

第5章 疾病・事業ごとの保健医療の連携体制

第1節 がん

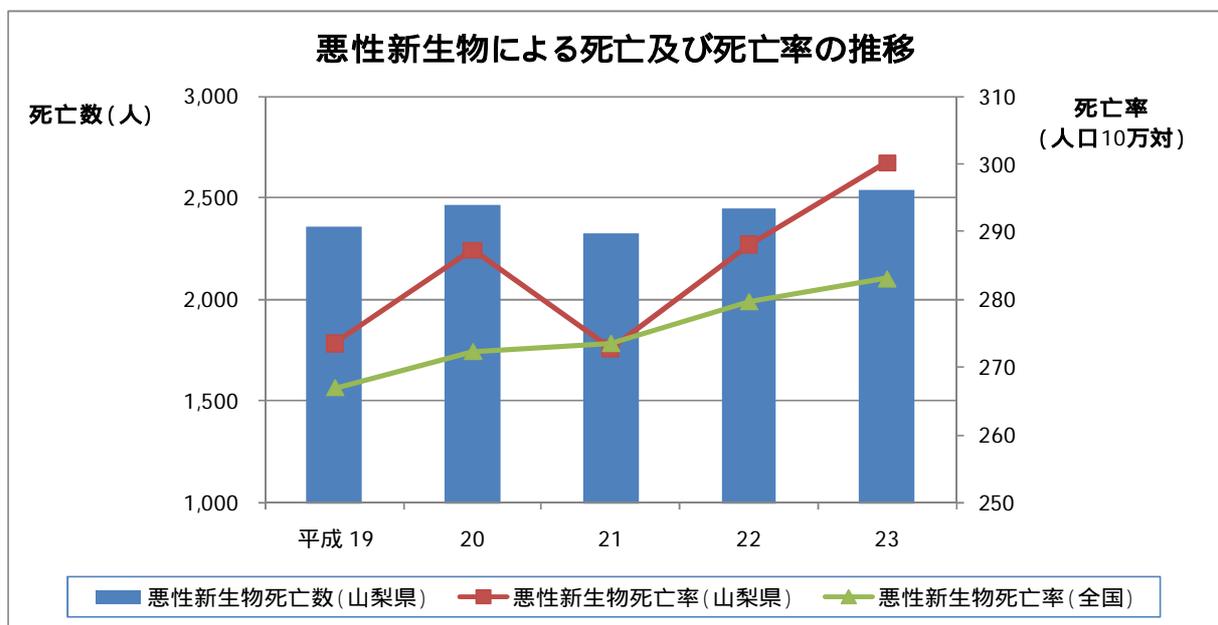
現状と課題

データ分析

【がんの死亡数、死亡率】

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23年の全国の死亡数は35万7千人に上っています。

本県においても、昭和58年より死因の第1位であり、平成23年の死亡数は2,540人（人口10万対300.2）で、全死因に占める割合は27.1%となっています。



(単位：人、人口10万対)

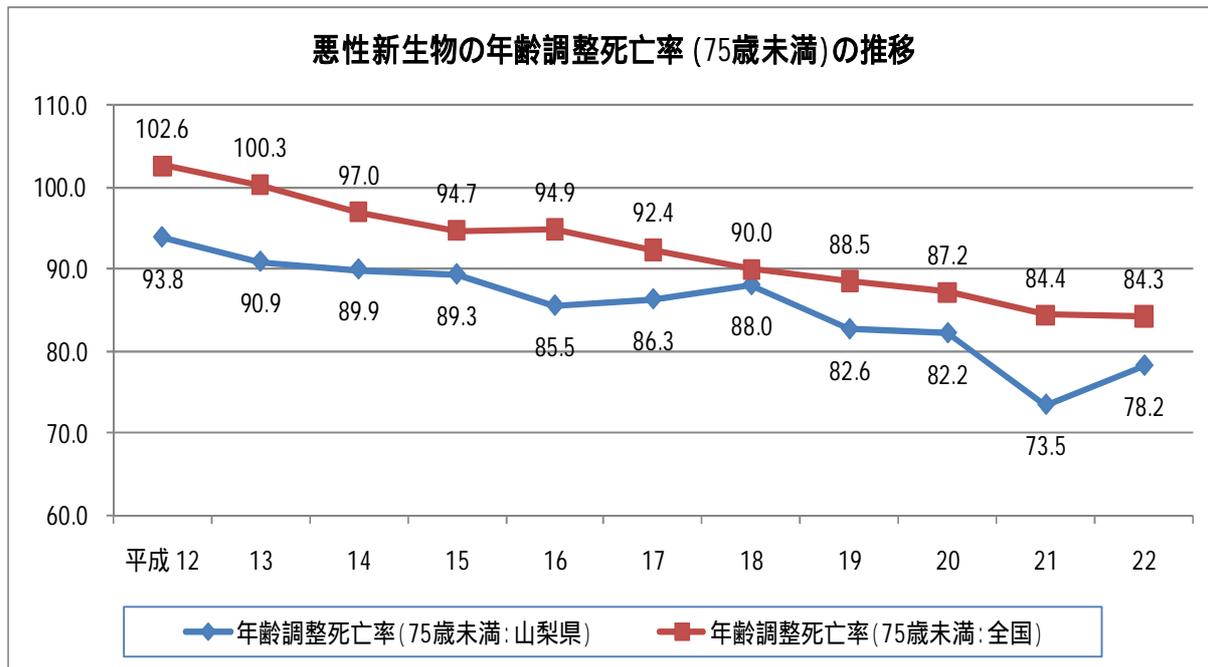
	平成19	20	21	22	23
悪性新生物死亡数(山梨県)	2,360	2,462	2,327	2,450	2,540
悪性新生物死亡率(山梨県)	273.5	287.3	272.8	288.1	300.2
悪性新生物死亡率(全国)	266.9	272.3	273.5	279.7	283.1

資料：人口動態調査(厚生労働省)

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。

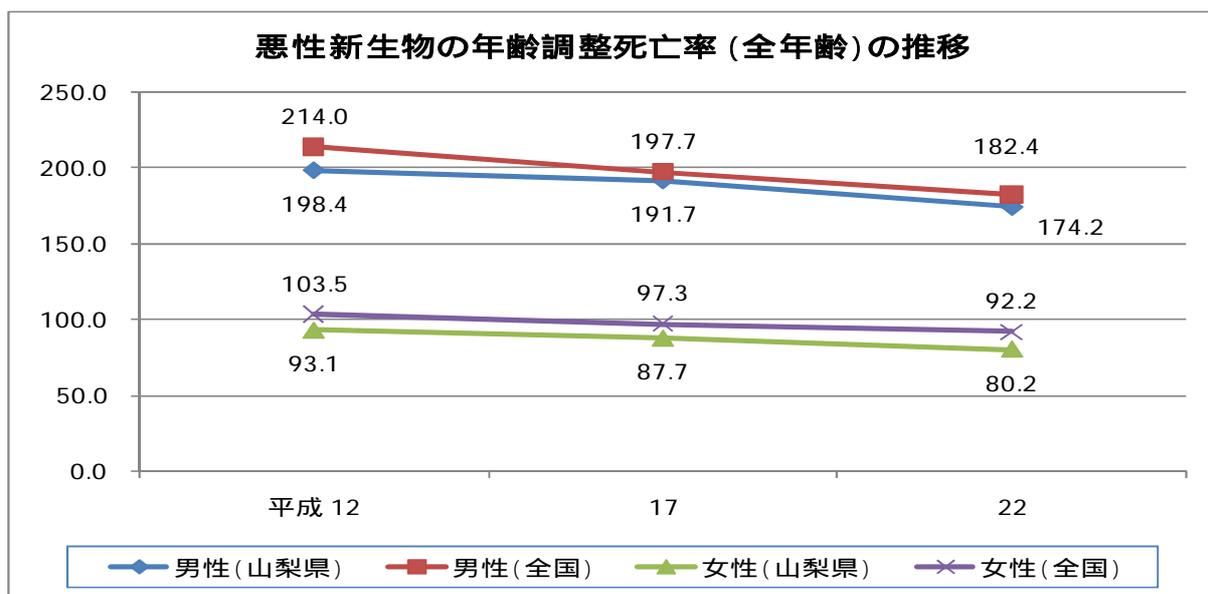
まず、国立がん研究センターによる75歳未満の年齢調整死亡率で比較してみる

と、本県の平成 22 年の 75 歳未満年齢調整死亡率は 78.2 と全国平均の 84.3 を下回っており、この 10 年間では概ね低下傾向にあります。



資料：がんの統計（国立がん研究センター）

また、厚生労働省による全年齢の年齢調整死亡率で比較してみると、本県の平成 22 年の年齢調整死亡率は、男性が 174.2(全国 182.4)、女性が 80.2(全国 92.2)と、男女ともに全国平均を下回っており、75 歳未満と同様、男女ともに低下傾向にあります。



資料：人口動態特殊報告（厚生労働省）

[用語解説]

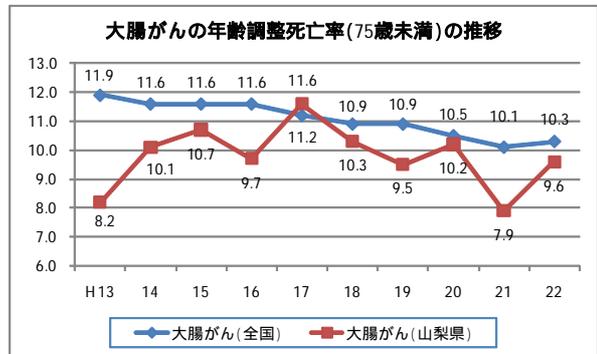
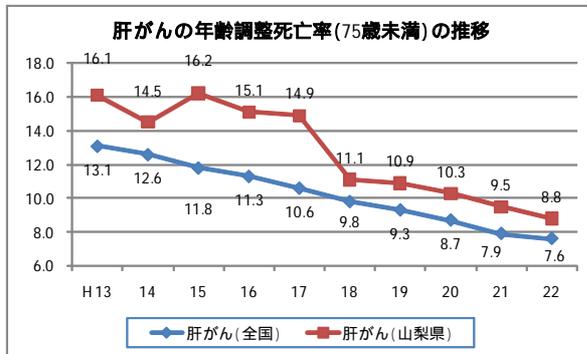
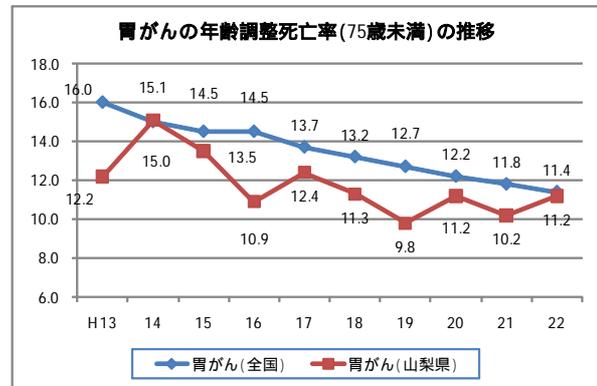
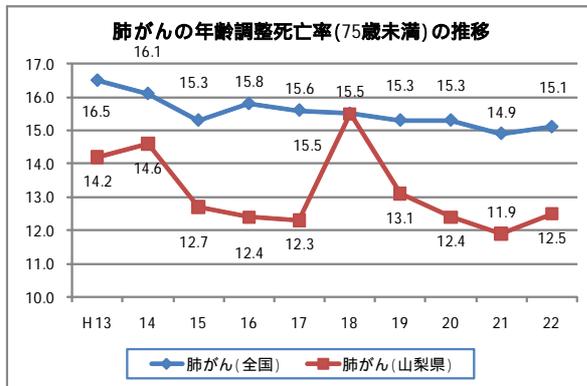
() 年齢調整死亡率

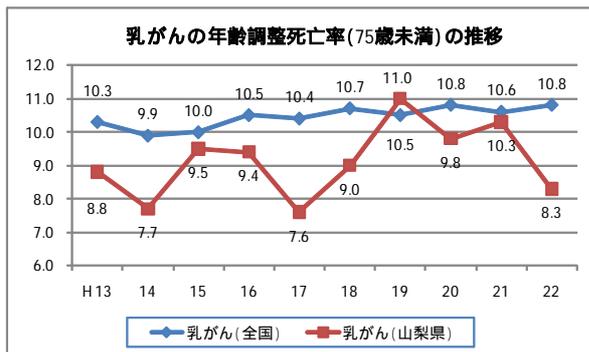
年齢構成の異なる地域間で死亡状況の比較ができるように年齢構成を調整した死亡率のこと。基準となる集団を設定（現在は「昭和60年モデル人口」）して、75歳未満の死亡率は「がんの統計（国立がん研究センター）」により毎年、全年齢は「人口動態特殊報告（厚生労働省）」により5年ごとに算出され、単位はともに人口10万対。

また、75歳未満の年齢調整死亡率を用いることにより、高齢化の影響を極力取り除くことができ、壮年期におけるがんによる死亡率を高い精度で評価することが可能となる。

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。5大がんのうち、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いという現状がありますが、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)

【医療従事者、医療設備等】

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。

総合的かつ計画的ながん対策

国は「がん対策基本法(平成19年)」を受け、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画(平成20年)」を策定し、総合的ながん対策を推進することとなりましたので、これを受けて本県では平成20年に「山梨県がん対策推進計画」を策定し、総合的かつ計画的ながん対策を推進しています。

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」を制定し、がん対策の一層の充実を図っています。

予防の推進

がんの原因には、喫煙(受動喫煙を含む。)食生活等の生活習慣や肝炎ウイルス等への感染など様々なものがあり、がんの予防には、これら生活習慣の改善やがんと関連するウイルスの感染予防、早期治療等が重要であり、更なる普及啓発の取り組みが求められています。

早期発見のための受診率の向上、検診機能の強化

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受診率を上回ってはいますが、いずれも低いことから、受診率の向上が課題となっています。

がん検診の受診率(平成22年)

(単位:%)

	肺がん	胃がん	大腸がん	乳がん	子宮がん
山梨県	29.5	34.3	27.3	32.6	25.9
全国	23.0	30.1	24.8	24.3	24.3

資料: 国民生活基礎調査(厚生労働省)

子宮がんは20歳以上、その他は40歳以上の者が対象

本県における検診機能の強化を図るため、平成22年度には都留市立病院のデジタルマンモグラフィ等の整備に対し、平成24年度には市町村の肝がん検診を受託している検診機関に対する肝臓硬度測定装置の整備に対し支援しています。

がん診療機能の向上

がん検診によりがんの可能性が疑われた場合や病状を発した場合、精密検査により、がんの種類やがんの進行度が明らかにされ、確定診断が行われます。

その後のがん治療には、手術及び放射線療法並びに化学療法があり、がんの種類や病態に応じて、これら各種療法を単独で実施する治療、あるいは効果的に組み合わせる集学的治療を行っており、放射線療法、化学療法、手術療法それぞれを専門的に行う医療従事者の養成が必要です。

また、各職種専門性を活かし、医療従事者間の連携を重視した多職種でのチーム医療による質の高いがん治療の提供が必要です。

身体的苦痛、精神心理的な苦痛及び社会的な苦痛など患者のみならず、その家族が抱える様々な苦痛に対して、がんが診断された時から迅速かつ適切な緩和ケアを提供し、緩和ケアに対する正しい理解や周知を推進する必要があります。

なお、がん医療における緩和ケアとは、がんが進行した時期だけでなく、がんの診断や治療と並行して、痛みや吐き気、食欲不振、だるさ、気分の落ち込み、孤独感、自分らしさを保つことや、生活スタイルの確保など、それぞれの患者の生活が保たれるよう、医学的な側面のほか、幅広く対応していくものです。

がん診療連携拠点病院への支援

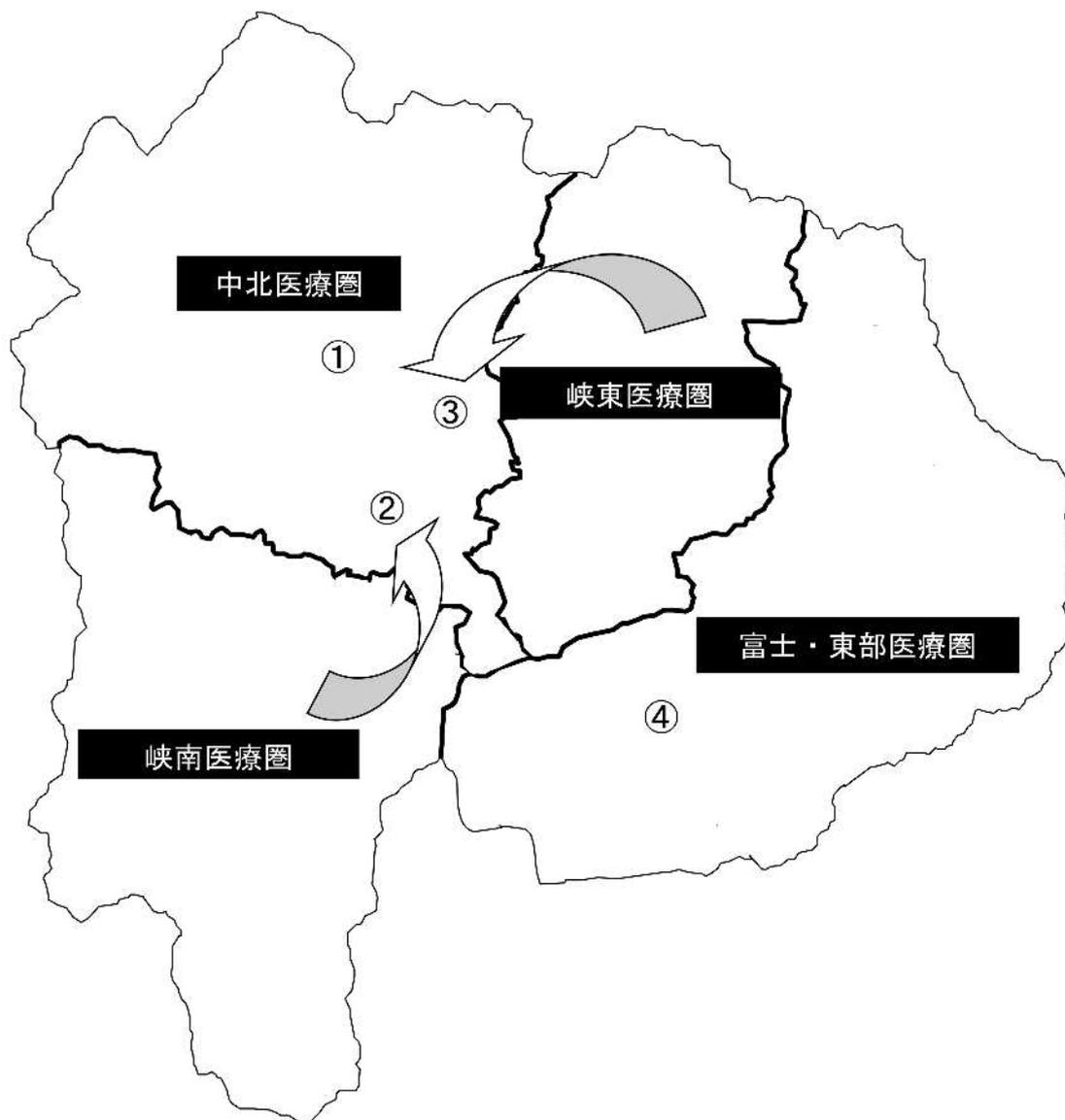
本県では、平成24年4月現在で4病院ががん診療連携拠点病院として国の指定を受けており、専門的な医療を行うとともに、医療従事者への研修、院内がん登録の実施、がん患者等に対する情報提供や相談支援等を行っています。

なお、平成21年度から24年度にかけて、がん診療連携拠点病院の機能強化を図ることを目的として、外来化学療法に対応する、県立中央病院における「通院加療

がんセンター」の整備、県内の放射線治療の更なる充実・強化を図る、山梨大学医学部附属病院における放射線治療機器（リニアック）の増設及び富士吉田市立病院における放射線治療機器（リニアック）、放射線シミュレータ等の整備に対し支援しています。

がん診療連携拠点病院

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、峡東医療圏をカバー） 富士吉田市立病院（富士・東部医療圏）



がん研究

新たな治療法の開発や予防医学への活用など質の高いがん医療を提供するためには、患者の遺伝子情報を解析する必要があります。

そのため、県立中央病院において平成 25 年度からがん研究を開始する予定ですので、平成 24 年度に同病院のゲノム解析センターの整備に対し支援しています。

圏域の設定

本県のがん医療については、がん診療連携拠点病院を中心としており、中北医療圏は県立中央病院、山梨大学医学部附属病院、市立甲府病院が、峡南医療圏は山梨大学医学部附属病院が、峡東医療圏は市立甲府病院が、富士・東部医療圏は富士吉田市立病院がカバーする医療体制を図り、県内全域を 4 区域として圏域を設定することとし、各医療圏において地域連携クリティカルパス()を活用するなど地域でがん医療が完結できるよう、医療連携に取り組んでいきます。

ただし、がん医療に関する医療従事者、医療設備等は中北医療圏に集中している状況にあり、高度な医療を必要とする場合など、適切ながん医療を提供するため、全県における連携を進めていきます。

施策の展開

総合的かつ計画的ながん対策

がん対策推進基本計画の策定から 5 年が経過したことから、国は計画の見直しを図り、平成 24 年度から 5 か年間を対象とした新たな「がん対策推進基本計画」を策定しました。

本県でもこれを受けて、平成 24 年度に新たな「山梨県がん対策推進計画」を策定し、「山梨県がん対策推進条例」と併せて、引き続き、がん対策の一層の充実に取り組んでいきます。

予防の推進

生活習慣の改善については、関係機関・関係団体の協力の下、学校現場や地域における健康教育を充実させていきます。

特に、子どもの頃から望ましい生活習慣やがんに関する正しい知識を身につけられるよう、学校現場と連携を図りながら、がんの教育を推進していきます。

発がんリスクの低減を目指して、喫煙が健康に及ぼす影響についての周知に努めるとともに、禁煙支援プログラムの更なる普及を図り、喫煙をやめたい人に対する禁煙支援等を促進するため、禁煙支援研修会の開催や未成年者の防煙教育などを実施していきます。

早期発見のための受診率の向上、検診機能の強化

受診率の向上を図るため、市町村、検診機関、企業、民間団体やがん体験者等と連携して、がん検診の必要性や重要性についての普及を図りつつ、総合的な対策を推進していきます。

特に、精密検査の未受診者に対する受診勧奨や検診を受けやすい環境の整備など、未受診者の減少に重点を置いた取り組みを進めていきます。

市町村が実施するがん検診の実施方法、精度管理などの事業評価を行ない、その結果を市町村や検診機関に還元することで、検診の質の向上・均一化に努めていきます。

がん診療機能の向上

【がん診療拠点病院の機能強化】

医師、看護師、薬剤師等の医療従事者を対象として、がん診療連携拠点病院が実施する研修等に対し支援していきます。

がん診療連携拠点病院において、手術療法、放射線療法、化学療法を行う際の各種医療チームを設置するなど、各職種の専門性を活かした医療従事者間の連携を重視した多職種によるチーム医療を促進していきます。

放射線治療機器の整備による診療体制の充実・強化を図り、がん患者の放射線治療を促進していきます。

化学療法の診療体制を充実・強化し、がん患者が社会生活を営みながら負担軽減を図ることができるよう、県立中央病院の「通院加療がんセンター」において、より多くの通院治療を促進していきます。

【緩和ケアの充実】

がん診療に関わる全ての医療従事者等に対して、緩和ケアに関する研修や普及啓発を実施していきます。

【医療連携の推進】

がん診療連携拠点病院と地域の医療機関等との医療連携体制を構築し、質の高い医療を効率的に切れ目なく提供していきます。

がんに関する検査、診断、治療（手術療法、放射線療法、化学療法）緩和ケア及び相談支援体制等、各医療機関に求められる医療機能を明確にした上で、それぞれの機能を担うことができる医療施設名について、県民にわかりやすい形で示していきます。

主要ながんについて地域連携クリティカルパスを活用した医療連携体制を支援していきます。

化学療法や放射線療法のがん治療に伴い、口腔合併症などが発生することから、がん患者に対し口腔ケアや歯科治療を促進するため、がん医療と歯科医療との連携を支援します。

[用語解説]

() 地域連携クリティカルパス（地域連携クリニカルパス）

地域連携クリティカルパスとは、急性期病院から回復期病院を経て早期に自宅に帰れるような診療計画（クリティカルパス）を作成し、治療を受ける医療機関で共有して用いるもの。

地域連携クリティカルパスの特徴

- ・診療を行う複数の医療機関が、診療内容をあらかじめ患者に説明するため、安心して治療を受けることができる。
- ・回復期の医療機関は、転院してくる患者の状態があらかじめ把握できるため、不必要な検査等を行わず、転院直後から効果的な治療を行うことができる。

地域連携クリティカルパスの診療報酬上の取扱い

- ・平成 24 年 4 月現在、診療報酬の対象疾患は大腿骨頸部骨折、脳卒中である。

相談支援、情報提供の促進

【がん相談支援体制の確保】

がん診療連携拠点病院において、がん患者・家族に対して実施する相談支援や普及啓発活動等に対して支援を行っていきます。

また、がん患者・経験者との協働を進め、ピア・サポート（ ）を推進するための研修を実施するとともに、地域において、がん患者・家族に対する医療面や心理面の相談が医師、保健師、ピア・サポーターにより、ワンストップで受けられる「がん患者サポートセンター」を設置・運営していきます。

【用語解説】

()ピア・サポート

「ピア」とは、同じ立場、仲間という意味であり、「ピア・サポート」とは、同じ課題や環境を経験する人が対等な人間関係の中で支え合うことであり、「ピア・サポーター」はピア・サポートを行う者のこと。

がんの経験者が、同じ経験を持つ者の立場で、がん患者の悩みに寄り添い、理解し、心の支えとなり、その人が安心して生活を取り戻すために手伝うことが求められている。

【がん情報提供の推進】

各医療機関が実施しているがんの診断、治療、緩和ケア等に関する情報について、県民にわかりやすく示し、がん患者や家族の不安等の解消に努めていきます。

がん登録の推進とがん研究

【院内・地域がん登録の普及・促進】

<院内がん登録>

がん医療の均てん化と治療水準を向上させるため、がん診療連携拠点病院を中心として、県内の医療機関におけるがん患者の病状や治療内容などに関するデータを把握するための院内がん登録について、普及・促進を図ります。

<地域がん登録>

県内全域における部位別のがん罹患率など、がんの現状を正確に把握し、本県のがん対策を推進するために、地域がん登録を推進するとともに精度の向上を一層図っていきます。

がん登録によって得られた死亡率や罹患率等を比べることによって、がん予防の効果とがん医療の効果のそれぞれの寄与度等を量るなど、がんに係る様々な情報の分析を行い、がん対策に反映させていきます。

【がん研究】

将来的ながん治療に活用されることを目指し、平成 25 年度から開設される県立中央病院の「通院加療がんセンター」の研究部門である「ゲノム解析センター」における遺伝子研究に対して支援していきます。

数値目標

目標項目等	現状	平成29年度目標
悪性新生物（がん）の年齢調整死亡率（75歳未満（人口10万対））	78.2（H22）	69.0
がん検診（胃がん）の受診率	37.4%（H22）	50%（当面は40%）
がん検診（子宮がん）の受診率	31.3%（H22）	50%
がん検診（肺がん）の受診率	31.9%（H22）	50%（当面は40%）
がん検診（乳がん）の受診率	40.9%（H22）	50%
がん検診（大腸がん）の受診率	29.0%（H22）	50%（当面は40%）

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、子宮がんは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。

第2節 脳卒中

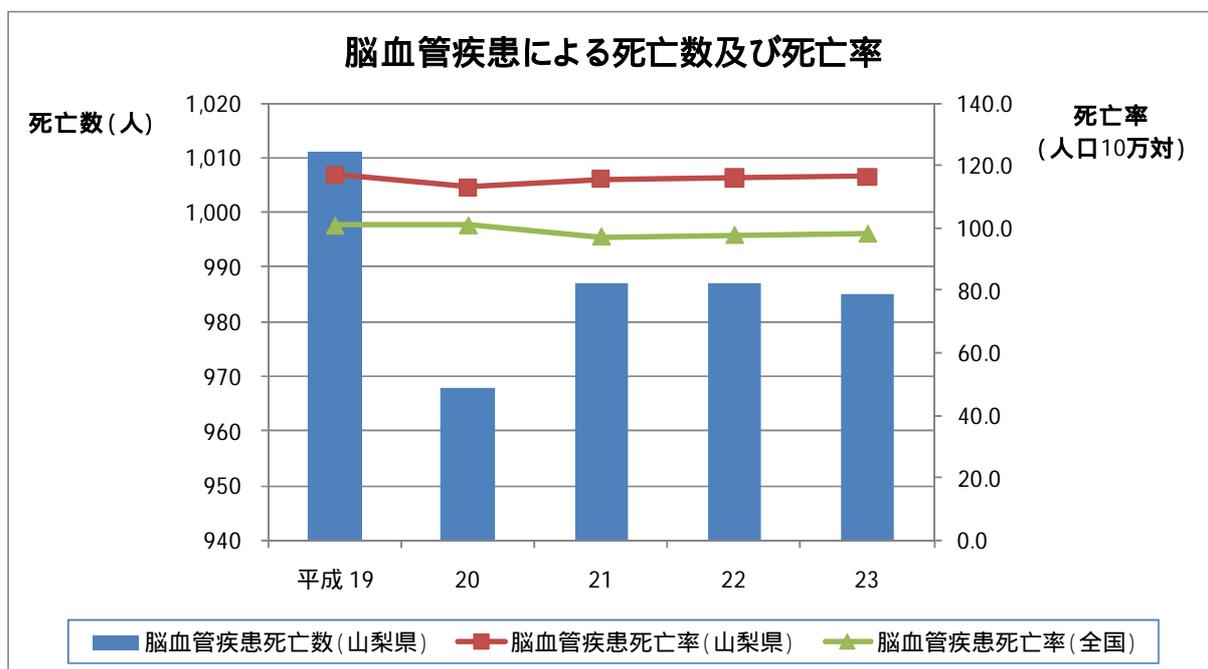
現状と課題

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10%、約31万人が脳卒中（脳血管疾患）の患者で占められています（平成23年）。

また、平成23年には全国で約12万3千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、985人となっています（本県の死亡原因第3位）。



(単位: 人、人口10万対)

	平成19	20	21	22	23
脳血管疾患死亡数(山梨県)	1,011	968	987	987	985
脳血管疾患死亡率(山梨県)	117.1	113.0	115.7	116.0	116.4
脳血管疾患死亡率(全国)	100.8	100.9	97.2	97.7	98.1

資料: 人口動態調査(厚生労働省)

[用語解説]

() 脳卒中(脳血管疾患)

脳卒中は、脳血管の閉塞や破綻によって脳機能に障害が起きる疾患であり、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血に大別される。

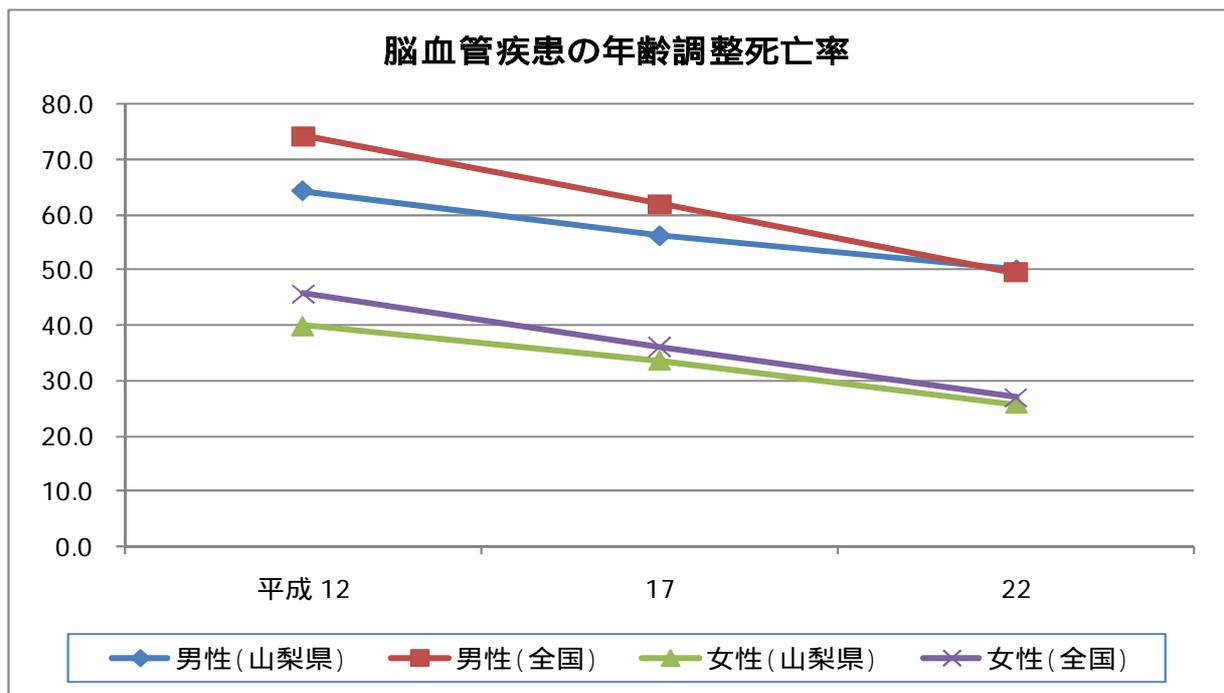
脳梗塞は、血管の内腔が狭くなりそこに血栓ができて脳血管が閉塞するもの、脳の細い血管が主に高血圧を基盤とする変化により閉塞するもの、心臓等に生じた血栓が脳血管まで流れ血管を閉塞するもの、以上3種類に分けられる。

