

## 第5章 疾病・事業ごとの保健医療の連携体制

### 第1節 がん

#### 現状と課題

#### データ分析

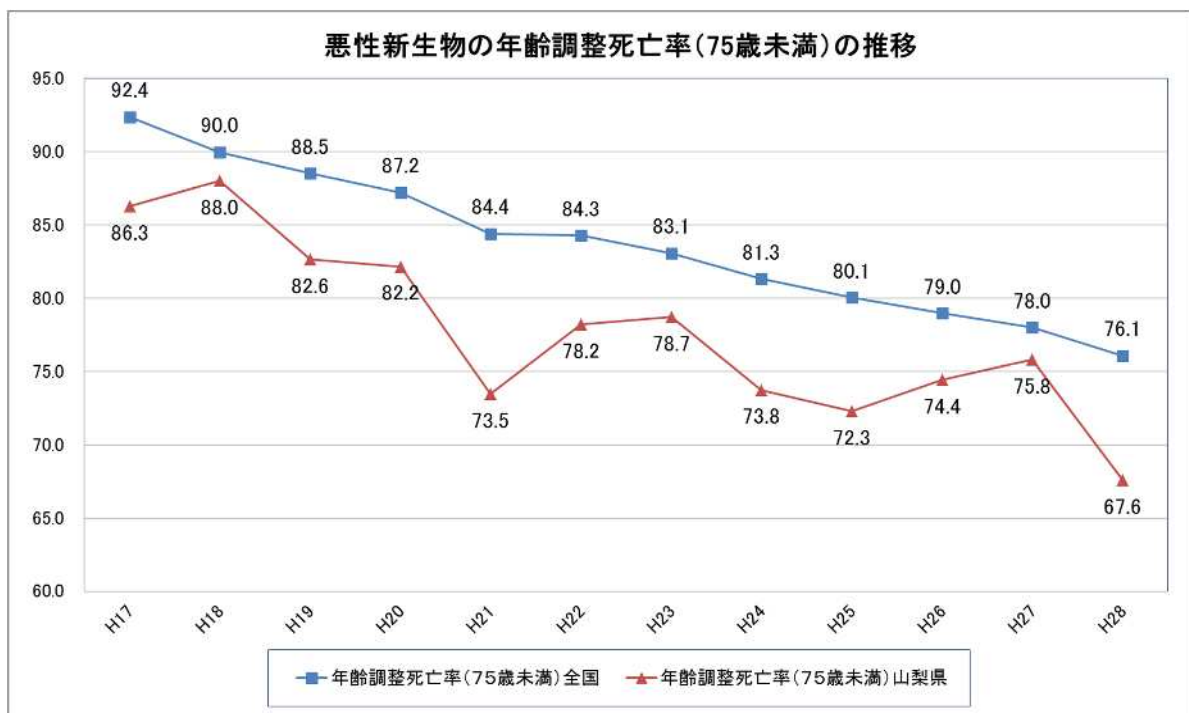
【がんによる死亡数、がん年齢調整死亡率(75歳未満)】

がんは、我が国において昭和56年より死因の第1位であり、平成28年の全国の死亡数は37万人に上っています。

本県においても、昭和58年より死因の第1位であり、平成28年の死亡数は2,467人(人口10万対301.6)で、全死因に占める割合は25.8%となっています。

死亡率については、人口10万対の死亡率は、年齢構成の影響を受けるため、年齢構成を調整した年齢調整死亡率により全国と比較することとします。

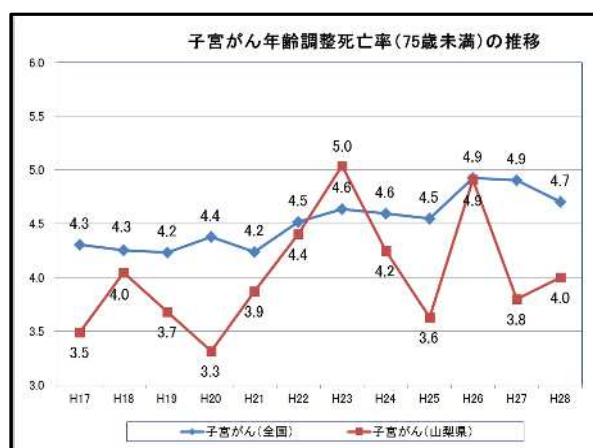
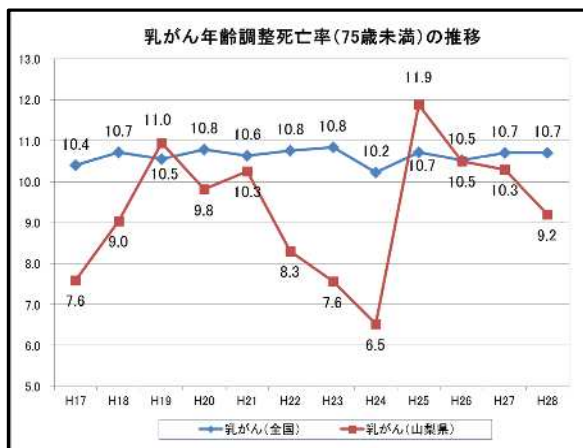
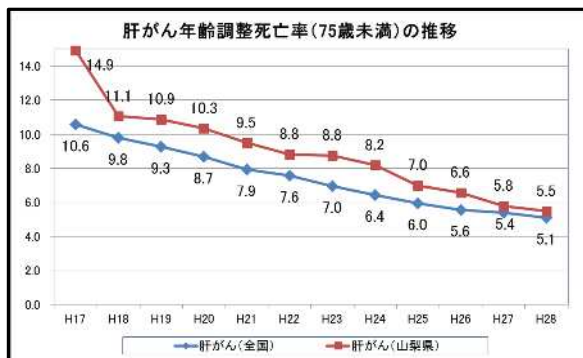
まず、国立がん研究センターによる75歳未満の年齢調整死亡率で比較してみると、本県の平成28年の75歳未満年齢調整死亡率は67.6と全国平均の76.1を下回っており、この10年間では23.2%減少しています。



資料:がんの統計(国立がん研究センター)

がんの年齢調整死亡率は、全国の傾向をみると、ゆるやかな減少傾向にあります。胃がん、肝がんは減少傾向、肺がん、大腸がんは横ばいからゆるやかな減少傾向、乳がんは増加傾向にあるなど、がんの種類により、その傾向に違いが見られます。

なお、本県では、C型肝炎ウイルスの感染率が高いことから、肝がんによる死亡率が全国より高く推移していますが、その差は小さくなっています。



資料: がんの統計(国立がん研究センター)

### 総合的かつ計画的ながん対策

国は平成19年4月に施行された「がん対策基本法」に基づき、がん対策の基本的方向

について定めた「がん対策推進基本計」を同年6月に策定し、総合的ながん対策を推進することとしました。

これを受け本県では、平成20年3月に「山梨県がん対策推進計画」を策定し、総合的かつ計画的にがん対策を推進することとしました。

その後、国では基本計画を定期的に見直し、平成24年6月に第2期を、平成29年10月には第3期の基本計画を策定しました。本県においても、平成25年3月には計画を見直し、第2次の計画を策定しました。

また、がん対策に関する基本事項を定めることにより、がん対策を総合的かつ計画的に推進することを目的として、平成24年に「山梨県がん対策推進条例」が制定され、「がん対策基本法」の改正を踏まえて平成29年10月に改正されました。

### 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

生活習慣の中でも、喫煙は、肺がんを始めとする種々のがんのリスク因子となることが知られています。また、喫煙は、がんにも最も大きく寄与する因子でもあるため、がん予防の観点から、たばこ対策を進めていくことが重要です。本県においては、これまで、喫煙等の生活習慣の改善に向けた普及啓発などに取り組んできました。

発がんにも寄与する因子としては、ウイルスや細菌の感染は、男性では喫煙に次いで2番目に、女性では最も発がんにも大きく寄与する因子となっています。発がんにも大きく寄与するウイルスや細菌としては、肝がんに関連する肝炎ウイルス、胃がんに関連するヘリコバクター・ピロリ、子宮頸がんに関連するヒトパピローマウイルス(以下「HPV」という。)、ATL(成人T細胞白血病)と関連するヒトT細胞白血病ウイルス1型(以下「HTLV-1」という。)等があり、これらの感染予防、早期治療等が必要です。

がんを早期発見するため、市町村や職域等において、胃がん、肺がん、乳がん、大腸がん、子宮頸がん等の検診が行われています。本県の受診率は各がんにおいて全国の上回ってはいますが、より効果的な受診勧奨や普及啓発、受診者の立場に立った利便性への配慮等の対策が求められています。

	肺がん	胃がん	大腸がん	乳がん	子宮頸がん
山梨県	58.7	50.1	51.3	57.2	47.9
全国	46.2	40.9	41.4	44.9	42.4

資料: 国民生活基礎調査

子宮頸がんは20歳以上、その他は40歳以上の者が対象

がんによる死亡率を減少させるためには、がん検診において、適切な検査方法の実施も含めた徹底した精度管理が必要です。市町村が住民を対象として実施するがん検診についても、より精度を高める必要があります。また、職域において、被保険者等を対象として行うがん検診については、精度管理ができる体制は十分ではありません。

### 患者本位のがん医療の実現

近年、個人のゲノム情報に基づき、個人ごとの違いを考慮したゲノム医療への期待が高まっており、国内外において様々な取り組みが行われています。

今後、拠点病院等においては、がんゲノム医療を実現するためには、次世代シーケンサーを用いたゲノム解析の品質や精度の確保に向けた取り組みや、解析結果の解釈（臨床的意義付け）や必要な情報を適切に患者に伝える体制の整備等を進めていく必要があります。

これまで、罹患者の多いがん（肺・胃・肝・大腸・乳房）を中心に、手術療法、放射線療法、薬物療法等を効果的に組み合わせた集学的治療や緩和ケア（以下「集学的治療等」という。）の提供、がん患者の病態に応じた適切な治療・ケアの推進に努めてきました。しかし、拠点病院等に求められている取り組みの中には、施設間で格差があることも指摘されています。

患者とその家族が抱える様々な苦痛、悩み及び負担に応え、安全かつ安心で質の高いがん医療を提供するため、多職種によるチーム医療の推進が必要です。

今後も、病院内外の多職種連携について、個々の患者の状況に応じたチーム医療を提供することが求められています。

口腔と全身疾患との関連が明らかになってきていることから、周術期から在宅療養における歯科と医科、介護等との連携の強化を図る必要があります。特に、がん患者の高齢化の進行等に伴い、在宅歯科診療の必要性は益々高まっています。

がん治療の影響や病状の進行に伴い、次第に日常生活動作に障害を来し、著しく生活の質が低下することが見られることから、がん領域でのリハビリテーションの重要性が高まっています。がん患者のリハビリテーションにおいては、機能回復や機能維持のみならず、社会復帰という観点も踏まえ、外来や地域の医療機関において、リハビリテーションが必要です。

がん治療の副作用に悩む患者が増加していますが、支持療法の研究開発は十分でなく、このため、支持療法に関する診療ガイドラインも少なく、標準的治療が確立していない状況にあります。

希少がん及び難治性がんに関する研究については、平成 28 年の基本法の一部改正

において、がん対策基本法第 19 条第 2 項に「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、更なる対策が求められています。

がんは、小児及びAYA世代の病死の主な原因のひとつですが、多種多様ながん種を多く含むことや、成長発達の過程においても、乳幼児から小児期、活動性の高い思春期・若年成人世代といった特徴あるライフステージで発症することから、これらの世代のがんは、成人の希少がんとは異なる対策が求められています。

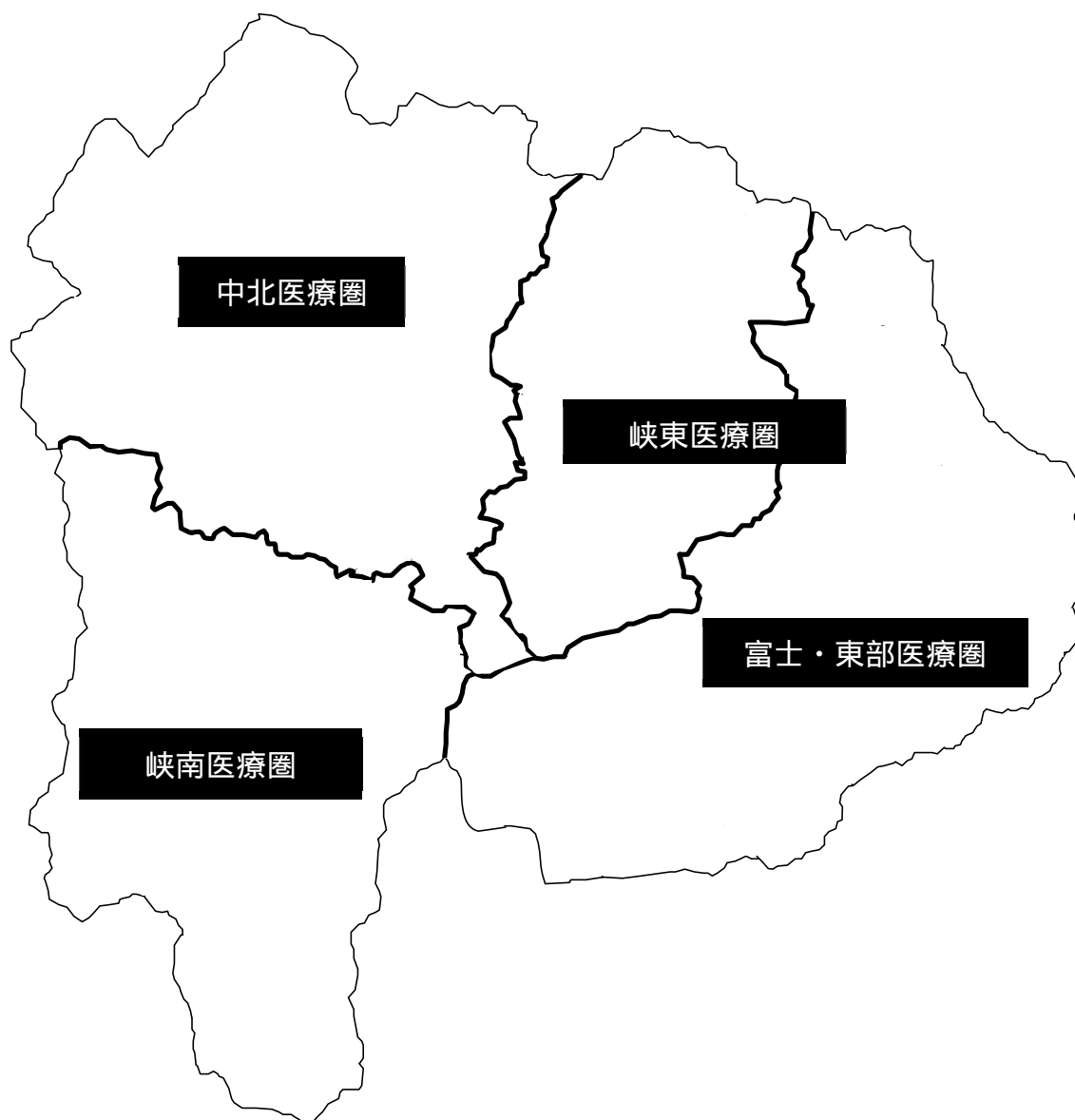
また、今後、がん患者に占める高齢者の割合が増えることから、高齢者のがん患者へのケアの必要性があります。

本県においては、平成 19 年 4 月に県庁内に地域がん登録室を設置し、地域がん登録事業を開始しましたが、がん登録によって得られる情報を、患者にとってより理解しやすい形に加工して提供する必要があります。

本県では、平成 29 年 4 月現在でがん診療連携拠点病院として 4 病院が、地域がん診療病院として 1 病院が国の指定を受けており、専門的な医療を行うとともに、医療従事者への研修、院内がん登録の実施、がん患者等に対する情報提供や相談支援等を行っています。

がん診療連携拠点病院等

都道府県 がん診療連携拠点病院	県立中央病院(中北医療圏)
地域 がん診療連携拠点病院	山梨大学医学部附属病院 (中北医療圏、峡南医療圏をカバー) 市立甲府病院(中北医療圏) 富士吉田市立病院(富士・東部医療圏)
地域がん診療病院	山梨厚生病院(峡東医療圏)



#### **尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築**

患者とその家族の状況に応じて、がんと診断された時から身体的・精神心理的・社会的苦痛等に対する適切な緩和ケアを、患者の療養の場所を問わず提供できる体制を整備していく必要があります。その際、緩和ケアが、がん治療に伴う副作用・合併症・後遺症に対する支持療法と併せて提供されることで、苦痛が迅速かつ十分に緩和されるようにする必要があります。

がん患者にとって、同じような経験を持つ者による相談支援や情報提供及び患者同士の体験共有ができる場の存在は重要であることから、ピア・サポート研修を行い、ピア・サポーターを養成しています。いくつかの拠点病院等で、ピア・サポーターの活動が始まっています。

がん患者がいつでもどこに居ても、安心して生活し、尊厳を持って自分らしく生きることのできる地域共生社会を実現するためには、がん対策のための社会連携を強化し、積極的な患者・家族に対する支援を実践することが必要です。

がんになっても自分らしく生き活きと働き、安心して暮らせる社会の構築が重要となっており、がん患者の離職防止や再就職のための就労支援を充実させていくことが強く求められ、また、がんの治療成績の向上に伴い、がん経験者は増加し、就労支援のみならず、がん患者・経験者のQOL向上に向けた取組みが求められます。

がんによって、個々のライフステージごとに、異なった身体的問題、精神心理的問題及び社会的問題が生じることから、小児・AYA世代や高齢者等の「ライフステージに応じたがん対策」を講じていく必要があります。

### がん対策推進のための基盤の整備

がんの治療は、日進月歩であることから、新たな研究についても論議しながら、拠点病院等における臨床研究及び調査研究体制を整備することが求められています。

県内の拠点病院等を中心に、集学的治療等の提供については、引き続き、手術療法、放射線療法、薬物療法及び免疫療法を専門的に行う医療従事者を養成するとともに、こうした医療従事者と協力して、がん医療に関する基本的な知識や技能を有し、がん医療を支えることのできる薬剤師、看護師等の人材を養成していく必要があります。

健康については、子どもの頃から教育を受けることが重要であり、子どもが健康と命の大切さについて学び、自らの健康を適切に管理するとともに、がんに対する正しい知識、がん患者への理解及び命の大切さに対する認識を深めることが大切です。

また、がん相談支援センターやがん情報サービスにおいて、がんに関する情報提供を行っていますが、それらが県民に十分に周知されていないとの指摘があります。

### 圏域の設定

国が指定するがん診療連携拠点病院等を中心に体制を確保しており、圏域については二次医療圏ごとに設定します。

県の中心的役割を果たす都道府県がん診療連携拠点病院は県立中央病院であり、圏域ごとに中心的役割を果たす地域がん診療連携拠点病院は、中北医療圏では、山梨大学医学部附属病院及び市立甲府病院、富士・東部医療圏では、富士吉田市立病院です。

峡東医療圏では、県立中央病院とグループ連携する山梨厚生病院が地域がん診療病

院として、峡南医療圏では、山梨大学医学部附属病院がカバーして、がん医療を提供する体制を確保します。

## 施策の展開

### 総合的かつ計画的ながん対策

国ではがん対策推進基本計画(第2期)を見直し、平成29年10月に第3期基本計画を策定しました。

本県でもこれを受けて、がん対策推進計画(第2次)を見直し、平成30年3月に「山梨県がん対策推進計画(第3次)」を策定して、がん対策の一層の充実に取り組んでいきます。

### 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

たばこ対策については、喫煙率の減少と受動喫煙防止を図る施策等を引き続き実施し、「禁煙支援マニュアル(第二版)」の周知を進めます。更に、家庭における受動喫煙の機会を減少させるための普及啓発活動や、妊産婦や未成年者の喫煙をなくすための普及啓発活動を進めます。

肝炎ウイルスについては、ウイルス性肝炎についての正しい知識と肝炎ウイルス検査の必要性について、普及啓発を行うとともに、定期接種化されたB型肝炎ワクチンの接種が円滑に実施できるよう市町村を支援します。また、治療終了者のフォローアップに取組み、肝がんの発症を予防し、肝がんの罹患率及び死亡率を改善します。

胃がんについては、胃がんの罹患率が減少傾向にありますが、更なる減少を目指し、ヘリコバクター・ピロリの除菌治療費の助成により胃がんの発症予防を推進します。HPVについては、国が作成した「ヒトパピローマウイルス感染症の定期接種に関するリーフレット」を市町村や医療機関等へ配付し、定期接種を受けられる方及びその保護者への正しい知識の普及に取組みます。HTLV-1については、保健所において無料匿名の相談やスクリーニング検査を実施するとともに、母子保健関係者の研修の実施等に引き続き取組みます。

受診対象者の明確化や、将来的には組織型検診のような検診の実施体制の整備など、効果的な受診率向上のための方策を検討し、市町村を支援します。

市町村や検診実施機関が、受診者にがん検診の意義や必要性を分かりやすく説明できるように、技術的な助言や指導を行います。

がん検診と特定健診の同時実施、女性が受診しやすい環境整備など、受診者の立場



に立った利便性の向上を推進します。

**がん検診の実施方法の改善や精度管理の向上に向けた取組を推進するとともに、市町村における指針に基づいた取組を支援します。**

### **患者本位のがんの医療の実現**

国による、がんゲノム医療を牽引する高度な機能を有する医療機関の整備について、国での取組みを踏まえつつ、本県の医療提供体制を検討します。

これまで、拠点病院等を中心としたがん診療提供体制を整備してきた現状を踏まえ、引き続き、標準的な手術療法、放射線療法、薬物療法等の提供体制、がん相談支援センターの整備、緩和ケア、院内がん登録、カンサーボードの実施等の均てん化に必要な取組みを支援します。

一人ひとりの患者に必要な治療やケアについて、それぞれの専門的な立場から議論がなされた上で、在宅での療養支援も含めて患者が必要とする連携体制がとられるよう環境整備を支援します。

口腔と全身疾患との関連が明らかになってきていることから、周術期から在宅療養における歯科と医科、介護等との連携の強化を図っていきます。在宅歯科診療については、在宅歯科医療機器の整備や歯科医師会が運営する在宅歯科医療連携室への支援を行います。

がん患者の社会復帰や社会協働という観点も踏まえ、がんリハビリテーションの実態を把握し、リハビリテーション従事者へのがんリハビリテーションの普及を行います。

国における支持療法に関する実態と研究の推進等の取組みを踏まえ、がん医療に携わる医療従事者の質の向上を図ります。

希少がん診療の集約化、アクセスの確保等や難治性がんの早期発見法、治療法等を速やかに提供する体制の確保等の課題について、検討を進めます。

適切な情報提供と相談支援により、小児がん患者、希少がん患者、高齢者のがん患者やがん経験者及びその家族が地域の中で安心して暮らせるよう、拠点病院等のがん相談支援センターの相談支援体制の強化を支援します。

山梨県がん登録情報の利活用については、他のがんのデータとの連携について、個人情報保護に配慮しながら進めます。

### **尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築**

都道府県がん診療連携拠点病院である山梨県立中央病院の「緩和ケアセンター」の機能のより一層の充実を支援し、拠点病院等のがん診療に携わる全ての医療従事者

が、精神心理的・社会的苦痛にも対応できるよう、基本的な緩和ケアの習得を支援します。

ピア・サポーターの養成を行い、拠点病院等のがん相談支援センターにおけるピア・サポーターの活動を推進します。

拠点病院等が、緩和ケアについて定期的に検討する場を設け、緊急時の受入れ体制、地域での困難事例への対応について協議すること等によって、地域における患者支援の充実を図ることを支援し、地域の緩和ケアに係る在宅医療機関とがん診療連携拠点病院を始めとする診療機能を有する医療機関との連携体制を充実します。

診断早期の離職を防止するために発行した「事業者のためのがん治療と仕事の両立支援のためのハンドブック」のがん相談支援センターでの活用を促し、患者に寄り添った相談支援を充実し、がんに対する「偏見」の払拭や県民全体に対する健康についての啓発につながるよう、がんに関する正しい知識を得る機会を設けます。

小児慢性特定疾患児童等自立支援事業により、長期の療養が必要な児童に対し、関係機関との連絡調整等を実施し、成人期に向けた切れ目ない支援により自立、就労の支援の充実を図ります。

#### がん対策推進のための基盤の整備

新たな治療法の開発が期待できるゲノム医療や免疫療法に関する研究を推進し、個々のがん患者に最適な医療の提供体制を整備することにより、研究の推進を支援します。

がん医療に携わる医療従事者を育成し、確保するため、拠点病院等において、こうした医療従事者が研修を受けやすい環境整備に努めます。

学校現場における外部講師の活用状況を把握し、更なるがん教育の充実に努めます。

県民が、がん予防や早期発見の重要性を認識し、自分や身近な人ががんに罹患しても、そのことを正しく理解し向き合うことができるよう、がんに関する知識の普及啓発を更に進めます。

## 数値目標

目標項目		現状	平成35年度目標
がん検診受診率(%)	胃がん	50.1(H28)	60
	大腸がん	51.3(H28)	
	肺がん	58.7(H28)	
	乳がん	57.2(H28)	
	子宮頸がん	47.9(H28)	
精密検査受診率(%)	胃がん	76.4(H26)	90
	大腸がん	63.8(H26)	
	肺がん	75.1(H26)	
	乳がん	83.4(H26)	
	子宮頸がん	57.7(H26)	

がん検診の受診率は、国民生活基礎調査(厚生労働省)のデータとし、子宮頸がん検診は20歳から69歳までの者、その他のがんは40歳から69歳までの者が対象です。

精密検査の受診率は、「地域保健・健康増進事業報告(H27)」(厚生労働省)のデータとし、40歳から69歳までの者が対象です。

## 第2節 脳卒中

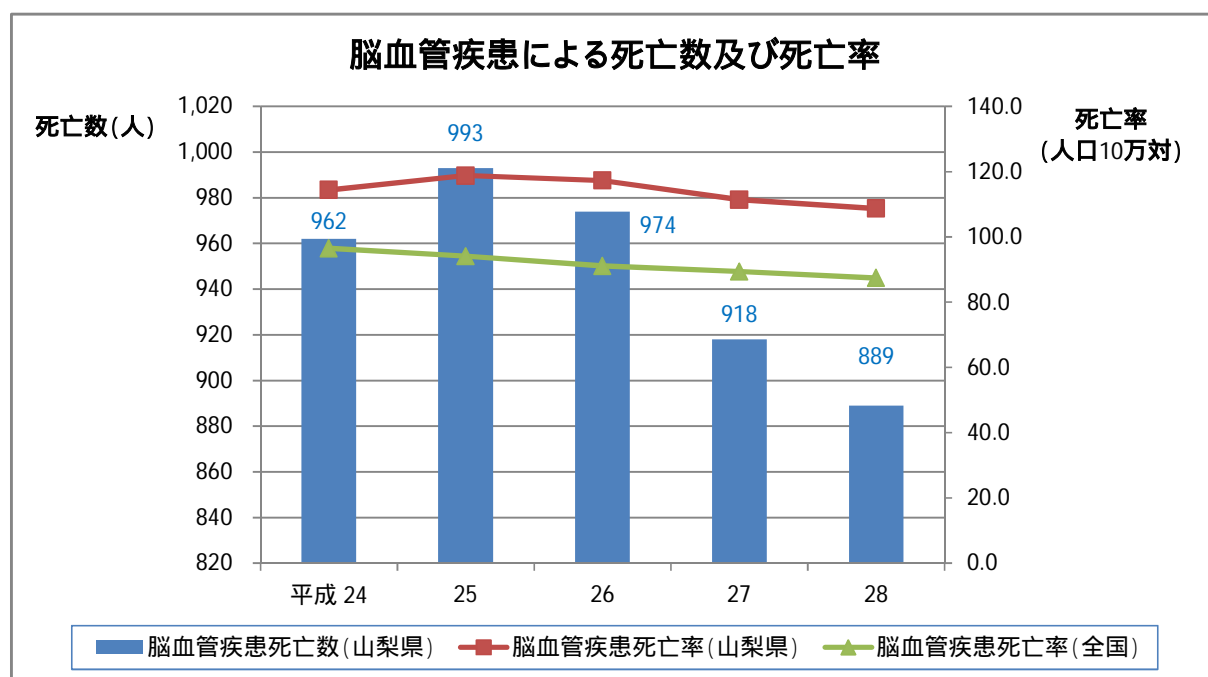
### 現状と課題

#### データ分析

##### 【脳血管疾患による死亡者数等】

わが国においては、1年間に救急車により搬送される急病者の約8%、約28万人が脳卒中(脳血管疾患)( )の患者で占められています(平成28年)。

また、平成28年には全国で約10万9千人が脳卒中を原因として死亡しており、このうち本県の死亡数は、889人となっています。



(単位:人、人口10万対)

	平成 24	25	26	27	28
脳血管疾患死亡数(山梨県)	962	993	974	918	889
脳血管疾患死亡率(山梨県)	114.4	118.8	117.3	111.4	108.7
脳血管疾患死亡率(全国)	96.5	94.1	91.1	89.4	87.4

資料:人口動態調査(厚生労働省)

[用語解説]

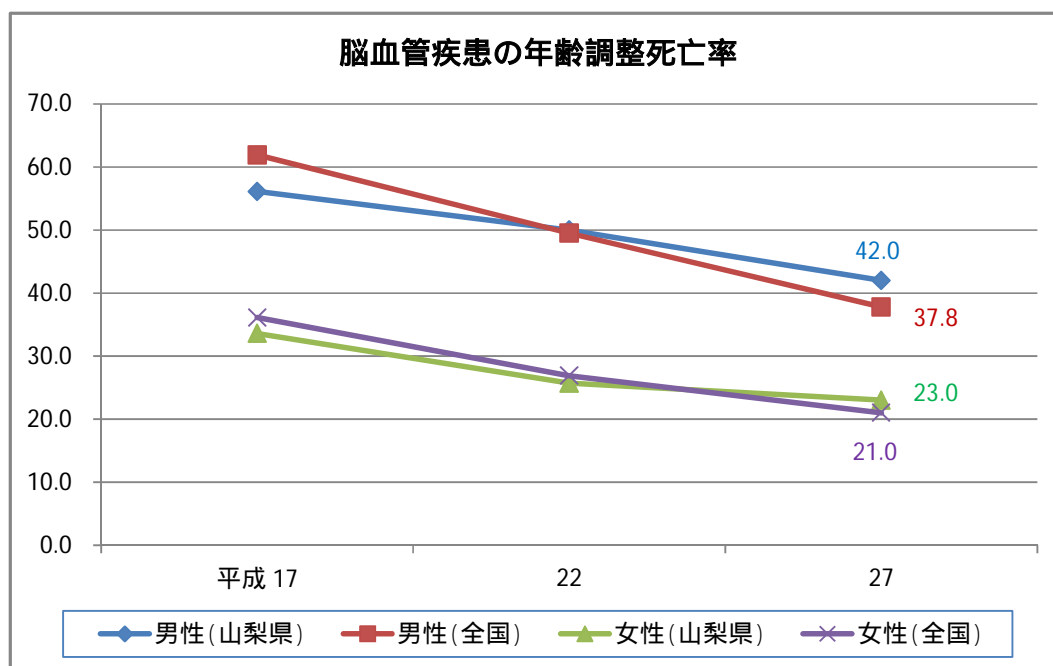
( ) 脳卒中

- ・脳卒中は、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血に大別される。
- ・脳梗塞は、血管の内腔が狭くなりそこに血栓ができて脳血管が閉塞するもの、脳の細かい血管が主に高血圧を基盤とする変化により閉塞するもの、心臓等に生じた血栓が脳血管まで流れ血管を閉塞するもの、以上3種類に分けられる。
- ・また、脳出血は脳の細かい血管が破綻するものであり、くも膜下出血は脳動脈瘤が破綻し出血するものである。

【脳血管疾患の年齢調整死亡率】

死亡率は年齢構成の影響を受けるため、年齢調整死亡率を用いて比較してみると、本県においては、平成27年の男性が42.0(全国37.8)、女性が23.0(全国21.0)となっており、男女ともに全国平均より高くなっております。

男女とも、前々回の調査(平成17年)では全国平均より低い値でしたが、徐々にその差が縮まり、全国平均を追い越す形となりました。



(単位: 人口10万対)

	平成 17		22		27	
	山梨県	全国	山梨県	全国	山梨県	全国
年齢調整死亡率(男性)	56.1	61.9	50.0	49.5	42.0	37.8
年齢調整死亡率(女性)	33.6	36.1	25.7	26.9	23.0	21.0

資料: 人口動態特殊報告(厚生労働省)

## 【医療従事者等】

中北医療圏に医療従事者、医療設備等が集中しており、適切な医療を提供するためには、全県における連携体制の構築が求められます。

## 予 防

脳卒中の危険因子は、高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病、不整脈などであり、発症の予防には生活習慣の改善、基礎疾患の適切な治療が必要です。

そのためには、食塩摂取や喫煙の影響、継続的な運動習慣の重要性などについての知識、基礎疾患についての知識を普及啓発する必要があります。

## 救 護

脳卒中は、発症後速やかに適切な治療が行えるかどうかによって、患者の予後に大きな差が生じています。

このため、脳卒中を疑うような病状が出現した場合、本人及び家族等周囲にいる人は速やかに救急要請を行う必要があります。

また、発症時における緊急受診の必要性が周知されるよう、啓発を進める必要があります。

## 急性期

患者の来院後1時間以内(発症後4.5時間以内)に専門的な治療を開始する必要がありますが、4.5時間を超えていても、血管内治療などの高度専門医療の実施について検討することが求められています。

診断及び治療について、24時間体制での実施が求められますが、単一の医療機関でこの体制を確保することが困難な場合には、複数の医療機関が連携して確保する必要があります。

特に、脳梗塞においては、t-PA 静注療法( )の有効性が高いことから、この実施件数を増やしていくことが求められています。

医療機関が単独でt-PA 静注療法を実施できない場合には、遠隔画像診断等を用いた診断補助を実施する必要があります。

また、患者の状態に応じて、発症当日からベッドサイドで急性期リハビリテーションを実施することが求められています。

## [用語解説]

### ( ) t - PA 静注療法

- ・点滴投与により、詰まった血栓を溶かし、血流をよくする治療法。
- ・発症 4.5 時間以内で、広範な早期脳虚血性変化や頭蓋内出血などの禁忌項目に該当しない患者が対象になる。

### 回復期

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、再発予防のための基礎疾患や危険因子の管理、誤嚥性肺炎等の合併症の予防を実施することが求められています。

### 維持期

日常生活への復帰・維持のためのリハビリテーション、再発予防のための基礎疾患や危険因子の管理、誤嚥性肺炎等の合併症の予防を実施することが求められています。

### 医療機能の分化・連携

病院、診療所などにおける連携については、急性期、回復期では進んでおりますが、維持期では必ずしも進んでいないという現状があります。

### 圏域の設定

中北医療圏に医療従事者、医療設備等が集中しており、適切な医療を提供するためには、全県における連携が求められることから、山梨県全域を一区域として圏域を設定します。

### 施策の展開

#### 予防の推進

脳卒中の危険因子である、高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病、不整脈などに関する正しい知識の普及啓発を関係機関とともに推進します。

市町村、保険者などと連携し、健診、保健指導を通じ、要医療者・要精密検査者に対する医療機関への受診の勧奨を行います。

### 救急搬送体制の確保

「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」に基づき、適切な医療機関へ迅速に搬送される体制の更なる充実を目指します。

特に、脳梗塞におけるt-PA静注療法、血栓回収療法などにおいては、治療開始までの時間が短いほどその有効性が高いことから、今後も、消防機関と医療機関との連携を図り、発症後速やかに治療開始ができる体制を確保します。

### 回復期、維持期における医療提供体制の充実

急性期を脱した後における、再発予防のための治療、基礎疾患や危険因子の継続的な管理、病期に応じたリハビリテーションの実施を推進していきます。

誤嚥性肺炎の予防のため、多職種連携による口腔管理を推進していきます。

### 医療機能の分化・連携の推進

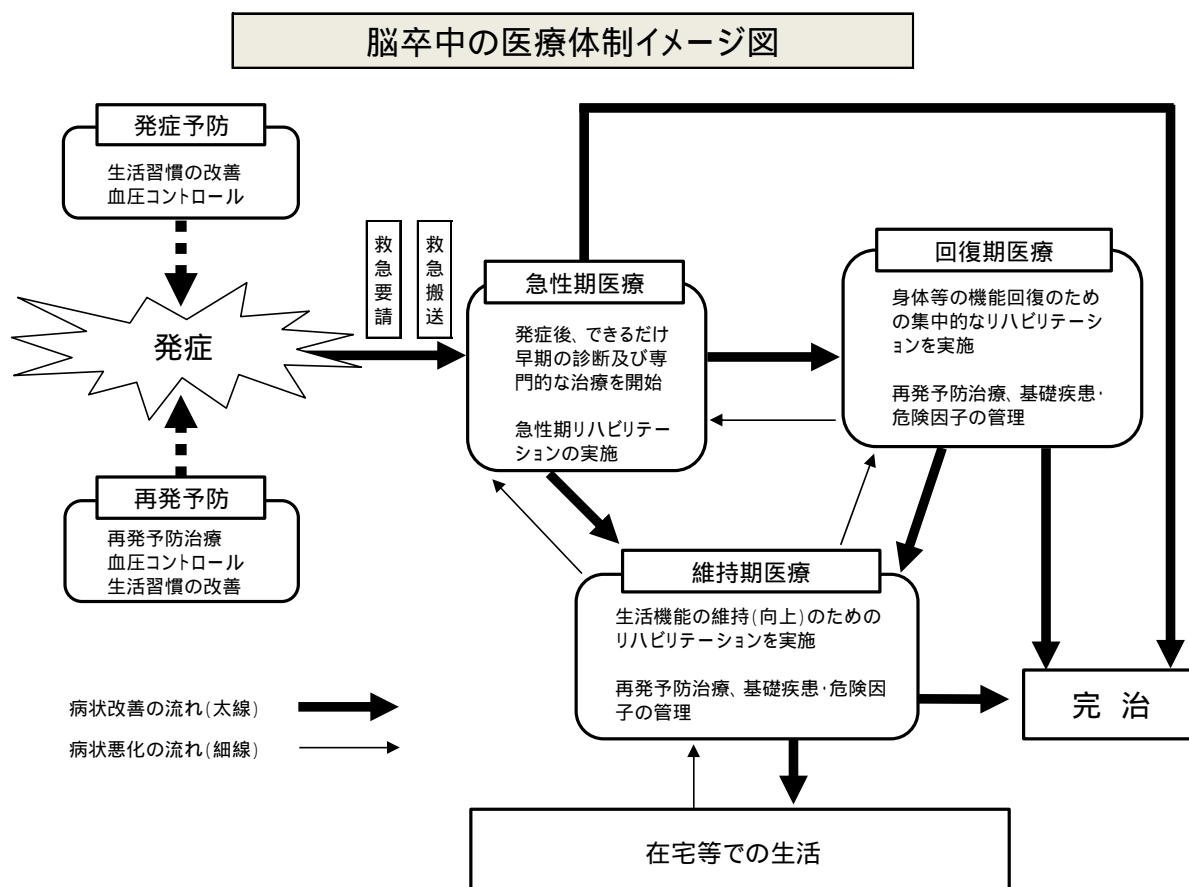
予防、救護、病期(急性期、回復期、維持期)ごとの治療、リハビリテーションなどについて、求められる医療機能を明確にしたうえで、それぞれの機能を担う医療機関の名称をわかりやすく示していきます。

