石 川 県 医 療 計 画

令和６年８月

石　川　県



はじめに

生涯を通じ、心身ともに健康で、住み慣れた地域でいつまでも安心して暮らしていくことは、県民すべての願いであるとともに、地域発展の基盤となるものです。

令和６年１月１日に発生した令和６年能登半島地震は､最大震度７を観測する、未曽有の大災害となりました。この地震により多くの尊い命が失われ、避難者は最大で約３万４千人に上りました。お亡くなりになられた方々に対し、改めてご冥福をお祈りするとともに、被災された方々に心よりお見舞い申し上げます。

本県ではこれまで、医療の提供体制の基本的な方針として、昭和６２年に第１次医療計画を策定して以来、数次の見直しを重ねながら、関係者とともに医療提供体制の充実に取り組んでまいりました。

この間、少子高齢化の進展や社会構造の変化に伴い、患者の疾病構造も変化しており、それを踏まえた医療従事者の確保や育成が課題となっているほか、医療に対する県民のニーズも多様化しており、患者の状態に応じた医療機能の分化や医療と介護との連携がこれまで以上に必要となっています。

今回の医療計画では、疾病ごとに、予防や早期発見はもとより、診断・治療からリハビリテーション、在宅等での療養に至るまで切れ目のない医療を提供することや、医療従事者の確保、さらには新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた新興感染症の感染拡大時における医療体制の整備など、県民ニーズに応じた適切な医療を提供するための環境整備にも引き続き取り組むことを盛り込んでいます。

また、令和６年能登半島地震を踏まえた対応については、計画の策定時点で流動的な部分があることから、計画の中間年に改めて見直しを行うこととしていますが、能登の医療の復旧・復興に向けた対応を不断に進めていく所存です。

県民生活の安全・安心の確保は県政の基本であり、県民の皆様が安全で良質な医療を受けることができる地域社会の構築を目指し、関係機関と連携・協力しながら本計画の着実な推進に取り組んでまいりますので、皆様の一層のご理解とご協力をお願い申し上げます。

最後に、本計画の策定に当たり、貴重なご意見、ご指導をいただきました石川県医療審議会、石川県医療計画推進委員会及び専門部会並びに医療圏保健医療計画推進協議会の委員の皆様をはじめ関係各位に対し、厚く御礼申し上げます。

令和６年８月

石川県知事　　馳　　浩

石川県医療計画　目次

第１章　計画の考え方 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1

第２章　地域の概況
　１　人口 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 5
　２　人口動態 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 7
　３　主要死因の動向 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 10
　４　受療の状況 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 11
　５　医療提供施設等の状況 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 18
　６　医療費適正化の推進 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 29

第３章　医療圏の設定と基準病床数
　１　医療圏 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 37
　２　基準病床数 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 40

第４章　地域医療構想
　１　地域医療構想策定の趣旨及び内容 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 41
　２　２０２５年の必要病床数等 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 44
　３　地域医療構想の進め方 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 49

第５章　外来医療提供体制（石川県外来医療計画）
　１　外来医療計画の趣旨及び内容 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 51
　２　外来医療計画の現状と課題 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 51
　３　外来医療機能の明確化・連携 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 57
　４　医療機器の共同利用 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 58
　５　持続可能な外来医療提供体制の確保に向けた取組 ・・・・・・・・・・・・・・ 61

第６章　医療提供体制の整備
　１　医療機関相互の機能分担と連携 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 63
　２　医療サービスの質の向上 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 67
　３　医療安全対策の推進 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 70
　４　医療情報提供体制の充実 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 76
　５　疾病対策別等の医療連携体制の充実
　　・がん　（第４次石川県がん対策推進計画）・・・・・・・・・・・・・・・・・ 79
　　・循環器病（脳卒中、心血管疾患）（第２期石川県循環器病対策推進計画）・ 120
　　・糖尿病 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・159
　　・精神疾患 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・181
　　・感染症 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・211
　　・難病 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・218

・アレルギー ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・225
・臓器等移植 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・233
・歯科 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・242
6　子どもの医療体制の充実
・周産期医療 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・251
・小児医療 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・267
7　救急医療対策の充実 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・281
8　災害医療対策の充実 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・310
9　へき地医療対策の充実 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・327
10　新興感染症対策の充実 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・341
11　在宅医療の推進 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・350
12　公的医療機関等の役割 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・371
13　医薬分業の推進 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・373
14　血液確保対策の推進 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・376

第７章　保健・医療基盤の充実
1　保健・医療従事者の確保と資質の向上
・医師 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・381
・歯科医師 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・400
・薬剤師 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・404
・保健師・助産師・看護師・准看護師 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・409
・理学療法士・作業療法士 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・427
・診療放射線技師・臨床検査技師 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・429
・管理栄養士・栄養士 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・431
・歯科衛生士・歯科技工士 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・433
・その他の保健医療関係者 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・435
2　関係機関の機能充実
・保健福祉センター（保健所） ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・436
・市町保健センター等 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・439
・こころの健康センター ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・440
・リハビリテーションセンター ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・442
・保健環境センター ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・445

第８章　計画の推進体制 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・447

〔参考〕
第８次石川県医療計画策定の経緯 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・449
石川県医療審議会・石川県医療計画推進委員会委員名簿 ・・・・・・・・・・・452
石川県医療計画推進委員会専門部会委員名簿 ・・・・・・・・・・・・・・・・453
医療圏保健医療計画推進協議会委員名簿 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・455
用語集 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・456

第１章　計画の考え方

１　計画策定の趣旨

○心身ともに健康で生き生きと暮らすことは、県民すべての願いであるとともに、地域発展の基盤となるものである。令和５年度に策定された石川県成長戦略を踏まえ、その基本目標である「幸福度日本一に向けた石川の未来の創造」の実現のためにも、県民に必要な医療がしっかりと提供される地域社会を構築していくことが大切である。

○本県の医療提供体制については、これまで、医療関係者による医学・医療技術の進歩への積極的な対応が図られるとともに、医療関係者の積極的な活動と県民の理解により着実に向上しているが、少子高齢化が進行し、県民意識も多様化するなか、住民・患者の視点に立った医療連携体制の構築を図っていくことが重要な課題となっている。
本計画は、今後求められる、県民ニーズに即した医療提供体制の整備に関する基本的な指針として、医療法（昭和 23 年法律第 205 号）の規定に基づき策定するものである。

２　計画策定の背景

（１）計画本体について

○平成 30 年４月に策定した第７次石川県医療計画の計画期間は、平成 30 年度から令和５年度までとなっている。このため、令和６年度以降の計画として、新たに「第８次石川県医療計画」を策定するものである。

○第７次計画策定後も、少子高齢化の進展や社会構造の多様化・複雑化等に伴う患者の疾病構造の変化、医学・医術の進歩による医療の高度化・専門化、さらにはＩＣＴ技術の発達による情報社会の高度化等、医療を取り巻く環境の変化は続いている。
このような状況を踏まえ、より一層県民のニーズに即した医療サービスを積極的に推進していくため、医療計画の見直しを行い、新たに「第８次石川県医療計画」を策定するものである。

（２）令和６年能登半島地震を受けて

○能登北部医療圏においては、人口減少や高齢化が進んでおり、各自治体に設置された４つの公立病院では、医師・看護師などの医療従事者の確保の難化、患者の減少による収入の減など数多くの課題を抱えていた。また、一般的な入院医療は圏域内で対応できていたが、脳卒中や急性心筋梗塞など緊急対応が必要な場合は、隣接する能登中部医療圏など、圏域外に速やかに救急搬送する体制となっていた。

○このような厳しい状況下において、将来に亘り安定的な病院運営を継続するため、４病院の再編を含む今後の在り方について「検討を開始すべき」との機運が高まり、昨年１２月末、奥能登４市町の首長より、県に対し、４病院を統合した新病院の建設などの要望が出される動きもあったところである。

○こうした中、令和６年１月１日、元日の石川県を襲った「令和６年能登半島地震」は、最大震度７、死者 281 人（災害関連死を含む。令和６年７月１日現在）、行方不明者３人、建物の全・半壊 24,880 棟と、本県がこれまで経験したことのない未曽有の大災害であった。

○医療への被害も想像を絶するものであり、能登地域を中心に、多くの医療施設が施設・設備に深刻な被害を受け、また当地の医療従事者の多くも被災される中、各医療機関は傷病人を懸命に受け入れ、治療を行った。また、断水等の影響で医療提供の継続が困難となった医療施設からは、ＤＭＡＴ（災害派遣医療チーム）や自衛隊など数多くの方々のご支援により患者の転院搬送を行い、県内はもとより、県外の医療機関にも数多くの患者を受入れていただいた。それらの果敢な活動・関係各所の多大なるご支援・ご協力により、多くの尊い命が救われた。

○第８次石川県医療計画については、令和５年度の早期の段階から改定作業を開始し、石川県医療審議会、石川県医療計画推進委員会、同委員会の下に設けられた１４の専門部会等を経て、発災前の令和５年 12 月にほぼ素案の検討は終わり、令和６年１月にパブリックコメント等を経て、令和５年度末までに計画の改定を終える予定であった。

○しかしながら、１月１日の震災により改定作業は一時見送り、まずは災害からの復旧に全力で取り組むこととなった。想像を絶する困難な状況の中、関係各所の奮闘により災害急性期を何とか脱したが、この間に多くの患者が救急搬送、転院搬送された結果、各医療機関の病床が逼迫する事態となり、搬送以外にも、被災され、避難された住民へ保健医療福祉をどう届けていくか、極めて多くの困難な課題を抱えることとなった。

○被災地域に開設された１次避難所をはじめ、県内外の医療施設や福祉施設、いしかわ総合スポーツセンター等に県が開設した 1.5 次避難所、能登からの避難者を受け入れ

るため金沢以南の市町が開設した避難所、宿泊施設に開設した避難所、賃貸住宅などのみなし仮設住宅、そして自宅などに留まられた住民など、多くの住民が極めて広域に分散して避難する状況となり、マンパワーが限られる中、住民への保健医療福祉の提供は困難を極めた。

○県内行政のみならず、政府、他の都道府県をはじめ全国から支援に駆け付けてくださった自治体の皆様、全国の職能団体・ボランティア団体の皆様、民間施設の皆様など、数多くの方々のご支援を受けながら、一人でも多くの命を救い、そして復旧・復興の足掛かりを掴むため、保健医療福祉の提供に奔走する日々であった。

○被災した医療機関においては、石川中央医療圏以南や県外の医療機関への転院搬送を進めたことにより入院患者が減少し、医療提供の負荷は低減したものの、発災から数か月は施設・設備の復旧が大きな課題であった。医療従事者の大半が被災者であり、自宅を失い、避難所や院内の空き病室で寝泊まりしながら勤務を続けられる方も多くおられた。そのような困難な状況の中でも、まず外来診療から少しずつ再開させ、水道が仮復旧した後は稼働病床数を徐々に増加させていった。令和６年７月時点では、施設・設備の仮復旧はほぼ終え、医療提供体制も回復に向かっているところである。

○前述のとおり、今回の震災により、未だ数多くの住民が広域に避難されているが、インフラの更なる復旧、応急仮設住宅の建設や公費解体の進展、保健医療福祉や教育、産業など生活基盤の復旧・復興を加速化させ、住民の能登への帰還を進めて行くことが重要である。

○一方で、能登北部医療圏の人口減少は、震災により加速化されたとも言われている。国・県・市町が一丸となり、あらゆる手を尽くして、能登の人口減少に歯止めをかけるべく不断の努力を続けることは言うまでもない。

○上記のような取り組みの中で、４つの公立病院の復旧・復興の更なる進展を図るため、また今後の在り方を検討していくため、本県は「奥能登公立４病院機能強化検討会」を立ち上げることとした。検討会においては、まず第１段階として、奥能登公立４病院だけではなく、能登地域全体の医療の復旧・復興を果たして行くための各種施策の検討と実施、そして第２段階として、公立４病院の再編を含めた将来の在り方の検討を進めて行くこととしている。

○この第８次石川県医療計画では、震災により生じた変化や課題、それに対する対応などの記載はいったん見送り、計画の中間年である令和８年度を目途に計画の見直しを行うこととしているが、能登北部医療圏に能登中部医療圏を加えた「能登の医療の復旧・復興」に向けては、その歩みを止めることなく、前述の検討会を中心に検討・対応を不断に進めていく。検討の過程で様々な困難な課題が生じ、時には大きな壁が立ちはだかることも想定されるが、関係の皆様方の叡智を結集し、一つ一つ丁寧に乗り越えながら、能登の医療の未来を形作っていくこととしたい。

３　計画の性格

この計画は、次の性格を有する。

（１）医療法に基づく計画

医療法の規定に基づく医療を提供する体制の確保に関する計画（医療計画）である。

（２）石川県における医療に関する総合計画

①県が行う医療に関する施策の基本方針を示すものである。

②市町、関係機関・団体等に対しては、その計画的な運営・活動の指針となることを期待するものである。

③県民及び関係者に対しては、この計画に沿って医療に対する活発な活動が自主的に展開されることを期待するものである。

（３）他の計画との関係

①石川県成長戦略の医療に関する分野別計画である。

②「医療費適正化計画」（高齢者の医療の確保に関する法律に基づく計画）、「医師確保計画」、「外来医療計画」（医療法に基づく計画）、「がん対策推進計画」（がん対策基本法に基づく計画）、「循環器病対策推進計画」（健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法に基づく計画）、「アレルギー疾患対策推進計画」（アレルギー疾患対策基本法に基づく計画）、を含む計画である。

③また、「いしかわエンゼルプラン 2020」、「いしかわ健康フロンティア戦略 2024」「石川県長寿社会プラン 2024」、「いしかわ障害者プラン 2024」、「石川県感染症予防計画」等の関連諸計画と整合性を図って策定した計画である。

④なお、本県は、県民の健康増進を効果的に推進する健康分野の総合計画として「いしかわ健康フロンティア戦略 2024」を策定していることから、本計画は同戦略との重複を避けるため、主として医療分野に特化した計画である。

４　計画の期間

この計画の期間は、令和６年度から６年間とする。

ただし、前述のとおり、令和６年能登半島地震の影響を踏まえた対応、その他必要な事項については、計画の中間年である令和８年度を目途に計画の見直しを行う。

また、医療制度の変化や社会情勢の変化等に対応するため、必要に応じて計画の見直しを行う。

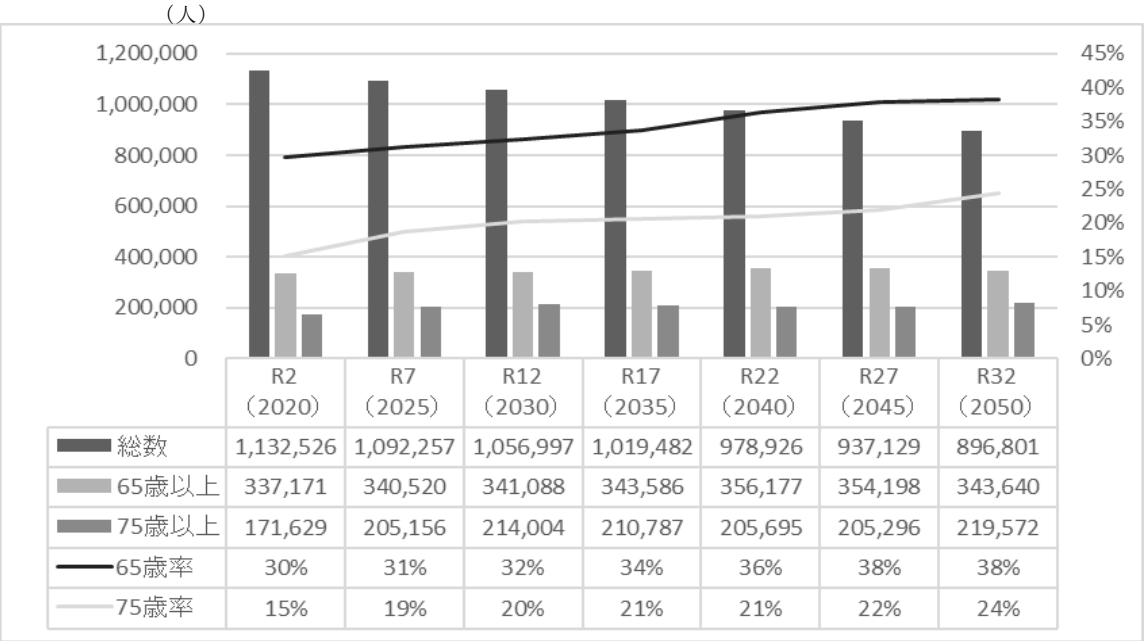
第２章　地域の概況

１　人口

（１）総人口及び年齢別人口

○令和４年 10 月１日現在の本県の人口は 1,117,827 人となっている。

○将来人口推計では、総人口の減少が予測され、団塊の世代の方が全て 80 歳以上となる令和 12 年（2030 年）には約 105 万７千人になると見込まれている。また、同年には、65 歳以上の人口は約 34 万１千人、75 歳以上の人口は、約 21 万４千人に、65 歳以上と 75 歳以上の人口の割合は、それぞれ 32%、20%となる見込みとなっている。



	R2（2020）	R7（2025）	R12（2030）	R17（2035）	R22（2040）	R27（2045）	R32（2050）
総数	1,132,526	1,092,257	1,056,997	1,019,482	978,926	937,129	896,801
65歳以上	337,171	340,520	341,088	343,586	356,177	354,198	343,640
75歳以上	171,629	205,156	214,004	210,787	205,695	205,296	219,572
65歳率	30%	31%	32%	34%	36%	38%	38%
75歳率	15%	19%	20%	21%	21%	22%	24%

資料：「日本の地域別将来人口推計」（国立社会保障・人口問題研究所(R5.12)）

（２）地域別人口構造

○地域別に人口構造をみると、加賀地区より能登地区で高齢化がより一層進んでおり、特に能登北部医療圏では老年人口の割合が50.3%と高く、石川中央医療圏（27.1%）の２倍近くとなっている。

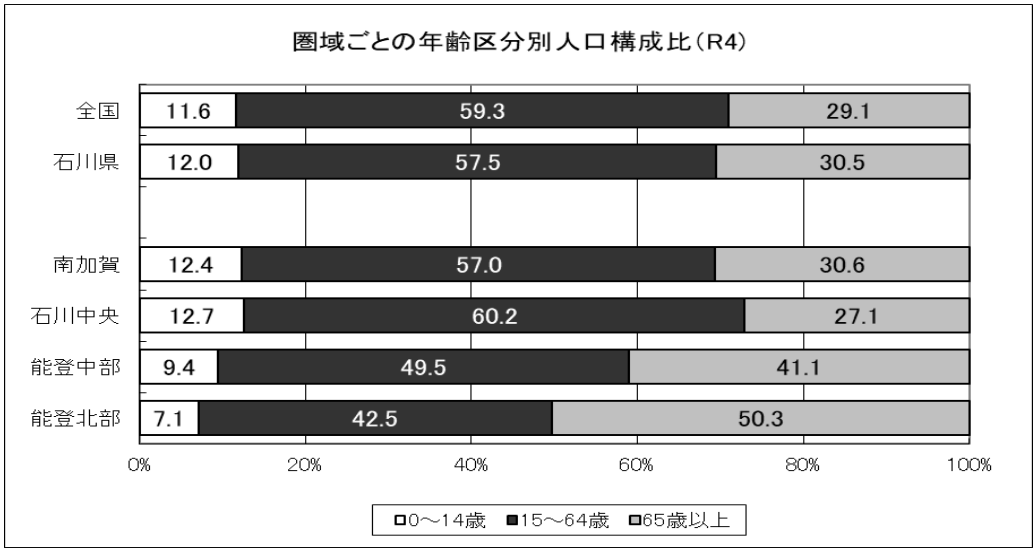
表　圏域・年齢区分別人口（R4）

（単位：人、％）

区分 / 圏域	総数		0～14歳		15～64歳		65歳以上	
	人口	構成割合	人口	構成割合	人口	構成割合	人口	構成割合
南加賀	220,823	100.0	27,127	12.4	124,759	57.0	67,110	30.6
石川中央	725,842	100.0	89,626	12.7	426,331	60.2	192,204	27.1
能登中部	113,531	100.0	10,618	9.4	55,888	49.5	46,355	41.1
能登北部	57,631	100.0	4,104	7.1	24,421	42.5	28,897	50.3
県全体	1,117,827	100.0	131,475	12.0	631,399	57.5	334,566	30.5

資料：県推計人口（石川県県民交流課統計情報室）

（注）年齢不詳人口があるため、年齢区分別人口の合計は総数と一致しない。



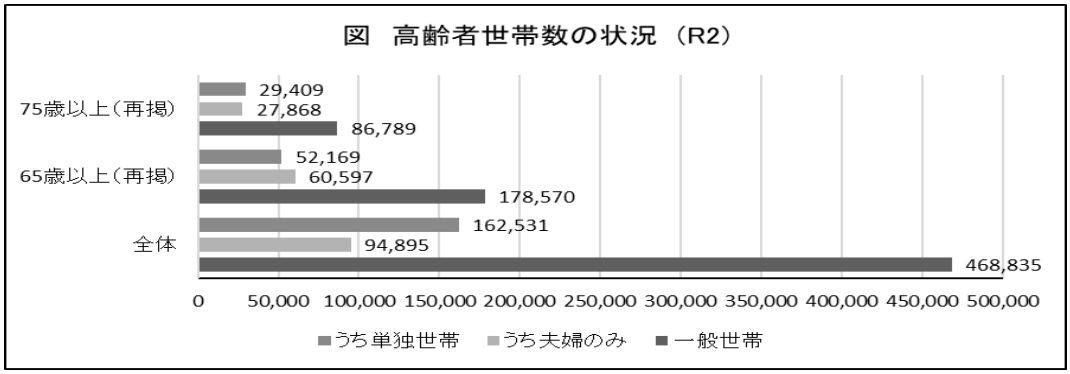
資料：令和4年推計人口（総務省統計局、石川県県民交流課統計情報室）

（３）高齢者世帯

○令和２年における本県の一般世帯（468,835 世帯）のうち世帯主が 65 歳以上の高齢者世帯は 178,570 世帯（38.1％）で、75 歳以上の高齢者世帯は 86,789 世帯（18.5％）となっている。

（注）国勢調査によれば、寮・寄宿舎や病院・療養所、社会施設などに入居している世帯を「施設等の世帯」、これを除いた世帯を「一般世帯」と区分している。

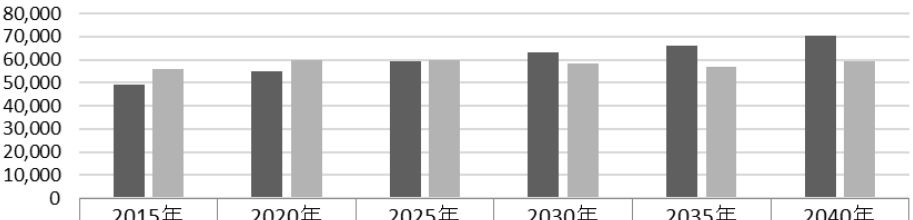
○世帯主が 65 歳以上の高齢者世帯のうち、単独世帯は 52,169 世帯（29.2％）、夫婦のみ世帯は 60,597 世帯（33.9％）となっており、高齢者世帯の約６割が単独世帯又は夫婦のみの世帯となっている。



資料：「令和２年国勢調査」（総務省統計局）

○今後、高齢者の単独世帯数は増加を続ける見込みで、令和 12 年（2030 年）以降は単独世帯数が夫婦のみの世帯数を上回る見込みとなっている。

図　高齢者（65歳以上）の世帯数の推移



	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
■単独世帯	49,190	54,996	59,404	62,975	65,930	70,509
■夫婦のみの世帯	55,779	59,730	59,887	58,466	57,126	59,251

■単独世帯　■夫婦のみの世帯

資料：「地域別将来人口推計」（国立社会保障･人口問題研究所（H25.3））
（注）2015 年（H27）の世帯数は推計のため、前ページとは異なる

２　人口動態

（１）出生

○出生数は、衛生統計年報によれば、昭和48年をピークに年々減少を続け、平成22年には10,000人を下回り、令和4年は7,075人となっている。

○出生率（人口千対）でみると、昭和50年代以降は概ね全国平均並みで推移しており、令和4年は6.4となっている。

○出生率を圏域別でみると、南加賀及び石川中央は県平均より高く、能登中部と能登北部は県平均より低くなっている。

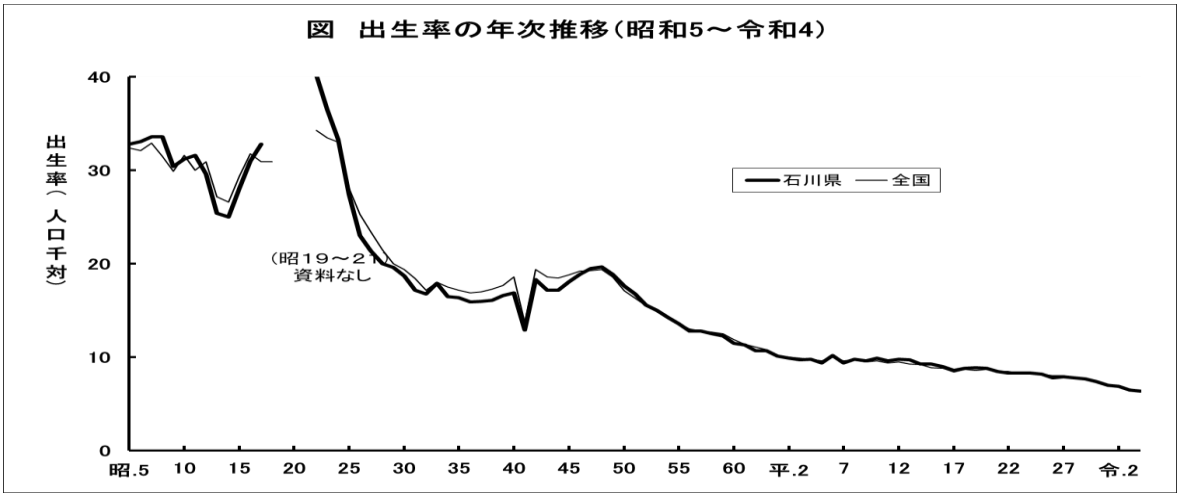
表　人口動態の推移

区分 / 年次		実数（人） 出生	死亡	自然増加	乳児死亡	死産	周産期死亡	指標 出生率 人口千対	死亡率 人口千対	自然増加率 人口千対	乳児死亡率 出生千対	死産率 出産千対	周産期死亡率 出産千対
昭和 40		16,605	8,445	8,160	346	1,165	468	16.9	8.6	8.3	20.8	65.6	28.2
45		18,125	7,776	10,349	237	1,078	352	18.1	7.8	10.4	13.1	56.1	19.4
50		18,817	7,706	11,111	186	901	284	17.6	7.2	10.4	9.9	45.7	15.1
55		15,138	7,681	7,457	125	702	296	13.6	6.9	6.7	8.3	44.3	19.3
60		13,256	7,657	5,599	66	557	173	11.5	6.6	4.9	5.0	40.3	12.9
平成 2		11,535	8,231	3,304	52	507	120	9.9	7.1	2.8	4.5	42.1	10.3
7		11,093	9,174	1,919	56	311	70	9.4	7.8	1.6	5.0	27.3	6.3
12		11,467	9,391	2,076	32	313	68	9.8	8.0	1.8	2.8	26.6	5.9
17		10,049	10,376	−327	30	259	52	8.6	8.9	−0.3	3.0	25.1	5.2
22		9,602	11,607	−2005	30	213	54	8.3	10.0	−1.7	3.1	21.7	5.6
27		9,072	12,280	−3,208	13	188	47	7.9	10.7	−2.8	1.4	20.3	5.2
令和 2		7,712	12,721	−5,009	13	131	29	6.9	11.4	−4.5	1.7	16.7	3.7
令和2年	南加賀	1,542	2,585	−1,043	2	27	4	7.0	11.8	−4.8	1.3	17.2	2.6
令和2年	石川中央	5,407	6,937	−1,530	10	83	21	7.5	9.6	−2.1	1.8	15.1	3.9
令和2年	能登中部	539	1,927	−1,388	1	17	3	4.6	16.5	−11.9	1.9	30.6	5.5
令和2年	能登北部	224	1,272	−1,048	−	4	1	3.7	21.0	−17.3	−	17.5	4.4

資料：「衛生統計年報」（石川県健康福祉部）、「人口動態統計」（厚生労働省）

（注）１　周産期死亡とは、妊娠22週（昭和50年までは28週）以後の死産と生後１週未満の早期新生児死亡を合わせたもの。
　　２　昭和50年までの周産期死亡率は、出生千対である。

図　出生率の年次推移（昭和5～令和4）



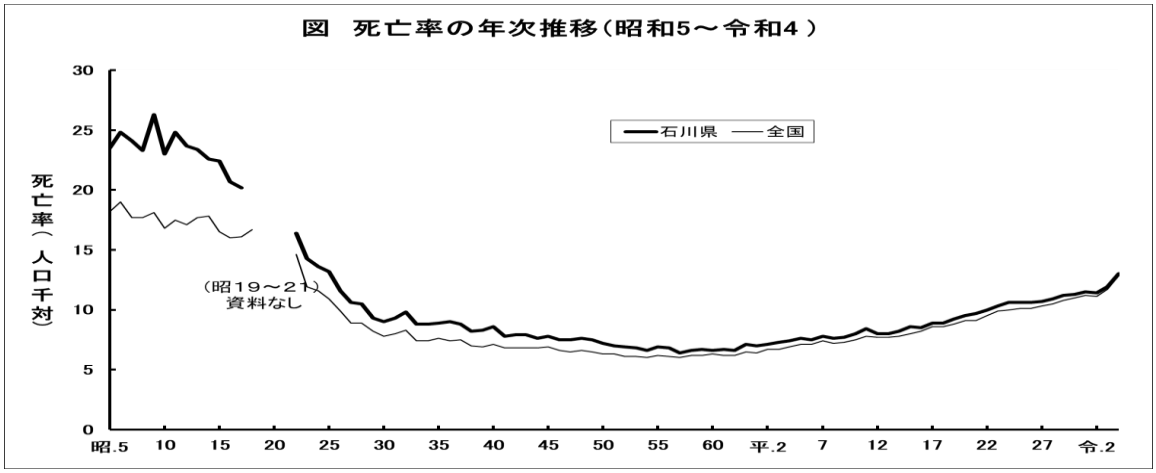
資料：「衛生統計年報」（石川県健康福祉部）

（２）死亡

○死亡数は平成７年頃から9,000人台で推移してきたが、平成15年には10,000人を超え、令和4年は14,316人と、人口の高齢化に伴い増加傾向にある。

○死亡率（人口千対）でみると、戦前から全国平均を上回っており、令和4年では全国平均が12.9であるのに対し、本県は13.0である。

○死亡率を圏域別にみると、老年人口比率に応じて石川中央が最も低く、能登北部が高くなっている。



資料：「衛生統計年報」（石川県健康福祉部）

（３）自然増加

○令和4年の出生数から死亡数を差し引いた自然増加数は-7,241人と減少し、自然増加率（人口千対）は-6.6で全国平均（-6.5）を下回り、平成17年以降はマイナスが続いている。

○自然増加率を圏域別にみても、石川中央、能登北部、能登中部及び南加賀はすべてマイナスである。

（４）乳児死亡

○令和4年の乳児死亡数は13人で、平成30年～令和4年の５年間平均の乳児死亡率（出生千対）では1.6となり、全国平均1.8を下回っている。

（注）乳児死亡とは、生後１年未満の死亡をいう。

（５）周産期死亡

○令和4年の周産期死亡数は29人で、平成24～28年の５年間平均の周産期死亡率（出産千対）では3.6となり、全国平均の3.3を上回っている。

（注）周産期死亡とは、妊娠22週以後の死産と生後１週未満の早期新生児死亡を合わせたものをいう。

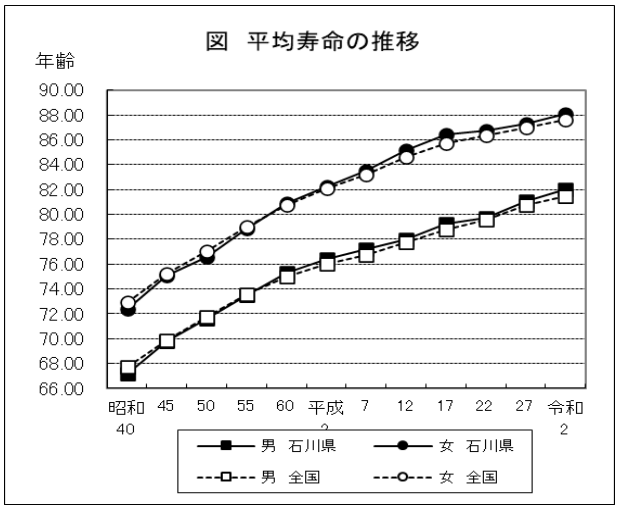
（６）平均寿命

○全国の平均寿命をみると、明治・大正時代は40歳代であり、昭和22年に初めて男女とも50歳を超えた。その後順調に延びて、令和2年には男81.49歳、女87.60歳となっている。

○本県の平均寿命は、昭和45年では男69.77歳、女75.04歳に、昭和60年では男75.28歳、女80.89歳に、令和2年では男82.00歳、女88.11歳となり、全国平均並となっている。

表　平均寿命の推移

区分 / 年次	石川県		全国	
	男	女	男	女
昭和40年	67.14	72.40	67.74	72.92
45年	69.77	75.04	69.84	75.23
50年	71.63	76.58	71.79	77.01
55年	73.48	78.88	73.57	79.00
60年	75.28	80.89	74.95	80.75
平成2年	76.38	82.24	76.04	82.07
7年	77.16	83.54	76.70	83.22
12年	77.96	85.18	77.71	84.62
17年	79.26	86.46	78.79	85.75
22年	79.71	86.75	79.59	86.35
27年	81.04	87.28	80.77	87.01
令和2年	82.00	88.11	81.49	87.60



資料：昭和40年～昭和60年「地域別生命表」（厚生省）
平成 2年～令和 2年「都道府県別生命表」（厚生省・厚生労働省）

３　主要死因の動向

○死因をみると、戦前まで上位を占めていた肺炎、結核などの感染性疾患は、戦後は次第に後退し、悪性新生物(いわゆるがん)、心疾患、脳血管疾患が大部分を占めるようになった。これらの疾患の多くは生活習慣に関連するもの（いわゆる生活習慣病）といわれている。総死亡に占める悪性新生物、心疾患、脳血管疾患による死亡数の割合は、昭和30年には35.1％で、昭和60年には62.1％と30年間にほぼ倍増したが、令和4年には47.3％となっている。

○これらの疾患による死因の順位は、昭和54年まで１位脳血管疾患、２位悪性新生物、３位心疾患であったが、脳血管疾患は昭和40年代中頃から急速に減少し、令和4年は死因の第４位となっている。一方で、悪性新生物や心疾患による死亡が増加し、悪性新生物が死因の第１位、心疾患が第２位となっている。また、戦後後退した肺炎が近年増加傾向にあり、令和4年は死因の第５位となっている。

