

第2節 疾病に応じた保健医療施策の推進

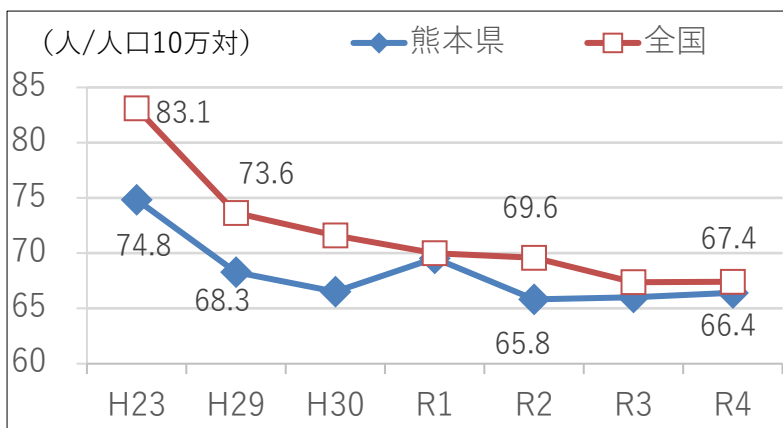
第1項 がん

※本項の内容については、「第4次熊本県がん対策推進計画」の内容から、保健医療に関する部分を中心に記載しています。

1. 現状と課題

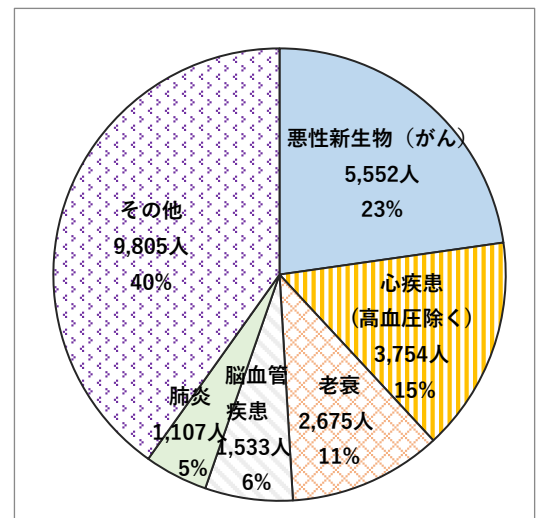
- 本県のがんの75歳未満の年齢調整死亡率^①は、全国平均より低く、減少傾向にあります。しかし、がんは昭和55年(1980年)以降、本県の死亡原因の第1位となっており、令和4年(2022年)における本県の死亡原因に占めるがんの割合は23%です(図1、図2参照)。

【図1】全てのがんに関する75歳未満年齢調整死亡率



出典：国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」

【図2】死亡原因の割合(熊本県)



出典：厚生労働省「令和4年人口動態統計」

- がんの予防には、より良い生活習慣の形成や、生涯を通じた健康づくりの推進が重要ですが、肥満の割合、食塩摂取量、野菜摂取量、運動習慣がある人の割合、未成年者の喫煙割合などいずれも第7次計画の目標に達していません(第2章第1節第1項及び第2項参照)。
- 本県の5がん(胃がん、肺がん、大腸がん、子宮頸がん、乳がん)の検診受診率と大腸がん、子宮頸がんの精密検査受診率は全国平均を上回っていますが、国が「第4期がん対策推進基本計画」に定めた目標(検診受診率60%、精密検査受診率90%)にはいずれも達していません(評価指標^①及び^②参照)。
- 県内全ての二次保健医療圏においてがん診療連携拠点病院^②が整備されていますが、今後も診療機能の維持と更なる質の向上を行う必要があります。また、より身近な地域で緩和ケアの提供ができるよう、緩和ケアを行う医療従事者の更なる育成が求められています。研修修了者数は伸び悩んでいます。
- 医科歯科連携に対応できるがん医科歯科連携登録歯科医師数は増加していますが、

^① 年齢調整死亡率とは、異なる地域間で死亡状況の比較ができるよう、年齢構成を調整し、そろえた死亡率のことです。単位は、人口10万人対で表章しています。

^② がん診療連携拠点病院とは、専門的ながん医療の提供、地域のがん診療の連携協力体制の整備、患者・住民への相談支援や情報提供などの役割を担う病院のことです。

医科歯科連携実績やがん患者の増加等により、退院後の継続した口腔健康管理に対応するには不足しています。

- 各がん診療連携拠点病院におけるがん相談支援センター^③の年間相談件数は減少傾向にあるため、県民への周知を強化する必要があります。
- 平成30年度(2018年度)の厚生労働省による調査では、がんと診断を受けて退職・廃業した人は、就労者の19.8%を占めている一方、治療と仕事を両立するための社内制度等を利用した患者の割合は36.1%に留まっており、がん患者の離職防止や再就職のための就労支援を充実させていく必要があります。
- 令和元年度(2019年度)頃から新型コロナウイルス感染症が流行した際は、がんを始めとする必要な医療や健診(検診)を受けない、又は躊躇する、いわゆる「受診控え」が発生しました。また、外出の自粛など制限された生活により運動量や人とのかかわりの減少も指摘されました。今後、新興感染症が流行した場合も、適切な感染症対策を行ったうえでの受診や適度な運動の継続など、健康二次被害の防止に取り組む必要があります。
- 感染症発生・まん延時や災害時等の有事の際であっても、がん患者が適切な医療等を受けることができるよう、平時から災害時等への備えが必要です。

2. 目指す姿

- 県民にがんに関する正しい知識を普及し、がんの予防・早期発見ができるようにするとともに、様々ながんの様態に応じて、いつでも、どこにいても安心かつ納得できるがん医療や支援を受け、尊厳を持って暮らしていくことができるようにします。

3. 施策の方向性

(1) 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

【適切な食生活や運動による発症予防の推進】

- ・ 食生活や運動習慣等の生活習慣の改善に向けた保健指導や情報提供、健康的な食環境の整備等を推進します。
- ・ 禁煙支援や受動喫煙防止のための環境整備に取り組みます。

【早期発見対策の推進】

- ・ 市町村や医療保険者と連携した特定健診・がん検診の受診勧奨に引き続き取り組むとともに、特定健診とがん検診の同時実施等、受診者の利便性を向上させる実施体制に取り組みます。
- ・ がん検診精密検査の受診率及び精度管理の向上に取り組みます。

^③ がん相談支援センターとは、がん診療連携拠点病院に設置されているがんに関する相談窓口のことです。診断や治療に関するだけでなく、医療費、生活、就労など、がんに関する相談について無料で相談することができます。

(2) 患者本位で持続可能ながん医療の提供

【医療提供体制の強化】

- ・ がん医療水準の均てん化と質の向上を行うためのがん診療施設・設備の整備に取り組みます。

【患者等の生活の質の向上】

- ・ 緩和ケア病棟のない医療圏でも十分な緩和ケアを受けることができるよう、在宅緩和ケア、地域連携を推進します。
- ・ 緩和ケアや医療用麻薬の正しい知識の普及啓発を推進するとともに、がんになっても自分らしく生きることを念頭におき、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）^④の普及・啓発を行います。

【がん医科歯科連携登録歯科医師の確保】

- ・ がん患者の治療に伴う口腔合併症予防や術後肺炎発症予防及び治療後の継続した口腔健康管理を行うため、引き続き、がん医科歯科連携登録歯科医師の確保を行います。

(3) がんとともに尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築

【がん相談支援体制の強化】

- ・ がん相談支援センターの更なる周知、がん相談支援体制の整備に取り組みます。
- ・ がん専門相談員の資質向上を目的とした研修、がん相談支援センターの評価分析による、相談支援の質の向上に取り組みます。
- ・ 認定がん医療ネットワークナビゲーター^⑤との連携を促進します。

【「私のカルテ^⑥」の更なる推進】

- ・ 地域のかかりつけ医とがん専門医が情報を共有し、共同で診療を行うための「私のカルテ」について、対象範囲の拡大、最新のガイドラインに沿った改訂に取り組みます。
- ・ 「私のカルテ」の作成に係る負担軽減、患者の受診履歴・検査データ等の情報の医療機関間の共有のために、くまもとメディカルネットワーク等ICTの活用を検討します。

【がん患者の就労支援体制の整備】

- ・ 労働局等の関係機関と連携した患者の仕事と治療の両立を支援します。
- ・ がん患者が治療の早期からがん相談支援センターの支援を受けることができるよう、センターの周知・啓発を推進します。

(4) これらを支える基盤の整備

【がんに関する正しい知識の普及啓発】

- ・ 医療従事者に対する緩和ケア研修会等の実施、県民公開講座等による県民への緩和ケアの普及啓発を促進します。

^④ ACP（Advance Care Planning）とは、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。

^⑤ 認定がん医療ネットワークナビゲーターとは、がん診療連携拠点病院のがん相談支援業務を補完することを目的に、一般社団法人日本癌治療学会から認定された「がん情報の提供のみに特化した人材」のことです。医療実務には係わらず、がんに関する正確な情報を的確、適切に患者・家族に伝え、患者・家族の疑問に答えて悩みを解決する役割を担います。

^⑥ 私のカルテとは、熊本県版のがん診療連携クリティカルパスであり、地域のかかりつけ医と拠点病院の専門医が情報を共有し、共同で診療を行うためのカルテ（診療計画表）のことです。

- ・ 学校でのがん教育の着実な実施、教職員へのがんの基礎知識やがん教育に関する研修等、がん教育を推進します。

(5) 感染症のまん延や災害等を見据えたがん対策の推進

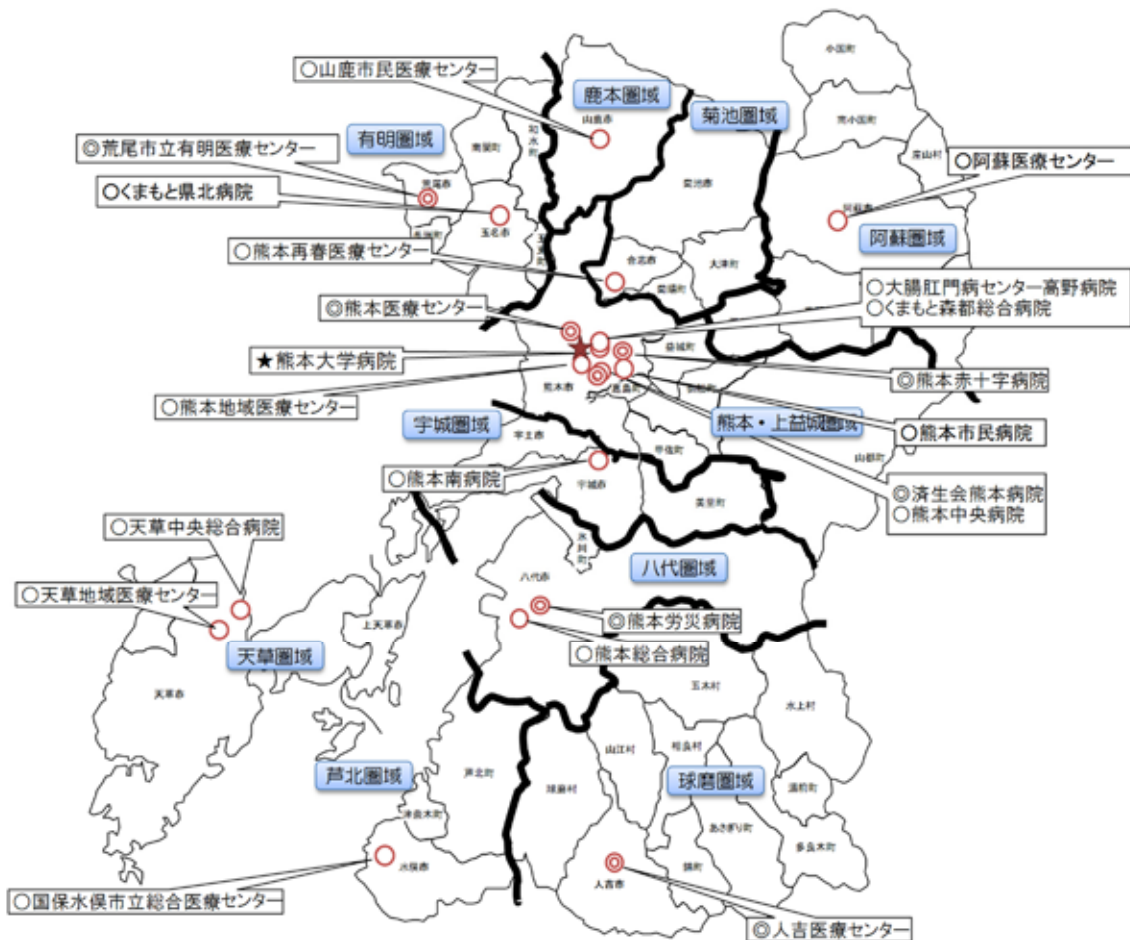
- ・ 感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても医療を提供できるよう、熊本県がん診療連携協議会と連携し、診療機能の役割分担、各施設が協力した人材育成や応援体制の構築、診療に必要な情報の共有等、地域の実情に応じた連携体制の整備を進めます。

4. 評価指標

指標名	現状	目標	指標の説明・目標設定の考え方
① がん検診受診率	胃がん 男性 50.6% 胃がん 女性 42.9% 肺がん 男性 54.7% 肺がん 女性 51.1% 大腸がん 男性 51.3% 大腸がん 女性 45.1% 子宮頸がん 女性 47.5% 乳がん 女性 51.4% (令和4年)	全項目 60%以上 (令和10年)	市町村・健診機関等と連携することにより、国の第4期計画の目標値(60%)以上を目指す。
② 精密検査受診率	胃がん 82.4% 肺がん 82.1% 大腸がん 75.4% 子宮頸がん 86.1% 乳がん 87.4% (令和2年度)	全項目 90%以上 (令和9年度)	市町村・健診機関等と連携することにより、国の第4期計画の目標値(90%)以上を目指す。
③ がん診療連携拠点病院における緩和ケア研修を受講した医師の割合	国指定がん診療連携拠点病院 86% 県指定がん診療連携拠点病院 76% (令和5年)	国指定がん診療連携拠点病院 90%以上 県指定がん診療連携拠点病院 80%以上 (令和11年)	熊本県がん診療連携協議会等と連携することにより、国指定がん診療連携拠点病院においては、国が掲げる目標値(国指定90%以上)を目指す。 県指定がん診療連携拠点病院においても同様の取組により、国指定の拠点病院と同程度の上昇幅の目標(80%以上)を目指す。
④ がん相談支援センターにおける相談件数	15,214件 (令和4年)	20,000件 (令和10年)	熊本県がん診療連携協議会等と連携することにより、過去10年間で最も件数が多かった平成27年の実績と同程度にすることを旨とする。
⑤ 「私のカルテ」新規年間導入件数	622件 (令和4年度)	1,000件 (令和11年度)	コロナ禍の影響がない平成29年度から平成30年度の伸び率を参考に、毎年度、件数を前年度比7%増加することを旨とする。

5. がん医療圏

二次保健医療圏をがん医療圏とします。



★都道府県がん診療連携拠点病院 ^⑦
熊本大学病院
◎地域がん診療連携拠点病院 ^⑧
熊本労災病院
人吉医療センター
熊本赤十字病院
熊本医療センター
済生会熊本病院
荒尾市立有明医療センター

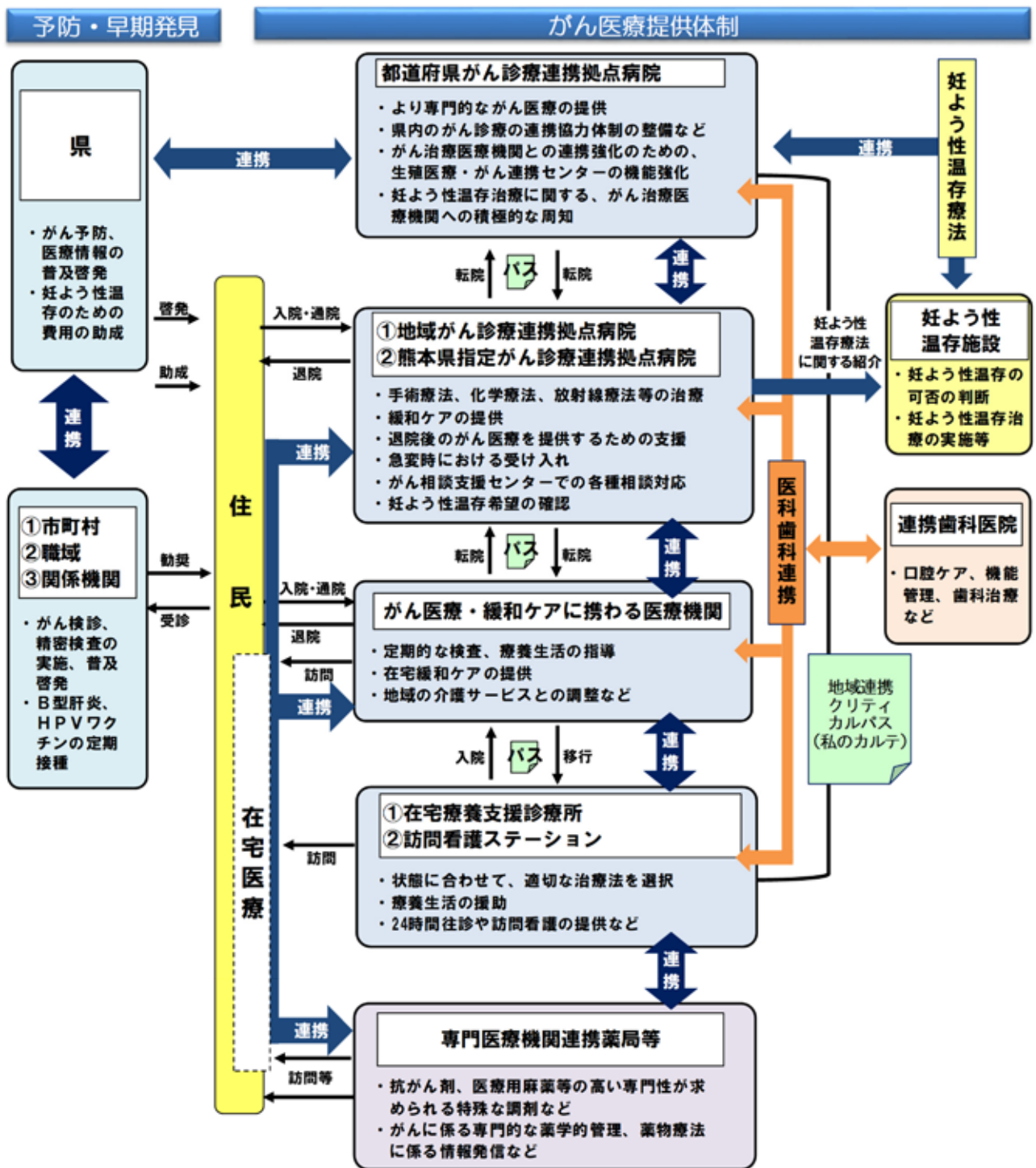
○熊本県指定がん診療連携拠点病院 ^⑨
熊本中央病院
熊本再春医療センター
熊本総合病院
国保水俣市立総合医療センター
天草地域医療センター
天草中央総合病院
熊本地域医療センター
くまもと森都総合病院
大腸肛門病センター高野病院
山鹿市民医療センター
熊本南病院
阿蘇医療センター
熊本市市民病院
くまもと県北病院

⑦ 都道府県がん診療連携拠点病院とは、都道府県内で中心的役割を果たすよう厚生労働大臣が指定した病院で、専門的ながん医療を提供するとともに、都道府県内のがん診療の連携協力体制の整備やがんに関する相談支援情報の提供を担う医療機関のことです。

⑧ 地域がん診療連携拠点病院とは、地域内で中心的役割を果たすよう厚生労働大臣が指定した病院で、専門的ながん医療を提供するとともに、各地域（二次保健医療圏）のがん診療の連携協力体制の整備やがんに関する相談支援情報の提供を担う医療機関のことです。

