の要請の相談に対応する機能
目 標	・患者又は周囲の者が、必要に応じて、居住している地域にかかわらず、速やかに電話相談窓口等への相談ができること ・電話相談の実施により、適切かつ速やかな救急要請又は適切な医療機関への受診が行われること
医療機能を担う医療機関の基準	
関係者に求められる事項の例	【都道府県】 ・全ての地域の住民が、質の高い相談窓口のサービスを受けられるよう、電話相談窓口等の整備や周知を実施すること

(4) 医療体制を担う医療機関の医療機能

医療機能	【救護】 (1) 病院前救護活動の機能
目 標	・患者あるいは周囲の者が、必要に応じて、速やかに救急要請及び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の整備により、救急救命士等の活動が適切に実施されること ・実施基準の運用や、空床情報等のデータ共有による医療の見える化により、傷病者の搬送及び医療機関への受入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
医療機能を担う医療機関の基準	
関係者に求められる事項の例	【住民等】 ・講習会等の受講により、傷病者に対する応急手当、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、必要に応じて適切かつ速やかに救急要請を行うこと、あるいは適切な医療機関を受診すること ・日頃からかかりつけ医を持ち、また、電話による相談システムを用いて、適切な医療機関の受診、適切な救急車の要請、他の交通手段の利用等を判断すること ・人生の最終段階においてどのような医療・ケアを望むかについて日頃から話し合い、意識を共有すること 【消防機関の救急救命士等】 ・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 ・脳卒中、急性心筋梗塞等、早期の救急要請が必要な疾患について関係機関と協力して住民教育の実施を図ること ・搬送先の医療機関の選定に当たっては、実施基準や医療機関とのデータ共有等により、事前に各救命救急医療機関の専門性や空床情報等を把握すること

	・秋田県メディカルコントロール協議会により定められたプロトコールに則し、心肺機能停止、外傷、急病等の患者に対して、適切な観察・判断・処置を実施すること ・搬送手段を選定し、適切な急性期医療を担う医療機関を選定し、傷病者を速やかに搬送すること ・緊急な医療を必要とする精神疾患を有する患者等の搬送に当たっては、精神科救急情報センターを活用し、精神科救急医療体制と十分な連携を図ること 【メディカルコントロール協議会等】 ・救急救命士等の行う処置や、疾患に応じた活動プロトコールを策定し、事後検証等によって随時改訂すること ・実施基準を踏まえ、搬送手段を選定し、適切な医療機関に搬送するためのプロトコールを策定し、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する直接指示・助言する体制が確立されていること ・救急救命士等への再教育を実施すること ・ドクターカーやドクターヘリ等の活用の適否について、地域において定期的に検討すること ・ドクターヘリや消防防災ヘリコプター等の活用の際には、関係者の連携について協議する場を設け、ドクターヘリが同時に要請された際や、県境付近の患者からの要請時における県境を越えた隣接県との広域連携を含め、効率的な運用を図ること ・ドクターカーについて、厚生労働省が実施する調査や、調査に基づき作成されたマニュアルを参考にしながら、救急医療提供体制の一部として、より効果的に活用すること ・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急医療機関、かかりつけ医や介護施設等の関係機関が連携・協議する体制を、メディカルコントロール協議会等を活用して構築し、より地域で連携したきめ細やかな取組を進めること ・必要に応じて年間複数回以上協議会を開催すること 【地域の医療関係者】 ・医療関係者、介護関係者は、地域包括ケアシステムや ACP（アドバンス・ケア・プランニング）に関する議論の場等において、患者の希望する医療・ケアについて必要な時に確認できる方法について検討すること ・自治体や医療従事者等は、患者や家族等が、人生の最終段階においてどのような医療・ケアを望むかについて日頃から話し合うよう促すこと・ACP（アドバンス・ケア・プランニング）に関する議論や救急現場における心肺蘇生を望まない心肺停止患者への対応方針等は、例えば、救急医療の関係者や地域包括ケアの医療・介護関係者、消防関係者等地域の関係者がそれぞれ実施する会議を合同で開催することなどにより、地域の実情に応じ地域の多様な関係者が協力して検討すること
--	--

医療機能	【初期救急医療】 (2) 初期救急医療	【二次救急医療】 (3) 入院を要する救急医療
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	・24時間365日、救急搬送の受け入れに応じること ・患者の状態に応じた適切な救急医療を提供すること
医療機能を担う医療機関の基準	○休日・夜間急患センター ○休日や夜間に対応できる診療所 ○在宅当番医制の初期救急医療に参加する医療機関	○救急告示病院 ○病院群輪番制参加病院、共同利用型病院
医療機関等に求められる事項の例	主に、独歩で来院する軽度の救急患者への夜間及び休日における外来診療を行う。 ・救急医療の必要な患者に対し、外来診療を提供すること ・休日・夜間急患センターの設置や、在宅当番医制などと合わせて、地域で診療の空白時間が生じないように努めること ・病態に応じて速やかに患者を紹介できるよう、近隣の医療機関や精神科救急医療体制等と連携していること ・休日・夜間に対応できる薬局と連携していること ・自治体等との連携の上、診療可能時間や対応可能な診療科等について住民等に周知していること	高齢者救急をはじめ、地域で発生する救急患者の初期診療と入院治療を主に担う。 医療機関によっては、脳卒中、急性心筋梗塞等に対する医療等、自施設で対応可能な範囲において高度な専門的診療を担う。 また、自施設では対応困難な救急患者については、必要な救命処置を行った後、速やかに、救命救急医療を担う医療機関等へ紹介する。 救急救命士等への教育機能も一部担う。 ・救急医療について相当の知識及び経験を有する医師・看護師が常時診療等に従事していること ・その他、医療関係職種が必要に応じて診療の補助業務に対応できること ・救急医療を行うために必要な施設及び設備を有すること ・救急医療を要する傷病者のために優先的に使用される病床または専用病床を有すること ・救急隊による傷病者の搬送に容易な場所に所在し、かつ、傷病者の搬入に適した構造設備を有すること ・急性期にある患者に対して、必要に応じて早期のリハビリテーションを実施すること ・初期救急医療機関や精神科救急医療体制等と連携していること ・当該病院では対応できない重症救急患者への対応に備え、近隣のより適切な医療機関と連携していること ・三次救急医療機関や、回復期病床・慢性期病床を有する医療機関等と、患者を受け入れる際に必要な情報や受入可能な時間帯、搬送方法等についてあらかじめ共有しておくこと ・高次の医療機関からの転院搬送を行う場合には、医療機関が所有する搬送用車両等を活用すること

		・救急医療情報センターを通じて、診療可能な日時や、診療機能を住民・救急搬送機関に周知していること ・医師、歯科医師、薬剤師、看護師、救急救命士、その他の医療従事者に対し、必要な研修を行うこと ・救急医療提供体制の機能向上のため、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、救急救命士等、多職種へのタスク・シフト/シェアを含め、地域の実情に応じて、救急外来に携わる多職種の業務分担や効率化を進めること ・数年間、受入実績のない救急医療機関については、その位置付けについて見直しを検討すること ・「救急病院等を定める省令」によって定められる救急病院であること
--	--	---

医療機能	【三次救急医療】 （４）救命救急医療
目 標	・24 時間 365 日、救急搬送の受け入れに応じること ・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
医療機能を担う医療機関の基準	○ 高度救命救急センター、救命救急センター、地域救命救急センターを有する病院 ○ 脳卒中や急性心筋梗塞等に対する急性期の専門的医療を担う病院
医療機関等に求められる事項の例	緊急性・専門性の高い脳卒中、急性心筋梗塞等や、重症外傷等の複数の診療科領域にわたる症例や診断が難しい疾病等、他の医療機関では治療の継続が困難かつ幅広い疾患に対応して、高度な専門的医療を総合的に実施する。 その他の医療機関では対応できない重篤な患者への医療を担当し、地域の救急患者を最終的に受け入れる役割を果たす。 また救急救命士等へのメディカルコントロールや、救急医療従事者への教育を行う拠点となる。 なお、医療計画において救命救急医療機関として位置付けられたものを救命救急センターとする。さらに、救命救急センターの中でも、高度救命救急センター については、特に高度な診療機能を有し、通常の救命救急センターでは対応困難な重症外傷等の診療を担う。 ・脳卒中、急性心筋梗塞、重症外傷等の患者や、複数の診療科にわたる重篤な救急患者を、広域災害時を含めて24時間365日必ず受け入れることが可能であること ・集中治療室（ICU）、心臓病専用病室（CCU）、脳卒中専用病室（SCU）等を備え、常時、重篤な患者に対し高度な治療が可能なこと ・救急医療について相当の知識及び経験を有する医師（日本救急医学会が認定する救急科専門医等）・看護師が常時診療に従事していること ・その他、医療関係職種が必要に応じて診療の補助業務に対応できること ・高度救命救急センター等の地域の基幹となる救急医療機関は、平時から、重症外傷等の特に高度で専門的な知識や技術を要する患者へ対応可能な医師・看護師等の人材の育成・配置、院内の体制整備を行い、地域における重篤患者を集中的に受け入れる役割を担う。また、厚

	生労働省が実施する外傷外科医等養成研修事業を活用して、テロ災害発生時等における銃創や爆傷等にも対応ができる体制を構築すること。 ・ 必要に応じ、ドクターヘリ、ドクターカーを用いた救命救急医療を提供すること ・ 救命救急に係る病床の確保のため、一般病棟の病床を含め、医療機関全体としてベッド調整を行う等の院内の連携がとられていること ・ 急性期のリハビリテーションを実施すること ・ 急性期を経た後も、重度の脳機能障害（遷延性意識障害等）の後遺症がある患者、精神疾患を合併する患者、人工呼吸器による管理を必要とする患者等の、特別な管理が必要なため退院が困難な患者を、転棟、転院できる体制にあること ・ 第二次救急医療機関や、回復期病床・慢性期病床を有する医療機関等と、患者を受け入れる際に必要な情報や受入れ可能な時間帯、搬送方法等についてあらかじめ共有しておくこと ・ 高次の医療機関からの転院搬送を行う場合には、医療機関が所有する搬送用車両等を活用すること ・ 実施基準の円滑な運用・改善及び県又は地域のメディカルコントロール体制の充実に当たり積極的な役割を果たすこと ・ DMAT 派遣機能を持つ等により、災害に備えて積極的な役割を果たすこと ・ 災害時に備え、災害拠点病院と同様に自家発電機（備蓄する燃料を含む。）、受水槽（備蓄する飲料水を含む。）の保有が望ましい ・ 救急医療情報センターを通じて、診療機能を住民・救急搬送機関等に周知していること ・ 医師、歯科医師、薬剤師、看護師等の医療従事者に対し、必要な研修を行う体制を有し、研修等を通じ、地域の救命救急医療の充実強化に協力していること ・ 救急医療提供体制の機能向上のため、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、救急救命士等、多職種へのタスク・シフト/シェアを含め、地域の実情に応じて、救急外来に携わる多職種の業務分担や効率化を進めること ・ 県又は地域メディ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急救命士の気管挿管・薬剤投与等の病院実習や、就業前研修、再教育などに協力していること ・ 「救急病院等を定める省令」によって定められる救急病院であること
--	--

医療機能	【救命救急医療機関等からの転院を受け入れる機能】
	（５）救命後の医療
目 標	・ 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
医療機能を担う医療機関の基準	○ 療養病床を有する病院 ○ 精神病床を有する病院 ○ 回復期リハビリテーション病棟を有する病院 ○ 地域包括ケア病棟を有する病院 ○ 診療所（在宅医療等を行う診療所を含む。） ○ 訪問看護事業所

医療機関等に求められる事項の例	・ 救急医療機関と連携し、人工呼吸器が必要な患者や、気管切開等のある患者を受け入れる体制を整備していること ・ 重度の脳機能障害（遷延性意識障害等）の後遺症を持つ患者を受け入れる体制を整備していること ・ 救急医療機関等の地域の医療機関と、患者を受け入れる際に必要な情報や受け入れ可能な時間帯、搬送方法等についてあらかじめ共有しておくこと ・ 高次の医療機関からの転院搬送を行う場合には、医療機関が所有する搬送用車両を活用すること ・ 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 ・ 生活機能の維持及び向上のためのリハビリテーション（訪問及び通所リハビリテーションを含む。）が実施可能であること ・ 日常生活動作（ADL）の低下した患者に対し、在宅等での包括的な支援を行う体制を確保していること ・ 通院困難な患者の場合、薬局、訪問看護事業所等と連携して在宅医療を実施すること、また居宅介護サービスを調整すること ・ 救急医療機関及び在宅での療養を支援する医療機関等と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること ・ 診療所等の維持期における他の医療機関と、診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること
-----------------	---

※ 各医療機能を担う医療機関名簿（別冊）は、秋田県公式ウェブサイトに掲載しています。

7 災害医療

○ 現 状 と 課 題 ○

(1) 現状

① 本県の現状

平成 28 年の熊本地震や昨今頻発する豪雨災害において、避難生活の長期化に伴う福祉の提供の重要性が認識されるようになりました。

本県では「秋田県災害医療救護活動計画」の改訂中であり、災害派遣福祉チーム（D W A T）の配置等、被災者の二次健康被害予防の対応を行うための保健衛生活動や高齢者、身体障害者等の要配慮者に対する福祉支援活動を明記するなど、災害急性期から急性期を脱した後にかけての医療、保健及び福祉の提供について、関係機関相互の連携体制を明確にする予定です。

② 災害医療の提供体制

i) 災害医療を提供する病院等

◇ 災害拠点病院

県内の医療機関のうち、被災地からの傷病者の受入れや災害派遣医療チーム（D M A T）の派遣等を行い、災害医療の中核となる医療機関を「災害拠点病院」に指定しています。

秋田大学医学部附属病院を基幹災害拠点病院、その他の災害拠点病院を地域災害拠点病院として地域バランスを考慮しながら配置しています。

県内の災害拠点病院は、建物の耐震化整備や業務継続計画（B C P）※¹を策定しています。

※¹ 業務継続計画（B C P）：Business Continuity Plan の略で、震災などの緊急時に低下する業務遂行能力を補う非常時優先業務を開始するための計画で、遂行のための指揮命令系統を確立し、業務遂行に必要な人材・資源、その配分を準備・計画し、タイムラインに乗せて確実に遂行するためのもの。

表 1 災害拠点病院

地 域	医療機関名
大 館 ・ 鹿 角	かづの厚生病院、大館市立総合病院
北 秋 田	北秋田市民病院
能 代 ・ 山 本	能代厚生医療センター
秋 田 周 辺	秋田大学医学部附属病院（基幹） 秋田赤十字病院、秋田県立循環器・脳脊髄センター、市立秋田総合病院
由 利 本 荘 ・ に か ほ	由利組合総合病院
大 仙 ・ 仙 北	大曲厚生医療センター、市立角館総合病院
横 手	平鹿総合病院
湯 沢 ・ 雄 勝	雄勝中央病院
計	13 病院

出典：県医務薬事課調べ（令和 5 年 4 月末現在）

※ 秋田周辺地域においては、秋田厚生医療センターが、県との協定により、災害拠点病院と同等の役割を果たすよう努めています。

◇ 災害拠点精神科病院

災害拠点精神科病院は、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に基づく精神科医療を行うための診療機能を有し、被災地からの精神疾患を有する患者の受入れ、災害派遣精神医療チーム（ＤＰＡＴ）の派遣に係る対応等を行います。

県では災害拠点精神科病院が未整備となっており、今後秋田県立リハビリテーション・精神医療センターを災害拠点精神科病院として指定に向けて、検討を進めています。

◇ 災害協力医療機関

災害拠点病院以外の医療機関は、災害拠点病院の医療活動を補完し、救命救急医療の提供又は転送患者等の収容等の他、災害医療情報の収集・提供を行います。

ii) 災害医療の提供に係る調整及び保健医療チームの派遣

◇ 保健医療福祉調整本部、地域保健医療福祉調整本部

災害発生時には、秋田県庁に保健医療福祉調整本部を設置し、保健医療活動チームの派遣調整、保健医療福祉活動に関する情報の集約及び分析等の保健医療福祉活動の総合調整を行います。

災害発生地域においては、地域振興局福祉環境部（保健所）に地域保健医療福祉調整本部を設置し、被害状況及び医療機関の状況の確認、市町村災害対策本部からの情報収集、保健医療福祉調整本部への状況報告及び保健医療活動チーム派遣についての意見具申等を行います。

◇ 災害医療コーディネーター等

保健医療福祉調整本部及び地域保健医療福祉調整本部には、災害医療に精通し、県内医療提供体制について熟知している災害医療コーディネーター及び小児や妊産婦への医療提供を調整する災害時小児周産期リエゾン、災害医療コーディネーターを支援する災害医療連絡調整員（歯科医師である連絡調整員、災害薬事コーディネーター、看護師である連絡調整員）等を配置し、災害医療に係る活動の立案や県調整本部長への助言、関係機関の調整を行います。

表 2 災害医療コーディネーター等の配置状況（単位：人）

地 域		災害医療 コーディネーター	災害時小児 周産期 リエゾン	災害医療連絡調整員			合計
				歯科医師	薬剤師	看護師	
保健医療福祉調整本部		6	4	2	2	1	15
地域保健 医療福祉 調整本部	大 館 ・ 鹿 角	5		2	4	2	13
	北 秋 田	1		1	2	1	5
	能 代 ・ 山 本	2		1	2	1	6
	秋 田 周 辺	3		1	2	1	7
	由 利 本 荘 ・ に か ほ	3		1	2	1	7
	大 仙 ・ 仙 北	2		1	2	1	6
	横 手	3		2	2	1	8
	湯 沢 ・ 雄 勝	2		1	2	1	6
	小 計	21		10	18	9	58
秋田市保健医療福祉調整本部		2		1	1	1	5
計		29	4	13	21	11	78

出典：県医務薬事課調べ（令和5年4月末現在）

◇ 災害時小児周産期リエゾン

災害時に妊婦や小児に適切な医療や物資を提供できるよう、周産期医療に係る保健医療活動の総合調整を適切かつ円滑に行うため、災害時小児周産期リエゾンを養成・配置しています。

表 3 災害時小児周産期リエゾンの状況

リエゾン名	委嘱者数
災害時小児周産期リエゾン	4

出典：県医務薬事課調べ（令和5年4月末現在）

◇ 災害派遣医療チーム（DMA T）

災害医療の専門的なトレーニングを受けた医療チームが災害現場へ災害急性期（概ね災害発生 48 時間以内）のできるだけ早期に出向いて救命医療を行う災害派遣医療チーム（DMA T）の体制整備を進めています。

◇ 災害派遣精神医療チーム（DPA T）

「災害時における避難所等における精神疾患症状帯同者への医療提供や病院機能への支援について専門的なトレーニングを受けたチームが避難所や被災医療機関等において活動する災害派遣精神医療チーム（DPA T）の体制整備を進めています。

表4 DMAT・DPAT指定病院

病 院 名	DMAT		DPAT	
	指定病院	チ-ム	指定病院	チ-ム
かづの厚生病院	○	1		
大館市立総合病院	○	2	○	1
北秋田市民病院	○	1		
能代厚生医療センター	○	2	○	1
秋田大学医学部附属病院	○	4	○	1
秋田県立循環器・脳脊髄センター	○	2		
秋田赤十字病院	○	6		
秋田厚生医療センター	○	2		
市立秋田総合病院	○	2		
中通総合病院	○	1		
由利組合総合病院	○	2		
菅原病院			○	1
秋田県立リハビリテーション・精神医療センター			○	2
大曲厚生医療センター	○	2		
市立角館総合病院	○	2		
平鹿総合病院	○	2		
横手興生病院			○	1
雄勝中央病院	○	1		
	15	32	6	7

出典：県医務薬事課・障害福祉課調べ（令和5年4月末現在）

◇ 日本赤十字社秋田県支部

日本赤十字社秋田県支部は、災害急性期から急性期を脱した後にかけて避難所等に医療救護班等を派遣し、初期医療活動、避難所における生活環境の整備やこころのケア等に従事します。

◇ 日本医師会災害医療チーム（JMAT）

秋田県医師会は、災害急性期から急性期を脱した後にかけて被災医療機関や避難所等に救護班（日本医師会災害医療チーム）を派遣し、医療活動に従事します。

◇ 災害支援ナース

秋田県看護協会は、災害急性期から急性期を脱した後にかけて被災医療機関や避難所等に救護班（災害支援ナース）を派遣し、看護ニーズに対応するほか、環境整備、感染症対策、避難所における心身の体調不良者に対する受診支援等を行います。

本県の災害支援ナースの登録者数は、令和5年8月末現在で98人です。

◇ 災害時健康危機管理支援チーム（DHEAT）

災害が発生した都道府県の保健医療福祉調整本部及び地域保健医療福祉調整本部（保健所）が担う保健・衛生にかかる指揮・総合調整機能等を支援するため、専門的な研修・訓練を受けた都道府県等の職員により構成される応援派遣チーム（DHEAT）の体制整備を進めています。

◇ 災害派遣福祉チーム（DWA T）

秋田県災害福祉広域支援ネットワーク協議会（事務局：秋田県社会福祉協議会）は、災害急性期から急性期を脱した後にかけて、福祉・介護等の専門職員等で構成される応援派遣チーム（DWA T）を、避難所や福祉避難所等に派遣し、要配慮者の生活機能の低下の防止等に係る支援を行います。

令和5年4月現在、125名のチーム員が登録されています。

◇ その他の保健医療活動チーム

秋田県歯科医師会、秋田県薬剤師会、秋田県看護協会、秋田県透析施設災害ネットワーク、災害時感染制御支援チーム（DICT）、日本災害リハビリテーション支援協会（JRAT）、日本栄養士会災害支援チーム（JDA-DAT）は、災害急性期から急性期を脱した後にかけて、避難所や救護所等に避難した住民等に対し、医療の提供や健康・衛生の確保を行います。

表5 保健医療活動チームの災害出動実績（平成28年度以降）

災害名	発生時期	活動チーム数
平成28年熊本地震	平成28年4月	日赤救護班 1
台風10号に伴う岩手県への派遣	平成28年9月	DMAT 4
北海道胆振東部地震	平成30年9月	DMAT 5 DPAT 1 日赤救護班 1 日赤こころのケア班 1
令和元年度台風19号に伴う宮城県、福島県への派遣	令和元年10月	DMAT 5 日赤救護班 2 日赤こころのケア班 1
令和2年度大雨に伴う熊本県への派遣	令和2年7月	DMAT 1
秋田港漁船爆発事故に伴う傷病者救護への派遣	令和2年9月	DMAT 1
県内大雨被害に伴う病院、避難所への派遣	令和5年7月	DMAT 9 DPAT 1 日赤救護班 2 日赤こころのケア班 10 JMAT 8 災害支援ナース 11 DMAT 18 DPAT 1
令和6年能登半島地震に係る石川県への派遣	令和6年1月	日赤救護班 5 JMAT 18 DWAT 3

出典：県医務薬事課・障害福祉課調べ（令和6年3月末現在）

iii) 広域的な搬送体制等

◇ 搬送体制等

災害時には陸路搬送に加え、秋田県ドクターヘリ及び秋田県消防防災ヘリコプター、自衛隊救難隊ヘリコプターの要請等による空路のほか、巡視船等による海路搬送の確保も行います。

また、重篤患者を県外に搬送するための航空搬送拠点臨時医療施設（SCU）^{※2}を、秋田空港及び大館能代空港内に設置し、広域医療搬送を実施します。

※2 航空搬送拠点臨時医療施設（SCU）：Staging Care Unit の略で、主に航空機搬送に際して患者の症状の安定化を図り、搬送を実施するため、必要に応じて被災地域及び被災地域外の航空搬送拠点に設置される救護所。

◇ 広域災害・救急医療情報システム（EMIS）^{※3}

災害発生時の迅速な対応が可能になるよう、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おり、このシステムを通じて病院の被災状況の収集・提供を行います。現在、県内全病院がEMISに登録されており、病院担当者向けにシステムの操作研修会を実施しています。

※3 EMIS（イーミス）：Emergency Medical Information System の略で、災害時に被災した都道府県を越えて医療機関の稼動状況など災害医療に関わる情報を共有し、被災地域での迅速かつ適切な医療・救護に関わる各種情報を集約・提供することを目的としたシステム。

iv) 平時からの備え

◇ 業務継続計画（BCP）

災害拠点病院は、災害時に診療機能の低下を最小限に食い止め、早期復旧を可能とするための準備体制及び方策を定めています。

災害拠点病院以外の病院においても、策定を進めています。

本県では、令和5年4月時点において、64病院のうち31の病院（48.4%）がBCPを策定しています。

◇ 医薬品等の備蓄

災害の初動時以降に必要な災害用医薬品及び医療機器については、災害拠点病院に概ね3日分の常用備蓄を確保しているのに加え、秋田県医薬品卸業協会及び秋田県医療機器販売業協会の協力を得て、医薬品等卸業者の通常の備蓄に一定量上乘せし、在庫として備蓄しているほか、医療ガスについては、日本産業・医療ガス協会の協力により確保・供給を行います。

また、秋田県赤十字血液センターは、災害時の輸血用血液製剤の確保、供給を行います。

◇ 訓練の実施

DMA T・DPA Tは、毎年開催される県総合防災訓練（冬期を含む）の際に医療救

護訓練を企画、実施しています。また、東北ブロックDMA T 参集訓練に、秋田DMA T 隊員が毎年参加しています。

県保健医療福祉調整本部及び地域保健医療福祉調整本部は、大雨や地震等を想定した訓練を定期的実施し、情報集約の手順や保健医療活動チーム派遣の調整手法等について確認しています。

(2) 課題

- ◇ 災害拠点病院以外の病院については、一部において、業務継続計画（BCP）が未策定であり、診療体制の確保や入院患者に対する医療継続が危機にさらされる可能性があります。
- ◇ 県内被災時には、多くの避難所が設置され、多数の要救護者が発生する可能性があるため、直ちに保健医療チームを派遣する体制を整備するほか、他都道府県からの保健医療活動チームの受入れ・派遣に備え保健医療福祉調整本部及び地域保健医療福祉調整本部のコーディネート機能を確保する必要があります。
- ◇ DMA T 隊員の一部が病院を管理する立場になりつつあり、派遣要請に即応できない場合が想定されます。
- ◇ 精神疾患医療体制圏域ごとに指定しているDPATについては、6つの指定病院に7チームが編成されていますが、精神科を有する病院の支援要請や避難所の支援要請に十分に応えられないことが想定されます。機能を維持・強化していくため、継続的に人材の養成を図っていく必要があります。
- ◇ 災害拠点精神科病院が未整備です。
- ◇ 避難の長期化を想定した福祉避難所の確保、避難所等のアセスメント体制、市町村や老人福祉施設との連携体制を強化する必要があります。
- ◇ 浸水想定区域や津波災害警戒区域に所在する医療機関について、止水対策を含む浸水対策を進める必要があります。

○ 目標・目指すべき方向 ○

個々の役割と医療機能、それを満たす関係機関、それらの関係機関相互の連携により、災害時においても必要な医療が確保される体制を構築します。

また、構築に当たっては、地域の防災計画と整合性を図ります。

(1) 災害急性期（発災後 48 時間以内）において必要な医療が確保される体制

- ◆ 保健医療福祉調整本部及び地域保健医療福祉調整本部の機能を強化し、各医療機関が災害急性期において傷病者の救護が十分にできる体制を確保するほか、被災地域への医療支援が直ちに実施できる体制を構築します。同時に、避難所の情報収集やアセスメントの実施など、保健所と市町村との連携手順を確立します。
- ◆ D M A T ・ D P A T などの保健医療チームについて、計画的な養成を図るとともに、医療関係者の災害対応力の向上を図る必要があります。
- ◆ 災害時において D P A T の派遣調整や被災病院の支援の司令塔となる災害拠点精神科病院の整備を図る必要があります。
- ◆ 災害拠点病院以外の病院においても、業務継続計画（B C P）を策定した上で、施設の耐震化や、自家発電機の整備、また、燃料の備蓄等を含めた必要な防災対策を実施する必要があります。

(2) 急性期を脱した後も住民の健康が確保される体制

- ◆ 保健医療福祉調整本部及び地域保健医療福祉調整本部の調整のもと、救護所、避難所等において避難が長期化した方に対する必要な医療の提供及び健康管理が実施される体制を構築します。

○ 主 要 な 施 策 ○

- ◆ D M A T ・ D P A T などの保健医療活動チームの養成研修や、医療関係者に対する研修の開催等を通じて、D M A T ・ D P A T などの養成・確保に努めるとともに医療関係者の災害対応力の向上を図ります。
- ◆ 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に指定するための調整を進めます。
- ◆ 保健医療福祉調整本部、地域保健医療福祉調整本部において定期的に訓練を実施し、保健医療活動チームの受入れ・派遣が確実に行われ、災害急性期から急性期を脱した後のフェーズ移行に即し必要な医療等が円滑に提供される体制を構築します。
- ◆ 県内の医療機関において、広域災害・救急医療情報システム（E M I S）の操作訓練を実施します。
- ◆ 災害時に拠点となる病院以外の病院における業務継続計画（B C P）の策定を支援します。
- ◆ 浸水想定区域や津波災害警戒区域に所在する医療機関とともに浸水対策について検討します。

○ 数 値 目 標 ○

	区 分	現 状	目標値	目標値の考え方	指標番号
プロセス	県主催の広域災害・救急医療情報システム(EMIS)の操作を含む研修・訓練に参加している病院の割合(R4) ※1	秋田県	92.1% (59病院)	100%	全病院の研修・訓練参加 ●713
		全 国	—		
	保健医療福祉調整本部及び地域保健医療福祉調整本部におけるコーディネート機能の確認を行う災害訓練の実施回数(R4) ※1	秋田県	2回	4回以上	現行の実施回数を増加 ●714 ●715
		全 国	—		
ストラクチャー	災害拠点病院以外の病院における業務継続計画の策定率	秋田県	35.2% (18病院)	100%	計画期間内に全病院で策定 ●707
		全 国	—		
	浸水想定区域や津波災害警戒区域に所在する災害拠点病院の止水対策を含む浸水対策率 ※2	秋田県	60.0% (3病院)	100%	計画期間内に全病院で対応 705
		全 国	—		
	DMAT指定医療機関1医療機関当たりのDMAT隊員数	秋田県	11.7人 (176名)	13.3人 (200名)	計画期間内に全国水準まで増員 —
		全 国	13.3人		

●国が示した重点指標

※1 令和4年4月1日から令和5年3月31日までの1年間の状況

※2 災害拠点病院13病院のうち、浸水想定区域や津波災害警戒区域に所在する病院は5

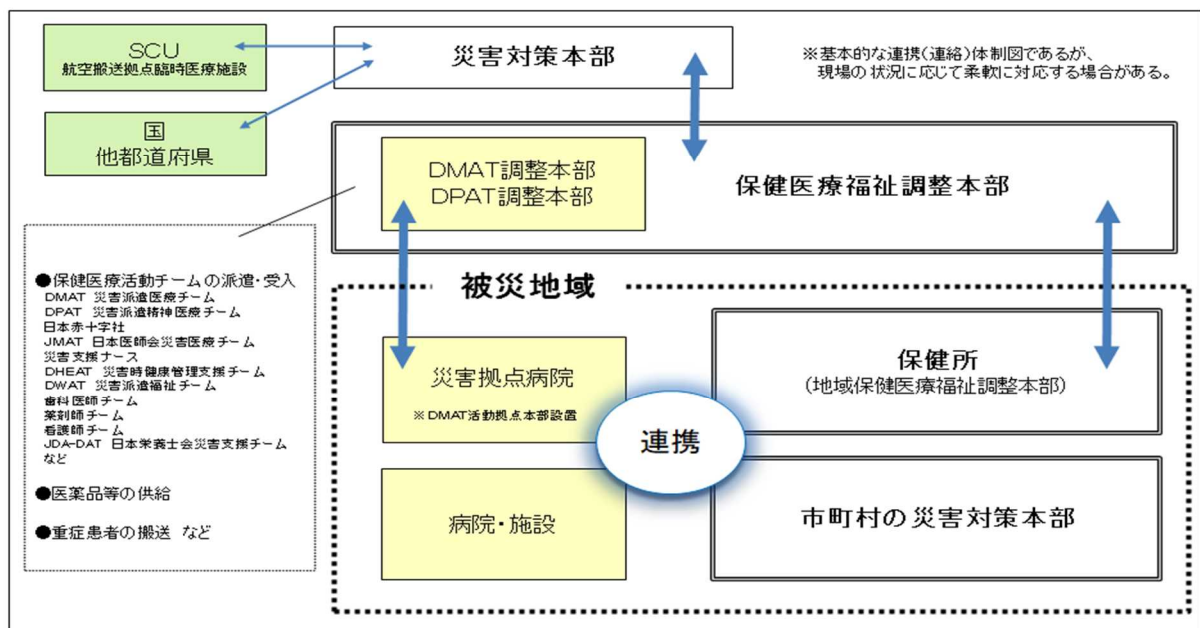
○ 医療機関とその連携 ○

(1) 圏域の設定

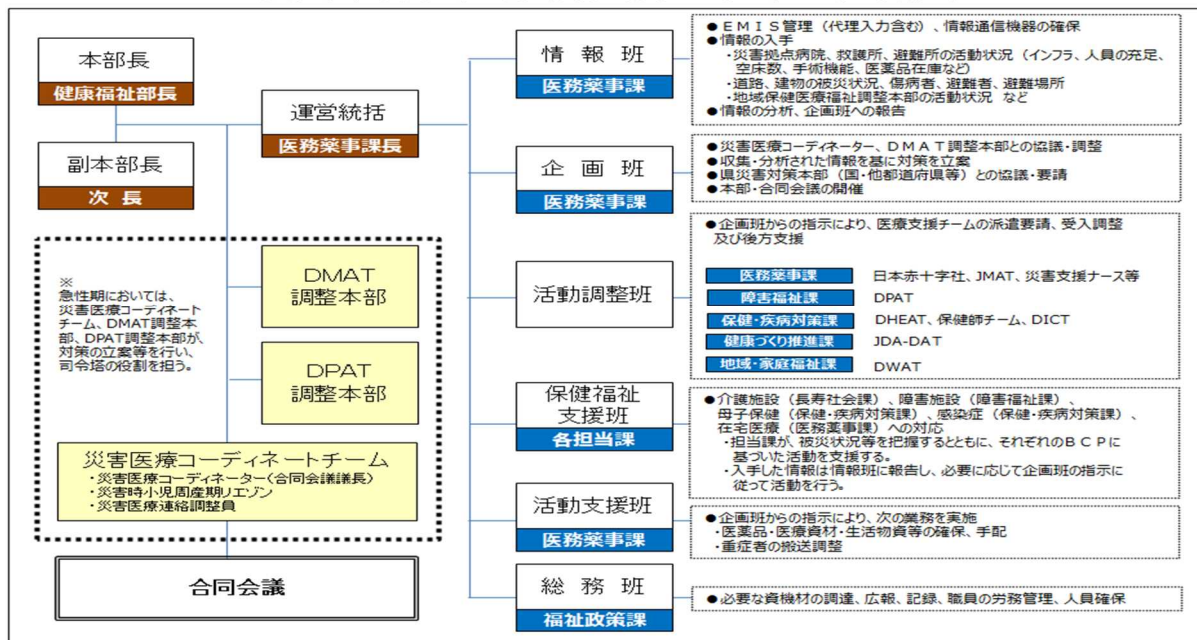
災害医療体制の圏域については、二次医療圏を越えた連携を必要とすることから三次医療圏単位で設定します。

(2) 医療体制

災害医療の連携(連絡)体制図



秋田県保健医療福祉調整本部 組織図



(3) 災害医療体制に求められる医療機能

医療機能	【災害時に拠点となる病院】 (1) 災害拠点病院
目 標	・被災した際に被害状況、診療継続の可否等の情報を、E M I S等を用いて県保健医療福祉調整本部と共有すること ・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 ・患者等の受入れ及び搬出を行う広域医療搬送に対応すること ・自己完結型の医療チーム（D M A Tを含む。）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
医療機能を担う医療機関の基準	○災害拠点病院 基幹災害拠点病院※秋田大学医学部附属病院 地域災害拠点病院
医療機関に求められる事項	基幹災害拠点病院は、都道府県において災害医療を提供する上での中心的な役割を担う。地域災害拠点病院は、地域において災害医療を提供する上での中心的な役割を担う。 ・災害時に多発する重篤な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 ・多発の患者に対応可能な居室や簡易ベッド等を有していること ・基幹災害拠点病院は病院の機能を維持するために必要な全ての施設、地域災害拠点病院は診療に必要な施設が耐震構造であること ・被災時においても電気、水、ガス等の生活必需基盤が維持可能であること ・災害時において必要な医療機能を発揮できるよう、通常時の6割程度の発電容量がある自家発電機を保有し、3日分程度の備蓄燃料を確保していること ・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、少なくとも3日分の水の確保に努めること ・浸水想定区域（洪水・雨水出水・高潮）又は津波災害警戒区域に所在する場合は、風水害が生じた際の被災を軽減するため、止水板等の設置による止水対策や自家発電機等の高所移設、排水ポンプ設置等による浸水対策を講じること。 ・飲料水・食料、医薬品、医療機材等は、流通を通じて適切に供給されるまで必要な量として、3日分程度を備蓄していること ・加えて、飲料水・食料、医薬品、医療機材、燃料等について、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 ・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（都道府県医師会等とも連携した地域の医療従事者への研修を含む。）の役割を担うこと ・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 ・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、早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画(B C P)の整備を行うこと ・厚生労働省実施のB C P策定研修事業等を活用し、実効性の高いB C Pを策定すること ・整備されたB C P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な医療を提供できるよう、保健所、日本医師会災害医療チーム(J M A T)、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

※ 災害拠点病院及びD M A T指定病院の名称については、(1)現状に記載しているほか、別冊名簿を秋田県公式ウェブサイトに掲載しています。

医療機能	【災害時に拠点となる病院】 (2) 災害拠点精神科病院
目 標	・被災した際に被害状況、診療継続の可否等の情報を、E M I S等を用いて県保健医療福祉調整本部と共有すること ・災害時においても、医療保護入院、措置入院等の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）に基づく精神科医療を行うための診療機能を有すること ・災害時においても、精神疾患を有する患者の受入や、一時的避難場所としての機能を有すること ・D P A T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
医療機能を担う医療機関の基準	○災害拠点精神科病院 ※県立リハビリテーション・精神医療センターを拠点病院として整備予定
医療機関に求められる事項	災害拠点精神科病院は、都道府県において災害時における精神科医療を提供する上での中心的な役割を担う。 ・災害時に精神疾患を有する患者の一時的避難場所に対応できるよう場所（体育館等）を確保していること ・重篤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 ・浸水想定区域（洪水・雨水出水・高潮）又は津波災害警戒区域に所在する場合は、風水害が生じた際の被災を軽減するため、止水板等の設置による止水対策や自家発電機等の高所移設、排水ポンプ設置等による浸水対策を講じること ・飲料水・食料、医薬品、医療機材等は、流通を通じて適切に供給されるまで必要な量として、3日程度を備蓄していること ・加えて、飲料水・食料、医薬品、医療機材等について、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（都道府県精神科病院協会等とも連携した地域の医療従事者への研修を含む。）の役割を担うこと ・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、早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画(B C P)の整備を行うこと ・厚生労働省実施のB C P策定研修事業等を活用し、実効性の高いB C Pを策定すること ・整備されたB C P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な医療を提供できるよう、保健所、日本医師会災害医療チーム（J M A T）、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

医療機能	【災害時に拠点となる病院以外の病院】 (3) 災害拠点病院以外の病院機能
目 標	・被災した際に、被害状況、診療継続の可否等の情報を、E M I S等を用いて県保健医療福祉調整本部と共有すること ・被災をしても、早期に診療機能を回復できるよう、事業継続計画（BCP）の整備を含め、平時からの備えを行っていること
医療機能を担う医療機関の基準	○県内の災害拠点病院・災害拠点精神科病院以外の病院
医療機関に求められる事項	・災害時には災害時に拠点となる病院とともに、その機能や地域における役割に応じた医療の提供に努めること ・被災後、早期に診療機能を回復できるよう、事業継続計画(BCP)の整備を行うよう努めること ・厚生労働省実施のBCP策定研修事業等を活用し、実効性の高いBCPを策定すること ・整備されたBCP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 ・診療に必要な施設の耐震化や、自家発電機の整備、燃料の備蓄等を含めた必要な防災対策を講じるよう努めること ・E M I Sへ登録し、自らの被災状況を被災地内に発信することができるよう備えること。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な医療を提供できるよう、日本医師会災害医療チーム（J M A T）、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 ・浸水想定区域（洪水・雨水出水・高潮）又は津波災害警戒区域に所在する場合は、風水害が生じた際の被災を軽減するため、止水板等の設置による止水対策や自家発電機等の高所移設、排水ポンプ設置等による浸水対策を講じるよう努めること

機 能	【災害医療の提供体制】 （４）保健医療福祉調整本部機能・地域保健医療福祉調整本部機能
目 標	・ 災害発生時には、保健医療福祉調整本部及び地域保健医療福祉本部がすみやかに立ち上がり、災害医療コーディネーターの助言のもと、急性期における被災者への医療の提供や急性期を脱した後の医療・保健の提供を行う体制を整備していること ・ 保健医療福祉調整本部は、災害発生直後、災害医療コーディネーターの助言や関係機関の調整のもと、関係機関に必要な指示及び要請を行うとともに、災害拠点病院を機能させ、DMAT等の医療チームを派遣し、急性期における災害医療提供を行うこと。急性期を脱した後においては、避難者等の健康を確保するため、保健所による巡回や、老人福祉施設等へのつなぎを行うこと ・ 地域保健医療福祉本部は、災害発生直後、情報収集に当たるとともに、地域災害医療コーディネーターの助言や保健医療福祉調整本部の指示を得ながら、関係機関に必要な要請を行うこと ・ 秋田市における発災については、保健医療福祉調整本部が秋田市における医療救護活動との連絡調整を行うこと。その他の市町村については、地域保健医療福祉が行うこと
医療機能を担う医療機関の基準	○保健医療福祉調整本部 ○地域保健医療福祉調整本部
医療機関に求められる事項	・ 保健医療福祉調整本部及び地域保健医療福祉本部の構成員、職責、指揮命令系統を定める「秋田県災害医療救護活動計画」を整備すること ・ 保健医療福祉調整本部及び地域保健医療福祉本部の立ち上げや、関係機関との連絡調整、保健医療活動チームの受入や派遣等について定期的に訓練を行うこと ・ 精神疾患を有する患者、障害者、小児、妊婦、透析患者等、災害時においても配慮を有する被災者に対応するため、秋田県災害医療関係団体合同会議の構成員による調整がなされること ・ 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するための体制整備に平時から取り組むこと ・ 都道府県を越える広域医療搬送を想定した災害訓練の実施又は参加に努めること。その際には、航空搬送拠点臨時医療施設（SCU）の設置場所及び協力を行う医療機関との連携の確認を行うこと

8 新興感染症発生・まん延時における医療

○ 現 状 と 課 題 ○

(1) 現状（新型コロナウイルス感染症における対応）

令和2年1月に、国内で初めての新型コロナウイルス感染者が確認されて以降、県民はもとより、行政、医療関係者、事業者など、県を挙げて感染予防・まん延防止、医療提供体制の整備などに取り組んできました。

表1 新型コロナウイルス感染症対応における主な出来事と取組

(令和2年)	
1月16日	国内初の感染公表
2月 7日	あきた帰国者・接触者相談センターを設置 (令和2年10月に「あきた新型コロナ受診相談センター」に名称変更)
3月 6日	秋田県内初の感染公表
3月26日	秋田県新型コロナウイルス感染症対策本部設置
3月27日	秋田県新型コロナウイルス感染症対策協議会設置
4月 7日	国緊急事態宣言発令(4月16日に対象を全国に拡大。5月25日に解除)
5月 1日	秋田県宿泊療養施設稼働
5月15日	一部の市で、帰国者・接触者外来の設置を開始 (令和3年度に「地域外来・検査センター」に名称変更)
8月 1日	秋田県コロナ医療支援チーム(ACOMAT)活動開始
9月15日	秋田県診療・検査医療機関指定要領施行
10月 1日	秋田県健康フォローアップセンターを設置
10月28日	秋田県誹謗中傷防止共同宣言(20団体)
(令和3年)	
2月19日	県内ワクチン先行接種開始
11月30日	オミクロン株国内初確認
12月24日	民間事業者に患者搬送を委託
(令和4年)	
1月13日	秋田県内初のオミクロン株確認公表
1月21日	自宅療養開始(パルスオキシメーター貸出、食料品配付、健康観察の実施)
4月 1日	秋田県新型コロナウイルス感染症対策本部保健医療対策部設置
8月11日	秋田県感染拡大警報発令/検査キット配付・陽性者登録センター稼働
9月26日	全数届出の見直し(総合案内窓口設置)
12月 7日	県独自の「医療ひっ迫宣言」を発令
(令和5年)	
5月 8日	新型コロナウイルス感染症が5類感染症に移行

