

心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制

第1 心筋梗塞等の心血管疾患の現状

1 慢性心不全の現状

慢性心不全は、慢性の心筋障害により心臓のポンプ機能が低下し、肺、体静脈系または両系のうっ血や、組織の低灌流を来し日常生活に障害を生じた状態であり、労作時呼吸困難、息切れ、四肢浮腫、全身倦怠感、尿量低下等、様々な症状をきたします。

慢性心不全における心筋障害の原因疾患としては、高血圧、虚血性心疾患、心臓弁膜症、心筋症等があります。

(1)慢性心不全の疫学

平成26年患者調査によると、徳島県で心不全の継続的な医療を受けている患者数は約(3,000)人(全国30万人)と推定され、そのうち70%が75歳以上の高齢者です。また、平成28年人口動態調査によると、心不全による死亡数は心疾患死亡数全体の約36.0%(全国約37.1%)、502人(全国73,545人)です。

慢性心不全患者は、心不全増悪による再入院を繰り返しながら、身体機能が悪化することが特徴であり、今後の患者数増加が予想されています。慢性心不全患者の再入院率改善のためには、薬物療法、運動療法、患者教育等を含む患者に応じた多面的な介入を、地域における幅広い医療機関及び関係機関が連携しながら、入院中から退院後まで継続して行うことが重要です。

(2)慢性心不全の医療

①診断

問診や身体所見の診察に加えて、心電図検査、血液生化学検査、エックス線検査や心エコー検査等の画像診断を行うことで正確な診断が可能になります。同時に、心不全原因疾患の評価も重要であり、必要に応じて心臓カテーテル検査等を行います。

心不全は、高血圧や器質的心血管疾患を有しますが、心不全症状のない心不全リスク状態から、心不全症状を有する症候性心不全へと進行するため、早期診断による早期介入が重要です。

②慢性心不全の治療

慢性心不全患者の症状および重症度に応じた薬物療法や運動療法が行われます。また、重症度や合併症等によっては、両室ペーシングによる心臓再同期療法(CRT)や植込み型除細動器(ICD)による治療が行われることもあります。

心不全増悪時には、症状に対する治療に加えて、心不全の増悪要因に対する介入も重要です。心不全による症状が、急性に出現・悪化する急性増悪の状態では、内科的治療を中心とした、循環管理、呼吸管理等の全身管理が必要となります。また、心不全の増悪要因によっては、PCIや外科的治療が必要となることもあります。

③心不全憎悪予防

心不全の憎悪要因には、虚血性心疾患等の心不全原因疾患の再発・悪化、感染症や不整脈の合併等の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といった多面的な要因が含まれています。

心不全憎悪予防には、ガイドラインに沿った薬物療法・運動療法、自己管理能力を高めるための患者教育、カウンセリング等の多面的な介入を、多職種（医師・看護師・薬剤師・栄養士・理学療法士等）によるチームで行うことが重要です。

④疾病管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーション

慢性心不全患者に対する心血管疾患リハビリテーションでは、自覚症状や運動耐容能の改善及び心不全憎悪や再入院の防止を目的に、運動療法、患者教育、カウンセリング等を含む、多職種による多面的・包括的なリハビリテーションを、患者の状態に応じて実施します。

また、心不全憎悪や再入院の防止には、心不全憎悪による入院中から心血管疾患リハビリテーションを開始し、退院後も継続することが重要です。

2 急性心筋梗塞の現状

急性心筋梗塞は、冠動脈の閉塞等によって心筋への血流が阻害され、心筋が壊死し心臓機能の低下が起きる疾患であり、心電図上の所見によりST上昇型心筋梗塞と非ST上昇型心筋梗塞に大別されます。

急性心筋梗塞発症直後の医療（急性期の医療）は、ST上昇型心筋梗塞と非ST上昇型心筋梗塞で異なるところもありますが、求められる医療機能は共通するものが多いことから、本計画においては一括して記載することとします。

また、各種統計データの分類項目の違いがあるため、急性心筋梗塞と虚血性心疾患（狭心症及び心筋梗塞）を併記して使用します。

(1)急性心筋梗塞の疫学

総務省・消防庁救急年報によると、徳島県で平成28年に救急車によって搬送された急病患者の12.3%、2,326人（全国8.6%、約30.2万人）が心疾患等です。また、平成26年患者調査によると、虚血性心疾患で救急車により搬送された患者は1,686人となっています。

また、徳島県で、平成26年に虚血性心疾患の継続的な医療を受けている患者数は約6千人（全国約 77万人）と推計されます。

そして、虚血性心疾患の年齢調整受療率（人口10万人対）は全国より高い状況で推移しています。

○虚血性心疾患（狭心症及び心筋梗塞）の年齢調整受療率（人口10万対）

	平成17年	平成20年	平成23年	平成26年
徳島県	65.8	41.1	40.1	38.4
全国	41.6	35.6	30.7	28.0

資料：患者調査から算出 総数（厚生労働省）

一方、徳島県においては、平成28年人口動態調査によると、心疾患を原因として年間1,393人（全国 198,006人）が死亡しており、死亡数全体の14.1%（全国15.1%）を占め、死亡順位の第2位（全国2位）となっています。このうち、急性心筋梗塞による死亡数は215人で、心疾患死亡数全体の15.4%（全国約35,926人、約18.1%）となっています。

平成27年人口動態特殊報告によると、急性心筋梗塞の年齢調整死亡率は、男性が女性より高いものの、男女とも全国と比べ低くなっています。

○急性心筋梗塞年齢調整死亡率（人口10万対）

	男			女		
	平成17年	平成22年	平成27年	平成17年	平成22年	平成27年
徳島県	21.7	19.6	11.6	10.4	6.9	4.9
全国	25.9	20.4	16.2	11.5	8.4	6.1

資料：人口動態特殊報告（厚生労働省）

急性心筋梗塞の救命率改善のためには、発症直後の救急要請、発症現場での心肺蘇生や自動体外式除細動器（AED）等による電氣的除細動の実施、その後の医療機関での救命処置が迅速に連携して実施されることが重要です。

また、急性心筋梗塞発症当日から数週間以内に発症する可能性のある不整脈、ポンプ失調、心破裂等の合併症に対する処置が適切に行われることも重要です。

(2)急性心筋梗塞の医療

①予防

急性心筋梗塞の危険因子は、高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病、メタボリックシンドローム、ストレスなどであり、急性心筋梗塞の発症予防には自分の体の状態を把握すると共に、生活習慣の改善や適切な治療が重要となります。

平成28年県民健康栄養調査、平成28年国民健康・栄養調査によると急性心筋梗塞の危険因子である喫煙率は、男性25.5%（全国30.2%）、女性4.0%（全国8.2%）と全国と比較してもやや低くなっています。

平成26年医療施設調査によると禁煙外来を開設し、喫煙習慣をニコチン依存症として治療を行っている医療機関数は、診療所119カ所、病院50カ所で、人口10万人あたり診療所15.2カ所（全国9.9カ所）、病院6.4カ所（全国1.9カ所）とすべての医療圏で開設されており、全国に比べると多い状況となっています。

一方、平成26年患者調査による年齢調整外来受療率（人口10万対）は、高血圧307（全国262.2）、脂質異常症58.7（全国67.5）、糖尿病130.9（全国98.6）であり、平成20年と比較すると3疾患とも低くなっています。しかし、全国と比べると、高血圧症、糖尿病については全国より高い状況となっています。

○喫煙率

	平成22年		平成25年		平成28年	
	男	女	男	女	男	女
徳島県 ※1	29.1	5.2	30.4	7.4	25.5	4.0
全 国 ※2	32.2	8.4	32.1	8.2	30.2	8.2

資料：※1 県民健康栄養調査（徳島県健康増進課）

※2 国民健康栄養調査（厚生労働省）

○禁煙外来を行っている医療機関数

	東部	南部	西部	徳島県
禁煙外来を行っている医療機関数	128	24	19	171

資料：ニコチン依存症管理料算定医療機関数 平成29年7月現在（厚生労働省）

○年齢調整外来受療率（人口10万対）

年度		高血圧	脂質異常症	糖尿病
20	徳島県	352.8	64.9	144.9
	全 国	260.4	48.5	90.2
26	徳島県	307.0	58.7	130.9
	全 国	262.2	67.5	98.6

資料：患者調査から算出（厚生労働省）

疾病の早期発見や生活習慣の改善のきっかけとなる健康診断・健康診査を受診することは重要ですが、国民生活基礎調査によると、徳島県における平成28年の健康診断・健康診査の受診率（40歳から74歳まで）は65.6%（全国71.0%）と全国より低い状況となっています。平成20年度から実施されている各医療保険者による特定健康診査の平成27年度の受診率についても、46.5%と低い状況です。

②発症直後の救護、搬送等

急性心筋梗塞を疑うような症状が出現した場合、本人や家族等周囲にいる者は速やかに救急要請を行います。

また、急性心筋梗塞発症直後に病院外で心肺停止状態となった場合、周囲にいる者や救急救命士等による心肺蘇生の実施及びAEDの使用により、救命率の改善が見込まれます。

厚生労働科学研究「循環器疾患等の救命率向上に資する効果的な救急蘇生法の普及啓発に関する研究」（主任研究者 坂本哲也）（平成26年度）によると、AEDは全国に推定約48万台普及している状況です。また、日本救急医療財団によると、徳島県においては約2,900台（H29年10月1日現在）普及している状況です。

平成28年度「救急・救助の現況」（消防庁）によると、心肺機能停止傷病者全搬送人員のうち平成27年に一般市民により除細動が実施された件数は3件（人口10万対0.4件）、全国1,815件（人口10万対1.1件）で、全国より低い状況となっています。平成16年7月に一般市民によるAEDの使用が認められ、平成17年以降は11年間で46件（全国12,157件）一般市民により除細動が実施されています。

また、一般市民が目撃した心原性心肺機能停止者のうち、一般市民の心肺蘇生実施率は56.4%（全国55.8%）となっています。

そして、平成27年における救急要請（覚知）から医療機関への収容までに要した平均時間は、35.8分（全国39.4分）で全国より約4分短くなっています。

③診断

問診や身体所見の診察に加えて、心電図検査、血液生化学検査、エックス線検査や心エコー検査等の画像診断、冠動脈造影検査（心臓カテーテル検査）等を行うことで正確な診断が可能になります。

特にST上昇型心筋梗塞の場合、診断と治療が一体的に実施できる冠動脈造影検査を、発症後速やかに実施することが重要です。

非ST上昇型心筋梗塞では、適切な薬物療法を行いつつ、必要に応じて早期に冠動脈造影を行います。

また、診断の過程において、不整脈、ポンプ失調、心破裂等の生命予後に関わる合併症の発症について常に注意することも重要です。

④急性期の治療

急性心筋梗塞の急性期には、循環管理、呼吸管理等の全身管理とともに、ST上昇型心筋梗塞、非ST上昇型心筋梗塞等の個々の病態に応じた治療が行われます。また、心臓の負荷を軽減させるために苦痛と不安の除去も行われます。

徳島県における急性期医療を取り巻く状況として、救命救急センターを有する病院数は東部、南部、西部圏域で各1カ所、心筋梗塞の専用病室（CCU）を有する病院数は県内で3カ所、病床数は12床となっています。

治療に当たる専門医の状況は、循環器内科医師数は徳島県で79人、人口10万人あたり10.1人（全国9.4人）となっており、循環器内科医師数については全国より多い状況となっています。

○急性期医療体制の状況

	東部	南部	西部	徳島県
救命救急センターを有する医療機関数 ※ 1	1	1	1	3
CCUを有する医療機関数 病床数 ※ 1	2 9	1 3	0 0	3 12
循環器内科医師数 ※ 2	59	15	5	79
心臓血管外科医師数 ※ 2	10	7	0	17

資料 ※ 1 平成26年 医療施設調査（厚生労働省）

※ 2 平成26年 医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）

ア ST上昇型心筋梗塞の治療は、血栓溶解療法や冠動脈造影検査及びそれに続く経皮的冠動脈インターベンション(PCI)により、障害された心筋への血流を再疎通させる療法が主体で、発症から血行再建までの時間が短いほど有効性が高くなっています。

徳島県における治療の状況は、大動脈バルーンパンピング法が実施可能な医療機関は県内で12カ所となっています。

急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈形成手術数は県内で426件、虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術数は東部、南部圏域で99件となっており、症状や合併症等によっては冠動脈バイパス術(CABG)等の外科的治療が第一選択となることもあります。

○急性期医療の状況

	東部	南部	西部	徳島県
大動脈バルーンパンピングが実施可能な医療機関 ※ 1	8	4	0	12
急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈インターベンションの実施件数（算定回数） ※ 2	246	155	25	426
虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数（算定回数） ※ 2	35	64	0	99

資料：※ 1 平成28年 診療報酬施設基準（厚生労働省）

※ 2 NDB（平成27年度）（通称：ナショナルデータベース（NDB）による分析結果）

イ 非ST上昇型心筋梗塞の急性期の治療は、薬物療法が基本ですが、必要に応じて早期に冠動脈造影検査を行い、適応に応じてPCI、CABGを行います。

⑤疾病管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーション

心筋梗塞患者に対する心血管疾患リハビリテーションは、合併症や再発の予防、早期の在宅復帰及び社会復帰を目的に、発症した当日から患者の状態に応じ、運動療法、食事療法、患者教育等を実施します。

また、トレッドミルや自転車エルゴメーターを用いて運動耐容能を評価した上で、運動処方を作成し、徐々に負荷を掛けることで不整脈やポンプ失調等の合併症を防ぎつつ、身体的、精神・心理的、社会的に最も適切な状態に改善することを目的とする多面的・包括的なリハビリテーションを多職種（医師・看護師・薬剤師・栄養士・理学療法士等）のチームにより実施します。

喪失機能（心機能）の回復だけではなく再発予防、リスク管理などの多要素の改善に焦点が当てられ、患者教育、運動療法、危険因子の管理等を含む、疾病管理プログラムとして実施されている点が、脳卒中等のリハビリテーションとは異なります。

徳島県で心血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数は東部、南部圏域で6カ所となっています。

○心血管疾患リハビリテーションの実施状況

	東部	南部	西部	徳島県
心血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数	4	2	0	6

資料：平成28年 診療報酬施設基準（厚生労働省）

⑥急性期以後の医療

急性期を脱した後は、不整脈、ポンプ失調等の治療やそれらの合併症予防及び再発予防のための、基礎疾患や危険因子（高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病等）の管理、患者教育、運動療法等の疾患管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーションが、退院後も含めて継続的に行われます。

また、患者だけでなく患者の周囲にいる者に対する再発時における適切な対応についての教育等も重要です。

平成26年患者調査によると虚血性心疾患の退院患者の平均在院日数は8.2日（全国8.3日）、在宅等生活の場^{*2}に復帰した患者の割合は、95.1%（全国93.7%）と全国と同様の状況となっていますが、今後、地域連携クリティカルパス等の活用により在宅等生活の場に復帰する患者の割合の増加が期待されます。徳島県においては「徳島急性心筋梗塞地域連携研究会」を中心として、県下統一の地域連携クリティカルパスの運用を推進しています。

○虚血性心疾患の退院患者の状況

	東部	南部	西部	徳島県 (平均値)
虚血性心疾患退院患者 平均在院日数	10.2	5.3	2.2	8.2
在宅等生活の場に復帰した 虚血性心疾患患者の割合	2.4	1.6	0	4.1

資料：平成26年 患者調査（病院の退院患者平均在院日数）

3 大動脈解離の現状

大動脈解離は、大動脈壁が二層に剥離し、二腔（真腔・偽腔）になった状態であり、突然の急激な胸背部痛、解離に引き続く動脈の破裂による出血症状、解離による分岐動脈の狭窄・閉塞による臓器虚血症状等、様々な症状をきたします。また、解離部位の大動脈径が拡大し、瘤形成を認めた場合には、解離性大動脈瘤と呼ばれます。

病期としては、発症2週間以内が急性期、2週間以降が慢性期とされています。慢性大動脈解離は、多くの場合、症状を有する急性大動脈解離を経ているため、あらかじめ診断がついていることがほとんどです。そのため、本計画においては主に急性大動脈解離について記載することとします。

(1)大動脈解離の疫学

大動脈瘤及び大動脈解離の継続的な医療を受けている患者数は平成26年「患者調査」によると全国で約4.2万人と推定されます。また、年間約1.7万人が大動脈瘤および大動脈解離を原因として死亡し、死亡数全体の1.4%を占め、平成28年「人口動態統計」によると死亡順位の第9位となっています。

