

急性心筋梗塞対策

【取組のポイント】

地域心臓いきいきセンターについて全圏域への事業拡大を進めることで、各圏域における地域連携サポート体制の中核を育成

現 状

急性心筋梗塞は、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です。

平成 23 (2011) 年「人口動態統計年報」(広島県)によると、本県の心疾患による死亡数は年間 4,770 人で、死亡数全体の約 16.7%を占め、死因の第 2 位となっています。このうち、急性心筋梗塞による死亡数は 894 人で、心疾患死亡数全体の 18.7%を占めています。

(健診受診率・患者受療率)

平成 22 (2010) 年「国民生活基礎調査」(厚生労働省)によると、本県の健康診断・健康診査の受診率は 60.6%で、全国平均 (64.3%) を下回っています。また、生活習慣病予防に向けた特定健康診査の対象年齢である 40 歳～74 歳の受診率は 64.6%であり、全国平均 (67.7%) を下回る状況となっています。

高血圧性疾患、糖尿病患者の人口 10 万人あたりの外来受療率は、それぞれ 501 人、174 人と、全国平均 (471 人、147 人) より多く、急性心筋梗塞の危険因子を持つ人が多い状況です。

(医療従事者の状況)

本県の人口 10 万人あたりの循環器内科・心臓血管外科の医師数は、それぞれ 8.1 人と 2.1 人で、広島西圏域、広島圏域、呉圏域の県西部の圏域で多くなっています。

図表 2-3-1 循環器内科と心臓血管外科の医師数 (人口 10 万対)

区分	全国平均	広島県	二次保健医療圏						
			広島	広島西	呉	広島中央	尾三	福山・府中	備北
循環器内科	8.5	8.1	9.5	10.2	7.4	5.6	6.0	6.5	8.1
心臓血管外科	2.2	2.1	2.5	2.0	2.6	1.4	1.5	1.9	0.0

資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」(平成 22 (2010) 年)

(急性心筋梗塞の救護)

急性心筋梗塞は、AED (自動体外式除細動器)※1の使用を含めた、迅速な救急蘇生法の実施や、急性期の医療機関への迅速な搬送、治療の実施により、救命率や社会復帰率の向上が期待できます。県では、AED (自動体外式除細動器)の全県的な普及を目指して、県立学校や集客力の高い県立施設等に 202 台を配備するとともに、救急医療情報ネットワークシステムにおいて、県内の設置施設を紹介しています。

また、平成 24 (2012) 年版「救急・救助の現況」(総務省消防庁)によると、平成 23 (2011) 年中の救急要請 (覚知) から救急医療機関への搬送までに要した平均時間は 35.5 分で、全国平均 (38.1 分) を下回っています。

※1 AED (自動体外式除細動器)：心臓が細かく痙攣し、血管に血液を送る機能が著しく低下した傷病者に、電気ショックを与えて救命する装置 (Automated External Defibrillator の略)。

(急性期の治療)

大動脈バルーンパンピング法※1が実施可能として、平成24(2012)年に診療報酬施設基準※2の届出をしている医療機関数は、人口10万人あたり1.33と、全国平均(1.30)と同程度です。

また、レセプト情報・特定健診等情報データベース(通称：ナショナルデータベース(NDB)。以下「NDB」という。)による分析結果によると、本県の急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈形成手術※3件数及び虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数は全国平均値を100.0とした場合(年齢調整標準化レセプト出現比)本県はそれぞれ98.5と100.8であり、全国値の100.0と同程度となっており、急性心筋梗塞の急性期医療体制は概ね整っています。

なお、緊急に心臓血管外科手術が必要な場合、備北圏域では安佐市民病院等と連携して治療が実施されています。

(心臓リハビリテーション)

心臓リハビリテーションが実施可能として平成24(2012)年に診療報酬施設基準の届出をしている医療機関数は、人口10万人あたり0.63と、全国平均(0.54)をやや上回っています。圏域別では、備北圏域、尾三圏域が、それぞれ2.05、1.13と、全国平均を大きく上回っていますが、福山・府中圏域、広島中央圏域は全国平均を下回っています。

(在宅への復帰)

本県において、主病名が虚血性心疾患の患者で、退院後に在宅等生活の場に復帰した患者の割合は92.5%で、全国平均と同程度です。

図表 2-3-2 主病名「虚血性心疾患」で退院後の行き先が「家庭」の患者の割合

全国平均	広島県	二次保健医療圏						
		広島	広島西	呉	広島中央	尾三	福山・府中	備北
92.8	92.5	93.4	92.6	93.6	75.1	84.3	95.2	96.3

資料：厚生労働省「患者調査」(平成20(2008)年度)

(心不全患者の再発予防に向けた地域連携サポート体制)

本県では、平成23(2011)年度に地域連携クリティカルパスである心筋梗塞手帳を、「心筋梗塞・心不全手帳」に改訂し、心筋梗塞医療・心不全医療を行う医療機関、手帳の使用を希望する医療機関や患者への普及啓発が進められています。

また、広島大学病院に心不全センター※4を設置するとともに、広島圏域、呉圏域、尾三圏域、備北圏域に地域心臓いきいきセンター※5を設置し、心不全の地域連携サポート体制の構築による患者の生活の質の向上や心不全患者の再発・再入院率の低下に資する事業を推進しています。

図表 2-3-3 「心筋梗塞・心不全手帳」(地域連携パス)



作成：広島県地域保健対策協議会急性心筋梗塞医療体制検討特別委員会

※1 大動脈バルーンパンピング法：胸部大動脈内にバルーンカテーテルを挿入し、心拍に合わせてバルーンを膨張・収縮させることで、心臓のポンプ機能を補助する術法
 ※2 診療報酬施設基準：医療機関が診療報酬の請求に際して、人員や施設・設備等の基準を満たした場合、地方厚生局に届出をすることにより算定することができるものをいう。

医療連携体制の圏域

急性心筋梗塞の医療連携を推進する体制は、圏域内の医療体制が整っている二次保健医療圏ごとに構築します。

課題

① 急性心筋梗塞の発症予防

急性心筋梗塞の危険因子は、高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病、メタボリックシンドローム、ストレスなどです。健康診断・健康診査の受診等により、県民一人ひとりが自身の健康状態を把握して生活習慣の改善や適切な治療に努め、発症を予防することが重要ですが、健康診断・健康診査の必要性が十分に認識されていません。

② 発症時の応急処置及び医療機関への搬送

(一般市民による救急蘇生)

急性心筋梗塞発症時には、患者の周囲にいる人等が、いち早くAED（自動体外式除細動器）の使用を含めた救急蘇生を行うことが、救命率の向上には欠かせませんが、一般市民による除細動実施件数は多くありません。

図表 2-3-4 心肺機能停止傷病者全搬送人員中、一般市民による除細動実施件数（人口10万対）

広島県	全国平均	二次保健医療圏						
		広島	広島西	呉	広島中央	尾三	福山・府中	備北
0.42	1.14	0.45	0	0.74	0	1.13	0.19	0

資料：総務省消防庁「救急・救助の現況」（平成24(2012)年版）

(医療機関への搬送)

急性心筋梗塞患者への治療を早期に開始するためには、急性期を担う医療機関に患者を迅速に搬送する必要がありますが、救急搬送に要する時間は年々長くなっています。

③ 地域連携サポート体制の構築

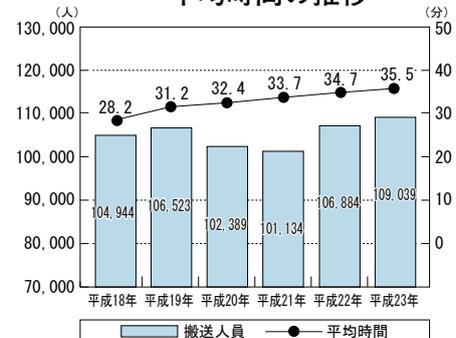
(地域連携クリティカルパス)

急性期を脱した後の合併症予防、再発予防、心臓リハビリテーション、基礎疾患や危険因子の継続的な管理のためには、関係医療機関での診療情報・治療計画の共有による連携が必要であり、地域連携クリティカルパスである「心筋梗塞・心不全手帳」の活用を拡大する必要がありますが、県内の医療機関や患者への普及はまだ十分ではありません。

(回復期リハビリテーション)

回復期のリハビリテーション機能を担う医療機関は、在宅療養による再発予防に向けた重要な機能を担いますが、機能を担う医療機関や人材は十分ではありません。

図表 2-3-5 救急搬送人員、救急搬送平均時間の推移



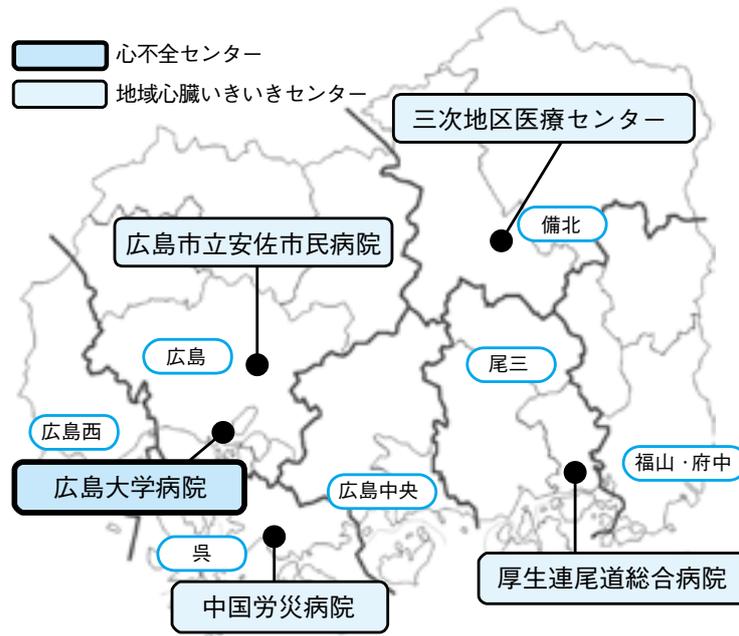
資料：総務省消防庁「救急・救助の現況」

- ※ 3 経皮的冠動脈形成手術：冠動脈の狭くなった部位にバルーンカテーテルを挿入し、バルーンを膨らませることにより血管を押し広げる術法
- ※ 4 心不全センター：心不全患者の再発・再入院の予防を目的に、広島県における心不全医療の拠点として、広島大学病院内に設置された組織。心不全患者への再発予防に関する普及啓発、リハビリ支援等のサポートに関する調査・研究や、心不全医療に関する人材養成等を行う。
- ※ 5 地域心臓いきいきセンター：心不全センターとの連携により、心不全患者への心再発予防に関する普及啓発、リハビリ支援を行う地域の拠点。心不全医療に係る地域内の医療機関等との連携体制（地域連携サポート体制）を構築。

(地域心臓いきいきセンターの充実)

各圏域において中心的役割を果たす地域心臓いきいきセンターは、7 圏域中 4 圏域での設置にとどまっており、全圏域での地域連携サポート体制確保はできていません。

図表 2-3-6 心不全センター及び地域心臓いきいきセンターの設置状況



めざす姿

本県においては、関係する医療機関、医師等の医療従事者、県、市町、消防機関等が連携して、発症予防、救護、回復期の地域連携サポート体制の構築に取り組むことで、急性心筋梗塞の総合的な医療連携体制の構築をめざします。

