

# 第7章

## 疾病又は事業ごとの 医療連携体制の構築



## 第1節 医療法で定める5疾病

### 1 がんの医療

#### 1 現状と課題

##### (1) 予防対策

現 状	課 題
<p>○がんの罹患数（平成25（2013）年）は、男性8,647人、女性6,325人、計14,972人です。また、がんの罹患数を部位別にみると、男性では胃がんが最も多く、女性では乳がんが最も多くなっています。（図表7-1-1-1、図表7-1-1-2）</p> <p>○平成28（2016）年のがんによる死亡数は、5,572人で、死亡総数に占める割合は、25.9%（全国28.5%）と、昭和57（1982）年以降、死亡原因の第1位です。（平成28（2016）年人口動態統計）</p> <p>○がんの死亡数（平成25（2013）年）を部位別にみると、男性では肺がんが最も多く、女性では大腸がんが多くなっています。（図表7-1-1-3）</p> <p>○がんに関連する生活習慣として、食生活では食塩摂取量は、男性10.4g、女性8.7gであり、野菜の摂取についても1日の平均で262.3gとなっています。</p>	<p>○肺がんをはじめ、種々のがんの原因となるたばこについて、喫煙率の低下や受動喫煙の防止をさらに進める必要があります。</p> <p>○食塩摂取量については、男性、女性とも目標の8.0gより依然高い状況であり、野菜の摂取についても1日の摂取目標である350gに届いていない状況であることから、食生活の改善が必要です。</p>

## (2) 早期発見

現 状	課 題
<p>○年齢別のがん罹患状況では、肺がん、胃がんなどでは50歳代～60歳代以降に発症する傾向があるのに対して、子宮がんは20歳代から、乳がんは40歳代から罹患が増えています。(図表7-1-1-4、図表7-1-1-5)</p> <p>○がん検診の受診率は、胃がん・肺がん・大腸がん・子宮頸がん・乳がんの各検診とも全国と比較して高くなっていますが、目標とする60%には届かない状況です。(図表7-1-1-6)</p> <p>○がん検診を受けない理由は、「受ける時間がないから」、「健康状態に自信があり、必要性を感じないから」、「心配なときはいつでも医療機関を受診できるから」というものが上位を占めています。(平成28(2016)年11月がん対策に関する世論調査)</p>	<p>○がん検診の受診率が目標に達していないため、市町村や関係団体等と連携し、効果的な受診勧奨や普及啓発を行う必要があります。</p>

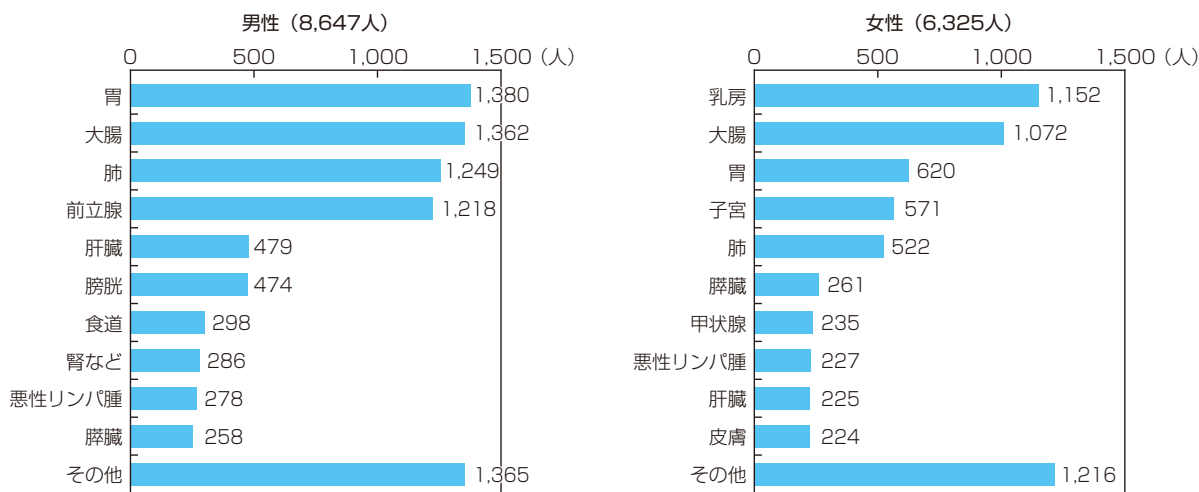
図表7-1-1-1 岡山県における罹患数及び死亡数の推移

(単位：人)

区 分	平成20年 (2008)	平成21年 (2009)	平成22年 (2010)	平成23年 (2011)	平成24年 (2012)	平成25年 (2013)
罹患数	11,751	12,948	13,413	13,758	14,531	14,972
死亡数	5,244	5,298	5,518	5,400	5,616	5,560

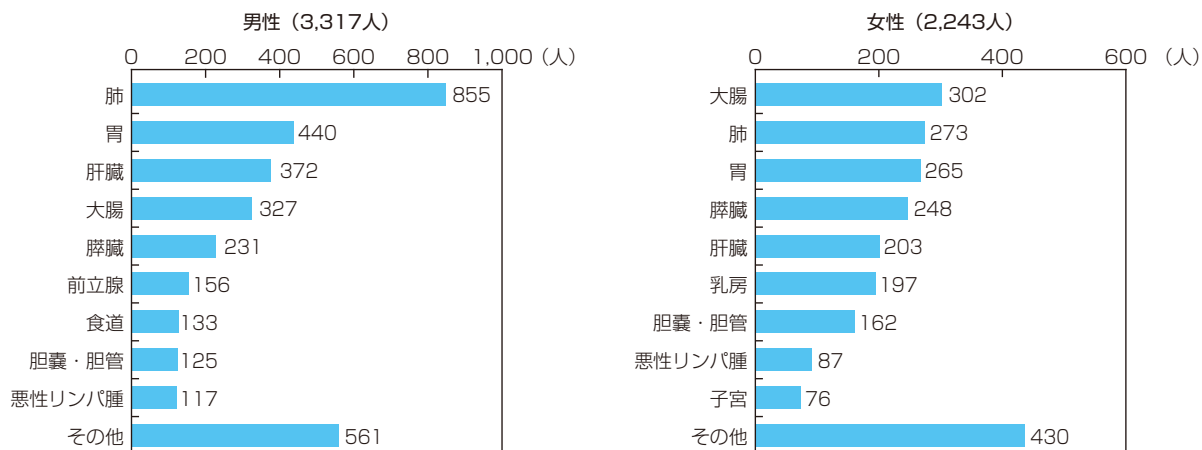
(資料：岡山県医療推進課「岡山県におけるがん登録2013(平成25年)」)

図表7-1-1-2 がんの部位別罹患数



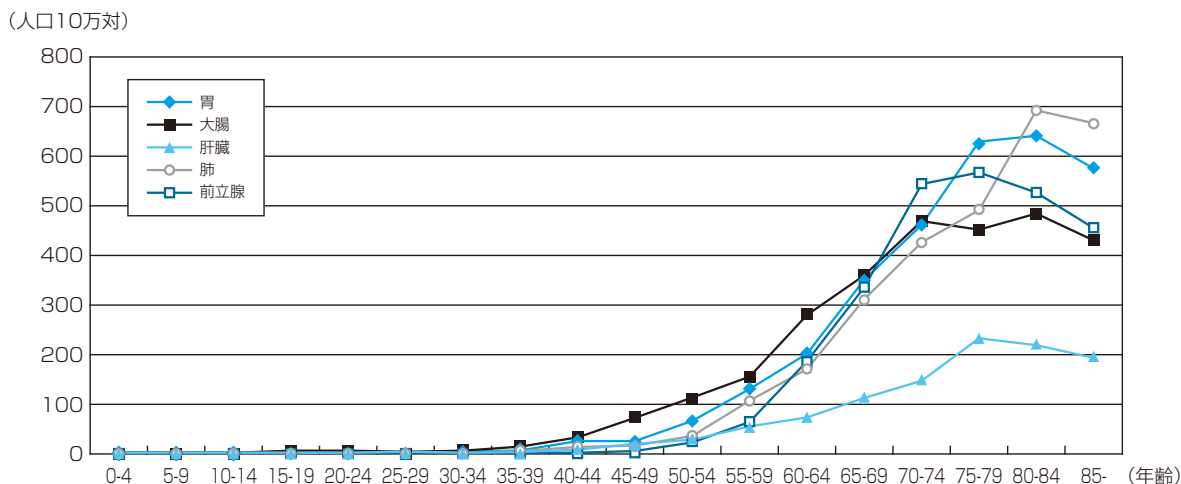
(資料：岡山県医療推進課「岡山県におけるがん登録2013(平成25年)」)

図表7-1-1-3 がんの部位別死亡数



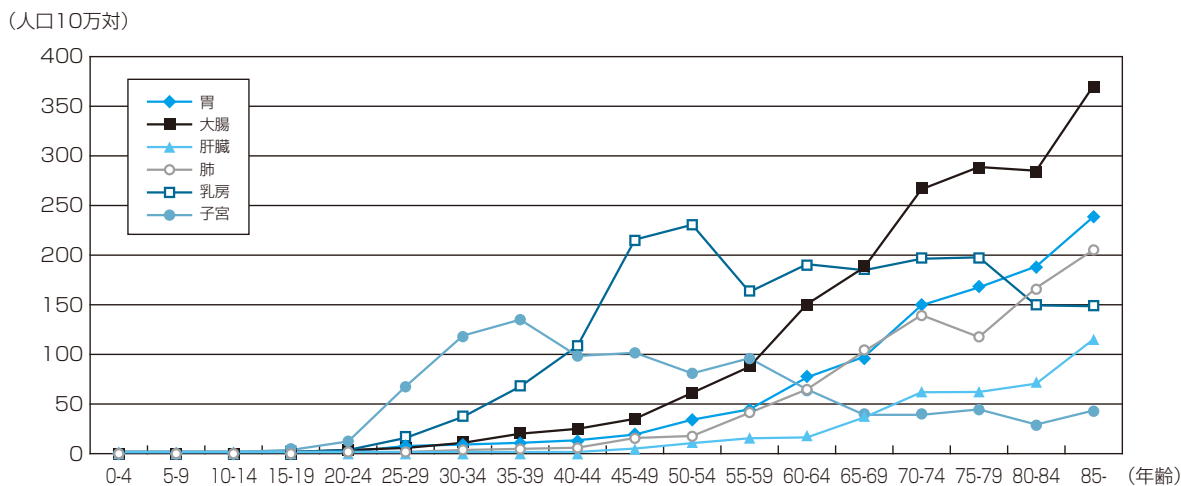
(資料：岡山県医療推進課「岡山県におけるがん登録2013 (平成25年)」)

図表7-1-1-4 男性の年齢階級別罹患率



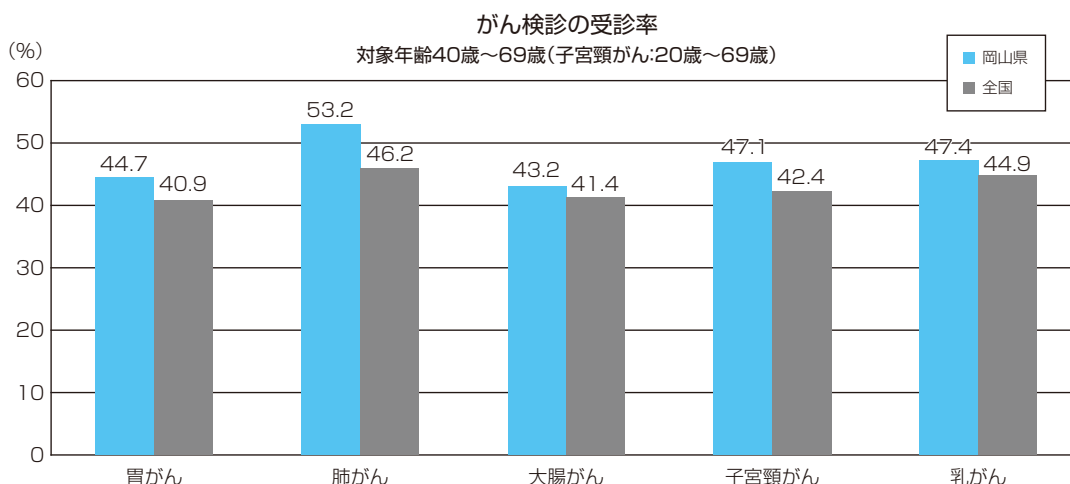
(資料：岡山県医療推進課「岡山県におけるがん登録2013 (平成25年)」)

図表7-1-1-5 女性の年齢階級別罹患率



(資料：岡山県医療推進課「岡山県におけるがん登録2013 (平成25年)」)

図表7-1-1-6 がん検診の受診率



(資料：厚生労働省「平成28(2016)年国民生活基礎調査」)

### (3) 診断・治療に関する医療水準の向上

現 状	課 題
<p>○がん診療連携拠点病院<sup>※1</sup>の県拠点（県がん診療連携拠点病院）として岡山大学病院が、地域拠点（地域がん診療連携拠点病院）として、岡山済生会総合病院、岡山赤十字病院、(独)国立病院機構岡山医療センター、(公財)大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院、川崎医科大学附属病院、津山中央病院の6病院が、国の指定を受けています。</p> <p>また、地域がん診療病院<sup>※2</sup>として高梁中央病院、金田病院が指定を受けています。</p> <p>○県独自にがん診療連携推進病院<sup>※3</sup>として、(独)労働者健康安全機構岡山労災病院、岡山市立市民病院、川崎医科大学総合医療センター、倉敷成人病センターの4病院を認定しています。(図表7-1-1-7、図表7-1-1-8)</p>	<p>○最新の診療ガイドラインに沿ったがん医療が地域の多くの医療機関で提供されるよう、がん診療連携拠点病院は、地域の医療関係者に対する情報提供等の取組が必要です。</p>

- |   |  |
|---|--|
| <p>○がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院及びがん診療連携推進病院（以下「拠点病院等」という。）は、それぞれの地域のがん医療の均てん化を図っています。また、がん診療連携拠点病院や県では、緩和ケア研修会を開催し、緩和ケアに携わる医師の増加と資質向上を図っています。</p> <p>○県がん診療連携拠点病院に設置された岡山県がん診療連携協議会※4（以下「連携協議会」という。）において、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院、がん診療連携推進病院が参加し、がん診療の質の向上及びがん医療の連携協力体制構築を目的に情報交換が行われています。</p> | <p>○緩和ケア研修会を修了した医師は、確実に増えていますが、緩和ケアチームの有無や介入状況などにより、施設間で緩和ケアの提供状況に差が生じています。また、精神症状の緩和に対する医師の苦手意識や、患者が辛い症状を主治医に伝えられないことなどの課題もあります。</p> <p>○連携協議会において、地域の医療機関との連携のあり方や情報共有も含めた課題について協議を行い、地域で適切な医療が提供される必要があります。</p> |
|---|--|

#### ※1 がん診療連携拠点病院

国（厚生労働大臣）が指定する病院であり、がんについて、手術、放射線療法及び薬物療法を効果的に組み合わせた集学的治療や緩和ケアを提供すること、相談支援センターを設置することなどが義務付けられています。

#### ※2 地域がん診療病院

がん診療連携拠点病院が無い地域（二次保健医療圏）に国（厚生労働大臣）が指定する病院であり、隣接する地域のがん診療連携拠点病院のグループとして指定され、拠点病院と連携しつつ、専門的ながん医療の提供、相談支援や情報提供などの役割を担っています。

#### ※3 がん診療連携推進病院

国が指定するがん診療連携拠点病院に準じる病院として、県が認定する病院であり、がん診療の中核的な役割を担っています。

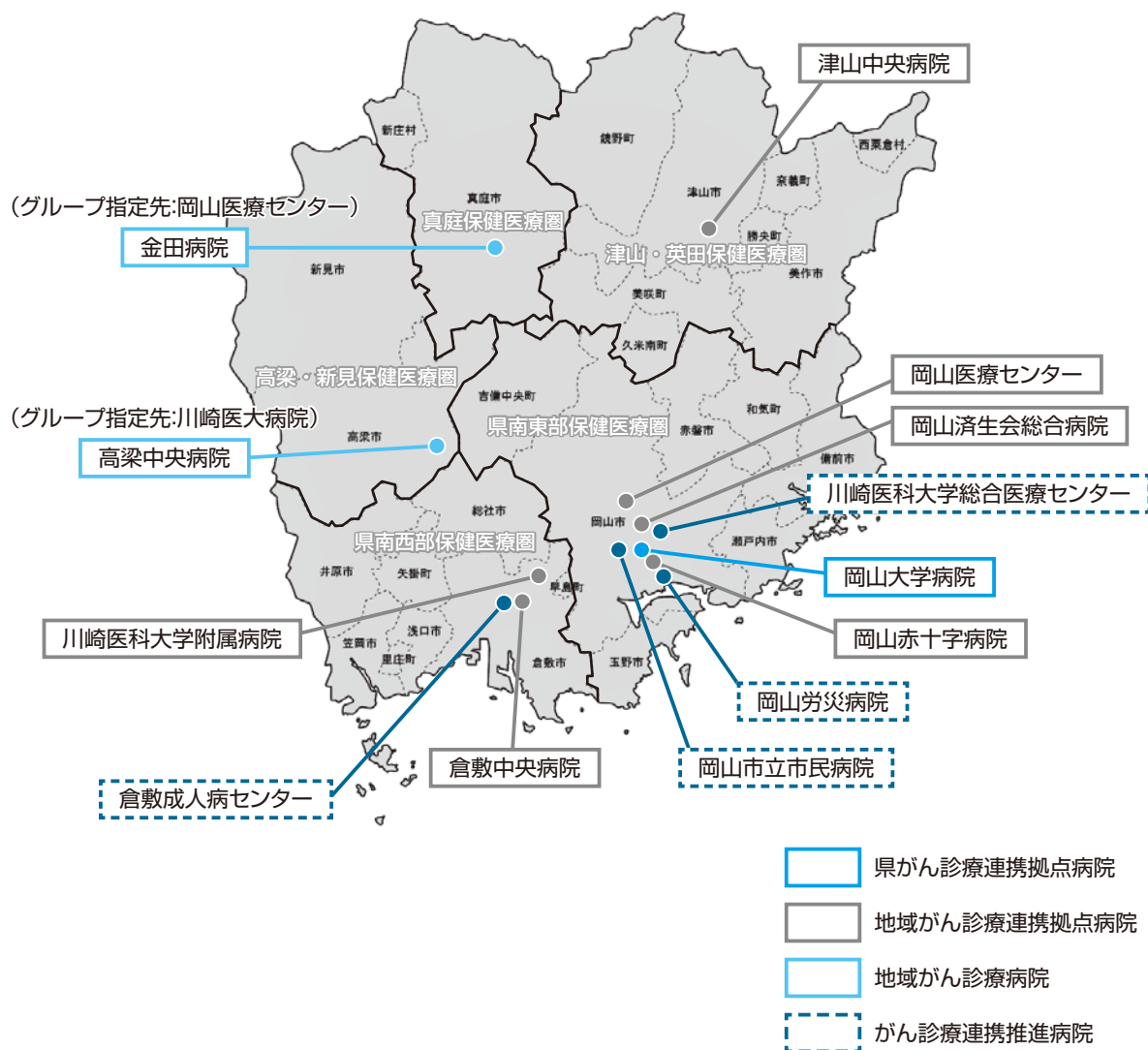
#### ※4 岡山県がん診療連携協議会

県がん診療連携拠点病院が、がん医療の均てん化や、がん診療の連携協力体制の構築を目的に設置する協議会です。この協議会には、がん相談支援、がん看護、緩和ケア、がん登録などの部会があります。

図表7-1-1-7 岡山県のがんの医療体制

県・地域がん診療連携拠点病院・地域がん診療病院・がん診療連携推進病院

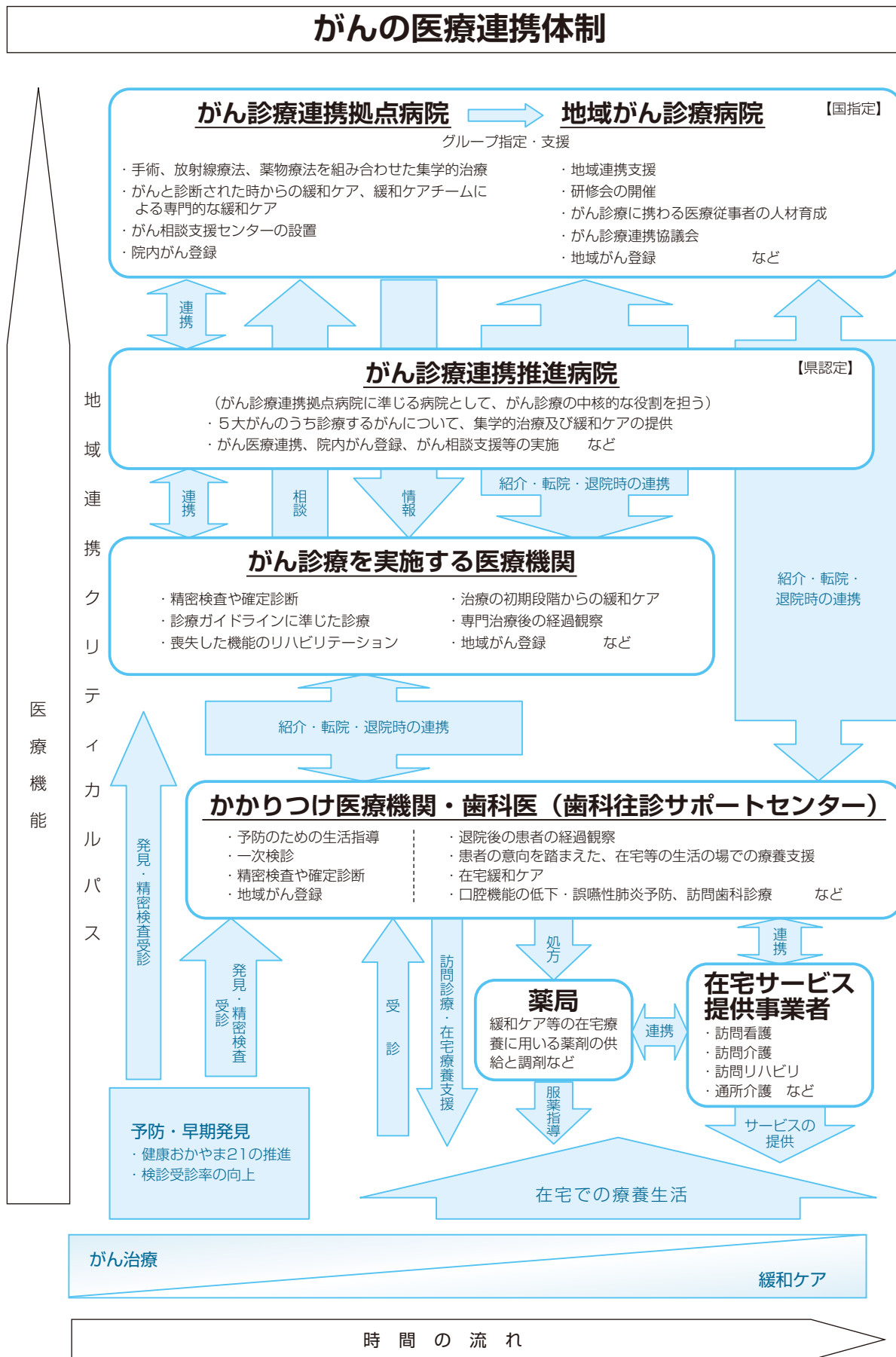
(平成30(2018)年4月現在)



(資料：岡山県医療推進課)



図表7-1-1-8 岡山県が目指すがんの医療連携体制



(資料：岡山県医療推進課)

#### (4) 患者・家族への支援

現 状	課 題
<p>○拠点病院等には、相談支援センターが設置され、がん患者及びその家族からの相談を受けています。</p> <p>○県内のがん患者団体も、研修会や講習会の開催、がんサロンの運営、ピア・サポート※<sup>5</sup>活動等、様々なサポート活動を行っています。</p> <p>○県ホームページ「岡山がんサポート情報」（がん患者支援情報提供サイト）で、がんの診断・治療から療養生活まで幅広く情報を提供しています。</p> <p>○がんと診断された後の就労状況について「影響があった」方が、自営業者で約53%、自営業以外で約35%います。（平成29（2017）年度就労・療養に関するアンケート調査）</p> <p>○がんは小児・AYA（Adolescent and young Adult）世代（思春期世代と若年成人世代）の病死の主な原因の1つであり、多種多様ながん種を多く含むことや成長発達の過程においても、乳幼児から小児期、活動性の高い思春期・若年成人世代といった特徴あるライフステージで発症することから、成人の希少がんとは異なる対策が求められています。</p> <p>本県においても、小児がんの患者・家族は、支援施策の情報が十分に提供されていないことや、闘病中の教育の確保、妊孕性の温存など様々な課題を抱えています。（平成26（2014）年度小児がんの患者と家族に関する実態調査）</p>	<p>○相談内容が就労や経済面等、多岐にわたるため、相談対応の質の向上を図る必要があります。</p> <p>○小児がん患者とその家族にとって、相談する場やセカンドオピニオンへの対応は不足している状況です。</p> <p>○がん患者団体は小規模な団体が多いため、その地道な活動を継続するための支援を行う必要があります。</p> <p>○がん患者が安心して治療と職業生活を送るためには、社会や職場の理解が必要です。</p> <p>○各ライフステージやがん種に応じたがん対策が求められています。当事者や関係者の意見を聞きながら、課題解決に向けた取組を行う必要があります。</p>

#### ※5 ピア・サポート

患者・経験者やその家族がピア（仲間）として体験を共有し、共に考えることで、患者や家族等を支援することです。

## (5) がん登録

現 状	課 題
○これまで都道府県別の地域がん登録に取り組んできましたが、平成28（2016）年1月以降にがんと診断された方から全国がん登録へ移行しています。	○全国がん登録においても、従前から実施している地域がん登録と同様に、高い精度を維持することが必要です。

## 2 施策の方向

項 目	施策の方向
第3次岡山県がん対策推進計画 (計画期間：平成30(2018)年～平成35(2023)年)	○平成20(2008)年度から、第1次及び第2次がん対策推進計画により、がん対策を総合的に推進してきたところです。第3次計画においては、「がん予防・がん検診の充実等による死亡の減少」、「全てのがん患者とその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質(QOL)の維持向上」及び「がんになっても自分らしく生きることのできる地域共生社会の実現」を全体目標とし、総合的にがん対策を推進します。
予防対策	○市町村・関係機関・団体と協働して、たばこ対策の推進、感染症対策の推進、生活習慣の改善に取り組みます。
早期発見	○がんの早期発見・早期治療に結びつくよう、がん検診の必要性について市町村、関係団体と協働して効果的な普及啓発や受診勧奨を行います。また、要精密検査対象者の精密検診受診についても、必要性についての普及啓発を行うとともに、市町村、精密検診機関からの受診勧奨が強力になされるよう働きかけます。 ○生活習慣病検診等管理指導協議会の各部会において、引き続き全市町村が、がん検診チェックリストを用いた精度管理を行うなど、質の高い検診体制の充実を図ります。 ○休日・夜間検診の実施や複数検診の同時実施など、市町村と連携して受診しやすい検診体制を整備します。 ○地域保健と職域保健との連携を図り、地域、職域を問わずがん検診の受診が可能となるような検診体制づくりを検討するなど、受診しやすい環境を整備します。 ○子宮頸がん及び乳がんについては、若い世代も含めたがん検診の受診促進を図ります。

<p>診断・治療に関する 医療水準の向上</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○最新の診療ガイドラインに関して医療従事者に対して行う研修会や合同カンファレンスの開催などの、拠点病院等の取組を支援します。</li> <li>○がん診療連携拠点病院と連携しながら、医師を対象に緩和ケア研修を開催し、治療の初期段階から、適切な緩和ケアを提供する体制の整備をさらに推進します。</li> <li>○がん患者が地域で安心して療養生活を送ることができるよう、地域連携クリティカルパス<sup>※6</sup>の活用などにより、拠点病院等と地域の医療機関との医療連携を強化するとともに、在宅医療の普及を推進します。</li> </ul>
<p>患者・家族への支援</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○患者からの医療、福祉、就労等に関することや、小児がん患者の将来に関することなど多岐にわたる相談に対応できるよう、相談支援センターの担当者の資質向上に向けた拠点病院等の取組を支援します。</li> <li>○がん患者会が開催する研修会や講習会への講師派遣等、がん患者会の活動を支援します。</li> <li>○職場におけるがん患者への正しい理解の普及や社会保険労務士会、経済団体連絡協議会などとの連携により、働く意欲のあるがん患者が安心して働くことのできる環境を整備します。</li> <li>○小児がんの当事者や医療関係者の意見を聞きながら、課題解決に向けて検討します。</li> </ul>
<p>がん登録</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○関係機関と連携しながら、高い精度が維持されるよう努めます。</li> </ul>

**※6 地域連携クリティカルパス**

がん診療連携拠点病院と地域の医療機関が連携しながら作成する、がん患者に対する診療の全体像を体系化した「がん治療連携計画書」です。

## 3 数値目標

項目	現 状	平成35年度末目標 (2023)
全てのがん検診受診率 (国民生活基礎調査)	男性 胃がん : 49.2% 肺がん : 54.9% 大腸がん : 45.1% 女性 胃がん : 40.4% 肺がん : 51.6% 大腸がん : 41.4% 子宮頸がん : 47.1% 乳がん : 47.4% H28年 (2016)	60.0%以上
がん検診精密検査受診率 (市町村実施分)	胃がん : 82.4% 肺がん : 78.4% 大腸がん : 68.0% 子宮頸がん : 66.5% 乳がん : 90.6% H26年度 (2014)	90.0%以上
がんの75歳未満の年齢調整死亡率 <sup>※7</sup> (人口10万対)	69.1 H28年 (2016)	66.5
がんの75歳未満の年齢調整死亡率 (人口10万対) の低さの全国順位	5位 H28年 (2016)	1位
5大がん地域連携クリティカルパスの 利用件数	251件 H28年度 (2016)	500件
緩和ケア研修修了医師等数 (累計)	2,162人 H29年度 (2017)	2,500人
がん患者の在宅死亡割合 (在宅=自宅+老人ホーム+老健)	13.6% H28年 (2016)	18.0%
がん患者の専門的な看護を行う 専門看護師 <sup>※8</sup> ・認定看護師数 <sup>※9</sup>	84人 H29.12 (2017)	110人

がん相談支援センターの相談件数	13,880件 H28年度 (2016)	18,000件
がん登録精度 (DCN割合※10)	7.1% H25年 (2013)	6.5%以下
がん登録精度 (DCO割合※11)	1.6% H25年 (2013)	1.0%以下
「がんサポート情報」閲覧件数	232件/月 H28年度 (2016)	550件/月

#### ※7 年齢調整死亡率

都道府県別に、死亡数を人口で除した通常の死亡率を比較すると、各都道府県の年齢構成に差があるため、高齢者の多い都道府県では高くなり、若年者の多い都道府県では低くなる傾向があります。このような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が「年齢調整死亡率」（人口10万対）です。

#### ※8 専門看護師

日本看護協会が実施する認定審査に合格し、ある特定の専門看護分野において卓越した看護実践能力を有すると認められた看護師。がん関係には「がん看護」専門看護師がある。

#### ※9 認定看護師

日本看護協会が実施する認定審査に合格し、ある特定の看護分野において、熟練した看護技術と知識を有することを認められた看護師。がん関係には「緩和ケア」、「がん化学療法看護」、「がん性疼痛看護」、「乳がん看護」、「がん放射線療法看護」認定看護師がある。

#### ※10 DCN割合

診断や治療の情報が医療機関から届出されないままがんで死亡し、市町村に届けられた死亡票（死亡診断書）情報で初めて登録されるがん患者の割合。

#### ※11 DCO割合

死亡票情報で初めて登録されたがん患者で、かつ、補充調査（当該がん患者を診療した医療機関に対して行う確認調査のこと。）を行っても診断や治療の情報が医療機関から届出されないために経過が不明の患者の割合。

## 2 脳卒中の医療

### 1 現状と課題

#### (1) 予防対策

現 状	課 題
<p>○平成28(2016)年の脳血管疾患(脳卒中)による死亡数は1,818人です。全死因に占める脳血管疾患の割合は8.4%(全国8.4%)で、死亡原因の第4位です。また、脳血管疾患のうち脳梗塞による死亡数は1,078人です。全死因に占める脳梗塞の割合は5.0%(全国4.8%)で、全国と同様の割合となっています。(平成28(2016)年人口動態統計)</p> <p>○平成28(2016)年度に脳卒中で急性期・回復期の医療機関に新規入院した延べ患者数は8,183人で、その内訳は脳梗塞66.1%、脳内出血21.2%、くも膜下出血6.9%、一過性脳虚血発作5.8%です。(岡山県医療推進課調査)</p>	<p>○脳卒中の危険因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症等を早期に発見し、生活習慣を改善する機会となる特定健診の受診率が44.8%(平成27(2015)年度)(全国50.1%)、特定保健指導の実施率18.5%(平成27(2015)年度)(全国17.5%)となっている状況から、予防対策の強化が必要です。(厚生労働省調査)</p>

#### (2) 救護・救急体制

現 状	課 題
<p>○平成27(2015)年の脳疾患による救急搬送人員は4,243人で、急病による搬送人員(48,295人)の8.8%を占めています。(岡山県消防保安課調査)</p>	<p>○平成28(2016)年度の脳梗塞の新規入院患者(紹介入院を除く)のうち、t-PA療法<sup>※</sup>を実施した割合は6.5%(271件)です。(岡山県医療推進課調査)</p> <p>○本人や現場に居合わせた方が脳卒中に早く気づき、速やかに救急要請し、適切な医療機関に救急搬送される体制の整備が必要です。</p>

#### ※ t-PA療法(血栓溶解療法・静脈内投与)

脳梗塞の特徴である脳の血栓(血のかたまり)を溶かす療法で、t-PA療法の適応判定をした上で、発症から4.5時間以内に静脈注射することにより、脳の血流を再開させ、脳細胞の壊死を防ぐ治療です。

### (3) 医療連携体制

現 状	課 題
<p>○脳卒中の急性期、回復期、維持期の経過に応じて医療機関等に求められる医療機能の要件（図表7-1-2-2）を定め、各期の医療機能を満たす医療機関から届出をしてもらい、県民に情報提供しています。急性期30機関、回復期48機関、維持期103機関が届出をしており（平成29（2017）年4月1日現在）、そのうち、脳卒中の発症後4.5時間以内にt-PA療法等の専門的な治療ができる超急性期の医療機関は14機関です。</p>	<p>○中山間地域等、専門医が必ずしもいない地域においても、脳卒中患者の診断を迅速かつ正確に行うための連携体制の構築が必要です。</p>

## 2 施策の方向

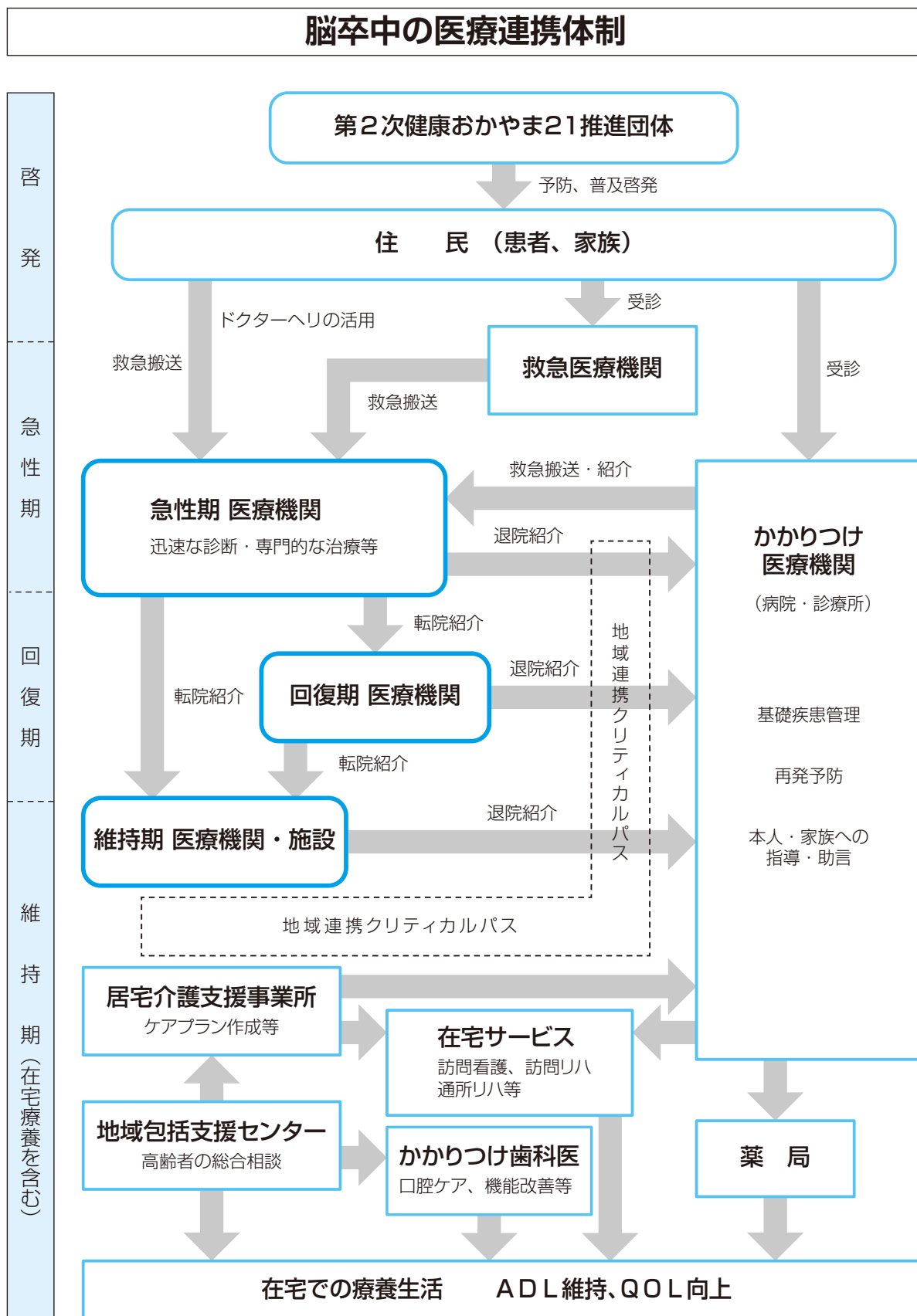
項 目	施策の方向
予防対策	○「第2次健康おかやま21」に基づいて、生活習慣の改善を推進します。
救護・救急体制の充実	○早期に救急要請できるよう、脳卒中を疑う症状や発症初期の症状、早期の医療機関受診の必要性等について、県民への普及啓発を図ります。 ○発症直後の患者を急性期医療機関へ迅速に搬送する体制の整備を推進します。
医療連携体制の構築	○脳卒中の医療連携体制を協議する岡山県脳卒中連携体制検討会議において、医療連携に参加する医療機関の診療実績等について検討を行い、課題を抽出するとともに、円滑な連携体制の構築を図ります。