急性大動脈解離は、死亡率が高く予後不良な疾患であり、発症後の死亡率は1時間毎に1から2%ずつ上昇するといわれています。そのため、急性大動脈解離の予後改善のためには、迅速な診断と治療が必要です。

2 在宅等生活の場：自宅だけでなく、介護老人保健施設、老人ホーム等多様な居住の場を含みます。

(2)大動脈解離の医療

①急性大動脈解離の診断

問診や身体所見の診察に加えて、心電図検査、血液生化学検査、画像検査（エックス線検査、超音波検査、CT等）等を行うことで、大動脈解離の範囲を含めた、正確な診断が可能になります。

大動脈解離は、解離の範囲により、上行大動脈に解離が及んでいるStanford A型と上行大動脈に解離が及んでいないStanford B型に分類されます。A型とB型では、基本的な治療方針が異なるため、解離の範囲の評価は、適切な治療方針を決定する上で重要です。

②急性大動脈解離の治療

厳格な降圧を中心とした内科的治療と、大動脈人工血管置換術等の外科的治療のどちらを選択するかは、予後を左右する最も重要な判断となります。解離の部位、合併症の有無等に基づき、治療法が選択されます。

ア Stanford A型急性大動脈解離は、内科的治療の予後が極めて不良であるため、緊急の外科的治療の適応となる事が多いですが、全身状態等によっては外科的治療非適応となることもあります。

イ Stanford B型急性大動脈解離は、A型急性大動脈解離よりも自然予後が良いため、内科的治療が選択されることが多いですが、合併症を有する場合等には、外科的治療が必要となります。また、近年、合併症を有するB型急性大動脈解離に対する、ステントグラフトを用いた血管内治療の有効性が報告されており、外科的治療に代わって血管内治療が選択されることもあります。

③疾患管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーション

大動脈解離患者に対する心血管疾患リハビリテーションでは、術後の廃用性症候群の予防や、早期の退院と社会復帰を目指すことを目的に、運動療法、食事療法、患者教育等を含む、多職種による多面的・包括的なリハビリテーションを実施します。外科的治療の有無、解離の部位、合併症の状態等の患者の状態に応じた、適切な心血管疾患リハビリテーションを実施することが重要です。

④急性期以後の医療

発症から2週間以上経過した、慢性期の大動脈解離の予後は良好であり、Stanford A型、B型共に、再解離の予防を目標とした、降圧療法を中心とした内科的治療が行われますが、大動脈径の拡大等を認める場合には、外科的治療が必要となることもあります。

第2 医療体制の構築に必要な事項

1 目指すべき方向

前記「第1 心筋梗塞等の心血管疾患の現状」を踏まえ、県下3圏域を基本として、個々の医療機能、それを満たす医療機関、さらにそれら医療機関相互の連携により、医療が継続して実施される体制を構築します。また併せて、急性心筋梗塞については、急性期における迅速な専門的治療の開始が重要で

あることから、特に県南、県西部における地域の医師確保等を強力に推進し、1.5次保健医療圏をはじめ、少しでも身近な地域において急性期医療が提供できる体制の構築を目指します。

- (1)心筋梗塞等の心血管疾患の発症予防
- (2)発症後、速やかな救命処置の実施と搬送が可能な体制
 - ①周囲の者による速やかな救急要請及び心肺蘇生法(CPR)の実施
 - ②専門的な診療が可能な医療機関への迅速な搬送
- (3)発症後、速やかに疾患に応じた専門的診療が可能な体制
 - ①医療機関到着後30分以内の専門的な治療の開始
 - ②専門的な診療が可能な医療機関間の円滑な連携
- (4)合併症予防や在宅復帰を目的とした心血管疾患リハビリテーションが可能な体制
 - ①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の実施
 - ②運動耐容能などに基づいた運動処方により合併症を防ぎつつ、運動療法のみならず、多面的・包括的なリハビリテーションを実施
- (5)在宅療養が可能な体制
 - ①合併症や再発を予防するための治療、基礎疾患や危険因子の管理の実施
 - ②再発予防のための定期的専門的検査の実施

2 各医療機能と連携

各医療機能の内容（目標、医療機関等に求められる事項等）について、地域の実情に応じて下記(1)から(5)に示します。

(1)発症予防の機能【予防】

①目標

心筋梗塞等の心血管疾患の発症を予防すること

②医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められます。

- ・高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病等の危険因子の管理が可能であること
- ・初期症状出現時における対応について、本人及び家族等患者の周囲にいる者に対する教育、啓発を実施すること
- ・初期症状出現時に、急性期医療を担う医療機関への受診勧奨について指示すること

③関係者に求められる事項

(住民)

- ・発症予防のために、高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病、メタボリックシンドローム、ストレスなどの危険因子について知り、健康診断、健康診査の受診と生活習慣の改善を行うこと

(行政等)

- ・心筋梗塞等の心血管疾患の発症予防について啓発を行うこと
- ・健康診断・健康診査の受診に向けた啓発、受診勧奨を行うこと

(2) 応急手当・病院前救護の機能【救護】

① 目標

心筋梗塞等の心血管疾患の疑われる患者が、できるだけ早期に疾患に応じた専門的な診療が可能な医療機関に到着できること

② 関係者に求められる事項

(住民)

- ・発症後速やかに救急要請を行うこと
- ・心肺停止が疑われる者に対して、AEDの使用を含めた救急蘇生法等適切な処置を実施すること
- ・機会をとらえてAEDの使用を含めた救急蘇生法等の習得に努めること

(救急救命士を含む救急隊員)

- ・徳島県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

(行政等)

- ・AEDの使用を含めた救急蘇生法等の普及啓発を行うこと

(3) 救急医療の機能【急性期】

① 目標

- ・患者の来院後速やかに初期治療を開始するとともに、30分以内に専門的な治療を開始すること
- ・合併症や再発の予防、在宅復帰のための心血管疾患リハビリテーションを実施すること
- ・再発予防の定期的専門的検査を実施すること

② 医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められます。

- ・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
- ・ST上昇型心筋梗塞の場合、冠動脈造影検査および適応があればPCIを行い、来院後90分以内の冠動脈再疎通が可能であること
- ・慢性心不全の急性増悪の場合、状態の安定化に必要な内科的治療が可能であること
- ・呼吸管理、疼痛管理等の全身管理や、ポンプ失調、心破裂等の合併症治療が可能であること
- ・虚血性心疾患に対する冠動脈バイパス術や大動脈解離に対する大動脈人工血管置換術等の外科的治療が可能又は外科的治療が可能な施設との連携体制がとれていること
- ・電氣的除細動、機械的補助循環装置、緊急ペーシングへの対応が可能であること
- ・運動耐容能などに基づいた運動処方により合併症を防ぎつつ、運動療法のみならず多面的・包括的なリハビリテーションを実施可能であること
- ・抑うつ状態等の対応が可能であること

- ・回復期（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、またその一環として再発予防の定期的専門的検査を実施すること

③対応する医療機関

- ・救急救命センターを有する病院
- ・心臓内科系集中治療室（CCU）等を有する病院
- ・心筋梗塞等の心血管疾患に対する急性期医療を担う病院又は有床診療所

(4)疾病管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーションを実施する機能【回復期】

①目標

- ・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
- ・急性期病院と地域連携クリティカルパスを活用し連携を行い、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
- ・患者に主体的に治療や再発予防リハビリテーションに取り組むことができるよう支援すること

②医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められます。

- ・運動耐容能を評価の上で、運動療法、食事療法、患者教育等の心血管疾患リハビリテーションが実施可能であること
- ・再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態等の対応等が可能であること
- ・心電図検査、電氣的除細動等急性増悪時の対応が可能であること
- ・地域連携クリティカルパス及び患者連携手帳等を活用し、患者が主体的に治療、リハビリテーションに取り組むことができるよう支援するとともに、心筋梗塞等の心血管疾患の再発や重症不整脈等の発症時における対応法について、患者及び家族への教育を行っていること
- ・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
- ・急性期の医療機関及び二次予防の医療機関と地域連携クリティカルパスを活用し、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

③対応する医療機関

- ・内科、循環器科又は心血管外科を有する病院又は診療所

(5)再発予防の機能【再発予防】

①目標

- ・回復期病院と地域連携クリティカルパスを活用し連携を行い、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
- ・患者が在宅療養を継続できるよう支援すること

②医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められます。

- ・再発予防のための治療や基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態への対応が可能であること
- ・地域連携クリティカルパス及び患者連携手帳等を活用し、患者が主体的に治療、リハビリテーションに取り組むことができるよう支援するとともに、再発予防等に関し必要な知識を教えること
- ・緊急時の除細動等急性増悪時への対応が可能であること
- ・合併症併発時や再発時に緊急の内科的・外科的治療が可能な医療機関と連携していること
- ・急性期の医療機関や介護保険サービス事業所等と再発予防の定期的専門的検査、合併症併発時や再発時の対応を含めた診療情報や治療計画を共有する等して連携していること
- ・在宅での運動療法、再発予防のための管理を、医療機関と訪問看護事業所・かかりつけ薬剤師・薬局が連携し実施出来ること

③対応する医療機関

- ・内科又は循環器内科を標榜する病院又は診療所
- ・訪問看護事業所・薬局

第3 数値目標

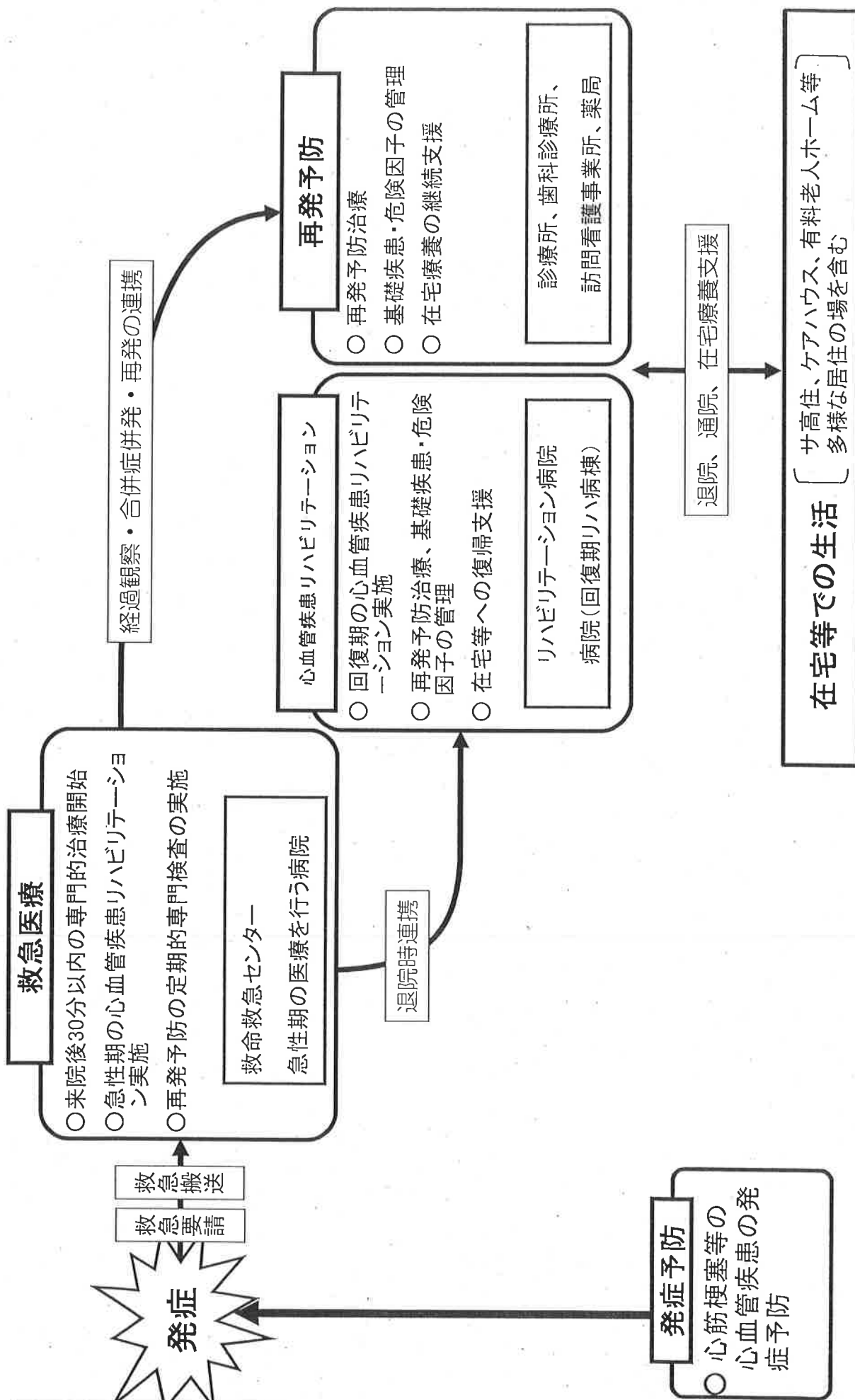
数値目標項目	直近値	平成35年度末 目標値
喫煙率 ☆ ★	成人男性 25.5% 成人女性 4.0% (H28県民健康栄養調査)	成人男性 18% 成人女性 3% (H34)
虚血性心疾患年齢調整死亡率 (人口10万対) ★	男性 18.8 女性 7.4 (H27人口動態特殊報告)	15%以上の減少 (H22から)
特定健康診査受診率 ★ ◇	46.5% (H27特定健康診査特定保健指導にかかるデータ)	70%以上
一般市民が目撃した心原性心肺機能停止者のうち、一般市民が心肺蘇生を実施した割合	56.4% (H28「救急・救助の現況」)	60%以上

☆「徳島県がん対策推進計画」における目標

★「徳島県健康増進計画（健康徳島21）」における目標

◇「徳島県における医療費の見通しと適正化に向けた取組み」における目標

心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制



時間の流れ

糖尿病の医療体制

第1 糖尿病の現状

徳島県における糖尿病の有病者等、受療及び死亡の状況は、おおよそ次のとおりとなっています。

1 糖尿病有病者等の状況

平成28年に実施した県民健康栄養調査結果を基に、平成28年の本県人口（H28.10.1現在徳島県推計人口）を用いて推計すると、40歳以上人口のうち、「糖尿病が強く疑われる人（有病者）」は、約4.9万人となり、前回調査（平成22年）と比較し、男女とも減少しています。

しかしながら、「糖尿病の可能性を否定できない人（予備群）」は男女とも増加し、約7.6万人となったことから、有病者を合わせると、約12.5万人となり、40歳以上の人口の26.1%が、糖尿病の有病者又は予備群と推測されます。このことから、糖尿病の発症を予防するための早期介入が重要となります。

○糖尿病有病者・予備群の推計

平成28年	県推計人口	有病者		予備群		合 計	
男性	219,607	2.3万人	10.6%	3.4万人	15.3%	5.7万人	25.9%
女性	260,087	2.6万人	10.0%	4.2万人	16.2%	6.8万人	26.2%
合計	479,694	4.9万人	10.3%	7.6万人	15.8%	12.5万人	26.1%
平成22年	県推計人口	有病者		予備群		合 計	
男性	217,462	2.4万人	10.9%	2.6万人	12.0%	5.0万人	22.9%
女性	260,335	2.9万人	11.0%	2.9万人	11.1%	5.8万人	22.0%
合計	477,797	5.3万人	11.0%	5.5万人	11.5%	10.8万人	22.4%

資料：平成22年県民健康栄養調査（注）「県人口」：40歳以上人口（H22.4.1）
平成28年県民健康栄養調査（注）「県人口」：40歳以上人口（H28.10.1）

2 受療の状況

本県における糖尿病の受療率（人口10万対）は、入院、外来ともに、全国平均を上回っていますが、全国との差は縮小傾向にあります。

また、糖尿病の退院患者の平均在院日数（平成26年患者調査）は、48.6日と全国の35.5日と比較して長くなっています。

○糖尿病受療率（人口10万対）の年次推移

区 分	徳 島 県						全 国		
	入院		外来		合計		入院	外来	合計
	順位	順位	順位	順位	順位	順位			
平成26年	27	8	250	4	277	3	16	175	191
平成23年	43	4	269	2	312	1	19	166	185
平成20年	39	2	252	2	291	2	20	147	167
平成17年	52	1	262	1	314	1	24	158	182
平成14年	67	1	232	1	299	1	27	146	173
平成11年	88	1	252	1	340	1	32	146	178