【目標】

指標等	目標の考え方	現状値	目標値	指標の出典
救急要請から医療機関に収容までの平均時間	医療機関への救急搬送の平均時間を短縮します。	[H23] 35.5 分	現状値より短縮させる	消防庁「救急・救助の現況」
心臓リハビリテーション実施医療機関当たりの心臓リハビリテーション実施件数(1 か月)	心臓リハビリテーション実施医療機関における心臓リハビリテーション実施件数を、全国平均値を上回るよう、増加させます。	[H22] 広島県平均 16.8 件 全国平均 20.4 件	全国平均値まで引き上げる	実施件数：NDB 実施医療機関：厚生労働省「診療報酬施設基準の届出状況」
「心筋梗塞・心不全手帳」の活用状況	「心筋梗塞・心不全手帳」の医療機関、患者の利用状況を把握し、更なる普及促進を図ります。	参考値 [H24.7 現在] 診療所 151 病院 88	現状値より普及させる	今後調査により把握
心臓いきいき推進事業を実施する圏域数	地域心臓いきいきセンターの指定及び事業実施を推進し、地域連携サポート体制の構築を図ります。	[H24] 4 圏域	[H29] 7 圏域	県健康福祉局調べ
心不全患者の再入院率	心不全患者の再入院率を減少させます。	[H24] 31.3% (22/25 施設)	[H29] 現状値から半減させる	広島大学病院心不全センター・地域心臓いきいきセンター調べ

資料：総務省消防庁「救急・救助の現況」(平成 24(2012) 年版)

施策の方向

① 保健指導体制等の充実

各保険者、市町等が連携して実施する、健康診断・健康診査の受診勧奨及び保健指導の推進を支援するとともに、心不全センター、地域心臓いきいきセンター等と連携した市民講座や研修を行い、急性心筋梗塞の危険因子の早期発見と生活習慣の改善に向けた普及啓発を進めます。

② 発症時の応急処置の実施及び迅速な医療機関への搬送

(救急蘇生法等応急処置の普及啓発)

消防機関、市町等が実施するAED（自動体外式除細動器）を含めた救急蘇生法の講習等を支援し、急性心筋梗塞発症時及び再発時の応急処置に関する一般市民への普及啓発に努めます。

(救急搬送時間の短縮)

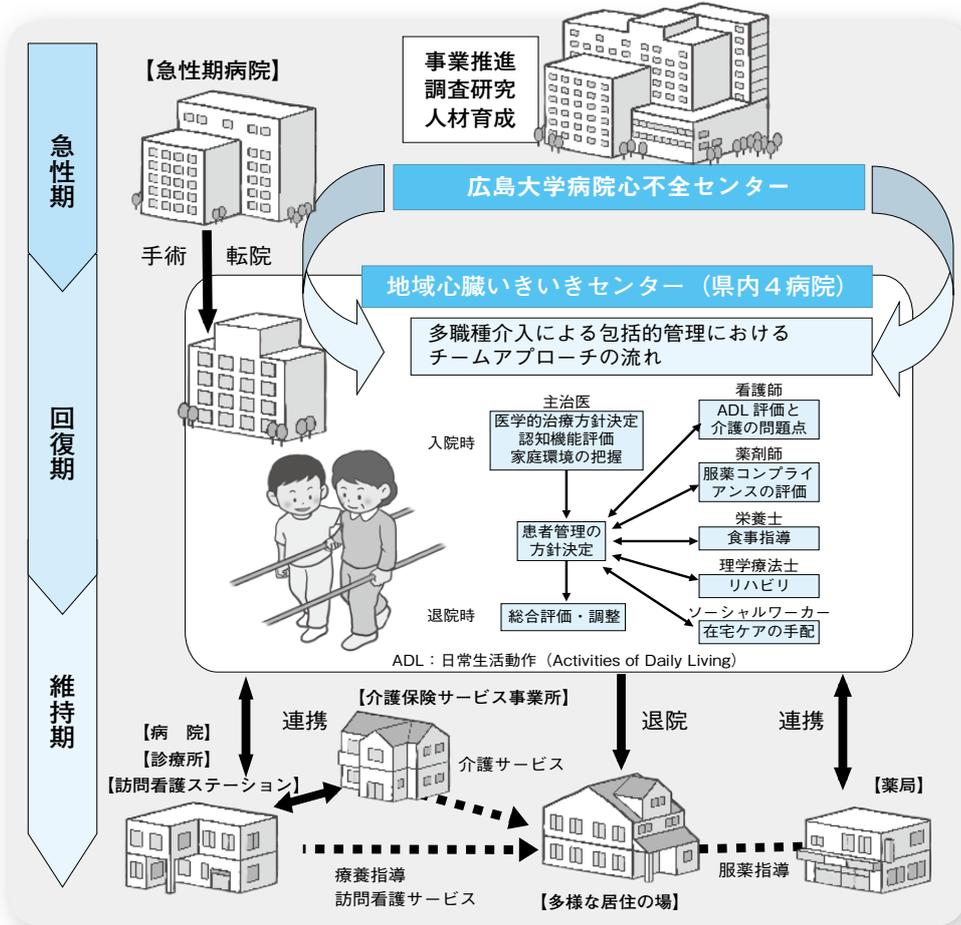
救急医療情報ネットワークシステムの全面改修により救急搬送受入要請の支援機能を強化し、救急搬送時間の短縮を図ります。

③ 心臓いきいき推進事業の更なる促進

(地域心臓いきいきセンターの充実)

心不全センター、地域心臓いきいきセンターによる地域連携サポート体制の充実に向けて、関係する医療機関と連携し、全圏域での地域心臓いきいきセンターの設置を推進し、センターを中心とした地域連携体制の構築や循環器医療に携わる医療従事者への研修等による人材育成、再発予防に向けた患者や家族等への運動処方を含む啓発等を推進します。

図表 2-3-6 心不全サポートチーム体制構築のイメージ



急性心筋梗塞対策
主要な疾病について地域の医療施設相互間で機能の分担と連携を推進

(地域連携クリティカルパスの普及促進)

心不全センター、地域心臓いきいきセンター等と連携して、「心筋梗塞・心不全手帳」の利用状況等の実態を把握するとともに、医療機関や患者等に対する手帳の利用促進に向けた普及啓発を進めます。

【急性心筋梗塞対策に求められる医療機能】

	【予防】	【救護】	【急性期】		【回復期】	【再発予防】
機能	発症予防	応急手当病院前救護	救急医療	身体機能を回復させる心臓リハビリテーション	身体機能を回復させるリハビリテーション	再発予防
ポイント	・急性心筋梗塞の発症を予防すること	・急性心筋梗塞の疑われる患者が、できるだけ早期に専門的な診療が可能な医療機関に到着できること ・急性心筋梗塞の死亡率低下には、病院前死亡率の低下が特に重要であり、プレホスピタル救急体制のより一層の充実を図ること	・患者の来院後速やかに初期治療を開始するとともに、30分以内に専門医の診察を開始すること	・合併症や再発の予防、在宅復帰のための心臓リハビリテーションを実施すること ・再発予防の定期的専門的検査を実施すること	・再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施すること ・合併症や再発の予防、在宅復帰のための心臓リハビリテーションを入院又は通院により実施すること ・在宅療養を継続できるよう支援すること ・患者に対し、再発予防などに関して必要な知識を教授すること	・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 ・在宅療養を継続できるよう支援すること
関係機関等			救命救急センターを有する病院 CCU※1を有する病院等	急性心筋梗塞後の専門的リハビリテーションを行う病院等 地域心臓いきいきセンター(心不全センター)	リハビリテーション機能を有する病院等 地域心臓いきいきセンター(心不全センター)	病院、診療所等 地域心臓いきいきセンター(心不全センター)
医療機関等に求められる事項	①高血圧症、脂質異常症、喫煙、糖尿病、メタボリックシンドローム等の危険因子を早期発見すること ②危険因子の管理が可能であること ③初期症状出現時における対応について、本人及び家族等患者の周囲にいる者に対する教育、啓発を実施すること ④初期症状出現時に、急性期医療を担う医療機関への受診勧奨について指示すること	(本人及び家族等周囲にいる者) ①発症後速やかに救急搬送の要請を行うこと ②心肺停止が疑われる者に対して、AEDの使用を含めた救急蘇生法等適切な処置を実施すること (救急救命士を含む救急隊員) ①地域メディカルコントロール協議会によるプロトコール(活動基準)に則し、薬剤投与等の特定行為を含めた救急蘇生法等適切な観察・判断・処置を実施すること ②急性期医療を担う医療機関へ速やかに搬送すること	①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、心臓カテーテル検査、機械的補助循環装置等必要な検査及び処置が24時間対応可能であること ②急性心筋梗塞が疑われる患者について、専門的な診療を行う医師等が24時間対応可能であること ③S T上昇型心筋梗塞の場合、90分以内に冠動脈造影検査及び適応があればPCIの開始が可能であること ④呼吸管理、疼痛管理等の全身管理や、重篤な合併症治療が可能であること ⑤冠動脈バイパス術等の外科的治療が可能であるか、又は、速やかな連携医療機関への搬送が可能であること ⑥電氣的除細動、機械的補助循環装置、緊急ペーシング等への対応が可能であること	①合併症併発時や再発時に緊急の内科的・外科的治療が可能であるか、又は、外科的治療については連携医療機関への搬送が可能であること ②運動耐容能などに基づいた運動処方より合併症を防ぎつつ、運動療法のみならず包括的或いは多要素リハビリテーションを実施可能であること(心臓リハビリテーション認定施設も含む) ③回復期(或いは在宅医療)の医療機関と診療情報や治療計画を共有すること ④急性心筋梗塞の再発や重症不整脈などの発生時における対応法について、患者及び家族への教育を行っていること ⑤急性期の医療機関及び二次予防の医療機関と診療情報や治療計画を共有すること ⑥介護スタッフと連携し、生活習慣改善や服薬等を含む治療計画の実行状況を把握し、治療に活用すること	①再発予防のための治療や基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態への対応(関係者への研修、院内での連携体制構築や精神科を有する医療機関との連携体制の構築等)が可能であること ②心電図検査、電氣的除細動等急性増悪時の対応が可能であること ③合併症併発時や再発時に緊急の内科的・外科的治療が可能な医療機関と連携していること ④運動耐容能を評価の上で、運動療法、食事療法等身体機能回復のためのリハビリテーションが実施可能であること ⑤急性心筋梗塞の再発や重症不整脈などの発生時における対応法について、患者及び家族への教育を行っていること ⑥急性期の医療機関及び二次予防の医療機関と診療情報や治療計画を共有すること ⑦厚生労働大臣が定める、心大血管疾患リハビリテーション、脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーション、呼吸器リハビリテーションのいずれかの施設登録をしていること。なお、心大血管疾患リハビリテーションは施設基準1ないし2を取得し、その他のリハビリテーションは施設基準1を取得していること ⑧介護スタッフと連携し、生活習慣改善や服薬等を含む治療計画の実行状況を把握し、治療に活用すること	①再発予防のための治療や基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態への対応(関係者への研修、院内での連携体制構築や精神科を有する医療機関との連携体制の構築等)が可能であること ②緊急時の除細動等緊急増悪時の対応が可能であること(AEDの使用を含めた救急蘇生法等の講習受講が望ましい)、或いは緊急時に急性期を担う医療機関に迅速に連絡する体制を有すること ③合併症併発時や再発時に緊急の内科的・外科的治療が可能な医療機関と連携していること ④急性期の医療機関や介護保険サービス事業所等と再発予防の定期的専門的検査、合併症併発時や再発時の対応を含めた診療情報や治療計画を共有すること ⑤在宅でのリハビリ、再発予防のための管理を医療機関と訪問看護ステーション・薬局が連携し実施できること
連携	発症から治療開始までの時間短縮		医療施設間における診療情報・治療計画の共有(定期的専門的検査の実施を含む)			合併症併発時や再発時における緊急の内科的・外科的治療に対応するための連携
						地域心臓いきいきセンター(心不全センター)による地域連携サポート体制の構築

※1 CCU: 心臓疾患専門の集中治療室(Coronary Care Unit)のこと。

糖尿病対策

【取組のポイント】

糖尿病の発症予防や重症化予防を図るため、特定健康診査等の充実や、多職種による地域医療連携体制を整備

現 状

糖尿病は心血管疾患のリスクを高め、神経障害、網膜症、腎症、足病変※1といった合併症を併発するなどにより、生活の質並びに社会経済的活力や社会保障資源に多大な影響を及ぼします。糖尿病有病者の増加を抑制し、また良好な血糖コントロール状態を維持することにより、糖尿病による合併症の発症等を抑制することができます。