## 3 数値目標

項 目	現 状	平成35年度末目標 (2023)
脳梗塞の新規入院患者（紹介入院を除く）のうち、t-PA療法を実施した割合	6.5% H28年度 (2016)	6.0%以上
脳血管疾患の年齢調整死亡率 (人口10万対)	男性 35.8 女性 21.0 H27年 (2015)	男性 26.4 女性 16.6
脳梗塞の年齢調整死亡率 (人口10万対)	男性 16.9 女性 8.8 H27年 (2015)	男性 12.4 女性 5.9



図表7-1-2-1 脳卒中の医療連携体制



※ 医療機関名については、県のホームページに掲載しています。  
 HPアドレス : <http://www.pref.okayama.jp/page/detail-23286.html>

(資料：岡山県医療推進課)

図表7-1-2-2 脳卒中中の医療体制に求められる医療機能等

機能	【予防】	【救護】	【急性期】			【回復期】	【維持期】	
			A	B	C		《在宅医療》	
発症予防		応急手当・病院前救護	専門的な診療（t-PA 静脈内投与等）が24時間可能	専門的な診療（t-PA 静脈内投与の適応の判定等）が24時間可能	専門的な診療（t-PA 静脈内投与の適応の判定等）が診療時間内に可能	生活機能を回復させるリハビリテーション	日常生活への復帰及び維持のためのリハビリテーション	生活の場での在宅療養支援
目標	●脳卒中の発症を予防すること	●発症後迅速に急性期病院へ搬送すること	●患者の発症後4.5時間以内にt-PA静脈内投与等の専門的な治療を開始すること ●廃用症候群や誤嚥性肺炎等の合併症の予防、早期自立のためのリハビリテーションを実施すること	●脳卒中（疑）患者に対する専門的な診療が24時間実施可能であること ●廃用症候群や誤嚥性肺炎等の合併症の予防、早期自立のためのリハビリテーションを実施すること	●脳卒中（疑）患者に対する専門的な診療が診療時間内に実施可能であること ●廃用症候群や誤嚥性肺炎等の合併症の予防、早期自立のためのリハビリテーションを実施すること	●生活機能の早期改善のための集中的なリハビリテーションを実施すること ●再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理を実施すること ●誤嚥性肺炎等の合併症の予防を図ること	●生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションを実施すること ●在宅等への復帰及び日常生活の継続を支援すること ●誤嚥性肺炎等の合併症の予防を図ること	●患者が在宅等の生活の場で療養できるように、介護・福祉サービス等と連携して医療を実施すること ●最期まで在宅等での療養を望む患者に対する看取りを行うこと ●誤嚥性肺炎等の合併症の予防を図ること
求められる事項	●基礎疾患・危険因子の管理が可能であること ●突然の症状出現時の対応について、教育・啓発を実施すること ●突然の症状出現時における急性期病院への受診勧奨を行うこと	【本人・周囲にいる者】 ●発症後速やかに救急搬送の要請を行うこと 【救急救命士】 ●適切な観察・判断・処置を行うこと ●急性期病院に発症後迅速に搬送すること	●血液検査が24時間実施可能であること ●画像検査（CT又はMRI検査）が24時間可能であること ●脳卒中（疑）患者に対する専門的な診療が24時間実施可能であること ●発症後4.5時間以内にt-PAの静脈内投与による血栓溶解療法が実施可能であること ●外科的治療が必要と判断した場合にはその後2時間以内の治療開始が可能であること ●全身管理（呼吸管理、循環管理、栄養管理等）及び合併症に対する診療が可能であること ●誤嚥性肺炎予防のため、病院内の歯科や歯科医療機関等を含め、多職種間で連携していること ●早期リハビリテーション（早期座位・立位、摂食・嚥下訓練、早期歩行訓練等）が実施可能であること ●回復期、維持期を担う他の医療機関等と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること	●血液検査が24時間実施可能であること ●画像検査（CT又はMRI検査）が24時間可能であること ●脳卒中（疑）患者に対する専門的な診療が24時間実施可能であること ●t-PAの静脈内投与の適応の判定や外科的治療の適応の判定及びこれらが可能な医療機関への転院等が迅速に行える体制が確保されていること ●全身管理（呼吸管理、循環管理、栄養管理等）及び合併症に対する診療が可能であること ●誤嚥性肺炎予防のため、病院内の歯科や歯科医療機関等を含め、多職種間で連携していること ●早期リハビリテーション（早期座位・立位、摂食・嚥下訓練、早期歩行訓練等）が実施可能であること ●回復期、維持期を担う他の医療機関等と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること	●血液検査が直ちに実施可能であること ●画像検査（CT又はMRI検査）が直ちに可能であること ●脳卒中（疑）患者に対する専門的な診療が直ちに実施可能であること ●t-PAの静脈内投与の適応の判定や外科的治療の適応の判定及びこれらが可能な医療機関への転院等が迅速に行える体制が確保されていること ●全身管理（呼吸管理、循環管理、栄養管理等）及び合併症に対する診療が可能であること ●誤嚥性肺炎予防のため、病院内の歯科や歯科医療機関等を含め、多職種間で連携していること ●早期リハビリテーション（早期座位・立位、摂食・嚥下訓練、早期歩行訓練等）が実施可能であること ●回復期、維持期を担う他の医療機関等と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること	●再発予防の治療（抗血小板療法、抗凝固療法等）が可能であること ●基礎疾患・危険因子に対する管理が可能であること ●抑うつ状態への対応が可能であること ●抑うつ状態への対応が可能であること ●専門医療スタッフによるリハビリテーションが集中的に実施可能であること ●誤嚥性肺炎予防のため、病院内の歯科や歯科医療機関等を含め、多職種間で連携していること ●急性期や維持期を担う医療機関等と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること	●再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理が可能であること ●抑うつ状態への対応が可能であること ●生活機能の維持・向上のためのリハビリテーション（訪問及び通所リハビリテーションを含む）が実施可能であること ●誤嚥性肺炎予防のため、病院内の歯科や歯科医療機関等を含め、多職種間で連携していること ●口腔ケア、摂食機能の維持・向上を行っていること ●介護支援専門員が自立生活又は在宅療養を支援するための居宅介護サービスを調整すること ●急性期や回復期を担う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること	●再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理が可能であること ●抑うつ状態への対応が可能であること ●生活機能の維持・向上のためのリハビリテーション（訪問及び通所リハビリテーションを含む）が実施可能であること ●誤嚥性肺炎予防のため、病院内の歯科や歯科医療機関等を含め、多職種間で連携していること ●口腔ケア、摂食機能の維持・向上を行っていること ●介護支援専門員等と連携し居宅介護サービスを調整すること ●急性期や回復期あるいは診療所等の維持期を担う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること ●通院が困難な患者に対して、訪問看護ステーション、薬局等と連携して在宅医療を実施すること ●認知症高齢者グループホーム、有料老人ホーム、ケアハウス等自宅以外の居宅において、希望する患者にはこれらの居宅で看取りまでを行うこと

（資料：岡山県医療推進課）

### 3 心筋梗塞等の心血管疾患の医療

#### 1 現状と課題

##### (1) 予防対策

現 状	課 題
<p>○平成28（2016）年の心疾患による死亡数は3,409人です。全死因に占める心疾患の割合は15.8%（全国15.1%）で、平成10（1998）年以降、死亡原因の第2位になっています。</p> <p>○心疾患のうち急性心筋梗塞による死亡数は1,031人です。全死因に占める急性心筋梗塞の割合は4.8%（全国2.7%）で、近年は5%前後で横ばいに推移しており、減少傾向にある全国よりも高い状況です。また、心疾患のうち心不全による死亡数は1,570人です。全死因に占める心不全の割合は7.3%（全国5.6%）でこちらも全国よりも高い状況です。（平成28（2016）年人口動態統計）</p> <p>○平成30（2018）年の大動脈瘤及び解離による死亡数は278人です。全死因に占める大動脈瘤及び解離の割合は1.2%（全国1.4%）で、全国よりも低い状況です。（平成30（2018）年人口動態統計）</p> <p>○大動脈瘤及び解離の継続的な医療を受けている患者数は約千人と推計されています。（厚生労働省「患者調査」（平成29（2017）年））</p> <p>○急性大動脈解離は、死亡率が高く予後不良な疾患であり、発症後の死亡率は1時間毎に1～2%ずつ上昇すると言われております。そのため、迅速な診断と治療が重要です。</p>	<p>○心疾患の危険因子である高血圧、糖尿病、脂質異常症等を早期に発見し、生活習慣を改善する機会となる特定健診の受診率が44.8%（平成27（2015）年度）（全国50.1%）、特定保健指導の実施率18.5%（平成27（2015）年度）（全国17.5%）となっているなどの状況から、予防対策の強化が必要です。</p> <p>○慢性心不全は主として高齢者の疾患であり、高齢化の進展により、心不全患者数の爆発的増加が予想されています。</p> <p>○心不全の増悪には、医学的要因に加えて、塩分・水分制限の不徹底や服薬中断等の患者要因、社会的支援の欠如等の社会的要因があり、多職種による連携した取組が必要です。</p>

## (2) 救護・救急体制

現 状	課 題
○平成27（2015）年の心疾患による救急搬送人員は4,567人で、急病による搬送人員（48,295人）の9.5%を占めています。（岡山県消防保安課調査）	○急性心筋梗塞等の重篤な疾患が疑われる患者が、速やかに、適切な医療機関に搬送される体制の整備が必要です。

## (3) 医療連携体制

現 状	課 題
○急性心筋梗塞の急性期、回復期、再発予防の経過に応じて医療機関等に求められる医療機能の要件を定め、各期の医療機能を満たす医療機関から届出をいただき、県民に情報提供しています。急性期11機関、回復期15機関、再発予防55機関が届出をしています。（平成29（2017）年4月1日現在）	○急性心筋梗塞医療連携パスの運用が、急性期から回復期を担う医療機関では積極的に行われていますが、再発予防を担う医療機関では未だ低調であることから、地域の医療連携のあり方について検討し、適切な医療連携体制の構築を図る必要があります。
○急性心筋梗塞医療連携パスを運用しており、212機関がパス運用の届出をしています。（平成29（2017）年4月1日現在）	○急性心筋梗塞だけでなく、他の心疾患についても、併せて体制整備が必要です。
○急性大動脈解離においては、各医療機関が、対応可能な医療機関への搬送を行っています。	○急性大動脈解離は、発症後、早期かつ適切な治療が重要である死亡率の高い疾病であるため、速やかに専門的な治療を開始する体制整備及び救急搬送体制の充実を図る必要があります。

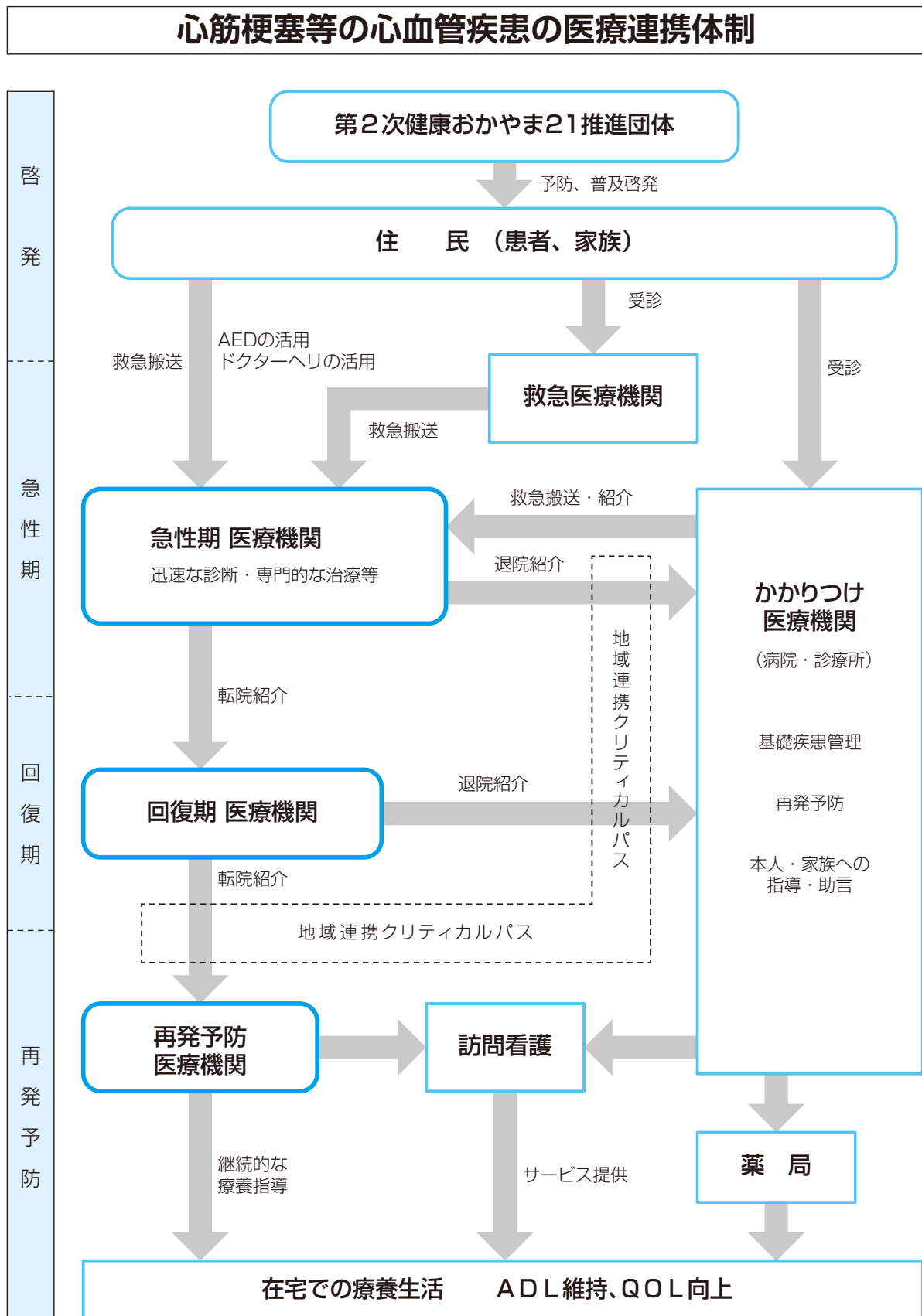
## 2 施策の方向

項目	施策の方向
予防対策	<p>○「第2次健康おかやま21」に基づいて、生活習慣の改善を推進します。</p> <p>○心不全の増悪予防のため薬物療法や運動療法、患者教育、カウンセリングなど多面的な介入が適切に行われるよう、医師、看護師、薬剤師、栄養士、理学療法士など多職種間の連携や、基幹病院とかかりつけ医との連携を促進します。</p>
救護・救急体制の充実	○急性心筋梗塞及び大動脈解離が疑われる患者が、速やかに専門的な治療を受けられるよう、消防機関等と連携しながら救急搬送体制の整備を推進します。
医療連携体制の構築	○岡山県急性心筋梗塞等医療連携体制検討会議において、医療連携に参加する医療機関の診療実績等について検討を行い、課題を抽出するとともに、医療連携パスの更なる運用拡大を図ります。

## 3 数値目標

項目	現状	平成35年度末目標 (2023)
急性心筋梗塞医療連携パスの参加届出医療機関数	212機関 H29.4.1 (2017)	270機関
急性期医療機関における急性心筋梗塞医療連携パスの利用件数	451件 H27年度 (2015)	500件
かかりつけ医における連携パスの利用件数	72件 H27年度 (2015)	160件
心疾患の年齢調整死亡率 (人口10万対)	男性 66.3 女性 32.7 H27年 (2015)	男性 56.8 女性 26.8
急性心筋梗塞の年齢調整死亡率 (人口10万対)	男性 28.9 女性 9.6 H27年 (2015)	男性 27.7 女性 7.8

図表7-1-3-1 心筋梗塞等の心血管疾患の医療連携体制



※ 医療機関名については、県のホームページに掲載しています。

HPアドレス : <http://www.pref.okayama.jp/page/detail-64487.html>

(資料：岡山県医療推進課)

図表7-1-3-2 心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制に求められる医療機能等

	【予防】	【救護】	【急性期】	【回復期】	【再発予防】
機能	発症予防の機能	応急手当・病院前救護の機能	救急医療の機能	合併症や再発の予防、身体機能を回復させる心血管疾患リハビリテーションを実施する機能	日常生活への復帰及び維持のためのリハビリテーションを実施する機能
目標	●心筋梗塞等の心血管疾患の発症を予防すること	●心筋梗塞等の心血管疾患が疑われる患者ができるだけ早期に疾患に応じた専門的な診療が可能な医療機関に到着できること	●患者の来院後30分以内に専門的な治療を開始すること ●合併症や再発の予防、退院のための心血管疾患リハビリテーションを実施すること ●治療効果確認（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、基礎疾患・危険因子の管理を実施すること ●合併症や再発の予防、在宅復帰のための心血管疾患リハビリテーションを入院又は通院により実施すること ●在宅等生活の場への復帰を支援すること ●患者に対し、再発予防等に関し必要な知識を教えること	●再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施すること ●在宅療養を継続できるよう支援すること
求められる事項	●診療ガイドラインに則した診療を行っていること ●高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病等の危険因子の管理が可能であること ●初期症状出現時の対応について、教育・啓発を実施すること ●初期症状出現時に急性期医療を担う病院への受診勧奨を行うこと	【家族等・現場に居合わせた者】 ●発症後速やかに救急搬送の要請を行うこと ●患者に対して、AED（自動体外式除細動器）の使用を含めた救急蘇生法等適切な処置を行うこと 【救急救命士を含む救急隊員】 ●メディカルコントロール協議会によるプロトコール（活動基準）に則し薬剤投与等の特定行為を含めた救急蘇生法等適切な観察・判断・処置を実施すること ●急性期医療を担う医療機関へ速やかに搬送すること	●診療ガイドラインに則した診療を行っていること ●心電図検査、血液生化学検査、心臓超音波検査、エックス線検査、CT検査、心臓カテーテル検査、機械的補助循環装置等必要な検査及び処置が24時間対応可能であること ●心筋梗塞等の心血管疾患（疑）患者に対する専門的な診療を行う医師等が24時間対応可能であること ●ST上昇型心筋梗塞の場合、冠動脈造影検査及び適応があればPCIを行い、来院後90分以内の冠動脈再疎通が実施可能であること ●慢性心不全の急性増悪の場合、状態の安定化に必要な内科的治療が可能であること ●呼吸管理、疼痛管理等の全身管理やポンプ失調、心破裂等の合併症治療が可能であること ●虚血性心疾患に対する冠動脈バイパス術や大動脈解離に対する大動脈人工血管置換術等の外科的治療が可能または外科的治療が可能な施設との連携体制がとれていること ●電氣的除細動、機械的補助循環装置、緊急ペーシングへの対応が可能なこと ●運動耐容能等に基づいた運動処方により合併症を防ぎつつ、運動療法等の多面的・包括的なリハビリテーションを実施可能であること ●抑うつ状態等の対応が可能であること ●回復期ある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等して連携していること	●診療ガイドラインに則した診療を行っていること ●再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態等への対応が可能であること ●心電図検査、電氣的除細動等急性増悪時の対応が可能であること ●合併症併発時や再発時に緊急の内科的、外科的治療が可能な医療機関と連携していること ●運動耐容能を評価の上で、運動療法、食事療法、患者教育等の心血管疾患リハビリテーションが入院又は通院により実施可能であること ●心筋梗塞等の心血管疾患の再発や重症不整脈等発生時における対処法について、患者及び家族への教育を行っていること ●急性期の医療機関及び二次予防の医療機関と診療情報や治療計画を共有する等して連携していること	●診療ガイドラインに則した診療を行っていること ●再発予防治療や基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態等への対応が可能であること ●緊急時の除細動等急性増悪時の対応が可能であること ●合併症併発時や再発時に緊急の内科的・外科的治療が可能な医療機関と連携していること ●急性期の医療機関や介護保険サービス事業所等と再発予防の定期的専門的検査、合併症併発時や再発時の対応を含めた診療情報や治療計画を共有する等して連携していること ●在宅での運動療法、再発予防のための管理を医療機関と訪問看護ステーション・かかりつけ薬剤師・薬局が連携し実施できること

（資料：岡山県医療推進課）

## 4 糖尿病の医療

### 1 現状と課題

#### (1) 予防対策、早期発見

現 状	課 題
<p>○県民健康調査では、糖尿病<sup>※1</sup>が強く疑われる者の割合が男性16.7%、女性9.7%であり、5年前の同調査（男性13.4%、女性5.7%）と比べ増加しています。また、医療機関や健診で糖尿病といわれたことのある者のうち、26.8%が治療を受けていない状況です。（平成28（2016）年県民健康調査）</p> <p>○糖尿病の合併症の一つである糖尿病性腎症は、新規透析導入の約4割を占め、原因疾患の第1位となっています。糖尿病の発症予防及び重症化予防のために、市町村と医療保険者においては、健診結果やレセプト情報等から、ハイリスク者を抽出し、適切な受診と、治療を継続するための働きかけを行うとともに、必要に応じて、保健指導や健康教育を行っています。</p>	<p>○発症予防に向けた普及啓発や早期発見に向けた健診の受診勧奨が必要です。</p> <p>さらには、健診で明らかになった患者等への保健指導や要医療患者、治療中断者への受診勧奨が必要です。</p> <p>また、糖尿病の発症予防や重症化予防を行う市町村及び医療保険者が、地域の医療機関等と情報共有を行い、協力体制を構築することが重要です。</p>

#### (2) 医療連携体制の状況

現 状	課 題
<p>○日常の診療を担うかかりつけ医と合併症の治療などに対応する専門治療医療機関の相互のメリットを生かした連携診療により糖尿病の改善・悪化防止を進めるため、県医師会や県歯科医師会、岡山大学病院等と協力し、医療連携体制の構築をしています。（図表7-1-4-1）</p>	<p>○糖尿病患者が透析を要する腎障害、失明、心疾患、脳卒中などの重度合併症を発症することを阻止するために、適切な糖尿病の管理・治療が継続して行われることが必要です。特に、医科から歯科への紹介件数は少なく、医科と歯科の円滑な連携を進める必要があります。</p>



- 糖尿病の総合管理（かかりつけ医）、専門治療、慢性合併症治療、急性増悪時治療の経過に応じて医療機関等に求められる医療機能の要件（図表7-1-4-2）を定め、各期の医療機能を満たす医療機関から届出をしてもらい、県民に情報提供しています。（図表7-1-4-3）二次保健医療圏ごとでは、医療資源の偏在化がみられます。（図表7-1-4-4）
- 県内の糖尿病診療レベルの均てん化と地域チーム医療の確立を目的として、岡山県糖尿病医療連携体制では、情報発信力の強化を行っています。
- 質の高い医療を受けられるように、総合管理医療機関及び慢性合併症治療（歯周病）医療機関の認定・更新の要件として研修会の受講を追加し、県医師会や県歯科医師会、岡山大学病院等と協力した各地域での研修会によって質の向上を図っています。また、糖尿病診療レベルを向上させることを目的とし、糖尿病専門メディカルスタッフ（おかやま糖尿病サポーター）の養成と認定を行っています。
- 近年急増している「CKD（慢性腎臓病）・CVD（心血管疾患）」に関する医療連携パスの作成や研修会の開催を行っています。
- 診療に携わる医師だけでなく、診療等をサポートする幅広いメディカルスタッフの資質向上が必要です。

#### ※1 糖尿病

糖尿病は、高血圧症、脂質異常症などを合併し、進行すると、腎症、網膜症、神経症、心疾患や脳血管疾患などの重大な合併症を引き起こし、生活の質の低下の大きな原因になります。

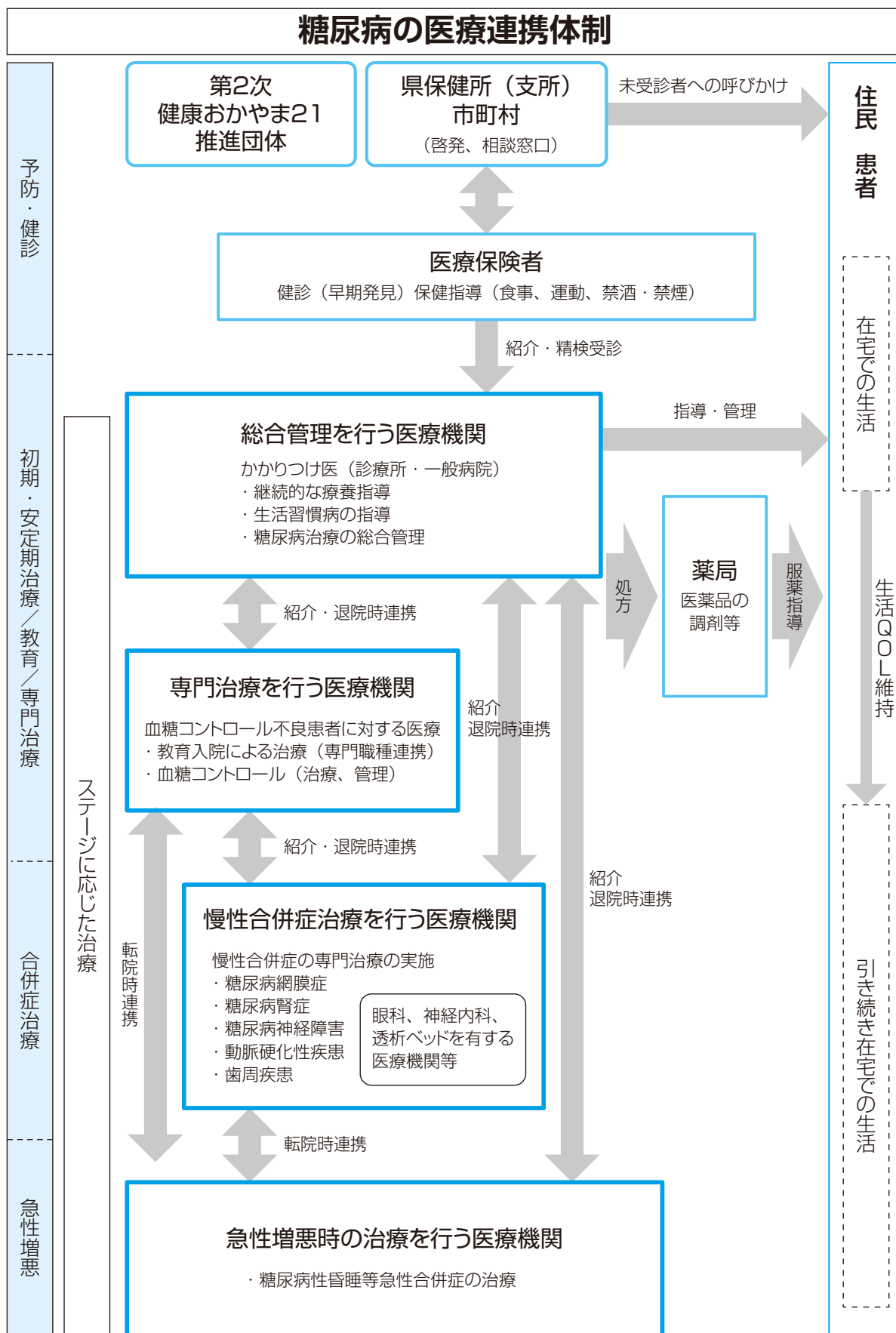
## 2 施策の方向

項 目	施策の方向
予防対策・早期発見	○保健所（支所）・市町村及び関係団体と連携し、糖尿病やCKD等の生活習慣病の発病や重症化予防の必要性について県民に広く啓発し、予防と早期発見に努めます。
医療連携体制構築の推進	○「岡山県糖尿病医療連携体制検討会議」等において、円滑な連携に対する方策を協議するとともに、県医師会の取組と協調しつつ、医師及びメディカルスタッフの技能の向上を図ります。 ○糖尿病患者が、質の高い医療を身近な環境で受けられるよう、地域の医師、メディカルスタッフを中心とした全県的な医療連携体制の構築をさらに進めます。 ○医科と歯科の円滑な連携体制が構築されるように、連携体制の見直しを行います。

## 3 数値目標

項 目	現 状	平成35年度末目標 (2023)
糖尿病専門メディカルスタッフ（おかやま糖尿病サポーター）認定者数	1,375人 H29年3月末 (2017)	2,000人
糖尿病総合管理医療機関の認定数	330件 H29年3月末 (2017)	360件
糖尿病治療患者数の受診比率 (専門医療機関 対 総合管理医療機関)	専門医療機関受診割合が二次保健医療圏ごとに11.3～48.8% H27年度 (2015)	専門医療機関受診割合が二次保健医療圏ごとに10%～50% 範囲内
糖尿病の年齢調整死亡率 (人口10万対)	男性5.8、女性2.0 H27年 (2015)	男性5.5、女性1.7

図表7-1-4-1 糖尿病の医療連携体制



※ 医療機関名については、県のホームページに掲載しています。  
 HPアドレス： <http://www.pref.okayama.jp/page/300572.html>  
 (資料：岡山県健康推進課)

図表7-1-4-2 岡山県の糖尿病医療体制に求められる医療機能

	【総合管理（かかりつけ医）】	【専門治療】	【慢性合併症治療】	【急性増悪時治療】
機能	合併症の発症を予防するための糖尿病治療の総合管理を行う	血糖コントロール不良例の治療を行う糖尿病治療の総合管理を行う医療機関への協力、又は、糖尿病患者の治療方針の決定を行う	糖尿病の慢性合併症の治療を行う	急性合併症の治療を行う
目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>●糖尿病の診断及び生活習慣の指導を実施すること</li> <li>●良好な血糖コントロールを目指した治療を実施すること</li> <li>●患者に対して必要により専門治療慢性合併症治療を行う医療機関への受診を促すこと</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●血糖コントロール指標を改善するために、教育入院等の集中的な治療を実施すること</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●糖尿病の慢性合併症の専門的な治療を実施すること</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●糖尿病昏睡時等急性合併症の治療を実施すること</li> </ul>
求められる事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>●糖尿病ガイドラインに則した診療を行っていること</li> <li>●糖尿病の診断及び一般的な患者教育が可能であること</li> <li>●食事療法、運動療法及び薬物療法による血糖コントロールが実施可能であること</li> <li>●メタボリックシンドロームや歯周病治療に関する連携・指導が可能であること</li> <li>●低血糖時の対応が可能であること</li> <li>●専門治療を行う医療機関、慢性合併症治療を行う医療機関及び急性増悪時治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●糖尿病診療ガイドラインに則した診療を行っていること</li> <li>●75 g OGTT、HbA1c等糖尿病の評価に必要な検査が実施可能であること</li> <li>●各専門職種チームによる食事療法、運動療法、薬物療法等を組み合わせた教育入院等の集中的な治療（心理問題を含む）が実施可能であること</li> <li>●糖尿病患者の妊娠の管理に関して対応可能であること</li> <li>●糖尿病の総合管理を行う医療機関、慢性合併症治療を行う医療機関及び急性増悪時治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●糖尿病診療ガイドラインに則した診療を行っていること</li> <li>●食事療法、運動療法及び薬物療法による血糖コントロールが実施可能であること</li> <li>●糖尿病の慢性合併症（糖尿病網膜症、糖尿病腎症、糖尿病神経障害、動脈硬化性疾患等）についてそれぞれ、専門的な検査治療が実施可能であること（単一医療機関で全ての合併症治療が可能である必要はない）</li> <li>●糖尿病網膜症治療の場合、蛍光眼底造影検査、光凝固療法、硝子体出血・網膜剥離の手術等が実施可能であること</li> <li>●糖尿病腎症の場合、尿一般検査、尿中微量アルブミン量検査、腎生検、腎臓超音波検査、血液透析等が実施可能であること</li> <li>●糖尿病神経障害や足病変について専門的な検査・治療が実施可能であること</li> <li>●動脈硬化性疾患（冠動脈硬化症・脳血管障害・下肢閉塞性動脈硬化症）の診断と治療が可能であること</li> <li>●歯周病の場合、糖尿病診療の歯科治療に実績があり計画的管理が可能であること</li> <li>●糖尿病の総合管理を行う医療機関、専門治療を行う医療機関及び急性増悪時治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●糖尿病診療ガイドラインに則した診療を行っていること</li> <li>●糖尿病の昏睡等急性合併症の治療が24時間実施可能であること</li> <li>●糖尿病の総合管理を行う医療機関、専門治療を行う医療機関及び慢性合併症治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること</li> </ul>

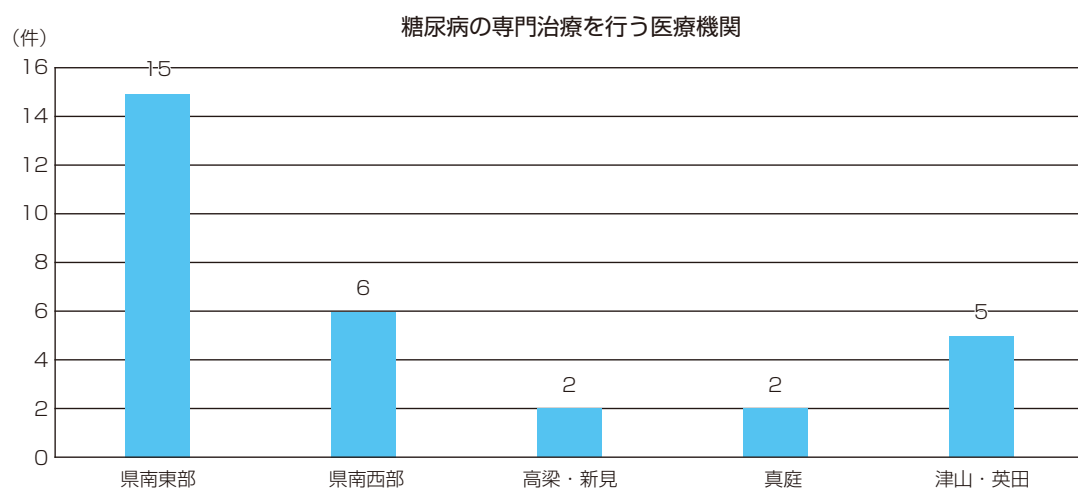
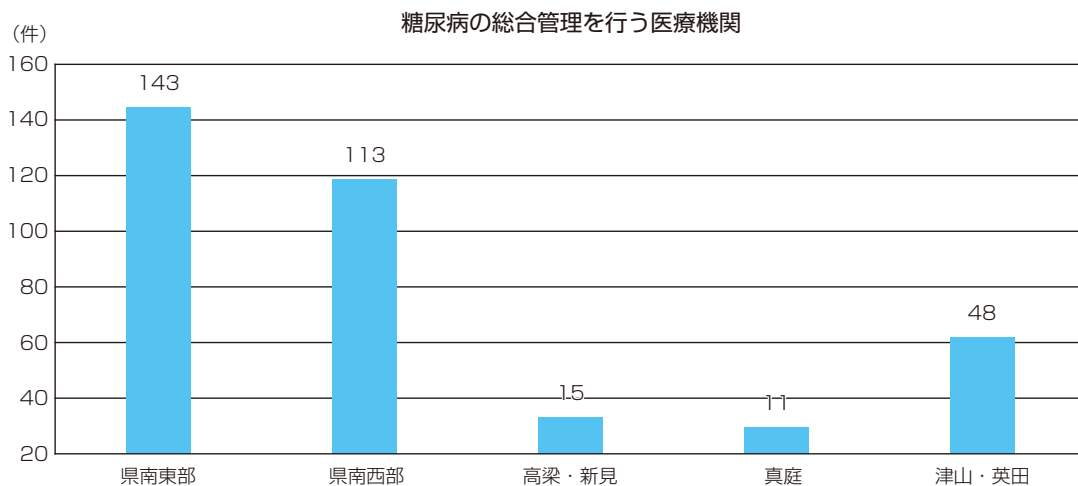
（資料：岡山県健康推進課）

図表7-1-4-3 糖尿病医療連携体制を担う医療機関数

機能区分	届出数 (件)
総合管理	330
専門治療	30
慢性合併症・糖尿病網膜症	30
慢性合併症・糖尿病腎症	25
慢性合併症・糖尿病神経障害	36
慢性合併症・動脈硬化	16
慢性合併症・歯周病	372
急性増悪時治療	20
計	859

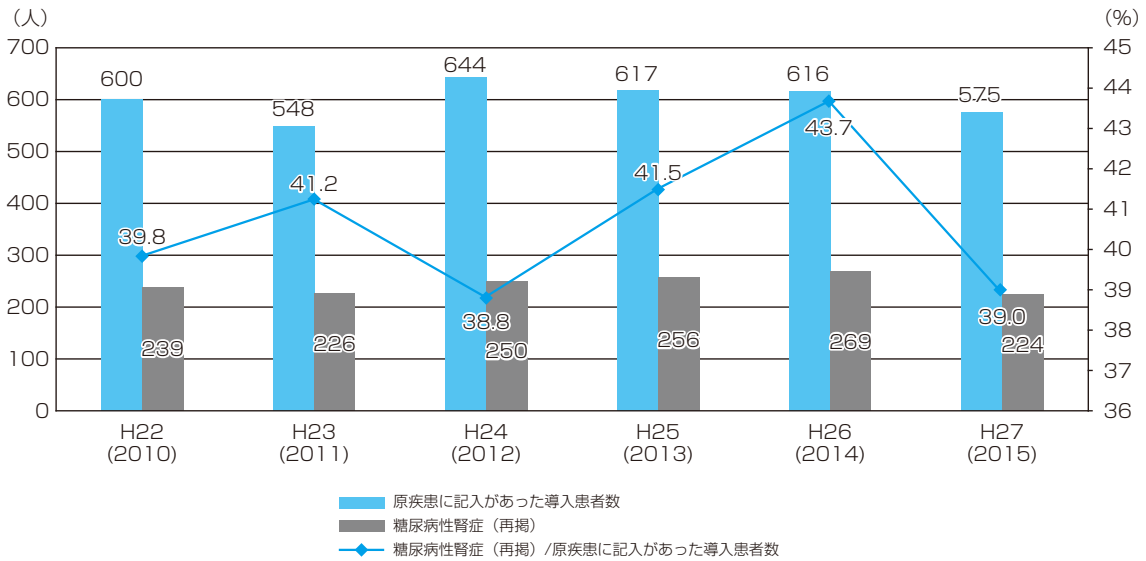
(資料：岡山県健康推進課) (平成29 (2017) 年3月末現在)