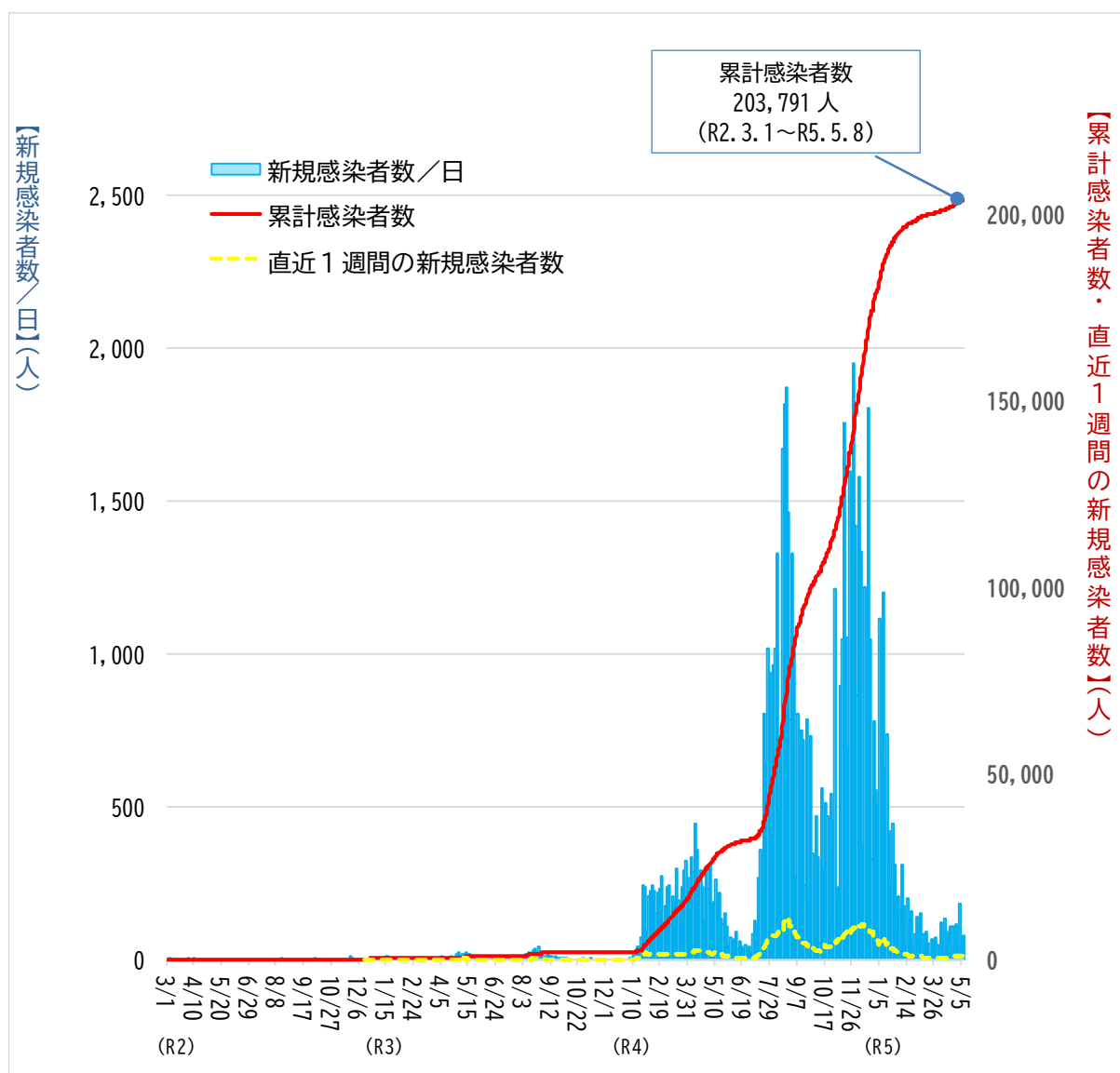
① 病床の確保と入院調整

◇ 病床の確保

当初は第二種感染症指定医療機関の感染症病床で新型コロナウイルス感染症患者の対応をしましたが、感染者の急増により、感染症指定医療機関のみでは対応できなくなり、令和2年7月に重症度に応じた必要病床数を算出した「病床確保計画」を策定し、病床数の多い病院を中心に計画に基づく病床の確保を求めました。計画の中では、感染状況に応じた4つのフェーズ（その後、6段階に見直し）を定めました。

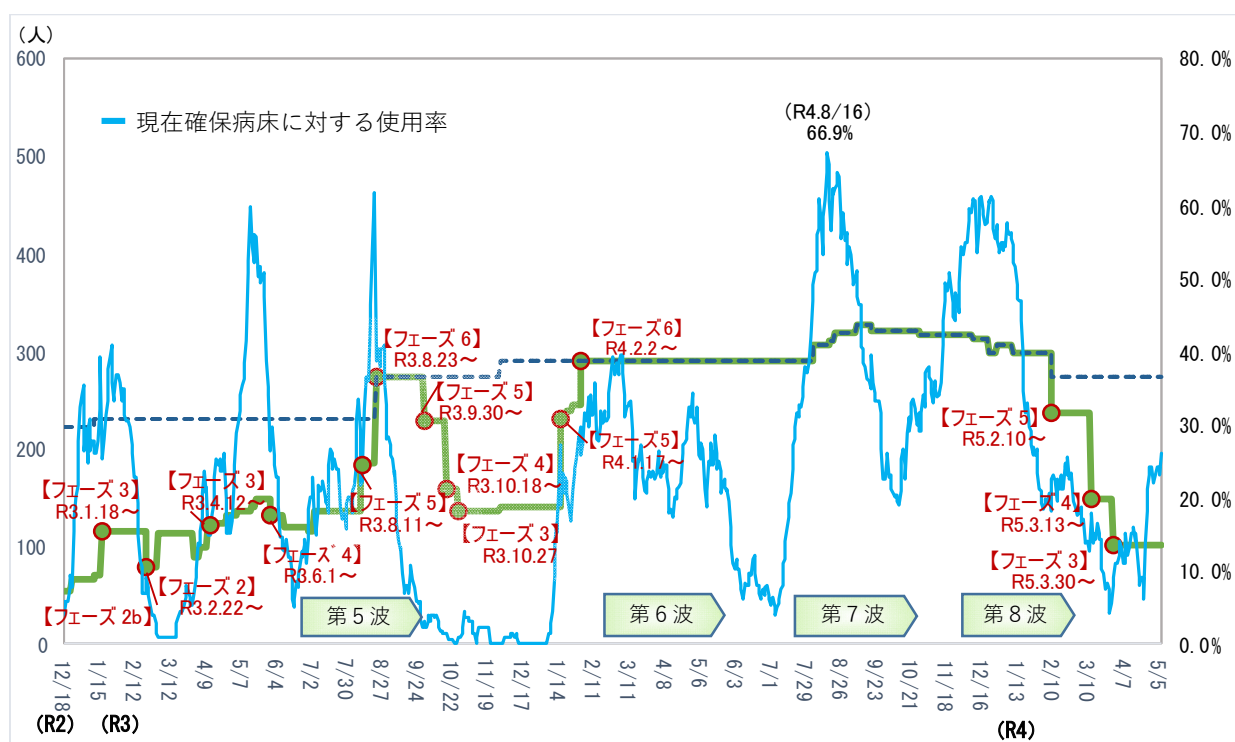
妊婦、精神疾患患者、人工透析患者等の特に配慮が必要な患者については、専用の病床確保は求めませんでしたが、確保病床を有する病院の中で、各診療科を設置している病院へ入院調整を行い対応しました。

図1 新型コロナウイルス感染症の新規感染者数の推移



出典：県感染症特別対策室調べ

図2 新型コロナウイルス感染症の対応フェーズ・病床数の推移



出典：県感染症特別対策室調べ

表1 感染の波ごとの最大感染者数・入院者数・病床使用率

	第5波 (R3. 7-R3. 9)	第6波 (R4. 1-R4. 5)	第7波 (R4. 7-R4. 9)	第8波 (R4. 11-R5. 1)
フェーズ	フェーズ5	フェーズ6	フェーズ6	フェーズ6
上段：確保病床数	273 床	289 床	326 床	316 床
下段：最大確保病床数	273 床	289 床	326 床	316 床
新規感染者数	50 人 (R3.8.24)	445 人 (R4.4.12)	1,873 人 (R4.8.23)	2,102 人 (R4.12.6)
入院者数	113 人 (R3.8.22)	118 人 (R4.5.1)	274 人 (R4.8.24)	545 人 (R4.12.23)
確保病床に対する 使用率	61.4% (R3.8.22)	39.4% (R4.3.5) (R4.3.6)	66.9% (R4.8.16)	60.8% (R4.12.9) (R4.12.15)

出典：県感染症特別対策室調べ

※確保病床数及び最大確保病床数は、各期間における最大値

◇ 入院調整

入院治療が必要な患者を適切な医療機関に入院させるため、夜間や休日を含め、24時間体制で保健所及び県調整本部*1において入院先の調整を行いました。その後、社会福祉施設等のクラスター発生数の増加や高齢者の入院者数増加により、秋田県医師会による入院調整を経て、入院調整の業務を民間業者に委託しました。

※1 県調整本部：災害医療コーディネーター、患者搬送コーディネーター等により構成し、二次医療圏を越える入院調整等を担うために県が設置。

② 発熱外来

- ◇ 令和2年3月に県内で初の新型コロナウイルス感染症患者が確認された後、初期の外来医療体制として「帰国者・接触者外来」を二次医療圏に1か所以上設置し、感染者への対応を行いました。また、令和2年10月から、新型コロナウイルス感染症の診療を担う「診療・検査医療機関」の指定を開始するとともに、協力金の支給や設備整備への支援などにより、その拡大を図りました。
- ◇ 県内各市においても、10市が仮設診療所を設置し、新型コロナウイルス感染症の診療を担いました。
- ◇ 感染が拡大した令和4年度には、夏休みや年末年始において、県や秋田市がドライブスルー型の臨時発熱外来を複数日運営し、外来医療を支援したほか、令和4年8月には重症化リスクが低い軽症者を対象とした「検査キット配付・陽性者登録センター」を開設し、有症状者の自己検査や自宅療養を促しました。

表2 各保健所管轄区域の診療・検査医療機関数の推移

	大館	北秋田	能代	秋田中央	秋田市	由利本荘	大仙	横手	湯沢	合計
R2.10.29時点 (初回指定数)	16	1	24	12	53	22	22	25	9	184
R3.1.22時点 (第3波)	17	3	36	10	79	27	28	34	13	247
R3.6.15時点 (第4波)	17	2	35	10	86	26	27	35	13	251
R3.9.30時点 (第5波)	18	3	35	10	92	25	28	36	13	260
R4.3.3時点 (第6波)	26	8	35	11	97	26	30	37	13	283
R4.8.29時点 (第7波)	27	9	38	13	105	28	34	37	12	303
R5.1.5時点 (第8波)	30	10	40	14	113	28	36	38	13	322
R5.5.7時点 (5類移行直前)	33	10	40	14	116	28	36	37	14	328

出典：県感染症特別対策室調べ

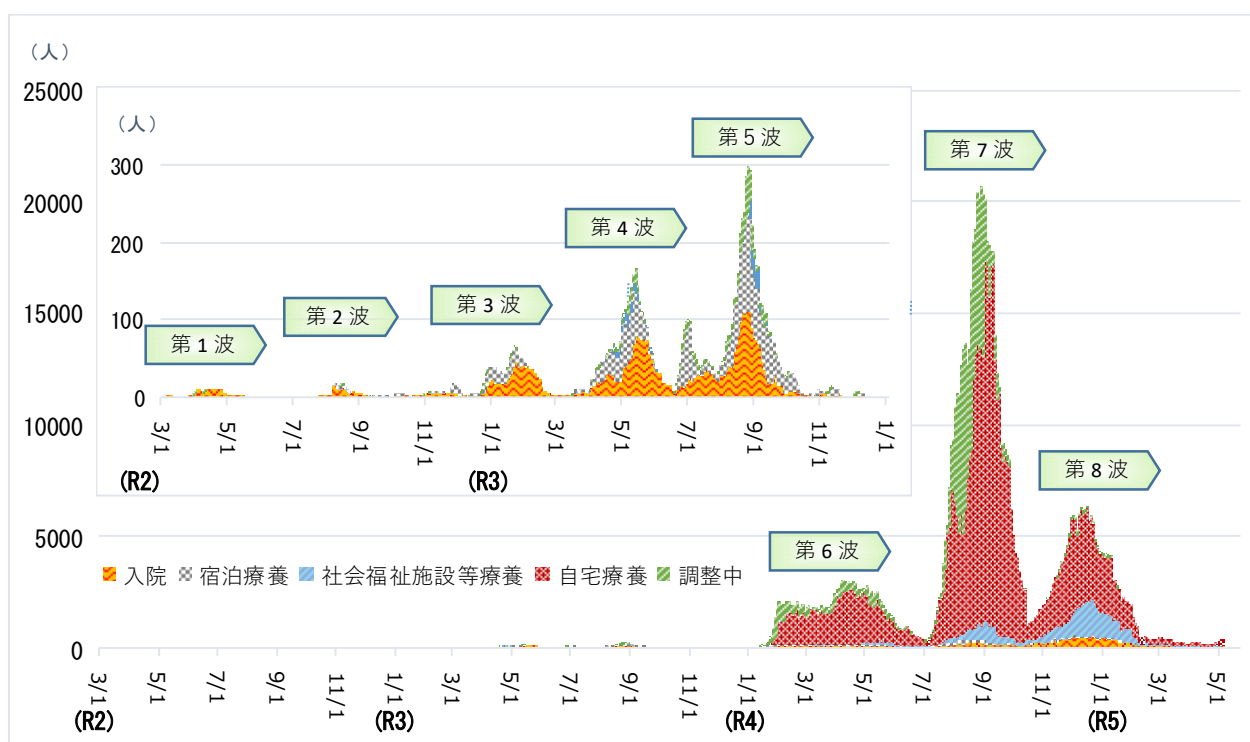
③ 自宅療養者等に対する医療の提供（高齢者施設等を含む）

- ◇ 新型コロナウイルス感染症の患者は入院治療が前提となっていました。感染者が急拡大したことに伴い、令和4年1月に自宅療養を導入しました。
- ◇ 自宅療養者の健康観察については、フォローアップセンター※1の設置に加え、一部の地域では、郡市医師会の協力により、医師等による健康観察が行われたほか、患者自ら健康状態をスマートフォンで入力する「My HER-SYS（マイハーシス）」※2を活用しました。
- ◇ 自宅療養者の症状が悪化した場合には、看護師等が電話で相談対応する体制を整備しました。
- ◇ 各関係団体に支援することにより、自宅療養者を対象とした電話診療、訪問看護及び薬剤交付を行うネットワーク体制の整備を促進しました。
- ◇ 高齢者施設等の社会福祉施設においても、軽症者は施設内療養とし、施設の配置医師や看護職員等が対応しました。
- ◇ 宿泊療養施設においては、看護師が常駐して健康観察を行い、さらに症状悪化時に備え、医師がオンコール体制で対応しました。

※1 フォローアップセンター（正式名称は「秋田県健康フォローアップセンター」）：新型コロナウイルス感染の拡大時等において、濃厚接触者への健康観察及び健康相談体制を維持するために、委託事業により対応する保健師・看護師を確保したもの

※2 My HER-SYS（マイハーシス）：陽性者本人等がスマートフォンやパソコン等で自身や家族の健康状態を入力できる健康管理システム

図3 療養の場所別療養者数の推移



出典：県感染症特別対策室調べ

④ 後方支援

- ◇ 入院が必要な患者の多くは高齢者であり、感染症の症状から回復しても入院が長期化するケースが多く見られたため、令和3年6月、回復した患者を受け入れる後方支援医療機関を整備しました。
- ◇ 令和4年度には、協力する意向のある医療機関に対しては、体制整備のための協力金の支給を開始し、後方支援医療機関の拡大を図りました。

表3 後方支援医療機関数、後方支援病床数の推移

	協力金支給前 (R4. 8. 5)	協力金支給後 (R5. 1. 18)
後方支援医療機関数	14	16
後方支援病床数	53	86

出典：県感染症特別対策室調べ

⑤ 人材派遣

- ◇ 県内の災害医療従事者と感染症医療従事者により、秋田県コロナ医療支援チーム（ACOMAT）を組織し、社会福祉施設等でクラスターが発生した場合において、実地又は電話等により、主に感染制御面での支援を行いました。
- ◇ 医療機関等でクラスターが発生し、通常の業務継続が困難になった場合に備え、他の医療機関等から看護師を派遣する体制を整備したほか、日本看護協会と秋田県看護協会が協定を締結し、県外に看護師を派遣する仕組みも整えました。

表4 ACOMAT 派遣実績

年度	(派遣先種別)				(対応別)		
	医療機関	高齢者施設等	その他	合計	実地	電話	合計
R2年度	3件	1件	1件	5件	5件	0件	5件
R3年度	2件	20件	2件	24件	24件	0件	24件
R4年度	16件	72件	1件	89件	84件	54件	138件

出典：県感染症特別対策室調べ

※R4年度は実地指導・電話指導のどちらも行っているケースがあるため、派遣先種別の合計と一致しない。

表5 看護職員の派遣実績

	(県内派遣)			(県外派遣：大阪府、北海道、宮城県)		
	派遣先 医療機関数	派遣元 医療機関数	派遣人数	派遣先 医療機関数	派遣元 医療機関数	派遣人数
R2年度	1施設	3施設	4人	2施設	2施設	2人
R3年度	0施設	0施設	0人	1施設	2施設	2人
R4年度	2施設	5施設	8人	0施設	0施設	0人

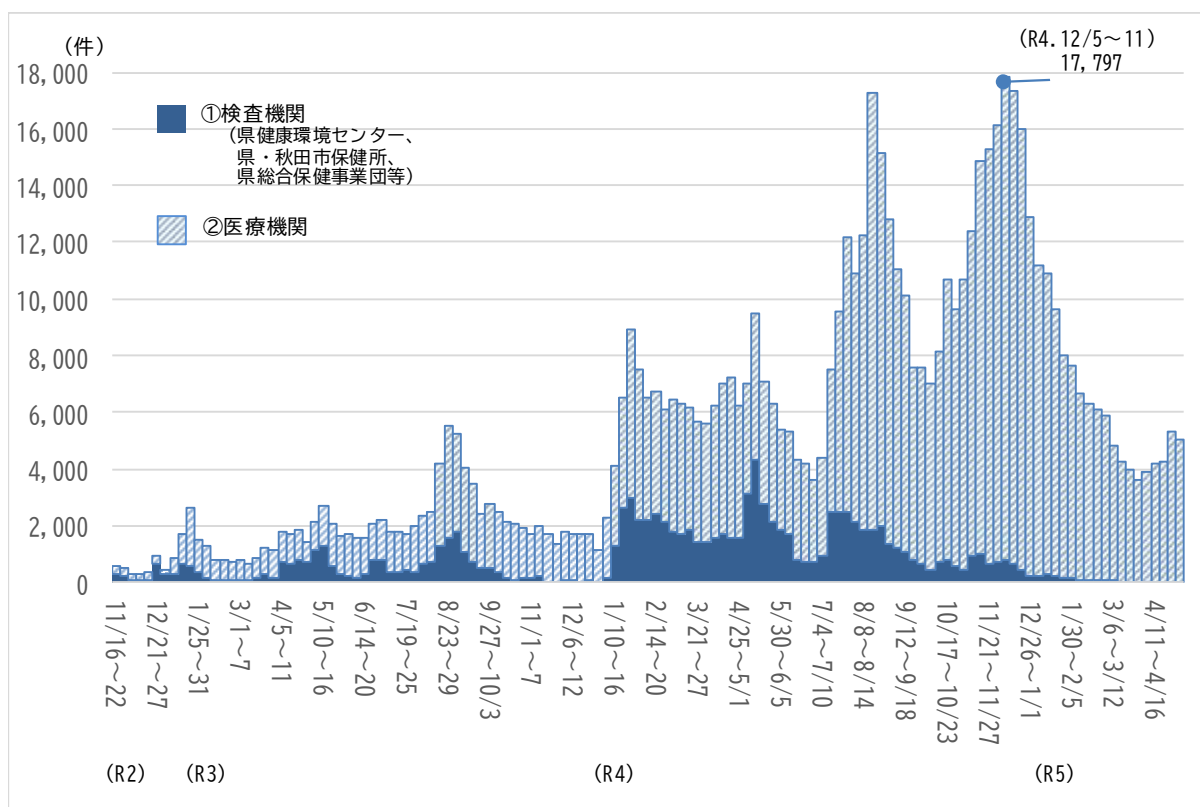
出典：県感染症特別対策室調べ

※派遣元医療機関数は延べ数

⑥ 検査

- ◇ 本県では、平成 21 年の新型インフルエンザ流行を踏まえ健康環境センターに自動核酸精製装置（PCR 検査前処理を自動化する装置）の導入を進めていたことなどから、発生初期から比較的多くの検体を処理する体制が整備されていました。
- ◇ 令和 2 年 3 月から新型コロナウイルスの PCR 検査が保険適用となったことから、検査機関を秋田県総合保健事業団に拡大しました。これにより、医療機関から検査業務を受託することが可能になり、検査設備未設置の医療機関でも外部委託により外来患者を検査する体制が整備されました。
- ◇ その後、感染の拡大に伴い検査件数が急増しましたが、医療機関において抗原定量検査や PCR 検査を実施できる体制整備が進んだほか、抗原定性キットが普及したことにより、多くの検査が医療機関等において実施されました。

図 4 検査件数（抗原定性キット、PCR 等を含む）の推移



出典：県感染症特別対策室調べ

(2) 今後の新興感染症に備えるための体制整備にあたっての課題

- ◇ 新型コロナウイルス感染症への対応においては、まん延期においても、一部の医療機関に入院や発熱外来などの負担が集中し、当該医療機関が疲弊したほか、それが感染拡大期における入院病床や発熱外来のひっ迫、通常医療の制限等にもつながったため、可能な限り多くの医療機関で感染症医療を担うなど、負担の分散を図る必要があります。
- ◇ また、まん延期には、地域のバランスを考えた迅速かつスムーズな調整が困難となったほか、地域の病床ひっ迫から、圏域を越えて対応する事例が発生し、患者や移送担当者にとって負担となったため、地域のバランスを考慮した病床の確保や円滑な入院調整の仕組みづくりが必要です。
- ◇ 無症状又は軽い症状で受診する人が多く、診療・検査医療機関がひっ迫する要因の一つになったため、受診の必要性や医療のひっ迫状況に関する県民や事業者、社会福祉施設等の理解の促進を図るとともに、感染症の特性・感染状況によっては、自己検査や自宅療養の促進を図る必要があります。
- ◇ 高齢者等で、感染症が治癒しても機能回復が不十分で退院できない事例が多くみられましたが、そうした患者を受け入れる後方支援医療機関への転院が円滑に進まず、病床ひっ迫の一因となったため、後方支援医療機関や高齢者施設への移行が円滑に進む体制整備が必要です。
- ◇ 患者が急増した局面においては、通常医療に支障を来すことがありましたが、県全体の通常医療を維持するための調整の仕組みがなかったため、新興感染症医療と通常医療の両立を常に念頭に置く必要があります。
- ◇ 新型コロナウイルス感染症においては、自宅療養者数が療養者数全体の9割を占めていたため、今後も、自宅療養を前提とした体制を構築する必要があります。
- ◇ 高齢者施設等の社会福祉施設においては、医療との連携が不十分な施設や施設内療養において、適切な対応が行われないケースがあったため、社会福祉施設に対する医療支援体制を強化する必要があります。
- ◇ ACOMAT は、クラスター発生当初に施設で指導に当たる保健所が必要と判断した場合に、県に要請して派遣される仕組みでしたが、要請があった時点では感染が拡大しているケースが多かったため、今後は可能な限り速やかに派遣できる仕組みづくりが必要です。

（１）オール秋田で県民に必要な医療を提供できる体制

- ◆ 可能な限り多くの医療機関で感染症医療を担うとともに、自院での診療が困難な医療機関については、診療を行う医療機関を補完する役割を求めるなど、オール秋田で県民に必要な医療を提供できる体制の構築を目指します。
- ◆ 病床の確保にあたっては、一部の医療機関に負担が集中しないよう、地域バランスを考慮するとともに、すべての病院が機能や規模、感染症対応能力に応じて、公平に役割を果たす体制を目指します。

（２）新興感染症発生時に迅速かつ確実に機能する体制

- ◆ 新興感染症にかかる医療等の提供について、県と医療機関が事前に協定を締結し、感染症発生時に、流行初期の段階から迅速かつ確実に機能する体制を目指します。

（３）病床や発熱外来のひっ迫を防ぐ体制

- ◆ 感染症以外の患者や感染症から回復後に入院が必要な患者を受け入れる医療機関を可能な限り多く確保するとともに、円滑に転院できる体制の構築を目指します。
- ◆ 流行の各段階において、新興感染症以外の通常医療もあわせ、患者の重症度・緊急度に応じて適切な医療が提供されるよう配慮します。

（４）自宅・施設等での療養に備えた医療提供体制

- ◆ 自宅療養者等に医療の提供を行う医療機関間のネットワークの構築を促進するなど、自宅療養者等が適切な医療を受けられる体制を目指します。
- ◆ 社会福祉施設と医療機関との連携強化を促進するとともに、オンライン診療の活用等により、施設内療養時において、適切な対応を受けられる体制を目指します。

（５）集団感染発生時等における感染制御と業務継続支援のための人材派遣体制

- ◆ クラスター発生施設等における感染制御及び業務継続支援のため、速やかに医療チームを派遣できる体制を整備するとともに、派遣先で適切な支援ができる体制を目指します。

○ 主 要 な 施 策 ○

(1) 新興感染症患者の病床の確保と入院調整

- ◆ 医療機関との協定（医療措置協定：次ページ参照）の締結により、平時から、新興感染症発生時に患者を受け入れる病床を確保します。
- ◆ 新興感染症発生の公表（※1）後の流行初期（3か月程度を想定。以下「流行初期」という。）の段階から対応する医療機関については、その内容を含む協定を締結します。
- ◆ 重症者用の病床を確保するとともに、精神疾患を有する患者や妊産婦、小児、透析患者、認知症患者等、特に配慮が必要な患者を受け入れる病床を確保します。
- ◆ 新興感染症発生の公表前においては、第一種感染症指定医療機関及び第二種感染症指定医療機関が、発生の公表後の流行初期においては、感染症指定医療機関に加え、流行初期に対応する内容を含む協定を締結した医療機関が、流行初期経過後においては、すべての協定締結医療機関が順次対応する体制を整備します。
- ◆ 入院先の調整にあたっては、新興感染症の発生初期においては、県本庁の感染症対策部門と関係保健所等が医療機関との患者受入調整を行います。その後、県は病原性や感染性に応じ、保健所設置市に対する総合調整権限や感染症発生・まん延時の指示権限を適切に行使しながら、保健所設置市分を含め、早期に入院調整業務の県への一元化を判断します。
- ◆ 入院調整業務の一元化に際しては、国が示す入院対象者の基本的な考え方も参考に、入院対象者の範囲を明確にしながら、患者の療養先の振り分けや入院調整を行います。その際、ICTを活用し、医療機関や保健所等とリアルタイムで受入可能病床や入院患者等の情報共有を行います。
- ◆ 流行初期経過後の入院調整の運用にあたっては、医療機関における確保病床の利用状況を把握しながら、全県を対象とした医療機能が求められる特定機能病院等については、特殊な診断や治療を必要とする医療が提供されるよう、その役割に配慮します。

※1 全国かつ急速なまん延により国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがある等の新興感染症が発生した旨の公表（新興感染症に位置付ける旨の公表）

(2) 新興感染症の疑似症患者等の診療体制の確保（発熱外来）

- ◆ 医療機関との協定の締結により、平時から、新興感染症の疑似症患者等の診療を行う医療機関を確保するとともに、流行初期の段階から対応する医療機関については、その内容を含む協定を締結します。
- ◆ 必要に応じて仮設診療所を速やかに開設できるよう、新型コロナウイルス感染症における対応を踏まえ、仮設診療所の開設手順や要領を整備するとともに、平時から、設置場所について市町村や郡市医師会等と協議します。

- ◆ 新興感染症発生時においては、受診の必要性、医療のひっ迫状況等に関する県民や事業者、社会福祉施設等の理解の促進を図ります。
- ◆ 流行初期経過後においては、感染者の入院を担当する医療機関に負担が集中しないよう、診察は主に診療所で担うなどの配慮を行います。

(3) 自宅等で療養する新興感染症患者への医療提供体制の確保

- ◆ 医療機関（病院及び診療所のほか、薬局及び訪問看護事業所を含む）との協定の締結により、自宅や宿泊療養施設、高齢者施設等における療養者に対する医療提供体制を確保します。
- ◆ 社会福祉施設における施設内療養をオンライン診療等により支援する体制整備を検討します。

(4) 新興感染症以外の患者への医療提供体制の確保（後方支援）

- ◆ 医療機関との協定の締結により、感染症以外の患者や、感染症から回復後に入院が必要な患者を受け入れる医療機関（後方支援医療機関）を確保します。
- ◆ 感染症患者の入院病床を確保する病院以外のすべての病院に後方支援医療機関としての役割を求めるとともに、後方支援医療機関に円滑に転院できるよう、平時から医療機関間の協力関係の構築を促進するなど、体制の整備を図ります。
- ◆ 有床診療所や高齢者施設に対しても、後方支援施設としての協力を求めます。

(5) 新興感染症に対応する医療従事者の派遣体制の整備

- ◆ 医療機関との協定の締結により、クラスターが発生した医療機関や社会福祉施設に派遣される医療従事者を確保します。
- ◆ 新興感染症発生時において、派遣先のクラスター発生施設等において適切な支援を実施できるよう、派遣先で実施する業務の標準化を図るとともに、平時から実践的な研修や訓練を実施します。

【医療措置協定と協定指定医療機関】

- 県は、平時に新興感染症の対応を行う医療機関と協議を行い、感染症対応にかかる病床確保や発熱外来等の項目について協定（医療措置協定）を締結することになりました。
- 協定を締結した医療機関は、感染症法に基づき、次のとおり指定されます。
 - ▶ 第一種協定指定医療機関：病床を確保する医療機関
 - ▶ 第二種協定指定医療機関：発熱外来・自宅療養者等へ医療提供を行う医療機関

○ 数 値 目 標 ○

	区 分		目標値		目標値の考え方等※	重点 指標
			(流行初期)	(初期以降)		
プロセス	年1回以上、新興感染症患者の受入研修・訓練を実施または外部の研修・訓練に医療従事者を参加させている割合		100%		すべての協定締結医療機関の研修・訓練の実施・参加	●
	感染対策向上加算(1, 2, 3)・外来感染対策向上加算届出医療機関数		350 機関		すべての発熱外来医療機関がいずれかの加算届出	
		感染対策向上加算 1	26 機関		第一種協定指定医療機関の目標数	
ストラクチャー	確保病床数		100 床 (64 床)	300 床 (264 床)	新型コロナ対応の最大値()内は第一種協定指定医療機関の確保病床数	●
		うち重症者病床	10 床	14 床	新型コロナ対応の病床確保計画と同程度	●
		うち特別な配慮が必要な患者			確保病床数に配慮が必要者なそれぞれの者の人口割合を乗ずること等により算出	●
		精神疾患を有する患者	3 床	10 床		●
		妊産婦	3 床	10 床		●
		小児	8 床	25 床		●
		人工透析患者	3 床	10 床		●
		認知症患者	10 床	30 床		●
	発熱外来数		40 機関	350 機関	新型コロナ対応の最大値	●
	自宅療養者等へ医療提供する機関数		500 機関		事前調査により対応可能と回答した全医療機関と協定を締結	●
	機関別	病院	15 機関			●
		診療所	150 機関			●
		薬局	290 機関			●
		訪問看護事業所	45 機関			●
	対象別	自宅療養者対応	500 機関			●
		宿泊療養者対応	50 機関			●
		高齢者施設対応	100 機関			●
		障害者施設対応	50 機関			●
	後方支援医療機関数		38 機関		新興感染症患者の病床を確保する病院を除く病院数	●

※目標値が流行初期と流行初期以降で異なる場合は、流行初期以降の目標値の考え方を記載している。

	区 分		目標値		目標値の考え方	重点指標
ストラクチャー	派遣可能医療人材数 (感染症患者への医療従事者等)		80 人	うち、県外可能 10 人	事前調査により派遣可能 と回答した全医療機関と 協定を締結	●
	医師	30 人	5 人	●		
	看護師	50 人	5 人	●		
	派遣可能医療人材数 (感染症予防等業務関係者)		80 人	10 人	医師 3 名、看護師 5 名か らなるチームを 10 チー ム編成	●
	医師	30 人	5 人	●		
	看護師	50 人	5 人	●		
	重症者の確保病床を有する医療機関 における 3 年以上集中治療の経験 を有する医師/看護師/臨床工学技士数		250 人		現状値（約 230 人）から 1 割程度の増加	
	個人防護具を 2 か月分以上確保して いる医療機関数		515 機関		協定締結医療機関数の 8 割	●
	病院	55 機関		●		
	診療所	400 機関		●		
訪問看護事業所	60 機関		●			
院内感染対策に関する地域のネット ワークに参加している医療機関数		350 機関		すべての発熱外来医療機 関がネットワークに参加		

●は国が示した重点指標

○ 医療機関とその連携 ○

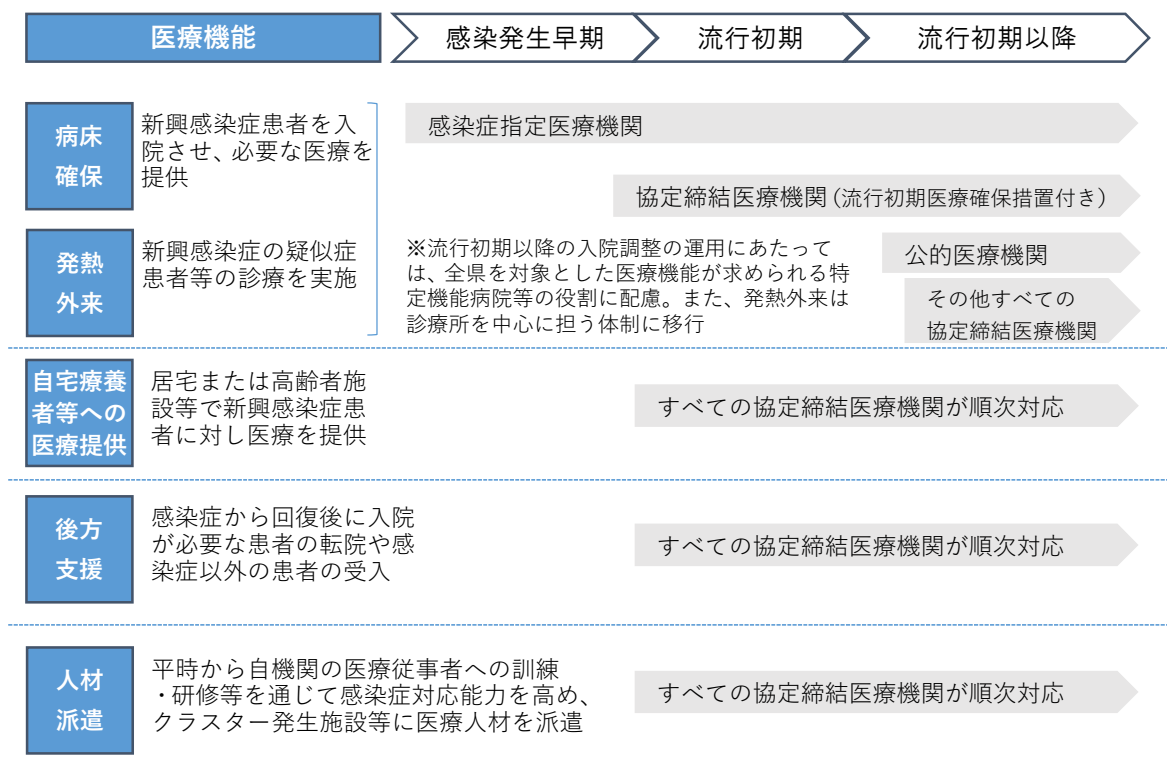
（１）圏域の設定

新興感染症発生・まん延時における医療体制の圏域については、入院調整や後方支援医療機関への転院を圏域内で行うことができる連携体制の構築を目指すこととし、二次医療圏単位に設定します。

（２）医療体制

＜平時における対応＞

- ◆ 県と医療機関が新興感染症発生時における医療提供にかかる協定を締結
- ◆ 一部の医療機関とは、流行初期対応を含めた協定を締結（発熱外来、病床確保）
- ◆ 協定締結後、病床確保を担う医療機関を第１種協定指定医療機関として、発熱外来又は自宅療養者等への医療提供を担う医療機関を第２種協定指定医療機関として、それぞれ指定
- ◆ 公的医療機関等には、協定の範囲内で通知により医療提供を義務づけ



(3) 医療体制を担う医療機関の医療機能

医療機能	(1) 新興感染症患者を入院させ、必要な医療を提供する機能（病床確保）
目 標	【確保病床数】 ・新型コロナウイルス感染症対応で確保した最大規模の体制（確保病床数）を目指すこととし、流行初期から、新型コロナ発生の約1年後（令和2年12月）における新型コロナ入院患者の規模に対応できる体制を目指す。 【流行の各段階における体制】 ・新興感染症発生時からの対応として、まずは感染症指定医療機関の感染症病床を中心に対応する体制を構築する。 ・流行初期においては、感染症指定医療機関に加え、流行初期医療確保措置を含む内容の協定を締結した医療機関が対応する体制を構築する。 ・流行初期期間経過後は、さらに医療措置協定を締結した公的医療機関が加わり、その後順次速やかに医療措置協定を締結した全ての医療機関で対応していく体制を構築する。 【特に配慮が必要な患者の病床確保】 ・重症者用の病床に加え、精神疾患を有する患者、妊産婦、小児、透析患者、認知症患者等、特に配慮が必要な患者を受け入れる病床の確保を行う。
医療機能を担う医療機関の基準	【第一種協定指定医療機関の指定要件】 ・当該医療機関に所属する者に対して、最新の知見に基づき適切な感染防止等の措置を実施することが可能であること ・患者等がお互いに可能な限り接触することがなく、診察することができること等の院内感染対策を適切に実施しながら、必要な医療を提供することが可能であること ・新興感染症発生・まん延時において、知事からの要請を受けて、新型インフルエンザ等感染症若しくは指定感染症の患者又は新感染症の所見がある者を入院させ、必要な医療を提供する体制が整っていると認められること 【流行初期医療確保措置の対象となる医療機関の基準】 ・流行初期医療確保措置の対象となる協定（入院に係るものに限る。）を締結する医療機関の基準は、 - ア 感染症発生・まん延時に入院患者を受け入れる病床を一定数（10床）以上確保し継続して対応できること - イ 新興感染症の発生の公表後、知事の要請後速やかに（1週間以内を目途に）即応病床化すること - ウ 病床の確保に当たり影響が生じ得る一般患者への対応について、後方支援を行う医療機関との連携も含め、あらかじめ確認を行うこと
医療機関に求められる事項	・確保している病床で、酸素投与及び呼吸モニタリングを可能とすること ・県からの要請後速やかに（2週間以内を目途に）即応病床化すること ・関係学会等の最新の知見に基づくガイドライン等を参考に、院内感染対策（ゾーニング、換気、個人防護具の着脱等を含む研修・訓練等）を適切に実施し、入院医療を行うこと

医療機能	(2) 新興感染症の疑似症患者等の診療を行う機能（発熱外来）
目 標	・ 新型コロナウイルス感染症対応で確保した最大規模の体制（診療・検査医療機関数）を目指すこととし、流行初期から新型コロナ発生約1年後（令和2年12月）の新型コロナウイルス感染症の患者の規模に対応する体制を目指す。
医療機能を担う医療機関の基準	【第二種協定指定医療機関の指定要件】 ・ 当該医療機関に所属する者に対して、最新の知見に基づき適切な感染防止等の措置を実施することが可能であること ・ 受診する者同士が可能な限り接触することがなく、診察することができること等の院内感染対策を適切に実施しながら、外来医療を提供することが可能であること ・ 新興感染症発生・まん延時において、知事からの要請を受けて、外来医療を提供する体制が整っていると認められること 【流行初期医療確保措置の対象となる医療機関の基準】 ・ 流行初期医療確保措置の対象となる協定（発熱外来に係るものに限る。）を締結する医療機関の基準は、 - ア 流行初期から一定数（20人/日）以上の発熱患者を診察できること - イ 発生の公表後、知事の要請後速やかに（1週間以内を目途に）発熱外来を開始することを基本とすること
医療機関に求められる事項	・ 発熱患者等専用の診察室（時間的・空間的分離を行い、プレハブ・簡易テント・駐車場等で診療する場合を含む。）を設けた上で、予め発熱患者等の対応時間帯を住民に周知し、又は地域の医療機関等と情報共有して、発熱患者等を受け入れる体制を整えること ・ 関係学会等の最新の知見に基づくガイドライン等を参考に、院内感染対策（ゾーニング、換気、個人防護具の着脱等を含む研修・訓練等）を適切に実施し、発熱外来を行うこと

医療機能	(3) 居宅又は高齢者施設等で療養する新興感染症患者に対し医療を提供する機能 (自宅療養者等への医療の提供)
目 標	・ 居宅等で療養する新興感染症患者に対し、必要な医療を提供できる体制の確保を目指す（居宅等で療養する新興感染症患者とは、自宅・宿泊療養者・高齢者施設等での療養者等をいい、医療機関とは、病院及び診療所のほか、薬局及び訪問看護事業所を含む。）。
医療機能を担う医療機関の基準	【第二種協定指定医療機関の指定要件】 ・ 当該医療機関に所属する者に対して、最新の知見に基づき適切な感染防止等の措置を実施することが可能であること ・ 新興感染症発生・まん延時において、知事からの要請を受けて、外出自粛対象者に対し、①病院又は診療所においては、往診やオンライン診療等の医療を提供する体制、②薬局においては、医薬品等対応（調剤・医薬品等交付・服薬指導等）を行う体制、③訪問看護事業者においては、訪問看護を行う体制、が整っていると認められること
医療機関に求められる事項	・ 病院・診療所は、郡市医師会等の関係者と連携・協力した体制整備を行い、必要に応じ、薬局や訪問看護事業所と連携し、また、各機関間や事業所間でも連携しながら、往診やオンライン診療等、訪問看護や医薬品対応等を行うこと ・ 自宅療養者等が症状悪化した場合に入院医療機関等へ適切につなぐこと ・ 関係学会等の最新の知見に基づくガイドライン等を参考に、感染対策（ゾーニング、換気、個人防護具の着脱等を含む研修・訓練等）を適切に実施し、医療の提供を行うこと ・ 患者に身近な診療所等が自宅療養者への医療を行う際は、患者の容態の変化等の場合に迅速に医療につなげるためにも、あわせてできる限り健康観察の協力を行うこと

医療機能	(4) 新興感染症患者以外の患者に対し医療を提供する機能（後方支援）	(5) 新興感染症に対応する医療従事者を確保し、医療機関その他の機関に派遣する機能（医療人材派遣）
目 標	・ 新型コロナウイルス感染症の入院病床を確保する病院以外の全ての病院に加え、一定の有床診療所からも後方支援医療機関としての協力を得ることを目指す。	・ クラスター発生施設等における業務継続支援及び感染制御のため、必要な医療人材を派遣できる体制整備を目指す。
医療機能を担う医療機関の基準	・ 通常医療の確保のため、特に流行初期の感染症患者以外の患者の受入や感染症から回復後に入院が必要な患者の転院の受入を行うこと	・ 県の要請に応じ、速やかに新興感染症に対応できる医療人材を派遣できること
医療機関に求められる事項	・ 自治体や県医師会、県病院協会等による協議会や、地域の医療機関間における連携の枠組み等を活用した上で、感染症患者以外の受入を進めること	・ 自医療機関の医療従事者への訓練・研修等を通じ、感染症対応能力を高めること

9 ヘき地医療

○ 現 状 と 課 題 ○

(1) 現状とへき地医療提供体制

① 無医地区等及び無歯科医地区等の現状

令和元年の「無医地区等調査」では、本県の無医地区及び準無医地区は7市町村に19地区あり、その人口は1,318人でしたが、令和4年調査では、無医地区等の数は7市町村18地区であり、その人口は1,011人と減少傾向にあります。