⑨ 熊本県指定がん診療連携拠点病院とは、県内の各地域においてがん診療連携の中核を担うよう県が指定した病院で、県民に安心かつ適切ながん診療を提供できると認められる医療機関のことです。

6. がん医療連携体制図



第2項 脳卒中

1. 現状と課題

- 本県の脳血管疾患^①の年齢調整死亡率は、全国平均より低い状況ですが、本県の死亡原因の第4位となっており、更に改善に取り組む必要があります（表1参照）。

【表1】

項目	熊本県	全国
脳血管疾患の年齢調整死亡率(人口10万対)(男)	85.2 (令和2年)	93.8 (令和2年)
脳血管疾患の年齢調整死亡率(人口10万対)(女)	51.2 (令和2年)	56.4 (令和2年)

出典：厚生労働省「令和2年人口動態統計特殊報告」

- 脳卒中の発症は、肥満等の健康状態、高血圧症や脂質異常症、糖尿病等の生活習慣病や歯周病と密接な関係があります。発症の予防には、高血圧症等の早期発見や禁煙、運動の習慣化や食生活の改善などの生活習慣の改善や口腔ケア、歯周病の治療が必要です。
- 脳卒中に関しては、急性期、回復期及び維持期・生活期まで切れ目のない医療の提供と、在宅等への復帰に向けて関係機関の連携が重要であることから、脳卒中地域連携クリニカルパス^②やくまもとメディカルネットワークの活用を推進しています。しかし、脳血管疾患の退院患者平均在院日数は全国平均より短くなりましたが、在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合は全国平均を下回っています（表2参照）。

【表2】

項目	熊本県	全国
脳血管疾患の退院患者の平均在院日数	57.4日 (令和2年)	77.4日 (令和2年)
在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合	51.7% (令和2年)	55.2% (令和2年)

出典：厚生労働省「令和2年患者調査」

- 脳卒中は嚥下障害を引き起こすことが多く、嚥下障害の原因のうち約4割は脳血管障害が占めています。このことから、合併症の中でも特に誤嚥性肺炎の予防に取り組む必要があります。
- 本県の脳疾患^③による救急搬送件数は、令和4年(2022年)は4,125人であり、疾患別では4番目に多い状況です。脳卒中を疑うような症状が現れた場合、本人やその家族など周囲にいる者には、救急搬送の要請など迅速な対応が求められます。
- 県民が安心して医療を受けることができるように脳卒中患者とその家族に脳卒中に関する情報提供を行うことが必要です。

① 脳血管疾患とは、くも膜下出血、脳内出血、脳梗塞、脳動脈硬化（症）、その他の脳血管疾患です。

② 脳卒中地域連携クリニカルパスとは、急性期医療機関から回復期医療機関を経て自宅に戻るまでの治療計画です。患者や関係する医療機関で当該治療計画を共有することにより、効率的で質の高い医療の提供と患者の安心につなげるものです。

③ 脳疾患とは、WHO（世界保健機関）で定める国際疾病分類（ICD10）により分類された「IX循環器系の疾患」のうち「a-0904 脳梗塞」及び「a-0905 その他の脳疾患」です。

- 新興感染症発生・まん延時や災害等の有事の際であっても、脳卒中患者が適切な医療等を受けることができるよう、新型コロナウイルス感染症の経験を踏まえた体制の整備が必要です。

2. 目指す姿

- 県民が自ら脳卒中の予防・早期発見に向けて行動し、たとえ発症しても県内の全ての地域で、急性期から在宅での療養まで安心して医療を受けることができる体制を強化します。

3. 施策の方向性

(1) 発症予防・早期発見対策の推進

- ・ 脳卒中の予防のため、生活習慣病予防に係る啓発や健康な食生活の推進、歯と口腔の健康づくりの推進を行うとともに、禁煙及び受動喫煙の防止に取り組みます。
- ・ 市町村や関係機関と連携し、職域等の健康診査、特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上を図り、メタボリックシンドローム該当者等の減少に向けて取り組みます。併せて、適切な血圧管理や有所見者への医療機関受診勧奨など、早期発見・重症化予防対策に取り組みます。

(2) 医療提供体制の強化

- ・ 病院前救護において、消防機関が脳卒中に対する専門的な診療が可能な医療機関への迅速な搬送を行うため、病院前脳卒中スケール等の活用を推進します。
- ・ 急性期、回復期及び維持期・生活期まで切れ目のない医療を提供するため、医療機関等の関係者が協議する「熊本県脳卒中医療推進検討会議」等を通じて、本項の最後に記載する別表の機能を担う脳卒中急性期拠点医療機関^④や回復期医療機関^⑤の整備や、関係機関の連携の推進、重度の後遺障害等を生じた患者の受け入れが可能となるよう医療提供体制を強化します。
- ・ 脳卒中患者の情報を各病期の医療機能を担う医療機関や介護施設、訪問看護ステーション等で共有し、連携を強化するため、引き続き地域連携クリニカルパスやくまもとメディカルネットワークの活用を推進します。
- ・ 急性期、回復期及び維持期・生活期において、特に誤嚥性肺炎の予防のために、口腔健康管理^⑥を実施する病院内の歯科・歯科口腔外科や歯科医療機関等、多職種間の連携を推進します。

(3) 在宅療養への移行支援

- ・ 脳卒中患者の入院から在宅療養への円滑な移行を支援するため、脳卒中の再発を含

^④ 脳卒中急性期拠点医療機関とは、脳卒中の急性期の対応が可能な医療機関を本県で調査し、公表している医療機関です。

^⑤ 脳卒中回復期医療機関とは、脳卒中の回復期の対応が可能な医療機関を本県で調査し、公表している医療機関です。

^⑥ 口腔健康管理とは、口腔ケアに加え、う蝕処置等を行う口腔機能管理と歯石除去等を行う口腔衛生管理を包括した考え方です。

めた予防と在宅療養に関する情報等が掲載された「脳卒中ノート」や地域連携クリニカルパスを活用し、在宅での医療と介護の連携を強化するとともに、在宅医療を担う医師や認定看護師等の人材育成など在宅療養環境の整備に取り組みます。

- ・ 在宅へ復帰する患者の生活の質を向上するため、医療機関における両立支援コーディネーターの配置を推進し、職場の産業医等と連携するなど、治療と仕事の両立支援を推進します。

(4) 周知啓発・情報提供の推進

- ・ 脳卒中を疑うような症状が現れた際に、迅速な救急搬送の要請につなげるため、関係団体と協力して脳卒中の初期症状の対処法等の啓発を実施します。
- ・ 脳卒中に関する情報を県民に分かりやすく提供するため、急性期の脳神経外科又は脳神経内科の常勤医の有無、回復期の再発予防の治療、基礎疾患・危険因子の管理などの情報について、ホームページ等で周知します。
- ・ 「脳卒中ノート」の活用を推進するため、ホームページ等での周知を行うとともに、関係機関から患者とその家族への情報提供を行う取組等を推進します。
- ・ 関係機関と連携し、脳卒中の緩和ケアやA C Pの周知を行うとともに、適切な緩和ケアの提供に向けた取組を推進します。

(5) 新興感染症発生・まん延時や災害等の有事における医療体制の整備

- ・ 感染症発生・まん延時や災害時の有事においても、脳卒中患者の地域内、又は地域を超えた迅速かつ適切な救急搬送や、地域の医療資源の有効活用ができる体制を整備するため、平時より関係機関の連携を推進します。
- ・ 地域の医療機関が感染症へ適切に対応するための業務継続計画（BCP）^⑦策定を推進します。

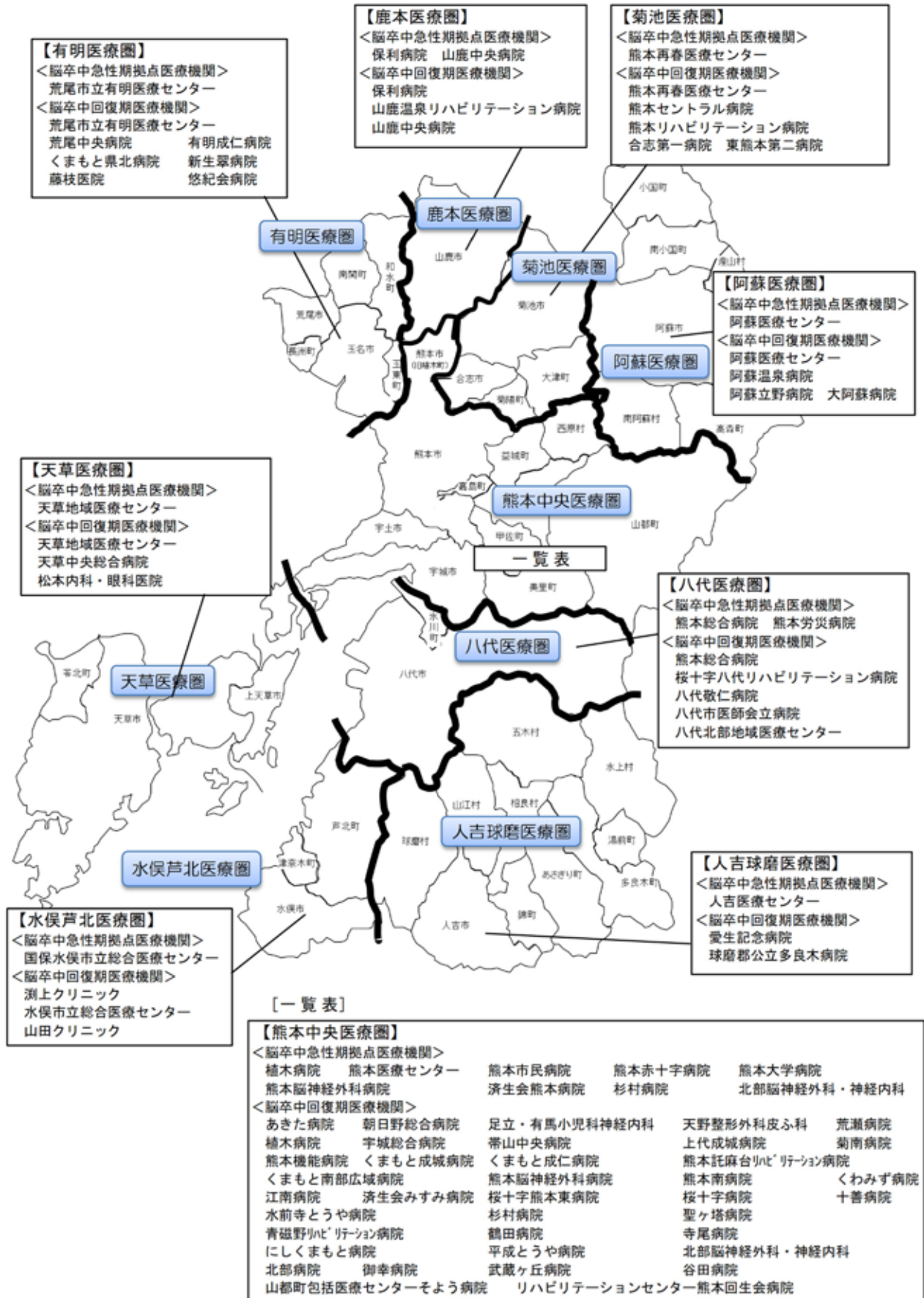
4. 評価指標

指標名	現状	目標	指標の説明・目標設定の考え方
① 脳血管疾患の年齢調整死亡率（人口10万対）	男性 85.2 （全国 93.8） 女性 51.2 （全国 56.4） （令和2年）	男性 68 女性 41 （令和7年）	発症予防・早期発見対策や医療提供体制の強化等により、全国平均を下回る年齢調整死亡率を更に改善する。
② 脳血管リハビリテーション実施件数が全国平均以上の二次保健医療圏の数	6 医療圏 （令和2年）	10 医療圏 （令和11年）	医療提供体制の強化により、全ての二次保健医療圏で脳血管疾患リハビリテーション実施件数を全国平均以上にする。
③ 在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合	県 51.7% （全国 55.2%） （令和2年）	全国平均以上 （令和11年）	医療提供体制の強化や在宅療養への移行支援等により、在宅等生活の場に復帰した患者の割合を全国平均以上にする。

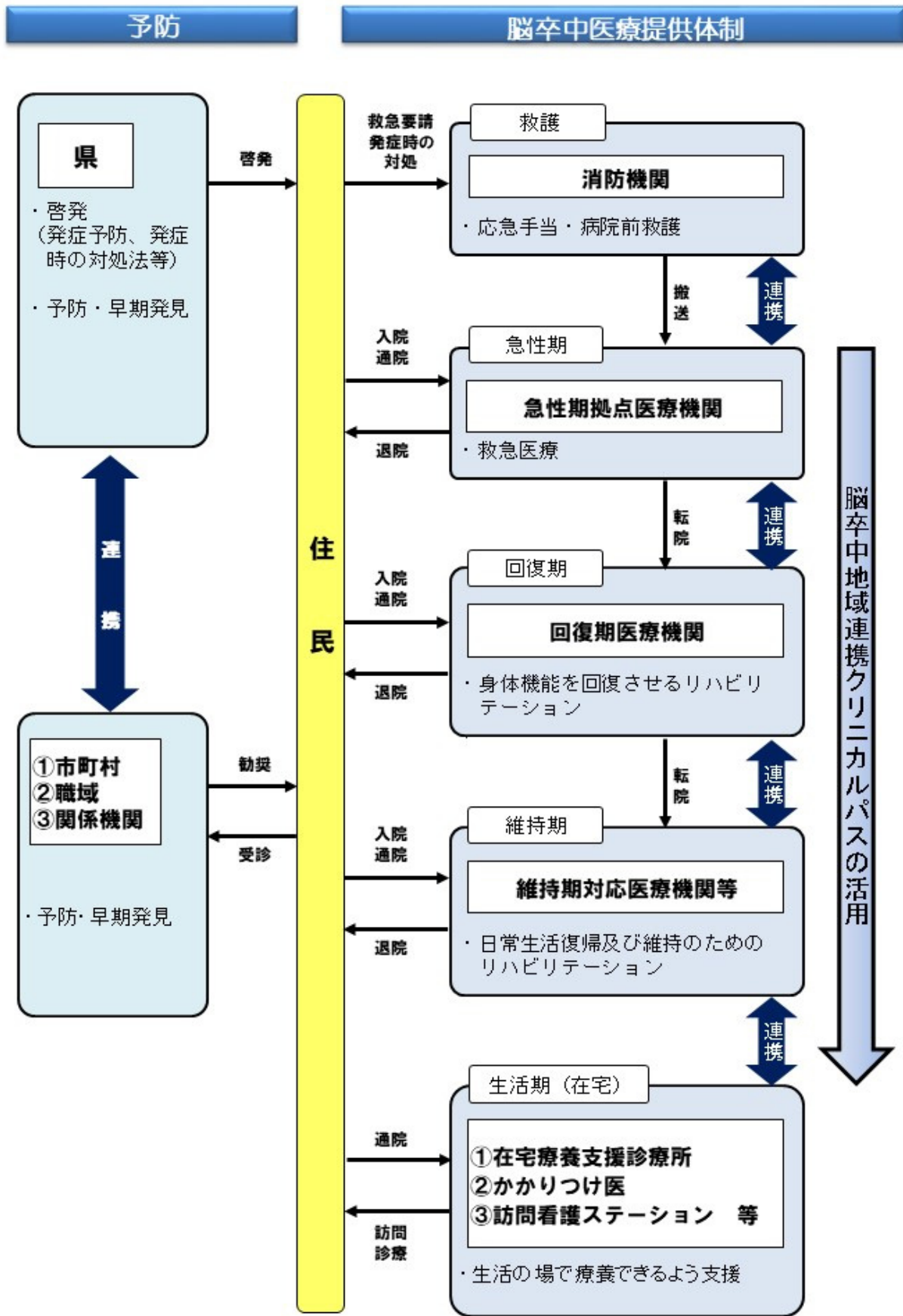
^⑦ 業務継続計画（BCP）とは、Business Continuity Planの略で、震災などの緊急時に低下する業務遂行能力を補う非常時優先業務を開始するための計画のことです。

5. 脳卒中医療圏

脳卒中の医療圏は救急医療圏を基本として、下図のとおりとします。



6 - (1). 脳卒中医療連携体制図



第3章

第2節

6 - (2). 主な医療機能と医療機関等に求められる事項

主な医療機能	医療機関等に求められる事項
【予防】 発症予防の 機能	<ul style="list-style-type: none"> ・高血圧、糖尿病、脂質異常症、心房細動、喫煙、過度の飲酒等の基礎疾患及び危険因子の管理が可能である ・突然の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 ・突然の症状出現時に、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
【救護】 応急手当・ 病院前救護の 機能	<ul style="list-style-type: none"> ＜本人及び家族等の周囲にいる者＞ ・発症後速やかに救急搬送の要請を行う ＜救急救命士等＞ ・地域のメディカルコントロール協議会の定めた活動プロトコールに沿って、脳卒中患者に対する適切な観察・判断・処置を行う ・脳梗塞が疑われる患者に対する病院前救護のスクリーニングに基づき、適切な医療機関へ迅速に搬送する ・脳梗塞が疑われる場合でt-P A適応となる傷病者については、治療開始が早いほど良好な転帰が期待できるため、急性期医療機関への迅速な搬送を目指す
【急性期】 救急医療の 機能	<ul style="list-style-type: none"> ＜脳卒中急性期拠点医療機関の機能＞ ・脳神経外科又は脳神経内科の常勤医（学会等によるt-P Aに関する講習会を受講しており、かつ脳卒中急性期治療の経験が50例以上ある）がいる ・上記医師の勤務時間内に以下の条件が満たされている <ol style="list-style-type: none"> ① 患者来院後1時間以内に、上記の脳卒中担当医が専門的治療を開始できる体制にある（ここで言う「専門的治療を開始できる体制」とは、呼吸管理、循環管理等の全身管理が可能で、必要に応じて外科的治療を実施、又は外科的治療ができない場合に、外科的治療ができる施設と迅速な搬送等の連携ができる体制。また、発症から4.5時間以内にt-P Aによる治療を実施、又は単独でt-P A療法を実施できない場合には、遠隔画像診断等を用いた診断の補助に基づいて実施できる体制） ② 患者来院後2日以内に栄養状態及び嚥下機能を把握して、栄養管理の方針が決定できる ③ 患者来院後1時間以内に、CT又はMRIや心電図検査、静注療法の可否の判定に必要な一般血液検査と凝固学的検査撮影が可能である ④ 発症後3日以内に、急性期リハビリテーションが実施可能である ・特に誤嚥性肺炎の予防のために、口腔健康管理を実施する病院内の歯科・歯科口腔外科や歯科医療機関等、多職種間で連携して対策を図る ・回復期医療機関と連携して、個々の患者の神経症状の程度に基づき、回復期リハビリテーションの適応を検討できる
【回復期】 身体機能を回 復させるリハ ビリテーショ ンを実施する 機能	<ul style="list-style-type: none"> ＜回復期医療機関の機能＞ ・再発予防の治療（抗血小板療法、抗凝固療法等）、基礎疾患・危険因子の管理及び抑うつ状態への対応が可能である ・失語、高次脳機能障害（記憶障害、注意障害等）、摂食・嚥下障害、歩行障害等の機能障害の改善及びADLの向上を目的とした、理学療法、作業療法、言語聴覚療法等のリハビリテーションが専門医療スタッフにより集中的に実施可能である ・回復期リハビリテーション病棟入院料、脳血管疾患等リハビリテーション料に係る施設基準のいずれかの届出を行っている ・特に誤嚥性肺炎の予防のために、口腔健康管理を実施する病院内の歯科・歯科口腔外科や歯科医療機関等、多職種間で連携して対策を図る ・急性期の医療機関及び維持期の医療機関等と診療情報やリハビリテーションを含む治療計画を共有する等して連携している
【維持期・ 生活期】 維持期生活 リハビリテー ションケアの 機能	<ul style="list-style-type: none"> （1）日常生活への復帰及び（日常生活の）維持のためのリハビリテーションを実施する機能 ・再発予防の治療、基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態への対応等が可能である ・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 ・特に誤嚥性肺炎の予防のために、口腔健康管理を実施する病院内の歯科・歯科口腔外科や歯科医療機関等、多職種間で連携して対策を図る ・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 ・回復期（あるいは急性期）の医療機関等と診療情報やリハビリテーションを含む治療計画を共有する等して連携している ・両立支援コーディネーターを配置し、産業医などの治療と仕事の両立支援に係る人材等と連携し、脳卒中患者の就労支援を推進させ、生活の質の向上を目指す ・転倒転落による骨折等の外傷を予防するためのリハビリテーションが実施可能である （2）生活の場で療養できるよう支援する機能 ・再発予防の治療、基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態への対応等が可能である ・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 ・特に誤嚥性肺炎の予防のために、口腔健康管理を実施する病院内の歯科・歯科口腔外科や歯科医療機関等、多職種間で連携して対策を図る ・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 ・特別養護老人ホーム、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も在宅医療を実施し、希望する患者にはこれらの居宅で看取りまでを行う ・介護支援専門員と連携し、居宅サービスを調整する

