

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。

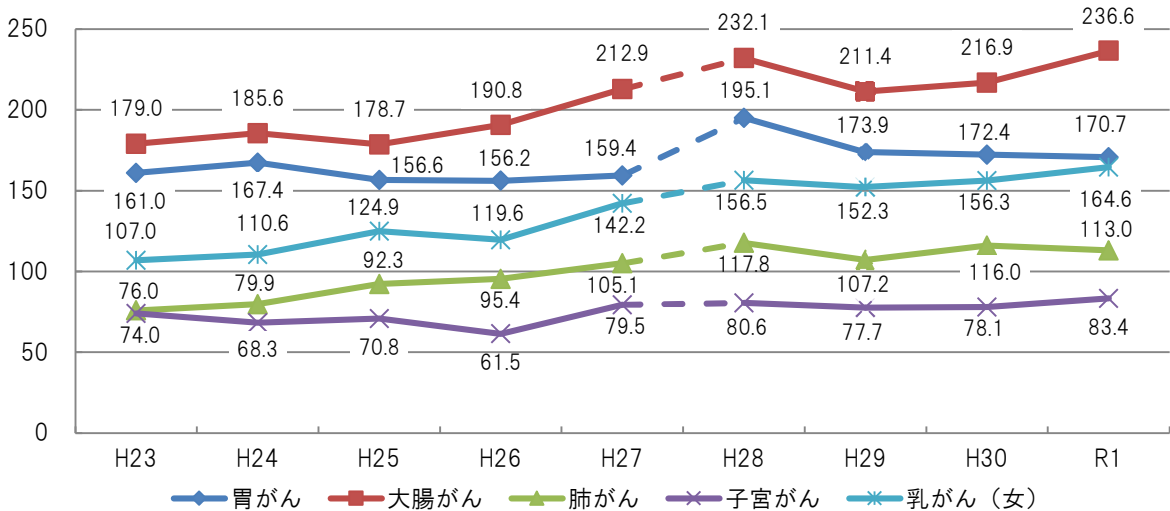
表1 がんの罹患者数 (単位：人)

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・部位別がん罹患者率（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。

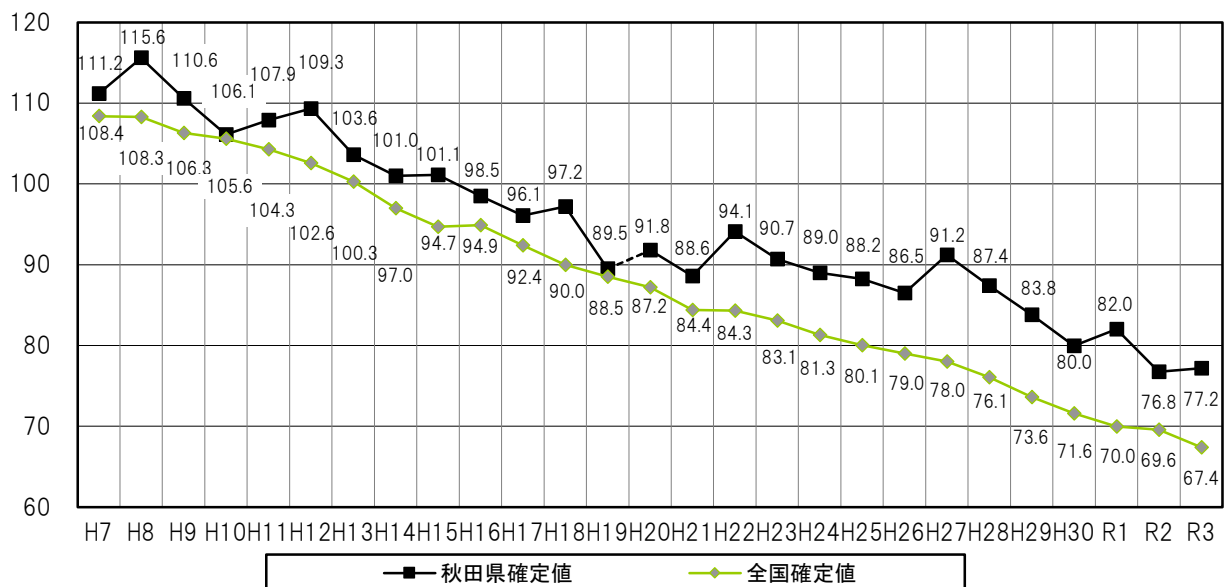
表2 年齢・部位別の死亡者数

区分	年齢	0～19歳	20～29歳	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60～69歳	70～79歳	80～	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10万人対）は全国値より高い値で推移しており、令和3年は77.2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10万人対）

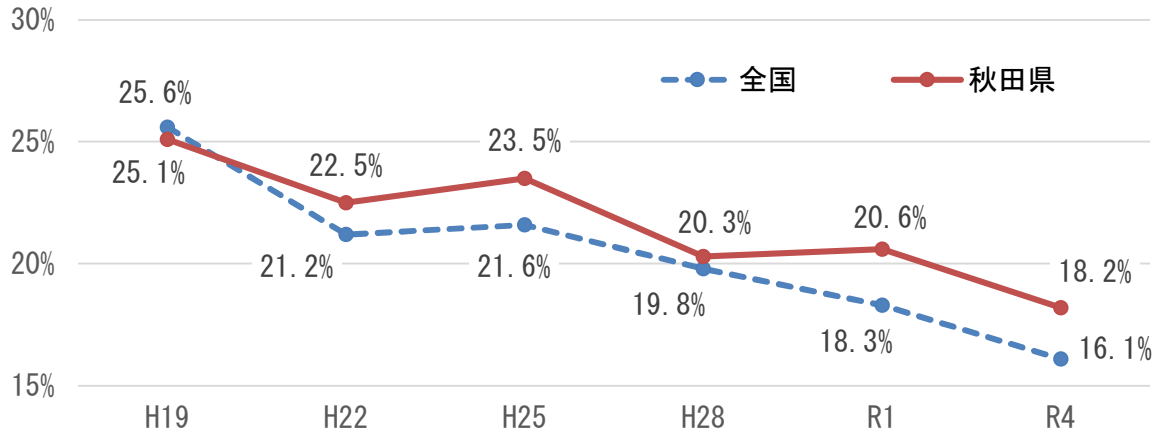


出典：国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」（人口動態統計）

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。

図3 喫煙率



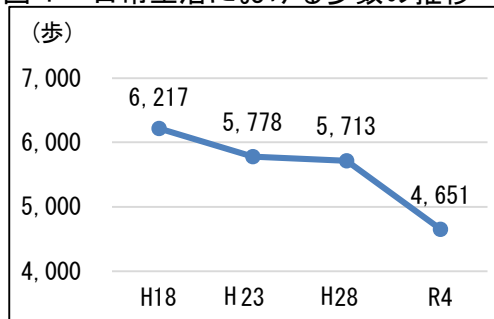
出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」

◇ 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。

◇ 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。

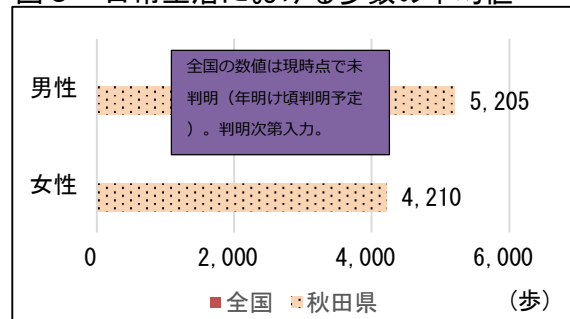
◇ 日常生活で適度な運動を行うことは、大腸がんなどのリスクを下げるとされていますが、20歳以上の県民の日常生活における歩数は減少傾向にあります。