図表7-1-4-4 保健医療圏別の医療機関数



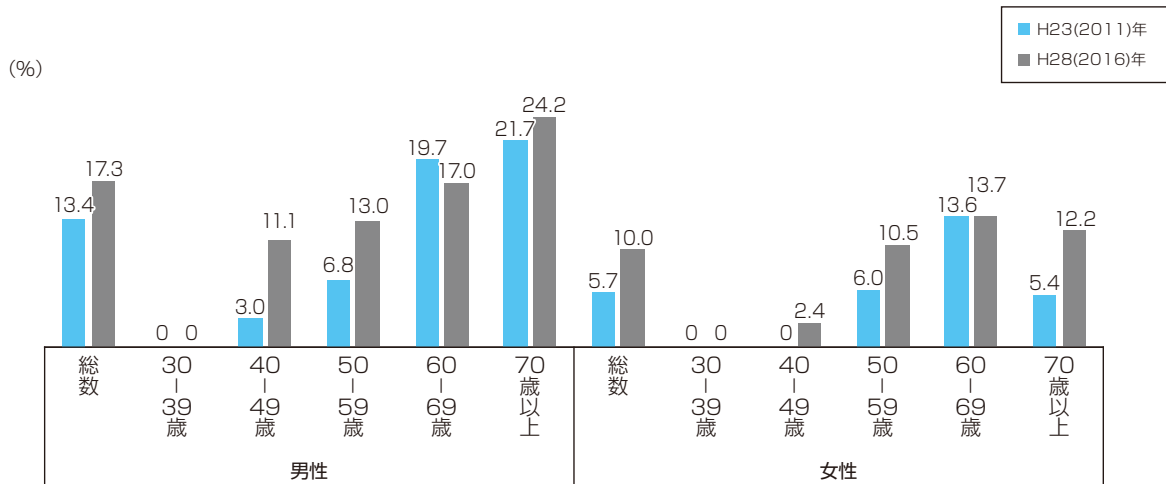
(資料：岡山県健康推進課)

図表7-1-4-5 各年新規透析導入患者数



(資料：一般社団法人日本透析医学会統計調査委員会新規導入患者原疾患糖尿病性腎症岡山県数値抜粋)

図表7-1-4-6 糖尿病が強く疑われる者の割合



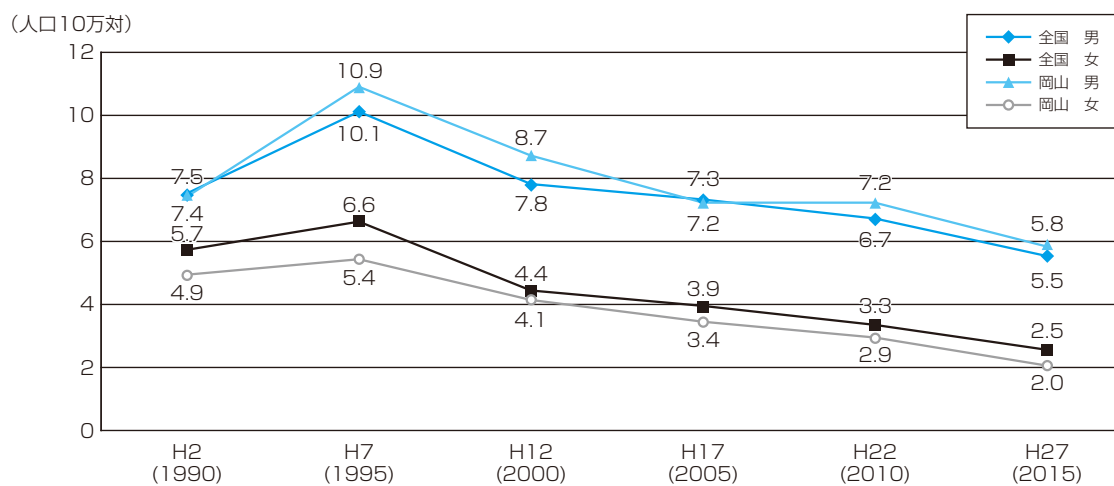
(資料：岡山県健康推進課「平成28(2016)年県民健康調査」)

※ 「糖尿病が強く疑われる者」の該当者

平成23(2011)年：ヘモグロビンA1c値(JDS)が6.1%以上、または質問票で「現在糖尿病の治療を受けている」と回答した者の割合

平成28(2016)年：ヘモグロビンA1c値(NGSP)が6.5%以上、または質問票で「現在糖尿病の治療を受けている」と回答した者の割合

図表7-1-4-7 糖尿病の年齢調整死亡率※



(資料：厚生労働省「人口動態統計特殊報告 都道府県別年齢調整死亡率（都道府県別年齢調整死亡率）」)

#### ※ 年齢調整死亡率

都道府県別に、死亡数を人口で除した通常の死亡率を比較すると、各都道府県の年齢構成に差があるため、高齢者の多い都道府県では高くなり、若年者の多い都道府県では低くなる傾向があります。このような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が「年齢調整死亡率」（人口10万対）です。

## 5 精神疾患の医療

### (1) 予防・アクセス

#### 1 現状と課題

現 状	課 題
<p>○厚生労働省の平成26（2014）年患者調査によると、県内の医療機関を受診している精神疾患の患者数は約81,000人、うち、うつ病を含む気分障害の患者数は約23,000人、統合失調症の患者数は約15,000人と推計されます。（厚生労働省「患者調査」・図表7-1-5-1）</p> <p>○また、平成28（2016）年度の障害者自立支援医療（精神通院）受給者数は、27,699人で、平成23（2011）年度から約1.3倍に増加しています。（健康推進課・図表7-1-5-2）</p> <p>○精神保健福祉手帳の交付者数は、平成28（2016）年度で、1級1,583人、2級8,619人、3級2,892人で、合計13,094人です。（健康推進課・図表7-1-5-3）</p> <p>○うつ病と密接な関係があると言われている自殺について、愛育委員、栄養委員、民生委員等の訪問声かけ活動が地域の絆を強固にすることで、高齢者の自殺死亡率の低下に大きく寄与しています。平成元年以降、県の自殺死亡率は全国を下回り、平成28（2016）年の県の自殺死亡率（人口10万人あたり死亡者数）は15.7であり、これは全都道府県で低い方から12番目です。（厚生労働省「人口動態調査」・図表7-1-5-4、図表7-1-5-5）</p> <p>○保健所や精神保健福祉センターでは、精神保健相談窓口の開設（相談延人員4,023人）、心の健康づくり県民講座の実施、パンフレット配布等、心の健康に関する普及啓発を実施しています（49回、参加延人員4,065人）。（健康推進課・平成28（2016）年度実績）</p>	<p>○心の健康の保持・増進を図る予防対策に努めるとともに早期対応のための相談窓口の充実など体制の整備が必要です。</p> <p>○自殺の背景として、うつ病等の心の問題のほか、家庭や学校、職場、地域などの社会的要因が複雑に関係することから、県民への普及啓発や相談体制の充実に加え、多方面の関係者の連携を強化し、効果的な予防対策を着実に実施する必要があります。</p> <p>○精神疾患に関する知識の普及啓発や偏見の解消は、県民が早期に必要な精神科医療を受けることのできる環境づくりに資するものであり、継続していく必要があります。</p>

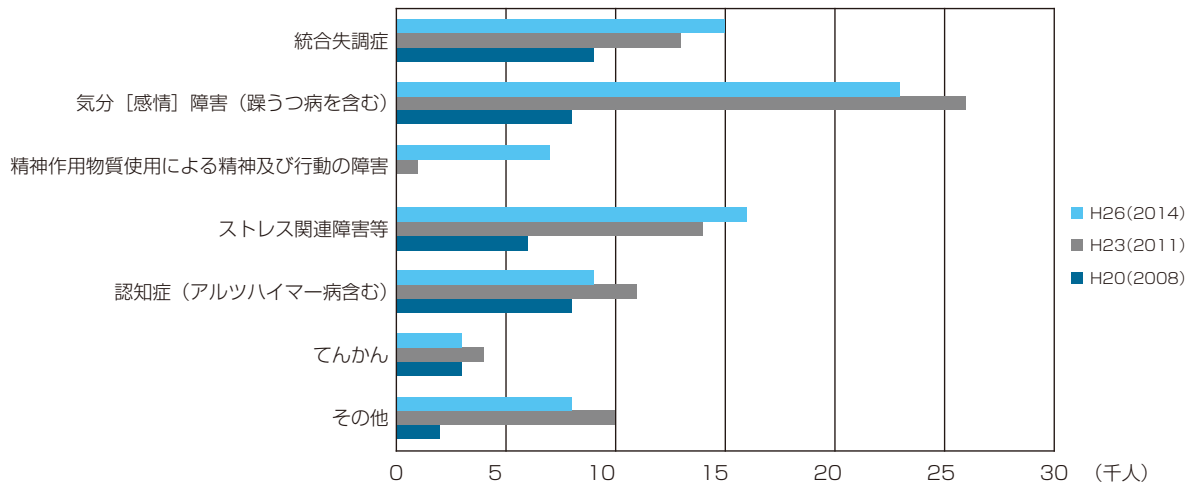


- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>○本県のひきこもりの状態にある者の数は、平成27（2015）年に国が行った実態調査等を基に、約1万2千人と推計しています。</li> <li>○精神保健福祉センターにアルコール健康障害コーディネーターを配置し、モデル大学・企業を対象に適切な飲酒の理解促進、危険飲酒者の早期発見・早期介入を行っています。（8大学836人、3企業214人参加）（健康推進課・平成28年（2016）年度実績）</li> <li>○保健所、精神保健福祉センター、市町村では、精神保健福祉に係る指導を9,186人（実人数）に対し実施しており、うち3,766人は訪問による指導です。（厚生労働省「平成27（2015）年度地域保健・健康増進事業報告」）</li> <li>○地域での困難事例については、精神保健福祉センター、保健所等による多職種・多機関によるアウトリーチ※（訪問）支援により、地域生活支援を図っています。（健康推進課・図表7-1-5-6）</li> <li>○小・中学校212校に配置しているスクールカウンセラーが児童生徒や保護者の相談等に応じる中で、精神疾患の可能性が疑われる場合は、教育分野の知識に加え、社会福祉等の専門的な知識や技術を有するスクールソーシャルワーカー等と連携し、医療・福祉等の関係機関へつなぐことにより児童生徒や保護者への支援を行っています。</li> <li>○内科医等かかりつけ医によるうつ病など精神疾患の早期発見を目的とし、平成20（2008）年度よりかかりつけ医向けの精神疾患に係る研修を実施しており、累計673人が受講しています。（健康推進課・平成28（2016）年度末実績）</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ひきこもりの状態にある方への支援は、個々のケースに応じて、保健、医療、福祉、教育等の関係機関が連携して支援していく必要があります。</li> <li>○保健所、精神保健福祉センター、市町村などの地域保健は、精神疾患の発症予防・早期発見に重要な役割を担っており、心の健康に関する指導助言をするとともに、医療や障害福祉サービスと連携し、住民の状態に応じたサービスへ適切につないでいく必要があります。</li> <li>○多職種チームによるアウトリーチ支援は、今後も、ますます重要になります。</li> <li>○問題行動や不登校等の未然防止の観点から、小学校へのスクールカウンセラーの配置拡充などの教育相談体制の充実や、スクールソーシャルワーカー事業の一層の充実により、医療・福祉等の関係機関等と連携した児童生徒や保護者等への支援体制の更なる強化が必要です。</li> <li>○かかりつけ医による早期発見が重要であることから、さらなる受講者の増加を図る必要があります。</li> <li>○かかりつけ医等と精神科医との連携の強化が必要です。</li> </ul> |
|---|--|

#### ※ アウトリーチ

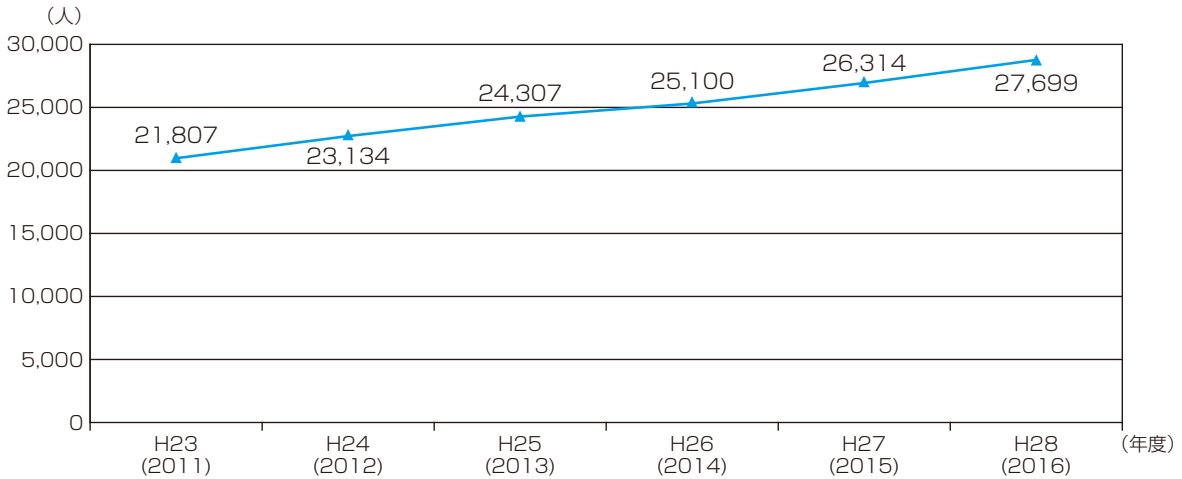
未治療の者や治療中断等の者に対して、多職種による専門職がチームを組んで、必要に応じて訪問を行い、保健・医療・福祉サービスを包括的に提供することにより、在宅生活の継続が可能となるよう働きかけることをいう。

図表7-1-5-1 県内における医療機関にかかっている精神疾患患者数の推計



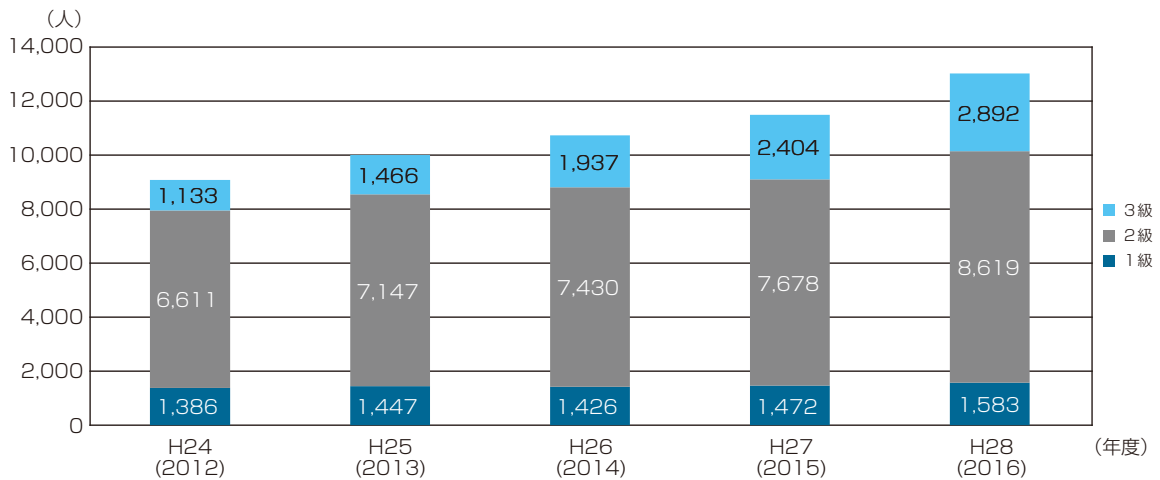
(資料：厚生労働省「患者調査」)

図表7-1-5-2 障害者自立支援医療費（精神通院）受給者の推移



(資料：岡山県健康推進課)

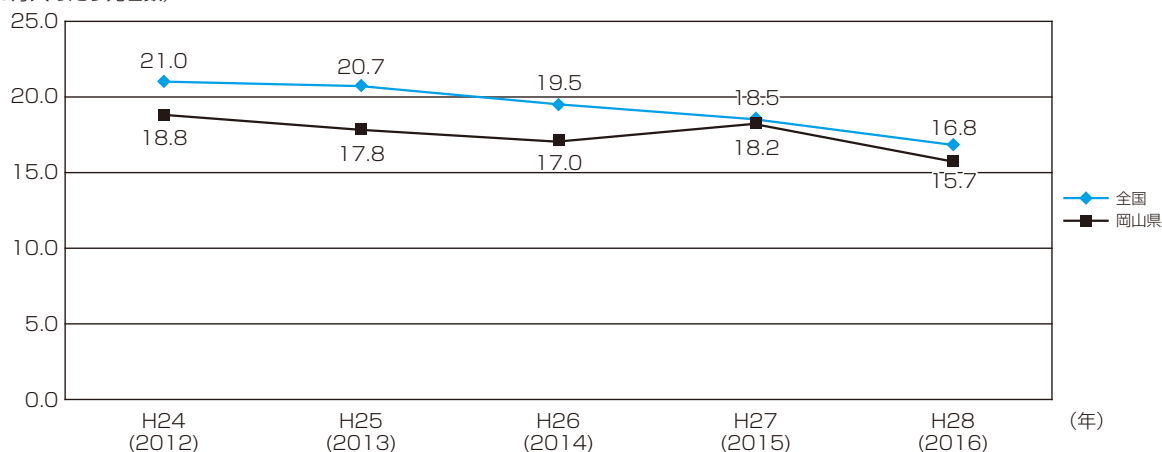
図表7-1-5-3 精神保健福祉手帳所持者数の推移



(資料：岡山県健康推進課)

図表7-1-5-4 自殺死亡率の推移

(10万人あたり死亡数)



(資料：厚生労働省「人口動態統計」)

図表7-1-5-5 自殺者の状況

		平成24年 (2012)	平成25年 (2013)	平成26年 (2014)	平成27年 (2015)	平成28年 (2016)
全 国	自殺者数 (人)	26,433	26,063	24,417	23,152	21,017
	死亡率 (人口10万人対)	21.0	20.7	19.5	18.5	16.8
岡山県	自殺者数 (人)	360	340	324	346	298
	死亡率 (人口10万人対)	18.8	17.8	17.0	18.2	15.7
	死亡率全国順位	8位	2位	2位	20位	12位

(資料：厚生労働省「人口動態調査」)

図表7-1-5-6 多職種アウトリーチによる支援の状況

地 域	平成28 (2016) 年度	
	実人員	延人員
県北 (委託)	9	83
県南 (委託)	12	99
県南 (精神保健福祉センター)	52	1,290
計	73	1,472

## 2 施策の方向

項 目	施策の方向
発症予防 早期発見 早期治療	<ul style="list-style-type: none"> <li>○心の健康の保持・増進に関して、職域や教育機関等と連携し、研修や相談窓口の充実を図ります。</li> <li>○保健所・精神保健福祉センター・市町村は、保健活動の中で精神科医療が必要な人に対する相談・受療勧奨や訪問（アウトリーチ）支援を実施します。</li> <li>○精神疾患に関する正しい知識の普及啓発や偏見の解消により、誰もが精神科医療を受診しやすい環境づくりを図ります。</li> <li>○保健所・精神保健福祉センターが中心となって、住民の心の健康づくりや精神疾患の早期発見に取り組み、必要な医療や福祉サービスが円滑に提供される体制を構築します。</li> <li>○保健、医療、福祉、教育等の関係機関が連携して実態把握に努めるとともに、ひきこもり地域支援センター<sup>※</sup>や保健所・支所、市町村などにおいて、ひきこもりに悩む家族や本人の相談に早期に対応し、必要なサービスにつながるよう支援します。</li> <li>○かかりつけ医を対象とした精神疾患の早期発見に係る研修を実施するとともに、薬剤師、保健・福祉・教職員にも研修を実施します。</li> <li>○精神科の医療機関の偏在に対応するため、精神科的的確な医療が受診できるようにICTなどの活用も検討しながら地域医療の連携体制の構築を図ります。</li> <li>○精神科医療機関の偏在に対応するため、精神科病院等と連携して訪問診療・訪問看護など、精神科医療が受診できる体制が整備されるよう進めます。</li> <li>○臨床心理士等の専門家が、生徒・保護者に対するカウンセリングや教職員に対する助言等を行うなど、早期対応に向けた教育相談体制の充実を図ります。</li> </ul>

自殺予防	<ul style="list-style-type: none"> <li>○うつ病による自殺を予防するために、うつ病について普及啓発に努めるとともに、相談体制の充実と診療体制の強化を図ります。</li> <li>○自殺総合対策大綱（平成29（2017）年7月閣議決定）を踏まえた自殺対策に総合的に取り組み、誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指します。</li> <li>○岡山県自殺対策推進センターにおいて、各種情報の提供や普及啓発事業を行うとともに、関係機関・団体等のネットワーク化の推進や市町村職員をはじめ関係機関・団体の担当者等の人材育成を図ります。</li> <li>○自殺の危険性の高い人の早期発見、早期対応を図るため、自殺の危険を示すサインに気づき、声をかけ、話を聞き、必要に応じて専門家につなぎ、見守るゲートキーパーの役割を担う人材等を養成します。</li> <li>○医療、教育、労働関係など様々な分野の構成員からなる自殺対策連絡協議会において、今後の県及び関係団体の取組について検討を行い、自殺予防の対策に取り組みます。</li> </ul>
------	--

※ ひきこもり地域支援センター

岡山県及び岡山市のそれぞれが設置する精神保健福祉センター内に開設し、ひきこもりに悩む家族等からの電話相談を受けている。相談内容に応じ、来所相談や訪問相談、その他関係機関と連携した支援を行っている。

## (2) 治療・回復・社会復帰

### 1 現状と課題

現 状	課 題
<p>○県内の精神科医療施設は、精神病床のある病院が23施設、その他精神科を標榜する医療施設は106施設となっており、人口10万人当たりの精神病床数は296.2で、全国平均266.1を上回っています。(厚生労働省「平成26(2014)年医療施設調査」・図表7-1-5-7)</p> <p>○精神科病院へ勤務する医師数は全県で173.9人(常勤換算)、人口10万人当たり9.1で、全国(7.2)を上回っています。また、看護師は1,234.1人、精神保健福祉士は146.4人となっています。(厚生労働省「平成28(2016)年病院報告」・図表7-1-5-8)</p> <p>○病院及び診療所の適正配置を図ることを目的として、医療法の規定に基づき定められた精神病床の基準病床数は4,333床です。また、精神科病院の入院患者数は、平成27(2015)年6月30日現在で4,476人です。(厚生労働省「精神保健福祉資料」・図表7-1-5-9、図表7-1-5-10)</p> <p>○年間の医療保護入院患者数は、人口10万人当たり174.2で、全国(142.2)と比べ多くなっています。(厚生労働省「平成28(2016)年度・衛生行政報告例」)</p> <p>○医療保護入院により1年以上入院している患者の割合は18.4%であり、全国(14.0%)より高くなっています。(厚生労働省「精神保健福祉資料」(平成25~27(2013~2015)年度平均))</p>	<p>○人口10万人当たりの精神病床数は、県全域では全国を上回る精神病床が確保できていますが、地域により偏りが認められるため、地域間の連携が必要です。</p> <p>○県全域を単位とした基準病床数は充足しているとともに、入院患者は地域移行の促進により減少傾向となることが見込まれることから、地域の実情に応じた病床の機能分化の方策を検討する必要があります。</p> <p>○退院促進には、地域住民や当事者の家族などの理解を得る必要があります。</p> <p>○入院医療については、人権に配慮した、適切な制度運用が求められます。</p> <p>○訪問看護や薬局による在宅での服薬指導などにより、服薬及び受診の中断を防ぐ取組が必要です。</p>

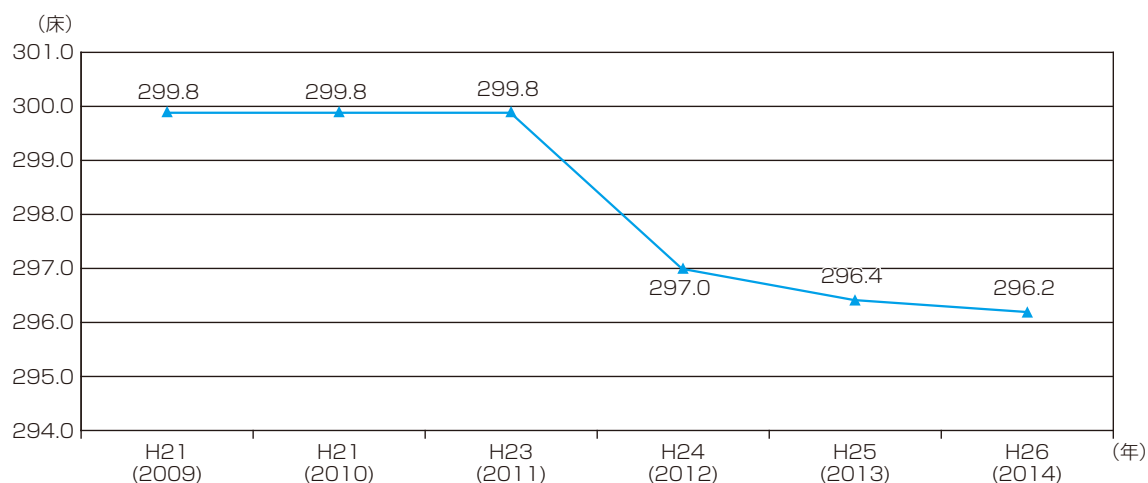
- 保護室隔離を受けている患者の割合は、5.2%で、全国（3.5%）と比べ多くなっています。（厚生労働省「平成27（2015）年度精神保健福祉資料」）
- 身体拘束を受けている患者の割合は、0.7%で、全国（3.7%）と比べ少なくなっています。（厚生労働省「平成27（2015）年度精神保健福祉資料」）
- 入院後3か月時点の退院率は67%であり、全国（66%）より高くなっています。入院後6か月時点の退院率は82%であり、全国（82%）と同じです。入院後12か月時点の退院率は88%であり、全国（90%）より低くなっています。（厚生労働省「平成26（2014）年度精神保健福祉資料」、ナショナルデータベース）
- 平成27（2015）年6月30日における入院患者4,476人のうち、3か月未満の在院患者は全体の22.9%の1,026人、1年未満の在院患者は全体の40.8%の1,827人、5年未満の在院患者は全体の72.1%の3,225人となっています。（厚生労働省「平成27（2015）年度精神保健福祉資料」・図表7-1-5-10）
- 平成27（2015）年6月の1か月間に退院した患者の退院先は、家庭復帰とグループホーム等をあわせると、73.5%となります。（厚生労働省「平成27（2015）年度精神保健福祉資料」・図表7-1-5-11）
- 平成27（2015）年6月30日における入院患者のうち5年以上在院者は1,251人で全入院患者の約3割です。また、65歳以上の在院者は、2,836人で約6割です。（厚生労働省「平成27（2015）年度精神保健福祉資料」・図表7-1-5-12）
- 入院医療については、人権に配慮した、適切な制度運用が求められます。【再掲】
- 入院期間が長期化した場合、精神障害者の社会復帰が難しくなる傾向があることを踏まえ、入院期間が1年未満で退院できるよう、精神障害者の退院に向けた取組を行いつつ、必要な医療を提供するための体制を確保する必要があります。
- 早期治療や入院時の手厚い医療、地域生活への移行に向けた支援を充分に行うこと等により、入院の長期化を防ぐ必要があります。
- 地域で生活するための在宅医療（外来医療を含む）の充実と、保健・医療・福祉関係機関の機能強化と連携強化が必要です。
- 関係機関と連携し、日常の地域保健活動を充実させる必要があります。
- 長期入院の原因には経済的な事情によるものもあり、地域生活への移行に向けた生活調整や障害福祉サービスとの連携が重要です。

- 県内には、指定自立支援医療機関（精神通院医療）は、平成29（2017）年4月1日現在で、病院94か所、診療所179か所、薬局769か所、訪問看護ステーション102か所です。（健康推進課調査・図表7-1-5-13）
- 精神科デイケア利用実人員は1か月あたり1,307人、10万人当たり利用者数に換算すると68.0であり、全国（61.7）を上回っています。（厚生労働省「平成27（2015）年度精神保健福祉資料」）
- 平成27（2015）年6月の1か月あたりの精神科訪問看護利用実人員は924人、10万人当たり利用者数に換算すると、48.1であり、全国（41.2）を上回っています。（厚生労働省「平成27（2015）年度精神保健福祉資料」）
- 精神障害者が自立し、社会参加できるよう「第5期岡山県障害福祉計画」に沿って障害福祉サービスの整備などにより、地域生活の支援を進めています。
- 家主などが精神疾患に対する誤解により不安を抱いていたり、保証人を確保することが困難なことなどにより、精神疾患のある人が住居を確保することは難しい状況です。そのため不動産事業者や家主などが精神疾患を理解し、住宅確保の支援が進むようパンフレットを作成し、啓発を図っています。
- 医療導入や治療継続が困難な精神障害者に対する包括的支援を行うため、保健所・精神保健福祉センター中心に精神科在宅支援（アウトリーチ）事業を実施しています。
- 訪問看護や薬局による服薬指導などにより、服薬及び受診の中断を防ぐ取組が必要です。【再掲】
- 地域で生活する患者に必要な医療が提供され、保健・福祉サービスとの連携が行われ、患者とその家族が健やかに地域で生活して行ける体制の整備が必要です。
- 地域生活支援サービスの充実を図っていく必要があります。
- 地域生活への移行を進める上で、住居の確保は重要な課題です。
- 緊急の入院等を回避する必要があることから、関係機関と連携し、訪問・調整等の日常の地域保健活動を充実させる必要があります。



- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>○自ら障害のある当事者がピアサポーターとなっていく相談、支援や普及啓発が、精神障害者の不安解消、精神障害者への偏見解消等に有効であることから、県内で活動しているピアサポーターを派遣し、地域移行・地域定着を促進するとともに、新たにピアサポーターを養成することで、地域のピアサポーターの確保と活動の活性化を図っています。</li><li>○地域移行促進センター事業として、ホステル事業、24時間電話相談事業及び試験外泊事業を実施しています。</li><li>○岡山県精神障害者家族会連合会や各地域の家族会は、共同作業所を運営するなど、精神障害者の社会参加のための取組を行っています。</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>○精神障害者への偏見を解消するための更なる普及啓発が必要です。</li><li>○ピアサポーターの養成及び派遣を実施していますが、ピアサポーターの活動の場の拡大のための取組が必要です。</li><li>○退院後の地域生活に移行する上で必要な訓練や支援を行う必要があります。</li><li>○精神障害者とその家族の支援を進めるため、岡山県精神障害者家族会連合会をはじめ地域の家族会を支援育成していくことが必要です。</li><li>○精神障害者の地域生活を支援していくためには、関係機関や家族会などの関係者が、協力して支援を行っていくことが必要です。</li></ul> |
|---|---|

図表7-1-5-7 人口10万人あたりの病床数



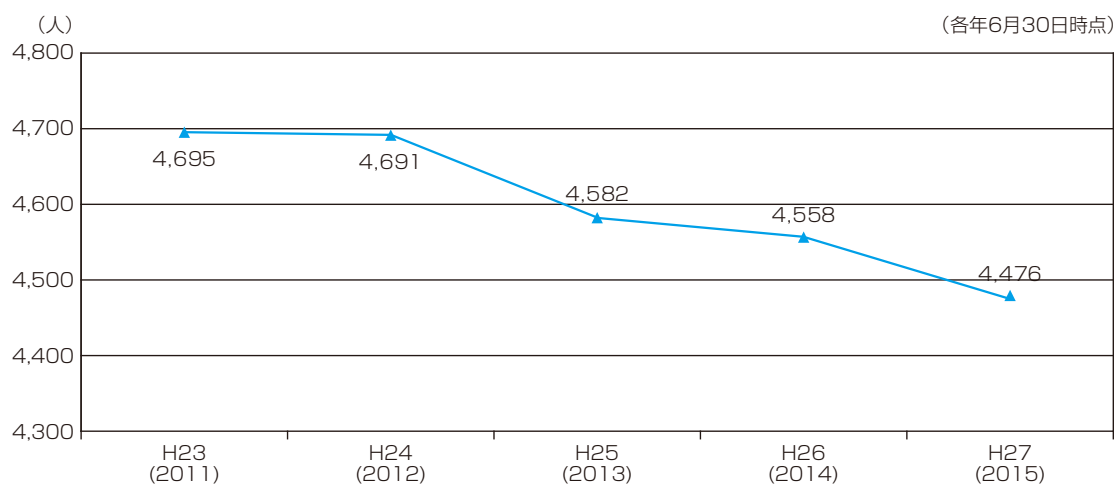
(資料：厚生労働省「医療施設調査」)

図表7-1-5-8 精神科病院の医師、看護師、その他の従事者の常勤換算数

区分	平成26年 (2014)	平成27年 (2015)	平成28年 (2016)
医師 (常勤+非常勤)	167.8	177.4	173.9
薬剤師	62.4	62.7	58.6
看護師	1,215.3	1,215.8	1,234.1
准看護師	408.4	393.1	376.1
作業療法士	141.7	151.0	151.7
精神保健福祉士	133.4	142.3	146.4
社会福祉士	5.0	3.8	4.0
介護福祉士	112.5	114.8	135.1

(資料：厚生労働省「病院報告」)

図表7-1-5-9 入院患者 (在院患者) 数の推移



(資料：厚生労働省「精神保健福祉資料」)

図表7-1-5-10 精神科病院の入院患者の状況（平成27（2015）年6月30日現在）

区分	人数（構成比）	区分の小計による率	
①1か月未満	467人（10.4%）		
②1か月以上3か月未満	559人（12.5%）	3か月未満計：1,026人（①+②の計）	22.9%
③3か月以上6か月未満	356人（8.0%）		
④6か月以上1年未満	445人（10.0%）	1年未満計：1,827人（①～④の計）	40.8%
⑤1年以上5年未満	1,398人（31.2%）	5年未満計：3,225人（①～⑤の計）	72.1%
⑥5年以上10年未満	498人（11.1%）		
⑦10年以上20年未満	408人（9.1%）		
⑧20年以上	345人（7.7%）		
合計	4,476人（100.0%）		

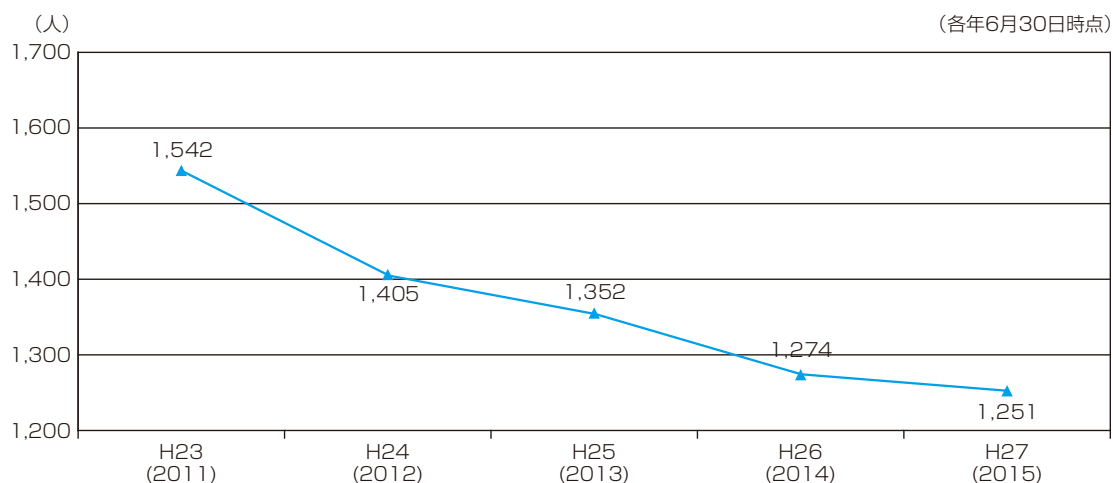
出典：厚生労働省「平成27（2015）年度精神保健福祉資料」

図表7-1-5-11 各年6月の1か月間の精神科病院からの退院状況

区分	平成25(2013)年度	平成26(2014)年度	平成27(2015)年度
家庭復帰	423人（69.5%）	399人（66.6%）	388人（65.1%）
グループホーム、ケアホーム、 社会復帰施設	36人（5.9%）	34人（5.7%）	50人（8.4%）
高齢者福祉施設	38人（6.2%）	51人（8.5%）	36人（6.0%）
転院、転科	81人（13.3%）	86人（14.4%）	82人（13.8%）
死亡	30人（4.9%）	29人（4.8%）	38人（6.4%）
その他	1人（0.2%）	0人（0.0%）	2人（0.3%）
合計	609人（100.0%）	599人（100.0%）	596人（100.0%）

出典：厚生労働省「精神保健福祉資料」

図表7-1-5-12 5年以上在院患者数の推移



出典：厚生労働省「精神保健福祉資料」

図表7-1-5-13 指定自立支援医療機関（精神通院医療）の指定状況

各年4月1日の状況

区分	平成25年 (2013年)	平成26年 (2014年)	平成27年 (2015年)	平成28年 (2016年)	平成29年 (2017年)
病院	86カ所	89カ所	88カ所	92カ所	94カ所
診療所	167カ所	169カ所	174カ所	171カ所	179カ所
薬局	730カ所	749カ所	767カ所	758カ所	769カ所
訪問看護 ステーション	78カ所	81カ所	87カ所	87カ所	102カ所
合計	1,061カ所	1,088カ所	1,116カ所	1,108カ所	1,144カ所

(資料：岡山県健康推進課)

## 2 施策の方向

項目	施策の方向
早期退院の促進	<ul style="list-style-type: none"> <li>○入院初期における手厚い医療の提供や、退院後の地域生活に必要な福祉サービスの確保などに医師、看護職員、精神保健福祉士など多職種チームで取り組むことにより、入院期間の短縮を図るよう、精神科医療機関等に働きかけます。</li> <li>○入院医療から地域生活への移行を推進するため、精神障害者の退院後の地域生活の支援が強化されるように、外来診療、デイケア、訪問診療・訪問看護などの在宅医療の充実に努めながら、地域の実情に応じた病床の機能分化の方策を検討します。</li> <li>○「第5期岡山県障害福祉計画」に基づき、障害福祉サービス、相談支援及び地域生活支援事業の提供体制の確保を進めるとともに、関係機関等と連携し、社会的入院の解消を図ります。</li> </ul>
短期間での再入院の防止	<ul style="list-style-type: none"> <li>○地域で生活していくために必要な外来受診の継続が困難な人に対して、保健所等による訪問活動や、医療機関等によるアウトリーチ（訪問支援）が提供される体制を整備します。</li> <li>○退院後の生活環境にも配慮しながら、入院前に診療を行っていた医療機関等との連携を深めるため、かかりつけ医などへの研修を行います。</li> </ul>
適正な入院医療	<ul style="list-style-type: none"> <li>○精神医療審査会・実地審査等により、人権に配慮した適切な医療の提供と入院環境の確保を推進します。特に人権侵害を疑わせる案件に対しては、行政や精神医療審査会等関係者が一体となって厳正に対応します。</li> </ul>
長期入院の解消	<ul style="list-style-type: none"> <li>○訪問看護や薬局による服薬指導などにより、服薬及び受診の中断を防ぐ取組を推進します。</li> <li>○医療と障害福祉サービスによる生活支援との連携や、介護保険サービスの適切な利用により、地域生活を支えることができる体制の整備を推進します。</li> <li>○地域で生活する精神疾患を抱える人が不安定になった場合への支援として、一時休息のために入所するホステル事業や、24時間電話相談事業を実施します。</li> <li>○一般県民への普及啓発に加え、医療機関において、当事者の家族に対する教育を行い、精神疾患への理解を深めることにより、精神疾患のある人が地域へ受け入れられやすい環境づくりを推進します。</li> <li>○医療、福祉、当事者団体、行政等の関係者等で構成する検討委員会を設置し、長期入院の解消に向けた連携強化等を図ります。</li> <li>○「1年未満入院者平均退院率」等が向上するよう、各医療機関における地域移行に向けたケア会議などに、福祉サービス事業者が参加するような仕組みづくりを進めます。</li> </ul>