急性期の治療から在宅療養まで、切れ目なく医療が提供される体制の構築を図ります。

医療機関が単独でt-PA静注療法を実施できない場合における遠隔画像診断等を用いた診断補助の活用など、緊密な病院間連携の推進を図ります。



< 推進体制 >



脳卒中の医療体制					
	予防	救護	急性期	回復期	維持期
機能	発症予防	救急搬送	患者搬入後、ただちに関係する診療ガイドラインに則して実施する救急医療	身体等の機能を回復させるためのリハビリテーション	生活機能の維持(向上)のためのリハビリテーション及び療養支援
求められる事項 (実施する診療・処置等)	<p>高血圧 糖尿病 脂質異常症等の基礎疾患 危険因子の管理 本人等への教育啓発</p>	<p>発症後急性期病院内へ搬送</p>	<p>全身管理(呼吸管理(循環管理等)を実施している。</p> <p>急性期の専門的診断(神経学的診断、画像診断、血液検査及び生理学的検査)を実施している。</p> <p>各病態に応じ、関係する診療ガイドラインに則した治療方針を決定している。</p> <p>急性期に生じうる再発、増悪、全身合併症に対し適切な治療を実施している。</p> <p>発症早期からリハビリテーションを行っている。</p> <p>t-PAを用いた治療、内科的治療、脳神経外科的治療等を実施している。</p> <p>軽症例の脳梗塞(脳血栓症、脳硬塞症、ラクナ梗塞等)や脳出血等に対し内科的治療を実施している。実施病院との連携がとられており、t-PA治療や脳神経外科的治療などが必要な場合に適切に患者の紹介を行っている。</p> <p>血栓回収療法を用いた治療を実施している。</p>	<p>入院治療が可能である。</p> <p>専門スタッフによる生活機能の再獲得・向上のための集中的なリハビリテーション(理学療法、作業療法、言語療法等)を実施している。</p> <p>再発予防の治療や高血圧、糖尿病、脂質異常症等の基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態へ対応している。</p> <p>診断並びに病態診断が可能である。</p>	<p>生活の場での療養が維持できるようリハビリテーションを実施している。</p> <p>再発予防の治療や高血圧、糖尿病、脂質異常症等の基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態へ対応している。</p> <p>在宅等の生活に必要な介護サービスに関する介護サービス事業者等との調整を行っている。</p> <p>回復期(あるいは急性期)の医療機関等と診療情報等を共有し連携している。</p>
医療提供施設			巻末の「機能別医療施設等」を参照		

<b>数値目標</b>
-------------

目標項目等		現状	平成35年度目標
食塩摂取量		10.5g (H26)	8.0g
脳梗塞患者に対するt-PA治療の実施件数		83件 (H28)	114件
脳梗塞患者に対する血栓回収療法の実施件数		13件 (H28)	30件
脳血管疾患の年齢調整死亡率(人口10万対)	男性	42.0 (H27)	25.6
	女性	23.0 (H27)	12.9

### 第3節 心筋梗塞等の心血管疾患

#### 現状と課題

#### データ分析

##### 【心疾患の推計患者数】

全国で、平成 27 年において救急車で搬送される患者の約 8.6%、約 30.2 万人が心疾患の患者であると推計されています(平成 28 年度版救急・救助の現況)。

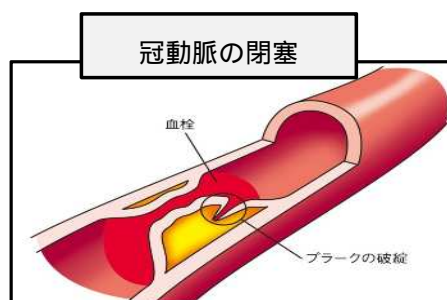
また、全国で、平成 26 年度において継続的な治療を受けている患者数は、急性心筋梗塞( 1)等の虚血性心疾患では約 78 万人、大動脈瘤及び大動脈解離( 2)では約 4.2 万人、心不全では約 30 万人と推計されています(平成 26 年患者調査)。

心不全患者のうち、約 70%が 75 歳以上の高齢者となっております。

##### 【用語解説】

##### ( 1)急性心筋梗塞

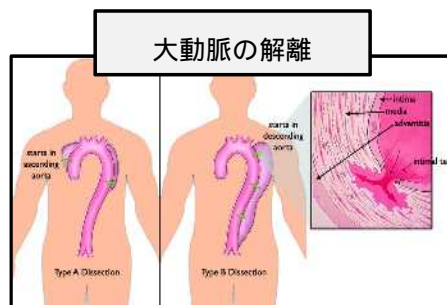
冠動脈の閉塞等によって心筋への血流が阻害され、心筋が壊死し心臓機能の低下が起きる疾患。



##### ( 2)大動脈解離

大動脈壁が二層に剥離し、動脈走行に沿って二腔(真腔、偽腔)になった状態。

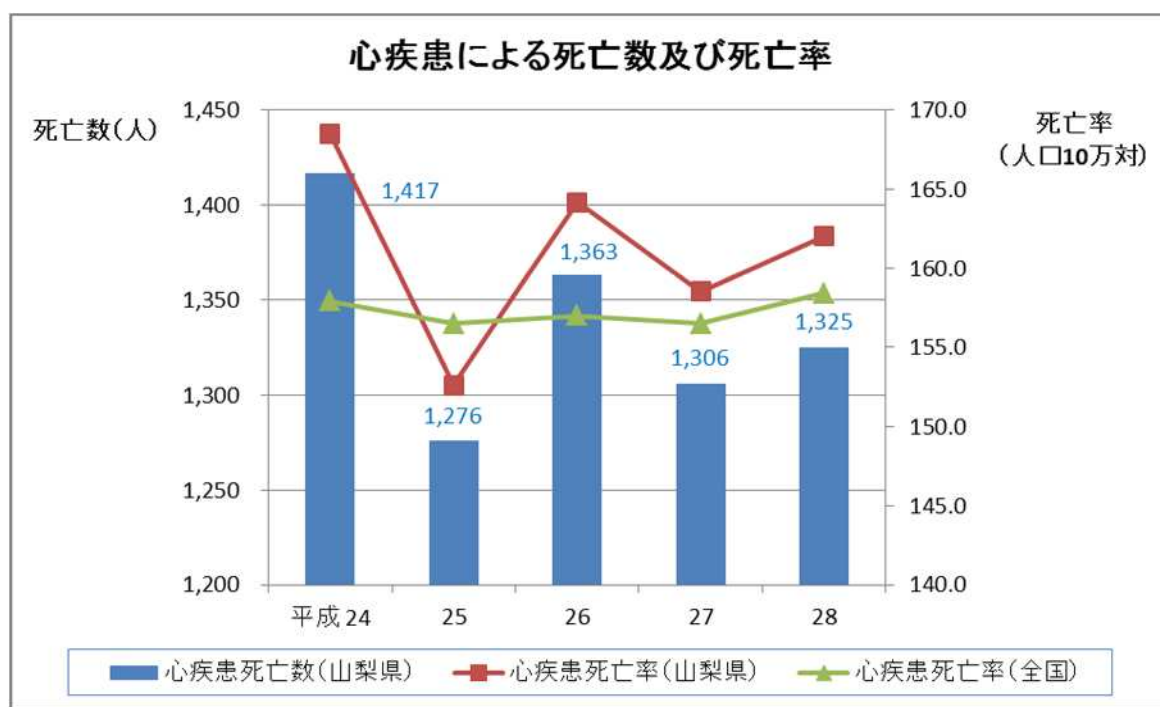
解離に引き続く動脈の破裂による出血症状や、偽腔による動脈の狭窄・閉塞による臓器虚血症状等様々な症状を呈する。



### 【心疾患による死亡数等】

平成 28 年において、全国で約 20 万人が心疾患を原因として死亡しており、死亡数全体の 15.2%を占め、死亡順位の第 2 位であります。このうち本県の死亡数は、1,324 人となっています。

本県の死亡率(人口 10 万対)は、概ね全国より高い値で推移しております。



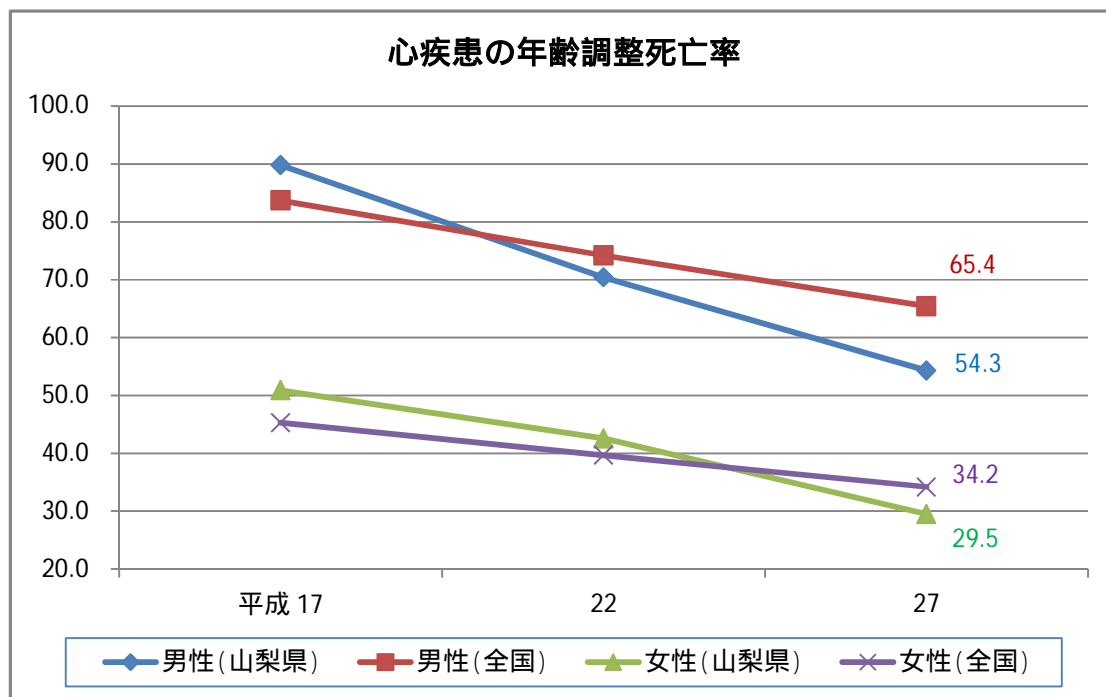
(単位:人、人口10万対)

	平成 24	25	26	27	28
心疾患死亡数(山梨県)	1,417	1,276	1,363	1,306	1,325
心疾患死亡率(山梨県)	168.5	152.6	164.2	158.5	162.0
心疾患死亡率(全国)	157.9	156.5	157.0	156.5	158.4

資料:人口動態調査(厚生労働省)

**【心疾患の年齢調整死亡率】**

死亡率は年齢構成の影響を受けるため、年齢構成を調整した年齢調整死亡率を用いて比較してみると、平成27年の本県は、男女とも、前回(平成22年)より低下し、全国平均を下回っています。



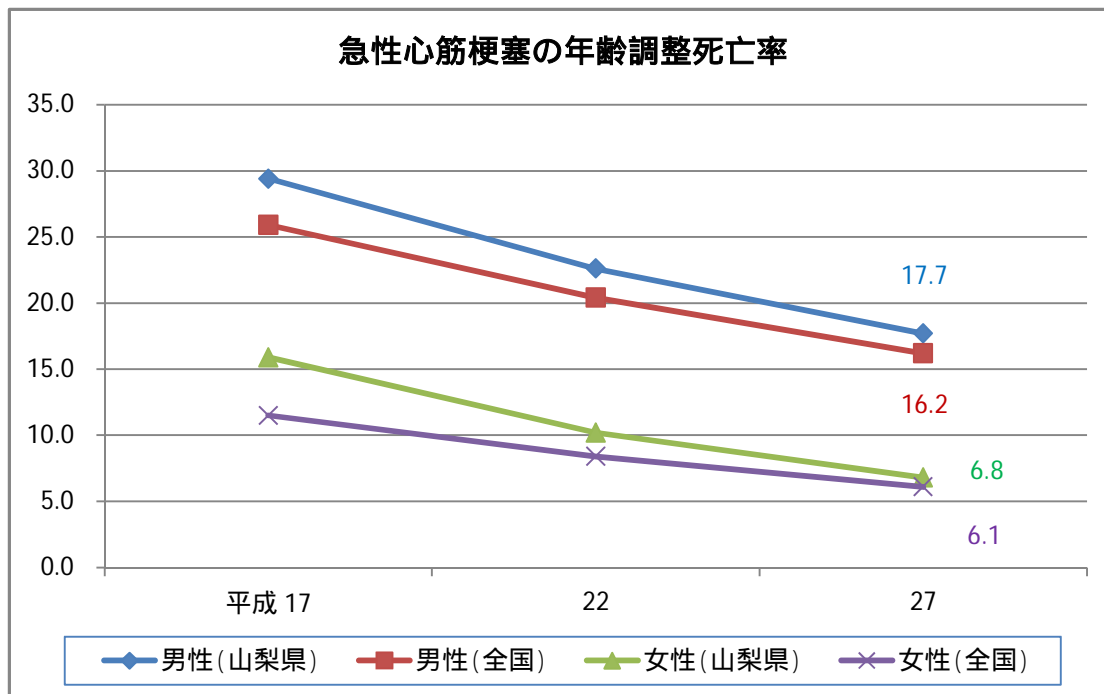
(単位: 人口10万対)

	平成 17		22		27	
	山梨県	全国	山梨県	全国	山梨県	全国
年齢調整死亡率(男性)	89.8	83.7	70.4	74.2	54.3	65.4
年齢調整死亡率(女性)	50.9	45.3	42.6	39.7	29.5	34.2

資料: 人口動態特殊報告(厚生労働省)

### 【急性心筋梗塞の年齢調整死亡率】

一方、平成 27 年の本県の急性心筋梗塞の年齢調整死亡率をみると、男女とも、前回(平成 22 年)より低下してはおりますが、全国平均を上回っている状況にあります。



(単位:人口10万対)

	平成 17		22		27	
	山梨県	全国	山梨県	全国	山梨県	全国
年齢調整死亡率(男性)	29.4	25.9	22.6	20.4	17.7	16.2
年齢調整死亡率(女性)	15.9	11.5	10.2	8.4	6.8	6.1

資料:人口動態特殊報告(厚生労働省)

### 【医療従事者等】

峡南医療圏、富士・東部医療圏は他の医療圏に比べて医療従事者、医療設備等が少ない傾向にあり、適切な医療を提供するためには全県における連携体制の構築が求められます。

## 予 防

急性心筋梗塞等の危険因子は、高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病、肥満、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の改善や基礎疾患の適切な治療が必要です。

そのためには、食塩摂取や喫煙の影響、継続的な運動習慣の重要性などについての知識、基礎疾患についての知識を普及啓発する必要があります。

## 救 護

急性心筋梗塞等を疑うような病状が出現した場合、本人及び家族等周囲にいる人は速やかに救急要請を行う必要があります。

発症直後に病院外で心肺停止状態となった場合、周囲にいる人や救急救命士等による心肺蘇生の実施及び自動体外式除細動器(AED)の使用により、救命率の改善が見込まれます。

このため、初期症状出現時における対応について、教育、啓発を行う必要があります。

## 急性期

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が必要です。

## 回復期

多職種チームが退院前から退院後にわたり、医学的評価・患者教育・生活指導を包括的かつ計画的に実施し、再入院抑制を含む予後改善を図るための心血管疾患リハビリテーションを実施していく必要があります。

## 再発予防

基礎疾患、危険因子の管理、本人及び家族等などへの教育、在宅療養を継続できるような支援などが求められています。

## 圏域の設定

峡南医療圏、富士・東部医療圏は他の医療圏に比べて医療従事者、医療設備等が少ない傾向にあり、適切な医療を提供するためには全県における連携が求められることから、山梨県全域を一区域として圏域を設定します。



## 施策の展開

### 予防の推進

急性心筋梗塞等の危険因子である、高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病、肥満などに関する正しい知識の普及啓発を関係機関とともに推進します。

市町村、保険者などと連携し、健診、保健指導を通じ、要医療者・要精密検査者に対する医療機関への受診の勧奨を行います。

### AEDの普及啓発

AEDによる救命措置についての知識・技術の普及啓発を図るため、消防機関に対し、講習会を積極的に実施するよう促します。

設置者が(一財)日本救急医療財団に対して情報の登録を行った後、財団のホームページに設置場所が掲載されますので、県のホームページを通じてその旨を周知していきます。

財団の登録制度に未登録の設置者に対して、積極的に登録するよう制度の普及促進を図ります。

### 救急搬送体制の確保

「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」に基づき、適切な医療機関へ迅速に搬送される体制の更なる充実を目指します。

### 医療機能の分化・連携の推進

疾病、機能等ごとに求められる診療・処置などについて明確にしたうえで、それぞれの機能を担う医療機関の名称をわかりやすく示していきます。

円滑で適切な退院支援が行われ、多職種による包括的な医療が提供されることにより、患者が在宅療養を継続できるような体制づくりを行います。

数値目標
------

目標項目等		現状	平成35年度目標
成人の喫煙率		19.6% (H26)	13.9%
食塩摂取量		10.5g (H26)	8.0g
心疾患死亡率(人口10万対)		162.0 (H28)	158.2
急性心筋梗塞の年齢調整死亡率 (人口10万対)	男性	17.7 (H27)	13.6
	女性	6.8 (H27)	4.6

## 第4節 糖尿病

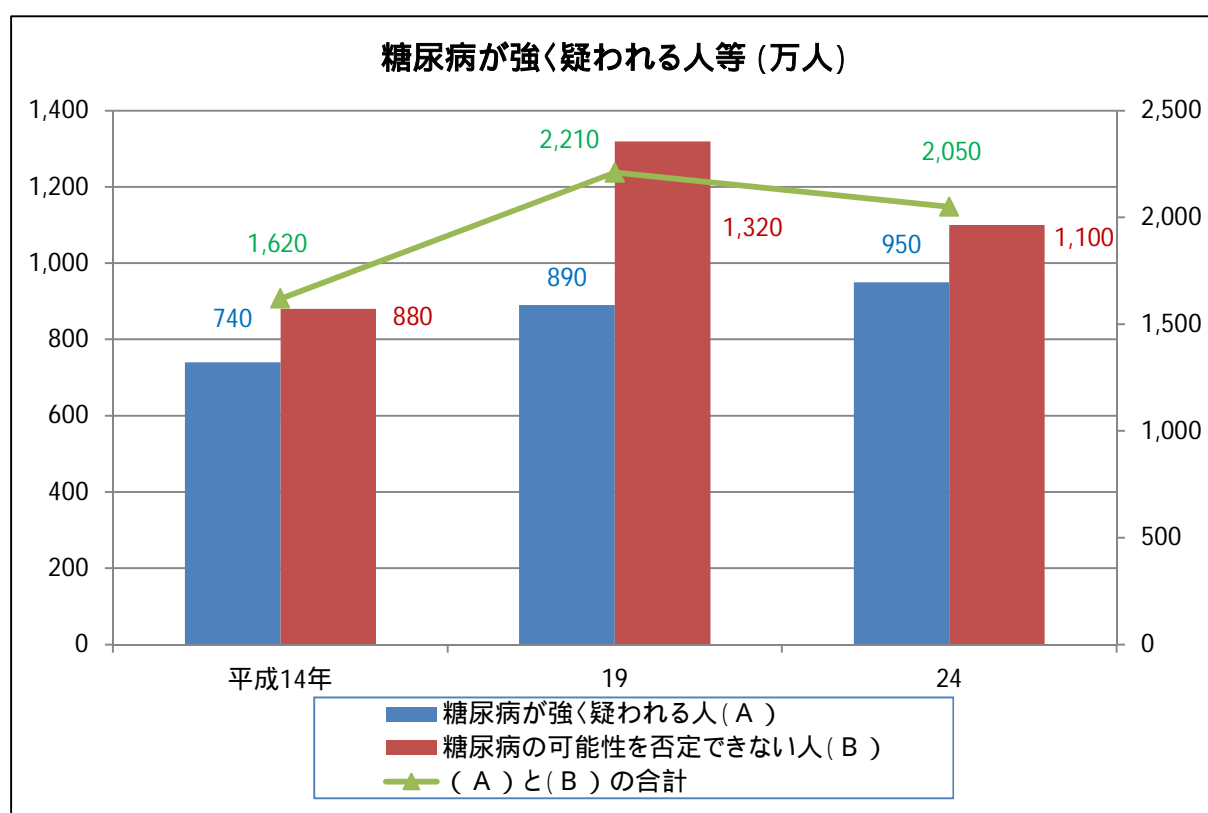
### 現状と課題

#### データ分析

##### 【推計患者数】

全国で、平成24年において「糖尿病(1)が強く疑われる人」(2)は約950万人にのぼり、過去5年間で約60万人増加しておます。また、「糖尿病の可能性を否定できない人」(3)は、約1,110万人であります。

両者の合計は、約2,050万人であり、やや減少傾向にあります。



(単位:万人)

	平成14年	19	24
糖尿病が強く疑われる人(A)	740	890	950
糖尿病の可能性を否定できない人(B)	880	1,320	1,100
(A)と(B)の合計	1,620	2,210	2,050

資料:国民健康・栄養調査(平成14年は「糖尿病実態調査」) 厚生労働省

## [用語解説]

### ( 1) 糖尿病

- ・インスリン作用の不足による慢性の高血糖状態を主な特徴とする代謝疾患群で、以下の種類のものがある。高血糖が持続すると、口渇、多飲、多尿、体重減少等の病状がみられ、合併症を発症こともある。

#### < 1 型糖尿病 >

膵臓の β細胞というインスリンを作る細胞が破壊され、からだの中のインスリンの量が絶対的に足りなくなって起こる。子どものうちに始まることが多く、以前は、小児糖尿病、インスリン依存型糖尿病と呼ばれていた。

#### < 2 型糖尿病 >

インスリンの出る量が少なくなって起こるものと、肝臓や筋肉などの細胞がインスリン作用をあまり感じなくなる(インスリンの働きが悪い)ために、ブドウ糖がうまく取り入れられなくなって起こるものがある。食事、運動などの生活習慣が関係している場合が多い。我が国の糖尿病の95%以上はこのタイプ。

#### < 遺伝子の異常やほかの病気が原因となるもの >

遺伝子の異常や肝臓や膵臓の病気、感染症、免疫の異常などのほかの病気が原因となって、糖尿病が引き起こされるもの。薬剤が原因となる場合もある。

#### < 妊娠糖尿病 >

妊娠中に発見された糖尿病。新生児に合併症が出ることもある。

- ・合併症には、急性合併症(糖尿病昏睡症)、慢性合併症(糖尿病性網膜症、糖尿病性腎症、糖尿病性神経障害、脳卒中、心筋梗塞、狭心症等)がある。

### ( 2) 糖尿病が強く疑われる人

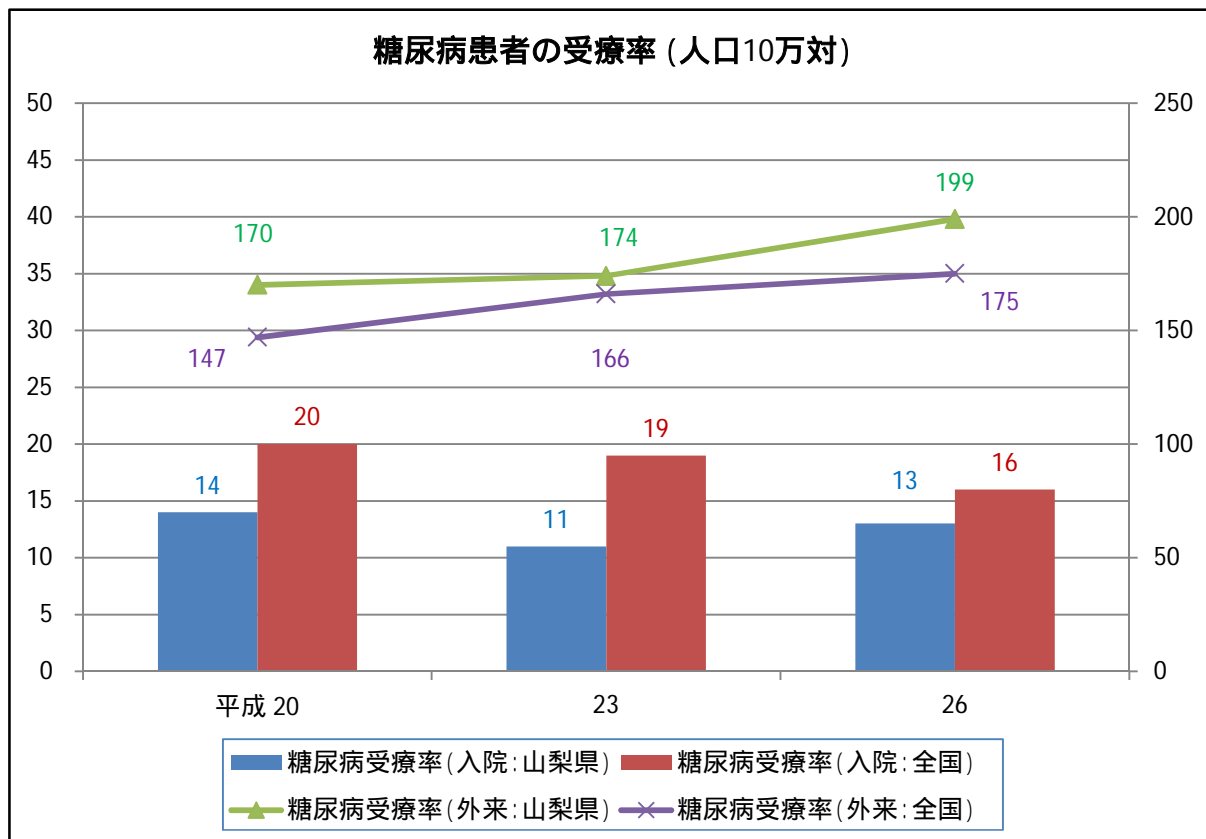
- ・ヘモグロビン A1c の値が 6.5%以上(H19 までは、6.1%以上)又は、調査の質問票で「現在糖尿病の治療を受けている」と答えた人。

### ( 3) 糖尿病の可能性を否定できない人

- ・ヘモグロビン A1c の値が 6.0%以上、6.5%未満(H19 までは、5.6%以上、6.1%未満)で、「糖尿病が強く疑われる人」以外の人。

平成 26 年に、糖尿病を主な病因として継続的な医療を受けている人は全国で約 317 万人、本県では約 3 万人と推計されています(平成 26 年患者調査)。

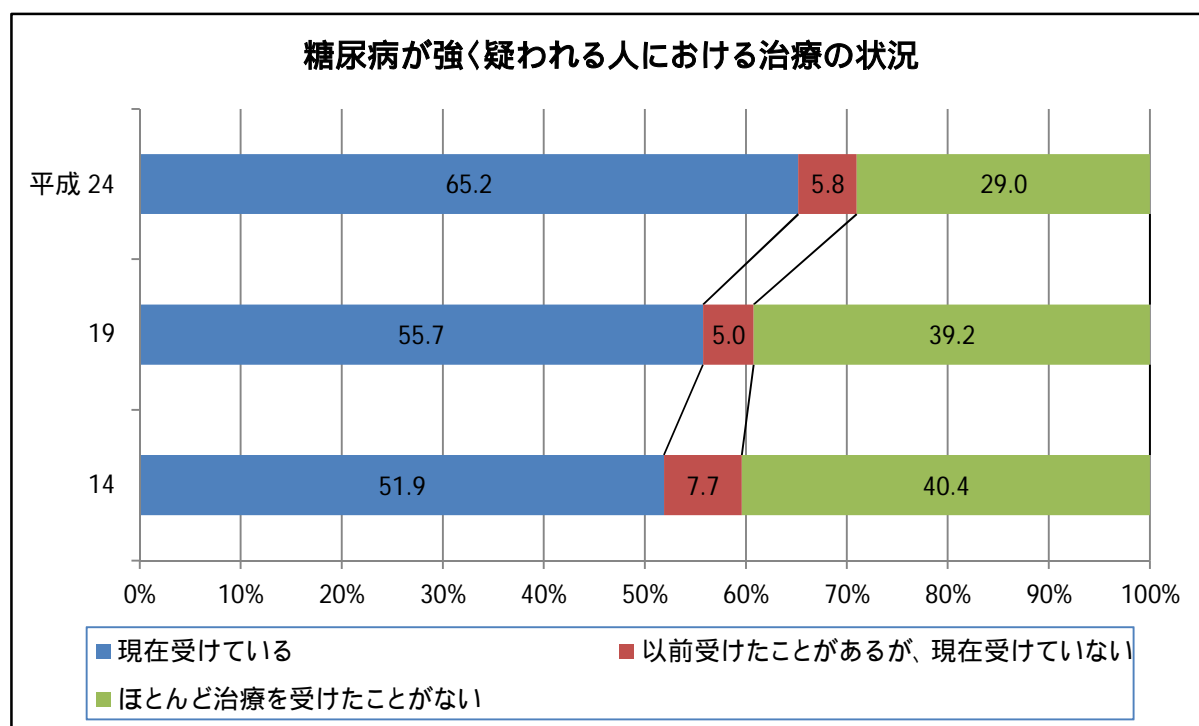
本県における糖尿病患者数を受療率(人口 10 万人あたりの推計患者数)で全国と比較すると、平成 26 年においては、入院患者が全国より低く(本県 13、全国 16)、外来患者は全国より高くなっておりますが(本県 199、全国 175)、この傾向は従来から続いているものです。



資料:患者調査(厚生労働省)

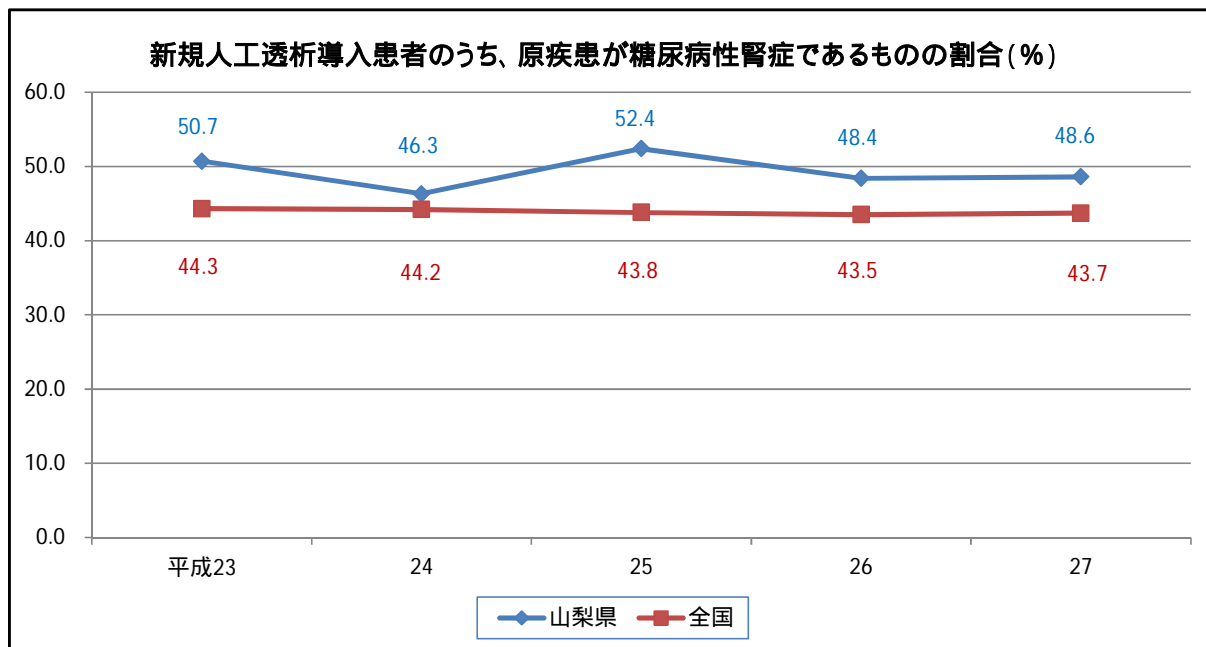
### 【治療の状況】

糖尿病が強く疑われる人についての治療の状況は、平成 24 年において全国で、現在治療を受けている人が 65.2%であり、糖尿病の治療に対する意識が着実に向上しているとみられる一方、ほとんど治療を受けたことがない人が 29.0%いるため、今後は、これらの人に対する受療行動に向けた啓発が必要となります。



資料：国民健康・栄養調査（平成 14 年は「糖尿病実態調査」） 厚生労働省

また、新規人工透析導入患者のうち、原疾患が糖尿病性腎症であるものの割合について、本県では全国よりも高い値で推移しており、糖尿病性腎症から人工透析に至る患者についての対応が課題となっています。



(単位: %)

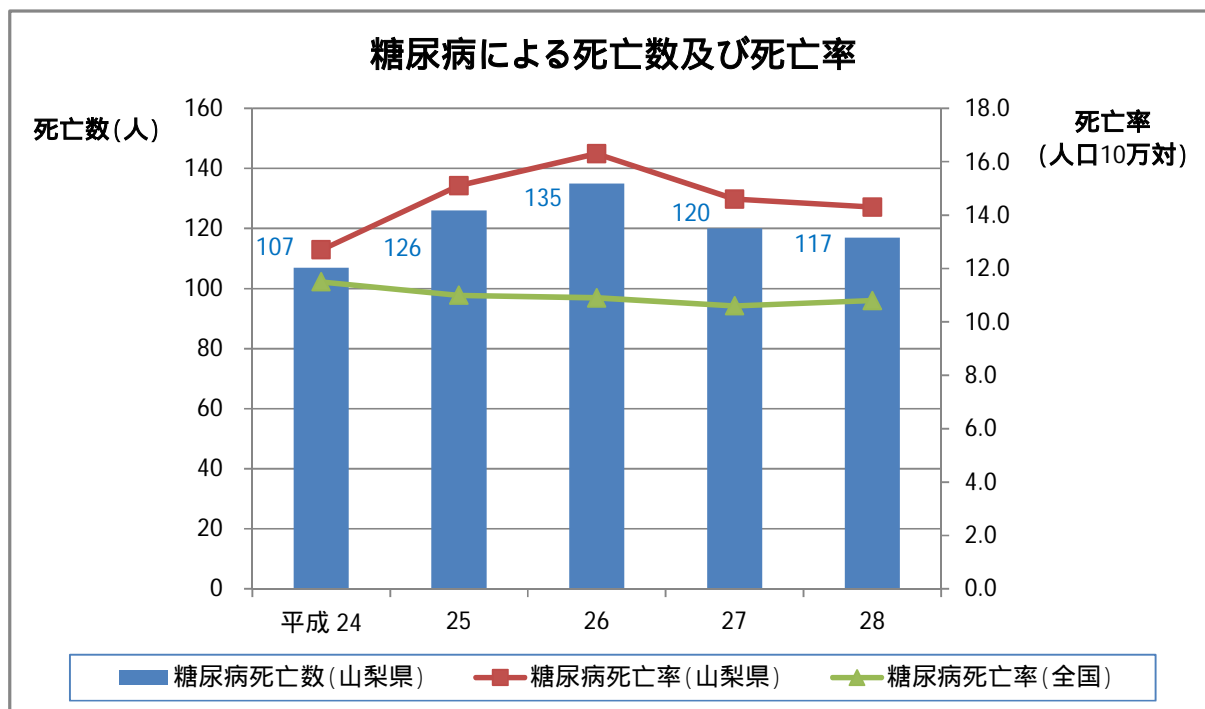
	平成 23		24		25		26		27	
	山梨県	全国	山梨県	全国	山梨県	全国	山梨県	全国	山梨県	全国
新規人工透析導入患者のうち、原疾患が糖尿病性腎症であるものの割合	50.7	44.3	46.3	44.2	52.4	43.8	48.4	43.5	48.6	43.7

資料:「図説 わが国の慢性透析療法の現況」(一般社団法人日本透析医学会)

**【死亡数、死亡率】**

平成 28 年において全国で、約 1 万 3 千人が糖尿病を原因として死亡しており、このうち本県の死亡者数は 117 人となっています。

本県の死亡率(人口 10 万対)は、全国より高い値で推移しています。



(単位:人、人口10万対)

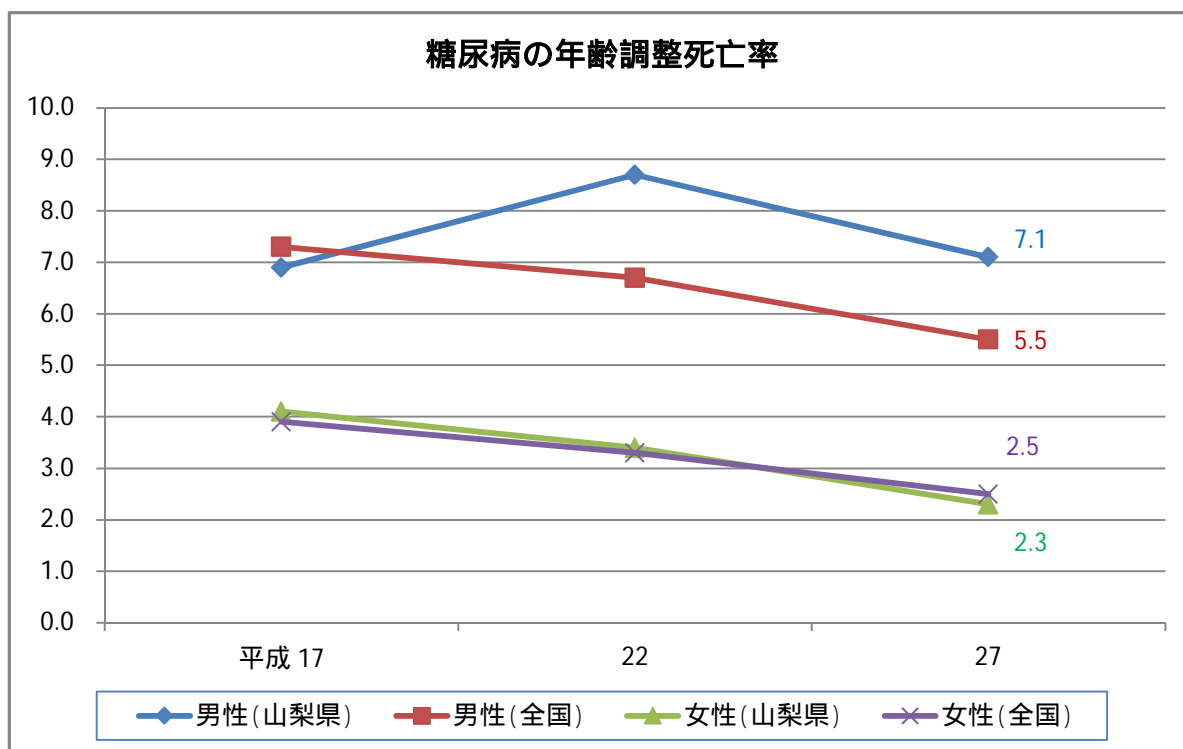
	平成 24	25	26	27	28
糖尿病死亡数(山梨県)	107	126	135	120	117
糖尿病死亡率(山梨県)	12.7	15.1	16.3	14.6	14.3
糖尿病死亡率(全国)	11.5	11.0	10.9	10.6	10.8

資料:人口動態調査(厚生労働省)



死亡率は年齢構成の影響を受けるため、年齢調整死亡率をみると、平成 27 年の本県では、男性が 7.1(全国 5.5)、女性が 2.3(全国 2.5)となっており、男性については、全国平均よりも高くなっています。

なお、全国平均、本県とも、前回調査(平成 22 年)よりも低下傾向にあります。



(単位: 人口10万対)

	平成 17		22		27	
	山梨県	全国	山梨県	全国	山梨県	全国
年齢調整死亡率(男性)	6.9	7.3	8.7	6.7	7.1	5.5
年齢調整死亡率(女性)	4.1	3.9	3.4	3.3	2.3	2.5

資料: 人口動態統計特殊報告(厚生労働省)