図4 日常生活における歩数の推移



出典：県民健康・栄養調査（秋田県）

図5 日常生活における歩数の平均値



出典：令和4年度県民健康・栄養調査（秋田県）
令和4年国民健康・栄養調査（厚生労働省）

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。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

		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、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4 拠点病院等の整備状況（令和5年4月1日現在）

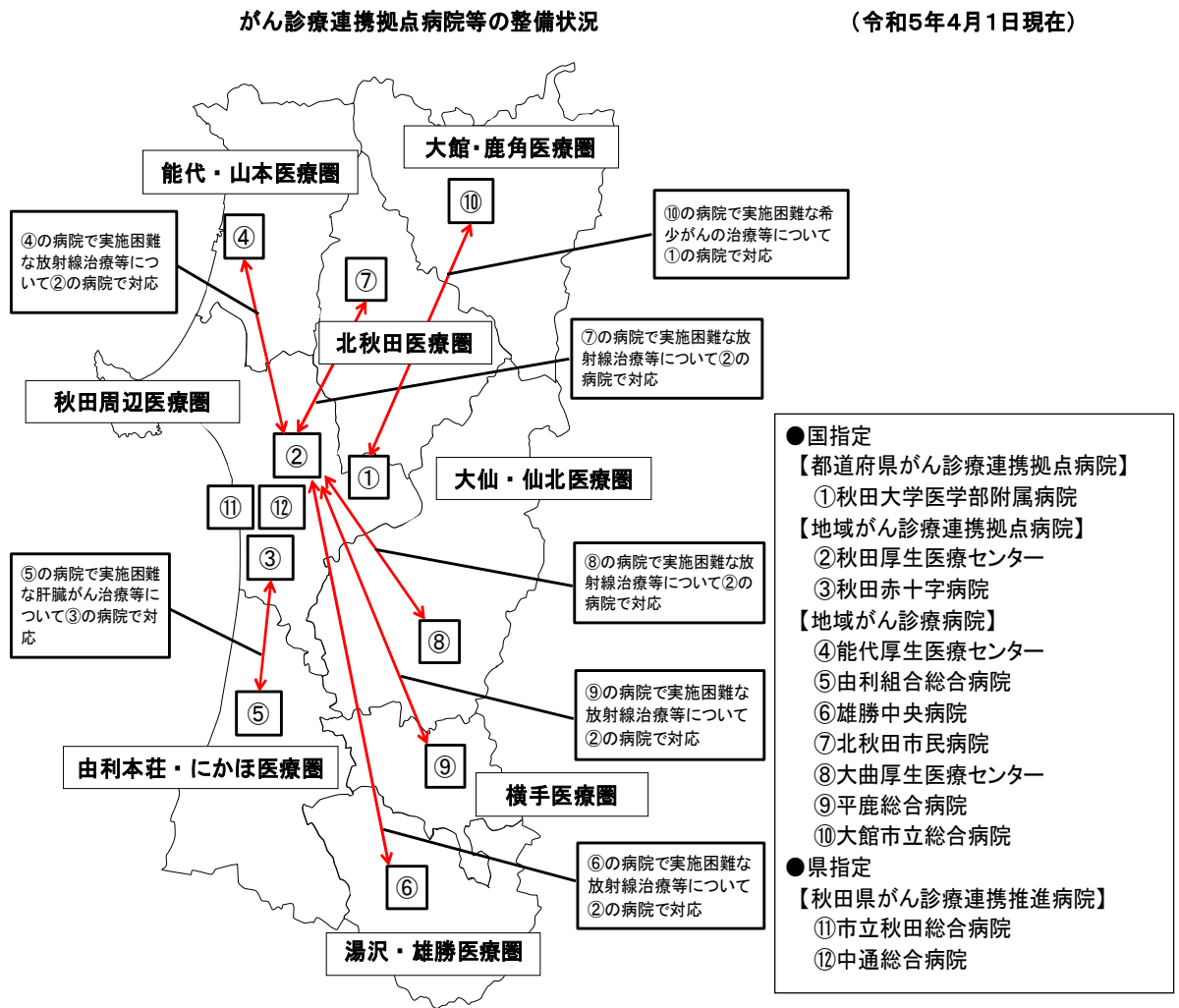


表5 がん患者数等の状況（令和4年）

（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	内視鏡粘膜下層剥離術	手術	乳癌冷凍凝固摘出術	乳腫瘍摘出術(生検)	乳腺腫瘍画像ガイド下吸引術	乳房再建(乳房切除後)
秋田大学医学部附属病院	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	ラジオ波焼灼療法	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。

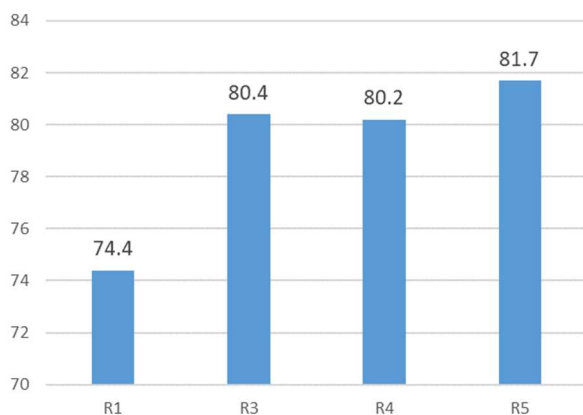
出典：(国指定)厚生労働省「がん診療連携拠点病院等 新規指定推薦書・指定更新推薦書・現況報告」(令和5年度)
(県指定)県健康づくり推進課調べ

◇ 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5 拠点病院等が実施する緩和ケア研修会の修了者の受講率



※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、塩分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のがんの1次予防に重要です。

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を促進するとともに、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、等しくそのがんの状態に応じたがん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よる全がんの5年生存率の上昇に伴い、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・AYA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) 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、ブレスト・アウェアネスなど、日ごろから自らの健康状態を意識する生活習慣や、体に異常を感じた場合の医療機関への早期受診などについて啓発します。

(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られるよう、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か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)(R3)※1	調整中				
プロセス	がん検診受診率(R4)※2	胃	秋田県	52.3%	60%	第4期がん対策基本計画に掲げる目標値
			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%		
		子宮頸	秋田県	45.9%		
			全 国	43.6%		
	乳房	秋田県	46.3%			
		全 国	47.4%			
	20歳以上の人の喫煙率(R3)※3	調整中				
ストラクチャー	緩和ケア研修会修了者数(医師)(R4)※4	秋田県	81.7%	100%	がん診療に携わる全医師が受講	
		全 国	-			
	緩和ケアセンター機能を持つ施設数(R4)※4	調整中				
	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※5	秋田県	75.0%	100%	全ての拠点病院等で実施	
全 国		-				

※1 国立がん研究センターがん対策情報センター

※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(調整中)

※4 県健康づくり推進課調べ(調整中)