第3項 心筋梗塞等の心血管疾患

1. 現状と課題

- 本県の虚血性心疾患^①と心不全の年齢調整死亡率は、全国平均より低い一方、大動脈瘤及び解離^②の年齢調整死亡率は、全国平均より高く、心疾患は本県の死亡原因の第2位となっており、改善に取り組む必要があります（表1参照）。

【表1】

項目	熊本県	全国
虚血性心疾患の年齢調整死亡率（人口10万対）（男）	33.9（令和2年）	73.0（令和2年）
虚血性心疾患の年齢調整死亡率（人口10万対）（女）	15.7（令和2年）	30.2（令和2年）
心不全の年齢調整死亡率（人口10万対）（男）	54.4（令和2年）	69.0（令和2年）
心不全の年齢調整死亡率（人口10万対）（女）	40.5（令和2年）	48.9（令和2年）
大動脈瘤及び解離の年齢調整死亡率（人口10万対）（男）	18.8（令和2年）	17.1（令和2年）
大動脈瘤及び解離の年齢調整死亡率（人口10万対）（女）	11.5（令和2年）	10.6（令和2年）

出典：厚生労働省「令和2年人口動態統計特殊報告」

※大動脈瘤及び解離の年齢調整死亡率については、厚生労働省「人口動態調査」を基に県で算出

- 本県の虚血性心疾患の退院患者の平均在院日数は、全国平均より短い一方、在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合は全国平均を下回っており、改善が必要です（表2参照）。

【表2】

項目	熊本県	全国
虚血性心疾患の退院患者の平均在院日数	7.8日（令和2年）	12.7日（令和2年）
在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合	92.1%（令和2年）	93.3%（令和2年）

出典：厚生労働省「令和2年患者調査」

- 心筋梗塞等の心血管疾患の発症は、肥満等の健康状態、高血圧症や脂質異常症、糖尿病等の生活習慣病や歯周病と密接な関係があります。発症の予防には、高血圧症等の早期発見や禁煙、運動の習慣化や食生活の改善などの生活習慣の改善や口腔ケア、歯周病の治療が必要です。
- 心筋梗塞等の心血管疾患の急性期・急性増悪時には、速やかな救命処置の実施や急性期から社会復帰に至るまで切れ目のない医療を提供するため、関係機関の連携が必要です。また、緊急冠動脈インターベンション治療^③実施可能施設が県内各地に所在しているのに対し、大動脈解離のような緊急の外科的治療が必要な疾患に対応可能な施設は熊本市内を中心に所在しているため、県内各地の医療施設との連携が必要です。

① 虚血性心疾患とは、冠動脈が何らかの原因で狭くなり血流が悪くなって、心筋に十分な酸素が供給できなくなるために発作を起こす病気です。

② 大動脈瘤及び解離とは、動脈硬化などで弱くなった大動脈に、こぶ状の膨らみができることがあります。これを、大動脈にできた“こぶ（瘤）”、「大動脈瘤」と呼びます。大動脈は、外膜、中膜、内膜の3構造となっており、十分な強さと弾力を持っていますが、なんらかの原因で内側にある内膜に裂け目ができ、その外側の中膜の中に血液が入り込んで長軸方向に大動脈が裂けることを大動脈解離といいます。

③ 救冠動脈インターベンション治療とは、局所麻酔により肘や手首、足の付け根の血管からカテーテル（細い管）を挿入し、狭窄・閉塞した冠動脈をバルーン（風船）やステント（網目状の金属製のチューブ）で押し広げて良好な血流を回復させる治療法です。開胸して行われる冠動脈バイパス手術に比べると、患者の体への負担が少ないことなどから、循環器専門施設では全国的に行われています。

- 早期の回復、社会復帰のためには、疾病管理プログラム^④としての心大血管疾患リハビリテーションを多職種が連携して患者の状態に応じて提供することや緩和ケアの実施を進めることが必要です。

また、在宅へ復帰する患者の生活の質を向上するための治療と仕事の両立支援が必要であり、再発予防には、専門医とかかりつけ医等が連携して、定期的に管理・指導することが必要です。
- 本県の心疾患等^⑤による救急搬送件数は、令和4年(2022年)は5,465人と、疾患別では3番目に多い状況です。発症した場合、家族など周囲にいる者が速やかな救急搬送の要請や、AED^⑥の使用を含めた心肺蘇生を行うことが求められます。
- 県民が安心して医療を受けることができるように、患者とその家族に心筋梗塞等の心血管疾患に関する情報提供を行うことが必要です。
- 新興感染症発生・まん延時や災害等の有事の際であっても、心筋梗塞等の心血管疾患患者が適切な医療等を受けることができるよう、新型コロナウイルス感染症の経験を踏まえた体制の整備が必要です。

また、災害時には心血管疾患発症の増加や、避難所生活等によるストレスにより心疾患等に影響を与えることが考えられており、災害に備えた準備や避難生活上の注意点等についての周知啓発が必要です。

2. 目指す姿

- 県民が自ら心筋梗塞等の心血管疾患の予防・早期発見に向けて行動し、たとえ発症しても県内の全ての地域で、急性期から在宅での療養まで安心して医療を受けることができる体制を強化します。

3. 施策の方向性

(1) 発症予防・早期発見対策の推進

- ・ 心筋梗塞等の心血管疾患の予防のため、生活習慣病予防に係る啓発や健康な食生活の推進、歯と口腔の健康づくりの推進を行うとともに、禁煙及び受動喫煙の防止に取り組めます。
- ・ 市町村や関係機関と連携し特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上を図り、メタボリックシンドロームの該当者等の減少に向けて取り組めます。併せて、適切な血圧管理や有所見者への医療機関受診勧奨など、早期発見・重症化予防対策に取り組めます。

④ 疾病管理プログラムとは、多職種チームが退院前から退院後にわたり医学的評価・患者教育・生活指導を包括的かつ計画的に実施して再入院抑制を含む予後改善を目指す中～長期プログラムです。(日本循環器学会「心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン(2012年改訂版)」(平成27年1月14日更新版))

⑤ 心疾患等とは、WHO(世界保健機関)で定める国際疾病分類(ICD10)により分類された「IX循環器系の疾患」のうち「a-0901 高血圧性疾患」から「a-0903 その他の心疾患」まで、及び「a-0906 その他循環器系の疾患」です。

⑥ AED(Automated External Defibrillator)とは、自動体外式除細動器ともいい、裸の胸の上に貼った電極のついたパッドから自動的に心臓の状態を判断します。心室細動という不整脈を起こしていれば、強い電流を一瞬流して心臓にショックを与えることで、心臓の状態を正常に戻す機能を備えた機器です。

(2) 医療提供体制の強化

- ・ 急性期・急性増悪期において、専門的な診療が可能な医療機関への迅速な搬送を行うため、メディカルコントロール協議会等を通じて救急搬送体制の整備を推進します。
- ・ 急性期から社会復帰に至るまで切れ目のない医療を提供するため、くまもとメディカルネットワーク等のデジタル技術の活用や、医療機関等の関係者で構成する「熊本県心筋梗塞等の心血管疾患医療推進検討会議」等を通じて、この項の最後に記載する別表の機能を担う心筋梗塞等の心血管疾患急性期拠点病院^⑦や回復期医療機関^⑧の整備、関係機関の連携を推進します。
- ・ 心血管疾患の治療に伴う合併症予防や周術期の口腔健康管理などを実施するため、医科と歯科の連携を推進します。
- ・ 回復期や在宅療養の場における、合併症及び再発予防のための心大血管疾患リハビリテーション、緩和ケア等の実施を推進します。
- ・ 在宅へ復帰する患者の生活の質を向上するため、医療機関における両立支援コーディネーターの配置を推進し、職場の産業医等と連携するなど、治療と仕事の両立支援を推進します。

(3) 周知啓発・情報提供の推進

- ・ 心筋梗塞等の心血管疾患の発症予防や早期発見のための情報について、SNSなどの情報媒体を活用した呼びかけをはじめ、関係団体等と連携し、周知啓発に取り組みます。
- ・ 迅速な救急搬送の要請や現場での心肺蘇生等により、心筋梗塞等の心血管疾患発症後の救命率を高めるため、関係団体と協力して心筋梗塞等の心血管疾患の発症予防や発症時の対処法等の啓発を実施します。
- ・ 心筋梗塞等の心血管疾患に関する医療機関の情報を県民に分かりやすく提供するため、急性期の循環器専門医の有無、冠動脈インターベンション治療の可否、回復期の心大血管疾患リハビリテーションなどの医療機能に関する地域別の情報について、ホームページ等で公表します。
- ・ 心血管疾患の予防や治療、在宅における療養生活に関する情報提供を目的とした「心臓病ノート」の活用を推進するため、ホームページ等での周知を行うとともに、関係機関から患者とその家族への情報提供を行うなどの取組を推進します。
- ・ 関係機関と連携し、心筋梗塞等の心血管疾患の緩和ケアやACPの周知を行うとともに、適切な緩和ケアの提供に向けた取組を推進します。

(4) 新興感染症発生・まん延時や災害等の有事における医療提供体制の整備

- ・ 感染症発生・まん延時や災害等の有事においても、心筋梗塞等の心血管疾患患者が適切な医療を受けることができるよう、心筋梗塞等の心血管疾患患者の地域内、又は

^⑦ 心筋梗塞等の心血管疾患急性期拠点病院とは、心筋梗塞等の心血管疾患の急性期の対応が可能な病院を本県で調査し、公表している病院です。

^⑧ 心筋梗塞等の心血管疾患回復期医療機関とは、心筋梗塞等の心血管疾患の回復期の対応が可能な医療機関を本県で調査し、公表している医療機関です。

地域を超えた迅速かつ適切な救急搬送や、地域の医療資源を有効活用ができる体制を整備するため、平時より災害拠点病院や関係団体等との連携を推進します。

- ・ 地域の医療機関が感染症へ適切に対応するためのBCP策定を推進します。
- ・ 災害に備えての準備、災害時における心血管疾患の予防や避難所生活上の注意点等の情報について、「心臓病ノート^⑨」等を活用し、周知啓発を行います。

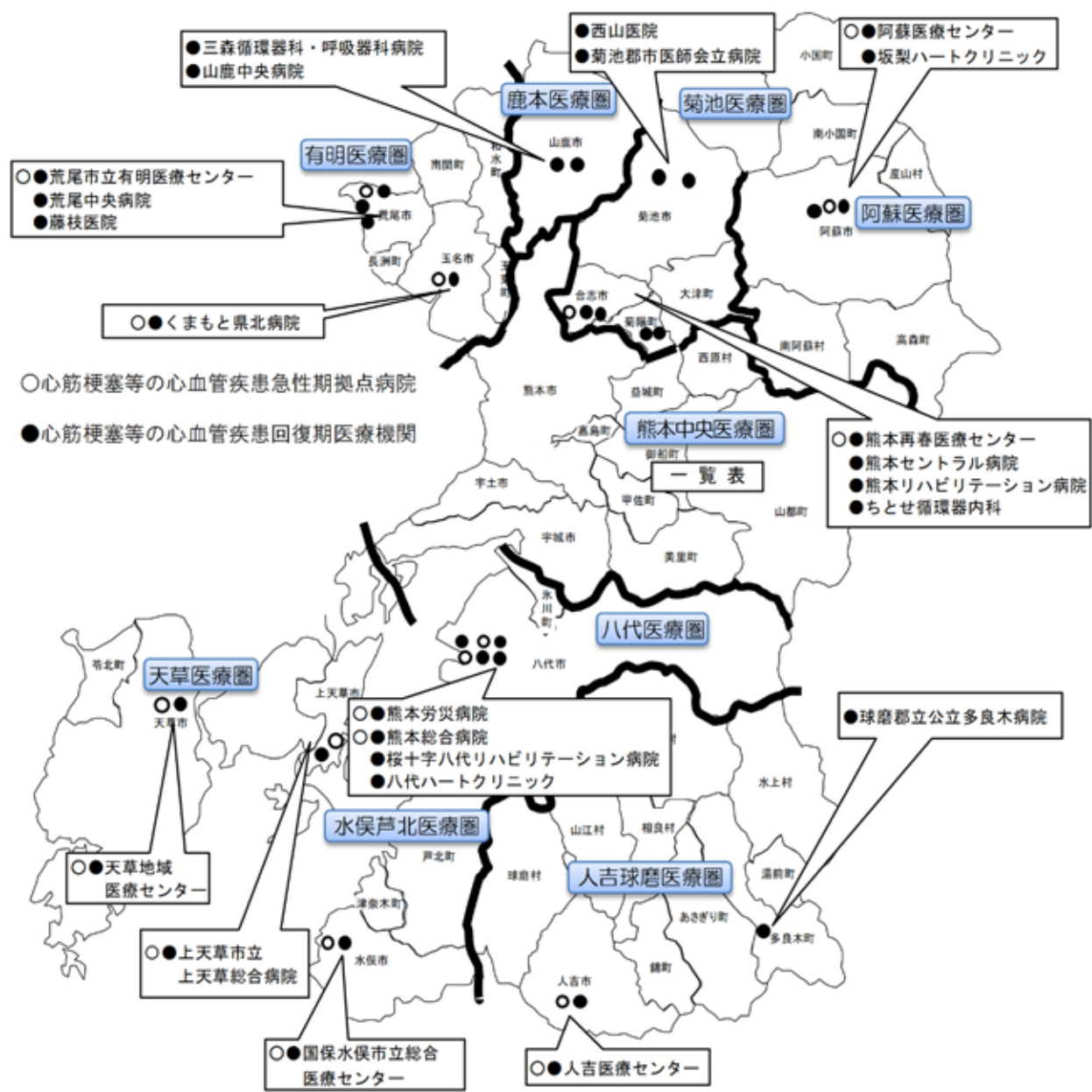
4. 評価指標

指標名	現状	目標	指標の説明・目標設定の考え方
① 虚血性心疾患の年齢調整死亡率（人口10万対）	男性33.9 （全国73.0） 女性15.7 （全国30.2） （令和2年）	男性 25.0 女性 11.0 （令和7年）	発症予防・早期発見対策や医療提供体制の強化等により、全国平均を下回る年齢調整死亡率を更に改善する。
② 心不全の年齢調整死亡率（人口10万対）	男性54.4 （全国69.0） 女性40.5 （全国48.9） （令和2年）	男性 54.0 女性 40.0 （令和7年）	全国的に上昇傾向にあるため、発症予防・早期発見対策や医療提供体制の強化等により、現在の数値を維持する。
③ 大動脈瘤及び解離の年齢調整死亡率（人口10万対）	男性18.8 （全国17.1） 女性11.5 （全国10.6） （令和2年）	男性 17.0 女性 10.0 （令和11年）	発症予防・早期発見対策や医療提供体制の強化等により、年齢調整死亡率を現在の全国平均以下まで改善する。
④ 外来心大血管疾患リハビリテーション実施件数（SCR）	78.3 （全国100） （令和2年）	100以上 （令和11年）	医療提供体制等の強化により、外来心大血管疾患リハビリテーション実施件数（SCR）を全国平均（100）以上にする。
⑤ 在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合	県92.1% （全国93.3%） （令和2年）	全国平均以上 （令和11年）	医療提供体制の強化等により、在宅等の生活の場に復帰した患者の割合を全国平均以上にする。

^⑨ 心臓病ノートとは、患者・家族のセルフケアの支援のため、また、医療従事者との情報や希望・想いを共有するために作成した冊子のことです。心臓病に関する情報や福祉・行政サービスについて掲載しています。

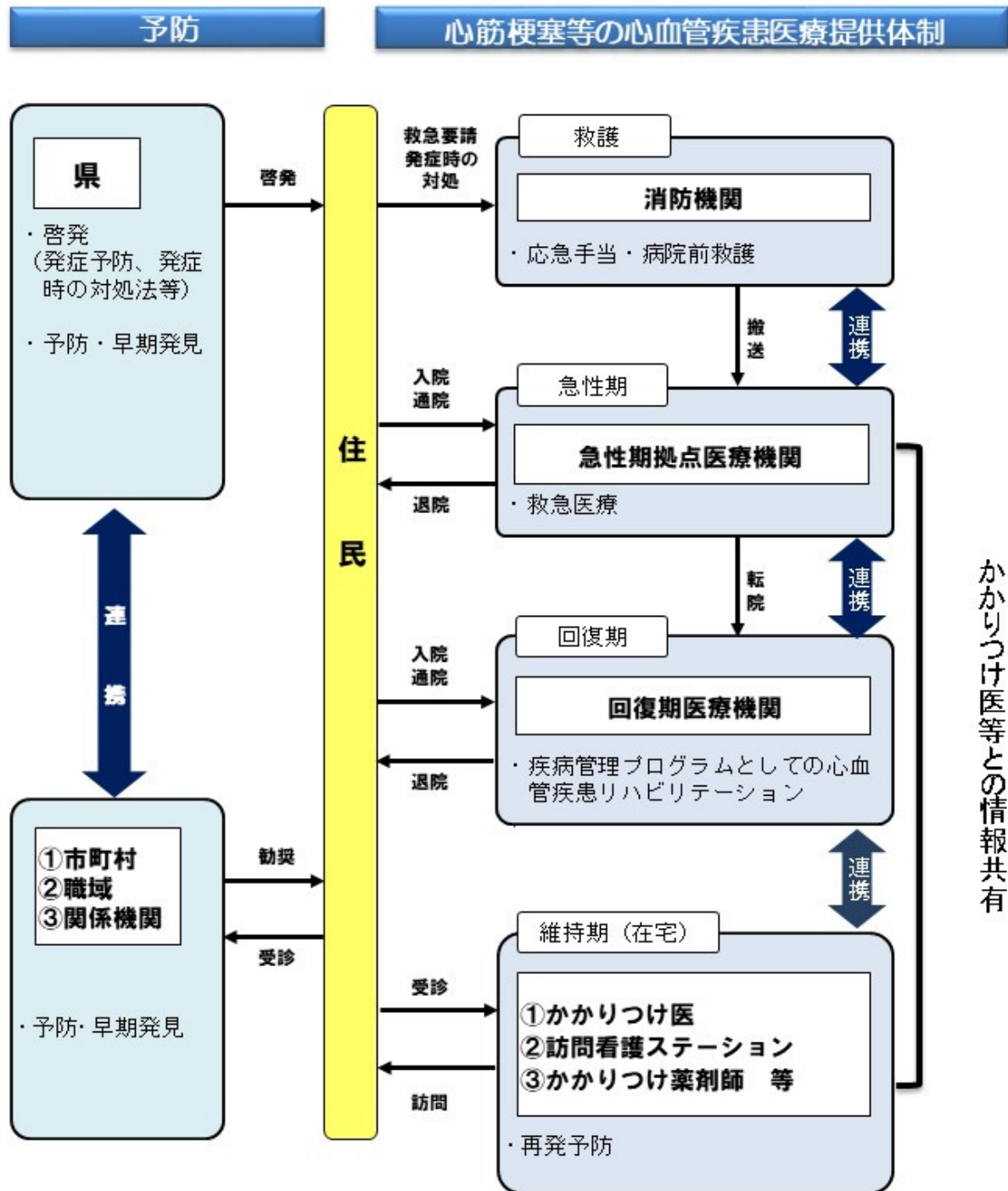
5. 心筋梗塞等の心血管疾患医療圏

心筋梗塞等の心血管疾患医療圏は救急医療圏を基本として、下図のとおりとします。
 ただし、大動脈解離のような緊急の外科的治療が必要な疾患については、県全域を医療圏とします。