薬剤の適正使用	<ul style="list-style-type: none"> <li>○適正な薬物療法が提供されるよう、医療機関に働きかけます。</li> <li>○投薬以外の有効な治療法の普及も図ります。</li> </ul>
制度の周知	<ul style="list-style-type: none"> <li>○精神障害者保健福祉手帳制度など、精神疾患のある人を支援する制度が支援を必要とする人に行き届くよう、当事者だけでなく、サービスを提供する関係者に対しても周知を図ります。</li> </ul>
住居の確保	<ul style="list-style-type: none"> <li>○不動産業の関係者などへの普及啓発を通じ、精神疾患のある人が住居を確保しやすい環境づくりを進めます。</li> <li>○「NPO法人おかやま入居支援センター」などによる、精神疾患のある人の住居確保に向けた取組を支援します。</li> </ul>
当事者・家族との協働、家族支援等	<ul style="list-style-type: none"> <li>○施策の推進にあたっては、当事者やその家族の意見を反映し、サービス利用者のニーズにあったものになるよう努めるとともにピアサポートを通じたサービス及びプログラムが充実するように当事者及び家族と協働します。</li> <li>○ピアサポーターの確保、ピアサポーター活動の活性化のための支援を進めるとともに、家族等からの相談に対応する体制が充実するよう努めます。</li> <li>○精神障害者やその家族の自立を促進するとともに孤立化を防ぐために患者会や家族会交流会等を開催します。</li> </ul>

### (3) 精神科救急

#### 1 現状と課題

現 状	課 題
<p>○県内を2圏域に分け、指定病床を持つ二次救急の11病院（県南7病院、県北4病院）で病院群輪番体制を組むとともに、平成21（2009）年度から岡山県精神科医療センターがバックアップを行うことにより、病床や医療従事者を確保し救急患者の受入体制を整備しています。</p> <p>○病院群輪番体制での、休日夜間入院者数は482人であり、救急受診を要する患者の受入れを行っています。（健康推進課・平成28（2016）年度実績・図表7-1-5-14）</p> <p>○岡山県精神科医療センターに、夜間及び休日の相談に応じる精神科救急情報センターを整備し、24時間365日相談に応じる体制を整備しています。平成28（2016）年度における精神科救急情報センターへの相談件数は3,517件であり、休日・夜間の症状悪化などの対応に苦慮している患者や家族を積極的に支援しています。（健康推進課・平成28（2016）年度実績・図表7-1-5-15、図表7-1-5-16）</p> <p>○「身体・精神合併症救急連携事業」により、岡山市内の病院では、岡山市と岡山県精神科医療センターが協力して、24時間365日精神疾患と身体疾患を合併した患者に対応しています。</p> <p>○精神科救急情報センターにおいて、身体科救急病院等からの相談等に対し、情報収集・調整を行うことにより、身体救急病院等と連携できるよう取り組んでいます。</p>	<p>○救急受診を要する患者の受入れが迅速かつ円滑に行えるよう、引き続き取り組む必要があります。</p> <p>○緊急の入院等を回避する必要があることから、関係機関と連携し、日常の地域保健活動を充実させる必要があります。</p> <p>○精神疾患と身体疾患を合併した救急患者に適切に対応するため、一般病院と精神科病院との連携をより一層強化する必要があります。</p> <p>○自殺未遂など重篤な身体合併症患者に対応する救急隊員など医師以外の関係者も、精神疾患についての理解を深める必要があります。</p>

<p>○県が指定する救命救急センターは5施設あり、そのうち精神病床を有するのは2施設です。</p> <p>○年間の措置入院患者数は、人口10万人当たり3.8で、全国（5.7）と比べ低くなっています。一方、通報・届出件数は年間約400件で、平成28（2016）年度の措置入院件数は73件に達するなど、増加の傾向が見られます。（厚生労働省「衛生行政報告例」・図表7-1-5-17、健康推進課・図表7-1-5-18）</p>	<p>○措置入院後の入院患者の退院に向けた支援と退院後の地域生活定着のための支援が重要です。</p> <p>○措置入院や医療保護入院を利用しなければならぬほど症状を重症化させないためには、地域生活を支える保健・医療・福祉サービスの充実が必要です。</p> <p>○訪問看護や薬局による在宅での服薬指導など、服薬及び受診の中断を防ぐ取組が必要です。【再掲】</p>
<p>○岡山県精神科医療センターを岡山県災害拠点精神科病院に指定し、大規模災害発生時における精神科医療の提供・調整、災害派遣精神医療チームに関する調整を行う体制を構築しています。</p>	<p>○大規模災害に対応した心のケア体制の構築が重要です。</p>

## 2 施策の方向

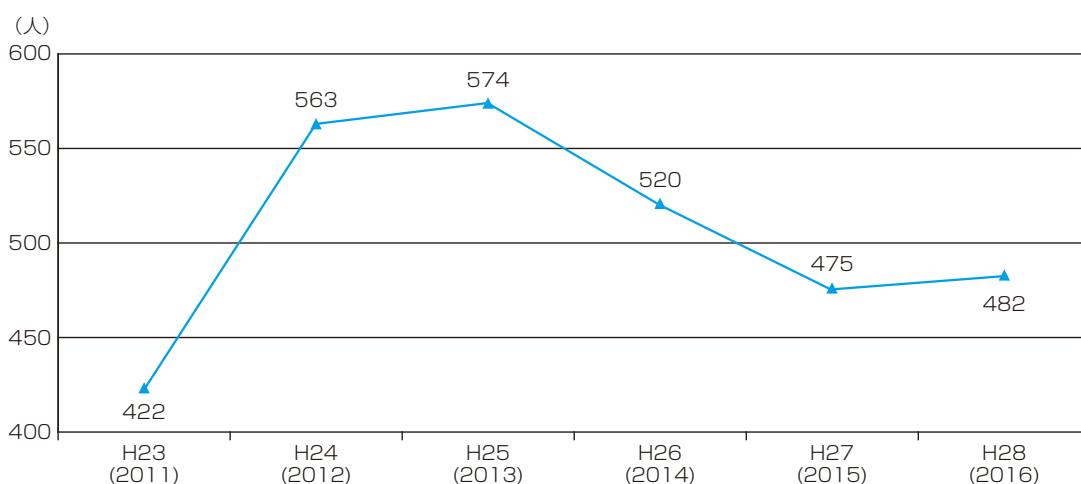
項目	施策の方向
救急体制の充実	<p>○指定病床を持つ二次救急病院による病院群輪番体制を運営します。</p> <p>○夜間・休日に迅速かつ適切な医療を提供するため、精神科救急情報センターを運営します。</p> <p>○精神科救急医療システム連絡調整委員会を開催し、円滑に患者の受入れが行われるよう、体制の充実・強化を図ります。</p> <p>○精神科病院において、自院の患者やその関係者からの相談等に対し、夜間・休日も対応できる体制を整備するよう働きかけます。</p> <p>○精神科診療所において、精神科救急情報センターからの自院の患者に関する問合わせに対し、夜間・休日も対応できる体制を整備するよう働きかけます。</p>



救急における身体合併症	<ul style="list-style-type: none"> <li>○精神科以外の医師による身体合併症患者への対応力向上のため、かかりつけ医への精神疾患に関する研修を継続します。</li> <li>○救急隊員など医師以外の関係者へも、精神疾患に関する普及啓発などを実施します。</li> <li>○自殺未遂者や身体合併症患者へ適切に対応するため、身体疾患に対応する医療機関と精神科医療機関との連携体制を構築します。</li> </ul>
措置入院等への対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>○措置入院等緊急時の対応においては、当事者の負担を最小限とするため、平素からの地域保健活動と一連の円滑な対応となるよう、地域保健担当は積極的に関与するものとします。</li> <li>○措置入院した患者が退院後に社会復帰のために必要な医療や地域生活定着のための支援を確実に受け取ることができるよう、措置入院中から退院後支援計画を作成し、県、市町村をはじめ、医療機関や保健医療及び福祉サービス事業所など関係機関と連携を図りながら、退院後の生活を支援します。</li> <li>○診察により措置入院不要と診断された場合においても、地域保健活動への引継が速やかに行われるよう、地域保健担当は関係機関と綿密な連携を図るものとします。</li> </ul>
災害時における心のケア	<ul style="list-style-type: none"> <li>○「災害派遣精神医療チーム（DPAT）」の整備を図り、災害拠点精神科病院を中心とした災害発生時に被災地における精神科医療の支援を行う体制づくりを進めます。</li> </ul>

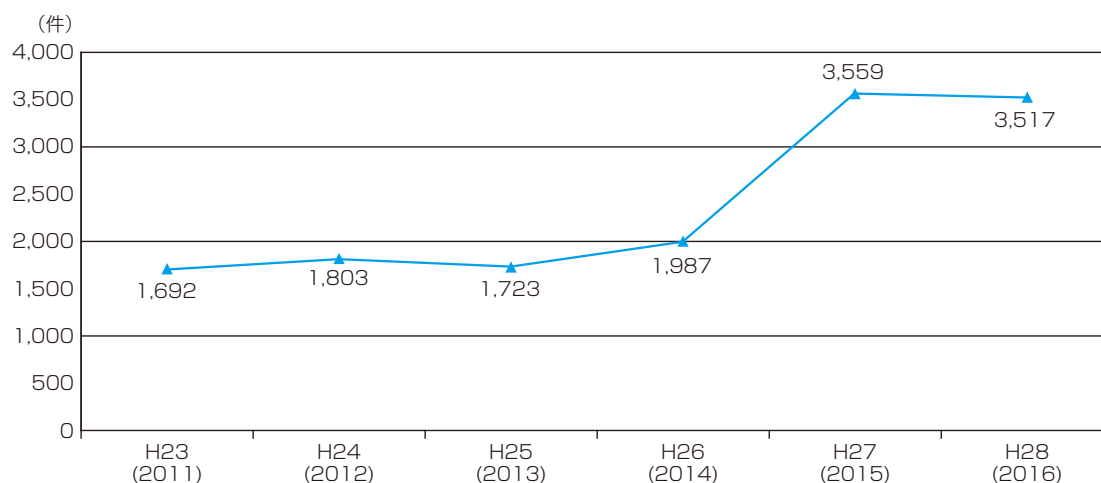
図表7-1-5-14 精神科病院群輪番体制の入院者数の推移（各年度末）

（単位：人）



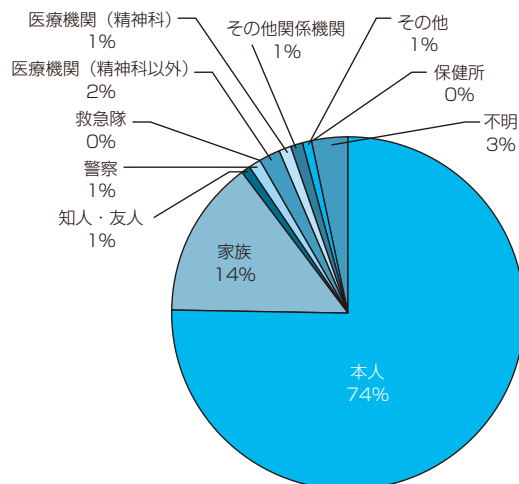
（資料：岡山県健康推進課）

図表7-1-5-15 精神科救急情報センターの相談件数の推移（各年度末）



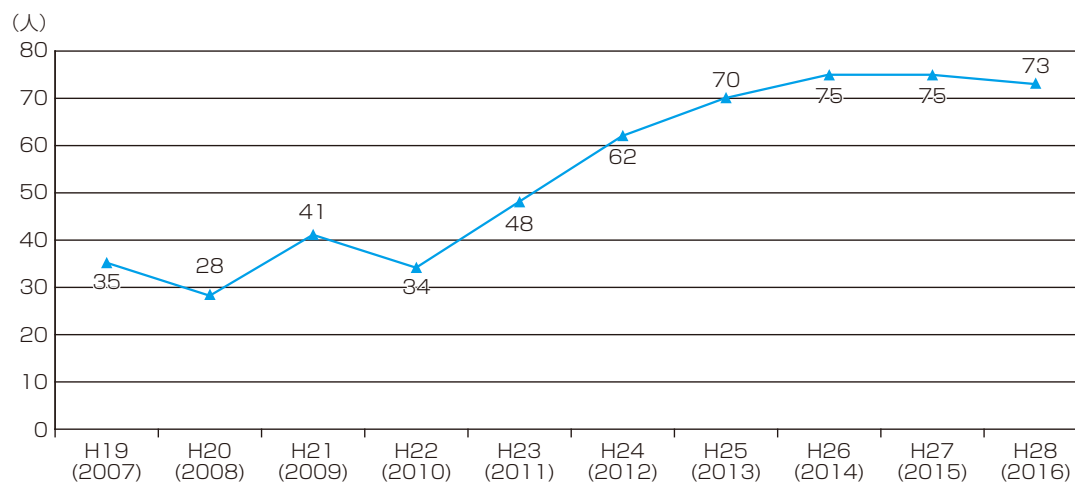
(資料：岡山県健康推進課)

図表7-1-5-16 精神科救急情報センターの相談件数の内訳（平成28（2016）年度）（単位：％）



(資料：岡山県健康推進課)

図表7-1-5-17 岡山県内における措置入院件数の推移（年度）



(資料：厚生労働省「衛生行政報告例」)

図表7-1-5-18 岡山県内における通報件数と措置入院件数

年 度	申請・通報・届出件数	診察の必要なし	診察を受けた者		
			29条該当(措置入院)	29条該当なし	
平成24(2012)年度	320件	149件	171件	62件	109件
平成25(2013)年度	386件	180件	206件	70件	136件
平成26(2014)年度	361件	178件	183件	75件	108件
平成27(2015)年度	413件	250件	163件	75件	88件
平成28(2016)年度	387件	243件	144件	73件	71件

(資料：岡山県健康推進課)

## (4) 身体合併症

### 1 現状と課題

現 状	課 題
<p>○副傷病に精神疾患を有する患者の割合は入院患者で21.5%、外来患者では6.1%であり、全国（20.2%、7.1%）と概ね同じ割合です。（平成26（2014）年・患者調査）</p> <p>○精神科身体合併症管理加算算定件数は9,980件、人口10万人あたり件数は92.6と全国（49.9）より高い水準であり、精神科医療機関で内科・外科などの医療を提供する体制が全国より充実しています。（平成27（2015）年・ナショナルデータベース）</p> <p>○「身体・精神合併症救急連携事業」により、岡山市内の病院に対しては、岡山市と岡山県精神科医療センターが協力して、24時間365日精神疾患と身体疾患を合併した患者に対応しています。【再掲】</p> <p>○精神科救急情報センターにおいて、身体科救急病院等からの相談等に対し、情報収集・調整を行うことにより、身体救急病院等と連携できるよう取り組んでいます。【再掲】</p>	<p>○精神科医師は、がん、糖尿病等の生活習慣病の予防と重症化防止のため、生活習慣病を合併する患者に対応する能力、または身体科医師との連携が必要となっています。</p> <p>○身体科の医師は、患者が併せ持つ精神疾患に対応する能力または精神科の医師との連携が求められています。</p> <p>○透析治療や歯科疾患など、精神疾患のある人で専門的かつ定期的に治療を施す必要がある患者には、専門医療機関との連携により対応する必要があります。</p>

### 2 施策の方向

項 目	施策の方向
身体合併症	<p>○精神科以外の医師による身体合併症患者への対応力向上のため、かかりつけ医への精神疾患に関する研修を実施します。</p> <p>○精神科医療機関と身体科医療機関の連携体制を構築します。</p>

## (5) 専門医療

## 1 現状と課題

現 状	課 題
<p>○児童思春期精神科医療については、子どもの心の診療拠点病院である岡山県精神科医療センターを中核とした医療提供体制が整備されています。重度の患者に対しては入院によるケアも行っています。(厚生労働省「平成27(2015)年度精神保健福祉資料」・図表7-1-5-19)</p> <p>○摂食障害については、厚生労働科学研究において、摂食障害患者は、女子中学生の100人に1～2人、男子中学生の1,000人に2～5人いると推計されており、県内の中学生数にあてはめると300人～700人程度が摂食障害を抱えていることとなります。(平成28(2016)年度岡山県学校基本調査結果より推計)</p> <p>○統合失調症については、岡山県精神科医療センターにおいて、平成26(2014)年度より精神病床に入院中の難治性患者に対して、精神科病院と他の医療機関とのネットワーク等、地域での支援体制を構築し、難治性患者の地域生活への移行を支援することを目的とした、難治性精神疾患地域連携体制整備事業を行っています。</p> <p>○重度アルコール依存症入院医療管理加算届出医療機関が7施設あります(平成27(2015)年診療報酬施設基準)。その他薬物等依存症については、岡山県精神科医療センターを中心に医療が提供されています。依存症に関する専門的な相談支援、関係機関との連携調整等を実施する「依存症治療拠点機関」として岡山県精神科医療センターを指定しており、地域における依存症の治療・回復支援体制の構築を図っています。</p>	<p>○現在整備されている専門医療を担当する医療機関と、他の医療機関との連携により、専門医療が全県で共有される必要があります。</p> <p>○摂食障害患者が早期に適切な支援が受けられるよう、摂食障害に対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進が必要です。</p> <p>○統合失調症患者が早期に適切な支援が受けられるよう、専門職の養成、治療抵抗性統合失調症治療薬等による専門的治療の普及を推進するための多職種連携・多施設連携体制の構築が必要です。</p> <p>○依存症(アルコール・薬物・ギャンブル等)に対応できる専門職の養成、発生予防・進行予防・再発予防の各段階での医療や相談支援体制の構築が必要です。</p> <p>○依存症に対する正しい知識の普及啓発が必要です。</p>

<p>○高次脳機能障害については、支援拠点機関である川崎医科大学附属病院及び旭川荘を中心に、地域の医療機関や行政機関等とも連携して支援しています。</p> <p>○てんかん患者については、平成27（2015）年度に小児神経科、神経内科、脳神経外科などが連携した高度な専門治療に取り組む岡山大学病院を県のてんかん診療拠点機関として指定し、てんかんに関する知識の普及啓発、患者・家族の相談支援・治療、医療従事者への研修、地域連携支援体制の構築のための協議会の開催等に取り組んでいます。</p> <p>○医療観察法対象者に対して人権に配慮した医療を提供するため、岡山県精神科医療センターが指定入院医療機関に指定されています。また、保護観察所と県内7か所の指定通院医療機関、保健所、精神保健福祉センター、市町村等が連携し、対象者の地域生活移行を支援しています。</p> <p>○小児科医や乳幼児健診に携わる医師に対する研修を実施するなど、発達障害の早期発見及び早期支援のための体制整備を進めています。</p>	<p>○地域における関係機関との連携及び支援手法の普及を強化し、支援体制の充実を図ることが必要です。</p> <p>○てんかん診療拠点機関（岡山大学病院）を中心とした県内医療機関や教育機関等との連携強化によるてんかん患者への適切な支援が必要です。</p> <p>○乳幼児健診等を通じて発達障害の疑いのある子どもを早期に把握し、確実に診断や療育等の適切な支援につなげる必要があります。</p> <p>○早期療育のほか、就学期や成人期において必要な支援が受けられるよう、各地域において適切に発達障害の診断や発達支援ができる専門的な医療機関や支援機関を確保する必要があります。</p>
--	---

図表7-1-5-19 専門病床の状況（平成27（2015）年6月30日現在）

全病床数計	専門病床（精神病床の内数）				
	アルコール	アルコール・薬物混合	児童思春期	合併症	医療観察法
5,510	48	50	18	391	33※

（注）合併症の病床については、精神科病院から「身体疾患、精神疾患共に入院治療を必要とする合併症症例の受け入れが常時可能」と回答があった病床数を集計したもの。  
（資料：厚生労働省「平成27（2015）年精神保健福祉資料」）  
※ 医療観察法の病床数については厚生労働大臣の指定病床数。

## 2 施策の方向

項 目	施策の方向
専門医療	<ul style="list-style-type: none"> <li>○児童思春期精神医療、治療抵抗性統合失調症、依存症、高次脳機能障害、てんかん、発達障害等、専門的な医療を提供する医療機関を確保します。</li> <li>○児童思春期精神医療については、多職種によるチーム医療や学校との連携などの成果を活かしつつ、対象者の成長段階に応じた医療の提供を目指します。</li> <li>○岡山県精神科医療センターにおいて、民間の医療機関では対応困難な救急・急性期患者やアルコール・薬物・ギャンブル等依存症患者、児童思春期事例、治療抵抗性統合失調症等の対応を行っていますが、さらに、他の精神科医療機関等との連携を推進するとともに、生活の場でも継続した適切な医療が提供できるよう取組を行っていきます。</li> <li>○岡山県アルコール健康障害対策推進計画に基づき、不適切な飲酒の影響による心身の健康障害や、さらにはそこから引き起こされるアルコールに関連する社会問題（飲酒運転、暴力、虐待、自殺等）について、広く県民に理解を深めてもらうよう取り組みます。</li> <li>○てんかんについては、てんかん診療拠点機関（岡山大学病院）が県内医療機関等との連携強化によりてんかん診療の拠点施設として機能するよう、連携を強化して取組を促進します。</li> <li>○発達障害の疑いのある子どもを早期に把握し、確実に専門機関での診断や療育等の適切な支援につなげるための取組を進めます。</li> <li>○子どもの心の診療拠点病院を中心に、各地域において、発達障害に専門的に携わる医師や関係専門職の育成等を図り、全県的なネットワークの構築を進めます。</li> <li>○発達障害について身近に相談できるかかりつけ医等の医療従事者を養成するための研修を実施します。</li> <li>○専門医療にかかる患者についても、障害福祉サービス事業者等との連携により早期に退院し、地域で生活ができる体制の整備を進めます。</li> </ul>

## (6) 認知症

### 1 現状と課題

現 状	課 題
<p>○県内における「認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ」以上の認知症の人の数は、平成28（2016）年度時点で約66,000人と推計され、平成37（2025）年度には約79,000人に増加すると見込まれます。（長寿社会課「第7期岡山県高齢者保健福祉計画・介護保険事業支援計画」（平成30（2018）年3月）・図表7-1-5-20）</p> <p>○医療機関を受診している認知症の患者数は約10,000人、医療機関に入院している認知症の患者数は約14,000人と推計されています。（厚生労働省「平成26（2014）年患者調査」）</p> <p>○認知症の大部分を占めるアルツハイマー病や脳血管性認知症は、生活習慣病（高血圧症、糖尿病、脂質異常症など）との関連があるとされています。</p> <p>○厚生労働省研究班の調査によると、18～64歳人口における人口10万人当たりの若年性認知症の人の数は、47.6人と推計されています。（厚生労働省平成21（2009）年3月発表資料）</p> <p>○認知症の人の診療に習熟し、かかりつけ医の相談役や、医療機関と地域包括支援センター等との連携の推進役となる認知症サポート医を養成しています。（長寿社会課・平成28（2016）年度末実績・図表7-1-5-21）</p>	<p>○急増する認知症の人に対応するため、地域の実情に応じた支援体制の構築が必要です。</p> <p>○認知症は早期治療により、未治療の場合と比べ、長い期間症状の軽い状態で地域生活を維持することができます。</p> <p>○医療機関を受診していない認知症患者が多く存在していると推測されます。</p> <p>○認知症の発症予防のために、健康なライフスタイル（運動・栄養）の推進が必要です。</p> <p>○若年性認知症に関する普及啓発を行い、早期診断・早期対応へとつなげていく必要があります。</p> <p>○居場所づくり・就労・社会参加支援など若年性認知症の特性に配慮した支援が必要です。</p> <p>○認知症サポート医は岡山市・倉敷市に偏在していることから、地域バランスを考慮した養成が必要です。</p>



- かかりつけ医による早期診断・早期対応を推進するため、かかりつけ医に対する研修を実施しています。(長寿社会課・平成28(2016)年度末実績・図表7-1-5-21)
- 歯科医師による口腔機能の管理や薬剤師による服薬指導等を通じた早期発見を推進するため、歯科医師及び薬剤師に対する研修を実施しています。(長寿社会課・平成28(2016)年度末実績・図表7-1-5-21)
- 県内9医療機関を認知症疾患医療センターに指定し、周辺症状や身体合併症を伴う認知症患者の受入体制を整備しています。(長寿社会課・平成29(2017)年8月末実績)
- 認知症疾患医療センターにおいて、認知症の鑑別診断や、認知症に関する研修会等を実施しています。
- 認知症による新規入院患者の2か月以内退院率は44.6%(全国30.6%)となっています。(厚生労働省「平成27(2015)年度精神保健福祉資料」)
- 一般病院において認知症の人が適切な医療を受けることができるよう、病院に勤務する医療従事者や看護職員向けの研修を実施しています。(長寿社会課・平成28(2016)年度末実績・図表7-1-5-21)
- かかりつけ医による早期診断・早期対応と日常の健康管理が重要であることから、更なる受講者の増加を図る必要があります。
- かかりつけ医等と、認知症に関する専門的知識を有する医師との連携の促進が必要です。
- 歯科医師、薬剤師が、認知症の疑いのある人に早期に気づき、かかりつけ医等と連携して対応できるよう体制を整備する必要があります。
- 他の認知症疾患医療センターや医療機関等と連携しながら、地域の拠点としての機能を確保していく必要があります。
- 保健医療・介護・福祉関係者と認知症疾患医療センターの連携体制の構築が必要です。
- 精神科医療施設への入院は、周辺症状の増悪期に限られることが重要であり、症状緩和後の早期退院を進めるため、医療機関と介護支援専門員等との連携体制の整備や退院後の生活を支える介護職員の対応力向上が必要です。
- 認知症は、症状が重症化してから精神科病院へかかるケースが多いため、入院が長期化する傾向にあることから、早期発見が重要です。
- 認知症の人が身体合併症を併発したとき、外来診療や入院治療に対応可能な医療機関が必要です。

○認知症介護に携わる人材の資質向上を図ることにより、適切なケアが行われるよう、国の研修体系に沿って介護従事者への研修を実施しています。(長寿社会課・平成28(2016)年度末実績・図表7-1-5-21)

○医療・介護等の連携を推進するため、認知症地域連携パスや認知症ケアパスの作成や運用体制の構築に係る経費への補助を行っています。

○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の養成に取り組んでおり、これまで累計136,336人が養成講座を受講しています。(長寿社会課・平成28(2016)年度末実績)

○認知症サポーター養成講座の講師役を担うキャラバン・メイト<sup>※</sup>の養成研修を実施しており、累計2,428人が受講しています。(長寿社会課・平成28(2016)年度末実績)

○「認知症コールセンター」を運営し、認知症の人とその家族等からの相談に応じています。

○認知症の人とその家族、地域住民の交流事業を実施しています。

○認知症の疑いのある人等への訪問支援を行う認知症初期集中支援チームが10市町に、医療・介護等の連携を推進する認知症地域支援推進員が19市町村に配置されています。(長寿社会課・平成28(2016)年度末実績)

○良質な介護を担う人材を質・量ともに確保していく必要があります。

○認知症の発症初期の段階から終末期に至るまで、容態に応じた適切な医療・介護サービスが切れ目なく提供される体制を構築する必要があります。

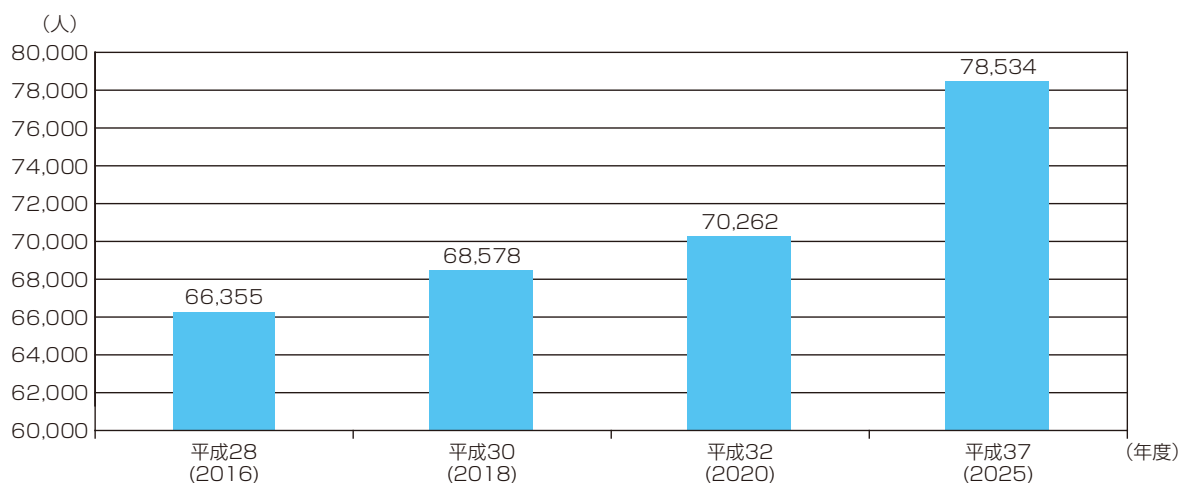
○認知症の人の約半数が在宅で生活していることから、在宅療養を支える看護・介護従事者が認知症ケアの知識・技術を修得する必要があります。

○認知症に関する正しい知識について、引き続き県民への普及啓発が必要です。

○認知症の人を身近で支える家族等への支援を継続する必要があります。

○すべての市町村に配置される見込みの認知症初期集中支援チームと認知症地域支援推進員による地域の実状に応じた効果的な活動を推進する必要があります。

図表7-1-5-20 岡山県内の「認知症高齢者の日常生活自立度」がⅡ以上の人の推計



※「認知症高齢者の日常生活自立度」Ⅱとは、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる状態

(資料：岡山県長寿社会課「第7期岡山県高齢者保健福祉計画・介護保険事業支援計画」(平成30(2018)年3月))

図表7-1-5-21 認知症ケアに携わる人材育成について

研修名	修了者数	概要
認知症サポート医養成研修	130人	かかりつけ医の相談役や、医療と介護の連携の推進役となる人材を養成するもの
かかりつけ医認知症対応力向上研修	1,567人	かかりつけ医が、適切な認知症診療の知識・技術等を学ぶもの
歯科医師認知症対応力向上研修	82人	歯科医師が、認知症の人や家族を支えるために必要な基本知識等を学ぶもの
薬剤師認知症対応力向上研修	201人	薬剤師が、認知症の人や家族を支えるために必要な基本知識等を学ぶもの
病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修	841人	一般病院の医師や看護師等が、認知症の症状の特徴や適切な対応方法等を学ぶもの
看護職員認知症対応力向上研修	65人	看護職員が、認知症ケアの基本知識や認知症の特徴に対する実践的な対応力等を学ぶもの
認知症介護実践研修(実践者研修)	8,145人	介護保険施設・事業所等の従事者が、認知症介護の理念、知識及び技術を学ぶもの
認知症介護実践研修(実践リーダー研修)	989人	実践者研修修了者が、ケアチームのリーダーとなるための知識及び技術を学ぶもの
認知症介護指導者養成研修	44人	認知症介護実践研修を企画・立案し、講義を行うことのできる人材を養成するもの

(資料：岡山県長寿社会課)

#### ※ キャラバン・メイト

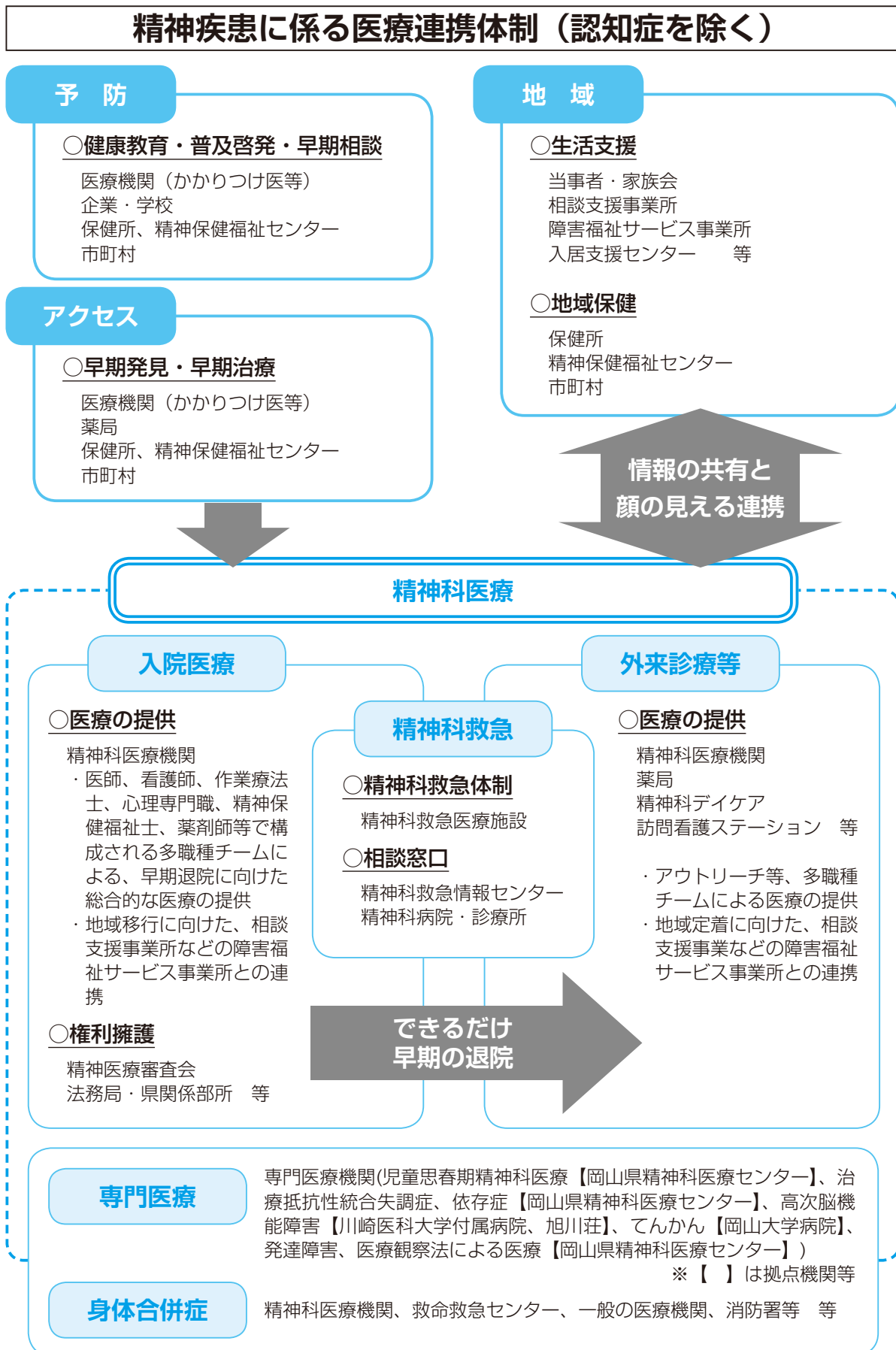
認知症サポーターを養成する「認知症サポーター養成講座」を開催し、講師役を務めていただく人です。

## 2 施策の方向

項 目	施策の方向
発症予防 早期診断 早期対応	<ul style="list-style-type: none"> <li>○認知症の発症を予防するため、規則正しくバランスの取れた食生活や運動習慣の定着、適正体重の維持、禁煙の促進、多量飲酒の防止などを通じて、生活習慣病の発症予防、重度化予防に努めます。</li> <li>○県民への普及啓発により、自身や身近な人の認知症に早期に気付いて速やかに適切な機関に相談できる意識の醸成を図ります。</li> <li>○かかりつけ医が、認知症の疑いがある人を必要に応じて専門医療機関につなぐとともに、診断後の日常の健康管理を適切に行えるよう研修を実施します。</li> <li>○若年性認知症の人が適切な支援を受けられるよう、相談窓口となる市町村や地域包括支援センターの職員等への研修を実施するとともに、県民を対象としたセミナー等の開催により、若年性認知症の啓発を進めます。</li> </ul>
医療・介護連携体制 の整備	<ul style="list-style-type: none"> <li>○認知症疾患医療センターを中核として、各二次保健医療圏ごとに適正な鑑別診断、周辺症状と身体合併症への急性期対応ができる体制を整備します。</li> <li>○地域の実情に応じた認知症地域医療体制が構築されるよう、医師会や市町村と連携して認知症サポート医の養成を進めます。</li> <li>○かかりつけ医が認知症の初期症状や発症後の対応から家族支援の方法まで幅広く学び、認知症への対応力が向上するよう研修を実施します。</li> <li>○身体合併症を伴う認知症の人が、入院により認知症が悪化することなく、適切な治療とケアを受けることができるよう、一般病院に勤務する医療従事者や看護職員に対する研修を実施します。</li> <li>○認知症の人が本人主体の適切なケアを受けられることができるよう、認知症介護従事者に対する研修を実施します。</li> <li>○認知症の人の在宅療養を支える看護・介護従事者、歯科医師、薬剤師に対する研修を実施します。</li> <li>○各二次保健医療圏において、認知症疾患医療センターが中心となり、保健医療・介護・福祉関係者に対する研修や連携協議会等を開催し、地域の関係者の資質向上と連携強化を図ります。</li> <li>○認知症地域連携パスの普及や事例検討会の開催等を通じて医療と介護の連携を推進します。</li> </ul>