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、本県の平成22年の脳血管疾患の年齢調整死亡率は、男性が50.0（全国49.5）、女性が25.7（全国26.9）と、男性が全国平均より若干高くなっています。

また、本県は全国平均より低い値で推移しています（平成22年の男性を除く。）が、全国平均との差は小さくなっています。



(単位: 人口10万対)

	平成 12		17		22	
	山梨県	全国	山梨県	全国	山梨県	全国
年齢調整死亡率(男性)	64.2	74.2	56.1	61.9	50.0	49.5
年齢調整死亡率(女性)	39.9	45.7	33.6	36.1	25.7	26.9

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

脳血管疾患の基礎疾患及び危険因子は、高血圧や糖尿病、高脂血症、喫煙、不整脈等であり、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重要です。

救 護

脳血管疾患は、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、救命率の向上と後遺症の軽減に向けて、今後、更なる救急搬送体制の充実・強化が必要です。

急性期

発症後、できる限り早期の診断（画像診断、血液検査等）及び個々の原因と病態に応じた専門的な治療を開始すること、ベッドサイドリハビリなどの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。

特に脳梗塞では発症後 4.5 時間以内に「t - PA（組織プラスミノゲン活性化因子）」という薬を静脈に点滴して血栓を溶かす治療法が有効とされていることから、t - PA の実施数を増やすことが求められています。

なお、発症後 4.5 時間以内であっても、治療開始が早いほど良好な転帰が期待されますので、適切な医療機関へ迅速に搬送される体制の確保が求められます。

回復期

専門医療スタッフによる機能を回復させるための集中的なリハビリテーションを実施すること、再発予防の治療や基礎疾患、危険因子の管理を実施することが求められています。

維持期

生活機能の維持（向上）のためのリハビリテーションを実施すること、自立生活又は居宅療養を支援すること等が求められています。

医療連携

地域連携クリティカルパスの活用等により、急性期、回復期については病院、診療所等による医療連携が進んでいますが、維持期については地域連携クリティカルパスが未実施であるなど連携体制が必ずしも構築されていない実態があります。

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

脳血管疾患を発症する危険性が高いといわれるメタボリックシンドロームについて、正しい知識の普及を図るとともに、保険者等と連携して健康診査(特定健診)や保健指導を通じ、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(平成23年3月)」に基づき、適切な医療機関へ迅速に搬送される体制を確保します。

特に、急性期の脳梗塞患者に対しては、医療機関への搬送後、少しでも早く(遅くとも1時間以内に)t-PA投与が望ましいことから、今後とも迅速にt-PA治療が実施できるよう、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が開始できる体制を確保します。

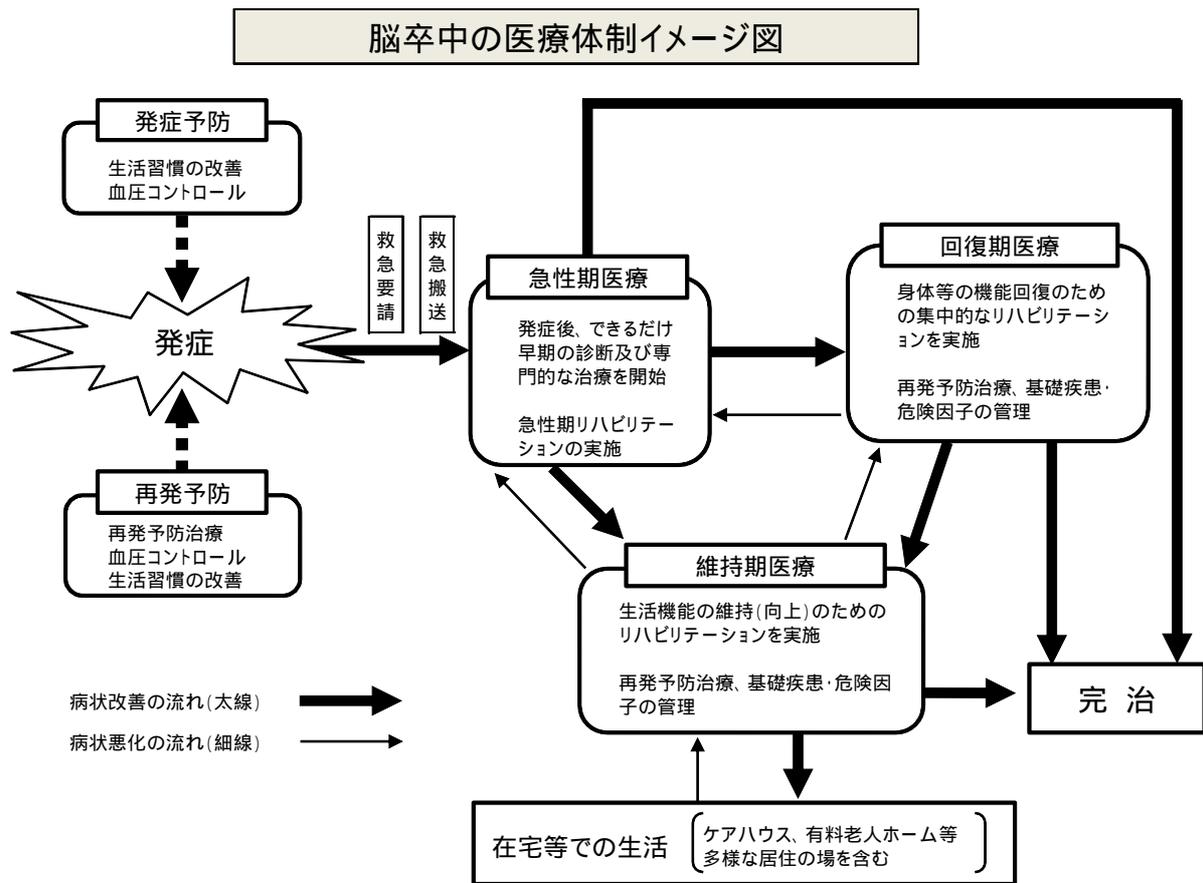
医療連携の推進

脳血管疾患に関する予防や救護、病期(急性期、回復期、維持期)ごとの治療やリハビリテーション等について、脳卒中の医療体制に求められる医療機能を明確にした上で、それぞれの機能を担う医療機関等の名称を県民にわかりやすく示します。

地域連携クリティカルパスの活用等により、急性期の治療から在宅まで切れ目なく医療が提供される連携体制の構築を目指します。

特に現状では確立されていない維持期における医療連携を促進するため、急性期並びに回復期の治療を担う医療機関と維持期の治療を担う開業医等の関係機関による協議の場を設け、脳卒中治療における切れ目のない連携に向けた体制づくりを行います。

< 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)	高血圧糖尿病高脂血症等の基礎疾患・危険因子の管理 本人等への教育啓発	発症後2時間以内に急性期病院へ搬送	<p>全身管理(呼吸管理 循環管理等)を実施している。</p> <p>急性期脳卒中の専門診断(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>脳卒中の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できる。</p> <p>-A 脳卒中に対し、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>-B 軽症例の脳梗塞(脳血栓症 脳梗塞症、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。-A項目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う。</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する。</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>については A、Bいずれかの事項を実施することが必要</p>	<p>脳卒中患者の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、高脂血症等の基礎疾患・危険因子の管理 抑うつ状態への対応している。</p> <p>脳卒中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、高脂血症等の基礎疾患・危険因子の管理抑うつ状態への対応している。</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>
医療連携施設			巻末の「機能別医療施設等」を参照		

数値目標

目標項目等		現状	平成29年度目標
脳血管疾患の年齢調整死亡率(人口10万対)	男性	50.0 (H22)	37.2
	女性	25.7 (H22)	17.4
脳梗塞患者に対するt-PA治療の実施件数		78件 (H23)	84件
地域連携クリティカルパスの使用患者数		439人 (H23)	475人

第3節 急性心筋梗塞

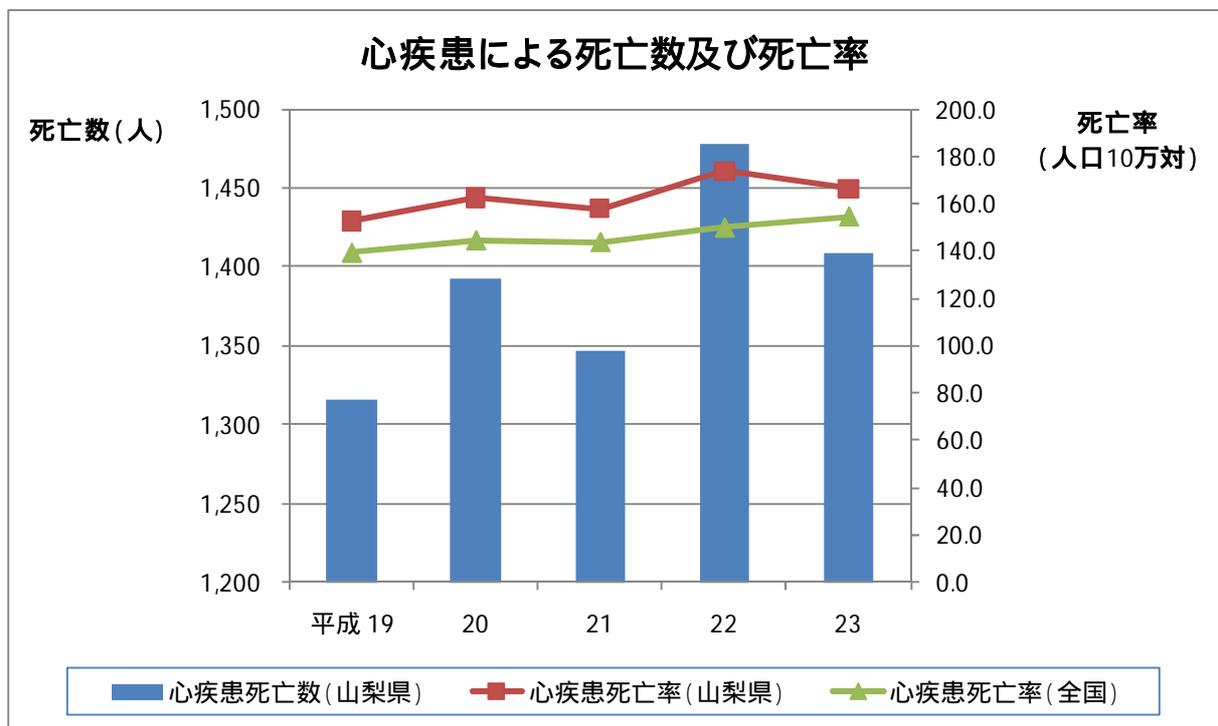
現状と課題

データ分析

【心疾患による死亡数等】

わが国において、1年間に救急車により搬送される急病者の約9.1%、約28.1万人が急性心筋梗塞（ ）を含む心疾患の患者で占められています（平成23年）。

また、平成23年には全国で約19万人が心疾患を原因として死亡しており、このうち本県の死亡数は、1,408人となっています（本県の死亡原因第2位）。



(単位：人、人口10万対)

	平成 19	20	21	22	23
心疾患死亡数(山梨県)	1,316	1,392	1,347	1,478	1,408
心疾患死亡率(山梨県)	152.5	162.4	157.9	173.8	166.4
心疾患死亡率(全国)	139.2	144.4	143.7	149.8	154.4

資料：人口動態調査(厚生労働省)

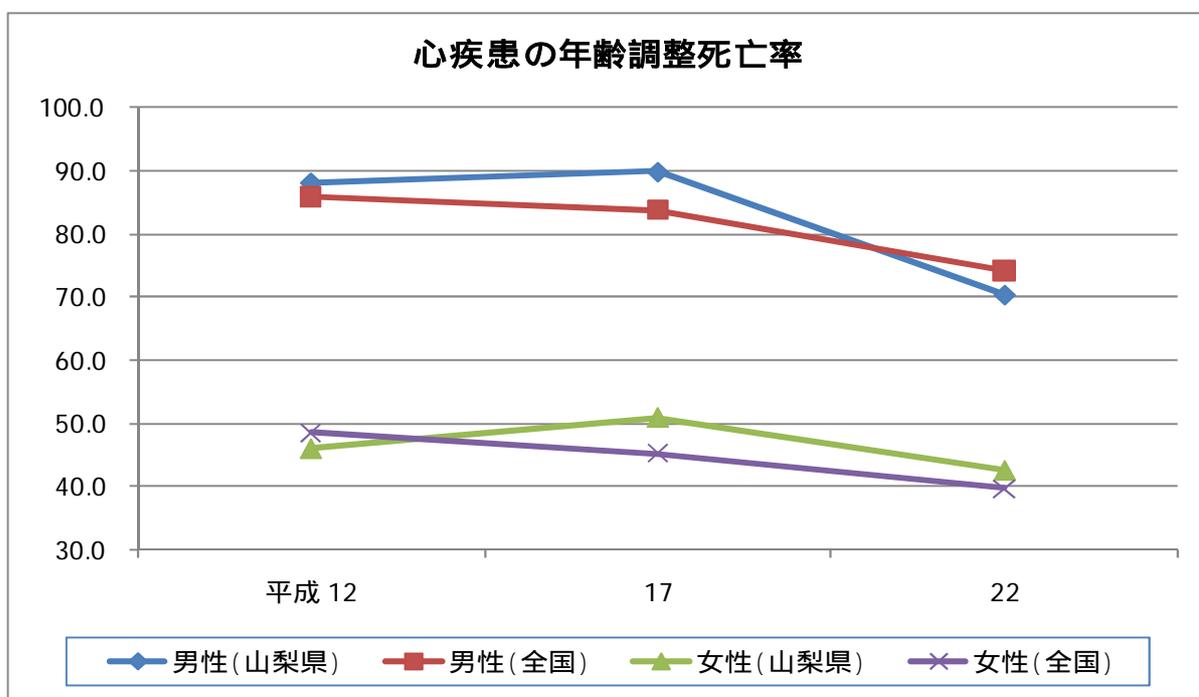
〔用語解説〕

() 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。

【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、本県の平成 22 年の「心疾患」の年齢調整死亡率は、男女とも前々回(平成 12 年)から前回(平成 17 年)は増加しましたが、前回から今回(平成 22 年)は大きく低下し、男性が 70.4(全国 74.2)、女性が 42.6(全国 39.7)となっており、男性は全国平均を下回りました。



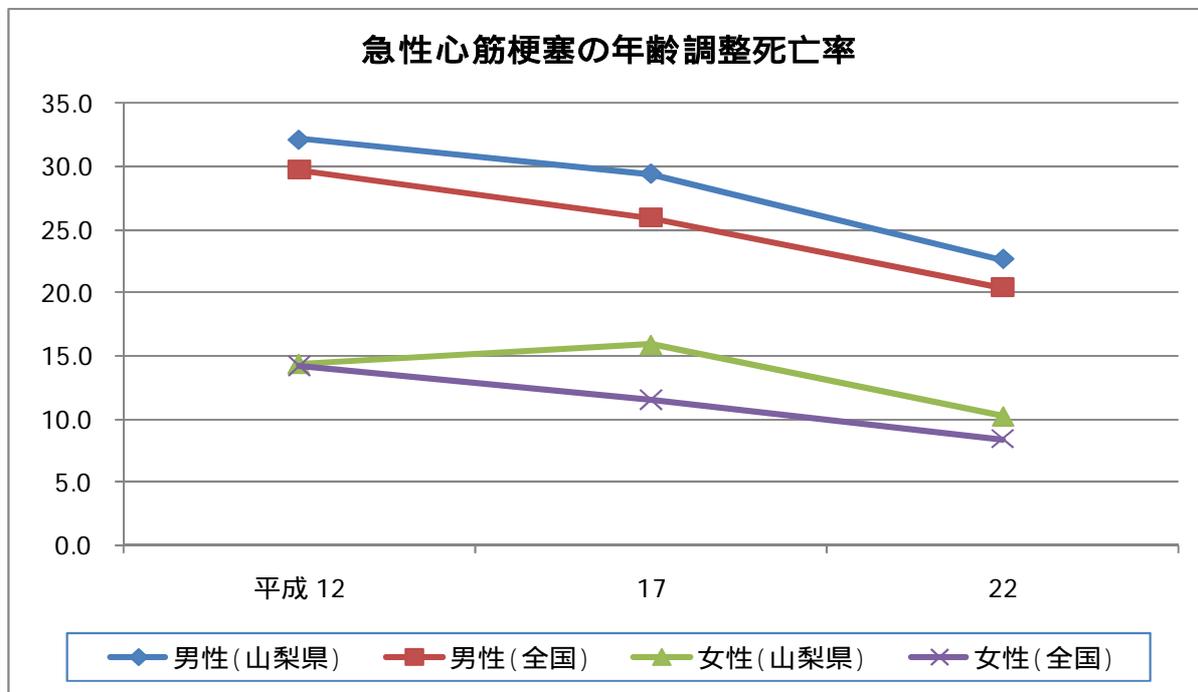
(単位: 人口10万対)

	平成 12		17		22	
	山梨県	全国	山梨県	全国	山梨県	全国
年齢調整死亡率(男性)	88.1	85.8	89.8	83.7	70.4	74.2
年齢調整死亡率(女性)	46.0	48.5	50.9	45.3	42.6	39.7

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、本県の平成 22 年の「急性心筋梗塞」の年齢調整死亡率は、男性が 22.6(全国 20.4)、女性が 10.2(全国 8.4)と男女ともに前回から低下しましたが、ともに全国平均より高くなっています。



(単位:人口10万対)

	平成 12		17		22	
	山梨県	全国	山梨県	全国	山梨県	全国
年齢調整死亡率(男性)	32.1	29.7	29.4	25.9	22.6	20.4
年齢調整死亡率(女性)	14.4	14.2	15.9	11.5	10.2	8.4

資料:人口動態特殊報告(厚生労働省)

【急性心筋梗塞による入院患者数】

急性心筋梗塞による本県の全病院における入院患者数(延数)は次のとおりとなっています。

(単位:人)

平成 21	22	23
495	449	495

資料:県医務課調べ

【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

急性心筋梗塞の基礎疾患・危険因子は、高血圧、高脂血症、喫煙、糖尿病、メタボリックシンドローム、ストレスなどであり、発症の予防には生活習慣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、喫煙の影響、継続的な運動習慣など健康増進に寄与する知識、高血圧症等の基礎疾患に関する知識などの普及を推進する必要があります。

救 護

急性心筋梗塞を疑うような病状が出現した場合、本人や家族等周囲にいる者は速やかに救急要請を行うことが求められます。

急性心筋梗塞発症直後に病院外で心肺停止状態となった場合、周囲にいる者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。

急性期・回復期

専門的治療を実施すること、再発予防や社会復帰等を目的とした心臓リハビリテーションを実施すること等が求められています。

慢性期・慢性心不全

再発予防の治療や基礎疾患、危険因子の管理等を実施すること、患者・その家族等への教育を行うこと等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

急性心筋梗塞を発症する危険性が高いといわれるメタボリックシンドロームについて、正しい知識の普及を図るとともに、保険者等と連携して健康診査（特定健診）や保健指導を通じ、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。

急性心筋梗塞の基礎疾患・危険因子である、高血圧、高脂血症、喫煙、糖尿病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。

AEDの普及啓発

AEDによる救命措置に関する知識・技術の普及啓発を行うため、消防機関等が実施する救命講習会の開催情報について県のホームページで周知します。

AEDの設置場所（設置者が公表することに同意したもののみ）については、設置者が一般財団法人日本救急医療財団に対し設置に関する情報の登録を行った後、同財団のホームページに掲載されますので、県のホームページを通じてその旨を周知するとともに、同財団の登録制度に未登録の設置者に対しては積極的に登録するよう制度の普及促進を図ります。

- ・ 一般財団法人日本救急医療財団のホームページ

<http://www.qqzaidan.jp/AED/aed.htm>

- ・ 山梨県のホームページ

<http://www.pref.yamanashi.jp/index.html>

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（平成23年3月）」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。

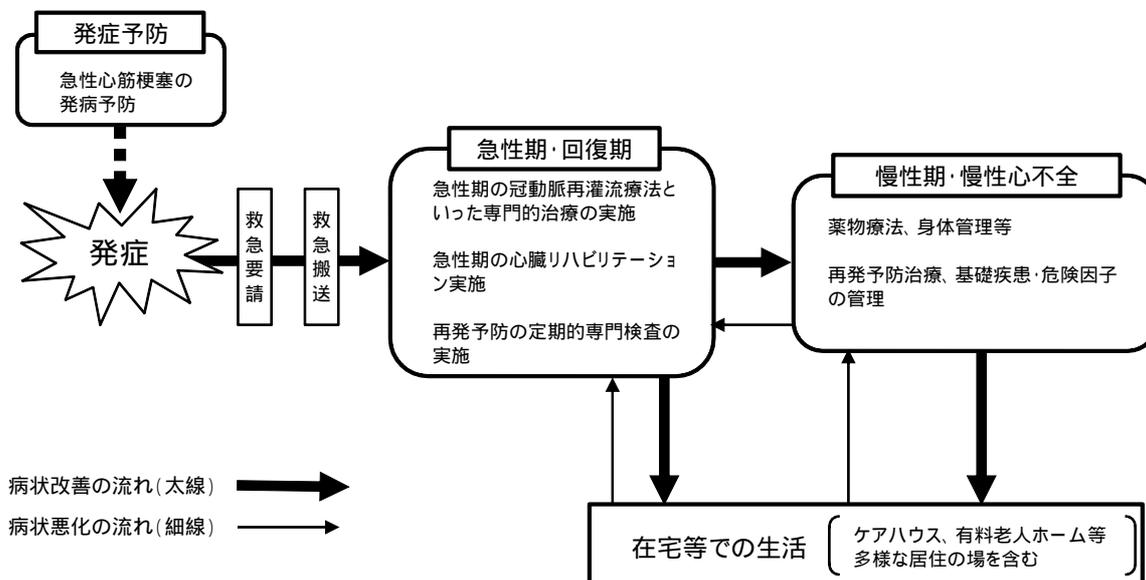
医療連携の推進

急性心筋梗塞に関する予防や救護、病期（急性期・回復期、慢性期・慢性心不全）ごとの治療やリハビリテーション等について、急性心筋梗塞の医療体制に求められる医療機能を明確にした上で、それぞれの機能を担う医療機関の名称を県民にわかりやすく示します。

地域連携クリティカルパスの活用等により、急性期の治療から在宅まで切れ目なく医療が提供される連携体制の構築を目指します。

< 推進体制 >

急性心筋梗塞の医療体制イメージ図



急性心筋梗塞の医療体制				
	予防	救護	急性期・回復期	慢性期・慢性心不全
機能	発症予防	救急搬送	患者搬入後、ただちに關係する診療ガイドラインに則して実施する救急医療	再発予防の治療、基礎疾患・危険因子の管理
求められる事項 (実施する診療・処置等)	高血圧、糖尿病、高脂血症等の基礎疾患、危険因子の管理 本人等への教育・啓発	救急蘇生法等の適切な処置	心電図検査、血液生化学検査、心臓超音波検査、X線検査、CT検査等必要な検査を実施している。 冠動脈閉塞に対する再灌流療法を実施している。 急性期の循環補助管理及び呼吸管理を実施している。	再発予防の治療や高血圧、糖尿病、高脂血症等の基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態へ対応している。 薬物療法を実施している。
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29年度目標
心疾患死亡率（人口10万対）		166.4（H23）	160.4
急性心筋梗塞の年齢調整死亡率（人口10万対）	男性	22.6（H22）	17.3
	女性	10.2（H22）	7.5
成人の喫煙率		21.2%（H21）	17.5%

第4節 糖尿病

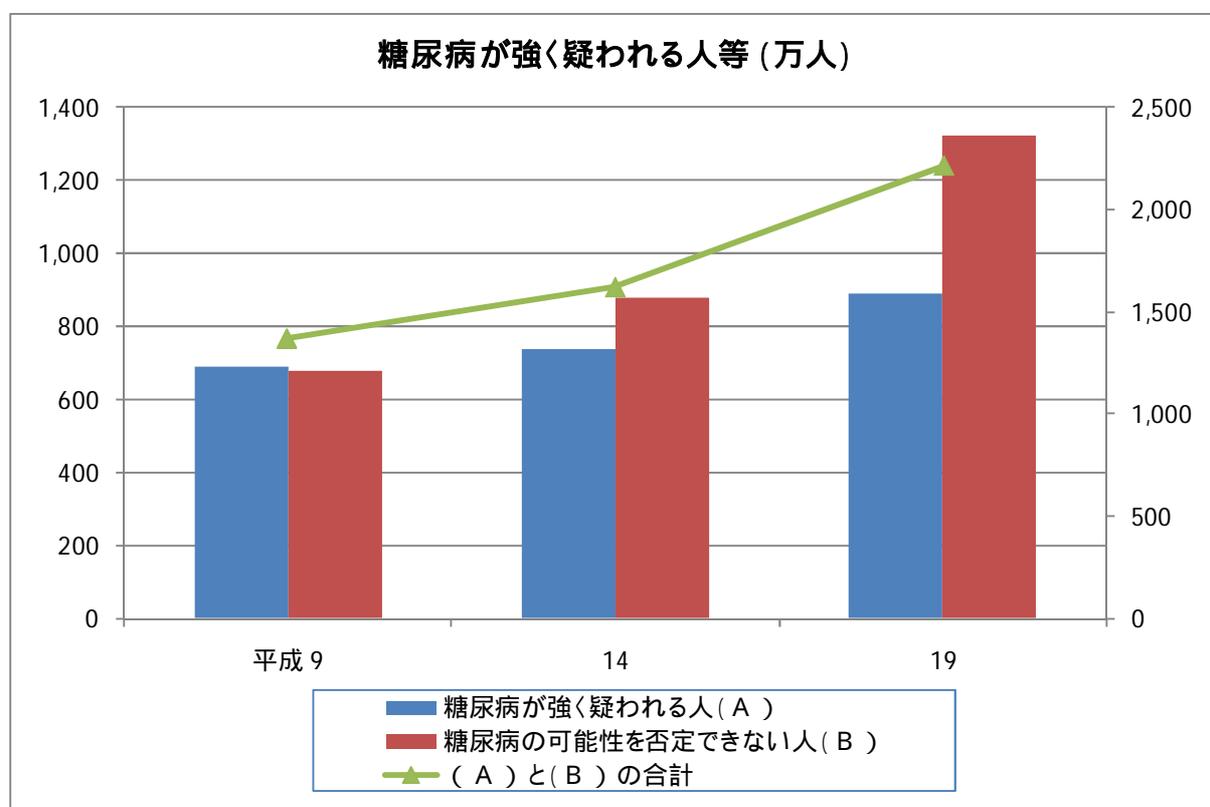
現状と課題

データ分析

【推計患者数】

糖尿病（ ）が強く疑われる人は、全国で約890万人にのぼり、過去5年間で約150万人増加しており、糖尿病の可能性が否定できない人は、約1,320万人であり、過去5年間で約440万人増加しています。

よって、両者を併せた、いわゆる糖尿病が疑われる人は全国で約2,210万人にのぼり、過去5年間で約590万人増加しています。



(単位: 万人)

	平成 9	14	19
糖尿病が強く疑われる人 (A)	690	740	890
糖尿病の可能性を否定できない人 (B)	680	880	1,320
(A) と (B) の合計	1,370	1,620	2,210

資料: 国民健康・栄養調査(平成9年、14年は「糖尿病実態調査」厚生労働省)

[用語解説]

() 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。

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、さらに合併症を発症する。

糖尿病の種類は次のとおり（厚生労働省のホームページから）。

<1型糖尿病>

- ・膵臓の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。子供のうちに始まることが多く、以前は小児糖尿病とか、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。食事や運動などの生活習慣が関係している場合が多い。わが国の糖尿病の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>

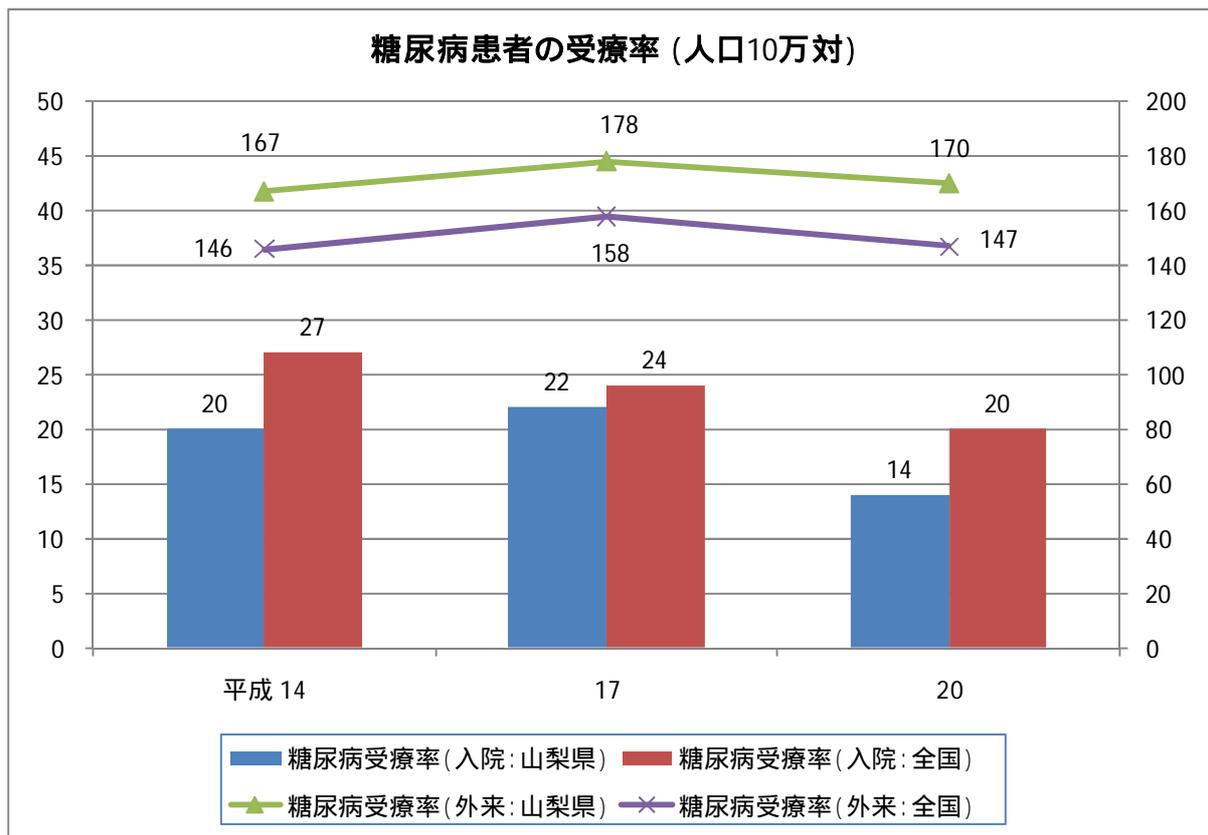
- ・妊娠中に発見された糖尿病。新生児に合併症が出ることもある。

糖尿病合併症には、急性合併症（糖尿病昏睡症）と慢性合併症（糖尿病網膜症、糖尿病腎症、糖尿病神経障害、脳卒中、心筋梗塞、狭心症等）がある。

糖尿病を主な病因として継続的な医療を受けている者は全国で約237万人、山梨県では約2万人と推計されています（平成20年患者調査）。

山梨県における糖尿病患者数を受療率（推計患者数を人口10万対で表した数）で全国と比較すると、入院患者が全国より低く（山梨県14 全国20）、外来患者は全国より高くなっています（山梨県170 全国147）。