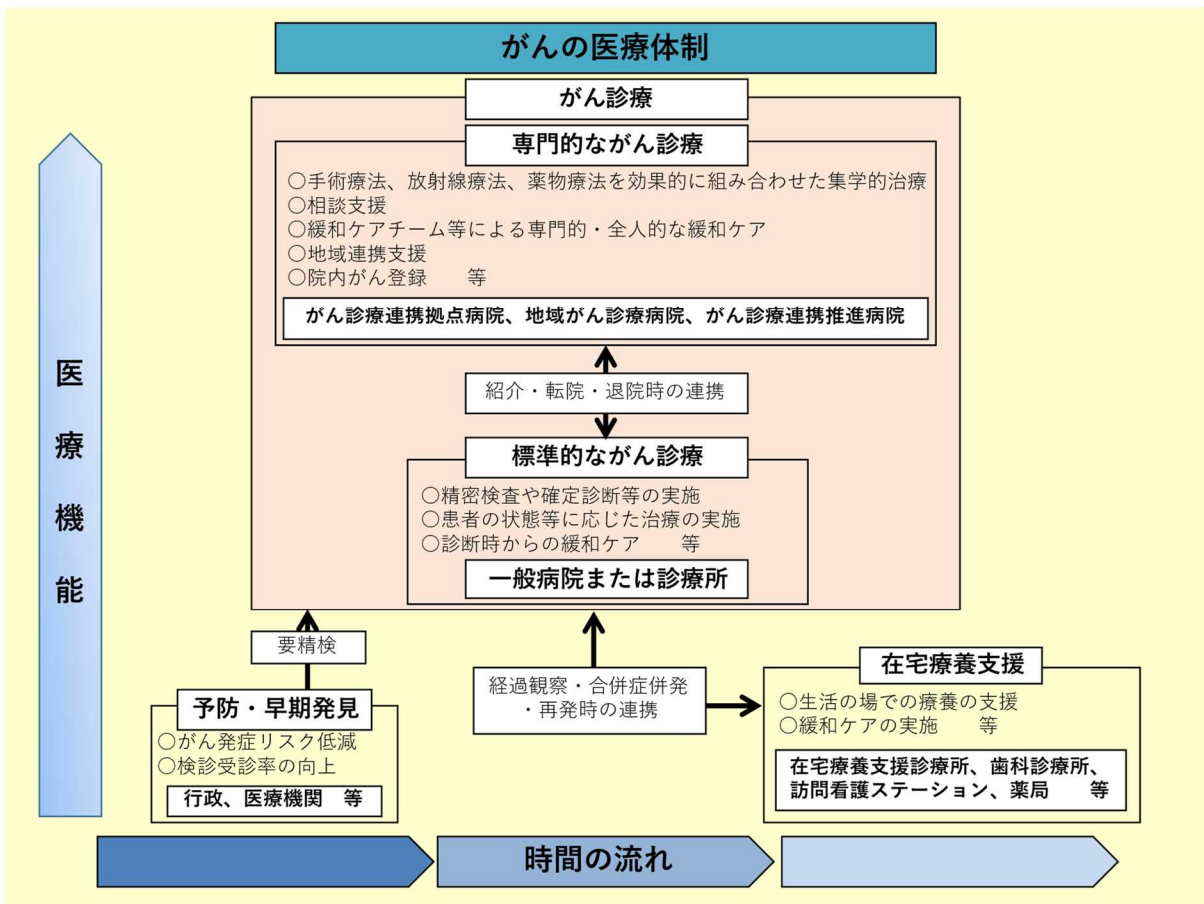
※5 厚生労働省「がん診療連携拠点病院等 新規指定推薦書・指定更新推薦書・現況報告」、県健康づくり推進課調べ

○ 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次医療計画における二次医療圏単位）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】
		■標準的ながん診療
目 標	<ul style="list-style-type: none"> ・喫煙やがんと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 	<ul style="list-style-type: none"> ・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治療の実施 ・治療後のフォローアップ ・診断された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
医療機能を担う医療機関の基準	<p>○次の1から3までのいずれかが可能な病院・診療所</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 	<p>○次の1から4までのいずれかが可能な病院・診療所</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 血液検査、画像検査（エックス線検査、CT検査、MRI検査、核医学検査、超音波検査、内視鏡）及び病理検査等の、診断・治療に必要な検査が実施可能 2 患者の状態やがんの病態に応じて、手術療法又は薬物療法等の実施が可能 3 画像診断や病理診断等が実施可能 4 がんと診断されたときから患者とその家族等に対して全人的な緩和ケアを実施可能
医療機関等に求められる事項の例	<p>【医療機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 <p>【行政】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 	<p>【医療機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・診断・治療に必要な検査の実施 ・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 ・がんと診断された時から患者とその家族に対する全人的な緩和ケアを実施

医療機能	【がん診療】	【在宅療養支援】
	■専門的ながん診療	
目 標	(標準的ながん診療と同様)	<ul style="list-style-type: none"> ・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」、「地域がん診療病院」又は「秋田県がん診療連携推進病院」	<p>○次の1から5までのいずれかが可能な病院・診療所</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 看取りを含めた人生の最終段階におけるケアを24時間体制で提供可能 4 がん診療機能を有する医療機関等と、診療情報や治療計画を共有するなどして連携が可能(地域連携クリティカルパスを含む) 5 医療用麻薬の提供が可能
医療機関等に求められる事項の例	<p>標準的ながん診療を担う医療機関に求められる事項の例のほか、以下のとおり</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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た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 	<ul style="list-style-type: none"> ・24時間体制で在宅医療を実施 ・在宅での緩和ケアを実施 ・24時間体制で人生の最終段階におけるケアを実施 ・がん診療機能を有する他の医療機関等との連携 ・医療用麻薬の提供

※ 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も参考値として厚生労働省ホームページに公表あったため、同様に掲載。

- ◇ 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年度	227	82	162	444	151	261	130	118	1,575	104,595
(人口10万対)	(215.9)	(248.1)	(209.9)	(115.0)	(152.7)	(211.2)	(148.7)	(195.9)	(162.1)	(85.2)
令和2年度	211	57	137	481	156	185	131	109	1,467	102,978
令和元年度	226	58	168	494	156	230	159	134	1,625	106,552

出典：厚生労働省「人口動態統計調査」

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の状況 (令和4年)

一次脳卒中センター		脳梗塞		くも膜下出血 (破裂脳動脈瘤)		脳出血	
圏域	施設名	t-PA静注療法	脳血栓回収療法	クリッピング術	コイル塞栓術	保存的治療	手術
大館・鹿角	かつの厚生病院						
北秋田							
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						
	社会医療法人明和会中通総合病院						
	秋田赤十字病院						
	秋田県立循環器・脳脊髄センター						
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						
横手	平鹿総合病院						
湯沢・雄勝	雄勝中央病院						

後日数値を掲載

出典：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	R3	10.8	R3
	脳梗塞に対する脳血管内治療の実施件数	8.4	R3	12.4	R3

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

二次医療圏	脳血管疾患等リハビリテーション料			回復期リハビリテーション病棟入院料		
	(Ⅰ)	(Ⅱ)	(Ⅲ)	入院料1	入院料2	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

(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
全国	84,459.3	47,853.9	16,799.0	67.0	37.9	13.3
秋田県	438.5	341.0	85.8	45.7	35.5	8.9

- ◇ 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応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 病期に応じたリ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みます。

(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へ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 ○

【脳卒中】

		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	32.0	「健康秋田21」同様R15年にR3年の全国平均値を目指す	148
			全 国 (R3)	32.0			
		女性	秋田県	22.3	16.8		
			全 国 (R3)	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	●151
		全 国	54.4%				
プロセス	喫煙率※1 (R4)	調整中					
	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	134	
		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	●110	
		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	142		
	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	●144		
	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	県独自調査	
		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	県独自調査	
		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	102	
		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	103	
		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	●117	
		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