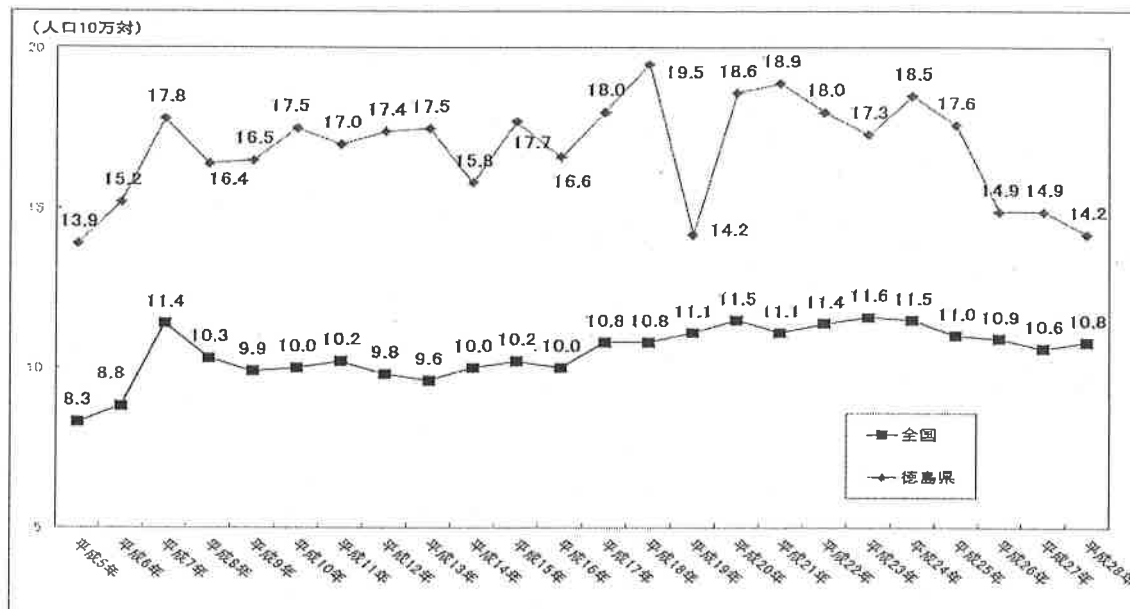
資料：患者調査（厚生労働省）（注）「受療率」：1日当たりの患者数（人口10万対）

3 死亡の状況

糖尿病死亡率については、平成5年以来（平成19年除く）、全国ワースト1位が続いていましたが、平成26年以降、全国ワースト1位を脱却し、全国との差も縮小しています。

平成28年人口動態統計における糖尿病死亡数は男性60人、女性46人、合計106人であり、粗死亡率（人口10万対）は14.2となり、全国が増加傾向にある中、本県の粗死亡率は減少しています。

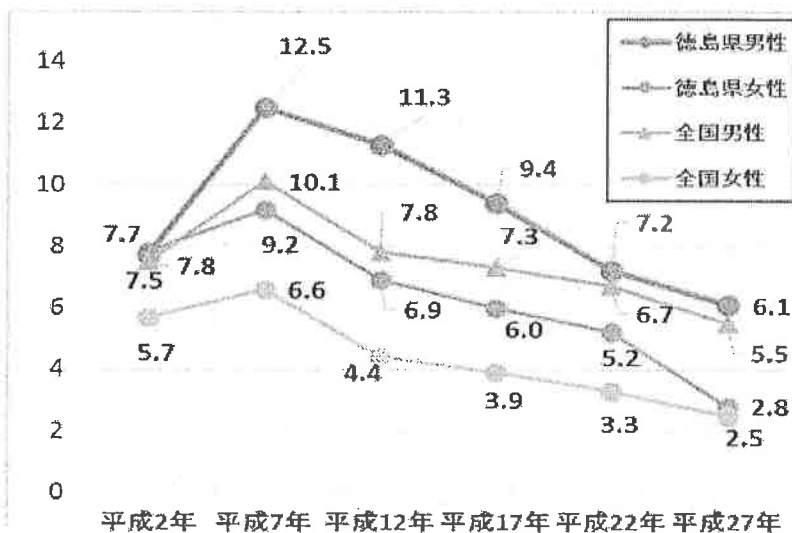
○糖尿病死亡率の年次推移（人口10万対）



資料：人口動態統計（厚生労働省）

また、年齢構成による要因を調整した「年齢調整死亡率」では、平成27年は、平成22年より男女とも減少し、改善傾向にあります。

○年齢調整死亡率の推移（人口10万対）



資料：人口動態統計特殊報告（厚生労働省）

4 糖尿病の医療

(1) 予防・健診・保健指導

2型糖尿病の発症に関連がある生活習慣は、食習慣、運動習慣、喫煙、飲酒習慣等であり、発症予防には、「バランスのとれた食生活」や「適度な運動習慣」等の生活習慣の改善が重要です。

また、個人の糖尿病のリスクを把握することや糖尿病の早期発見による重症化予防につなげるためには、特定健診等の定期的な健診受診や、健診の結果を踏まえた保健指導による適切な生活習慣の改善、治療が必要な者に対しては受診を促すこと等が重要となります。

本県では、県医師会に設置された「生活習慣病予防対策委員会」を中心に関係機関が連携し、地域と医療が連携した糖尿病対策に取り組むとともに、平成18年1月に設立した「みんなでつくろう！健康とくしま県民会議」を推進母体に、「健康とくしま応援団」の募集・登録、阿波踊り体操や健康課題に応じた各種レシピ集を始めとした「健康サポートツール」の開発・普及啓発等、県民総ぐるみによる「健康とくしま運動」を全県的に展開しています。

さらに、徳島大学病院に設置した「糖尿病対策センター」において、専門的な研究・治療、疫学調査を行うとともに、「糖尿病克服県民会議」でその研究成果を活用する等、県を挙げた糖尿病克服対策を推進しています。

(2) 診断・治療の状況

人工透析を必要とする糖尿病腎症や失明の原因となる糖尿病網膜症等の糖尿病合併症は、生活の質を低下させるため、糖尿病患者を的確に診断し、重症化予防の観点から、早期に治療を開始することが重要です。

しかしながら、糖尿病の早期介入に重要な要素となる健康診査の受診率は、平成28年国民生活基礎調査によると60.2%（全国67.3%）、平成20年度から開始された特定健康診査の受診率は、46.5%（平成27年度（全国50.1%））と全国より低く、平成28年県民健康栄養調査においても、「糖尿病が強く疑われている人」の5.0%が治療を中断しているほか、17.5%が治療を受けていない現状です。

また、初めて糖尿病と診断された場合においても、すでに糖尿病腎症、糖尿病網膜症等を合併していることがあるため、尿検査や眼底検査等糖尿病合併症の発見に必要な検査の実施や診断時から各診療科との連携を図る等、健診等によって発見された糖尿病あるいはその疑いのある者を確実に診断し、治療や専門的な指導につなげることができるよう各医療機関の機能を活用した地域と医療の連携体制の推進が、ますます重要性を増しているところです。

本県では、平成20年度以降、県内の市町村において、特定健康診査の結果、糖尿病が強く疑われる者については、地域保健師との連携パスを用い、「初期・安定期治療医療機関」へつなげる取組みを進めるとともに、「初期・安定期治療医療機関」と「専門治療医療機関」等の医療連携を推進するための地域医療連携クリティカルパスの導入を推進しているところです。導入施設については、平成24年度の37施設から平成28年度は53施設となり、「糖尿病連携手帳」の活用促進とともに、普及拡大に努めています。

また、関係機関と連携し、糖尿病専門医をはじめとする各種認定資格の取得促進を通じて、医療従事者の資質向上を図ることにより、多職種連携による糖尿病診断・治療の質の確保に努めています。

さらに、これまで、糖尿病の合併症の1つと言われてきた歯周病についても、互いに悪化因子となることから、医科歯科連携を促進するための「歯科用パス」や「デンタルパスポート」を作成・普及し、歯周病と血糖コントロールの双方向が改善するための連携を進めています。

○糖尿病診療の状況

	総 数	東 部	南 部	西 部
糖尿病専門医（日本糖尿病学会） ※ 1	45	38	7	0
糖尿病内科（代謝内科）の医師数 ※ 2	68	63	2	3
療養指導医（日本糖尿病協会） ※ 3	76	63	7	6
糖尿病登録医（日本糖尿病協会） ※ 3	49	41	2	6
糖尿病認定医（徳島県医師会）	234	177	27	30
糖尿病協会登録歯科医師 ※ 3	76	47	18	11
歯周病専門医の在籍する歯科医療機関（日本歯周病学会）	11	8	2	1
糖尿病療養指導士（認定機構）	222	163	46	13
徳島県糖尿病療養指導士（徳島県医師会）	227	167	34	26
糖尿病認定看護師（日本看護協会） ※ 4	10	7	3	0
糖尿病内科(代謝内科)を標榜する医療機関 ※ 5	14	7	5	2
糖尿病教室等の患者教育を実施する医療機関	62	42	10	10
糖尿病の教育入院をする医療機関	86	57	16	13

資料：医療機能施設調査（平成28年度）

※ 1：「日本糖尿病学会」ホームページより（平成29年10月現在）

※ 2：「平成26年 医師・歯科医師・薬剤師調査」（厚生労働省）

※ 3：「日本糖尿病協会」ホームページより（平成29年10月現在）

※ 4：「日本看護協会」ホームページより（平成29年10月現在）

※ 5：「平成26年 医療施設調査（静態）」（厚生労働省）

(3)合併症の治療

①合併症の状況

平成28年の県民健康栄養調査において糖尿病が強く疑われる者（40人）の合併症を有する状況をみると、神経障害が12.5%と最も多く、糖尿病腎症10.0%、糖尿病網膜症7.5%と続く結果となりました。

（一社）日本透析医学会統計調査委員会「わが国の慢性透析療法の現況」によると、本県の平成27年の新規人工透析導入者320人中、糖尿病腎症が原因となっているものは139人と43.4%を占め、その割合は全国と同程度となっています。

糖尿病患者における糖尿病腎症の予防や重症化を抑制することは、患者の生命予後やQOLにとって重要であり、「未受診者」や「治療中断者」対策の更なる強化が必要です。

そこで、本県においては、平成29年3月、徳島県医師会、徳島県医師会糖尿病対策班、徳島県保険者協議会、徳島県の4者が共同で「徳島県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定し、従来の特健診・特定保健指導の

推進はもとより、糖尿病腎症が進行するリスクの高い方に対する医療機関への受診勧奨やかかりつけ医と連携した保健指導の実施等を通じて、糖尿病の重症化を防ぎ、人工透析への移行を防止につなげる等、糖尿病患者の早期治療と生涯を通じた適切な治療を継続するための支援体制の充実・強化を目指しています。

○糖尿病腎症による平成27年の新規導入透析患者（平成22年との比較）

区 分	徳 島 県		全 国	
	平成27年	平成22年	平成27年	平成22年
糖尿病性糸球体腎硬化症	139 (43.4%)	132 (44.7%)	16,072 (43.7%)	16,247 (43.6%)
新規導入透析患者総数	320	295	36,797	37,229

資料：（一社）日本透析医学会

（注）：％については、新規導入透析患者総数に占める糖尿病性糸球体腎硬化症の割合

②合併症の診療

合併症の診療施設の状況は次のとおりです。

○糖尿病合併症における診療の状況

	総 数	東 部	南 部	西 部
急性合併症の治療を行う医療機関	67	42	14	11
糖尿病網膜症の治療が可能な医療機関	39	28	5	6
糖尿病足病変に関する指導を実施する医療機関 (糖尿病合併症管理料届出医療機関) ※	25	16	5	4
フットケアを実施している医療機関	102	77	14	11
人工透析実施医療機関	34	24	6	4

資料：医療機能施設調査（平成28年度）、※は「四国厚生支局届出医療機関数」（H29.9.1）

5 圏域における医療について

糖尿病患者の糖尿病治療・管理を目的とした外来受療動向を3圏域別にみると、どの圏域においても9割を超える患者が、居住地の圏域の医療機関を受診しています。一方、糖尿病患者の入院（糖尿病の治療・管理以外を目的とした入院も含む）を圏域別に見ると、東部に比べ、南部、西部においては、居住地の圏域内での入院割合が低くなっています。

糖尿病は慢性疾患であり、外来治療が中心となるため、身近な医療機関で合併症の診療や患者教育も含めた医療体制整備を目指すとともに、医療従事者の資質向上を図ることにより、多職種連携による医療サービスが継続して実施できるよう努めることが重要となります。

○糖尿病患者の圏域別受療動向

		医療機関所在地（外来）		
		東 部	南 部	西 部
居 住 地	東 部	97.5%	2.0%	0.5%
	南 部	7.9%	92.1%	
	西 部	7.4%	0.4%	92.2%
		医療機関所在地（入院）		
		東 部	南 部	西 部
居 住 地	東 部	98.0%	2.0%	
	南 部	17.2%	82.8%	
	西 部	17.5%		82.5%

資料：NDB（平成27年度）

第2 医療機関とその連携

1 目指すべき方向

前記「第1 糖尿病の現状」を踏まえ、個々の医療機能、それを満たす医療機関、さらにそれら医療機関相互の連携により、保健及び医療サービスが連携して実施される体制を構築します。

(1)糖尿病の治療及び合併症予防が可能な体制

①糖尿病の診断及び生活習慣等の指導の実施

②良好な血糖コントロール評価を目指した治療の実施

(2)血糖コントロール不可例の治療や急性合併症の治療が可能な体制

①教育入院等による、様々な職種が連携したチーム医療の実施

②急性増悪時の治療の実施

(3)糖尿病の慢性合併症の治療が可能な体制

2 各医療機能と連携

前記「1 目指すべき方向」を踏まえ、糖尿病の医療体制に求められる医療機能を下記(1)から(4)に示します。

(1)合併症の発症を予防するための初期・安定期治療を行う機能【初期・安定期治療】

①目標

・糖尿病の診断及び生活習慣等の指導を実施すること

・良好な血糖コントロール評価を目指した治療を実施すること

②医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は診療ガイドラインに即した診療を実施していることが求められます。

・糖尿病の診断及び専門的治療が可能であること

・75gOGTT、HbA1c等糖尿病の評価に必要な検査が実施可能であること

・食事療法、運動療法及び薬物療法による血糖コントロールが可能であること

- ・低血糖時及びシックデイの対応が可能であること
- ・専門治療を行う医療機関及び急性・慢性合併症治療を行う医療機関と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

③対応する医療機関

- ・日本糖尿病学会が認定する糖尿病専門医または徳島県医師会が認定する徳島県医師会糖尿病認定医が週3日以上勤務している医療機関
- ・自院で、糖尿病教室や管理栄養士による指導または徳島県栄養士会栄養ケアステーションの活用、指導実施機関との連携により栄養指導等を実施する医療機関
- ・血糖コントロールが難しい事例については「専門治療」医療機関と連携すること
- ・急性・慢性合併症治療を行う医療機関、歯科診療所と連携すること

(2)血糖コントロール不可例の治療【専門治療】

①目標

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

②医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は診療ガイドラインに即した診療を実施していることが求められます。

- ・75gOGTT、HbA1c等糖尿病の評価に必要な検査が実施可能であること
- ・各専門職種の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
- ・糖尿病患者の妊娠に対応可能であること
- ・食事療法、運動療法を実施するための設備があること
- ・糖尿病の予防・治療を行う医療機関及び急性・慢性合併症治療を行う医療機関と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

③対応する医療機関

- ・日本糖尿病学会が認定する糖尿病専門医が週3日以上勤務している医療機関
- ・糖尿病教育入院または糖尿病教室を実施する医療機関
- ・糖尿病の予防・治療を行う医療機関及び急性・慢性合併症治療を行う医療機関と連携すること

なお、糖尿病専門医が在籍しない糖尿病教育入院実施医療機関については、「糖尿病教育入院実施機関」として別途公表することとします。

(3)急性合併症の治療を行う機能【急性増悪時治療】

①目標

糖尿病昏睡等急性の合併症の治療を実施すること

②医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は診療ガイドラインに即した診療を実施していることが求められます。

- ・糖尿病昏睡等急性合併症の治療が24時間実施可能であること
- ・食事療法、運動療法を実施するための設備があること

- ・糖尿病の予防・治療を行う医療機関、教育治療を行う医療機関及び急性合併症の治療を行う医療機関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

③対応する医療機関

- ・日本糖尿病学会が認定する常勤の糖尿病専門医が24時間対応できる医療機関
- ・救急対応医療機関
- ・地域の医療機関と連携を図っている

(4)糖尿病の慢性合併症の治療を行う機能【慢性合併症治療】

①目標

糖尿病の慢性合併症に対する専門的な治療を実施すること

②医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は診療ガイドラインに即した診療を実施していることが求められます。