### 【医療従事者等】

中北医療圏に医療従事者、医療設備等が集中しており、適切な医療を提供するためには全県における連携体制の構築が求められます。

また、糖尿病専門医は数が限られているため、かかりつけ医との連携が必要です。

### 発症予防・健診・保健指導

糖尿病の発症には、食事、運動、喫煙、飲酒などの生活習慣が大きく関与していること

が明らかになっており、予防にあたっては、生活習慣の改善、医療保険者による健診・保健指導などが重要となります。

生活習慣については、改善のための知識について普及啓発を行う必要があります。

健診・保健指導については、「標準的な健診・保健指導プログラム」(厚生労働省)、人間ドックについては、「人間ドック健診成績判定及び事後指導に関するガイドライン」(人間ドック学会)に則して実施することが求められます。

#### **診断**

糖尿病又は、その疑いのある人を診断し、早期に治療を開始することは、重症化、合併症の発症を予防するうえで重要です。

#### **合併症予防**

合併症の発症は、患者の生活の質を低下させ、生命予後を左右することから、その予防が重要です。そのため、かかりつけ医、糖尿病専門医、専門診療科医との連携が必要です。

糖尿病には根治的な治療方法がないものの、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を適切に行うことにより、合併症発症の予防は可能です。

また、糖尿病においては、生涯を通じての治療が必要になるため、治療を中断せず、継続的な治療を行うことが必要です。

#### **専門治療(血糖コントロール不可例の治療)**

血糖コントロール指標を改善するため、専門スタッフによる食事療法、運動療法及び薬物療法等の実施が求められます。

#### **急性合併症治療**

糖尿病昏睡等の急性合併症について、関係する診療ガイドラインに則した治療を実施することが求められます。

#### **慢性合併症治療**

慢性合併症(糖尿病性網膜症、糖尿病性腎症、糖尿病性神経障害等)について、関係する診療ガイドラインに則した治療を実施することが求められます。

## 圏域の設定

中北医療圏に医療従事者、医療設備等が集中しており、適切な医療を提供するためには、全県における連携が求められることから、全県を一区域とする圏域を設定します。

## 施策の展開

### 発症予防、重症化予防のための地域連携の推進

医療従事者、市町村、保険者、愛育会、食生活改善推進員、事業主などと連携した、栄養、運動、生活習慣などに関する普及啓発を促進し、地域での健康づくり・発症予防を進めていきます。

市町村や保険者との間で、保健指導などについての情報共有を図っていきます。

健診受診の必要性についての普及啓発を行うとともに、健診、保健指導を通じて、糖尿病についての正しい知識の普及に努めます。

健診実施に際しては、関係するガイドラインに則して実施するよう、実施機関等に対して周知を行います。

重症化予防のため、未受診者、受診中断者に対して、市町村、保険者と連携し、早期からの保健指導、受診勧奨を行うことにより、治療に結びつけていきます。

糖尿病と歯周病には双方向の関連があるため、平成26年度に開始した医科歯科連携推進事業を着実に実施し、早期発見、早期治療に取り組みます。

### 糖尿病性腎症の重症化予防

我が国において、患者の生活の質を著しく低下させる人工透析導入の原疾患の第1位である、糖尿病性腎症の重症化予防は喫緊の課題であるため、平成28年4月に日本医師会、日本糖尿病対策推進会議及び厚生労働省が策定した「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を参考に、今後、本県版のプログラムを策定していきます。

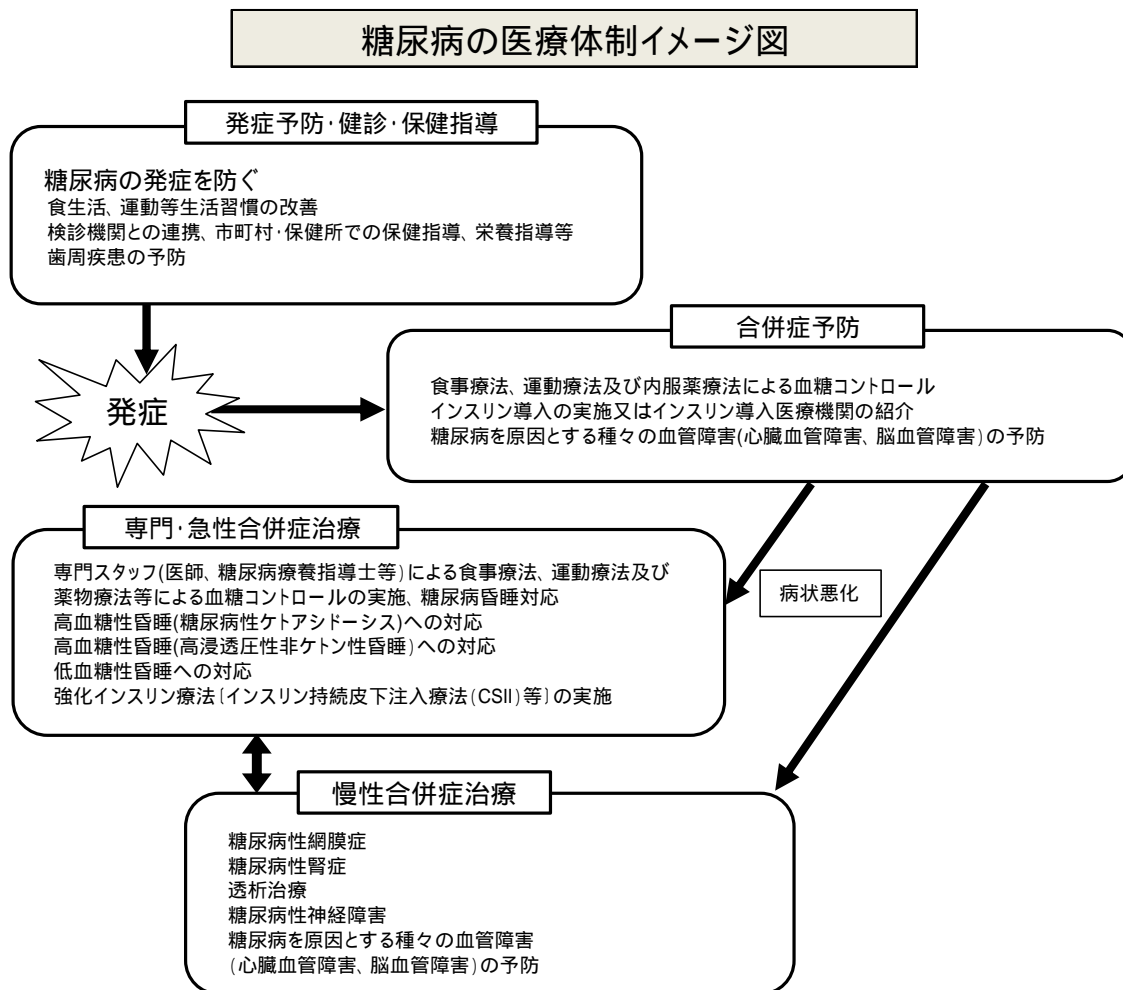
策定にあたっては、県医師会、県糖尿病対策推進会議、保険者等と連携していきます。

また、平成27年度より取り組みを開始している慢性腎臓病(CKD)対策を、「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」と連動させ、CKDの普及啓発、かかりつけ医と腎臓病専門医との病診連携体制の構築を進めることにより、腎機能障害の早期発見、早期治療を図り、人工透析導入までの期間の延伸、新規人工透析導入患者数の減少を目指してい

きます。

### 医療機能の分化・連携の推進

発症予防、合併症予防、治療（専門治療、急性合併症治療、慢性合併症治療）の段階ごとに求められる医療機能を明確にし、それぞれの医療機能を担う医療機関の名称をわかりやすく示していきます。



## 糖尿病の医療体制

機能	発症予防 ・健診 保健指導	合併症予防	専門・急性合併症治療	慢性合併症治療
機能	発症予防	血糖コントロールによる合併症予防	血糖コントロール不可な患者に対する専門治療及び急性合併症治療の実施	慢性合併症治療の実施
求められる事項 (実施する診療・処置等)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・食生活 運動等生活習慣の改善</li> <li>・歯周疾患の予防</li> <li>・特定健診</li> <li>・特定保健指導</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・食事療法 運動療法及び内服薬療法による血糖コントロールの実施</li> <li>・インスリン導入については、自施設で積極的に実施</li> <li>・インスリン導入については、他の医療機関を紹介</li> <li>・糖尿病を原因とする種々の血管障害(心臓血管 脳血管障害)の予防</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・専門スタッフ(医師 糖尿病療養指導士等)による食事療法 運動療法 薬物療法等による血糖コントロールの実施</li> <li>・高血糖性昏睡(糖尿病性ケトアシドーシスによる)への対応</li> <li>・高血糖性昏睡(高浸透圧非ケトン性昏睡)への対応</li> <li>・低血糖昏睡への対応</li> <li>・強化インスリン療法(持続皮下注入療法(CSI))等の実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病性網膜症の治療の実施</li> <li>・糖尿病性腎症の治療の実施</li> <li>・糖尿病性腎症による腎不全患者に対する透析療法の実施</li> <li>・糖尿病性神経障害の治療の実施</li> <li>・糖尿病を原因とする種々の血管障害(心臓血管障害 脳血管障害等)の予防</li> </ul>
圏域設定	全県を一区域とする。			
医療提供施設	巻末の「機関別医療施設等」を参照			

数値目標
------

目標項目等		現状	平成35年度目標
特定健康診査の受診率		55.6% (H27)	70%
特定保健指導の実施率		22.4% (H27)	45%
メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率 (H20年比) ( )		10.8% (H27)	25%
食塩摂取量		10.5 g (H26)	8.0 g
収縮期血圧の平均値	男性	133.6mmHg (H26)	133.6mmHg
	女性	126.6mmHg (H26)	126.6mmHg
糖尿病性腎症に対する人工透析実施件数 (人口10万対)		1,527人 (H27)	1,510人
糖尿病の年齢調整死亡率 (人口10万対)	男性	7.1 (H27)	4.7
	女性	2.3 (H27)	1.8

「第3次山梨県医療費適正化計画」の数値目標における定義と同じもの

## 第5節 精神疾患

### 現状と課題

#### データ分析

##### 【精神疾患患者数】

患者調査(厚生労働省)によると、精神疾患により医療機関にかかっている患者数は、近年増加傾向にあり、平成26年の患者調査では全国で約392万人と推計されており、平成20年の323万人と比較すると約1.2倍に増えています。

疾患分類の内訳は、多いものから、うつ病などの気分障害、統合失調症(1)、不安障害(2)となっており、平成20年と比較して、認知症(アルツハイマー病)は2.2倍と増加していますが、他の疾患は大きな変動は見られません。

本県では精神疾患により医療機関にかかっている患者数は、平成26年の調査で2.9万人と推計されており、平成20年の1.7万人と比較すると約1.7倍と増加傾向にあります。

本県における疾患分類の内訳は、多いものから、うつ病などの気分障害、統合失調症、不安障害と全国と同様の傾向にありますが、統合失調症については、平成20年と比較して全国では減少傾向にある中、本県では1.4倍と増加傾向にあります。

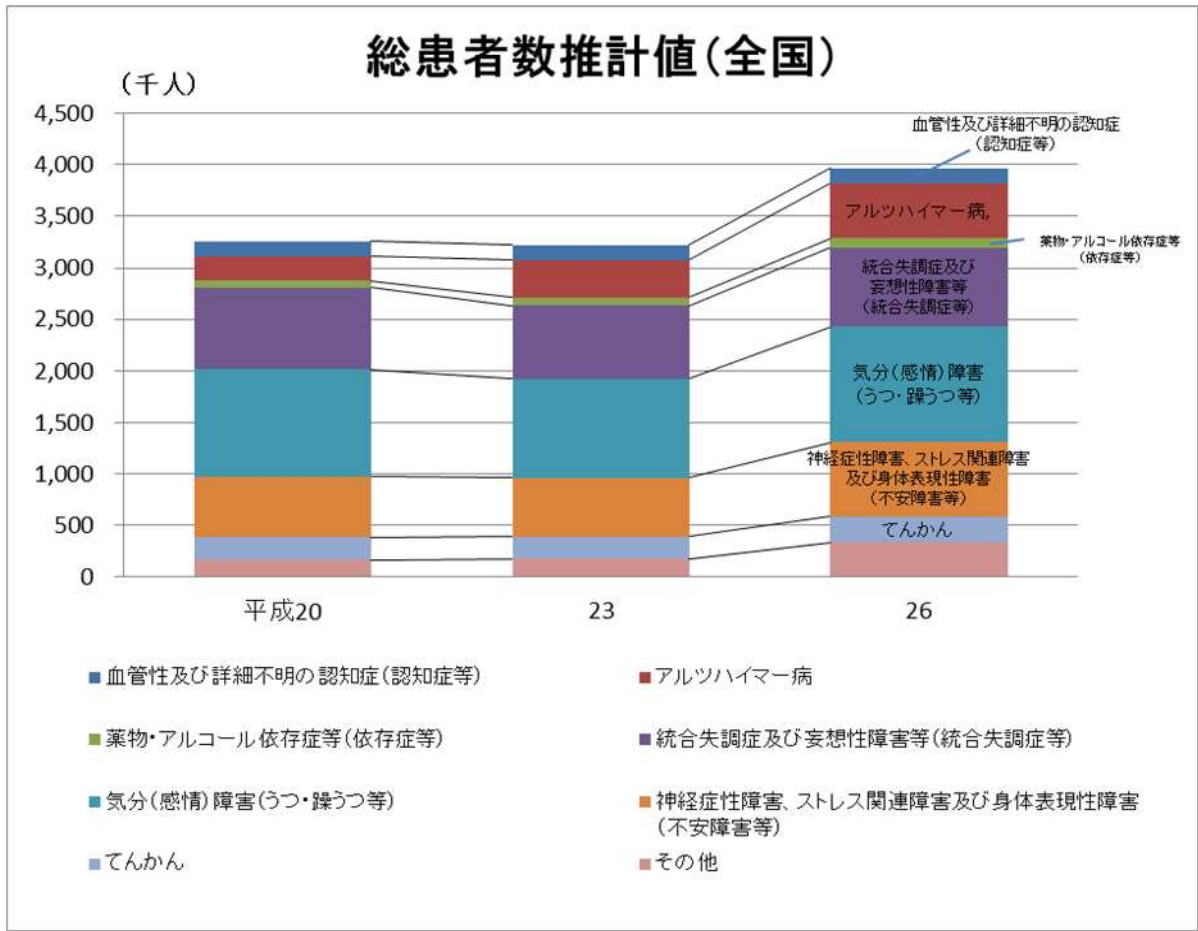
[用語解説] 出典:(1)(2)「我が国の精神保健福祉」

##### (1)統合失調症(統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害)

統合失調症を中核に、知覚、思考、情動の統制、意欲などの障害によって特徴づけられる一群をいう。統合失調症には、妄想型(比較的固定した妄想が優勢。通常、幻覚、幻聴をともなう)、破瓜型(感情の平板化と意欲低下が急速に進行する)、緊張型(急性期や増悪期に強い興奮や混迷がおこる)などがある。

##### (2)不安障害

脳に器質的な病変はなく、個体側の要因(パーソナリティ)と環境要因(心因)とのかねあいで発症する精神身体反応をいう。恐怖症性不安障害(広場恐怖、社会恐怖)、パニック障害、全般性不安障害、強迫性障害(強迫神経症)、重度ストレス障害(急性ストレス反応、外傷後ストレス障害、適応障害など)、解離性障害、身体表現性障害などがある。



全国

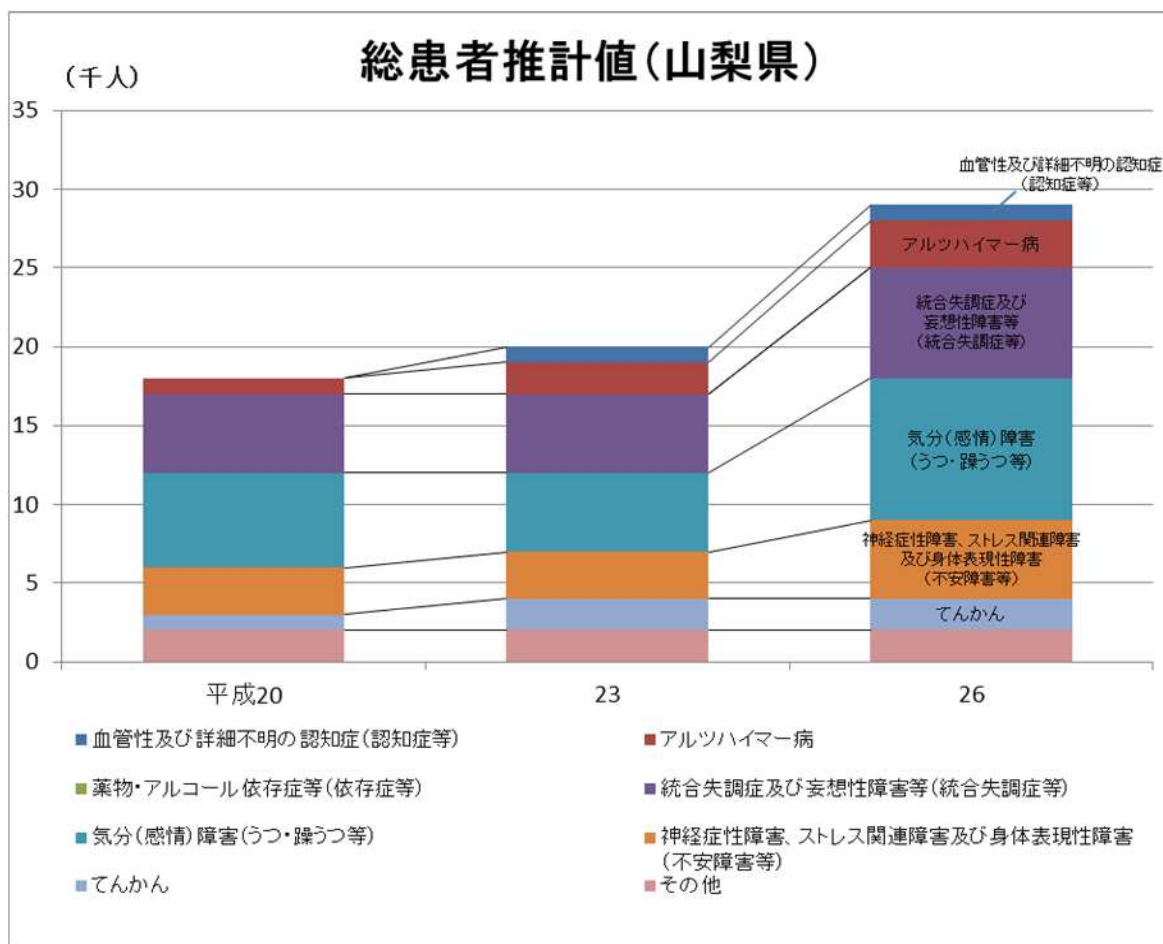
(単位：千人)

	平成 20	23	26
血管性及び詳細不明の認知症(認知症等)	143	146	144
アルツハイマー病	240	366	534
薬物・アルコール依存症等(依存症等)	66	78	87
統合失調症及び妄想性障害等(統合失調症等)	795	713	773
気分(感情)障害(うつ・躁うつ等)	1,041	958	1,116
神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害(不安障害等)	589	571	724
てんかん	219	216	252
その他	164	176	335
総数	3,233	3,201	3,924

資料：患者調査(厚生労働省)

(注)四捨五入し千人単位としているため、内訳の合計が総数に一致しない。





山梨県

(単位:千人)

	平成 20	23	26
血管性及び詳細不明の認知症(認知症等)	0	1	1
アルツハイマー病	1	2	3
薬物・アルコール依存症等(依存症等)	0	0	0
統合失調症及び妄想性障害等(統合失調症等)	5	5	7
気分(感情)障害(うつ・躁うつ等)	6	5	9
神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害(不安障害等)	3	3	5
てんかん	1	2	2
その他	2	2	2
総数	17	20	29

資料：患者調査(厚生労働省)

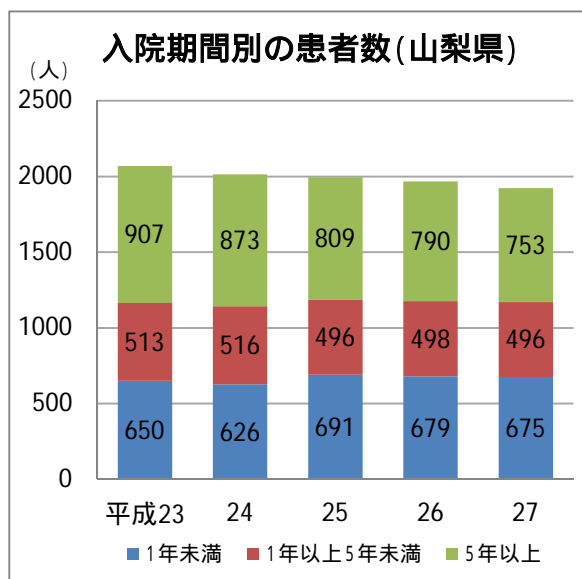
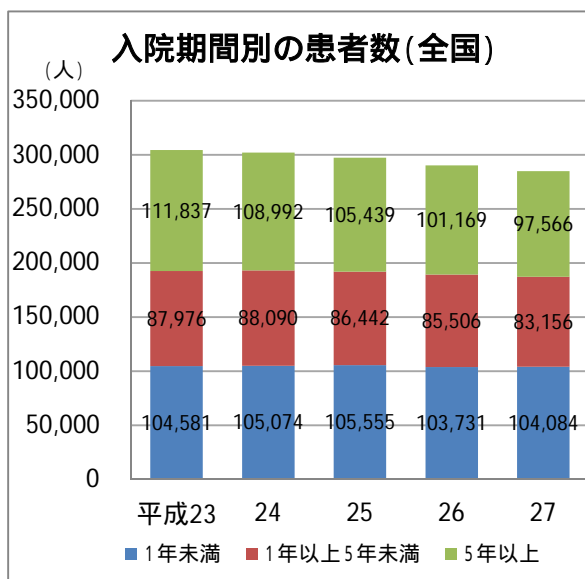
(注) 1,000人未満のため、「0」の表記となっている。

### 【入院期間別の患者数と割合】

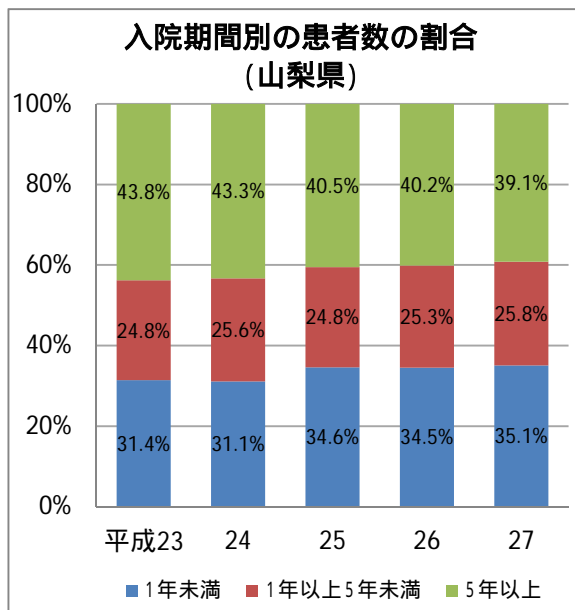
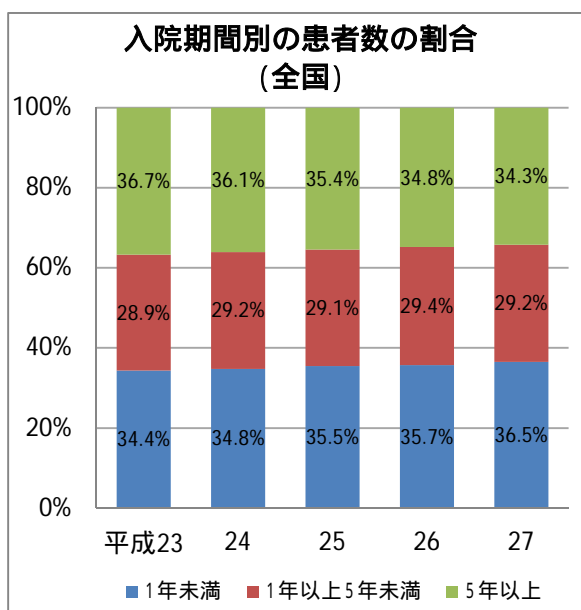
精神保健福祉資料(厚生労働省)によると、本県の入院患者数は、平成27年6月末日現在で1,924人となっており、平成23年と比較して約7%減少しています。

平成23年から平成27年までの5年間の入院患者の入院期間別の割合を見ると、大きな変動はありません。平成27年の入院患者1,924人のうち、5年以上の患者数は753人で、約40%を占めています。

全国と比較すると、本県では5年以上の入院患者の割合が多く、1年以上5年未満の入院患者の割合が少なくなっています。



資料:精神保健福祉資料(厚生労働省)

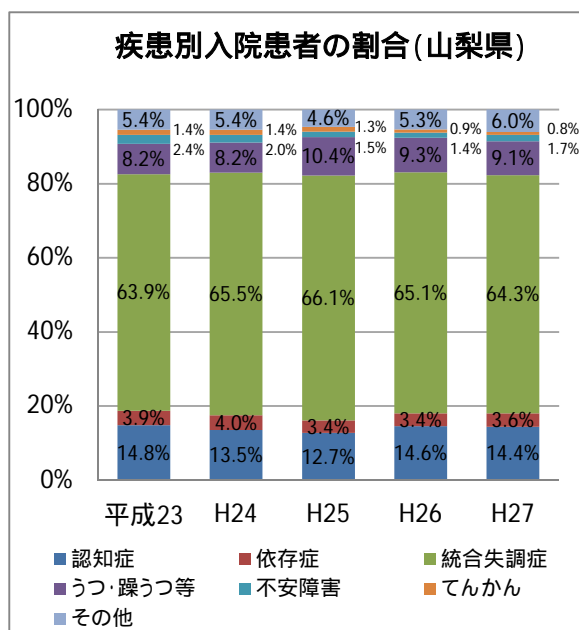
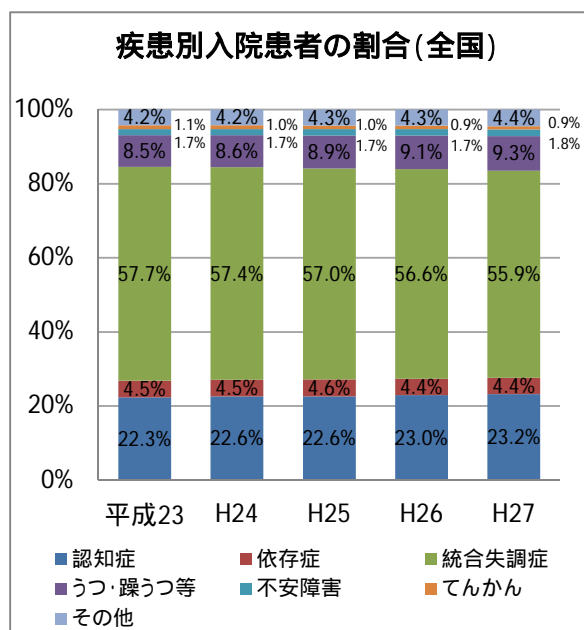


資料:精神保健福祉資料(厚生労働省)

### 【入院患者の疾患分類】

本県の入院患者の疾患別割合をみると多い順に統合失調症、認知症となっており、全国と同様の傾向となっています。

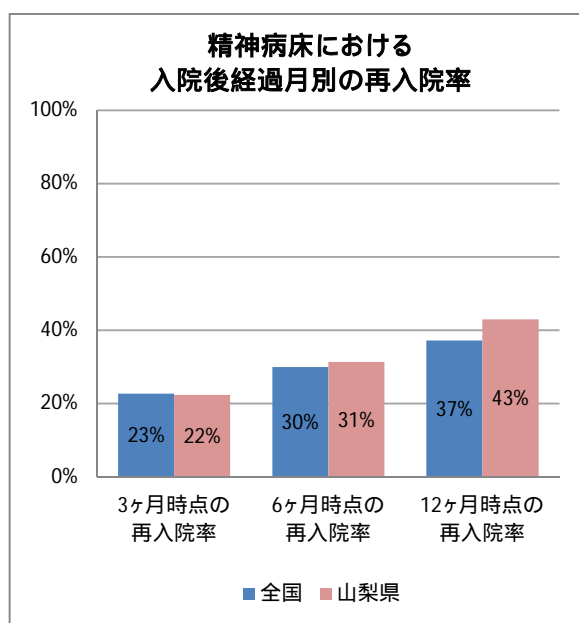
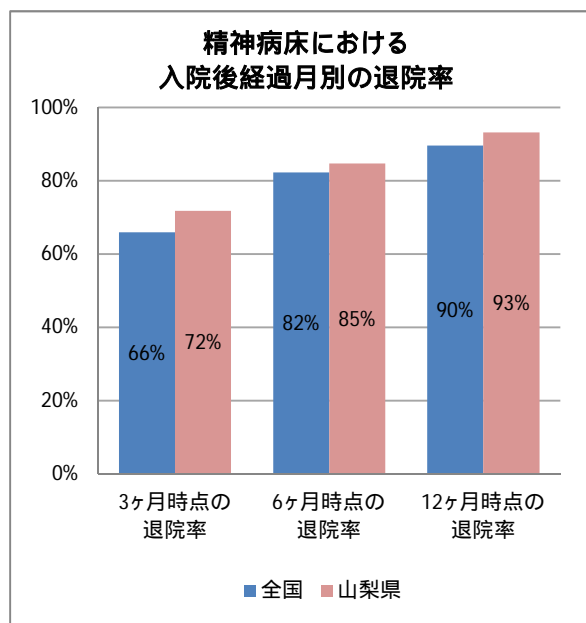
入院患者の疾患別割合を全国と比較すると本県では統合失調症が 8.4 ポイント多く、認知症が 8.8 ポイント少なくなっています。



資料:精神保健福祉資料(厚生労働省)

## 【退院率及び再入院率】

本県における平成 26 年の入院患者の退院率( 3)は、入院後 3 ヶ月時点で 72%、6 ヶ月時点で 85%、12 ヶ月時点で 93%であり、各時点で全国の退院率を上回っています。他方、再入院率については、退院後 3 ヶ月時点で 22%、6 ヶ月時点で 31%、12 ヶ月時点で 43%となっており、全国と同様、再入院率は、時間の経過とともに、高くなっています。



資料：精神保健福祉資料(厚生労働省)

## 【用語解説】

### ( 3)退院率

入院後 3 ヶ月時点の退院率：前年 6 月 1 ヶ月間の新入院患者のうち、前年 6 月～8 月に退院した患者数の割合。6 ヶ月時点、1 年時点はこの考え方に準ずる。

## 【自殺者数】

本県の自殺者数(厚生労働省「人口動態統計」住所地ベース)は、近年減少傾向となっています。

人口10万人あたりの自殺者数を示す自殺死亡率(4)は、全国を上回っています。

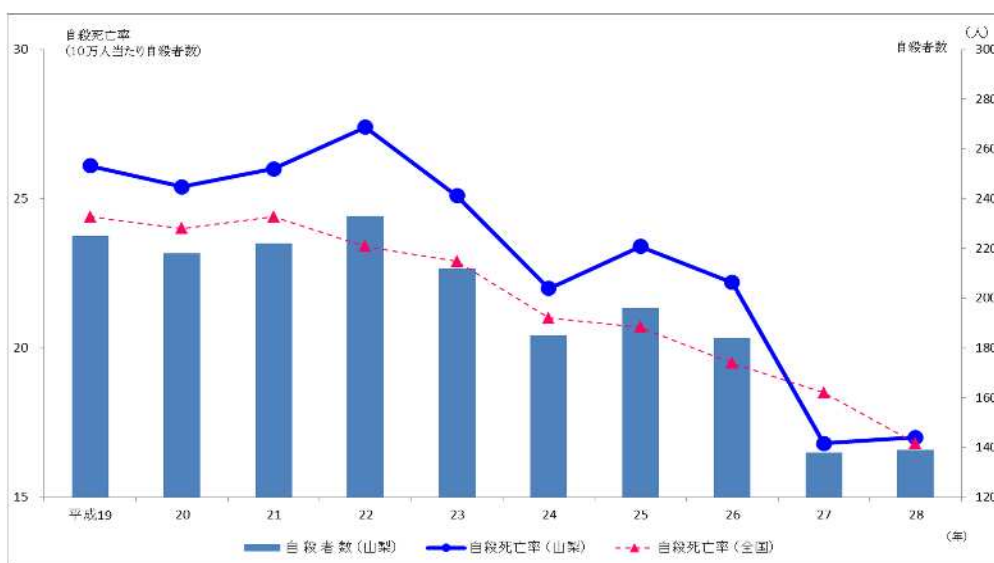
原因・動機別を見ると、健康問題及び経済・生活問題が多くなっています。健康問題の内訳では、うつ病が最も多く、次いで身体の病気、統合失調症の順となっています。

## 【用語解説】

### (4)自殺死亡率

自殺死亡率には警察庁の自殺統計(発見地を基に自殺死体発見時点で計上)と厚生労働省の人口動態統計(住所地を基に死亡時点で計上)があるが、本計画では人口動態統計のデータを用いている。

### (自殺者数及び自殺死亡率の推移)

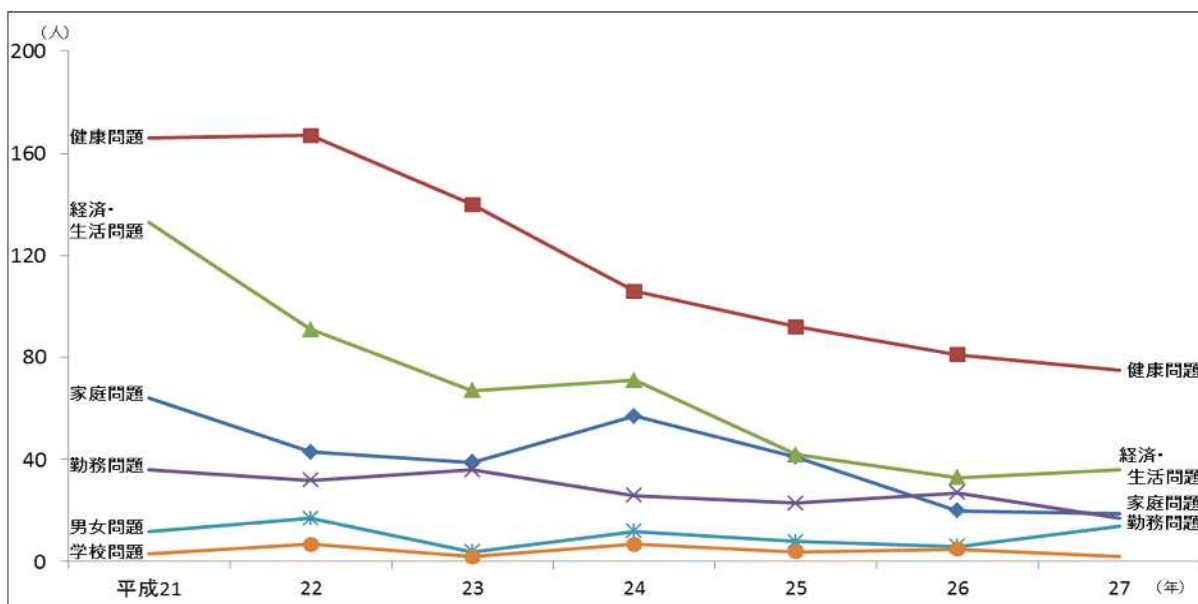


(単位:人 人口10万人対)

	平成 19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
自殺者数(山梨)	225	218	222	233	212	185	196	184	138	139
自殺死亡率(山梨)	26.1	25.4	26.0	27.4	25.1	22.0	23.4	22.2	16.8	17.0
自殺死亡率(全国)	24.4	24.0	24.4	23.4	22.9	21.0	20.7	19.5	18.5	16.8

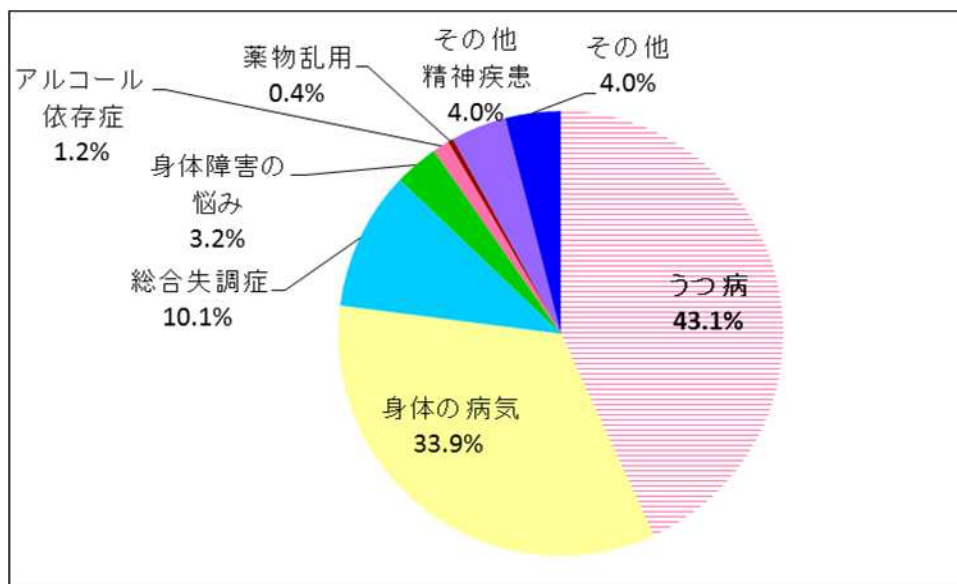
資料:人口動態統計(厚生労働省)

(原因・動機別の推移)



資料：地域における自殺の基礎資料（内閣府）

(健康問題の内訳(平成 25～27 年))



資料：自殺統計（警察庁）（山梨県警察本部）を基に山梨県作成

**予防・早期受診**

精神疾患は、全ての人にとって身近な病気です。精神疾患は、症状が多様であるとともに、自覚しにくいという特徴があるほか、精神症状に気づいても相談機関への相談や精神科への受診を心理的に躊躇してしまうなど、症状が比較的軽い段階での早期受診に結びつかず、症状が重くなり、入院治療が必要な段階で初診となる場合が少なくあり

ません。また、重症化してから入院すると、長期の入院が必要となる場合もあります。

発症してからできるだけ早期に必要な医療が提供されることで、回復し、再び地域生活や社会生活を営むことができるようになります。このため、予防や早期受診は重要です。また、本人や周囲が、精神症状に気づき、速やかに相談や必要な医療が受けられるための環境づくりが必要です。

### 医療提供体制

平成 29 年 4 月現在、県内には精神病床のある医療機関が 11 カ所、精神科を標榜し精神病床を持たない医療機関は 34 カ所あり、各医療機関において機能の充実に取り組み、医師や薬剤師、保健師、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チームによる、患者の状態に応じた医療を提供しています。

精神疾患患者の社会生活機能の回復を目的としてデイ・ケア、ナイト・ケア、ショート・ケアを実施する医療機関は、平成 29 年度に実施した「山梨県病院機能調査」によれば、県内に 10 カ所あり、医師の指示の下に看護師や作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者等が個々の症状に応じたプログラムにより治療を行っています。

### 疾病及び取組ごとの状況

#### (1) 統合失調症

平成 27 年 6 月末現在、本県において、精神疾患で入院治療を受けている患者のうち、統合失調症の患者は約 1,200 人おり、全体の約 6 割を占めています。

症状を軽快させる治療法の普及や、精神科リハビリテーションをはじめとする予防的アプローチの充実などによって、地域生活への移行の促進が求められています。

#### (2) うつ病・躁うつ病

うつ病の早期発見・早期治療につなげるためには、うつ病についての正しい知識や、医療機関等で適切に受診できるようにするための普及啓発活動が必要です。

長時間労働や職場の人間関係等により、強いストレスを感じている労働者が多いとされていることから、早期発見のための取組や、精神的ストレスの要因を取り除くための対策を講じる必要があります。