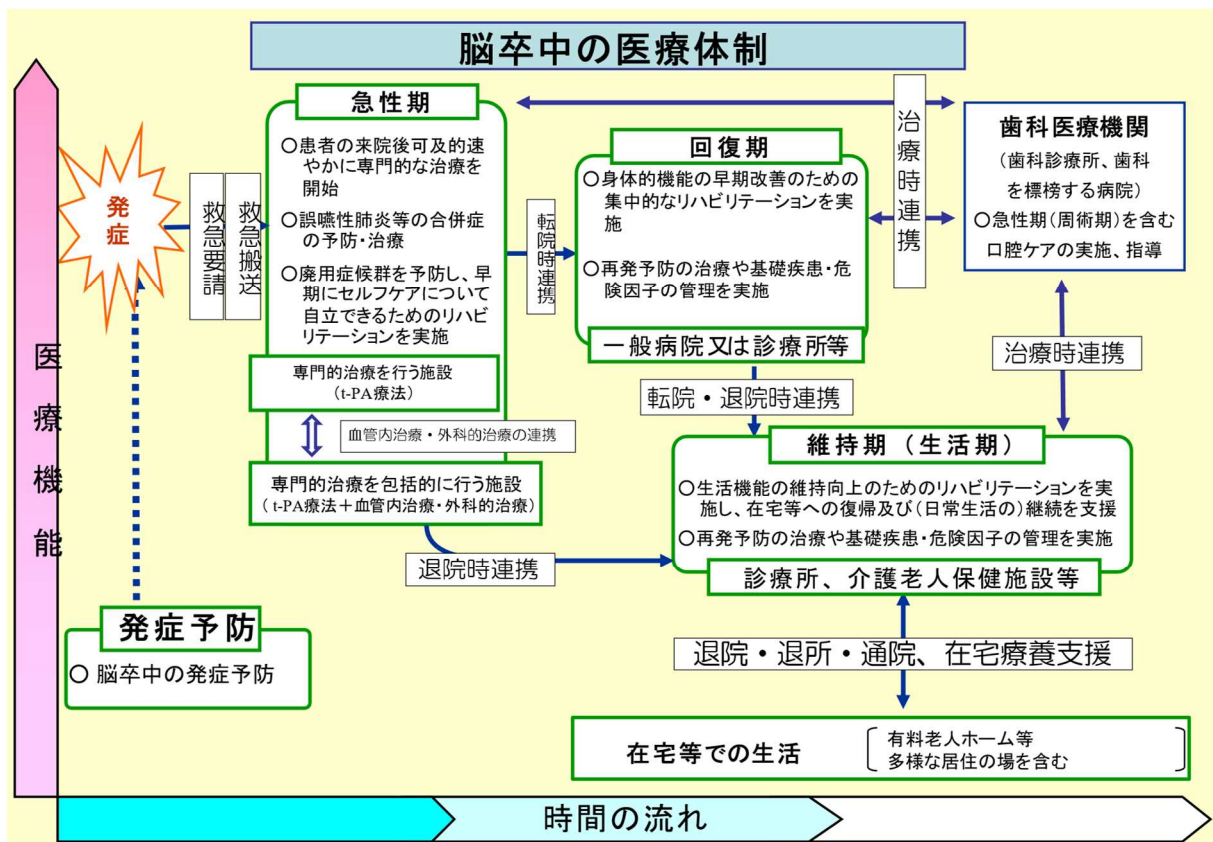
※3 脳血管疾患等リハビリテーション料(I)及び(II)の届出施設数

○ 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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 脳卒中の発症を予防すること 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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	<ul style="list-style-type: none"> ○生活習慣病や脳卒中予防を行う医療機関 	<ul style="list-style-type: none"> ○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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 	<ul style="list-style-type: none"> 【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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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	<ul style="list-style-type: none"> ○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	<p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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

<p>医療機関等に 求められる 事項の例</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 個々の患者の神経症状等の程度に基づき、回復期リハビリテーションの適応を検討できること ・ 回復期（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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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	<ul style="list-style-type: none"> ○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 	<ul style="list-style-type: none"> ○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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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も参考値として厚生労働省ホームページに公表あったため、同様に掲載。

- ◇ 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年度	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年度	303	77	158	641	220	309	187	173	2,068	205,596
令和元年度	268	103	176	591	248	296	190	174	2,046	207,714

出典：厚生労働省「人口動態統計調査」

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2年	令和3年	令和4年	
男性	秋田県	56.6	55.3	51.5
	全 国	63.1	62.7	66.3
女性	秋田県	25.4	25.4	27.1
	全 国	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年度	34	16	38	144	23	36	25	31	347	68,001
(人口10万対)	(32.3)	(48.4)	(49.2)	(37.3)	(23.3)	(29.1)	(28.6)	(51.5)	(35.7)	(54.8)
令和2年度	59	17	27	127	34	38	30	24	356	67,305
令和元年度	52	21	41	124	32	40	28	26	364	67,326

出典：厚生労働省「人口動態統計調査」

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2年	令和3年	令和4年	
男性	秋田県	14.1	11.3	12.7
	全国	28.6	27.9	29.4
女性	秋田県	4.6	3.8	4.5
	全国	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年度	22	8	18	69	18	19	28	7	189	19,351
(人口10万対)	(20.9)	(24.2)	(23.3)	(17.9)	(18.2)	(15.4)	(32.0)	(11.6)	(19.5)	(15.6)
令和2年度	19	6	9	67	14	24	18	16	173	18,795
令和元年度	24	6	13	61	19	26	26	8	183	18,830

出典：厚生労働省「人口動態統計調査」

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2年	令和3年	令和4年	
男性	秋田県	5.4	7.5	6.7
	全国	6.6	6.4	6.7
女性	秋田県	3.1	2.5	3.0
	全国	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。

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

出典：厚生労働省「人口動態統計調査」

表9 心不全による年齢調整死亡率（人口10万対）

区分	令和2年	令和3年	令和4年	
男性	秋田県	29.7	28.4	25.2
	全国	18.0	18.1	19.4
女性	秋田県	14.2	14.1	15.4
	全国	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

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10 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11 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10万に当たりで見ると、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12 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					
	大館市立総合病院	かづの厚生病院			北秋田市民病院	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
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、両室ペースメーカー付き植込型除細動器（CRT）移植術・交換術	—	—	—	—	68	—	—	—	15	—
経カテーテルの大動脈弁置換術（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）
	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、両室ペースメーカー付き植込型除細動器（CRT）移植術・交換術	—	—	—	—	83	8.9	6.9
経カテーテルの大動脈弁置換術（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13 心筋梗塞に対する冠動脈再開通件数（人口10万対）

圏域	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

⑥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、圏域で見ると、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 14 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)

⑦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 15 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 16 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：全国指導士名簿(日本心臓リハビリテーション学会)(令和 5 年 2 月)

表 17 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	

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

- ◇ 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 18 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」

※ 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 19 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」

※ 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。

- ◇ 内科的治療に関する状況を見てみると、特に心不全については、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いることから、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。
- ◇ 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。

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
- ◆ 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 ○

【心筋梗塞等の心血管疾患】

		区 分		現 状	目 標 値	目 標 値 の 考 え 方	指 標 番 号
アウトカム	心疾患の年齢調整死亡率 (人口10万対)(R4)	男性	秋田県	51.5	51.5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	●194
			全 国	66.3			●195
		女性	秋田県	27.1	31.6未満		
			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	●188
			全 国	28.6			●189
		女性	秋田県	4.6	4.6未満		
			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	●192
			全 国	6.6			●193
		女性	秋田県	3.1	3.1未満		
			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、全国水準を目標とする	●190
			全 国	18.0			●191
女性		秋田県	14.2	11.9			
		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、現状値未満を目標とする	●197	
	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、全国水準を目標とする	●199	
	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、全国水準を目標とする	●201	
	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、全国水準を目標とする	●202	
	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、全国水準を目標とする	●202	
	全 国		42.8分				
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とする	178
		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とする	●179
		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) (R03)	秋田県		52.2	77.7	全国値に比べ低い水準であるため、全国水準を目標とする	県独自
		全 国		77.7			
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) (R03)	秋田県		63.9	152.2	全国値に比べ低い水準であるため、全国水準を目標とする	●186	
	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) (R03)	秋田県		92.8	176.2	全国値に比べ低い水準であるため、全国水準を目標とする	●183	
	全 国		176.2				
ストラクチャー	循環器内科医師数 (R2)	秋田県		110人	増加	医療圏における医師偏在の改善のため増加とする	153
		全 国		—			
	心臓血管外科医師数 (R2)	秋田県		18人	増加	医療圏における医師偏在の改善のため増加とする	154
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	実施可能な医療機関が不足・偏在していることから増加を目標とする	県独自	
	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