【一覧表】

【熊本中央医療圏の急性期拠点病院及び回復期医療機関】				
○●植木病院	○●熊本医療センター	○●熊本機能病院	○●熊本赤十字病院	○●熊本大学病院
○●熊本地域医療センター	○●熊本中央病院	○●済生会熊本病院	○●杉村病院	
○●熊本市民病院				
●赤坂クリニック	●朝日野総合病院	●宇城総合病院	●菊南病院	●くまもと森都総合病院
●くまもと成城病院	●くわみず病院	●江南病院	●桜十字病院	●聖ヶ塔病院
●青磁野リハビリテーション病院	●たかぞえ内科循環器内科クリニック	●田上心臓リハビリテーション病院		
●西日本病院	●平山ハートクリニック	●御幸病院	●武蔵ヶ丘病院	
●大和クリニック				



6 - (2). 主な医療機能と医療機関等に求められる事項

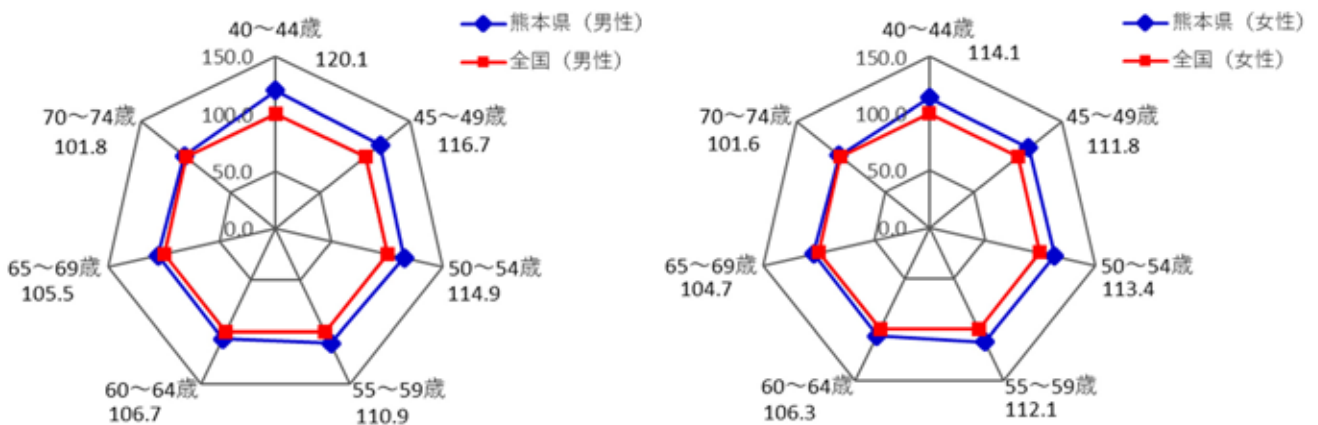
主な医療機能	医療機関等に求められる事項
【予防】 発症予防の機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病等の危険因子の管理が可能である ・ 初期症状出現時における対応について、本人及び家族等患者の周囲にいる者に対する教育、啓発を実施する ・ 初期症状出現時に、急性期医療を担う医療機関への受診勧奨について指示する
【救護】 応急手当・病院前救護の機能	<ul style="list-style-type: none"> （家族等周囲にいる者） ・ 発症後速やかに救急要請を行う ・ 心肺停止が疑われる者に対して A E D の使用を含めた救急蘇生法等適切な処置を実施する（救急救命士を含む救急隊員） ・ 地域メディカルコントロール協議会によるプロトコル（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 ・ 急性期医療を担う医療機関へ速やかに搬送する
【急性期】 救急医療の機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 ・ 心筋梗塞等の心血管疾患が疑われる患者について、専門的な診療を行う医師等が 24 時間対応可能である ・ S T 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 P C I（冠動脈インターベンション）を行い、来院後 90 分以内の冠動脈再疎通が可能である ・ 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 ・ 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 ・ 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 ・ 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 ・ 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 ・ 抑うつ状態等の対応が可能である ・ 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、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
【回復期】 疾病管理プログラムとしての心大血管疾患リハビリテーションを実施する機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 ・ 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 ・ 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 ・ 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 ・ 心筋梗塞等の心血管疾患の再発や重症不整脈等の発生時における対応法について、患者及び家族への教育を行っている ・ 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 ・ 両立支援コーディネーターを配置し、産業医などの治療と仕事の両立支援に係る人材と連携し、心血管疾患患者の就労支援を推進させ、生活の質の向上を目指す
【再発予防】 再発予防の機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 ・ 緊急時の除細動等急性増悪時への対応が可能である ・ 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 ・ 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 ・ 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

第4項 糖尿病

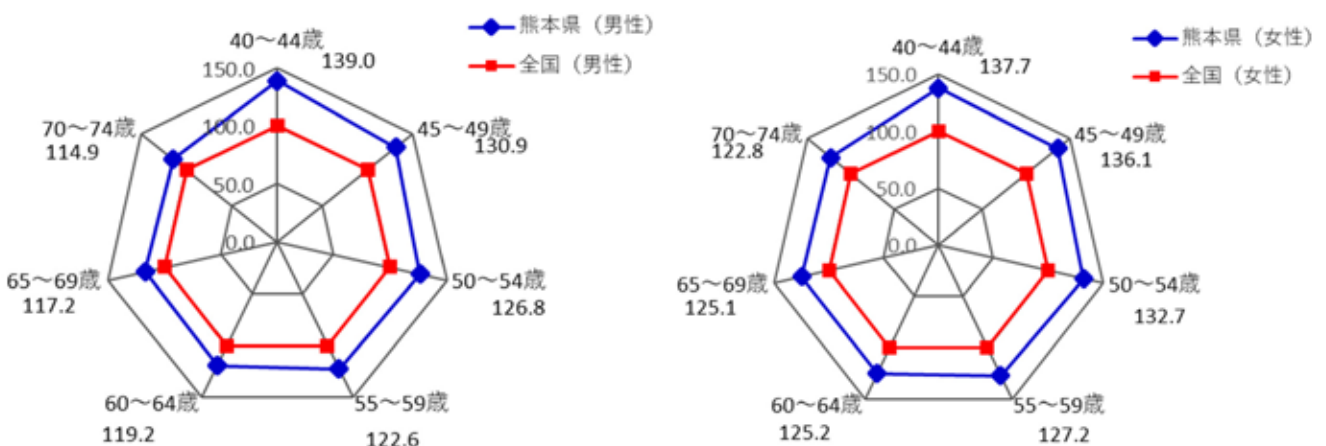
1. 現状と課題

- 特定健診結果から、本県の糖尿病の疑いがある人や将来糖尿病の発症リスクのある人の割合は、全年代で全国より高い状況です。特に、40歳代の働き盛り世代において、全国との差が大きくなっています（図1、2参照）。また、令和2年度（2020年度）の年齢別の割合を平成28年度（2016年度）と比較すると、40歳から50歳代の空腹時血糖は男女ともに横ばいの状態ですが、HbA1c値は特に男性において増加傾向にあります（図3、4参照）。2型糖尿病^①の発症予防には、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、更なる取組の推進が求められています。

【図1】空腹時血糖 100mg/dL以上・年代別（全国平均を100として比較）

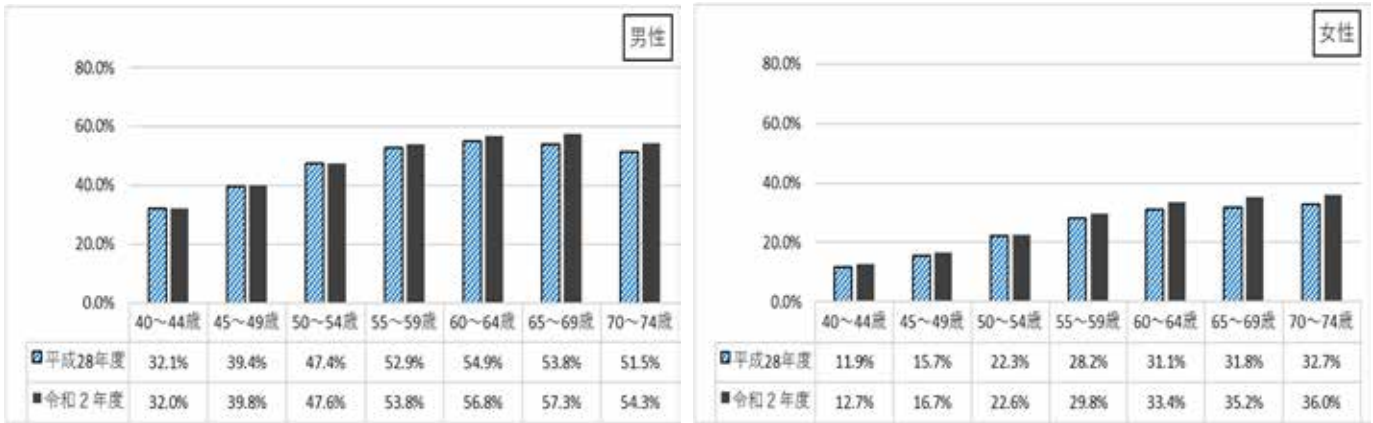


【図2】HbA1c 5.6%以上（NGSP値）・年代別（全国平均を100として比較）

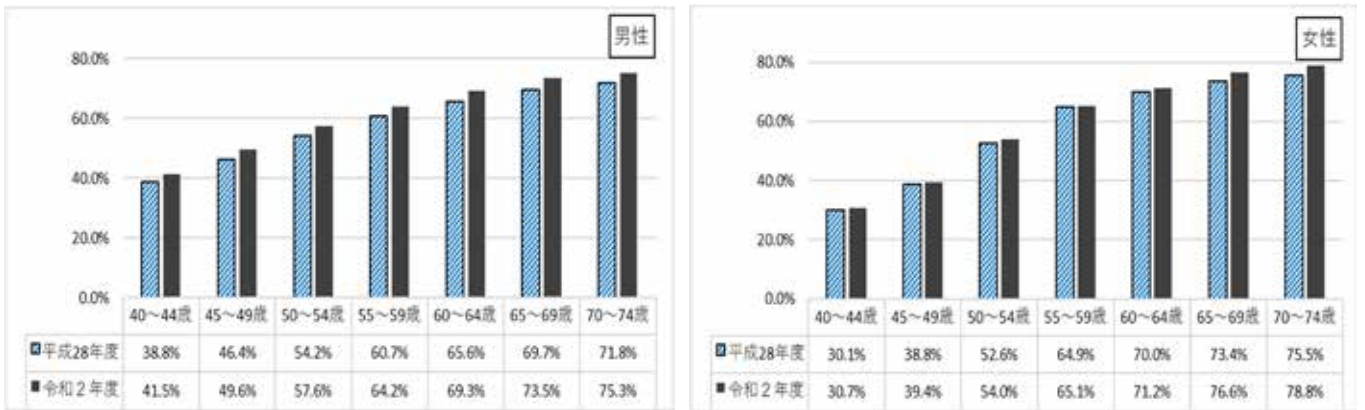


^① 2型糖尿病とは、複数の遺伝因子に、過食、運動不足、肥満などの環境因子が加わり発症するものです。他に、インスリンがほとんど出なくなる1型糖尿病があります。

【図3】空腹時血糖 100mg/dL 以上の年度比較



【図4】HbA1c 5.6%以上（NGSP値）の年度比較



出典 [図1～図4]：厚生労働省「第8回NDBオープンデータ」

- 「令和4年度健康づくりに関する県民意識調査」によると、特定健診等受診者のうち高血糖を指摘され、受診を勧められてから医療機関に通院している人の割合は、52.3%で、平成29年度(2017年度)の30.8%より、21.5ポイント増加しています。
- 令和2年(2020年度)の本県の糖尿病の受療率^②は218で、全国平均の183より高い状況です(令和2年患者調査)。新たに人工透析になる原因は、慢性腎臓病(CKD)^③の1つである糖尿病性腎症が38.4%(令和3年の新規導入患者492人のうち189人)と最も多い状況です(一般社団法人日本透析医学会)。糖尿病は、CKDを進行させるため、引き続き糖尿病の早期発見や重症化予防の取組が必要です。
- 糖尿病専門医^④は増加していますが、糖尿病連携医^⑤は減少している状況です。平成28年度(2016年度)から養成が始まった熊本地域糖尿病療養指導士^⑥は増加しており、

② 受療率とは、ある特定の日に疾病治療のために、全ての医療施設に入院あるいは通院、又は往診を受けた患者数と人口10万人との比率のことで。

③ 慢性腎臓病(CKD)とは、タンパク尿などの尿異常や血液検査などで腎障害の存在が明らかであること、腎臓の働き(eGFR)が60ml/分/1.73m²未満であること、のいずれか又は両方が3か月以上続いている状態のことです。

④ 糖尿病専門医は、専門的知識をもとに質の高い糖尿病の診療や患者への指導を自ら行うだけでなく、糖尿病診療チームのリーダーとしても医療機関内で活動します。かかりつけ医とも連携し地域の糖尿病診療で重要な役割を担います。

⑤ 糖尿病連携医は、特定健診等で糖代謝異常を指摘され、市町村や医療保険者の受診勧奨により受診した人に初期安定期治療として期待される医療を提供します。

⑥ 熊本地域糖尿病療養指導士(CDE-K)は、身近な医療機関等において、軽症糖尿病患者を対象に、糖尿病治療の自己管理の重要性や日常生活に密着した食事、運動等の改善、服薬管理等の重症化予防のための療養指導を行います。

令和5年(2023年)現在630人です(表1参照)。今後は、これらの人材を活用し、糖尿病患者の療養生活を支える体制を強化していくことが求められています。

【表1】糖尿病専門医数等の推移

	平成29年	令和5年
糖尿病専門医	94人	105人(6月現在)
糖尿病連携医	125人	84人(4月現在)
熊本地域糖尿病療養指導士	586人	630人(4月現在)

一般社団法人日本糖尿病学会、熊本県糖尿病対策推進会議、熊本地域糖尿病療養指導士認定委員会の公表する情報を基に熊本県健康づくり推進課作成

- 糖尿病の保健医療体制として、熊本県糖尿病対策推進会議や熊本大学病院、県保健所と連携しながら多機関・多職種連携による切れ目のない保健医療サービスを展開してきました。また、保健所が中核となり、郡市医師会・郡市歯科医師会・郡市薬剤師会・熊本県栄養士会・市町村や保険者等との連絡会議を開催してきましたが、新型コロナウイルス感染症流行下において二次保健医療圏ごとの現状把握や顔の見える関係づくりが進まない時期があり、再構築に向けて引き続き保健医療体制の強化が必要です。

2. 目指す姿

- 糖尿病に関する正しい知識を普及・啓発し、自然に健康になれる環境を整備することで、県民のヘルスリテラシーを高め、糖尿病予防を目指します。また、糖尿病の早期発見、重症化予防につながる保健医療体制の強化を図り、県民が安心して糖尿病の適切な医療や支援を受けることができる地域を目指します。

3. 施策の方向性

(1) 発症予防・早期発見対策の推進

- ・ 県民のヘルスリテラシーの向上のため、SNSによる正しい知識の普及・啓発を行います。また、ICTの活用により県民自身が健康状態を認識することで、生活習慣の改善につなげるとともに、自然に健康になれる食環境整備等を行います。
- ・ 糖尿病の発症予防や早期発見のため、市町村や関係機関と連携し、特定健診の受診率向上や通院している人の「みなし健診」の活用、特定保健指導による改善率の向上等に取り組めます。また、健康無関心層や働き盛り世代へアプローチするため、協会けんぽや企業と連携し、健康経営を推進します。
- ・ 糖尿病有病者、糖尿病予備群の人を早期に発見するため、市町村や医師会等と連携し、健診受診者等の診断フローチャートである「軽症糖尿病・境界型の取扱いの基本指針」の啓発や75g経口ブドウ糖負荷試験^⑦を推奨します。

^⑦ 75g経口ブドウ糖負荷試験(75gOGTT)とは、糖尿病であるか、糖尿病予備群であるのか判定できる検査のことです。糖尿病が疑われる人に対し、75gのブドウ糖液を服用してもらい、服用前と服用後2時間後までの血中ブドウ糖濃度やインスリン分泌量を採血検査により測定します。

(2) 重症化予防の推進

- ・ 糖尿病性腎症を予防するため、熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラム^⑧を推進するとともに、医療機関や保険者等の連携体制を強化し、患者への適切な受診勧奨や保健指導につなげます。また、熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラムを活用し、かかりつけ医や糖尿病連携医と専門医との連携を促進します。
- ・ 熊本県糖尿病地域連携パス（DM熊友パス）^⑨の普及と活用を推進し、糖尿病患者の継続受診や治療中断の防止につなげるほか、血糖コントロール不良者の把握により医療機関や保険者において適切な保健指導につなげます。また、医療機関同士の連携を強化し、患者の適切な治療の継続を支援するために、糖尿病診療情報提供書等の使用について、くまもとメディカルネットワークを活用して推進します。

(3) 保健医療提供体制の整備

【糖尿病保健医療連携体制の強化】

- ・ 糖尿病患者に適切な保健医療サービスを提供するため、熊本県糖尿病対策推進会議・熊本大学病院と連携し、糖尿病連携医制度の推進、病診連携や医科・歯科連携のための糖尿病診療情報提供書や関係機関との連携のための熊本県糖尿病地域連携パス（DM熊友パス）、軽症糖尿病・境界型の取扱いの基本指針の普及と活用の促進など、熊本型糖尿病保健医療連携体制を強化します。また、県医師会、県歯科医師会、県薬剤師会及び県栄養士会等と連携し、多職種連携体制の構築を推進するとともに、患者の状態に応じて適切な医療を提供できる切れ目のない医療連携体制の構築を推進します。
- ・ 地域の状況に応じた熊本型糖尿病保健医療連携体制を整備するため、二次保健医療圏ごとの保健医療関係者連絡会議を開催し、連携ツールの活用検討や研修会等を通じて、関係機関の連携を強化します。
- ・ 二次保健医療圏ごとの医科歯科連携体制の充実を図るため、医科歯科連携に従事する医師、歯科医師の人材育成や「歯周病セルフチェック票」、「糖尿病診療情報提供書」の活用を促進します。

【人材育成の推進】

- ・ 糖尿病患者の治療や療養指導の充実を図るため、熊本県糖尿病対策推進会議や熊本大学病院と連携し、糖尿病専門医、糖尿病連携医、熊本地域糖尿病療養指導士などの糖尿病治療や療養指導に携わる人材の育成を支援します。

(4) 感染症のまん延や災害等を見据えた糖尿病対策の推進

- ・ 感染症発生・まん延時や災害時の有事においても、地域の実情に応じて、重症化予防や治療中断対策等継続的な医療提供ができるよう、平時より関係機関の連携を推進します。

^⑧ 熊本県糖尿病性腎症重症化予防プログラムとは、平成29年12月1日に熊本県医師会・熊本県糖尿病対策推進会議・熊本県保険者協議会・熊本県の四者で策定した、糖尿病性腎症重症化予防の取組を実施するための基本的な考え方を示すものです。

^⑨ 熊本県糖尿病地域連携パス（DM熊友パス）とは、熊本県糖尿病対策推進会議が平成22年3月から運用を開始した、糖尿病連携医と専門医療機関等との連携を円滑に行うために患者本人が持つ手帳のことです。