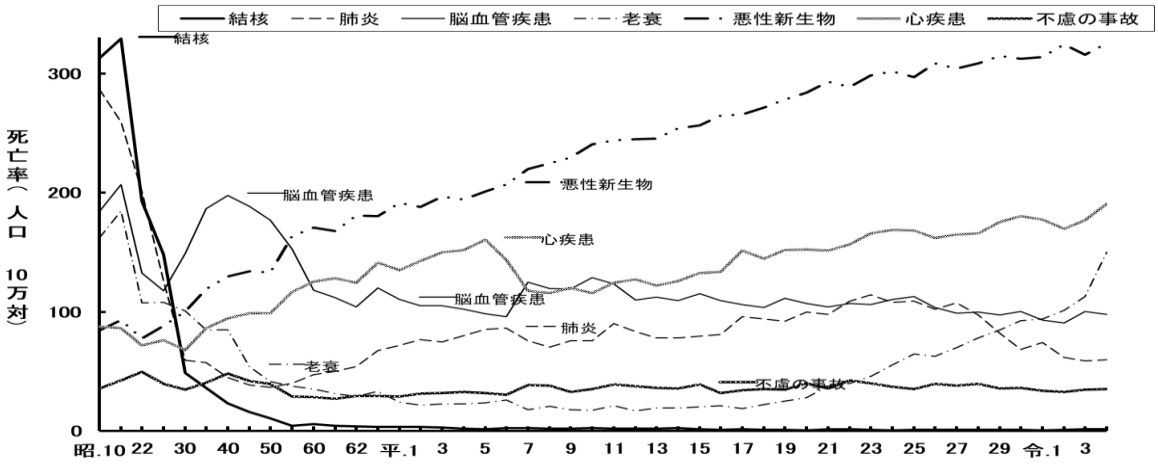
○死因構造は、全国的な傾向と同様で、近年は脳血管疾患が抑えられつつある中で悪性新生物はさらに増加傾向をみせている。

表　主要死因別　死因順位・死亡率（人口 10 万対）

死因順位(R4年)	死　　因	H17年	H22年	H27年	R2年	R4年	28年(参考)
		石川県					全国
第１位	悪性新生物	265.8	288.7	304.3	324.4	325.5	316.1
2	心疾患	151.6	156.7	164.7	169.5	190.5	190.9
3	老衰	19.0	40.1	70.0	101.1	150.1	147.1
4	脳血管疾患	106.1	107.3	98.9	90.7	98.1	88.1
5	肺炎	…	…	…	40.5	59.9	60.7
6	誤嚥性肺炎	34.2	42.3	38.1	33.0	35.3	35.6
7	不慮の事故	2.0	5.0	9.5	21.1	24.3	20.4
8	アルツハイマー病	3.4	7.8	10.9	18.8	23.8	20.0
9	血管性及び詳細不明の認知症	14.8	17.2	17.9	19.2	20.6	25.2
１０	腎不全	7.3	13.1	13.8	16.3	18.0	16.4
１１	大動脈瘤及び解離	265.8	288.7	304.3	324.4	325.5	316.1

資料：「衛生統計年報」（石川県健康福祉部）、「人口動態統計」（厚生労働省）

図　特定死因死亡率の年次推移（石川県）



資料：「衛生統計年報」（石川県健康福祉部）

４　受療の状況

（１）推計患者数、受療率

【推計患者数】

○令和2年患者調査（厚生労働省）では、本県の推計患者数は65,100人（一日あたり）で、県民人口の5.7%にあたる。

○入院－外来別にみると、入院が12,400人、外来が52,700人（うち歯科9,200人）である。

○性別では、男27,600人（推計患者総数の約42.4%）、女37,400人（約57.5%）となっている。

○年齢階級別では、入院患者総数のうち65歳以上の患者は77.4%、外来患者総数のうち65歳以上の患者は51.8%を占めている（年齢不詳は除く）。

○施設の区分別では、入院患者総数のうち病院の患者は98.4%、外来患者総数のうち病院の患者は30.0%、一般診療所の患者は52.6%を占めている。

表　施設の種類・入院－外来・性・年齢階級別推計患者数(R2)

（単位：人）

	総計	入院			外来			
		総数	病院	一般診療所	総数	病院	一般診療所	歯科診療所
総　計	65,100	12,400	12,200	200	52,700	15,800	27,700	9,200
<性別>								
男	27,600	5,600	5,600	100	22,000	7,500	10,500	4,000
女	37,400	6,700	6,600	200	30,700	8,300	17,100	5,300
<年齢別>								
0～ 4歳	1,800	100	100	0	1,700	200	1,300	100
5～ 14歳	2,900	100	100	0	2,800	500	1,800	600
15～24歳	2,400	100	100	0	2,300	500	1,300	500
25～34歳	3,200	300	200	100	2,900	600	1,600	700
35～44歳	4,200	400	400	0	3,800	900	2,200	700
45～54歳	6,200	700	700	0	5,500	1,500	2,700	1,300
55～64歳	7,500	1,100	1,100	0	6,400	2,000	3,100	1,200
65～74歳	14,800	2,500	2,500	0	12,300	4,300	5,700	2,300
75～84歳	13,200	3,400	3,400	0	9,800	3,600	4,900	1,300
85歳以上	8,900	3,700	3,600	100	5,200	1,700	3,100	500
不詳	100	0	0	0	100	0	100	0
65歳以上	36,900	9,600	9,500	100	27,300	9,600	13,600	4,100
75歳以上	22,100	7,100	7,000	100	15,000	5,300	7,900	1,800

資料：「R2患者調査」（厚生労働省）

（注）推計患者数であるため、各区分別推計患者数の合計は総計と一致しない。
患者調査においては、入院及び外来患者について、10月中旬の3日間のうち医療施設ごとに定める1日において、抽出調査を行い、患者数を推計している。

図　石川県の年齢別推計患者数（令和2年）

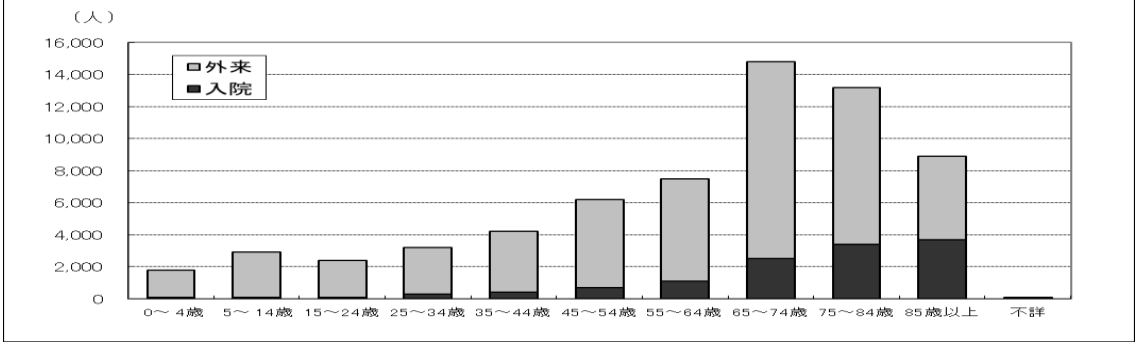


図　石川県の年齢別推計患者数（入院）（令和2年）

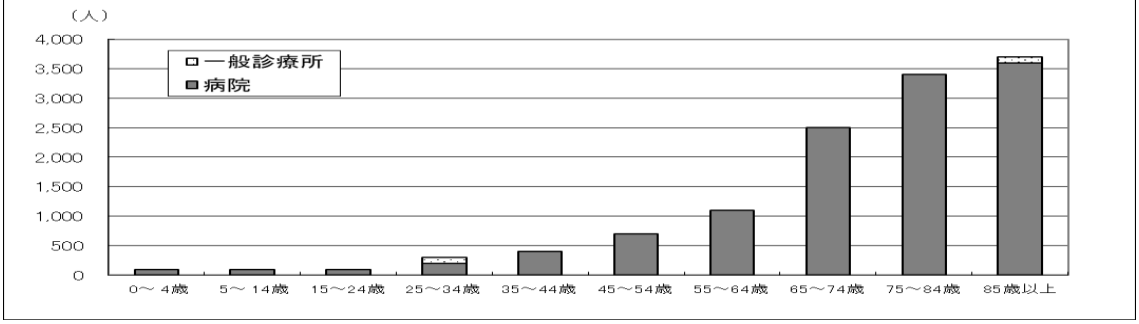
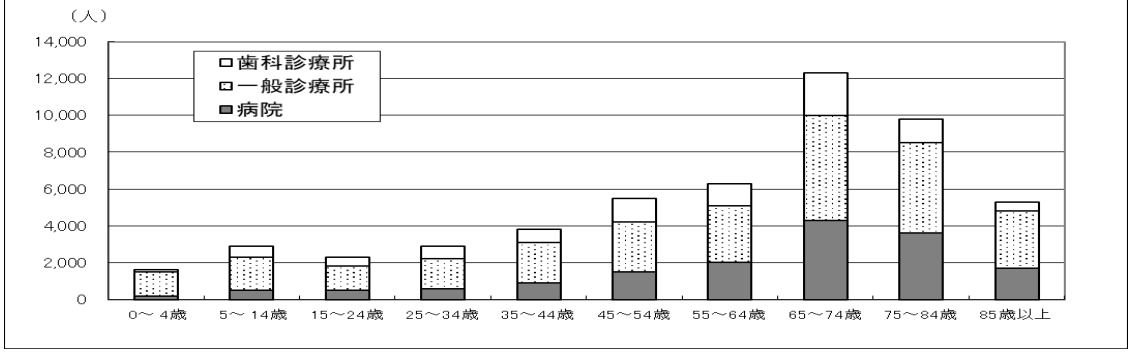


図　石川県の年齢別推計患者数（外来）（令和2年）



資料：「R2患者調査」（厚生労働省）

【受療率】

○令和2年患者調査（厚生労働省）では、本県の受療率（人口10万人に対する患者数）は、入院が1,093（全国960）であり、外来が4,656（全国5,658）となっている。

○性別では、男は入院が1,025、外来が4,007であり、女は入院が1,156、外来が5,268と、入院・外来ともに女が高くなっている。

○年齢階級別にみると、入院では15～24歳が72と最も低く、以後年齢が高くなるにしたがって受療率も上昇傾向にあり、85歳以上では6,199と最も高くなっている。

○外来では15～24歳が1,971と最も低く、以後年齢が高くなるにしたがって受療率も上昇傾向にあり、85歳以上では8,776と最も高くなる。外来の中で、歯科診療所の受療率をみると、総数816であり、男722、女904と女が高くなっている。年齢階級別の受療率をみると、65～74歳が最も高くなっている。

表　入院－外来・性・年齢階級別受療率（人口 10 万対）

	入院				外来				
	全国	石川県			全国	石川県			
	総数	総数	病院	一般診療所	総数	総数	病院	一般診療所	歯科診療所
合　計	960	1,093	1,073	19	5,658	4,656	1,396	2,444	816
〈性別〉									
男	910	1,025	1,016	9	4,971	4,007	1,369	1,916	722
女	1,007	1,156	1,127	29	6,308	5,268	1,421	2,943	904
〈年齢別〉									
0～ 4歳	306	272	256	16	6,505	4,025	536	3,273	216
5～14歳	86	96	96	－	4,046	2,898	472	1,819	607
15～24歳	133	72	72	－	2,253	1,971	420	1,103	448
25～34歳	223	267	197	70	2,872	2,655	522	1,509	624
35～44歳	266	292	278	15	3,336	2,819	674	1,624	522
45～54歳	407	413	411	2	3,999	3,385	927	1,649	809
55～64歳	776	843	840	2	5,596	4,704	1,501	2,286	916
65～74歳	1,385	1,502	1,502	－	8,847	7,430	2,609	3,433	1,387
75歳以上	2,650	3,02	2,990	33	11,665	8,714	3,196	4,334	1,185
65歳以上	2,512	2,836	2,804	33	10,044	8,095	2,839	4,039	1,217
70歳以上	2,899	3,297	3,256	42	10,665	8,465	2,982	4,279	1,204
75歳以上	3,568	4,124	4,060	64	11,166	8,736	3,060	4,622	1,053

資料：「R2患者調査」（厚生労働省）

図　年齢別受療率＜入院＞（人口10万対）

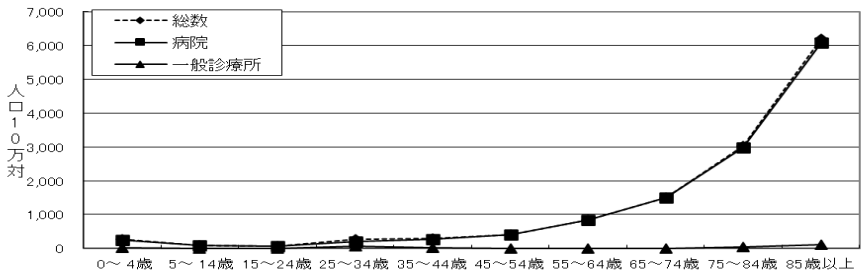
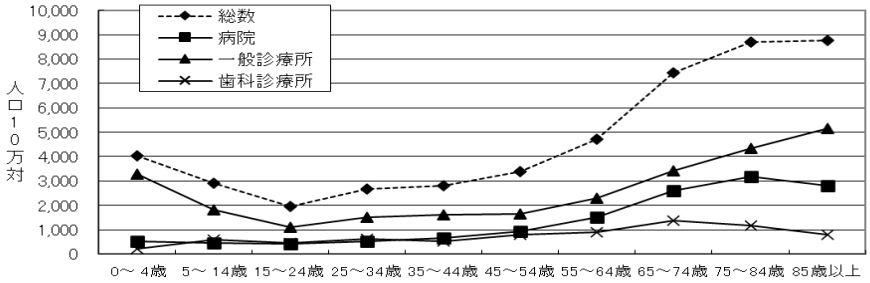


図　年齢別受療率＜外来＞（人口10万対）



資料：「R2患者調査」（厚生労働省）

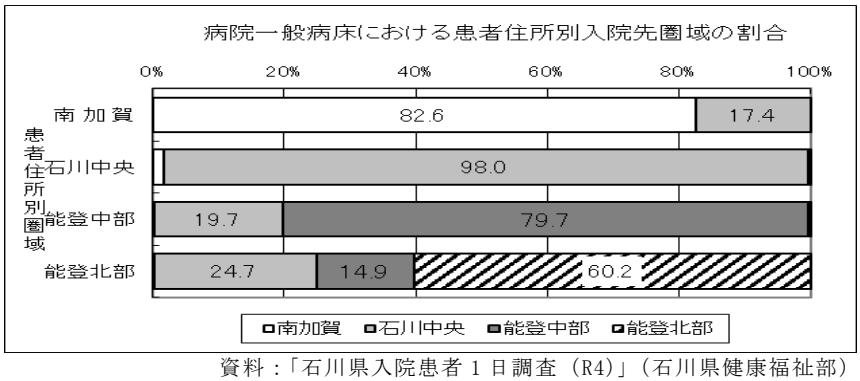
（２）受療動向

○地元受診率(患者がそれぞれの住所地と同じ圏域内の医療施設で受療している割合)を病院の一般病床への入院患者について圏域別にみると、南加賀は82.6%、石川中央は98.0%、能登中部は79.7%、能登北部は60.2%となっている。病院の療養病床では、南加賀は88.9%、石川中央は98.8%、能登中部は32.3%、能登北部は36.6%となっている。

表　病院の一般病床入院患者の受療動向
＜患者の住所地からみた構成割合＞　（単位：%）

施設所在地 患者の住所地	総　数	南加賀	石川中央	能登中部	能登北部
総　数	100.0	20.9	61.4	12.6	5.1
南加賀	100.0	82.6	17.4	0.0	0.0
石川中央	100.0	1.7	98.0	0.3	0.1
能登中部	100.0	0.2	19.7	79.7	0.4
能登北部	100.0	0.2	24.7	14.9	60.2

資料：「石川県入院患者1日調査（R4)」(石川県健康福祉部)

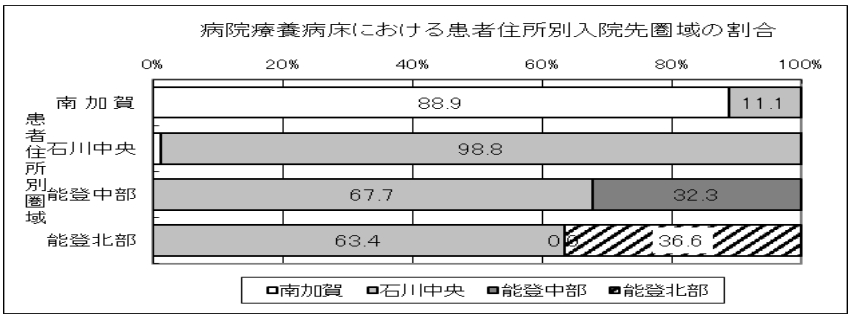


資料：「石川県入院患者１日調査（R4)」(石川県健康福祉部)

表　病院の療養病床入院患者の受療動向
＜患者の住所地からみた構成割合＞　（単位：%）

施設所在地 患者の住所地	総　数	南加賀	石川中央	能登中部	能登北部
総　数	100.0	11.5	84.2	3.2	1.1
南加賀	100.0	88.9	11.1	0.0	0.0
石川中央	100.0	1.2	98.8	0.1	0.0
能登中部	100.0	0.0	67.7	32.3	0.0
能登北部	100.0	0.0	63.4	0.0	36.6

資料：「石川県入院患者1日調査（R4)」(石川県健康福祉部)



資料：「石川県入院患者１日調査（R4)」(石川県健康福祉部)

（３）傷病の状況

【傷病分類別推計患者数】

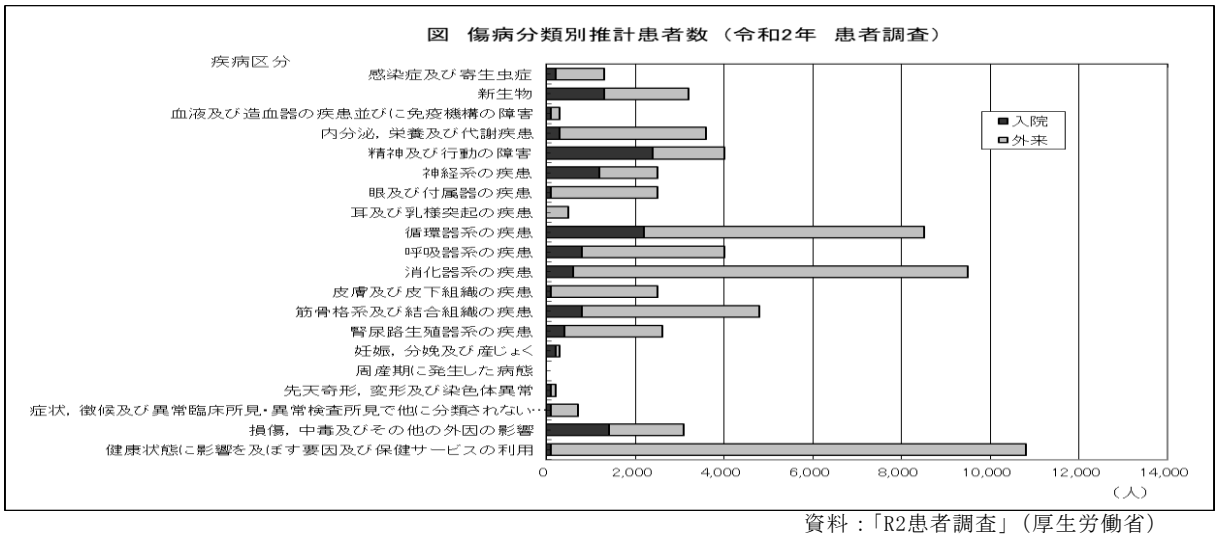
○令和2年患者調査（厚生労働省）によると、本県の傷病分類別の推計患者数は、1位 消化器系の疾患が9,500人（患者総数の14.6%）と最も多く、2位 循環器系の疾患8,500人（同13.1%）、3位　筋骨格系及び結合組織の疾患4,800人（同7.4%）の順となっている。

○入院―外来別にみると、入院では１位 精神及び行動の障害2,400人（入院患者総数の19.4%）、２位 循環器系の疾患2,200人（同17.7%）、３位 損傷、中毒及びその他の外因の影響1,400人（同11.3%）であり、外来では１位 消化器系の疾患8,900人（外来患者総数の16.9%）、２位 循環器系の疾患6,300人（同12.0%）、３位 筋骨格及び結合組織の疾患の疾患4,000人（同7.6%）となっている。

表　入院－外来・傷病分類別推計患者数と構成割合（R2）

		推計患者数（人）			構成割合（%）		
		総数	入院	外来	総数	入院	外来
	総　　数	65,100	12,400	52,700	100.0	100.0	100.0
Ⅰ	感染症及び寄生虫症	1,300	200	1,100	2.0	1.6	2.1
Ⅱ	新生物	3,200	1,300	1,900	4.9	10.5	3.6
Ⅲ	血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	300	100	200	0.5	0.8	0.4
Ⅳ	内分泌，栄養及び代謝疾患	3,600	300	3,300	5.5	2.4	6.3
Ⅴ	精神及び行動の障害	4,000	2,400	1,600	6.1	19.4	3.0
Ⅵ	神経系の疾患	2,500	1,200	1,300	3.8	9.7	2.5
Ⅶ	眼及び付属器の疾患	2,500	100	2,400	3.8	0.8	4.6
Ⅷ	耳及び乳様突起の疾患	500	0	500	0.8	0.0	0.9
Ⅸ	循環器系の疾患	8,500	2,200	6,300	13.1	17.7	12.0
Ⅹ	呼吸器系の疾患	4,000	800	3,200	6.1	6.5	6.1
ⅩⅠ	消化器系の疾患	9,500	600	8,900	14.6	4.8	16.9
ⅩⅡ	皮膚及び皮下組織の疾患	2,500	100	2,400	3.8	0.8	4.6
ⅩⅢ	筋骨格系及び結合組織の疾患	4,800	800	4,000	7.4	6.5	7.6
ⅩⅣ	腎尿路生殖器系の疾患	2,600	400	2,200	4.0	3.2	4.2
ⅩⅤ	妊娠，分娩及び産じょく	300	200	100	0.5	1.6	0.2
ⅩⅥ	周産期に発生した病態	0	0	0	0.0	0.0	0.0
ⅩⅦ	先天奇形，変形及び染色体異常	200	100	100	0.3	0.8	0.2
ⅩⅧ	症状，徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	700	100	600	1.1	0.8	1.1
ⅩⅨ	損傷，中毒及びその他の外因の影響	3,100	1,400	1,700	4.8	11.3	3.2
ⅩⅩⅠ	健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用	10,800	100	10,700	16.6	0.8	20.3

資料：「R2患者調査」（厚生労働省）
（注）傷病分類は、主たる受診理由による。



資料：「R2患者調査」（厚生労働省）

【傷病分類別受療率】

○令和2年患者調査（厚生労働省）によると、本県の傷病分類別の入院受療率は精神及び行動の障害212が最も高く、次いで循環器系の疾患194、損傷、中毒及びその他の外因の影響125の順となっている。全国の傷病分類別の入院受療率と比較すると、精神及び行動の障害（全国188)、循環器系の疾患（全国157)、損傷、中毒及びその他の外因の影響（全国107）と本県の方がいずれも高い傾向にある。

○傷病分類別の外来受療率では、消化器系の疾患783が最も高く、次いで循環器系の疾患561、筋骨格系及び結合組織の疾患355の順となっており、全国との比較では、いずれも本県の方が低い傾向にある。

表　入院－外来・傷病分類別受療率（人口 10 万対）　（R2）

	入院				外来				
	全国	石川県			全国	石川県			
	総数	総数	病院	一般診療所	総数	総数	病院	一般診療所	歯科診療所
総　　数	960	1,093	1,073	19	5,658	4,656	1,396	2,444	816
Ⅰ　感染症及び寄生虫症	13	15	15	－	103	98	19	79	・
Ⅱ　新生物	100	115	114	1	196	172	150	22	・
Ⅲ　血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	4	5	5	1	14	15	7	8	・
Ⅳ　内分泌，栄養及び代謝疾患	24	26	26	0	343	293	106	187	・
Ⅴ　精神及び行動の障害	188	212	212	－	211	142	94	49	・
Ⅵ　神経系の疾患	100	105	100	4	131	115	54	61	・
Ⅶ　眼及び付属器の疾患	8	9	9	－	237	214	48	166	・
Ⅷ　耳及び乳様突起の疾患	2	1	1	－	76	42	9	33	・
Ⅸ　循環器系の疾患	157	194	192	2	652	561	175	385	・
Ⅹ　呼吸器系の疾患	59	73	73	1	371	282	45	237	・
ⅩⅠ　消化器系の疾患	48	56	56	－	1,007	783	84	87	612
ⅩⅡ　皮膚及び皮下組織の疾患	9	8	8	－	247	213	42	170	・
ⅩⅢ　筋骨格系及び結合組織の疾患	59	70	70	－	718	355	203	152	・
ⅩⅣ　腎尿路生殖器系の疾患	41	35	35	－	241	196	118	78	・
ⅩⅤ　妊娠，分娩及び産じょく	11	14	6	8	10	10	2	8	・
ⅩⅥ　周産期に発生した病態	5	4	4	0	3	1	1	0	・
ⅩⅦ　先天奇形，変形及び染色体異常	4	5	5	－	11	9	8	1	・
ⅩⅧ　症状，徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	10	13	12	1	59	57	32	25	・
ⅩⅨ　損傷，中毒及びその他の外因の影響	107	125	124	1	229	147	87	58	2
ⅩⅩⅠ　健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用	8	6	5	1	794	949	110	637	202

資料：「R2患者調査」（厚生労働省）

（注1）傷病分類は、主たる受診理由による。

5　医療提供施設等の状況

（１）病院

【施設数】

○令和4年医療施設調査（厚生労働省）によると、本県の病院数は91施設（令和4年10月1日現在）で、人口10万人あたりの施設数は8.1施設であり、全国平均6.5施設を上回っている。

○病院総数のうち13施設が精神科病院であり、一般病院は78施設である。

○病院数を圏域別にみると、南加賀18施設、石川中央58施設、能登中部10施設、能登北部5施設となっている。

○主な診療科目（重複計上）は、内科81施設（病院総数の89.0%）が最も多く、次いでリハビリテーション科、整形外科、外科の順となっている。

○高度医療の提供、開発、研修を行う特定機能病院は、県内では、金沢大学附属病院、金沢医科大学病院の２病院がある。

【病床数】

○令和4年医療施設調査（厚生労働省）によると、本県の許可病床数は16,553床で、人口10万人対の病床数は1,480.6床であり、減少傾向にあるものの、全国平均の1,194.9床を大きく上回っている。

表　病院の施設及び病床数の年次推移（石川県、実数）

区分			実　数						
年次			施設数	病　床　数　（床）					
				総　数	精　神	感染症	結　核	療　養	一　般
平成 29			94	17,905	3,749	18	92	4,140	9,906
30			94	17,785	3,726	18	82	4,044	9,915
令和元			94	17,410	3,698	20	82	3,783	9,827
2			91	16,795	3,691	20	82	3,268	9,734
3			91	16,710	3,668	20	82	3,168	9,772
4			91	16,553	3,598	20	82	3,066	9,787
圏域別	令和4年	南加賀	18	2,570	585	4	10	411	1,560
		石川中央	58	11,757	2,783	8	25	2,495	6,446
		能登中部	10	1,628	230	4	40	76	1,278
		能登北部	5	598	－	4	7	84	503

資料：「医療施設調査」（厚生労働省）

表　病院の施設及び病床数の年次推移（石川県、人口 10 万対）

区分			人　口　10　万　対（石川県）						
年次			施設数	病　床　数　（床）					
				総　数	精　神	感染症	結　核	療　養	一　般
平成 29			8.2	1,561.0	326.9	1.6	8.0	360.9	863.6
30			8.2	1,556.0	326.0	1.6	7.2	353.8	867.5
令和元			8.3	1,529.9	325.0	1.8	7.2	332.4	863.5
2			8.0	1,483.0	325.9	1.8	7.2	288.6	859.5
3			8.1	1,485.3	326.0	1.8	7.3	281.6	868.6
4			8.1	1,480.6	321.8	1.8	7.3	274.2	875.4
圏域別	令和4年	南加賀	8.2	1,163.8	264.9	1.8	4.5	186.1	706.4
		石川中央	8.0	1,619.8	383.4	1.1	3.4	343.7	888.1
		能登中部	8.8	1,434.0	202.6	3.5	35.2	66.9	1,125.7
		能登北部	8.7	1,037.6	－	6.9	12.1	145.8	872.8

資料：「医療施設調査」（厚生労働省）

表　病院の施設及び病床数の年次推移（全国、人口 10 万対）

区分		人　口　10　万　対（全　国）						
年次	施設数	病　床　数　（床）					
		総　数	精　神	感染症	結　核	療　養	一　般
平成 29	6.6	1,227.2	261.8	1.5	4.1	256.7	703.1
30	6.6	1,223.1	260.7	1.5	3.8	252.7	704.4
令和元	6.6	1,212.1	258.9	1.5	3.5	244.5	703.7
2	6.5	1,195.1	257.2	1.5	3.3	229.2	703.9
3	6.5	1,195.2	257.8	1.5	3.1	226.8	706.0
4	6.5	1,194.9	257.6	1.5	3.1	223.0	709.6

資料：「医療施設調査」（厚生労働省）

図　病院数の年次推移（人口10万対）

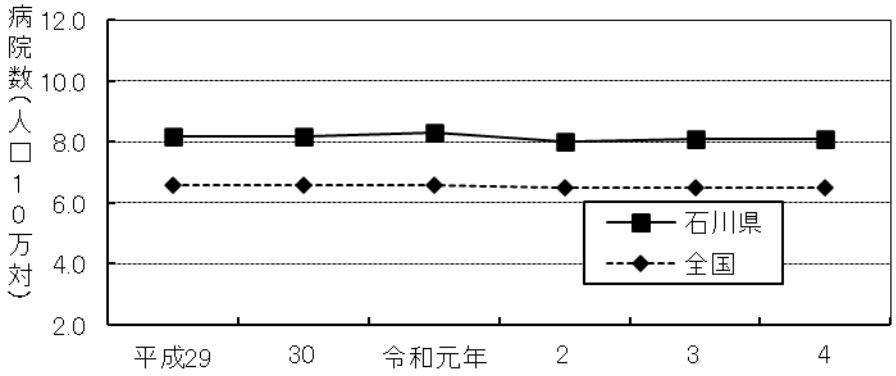


図　病院の病床数の年次推移（人口10万対）　石川県

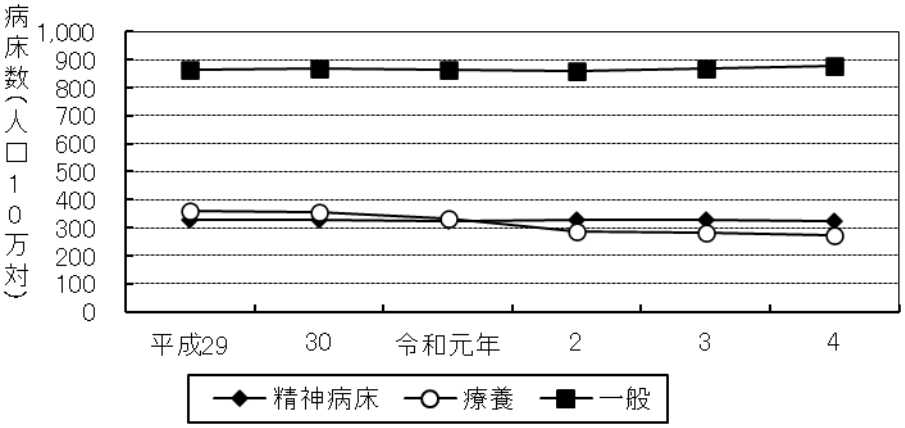
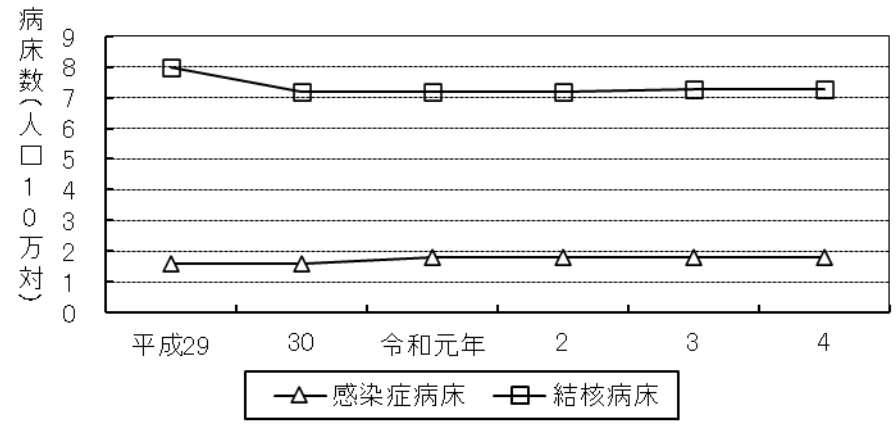


図　病院の病床数の年次推移（人口10万対）　石川県



資料：「医療施設調査」（厚生労働省）

表　病院の主な診療科目別施設数と施設総数に対する割合（重複計上）

(R4.10.1)

病院	全県	
	施設数	割合
病院総数	91	100.0
内科	81	89.0
呼吸器内科	31	34.1
循環器内科	45	49.5
消化器内科	39	42.9
腎臓内科	18	19.8
神経内科	28	30.8
糖尿病内科(代謝内科)	16	17.6
血液内科	8	8.8
皮膚科	38	41.8
アレルギー科	4	4.4
リウマチ科	16	17.6
感染症内科	1	1.1
小児科	36	39.6
精神科	35	38.5
心療内科	8	8.8
外科	51	56.0
呼吸器外科	11	12.1
心臓血管外科	16	17.6
乳腺外科	8	8.8
気管食道外科	1	1.1
消化器外科	20	22.0
泌尿器科	36	39.6
肛門外科	13	14.3
脳神経外科	29	31.9
整形外科	56	61.5
形成外科	13	14.3
美容外科	3	3.3
眼科	32	35.2
耳鼻いんこう科	25	27.5
小児外科	6	6.6
産婦人科	19	20.9
産科	3	3.3
婦人科	10	11.0
リハビリテーション科	62	68.1
放射線科	39	42.9
麻酔科	27	29.7
病理診断科	11	12.1
臨床検査科	1	1.1
救急科	6	6.6
歯科	12	13.2
矯正歯科	1	1.1
小児歯科	1	1.1
歯科口腔外科	11	12.1

資料：「R4 医療施設調査」（厚生労働省）

【病床利用率】

○令和4年病院報告(厚生労働省)によると、本県の一般病床に係る病床利用率は近年では70%台前後で推移しており、令和4年は69.3%（全国69.0%）であった。

○療養病床に係る病床利用率は近年では 85%前後で推移しており、令和 4 年は 81.6%（全国 84.7%）であった。

○精神病床に係る利用率は、近年は85%前後で推移しており、令和4年は83.4%（全国82.3%）であった。

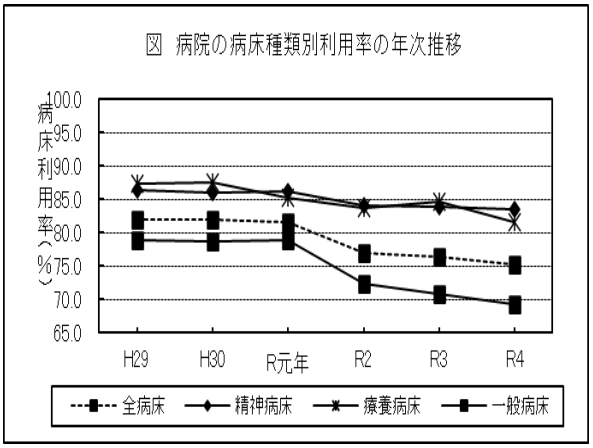
○結核病床に係る利用率は、令和4年には9.6%（全国27.4%）であった。

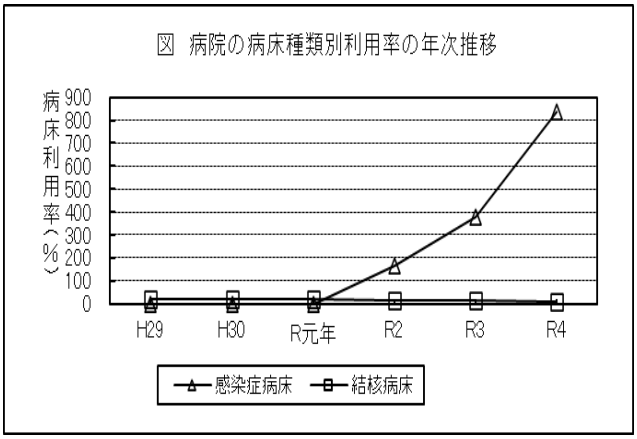
○感染症病床については、新型コロナウイルス感染症が流行した令和２年度以降、病床利用率が高い状況となっている。