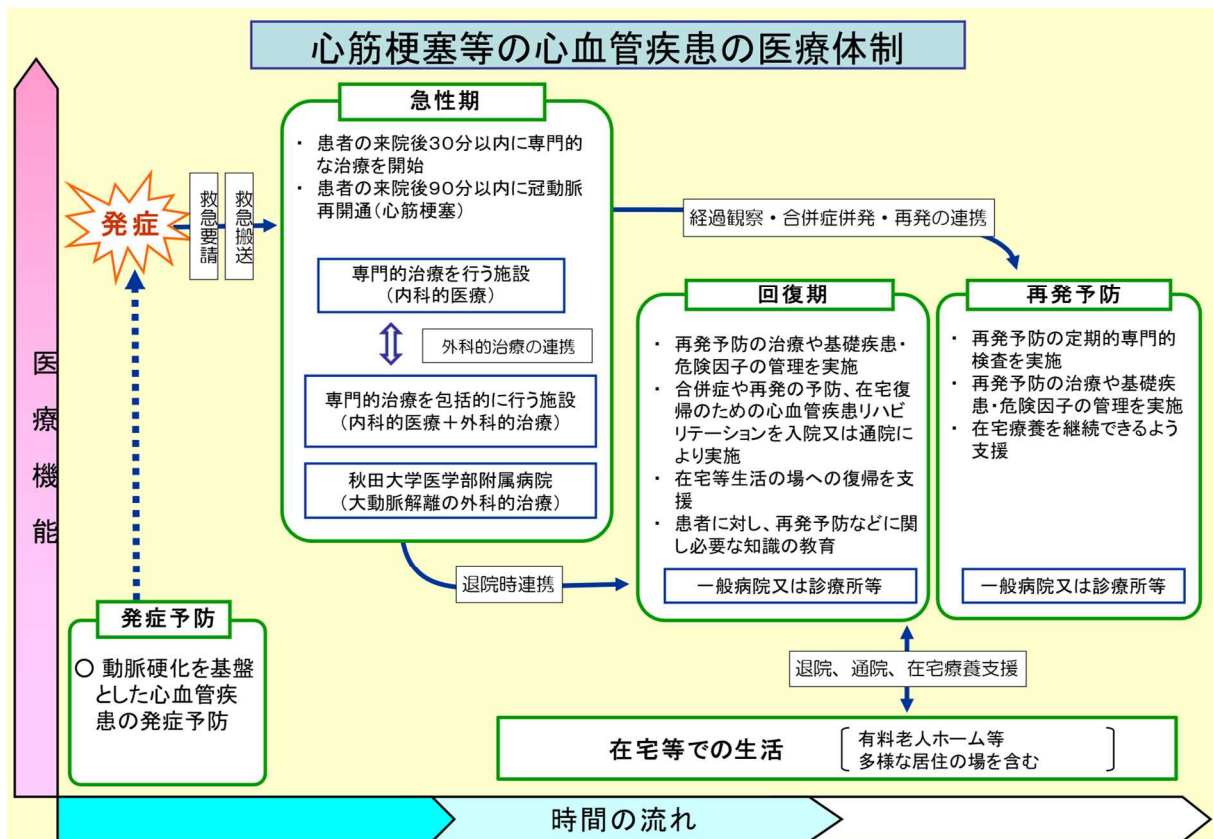
○ 医療機関とその連携 ○

(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	<ul style="list-style-type: none"> 心筋梗塞等の心血管疾患の発症を予防すること 	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<p>【本人及び家族等周囲にいる者】</p> <ul style="list-style-type: none"> 発症後速やかに救急要請を行うこと 心肺停止が疑われる者に対して、AEDの使用を含めた救急蘇生法等適切な処置を実施すること <p>【救急救命士を含む救急隊員】</p> <ul style="list-style-type: none"> 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	<p style="text-align: center;">【急性期】 (3) 救急医療の機能</p>
目 標	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者の来院後速やかに初期治療を開始するとともに、30分以内に専門的な治療を開始すること ・ 合併症や再発の予防、在宅復帰のための心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	<ul style="list-style-type: none"> ○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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 心電図検査、血液生化学検査、心臓超音波検査、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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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も参考値として厚生労働省ホームページに公表あったため、同様に掲載。

- ◇ 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人口 10 万人当たりの新規人工透析導入患者数（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 万人当たり）（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 (10万人当)	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 (10万人当)	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 人口 10 万人当たり糖尿病内科(代謝内科)※医師数の推移 (単位:人)

区分	平成 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。

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		●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10万人当たり）(R3)	秋田県	11.7	減少	●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10万人当たり）(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

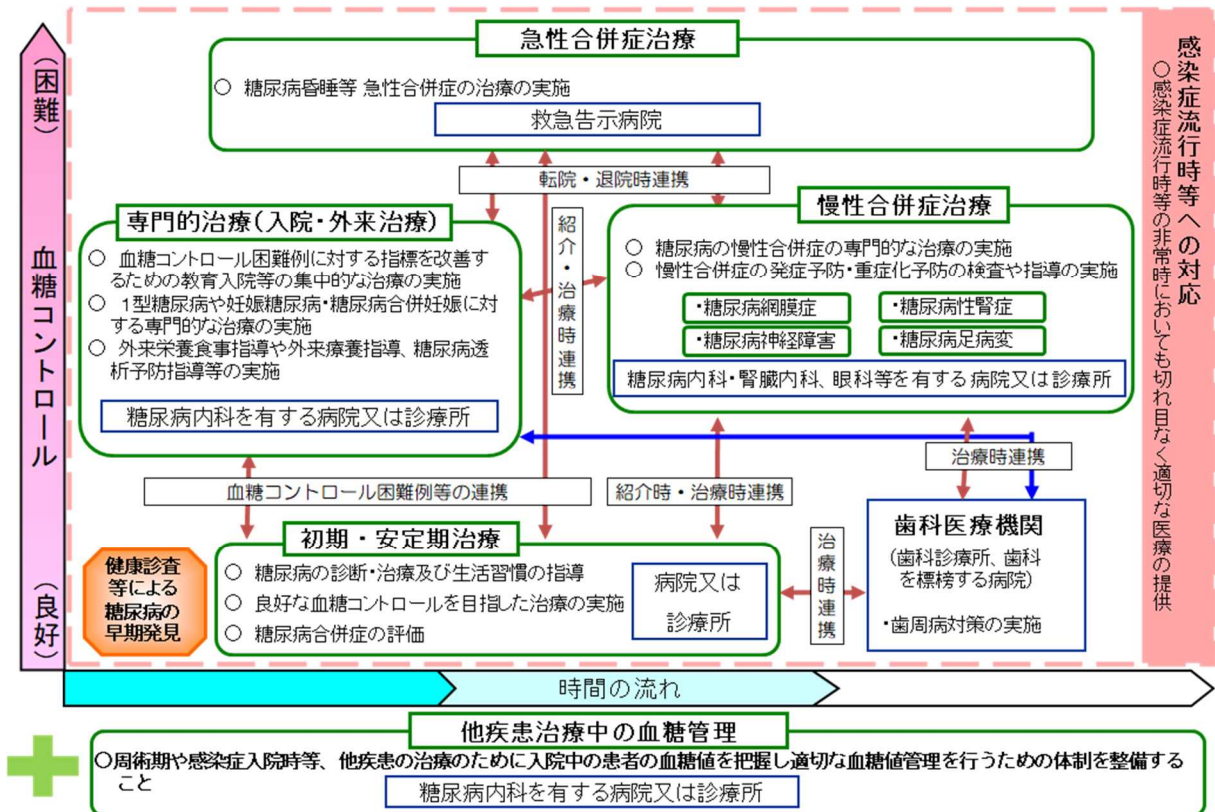
※は単純平均値

○ 医療機関とその連携 ○

(1) 圏域の設定

糖尿病医療体制の圏域については、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	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 都道府県・市区町村及び保険者等 病院又は診療所 	<ul style="list-style-type: none"> ○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	<p>(行政・保険者)</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 <p>(医療機関)</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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 75g 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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 75g 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 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・市町村や保険者、職域と連携すること 	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・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。