#### (3) 認知症

認知症は適切な治療により症状の進行を遅らせることが可能な場合もあり、早期診断・早期対応が重要です。そのためには、認知症の疑いのある段階での医療機関や相

談窓口などの情報提供、認知症の早期診断につなげるかかりつけ医や歯科医師、薬剤師の認知症対応力の向上が必要です。

認知症になっても住み慣れた地域で安心した生活が送れるよう、認知症についての正しい理解を図り、地域全体で認知症の人とその家族を支える体制づくりが必要です。

64歳以下で発症する若年性認知症については、その多くが働き盛りでの発症となるため、認知症高齢者とは異なる状況が生じることや、周囲の理解が十分でないことから、若年性認知症に対する理解を深め、本人やその家族に対する総合的な支援体制を整える必要があります。

#### (4) 児童・思春期精神疾患

心に問題を抱えた児童・生徒等に適切な医療と支援を提供するために、こころの発達総合支援センターや県立北病院、精神保健福祉センター、あけぼの医療福祉センターを拠点機関として、支援体制の構築を図っています。

専門的な診療や支援を必要とする人が増加しており、問題も複雑多岐にわたることから、診療及び支援連携体制の構築・強化、医療従事者等の資質向上が求められています。

#### (5) 発達障害 ( 5 )

発達障害者支援センターであるこころの発達総合支援センターでは、発達障害に関する診断・治療や、発達障害児者等への相談支援、市町村職員等関係者への研修、地域支援等の取組を行っています。

発達障害に係る診療や相談件数の増加に伴い、乳幼児期から成人期までの各ライフステージに対応する一貫した支援体制の整備を図り、関係者の資質向上を図る必要があります。

こころの発達総合支援センターにおける平成28年度の診療件数は2,299件であり、開設した平成23年度と比べ約1.7倍と増加しており、診療待機期間も4カ月程度と長くなっています。

このため、発達障害に対応できる医療機関の拡充を図るとともに、役割分担を明確にするなど、診療体制を強化する必要があります。

[用語解説] 出典:発達障害情報・支援センターホームページ

#### ( 5) 発達障害

発達のしかたに生まれつき凹凸があるために、幼児のうちから症状が現れる、コミュ



ニケーションや対人関係・社会性の障害、パターン化した行動などの特性がみられる  
広汎性発達障害(自閉症、アスペルガー症候群等)、不注意、多動・多弁などの特性  
がみられる注意欠陥多動性障害、読む・書く・計算する等の能力が全体的な知的発  
達に比べて極端に苦手な学習障害などがある。

#### (6) 依存症

平成 29 年度に国が「依存症対策総合支援事業実施要綱」を策定し、都道府県に対し  
アルコール依存症、薬物依存症、ギャンブル等依存症への対策の推進を求める中、ま  
ず本県の現状や課題を的確に把握する必要があります。

依存症を予防するため、普及啓発や相談体制の充実が求められるとともに、早期に専  
門相談、専門医療に結び付ける体制や、社会復帰のためのリハビリテーションの充実な  
どが求められています。

#### (7) 外傷後ストレス障害(PTSD) ( 6)

生命の危機や恐怖にさらされたり、大切な人を喪失するなどした際、ストレス反応が生  
じます。この症状が長期化すると様々な精神疾患に発展することがあります。

災害、事件及び事故が発生した際に、被災された方や被害に遭われた方への心のケ  
アが求められています。

[用語解説] 出典:厚生労働省ホームページ

#### ( 6) 外傷後ストレス障害(PTSD)

強烈なショック体験、強い精神的ストレスを受けた際に、心のダメージが残り、時間が  
経過してもその経験に対して強い恐怖を感じ、不安や緊張、めまい、頭痛等の症状を  
きたす。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され  
ている。

#### (8) 高次脳機能障害 ( 7)

平成 20 年度に県が実施した高次脳機能障害者実態調査では、山梨県内には約 2,500  
人の高次脳機能障害者がいると推計されています。

本県では、平成 22 年度に支援拠点となる高次脳機能障害者支援センターを甲州リハ  
ビリテーション病院内に設置し、高次脳機能障害者への専門的な診療・相談支援、関係  
者への助言・技術支援等を行っています。

高次脳機能障害の特性などについては、未だ多くの人に知られていないため、正しい

知識の普及啓発や専門的な相談・支援手法等に関する研修、関係機関による地域支援ネットワークの構築が必要です。

[用語解説] 出典:高次脳機能障害・支援センターホームページ

( 7)高次脳機能障害

脳損傷に起因する認知障害全般を指し、この中には、脳の傷害の部位によって出現する失語・失行・失認のほか記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害などが含まれる。

(9)摂食障害( 8)

平成 26 年度の精神保健福祉資料では、本県において摂食障害により精神病床で入院している患者の割合は、10 万人あたり 6.0 人であり、全国と比べ 2.0 人少ない状況です。

国の調査による全国的な統計では、女子中学生の 100 人に 1~2 人、男子中学生の 1,000 人に 2~5 人が摂食障害であると推計されています。こうした現状を踏まえ、摂食障害に対応できる専門職の養成や多職種連携等が求められています。

[用語解説] 出典:厚生労働省ホームページ

( 8)摂食障害

単なる食欲や食行動の異常ではなく、体重に対する過度のこだわりがあり、体重・体形が自己評価に過剰に影響する等の心理的要因に基づく食行動の重篤な障害で、神経性食欲不振症(神経性無食欲症、神経性食思不振症、思春期やせ症)と神経性過食症(神経性大食症)に分類される。

(10)てんかん( 9)

平成 26 年度の患者調査では、県内において約 2,000 人の方が受療しています。

てんかんに対応できる医療機関を明確にするとともに、てんかん専門医療の充実が求められています。

[用語解説] 出典:厚生労働省ホームページ

( 9)てんかん

てんかんは、意識を失って反応がなくなるなどの「てんかん発作」をくりかえし起こす症状があり、原因が不明な「特発性てんかん」と、頭部外傷、脳卒中、脳腫瘍、アルツ

ハイマー病など原因が明らかな「症候性てんかん」がある。

### (11)精神科救急

精神疾患の急な発症や精神症状の悪化などにより、早急に精神科の治療を必要とする人を対象に、県立北病院及び民間精神科病院による輪番制の医療体制を整備するとともに、救急時に患者本人や家族、救急隊などからの相談に応じるため、平成 27 年 2 月から精神科受診相談センターを設置して、受け入れ病院の紹介等を行っています。

平成 29 年度に実施した「山梨県県民保健医療意識調査」で、早急に精神科治療が必要になった場合、夜間・休日を含む 24 時間体制で受診相談ができることを知っているかたずねたところ、「知っている」と回答した人の割合は、8.6%でした。

#### 【精神科救急受診相談センター】

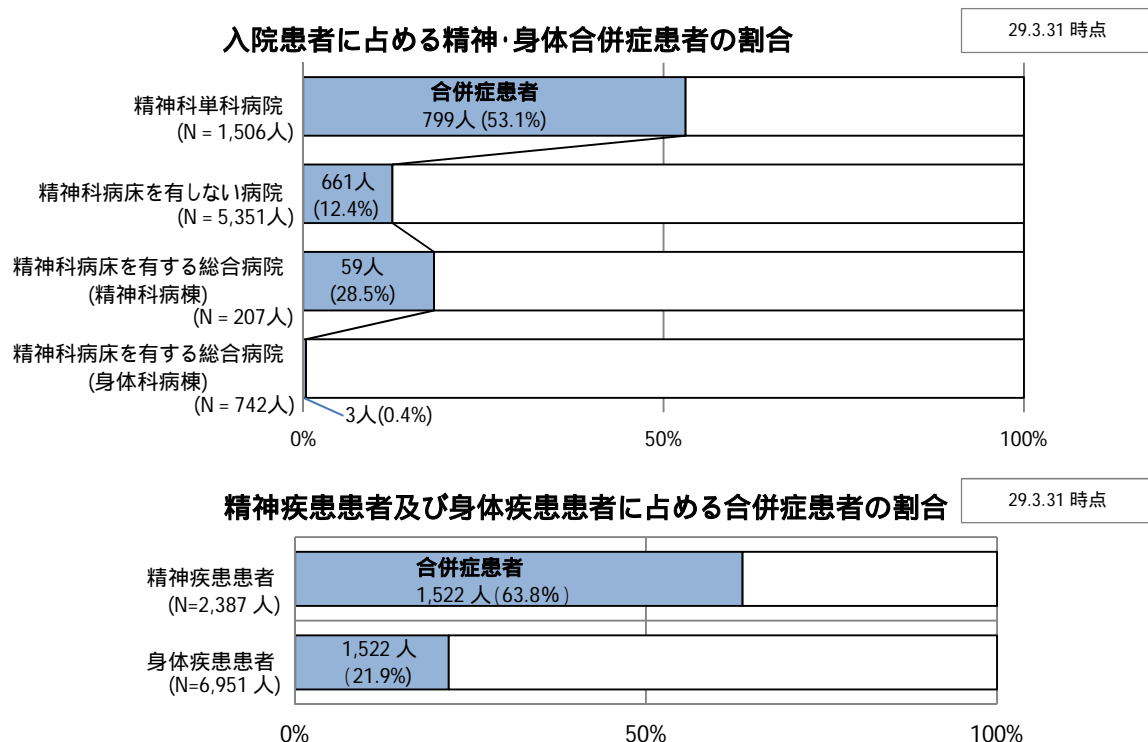
精神障害のある方が地域で安心して暮らすことができるよう、早急に精神科治療が必要な方を対象として、24 時間体制で電話による受診相談に応じ、救急医療を必要とされている方に医療機関を紹介しています。

- ・ 利用時間 24 時間 365 日
- ・ 電話番号 0551-20-1125

### (12)身体合併症

本県の精神科単科病院に入院する患者のうち精神・身体合併症患者は5割を超え、その多くは他の医療機関で身体科治療を受けています。

慢性呼吸器疾患における気管切開例など精神科病院では管理の難しい合併症もあり、他方、身体科病院では精神疾患の急性増悪等に伴う治療や対応が困難な課題もあるため、重症度の高い精神・身体合併症患者への適時・適切な医療の提供体制を整備する必要があります。



資料：精神・身体合併症患者への医療提供体制に関する調査(山梨県)

#### (13) 自殺対策

本県の平成28年の自殺者数(人口動態統計)は、139人で全国ワースト23位となっています。

自殺の要因は、うつ病など健康問題が最も多いものの、経済・生活問題、家庭問題、勤務問題など多くの社会的な要因がその背景にあることから、幅広い分野の関係機関や関係団体のネットワークを構築することが必要です。

#### (14) 災害時の精神医療

災害時は、強度の不安や抑うつなどの心身の反応を引き起こし、被災地域における住民等に多大な心理的負担を与えることから、精神的支援が必要となります。

災害時においては、精神に係る医療や保健への需要が高まることから、被災地域のニーズに対応する継続した精神医療の提供と保健活動が必要となります。

#### (15) 医療観察法における対象者への医療

心神喪失又は心神耗弱の状態、殺人や放火などの重大な他害行為を行い不起訴、無罪等の判決を受けた者に対しては、「医療観察法」に基づき、入院又は通院の決定をするための審判が行われます。

平成29年10月現在、本県には、指定入院医療機関( 10)は1カ所、指定通院医療機関( 11)は3カ所あり、精神科医、看護師等多職種チームによって行われる必要な医療の提供と評価により、病状の改善や社会復帰に向けた支援が行われています。

#### [用語解説]

##### ( 10)指定入院医療機関

国、都道府県又は特定(地方)独立行政法人が開設する病院の中から指定され、医療観察法の入院決定を受けた者の症状の段階に応じ、人的・物的資源を集中的に投入し、専門的で手厚い医療を提供する医療機関。(山梨県立北病院)

##### ( 11)指定通院医療機関

退院決定又は通院決定を受けた者に対して、必要な医療を提供する医療機関。  
(日下部記念病院、HANAZONO ホスピタル、山梨県立北病院 五十音順)

#### 回復・社会復帰

平成29年度に実施された精神保健福祉資料を作成するための調査( 12)によれば、精神科訪問看護を実施している医療機関は12カ所あります。また、平成29年12月現在、自立支援医療(精神通院医療)( 13)の指定を受けている訪問看護ステーションは38カ所、精神通院医療の指定薬局は364カ所あります。

長期入院患者の中には、症状が安定しても地域の受け入れ体制が整わないことや、本人の生活機能や意欲の低下により退院できない社会的入院患者が多く含まれていると考えられます。

患者が治療を中断することなく状態が安定し、地域での生活を安心して続けるためには、医療機関や訪問看護ステーション、薬局、保健所、市町村等が連携して支援の充実を図る必要があります。

精神疾患があっても地域で自立した日常生活及び社会生活を営むことができるよう医療機関、地域における支援体制を整えることが求められています。

平成29年度に実施した「山梨県県民保健医療意識調査」で、慢性的な精神疾患に罹患(りかん)し、精神科病院に1年以上入院すると仮定した場合、どのような療養を希望するかたずねたところ、自宅療養または、グループホーム等に入所して回復に向けた支援を受けたいと回答した人の割合は、約6割でした。

## [用語解説]

### ( 12)精神保健福祉資料を作成するための調査

毎年 6 月 30 日付けで、全国の精神科病院、精神科診療所、自治体等における、精神保健医療福祉の現況モニタリングを行う調査。

### ( 13)自立支援医療(精神通院医療)

精神通院医療は、精神疾患を有する者で、通院による精神医療を継続的に要する病状にある者に対し、その通院医療に係る自立支援医療費の支給を行うもの。

## 圏域の設定

中北圏域に医療機関、医療従事者等が集中しており、適切な医療を提供するためには全県における連携が求められることから、県全域を一区域として圏域を設定します。

## 施策の展開

### 予防と早期受診の推進

予防や早期受診を促進するため、関係機関と連携し広報紙やホームページなどの広報媒体や研修会、講演会などあらゆる機会を活用し、ライフステージに応じた心の健康づくりや精神疾患に関する正しい知識の提供、県内の精神科医療機関の情報に関する普及啓発を図ります。

相談機関の周知を行うとともに、相談に携わる職員のスキルアップと各相談機関の役割分担による相談体制の充実を図ります。

### 医療機関の明確化と連携の推進

精神疾患ごとに対応できる医療機関を明確にするとともに、専門職の養成や多職種連携・多施設連携を推進するため、各機関の連携・強化を図ります。

### うつ病に関する正しい知識の普及啓発

心の悩みなどに関する各種相談窓口や、うつ病のセルフチェック項目等について記載したリーフレットを作成し、関係機関に配布します。

関係機関と連携し、ストレスチェックの実施など職場におけるメンタルヘルス対策を促進します。

## 認知症対策

かかりつけ医や歯科医師、薬剤師を対象に認知症への対応力を高めるための研修を行うとともに、市町村に設置されている「認知症初期集中支援チーム」等と県内の圏域ごとに設置された専門的な医療機関である認知症疾患医療センター等が効果的に連携し、早期診断・早期対応体制の強化を図ります。

- 認知症サポーターの養成を進めるとともに、認知症カフェの設置への支援や認知症サポート事業所の拡大など、地域の見守りを強化し、地域全体で認知症の人とその家族を支える仕組みづくりを推進します。

若年性認知症への理解の普及を図るとともに、本人や家族が安心して相談でき、必要な支援が受けられるよう、総合的な相談体制づくりを進めます。

## 子どもの心の診療支援

乳幼児期から成人期までの各ライフステージに応じた途切れのない医療と支援を提供するために、こころの発達総合支援センターや県立北病院、精神保健福祉センター、あけぼの医療福祉センターの各拠点機関を中核とした、児童思春期精神科医療の強化・拡充を行うとともに、医療、保健、福祉等関係者の資質向上を図り、こころに問題を抱えた児童に適切な医療を提供できる支援体制を構築します。

発達障害の早期発見・早期支援を推進するために、発達障害のある子どもが地域で安心して医療を受けることができるよう、こころの発達総合支援センターを中心とした医療ネットワークの構築と安定した運営、地域の小児科医を対象とした児童精神科領域の診療知識や技術の更なる理解促進を図ります。

こころの発達総合支援センターと中央児童相談所を福祉プラザから移転し、機能強化を図るとともに、新たに児童心理治療施設と特別支援学校を併設した、子どもの心のケアに係る総合拠点を整備し、各施設のスタッフが緊密に連携しながら、相談から治療まで、ニーズに応じた、迅速で一貫した手厚い支援を提供します(P276 参照)。

## 依存症対策

依存症患者の実態を把握するための調査を行い、具体的な支援方法を分析するとともに、依存症の相談支援にあたる専門職の人材育成及び資質の向上を行い、本県の依存症対策の取組を推進します。

アルコール依存症の治療専門プログラムを展開している県立北病院及び住吉病院を中心とした医療機関と相談支援等を行う精神保健福祉センターを中心とした相談機関が相互に連携し、依存症者等への支援を推進します。

また、自助グループの運営等を行う民間団体( 14)の活動を周知するとともに、医療、保健、福祉の関係機関相互の協働を推進します

#### [用語解説]

##### ( 14)民間団体

県内における代表的な民間団体は次のとおり。

AA(アルコールリック・アノニマス)、断酒会

アルコール依存症の本人(家族)のための自助グループ。

ダルク

薬物依存症の当事者が運営する民間のリハビリ施設。

NA(ナルコティクス・アノニマス)

薬物依存者本人の自助グループ。

グレイス・ロード

ギャンブル依存症の本人のための民間のリハビリ施設。

#### 高次脳機能障害への対策

高次脳機能障害者に対する支援を効果的に行うため、高次脳機能障害者支援センターによる診療や専門相談を行うとともに、関係機関への助言・技術的な支援、研修会を開催し、高次脳機能障害者に関する正しい理解の促進や、支援の充実を図ります。

高次脳機能障害に係る支援機関の一覧を示した「高次脳機能障害支援マップ」の普及啓発を図りつつ、相互の連携を推進します。

#### 精神科救急の充実

急な発症や症状の悪化等の緊急時に、いつでも、誰でも、どこにいても適切な医療が提供されるよう24時間365日、相談・対応ができる精神科救急医療体制を継続し、更に充実させるとともに、その周知を図ります。

#### 精神・身体合併症患者への医療提供の充実

県内の総合病院において、今後、重篤な精神疾患の入院治療病床での緊急的かつ専門的な治療が充実される可能性があることを念頭に置きつつ、当面、県内の医療機関が相互に連携して対応する体制を整えることで、精神・身体合併症の重篤な患者に対して円滑かつ速やかに治療を実施できる具体的な仕組みの構築を目指します。



## 自殺対策の推進

平成 28 年 12 月に策定した「山梨県自殺対策推進計画」に基づき、精神科医療体制の充実や間口の広い相談体制の構築などの取組を推進します。

保健・福祉、医療、教育、労働など関係機関及び民間団体で構成される連絡協議会を開催し、自殺の現状や取組状況についての評価・検証を行います。

## 災害時における心のケアの充実

大規模災害等により被災した精神障害のある人の医療の確保や災害ストレス等による精神保健医療ニーズに適時・適切に対応するため、「災害時心のケアマニュアル」に基づき、平時から精神保健医療体制を整備します。

被災者に対する心のケアの手法に関する研修の実施等を通じ、災害派遣精神医療チーム(DPAT) ( 15) 構成員の育成に努めるとともに、多くのチームの登録を促進します。

### [用語解説]

( 15)DPAT(Disaster Psychiatric Assistance Team)

災害の発生の後に、被災地に入り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。

## 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

入院期間が長期に及んでいる社会的入院患者に対し、ピアサポーターによるきめ細かな対応や地域での生活に関する情報の提供などを積極的に行い、退院への意欲を高めます。

家族会等の自助グループや精神保健福祉ボランティア、民間団体等と協働して、精神障害に関する県民の理解を深め、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加(就労)、地域の助け合い、教育が包括的に確保された地域包括ケアシステムの構築を目指します。

精神障害者が地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療、保健、福祉の関係者による協議の場を設置し、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村等の関係者が情報共有や連携を行う体制を構築します。

<b>数値目標</b>
-------------

目標項目	現状 (H26)	平成 32 年度目標	平成 36 年度目標 (参考)
精神病床における 入院患者数	2,047 人	1,822 人	1,504 人
精神病床における 慢性期入院患者数 (65 歳以上)	708 人	618 人	446 人
精神病床における 慢性期入院患者数 (65 歳未満)	544 人	405 人	266 人
精神病床における 入院後 3 ヶ月時点の退院率	72%	72%超 (国 69%以上)	国の精神疾患の 医療体制の構築に 係る指針に定める 目標期間(平成 32 年度末)と同じ。
精神病床における 入院後 6 ヶ月時点の退院率	85%	85%超 (国 84%以上)	
精神病床における 入院後 1 年時点の退院率	93%	93%超 (国 90%以上)	
自殺死亡率	16.8(H27)	平成 38 年までに 13.0 以下、 平成 31 年度に 16.0 以下とすること を目指す。	平成 38 年までに 13.0 以下とすること を目指す。

## 第6節 救急医療

### 現状と課題

#### データ分析

全国の救急搬送人員は、平成 22 年に約 498 万人、平成 27 年に約 550 万人を数え、平成 12 年の約 400 万人から大きく増加しています。

本県でも、平成 22 年に 33,195 人、平成 27 年に 37,472 人を数え、増加率は 11.4% となっており、全国平均の 10.4% を上回っています。

全国において、救急車で搬送される患者のうち、診療の結果として帰宅可能な軽症者が 49.4% を占めており、この中の一部には不要不急にも係わらず安易に救急車を利用している例が散見されるとの報告があります(平成 28 年消防庁)。

救急車の不要不急な利用は、救急搬送を実施する消防機関に負担をかけ、救急医療機関にも過大な負担となり、真に救急対応が必要な者への救急医療に支障を来す恐れがありますので、救急車の適正利用を心がけるよう、住民に対して理解を促すことが必要です。

傷病の程度別救急搬送数 (山梨県)

(単位:人、%)

	死亡	重症	中等症	軽症(A)	その他	合計(B)	軽症の割合(A/B)
平成 26	539	3,902	16,157	17,040	8	37,646	45.3
平成 27	586	3,688	15,729	17,464	3	37,470	46.6
平成 28	559	3,895	15,359	17,591	5	37,409	47.0

資料:消防年報(県消防保安課)

#### 本県の救急医療体制

救急医療体制に関しては、プレホスピタルケア(病院前救護活動)を始め、市町村など身近な地域における初期救急医療から、手術や入院治療に対応可能な二次救急医療、より高度な救命救急を担う三次救急医療と、救急患者の症状に応じて適切な診療機能を有する医療機関で受診できるよう、体系的な整備を行っています。

本県においては、初期救急医療を担う医療機関(初期救急医療機関)として在宅当番医制及び夜間急患センター、入院を要する救急医療を担う医療機関(二次救急医療機関)として病院群輪番制、救命救急医療機関(三次救急医療機関)として救命救急センターを整備しています。

## プレホスピタルケア(病院前救護体制)

### 【AEDの設置等】

自動体外式除細動器(AED)は平成16年から一般住民の使用が可能となりましたが、その後、急速に病院外設置が広まり、平成26年8月現在、全国では約23万台、本県では約3,100台(ともに設置者が公表することに同意し、一般財団法人日本救急医療財団が設置場所をホームページ(<http://www.qqzaidanmap.jp/>)で公表している台数)が設置されています。

また、消防機関、日本赤十字社が主体となった人工呼吸、胸骨圧迫等の救急蘇生法の講習会やAEDの操作講習会が行われており、今後とも、地域住民の病院前救護活動への参加が期待されています。

### 【救急救命士】

救急隊は、一定の応急処置に関する教育を受けた3名以上の救急隊員により構成されており、平成3年の救急救命士制度の発足により、1隊につき1名以上の救急救命士が配置されることを目標に質の向上が図られていますが、平成28年4月には全国で98.4%、本県では100%の救急隊に救急救命士が配置されています。

救急救命士の業務範囲については、メディカルコントロール体制( )の整備などを条件に、心肺停止傷病者に対する処置において、徐々に拡大されてきました。

平成15年4月には、医師の具体的な指示がない場合における除細動の実施が可能となりました。また、平成16年7月に気管に直接挿入する気管内チューブの使用が、平成18年4月に薬剤投与が、それぞれ、医師の具体的な指示の下での実施が可能となっております。

救急救命士は、平成28年4月現在、全国で2万7千人、本県で248人が活動しています。

人口10万対では、全国平均21.0人に対し本県では29.8人であり全国平均を上回っておりますが、今後も、継続的に養成に取り組んでいく必要があります。

県においては、気管挿管認定救命士の養成について、支援を行っています。

- ・気管挿管認定救命士 156名(H29年3月末現在)
- ・薬剤投与が可能な救急救命士 260名( " )

## 傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準

平成 18 年から平成 20 年にかけて、搬送先の病院を探して複数の救急医療機関に問い合わせても受入医療機関が決まらない、いわゆる受入医療機関の選定困難事案が全国各地で発生したことを契機として、平成 21 年 5 月に消防法が改正され、各都道府県に対し、傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準の策定及び協議会の設置が義務付けられました。

本県でも平成 23 年 3 月に同基準を策定、同年 4 月から施行しており、傷病者の状況に応じた適切な搬送を実施しています。

### [用語解説]

#### ( )メディカルコントロール体制

救急救命士などが救急現場で実施する医療行為に関し、医師が指示または指導・助言及び事後検証を行い、応急処置の質を担保する制度的枠組み(救急救命士への指示は、山梨大学医学部附属病院・救急部及び県立中央病院・救命救急センターの医師が行う)。

この体制を推進する機関として、消防機関と医療機関で構成される「山梨メディカルコントロール協議会」が設置されている。

## 初期救急医療を担う医療機関(初期救急医療機関)

身近な地域において休日又は夜間における軽症患者に対応するため、次の体制を構築しています。

### 医 科

#### (1)夜間急患センター

甲府市医師会救急医療センター(甲府市幸町 14-6)

・対象者 甲府市全域、中巨摩東部地域の方

・診療日 通年

・診療時間 午後 7 時～11 時(診療時間外は受入可能医療機関を紹介)

#### (2)在宅当番医制

・市町村が地区医師会に委託して実施

### 歯 科

#### (1)山梨口腔保健センター(甲府市屋形 2-1-33)

・診療時間 日曜日・祝日 午前 10 時～午後 5 時

心身障害者(児)は、火曜日・木曜日(予約制)

(2) 富士・東部口腔保健センター(都留市つる 5-1-55 都留市立病院の敷地内)

・診療時間 日曜日・祝日 午前 10 時～午後 5 時

心身障害者(児)は、木曜日(予約制)

(3) 甲府市歯科医師会救急センター(甲府市幸町 14-6)

・診療時間 平日 午後 7 時～11 時

日曜日・祝日 午後 5 時～11 時

(4) 在宅当番方式(甲府市以外の地域)

・診療時間 日曜日・祝日 午後 5 時～11 時

県内 2 箇所を実施

(中北、峡東、峡南医療圏で 1 箇所、

富士・東部医療圏で 1 箇所)

(5) 山梨大学医学部附属病院

・診療時間 日曜日・祝日 午後 11 時～翌日の午前 7 時

## 調 剤

(1) 甲府市薬剤師会救急調剤薬局(甲府市幸町 14-6)

・開店時間 午後 7 時～11 時

初期救急医療体制の中核をなす在宅当番医制については、医師の高齢化等によりその維持が困難であったり、夜間に実施されていない圏域があるなどの地域格差が見受けられるため、その解消を図る必要があります。

現在、入院を要する救急医療を担う医療機関に、多くの軽症患者が直接受診することで、結果として、これらの医療機関が本来担うべき救急医療に支障を来す可能性が指摘されています。

今後も、軽症患者の救急需要の増大が予想されるため、地域の実情に応じた初期救急医療体制を構築する必要があります。

## 入院を要する救急医療を担う医療機関(二次救急医療機関)

休日、夜間における入院治療が必要な重症患者に対応するため、6 地区で病院群輪番制で対応をしています。

しかし、救急搬送された人のうち、消防本部管内の医療機関が患者へ対応中であることなどの理由により受け入れができず、他の消防本部管内の医療機関へ搬送された人の割合は、中北医療圏で 20.6%、峡東医療圏で 34.6%、峡南医療圏で 40.8%、富士・東部医療圏で 16.1%、全県では 23.1%となっており、必ずしも地元の医療機関で受け入れられていない現状があります。

病院群輪番制による二次救急医療体制の充実には、地域の実情に応じた、受け入れ病院の体制整備、医師をはじめとする医療従事者の確保を引き続き図る必要があります。

救急搬送人数 (平成28年中)

二次医療圏	消防本部	搬送人数(人)	管外搬送割合(%)
中北	甲府	13,894	5.0
	うち他の消防本部の管内へ搬送	692	
	峡北	4,016	48.6
	うち他の消防本部の管内へ搬送	1,952	
	南アルプス市	2,515	61.9
	うち他の消防本部の管内へ搬送	1,557	
小計	20,425	20.6	
うち他の消防本部の管内へ搬送	4,201		
峡東	東山梨	2,687	13.4
	うち他の消防本部の管内へ搬送	360	
	笛吹市	3,518	50.7
	うち他の消防本部の管内へ搬送	1,784	
	小計	6,205	34.6
うち他の消防本部の管内へ搬送	2,144		
峡南	峡南	2,302	40.8
	うち他の消防本部の管内へ搬送	939	
	小計	2,302	40.8
うち他の消防本部の管内へ搬送	939		
富士・東部	富士五湖	4,520	6.0
	うち他の消防本部の管内へ搬送	273	
	都留市	1,567	18.8
	うち他の消防本部の管内へ搬送	295	
	大月市	1,219	38.8
	うち他の消防本部の管内へ搬送	473	
	上野原市	1,137	28.0
	うち他の消防本部の管内へ搬送	318	
	小計	8,443	16.1
	うち他の消防本部の管内へ搬送	1,359	
県計		37,375	23.1
	うち他の消防本部の管内へ搬送	8,643	

資料：県消防保安課調べ

二次医療圏の小計の「うち他の消防本部の管内へ搬送」は、同一二次医療圏内の消防本部における数値を単純に合算したものであり、必ずしも、他の二次医療圏へ搬送された人数とはなっておりません。

### 救命救急医療機関(三次救急医療機関)

救命救急医療を担う救命救急センターは、重篤な救急患者の受け入れを24時間体制で行う施設として、当初、全国において概ね100万人に1ヶ所を目途に整備されてきたところです。

本県では、県立中央病院に救命救急センターを設置し、処置室をはじめ緊急検査に迅速に対応できる施設・体制を確保するとともに、救急用として独立したICU(集中治療室)、HCU(高度治療室)が整備されています。

また、山梨大学医学部附属病院も救命救急センターと同様に重篤な患者の受け入れを行っています。

今後は、広範囲熱傷等の特殊疾病患者に対する高度専門的救命医療について対応可能な、高度救命救急センターの確保が必要となります。

### 搬送手段の多様化

#### 【山梨県ドクターヘリ】

救急医療体制の充実を図るため、平成24年4月から、救急医療用ヘリコプター(ドクターヘリ)を運用しています。

ドクターヘリは、専門の医師・看護師と専用の医療機器・医療資機材を搭載して救急現場に出動することにより、一刻も早い初期治療と医療機関への搬送ができ、救命率の向上、後遺症の軽減、遠隔地の救急医療の向上等に繋がることが期待されています。

【事業主体】 地方独立行政法人 山梨県立病院機構

【基地病院】 県立中央病院

【運航時間】 原則として、午前8時30分から日没まで

【対象地域】 県内全域

また、平成29年度に県立中央病院屋上ヘリポートに給油基地を整備したため、連続出動時における救命レスポンス能力の向上、離着陸回数の減少に伴う事故リスク・騒音被害の低減、大規模災害時に備えた燃料備蓄量の増量、給油場所の分散確保が図られるものと期待されています。



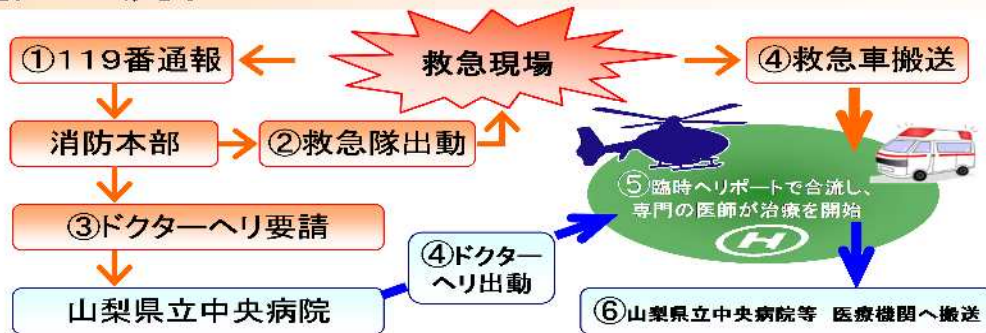


ドクターヘリの出動要請基準は次のとおりです。

- 生命の危機が切迫しているか、その可能性が疑われるとき
- 重症患者であって搬送に長時間を要することが予想される時
- 特殊救急疾患(重症熱傷、多発外傷、指肢切断等)で搬送時間の短縮を特に図る必要があるとき
- 救急現場で緊急診断処置に医師を必要とする時

ドクターヘリは次の流れで運用されますが、消防機関及び医療機関のみが要請でき、一般の方が直接出動を要請することはできません。

### 運用の流れ



ドクターヘリの運用開始後、平成 27 年においては 477 件の出動要請、430 件の出動、431 件の患者処置等の実績があり、出動要請から治療開始までの平均時間は 20 分となっています。

ドクターヘリのランデブーポイント(離着陸場)は、県内に 412 箇所(平成 28 年 10 月現在)ありますが、今後も、より多くランデブーポイントの確保を図る必要があります。

消防本部管内別 ドクターヘリ出動要請件数等

(単位:件、箇所)

	合計	甲府	南アルプス	峡北	東山梨	笛吹市	峡南	富士五湖	都留市	大月市	上野原市	その他
平成25年度	579	66	33	62	34	32	56	78	103	86	20	9
平成26年度	475	58	25	63	20	33	45	68	75	60	22	6
平成27年度	477	22	30	94	29	37	58	58	58	58	19	14
離着陸場	412	64	41	59	58	21	90	36	16	14	13	0

資料:県医務課、県立中央病院調べ

要請件数等は平成 25 年 4 月から平成 28 年 3 月まで、離着陸場は平成 28 年 10 月現在の指定数。

### 【ドクターヘリ3県広域連携】

平成26年8月より、神奈川県及び静岡県との広域連携を行っており、大規模事故等により自県のみでは対応できない場合や、気象条件等により出動できない場合に要請を行い、相互に連携できる体制を構築しています。

### 【ドクターカー】

県立中央病院では平成22年8月からドクターカーを運用しており、出動件数は平成27年度は474件、平成28年度は621件となっています。

特に早期の治療を必要とする患者が消防本部の救急車で同病院へ搬送される際、救急部門の医師、看護師等が同病院の自動車が出動し、ランデブーポイント(平成28年6月現在、全県で56箇所)で合流した救急車に乗車して医療行為を実施いたします。

なお、治療開始までの時間を考慮すると、県立中央病院を中心として半径10～20Kmの地域をドクターカーが対応し、20Km以上の地域をドクターヘリが対応するという住み分けが最も効果が大いといわれています(平成22年度山梨県ドクターヘリ導入可能性検討委員会の報告書)。

### 救急医療情報の提供

県救急医療情報センターと各消防本部、救急医療機関、甲府市医師会救急医療センター、各保健所等をオンラインで結び、救急医療機関の紹介等、救急時に必要な情報を県民に提供しています。

また、厚生労働省の広域災害救急医療情報システムと連携した、インターネット対応の「やまなし医療ネット」を整備し、県のホームページを通じて必要な救急医療の情報を提供しています(<http://www.yamanashi-iryo.net/>)。

なお、平成29年9月には、機器更新を行い、スマートフォン・外国語への対応、総務省消防庁の全国版救急受診アプリの搭載などを行っています。

#### 【救急医療情報センター】

医療機関の所在地、連絡先、診療科目、夜間や休日の当番医等に関する県民からの問い合わせに対し、情報の提供を行います。

(甲府市宝1-4-16 電話 055 - 224 - 4199)

## 圏域の設定

初期救急医療体制及び二次救急医療体制の確保については、二次医療圏ごとに圏域を設定し、三次救急医療体制及び精神科救急体制の確保については、山梨県全域を一区域として圏域を設定します。

## 施策の展開

### プレホスピタルケア(病院前救護体制)

#### 【救命措置の普及】

住民等が、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できるよう、消防本部等の協力のもと講習会の受講を促進していきます。

#### 【救急救命士の養成確保】

救急救命士の気管挿管に関する実習については定期的に行われるため、引き続き支援を行い、救急救命士がより高度な救命活動を行えるよう、資質の向上を図ります。

#### 【救急搬送体制の確保】

各圏域の地域保健医療推進委員会と連携をとりながら救急車の適正利用に関する普及・啓発を行います。

### 傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準

傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準の適切な運用を図るため、傷病者の搬送及び受入体制が円滑に実施されているかについての調査・検証を定期的に行い、必要な見直しを行います。

### 初期救急医療体制の整備

各地区の在宅当番医制、夜間急患センター、休日等歯科診療所のあり方やその機能について検討を行うとともに、初期救急医療の提供に対する財政支援を引き続き実施していきます。

地域の実情に応じて、隣接する地区との連携強化や広域化を含めた持続可能な体制の構築について取り組んで参ります。

二次救急病院に初期の患者が集中している地域の状況を踏まえ、「やまなし医療ネット」に搭載された総務省消防庁の全国版救急受診アプリを活用することなどにより、救

急医療機関が適切に利用されるよう、県民への啓発を行っていきます。

## 二次救急医療体制の整備

### 【人材の確保】

地域の救急医療を担う医師の確保に向け、総合的な医師確保対策を実施してまいります。

### 【二次救急医療体制の充実】

二次救急病院の体制を強化するため、施設・設備の整備等に引き続き必要な支援を行ってまいります。

救急搬送において重篤な患者を確実に受入れることができるよう、予め空床確保を要請している最終の受入医療機関に対して支援を行います。

地域保健医療推進委員会における調整により、二次医療圏の実情に応じた休日・夜間の病院群輪番制の円滑な運用に努めます。

隣接する二次医療圏の医療機関との連携を図りながら、**二次救急医療体制の確実な確保に努めます。**

## 三次救急医療体制の整備

### 【三次救急医療体制の充実】

重篤な救急患者に対する医療を行う救命救急センターの設備等を整備し、各診療科との連携を図るとともに、一層の機能の高度化(高度救命救急センターの設置など)、専門化についての検討を進めます。