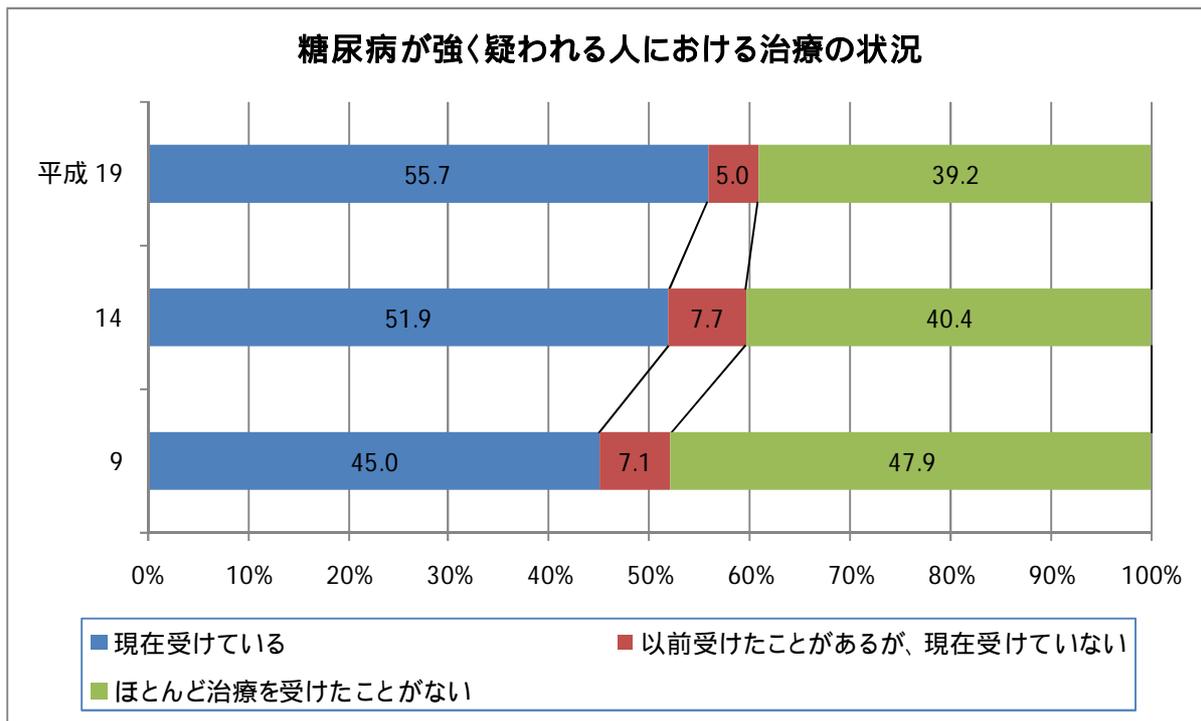
また、年齢を調整した外来患者の受療率でも全国より高い（山梨県103.5 全国90.2）ことから、本県では糖尿病患者が全国と比べて多いことが分かります。



資料：患者調査（厚生労働省）

【治療の状況】

全国における糖尿病が強く疑われる人に対する治療の状況では、現在治療を受けている者の割合は 55.7%と、過去 2 回の調査から着実に増加しており、糖尿病の治療に対する意識が向上している一方、ほとんど治療を受けたことがない者の割合が 39.2%にのぼっていることから、今後はこれらの者に対する受療行動に向けた啓発が必要です。

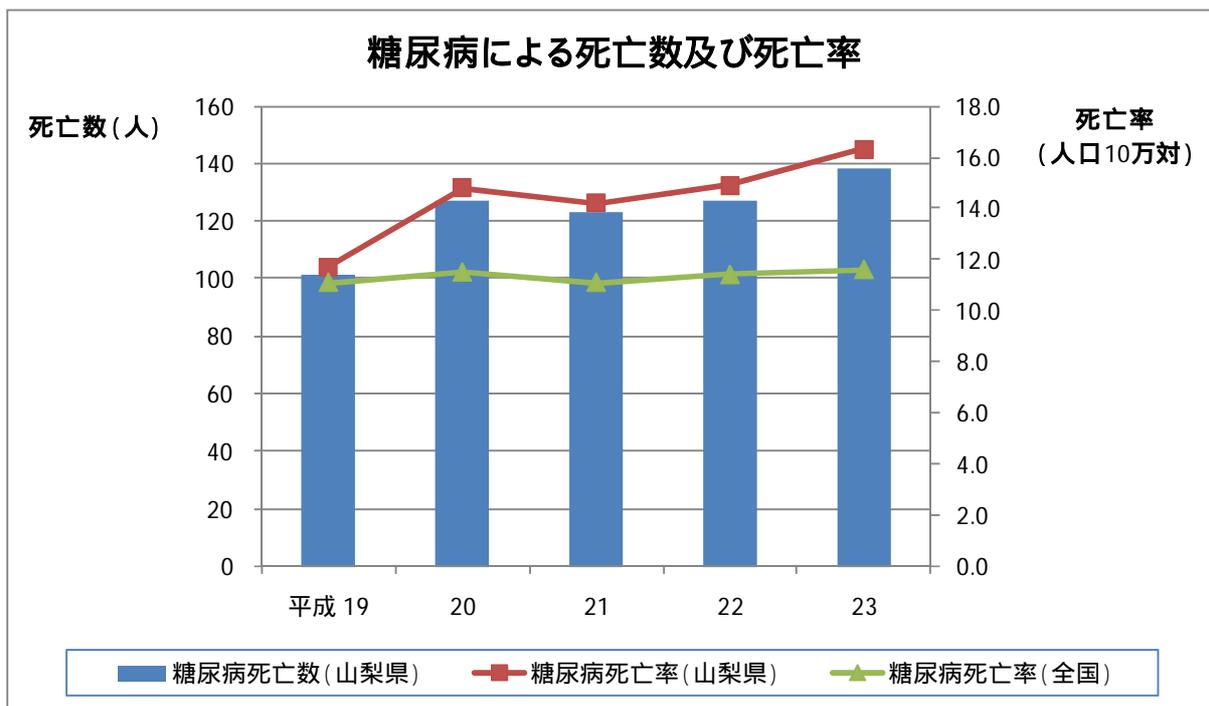


資料：国民健康・栄養調査（平成9年、14年は「糖尿病実態調査」 厚生労働省）

【死亡数、死亡率】

平成23年には全国で約1万4千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、138人となっています。

また、死亡率は全国より高い値で推移しており、ここ数年は上昇傾向にあります。

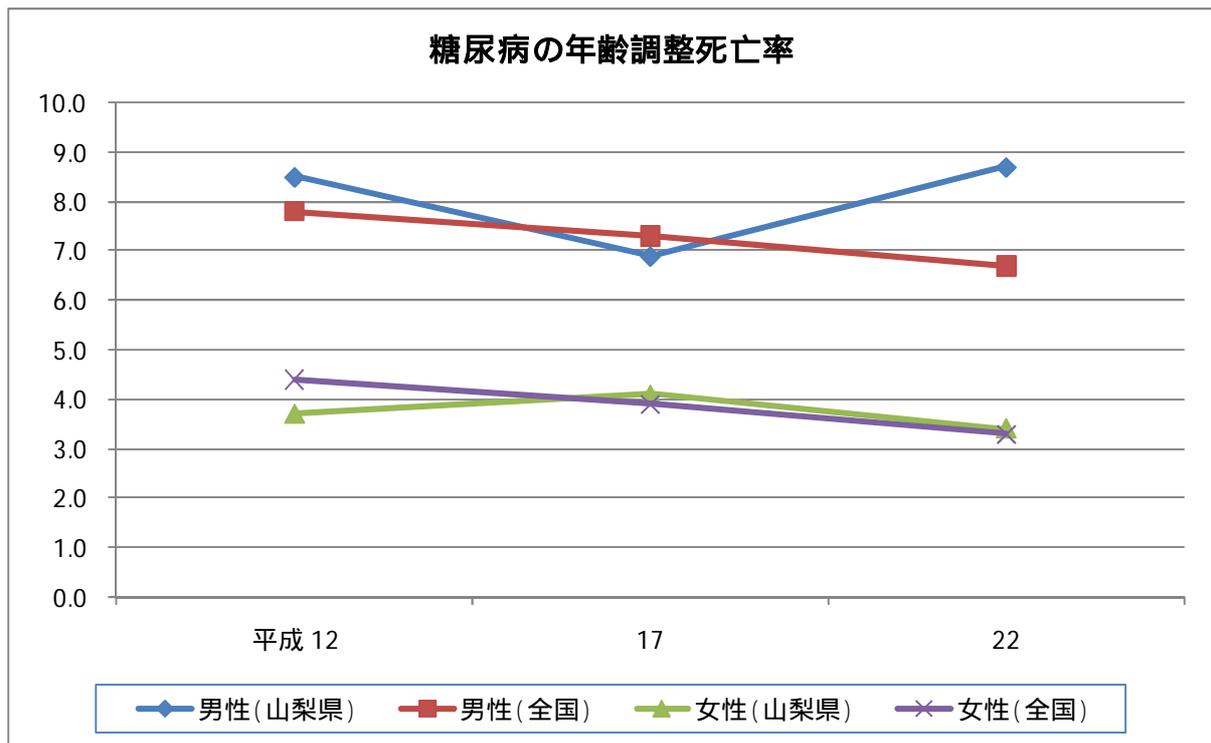


(単位:人、人口10万対)

	平成 19	20	21	22	23
糖尿病死亡数(山梨県)	101	127	123	127	138
糖尿病死亡率(山梨県)	11.7	14.8	14.2	14.9	16.3
糖尿病死亡率(全国)	11.1	11.5	11.1	11.4	11.6

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、本県の平成 22 年の糖尿病の年齢調整死亡率は、男性が 8.7 (全国 6.7)、女性が 3.4 (全国 3.3) となっており、全国平均は低下傾向にありますが、本県では男性が前回(平成 17 年)から上昇した一方、女性は前回から低下しました。



(単位:人口10万対)

	平成 12		17		22	
	山梨県	全国	山梨県	全国	山梨県	全国
年齢調整死亡率(男性)	8.5	7.8	6.9	7.3	8.7	6.7
年齢調整死亡率(女性)	3.7	4.4	4.1	3.9	3.4	3.3

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

近年、糖尿病の発症には、運動や食事などの生活習慣、内臓脂肪の蓄積が大きく関与していることが明らかになっており、予防に当たっては、生活習慣の改善を図るとともに、医療保険者によるメタボリックシンドローム等に着目した健診・保健指導が重要です。

なお、特定健康診査については「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）」に則した健診を実施することが求められています。

2型糖尿病の発症に関連がある生活習慣は、食生活、運動習慣、喫煙、飲酒習慣などであり、発症予防には、適切な食習慣、適度な運動習慣が重要です。

そのため、生活習慣の改善に関する知識などを普及する必要があります。

診断・治療

糖尿病又はその疑いのある者を見逃すことなく診断し、早期に治療を開始することは、糖尿病の重症化、合併症の発症を予防するうえで重要です。

また、糖尿病は生涯を通じての治療が必要になるため、継続的な治療を行う必要があります。

糖尿病及び糖尿病合併症の発症・重症化を阻止し、地域の医療連携を図るため、ICTを利用した糖尿病に関する検査データなどを管理するシステムの活用が全国的に進められています。

合併症予防

糖尿病には根治的な治療方法がないものの、血糖コントロールを適切に行うことにより、合併症の発症を予防することが可能です。

合併症の発症は、患者の生活の質を低下させ、生命予後（あとどれくらい生きられるかといった生命に関する予測）を左右することから、その予防が重要です。

専門治療（血糖コントロール困難例の治療）

血糖コントロール指標を改善するため、専門スタッフ（糖尿病療養指導士（CDE

)など)による食事療法、運動療法、薬物療法等の実施が求められています。

[用語解説]

() 糖尿病療養指導士 (Certified Diabetes Educator)

糖尿病治療にもっとも大切な自己管理(療養)を患者に指導する、試験に合格した看護師、管理栄養士、薬剤師などの医療スタッフ。

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ています。

慢性合併症治療

糖尿病の慢性合併症治療(糖尿病網膜症、糖尿病腎症、糖尿病神経障害等)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ています。

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

予防等の推進

糖尿病を発症する危険性が高いといわれるメタボリックシンドロームについて、正しい知識の普及を図っていきます。

愛育会や食生活改善推進委員会などの住民組織が、栄養や運動、生活習慣などの改善に関する普及啓発に取り組んでいますので、保健医療従事者と各種関係団体が協力し、メタボリック症候群や糖尿病予防について正しい知識の普及に努めます。

健康診査(特定健診)の受診の必要性について普及啓発を行うとともに、検診や保健指導を通じて糖尿病や糖尿病合併症についての正しい知識の普及を行います。

なお、健診の実施に際しては、関係するガイドラインに準じて実施するよう、健診機関等に対して周知していきます。

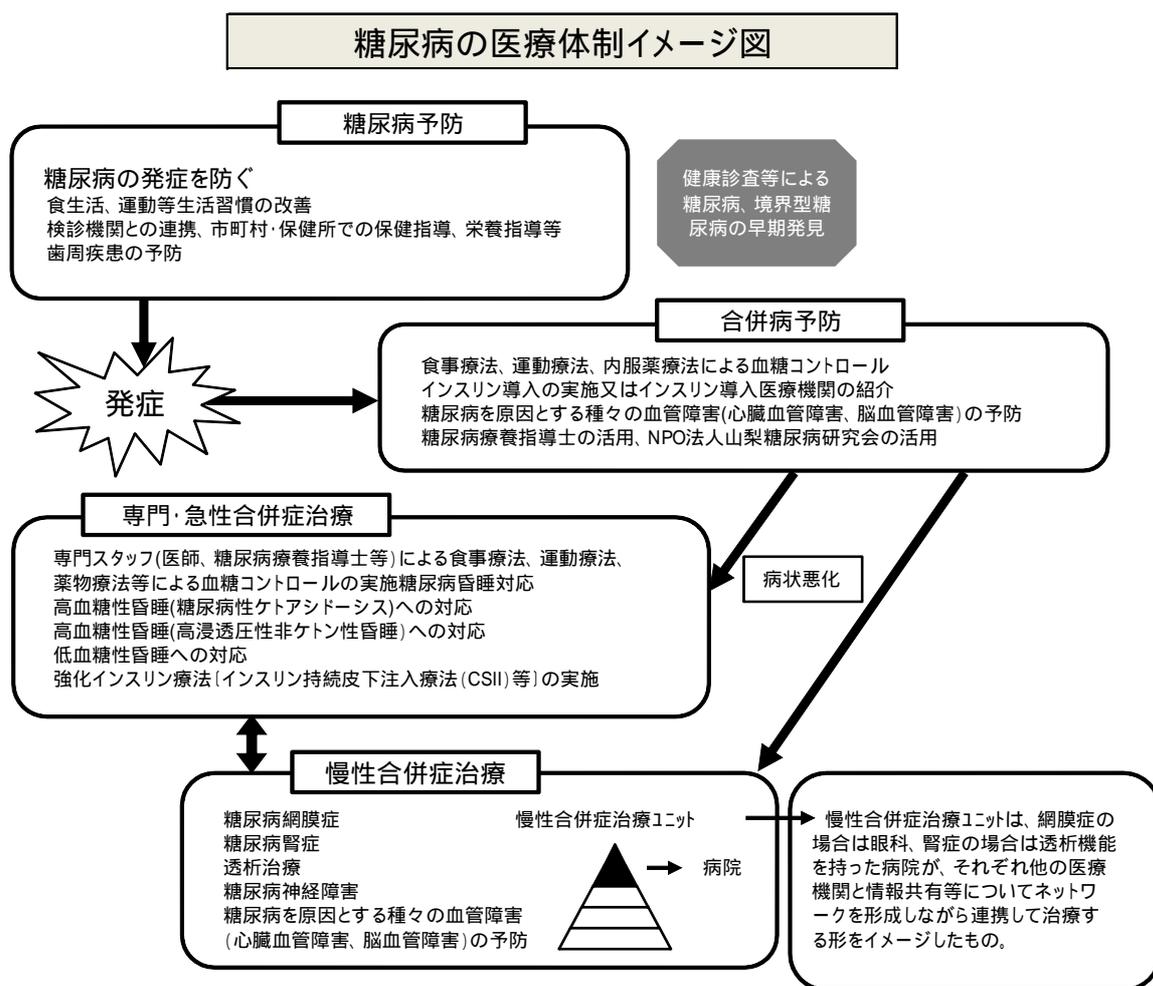
糖尿病の治療を不十分の状態や未治療のまま放置していると、糖尿病の重症化、合併症の発症を招くことになるため、糖尿病が疑われる者に対して、速やかに、かつ、継続的な治療を行うよう、保険者等と連携して医療機関への受診の勧奨を行います。

医療連携の推進

糖尿病の発病予防や合併症の予防、治療の段階（専門治療、急性合併症治療、慢性合併症治療）ごとに、糖尿病の医療体制に求められる医療機能を明確にした上で、それぞれの機能を担う医療機関等の名称を県民にわかりやすく示します。

ICT を活用して効率的な医療連携を進めるためのシステムについては、国の方向性を注視しながら普及に努めていきます。

< 推進体制 >



糖尿病の医療体制

	予防	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	血糖コントロールが困難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"> ・食生活 運動等生活習慣の改善 ・歯周疾患の予防 	<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・インスリン導入については、自施設で積極的に実施 ・インスリン導入については、他の医療機関を紹介 ・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 	<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・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 ・高血糖性昏睡(高浸透圧非ケトン性昏睡)への対応 ・低血糖昏睡への対応 ・強化インスリン療法(持続皮下注入療法(CSII)等)の実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病網膜症の治療の実施 ・糖尿病腎症の治療の実施 ・糖尿病腎症による腎不全患者に対する透析療法の実施 ・糖尿病神経障害の治療の実施 ・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
圏域設定	山梨県全域を一区域とする。			
医療提供施設	巻末の「機関別医療提供等」を参照			

数値目標

目標項目等	現状	平成29年度目標	
特定健康診査の受診率	47.3% (H22)	70%	
特定保健指導の受診率	16.0% (H22)	45%	
メタボリックシンドロームの該当者及び予備群	24.4% (H22)	18.4%	
食塩摂取量	11.1g (H21)	9.5g	
収縮期血圧の平均値	男性	140.1mmHg (H21)	138.1mmHg
	女性	134.6mmHg (H21)	132.6mmHg
糖尿病の年齢調整死亡率(人口10万対)	男性	8.7 (H22)	6.2
	女性	3.4 (H22)	2.8

第5節 精神疾患

現状と課題

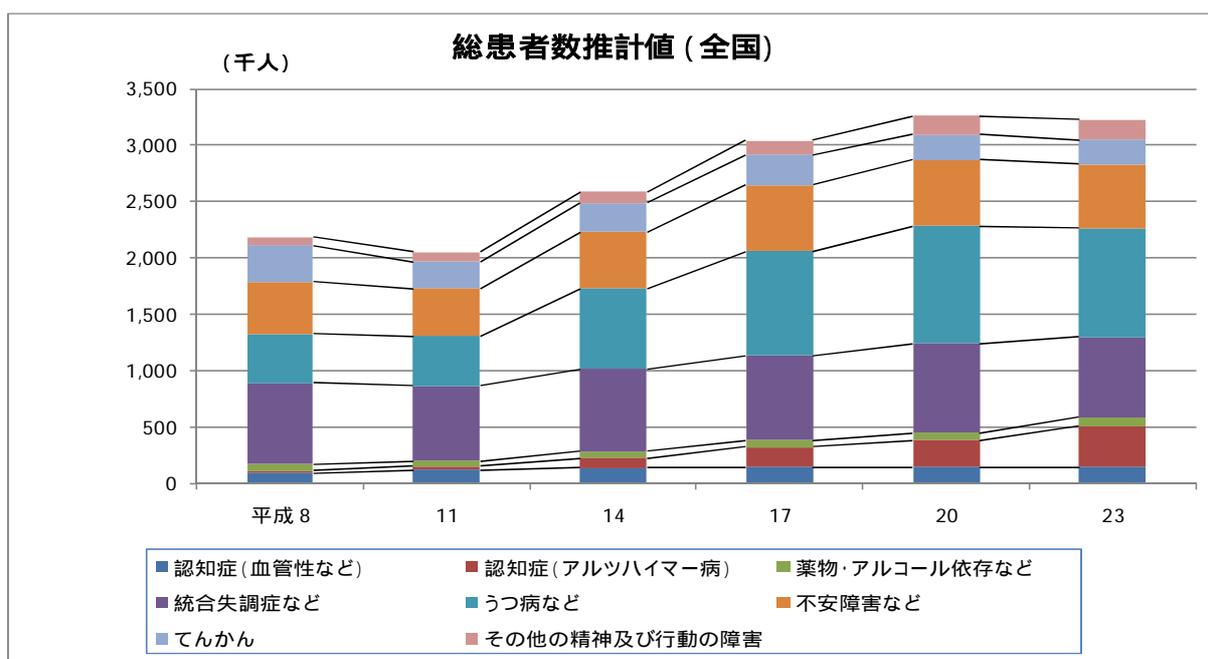
データ分析

【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、近年大幅に増加しており、平成23年の患者調査では全国で約320万人にのぼっています。

疾患分類別の内訳は多いものからうつ病、統合失調症（1）、不安障害（2）となっており、平成8年と比較してうつ病は2.2倍、認知症は4.6倍の著しい伸びが見られ、特に認知症（アルツハイマー病）は18.3倍と大きく増加しています。

本県では医療機関にかかっている患者数は平成23年の調査で2万人と推計されており、平成8年の1万5千人と比較すると1.3倍に増えています。



(単位：千人)

	平成8	11	14	17	20	23
認知症(血管性など)	91	121	138	145	143	146
認知症(アルツハイマー病)	20	29	89	176	240	366
薬物・アルコール依存など	61	50	56	60	66	78
統合失調症など	721	666	734	757	795	713
うつ病など	433	441	711	924	1,041	958
不安障害など	466	424	500	585	589	571
てんかん	317	235	258	273	219	216
その他の精神及び行動の障害	78	84	103	124	164	176
総数	2,181	2,041	2,584	3,028	3,233	3,201

資料：患者調査（厚生労働省）

(注) 千人未満を四捨五入しているため、内訳の合計が総数に一致していません。

【用語解説】 (1)(2)ともに出典は「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、幻覚とりわけ幻聴をともなう）、^は破瓜型（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

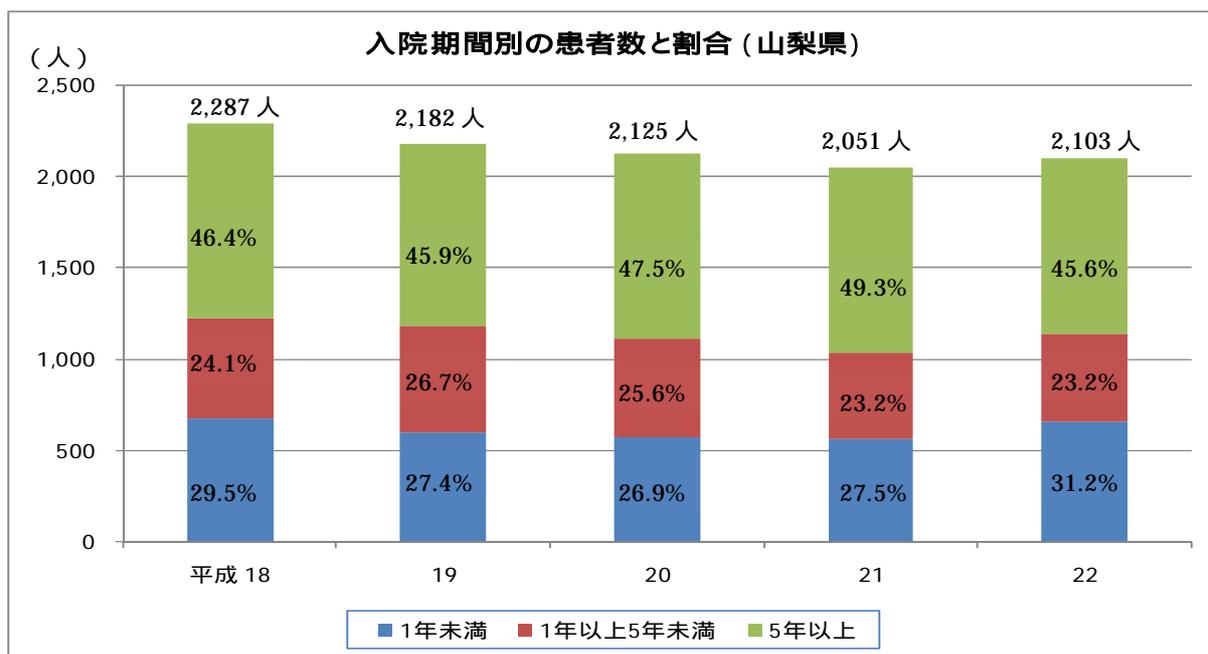
脳に器質的な病変はなく、個体側の要因（パーソナリティ）と環境要因（心因）とのかねあいで発症する精神身体反応をいう。恐怖症性不安障害（広場恐怖、社会恐怖）、パニック障害、全般性不安障害、強迫性障害（強迫神経症）、重度ストレス障害（急性ストレス反応、外傷後ストレス障害、適応障害など）、解離性障害、身体表現性障害などがある。

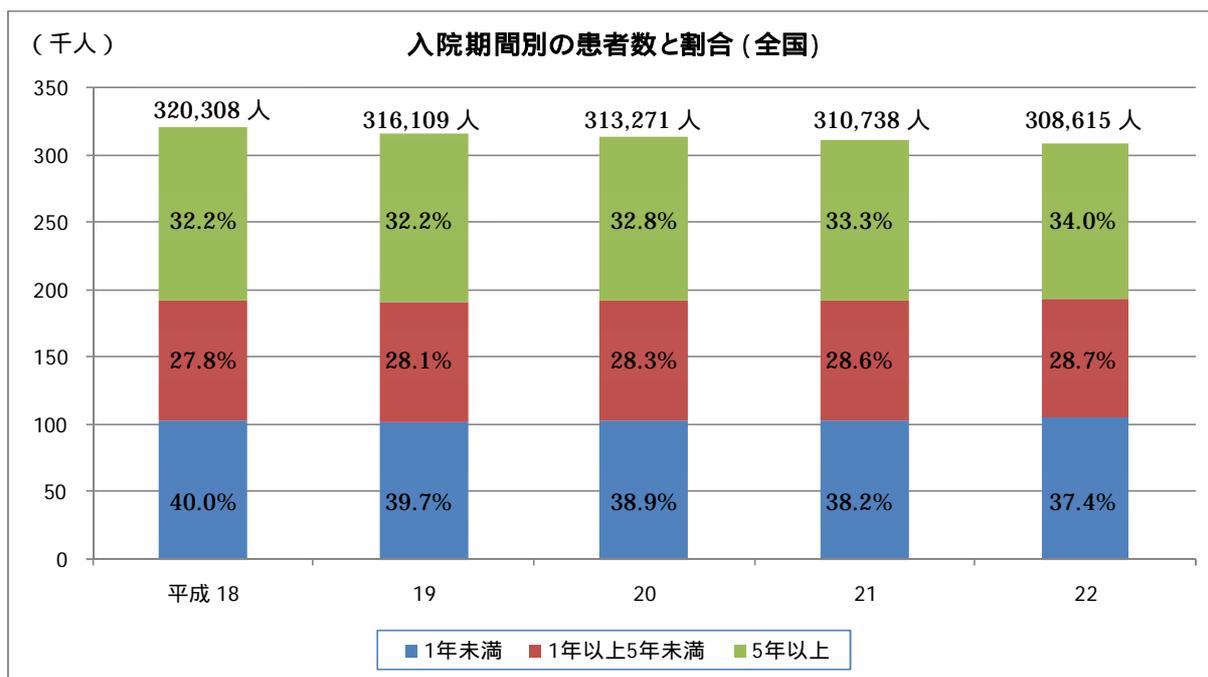
【入院期間別の患者数と割合】

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22年6月30日現在で2,103人となっており、平成18年と比較して約8%減少しています。

平成18年から平成22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22年の入院患者2,103人のうち、5年以上の患者数は960人で、45.6%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。



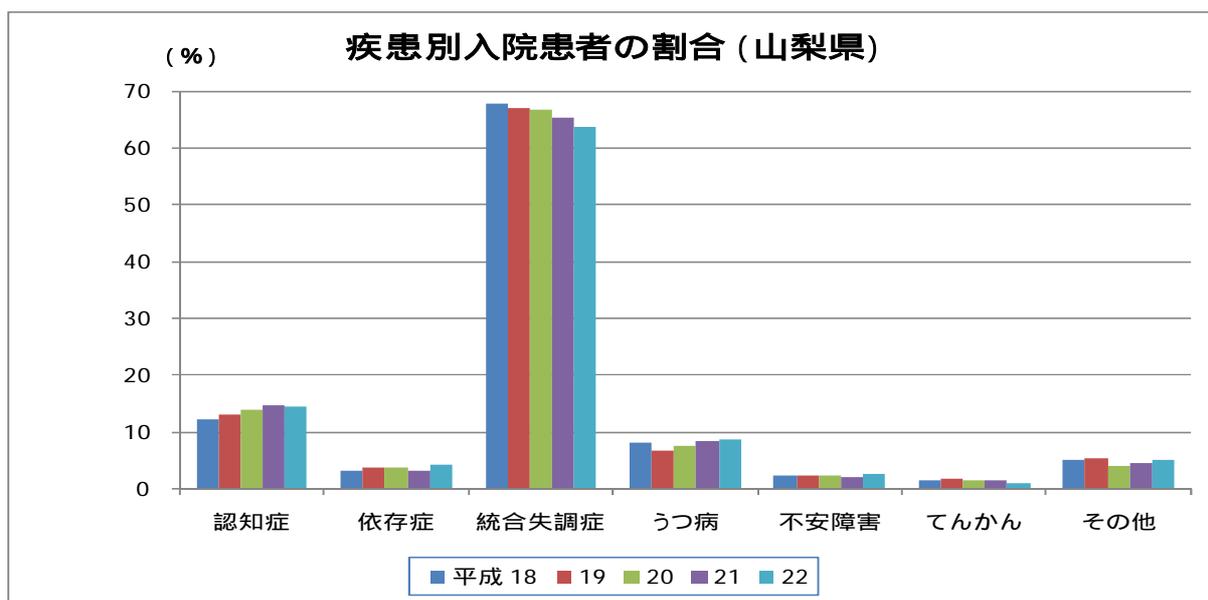


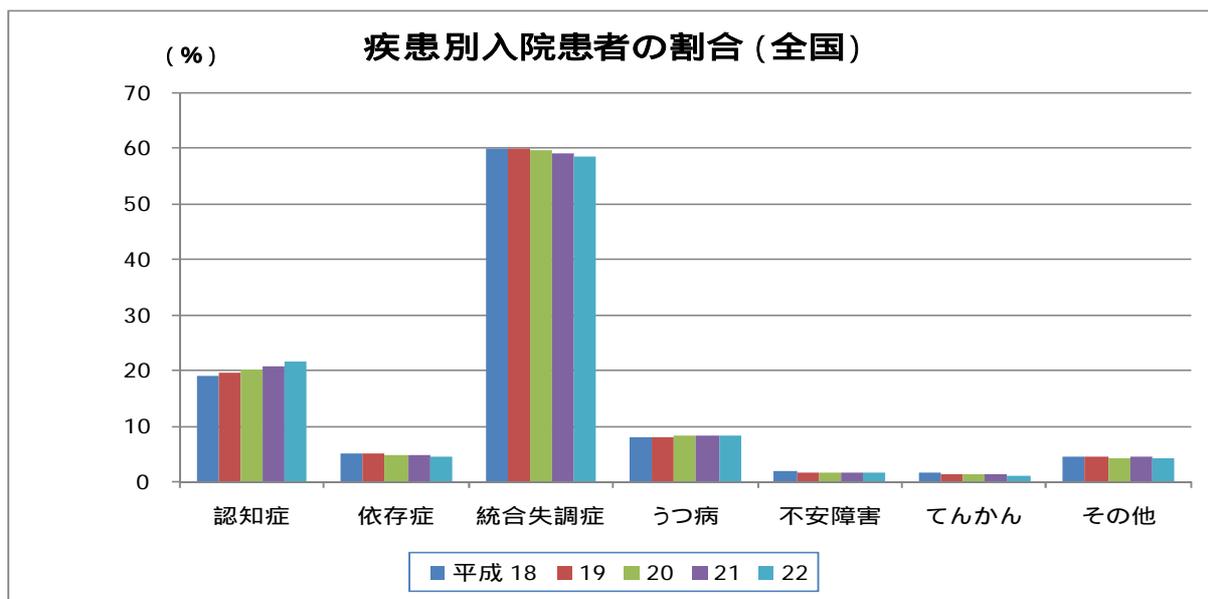
資料：精神保健福祉資料（厚生労働省）

【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、認知症となっています。また、統合失調症は平成 18 年と比べて平成 22 年は 3.9 ポイント減少し、認知症は同じ期間で比較すると 2.3 ポイントの伸びが見られます。これらは、全国と同様の傾向といえます。

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 5.4 ポイント多く、認知症が 7.2 ポイント少なくなっています。