- ・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（単一医療機関ですべての合併症治療が可能である必要はない）
- ・糖尿病網膜症治療の場合、蛍光眼底造影検査、光凝固療法、硝子体出血・網膜剥離等の手術等が実施可能であること
- ・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
- ・糖尿病の予防・治療を行う医療機関、教育治療を行う医療機関及び急性合併症の治療を行う医療機関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

③対応する医療機関

- ・人工透析を必要とする糖尿病腎症への対応が可能な医療機関
- ・眼科（網膜光凝固術等が必要な場合は実施可能な眼科と連携する）
- ・フットケア（糖尿病足病変の治療）を実施している医療機関
- ・地域の医療機関と連携を図っている

(5)地域と連携する機能

①目標

市町村や保険者と連携すること

②医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は、関係する診療ガイドライン及び「徳島県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に則して連携していることが求められる。

- ・市町村や保険者から保健指導を行う目的で情報提供等の協力の求めがある場合、患者の同意を得て、必要な協力を行っていること
- ・糖尿病の予防、重症化予防を行う市町村及び保険者等の社会資源と情報共有や協力体制を構築する等して連携していること

③対応する医療機関

初期・安定期の治療及び専門治療を担う医療機関

第3 数値目標

数値目標項目	直近値 (H28)	平成35年度末 目標値
治療継続者の割合の増加★	55.5%	75%
糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数の減少★	139人	120人
糖尿病有病者の増加の抑制（40歳以上）★	4.9万人	増加の抑制
糖尿病予備群の増加の抑制（40歳以上）★	7.6万人	増加の抑制

★「徳島県健康増進計画（健康徳島21）」における目標

糖尿病の医療体制

急性増悪時治療

○糖尿病昏睡等 急性合併症の治療の実施

救命救急センター
病院

転院・退院時連携

専門治療

○血糖コントロール不可例に対する
指標改善のための教育入院等、
集中的な治療の実施

病院、診療所

徳島県医師会
徳島県医師会糖尿病対策班
徳島県保険者協議会
徳島県

支援

糖尿病性腎症
重症化予防プログラム

保険者

治療中断者・未受診者の抽出、
受診勧奨、保健指導

拡充

健康診査等に
よる糖尿病の
早期発見

初期・安定期治療

- 糖尿病の診断及び生活習慣病の指導
- 良好な血糖コントロール評価を目指した治療
- 歯周疾患健診、治療、管理、口腔管理 等

病院、診療所、歯科診療所、薬局

慢性合併症治療

- 糖尿病の慢性合併症の専門的な
治療の実施
- ・糖尿病網膜症
- ・糖尿病腎症
- ・糖尿病神経障害

等

紹介・
治療時
連携

紹介時・治療時連携

連携

連携

血糖コントロール不可例の連携

糖尿病教育
入院実施機関

(不可)

血糖コントロール

(優)

時間の流れ

精神疾患の医療体制

第1 精神疾患の現状と今後の方向性

1 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築

平成26年の患者調査によると、本県の精神疾患による入院患者は3.4千人、外来患者は33.6千人です。また、平成28年度の病院報告によると、精神病床における平均在院日数は355.2日（全国269.9日）であり、全国第4位の長さとなっています。平成26年の同報告に比べると、377.2日（全国274.7日）から短縮し、全国順位も第2位から改善しています。

(1)統合失調症

（患者の状況）

統合失調症は、考えや気持ちがまとまらなくなる状態が続く精神疾患で、その原因は脳の機能にあると考えられています。約100人に1人がかかるといわれており、決して特殊な病気ではありません。思春期から40歳くらいまでに発病しやすい病気で、慢性に経過します。統合失調症に効果のある新しい薬が発見されたこと、精神科リハビリテーションなどの治療によって、回復することができます。

平成26年度の精神保健福祉資料によると、統合失調症により精神病床に入院している患者は3,540人、継続して外来通院している患者が9,966人となっています。

（施策の現状）

統合失調症に対する治療は、主に精神科医療機関における入院治療と外来治療に分けられ、治療法は、抗精神病薬の投与による薬物療法とともに、さまざまな心理社会的支援が行われています。近年、通常の抗精神病薬治療に反応しない、又は副作用のために抗精神病薬を使用できない「治療抵抗性統合失調症」の患者に対して有効とされる「治療抵抗性統合失調症治療薬」の導入に向けた、地域連携体制の構築が進みつつあります。

（今後の医療提供体制）

統合失調症に対応できる医療機関を明確にするとともに、都道府県拠点機能や地域連携拠点機能を担う医療機関の連携による医療提供体制の構築を推進するとともに、治療抵抗性統合失調症治療薬による治療を行うことができる医療機関を広げ、身近でその治療を受けることができるよう、拠点医療機関を指定するなどの施策を推進します。

○精神疾患の医療提供体制（平成26年度精神保健福祉資料より）

疾患区分	入院診療する 精神病床を持つ病院数	外来診療している 医療機関
統合失調症	18	53

(2)うつ病・躁うつ病

（患者の状況）

気分障害として分類されるうつ病や躁うつ病（双極性障害）ですが、その病態には、若干の違いが見られます。うつ病では、周囲の環境や日常生活上のストレスがからみあって発症します。気分の落ち込みや興味・関心の喪失

といった「こころの症状」だけでなく、不眠や食欲低下をはじめとした「からだの不調」がうつ病のサインとなることがあります。躁うつ病（双極性障害）は、うつ状態と躁状態が繰り返す病態で薬物療法をはじめ、より専門的な治療が必要です。

平成26年度の精神保健福祉資料によると、うつ・躁うつ病により精神病床に入院している患者は1,506人、継続して外来通院している患者が14,398人となっています。

（施策の現状）

2週間以上の不眠や倦怠感、食欲不振、頭痛等の症状が、うつ病と診断する目安になりますが、このような段階では、精神科医療機関ではなく、かかりつけ医を受診することが多いと考えられるため、かかりつけ医と精神科医の連携を推進するため、平成26年2月に「一般診療科医と精神科医の連携に関する手引き」を作成するとともに、研修会やG P会議（general physician psychiatrist）を開催しています。

（今後の医療提供体制）

うつ病、躁うつ病に対応できる医療機関を明確にするとともに、都道府県拠点機能や地域連携拠点機能を担う医療機関の連携による医療提供体制の構築を推進します。

○精神疾患の医療提供体制（平成26年度精神保健福祉資料より）

疾患区分	入院診療する 精神病床を持つ病院数	外来診療している 医療機関
うつ・躁うつ病	18	60

（3）認知症

（患者の状況）

認知症は、慢性あるいは進行性の脳疾患の症状です。物忘れ（記憶障害）と判断や理解のミス（認知障害）があって、周囲の人たちとのトラブルが起きたり、日常生活を送っていく事が難しくなった病態です。正しい認知症の理解が、早期受診、早期治療につながります。

平成26年度の精神保健福祉資料によると、認知症により精神病床に入院している患者は786人、継続して外来通院している患者が16,414人となっています。

（施策の現状）

認知症に対して、進行予防から地域生活の維持まで必要となる医療提供体制の構築を図ることを目的として設置する「認知症疾患医療センター」については、本県では、県立中央病院に「基幹型認知症疾患医療センター」を、また、県南部、県西部にそれぞれ1カ所「地域型認知症疾患医療センター」を設置しており、保健・医療・介護機関等と連携を図りながら、認知症疾患に関する鑑別診断とその初期対応をはじめ、急性期治療に関する対応や専門医療相談、さらには地域保健医療・介護関係者等への研修等を行っています。

また、かかりつけ医への助言その他の支援を行い、専門医療機関や地域包括支援センター等との連携の推進役となる「認知症サポート医」について、本県では41名（平成29年8月末現在）を養成し、毎年、フォローアップ研修を実施しています。

さらに、複数の専門職が、認知症が疑われる人や認知症の人及びその家族を訪問し、専門医による鑑別診断等をふまえて初期の支援を包括的・集中的に行い、自立支援のサポートを行う「認知症初期集中支援チーム」を8市町村に設置しています。

認知症連携パスの活用は、認知症患者、その家族、医療機関や介護施設等の連携に有用なものです。当県では、認知症連携パス「よりそい手帳」を作成しています。残念ながら、その活用はいまだ十分とはいえません。内容の改定等を通じて、より使いやすいものとして、普及を図ります。

(今後の医療提供体制)

認知症に対応できる医療機関を明確にするとともに、都道府県拠点機能や地域連携拠点機能を担う医療機関の連携による医療提供体制の構築を推進します。また、認知症の人が早期の診断や周辺症状への対応等を含む治療を受け、できる限り住み慣れた地域で生活を継続できるよう、介護保険事業との連携も含めたサービス提供体制を構築します。

○精神疾患の医療提供体制（平成26年度精神保健福祉資料より）

疾患区分	入院診療する 精神病床を持つ病院数	外来診療している 医療機関
認知症	18	精神療法限定 49 精神療法限定しない 515

(4)児童・思春期精神疾患

(患者の状況)

児童・思春期における精神疾患としては、幼児期から表れる精神遅滞、学習障害、広汎性発達障害、多動性障害などのほか、成長するにつれ、統合失調症、うつ病、パニック障害、社会恐怖（社会不安障害）、強迫性障害、摂食障害など、多種多様な症状があります。

平成26年度の精神保健福祉資料によると、20歳未満で精神疾患により精神病床に入院している患者は42人、継続して外来通院している患者が1,146人となっています。

(施策の現状)

平成26年度の精神保健福祉資料によると、20歳未満の精神疾患患者を入院診療している精神病床を持つ病院数は13カ所、20歳未満の精神疾患患者を外来診療している医療機関数は51カ所となっています。

(今後の医療提供体制)

児童・思春期精神疾患に対応できる医療機関を明確にするとともに、都道府県拠点機能や地域連携拠点機能を担う医療機関の連携による医療提供体制の構築を推進します。また、「思春期精神保健研修」を活用した児童思春期の心の問題に関する専門家の養成に努めます。

○精神疾患の医療提供体制（平成26年度精神保健福祉資料より）

疾患区分	入院診療する 精神病床を持つ病院数	外来診療している 医療機関
児童・思春期精神疾患	13	51

(5)発達障害

(患者の状況)

発達障害は、発症が乳幼児期または小児期であり、生来性の脳機能発達の障害です。自閉症、アスペルガー症候群、注意欠陥・多動性障害、学習障害等のタイプに分類されています。発達に応じて、その表現型は変わりますが、生涯にわたってその発達特性は持続することが特徴です。

平成26年度の精神保健福祉資料によると、発達障害により精神病床に入院している患者は71人、継続して外来通院している患者が5,246人となっています。

(施策の現状)

平成26年度の精神保健福祉資料によると、発達障害患者を入院診療している精神病床を持つ病院数は15カ所、発達障害患者をを外来診療している医療機関（精神療法限定しない）数は205カ所となっています。

本県では、発達障害を持つ人が安心して充実した地域生活を送るための支援機関として設置した「徳島県発達障がい者総合支援センターハナミズキ」における相談支援機能として、小児科・精神科の嘱託医による医療相談を実施しており、必要な人の医療につながる支援となっています。

(今後の医療提供体制)

発達障害に対応できる医療機関を明確にするとともに、都道府県拠点機能や地域連携拠点機能を担う医療機関の連携による医療提供体制の構築を推進します。また、「かかりつけ医等発達障害対応力向上研修」の活用に努めます。

○精神疾患の医療提供体制（平成26年度精神保健福祉資料より）

疾患区分	入院診療する 精神病床を持つ病院数	外来診療している 医療機関
発達障害	15	精神療法限定 38 精神療法限定しない 205

(6)依存症

①アルコール依存症

(患者の状況)

問題飲酒は、「大切にしていた家族、仕事、趣味などよりも、飲酒を優先して顧みない状態」というアルコール乱用の状態を経て、精神的にも身体的にも依存を生じ、離脱症状を呈するまでに至ります。

平成26年度の精神保健福祉資料によると、アルコール依存症により精神病床に入院している患者は206人、継続して外来通院している患者が504人となっています。

平成25年の厚生労働省研究班の調査により、全国のアルコール依存症患者は109万人と推計されています。この結果を本県に置き換えた場合、県内のアルコール依存症患者は、約6,500人と推計され、これらのことから、多くの患者が治療につながっていないものと推定されます。

(施策の現状)

本県では、アルコール健康障害対策基本法に基づく県計画として、平成29年3月に、「徳島県アルコール健康障がい対策推進計画」を策定しました。

この計画における取組の方向性として、相談機関、一般かかりつけ医、専門医療機関等の更なる連携を図るためのネットワークを構築することを明記しました。

(今後の医療提供体制)

「依存症対策総合支援事業の実施について」(平成29年6月13日付け障発0613第2号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知)で通知された「依存症対策総合支援事業実施要綱」に基づき、アルコール依存症患者を診療する専門医療機関の選定及びそのうち治療拠点となる拠点医療機関を選定することにより、治療を必要とする患者に適切な医療を提供できる体制の構築を目指します。

②薬物依存症

(患者の状況)

薬物依存症は、薬物の効果が切れてくると、薬物が欲しいという強い欲求(渴望)がわいてきて、その欲求をコントロールできずに薬物を遣ってしまう状態をいいます。

平成26年度の精神保健福祉資料によると、薬物依存症により精神病床に入院している患者は11人、継続して外来通院している患者が34人となっています。

(施策の現状)

平成26年度の精神保健福祉資料によると、薬物依存症患者を入院診療している精神病床を持つ病院数は5カ所、薬物依存症患者を外来診療している医療機関数は18カ所となっています。

(今後の医療提供体制)

「依存症対策総合支援事業の実施について」(平成29年6月13日付け障発0613第2号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知)で通知された「依存症対策総合支援事業実施要綱」に基づき、薬物依存症患者を診療する専門医療機関の選定及びそのうち治療拠点となる拠点医療機関を選定することにより、治療を必要とする患者に適切な医療を提供できる体制の構築を目指します。

③ギャンブル等依存症

(患者の状況)

ギャンブル等依存症は、医学的定義では、行動の障がいに含まれるもので、この障がいは、社会的、職業的、物質的及び家庭的な価値と義務履行を損なうまでに患者の生活を支配するものです。

平成26年度の精神保健福祉資料によると、ギャンブル等依存症により、継続して外来通院している患者は44人となっています。

(施策の現状)

平成26年度の精神保健福祉資料によると、ギャンブル依存症等患者を外来診療している医療機関数は3カ所となっています。

(今後の医療提供体制)

「依存症対策総合支援事業の実施について」(平成29年6月13日付け障発0613第2号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知)で通知された「依存症対策総合支援事業実施要綱」に基づき、ギャンブル等依存症患者を

診療する専門医療機関の選定及びそのうち治療拠点となる拠点医療機関を選定することにより、治療を必要とする患者に適切な医療を提供できる体制の構築を目指します。

○精神疾患の医療提供体制（平成26年度精神保健福祉資料より）

疾患区分	入院診療する 精神病床を持つ病院数	外来診療している 医療機関
アルコール依存症	17	38
薬物依存症	5	18
ギャンブル依存症	0 - 2	3

(7)外傷後ストレス障害（PTSD）

（患者の状況）

外傷後ストレス障害（PTSD）は、極度に苦痛な体験、たとえば自然災害、事故、暴力などに巻き込まれる等の外傷体験の後、直後の急性反応としてではなく、1～2週間から数カ月経過したあと、フラッシュバックとして再体験する等の症状が出現します。

平成26年度の精神保健福祉資料によると、外傷後ストレス障害により、継続して外来通院している患者は、37人となっています。

（施策の現状）

平成26年度の精神保健福祉資料によると、外傷後ストレス障害患者を外来診療している医療機関数は、13カ所となっています。

（今後の医療提供体制）

南海トラフ巨大地震等大災害の出現、身近な犯罪被害の発生等が想定される現状においては、いわゆる“こころのケア”の重要性が再認識されています。

外傷後ストレス障害に対応できる医療機関を明確にするとともに、都道府県拠点機能や地域連携拠点機能を担う医療機関の連携による医療提供体制の構築を推進します。

○精神疾患の医療提供体制（平成26年度精神保健福祉資料より）

疾患区分	入院診療する 精神病床を持つ病院数	外来診療している 医療機関
外傷後ストレス障害(PTSD)	0 - 2	13

(8)高次脳機能障害

（患者の状況）

高次脳機能障害は、主に脳の損傷によって起こされる様々な障害であり、その症状は、記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害など、多岐にわたり、受診する診療科も多様であることから、患者数の把握は難しい状況です。