令和4年度調査では、由利本荘市の百宅地区の住民が不在となったことによる無医地区の減少があったほか、鹿角市の田代地区、三ツ矢沢地区が人口減により準無医地区に変更となりました。

なお、本県における令和2年度の過疎地域の人口は62.7万人であり、県全体の65.4%を占め、全国平均の9.3%を大きく上回り全国で最も多い状況です。

本県の面積は11,637k㎡で、そのうち90.2%が過疎地域であり、全国平均の63.1%を大きく上回り全国で最も多い状況です。

表1 本県の無医地区等及び無歯科医地区等の状況 (令和4年10月31日)

圏 域	市 町 村	無医地区	準無医地区	無歯科医地区	準無歯科医地区
大館・鹿角	鹿 角 市		田 代 三ツ矢沢		田 代 三ツ矢沢
	小 坂 町	大 川 岱		大 川 岱	休 平
北 秋 田	北秋田市		岩 谷 上 小 様		岩 谷 上 小 様
	上小阿仁村		八 木 沢		八 木 沢
由利本荘 ・にかほ	由利本荘市	西 沢 西 久 米 野 宅 須郷・大吹川 軽 井 沢 向田・智者鶴 ・泡ノ淵	祝 沢 沼 高 村 大 台	西 沢 西 久 米 須郷・大吹川 軽 井 沢 向田・智者鶴 ・泡ノ淵	祝 沢 沼 高 村 大 台
	にかほ市	釜 ケ 台			
横 手	横 手 市	上平野沢		上平野沢	
4 圏域	7 市町村	9 地区	9 地 区	7 地区	10 地 区
		無医地区等 計 18 地区		無歯科医地区等 計 17 地区	

出典：厚生労働省「無医地区等及び無歯科医地区等調査」（令和4年）

② ヘき地医療に従事する医師の現状

令和2年の「医師・歯科医師・薬剤師統計」では、医療施設に従事している医師数は県内で人口10万人あたり242.6人と、平成28年の調査と比べて19.1人増加しているものの、全国平均と比較すると大きく下回っています。

また、へき地診療所やへき地拠点病院による医療提供を実施している市町村を主たる従業地とする医師数及び歯科医師数については、人口10万人当たりの人数で県全体の人数と比べても低い傾向にあることから、へき地医療に従事する医師を確保する取組を図るとともに、オンライン診療等を用いた医療資源の効率的な活用等により、へき地医療対策を実施することが重要です。

表2 人口10万人に対する医療施設従事者数の推移 (単位：人)

区 分	平成28年	平成30年	令和2年	増減 (H28→R2)
秋田県	223.5	234.1	242.6	19.1
全 国	240.1	246.7	256.6	16.5

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」（平成28年）

厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（平成30年、令和2年）

表3 ヘき地における医師数及び歯科医師数 (単位：人)

区 分	医 師		歯科医	
	実 数	人口10万対	実 数	人口10万対
鹿角市	40	137.5	17	58.4
小坂町	1	20.9	2	41.8
北秋田市	42	139.1	15	49.7
上小阿仁村	2	96.9	1	48.5
男鹿市	32	127.2	16	63.6
大潟村	1	33.2	1	33.2
由利本荘市	190	254.3	41	54.9
にかほ市	22	93.9	8	34.1
仙北市	35	142.2	17	69.1
横手市	207	241.9	56	65.5
東成瀬村	1	37.0	1	37.0
秋田県	2,444	254.7	619	64.5

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（令和2年）

※人口10万人対医師数は、総務省統計局「令和2年国勢調査」による推計

③ 無医地区等及び無歯科医地区等における医療の確保の状況

県内18地区の無医地区及び準無医地区において、巡回診療や患者輸送事業等の医療の確保が13の地区で取られています。また、17地区の無歯科医地区及び準無歯科医地区において、上記の医療の確保が11の地区で行われています。

表 4 無医地区等及び無歯科医地区等における医療の確保の状況

市町村名	無医地区等及び 無歯科医地区等名	対応状況
鹿角市	田代	なし
	三ツ矢沢	なし
小坂町	休平	なし
	大川岱	希望があれば患者輸送。(1回/3か月)(かづの厚生病院)
北秋田市	岩谷	乗り合いタクシーの運行(市)
	上小様	患者輸送(1回/週)(市)
上小阿仁村	八木沢	患者輸送(2回/週)(市)
由利本荘市	西沢	コミュニティバスの運行(市)
	西久米	コミュニティバスの運行(市)
	野宅	コミュニティバスの運行(市)
	須郷・大吹川	コミュニティバスの運行(市)
	軽井沢	巡回診療(2回/月)(由利組合総合病院)
	向田・智者鶴 ・泡ノ渚	コミュニティバスの運行(市)
	祝沢	なし
	沼	なし
	高村	コミュニティバスの運行(市)
	大台	なし
にかほ市	釜ヶ台	コミュニティバスの運行(市)
横手市	上平野沢	巡回診療(2回/月)(平鹿総合病院)
7市町村	19地区	6地域が未対応

出典：県医務薬事課

④ ヘき地診療所、過疎地域等特定診療所の現状と医療提供体制

計10市町村において、11ヶ所のへき地診療所、4ヶ所の国民健康保険直営診療所、1ヶ所の過疎地域等特定診療所が設置され、地域住民の医療の確保という重要な役割を担っています。

常勤医師のいる診療所は毎日(休日を除く)診療を行っていますが、非常勤医師の診療により開設している診療所は、診療日が週1日あるいは2日など、様々な形態で運営されています。

表5 ヘき地診療所等の設置状況（令和5年4月1日現在）

圏域	市町村	施設名称	種別
北秋田	上小阿仁村	村立上小阿仁国保診療所	国保診療所(第1種へき地)
	北秋田市	阿仁診療所	へき地診療所
能代・山本	藤里町	藤里町営歯科診療所	過疎地域等特定診療所
秋田周辺	男鹿市	加茂青砂へき地出張診療所	へき地診療所
		入道崎へき地出張診療所	へき地診療所
		男鹿市国保戸賀出張診療所	国保診療所(第2種へき地)
	大潟村	大潟村診療所	へき地診療所
由利本荘 ・にかほ	由利本荘市	鮎川診療所	へき地診療所
		大琴診療所	へき地診療所
		笹子診療所	へき地診療所
	にかほ市	にかほ市国民健康保険小出診療所	国保診療所(第2種へき地)
大仙・仙北	仙北市	仙北市西明寺診療所	へき地診療所
		仙北市桧木内診療所	へき地診療所
横手	横手市	横手市山内三又診療所	へき地診療所
湯沢・雄勝	東成瀬村	大柳へき地診療所	へき地診療所
		東成瀬村国民健康保険診療所	国保診療所(第1種へき地)
7圏域	10市町村	16診療所	

出典：県医務薬事課

※ 国民健康保険直営診療所は、立地条件等により、第1種へき地診療所と第2種へき地診療所に区分されており、第1種が2か所、第2種が2か所という内訳になっています。

⑤ ヘき地医療拠点病院の現状と医療提供体制

鹿角市をはじめ、計 5 市町村において、5 か所のへき地医療拠点病院が設置され、巡回診療やへき地診療所への医師派遣等の診療支援事業を行い、へき地における住民の医療を確保しています。

表 6 ヘき地医療拠点病院の設置状況（令和 5 年 4 月 1 日現在）

圏 域	施 設 名 称	支援事業例
大館・鹿角	秋田県厚生農業協同組合連合会 かつの厚生病院 (平成 15 年 4 月 1 日指定)	へき地患者輸送車運行事業
北秋田	北秋田市民病院 (平成 24 年 4 月 1 日指定)	医師等派遣（代診医等）
秋田中央	男鹿みなと市民病院 (平成 15 年 4 月 1 日指定)	医師等派遣
由利本荘 ・にかほ	秋田県厚生農業協同組合連合会 由利組合総合病院 (平成 15 年 4 月 1 日指定)	医師等派遣・巡回診療
横手	秋田県厚生農業協同組合連合会 平鹿総合病院 (平成 15 年 4 月 1 日指定)	巡回診療
5 圏域	5 病院	—

出典：県医務薬事課

◇ ヘき地医療拠点病院による巡回診療の実施

由利本荘市及び横手市の 2 地区で、隔週に 1 回程度の頻度で、へき地医療拠点病院による巡回診療が行われています。

巡回診療を利用している患者数は年々減少傾向にあり、著しい利用者の減少によって、巡回診療を休止する地区も出てきています。なお、かつの厚生病院では、小坂町大川岱地区を対象に「へき地患者輸送車運行事業」を実施しています。

表 7 巡回診療を利用した年間延患者数の状況（単位：人）

圏 域	市町村名	地区名	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年
由利本荘・ にかほ	由利本荘市	沼	25	13	12	0
		軽井沢	22	21	25	24
横 手	横手市	上平野沢	24	24	24	24
2圏域	2市町村	3地区	71	58	61	48

出典：県医務薬事課

◇ ヘき地医療拠点病院による医師派遣の実施

男鹿みなと市民病院から、当該地域の医療を確保するため、加茂青砂へき地出張診療所、入道崎へき地出張診療所及び国保戸賀出張診療所に医師の派遣が行われています。

また、由利組合総合病院から、鮎川診療所、大琴診療所に医師の派遣が行われています。

表 8 ヘき地医療拠点病院からの医師派遣による診療所の年間延患者数 (単位：人)

施設名	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年
加茂青砂へき地出張診療所	172	131	98	99	83
入道崎へき地出張診療所	115	109	96	93	81
男鹿市国保戸賀出張診療所	125	125	124	95	82
鮎川診療所	197	184	168	123	107
大琴診療所	228	222	184	135	114
計	837	771	670	545	467

出典：県医務薬事課

◇ ヘき地医療拠点病院及び市町村による患者輸送事業等の実施

小坂町、北秋田市、上小阿仁村の3地区で、交通事情の悪い無医地区等及び無歯科医地区等の住民に対し、最寄りの医療機関まで輸送する事業が市町村等により実施されています。

このほか、無医地区等及び無歯科医地区等における受診者に係る対策については、市町村の取組として、北秋田市（岩谷地区）では乗り合いタクシー、由利本荘市（西沢、西久米、野宅、須郷・大吹川、向田・智者鶴・泡ノ渚、高村）及びにかほ市（釜ヶ台）では、コミュニティバスを運行し、通院支援を実施しています。

表 9 患者輸送事業の実施状況

二次医療圏	市町村名	無医地区名	実施内容	輸送先の病院名
大館・鹿角	小坂町	大川岱	年4回	かづの厚生病院
北 秋 田	北秋田市	上小様	週1回	市立阿仁診療所
	上小阿仁村	八木沢	週2回	村立上小阿仁国保診療所

出典：県医務薬事課

⑥ ヘき地医療を提供する社会医療法人の取組

医療法に基づく救急医療等確保事業（救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療及び小児医療（小児救急医療を含む））を行うとして認定を受けた社会医療法人のうち、2 法人がへき地における医療の確保に寄与しています。

表 10 社会医療法人の活動状況（令和 5 年 4 月 1 日現在）

圏 域	法人名	医療機関名	活動内容	対象診療所
秋田周辺	社会医療法人正和会	小玉医院	指定管理者として へき地診療所運営	大湯村診療所
由利本荘・にかほ	社会医療法人青嵐会	本荘第一病院	へき地診療所への医師派遣	笹子診療所

出典：県医務薬事課

（２） ヘき地診療を支援する体制について

① ヘき地医療支援機構の運営

へき地医療支援機構は、へき地診療所等からの代診医の派遣要請への対応等、広域的なへき地医療支援事業の企画・調整等を行い、へき地保健医療対策の各事業を円滑かつ効率的に実施することを目的に設置されています。

本県においては、平成 15 年度から平成 22 年度まで、秋田県厚生農業協同組合連合会に事業を委託していましたが、平成 23 年度から秋田県健康福祉部医務薬事課内に設置しています。

② ヘき地医療拠点病院の指定

平成 15 年度に、無医地区等へのへき地医療活動を継続的に実施できると認められる 5 病院を「へき地医療拠点病院」として指定し、無医地区等への巡回診療やへき地診療所への代診医派遣等、へき地における診療支援活動を行っています。

表 11 ヘき地医療拠点病院の活動状況（令和 5 年 4 月 1 日現在）

圏 域	へき地医療拠点病院	活動内容	対象地区・診療所
秋田周辺	男鹿みなと市民病院	へき地診療所への医師派遣	3 診療所
由利本荘・にかほ	由利組合総合病院	無医地区等への巡回診療の実施	1 地区
		へき地診療所への医師派遣	2 診療所
横 手	平鹿総合病院	無医地区等への巡回診療の実施	1 地区

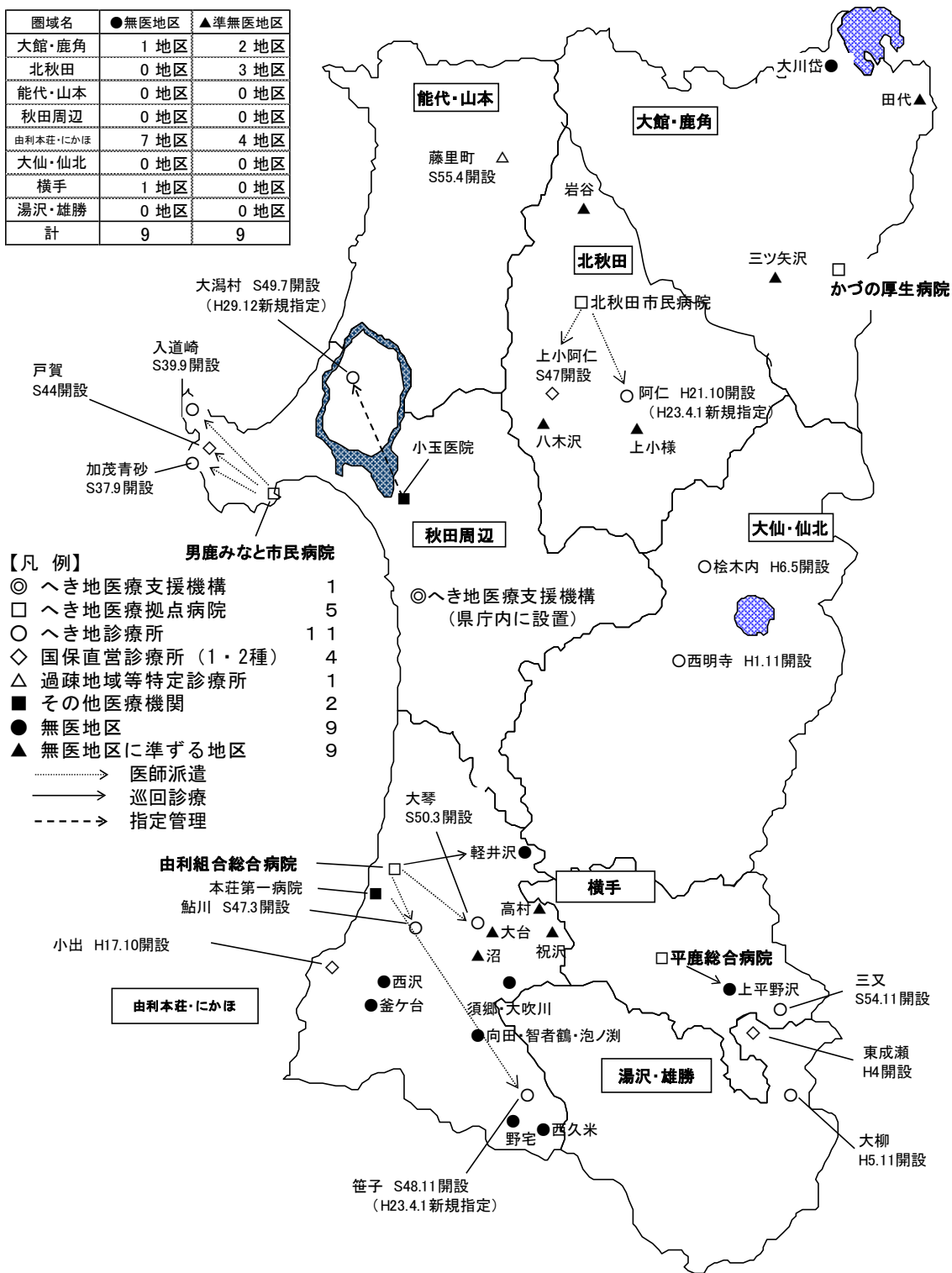
出典：県医務薬事課

③ ヘき地医療従事者に対する研修の実施

へき地医療支援機構が、へき地医療に従事する市町村等職員や医療従事者に対して研修を行い、へき地医療に関する専門的な知識の普及・啓発を図っています。

秋田県へき地保健医療対策の現況図（令和５年１２月現在）

圏域名	●無医地区	▲準無医地区
大館・鹿角	1 地区	2 地区
北秋田	0 地区	3 地区
能代・山本	0 地区	0 地区
秋田周辺	0 地区	0 地区
由利本荘・にかほ	7 地区	4 地区
大仙・仙北	0 地区	0 地区
横手	1 地区	0 地区
湯沢・雄勝	0 地区	0 地区
計	9	9



(3) 課題

- ◇ へき地保健医療対策の中核的な役割を担うへき地医療拠点病院においても医師及び看護師等の医療人材不足が顕在化しており、通常の診療体制を維持しながら、へき地保健医療対策に取り組まなければならない状況となっています。
- ◇ 無医地区等における医療の確保は巡回診療を中心に行ってきましたが、医療機関にとって医師やスタッフが分散される巡回診療が負担となっている上、巡回診療の利用者も減少傾向にあることから、コミュニティバスやデマンドタクシー等の活用による通院支援、ＩＣＴを活用した遠隔診療の実施等、実情に即した対策も検討する必要があります。
- ◇ へき地診療所等については、建物の老朽化による維持管理経費のかかり増しや診療に必要な医療機器の整備等、施設や設備面への対応が必要となっています。
- ◇ 医師やスタッフの確保・定着を図るため、へき地医療に従事する医療従事者が安心して勤務・生活できるキャリア形成支援や、医療従事者の養成過程等におけるへき地の医療への動機付け、勤務環境や生活環境の整備等といった働きやすい環境づくりが求められています。

○ 目指すべき方向 ○

(1) 医療を確保する体制

- ◆ へき地の医療及び歯科診療を支える総合診療・プライマリケアを実施する医療従事者（医師、歯科医師、看護師、薬剤師等）の確保
- ◆ へき地医療に従事する医療従事者が安心して勤務・生活できるキャリア形成支援
- ◆ 医療従事者の養成過程等における、へき地の医療への動機付け

(2) 診療を支援する体制

- ◆ へき地医療支援機構の役割の強化と機能の充実
- ◆ へき地保健医療対策に関する、へき地医療支援機構の専任担当官、へき地医療拠点病院の代表者、郡市医師会・歯科医師会の代表者、関係市町村の実務者、秋田大学医学部関係者等により構成される協議会における協議
- ◆ 代診医派遣等、へき地医療拠点病院からの医療提供機能の強化
- ◆ ＩＣＴを活用した遠隔診療の実施
- ◆ ドクターヘリ等の活用

○ 主 要 な 施 策 ○

(1) へき地における医療の確保について

- ◆ へき地診療所の安定的な運営のため、運営費のほか、施設や設備整備に対する支援を行います。
- ◆ 過疎地域等における歯科診療所に対する施設及び設備整備や、へき地を含む、在宅歯科診療を実施する医療機関への設備整備に対して補助するほか、医科のへき地医療関係機関との連携を図り、有効なへき地歯科医療対策の実施を支援します。
- ◆ 自治医科大学卒医師の派遣や医学生への修学資金の貸与などにより人材の確保に努めるとともに、秋田大学医学部附属病院の総合診療医センターと連携し、地域医療に熱意を持つ医師の育成を図ります。

(2) へき地医療を支援する体制について

- ◆ へき地医療支援機構において、へき地診療所等への医師派遣業務に係る指導・調整やへき地医療従事者に対する研修計画・プログラムの作成等、専任担当官と事務局が一体となって取組の強化を図ります。
- ◆ 包括的なへき地医療支援体制の確保に向け、地域医療対策協議会等において、へき地医療支援機構とあきた医師総合支援センターとの情報共有を図ります。
- ◆ へき地医療拠点病院が行う無医地区等への巡回診療やへき地診療所等への医師派遣等に要する経費のほか、施設・設備整備に対する支援を行います。
- ◆ へき地医療拠点病院が行う、オンライン診療を含む遠隔医療を活用したへき地医療の提供に対する支援を行います。
- ◆ へき地診療所や巡回診療の患者数が減少傾向にあることや移動手段を持たない高齢者の増加が予想されることから、市町村等が行う患者輸送事業等の事業を推進します。
- ◆ 無医地区等の搬送に時間を要する地区の救急患者に対応するため、ドクターヘリの活用を推進します。

○ 数 値 目 標 ○

	区 分		現 状	目標値	目標値の考え方	指標番号
プロセス	無医地区等で医療の確保が取られていない地域	秋田県	5地域	該当地域なし	全ての無医地区等で医療の確保及び通院支援が行われる体制を目指す	—
		全 国	—			
	無歯科医地区等で医療の確保が取られていない地域	秋田県	6 地域	該当地域なし	全ての無歯科医地区等で医療の確保及び通院支援が行われる体制を目指す	—
		全 国	—			
	へき地医療拠点病院の中で主要3事業（※1）の年間実績が合算で12回以上の医療機関の割合	秋田県	60.0%	100.0%	全てのへき地医療拠点病院で目標値が達成できる体制を目指す。	●820
		全 国	74.2%	—	—	
	へき地医療拠点病院の中でへき地医療拠点病院の必須事業（※2）の実施回数が年間1回以上の医療機関の割合	秋田県	60.0%	100.0%	全てのへき地医療拠点病院で目標値が達成できる体制を目指す。	●821
		全 国	87.8%	—	—	

●国が示した重点指標

※1 主要3事業とはへき地医療拠点病院におけるへき地への巡回診療、へき地診療所等への医師派遣及び代診医派遣です。

※2 必須事業とはへき地医療拠点病院の事業の内、いずれかは必須で実施すべきとされている以下の事業です。

- ・ 巡回診療等によるへき地住民の医療確保に関すること
- ・ 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、援助に関すること
- ・ 遠隔医療等の各種診療支援に関すること

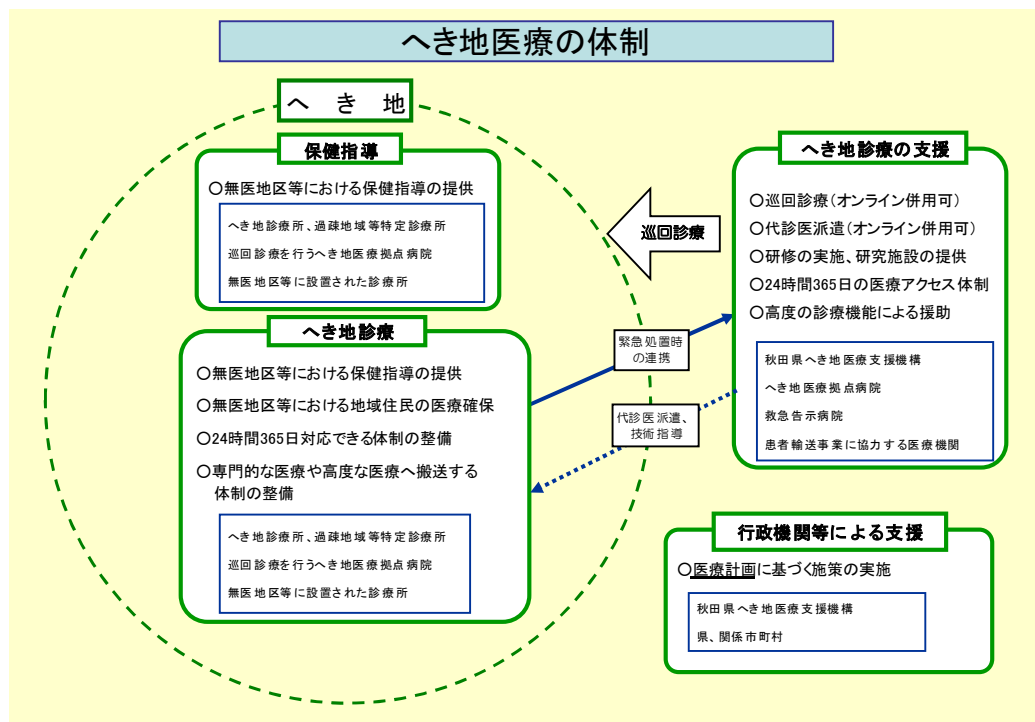
○ 医療機関とその連携 ○

（１）圏域の設定

へき地医療体制の圏域については、へき地医療の確保等は近隣市町村と連携した８圏域（第７次医療計画における二次医療圏単位）としますが、へき地医療支援機構による研修などの企画・調整業務は全県単位とします。

- ①大館・鹿角（大館市、鹿角市、小坂町）
- ②北秋田（北秋田市、上小阿仁村）
- ③能代・山本（能代市、藤里町、三種町、八峰町）
- ④秋田周辺（秋田市、男鹿市、潟上市、五城目町、八郎潟町、井川町、大潟村）
- ⑤由利本荘・にかほ（由利本荘市、にかほ市）
- ⑥大仙・仙北（大仙市、仙北市、美郷町）
- ⑦横手（横手市）
- ⑧湯沢・雄勝（湯沢市、羽後町、東成瀬村）

（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	【保健指導】 (1) へき地における保健指導の機能	【へき地診療】 (2) へき地における診療の機能
目 標	・ 無医地区等において、保健指導を提供すること	・ 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日対応できる体制を整備すること ・ 専門的な医療や高度な医療へ搬送する体制を整備すること
医療機能を担う医療機関の基準	・ へき地診療所及び過疎地域等特定診療所 ・ 巡回診療を行うへき地医療拠点病院 ・ 無医地区、準無医地区、無歯科医地区、準無歯科医地区に設置された診療所	・ へき地診療所及び過疎地域等特定診療所 ・ 巡回診療を行うへき地医療拠点病院 ・ 無医地区、準無医地区、無歯科医地区、準無歯科医地区に設置された診療所
医療機関等に求められる事項の例	・ 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、保健所及び最寄りのへき地診療所等との緊密な連携の下に計画的に地区の実情に即した活動を行うこと	・ プライマリケアの診療が可能な医師等がいること又は巡回診療を実施していること ・ 必要な診療部門、医療機器等があること ・ 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

医療機能	【へき地診療の支援医療】 (3) へき地の診療を支援する医療の機能
目 標	・ 診療支援機能の向上を図ること
医療機能を担う医療機関の基準	・ 秋田県へき地医療支援機構 ・ へき地医療拠点病院 ・ 救急告示病院 ・ 患者輸送事業を行う医療機関 ・ 市町村等が行う患者輸送事業に協力する医療機関
医療機関等に求められる事項の例	【県】 ・ 一定期間継続して主要3事業の実施回数がいずれも月1回未満又は年12回未満であるへき地医療拠点病院については、その取組が向上されるよう、へき地保健医療対策に関する協議会の中でその在り方等について検討すること ・ 主要3事業に遠隔医療による支援を加えた4事業（必須事業）のいずれの事業の実施もなかったへき地医療拠点病院については、地域の実情を踏まえ、都道府県が当該年度の現状を確認すること 【医療機関】 ・ 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 ・ その他都道府県及び市町村がへき地における医療確保のため実施する事業に対して協力すること ・ 24時間365日、医療にアクセスできる体制を整備するため、地域の診療所を含めた当番制の診療体制を構築すること ・ 高度の診療機能を有し、へき地医療拠点病院の診療活動等を援助すること ・ へき地医療拠点病院については、主要3事業を、いずれか月1回以上又は年12回以上実施することが望ましい（なお、巡回診療、代診医派遣については、オンライン診療を活用して行った場合にも、実績に含めることが可能である。ただし、全ての巡回診療等をオンライン診療に切り替えるものではなく、医師やスタッフの確保状況に応じ、巡回診療等の一部をオンライン診療によるものとする。）

医療機能	【行政機関等の支援】 （４）行政機関等によるへき地医療の支援
目 標	・ 秋田県は、医療計画の策定に当たり、地域や地区の状況に応じて、医療資源を有効に活用しながら都道府県の実情にあわせて「医師を確保する方策」、「医療を確保する方策」、「診療を支援する方策」又は「へき地医療の普及・啓発」を定め、これらの方策及び行政機関等が担うへき地医療の支援策を明示し、へき地の医療計画の策定に当たっては、医師確保計画と連携、整合性をとること ・ また、へき地における医療人材の効率的な活用や有事対応の観点から、オンライン診療を含む遠隔医療の有用性が示唆されているが、医療機関が遠隔医療を実施するに当たっては、必要な機器の準備等に一定の負担が生じることから、県は必要に応じ支援を行うこと
医療機能を担う医療機関の基準	・ 秋田県へき地医療支援機構 ・ 秋田県、関係市町村
医療機関等に求められる事項の例	【秋田県】 ・ 医療計画の策定及びそれに基づく施策の実施 【へき地医療支援機構】 ・ 医療計画に基づく施策の実施 ・ 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 ・ へき地医療における地域医療分析を行うこと ・ 専任担当官として地域医療に意識が高く、ある程度長く継続して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 ・ 医師確保計画とへき地の医療計画を連動させるため、地域医療支援センターとの統合も視野に、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

※ 各医療機能を担う医療機関名簿（別冊）は、秋田県公式ウェブサイトに掲載しています。

10 周産期医療

○ 現 状 と 課 題 ○

(1) 現状

① 出産に関する状況

◇ 出生数、出産年齢の推移

本県の出生数は平成 22 年から令和 4 年までで 2,696 人 (40.3%) 減少している一方、母の年齢が 35 歳以上の割合は、平成 22 年の 20.6% から、令和 4 年の 29.2% に増加しています。

表 1 出生数の推移（総数及びうち母の年齢が 35 歳以上）

区分	秋田県			全 国		
	出生数(人)		35 歳以上の割合(%)	出生数(人)		35 歳以上の割合(%)
	総 数	母の年齢 35 歳以上		総 数	母の年齢 35 歳以上	
令和 4 年	3,992	1,164	29.2	770,759	231,323	30.0
平成 28 年	5,666	1,474	26.0	976,978	278,214	28.5
平成 22 年	6,688	1,376	20.6	1,071,305	255,502	23.8

出典：厚生労働省「人口動態調査」

◇ 低出生体重児、複産の推移

低出生体重児（2,500 グラム未満）の出生割合について、令和 4 年は 9.4% で、全国に比べて同程度の数値となっています。

全分娩件数における複産の割合について、平成 22 年は 0.85% でしたが、令和 3 年は 1.04% であり、割合として微増しています。

表 2 低出生体重児の状況

区分	秋田県			全 国		
	出生数	2,500g 未満出生		出生数	2,500g 未満出生	
	総数(人)	実数(人)	割合(%)	総数(人)	実数(人)	割合(%)
令和 4 年	3,992	376	9.4	770,759	72,587	9.4
平成 28 年	5,666	597	10.5	976,978	92,102	9.4
平成 22 年	6,688	657	9.8	1,071,305	103,049	9.6

出典：厚生労働省「人口動態調査」

表 3 単産・複産の分娩件数

(単位：件)

区 分	分娩件数 (総数)	単 産	複 産	複産の割合 (%)	複産の種類	
					双 子	三つ児
令和 4 年	4,030	3,987	42	1.04	42	0
平成 28 年	5,740	5,681	59	1.03	59	0
平成 22 年	6,810	6,752	58	0.85	57	1

出典：厚生労働省「人口動態調査」

◇ 出生の場所

令和 3 年における出生場所は、「病院」が 73.6%、「診療所」が 26.3%となっており、全国よりも病院での出生の割合が高くなっています。なお、「助産所」での出生が 1 件とありますが、県内助産所において分娩の取扱いはないため、県外助産所での分娩と推測されます。

表 4 出生の場所別にみた出生数

(単位：人)

区 分	総 数	施 設 内				施 設 外		
		総数	病院	診療所	助産所	総数	自宅	その他
秋田県 (割合)	3,992 (100.0)	3,990 (99.8)	2,904 (72.7)	1,086 (27.2)	0 (0.0)	2 (0.1)	2 (0.1)	0 (0.0)
全 国 (割合)	770759 (100.0)	769,548 (99.9)	416,196 (54.0)	349,297 (45.3)	4,055 (0.5)	1,211 (0.2)	992 (0.1)	219 (0.0)

出典：厚生労働省「人口動態調査」(令和 4 年)

② 妊婦健康診査の受診状況

妊婦一人につき妊娠の前期・後期に各一回受診できる妊産婦健康診査の受診率は、前期が 96.3%、後期が 94.0%となっており、大きな変化はありません。

表 5 妊婦健康診査の受診状況

(単位：件)

区分	受診票交付件数		利用(支払)件数		受診率	
	前期	後期	前期	後期	前期	後期
令和 4 年	3,890	3,975	3,745	3,737	96.3%	94.0%
令和 3 年	4,290	4,348	4,114	4,044	95.9%	93.0%
令和 2 年	4,621	4,703	4,444	4,324	96.2%	91.9%
令和 元年	4,754	4,832	4,526	4,385	95.2%	90.7%
平成 30 年	5,082	5,132	4,854	4,855	95.5%	94.6%
平成 29 年	5,378	5,474	5,161	5,070	96.0%	92.6%
平成 28 年	5,756	5,846	5,527	5,228	96.0%	89.4%
平成 27 年	6,048	6,166	5,770	5,733	95.4%	93.0%
平成 26 年	6,164	6,263	6,013	5,812	97.6%	92.8%
平成 25 年	6,373	6,508	6,155	5,978	96.6%	91.9%

出典：県保健・疾病対策課「母子保健事業実施状況報告」

③ 周産期の救急対応

令和 3 年における消防本部に搬送要請を行い医療機関に搬送された産科・周産期傷病者の搬送件数(転院搬送を除く)は 50 件であり、その内 1 回目の照会先に搬送された件数は 46 件です。過去 3 年間に於いて、受入照会が 5 回以上となるケースはありませんでした。

表6 産科・周産期傷病者の搬送状況

(単位：人・件)

区 分	救急搬送人員	産科・周産期 傷病者の搬送 人員	うち 転院搬送	うち転院搬送以外 (受入照会回数別搬送件数)				
				1 回	2 回	3 回	4 回	合計
令和 3 年	38,080	184	134	46	4	0	0	50
令和 2 年	35,106	137	68	66	2	0	1	69
令和 元年	38,381	174	118	53	3	0	0	50

出典：総務省消防庁「救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査」

④ 母体及び新生児の搬送状況

◇ 母体搬送状況

令和 4 年に高次の医療機関へ母体を搬送した件数は、全体で 75 件であり、搬送先施設別では二次病院への搬送が 16 件 (21.3%)、地域周産期母子医療センターへ 6 件 (8.0%)、総合周産期母子医療センターへ 45 件 (60.0%)、秋田大学医学部附属病院へ 7 件 (9.3%) となっています。

表7 母体搬送状況

(単位：件)

搬送元 二 次 医 療 圏	旧二次 医療圏	搬送先					
		二次病院	地域周産 期母子医 療センター※	総合周産 期母子医 療センター	秋田大学 医学部附 属病院	県外	計
県北	大館・鹿角			2			2
	北 秋 田		1				1
	能代・山本		2	5	1		8
	県北計	0	3	7	1	0	11
県央	秋田周辺			22	4	1	27
	由利本荘・にかほ	1		3			4
	県央計	1	0	25	4	1	31
県南	大仙・仙北	14	1	6			21
	横 手			5	1		6
	湯沢・雄勝	1	2	2	1		6
	県南計	15	3	13	2	0	33
計		16	6	45	7	1	75
(割合)		(21.3%)	(8.0%)	(60.0%)	(9.3%)	(1.3%)	(100.0%)

出典：県医務薬事課「周産期医療に関する実態調査」(令和 4 年実績令和 5 年調査)

※秋田大学医学部附属病院を除く

◇ 新生児搬送状況

令和 4 年に高次の医療機関へ新生児を搬送した件数は、全体で 28 件であり、搬送先施設別では二次病院への搬送が 6 件(10.0%)、総合周産期母子医療センターへ 6 件(21.4%)、秋田大学医学部附属病院へ 13 件(46.4%)となっています。

表 8 新生児搬送状況（令和 4 年）

（単位：件）

搬送元 二 次 医 療 圏	搬送元 旧 8 医療圏	搬送先					
		二次病 院	地域周産 期母子医 療センタ- ※	総合周産 期母子医 療センタ-	秋田大学 医学部附 属病院	県外	計
県北	大館・鹿角						
	北 秋 田						
	能代・山本						
	県北計	0	0	0	0	0	0
県央	秋田周辺			4	10	3	
	由利本荘・にかほ	2		1			
	県央計	2	0	5	10	3	20
県南	大仙・仙北	4		1	3		
	横 手						
	湯沢・雄勝						
	県南計	4	0	1	3	0	8
計		6	0	6	13	3	28
(割合)		(21.4%)	(0.0%)	(21.4%)	(46.4%)	(10.7%)	(100.0%)

出典：県医務薬事課「周産期医療に関する実態調査」（令和 4 年実績令和 5 年調査）

※秋田大学医学部附属病院を除く

⑤ 産科医療機関及び医療従事者等の状況

◇ 産科又は産婦人科標榜医療機関、周産期専用病床

県内で、産科又は産婦人科を標榜する医療機関は、病院 18 施設、診療所 30 施設の計 48 施設となっています。

表9 産科又は産婦人科標榜医療機関数及び周産期専用病床数（令和5年4月1日現在）

搬送元 二次 医療圏	旧二次 医療圏	医療機関数			M F I C U ※ ¹ の病床数	N I C U※ ² の病床数	G C U※ ³ の病床数
		病院	診療所	計			
県北	大館・鹿角	2	2	4		2(-)	2(-)
	北秋田	1	0	1			
	能代・山本	2	3	5			
	県北計	5	5	10		2(-)	2(-)
県央	秋田周辺	5	14	19	6(3)	15(15)	15(15)
	由利本荘・にかほ	3	2	5			
	県央計	8	16	24	6(3)	15(15)	15(15)
県南	大仙・仙北	2	4	6			
	横手	2	3	5		3(-)	2(-)
	湯沢・雄勝	1	2	3			
	県南計	5	9	14		3(-)	2(-)
	計	18	30	48	6(3)	20(15)	19(19)

出典：県医務薬事課「周産期医療に関する実態調査」（令和4年実績令和5年調査）

（ ）は診療報酬上の集中治療管理室の届出病床数

※1 M F I C U

母体・胎児集中治療管理室。合併症妊娠、胎児異常等、母体又は胎児におけるハイリスク妊娠に対応するため、分娩監視装置、人工呼吸器等を備え、24時間体制で治療を行う施設。

※2 N I C U

新生児集中治療管理室。新生児の治療に必要な保育器、人工呼吸器等を備え、24時間体制で集中治療が必要な新生児の治療を行う施設。

※3 G C U

回復期治療室。N I C Uにおける治療により急性期を脱した児、又は入院時より中等症であってN I C Uによる集中治療までは必要としないものの、これに準じた医療的管理を要する児の経過を観察する施設。

◇ 分娩取扱施設の施設数、医療従事者数及び分娩件数

県内の分娩取扱施設は、令和5年4月時点で病院14施設、診療所5施設の計19施設となっており、平成29年と比べ4施設（病院2、診療所2）減少しています。

分娩取扱施設に常勤で従事し分娩を扱う産科（産婦人科）医は67人、小児科（新生児担当）医は59人、麻酔科医は50人、助産師は212人となっています。

令和4年における分娩件数は4,496件で、秋田周辺地域が47.5%を占めており、県外からの里帰り分娩が700件で、分娩件数の15.6%を占めています。

表 10 分娩取扱施設の施設数、医療従事者数及び分娩件数 (単位：施設、人、件)

搬送元 二次 医療圏	旧 二 次 医 療 圏	分娩取扱施設数※1			医療従事者数(周産期関連)※2				分娩件数※3	
		病 院	診 療 所	計	産科 (産婦人科) 医数	小児科 (新生児担当) 医数	麻酔 科医 数	助産 師数	総数	うち 里帰り 分娩
県北	大館・鹿角	1	0	1	5	4	2	12	454	61
	北 秋 田	1	0	1	1	1	0	9	32	0
	能代・山本	1	0	1	4	3	0	17	287	70
	県北計	3	0	3	10	8	2	38	773	131
県央	秋田周辺	5	2	7	37	38	37	94	2,136	300
	由利本荘・にかほ	1	1	2	5	3	4	10	446	67
	県央計	6	3	9	42	41	41	104	2,582	367
県南	大仙・仙北	2	1	3	6	3	5	29	445	40
	横手	2	0	2	7	5	1	25	481	116
	湯沢・雄勝	1	1	2	2	2	1	16	215	46
	県南計	5	2	7	15	10	7	70	1,141	202
	計	14	5	19	67	59	50	212	4,496	700

出典：県医務薬事課「周産期医療に関する実態調査」（令和4年実績令和5年調査）

※1 分娩取扱施設数は、令和5年4月1日現在

※2 医療従事者数は、令和5年4月1日現在。産科（産婦人科）医および助産師は常勤で分娩に従事する者に限る。小児科医、麻酔科医は常勤で他部門との兼任を含む。

※3 分娩件数は、令和4年1月1日～12月31日の実績

◇ 分娩取扱施設当たりの産婦人科医師数

分娩取扱施設当たり産婦人科医師数（常勤換算）は、病院では平成26年の4.3人から令和2年は4.0人と減少しています。全国平均の7.0人に比べても低い水準にあり、二次医療圏別では秋田周辺と大館・鹿角、能代・山本を除く医療圏で県平均を下回っています。なお、常勤の医師数はこれよりも少なく、担当医師の少ない病院では、当直や深夜の緊急呼び出しなど、勤務負担が重くなっています。

また診療所では、平成26年、令和2年のいずれも1.0人と変化はありませんが、全国平均の2.0人を下回っています。

表 11 分娩取扱施設の産婦人科医師数（秋田県、全国）

区 分	病 院				診 療 所			
	秋田県		全 国		秋田県		全 国	
	分娩 取扱 施設	医師数(1 施設当たり)	分娩取 扱施設	医師数 (1施設当たり)	分娩 取扱 施設	医師数(1 施設当たり)	分娩取 扱施設	医師数 (1施設当たり)
R2	15	59.3(4.0)	963	6756.5(7.0)	6	6.0(1.0)	1,107	2,175.9(2.0)
H29	16	66.7(4.2)	1,031	6,370.8(6.2)	7	7.0(1.0)	1,242	2,187.5(1.8)
H26	16	68.2(4.3)	1,055	6,317.2(6.0)	9	9.1(1.0)	1,308	2,259.2(1.7)
H23	16	67.2(4.2)	1,075	5,779.2(5.4)	12	12(1.0)	1,501	2,310.1(1.5)
H20	17	48.0(2.8)	1,149	4,981.0(4.3)	11	12(1.1)	1,564	2,409.2(1.5)

出典：厚生労働省「医療施設調査」

※担当医師数は常勤換算

表 12 分娩取扱施設の産婦人科医師数（二次医療圏別）

二次医療圏	旧二次医療圏	病 院		診療所	
		分娩取扱施設	担当医師数 (1施設あたり)	分娩取扱施設	担当医師数 (1施設あたり)
県北	大館・鹿角	1	5.0 (5.0)	0	0.0 (0.0)
	北秋田	1	2.6 (2.6)	0	0.0 (0.0)
	能代・山本	1	4.3 (4.3)	0	0.0 (0.0)
	県北計	3	11.9 (11.9)	0	0.0 (0.0)
県央	秋田周辺	5	27.5 (5.5)	2	2.0 (1.0)
	由利本荘・にかほ	2	6.2 (3.1)	1	1.0 (1.0)
	県央計	7	33.7 (8.6)	3	3.0 (3.0)
県南	大仙・仙北	2	5.4 (2.7)	2	2.0 (1.0)
	横手	2	5.9 (3.0)	0	0.0 (0.0)
	湯沢・雄勝	1	2.4 (2.4)	1	1.0 (1.0)
	県南計	5	13.7 (8.1)	3	3.0 (2.0)
	秋田県	15	59.3 (28.6)	6	6.0 (5.0)

出典：厚生労働省「医療施設調査」（令和 2 年） ※担当医師数は常勤換算

⑥ 周産期死亡に関する状況

◇ 周産期死亡率

周産期死亡率は、平成 22 年には 6.5 でしたが、令和 3 年は 3.2、令和 4 年は 2.7 となっており、年によって変動があるものの経年変化では減少傾向にあります。周産期死亡率を改善する取組として、平成 21 年から継続されている周産期死亡調査を踏まえた対応や症例研究の成果が反映されています。