表　病院の病床種類別利用率の年次推移

	H29	H30	R 元	R2	R3	R4
全病床	82.0	81.9	81.5	77.0	76.3	75.3
精神病床	86.3	86.0	86.2	84.0	83.8	83.4
感染症病床	－	－	－	168.3	380.5	835.9
結核病床	22.6	18.3	19.0	13.9	12.2	9.6
療養病床	87.3	87.6	85.3	83.6	84.6	81.6
一般病床	78.8	78.7	78.9	72.4	70.8	69.3

資料：「病院報告」（厚生労働省）





資料：「病院報告」（厚生労働省）

【平均在院日数】

○令和4年病院報告（厚生労働省）によると、本県の全病床の平均在院日数は30.2日（全国27.3日）で、平成29年の31.6日と比べ短縮している。圏域別にみると、南加賀が34.4日、石川中央が30.5日、能登中部が26.6日、能登北部が21.3日となっている。

○令和4年の一般病床については17.9日（全国16.2日）で、平成29年の17.8日と比べ大きな変化はない。

○令和4年の精神病床については277.1日（全国276.7日）、療養病床については170.0日（全

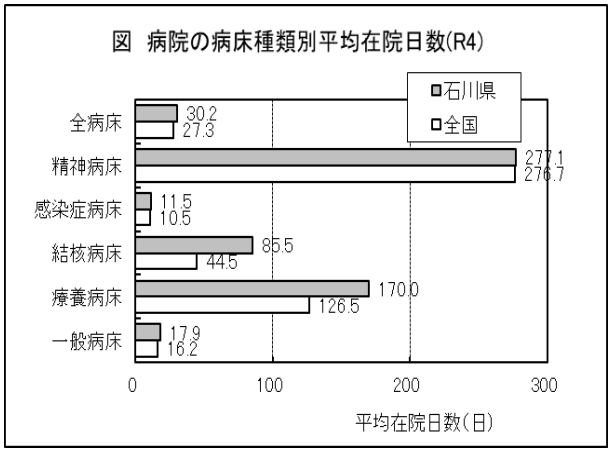
国126.5日)、結核病床については 85.5日（全国44.5日）と長期にわたっている。

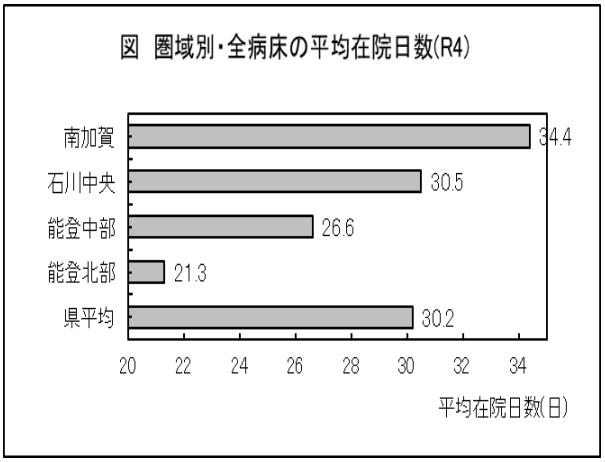
表　病院の病床種類別平均在院日数の年次推移

（単位：日）

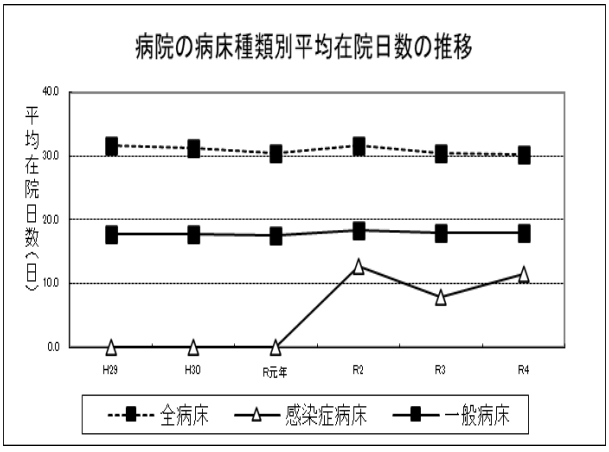
	H29	H30	R 元	R2	R3	R4
全病床	31.6	31.3	30.4	31.7	30.5	30.2
精神病床	264.6	256.3	254.2	274.5	270.3	277.1
感染症病床	－	－	－	12.7	8.0	11.5
結核病床	77.5	75.3	93.3	80.3	74.7	85.5
療養病床	187.8	192.2	195.0	173.5	184.0	170.0
一般病床	17.8	17.7	17.5	18.3	17.9	17.9

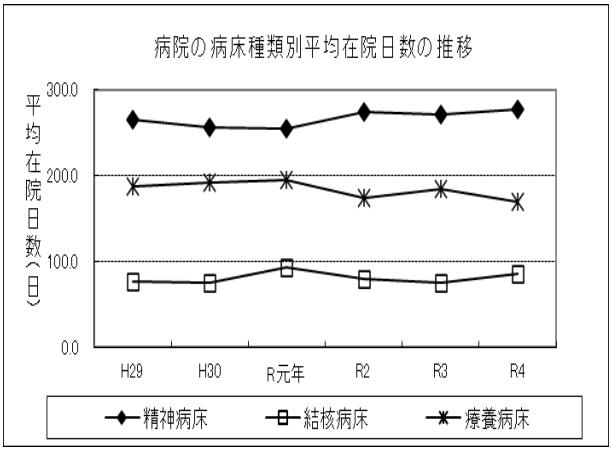
資料：「病院報告」（厚生労働省）





資料：「R4病院報告」（厚生労働省）





資料：「病院報告」（厚生労働省）

（２）一般診療所

○令和4年医療施設調査（厚生労働省）によると、本県の一般診療所数は886施設で、人口10万人対の施設数は79.2施設であり、全国平均の84.2施設を下回っているが、県内ほぼ全圏域にわたって分布している。

○このうち有床診療所は57施設であり、その病床数は782床、人口10万人あたり69.9床となり、全国平均の64.4床を上回っている。

○令和2年度医療施設調査（厚生労働省）によると、主な診療科目（重複計上）は、内科566施設（一般診療所総数の65.1%）が最も多く、次いで消化器内科（胃腸内科）、小児科の順となっている。

表　一般診療所の施設及び病床数の年次推移（石川県、実数）

区分			実数			人口10万対		全国（人口10万対）	
			施設数	(再掲)有床診療所数	病床数	施設数	病床数	施設数	病床数
平成 29			876	68	907	76.4	79.1	80.1	77.6
30			873	66	870	76.4	76.1	80.8	75.0
令和元			872	63	843	76.6	74.1	81.3	72.0
2			869	60	827	76.7	73.0	81.3	68.2
3			884	60	838	78.6	74.5	83.1	66.7
4			886	57	782	79.2	69.9	84.2	64.4
圏域別	令和4年	南加賀	151	14	207	68.4	93.7		
		石川中央	601	37	483	82.8	66.5		
		能登中部	78	5	88	68.7	77.5		
		能登北部	56	1	4	97.2	6.9		

資料：「医療施設調査」（厚生労働省）

図　一般診療所数の年次推移（人口10万対）

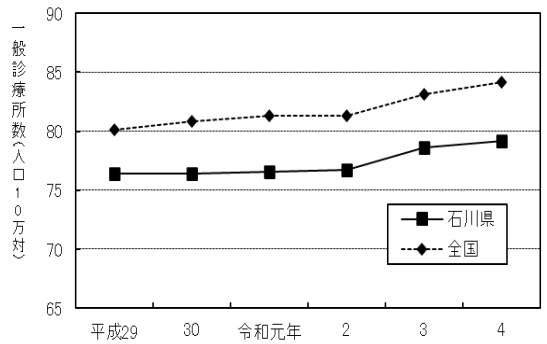
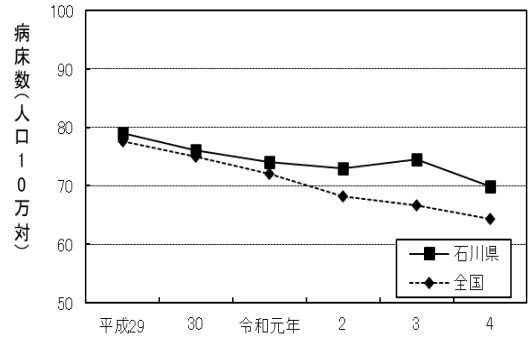


図　一般診療所病床数の年次推移（人口10万対）



資料：「医療施設調査」（厚生労働省）

表　一般診療所の主な診療科目別施設数と施設総数に対する割合（重複計上）(R2.10.1)

一般診療所	全県 施設数	全県 割合
一般診療所総数	869	100.0
内科	566	65.1
呼吸器内科	67	7.7
循環器内科	109	12.5
消化器内科	146	16.8
腎臓内科	17	2.0
神経内科	28	3.2
糖尿病内科(代謝内科)	30	3.5
血液内科	3	0.3
皮膚科	72	8.3
アレルギー科	29	3.3
リウマチ科	32	3.7
感染症内科	4	0.5
小児科	119	13.7
精神科	36	4.1
心療内科	31	3.6
外科	93	10.7
呼吸器外科	1	0.1
心臓血管外科	4	0.5
乳腺外科	2	0.2
気管食道外科	2	0.2
消化器外科	21	2.4

一般診療所	全県 施設数	全県 割合
泌尿器科	22	2.5
肛門外科	33	3.8
脳神経外科	14	1.6
整形外科	101	11.6
形成外科	23	2.6
美容外科	18	2.1
眼科	66	7.6
耳鼻いんこう科	41	4.7
小児外科	4	0.5
産婦人科	29	3.3
産科	3	0.3
婦人科	13	1.5
リハビリテーション科	77	8.9
放射線科	15	1.7
麻酔科	10	1.2
病理診断科	2	0.2
臨床検査科	0	－
救急科	0	－
歯科	11	1.3
矯正歯科	1	0.1
小児歯科	2	0.2
歯科口腔外科	1	0.1

資料：「R2 医療施設調査」（厚生労働省）

（３）歯科診療所

○令和4年医療施設調査（厚生労働省）によると、本県の歯科診療所数は479施設で、人口10万対では42.8施設と全国平均の54.2施設を下回っている。

○令和2年医療施設調査（厚生労働省）によると、主な診療科目（重複計上）は、歯科が474施設（歯科診療所総数の98.5%）となっており、次いで小児歯科258施設（同53.6%）、矯正歯科149施設（同31.0%）となっている。

表　歯科診療所の施設数の年次推移

区分			実　数	人口10万対	全国(人口10万)
平成 29			482	42.0	54.1
30			483	42.3	54.3
令和元			484	42.5	54.3
2			481	42.5	53.8
3			479	42.6	54.1
4			479	42.8	54.2
圏域別	令和4年	南加賀	84	38.0	
		石川中央	311	42.8	
		能登中部	58	51.1	
		能登北部	26	45.1	

資料：「医療施設調査」（厚生労働省）

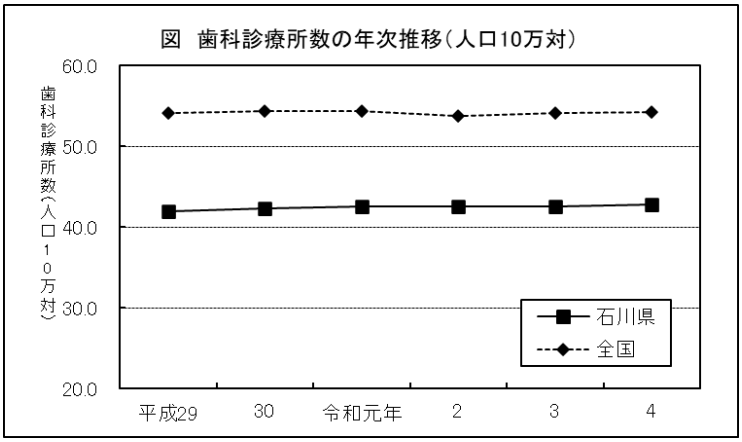


表　歯科診療所の主な診療科目別施設数と施設総数に対する割合（重複計上）

（R2.10.1）

歯科診療所	全県	
	施設数	割合（%）
歯科診療所総数	481	100.0
歯科	474	98.5
矯正歯科	149	31.0
小児歯科	258	53.6
歯科口腔外科	143	29.7

資料：「R2医療施設調査」（厚生労働省）

（４）薬局

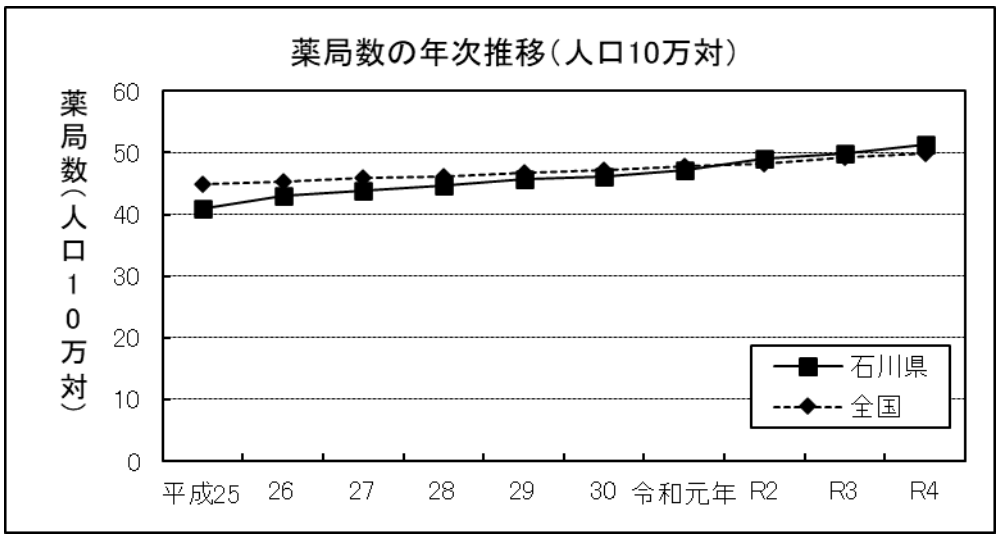
○令和4年度衛生行政報告例（厚生労働省）等によると、本県の薬局数は573施設で、人口10万人対の施設数は51.3施設であり、全国平均（49.9施設）を上回っている。

表　薬局数の年次推移

区分	実　数	人口10万対	全国（人口10万）
平成 25 年度	475	41	44.8
26	497	43	45.4
27	506	43.9	45.9
28	514	44.7	46.2
29	526	45.8	46.7
30	528	46.2	47.1
令和元年度	536	47.1	47.7
2	554	49	48.3
3	562	49.9	49.2
4	573	51.3	49.9

資料：「衛生行政報告例」（厚生労働省）

（注）人口10万対算出のための基礎人口は、各年10月１日現在の都道府県別推計人口（総務省統計局）及び石川県の人口動態（石川県統計情報室）を用いた。（国勢調査の年は、その結果を使用）



（５）訪問看護ステーション

○令和4年介護サービス施設・事業所調査(厚生労働省)によると、本県の訪問看護ステーションの数（休止中を除く）は135施設で、高齢者人口10万人あたり施設数は39.9であり、全国平均の40.9とほぼ同様の数値となっている。

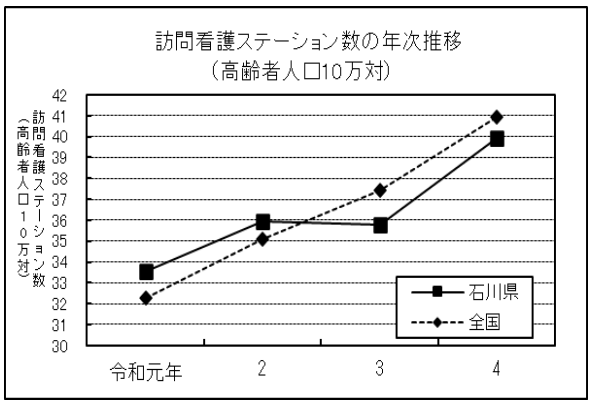
○訪問看護ステーションを利用している実人員数は7,865人で、高齢者人口10万人当たり利用者数は2,326.9人であり、全国平均の2,795.3人を下回っている。

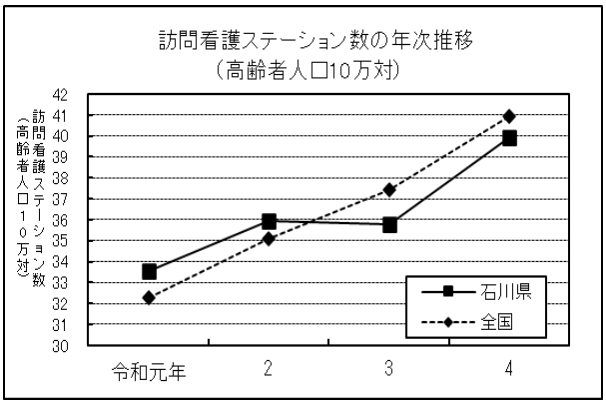
表　訪問看護ステーション数及び利用実人員の年次推移

区分	実　数		高齢者人口10万対		全国（高齢者人口10万対）	
	施設数	利用実人員数	施設数	利用実人員数	施設数	利用実人員数
令和元	113	6,349	33.5	1884.0	32.3	2,128.8
2	120	6,998	36.0	2097.3	35.1	2,400.7
3	121	7,943	35.8	2350.0	37.4	2,608.2
4	135	7,865	39.9	2326.9	40.9	2,795.3

資料：「介護サービス施設・事業所調査」（厚生労働省）

（注）高齢者人口10万対算出のための基礎人口は、各年10月１日現在の都道府県別推計人口（総務省統計局）及び石川県の人口動態（石川県統計情報室）の年齢階層別人口を用いた。（国勢調査の年は、その結果を使用）





資料：「介護サービス施設・事業所調査」（厚生労働省）

（６）介護老人保健施設

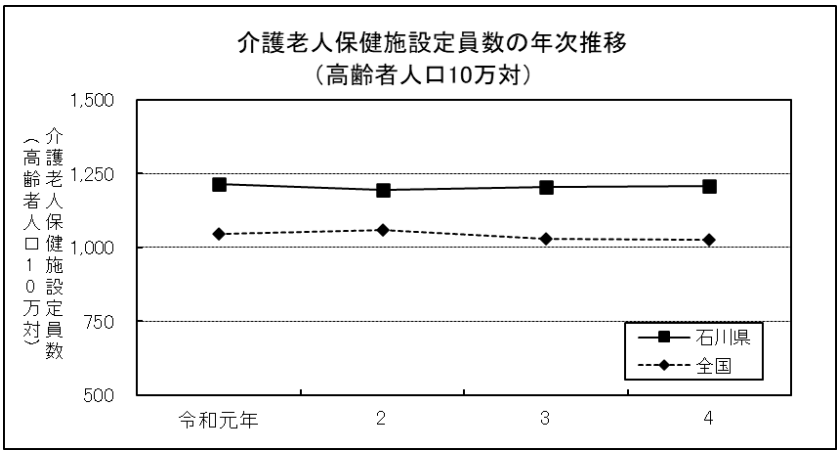
○令和4年介護サービス施設・事業所調査(厚生労働省)によると、本県の介護老人保健施設数は45施設で、高齢者人口10万人対の定員数は1,208.3であり、全国平均の1,025.6を上回っている。

表　介護老人保健施設の施設及び定員数の年次推移

区分	実　数		高齢者人口10万対		全国(高齢者人口10万対)	
	施設数	定員数	施設数	定員数	施設数	定員数
令和元	46	4,093	13.6	1,214.5	12.1	1,044.6
2	45	3,984	13.5	1,194.0	12.2	1,058.4
3	45	4,070	13.3	1,204.1	11.8	1,028.5
4	45	4,084	13.3	1,208.3	11.8	1,025.6

資料：「介護サービス施設・事業所調査」（厚生労働省）

（注）高齢者人口10万対算出のための基礎人口は、各年10月１日現在の都道府県別推計人口（総務省統計局）及び石川県の人口動態（石川県統計情報室）の年齢階層別人口を用いた。(国勢調査の年は、その結果を使用)



（７）助産所

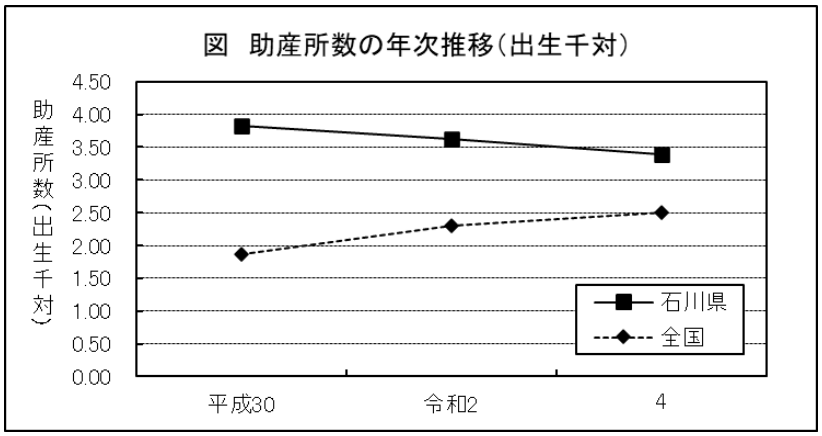
○令和4年度衛生行政報告例(厚生労働省)では、本県の助産所数は24施設で、出生数千人対の施設は3.39施設であり、全国平均の2.50施設を上回っている。

表　助産所数の年次推移

区分	実　数	出生千対	全国（出生千対）
	施設数	施設数	施設数
平成 30	32	3.83	1.86
令和 2	28	3.63	2.31
4	24	3.39	2.50

資料：「衛生行政報告例」（厚生労働省）

（注１）施設数(実数)は助産師業務届による業務に従事する場所の助産所（開設者＋出張のみによる者）数
（注２）出生千対算出のための出生数は、各年の人口動態統計（厚生労働省）による出生数を用いた。



６　医療費適正化の推進

１．現状と課題

（１）医療費に関する状況

○令和３年度の本県の医療費総額（国民医療費の都道府県別医療費）は 4,070 億円となっている。

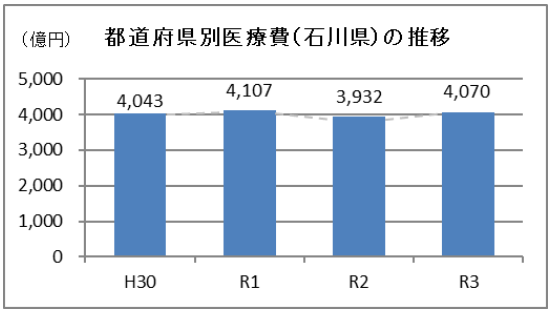
○令和３年度の１人あたり医療費は 361,800 円（全国 26 位）となっており、全国平均（358,800 円）と比べると、高い状況にある。

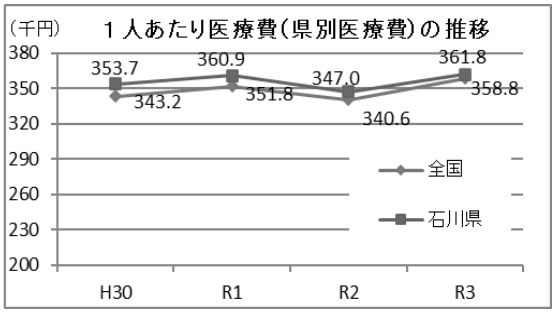
表　医療費の推移

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度
国民医療費（全国）	43兆3,949億円	44兆3,895億円	42兆9,665億円	45兆359億円
１人あたり国民医療費	343,200円	351,800円	340,600円	358,800円
都道府県別医療費（石川県）	4,043億円	4,107億円	3,932億円	4,070億円
１人あたり都道府県別医療費（順位）	353,700円（24位）	360,900円（25位）	347,000円（26位）	361,800円（26位）

資料：「国民医療費（都道府県別医療費）」（厚生労働省）

図　医療費の推移、１人あたり医療費の推移





○令和 3 年度の本県の後期高齢者医療費は 1,675 億円となっている。

○後期高齢者医療費は本県の医療費総額（4,070 億円）の 41.2%を占めており、全国平均（37.9%）と比較して後期高齢者医療費の占める割合が高くなっている。

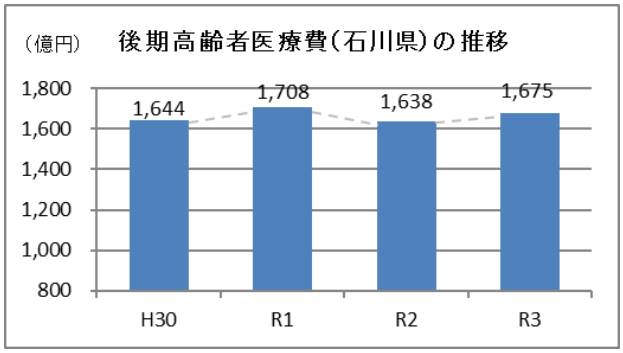
○後期高齢者 1 人あたり医療費をみると、令和 3 年度は 971,667 円（全国 17 位）となっており、全国平均（940,512 円）と比べると、高い状況にある。

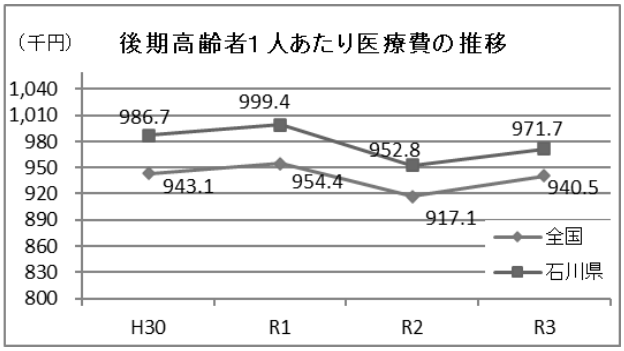
表　後期高齢者医療費の推移

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度
後期高齢者医療費（全国）	16兆4,246億円	17兆562億円	16兆5,681億円	17兆763億円
後期高齢者医療費の割合（%）	37.8%	38.4%	38.6%	37.9%
1人あたり後期高齢者医療費	943,082円	954,369円	917,124円	940,512円
後期高齢者医療費（石川県）	1,644億円	1,708億円	1,638億円	1,675億円
後期高齢者医療費の割合（%）	40.7%	41.6%	41.7%	41.2%
1人あたり後期高齢者医療費（順位）	986,722円（16位）	999,414円（16位）	952,771円（17位）	971,667円（17位）

資料：「後期高齢者医療事業状況報告」（厚生労働省）

図　後期高齢者医療費の推移、後期高齢者1人あたり医療費の推移

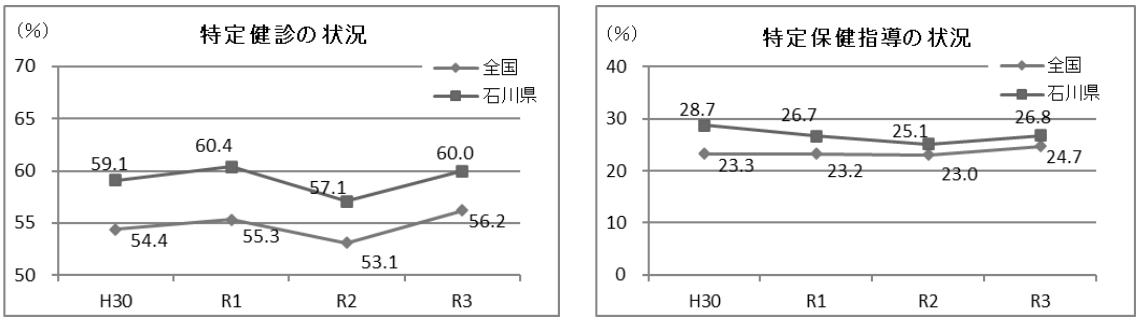




（２）県民の健康の保持に関する状況

○特定健康診査と特定保健指導の実施率をみると、令和 2 年度は新型コロナウイルスの影響で減少しているが、令和 3 年度は特定健康診査の実施率は 60%、特定保健指導の実施率は 26.8%と、いずれも前年度よりも上昇し、全国平均を上回っている。

図　特定健診・特定保健指導の状況　（単位：%）



資料：「特定健康診査・特定保健指導の実施状況に関するデータ」（厚生労働省）

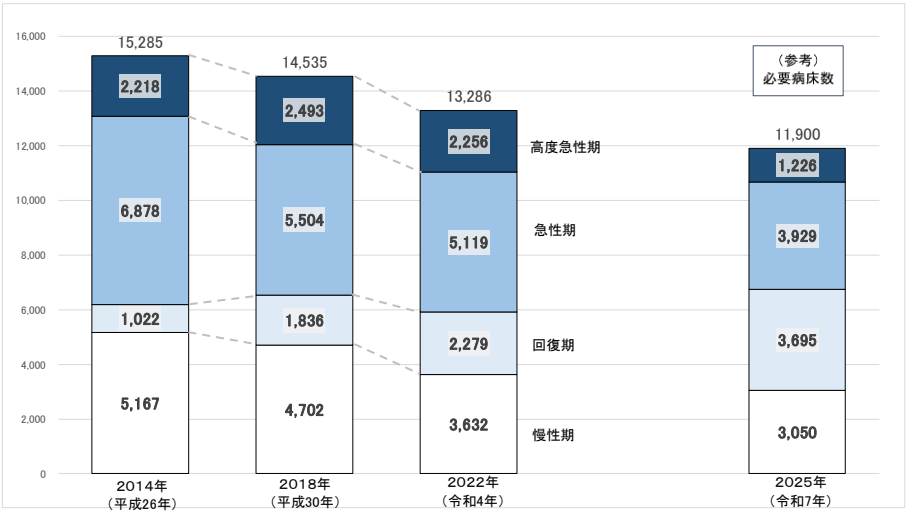
（３）医療提供体制に関する状況

①病床数の状況

○本県の病床数は減少傾向にある。南加賀、能登中部、能登北部医療圏では、概ね病床機能の分化･連携が進んでおり、各医療圏の必要病床数と概ね同等となっている。

○一方、石川中央医療圏では、高度急性期・急性期病床や慢性期病床は必要病床数と比較すると過剰、回復期病床は必要病床数に対して不足している。

図　病床機能別の病床数の年次推移



資料：病床機能報告

表　医療圏ごとの機能別病床数

		2014（H26）	2018（H30）	2022（R4）	（参考）必要病床数 2025（R7）
南加賀	高度急性期	0	40	40	146
	急性期	1,425	1,170	952	696
	回復期	232	314	484	567
	慢性期	921	770	545	604
	計	2,578	2,294	2,021	2,013
石川中央	高度急性期	2,218	2,389	2,188	940
	急性期	3,853	3,013	2,992	2,659
	回復期	696	1,194	1,383	2,648
	慢性期	3,382	3,201	2,669	1,913
	計	10,149	9,797	9,232	8,160
能登中部	高度急性期	0	64	28	108
	急性期	1,070	897	771	417
	回復期	94	225	309	325
	慢性期	603	503	334	425
	計	1,767	1,689	1,442	1,275
能登北部	高度急性期	0	0	0	31
	急性期	530	424	404	158
	回復期	0	103	103	154
	慢性期	261	228	84	108
	計	791	755	591	451
県全体	高度急性期	2,218	2,493	2,256	1,226
	急性期	6,878	5,504	5,119	3,929
	回復期	1,022	1,836	2,279	3,695
	慢性期	5,167	4,702	3,632	3,050
	計	15,285	14,535	13,286	11,900
平均在棟日数	一般病床	19.6	15.6	13.2	—
	療養病床	204.4	219.5	223.7	—
病床稼働率	一般病床	78.0%	79.9%	70.5%	—
	療養病床	91.1%	91.5%	85.8%	—

資料：病床機能報告

※医療需要及び必要病床数は、推計ツールで算出された数字（小数点第１位）を四捨五入しており、合計が一致しない。

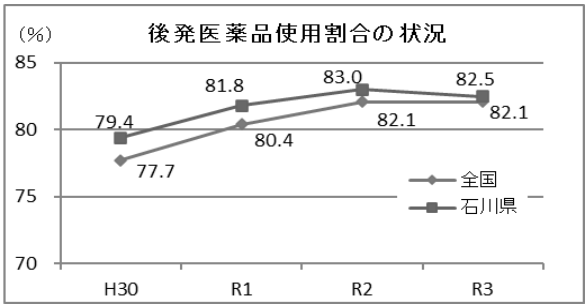
②後発医薬品の使用状況

○令和３年度の後発医薬品の使用割合（数量ベース）（※）をみると、本県は 82.5%であり、全国平均を上回っている。

（※）「後発医薬品のある先発医薬品」及び「後発医薬品」を分母とした「後発医薬品」の数量シェア

図　後発医薬品使用割合の状況（数量ベース、各年度末）

（単位：%）



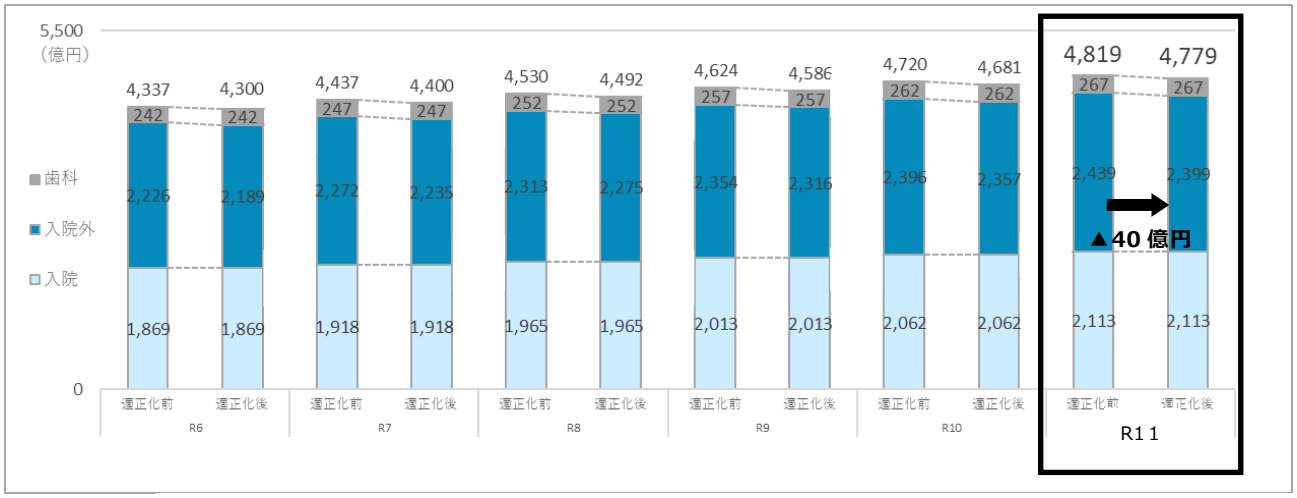
出典：「調剤医療費の動向」（厚生労働省）

（４）医療費の見通し

○本県における令和 11 年度の医療費の見通しについては、国が示した全国一律の推計方法により、医療費適正化の推進に向けた取組を実施し、それらの目標を達成した場合には 4,779 億円となると見込まれる。

○こうした取組による効果を見込まない場合に比べ、40 億円の医療費の抑制効果があると見込まれる。

図　医療費の見通し



（第四期医療費適正化計画の作成に必要な医療費適正化計画関係推計ツール（厚生労働省）により推計）

（５）１人あたり保険料の見込み

○本県における令和 11 年度の１人あたり保険料の見込みについては、国が示した全国一律の推計方法により、医療費適正化の推進に向けた取組を実施し、それらの目標を達成した場合には、市町村国保で 7,914 円/月（※1）、後期高齢者医療制度で 8,243 円/月（※2）となると見込まれる。