ドクターヘリを活用した高度で専門的な救命救急医療を提供し、傷病者の救命、後遺症の軽減等に努めます。

## ドクターヘリ

### 【山梨県ドクターヘリ】

高度で専門的な救命救急医療を確保するため、県立中央病院が実施するドクターヘリの運用に対する支援を行います。

基地病院の医師、消防機関、その他の関係者による「県ドクターヘリ運航調整委員会」を基地病院に設け、関係者の連携等について協議を行い、効果的な運用を図ります。

ランデブーポイントの確保など運航体制の整備を進め、ドクターヘリによる病院への搬送の時間を短縮し、効果的な運用を図ります。

【ドクターヘリ3県広域連携】

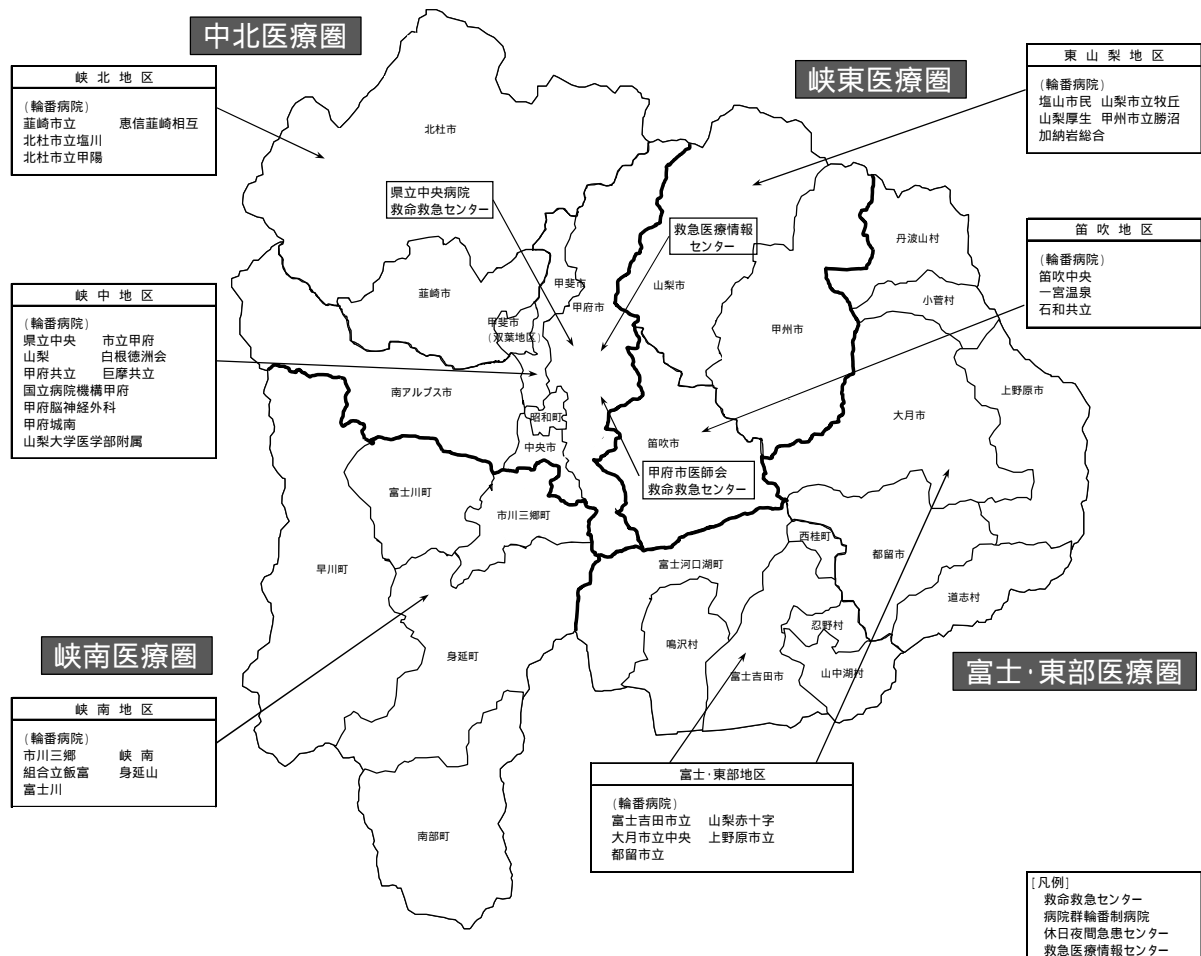
神奈川県及び静岡県との広域連携を行い、相互に連携できる体制を構築したところですが、更なる救急医療体制の充実を図るため、引き続き関係機関と協議します。

救急医療情報の提供

県民が救急医療に関する情報を容易に入手できるよう、救急医療情報センターやインターネットによる情報提供を引き続き行っていくとともに、提供する情報の拡大等に努めていきます。

< 推進体制 >

【病院群輪番制実施体制図】



# 医療圏別救急医療体制表

(平成 29 年 3 月現在)

## 三次救急医療体制

二次救急医療機関では対応できない重篤救急患者を24時間体制で受け入れる

救命救急センター 県立中央病院

救命救急センターと同様に、重篤な患者の受け入れを行っている病院

山梨大学医学部  
附属病院

## 二次救急医療体制

手術・入院を要する重症患者を休日・夜間に受け入れる

二次医療圏	中 北		峡 東		峡 南	富 士・東 部
病院群輪番制	県立中央病院	韮崎市立病院	加納岩総合病院	一宮温泉病院	市川三郷病院	富士吉田市立病院
	国立病院機構甲府病院	塩川病院	山梨厚生病院	石和共立病院	飯富病院	山梨赤十字病院
	市立甲府病院	甲陽病院	塩山市民病院	笛吹中央病院	富士川病院	大月市立中央病院
	山梨病院	恵信葦崎相互病院	牧丘病院		峡南病院	上野原市立病院
	甲府共立病院		勝沼病院		身延山病院	都留市立病院
	甲府城南病院					
	甲府脳神経外科病院					
	白根徳洲会病院					
	巨摩共立病院					
	山梨大学医学部附属病院					
	( 10 病院)	( 4 病院)	( 5 病院)	( 3 病院)	( 5 病院)	( 5 病院)

## 初期救急医療体制

比較的軽症な救急患者を休日・夜間に診療する

地区	峡 中			峡 北	東 山 梨	笛 吹	峡 南	富 士・東 部		
	甲 府	中 巨 摩								
		東 部	西 部							
在宅当番医制	甲府市医師会	中巨摩医師会 甲府市医師会	中巨摩医師会	北巨摩医師会	東山梨医師会	笛吹市医師会	西八代郡医師会 南巨摩郡医師会	富士吉田医師会	都留医師会	北都留医師会
夜間急患センター	甲府市医師会救急医療センター									

## 第7節 災害医療

### 現状と課題

本県の災害時における医療救護体制は「山梨県地域防災計画」に定められています。が、当該計画に基づく医療救護対策を円滑に実施するための活動指針として「山梨県大規模災害時医療救護マニュアル」(以下、「マニュアル」という。)を平成8年に策定し、その後、必要に応じて順次改正を行い、これに沿って災害時に備えた医療救護対策の充実を図ってきました。

平成23年3月の東日本大震災、平成26年2月の雪害や平成28年4月の熊本地震を通じ、医療救護活動においては災害拠点病院のあり方、医療救護班の受入・派遣方法などの教訓が残されましたので、できる限り本県における災害時の医療救護対策に活かしていく必要があります。

また、熊本地震以後、被災地に派遣された医療チームや保健師チーム等の保健医療活動チームをマネジメントする受援体制が課題となっており、本県においても市町村と連携しながら、県及び地区医療救護対策本部において保健医療活動をマネジメントする体制を整備していく必要があります。

### 災害時医療救護体制

災害発生時には、迅速に県医療救護対策本部(県庁)及び地区医療救護対策本部(保健所)を設置し、災害医療コーディネーター(1)を配置のもと、被災状況等の把握、医療スタッフの確保・派遣、医薬品その他必要な物資の確保・配分、傷病者の分散と搬送のための調整、医療救護班等の派遣など必要な措置を行います。

地震、台風等による大規模災害発生直後には、災害派遣医療チーム(DMAT)(2)が、「山梨 DMAT 運営要綱」等に基づき被災現場に迅速に駆けつけ、緊急治療や病院支援などを行います。

また、地区医師会や災害拠点病院等が設置する医療救護班及び日本医師会災害医療チーム(JMAT)(3)、日本赤十字社の救護班、国立病院機構の医療班、災害支援ナース(4)等は、DMATと連携し、被災現場での医療救護活動を行います。

保健医療活動チームは、災害の急性期を脱した後も、避難所や救護所等に避難した住民等に対する健康管理を中心とした医療が必要となるため、継続的に活動を行います。

JRAT(5)は、協定に基づき、災害時リハビリテーション支援チームを編成・派遣し、

**県が指示する現場等において要配慮者への災害支援活動を実施します。**

DMAT や医療救護班の活動の効果をさらに高めるためには、今後、マニュアルの円滑な運用、県及び地区医療救護対策本部における派遣調整機能の強化、災害医療に関する県民への啓発や医療従事者の災害医療に関する知識・技術の向上、医療救護活動のための資機材等の充実などが必要となります。

[用語解説]

( 1)災害医療コーディネーター

救護班等の派遣等に関する調整体制を強化するため、災害時に被災都道府県の災害対策本部の下に設置される組織において、救護班等の派遣調整業務等を行う者で、本県では9名を委嘱している(平成29年4月現在)。

( 2)DMAT(Disaster Medical Assistance Team)

災害の発生直後の急性期(概ね48時間以内)に活動を開始できる機動性を持った専門的な研修・訓練を受けた災害派遣医療チームのことで、全国で1,571チームが日本DMAT 隊員養成研修を修了済み。本県では全ての災害拠点病院及び基幹災害支援病院を含む12施設に24チームが配備されている(平成29年4月現在)。

( 3)JMAT(Japan Medical Association Team)

医師、看護師、事務職員を基本としながら、被災地のニーズに合わせて薬剤師等の多様な職種も構成員として派遣される。活動内容としては、主に災害急性期以降の医療・健康管理活動で、具体的には避難所・救護所等における被災者の健康管理、避難所の公衆衛生対策、在宅患者への診療、健康管理等を行う。

( 4)災害支援ナース

看護職能団体の一員として、被災した看護職の心身の負担を軽減し支えるよう努めるとともに、被災者が健康レベルを維持できるように、被災地で適切な医療・看護を提供する役割を担う看護職。都道府県看護協会に登録されており、本県では83名を登録している(平成29年11月現在)。



( 5)JRAT(Japan Disaster Rehabilitation Assistance Team)

災害リハビリテーション支援チーム(医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支援専門員等により構成される)として派遣され、要配慮者に対して避難所等における生活不活発とそれに伴う災害関連疾患の予防と対策、生活環境の改善や工夫等を、地域や他の災害支援団体と連携して行う。

本県では地域 JRAT として山梨 JRAT がリハビリテーション関連 5 団体により組織されている(平成 30 年 1 月現在)。

**災害拠点病院等**

平成 29 年 4 月時点で、災害時に多発する重篤救急患者の救命医療を行うための高度な診療機能を有し、被災地からの傷病者の受入・搬送拠点となる「地域災害拠点病院」を県内に 8 病院、また、それらの機能を強化し、医療従事者の訓練や研修機能、傷病者の広域的な緊急搬送をコントロールする機能を担う「基幹災害拠点病院」として県立中央病院を指定しています。

また、これら拠点病院を支援する病院として、「基幹災害支援病院」(2 病院)、「地域災害支援病院」(30 病院)を指定しています。

東日本大震災での対応を踏まえ、災害拠点病院の機能強化を図るため、平成 24 年 3 月に DMAT の保有、施設の耐震化、自家発電機等の保有、診療に必要な水の確保、食料・飲料水・医薬品等の備蓄など指定要件の見直しが行われました。さらに平成 29 年 3 月には業務継続計画(BCP)( 6)の策定や計画に基づく研修及び訓練を実施することが要件となり、今後は、各災害拠点病院が指定要件を充足していくことが課題となっています。

**[用語解説]**

( 6)BCP(Business Continuity Plan)

自然災害等の緊急事態に遭遇した場合において、中核となる業務の継続あるいは早期復旧を可能とするために、平常時に行うべき活動や緊急時における業務継続のための方法、手段などを取り決めておく計画のこと。

### 災害拠点病院等一覧

種 別		特徴的な機能・位置づけ
基幹災害 拠点病院	・県立中央病院	・重症、重篤な患者の救命救急医療 ・平時における災害医療に係る医療従事者の研修等
基幹災害 支援病院	・山梨大学医学部附属病院 ・山梨赤十字病院	・重症、重篤な患者の救命救急医療 等
地域災害 拠点病院	・市立甲府病院 ・白根徳州会病院 ・韮崎市立病院 ・山梨厚生病院 ・笛吹中央病院 ・富士川病院 ・富士吉田市立病院 ・大月市立中央病院	・地域における傷病者の受入・搬送の拠点 ・DMAT、医療救護班の派遣・受入 ・応急用医療資器材の供給 等
地域災害 支援病院	・県下 30 病院	・各地域において地域災害拠点病院の機能を補完、支援 (傷病者の受入、救護班の派遣)

地震発生時における適切な医療提供体制の確保を図るため、これまで医療施設の耐震化事業に対する助成を行ってきました。これにより、災害拠点病院については全棟耐震化が図られる予定ですが、今後は、地域災害支援病院やその他の病院も含め耐震化を促進することが課題となっています。

[病院の耐震化状況]

(平成28年9月1日現在)

		全ての建物に耐震性がある	耐震診断を実施した結果一部に耐震性がない	耐震診断を実施した結果全ての建物に耐震性がない	耐震診断を実施していない(耐震性が不明)
災害拠点病院(9ヶ所)	公共(6)	6	0	0	0
	民間(3)	2	0	0	1
基幹災害支援病院(2ヶ所)	公共(2)	2	0	0	0
災害支援病院(30ヶ所)	公共(10)	10	0	0	0
	民間(20)	15	0	0	5
その他(19ヶ所)	公共(2)	2	0	0	0
	民間(17)	12	2	0	3
合計	公共(20)	20	0	0	0
	民間(40)	29	2	0	9

病院については、自ら被災することを想定して災害対策マニュアルや BCP を策定するとともに、マニュアル等に基づき災害を想定した訓練を実施するなど平時から災害に備える必要があります。

## 広域応援体制等

大規模災害時には、県内の医療体制では対応できない場合、「日本DMAT活動要領」で定められた基準により、直ちに国や他の都道府県に対しDMATの派遣要請を行うとともに、医療救護班が不足する場合には、国や全国知事会（「全国都道府県における災害時等の広域応援に関する協定」）・関東地方知事会（「震災時等の相互応援に関する協定」）に対して、医療救護班等の派遣を要請します。

本県では、東日本大震災において、被災3県に対しDMATや医療救護班等を派遣しましたが、医療救護活動を迅速かつ効果的に行うためには、医療チームの調整や情報提供を行う広域的な連携体制を準備しておく必要があります。

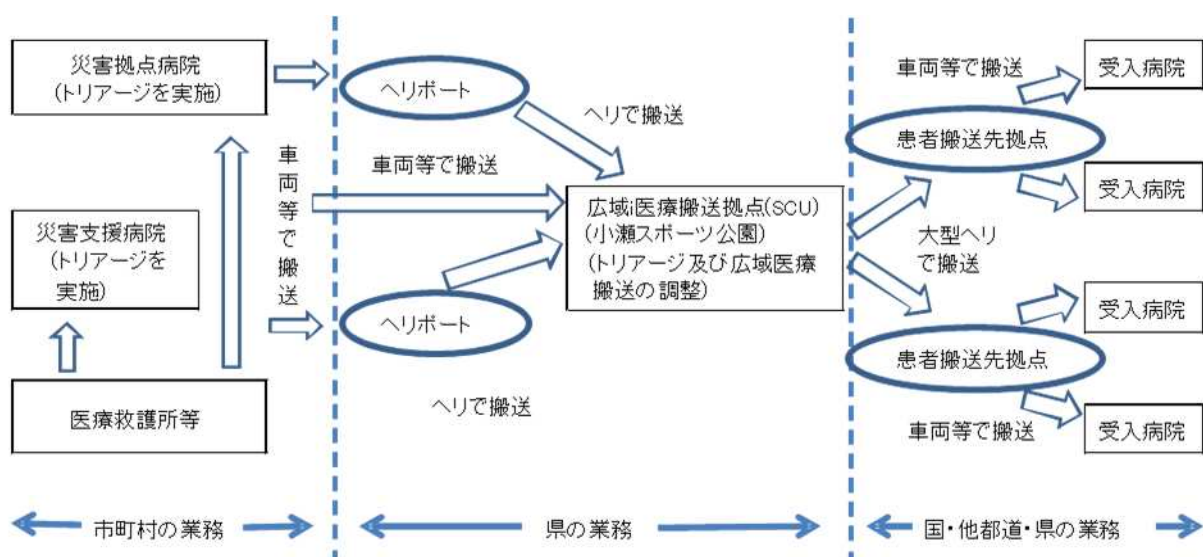
また、国や他の都道府県等と連携し、自衛隊等の航空機を用いて県外の医療機関に患者を収容するために行う広域搬送については、広域搬送拠点である小瀬スポーツ公園内に設置する臨時医療施設(SCU)（7）の整備を進めてきましたが、今後は、災害時に迅速かつ的確な搬送が行えるよう、関係機関相互の連携を図る必要があります。

### [用語解説]

#### （7）SCU(Staging Care Unit)

大規模な災害が発生した際に、傷病者を航空機で被災地外に搬送するための拠点(広域医療搬送拠点)に臨時で設置される医療施設。患者の症状を安定させるための処置や搬送のためのトリアージを行う。

### 広域医療搬送のフロー



## 災害情報収集・提供体制

災害時には、広域災害救急医療情報システム(EMIS)( 8)等を活用し、県内外における医療機関の稼働状況、医療スタッフの状況、ライフラインの確保、避難所・救護所の状況等の情報収集・情報提供を行います。

また、地域全体として情報の収集・提供を行う体制を整備するため、病院のほか有床診療所等、災害時に稼働状況等の把握が必要な医療機関においてもEMISを導入するとともに、災害時に迅速で確実な情報入力を行うため入力内容や操作方法の研修・訓練を行う必要があります。

東日本大震災や雪害において、小児・周産期や人工透析等のハイリスク者( 9)に関する患者の把握や搬送、物資支援等の情報共有が円滑になされなかったことから、災害時における小児・周産期や人工透析に特化したコーディネート機能を強化する必要があります。

### [用語解説]

#### ( 8)EMIS(Emergency Medical Information System)

災害時に被災した都道府県を越えて医療機関の稼働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ているネットワークシステム。

#### ( 9)ハイリスク者

人工血液透析、人工呼吸器装着、酸素療法等を受けている在宅患者や周産期医療を必要とする患者など医療の中断が生命に影響する者。

## 災害時要配慮者等の支援

災害発生時における要配慮者( 10)及びハイリスク者の対応については、平時から保健所、市町村、医療・福祉施設等の関係機関が連携した情報の収集・共有に取り組むなど支援するための体制を整備しておく必要があります。

### [用語解説]

#### ( 10)要配慮者

高齢者、乳幼児、妊産婦、障害者など必要な情報を迅速かつ的確に把握し、災害から自らを守るために安全な場所に避難するなどの災害時の一連の行動に支援を要する者。

## 災害時の精神医療

災害時は、強度の不安や抑うつなどの心身の反応を引き起こし、被災地域における住民等に多大な心理的負担を与えることから、精神的支援が必要となります。

災害時においては、精神に係る医療や保健への需要が高まることから、被災地域のニーズに対応する継続した精神医療の提供と保健活動が必要となります。

## 医薬品等の確保

大規模災害に対応するため、災害時の人命救助を主眼に、外科的治療に使用する医薬品等を中心に、県医薬品卸協同組合及び生物学的製剤指定薬局の協力を得て備蓄体制を整え、更に、県医薬品卸協同組合、日本産業・医療ガス協会関東地域本部山梨県支部及び県医療機器販売業協会と、災害発生時の医薬品、医療ガス及び医療機器等の供給体制を整えています。

また、医薬品や輸血用血液が不足した場合に備えて、県薬剤師会や県赤十字血液センターに確保・供給体制を整えています。

## 圏域の設定

災害発生時には、災害の種類、規模に応じて利用可能な医療資源を可能な限り有効に使う必要があることから、山梨県全域を一区域として圏域を設定します。

なお、災害医療に対する平時における対策としては、地区医療救護対策本部(保健所)、災害拠点病院を中心とした連携体制の構築が求められますので、二次医療圏ごとに圏域を設定します。

## 施策の展開

### 災害時医療救護体制の充実

災害時医療救護体制について、県内外で発生した災害への対応や教訓を踏まえ、適宜マニュアルの見直しを行い、体制の強化を図ります。

### 【関係機関との連携強化】

マニュアルに沿って医療救護活動が円滑に行われるよう、災害拠点病院等の医療機関だけでなく、医療関係団体、消防、警察、自衛隊等の関係機関も加えた情報交換や協議の場を設置し、関係機関との連携強化を図ります。

#### 【医療救護対策本部(県及び地区)の派遣調整機能の強化】

被災地の状況や医療機関の被災状況、避難所の設置状況等を把握し、保健医療活動チームの派遣、受入、配置などの調整を適切に行うため、さらなる災害医療コーディネーターの養成に努めるとともに、災害時のフェーズに応じた保健医療活動チームの受入を想定した訓練を保健所と連携して実施するなど、医療救護対策本部の派遣調整機能の強化を図ります。

#### 【災害時医療に関する知識・技術の普及啓発】

関係機関と連携のもと、県民に対して応急手当法、救急蘇生法、メンタルヘルスなどに関する知識・技術の普及を図ります。

また、医療関係者に対しては、県が行う災害医療従事者研修や地震防災訓練、国が行う災害医療従事者研修、DMAT 研修などを通じて、トリアージ( 11)等の災害医療知識や技術の向上に努めます。

#### 【用語解説】

##### ( 11)トリアージ

災害時など多数の傷病者が同時に発生した場合などにおいて、傷病者の重症度や緊急性を識別して適切な処置や搬送を行うための優先順位を決定するシステム。

#### 【災害用医療資機材等の確保】

保健所における災害用救急医療セットの配備・保守管理を引き続き行うとともに、災害時に医薬品その他衛生資機材が迅速に調達できるよう、関係団体等との連携体制の強化に努めます。

#### 災害拠点病院等の施設・設備整備等の推進

##### 【医療施設の耐震化促進】

地域災害支援病院を始めとした医療機関の耐震化を促進します。

##### 【災害対策マニュアル等の策定】

全病院に対して災害対策マニュアルや BCP の策定、災害を想定した訓練の実施を要請するとともに、BCP の策定に向けたセミナー等を開催するなど、平時からの災害に対

する病院の体制整備に努めます。

#### **広域応援体制等の充実**

##### **【広域搬送訓練の実施】**

災害時に広域搬送が円滑に行われるよう、県が行う広域医療搬送訓練を通じて関係機関の連携強化を図ります。

##### **【隣接都県との連携強化】**

大規模災害時には被害状況に応じて医療チームを適切に配置する必要があるため、被災側と派遣側との間で緊密な連携を図ることができるよう隣接都県との協力連携に努めます。

大規模災害時にドクターヘリが効果的かつ効率的に活動ができるよう、全国からの参集方法や参集後の活動方法等を含むドクターヘリの運用体制の構築に努めます。

また、災害時に速やかなドクターヘリの運用が可能となるように、平時から関係機関や近接する他道府県との相互応援、共同運用等の協定締結に努めます。

#### **災害情報収集・提供体制の充実**

##### **【情報伝達訓練の充実】**

災害発生時における情報の伝達を円滑に実施することを目的とした訓練を実施し、医療機関や市町村等の関係機関との連携強化に努めます。

##### **【EMIS の活用促進】**

病院のほか有床診療所等、災害時に稼働状況等の把握が必要な医療機関にも EMIS の導入を促進するとともに、登録医療機関に対しては情報伝達訓練などを通じて入力内容や操作方法の研修・訓練を実施し、災害時の情報収集・提供体制の充実に努めます。

#### **災害時要配慮者等の支援体制の充実**

要配慮者及びハイリスク者に対し、迅速な避難誘導や医療救護活動が行われるよう、市町村や関係機関との連携体制の強化、情報共有の促進に努めます。

災害発生時における小児・周産期に関する患者や透析患者に十分な支援をするため、透析医療機関や分娩取扱機関における受入体制の把握や調整を図れるよう、情報伝達訓練を活用し、コーディネート機能の強化に努めます。

### **災害時における心のケアの充実**

大規模災害等により被災した精神障害のある人の医療の確保や災害ストレス等による精神保健医療ニーズに適時・適切に対応するため、「災害時心のケアマニュアル」に基づき、平時から精神保健医療体制を整備します。

被災者に対する心のケアの手法に関する研修の実施等を通じ、災害派遣精神医療チーム(DPAT) (P136 参照) 構成員の育成に努めるとともに、多くのチームの登録を促進します。

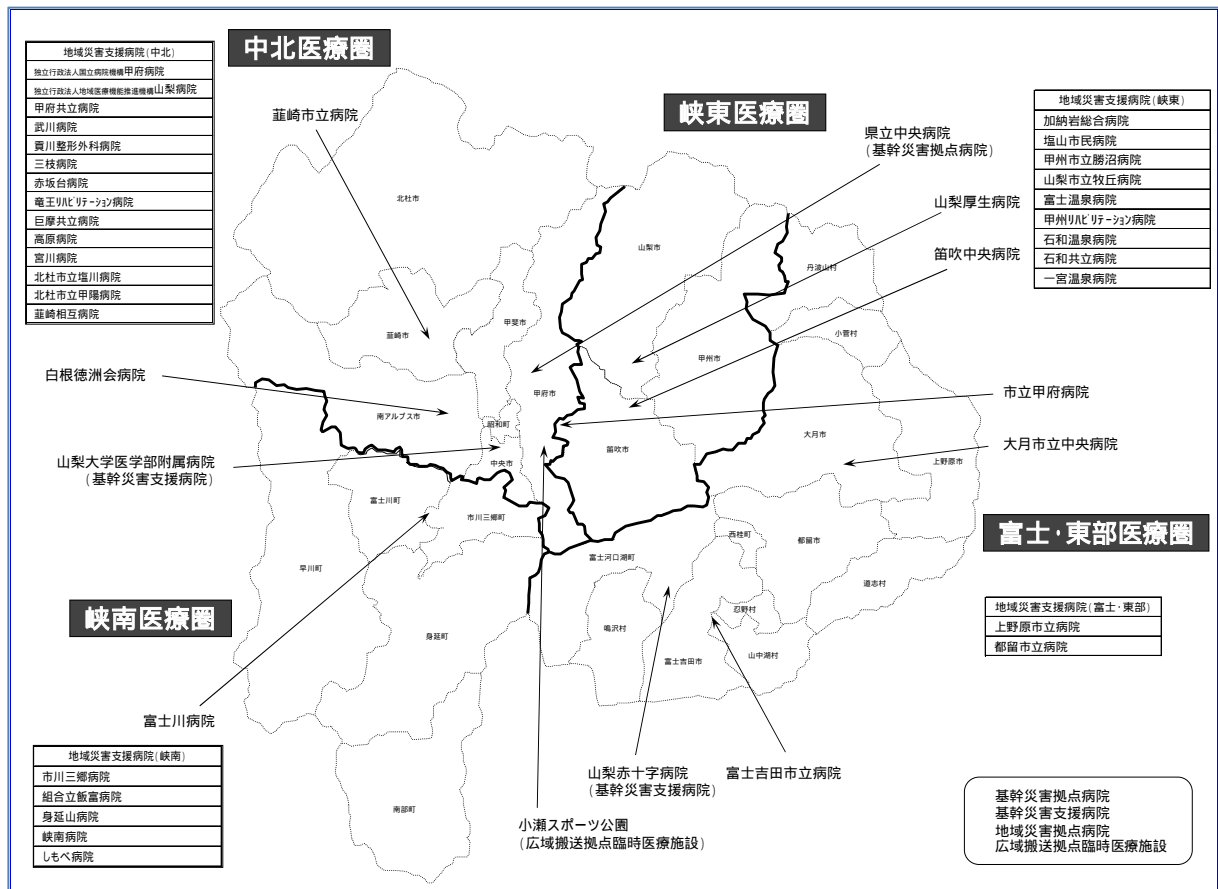
### **医薬品等の確保**

#### **【災害時医療救護体制の整備・充実】**

災害用備蓄医薬品や血液の確保及び医薬品、医療ガス、医療機器等の供給体制の一層の整備・充実を図ります。



# 災害拠点病院等一覧



## 数値目標

目標項目等	現状	平成35年度目標
災害拠点病院及び災害支援病院の業務継続計画策定率	29.3%(H29)	100%
災害拠点病院及び災害支援病院の業務継続計画に基づく訓練実施率		100%
災害拠点病院等のDMAT隊保有数	24チーム(H29)	35チーム
災害拠点病院及び災害支援病院の耐震化率	83.3%(H28)	100%

## 第8節 へき地医療

### 現状と課題

#### 無医地区・準無医地区

県内には、医療の確保が困難な無医地区( 1)が平成26年10月末日現在、5市町村8地区、また、準無医地区( 2)が7市町村12地区あり、これらの地区は峡南医療圏及び富士・東部医療圏に集中しています。

#### 【無医地区】

医療圏	市町村	地区	最寄りの二次救急医療機関
中北	北杜市	和田・黒森	塩川病院
		比志	塩川病院
峡南	身延町	折八	市川三郷病院
峡南	都留市	大平	都留市立病院
富士・東部	大月市	瀬戸	大月市立中央病院
		浅川	大月市立中央病院
		奥山	大月市立中央病院
	小菅村	長作	上野原市立病院
3医療圏	5市町村	8地区	-

#### 【準無医地区】

医療圏	市町村	地区	最寄りの二次救急医療機関
中北	甲府市	古関・梯	市立甲府病院
峡東	笛吹市	旧芦川村	笛吹中央病院
	甲州市	天目	勝沼病院
峡南	身延町	三保	市川三郷病院
		大須成	飯富病院
		曙	飯富病院
	早川町	奈良田	飯富病院
		硯島	飯富病院
		西山	飯富病院
		保	飯富病院
富士・東部	富士河口湖町	富士ヶ嶺	山梨赤十字病院
	丹波山村	鴨沢	大月市立中央病院
4医療圏	7市町村	12地区	-

資料:無医地区等調査(厚生労働省)

## 無歯科医地区・準無歯科医地区

県内には、歯科医療の確保が困難な無歯科医地区(1)が平成26年10月末日現在、5市町村10地区、また、準無歯科医地区(2)が7市町村11地区あり、これらの地区は峡南医療圏及び富士・東部医療圏に集中しています。

### 【無歯科医地区】

医療圏	市町村	地区
中北	甲府市	古関・梯
峡東	笛吹市	旧芦川村
	甲州市	一瀬高橋
峡南	身延町	三保
		大須成
	早川町	奈良田
		硯島
		西山
	南部町	保
富士・東部	丹波山村	佐野
4医療圏	7市町村	鴨沢
		11地区

### 【準無歯科医地区】

医療圏	市町村	地区
中北	北杜市	和田・黒森
峡南	身延町	比志
		折八
富士・東部	都留市	曙
	大月市	大平
		瀬戸
	小菅村	浅川
		奥山
3医療圏	5市町村	多摩川地域
		10地区

資料：無歯科医地区等調査(厚生労働省)

### [用語解説]

#### (1) 無医地区、無歯科医地区

原則として医療機関(歯科医療機関も含む)のない地域で、当該地区の中心的な場所を起点として、概ね半径4kmの区域内に50人以上が居住している地区であって、かつ容易に医療機関を利用できない地区。

#### (2) 準無医地区、準無歯科医地区

無医地区、無歯科医地区には該当しないものの、無医地区、無歯科医地区に準じた医療の確保が必要な地区として、知事が厚生労働大臣に協議の上、認めた地区。

\* 無医地区、無歯科医地区、準無医地区、準無歯科医地区を以下「無医地区等」という。

本県の無医地区等の推移は次のとおりであり、人口や交通事情の変化等により無医地区、無歯科医地区から準無医地区、準無歯科医地区等への変化は見られますが、概ね同数で推移しています。

(単位:地区、人)

		平成16	21	26
無医地区	地区数	9	8	8
	人口	1,373	894	781
準無医地区	地区数	11	12	12
	人口	2,663	2,534	2,193
合計	地区数	20	20	20
	人口	4,036	3,428	2,974

		平成16	21	26
無歯科医地区	地区数	14	10	10
	人口	3,359	1,833	1,660
準無歯科医地区	地区数	6	11	11
	人口	1,715	1,721	1,332
合計	地区数	20	21	21
	人口	5,074	3,554	2,992

資料:無医地区等調査・無歯科医地区等調査(厚生労働省)

## へき地医療を担う医療機関等

本県では、無医地区等の医療を確保するため、へき地医療拠点病院(3)の指定、へき地医療拠点病院が行う施設・設備整備や無医地区等に対する巡回診療への助成、へき地診療所(4)が行う施設・設備整備への助成、過疎地域等特定診療所(5)が行う施設・設備整備への助成を行い、へき地医療対策を進めています。

区分	医療圏	医療機関	所在地
へき地医療 拠点病院	中北	塩川病院	北杜市須玉町藤田773
	峡南	市川三郷病院	市川三郷町市川大門428-1
		飯富病院	身延町飯富1628
	富士・東部	大月市立中央病院	大月市大月町花咲1225
	3医療圏	4施設	-
へき地診療 所	中北	甲府市直営宮本診療所	甲府市御岳町2359
		甲府市直営上九一色診療所	甲府市古閑町1174
	峡東	笛吹市芦川国民健康保険診療所	笛吹市鶯宿466-1
		峡南	南部町国民健康保険診療所
	南部町国民健康保険万沢診療所		南巨摩郡南部町万沢3404-1
	富士・東部	上野原市立病院附属秋山診療所	上野原市秋山7112
		道志村国民健康保険診療所	南都留郡道志村7710
		丹波山村国民健康保険診療所	北都留郡丹波山村903
		丹波山村鴨沢出張診療所	北都留郡丹波山村5011
		国民健康保険小菅村診療所	北都留郡小菅村4631-1
平野診療所		南都留郡山中湖村平野141-1	
	4医療圏	11施設	-
過疎地域等 特定診療所	富士・東部	道志村国民健康保険歯科診療所	南都留郡道志村7710
	1医療圏	1施設	-

## [用語解説]

### ( 3)へき地医療拠点病院

へき地医療を確保するため、無医地区等を対象とした巡回診療など、へき地における医療活動を継続的に実施できると認められる病院で知事が指定する病院。

### ( 4)へき地診療所

概ね半径 4 kmの区域内に他に医療機関がなく、その区域内の人口が原則として人口 1,000 人以上あり、かつ、最寄りの医療機関まで通常の交通機関を利用して(通常の交通機関を利用できない場合は徒歩で)30分以上の時間を要する場所にある診療所。

### ( 5)過疎地域等特定診療所

過疎地域等に開設する眼科、耳鼻いんこう科又は歯科の診療所。

## へき地医療を担う医療機関等の確保

本県では、へき地における高齢化が進み、容易に医療機関を利用できない人々がいることから、引き続きへき地医療拠点病院、へき地診療所、過疎地域等特定診療所への支援を行い、へき地の医療提供体制を維持していく必要があります。

## 山間地における救急医療体制

救急医療体制の充実を図るため、平成 24 年 4 月から、救急医療用ヘリコプター(ドクターヘリ)を運用しています。

ドクターヘリは、専門の医師・看護師と専用の医療機器・医療資機材を搭載して救急現場に出動することにより、一刻も早い初期治療と医療機関への搬送ができ、救命率の向上、後遺症の軽減、遠隔地の救急医療の向上等に繋がることが期待されています。

## へき地医療を担う医師の確保

へき地医療を担う医師は全国的、全県的な医師不足を反映して慢性的に不足しており、また、へき地診療所に勤務する医師の高齢化と併せると、今後ともへき地医療を担う医師の確保が重要な課題となっています。

本県では、へき地医療を担う医師を確保するため、自治医科大学(栃木県下野市薬師寺 3311-1)への入学者を毎年 2 名程度確保し、卒業後に原則 9 年間、へき地の医療機関等における勤務を義務付けています。(平成 29 年 4 月現在、卒業生は 84 名、在学生は 17 名で、卒業生のうち 67 名は県内の医療機関に従事し、このうち 17 名が県内のへ

き地医療等に従事しています。)

また、山梨大学では医学部に地域枠推薦制度を創設するなど、地元の医療機関への定着を目的とした医師確保に向けた取り組みを進めています。

引き続き、両大学や山梨大学に設置した地域医療支援センターと連携を行い、へき地医療に従事する医師の確保を図っていく必要があります。

### 圏域の設定

へき地医療拠点病院等を中心とした地域における医療提供体制を確保する必要があることから、二次医療圏ごとに圏域を設定します。

### 施策の展開

#### へき地医療を担う医療機関に対する支援

無医地区等の医療を確保するため、へき地医療拠点病院の医師等による巡回診療への支援、施設・設備整備への支援を行います。

へき地における診療所の診療機能の向上を図るため、施設・設備整備への支援を行います。

過疎地域等特定診療所における診療機能の向上を図るため、施設・設備整備への支援を行います。

#### へき地医療を担う医師の確保

##### 【総合的な医師確保対策の実施】

へき地勤務医及びへき地医療を後方支援する病院の医師を確保するため、全県的な医師確保対策を実施します。

##### 【大学等との連携】

今後とも自治医科大学、山梨大学、地域医療支援センターと連携を密にし、へき地医療に従事する医師の確保を図っていきます。

#### へき地医療提供体制の充実

救急医療体制を確保するため、山間地におけるランデブーポイント(離着陸場)を増やすなど運航体制の整備を進め、今後もドクターヘリを積極的に活用します。

## 第9節 周産期医療

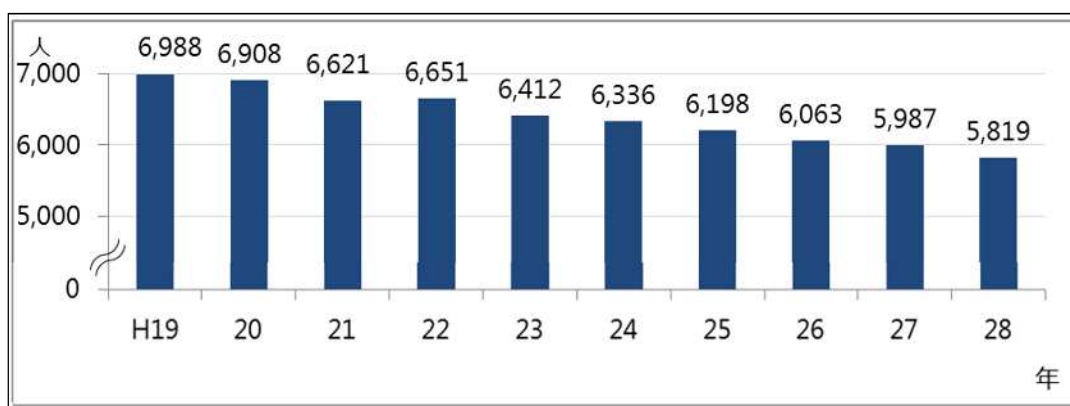
### 現状と課題

#### データ分析

##### 【出生数、出生率】

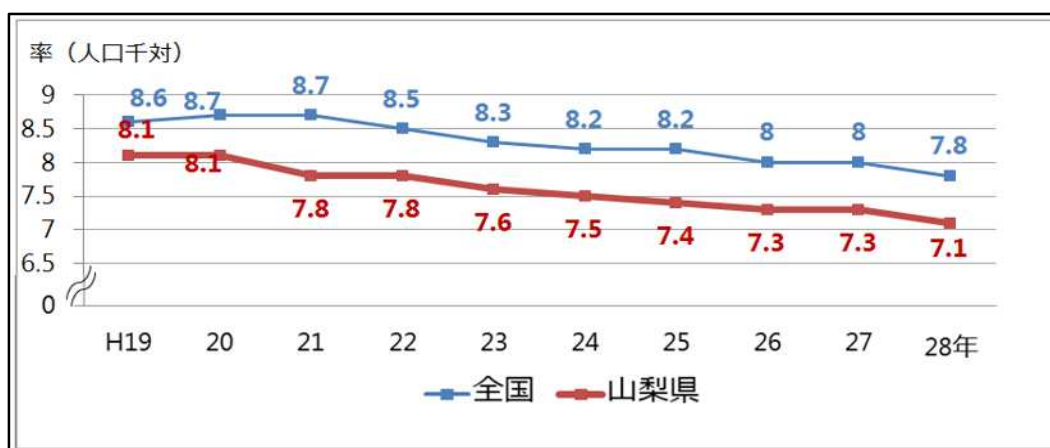
平成28年の本県の出生数は5,819人で、10年前の平成19年と比較すると、1,169人減少しています。