妊娠満 22 週以降の死産率は、平成 22 年には 5.8 でしたが、令和 3 年は 2.5、令和 4 年は 2.7 となっており、早期新生児死亡率は、平成 29 年には 1.7 でしたが、令和 3 年は 0.7、令和 4 年は 0 となっています。

表 13 周産期死亡率等の状況

区分	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	H31	R2	R3	R4	全国
周産期死亡率	6.5 (44)	4.0 (27)	4.1 (27)	3.1 (19)	5.5 (33)	2.9 (17)	4.6 (26)	4.1 (22)	4.5 (23)	5.5 (26)	4.0 (18)	3.2 (14)	2.7 (11)	3.3
妊娠満 22 週以後の死産率	5.8 (39)	3.4 (23)	3.2 (21)	2.7 (17)	4.6 (28)	2.7 (16)	3.7 (21)	2.4 (13)	3.2 (16)	4.7 (22)	3.3 (15)	2.5 (11)	2.7 (11)	2.7
早期新生児死亡率	0.7 (5)	0.6 (4)	0.9 (6)	0.3 (2)	0.8 (5)	0.2 (1)	0.9 (5)	1.7 (9)	1.4 (7)	0.9 (4)	0.7 (3)	0.7 (3)	0 (0)	0.6

出典：厚生労働省「人口動態調査」 下段（ ）は実数

「周産期死亡率」、「妊娠満 22 週以降死産率」：出産千対（出生数＋妊娠満 22 週以降死産数）

「早期新生児死亡率」：出生千対

◇ 新生児・妊産婦死亡率及び死産率

新生児死亡率は、平成 29 年は 2.2 ですが、令和 4 年は 0.8 と減少傾向にあります。

平成 24 年以降においては、平成 27 年、29 年、31 年に 1 名の妊産婦死亡がありました。死産率は全国値に比べ高めの数値となっており、令和 4 年は 19.6 となっています。

表 14 新生児死亡率等の状況

区分	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	H31	R2	R3	R4	全国
新生児死亡率	0.9 (6)	0.3 (2)	1.0 (6)	0.2 (1)	1.1 (6)	2.2 (12)	1.8 (9)	1.1 (5)	0.9 (4)	0.7 (3)	0.8 (3)	0.8
妊産婦死亡率	— (0)	— (0)	— (0)	16.7 (1)	— (0)	18.2 (1)	— (0)	20.8 (1)	— (0)	— (0)	— (0)	4.2
死産率	25.5 (171)	23.6 (149)	26.8 (165)	21.7 (130)	22.9 (133)	19.6 (108)	22.3 (115)	24.3 (117)	21.3 (98)	22.5 (100)	19.6 (80)	19.3

出典：厚生労働省「人口動態調査」 下段（ ）は実数

「新生児死亡率」：出生 千対

「妊産婦死亡率」：出産（出生＋死産）10 万対

「死産率」：出産（出生＋死産）千対

⑦ 災害時における周産期医療の調整機能の状況

災害時に妊婦や小児に適切な医療や物資を提供できるよう、周産期医療に係る保健医療活動の総合調整を適切かつ円滑に行うため、災害時小児周産期リエゾンを養成・配置する必要があります。

表 15 災害時小児周産期リエゾンの状況

リエゾン名	委嘱者数 (内、周産期分野)	養成研修受講数 (内、産婦人科医師・助産師)
災害時小児周産期リエゾン	4 (2)	14 (10)

出典：県医務薬事課調べ（令和 6 年 3 月末現在）

⑧ 周産期母子医療センターの状況

◇ 総合周産期母子医療センター

リスクの高い妊娠に対する医療や、高度な新生児医療等の周産期医療を行うことを目的に、秋田赤十字病院が総合周産期母子医療センターとして指定されています。

現在、産婦人科には診療報酬の施設基準を取得しているMFICU3床、これと同等の機能がある病床3床、それらの後方病床14床を配置し、24時間体制でハイリスク妊娠の対応を行っています。

新生児科にはNICU9床、GCU27床（うち15床休床）を配置し、早産児・低出生体重児等を受け入れ、24時間体制での対応を行っています。また、他院で出生した新生児等も受け入れて集中治療を行っています。

秋田赤十字病院には救命救急センターが設置されており、産科合併症以外の合併症を有する母体にも対応しているほか、妊娠と薬情報センター（国立成育医療研究センター内）の拠点病院として妊娠・授乳中の服薬に関する適切な情報を提供しています。

表 16 総合周産期母子医療センター（秋田赤十字病院）の状況

病 院 名		秋田赤十字病院			
所 在 地		秋田県秋田市上北手猿田字苗代沢 2 2 2 番地 1			
団体名（開設者）		日本赤十字社			
診 療 科 目		内科、精神科、神経内科、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、腎臓内科、血液内科、代謝内科、腫瘍内科、小児科、小児外科、整形外科、形成外科、脳神経外科、呼吸器外科、心臓血管外科、消化器外科、乳腺外科、皮膚科、泌尿器科、産科、婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科、放射線科、麻酔科、病理診断科、緩和ケア内科、救急科			
病 床 数	病床数	4 8 0 床			
	産科病床数	3 2 床			
	新生児病床数	3 6 床（うち 1 5 床休床）			
	MFICU、NICU等の 病床数	M F I C U （診療報酬加算対象）	M F I C U （診療報酬非加算）	N I C U （診療報酬加算対象）	G C U （診療報酬加算対象）
		3 床	3 床	9 床	2 7 床 うち 1 5 床休床
医師数・ 当直体制	産婦人科	8 人（当直 1 人、オンコール 1 人）			
	新生児科	5 人（当直 1 人、オンコール 1 人）			
救命救急センター		指定有			
ドクターカー保有の有無		無（救急車両にて対応）			
診療及び連携体制		◇常に母体及び新生児搬送受け入れのための体制を整え、合併症妊娠、胎児・新生児異常等母体や児におけるリスクの高い妊娠に対する医療や高度な新生児医療を行う ◇必要に応じて救急救命センターや関係診療科と連携し、産科合併症以外の合併症のある母体に対応する ◇地域周産期医療関連施設等からの救急搬送を受け入れるなど、周産期医療体制の中核として地域周産期母子医療センターやその他の地域周産期医療関連施設等との連携を図る ◇地域周産期医療関係者を対象とした周産期医療従事者研修会を行う			

出典：県医務薬事課調べ（令和5年4月1日現在）

◇ 地域周産期母子医療センター

総合周産期母子医療センターと連携しながら、地域の周産期医療機関を支え、周産期に係る比較的高度な医療を行い、24 時間体制での周産期救急医療に対応することを目的に、大館市立総合病院、平鹿総合病院、秋田大学医学部附属病院が認定されています。

(ア) 大館市立総合病院地域周産期母子医療センター

N I C U を 2 床、G C U を 2 床配置し、早産児・低出生体重児等を受け入れ、24 時間体制での対応を行っています。また、主に県北部の他院で出生した新生児等も受け入れて集中治療を行っています。

令和 6 年 4 月から大館市立総合病院には地域救命救急センターが設置されており、県北部の広域的な救命救急医療体制を担っています。

表 17 地域周産期母子医療センター（大館市立総合病院）の状況

病 院 名		大館市立総合病院		
所 在 地		秋田県大館市豊町 3 番 1 号		
団体名（開設者）		大館市		
診 療 科 目		精神科、神経内科、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、血液内科、腫瘍内科、内分泌内科、代謝内科、小児科、外科、整形外科、呼吸器外科、脳神経外科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科、放射線科、歯科、矯正歯科、歯科口腔外科、麻酔科		
病 床 数	病床数	4 4 3 床（うち一般病床 3 7 5 床）		
	産科病床数	3 1 床		
	新生児病床数	2 1 床		
	MFICU、NICU等の病床数	M F I C U	N I C U （診療報酬非加算）	G C U （診療報酬非加算）
		0 床	2 床	2 床
医師数・ 当直体制	産婦人科	5 人（オンコール 1 人）		
	小児科	4 人（オンコール 1 人）		
救命救急センター		指定無（ただし、秋田県での地域救命救急センター有）		
ドクターカー保有の有無		無		
診療及び連携体制		◇産科及び小児科（新生児医療を担当するもの）等を備え、 周産期に係る比較的高度な医療を行う ◇24 時間体制での周産期救急医療を行う ◇地域周産期医療関連施設等からの救急搬送や総合周産期母子医療センター等からの戻り搬送を受け入れるなど、地域周産期医療関連施設等との連携を図る		

出典：県医務薬事課調べ（令和 5 年 4 月 1 日現在）

(イ) 平鹿総合病院地域周産期母子医療センター

N I C Uを3床、G C Uを2床配置し、早産児・低出生体重児等を受け入れ、24 時間体制での対応を行っています。また、主に県南部の他院で出生した新生児等も受け入れて集中治療を行っています。

表 18 地域周産期母子医療センター（平鹿総合病院）の状況

病 院 名		平鹿総合病院		
所 在 地		秋田県横手市前郷字八ツ口3番1		
団体名（開設者）		秋田県厚生農業協同組合連合会		
診 療 科 目		内科、精神科、神経内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器・糖尿病内科、血液内科、小児科、外科、乳腺外科、整形外科、形成外科、脳神経外科、心臓血管外科、消化器外科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科、放射線科、麻酔科、歯科、病理診断科		
病 床 数	病床数	564床（うち一般病床558床）		
	産科病床数	23床		
	新生児病床数	17床		
	MFICU、NICU等の病床数	M F I C U	N I C U (診療報酬非加算)	G C U (診療報酬非加算)
		0床	3床	2床
医師数・ 当直体制	産婦人科	3人（オンコール1人）		
	小児科	4人（オンコール1人）		
救命救急センター		指定無		
ドクターカー保有の有無		無		
診療及び連携体制		◇産科及び小児科（新生児医療を担当するもの）等を備え、周産期に係る比較的高度な医療を行う ◇24時間体制での周産期救急医療を行う ◇地域周産期医療関連施設等からの救急搬送や総合周産期母子医療センター等からの戻り搬送を受け入れるなど、地域周産期医療関連施設等との連携を図る		

出典：県医務薬事課調べ（令和5年4月1日現在）

(ウ) 秋田大学医学部附属病院地域周産期母子医療センター

N I C Uを6床、G C Uを3床配置し、早産児・低出生体重児等を受け入れ、24 時間体制での対応を行っています。

秋田大学医学部附属病院は、周産期医療研究機関として、周産期医療に関する研究、高度先進医療の提供や周産期医療を担う人材の育成を行っています。

秋田赤十字病院の総合周産期母子医療センターと並んで、高度な新生児医療等の周産期医療を行うことができる施設として位置付けられています。

秋田大学医学部附属病院は、高度救命救急センターが設置されており、他の医療機関から紹介された患者を対象に高度な医療を行う特定機能病院として三次医療を担っています。

表 19 地域周産期母子医療センター（秋田大学医学部附属病院）の状況

病 院 名		国立大学法人 秋田大学医学部附属病院		
所 在 地		秋田県秋田市広面字蓮沼44番2		
団体名（開設者）		国立大学法人秋田大学長		
診 療 科 目		消化器内科、脳神経内科、循環器内科、血液内科、腎臓内科、リウマチ内科、糖尿病・内分泌内科、老年内科、呼吸器内科、消化器外科、呼吸器外科、食道外科、乳腺・内分泌外科、心臓血管外科、脳神経外科、小児外科、小児科、産科婦人科、精神科、整形外科、皮膚科、泌尿器科、眼科、耳鼻咽喉科、放射線診断科、放射線治療科、麻酔科、リハビリテーション科、腫瘍内科、救急科、病理診断科、歯科口腔外科、高齢者臨床検査科		
病 床 数	病床数	615床（うち一般病床577床）		
	産科病床数	16床		
	新生児病床数	9床		
	MFICU、NICU等の病床数	M F I C U	N I C U (診療報酬加算対象)	G C U (診療報酬加算対象)
		0床	6床	3床
医師数・	産科婦人科	18人（オンコール1人）※兼任13人を含む		
当直体制	小児科	22人（当直1人、）※兼任17人を含む		
救命救急センター		指定有（高度救命救急センター）		
ドクターカー保有の有無		有		
診療及び連携体制		◇周産期医療に関する高度先進医療を提供する ◇常に母体及び新生児搬送受け入れのための体制を整え、合併症妊娠、胎児・新生児異常等母体や児におけるリスクの高い妊娠に対する医療や高度な新生児医療を行う ◇周産期医療に関する研究を行うとともに、周産期医療を担う人材の育成を行う ◇総合・地域周産期母子医療センターや地域周産期医療関連施設等との連携を図る		

出典：県医務薬事課調べ（令和5年4月1日現在）

(2) 課題

① 安全で安定した周産期医療の提供

- ◇ 分娩数が減少し、分娩取扱医療機関の維持が難しくなる中、適切に周産期医療へアクセス出来る体制を維持するため、2次医療圏を基本とし、限られた医療資源を効率的に活用する体制が求められています。
- ◇ 高齢出産の割合が増加していることから、周産期医療に特有のリスクに適切に対応する必要があるほか、ハイリスク分娩や妊産婦・新生児の急変時にも対応できるよう、より安全で高度な医療提供を行う体制の構築が求められています。
- ◇ 医療的ハイリスクに加え、社会的ハイリスクを抱える妊産婦に対し、リスクの軽減が図られるような環境づくりを進めていく必要があります。

② 医療連携体制の充実

- ◇ リスクの高い妊産婦や新生児に適切な医療を提供するため、2次医療圏を基本とし、一般の産科医療機関と周産期母子医療センターとの連携体制を核とする、搬送体制を含めた周産期医療ネットワークのより一層の充実が求められています。

③ 周産期医療に従事する人材の確保

- ◇ 産科、新生児科、麻酔科では医師不足により、勤務医の負担が重くなっており、医師の充足が必要です。若手医師を確保していくためには、地域枠の医学生や県内の臨床研修医に対する積極的な情報提供等による診療科選択への動機付けのほか、働き方改革に適切に対応し、選ばれる診療科となる必要があります。
- ◇ 分娩数の減少により医師や助産師が経験する症例数が減少しており、重篤な症例の経験も難しくなっているため、周産期医療従事者の技能の維持・向上が図られるような取り組みが求められます。

④ 災害時や新興感染症まん延時における対応

- ◇ 災害時や新興感染症まん延時等の緊急時において、円滑に対応出来るよう平時から対応を検討する必要があります。

(1) 正常分娩等に対し安全な医療を提供する体制

- ◆ 正常分娩（リスクの低い帝王切開術を含む。）や妊婦健診等を含めた分娩前後の診療が安全に実施可能な体制
- ◆ 妊産婦に対し、分娩取扱医療機関へのアクセスを適切に確保する体制

(2) ハイリスク妊産婦への対応が可能な体制

- ◆ ハイリスク分娩や急変時には周産期母子医療センターへ迅速に搬送が可能な体制
- ◆ 周産期母子医療センターを中心とした、周産期の救急対応が24時間可能な体制
- ◆ 保健・福祉分野と連携し、社会的ハイリスク妊産婦を適切な支援に繋げる体制

(3) 新生児の療養・療育支援が可能な体制

- ◆ 周産期医療関連施設を退院する障害児や医療的ケア児等が生活の場で療養・療育できるように、医療、保健及び福祉の分野が相互に連携した体制

(4) 周産期医療に従事する人材の確保

- ◆ 周産期医療への理解促進や働き方改革に適切に対応することで、周産期分野が若手医師により一層選ばれる状況
- ◆ 医師から助産師等へタスク・シフト／シェアの推進
- ◆ 医療従事者の技能の維持向上が図られる体制

(5) 災害時や新興感染症まん延時を見据えた周産期医療体制

- ◆ 災害時小児周産期リエゾンによる搬送受入れや診療に係る医療従事者の支援の調整等が円滑に行われる体制

○ 主 要 な 施 策 ○

(1) 正常分娩等に対し安全な医療を提供する体制

- ◆ 二次医療圏内における、分娩件数に応じた医療機関の機能分担のあり方について議論し、限られた医療資源が効率的に活用される状況の実現を目指します。
- ◆ 分娩取扱医療機関までのアクセスが悪化する妊産婦に対して、国や他県の動向を把握しながら支援策を検討します。

(2) ハイリスク妊産婦への対応が可能な体制

- ◆ 総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センターの運営や設備整備を支援し、円滑かつ効率的な運用及び医療機能の高度化を図ります。
- ◆ ハイリスク妊産婦や重症新生児の搬送・受入体制の維持向上を図るため、各周産期母子医療センターを中心とした機能強化と効率的な連携について、周産期医療協議会等で検討・協議を進めます。

(3) 新生児の療養・療育支援が可能な体制

- ◆ 周産期医療関連施設を退院する障害児や医療的ケア児等が望ましい療育・療養環境へ円滑に移行できるよう、周産期母子医療センターと療養・療育支援機関や小児在宅医療を担う医療機関との連携を進めます。
- ◆ 円滑な支援体制の構築のため、小児医療協議会や医療的ケア児等支援協議会の場において関連分野との連携・情報共有に努めます。

(4) 周産期医療に従事する人材の確保

- ◆ 産婦人科医師へ分娩手当を支給する医療機関に対して補助を行うなど、医師の確保と勤務環境の改善を進めます。
- ◆ 地域の医師、助産師、看護師等に対し、周産期医療に必要な専門的・基礎的知識、技術の習得機会の確保を図ります。
- ◆ 助産師をはじめとした周産期に関連する医療従事者の更なる活用推進のため、状況把握と必要な支援の検討を進め、タスク・シフト／シェアの実現を目指します。

(5) 災害時や新興感染症まん延時を見据えた周産期医療体制

- ◆ 国の災害時小児周産期リエゾン養成研修の受講を促すと共に、平時から訓練等を通じて保健医療福祉調整本部の災害医療コーディネーター等との連携を図ります。

○ 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	周産期死亡率 (出産千対) (R4)	秋 田 県	2.7	3.3 以下	全国平均以下とする	●929
		全 国 平 均	3.3			
	周産期死亡率 (出産千対の 周辺 5 年平均) (R4)	秋 田 県	3.3	3.3 以下	全国平均以下とする	—
		全 国 平 均	3.3			
	新生児死亡率 (出生千対) (R4)	秋 田 県	0.8	0.8 以下	全国平均以下とする	●928
		全 国 平 均	0.8			
	妊産婦死亡率 (括弧内は実数) (出産 10 万対) (R4)	秋 田 県	0.0(0)	0.0 (0)	妊産婦死亡 0 を目指す	●930
		全 国 計	4.2(33)			
プロセス	母体搬送数のうち 受入困難の件数(R3)	秋 田 県	3	3	現在の水準を維持する	●926
		全 国 平 均	95			
	新生児搬送数のうち 受入困難の件数(R3)	秋 田 県	0	0	件数 0 を目指す	
		全 国 平 均	24			
	産後訪問指導実施数 (出生 1 人あたり)(R2)	秋 田 県	2.04	2.31	全国平均を目指す	920
		全 国 平 均	2.31			
ストラクチャー	分娩業務に従事する常勤 産婦人科医の数 (R5)	秋 田 県	67	67	現在の水準を維持する	901
		全 国	—			
	分娩取扱医療機関に勤務 する常勤小児科新生児担 当医の数 (R5)	秋 田 県	59	59	現在の水準を維持する	—
		全 国	—			
	周産期母子医療センター に勤務する常勤麻酔科医 の数 (R5)	秋 田 県	29	29	現在の水準を維持する	—
		全 国	—			
	分娩業務に従事する常勤 助産師の数 (R5)	秋 田 県	212	212	現在の水準を維持する	904
		全 国	—			

●国が示した重点指標

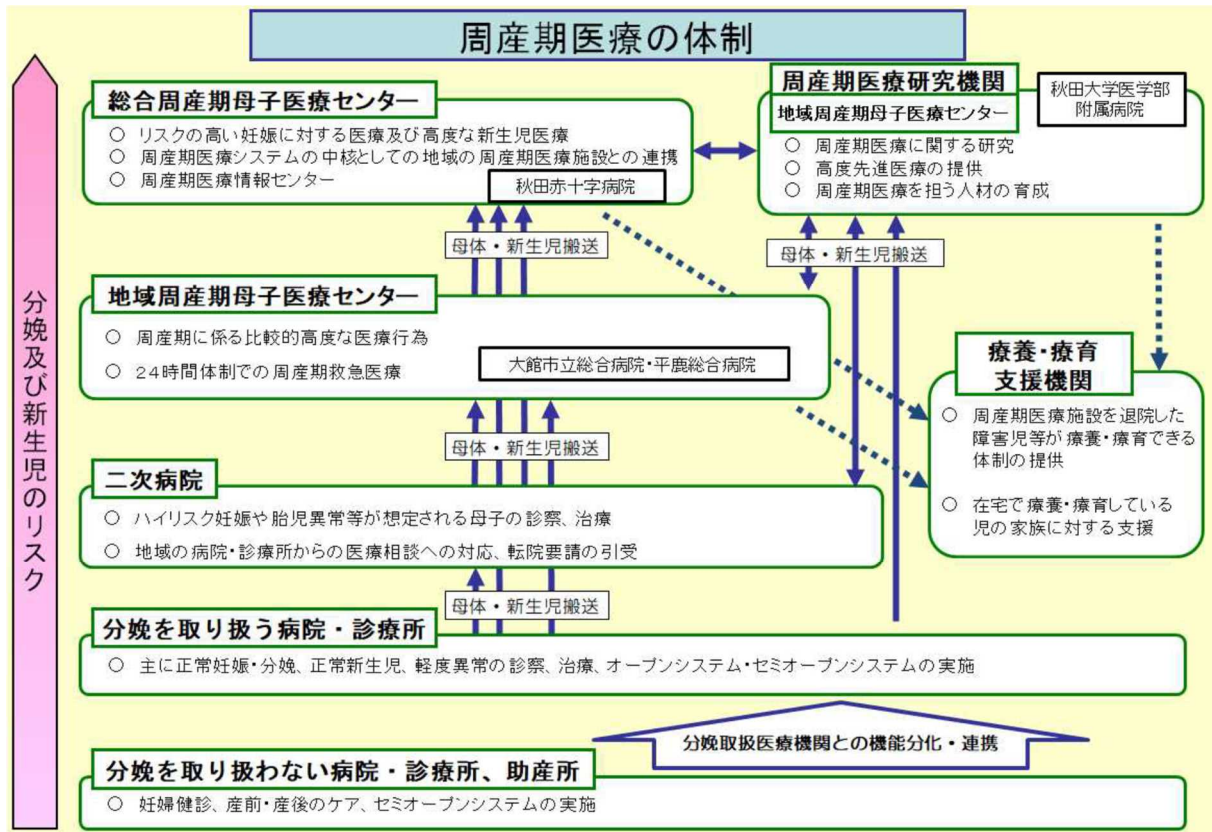
※ 分娩取扱医療機関に勤務する産婦人科医、小児科医、麻酔科医の数については、秋田県周産期医療実態調査によるもので、全国値は不明。

○ 医療機関とその連携 ○

(1) 圏域の設定

周産期医療の医療圏は、二次医療圏単位に設定します。

(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	【分娩を取り扱う病院・診療所】 (1) 正常分娩等を扱う機能（日常生活・保健指導及び新生児の医療の相談を含む。）	【二次病院】 (2) ハイリスク妊娠や胎児異常等が想定される母子の診察・治療、地域の病院・診療所からの医療相談への対応、転院要請の引受を行うことができる機能
目 標	・ 正常分娩に対応すること ・ 妊婦健診等を含めた分娩前後の診療を行うこと ・ 地域周産期母子医療センター及びそれに準ずる施設など他の医療機関との連携により、リスクの低い帝王切開術に対応すること	・ ハイリスク妊娠や胎児異常等が想定される母子の診察・治療に対応すること ・ 地域の病院・診療所からの医療相談への対応、転院要請の引受を行うこと
医療機能を担う医療機関の基準	○産科又は産婦人科を標榜し、分娩を取り扱う病院又は診療所 ○分娩を取り扱う助産所	○ハイリスク妊娠や胎児異常等が想定される母子の診察・治療、地域の病院・診療所からの医療相談への対応、転院要請の引受を行うことができる病院
医療機関等に求められる事項の例	・ 産科に必要とされる検査、診断、治療が実施可能であること ・ 正常分娩を安全に実施可能であること ・ 他の医療機関との連携により、合併症や、帝王切開術その他の手術に適切に対応できること ・ 妊産婦のメンタルヘルスに対応可能であること ・ 緊急時の搬送にあたっては、病態や緊急度に応じて適切な医療機関を選定し、また平時から近隣の高次施設との連携体制を構築すること	・ ハイリスク妊娠や胎児異常等が想定される母子の診察・治療が実施可能であること ・ 地域の病院・診療所からの医療相談への対応、転院要請の引受が可能であること

医療機能	【地域周産期母子医療センター】 (3)周産期に係る比較的高度な医療行為を行うことができる機能	【総合周産期母子医療センター】 (4)母体又は児におけるリスクの高い妊娠に対する医療及び高度な新生児医療等の周産期医療を行うことができる機能
目 標	・周産期に係る比較的高度な医療行為を実施すること ・24 時間体制での周産期救急医療（緊急帝王切開術、その他の緊急手術を含む。）に対応すること	・合併症妊娠、胎児・新生児異常等母体又は児にリスクの高い妊娠に対する医療、高度な新生児医療を行うことができるとともに、必要に応じて関係診療科又は他の施設と連携し、産科合併症以外の合併症を有する母体に対応すること ・周産期医療体制の中核として地域周産期医療関連施設等との連携を図ること
医療機能を担う医療機関の基準	○地域周産期母子医療センター	○総合周産期母子医療センター
医療機関等に求められる事項の例	・産科及び小児科（新生児医療を担当するもの）を有すること ・緊急帝王切開術等周産期に係る比較的高度な医療行為を行うことができること ・新生児病室等 ・産科及び小児科において、それぞれ24 時間体制を確保するために必要な職員 ・産科において、帝王切開術が必要な場合に迅速（おおむね 30 分以内）に手術への対応が可能となるような医師（麻酔科医を含む。）及びその他の各種職員の配置が望ましい。 ・総合周産期母子医療センターからの戻り搬送の受入れ、合同症例検討会等の開催等により、総合周産期母子医療センターその他の地域周産期医療関連施設等と連携を図ること	・産科及び新生児医療を専門とする小児科、麻酔科その他の関係診療科を有すること ・母体・胎児集中治療管理室（6 床以上） ・新生児集中治療管理室（9 床以上） ・後方病室 ・新生児と家族の愛着形成を支援するための設備 ・ドクターカー ・検査機能 ・母体・胎児集中治療管理室及び新生児集中治療管理室の 24 時間診療体制、適切な勤務体制を維持する上で必要な職員 ・救急搬送の受入れ、合同症例検討会の開催等により、地域周産期母子医療センターその他の地域周産期医療関連施設等と連携を図ること ・施設内の精神科又は他の施設との連携を図り、精神疾患を合併する妊産婦への対応可能な体制を整えること ・災害時を見据えて業務継続計画を策定し、また災害時小児周産期リエゾン等を介して物資や人員の支援を積極的に担うこと

※ 各医療機能を担う医療機関名簿（別冊）は、秋田県公式ウェブサイトに掲載しています。

11 小児救急を含む小児医療

○ 現 状 と 課 題 ○

(1) 現状

① 小児の疾病構造

- ◇ 県内の1日当たりの小児（0歳から14歳までを指す。以下同じ。）患者数は、令和2年の患者調査によると、外来で約3.6千人、入院で約0.2千人と推計されます。
- ◇ 傷病分類別にみると、外来については、秋田県、全国ともに呼吸器系の疾患がもっとも多く、消化器系の疾患も上位に入っています。
- ◇ 入院については、患者数はいずれも、千人単位で0.1千人未満となっています。

表1 傷病分類別推計小児外来患者数 (単位：千人)

区 分※	秋田県		全 国	
	患者数	割合(%)	患者数	割合(%)
X 呼吸器系の疾患	1	27.8	213.1	29.6
X I 消化器系の疾患	0.6	16.7	105.8	14.7
X II 皮膚及び皮下組織の疾患	0.2	5.6	60.4	8.4
X IX 損傷、中毒及びその他の外因の影響	0.2	5.6	38.7	5.4
X X I 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健医療サービスの利用	0.7	19.4	156.7	21.8
(総 数)	(3.6)		(719.8)	

出典：厚生労働省「患者調査」（令和2年） ※ 全国患者数上位5位までを抜粋

表2 傷病分類別推計小児入院患者数 (単位：千人)

区 分※ ¹	秋田県		全 国	
	患者数※ ²	割合(%)	患者数	割合(%)
V 精神及び行動の障害	(0.0)	—	1.7	7.4
VI 神経系の疾患	(0.0)	—	2.0	8.7
X 呼吸器系の疾患	(0.0)	—	1.9	8.3
X VI 周産期に発生した病態	(0.0)	—	6.1	26.6
X VII 先天奇形、変形及び染色体異常	(0.0)	—	3.1	13.5
(総 数)	(0.2)		(22.9)	

出典：厚生労働省「患者調査」（令和2年）

※1 全国患者数上位5位までを抜粋 ※2 患者数の「0.0」は50人未満の場合を表す。

② 死亡の状況

- ◇ 令和4年の乳児死亡率(出生千対)は1.3で、全国平均よりも低くなっています。

表3 人口動態調査における死亡率の状況

区 分	秋田県	全 国
乳児死亡率（出生千対）	1.3	1.8

出典：厚生労働省「人口動態調査（確定数）」（令和4年）

- ◇ 令和４年の人口動態調査によると、小児の死亡者数は１３人で、傷病分類別及び年齢別の内訳は次のとおりです。

表４ 傷病分類別小児死亡数 (単位：人)

区 分	秋田県	全 国
総 数	13	2,584
I 感染症及び寄生虫症	—	89
II 新生物	4	267
III 血液及び造血器の疾患	—	23
IV 内分泌、栄養及び代謝疾患	1	31
V 精神及び行動の障害	—	—
VI 神経系の疾患	—	135
VII 眼及び付属器の疾患	—	—
VIII 耳及び乳様突起の疾患	—	—
IX 循環器系の疾患	2	142
X 呼吸器系の疾患	—	74
X I 消化器系の疾患	—	101
X II 皮膚及び皮下組織の疾患	—	4
X III 筋骨格系及び結合組織の疾患	—	4
X IV 腎尿路生殖器系の疾患	—	15
X V 妊娠、分娩及び産じょく	—	—
X VI 周産期に発生した病態	2	366
X VII 先天奇形、変形及び染色体異常	3	651
X VIII 症状、徴候及び異常臨床所見	—	239
X X 傷病及び死亡の外因	1	382

出典：厚生労働省「人口動態調査」（令和４年）

表５ 年次別小児死亡数（秋田県） (単位：人)

区 分	平成 24	25	26	27	28	29	30	令和 元	2	3	4
0～4 歳	14	19	20	11	17	19	15	13	14	7	7
5～9 歳	2	7	8	7	3	0	3	2	2	1	3
10～14 歳	4	7	7	1	1	7	4	2	2	3	3
合計	20	33	35	19	21	26	22	17	18	11	13

出典：厚生労働省「人口動態調査」（令和４年）

③ 小児救急の現状

- ◇ 18 歳未満の救急搬送件数は減少傾向にあります。
- ◇ 令和４年における 18 歳未満の軽症（入院治療を必要としないもの）者の割合は 65.4 %となっています。小児救急患者については、多くが軽症患者であり、本来入院治療の必要な患者に対応すべき二次救急医療機関に、軽症患者が集中しています。

表6 県内年齢区分別年間延べ搬送人員

(単位：人)

区 分	総数	18歳未満				小児人口 (15歳未満)
		計	新生児	乳幼児	少年	
令和2年	35,106	1,380 (1.5%)	48	596	736	92,673
平成27年	36,574	1,975 (1.8%)	59	937	979	108,426
増 減	△1,468	△595	△11	△341	△243	△15,753

出典：消防庁「救急・救助の現況」(令和3年) ※(%)は対小児人口に占める割合

表7 県内救急自動車による年齢区分別・傷病程度別搬送人員の状況

(単位：人)

年齢区分 程度	新生児	乳幼児	少 年	成 人	高齢者	合 計
死 亡	0(0.0)	0(0.0)	3(0.3)	110(1.2)	1,011(3.7)	1,124(2.9)
重 症	16(22.9)	25(2.8)	34(3.5)	1,125(11.9)	6,254(23.2)	7,454(19.4)
中等症	47(67.1)	349(38.7)	195(20.2)	2,518(26.6)	9,077(33.7)	12,186(31.8)
軽 症	7(10.0)	527(58.5)	731(75.9)	5,718(60.3)	10,614(39.4)	17,597(45.8)
その他	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	10(0.1)	10(0.0)	20(0.1)
合 計	70(100.0)	901(100.0)	963(100.0)	9,481(100.0)	26,966(100.0)	38,381(100.0)

出典：県総合防災課(令和4年) ※(%)は合計に占める割合

④ 「秋田県こども救急電話相談室」の状況

◇ 小児救急電話相談事業(#8000)として、平成18年10月から「秋田県こども救急電話相談室」を開設し、平成19年9月からは、毎日、午後7時30分から午後10時30分までの間、令和3年2月からは午後7時00分から翌午前8時00分までの間、小児科医のサポートを得る形で、経験豊富な看護師が子どもの急なケガ・病気等についての相談に対応しています。相談件数は概ね増加傾向にあります。

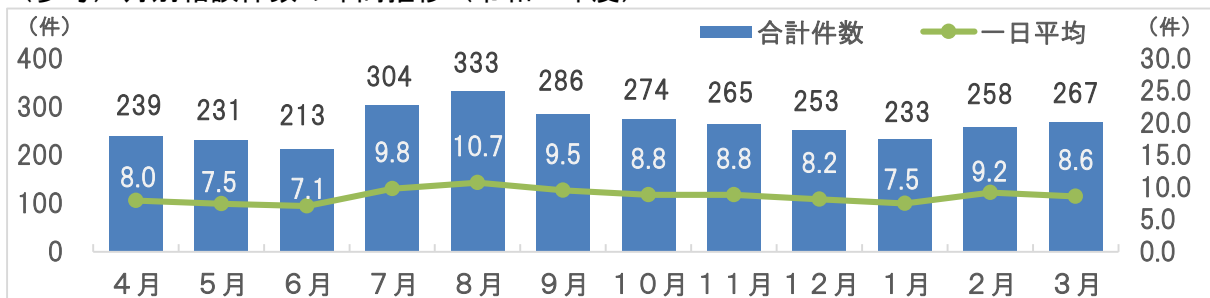
◇ こども救急電話相談の充実により、夜間・休日における子どもの受診判断を支援し、より適切な受診につなげることで、小児救急医療機関勤務医の負担軽減を図る必要があります。

表8 秋田県こども救急電話相談の状況

年度	平成 24	25	26	27	28	29	30	令和 元	2	3	4
実施日数	365	365	365	366	365	365	365	366	365	365	365
件数	1,177	1,140	1,382	1,675	1,818	1,982	2,182	2,274	1,545	2,591	3,156
1日平均	3.2	3.1	3.8	4.6	5.0	5.4	6.0	6.2	4.2	7.1	8.6

出典：県医務薬事課

(参考) 月別相談件数の年間推移(令和4年度)



⑤ 医療施設の状況

◇ 県内の小児医療を担う病院の合計は 22 施設、小児医療を担う診療所の合計は 35 施設となっています。

表 9 小児科標榜医療機関数

二次医療圏	旧二次医療圏	医療機関数			NICU の病床数
		病院	診療所	計	
県北	大館・鹿角	2	3	5	2(－)
	北秋田	1	0	1	
	能代・山本	2	3	5	
	県北計	5	6	11	2(－)
県央	秋田周辺	9	18	27	15(15)
	由利本荘・にかほ	2	3	5	
	県央計	11	21	32	15(15)
県南	大仙・仙北	2	4	6	
	横手	3	4	7	3(－)
	湯沢・雄勝	1	0	1	
	県南計	6	8	14	3(－)
	計	22	35	57	20(15)

出典：県医務薬事課（令和 5 年）

参考：厚生労働省「医療施設調査」（令和 2 年）

※（ ）は診療報酬上の届出病床数：あきた医療情報ガイド

⑥ 小児医療に係わる医師等の状況

◇ 医療機関に常勤する小児科医師は、病院 78 名、診療所 42 名となっています。

表 10 小児医療に係る病院勤務医数及び小児科標榜診療所医師数（単位：人）

二次医療圏	旧二次医療圏	病院	診療所	計
県北	大館・鹿角	5	2	7
	北秋田	1	1	2
	能代・山本	3	3	6
	県北計	9	6	15
県央	秋田周辺	52	24	76
	由利本荘・にかほ	5	4	9
	県央計	57	28	85
県南	大仙・仙北	4	4	8
	横手	6	3	9
	湯沢・雄勝	2	1	3
	県南計	12	8	20
	秋田県計	78	42	120

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（令和 2 年）

※ 1 病院は主たる診療科が小児科の医師数

※ 2 診療所は、主たる診療科（一つを選択）として小児科を担当する医師数

- ◇ 県内の小児科専門医師数は、109 名となっています。少子化に伴う患者数の減少により、小児科専門医資格の取得に必要な、小児専門分野での多様な症例に触れる機会が減り、医師の育成に支障が出る恐れがあります。

表 11 県内の小児科専門医師数

区分	平成 26 年	平成 28 年	平成 30 年	令和 2 年	令和 4 年
小児科専門医師数	101	102	105	97	109

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（各年 12 月 31 日時点）

※令和 4 年のみ令和 5 年 4 月 5 日時点の日本小児科学会ウェブサイト

⑦ 小児救急医療体制

- ◇ 在宅当番医制や休日夜間急患センター、病院の休日小児救急外来など、小児救急医療体制については、一般の救急医療と同様に、初期（主として外来医療「かかりつけ医」、第二次（入院が必要な重症患者に対応）、第三次（救命救急医療）の体系に沿い、地域の実情に応じた機能分化と連携に配慮した体制の整備が図られています。

特に、初期小児救急医療については、市町村や郡市医師会が中心となって、地域の医療機関と協力して体制を構築しています。

表 12 旧二次医療圏別初期小児救急医療体制 (令和 5 年 4 月 1 日現在)

二次医療圏	県北			県央		県南		
旧二次医療圏	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
在宅当番医制	○ ※1	○	○	○ ※2	○	—	○	—
休日夜間急患センター	○	—	—	—	—	—	—	—
病院の休日小児救急外来	—	—	—	◎	—	—	◎	—

出典：県医務薬事課 ◎：小児科対応 ○：救急科等対応

※1 鹿角市のみ ※2 眼科のみ

⑧ 災害時における小児医療の調整機能の状況

- ◇ 災害時に小児に適切な医療や物資を提供できるよう、小児医療に係る保健医療活動の総合調整を適切かつ円滑に行うため、災害時小児周産期リエゾンを養成・配置しています。

表 13 災害時小児周産期リエゾンの状況

リエゾン名	委嘱者数 (内、小児分野)	養成研修受講数 (内、小児科・新生児科医師)
災害時小児周産期リエゾン	4 (2)	14 (4)

出典：県医務薬事課（令和 5 年 4 月現在）

(2) 課題

① 相談支援等

- ◇ 子どものけが・急病について保護者が的確に対応でき、事故等の予防につながる知識の普及啓発が必要であるほか、けが・急病の応急処置や救急受診の必要性を相談出来る体制について、更なる内容の充実と周知を図る必要があります。
- ◇ 慢性疾患の在宅療養をはじめとした医療的ケアのほか、心のケア、児童虐待への対応など、様々な事情を抱える子どもとその家族に対し、必要な支援を確実に、且つきめ細かく実施する必要があります。

② 地域を支える小児医療提供体制の構築

- ◇ 少子化の進行に伴う小児科開業医の減少等により、地域に必要な小児医療の提供継続や乳幼児健診など地域の保健活動の体制維持が次第に困難になる懸念があります。
- ◇ 夜間休日の初期小児救急医療にあっては、受診者の減少により、継続が困難となる事例が発生しています。
- ◇ 症例数の減少により、提供する医療の水準維持に困難が予想されます。
- ◇ 小児科標榜医療機関や一般病院等の地域における医療機関との連携・搬送体制を構築し、地域で求められる小児医療を全体で実施する必要があります。また、周産期母子医療センターと高度な専門医療の連携体制を図る必要があります。

③ 災害時や新興感染症まん延時における対応

- ◇ 災害時や新興感染症まん延時等の緊急時において、円滑に対応出来るよう平時から対応を検討する必要があります。

④ 働き方改革と小児科医の確保

- ◇ 地域の小児科開業医の減少に対応するため、労働環境の改善を図りつつ、医師不足の解消を図る必要があります。

（１）子どもの健康を守るための支援体制

- ◆ けが・急病時の対応等について、随時健康相談・支援が可能な体制の構築
- ◆ 慢性疾患や障害児及び医療的ケア児等、心の問題、児童虐待など、様々な事情を抱える子どもとその家族に対し、医療・保健・福祉等各分野が連携して身体的及び精神的なサポート等を実施する体制の構築
- ◆ 家族による救急蘇生法等、不慮の事故や急病への対応に係る知識を取得する機会を提供する仕組みの構築

（２）小児患者に対し、その症状に応じた対応が可能な体制

- ◆ 小児科標榜医療機関や一般病院等、地域における医療機関との連携体制や搬送体制を構築し、地域で求められる小児医療を全体で実施する体制の構築
- ◆ 二次医療圏において、専門医療及び入院を要する小児救急医療を担う病院が相互に連携し、地域の小児科標榜医療機関とも協力して小児救急医療を提供する体制の構築
- ◆ 三次医療圏において、高度な専門医療又は重篤な小児患者に対する救命医療を提供する体制の構築

（３）地域の小児医療や保健活動を持続可能とする体制

- ◆ 医療機関や自治体、郡市医師会などが連携した、医療資源の効率的な活用による、持続的な小児医療体制及び地域保健活動実施体制の検討及び構築

（４）療養・療育支援が可能な体制

- ◆ 療養・療育支援が必要な子どもとその家族が適切な支援により、その負担が軽減されるよう、医療、介護及び福祉分野が相互に連携して必要な医療及び福祉を提供する体制の構築

（５）災害時や新興感染症まん延時を見据えた小児医療体制

- ◆ 災害時や新興感染症まん延時に療養・療育支援が必要な子どもとその家族が適切な医療や福祉、物資の提供を受けられるよう、災害時小児周産期リエゾンを核として、平時よりその提供体制を確認し、定期的な訓練を実施する体制の構築

（６）働き方改革と小児科医の確保

- ◆ 勤務環境の改善のほか、医療機関が相互に連携することで勤務・従事体制の効率化を促進しつつ、症例を確保することで、小児科医の技能の維持向上を図る体制の構築

○ 主 要 な 施 策 ○

（１）子どもの健康を守るための支援体制

- ◆ 「秋田県こども救急電話相談室」の積極的な広報を行うとともに、相談体制の充実を図り、更なる活用を促進します。
- ◆ 保護者を対象とした小児のけが・急病時の対応方法を解説したガイドブックを作成・配布するほか、講習会等の開催により、小児医療に関する知識の普及啓発を図ります。
- ◆ 早産等で小さく生まれた子どもとその家族の支援に向けた「リトルベビーハンドブック」の導入について、関係機関や市町村と連携して検討を進めます。
- ◆ 児童虐待については、児童相談所が医療機関等の関係機関と連携した上で適切に対応していくほか、県民に対する普及啓発活動を実施し、虐待防止の機運醸成に取り組めます。

（２）小児患者に対し、その症状に応じた対応が可能な体制

- ◆ 各医療圏で必要な初期小児救急医療が受けられるよう、引き続き体制整備を図ります。
- ◆ 各医療圏で専門医療及び入院を要する小児救急医療を担う病院が相互に連携し、地域の小児科標榜医療機関とも協力して小児救急医療を提供する体制の構築について検討します。
- ◆ ドクターヘリの活用を含め、救急搬送における消防機関と医療機関との連携の一層の充実を図ります。

（３）地域の小児医療や保健活動を持続可能とする体制

- ◆ 乳幼児健診など地域の保健活動の体制確保や、小児の健康維持や安全確保に向けた体制の整備について、国や市町村、関係機関と連携して検討を進めます。

（４）療養・療育支援が可能な体制

- ◆ 障害児等療育支援事業により、身近な地域で療育相談・指導が受けられる体制を整備します。
- ◆ 県の療育拠点施設である秋田県立医療療育センターや、県北・県南地区に設置した障害児リハビリテーション、障害児歯科を行う医療拠点施設の運営を支援します。
- ◆ 秋田県医療的ケア児支援センター「コラソン」等の拠点を中心に、地域における保健・医療・福祉等の連携体制の構築を進め、医療的ケア児等に対する支援の充実を図ります。