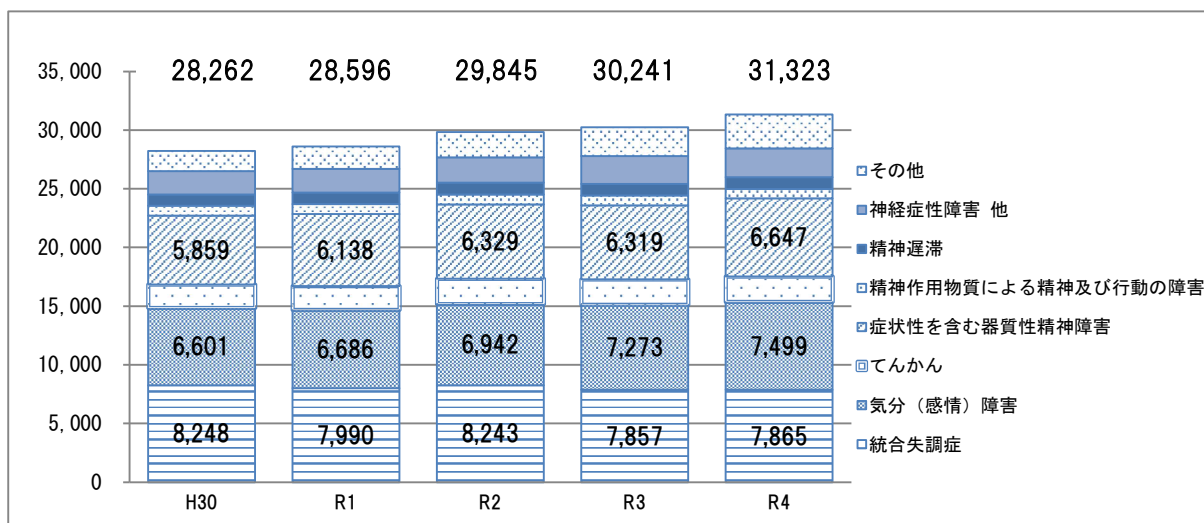
○ 現 状 と 課 題 ○

(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。

表 1 精神科を標榜する病院数

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

出典：厚生労働省「医療施設調査」（令和 3 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）

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

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」

◇ 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。

◇ 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3 精神疾患の受療率（人口10万対）

区 分	入 院			外 来			退院患者 平均在院日数
	総数	精神障害		総数	精神障害		
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4 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

- ◇ 医療計画と障害福祉計画が連動するように、令和8年度末の精神病床長期入院患者の地域移行のための基盤整備を推進する必要があります。

○ 目標・目指すべき方向 ○

(1) 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築

- ◆ 早期発見・早期受診に向けた体制の整備
- ◆ 専門職の養成や専門医療機関の明確化による医療提供体制の整備
- ◆ 専門的治療や精神科以外の医療機関との連携の強化
- ◆ 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ついた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（90 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に図ります。

(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・躁うつ病患者数の推移

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:「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：「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：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：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。
- ◆ 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。