地域生活支援	<ul style="list-style-type: none"><li>○認知症サポーターやキャラバン・メイトの養成、県民への普及啓発等により、認知症の人を地域で支えることができる意識の醸成を図るとともに、本人や家族のニーズとサポーターを中心とした支援を繋ぐ仕組み（チームオレンジ）を整備する市町村の取組を支援します。</li><li>○「認知症コールセンター」の運営や、家族交流会の開催などにより、認知症の人やその家族等を支援します。</li><li>○「おかやま若年性認知症支援センター」の運営及び若年性認知症支援コーディネーターの配置、当事者及び家族の集いの開催などにより、若年性認知症の人やその家族等を支援します。</li><li>○すべての市町村に認知症地域支援推進員と認知症初期集中支援チームが配置され、地域の実情に応じた支援体制が構築されるよう先進事例の紹介や人材育成等を通じて市町村の取組を支援します。</li></ul>
--------	---

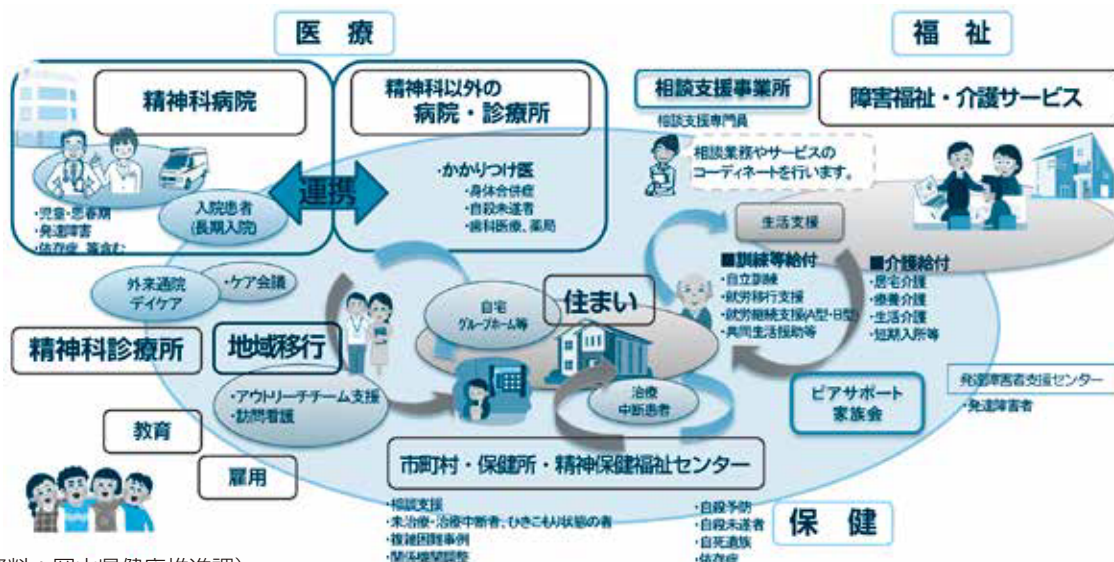
図表7-1-5-22 精神疾患に係る医療連携体制（認知症を除く）



図表7-1-5-23 地域包括ケアシステムにおける精神障害のある人への支援

### 地域包括ケアシステムにおける精神障害のある人への支援

- 精神障害のある人が地域で安心して生活し続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現
- 保健・医療・福祉に加え、雇用、教育に関する支援、当事者の会や家族会などの充実が重要
- 入院医療中心の精神医療から地域に密着した生活支援モデルへの転換
- かかりつけ医がいつでも精神科に相談できるシステムの構築



(資料：岡山県健康推進課)

図表7-1-5-24 地域包括ケアシステムにおける認知症の人への支援

### 地域包括ケアシステムにおける認知症の人への支援

- 認知症になっても、本人の尊厳が重視され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で自分らしく暮らし続けることができる社会の実現を目指す。
- 認知症の人も含めた高齢者の地域での生活を支えるため、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現。
- 若年性認知症の人に対しては、若年性認知症の特性に配慮した就労・社会参加支援等、様々な分野にわたる支援を総合的に実施する。



(資料：岡山県長寿社会課)

### 3 数値目標

項目		現 状	平成35年度末目標 (2023)	備考
自殺死亡率 (人口10万対)		15.7 H28年 (2016)	13.0以下 H38年 (2026)	人口動態調査
かかりつけ医等心の健康対応 力向上研修修了者数(累計)		673人 H29年3末 (2017)	840人以上	事業報告
入院後3か月時点の退院率		67% H26年度 (2014)	69% H32年度 (2020)	精神保健福祉資料 ナショナルデータベース
入院後6か月時点の退院率		82% H26年度 (2014)	84% H32年度 (2020)	精神保健福祉資料 ナショナルデータベース
入院後12か月時点の退院率		88% H26年度 (2014)	90% H32年度 (2020)	精神保健福祉資料 ナショナルデータベース
精神病床における 慢性期(1年以上) 入院患者数	65歳 以上	1,702人 H26年度 (2014)	1,550人以下 H32年度 (2020)	精神保健福祉資料 ナショナルデータベース
	65歳 未満	990人 H26年度 (2014)	680人以下 H32年度 (2020)	精神保健福祉資料 ナショナルデータベース
ピアサポーター登録者数		44人 H28年度 (2016)	80人	健康推進課調査
認知症サポート医の数		130人 H29年3月末 (2017)	166人 H33年3月末 (2021)	長寿社会課調査
かかりつけ医認知症対応力 向上研修修了者数(累計)		1,567人 H29年3月末 (2017)	1,940人以上 H33年3月末 (2021)	事業報告
歯科医師認知症対応力向上 研修修了者数(累計)		82人 H29年3月末 (2017)	340人以上 H33年3月末 (2021)	事業報告
薬剤師認知症対応力 向上研修修了者数(累計)		201人 H29年3月末 (2017)	550人以上 H33年3月末 (2021)	事業報告
病院勤務の医療従事者向け 認知症対応力向上研修 修了者数(累計)		841人 H29年3月末 (2017)	2,900人以上 H33年3月末 (2021)	事業報告
看護職員認知症対応力向上 研修修了者数(累計)		65人 H29年3月末 (2017)	150人以上 H33年3月末 (2021)	事業報告



認知症疾患医療センター数	9か所 H29.8.1 (2017)	二次保健医療圏 ごとに1か所以上 H33年3月末 (2021)	事業報告
認知症サポーター養成講座 受講者数（累計）	136,336人 H29年3月末 (2017)	180,000人 H33年3月末 (2021)	全国キャラバン・メイト 連絡協議会調査

（参考）精神疾患の医療に係る医療機関等

（平成30（2018）年4月1日現在）

医療機関名等	備考
措置入院患者を受け入れることができる病院 岡山大学病院 岡山県精神科医療センター 河田病院 慈圭病院 万成病院 林精神医学研究所附属林道倫精神科神経科病院 山陽病院 （一財）浅羽医学研究所附属岡南病院 倉敷仁風ホスピタル ももの里病院 こころの医療たいよの丘ホスピタル 向陽台病院 積善病院 希望ヶ丘ホスピタル	
応急入院指定病院 岡山県精神科医療センター 慈圭病院 林精神医学研究所附属林道倫精神科神経科病院 希望ヶ丘ホスピタル	
精神科救急情報センターを運営している病院 岡山県精神科医療センター	
認知症疾患医療センター 平成29（2017）年8月1日現在 岡山大学病院 慈圭病院 川崎医科大学附属病院 倉敷平成病院 きのこエスポール病院 こころの医療たいよの丘ホスピタル 向陽台病院 積善病院 岡山赤十字病院	岡山市

## 第2節 医療法で定める5事業及び在宅医療

### 1 救急医療

#### 1 現状と課題

##### (1) 病院前救護活動

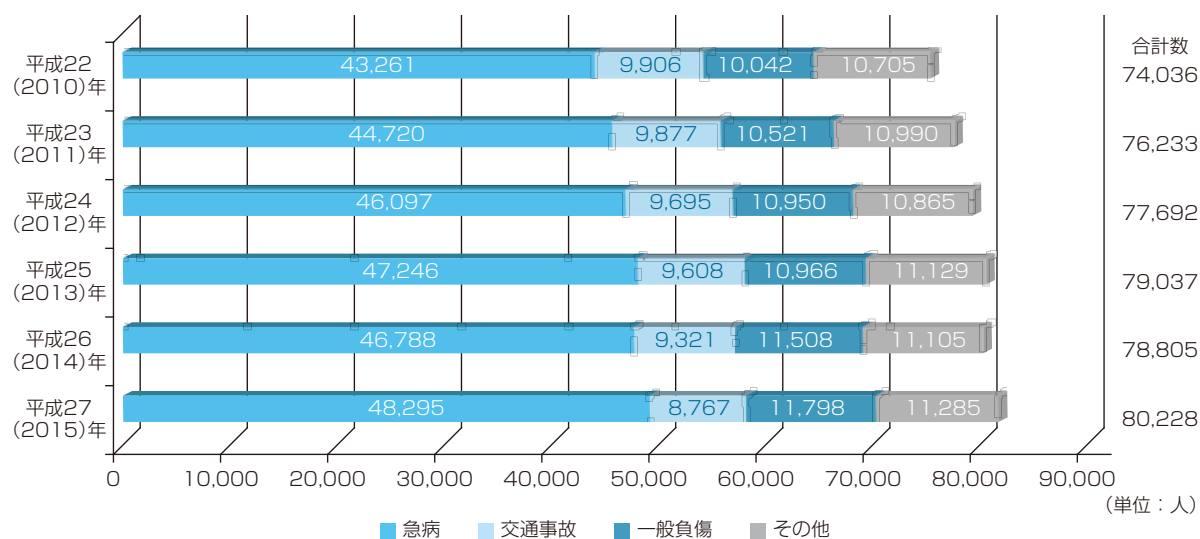
###### ① 県民への救命処置の普及とAED（自動体外式除細動器）の設置

現 状	課 題
<p>○平成18（2006）年から平成27（2015）年の10か年の集計では、本県における「心臓が原因で心肺機能が停止した時点が一般市民により目撃された人」の1か月後生存率は11.8%、1カ月後社会復帰率は7.8%といずれも全国平均（それぞれ11.3%、7.0%）と同程度です。</p> <p>○AEDについては、平成16（2004）年から一般県民の使用が可能となったことを受け、県内での設置が進んでいます。平成29（2017）年3月末で、県又は県内の市町村が設置した施設に2,152台が設置されています。</p>	<p>○AED設置数は増加していますが、平成27（2015）年における一般県民による除細動実施件数は、人口10万人当たり1.1件であり全国平均（1.4件）をやや下回っています。</p> <p>○AEDの使用方法や救急蘇生法に関する講習会については、各消防本部や日本赤十字社岡山県支部等が開催していますが、平成27（2015）年中の本県における県民の講習受講者数は、人口1万人当たり81人と全国平均（112人）をやや下回っています。</p> <p>○一方、平成27（2015）年中の一般県民による心肺機能停止者の目撃件数に対する心肺蘇生実施割合は、61.3%であり、全国平均（55.8%）をやや上回っています。</p> <p>○以上のことから、AEDの設置場所の周知に努めるとともに、使用方法について、広く普及啓発する必要があります。</p>

## ② 消防機関による救急搬送と救急救命士等

現 状	課 題
<p>○本県における平成27（2015）年中の傷病者の搬送人員数は、80,228人で、人口10万人当たり4,175人と全国平均（4,272人）を下回ってはいますが、平成22（2010）年から6,192人増加しています。（図表7-2-1-1）</p> <p>○本県における平成27（2015）年中の救急搬送に要する時間（覚知から医療機関への収容まで）は、平均37.6分と全国平均（39.4分）を下回っています。（図表7-2-1-2）</p> <p>○本県における平成27（2015）年中の重症以上傷病者の搬送（9,745件）に係る受入困難事案の発生状況は、現場滞在時間30分以上の場合が406件（4.2%）で全国平均（5.2%）を下回っているものの、医療機関への受入照会回数が4回以上の場合が478件（4.9%）と全国平均（2.7%）を上回っています。（図表7-2-1-3）</p> <p>また、平成24（2012）年中の状況（それぞれ3.0%、5.1%）と比較すると、現場滞在時間30分以上の事案の発生割合は増加傾向にあります。</p> <p>○本県の救急救命士は平成24（2012）年には370人でしたが、平成28（2016）年には436人に増加しています。（図表7-2-1-4）しかし、救急隊のうち救急救命士が常時救急車に同乗している割合は、84.0%と全国平均（89.3%）を下回っています。</p>	<p>○適切な救急搬送体制を維持するため、県内の各地域において、傷病者の搬送及び受入れが円滑に行われているか、検証する必要があります。</p> <p>○救急搬送人員数、受入困難事案数が増加する中で、傷病者が適切な医療機関で治療を受けられるよう、地元消防本部と医療機関等が十分連携し、より円滑な搬送体制を確保するための環境を整える必要があります。</p> <p>○現場滞在時間30分以上の事案の発生割合が増加傾向にあることから、平成23（2011）年3月に策定した「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」を検証する必要があります。また、医療機関の応需情報や消防機関の搬送情報等を関係機関で共有できる環境を整える必要があります。</p> <p>○救急患者の搬送人員数が年々増加し、救急救命士の役割が増大していく中で、救急救命士の確保とメディカルコントロール※体制のもとにおける資質の向上が求められています。</p>

図表7-2-1-1 救急自動車による事故種別救急搬送人員の状況



(資料：岡山県消防保安課「岡山県消防防災年報」)

図表7-2-1-2 搬送の平均時間（覚知から医療機関への収容までの時間） (単位：分)

	平成22年 (2010)	平成23年 (2011)	平成24年 (2012)	平成25年 (2013)	平成26年 (2014)	平成27年 (2015)
岡山県	33.5	34.5	35.5	36.7	37.3	37.6
全国	37.4	38.1	38.7	39.3	39.4	39.4

(資料：消防庁「救急・救助の現況」)

図表7-2-1-3 重症以上傷病者の搬送に係る医療機関への受入照会回数4回以上  
又は現場滞在時間30分以上の事案の占める割合 (単位：%)

	4回以上				30分以上			
	H24 (2012)	H25 (2013)	H26 (2014)	H27 (2015)	H24 (2012)	H25 (2013)	H26 (2014)	H27 (2015)
岡山県	5.1	6.1	5.6	4.9	3.0	4.1	4.1	4.2
全国	3.8	3.4	3.2	2.7	5.2	5.4	5.3	5.2

(資料：消防庁「平成27 (2015) 年中の救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査」)

図表7-2-1-4 県内救急救命士の数 (単位：人)

	H24.4.1 (2012)	H25.4.1 (2013)	H26.4.1 (2014)	H27.4.1 (2015)	H28.4.1 (2016)
救急救命士数	370	397	417	426	436
うち気管挿管認定	248	275	301	320	332
うちアドレナリン投与認定	357	378	394	408	420

(資料：消防庁「救急・救助の現況」)

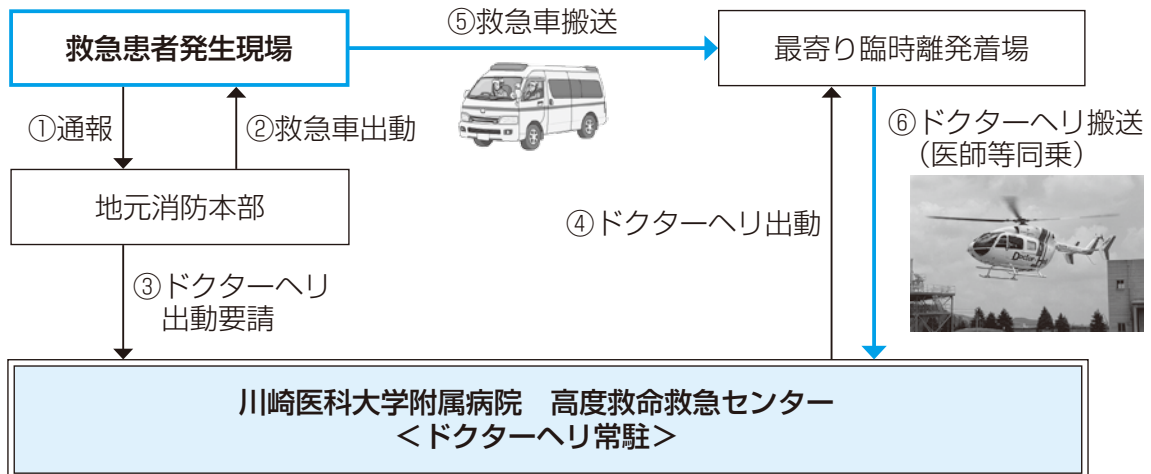
## ※ メディカルコントロール

救急救命士を含む救急隊員が救急現場で行う応急措置等の質を医学的観点から保障することです。

## ③ ドクターヘリの活用

現 状	課 題
<p>○救急現場から治療を開始し、短時間で医療機関等に収容するために、川崎医科大学附属病院が運航するドクターヘリを活用し、救命率の向上や後遺障害の軽減を図っています。(図表7-2-1-5)</p> <p>○ドクターヘリは年間400件程度出動していますが、そのうち約3割は病院間搬送であり、搬送に時間を要する中山間部等の救急医療体制の強化に大きく貢献しています。(図表7-2-1-6)</p> <p>○中国5県、関西広域連合及びドクターヘリの基地病院の11者で、各県等が運用するドクターヘリの相互利用等を定めた広域連携に係る協定を締結し、救急医療体制の充実を図っています。</p> <p>○ドクターヘリと併せて消防防災ヘリ等も救急患者の搬送に活用されており、岡山県消防防災ヘリは県内で年間20件程度、救急活動のため出動しています。</p>	<p>○ドクターヘリの運航にあたっては、消防本部等関係機関との連携により、安全確保に努める必要があります。</p>

図表7-2-1-5 救急患者発生現場への出動の例



(資料：岡山県医療推進課)

図表7-2-1-6 ドクターヘリ運航件数 (単位：件)

年 度	H22 (2010)	H23 (2011)	H24 (2012)	H25 (2013)	H26 (2014)	H27 (2015)	H28 (2016)
出動件数	429	408	424	376	366	391	376
うち現場出動	277	305	304	262	286	273	280
うち施設間搬送	152	103	120	114	80	118	96

(資料：学校法人川崎学園川崎医科大学附属病院「ドクターヘリ運航実績報告書」)

※ 岡山県ドクターヘリの活動の詳細については、県のホームページに掲載しています。

HPアドレス：<http://www.pref.okayama.jp/page/543885.html>

#### ④ 救急医療情報システムの整備

現 状	課 題
○県民に対して、休日夜間の救急医療情報を提供するとともに、消防機関に対して、救急患者の搬送先の選定に必要な医療機関の応需情報の提供を行い、さらに、消防機関の搬送情報を関係機関で共有する救急医療情報システムを運用しています。	○医療機関と消防機関が情報を入力しやすい環境を整え、積極的な情報入力を働きかける必要があります。

## (2) 救急医療体制

### ① 救急医療体制の整備

現 状	課 題
○県内の救急医療体制は、患者の緊急度や重症度に応じて、軽症患者への外来診療を行う初期救急医療体制、入院や手術等を必要とする救急患者に対応する二次救急医療体制、重篤な救急患者に24時間体制で高度な医療を提供する三次救急医療体制と計画的かつ体系的に整備されています。(図表7-2-1-7)	○県内5保健医療圏ごとに、地域の実情に応じた初期、二次、三次の救急医療体制の整備を図り、救急医療施設相互の役割分担と連携の促進に努める必要があります。

### ② 初期救急医療体制

現 状	課 題
○軽症患者への外来診療を行う初期救急医療体制として、24の郡市医師会が休日日中を中心に在宅当番医制を実施しているとともに、岡山市、倉敷市及び新見市が休日(準)夜間急患センターを運営しています。(図表7-2-1-8)	○救急隊に搬送された人員のうち、5割弱を軽症者が占めるため、県民に対して、救急車の適正利用等を普及啓発する必要があります。(図表7-2-1-9)
○本県における一般診療所のうち、初期救急医療に参画する診療所の割合は33.3%で全国平均(16.5%)を大きく上回っています。	

図表7-2-1-9 傷病程度別搬送人員

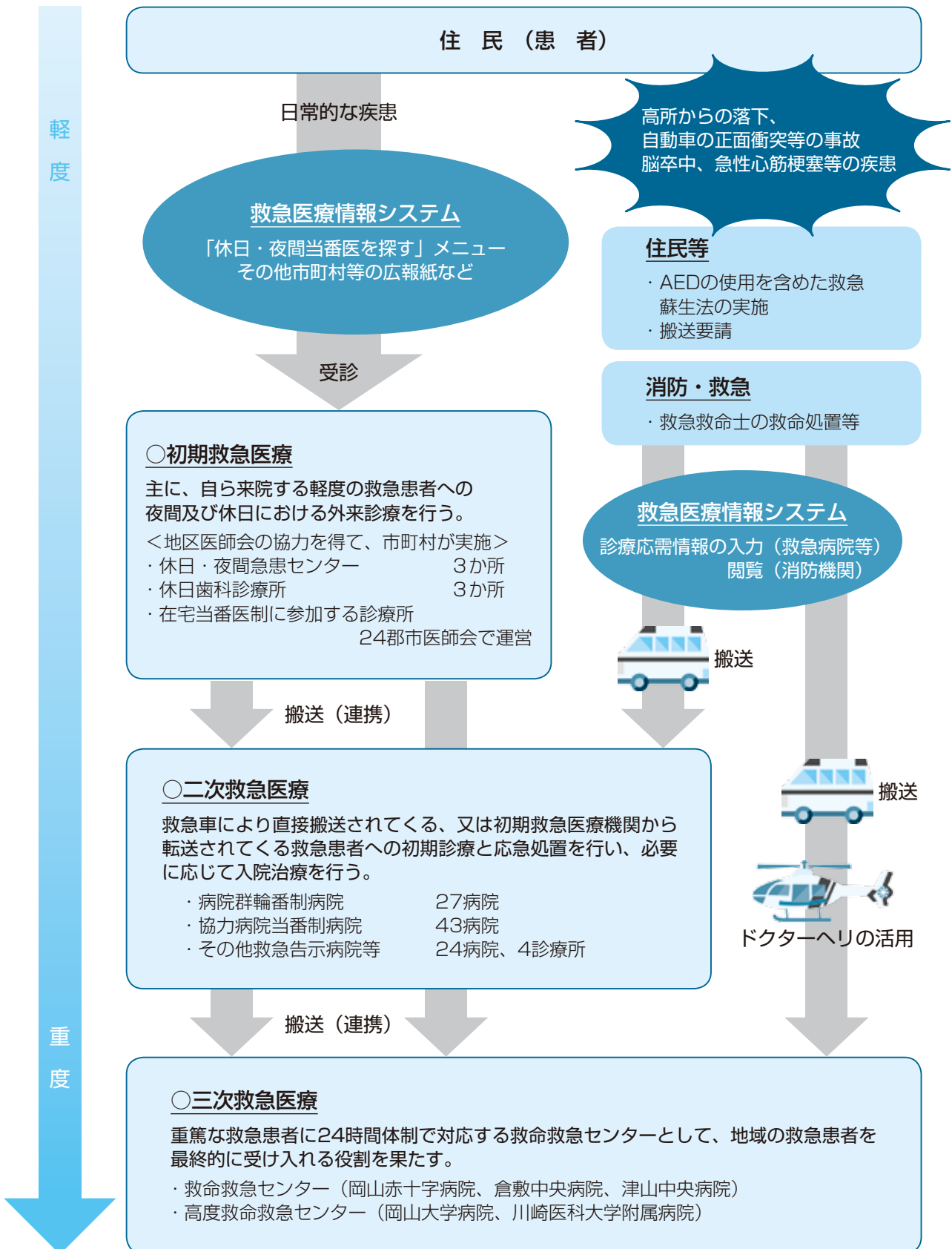
(単位：人)

	平成24年 (2012)	平成25年 (2013)	平成26年 (2014)	平成27年 (2015)
合 計	77,692	79,037	78,805	80,228
死 亡	1,845	1,725	1,814	1,788
重 症	9,967	9,874	9,710	10,505
中等症	28,502	29,718	30,437	30,869
軽 症	37,316	37,695	36,826	37,044
その他	62	25	18	22
軽症の占める割合	48.0%	47.8%	46.8%	46.2%

(資料：消防庁「救急・救助の現況」)

図表7-2-1-7 救急医療体制

○軽症患者を受け入れる初期救急医療体制、入院の必要な患者等を受け入れる二次救急医療体制、重篤な患者等を受け入れる三次救急医療体制で対応

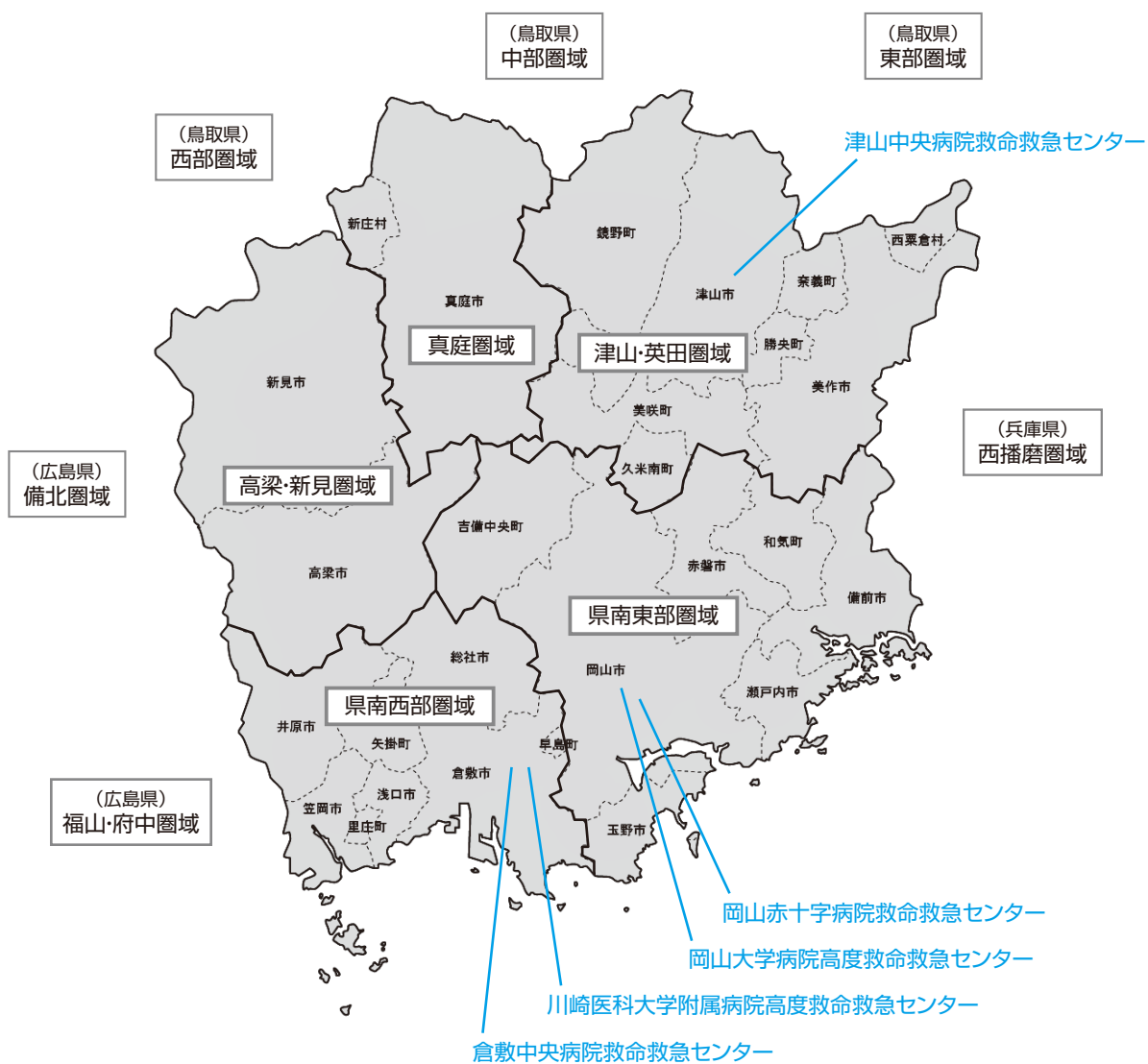


（資料：岡山県医療推進課）



図表7-2-1-8

(平成30(2018)年4月1日現在)



(施設数、医師会数)

	県南東部圏域		県南西部圏域		高梁・新見圏域		真庭圏域		津山・英田圏域		計					
	休日	夜間	休日	夜間	休日	夜間	休日	夜間	休日	夜間						
休日夜間急患センター	1	○	△	1	○	△	1	○	△	-	-	-	3			
休日歯科診療所	1	○	-	1	○	-	-	-	-	1	○	-	3			
在宅当番医 (地区医師会)	10	○	△ 御津	9	○	△ 児島・ 玉島・ 吉備	2	○	-	1	○	-	5	○	△ 津山	24
救急告示医療機関	36	○	○	35	○	○	5	○	○	6	○	○	7	○	○	89
— 病院群輪番制病院	6	○	○	2	○	○	7	○	-	6	○	-	6	○	-	27
— 協力病院当番制病院	26	○	-	17	○	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	43
— その他救急告示病院等	10	○	○	16	○	○	-	-	-	-	-	-	2	○	○	28
小児救急医療拠点病院	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	○	○	1
小児救急医療支援事業	-	-	-	2	○	○	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
救命救急センター (高度含む)	2	○	○	2	○	○	-	-	-	-	-	-	1	○	○	5

(注) 「△」については、準夜間(深夜を除く時間帯)の対応を表します。  
複数の圏域で在宅当番医を実施する地区医師会があるため、医師会数の計は一致しません。

(資料：岡山県医療推進課)

### ③ 二次救急医療体制

現 状	課 題
<p>○入院や手術等を必要とする救急患者に対応する二次救急医療体制として、県内5つの二次保健医療圏で27病院による病院群輪番制度<sup>※1</sup>が実施されるとともに、病院群輪番制度を補完するため、県南の2保健医療圏で43病院による協力病院当番制度<sup>※2</sup>が実施されています。</p> <p>○「救急病院等を定める省令」（昭和39（1964）年厚生省令第8号）に基づき、救急隊によって搬送される患者を受け入れる医療機関を確保するため、89の病院等を救急告示施設として認定しています。（図表7-2-1-8）</p>	<p>○傷病者の搬送人員数が増加し、二次救急医療等を担う医療機関の負担が大きくなっています。（図表7-2-1-1）</p>

### ④ 三次救急医療体制

現 状	課 題
<p>○重篤な救急患者に24時間体制で高度な医療を提供する三次救急医療体制として、5施設（川崎医科大学附属病院、岡山赤十字病院、津山中央病院、岡山大学病院及び（公財）大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院）を救命救急センターに指定しています。また、広範囲熱傷、指肢切断、急性中毒等の特殊疾病患者を受け入れる高度救命救急センターとして、川崎医科大学附属病院及び岡山大学病院を指定しています。（図表7-2-1-8）</p>	<p>○救命救急センターが重篤な患者を24時間体制で円滑に受け入れられるよう、二次救急医療機関との連携を図る必要があります。</p>

#### ※1 病院群輪番制度

重症救急患者の医療を確保するため、二次保健医療圏内の二次救急医療を担う病院が相互に連携し、休日及び夜間を輪番で担当することにより、診療を行う制度です。

#### ※2 協力病院当番制度

二次保健医療圏内の人口密度及び病院群輪番制病院までの距離等を考慮し、必要な地域について病院群輪番制度を補完するため、協力病院による休日日中の当番制を実施し、圏域における二次救急医療体制の充実を図るための制度です。

## ⑤ 県境部における救急医療体制の整備

現 状	課 題
<p>○本県における平成26（2014）年から平成28（2016）年までの3か年平均の県外への救急患者搬送は1,240人であり、救急患者搬送全体の1.5%を占めています。このうち、広島県への搬送が70%を超えています。</p> <p>○県境部における救急医療体制について協議を行うため、隣県、隣接市、関係地区医師会等とともに県境を越えた医療広域連携会議を開催しています。</p>	<p>○県境部においては、地元消防本部に隣県医療機関の輪番情報が提供されないことや、県内の多くの軽症患者等が隣県医療機関を受診することで当該医療機関の負担が大きくなること等が課題となっており、この解決に取り組む必要があります。</p>

## 2 施策の方向

項 目	施策の方向
県民への救命処置の普及とAEDの設置	<p>○市町村（消防本部を含む。）、日本赤十字社岡山県支部等と連携しながら、県民を対象に、AED使用等の一次救命処置（BLS）の普及啓発を図ることにより、住民等の救命活動への参加を促進します。</p> <p>○関係団体と連携しながらAED設置場所の周知に努めます。</p>
消防機関による救急搬送と救急救命士等	<p>○救急搬送体制連絡協議会（岡山県メディカルコントロール協議会）において、関係者間で病院前救護活動の充実に向けた取り組み等について協議し、迅速に搬送が行える体制の整備に努めます。</p> <p>○救急隊が傷病者を速やかに医療機関へ搬送できるよう、消防法に基づき策定した「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準（平成23（2011）年3月）」について、この基準が有効に機能するよう、必要に応じて岡山県メディカルコントロール協議会で運用状況の検証を行います。</p> <p>○大学病院や救急医療機関、消防本部等と連携し、救急救命士の養成確保に努めるとともに、検証会議等を通じて、救急救命士及び救急医療従事者の資質向上に努めます。</p>

ドクターヘリの活用	○ドクターヘリ運航調整委員会、活動検証会等を通じて、ドクターヘリと消防機関、救急医療機関等との連携を促進し、安全確保に努めるとともに、隣接県とのドクターヘリの相互利用などによる県境を越えた広域的な連携等、効果的・効率的な事業実施に向けた調整を行います。
救急医療情報システムの整備	○救急医療情報システム運営委員会等を通じて、医療機関や消防機関からの意見を集約し、救急医療情報システムの改修や、適宜、運用方針の調整を行い、救急隊による傷病者搬送の円滑化を図ります。
救急医療体制の整備	<p>○傷病者の症状に応じて、初期、二次、三次の救急医療機関が相互に連携しながら救急患者を受け入れることができる体制の充実に向けて、圏域ごとに検討を行い、地域の実情を反映した救急医療体制の整備を図ります。</p> <p>○県民を対象に、適切な救急医療機関の利用等についての普及啓発を図ります。</p> <p>○在宅当番医の診療時間の拡充を推進するなど、市町村や地元医師会と連携しながら地域の実情に応じた初期救急医療体制の充実を図ります。</p> <p>○川崎医科大学の寄付講座「救急総合診療医学講座」の指導医が中山間地域等に赴き、救急総合診療を担う医師等を対象とした研修会の開催等により、救急総合診療の地域への普及を図ります。</p> <p>○市町村等と連携し、救急医療体制の円滑な運営に努めます。</p> <p>○二次・三次救急医療機関に勤務する医師の処遇改善、地域における連携体制の構築及び関係機関の情報共有等により、二次・三次救急医療機関の負担軽減に努めます。</p> <p>○県境地域において、患者の流出や流入など地域の実情に応じた円滑な患者搬送等について検討するとともに、県境を越えた医療広域連携会議を今後も開催し、課題を抽出して必要な対策を検討します。</p>

\*精神科救急医療は、本章第1節、5精神疾患の医療（3）精神科救急医療において、小児救急医療は、本章第2節、5小児医療（小児救急医療を含む）において記述しています。

## 2 災害時における医療

### 1 現状と課題

#### (1) 災害時における医療の提供

現 状	課 題
<p>○医療救護活動を開始する必要がある場合は、岡山県地域防災計画に基づき、災害保健医療調整本部及び地域災害保健医療調整本部を設置し、関係機関と連携して災害時の医療救護体制を構築し、被災者の救護を行うこととしています。(図表7-2-2-1)</p> <p>○災害時に、迅速かつ的確な医療救護活動が行えるよう、日本赤十字社岡山県支部、岡山県医師会及び災害拠点病院と連携し、医療救護班やDMATを派遣する体制を整備しています。</p> <p>○災害時には、広域災害救急医療情報システム<sup>※1</sup>により、医療機関の被災状況、患者受入状況、支援要否等の情報を関係機関で共有する体制を整備しています。</p> <p>○中国・四国9県、兵庫県との間で、災害時の医療救護活動について相互応援協定を締結しています。</p> <p>○災害時でも人工透析、難病患者等に対して、継続的な医療を提供できるよう、岡山県医師会透析医部会、市町村等と連携した医療供給体制を確立しています。</p> <p>○災害時の救急医薬品等については、岡山県薬剤師会等関係団体の協力により、確保・供給体制を確立しています。</p> <p>○災害時の医療用血液については、災害拠点病院、日本赤十字社岡山県支部、岡山県赤十字血液センター等関係機関と確保・供給体制を確立しています。</p>	<p>○災害時には、関係機関が連携しながら、被災者の医療救護活動に取り組む必要があるため、平時から、災害を想定した訓練や研修等により、災害時の対応能力を高めておく必要があります。</p> <p>○災害時には、複数の通信手段を確保しておく必要があります。</p> <p>○大規模災害が発生した場合に、国や他の都道府県と連携して広域医療搬送を実施するための具体的な手順等を確認しておく必要があります。</p> <p>○平時から、災害時を想定し、関係機関との連絡体制等を確認しておく必要があります。</p> <p>○災害時に、必要な数量の救急医薬品や医療用血液を迅速に確保できるよう関係機関との連絡体制等を確認しておく必要があります。</p>

○災害時には、災害精神保健医療情報支援システム※<sub>2</sub>により、災害派遣精神医療チーム（DPAT）の派遣要請をはじめ、被災地の状況等の情報を共有する体制を整備しています。