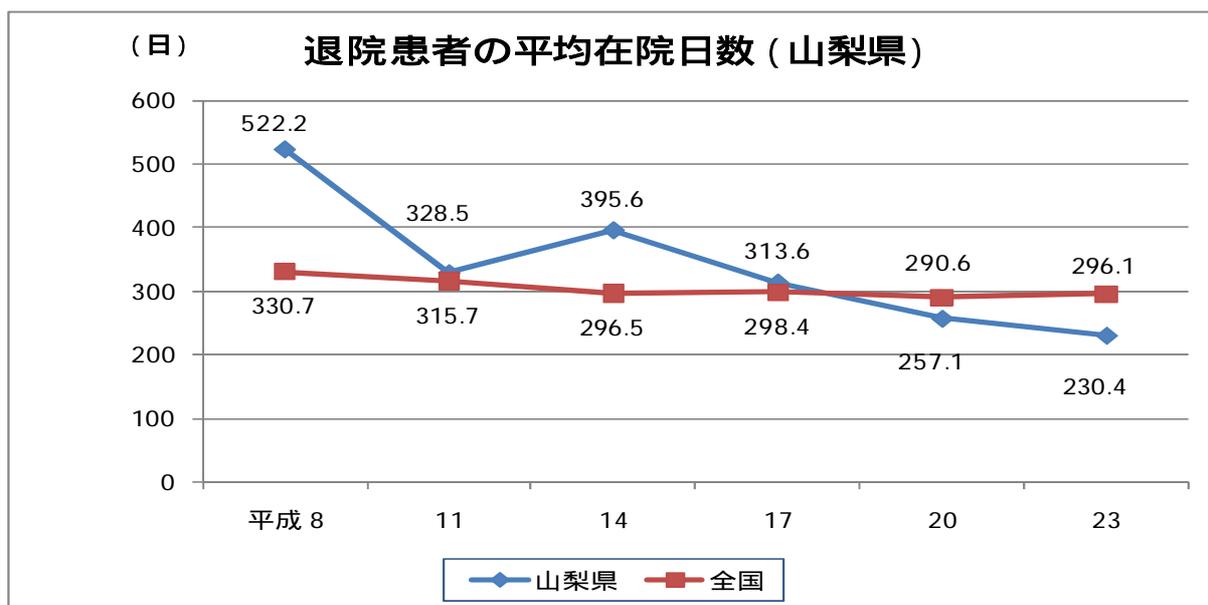
(単位：%)

	認知症		依存症		統合失調症		うつ病		不安障害		てんかん		その他	
	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	山梨県	全国	山梨県	全国
平成22年	14.5	21.7	4.3	4.6	63.8	58.4	8.7	8.4	2.6	1.6	1.0	1.1	5.2	4.3
平成21年	14.6	20.7	3.2	4.7	65.4	59.1	8.5	8.3	2.1	1.6	1.6	1.2	4.6	4.4
平成20年	13.9	20.3	3.6	4.8	66.8	59.5	7.7	8.2	2.3	1.7	1.6	1.3	4.1	4.3
平成19年	13.0	19.7	3.8	5.0	67.1	59.9	6.7	7.9	2.4	1.7	1.7	1.4	5.3	4.6
平成18年	12.2	19.1	3.1	5.0	67.7	60.0	8.0	7.9	2.3	1.9	1.6	1.5	5.0	4.6

資料：精神保健福祉資料（厚生労働省）

【退院患者の平均在院日数】

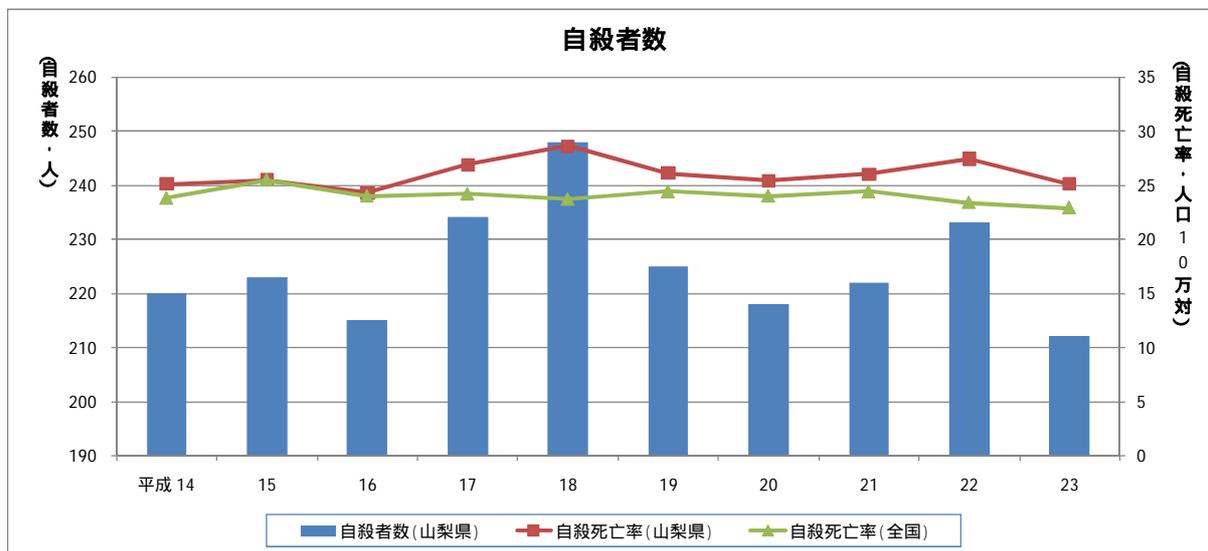
本県の退院患者の平均在院日数は平成 23 年の患者調査では 230.4 日で平成 8 年の 522.2 日と比較し半分以下となり、全国の 296.1 日を下回っています。



資料：患者調査（厚生労働省）

【自殺者数】

うつ病等の精神疾患と関連が深いとされる自殺については、県民の自殺者数（厚生労働省「人口動態統計」住所地ベース）が、10年以上にわたり毎年200人を超えた状況で推移しています。



(単位: 人、人口10万対)

	平成 14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
自殺者数(山梨県)	220	223	215	234	248	225	218	222	233	212
自殺死亡率(山梨県)	25.1	25.5	24.3	26.9	28.6	26.1	25.4	26.0	27.4	25.1
自殺死亡率(全国)	23.8	25.5	24.0	24.2	23.7	24.4	24.0	24.4	23.4	22.9

資料：人口動態統計（厚生労働省）

予防・早期受診

現代社会における生活環境や社会状況の変化は、個人に対する精神的なストレスを増大させ、うつ病等の精神疾患患者が増加しています。

精神科受診のニーズが高まり、精神科、心療内科を標榜する診療所への受診を希望する人が増え速やかな受診が難しい、症状がわかりにくく本人が精神疾患に気づかない、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、様々な要因により早期受診が困難な状況にあります。

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。

治療

平成24年7月1日現在、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30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、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精神科のデイ・ケア、ナイト・ケア、ショート・ケアを実施する医療機関は県内に 13 カ所あり、医師の指示の下に看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者など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。

身体症状でかかりつけ医を受診した患者に、うつ病などの精神疾患が疑われる場合には、かかりつけ医と精神科医との連携により適切な医療が受けられる体制づくりが重要です。

回復・社会復帰

平成 24 年 10 月末現在、精神科訪問看護を実施している医療機関は 11 カ所、精神通院医療の指定を受けている訪問看護ステーションは 26 カ所あります。

また精神通院医療の指定薬局は 436 カ所あります。

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、訪問看護ステーション、薬局及び保健所、市町村等が連携して支援の充実を図る必要があります。

近年の精神科医療は、早期退院を目指し入院期間の短縮に取り組むなど入院医療中心から地域ケア中心へと大きく変わりつつあり、平成 23 年の患者調査によると本県の退院患者平均在院日数は、230.4 日で全国平均の 296.1 日を下回っています。

5 年以上の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推測されます。

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に医療機関、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。

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に対し、県立北病院と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、精神科救急情報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。

精神科救急情報センターの開所時間が限定されているため、それ以外の時間にアクセスできないこと、身体疾患を合併する精神疾患患者の受け入れ体制が十分に整っていないことが課題となっています。

【精神科救急情報センター】

医療機関の所在地、連絡先、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。

- ・ 利用時間 平 日 午後 5 時 15 分～午後 9 時 15 分
 土日祝日 午前 11 時～午後 7 時 30 分
- ・ 電話番号 055 - 254 - 3119

専門医療

【児童精神医療】

こころに問題を抱えた児童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、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関係者の資質向上、連携を一層強化する必要があります。

【依存症】

アルコール依存症の治療専門プログラムによる入院治療を実施している医療機関としては、県立北病院と住吉病院があります。各地域には AA や断酒会（ 3 ）等の自助グループがあり、断酒に向けた活動を行っています。

薬物依存については、ダルク（ 4 ）や NA（ 5 ）等のリハビリ施設や自助グループがあります。

依存症を予防するため、啓発普及や相談体制の充実が求められるとともに、身体症状により医療機関を受診することが多いことから、精神科医と一般の医療機関との連携を推進し、早期に専門医療に結び付く体制や、社会復帰のためのリハビリテーションの充実が求められています。

[用語解説]

- （ 3 ） AA、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。

- （ 4 ）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。

- （ 5 ） NA

薬物依存者本人の自助グループ。

【てんかん】

全国で、てんかん専門医療の充実が求められています。本県でも日本てんかん学会やてんかん診療ネットワークに専門医として複数の医師が登録されています。

医療観察法による指定医療機関

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。

本県では、鑑定入院医療機関は2カ所、指定入院医療機関は1カ所、指定通院医療機関は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の支援が行われています。

うつ病

本県の平成23年の自殺者数（人口動態統計）は212人で全国ワースト12位となるなど、深刻な状況が続いています。自殺の要因では健康問題が最も多く、その内、うつ病等の気分障害が4割（平成23年度自殺白書）を占めています。

このような状況を改善するため、平成24年9月に策定した「山梨県自殺防止対策行動指針」に基づき取り組みを進めています。

うつ症状に気づき適切な相談機関につながるよう普及啓発を図るとともに、医療関係者等へうつ病に関する研修を行っています。

かかりつけ医、救命救急医、産業医と精神科医との連携の下、正確な診断と症状に応じた適切な医療が受けられる体制整備、関係者が連携した社会復帰に向けた支援が重要です。

認知症

本県は、高齢化が全国より約1年早く進んでいるため、認知症対策が急務となっています。平成24年4月1日現在、認知症高齢者は20,476人で、65歳以上の高齢者の9.5%を占めています。また、若年性認知症者は362人となっています。

認知症はアルツハイマー病、血管性認知症など様々であり、認知症になってもできる限り住み慣れた地域で暮らし続けるには、早期診断・早期対応が必要です。

平成22年度に県立北病院と日下部記念病院に認知症疾患医療センターを開設し、認知症疾患に関する鑑別診断、周辺症状に対応する急性期治療や専門医療相談等を実施するとともに、一般の医療機関や地域の関係者等への研修を行っています。

認知症の周辺症状の改善のために入院治療が必要となった場合、かかりつけ医と精神科医が連携し、できる限り短期間での退院を目指すことや、退院直後から必要な介護サービスが受けられるよう医療と介護の連携が求められています。

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

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こころの健康づくりや精神疾患に関する正しい知識、県内の精神科医療機関の情報について普及啓発を図っていきます。

引き続き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の分担によるネットワークを広げ、相談体制の充実を図ります。

医療の連携

かかりつけ医の対応力向上のための研修等により、かかりつけ医と精神科医との連携を推進し早期に適切な医療が受けやすい体制づくりや、身近な地域で必要な医療を継続して提供できる体制づくりを進めていきます。

病状に合った適切な医療を提供するため、精神科を有する医療機関の間においても、診療所と精神病床をもつ病院との連携、各病院の専門機能による病院と病院との連携についても強化を図っていきます。

地域の支援体制の整備

入院中心の医療ではなく住み慣れた家や地域で暮らしながら療養できるよう、保健、医療、福祉、教育、就労などの関係機関が連携した支援の充実を図ります。

患者の状況に応じた、適切な外来医療、訪問診療、訪問看護等の提供を充実させていきます。

長期に入院し退院への意欲を失っている社会的入院患者に、きめ細やかなかわ

りや地域での生活に関する情報を提供することで、退院への意欲を高めていきます。

病院や保健所、市町村が連携し相談支援の充実やグループホームなどの住まい、集いの場、就労先などを確保し、地域での自立した日常生活及び社会生活に移れるよう支援体制の充実を図るとともに、地域での生活の定着を目指します。

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疾患患者が暮らしやすい地域づくりを進めていきます。

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の整備に向け関係機関と検討を行い推進していきます。

救急対応を必要とする身体疾患を合併する精神疾患患者の受入れ体制や、かかりつけ医と救急医との連絡体制の確保について検討を進めます。

数値目標

目標項目等	現状	平成29年度目標
平均残存率（ 6 ）	27.9%（H23）	24.0%
退院率（ 7 ）	22.0%（H23）	27.0%
自殺死亡率（人口10万対 8）	25.1（H23）	減少

【用語解説】

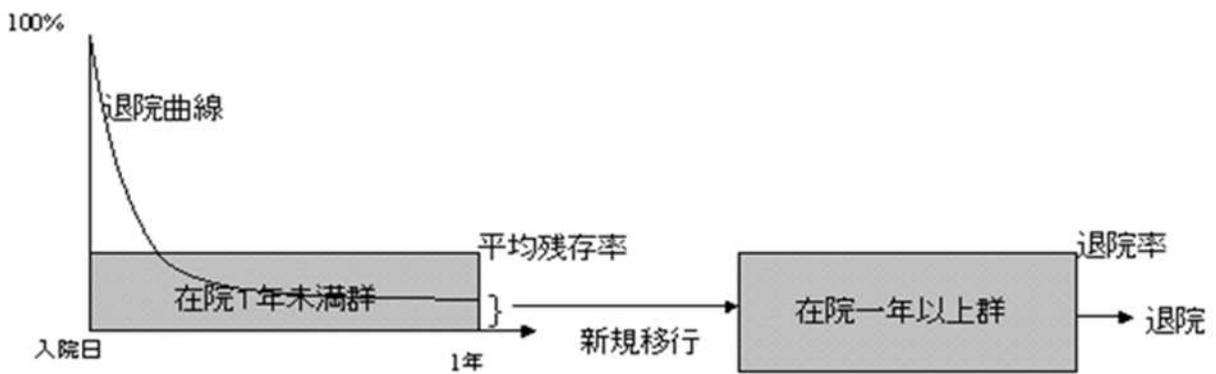
平均残存率（ 6 ）と退院率（ 7 ）は、今後長期入院をできる限り防止するとともに、現在長期入院化している患者の退院を促進するため、国が定めた目標値。

（ 6 ）平均残存率

1年以内の退院（残存）曲線が囲む面積と同じとなるよう、各月の残存率を平均したものの。

（ 7 ）退院率

1年以上の在院患者から退院する者の数を1年以上の在院患者数で割ったもの。



(8) 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。

認知症に対する総合的な取り組み

認知症に対する考え方

認知症は「精神疾患」の重点分野であるとともに、「在宅医療」及び「高齢者保健福祉」における重点分野でもありますので、各分野が相互に整合性を図りつつ総合的に施策を展開しています。

本県における認知症対策の主な考え方は、

認知症についての正しい理解の普及と家族等への支援を行うこと

早期に発見し、早期に診断を受け、早期に治療を始めること

適切な医療を受けやすい体制を整備するため、認知症に対応する医療機関の連携を図ること

住み慣れた地域で安心して暮らすことができるため、医療、看護、介護、福祉などの関係機関が連携を図って行くこと

とし、「精神疾患」等の項目の中で具体的な取り組みについて記載しています。（「精神疾患」は本節を、「在宅医療」は本章第 11 節を、「高齢者保健福祉」は第 6 章第 2 節を参照）

ここでは、認知症に対する本県の主な取り組みなどについて改めて記載していません。

なお、認知症患者の増加に伴い、国は平成 24 年度に「認知症施策推進 5 か年計

画（オレンジプラン）」を策定し、早期診断・早期治療体制の強化や地域での生活を支える医療サービスの構築などの対策について、平成25年度からの5年間で重点的に進めることとしていますので、本県でも国の動向を注視しながら、施策を進めていきます。

認知症に対する主な取り組み

【理解の普及と家族等への支援】

<現状と課題>

認知症になっても住み慣れた地域で安心して生活が送れるよう、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。

<施策の展開>

「山梨県認知症対策推進会議」を開催し、認知症に関する正しい知識の普及や認知症の人と家族への支援の方策などの検討を行い、各種施策に反映させていきます。

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認知症サポーターやそのサポーターを養成するための講師となるキャラバン・メイトを養成します。

【早期診断・早期治療】

<現状と課題>

認知症になっても住み慣れた地域で暮らし続けるには、早期診断・早期対応が必要です。正しい知識の普及や認知症の初期の段階での相談体制づくり、認知症の早期診断につなげるかかりつけ医の認知症対応力の向上が必要です。

<施策の展開>

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、正しい知識、県内の精神科医療機関の情報について普及啓発を図っていきます。

かかりつけ医が認知症の診断や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、認知症サポート医によるかかりつけ医への助言や支援を行います。

【医療機関の連携】

<現状と課題>

認知症疾患医療センター（県立北病院、日下部記念病院）において認知症疾患に

関する鑑別診断、周辺症状に対応する急性期治療や専門医療相談等を実施していくとともに、認知症の周辺症状の改善のために入院治療が必要となった場合、かかりつけ医と精神科医が連携し、できる限り短期間での退院を目指すことが求められます。

< 施策の展開 >

かかりつけ医と精神科医との連携を推進し、身近な地域で必要な医療を継続して提供できる体制づくりを進めていきます。

病状に合った適切な医療を提供するため、診療所と病院との連携、各病院の専門機能による病院と病院との連携についても強化を図っていきます。

【医療と介護等の連携】

< 現状と課題 >

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ため、退院直後から必要な看護・介護サービスが受けられるよう、関係機関の連携が求められます。

< 施策の展開 >

入院中心の医療ではなく住み慣れた家や地域で暮らしながら療養できるよう、保健、医療、福祉、介護、教育などの関係機関が連携した支援の充実を図ります。

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する支援や認知症対策推進会議、市町村認知症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するなど、地域包括ケアシステムの構築を促進します。

第6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】

全国の一斉当たりの小児（0歳から14歳まで）推計患者数は、入院で約3.1万人、外来で約70万人となっており（平成20年患者調査（厚生労働省））、前回の調査（平成17年）から入院で約0.2万人、外来で約4万人減っています。

入院については、喘息をはじめとする呼吸器系の疾患（21.3%）のほか、周産期に発生した病態（19.4%）、神経系の疾患（9.6%）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（39%）が圧倒的に多くなっています。

一方、本県の一斉当たりの小児推計患者数は、入院で約0.3千人、外来で約4.9千人となっており、前回の調査から入院は増減なし、外来で約0.2千人増加しています。

（単位：千人、（ ）構成割合）

【入院】		平成 17		20		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	0.1 (33.3)	8.1 (24.2)	0.1 (33.3)	6.7 (21.3)	0.0	1.4
	周産期に発生した病態	0.1 (33.3)	6.2 (18.5)	0.1 (33.3)	6.1 (19.4)	0.0	0.1
	神経系の疾患		3.6 (10.7)		3.0 (9.6)		0.6
総 数		0.3	33.5	0.3	31.4	0.0	2.1

【外来】		平成 17		20		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	2.3 (48.9)	327.2 (43.9)	1.9 (38.8)	272.4 (39.0)	0.4	54.8
	消化器系の疾患	0.6 (12.8)	112.1 (15.1)	0.9 (18.4)	101.1 (14.5)	0.3	11.0
	皮膚及び皮下組織の疾患	0.3 (6.4)	47.5 (6.4)	0.4 (8.2)	43.0 (6.2)	0.1	4.5
総 数		4.7	744.6	4.9	698.8	0.2	45.8

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 23 年 10 月 1 日現在で、病院が 29 施設、一般診療所が 29 施設となっており、前回調査（平成 20 年）と比較して病院が増減なし、一般診療所が 1 施設の増加となっています。

また、全国と人口 10 万対で比較した場合、病院は本県が 3.39、全国が 2.18、一般診療所は本県が 3.39、全国が 4.25 となっており、全国の総数が減少する中で、本県の小児医療施設は現状を維持している状況です。

医療圏別では、中北医療圏が他の医療圏と比較して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 17		20		23	
		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	3.30	29	3.34	29	3.39
	一般診療所	27	3.07	28	3.23	29	3.39
全国	病院	3,186	2.51	2,932	2.31	2,765	2.18
	一般診療所	5,481	4.31	5,411	4.26	5,381	4.25

小児科を標榜する病院・一般診療所（二次医療圏）

（単位：施設）

		病院		一般診療所	
		実数	人口10万対	実数	人口10万対
平成 20	中北医療圏	13	2.79	19	4.08
	峡東医療圏	7	4.80	4	2.74
	峡南医療圏	4	6.50	1	1.62
	富士・東部医療圏	5	2.58	4	2.06
	全 県	29	3.34	28	3.23

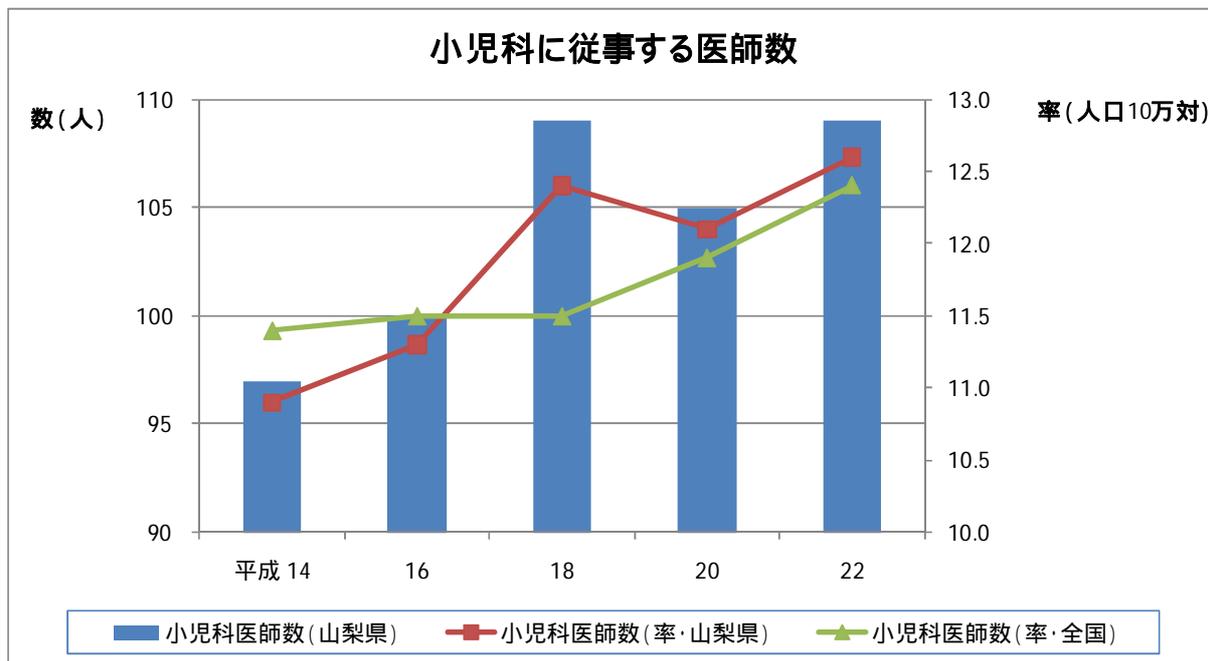
資料：医療施設静態調査（厚生労働省）

一般診療所は小児科を「主たる診療科目」としている施設及び小児科の単科診療所

【小児科医師】

本県の小児科の医療施設従事医師数は平成 14 年から平成 22 年までの間に 97 人から 109 人へ 12 人増加しています。

また、平成 22 年の本県の人口 10 万人当たりの医療施設に従事している小児科医師数は 12.6 人と全国の 12.4 人とほぼ同程度になっています。

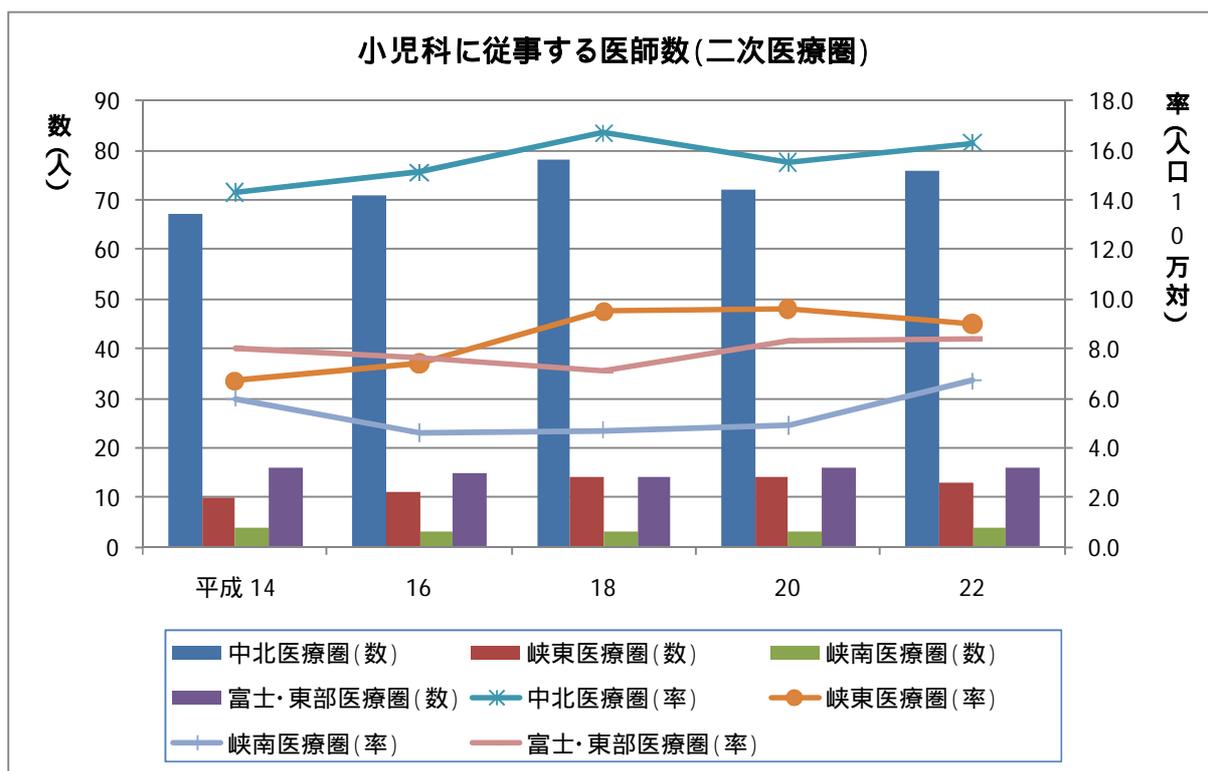


(単位: 人、人口10万対)

	平成 14	16	18	20	22
小児科医師数(山梨県)	97	100	109	105	109
小児科医師数(率・山梨県)	10.9	11.3	12.4	12.1	12.6
小児科医師数(率・全国)	11.4	11.5	11.5	11.9	12.4

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他の医療圏と比較して最も多く、地域的な偏在が見られます。



【小児科医師数】

(単位：人)

	平成 14	16	18	20	22
中北医療圏	67	71	78	72	76
峡東医療圏	10	11	14	14	13
峡南医療圏	4	3	3	3	4
富士・東部医療圏	16	15	14	16	16
全 県	97	100	109	105	109

【小児科医師数(率)】

(単位：人口10万対)

	平成 14	16	18	20	22
中北医療圏	14.3	15.1	16.7	15.5	16.3
峡東医療圏	6.7	7.4	9.5	9.6	9.0
峡南医療圏	6.0	4.6	4.7	4.9	6.7
富士・東部医療圏	8.0	7.6	7.1	8.3	8.4
全 県	10.9	11.3	12.4	12.1	12.6

資料：医師・歯科医師・薬剤師調査(厚生労働省)

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たことにより、年間、3万人以上の小児に利用され、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

また、入院治療が必要な患者については、国中地区に 5 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。

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19年度	17,873 人	-
		平成20年度	18,861 人	4,484 人
平成21年度		23,581 人	10,936 人	
平成22年度		22,398 人	10,091 人	
平成23年度		20,928 人	10,126 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 甲府共立病院 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	

【小児救急搬送】

全国の18歳未満の者の救急搬送数は増加傾向にあった(平成8年の約39万人から平成17年の約51万人)ものの、平成22年は約46万人に減少しています。

一方、本県の18歳未満の者の救急搬送数は平成22年で3,638人ですが、全搬送数に占める割合が11.0%であり、全国平均の9.2%を上回っています。

小児救急搬送の75%以上は軽症者であり、小児の入院救急医療機関(第二次救急医療機関)を訪れる患者のうち、9割以上が軽症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簡単に夜間、休日に救急外来を利用する者や、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、いわゆる「コンビニ受診」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し適切な診療が行えなくなり、救える命も救えない状況がで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等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等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ましたが、現在は、県の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、夜間における子どもの急な病気に関する保護者等からの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 毎日 午後7時～午後11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 へ
- ・ 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21年度 2,266件
平成22年度 3,652件
平成23年度 4,144件

圏域の設定

本県における小児救急医療の推進体制が国中地区と富士・東部地区の2地区に分けて構築されていますので、圏域も同様に、国中地域及び富士・東部地域の2区域の設定とします。

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。(詳細は第3章第2節「医師」を参照)

小児救急医療に対応できる人材を確保するため、小児救急医療に関する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、先天性代謝異常検査の実施や新生児聴覚検査の普及促進を図るとともに、市町村が行う健康診査等との連携を図りながら、医師や保健師等による専門的な支援を行います。

先天性代謝異常検査等から異常が認められた後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整備を図っていきます。

【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支援します。

また、慢性的な疾患で治療を続けている児童・家族を支援するため、小児慢性特定疾患医療費の給付を行います。

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及び二次輪番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。

【コンビニ受診】

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。

数値目標

目標項目等	現状	平成29年度目標
医療施設従事小児科医師数	109 人 (H22)	124人

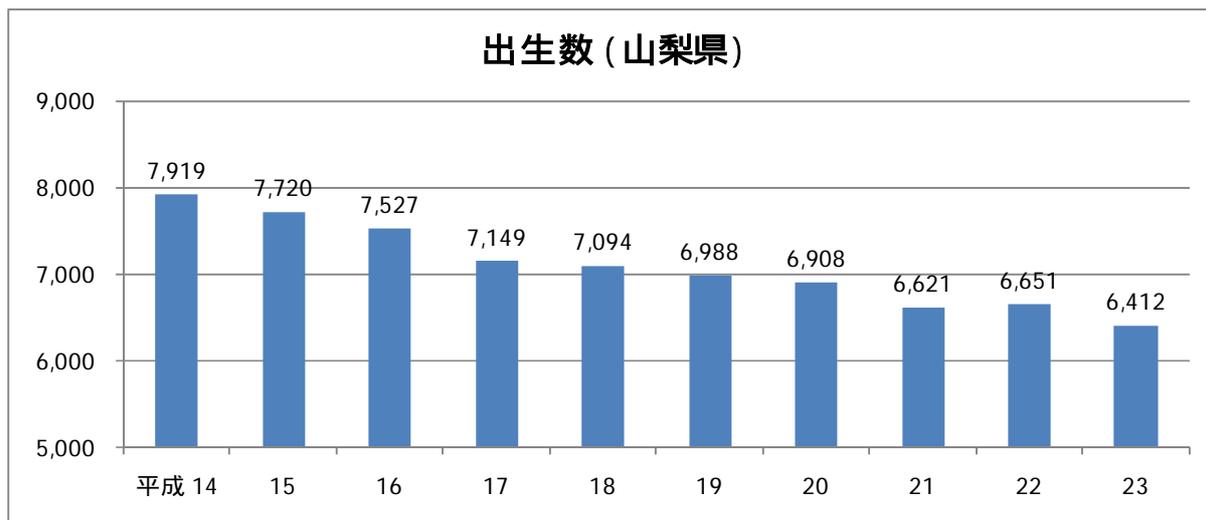
第7節 周産期医療

現状と課題

データ分析

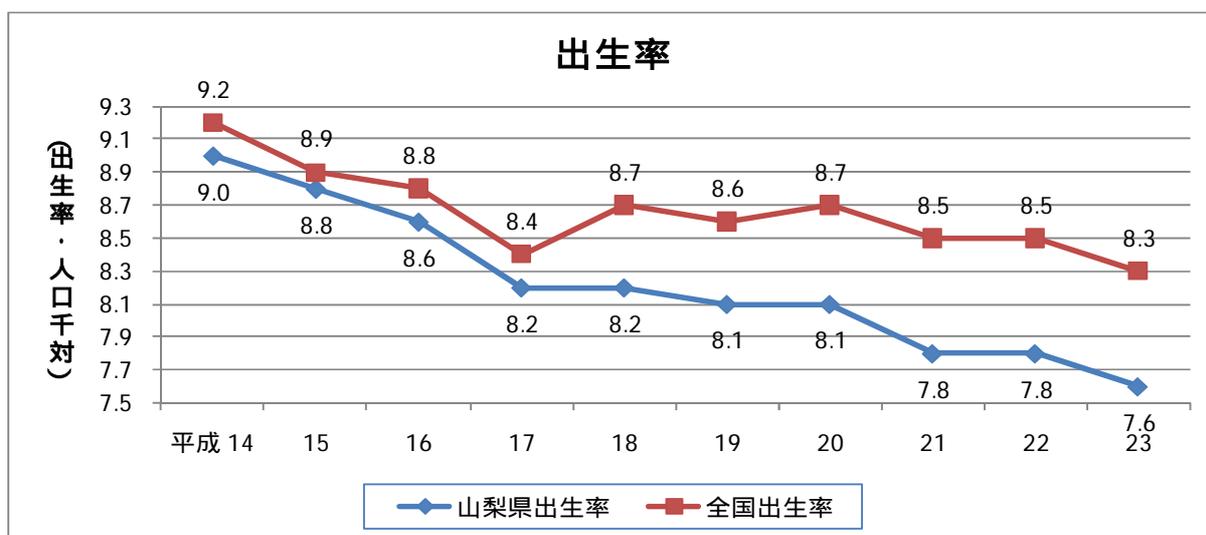
【出生数、出生率】

平成23年の本県の出生数は6,412人で、10年前の平成14年と比較すると、1,507人減少しています。



平成23年の本県の出生率（人口千対）は7.6であり、全国平均の出生率8.3に比べて0.7ポイント少なくなっています。

また、平成14年と平成23年を比較すると1.4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0.9ポイントより0.5ポイント低下幅が大きくなっています。