(5) 災害時や新興感染症まん延時を見据えた小児医療体制

- ◆ 国の災害時小児周産期リエゾン養成研修の受講を促す等、その養成を進めると共に、定期的な訓練等を通じて、保健医療福祉調整本部の災害医療コーディネーター等とともに災害医療提供体制の確認を行い、その充実を図ります。

(6) 小児科医の確保

- ◆ 医学生に対する修学資金の貸与を行う等、引き続き医師の確保と勤務環境の改善を進めます。

○ 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	乳児死亡数（R4）	秋 田 県	5	5	現在の水準を維持する	—
	乳児死亡率 （出生千対）（R4）	秋 田 県	1.3	1.3	現在の水準を維持する	●1024
		全国平均	1.8	1.8	現在の水準を維持する	
	小児死亡数（R4）	秋 田 県	13	13	現在の水準を維持する	●1025
ストラクチャー	診療所に勤務する 小児科医の数※（R2）	秋 田 県	42	42	現在の水準を維持する	●1007
	病院に勤務する 小児科医の数※（R2）	秋 田 県	78	78	現在の水準を維持する	
	小児救急電話 相談件数（実数）（R4）	秋 田 県	3,156	4,541	現在の増加傾向を維持する	●1001
	医療的ケア児 コーディネーター の配置人数（実数）（R5）	秋 田 県	80	130	県内の医療的ケア児と同数程度の配置を目指す	—

●国が示した重点指標

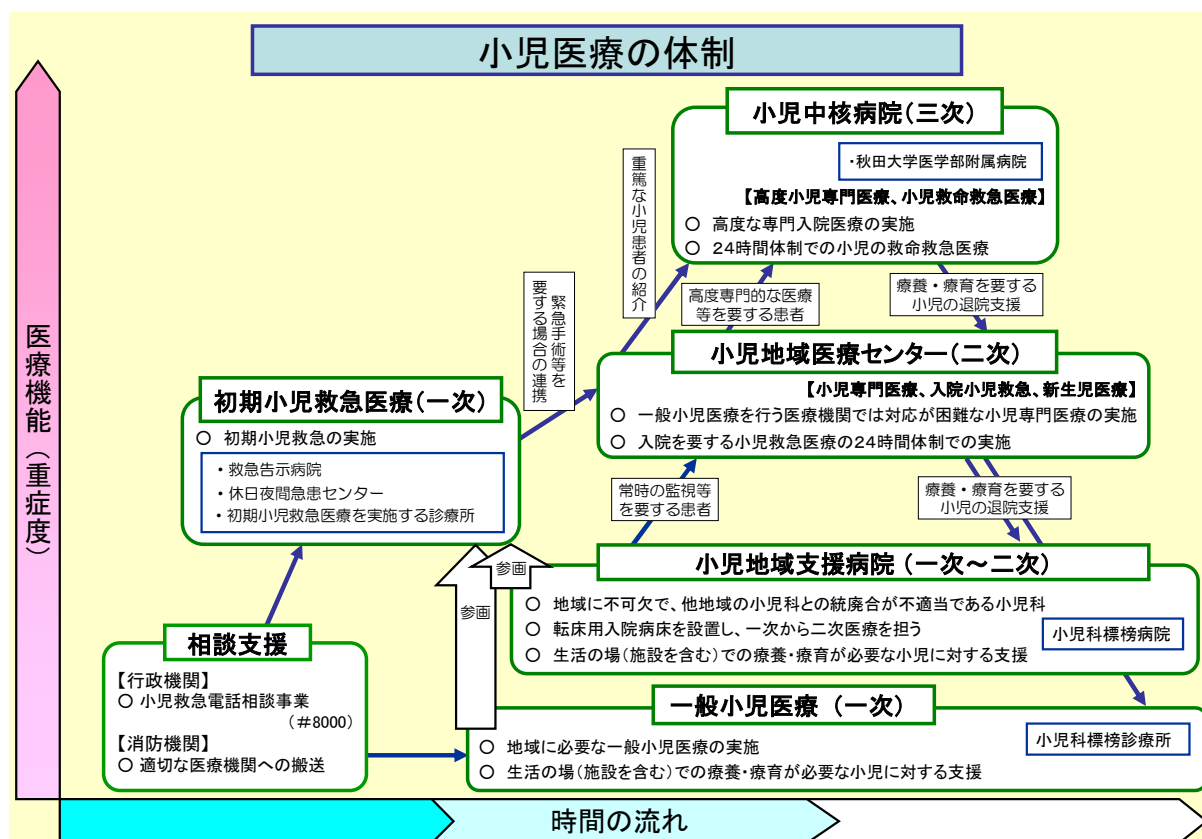
※複数の診療科に従事している場合で主として小児科に従事する医師と、小児科のみに従事している医師の合計

○ 医療機関とその連携 ○

(1) 圏域の設定

小児医療（小児救急を含む）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、二次医療圏単位に設定します。

(2) 医療体制



二次医療圏	旧二次医療圏	小児中核病院	小児地域医療センター	小児地域支援病院
県北	大館・鹿角	秋田大学医学部附属病院	大館市立総合病院	
	北秋田			北秋田市民病院
	能代・山本			能代厚生医療センター
県央	秋田周辺		秋田赤十字病院	
	由利本荘・にかほ		市立秋田総合病院	
県南	大仙・仙北			由利組合総合病院
	横手			大曲厚生医療センター
	湯沢・雄勝		平鹿総合病院	
				雄勝中央病院

(3) 医療体制を担う医療機関の医療機能

医療機能	【相談支援等】 健康相談等の支援の機能	【一般小児医療】 ①一般小児医療（初期小児救急医療を除く） を担う機能【一般小児医療】
国が医療計画作成指針で示す目標	・子供の急病時の対応等を支援すること ・慢性疾患の診療や心の診療が必要な児童及びその家族に対し、地域の医療資源、福祉サービス等について情報を提供すること ・不慮の事故等の救急の対応が必要な場合に、救急蘇生法等を実施できること ・小児かかりつけ医を持つとともに、適正な受療行動をとること	・地域に必要な一般小児医療を実施すること ・生活の場(施設を含む)での療養・療育が必要な小児に対し支援を実施すること
医療機能を担う医療機関の基準	○秋田県こども救急電話相談室 ○各地域振興局福祉環境部 ○各消防本部	○小児科を標榜し一般小児医療を実施する病院 ○小児科を標榜し小児科専門医が常勤する診療所
医療機関等に求められる事項の例	【家族等周囲にいる者】 ・必要に応じ電話相談事業等を活用すること ・不慮の事故の原因となるリスクを可能な限り取り除くこと ・救急蘇生法等の適切な処置を実施すること 【消防機関等】 ・心肺蘇生法や不慮の事故予防に対する必要な知識を、家族等に対し指導すること ・急性期医療を担う医療機関へ速やかに搬送すること ・救急医療情報システムを活用し、適切な医療機関へ速やかに搬送すること 【行政機関】 ・休日・夜間等に子供の急病等に関する相談体制を確保すること（小児救急電話相談事業） ・小児の受療行動に基づき、急病時の対応等について啓発を実施すること（小児救急医療啓発事業） ・心肺蘇生法や不慮の事故予防に対する必要な知識を、家族等に対し指導する体制を確保すること ・慢性疾患の診療や心の診療が必要な児童及びその家族に対し、地域の医療資源福祉サービス等について情報を提供すること	・一般的な小児医療に必要とされる診断・検査・治療を実施すること ・軽症の入院診療を実施すること（入院設備を有する場合） ・他の医療機関の小児病棟やNICU等から退院するに当たり、生活の場(施設を含む)での療養・療育が必要な小児に対し支援を実施すること ・訪問看護ステーション、福祉サービス事業者、行政等との連携により、医療、介護及び福祉サービス（レスパイトを含む。）を調整すること ・医療型障害児入所施設等、自宅以外の生活の場を含めた在宅医療を実施すること ・家族に対する身体的及び精神的サポート等の支援を実施すること ・慢性疾患の急変時に備え、対応可能な医療機関と連携していること ・専門医療を担う地域の病院と、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

医療機能	【一般小児医療】	
	②初期小児救急医療を担う機能 【小児初期救急】	③小児医療過疎地域の一般小児医療を担う 機能【小児地域支援病院】
目 標	・ 初期小児救急を実施すること	・ 小児医療過疎地域において不可欠の小児科病院として、軽症の診療、入院に対応すること ※小児中核病院または小児地域医療センターがない医療圏において、最大の病院小児科であり、小児中核病院または小児地域医療センターからアクセス不良（車で1時間以上）である病院
医療機能を担う医療機関の基準	○救急告示病院 ○休日夜間急患センター ○在宅当番医制に参画し、初期小児救急医療を実施する診療所・病院 ○当番制で実施する初期小児救急に参画する診療所・病院 ○病院で実施する初期小児救急医療に参画する診療所・病院	○北秋田市民病院 ○能代厚生医療センター ○由利組合総合病院 ○大曲厚生医療センター ○雄勝中央病院
医療機関等に求められる事項の例	・ 小児初期救急センター、休日夜間急患センター等において平日昼間や夜間休日における初期小児救急医療を実施すること ・ 緊急手術や入院等を要する場合に備え、対応可能な医療機関と連携していること ・ 地域で小児医療に従事する開業医等が、病院の開放施設（オープン制度）や小児初期救急センター等、夜間休日の初期小児救急医療に参画すること	・ 原則として入院病床を設置し、必要に応じて小児地域医療センター等へ紹介すること

医療機能	【小児地域医療センター】	
	①小児専門医療を担う機能 【小児専門医療】	②入院を要する救急医療を担う機能 【入院小児救急医療】
目 標	・ 一般の小児医療を行う機関では対応が困難な患者に対する医療を実施すること ・ 小児専門医療を実施すること ・ 入院を要する小児救急医療を 24 時間体制で実施すること	
医療機能を担う医療機関の基準	○大館市立総合病院 ○市立秋田総合病院 ○秋田赤十字病院 ○平鹿総合病院	
医療機関等に求められる事項の例	・ 高度の診断・検査・治療や勤務医の専門性に応じた専門医療を行うこと ・ 一般の小児医療を行う機関では対応が困難な患者や常時監視・治療の必要な患者等に対する入院診療を行うこと ・ 小児科を標榜する診療所や一般病院等の地域における医療機関と、小児医療の連携体制を構築することにより、地域で求められる小児医療を全体として実施すること ・ より高度専門的な対応について、高次機能病院と連携していること ・ 療養・療育支援を担う施設との連携や、在宅医療を支援していること ・ 家族に対する精神的サポート等の支援を実施すること	・ 小児科医師や看護師などの人員体制を含めて、入院を要する小児救急医療を 24 時間 365 日体制で実施可能であること ・ 小児科を標榜する診療所や一般病院等の地域医療機関と連携し、地域で求められる入院を要する小児救急医療を担うこと ・ 高度専門的な対応について、高次機能病院と連携していること ・ 療養・療育支援を担う施設と連携していること ・ 家族に対する精神的サポート等の支援を実施すること

医療機能	【小児中核病院】	
	①高度な小児専門医療を担う機能 【高度小児専門医療】	②小児の救命救急医療を担う機能 【小児救命救急医療】
目 標	・小児地域医療センターでは対応が困難な患者に対する高度な専門入院医療を実施すること ・当該地域における医療従事者への教育や研究を実施すること ・小児の救命救急医療を 24 時間体制で実施すること	
医療機能を担う医療機関の基準	○秋田大学医学部附属病院	
医療機関等に求められる事項の例	・広域の小児中核病院や小児地域医療センターとの連携により、高度専門的な診断・検査・治療を実施し、医療人材の育成・交流などを含めて地域医療に貢献すること ・療養・療育支援を担う施設と連携していること ・家族に対する精神的サポート等の支援を実施すること	・小児地域医療センターからの紹介患者や重症外傷を含めた救急搬送による患者を中心として、重篤な小児患者に対する救急医療を 24 時間 365 日体制で実施すること ・小児の集中治療を専門的に実行できる診療体制を構築することが望ましいこと ・療養・療育支援を担う施設と連携していること ・家族等に対する精神的サポート等の支援を実施すること

※ 各医療機能を担う医療機関名簿（別冊）は、秋田県公式ウェブサイトに掲載しています。

12 在宅医療

○ 現 状 と 課 題 ○

(1) 本県の在宅医療を取り巻く状況

① 後期高齢者人口の推移

- ◇ 本県の後期高齢者は、2030 年頃（令和 12 年）にピークを迎え、減少に転じるが、総人口に占める割合については、その後も増加する見込みです。

表 1 総人口と後期高齢者数の推移

区分	総人口（人）			後期高齢者の割合（％）			
	秋田県			秋田県		全国	
		75 歳以上	85 歳以上	75 歳以上	85 歳以上	75 歳以上	85 歳以上
2020 年	985,416	192,594	71,607	19.5	7.3	14.3	4.6
2025 年	888,063	205,446	76,745	23.1	8.6	17.5	5.7
2030 年	818,711	214,823	75,181	26.2	9.2	18.8	6.8
2035 年	751,571	212,573	86,826	28.3	11.6	19.2	8.4
2040 年	686,200	202,975	93,574	29.6	13.6	19.7	8.9

出典：2020 年は 1 月 1 日時点の住民基本台帳人口、2025 年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（令和 5 年推計）」を利用

② 訪問診療の需要見込み

- ◇ 利用者数は今後も増加し、ピークを迎える 2040 年頃（令和 22 年）には、後期高齢者の利用割合が約 95%となり、うち 85 歳以上が約 8 割となる見込みです。

表 2 訪問診療の需要見込み

（レセプト件数／月）

区 分	2020 年	2025 年	2030 年	2035 年	2040 年
大館・鹿角	496	535	549	555	566
北秋田	184	192	191	187	188
能代・山本	387	415	422	430	438
秋田周辺	1,444	1,647	1,806	1,980	2,164
由利本荘・にかほ	435	467	482	499	528
大仙・仙北	563	584	580	585	608
横手	415	436	441	454	482
湯沢・雄勝	283	287	279	279	290
合 計	4,207	4,563	4,750	4,969	5,264
75 歳以上	90.5%	92.0%	93.3%	94.3%	95.1%
85 歳以上	70.5%	73.1%	72.3%	75.8%	80.0%

推計方法：NDB データ（※ 1）及び住民基本台帳人口（※ 2）基に作成した性・年齢階級別の受診率を、将来推計人口（※ 3）に機械的に適用して推計

※ 1 2019 年度における在宅患者訪問診療料（1）及び（2）のレセプトを集計

※ 2 2020 年 1 月 1 日時点の住民基本台帳人口を利用

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

③ 訪問看護の需要見込み

- ◇ 訪問看護の利用者は、2035 年頃にピークになる見込みです。
また、2025 年頃に後期高齢者の利用割合が、約 7 割になることが見込まれます。

表 3 訪問看護の需要見込み

(レセプト件数/月)

区 分	2020 年	2025 年	2030 年	2035 年	2040 年
大館・鹿角	471	475	467	454	439
北秋田	167	163	157	149	141
能代・山本	365	365	357	347	332
秋田周辺	1,495	1,587	1,656	1,711	1,739
由利本荘・にかほ	421	426	425	421	415
大仙・仙北	541	533	520	509	496
横手	391	392	389	387	383
湯沢・雄勝	270	263	253	247	240
合 計	4,121	4,204	4,224	4,225	4,185
75 歳以上	64.9%	69.1%	72.9%	75.8%	77.8%
85 歳以上	39.4%	42.6%	43.2%	48.6%	54.1%

推計方法：NDB データ（※ 1）、審査支払機関提供データ（※ 2）、介護 DB データ（※ 3）及び住民基本台帳人口（※ 4）を基に作成した性・年齢階級別の利用率を、将来推計人口（※ 5）に機械的に適用して推計

※ 1 2019 年度における在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者住宅患者訪問看護・指導料及び精神科訪問

※ 2 2019 年度における訪問看護のレセプトを集計

※ 3 2019 年度における訪問看護費及び介護予防訪問看護費のレセプトを集計

※ 4 2020 年 1 月 1 日時点の住民基本台帳人口を利用

※ 5 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成 30 年推計）」を利用

（２）各医療機能の現状と課題

① 入退院支援

- ◇ 34 医療機関において退院支援担当者を配置（令和 2 年、医療施設調査）し、在宅医療に係る機関との情報共有等を図っていますが、入院時から退院後の生活を見据えた支援が重要視されており、入院時からの連携体制の構築が求められています。

表 4 退院支援担当者を配置している病院（令和 2 年度）

	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
病 院	4	1	2	13	3	4	4	3	34

出典：「医療施設調査」

② 日常の療養生活

- ◇ 在宅医療の需要が高まる中で、在宅療養支援診療所は減少しており、在宅医療における 24 時間診療体制の維持に向けた取組が必要です。

また、長期的な視点で、計画的に在宅医療を担う医師を育成する必要があります。

- ◇ 訪問看護ステーションの安定的なサービス提供に向けて、事業者の経営安定化のほか、人材の確保や質の向上が必要です。

- ◇ 医師、歯科医師、薬剤師、看護師、リハビリテーション専門職、管理栄養士、ケアマネージャー等が連携した多職種協働での医療提供体制の充実を図る必要があります。

表5 在宅療養支援診療所・病院・歯科診療所数（令和5年3月現在）

(単位：施設数（上段）、うち機能強化型施設数（中段）、人口10万人当たりの施設数（下段）)

	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
在宅療養 支援診療所	5	1	4	30	4	8	11	2	65
	—	—	—	3	—	—	1	—	4
	5.1	3.3	5.7	8.0	4.2	6.9	13.5	3.6	7.0
在宅療養 支援病院	2	—	1	6	2	—	1	—	12
	1	—	—	3	1	—	1	—	6
	2.0	—	1.4	1.6	2.1	—	1.2	—	1.3
在宅療養支援 歯科診療所	8	1	3	33	5	10	5	5	70
	8.1	3.3	4.3	8.8	5.3	8.7	6.1	9.0	7.6

出典：厚生労働省東北厚生局「施設基準の届出受理状況」

※在宅療養支援診療所

他の医療機関と連携するなどして、患者の求めに応じ、24時間365日体制で往診や訪問看護を行うことができる診療所。

※在宅療養支援病院

他の医療機関と連携するなどして、患者の求めに応じ、24時間365日体制で往診や訪問看護を行うことができ、緊急時に備え在宅療養者が入院できる病床を常に確保している病院。

※在宅療養支援歯科診療所

高齢者の口腔機能管理に係る研修を受けた常勤の歯科医師が配置されているほか、当該地域において在宅療養を担う医療機関等と連携体制が整備されており、患者の求めに応じて迅速に歯科訪問診療が可能な歯科診療所。

表6 訪問診療を実施している診療所・病院数（令和5年3月現在）

	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
医療機関数	11	2	12	58	9	19	13	5	129
人口10万対	11.2	6.6	17.0	15.4	9.5	16.5	15.9	9.0	14.0

出典：厚生労働省東北厚生局「施設基準（在宅時医学総合管理料及び施設入居時医学総合管理料）の届出受理状況」

表7 訪問診療を受けた患者数（レセプト件数：年計）

	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
患者数	2,914	511	3,408	19,781	4,136	6,430	6,625	3,039	46,844
人口10万対	2,859	1,608	4,622	5,160	4,257	5,386	7,841	5,258	4,933

出典：厚生労働省「NDB」（令和3年度）

表8 訪問歯科診療を実施している診療所数（令和5年3月現在）

	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
医療機関数	25	6	15	97	15	24	29	16	227
人口10万対	25.4	19.8	21.2	25.8	15.9	20.8	35.5	28.9	24.6

出典：厚生労働省東北厚生局「施設基準（歯科訪問診療料の注13の規定）の届出受理状況」

表9 訪問看護ステーション数（令和5年6月現在）

	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
事業所数	9	4	7	40	7	7	5	2	81
人口10万対	9.2	13.4	10.0	10.7	7.5	6.1	6.2	3.6	8.8

出典：県長寿社会課調べ

表10 訪問看護ステーションの看護師数（令和4年12月現在）

	県計
従業員（看護職）	407

出典：県医療人材対策室「保健師、助産師、看護師、准看護師 業務従事者届」

③ 急変時の対応、看取り

- ◇ 在宅医療を担う診療所、訪問看護ステーション等と、入院機能を有する近隣病院や有床診療所、地域における中核的な病院が連携し、24時間対応可能な体制の確保が必要です。
- ◇ 高齢者の救急搬送が多くなっている中で、在宅療養患者の救急搬送のあり方を含め、救急医療機関やかかりつけ医、介護施設、消防機関等が協議をし、連携体制を強化する必要があります。
- ◇ 患者が希望した場所で最期を迎えることができるよう、家族や医療・介護関係者に対して、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）を普及させる必要があります。

※ACP（アドバンス・ケア・プランニング）とは

もしものときのために、自分が望む医療やケアについて、家族や近い人、医療・介護従事者等と繰り返し話し合い、共有する取組のことです。

表11 在宅ターミナルケアを実施している診療所数

	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
診療所数	3	3	4	14	6	10	7	6	53
10万人対	2.9	9.4	5.4	3.7	6.2	8.4	8.3	10.4	5.6

出典：厚生労働省「NDB」（令和3年度）

表12 看取り数（死亡診断書のみを含む）

	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
診療所数	44	43	93	522	147	270	247	131	1,497
10万人対	43.2	135.3	126.1	136.2	151.3	226.2	292.3	226.7	157.6

出典：厚生労働省「NDB」（令和3年度）

（１）在宅医療の推進体制

- ◆ 地域包括ケアシステムの構築に向けて、市町村と連携しながら、各圏域の実情に応じた在宅医療の提供体制を構築します。

【在宅医療の圏域】 8 圏域（第 7 次医療計画における二次医療圏単位）
※詳細は 250 ページを参照

- ◆ 各圏域に、①在宅医療において積極的役割を担う医療機関と、②在宅医療に必要な連携を担う拠点を設け、これらが中心となって、各地域の在宅医療を推進します。

①在宅医療において積極的役割を担う医療機関

対象機関	在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院
役 割	・ 在宅医療に求められる医療機能（入退院支援、日常の療養生活、急変時の対応、看取り）の確保に向けて、自ら 24 時間対応の在宅医療を提供するとともに、他の医療機関の支援も行いながら、医療や介護、障害施設の現場での多職種支援等を行う。

②在宅医療に必要な連携を担う拠点

対象機関	県医師会、郡市医師会
役 割	・ 圏域内に協議の場を設け、市町村が行う在宅医療・介護連携推進事業との連携を図る。 ・ 市町村を越え、広域で推進すべき事項に取り組む。

- ◆ 在宅医療の需要が増加する中、在宅医療に携わる医師の確保に取り組み、地域における医療提供体制の機能維持を図ります。
- ◆ 過疎地域への対応や多職種連携を促進するため、在宅医療のデジタル化を進めます。

（２）入退院支援

- ◆ 入院医療機関と在宅医療に係る機関との円滑な連携により、入院から退院後の生活まで、切れ目のない継続的な医療提供体制を確保します。

（３）日常の療養生活

- ◆ 多職種協働により患者やその家族を支える観点からの医療（緩和ケアを含む）を提供します。
- ◆ 身体機能及び生活機能の維持向上のため、フレイルとオーラルフレイルの予防、リハビリテーション、栄養管理等を適切に提供します。

※フレイルとは

加齢によって自立した生活を送るための心身機能が低下しており、介護の必要性が高くなっている状態をいいます。

※オーラルフレイルとは

「嚥む」「飲み込む」「話す」などの口腔機能の衰えをいいます。口腔機能の衰えは、全身の機能低下へと繋がることから、フレイル予防にも関連があります。

- ◆ 高齢者が増加する中、医療従事者の認知症対応力の向上を図ります。

(4) 急変時の対応、看取り

- ◆ 往診や訪問看護体制の充実のほか、在宅療養支援病院を中心とした病床を有する医療機関との連携により、患者の病状急変時に対応できる体制を確保します。
- ◆ 住み慣れた自宅や介護施設など、患者が望む場所での看取りが可能な体制を構築します。

○ 主 要 な 施 策 ○

(1) 在宅医療の推進体制

- ◆ 在宅療養支援診療所、訪問診療を行う診療所等の増加に向けた取組を行うほか、今後の医師確保に向け、総合的な診療能力を有する医師の育成を支援します。
- ◆ 「在宅医療において積極的な役割を担う医療機関」が中心となって行う医師のグループ化や、歯科医師、薬剤師、看護師等との多職種連携に対して支援します。
- ◆ 全ての圏域に対する在宅療養支援病院の配置に向けた検討を行います。
- ◆ 「在宅療養に必要な連携を担う拠点」が、圏域内に協議の場を設け、市町村が行う在宅医療・介護連携推進事業との連携を図るほか、医療のデジタル化や ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の普及など、広域で推進すべき事項に取り組みます。
- ◆ 在宅医療・介護 ICT 連携システム「ナラティブブック秋田」の普及を支援し、遠隔診療を推進するほか、在宅医療（入退院支援、日常の療養生活、急変時の対応、看取り）に携わる多職種の連携を促進します。

(2) 入退院支援

- ◆ 病院や介護施設等の関係者が参加する協議会を開催するほか、多職種の連携強化に向けた研修を開催するなど、入退院支援の体制を強化します。

(3) 日常の療養生活

- ◆ 各関係団体と連携し、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、歯科衛生士、リハビリテーション専門職、管理栄養士など、資質の向上や多職種協働に向けた研修を実施します。

- ◆ 県看護協会と連携しながら、訪問看護従事者の増加や質の向上など、訪問看護ステーションの安定的なサービス提供に向けた支援を行います。

(4) 急変時の対応、看取り

- ◆ 各圏域において、救急医療機関やかかりつけ医、介護施設、消防機関等が協議する場を設け、在宅療養患者の救急体制の強化を図ります。
- ◆ 各圏域において、家族や医療介護従事者に対し、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）や看取りの普及に向けた研修会を開催します。

(5) その他

- ◆ 災害時における業務継続計画（BCP）の策定：
医療機関のBCPの策定を支援するほか、災害医療（地域保健医療福祉調整本部）と連携してシミュレーション訓練等を実施します。
- ◆ 在宅医療従事者等の安全確保：
医療従事者等への暴力・ハラスメントの防止に向けた在宅医療関係者、行政、警察等による協議会の開催を検討します。

○ 数 値 目 標 ○

	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	在宅医療に関する協議の場の設定	秋田県	1 圏域 (R5)	8 圏域	全ての圏域に配置	—
	在宅療養支援診療所数	秋田県	65 (R5)	72	需要推計等に基づく目標設定	1108
	訪問診療を実施している診療所・病院数	秋田県	129 (R5)	142	需要推計等に基づく目標設定	●1106
	在宅療養支援病院がある圏域	秋田県	5圏域 (R5)	8圏域	全ての圏域に配置	—
	在宅療養支援歯科診療所	秋田県	70 (R5)	77	需要推計等に基づく目標設定	1117
	訪問看護従事者数（看護師）	秋田県	407 (R4)	576	秋田県看護職員需要推計に基づく目標設定	—
	ICT を活用して多職種連携に取り組む施設数	秋田県	268 (R5)	500	需要推計等に基づく目標設定	—
プロセス	訪問診療を受けた患者数 (人口10万人当たり)	秋田県	4,933 (R3)	5,426以上	需要推計等に基づく目標設定	●1136
	在宅ターミナルケアを受けた患者数 (人口10万人当たり)	秋田県	36.2 (R3)	39.8以上	需要推計等に基づく目標設定	●1153

●国が示した重点指標

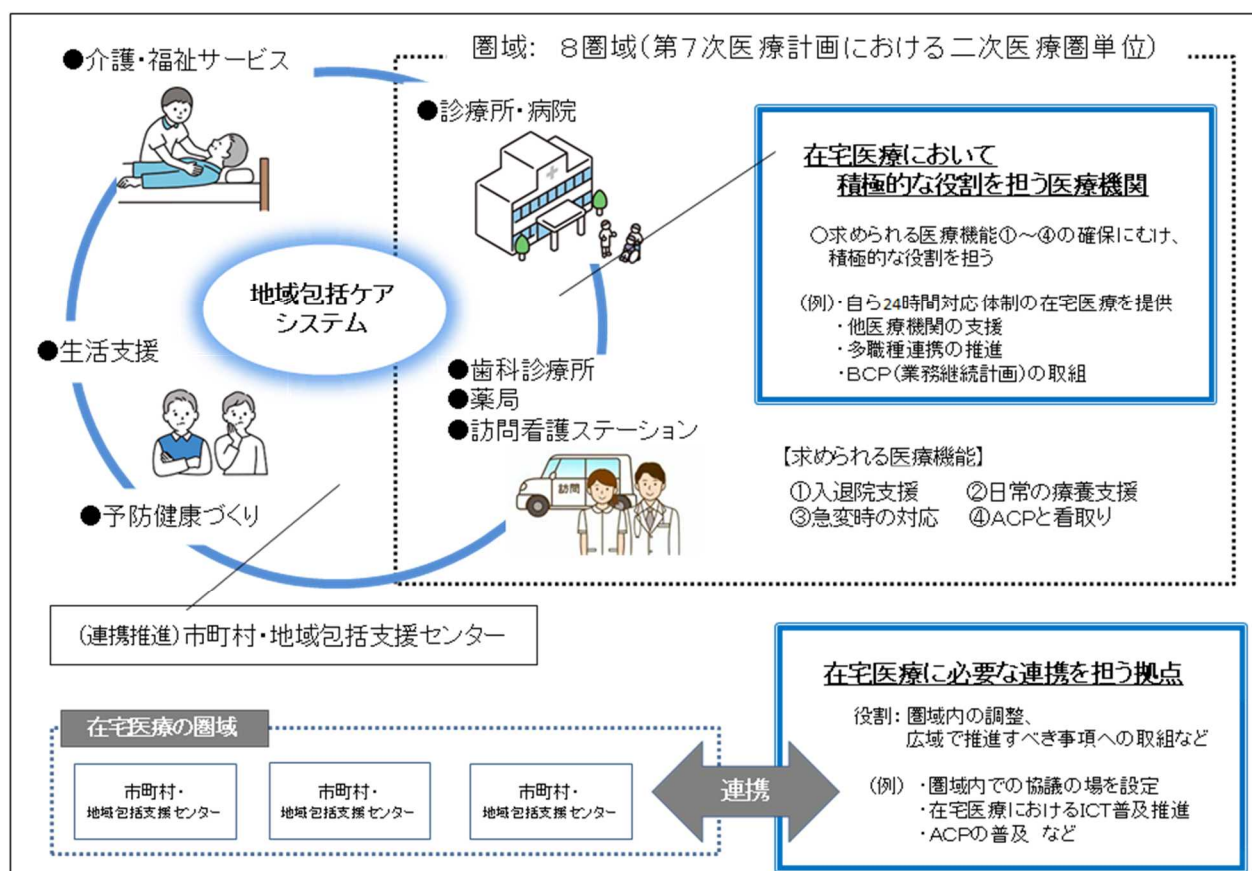
○ 医療機関とその連携 ○

(1) 圏域の設定

在宅医療は、地域包括ケアシステムの構築に向けて、介護サービスとの連携が必要であることから、その圏域は市町村単位が理想であるものの、地域の医療資源やこれまでの郡市医師会の取組等を踏まえ、8圏域（第7次医療計画における二次医療圏単位）とします。

- ①大館・鹿角（大館市、鹿角市、小坂町）
- ②北秋田（北秋田市、上小阿仁村）
- ③能代・山本（能代市、藤里町、三種町、八峰町）
- ④秋田周辺（秋田市、男鹿市、潟上市、五城目町、八郎潟町、井川町、大潟村）
- ⑤由利本荘・にかほ（由利本荘市、にかほ市）
- ⑥大仙・仙北（大仙市、仙北市、美郷町）
- ⑦横手（横手市）
- ⑧湯沢・雄勝（湯沢市、羽後町、東成瀬村）

(2) 在宅医療連携体制



(3) 医療体制を担う医療機関の医療機能

医療機能	① 入退院支援
目 標	・入院医療機関と在宅医療に係る機関との円滑な連携により、入院から退院後の生活まで、切れ目のない継続的な医療提供体制を確保する。
医療機能を担う医療機関の基準	○退院(退所)支援担当者を配置している病院、有床診療所、介護医療院、介護老人保健施設 ○入退院支援に関わる診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護ステーション
医療機関等に求められる事項の例	【入院医療機関】 ・退院支援担当者を配置すること ・退院支援担当者は、できる限り在宅医療に係る機関での研修や実習を受けること ・入院時から退院後の生活を見据えた退院支援を開始すること ・退院支援の際には、患者の住み慣れた地域に配慮した在宅医療及び介護、障害福祉サービスの調整を十分図ること ・退院後、患者に起こりうる病状の変化やその対応について、退院前カンファレンスや文書・電話等で、在宅医療に係る機関との情報共有を十分図ること 【在宅医療に係る機関】 ・患者のニーズに応じて、医療や介護、障害福祉サービスを包括的に提供できるよう調整すること ・在宅医療や介護、障害福祉サービスの担当者間で、今後の方針や病状に関する情報や計画を共有し、連携すること ・高齢者のみでなく、小児や若年層の患者に対する訪問診療、訪問看護、訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導等にも対応できる体制を確保すること ・病院、有床診療所、介護医療院、介護老人保健施設の退院（退所）支援担当者に対し、地域の在宅医療及び介護、障害福祉サービスに関する情報提供や在宅医療に関する助言を行うこと

医療機能	② 日常の療養支援
目 標	・多職種協働により患者やその家族を支える観点からの医療（緩和ケアを含む）を提供する。 ・身体機能及び生活機能の維持向上のため、フレイルとオーラルフレイルの予防、リハビリテーション、栄養管理等を適切に提供します。
医療機能を担う医療機関の基準	○在宅医療に関わる診療所、病院、歯科診療所、薬局、訪問看護ステーション、訪問リハビリテーション、訪問栄養指導を行う事業所
医療機関等に求められる事項の例	【在宅医療に係る機関】 ・相互の連携により、患者のニーズに対応した医療や介護、障害福祉サービスが包括的に提供される体制を確保すること ・医療関係者は、地域包括支援センターが行う地域ケア会議に積極的に参加すること ・地域包括支援センター等と協働しつつ、在宅療養に必要な医療や介護、障害福祉サービス、家族の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること ・がん患者（緩和ケア体制の整備）、認知症患者（身体合併症等の初期対応や専門医療機関への適切な紹介）、小児患者（小児の入院機能を有する医療機関との連携）等、それぞれの患者の特徴に応じた在宅医療の体制を整備すること ・災害時にも適切な医療を提供するための計画（人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送等に係る計画を含む。）を策定すること ・在宅療養者に対する医薬品や医療・衛生材料等の適正な使用についての訪問薬剤管理指導や供給、口腔健康管理等を円滑に行うための体制を整備すること ・身体機能（オーラルフレイルを含む）及び生活機能の維持向上のための口腔健康管理、リハビリテーション、栄養管理等を適切に提供する体制を構築すること

医療機能	③ 急変時の対応
目 標	・ 往診や訪問看護体制の充実のほか、在宅療養支援病院を中心とした病床を有する医療機関との連携により、患者の病状急変時に対応できる体制を確保する。
医療機能を担う医療機関の基準	○急変時の診療や一時的な入院の受入れを行う診療所、病院 ○急変時の対応を行う薬局、訪問看護ステーション
医療機関等に求められる事項の例	【在宅医療に係る機関】 ・ 病状急変時における連絡先をあらかじめ患者やその家族に提示し、また、求めがあった際に 24 時間対応可能な体制を確保すること ・ 24 時間対応が自院で難しい場合も、近隣の病院や診療所、訪問看護ステーション等との連携により、24 時間対応が可能な体制を確保すること ・ 在宅医療に係る機関で対応できない急変の場合は、その症状や状況に応じて、搬送先として想定される入院医療機関と協議し入院病床を確保するとともに、搬送については地域の救急関係者へ相談する等連携を図ること ・ 患者の病状急変時に、その症状や状況に応じて、円滑に入院医療へ繋げるため、事前から入院先として想定される病院、有床診療所と情報共有を行うほか、急変時対応における連携ルールを作成する等、地域の在宅医療に関する協議の場も活用して救急関係者も含め連携体制の構築を図ること。 【入院医療機関】 ・ 在宅療養支援病院、有床診療所、在宅医療後方支援病院等において、連携している医療機関（特に無床診療所）が担当する患者の病状が急変した際に、入院受入れを行うこと。 ・ 特に、在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院においては、地域の在宅医療に係る機関と事前から情報共有することで、円滑な診療体制の確保に努めること

医療機能	④ 看取り
目 標	・ 住み慣れた自宅や介護施設など、患者が望む場所での看取りが可能な体制を構築する。
医療機能を担う医療機関の基準	○在宅看取りを行う診療所、病院 ○緩和ケア、ターミナルケアを行う薬局、訪問看護ステーション
医療機関等に求められる事項の例	【在宅医療に係る機関】 ・ 人生の最終段階に出現する症状に対する患者や家族の不安を解消し、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を構築すること ・ 患者と家族が希望する医療・ケアを提供するにあたり、医療と介護の両方を視野に入れ、利用者の状態の変化に対応し、最期を支えられる訪問看護の体制を整備すること ・ 麻薬を始めとする緩和ケア、ターミナルケアに必要な医薬品や医療機器等の提供体制を整備すること ・ 患者や家族等に対して、自宅や住み慣れた地域で受けられる医療及び介護、障害福祉サービスや看取りに関する適切な情報提供を行うこと ・ 介護施設等による看取りを必要に応じて支援すること 【入院医療機関】 ・ 在宅医療に係る機関で看取りに対応できない場合について、病院・有床診療所で必要に応じて受け入れること

※ 各医療機能を担う医療機関名簿（別冊）は、秋田県公式ウェブサイトに掲載しています。

第3節 その他の医療対策

1 障害保健医療対策

○ 現 状 と 課 題 ○

- ◇ 障害のある子どもやその保護者が、住み慣れた地域で安心して暮らすためには、子どもの成長とともに一貫した療育が提供されることが望まれます。このため、身近な地域で適切な療育が受けられる地域療育体制の整備を図る必要があります。

○ 目 指 す べ き 方 向 ○

- ◆ 障害のある子どもが、身近な地域で療育の提供等を受けるため、療育支援体制をもつ施設の機能を活用した在宅障害児福祉の向上
- ◆ 秋田県立医療療育センターを中心とした療育体制の整備と県内どこでも必要な支援を受けられることができる地域づくりの推進
- ◆ 在宅で生活する医療的ケア児等に対する在宅支援の充実強化

○ 主 要 な 施 策 ○

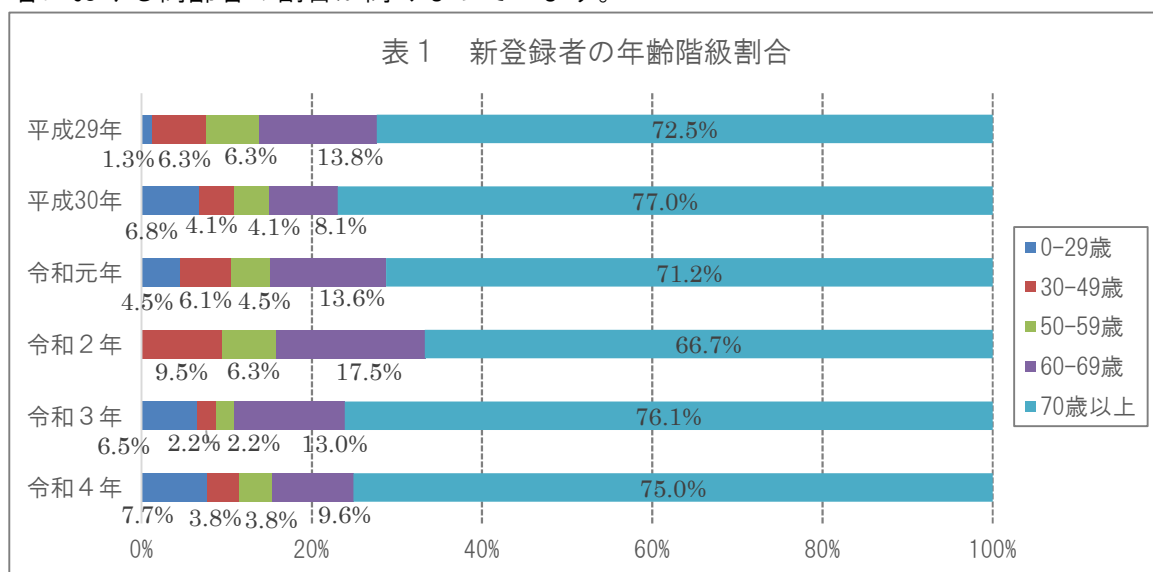
- ◆ 障害児等療育支援事業により、身近な地域、家庭で療育相談・指導が受けられる体制を整備します。
- ◆ 県の中核的拠点施設である秋田県立医療療育センターや県北・県南地区に設置した地域療育医療拠点施設の運営を支援し、専門的支援体制の充実強化を図ります。
- ◆ 秋田県医療的ケア児支援センター「コラソン」を中心に、医療的ケア児に対する身近な地域での療育支援体制を強化するとともに、「キッズナラティブ秋田」の活用を推進し、医療的ケア児及びその家族が地域で安心して暮らしていけるよう、医療・保健・福祉等の連携体制の構築を図ります。

2 結核・感染症対策

(1) 結核対策

○ 現 状 と 課 題 ○

- ◇ 日本における結核新登録患者数は減少傾向にあり、令和3年には世界保健機関が定義する低まん延国（罹患率10以下）となっています。本県においては、平成26年に罹患率9.5となって以降、10以下を維持し、全国的にみて低くなっているものの、新登録患者における高齢者の割合が高くなっています。



出典：厚生労働省「結核発生動向調査年報」

- ◇ 高齢者の結核では、咳や発熱などの典型的な肺結核の症状を呈さないことも多く、患者発見の遅れにつながる恐れがあります。また、医療や福祉サービスを利用する高齢者の結核患者が増加しており、高齢者層に対する対策の強化が必要です。
- ◇ 中には重症化してから発見されるケースもあり、高齢者福祉施設や未感染の若い世代が集まる学校・職場等での集団感染が危惧されるため、患者発見時のより迅速かつ的確な対応が必要です。

○ 目 指 す べ き 方 向 ○

- ◆ 医療機関や高齢者福祉施設等と保健所との連携を強化して、予防対策、患者管理、結核医療の充実強化を図ります。
- ◆ 結核に対する正しい知識や定期の健康診断の受診勧奨等について、県民への普及啓発を充実します。
- ◆ 結核医療従事者への研修事業を実施し、地域における結核予防対策や結核医療の充実強化を図ります。

○ 主 要 な 施 策 ○

- ◆ 高齢者福祉施設等の医療従事者に対し「高齢者福祉施設等における結核対応ガイドブック」（平成 28 年 2 月 秋田県健康環境センター）の周知を徹底し、保健所単位での研修を実施することにより、結核の予防と早期発見の啓発活動を進めます。
- ◆ 結核に対する正しい知識や定期健康診断の受診勧奨等について、結核予防週間（9 月 24 日～30 日）を中心に、結核予防婦人会等と連携し、県民への普及啓発を図ります。
- ◆ 結核患者の治療完遂を図るため、関係機関との連携の下に、患者自身が規則的な服薬の重要性を理解し確実に服薬できる習慣が形成されるよう、地域において、服薬確認を軸とした包括的な患者支援（地域 DOTS）を推進します。
- ◆ 結核患者が発生した場合に、保健所は、感染症法第 15 条の規定に基づく積極的疫学調査を行うことで、感染源及び感染経路の究明を進め、接触者を把握し健康診断を適切に実施します。
- ◆ 結核医療体制を維持していくため、必要な結核病床数を確保します。

（２）感染症対策

○ 現 状 と 課 題 ○

- ◇ 感染症の発生予防及びまん延防止のためには、県民一人ひとりが感染症に関して正しい知識を持ち、感染症発生状況や予防に関する必要な注意を払うことが重要です。
- ◇ エボラ出血熱やペスト等の一類感染症（以下「一類感染症」という。）については、海外での発生が依然として見受けられていることから、国内で発生及びまん延した際に備え、対策を引き続き強化していく必要があります。
- ◇ 国内の養鶏場や動物園等で発生する高病原性鳥インフルエンザについては、感染家禽から人へ感染する可能性があり、人から人へ感染する新型インフルエンザの出現が危惧されています。
- ◇ 新型コロナウイルス感染症の流行は、医療を始めとして社会全体に大きな影響を与え、医療提供体制のみならず、マスク等の感染防護具を始めとした物資不足や、社会福祉施設と医療機関との連携の必要性など、様々な課題が浮き彫りとなりました。
- ◇ 感染症法に基づく感染症病床は、表 2 のとおりです。