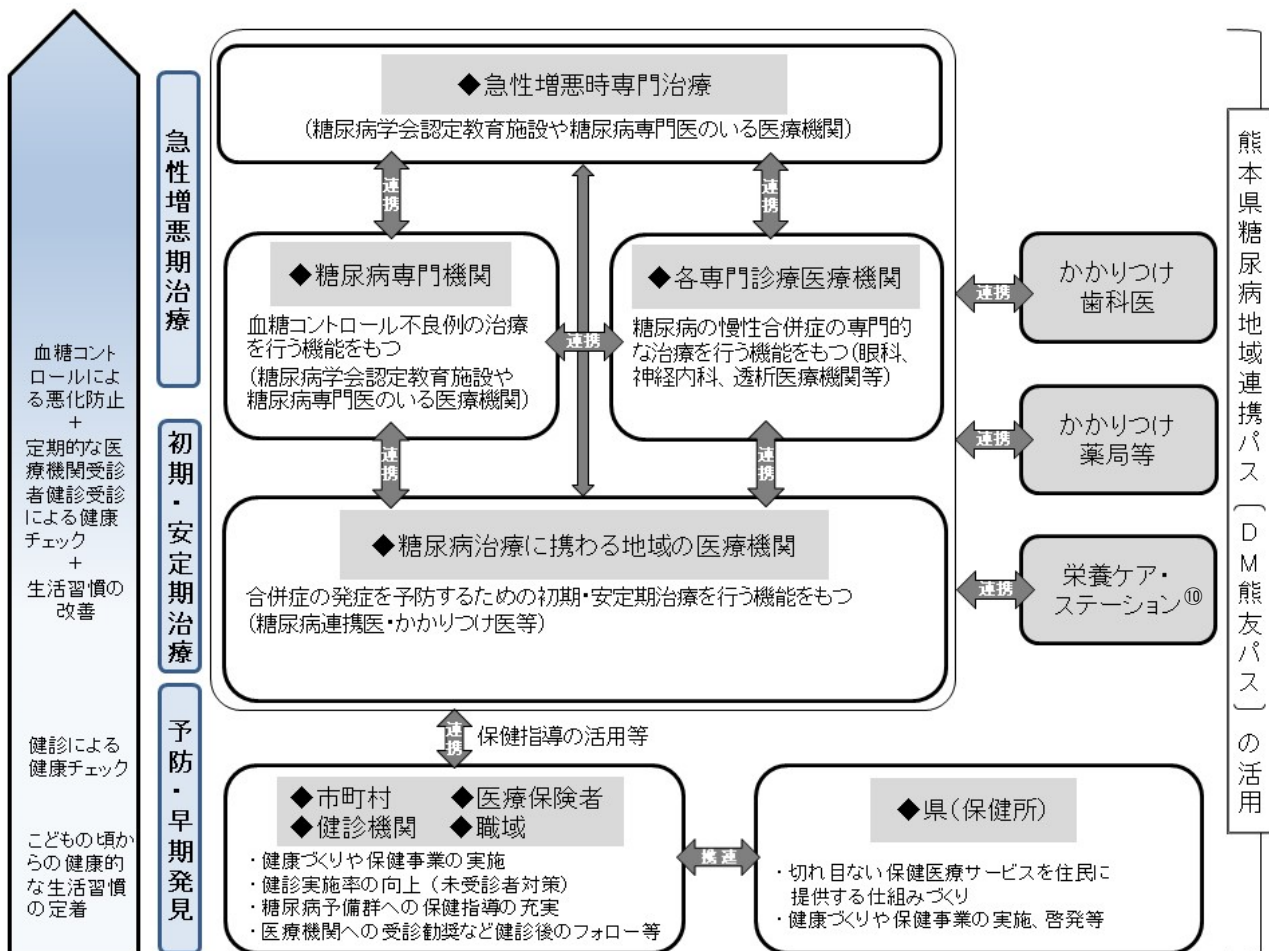
4. 評価指標

	指標名	現状	目標	指標の説明・目標設定の考え方
①	特定健康診査受診者のうち、空腹時血糖100mg/dL以上の割合	37.6% (全国平均 33.8%) (令和2年度)	全国平均以下 (令和8年度)	発症予防の推進により、有所見者の減少を目指す。
②	特定健康診査受診者のうち、HbA1c5.6%以上の割合	61.9% (全国平均 47.2%) (令和2年度)	全国平均以下 (令和8年度)	発症予防の推進により、有所見者の減少を目指す。
③	特定健康診査受診者のうち、HbA1c6.5%以上の割合	8.9% (全国平均 7.3%) (令和2年度)	全国平均以下 (令和8年度)	重症化予防の推進により、有所見者の減少を目指す。
④	特定健康診査受診者のうち、HbA1c8.0%以上の割合	1.49% (全国平均 1.46%) (令和2年度)	全国平均以下 (令和8年度)	重症化予防の推進により、有所見者の減少を目指す。
⑤	糖尿病性腎症に対する新規人工透析導入患者数	203人 (令和元年～令和3年の平均)	200人以下 (令和8年)	重症化予防の推進により、新規人工透析導入患者(3年間の平均)の更なる減少を目指す。
⑥	糖尿病専門医数	105人 (令和5年6月)	増加	熊本大学病院等と連携し、糖尿病専門医数の増加を目指す。
⑦	糖尿病連携医数	84人 (令和5年4月)	増加	熊本大学病院等と連携し、糖尿病連携医数の増加を目指す。
⑧	熊本地域糖尿病療養指導士数	630人 (令和5年4月)	増加	熊本大学病院等と連携し、熊本地域糖尿病療養指導士数の増加を目指す。

5. 糖尿病の医療圏

二次保健医療圏を糖尿病の医療圏とします。

6. 糖尿病の医療連携体制図



^⑩ 栄養ケア・ステーションとは、管理栄養士・栄養士が地域住民や医療機関等に対して栄養・食生活支援を行う拠点として、熊本県栄養士会が設置しているものです。

第5項 精神疾患

1. 現状と課題

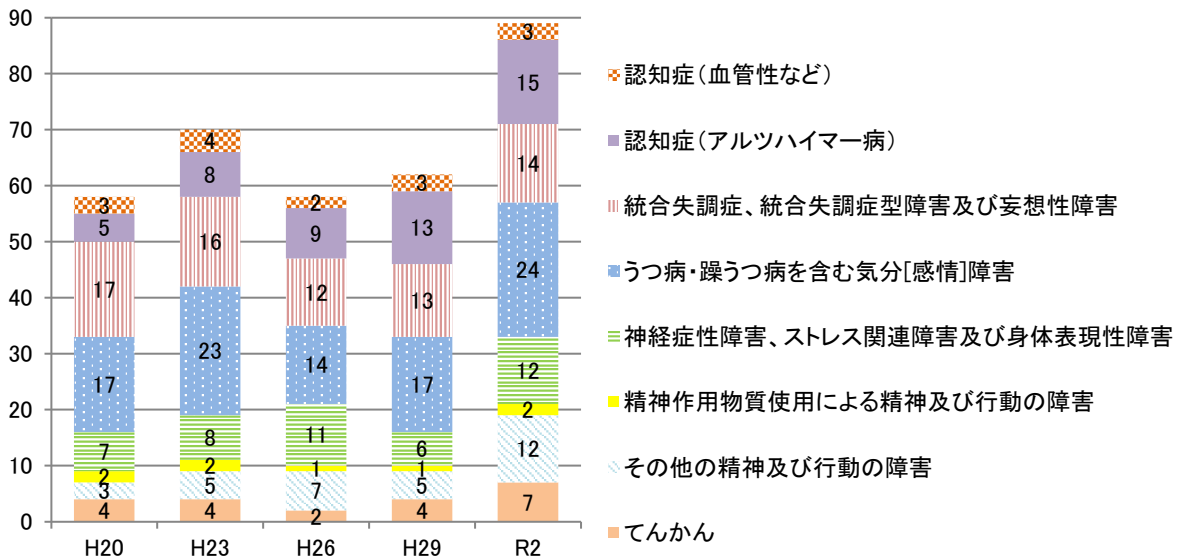
(1) 精神疾患全体

○ 全国の精神疾患の患者数^①は、平成20年(2008年)に326万人程度だったものが、平成29年(2017年)には400万人を突破し、令和2年(2020年)には616万人程度となっています。

一方、本県の精神疾患の患者数は、平成20年(2008年)以降6万人から7万人程度で推移していたものの、令和2年(2020年)には9万人に迫っています(図1参照)。精神疾患は、その症状が多様で、重症化すると長期の入院になる場合もあることから、症状が比較的軽い早期に必要な精神科医療が提供できる体制を整備することが求められています。

○ 長期入院の精神障がい者が地域での生活に移行できるよう、精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村等が相互に連携して支援していますが、退院し、地域での生活を再開できた事例は少ない状況です。長期入院の精神障がい者が、地域の一員として安心して自分らしく暮らせるよう、支援体制の整備が求められています。

【図1】 熊本県の疾病別患者数(単位:千人)



出典：厚生労働省「患者調査」

(2) 個別の精神疾患等

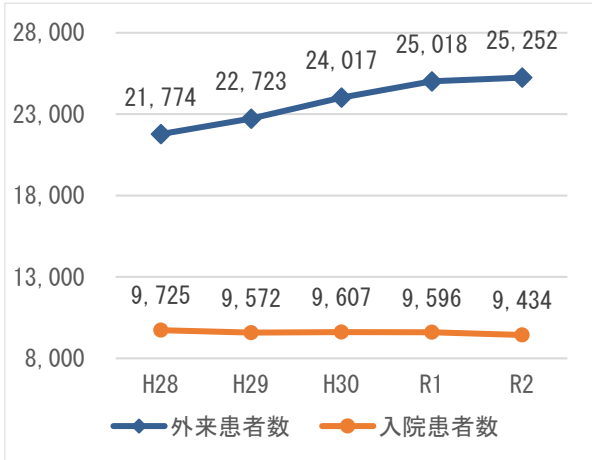
○ 統合失調症^②については、近年、外来患者数は増加傾向にありますが、入院患者数については減少傾向にあります(図2参照)。長期入院者数については、令和4年(2022

① 厚生労働省「患者調査」の数値を基に、調査日現在において継続的に病院・診療所を利用している患者数を主傷病により傷病分類し、推計したものです。

② 統合失調症は、幻覚や妄想という症状が特徴的な精神疾患です。それに伴って、人々と交流しながら家庭や社会で生活を営む機能が障がいを受け(生活の障がい)、「感覚・思考・行動が病気のために歪んでいる」ことを自分で振り返って考えることが難しくなりやすい(病識の障がい)、という特徴を併せ持っています。

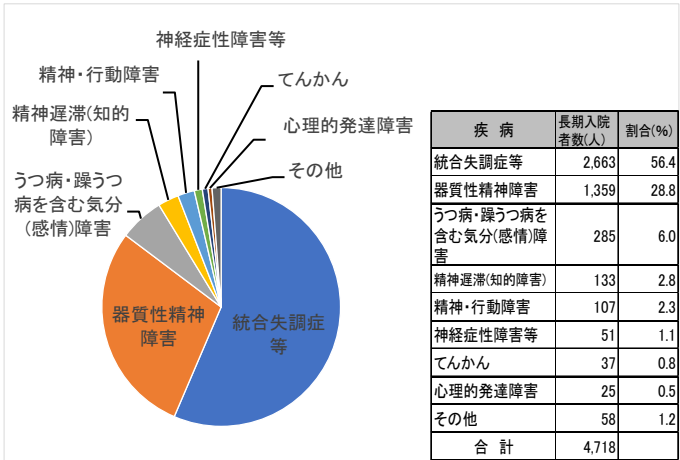
年)には精神障がい患者 4,718 人のうち、統合失調症患者が 2,663 人と約 6 割 (図 3 参照) を占め最も多くなっており、現状分析を進めていく必要があります。

【図 2】 熊本県の統合失調症患者の推移 (単位: 人)



出典: 厚生労働省「精神保健福祉資料」

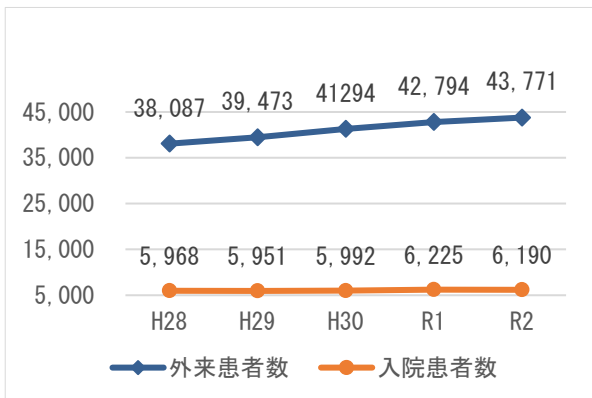
【図 3】 熊本県の疾病別長期入院者の状況 (令和 4 年)



出典: 厚生労働省「630 調査」

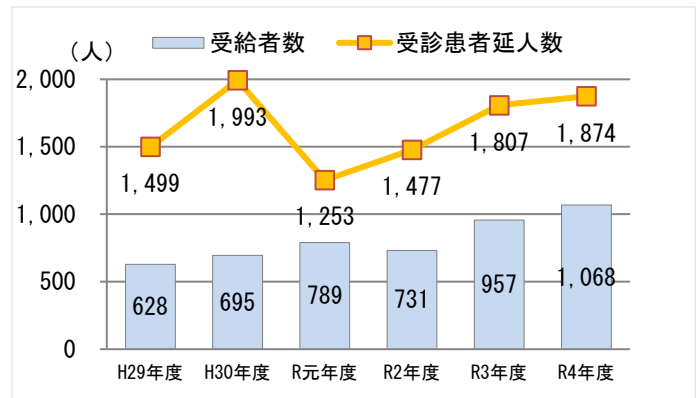
- うつ病・躁うつ病^③については、精神疾患における疾病別患者数が最も多くなっており (図 1 参照)、また、外来患者数・入院患者数ともに、増加傾向にあります (図 4 参照)。うつ病・躁うつ病は、早期発見・早期治療が重要であることから、職場や地域の相談体制の強化や、かかりつけ医と精神科医による連携が求められています。
- 児童・思春期精神疾患^④については、県立こころの医療センターにおいて、平成 24 年 (2012 年) 4 月から「こころの思春期外来」を開設しています。受診患者数は令和 4 年度 (2022 年度) で延べ 1,874 人となるなど増加傾向にあり (図 5 参照)、今後も継続して対応していく必要があります。

【図 4】 うつ病・躁うつ病患者数の推移 (単位: 人)



出典: 厚生労働省「精神保健福祉資料」

【図 5】 小児 (児童) 期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障がいによる自立支援医療 (精神通院) 受給者数及びこころの医療センター受診患者延人数の推移



出典: 熊本県障がい者支援課調べ

③ 「憂うつである」「気分が落ち込んでいる」などの症状を抑うつ気分といい、抑うつ気分が強い状態がある程度以上重症である時、「うつ病」と呼んでいます。また、「躁うつ病」とは、うつ状態に加え、対極の躁状態も現れ、これらを繰り返す慢性の病気です。

④ 児童・思春期精神疾患とは、20 歳未満の患者が有する精神疾患です。

- 依存症^⑤については、外来受診患者数が令和2年(2020年)に2,095人^⑥となっています。また、熊本県精神保健福祉センターで実施している電話相談では、アルコールに関する相談件数が、特に増加(平成30年度:149件→令和4年度:204件)しています。なお、県内のアルコール依存症の生涯経験者^⑦は令和4年(2022年)の推計で6,784人^⑧とされており、外来受診患者数及び相談件数と乖離がみられます。令和4年度(2022年度)までに、アルコール健康障害、ギャンブル等依存症、薬物依存症に係る専門医療機関及び治療拠点機関を選定し、診療体制を整備してきたところですが、圏域によっては、未整備のところもあります。今後も継続して診療体制を整備するとともに、医療機関、相談拠点機関、民間団体等の関係機関の連携を強化する必要があります。
- 外傷後ストレス障がい(PTSD)^⑨については、災害等の強烈なショック体験が原因で発症することから、平成28年熊本地震や令和2年7月豪雨災害での経験も踏まえ、被災者等の心のケアが速やかに行えるよう、熊本県精神保健福祉センターが中心となり市町村など関係機関と連携して、引き続き人材育成を行っていく必要があります。
- 精神科救急については、病院群輪番制病院^⑩が休日・夜間の診療に対応していますが、利用者の中には緊急を要しないケースもあることから、その負担が大きい状況が続いています。精神科救急情報センター^⑪の周知等を通して、必要な診療につなげるなどの取組を行っていく必要があります。
- 精神・身体合併症^⑫については、熊本県精神・身体合併症救急医療センター(独立行政法人国立病院機構熊本医療センター)に搬送される救急患者数は令和元年度(2019年度)以降徐々に減少しつつありますが(図6参照)、依然として当該病院に搬送が集中することによる負担の大きさが課題となっています。
- 自殺予防対策については、熊本県自殺対策推進計画に基づき各種取組を進めていますが、近年、自殺者数が増加傾向にあり、令和4年(2022年)の人口10万人当たりの自殺死亡率(18.5)が全国平均(17.4)を上回る等の状況にあるため(図7参照)、関係機関と連携して取組を進めていく必要があります。
- この他に、高次脳機能障がい^⑬、摂食障がい^⑭、てんかん^⑮、医療観察法における対象

⑤ 依存症とは、ある物質あるいはある種の物質使用が、その人にとって以前にはより大きな価値をもっていた他の行動より、はるかに優先するようになる一群の生理的、行動的、認知的現象です。なお、特定の行為や過程に必要以上に熱中し、のめり込んでしまう症状も含まれます。

⑥ 厚生労働省「精神保健福祉資料」による。人数の内訳は、アルコール1,778人、薬物204人、ギャンブル113人。

⑦ アルコール依存症の生涯経験者とは、アルコール依存症の診断基準に該当する者又はかつて該当したことのある者のことです。

⑧ 厚生労働省「成人の飲酒行動に関する全国調査」による。

⑨ 外傷後ストレス障がい(PTSD)は、強烈なショック体験や強い精神的ストレスが心のダメージとなり、時間が経ってからも強い恐怖を感じるものです。震災などの自然災害、火事、事故、暴力や犯罪被害などが原因になると言われています。

⑩ 病院群輪番制病院とは、県内の精神科病院を北部・南部ブロックに分け、休日や夜間に対応する精神科病院を持ち回りで決める仕組みのことです。

⑪ 精神科救急情報センターとは、休日・夜間において精神障がい者やその家族からの緊急の精神科医療相談に対応し、必要に応じて助言や受診勧奨等を行う仕組みのことです。

⑫ 精神・身体合併症とは、身体疾患を持ちながら、精神運動興奮や疎通性不良などの精神症状を併せ持つ症状のことです。

⑬ 高次脳機能障がいとは、交通事故や脳卒中などの病気によって脳に傷がついた場合に、言語・思考・記憶・行為・学習・注意などの脳機能の一部に障がい起きた状態のことです。

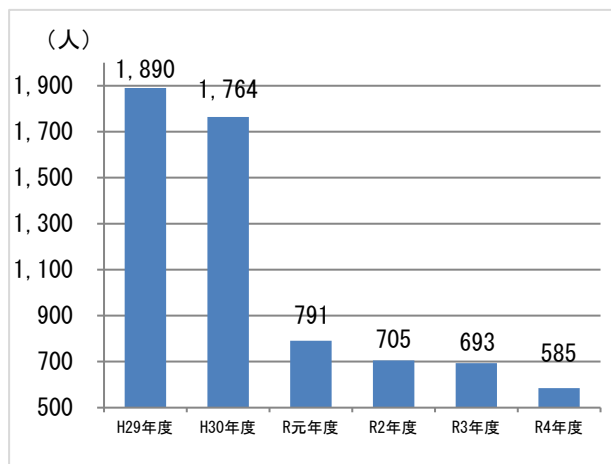
⑭ 摂食障がいとは、単なる食欲や食行動の異常ではなく、(1)体重に対する過度のこだわりがあること、(2)自己評価への体重・体形の過剰な影響が存在する、といった心理的要因に基づく食行動の重篤な障がいのことです。

⑮ てんかんとは、突然意識を失って反応がなくなるなどの「てんかん発作」を繰り返し起こす病気のことです。その原因や症状は人により様々で、どの年齢層でも発病する可能性があり、誰もがかかる可能性のあるありふれた病気のひとつです。