高次脳機能障害による精神保健福祉手帳の取得者は、平成22年度末には44人でしたが、平成28年度末には133人と増加傾向にあります。

（施策の現状）

高次脳機能障害の患者に対する支援については、これまで、徳島大学病院高次脳機能障害支援センター、関連協力機関、県精神保健福祉センター、各

保健所等の各関係機関のそれぞれの努力と連携により実施してきました。

こうした関係機関の更なる連携により患者の支援を円滑に実施していくために、平成29年7月に、徳島県高次脳機能障がい支援連絡協議会を設立し、支援体制の整備等についての協議をする場としています。

(今後の医療提供体制)

高次脳機能障害に対応できる医療機関を明確にするとともに、都道府県拠点機能や地域連携拠点機能を担う医療機関の連携による医療提供体制の構築を推進します。また、徳島県高次脳機能障がい支援連絡協議会との積極的な連携を図ります。

(9)摂食障害

(患者の状況)

摂食障害には、神経性無食欲症（拒食症）と神経性大食症（過食症）があり、いずれも自らの体型や体重に対する頑固で歪んだイメージを持つ特徴があります。拒食症では、極端な食事摂取の制限が、過食症では、気晴らし食いやむちゃ食いが起こります。

平成26年度の精神保健福祉資料によると、摂食障害により精神病床に入院している患者は42人、継続して外来通院している患者は1,148人となっています。

(政策の現状)

平成26年度の精神保健福祉資料によると、摂食障害患者を入院診療している精神病床を持つ病院数は13カ所、摂食障害患者を外来診療している医療機関（精神療法限定しない）数は152カ所となっています。

(今後の医療提供体制)

摂食障害に対応できる医療機関を明確にするとともに、都道府県拠点機能や地域連携拠点機能を担う医療機関の連携による医療提供体制の構築を推進します。

○精神疾患の医療提供体制（平成26年度精神保健福祉資料より）

疾患区分	入院診療する 精神病床を持つ病院数	外来診療している 医療機関
摂食障害	13	精神療法限定 30 精神療法限定しない 152

(10)てんかん

(患者の状況)

てんかんは、大脳の神経細胞が過剰に興奮することにより、けいれんや意識障害などの「てんかん発作」を繰り返す病気で、有病率は100人に1人と頻度の高い疾患です。治療は抗てんかん薬による薬物治療が主体ですが、薬剤抵抗性難治性てんかんに対しては外科的治療も有効です。てんかん患者は発作以外にも、薬の副作用、抑うつ、学業、就職、妊娠や出産などのさまざまな悩みがあります。

平成26年度の精神保健福祉資料によると、てんかんにより精神病床に入院している患者は1,083人、継続して外来通院している患者は11,679人となっています。

てんかん診療は精神科、神経内科、小児科、脳神経外科などの複数の診療科により担われておりますが、てんかん診療における診療連携の整備が全国的にも行われています。

(政策の現状)

平成28年に徳島県においては、徳島大学病院にてんかんセンターが開設されました。てんかん診療に関わる部署が協力し、包括治療を行っています。これまでに家族会や行政と連携を実施してきました。

平成26年度の精神保健福祉資料によると、てんかん患者を入院診療している精神病床を持つ病院数は18カ所、てんかん患者を外来診療している医療機関（精神療法限定しない）数は428カ所となっています。

(今後の医療提供体制)

てんかんに対しては診断、薬物治療や救急対応、てんかん専門医による集学的治療、発作以外の悩みに対応する施設など対応できる医療機関を明確にします。家族会、行政、てんかんセンター、二次診療施設、一次診療施設よりなるてんかん医療連携協議会を設置し、医療提供体制を構築します。

○精神疾患の医療提供体制（平成26年度精神保健福祉資料より）

疾患区分	入院診療する 精神病床を持つ病院数	外来診療している 医療機関
てんかん	18	精神療法限定 48 精神療法限定しない 428

(11)精神科救急

(施策の現状)

在宅の精神障がい者の緊急医療に対応するため、精神科救急医療確保事業を行っています。現在、精神科救急医療施設「病院群輪番制」を14カ所の精神科病院に委託し、3圏域に分けて輪番制で精神科救急患者の医療を提供しています。

東部は通年の医療提供が可能ですが、南部は平日3日、西部は平日5日の提供にとどまっています。これは、医療機関の地域偏在の問題に加えて、精神保健指定医の確保等、人的資源の確保が困難なことが関係しています。人的確保を含め、いずれの地域でも通年の医療提供を可能にすることが、今後の課題となります。

平成28年度の精神科救急病院輪番型による対応実績は960件で、そのうち入院が199件、外来受診が202件、電話相談が559件となっています。

夜間・休日に緊急な医療を必要とする精神障がい者が迅速かつ適切な医療が受けられるよう、救急医療機関、消防機関等の関係機関との連絡調整機能を果たす「精神科救急情報センター」を平成24年10月から、県立中央病院に整備しました。

休日は午前9時から翌日の午前9時まで、平日は午後5時から翌日の午前9時まで対応しており、平成28年度の実績は84件となっています。

また、精神科医療機関をはじめ、警察、消防機関の代表等から組織される「精神科救急医療体制連絡調整委員会」を開催し、事例検討等による研修を行い、現状の共通理解を図り、精神科救急医療体制の円滑な運営に努めています。

○精神科救急医療施設病院群輪番型委託医療機関（平成29年10月1日現在）

地区	病院名	住所	
東部	第一病院	徳島市	【東部】 休日：午前9時から翌日午前9時まで 休日以外：午後5時から翌日午前9時まで
	城西病院	徳島市	
	TAOKAこころの医療センター	徳島市	【南部】 月水木曜日：午後5時から翌日午前9時まで 月水木曜日が休日の場合： 午前9時から翌日午前9時まで 日火金土曜日：なし
	城南病院	徳島市	
	緑ヶ丘病院	徳島市	
	南海病院	鳴門市	
	鳴門シーガル病院	鳴門市	
	藍里病院	上板町	
南部	杜のホスピタル	阿南市	【西部】 月～金曜日：午後5時から翌日午前9時まで 月～金曜日が休日の場合： 午前9時から翌日午前9時まで 日土曜日：なし
	富田病院	美波町	
西部	桜木病院	美馬市	
	折野病院	美馬市	
	秋田病院	三好市	
	ゆうあいホスピタル	東みよし町	

（今後の医療提供体制）

「精神科救急医療体制連絡調整委員会」や「メディカルコントロール委員会」を活用して、警察、消防といった行政や一般救急との相互理解、連携を推進し、具体的事例の検討を通じて、精神科救急と一般救急の連携フローチャートを開発する等を行います。

病床を持たない精神科診療所の精神保健指定医にも、その資格要件として指定医業務への従事が求められる方向性に鑑み、精神科救急医療機関と精神保健指定医とを結びつけるコーディネート機能を発揮する等して、人的確保に努めることも検討します。

一定の実績を残している「精神科救急情報センター」についても、引き続き、精神科医療機関への受診アクセスを確保して、精神障害者の地域定着を支援します。

(12)身体合併症

（施策の現状）

精神疾患を有しながら、身体疾患を合併する患者に対し医療を提供できる体制を確保するために、身体合併症救急医療確保事業として県立中央病院に1床を確保しています。

平成28年度の実績は、外来受診・入院を併せて48件（平日夜間40件、休日昼間6件、休日夜間2件）であり、処置内容は入院40人（医療保護入院10人、その他精神科病床4人、ICU24人、一般病棟2人）、外来診察8人です。

（今後の医療提供体制）

現在の体制を維持しつつ、一般医療機関の中で精神障がい者の身体疾患の治療に対応できる医療機関を明確にし、必要な患者に必要な医療を提供する

ことができる体制の構築を目指します。

(13)自殺対策

(施策の現状)

平成27年の徳島県警察本部「自殺統計」によると、県内の自殺者数は130人（全国24,025人）で少ない方から全国第4位、人口10万対自殺死亡率は、17.0（全国18.9）で低い方から全国第7位です。

本県では、自殺対策基本法に基づく県計画として平成28年11月に「徳島県自殺対策基本計画」を策定しました。その主な取組の1つとして、「適切な精神科医療等の提供」が掲げられています。

自殺の原因の1つとしてあげられるうつ病について、患者の早期発見・早期治療のためには、かかりつけ医と精神科医が連携することが必要です。そのため、本県では、平成26年2月に「一般診療科医と精神科医の連携に関する手引き」を作成しました。

また、かかりつけ医と精神科医の連携のために、研修会やGP会議（general physician psychiatrist）を開催してきました。

(今後の医療提供体制)

かかりつけ医と精神科医の更なる連携を図りながら、必要な患者が専門的な治療を受けることができる体制の構築を目指します。

(14)災害精神医療

(施策の現状)

本県の戦略的災害医療プロジェクト事業に位置づけ、平成26年8月に発災後概ね48時間以内に、現地での活動を開始できる「DPAT先遣隊」を、県立中央病院に1チーム創設しました。平成27年9月には、先遣隊に続くDPATを、精神保健福祉センターと県内17精神科病院で組織しており、合計19チームが結成されています。

DPATの円滑な活動のため、資機材整備や隊員の資質向上のため研修の実施に努めています。

(今後の医療提供体制)

これまで、DPAT隊員の活動は、主に他県での発災による被災地支援のための派遣が想定され、その準備に努めてきました。しかし、南海トラフ巨大地震の発災が想定されている本県では、今後は、受援を想定した備えにも努める必要があります。そのためには、「災害時における医療体制の構築に係る指針」に示された災害拠点精神科病院の整備が早期に行えるよう、従来の災害拠点病院の機能を補完して、精神科病院からの患者受け入れや、精神症状の安定化に対応できる公的医療機関の機能向上に努めます。

(15)医療観察法における対象者への医療

(施策の現状)

指定通院医療機関は、精神科病院7か所、診療所2か所を確保し、量的には拡充されています。しかし、指定医療機関の地域的偏在が目立ち、とくに治療抵抗性統合失調症治療薬クロザリル使用可能な医療機関の確保が困難な状況です。このことは、指定入院医療機関が四国地方に存在しないことと併せ、対象者の社会復帰を困難なものとしています。

(今後の医療提供体制)

医療観察法における対象者への医療に対応できる医療機関を明確にし、各医療機関の提供できる医療機能を共有することにより、必要な患者に必要な医療が提供することができる体制の構築を目指します。

2 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

(1)地域移行（平成26年度精神保健福祉資料より）

(現状)

精神病床における入院後3か月時点の退院率は65%（全国66%）、6か月時点の退院率は80%（全国82%）、12か月時点の退院率は87%（全国90%）と全国と比べて少し低くなっています。1年以上の長期入院患者数（平成26年6月末現在）は、2,505人（全国186,675人）、その内65歳以上は1,298人（全国106,171人）、65歳未満は1,207人（全国80,504人）であり、高齢の方が多くなっています。

地域移行は、過去には「退院促進支援事業」等の事業で行ってきましたが、現在は、障害者総合支援法の地域相談支援の中の「地域移行支援・地域定着支援」の支援給付を使って進める体制となっています。

(目指すべき方向)

「地域移行支援・地域定着支援」の給付は、本人の申請から始まります。長期入院患者に対して、「地域移行支援」についての情報提供、ピアサポーターを活用した地域生活のイメージを伝える等、本人の退院に向けての意欲を喚起する支援とともに、家族や地域の理解も得られるように精神疾患、精神障害に存在するスティグマの解消に働きかける支援が必要です。

加えて、先進地域を参考にし、精神障がい者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、地域の助け合い、教育が包括的に確保された地域包括ケアシステムの構築を目指します。具体的には、従来の医療、障害福祉サービス、介護保険サービスといった地域の基盤に加えて、企業・ピア・サポート活動、自治会、ボランティア、NPO等の地域の助け合いにより、精神障がい者を支えていくシステムです。

(2)地域における支援

(現状)

自立支援医療（精神通院医療）の対象者は、9,583人（平成28年度）で毎年増加しています。また、精神障がい者に対する各種サービスの提供を目的とする精神障害者手帳交付数は、平成28年度末で4,755件で毎年増加しています。

平成27年度精神保健福祉資料によると、精神科ショート・ケアを実施している医療機関は12施設、精神科デイ・ケアを実施している医療機関は18施設、精神科デイ・ナイト・ケアを実施している医療機関は、1施設、重度認知症患者デイ・ケアを実施している医療機関は、2施設です。また、1日当たりの精神科ショート・ケア利用者数は37.5人、精神科デイケア利用者数は292.9人、精神科デイ・ナイト・ケア利用者数は14.2人、重度認知症患者デイ・ケア利用者数は22.1人です。

また、往診・訪問診療を提供する精神科病院・診療所数は13施設（平成28年6月）、また、精神科訪問看護を提供する病院は12施設ある一方、診療所は4施設（平成28年）となっています。

（目指すべき方向）

本計画の定めるべき数値目標として、地域移行に伴う基盤整備量（利用者数）を、平成32年度末455人（65歳以上246人、65歳未満209人）、平成36年末998人（65歳以上542人、65歳未満456人）と決めました。

これらの人は、本計画と同時改定される「新障がい者施策基本計画」に定める障害福祉サービス、同じく「介護保険事業計画」によって定められる介護保険サービスによって支援されますが、医療機関の提供する精神科デイケア、訪問診療・訪問看護、アウトリーチ・サービス等による支援は重要です。本計画では、これらの医療系支援の実施に向けた、専門職種に係る人材育成・人材確保について取り組んでいきます。

精神障がい者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをするためには、先に記載した給付や診療報酬に基づくサービス以外にも、相談窓口、社会参加（就労）・地域の助け合いなど様々な支援等を適切に活用することが大切です。

これらの推進のためには、精神科医療機関、その他の医療機関、保健・福祉等に関する機関、福祉・介護サービス施設および事業所、ハローワーク、地域障害者職業センター等の地域の関係機関、市町村等行政などの多機関の多職種協働による支援体制の構築が重要です。

「新障がい者施策基本計画」には、これらの連携等について協議する場を県、障がい保健福祉圏域、市町村毎に設置することが求められており、設置に向けた支援を行いながら、その進捗を確認していきます。

他の項目でも触れた精神科救急システムの整備は、精神科医療へのアクセスを確保するという面で、精神障がい者の地域定着についての有力な支援となります。

3 精神疾患の医療体制

(1)精神科医療機関の状況

精神病床を持つ病院は18施設で、精神病床数は3,712床（平成29年3月末現在）であり、平成24年の3,928床より216床減少しています。また、病床利用率は81.6%（平成27年）と一般病床74.4%と比べ高くなっています。この18施設のうち一般病床を有するのは3施設のためのため、今後精神疾患患者の高齢化に伴い、合併症をもつ患者の医療の提供が課題となり、一般科と精神科の連携体制の構築が重要です。

精神科病院の従事者数は（常勤換算）2,165.3人（平成23年2,200.3人）で、その内訳は医師110.5（平成23年95.6）、看護師586（平成23年554.8）、准看護師471.2（平成23年545.7）、看護業務補助者368.1（平成23年399.3）、作業療法士86.4（平成23年68.8）、精神保健福祉士60.2（平成23年52.0）となっています（平成28年病院調査）。

指定自立支援医療機関である医療機関は108機関、訪問看護ステーションは32施設、薬局は323店舗となっています（平成29年6月）。

第2 医療体制の構築に必要な事項

1 精神医療圏域について

第6次計画では、二次医療圏の東部、南部、西部の3圏域を精神疾患の圏域として、医療提供体制の整備を行うことを推進してきました。しかし、第7次計画においては、多様な精神疾患等に対応できる医療提供体制の構築に向けて、「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」を踏まえ、第1の1(1)から(15)までに記載の多様な精神疾患等ごとに、各医療機関の医療機能を明確化にし、患者本位の医療を実現していくこととされました。そのため、現在の精神科医療機関が東部圏域に偏在する現状に鑑み、精神医療圏域については、三次医療圏（県下全域）とし、二次医療圏では対応できない希少な精神疾患にも対応できる医療提供体制の構築に努めます。

地 域	東 部	南 部	西 部	計
精 神 科 病 床 数	2, 6 5 5	2 7 1	6 8 2	3, 6 0 8
精神科病院数(総合病院含)	1 2	2	4	1 8
精 神 科 標 榜 病 院 数	1 8	4	4	2 6
精 神 科 標 榜 診 療 所 数	2 9	4	2	3 5
患者医療圏内入院割合(%)	9 5 . 0	3 6 . 4	8 6 . 3	