表2 感染症病床一覧（令和5年4月1日現在）

種類	医療圏	医療機関	既存病床数	基準病床数
一種		秋田大学医学部附属病院	2床	2床
二種	大館・鹿角	大館市立総合病院	2床	4床
		かづの厚生病院	2床	
	北秋田	北秋田市民病院	4床	4床
	能代・山本	能代厚生医療センター	4床	4床
	秋田周辺	秋田厚生医療センター	2床	6床
		市立秋田総合病院	4床	
	由利本荘・にかほ	由利組合総合病院	4床	4床
	大曲・仙北	大曲厚生医療センター	4床	4床
	横手	市立横手病院	4床	4床
	湯沢・雄勝	雄勝中央病院	4床	4床
計			36床	36床

出典：県保健・疾病対策課調べ

◇ 予防接種は、感染症の発生及びまん延の予防や重症化の防止を目的として行われていますが、公衆衛生上の効果を十分に得るためには高い接種率を維持する必要があることから、ワクチン接種の普及啓発をはじめ、ワクチン不足時の供給に係る対応について整備する必要があります。

◇ ウイルス性肝炎の治療水準が向上し、患者支援が充実されてきた一方で、肝炎ウイルスに感染しているものの自覚のない者や、肝炎ウイルス検査陽性判定者で精密検査を受診していない者がいることから、精密検査や肝炎医療を受けるための対策を進める必要があります。

また、県民の肝炎ウイルスの感染経路等についての理解や、肝炎ウイルス検査を受検する必要性に関する認識が十分でないことに加え、一部では、肝炎ウイルスに持続感染している者に対する不当な差別が存在することから、正しい知識の普及啓発が必要です。

◇ 全国的に、新規HIV感染者・エイズ患者報告数は減少傾向にあります。年間1,000件前後の新規報告が継続している状況に変わりはありません。エイズに関する正しい知識を普及させるとともに感染の早期発見を図るため、利用者が相談・検査を受けやすい体制をつくる必要があります。

○ 目指すべき方向 ○

◆ 感染症に関する正しい知識の普及啓発を図るとともに、感染症の発生動向について迅速な情報提供を行います。

◆ 新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づき策定した「秋田県新型インフルエンザ対策行動計画」や国のガイドラインに沿って、医療の提供と流行の感染拡大防止を図ります。

- ◆ 一類感染症の患者に対して医療提供を行う第一種感染症指定医療機関と連携を図り、研修会や訓練を合同で開催するほか、県医師会等の関係団体と協議しながら、医療体制の構築及び感染拡大防止対策を図ります。
- ◆ 新興感染症の発生に備え、新型コロナウイルス感染症対応等で得た経験を生かし、平時から地域における医療機関の役割分担を踏まえた感染症医療、及び通常医療の提供体制の確保を図ります。
- ◆ ワクチンの安定供給のため、県内の医療機関等における在庫状況等を短期間（3日間程度）で把握することが可能な体制づくりや、一部の医療機関等でワクチンが不足した場合の調整方法等の確立を目指します。
- ◆ 肝炎ウイルス検査の受検促進や、検査結果が陽性である者のフォローアップ、肝炎患者等の早期かつ適切な肝炎医療の受療促進など、肝炎総合対策を推進することにより、肝硬変又は肝がんへ移行する者を減らすことを目指します。
- ◆ エイズの発症を防止し、感染拡大を防ぐため、エイズに関する正しい知識の普及を図るとともに、HIV感染者を早期に発見し治療に結びつけられるよう、相談・検査を受けやすい体制を整備します。

○ 主 要 な 施 策 ○

- ◆ 感染症の発生状況を踏まえ、リーフレット等による啓発のほか、必要に応じて感染症の発生情報を公表して注意喚起を図るとともに、平時においては、感染症患者の発生状況等を収集・分析した「秋田県感染症発生情報」を県のホームページに掲載するなど、迅速に情報提供します。
- ◆ 一類感染症の発生に備え、第一種感染症指定医療機関（秋田大学医学部附属病院）と連携を図り訓練等を実施していきます。
- ◆ 新型インフルエンザなどの新興感染症の発生に備え、平時から行動計画及び感染症予防計画に基づき、医療機関との協定締結による病床・発熱外来等の確保、研修会の開催や訓練の実施、関係機関との連携強化を進めます。
- ◆ 新型インフルエンザなどの新興感染症が発生した場合、医療や社会生活機能に大きな影響があることから、医師会や市町村から構成される地域連絡会議等により、平時から発生時に備えた準備や協力体制について協議を進めます。
- ◆ ワクチンの接種について、ホームページ等により普及啓発を図るほか、ワクチンの安定供給について、県医師会、医薬品卸業協会、市町村等と協議しながら進めていきます。
また、予防接種法に規定する定期の予防接種について、接種希望者が居住する市町村以外の医療機関においても円滑に接種を受けることができるよう、ホームページ等による予防接種の推進を図ります。

- ◆ 「秋田県肝炎対策推進計画」に基づき、肝炎ウイルス検査の受診勧奨と陽性者フォローアップの推進、適切な肝炎治療の推進、肝炎患者等に対する相談支援、肝炎医療コーディネーターの活動支援及び肝炎に関する正しい知識の普及を進めます。
- ◆ エイズに関する正確な情報と正しい知識の普及のため、パンフレット等を配布するほか、特に感染リスクが高いと考えられる若年層に対しては、研修会の開催や学校関係者との連携により、性感染症に関する啓発活動を実施します。
- ◆ エイズに関して相談しやすく、検査が受けやすい体制をつくるため、夜間の相談・検査や、イベント等を利用した出張相談・検査を実施します。

3 臓器移植対策

○ 現 状 と 課 題 ○

- ◇ 平成9年10月の「臓器の移植に関する法律」（臓器移植法）の施行から20年以上が経過し、家族の同意による脳死下臓器の提供が可能となったほか、運転免許証や健康保険証などに意思表示欄が設けられるなど、臓器移植の推進に向けた取組を進めているところですが、今後は家族で臓器移植についての話し合いや、意思表示の確認をしておくなどの普及啓発が重要です。
- ◇ 臓器提供者の意思を生かすためには、臓器移植コーディネーターや院内臓器移植コーディネーター※を中心とした医療従事者等への移植医療の普及啓発を促進するとともに、公益財団法人あきた移植医療協会など関係団体等との連携を深め、体制整備を図ることが必要です。

※ 院内臓器移植コーディネーター
病院内で臓器移植に関する普及啓発を図るとともに、移植医療を行うための院内体制の整備や臓器移植コーディネーターとの調整を行います。県が委嘱することとしており、令和5年7月現在で15病院に44名が配置されています。

- ◇ 腎臓の移植希望者は、全国で14,102人（令和5年9月末現在）ですが、移植件数は例年200件未満と十分ではないことから、医療従事者や県民への普及啓発が必要です。
- ◇ 日本骨髄バンクにドナー登録している者は、全国で547,708人（令和5年8月末現在）ですが、近年、登録者が減少傾向であり、特に若年層への働きかけが必要です。

○ 目 指 す べ き 方 向 ○

- ◆ 臓器移植医療に対する県民の理解を深めるため、県民への普及啓発を図ります。

- ◆ 医療従事者等の移植医療への理解を深め、脳死下での臓器移植や心停止後の腎臓移植を促進します。
- ◆ 若年層の県民を中心に、骨髄移植について正しい知識と理解の普及啓発を図り、ドナー登録者数の増加を目指します。
- ◆ 県地域振興局福祉環境部でのドナー登録受付体制を充実します。

○ 主 要 な 施 策 ○

- ◆ 臓器移植医療に対する県民の理解を深めるために、新聞やテレビ、SNS 等を活用するとともに、公益財団法人あきた移植医療協会や患者団体等との協力による各種イベント等を通じて、県民への普及啓発に取り組みます。
- ◆ 公益財団法人あきた移植医療協会など関係機関等との連携を密にして、臓器移植コーディネーター及び院内臓器移植コーディネーターを中心に、医療従事者等の移植医療への理解を深め、脳死下での臓器移植や心停止後の腎臓移植を促進します。
- ◆ 骨髄移植について正しい知識と理解が得られるようホームページ等により普及啓発を図るとともに、献血現場において赤十字血液センター、高校及び大学生ボランティア団体等と連携し、若年層の登録者の増加を図ります。
- ◆ 運転免許証等の意思表示欄への記載促進を図るとともに、臓器移植医療、骨髄移植についての普及啓発を推進します。
- ◆ 院内臓器移植コーディネーターの養成を推進するとともに、医療従事者等関係者への研修を充実します。

4 難病等対策

○ 現 状 と 課 題 ○

- ◇ 「難病の患者に対する医療等に関する法律」（難病法）に基づく指定難病 338 疾患（令和5年9月末現在）について、医療費の公費負担をしています。
- ◇ 「児童福祉法」に基づく 18 歳未満を対象とする小児慢性特定疾病 788 疾患（令和5年9月末現在）について、医療費の公費負担をしています。
- ◇ 対象患者は療養生活が長期にわたることが多いため、継続した公費負担事業を実施していく必要があります。
- ◇ 難病患者が早期に正しい診断を受け、身近な医療機関で安定した療養生活を送ること

ができるよう、難病診療連携拠点病院を中心とした医療ネットワークの構築や難病医療提供体制の整備を進めています。

- ◇ 医療技術の進歩等により、多くの小児慢性特定疾病児童が成人期を迎えることができるようになりましたが、患者やその保護者の多くは成人期への移行に不安や困難を抱えていることから、小児診療科から成人診療科への円滑な橋渡しを行う必要があります。
- ◇ 特定非営利活動法人秋田県難病団体連絡協議会に「秋田県難病相談支援センター」の運営を委託し、県内の難病患者やその家族等からの相談に応じ、必要な情報の提供や助言等を行い、療養に対する不安等の解消に努めています。
- ◇ 筋萎縮性側索硬化症（ALS）等で人工呼吸器を使用しながら在宅で療養している重症患者に対しては、訪問看護サービスが十分に提供されることが重要であり、療養生活環境整備事業により、必要とする頻繁な訪問看護に対して公費負担しています。今後、家族のレスパイト（休息・息抜）の確保を含めた各種サービスの連携・調整に基づく療養環境の向上が求められます。

○ 目指すべき方向 ○

- ◆ 難病患者が早期に正しい診断を受け、身近な医療機関で安定した療養生活を送ることができるよう、難病医療提供体制を強化します。
- ◆ 小児慢性特定疾病児童が成人期に移行後も適切な医療を受けることができるよう、成人移行に関する相談支援や医療機関間の連絡調整・連携支援を行う「移行期医療支援センター」の設置に向け、小児診療科及び成人診療科の関係者による検討を進めます。
- ◆ 難病患者等の療養上の不安解消を図るとともに、きめ細かな支援が必要な要支援難病患者に対する適切な在宅療養支援の整備を目指します。
- ◆ 療養生活環境整備事業の推進による訪問看護サービスの充実と、適切な各種サービスの提供により、患者や家族の生活の質（QOL）の向上を支援します。

○ 主 要 な 施 策 ○

- ◆ 難病診療連携拠点病院を中心とした難病医療提供体制を推進し、早期の診断や適切な医療を受けられる環境を整備するとともに、難病診療連携コーディネーターを配置し、患者等からの相談に対応する他、関係機関との連携・支援、人材育成等を行います。
- ◆ 保健所を中心として地域の医療機関、市町村福祉部局等の関係機関との連携の下に「在宅療養支援計画策定・評価事業」、「訪問相談員育成事業」、「医療相談事業」及び「訪問相談・指導事業」を継続して実施します。

5 アレルギー疾患対策

○ 現 状 と 課 題 ○

- ◇ 乳幼児から高齢者まで国民の約2人に1人が何らかのアレルギー疾患を有していると言われていますが、アレルギー疾患の病因・病態は、いまだ十分に解明されておらず、民間療法も含め膨大な情報が氾濫しているため、科学的根拠に基づく正しい知識の普及が必要です。
- ◇ 近年、医療の進歩に伴い、症状のコントロールがおおむね可能となってきたことから、適切な医療を早期に受けられる体制を構築していくことが必要です。

○ 目 指 す べ き 方 向 ○

- ◆ 厚生労働省主催の研修会や各種学会への参加などにより最新知識を修得し、県民への正しい知識の普及を図ります。
- ◆ どこに住んでいても、そのアレルギーの状態に応じた適切な治療を等しく受けることができるよう、アレルギー疾患医療拠点病院（秋田大学医学部附属病院、中通総合病院）を中心とした医療提供体制の整備を進めます。

○ 主 要 な 施 策 ○

- ◆ 保健所等において、健康相談の一環として地域住民の相談に応じるとともに、ホームページや県民向け研修会などにより正しい知識の普及啓発を図ります。
- ◆ 県アレルギー疾患医療連絡協議会において、地域におけるアレルギー疾患医療の実態把握を行い、アレルギー疾患医療拠点病院と地域の病院や診療所等との連携を強化します。

6 慢性閉塞性肺疾患（COPD）対策

○ 現 状 と 課 題 ○

- ◇ 令和4年の人口動態統計における本県のCOPDによる死亡者は133名で、そのうち65歳以上が132名と高齢者に特に多く、高齢化率の高い本県においては、その対策が重要となる疾患です。
- ◇ COPDは、肺気腫（肺胞の壁が壊れる、肺胞の壁が厚くなるなどで肺の機能が低下し

ていく）と、慢性気管支炎（気管支の炎症により気管支の壁が壊れていく）の2つの疾患を総称したもので、成人の約10%の割合で患者がいると言われます。

- ◇ 慢性的な咳やたん、労作時の息切れなどがある場合に COPD が疑われますが、比較的日常的に多くみられる症状等の特徴から、未受診のまま経過し、治療に至っていない患者が多数存在していると考えられます。
- ◇ 未受診の状態では症状が進行すると、酸素吸入が必要になるなど、生活に影響をきたす場合があります。
- ◇ COPD は、肺機能検査や胸部 X 線写真検査、あるいは胸部 CT などでの診断が可能であるため、喫煙者で咳やたん、労作時の息切れなどを自覚した場合には、早めの医療機関の受診が重要です。禁煙により COPD の進行を遅らせることは可能ですが、長年の喫煙による肺がんやその他の合併症が発生しやすくなるため、全身の健康管理も必要です。
- ◇ 喫煙年齢の早い人や喫煙年数（20 年以上）が長い人、1 日のたばこの本数（1 日 20 本以上）が多い人ほど COPD になるリスクが高いとされており、特にブリンクマン指数（1 日の喫煙本数×喫煙年数）が 400 を越えると肺がんのリスクが上昇し、700 以上になると、COPD などの呼吸器疾患や狭心症などの心疾患に罹患するリスクが高くなります。

○ 目指すべき方向 ○

- ◆ COPD の原因や症状について、正しい知識の啓発普及に努めます。
- ◆ 医療保険者、企業等と連携し、健診の受診率向上に向けて取り組み、COPD の早期発見に繋がります。

○ 主要な施策 ○

- ◆ COPD の認知度を高め、喫煙者が禁煙に取り組めるよう、早期発見・早期治療について啓発普及を推進します。
- ◆ COPD が禁煙等により予防することができる生活習慣病であることなど、病気に関する知識を普及します。
- ◆ 未成年者の喫煙をなくすとともに、成人後もたばこを吸い始めることがないよう、また、たばこを止めたいと考える人が禁煙できるよう、たばこ対策を推進します。

7 慢性腎臓病（CKD）対策

○ 現 状 と 課 題 ○

- ◇ 慢性腎臓病（CKD）は、メタボリックシンドロームと関連が深く、初期段階では自覚症状がほとんどないため、定期的な健康診断と生活習慣病の対策は重要です。
- ◇ CKD の原因として多いのは、高血圧や糖尿病ですが、加齢などにより腎機能が軽度低下し、更に動脈硬化などの要因により、腎機能が更に悪化することが多いため、糖尿病の治療や高血圧のコントロールをきちんと行うことは、特に重要となります。
- ◇ 糖尿病性腎症は CKD の 1 つですが、糖尿病による血糖コントロールが不十分で高血糖状態が長期間続くことにより、腎臓のろ過機能が低下する状態のことを指し、糖尿病性腎症は現在、透析の一番の原因となっています。
- ◇ 令和 4 年の人口動態統計による腎不全の粗死亡率は、全国 7 位と死亡率が高い状況にあります。

○ 目 指 す べ き 方 向 ○

- ◆ CKD の早期発見のためには、健康診断の定期的受診が重要であり、重症化対策に向けては、特に糖尿病対策等を医療保険者と協力して取り組みます。
- ◆ CKD は慢性腎不全の予備軍であり、適切な健康管理や早期の治療を行う必要があるため、かかりつけ医等から専門医への連携を促進し、早期介入による発症予防を支援します。
- ◆ 医師会や薬剤師会、医療保険者など医療や職域の関係団体と連携して、CKD の大きな要因となる糖尿病重症化対策予防に重点をおき、CKD 対応の取り組みを推進します。

○ 主 要 な 施 策 ○

- ◆ 特定健診の受診率向上に向け、医療保険者、企業・団体と連携するとともに、未治療者への働きかけや、治療の中断者等を防ぐことを医療保険者とともに取り組み組ます。
- ◆ CKD のリスク因子として、高血圧と糖尿病の管理が重要であることの啓発を医療保健者とともに取り組みます。
- ◆ CKD 対策には、糖尿病対策が重要であることから、「秋田県糖尿病重症化予防事業」等との重層的な対応に取り組みます。

8 今後高齢化に伴い増加する疾患等対策 (フレイル、ロコモティブシンドローム、大腿骨骨折、誤嚥性肺炎)

○ 現 状 と 課 題 ○

- ◇ フレイルには、身体的なフレイル（ロコモティブシンドローム、サルコペニアなど）、精神・心理的フレイル（抑うつ、意欲の低下など）、社会的フレイル（社会とのつながりの希薄化など）が存在し、フレイルになるきっかけは異なるため、栄養（食・口腔機能）、運動（身体活動・運動など）、社会参加（就労、余暇活動、ボランティアなど）の3つの分野における総合的な取組が必要となります。
- ◇ ロコモティブシンドロームは日常生活の自立度の低下を招き、進行すると要介護につながるおそれがあります。
- ◇ 大腿骨骨折も要介護のきっかけとなりやすいことから、その主な原因となる骨粗鬆症への対策が重要です。
- ◇ 高齢期に多い誤嚥性肺炎については、予防策として栄養管理とともに、自らが行う日常的な口腔ケアが欠かせません。
- ◇ 日常のケアに加え、周術期においては歯科専門職による口腔ケアも重要であり、歯科専門職と医師等による、周術期の口腔ケアにおける連携体制の構築が必要となっています。

○ 目 指 す べ き 方 向 ○

- ◆ フレイルやロコモティブシンドロームの予防に関する知識について普及を図るほか、その予防を担う人材の育成に取り組みます。
- ◆ 高齢期における健康づくりでは、これまでのメタボリックシンドローム予防に加えて、やせにも注意する必要があることから、やせの予防にも着目した生活習慣の普及に取り組みます。
- ◆ 地域社会との接点を維持し、社会的な孤立を防ぐため、余暇活動・ボランティア等の社会参加を促進します。
- ◆ 高齢期における身体活動・運動の推進や骨粗鬆症検診の普及啓発や受診促進などにより、大腿骨骨折の予防を図ります。
- ◆ よく噛んで食べることの重要性や適切な口腔ケアの方法の普及啓発により、口腔機能の維持・向上に取り組みます。
- ◆ 周術期における効果的な口腔ケアを実施するために、多職種を対象とする研修会を開催するなど、連携体制の構築を図ります。

○ 主 要 な 施 策 ○

- ◆ 運動及び栄養分野の専門家による、県民を対象とした研修会や出前講座の開催等により、フレイル予防に関する知識の普及啓発を行います。また、市町村や地域包括支援センターなどの職員を対象とした講習会の実施等により、フレイル予防を担う人材の資質向上を図ります。
- ◆ 高齢者の低栄養対策として、「たんぱく質を十分に摂る」「バランスのよい食事を心がける」など、高齢期における望ましい食のあり方についての普及啓発に取り組みます。
- ◆ 老人クラブ活動や県版ねんりんピックの開催支援、通いの場等の拡充、ICT の活用等の推進により、社会参加機会の充実を図ります。
- ◆ 骨粗鬆症検診を実施する市町村への支援や検診の重要性を普及することで、検診受診の促進を図ります。
- ◆ 高齢者における口腔機能の維持・向上のため、歯科医師会や医師会等と連携し、歯科疾患予防のための知識の普及啓発や定期的な歯科健診の受診促進に取り組みます。

9 歯科保健対策

○ 現 状 と 課 題 ○

- ◇ 本県の小児期のう蝕有病状況については、地域での歯科口腔保健活動等により、12 歳児の一人平均う蝕数は全国平均を下回っていますが、3 歳児のう蝕有病者率は 14.4%と、依然として全国平均より高い状況にあります。

表 1 小児う蝕有病状況に関する全国と本県との比較

	全国	本県	順位
3 歳児におけるう蝕有病者率 ¹⁾	10.2%	14.4%	39 位
12 歳児における一人平均う蝕数 ²⁾	0.63 本	0.5 本	8 位

出典：1) 厚生労働省「令和 3 年地域保健・健康増進事業報告」

2) 文部科学省「令和 3 年学校保健統計調査」

- ◇ 小児のう蝕は家庭環境等の影響を受けやすいものの、学校等で行うフッ化物洗口はう蝕予防に有効な手法であることから、フッ化物洗口実施率を更に向上させていくことが必要です。
- ◇ 令和 4 年度県民歯科疾患実態調査によると、20～50 歳代で年 1 回以上定期的に歯科健診を受けている人の割合は 65.9%と前回調査（24.1%）に比べて大きく改善しています

が、50 歳代前半におけるう蝕のない人の割合は 0%になっています。

- ◇ 令和 4 年度県民歯科疾患実態調査によると、60 歳代における咀嚼良好者の割合は 78.8%と、全国平均（71.5%）より高い状況にあります。一方で、高齢化の更なる進展により、県民の口腔機能や口腔衛生状態の低下が危惧されることから、高齢期における口腔機能の維持・向上のための取組が重要となっています。

○ 目 指 す べ き 方 向 ○

- ◆ ライフステージの特性に対応した歯科口腔保健の普及啓発と環境整備を推進し、生涯にわたって 20 本以上の自分の歯を保つことを目指す「8020 運動」のより一層の普及を図ります。
- ◆ 小児う蝕有病状況の改善を図るため、市町村が主体となり保育所・学校等で実施している集団フッ化物洗口事業の技術支援を行い、その実施割合の増加を図ります。
- ◆ 成人期以降については、定期的な歯科健診の受診促進や企業と連携したオーラルフレイル予防の推進等、口腔健康管理を推進するための環境整備を図ります。
- ◆ 高齢期に多い誤嚥性肺炎の予防や栄養管理等を図るため、地域の通いの場等を活用し、高齢者に対する口腔ケアの普及を促進します。

○ 主 要 な 施 策 ○

- ◆ 適切かつ効果的な口腔ケアやよく噛み食を味わうことなど食育の観点も踏まえた普及啓発を行うとともに、定期的な歯科健診を受けることができる環境整備を行います。
- ◆ 乳幼児のう蝕は家庭環境の影響を受けることから、保護者に対する歯科疾患予防に関する知識の普及啓発や、妊婦歯科健診の受診促進に取り組みます。
- ◆ 学齢期において、望ましい食習慣を含めたう蝕予防に関する知識の普及啓発やフッ化物洗口によるう蝕予防法を受けることができる環境整備を行います。
- ◆ 企業と連携した働き盛り世代に対する口腔機能低下前からの普及啓発とともに、通いの場などを活用した口腔機能の維持・向上のための環境整備を行います。
- ◆ 効果的な歯科口腔保健施策を推進するために、歯科疾患や歯科口腔保健に関する実態調査を定期的に実施します。
- ◆ 秋田県口腔保健支援センター※の機能を通じて、歯科保健医療等業務に従事する者等に対する情報提供、研修、その他の支援等を実施します。

※ 秋田県歯と口腔の健康づくり推進条例に基づき、県健康づくり推進課内に設置し、歯科保健に関する情報提供や訪問保健指導等を実施。

10 血液の確保・適正使用対策

○ 現 状 と 課 題 ○

(1) 献血者の確保

- ◇ 血液製剤は、「安全な血液製剤の安定供給の確保等に関する法律」により、国内自給（国内で使用される血液製剤が原則として国内で行われる献血により得られた血液を原料として製造されることをいう。）を基本としています。
- ◇ 毎年度、国が示す確保すべき原料血漿の量に基づき、県の献血目標を設定していますが、赤十字血液センター、市町村及び関係団体の協力により、必要とされる量の血液を概ね確保しています。
- ◇ 少子高齢化等の進展により、将来の献血を担う若者が減少していることから、献血者を安定的に確保できる体制が求められています。

(2) 血液製剤の適正使用

- ◇ 各医療機関、赤十字血液センターと県が平成 10 年に秋田県合同輸血療法委員会を組織し、医療機関における血液製剤の適正使用の推進に取り組んでいます。

○ 目 指 す べ き 方 向 ○

(1) 献血者の確保

- ◆ 令和 3 年に厚生労働省が設定した献血推進目標「献血推進 2025」に基づき、若年層の献血者数及び複数回献血の増加、安定的な集団献血の確保、献血の周知度の向上を目指します。

(2) 血液製剤の適正使用

- ◆ 赤十字血液センターや関係機関と連携し、血液製剤の安全性を確保するとともに適正使用を推進します。

○ 主 要 な 施 策 ○

(1) 献血者の確保

- ◆ 献血の重要性について、若年層を含めた県民の理解と協力が得られるよう、きめ細かな献血思想の普及啓発に一層努めます。
- ◆ 赤十字血液センター及び市町村とより緊密な連携を図り、献血者の利便性を考慮した献血受入れ体制を整備するなど、献血者確保のための取組を共に進めます。

(2) 血液製剤の適正使用

- ◆ 秋田県合同輸血療法委員会の活動を通じ、情報の収集と協議を多角的に行い、関係者の情報共有と周知を図るなど、血液製剤の安全性の確保と適正使用の推進に努めます。
- ◆ 医療需要に応じた血液製剤の確保や、医療機関からの緊急要請等における供給システムの充実等、赤十字血液センターの取組を支援します。
- ◆ 輸血の安全性を高めるため、赤十字血液センターの協力の下、自己血輸血の推進を図ります。

11 医薬品の適正使用対策

○ 現 状 と 課 題 ○

- ◇ 薬局は5疾病・6事業及び在宅医療のそれぞれの医療連携体制の中で、調剤を中心とした医薬品、医療・衛生材料等の供給の拠点としての役割に加え、医療機関等と連携して患者の服薬情報の一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導を行うこと、入退院時における医療機関等との連携、夜間・休日等の調剤や電話相談への対応等の役割を果たすことが求められており、薬局の機能について患者や住民に対する分かりやすい情報提供の推進を図ることが重要となっています。
- ◇ 地域包括ケアシステムが機能するためにはその調整役が必要であり、かかりつけ医、かかりつけ薬剤師・薬局、ケアマネジャー等の役割が重要となっています。
- ◇ 医薬品の適正使用の観点から推進に努めている本県の医薬分業は、平成14年度には70%を超え（日本薬剤師会推計）、令和4年度の医薬分業率は89.3%であり、全国平均の76.6%を大きく上回り、全国で第1位となっています。
- ◇ 厚生労働省では、「患者のための薬局ビジョン」を策定し、かかりつけ薬剤師・薬局の機能として、
 - ①服薬情報の一元的・継続的把握とそれに基づく薬学的管理・指導
 - ②24時間対応・在宅対応
 - ③医療機関等との連携をあげ、また、患者等のニーズに応じて強化・充実すべき機能として、
 - ①積極的に地域住民の健康の維持・増進を支援する健康サポート機能
 - ②専門的な薬物療法を提供する高度薬学管理機能を提示し、薬局再編の全体像として、2025年までに全ての薬局を「かかりつけ薬局」に再編することを目指しています。

また、セルフメディケーション※の推進の観点から、薬局・薬剤師を地域の健康情報の拠点として活用するため、かかりつけ薬剤師・薬局の基本的な機能を備えた上で積極的に地域住民の健康の維持・増進を支援する「健康サポート薬局」の届出・公表制度を平成 28 年 10 月から開始しています。

※ セルフメディケーションは、世界保健機関（WHO）において、「自分自身の健康に責任を持ち、軽度な身体の不調は自分で手当てすること」と定義されています。

加えて令和 3 年 8 月より、患者が自身に適した薬局を選択できるよう、入退院時等の医療機関等との情報交換や、在宅医療等に地域の薬局と連携しながら一元的・継続的に対応できる薬局（地域連携薬局）や、がん等の専門的な薬学管理に関係機関と連携して対応できる薬局（専門医療機関連携薬局）が制度化されています。

- ◇ 新薬と同じ有効成分で薬価の安い後発医薬品の使用により、患者負担の軽減や医療保険財政の改善を図ることができます。本県の後発医薬品の使用状況は、令和 4 年度で 84.2 %（全国 21 位）となっており、今後は現状を維持しつつも、併せて複数種類の医薬品の投与の適正化や、医薬品不足に柔軟に対応する等、医薬品の適正使用について推進していく必要があります。

○ 目指すべき方向 ○

- ◆ 県民が医薬分業の利点を実感できるよう、患者本位の医薬分業の実現を目指します。
- ◆ 地域包括ケアシステムの一翼を担うかかりつけ薬剤師・薬局が、かかりつけ医やケアマネジャー等とともにネットワークの調整機能としても貢献できるよう支援します。
- ◆ 地域住民による主体的な健康の維持・増進を積極的に支援する「健康サポート薬局」の一層の周知を図ります。
- ◆ 入退院時等における医療機関等との情報交換や、在宅医療等における地域の医療機関や他の薬局と連携しながら患者に対し一元的・継続的に対応できる「地域連携薬局」の周知を図ります。
- ◆ 災害時等において、緊急的に必要となる医薬品等の備蓄体制を構築します。

○ 主要な施策 ○

- ◆ 「患者のための薬局ビジョン」を踏まえ、かかりつけ薬剤師・薬局の機能（お薬手帳を活用した服薬情報の一元的・継続的把握等）や、地域連携薬局、健康サポート薬局の重要性等について、普及啓発していきます。

- ◆ 地域包括ケアシステムにおけるかかりつけ薬剤師・薬局として、ICT を活用した診療情報の共有化やネットワーク調整機能（患者等も含めた「顔の見える関係づくり」）、地域の中で支援を必要とされる患者・要介護者へ確実に支援が届くための活動の実施可能性等について検討していきます。
- ◆ 地域住民が日常的に気軽に立ち寄ることができるという薬局の特性を生かし、薬局利用者本人又はその家族等からの健康や介護等に関する相談を受け、解決策の提案や適当な行政・関係機関へ連絡・紹介を行う健康情報拠点としての健康サポート薬局が十分に貢献できるよう、その活用方法や支援方法等を検討していきます。
- ◆ 県民が後発医薬品を含めた医薬品を安心して使用できるよう、医薬品の適正使用について正しい情報を提供する等、効果的な活用のため関係機関との連携を図る等、環境整備に努めます。
- ◆ 秋田県薬剤師会医薬品情報センターに設置する「ファクシミリー斉同報システム」等を活用し、薬局及び医療機関への迅速な情報伝達を図ります。
- ◆ 被災時に必要な医薬品及び衛生材料等について、医薬品卸売販売業者及び医療機器販売業者等と連携を取りながら、流通在庫備蓄方式により備蓄体制の整備に努めます。

第2章 保健・医療・福祉の総合的な取組

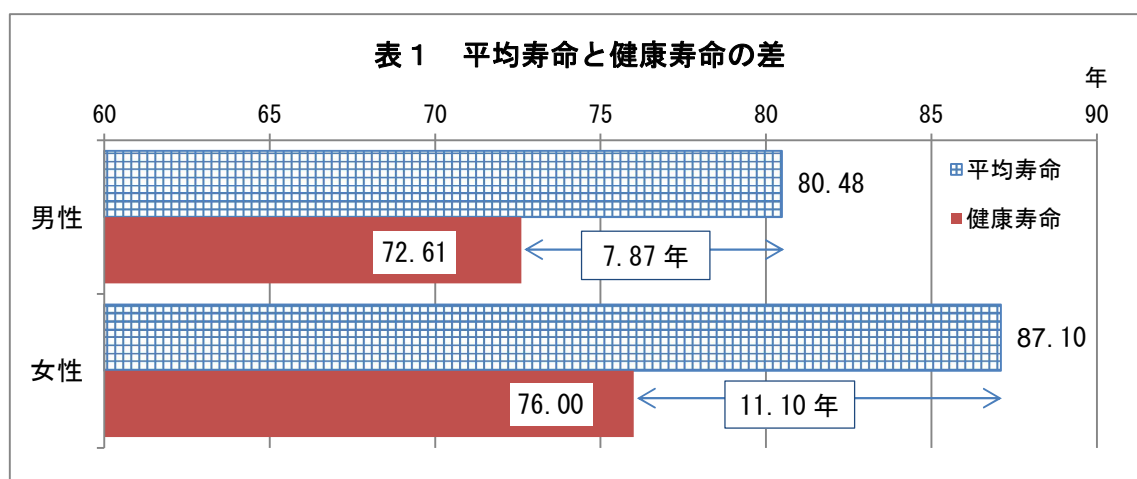
第1節 健康寿命の延伸・健康格差の縮小

○ 現 状 と 課 題 ○

◇ 健康寿命の状況

健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間を「健康寿命」といいます。

令和元年の本県健康寿命は、男性が72.61年（全国26位）、女性が76.00年（全国15位）となっています。平均寿命と健康寿命との差は、男性が7.87年、女性は11.10年となっており、平均寿命だけでなく、健康寿命を延伸することが重要です。



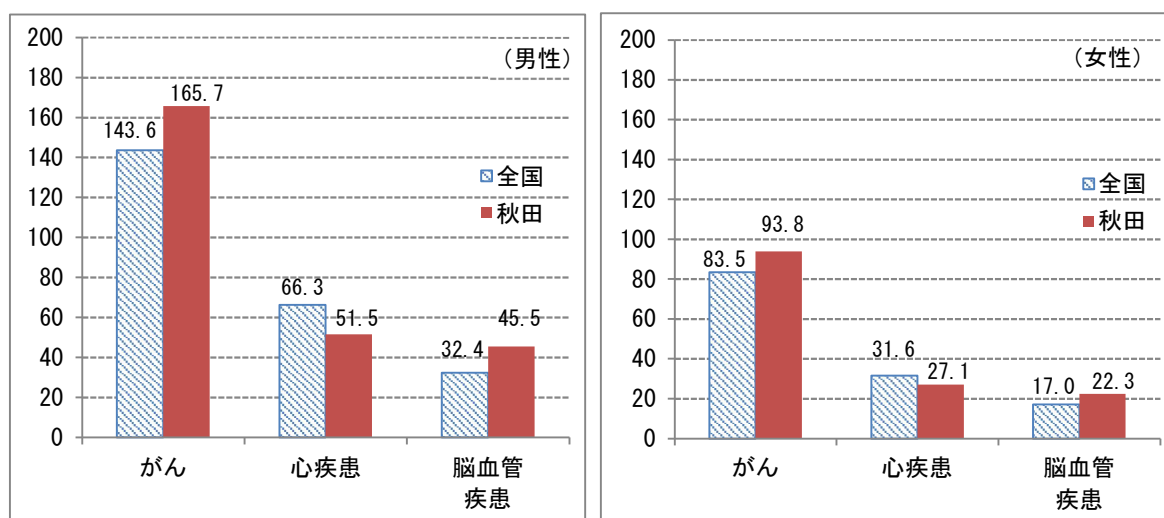
出典：健康寿命は、厚生労働科学研究費補助金による「健康寿命の指標化に関する研究」
平均寿命は、厚生労働省「都道府県別生命表」（令和2年）

◇ 疾患等の状況

がんや脳血管疾患などの生活習慣病による年齢調整死亡率は減少傾向にあるものの、依然として全国と比較して高い状況にあることから、一次予防・重症化予防に重点的に取り組む必要があります。

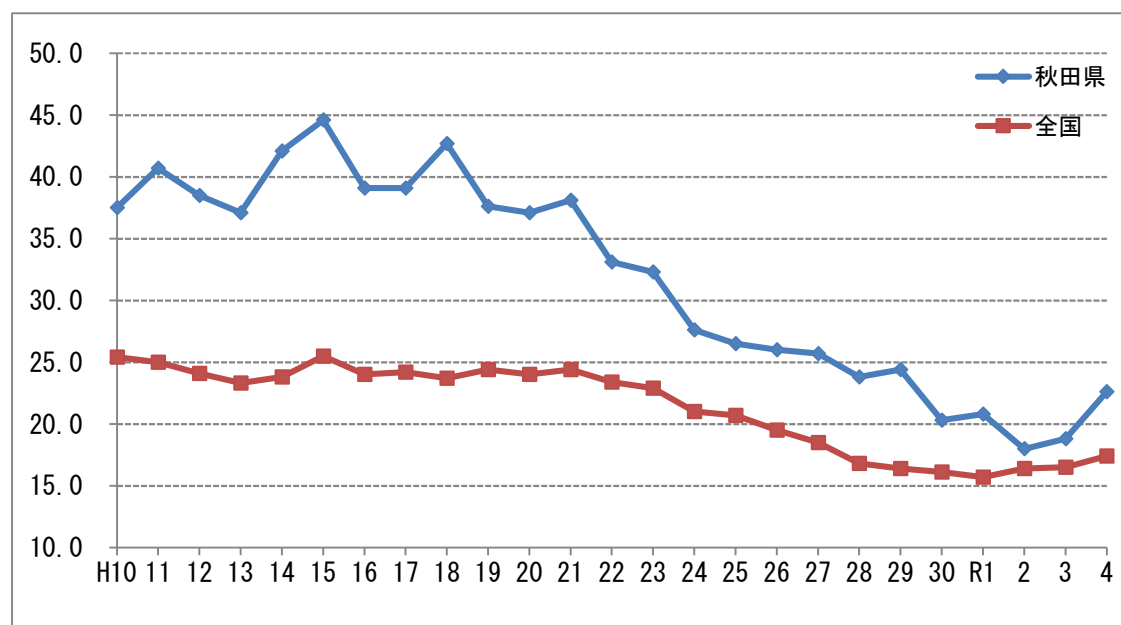
また、自殺死亡率は減少傾向にあるものの、全国よりも高い状況が続いており、引き続き、重点的な取組が必要です。

表2 令和4年主な死因別男女別年齢調整死亡率（人口10万対）



出典：県健康づくり推進課調べ（令和4年）

表3 自殺死亡率の年次推移（人口10万対）



出典：厚生労働省「人口動態統計」

○ 目指すべき方向 ○

（1）健康づくり県民運動の推進

- ◆ 健康寿命を延伸していくためには、県民一人ひとりが健康意識を高め、生活習慣の改善につなげるとともに、社会全体で健康づくりに取り組みやすい環境を整備していく必要があります。そこで、県民が一丸となって健康づくりに取り組む県民運動を展開しながら健康寿命の延伸を図ります。

(2) 健康格差の縮小に向けた要因の分析

- ◆ 個人の健康は、地域や社会経済状況の違いなど、個人を取り巻く環境による影響を受けます。このような環境の違いによる集団間の健康状態の差は、「健康格差」といわれています。
- ◆ 市町村間の健康格差が拡大していることから、健康格差の縮小に向け、データの活用等により、格差を生む要因になっている環境の把握とその環境の改善に努めます。

(3) 個人の行動変容と健康状態の改善

- ◆ 生活習慣を改善して健康を増進し、生活習慣病等の発症を予防する「一次予防」と早期発見・早期治療、未受診者や未治療者への対策による「重症化予防」を推進します。
- ◆ 一方で、生活習慣病以外でも、ロコモティブシンドローム、フレイル、メンタル面の不調など、日常生活に支障を来す状態となることもあるため、生活習慣病の一次予防・重症化予防だけではなく、フレイル予防やこころの健康などの心身両面の健康づくりを推進します。

(4) 社会環境の充実

- ◆ 就労・ボランティア・通いの場といった居場所づくり・社会参加は、こころの健康をはじめとして、様々な面で健康に良い影響を与えることから、社会参加を促す取組を推進します。
- ◆ 仕事や子育てなどで忙しく、健康づくりに時間を割く余裕のない働き盛り世代や健康に関心の薄い層に対して、望ましい食生活、身体活動・運動などの健康づくりに関する取組を促し、またその取組を無理なく実践できる環境づくりを進めます。

○ 主 要 な 施 策 ○

(1) 健康づくりを促す環境の整備

- ◆ 企業や団体、大学、地域で健康づくりに取り組む人材等と連携して県民の健康意識の向上を図ります。
- ◆ SNS 等の様々な媒体を活用し、ライフステージなどに応じた効果的な健康づくりに関する広報に取り組みます。
- ◆ 健康経営の考え方を企業等に普及させていくことにより、秋田県版の健康経営優良法人を拡大していきます。

（２）データ活用推進

- ◆ 大学や医療保険者等と連携した医療費・健診データの分析により、地域の健康課題を把握し、健康づくりの取組に反映させます。

（３）食生活改善による健康づくりの推進

- ◆ 乳幼児期から高齢者まで、それぞれの世代に応じた食を通じた健康づくりを推進します。
- ◆ 減塩や野菜・果物摂取量の増加に向けた普及啓発を進めます。
- ◆ 学校等の関係機関と連携して食育の取組を推進し、子どもの頃からの望ましい食生活の定着を図ります。
- ◆ 外食や中食においても健康的な食事を選択したり、健康に配慮した調味料等の食品を手にとったりする機会が増えるよう、企業、関連団体等と連携した食環境の整備を図ります。

（４）運動による健康づくりの推進

- ◆ ICT を活用したイベントなどの運動機会の提供により、運動習慣の定着を図ります。
- ◆ 学校等との連携により、子供の運動習慣の定着に向けた対策を推進します。

（５）たばこ・アルコール対策の強化

- ◆ 望まない受動喫煙が生じない環境整備のため、受動喫煙防止宣言施設の更なる普及や県民への周知などに努めます。
- ◆ 禁煙を希望する人に対して、特定保健指導等の機会を活用した啓発や禁煙外来を行う医療機関を紹介するなど、効果的な禁煙支援を行います。
- ◆ 多量飲酒による健康障害を防ぐため、適正飲酒に関する啓発を進めます。
- ◆ 20 歳未満の人と妊産婦における飲酒・喫煙をなくす取組を推進します。

（６）健（検）診受診の促進

- ◆ 健（検）診制度の周知や受診しやすい環境の整備等により、特定健康診査やがん検診の受診促進に取り組みます。
- ◆ 疾患の早期発見・早期治療につなげるため、健（検）診の結果に基づく精密検査や保健指導を受けるよう啓発を進めます。
- ◆ 市町村等の医療保険者が効果的な保健指導を実施できるよう、保健指導に関する好事例の共有や研修会の開催等により、保健指導者の資質向上に取り組みます。

(7) 歯科口腔保健の推進

- ◆ 秋田県口腔保健支援センターの機能を活用した歯科保健指導のほか、8020 運動の推進やオーラルフレイル予防などの取組を進めます。

(8) こころと体の健康につながる環境づくり

- ◆ 適切なストレス対処法を普及します。
- ◆ 職場におけるメンタルヘルス対策を推進します。
- ◆ 睡眠習慣についての正しい知識の普及を図ります。

第2節 地域包括ケアシステムの深化・推進

(1) 多様な主体の連携強化等による包括的支援体制の構築

○ 現 状 と 課 題 ○

- ◇ 地域包括ケアシステムの構築に向けた関係者の連携については、地域包括支援センターや関係団体による多職種連携の取組、在宅医療・介護連携推進事業等を通じて、顔の見える関係づくりが進んでいる地域がある一方で、医療・介護資源が偏在する状況などにより、市町村によって事業の進捗にばらつきがみられ、県全体としてはまだ十分とはいえない状況です。
- ◇ 今後、医療と介護の両方を必要とする高齢者が増加する中、介護が必要な状態になっても、住み慣れた地域や自宅で生活し続けることができるよう、連携のコーディネーター役を担う市町村（地域包括支援センター）や、郡市医師会、医療機関を中心とした連携を促進し、在宅医療・介護の提供体制の整備を図る必要があります。
- ◇ 地域包括ケアシステムの考え方は普遍化し、高齢者だけでなく、障害者や難病を抱える方等への包括的支援体制の強化が求められており、「地域共生社会」を見据えて、誰もが尊重され、その人らしい生活を実現できるよう、医療・介護等の様々なサービスを切れ目なく提供し、生活上の困難を抱える方を地域で支える体制づくりが必要です。