者への医療^⑩についても、他の精神疾患と同様に、対応できる医療機関を明確化した上で、多職種連携・多施設連携の強化が求められています。

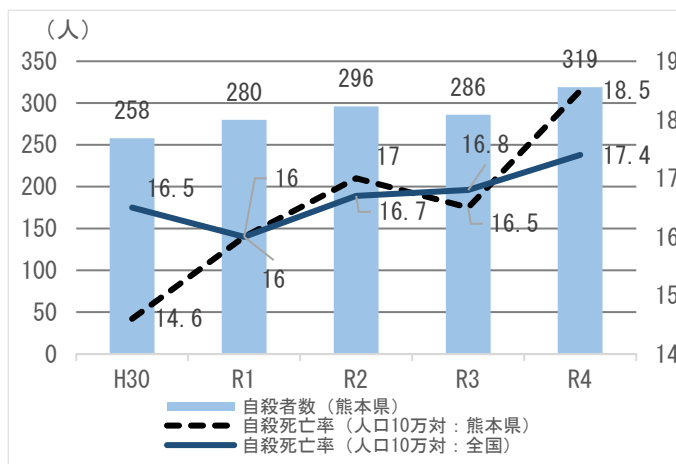
- 精神疾患を有する患者に係る新興感染症の発生・まん延時における精神科医療については、新型コロナウイルス感染症対応の教訓を踏まえ、迅速かつ適確な感染症対応を行うことができるよう、平時から精神科医療提供体制を整えておく必要があります。

【図6】精神・身体合併症救急医療（救急患者数）



出典：熊本県障がい者支援課調べ

【図7】熊本県の自殺者数等の推移



出典：警察庁「自殺統計」

(注) 令和元年度以降は、診療報酬上の身体合併症加算患者分のみ、平成30年度以前は、精神・身体分野の両方の医師が診察した件数を計上

2. 目指す姿

- 精神疾患を発症しても、適切な精神科医療機関を早期に受診でき、精神障がいの有無や程度にかかわらず、誰もが地域の一員として安心して自分らしい暮らしができる社会を目指します。

3. 施策の方向性

(1) 精神科医療機関の医療機能の明確化・相互の連携

- ・ 精神疾患ごとに医療機能を明確にし、患者本位の医療を提供するため、疾患等ごとの医療機関の役割分担や相互の連携を推進します（「6-(2). 医療関係者等による協議の場を中心とした医療連携体制図」及び「6-(3). 各医療機能を担う医療機関の一覧表」参照）。

(2) 精神科病院の入院患者の減少・精神科病院の退院率の上昇

- ・ 統合失調症などの精神疾患により長期入院している精神障がい者の地域移行を促進するため、圏域ごとに設置する協議の場を通じて、精神科医療機関その他の医療機関、地域援助事業者、市町村等の連携による支援体制を整備するなど、精神障がいにも対応した地域包括ケアシステムの構築を進め、精神科病院における入院患者の減少や退

^⑩ 医療観察法における対象者への医療とは、心神喪失又は心神耗弱の状態（精神障がいのために善悪の区別がつかないなど、刑事責任を問えない状態）で、殺人、放火、強盗、強制性交、強制わいせつ、傷害等を行った人に対して、適切な医療を提供し、社会復帰を促進する仕組みのことです。

院率の上昇につながるよう取組を推進します（「6-(2). 医療関係者等による協議の場を中心とした医療連携体制図」参照）。

- ・ 地域包括ケアシステムを更に推進するため、モデル圏域を設定し先駆的な取組を行うことにより、他の圏域にも取組の効果や課題の共有を行います。
- ・ 精神障がい者が身近な地域で安心して生活できるよう、市町村などの基礎自治体を基盤とした地域包括ケアを進めていく必要があるため、精神保健福祉センターや保健所は市町村の地域包括ケアシステム構築の取組を支援します。

(3) うつ病・躁うつ病に係る相談及び診療体制の強化

- ・ うつ病・躁うつ病の早期発見、早期治療につなげるために、最初に受診することが多いかかりつけ医等に対して「かかりつけ医等心の健康対応力向上研修」等により、うつ病・躁うつ病に関する診療の知識及び技術の普及を図るとともに、かかりつけ医と精神科医の連携を強化します。

(4) 児童・思春期精神疾患に係る診療体制の確保

- ・ 県立こころの医療センターこころの思春期外来を中心とした児童・思春期医療の診療体制を確保します。
- ・ 厚生労働省が実施する「思春期精神保健研修」を精神科医療機関に周知し、医師等の参加を促すことで、児童・思春期精神疾患に係る診療体制の強化を推進します。
- ・ 児童・思春期精神疾患の治療を意欲的に行う医療機関に加え、児童・思春期精神疾患に係る診療体制の確保を更に進めるため、一般社団法人子どものこころ専門医機構で実施している「子どものこころ専門医」^⑩制度による専門医の育成について支援します。

(5) 依存症に係る診療体制及び支援体制の確保

- ・ 依存症の治療に関する医療機関と行政による連携会議や研修会等を通じて、医療関係者の専門性向上につなげます。また、熊本県精神保健福祉センターでは、本人や家族の依存症からの回復を図るため、依存症回復支援プログラム「KUMARPP（クマーブ）^⑪」や依存症家族ミーティング等を継続して実施します。
- ・ 依存症に適切に対応するため、専門医療機関・治療拠点機関の更なる選定や医療機関、相談拠点機関、民間団体等の関係機関の連携強化などにより、各圏域の診療体制や支援体制の整備を進めます。

(6) 地域精神保健福祉体制の強化及びPTSD発症リスクの低下

- ・ 平成28年熊本地震や令和2年7月豪雨災害での経験を踏まえ、災害発生時に精神保健上の問題を抱える方々への支援を円滑に行うため、精神保健福祉センターを中心に、市町村、保健所、精神科医療機関と連携して、被災者支援を行っていくほか、被災者支援に携わる人材の育成も継続して取り組みます。

(7) 精神科救急医療体制の強化

- ・ 精神科救急情報センターにおいて、緊急を要しない精神科救急受診者のトリアージや、休日、夜間など診療時間外の相談への対応を強化します。
- ・ 病院群輪番制病院での休日、夜間など診療時間外の初期救急医療体制を充実します。

(8) 精神・身体合併症患者に対する診療体制の強化

- ・ 熊本県精神・身体合併症救急医療センターへ搬送が集中することによる負担を軽減

^⑩ 子どものこころ専門医とは、こどもの精神疾患や神経発達症（発達障害）、心身症、不登校、虐待など、こどものこころの諸問題に対応する専門医のことです。本県内には研修の場として、2つの研修施設群が設置されており、県立こころの医療センターや精神保健福祉センター等が研修に係る連携施設となっています。

^⑪ KUMARPP（クマーブ）とは、物質依存者の再乱用防止のための支援ツールとして開発された集団認知行動療法プログラム「SMARPP」を熊本版に改訂したものです。1クールを8回として実施しています。

するため、関係者による意見交換会等を開催し、持続可能な体制づくりを進めます。

(9) 自殺予防対策の推進

- ・ 熊本県自殺対策推進計画に基づき、市町村や民間団体とも連携しながら、電話相談やSNS相談等による相談支援体制の強化、普及啓発、ゲートキーパー養成研修等など、自殺予防対策を推進します。
- ・ 自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐため、「くまもと自殺予防医療サポートネットワーク制度^⑨」を周知し、利用を促進します。

(10) 新興感染症の発生・まん延時における精神科医療提供体制の確保

- ・ 新型コロナウイルス感染症での対応を踏まえ、新興感染症の発生に備えて、平時から受入病院を確保するなど精神科医療提供体制を整備します。
- ・ クラスターが発生した病院等において、医療従事者が不足する場合に、災害派遣精神医療チーム（DPAT）^⑩を活用して応援派遣をする体制を確保します。

4. 評価指標

指標名		現状	目標	指標の説明・目標設定の考え方
①	入院後3か月時点の退院率	51.6% (令和4年6月)	68.9% (令和8年6月)	・ 入院後の各時点における退院率 ・ 国の障害福祉計画等に係る基本指針で示された目標値を設定（第7期障がい福祉計画における目標値）
②	入院後6か月時点の退院率	76.7% (令和4年6月)	84.5% (令和8年6月)	
③	入院後1年時点の退院率	84.9% (令和4年6月)	91.0% (令和8年6月)	
④	慢性期入院者数 (65歳以上)	3,503人 (令和4年6月)	2,524人 (令和8年6月)	・ 入院後、1年以上の入院者数 ・ 国の障害福祉計画等に係る基本指針で示された目標値を設定（第7期障がい福祉計画における目標値）
⑤	慢性期入院者数 (65歳未満)	1,215人 (令和4年6月)	939人 (令和8年6月)	
⑥	退院後1年以内の地域での平均生活日数	306日 (令和4年6月)	326日 (令和8年6月)	・ 国の障害福祉計画等に係る基本指針で示された目標値を設定（第7期障がい福祉計画における目標値）
⑦	かかりつけ医等の心の健康対応力向上研修の受講者数	700人 (令和5年3月)	1,000人 (令和11年3月)	・ 研修会への受講者数について、各年度過去10年間の受講者数平均の維持を目指して、目標値を設定
⑧	自殺死亡率（人口10万対）	18.5人/年 (令和5年3月)	13.0人/年 (令和9年3月)	・ 国の自殺総合対策大綱で示された目標値を設定（第3期熊本県自殺対策推進計画における目標値）

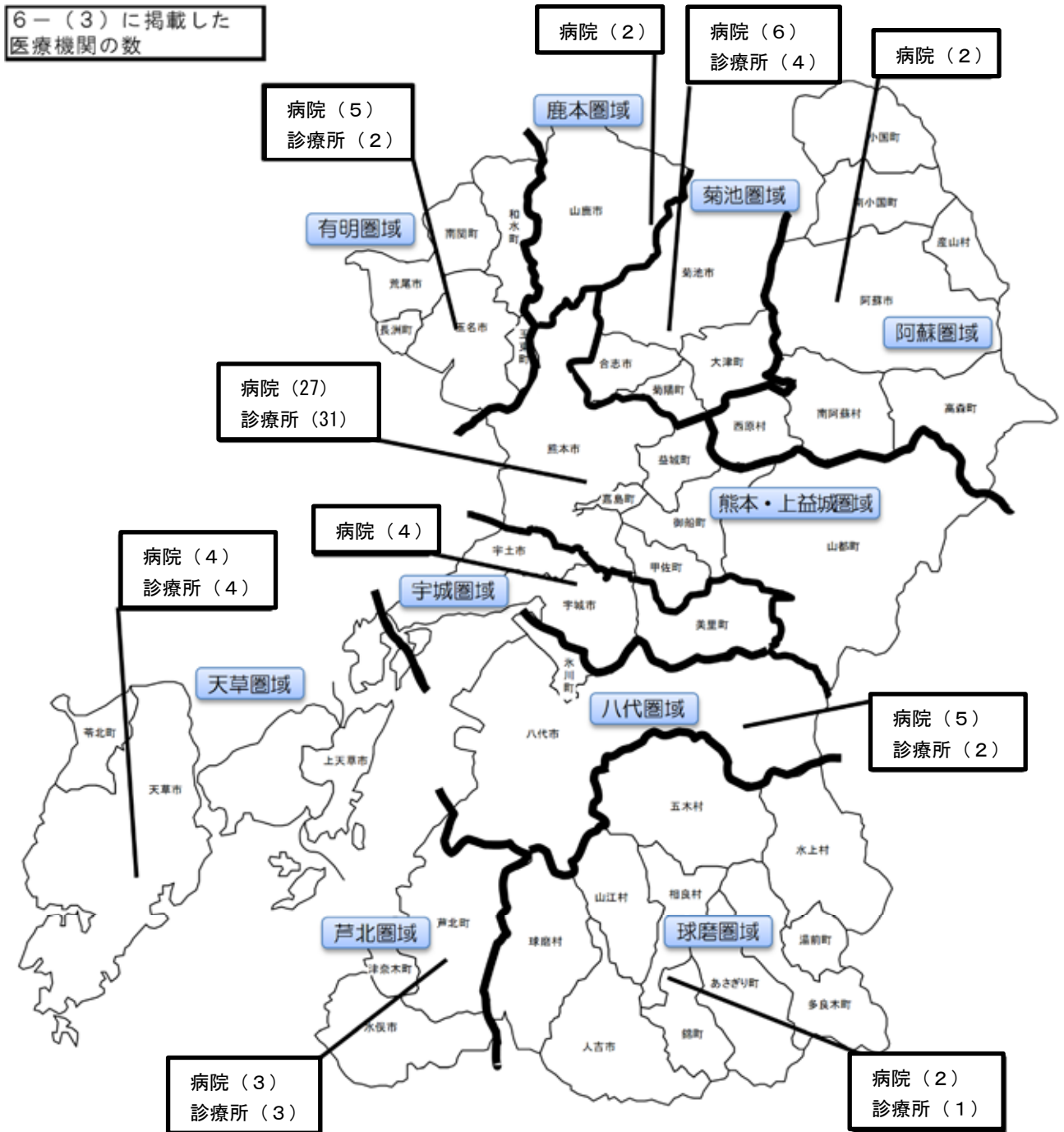
^⑨ くまもと自殺予防医療サポートネットワーク制度とは、救急告示病院と精神科医療機関とのネットワークにより、精神科医療が必要と判断された自殺企図者を精神科医療機関につなげるための制度です。熊本県精神保健福祉協会、熊本県医師会及び熊本県精神科協会により運営されています。

^⑩ 災害派遣精神医療チーム（DPAT）とは、自然災害や航空機・列車事故、犯罪事件などの集団災害の後、被災地域に入り、精神科医療及び精神保健活動の支援を行う専門的なチームのことで。

5. 精神科医療圏

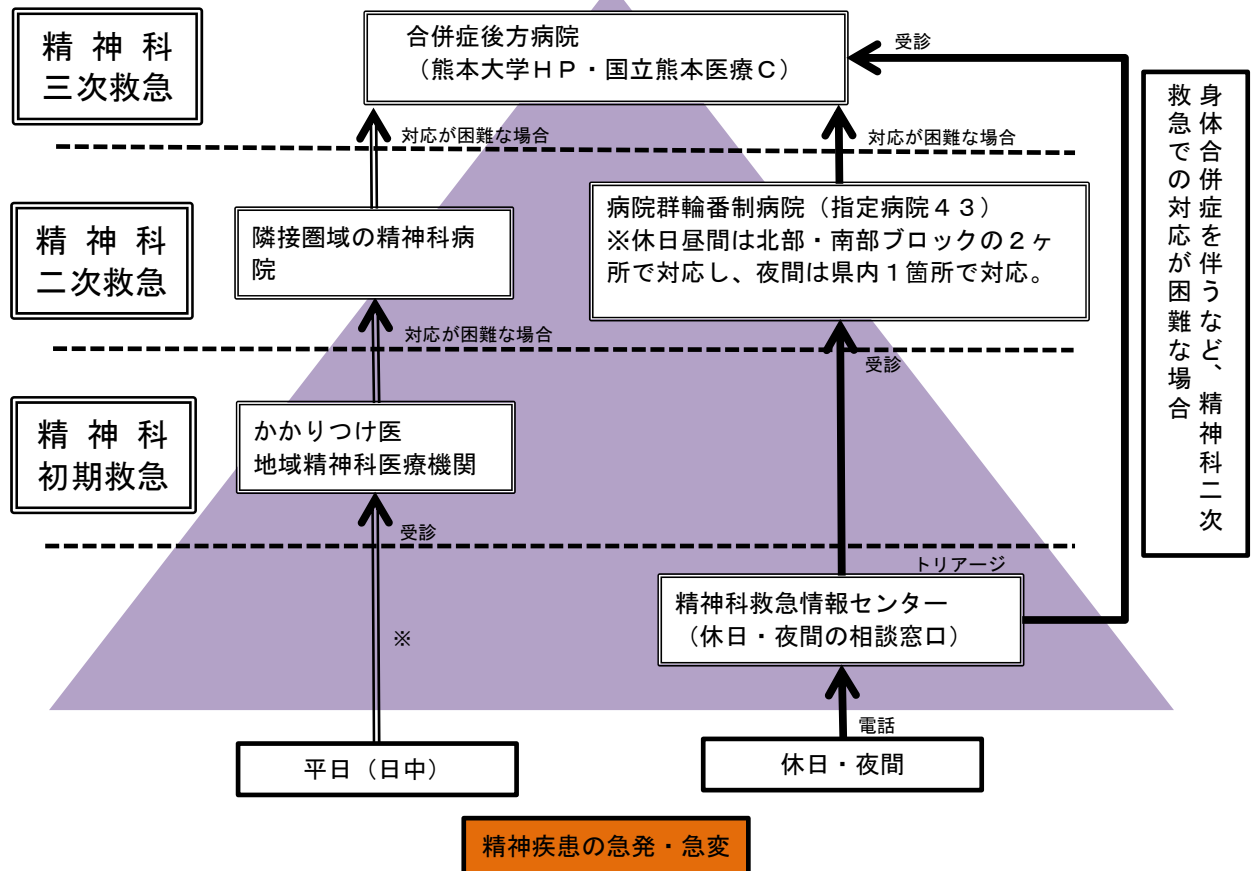
○ 精神科医療圏

- ・ 患者ができるだけ身近な地域で治療を受けられるよう、精神疾患の医療圏は二次保健医療圏とします。



6 - (1). 精神科救急医療連携体制図

※医療機関数は令和5年4月1日現在の状況です。



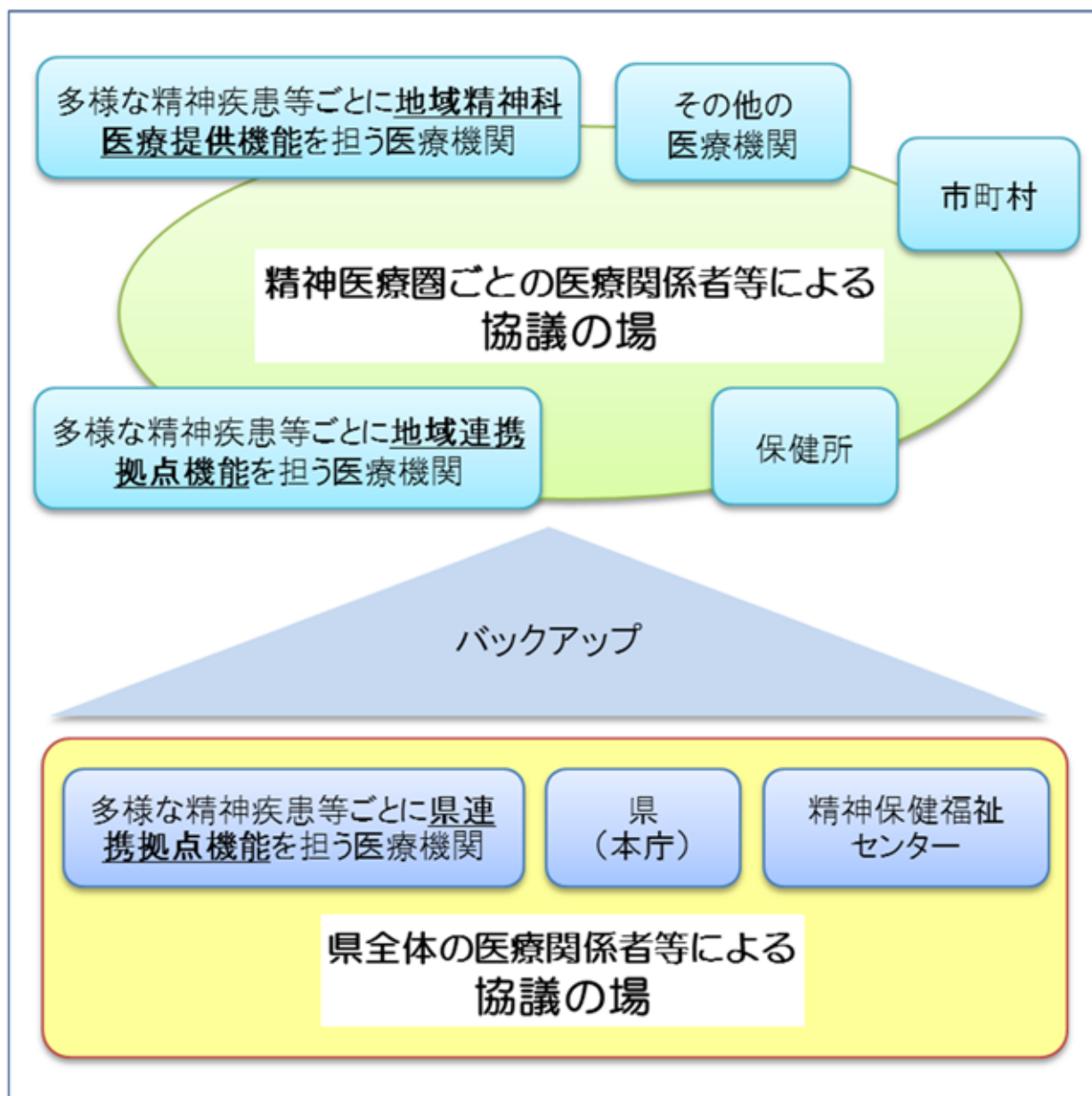
※平日(日中)は精神保健福祉センターや保健所で相談を受け付けております。

【精神科救急医療の医療機能】

医療機能	役割等
精神科初期救急	精神科初期救急医療については、かかりつけ医及び二次保健医療圏ごとの各精神科医療機関が対応します。なお、精神科初期救急での対応が困難な場合は、隣接圏域の精神科医療機関と関係諸機関とが連携して対応します。
精神科二次救急	精神科二次救急医療については、休日・夜間における精神疾患の急発及び急変のため、速やかな精神科治療を必要とする者に対し、二つに分けた病院群輪番制病院により対応します。
精神科三次救急	精神科三次救急医療については、精神・身体合併症の救急患者など、精神科初期救急や精神科二次救急での対応が困難な場合に、全県を一圏域として対応します。