○災害発生に伴う被災者等への心のケア対策を進める必要があります。

**※1 広域災害救急医療情報システム（EMIS（イーミス））**

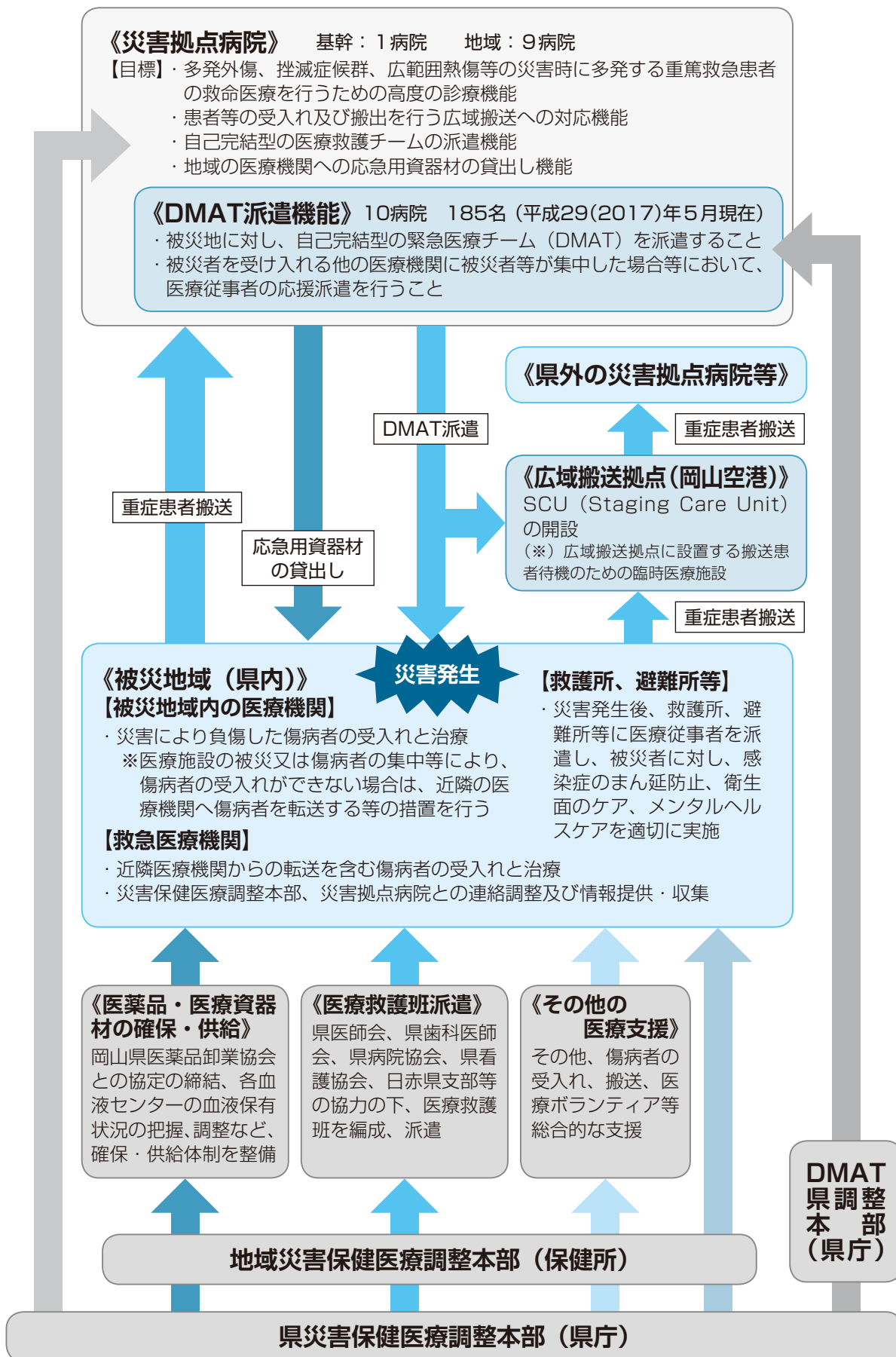
県では、災害発生時に医療機関の被災状況、傷病者の受け入れ状況、支援の要否等の情報を、市町村、消防機関、医師会、災害拠点病院、救急医療機関等と共有するために、国が整備・運用している「広域災害救急医療情報システム（EMIS）」を活用しています。

当該システムの情報は、国や他の都道府県と共有できるため、県域をまたぐ連携にも利用できます。

**※2 災害精神保健医療情報支援システム（DMHISS（ディーミス））**

災害発生時に災害派遣精神医療チーム（DPAT）の派遣要請・登録、被災地の情報提供、活動記録等の情報を共有するために活用しています。

図表7-2-2-1 災害医療の連携体制



(資料：岡山県医療推進課)

## (2) 災害拠点病院・災害拠点精神科病院

現 状	課 題
<p>○災害拠点病院※<sub>1</sub>として、県内の10病院を指定しています。(県南東部保健医療圏では5病院、県南西部保健医療圏では2病院)</p> <p>○県内の災害拠点病院の耐震化率は60.0%で全国平均(87.6%)を大きく下回っています。</p> <p>○災害拠点精神科病院※<sub>2</sub>として、岡山県精神科医療センターを指定しています。</p>	<p>○耐震化が未了の施設では、災害発生時に被災者等への医療を提供できないおそれがあるため、災害拠点病院の耐震化を進める必要があります。</p>

### ※1 災害拠点病院

災害拠点病院とは、地域の災害医療の拠点となり、中心的な役割を担う医療機関として都道府県知事が指定するもので、主に次のような機能を有しています。

- ・ 災害時に多発する重篤救急患者(多発外傷、挫滅症候群、広範囲熱傷等)の救命医療を行うための高度な診療機能
- ・ 傷病者等の受入れ及び搬出を行う広域搬送への対応機能
- ・ 災害派遣医療チーム(DMAT)等自己完結型の医療救護チームの派遣機能
- ・ 地域の医療機関への応急用資器材の貸出し機能

また、災害拠点病院は、「地域災害拠点病院」と、その機能を強化し、災害医療に関して都道府県の中心的な役割を果たす「基幹災害拠点病院」に区分されます。

### ※2 災害拠点精神科病院

災害拠点精神科病院とは、災害時の心のケアに関する中心的な役割を担う医療機関として都道府県知事が指定するもので、主に次のような機能を有しています。

- ・ 災害発生時における精神科医療の提供
- ・ 県内精神科医療施設の被災により入院患者の転院が必要となったときの転院調整
- ・ 被災した精神科医療施設への支援
- ・ DPATの受入・派遣調整
- ・ 災害時の対応に係る研修等の開催



図7-2-2-2 岡山県の災害拠点病院・災害拠点精神科病院一覧表

(平成30(2018)年4月1日現在)

区分	医療機関名	所在市町村	備考
基幹災害拠点病院	岡山赤十字病院	岡山市北区	全 県
地域災害拠点病院	岡山済生会総合病院	岡山市北区	県南東部
//	(独)国立病院機構岡山医療センター	岡山市北区	//
//	岡山大学病院	岡山市北区	//
//	岡山市立市民病院	岡山市北区	//
//	川崎医科大学附属病院	倉敷市	県南西部
//	(公財)大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院	倉敷市	//
//	高梁中央病院	高梁市	高梁・新見
//	総合病院落合病院	真庭市	真 庭
//	津山中央病院	津山市	津山・英田
災害拠点精神科病院	岡山県精神科医療センター	岡山市北区	全 県

(資料：岡山県医療推進課、健康推進課)

**(3) 災害派遣医療チーム (DMAT<sub>※1</sub>)・災害派遣精神医療チーム (DPAT<sub>※2</sub>)**

現 状	課 題
<p>○災害拠点病院において、国や県が実施するDMAT養成研修等、専門的トレーニングを受けた災害派遣医療チーム (DMAT) の確保を進めています。</p> <p>○県と災害拠点病院との間で「おかやまDMATの出動に関する協定」を締結し、関係機関が連携して組織的な活動を行う体制を整備しています。</p> <p>○災害拠点精神科病院において、災害時の医療提供・調整、災害派遣精神医療チーム (DPAT)<sub>※2</sub>に関する体制を整備しています。</p>	<p>○おかやまDMAT隊員として、現在、185人が災害拠点病院に勤務していますが、さらにDMAT隊員の養成確保に努める必要があります。</p> <p>○DMATが関係機関と連携しながら災害発生後の急性期から迅速かつ適切な活動ができるような体制の整備を進める必要があります。</p> <p>○大規模災害に対応した精神科医療及び精神保健活動の支援を行える連携体制の構築を進める必要があります。</p>

※1 災害派遣医療チーム（DMAT（ディーマット）Disaster Medical Assistance Team）

災害発生後の急性期（概ね48時間以内）に活動できる機動性を持った、救急治療を行うための専門的な訓練を受けた医療従事者で編成されるチームです。

岡山県では全ての災害拠点病院がDMATを保有しており、185名がおかやまDMAT隊員として登録されています（平成29（2017）年4月1日現在）。

DMATが災害の急性期から迅速に活動できるよう、県と災害拠点病院との間でDMATの出動に関する協定を締結しています。

※2 災害派遣精神医療チーム（DPAT（ディーパット）Disaster Psychitric Assistance Team）

大規模災害等の後に被災者及び支援者に対して、被災地域の精神保健医療ニーズの把握、他の保健医療体制との連携、各種関係機関等とのマネージメント、専門性の高い精神保健医療の提供と精神保健活動の支援のため、研修・訓練を受けたチームです。

図表7-2-2-3 岡山県のDMAT指定機関一覧表（平成30（2018）年4月1日現在）

区 分	医療機関名	所在市町村	おかやまDMAT 隊員数
基幹災害拠点病院	岡山赤十字病院	岡山市北区	33
地域（県南東部）	岡山済生会総合病院	岡山市北区	20
地域（ // ）	（独）国立病院機構岡山医療センター	岡山市北区	14
地域（ // ）	岡山大学病院	岡山市北区	19
地域（ // ）	岡山市立市民病院	岡山市北区	16
地域（県南西部）	川崎医科大学附属病院	倉敷市	20
地域（ // ）	（公財）大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院	倉敷市	19
地域（高梁・新見）	高梁中央病院	高梁市	9
地域（真 庭）	総合病院落合病院	真庭市	16
地域（津山・英田）	津山中央病院	津山市	19

（資料：岡山県医療推進課）

## (4) SCU (Staging Care Unit : 広域搬送拠点臨時医療施設)

現 状	課 題
○県内で災害が発生した場合に、傷病者を、被災地外の航空搬送拠点や災害拠点病院等に、航空機による医療搬送を行う必要があれば、そのための拠点施設として、岡山空港に、医療資機材を備えたSCU（広域搬送拠点臨時医療施設）を設置することとしています。	○SCUの設置・運営は、(独)国立病院機構岡山医療センター、岡山大学病院、川崎医科大学附属病院が中心となり行いますが、平時の訓練により、それに慣れておく必要があります。また、これらの病院が被災した場合に備えて、他の災害拠点病院でも設置・運営が可能な体制を整備する必要があります。

## (5) NBC災害・テロ対策

現 状	課 題
○放射性物質による災害等に対応できるよう、初期及び二次被ばく医療機関並びに活動マニュアルを定めるなど、被ばく医療体制を整備しています。 ○生物及び化学物質による災害等に対応できるよう、原因物質特定のため川崎医科大学附属病院に化学中毒物質解析機器を整備するとともに、3救命救急センター（川崎医科大学附属病院、岡山赤十字病院及び津山中央病院）に防護服、防毒マスク、除染テント及び簡易劇毒物検査キットを整備しています。	○NBC（N：核物質、B：生物剤、C：化学剤）による災害・テロには、特別な対応が求められることから、訓練等を通じ、医療従事者の対応力向上を図る必要があります。

## 2 施策の方向

項 目	施策の方向
災害時における医療の提供体制の構築	<ul style="list-style-type: none"> <li>○災害発生時には、様々な医療ニーズが急増することから、ニーズに応じた迅速かつ的確な医療救護活動が行えるよう、災害医療コーディネーター<sup>※1</sup>による調整業務を円滑に遂行できる体制の確保に努めるとともに、災害拠点病院と地域の医療機関等による傷病者等の受入・搬送体制の構築を推進します。また、県医師会等と連携し、JMAT<sup>※2</sup>や医療救護班等医療従事者の確保を図ります。</li> <li>○本県で大規模災害が発生した場合に、他県からのDMATやJMAT等を円滑に受け入れるための体制の整備を進めます。</li> <li>○医療機関の被災情報等を共有できるよう、広域災害救急医療情報システム、防災行政無線、衛星携帯電話等を用いた各種訓練や研修等を実施します。</li> <li>○訓練の実施により、SCU（広域搬送拠点臨時医療施設）の設置・運営能力の向上に努めます。</li> <li>○医療機関と消防本部等との連携強化を図るため、災害現場における本部・救護所等の設営訓練やトリアージ<sup>※3</sup>、応急処置、傷病者の搬送訓練等を実施し、災害発生時の対応能力の強化に努めます。</li> <li>○国が実施する大規模地震時医療活動訓練等に参加し、広域搬送を実施するための具体的な手順を確認し、広域搬送体制の強化を図ります。</li> <li>○災害時に人工透析、難病患者等へ必要な医療の提供が確実になされるよう、関係機関と連携し、岡山県医師会透析医部会災害時情報ネットワークの活用等により、患者情報の把握、受入体制の整備に努めます。</li> <li>○災害時に救急医薬品、医療用血液等の確保・供給が確実になされるよう、岡山県医薬品卸業協会、岡山県薬剤師会、岡山県赤十字血液センター等関係団体と連絡手順等の確認を行い、体制強化に努めます。</li> <li>○災害派遣精神医療チーム（DPAT）の研修会を実施するなど、行政機関、県内医療機関との連携強化に努めます。</li> <li>○災害時に医療の支援が必要となる妊産婦・新生児等について、適切に対応できるよう、小児・周産期医療に特化した調整役である災害時小児周産期リエゾン<sup>※4</sup>の養成訓練を通じて、実働可能な体制を整えます。また、日本産科婦人科学会が構築した大規模災害対策情報システムの分娩取扱い施設の情報を有効に活用できる体制の整備を進めます。</li> </ul>
災害拠点病院の整備	<ul style="list-style-type: none"> <li>○災害時にも切れ目なく医療を提供できるよう災害拠点病院や災害時に重要な役割を担う地域の中核病院等の耐震化を促進します。</li> </ul>

災害派遣医療チーム (DMAT) の整備	○被災者の救命率向上を図るため、DMAT隊員の養成・確保に努めるとともに、DMAT隊員の技能維持・向上及び消防等関係機関との連携強化に取り組みます。
NBC災害・テロ対策	○NBC災害やテロに備え、災害拠点病院等と連携し災害等発生時における連携体制や対応能力の強化を図ります。
災害時における心のケア	○被災者の心的外傷後ストレス (PTSD) などに対する心のケア対策が行えるよう、「災害派遣精神医療チーム (DPAT)」の整備を図り、避難所等における精神科医療の支援体制づくりを進めます。

#### ※1 災害医療コーディネーター

災害発生時に医療救護活動が迅速かつ的確に実施されるよう調整等を行うため、知事が委嘱した医師等です。

現在19名が委嘱されており、県災害医療本部等に対するの助言、医療救護班の派遣調整等災害時の医療に関する調整等を行うこととしています。

#### ※2 JMAT (ジェイマット)

日本医師会災害医療チーム (Japan Medical Association Team) は、被災者の生命及び健康を守り、被災地の公衆衛生を回復し、地域医療の再生を支援することを目的としています。JMATの活動内容は、主に災害急性期以降における、避難所・救護所での医療や健康管理、被災地の病院・診療所の支援です。

#### ※3 トリアージ

災害発生時など多数の傷病者が発生した場合に、効率的に搬送や治療を行うため、傷病の程度や処置の緊急度に応じて治療・搬送の優先順位を決定することです。

#### ※4 災害時小児周産期リエゾン

大規模災害の発生時に小児・妊産婦に関する情報を収集し、他機関での医療が必要な場合には、災害医療コーディネーターと連携して被災地内外の適切な医療機関への搬送をコーディネートする調整役です。

### 3 数値目標

項目	現 状	平成35年度末目標 (2023)
災害拠点病院及び救命救急センターの耐震化率	60.0% H28年度 (2016)	100%
DMAT隊員数	185名 H29.4.1 (2017)	500名

### 3 へき地の医療

#### 1 現状と課題

##### (1) へき地医療を支える医師の確保

現 状	課 題
<p>○県内には、無医地区※<sub>1</sub>が9市町村23地区、無医地区に準じる地区※<sub>2</sub>が7市町村11地区あります。</p> <p>○本県の人口10万人当たりの医療施設従事医師数は、287.8人で全国平均の233.6人を上回っています。</p> <p>○自治医科大学において、卒業後へき地に勤務する医師の養成を行い、卒業後は県職員として採用し、研修を除く義務年限※<sub>3</sub>期間中、へき地医療拠点病院に派遣しています。</p> <p>○大学医学部に地域枠を設置し、へき地を含む医師不足地域で診療に従事する幅広い診療に対応できる医師を養成しています。</p>	<p>○県北の3保健医療圏（高梁・新見、真庭、津山・英田。以下同じ。）の他、県南2保健医療圏でも、岡山市、倉敷市及び早島町を除く12市町で人口10万人当たりの医師数が全国平均を下回り地域偏在が見られることから、地域の状況に応じた医師の確保が必要です。</p> <p>○義務年限終了後の県内定着率は59.7%で、全国平均69.6%を下回っていることから、関係団体や市町村と連携して県内定着率の向上を図る必要があります。（図表7-2-3-1）</p>

#### ※1 無医地区

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4kmの区域内に50人以上が居住している地区であって、かつ、容易に医療機関を利用することができない地区。

#### ※2 無医地区に準じる地区

無医地区の定義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と認められる地区。

#### ※3 義務年限

自治医科大学卒業後、知事の指定する医療機関で医師として勤務する期間。この期間を終了すると、大学在学中に貸与された修学資金の返還が免除されます。

図表7-2-3-1 義務年限終了後の自治医科大学卒業医師の勤務状況（平成28（2016）年度）

区 分	人 数	県内定着率	全国平均
義務年限終了者	62人		
県内勤務	37人	59.7%	69.6%
へき地医療機関勤務	17人		

（資料：岡山県医療推進課）

## (2) へき地における診療体制の確保

現 状	課 題
<p>○へき地医療拠点病院を県内9か所指定するとともに、岡山済生会総合病院にへき地医療支援機構を設置し、へき地医療に係る計画・立案、事業調整等を実施しています。(図表7-2-3-2)</p> <p>○へき地医療拠点病院において、無医地区等への巡回診療(検診)や、へき地診療所への医師派遣等を行っています。</p> <p>○離島住民の健康を守るため、社会福祉法人恩賜財団済生会により、瀬戸内海巡回診療船「済生丸」が運営されています。</p> <p>○川崎医科大学附属病院により、ドクターヘリが運航されており、医師の少ない県北3保健医療圏の患者の搬送が、県全体の約50%を占めています。(平成27(2015)年度実績)</p> <p>○救急医療やへき地医療に貢献する病院を開設する医療法人を「社会医療法人<sup>※</sup>」として認定しています。</p>	<p>○へき地診療所については、人口の減少等から効率的な運営が困難なため、医師派遣に対する支援が必要です。</p> <p>○へき地では、専門医を確保することが困難であることからICTの活用等による遠隔からの支援体制の整備が望まれます。</p>

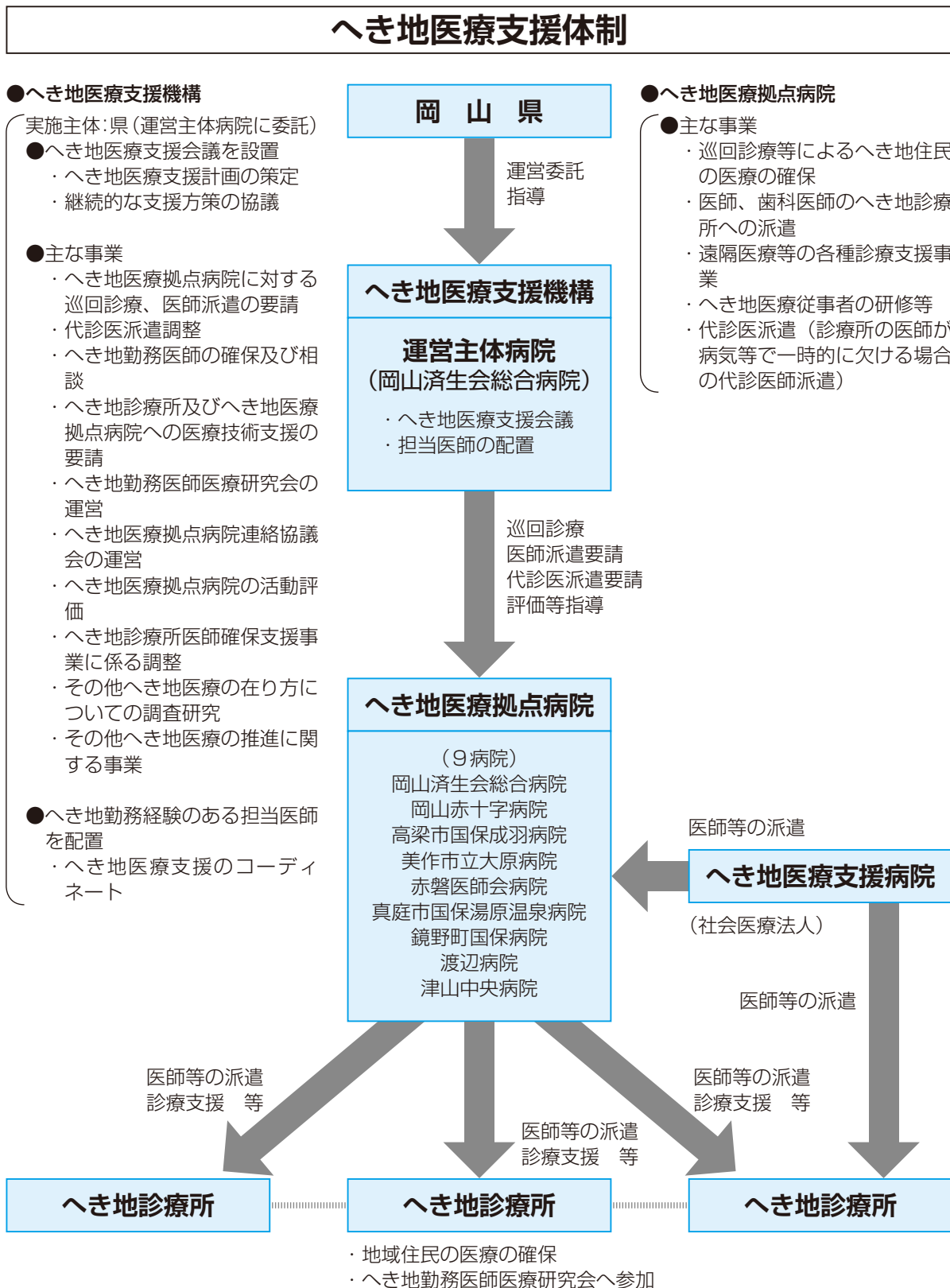
## ※ 社会医療法人

救急医療やへき地医療、周産期医療など特に地域で必要とされている医療の提供を担う、一定の要件を満たした医療法人を社会医療法人として認定し、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図るものです。

## (3) へき地に勤務する医師の支援体制

現 状	課 題
<p>○へき地医療支援機構により、へき地診療所への代診医派遣の調整やへき地勤務医師等を対象とした研修などを実施しています。</p>	<p>○へき地に勤務する医師が、最新の知識や技術を習得する機会を得られるなどキャリアアップを支援する枠組みづくりが求められています。</p>

図表7-2-3-2 へき地医療支援体制



**●その他のへき地医療支援**

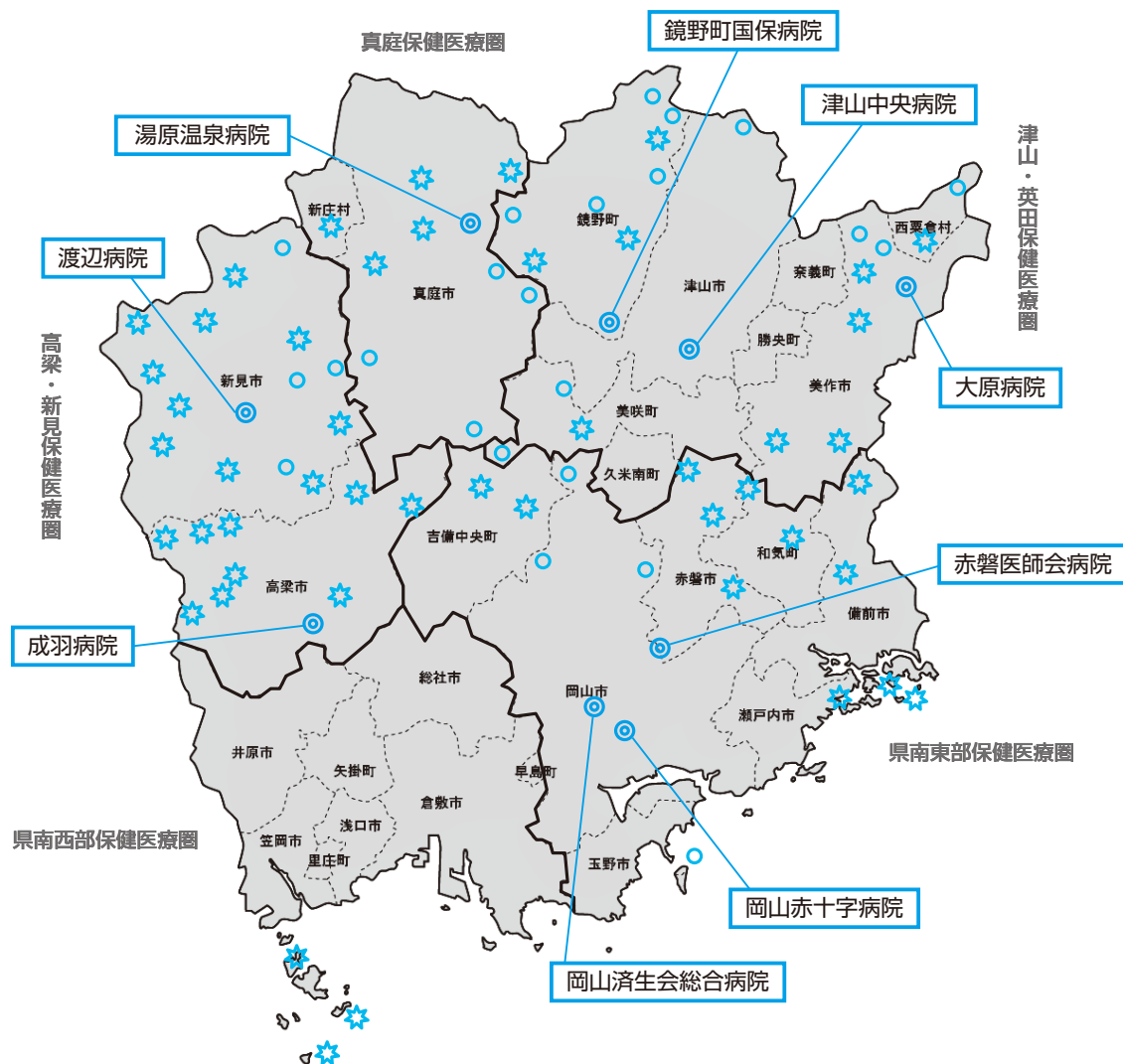
- ・瀬戸内海巡回診療船「済生丸」
- ・自治医科大学卒業医師のへき地定着促進
- ・へき地医療拠点病院、へき地診療所等に対する施設整備、設備整備、運営費などの各種補助金による支援等

(資料：岡山県医療推進課)



図表7-2-3-3 へき地保健医療対策現況図

(平成30(2018)年3月1日現在)



	県南東部	県南西部	高梁・新見	真庭	津山・英田	計
へき地医療拠点病院	3	—	2	1	3	9
へき地診療所	12	3	19	5	9	48
無医地区	4	—	4	4	11	23

- 1 無医地区  
医療機関のない地域で、当該地区の中心な場所を起点として、概ね半径4kmの区域内に50人以上が居住している地区であって、かつ、容易に医療機関を利用することができない地区
- 2 へき地診療所  
医療機関のない地域で中心地から半径4kmの区域内に1,000人以上が居住し、容易に医療機関を利用することができない地区の住民の医療を確保するため、市町村等が設置する診療所
- 3 へき地医療拠点病院  
無医地区等を対象とする巡回診療、へき地診療所等への医師派遣等、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したもの

(資料：岡山県医療推進課)

## 2 施策の方向

項 目	施策の方向
へき地医療を支える 医師の確保	<ul style="list-style-type: none"> <li>○大学病院や臨床研修病院、へき地医療拠点病院等と連携しながら、医師の少ない県北等における医療提供体制を確保します。</li> <li>○自治医科大学卒業医師をへき地医療拠点病院に配置し、へき地診療所に派遣します。また、へき地診療所を運営する市町村との連携を図りながら、へき地勤務医師の確保・定着に努めます。</li> <li>○大学医学部の地域枠や寄付講座などにより、地域医療（へき地を含む）を担う医師の養成、確保に努めるとともに、大学や研修病院等と連携し、幅広い診療能力を有する医師の育成を図ります。</li> <li>○自治医科大学学生や自治医科大学卒業医師と地域枠の医学生、医師等との交流を深めるとともに、働きやすい環境づくりに努め、義務年限終了後の医師の県内定着と県外からのUターンを促進します。</li> </ul>
へき地における診療 体制の維持	<ul style="list-style-type: none"> <li>○へき地医療拠点病院による巡回診療やへき地診療所への医師派遣を継続します。</li> <li>○へき地診療所等の設備整備の支援などにより、診療機能の充実を図ります。</li> <li>○へき地医療支援機構において、地域医療支援センターとのより緊密な連携を図りながら、医師派遣調整やへき地勤務医師のキャリア形成支援など、へき地医療対策の企画・調整等を行います。</li> <li>○瀬戸内海に離島を有する岡山、広島、香川、愛媛の4県が連携して、瀬戸内海巡回診療船「済生丸」運営事業への支援を行い、離島等の住民の健康管理と医療の確保に努めます。</li> <li>○へき地では救急患者の搬送に長時間を要するため、消防機関等と連携してドクターヘリ等を積極的に活用します。</li> <li>○情報通信技術（ICT）を活用し、へき地の医療機関が、中核病院の専門医から画像診断等の診療支援を受けることができる体制の整備に努めます。</li> </ul>
へき地に勤務する医 師の支援体制の確保	<ul style="list-style-type: none"> <li>○へき地に勤務する医師が、学会や研修へ出席しやすくなるよう、代診医の派遣を行います。</li> <li>○地域医療支援センターや大学医学部の寄付講座、へき地医療拠点病院等と連携しながら、へき地医療を担う医師のキャリア形成を支援します。</li> </ul>

## 3 数値目標

項 目	現 状	平成35年度末目標 (2023)
義務年限終了後も県内に定着している 自治医科大学卒業医師の割合	59.7% H28年度 (2016)	61.8%

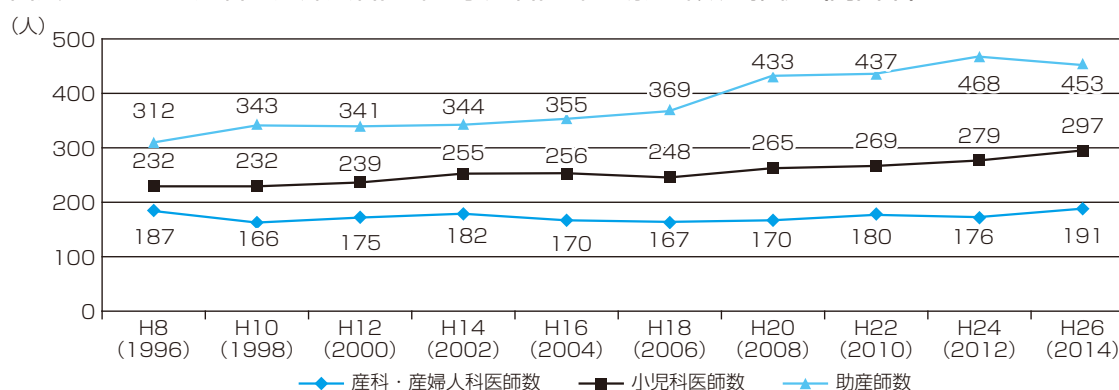
## 4 周産期医療

### 1 現状と課題

#### (1) 周産期医療従事者の状況

現 状	課 題
<p>○県内の産科・産婦人科医師は、平成26年（2014）年は191人でした。（図表7-2-4-1）</p> <p>○県内の助産師は、平成26年（2014）年は453人でした。</p> <p>○小児科の医師は、平成26年（2014）年は297人で、新生児担当医師は、常勤換算すると、平成25（2013）年以降減少傾向にあります。（図表7-2-4-3）</p>	<p>○周産期医療体制を維持するためには、将来にわたり、産科・産婦人科医師、新生児医療を専門にする小児科医師（以下、新生児科医師）、助産師を確保する必要があります。</p>

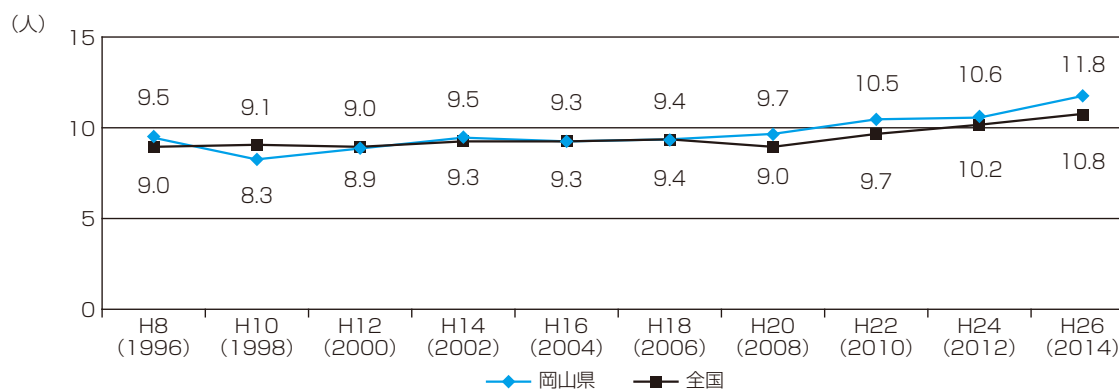
図表7-2-4-1 産科・産婦人科医師、小児科医師、助産師数の推移（岡山県）



（資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」……主たる診療科が産科又は産婦人科の医師数）

注：主たる診療科：複数の診療科に従事している場合の主として従事する診療科と、1診療科のみに従事している場合の診療科である。

図表7-2-4-2 出産千人当たり産科・産婦人科医数



（資料：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」、厚生労働省「人口動態統計」）

図表7-2-4-3 新生児担当医師数（常勤換算）

区分	H22 (2010)	H23 (2011)	H24 (2012)	H25 (2013)	H26 (2014)	H27 (2015)	H28 (2016)
周産期母子医療センター	49.5	46.6	50.3	54.9	45.0	45.0	45.3
病院（上記以外）	6.1	17.7	14.0	19.7	25.0	23.4	27.6
診療所	2.6	12.3	10.4	10.8	12.4	11.4	10.2
小計	8.7	30.0	24.4	30.5	37.4	34.8	37.8
合計	58.2	76.6	74.7	85.4	82.4	79.8	83.1

（資料：岡山県医療推進課「周産期医療体制に係る調査」）

#### ※ 周産期医療

周産期とは、妊娠後期から新生児早期まで（一般には、妊娠満22週から出産後7日未満）のお産にまつわる時期を一括した概念をいい、この時期に母体、胎児、新生児を総合的に管理して、母と子の健康を守るのが「周産期医療」です。

## （2）周産期医療体制

現 状	課 題
<p>○分娩取扱施設は、平成29（2017）年1月1日現在、周産期母子医療センター6施設、地域の病院及び診療所31施設、助産所7施設の合計44施設です。（図表7-2-4-4）</p> <p>○ハイリスクの妊娠・分娩に対応する医療機関として、2施設を総合周産期母子医療センターに指定し、4施設を地域周産期母子医療センターに認定しています。（図表7-2-4-5、図表7-2-4-6）</p> <p>○平成28（2016）年に、周産期母子医療センターにおいて、585件の母体搬送と251件の新生児搬送を受け入れています。（医療推進課調査）</p> <p>また、県境を越えて患者の流出や流入があります。</p>	<p>○妊娠合併症（重症妊娠高血圧症候群、切迫流早産等）や産科合併症以外の合併症（脳血管疾患、心疾患、敗血症、外傷、うつ病等の精神疾患等）、胎児・新生児異常（超低出生体重児、先天異常児等）等、ハイリスクな母体・新生児の状況に応じた、医療の提供が求められています。</p> <p>○県内の出生総数が減少傾向にある中で、低出生体重児（2,500g未満）の出生数は横ばい傾向であることから、低出生体重児の出生割合は増加傾向にあります。また、極低出生体重児（1,500g未満）の出生割合も増加傾向にあることから、こうしたハイリスク新生児を円滑に受け入れる体制が必要です。（図表7-2-4-9）</p> <p>また、県境地域においては、相互の患者搬送を受け入れる体制が必要です。</p>

<p>○周産期医療関係者が、周産期死亡等の原因を分析し、結果を周産期医療機関等へ還元するとともに、周産期母子医療センターが資質向上を図るため研修を行っています。本県の周産期死亡率、新生児死亡率、乳児死亡率は、長期的に低下傾向にあります。(図表7-2-4-12、図表7-2-4-13、図表7-2-4-14)</p> <p>○産後うつを含む精神疾患を合併する妊産婦への対応については、多職種が連携して患者に対応しています。(図表7-2-4-16)</p> <p>○令和元(2019)年から岡山県災害時小児周産期リエゾンを設置しています。(図表7-2-4-17)</p>	<p>○本県の周産期死亡率等の低下傾向を維持していく必要があります。</p> <p>○産後うつを含む精神疾患を合併する妊産婦に対し、産科・精神科医療機関・市町村等が連携した支援を行う必要があります。</p> <p>○災害時、小児・周産期医療に係る保健医療活動の総合調整を適切かつ円滑に行う体制が必要です。</p>
--	--

図表7-2-4-4 分娩を取り扱う病院・診療所・助産所

(平成28(2016)年、平成29(2017)年1月1日現在)

区 分		県南東部	県南西部	高梁・新見	真庭	津山・英田	合計
周産期母子医療センター	施設数	3	2	—	—	1	6
	産科医師数	46.8	30.3	—	—	4.0	81.1
	助産師数	86	52.8	—	—	11.5	150.3
	分娩数	1,181	1,371	—	—	256	2,808
病院(上記以外)	施設数	6	4	—	1	1	12
	産科医師数	24.8	20.8	—	2.5	3.6	51.7
	助産師数	59.5	67.5	—	7.8	9	143.8
	分娩数	1,925	2,861	—	211	610	5,607
診療所	施設数	11	5	1	—	2	19
	産科医師数	23.1	7.7	1.4	—	2	34.2
	助産師数	65.3	29.5	5.4	—	9.6	109.8
	分娩数	4,978	1,450	104	—	569	7,101
助産所	施設数	2	5	—	—	—	7
	助産師数	2.5	22	—	—	—	24.5
	分娩数	18	194	—	—	—	212

(資料：岡山県医療推進課「周産期医療体制に係る調査」)

(注)施設数、産科医師数、助産師数は平成29(2017)年1月1日現在、分娩数は平成28(2016)年の状況を記載しています。

図表7-2-4-5 総合周産期母子医療センターの状況（平成29（2017）年1月1日現在）（単位：床）

医療機関名	総病床数	産科 病床数	MFICU 病床数	NICU 病床数	GCU 病床数
(独) 国立病院機構 岡山医療センター	609	46	6	18	32
(公財) 大原記念倉敷中央医療機構 倉敷中央病院	1,166	34	6	21	30
合 計	1,775	80	12	39	62