(健診の状況)

本県の特定健康診査受診率は、平成 23 (2011) 年度 37.1%であり、平成 20 (2008) 年度 33.1%から徐々に増加していますが、全国平均 45.5% (平成 23 (2011) 年度) と比べると低い状況にあります。

本県の糖尿病予備群の推定数は、特定健康診査の結果によると、平成 22 (2010) 年度、男性 154,040 人、女性 136,347 人です。また、糖尿病有病者の推定数は、同結果によると、平成 22 (2010) 年度、男性 64,370 人、女性 35,637 人です。

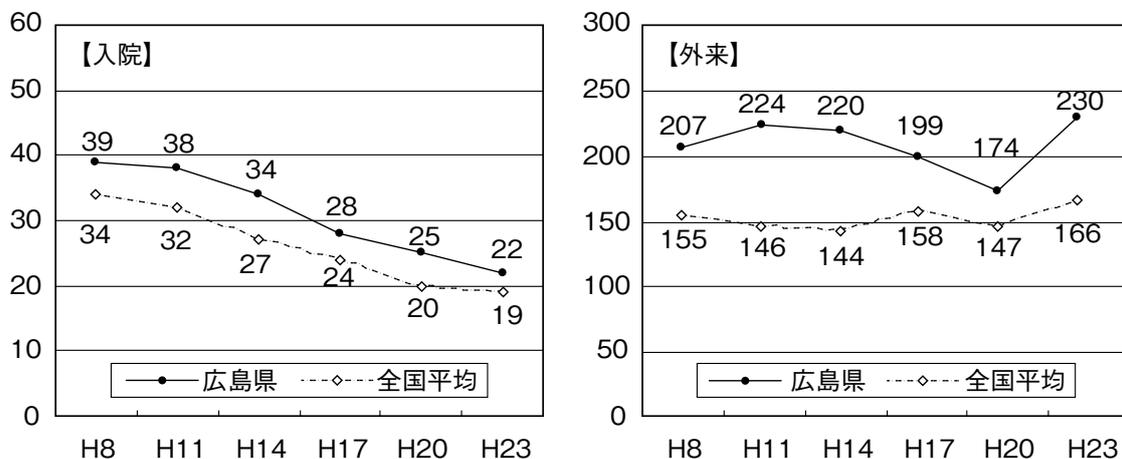
特定健康診査受診者のうち糖尿病の治療のための薬剤を服用している者は、平成 20 (2008) 年度は全国 4.1%、本県 3.9%、平成 22 (2010) 年度は全国 4.3%、本県 4.1%となっています。

(受療の状況)

厚生労働省の患者調査によると、本県の糖尿病の受療率 (人口 10 万人対) は、入院、外来、いずれも全国平均を上回って推移しており、入院の受療率は減少傾向にありますが、外来の受療率は平成 20 (2008) 年までは減少傾向にあったものの、平成 20 (2008) 年～ 23 (2011) 年にかけては増加しています。

また、本県の糖尿病患者の平均入院日数は、平成 23 (2011) 年の患者調査では 43.1 日 (退院患者平均在院日数) となっています。

図表 2-4-1 糖尿病の受療率 (人口 10 万人対)



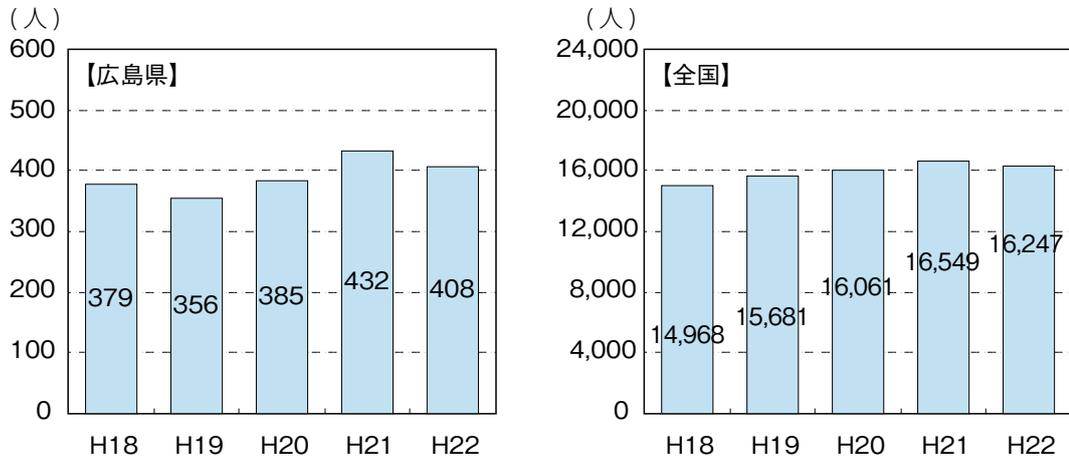
資料：厚生労働省「患者調査」(各年)

※ 1 足病変：神経障害、血管障害、外傷、感染症などが複雑に関与して、下肢に発生する潰瘍 (かいよう) や壊疽 (えそ) のこと。神経障害による感覚鈍麻が症状を進行させる要因となる場合が多い。

(透析の状況)

本県の糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数は増加傾向にあり、平成 21（2009）年以降 400 人を超えています。増加の要因としては、糖尿病患者総数の増加や高齢化が考えられます。

図表 2-4-2 糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数



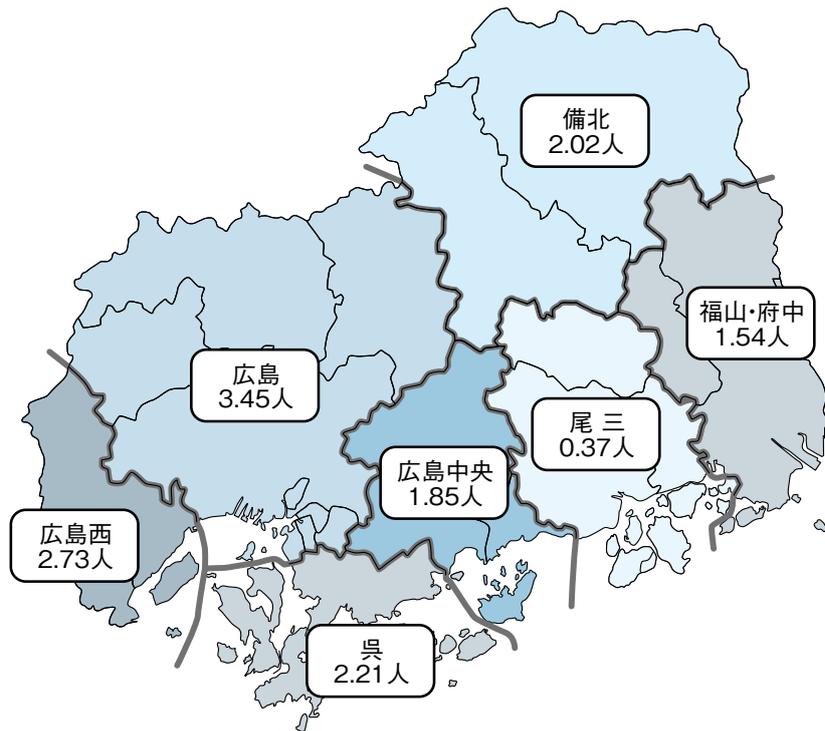
資料：(社)日本透析医学会 統計調査委員会「わが国の慢性透析療法の現況」(各年 12 月 31 日現在)

(医療施設等の状況)

本県の糖尿病内科の医師数は、平成 22（2010）年度において 71 人で、人口 10 万人当たり 2.49 であり、全国平均（2.75）より低い状況です。二次保健医療圏域別で見ると、広島圏域 3.45、広島西圏域 2.73 と広島市周辺に集中しており、呉圏域 2.21、広島中央圏域 1.85、尾三圏域 0.37、福山・府中圏域 1.54、備北圏域 2.02 ではかなり少ない状態です。

糖尿病合併症における足病変に関する指導が実施可能な医療機関数は、県内に 38 医療機関あり、全国平均（33.68）を上回っています。しかし、二次保健医療圏域別では、広島圏域に 17 医療機関であり、広島市周辺に約半数が集中しています。

図表 2-4-3 二次保健医療圏域別に見た人口 10 万人当たり糖尿病内科の医師数

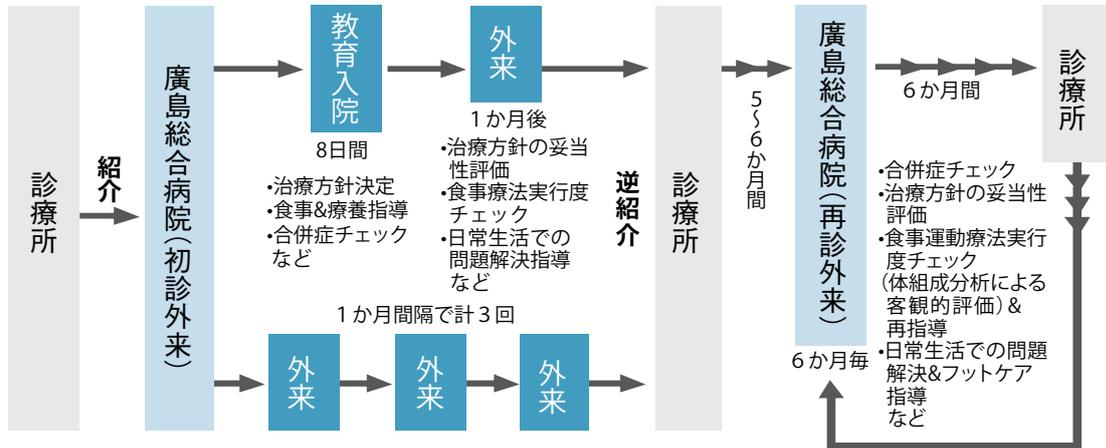


資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」(平成 22 年(2010)年)

(地域連携体制の状況)

本県の糖尿病地域連携クリティカルパスは、平成 23（2011）年度から広島県地域保健対策協議会メタボリックシンドローム予防特別委員会において、県内の先進事例として佐伯地区医師会及び佐伯区医師会と厚生連広島総合病院とで実施している「糖尿病地域連携クリティカルパス」をもとに、県内への普及を図り、重症化予防のための医療提供体制を整備しています。

図表 2-4-4 糖尿病地域連携クリティカルパスの流れ



医療連携体制の圏域

糖尿病における医療連携体制の圏域は、二次保健医療圏域と同一の区域とします。

課題

糖尿病は 1 人の患者に対し、生涯を通じ、継続した治療及び合併症予防、急性期合併症及び慢性合併症の治療など、病態に応じた医療を提供することが必要です。

① 健診及びフォローアップ体制の充実

本県では、特定健康診査受診率が低く、生活習慣病のリスクを有する者や血糖コントロールが不良な者を十分把握できていません。また、把握できても、特定保健指導を利用する者が少なく、生活習慣の改善や、医療機関への早期受診の働きかけが一部に留まっています。

② 重症化予防のための提供体制

糖尿病の重症化予防のためには、生涯にわたり治療を継続していく必要があり、地域のかかりつけ医と糖尿病の専門医療機関との連携が欠かせませんが、現在、十分な連携体制が構築できている地域は県内の一部に留まっており、適切な治療を受けられる体制が整っていません。

めざす姿

県民が糖尿病の正しい知識を持ち、適切な生活習慣を確立することで、糖尿病を予防します。糖尿病の疑いのある者を早期に発見し、病態に応じた対応が取れる体制を地域に構築します。糖尿病の有病者が正しい知識を身につけ、適切な医療を受けることで重症化・合併症予防を行います。糖尿病性腎症など合併症を発症した場合、身近な地域の医療機関で人工透析を受けられるなど、安心できる体制を構築します。