資料：人口動態統計（厚生労働省）



平成28年の本県の出生率(人口千対)は7.1であり、全国平均の出生率7.8に比べて0.7ポイント少なくなっています。また、平成19年と平成28年を比較すると1.0ポイント低下し、同時期における全国平均の出生率の低下幅0.8ポイントより0.2ポイント低下幅が大きくなっています。

資料：人口動態統計（厚生労働省）



##### 【用語解説】

・出生率：
$$\frac{\text{年間の出生数}}{\text{県人口(全国人口)千人あたり出生割合}} \times 1,000$$
 当該年10月1日現在の人口

### 【母の年齢階級別出生状況】

本県の母の年齢階級別出生数の構成割合は、20～29歳が低下傾向であるのに対して、平成22年以降は、30歳以上の母からの出生数の割合が約60%となっています。

母の年齢階級別出生数をみると、30才～34歳の母からの出生数が最も多く、35歳以上の母親が出産する高齢出産の割合は年々増加傾向にあります。さらに40歳以上の母からの出生数は、平成19年は177人でしたが、平成28年は347人と大幅に増えています。

資料：人口動態統計（厚生労働省）



（母の年齢階級別出生数）

（単位：人）

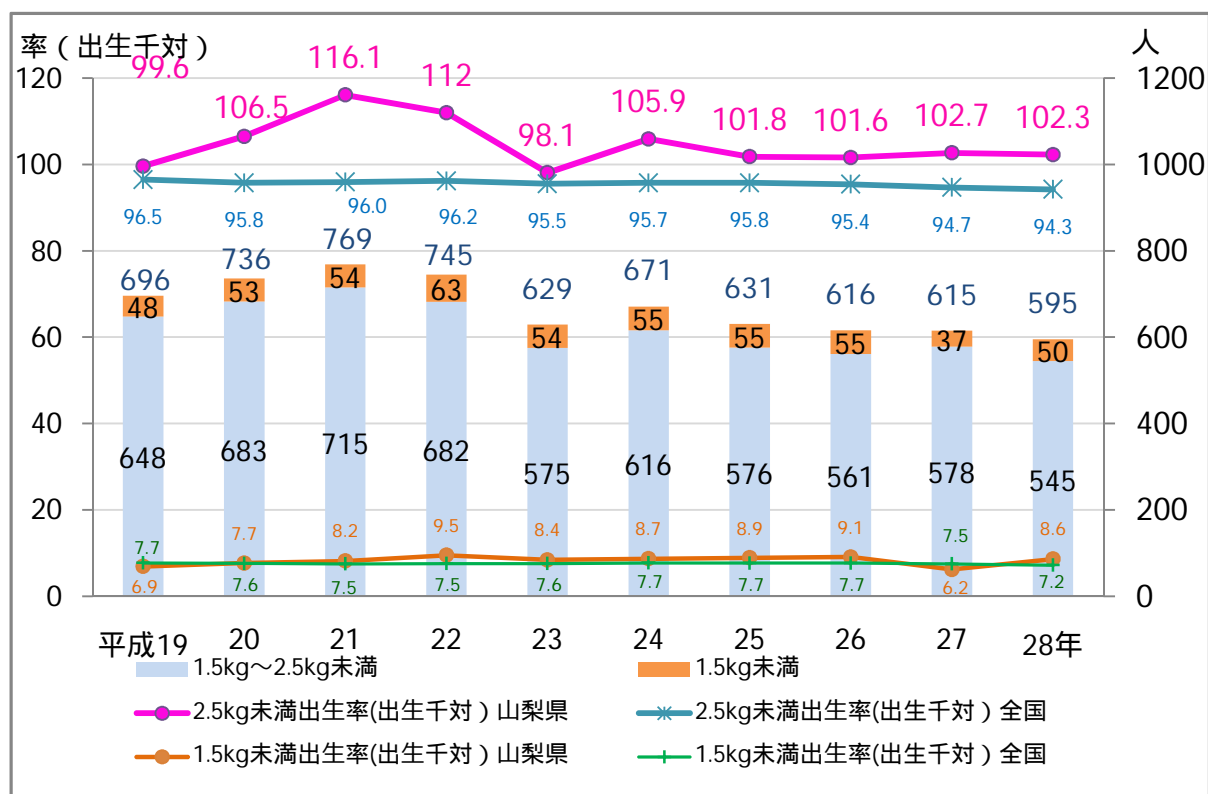
年	19歳以下	20～24歳	25～29歳	30～34歳	35～39歳	40歳以上	合計
H19	74	741	2,150	2,644	1,202	177	6,988
20	76	717	2,077	2,624	1,230	184	6,908
21	63	640	1,976	2,408	1,316	218	6,621
22	70	713	1,876	2,429	1,351	212	6,651
23	80	607	1,871	2,268	1,372	214	6,412
24	65	600	1,744	2,216	1,452	259	6,336
25	85	548	1,745	2,186	1,349	285	6,198
26	66	540	1,670	2,177	1,294	316	6,063
27	69	498	1,580	2,162	1,358	320	5,987
28	51	504	1,556	2,127	1,234	347	5,819

資料：人口動態統計（厚生労働省）



## 【低出生体重児出生数及び低出生体重児の割合】

資料：人口動態統計（厚生労働省）



平成28年の本県の低出生体重児出生数は595人です。最近5年間では、年間約600人前後で推移しています。

本県における低出生体重児出生率(出生千対)は、全国より高い水準で推移しており、平成28年は102.3と、出生する児の10人に1人以上は低出生体重児となっています。

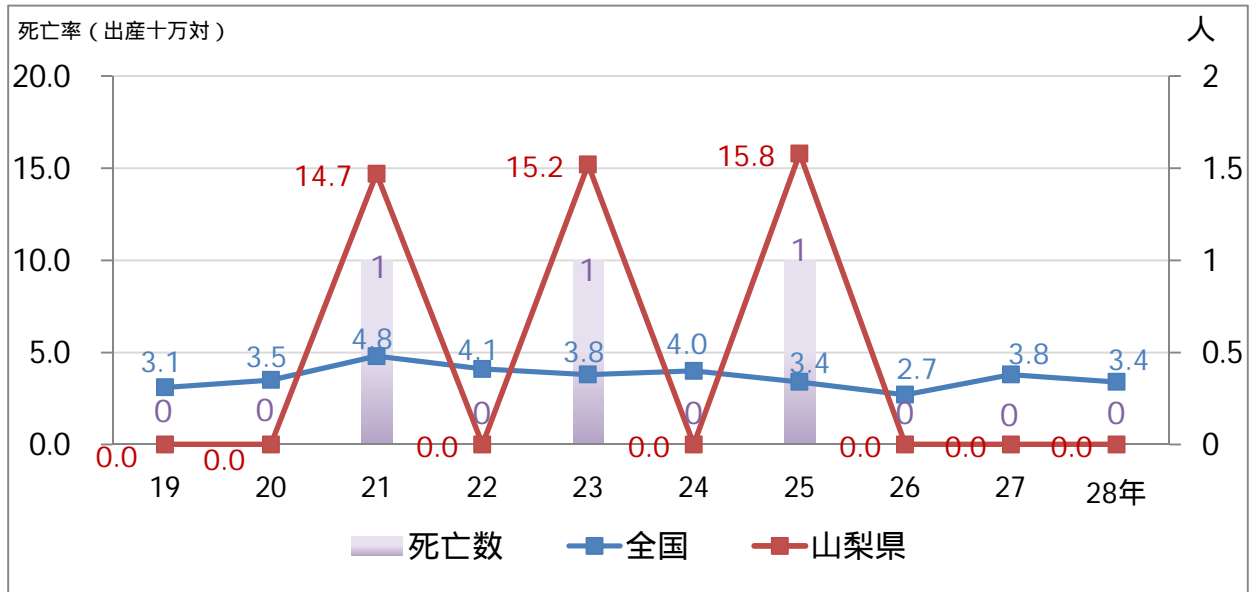
また、1,500グラム未満の極低出生体重児は、最近10年間では年間50人前後、低出生体重児出生数の8%前後で推移しています。

### [用語解説]

- ・低出生体重児 ... 出生体重が2,500グラム未満の児。他に1,500グラム未満は極低出生体重児、1,000グラム未満は超低出生体重児という。

## 【妊産婦死亡数、妊産婦死亡率】

資料：人口動態統計（厚生労働省）



妊産婦死亡数は過去 10 年で 3 人であり、平成 26 年以降は 0 人となっています。

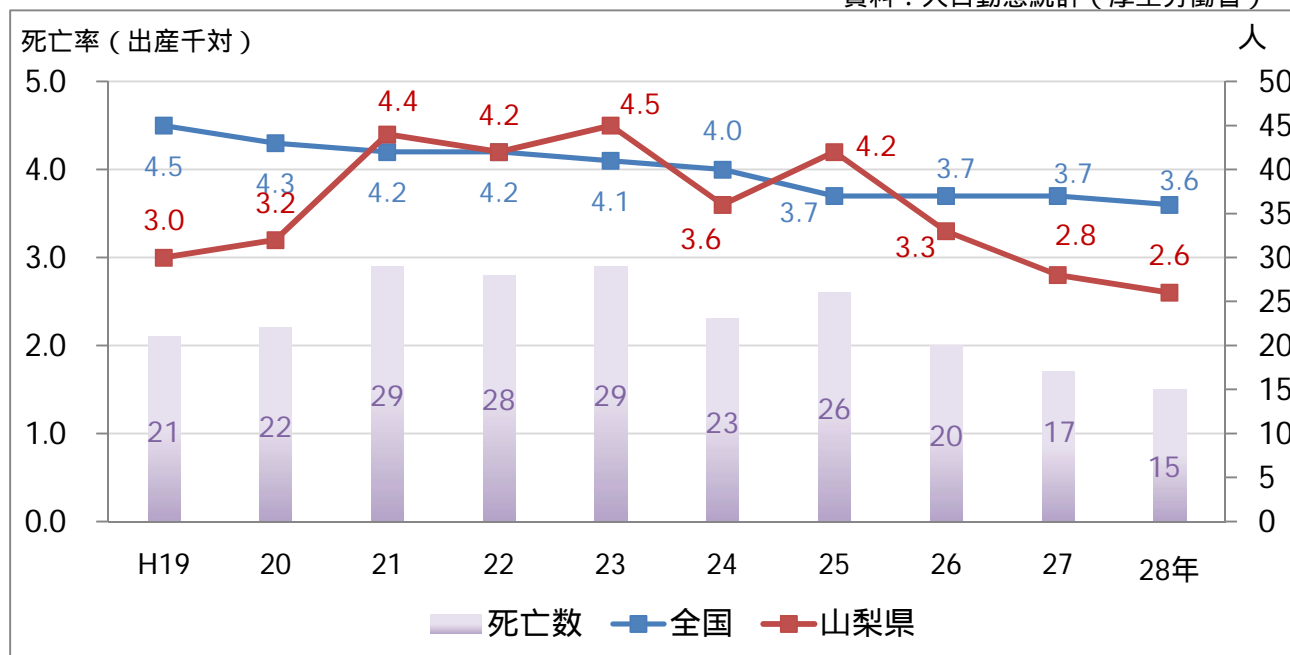
### [用語解説]

- ・妊産婦： 妊婦中及び妊娠終了後満 42 日未満
- ・妊産婦死亡： 年間 10 万出生に対し、妊産婦が死亡する数
- ・妊産婦死亡率： 出産（出生＋妊娠満 22 週以後の死産）十万人当たり妊産婦死亡割合。

$$\frac{\text{年間の妊産婦死亡}}{\text{年間の出産数（出生数）＋（妊娠満 22 週以後の死産数）}} \times 100,000$$

## 【周産期死亡数、周産期死亡率】

資料：人口動態統計（厚生労働省）



周産期死亡数は、平成 21 年、平成 22 年、平成 23 年、平成 25 年と 20 人台後半でしたが、その後は減少傾向となっています。

周産期死亡率(出産千対)も、平成 21 年、平成 23 年、平成 25 年と全国平均より高い状況でしたが、その後は低下傾向となっており、平成 28 年の周産期死亡率は 2.6 と、全国平均 3.6 より 1.0 ポイント低い状況になっており、これまでで最も小さい数値となっています。

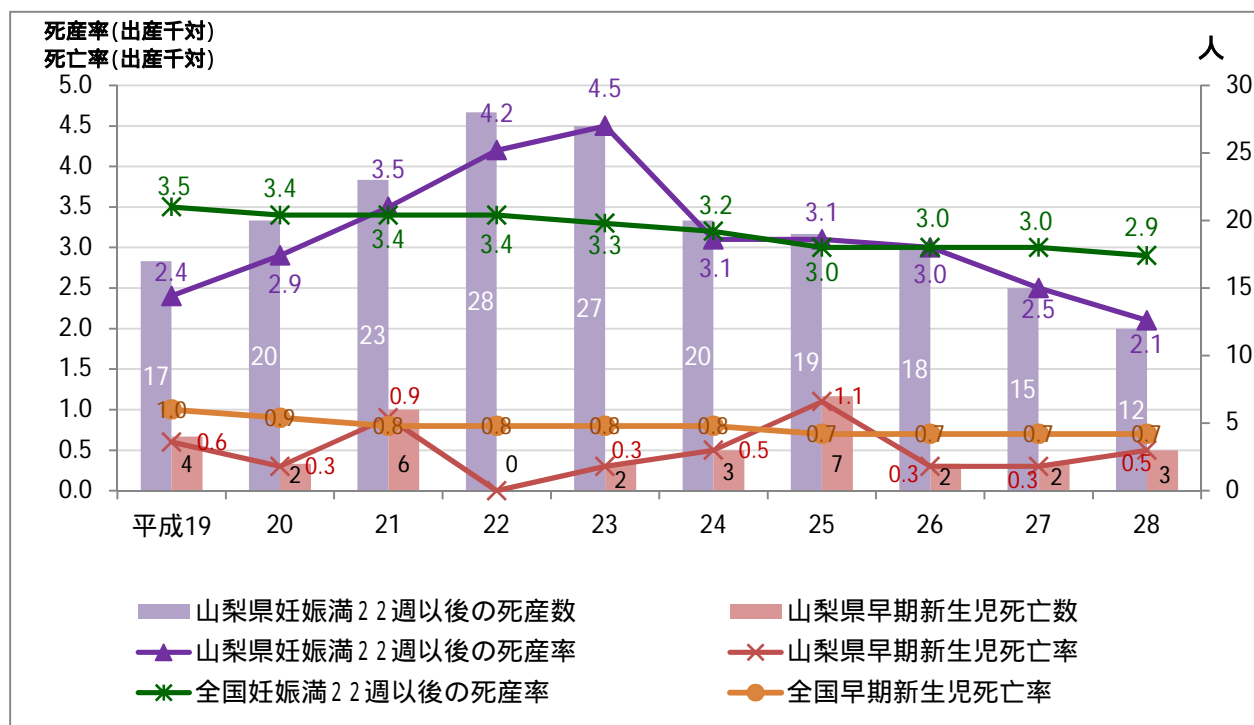
### [用語解説]

- ・周産期 妊娠満 22 週以後生後 1 週間未満の期間。
- ・周産期死亡 妊娠満 22 週以後の死産に早期（生後 1 週間未満）新生児死亡を加えたもの。
- ・周産期死亡率 出産（出生 + 妊娠満 22 週以後の死産）千人当たり周産期死亡割合。

$$\begin{aligned} \text{年間の周産期死亡} &= \frac{(\text{妊娠満 22 週以後の死産}) + (\text{早期新生児死亡})}{\text{年間の出産数}} \times 1,000 \\ &= \frac{(\text{出生数}) + (\text{妊娠満 22 週以後の死産数})}{\text{年間の出産数}} \times 1,000 \end{aligned}$$

## 【周産期死亡数、周産期死亡率(詳細)】

資料：人口動態統計（厚生労働省）



(単位：人、出産千対)

	平成19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
山梨県妊娠満22週以後の死産数	17	20	23	28	27	20	19	18	15	12
山梨県早期新生児死亡数	4	2	6	0	2	3	7	2	2	3
山梨県妊娠満22週以後の死産率	2.4	2.9	3.5	4.2	4.5	3.1	3.1	3.0	2.5	2.1
山梨県早期新生児死亡率	0.6	0.3	0.9	0.0	0.3	0.5	1.1	0.3	0.3	0.5
全国妊娠満22週以後の死産率	3.5	3.4	3.4	3.4	3.3	3.2	3.0	3.0	3.0	2.9
全国早期新生児死亡率	1.0	0.9	0.8	0.8	0.8	0.8	0.7	0.7	0.7	0.7

資料：人口動態統計（厚生労働省）

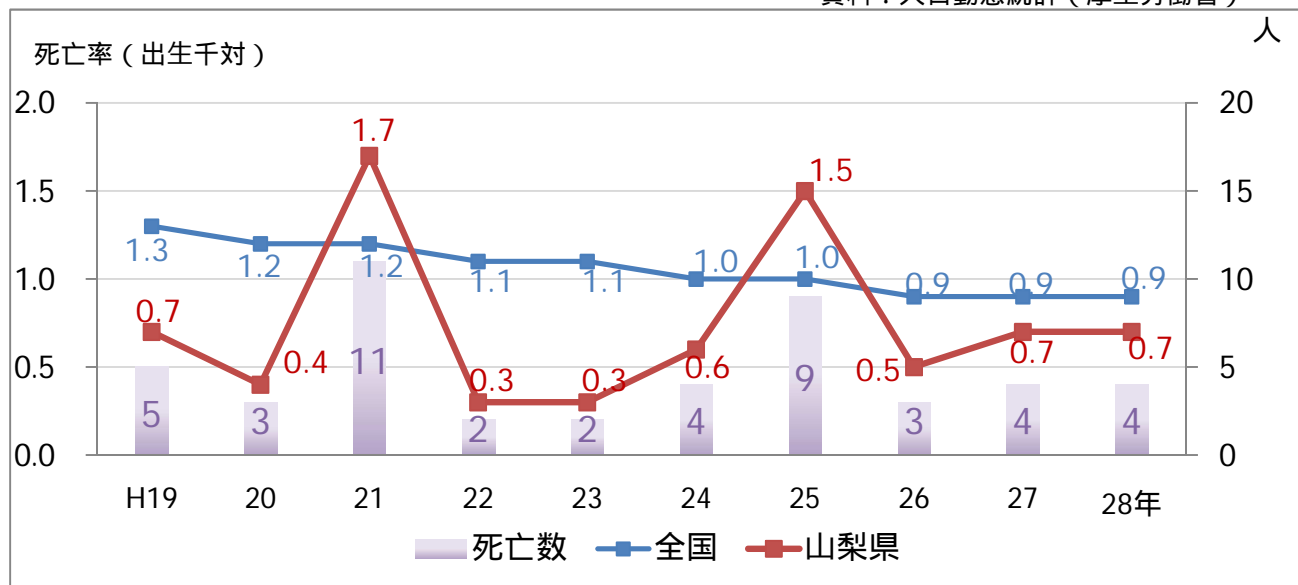
平成28年の周産期死亡数は15人となっています。このうち、妊娠満22週以後の死産数は12人、早期新生児死亡数は3人となっています。

### [用語解説]

- ・早期新生児 生後1週未満の児。
- ・新生児 生後4週未満の児。

## 【新生児死亡数、新生児死亡率】

資料：人口動態統計（厚生労働省）



## 【新生児死亡数、新生児死亡率】

新生児死亡数(生後4週未満の死亡数)は、平成21年と平成25年を除いて減少傾向となっており、平成28年の新生児死亡数は4人となっています。

新生児死亡率(出生千対)も、平成21年、平成25年を除いて低下傾向となっており、平成26年以降は、全国平均の新生児死亡率より低い状況が続いています。

平成28年の新生児死亡率は0.7と、全国平均0.9より0.2ポイント低い状況になっています。

[用語解説]

・新生児死亡率 出生千人当たり新生児死亡割合。  

$$\frac{\text{年間の新生児死亡数}}{\text{年間の出生数}} \times 1,000$$

## 【総論】

本県においては、出生数及び出生率は減少傾向にあり、妊産婦・周産期・新生児死亡率はいずれも平成26年以降、全国平均より低い数値で推移しています。

しかしながら、低出生体重児の出生割合は全国水準よりも高く、また出産年齢の高齢化の割合も年々増加傾向にあることから、安全・安心な出産・子育てに繋がる周産期医療提供体制の整備が引き続き必要です。

### 分娩取扱医療機関等

分娩を取り扱うことができる医療機関は 7 病院 8 診療所の合計 15 施設であり、平成 16 年の 14 病院 10 診療所の合計 24 施設と比較すると、7 病院 2 診療所の合計 9 施設が分娩を取り止めており、大幅に減少しています。その背景としては、周産期医療にかかる就業環境の厳しさ等から、分娩を取り扱う産科医師が減少していること等が挙げられます。

医療圏別では、中北医療圏に 11 医療機関が集中しており、この他に分娩を取り扱う有床助産所も 3 施設あります。峡東医療圏には**診療所が 2 施設**、富士・東部医療圏には**病院が 2 施設**ありますが、峡南医療圏にはいずれもありません。このように、中北医療圏と富士・東部医療圏に、医療従事者、医療設備等が集中しています。

特に、富士・東部医療圏においては、平成 16 年には 5 病院が分娩を取り扱っていましたが、近年取り止めが相次ぎ、富士北麓地区の 2 病院体制(富士吉田市立病院、山梨赤十字病院)となっております。平成 29 年 11 月現在、人口 10 万人弱を有する東部地域に分娩が可能な医療機関が 1 箇所もない状況になっていますが、平成 30 年度中に都留市立病院での分娩取扱いの再開を予定しています。

### 総合周産期母子医療センター・地域周産期母子医療センター

周産期医療に係る人的・物的資源を充実し、高度な医療を適切に供給する体制を整備するため、救命救急センターが併設されている県立中央病院を総合周産期母子医療センターに指定し、山梨大学医学部附属病院、国立病院機構甲府病院、市立甲府病院、富士吉田市立病院、山梨赤十字病院の 5 医療機関を地域周産期母子医療センターに認定しています。

これを医療圏別にみると、中北医療圏に周産期母子医療センターが集中(総合 1 施設、地域 3 施設)しており、隣接する他の医療圏をカバーしている状況となっております。

## 【周産期医療機関の診療機能及び連携】

分類	内容
総合周産期母子医療センター	<p>相当規模のMFICUを含む産科病棟及びNICUを含む新生児病棟を備え、常時の母体及び新生児搬送受入体制を有し、合併症妊娠(重症妊娠高血圧症候群、切迫早産等)、胎児・新生児異常(超低出生体重児、先天異常児等)等母体又は児におけるリスクの高い妊娠に対する医療、高度な新生児医療等の周産期医療を行うことができるとともに、必要に応じて当該施設の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(脳血管障害、心疾患、敗血症、外傷等)を有する母体に対応することができるものとする。</p> <p>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その他の地域周産期医療関連施設等との連携を図るものとする。</p>
地域周産期母子医療センター	<p>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行為を行うことができるものとする。</p> <p>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からの戻り搬送を受け入れるなど、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の連携を図るものとする。</p>
地域周産期医療関連施設(上記以外の病院)	<p>母体又は胎児における中程度にリスクの高い妊娠に対する医療又は人工換気による治療を含む新生児医療を行うものとする。</p> <p>症状が安定して回復期にある総合周産期母子医療センター又は地域周産期母子医療センターの患者の受け入れを行うものとする。</p>
地域周産期医療関連施設(診療所等)	<p>正常妊娠、正常分娩又は正常新生児に対する医療を行うものとする。</p> <p>母体又は胎児におけるリスクを伴わない軽度な異常に対する医療を行うものとする。</p>

### [用語解説]

- ・ MFICU (Maternal Fetal Intensive Care Unit)

重い妊娠中毒症、前置胎盤、合併症妊娠、切迫早産や胎児異常など、ハイリスク出産の危険度が高い母体・胎児に対応するための設備と医療スタッフを備えた集中治療室の略称。

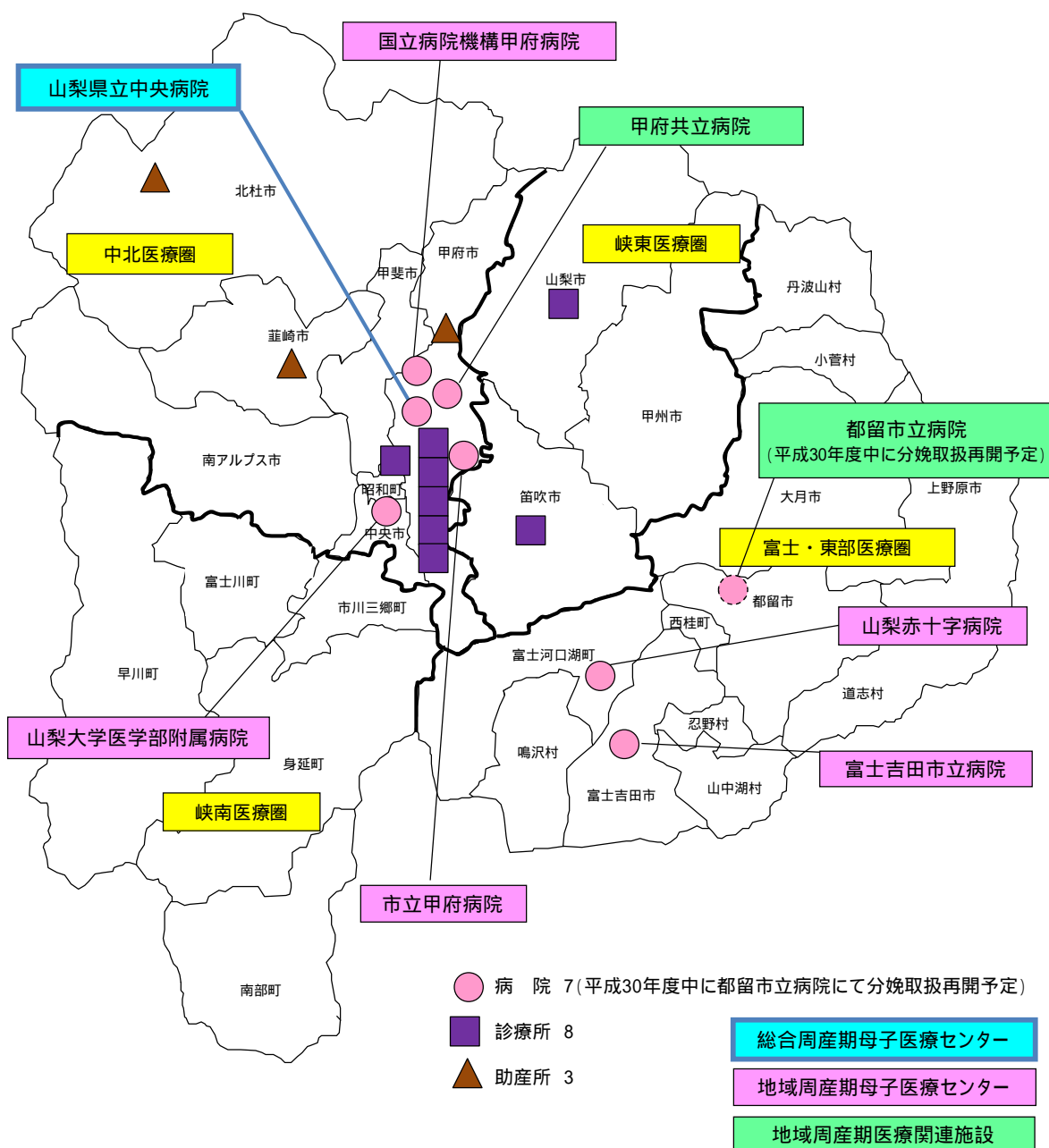
- ・ NICU (Neonatal Intensive Care Unit)

低出生体重児(未熟児)や、先天性の病気を持った重症新生児に対し、呼吸や循環機能の管理といった専門医療を24時間体制で提供する施設。

- ・ GCU (Growing Care Unit)

NICUで治療を受け、低出生体重から脱した児、状態が安定してきた児などが、当該施設に移動して引き続きケアを受ける施設。

【分娩取扱医療施設等の状況】





### MFICU、NICU、GCU の整備状況

MFICU の病床は、県立中央病院に 6 床が整備されています。

NICU の病床は、県立中央病院に 12 床、その他は中北医療圏と富士・東部医療圏の 4 病院で合計 30 床となっています。

また NICU から退院した児並びに輸液、酸素投与等の処置及び心拍管理装置の使用を必要とする児を収容する GCU の病床数は、**中北医療圏**の 2 病院に 36 床が整備されています。

	MFICU	NICU	GCU
県立中央病院	6 床	12 床	24 床
山梨大学医学部附属病院	-	6 床	12 床
国立病院機構甲府病院	-	3 床	-
市立甲府病院	-	6 床	-
山梨赤十字病院	-	3 床	-
合 計	6 床	30 床	36 床

(県医務課調べ)

平成 29 年 4 月 1 日現在

なお、MFICU、NICU については、国の「周産期医療の体制構築に係る指針」で示されている目標病床数を満たしています。

### 国の「周産期医療の体制構築に係る指針」による病床整備の基本的な考え方

総合周産期母子医療センターにおける MFICU 及び NICU の病床数は、当該施設の過去の患者受入実績やカバーする医療圏の人口等に応じ、総合周産期母子医療センターとしての医療の質の向上を確保するために適切な病床数とすることを基本とし、MFICU の病床数は 6 床以上、NICU の病床数は 9 床以上(12 床以上とすることが望ましい。)とする。

特に、NICU の整備については、都道府県は、出生 1 万人対 25 床から 30 床を目標として、地域の実情に応じた NICU の整備を進めるものとする。

### 助産師外来(助産外来)、院内助産

健康診査や保健指導が助産師により行われる助産師外来(助産外来)は、県立中央病院、山梨大学医学部附属病院、国立病院機構甲府病院、市立甲府病院、山梨赤十字病院、甲府共立病院で実施されています。

正常分娩を取り扱うとともに、分娩を目的に入院する妊婦や産後の母子に対して

助産師が主体的なケア提供を行う院内助産は、県立中央病院、山梨大学医学部附属病院で実施されています。

### 救急時における体制の整備

#### 【母体及び新生児における救急搬送】

母体及び新生児における救急搬送の受け入れについては、主に県立中央病院総合周産期母子医療センターと地域周産期母子医療センターである山梨大学医学部附属病院、国立病院機構甲府病院が行っています。過去5年間の平均実績は、母体搬送の件数においては150件前後、新生児搬送の件数においては160件前後で推移しています。

搬送される母体・新生児の情報や空床情報等については、周産期救急情報システムにより対応可能な医療施設へ提供しています。

母体の搬送要請に対する受け入れは、母体・胎児を管理する産科と、出産後の新生児治療に対応する新生児科の、双方の受け入れ体制の確保が必要であり、高度な医療を提供するMFICUやNICUの確保が特に重要となっています。

新生児の搬送要請に対する受け入れは、総合周産期母子医療センターが中心に担っており、今後も新生児の搬送を安全かつ円滑に行うために、医師と看護師が、救急救命士等と連携し、搬送を複数人で行う体制を整備することとともに、搬送元医療機関、搬送先医療機関及び実際に搬送に携わる医療従事者の相互間において、十分な連携を図る必要があります。

医療機関等からの搬送受入要請による母体救急受入件数の推移

	(年度)				
	H24	25	26	27	28
県立中央病院	85	91	86	86	78
山梨大学医学部附属病院	35	73	52	59	69
国立病院機構甲府病院	7	2	2	6	5
小計	127	166	140	151	152

(件数)

医療機関等からの搬送受入要請による新生児救急受入件数の推移

	(年度)				
	H24	25	26	27	28
山梨県立中央病院	68	91	85	106	84
山梨大学医学部附属病院	44	74	76	33	29
国立病院機構甲府病院	21	30	30	26	35
小計	133	195	191	165	148

(件数)

(県医務課調べ)

### 【医療従事者の資質の向上】

日本周産期・新生児医学会や産科医療補償制度において、新生児蘇生法の習得等、周産期医療従事者の資質の向上が提言されており、各分娩取扱医療機関における研修体制をさらに向上させることにより、母体及び新生児に対して質の高い医療を提供する体制が求められています。

### 妊娠・出産にかかる女性に対する体制の整備

女性にとって妊娠・出産・育児期は、身体的あるいは生活面における変化が大きいこと等が負担となり、精神的な問題を抱えやすい状況にあります。また、妊娠前から精神的な問題を抱える女性もあり、妊娠中や出産後において、精神症状が悪化する恐れがあります。

妊娠中や出産後において精神的な問題を抱える女性にとって安全・安心な出産・子育てができるよう、妊産婦の心身の健康状態の情報共有等、精神科診療体制や、保健福祉との連携による支援体制が求められます。

### 災害時における体制の整備

東日本大震災において小児・周産期に関する患者の把握や搬送、物資の支援等の情報共有が円滑になされなかったことから、災害時において、小児や周産期に特化したコーディネート機能を強化する必要があります。

このため、平時から保健所、市町村、分娩取扱医療機関が連携し、情報の収集・共有に取り組むなど、災害発生時における小児・周産期に関する患者を支援するための体制を整備しておく必要があります。

### これまでの主な施策の展開

平成 20 年度から山梨大学に地域周産期等医療学講座(寄附講座)を設置し、助産師外来、院内助産の導入・運用等に関する研究のほか、医療機関の連携強化を図るため、セミ・オープンシステム( )のモデル事業等に関する研究等を行っています。

#### [用語解説]

( ) セミ・オープンシステム

妊婦健診は通院に便利で身近な診療所や病院においてその診療所等の医師が行い、緊急時の診療や出産は分娩取扱病院においてその病院の医師が行う仕組み。

平成 21 年度から、厳しい就業環境にある産科医や助産師、新生児担当医に対する処遇改善のため、分娩手当及び新生児担当医手当を支給する医療機関に対し助成を行っています。

平成 25 年度から、山梨県立中央病院の NICU に入院している新生児を円滑に在宅等へ移行するため、病院内のコーディネーターの設置に対する支援を行っています。

平成 27 年度には、出産前後の母親が持つ不安を軽減すること等、妊産婦の健康づくりを目的とした、産前産後ケアセンターを整備しました。

平成 28 年度には、県内全体でバランスのとれた助産ケアを提供するため、助産実践能力の強化支援等を目的とした、医療機関相互の助産師出向システムを構築しました。

## 圏域の設定

周産期医療に関する医療従事者、医療設備等が中北医療圏と富士・東部医療圏に集中していることから、現状の中北医療圏・峡東医療圏・峡南医療圏を一医療圏とし、富士・東部医療圏との二区域とした医療連携・分担を図ることとします。

なお、高度な周産期医療が必要な際には、中北医療圏を中心とする全県的な連携を図ります。

## 施策の展開

### 周産期医療の病床数の整備

#### 【MFICU 病床の確保】

本県における母親の出産年齢の高齢化や患者受入実績等を踏まえ、母体・胎児におけるリスクの高い妊娠に対応するために、今後も県立中央病院の 6 床を確保していくよう努めます。

#### 【NICU 病床の確保】

本県における低出生体重児出生率(出生千対)は、全国より高い水準で推移している状況等を踏まえ、今後も現在の NICU の病床数 30 床を確保することを目指します。

### 周産期医療体制の整備

#### 【周産期母子医療センター等の機能分担・連携の強化】

限られた医療資源を有効に活用し、安全な周産期医療を提供していくため、周産期医

療機関の機能分担やそれに基づく医療機関内及び医療機関相互の協力・連携体制の充実・強化に努めます。

#### 【人材の確保】

医療資源の重点化が必要な MFICU をはじめ、NICU 等、リスクの高い妊娠・出産にかかる母子に対する診療体制をはじめとする、周産期医療の質の向上を確保するために、産科・小児科の医師を含めた総合的な医師確保対策を実施し、周産期医療を担う医師に対し手当を支給する医療機関に引き続き助成を行う等、その確保・定着を図っていきます。

#### 【周産期搬送体制の確保】

母体・新生児の搬送を安全かつ円滑に行い、周産期医療を適切に提供するため、地域周産期医療関連施設、総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター、消防機関等の関係機関による相互協力・連携を図ります。

新生児の搬送において、総合周産期母子医療センターを中心に医師と看護師が救急救命士等と連携し、搬送を複数人で行う体制や、搬送元医療機関、搬送先医療機関及び実際に搬送に携わる複数の医療従事者が十分に連携した体制の整備を目指します。

搬送される母体・新生児の情報や空床情報等の収集・提供を行うための周産期救急情報システムを有効に活用していきます。

#### 【未熟児搬送用保育器の設置】

未熟児搬送用保育器を定期的に更新し、より専門的な医療が必要な未熟児を養育医療指定医療機関に救急車で搬送する体制を今後も確保します。

#### 【助産師外来(助産外来)・院内助産の普及】

分娩を取り扱う医療機関において、助産師が産科医師等と連携し、健康診査や保健指導を行う助産師外来や、助産師が主体的となって、正常分娩や産後ケアを行う院内助産を推進し、分娩体制を確保します。

#### 【NICU 入院児支援コーディネーターの設置】

NICU に入院している新生児を円滑に在宅等へ移行するため、病院内へのコーディネーターの設置に対する支援を行います。

#### 【セミ・オープンシステムの普及】

妊婦の健診負担を軽減するため、分娩休止中の医療機関や分娩を取り扱っていない地域に所在する医療機関においてセミ・オープンシステムを導入し、より身近な地域で妊婦検診が受けられる環境整備を促進します。

#### 【精神的な問題を抱える妊産婦に対するフォローアップ体制の強化】

母子保健事業において、県・市町村と分娩取扱医療機関との連携に加え、精神科医療機関との連携を推進するため、会議や研修会を通じて関係者のスキルを向上させるとともに、多職種間で情報交換できる体制を強化する等して、精神的な問題を抱える妊産婦を早期に発見し、妊産婦に対するフォローアップ体制の強化を図ります。

平成 29 年度より市町村が実施主体となり、産後うつ予防等を図るために始まった「産婦健康診査事業」について、産前産後ケアセンターの活用を図りつつ、市町村に対する技術的支援等を行います。

#### 【災害発生時における周産期医療体制の確保】

災害発生時における小児・周産期に関する患者の十分な支援をするため、平時から県・市町村及び分娩取扱医療機関等が情報交換や連携体制を協議できる場を設置するなどし、災害発生時における医療救護活動の指揮調整や役割分担を示す、「山梨県大規模災害時医療救護マニュアル」と連動した周産期医療提供体制の強化に努めます。