○ 目 指 す べ き 方 向 ○

- ◆ 地域包括ケアシステム構築の中心的役割を担う市町村の取組を促進するため、地域振興局（保健所）、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」等と連携しながら、全県又は地域によって不足している分野の底上げを図ります。
- ◆ 市町村が行う在宅医療・介護の連携を推進するため、必要な人材の育成や、広域連携に係る関係団体との連携等を支援します。
- ◆ 地域（在宅医療圏域）において、住まい、医療（病院・診療所）、歯科診療所、薬局、訪問看護、介護・福祉サービス、介護予防、生活支援のサービスがつながり、包括的かつ継続的に提供される仕組みづくりを推進します。

○ 主 要 な 施 策 ○

- ◆ 各地域振興局において、管内市町村等が主催する会議や研修会へ参画するとともに、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」等と連携しながら、地域の課題の把握や分析及び地域づくりに関する助言等を実施します。
- ◆ 市町村職員等を対象に在宅医療・介護連携に関する研修会を開催するほか、各種の情報提供や助言等を行います。また、「在宅医療に必要な連携を担う拠点」が、圏域内に協議の場を設け、市町村が行う在宅医療・介護連携推進事業との連携を図ります。
- ◆ 多様なニーズに対応するため、医療・介護・福祉など、地域包括ケアシステムを支える地域の様々な機関等による多職種の連携及び顔の見える関係づくりを促進します。

（２）地域包括ケアシステムの構築を進める地域支援体制の充実

○ 現 状 と 課 題 ○

- ◇ 地域包括支援センターは、地域包括ケアシステムの中心的な役割を担っており、総合相談支援や権利擁護、ケアマネジメント支援等を実施していますが、要支援者の増加、業務の多様化により人材の確保、質の向上が課題となっています。
- ◇ また、地域包括支援センターは、地域ケア会議の開催による個別事例の検討を通じて、地域包括支援ネットワークの構築や地域課題の把握を行うとともに、地域づくりや資源開発並びに政策形成につなげていくことが重要です。

○ 目 指 す べ き 方 向 ○

- ◆ 地域の実情を踏まえ、地域包括支援センターの機能充実に向けた支援を行います。
- ◆ 地域ケア会議の開催を支援し、多職種協働による個別事例のケアマネジメントの充実と地域課題の解決による地域包括ケアシステムの構築を促進します。

○ 主 要 な 施 策 ○

- ◆ 地域包括支援センターの事業評価により運営を支援するほか、職員のスキル向上のための研修を実施する等、機能強化を図ります。
- ◆ 自立支援型地域ケア会議を推進するため、専門職やケアマネージャー向けの研修会や市町村の課題に則した支援を行うほか、市民向けのセミナー等により自立支援・介護予防の考え方の普及を図ります。

第3節 高齢者に関する取組

1 介護保険サービスの利用

(1) 居宅サービスの充実

○ 現 状 と 課 題 ○

- ◇ 居宅サービスは、自宅や子供の家での介護を希望する高齢者が多いことに加え、介護保険制度が住民の間に浸透していること、また、地域密着型サービスの拡充、短期入所サービスの整備が進み、サービスが身近な使いやすいものとなったことなどから、利用者数が増加しています。
- ◇ 要支援・要介護認定者の増加に伴い、今後も、居宅サービスのニーズは高まると予想されます。
- ◇ 介護保険制度を適切に運営していくためには、介護に携わる人材を安定的に確保するとともに、サービスの質を向上していく必要があります。

○ 目 指 す べ き 方 向 ○

- ◆ 増加する介護サービス量や介護ニーズの高度化等に対応し、サービスに携わる人材について量的・質的の両面から確保を図ります。
- ◆ 高齢者ができる限り住み慣れた地域で在宅生活を継続できるよう、居宅サービスの供給体制を整備するとともに、市町村が地域の実情に合わせて取り組む生活支援サービスの提供を支援し、高齢者の自立と社会参加を促進します。

○ 主 要 な 施 策 ○

- ◆ 「秋田県介護保険事業支援計画」に基づき、必要な介護サービス量を確保するよう、市町村を支援します。
- ◆ 「介護サービス事業所認証評価制度」の普及を進め、職員の処遇改善や人材育成などに積極的に取り組んでいる優良な事業者を増加させることで、業界全体のイメージ向上につなげるとともに、処遇改善などでより厳しい基準を設けた上位認証評価制度の導入も視野に、介護業界のトップランナーを創出し、より働きやすい職場環境づくりを進め、介護人材の確保・育成・定着を図ります。
- ◆ 秋田労働局や秋田県福祉保健人材・研修センターと連携し、マッチングにつながる活動を実施するほか、中高校生等の職場体験や中高齢者層を対象とした研修・介護体験、

再就職に必要な費用の貸付による離職した介護福祉士等への再就業支援の実施等により、多様な人材の参入を促進します。

- ◆ 介護職員の賃金水準の向上を図るため、介護職員等処遇改善加算を取得していない事業所に対して、取得に向けた働きかけを行います。
- ◆ 介護ロボット・ＩＣＴ導入について、相談支援窓口の設置や外部専門家による伴走型支援、導入経費の補助等を行うとともに、理学療法士による腰痛等予防対策の普及などに取り組み、労働環境等の改善による人材確保・定着が図られるよう支援します。

（２）施設サービスの充実

○ 現 状 と 課 題 ○

- ◇ 本県の 65 歳以上人口は減少局面に入りましたが、2040 年を見通すと、85 歳以上人口が急増することから、要介護高齢者は増加を続けるものと見込まれます。2040 年には 3 世帯に 1 世帯の割合で高齢者のみの世帯となる見込みとなっており、家庭内介護力の低下が懸念されます。
- ◇ 地域によって高齢化の状況が異なることから、中長期的な地域の人口動態や介護ニーズの見込み等を踏まえて、施設サービスの充実を図っていく必要があります。
- ◇ 介護保険制度を適切に運営していくためには、介護に携わる人材を安定的に確保することが必要です。

○ 目 指 す べ き 方 向 ○

- ◆ 「秋田県介護保険事業支援計画」に基づき、必要な介護サービス量を確保するよう、市町村を支援します。
- ◆ 増加する介護サービス量や介護ニーズの高度化等に対応し、サービスに携わる人材について量的・質的の両面から確保を図ります。
- ◆ 地域における介護施設サービス等のニーズの受け皿の一端を担う「サービス付き高齢者向け住宅」や「有料老人ホーム」で行われる住宅提供に付帯したサービスの適正な普及・促進を図るとともに、入居者に対する保護の充実を図ります。
- ◆ 高齢者の尊厳を支える個別ケアの確立という観点から、ユニット型施設の推進を基本としながら、待機者の解消や地域の実情を踏まえ、ユニット型施設以外の施設も含めたバランスのある整備を進めます。

○ 主 要 な 施 策 ○

- ◆ 「秋田県介護保険事業支援計画」に基づき、必要な介護サービス量を確保するよう、市町村を支援します。
- ◆ 老人福祉施設等環境整備事業等により、市町村の介護保険事業計画に基づく施設整備を計画的に推進します。
- ◆ 老朽施設の改築、多床室の個室化など、居住環境、処遇に配慮した施設の質的向上を進めます。
- ◆ 入所希望者がニーズに合った「有料老人ホーム」を適切に選択できるよう、情報公表を促進するとともに、事業者による届出の徹底などの指導を強化します。
- ◆ 人材確保対策について、「(1) 居宅サービスの充実」と同様に取り組を進めます。

(3) 利用者本位のサービス提供体制の整備

○ 現 状 と 課 題 ○

- ◇ 介護サービス事業者を育成し、介護保険制度への理解とサービスの質の向上を図るため、定期的に運営指導、集団指導、監査を実施していますが、ほとんどの介護サービス事業者において改善を要する事項が認められます。
- ◇ 介護サービスの情報公表は、利用者が適切な介護サービス事業所を選択することができるよう、法により義務づけられた制度であり、情報の公表を行っている指定情報公表センターのホームページへのアクセスは、年間約4万件となっています。
- ◇ 令和6年度から、介護サービスを行う全ての法人に財務情報の公表が義務付けられることになりました。
- ◇ 利用者が必要とする情報を、わかりやすく、簡単に取得することができるよう、情報提供体制を整備する必要があります。

○ 目 指 す べ き 方 向 ○

- ◆ 介護サービス事業者に対して、介護保険制度に対する正しい認識と理解が得られるよう指導体制の強化を図るほか、指定基準違反や不正請求等の疑いのある事業所には、迅速かつ的確に監査を行うなど、厳正に対処します。
- ◆ 「介護サービス情報の公表」を推進することにより、利用者がサービスを選択する際

に役立てるとともに、事業者が自らのサービスを見直し、改善するなど、介護保険制度のそれぞれの場面で利活用され、サービスの質の向上が図られるようにします。

○ 主 要 な 施 策 ○

- ◆ 介護サービス事業者等によるサービスの質の確保と向上を図るため、運営指導、集団指導、監査等を実施します。
- ◆ 介護職員の労働環境の改善や法令遵守のため、適正な業務管理体制の整備について指導します。
- ◆ 正確な情報公表を行うため、調査員を養成し、介護サービスの情報がより一層活用され、広く定着するよう制度の普及啓発を図ります。

2 高齢者の社会参加と介護予防の推進

(1) 社会参加活動の促進

○ 現 状 と 課 題 ○

- ◇ 生産年齢人口が減少する中で、豊かな経験や知識・技能を生かして、元気な高齢者が社会を支える担い手として活動することが期待されています。社会を支える担い手になってもらうことにより、社会的役割や自己実現を果たすことが介護予防にもつながるといわれています。
- ◇ 令和5年度に行った県民意識調査では、60歳代の62.5%、70歳以上の52.8%が「令和4年度中に仕事や社会活動等（趣味や健康づくり、生涯学習を含む。）を行った」と回答しています。
- ◇ 地域に根ざして、自主的に健康づくりや環境美化など様々な活動を行っている老人クラブは、高齢者数の増加に相反して、クラブ数、会員数ともに減少傾向にあります。

○ 目 指 す べ き 方 向 ○

- ◆ 高齢者の社会参加につながる場所や機会を増やし、高齢者の孤立化の防止と地域とのつながりの強化を推進します。
- ◆ 地域において様々な活動を行う老人クラブの減少を防ぐため、老人クラブの活性化に必要な情報を発信するとともに、加入促進や新たな組織の立ち上げに係る活動等を支援します。

○ 主 要 な 施 策 ○

- ◆ 役割のある形での高齢者の社会参加等を促進するため、「就労的活動支援コーディネーター」の市町村への配置の推進や、企業に対する高齢者の雇用拡大に関する働きかけ等を通じ、就業・雇用の促進を図ります。
- ◆ スポーツ・文化・地域伝統芸能活動等の取組を支援し、高齢者のさまざまな形での社会参加を促進します。
- ◆ 老人クラブは、地域の清掃活動や見守り活動、地域パトロール等の地域貢献活動の担い手としての役割が期待されていることから、老人クラブが行う組織強化の活動等を引き続き支援します。

(2) 介護予防の推進

○ 現 状 と 課 題 ○

- ◇ 高齢者が、住み慣れた地域で、自立した日常生活を営むためには、要介護状態にならないよう、また、要介護状態になったとしても状態が悪化しないよう、介護予防の取組を積極的に推進していく必要があります。
- ◇ 市町村が行う「介護予防・日常生活支援総合事業」においては、民間事業者や住民主体による多様な介護予防・生活支援サービスの提供が可能となっています。

○ 目 指 す べ き 方 向 ○

- ◆ 市町村及び地域包括支援センターへの支援を継続し、介護予防の充実を図ります。

○ 主 要 な 施 策 ○

- ◆ 地域の実情に応じて、民間事業者やNPO、老人クラブなどによる見守り、配食、外出支援など、様々な主体によるサービスの提供を推進するとともに、事業費に対し助成します。
- ◆ 生活支援コーディネーター等を対象に研修会や情報交換会を開催し、県内の好事例の情報共有を行います。

- ◆ 市町村が介護予防に資すると判断する住民主体の通いの場について、市町村との協働により多様な主体の参画や取組の充実を支援します。

3 相談体制の充実

○ 現 状 と 課 題 ○

- ◇ 高齢者の身近な相談機関である地域包括支援センターは、要支援者の増加、業務の多様化により、人材の確保、質の向上が課題となっています。
- ◇ 高齢者の相談については、相談内容が医療・介護・保健など健康に関するもののほか、年金・家族・住まい・地域など多岐にわたっています。そのため、関係機関と連携を密にしながら、これらに応じた専門的、総合的な相談体制を整える必要があります。

○ 目 指 す べ き 方 向 ○

- ◆ 地域包括支援センターは、高齢者の相談支援体制の核となる機関であることから、相談に対応する職員の資質向上など、センターの機能強化を図ります。
- ◆ 複雑化・多様化する課題にも対応することができるよう、制度・分野ごとの「縦割り」を超えた包括的な支援体制の整備を推進します。

○ 主 要 な 施 策 ○

- ◆ 地域包括支援センターの職員が、法制度の改正や社会情勢の変化にも柔軟に対応できるよう、研修等を実施し、職員の資質向上を支援します。
- ◆ 地域課題を解決するための包括的な支援体制を整備する「重層的支援体制整備事業」に取り組む市町村に対して、必要な助言等の支援を実施します。

第4節 障害児・者に関する取組

1 障害のある子どもの療育

(1) 療育体制の充実【再掲】 ※障害保健医療対策（257 ページ）の再掲

○ 現 状 と 課 題 ○

- ◇ 障害のある子どもやその保護者が、住み慣れた地域で安心して暮らすためには、子どもの成長とともに一貫した療育が提供されることが望まれます。このため、身近な地域で適切な療育が受けられる地域療育体制の整備を図る必要があります。

○ 目 指 す べ き 方 向 ○

- ◆ 障害のある子どもが、身近な地域で療育の提供等を受けるため、療育支援体制をもつ施設の機能を活用した在宅障害児福祉の向上
- ◆ 秋田県立医療療育センターを中心とした療育体制の整備と県内どこでも必要な支援を受けられることができる地域づくりの推進
- ◆ 在宅で生活する医療的ケア児等に対する在宅支援の充実強化

○ 主 要 な 施 策 ○

- ◆ 障害児等療育支援事業により、身近な地域、家庭で療育相談・指導が受けられる体制を整備します。
- ◆ 県の中核的拠点施設である秋田県立医療療育センターや県北・県南地区に設置した地域療育医療拠点施設の運営を支援し、専門的支援体制の充実強化を図ります。
- ◆ 秋田県医療的ケア児支援センター「コラソン」を中心に、医療的ケア児に対する身近な地域での療育支援体制を強化するとともに、「キッズナラティブ秋田」の活用を推進し、医療的ケア児及びその家族が地域で安心して暮らしていけるよう、医療・保健・福祉等の連携体制の構築を図ります。

(参考) 秋田県の療育医療体制

地区	医療機関名	診察・訓練	歯科診療
県北	大館市立総合病院		○
	北秋田市民病院	○	
中央	秋田県立医療療育センター (中核的拠点施設)	○	○
県南	平鹿総合病院	○	
	雄勝中央病院		○

(2) 相談体制の充実

○ 現 状 と 課 題 ○

- ◇ 障害のある人の相談については、相談内容が福祉・保健にとどまらず、教育・雇用・住まい・活動の場など、多岐にわたっています。そのため、関係機関と連携を密にしながら、これらに応じた専門的、総合的な相談体制を整える必要があります。

○ 目 指 す べ き 方 向 ○

- ◆ 障害のある人が身近で気軽に相談できる相談支援体制の充実と関係機関の連携強化
- ◆ 障害福祉サービスの利用促進及び情報の提供

○ 主 要 な 施 策 ○

- ◆ 障害のある人が身近で気軽に相談できるよう、各地域における基幹相談支援センターの設置を促進すると共に、相談支援アドバイザーや自立支援協議会を活用し、市町村や相談支援事業所における相談機能の充実を支援します。
- ◆ 秋田県立医療療育センターや児童相談所、発達障害者支援センター等において、障害のある子どもに対する専門的な相談・指導が受けられる体制を整備します。

2 障害福祉サービスの利用

○ 現 状 と 課 題 ○

- ◇ 障害のある人も住み慣れた家庭や地域で共に暮らしながら、生きがいを持って、生き生きと活躍できる社会が求められているなか、本県では、障害のある人や家族の高齢化、障害の重度化により、地域移行が難しい現状にあります。

こうした現状においても、障害の特性に応じた自分に合ったサービスを選択することが重要であることから、地域移行の推進に向けた支援体制の構築とともに、入所機能維持に向けた環境整備を図る必要があります。

○ 目 指 す べ き 方 向 ○

- ◆ 個々の障害者のニーズや実態に応じた障害福祉サービスの提供体制や情報提供体制の充実強化
- ◆ 地域で安心して社会生活を営むためのグループホーム等の計画的な整備の促進
- ◆ 障害の種類や特性に応じた支援を行うための障害福祉人材の育成

○ 主 要 な 施 策 ○

- ◆ 市町村と連携した障害福祉サービス、地域生活支援事業の促進を図ります。
- ◆ 障害児・者施設整備補助事業を活用し、グループホーム等の整備や施設の修繕等を実施します。
- ◆ 秋田県障がい者総合支援協議会に設置する人材育成部会における議論や、秋田県人材育成ビジョンを踏まえた各種研修の実施、支援者同士の連携等による人材育成の取組を進めます。

3 権利擁護の推進

○ 現 状 と 課 題 ○

- ◇ 障害のある人やその保護者は、将来の生活維持や財産管理等の面について不安を抱いています。日常生活や社会生活に関して、障害者自らの意思が反映された生活が可能となるよう意思決定支援を行うなど、障害のある人の権利擁護を推進する必要があります。

○ 目 指 す べ き 方 向 ○

- ◆ 障害のある人の権利擁護等に係る相談を行う障害者110番事業の充実
- ◆ 障害を有し判断能力が不十分な人の自立した生活に向け、福祉サービスの利用を支援
- ◆ 障害を理由とする差別の解消、虐待の防止や早期発見、自立への支援等による障害のある人の権利擁護の推進

○ 主 要 な 施 策 ○

- ◆ 障害のある人が安心して安全に生活できるよう、成年後見制度の利用の普及を図ります。
- ◆ 障害のある人の権利擁護や虐待の防止、差別の解消等を図るため、普及啓発を行うとともに、障害者110番事業による相談対応、県障害者権利擁護センター及び市町村虐待防止センターの運営の充実強化を図ります。

第5節 母子保健及び子育てに関する取組

1 母子保健

(1) 妊娠・出産への支援

○ 現 状 と 課 題 ○

- ◇ 出産年齢の上昇や低出生体重児の割合が増加しており、妊婦自身の健康状態と胎児の育ち具合を確認することが一層重要になっています。このため、妊婦健康診査及び産婦健康診査の適切な受診や新生児に対する検査などにより、安全・安心な出産や早期療育ができる環境整備が必要です。
- ◇ 少子化や核家族化の進行等により、妊娠・出産・子育てに関して不安を抱える妊産婦やその家族が増えており、切れ目のない母子保健事業を実施していく必要があります。
- ◇ 不妊治療は、治療すれば必ず妊娠に至る訳ではなく、また終わりが見えにくいなど、患者の負担が大きく、継続的に支援していく必要があります。

○ 目 指 す べ き 方 向 ○

- ◆ 健やかに妊娠・出産・子育てができる環境を整備し、妊産婦や乳幼児の健康の保持増進を図ります。
- ◆ 市町村が行う妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援体制づくりを支援するほか、地域全体で妊産婦やその家族を見守り、孤立させない取組を推進します。
- ◆ 不妊治療に伴う負担の軽減を図り、安心して継続的に治療を受けることができる体制の整備を推進します。

○ 主 要 な 施 策 ○

- ◆ 市町村において実施する、妊婦健康診査、妊娠・出産包括支援事業（産前・産後サポート、産後ケア、産婦健康診査等）及び乳幼児健康診査の切れ目のない母子保健事業の推進を図ります。
- ◆ 新生児の異常を早期に発見し、適切な治療や療育を受けられるよう体制整備を進めます。
- ◆ 早産等で小さく生まれた子どもとその家族の支援に向けた「リトルベビーハンドブック」の導入について、関係機関や市町村と連携して検討を進めます。（再掲）

- ◆ 不妊治療に対する県民及び職場等への理解の促進を図るとともに、情報提供や専門的な相談を受けることができる体制づくりを推進するなど、不妊治療に取り組む県民への支援を行います。

(2) 思春期からの健康づくり

○ 現 状 と 課 題 ○

- ◇ 望まない妊娠や性感染症は、一時的に健康を損なうだけでなく、人生設計や次世代へも影響を及ぼす恐れがある問題です。このため思春期世代が的確に自己決定・自己管理できるよう、正しい知識の普及に努める必要があります。

○ 目 指 す べ き 方 向 ○

- ◆ 次世代を育む思春期世代が、男女ともに性や妊娠に関する正しい知識を身に付け、健康管理を行うよう促す「プレコンセプションケア」を市町村や関係機関とともに推進します。

○ 主 要 な 施 策 ○

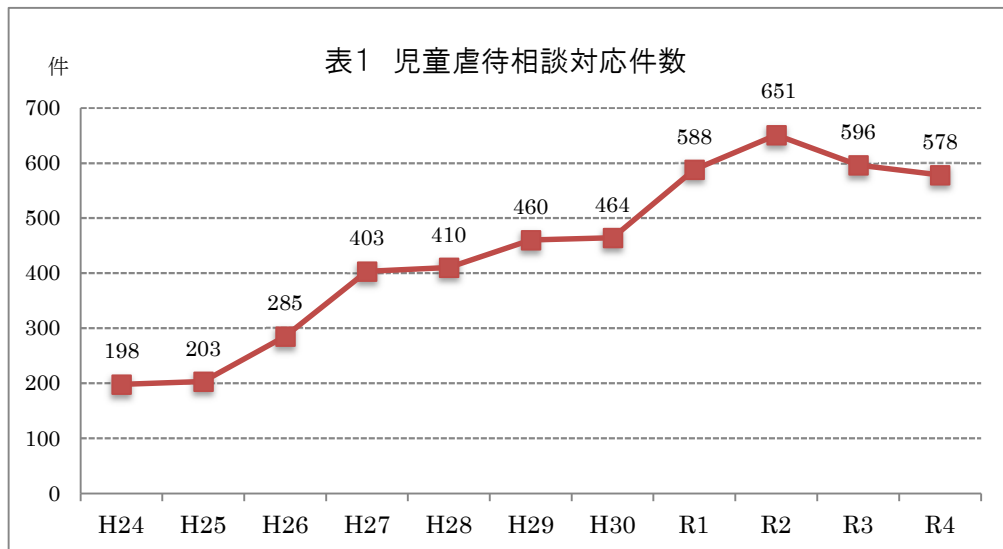
- ◆ 中学・高校生等を対象とした、産婦人科医等による性教育講座や、女性健康支援センターによる相談等の実施により、命の尊さや性に関する知識等の健康づくりに関する情報を提供します。
- ◆ 地域におけるプレコンセプションケアの推進を図るため、会議体を設置し、普及を図るためのリーフレット等を活用した周知啓発を図ります。

2 子育てに関する相談

○ 現 状 と 課 題 ○

- ◇ 県内の児童相談所が相談対応した児童虐待件数は、平成 24 年度は 198 件でしたが、令和 4 年度には 578 件になるなど、大きく増加しています。

また、児童福祉法の改正や秋田県子どもを虐待から守る条例の制定等により、児童虐待対応の強化が求められています。



出典：県地域・家庭福祉課調べ

○ 目指すべき方向 ○

- ◆ すべての子どもが、適切に養育され、その生活を保障され、その心身の健やかな成長や自立が図られるよう、児童虐待への対応を強化します。
- ◆ 社会的養育が必要な子どもについては、なるべく家庭的な環境で養育されるよう里親委託や児童養護施設の小規模化等を推進します。

○ 主要な施策 ○

- ◆ 児童相談所の体制強化、里親委託の推進、児童虐待防止のための啓発事業等を実施します。
- ◆ 児童や保護者等からの電話相談に 24 時間 365 日体制で対応します。

第3章 医療関係の人材確保と資質の向上

第1節 地域医療対策協議会の取組

1 地域医療対策協議会の開催経過

平成30年度以降、協議会は次のとおり9回開催されています。

第24回	平成30年	9月19日
第25回	平成31年	3月 4日
第26回	令和 元年	7月 3日
第27回	令和 元年	8月26日
第28回	令和 元年	12月25日
第29回	令和 2年	2月28日
第30回	令和 2年	8月27日
第31回	令和 4年	8月31日（オンライン）
第32回	令和 5年	8月 2日（対面 + オンライン）

今後も定期的に開催し、医療確保に関する施策を協議することとしています。

2 地域医療対策協議会での協議内容

第24～32回までの協議会において次の内容を協議しました。

- ◇ 第24回の協議会では、「医療法及び医師法の一部を改正する法律」への対応として、地域医療対策協議会の機能強化に伴う今後の運営等について協議したほか、「専門研修プログラム」について、協議会の意見をとりまとめ、「地域偏在解消のため、都市部の募集定員の大幅削減」や「地方都市で若手医師・女性医師が研修しやすい環境整備への特段の配慮」を県の意見として厚生労働省へ提出しました。また、「若手医師・女性医師キャリア形成支援検討部会」での議論を踏まえた提案内容について、今後どのように生かしていくか協議しました。
- ◇ 第25回の協議会では、「医師不足・偏在改善計画」の重点推進方策の取組状況を踏まえ、今後の取組について協議したほか、「医師確保計画」の策定についての協議や、「キャリア形成プログラム」についての意見集約、「専門研修プログラム」の登録状況についての報告がされました。
- ◇ 第26回の協議会では、「あきた医師総合支援センター」の事業報告と事業計画についての協議や、「医師確保計画」の概要について意見が出されたほか、「医師確保計画策定部会」の設置を決定しました。

- ◇ 第 27 回の協議会では、「専門研修プログラム」について、協議会の意見を取りまとめ、「医師少数県に対しては募集定員のシーリングを行わないこと」「地域偏在是正につながるシーリングの設定」などを県の意見として厚生労働省へ提出しました。
- ◇ 第 28 回の協議会では、「医師確保計画」の素案について協議したほか、「医師確保計画」の策定に伴う「キャリア形成プログラム」一部改正案について協議しました。
- ◇ 第 29 回の協議会では、「医師確保計画」案について協議したほか、修学資金貸与医師について知事が指定する就業先医療機関の指定をしました。
- ◇ 第 30 回の協議会では、「専門研修プログラム」について、協議会の意見を取りまとめ、「医師少数県においては一律にシーリングを行わないこと」「地域偏在是正のため、都市部の定員削減や定員の激変緩和措置を必要最小限にとどめること」について県の意見として厚生労働省へ提出しました。また「医師不足・偏在改善計画」の進捗状況について協議しました。
- ◇ 第 31 回の協議会では、「医師確保計画」の進捗状況について協議したほか、「専門研修プログラム」について、協議会の意見を取りまとめ、「特別連携プログラムは原則シーリングの枠内でおこなうこと」「子育て支援はシーリングの加算対象とする必要はないこと」などについて県の意見として厚生労働省へ提出しました。また「キャリア形成支援プログラム」対象の医学生に実施する「キャリア形成卒前支援プラン」案について協議しました。
- ◇ 第 32 回の協議会では、令和 6 年度からの 3 年間を計画期間とする「医師確保計画」の概要などについて協議したほか、「専門研修プログラム」について、協議会の意見を取りまとめ、「募集シーリングの更なる厳格化や外科などの現在シーリング対象外の診療科へのシーリング設定」「子育て支援加算はシーリングの加算対象とする必要はないこと」などについて県の意見として厚生労働省へ提出しました。

第2節 医療従事者の育成と確保対策

1 医師

秋田県医療保健福祉計画の一部として策定した秋田県医師確保計画（秋田県医療保健福祉計画別冊）に基づき、医師の育成と確保対策を進めます。

秋田県医師確保計画（別冊・令和6年3月）

第1章 基本方針

- 第1節 計画策定の目的
- 第2節 計画の位置づけ
- 第3節 計画期間
- 第4節 秋田県の現状

第2章 医師偏在指標及び医師少数区域・医師多数区域の設定

- 第1節 医師偏在指標
- 第2節 医師少数区域・医師多数区域
- 第3節 本県における医師偏在指標の設定
- 第4節 医師少数スポットの設定

第3章 医師確保の方針及び目標

- 第1節 医師確保の方針
- 第2節 医師確保の目標

第4章 医師確保の目標達成に向けた施策

- 第1節 目標の達成に向けた施策

第5章 産科における医師確保計画

- 第1節 産科における医師確保計画の基本方針
- 第2節 分娩取扱医師偏在指標等
- 第3節 医師確保の方針及び施策

第6章 小児科における医師確保計画

- 第1節 小児科における医師確保計画の基本方針
- 第2節 小児科医師偏在指標等
- 第3節 医師確保の方針及び施策

第7章 計画の効果の測定と評価

- 第1節 計画の効果の測定
- 第2節 評価

2 歯科医師

○ 現 状 と 課 題 ○

- ◇ 本県の歯科医師数は人口 10 万人当たりで全国平均を下回っており、平成 18 年をピークに減少傾向にあります。
- ◇ 疾病を予防し、生活の質を保つ上で、歯と口腔の健康が重要であることが多くの知見から明らかになってきており、特に、在宅医療や介護の場における歯科保健医療のニーズが高まっています。

表 1 歯科医師数の推移

(単位：人)

区 分	秋田県		全国 (人口10万対)	対全国平均 (%)
	実数	人口10万対		
平成12年末	619	52.0	71.6	72.6
14年末	622	52.9	72.9	72.6
16年末	636	54.9	74.6	73.6
18年末	650	57.3	76.1	75.3
20年末	637	57.5	77.9	73.8
22年末	632	58.2	79.3	73.4
24年末	629	59.2	80.4	73.6
26年末	621	59.9	81.8	73.2
28年末	627	62.1	82.4	75.4
30年末	639	65.1	83.0	78.4
令和2年末	619	64.5	85.2	75.7

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査（統計）」

表 2 二次医療圏別歯科医師数

(単位：人)

区 分	県 北			県 央		県 南		
	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
歯科医師数	115			327		177		
	58	16	41	278	49	76	56	45
人口10万対	54.9			68.2		67.2		
	56.4	50.0	55.0	72.8	50.3	63.3	65.7	77.5

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（令和 2 年）

※ 医療圏別人口は秋田県年齢別人口流動調査による推計

○ 目 指 す べ き 方 向 ○

- ◆ いつでもどこでも良質な歯科保健医療が受けられるよう、歯科医師の資質の向上と、より専門性の高い歯科医師の養成を図ります。

○ 主 要 な 施 策 ○

- ◆ 歯科医師会等関係機関と連携を図り、歯科医師の研修の充実に努めます。

3 薬剤師

薬剤師確保対策については、令和 5 年 6 月に厚生労働省が示した「薬剤師確保計画ガイドライン」に基づき、令和 6 年度から 3 年間を計画期間とする本県の「薬剤師確保計画」として位置づけるものとします。

また、今後は 3 年毎に計画を策定し、薬剤師確保対策を進め、令和 18（2036）年度までに薬剤師偏在是正を達成することを長期的な目標とします。

○ 現 状 と 課 題 ○

- ◇ 本県の薬剤師数は年々増加し、令和 2 年末では 2,066 人となっていますが、人口 10 万人当たりでは 215.3 人で全国平均（255.2 人）を下回り、全国第 32 位となっています。
- ◇ 薬剤師数を業務の種別で見ると、薬局の従事者は 1,382 人（薬剤師全体の 66.9%）、医療施設の従事者は 392 人（同 19.0%）となっています。平成 30 年末から比べると、いずれも増加（薬局 36 人増、医療施設 10 人増）していますが、個々の患者に最適化された薬物療法の進展等により、チーム医療や在宅医療を推進する上で薬剤師の役割は増しており、薬局・医療施設ともに薬剤師の確保が課題となっています。
- ◇ 医療の高度化と専門化に対応する、より高度な知識と技術を有する薬剤師の養成強化として、薬学教育において、医療機関や薬局の協力の下、充実した実務実習を行うこと等を通じて、臨床に係る実践的な能力を培うことが求められています。

表 1 薬剤師数の推移

（単位：人）

区 分	秋 田 県		全 国	
	実 数	人口10万対	実 数	人口10万対
平成18年末	1,776	156.6	252,533	197.6
20年末	1,891	170.7	267,751	209.7
22年末	1,856	170.9	276,517	215.9
24年末	1,924	181.0	280,052	219.6
26年末	1,961	189.1	288,151	226.7
28年末	2,009	198.9	301,323	237.4
30年末	2,056	209.6	311,289	246.2
令和2年末	2,066	215.3	321,982	255.2

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査（統計）」

表2 二次医療圏別薬剤師数

(単位：人)

医療圏	県 北			県 央		県 南		
	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
薬 剤 師 数	414			1,179		473		
	219	52	143	988	191	221	178	74
人口10万対	197.7			246.0		179.6		
	212.9	162.4	192.0	258.7	196.1	184.1	209.0	127.4

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（令和2年）

※ 医療圏別人口は秋田県年齢別人口流動調査による推計

○ 薬 剤 師 偏 在 指 標 ○

これまで、地域ごとの薬剤師数の比較には人口10万人当たりの薬剤師数が一般的に用いられてきましたが、地域ごとの薬剤師業務に係る医療需要等が反映されていませんでした。このため、国において、全国ベースで薬剤師数の多寡を統一的・客観的に比較・評価する指標として、次の「3要素」を考慮して新たに算定したのが、「薬剤師偏在指標」です。

- ◇ 薬剤師の勤務形態・性別・年齢分布
- ◇ 薬剤師業務に係る医療需要（ニーズ）
- ◇ 薬剤師業務の種別（病院、薬局）

薬剤師偏在指標の算定式は次のとおりです。

◆ 病院薬剤師偏在指標の算定式

病院薬剤師偏在指標 = 調整薬剤師労働時間（病院）÷ 病院薬剤師の推計業務量

◆ 薬局薬剤師偏在指標の算定式

薬局薬剤師偏在指標 = 調整薬剤師労働時間（薬局）÷ 薬局薬剤師の推計業務量

○ 薬 剤 師 少 数 区 域 ・ 多 数 区 域 ○

病院及び薬局薬剤師の偏在状況に応じて実効的な薬剤師確保対策を進めるため、都道府県と二次医療圏単位で薬剤師の多数区域・少数区域を設定し、この区分に応じて薬剤師確保対策を実施することとします。

◇ 目標偏在指標

「調整薬剤師労働時間」と「病院・薬局における薬剤師の業務量」が等しくなる時の偏在指標、すなわち「1.0」を目標偏在指標とします。

◇ 薬剤師少数区域・多数区域

目標偏在指標（1.0）より偏在指標が高い都道府県及び二次医療圏が「薬剤師多数都道府県」「薬剤師多数区域」、低い都道府県及び二次医療圏のうち、上位 1 / 2 が「薬剤師少数でも多数でもない都道府県」「薬剤師少数でも多数でもない地域」、下位 1 / 2 が「薬剤師少数都道府県」「薬剤師少数区域」となります。

◇ 薬剤師少数スポット

地域の実情に基づき、必要に応じて二次医療圏よりも小さい単位の地域での薬剤師確保対策の検討を進めるための地域設定として、局所的に薬剤師が少ない地域（原則、市町村単位）を「薬剤師少数スポット」と設定し、薬剤師確保の考え方において「薬剤師少数区域」と同様に扱うことができます。

○ 本県の薬剤師偏在指標 ○

本県の薬剤師偏在指標は次のとおりであり、薬剤師多数都道府県以外の都道府県のうち、下位 1 / 2 の基準となる偏在指標は 0.85 とされていることから、本県は病院薬剤師において「薬剤師少数県」に該当します。

表 3－1 病院薬剤師偏在指標

区 分	病院薬剤師 偏在指標	調整薬剤師 労働時間	薬剤師の 推計業務量	順 位
秋田県	0.56	49455.9	89027.7	46 / 47
全国	0.80	7467804.8	9370489.2	

表 3－2 薬局薬剤師偏在指標

区 分	薬局薬剤師 偏在指標	調整薬剤師 労働時間	薬剤師の 推計業務量	順 位
秋田県	0.96	189172.0	196216.9	24 / 47
全国	1.08	23535351.0	21877590.9	

二次医療圏別の薬剤師偏在指標は次のとおりであり、薬剤師多数区域を除く二次医療圏のうち、下位 1 / 2 の基準となる偏在指標は 0.74 とされていることから、本県では、病院薬剤師のみ全ての二次医療圏が「薬剤師少数区域」に該当します。

表 4－1 二次医療圏別病院薬剤師偏在指標

区 分	病院薬剤師 偏在指標	調整薬剤師 労働時間	薬剤師の 推計業務量	備 考
秋田	0.56	49455.9	89027.7	
県北	0.53	10247.8	19168.7	少数区域
県央	0.62	29129.5	46847.2	少数区域
県南	0.44	10078.6	22717.7	少数区域

※ 旧二次医療圏の厚生労働省算定値を基に二次医療圏の偏在指標を算定

表 4－2 二次医療圏別薬局薬剤師偏在指標

区 分	薬局薬剤師 偏在指標	調整薬剤師 労働時間	薬剤師の 推計業務量	備 考
秋田	0.96	189172.0	196216.9	
県北	0.85	39411.5	46243.2	少数でも多数 でもない区域
県央	1.06	99251.8	93507.0	多数区域
県南	0.89	50508.7	56466.8	少数でも多数 でもない区域

○ 薬剤師少数スポットの設定 ○

薬局薬剤師については、県央医療圏が薬局薬剤師多数区域となっていますが、他の二次医療圏も薬局薬剤師の少数区域ではないことから、本計画において薬剤師少数スポットは設定しないこととします。

○ 薬剤師確保の方針 ○

本県の病院薬剤師偏在指標は 0.56、薬局薬剤師偏在指標は 0.96 といずれも目標偏在指標である 1.0 に達していないことから、薬剤師の増加を図ることとし、特に全ての二次医療圏が少数区域となっている病院薬剤師の確保に重点的に取り組むこととします。

○ 目指すべき方向 ○

薬剤師少数都道府県及び少数区域が、計画期間（令和 8（2026）年度）終了時点において、目標偏在指標以下区域の下位 1/2 の基準を脱するために確保されているべき薬剤師数を目標薬剤師数として設定することとされております。

ただし、国の算定式は、薬剤師偏在の状況を表しうる全ての要素を盛り込んでいるものではなく、算定される目標薬剤師数及び要確保数は、一定の仮定による理論上の目標数であることに留意する必要があります。

表5-1 薬剤師少数県・少数区域から脱するための目標数・要確保数

薬剤師偏在指標（現在時点）				薬剤師目標数・要確保数（令和8年）			
区 分	薬剤師偏在指標 ①(A/B)	調整薬剤師労働時間 (A)	薬剤師の推計業務量 (B)	薬剤師目標数 (人) ②(C/D)×※	2026年 薬剤師推計業務量 (C)	全薬剤師（病院＋薬局）の労働時間（平均値） (D)	薬剤師要確保数 (人) ③(②-A/D)
秋田県	0.84	238627.9	285244.6	1640.9	267902.4	138.774	-78.6
県北	0.76	49659.3	65411.9	311.1	58335.8	138.774	-46.8
中央	0.91	128381.3	140354.2	738.6	138504.9	138.774	-186.5
県南	0.77	60587.3	79184.5	381.8	71594.7	138.774	-54.8

※令和8(2026)年の偏在指標として秋田県：0.85、二次医療圏：0.74を設定

表5-2 目標偏在指標(1.0)に達するための目標数・要確保数

薬剤師偏在指標（現在時点）				薬剤師目標数・要確保数（令和8年）			
区 分	薬剤師偏在指標 ①(A/B)	調整薬剤師労働時間 (A)	薬剤師の推計業務量 (B)	薬剤師目標数 (人) ②(C/D)	2026年 薬剤師推計業務量 (C)	全薬剤師（病院＋薬局）の労働時間（平均値） (D)	薬剤師要確保数 (人) ③(②-A/D)
秋田県	0.84	238627.9	285244.6	1930.5	267902.4	138.774	211.0
県北	0.76	49659.3	65411.9	420.4	58335.8	138.774	62.5
中央	0.91	128381.3	140354.2	998.1	138504.9	138.774	73.0
県南	0.77	60587.3	79184.5	515.9	71594.7	138.774	79.3

国の算定式によると、令和8(2026)年度に下位1/2を脱するための薬剤師の確保は不要となりますが、目標偏在指標(1.0)に達するための要確保数は県全体で211人となります。

また、県内の全ての病院を対象に行った需要状況調査の結果では、現在、58.1人の薬剤師が不足していることが示されています。

表6 薬剤師需要状況調査における病院薬剤師要確保数（常勤換算人数）

区 分	現在の 病院薬剤師数①	現在の不足数② (今後1年以内)	5年以内 要確保数③	①+②+③
秋田県	352.2	58.1	65.6	475.9
県北	77.0	10.0	21.0	108.0
県央	201.2	37.1	31.6	269.9
県南	74.0	11.0	13.0	98.0

(県医療人材対策室調べ 令和5年9月1日現在)

本県では薬剤師確保の目標数として、国の算定式による目標薬剤師数(目標偏在指標(1.0))を長期的な目標としながら、県の調査結果による現在の病院薬剤師不足数を要確保数の目安として、施策に取り組むこととします。

○ 主 要 な 施 策 ○

- ◆ 中高生などを対象に、薬剤師の業務を体験できる機会を作るなど、薬剤師を志す学生・生徒の増加に努めます。
- ◆ 高校生の薬学部進学促進を図るため、他の医療職種と連携しながら、薬剤師の仕事の魅力を伝える啓発事業を行います。
- ◆ 薬剤師会等と連携し、長期実務実習の充実を図るため受入施設の確保に努めるとともに、指導薬剤師の養成に努めます。
- ◆ 県内出身の薬学生等の県内就業を促進するため、県内での実習の機会を通じて県内の病院等との交流を図ります。
- ◆ 県薬剤師会と協力し、インターネットを通じた就職情報の提供や薬剤師無料紹介所の有効活用を図ります。
- ◆ 薬剤師の増加を図るため、県内就業の促進につながるインセンティブを検討します。

4 看護職員（保健師・助産師・看護師・准看護師）

○ 保 健 師 の 現 状 と 課 題 ○

- ◇ 本県の就業保健師数は、令和4（2022）年12月末現在で625人、人口10万人当たり67.2人で、全国平均(48.3人)を上回っています。
- ◇ 就業保健師数を常勤換算すると令和4（2022）年12月末現在で602.9人となり、令和2（2020）年12月末から10.0人増加しています。
- ◇ 就業者のうち保健所及び市町村の地域活動に従事する保健師が全体の約7割を占めています。保健師の就業場所は、これまでの保健分野に加え、介護保険法や虐待防止関連法の制定などの整備が相次ぎ、自治体で働く保健師数が増加しています。
- ◇ 近年の社会情勢の変化に伴い、地域の健康課題や保健師が取り組むべき課題は一層複雑・多様化しています。特定健診・特定保健指導をはじめ、より個別的・具体的な地域課題への対応に向け、今後ICT活用による業務の見直しも検討しながら、特性に応じた効果的な地域保健活動の展開において専門性を発揮することを期待されています。
- ◇ 災害時健康危機管理支援チーム（DHEAT）の一員として役割を担うべく体制整備も進められ、令和5（2023）年3月に一部改正された「地域保健対策の推進に関する基本的な指針（厚生労働省告示第86号）」において、健康危機管理を含めた地域保健施策の推

進のため、各自治体に統括保健師を配置することが明記されました。今後さらに、高度な実践能力をもつ専門性の高い人材を養成し、保健師の質の向上を図る必要があります。

表 1 保健師の就業状況

実人員

(単位：人)

区 分	保健所	市町村	病 院	診療所	介護保険施設等	事業所	その他	計
平成30(2018)年	85	281	63	28	63	13	52	585
令和 2(2020)年	95	296	58	27	63	37	43	619
令和 4(2022)年	113	308	52	25	54	31	42	625

常勤換算

(単位：人)

区 分	保健所	市町村	病 院	診療所	介護保険施設等	事業所	その他	計
平成30(2018)年	84.7	273.9	61.2	27.5	61.8	12.0	47.3	568.4
令和 2(2020)年	92.9	284.7	57.5	26.6	62.1	33.7	35.4	592.9
令和 4(2022)年	108.4	296.2	51.4	24.3	54.0	28.6	40.0	602.9