【目標】

指標等	目標の考え方	現状値	目標値	指標の出典
特定健康診査受診率	平成29年度において、40歳から74歳までの対象者の65%以上が特定健康診査を受診します	[H23] 37.1%	[H29] 65%以上	厚生労働省 「特定健康診査・特定保健指導の実施状況」
特定保健指導実施率	平成29年度において、当該年度における特定保健指導が必要とされた対象者の45%以上が特定保健指導を受けるものとします	[H23] 17.2%	[H29] 45%以上	
地域連携クリティカルパス普及状況	県内の糖尿病地域連携クリティカルパスの普及率を平成29年までに5市町にします	[H23] 2市町	[H29] 5市町	県健康福祉局調べ
糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者の減少	糖尿病性腎症による新規透析導入患者数を平成22年度より減少させます	[H22] 408人	[H34] 408人未満	日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の実況」

施策の方向

① 健診及びフォローアップ体制の充実

特定健康診査等の必要性について県民に普及啓発を行うとともに、定期受診が行える体制の充実を図ります。また、健康増進法に基づいて実施する健康教育等の事業と医療保険者が実施する特定保健指導などとの連携を進め、生活習慣の改善による糖尿病の発症予防や早期治療への取組を推進します。

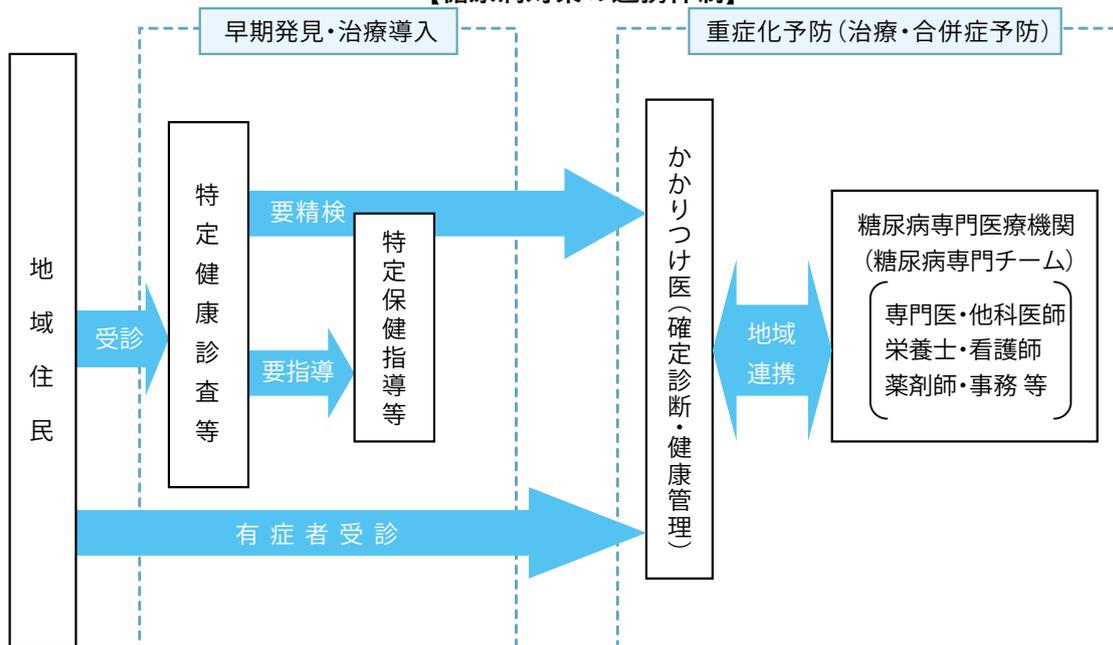
② 重症化予防のための医療提供体制

糖尿病有病者のうち未治療の者や治療中断者を減少させるため、糖尿病の長期継続治療の重要性に対する社会全体の認知度を向上させます。また、糖尿病患者が適切な医療を開始、継続する仕組みとして、平成24(2012)年度広島県地域保健対策協議会メタボリックシンドローム予防特別委員会において検討している糖尿病地域連携クリティカルパスを県内に普及させます。

【糖尿病対策に求められる機能等】

	【健診・保健指導】	【地域連携クリティカルパス】
機能	<ul style="list-style-type: none"> ・健診で、糖尿病の疑いのある者の抽出。 ・保健指導で治療開始につなげる。 	地域の糖尿病患者を、専門医とかかりつけ医を中心とした医療スタッフで連携して治療を行い、重症化予防に努める。
ポイント	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病の早期発見・早期治療を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> ・専門病院で糖尿病診療が適切に行える。 ・かかりつけ医と専門病院で情報の共有が出来る。
関係機関等	<ul style="list-style-type: none"> ・市町 ・保健所 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域の糖尿病専門医療機関 ・かかりつけ医 ・市町・保健所
求められる事項	①市町は保健師等、必要な体制を確保し、保健指導等を実施する。 ②市町は地区の状況を十分把握し、健診受診率を向上させるよう普及啓発などを実施する。	①かかりつけ医が糖尿病に関する診断を行い、地域連携クリティカルパスにより専門医に紹介する。 ②糖尿病専門医等チームは、患者に対する治療方針を立て、本人に示し、かかりつけ医に逆紹介する。 ③逆紹介されたかかりつけ医は、治療方針に則り、血糖コントロール管理、日常生活管理を行う。 ④糖尿病専門医等チームは、定期的に管理状況・合併症の詳しいチェックを行う。
連携	市町と医療機関の情報交換	専門医とかかりつけ医・市町との情報交換

【糖尿病対策の連携体制】



精神疾患対策

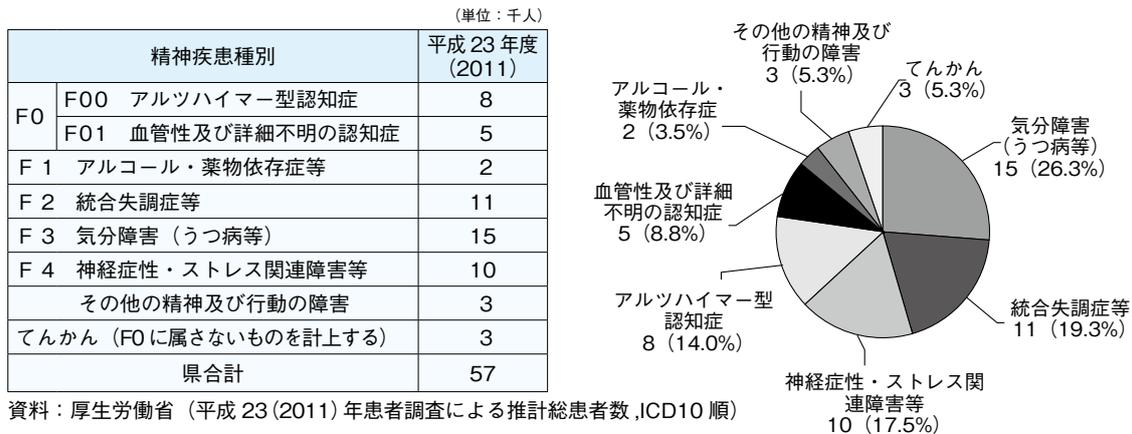
【取組のポイント】

精神疾患の特性を踏まえ、医療と保健・福祉・介護との地域連携を進め、様々な患者の状態に応じた適切な医療を提供できる体制を整備

現状

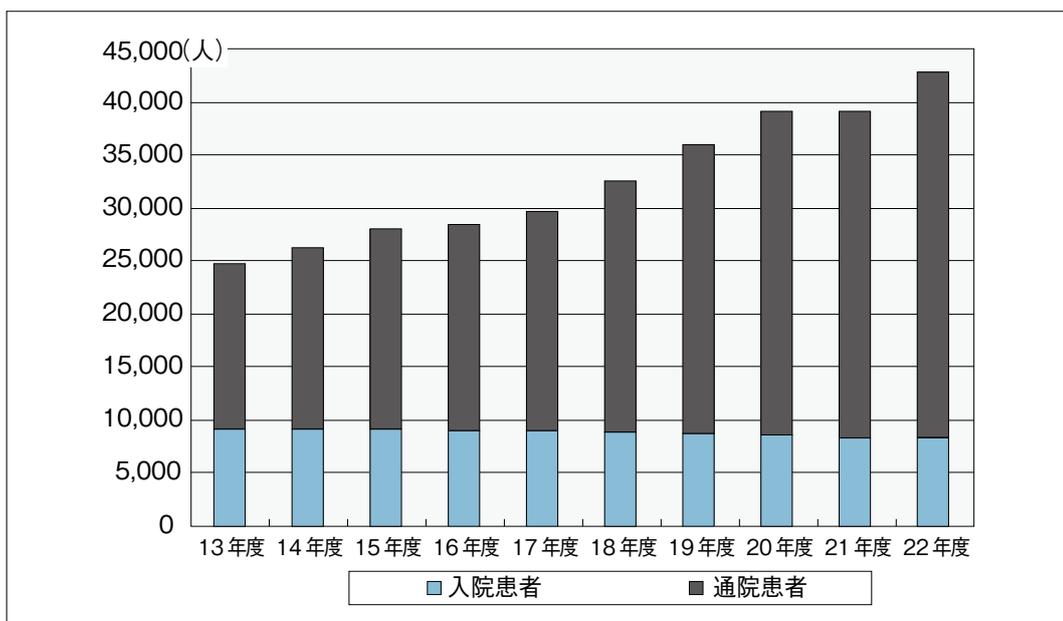
(精神疾患の患者数)

図表 2-5-1 精神疾患の総患者数



(受療の状況)

図表 2-5-2 精神科入院患者及び通院患者数の推移（厚生労働省 精神保健福祉資料）



(単位：人)

区分	13年度	14年度	15年度	16年度	17年度	18年度	19年度	20年度	21年度	22年度
入院患者	9,184	9,152	9,127	9,047	8,959	8,884	8,714	8,577	8,369	8,383
通院患者	15,579	17,105	18,979	19,471	20,719	23,726	27,322	30,500	30,754	34,377
計	24,763	26,257	28,106	28,518	29,678	32,610	36,036	39,077	39,123	42,760

第1章

第2章

第3章

第4章

第5章

資料編

精神疾患対策
主要な疾病について地域の医療施設相互間で機能の分担と連携を推進

本県の精神医療を受診する通院患者は、疾病別精神通院医療（自立支援医療）公費受給者数によると、平成 22（2010）年度では 34,377 人となっており、10 年前の平成 13（2001）年度の 15,579 人と比べ、2 倍強となっています。

一方、新規入院患者は、厚生労働省精神保健福祉資料によると、平成 13（2001）年度で 9,184 人、平成 22（2010）年度で 8,383 人となっており、10 年間で 801 人減少しています。

（精神科病院及び精神科を標榜する診療所等数）

精神医療機関の分布は、広島圏域の広島市、呉圏域、福山・府中圏域に集中しており、備北圏域及び広島圏域の中山間地域等では少ない状況です。

図表 2-5-3 精神科の医療施設数

二次保健医療圏	市町	精神科を標榜する病院数		精神病床数	精神科を標榜する診療所数
			精神病床を有する病院数		
広島	広島市、安芸高田市、府中町、海田町、熊野町、坂町、安芸太田町、北広島町	28 施設	18 施設	9,079 床	47 施設
広島西	大竹市、廿日市市	8 施設	3 施設		0 施設
呉	呉市、江田島市	11 施設	7 施設		2 施設
広島中央	東広島市、竹原市、大崎上島町	9 施設	4 施設		4 施設
尾三	三原市、尾道市、世羅町	9 施設	3 施設		4 施設
福山・府中	福山市、府中市、神石高原町	14 施設	6 施設		5 施設
備北	三次市、庄原市	3 施設	1 施設		1 施設
	計	82 施設	42 施設		9,079 床