（※1）取組による効果を見込まない場合 7,981 円/月　（※2）取組による効果を見込まない場合 8,311 円/月

図　１人あたり保険料の見込み

＜計画期間医療費の見込み＞　（単位：億円）

		令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
全体		4,300 (4,336)	4,400 (4,438)	4,492 (4,530)	4,586 (4,625)	4,681 (4,721)	4,778 (4,819)
	市町村国保	815 (822)	799 (806)	797 (803)	800 (807)	808 (815)	821 (828)
	後期高齢者医療	2,020 (2,037)	2,117 (2,135)	2,195 (2,214)	2,269 (2,288)	2,337 (2,357)	2,400 (2,421)
	被用者保険等	1,465 (1,477)	1,484 (1,497)	1,500 (1,513)	1,517 (1,530)	1,536 (1,549)	1,557 (1,570)

1人あたり保険料の機械的な試算（令和11年度）（※）
7,914円 (7,981円)
8,243円 (8,311円)

※制度別の医療費見込みを基に、一定の条件下で機械的に試算したもの。
（　）内は医療費適正化の取組を行わなかった場合の見込み。
被用者保険等については、加入者が都道府県をまたいで所在することが多いため、算出しない。
実際の保険料は、医療費の動向や財政状況（保健事業・積立費など）などの要因に大きく影響を受けるため、上記の保険料見込みと大きく異なる可能性がある。
（第四期医療費適正化計画の作成に必要な医療費適正化計画関係推計ツール（厚生労働省）により推計）

２．医療費の適正化に向けた施策の方向性

（１）住民の健康の保持の推進

【特定健診・特定保健指導の推進】

○特定健康診査・特定保健指導が適切かつ効果的に実施されるよう、保険者協議会等と連携し、健診受診率の向上に努めるとともに、人材育成のための研修会の実施や、効果的事例の収集・情報発信など、その支援を行う。

○保健所単位での地域の疾病状況等の情報や市町が行うがん検診等各種検診と特定健康診査等の情報を保険者と共有することで、特定健康診査等の実施率の向上を図る。

【データヘルスの推進】

○県は保険者協議会と連携し、研修会等の開催や情報の提供、助言を行うなど、各医療保険者がデータ分析に基づく保健事業をＰＤＣＡサイクルに沿って効果的・効率的に実施することができるよう支援する。

【たばこ対策】

○医師会、市町等と連携し、受動喫煙防止及び禁煙の普及啓発の促進や、相談体制の整備等の取組を行う。

【予防接種】

○接種率の向上に向けて、医師会、市町等と連携した普及啓発を行うとともに、感染症の発生動向の把握及び情報の公開等の取組を行う。

【生活習慣病等の重症化予防の推進】

○糖尿病の未治療者や治療中断者を治療に結びつけるとともに、ハイリスク者の腎不全、人工透析への移行を防止するため、医療保険者や医師会等と連携し、「いしかわ糖尿病性腎症重症化予防プログラム」の活用を推進するとともに、地域の実情に応じた取組を支援する。

【高齢者の心身機能の低下等に起因した疾病予防・介護予防】

○県は、後期高齢者医療広域連合が、市町及び国保連合会等と連携して実施する「高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業」が適切かつ効果的に実施されるよう支援し、高齢者の健康寿命の延伸を図る。

○住民主体の通いの場におけるモデル的な介護予防事業や市町介護予防担当者研修会を実施し、住み慣れた地域で健康に生活していくための介護予防の取組を推進する。

（２）医療の効率的な提供の推進

【病床機能の分化及び連携の推進並びに地域包括ケアシステム構築の推進】

○医療機関の自主的な取組と医療機関相互の協議による病床の機能分化･連携を　推進するため、構想区域（二次医療圏）ごとに地域医療構想調整会議を開催する。

○病床機能の転換を検討する医療機関に対し､施設･設備整備等への支援を実施する。

○紹介、逆紹介により患者の流れを円滑化するため、かかりつけ医機能を担う医療機関と紹介受診重点医療機関を明確化する。

○脳卒中、心血管疾患、糖尿病については地域連携クリティカルパスの活用や医療・介護関係者を対象とした研修会などの開催により､専門治療を担う医療機関とかかりつけ医の連携体制の構築を図る。

○医師会等関係団体や医療従事者のグループ（研究会等）が行う研修会等により、在宅医療の推進と医療･介護連携の推進のための、地域における中核となる人材の養成と資質向上に努める。

○有料老人ホーム･サービス付き高齢者向け住宅の供給を推進するとともに、適正に管理･運営されるよう、届出･登録された状況を把握し、必要に応じて指導等を実施する。

【後発医薬品の使用促進】

○「石川県後発医薬品使用推進連絡協議会」において、後発医薬品等についての情報共有、県民への普及啓発、フォーミュラリの推進に関する取組等を協議し、後発医薬品及びバイオ後続品の使用促進のための環境整備を図る。

【医薬品の適正使用の推進】

○県薬剤師会と協力し、市町の保健指導を支援する「医薬品適正使用推進事業」を実施し、医薬品の適正使用の推進を図る。

○電子処方箋について薬局や県民への普及啓発を通じて理解を促す。

【医療資源の効果的・効率的な活用】

○抗菌薬の適正使用について、厚生労働省が提供するデータや「抗微生物適正使用の手引き」等を活用し、医療関係者に対して普及啓発を行う。

○医療資源の投入量に地域差がある医療について､医師の判断に基づき必要な場合があることに留意しつつ、医療関係者・保険者等との情報の共有等に努める。

【医療・介護連携を通じた効果的・効率的なサービス提供の推進】

○多職種協働による包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制の構築を図るため、在宅医療に必要な連携を担う拠点において、地域の医療・介護関係者による会議を開催し、地域における在宅医療の連携上の課題の抽出や対応策の検討等を実施する。

○在宅医療・介護の連携強化を図るため、医師・介護支援専門員向けの研修や、市町担当者、コーディネーターを対象とする在宅医療・介護連携推進担当者研修会を実施する。

数値目標

目標		現状値（R3）	目標値（R11）
住民の健康の保持の推進	特定健康診査の実施率	60%	70%
	特定保健指導の実施率	26.8%	45%
	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率（特定保健指導の対象者の減少率）	8.9%	25%
医療の効率的な提供の推進	後発医薬品使用割合	82.5%	数量シェアで80%以上、金額シェアで65%以上
	バイオ後続品の使用割合	31%	数量ベースで80%以上置き換わった成分数が全体の成分数の60%以上

第３章　医療圏の設定と基準病床数

１　医療圏

（１）医療圏とは

○地域の医療需要に応じて包括的に医療を提供するために、医療資源の適正な配置を図ることを目的とした地域的単位である。

○医療法では、医療法第 30 条の４第２項第 14 号に規定する特殊な医療を除く一般の医療需要に対応するために設定する区域（二次医療圏）と同項第 15 号に規定する特殊な医療需要に対応するために設定する区域（三次医療圏）を設定しなければならないものと定めている。

（２）医療圏設定の考え方

○本県では、昭和 62 年 12 月に策定した「石川県保健医療計画」において、地理的条件等の自然条件、人口分布、交通圏、通勤・通学圏、既存の行政等の圏域、医療施設の分布、患者の受療状況を考慮して、現在の４つの二次医療圏を設定するとともに、三次医療圏については、本県の人口規模や医療施設の分布状況等を考慮して、県全域とした。

○現在の医療圏については、設定して以後、圏域に基づき各種の保健医療施策の展開や医療提供体制の整備がなされてきた。また、保健・医療と福祉の連携をさらに推進するため「介護保険・老人福祉圏域」や「障害保健福祉圏域」と合致させてきた。

【一次医療圏】

○一次医療圏は、住民にとって身近で利用しやすい保健医療サービスが提供されることが可能な地域単位として区分する区域である。一次医療圏は、市町単位で設定する。

【二次医療圏（医療法第 30 条の４第２項第 14 号）】

○二次医療圏とは、主として病院の病床及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として区分する区域である。二次医療圏については、次の条件を満たす４圏域を設定する。

・当該圏域の中心部から概ね１時間程度で行動可能な圏域であること。
・日常生活圏、保健所等の行政区域及び医師会圏域などと整合性のある圏域であること。
・圏域内に充実した医療機能を持つ施設が存在すること。
・圏域内受療の地元依存率が比較的高いこと。

医療圏名	構　　成　　市　　町　　名
南加賀	小松市、加賀市、能美市、川北町
石川中央	金沢市、白山市、かほく市、野々市市、津幡町、内灘町
能登中部	七尾市、羽咋市、志賀町、宝達志水町、中能登町
能登北部	輪島市、珠洲市、穴水町、能登町

○二次医療圏は、一体の区域として、入院医療を提供することが相当である単位として設定するものであるが、二次医療圏毎に病院・診療所の療養病床及び一般病床における患者の受療動向をみると、住所地と異なる二次医療圏へ流出している割合は、南加賀では 16.0%、石川中央では 1.9%、能登中部では 30.2%、能登北部では 42.7%となっており、特に能登中部・能登北部の両二次医療圏では患者の流出が多く、主な流出先は石川中央医療圏である。

病院・診療所の療養病床及び一般病床の入院患者数の動向
（患者住所地からの動向）【流出】

	医療圏	人口	施設住所地				圏域外への流出率
			南加賀	石川中央	能登中部	能登北部	
患者住所地	南加賀	220,823	84.0	16.0	0.0	0.0	**16.0**
	石川中央	725,842	1.6	98.1	0.3	0.1	**1.9**
	能登中部	113,531	0.2	29.5	69.8	0.6	**30.2**
	能登北部	57,631	0.2	29.5	13.0	57.3	**42.7**

資料：「石川県の人口と世帯（R4.10.1 現在）」（石川県県民交流課統計情報室）
「石川県入院患者１日調査（R4）」（石川県健康福祉部）

病院・診療所の療養病床及び一般病床の入院患者数の動向
（施設住所地からの動向）【流入】

	医療圏	人口	患者住所地					圏域外からの流入率
			南加賀	石川中央	能登中部	能登北部	県外・外国・不明	
施設住所地	南加賀	220,823	91.9	4.8	0.1	0.1	3.2	**8.1**
	石川中央	725,842	4.8	83.7	5.4	2.9	3.2	**16.3**
	能登中部	113,531	0.0	1.3	88.1	9.1	1.5	**11.9**
	能登北部	57,631	0.0	0.6	0.9	98.5	0.0	**1.5**

資料：「石川県の人口と世帯（R4.10.1 現在）」（石川県県民交流課統計情報室）
「石川県入院患者１日調査（R4）」（石川県健康福祉部）

○このような受療動向の状況もあるが、
・半島先端部や海岸沿いに人口が集中する能登北部から、他の医療圏の基幹病院と行き来することは、日常の生活圏域を考慮すれば困難であり、日常の医療が阻害される恐れがあること、
・また、一般的な入院（標準的ながん診療や、骨折、肺炎など）や、在宅医療の急変時の入院先など、身近な地域での入院医療の確保・充実には、地理的条件なども考慮すると、現二次医療圏の枠組みを基本とすることが適当であること、
から、令和５年７月に開催した医療計画推進委員会において、引き続き、現在の区域を二次医療圏とすることとした。

○なお、医療需給が必ずしも二次医療圏とは一致していない現状を鑑みて、
・希少がんや脳卒中診療など、一定の専門性を必要とするため、現二次医療圏での完結が困難である入院医療については、二次医療圏に拘らず、医療圏を弾力的に設定し、共通の地域連携クリティカルパスや脳卒中遠隔画像伝送システムを活用するなど、二次医療圏の枠組みを超えた医療機関相互の連携により補完を図ること、
・また、糖尿病や在宅医療など、日常生活圏を中心に、二次医療圏内での完結を積極的に目指すべきものについては、各地域の関係機関で構成される糖尿病地域連携協議会や在宅医療連携グループの活動などを推進し、二次医療圏内の医療機関を含めた関係機関相互の連携強化を図ること、
などにより、医療の需給状況の調整に向けた取り組みを推進していくこととする。

【三次医療圏（医療法第 30 条の４第２項第 15 号）】

○三次医療圏とは、特殊な医療を提供する病床の整備を図るべき地域的単位としての区域である。三次医療圏については、県全域とする。

○なお、特殊な医療とは、医療法施行規則第 30 条の 28 の７に規定されている特殊な診断又は治療を必要とする医療であって、次のいずれかに該当するものである。
・先進的な技術を必要とするもの
・特殊な医療機器の使用を必要とするもの
・発生頻度が低い疾病に関するもの
・救急医療であって特に専門性の高いもの

２　基準病床数

（１）基準病床数とは

基準病床数は、医療法の規定に基づき、地域ごとに望ましい病床数の一定水準を定めたものである。

一般病床及び、療養病床については二次医療圏の区域ごとに、精神病床、結核病床及び感染症病床については県の区域ごとに基準病床数を定めるものとされている。

（２）算定数

本県の病床の種別ごとの基準病床数を、医療法施行規則（昭和 23 年厚生省令第 50 号）第 30 条の 30 に定める算定方法等により次表のとおり定める。

基準病床数　　（単位：床）

病床の種別	区　域	基準病床数	(参考)既存病床数
一般病床及び療養病床	南加賀	２，０２８	２，１７８
	石川中央	７，８２３	９，３９５
	能登中部	９５２	１，３７１
	能登北部	４２６	５４９
	計	１１，２２９	１３，４９３
精神病床	県全域	２，８４６	３，５６７
結核病床	県全域	２９	８２
感染症病床	県全域	２０	２０

（注）１　既存病床数は、令和 6 年 3 月 31 日現在
２　既存病床数は、病院及び診療所の人員及び施設に関する基準等を定める条例（平成 24 年石川県条例第 60 号）第２条の規定に基づき、所要の補正を行った数値である。

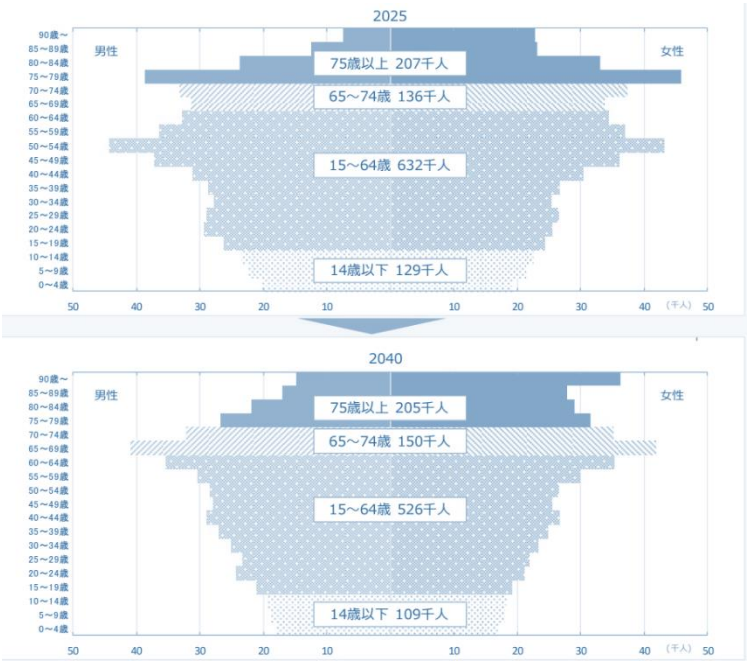
第４章　地域医療構想

１　地域医療構想策定の趣旨及び内容

（１）地域医療構想策定の趣旨

○令和７年（2025 年）には、団塊の世代の方々が全て 75 歳以上になり、医療や介護を必要とする方の増加が見込まれる一方で、生産年齢人口の減少により、医療機関の人手不足が予想される。

人口ピラミッドの変化（石川県）



出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成 30(2018)年推計)」

○将来を見据え、高齢者が身近な地域で質の高い医療・介護サービスを受け、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、地域において効率的かつ質の高い医療提供体制と、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、医療及び介護を総合的に確保することが求められている。

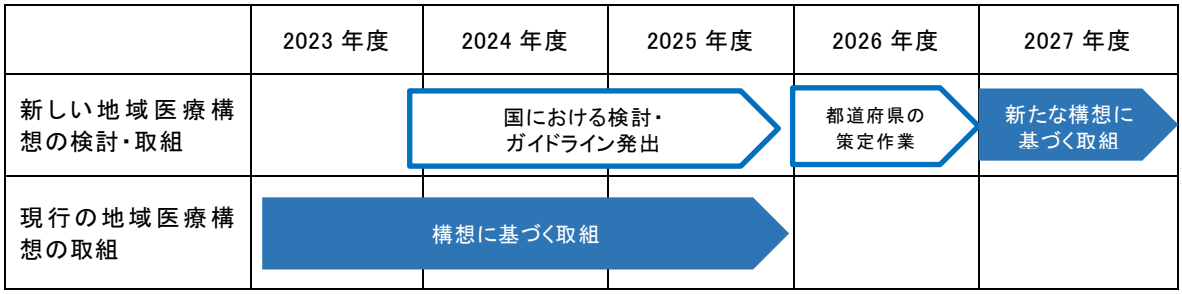
○このような状況下で、医療法の改正により、都道府県では、平成 28 年（2016 年）に医療機能の分化・連携や在宅医療の充実等を推進し、地域にふさわしい医療提供体制を構築するため、令和７年(2025 年)を目標年次として「地域医療構想」を策定した。

○令和７年（2025 年）以降の新たな地域医療構想については、国の社会保障審議会において、高齢者人口がピークを迎えて減少に転ずる令和 22 年（2040 年）頃を視野

に入れる必要があるとしており、ガイドラインを取りまとめた上で、各都道府県に対し新たな構想の策定を求める方針を示している。

○このため、今回の第８次医療計画策定時から 2025 年度までは、内容の変更を行わず、引き続き現在の地域医療構想を推進する。

（検討スケジュールのイメージ）



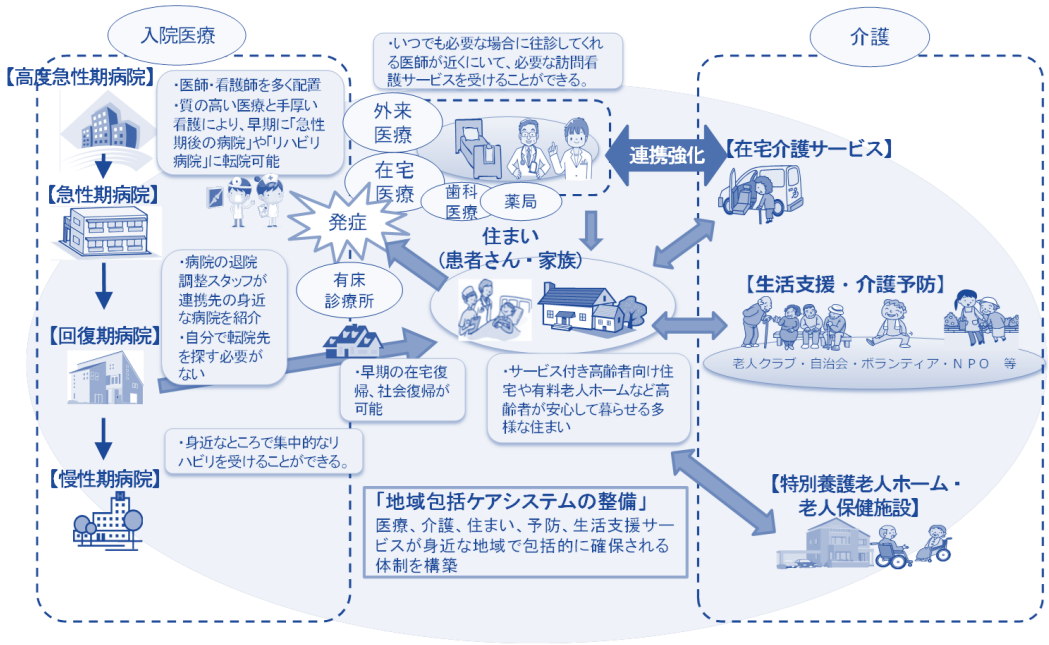
（２）地域医療構想の内容と将来の目指すべき姿

○石川県地域医療構想（以下「地域医療構想」という。）は、一般病床及び療養病床について、令和７年(2025 年)における医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）ごとの需要とそれに基づく病床の必要量を推計するとともに、目指すべき医療提供体制の実現に向けた施策の方向性を示している。

○入院医療については、高度急性期医療が必要な患者には、高度急性期の機能を担う病院で最適な治療が提供され、高度急性期を過ぎてからは、身近な地域の急性期、回復期の機能を担う病院で在宅復帰・社会復帰に向けた支援を受けることができる姿を目指す。なお、慢性期の機能を担う病院では、長期にわたり入院による療養が必要な患者を受け入れる。

○在宅医療などの入院以外の医療については、退院した患者や在宅の高齢者等が継続的に自立した生活を送ることができるよう、安心して生活することのできる多様な形態の住まいが確保された上で、医療の必要度・要介護度に応じた医療あるいは介護サービス等が適切に提供される姿を目指す。

図　将来のあるべき医療・介護提供体制の姿

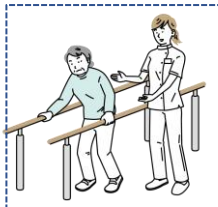


医療機能

入院医療



高度急性期・急性期
救急医療や手術など、高度な技術が必要な病気やケガの治療、検査を行い、患者の状態の早期安定化を目指す



回復期
治療を終えた方や、在宅療養中に体調を崩した患者に対し、継続的な治療とリハビリを行い、身体的な機能を回復させ在宅復帰を目指す



慢性期
急性期の治療などにより症状は安定しているものの、医療的な対応が長期間必要な患者さんの入院に対応する



外来医療
入院しなくてもよい病気やケガの治療、長期間の服薬や検査が必要な病気の治療、健康管理等を行う



在宅医療等
通院が難しい人の自宅や施設を訪問診療医や訪問看護師などが訪問して診療や看護を行う

（３）構想区域

○本県では、病床機能の分化及び連携を一体的に推進する構想区域を、現行の「二次医療圏」としている。その主な設定理由は、

・法令上、原則として構想区域は二次医療圏を設定することとされていること

・現行の二次医療圏は、地理的条件等の自然的条件及び日常生活の需要の充足

状況、交通事情等の社会的条件を考慮して設定されていること
・現行の二次医療圏を単位として、各種の保健医療施策を展開していること
による。

○この区域は、石川県長寿社会プラン 2024 における介護保険及び老人福祉の計画圏域と合致している。

○二次医療圏は、一般の医療需要に対応するために設定した区域であるが、各疾病の特性などを踏まえ、二次医療圏を細分化した単位での取り組みや、全県域で診療ネットワークを構築するなどの取り組みも進めている。

図　構想区域（二次医療圏の概況）



２　２０２５年の必要病床数等

（１）令和７年（2025 年）における医療需要及び必要病床数等

○医療需要と必要病床数は、法令で定められた算定方法に基づき、医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）ごとに一定の仮定のもと、全国一律の方法で推計することとされている。

○将来の医療需要は、各医療機能について、平成 25 年の入院受療率と将来の推計人口から算出し、必要病床数は医療需要を決められた病床稼働率（高度急性期 75%、急性期 78%、回復期 90%、慢性期 92%）で割り戻して算出している。

○必要病床数は、令和７年（2025 年）のあるべき医療提供体制について検討するための参考値であり、今ある病床を必要病床数まで直ちに減らすというものではない。必要病床数の実現に向けては、今後の医療需要等を踏まえ、あくまでも医療機関による自主的な取組が基本となる。

機能別分類の境界点の考え方

医療機能		区　分
病床機能	高度急性期	・医療資源投入量※：3,000 点以上
	急性期	・医療資源投入量：600～2,999 点
	回復期	・医療資源投入量：175 点から 599 点 ・回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した場合
	慢性期	・一般病床の障害者・難病患者数
在宅医療等		（訪問診療） ・在宅訪問診療患者 （介護老人保健施設） ・介護老人施設入所者数 （病床からの移行分） ・一般病床の医療資源投入量：175 点未満 ・療養病床の医療区分１の 70%の患者 ・療養病床入院受療率の地域差解消分

※医療資源投入量：１日当たり診療報酬の出来高点数（入院基本料相当分及びリハビリテーション料を除く）

図表　将来の医療需要と病床数の必要量の算出方法

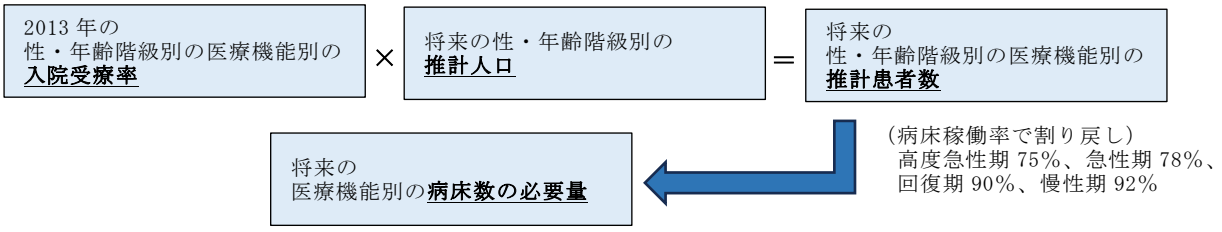


表　構想区域における令和７年（2025 年）の各機能区分別の医療需要に対する必要病床数

項　目		平成25年 医療需要 （人／日）	令和7年 医療需要 （人／日）	令和７年 必要病床数 （医療機関所在地ベース）	令和７年 必要病床数 （患者所在地ベース）
南加賀	高度急性期	97	110	146	217
	急性期	461	543	696	802
	回復期	420	511	567	671
	慢性期	665	556	604	594
	計	1,643	1,718	2,013	2,284
石川中央	高度急性期	629	705	940	762
	急性期	1,722	2,074	2,659	2,320
	回復期	1,898	2,384	2,648	2,320
	慢性期	2,575	1,760	1,913	1,745
	計	6,823	6,922	8,160	7,147
能登中部	高度急性期	84	81	108	148
	急性期	319	325	417	496
	回復期	285	293	325	381
	慢性期	480	391	425	434
	計	1,168	1,091	1,275	1,460
能登北部	高度急性期	26	23	31	66
	急性期	135	123	158	239
	回復期	152	139	154	240
	慢性期	144	100	108	226
	計	457	384	451	771
県全体	高度急性期	835	919	1,226	1,193
	急性期	2,637	3,064	3,929	3,857
	回復期	2,755	3,326	3,695	3,613
	慢性期	3,864	2,806	3,050	3,000
	計	10,091	10,115	11,900	11,662

※医療需要及び必要病床数は、推計ツールで算出された数字（小数点第１位）を四捨五入しており、合計が一致しない。

（「厚生労働省推計ツール」による推計）

（医療機関所在地ベース）
平成 25 年時点の入院患者の構想区域間の流入・流出が、令和 7 年（2025 年）においても同様に続くことを想定して推計。

（患者住所地ベース）
仮に患者が全て住所地の構想区域内で入院すると仮定した場合の推計。

（２）地域医療構想の進捗状況

○構想区域ごとの病床数の推移については、下表のとおりとなっている。

○令和４年病床機能報告における病床数と令和７年の必要病床数を比較すると、高度急性期・急性期と慢性期の病床数が過剰となっている一方、回復期の病床数が必要病床数に対して不足している。

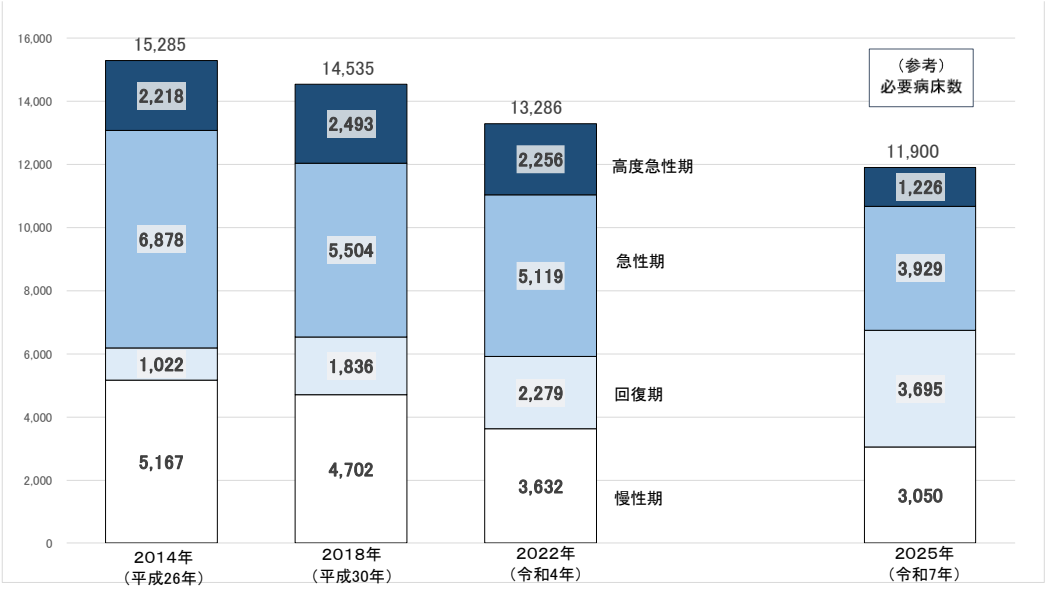
○「病床機能報告」は、定量的基準（明確な基準）がないため、医療機関の自主的な判断に基づく区分であるのに対し、必要病床数はレセプトデータを元とした客観的な区分となっているため、データ特性による差異が生じており、急性期として報告されている病床数の中に一定の回復期の病床が含まれていると考えられている。

表　構想区域ごとの機能別病床数の推移と令和７年（2025 年）の必要病床数

項　目		H26 (2014)	H30 (2018)	R4 (2022)	（参考）必要病床数 R7 (2025)
南加賀	高度急性期	0	40	40	146
	急性期	1,425	1,170	952	696
	回復期	232	314	484	567
	慢性期	921	770	545	604
	計	2,578	2,294	2,021	2,013
石川中央	高度急性期	2,218	2,389	2,188	940
	急性期	3,853	3,013	2,992	2,659
	回復期	696	1,194	1,383	2,648
	慢性期	3,382	3,201	2,669	1,913
	計	10,149	9,797	9,232	8,160
能登中部	高度急性期	0	64	28	108
	急性期	1,070	897	771	417
	回復期	94	225	309	325
	慢性期	603	503	334	425
	計	1,767	1,689	1,442	1,275
能登北部	高度急性期	0	0	0	31
	急性期	530	424	404	158
	回復期	0	103	103	154
	慢性期	261	228	84	108
	計	791	755	591	451
県全体	高度急性期	2,218	2,493	2,256	1,226
	急性期	6,878	5,504	5,119	3,929
	回復期	1,022	1,836	2,279	3,695
	慢性期	5,167	4,702	3,632	3,050
	計	15,285	14,535	13,286	11,900
平均在棟日数	一般病床	19.6	15.6	13.2	―
	療養病床	204.4	219.5	223.7	―
病床稼働率	一般病床	78.0%	79.9%	70.5%	―
	療養病床	91.1%	91.5%	85.8%	―

（病床機能報告）

表　構想区域ごとの病床機能別病床数の推移と令和７年（2025 年）の必要病床数



（３）　令和７年(2025 年)における在宅医療等の必要量

○在宅医療等とは、居宅のほか、介護医療院、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホームなどで医療（訪問診療等）を受ける方及び介護老人保健施設の入居者のことをいう。

○国の推計ツールでは、在宅医療等を受けている方は平成 25 年で 10,810 人と推計されているが、令和７年には 19,138 人と推計されている。

表　在宅医療等の必要量　　（「厚生労働省推計ツール」による推計）

構想区域	平成 25 年		令和７年	
	在宅医療等	うち訪問診療	在宅医療等	うち訪問診療
南加賀	２，２２５	１，０８１	３，２３１	１，５００
石川中央	６，２８５	４，１３５	１２，６６６	６，６０５
能登中部	１，３８５	８０３	２，０３６	８９６
能登北部	９１５	５１５	１，２０５	４７３
合　計	１０，８１０	６，５３４	１９，１３８	９，４７４

※「平成 25 年の在宅医療等」は、国が推計した訪問診療を受けた人数に介護老人保健施設入居者数を加えた人数。「令和７年在宅医療等」は、国の推計による人数。
※在宅医療等の必要量は、患者住所地の構想区域内で対応することを想定して推計。

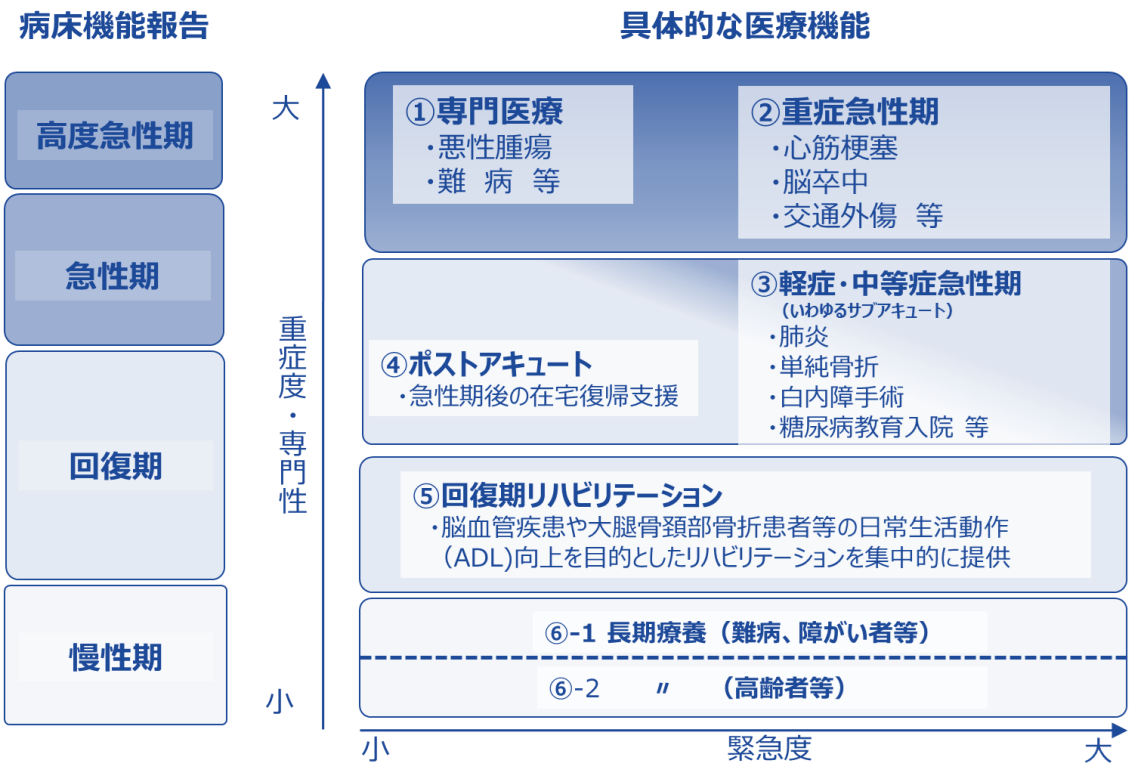
３　地域医療構想の進め方

○あるべき医療提供体制を実現するためには、地域の医療・介護を支える医療関係機関、介護サービス事業者や自治体、医療・介護保険者などが地域の課題を共有し、必要な対策を協議していくことが重要である。

○地域医療構想部会及び医療圏毎の地域医療構想調整会議において、適宜、あるべき医療提供体制の実現に向けた進捗状況を確認するとともに、必要な対策等を協議し、その協議結果を踏まえ、各医療機関の自主的な取組につなげていく。

○地域に必要な医療機能を協議する上で、病床機能報告の分類だけでは不足していたことから独自に具体的な役割や疾患によって細分化した上で、各医療圏において機能分化・連携について協議を行っている。

図　病床機能報告上の分類と具体的な機能



第５章　外来医療提供体制（石川県外来医療計画）

１　外来医療計画の趣旨及び内容

（１）外来医療計画の趣旨

○医療には、「入院医療」、「外来医療」、「在宅医療」に分けられ、「外来医療」は、病院や診療所に通院して受ける医療となっている。

○外来医療に係る医療提供体制の構築にあたっては、限られた医療資源を有効に活用し、効率的な医療を提供できるよう、状況を可視化する客観的データの共有や機能分化・連携の方針等について、地域ごとに協議を行い、方針決定することが必要となる。