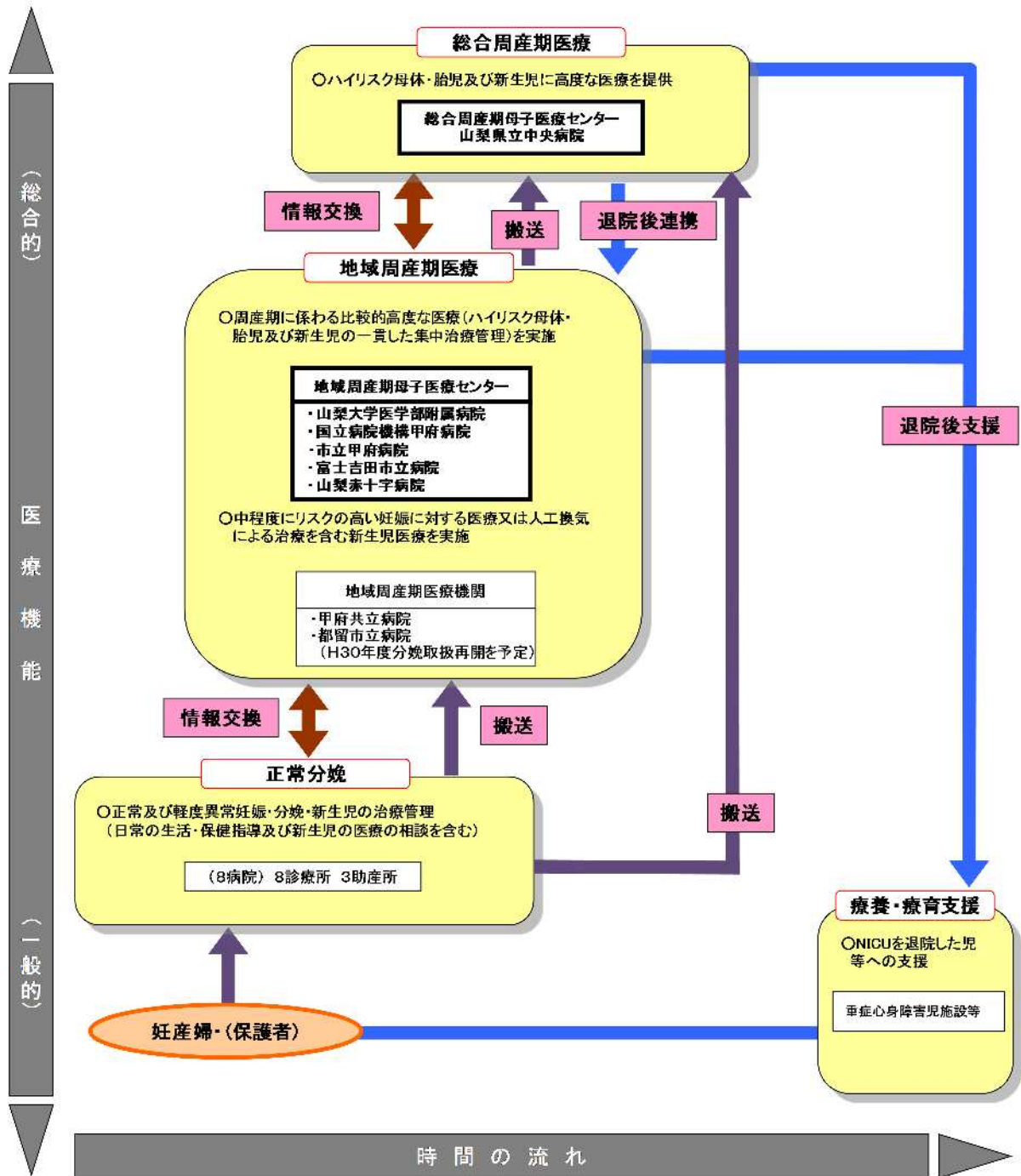
災害発生時において、小児や周産期に特化したコーディネート機能を強化するため、「災害時小児・周産期リエゾン」の養成及び活動体制の整備を図ります。

分娩取扱医療機関における災害時の受入体制を把握するため、日本産科婦人科学会が運営する「大規模災害対策情報システム」等の活用方法を検討するとともに、災害発生時における、情報の伝達を円滑に実施することを目的とした訓練を実施することで、災害時の医療救護対策の充実を図ります。

#### 【周産期医療従事者の資質向上】

周産期医療従事者の資質向上を図るため、地域周産期医療関連施設、総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター、消防機関等の医療機関及び関係団体の連携のもと、新生児蘇生法等の受講を促進していきます。

# 山梨県周産期医療機能分担・連携図



**数値目標**

数値目標項目等	現状	平成 35 年度目標
MFICU 病床数	6 床(H29)	6 床
NICU 病床数	30 床(H29)	30 床
災害時小児・周産期リエゾンの養成	2 人(H28)	12 人



## 第10節 小児救急を含む小児医療

### 現状と課題

#### データ分析

##### 【小児患者の入院・外来】

全国の日当たりの小児(0歳から14歳まで)推計患者数は、入院で約2.8万人、外来で約74万人となっており(平成26年患者調査(厚生労働省))、前回の調査(平成23年)から入院では約0.1万人減り、外来では約4万人増えています。

入院については、周産期に発生した病態(23.1%)のほか、喘息をはじめとする呼吸器系の疾患(17.4%)、神経系の疾患(10.0%)などが多くなっています。

また、外来では、急性上気道感染症をはじめとする呼吸器系の疾患(38.1%)が圧倒的に多くなっています。

一方、本県の日当たりの小児推計患者数は、入院で約0.2千人、外来で約4.0千人となっており、前回の調査(平成23年)から入院は増減なし、外来で約2.0千人減少しています。

##### 【入院】

(単位:千人、( )構成割合)

		平成 23		26		比較	
		山梨県	全国	山梨県	全国	山梨県	全国
主な 傷病	周産期に発生した病態	0.1 (50.0)	6.3 (21.4)	0.0	6.5 (23.1)	0.1	0.2
	呼吸器系の疾患	0.0	6.0 (20.3)	0.0	4.9 (17.4)	0.0	1.1
	神経系の疾患	0.0	4.1 (13.9)	0.0	2.8 (10.0)	0.0	1.3
総 数		0.2	29.5	0.2	28.1	0.0	1.4

##### 【外来】

		平成 23		26		比較	
		山梨県	全国	山梨県	全国	山梨県	全国
主な 傷病	呼吸器系の疾患	2.2 (36.7)	272.5 (39.0)	1.6 (40.0)	281.5 (38.1)	0.6	9.0
	消化器系の疾患	0.9 (15.0)	101.1 (14.5)	0.3 (7.5)	93.8 (12.7)	0.6	7.3
	皮膚及び皮下組織の疾患	0.3 (5.0)	43.0 (6.2)	0.4 (10.0)	54.0 (7.3)	0.1	11.0
総 数		6.0	698.7	4.0	738.6	2.0	39.9

資料:患者調査(厚生労働省)

県では、乳幼児の疾病等に際し、乳幼児の保険診療における一部負担金(総医療費の2割)を乳幼児の居住する市町村が助成する場合に、県でその1/2を助成し、受診に伴う経済的な負担を軽減することにより、乳幼児疾病の早期発見と早期治療を促し、子どもを安心して産み育てることができる環境づくりを推進しています。

なお、平成20年度から、子育てに伴う経済的負担の一層の軽減と手続きの利便性の向上を図るため、現物給付方式(窓口無料化)を全市町村において実施しています。

### 【小児医療施設】

本県の小児医療施設(病院及び小児科を「主たる診療科目」としている一般診療所及び小児科の単科診療所)は平成26年10月1日現在で、病院が28施設、一般診療所が30施設となっており、前回調査(平成23年)と比較して病院が1施設の減少、一般診療所が1施設の増加となっています。

また、人口10万対については、病院では、本県が3.33、全国が2.09、一般診療所では、本県が3.57、全国が4.36となっており、病院、一般診療所とも、全国では減少している状況ですが、本県ではほぼ現状を維持しています。

医療圏別では、中北医療圏が最も多くなっています。

小児科を標榜する病院・一般診療所(山梨県、全国)

(単位:施設)

		平成20		23		26	
		実数	人口10万対	実数	人口10万対	実数	人口10万対
山梨県	病院	29	3.34	29	3.39	28	3.33
	一般診療所	28	3.23	29	3.39	30	3.57
全国	病院	2,932	2.31	2,765	2.18	2,656	2.09
	一般診療所	5,411	4.26	5,510	4.25	5,510	4.36

小児科を標榜する病院(二次医療圏) (単位:施設)

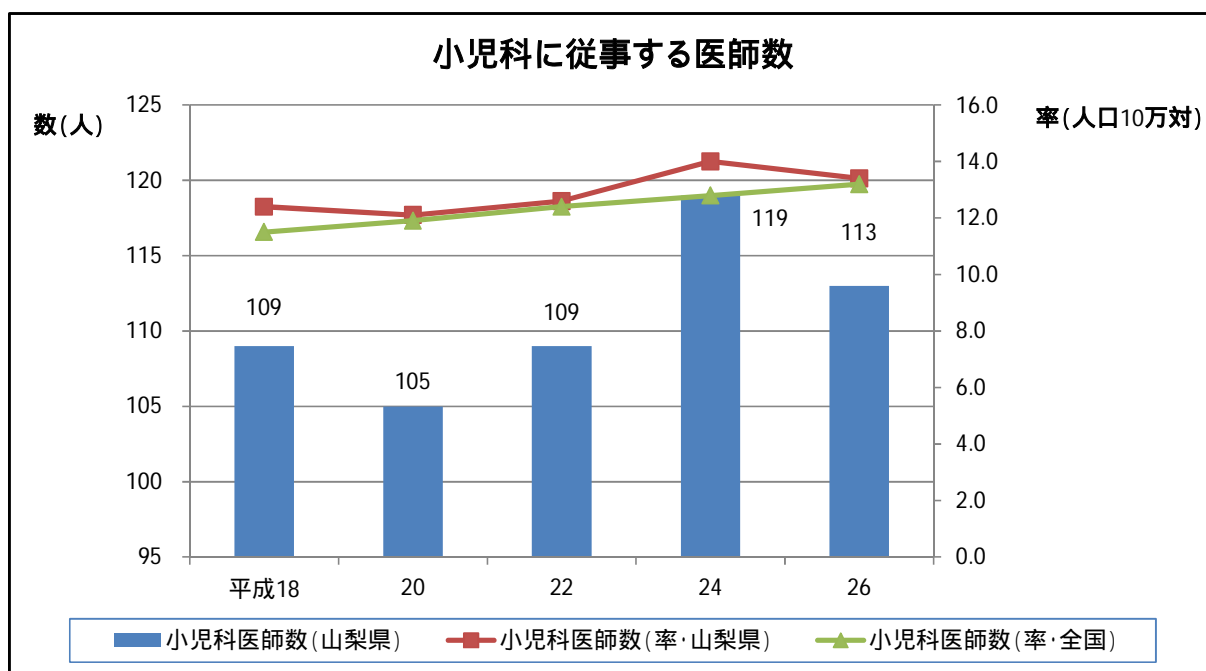
		病院	
		実数	人口10万対
平成26	中北医療圏	12	2.55
	峡東医療圏	7	4.93
	峡南医療圏	4	7.05
	富士・東部医療圏	5	2.67

資料:医療施設静態調査(厚生労働省)

## 【小児科医師】

本県において、医療施設に従事している小児科医師数は、平成22年から平成26年までの間に109人から113人となり、4人増加しています。

また、人口10万人対では、平成26年において13.4人となっており、全国の13.2人とほぼ同程度となっています。

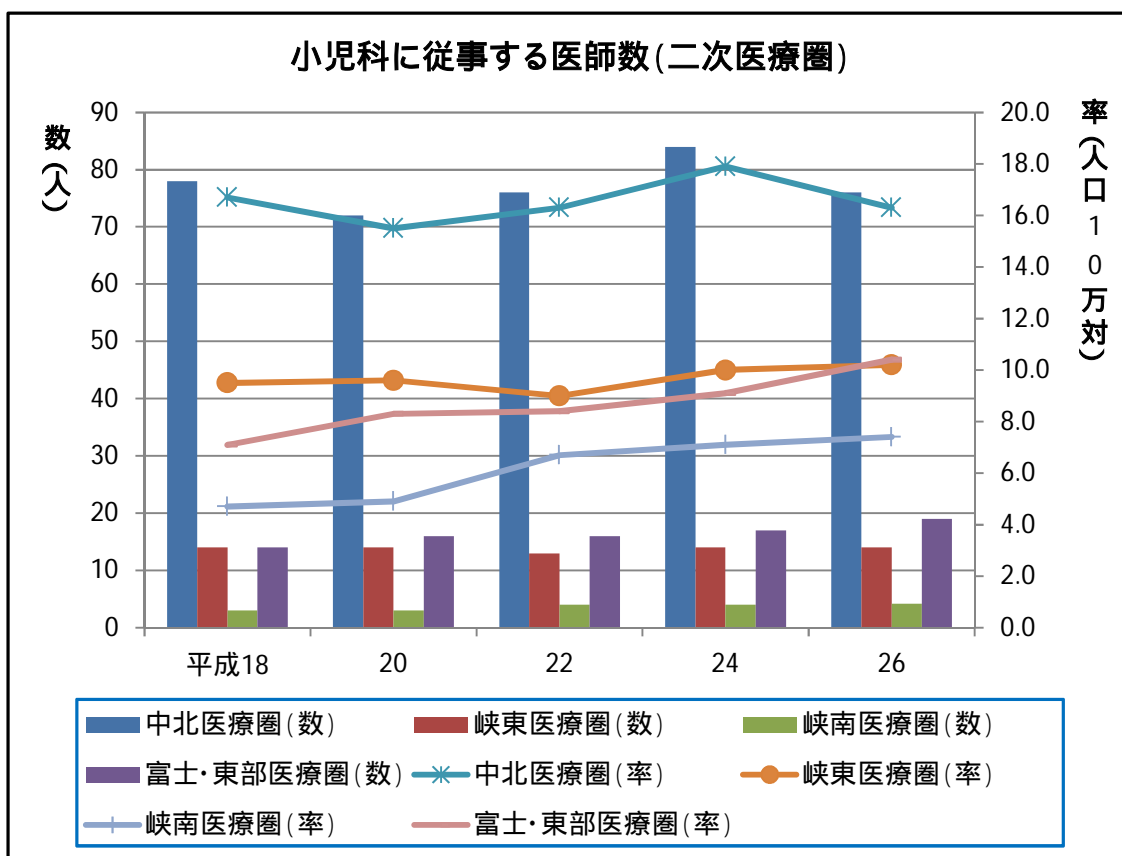


(単位:人、人口10万対)

	平成18	20	22	24	26
小児科医師数(山梨県)	109	105	109	119	113
小児科医師数(率・山梨県)	12.4	12.1	12.6	14.0	13.4
小児科医師数(率・全国)	11.5	11.9	12.4	12.8	13.2

資料:医師・歯科医師・薬剤師調査(厚生労働省)

医療圏別では、実数、人口10万対ともに中北医療圏が最も多く、地域的な偏在が見られます。



【小児科医師数】

(単位：人)

	平成18	20	22	24	26
中北医療圏	78	72	76	84	76
峡東医療圏	14	14	13	14	14
峡南医療圏	3	3	4	4	4
富士・東部医療圏	14	16	16	17	19
全 県	109	105	109	119	113

【小児科医師数(率)】

(単位：人口10万対)

	平成18	20	22	24	26
中北医療圏	16.7	15.5	16.3	17.9	16.3
峡東医療圏	9.5	9.6	9.0	10.0	10.2
峡南医療圏	4.7	4.9	6.7	7.1	7.4
富士・東部医療圏	7.1	8.3	8.4	9.1	10.4
全 県	12.4	12.1	12.6	14.0	13.2

資料：医師・歯科医師・薬剤師調査(厚生労働省)

## 小児の健康づくりの推進

### 【乳幼児の異常の早期発見】

先天性代謝異常等については、早期発見・治療により重篤化を予防することができるため、検査を実施することにより新生児の健全な発達を促すとともに、検査費などの養育者の負担軽減を図っています。

また、平成25年10月から、従来の検査項目に加え、新たに、一度の検査で16疾患を発見できるタンデムマス法による検査を開始するとともに、早期治療のための精密検査対象児の把握や精密検査が確実に実施できるよう、産科医療機関と精密検査実施機関とのネットワークの構築を図っています。

#### 先天性代謝異常等検査の結果

(単位:件)

		H23	H24	H25	H26	H27	H28
初回検査	先天性代謝異常等	6,662	6,429	6,495	6,358	6,436	6,093
	タンデムマス検査(1)	-	-	2,122	6,421	6,481	6,091
再検査	先天性代謝異常等	266	324	329	400	456	455
	タンデムマス検査	-	-	47	386	458	453
要精検	先天性代謝異常等	7	11	9	21	12	15
	タンデムマス検査	-	-	0	7	14	5

出典:県健康増進課調べ

#### 【用語解説】

##### (1)タンデムマス検査

「タンデム型質量分析計(=タンデムマス)」という、非常に感度の良い測定機器を用いる検査。従来の検査に比べ、1回の分析で多くの疾患を調べることが可能。

新生児期における難聴の早期発見、療育が行われるよう、県内15の産科医療機関で実施されている聴覚のスクリーニングの実施状況を県、市町村において把握するとともに、「小児難聴ネットワーク」などの関係機関との連携体制の構築を図っています。

#### 新生児聴覚検査の結果

(単位:人、%)

	H23	H24	H25	H26	H27	H28
出生数	6,505	6,469	6,467	6,302	6,407	6,098
受検児数	6,225	6,112	6,098	6,048	6,225	5,769
受検率	95.7	94.5	94.3	96.0	97.2	94.6

出典:県内産科医療機関からの報告

### 【未熟児養育医療等の給付】

小児の健全な育成と患者家族の医療費の負担軽減を図るため、小児の医療費の公費負担を行っています。

平成 25 年度からは、市町村に事務移譲されており、市町村が実施主体となっています。

#### 小児医療給付の状況

(単位: 人、件数)

		H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28
自立支援医療 (育成医療)	実人員	389	334	335	334				
	延件数	1,124	1,275	1,242	1,177	1,168	1,137	1,241	1,061
未熟児養育医療	実人員	172	170	148	147				
	延件数	428	496	416	428	483	449	367	375

### 【小児慢性特定疾病児童等への支援】

児童福祉法を一部を改正する法律(平成 26 年 5 月 30 日公布)により、小児慢性特定疾病の児童等の自立を支援するための事業を法定化する等の措置が講じられ、小児慢性特定疾病対策の充実が図られています。

小児慢性特定疾病医療費助成制度の対象となる疾病は、平成 27 年 1 月 1 日の施行から随時追加され、平成 29 年 4 月 1 日現在、722 疾患に拡大しています。

#### 小児慢性特定疾病医療費支給者数

	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28
実人員(人)	685	690	715	657	622	605	616	582
延件数(件)	7,089	6,862	6,748	5,918	4,494	5,754	6,958	7,118

資料: 県健康増進課調べ

## 小児救急医療の推進体制

### 【初期救急医療センターと二次輪番病院】

本県では、保護者の不安解消と患者が集中する病院の小児科医の負担軽減等を目的として、県と市町村との共同により、平成17年3月から甲府市内に、平成20年10月から富士吉田市内に、小児科開業医と大学や病院の勤務医が交替で勤務する、小児初期救急医療センター設置し、初期救急の対応を行っています。

このような全国に誇る小児救急医療体制が確保され、年間、約3万人の小児に利用され、子どもの健康、保護者の負担軽減、小児科医の疲弊緩和に大きく貢献しています。

入院治療が必要な患者については、国中地区に4つ、富士・東部地区に3つの小児二次輪番病院が対応しています。

また、小児二次輪番病院の小児科医等の診察により、小児三次救急医療が必要と判断された患者については、山梨大学医学部附属病院及び県立中央病院が連携して対応しています。

区 分		国中地区 (H17.3.1～)	富士・東部地区 (H20.10.30～)	
小児 初期 救急 医療 センター	場 所	甲府市幸町14-6 (甲府市医療福祉会館内)	富士吉田市緑ヶ丘2-7-21 (富士北麓総合医療センター内)	
	連絡先	TEL 055-226-3399	TEL 0555-24-9977	
	診療部門	甲府市医師会	富士吉田医師会	
	薬剤部門	甲府市薬剤師会	富士五湖薬剤師会	
	診療 時間	平日	午後7時～翌日の午前7時	午後8時～午前0時
		土曜日	午後3時～翌日の午前7時	午後3時～午前0時
		日曜日・祝日	午前9時～翌日の午前7時	午前9時～午前0時
			受付時間は診療時間と同じ	受付開始は開始時刻の30分前から、受付終了は終了時刻の30分前まで
	利用 実績	平成24年度	19,945 人	9,532 人
		平成25年度	18,938 人	8,803 人
平成26年度		19,205 人	10,383 人	
平成27年度		19,112 人	8,769 人	
平成28年度		17,777 人	8,820 人	
小児二次輪番病院		国立病院機構甲府病院 県立中央病院 市立甲府病院 山梨厚生病院	富士吉田市立病院 山梨赤十字病院 都留市立病院	
小児三次救急病院		山梨大学医学部附属病院、県立中央病院		

### 【小児救急搬送】

全国において、18歳未満の者の救急搬送数は、平成21年度以降、約46万人前後で推移しています。

本県においては、平成27年には3,807人となっており、全搬送数に占める割合は10.2%であり、全国平均の8.4%を上回っています。

小児救急搬送の70%以上は軽症者であり、小児の入院救急医療機関(二次救急医療機関)を訪れる患者のうち、9割以上が軽症者であることが、消防庁、日本医師会から報告されています。

### 【小児救急患者の受診動向等】

小児救急患者については、その多くが軽症患者であり、かつ、重症患者を扱う医療機関においても軽症患者が多数受診しているといわれています。

また、ごく軽症であるにも関わらず、夜間、休日に救急外来を利用する「コンビニ受診」や、朝から子どもの具合が悪いのに昼間ではなく夜間救急を受診する人が増えているといわれています。

軽症な患者が集中すると、重症な救急患者に対する適切な診療が行えなくなり、救える命も救えないという状況が出てくる懸念があるとともに、小児科医の負担が重くなり、医師不足が益々解消されないことに繋がってしまいます。

このことから、小児初期救急医療センターなどをはじめとする救急医療機関の適切な利用について、県民への啓発が必要になっています。

県では、小児の急病時の対処方法などについて記載した小児救急ガイドブック、DVDを作成し、市町村や医療機関に配布したところですが、現在は、以下の県ホームページで公開しています(<http://www.pref.yamanashi.jp/imuka/index.html>)。

また、平成19年8月から、夜間における相談に対応するため、小児医療に精通した看護師による「小児救急電話相談(#8000)」を行っています。平成26年度からは相談時間を深夜まで拡大しており、年々利用者が増加しています。



## 小児救急電話相談

- ・利用時間 平日 午後7時～翌朝7時  
土曜 午後3時～翌朝7時  
日曜・祝日 午前9時～翌朝7時
- ・電話番号 #8000(短縮ダイヤル)  
ダイヤル回線の場合は 055-226-3369
- ・相談内容 子どもの急な病気に関する相談  
(発熱、下痢、嘔吐、ひきつけなど)
- ・利用者数 平成26年度 7,850件  
平成27年度 11,782件  
平成28年度 13,031件

### 圏域の設定

本県における小児救急医療の推進体制は、国中地区、富士・東部地区の2地区に分かれて構築されていますので、圏域についても、国中地域、富士・東部地域の2圏域の設定といたします。

### 施策の展開

#### 小児科医の確保

小児科医を含む医師の確保に向け、引き続き、総合的な医師確保対策を実施していきます。

小児救急医療に対応できる人材を確保するため、研修会を開催します。

#### 小児の健康づくりの推進

##### 【乳幼児の異常の早期発見】

先天的な病気や異常を早期発見して誰もが健やかに成長できるよう、先天性代謝異常等検査、新生児聴覚検査の普及促進を引き続き図るとともに、市町村が行う健康診査等との連携を図りながら、医師や保健師などによる専門的な支援を行います。

先天性代謝異常等検査などにより異常が認められた場合のフォローを円滑に行うため、専門医間や地域関係機関とのネットワークの体制強化を図っていきます。

#### 【未熟児養育医療等の給付】

未熟児や病児の健やかな成長を支援するため、養育医療や育成医療の給付、健康相談を市町村が実施できるよう引き続き支援します。

#### 【小児慢性特定疾病児童等医療費助成】

慢性的な疾病で治療を続けている児童・家族を支援するため、小児慢性特定疾病医療費の助成を行います。

#### 【小児慢性特定疾病児童等への地域支援の充実(在宅療養生活の支援)】

小児慢性特定疾病児童等及びその家族からの相談に応じ、必要な情報の提供及び助言を行うとともに、関係機関との連絡調整、相談支援事業を行います。

小児慢性特定疾病児童等自立支援員(自立支援員)による各種支援策の利用計画の作成、関係機関との連絡調整等を実施することにより、成人期に向けた切れ目ない支援により、一層の自立促進を図ります。

#### 小児救急医療体制の整備

##### 【小児救急医療体制の確保】

小児初期救急医療センター、小児二次輪番病院及び小児三次救急病院による小児救急医療体制を確保するため、必要な支援を市町村と共同で引き続き行っていきます。

##### 【相談体制の充実等】

小児救急の適正な利用を促し、小児初期救急医療センター及び小児二次輪番病院に軽症患者が集中している状況を緩和するため、小児救急電話相談の利用の促進を図ります。

##### 【適正な受診の啓発】

コンビニ受診の抑制を図るため、各種イベント等において普及啓発を行います。

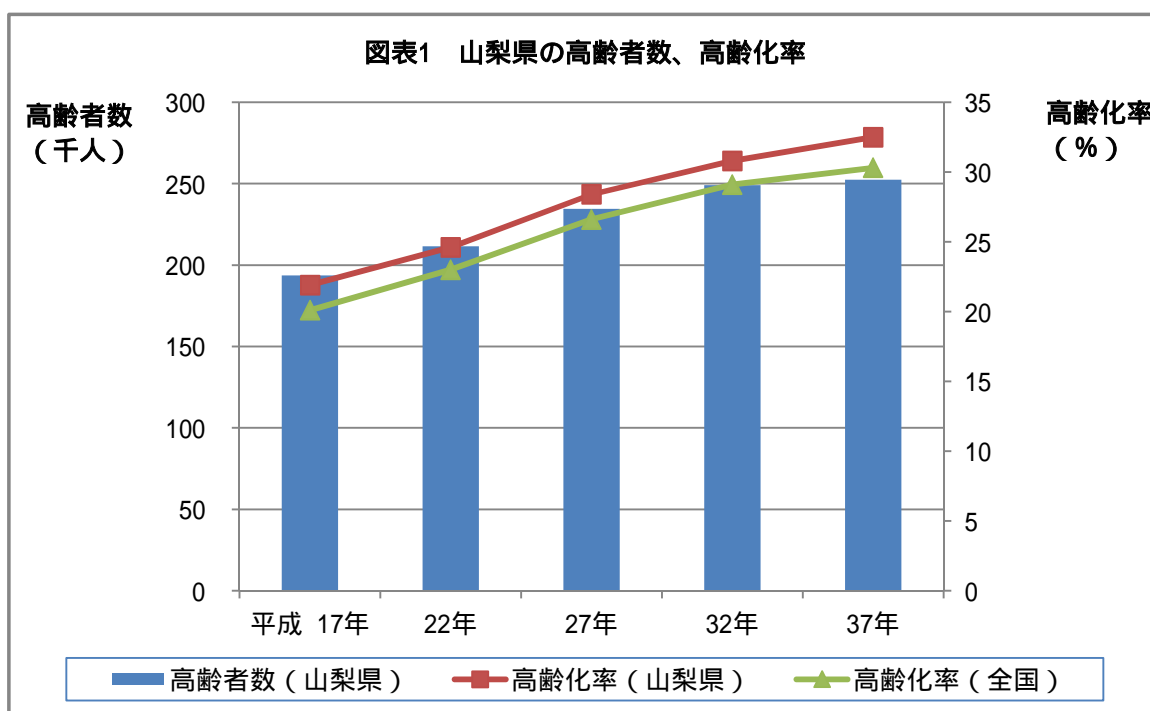
## 第11節 在宅医療

### 現状と課題

#### データ分析

##### 【高齢化の状況】

本県は、全国平均を上回るペースで高齢化が進行し、平成 37 年には、65 歳以上人口が 252 千人、高齢化率(65 歳以上の高齢者人口が総人口に占める割合)は 32.5%となることが見込まれ、病院における在院日数の短縮傾向などからも、在宅医療の需要は今後増加していきます。



(単位:人、%)

	平成 17年	22年	27年	32年	37年
高齢者数(山梨県)	193,580	211,581	234,544	249,173	252,457
高齢化率(山梨県)	21.9	24.6	28.4	30.8	32.5
高齢化率(全国)	20.1	23.0	26.6	29.1	30.3

資料:国勢調査(総務省)、平成 24 年 1 月推計「日本の将来推計人口」、平成 25 年 3 月「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)

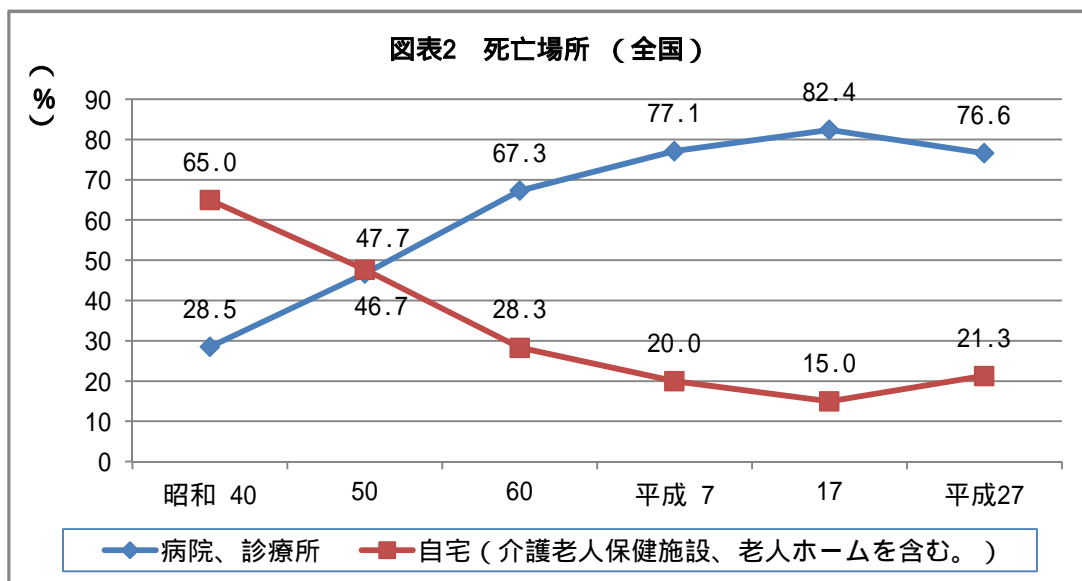
高齢化の進展する中、住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるよう、在宅医療は患者の日常生活を支える医療であり、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制である地域包括ケアシステムの不可欠の構成要素です。

【在宅における死亡の状況】

人口動態統計(厚生労働省)によると、死亡の場所の多くは長きにわたり「自宅」でしたが、年々その割合は減り続けた一方で「病院、診療所」における死亡が増加し、昭和 52 年に病院、診療所での死亡の割合が半数を超えた以降、現在に至っており、自宅での死亡は平成 27 年では 12.7%となっています。

なお、本県も同様の傾向にあり、平成 27 年に病院、診療所で亡くなる人の割合は、76.0%(全国 76.6%)で、自宅(介護老人保健施設等を含む。)で亡くなる人の割合の 22.3%(全国 21.3%)に比べて高い値を示しています。

また、本県における自宅での死亡割合を死因別に見ると、がんが 10.5%(全国 10.4%)で、心疾患が 15.4%(全国 22.6%)、脳血管疾患が 8.5%(全国 10.1%)となっています。

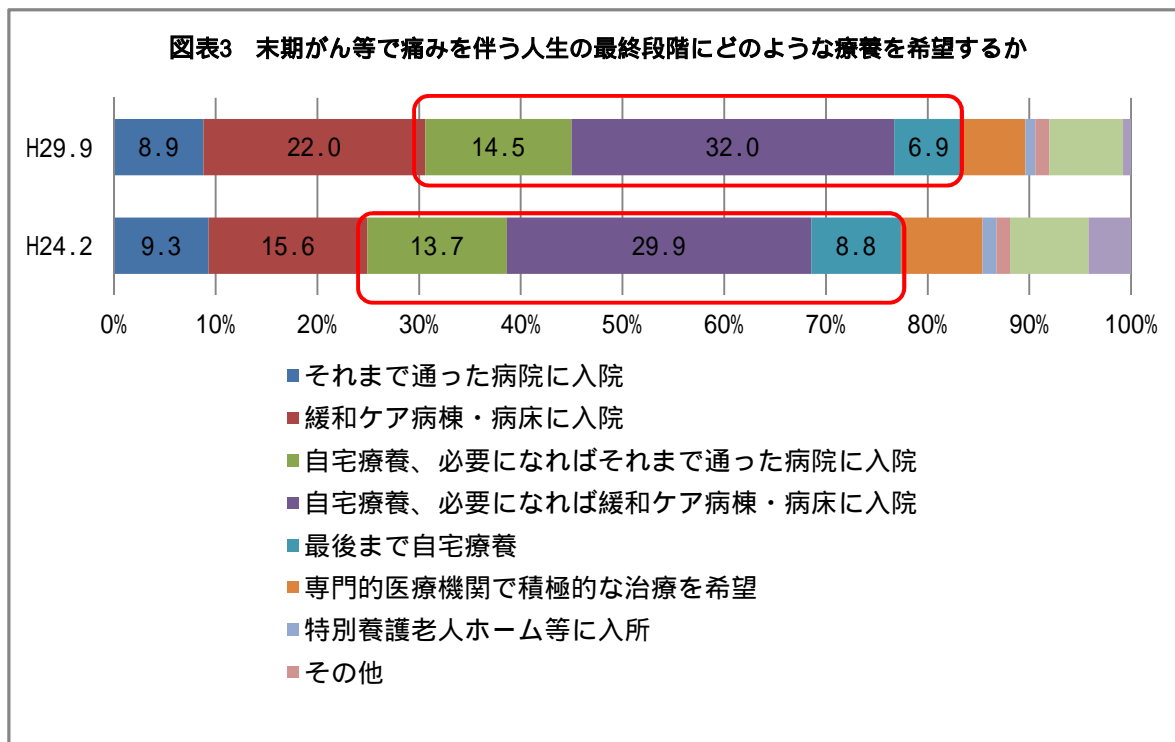


資料:人口動態統計(厚生労働省)

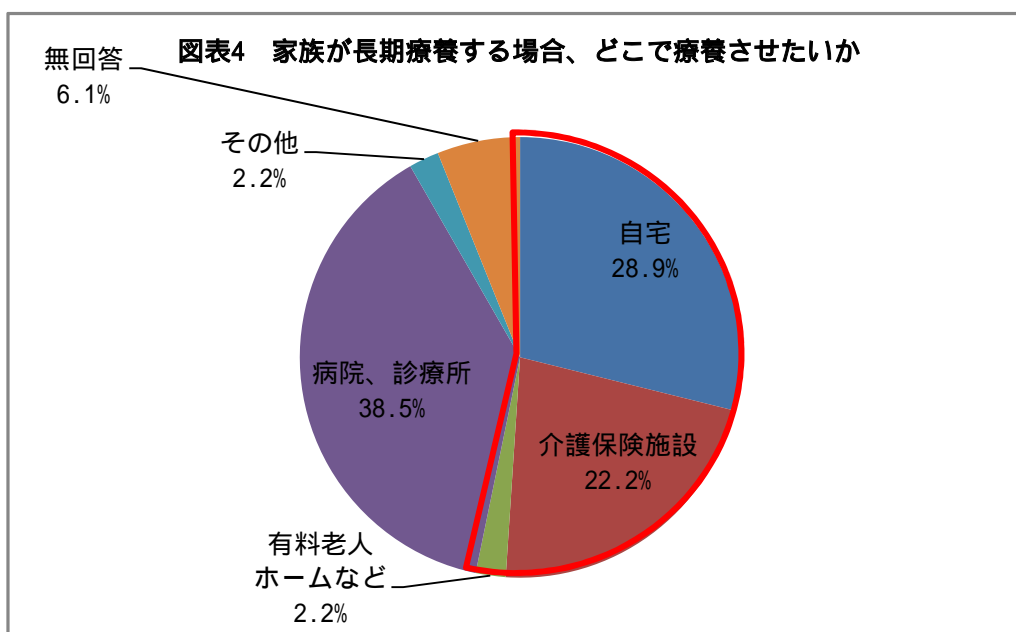
【在宅医療のニーズ】

在宅医療に対する県民の意識について、山梨県県民保健医療意識調査(H29.9)によると、図表3のとおり、「あなたが痛みを伴う末期がん等になった時、どこで療養を希望するか」との質問に対し、「自宅療養し、必要時に病院に入院したい(14.5%)」、「自宅療養

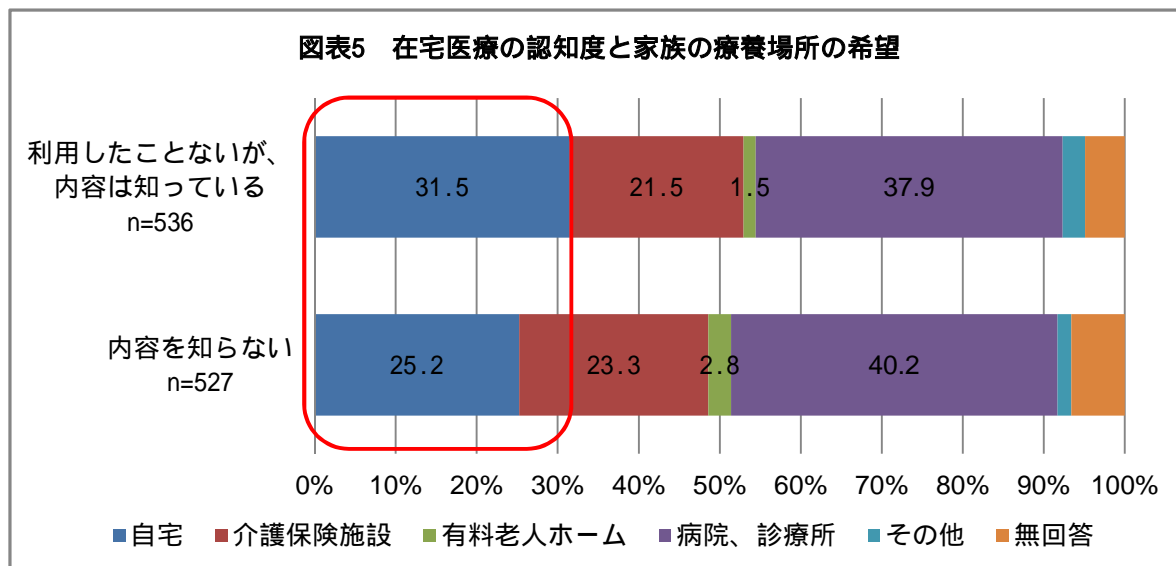
し、必要時に緩和ケア病棟に入院したい(32.0%)」、「最後まで自宅療養したい(6.9%)」  
と、自宅での療養を希望すると回答した割合は53.4%と過半数を占めています。



また、図表 4 のとおり、「あなたの家族が長期の療養をすると仮定した場合、どこで療養させたいか」との質問に対し自宅、介護保険施設、有料老人ホーム等の合計が 53.3% であるのに対し病院・診療所は 38.5% となっています。



家族の長期療養場所を在宅医療の認知度別にみると、図表5のとおり、在宅医療の内容を知っていると回答した方において、療養場所に自宅を希望する割合が多くなっています。このことから、在宅医療に対する普及啓発が進むことにより、在宅医療のニーズが増加することが見込まれます。



また、地域医療構想による病床の機能分化・連携に伴って、自宅や介護施設で療養する方が増えることが見込まれ、在宅医療のニーズが増加します。

#### 【在宅医療の提供体制】

在宅医療を担う医療施設等の状況では、平成29年5月1日現在で診療報酬の届出を行っている在宅療養支援病院(1)が7施設、在宅療養支援診療所数(2)が65施設、訪問看護ステーションが53施設となっています。

人口10万対では在宅療養支援病院は0.82と全国0.87(H27参考値)を、在宅療養支援診療所は7.65と全国11.47(H27参考値)を、訪問看護ステーションは6.24と全国7.91(H27参考値)を下回っていることから、在宅医療を担う医師や看護師の確保を図り、往診や訪問診療、訪問看護等の体制強化を進めていく必要があります。