(資料：岡山県医療推進課「周産期医療体制に係る調査」)

図表7-2-4-6 地域周産期母子医療センターの状況（平成29（2017）年1月1日現在）（単位：床）

医療機関名	総病床数	産科 病床数	MFICU 病床数	NICU 病床数	GCU 病床数
岡山大学病院	849	24	0	6	6
岡山赤十字病院	500	20	2	5	11
川崎医科大学附属病院	1,182	48	0	12	0
津山中央病院	535	20	0	3	4
合 計	3,066	112	2	26	21

※川崎医科大学附属病院の産科病床数は女性医療センターの病床

(資料：岡山県医療推進課「周産期医療体制に係る調査」)

## \*MFICU (Maternal Fetal Intensive Care Unit)：母体・胎児集中治療室

ハイリスク出産など、危険度の高い母体や胎児の対応をするための集中治療室です。

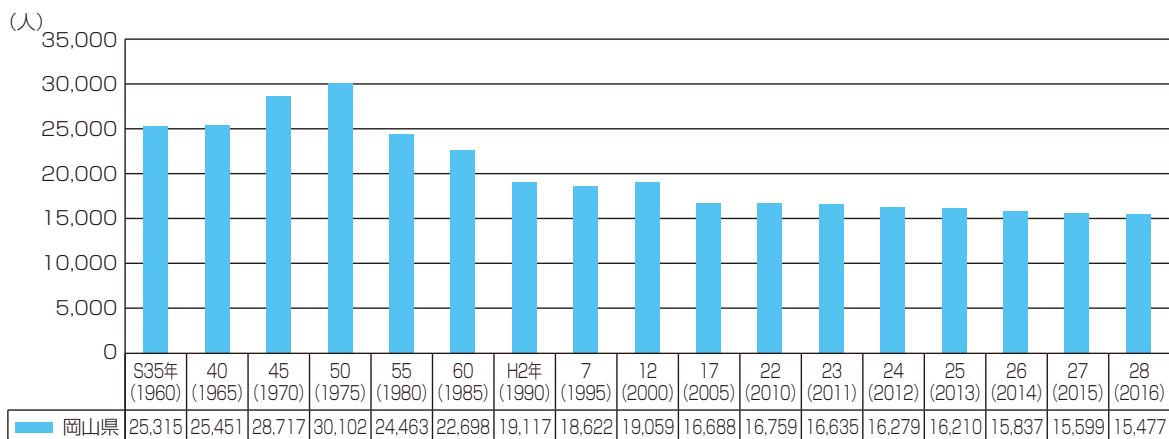
## \*NICU (Neonatal Intensive Care Unit)：新生児集中治療室

低出生体重児や重篤な疾患がある新生児に対応するための集中治療室です。

## \*GCU (Growing Care Unit)：回復期治療室

出生時・出生後に生じた問題が解決・改善した新生児の経過を観察する保育室です。

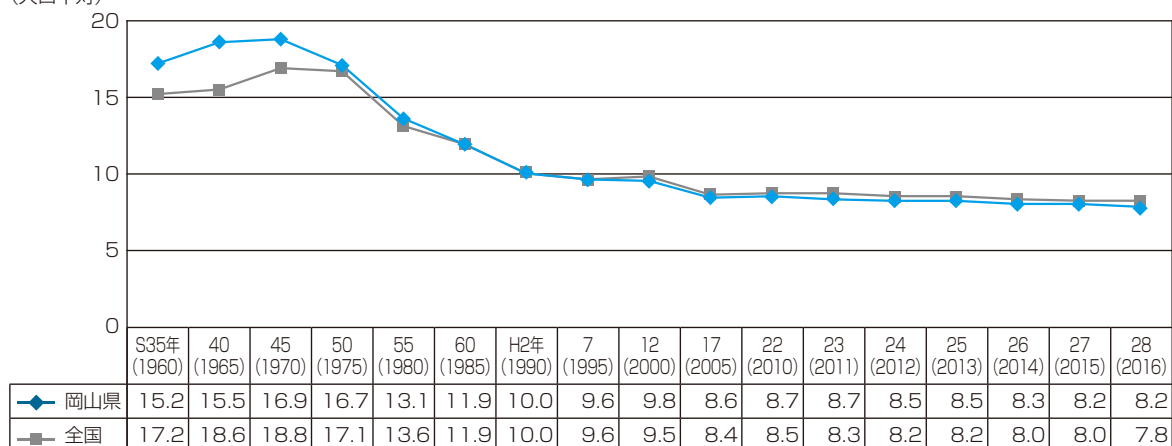
図表7-2-4-7 出生数の推移



(資料：厚生労働省「人口動態統計」)

図表7-2-4-8 出生率の推移

(人口千対)



(資料：厚生労働省「人口動態統計」)

図表7-2-4-9 低出生体重児が出生総数に占める割合

(単位：人)

区 分	平成7年 (1995)	平成12年 (2000)	平成17年 (2005)	平成22年 (2010)	平成27年 (2015)	平成28年 (2016)
出生数	18,622	19,059	16,688	16,759	15,599	15,477
低出生体重児	1,324	1,639	1,493	1,472	1,429	1,338
極低出生体重児	101	121	107	127	106	108
低出生体重児の 出生割合 (%)	7.1	8.6	8.9	8.8	9.2	8.6
極低出生体重児の 出生割合 (%)	0.54	0.63	0.64	0.76	0.73	0.70

(資料：中国四国厚生局「届出受理医療機関名簿」)

図表7-2-4-10 分娩の状況 (平成28 (2016) 年)

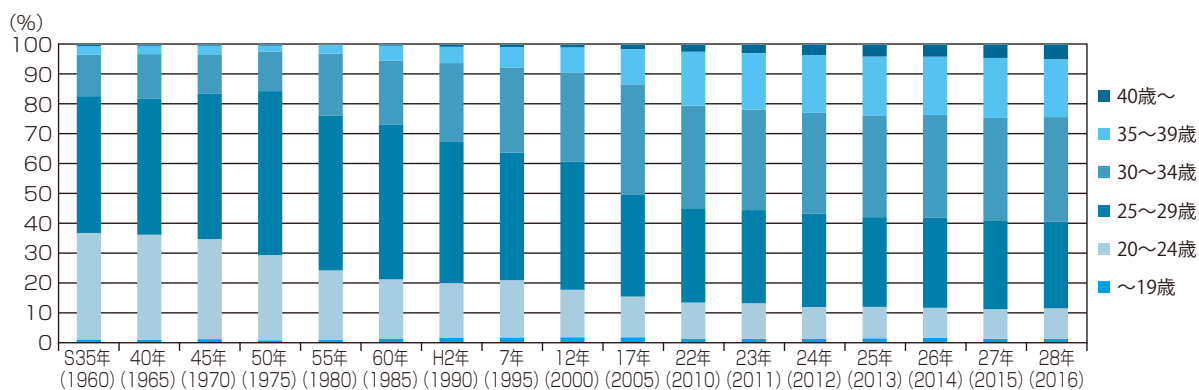
区 分	施設数	分娩数	施設別 分娩割合	帝王切開数	帝王切開率
周産期母子医療センター	6	2,808	17.9	920	32.8
病院 (上記以外)	12	5,607	35.7	898	16.0
診療所	19	7,101	45.1	818	11.5
助産所	7	212	1.3	0	0.0
合 計	44	15,728	100.0	2,636	16.8

(資料：岡山県医療推進課「周産期医療体制に係る調査」)

\*分娩数には、県外住所の方を含むこと等により、人口動態統計の分娩数とは一致しない。

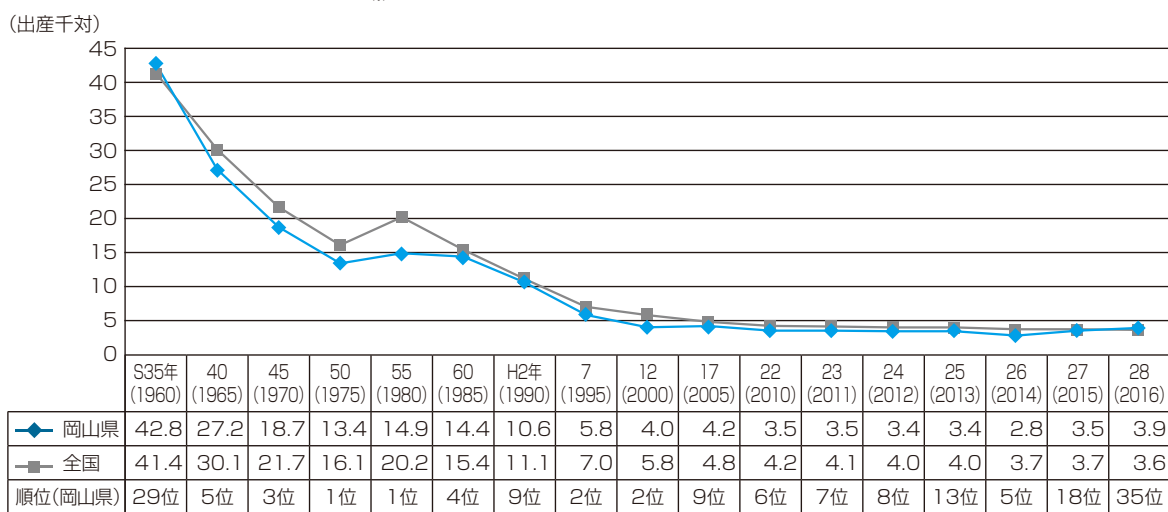


図表7-2-4-11 母の出産年齢別出生数の構成比



(資料：厚生労働省「人口動態統計」)

図表7-2-4-12 周産期死亡率<sup>※</sup>の推移

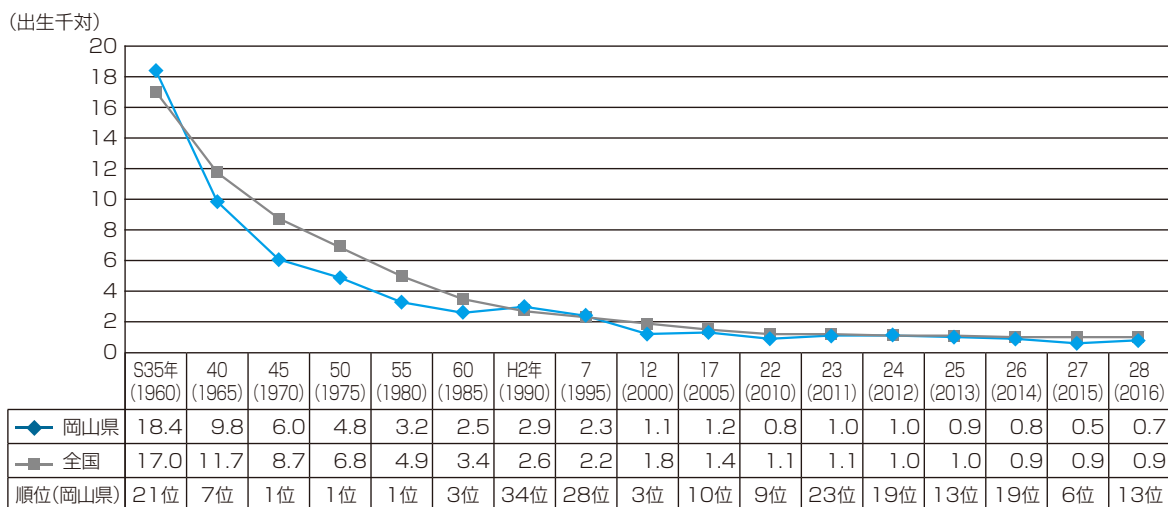


(資料：厚生労働省「人口動態統計」)

※周産期死亡率（出産千対）：妊娠満22週以降の死産+早期新生児（生後7日未満）死亡

※順位は数値が低いものから並べた場合のものである。

図表7-2-4-13 新生児死亡率<sup>※</sup>の推移



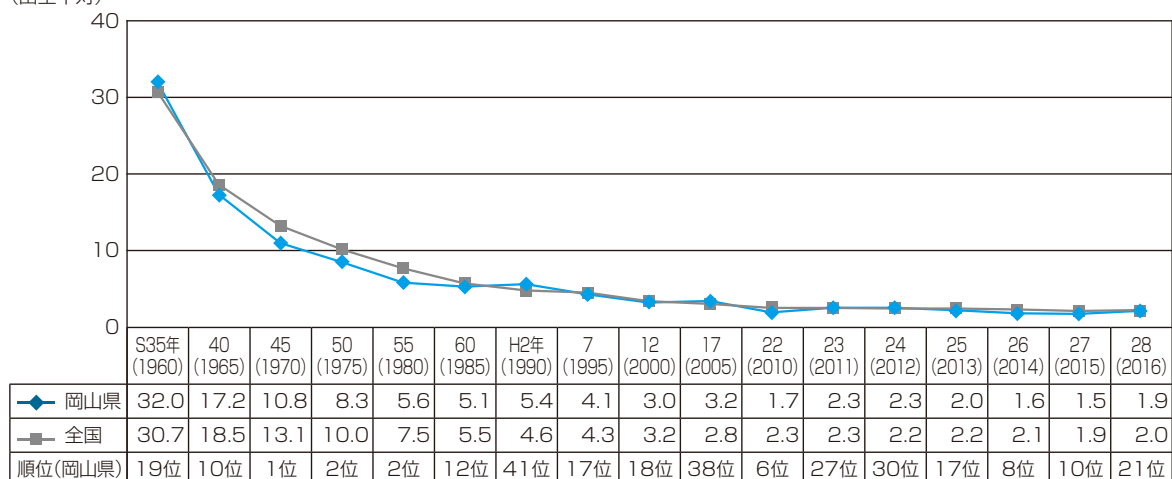
(資料：厚生労働省「人口動態統計」)

※新生児死亡率（出生千対）：生後28日未満の死亡

※順位は数値が低いものから並べた場合のものである。

図表7-2-4-14 乳児死亡率※の推移

(出生千対)



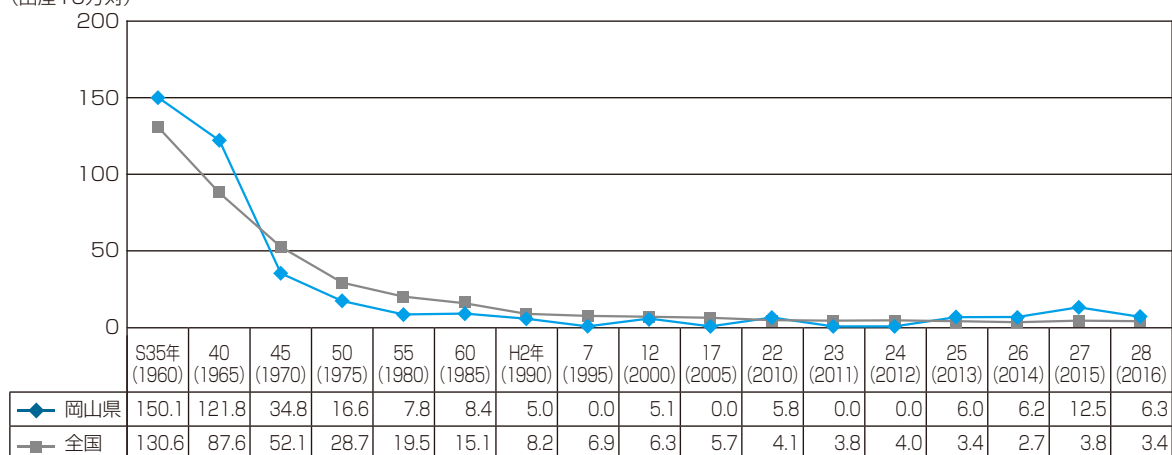
(資料：厚生労働省「人口動態統計」)

※乳児死亡率(出生千対)：生後1年未満の死亡

※順位は数値が低いものから並べた場合のものである。

図表7-2-4-15 妊産婦死亡率の推移

(出産10万対)



(資料：厚生労働省「人口動態統計」)

図表7-2-4-16 岡山県ハイリスク妊産婦連携指導料1・2届出医療機関数(令和2(2020)年6月1日)

項 目	病院	診療所	計
ハイリスク妊産婦連携指導料1	6	5	11
ハイリスク妊産婦連携指導料2	7	1	8

(資料：中国四国厚生局「届出受理医療機関名簿」)

図表7-2-4-17 岡山県災害時小児周産期リエゾンの現状(令和2(2020)年4月)

職種	医師	助産師	看護師	合計
人数	10	3	1	14

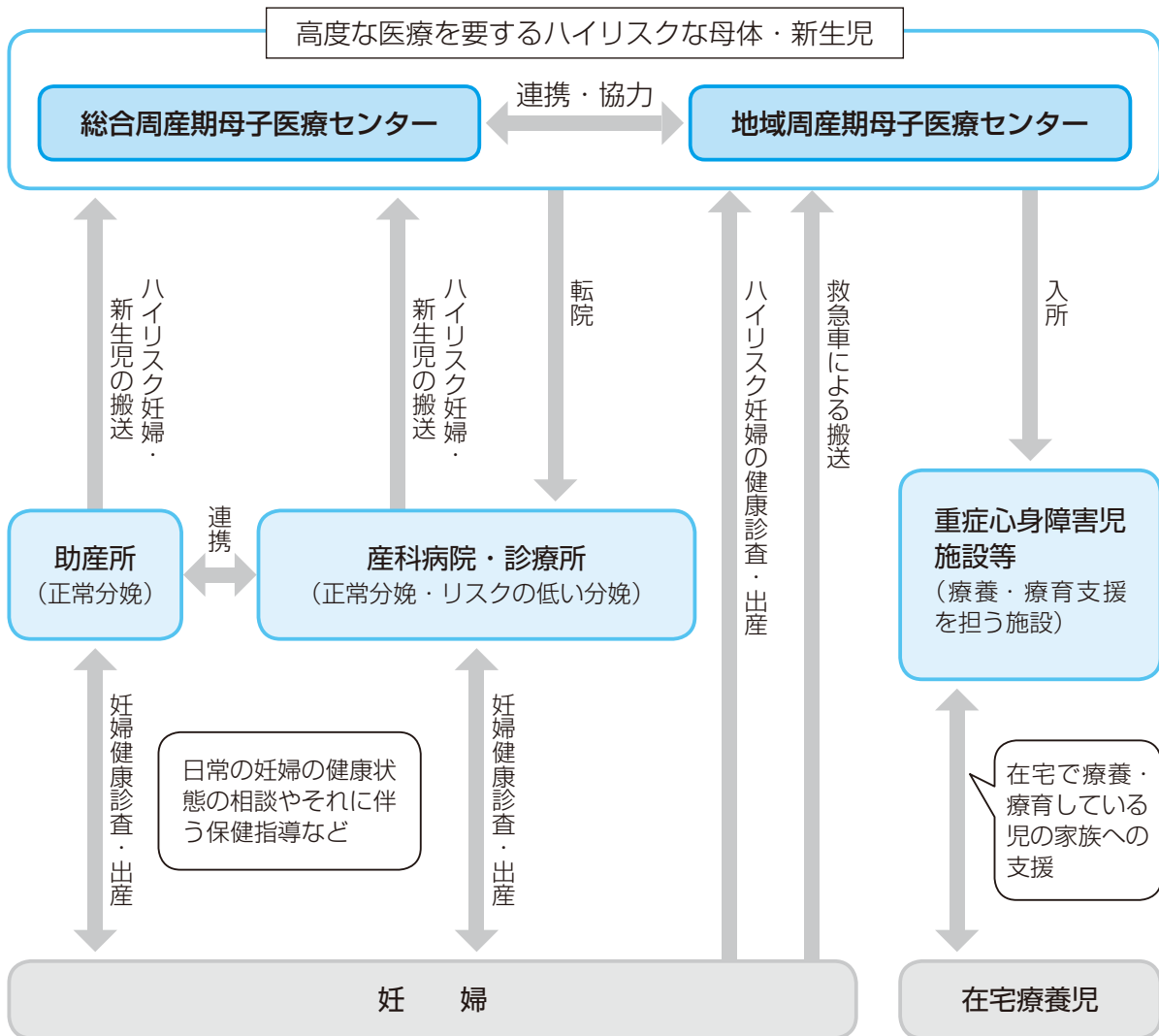
## 2 施策の方向

項 目	施策の方向
周産期医療従事者の確保	<ul style="list-style-type: none"> <li>○産科・産婦人科医師、新生児科医師の確保及び育成に向けた処遇改善を実施している周産期医療機関を支援します。</li> <li>○岡山県周産期医療協議会等での議論を踏まえ、大学や関係機関と連携しながら、産科・産婦人科医師、新生児科医師の確保に努めます。</li> </ul>
周産期医療体制の確保	<ul style="list-style-type: none"> <li>○正常分娩や比較的リスクの低い分娩は、産科診療所や産科病院等に対応し、ハイリスクな母体・新生児は、周産期母子医療センター等に対応するなど、周産期医療機関相互の協力・連携を推進するとともに、必要に応じて、産科合併症以外の合併症（脳血管疾患、心疾患、敗血症、外傷、うつ病等の精神疾患等）を有する母体への診療体制について、医療機関は関係診療科間で連携を図ります。また、周産期医療機関が行う施設、整備や教育環境の整備を支援し、安心して妊娠・出産できる環境を維持します。</li> <li>○ハイリスクな母体・新生児を安全かつ迅速に搬送するため、周産期医療従事者と消防隊員の資質向上に取り組みます。</li> <li>○県境地域において、患者の流出や流入など地域の実情に応じた、医師の確保や円滑な患者搬送等について検討し、対応の充実を図ります。</li> <li>○周産期医療関係者とともに、周産期死亡、妊産婦死亡等の原因を分析し、対策を講じるとともに、分析結果等を周産期医療機関等へ情報提供します。</li> <li>○地域の産科・産婦人科医師、小児科医師、助産師の医療従事者の資質向上や周産期母子医療センター等が実施する研修を支援します。</li> </ul>

## 3 数値目標

項 目	現 状	平成35年度末目標 (2023)
周産期死亡率（出産千対）	3.9 (全国35位) H28年 (2016)	低下 (全国1位)
出産千人当たりの産科・産婦人科医師数	11.8人 H26年 (2014)	現状維持または増加

図表7-2-4-18 周産期医療体制図



(資料：岡山県医療推進課)

※総合周産期母子医療センターとして、(独) 国立病院機構岡山医療センター及び(公財) 大原記念倉敷中央医療機構倉敷中央病院を指定しています。上記の2病院とも、MFICU(母体・胎児集中治療室)、NICU(新生児集中治療室)を有し、ハイリスクな母体・新生児に対する高度な医療を行っています。また、必要に応じて、当該施設の関係診療科と連携し、産科合併症以外の合併症(脳血管疾患、心疾患、精神疾患等)を有する母体に対応しています。

※地域周産期母子医療センターとして、岡山大学病院、岡山赤十字病院、川崎医科大学附属病院、津山中央病院を認定しています。上記の4病院とも、NICUを有し、比較的高いリスクの妊娠に対する医療を行っています。また、必要に応じて、併設の救命救急センターや当該施設の関係診療科と連携しながら、産科合併症以外の合併症を有する母体に対応しています。

## 5 小児医療（小児救急医療を含む）

### 1 現状と課題

#### (1) 小児（救急）医療体制の確保

現 状	課 題
<p>○小児救急医療支援事業や小児救急医療拠点病院※運営事業を実施することで、休日や夜間における小児救急医療体制の確保を図っています。また、入院対応が可能な救急医療機関、救命救急センターや総合周産期母子医療センター機能を有する医療機関、PICU（小児集中治療室）など高度・専門機能を有する医療機関等が相互に連携しながら、小児の救急患者が適切に入院や治療などが受けられる体制の確保を図っています。</p> <p>○小児救急医療電話相談を毎日、19時（土・日・祝・年末年始は18時）から翌朝8時まで実施しており、平成28（2016）年度は約15,900件の相談件数となっています。相談内容では、発熱や嘔吐、けがが多く、対応としては、助言で解決したり、心配ないが何かあれば医療機関に行くよう勧めるといったものが増えていきます。（図表7-2-5-3）</p> <p>○県内の年少人口1万人当たりの小児科医師数は11.6人と全国平均（10.3人）を上回っていますが、県南東部保健医療圏を除き全国平均以下となっており、保健医療圏によっては、極めて少ない状況にあります。また、小児科を標榜する医療機関数も保健医療圏により状況が大きく異なります。（図表7-2-5-4、図表7-2-5-5）</p>	<p>○県内の満18歳未満のけがや病気による救急搬送患者は、年間約6,300人ですが、約75%が軽症患者です。また、小児救急医療実態調査※によると、休日や夜間における小児救急患者のうち、入院の必要な患者は4.6%と、軽症の場合でも二次・三次救急医療を担う医療機関を受診しています。また、患者は小児救急医療支援病院等に集中する傾向があります。こうしたことから、保護者等に対し、適切な救急利用等について啓発を行う必要があります。（図表7-2-5-1、図表7-2-5-2）</p> <p>○救急医療のかかり方等について保護者等の理解をより深めることで、適切な救急医療機関の利用を促進していく必要があります。</p> <p>○小児救急患者の受入体制を確保する必要があります。</p>

○岡山大学病院は、臓器移植や難病治療で遠方から訪れる患者の家族が利用できる宿泊施設を運用しています。

○入院や救急搬送について、県境を越えた小児患者の流出入があります。

○令和元（2019）年から岡山県災害時小児周産期リエゾンを設置しています。（再掲）

○小児医療関係者が協議する場がないため、連絡会議を不定期に開催しています。

○県域を越えた円滑な患者搬送のため、相互の連携を強化していく必要があります。

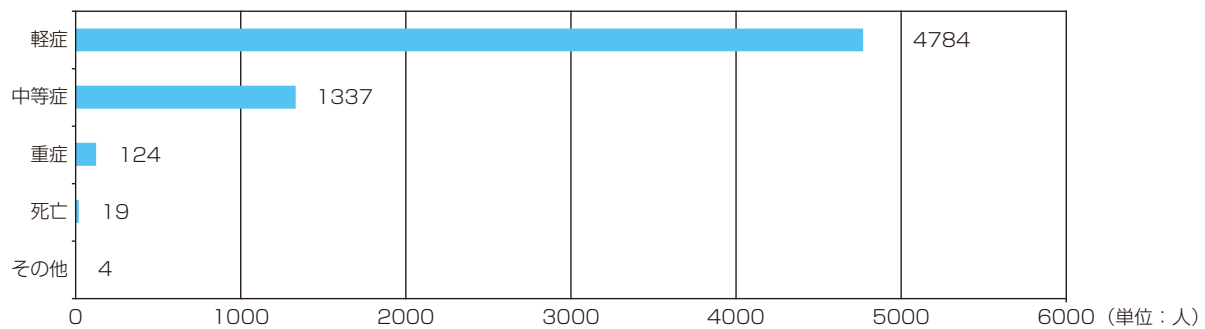
○災害時、小児・周産期医療に係る保健医療活動の総合調整を適切かつ円滑に行う体制が必要です。

○周産期医療協議会に加え、小児（救急）医療について協議する体制が必要です。

※ 小児救急医療拠点病院

休日夜間の診療体制を常時整え、原則として初期救急医療施設及び救急搬送機関から転送された小児重症救急患者を受け入れています。

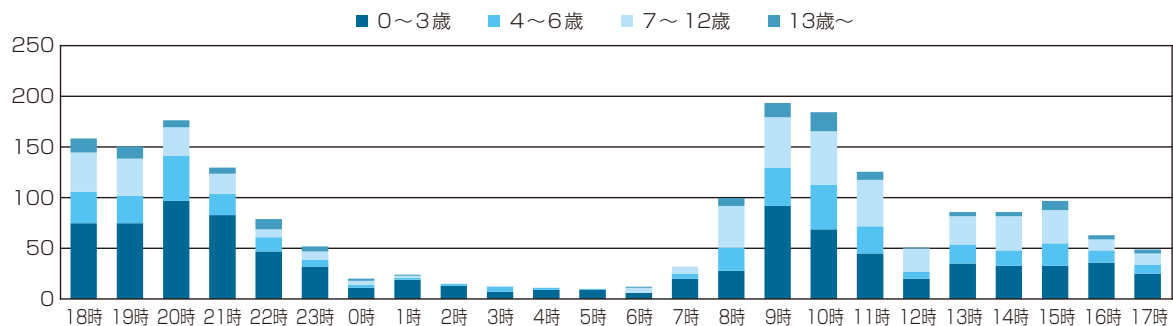
図表7-2-5-1 満18歳未満の傷病程度別搬送人員の状況（平成27（2015）年1月～12月）



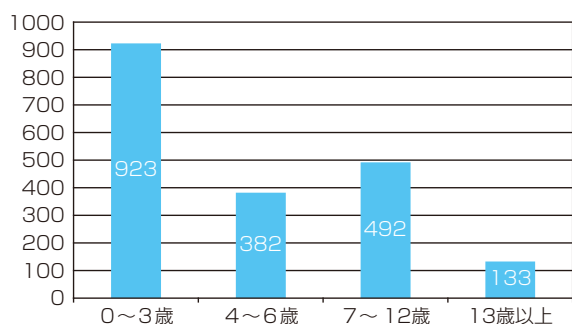
（資料：岡山県消防保安課「平成27（2015）年度岡山県消防防災年報」）

図表7-2-5-2 県内の二次救急病院等における小児救急患者の受入状況  
〔時間別年齢層別受診状況（18時～17時）〕

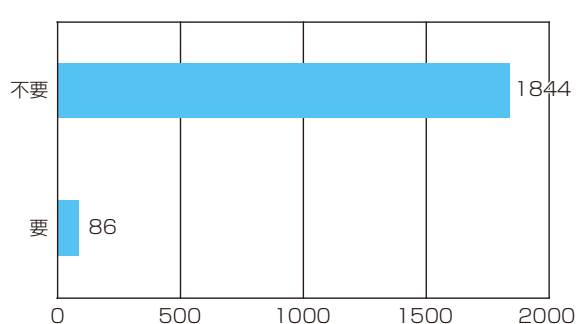
（単位：人）



〔年齢層別受診状況〕 (単位：人)



〔入院の要・不要の状況〕 (単位：人)



(資料：岡山県医療推進課「平成29(2017)年度小児救急医療実態調査」)

※ 小児救急医療実態調査

1) 調査対象医療機関

病院群輪番制病院(27)、協力病院当番制病院(43)、休日夜間急患センター(3)、  
 その他救急告示病院(28)、岡山大学病院の計102医療機関

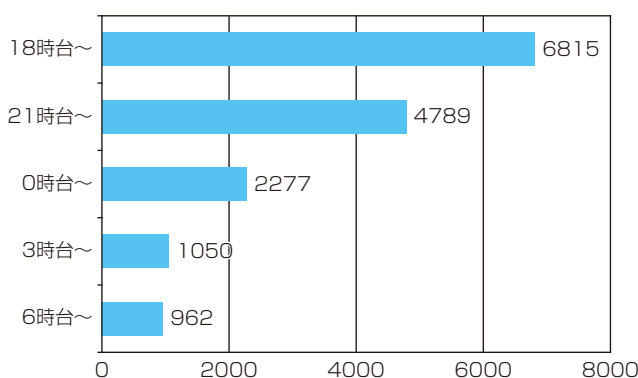
2) 対象期間・患者

平成29(2017)年6月17日(土)~23日(金)(土日は全時間帯、平日は  
 0時~8時、18時~24時)における小児科応需患者又は小児科応需が望ましい  
 患者

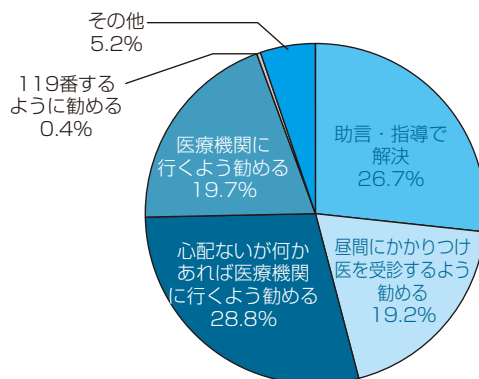
図表7-2-5-3 小児救急医療電話相談の状況(平成28(2016)年度)

〔時間帯別相談状況〕

(単位：件)



〔相談への対応状況(岡山県医師会分)〕



(資料：岡山県医療推進課)

図表7-2-5-4 医療施設に従事する小児科医師の状況

(単位：人)

区分	県南東部	県南西部	高梁・新見	真庭	津山・英田	計
医師数	164	105	7	1	20	297
年少人口1万人当たり医師数	13.5	10.7	10.5	1.7	8.5	11.6

(資料：厚生労働省「平成26(2014)年医師・歯科医師・薬剤師調査」)

図表7-2-5-5 県内の小児科を標榜する医療機関の状況

(単位：施設)

区 分	県南東部	県南西部	高梁・新見	真 庭	津山・英田	計
病 院	21	23	2	1	6	53
診療所	208	136	19	7	32	402
計	229	159	21	8	38	455

(資料：厚生労働省「平成26（2014）年医療施設調査」)

## 2 施策の方向

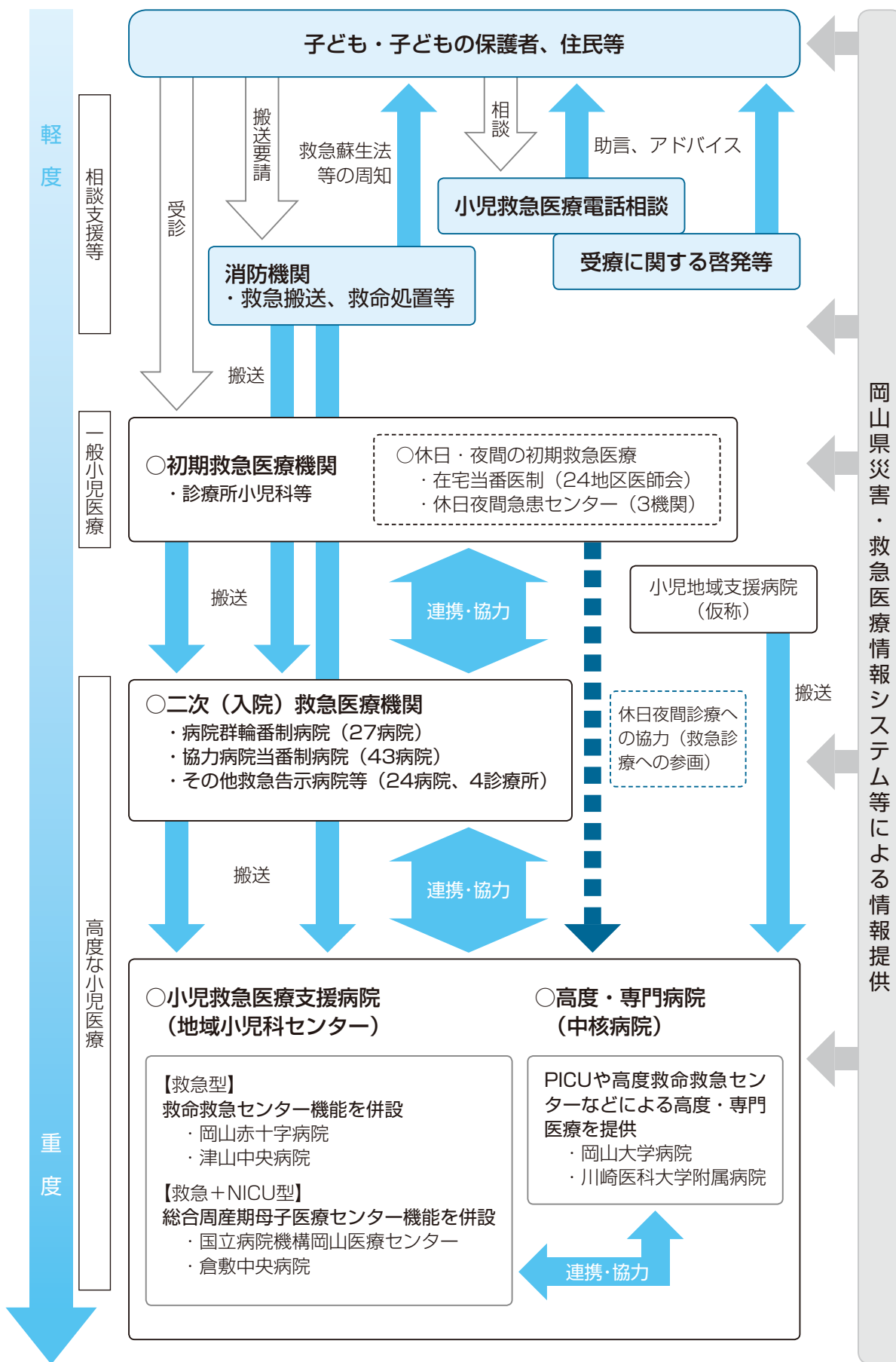
項 目	施策の方向
小児（救急）医療体制の確保	<ul style="list-style-type: none"> <li>○小児救急医療電話相談について、夜間の小児の体調不良への対応方法等、適切な助言が受けられる体制を維持します。また、小児救急医療電話相談事業の周知を図ります。</li> <li>○市町村や関係団体等と連携しながら、発熱等症状別の対処法や応急手当などの啓発を図るほか、できるだけ医療体制の整った昼間に受診するよう心がけることや、かかりつけ医を持つことなどについて、保護者等に普及啓発を図ります。</li> <li>○地域の診療所小児科医師による小児救急医療支援病院等の小児救急外来への参画を促進するなど、患者の集中する病院の小児救急医療体制の確保を図ります。</li> <li>○地域の内科医師等が小児の初期救急医療に対応できるよう、小児救急医療等に関する研修会を実施します。</li> <li>○小児中核病院又は地域小児科センターがない二次保健医療圏域において、一次二次医療を提供する小児地域支援病院（仮称）について検討します。</li> <li>○県境に接する地域では、県境を越えた円滑な患者搬送のため、相互の支援に向けた検討を行います。</li> </ul>

## 3 数値目標

項 目	現 状	平成35年度末目標 (2023)
年少人口1万人当たりの小児科医師数	11.6人 H26年 (2014)	現状維持または増加



図表7-2-5-6 小児（救急）医療体制



(資料：岡山県医療推進課)