6 - (2). 医療関係者等による協議の場を中心とした医療連携体制図

多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築に向けて、医療関係者等による協議の場での議論を通して、それぞれの役割分担を明確にするとともに、医療機関相互の連携を推進します。



6 - (3). 各医療機能を担う医療機関の一覧表

対象疾患等	<p>統合失調症、うつ病・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患、発達障がい、てんかん、アルコール依存症、薬物依存症、ギャンブル依存症、高次脳機能障がい、PTSD、摂食障がい、リワークプログラム、身体合併症、精神科救急、災害精神医療、措置入院指定の17項目</p> <p>(1) 統合失調症から摂食障がいの項目については、初期治療だけでなく継続的な治療を行うことができる医療機関に「○」を付けています。また、対象疾患について専門的な治療ができる、若しくは専門治療ユニットを持っている医療機関に「◎」、県が「依存症専門医療機関」に選定している医療機関に「●」を付けています。なお、「○」や「◎」の表記については、医療機関から提供があった情報に基づいています。</p> <p>(2) リワークプログラムについては、復職支援に関する支援を実施している医療機関に「○」を付けています。</p> <p>(3) 身体合併症については、精神疾患と併せて身体疾患を併発する患者に対応できる医師がいる医療機関に「○」を付けています。</p> <p>(4) 精神科救急、災害精神医療、措置入院指定については、県に登録若しくは県が指定している医療機関に「○」を付けています。</p>
対象医療機関	<p>衛生総合行政システムに掲載された精神科、心療内科を標榜している医療機関（掲載を希望しない医療機関を除く。）</p> <p>【精神科病院】 比較的軽い症状の方の外来受診から、かなり重い病状の方の入院治療まで幅広く専門的な対応ができます（精神病床を有する医療機関が精神科病院となります）。</p> <p>【一般病院】 精神科以外の診療科があるので、身体合併症のある方が利用できることがあります。ただし、施設や体制の制約から、一般に病状の重い方の入院治療は困難です。</p> <p>【診療所】 入院はできませんが、数が多く、身近な診療機関として、夕方以降に診療を行っているところもあるため、通勤・通学の帰りなどに利用しやすいのが特徴です。</p>
その他	<p>同じように「○」が付いていても、医療機関の形態や入院機能の有無、症状の程度により医療機関の対応は異なることがあります。また、掲載の内容については、令和4年（2022年）12月1日時点のものです。</p>

圏域	所在	医療機関	精神病床の数	対応可能な精神疾患													指定等の状況				
				統合失調症	気分障がい	認知症	児童・思春期	発達障がい	てんかん	アルコール依存症	薬物依存症	ギャンブル依存症	高次脳機能障がい	PTSD	摂食障がい	リワークプログラム	身体合併症	精神科救急	災害精神医療	措置入院指定	
熊本・上益城圏域	熊本市中央区	くまもと青明病院	176	◎	◎	◎		◎	◎	○	○		◎	◎		○		○	○	○	
	熊本市中央区	熊本大学病院	50	◎	◎	◎	◎	◎		○	○			○	○	○	○	○	○	○	
	熊本市中央区	熊本医療センター	50															○	○	○	
	熊本市中央区	龍田病院	250	◎	◎	○				○	○							○	○	○	
	熊本市中央区	日隈病院	180	◎	◎	◎			○	○								○	○	○	
	熊本市中央区	池上第二クリニック		○	○	○	◎	◎	○					○	○						
	熊本市中央区	内田クリニック		○	○	○	○				○				○	○					
	熊本市中央区	上通りメンタルクリニック		○	○	○	○	○													
	熊本市中央区	熊本ファミリーメンタルクリニック		○	○	○	○	○	○	○				○	○	○					
	熊本市中央区	くろかみ心身クリニック		○	○	○															
	熊本市中央区	くわみず病院		○	○	○				○	○							○			
	熊本市中央区	古賀クリニック		○	○		○														
	熊本市中央区	こころの元気クリニック		◎	◎	○		○	○	○	○	○		○							
	熊本市中央区	新町メンタルクリニック		◎	◎	○	○	○		○	○	○									
	熊本市中央区	新屋敷在宅クリニック		○	○	○				○	○	○	○		○						
	熊本市中央区	田上心臓リハビリテーション病院		○	○	○				○											
	熊本市中央区	天神内科医院			○	○				○				○							
	熊本市中央区	藤崎宮前クリニック		○	○	○			○	○	○	○	○		○						
	熊本市中央区	みとま神経内科クリニック		○	○	○			○	○	○	○		○	○	○		○			
	熊本市中央区	よやすクリニック		◎	◎	○				○					○						
	熊本市中央区	江津湖クリニック		○	○	○	○	○	○					○	○	○		○			
	熊本市中央区	水前寺ライフクリニック		○	○	○	○	○	○	○				○	○	○					
	熊本市中央区	水前寺こころのクリニック		◎	◎	○	○	○		○	○										
			23	706	21	22	21	10	13	16	13	5	5	8	11	8	2	7	5	3	5

圏域	所在	医療機関	精神病床の数	対応可能な精神疾患											リワークプログラム	身体合併症	指定等の状況				
				統合失調症	気分障害	認知症	児童・思春期	発達障害	てんかん	アルコール依存症	薬物依存症	ギャンブル依存症	高次脳機能障害	PTSD			摂食障害	精神科救急	災害精神医療	措置入院指定	
熊本・上益城圏域	熊本市東区	窪田病院	100	○	○	○		○										○			
	熊本市東区	くまもと悠心病院	120	○	○	○		○	○		○						○	○	○	○	
	熊本市東区	小柳病院	198	○	○	○			○									○	○		
	熊本市東区	ニキハーティーホスピタル	200	◎	◎	○	○	○	○					◎			○	○	○	○	
	熊本市東区	ピネル記念病院	120	○	○	○		○	○										○	○	
	熊本市東区	熊本心身医療クリニック		○	○	○	○	○	○	○		○	○	○	○	○	○				
	熊本市東区	くまもと麻酔科クリニック			○	○															
	熊本市東区	ソラククリニック		○	○	○		○				○									
	熊本市東区	むらかみ内科クリニック			○	○							○								
	熊本市東区	メンタルクリニック保田窪		○	○	○	○	○	○	○					○						
	熊本市東区	守屋医院		○	○	○			○			○	○				○				
		11		738	9	11	11	3	7	7	2	1	1	4	4	2	3	4	5	2	3
	熊本市西区	桜が丘病院		221	◎	◎	◎		○		○		○				○	○	○	○	
	熊本市西区	城山病院		198	◎	◎	◎			○					○	○		○	○	○	
	熊本市西区	上熊本内科			○	◎	◎	◎	◎	◎	○	○	○	◎	◎	◎	○	○			
	熊本市西区	熊本駅前木もれびの森心療内科精神科			○	○	○	○	○												
	熊本市西区	永知医院			○	○	○	○	○	○				○	○	○					
		5		419	5	5	5	3	4	3	2	1	2	2	3	3	2	3	2	2	2
	熊本市南区	熊本県立こころの医療センター		190	◎	◎		○	◎	○	●	○						○	○	○	
	熊本市南区	くまもと南部広域病院		78	○	○	◎			○			○					○	○	○	
	熊本市南区	森病院		194	○	○	○		○										○		
	熊本市南区	さくら小児科						○													
	熊本市南区	中村こころのクリニック			○	○															
	熊本市南区	松田医院			○	○	○	○	○						○			○			
	熊本市南区	御幸病院					○			○			○					○			
		7		462	5	5	4	3	3	3	1	1	0	2	1	0	0	3	3	1	2
	熊本市北区	池田病院		199	○	○	○			○	○	○	○	○							
	熊本市北区	向陽台病院		198	◎	◎	○	◎	◎		●	●	●		○	◎	○		○	○	
	熊本市北区	自由が丘病院		135	◎	◎	◎	○	○	○	○	○		○	○	○		○	○		
	熊本市北区	明生病院		234	○	○	○				●								○	○	
	熊本市北区	弓削病院		160	◎	◎	◎	◎	○	○				○			○	○	○	○	
	熊本市北区	朝日野総合病院				○													○		
	熊本市北区	なごみクリニック			○	○	○			○	○	○	○	○	○	○		○			
	熊本市北区	むさしヶ丘クリニック				○		○	○						○	○					
	熊本市北区	武蔵ヶ丘病院				○	○														
	熊本市北区	よもぎクリニック			○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○				
		10		926	7	10	8	5	5	5	6	5	4	5	5	5	2	5	4	2	3
	御船町	希望ヶ丘病院		162	◎	◎	◎	◎	◎	○	○			○	○	○		○	○	○	
	益城町	益城病院		210	◎	◎	◎	○	○	○	●	○		◎	◎	○	○	○	○	○	
		2		372	2	2	2	2	2	2	2	1	0	2	2	2	1	2	2	2	2
	小計	58		3623	49	55	51	26	34	36	26	14	12	23	26	20	10	24	21	12	17

圏域	所在	医療機関	精神病床の数	対応可能な精神疾患													指定等の状況				
				統合失調症	気分障害	認知症	児童・思春期	発達障害	てんかん	アルコール依存症	薬物依存症	ギャンブル依存症	高次脳機能障害	PTSD	摂食障害	リワークプログラム	身体合併症	精神科救急	災害精神医療	措置入院指定	
球磨圏域	人吉市	光生病院	206	○	○	◎			○	○									○		○
	人吉市	人吉こころのホスピタル	198	◎	◎	◎	◎	◎	○	●			○	○		○			○	○	○
	人吉市	浜田医院		○	○									○							
		3	404	3	3	2	1	1	2	2	0	0	1	1	1	1	1	1	2	1	2
天草圏域	天草市	天草病院	437	◎	◎	◎		○	○			○							○		○
	天草市	うしぶか心愛病院	120	◎	◎	◎	○	○	○	○			○	○	○				○	○	
	天草市	酒井病院	140	◎	◎	◎	◎	◎	○	●	○		○		○	○	○	○	○	○	○
	天草市	稲村医院		○	○	○			○	○											
	天草市	鬼塚クリニック			○																
	天草市	国民健康保険天草市立御所浦診療所		○	○	○				○			○						○		
	天草市	国民健康保険天草市立御所浦北診療所		○	○	○				○			○						○		
	苓北町	重症心身障害児施設はまゆう療育園		○					○						○						
	8	697	7	7	6	2	3	4	6	1	0	5	1	3	1	4	3	0	2		
合計	107	8,718	88	97	94	43	60	67	57	23	17	49	46	33	21	50	45	22	36	26	

第6項 認知症

1. 現状と課題

○ 本県では、平成 21 年度（2009 年度）より、県全域で中心的役割を担う基幹型認知症疾患医療センター^①と、二次保健医療圏で中心的役割を担う地域の認知症疾患医療センターが連携する認知症医療体制を全ての圏域で整備してきました。このため、各圏域で専門性の高い認知症医療を提供できる体制が確立しています。今後は、地域の認知症疾患医療センターが相互に協力して医療体制を強化していくこととし、ひいては地域ごとに完結できるような体制を目指していきます。一方、各地域の認知症疾患医療センターに患者が集中しており、診療の予約から受診までの待機期間が、平均で約 1.5 か月となっています。

そのため、認知症疾患医療センターと地域のかかりつけ医、認知症サポート医^②、介護サービス事業所等が連携する認知症医療・介護体制を充実・強化する必要があります。

- 新型コロナウイルス感染症の影響で市町村の認知症初期集中支援チーム^③の活動が停滞しました。今後、活動を活性化していくため、チーム体制の充実・強化を支援する必要があります。
- 高齢化の進展に伴い増加が見込まれる認知症に対応するため、医療従事者、介護従事者等の認知症対応力を向上させる必要があります（図 1 参照）。
- 認知症の人の容態等に応じて、適切なサービスや支援が受けられるよう、医療・介護等の多職種連携を推進するとともに、関係機関との円滑な調整を図る必要があります。

【図 1】 認知症高齢者の将来推計

（単位：万人）

将来推計 (年)	H24 (2012)	H27 (2015)	R2 (2020)	R7 (2025)	R12 (2030)	R22 (2040)
65歳以上人口 に対する比率	15.0%	15.7% 16.0%	17.2% 18.0%	19.0% 20.6%	20.8% 23.2%	21.4% 25.4%
全国	462	517 525	602 631	675 730	744 830	802 953
熊本県	7.2	8.1 8.2	9.4 9.8	10.5 11.4	11.4 12.8	11.4 13.6

（注）上段は認知症有病率が一定の場合、下段は上昇する場合の推計

「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」

（平成 26 年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業九州大学二宮教授）による速報値（全国）

① 認知症疾患医療センターとは、認知症の早期発見・診療体制の強化、医療と介護の連携の強化、専門医療相談の充実を目的に都道府県、指定都市が設置する医療機関のことです。

② 認知症サポート医とは、認知症の人の診療に習熟し、かかりつけ医への助言その他の支援を行い、地域包括支援センター等との連携の推進役となる医師のことです。

③ 認知症初期集中支援チームとは、認知症の人やその家族に早期に関わることを目的に市町村が設置する、医師及び医療・介護の専門職から構成されるチームのことです。

2. 目指す姿

- 認知症の早期診断・早期対応のための体制整備や、医療・介護従事者等への認知症対応力の向上、切れ目のない医療・介護サービスの提供体制を構築することで、認知症の人やその家族が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるようにします。

3. 施策の方向性

(1) 早期発見・早期診断・早期対応のための体制整備

【認知症疾患医療センターを拠点とした認知症医療・介護体制の強化】

- ・ 各地域の認知症医療・介護体制を強化するため、地域の認知症疾患医療センター・専門医療機関と、認知症サポート医、かかりつけ医、介護サービス事業所等が参加する事例検討会や研修等により、相互の連携を強化する取組を推進します。
- ・ 認知症の疾患修飾薬については、国の検討状況を注視し、認知症疾患医療センター等と連携を図りながら適切に対応します。

【連携の推進役となる認知症サポート医の養成】

- ・ 連携の推進役となる認知症サポート医を養成するため、熊本県医師会と連携して研修の受講促進を図るとともに、地域における認知症サポート医の役割を具体化し、活動しやすい環境を整備します。

【認知症初期集中支援チームへの支援】

- ・ 認知症の早期発見・対応のため、市町村が設置する認知症初期集中支援チーム等の技術向上支援や情報提供等を行います。

(2) 医療従事者等の認知症対応力向上の促進

- ・ 認知症の人や家族等が安心して医療機関を受診できるよう、研修等を通じて、かかりつけ医、歯科医師、薬剤師、医療従事者等に対する認知症対応力を強化します。また、併せて介護従事者に対する認知症対応力を強化します。

(3) 医療・介護等の有機的な連携の推進による適切な治療等の提供や在宅復帰のための支援体制の整備

【認知症地域支援推進員^④の取組の推進及び認知症ケアパス^⑤の活用】

- ・ 市町村における認知症地域支援推進員の取組が円滑に進むよう、人材育成や好事例の共有等の支援を行います。
- ・ 地域で作成した認知症ケアパスについて、認知症の人やその家族、医療・介護関係者等の間で共有され、サービスが切れ目なく提供されるよう、その活用を推進します。

^④ 認知症地域支援推進員とは、認知症の人の状態に応じて必要なサービスが適切に提供されるように、医療機関や介護サービス、地域の支援機関の間の連携支援や、認知症の人やその家族を対象とした相談業務などを行う者のことです。

^⑤ 認知症ケアパスとは、認知症発症予防から人生の最終段階まで、認知症の容態に応じ、相談先や、いつ、どこで、どのような医療・介護サービスを受ければいいのか、これらの流れをあらかじめ標準的に示したものです。

【若年性認知症の人やその家族等の支援】

- ・ 若年性認知症の人が、発症初期の段階から本人の状態に合わせた適切な支援を受けられるよう、若年性認知症支援コーディネーター^⑥と連携し、若年性認知症の人やその家族等を支援する関係者のネットワークを強化します。

4. 評価指標

指標名	現状	目標	指標の説明・目標設定の考え方
① 認知症疾患医療センターの外来新患者数（実数）及び相談件数	12,480件 （令和4年度）	16,300件 （令和11年度）	2030年の県認知症有病者数を踏まえた外来新患者数及び相談件数
② 認知症サポート医養成研修修了者数（累計）	285人 （令和4年度）	393人 （令和11年度）	年間受講者枠の2/3（18人）を受講目標として、6年間で108人（18人×6年）増
③ 認知症初期集中支援チームの年間訪問実人数	252人 （令和3年度）	392人 （令和11年度）	2030年の県認知症有病者数を踏まえた訪問実人数
④ かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者数（累計）	1,377人 （令和4年度）	1,917人 （令和11年度）	直近5年間で最も多かった水準（90人）を踏まえて、6年間で540人（90人×6年）増
⑤ 市町村の若年性認知症に関する相談窓口設置数	16か所 （令和4年度）	45か所 （令和11年度）	全市町村に相談窓口を設置

^⑥ 若年性認知症支援コーディネーターとは、若年性認知症の人のニーズに合った関係機関やサービス担当者との調整役であり、認知症の人本人が自分らしい生活を継続できるよう本人の生活に応じた総合的なコーディネートを行う者のことです。