2 各医療機能について

多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築のために、各医療機関が担う、医療提供機能については、次のように定めることにします。多様な疾患毎に各医療機能を担う医療機関については、毎年行う「医療施設機能調査」により明らかにします。

(1)地域精神科医療提供機能

①目標

- ・患者本位の精神科医療を提供すること
- ・ICF（国際生活機能分類）の基本的考え方を踏まえながら多職種協働による支援を提供すること
- ・地域の保健医療福祉介護の関係機関との連携・協力を行うこと

②定義

患者の状況に応じて、精神疾患に対する適切な医療を提供する。

（認知症、うつ病、児童・思春期精神疾患、発達障害、高次脳機能障害、

てんかんについては、精神科医以外のかかりつけ医による医療も含む)

(2)地域連携拠点機能

①目標

- ・患者本位の精神科医療を提供すること
- ・ICF（国際生活機能分類）の基本的考え方を踏まえながら多職種協働による支援を提供すること
- ・地域の保健医療福祉介護の関係機関との連携・協力を行うこと
- ・情報収集発信の地域拠点の役割を果たすこと
- ・人材育成の地域拠点の役割を果たすこと
- ・地域精神科医療提供機能を支援する役割を果たすこと

②定義

患者の状況に応じて、精神疾患に対する適切な医療を提供するかかりつけ医からの相談等に応じ、精神疾患に対する専門的な医療について地域の拠点となる。

(3)都道府県連携拠点機能

①目標

- ・患者本位の精神科医療を提供すること
- ・ICF（国際生活機能分類）の基本的考え方を踏まえながら多職種協働による支援を提供すること
- ・地域の保健医療福祉介護の関係機関との連携・協力を行うこと
- ・医療連携の都道府県拠点の役割を果たすこと
- ・情報収集発信の都道府県拠点の役割を果たすこと
- ・人材育成の都道府県拠点の役割を果たすこと
- ・地域連携拠点機能を支援する役割を果たすこと

②定義

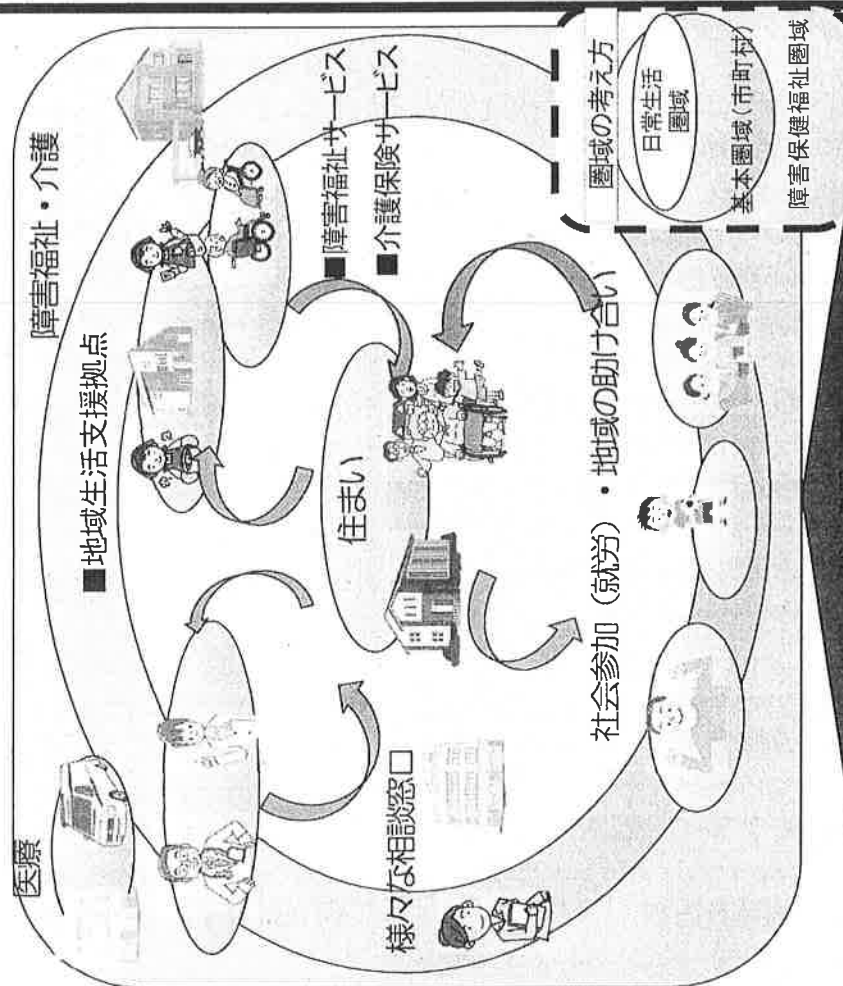
患者の状況に応じて、精神疾患に対する適切な医療を提供する県内医療機関の精神疾患に対する専門的な医療についての相談等に応じ、県下の拠点となる。

第3 数値目標

数値目標項目	目標時期	目標値
精神病床における急性期（3ヶ月未満）入院需要（患者数）	平成32年度末 平成36年度末	469人 458人
精神病床における回復期（3ヶ月以上1年未満）入院需要（患者数）	平成32年度末 平成36年度末	398人 399人
精神病床における慢性期（1年以上）入院需要（患者数）	平成32年度末 平成36年度末	1,875人 1,260人
精神病床における慢性期入院需要（65歳以上患者数）	平成32年度末 平成36年度末	1,074人 749人
精神病床における慢性期入院需要（65歳未満患者数）	平成32年度末 平成36年度末	801人 511人
精神病床における入院需要（患者数）	平成32年度末 平成36年度末	2,742人 2,117人
地域移行に伴う基盤整備量（利用者数）	平成32年度末 平成36年度末	455人 998人
地域移行に伴う基盤整備量（65歳以上利用者数）	平成32年度末 平成36年度末	246人 542人
地域移行に伴う基盤整備量（65歳未満利用者数）	平成32年度末 平成36年度末	209人 456人
精神病床における入院後3か月時点の退院率	平成32年度末	69%以上
精神病床における入院後6か月時点の退院率	平成32年度末	84%以上
精神病床における入院後1年時点の退院率	平成32年度末	90%以上
目標項目	直近値	目標値（H35末）
抗精神病特定薬剤治療指導管理料算定医療機関	4（H29）	増加
認知症疾患医療センター設置数	3（H29）	4
依存症治療拠点機関選定数 （アルコール健康障害、薬物依存症、ギャンブル等依存症の疾患毎）	0（H29）	1以上

精神疾患の医療体制

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築



市町村ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場、市町村

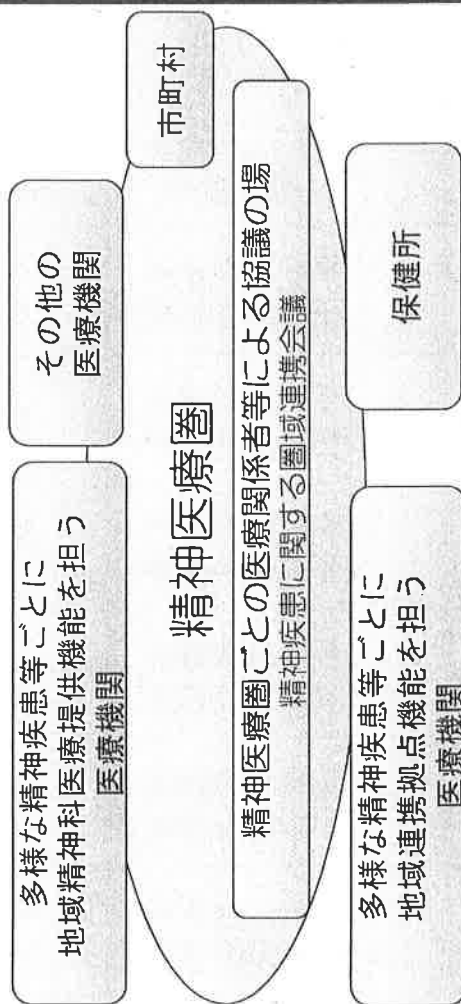
バックアップ

障害保健福祉圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場、保健所

バックアップ

都道府県ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場、都道府県

多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築



バックアップ

多様な精神疾患等ごとに
都道府県連携拠点機能を担う
医療機関

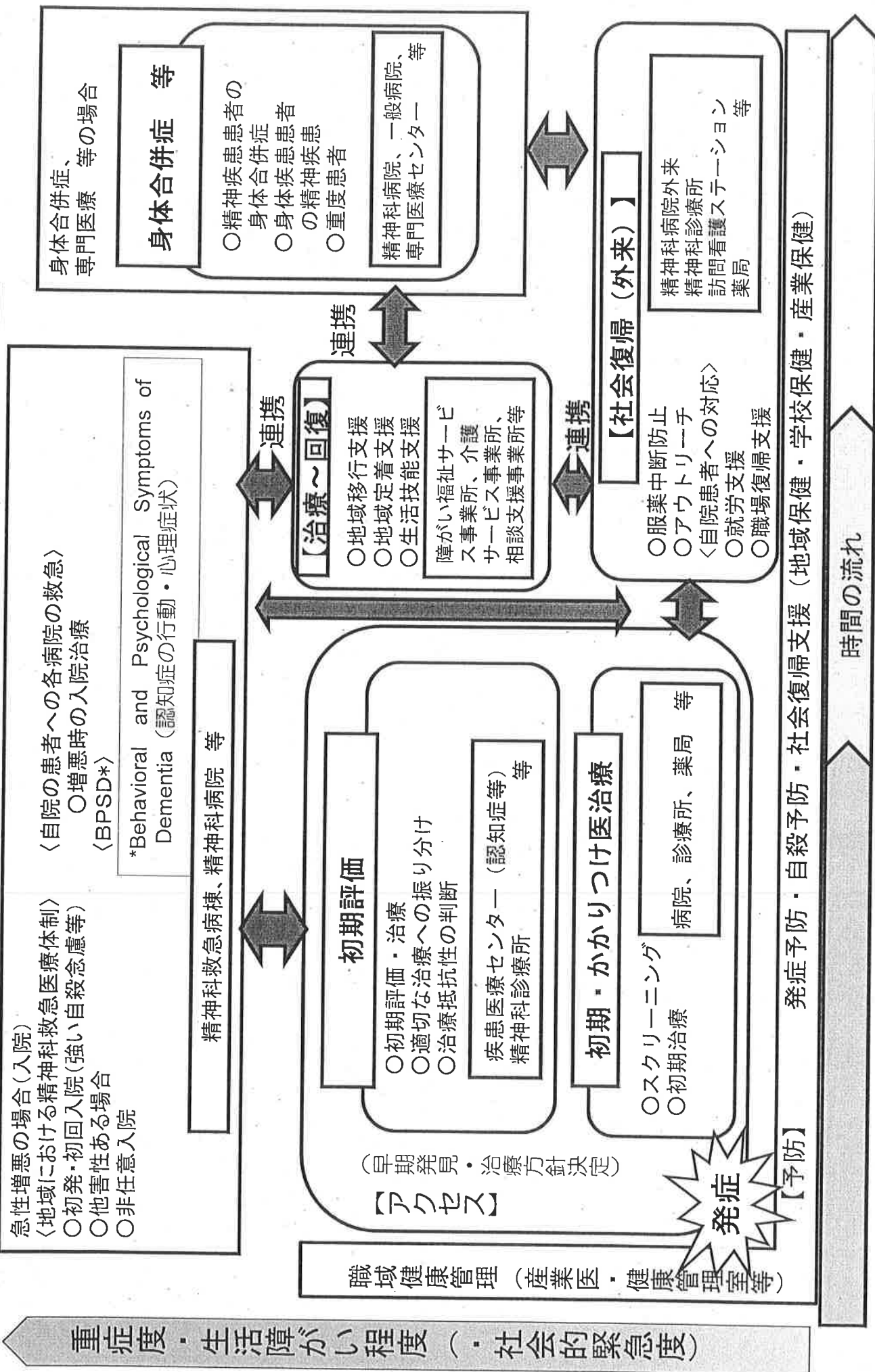
都道府県
本庁

精神保健福祉
センター

都道府県ごとの医療関係者等による協議の場
精神疾患に関する作業部会

(難治性精神疾患や処遇困難事例等にも対応できるよう、都道府県立精神科病院に加えて、民間病院、大学病院、国立病院なども参画した医療連携体制を構築することが望ましい)

精神疾患の医療体制



第3 課題に対応した医療提供体制の整備 救急医療体制の整備

第1 救急医療の現状

1 救急医療をとりまく状況

(1)救急搬送数

本県の救急搬送人員は、平成22年に27,802人でしたが、平成27年には31,064人（10.0%増）を数えるなど、増加傾向にあります。その背景として、高齢化の進行、県民の意識の変化等が考えられます。

(2)高齢者患者の増加

年齢区分別の搬送人員数は、高齢者と乳幼児で増加傾向にある一方で、新生児、少年及び成人は減少傾向にあります。

特に、救急搬送された高齢者についてみると、平成22年には15,020人でしたが、平成27年には、18,861人を数え、この5年間で3,841人増となっています。今後も、高齢化の進行とともに救急搬送件数は増大し、救急搬送に占める高齢者の割合も増加する傾向にあります。

(3)疾病構造の変化

平成22年には、急病患者が56.4%（15,700人）でしたが、平成27年には急病が58.9%（18,296人）に増加し、この5年間で急病による救急搬送人員が2,596人増加しており、高齢化の進行とともに増加傾向にあります。

(4)重症患者の動向

平成22年には、「重症」（「死亡」を含む。）と分類された救急搬送人員は、4,454人（16.0%）でしたが、平成27年には4,563人（14.7%）となっており、人員数では増加したものの比率では減少しています。

(5)軽症患者の動向

平成28年版救急・救助の現況によると、救急搬送された患者のうち、軽症者が45.8%を占めます。この中には不要不急にも係わらず安易に救急車を利用している例もあります。これは、救急搬送を実施する消防機関に負担をかけるのみならず、救急医療機関にも過大な負担をかけることになり、ひいては真に救急対応が必要な方への救急医療に支障を来す結果となります。

このような状況に対して、救急車等のより適切な利用を促すため、「地域医療を守る会」により、地域住民自身が劇の上演をする等の取組みが行われています。

(6)精神科救急医療の動向

平成23年度の精神科救急病院輪番型による対応実績は全体で579件で、そのうち入院が183件、外来受診が186件、相談のみが210件であったのに対し、平成28年度は全体が960件で、そのうち入院が199件、外来受診が202件、相談のみが559件となっており、相談のみの件数が特に増加しています。

2 救急医療の提供体制

(1) 病院前救護活動（プレホスピタル・ケア）

プレホスピタル・ケアとは、救急現場及び搬送途上における応急処置を言い、救急救命率の向上のためには、その充実と体制の確保が重要な課題となってきました。これは、現場に居合わせた一般県民による救急蘇生や自動体外式除細動器(AED)の使用、救急救命士による気管挿管・薬剤投与等の救命処置を指しています。

① 県民への救急蘇生法の普及とAEDの設置

心疾患による突然死では、心臓が細かくふるえる心室細動や無脈性心室頻拍による心停止が大きく関与しており、これらの病的な状態を正常な状態に戻すためには、電気ショックによる除細動が必要となりますが、時間が経過すればするほど救命が難しくなります。心室細動になってから電気ショックを行うまでの時間が1分遅れるごとに社会復帰率が7～10%ずつ低下することが知られており、救命率を上げるためにはできるだけ早期（心停止から5分以内）の除細動が必須です。わが国では119番通報をしてから救急車が到着するまで平均8分以上かかるので、救急車を待つ間に救急の現場にいる県民が心肺蘇生法と共にAEDを用いて除細動を行うことが大切です。

これまでに様々な主体によって、救急蘇生法の講習会が行われてきました。例えば、消防機関が主体となって実施するものだけでも、平成27年中に約6,000人の県民の方が受講をしています。

平成16年7月の厚生労働省医政局長通知で、一般住民によるAEDの使用が認められたことにより、一般住民向けAEDが発売され、空港・駅・イベント会場・公的機関等に設置されてきたところです。一般財団法人日本救急医療財団のデータによると、平成29年10月1日現在、県内には約2,900台のAEDが設置されているものと考えられます。

【県民による除細動実施数】

平成27年：3件

（資料：平成27年版救急・救助の現状）

② 消防機関による救急搬送と救急救命士等

平成3年度に創設された、除細動・輸液・薬剤投与・気道確保等、高度な応急処置を医師の指示のもと行える救急救命士制度の発足により、1隊につき1名以上の救急救命士が配置されることを目標に救急隊の質の向上が図られており、平成23年4月には100%の救急隊に救急救命士が同乗しています。