（厚生労働省「医療施設調査」、精神科病院報告平成 23（2011）年 10 月現在、平成 22 年度精神保健福祉資料）

平成 22（2010）年度「精神保健福祉資料」によると、本県の精神科を標榜する病院数は 82 施設で、そのうち、精神病床を有する病院数は 42 施設あり、人口 10 万人当たり 1.47 施設です。

平成 23（2011）年「医療施設調査」によると、精神科を標榜する診療所数は 63 施設あり、人口 10 万人当たり 2.21 施設です。

（精神科訪問看護を実施する病院数・診療所数）

平成 23（2011）年「医療施設調査」によると、本県の精神科訪問看護を提供する病院数は 26 病院、人口 10 万人当たり 0.91 施設、全国 23 位で、全国平均（0.71 施設）より高く、精神科訪問看護を提供する診療所数も 15 施設、人口 10 万人当たり 0.53 施設、全国 5 位で、全国平均（0.31 施設）より高い状況です。

（精神科訪問看護利用者数）

平成 21（2009）年度「精神保健福祉資料」によると、本県の精神科訪問看護の利用者数（単科精神科病院）は、人口 10 万人当たり 893 人、全国 11 位で、全国平均（603 人）より高い状況です。また、本県の精神科訪問看護の利用者数（精神科・神経科を標榜する診療所）は、人口 10 万人当たり 414 人、全国平均（138 人）より高い状況です。

（デイ・ケア利用者数）

平成 21（2009）年度「精神保健福祉資料」によると、本県の精神科デイ・ケア等の利用実人員は 1,513 人、人口 10 万人当たり 52.92 人、全国 31 位で、全国平均（58.2 人）より低い状況です。

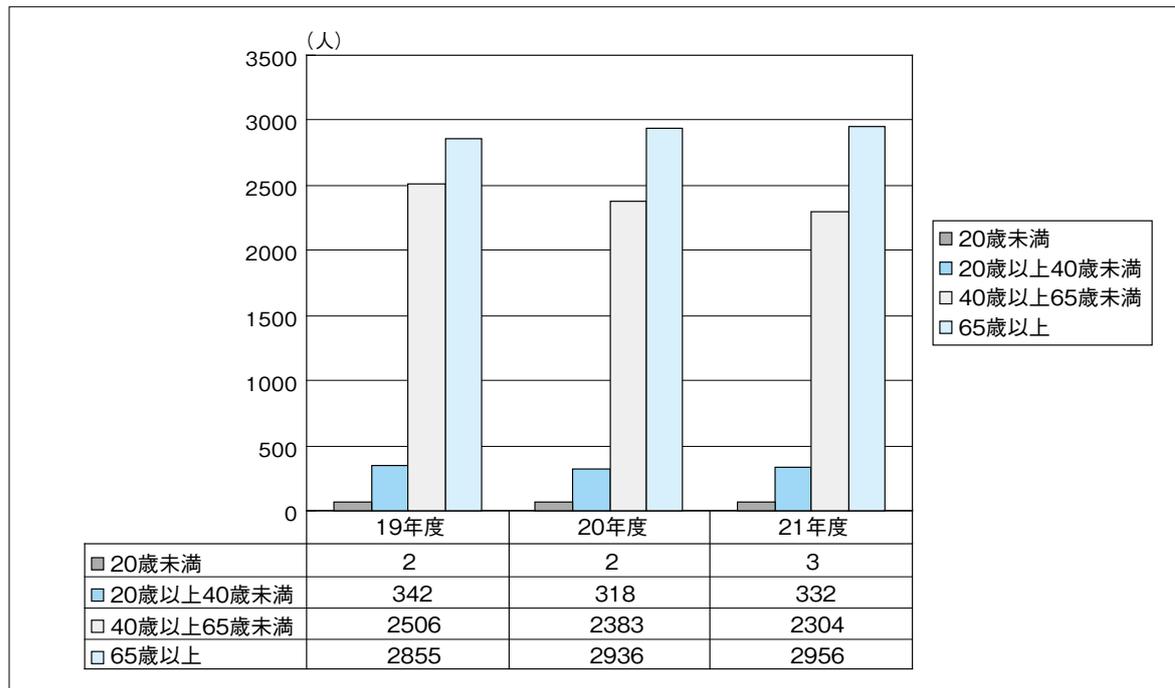
(入退院の状況)

平成 21 (2009) 年度「精神保健福祉資料」によると、本県の1年未満入院者の平均退院率は、69.1%で、全国平均(71.2%)より少し低い状況ですが、在院期間5年以上かつ65歳以上の退院患者数は人口10万人当たり8.9人で、全国平均(7.5人)より高い状況です。また、3か月以内再入院率は、18.9%で、全国平均(16.7%)より高くなっています。

平成 20 (2008) 年「患者調査」によると、本県の副傷病に精神疾患を有する入院患者の割合は、15.9%で、全国平均(14.2%)より高い状況です。また、副傷病に精神疾患を有する外来患者の割合は、5.1%で、全国平均(4.6%)より高い状況です。

本県の年齢階級別の1年以上在院患者数(長期入院者)は、若年層が少なく、年齢層が高くなるにつれて多くなり、構成割合を見ると、65歳以上が約半数を占めています(厚生労働省精神保健福祉資料より)。

図表 2-5-4 年齢階級別の1年以上在院患者数(長期入院者)



平成 23 (2011) 年「患者調査」によると、本県の退院患者平均在院日数〔病院〕は276.2日で、全国平均(304.1日)より短くなっていますが、広島西圏域、尾三圏域、福山・府中圏域、備北圏域は長くなっています。

広島西圏域の値が高くなっていますが、患者調査の「退院患者平均退院日数」は、調査対象期間中(9月1日～30日)に退院した患者の在院日数の平均であり、退院患者数が少ない場合には極端に高いあるいは低い値が出ることがあります。

図表 2-5-5 病院からの退院患者平均在院日数

全国平均	広島県	二次保健医療圏						
		広島	広島西	呉	広島中央	尾三	福山・府中	備北
304.1	276.2	191.0	1,158.2	217.5	227.5	372.9	368.7	337.2

(資料：厚生労働省「患者調査」(平成 23 (2011) 年))

(地域移行)

平成 24 (2012) 年 11 月現在, 診療報酬の施設基準について「精神科地域移行実施加算※1」を届け出ている医療機関は, 県内に 12 か所ありますが, 地域差があります。

図表 2-5-6 精神科地域移行実施加算医療施設数

広島県	二次保健医療圏						
	広島	広島西	呉	広島中央	尾三	福山・府中	備北
12	5	0	3	0	1	3	0

資料：厚生労働省中国四国厚生局「施設基準の届出受理状況（全体：平成 24 年 11 月）」から広島県分を計上。

(障害者社会復帰施設等の利用実人員数)

平成 21 (2009) 年度「精神保健福祉資料」によると, 本県の精神障害者社会復帰施設 [入所系] の利用実人員数は, 人口 10 万人当たり 8.25 人で, 全国平均 (4.37 人) より高い状況です。

また, 精神障害者社会復帰施設 [通所系] の利用実人員数は, 人口 10 万人当たり 6.19 人で, 全国平均 (6.36 人) よりやや低い状況です。

(精神科救急医療体制)

精神疾患の急性症状に対応するため, 広島県と広島市が精神科救急情報センターを共同設置し, 関係機関と連携を図りながら精神科救急医療体制を整備しています。精神科救急情報センターへの相談件数は, 1,183 件, 人口 10 万人当たり 41.35 件, 全国平均 (36.32 件) よりも高くなっています。

夜間や休日においても, 緊急な診察等が必要な場合の精神科救急医療システム※2を確保しており, 24 時間 365 日体制で県民の精神疾患の急性症状に対応しています。

平成 22 (2010) 年「事業報告」によると, 本県の精神科救急医療施設数は, 人口 10 万人当たり, 0.25 施設で, 全国平均 (0.83 施設) より低い状況です。これは, 本県は常時対応型の精神科救急医療センターがあり, 輪番型の医療施設数が他県と比べて少ないためです。

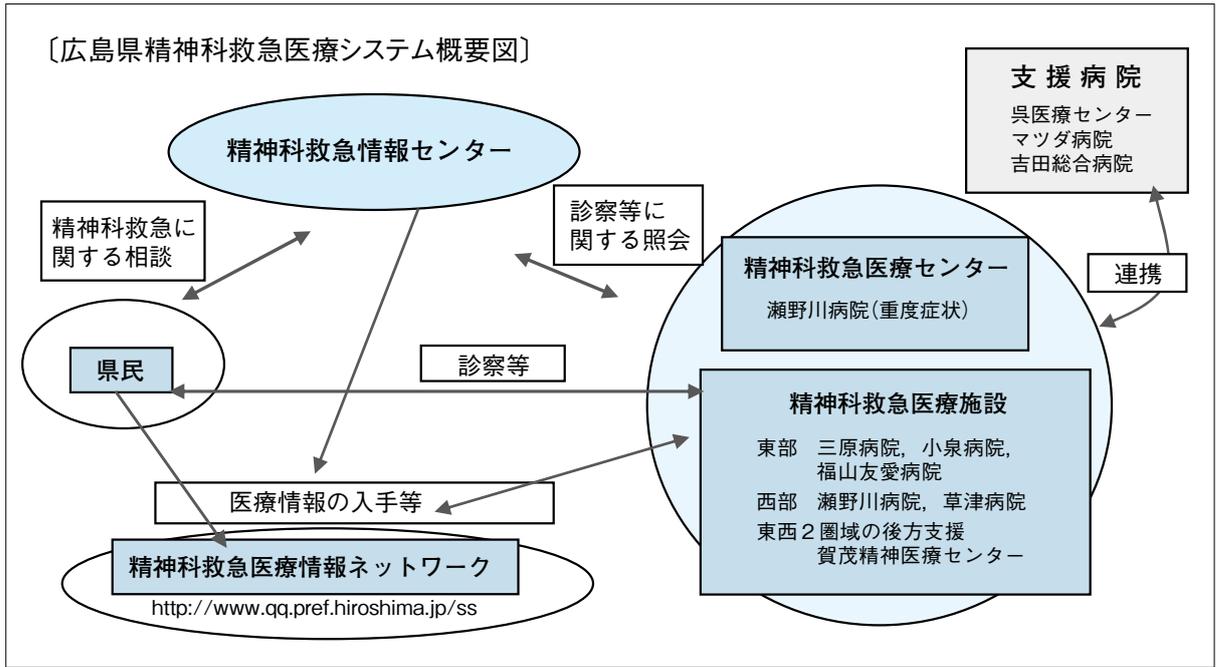
本県の精神科救急医療機関の夜間・休日の受診件数は, 人口 10 万人当たり 56.0 件で, 全国平均 (31.5 件) より利用されている割合が高く, 精神科救急医療機関の夜間・休日の入院件数についても, 人口 10 万人当たり 18.5 件で, 全国平均 (12.3 件) より利用されている状況です。

瀬野川病院内に精神医療相談窓口及び精神科救急情報センターを開設しています。

平成 23 (2011) 年医療施設調査結果によると, 本県の救命救急センターで「精神科」を有する施設は 6 施設, 入院を要する救急医療体制で「精神科」を有する施設は 26 施設あり, それぞれ, 全国平均の 4.4 施設, 16.6 施設より高い状況です。