図表7-2-5-7 小児医療の医療連携体制

病期	相談支援等	一般小児医療	高度な小児医療		
			入院が必要な医療	高度な入院医療	高度・専門医療
機能	健康相談等の支援機能	地域における日常的な小児医療の実施	地域における入院による小児医療	小児救急医療支援病院(地域小児科センター)	高度・専門病院(中核病院)
目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>●子どもの急病時の対応支援</li> <li>●救急搬送、救命処置等の実施</li> <li>●地域医療の情報提供</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●地域に必要な一般小児医療の実施</li> <li>●療養・療育が必要な小児に対する支援</li> <li>●小児医療過疎地域の一般小児医療を担い、軽症の診療、入院に対応する。</li> <li>●初期小児救急の実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●一般の小児医療機関では対応が困難な患者に対する医療</li> <li>●入院を要する小児救急医療の実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●地域の入院対応小児医療機関では対応が困難な患者に対する医療</li> <li>●入院を要する小児救急医療又は小児の救命救急医療を24時間体制での実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●地域の入院対応小児医療機関では対応が困難な患者に対する高度・専門医療</li> <li>●入院を要する小児救急医療又は小児の高度救命救急医療を24時間体制での実施</li> </ul>
求められる要件	<ul style="list-style-type: none"> <li>(家族等周囲にいる者)</li> <li>・必要に応じた小児救急医療電話相談の活用</li> <li>・不慮の事故の原因となるリスクの排除</li> <li>・救急蘇生法等の適切な処置の実施</li> <li>(消防機関等)</li> <li>・適切な医療機関への速やかな搬送と救命処置</li> <li>・救急蘇生法等の必要な知識の普及啓発</li> <li>(行政機関)</li> <li>・小児救急医療電話相談の実施</li> <li>・急病時の対応等の受療行動の啓発</li> <li>・地域の医療資源や福祉サービス等の情報提供</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・一般的な小児医療に必要とされる診断・検査・治療</li> <li>・軽症の入院治療</li> <li>・療養・療育が必要な小児に対する支援</li> <li>・医療、介護及び福祉サービスの調整</li> <li>・慢性疾患の急変時に備えた、対応可能な医療機関との連携</li> <li>・平日昼間における初期小児救急医療の実施</li> <li>・緊急手術や入院等を要する場合に備えた、対応可能な医療機関との連携</li> <li>・開業医等による休日夜間急患センターや地域連携小児夜間・休日診療等への参画</li> <li>・入院病床を設置し、必要に応じて、高度な入院医療機関等を紹介する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・一般の小児医療を行う機関では対応が困難な患者や常時監視・治療の必要な患者等に対する入院治療</li> <li>・地域の小児医療機関との連携体制の形成</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高度の診断・検査・治療や勤務医の専門性に応じた専門医療</li> <li>・入院を要する小児救急医療の24時間365日体制又は重篤な小児患者に対する救命救急医療</li> <li>・地域の医療機関との連携</li> <li>・高度・専門病院との連携</li> <li>・地域の医療機関に対する小児救急医療に関する助言</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・広範囲の臓器専門医療を含めた高度専門的な診断・検査・治療</li> <li>・入院を要する小児救急医療の24時間365日体制又は重篤な小児患者に対する高度救命救急医療</li> <li>・地域の医療機関との連携</li> <li>・小児救急医療支援病院との連携</li> <li>・地域の医療機関に対する小児救急医療に関する助言</li> </ul>
連携		より専門的な医療を要するなど対応が困難な患者に係る連携			
		療養・療育支援を要する小児の退院支援や在宅生活支援に係る連携			
医療機関等		<ul style="list-style-type: none"> <li>・小児科を標榜する医療機関</li> <li>・小児科以外(内科等)を標榜する医療機関</li> <li>・小児地域支援病院(仮称)</li> <li>〈休日・夜間〉</li> <li>・在宅当番医制に参加している医療機関等</li> <li>・終日の対応が可能な医療機関</li> <li>・休日夜間急患センター</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・二次(入院)救急医療実施医療機関</li> <li>・病院群輪番制に参加している医療機関</li> <li>・協力病院当番制に参加している医療機関</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>【小児救急医療型】</li> <li>・岡山赤十字病院</li> <li>・津山中央病院</li> <li>【NICU型】</li> <li>・国立病院機構岡山医療センター</li> <li>・倉敷中央病院</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・岡山大学病院</li> <li>・川崎医科大学附属病院</li> </ul>

(資料：岡山県医療推進課)

## 6 在宅医療等

## 1 現状と課題

現 状	課 題
(プライマリ・ケア)	
<p>○生活習慣病の治療や管理だけでなく、健康問題の相談等にも対応するプライマリ・ケア<sup>※1</sup>の中心的な役割を担っているのが、かかりつけ医及びかかりつけ歯科医（以下「かかりつけ医等」という。）です。</p> <p>○医師臨床研修では、プライマリ・ケアの基本的な診療能力（態度、技能、知識）を修得するために、「地域医療」が必修科目とされています。</p> <p>○県では、平成27（2015）年度から、岡山県医師会が実施する「かかりつけ医認定事業」への補助を通して、かかりつけ医の普及を図っています。</p>	<p>○かかりつけ医等は、必要に応じて専門医療機関や訪問看護、介護事業所との連携のもと、適切な対応を行う必要がありますが、このための研鑽を積む機会は限られています。</p>
(在宅医療の推進)	
<p>○県が平成29（2017）年度に実施した「県民満足度調査」では、余命が6か月程度あるいはそれより短いと告げられた場合、58.1%の人が自宅で過ごしたいと希望しています。（図表7-2-6-1）</p> <p>○平成28（2016）年の自宅死亡者の割合<sup>※2</sup>は、11.4%となっています。（図表7-2-6-8）</p> <p>○同調査では、ご自身の死が近い場合に受けたい医療や受けたくない医療について、ご家族と話し合ったことがある60歳以上の方は、52.6%となっています。（図表7-2-6-2）</p>	<p>○県民が、人生の最終段階における療養生活の過ごし方や医療などについて、家族や医師等と話し合い、その希望がかなえられる環境を整えることが必要です。</p> <p>○在宅医療<sup>※3</sup>に従事する医師は、在宅医療チームのリーダーとしての役割が大きく、プライマリ・ケアの実践、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）<sup>※4</sup>への取組、在宅看取りへの対応等が求められています。</p>

<p>○退院支援担当者を配置している医療機関は、診療所17施設、病院78施設の計95施設です。(平成26(2014)年医療施設調査)</p> <p>○入院中に医療機関が退院時カンファレンスを開催した患者の割合は、年齢調整後の全国を100とした場合、132.3であり、全国より高くなっています。(平成26(2014)年NDB)</p>	<p>○高齢化の進展による慢性疾患患者の増加に伴い、在宅での医療や看取り等の需要が高まることから、病院完結型の医療から地域完結型の医療に転換するために、入院医療機関と在宅医療機関間の連携を強化する必要があります。</p> <p>○医療機関では、全国に比べて退院時カンファレンスを実施しているものの、在宅医療関係者からは退院支援は未だ不十分という声も強いことから、入院医療機関における退院支援機能や医療機関と介護支援専門員等の関係機関間の連携強化が必要です。</p>
<p>○ICTを活用した医療情報ネットワーク岡山(晴れやかネット)は、かかりつけの診療所等で病院の電子カルテや画像等の診療情報を閲覧することができる基本機能に加え、患者の療養情報を医療・介護に関わる多職種の関係者で共有することができる新たな機能(ケアキャビネット)を構築して、医療・介護連携ツールとしても発展させています。(基本機能の参加医療施設数441、ケアキャビネットの参加施設数320:H29(2017).7.31現在)</p>	<p>○医療情報ネットワーク岡山(晴れやかネット)の利用は未だ低調であり、利用促進が必要です。</p>
<p>(在宅医療提供体制の整備)</p>	
<p>○訪問診療が提供できる医療機関は、685施設(38.4%)です。往診が可能な医療機関は、919施設(51.5%)です。(おかやま医療情報ネットH29(2017).10.12現在)</p> <p>○訪問診療を実施している医療機関は、601施設(人口10万対31.3施設)です。(平成27(2015)年度NDB)</p>	<p>○在宅医療に従事する医師は、在宅医療チームのリーダーとしての役割が大きく、プライマリ・ケアの実践、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)への取組、在宅看取りへの対応等が求められています。【再掲】</p>

<p>○在宅医療で中心的な役割を担う機関として、在宅療養支援診療所は275施設、在宅療養支援病院は34施設となっています。近年横ばいの状況です。(図表7-2-6-3)</p>	<p>○在宅療養支援診療所と在宅療養支援病院で、H27(2015).7~H28(2016).6の1年間に看取りの実績のあった275施設のうち、183施設(66.5%)が在宅看取りを行っています。(資料：中国四国厚生局岡山事務所：在宅療養支援診療所等に係る7月報告書)</p>
<p>○歯科診療所1,000施設のうち、在宅療養支援歯科診療所(以下「支援歯科診療所」という。)は、平成29(2017)年4月1日現在171施設(17.1%)であり、平成28(2016)年4月1日現在の162施設から9か所増加(5.6%増)しています。(図表7-2-6-4)</p> <p>○支援歯科診療所は県南に偏在しているため、県では、往診を希望する患者等に対し、往診が可能な地域の歯科医師を紹介する「歯科往診サポートセンター」を県歯科医師会に委託して設置し、センターに登録する歯科診療所と調整して、歯科治療や口腔ケア指導等を提供しています。現在、県内の登録歯科診療所は411施設(41.1%)あります。圏域別には、高梁・新見では14施設、真庭では21施設、津山・英田では30施設が登録しており、支援歯科診療所の少ない圏域をカバーしています。(図表7-2-6-5)</p>	<p>○口腔機能の低下や誤嚥を予防することで、食べる楽しみの確保に加え、食介護負担の軽減や誤嚥性肺炎の防止による生活の質の維持・向上につなげるため、在宅療養患者が訪問歯科診療を利用しやすくする必要があります。</p> <p>○在宅歯科医療については、支援歯科診療所が少ない圏域における歯科往診ニーズに対応するため、県北圏域の支援歯科診療所の増加とサポートセンター登録歯科診療所の増加による支援体制の整備が必要です。</p> <p>○在宅療養者の歯科往診機会を確保するため、県民への歯科往診の周知とともに、医療連携の強化につながるよう、「歯科往診サポートセンター」機能の強化を図っていく必要があります。</p>
<p>○在宅療養患者を訪問して薬剤管理指導をする薬局は759施設であり、県内全薬局838施設の90.6%でほとんどの薬局で訪問薬剤管理指導が可能です。(図表7-2-6-6、全薬局数は医薬安全課調べH29(2017).3.31現在)</p> <p>○24時間体制を含む基準調剤加算の届出を行っている薬局は241施設で、県内全薬局の28.8%です。(H29(2017).7.1診療報酬施設基準)</p>	<p>○実際に訪問指導や夜間の調剤を実施しているのは、一部の薬局にとどまっているため、こうした取組を積極的に行うよう促していく必要があります。</p>

<p>○訪問看護事業所の数は、介護保険制度発足時に613事業所であったものが、平成29（2017）年4月には、1,483事業所に増加しています。このうち、訪問看護ステーションの数も年々増加し、現在141事業所が活動しています。（図表7-2-6-7）また、訪問看護の平均利用回数は、平成28（2016）年度54,826回／月と、平成29年（2017）年度目標値に比べ約84%の利用になっています。（介護保険事業状況報告）</p>	<p>○在宅医療等を必要とする一日あたりの患者数は、平成25（2013）年を1とした場合、平成37（2025）年には1.32と推計されており、今後も増加が見込まれることから、適切に訪問看護が利用されるよう県民や介護関係者へ周知を図るとともに、訪問看護のサービス提供体制の強化を図っていく必要があります。</p>
<p>○診療報酬上の在宅患者訪問栄養食事指導料を実施できる診療所・病院は48施設です。（おかやま医療情報ネットH29（2017）.10.12現在）</p>	<p>○在宅患者・居宅要介護者の増加に伴い、栄養ケアサービスの需要の増大が見込まれるため、栄養指導が必要な人への栄養指導実施体制の整備が必要です。</p>
<p>○団塊の世代が後期高齢者となる平成37（2025）年には、県においても高齢化率が31.3%になると予想されています。</p>	<p>○団塊の世代の高齢化が進むにつれ、認知症患者の増加が予測されます。 ○在宅の認知症患者への支援のため、在宅療養を支える医療従事者・介護従事者が認知症に関する正しい知識と支援技術を修得する必要があります。</p>
<p>○NICU（新生児特定集中治療室）退院児の約70%は家庭へ帰っていますが、人工呼吸器を装着するなど、高度な医療管理を必要としながら在宅での生活を行っている児がいます。（平成29（2017）年周産期医療体制に係る県独自調査）</p>	<p>○医療依存度が高く、長期入院をしている児がスムーズに在宅へ移行することを支援するため、ハイリスク新生児に対して、関係機関が連携を図りながら、継続して支援を行う体制の整備が必要です。</p>

(看取り)	
<p>○県が平成29(2017)年度に実施した「県民満足度調査」では、ご自身の死が近い場合に受けたい医療や受けたくない医療について、ご家族と話し合ったことがある60歳以上の方は52.6%になっています。(図表7-2-6-2)【再掲】</p> <p>○平成28(2016)年の自宅死亡者の割合は、11.4%となっています。(図表7-2-6-8)【再掲】</p>	<p>○県民が、人生の最終段階における療養生活の過ごし方や医療などについて、家族や医師等と話し合い、その希望がかなえられる環境を整えることが必要です。【再掲】</p> <p>○在宅医療等を必要とする一日あたりの患者数は、平成25(2013)年を1とした場合、平成37(2025)年には1.32と推計されており、今後も増加が見込まれることから、適切に訪問看護が利用されるよう県民や介護関係者へ周知を図るとともに、訪問看護のサービス提供体制の強化を図っていく必要があります。【再掲】</p> <p>○自宅死亡者の割合を、目標年度には13%(約2,500人)としており、本人や家族が満足できる在宅看取りが行われるよう、在宅医療に従事する者の確保と資質向上を図る必要があります。</p>

#### ※1 プライマリ・ケア

プライマリ・ケアとは、国民のあらゆる健康上の問題、疾病に対し、総合的・継続的、そして全人的に対応する地域の保健医療福祉機能と考えられます。

(一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会ホームページより抜粋)

#### ※2 自宅死亡者の割合

自宅死亡者の割合は、自宅、グループホーム、サービス付き高齢者向け住宅での死亡者数の合計を、全死亡者数で除した数値です。(資料：厚生労働省「人口動態統計」)

#### ※3 在宅医療

在宅医療とは、居宅、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等、医療提供施設以外における医療です。

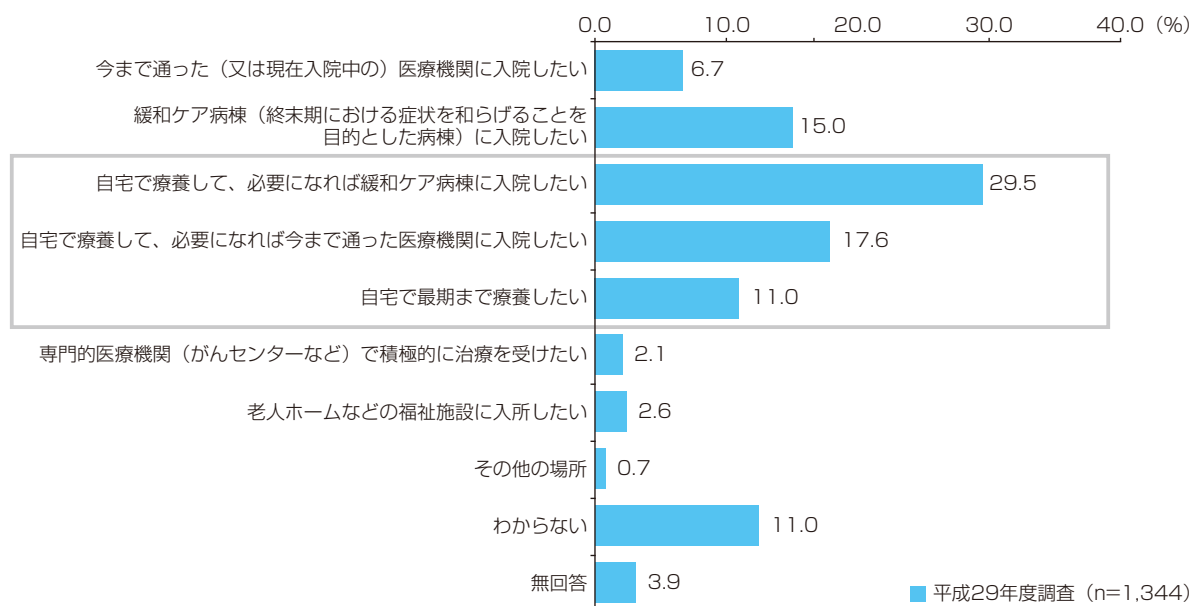
(平成24(2012)年3月30日付け医政発0330第28号厚生労働省医政局長通知)

#### ※4 アドバンス・ケア・プランニング(ACP)

アドバンス・ケア・プランニングとは、患者本人が意思決定できなくなったときに備えて、患者の目標や価値観などを、実際に受ける医療に反映させるために、今後の治療・療養について、患者・家族と医療従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセスのことです。このプロセスには、患者に成り代わって意思決定を行う信用できる人もしくは人々を選定しておくことも含まれます。

### 図表7-2-6-1 人生の最終段階における療養場所に関する希望

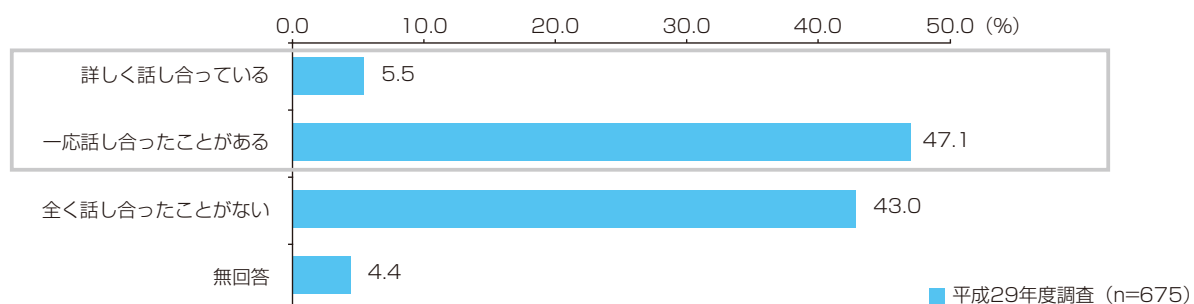
余命が6ヶ月程度あるいはそれより短いと告げられた場合、療養生活は最期までどこで送りたいですか。



(資料：岡山県「県民満足度調査（人生の最終段階における医療等編）」(H29 (2017) 年))

### 図表7-2-6-2 人生の最終段階で受けたい医療等についての話し合い

あなたは、ご自身の死が近い場合に受けたい医療や受けたくない医療について、ご家族とどのくらい話し合ったことがありますか。(60歳以上の県民)



(資料：岡山県「県民満足度調査（人生の最終段階における医療等編）」(H29 (2017) 年))



図表7-2-6-3 在宅療養支援診療所・病院数の推移

		県南東部 保健医療圏	県南西部 保健医療圏	高梁・新見 保健医療圏	真庭 保健医療圏	津山・英田 保健医療圏	合計
在宅療養支援診療所	H27 (2015)	193	88	6	13	30	330
	H28 (2016)	195	86	7	13	32	333
	H29 (2017)	165	66	6	9	29	275
在宅療養支援病院	H27 (2015)	13	14	0	1	3	31
	H28 (2016)	13	14	0	1	2	30
	H29 (2017)	13	17	0	1	3	34
在宅療養支援 診療所・病院の計	H27 (2015)	206	102	6	14	33	361
	H28 (2016)	208	100	7	14	34	363
	H29 (2017)	178	83	6	10	32	309
人口10万対 (H27 (2015) 国勢調査)	H29 (2017)	19.3	11.7	9.6	21.3	17.5	16.1

(資料：中国四国厚生局岡山事務所 施設基準届出一覧 各年4月1日現在)

図表7-2-6-4 在宅療養支援歯科診療所の推移

	県南東部 保健医療圏	県南西部 保健医療圏	高梁・新見 保健医療圏	真庭 保健医療圏	津山・英田 保健医療圏	合計
H27 (2015)	77	62	6	1	5	151
H28 (2016)	81	66	8	1	6	162
H29 (2017)	88	65	9	0	9	171
人口10万対 (H27 (2015) 国勢調査)	9.5	9.2	14.3	—	4.9	8.9

(資料：中国四国厚生局岡山事務所 施設基準届出一覧 各年4月1日現在)

図表7-2-6-5 歯科往診サポートセンターに登録する歯科診療所数

圏域別	歯科医療機関数 <sup>*A</sup>	登録歯科診療所数 <sup>*B</sup>
県南東部	540	197 (36.5%)
県南西部	334	149 (44.6%)
高梁・新見	25	14 (56.0%)
真庭	22	21 (95.5%)
津山・英田	79	30 (38.0%)
合計	1,000	411 (41.1%)

(資料：A：厚生労働省「平成28(2016)年医療施設調査」 B：県歯科医師会 H29(2017).3)

図表7-2-6-6 在宅患者訪問薬剤管理指導料の届出施設数の推移

	県南東部 保健医療圏	県南西部 保健医療圏	高梁・新見 保健医療圏	真庭 保健医療圏	津山・英田 保健医療圏	合計
H27 (2015)	383	222	20	26	87	738
H28 (2016)	392	231	20	27	89	759
H29 (2017)	391	232	20	26	90	759
人口10万対 (H27 (2015) 国勢調査)	42.4	32.8	31.9	55.3	49.3	39.5

(資料：中国四国厚生局岡山事務所 施設基準届出一覧 各年4月1日現在)

図表7-2-6-7 訪問看護事業所数

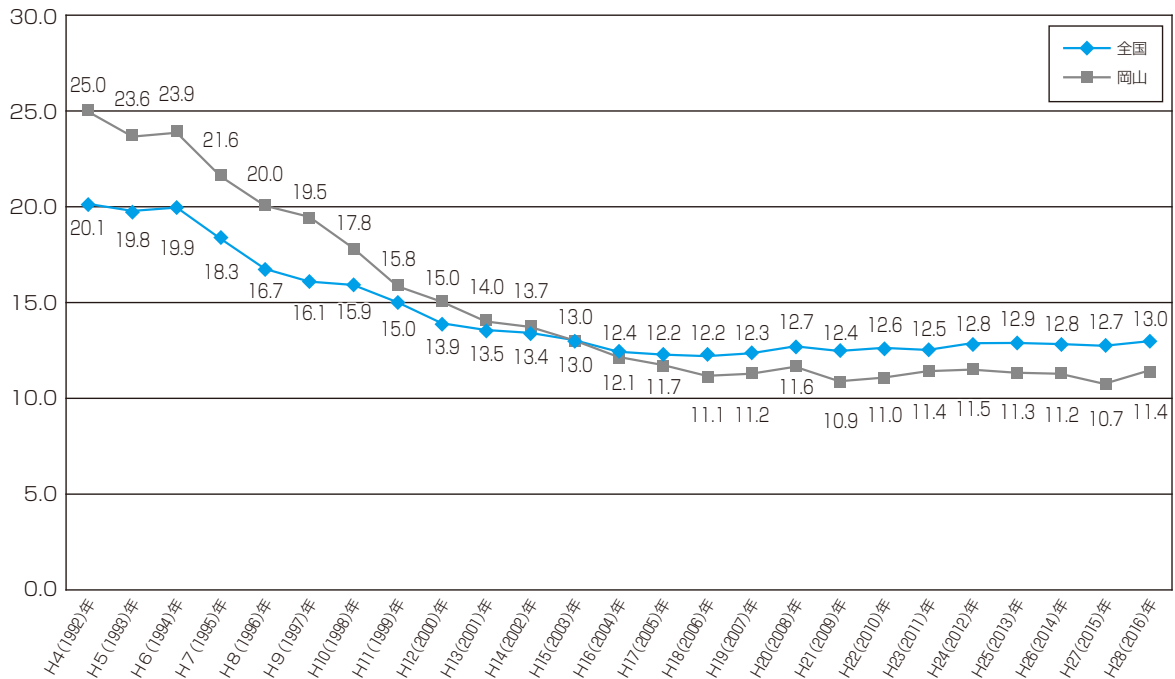
		県南東部	県南西部	高梁・新見	真庭	津山・英田	合計
H12 (2000)	訪問看護事業所						613
	うち訪問看護ステーション						2
H15 (2003)	訪問看護事業所	455	301	40	26	94	916
	うち訪問看護ステーション						15
H18 (2006)	訪問看護事業所	559	352	43	28	105	1,087
	うち訪問看護ステーション	12	6	1	1	2	22
H23 (2011)	訪問看護事業所	639	406	44	30	114	1,233
	うち訪問看護ステーション	48	33	5	5	11	102
H24 (2012)	訪問看護事業所	662	413	36	29	116	1,256
	うち訪問看護ステーション	55	36	5	5	13	114
H25 (2013)	訪問看護事業所	693	427	36	28	116	1,300
	うち訪問看護ステーション	58	37	5	5	12	117
H26 (2014)	訪問看護事業所	710	438	37	29	119	1,333
	うち訪問看護ステーション	62	34	6	5	12	119
H27 (2015)	訪問看護事業所	754	445	40	29	124	1,392
	うち訪問看護ステーション	66	36	5	5	15	127
H28 (2016)	訪問看護事業所	782	466	59	30	129	1,466
	うち訪問看護ステーション	74	40	5	5	15	139
H29 (2017)	訪問看護事業所	798	478	43	31	133	1,483
	うち訪問看護ステーション	74	42	5	5	15	141

(資料：岡山県長寿社会課)

※平成12(2000)年は圏域別の事業所数は不明

※平成12(2000)・15(2003)年度は圏域別の訪問看護ステーション数は不明

図表7-2-6-8 死亡の場所別にみた死亡者割合(自宅)



(資料：厚生労働省「人口動態統計」)

## 2 施策の方向

項 目	施策の方向
プライマリ・ケア	<ul style="list-style-type: none"> <li>○県民に対し、かかりつけ医等を持つよう周知を図るとともに、おかやま医療情報ネット等により、適切な医療機関等の選択を支援します。</li> <li>○在宅医療に関する研修や関係機関への支援を通じて、プライマリ・ケアを担う医師の資質向上を図ります。また、地域での研修や会議等を通じて、24時間体制での在宅医療や症状悪化時の緊急入院、在宅看取りなどを適切に提供できる体制の構築を図ります。</li> </ul>
在宅医療の推進	<ul style="list-style-type: none"> <li>○医療機関、医師会、介護関係団体、市町村等関係機関と連携を図りながら、県民への在宅医療の普及啓発を進めます。</li> <li>○入院から在宅療養・施設入所等への円滑な移行を促進します。また、質の高い在宅医療を行うために、その中核となるかかりつけ医や訪問看護ステーション、在宅療養支援病院、薬局、地域包括支援センター等による退院時カンファレンスや地域ケア会議等の充実を図り、連携体制づくりを進めます。</li> <li>○地域包括ケアシステムの構築に向けた取組等について、郡市医師会や地域の医療機関を支援する岡山県医師会の取組を支援します。</li> <li>○県・保健所と職能団体・関係団体等が協働で、多職種連携を推進するための在宅医療に関する研修会等を開催し、関係職能の資質向上と連携を図ります。</li> <li>○市町村が開催する地域包括ケアシステム構築のための会議や研修への参画や、先進事例を紹介する研修会の開催等により、市町村の取組を支援します。</li> <li>○訪問歯科医療や訪問看護を行う機関を紹介する窓口を設置運営し、在宅医療の普及を図ります。</li> <li>○医療情報ネットワーク岡山（晴れやかネット）について、医療・介護関係者のみならず、県民に対しても普及啓発を進め、利用促進に取り組みます。あわせて、これを利用する者の利便性を向上するための機能を付加するなど、システムの改良にも取り組みます。</li> </ul>
在宅医療提供体制の整備	<ul style="list-style-type: none"> <li>○医療と介護に関わる職能団体の代表者等で構成する「岡山県在宅医療推進協議会」において、各職種の役割や多職種連携のあり方、各団体の取組等について協議し、協働に向けた合意形成と医療・介護関係団体間の連携を図ります。</li> <li>○県医師会と協働して、医師の在宅医療への対応及び質の向上を図ります。</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○在宅歯科医療は、居宅療養患者に対する義歯作製やむし歯治療等の歯科治療に終わるものではなく、口腔ケアによる継続的な管理が求められるため、県歯科医師会等と協働して、在宅歯科医療に従事する歯科医師、歯科衛生士の資質向上を図ります。</li> <li>○訪問口腔衛生指導のほか、在宅歯科治療、摂食嚥下訓練等に従事する歯科衛生士の確保に努めます。</li> <li>○地域包括ケアシステムの構築に向けて、地区歯科医師会に働きかけ、地域の在宅歯科医療提供体制の整備に努めます。歯科往診サポートセンターを中心に、県民や医療・介護関係者等への歯科往診制度の周知や往診歯科医師の派遣調整を行います。また、歯科往診サポートセンター登録歯科診療所の増加に努めます。</li> <li>○県薬剤師会と協働して、薬剤師に対する研修を実施することにより、在宅訪問による薬剤管理指導ができる人材の育成に努めます。また、県民に対して、在宅訪問薬剤管理指導の普及を図ります。</li> <li>○県看護協会等と協働で看取りケアを含めた研修会を開催し、訪問看護師等の資質向上を図り、サービス提供体制を強化します。県訪問看護ステーション連絡協議会と協働で設置している「訪問看護推進協議会」において、訪問看護に関する課題及び対策の検討、研修企画や普及啓発事業の企画・調整等を行い、在宅医療を担う訪問看護職員の人材確保及び質の向上に努めます。</li> <li>○県栄養士会と協働して、管理栄養士の資質向上のための研修会の中で、在宅医療における栄養指導の重要性を普及啓発します。</li> <li>○認知症患者の在宅療養を支援するため、医師会、精神科医会、訪問看護事業所等と連携し、認知症患者の在宅療養を支える医療従事者・介護従事者が認知症に関する正しい知識と支援技術を修得するための研修を行います。</li> <li>○NICU（新生児特定集中治療室）で長期の療養を要した児を始め、在宅医療を必要とする小児患者、障害児等の医療的ケア児が在宅において、必要なサービスが提供され、地域で安心して療養できるよう、保健・医療・福祉・教育・介護等の関係機関と連携し、地域で在宅療養を支える体制の構築に取り組みます。</li> </ul>
看取り	<ul style="list-style-type: none"> <li>○医療機関、医師会、介護関係団体、市町村等関係機関と連携を図りながら、県民が自分らしい療養生活を人生の最終段階まで含めて考え、家族等と話し合い、家族・関係者に希望を伝え、これをかなえる環境を整えます。そのために、医療・介護関係者と連携し、県民が自分らしい生活や人生の最終段階における生き方、生命の尊厳について考えるよう普及啓発を進めます。</li> </ul>

- 医療機関・在宅・施設など県民が希望する場所で自分らしい療養生活を送り、人生の最期を迎えることができるよう、医師会や看護協会等と協働して、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）に基づいた支援を推進するため、ACPの知識技術の普及及び連携のあり方等に関する研修を行い、質の向上を図るとともに、支援体制の構築に取り組みます。
- 県看護協会等と協働で看取りケアを含めた研修会を開催し、訪問看護師等の資質向上を図り、サービス提供体制を強化します。県訪問看護ステーション連絡協議会と協働で設置している「訪問看護推進協議会」において、訪問看護に関する課題及び対策の検討、研修企画や普及啓発事業の企画・調整等を行い、在宅医療を担う訪問看護職員の人材確保及び質の向上に努めます。【再掲】
- 独居高齢者の増加や在宅看取りの増加等に伴い、地域医療を担う医師等が適切に在宅死に対応できるように、研修等を通じて対応力の向上を図ります。

### 3 数値目標

項目	現 状	令和5年度末目標 (2023)
自宅死亡者の割合	11.4% H28年 (2016)	13%
内科診療所のうち 在宅療養支援診療所の数の割合	29.9% H28.4.1 (2016)	35%
病院（精神科病院を除く）のうち 在宅療養支援病院の数の割合	20.4% H28.4.1 (2016)	25%
退院支援担当者を配置している医療機関数	95施設 H26年 (2014)	126施設
訪問診療を実施している診療所・病院数	601施設 H27年度 (2015)	737施設
訪問看護（介護給付におけるサービス 利用見込み）回／月	60,984 R元年度 (2019)	77,653 R5年度 (2023)
人生の最終段階で受けたい医療について 家族と話し合ったことがある県民 (60歳以上) の割合	52.6% H29年 (2017)	70.0%

図表7-2-6-9 在宅医療の体制に求められる事項

体制	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り
目標	<ul style="list-style-type: none"> <li>●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を確保すること</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●患者の疾患、重症度に応じた医療（緩和ケアを含む）が多職種協働により、できる限り患者が住み慣れた地域で継続的、包括的に提供されること</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●患者の病状急変時に対応できるように、在宅医療を担う病院・診療所、訪問看護事業所及び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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を確保すること</li> </ul>
関係機関の例	<ul style="list-style-type: none"> <li>●病院・有床診療所</li> <li>●訪問看護事業所</li> <li>●薬局</li> <li>●居宅介護支援事業所</li> <li>●地域包括支援センター</li> <li>●基幹相談支援センター・相談支援事業所</li> <li>●在宅医療において積極的役割を担う医療機関</li> <li>●在宅医療に必要な連携を担う拠点</li> <li>※病院・診療所には、歯科を標榜するものを含む。以下同じ。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●病院・診療所</li> <li>●訪問看護事業所</li> <li>●薬局</li> <li>●居宅介護支援事業所</li> <li>●地域包括支援センター</li> <li>●介護老人保健施設</li> <li>●短期入所サービス提供施設</li> <li>●基幹相談支援センター・相談支援事業所</li> <li>●在宅医療において積極的役割を担う医療機関</li> <li>●在宅医療に必要な連携を担う拠点</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●病院・診療所</li> <li>●訪問看護事業所</li> <li>●薬局</li> <li>●在宅医療において積極的役割を担う医療機関</li> <li>●在宅医療に必要な連携を担う拠点</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●病院・診療所</li> <li>●訪問看護事業所</li> <li>●薬局</li> <li>●居宅介護支援事業所</li> <li>●地域包括支援センター</li> <li>●基幹相談支援センター・相談支援事業所</li> <li>●在宅医療において積極的役割を担う医療機関</li> <li>●在宅医療に必要な連携を担う拠点</li> </ul>
求められる事項	<p><b>【入院医療機関】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●退院支援担当者を配置すること</li> <li>●退院支援担当者は、できる限り在宅医療に係る機関での研修や実習を受けること</li> <li>●入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援を開始すること</li> <li>●退院支援の際には、患者の住み慣れた地域に配慮した在宅医療及び介護、障害福祉サービスの調整を十分図ること</li> <li>●退院後、患者に起こりうる病状の変化やその対応について、退院前カンファレンスや文書・電話等で、在宅医療に係る機関との情報共有を十分図ること</li> </ul> <p><b>【在宅医療に係る機関】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●患者のニーズに応じて、医療や介護、障害福祉サービスを包括的に提供できるよう調整すること</li> <li>●在宅医療や介護、障害福祉サービスの担当者間で、今後の方針や病状に関する情報や計画を共有し、連携すること</li> <li>●高齢者のみではなく、小児や若年層の患者に対する訪問診療、訪問看護、訪問薬剤指導等にも対応できるような体制を確保すること</li> <li>●病院・有床診療所・介護老人保健施設の退院（退所）支援担当者に対し、地域の在宅医療及び介護、障害福祉サービスに関する情報提供や在宅療養に関する助言を行うこと</li> </ul>	<p><b>【在宅医療に係る機関】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●相互の連携により、患者のニーズに対応した医療や介護、障害福祉サービスが包括的に提供される体制を確保すること</li> <li>●医療関係者は、地域包括支援センターが地域ケア会議において患者に関する検討をする際には積極的に参加すること</li> <li>●地域包括支援センター等と協働しつつ、在宅療養に必要な医療や介護、障害福祉サービス、家族の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること</li> <li>●がん患者（緩和ケア体制の整備）、認知症患者（身体合併症等の初期対応や専門医療機関への適切な紹介）、小児患者（小児の入院機能を有する医療機関との連携）等、それぞれの患者の特徴に応じた在宅医療の体制を整備すること</li> <li>●災害時にも適切な医療を提供するための計画（人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送等に係る計画を含む。）を策定すること</li> <li>●医薬品や医療・衛生材料等の供給を円滑に行うための体制を整備すること</li> <li>●身体機能及び生活機能の維持向上のためのリハビリを適切に提供する体制を構築すること</li> </ul>	<p><b>【在宅医療に係る機関】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●病状急変時における連絡先をあらかじめ患者やその家族に提示し、また、求めがあった際に24時間対応が可能な体制を確保すること</li> <li>●24時間対応が自院で難しい場合も、近隣の病院や診療所、訪問看護事業所等との連携により24時間対応が可能な体制を確保すること</li> <li>●在宅医療に係る機関で対応できない急変の場合は、その症状や状況に応じて、搬送先として想定される入院医療機関と協議し入院病床を確保するとともに、搬送については地域の消防関係者へ相談する等連携を図ること</li> </ul> <p><b>【入院医療機関】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●在宅療養支援病院、有床診療所、在宅療養後方病院等において、連携している医療機関（特に無床診療所）が担当する患者の病状が急変した際に、必要に応じて受け入れを行うこと</li> <li>●重症等で対応できない場合は、他の適切な医療機関と連携する体制を構築すること</li> </ul>	<p><b>【在宅医療に係る機関】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●人生の最終段階に出現する症状に対する患者や家族の不安を解消し、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を構築すること</li> <li>●患者や家族に対して、自宅や住み慣れた地域で受けられる医療及び介護、障害福祉サービスや看取りに関する適切な情報提供を行うこと</li> <li>●介護施設等による看取りを必要に応じて支援すること</li> </ul> <p><b>【入院医療機関】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●在宅医療に係る機関で看取りに対応できない場合について、病院・有床診療所で必要に応じて受け入れること</li> </ul>

体制	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り
求められる事項	<p><b>【在宅医療において積極的役割を担う医療機関】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●医療機関（特に一人の医師が開業している診療所）が必ずしも対応しきれない夜間や医師不在時、患者の病状の急変時等における診療の支援を行うこと</li> <li>●在宅医療に係る医療及び介護、障害福祉関係者に必要な基本的知識・技能に関する研修の実施や情報の共有を行うこと</li> <li>●災害時等にも適切な医療を提供するための計画（人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送等に係る計画を含む。）を策定し、他の医療機関等の計画策定等の支援を行うこと</li> <li>●入院機能を有する医療機関においては、患者の病状が急変した際の受入れを行うこと</li> </ul>			
	<p><b>【在宅医療に必要な連携を担う拠点】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●地域の医療及び介護、障害福祉関係者による会議を定期的開催し、在宅医療における連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を実施すること</li> <li>●質の高い在宅医療をより効率的に提供するため、関係機関の連携による24時間体制の構築や多職種による情報共有の促進を図ること</li> </ul>			

注：「在宅医療の体制構築に係る指針」（厚生労働省医政局地域医療計画課長通知「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（平成29（2017）年3月31日付け、医政指発0331第3号）より転載。