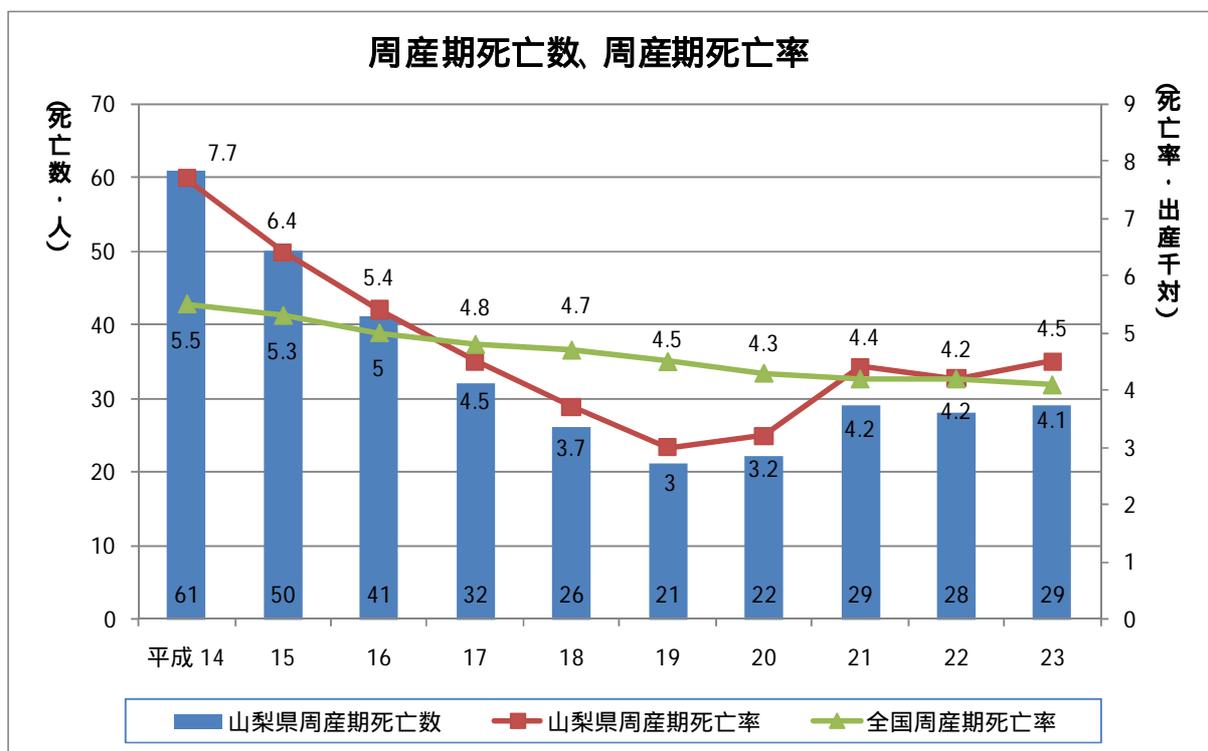
資料：人口動態統計（厚生労働省）

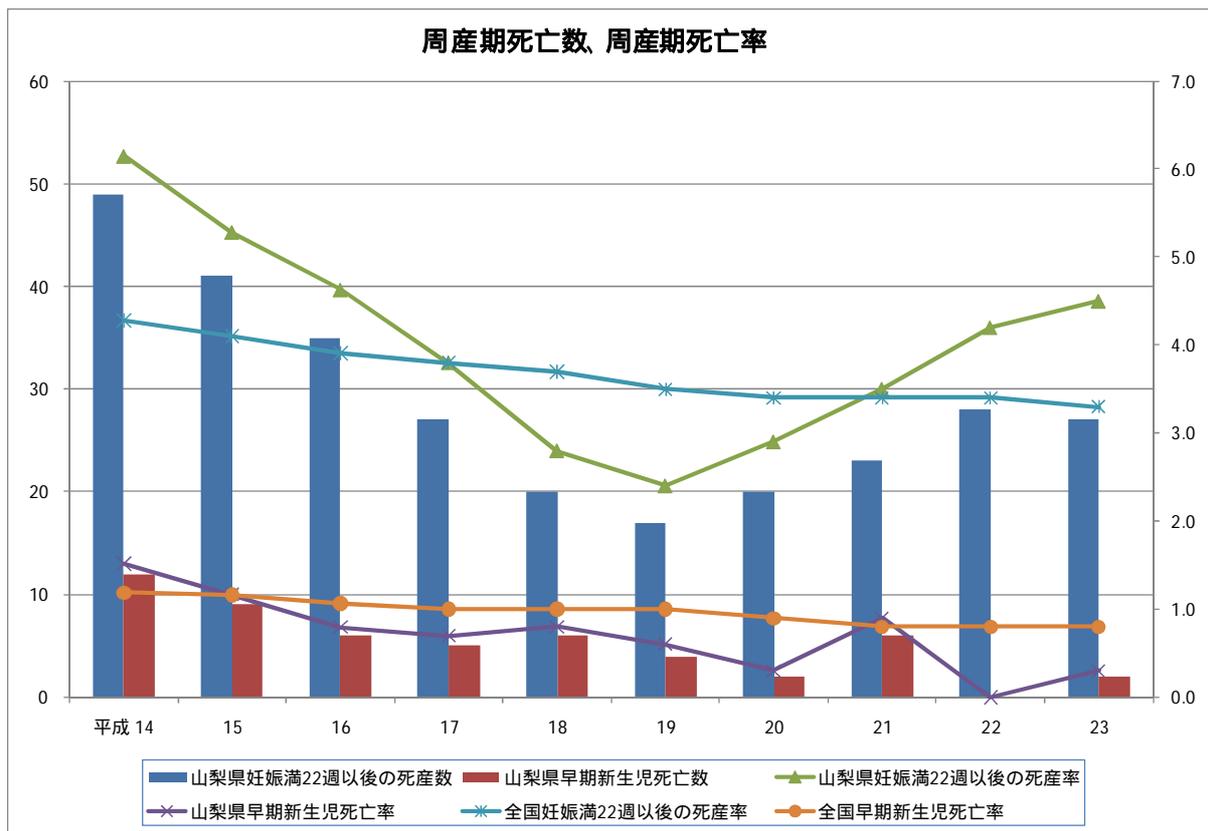
【周産期死亡数、周産期死亡率】

周産期（ 1）死亡数は、ここ 10 年減少傾向となっており、平成 19 年、平成 20 年には 20 人台前半まで減少しましたが、その後は再び 20 人台後半となり、平成 23 年の周産期死亡（ 2）数は 29 人となっています。このうち、妊娠満 22 週以後の死産数は 27 人、早期新生児死亡数は 2 人となっています。

周産期死亡率（出産千対 3）も、平成 15 年以降は低下傾向となっており、特に平成 17 年以降は、全国平均の周産期死亡率より低い状況が続いていました。

しかし、その後は再び全国平均より高い状況が続き、平成 23 年の周産期死亡率は 4.5 と、全国平均 4.1 より 0.4 ポイント高い状況になっています。





(単位: 人、出産千対)

	平成 14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
山梨県妊娠22週以後の死産数	49	41	35	27	20	17	20	23	28	27
山梨県早期新生児死亡数	12	9	6	5	6	4	2	6	0	2
山梨県妊娠22週以後の死産率	6.1	5.3	4.6	3.8	2.8	2.4	2.9	3.5	4.2	4.5
山梨県早期新生児死亡率	1.5	1.2	0.8	0.7	0.8	0.6	0.3	0.9	0.0	0.3
全国妊娠22週以後の死産率	4.3	4.1	3.9	3.8	3.7	3.5	3.4	3.4	3.4	3.3
全国早期新生児死亡率	1.2	1.2	1.1	1.0	1.0	1.0	0.9	0.8	0.8	0.8

資料：人口動態統計（厚生労働省）

[用語解説]

(1) 周産期

妊娠満 22 週以後生後 1 週間未満の期間。

(2) 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。

(3) 周産期死亡率

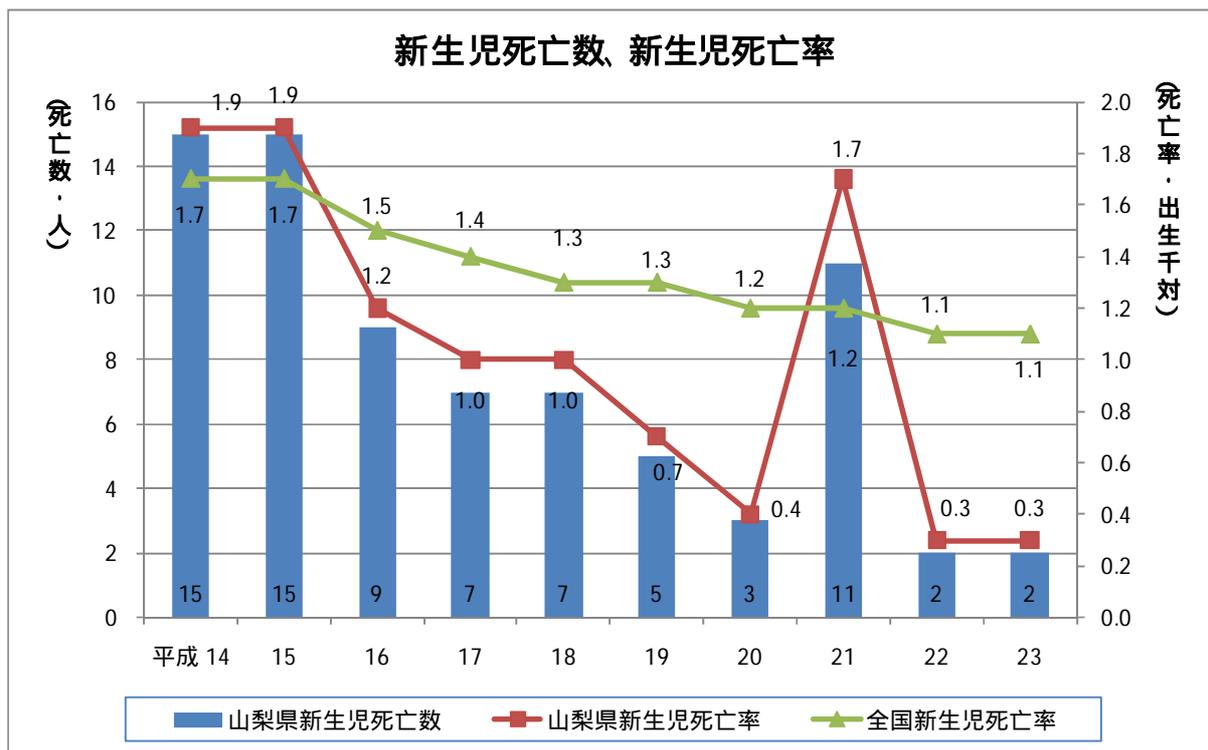
出産（出生 + 妊娠満 22 週以後の死産）千人当たり周産期死亡割合。

【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年を除いて減少傾向となっており、平成23年の新生児死亡数は2人となっています。

新生児死亡率（出生千対）も、平成21年を除いて低下傾向となっており、特に平成16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23年の新生児死亡率は0.3と、全国平均1.1より0.8ポイント低い状況になっています。



資料：人口動態統計（厚生労働省）

【医療従事者、医療設備等】

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（巻末データを参照）。

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。

医療圏別では、中北医療圏に11医療機関が集中し、峡東医療圏と富士・東部医

療圏に各 2 医療機関がありますが、峡南医療圏にはありません。この他に分娩を取り扱う助産所が中北医療圏に 2 施設あります。

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、平成 20 年 3 月末に都留市立病院が休止した時点で富士北麓地区の 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、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。

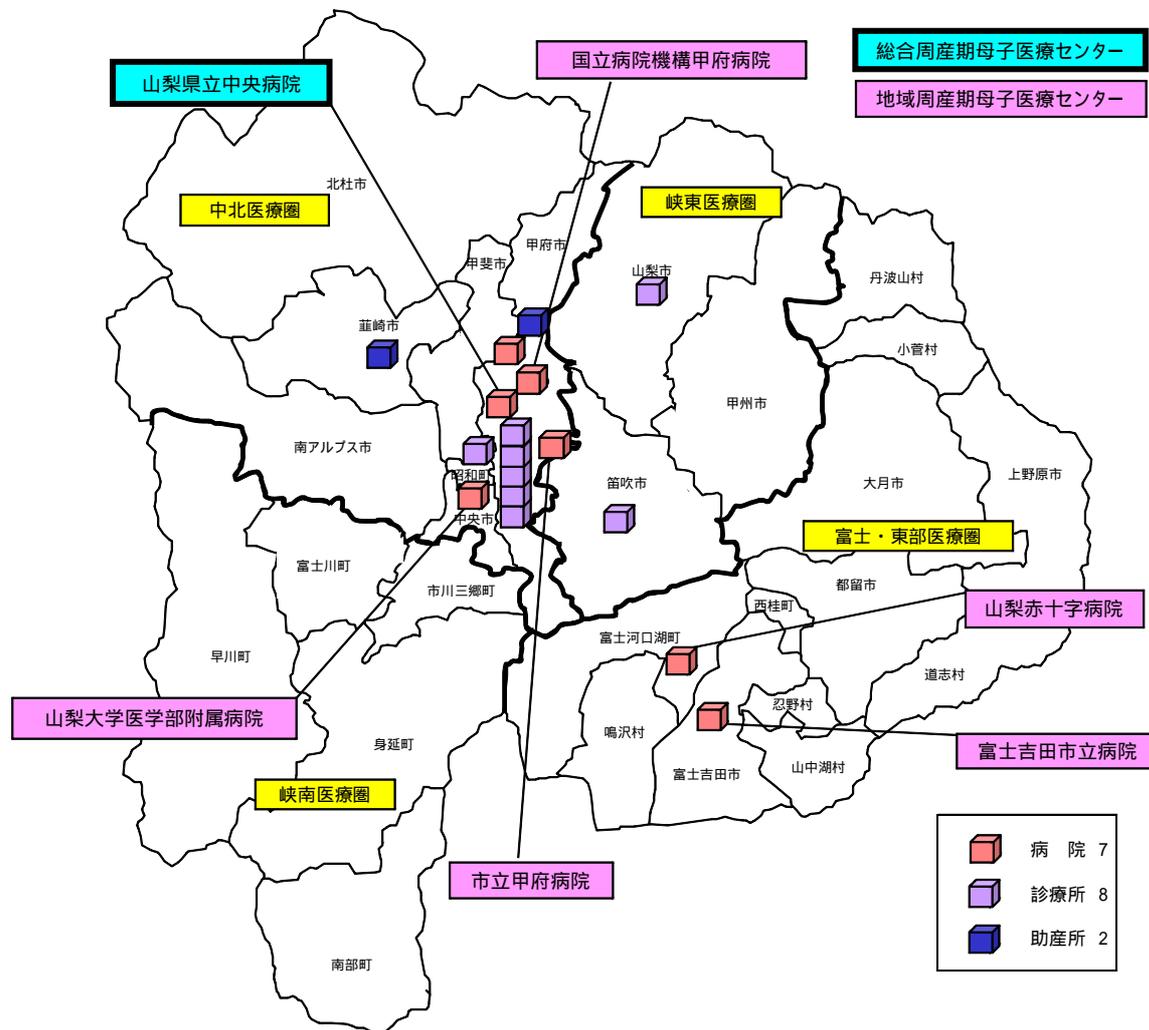
分娩の取り扱い件数は、病院が約 6 割、診療所が約 4 割となっています。

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います。

分娩取扱医療施設及び総合(地域)周産期母子医療センターの状況



MFICU、NICU、GCUの整備状況

MFICU(母体・胎児集中治療管理室 (Maternal Fetal Intensive Care Unit・診療報酬加算対象病床))の病床は、県立中央病院に6床が整備されています。

NICU(新生児集中治療管理室 (Neonatal Intensive Care Unit・診療報酬加算対象病床))の病床数は、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27床となっています。

なお、平成24年7月から富士・東部医療圏の山梨赤十字病院のNICUが稼働しています。

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(Growing Care Unit)の病床数は、3病院に51床が整備されています。

なお、MFICU、NICUについては、国の「周産期医療体制整備指針」で示されている目標病床数を満たしています。

国の「周産期医療体制整備指針」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、都道府県の人口や当該施設の過去の患者受入実績等に応じ、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。

MFICU、NICU、GCUの病床数(平成24年12月1日現在) (単位:床)

	MFICU	NICU	GCU
県立中央病院	6	12	24
山梨大学医学部附属病院	-	6	12
国立病院機構甲府病院	-	3	15
市立甲府病院	-	3	-
山梨赤十字病院	-	3	-
合計	6	27	51

資料: 県医務課調べ

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。

周産期搬送体制(周産期救急情報システム)

母体及び新生児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。それらの施設への搬送件数は増加傾向となっており、母体及び新生児救急搬送とともに、県立中央病院総合周産期母子医療センターに集中しています。

母体搬送には、多くの場合、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す。

また、母体・新生児の受け入れには、NICUの確保が特に重要となっており、NICUの対象となる新規入院児が出ると、NICUで管理している児をGCU(後方病床)へ移して対応する場合があります。

夜間休日における当直医の連絡先、空床情報、搬送される母体・新生児の情報等については、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。

周産期医療体制の整備

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22年度には山梨赤十字病院の周産期医療体制の強化を図るため、新生児呼吸器管理装置や分娩監視装置等の整備に対し支援しました。

平成23年度には県立中央病院におけるハイリスクな母体と胎児を同時に監視するための周産期管理システムの整備に対し支援しました。

平成24年度には市立甲府病院における正常分娩の受け入れ体制を強化するため、産婦人科外来・助産師外来の増改築及び医療機器の整備に対し支援しました。

未熟児の養育対策に万全を期すため、未熟児をNICU等の比較的高度な医療設備が整った総合周産期母子医療センターや地域周産期母子医療センターに搬送ができるよう、消防機関と連携を図りながら、未熟児専用の搬送用保育器を設置し、定期的に保育器の更新を図っています。

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 病床の整備数】

平成 24 年 12 月 1 日現在の本県における MFICU の病床数は、県立中央病院の 6 床ですが、患者受入実績等を踏まえ、今後も 6 床を維持していくよう努めます。

【NICU 病床の整備数】

平成 24 年 12 月 1 日現在の本県における NICU の病床数は、合計で 27 床が整備されていますので、現在の NICU の病床数 27 床を今後も維持することを目指します。

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。

周産期医療体制の確保

【分娩取扱医療機関の拡充】

身近な場所で分娩ができるよう、分娩可能な医療機関が少ない地域における分娩取扱の再開や新規取扱の開始を目指し、産科医の確保や診療体制の整備などについて、引き続き検討を進めます。

【人材の確保】

周産期医療は、産科・小児科の医師が中心を担っていることから、その確保・定着及び将来的な分娩取扱医療機関の拡大のため、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ていきます。

【周産期搬送体制の確保】

患者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。

夜間休日における当直医の連絡先、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維持します。

【未熟児搬送用保育器の設置】

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ため、県下 8 医療機関に配置した未熟児搬送用保育器を定期的に更新し、新生児搬送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。

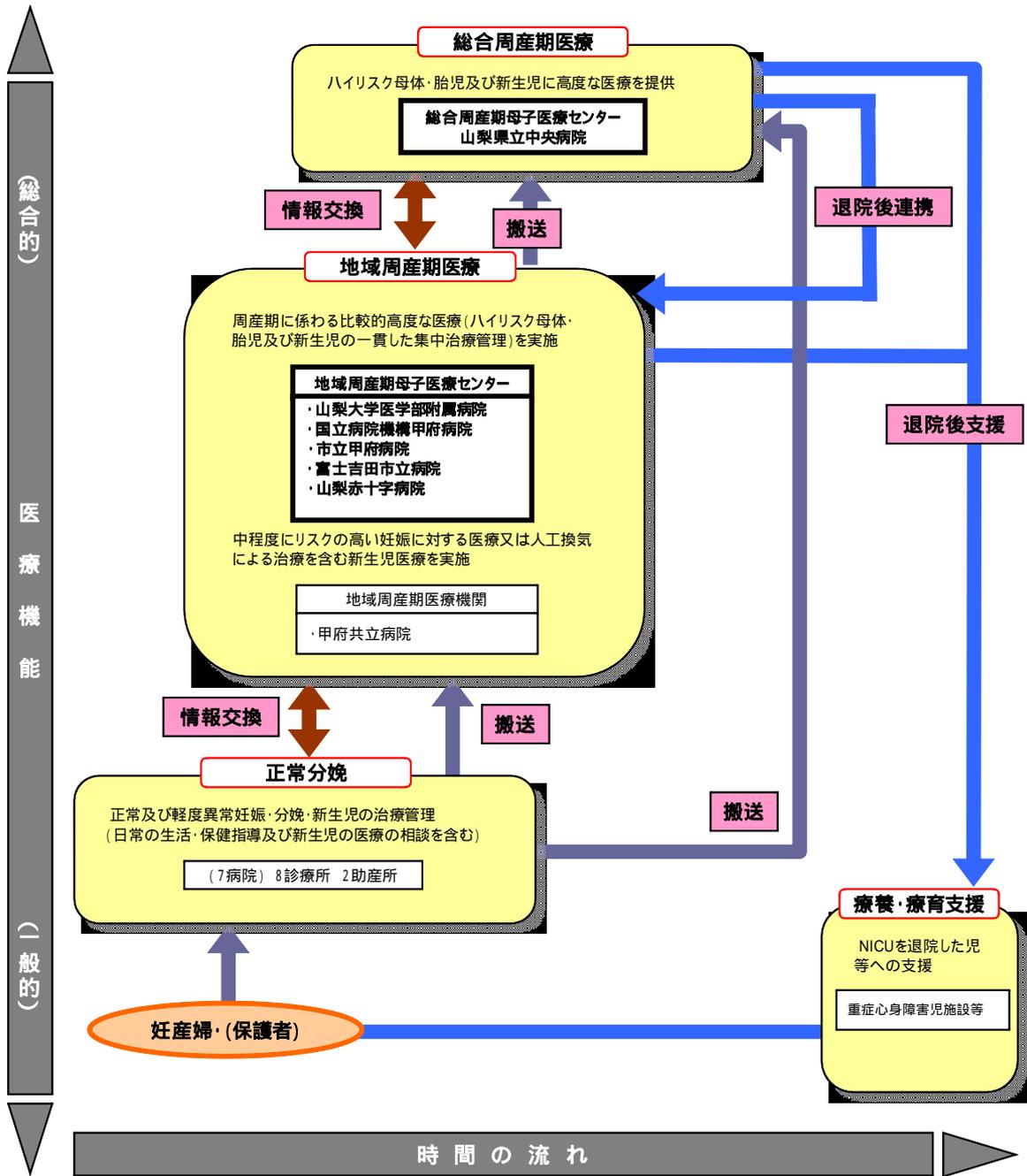
【セミ・オープンシステムの普及】

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。

【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>

山梨県周産期医療機能分担・連携図



数値目標

目標項目等	現状	平成29年度目標
新生児死亡率（出生千対）	0.3 (H23)	1.0を超えない値 (現状値は目標値を達成しているが、新生児死亡数は極少数で推移するため、死亡率の変動が大きい。よって、変動幅が大きい死亡率について1.0を超えない範囲に抑えることを目標とする。)
MFICU病床数 (診療報酬対象)	6床 (H24)	6床
NICU病床数 (診療報酬対象)	27床 (H24)	27床

第8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17年に約496万人、平成22年に約498万人を数え、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17年の31,938人から平成22年の33,195人へ増加しましたが、全国平均の増加率0.4%に対し、本県の増加率は3.9%と大きく上回っています。

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50%程度を占め、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18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 21	467	3,107	12,349	14,807	23	30,753	48.1
平成 22	538	3,179	13,776	15,682	20	33,195	47.2
平成 23	537	3,160	13,994	16,817	19	34,527	48.7

資料：消防年報（県防災危機管理課）

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休日・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24年5月現在、全国では約13万台、本県では約1,400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.qqzaidan.jp/AED/aed.htm>）で公表している台数）が設置されています。

また、消防機関や日本赤十字社が主体となって人工呼吸や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いるが、平成3年の救急救命士（1）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救急隊の質の向上が図られており、平成23年4月には全国で94.3%、本県で96.2%の救急隊に救急救命士が同乗しています。

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（2）の整備などを条件に心肺停止傷病者に対する処置が徐々に拡大されてきました。平成15年4月の除細動は医師の具体的な指示なしによる実施が、また、平成16年7月の気管に直接挿入する気管内チューブの使用と平成18年4月の薬剤投与については、医師の具体的な指示の下での処置が可能になっています。

救急救命士は平成23年に全国で2万2千人、本県では203人が活動しています。

人口10万対の比較では全国平均17.39人に対し、本県は23.59人ですので、全国平均を上回っていますが、今後とも救急救命士の養成は継続的に取り組んでいく必要があります。

なお、県では、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 104名（H24年3月末現在）
- ・薬剤投与が可能な救急救命士 193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]

(1) 救急救命士

救急患者に対して救急車で病院に到着するまでの間、医師の具体的、包括的指示のもとで救急救命処置を行うことができる資格。

(2) 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・助言および事後検証を行い、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及び県立中央病院の医師が行う）。

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) 休日・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～翌日の午前 7 時

診療時間外は受け入れ可能な医療機関を紹介

(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～午後 11 時

日曜日・祝日 午後 5 時～午後 11 時

(4) 在宅当番方式(甲府市以外の地域)

・診療時間 日曜日・休日 午後 5 時～午後 11 時

医療圏別に実施しており、富士・東部地域を除く
中北、峡東、峡南地域は隔週実施

(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

医科の在宅当番医制は初期救急医療体制の中核をなすものですが、夜間の在宅当番医制が実施されていない圏域があるなど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中、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による体制で対応しています。

しかし、救急搬送人数のうち、消防本部の管内にある医療機関が患者への対応中などの理由により受け入れができずに他の消防本部の管内にある医療機関へ搬送した割合は、中北医療圏が 16.5%、峡東医療圏が 29.2%、峡南医療圏が 31.1%、富士・東部医療圏が 14.2%、全県では 19.0%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、地域の実情を考慮する中で、診療科など受け入れ病院の体制の整備とともに、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22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	7,085	5.9
	うち他の消防本部の管内へ搬送	416	
	峡北	1,972	36.4
	うち他の消防本部の管内へ搬送	717	
	南アルプス市	1,312	44.4
	うち他の消防本部の管内へ搬送	582	
小計	10,369	16.5	
うち他の消防本部の管内へ搬送	1,715		
峡東	東山梨	1,536	5.7
	うち他の消防本部の管内へ搬送	87	
	笛吹市	1,672	50.8
	うち他の消防本部の管内へ搬送	850	
	小計	3,208	29.2
	うち他の消防本部の管内へ搬送	937	
峡南	峡南	1,352	31.1
	うち他の消防本部の管内へ搬送	421	
	小計	1,352	31.1
	うち他の消防本部の管内へ搬送	421	
富士・東部	富士五湖	2,380	3.2
	うち他の消防本部の管内へ搬送	77	
	都留市	947	14.7
	うち他の消防本部の管内へ搬送	139	
	大月市	739	38.6
	うち他の消防本部の管内へ搬送	285	
	上野原市	716	25.1
	うち他の消防本部の管内へ搬送	180	
	小計	4,782	14.2
	うち他の消防本部の管内へ搬送	681	
県計		19,711	19.0
	うち他の消防本部の管内へ搬送	3,754	

資料：県消防保安室調べ

二次医療圏の小計の内数「(うち他の消防本部の管内へ搬送)」は、同一医療圏内の消防本部の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を表すものではありません。

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)や HCU(重症者高度看護室)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。

搬送手段の多様化

【山梨県ドクターヘリ】

本県の救急医療体制の充実を図るため、平成 24 年 4 月 1 日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ますので、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】 山梨県内全域



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とき
 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とき

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
 きますので、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25年1月までの10箇月間で360件の出動要請、
 319件の出動件数、313件の搬送実績があり、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。

ドクターヘリの臨時ヘリポート（離着陸場）は県内に360箇所（平成25年1月
 現在）ありますが、今後とも多くの臨時ヘリポー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
要請件数	360	36	17	31	19	15	22	53	69	67	24	7
出動件数	319	33	14	29	18	14	19	46	59	58	22	7
搬送件数	313	32	14	31	17	14	19	45	53	60	21	7
離着陸場	360	45	36	52	54	18	84	34	12	13	12	0

資料：県医務課、県立中央病院調べ

要請件数等は平成24年4月から平成25年1月まで、離着陸場は平成25年1月現在の指定数。

【神奈川県ドクターヘリの共同運航】

平成15年度から富士・東部地域を対象に、地理的条件などにより本県の救命救
 急センター（県立中央病院）の機能を利用しにくい地域の救命救急の充実を図るこ
 とを目的として、神奈川県ドクターヘリ（東海大学医学部付属病院）を共同で運航
 しています。

しかし、平成 24 年に本県独自でドクターヘリを導入してからは、出動要請件数が大幅に減少しています。

(単位:件)

	H 19	20	21	22	23	24
全体運航件数	345	299	340	280	282	232
うち山梨県分	40	28	34	48	60	12

資料：県医務課調べ

各年とも 4 月から翌年 3 月まで、平成 24 年は 4 月から平成 25 年 1 月までの実績。

【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 23 年度は 118 件、平成 24 年度（4 月～12 月）は 206 件となっています。

県立中央病院のドクターカーは、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で出動し、ランデブーポイント（平成 24 年 4 月現在、全県で 47 箇所）で消防本部の救急車と合流、医師が救急車に乗車後、患者に対して医療行為を実施しながら同病院へ搬送します。

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

県では、山梨県救急医療情報センターを設置し、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-iryō.net/>）。

【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、資質の向上を図っていきます。

【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。

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、救急医療機関の適切な利用について、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いきます。

【二次救急医療体制の充実】

第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いきます。

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する支援を行います。

地域保健医療推進委員会の調整により、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。

病院群輪番制を実施している地区ごとに拠点となる医療機関の機能強化を図るなど、二次医療圏で簡潔できる救急医療体制の構築に向けた支援を行います。

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りながら、一層の機能の高度化、専門化を進めます。

全県を対象に、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「山梨県ドクターヘリ運航調整委員会」を基地病院に設け、ドクターヘリの運用に関わる関係者の連携等について協議を行い、ドクターヘリの効果的な運用を図ります。

【神奈川県ドクターヘリの共同運航】

平成 24 年に本県独自で山梨県全域を対象としてドクターヘリを導入しましたが、気象条件などの理由により県立中央病院から富士・東部地域へ出動できない事態が想定されています。