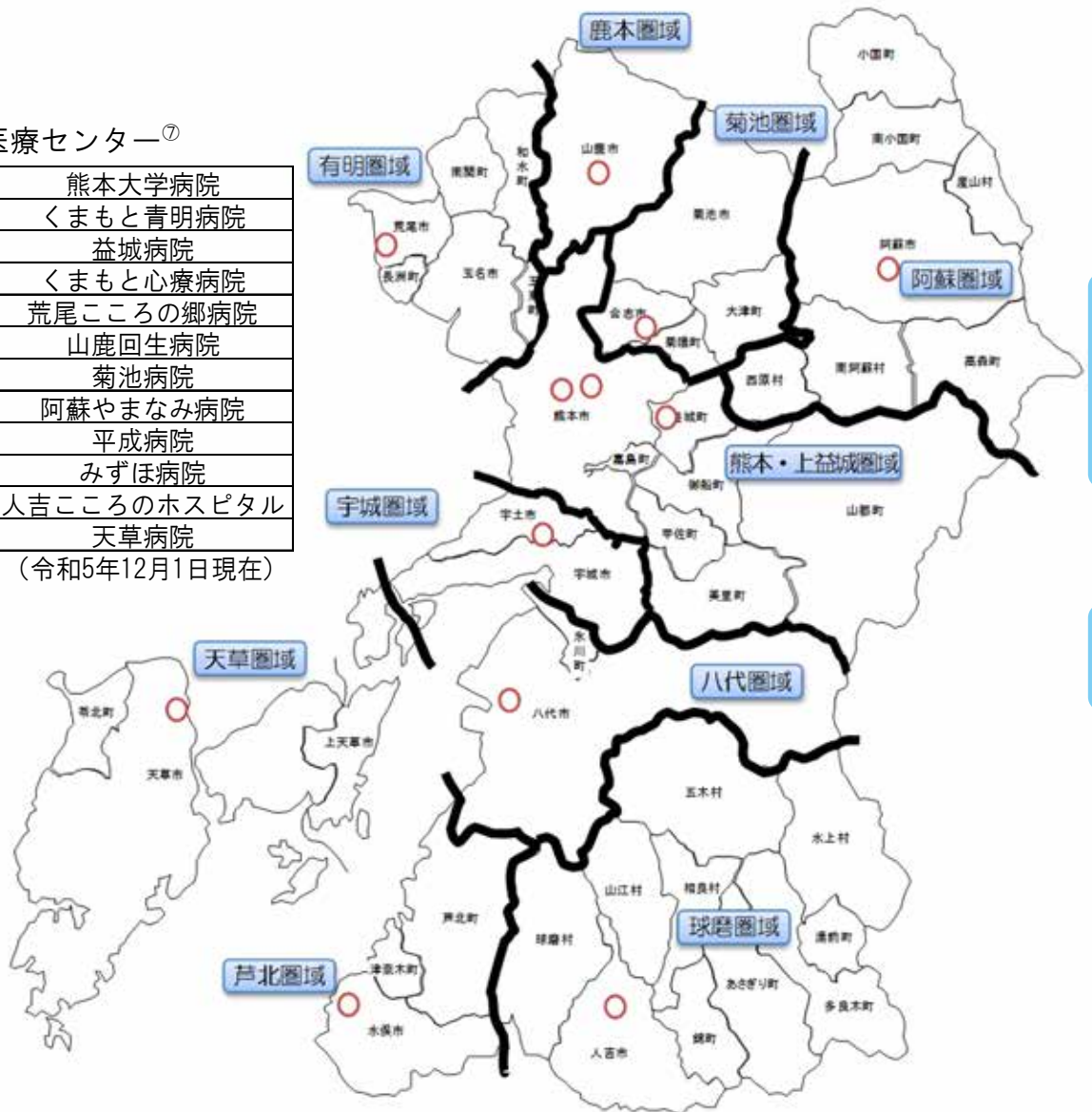
5. 認知症の医療圏

二次保健医療圏を認知症の医療圏とします。

認知症疾患医療センター^⑦

県全域	熊本大学病院
熊本・上益城	くまもと青明病院
	益城病院
宇城	くまもと心療病院
有明	荒尾こころの郷病院
鹿本	山鹿回生病院
菊池	菊池病院
阿蘇	阿蘇やまなみ病院
八代	平成病院
芦北	みずほ病院
球磨	人吉こころのホスピタル
天草	天草病院

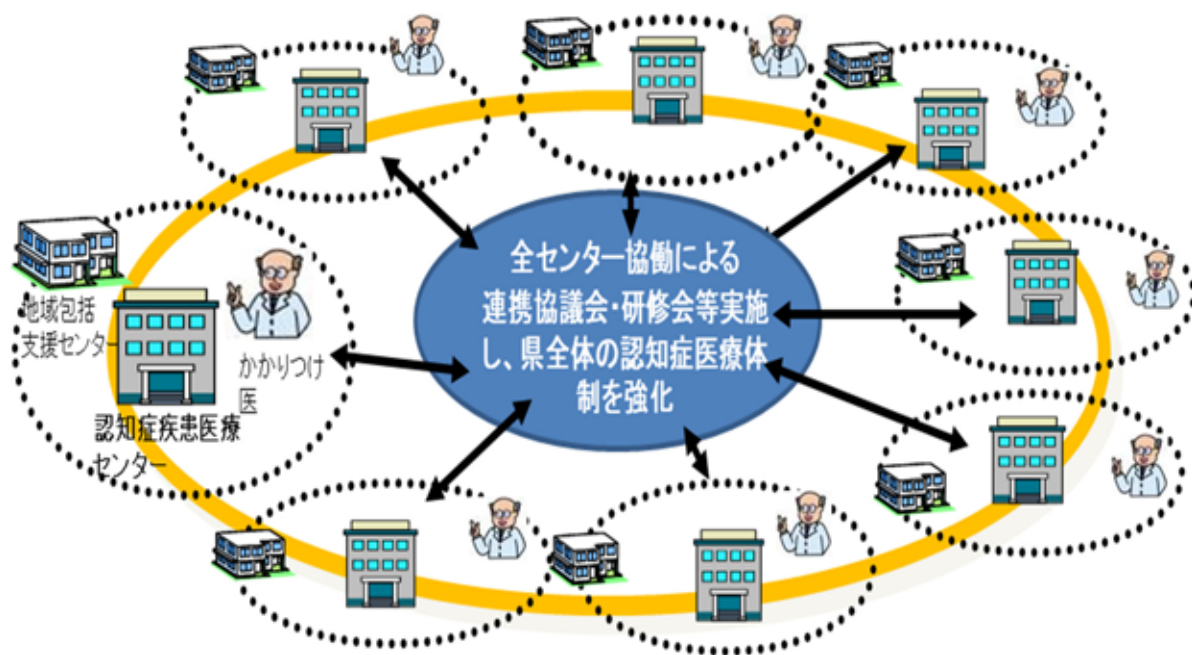
(令和5年12月1日現在)



^⑦ 令和6年3月末で上記の認知症疾患医療センターの指定期間が満了するため、令和6年度以降の認知症疾患医療センターについては、変更の可能性があります。

6. 認知症の医療連携体制図

住み慣れた地域で安心して認知症医療・介護が受けられるよう、地域の認知症疾患医療センター（二次保健医療圏で中心的役割を担う）・専門医療機関（認知症専門医等が配置されている精神科医療機関）と認知症サポート医、かかりつけ医、介護サービス事業所等が連携する認知症医療・介護体制を構築します。

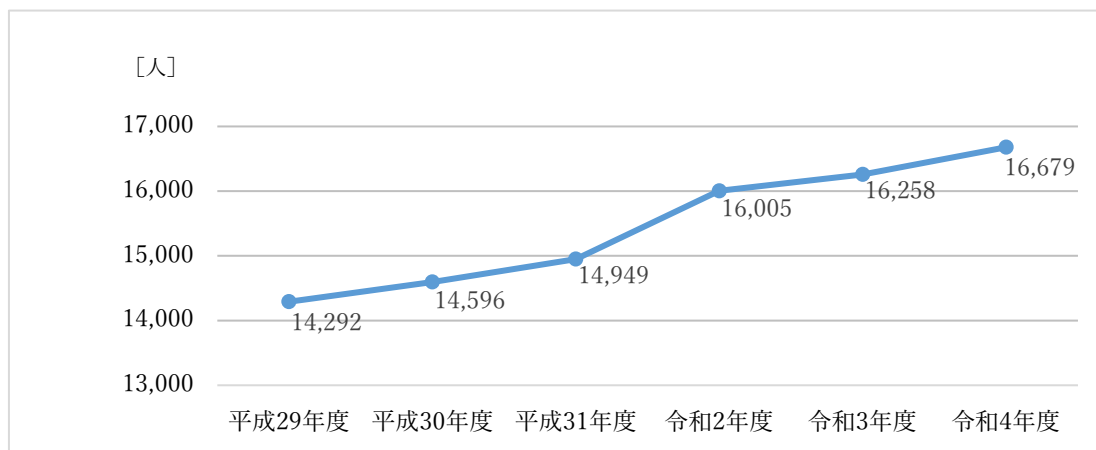


第7項 難病

1. 現状と課題

- 難病は、発症してから確定診断までに時間を要する場合が多く、できる限り早期に正しい診断や、より身近な医療機関で適切な医療を受けることができる体制が必要であり、平成31年(2019年)3月に難病診療連携拠点病院（以下、「連携拠点病院^①」という。）、難病診療分野別拠点病院（以下、「分野別拠点病院^②」という。）及び熊本県難病医療協力病院（以下、「協力病院^③」という。）を指定しました。
- 平成27年(2015年)1月に難病の患者に対する医療等に関する法律が施行され、難病医療費の助成対象疾病（指定難病）の数^④が増加したことに伴い、指定難病医療受給者数も年々増加しています（図1参照）。このため、長期療養による医療費の経済的な負担を支援するため、難病医療費助成制度の更なる周知や指定医・指定医療機関制度等の適正な運用が求められています。

【図1】県内の指定難病医療受給者数の推移（各年度末時点）



出典：熊本県健康づくり推進課調べ

- 不安を抱きながら療養生活を送っている難病患者等の療養生活の質の向上を支える相談体制の充実が求められています。
- 学校や職場における難病に関する知識不足から、周囲の理解が得られにくいいため、難病に対する理解を促進し、就学や就労しやすい環境整備が求められています。
- 平時において多くの支援を必要とする難病患者は、災害時、停電等により医療機器（在宅人工呼吸器等）の使用が出来なくなるおそれがあり、生命の危機等多くの困難に直面します。さらに、難病患者は外見で病気がわかりにくい場合があり、避難時や避難所等で患者の特性に配慮した支援を得られにくいなどの課題があるため、災害時に難病患者が安心して療養生活を送るための体制整備の充実が求められています。

① 連携拠点病院とは、より早期に正しい診断をする機能を有する病院で、県が指定した病院です。

② 分野別拠点病院とは、専門領域の診断と治療を提供する機能を有する病院のうち、県が指定した病院です。

③ 協力病院とは、身近な医療機関で医療の提供と支援する機能を有する病院のうち、県が指定した病院です。

④ 難病医療費の助成対象疾病（指定難病）数は、令和4年1月現在で338疾病となっています。

2. 目指す姿

- 難病患者が良質かつ適切な医療を受けることができ、安心して療養生活を送ることができるようにします。

3. 施策の方向性

(1) 難病に係る連携拠点病院等とかかりつけ医の連携強化、医療提供体制の充実

- ・ 熊本県難病医療連絡協議会を通じ、連携拠点病院、分野別拠点病院、協力病院及びかかりつけ医が連携して、早期診断体制や地域の医療提供体制の強化に取り組みます。
- ・ 患者からの相談を受け、必要に応じ、適切な医療機関に相談・紹介等を行う、難病診療連携コーディネーター及び難病診療カウンセラーを連携拠点病院等へ適切に配置します。
- ・ さらに、地域における難病患者への支援体制に関する課題について共通認識を持つため、熊本県難病医療連絡協議会と県保健所に設置している難病対策地域協議会の情報共有を強化します。

(2) 難病医療費助成制度の更なる周知

- ・ 難病医療費助成制度を適正に運用するため、難病患者、医療機関、関係機関等への更なる周知と指定医療機関の増加に取り組みます。

(3) 療養生活の質の向上を支える相談体制等の充実

- ・ 療養生活の質の向上を図るため、熊本県難病相談・支援センターでの相談体制の確保、患者会の活動支援、患者の療養生活を支えるための患者交流会や人材育成の研修会の開催に取り組みます。

(4) 難病患者の社会参画及び就労環境の整備

- ・ 難病患者の社会参画の促進及び難病患者の就労促進を図るため、就労支援ネットワーク会議を開催し関係機関との連携を強化します。
- ・ 熊本県難病相談・支援センターにおいて、難病患者の病状等を踏まえた就学・就労相談や、難病患者を雇用する側の企業等に対する難病に関する正しい知識の普及・啓発などに取り組みます。

(5) 難病患者の災害対策の推進

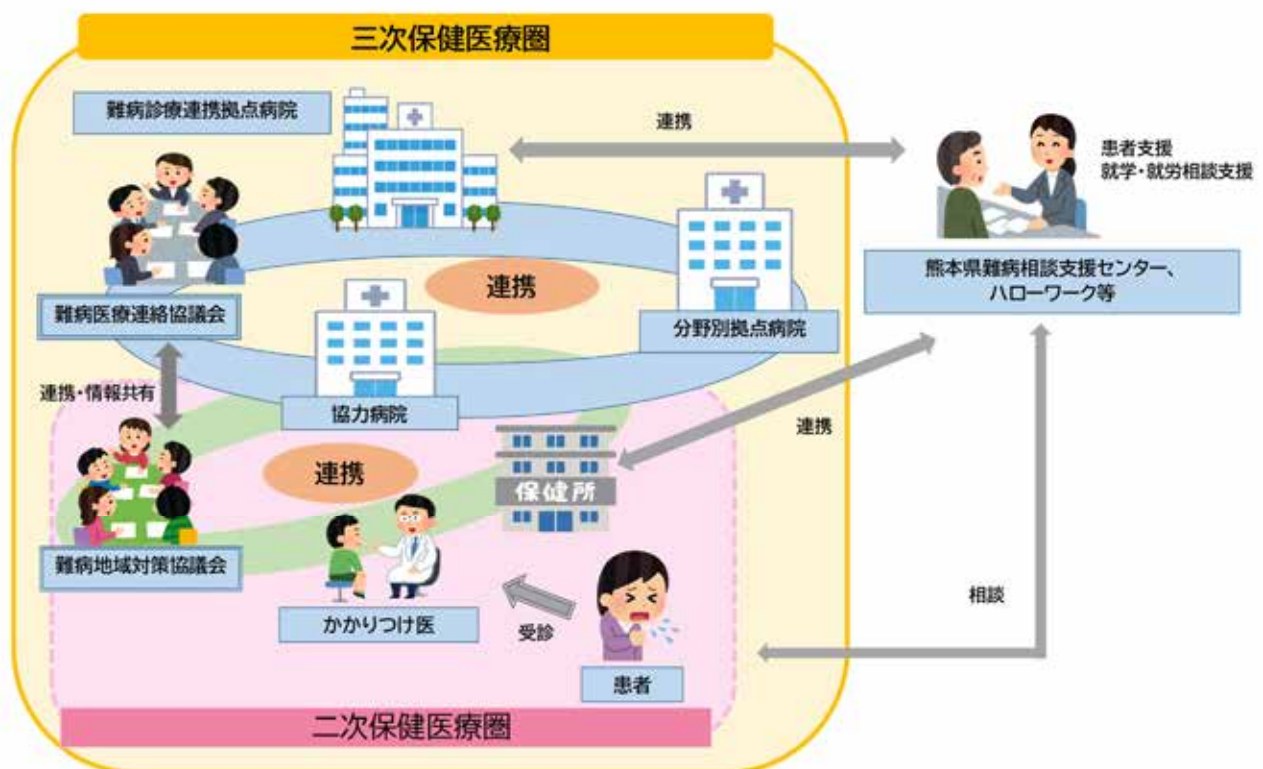
- ・ 難病患者が災害の際に安心して療養生活を送れるよう、関係機関等との患者情報の共有や市町村とともに避難行動要支援者名簿^⑤への登録促進に取り組みます。
- ・ 平成29年(2017年)12月に策定した「難病患者・家族のための災害対策ハンドブック」の見直しを行った上で、本ハンドブックの普及・啓発に取り組みます。

^⑤ 避難行動要支援者名簿とは、要支援者について避難支援や安否確認、その他の生命又は身体を災害から保護するために必要な措置を実施するための基礎となる名簿のことです。

4. 評価指標

指標名	現状	目標	指標の説明・目標設定の考え方
① 指定医療機関の指定数	1,305 機関 (内訳) 病院・診療所 648 薬局 499 指定訪問看護事業者等 158 (令和5年8月)	増加 (令和11年)	助成制度の周知徹底を図ること等により、指定医療機関数の増加を目指す。
② 患者交流会の開催回数	14回/年 (令和4年度)	15回/年以上 (令和11年度)	難病患者の療養生活の質の向上を図り、相談体制を充実させるため、患者交流会を15回/年以上開催する事を目指す。

5. 難病医療連携体制図



連携拠点病院
熊本大学病院
分野別拠点病院
熊本再春医療センター
熊本南病院

協力病院
荒尾市立有明医療センター
山鹿市民医療センター
阿蘇医療センター
阿蘇温泉病院
熊本労災病院
国保水俣市立総合医療センター
人吉医療センター
天草地域医療センター
熊本市市民病院
熊本医療センター
熊本機能病院
矢部広域病院

第8項 アレルギー疾患

1. 現状と課題

- アレルギー疾患^①に関しては、アレルギー疾患対策基本法に基づき、総合的に対策を推進することとされています。
- アレルギー疾患医療提供体制を構築するため、平成31年(2019年)3月に、拠点病院^②及び連携病院^③を指定するとともに、対策の推進のため、行政、拠点病院、連携病院、医療機関、教育機関、関係団体等による「熊本県アレルギー疾患医療連絡協議会」を設置し、拠点病院を中心とした診療体制のあり方等について協議を行っています。
- 多くのアレルギー疾患は、一般的な治療を行うことで症状をコントロールできますが、一般的な治療では症状をコントロールできない重症及び治療が困難な症例については、より高度な診断、治療、管理が必要となります。また、精神的な面や心理的な面での負担もあることから、それらの負担に対する相談体制の整備も求められています。
- アレルギー専門医が不在の二次保健医療圏があり、地域偏在がみられます。アレルギー疾患の症状や原因は多岐にわたるため、拠点病院、連携病院等の専門医のいる医療機関と一般病院(かかりつけ医)が連携することにより、居住地にかかわらず、適切な医療や支援を受けられる体制が求められています。
- アレルギー対応が求められるこどもが増加傾向であり、保育園、学校等における現場での適切な対応が求められています。
- アレルギー疾患については、膨大な情報がインターネットを中心に氾濫し、中には正しくない情報も混在しています。県民に対して、アレルギー疾患に関する適切な情報の提供が必要です。
- これらのことから、医療機関や行政等が連携して、地域におけるアレルギー疾患の実情に応じた対策を実施することが求められています。

2. 目指す姿

- 居住地にかかわらず、県民がアレルギー疾患について適切な情報を取得できるとともに、適切な医療や支援を受けられるようにします。

^① 本項におけるアレルギー疾患とは、アレルギー疾患対策基本法の対象となる(1)気管支ぜん息、(2)アトピー性皮膚炎、(3)アレルギー性鼻炎、(4)アレルギー性結膜炎、(5)花粉症、(6)食物アレルギーの6疾患を指します。

^② 拠点病院とは、本県のアレルギー疾患診療体制の中心的役割を担う病院で、県が指定した病院です。

^③ 連携病院とは、専門分野において拠点病院と連携し、県内アレルギー疾患診療体制を充実する役割を担う病院で、県が指定した病院です。

3. 施策の方向性

(1) 医療提供体制の充実

- ・ 拠点病院、連携病院及びかかりつけ医が連携して、重症度に応じた適切な診断、治療、管理及び患者への情報提供ができる体制を充実させます。
- ・ 居住する地域に関わらず適切な医療を受けることができるよう、熊本県アレルギー疾患医療連絡協議会を通じて、拠点病院、連携病院及びかかりつけ医との連携強化を推進します。

(2) 医療従事者等の資質向上

- ・ 医療従事者等の資質向上を図るため、アレルギー疾患医療に携わる医療従事者等の専門的な知識や技能向上を目的とした研修会を実施します。
- ・ 地域の保健師や教育、保育現場に携わる関係者がアレルギー疾患に関する理解を深め、適切な対応ができるよう研修会を実施します。

(3) 普及啓発・情報提供

- ・ 県民に対し、アレルギー疾患に関する正しい知識を普及するため、市町村が行う乳幼児健康診査や県民公開講座等を活用した啓発、ホームページ等での情報提供に取り組みます。

4. 評価指標

指標名	現状	目標	指標の説明・目標設定の考え方
① 連携病院の選定	2か所 (令和5年度)	増加 (令和11年度)	県内アレルギー疾患医療提供体制を充実させるため、県が指定する連携病院の増加を目指す。
② ・医療従事者等を対象とした研修会への参加者数 ・地域の保健師や教育、保育現場に携わる関係者を対象とした研修会への参加者数	第1回:37人 第2回:47人 (令和5年度)	100人以上/年 (令和11年度)	医療関係者等におけるアレルギー疾患に関する正しい知識習得や技能向上に向け、100人以上/年の参加を目指す。 ※研修内容(対象)を見直すため、目標数値は令和5年度を参考とする。

5. アレルギー医療連携体制図