出典：県医療人材対策室「業務従事者届」

○ 助産師の現状と課題 ○

- ◇ 本県の就業助産師数は、令和4(2022)年12月末現在で284人、人口10万人当たり30.5人で、全国平均(30.5人)と同じです。
- ◇ 就業助産師数を常勤換算すると令和4(2022)年12月末現在で273.8人となり、令和2(2020)年12月末から24.1人減少しています。
- ◇ 本県では、就業助産師の約9割は病院又は診療所において従事しています。
- ◇ 助産師は、妊婦健診と正常な分娩や異常分娩の緊急時への対応、ハイリスク妊産婦への妊娠・産褥期の生活支援を担っています。また、児童虐待や女性の性に関わる課題への対応など幅広い活動が求められ、専門性の高いアドバンス助産師の養成が課題となっています。

表 1 助産師の就業状況

実人員

(単位：人)

区 分	病 院	診療所	助産所	その他	計
平成30(2018)年	256	36	14	16	322
令和 2(2020)年	239	39	11	20	309
令和 4(2022)年	218	36	9	21	284

常勤換算

(単位：人)

区 分	病 院	診療所	助産所	その他	計
平成30(2018)年	251.9	32.5	13.5	15.4	313.3
令和2(2020)年	236.1	35.3	10.8	15.7	297.9
令和4(2022)年	214.6	33.9	8.4	16.9	273.8

出典：県医療人材対策室「業務従事者届」

○ 看護師・准看護師の現状と課題 ○

- ◇ 本県の就業看護師数及び就業准看護師数は、令和4(2022)年12月末現在、看護師が11,767人、准看護師が2,591人、合計で14,358人となっています。看護師は増加していますが、准看護師は減少しています。人口10万人当たりの就業者数でみると、看護師・准看護師合計で1,543.9人となり、全国平均(1,253.3人)を上回っています。
- ◇ 就業者数を常勤換算すると令和4(2022)年12月末現在の合計で13,464.5人となり、令和2(2020)年12月末から54.3人減少しています。看護師の増加数より准看護師の減少数が大きく上回っており、その結果として看護師と准看護師の合計数は減少しています。
- ◇ 就業場所は病院が約6割を占めていますが、近年の在宅医療の推進などに伴って、介護保険施設や訪問看護ステーションへの就業者が増加しています。なお、新規就業者においては、大部分が病院に勤務する傾向にあります。
- ◇ 近年の県内学校・養成所の卒業生の県内就業率は60%程度で推移しており、県内出身者の県内定着を更に図ることが課題となっています。
- ◇ 平成30(2018)年まで増加していた看護師・准看護師数は令和2(2020)年から減少に転じています。以前から中小規模の病院・診療所及び介護保険施設では、募集人数に対し採用数が確保できない状況にありましたが、近年では規模の大きい病院においても看護職員の確保が困難な状況になっており、今後は、より一層の確保を図る必要があります。
- ◇ 高度先進医療や訪問看護、緩和ケアに至るまでの幅広い看護の役割に的確に対応できるよう、質の向上や指導者の育成を図ることが求められています。
- ◇ 高齢化の急速な進展に伴い、さらなる在宅医療等の推進を図るためには、今後、特定行為研修を修了した看護師を増やしていく必要がありますが、県内の特定行為研修を修了した看護師数は、令和5(2023)年4月現在で58人となっています。

表 1 看護師及び准看護師の就業状況

実人員		(単位：人)		
区 分		平成30 (2018) 年	令和 2 (2020) 年	令和 4 (2022) 年
病 院		8,746	8,679	8,428
診 療 所		1,976	1,928	1,958
訪問看護ステーション		312	330	404
介護保険施設等		2,851	2,809	2,839
社会福祉施設		327	406	405
学校・養成所・研究機関		137	135	129
事業所		27	76	43
その他※		83	95	152
計		14,459	14,458	14,358

常勤換算		(単位：人)		
区 分		平成30 (2018) 年	令和 2 (2020) 年	令和 4 (2022) 年
病 院		8,540.2	8,477.2	8,235.4
診 療 所		1,776.6	1,726.5	1,755.6
訪問看護ステーション		279.9	288.5	371.0
介護保険施設等		2,459.4	2,408.1	2,467.2
社会福祉施設		280.1	358.6	350.7
学校・養成所・研究機関		132.3	131.3	126.7
事業所		25.5	60.4	37.5
その他※		56.9	68.2	120.4
計		13,550.9	13,518.8	13,464.5

※その他の区分には、新型コロナウイルス感染症に対応した軽症者
宿泊施設等を含む。

出典：県医療人材対策室「業務従事者届」

○ 目指すべき方向 ○

- ◆ 看護職員を目指す学生の確保と養成、県内就業促進、離職防止、再就業促進に努めます。
- ◆ 看護に期待される役割の広がりに対応できるよう、知識や技術の習得など、資質の向上を図ります。
- ◆ 在宅医療の推進を図り看護の専門性を一層発揮するために、業務の移管や共同化を進めることも期待されていることから、特定行為研修を修了した看護職員の増加に努めます。

表 1 看護職員需給推計

(単位：人)

実人員		令和6 (2024)年 秋田県推計	令和7 (2025)年 秋田県推計	令和8 (2026)年 秋田県推計	令和9 (2027)年 秋田県推計	令和10 (2028)年 秋田県推計	令和11 (2029)年 秋田県推計
需要数	病院＋有床診療所	9,879	9,717	9,630	9,543	9,457	9,372
	無床診療所	1,883	2,007	2,013	2,019	2,025	2,031
	介護保険サービス	3,330	3,572	3,633	3,694	3,757	3,821
	訪問看護事業所	442	460	487	515	545	576
	社会福祉施設	475	493	511	530	551	572
	看護師等学校養成所	165	171	171	171	171	171
	行政機関	544	553	553	553	553	553
	助産所	14	14	14	14	14	14
	事業所・その他	133	127	127	127	127	127
	計	16,865	17,114	17,139	17,166	17,200	17,237
供給数	前年の職員数	15,541	15,797	16,035	16,258	16,465	16,659
	新規就業者	343	343	343	343	343	343
	再就業者	1,047	1,047	1,047	1,047	1,047	1,047
	離職者による減少数	1,134	1,152	1,168	1,183	1,196	1,209
	年末就業者	15,797	16,035	16,257	16,465	16,659	16,840
差引計（需要数－供給数）		1,068	1,079	882	701	541	397
充足率（供給数／需要数）		93.7%	93.7%	94.9%	95.9%	96.9%	97.7%

出典：県医療人材対策室「秋田県看護職員需給推計」

表 2 令和11（2029）年までの特定行為研修修了者の就業者目標値

(単位：人)

実人員	在宅慢性領域①	有事対応②	質向上 タスク・シフト/シェア③	実情に対応④	計
目標値	120	120	100	60	400

出典：県医療人材対策室「秋田県看護職員需給推計」

①在宅・慢性領域の就業者数：診療所及び訪問看護事業所に必要となる人数

②新興感染症等の有事に対応可能な就業者数：特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料又は救命救急入院料を算定する病院に必要となる人数

③医療機関における看護の質の向上とタスク・シフト/シェアに資する就業者数：②の算定対象以外の病院に必要となる人数

④地域の実情に応じて都道府県独自の観点により追加する目標数：介護保険サービス事業所に必要となる人数

○ 主 要 な 施 策 ○

(1) 学生確保

◆ 中学校・高校等において、看護の仕事紹介や魅力を伝える講話等の実施により、看護職員の志望者の増加に努めます。

◆ 看護に関するイベントや県内の学校等において、県内の看護師養成所が合同説明会を実施するための支援を行い、県内看護師養成所への入学生確保に努めます。

（２）養成力強化

- ◆ 養成所に対し運営費の一部を助成して、質の高い看護職員の安定的な県内への供給を図ります。
- ◆ 県立衛生看護学院において研修を行い、資質の高い実習指導者の安定的な確保に努めます。また、看護教員及び病院等の看護管理者の相互の交流や連携を深めるための支援を行い、看護師等養成所における質の高い看護教育の実施と実習施設の確保に努めます。

（３）県内就業促進

- ◆ 県内の看護職の求人や医療職種団体、修学資金制度等についてのWeb サイトを作成して、県内外の看護学生等への情報発信に努めます。
- ◆ 県内看護学生向け説明会の開催や、学生の見学・実習等の受入を行う病院等に対し経費を助成して、病院等で働く看護職員の確保に努めます。
- ◆ 県内特定機関（200 床未満の病院、診療所、介護保険施設等、看護職員の確保が困難とされる機関）に就業した場合は、返還免除となる修学資金を貸与することにより、県内の需給不均衡の解消と県内定着を推進します。

（４）離職防止（継続就業）

- ◆ 職員のために保育所を設置する病院・診療所に対する支援を行い、看護職員の離職防止及び再就業を促進します。
- ◆ 免許を取得して初めて就業する新人看護職員が基本的な臨床実践能力を獲得できるように、研修を実施するための支援を行い、病院等において、看護の質の向上及び早期離職防止に努めます。

（５）再就業促進

- ◆ 無料の職業紹介事業を実施し、就業希望者に対し求人情報を提供して就業の促進を図るとともに、離職希望者の相談に応じ、離職防止を図ります。また、県内各ハローワークとの緊密な連携を通じて、看護師等の離職時等届出制度の周知や出張相談等を行い、潜在看護職員の把握とマッチングの強化を図ります。
- ◆ 免許を有しながら職を離れている潜在看護職員を対象に、再就業に必要な知識と看護技術に関する研修や、病院等において円滑な受入ができるように OJT（オン・ザ・ジョブ・トレーニング）の実施・助言等を行い、再就業促進に努めます。

(6) 資質向上

- ◆ 訪問看護師養成講習会、訪問看護事業所の管理者を対象とした管理者研修を実施し、在宅医療に従事する看護職員の確保に努めます。
- ◆ 在宅医療に携わる看護職の知識、技術の習得に係る研修の実施経費に対して助成を行い、地域における医療及び介護の連携、地域包括ケアシステム構築の推進を図ります。
- ◆ 専門看護師・認定看護師・認定看護管理者教育機関や特定行為指定研修機関に看護師を派遣した病院等に対して助成を行い、専門性の高い看護技術と知識を持った看護師の配置を推進します。また、このような専門性の高い看護師の周知と活動を推進するための支援に努めます。
- ◆ 県立衛生看護学院において各種研修を行い、県内看護職員の資質向上と就業促進を図ります。また、ナースセンターにおいて、「マイナンバー制度を活用した看護職の人材活用システム」を活用し、看護職キャリア情報に基づき、それぞれの特性等に応じた研修の情報提供に努めます。

5 理学療法士、作業療法士、視能訓練士及び言語聴覚士

○ 現 状 と 課 題 ○

- ◇ 令和2年10月1日現在、県内の病院に従事する理学療法士は438.5人、作業療法士は341.0人、視能訓練士は37.9人、言語聴覚士は85.8人となっており、理学療法士と言語聴覚士が、人口10万人当たりで全国平均を大きく下回っています。

表1 理学療法士、作業療法士、視能訓練士及び言語聴覚士の数 (単位：人)

区 分	秋 田 県		全 国 (人口10万対)	対全国平均 (%)
	常勤換算数	人口10万対		
理学療法士	438.5	45.7	67.0	68.2
作業療法士	341.0	35.5	37.9	93.7
視能訓練士	37.9	3.9	3.6	108.3
言語聴覚士	85.8	8.9	13.3	66.9

出典：厚生労働省「医療施設調査」(令和2年)病院の従事者数

- ◇ 64病院、64診療所及び251高齢者施設を対象に県が行った需要状況調査の結果は、以下のとおりです。

表2 理学療法士、作業療法士、視能訓練士及び言語聴覚士の不足数（単位：人）

区 分	病院 (64)	診療所 (43)	高齢者施設 (168)	合 計 (275)
理学療法士	18	8	27	53
作業療法士	21	5	21	47
視能訓練士	4	7	1	12
言語聴覚士	20	1	12	33
合 計	63	21	61	145

※()は回答施設数

出典：県医療人材対策室調べ（令和5年9月1日現在）

○ 目 指 す べ き 方 向 ○

- ◆ 少子高齢化が急速に進んでいる本県においては、リハビリテーション医療の必要性は高まっていることから、今後も理学療法士等の確保を図ります。
- ◆ 在宅医療の進展やリハビリテーション技術の進歩等に対応するため、理学療法士等の資質の向上を図ります。

○ 主 要 な 施 策 ○

- ◆ 理学療法士等養成施設の学生に対し、県内勤務を条件とした修学資金を貸与します。
- ◆ 他の医療職種と連携しながら、中高生に対して理学療法士等のリハビリテーション医療職種の仕事の魅力を伝える啓発事業を行います。
- ◆ 理学療法士等の増加を図るため、県内就業の促進につながるインセンティブを検討します。
- ◆ 理学療法士会等関係団体が行う各種研修事業の充実に努めます。

6 救急救命士

○ 現 状 と 課 題 ○

- ◇ 本県の救急救命士数は年々増加し、県内 13 消防本部で、令和 4 年 4 月現在 431 人となっており、人口 10 万人当たりでは 44.9 人と、全国平均（25.2 人）を上回っています。
- ◇ 県内における救急出動件数は、過去 5 年間で微増（39,558 件→40,772 件）であるが、傷病者の重症化や救急救命士による処置範囲の拡大など、救急業務の高度化が必要なことから、有資格者の養成やメディカルコントロール体制の整備に努めています。

表 1 二次医療圏別救急救命士数

（単位：人）

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
人 数	55	32	46	114	57	56	48	23

出典：総務省消防庁「救急・救助の現況」（令和 4 年版）

医療圏	県北	中央	県南
人 数	133	171	127

出典：総務省消防庁「救急・救助の現況」（令和 4 年版）

○ 目 指 す べ き 方 向 ○

- ◇ 県内消防本部等と連携しながら、プレホスピタル・ケアの充実を図るため、救急救命士の拡充を図ります。
- ◇ 高度化する救急救命処置や拡大する救急救命士の処置範囲に対応するため、救急救命士の資質の向上を図ります。

○ 主 要 な 施 策 ○

- ◇ 救急救命医療に関する情報の周知・徹底を行い、救急救命士個々のスキルアップと知識・技術の平準化を図るために、県メディカルコントロール協議会と 8 つの地域協議会を開催します。
- ◇ 救急救命士が行う特定行為の高度化に対応するため、県消防学校等を活用し、教育体制の整備に努めます。

7 歯科衛生士及び歯科技工士

○ 現 状 と 課 題 ○

- ◇ 歯科衛生士は、人口 10 万人当たりの人数は全国平均をやや下回っていますが、在宅医療や介護の場における口腔ケアのニーズが高まっており、歯科衛生士が担う役割への期待も大きくなっています。
- ◇ 人口 10 万人当たりの歯科技工士数は、全国平均を上回っていますが、地域的な偏在が見られます。

表 1 歯科衛生士及び歯科技工士の数（令和 2 年末現在）（単位：人）

区 分	秋田県		全国 (人口10万対)	対全国平均 (%)
	実 数	人口10万対		
歯科衛生士	1,066	111.1	113.2	98.1
歯科技工士	394	41.1	27.6	148.9

出典：厚生労働省「衛生行政報告例」（令和 2 年）

表 2 二次医療圏別歯科衛生士数、歯科技工士数(人口 10 万対)

区 分	県 北			県 央		県 南		
	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
歯科衛生士	79.8			134.1		97.2		
	77.8	78.1	83.2	137.7	120.1	95.8	99.8	96.4
歯科技工士	37.7			42.8		41.8		
	31.1	12.5	57.7	44.2	37.0	46.6	32.9	44.8

出典：厚生労働省「衛生行政報告例」（令和 2 年）

※ 医療圏別人口は秋田県年齢別人口流動調査による推計）

○ 目 指 す べ き 方 向 ○

- ◆ 歯科医師会等と連携しながら、需要に応じた人材を確保するとともに、県民のニーズに十分対応できるよう、資質の向上を図ります。

○ 主 要 な 施 策 ○

- ◆ 歯科衛生士養成施設に必要な支援を行い、教育の充実を図ることにより、質の高い人材の確保に努めます。
- ◆ 歯科衛生士修学資金の貸与事業を実施するとともに、歯科衛生士養成施設の協力を得て、卒業生の県内定着を図ります。
- ◆ 歯科医師会等関係機関と連携を図り、資質の向上を図る研修等を支援します。

8 管理栄養士

○ 現 状 と 課 題 ○

- ◇ 令和4年度末現在で、本県には特定給食施設（継続的に1回100食以上又は1日250食以上の食事を供給する施設）が434施設ありますが、そのうちの約55%に当たる238施設に管理栄養士が配置されています。
- ◇ 現在行われている特定健康診査・特定保健指導では、生活習慣病を発症するリスクが高い人を特定健康診査により抽出し、医師、保健師、管理栄養士等による特定保健指導が行われています。対象者が食習慣の改善により、生活習慣病の発症を予防できるよう、管理栄養士は大きな役割を果たしています。
- ◇ 令和5年4月現在、市町村国保の特定保健指導を担う管理栄養士が配置されている市町村は、25市町村中20市町村となっています。

○ 目 指 す べ き 方 向 ○

- ◆ 特定給食施設において提供される給食内容が栄養的・衛生的に配慮されたものであれば、それを食べる人の健康の維持・向上が期待できるため、特定給食施設等における管理栄養士の資質の向上を図ります。
- ◆ 特定保健指導に従事する管理栄養士が効果的な指導を行うことができるよう、資質の向上を図ります。
- ◆ 市町村国保において特定保健指導等に従事する、市町村管理栄養士の配置促進を図ります。

○ 主 要 な 施 策 ○

- ◆ 健康の保持増進のための栄養指導や傷病者に対する療養のために必要な栄養指導など、高度化する業務に対応できるよう、関係団体との連携のもとに各種の研修を行い、管理栄養士の確保と資質向上に努めます。
- ◆ 施設利用者の状況に応じた栄養管理や給食管理ができるよう、保健所による特定給食施設に対する巡回指導の充実を図ります。
- ◆ 生活習慣病対策をはじめとする各分野において、研修機会の確保に努めます。

9 その他の保健医療従事者

○ 現 状 と 課 題 ○

- ◇ 診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師及び柔道整復師については、臨床検査技師を除き、人口 10 万人当たりで全国平均の従事者数を下回っています。
- ◇ 人工透析患者が増加傾向にある中、医師・看護師とともに透析療法に携わる臨床工学技士は、人口 10 万人当たりで 16.4 人と、全国平均の 18.0 人に比べ少ない状況にあります。

表 1 その他の保健医療従事者数

(単位：人)

区 分	秋 田 県		全 国 (人口10万対)	対全国平均 (%)
	常勤換算数/実数	人口10万対		
診 療 放 射 線 技 師	338.8	35.3	35.8	98.6
臨 床 検 査 技 師	484.1	50.5	43.7	115.6
臨 床 工 学 技 士	157.0	16.4	18.0	91.1
あん摩マッサージ指圧師	576	60.0	93.6	64.1
は り 師	502	52.3	100.5	52.0
き ゅ う 師	497	51.8	99.1	52.3
柔 道 整 復 師	356	37.1	60.1	61.7

出典：厚生労働省「医療施設調査」(令和 2 年)病院の従事者数(常勤換算数)：診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士
同「衛生行政報告例」(令和 2 年)(実数)：あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師

○ 目 指 す べ き 方 向 ○

- ◆ 少子高齢化や医療の多様化に十分対応できるよう、必要とされる人材の確保と資質の向上を図ります。

○ 主 要 な 施 策 ○

- ◆ 関係機関と連携しながら、今後の需要の動向に応じ、人材の確保に努めます。
- ◆ 技術の進歩等に対応するため、関係機関の協力の下、その資質の向上を図ります。
- ◆ 診療放射線技師等の医療従事者の増加を図るため、県内就業の促進につながるインセンティブを検討します。

10 介護サービス従事者

(1) 介護職員

○ 現 状 と 課 題 ○

- ◇ 介護業務に従事する上で必要となる基本的な知識・技術を習得するため、「介護職員初任者研修」や、介護福祉士の国家資格受験要件となる「実務者研修」が行われています。
- ◇ 県が指定している研修実施機関は、令和5年12月末現在、「介護職員初任者研修」が58事業者、「介護職員実務者研修」が17事業者となっています。
- ◇ 介護未経験者に対して、初任者研修や実務者研修の受講を推奨するなどの就業支援を行い、新規就労者の参入促進につなげていく必要があります。
- ◇ 人口減少や少子高齢化により、介護人材不足が顕著になってきています。このため、技能実習生や特定技能制度により外国人介護人材を雇用する事業所が、年々増加してきています。

○ 目 指 す べ き 方 向 ○

- ◆ 指定事業者による介護職員初任者研修が適正に実施され、人材の確保が図られるよう、適切な指導・助言等を行います。
- ◆ 就業している介護職員に対し、経験年数や役職に応じたスキルアップを図るための研修機会を確保し、資質の向上を図ります。

○ 主 要 な 施 策 ○

- ◆ 在宅介護の要となる訪問介護員の資質向上を図るため、サービス提供責任者及び訪問介護従事者を対象とした研修を実施します。
- ◆ 認知症への対応など、介護ニーズの高度化等に対応した技術習得を支援するため、介護従事者を対象とした研修を実施します。
- ◆ 介護の未経験者に向けて入門セミナーを開催するとともに、介護の職場体験事業などを展開し、新規就労者の参入を促進します。
- ◆ 外国人介護人材の受入に関する制度や手続き等を学習する事業所向けセミナーの開催など、外国人介護人材の受入れに向けた環境づくりを促進します。

(2) 介護福祉士

○ 現 状 と 課 題 ○

◇ 介護職で唯一の国家資格である介護福祉士は、専門性の高い人材として介護の中核を担う者とされており、県内の登録者数は、令和5年12月末現在で22,529人となっています。

資格を取得するためには、一定の教育課程を経て受験資格を得た上で国家試験に合格することが要件となっており、実務経験ルート、養成施設ルート、福祉系高校ルートの3つの受験資格取得ルートがあります。

◇ 技能実習生等として働く外国人介護人材が県内で継続して働くためには、介護福祉士の資格を取得する必要がありますが、県内でこれまで資格を取得した方は数名となっています。

○ 目 指 す べ き 方 向 ○

◆ 就業している介護福祉士に対し、経験年数や役職等に応じたスキルアップを図るための研修機会を確保し、資質の向上を目指します。

◆ 外国人介護人材の介護福祉士の資格取得に向けた取組を進め、県内での定着を目指します。

○ 主 要 な 施 策 ○

◆ 国の補助事業や基金事業を活用した返還免除付き修学資金の貸付により、介護福祉士養成施設への修学や介護職員実務者研修の受講を支援します。

◆ 利用者の医療的ケアのニーズに対応するため、介護職員等による喀痰吸引等の研修を実施します。

◆ 外国人の介護分野への参入定着を図り、介護人材を確保するため、日本語学習や介護福祉士国家資格の取得に向けた介護事業所の取組を支援します。

(3) 介護支援専門員（ケアマネジャー）

○ 現 状 と 課 題 ○

- ◇ 介護支援専門員は、専門的知識及び技術を有する者として、実務研修受講試験に合格し研修を修了することが登録要件となっており、県内の登録者数は、令和5年12月末時点で7,296人となっています。
- ◇ 後期高齢者の増加に伴う要介護認定者の増加や在宅支援のニーズの高まりに対応するため、介護支援専門員を安定的に確保する必要があります。
- ◇ 介護支援専門員に対しては、必要な知識・技能や情報等を取得させるための現任者を対象とした研修が必須であるほか、新たに就業する場合や、5年ごとの有効期間更新に伴う研修受講が必須となっています。
- ◇ 介護支援専門員は、利用者の自立支援に重要な役割を担っていることから、研修の充実による資質向上とともに、ケアマネジメント等のレベルアップを図る必要があります。
- ◇ 主任介護支援専門員は、地域包括支援センター等において地域のケアマネジメント支援業務の主要な役割を担っており、地域ケア会議等での個別ケースの指導力とともに、地域課題の検討から政策形成につなげていくための資質の向上が課題となっています。

○ 目 指 す べ き 方 向 ○

- ◆ 現任者に対しては、経験年数に応じた研修を実施するとともに、現任者以外も含め資格更新研修や再研修の実施により資格者の資質の向上を図ります。
- ◆ 主任介護支援専門員には、地域のケアマネジメントを向上させる役割が期待されていることから、その養成を図るとともに、地域づくりネットワークの構築、社会資源の開発等、自立支援に資するケアマネジメントに係る研修を実施し、資質の向上を図ります。

表1 介護支援専門員の必要見込み

(単位：人)

区 分	令和8年度	令和12年度	令和17年度	令和22年度
就業者数	2,320	2,320	2,360	2,400

出典：「秋田県第9期介護保険事業支援計画・第10期老人福祉計画」

○ 主 要 な 施 策 ○

- ◆ 介護支援専門員の量的確保のため、引き続き実務研修受講試験合格者に対し、実務研修を実施します。
- ◆ 介護支援専門員の資質向上を図るため、次の研修を実施します。
 - ・ 中堅職員等への専門研修
 - ・ スーパーバイザーレベルへの主任介護支援専門員研修
 - ・ 主任介護支援専門員の指導力向上 OJT 研修
- ◆ 介護支援専門員として実務に従事していない、又は離職している者の介護現場への就労等を促進するため、再研修を実施します。
- ◆ 多職種連携による自立支援型のケアマネジメントを普及するため、自立支援型地域ケア会議の実践に関する研修を実施します。

第4章 外来医療に係る医療体制の確保

外来医療計画（別冊）

秋田県医療保健福祉計画の一部として策定した秋田県外来医療計画（秋田県医療保健福祉計画別冊）に基づき、外来医療に係る医療体制の確保を進めます。

秋田県外来医療計画（別冊・令和6年3月）

第1章 基本方針

第1節 策定の趣旨

第2節 計画の位置づけ

第3節 計画期間

第2章 外来医療提供体制の確保

第1節 外来医師偏在指標

第2節 外来医療提供体制の状況

第3節 外来医療機能の課題と対策

第3章 医療機器の効率的な活用

第1節 医療機器の調整人口あたり台数指標

第2節 共同利用計画

第4章 地域の外来医療提供体制の状況について

第1節 地域の外来医療提供状況

第2節 紹介受診重点医療機関

第5章 推進体制と評価

第1節 推進体制

第2節 評価

第5章 地域医療構想

秋田県地域医療構想（別冊）

平成28年10月に策定した秋田県地域医療構想（秋田県医療保健福祉計画別冊）を引き続き、この計画における地域医療構想に位置付けるものとします。

なお、地域医療構想は、これまでの8つの二次医療圏を構想区域として、実現に向けた取組を行っていますが、令和6年4月から二次医療圏を3つとすることに見直したことにより、将来の3区域による地域医療構想の実現に向けた方策その他の必要な協議を次のとおり行い取り組んでいくこととしております。

- ◆ 広域化された圏域における役割分担と連携については、二次医療圏単位（3区域）で協議を行います。

（主な協議事項）・24時間365日の確実な救急受入
・専門的な医療

- ◆ 地域包括ケアシステムのネットワークの中での役割分担と連携については、これまでの8つの二次医療圏を基本とする8構想区域で協議を行います。

（主な協議事項）・在宅医療や日常の外来診療など住民に最も近い医療を提供する診療所
・軽症・中等症の患者の救急受入や入院などの機能を果たす身近な病院

秋田県地域医療構想（記載事項）

第1章 地域医療構想（総論）

第1節 計画策定の趣旨

第2節 構想区域

第3節 平成37年の医療需要及び病床数の必要量

第4節 地域医療構想の実現に向けた取組

第2章 各地域医療構想

第1節 大館・鹿角地域医療構想

第2節 北秋田地域医療構想

第3節 能代・山本地域医療構想

第4節 秋田周辺地域医療構想

第5節 由利本荘・にかほ地域医療構想

第6節 大仙・仙北地域医療構想

第7節 横手地域医療構想

第8節 湯沢・雄勝地域医療構想

第6章 医療計画の推進

第1節 推進体制と役割

1 推進体制

秋田県医療審議会、地域医療対策協議会、地域医療構想調整会議などの場で、計画推進のための協議を行い、目標の達成を図ります。

2 役割

(1) 行政

- ◆ 県においては、関係機関との連携を図り、良質かつ適切な医療提供体制を確保するとともに、本県の医療保健福祉の実情に即した政策及び制度を求めながら、本計画で掲げた施策に積極的に取り組みます。また、計画の進捗状況を定期的に把握し、計画の推進に努めます。
- ◆ 市町村においては、保健医療関係者等の関係団体と協力した地域保健福祉に関する環境づくりや、住民ニーズに適切に対応した地域保健福祉活動の展開が求められます。

(2) 関係団体

- ◆ 医療機関においては、それぞれの有する医療機能に応じた医療サービスを提供していくとともに、医療資源の効率的・効果的な活用及び関係団体と連携した圏域での保健サービス活動への積極的な協力が求められます。
- ◆ 保健・福祉関係施設においては、医療機関と連携して、県民のニーズに対応した適切なサービスの提供が求められます。
- ◆ 秋田大学医学部においては、高度な医療技術や医学研究とともに地域医療の確保と向上への積極的な対応が求められます。
- ◆ 医療保健福祉従事者養成施設においては、医療ニーズの多様化に対応した質の高い医療従事者の養成が求められます。
- ◆ 医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会等の関係団体においては、行政や医療機関と連携して、県民の健康づくりに対する支援や医療従事者の研修機能の強化など、各種医療保健福祉事業へ積極的に取り組むことが求められます。

- ◆ 医療保険者においては、レセプト等のデータ分析に基づいた「データヘルス計画」により、効果的な保健事業を実施し、県民の健康づくりや疾病予防の取組を促進することが求められます。
- ◆ 保険者協議会や健(検)診等関係団体においては、一層の機能強化と精度管理の向上、団体間の連携や関係者の研修による質的向上が求められます。

第 2 節 評価及び見直し

- ◆ 計画全体の施策の推進状況等については、計画期間終了後に評価及び公表を行います。
- ◆ 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）・6 事業（救急医療、災害医療、新興感染症発生・まん延時における医療、へき地医療、周産期医療、小児医療）及び在宅医療については、「PDCAサイクル」による適切な進行管理を行うため、数値目標の年次推移や施策の進捗状況を定期的に把握し、中間評価及び最終評価を行います。
- ◆ 在宅医療その他必要な事項については、策定3年目の令和8（2026）年度に調査、分析及び評価を行うこととし、必要があるときは、医療計画を変更することとします。
- ◆ 計画の推進状況については、秋田県医療審議会に報告し、必要があるときは計画の見直しを行います。
- ◆ 計画の推進に当たっては、計画に対する理解と協力を得ることが重要であり、県のホームページ等を活用し、関係者はもとより県民に対する周知に努めます。
- ◆ 目標の達成状況を中心とした評価の結果について公表します。

秋田県医療保健福祉計画策定に係る医療審議会等委員名簿

秋田県医療審議会委員名簿

(令和6年3月末現在)

氏 名	職 名	備 考
伊 藤 伸 一	秋田県医師会副会長	
大 越 英 雄	秋田県薬剤師会長	
小 野 剛	秋田県病院協会副会長	
加 藤 尊	全国健康保険協会秋田支部長	
金 澤 澄 子	秋田商工会議所女性会副会長	
神 谷 彰	秋田県病院協会理事	
小 泉 ひろみ	秋田県医師会長	会長
小棚木 均	秋田県病院協会長	会長職務代理
佐々木 早 苗	J A あきた女性組織協議会副会長	
白 川 秀 子	秋田県看護協会長	
田 口 知 明	秋田県市長会	
羽 渕 友 則	秋田大学大学院医学系研究科長・医学部長	
藤 原 元 幸	秋田県歯科医師会長	
古 谷 勝	秋田県国民健康保険団体連合会常務理事	
細 越 満	秋田県町村会副会長	
三 島 和 夫	秋田県医師会（秋田精神医療懇話会）	
南 谷 佳 弘	秋田大学医学部附属病院長	
吉 原 秀 一	秋田県医師会副会長	

秋田県医療審議会 医療計画部会委員名簿 (令和6年3月末現在)

区分	氏 名	職 名	備 考
審議会委員	伊 藤 伸 一	秋田県医師会副会長	部会長
	大 越 英 雄	秋田県薬剤師会長	
	小 野 剛	秋田県病院協会副会長	
	加 藤 尊	全国健康保険協会秋田支部長	
	神 谷 彰	秋田県病院協会理事	
	小棚木 均	秋田県病院協会長	
	白 川 秀 子	秋田県看護協会長	
	田 口 知 明	秋田県市長会	
	羽 渕 友 則	秋田大学大学院医学系研究科長・医学部長	
	藤 原 元 幸	秋田県歯科医師会長	
	古 谷 勝	秋田県国民健康保険団体連合会常務理事	
専門委員	小野地 章 一	秋田県厚生農業協同組合連合会代表理事理事長	
	菅 原 慶 勇	秋田県理学療法士会長	
	三 浦 進 一	秋田県医師会副会長	

5 疾病・6 事業及び在宅医療の医療連携体制の検討体制

1 がん

秋田県健康づくり審議会がん対策分科会

氏 名	職 名	備 考
秋 山 博 実	大曲厚生医療センター緩和ケア科	
安 藤 秀 明	秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻長	職務代理者
伊 藤 伸 一	秋田県医師会副会長	分科会長
伊 藤 善 信	秋田市保健所長	
軽 部 彰 宏	由利組合総合病院長	
今 野 麻衣子	秋田大学医学部附属病院看護師長	
佐々木 修	秋田県薬剤師会副会長	
柴 田 浩 行	秋田大学医学部附属病院腫瘍情報センター長	
白 川 秀 子	秋田県看護協会会長	
神 万里夫	秋田県総合保健事業団常務理事	
鈴 木 敏 文	中通総合病院名誉院長	
鈴 木 雅 昭	北秋田市健康福祉部医療健康課長	
田 中 鈴 子	秋田県がん患者団体連絡協議会きぼうの虹副代表	
三 浦 吉 貴	秋田県歯科医師会副会長	
吉 原 秀 一	秋田県医師会副会長	
和 田 優 貴	秋田大学大学院医学系研究科放射線医学講座講師	

2 脳卒中

脳卒中医療連携体制等検討会

氏 名	職 名	備 考
荒 巻 晋 治	秋田県立リハビリテーション・精神医療センターリハビリテーション科診療部長	
太田原 康 成	秋田県病院協会理事	
小笠原 真 澄	大湯リハビリ温泉病院院長	
清 水 宏 明	秋田大学大学院医学系研究科脳神経外科学教授	座長
鈴 木 明 文	秋田県立病院機構理事長	
須 藤 恵理子	秋田県立リハビリテーション・精神医療センター理学療法室長	
原 賢 寿	秋田赤十字病院神経内科部長	
伏 見 進	平鹿総合病院副院長	
武 蔵 哲 貞	秋田県歯科医師会理事	
師 井 淳 太	秋田県立循環器・脳脊髄センター副病院長	副座長

3 心筋梗塞等の心血管疾患
心血管疾患医療連携体制等検討会

氏 名	職 名	備 考
阿 部 芳 久	市立秋田総合病院循環器内科	
小野崎 圭 助	秋田県医師会理事	
木 村 州 孝	能代厚生医療センター副院長	
島 田 薫	秋田県医師会常任理事	副座長
武 田 智	平鹿総合病院循環器内科診療部長	
中 畑 潤 一	秋田赤十字病院救急科部長	
藤 原 慶 正	秋田県医師会常任理事	
堀 口 聡	平鹿総合病院院長	
松 岡 悟	秋田厚生医療センター循環器内科診療部長	
山 本 浩 史	秋田大学大学院医学系研究科遠隔医療推進開発研究センター特別教授	
渡 邊 博 之	秋田大学大学院医学系研究科循環器内科学教授	座長

4 糖尿病
糖尿病医療連携体制等検討会

氏 名	職 名	備 考
加 藤 尊	全国健康保険協会秋田支部長	
小 泉 亮	秋田県医師会理事	副座長
後 藤 尚	秋田赤十字病院代謝内科部長	
佐 藤 浩	秋田県歯科医師会理事	
藤 田 浩 樹	秋田大学大学院医学系研究科医学専攻代謝・内分泌内科学講座准教授	
細 谷 拓 真	秋田県医師会理事	
脇 裕 典	秋田大学大学院医学系研究科医学専攻代謝・内分泌内科学講座教授	座長

5 精神疾患
精神疾患医療連携体制等検討会

氏 名	職 名	備 考
阿 部 文 博	秋田県精神保健福祉会連合会理事長	
兼 子 義 彦	秋田県立リハビリテーション・精神医療センター精神科診療部長	
小 杉 真 吾	秋田県保健所長会長	
根 田 悠 士	秋田県精神保健福祉士協会長	
高 橋 恵利子	日本精神科看護協会秋田県支部長	
内 藤 信 吾	秋田県医師会常任理事	
藤 枝 信 夫	日本精神科病院協会秋田県支部長	副座長
三 島 和 夫	秋田大学大学院医学系研究科精神科学講座教授	座長

6 救急医療、災害医療

秋田県救急・災害医療検討委員会

氏 名	職 名	備 考
石 川 達 哉	秋田県立脳血管研究センター長	
大 塚 悦 子	秋田県看護協会理事	
近 藤 廣 樹	秋田県薬剤師会副会長	
近 藤 行 秀	秋田県市長会事務局長	
清 水 隆 夫	秋田県歯科医師会常務理事	
千 葉 智 広	秋田県消防長会秋田市消防本部救急課長	
中 永 士 師 明	秋田大学医学部救急・集中治療医学教授	職務代理者
成 田 憲 人	秋田県警察本部警備部警備第二課長	
藤 田 康 雄	秋田赤十字病院救命救急センター長	
水 谷 津	秋田県町村会事務局長	
吉 田 雄 樹	秋田県厚生農業協同組合連合会かづの厚生病院長	
吉 原 秀 一	秋田県医師会常任理事	委員長
和 田 聡	秋田県総務部総合防災課長	

7 新興感染症発生・まん延時における医療

秋田県健康づくり審議会感染症対策分科会・新興感染症部会

(1) 秋田県健康づくり審議会感染症対策分科会

氏 名	職 名	備 考
池 島 進	大館市立総合病院内分泌・代謝・神経内科部長	
倉 光 智 之	くらみつ内科クリニック院長	
黒 木 淳	由利組合総合病院副院長	
小 泉 ひろみ	秋田県医師会長	会長
嵯 峨 知 生	秋田大学医学部附属病院教授	
中 山 勝 敏	秋田大学大学院医学系研究科教授	
仁 村 隆	大曲厚生医療センター医員	
平 山 雅 士	中通総合病院副院長	
本 間 光 信	市立秋田総合病院呼吸器内科	
清 水 隆 夫	秋田県歯科医師会常務理事	
安 田 哲 弘	秋田県薬剤師会専務理事	
伊 藤 善 信	秋田市保健所長	
佐々木 専 悦	秋田県獣医師会常務理事	

(2) 秋田県健康づくり審議会感染症対策分科会新興感染症部会

氏 名	職 名	備 考
五十嵐 知 規	秋田県医師会常任理事	部会長
石 川 達 哉	秋田県医師会理事	
和 泉 千香子	市立横手病院診療部長	
奥 山 慎	中通総合病院長	
小野崎 圭 助	秋田県医師会理事	
黒 木 淳	由利組合総合病院副院長	
嵯 峨 知 生	秋田大学医学部附属病院教授	
武 田 修	市立秋田総合病院小児科長	
平 山 雅 士	中通総合病院副院長	
福 井 伸	秋田厚生医療センター診療部長	
柴 田 聡	秋田県病院協会理事	
佐々木 修	秋田県薬剤師会副会長	
伊 藤 善 信	秋田市保健所長	
清 水 隆 夫	秋田県歯科医師会常務理事	
阿 部 亜矢子	秋田県立循環器・脳脊髄センター 副看護部長 感染管理認定看護師	
栗 盛 寿美子	秋田県栄養士会長	
千 葉 智 広	秋田市消防本部救急課長	
萱 森 真 雄	秋田県老人福祉施設協議会長	
三 浦 靖 之	秋田県障害福祉団体協議会理事	
鈴 木 明 文	秋田県立病院機構理事長	
西 谷 浩 一	小坂町福祉課長	
長 瀬 肇	横手市総務企画部危機対策課次長兼危機管理監	
熊 谷 正 広	仙台検疫所秋田船川出張所	
小 杉 真 吾	秋田県保健所長会 由利本荘保健所長	
斎 藤 博 之	秋田県健康環境センター 保健衛生部長	
高 橋 亨	教育庁保健体育課 健康教育・食育チーム チームリーダー	
菊 地 富貴子	秋田県訪問看護ステーション協議会 管理者	
高 橋 一 彦	秋田県臨床検査技師会長	
佐々木 重 喜	秋田県感染対策協議会長	

8 へき地医療

秋田県へき地医療支援計画策定等会議

氏 名	職 名	備 考
伊 藤 伸 一	秋田県医師会副会長	
井 上 真	鹿角市福祉総務課長	
岩 谷 一 徳	男鹿市生活環境課長	
大 坂 智 実	横手市健康推進課長	
小 野 雅 彦	北秋田市民病院事務長	
北 嶋 学	大潟村 福祉保健課長	
齊 藤 幹 雄	上小阿仁村住民福祉課長	
佐 藤 尚 子	由利本荘市健康づくり課長	
鈴 木 雅 昭	北秋田市医療健康課長	
高 橋 貴 幸	仙北市保健課長	
高 橋 俊 明	平鹿総合病院副院長	
高 橋 弘 克	東成瀬村民生課長	
高 橋 文 睦	かづの厚生病院事務長	
西 谷 浩 一	小坂町福祉課長	
畠 山 桂 郎	秋田県歯科医師会副会長	副会長
原 田 徹	男鹿みなと市民病院事務局長	
堀 口 聡	秋田県へき地医療支援機構 専任担当官（平鹿総合病院長）	会長
松 田 眞 吾	由利組合総合病院事務長	
南 谷 佳 弘	秋田大学医学部附属病院長	
和 田 智 子	にかほ市小出診療所長	

9 周産期医療

秋田県周産期医療協議会

氏 名	職 名	備 考
新 井 浩 和	秋田県小児科医会理事	
大 澤 有 姫	大館市立総合病院産婦人科部長	
大 山 則 昭	秋田県医師会常任理事	会長職務代理
軽 部 彰 宏	秋田県病院協会員	
齊 藤 清 子	秋田県看護協会助産師職能理事	
佐 藤 朗	秋田赤十字病院総合周産期母子医療センター長	
高 橋 勉	秋田大学大学院医学系研究科小児科学教授	
千 葉 智 広	秋田市消防本部救急課長	
寺 田 幸 弘	秋田大学大学院医学系研究科産婦人科学教授	会長
新 山 幸 俊	秋田大学大学院医学系研究科麻酔・蘇生・疼痛管理学教授	
松 井 俊 彦	秋田県産婦人科医会常任理事	
水 野 大	秋田大学大学院医学系研究科小児外科学准教授	
三 浦 喜 典	平鹿総合病院産婦人科診療部長	
三 浦 広 志	秋田大学医学部附属病院産婦人科講師	
山 崎 純	N P O 法人子育て応援 S e e d 理事長	

10 小児医療

秋田県小児医療協議会

氏 名	職 名	備 考
小 泉 ひろみ	秋田県医師会長	会長職務代理
佐 藤 陽 子	平鹿総合病院小児科長	
澤 石 由記夫	県立医療療育センター長	
高 橋 郁 夫	秋田県医師会常任理事	
高 橋 勉	秋田大学大学院医学系研究科小児科学教授	会長
武 田 修	市立秋田総合病院小児科長	
丹 代 諭	大館市立総合病院小児科部長	
土 田 聡 子	秋田赤十字病院第二小児科部長	
新 井 浩 和	秋田県小児科医会理事	

10 在宅医療

在宅医療連携体制等検討会

氏 名	職 名	備 考
石 川 美由紀	秋田県地域包括・在宅介護支援センター協議会理事	
伊 藤 伸 一	秋田県医師会副会長	座長
稲 庭 千弥子	秋田県介護老人保健施設連絡協議会会長	
植 木 重 治	秋田大学大学院医学系研究科医学専攻総合診療・検査診断学講座教授	
小 野 剛	秋田県病院協会副会長	副座長
菊 地 富貴子	秋田県看護協会 訪問看護ステーションあきた所長	
佐 藤 一 実	秋田県薬剤師会常務理事	
曾 根 純 之	秋田県医師会常任理事	
長 岡 真希子	秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻看護学講座准教授	
畠 山 桂 郎	秋田県歯科医師会副会長	

秋田県医療保健福祉計画

令和 6 年 3 月

発行者 秋田県健康福祉部医務薬事課

〒010-8570 秋田県秋田市山王 4 丁目 1 - 1

電 話 0 1 8 - 8 6 0 - 1 4 0 1

ファックス 0 1 8 - 8 6 0 - 3 8 8 3

E メール imuyakujika@pref.akita.lg.jp