なお, 精神病床を有する一般病院数は, 人口 10 万人当たり 0.39 となっており, 全国平均 (0.46) より低くなっています。

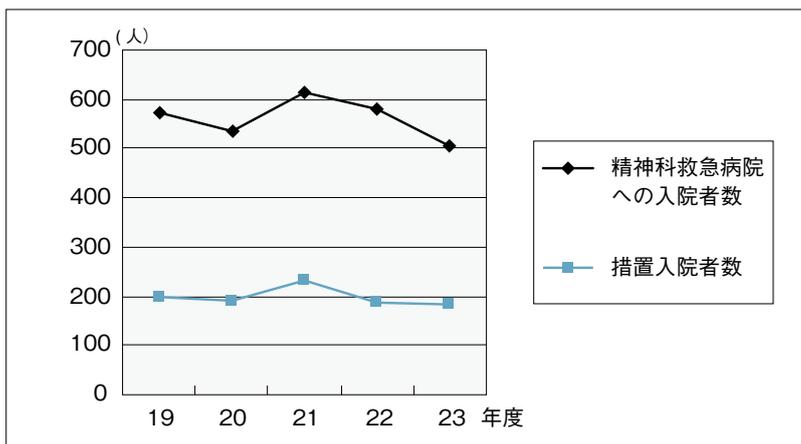
図表 2-5-7 精神科救急医療体制



(措置入院及び医療保護入院等の状況)

平成 22 (2010) 年度「衛生行政報告例」によると、本県の年間措置入院患者数は、人口 10 万人当たり 6.6 人で、全国平均 (4.5 人) より高く、医療保護入院患者数は、人口 10 万人当たり 196.0 人で、全国平均 (156.2 人) より高い状況です。平成 21 (2009) 年度「精神保健福祉資料」によると、本県の精神科病院在院患者の保護室の隔離患者数は、在院患者 1,000 人当たり 32.9 人で、全国平均 (28.3 人) を上回っていますが、精神科病院在院患者の身体拘束の実施患者数は、在院患者 1,000 人当たり 17.0 人で、全国平均 (26.4 人) を下回っています。

図表 2-5-8 精神科救急病院への入院者数・措置入院者数 (広島県) の推移



(身体合併症を有する患者の医療体制)

精神科救急医療システムを構成する医療機関のうち瀬野川病院が軽症の身体合併症受入機関で国立病院機構呉医療センター、マツダ病院、JA 広島厚生連吉田総合病院の 3 医療機関が支援病院として協力体制を組んでいます。

※ 1 精神科地域移行加算：精神障害者の地域移行を支援するために設けられた診療報酬の加算。精神病棟の入院期間が 5 年を超える患者に、退院調整を実施し、計画的に地域への移行を進めた場合に算定。
 ※ 2 精神科救急医療システム：精神疾患の急発・急変に対応し、迅速かつ適切な医療を確保するため、県内を東西 2 圏域に分け、両圏域で指定した精神科救急医療施設により、24 時間体制で精神科救急医療を行う仕組み。

また、人工透析、外科治療、がん治療など、高度な治療を要する身体合併症に関しては、広島大学病院、県立広島病院、広島市立広島市民病院、JA 広島厚生連吉田総合病院などの総合病院精神科等がその役割を担っています。

(専門医療機関の開設状況)

児童・思春期（発達障害を含む）精神医療は、主に小児科等がその役割を担っています。このうち、平成 24（2012）年 11 月現在で、「児童思春期精神科入院医療管理加算」（診療報酬の施設基準※中国四国厚生局管内の施設基準の届出受理状況）を届け出ている医療機関はマツダ病院（広島市内）1 か所です。また、広島県発達障害支援センター、広島市発達障害支援センターでは発達障害に関する相談を受けています。

アルコール依存症については専門医療機関が不足している状況で、平成 24（2012）年 11 月現在、診療報酬に係る施設基準で「重度アルコール依存症入院医療管理加算」を届け出ている医療機関は県内で 7 か所となっています。

てんかんについては、専門医療機関が十分ある状況です。

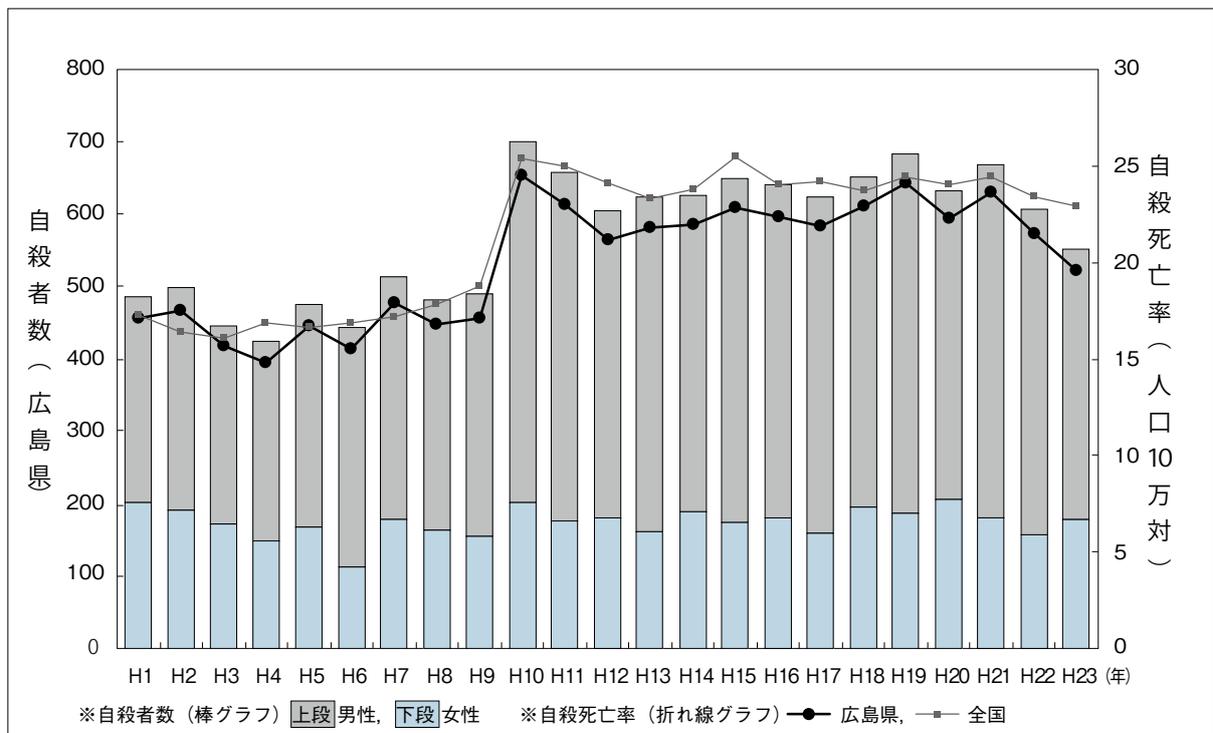
※ 診療報酬に係る施設基準については中国四国厚生局管内の施設基準の届出受理状況（全体：平成 24 年 11 月）指導監査課（広島県を管轄）分を参照。

(自殺死亡率)

平成 23（2011）年「人口動態調査」によると、本県の自殺死亡率は、人口 10 万人当たり、19.6 で、全国平均（22.9）より低い状況です。平成 10 年に 600 人を超え、以後高止まりの状態が続いています。

なお、県内の自殺の特徴は、全国と同様に女性よりも男性の自殺者が多く、年齢別では中高年層の自殺者の割合が高くなっていますが、近年は若年層の自殺率が増加傾向にあります。地域別では、中山間地域に多い傾向があります。

図表 2-5-9 最近の自殺者数の推移



資料：厚生労働省「人口動態統計」(各年)

(日常生活における悩みやストレスのある人)

本県の日常生活において、悩みやストレスを抱えている人は48.65%、全国平均(46.51%)より高くなっています。

(気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている人(20歳以上でこころの状態に関する6項目の質問(K6)の合計点において10点以上)の割合)

国民生活基礎調査によると、本県の20歳以上でこころの状態に関する6項目の質問(K6)の合計点における10点以上の割合は11.4%で、全国平均の10.4%と比べて高くなっています。

〔参考〕「K6」は米国のKesslerらによって、うつ病・不安障害などの精神疾患をスクリーニングすることを目的として開発され、一般住民を対象とした調査で心理的ストレスを含む何らかの精神的な問題の程度を表す指標として広く利用されています。

「神経過敏に感じましたか」「絶望的だと感じましたか」「そろそろ、落ち着かなく感じましたか」「気分が沈み込んで、何が起ころうとも気が晴れないように感じましたか」「何をしても骨折りと感じましたか」「自分は価値のない人間だと感じましたか」の6つの質問について5段階(「まったくない」(0点)、「少しだけ」(1点)、「ときどき」(2点)、「たいてい」(3点)、「いつも」(4点))で点数化する。合計点数が高いほど、精神的な問題がより重い可能性があると考えられています。

(保健所、市町及び精神保健福祉センターにおける相談及び訪問の状況)

本県の平成23年度における保健所及び市町が実施した精神保健福祉相談等の被指導実人員は、13,842人、人口10万人当たり484.1、延人員は23,201人、人口10万人当たり811.4で、いずれも全国平均より高い状況です。

また、精神保健福祉センターにおける相談実人員は796人、人口10万人当たり27.9、全国平均(19.0)の約1.5倍となっています。

一方、保健所、市町が実施した精神保健福祉訪問指導の件数は、2,591人、人口10万人当たり90.62、延人員は5,394人、人口10万人当たり188.65でいずれも全国平均より低い状況です。また、普及啓発の講演会等については、開催回数が24回、人口10万人当たり0.84、受講者数が2,068人、人口10万人当たり72.40で、講習会の開催回数(全国平均(0.96))、受講者数(全国平均(106.09))ともに全国平均を下回っています。

(かかりつけ医と精神科医との連携(General Physician-Psychiatrist連携 以下、GP連携とする。)について)

※GP連携の例：地域レベルでの定期的な連絡会議(内科等身体疾患を担当する科の医師でうつ病患者を発見したときの日常的な連携体制の構築、ケーススタディ等)の開催、精神科医への紹介システムの導入等

平成23年度のGP連携会議の開催地域数及びGP連携体制の構築ができていない地域数は2か所です。

また、かかりつけ医等を対象とした心の健康対応力向上研修会を12回開催し、参加者は463人でした。

(認知症)

本県の認知症高齢者の数については、国の要介護認定における「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数の推計に基づいて推計すると、平成27(2015)年には8万人を、平成37(2025)年には10万人を超えることが見込まれています。

図表 2-5-10 広島県内の認知症高齢者数の推計※

区 分	平成 22 (2010) 年	平成 27 (2015) 年	平成 32 (2020) 年	平成 37 (2025) 年
認知症高齢者数	65,000 人	80,200 人	93,500 人	106,500 人
日常生活自立度Ⅱ以上	9.5%	10.2%	11.3%	12.8%
増加数	—	15,200 人	13,300 人	13,000 人

※「日本の都道府県別将来推計人口（平成 19（2007）年 5 月推計）」（国立社会保障・人口問題研究所）における本県の老年人口に、平成 24(2012)年 8 月 24 日付けで厚生労働省が公表した「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱ以上の高齢者数について」における日常生活自立度Ⅱ以上の割合を乗じた数値

平成 23（2011）年「患者調査」によると、認知症疾患に係る本県の総患者数推計は 13,000 人、医療施設を受診した認知症患者のうち、外来患者の割合は 40.5%で、認知症疾患に係る退院患者の平均在院日数は 293.1 日となっています。

また、平成 21（2009）年度「精神保健福祉資料」によると、本県の認知症治療病棟における新規入院患者のうち 2 か月以内の退院率は、23.5%となっています。

医療資源についてみると、保健・医療・介護機関等と連携を図りながら、認知症に関する詳細な診断や、認知症の行動・心理症状（以下、「BPSD」という）と身体合併症に対する急性期治療、専門医療相談等を実施する「認知症疾患医療センター」等が、県内に 8 か所設置されています（広島市が指定した 1 か所を含む）。

図表 2-5-11 広島県内の認知症疾患医療センター等

平成 25（2013）年 3 月 1 日現在

区 分	認知症疾患医療センター等	所 在 地
広 島 (広島市除く)	千代田病院	山県郡北広島町今田 3860
広島西	メープルヒル病院	大竹市玖波 5 丁目 2-1
呉	ふたば病院	呉市広白石 4 丁目 7-22
広島中央	宗近病院	東広島市西条町御園宇 703
尾 三	三原病院	三原市中之町 6 丁目 31-1
福山・府中	光の丘病院	福山市駅家町大字向永谷 302
備 北	三次神経内科クリニック花の里	三次市十日市東 4 丁目 3-10
広島市	草津病院	広島市西区草津梅が台 10-1