○石川県外来医療計画は、医療法第３０条の４第２項第１０号の規定に基づき、国の定める外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドラインを踏まえて、地域の実情に応じた外来医療に係る医療提供体制の確保を図るために策定するものであり、医療法における医療計画の一部として位置づける。

（２）対象区域の設定

○外来医療計画における対象区域は、人口規模や面積、患者の受療動向や医療提供体制等の状況を踏まえ、二次医療圏と同一とする。

（３）外来医療に関する協議の場

○外来医療計画の策定に当たっては、対象区域である二次医療圏ごとに、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者との協議の場を設けて協議することとされていることから、本県においては、地域医療構想調整会議を外来医療に関する協議の場と位置づけ、外来医療機能の偏在・不足等への対応に関する事項等について協議を行う。

（４）計画期間

○この計画の期間は、令和６年度から３年間とする。

２　外来医療計画の現状と課題

（１）外来医療機能の現状

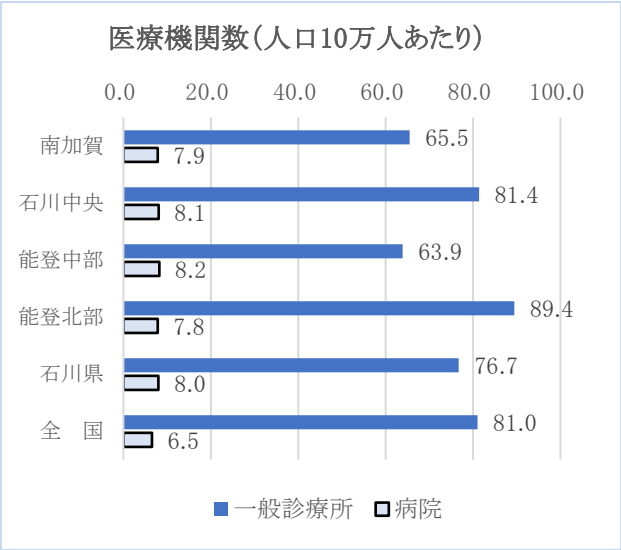
○人口当たりの一般診療所数は、全国平均に比べて少ない医療圏もあるが、病院数は全ての医療圏で多くなっている。

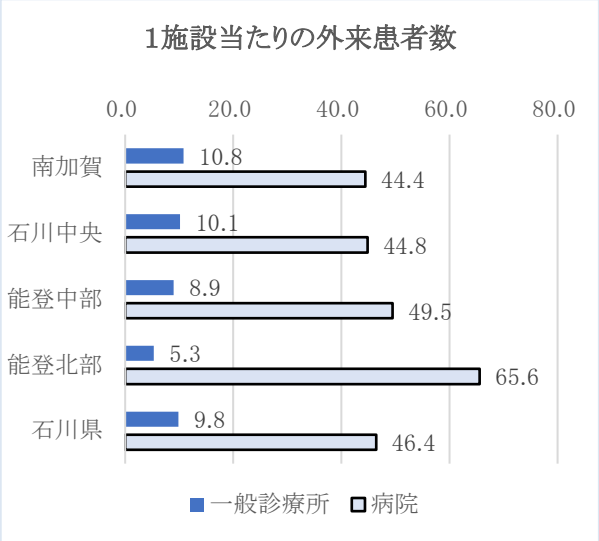
○南加賀医療圏及び石川中央医療圏では夜間・休日における初期救急医療体制を休日当番医と休日夜間急患センターが担うこととしているが、３次救急医療機関を受診する患者も多く、勤務医の負担になっている。

○能登中部医療圏では、夜間の初期救急体制について、小児科は公立能登総合病院と恵寿総合病院の輪番制により、診療が行われており、休日の日中は在宅当番医が担っている。

○能登北部医療圏では、病院における１施設当たりの外来患者数が多く、休日・夜間の時間外対応は病院が中心的役割を果たしている。

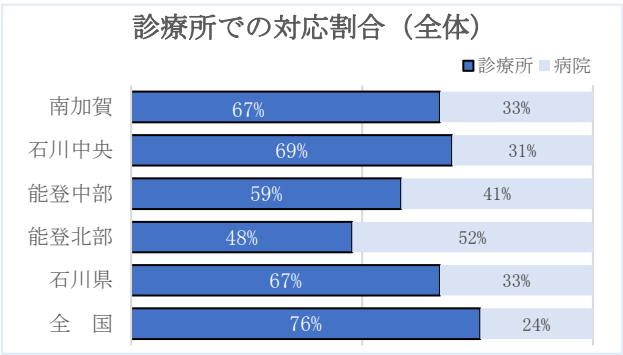
外来医療機関数と外来患者の状況

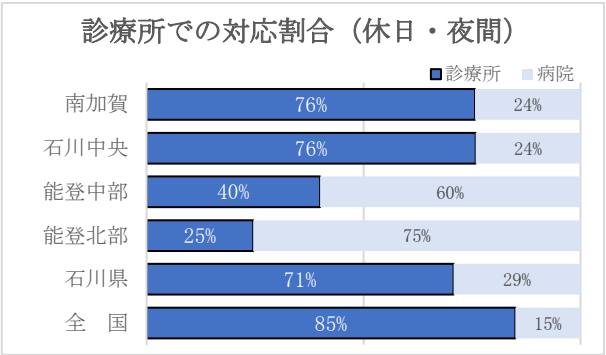




圏域名	施設数		外来患者数		
	一般診療所	病院	一般診療所（休日・夜間	病院（休日・夜間）	診療所対応割合（休日・夜間）
南加賀	150	18	1,616,713 人（60,734 人）	800,241 人（19,501 人）	66.9%（75.7%）
石川中央	584	58	5,922,595 人（175,872 人）	2,601,446 人（55,955 人）	69.5%（75.9%）
能登中部	78	10	698,494 人（11,817 人）	495,341 人（17,762 人）	58.5%（40.0%）
能登北部	57	5	300,671 人（3,558 人）	328,387 人（10,901 人）	47.9%（24.6%）
石川県	869	91	8,538,473 人（251,981 人）	4,225,415 人（104,119 人）	66.9%（70.8%）

出典：「令和２年度医療施設調査（静態・動態）」「NDB データ（成 31 年４月～令和２年３月）」





○多くの診療科で診療所数が減少しており、特に小児科系を標榜する診療所が大きく減少しており、地域の協議の場において郡市医師会から学校医など公衆衛生の担い手不足を懸念する意見があった。

○診療所医師の状況を見ると、65 歳以上の医師の割合が、本県全体で 41.6%となっており、医師の高齢化が進んでいる状況にあり、地域の協議の場において郡市医師会から休日当番医や在宅医療の担い手不足を懸念する意見があった。

診療科別の診療所数

圏域名	内科系			外科系			小児科系			産婦人科系		
	施設数		人口１０万人当たり	施設数		人口１０万人当たり	施設数		人口１０万人当たり	施設数		人口１０万人当たり
	数（R4）	増減（H30 比）		数（R4）	増減（H30 比）		数（R4）	増減（H30 比）		数（R4）	増減（H30 比）	
南加賀	82	▲ 2	36.59	35	▲ 4	15.62	24	▲ 3	10.71	8	1	3.57
石川中央	289	▲ 5	39.63	129	▲ 16	17.69	80	▲ 7	10.97	30	▲ 2	4.11
能登中部	44	▲ 1	37.29	19	▲ 6	16.10	11	▲ 5	9.32	3	▲ 1	2.54
能登北部	33	0	54.00	13	▲ 6	21.27	10	0	16.36	0	0	0.00
石川県	448	▲ 8	39.56	196	▲ 32	17.31	125	▲ 15	11.04	41	▲ 2	3.62

圏域名	皮膚系			眼科系			耳鼻咽喉科系			精神科系		
	施設数		人口１０万人当たり	施設数		人口１０万人当たり	施設数		人口１０万人当たり	施設数		人口１０万人当たり
	数（R4）	増減（H30 比）		数（R4）	増減（H30 比）		数（R4）	増減（H30 比）		数（R4）	増減（H30 比）	
南加賀	9	1	4.02	12	0	5.35	8	▲ 3	3.57	5	2	2.23
石川中央	56	4	7.68	42	▲ 5	5.76	25	▲ 1	3.43	27	2	3.70
能登中部	2	0	1.69	6	0	5.08	4	0	3.39	2	0	1.69
能登北部	3	0	4.91	3	0	4.91	0	0	0.00	2	0	3.27
石川県	70	5	6.18	63	▲ 5	5.56	37	▲ 4	3.27	36	4	3.18

出典：地域医療情報システム（日本医師会）
複数診療科を標榜している場合、それぞれの診療科にカウント

診療所医師の人数と年齢

圏域名	診療所医師数	うち、65 歳以上	65 歳以上比率（%）
南加賀	153	67	43.8%
石川中央	592	245	41.4%
能登中部	72	30	41.7%
能登北部	36	13	36.1%
石川県	853	355	41.6%
全　国	107,226	38,297	35.7%

出典：令和 2 年医師・歯科医師・薬剤師調査

（２）外来医師偏在指標と外来医師多数区域の設定

○これまで、医師偏在の状況を表す指標として主に人口 10 万人対医師数が用いられてきたが、医師の偏在の状況を充分に反映できなかったことから、厚生労働省において、全国ベースで外来を担う診療所医師の多寡を統一的・客観的に比較・評価する「外来医師偏在指標」の算定方法が示された。

○外来医師偏在指標は、医師や人口の絶対数ではなく、医師の性・年齢構成による労働時間の違い、地域人口の性・年齢構成による受療率の違い、患者流出入、病院と診療所における医療提供割合を反映した指標として算出することとされている。

○外来医師偏在指標の値が、全国すべての二次医療圏の中で上位３分の１（112 位以上）に該当する二次医療圏を「外来医師多数区域」として設定することとされおり、該当する区域で新たに開業する場合、地域で不足する医療機能への協力が求められる。

○本県では、石川中央医療圏の外来医師偏在指標の値が上位３分の１（55 位）に該当しており、外来医師多数区域となる。

○なお、外来医師偏在指標は外来医師の絶対的な充足状況を示すものではなく、あくまでも相対的な偏在の状況を表すものであり、指標を絶対的な基準として取り扱うことや外来医師偏在指標のみに基づく機械的な運用を行うことの無いよう配慮が必要となっている。

各二次医療圏における外来医師偏在指標

	外来医師偏在指標		【参考】外来医師偏在指標の算出に使用した値			
	値	全国順位 335 医療圏	標準化診療所医師数（人）	人口（10 万人）	標準化外来受療率比（流出入反映後）	診療所の外来患者対応割合
南加賀	100.8	159	153	2.3	1.016	66.4%
石川中央 （外来医師多数区域）	121.2	55	588	7.2	0.974	68.3%
能登中部	90.9	226	72	1.2	1.145	58.0%
能登北部	96.4	192	36	0.6	1.269	46.8%
全　国	112.2	―	107,226	1,266.5	1.000	75.5%

出典：「平成 30 年患者調査」、「令和 2 年医師・歯科医師・薬剤師統計」「令和 2 年医療施設調査」「令和 2 年住民基本台帳」「令和元年 NDB データ」「令和 4 年医師の環境把握に関する調査」を基に厚生労働省が算出

（参考）外来医師偏在指標の計算式

$$\text{外来医師偏在指標} = \frac{\text{標準化診療所医師数（※１）}}{\text{人口(10 万人)×地域の標準化外来受療率比(※２)×地域の診療所の外来患者対応割合(※３)}}$$

※１　標準化診療所医師数：地域の診療所の医師数を、医師の性・年齢構成を踏まえ補正したもの

※２　地域の標準化外来受療率比：全国の受療率を１とした場合の、地域の性・年齢構成等を踏まえた外来医療需要の比率

※３　地域の診療所の外来患者対応割合：外来延べ患者数（病院＋診療所）のうち、診療所で受診した外来患者の割合

$$\text{※１　標準化診療所医師数} = \frac{\Sigma\ \text{性・年齢階級別診療所医師数}\times\text{性・年齢階級別平均労働時間}}{\text{全国の診療所医師の平均労働時間}}$$

$$\text{※２　地域の標準化外来受療率比} = \frac{\text{地域の外来期待受療率（※４）}}{\text{全国の外来期待受療率}}$$

$$\text{※３　地域の診療所の外来患者対応割合} = \frac{\text{地域の診療所の外来延べ患者数}}{\text{地域の診療所と病院の外来延べ患者数}}$$

$$\text{※４　地域の外来期待受療率} = \frac{\Sigma\ \text{全国の性・年齢階級別外来受療率}\times\text{地域の性・年齢階級別人口}\times\text{昼夜間人口比}}{\text{地域の人口}\times\text{昼夜間人口比}}$$

３　外来医療機能の明確化・連携

（１）紹介受診重点医療機関の明確化

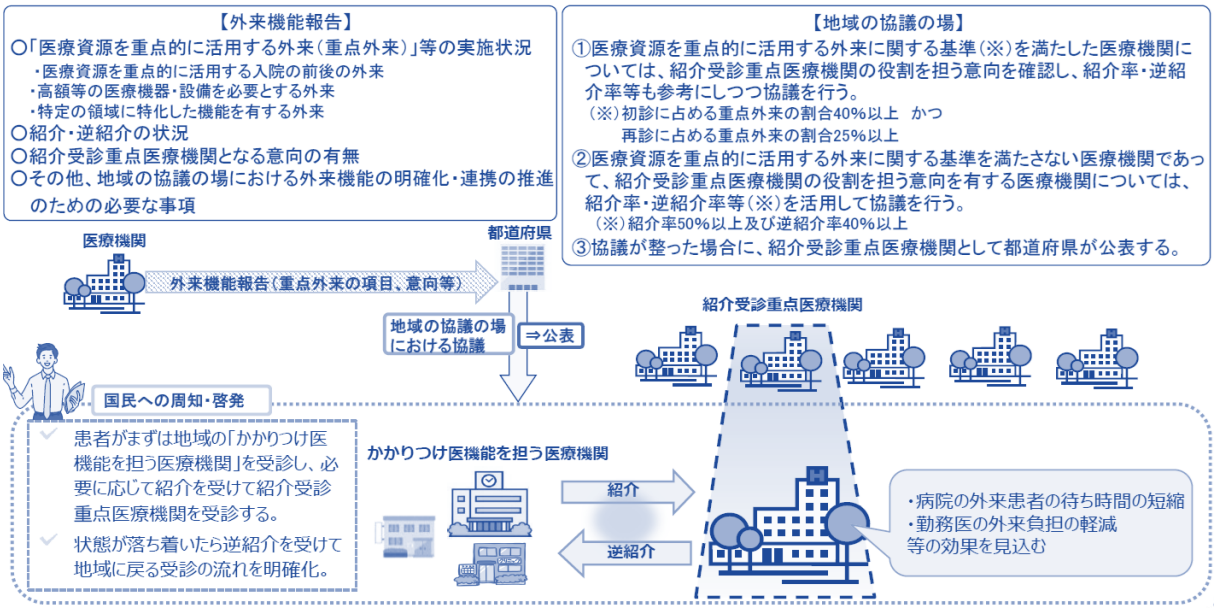
○患者にいわゆる大病院志向がある中、一部の医療機関に外来患者が集中し、患者の待ち時間や勤務医の外来負担等の課題が生じていることを鑑み、地域のかかりつけ医機能を担う医療機関と紹介患者を主に受け入れる医療機関との機能分化・連携が重要となる。

○そのため国は、患者の流れの円滑化を図ることを目的に、令和４年度から紹介患者への外来を基本とする「紹介受診重点医療機関」制度を創設し、患者がまず地域の「かかりつけ医機能を担う医療機関」を受診し、必要に応じて「紹介受診重点医療機関」を受診、状態が落ち着いたら逆紹介を受けて、地域に戻る受診の流れを明確化した。

○「紹介受診重点医療機関」は、各医療圏の地域医療構想調整会議（地域の協議の場）において、外来機能報告のデータや紹介受診重点医療機関の役割を担う意向を踏まえて協議を行い、協議が整った場合に「紹介受診重点医療機関」として公表することとされている。

○今後、高齢者の増加に伴い、慢性疾患を抱えつつ住み慣れた自宅等で療養する患者の増加が見込まれることから、国はかかりつけ医機能が発揮される制度整備を進めており、「かかりつけ医機能報告」の創設などが議論されている。

図　紹介受診重点医療機関の明確化



（２）県内の紹介受診重点医療機関

○紹介受診重点医療機関は毎年度、外来機能報告の結果をもとに協議を行い、協議が整った医療機関を公表することとされており、県内では、１６病院が認定されている。（令和６年３月31日時点）

紹介受診重点医療機関

医療圏	医療機関名
南加賀	小松市民病院
	加賀市医療センター
石川中央	金沢市立病院
	金沢赤十字病院
	石川県済生会金沢病院
	浅ノ川総合病院
	金沢大学附属病院
	金沢医療センター
	心臓血管センター金沢循環器病院
	石川県立中央病院
	恵寿金沢病院
	地域医療機能推進機構金沢病院
	公立松任石川中央病院
	金沢医科大学病院
能登中部	恵寿総合病院
	公立能登総合病院

・最新のリストはホームページ上に掲載
https://www.pref.ishikawa.lg.jp/iryou/support/center.html

４　医療機器の共同利用

○全国的に、人口当たりの医療機器の台数には地域差があり、また、地域差の状況は医療機器ごとに異なっている。今後、人口減少が見込まれ、効率的な医療提供体制を構築する必要がある中、医療機器についても効率的に活用できるよう対応を行う必要がある。

○このため、都道府県は、地域における外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項の一つとして、医療提供施設の建物の全部又は一部、設備、器械及び器具の効率的な活用に関する事項について協議を行い、外来医療計画に盛り込むこととされている。

（１）医療機器の配置状況に関する指標

○医療機器の効率的な活用のため、地域の医療機器のニーズを踏まえた地域ごとの医療機器の配置状況を表す指標「調整人口当たり台数」が示されている。

○対象となる医療機器は、ＣＴ（全てのマルチスライスＣＴ及びマルチスライスＣＴ以外ＣＴＴ)、ＭＲＩ（1.5テスラ未満、1.5テスラ以上3.0テスラ未満及び3.0テスラ以上のＭＲＩ)、ＰＥＴ（ＰＥＴ及びＰＥＴ-ＣＴ)、マンモグラフィー、放射線治療機器（リニアック及びガンマナイフ）とする。

○本県の調整人口当たり台数は、ＣＴ、ＭＲＩ、ＰＥＴ、放射線治療(対外照射)において全国を上回る状況となっており、マンモグラフィーは全国と同じ台数となっている。

調整人口当たり台数

圏域名	ＣＴ	ＭＲＩ	ＰＥＴ	マンモグラフィー	放射線治療機器
南加賀	12.4	4.3	0.0	2.2	0.00
石川中央	12.5	9.1	1.2	3.9	1.47
能登中部	10.6	4.9	0.7	1.6	1.30
能登北部	9.8	5.9	0.0	4.8	0.00
石川県	12.0	7.4	0.8	3.4	1.03
全国	11.5	5.7	0.5	3.4	0.8

出典：「医療機器の調整人口当たり台数に係るデータ集」（厚生労働省）

（参考）調整人口当たり台数の計算式

$$\text{調整人口当たり台数} = \frac{\text{地域の医療機器の台数}}{\text{人口(10万人)} \times \text{地域の標準化検査率比（※１）}}$$

※１　地域の標準化検査率比：全国の検査率を１とした場合の、地域の性・年齢構成等を踏まえた期待検査数の比率

$$\text{※１　地域の標準化検査率比} = \frac{\text{地域の性・年齢調整人口当たり期待検査数（外来）（※２）}}{\text{全国の人口当たり期待検査数（外来）}}$$

$$\text{※２　地域の性・年齢調整人口当たり期待検査数} = \frac{\Sigma\left(\frac{\text{全国の性・年齢階級別検査数（外来）}}{\text{全国の性・年齢階級別人口}} \times \text{地域の性・年齢別階級人口}\right)}{\text{地域の人口}}$$

（２）医療機器の保有状況等に関する情報と共同利用方針

○各圏域における医療機器（ＣＴ、ＭＲＩ、ＰＥＴ、マンモグラフィー、放射線治療機器）の保有状況及び医療機器１台当たりの稼働件数（稼働率）は次のとおりである。

医療機器の保有台数と稼働率

ＣＴ

圏域	病院		診療所	
	保有台数	稼働件数	保有台数	稼働率
南加賀	18	1,897	11	338
石川中央	60	2,275	25	544
能登中部	10	2,357	6	286
能登北部	5	2,505	4	199
石川県	93	2,223	46	431
全　国	8,500	2,188	6,095	*

ＭＲＩ

圏域	病院		診療所	
	保有台数	稼働件数	保有台数	稼働件数
南加賀	9	1,534	1	*
石川中央	37	1,537	26	1,253
能登中部	5	1,533	2	1,235
能登北部	4	1,198	1	*
石川県	55	1,511	30	1,333
全国	4,872	1,814	2,368	*

ＰＥＴ

圏域	病院		診療所	
	保有台数	稼働件数	保有台数	稼働件数
南加賀	0	－	0	－
石川中央	7	857	1	*
能登中部	1	*	0	－
能登北部	0	－	0	－
石川県	8	826	1	*
全　国	480	*	114	*

マンモグラフィー

圏域	病院		診療所	
	保有台数	稼働件数	保有台数	稼働件数
南加賀	5	450	0	－
石川中央	19	558	9	425
能登中部	2	534	0	－
能登北部	3	63	0	－
石川県	29	487	9	425
全国	2,621	*	1,640	*

放射線治療機器

圏域	病院		診療所	
	保有台数	稼働件数	保有台数	稼働件数
南加賀	0	－	0	－
石川中央	10	2,050	0	－
能登中部	2	865	0	－
能登北部	0	－	0	－
石川県	12	2,091	0	－
全　国	1,033	2,718	11	6,925

出典：「令和２年医療施設調査」「NDB（H31.4～R2.3）診療分データ抽出・集計」

※保有台数が圏内で１台の場合、稼働件数は、非公表とする（*部分）

５　持続可能な外来医療提供体制の確保に向けた取組

（１）地域で不足する外来医療機能の確保に向けた取組

○各医療圏の地域医療構想調整会議において必要とされた場合、関係する医療機関に会議への出席を求め、地域で不足する外来医療機能を担うよう要請する。

○全ての医療圏において、今後も持続可能な外来医療提供体制を確保する必要があることから、外来医療機能（在宅当番医、在宅医療、公衆衛生）に不足が生じる恐れのある状況（診療所の廃止等）を把握した場合、地域医療構想調整会議において、対応を協議し、外来医療提供体制の確保を図ることを目標とする。

○また、外来医師多数区域において新規開業する者に対し、引き続き不足する外来医療機能への協力確認を行い、同意しない場合、地域医療構想調整会議への出席を求め、地域で不足する外来医療機能を担うよう要請する。

○協議の場において結論を得た方針に従わない医療機関については、必要に応じて石川県医療審議会において報告し、意見を聴取する。

（新規開業者に対する協力確認の手続き）

・開業に当たっての事前相談や新規開業者に届出様式を交付する機会に、診療所の届出に関する窓口である石川中央保健福祉センターまたは金沢市保健所は、開業を予定する場所が外来医師多数区域に属することや、開業を予定する地域において不足する外来医療機能について情報提供する。
・新規開業者が診療所の開設届を提出する際、窓口である石川中央保健福祉センターまたは金沢市保健所は、開設届と併せて提出を求める添付資料に設けられている不足する外来医療機能の実施に関する合意欄を確認し、合意がない場合には合意を促す。

※開設届と併せて提出を求める添付資料「地域で不足する外来医療機能の実施に関する合意の有無」は参考資料として県ホームページに掲載

（２）医療機器の効率的な活用に向けた取組

○新規に購入する医療機器についても効率的な活用を推進するため、全ての対象区域において、対象医療機器を新規に購入する際には、当該医療機器の共同利用に係る計画（以下「共同利用計画」という。）を作成し、各医療圏の地域医療構想調整会議において確認を行うことを求める。

（医療機器の共同利用画についての協議の手続き）

・対象医療機器の新規購入予定者は、購入前に県に対し共同利用計画を提出する。
※共同利用計画の様式は参考資料として県ホームページに掲載

・県は提出された共同利用計画を取りまとめ、協議の場において報告することとし、協議結果を公表する。

・取りまとめた共同利用計画や協議の場での協議結果について、必要に応じて医療審議会に報告する。

第６章　医療提供体制の整備

１　医療機関相互の機能分担と連携

１．現状と課題

（１）地域の医療機関相互の機能分担と連携強化

■初期医療から二次、三次医療に至るまで、各医療機関の機能分担と連携強化を図るため、県民に対して「かかりつけ医」を持つことの意義を普及啓発するとともに、病診連携や研修機会の確保等、かかりつけ医への支援体制を強化していくことが必要である。

■高度急性期から在宅医療まで、切れ目なく医療を提供できるよう、がんなどの疾病や救急医療などの事業ごとに、地域の実情に応じた医療連携体制を構築し、良質かつ適切な医療を提供する必要がある。

○初期医療の役割

・かかりつけ医など住民に身近な医療機関が行う健康相談や診療などをいう。
・初期医療機関は、診療等のほか、患者の健康管理、疾病予防・早期発見・早期治療など包括的かつ総合的に患者の健康をケアする役割を担っている。
・入院治療等が必要な患者を二次、三次医療機関へ紹介するとともに、入院治療を終えた患者に対し、引き続き在宅医療等を行う。

○二次医療の役割

・比較的専門性の高い外来医療や、一般的な入院医療を対象とする医療である。
・例えば風邪だと思っていたら、実は肺炎で入院しなければならない場合などは二次医療の対象となり、入院施設のある病院が二次医療機関として位置づけられる。

○三次医療の役割

・脳卒中、心筋梗塞などの生命が危険な状態にある患者や、集中治療室での治療が必要な未熟児などを対象とした高度、特殊、専門的な医療である。
・大学病院や救命救急センターのほか、疾病の種類によっては急性期や重篤な患者に対する治療を行う医療機関があり、これらが三次医療機関として位置づけられる。

○機能分担と連携

・二次や三次の医療機関では、高度な医療機器や多数のスタッフを備えているため、より良い治療を受けられるのではないかといった思いから、一般の病気の場合であっても、患者が二次や三次の医療機関に集中する傾向にあるが、こうした傾向が進むと、真に高度な医療が必要な患者の診療に支障を来たすことになりかねない。
・二次や三次の医療機関が、高度な医療を必要とする患者を治療するという本来の目的を達成するため、日頃から県民に「かかりつけ医」を持ってもらい、風邪などの

日常的な病気の場合には、かかりつけ医に治療してもらうようにする必要がある。

・今後、夜間・休日の救急医療を担う医療従事者の不足が懸念されるとともに、高齢者の救急搬送の更なる増加が見込まれるため、地域の実態にあわせて二次や三次の医療機関の機能分化・連携を推進する必要がある。

・かかりつけ医を中心とした日常的な医療を基盤としながら、必要なときは専門的な医療が受けられるよう、地域の医療機関が役割を分担しつつ、それぞれの専門性を高めながら、診療情報共有の促進等により、相互に連携を図る必要がある。

（２）地域医療支援病院の整備目標

■地域の医療機関相互の機能分担と連携を推進する観点から、地域医療支援病院の整備を図る必要がある。

紹介患者に対する医療提供や医療機器等の共同利用の実施等を通じてかかりつけ医を支援し、二次医療圏単位で地域医療の充実を図る地域医療支援病院として、６病院が承認されている（令和６年３月 31 日現在）。

今後、県内の病院が患者紹介率等の承認要件を満たすようになった場合、各医療圏の患者紹介や病床及び医療機器の共同利用等の状況を踏まえ、医師会等関係団体の意見を聞きながら、地域医療支援病院として承認する。

地域医療支援病院

医療圏	医療機関名
南加賀	小松市民病院
石川中央	金沢市立病院
	金沢医療センター
	石川県立中央病院
	公立松任石川中央病院
能登中部	恵寿総合病院

（地域医療支援病院の承認要件）
・開設主体：原則として国、都道府県、市町村、社会医療法人、医療法人等
・紹介患者中心の医療を提供していること
（具体的には、次のいずれかの場合に該当すること）
１）紹介率が80％以上であること
２）紹介率が65％以上であり、かつ、逆紹介率が40％以上であること
３）紹介率が50％以上であり、かつ、逆紹介率が70％以上であること
・救急医療を提供する能力を有すること
・建物、設備、機器等を地域の医師等が利用できる体制を確保していること
・地域医療従事者に対する研修を行っていること
・原則として200床以上の病床、及び地域医療支援病院としてふさわしい施設を有すること

２．対策

■市町広報等を通じて、かかりつけ医を持つことの必要性や、医療機関の機能分担及び連携を、県民へ広報していく。
■がんなどの疾病や救急医療などの事業ごとに、地域の実情に応じた医療連携体制を構築し、良質かつ適切な医療を提供する。
■入院から在宅医療まで切れ目のない形での地域の医療機能の適切な分担、連携を進め、患者の生活の質（ＱＯＬ）向上に向け、地域連携クリティカルパスや診療情報共有システムを活用するなど地域における医療連携体制を構築する。

（１）地域の医療機関相互の機能分担と連携の強化

○かかりつけ医

・かかりつけ医は、外来医療における機能分担の推進や、在宅で寝たきりの高齢者等の診療について緊急時に円滑に対応できるよう地域の病院との連携を図ることなど、医療機関相互の機能分担と連携を強化することにより、かかりつけ医としての機能の確立を推進する。
・市町広報等を通じて、かかりつけ医を持つことの必要性や、医療機関の機能分担及び連携を、県民に対して広報していく。
・かかりつけ医の技術や知識の向上を図るため、かかりつけ医を対象とした研修機会の拡大、研修内容の充実に努める。
・開放型病院を始めとした、かかりつけ医を支援する病院は、病床及び機器の共同利用や、地域のかかりつけ医を対象とした研修会等を推進するよう努める。

○二次医療機関

・二次医療機関は、かかりつけ医や三次医療機関との機能分担や連携により急性期や慢性期などの入院医療機能の明確化や、緩和ケアや回復期のリハビリテーション等の専門的な医療機能の提供、患者の紹介率の向上、かかりつけ医との共同診療などの推進に努める。
・高齢者の救急搬送の更なる増加に対応するため、複数疾患の治療や早期のリハビリテーションを実施できる人材を確保するとともに三次医療機関等からの転院受入れ体制の強化に努める。
・病床や医療機器の共同利用、かかりつけ医を対象とした研修会を開催する開放型病院を推進し、かかりつけ医への支援を推進する。

○三次医療機関

・三次医療機関は、二次医療機関での対応が困難な高度・特殊・専門的な医療機能の提供に努め、必要な医療を提供した後は、患者を速やかに、かかりつけ医や二次医療機関に転送するよう努める。
・重症急性期の機能維持・強化に向けて医療従事者を確保するよう努める。

○地域における医療連携体制の構築

・がんなどの疾病や救急医療などの事業ごとに、二次医療圏にとらわれず、地域の実情に応じた医療連携体制の構築を図り、住民・患者に対し良質かつ適切な医療の提供に努める。

・入院から在宅医療まで切れ目のない形での地域の医療機能の適切な分担・連携を進めるため、個々の患者の治療開始から終了までの全体的な治療計画である「地域連携クリティカルパス」や「いしかわ診療情報共有ネットワーク」などを活用した医療機関相互の情報共有を促進する。

（２）県民への広報の充実

県医師会をはじめ地域の関係機関・団体の協力を得て、市町広報等を通じて医療機関の機能分担及び連携や､かかりつけ医を持つことの必要性を県民に対して広報していく。

病診連携をはじめ医療機関相互の連携を推進するため、初期医療、二次医療、三次医療を担う各医療機関が、各々の機能や位置付けを明確にし、患者及び医療関係者の理解を深めるよう努める。

２　医療サービスの質の向上

１．　医療サービスの現状と課題について

（１）各医療機関におけるカルテ開示等への取組みの促進

■医療従事者はカルテ等の診療情報を、患者等が理解しやすいように提供するよう努める必要がある。

○医療機関は、患者等により診療記録の開示が求められた場合には、原則これに応じることとなっており、各医療機関において診療情報の提供に関する自主的な取組みが進められている。

○医療従事者は、カルテ等の診療情報を患者等が理解を得やすいように提供するよう努めるとともに、診療情報の提供に際しては、口頭による説明、説明文書の交付、診療記録の開示等具体的な状況に即した適切な方法により行う必要がある。

（２）インフォームド・コンセントの質の向上等の促進

■患者が自分の疾病を理解し、望ましい医療を自ら選択できるなど納得した医療を受けられるようにするため、インフォームド・コンセントの質の向上やセカンドオピニオンの普及・定着を図っていくことが必要である。

○医療は、医療の担い手と患者との相互理解と信頼関係に基づくべきものであり、患者の診療情報を提供することにより、患者が自分の疾病の状況を理解し、望ましい医療を自ら選択できるなど、患者が納得した医療を受けられるようにすることが望ましいことから、インフォームド・コンセントの質の向上を図っていくことが必要である。

○また、患者が受ける診療について、患者自身が納得して治療内容等を選択するために、主治医以外の専門医等の意見を聞くセカンドオピニオン制度の普及を図ることが望ましい。令和５年 10 月１日現在、セカンドオピニオン外来を設置している病院は 34 病院である。（令和５年度石川県医療機能情報提供制度による報告）

（３）人生の最終段階における医療に対する正しい理解の普及啓発

■人工的な水分・栄養補給法等の医療の高度化に伴い、人生の最終段階における医療のあり方が問われている中、患者に対して適切な対応ができるよう、医療・介護従事者及び家族への人生の最終段階における医療に関する正しい理解の普及啓発を図る必要がある。

○人生の最終段階を迎えた患者に対する胃ろうなどの人工的な水分・栄養補給法等の継続は、医療・介護従事者及び家族にとって、死生観や人間の尊厳に関わる重要な問題であり、医療・介護従事者や家族に対し、人生の最終段階における医療に関する正しい理解の促進が必要である。

○厚生労働省の「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」のほか、社団法人日本老年医学会等の関係学会からもガイドラインが公表され、医療・介護側と本人・家族との話し合いを通して、皆が共に納得できる合意形成のプロセスについて、指針が示されている。

○あらかじめどのような医療やケアを望むかを考え、周囲の信頼する人たちと話し合い、共有する取組みである「人生会議」（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）を進めることが必要である。

（４）第三者機関による病院機能評価の活用の推進

■医療ニーズの高度化、多様化に対応し、患者に質の高い医療サービスを提供するため、第三者による評価・認証制度が設けられている。
■病院は第三者による評価・認証制度を効果的に活用することで、医療サービスの質の向上を図る必要がある。

○医療ニーズが高度化、多様化する中で、患者のニーズを踏まえつつ、質の高い医療を効率的に提供するため、第三者による評価制度や認証制度が設けられている。

○県内において公益財団法人日本医療機能評価機構による病院機能評価を受けている病院が 25 病院ある（令和 5 年 12 月 1 日現在）ほか、国際標準化機構（ＩＳＯ）の ISO9001 認証取得病院が 1 病院（令和 5 年 12 月 1 日現在）ある。

○今後とも、病院機能評価をはじめとした第三者による評価・認証制度を効果的に活用することにより、医療サービスの質の向上を図ることが望まれる。

２．医療サービスの質の向上の方針

■医師会等と連携しながら、カルテ開示等への取組みを促進する。
■インフォームド・コンセント等についての普及啓発を図る。
■人生の最終段階における医療に対する正しい理解の普及啓発を図る。
■第三者機関による評価・認証制度を活用し、医療サービスの質の向上を図る。

【目標達成に向けた施策】

①各医療機関におけるカルテ開示等への取組みの促進

診療内容について患者の理解がより深まるよう、県医師会等と連携しながら、各医療機関におけるカルテ開示等、診療情報の提供の促進に努める。

②インフォームド・コンセント等の普及促進

医療従事者に対して、インフォームド・コンセントの必要性について周知を図るとともに、セカンドオピニオンの実施により、患者が納得して治療内容等を選択できるよう、関係団体等と連携しながら医療機関の取組を促進する。