よって、神奈川県ドクターヘリの出動要請件数は大幅に減少していますが、今後

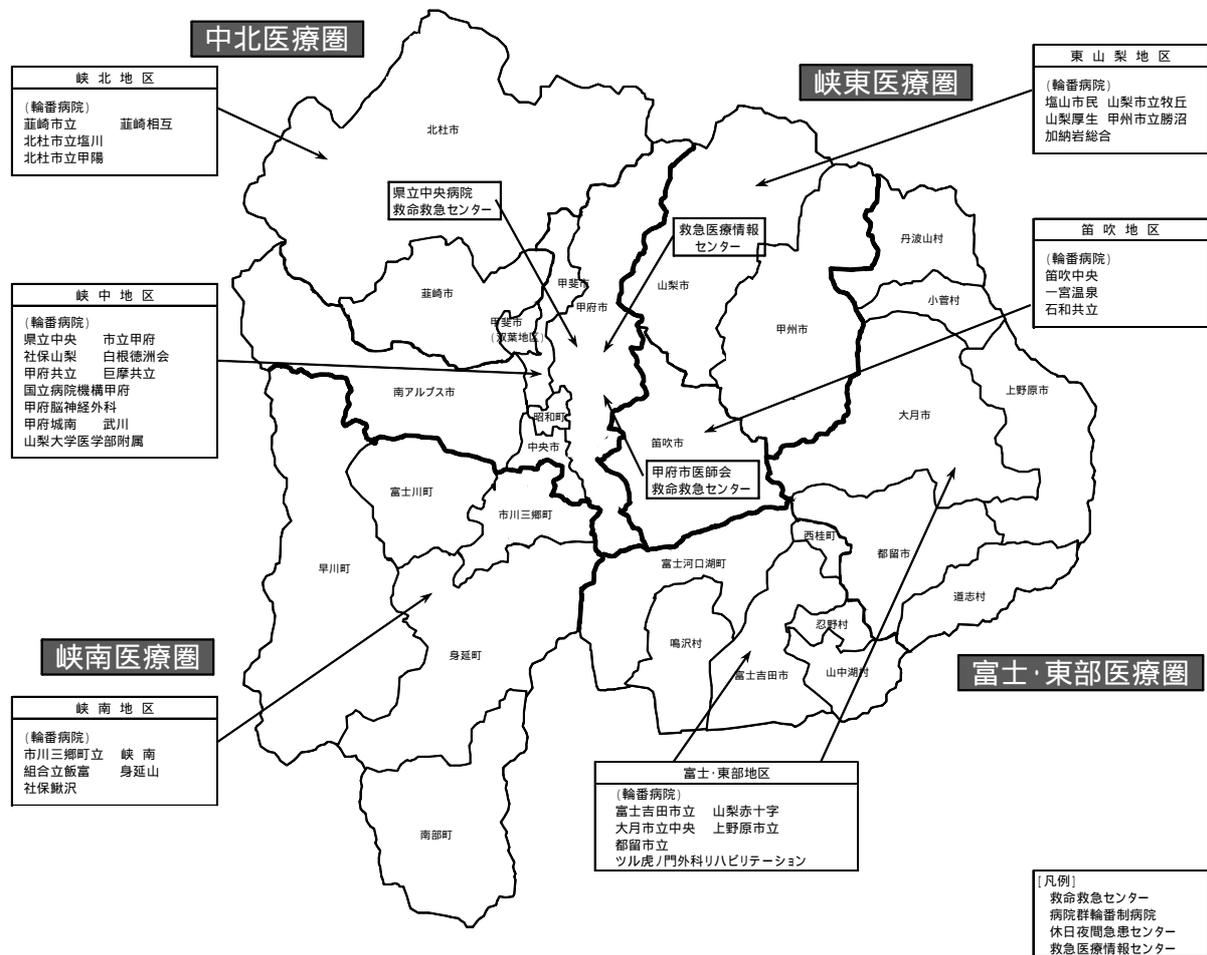
の出動要請などを踏まえ、共同運航のあり方について関係機関と協議します。

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 25 年 3 月現在)

医療圏名		中 北			峡 東		峡 南	富士・東部			
地 区		峡 中			峡 北	東山梨	笛吹	峡 南			
		甲 府	中巨摩 東部	中巨摩 西部							
一次 救急	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									
二次 救急	病院群 輪番制	県立中央病院 国立病院機構甲府病院 市立甲府病院 社会保険山梨病院 甲府共立病院 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 武川病 院 山梨大学医学部附属病院	北杜市立塩川病 院 北杜市立甲陽病 院 塩崎相互病院	加納岩嶺合病院 山梨厚生病院 塩川市民病院 山梨市立牧丘病 院 甲州市立勝沼病 院	一宮温泉病院 石和共立病院 笛吹中央病院	市川三郷町立病 院 組合立飯富病院 社会保険巖沢病 院 峡南病院 身延山病院	富士吉田市立病院 山梨赤十字病院 大月市立中央病院 上野原市立病院 都留市立病院 ツル虎ノ門外科リハビ'リテーション病院				
		(11 病院)	(4 病院)	(5 病院)	(3 病院)	(5 病院)	(6 病院)				
		・ 県立中央病院		・ 山梨大学医学部附属病院							
三次 救急	救命救 急セン ター	・ 県立中央病院									

第9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（平成18年、平成24年に大規模改正を実施）し、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月に発生した東日本大震災における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生か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、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）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。

[用語解説]

（ ）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、日本DMAT隊員養成研修受講施設は、全国で496施設あり、本県では県立中央病院、富士吉田市立病院、山梨赤十字病院、山梨大学医学部附属病院の4施設が設置（平成24年3月31日現在）。

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は、DMATと連携し、被災現場での医療救護活動を行うとともに、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。

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。

災害拠点病院等

平成 8 年 11 月には、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」(29 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が、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。

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 ・白根徳洲会病院 ・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 29 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24年9月1日現在)

		全ての建物に耐震性がある	一部の建物が耐震性がない	全ての建物が耐震性がない
災害拠点病院(9カ所)	公共(6)	5	1	0
	民間(3)	3	0	0
基幹災害支援病院(2カ所)	公共(2)	2	0	0
災害支援病院(29カ所)	公共(10)	8	2	0
	民間(19)	15	4	0
その他(20カ所)	公共(2)	2	0	0
	民間(18)	15	3	0
合計	公共(20)	17	3	0
	民間(40)	33	7	0

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を作成するとともに、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。

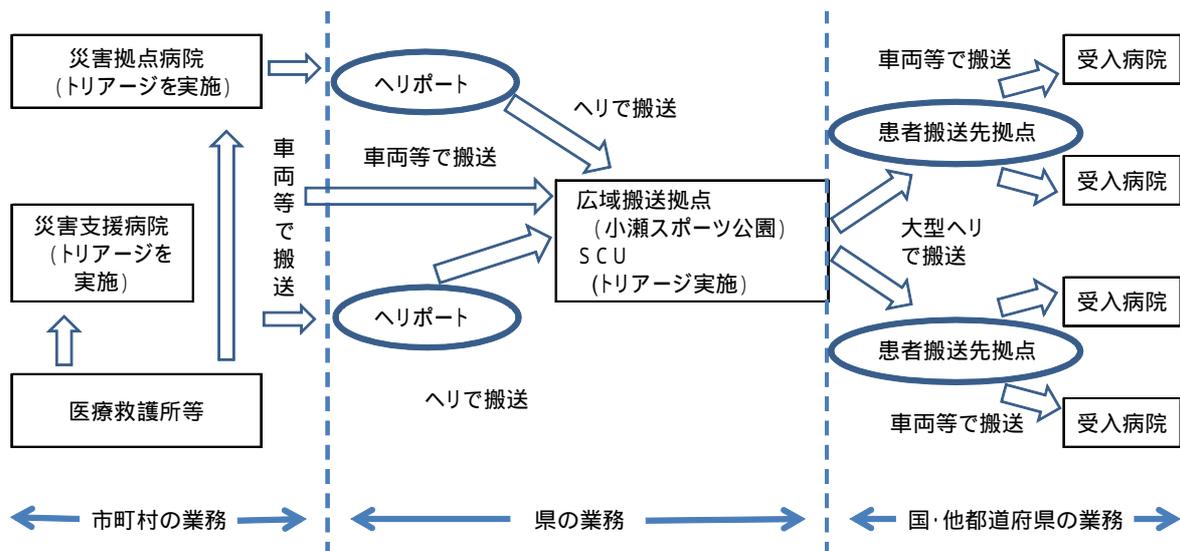
広域応援体制等

大規模災害時においては、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、ヘリコプターを活用し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: Staging Care Unit)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。

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：Emergency Medical Information System）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、災害拠点病院を始めとして全ての医療機関において広域災害救急医療情報システム（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。

災害時要援護者の支援

災害発生時における要援護者（ 1 ）及びハイリスク者（ 2 ）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・共有や要援護者を対象とした避難誘導、福祉避難所設置訓練に取り組むなど災害時要援護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。

[用語解説]

（ 1 ）要援護者

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。

(2)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。

こころの健康管理

災害時における心的外傷や長期にわたる避難所生活等により、こころの問題を抱える人への支援が必要になります。

被災した精神疾患患者の医療を確保する体制を整備することが課題です。

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の協力を得て、備蓄や調達を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

【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、医療チーム

の派遣、受入、配置などの調整が適切に行える体制を整備するなど、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、災害派遣医療チーム（DMAT）研修などを通じて、トリアージ（ ）等の災害医療知識や技術の向上に努めます。

〔用語解説〕

（ ） 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

【災害拠点病院に対する財政的支援】

災害時の医療提供体制の充実強化を図るため、災害拠点病院における施設・設備整備の推進に対し、引き続き必要な助成を行います。

【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の作成】

全病院に対して災害対策マニュアルの作成、災害を想定した訓練の実施を要請し、平時から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、関係機関が連携して訓練を実施します。

【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。

災害情報収集・提供体制の充実

【情報伝達訓練の実施】

災害発生時における情報の伝達を円滑に実施するため、保健所を中心に医療機関や市町村等の関係機関との間で情報伝達訓練を実施します。

【広域災害救急医療情報システム（EMIS）の登録促進】

広域災害救急医療情報システム（EMIS）への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。

災害時要援護者支援体制の充実

【要援護者等の支援体制の強化】

災害発生時における要援護者の迅速な避難誘導と避難所生活を支援するため、市町村による福祉避難所の指定や市町村等による要援護者を対象とした避難誘導、福祉避難所設置訓練の促進に努めます。

また、要援護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、関係機関との連携体制の強化、情報共有を促進するとともに、市町村に対して要援護者支援マニュアルに基づく個別支援計画策定の促進に努めます。

こころの健康管理の支援

被災者のこころの健康管理や精神疾患患者を支援するため、マニュアルに基づく救護体制の具現化に努めていきます。

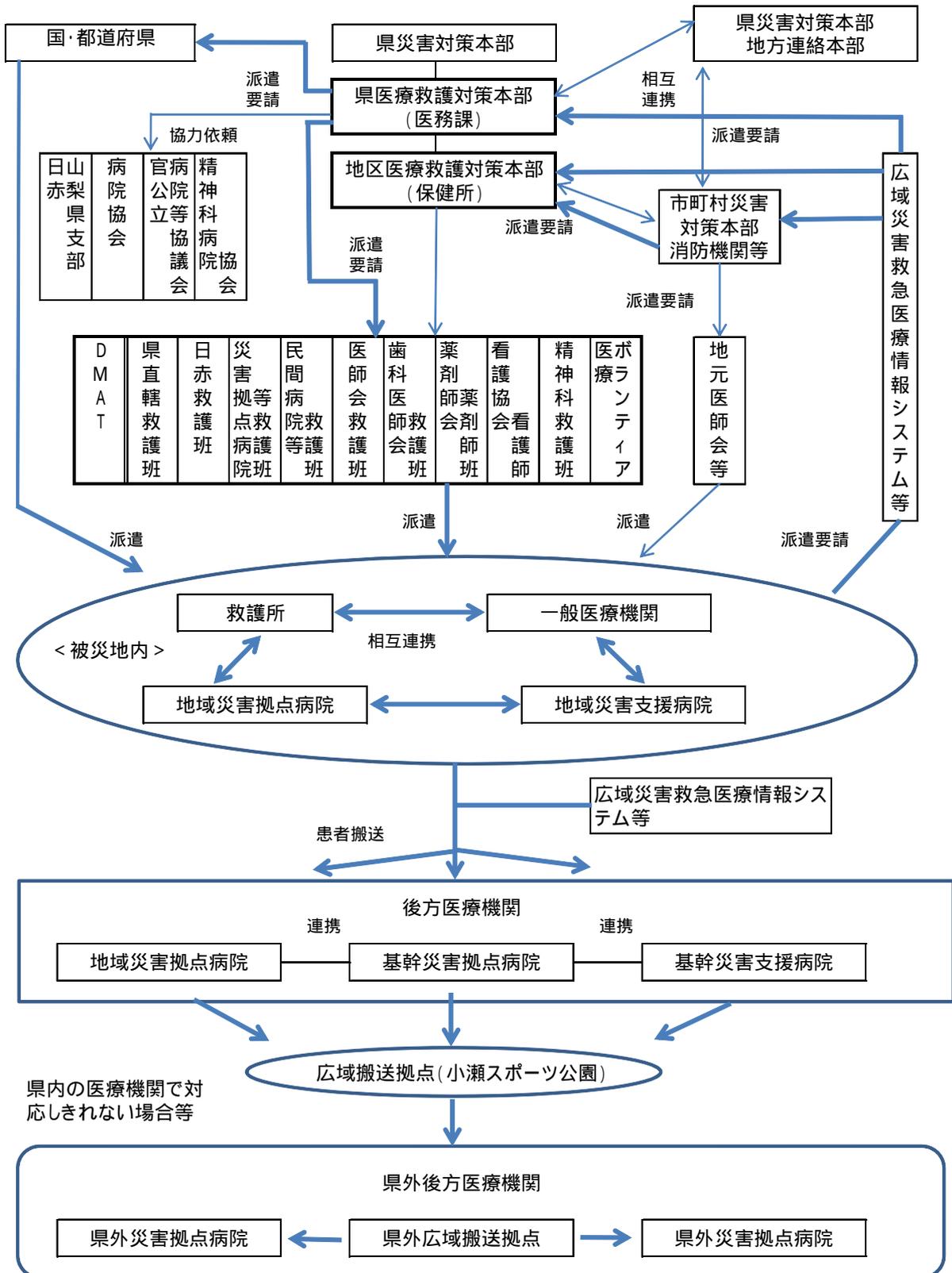
医薬品等の確保

【災害時医療救護体制の整備・充実】

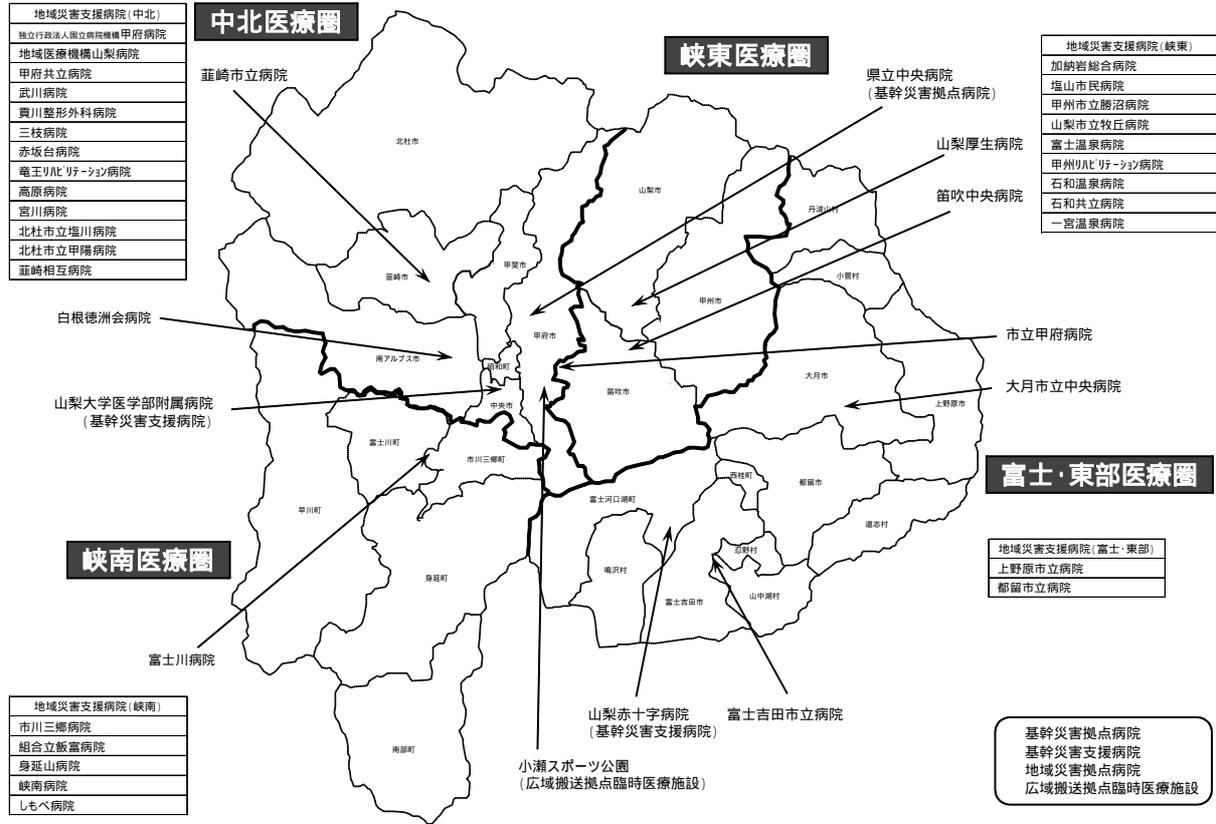
災害用備蓄医薬品や血液の確保・供給体制の一層の整備・充実に努めます。

< 推進体制 >

医療救護体制及び医療救護班の派遣体系



災害拠点病院等一覧



数値目標

目標項目等	現状	平成29年度目標
災害拠点病院のDMAT保有率	22.2% (H23)	100%
災害拠点病院及び災害支援病院の耐震化率	82.5% (H24)	100%
病院の災害対策マニュアル作成率	65.0% (H23)	100%
災害拠点病院の災害を想定した訓練の実施率	66.7% (H23)	100%
要援護者支援マニュアルに基づく個別支援計画を策定した市町村の割合	25.9% (H24)	100%

第10節 へき地医療

現状と課題

無医地区と無医地区に準じる地区

県内には、医療の確保が困難な無医地区（1）が平成21年10月末日現在、5市町村8地区、また、無医地区に準じる地区（＝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		
			医療機関	距離（Km）	時間（分）
中北	北杜市	和田・黒森	塩川病院	19.7	39
		比志	塩川病院	11.0	22
峡南	身延町	折八	市川三郷町立病院	25.1	50
富士・東部	都留市	大平	都留市立病院	6.9	14
	大月市	瀬戸	大月市立中央病院	9.5	19
		浅川	大月市立中央病院	9.2	19
		奥山	大月市立中央病院	6.7	14
小菅村	長作	上野原市立病院	21.0	42	
3 医療圏	5 市町村	8 地区	-	-	-

【無医地区に準じる地区（＝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		
			医療機関	距離（Km）	時間（分）
中北	甲府市	古関・梯	市立甲府病院	15.1	30
峡東	笛吹市	旧芦川村	笛吹中央病院	18.0	36
	甲州市	天目	勝沼病院	13.1	26
峡南	身延町	三保	市川三郷町立病院	12.1	24
		大須成	飯富病院	6.9	14
		曙	飯富病院	4.6	9
	早川町	奈良田	飯富病院	34.2	69
		碓島	飯富病院	14.5	29
		西山	飯富病院	31.3	63
		保	飯富病院	15.2	30
富士・東部	富士河口湖町	富士ヶ嶺	山梨赤十字病院	18.9	38
	丹波山村	鴨沢	大月市立中央病院	44.2	88
4 医療圏	7 市町村	12 地区	-	-	-

資料：山梨県へき地保健医療計画（H23.3）

「距離」は各地区の中心地から最寄りの二次救急医療機関までの距離、「時間」は自動車により概ね30Km/hで移動した場合に要する概ねの時間。

[用語解説]

(1) 無医地区

原則として医療機関のない地域で、当該地区の中心的な場所を起点として概ね半径4 km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) 無医地区に準じる地区 (= 準無医地区)

無医地区には該当しないものの、無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。

本県の無医地区及び無医地区に準じる地区の推移は次のとおりですが、道路事情による交通事情の改善等により無医地区は減少しつつあります。

(単位 : 地区、人)

		平成 6	11	16	21
無医地区	地区数	14	13	9	8
	人口	3,174	2,089	1,373	894
無医地区に準じる地区	地区数	6	7	11	12
	人口	2,500	2,452	2,663	2,534

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、無医地区及び準無医地区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・設備整備への助成を行い、へき地医療対策を進めています。

[用語解説]

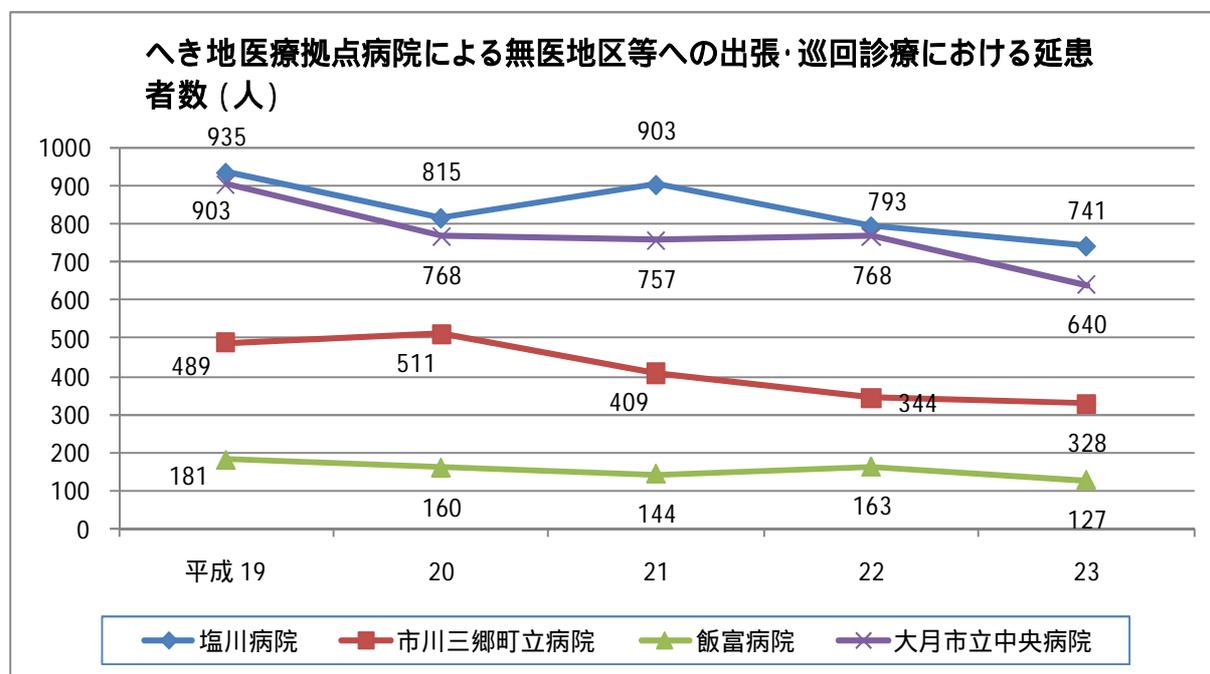
(3) へき地医療拠点病院

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。

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	甲府市古関町1174
	峡東	笛吹市芦川国民健康保険診療所	笛吹市鷺宿466-1
	峡南	南部町国民健康保険診療所	南巨摩郡南部町南部8050-1
		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
	4 医療圏	10 施設	-



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 24 年 4 月現在、卒業生は 74 名、在学学生は 14 名で、このうち卒業医師 20 名が県内のへき地医療等に従事）

また、山梨大学では医学部に地域枠を創設するなど、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。

今後とも両大学との連携により、引き続き、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。

へき地保健医療計画

へき地においては高齢化の進行により更なる医療の需要が予想されることから、今後ともへき地に暮らす地域の住民の健康管理と医療の確保を図る必要があります。

本県では、へき地医療対策の更なる充実を図るため、「山梨県へき地保健医療計画」を平成 23 年 3 月に策定し、へき地における医療の方向性と施策のあり方を明らかにしています。

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

へき地医療拠点病院等に対する支援

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。

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。

【大学との連携】

今後とも自治医科大学や山梨大学と連携を密にし、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

医療従事者の時間的・距離的負担の軽減を図り、効率的な診療が行えるよう、ICTを活用した情報ネットワークの整備を行います。

山間地における救急医療体制を確保するため、ドクターヘリを積極的に活用します。

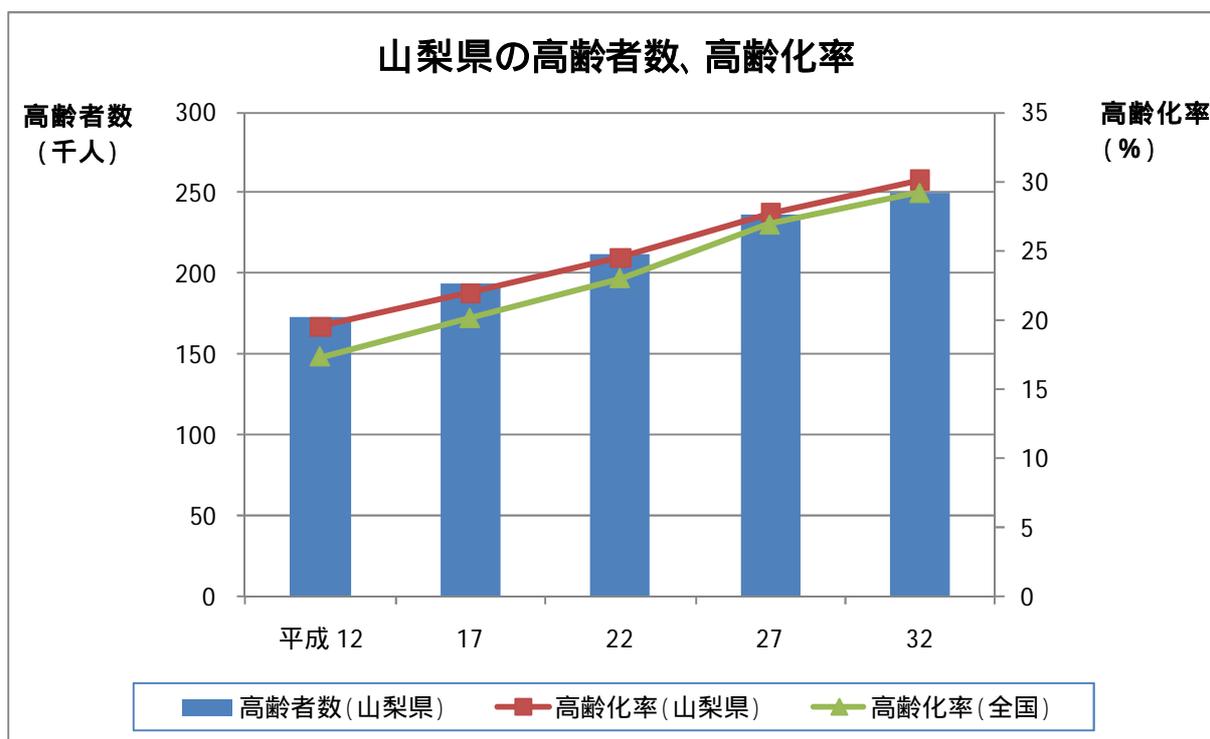
第11節 在宅医療

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32年には、65歳以上人口が250千人、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30.1%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、増加していくものと思われます。



(単位：人、%)

	平成 12	17	22	27	32
高齢者数 (山梨県)	173,580	193,580	211,581	236,000	250,000
高齢化率 (山梨県)	19.5	21.9	24.5	27.7	30.1
高齢化率 (全国)	17.3	20.1	23.0	26.9	29.2

資料：国勢調査(総務省)、平成19年5月推計・都道府県別将来推計人口(国立社会保障・人口問題研究所)

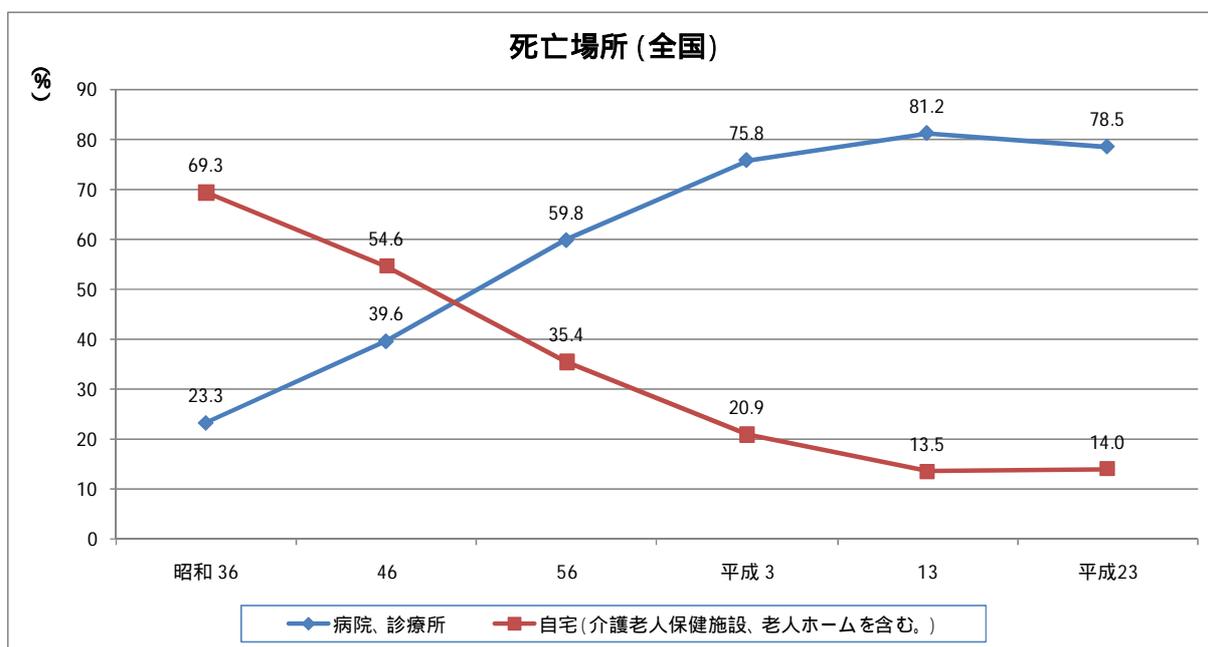
【在宅における死亡の状況】

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 23 年では 12.5%となっています。

なお、本県も同様の傾向にあり、平成 23 年に病院、診療所で亡くなる人の割合は、77.4%（全国 78.5%）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 20.2%（全国 18.0%）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 7.5%（全国 8.2%）で、心疾患が 24.4%（全国 23.4%）、脳血管疾患が 9.7%（全国 10.9%）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は、山梨県県民保健医療意識調査(H24.2)によると、『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』との質問に対して、「自宅療養し、必要時に病院に入院したい(13.7%)」、「自宅療養し、必要時に緩和ケア病棟に入院したい(29.9%)」、「最後まで自宅療養したい(8.8%)」と、自宅での療養を希望すると回答した割合は 52.4%と過半数を占めています。

また、介護の視点からも『看護・介護が必要な人の長期療養をどこでさせたいか』という質問に対して、35.8%が「自宅」と回答し、また、45.4%が「老人保健施設や特別養護老人ホーム等の介護保険施設」と回答するなど、8割以上の方が病院以

外での療養を希望しており、患者及び介護双方の立場から在宅医療に対するニーズは高いものとなっています。

【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25年1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6施設、在宅療養支援診療所数（2）が54施設、訪問看護ステーションが46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0.70と全国0.38（H23参考値）を上回っていますが、在宅療養支援診療所は6.31と全国10.27（H23参考値）を、訪問看護ステーションは5.38と全国6.07（H23参考値）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。

また、在宅療養支援歯科診療所は34施設で人口10万対3.97と全国3.20（H23参考値）を上回っていますが、訪問薬剤管理指導の届け出のある薬局は262施設となっており、人口10万対30.62と全国32.73（H23参考値）を下回っています。

（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（H23）
在宅療養支援病院	1	1	2	2	0	6	0.70	0.38
在宅療養支援診療所	25	7	12	0	10	54	6.31	10.27
訪問看護ステーション	18	7	7	8	6	46	5.38	6.07
在宅療養支援歯科診療所	11	3	10	2	8	34	3.97	3.20
訪問薬剤管理指導料届出薬局	112	46	38	12	54	262	30.62	32.73

資料：平成25年1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）。

【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。

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。

一方、往診、訪問看護、短期入所サービスについては、峡南医療圏において利用率が高くなっております。

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。

現行の施策

県では平成 18 年度から、在宅医療の推進に不可欠な訪問看護の充実を図るため、訪問看護推進事業に取り組むとともに、在宅医療・ターミナルケアに関わる多職種の知識・技術を高めるための研修会や連携を図るための協議会の開催を実施しています。

また、平成 23 年度からは、県下で高齢化が最も進む峡南医療圏をモデル地区として、在宅療養者が適切な医療等のケアを受けられるよう、組合立飯富病院内に「峡南在宅医療支援センター」を設け、在宅医療に関する相談応需や在宅医療関係者の連絡調整、在宅医療資源の紹介などの取り組みを推進しています。

併せて、平成 24 年度からは、在宅での治療を希望する患者に対して往診や訪問診療ができる医師を紹介するとともに、在宅で適切な医療が受けられるよう複数の医師や介護・福祉のスタッフと連携をしながら在宅で療養する患者の支援を行う「峡南在宅ドクターネット」の運用を開始しています。

更に、平成 24 年度には、国の事業を活用して、中北医療圏において ICT を利用した多職種協働による在宅医療の提供を目指すモデル事業や各医療圏において在宅医療に関わる多職種の医療福祉従事者に対する研修会を実施しています。

在宅歯科診療については、在宅歯科診療を実施する医療機関への在宅歯科医療機器等の整備を進めるとともに、平成 22 年度に県歯科医師会内へ在宅歯科医療連携室を設置し、在宅歯科医療の推進を図っています。