県内には202人（平成28年4月現在の消防業務従事者）の救急救命士がおり、県下13のすべての消防本部において救急救命士が除細動等を実施できる高規格救急自動車51台による運用が行われています。

近年、全国的な課題として、救急車を呼ぶほどの緊急性が無いにもかかわらず、119番通報を行う人が増え、救急車の本来の目的である重症者の搬送に支障をきたす可能性が指摘されています。

また、迅速に救急搬送を行い、救急患者や妊婦が速やかに診療が受けられる体制を確保するためには、交通網の整備が重要な課題となります。

③搬送手段の多様化とその選択

従来の救急車に加え、救急医療用ヘリコプター（以下「ドクターヘリ」という。）、ドクターカー、消防防災ヘリコプター等の活用が広まりつつあります。

本県では、平成20年8月から、消防防災ヘリコプター「うずしお」（以下「防災ヘリ」という。）の救急患者搬送への活用を開始するとともに、更なる救急医療体制の充実・強化により、救急患者の「救命率の向上」や「後遺症の軽減」を図るため、平成24年10月に県立中央病院を基地病院としたドクターヘリの運航を開始しました。

ドクターヘリは、救急医療に必要な医療機器や資機材を装備し、基地病院に常駐していることから、消防機関等からの要請があれば、直ちに医師、看護師が同乗し、出動が可能となります。また、基地病院離陸後、県内全域を20分程度でカバーできることから、特に、医師不足や地理的条件などにより、地域医療を取り巻く環境が厳しい県南部や県西部においては、医療における地域間格差是正のための切り札として活躍しています。

今後、一人でも多くの県民の「助かる命を助ける」ため、運航調整委員会等を通じて関係機関との更なる連携強化を図り、運航体制の充実・強化に努めます。

また、本県が参画する関西広域連合の取組として、ドクターヘリの一体的運航を行っており、徳島県ドクターヘリも、平成25年4月に関西広域連合に事業移管しています。

この他、平成29年4月現在、連合管内には「京都府・兵庫県・鳥取県」の3府県ドクターヘリ、大阪府ドクターヘリ、兵庫県ドクターヘリ、京滋ドクターヘリ、和歌山県ドクターヘリの計6機のドクターヘリが運航し、関西全体の円滑かつ一体的な広域救急搬送体制を確保しており、加えて平成29年度末には、鳥取県ドクターヘリも運航を開始する予定で、計「7機体制」に移行することとなっています。

こうした体制の構築により、徳島県ドクターヘリの出動時に重複してヘリの出動要請が入った場合や、大規模事故・災害等が発生し、多数の傷病者が出た場合には、他のドクターヘリも速やかに出動し、迅速に救急搬送を行うことが可能となっています。

さらに、高知県ドクターヘリとも平成26年6月に相互応援協定を締結しており、本県近隣地域との連携確保により、「二重・三重のセーフティネット」を構築し、県民の「安全・安心」の確保・向上に努めています。

また、防災ヘリについては、ドクターヘリ導入後も、ドクターヘリが重複要請等により対応できない場合や、大規模事故・災害等により多数傷病者が発生した場合など、複数のヘリが患者搬送に必要となった場合は、出動ができるようバックアップ体制をとっています。

一方、ドクターカーは、患者監視装置等の医療機器を搭載し、医師・看護師等が同乗し、出動する救急車であり、ドクターヘリの離着陸が難しい都市部周辺や、ヘリが飛べない悪天候時においても、機動的な出動が可能となります。

本県では、平成27年4月から、徳島赤十字病院において県内初めてのドクターカーの運用が開始されました。

また、平成28年6月からは乗用車型ドクターカーを新たに導入し、2台

体制で対応しており、さらに機動性を高めています。

また、ドクターヘリ及びドクターカーは、「ドクター・デリバリー・システム」としての機能も重要な要素であり、医師及び看護師による速やかな初期治療の開始が可能となるため、傷病者の救命率の向上や後遺症の軽減に大きく貢献しています。

さらに、重複要請事案や複数傷病者発生事案等の場合では、医師が現場に留まり、ドクターヘリ、ドクターカーは患者を搬送するドクタードロップ方式により対応するなど、救急現場の状況に応じた柔軟な対応が行われております。

④傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準（実施基準）の策定と実施

平成18年から平成20年にかけて、搬送先の病院を探して複数の救急医療機関に電話等で問い合わせをしても受入れ医療機関が決まらない。いわゆる受入れ医療機関の選定困難事案が発生したことを契機として、平成21年5月に消防法が改正され、都道府県に傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準（以下「実施基準」という。）の設置が義務づけられました。

本県では、平成22年4月に「徳島県メディカルコントロール体制推進協議会実施基準専門委員会」を設置して実施基準の検討を行い、平成22年12月に実施基準を作成しました。

また、実施基準に基づく傷病者の搬送及び受入れの実施状況の調査及び検証を行い、毎年度見直しを行い、改善を図っています。

しかし、依然として受入れ医療機関の選定困難事案は存在しています。

救急医療機関が搬送に応じられない原因として「手術中・処置中」、「処置困難」、「満床」等が挙げられています。

【受入れ照会回数】平成27年度：112件(4回以上)

【現場滞在時間】平成27年度：118件(30分以上)

(資料：消防庁「救急搬送における医療機関の受入れ状況等実態調査」)

この問題を改善するためには、受入れ困難の原因を詳細に把握分析し、地域と消防機関、救急医療機関とが一体となり、それぞれの地域の実情に応じて対応する必要があります。

⑤救急医療情報システム

平成10年6月よりファクシミリと電子メールを活用して、2次・3次救急医療機関の当日の対応状況を消防機関等に連絡する「救急医療情報送信」を試行的に開始しました。

その後、平成11年度「情報ふれあいネットとくしま創造事業」を活用し、「徳島県救急医療情報システム」を構築し、平成12年6月から稼働しました。

このシステムは、消防機関の搬送先選定に資する当直医情報等を含む受入れ可能科目の情報のほか、一般県民に対して、医療機関の基礎情報をインターネットにより提供してきました。また、平成19年度に、従来のパソコンによる閲覧方法に加え、携帯電話による閲覧にも対応しました。

(2)救命救急医療機関（3次救急医療機関）

①救命救急センター

県下一円を対象として、急性心筋梗塞、脳卒中、頭部外傷等の重篤患者の救命医療にあたるため、昭和55年から県立中央病院に救命救急センターを設置し（厚生労働省指定）、また、平成5年度から徳島赤十字病院を徳島県の救命救急センターに指定し、平成14年4月に厚生労働省から救命救急センターに指定され、さらに、平成21年6月から高度救命救急センターに指定されました。

また、平成17年8月には、県立三好病院が新型救命救急センターとして厚生労働省に指定され、平成28年度の救命救急センターの充実度評価において、すべての救命救急センターにおいてA評価を受けました。

②特殊疾患等に対する救急医療

昭和58年10月から、徳島大学病院救急部も、この3次救急医療機関として位置付け、広範囲熱傷、急性薬物中毒、呼吸不全について対応しているほか、新生児集中治療室（NICU9床）、母体胎児集中治療室（MFICU6床）、新生児治療回復室（GCU12床）、脳卒中集中治療室（SCU9床）を整備するなど、特殊疾患等の救急医療患者を受け入れる体制を整備しています。

●3次救急医療体制

所在地	施設名	3次施設	救命救急センター
徳島市	県立中央病院	○	○
徳島市	徳島大学病院	○	
小松島市	徳島赤十字病院	○	○
三好市	県立三好病院	○	○

③アクセス時間を考慮した体制の整備

救急医療（特に、脳卒中、急性心筋梗塞、重症外傷等の救命救急医療）においては、アクセス時間（発症から医療機関で診療を受けるまでの時間）の長短が、患者の予後を左右する重要な因子の一つであります。

【平均搬送時間】平成27年：35.8分

（資料：平成27年版救急・救助の現状）

従って、特に救命救急医療の整備に当たっては、どこで患者が発生したとしても一定のアクセス時間内に、適切な医療機関に到着できる体制を整備する必要があります。

本県では、平成24年10月から県立中央病院を基地病院としてドクターヘリの運航を開始しました。夜間や天候によって運航できない場合を除き、基地病院を起点に20分程度で全県をカバーできることから、どの地域で発生した患者についても、一定のアクセス時間内に、必要な救命救急医療を受けられる体制の整備が図られています。

④いわゆる「出口の問題」

受入れ医療機関の選定困難事案の原因の一つに、「満床」が挙げられています。

その背景として、救急医療機関に搬入された患者が救急医療用の病床を長期間使用することで、救急医療機関が新たな救急患者を受け入れることが困難になる、いわゆる救急医療機関の「出口の問題」が指摘されています。

具体的には、急性期を乗り越えたものの、重度の脳障害の後遺症がある場合や、合併する精神疾患によって一般病棟では管理が困難である場合、さらには人工呼吸管理が必要である場合など、自宅への退院や他の病院等への転院が困難とされています。

こういった問題に対応するため、患者支援センターによる退院調整等、入院中の患者が適切なタイミングで退院・転院できるように支援を行っています。

(3)入院を要する救急医療を担う医療機関(2次救急医療機関)

2次救急医療体制は、初期救急医療機関により転送された、高度な治療又は入院が必要とされる救急患者に対応するための後方医療施設として整備されています。

なお、平成28年における救急車による患者搬送数は、県内で31,478人であり、前年に比べ262人増加しています。

また、救急患者は、概ね消防機関の属する救急医療圏の中で搬送・収容され、自己完結していますが、一部の救急医療圏にあっては、他の救急医療圏への搬送がやや多い傾向があります。

(4)初期救急医療を担う医療機関(初期救急医療機関)

初期救急医療体制は、「初期診療」あるいは「応急手当」を行うとともに、さらに治療及び入院が必要な救急患者を2次救急医療機関へ転送する機能を果たすものであり、救急医療体制の基盤ともなるものです。

本県では、郡市医師会を単位とし、市町村が郡市医師会に委託して行う在宅当番医制(10地区)と市町村等が郡市医師会の協力を得て設置運営する休日夜間急患センター(2箇所)で原則対応しています。

また、歯科については、県歯科医師会の協力を得て設置運営する休日救急歯科診療所(1箇所)により実施されています。

しかしながら、初期救急については、地元の開業医に多くを依存しているため、開業医の減少と高齢化、医学の専門化・高度化の進展によって住民のニーズへの対応が困難な地域や分野も出てきています。

なお、徳島市においては、平成9年度から同市の運営する徳島市夜間休日急病診療所(休日夜間急患センター)について、徳島市医師会等の協力により、従前の休日の昼間に加え、平日の夜間の診療を内科医と小児科医の医師2名体制で実施し、在宅当番医制度を廃止しています。

このセンターにおける平成28年度の総患者数は、17,324人で、うち小児科患者は約66%に当たる11,479人に上っています。

このセンターは、平成17年度から、単独で在宅当番医制度を運営できなくなった名東郡医師会(徳島市の一部、佐那河内村)に代わり、同地域の住民の初期救急医療体制も担っています。

(5)精神科救急医療体制と一般救急医療機関等との連携

精神科救急医療体制として、在宅の精神障がい者の緊急医療に対応するため、精神科救急医療確保事業を行っています。現在、精神科救急医療施設「病院群輪番制」を14箇所の精神科病院に委託し、3圏域に分けて輪番制で精神科救急患者の医療を提供しています。

しかし、人的医療資源の地域偏在があるため、東部は通年、西部は週5日、南部は週3日の医療の提供となっています。南部・西部が提供不可能な日は、東部圏域の医療機関で対応しています。

夜間・休日に緊急な医療を必要とする精神障がい者が迅速かつ適切な医療が受けられるよう、救急医療機関、消防機関等の関係機関との連絡調整機能を果たす「精神科救急情報センター」を平成24年10月から、県立中央病院に整備しました。

休日は午前9時から翌日の午前9時まで、平日は午後5時から翌日の午前9時まで対応しており、平成28年度の実績は84件です。

また、精神科医療機関をはじめ、警察、消防機関の代表等から組織される「精神科救急医療体制連絡調整委員会」を開催し、事例検討等による研修を行い、現状の共通理解を図り、精神科救急医療体制の円滑な運営に努めています。

なお、精神疾患を持つ患者が、身体的な疾患を患うことも少なくなく、このような患者に対しても確実に対応するために、精神科救急医療体制と、一般の救急医療機関や精神科以外の診療科を有する医療機関との連携を更に強化していく必要があります。

(6)圏域について

救急医療に関する圏域の設定については、入院を要する救急医療を提供する圏域として、東部Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、及び南部Ⅰ、Ⅱ、並びに西部Ⅰ、Ⅱの7圏域とし、今後の救急医療に関する医療機関や消防機関等との連携体制の構築を図っていきます。

第2 医療体制の構築に必要な事項

1 目指すべき方向

(1)適切な病院前救護活動が可能な体制

- ①本人・周囲の者による必要に応じた速やかな救急要請及び救急蘇生の実施
- ②メディカルコントロール体制の充実による救急救命士等による適切な活動（観察・判断・処置）の実施
- ③実施基準に基づく適切な傷病者の搬送及び医療機関の受入れ
- ④地域住民の救急医療への更なる理解

(2)重症度・緊急度に応じた医療が提供可能な体制

- ①患者の状態に応じた適切な救急医療の提供
- ②救急医療に係る効率的な配置とアクセス時間を考慮した整備
- ③必要に応じて、より高度・専門的な救急医療機関へ速やかに紹介できる連

携体制

④脳卒中・急性心筋梗塞・重症外傷等の、それぞれの疾患に応じた医療体制

(3)救急医療機関等から療養の場へ円滑な移行が可能な体制

- ①救命期を脱するも、重度の合併症、後遺症のある患者が、救急医療施設から適切な医療機関に転院できる体制
- ②重度の合併症、後遺症のある患者が、介護施設・在宅で療養する際に、医療及び介護サービスが相互に連携できる体制
- ③地域包括ケアシステムの構築に向け、救急医療機関の機能と役割を明確にし、地域で連携したきめ細やかな取組を行うことができる体制

2 各医療機能と連携

(1)病院前救護活動の機能【救護】

①目標

- ・患者あるいは周囲の者が、必要に応じて、速やかに救急要請及び救急蘇生を実施すること
- ・メディカルコントロール体制の充実により、救急救命士等の活動が適切に実施されること
- ・実施基準の運用により、傷病者の搬送及び医療機関への受入れが適切に行われること
- ・地域住民の救急医療への理解を深める取組が行われること

②関係者に求められる事項

(住民等)

- ・講習会等の受講により、傷病者に対するA E Dの使用を含めた救急蘇生法が実施可能であること
- ・傷病者の救護のため、必要に応じて適切かつ速やかに救急要請を行うこと、あるいは適切な医療機関を受診すること（消防庁作成 緊急度判定支援ツールの活用）
- ・日頃からかかりつけ医を持ち、適切な医療機関の受診、適切な救急車の要請、他の交通手段の利用等を判断すること

(消防機関の救急救命士等)

- ・住民等に対し、A E Dの使用を含めた救急蘇生法等に関する講習会を実施すること
- ・脳卒中、急性心筋梗塞等、早期の救急要請が必要な疾患について、関係機関と協力して住民教育の実施を図ること
- ・搬送先の医療機関の選定に当たっては、実施基準等により事前に各救命救急医療機関の専門性等を把握すること
- ・徳島県メディカルコントロール協議会により定められたプロトコールに則し、傷病者の状態に応じて、適切な観察・判断・処置を実施すること
- ・搬送手段を選定し、適切な急性期医療を担う医療機関を選定し、傷病者を速やかに搬送すること
- ・緊急な医療を必要とする精神疾患を有する患者等の搬送に当たっては、精神科救急医療体制と連携を図ること

(メディカルコントロール協議会)

- ・救急救命士等の行う処置や、疾患に応じた活動プロトコルを策定し、事後検証等を踏まえて随時改訂すること
- ・実施基準を踏まえ、搬送手段を選定し、適切な医療機関に搬送するためのプロトコルを策定し、事後検証等によって随時改訂すること
- ・医師から救急救命士に対する直接指示・助言体制を確立すること
- ・救急救命士等への再教育を実施すること
- ・ドクターヘリやドクターカー等の活用の適否について、地域において定期的に検討すること
- ・ドクターヘリや防災ヘリ等の活用には、関係者の連携について協議する場を設け、効率的な運用を図ること
- ・必要に応じて年間複数回以上協議会を開催すること