③人生の最終段階における医療に対する正しい理解の普及啓発

人生の最終段階における医療のあり方について、県医師会等と連携しながら、医療・介護従事者や患者・家族の医学・倫理的知識の習得及び意思決定プロセスに関する正しい理解の普及啓発に努める。

また、患者や家族が、人生の最終段階においてどのような医療を望むかについて日頃から話し合うこと（人生会議）を促すため、患者や家族を支援する医療従事者等に対する研修会の開催支援や啓発媒体の作成などの取組を検討する。

④第三者機関による評価・認証制度を活用した医療サービス等の向上

医療機関に対して、第三者機関による評価制度や認証制度を紹介し、その効果的な活用を働きかけるなど、医療サービスの質の向上に向けた取組を促進する。

３　医療安全対策の推進

１．医療安全対策の現状と課題について

（１）医療事故等の予防対策の強化

■すべての医療機関において、医療事故や院内感染の防止対策の徹底を図る必要がある。
■石川県院内感染対策支援ネットワーク会議を設置し、医療機関が取り組む院内感染対策を支援する体制を構築している。

○医療事故や院内感染を防止し、患者に安全な医療を提供することはすべての医療機関にとって最優先課題であり、医療事故や院内感染の防止対策を図っていくことが必要である。

○医療事故には様々なタイプがあり、また、個々の医療機関における医療体制も異なることから、各医療機関が主体となって医療事故防止の取組みを行っていくことが必要である。

○院内感染の防止については、個々の医療機関における対策だけでなく、医療機関及び関係行政機関のネットワークを構築し日常的な相互関係を築くことが重要であることから、石川県院内感染対策支援ネットワーク会議を設置し、各医療機関を支援する体制を構築している。

○各医療機関において、「医療安全管理委員会」や「事故防止マニュアル」、「院内感染防止マニュアル」が整備されているが、必要に応じて見直しを行う必要がある。

（２）医療事故等の発生時対応の強化

■医療事故等が発生した場合は、その原因等を分析・検討し、再発防止に努める必要がある。

○医療事故や院内感染が発生した場合は、その原因等を分析・検討し、その検討結果について周知を図るなど、再発防止に努める必要がある。

○院内感染が発生した場合には、適時、保健所等の技術的支援を受けながら、速やかに原因を特定し、拡大防止対策を講じる必要がある。

○対象となる医療事故が発生した場合には、医療機関は、遺族への説明、医療事故調査・支援センター※への報告を行い、必要な調査の実施ののち、 調査結果について遺族への説明及びセンターへの報告を行うこととされている。「医療事故」に該当するかどうかの判断は、医療機関の管理者が行う必要があり、管理者の医療事故制度に関する正確な知識や理解の促進を行う必要がある。

※　医療事故調査・支援センター：医療法第 6 条の 15 第 1 項に基づき厚生労働大臣が定める団体。
　　医療事故調査・支援センターとして一般社団法人日本医療安全調査機構が指定されている。

（３）医療に関する相談・苦情への適切な取り扱い

■医療に関する相談や苦情について、患者・家族と医療機関との信頼関係の構築や医療機関の患者サービスの向上を図る必要がある。

○医療に関する相談は、当該医療機関で説明・対応することが適当であることから、インフォームド・コンセントのより一層の徹底はもちろん、医療安全管理を行う部門の設置や、医療機関が患者からの相談に応じる体制の強化により、患者・家族と医療機関との信頼関係の構築や、医療機関の患者サービスの向上を図る必要がある。

○医師の説明不足や説明の仕方に対する不満、看護師など医療従事者の対応に対する苦情、治療費の請求内容に関する苦情など医療に関する相談に応じるため、県医療対策課、保健福祉センター及び金沢市保健所に医療安全支援センターを設置しているほか、県医師会においても苦情相談窓口を設置している。

○医療相談にあたる関係機関（県医師会、県医療対策課、県警察本部等）で、「医療に関する相談窓口連絡会」を必要に応じて開催し、患者・家族への適切な対応や、連絡体制の強化を図っている。

図１　医療相談受付件数

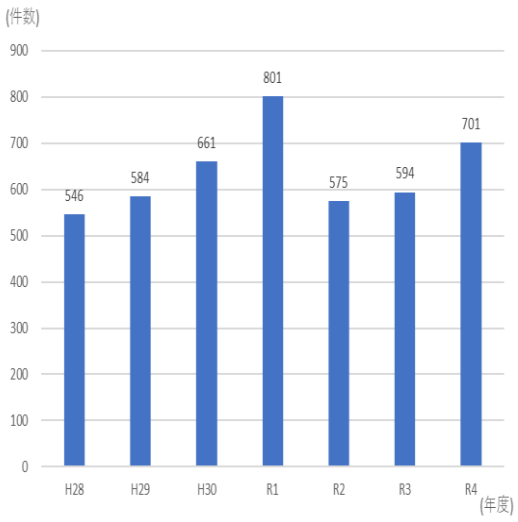
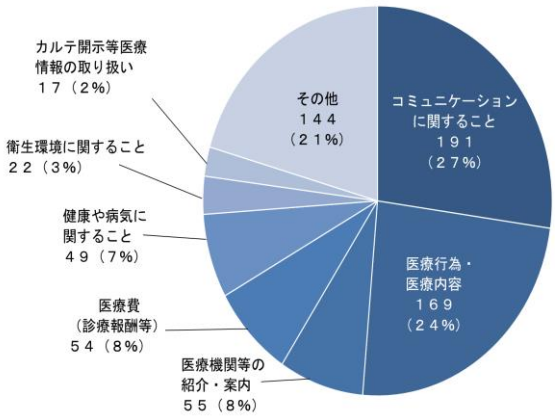


図２　医療相談受付内訳（令和４年度）



※　県医療対策課、県内全ての保健所での受付件数の合算

（４）医薬品等の安全確保

■医薬品（医薬部外品、化粧品、医療機器を含む。）の安全確保のためには、製造及び流通段階における管理の徹底が求められる。
■医薬品の適正な使用が求められている。
■薬局の安全管理体制の整備が求められている。

○製造及び流通医薬品の安全確保

・製造及び流通段階における製造管理・品質管理の徹底が重要であり、県は医薬品医療機器等法に基づき医薬品の製造所、薬局等に立ち入り、監視指導を行うとともに、流通する医薬品の検査を実施している。

○医薬品の適正使用

・医薬品は、適正に使用されて初めてその効能が発揮されることから、薬剤師、登録販売者等の関係者が適切な情報を患者・県民に提供することが求められている。
・県薬剤師会は薬事センターを拠点として、医薬品情報を収集・蓄積し、医療機関及び薬局・薬店に対し副作用等の情報提供に努めている。平成 19 年 10 月に厚生労働省が策定した「後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム」により、後発（ジェネリック）医薬品の普及促進を図ることとされたことから、これらの医薬品の情報も含め、情報提供体制の充実を図る必要がある。

○薬局の安全管理体制

・平成 18 年の薬事法改正により、薬局における医薬品の安全使用等に関する業務手順書の作成とその手順書に基づく業務の実施、事故報告や必要な情報の収集等適正な管理の確保のための改善方策実施などの体制整備が求められている。
・平成 18 年の医療法の改正により、調剤をする薬局は医療提供施設となっており、調剤にあたっては、患者に適切な薬剤情報を提供し、相談に応じる必要がある。
・医師、薬剤師等の医療関係者と医薬品の製造販売業者、卸売業者間において医薬品の副作用等の情報を相互に、緊密に交換することが求められる。

２．医療安全対策推進の方針について

（１）医療事故等の予防対策の強化

■各医療機関は、医療事故防止マニュアルの作成・見直しなど医療事故防止体制の強化に努める。
■医療事故防止に関する研修等を実施し、医療事故に対する意識の高揚を図る。
■石川県院内感染対策支援ネットワーク会議により、医療機関が取り組む院内感染対策を支援する。

【目標達成に向けた施策】

○各医療機関は、医療事故防止マニュアルの作成、医療安全管理委員会の設置及びインシデント（ヒヤリ・ハット）※事例の収集・分析を行い、再発防止に努める。

※ インシデント（ヒヤリ・ハット）：医療事故には至らなかったが、日常の診療の現場でヒヤリとしたりハッとした経験

○各医療機関は、必要に応じて、医療事故防止マニュアル・院内感染防止マニュアルの内容を見直し、内容を職員に対して周知徹底を図ること等により、院内の医療事故防止体制の強化に努める。

○関係団体と協力し、研修等を通じ、医療現場である診療部や薬剤部、看護部等部門ごとに置かれる医療事故防止対策の責任者であるリスクマネージャー等の医療事故に対する意識の高揚を図る。

○県は、石川県院内感染対策支援ネットワーク会議により実地支援や講習会を実施するほか、院内感染対策相談窓口を設け、医療機関が取り組む院内感染対策を支援する。

○各保健福祉センターが毎年実施する医療監視等の機会を通じ、医療機関の構造設備や医療従事者の確保、清潔保持などの状況とともに、医療事故防止及び院内感染防止について助言を行い、予防の徹底を図る。

（２）医療事故等の発生時対応及び再発防止対策の強化

■各医療機関は、医療事故等が発生した場合は、速やかに原因等を究明するとともに、再発防止対策について検討し、医療事故等の再発防止に取り組む。

■院内感染発生時においても、速やかに原因を特定し、拡大防止対策を講じるとともに、必要に応じ石川県院内感染対策支援ネットワーク会議の支援を求め、再発防止に取り組む。

【目標達成に向けた施策】

○各医療機関は、医療事故等が発生した場合、県に遅滞なく報告するよう努めるとともに、各医療機関に設置されている医療安全管理委員会において、事故の原因究明と再発防止に向けた対策について検討し、その検討結果について周知を図り、医療事故等の再発防止に取り組む。

○特に、院内感染が発生した場合には、適時、保健所等の技術的支援を受けながら、速やかに原因を特定し、拡大防止対策を講じるとともに、アウトブレイク発生時など、感染者が多数にのぼる場合や死亡者が確認された場合には、必要に応じて石川県院内感染対策支援ネットワーク会議の支援を求め、再発防止に取り組む。

○各医療機関は、医療安全に関する委員会の開催や、医療安全管理のためのマニュアルの見直し等を行い、医療事故の再発防止に取り組む。

○各医療機関は、医療事故の原因、再発防止対策等に関する情報開示に努める。

（３）医療に関する相談・苦情への適切な対応

■医療に関する相談や苦情については、迅速かつ的確に対応できるよう各医療機関の体制整備を図る。

【目標達成に向けた施策】

○各医療機関は、患者・家族との信頼関係の構築や患者サービスの向上を図るため、患者や家族からの相談や苦情に応じる体制を強化するとともに、インフォームド・コンセントのより一層の徹底などに関する研修会を開催する。

○県は、県民の医療に対する信頼を高めるため、医療相談窓口職員の研修の充実等、体制の強化に努める。

（４）医薬品等の安全確保

■不良医薬品、不正医薬品を排除するため、医薬品の製造業者等（医薬品製造販売業者・製造業者、薬局開設者、医薬品の販売業者）への監視指導を強化し、医薬品の製造管理・品質管理の徹底を図る。
■医薬品の適正使用を図り、副作用等の発生防止を図る。
■薬局における医薬品の安全の確保を図る。

【目標達成に向けた施策】

○医薬品の安全確保

・県は、医薬品の製造業者等への監視指導を徹底し、不良医薬品、不正医薬品を排除する。
・医薬品の製造業者等は、自主的に製造管理・品質管理を徹底し、医薬品の品質、有効性及び安全性を確保する。

○医薬品の適正使用

・県薬剤師会が設置する薬事センターは、医療機関、薬局などへの医薬品（先発医薬品、後発（ジェネリック）医薬品）の副作用等に関する情報の提供に努める。また、医療機関、薬局に対して医薬品等副作用報告制度の普及啓発を行う。
・医療機関は、医薬品の情報管理業務を充実し、患者に対する適切な服薬指導に努める。
・医薬品の販売業者は、県民が医薬品を適正に使用できるよう医薬品に関する情報を提供するため、医薬品の販売に従事する薬剤師、登録販売者による積極的な情報提

供の体制づくりに努める。また、県民に医薬品等副作用被害救済制度等の普及啓発を行う。

○薬局の安全管理体制

・薬局開設者は、薬局における医薬品に係る医療の安全を確保するため、指針の策定や従業者の研修の実施などにより、薬局の安全管理体制の整備及び医薬品の安全使用や管理体制の整備を図る。
・薬剤師は、医薬品の情報管理業務を充実し、患者に対する適切な服薬指導に努める。
・医師、薬剤師等の医療関係者と医薬品の製造販売業者、卸売業者は相互に医薬品の副作用等に係る情報を交換するとともに、副作用等の情報を入手した場合には、受診勧奨、副作用報告等の適切な対応を実施する。

４　医療情報提供体制の充実

１．医療情報提供体制の現状と課題について

■医療機関相互の情報交換や情報収集などのため、患者や医療等に関する情報を速やかに伝達、検索可能であることが必要である。また、県民に対し病院等の選択に必要な情報を提供できる体制の構築が必要である。
■いしかわ診療情報共有ネットワークや医療情報ネットなどの医療情報システムを整備している。
■今後とも、医療機関相互の連携や災害・救急時の対応、要介護者等に対する在宅療養支援等のため、医療情報システムの整備や機能充実を図ることが必要である。

○医療機関相互の連携や災害・救急時対応を円滑に行うためには、患者や医療等に関する情報を速やかに伝達、検索することが必要である。
また、医療を受ける者が病院等の選択を適切に行えるよう必要な情報を提供することが必要である。このため、以下の医療情報システム等による医療情報提供体制の整備を図ってきたところである。

＜本県が運用する主な医療情報システム＞
・いしかわ診療情報共有ネットワーク
病院や診療所が電子カルテとして保管している診療情報について、ＩＴを活用して他の医療機関や介護事業者等と共有することにより、切れ目ない医療等の提供に向けた医療機関相互の連携や医療・介護連携を支援している。

・へき地医療診療支援（静止画像伝送装置の活用）
へき地で診療にあたる医師が、静止画像伝送装置を活用して、患者のレントゲン写真や病理検体画像をへき地医療拠点病院や大学病院の専門医に送信し、適切な助言・指導を受けるなど診療支援を受けている。

・広域災害・救急医療情報システム（ＥＭＩＳ）
災害時の迅速な対応が可能となるよう、医療機関の患者の受入れ可否等の情報、ライフラインの稼働状況やＤＭＡＴの活動状況等の情報を、一元的に収集・提供し、関係者間で情報共有する。

・救急病院の宿日直情報の共有
医師の宿日直医情報を県医師会ホームページに掲載し、県内医療機関、消防機関及び医師会等の関係者内で共有している。

・医療情報ネット

病院、診療所、助産所及び薬局が有する機能に関する情報について、検索機能を有するインターネットシステムで公表することにより、住民や患者による病院等の選択を支援している。

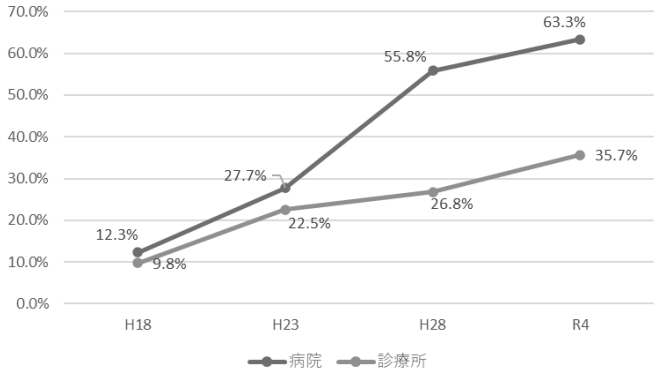
・県民に対する休日当番医情報の提供

ホームページにおいて、一般県民に対する休日当番医情報を提供している。

○県医師会や各地区医師会等においては、新聞広報、電話照会等による在宅当番医情報の提供のほか、それぞれホームページを開設し、会員向けの情報提供や一般県民への在宅当番医や病院・医院マップ等の情報提供を行っている。

○医療機関相互の連携を進めるためには、電子カルテによる診療に関する情報の共有化・標準化等が求められており、県内でも、複数の医療機関において電子カルテが導入されている。

図　県内の電子カルテ導入済医療機関の割合



出典：石川県医療機能基礎調査（R5.3月）

○今後とも、医療機関相互の連携や災害・救急時の対応、要介護者等に対する在宅療養支援、医療と保健・福祉の連携等のため、急速に進歩している情報通信技術を積極的に活用し、医療情報システムの整備や機能充実を図ることが重要である。

２．医療情報提供体制充実の方針

【目的（目指す方向）】
■医療機関相互の連携や、医療・介護の連携強化に向け「いしかわ診療情報共有ネットワーク」の利用を推進する。
■大規模災害時における他都道府県との円滑な情報共有のため、国レベルの医療情報システムの効果的な運用を促進する。
■医療情報ネットの利用促進を図り、県民に対する情報提供の充実や県民への助言等についての適切な対応に努める。
【目標】
■県民に対する情報提供の充実

（１）医療機関相互の連携等に向けた医療情報システムの活用

医療機関相互の連携や、医療・介護の連携の強化に向け、「いしかわ診療情報共有ネットワーク」の利用を推進する。

（２）大規模災害時における関係機関との情報共有に向けた医療情報システムの活用

○大規模災害時における医療機関の患者の受入可否やライフラインの稼働状況の共有、被災地へのＤＭＡＴや医療救護班の派遣等の支援を迅速に行うため、災害医療に関しては国が設置する「広域災害・救急医療情報システム（ＥＭＩＳ）」の効果的な運用を促進する。

○災害時の周産期医療に関しては、公益社団法人日本産科婦人科学会が設置する「大規模災害対策情報システム（ＰＥＡＣＥ）」を活用する。

（３）県民等に対する情報提供体制の充実

○住民・患者の医療の適切な選択に資するため、医療情報ネットの利用促進に努める。

○住民・患者からの医療機能情報についての質問・相談及びそれに対する助言について、適切に対応するよう努める。

５　疾病対策別等の医療連携体制の充実

【がん（第４次石川県がん対策推進計画※1）】

１．がんについて

（１）疾病の特性

○がんは死因の第１位となっており、生涯のうちにがんに罹患する可能性はおおよそ２人に１人と推測されている。さらに、今後、人口の高齢化とともにがんの罹患者数及び死亡者数は増加していくことが予想され、依然としてがんは、県民の生命と健康にとって重要な問題である一方、がん患者・経験者の中には長期生存し、社会で活躍している者も多い。

【予防・早期発見】

○がんの原因には、喫煙（受動喫煙を含む。）や食生活、運動等の生活習慣、ウイルスや細菌の感染等様々なものがある。がんの予防にはこれらの生活習慣の改善やがんと関連するウイルスの感染予防が重要である。

○がんの早期発見・早期治療のためには、科学的根拠に基づくがん検診の受診が重要である。

【医療】

○がん検診によりがんの可能性が疑われた場合や症状を呈した場合、確定診断のための精密検査により、がんの種類やがんの進行度の把握、治療方針等の決定が行われる。

○がんの種類や病態に応じて、手術療法、放射線療法、薬物療法やこれらを組み合わせた集学的治療、学会等の診療ガイドラインに準じた診療、がんゲノム医療※2等の治療が行われ、また、がんと診断された時からの身体的苦痛及び精神心理的な苦痛等に対する患者・家族への緩和ケアも行われる。

○がんの治療後は、治療の影響や症状の進行により、嚥下や呼吸運動などの日常生活動作に支障を来す場合があるため、リハビリテーションが行われる。

○がん治療に伴う副作用・合併症・後遺症への対応は、患者のＱＯＬ向上を図るうえで、重要である。

※1 第４次石川県がん対策推進計画
がん対策基本法（平成 18 年法律第 98 号）及び石川県がん対策推進条例の規定に基づく都道府県がん対策推進計画

※2 「ゲノム医療」とは、個人の「ゲノム情報」をはじめとした各種オミックス検査情報をもとにして、その人の質や病状に適した「医療」を行うこと。

【療養支援】

○がん患者やその家族等が住み慣れた地域社会で生活していくため、医療・福祉・介護サービスの提供や、必要な就労・教育支援等を受けることができる環境整備が重要である。

（２）医療機関に求められる役割

【予防・早期発見】

○科学的根拠に基づくがん検診を行い、その結果に応じた精密検査を行う。

○精密検査の結果をフィードバックする等、がん検診の精度管理に協力する。

【一般的診療】

○精密検査や確定診断等を行う。

○診療ガイドラインに準じた診療を実施する。

○がんと診断された時から患者とその家族等に対して全人的な緩和ケアを実施する。

○専門治療後のフォローアップ、リハビリテーションを実施する。

【専門診療】

○患者の状態やがんの病態に応じて、手術療法、放射線療法、薬物療法や、これらを組み合わせた集学的治療等を実施する。

○がんゲノム医療等の高度かつ専門的な医療等については、地域における役割分担等を踏まえつつ、必要に応じて他の医療機関と連携し実施する。

○患者とその家族等の意向に応じて、専門的な知識を有する第三者の立場にある医師の意見を求めるためのセカンドオピニオンを提示する体制を整備し、患者やその家族等に分かりやすく公表する。

○相談支援の体制を確保し、情報の収集・発信、患者・家族等の交流の支援等を実施する。その際、小児・ＡＹＡ世代のがん、希少がん、難治性がん等に関する情報についても提供できるよう留意する。

○就職支援や、仕事と治療の両立に向けた就労継続支援を行えるよう、事業者・産業医等との連携を含めた体制を確保し、相談支援や情報の発信等を行う。

○がんの治療の合併症予防や、その病状の軽減を図るため、治療中の口腔管理を実

施する病院内の歯科や歯科医療機関との連携を図る。

○地域連携支援の体制を確保するため、病院間の役割分担を進めるとともに、研修、カンファレンス、診療支援等を活用し、急変時の対応や緩和ケア等について、他のがん診療機能や在宅療養支援機能を有している医療機関等と連携する。

○院内がん登録を実施する。

【療養支援】

○24 時間対応が可能な在宅医療を提供する。

○がん疼痛等に対する緩和ケアを行う。

○看取りを含めた人生の最終段階におけるケアを 24 時間体制で提供する。

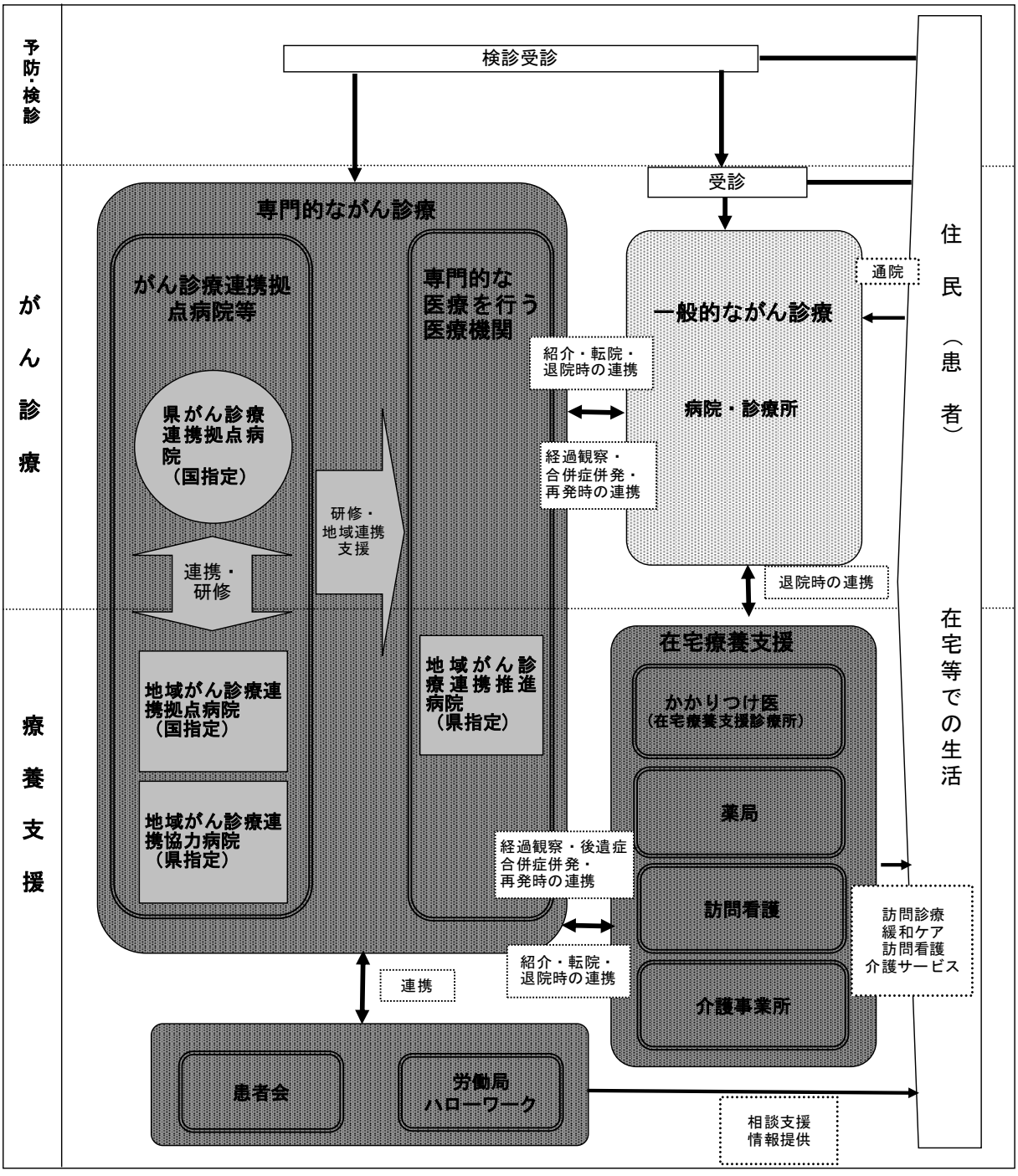
○がん診療機能を有する医療機関等と、診療情報や治療計画を共有するなどして連携する。（地域連携クリティカルパスを含む。）

○医療用麻薬を提供する。

○緊急入院病院を確保する。

○緩和ケア病棟を有する病院と連携する。

がんの医療提供体制


予防・検診
がん診療
療養支援
検診受診
受診
専門的ながん診療
がん診療連携拠点病院等
県がん診療連携拠点病院（国指定）
連携・研修
地域がん診療連携拠点病院（国指定）
地域がん診療連携協力病院（県指定）
研修・地域連携支援
専門的な医療を行う医療機関
地域がん診療連携推進病院（県指定）
一般的ながん診療
病院・診療所
通院
紹介・転院・退院時の連携
経過観察・合併症併発・再発時の連携
退院時の連携
在宅療養支援
かかりつけ医（在宅療養支援診療所）
薬局
訪問看護
介護事業所
経過観察・後遺症合併症併発・再発時の連携
紹介・転院・退院時の連携
訪問診療
緩和ケア
訪問看護
介護サービス
連携
患者会
労働局ハローワーク
相談支援
情報提供
住民（患者）
在宅等での生活

２．がんの現状と課題について

■石川県のがんの年齢調整死亡率は減少しているが、死因第１位となっている。
■がんを予防する生活習慣の普及啓発及びがんの早期発見・早期治療のためがん検診受診率向上に取り組んできたが、一部のがん種では目標値を達成できていない。
■拠点病院等を中心としてがん医療の提供体制の充実を図ってきたが、がん医療の高度化に伴う医療機関の連携や感染症発生・まん延時や災害時等の対応が求められている。
■がん患者への相談支援体制の充実や治療と仕事の両立支援の普及啓発等を進めていく必要がある。
■高齢化に伴い、高齢のがん患者が増加しており、それぞれのライフステージに応じたがん患者への支援が必要である。

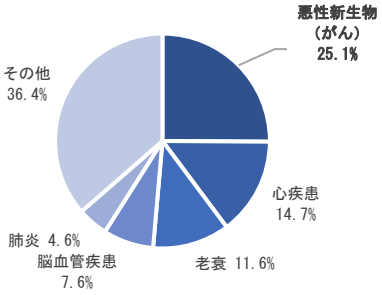
（１）がん患者の状態

①がんの死亡状況

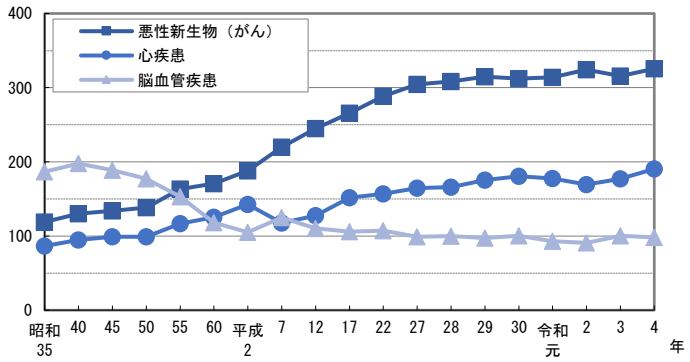
＜死亡原因及び死亡率＞

○石川県における令和 4 年のがんによる死亡者数は 3,587 人、がんの死亡率は 325.5（人口 10 万対）となっており、全死因に占める割合の 25.1％を占め、死因の第１位となっている。

死亡原因の割合
（石川県・令和4年）



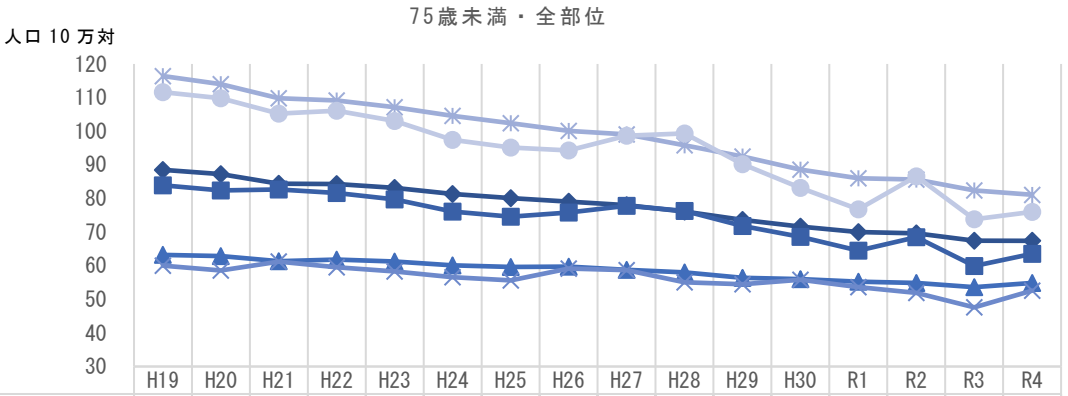
主な死因別死亡率（石川県：人口10万対）



出典：「人口動態統計」（厚生労働省）

＜がんの年齢調整死亡率＞

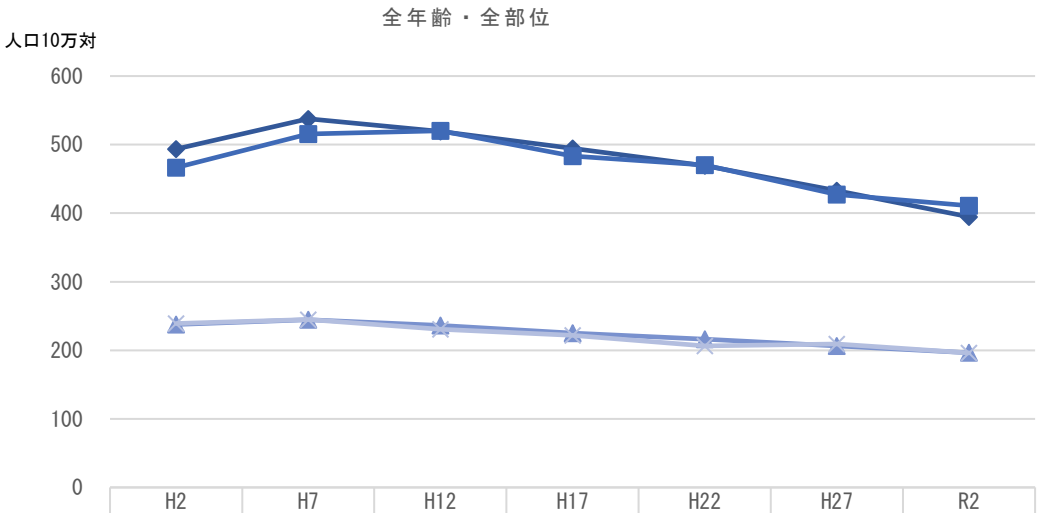
○石川県における令和４年のがん年齢調整死亡率(75 歳未満・男女計)は 63.5 であり全国の 67.4 より低く、経年的にみると減少傾向であり、全年齢においても同様の傾向である。



	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4
全国　男女計	88.5	87.2	84.4	84.3	83.1	81.3	80.1	79.0	78.0	76.1	73.6	71.6	70.0	69.6	67.4	67.4
石川県　男女計	83.9	82.4	82.7	81.6	79.7	76.1	74.6	75.8	77.8	76.3	71.8	68.6	64.5	68.5	59.9	63.5
全国　女	63.2	62.9	61.3	61.8	61.2	60.1	59.6	59.7	58.8	58.0	56.4	56.0	55.2	54.9	53.6	54.9
石川県　女	60.0	58.6	61.2	59.5	58.3	56.6	55.6	59.1	58.7	55.0	54.5	55.8	53.6	51.9	47.6	52.6
全国　男	116.4	114.0	109.8	109.1	107.1	104.6	102.4	100.1	99.0	95.8	92.5	88.6	86.0	85.6	82.4	81.1
石川県　男	111.6	109.8	105.2	106.1	103.0	97.4	95.1	94.3	98.7	99.3	90.2	83.1	76.8	86.6	73.8	76.0

※基準人口は昭和 60 年モデル人口を使用

出典：がん情報サービス「がん統計」（人口動態統計）（国立がん研究センター）



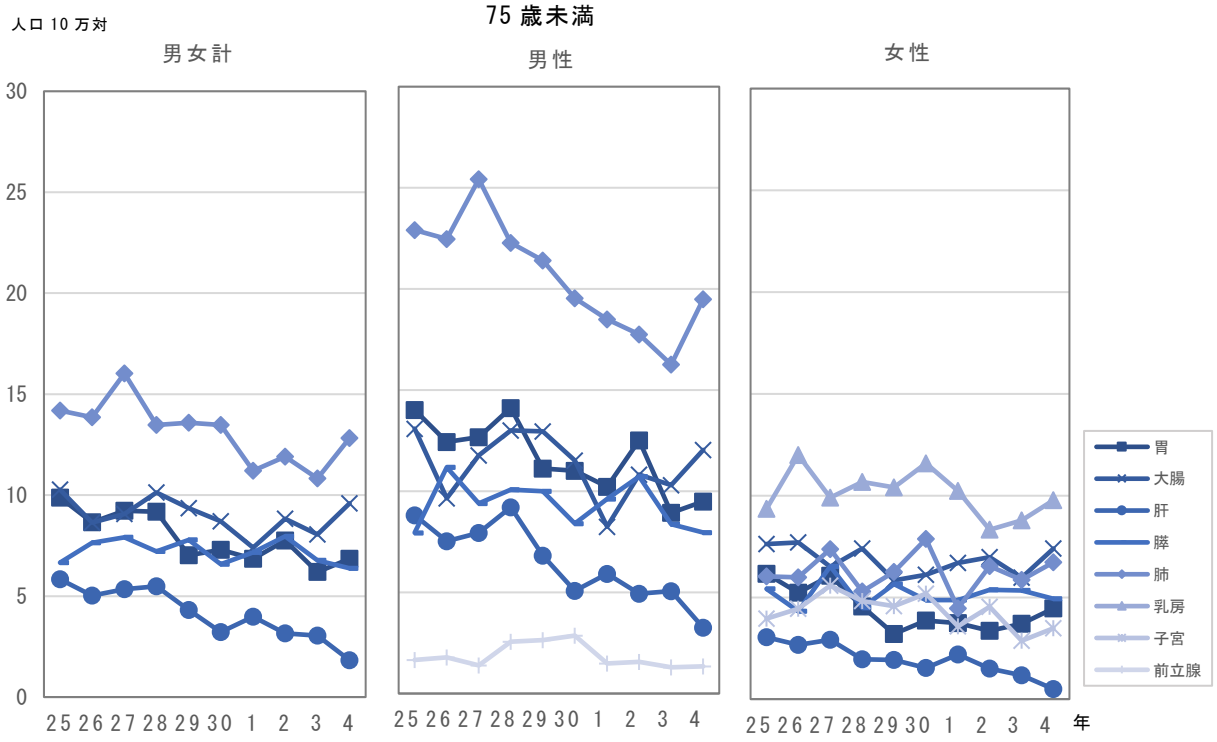
	H2	H7	H12	H17	H22	H27	R2
全国　男性	493.6	537.7	519.3	494.4	469.4	433	394.7
石川　男性	466.5	515.4	520.2	483.3	470.1	427.4	410.9
全国　女性	237.6	244.6	236.1	225	216.2	206.6	196.4
石川　女性	238.9	244.9	230.8	221.9	206.3	209.4	196.2