在宅医療の提供体制に求められる機能

【退院支援】

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。

また、在宅医療に係る機関においては、退院した患者の病状や対応に関する情報の共有を図るとともに、他の医療介護施設に情報提供を行い、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。

【日常の療養支援】

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。

<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。

認知症には早期発見による早期治療が効果的であるため、認知症の初期の段階での相談体制づくりと認知症の早期診断につなげる、かかりつけ医の認知症対応力の向上が必要です。

認知症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との連携が重要になります。

認知症の状態とニーズに応じた適切な医療と介護のサービスが受けられるよう、地域包括ケアシステムの構築が課題になっています。

急変時の対応

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。

看取り

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。

医療と介護の連携

施設中心の医療・介護から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、今後は、更に市町村や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です。

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が、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当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

【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協議の場や関係団体を通じ、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。

【日常の療養支援】

在宅医療・介護従事者等による協議の場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。

在宅緩和ケアの質的向上を目的として、医療関係者、介護・福祉関係者を対象とした「在宅緩和ケア研修会」を開催します。

<認知症>

認知症への理解と支援を進めるため、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や認知症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を担う認知症サポート医の計画的な養成と、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。

県立北病院と日下部記念病院を引き続き「認知症疾患医療センター」に位置付け、認知症に関する専門医療相談や鑑別診断を行うとともに、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の連携を進めるなど、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する支援や認知症対策推進会議、市町村認知症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するなど、地域包括ケアシステムの構築を促進します。

【急変時の対応】

在宅医療・介護従事者等による協議の場合や多職種の研修会を通じ、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するとともに、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が行われるよう調整等を図ります。

【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。

保健所（支所）において、在宅ターミナルケアの専門的な知識を有する医療・介護従事者等の参加による多職種連絡会議を開催し、地域における協力体制の更なる充実を図ります。

【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ことから、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、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。

【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するなど、訪問看護体制の充実を図ります。

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します。

【連携協議の推進】

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、各保健所（支所）において地域の在宅医療・介護従事者や市町村等の関係者による協議の場を設けます。

地域の在宅医療機関や介護施設等の機能を明確化することにより、それぞれの効果的な連携を推進するとともに、各圏域の在宅医療の現状把握を行い、在宅医療・介護サービスを必要とする患者や家族が、在宅医療機関や介護施設等を利用する際の利便性の向上を図ります。

【連携拠点への支援】

住み慣れた生活の場において適切な医療・介護サービスが提供されるためには、身近な地域が主体となって医療と介護の連携・調整等に中心的な役割を担っていくことが必要なことから、医療と介護のコーディネートや地域の在宅医療に関する人材育成及び普及啓発等の取り組みを行う拠点の設置など、市町村などが実施する取り組みを支援します。

【在宅医療情報ネットワーク構築への支援】

他職種連携を行うための連携基盤とするため、ICTを活用した患者の病状や生活状況、医療・介護サービスなどの情報について、医師、歯科医師、訪問看護師、ケアマネジャー等の関係者が共有する在宅医療情報ネットワークの構築に向けた取り組みを支援します。

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29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
24時間体制をとっている訪問看護ステーションの従業者数	183	96	36	27	24	H21	203	106	40	30	27
訪問診療を受けた患者数（6カ月）	13,008	7,464	2,977	716	1,851	H22	14,311	8,211	3,275	788	2,037
往診を受けた患者数（6カ月）	3,429	1,900	527	349	653	H22	3,773	2,090	580	384	719
在宅看取りを実施している病院、診療所数の合計数	25	13	4	0	8	H20	30	15	5	1	9
在宅療養支援歯科診療所数	34	14	10	2	8	H23	39	16	11	3	9

圏域の設定は保健所（支所）単位による5圏域としていますが、数値目標はデータ集計上等の都合により、「中北、峡東、峡南、富士・東部」の4圏域で設定しています。

第12節 その他の疾病等

1 感染症

現状と課題

感染症対策

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律(感染症法)に基づき、感染症発生・拡大、まん延予防のための取り組みを実施しています。

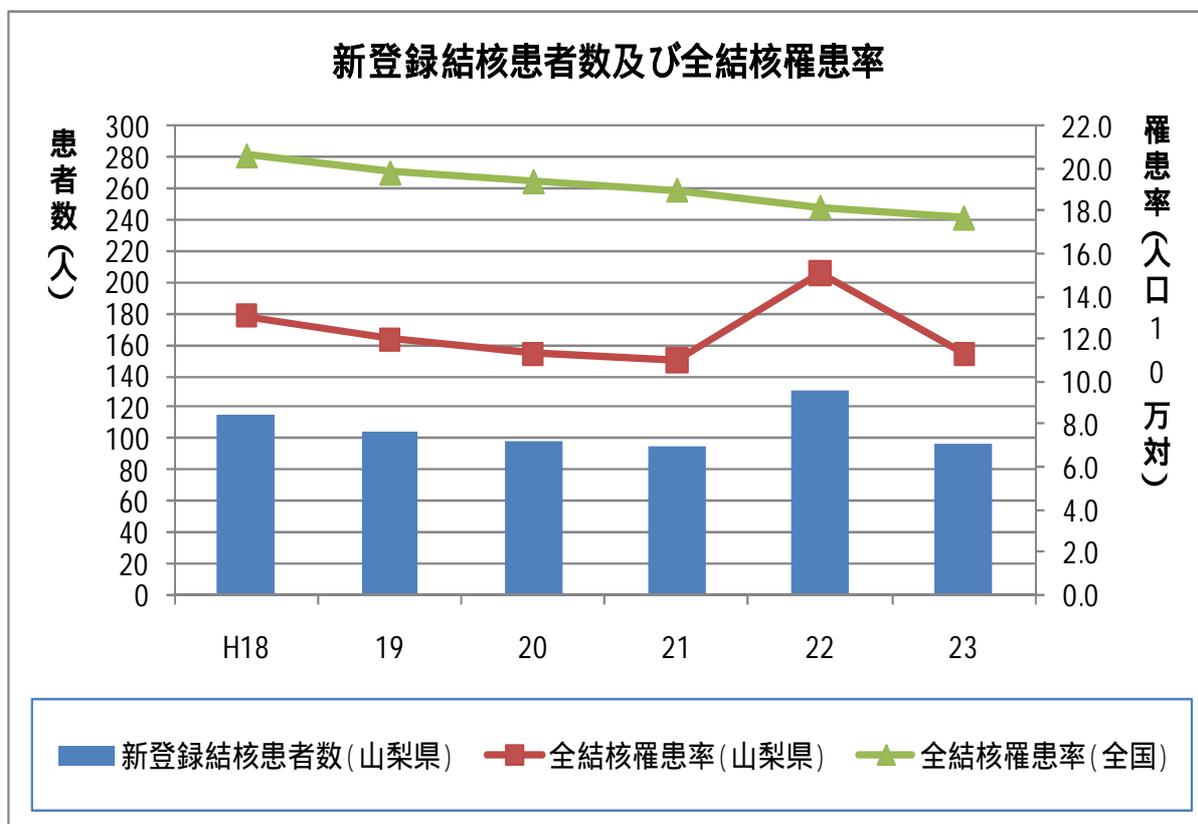
結 核

本県の新規結核登録患者は97人で、人口10万対の罹患率は11.3となっており、全国の17.7と比較すると低いものの、ここ数年は横ばいの状況になっています。

また、新登録患者の年齢構成では60歳以上の高齢者の占める割合が多く、次いで30歳から40歳代の働き盛り世代の罹患が多くなっています。

更に、発病から診断までの期間が3ヶ月以上の者の割合が29.41%であり、全国の17.54%と比較すると多くなっています。

罹患率の低下は良い反面、結核に対する認識の希薄化から、有症状者の受診の遅れ、医療機関における診断の遅れが課題となっている。また、診断の遅れから院内又は介護施設等他者への感染の機会を増加させるなどの課題も生じています。



(単位：人、人口10万対)

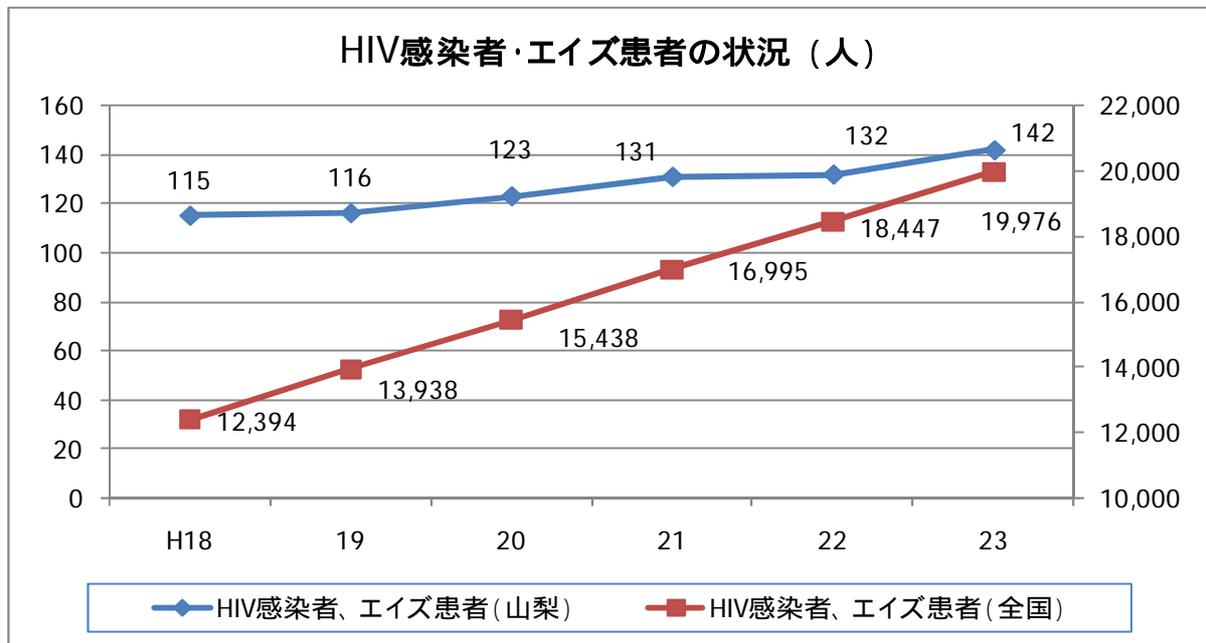
	平成 18	19	20	21	22	23
新登録結核患者数(山梨県)	115	105	98	95	130	97
全結核罹患率(山梨県)	13.1	12.0	11.3	11.0	15.1	11.3
全結核罹患率(全国)	20.6	19.8	19.4	19.0	18.2	17.7

資料：結核の統計（（公財）結核予防会結核研究所）

HIV・エイズ

本県のHIV感染者・エイズ患者（累計）は142人で、毎年新たな感染者・患者が報告されており、診断時にエイズを発症している事例が約30%を占めています。

また、感染者・患者の内訳は、20歳代、30歳代の若者に加えて、40歳以上の日本人男性の報告が増えています。



資料：エイズ発生動向年報（厚生労働省）

県では、エイズ患者の入院治療等を担う病院として、中核拠点病院と8つの拠点病院を指定するとともに、エイズに関する正しい知識の普及啓発に努めています。

区分	病院名
エイズ治療の中核拠点病院	県立中央病院
エイズ治療の拠点病院	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、富士吉田市立病院、大月市立中央病院、韮崎市立病院、都留市立病院、山梨赤十字病院

C型肝炎

本県のC型肝炎ウイルスの感染率は1.43%（平成20～22年 健康増進事業）であり、全国平均（0.83%）よりも高く、東日本では最も高い値となっています。

また、関連性が高いとされる肝がんの75歳未満年齢調整死亡率（人口10万対）は、本県の8.8（平成22年）は全国平均7.6（平成22年）より高く、東日本で最も高い状況にあります。

このことから、県では肝炎対策基本法に基づく「山梨県肝炎対策推進計画」を平成24年7月に策定し、より一層の肝炎対策に努めています。

県では、県内における肝炎医療の推進に当たり、かかりつけ医との連携を担う肝疾患診療連携拠点病院及び肝疾患に関する専門医療機関を指定し、他の医療機関への診療支援を行う体制を整備しています。

区分	病院名
肝疾患診療連携拠点病院	山梨大学医学部附属病院
肝疾患に関する専門医療機関	地域医療機構 山梨病院、市立甲府病院、県立中央病院 山梨厚生病院、富士吉田市立病院

新たな感染症

新型インフルエンザなど新たな感染症の発生が危惧されており、発生時への備えや正確な情報収集・提供が必要となっています。

感染症の医療体制

感染症法に基づく医療体制は次のとおりです。

感染症法における感染症類型と医療体制

感染症類型	主な対応	医療体制	医療費負担
新感染症	厚生労働大臣の技術的指導・助言を得て個別緊急対応	特定感染症指定医療機関 (国が指定、全国に数か所)	全額公費 (医療保険の適用なし)
一類感染症 (ペスト、エボラ出血熱等)	原則として入院	第一種感染症指定医療機関 都道府県知事が指定。 (各都道府県に1か所)	医療保険適用 自己負担分は公費で 全額負担 (結核の通院治療を除く)
二類感染症 (ジフテリア、結核、SARS等)	状況に応じ入院	第二種感染症指定医療機関 都道府県知事が指定。 (各二次医療圏に1か所) ----- 結核病床を有する指定医療機関 都道府県知事が指定	
三類感染症 (腸管出血性大腸菌症等)	特定業務への就業制限	一般の医療機関	医療保険適用 (自己負担あり)
四類感染症 (웨스트ナイル熱、日本脳炎等)	発生動向の把握・提供		
五類感染症 (インフルエンザ、イボ等)			

一～三類感染症以外で緊急の対応の必要性が生じた感染症についても、「指定感染症」として、政令で指定し、1年限りで一～三類の感染症に準じた対応を行う。

四類感染症と五類感染症の対応の違い

四類...消毒、動物の輸入禁止等の措置が必要

五類... " 必要ない(旧四類と同じ対応)

区分	病院名
第一種感染症指定医療機関	県立中央病院
第二種感染症指定医療機関	市立甲府病院、北杜市立甲陽病院、山梨厚生病院、富士川病院、富士吉田市立病院、大月市立中央病院
結核病床を有する指定医療機関	県立中央病院、国立甲府病院、山梨厚生病院、山梨赤十字病院

普及啓発

施設等におけるインフルエンザやノロウイルス等による感染性胃腸炎の集団発生が毎年発生しており、ワクチン接種率の向上や、県民へのエイズ、性感染症を含めた感染症予防の基礎知識の継続的な普及啓発が必要となっています。

施策の展開

感染症に関する共通対策

【感染症発生動向の把握と県民への情報提供】

感染症発生動向調査による発生情報の収集・解析に基づき、県民に予防方法などの情報を提供します。

【感染症対策の推進】

専門家や関係団体、行政の代表者で構成する各種の協議会（県予防接種対策協議会、県肝炎対策協議会、県感染症危機管理対策委員会）において県内の感染症に関する状況を分析し、感染症対策を推進していきます。

【感染症指定医療機関の確保】

第一種感染症指定医療機関・第二種感染症指定医療機関を確保することにより、早期・適切な治療の実施とまん延防止を図ります。

【定期予防接種率の向上】

市町村間の相互乗り入れの推進とワクチンの必要性についての県民の意識を高めることにより、ワクチン接種率の向上を目指します。

【社会福祉施設等における感染症対策の推進】

高齢者福祉施設や保育施設などにおける感染症の集団発生を予防するため、感染症対策の重要性について指導するとともに、感染症が発生した際のまん延防止に努めます。

結核対策

【結核患者に対する治療の継続】

患者に対して医療費の給付を行うとともに、患者の服薬確認を実施することにより治療の継続を図り、治癒率を高めます。

結核は治療期間が長いことから、患者の治療完遂を支援するため、結核指定医療機関と地域の医療資源とのネットワークの構築を図ります。

働き盛り世代をはじめ、県民の受診の遅れを防ぐため、結核予防週間や結核研修会等結核の正しい知識を啓発していきます。

結核のまん延防止、多剤耐性結核の発生を予防するため、結核患者に対して DOTS（直接服薬確認療法）を推進し、患者に対して医療費の給付を行い、治療の完遂を図ります。

【定期健康診断の受診率向上・接触者健診の徹底】

65 才以上の高齢者及び社会福祉施設入所者、高校・大学・専門学校の新入生など、特に集団感染の可能性の高い者の定期健康診断を行う、市町村・事業者等に対し、健診の必要性の周知に努め、これらの者の受診率の向上に努めます。

また、患者に接触した者に対して健康診断の受診を勧告し、早期発見・早期治療につなげることでまん延防止を図ります。

【医療機関の連携】

早期発見、早期治療が図られるように県民に結核について周知するとともに、医療機関との連携を強化します。

HIV 感染・エイズ対策

【正しい知識の普及】

若い世代での HIV 感染を防止するために、中学校、高等学校等において生徒や性教育担当者を対象にエイズ知識普及啓発講習会を開催し、また、全高等学校の1年生にエイズ予防啓発用パンフレットを配布するなど、10代のうちに正しい知識を身につけるよう啓発に努めます。

【相談検査体制の強化】

無料の即日検査や平日夜間検査を保健所で実施するなど、感染者の早期発見に努めます。

また、保健所において相談検査にあたるカウンセラーを養成し、相談体制の強化を図ります。

【医療体制の確保、地域支援の充実】

エイズ治療の中核拠点病院を中心に県内の医療体制の整備、医療水準の向上を図ります。

治療期間の長期化、HIV感染者・エイズ患者の高齢化に対応するため、高齢者福祉施設の管理者や従事者などを対象として普及啓発の講習会を開催し、患者の受け入れ先の確保を図ります。

ウイルス性肝炎対策

【肝炎対策推進計画の推進】

肝炎対策推進計画に基づき、肝炎ウイルス検査の受診勧奨や保健指導の充実を図るなど肝炎対策の一層の推進を図ることにより、肝がんの発症を予防し、肝がんの死亡率を改善します。

1．肝炎ウイルス検査の受診を促進

二次医療圏ごとの講習会の開催などの普及啓発を実施し、生涯に1回は、肝炎ウイルス検査を受診するよう啓発します。

2．要診療者に対する保健指導の充実

山梨大学医学部附属病院が中心となって実施する肝疾患コーディネーター養成事業への参加を医療機関、民間企業や市町村等に要請し、保健指導にあたる人材育成に努めるとともに、肝臓硬度測定検査の導入支援、山梨学院大学との連携協定に基づく肝疾患レシピの開発を進め、要診療者への保健指導を充実します。

3．肝疾患診療体制の整備等

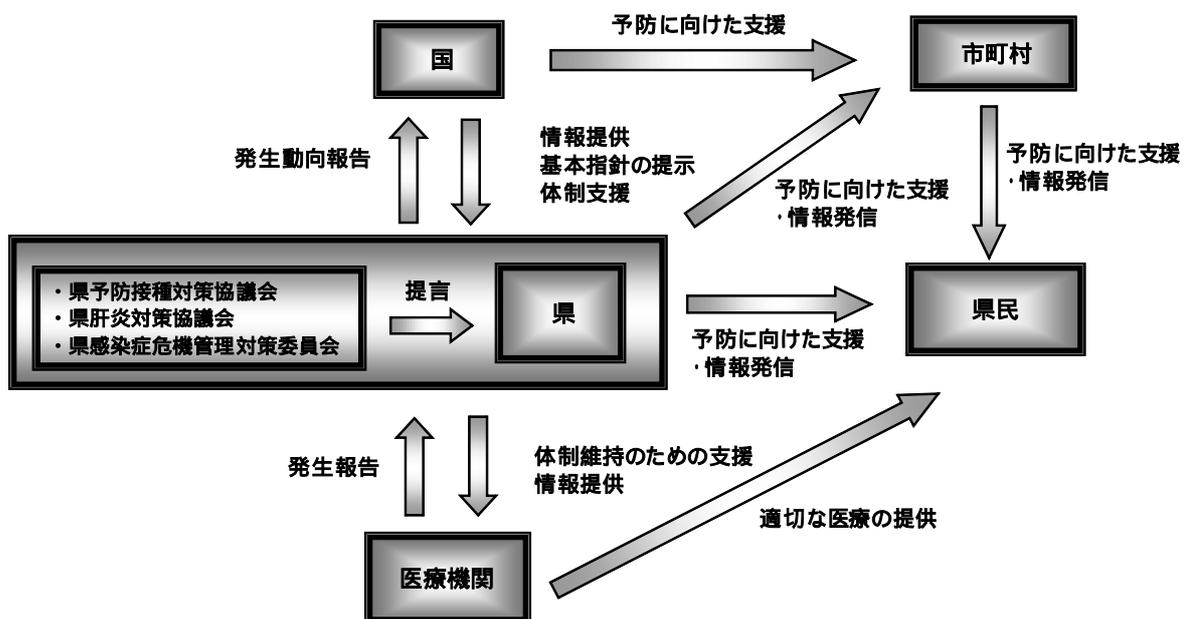
国の制度に基づく肝炎治療費助成事業の実施を推進するとともに、関係機関に対しては、患者の身近な医療機関で適切な肝炎治療が受けられるよう肝疾患に関する専門医療機関が連携する「肝疾患診療ネットワーク」の推進に対する協力を要請し、県民に対しては同ネットワークについて周知していきます。

新たな感染症への対策

【発生に備えた防疫体制の整備】

新型インフルエンザ・SARS等の行動計画に基づき、抗インフルエンザウイルス薬の備蓄、流行時の対応病床の確保を図るとともに、対応訓練を実施していきます。

< 推進体制 >



数値目標

目標項目等	現状	平成29年度目標
肝がん（75歳未満）の年齢調整死亡率（人口10万対）	8.8（H22）	全国平均
結核の新規罹患率（人口10万対）	11.3（H23）	10未満

2 臓器等の移植

現状と課題

臓器移植

【臓器提供者、アイバンク登録者等の状況】

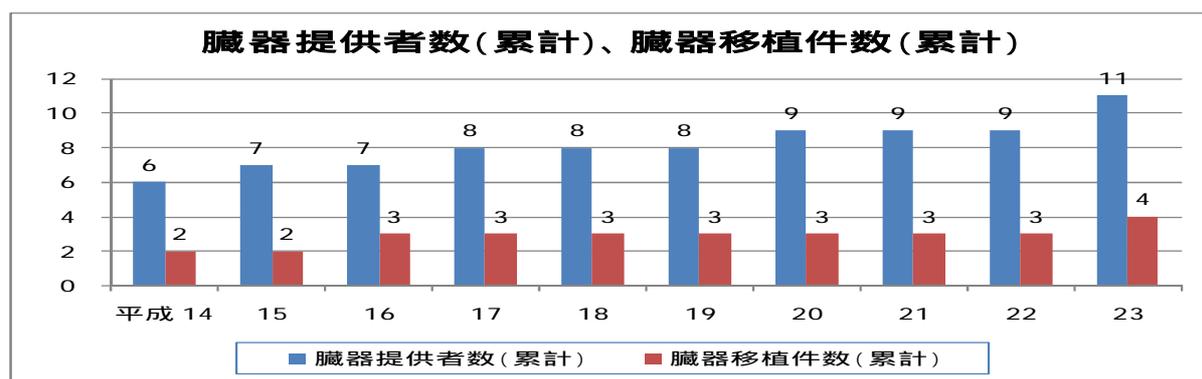
臓器が一旦機能を失った場合は、薬剤での治療や機械での代替には限界があり、健康な臓器を移植することが唯一の根治療法です。

しかしながら、臓器提供の数は十分ではなく、臓器移植の待機者が多い状況であることから、本県においても臓器移植を推進する必要があります。

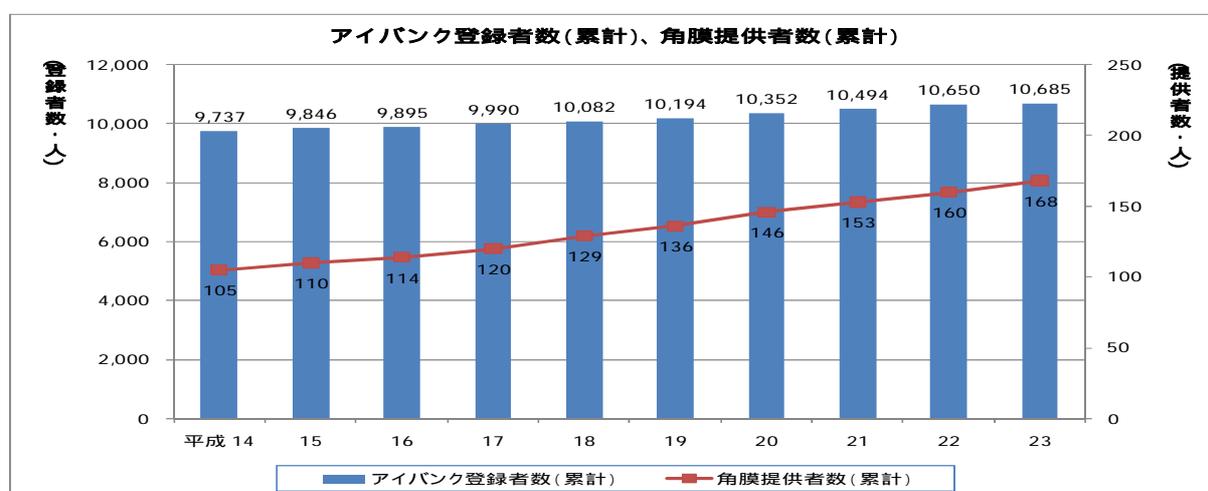
全国の臓器別移植希望者数 (平成24年10月末現在:人)

心臓	肺	肝臓	腎臓	膵臓	小腸
235	191	403	12,427	196	4

資料：日本臓器移植ネットワーク調べ



資料：県臓器移植推進財団調べ



資料：県アイバンク調べ

【臓器移植法の改正等】

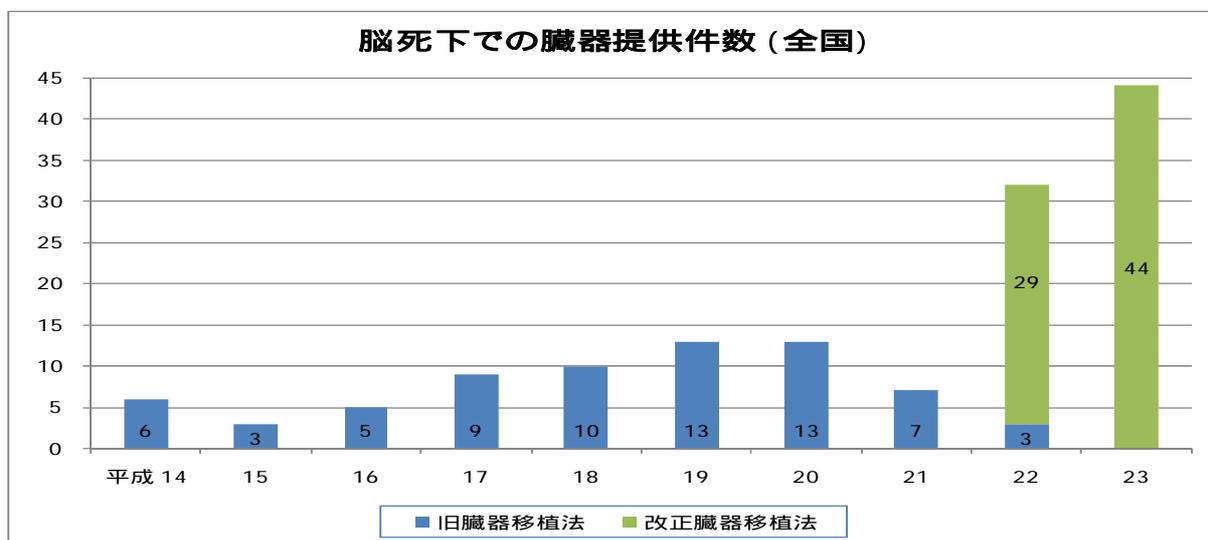
平成9年10月に「臓器の移植に関する法律（臓器移植法）」が施行され、脳死からの臓器移植が可能になり、従来の腎臓、角膜に加え、心臓、肝臓、肺、膵臓、小腸が移植可能な臓器として追加されました。

また、平成22年に改正臓器移植法が施行され、本人の臓器提供の意思が不明の場合であっても、家族が臓器提供を書面により承諾する場合には、臓器摘出を可能とする臓器摘出要件の緩和や、脳死判定に従う意思がないことを表示している場合以外の場合にあっては、家族が脳死判定を行うことを拒まないとき又は家族がいないときには、臓器摘出に係る脳死判定を行うことができるとする脳死判定要件の緩和が行われるとともに、親族への優先提供の意思表示が可能になりました。

臓器移植法施行後に国内で行われた脳死臓器提供は201例、臓器移植件数は882例（平成24年11月27日現在）となっています。平成22年の改正臓器移植法の施行後は、脳死下での臓器提供が増加傾向にあります。

脳死下での臓器提供施設は、県内では、県立中央病院、山梨大学医学部附属病院の2施設が指定されています。

本県では、平成23年10月に、臓器移植法施行以来、初めて脳死下での臓器提供が行われました。



資料：厚生労働省調べ

【臓器移植の普及啓発等】

県では平成10年4月から専任の臓器移植コーディネーターを設置し、臓器移植の普及啓発活動、臓器提供希望者の家族への説明・意思確認、臓器提供医療機関との連携強化等に取り組んでいます。

また、県内各地で街頭キャンペーンを実施し、移植医療に対する理解と協力を呼びかけるとともに、様々なイベントを通じた普及啓発活動を実施しています。

更に、角膜提供者の登録や幹旋、臓器移植医療について普及啓発活動を行う、県アイバンク（昭和 58 年設立）及び県臓器移植推進財団（昭和 61 年設立）に対し支援を行っています。

平成 24 年 2 月に県が実施した『山梨県県民保健医療意識調査』では、臓器提供意思表示カードの所持率は 14.5%であり、5 年前の調査（13.0%）から 1.5 ポイント増加しています。

一方、所持していない理由として最も多かったのは「情報不足」（53.7%）であり、5 年前の調査（56.6%）から 2.9 ポイント改善していますが、意思表示カードへの記入に加え、インターネットによる意思登録、保険証や運転免許証の裏面へ新たに設けられた意思表示欄への記入等、様々な意思表示の方法について周知するなど、引き続き臓器移植に関する普及啓発を推進していく必要があります。

骨髄移植

【ドナー登録の状況等】

骨髄移植とは、白血病や再生不良性貧血などの病気によって、正常な造血が行われなくなった患者の骨髄幹細胞を、健康な方の骨髄幹細胞と入れ替える（骨髄液を点滴静注する）ことにより、造血機能を回復させる治療法です。

平成 3 年 12 月に、骨髄バンク事業を行うため（公財）骨髄移植推進財団が設立されたことに伴い、本県においても県赤十字血液センター内に骨髄データセンターが開設され、骨髄提供希望者（ドナー）登録の受け付けが始まりました。

ドナー登録は、甲府献血ルーム、峡南、富士・東部の 2 カ所の保健所において受付を行っています。

また、ボランティア団体の「山梨県骨髄バンクを推進する会」（平成 7 年設立）や日本赤十字社山梨県支部と連携してドナー登録会を開催しています。

ドナー登録の状況は、平成 24 年 10 月末現在の登録者数は、全国で 421,875 人、山梨県で 2,351 人となっています。骨髄の提供は、55 歳までとされており、加齢により登録が抹消されるドナーがいることから、一定数を確保するため引き続きドナー登録を実施していく必要があります。

(各年3月末現在)

	平成 15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
骨髄ドナー登録者数	996	1,188	1,375	1,776	1,945	2,110	2,292	2,328	2,353	2,361

資料:(公財)骨髄移植推進財団調べ

施策の展開

臓器提供体制の整備

県臓器移植コーディネーターによる、県内病院の定期的な巡回を通して、臓器提供に対する理解や協力を要請していきます。

また、臓器提供病院の院内コーディネーターに対する研修会を開催するとともに、医療機関、県アイバンク、県臓器移植推進財団等と連携を強化し、一体となって移植医療の推進に取り組みます。

普及啓発活動の推進

県アイバンク、県臓器移植推進財団及び県骨髄バンクを推進する会が実施する普及啓発事業に対し支援を行うほか、多くのボランティア団体と協力し、キャンペーン活動やイベントの実施などを行うとともに、広報活動の充実を図るなど、移植医療についての普及啓発活動を行っていきます。

ドナー登録活動の推進

骨髄ドナー登録については、引き続き保健所(峡南、富士・東部)に登録窓口を設置するとともに、県骨髄バンクを推進する会や日本赤十字社と連携してドナー登録会を開催します。

3 難病等

現状と課題

原因が不明で治療方法が確立されていない、いわゆる難病等は療養期間が長期にわたるため、患者及び家族は経済的、精神的、身体的負担を強いられています。

平成 24 年 4 月現在、130 の疾患が国の指定する難治性疾患克服研究事業の対象となっており、このうち 56 疾患を特定疾患治療研究事業の対象として医療費の公費助成を行っています。

本県の平成 23 年度末における特定疾患治療研究事業医療受給者は 3,770 人であり、受給者数は毎年増加しています。

特定疾患治療研究事業医療受給者証交付数等 (各年度末現在)