また、本県では、高齢者が日頃受診する主治医（かかりつけ医）に認知症に関して気軽に相談できるよう、かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者等を「もの忘れ・認知症相談医（オレンジドクター）」に認定しています。

図表 2-5-12 「広島県もの忘れ・認知症相談医（オレンジドクター）」の状況

(平成 24 年 10 月 15 日現在)

二次保健医療圏							合計
広島	広島西	呉	広島中央	尾三	福山・府中	備北	
439 人	53 人	112 人	72 人	89 人	151 人	42 人	958 人



もの忘れ・認知症相談医
(オレンジドクター)
認定プレート

医療連携体制の圏域

精神疾患に関する保健医療圏は、精神科病床について基準病床数が都道府県を一単位として定められており、地域における医療機能の専門化や連携を進める観点から、本県を総合的・機能的な一つの圏域とします。医療・保健・福祉の連携や疾患と医療機能等の状況に応じて、二次保健医療圏域（計7圏域）、日常生活圏を考慮するものとします。精神科救急医療においては、東西圏域ごとに複数の病院が輪番で精神科救急医療施設として対応し、認知症疾患医療センター等については、7つの二次保健医療圏ごとに設置する計画とします。

課題

① 予防・アクセス

講習会等で、精神疾患を正しく理解することで、誤解や偏見が少なくなり、精神障害者の支援者が増えること、自分自身や家族が精神疾患にかかった可能性があるときに受診の遅れを防ぐことが期待されます。本県は、講習会の開催回数、受講者数ともに全国平均よりも少ない状況ですが、精神疾患を正しく理解する機会として講習会等を開催するとともに、さまざまな機会を通じてより多くの県民へ正しい知識を普及啓発する必要があります。

ストレスや悩みを抱えている人や、気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている人が全国平均より多い状況です。保健所、市町、精神保健福祉センターによる相談件数は多い状況ですが、訪問件数が少なくなっています。相談及び訪問は、ストレスや悩みを抱えている人たちに対して、発症予防の支援をする効果が期待され、より一層医療機関と行政が連携した支援体制の充実が求められます。

うつ病や統合失調症等、精神疾患は治療法が確立されており、早期受診、早期治療をするため、発症してから精神科医に受診するまでの期間を短縮する必要があります。うつ病に関しては、初期に精神科以外の診療科を受診することが多く、かかりつけ医の本疾患に対する対応力を高めるため、内科等身体疾患を担当する科の医師の資質の向上及びかかりつけ医と精神科専門医との連携（GP連携）の強化を図る必要があります。しかし、備北二次医療圏域、広島二次医療圏域の北部の中山間部においては、精神科病院、診療所ともに不足している状況であり、精神科以外の診療科（かかりつけ医）において精神科疾患への対応が求められます。

② 治療・回復・社会復帰

1年未満入院者の平均退院率は全国平均より低くなっていますが、3か月以内再入院率は全国平均より高い状況です。また、在院期間5年以上かつ65歳以上の退院患者数が、全国平均よりも高くなっており、年齢階級別在院日数では、年齢層が高くなるにつれて1年以上の長期入院患者の割合が高くなり、65歳以上が約半数を占めています。65歳以上は、長期入院になる傾向があることがうかがえます。

退院患者平均在院日数は、県全体においては全国平均よりも短くなっていますが、広島西圏域、尾三圏域等長い圏域もあります。

精神障害者社会復帰施設の利用状況では、入所系の施設利用が全国平均よりも高く、通所系の利用は全国平均よりも低い状況です。

精神科訪問看護の利用者数は、単科の精神科病院及び精神科・神経科を標榜する診療所ともに全国平均よりも高い状況ですが、精神科デイ・ケア等の利用者数が全国平均よりも低い状況です。

このことから、本県では、医療機関において、精神障害者の地域での生活を支える資源は、デイ・ケアよりもアウトリーチ（訪問支援）※1の方が充実していると考えられます。なお、地域移行支援を目的としたアウトリーチについて、現在、1医療機関においてモデル事業を実施中ですが、今後、事業効果を検証しながら県全域へ広げていく必要があります。

※1 アウトリーチ（訪問支援）：在宅の精神障害者のうち、受療中断や受診困難などの理由で、医療や福祉サービスを受けておらず、病状が悪化する恐れのある者に対し、精神科の専門職が訪問して適切な支援を行うこと。

保健所、市町、精神保健福祉センターによる相談及び訪問指導は、退院後の患者の生活を支え、再入院予防等の効果が期待されますが、保健所、市町、精神保健福祉センターにおける訪問指導件数も少ない状況で、退院した人の生活を支える支援体制が十分ではありません。

患者の状態に応じた必要な医療の提供と保健・福祉等と連携した体制の確保と、早期の退院に向け、地域で支え合えるよう関係機関との連携を中心とした退院支援が必要です。

③ 精神科救急・身体合併症・専門医療

入院形態では、措置入院※1患者数、医療保護入院※2患者数が全国平均よりも多い状況です。

精神科救急情報センターへの相談が全国平均よりも多くなっており、患者の病状に応じて速やかに精神科救急医療や専門医療を提供できる体制が必要です。本県においては常時対応型の精神科救急医療センターがあり、輪番型の医療施設が協力しながら効率よく運営されています。

また、今後人口が高齢化すれば、精神疾患がありながら身体の慢性的な合併症を持つ患者が増加すると推測されるため、人工透析、がん治療、外科治療及び歯科治療の可能な医療施設が必要となってきます。現在は、精神科がある総合病院がその役割を担っていますが、今後、身体合併症に対応できる医療機関の機能情報の集約を行う必要があります。

専門医療については、アルコール依存症、発達障害の専門診療を提供できる体制の確保が必要です。

精神疾患の50%は14歳までに発症するというデータをWHOが平成23(2011)年9月にまとめしており、子どもの心の危機に早急に対応することは学校不応や不登校、ひきこもりへの早期対応につながると思われる、児童・思春期精神科医療を提供できる体制の維持・拡充が必要です。

④ うつ病の診断及び患者の状態に応じた医療の提供

患者調査による精神疾患の総患者数(厚生労働省平成23(2011)年)では、うつ病患者が最も多い状況です。

また、自殺死亡率が、平成9(1997)年以前の水準よりも高く、高いままの状態が続いています。地域別では、中山間部、島しょ部に多く、合わせて中山間地域では精神科医療機関が少ない状況にあり、予防、早期受診、精神科以外の診療科での対応の強化、また、かかりつけ医と精神科専門医との連携(GP連携)の強化を図る必要があります。

年齢別では、最近では、平準化しているものの、男性は50歳代、女性は70歳以上に多く、その年代を重点に置いた対策が必要です。

また、自殺のハイリスクである自殺未遂者に対する支援体制づくり等自殺対策の推進が必要で、医療機関と保健医療サービス部門の連携を構築するとともに、自殺未遂者に対する支援体制の整備が必要です。

⑤ 認知症の進行予防から地域生活の維持に必要な医療の提供

認知症は、早期の診断により適切な治療を受けることで、症状の改善や維持、あるいは進行を遅らせることができる場合がありますが、認知症の疑いのある高齢者や家族には、早期段階での受診の重要性が十分認識されていないこと、オレンジドクターなどの身近な相談窓口等が十分に知られていないことなどから、早期相談・早期受診が進んでいない状況です。

認知症の方が早期の診断や認知症及び合併症の治療を受けながら、できる限り住み慣れた地域で生活を継続できるような医療提供体制の構築が必要です。

認知症高齢者数の推計と比較して、認知症疾患に係る総患者数が非常に少ないことから、適切な医療サービスにつながっていない認知症患者が相当数存在すると推測できます。

※1 措置入院：精神保健福祉法に基づく精神保健指定医の診察により、医療及び保護のために入院させなければ自傷他害のおそれがあると認められた精神障害者について、都道府県知事又は指定都市市長が同法に基づいて強制的に入院させること。

※2 医療保護入院：精神保健指定医の診察により、医療及び保護のため入院の必要があり、本人が入院の必要性を適切に判断できないと認められた精神障害者を、保護者(又は扶養義務者)の同意により入院させること。

また、医療施設で受診した認知症患者のうち、半数以上が入院患者であること、精神疾患全体の退院患者平均在院日数に比較して、認知症疾患に係る平均在院日数が長いことなどから、認知症疾患が重症化してから医療施設で受診していると考えられます。早期に退院できるよう、早期の診断・治療が必要です。

患者の原因疾患や状態に応じた適切な医療とケアを提供するため、医療と介護の関係者における情報共有のための仕組みづくりや、重篤なBPSDや身体合併症に対応できる医療機関の機能情報の集約と提供を行う必要があります。

めざす姿

住み慣れた身近な地域で適切な医療や生活していくうえで必要な支援を受けることができる体制を整備します。

精神疾患及び身体合併症の個々の状態に応じた治療を受けることができるよう、また、必要な時に、入院医療を受けられるよう医療機関の機能分担と連携を進めます。加えて、医療機能の情報を県民に提供することで、アクセスしやすく、必要な医療を受けられる体制の構築を目指します。

また、精神疾患に罹患しても地域や社会で生活できるようにするため、他の分野と協働し、保健・医療・介護・福祉・生活支援・就労支援等の適切かつ総合的な支援を受けられる体制の整備を図ります。

【目標】

指標等	目標の考え方	現状値	参考値
精神科救急医療体制整備	精神障害がある人の急性症状に、精神医療が常時、対応します。	{H23} 24時間 365日対応	{H29} 24時間 365日対応
1年未満入院者の平均退院率	1年未満入院者の平均退院率を平成20(2008)年6月30日調査時点の調査比で7%相当分増加します。	{H20} 72.2%	{H26} 77.3%
5年以上かつ65歳以上の退院者数	長期・高齢の精神障害者の退院数を平成20(2008)年6月30日調査時点よりも20%増加します。	{H20} 300人	{H26} 360人
認知症疾患医療センター数	二次保健医療圏域に、認知症の鑑別診断を行える医療機関を含め、認知症疾患医療センター等を少なくとも1か所設置し、専門医療の提供体制を強化します。	{H23} 3か所 (広島市設置分を含む。)	{H29} 8か所
医療介護連携バス運用地域数	認知症患者に適切なケアを提供するため、医療と介護の関係者が、患者情報を共有する地域連携バスの県内全域における導入を促進します。	{H23} 2地域	{H32} 22地域
かかりつけ医と精神科医のGP連携会議数	GP連携事業を推進し、うつ病対応力向上研修を実施し、GP連携を強化します。	{H23} 2地域	{H29} 4地域
人口10万人当たりの自殺死亡率	自殺死亡者数が急増し、全国で3万人を超え、広島県も600人を超えた平成10年よりも前のころ、比較的自殺死亡者が少なかった当時の水準である16.8(平成5(1993)～9(1997)年の平均値)まで減少させることを目標とし、生命の大切さや人間の尊厳を確保する社会に寄与します。	{H23} 19.6	{H27} 16.8

※ 目標値についての考え方

次期計画までの間に、精神保健福祉に関する実態調査により評価し、具体的で実行可能な指標、目標について検討しながら、計画を推進します。

① 発症の予防及び早期発見・治療のための普及啓発と身近な地域で医療やサービス支援を受けられる体制の整備

県民へ精神疾患についての意識啓発を推進します。正しい知識を普及・啓発することによって精神疾患に対する誤解や偏見を無くし、発症の予防とともに精神疾患への誤解や偏見から受診が遅れることを防ぎ、早期受診・早期治療で重症化を予防し、早期の回復を図ります。