※基準人口は平成 27 年モデル人口を使用

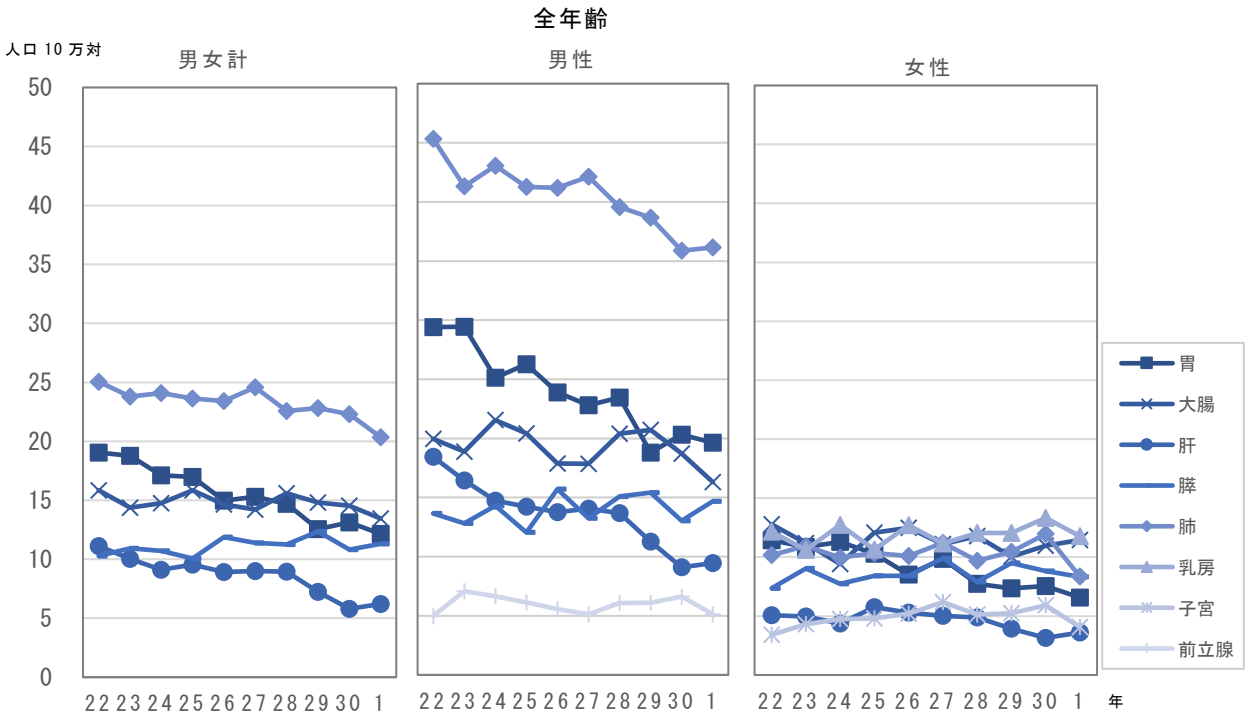
出典：人口動態統計特殊報告（厚生労働省）

＜部位別年齢調整死亡率＞

○石川県における部位別年齢調整死亡率は、男性では肺がん、女性では乳がんが最も高くなっている。経年的にみると胃がん、肝臓がんにおいて減少傾向にあり、その他のがんにおいては横ばいである。



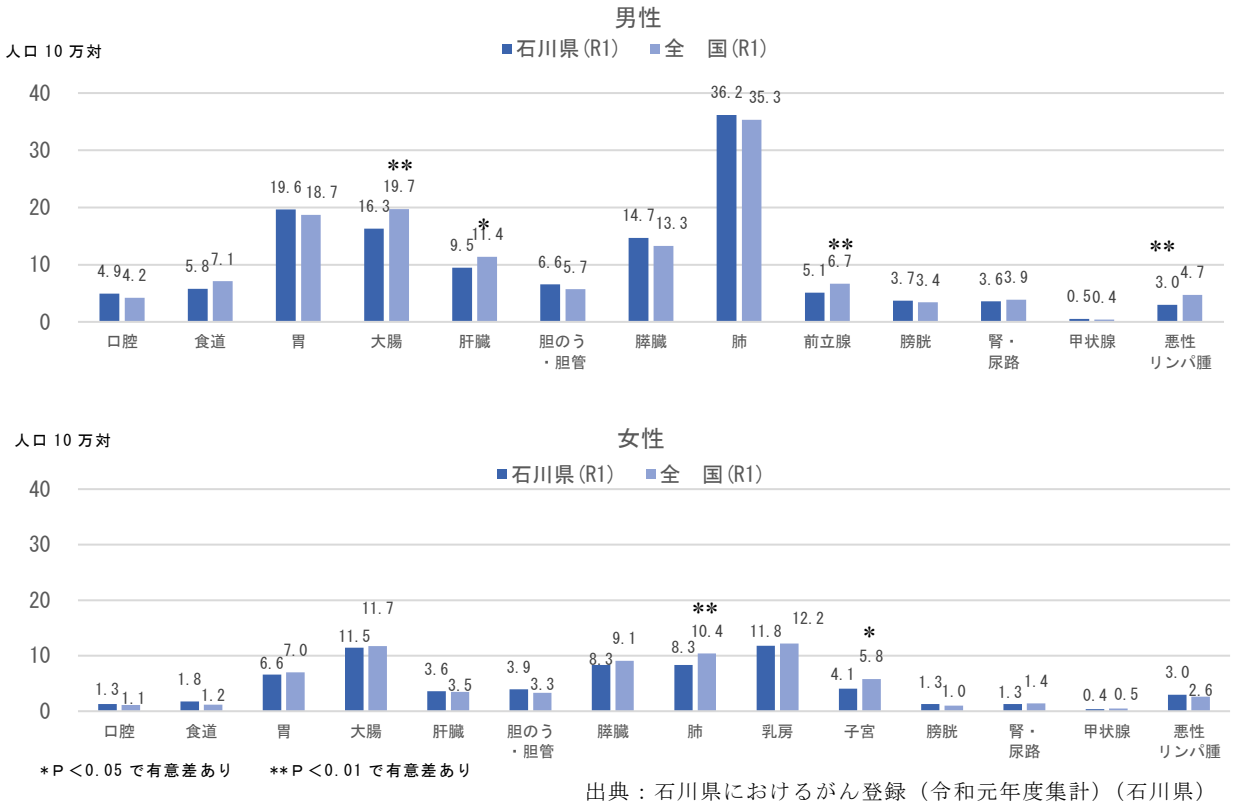
出典：がん情報サービス「がん統計」（人口動態統計）（国立がん研究センター）



出典：石川県におけるがん登録（令和元年度集計）（石川県）

＜年齢調整死亡率の全国との比較＞

〇年齢調整死亡率は男女ともに、全国より有意に高い部位は認められなかった。



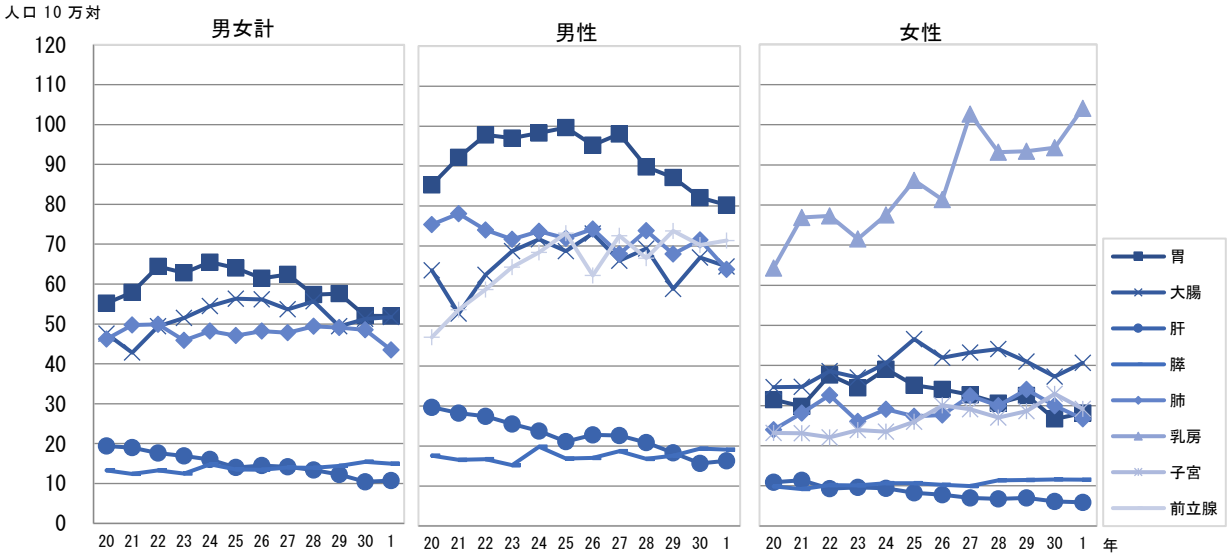
出典：石川県におけるがん登録（令和元年度集計）（石川県）

②がんの罹患状況

〇令和元年のがんの罹患数（上皮内がんを除く）は、男性 5,318 件、女性 4,096 件、合計 9,414 件であった。

＜部位別年齢調整罹患率＞

〇石川県における部位別年齢調整罹患率は、男性では胃がん、女性では乳がんが最も高くなっており、乳がんの罹患率は増加傾向にある。肺がん、膵臓がんはおおむね横ばいで推移しており、胃がん、肝臓がんは減少傾向にある。

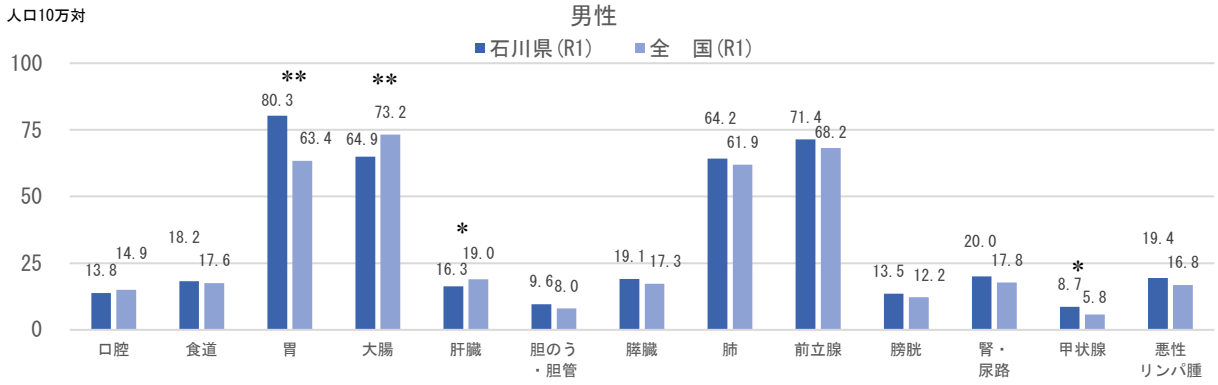


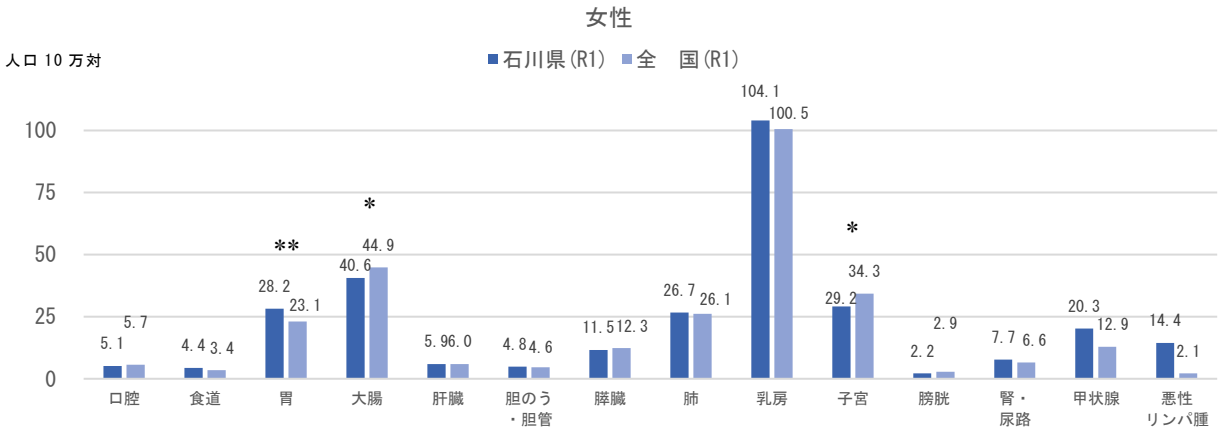
※罹患率は、がん登録の精度の影響を受け、特に古い年次についてはその点に留意する必要がある
※上皮内がんを除く

出典：石川県におけるがん登録（令和元年度集計）（石川県）

＜年齢調整罹患率の全国との比較＞

○令和元年度の年齢調整罹患率は、男性の胃がん及び甲状腺がん、女性の胃がんで全国より有意に高くなっている。



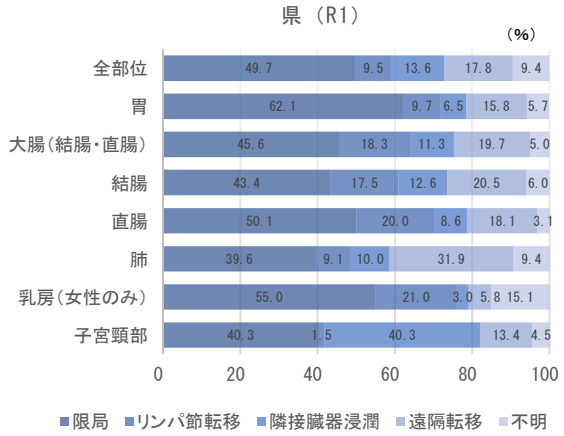


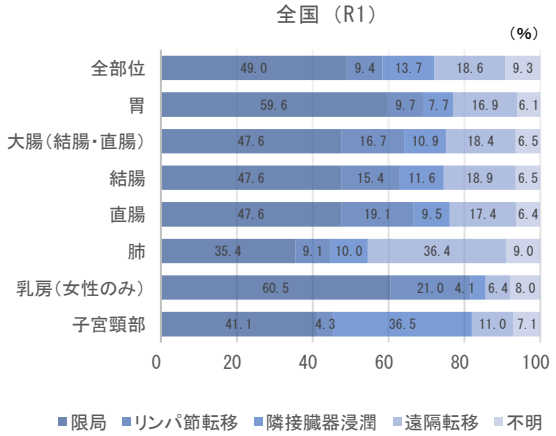
＊Ｐ＜0.05 で有意差あり　　＊＊Ｐ＜0.01 で有意差あり
※上皮内がんを除く

出典：石川県におけるがん登録（令和元年度集計）（石川県）

＜限局がんの割合＞

○石川県における令和元年の全部位での限局がんの割合は、約５割であった。がん検診の実施が推奨されている５つのがん種のうち、肺がんについては、遠隔転移の割合が高くなっている。



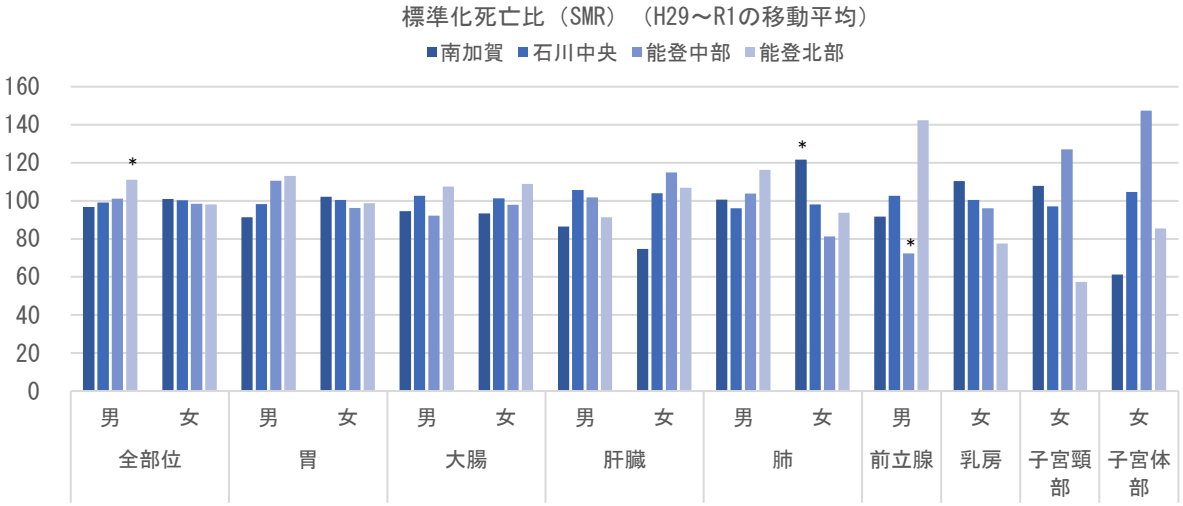


出典：石川県におけるがん登録（令和元年度集計）（石川県）

③地域別のがんの状況

＜地域別標準化死亡比（SMR）（H29－R1 の 3 年移動平均）＞

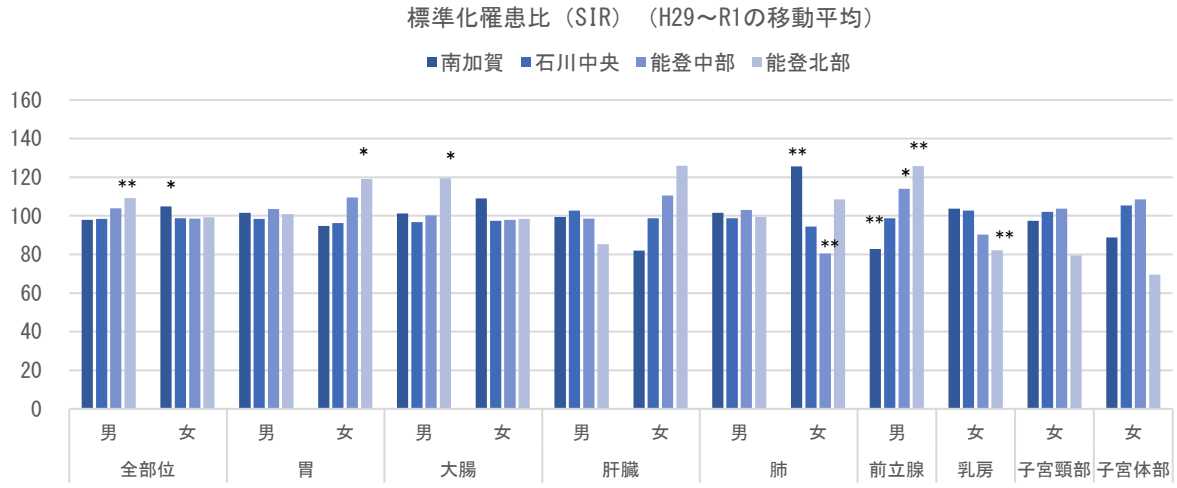
○石川県全域の死亡率を 100 として圏域別に標準化死亡比をみると、有意に高かったのは、能登北部の男性の全部位や南加賀の女性の肺がんであった。



＊P＜0.05 で有意差あり　＊＊P＜0.01 で有意差あり　出典：石川県におけるがん登録（令和元年度集計）（石川県）

＜地域別標準化罹患比（SIR）（H29－R1 の 3 年移動平均）＞

○石川県全域の罹患率を 100 として圏域別に標準化罹患比をみると、全部位では男性は能登北部、女性は南加賀が有意に高い。部位別にみると男性は大腸で能登北部、前立腺で能登中部、能登北部が有意に高く、女性では胃で能登北部、肺で南加賀が有意に高い。



※上皮内がんを除く

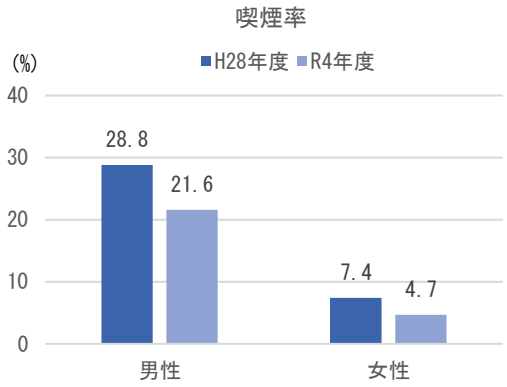
＊P＜0.05 で有意差あり　＊＊P＜0.01 で有意差あり　出典：石川県におけるがん登録（令和元年度集計）（石川県）

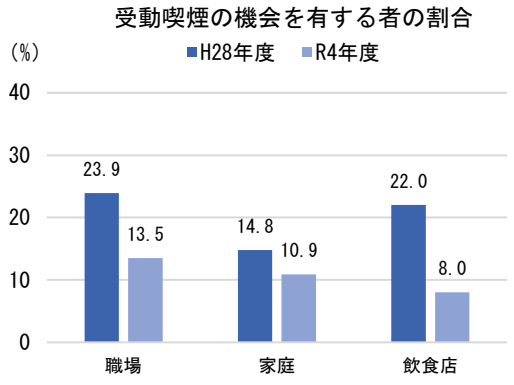
③がんの予防の状況

＜がんの１次予防＞

○がんの予防については、その発症に深く関係する食生活の改善や喫煙対策を推進してきた。がんに関連する食生活については、野菜の摂取量、食塩摂取量ともに目標値には達しておらず、食生活改善に向けて、今後とも正しい知識の普及と実践支援のための取組が必要である。

○喫煙は、がんに最も大きく寄与する因子であることから、関係機関と連携し喫煙が健康に与える影響や受動喫煙対策について普及啓発を行っている。喫煙率は年々減少しており、職場や家庭、飲食店における受動喫煙の機会を有する者の割合も減少している。引き続き、喫煙率の減少と受動喫煙防止対策を推進していく必要がある。





出典：県民健康・栄養調査（石川県）

○飲酒、身体活動等の生活習慣については、生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者※3 の割合を低下させ、運動習慣のある者の割合を増加させるため、引き続き取り組んでいく必要がある。

○感染に起因するがんへの対策として、ＨＰＶワクチン※4 の接種や、県の肝疾患診療連携拠点病院である金沢大学附属病院との連携のもとウイルス性肝炎の早期発見・治療体制の整備等を行っている。

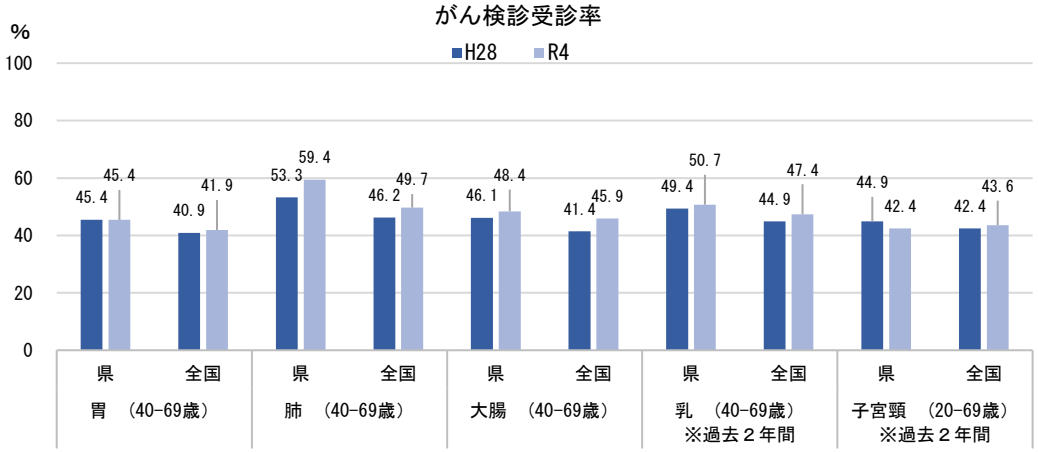
ＨＰＶワクチン接種については、国は積極的勧奨を差し控えることとした取り扱いを終了し、予防接種法に基づく個別の接種勧奨を令和４年度から実施している。また、積極的勧奨の差し控えにより、接種機会を逃したものに対して、令和４年度から３年間、従来の定期接種の対象年齢を超えて接種を行う「キャッチアップ接種」を実施している。

※3 「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者」とは、1 日あたりの純アルコール摂取量が男性 40ｇ以上、女性 20ｇ以上の者。

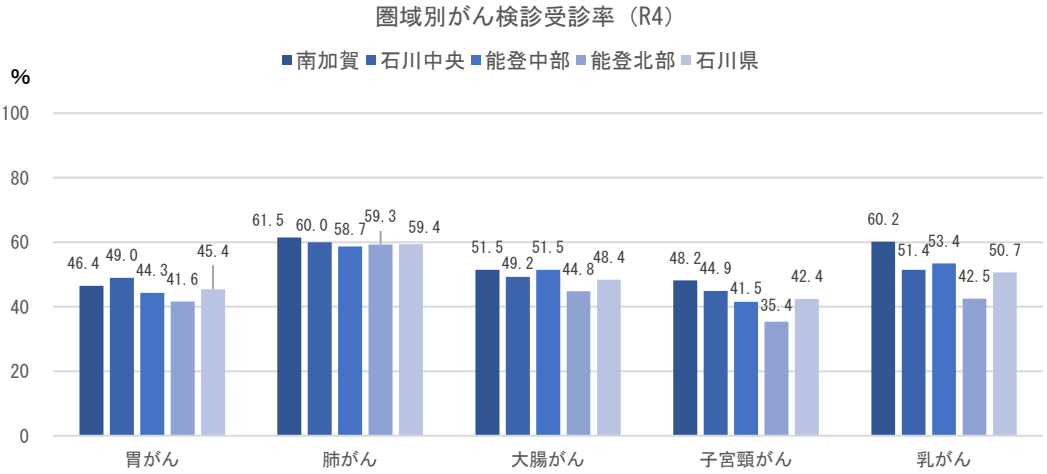
※4 「ＨＰＶワクチン」とは、日本の婦人科領域で最も多い癌である子宮頸癌、尖圭コンジローマおよびその他の癌の発生に関係する、ヒトパピローマウイルス（Human papillomavirus：HPV）の持続感染を予防するワクチンのこと。

＜がんの２次予防（がん検診によるがんの早期発見）＞

○がん検診の受診率向上に向けて、市町では、個別通知による受診勧奨、再勧奨や受診しやすい体制づくりなどに取り組んでいる。県では、女性がん検診の広域化の実施や効果的な受診勧奨の方法について研修会を開催するなど、市町や関係機関と連携して取り組んできた。受診率は改善がみられるものの、多くのがん種で目標の達成には至っていない。また、がん検診の受診率を地域別にみると、高い地域と低い地域での差が見られることから、特にがんの死亡率や罹患率が高い能登地域の男性の受診率向上など、地域の実情を踏まえた取組を推進していく必要がある。

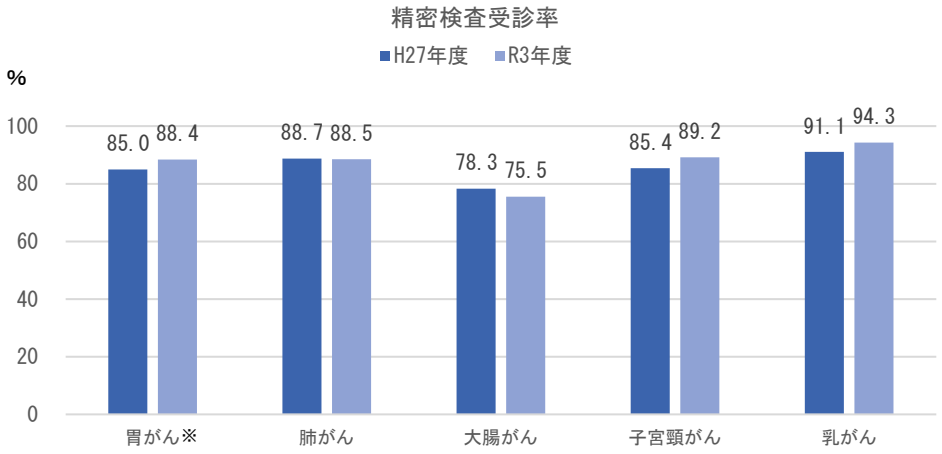


出典：石川県：県民健康・栄養調査（石川県）、全国：国民生活基礎調査（厚生労働省）

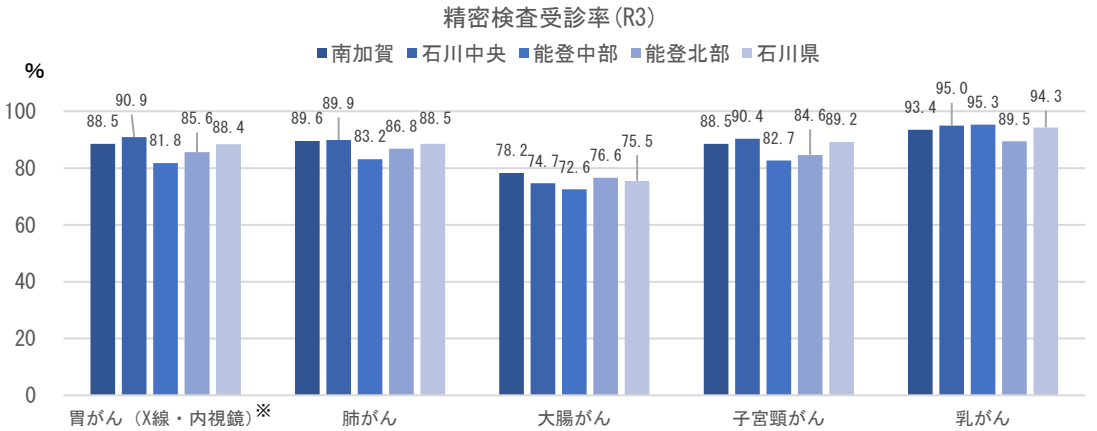


出典：県民健康・栄養調査（石川県）

○精密検査受診率の向上のため、市町では、精密検査未受診者への郵送や電話などによる再勧奨を実施しているが、女性がんでは改善したものの、大腸がんなど精密検査受診率が８割に達していないがん種もある。
また、地域によって精密検査受診率に差が生じていることから、要精検となった県民が精密検査を受診しやすい体制づくりが必要である。



出典：石川県生活習慣病検診等管理指導協議会における課題検討結果報告（石川県）



※「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」の一部改正により平成 28 年度から胃がん検診に胃内視鏡検査が導入された

出典：石川県生活習慣病検診等管理指導協議会における課題検討結果報告（石川県）

○がんの早期発見・早期治療につなげ、がんの死亡率を減少させるためには、がん検診における精度管理が不可欠である。精度管理は全市町で実施しており、県では生活習慣病対策検診等管理指導協議会において、全てのがん検診における精密検査機関の名簿を作成するなど、県医師会等と連携し、市町のがん検診の精度向上に取り組んでいる。

（２）がんの医療提供体制等

①がん診療連携拠点病院等

○国が指定するがん診療連携拠点病院に加え、県で地域がん診療連携協力病院及び地域がん診療連携推進病院（以下、「拠点病院等」という。）を指定し、これらの病院を中心とした医療連携体制の構築を図ってきた。

＜がん診療連携拠点病院＞

○手術、放射線療法、薬物療法を組み合わせた集学的治療、リハビリテーション及び緩和ケアの実施のほか、医療従事者に対する研修やがん患者・家族に対する情報提供や相談に応じるがん相談支援センターの設置、院内がん登録の実施等、全ての県民がどこにいても質の高い医療が等しく受けられるよう、がん医療の均てん化を進めてきた。

○県拠点病院である金沢大学附属病院に「石川県がん診療連携協議会」を設置し、同協議会が作成する医療従事者を対象とした研修計画をもとに、集学的ながん治療を行う専門医や専門スタッフを養成するための研修やがん登録データの分析、妊孕性温存に関する医療機関間のネットワーク体制構築、相談支援センター活動に関する情報交換など分野別に事業が進められている。

＜地域がん診療連携協力病院・地域がん診療連携推進病院＞

○県は、地域がん診療連携協力病院（以下「協力病院」という。）及び地域がん診療連携推進病院（以下「推進病院」という。）を「専門的ながん診療を行う医療機関」と位置づけ、身近な環境でより質の高いがん医療を受けることができるよう、協力病院２病院、推進病院８病院を指定している。

【本県のがん診療連携拠点病院（国指定）】

・県がん診療連携拠点病院
　金沢大学附属病院
・地域がん診療連携拠点病院（担当地域）
　石川県立中央病院（県全域）
　金沢医療センター（石川中央）
　金沢医科大学病院（能登北部・能登中部）
　小松市民病院（南加賀）

【地域がん診療連携協力病院・地域がん診療連携推進病院（県指定）】

・地域がん診療連携協力病院
　公立能登総合病院、恵寿総合病院
・地域がん診療連携推進病院
　芳珠記念病院、金沢市立病院、金沢赤十字病院、浅ノ川総合病院、
　石川県済生会金沢病院、公立松任石川中央病院、地域医療機能推進機構金沢病院
　加賀市医療センター

＜がんゲノム医療＞

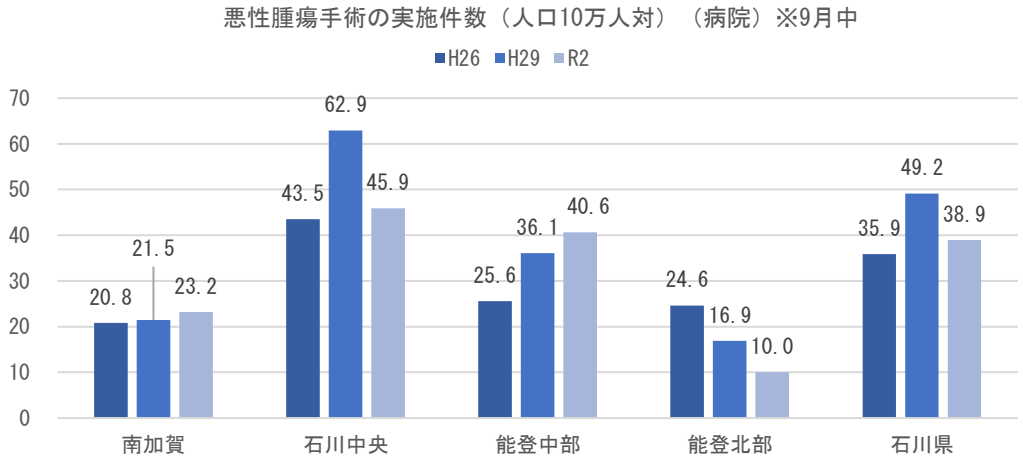
○がんゲノム医療の適切な提供のため、国では地域性を考慮しながら、がんゲノム医療を受けられる医療機関の集約化を推進している。県内では金沢大学附属病院ががんゲノム拠点病院の指定を受けており、石川県立中央病院が連携病院となっている。また金沢医科大学病院は慶應義塾大学の連携病院になっており、県内外の医療機関の連携により、がんゲノム医療の提供が行われている。