	平成 14	18	19	20	21	22	23
特定疾患治療研究事業医療受給者証交付数(人)	2,452	2,902	2,997	3,161	3,410	3,580	3,770
特定疾患治療研究事業医療受給者証交付数の増加率(%:5か年)	18.4		25.8				

資料：県健康増進課調べ

平成 21 年 10 月 1 日に特定疾患治療研究事業の対象が従来の 45 疾病から 56 疾病へ増加。

県では、難病等対策として、特定疾患治療研究事業と併せて保健所や難病相談・支援センターによる在宅療養患者の支援を実施しています。

難病患者や家族に対するきめ細かな支援を行うためには、市町村、保健所、難病相談・支援センターが協力して地域支援の充実を図りつつ、地域の医療機関と連携して保健・医療・福祉サービスの総合的な支援とその充実を図ることが重要です。

施策の展開

特定疾患患者への医療扶助(特定疾患治療研究事業の実施)

特定疾患患者に対する医療給付により、経済的な負担軽減を図り安定した療養生活を確保します。

地域支援の充実（在宅療養生活の支援）

市町村が行うホームヘルプサービス事業や短期入所事業などに対し引き続き助成するとともに、保健所と難病相談・支援センターが連携して相談機能の充実を図り、難病患者や家族の療養生活を支援します。

保健所においては、要支援難病患者に対し、個々の患者等の実態に応じてきめ細かな支援を行うため、対象患者ごとの在宅療養支援計画を作成して適切なサービスを提供します。

また、難病相談・支援センターでは、難病患者の仲間づくりや集いなど、同じ疾患を持つ患者や家族の交流の機会を提供するとともに、機関紙の発行やホームページ等により難病についての情報提供を行い、患者や家族の精神的負担の軽減に努めます。

難病相談・支援センター

【場所】 甲府市太田町 9-1（中北保健所内）

【HP アドレス】 <http://www.nanbyou-soudan.jp/index.html>

医療支援の充実

【重症難病患者入院施設確保事業の実施】

県内 2 カ所の拠点病院（県立中央病院、山梨大学医学部附属病院）を中心に、各地にある協力病院と連携して重症化した難病患者が円滑に入院できる体制を確保できるよう、専門医等で構成する県難病医療連絡協議会を開催し、難病患者が安心して在宅療養生活ができるように支援します。

【在宅人工呼吸器使用患者等支援事業の実施】

気管切開又は人工呼吸器を使用している在宅重症難病患者等の在宅療養が困難になった場合、一時的に入院できるように支援します。

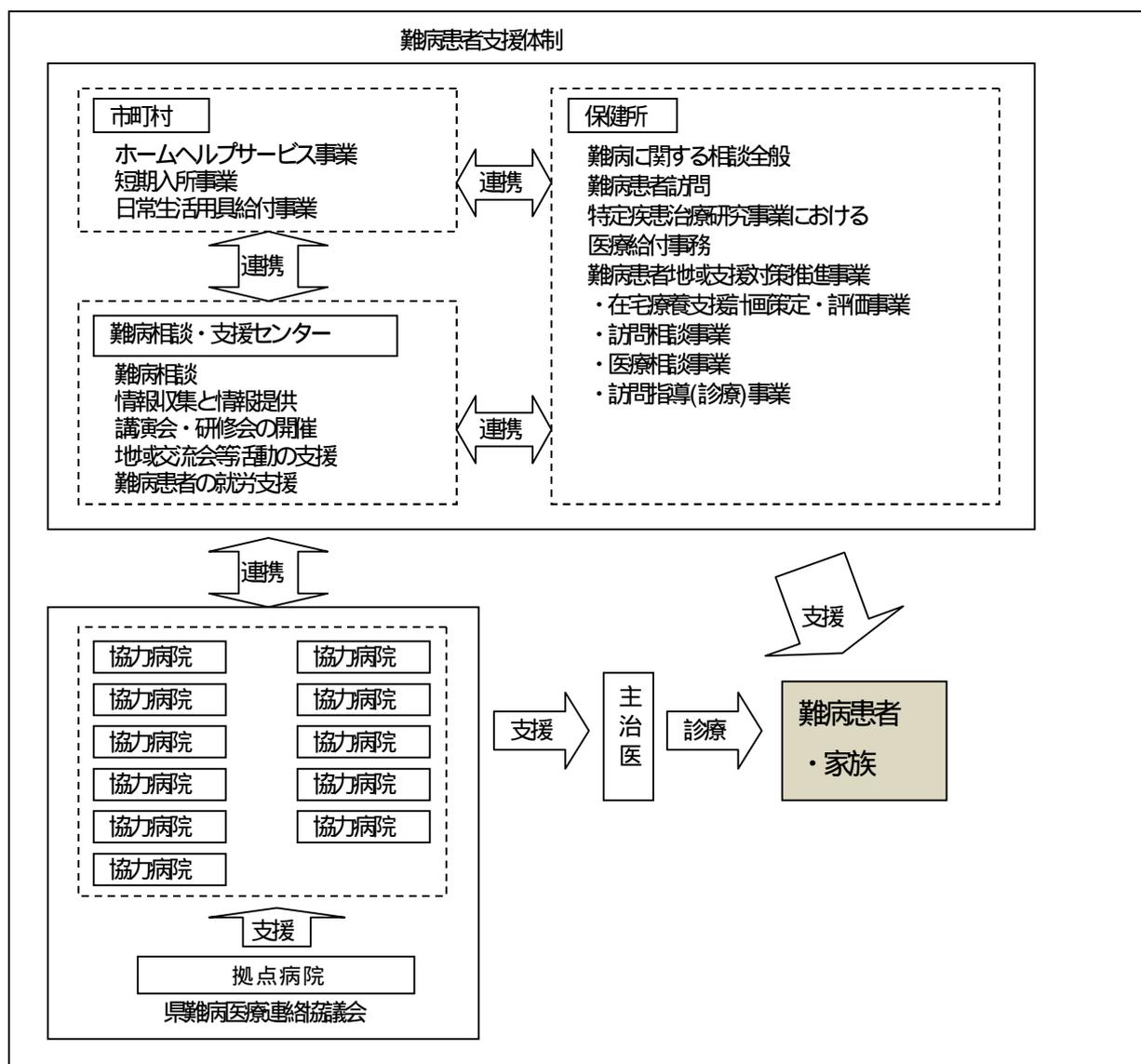
また、一時入院している筋萎縮性側索硬化症（ALS）の患者が、訪問介護員等介助人による介護サービス等を利用する費用を支援します。

治療研究の推進（難治性疾患克服研究事業等の実施）

国では、難治性疾患克服研究事業として疾患別の研究班が設置され、原因の究明、治療法の確立を目指した研究がなされています。

県では、特定疾患治療研究事業の実施に伴い提供された臨床データを研究班に報告して治療研究の推進に協力します。

< 推進体制 >



数値目標

目標項目等	現状	平成29年度目標
人工呼吸器使用患者等一時入院 受入医療施設数	<ul style="list-style-type: none"> ・ 中北医療圏 3 ・ 峡東医療圏 1 ・ 峡南医療圏 3 ・ 富士・東部医療圏 1 <p>(H24)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 中北医療圏 4 ・ 峡東医療圏 2 ・ 峡南医療圏 3 ・ 富士・東部医療圏 2

4 リハビリテーション

現状と課題

地域リハビリテーションの推進

高齢者が、可能な限り住み慣れた地域で生き生きと生活していくためには、高齢者個々の潜在能力を最大限発揮させ、日常生活の活動を高め、その自立を促す生活機能の改善をはじめ、寝たきりや認知症の予防につながる適切なリハビリテーションを提供していくことが必要です。

そのためには、寝たきりの主要因である脳血管疾患や骨折などの予防対策や急性期、回復期、維持期のリハビリテーションのみならず、保健、医療、福祉の関係者をはじめ、ボランティアや地域住民等が参画して行う地域リハビリテーション()の推進が必要です。

[用語解説]

() 地域リハビリテーション

障害のある人々や高齢者及びその家族が、住み慣れた地域において、生涯に亘って生き生きとした生活が送れるよう、保健、医療、福祉及び生活に関わる人々や機関・組織がリハビリテーションの立場から協力し合って行う活動。

地域リハビリテーションの推進を図るため、健康長寿やまなし推進本部(リハビリテーション部会)で推進方策の検討を行い、市町村をはじめ関係団体、機関との情報交換や連携を進めるとともに、地域リハビリテーション推進支援の中核となる「県リハビリテーション支援センター」と、高齢者福祉圏域()ごとに「地域リハビリテーション広域支援センター」を設置しています。

[用語解説]

() 高齢者福祉圏域

高齢者の福祉サービスにかかわる広域調整のため、老人福祉法及び介護保険法の規定により県が定める区域であり、本県では、「健康長寿やまなしプラン」において地域保健医療計画との整合性を考慮し、二次医療圏と一致するよう定めています。

小児リハビリテーションの充実

平成18年9月にあけぼの医療福祉センターの再整備を行い、リハビリテーション科を設置、医師を配置し、小児のリハビリテーション機能を充実しました。

県内の小児リハビリテーションの需要は増加しており、あけぼの医療福祉センタ

ーが中核となって実施しています。

富士・東部圏域では、富士ふれあいセンターにおいて、障害のある子どもを対象に在宅支援外来療育等指導事業を行っています。

施策の展開

地域リハビリテーション推進支援の充実

地域リハビリテーションの推進については、健康長寿やまなし推進本部(リハビリテーション部会)における推進方策の検討等を通して、市町村をはじめ関係団体、機関との情報交換や連携を進めるとともに、山梨県リハビリテーション支援センター(1箇所)、各高齢者福祉圏域に地域リハビリテーション広域支援センター(4箇所)を指定し、地域リハビリテーションの推進支援の充実に取り組みます。

市町村が行う介護予防については、より効果的、効率的な取り組みが行えるよう、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の持つ専門知識や技術を活かせる体制づくりを行います。

リハビリテーションの重要性を広く県民に普及啓発するため、「リハビリテーション週間」を設け、講演会や高校生の一日リハビリテーション体験などを実施します。

医療機関や介護施設等の職員や市町村、地域包括支援センターの職員等を対象に、地域リハビリテーション従事者研修を行い、それぞれの立場で自立支援を推進するための必要な知識や技術の向上を図ります。

小児リハビリテーション支援体制の充実

小児リハビリテーションについては、あけぼの医療福祉センターと民間の医療機関が連携して、地域に密着した支援体制の充実に取り組みます。

富士・東部圏域における小児リハビリテーションの充実を図るため、富士ふれあいの村に診療所を整備します。

5 歯科保健医療

現状と課題

歯科検診の受診

平成 23 年度『県民健康づくり実践状況調査結果(20 歳以上対象)』によると、定期的に歯科検診を受けている人は 35.7%と 3 人に 2 人は定期的な歯科検診を受けていない状況となっています。

歯・口腔の健康を維持するためには、定期的な歯科検診や適切な歯科医療を受けることが重要です。

咀嚼機能の維持

現在、高齢化の進展に伴い、健康を維持するために咀嚼機能の重要性が一層高まっています。このため、生活の質を維持・向上する観点から、それぞれのライフステージに応じた適切な対策がますます必要になっています。

こうした中、国と県では 80 歳になっても自分の歯を 20 本以上保つことにより、健全な咀嚼機能を維持し、健やかで楽しく生活しようという「8020 運動」を推進しています。達成状況は改善傾向にありますが、今後とも取り組んでいく必要があります。

80歳で20歯以上の自分の歯を有する者(8020達成者)の割合

(単位: %)

	平成 16	24
山梨県	28.9	41.5
全国	24.1	38.3

資料: < 山梨県 > 平成16年は歯の健康状況調査、平成24年は山梨県歯科疾患実態調査

< 全 国 > 平成16年は平成17の、平成24年は平成23年の歯科疾患実態調査(厚生労働省)

各期の歯科保健

【妊娠期】

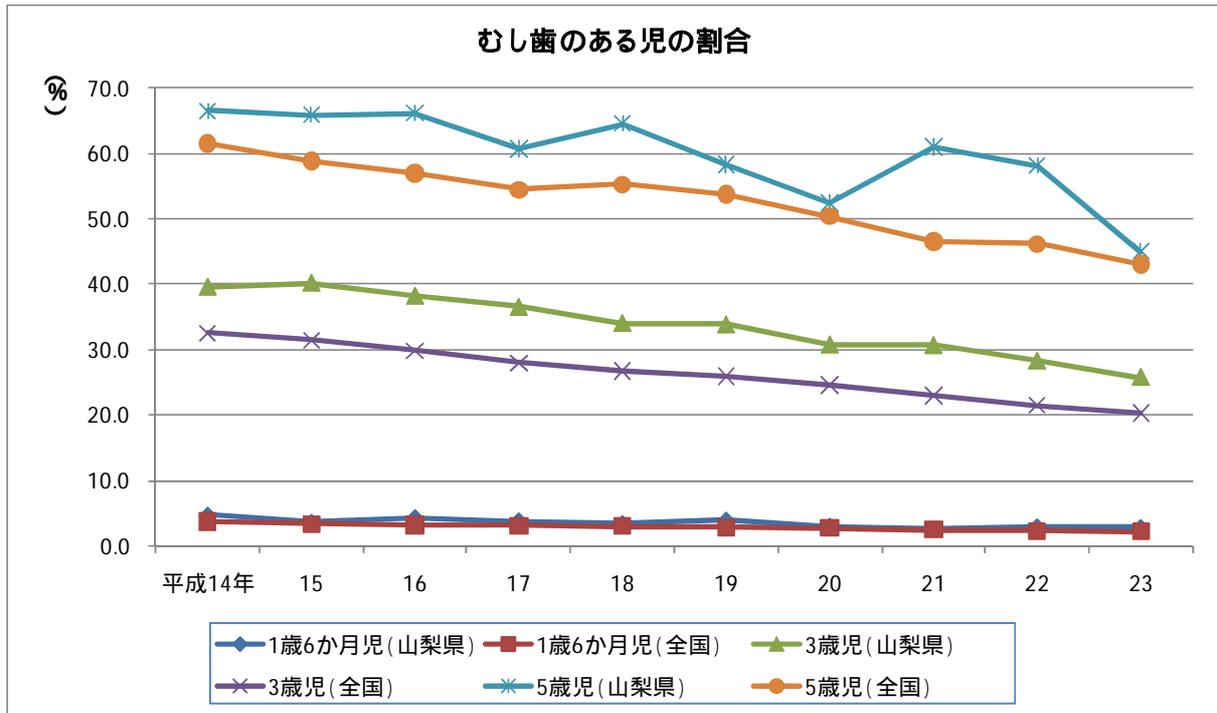
妊娠期については、つわりなど妊娠の影響による口腔衛生状態の悪化やホルモンバランスの変化などによりむし歯の増加や歯肉炎の悪化が認められるほか、妊婦の歯科保健に対する意識が乳幼児の口腔状態に大きな影響を及ぼします。

このことから、妊娠期は、母親自身のためだけでなく、生まれてくる子どものために歯科検診を受けることや妊娠中の栄養面での配慮、口腔ケア等についての指導を通じて、出産までに歯科保健に関する適切な知識を習得することが重要になります。

す。

【乳幼児期、学童期等】

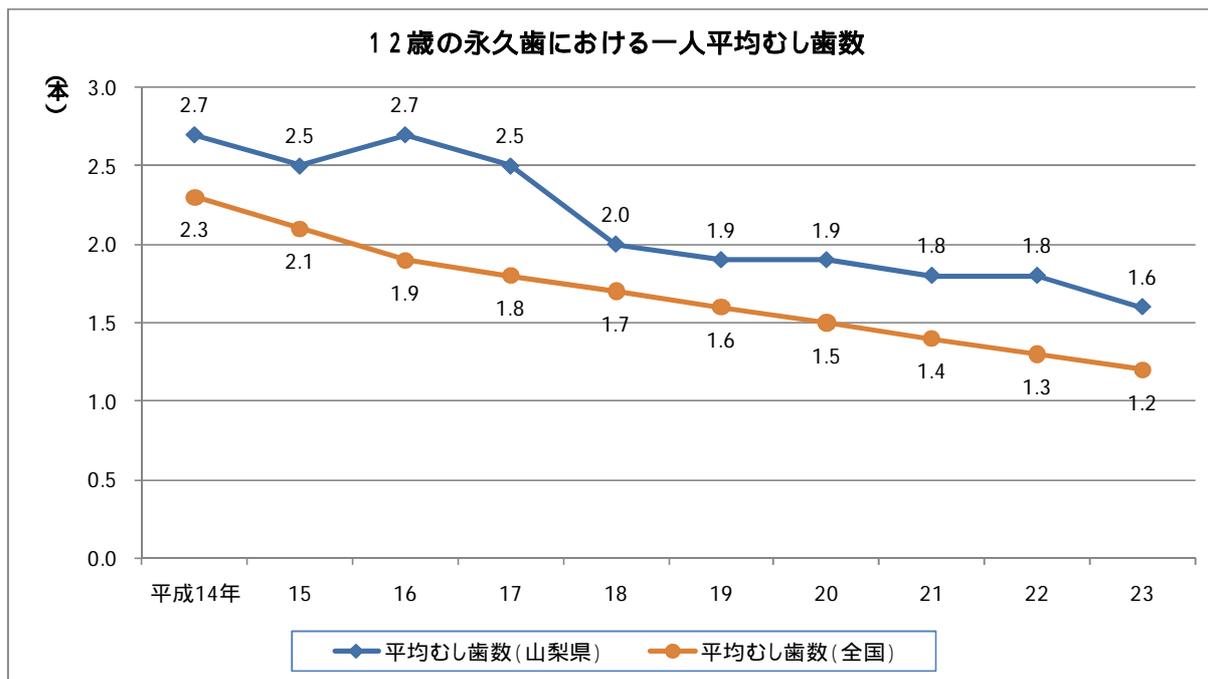
乳幼児期や学童期については、噛むことが特に大切な時期であることから、むし歯対策が重要となりますが、本県は全国に比べてむし歯のある児の割合が高い状況にあります。



(単位: %)

	平成14年	15	16	17	18	19	20	21	22	23
1歳6か月児 (山梨県)	4.7	3.6	4.3	3.8	3.4	3.9	3.0	2.6	2.9	2.8
1歳6か月児 (全国)	3.7	3.4	3.2	3.1	3.0	2.8	2.7	2.5	2.3	2.2
3歳児 (山梨県)	39.6	40.2	38.2	36.5	34.0	33.8	30.7	30.6	28.2	25.7
3歳児 (全国)	32.5	31.4	29.8	28.0	26.7	25.9	24.6	23.0	21.5	20.3
5歳児 (山梨県)	66.5	65.8	66.1	60.7	64.5	58.3	52.4	60.9	58.1	45.0
5歳児 (全国)	61.5	58.8	56.9	54.4	55.2	53.7	50.3	46.5	46.1	43.0

資料：学校保健統計調査（文部科学省）



資料：学校保健統計調査（文部科学省）

学童期については、学校歯科保健の場において、むし歯の原因や予防方法の学習を通して子どもの意識や行動を変え、より良い生活習慣の形成を図りながら、生涯にわたって健康な生活が送れるよう、ヘルスプロモーション(自らの健康とその決定要因をコントロールし、改善することができるようにするプロセス)の基礎を養うことが必要です。

【成人期、高齢期】

成人期については、歯の喪失の主な原因であり、健康寿命に大きく影響を及ぼす歯周病の予防対策が重要です。

高齢期においては、健康な口腔内環境を維持するために適切な口腔ケアを実施することが重要です。特に通院が困難な心身障害者や在宅寝たきり高齢者等の要介護者は、口腔ケアが不十分になりやすく、むし歯、歯周疾患による歯の喪失、誤嚥性肺炎などの危険性が懸念されるため、これらの者に対する訪問歯科診療・口腔ケア体制を整備する必要があります。

また、脳血管疾患や糖尿病等の患者に対する口腔ケアが十分行われずに、肺炎等を併発する場合があるので、受診の早い段階からの管理が必要です。

歯科疾患検診、治療の必要性

歯周疾患は歯の喪失原因だけではなく、他のあらゆる疾患の原因となるばかりか、

その症状を悪化させる一因となることが分かっていますので、症状が重症化する前の早期発見、早期処置が重要です。

現在、健康増進事業により市町村で実施されている歯周疾患検診の受診率は5%を下回っています。

学童期から歯周疾患について正しい知識を習得し、適切な予防対策を実施する必要があります。

平成24年にはがんに係わる医科医療と歯科医療との連携協定が県立中央病院と県歯科医師会との間に締結されましたが、今後はがんの他、糖尿病や虚血性心疾患などの生活習慣病の患者に対する歯周病治療についても、医科と歯科の連携が必要になっています。

障害のある人への歯科診療及び口腔ケアの充実

特別支援学校、とりわけ肢体不自由の支援学校においては、児童生徒の障害の重度化傾向が強まっており、日常的に摂食指導を行っています。

しかし、摂食指導時の誤嚥等による事故を未然に防止するためにも、教員の専門性をさらに高める必要があります。

障害のある人を対象とした一般歯科診療については、あけぼの医療福祉センターを拠点として行ってきましたが、平成元年度からは、県歯科医師会へ業務委託し、月2回全身麻酔による診療も行っています。

県歯科医師会が、平成10年度に山梨口腔保健センターにおいて摂食・嚥下()外来を開設し、平成16年度からは、あけぼの医療福祉センターにおいても摂食・嚥下外来を開設しています。

[用語解説]

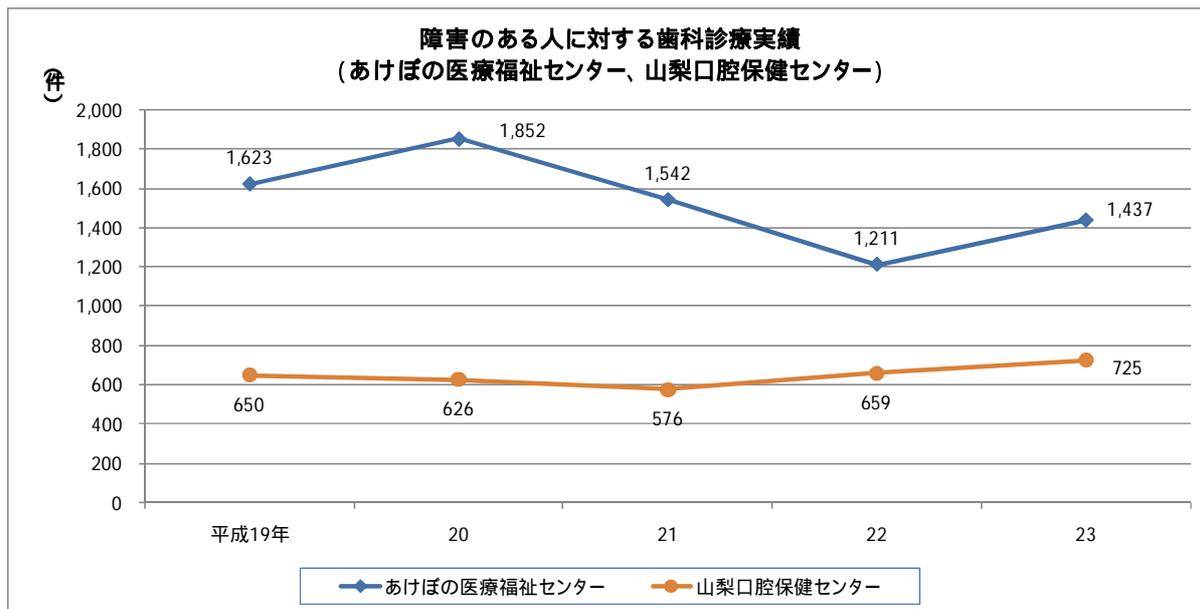
() 摂食・嚥下

食物を認知して口の中に取り込み、咽頭、食道を経て胃に至るまでの一連の経過のこと。

平成18年9月のあけぼの医療福祉センターの再整備に伴い、歯科診療の設備が充実しました。

障害のある人の歯科診療については、あけぼの医療福祉センターを中心として、県歯科医師会や公立病院等と連携した診療体制を充実させていく必要があります。

平成23年度の障害のある人に対する歯科診療の実績は、あけぼの医療福祉センターで1,437件、山梨口腔保健センターで725件となっています。



資料：県障害福祉課調べ

施策の展開

8020 運動の推進

小学校におけるむし歯や歯周病に関する保健指導に取り組み、健康寿命の延伸を目的とした歯科保健の重要性について普及・啓発を図ります。

歯の健康づくりの一環として、山梨県民歯科保健のつどいにおける 8020 達成者表彰等、県民への普及啓発活動を県歯科医師会、その他関係機関と連携、実施します。

母子・学校歯科保健の充実

妊産婦に歯科保健指導を行い、知識の普及啓発を図ります。

乳幼児期・学童期におけるフッ化物を応用したむし歯対策を普及啓発していきます。

成人歯科保健の充実

歯周病等について、地域、職域における歯科検診の実施を促進します。

また、歯科検診を受ける機会が少ない者に対し、受診機会が提供されるよう支援していきます。

歯科疾患検診、治療の充実

歯周疾患検診の受診率が向上するよう、実施主体である市町村等と協議していきます。

また、「地域・職域保健連携推進協議会」等において関係者との連携・協力を図りながら社会全体で生涯を通じた効果的な推進体制を整備していきます。

歯・口腔の健康は、食べる、話すという日常生活の基本に留まらず、糖尿病や虚血性心疾患などの生活習慣病をはじめ、全身の健康とも関係するため、医科と歯科の連携が図られるよう、関係機関と協議していきます。

障害のある人への歯科診療及び口腔ケアの充実

心身に障害のある人や在宅寝たきり高齢者、介護施設・社会福祉施設等の通所者・入所者に対する訪問歯科診療や口腔ケアの実施を推進します。

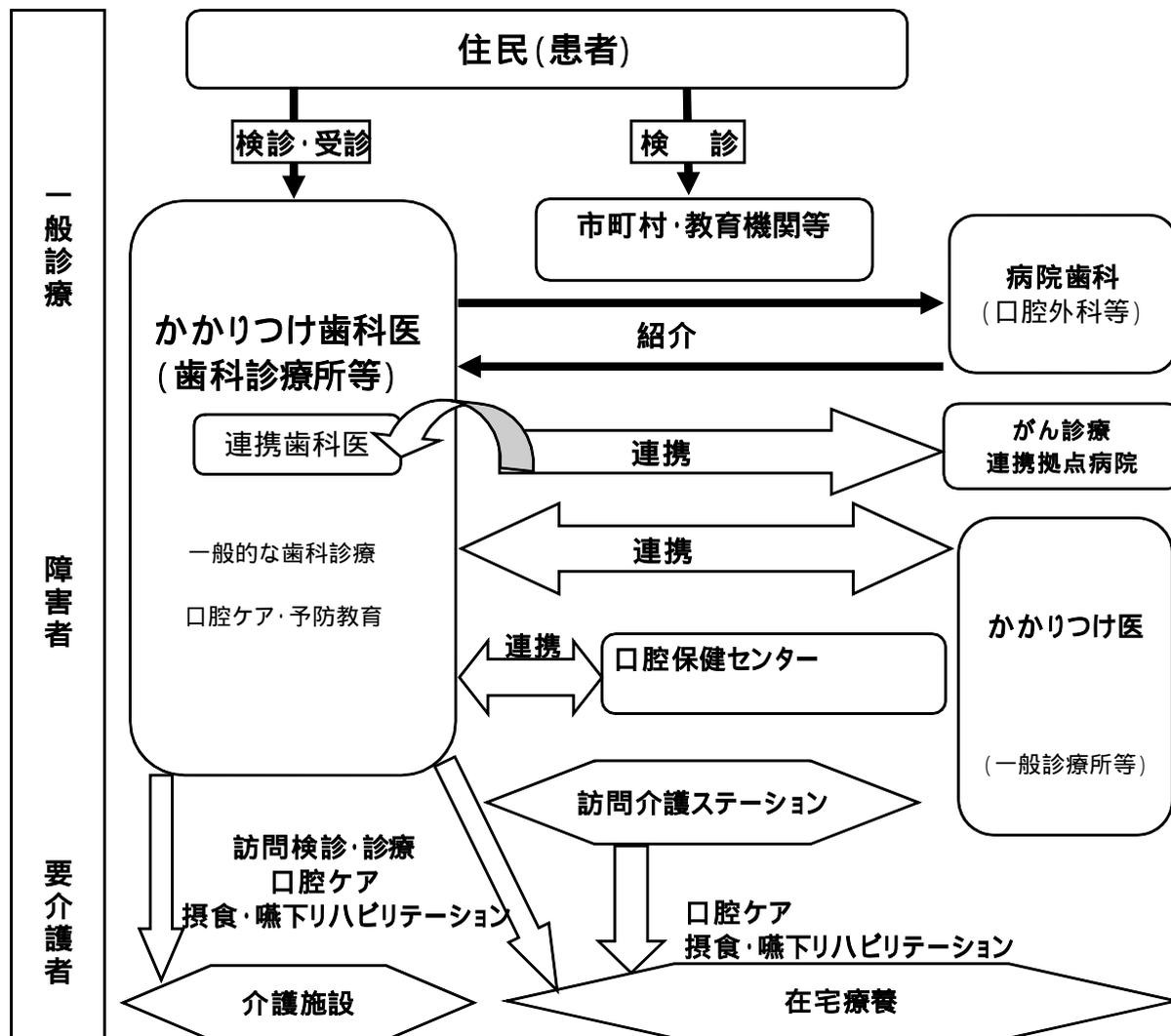
特別支援学校における摂食指導の重要性に鑑み、教職員の専門性向上のために、研修会や講習会の更なる充実を図ります。

障害のある人が地域で行き届いた歯科診療や摂食・嚥下障害に対する機能訓練が受けられるよう、あけぼの医療福祉センターを中心として、関係団体と連携を図り、更なる歯科診療の充実強化に取り組みます。

富士・東部圏域における歯科救急拠点の整備を進め、障害のある子どもの歯科診療の充実を図ります。

< 推進体制 >

歯科医療連携体制



数値目標

目標項目等	現状	平成29年度目標
進行した歯周炎を有する者の割合	<ul style="list-style-type: none"> ・ 40歳代 42.3% ・ 60歳代 61.2% (H24)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 40歳代 33.6% ・ 60歳代 53.1%
80歳で20歯以上の自分の歯を有する者（8020達成者）の割合	41.5%（H24）	45.8%
12歳の永久歯における一人平均むし歯数	1.6歯（H23）	1.3歯

6 血液確保

現状と課題

本県の血液事業は、各市町村、山梨県赤十字血液センター等と連携し、各職場・団体をはじめ、広く県民に 400ml、成分献血を推奨しており、県民の理解と協力のもと順調に進展し、平成 23 年度の献血者数は 37,052 人、献血量は 13,820L となっています。

区分	献血者数（人）			献血率（％）		献血量（L）	献血目標達成率（％）	
	200ml	400ml	成分	山梨県	全国			
H20	35,255	4,318	19,437	11,500	4.1	4.0	14,149	106.8
H21	34,842	4,317	19,368	11,157	4.0	4.2	14,056	102.5
H22	35,593	4,848	19,759	10,986	4.1	4.2	14,256	105.3
H23	37,052	4,259	21,135	11,658	4.3	4.2	13,820	107.1

資料：県衛生業務課調べ

献血率：献血者数 / 人口

献血目標達成率：県献血推進計画における献血者確保目標の達成率

手術や分娩などの大量出血時や低アルブミン血症時に使用される血しょう分画製剤については、依然としてその多くを輸入に頼っており、国際的公平性の観点から国内自給の確保が必要となっています。

そこで、国内自給を達成するため、今後 400ml 献血及び成分献血の推進が、ますます重要になってきます。

少子高齢化の進行に伴い、今後、血液製剤の需要は増加しこれを支える献血者の減少が予想されることから、献血者、特に若年層の確保が重要になってきます。

血液製剤は、人の血液に由来する有限で貴重なものであることから、医療機関においても適正な使用が求められています。

施策の展開

献血思想の普及

毎年度、山梨県献血推進計画を策定し、献血目標量を達成できるよう取り組みます。特に血液が不足する夏季及び冬季には、各種団体等の協力を得て献血普及運動を実施します。

山梨県献血運動推進協議会を開催し、血液事業の適正な運営を図るため、献血目標及び献血推進計画について協議します。

献血協力者の安定確保のため、若年層（高校生、専門学校生、大学生等）及び将来の献血者（中学3年生）への献血思想の普及に努めます。

血液製剤の適正使用の推進

血液製剤の有効利用を図るため、輸血療法を行う医療機関の医師、検査技師等を対象とした「山梨県合同輸血療法委員会」において、血液製剤の適正な使用を推進していきます。

数値目標

目標項目等	現状	平成29年度目標
山梨県献血推進計画における献血者確保目標の達成率	107.1%（H23）	100%
	献血者の確保目標は次年度の需給量等を考慮して毎年の献血推進計画において設定しているため、その年の需要量に基づく実績が目標量を上回った場合、達成率は100%を超過することがある。	
全献血者に占める10代、20代の割合	27.4%（H23）	30%