特に、看護師が行う特定行為(3)については、2025年を見据えた在宅医療のニーズに応えるためその必要性が高まっていますが、現在県内の訪問看護事業所に特定行為を行える看護師はいない状況です。今後は、訪問看護の現場に特定行為を行える看護師を確保する必要があります。

また、在宅療養支援歯科診療所は44施設で人口10万対5.18と全国4.79(H27参考値)を、訪問薬剤管理指導の届け出のある薬局は313施設となっており、人口10万対

36.83 と全国 35.96 (H27 参考値) を上回っています。

[用語解説]

( 1) 在宅療養支援病院

24 時間体制による往診・訪問看護の実施や緊急時に在宅患者が入院できる病床の常時確保などの要件を満たし、診療報酬施設基準に基づく届出を行っている、許可病床 200 床未満又は半径 4km 以内に診療所が存在しない病院。

( 2) 在宅療養支援診療所

24 時間体制による往診・訪問看護の実施や緊急時に在宅患者が入院できる病床の確保などの要件を満たし、診療報酬施設基準に基づく届出を行っている診療所。

( 3) 特定行為

従来、医師の指示の下に行われてきた診療の補助となる医療行為の一部を「特定行為」として保健師助産師看護師法に規定し、医師、歯科医師が予め作成した手順書に基づき、看護師が当該医療行為(特定行為)を実施する制度であり、平成 27 年 10 月から制度化されたもの(現在、38 行為 21 区分)。

特定行為を実施するためには、創傷管理など区分別に、高度な医学的知識や技術について研修を受講、修了することが義務付けられている。

本県における平成 27 年度の訪問診療患者数は 2,483(人/日)であり、人口 10 万対では 292.20 と全国 476.70 を下回っています。

二次医療圏では峡東医療圏 498.85 が多く、中北医療圏 278.83、峡南医療圏 234.16、富士・東部医療圏 187.24 が少なくなっています。

峡東医療圏においては、訪問診療を積極的に実施する在宅療養支援病院や在宅療養支援診療所が多いのが、その要因と考えられます。

在宅医療に係る医療施設や医療サービス等については、峡南医療圏や富士・東部医療圏に比べ、中北医療圏及び峡東医療圏において整備が進んでいる状況です。

在宅医療については、医療資源の整備や介護との連携など地域ごとに特色があることから、各地域の特色・強みを活かしつつ、不足している医療資源や医療サービスを充足させながら、各地域における連携体制を構築していくことが必要です。

(単位:施設)

	中北		峡東	峡南	富士・東部	山梨県	人口10万対	
	本所	支所					山梨県	全国(H27)
在宅療養支援病院	1	2	2	2	0	7	0.82	0.87
在宅療養支援診療所	29	9	16	1	10	65	7.65	11.47
訪問看護ステーション	20	11	9	6	7	53	6.24	7.91
在宅療養支援歯科診療所	20	5	9	2	8	44	5.18	4.79
訪問薬剤管理指導料届出薬局	145	52	41	17	58	313	36.83	35.96

資料:平成29年5月1日現在の診療報酬施設基準による届出施設(厚生労働省)

中北医療圏は保健所の管轄地域(本所、支所)で分割(「圏域の設定」を参照)。

## 在宅医療の提供体制に求められる機能

### 【退院支援に求められる機能】

在宅医療にスムーズに移行していくためには、入院医療機関と在宅医療に係る機関の円滑な連携により、切れ目のない継続的な医療体制の確保が求められています。

このため、退院後の療養場所の検討や地域の医療・介護資源の調整を行い、患者の病状や治療方針等を在宅医療等に係る機関に伝達するとともに、再入院が必要となった際には、患者情報の収集を行う、退院支援担当者の役割が重要です。

入院医療機関は、退院後の患者の病状や対応について、カンファレンスや連絡票の送付等により在宅医療に係る機関と情報共有を図ることが必要です。とくに、有床診療所には、地域に密着した病床をもつ医療機関として、病院から早期に退院する患者を円滑に在宅医療に受け渡す役割が期待されています。

また、在宅医療に係る機関においては、退院する患者の病状や対応に関する情報の共有を図るとともに、地域の在宅医療関係者との連携を強化していくことが必要です。

高齢者のみではなく、小児、難病、精神疾患等の在宅療養者に対応できる体制が求められています。

### 【退院支援の現状】

本県における、診療報酬上の退院調整加算を算定した病院・診療所は 18 施設となっています。人口 10 万対では 2.12 と全国 2.65 を下回っていることから、退院支援の体制強化を進める必要があります。

「在宅療養者及び療養病床入院患者等に係る実態調査( )」によれば、図表 6 のとおり、退院支援に係る専門部門について 87.2%が設置又は設置を予定しています。図表 7 のとおり、退院支援業務等への専従職員について、配置予定まで合わせると計 69.2%と



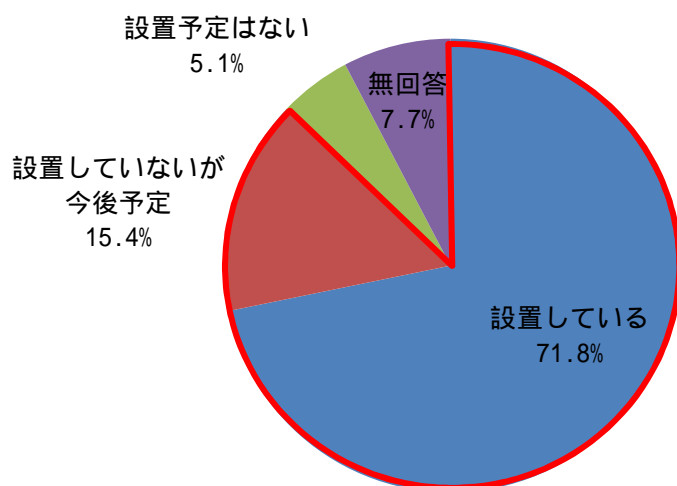
なっています。県内病院において退院支援に係る専門部門(地域連携室等)の設置が進みつつあることが示されています。

[用語解説]

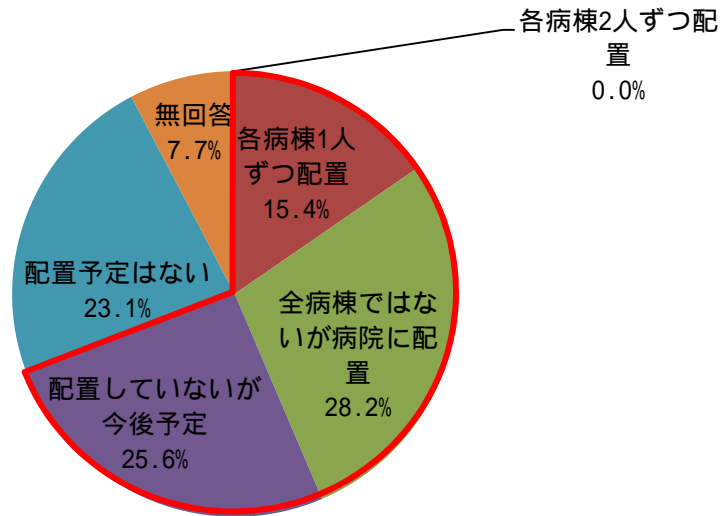
( )在宅療養者及び療養病床入院患者等に係る実態調査

山梨県立大学看護学部(佐藤悦子教授)が、県内の在宅医療提供体制の実態、在宅療養者と療養病床入院患者の実態を把握するために、平成28年10月～11月下旬(調査基準日:H28.11.1)に、療養病床で受けている医療処置や退院の見通し等を調査し、平成29年3月に報告したものを。

図表6 退院支援に係る専門部門(地域連携室等)の設置状況 n=39



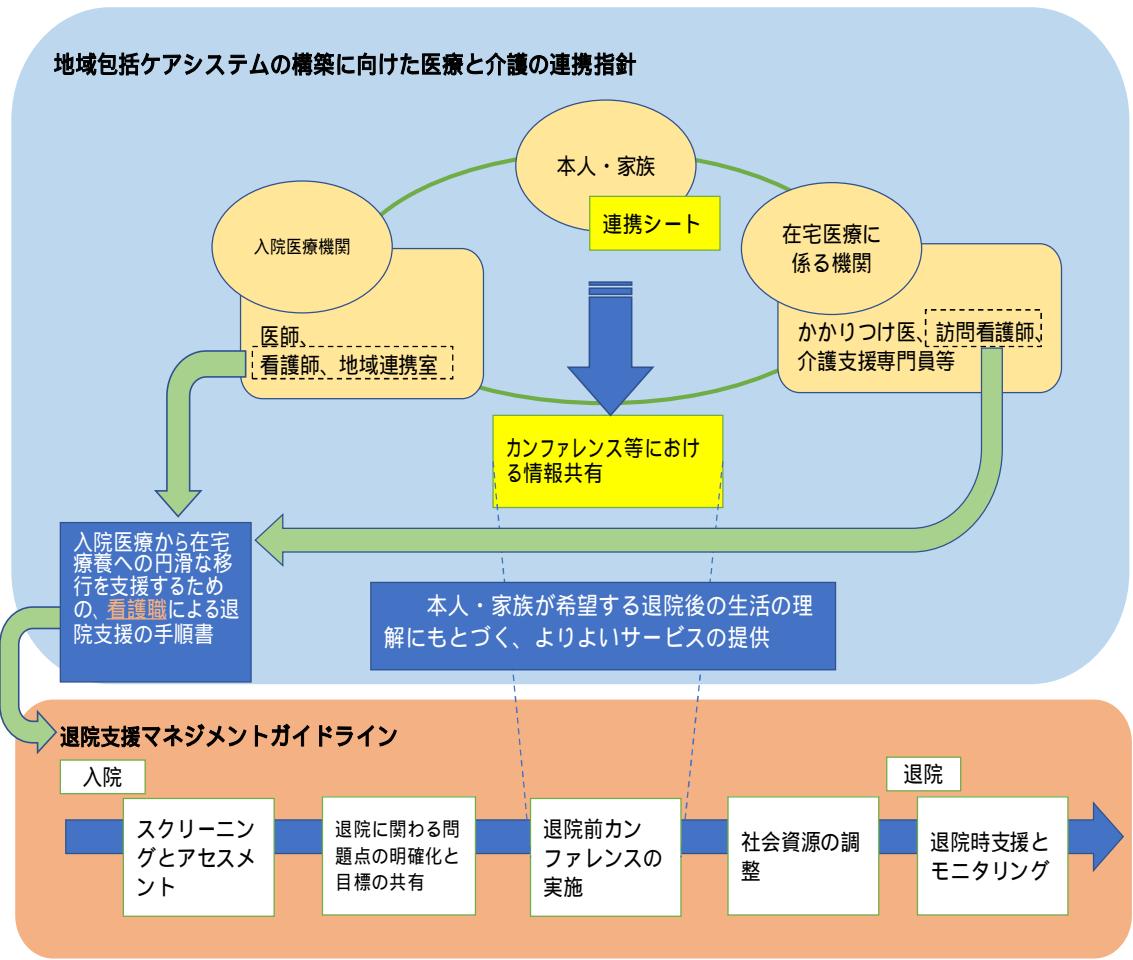
図表7 退院支援業務等への専従職員の配置状況 n=39



平成 25 年度に策定された「地域包括ケアシステムの構築に向けた医療と介護の連携指針」においては、医療と介護の関係者が、病状等に加え、本人や家族の生活状況や退院後の希望を情報共有するため、カンファレンス等における連携シートの活用を推進しています。

平成 26 年度には、「退院支援マネジメントガイドライン」が看護職の手順書として作成されました。同ガイドラインにおいて、退院困難者のスクリーニングや医療管理上の課題や生活ニーズ上の課題を明確化するアセスメントをはじめ、入院から退院後までの支援を5つの段階に区分して病棟看護師等の役割を示し、退院支援を推進しています。

県における退院支援の取組について

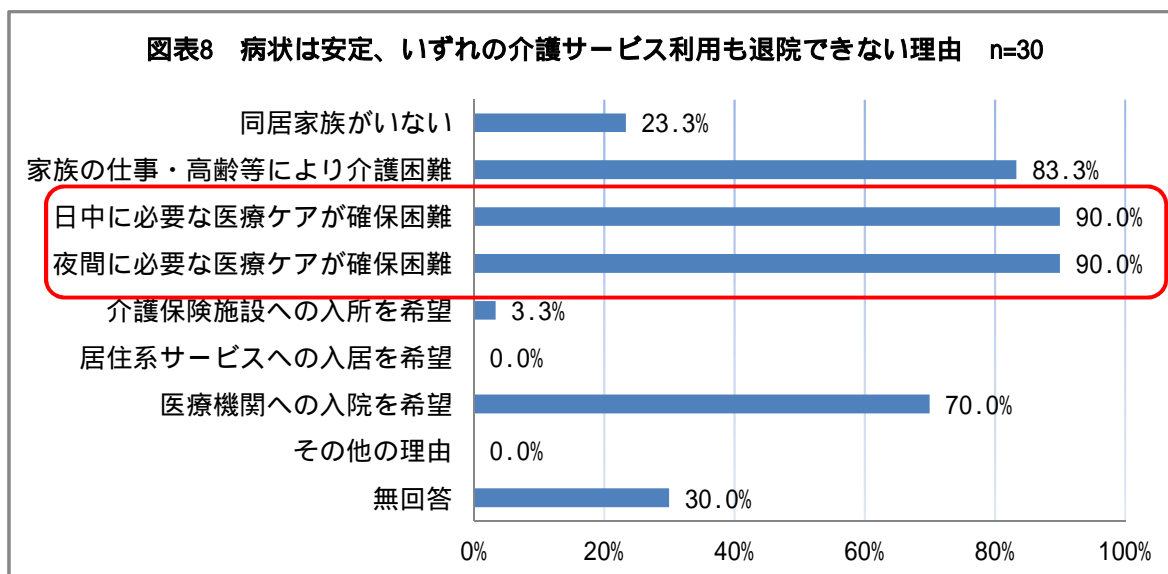


【退院支援の課題】

地域連携室等の退院支援部門を中心に退院困難な患者の早期抽出、患者や家族との面談といった取組が進む一方で、入院医療機関では、退院後の療養生活や地域で利用可能な在宅医療・介護サービスが十分に認識されていないことが指摘されています。

「在宅療養者及び療養病床入院患者等に係る実態調査」によれば、図表 8 のとおり、病状は安定していても日中や夜間に医療的な処置のニーズの多い患者は、退院が不可能と判断されることが多くなっています。一方で、医療処置の種類によっては在宅医療による対応が可能な患者がいることが指摘されています。

このことから、入院医療機関と在宅医療に係る機関が、在宅療養で対応可能な患者像や療養環境について認識を共有することにより、潜在的に退院可能となる患者が顕在化することが見込まれます。



### 【日常の療養支援に求められる機能】

医師、歯科医師、保健師、看護師、薬剤師等の多職種が協働して患者の疾患、重症度に応じて医療を継続的、包括的に提供することが求められています。

医療関係者は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、家族の負担軽減につながるサービスの提供・紹介を行うことが必要です。

身近な地域が主体となり、在宅医療・介護に係る多職種の協働を調整する拠点を設けるなど、在宅療養者のニーズに対応した医療や介護が包括的に提供される体制を確保することが必要です。

がん、認知症、小児、難病、精神疾患等、それぞれの疾患の特徴に応じた在宅医療の体制を整備することが必要です。

### 【日常の療養支援の現状】

「在宅療養者及び療養病床入院患者等に係る実態調査」によれば、回答のあった病院・診療所では、往診、訪問診療のいずれかを実施しているが 36.5%、実施していないが予定あり 3.9%、実施予定なしが 59.4%となっています。

訪問診療等を実施しない理由は、24 時間 365 日の対応が困難 61.7%、外来診療等の多忙ため困難 45.4%に、訪問看護を行う看護師の確保が困難 39.8%、連携して診療に当たる医師の確保が困難 37.2%といった人材確保が続いています。

在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院の届出を行わない理由には、24 時間の連絡体制の確保が困難 (72.3%)、24 時間の往診体制の確保にあたり担当医師や連携医療機関の確保が困難 (64.6%)、24 時間の訪問看護体制の確保にあたり、担当看護師

や連携機関の確保が困難(52.3%)があげられています。

在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院が日常的に連携を取っている機関の箇所数について、平均 1 箇所以上連携を取っている機関が多数ある一方で、在宅療養支援診療所・病院ではないが訪問診療等を提供する一般診療所・病院は、病院との連携 1.2 箇所、訪問看護ステーションとの連携 0.8 箇所と連携する機関が少ないことが指摘されています。

在宅療養支援診療所・病院の届出別による、日常的に連携を取っている機関の箇所数

	病院	診療所	緊急時に受け入れる病院・診療所	歯科診療所	訪問看護ステーション	薬局	リハビリ施設・訪問事業所	居宅介護支援事業所	地域包括支援センター	有料・養護・軽費老人ホーム、認知症GH	サービス付き高齢者住宅
届出あり 42機関	3.1	1.3	1.7	0.6	3.1	1.9	1.1	3.2	1.2	1.6	0.9
届出なし 71機関	1.2	0.3	0.3	0.2	0.8	0.5	0.1	0.6	0.2	0.3	0.1

#### 【日常の療養支援の課題】

訪問診療等を実施しない理由に24時間365日の対応の困難が挙げられ、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院の届出を行わない理由にも24時間体制を構築することの困難が挙げられています。このことから、24時間365日の業務負担を軽減することが、往診や訪問診療への参入を促すこと、在宅療養支援診療所等への届出を促すことの両方に対して有効と考えられます。

在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院と、届け出ていないが訪問診療等を提供する一般診療所・病院の違いに、日常的に連携を取っている機関数があり、連携体制の強化が必要と考えられます。

在宅療養支援診療所・病院ではないが、訪問診療等を提供する一般診療所・病院は、84.5%がかかりつけ患者・家族からの要望をきっかけに往診・訪問診療を開始しています。医師に継続的に受診し、患者や家族がさまざまな相談を行ってきた関係にもとづいて、かかりつけ医として患者の要望を受けて訪問診療を開始している医療機関が多いと考えられます。

かかりつけ患者・家族からの要望をきっかけに訪問診療等を開始する医療機関が多くあり、在宅医療について住民の理解が深まることは、新たな医療機関が参入する契機になると考えられます。

また、同調査によれば、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院は、1週間に平均して移動時間を含め6.5時間を訪問診療に費やす一方で、外来に37.34時間を費やしてい

ます。住民のニーズの高まりに応じて、**外来診療時間の調整等により**、訪問診療を増やすことが可能な場合もあると考えられます。

#### < 緩和ケア >

がんと診断された時から身体的な苦痛及び精神心理的な苦痛等に対する緩和ケアをがん治療と並行して実施するとともに、がん患者や家族の意向を踏まえ、在宅等の生活の場での療養を選択できることが求められています。

そのためには、在宅医療機関において、24 時間対応が可能であり、疼痛等に対する適切な薬剤使用や精神的なケア、看取りを含めた終末期ケアに対応する総合的な緩和ケア体制の構築が必要です。

がん診療機能を有する医療機関と在宅医療機関との間で診療情報や治療計画を共有するなどの連携が必要です。

#### < 認知症 >

認知症になってもその人らしく住み慣れた地域で安心して暮らすことができるよう、認知症についての正しい理解と地域全体で認知症の方とその家族を支える体制の整備が必要です。

**認知症は適切な治療により症状の進行を遅らせることが可能な場合もあり、早期診断・早期対応が重要です。**そのため、認知症の疑いのある段階での医療機関や相談窓口などの情報提供や認知症の早期診断につなげるため、かかりつけ医や歯科医師、薬剤師の認知症対応力の向上が必要です。

また、認知症専門医の指導・助言の下、医療介護の専門職のチームが、自宅などを訪問し、観察評価を行い、認知症の初期の段階での包括的・集中的な支援を行う認知症初期集中支援チームの強化が必要です。

認知症疾患に関する専門医療相談や鑑別診断等を行う認知症疾患医療センターと、かかりつけ医、認知症サポート医、地域包括支援センター、介護サービス事業者等の関係機関との連携が重要です。

認知症の容態に応じた適時・適切な医療と介護のサービスを切れ目なく提供できる体制の整備が課題になっています。

#### 【在宅歯科診療】

高齢化の進行等に伴い、在宅歯科診療の必要性が今後益々高まっていくとともに、口腔ケアが誤嚥性肺炎の発症予防につながるなど、口腔と全身疾患との関連が明らかに

なっていることから、在宅歯科の医科、介護等との連携の強化を図る必要があります。

#### 【在宅薬剤管理指導】

在宅における薬剤使用が適正に行われるよう、薬剤師による患者、家族及び多職種間の薬剤情報の共有化、服薬状況の確認、服薬支援の実施等、薬剤管理の取組を促進するため、薬剤師と多職種との連携を強化する必要があります。

#### 【急変時の対応に求められる機能】

在宅療養者の病状の急変時に対応できるよう、在宅医療を担う病院・診療所・訪問看護ステーションと入院機能を有する病院・診療所との円滑な連携による診療体制を確保することが求められています。

病状急変時の連絡先をあらかじめ在宅療養者や家族に提示することや24時間対応が自院で難しい場合に、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が必要です。

在宅療養支援病院、有床診療所等において、連携している医療機関(特に無床診療所)が担当する在宅療養者の病状が急変した際に、必要に応じて一時受け入れを行うこと及び重症で対応できない場合には、他の医療機関と連携して適切な医療を提供する体制を構築することが必要です。

#### 【急変時の対応の現状】

本県における訪問看護療養費上の24時間対応体制加算を取っている訪問看護ステーション数は40施設となっています。人口10万対では4.71と全国4.95を下回っています。

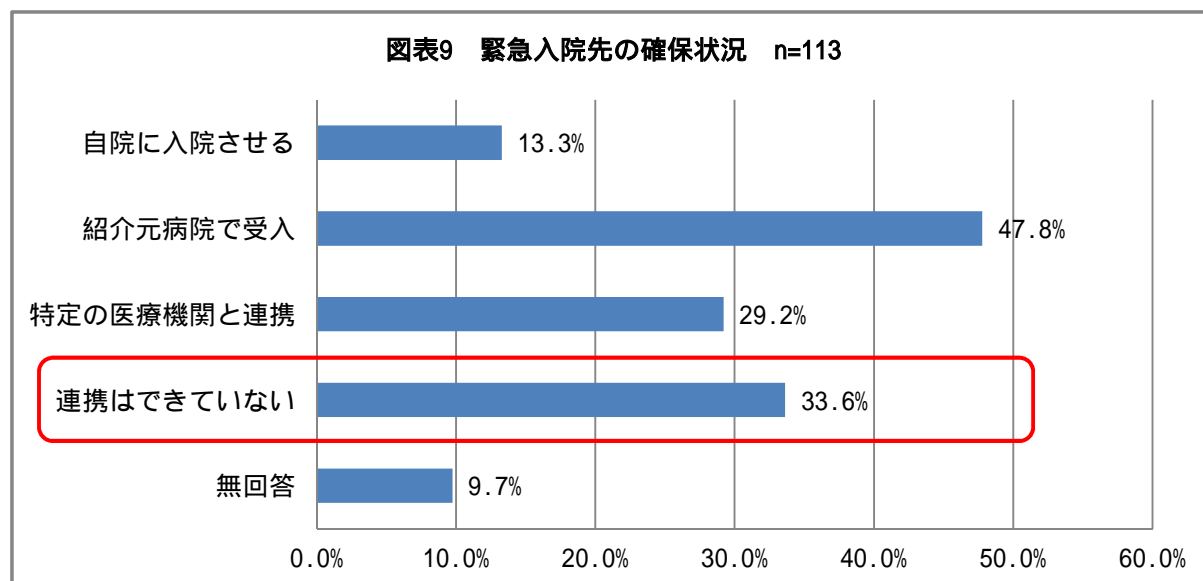
「在宅療養者及び療養病床入院患者等に係る実態調査」によれば、回答のあった訪問看護ステーションあたりの看護職員数(常勤換算)は、中北医療圏6.86人、峡東医療圏5.45人、峡南医療圏3.37人、富士・東部医療圏3.28人であり、1ステーションあたりの利用者数も中北医療圏88.5人、峡東医療圏78.5人、峡南医療圏30.8人、富士・東部医療圏44.8人となっています。

峡南医療圏、富士・東部医療圏の訪問看護ステーションは職員数が少なく、1ステーションあたりの利用者数も中北医療圏や峡東医療圏の半分程度となっています。また、人員体制の規模が小さいことにより24時間対応が組めない原因ともなっています。

「在宅療養者及び療養病床入院患者等に係る実態調査」によれば、往診・訪問診療を

実施している医療機関に緊急入院先の確保状況を複数回答可で尋ねたところ、図表 9 のとおり、連携はできていないが 33.6%となっており、緊急入院先が確保されていない場合があることが示されています。緊急入院先を確保するため、在宅療養支援病院等との連携強化を図ることにより体制整備を進める必要があります。

富士・東部医療圏には、無床診療所等との連携を期待される在宅療養支援病院がなく、在宅療養支援診療所の病床数も 39 床と他の医療圏と比べ少なくなっています。



#### 【看取りに求められる機能】

患者が、自宅や介護施設等の住み慣れた場所で看取りを行うことができる体制を確保することが求められています。

終末期の症状に対する患者や家族の不安を解消するため、自宅や住み慣れた地域で受けられる医療や介護、看取りに関する適切な情報提供を行うとともに、患者が望む場所で看取りを行うことができる体制を構築することが必要です。

介護施設等における積極的な看取りへの取り組みや終末期ケアに係る家族への支援も必要です。

在宅医療を受けている身近な医療機関が看取りに対応できない場合、他の医療機関と連携して対応できる体制を構築することが必要です。

#### 【看取りの現状】

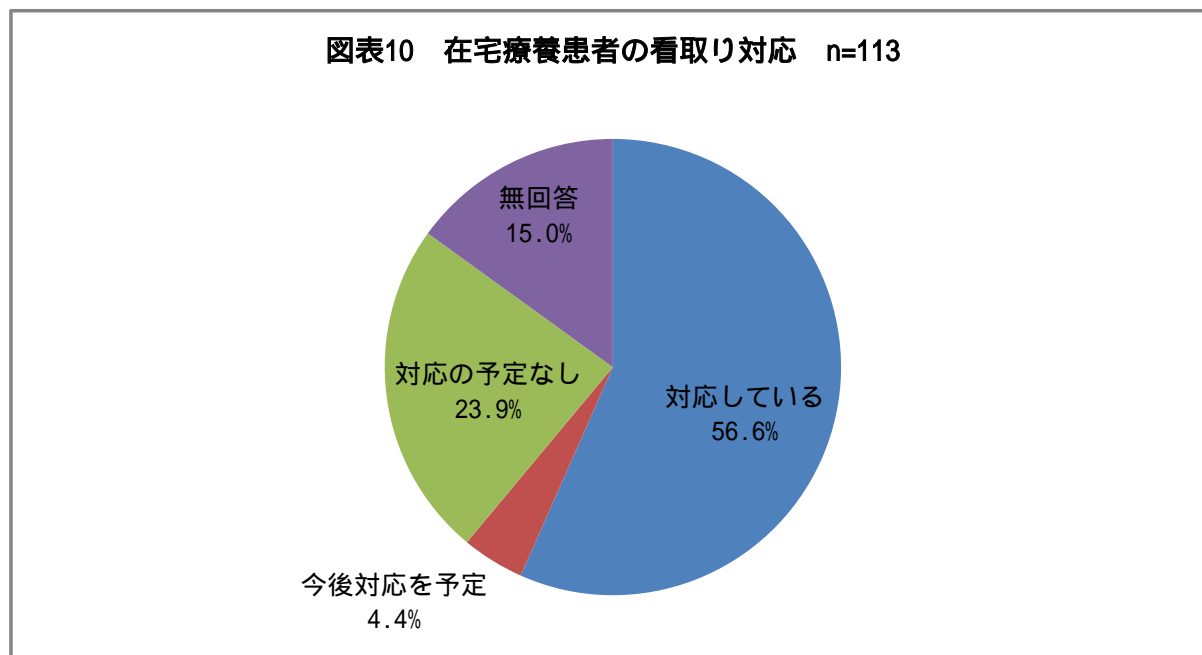
本県における診療報酬上の在宅ターミナル加算、看取り加算を算定している診療所・病院は 50 施設となっています。人口 10 万対では 5.84 と全国 8.60 を下回っていることが



ら、看取りの体制整備が必要となっています。

「在宅療養者及び療養病床入院患者等に係る実態調査」によれば、往診・訪問診療を実施している医療機関に看取り対応の状況を尋ねたところ、図表 10 のとおり、対応しているが 56.6%、今後対応を予定が 4.5%、対応の予定なし 23.9%となっています。

往診・訪問診療を実施している医療機関の約 2 割は看取り対応の予定がなく、他の医療機関と連携して看取りに対応できる体制の確保が課題となっています。



### 医療と介護の連携

住み慣れた生活の場において必要な医療・介護サービスが受けられ、安心して自分らしい生活を実現できる体制整備が求められています。

このため、身近な地域が主体となって、地域住民が必要とする医療・介護サービスを包括的にコーディネートすることができる体制の構築が必要です。

また、限りある医療・介護資源を効率的に活用していくため、医療・介護分野に係る多職種の関係者の緊密な連携と資質の向上が必要です。

なお、これまで保健所(支所)を中心として地域の医療と介護の連携を進めてきましたが、在宅医療・介護連携推進事業が市町村の地域支援事業に位置付けられ、保健所(支所)には、医療に係る専門的・技術的な対応や広域的な視点での市町村支援が求められています。そして市町村には地区医師会等の関係団体と連携を密にし、医療機関相互及び医療と介護の調整、医療・介護従事者の育成などを推進していくことが必要となっています。

## 圏域の設定

在宅医療については、医療資源の整備状況や介護との連携、これまでの在宅医療の取り組みなどが地域によって様々であることから、各地域の特色・強みを活かしつつ、医療資源や医療サービスの不足を補い、医療機関同士の連携、医療と介護の連携を構築することが重要です。

医療と介護の連携には、身近な地域が中心となり、調整・支援を行うことが求められています。本県においては各医療圏の医療資源の整備状況や医療サービスの展開、地区医師会の管轄区域などを考慮すると、保健所(支所)単位による圏域設定が適切であると考えられます。

県においても、在宅医療に係る研修会や会議等を各保健所(支所)で実施し、地域における在宅医療の連携体制の構築を目指してきたことから、これまでの蓄積を活用した新たな取り組みの展開が可能となります。

こうしたことから、保健所(支所)単位で圏域を設定することとし、中北医療圏を甲府市、甲斐市、中央市、昭和町を管轄する中北保健所(本所)地域と韮崎市、南アルプス市、北杜市を管轄する中北保健所(支所)地域に分け、その他の3医療圏を併せた5圏域で取り組みを実施します。

## 施策の展開

### 在宅医療提供体制の確保

今後増加する在宅医療のニーズに対応し、訪問診療を実施する医療機関を確保するため、在宅医療に携わる医師の負担を軽減し、医師が相互に補完し合いながら、又は医師が訪問看護ステーション等と連携しながら、チームとして24時間の診療体制を構築する地域の取り組みを支援します。

かかりつけ患者の要望をきっかけに、医師が訪問診療等に参入しているため、住民にかかりつけ医を持つことについて啓発する等、在宅医療の知識を広めていきます。また、かかりつけ医から患者に在宅医療という選択肢が提示されるよう関係団体と協力しながら啓発に取り組みます。

### 【退院支援】

円滑で適切な退院支援が行われるよう、在宅医療・介護従事者等による会議等や関

係団体を通じ、退院支援担当者の設置や退院時のカンファレンス・連絡票等による情報共有、高齢者のほか小児等の在宅療養者への対応を促進します。

入院医療機関と在宅医療に係る機関や介護関係者との連携体制の構築を推進するため、「地域包括ケアシステムの構築に向けた医療と介護の連携指針」や「退院支援マネジメントガイドライン」の活用を推進します。

訪問看護ステーションと入院医療機関に勤務する看護師の相互交流による研修の実施等により、入院医療機関と在宅医療に係る機関について、退院後の療養生活や地域で利用可能な在宅医療・介護サービスについて認識の共有化を図りながら、**入院医療機関の医師にも在宅医療への一層の理解と協力を求め、かかりつけ医との連携を促進し、継続的な医療体制の確保を推進します。**

#### 【日常の療養支援】

在宅医療・介護従事者等による会議等や多職種の研修会を通じ、医療機関相互の連携や訪問看護・訪問歯科診療・訪問薬剤管理指導・**訪問栄養食事指導**との連携、介護関係者・地域包括支援センターとの連携を促進し、多職種協働による継続的、包括的な医療に加え、家族の負担軽減につながるサービスの提供を図ります。

たん吸引が必要な療養者が安心・安全な生活が送れるように介護職員を対象とした研修会を開催します。

#### < 緩和ケア >

地域の緩和ケアに係る在宅医療機関とがん診療連携拠点病院等との連携体制を充実させるとともに、介護施設等との連携を整備し、質の高い医療を効率的に切れ目なく提供していきます。

在宅医療・介護従事者等の緩和ケアの専門的な知識・技術を高めるため、医療機関や訪問看護ステーションに勤務する看護師の相互研修や緩和ケア認定看護師の活用を促進します。

#### < 認知症 >

認知症への正しい理解と地域で支援を進めるため、認知症サポーター( )の養成とその講師役となるキャラバンメイトを養成する研修会を開催します。

#### 【用語解説】

( )認知症サポーター

認知症を正しく理解し、認知症の人や家族を温かく見守る応援者として日常生活の中で支援する人。

かかりつけ医が認知症診断の知識・技術や家族からの相談に応えることができるよう、認知症対応力の向上を目的とした研修を行うとともに、かかりつけ医への助言や支援を行い、かかりつけ医と専門医療機関や地域包括支援センターとの連携の推進役を担う認知症サポート医の養成と、その活動を支援するためのフォローアップ研修を実施します。

- 地域の高齢者と接する機会の多い歯科医師や薬剤師が、口腔機能の管理や服薬指導等を通じて、認知症の疑いのある人に早期に気づき、かかりつけ医等と連携して適切な対応を行っていくために、認知症対応力の向上を目的とした研修を行います。
- 認知症初期集中支援チームの設置後においても、チームが効果的に機能するよう、研修会の開催等により市町村のチームの体制整備を支援します。

県内どこでも専門的な相談等が受けられるよう、県内の圏域ごとに専門的な医療機関を認知症疾患医療センターとして指定し、かかりつけ医や認知症サポート医、地域包括支援センター等と効果的に連携するなど、センター機能の強化を図ります。

市町村が策定する介護保険事業計画に基づく地域密着型サービス拠点整備に対して支援するとともに、地域包括ケア推進協議会認知症対策部会や市町村認知症連絡会、圏域ごとの認知症地域連絡会の開催等を通して、市町村における多職種連携体制づくりを支援します。

#### 【急変時の対応】

在宅医療・介護従事者等による会議等や多職種の研修会に加え、医師会が平成30年に開設を予定している在宅医療総合支援センターにおける医師や多職種の連携促進を通じ、24時間対応が困難な在宅医療に係る機関と在宅療養支援病院・診療所や24時間対応可能な訪問看護事業所などとの連携を促進します。

また、在宅医療に係る機関で対応できない急変時に、入院医療機関への円滑な搬送や受入が行われるよう**努めます**。

#### 【看取り】

住み慣れた地域で受けられる医療及び介護や看取りに関する適切な情報提供を行うとともに、在宅医療・介護従事者等に対し、在宅緩和ケアに係る研修等を実施し、在宅緩和ケア、ターミナルケアの専門知識や技術・経験を有する在宅医療・介護従事者等の育成を図ります。また、訪問診療等を実施する診療所・病院の約2割が看取りに対応し

ない状況もあるため、在宅看取りの経験を得るための同行訪問等の取組を支援します。

#### **【在宅歯科診療】**

在宅歯科医療機器の整備や歯科医師会が運営する在宅歯科医療連携室に支援し、口腔と全身疾患との関連が明らかになってきていることから、在宅歯科の医科、介護等との連携の強化を図っていきます。

#### **【在宅薬剤管理指導】**

在宅療養における薬剤管理の取組を促進するため、多職種連携の強化等の地域における取組を支援します。

#### **【訪問看護の推進】**

訪問看護の更なる充実を図るため、訪問看護の実態調査や現状の課題・対策の検討を行う訪問看護推進協議会を開催するとともに、訪問看護ステーションと入院医療機関に勤務する看護師の相互交流による研修を実施します。

訪問看護支援センターにより、医療機関や訪問看護ステーション間との連携・調整やネットワーク化、新人訪問看護師等の人材育成を図ることにより、県内の訪問看護ステーション等を総合的に支援し、訪問看護体制の充実を図ります。

### **看護師の特定行為研修体制の整備**

#### **【特定行為研修機関の確保】**

特定行為研修を修了した看護師を確保していくため、多くの看護師が特定行為研修を受講できるよう、看護師にとって身近な場所で受講できる研修体制の整備を推進します。

### **在宅医療と介護の連携推進**

#### **【多職種人材の育成・確保】**

在宅医療においては、医師、歯科医師、保健師、看護師、薬剤師、ケアマネジャー、介護サービス従事者などの在宅医療・介護従事者等が専門的な知識を活かし、互いに協働して、患者・家族をサポートすることが必要であるため、医療・介護サービスに必要な知識・技術の向上や協力体制の構築に向けた多職種による研修会を開催する市町村を支援します。

医療職と介護職の間の調整役となる人材(トータルサポートマネジャー)を育成するた

め、訪問看護ステーション等の看護職員への研修を実施し、**退院支援、在宅療養者への支援、看取り等の在宅療養におけるチーム医療の推進を図ります。**

#### **【連携協議の推進】**

地域における医療機関相互及び医療と介護の関係機関の連携を図るため、市町村が実施する現状把握や課題の整理に必要となるデータの提供等の支援を行います。

限られた医療・介護資源を補完し、効果的で適切な医療・介護サービスが提供されるためには、地域の在宅医療・介護従事者の顔の見える関係を構築することが必要なことから、地域の在宅医療・介護従事者や市町村等の関係者による会議等の設置を支援します。

地域支援事業の在宅医療・介護連携推進事業を担う市町村に対し、広域的な対応が必要となる取組、医療に係る専門的・技術的な対応が必要となる取組を地区医師会等の関係団体と連携しながら支援します。

#### **【連携拠点への支援】**

医師会が平成 30 年に開設を予定している在宅医療総合支援センターにおいては、医療・介護の交流促進、医療職・介護職への多様な研修、市町村からの相談対応、県民への普及啓発といった取組が行われ、連携拠点の役割を担うものであり、在宅医療総合支援センターが市町村等と連携して行う取組を支援します。

#### **地域包括ケア体制の支援**

地域包括ケアシステムの構築を図るため、在宅医療の推進に向けた取り組みを支援するとともに、介護分野との連携体制の構築に向けた取り組みを推進します。

数値目標
------

目標項目等	現状						平成32年度目標				
	全県	中北	峡東	峡南	富士 ・ 東部	時点	全県	中北	峡東	峡南	富士 ・ 東部
訪問診療を実施する診療所・病院数	140	77	28	9	26	H27	154	86	30	10	28
退院支援を実施している病院・診療所数	20	12	3	2	3	H27	23	13	4	2	4
在宅療養後方支援病院数、在宅療養支援病院数	7	3	2	2	0	H28	9	4	2	2	1
在宅看取りを実施している病院・診療所数	50	27	11	3	9	H27	56	30	12	4	10
24時間体制を取っている訪問看護ステーション数	40	22	7	6	5	H27	45	25	7	7	6
在宅療養支援歯科診療所数	45	26	9	2	8	H28	51	29	10	3	9
訪問薬剤管理指導を実施している事業所数	83	52	17	3	11	H27	92	58	18	4	12
看護師の特定行為指定研修機関の県内設置数	なし					H29	1箇所以上				