(2)救命救急医療機関（3次救急医療）の機能【救命医療】

①目標

- ・24時間365日、救急搬送の受入れに応じること
- ・傷病者の状態に応じた適切な救急医療を提供すること

②医療機関に求められる事項

緊急性・専門性の高い脳卒中、急性心筋梗塞や、重症外傷等の複数の診療科領域にわたる疾病等、幅広い疾患に対応して、高度な専門的医療を総合的に実施する。

その他の医療機関では対応できない重篤患者への医療を担当し、地域の救急患者を最終的に受け入れる役割を果たす。

また、救急救命士等へのメディカルコントロールや、救急医療従事者への教育を行う拠点となる。

- ・脳卒中、急性心筋梗塞、重症外傷等の患者や、複数の診療科にわたる重篤な救急患者を、広域災害時を含めて原則として24時間365日必ず受け入れること
- ・集中治療室（ICU）、心臓病専用病室（CCU）、脳卒中専用病室（SCU）等を備え、常時、重篤な患者に対し高度な治療が可能なこと
- ・救急医療について相当の知識及び経験を有する医師が常時診療に従事していること（救急科専門医等）
- ・必要に応じ、ドクターヘリ、ドクターカーを用いた救命救急医療を提供すること
- ・救命救急に係る病床確保のため、一般病棟の病床を含め、医療機関全体としてベッド調整を行う等の院内の連携がとられていること
- ・急性期のリハビリテーションを実施すること
- ・急性期を経た後も、重度の脳機能障害（遷延性意識障害等）の後遺症がある患者、人工呼吸器による管理を必要とする患者等の、特別な管理が必要なため退院が困難な患者を受け入れることができる医療機関等と連携していること
- ・実施基準の円滑な運用・改善及び地域のメディカルコントロール体制の充実に当たり積極的な役割を果たすこと
- ・DMAT派遣機能を持つ等により、災害に備えて積極的な役割を果たすこと

- ・救急医療情報システムを通じて、診療機能を救急搬送機関等に周知していること
- ・医師、看護師等の医療従事者に対し、必要な研修を行う体制を有し、研修等を通じ、地域の救命救急医療の充実強化に協力していること
- ・救急救命士の気管挿管・薬剤投与等の病院実習や、就業前研修、再教育等に協力していること
- ・「救急病院等を定める省令」によって定められる救急病院であること

③対応する医療機関

● 3次救急医療機関（救命救急センター及び大学病院）（平成29年10月現在）

病院名	病 床				その他の設備		所在地	電話番号
	ICU	SCU	HCU 等重症 者対応	NI CU	ヘリ ポート	自院 で有 する 救急 車		
県立中央病院	10床	0床	30床	3床	○ (※1)	○	徳島市蔵本町 1-10-3	088-631-7151
徳島大学病院	11床	9床	11床	9床	× (※2)	×	徳島市蔵本町 2-50-1	088-631-3111 088-633-9211 (夜間救急)
徳島赤十字 病院	13床	0床	21床	0床	○	○	小松島市小松島 町字井利ノ口 103	0885-32-2555
県立三好病院	4床	0床	6床	0床	○	×	三好市池田町 シマ815-2	0883-72-1131

(注) ※1 ドクターヘリ基地病院

※2 ヘリポートについては、県立中央病院のヘリポートを利用

(3)入院を要する救急医療を担う医療機関（2次救急医療）【入院救急医療】

①目標

- ・24時間365日、救急搬送の受入れに応じること
- ・傷病者の状態に応じた適切な救急医療を提供すること

②医療機関に求められる事項

地域で発生する救急患者への初期診療を行い、必要に応じ入院治療を行う。医療機関によっては、脳卒中、急性心筋梗塞等に対する医療等、自施設で対応可能な範囲において高度な専門的診療を担う。また、自施設では対応困難な救急患者については、必要な救命処置を行った後、速やかに、救命救急医療を担う医療機関等へ紹介する。救急救命士等への教育機能も一部担う。

- ・救急医療について相当の知識及び経験を有する医師が常時診療に従事していること
- ・救急医療を行うために必要な施設及び設備を有していること

- ・救急医療を要する傷病者のために優先的に使用される病床又は専用病床を有すること
- ・救急隊による傷病者の搬送に容易な場所に所在し、かつ、傷病者の搬入に適した構造設備を有すること
- ・急性期にある患者に対して、必要に応じて早期のリハビリテーションを実施すること
- ・初期救急医療機関と連携していること
- ・当該病院では対応できない重症救急患者への対応に備え、近隣のより高度な医療機関と連携していること
- ・緊急な医療を必要とする精神疾患を持つ患者に的確に対応するため、精神科救急情報センターや精神科救急医療施設との連携を図ること
- ・救急医療情報システムを通じて、診療可能な日時や、診療機能を住民・救急搬送機関に周知していること
- ・医師、看護師、救急救命士等の医療従事者等に対し、必要な研修を行うこと
- ・「救急病院等を定める省令」によって定められる救急告示医療機関であること

③対応する医療機関

● 2次救急医療機関（救急告示病院及び救急告示診療所）（平成29年10月）

圏域	医療機関名	所在地	電話番号
東部Ⅰ	徳島市民病院	徳島市北常三島町2丁目34	088-622-5121
	田岡病院	徳島市万代町4丁目2-2	088-622-7788
	水の都記念病院	徳島市北島田町1丁目45-2	088-632-9299
	手束病院	名西郡石井町石井字石井434-1	088-674-0024
	松永病院	徳島市南庄町4丁目63-1	088-632-3328
	協立病院	徳島市八万町橋本92-1	088-668-1070
	博愛記念病院	徳島市勝占町惣田9	088-669-2166
	中洲八木病院	徳島市中洲町1-31	088-625-3535
	橘整形外科	徳島市寺島本町西2丁目37-1	088-623-2462
	川島病院	徳島市北佐古一番町1-39	088-631-0110
	徳島健生病院	徳島市下助任町4丁目9	088-622-7771
	天満病院	徳島市蔵本町1丁目5-1	088-632-1520
	沖の洲病院	徳島市城東町1丁目8番8号	088-622-7111
東部Ⅱ	徳島県鳴門病院	鳴門市撫養町黒崎字小谷32	088-683-0011
	兼松病院	鳴門市撫養町斎田字大堤54	088-685-4537
	小川病院	鳴門市撫養町斎田字北浜99	088-686-2322
	稲次整形外科病院	板野郡藍住町笠木字西野50-1	088-692-5757
	国立病院機構東徳島医療センター	板野郡板野町大寺字大向北1-1	088-672-1171
	浦田病院	板野郡松茂町広島字南ハリ13	088-699-2921
	きたじま田岡病院	板野郡北島町鯛浜字川久保30-1	088-698-1234

圏域	医療機関名	所在地	電話番号
東部Ⅲ	吉野川医療センター	吉野川市鴨島町知恵島字西知恵島120	0883-26-2222
	美摩病院	吉野川市鴨島町上下島497	0883-24-2957
	阿波病院	阿波市市場町市場字岸ノ下190-1	0883-36-5151
	阿部整形外科	吉野川市鴨島町上下島105	0883-24-4880
南部Ⅰ	阿南中央病院	阿南市宝田町川原2	0884-22-1313
	原田病院	阿南市富岡町あ石14-1	0884-22-0990
	阿南共栄病院	阿南市羽ノ浦町中庄蔵ノホケ36	0884-44-3131
	町立勝浦病院	勝浦郡勝浦町大字棚野字竹国13-2	0885-42-2555
南部Ⅱ	町立美波病院	海部郡美波町田井105-1	0884-78-1373
	県立海部病院	海部郡牟岐町大字中村字杉谷266番地	0884-72-1166
	町立海南病院	海部郡海陽町四方原字広谷16-1	0884-73-1355
西部Ⅰ	ホウエツ病院	美馬市脇町大字猪尻字八幡神社下南130-3	0883-52-1095
	成田病院	美馬市脇町字拝原2576	0883-52-1258
	町立半田病院	美馬郡つるぎ町半田字中藪234-1	0883-64-3145
西部Ⅱ	市立三野病院	三好市三野町芝生1270-30	0883-77-2323
	三野田中病院	三好市三野町芝生1242-6	0883-77-2300
	三加茂田中病院	三好郡東みよし町加茂1883-4	0883-82-3700

(4)初期救急医療を担う医療機関の機能【初期救急医療】

①目標

- ・傷病者の状態に応じた適切な救急医療を提供すること

②医療機関に求められる事項

軽度の救急患者への夜間及び休日における外来診療を行う。

- ・救急医療の必要な患者に対し、外来診療を提供すること
- ・在宅当番医制または休日・夜間急患センターを設置すること
- ・病態に応じて速やかに患者を紹介できるよう、近隣の医療機関や精神科救急医療体制等と連携していること
- ・自治体等と連携の上、診療可能時間や対応可能診療科等について住民等に周知すること

③対応する医療機関

初期救急医療体制

ア 休日夜間急患センター

- ・徳島市夜間休日急病診療所（徳島市、佐那河内村）
- ・阿南市医師会夜間休日診療所（阿南市、那賀町）
- ・徳島市歯科医師会休日急患等診療所

イ 在宅当番医制

- ・名西郡医師会（石井町、神山町）
- ・鳴門市医師会（鳴門市）
- ・板野郡医師会（松茂町、北島町、藍住町、板野町、上板町）
- ・阿波市医師会（阿波市）
- ・吉野川市医師会（吉野川市）

- ・小松島市医師会（小松島市、勝浦町、上勝町）
- ・阿南市医師会（阿南市、那賀町）
- ・海部郡医師会（美波町、牟岐町、海陽町）
- ・美馬市医師会（美馬市、つるぎ町）
- ・三好市医師会（三好市、東みよし町）

(5)救命救急医療機関等から転院を受け入れる機能【救命後の医療】

①目標

- ・在宅等での療養を望む患者に対し医療機関からの退院を支援すること
- ・合併症、後遺症のある患者に対して慢性期の医療を提供すること

②医療機関に求められる事項

- ・救急医療機関と連携し、人工呼吸器が必要な患者や、気管切開等のある患者を受け入れる体制を整備していること
- ・重度の脳機能障害（遷延性意識障害等）の後遺症を持つ患者を受け入れる体制を整備していること
- ・救命期を脱した救急患者で、精神疾患と身体疾患を合併した患者を受け入れる体制を整備していること
- ・生活機能の維持及び向上のためのリハビリテーション（訪問及び通所リハビリテーションを含む）が実施可能であること
- ・日常生活動作（ADL）の低下した患者に対し、在宅等での包括的な支援を行う体制を確保していること
- ・通院困難な患者の場合、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、また居宅介護サービスを調整すること
- ・救急医療機関及び在宅での療養を支援する医療機関等と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること
- ・診療所等の維持期における他の医療機関と、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

③対応する医療機関等

- ・回復期から慢性期の機能を有する医療機関
- ・精神病床を有する病院
- ・診療所
- ・訪問看護ステーション

(6)医師不足への対応

救急医療現場における過酷な勤務環境から、医師が現場を離れ、地域における救急医療体制の確保が困難な状況となっています。この厳しい医師不足の状況において、救急医療体制を維持していくためには、「救急医の確保・養成」や「救急勤務医の勤務環境の改善」に努めるとともに、「かかりつけ医」の協力を得た体制の構築が必要です。

また、「救急」ではなく、「時間外診療」として、救急医療機関を受診する患者の増加が、救急医療現場の負担を増大させていることから、県民に対し救急医療の適正な受診についての広報・啓発を積極的に行っていく必要があります。

3 今後の取組み

(1)救急医療体制の充実・強化

地域における救急医療体制を確保するためには、行政・医療従事者・県民・関係機関が一体となって取り組んでいく必要があります。

- ①救急医療に従事する医師の養成・確保を行うため、県地域医療支援センターにおいて救急や総合診療医の養成プログラムの整備・充実に取り組みます。
- ②救急勤務医の処遇改善など勤務環境の改善に取り組みます。
- ③身近な地域において適切な救急医療サービスが受けられるよう、「かかりつけ医」の協力を得た体制の構築など、地域の実情に応じた初期・2次救急医療の確保・充実を図ります。
- ④3次救急医療を担う救命救急センター及び徳島大学病院の機能強化を図ります。
- ⑤出口の問題に対応するため、患者支援センターによる退院調整等、入院中の患者が適切なタイミングで退院・転院できるように支援を推進します。
- ⑥それぞれの疾患に応じた救急医療体制の構築を目指します。
- ⑦傷病の程度や緊急性により役割分担されている救急医療体制が円滑に機能できるよう、関係機関が一体となって、県民に対して救急医療の適正受診に向けた広報・啓発を推進します。
- ⑧地域包括ケアシステムの構築に向け、救急医療機関、かかりつけ医や介護施設等の関係機関が連携し、地域におけるきめ細やかな取組を進めます。

(2)救急搬送体制の充実・強化

- ①消防機関、警察、医療機関、行政の連携強化に努めます。
- ②機動性に優れたドクターヘリ及びドクターカーの有効活用を図ります。
- ③救急医療情報システムの有効活用を推進し、システムの機能向上に向けた検討を行い、妊婦搬送も含めた総合的な救急搬送体制の構築を図ります。

(3)関西広域連合における府県域を越えた広域救急医療連携体制の整備・充実

関西広域連合の広域医療分野の事務局として、府県域を越えた広域的ドクターヘリの運航体制の構築、高度・専門医療分野における広域医療連携など、各地域の特徴ある医療資源の有機的な連携を図ることにより、各府県の「3次医療圏」を越えた、「4次医療圏・関西」の構築に向けた広域救急医療連携の仕組みづくりに取り組みます。

特に、ドクターヘリについては、今後連合管内全域を複数機のドクターヘリが補完し合う「二重・三重のセーフティネット」をより拡充するため、平成29年6月に締結した中国地方各県と鳥取県ドクターヘリとの広域連携協定の更なる拡充を図るとともに、平成29年2月に運航を開始した愛媛県ドクターヘリや平成29年3月に運航を開始した奈良県ドクターヘリ等との相互応援協定の締結等をさらに進め、円滑な連携体制の構築を目指します。

第3 数値目標

数値目標項目		直近値	平成35年度末 目標値
初期救急	在宅当番医または休日夜間急患センターの設置ができている救急医療圏域数	7 (H29)	7
2次救急	救急告示医療機関数 (3次救急医療機関を除く)	37 (H29)	37
3次救急	救命救急センター及び大学病院数	4 (H29)	4
	うち高度救命救急センター	1 (H29)	1
一般市民が目撃した心原性心肺機能停止者のうち、 一般市民が心肺蘇生を実施した割合		56.4% (H27)	60.0% 以上
3次医療機関への搬送者数に占める軽症者数の 割合		42.1% (H28)	40.0% 以下
病院収容までの平均所要時間 (覚知から病院等に収容するのに要した時間の平均)		35.8分 (H27)	34.8分 以下

救急医療体制

救命救急医療（第3次救急医療体制）

- 24時間365日の救急搬送受入れ
（複数診療科にわたる重篤救急患者に対応）
- 傷病者の状態に応じた適切な救急医療

【高度救命救急センター】 徳島赤十字病院
【救命救急センター】 県立中央病院、県立三好病院
【特殊疾患等に対応した救急医療機関】 徳島大学病院

救急医療情報システム

救護

- 【住民等】
 - 救急搬送要請
 - 救急蘇生法（AEDの活用）
 - 適切な医療機関の受診
- 【救急救命士等】
 - 傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準に基づく搬送
 - 適正な搬送手段の選定

搬送時連携

入院救急医療（第2次救急医療体制）

- 24時間365日の救急搬送受入れ
 - 傷病者の状態に応じた適切な救急医療
- 【救急告示医療機関】（35病院、2診療所）
【病院群輪番制医療機関】
東部Ⅰ4病院 東部Ⅱ5病院 東部Ⅲ1病院
南部Ⅰ3病院 南部Ⅱ3病院 西部Ⅰ2病院
西部Ⅱ1病院

転院時連携

救命後の医療

- 在宅等での療養を望む患者に対する退院支援
- 合併症、後遺症のある患者に対する慢性期の医療

連携

在宅等における生活

- 周産期医療システム
- 精神科救急医療システム
- については別途整備

（初期救急医療体制）

- 傷病者の状態に応じた適切な救急医療
- 【休日夜間急患センター】
徳島市夜間休日急病診療所
阿南市医師会日曜祝日診療所
【在宅当番医制】 県内10箇所

かかりつけ医

救急患者

発症