保健所、市町における相談、家庭訪問など地域で精神障害者を支える基盤づくりの強化を推進します。

うつ病に関しては、初期に精神科以外の診療科を受診することが多い状況を踏まえ、内科等身体疾患を担当する科の医師のうつ病対応力の向上を図ります。また、発症してから適正な精神医療を受けるまでの期間をできるだけ短縮するため、各圏域単位でかかりつけ医と精神科医の地域連携を推進します。広島二次医療圏北部及び備北二次医療圏域においては、連携する精神科医が近く（圏域内）にいないため、うつ病の正確な診断ができ、うつ病の状態に応じた医療を提供できるよう、精神科以外の診療科の医師を対象に「うつ病対応向上研修」等を実施します。

また、医療と地域保健・福祉の連携体制を強化し、早期受診・治療及び支援体制の充実を図ります。

② 精神疾患の状態に応じて、訪問医療等の必要な医療を提供し、地域連携により地域生活や社会生活を支える体制の提供

患者が住み慣れた身近な地域での基本的な医療やサービス支援を受けやすい体制の整備を推進します。精神疾患や身体合併症等の様々な、患者の状態に応じた医療の提供を確保するよう努めます。

早期の退院に向けた地域定着支援、グループホーム等地域移行の受入体制の拡充、アウトリーチ（訪問支援）を推進します。

また、再入院防止のため、地域で支え合えるよう医療機関と地域保健・福祉が連携した支援体制づくりを推進するとともに、産業保健関係機関や産業医等を通じた事業所との連携を図ります。

③ 精神科救急医療及び専門医療等の提供

今後も、24時間365日の精神科救急医療と身体合併症を有する患者へ適切な医療を提供できるよう引き続き体制の確保を図ります。

精神疾患がありながら、身体の慢性的な合併症を持つ患者に対して、適切な医療を提供できるよう、体制の維持、拡充を図ることとし、人工透析、がん治療、外科治療及び歯科治療など高度で専門的な治療を要する患者に対しては、総合病院精神科と連携を取りながら、医療供給体制の整備を図ります。

また、児童・思春期（発達障害を含む）精神医療、アルコール・薬物依存症、てんかん等の専門的な精神科医療については、今後、現状把握を進め、方策の検討を行います。

これらの医療機能の情報について集約して県民へ情報提供し、必要な時に適切な医療を受けることができる体制の構築を推進します。

④ うつ病の診断及び患者の状態に応じた医療の提供

発症してから精神科に受診するまでの期間をできるだけ短縮するため、各圏域単位でかかりつけ医あるいは、内科等身体疾患を担当する科の医師と精神科医師の地域連携を推進します。

また、うつ病の正確な診断ができ、うつ病の状態に応じた医療を提供できるようにするため、精神科以外の診療科の医師を対象に「うつ病対応力向上研修」を実施します。

保健所、市町の関係職員へうつ・自殺の情報提供し、研修を充実させ、相談、家庭訪問など地域で精神障害者を支える基盤づくりの強化を図ります。

○ 自殺予防対策

うつ病から、自殺につながる可能性があり、自殺予防対策として、「気づく」、「つなぐ」、「見守る」をキーワードとし、一人ひとりの気づきと見守りの啓発を推進します。

地域のリーダー、地域保健スタッフや産業保健スタッフ、介護スタッフ、教職員、相談支援機関職員等地域の中心的人材の養成に努めます。

産業保健などとの連携、市町関係職員及び教育関係職員等に対して、ストレスから起こる疾病に関する研修を実施し、県民への意識啓発を行うなど、地域社会全体でこころの健康づくりを推進するとともに、自殺対策情報センター※1が市町・保健所等が実施する自殺予防対策を支援します。

自殺のハイリスクである自殺未遂者に対する支援体制については、医療機関と地域の連携体制の整備により、自殺未遂者への支援を強化します。

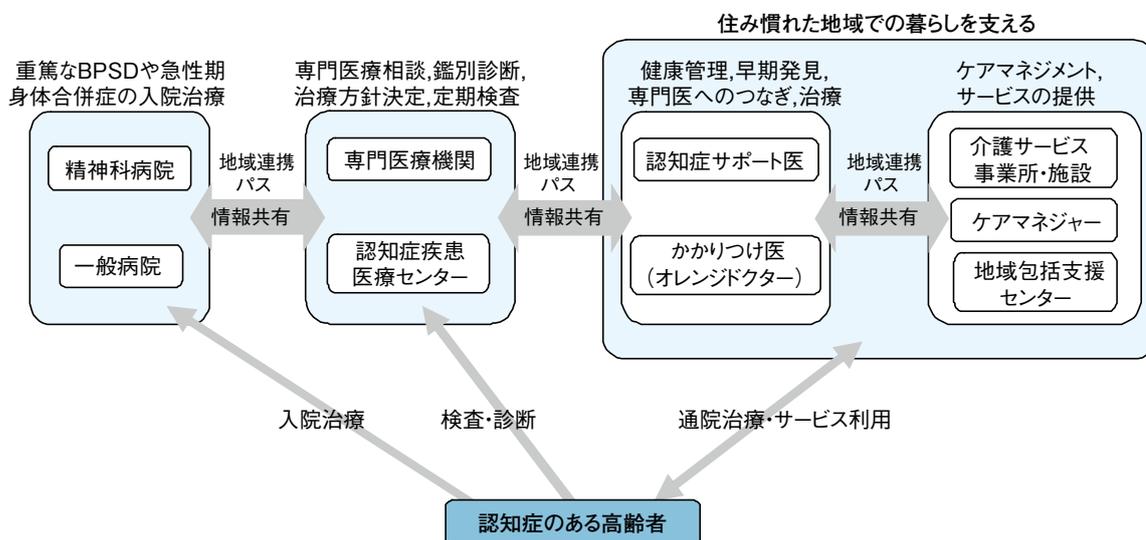
中高年齢層の自殺が多いことから、その年代の孤立を防止するため、そこをポイントにゲートキーパー※2研修等を推進します。

⑤ 認知症の進行予防と地域生活の維持に必要な医療の提供

早期診断の重要性や認知症のある人への対応方法など認知症に関する基礎知識等の普及に取り組むとともに、県民が、オレンジドクターや認知症疾患医療センター等に気軽に相談できるよう広報に努めます。

かかりつけ医や認知症サポート医、認知症疾患医療センター等が、地域包括支援センターやケアマネジャー、訪問介護事業所等の介護サービスと連携するよう図ります。そして、実際の診療の中でそれぞれの機能を十分活かせるよう、かかりつけ医、専門医療機関、医療と介護の関係者が患者情報を共有するための仕組みづくりに取り組み、そのツールとしての地域連携バスが県内全域で導入されるよう努めます。

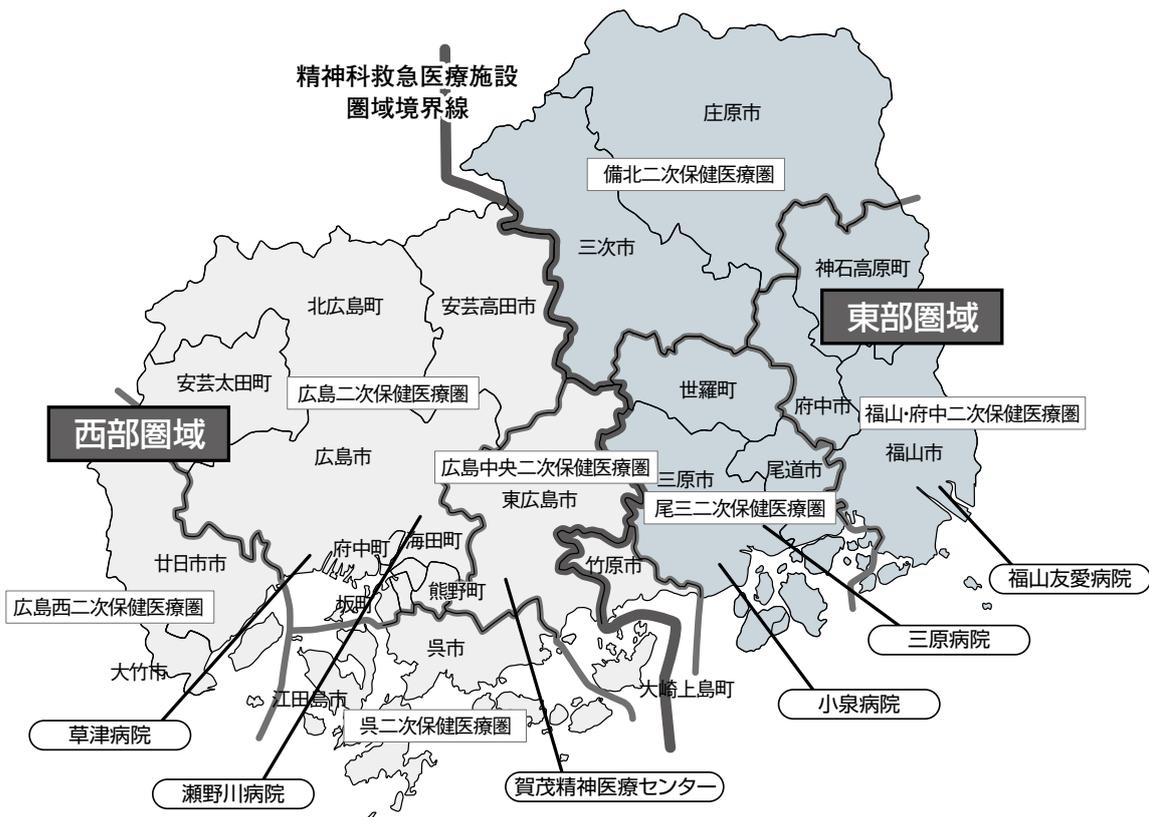
図表 2-5-13 認知症医療・介護連携バスのイメージ



※1 自殺対策情報センター：地域における自殺対策の活動を支援するため、必要な情報収集・情報提供、関係機関との連絡調整、自殺対策に携わる人材育成などを行う組織。

※2 ゲートキーパー：自殺対策では、心理社会的問題や生活上の問題、健康上の問題を抱えている人や自殺の危険を抱えた人々に適切にかかわる人のこと。

図表 2-5-14 広島県精神科救急医療施設圏域図



図表 2-5-15 指定病院, 応急入院指定病院, 精神科救急医療施設の指定状況

平成 24 (2012) 年 5 月 1 日現在

所管保健所等	病 院 名	国立・県立	指定病院	応急入院 指定病院	精神科 救急医療施設
西部保健所	メープルヒル病院		□	○(※)	
	友和病院				
	敬愛病院				
広島支所	府中みくまり病院		□		
	安芸太田病院				
	千代田病院				
	厚生連吉田総合病院		□		
呉支所	国立病院機構呉医療センター	◎			
	呉みどりヶ丘病院		□		
	ほうゆう病院		□	○(※)	
	ふたば病院		□	○	
	呉やけやま病院		□	○	
	吉田病院		□		
	安浦病院				
西部東保健所	国立病院機構賀茂精神医療センター	◎		○(※)	●
	エトワール西条病院				
	宗近病院		□	○	
	竹原病院				
東部保健所	小泉病院		□	○(※)	●
	三原病院		□	○(※)	●
	青山病院				
福山支所	光の丘病院		□	○(※)	
	福山こころの病院		□	○	
	蔵王病院		□		
	下永病院		□		
	福山友愛病院		□	○(※)	●
	府中市立湯が丘病院		□		
北部保健所	三次病院		□		
広島市	広島大学病院	◎			
	県立広島病院	◎			
	広島市民病院				
	広島第一病院		□	○(※)	
	比治山病院		□		
	松田病院				
	己斐ヶ丘病院		□		
	草津病院		□	○(※)	●
	安佐病院		□		
	児玉病院		□		
	浅田病院		□		
	瀬野川病院		□	○(※)	●
	養神館病院		□		
	ナカムラ病院				
計		4	27	14	6

(※) 特例措置を採ることができる応急入院指定病院及び特定病院