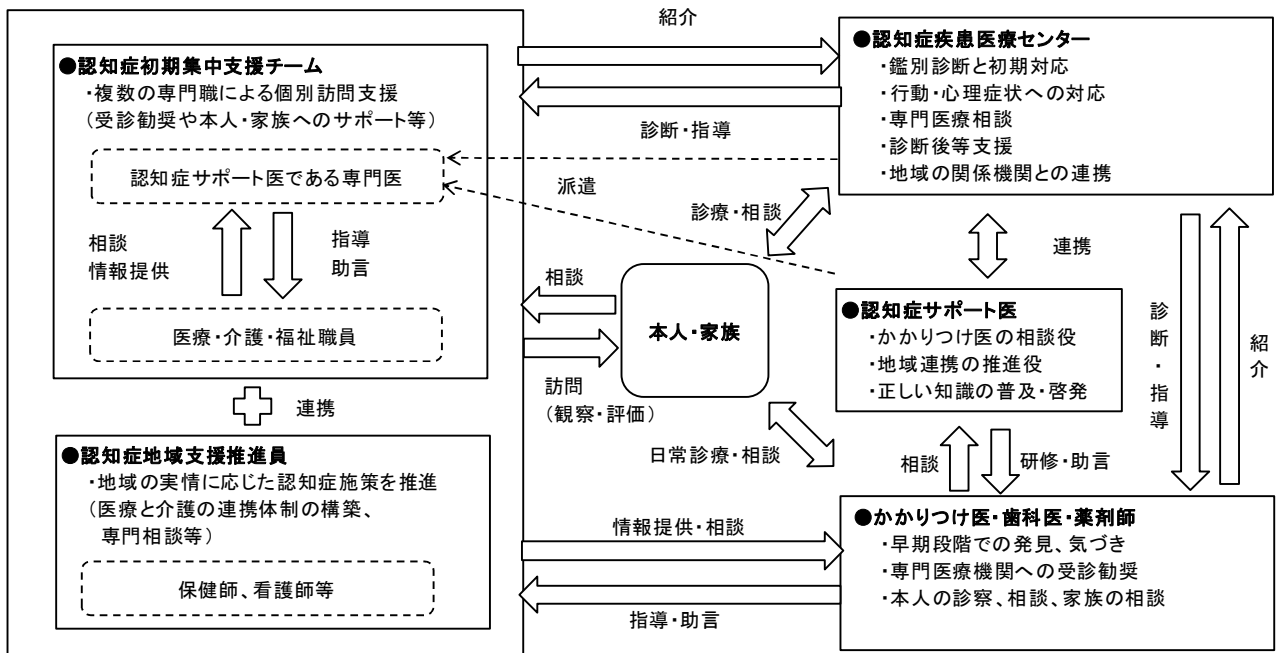
（2）早期発見・早期対応できる体制の整備

- ◆ 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。

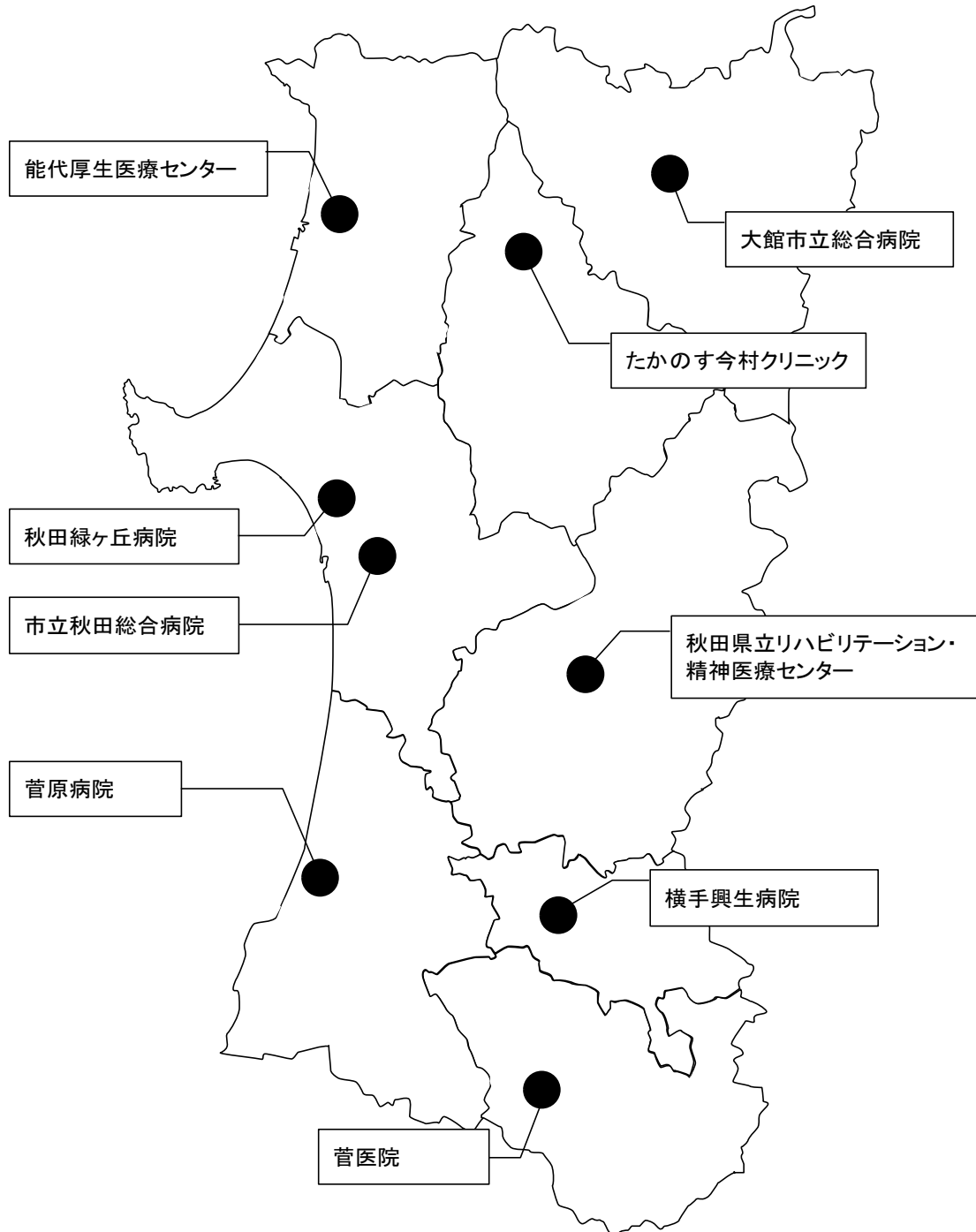
◆ 同じ悩みを持つ人同士が交流し情報交換できる認知症カフェや認知症の家族会の集いにおいて、心理面等の負担軽減につながるよう認知症疾患医療センターや地域包括支援センター等と連携しながら支援します。

(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

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

（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、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、思春期の子どもたち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。
- ◆ 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みます。

(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

- ◆ 秋田県発達障害支援ハンドブックによる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 C)	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」（令和2年度）

（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れ、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となります。支援拠点機関が県南地区に1か所のみであることから、地域毎の支援体制の整備を検討する必要があります。

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、やせて生理がこ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：「NDB」(令和2年度)

(2) 課題

- ◇ 厚生労働科学研究において、医療機関の受療の有無に関わらず、摂食障害患者は、女子中学生の100人に1～2人、男子中学生の1,000人に2～5人いると推計されており、早期に適切な支援を受けられるような体制が必要です。
- ◇ 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身体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：「NDB」(令和2年度)

(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試行事業」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（117 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（117 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。

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（116 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」（119 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 ○

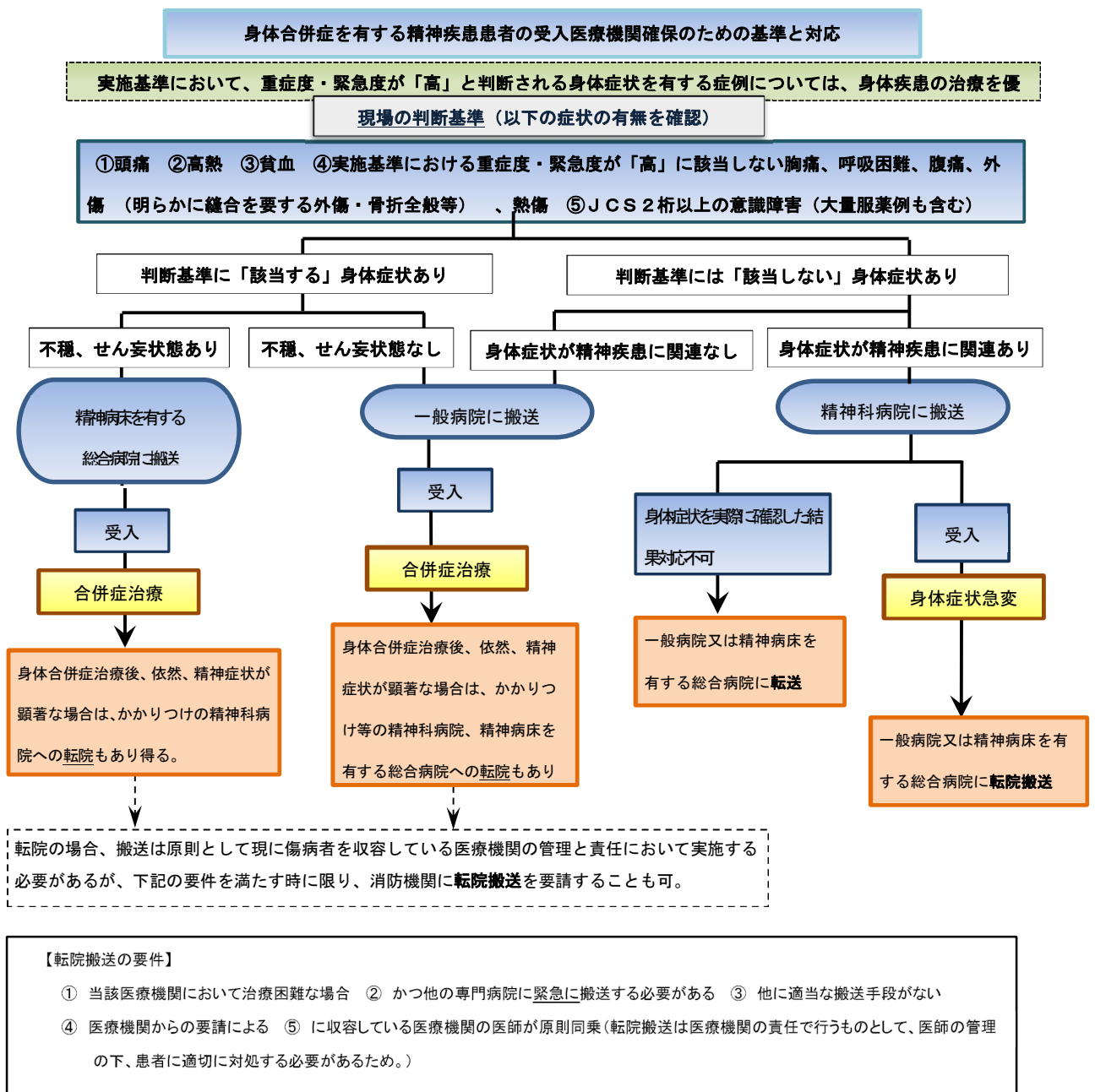
(1) 対応事例集の活用

- ◇ 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、心はれば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】DPAT（災害派遣精神医療チーム）とDMAT（災害派遣医療チーム）との比較

	DPAT (Disaster Psychiatric Assistance Team) 災害派遣精神医療チーム	DMAT (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	DPAT1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。	DMAT1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、DMATの活動が長期間（1週間など）に及ぶ場合には、DMAT2次隊、3次隊等の追加派遣で対応。 また、DMAT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	DPAT1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。	DMAT1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。

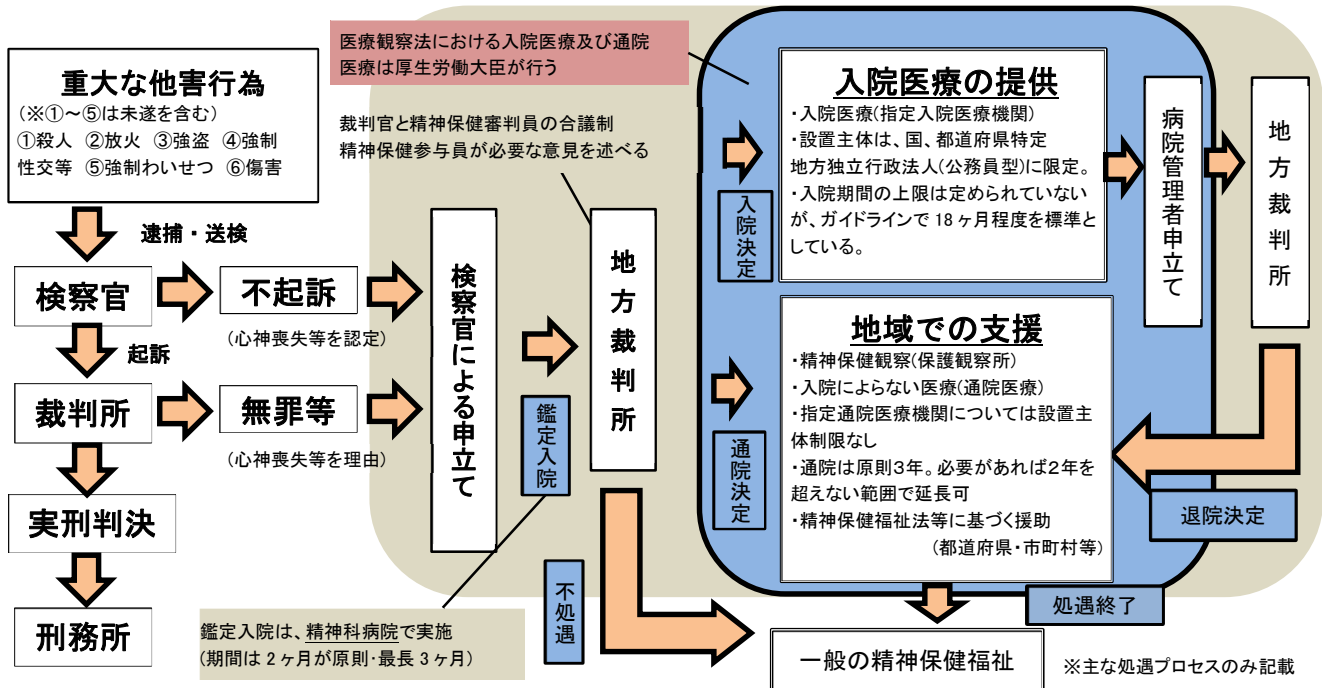
(2) 専門的治療の充実

- ◆ 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

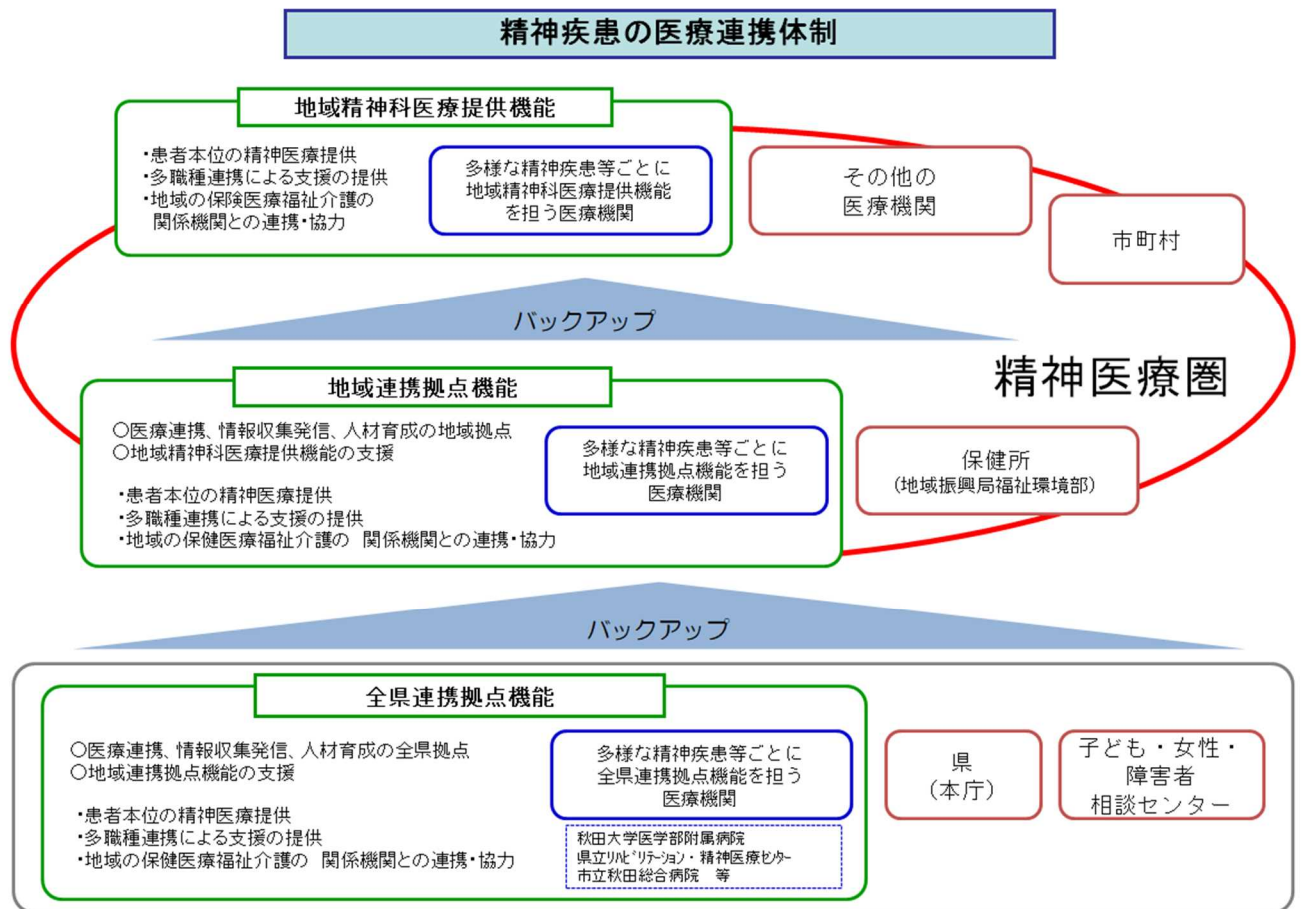
※ 入院需要（患者数）は、患者居住地ベースの数値

○ 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		<ul style="list-style-type: none"> ・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 		
		<ul style="list-style-type: none"> ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・医療連携の地域拠点の役割を果たすこと ・情報収集発信の地域拠点の役割を果たすこと ・人材育成の地域拠点の役割を果たすこと ・地域精神科医療提供機能を支援する役割を果たすこと 	
医療機能の基準	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）		
		○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		<ul style="list-style-type: none"> ・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 		
		<ul style="list-style-type: none"> ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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、内科等に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。