＜小児がんの医療＞

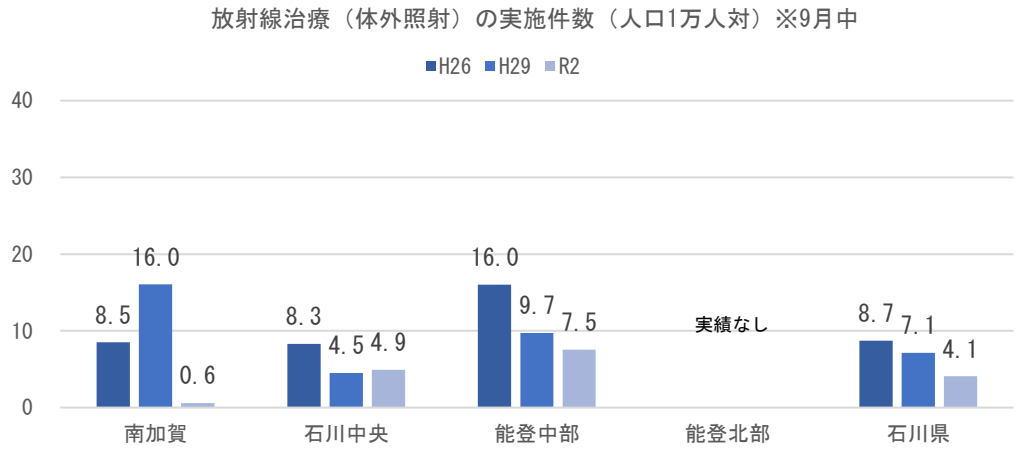
○小児がん患者とその家族が安心して適切な医療や支援を受けられる環境の整備を目指し、国は小児がん拠点病院等の指定を行っている。小児がん拠点病院は各地域ブロックごとに整備されており、東海北陸ブロックでは静岡県立こども病院、名古屋大学医学部附属病院、三重大学医学部附属病院が指定を受けており、本県では小児がん連携病院として金沢大学附属病院及び金沢医科大学病院が指定されている。小児がん患者が適切な医療を受けられるよう、県内及び地域ブロックにおいて、連携体制の充実が図られている。

＜石川県における手術療法、放射線療法、化学療法の実施状況＞

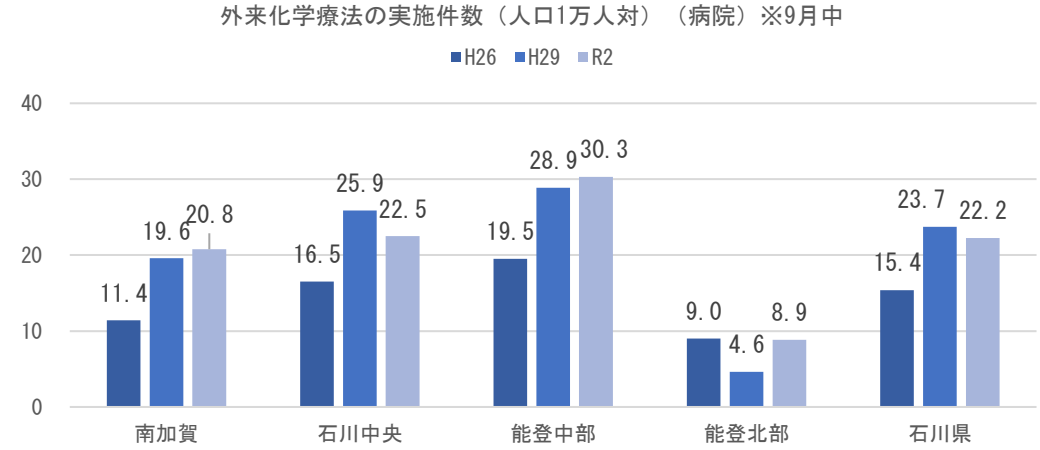
○石川県における手術療法、放射線療法、化学療法の実施状況については、次のとおりである。



出典：医療施設調査（厚生労働省）



出典：医療施設調査（厚生労働省）



出典：医療施設調査（厚生労働省）

②チーム医療

○患者や家族等の抱える様々な苦痛、悩み、負担に応え、安全かつ安心で質の高いがん医療を提供するため、多職種によるチーム医療の推進が必要である。

○拠点病院等を中心とした、集学的治療等の提供体制の整備、薬物療法における医療機関と薬局の連携、専門チーム（緩和ケアチーム、栄養サポートチーム等）による対応が行われている。

○がん患者の口腔に関する合併症の予防や軽減を図るため、院内歯科や歯科医療機関との連携により、周術期の口腔機能管理を実施する体制の整備が進められている。

◆拠点病院等における緩和ケアチームの新規介入患者数（R4.1 月～12 月）

拠点病院　472 件　協力・推進病院　418 件

出典　がん診療連携拠点病院等現況報告書、石川県地域がん診療連携協力病院及び地域がん診療連携推進病院現況報告書

◆周術期口腔機能管理後手術加算：1,149 件(H28 年度)　→　1,807 件(R3 年度)

出典　NDB オープンデータ（厚生労働省）

◆周術期口腔機能管理後手術加算を算定している病院数：　15 病院（R3）

出典　病床機能報告（厚生労働省）

③がんリハビリテーション

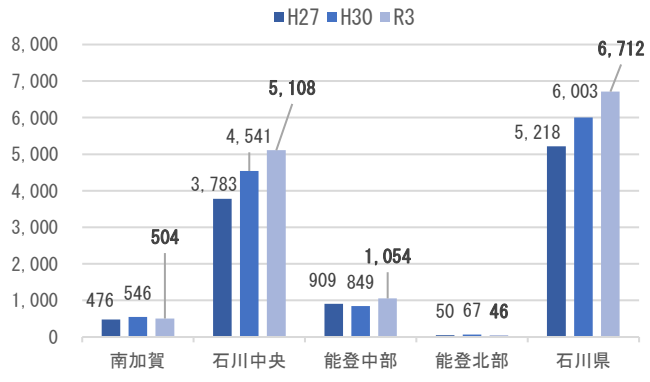
○がん治療の影響から、患者の嚥下や呼吸運動等に障害が生じることがある。また、病状の進行に伴い、次第に日常生活動作に障害を来し、生活の質の著しい低下が見られることから、がん領域でのリハビリテーションの重要性が指摘されている。

○県内の医療機関において、がんリハビリテーションを実施する医療機関数、実施件数は増加している。

◆がんリハビリテーションを実施する医療機関数：21 か所（H28.3）→28 か所（R3.3）

出典　診療報酬施設基準（厚生労働省）

◆がんリハビリテーションの実施件数



出典：NDB オープンデータ（厚生労働省）

④治療による副作用・合併症・後遺症対策（支持療法）

○がん治療における副作用・合併症・後遺症対策として、支持療法の適切な推進が重要である。

○拠点病院等での相談支援が受けられる体制の他、一部の医療機関においてはストーマの管理、リンパ浮腫に対応する外来が整備されている。

○県と市町においては、ウィッグや乳房補整具の購入費用の一部を助成し、がん治療に伴う外見の変化に起因するがん患者の苦痛軽減を図っている。

◆ストーマに関する外来が整備されている拠点病院等の割合：73.3%（R5）
◆リンパ浮腫に関する外来が整備されている拠点病院等の割合：13.3%（R5）
◆アピアランスケアに関する拠点病院等の相談件数：78 件（R4.1 月～12 月）
出典　がん診療連携拠点病院等現況報告書、石川県地域がん診療連携協力病院及び地域がん診療連携推進病院現況報告書

⑤がんと診断された時からの緩和ケア

○がんと診断された時から、患者とその家族の状況に応じて、身体的・精神心理的・社会的苦痛等に対する適切な緩和ケアを実施するため、拠点病院等において医師、看護師、薬剤師等からなる緩和ケアチームを設置するとともに、国が示す標準プログラムによる緩和ケア研修を開催してきた。緩和ケアチームを設置する医療機関は増加したが、今後とも緩和ケアの知識を有する医師、看護師等の養成に努める必要がある。

○適切な緩和ケアを、患者の療養場所を問わずに提供できるよう、体制を整備していく必要がある。その際、緩和ケアが、がん治療に伴う副作用・合併症・後遺症に対する支持療法と併せて提供されることで、苦痛が迅速かつ十分に緩和されるような体制とする必要がある。

○緩和ケアについては、未だに終末期のケアであるという誤解や医療用麻薬に対する誤解があることなど、その意義や必要性について、正しい知識の普及啓発に取り組む必要がある。

◆緩和ケア診療管理加算：2,244 件（H28 年度）→3,701 件（R3 年度）
出典　NDB オープンデータ（厚生労働省）
◆国の標準的なプログラムによる緩和ケア基本研修修了者数
医師・歯科医師　1,095 人（H28 年末）→ 1,664 人（R4 年末）
コメディカルスタッフ　212 人（H28 年末）→ 317 人（R4 年末）
健康推進課調べ
◆国立がんセンター等による都道府県指導者研修会（緩和ケア）を終了した医師数
26 人（H27）→ 33 人（R5）
PEACE プロジェクト運営管理事務局より

⑥ライフステージに応じたがん医療

＜小児・ＡＹＡ※世代＞

○がんは、小児及びＡＹＡ世代の病死の主な原因の１つであるが、多種多様ながん種を含むことや、成長の発達過程において、乳幼児から小児期、活動性の高い思春期・若年成人世代といった特徴あるライフステージで発症することから、これらの世代のがんは、成人のがんと異なる対策が求められる。

※「AYA（Adolescent and Young Adult）世代」とは、思春期世代と若年成人世代のこと。

○将来子どもを持つことを希望するがん患者及び家族等を支援するため、県では医療従事者に対する妊孕性温存療法の普及啓発を行うとともに、拠点病院等と生殖医療機関と連携し、妊孕性温存ネットワークを構築している。また、将来子どもを産み育てることを望むがん患者等が希望をもってがん治療等に取り組めるよう、妊孕性温存療法に要する費用の一部を助成している。

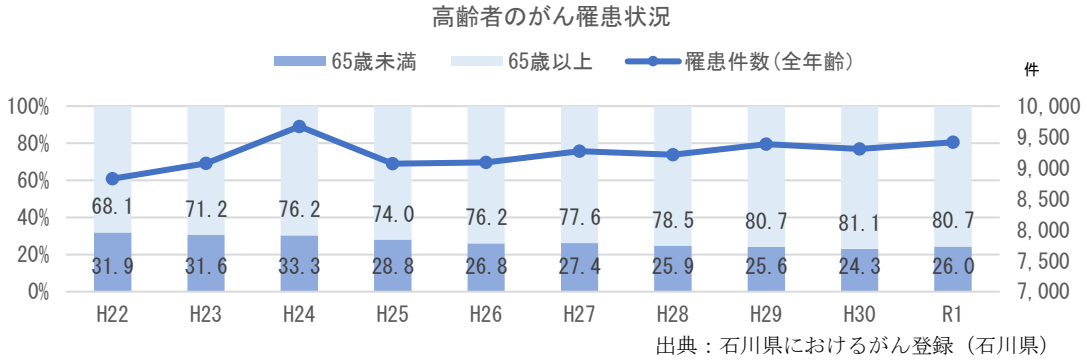
◆妊孕性温存療法に要する費用の助成件数（R4）

妊孕性温存療法　13 件　　妊孕性温存後の生殖補助医療　11 件

少子化対策監室調べ

＜高齢者＞

○人口の高齢化が急速に進んでいることから、高齢のがん患者も増加しており、本県では、令和元年度に新たにがんと診断された人のうち、65 歳以上の高齢者が約８割を占めている。



出典：石川県におけるがん登録（石川県）

○高齢者のがんについては、全身状態や併存疾患を加味して、標準的治療の適応を取らない場合等がある。高齢のがん患者に対する意思決定支援の体制整備や、地域の医療機関及び介護事業所等との連携体制の整備等が求められている。

○がんに罹患した高齢者が、医療と介護の連携の下で、適切ながん医療を受けられることが重要であり、医療従事者のみならず、介護従事者についても、がんに関する十分な知識が必要とされている。

（３）がんとの共生

①相談支援及び情報提供

＜相談支援＞

○がん診療の中で相談支援が患者及び家族等が相談を受けられる体制は重要であることから、引き続き、拠点病院等における相談支援センターの周知及びその充実を図ることが必要である。

○地域での相談支援体制の整備のため、平成 25 年度に石川県がん安心生活サポートハウスを開設し、各拠点病院等と連携しながら、がん患者、家族の交流や相談の場の提供と、患者と同じような経験を持つ者等による相談支援体制の構築のためにピアサポーターの養成を行ってきたところである。また、地域においては、民間団体による相談支援の場等が設置されている。

○各地域の病院内に設置されたがん患者サロン運営の充実を図るとともに、運営に関わるピアサポーターの養成・フォローアップに引き続き取り組む必要がある。

◆ピアサポーター養成人数：51 人（H29）→77 人（R5）　健康推進課調べ

◆がん安心生活サポートハウスつどい場はなうめ　利用実績（R4）
利用人数　2,998 人　相談件数　314 件　健康推進課調べ

◆拠点病院等におけるがん相談支援センターの新規患者相談件数（R4.1 月～12 月）
拠点病院　2,813 件　協力・推進病院　2,067 件

出典：がん診療連携拠点病院等現況報告書、石川県地域がん診療連携協力病院及び地域がん診療連携推進病院現況報告書

＜情報提供＞

○がんとの共生を目指す社会にとって、全ての患者やその家族等、医療従事者等が、確実に、必要な情報及び正しい情報にアクセスできる環境を整備することが重要である。

○がんに関する情報があふれる中で、科学的根拠に基づいているとは言えない情報が含まれていることがある。

○拠点病院等においては、自施設で対応できるがんについて、提供可能な診療内容を病院ホームページ等で広報すること、小児がん、ＡＹＡ世代のがん患者への治療及び支援(妊孕性温存療法を含む。)やゲノム医療についても、自施設で提供できる場合や連携して実施する場合はその旨を広報する必要がある。

○様々ながん情報の中で、患者と家族等が、確実に必要な情報（治療を受けられる医療機関、がんの症状・治療・費用、民間団体や患者団体等の活動等）にアクセスできるような体制を整備する必要がある。

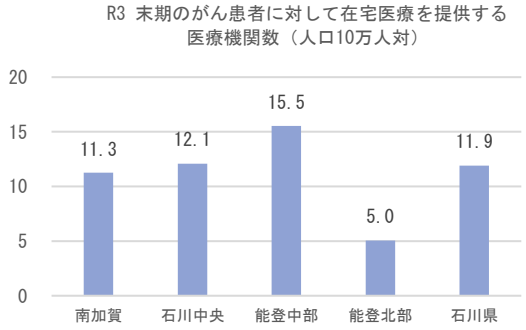
②社会連携に基づく緩和ケア等のがん対策・患者支援

○がん患者がいつでもどこに居ても、安心して生活し、尊厳を持って生きることのできる地域共生社会を実現するためには、拠点病院等と地域の医療機関とが連携して取り組む相談支援、緩和ケア、セカンドオピニオン等の取組を推進し、積極的な患者やその家族等への支援を実施することが必要である。

○がん患者の意向を踏まえ、住み慣れた家庭や地域での療養を選択できるよう、拠点病院等と地域の医療機関の連携を進め、がん患者の在宅等での死亡割合は増加した。引き続き、在宅医療の推進を図るとともに、訪問看護ステーション、介護事業所等と連携した支援体制を推進する必要がある。

○切れ目なく、質の高いがんの在宅医療を提供するためには、拠点病院等以外の医療機関や在宅医療を提供している施設等においても、がん医療及び緩和ケアの質の向上を図っていく必要がある。

◆末期のがん患者に対して在宅医療を提供する医療機関数：136ヶ所（H28）→134ヶ所（R3）



出典：NDB オープンデータ（厚生労働省）

◆がん患者の在宅等*死亡割合：10.3％（H27）→25.4％（R3）＜全国：27.0％（うち自宅 21.4％）＞
＊自宅、介護老人保健施設、介護医療院、老人ホーム

出典：人口動態統計（厚生労働省）

③がん患者等の就労を含めた社会的な問題への対策

＜アピアランスケア＞

○治療に伴う外見（アピアランス）の変化（爪、皮膚障害、脱毛等）など社会的な課題への対策が求められている。
県と市町においては、ウィッグや乳房補整具の購入費用の一部助成等により、がん治療に伴う外見の変化に起因するがん患者の苦痛軽減を図っている。

＜就労支援＞

○がん患者には、身体的、精神的な苦痛のみならず、経済的な問題等社会的な苦痛があることから、「働く世代や小児へのがん対策の充実」を掲げ、拠点病院等において、専門的な就労相談に対応するための社会保険労務士等の就労に関する相談窓口を設置するなど、働く世代の就労支援に取り組んできたところである。引き続き、拠点病院等における就労支援を充実するとともに、労働局等と連携した取組を推進する必要がある。

◆がん診療連携拠点病院における就労に関する相談件数（R4 年度）：209 件

健康推進課調べ

◆両立支援コーディネーター研修修了者数（令和 5 年 3 月 31 日時点）　167 人

出典：労働者健康安全機構ホームページ（労働者健康安全機構）

＜その他＞

○がん患者の自殺については、国の研究報告によると、平成 28（2016）年にがんと診断された患者のうち、がん診断後２年以内に、がん患者 10 万人あたり 61.6 人が自殺で亡くなっている。また、年齢・性別を調整した同じ時期の一般人口と比較した自殺リスクは診断後の期間が短いほど高く、がん診断から１か月以内では 4.40 倍、２～３か月では 2.61 倍、４～６か月では 2.17 倍、７～12 か月では 1.76 倍、13～24 か月では 1.31 倍となっている。

○がん患者の自殺は、がん対策における重要な課題であり、医療従事者等により自殺リスクの高い患者へ適切な支援が行われる体制の整備が必要である。

○がん患者が、がんと共に生きていくためには、就労支援のみならず、がん患者・経験者のＱＯＬ向上に向けた取組が必要である。社会的な問題として、がんに対する「偏見」があり、がんの罹患そのものが日常生活の大きな障壁となること、自身ががんであることを自由に話すことができず、がん患者が社会から孤立してしまうことがあることが指摘されている。

④ライフステージに応じたがん対策

がんによって個々のライフステージごとに、異なった身体的問題、精神心理的問題、社会的問題が生じることから、小児・ＡＹＡ世代や高齢者のがん対策等、ライフステージに応じたがん対策を講じていく必要がある。

＜小児・ＡＹＡ世代＞

○小児・ＡＹＡ世代のがんは、他の世代に比べて患者数が少なく、がん医療だけでなく、療育や教育、家族への精神的支援、晩期合併症等、成人とは異なる問題を抱えており、きめ細かな相談支援が求められている。

○県及び金沢市において、小児慢性特定疾病児童等自立支援員を配置し、小児がんの患者・家族の相談にも対応しているところである。

○小中学生のがん患者に対する教育については、医療機関と教育機関が連携し、支援を行っている。金沢大学附属病院には院内学級（病弱特別支援学級）が設置されており、その他院内学級が設置されていない病院にて長期入院が必要になる場合には、入院中の教育機会の確保について県立医王特別支援学校が相談に応じている。

○小児期にがんに罹患したがん経験者について、晩期合併症などの長期フォローアップや移行期支援など、ライフステージに応じて、成人診療科と連携した切れ目のない相談支援体制を構築することが求められているほか、小児・ＡＹＡ世代のがん経験者は、晩期合併症等により、就職が困難な場合があるため、就労支援にあたっては、成人でがんを発症した患者と、ニーズや課題が異なることを踏まえる必要がある。

○人生の最終段階における療養場所として、一定数のがん患者が自宅や地域で過ごすことを希望している中、小児・ＡＹＡ世代のがん患者の在宅での療養環境の整備が求められている。

＜高齢者＞

○高齢のがん患者については、認知機能低下により、身体症状や意思決定能力、治療のアドヒアランス、有害事象の管理などに影響を及ぼす可能性があることや、認知症の進行により日常生活における支援が必要となることなどが指摘されており、身体的状況や社会的背景などに合わせた様々な配慮をしていく必要がある。

○高齢のがん患者については、認知症の発症や介護の必要性など、家族等の負担が大きくなることから、家族等に対する早期からの情報提供・相談支援体制が必要であり、本人の意見を尊重しつつ、これらに取り組む必要がある。

（４）基盤整備

①人材育成

○各拠点病院において、各種がん医療の研修会を実施してきたが、集学的治療等の提供については、引き続き、手術療法、放射線療法、薬物療法等を専門的に行う医療従事者を養成する必要がある。

○北信地域の６大学（金沢大学、金沢医科大学、富山大学、福井大学、信州大学、長野県看護大学）は、共同で専門医療人材「次世代のがんプロフェッショナル養成プラン」を実施している。

②がん教育・がんに関する知識の普及啓発

○子どものがん教育については、平成 28 年度より文部科学省のモデル事業（「がんの教育総合支援事業」、令和 5 年度より「がん教育等外部講師連携支援事業」）に取り組み、中学生、高校生を対象としたがん教育を進めているところである。今後とも、教育委員会、各がん拠点病院、県医師会、患者団体等の関係機関が連携協力しながら、がん教育を推進する必要がある。

○がんに関する知識の普及啓発については、県民が正しい知識を得ることができるよう、引き続き、がん相談支援センターやがん情報サービスに関する広報等を行う必要がある。

③がん登録の利活用

○本県におけるがんの罹患率や死亡率等の実態を把握し、的確ながん対策に活用するとともに、各医療機関において適切ながん医療を提供するため、院内がん登録や地域がん登録の普及・登録率の向上に努めてきた。

○届出が協力機関に限られる等の課題があったことから、平成 28 年 1 月から、「がん登録等の推進に関する法律」に基づく全国がん登録が開始された。

○今後ともがん登録の一層の充実を図るとともに、がん登録データを活用したがん対策を推進する必要がある。

④患者・県民参画

○県民本位のがん対策を推進するためには、患者団体等の関係団体やがん患者を含めた国民が協力して、取組を進めていくことが必要である。

⑤デジタル化の推進

○近年、デジタル技術の進展や新型コロナウイルス感染症への対応により、デジタル技術の活用やオンライン化の推進が多方面で進められている。

○がん対策においても、県をはじめとする関係機関の取組をより効果的かつ効率的に推進する観点から、個人情報の適正な取扱いを確保し、デジタル技術に不慣れな人等へのサービス提供の観点に留意しつつ、デジタル技術の活用等を推進する必要がある。

３．がんの医療機能の明確化及び圏域の設定

（１）がんの医療体制

<table>
<tr><th>病期</th><th>【予防】</th><th>【一般的診療】</th><th>【専門診療】</th><th>【療養支援】</th></tr>
<tr><td>機能</td><td>がんの予防</td><td>一般的ながん診療</td><td>専門的ながん診療</td><td>在宅療養支援</td></tr>
<tr><td>目標</td><td>●喫煙等生活習慣の改善やがんと関連するウイルスの感染予防等がん発症のリスクの低減
●がん検診・精密検査の受診率の向上</td><td colspan="2">●精密検査や確定診断等の実施
●診療ガイドラインに準じた診療の実施
●治療後のフォローアップ
●がんと診断された時からの全人的な緩和ケアの実施
●集学的治療の実施
●多職種でのチーム医療の実施</td><td>●がん患者やその家族等の意向を踏まえた在宅等での療養支援
●在宅緩和ケアの実施</td></tr>
<tr><td>求められる事項</td><td>（医療機関）
①精密検査の実施
②がん検診の精度管理への協力

（行政）
①科学的根拠に基づくがん検診の実施
②がん登録の実施
③がん検診の精度管理の実施
④がん予防の普及啓発</td><td colspan="2">①診断・診療に必要な検査の実施
②画像診断や病理診断等の実施
③手術療法又は薬物療法の実施
④緩和ケアの実施
⑤集学的治療等の実施
⑥地域の医療機関との連携
⑦セカンドオピニオンの提示
⑧相談支援体制の確保
⑨研修の実施
⑩がん登録の実施</td><td>①24時間対応が可能な在宅医療の提供
②疼痛等に対する緩和ケアの実施
③看取りを含めた終末期ケアの24時間体制での提供

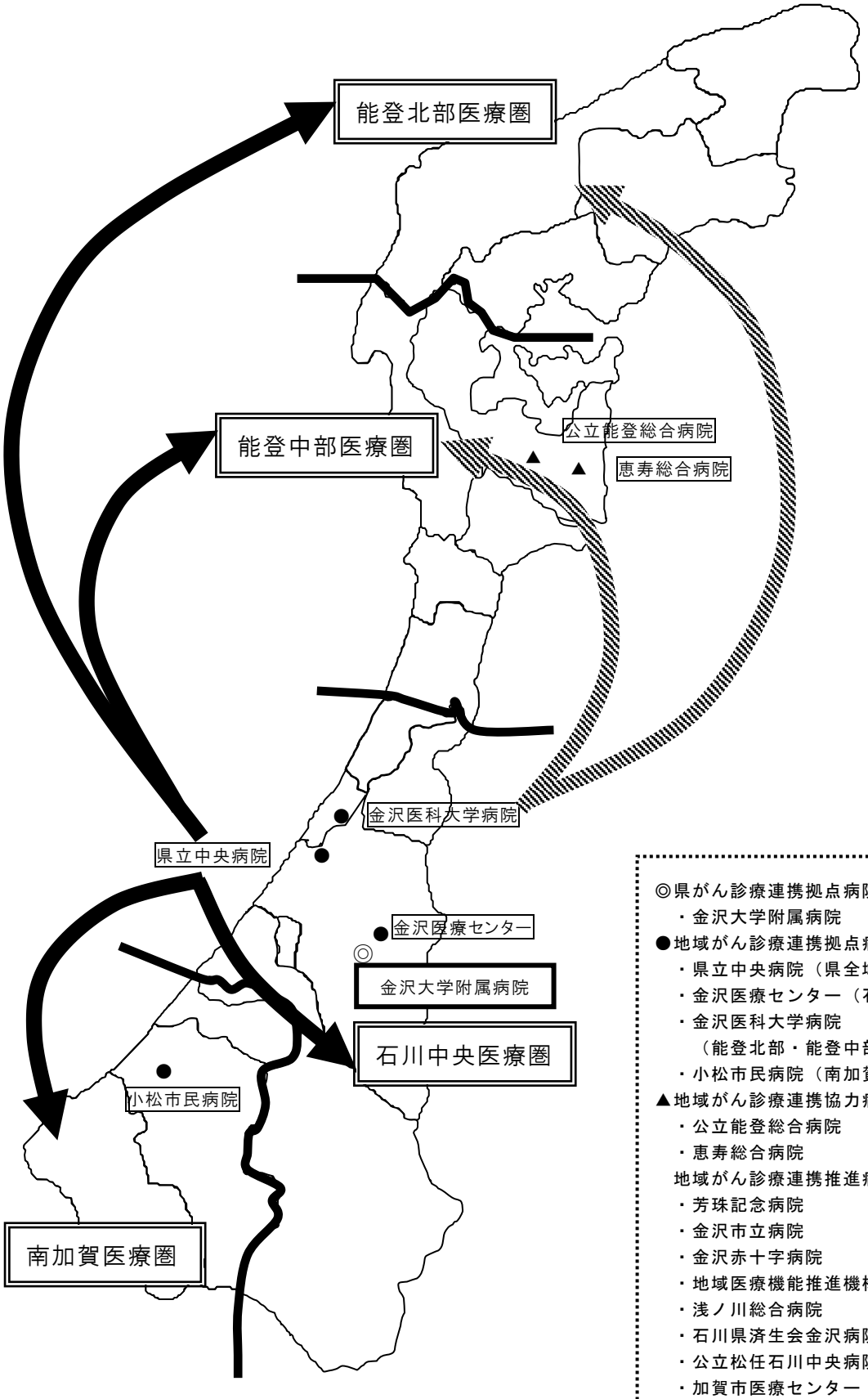
④医療用麻薬の提供</td></tr>
<tr><td>連携</td><td colspan="4">●医療施設間における診療情報や治療計画の共有（急変時の対応や緩和ケア等を含む。）
●要精検者の確実な医療機関受診</td></tr>
<tr><td>医療提供施設等の種別</td><td>○病院・診療所</td><td>○病院・診療所</td><td>○がん診療連携拠点病院
○がん診療連携協力病院
○がん診療連携推進病院</td><td>○診療所
○緩和ケア病棟を有する病院
○療養病床を有する病院
○薬局
○訪問看護ステーション
○介護事業所</td></tr>
</table>

（２）がんにおける圏域の設定

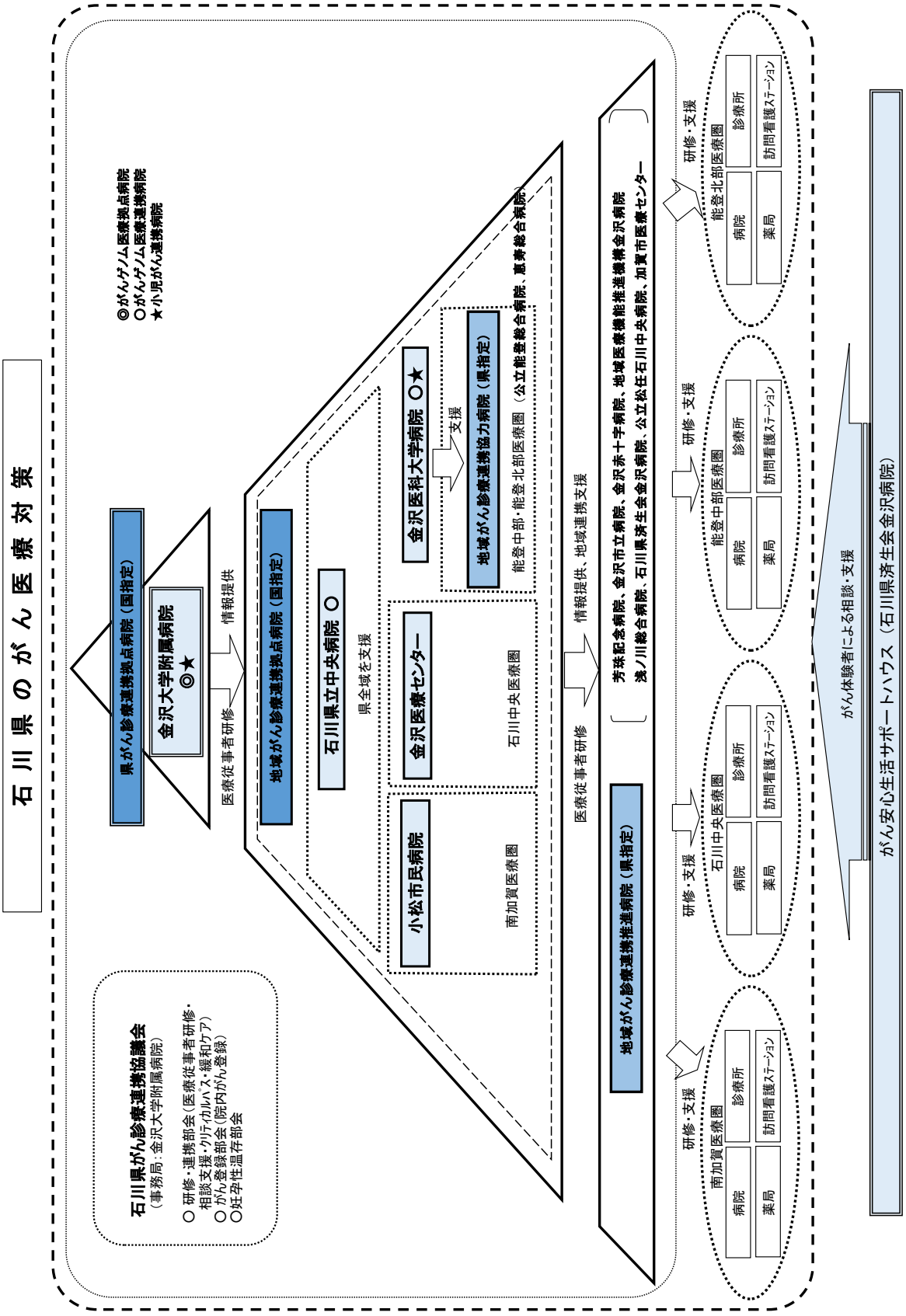
○高齢のがん患者が増加する中、拠点病院と協力病院・推進病院等の連携の下に身近な環境でがん医療を受けることができる体制の整備が求められていること、また標準的ながん診療については、基本的に二次医療圏で対応していることから、二次医療圏をがんの医療圏とする。

○専門的ながん診療については、県全域を拠点病院間で役割分担し対応する。

本県のがん診療連携拠点病院等



◎県がん診療連携拠点病院（１ヶ所）
・金沢大学附属病院
●地域がん診療連携拠点病院（４ヶ所）
・県立中央病院（県全域）
・金沢医療センター（石川中央）
・金沢医科大学病院
（能登北部・能登中部）
・小松市民病院（南加賀）
▲地域がん診療連携協力病院（２ヶ所）
・公立能登総合病院
・恵寿総合病院
地域がん診療連携推進病院（８ヶ所）
・芳珠記念病院
・金沢市立病院
・金沢赤十字病院
・地域医療機能推進機構金沢病院
・浅ノ川総合病院
・石川県済生会金沢病院
・公立松任石川中央病院
・加賀市医療センター


石川県のがん医療対策
◎がんゲノム医療拠点病院
○がんゲノム医療連携病院
★小児がん連携病院
県がん診療連携拠点病院（国指定）
金沢大学附属病院
◎★
医療従事者研修
情報提供
地域がん診療連携拠点病院（国指定）
石川県立中央病院 ○
県全域を支援
金沢医療センター
小松市民病院
南加賀医療圏
石川中央医療圏
金沢医科大学病院 ○★
支援
地域がん診療連携協力病院（県指定）
能登中部・能登北部医療圏（公立能登総合病院、恵寿総合病院）
医療従事者研修
情報提供、地域連携支援
地域がん診療連携推進病院（県指定）
芳珠記念病院、金沢市立病院、金沢赤十字病院、地域医療機能推進機構金沢病院
浅ノ川総合病院、石川県済生会金沢病院、公立松任石川中央病院、加賀市医療センター
研修・支援
石川中央医療圏
病院
診療所
薬局
訪問看護ステーション
研修・支援
能登中部医療圏
病院
診療所
薬局
訪問看護ステーション
研修・支援
能登北部医療圏
病院
診療所
薬局
訪問看護ステーション
研修・支援
南加賀医療圏
病院
診療所
薬局
訪問看護ステーション
がん体験者による相談・支援
がん安心生活サポートハウス（石川県済生会金沢病院）
石川県がん診療連携協議会
（事務局：金沢大学附属病院）
○ 研修・連携部会（医療従事者研修・相談支援・クリティカルパス・緩和ケア）
○ がん登録部会（院内がん登録）
○妊孕性温存部会

４．がんの施策の方向性

【全体目標】
　誰一人取り残さないがん対策の推進により、がんを知りがんを予防すること、適切な医療を受けられる体制の充実、がんになっても尊厳を持って生きることができる地域共生社会の実現を目指す。
【目的（目指す方向）】
■がんの年齢調整死亡率の減少
■がん患者・家族等が尊厳を持って安心して日常生活を送ることができる社会の実現
【目標】
■科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実
■患者本位かつ持続可能ながん医療の提供
■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

（１）科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

①がんの１次予防

＜食生活の改善＞

○「野菜摂取量の増加」、「食塩摂取量の減少」等のがんの発症を予防するための食生活の改善などについて、引き続き、県ホームページ等により県民や市町が、がん予防活動に利用しやすい情報を積極的に発信する。

○減塩や野菜摂取の必要性や具体的な摂取の方法等について啓発するとともに、企業等と連携した取組を進めることにより減塩や野菜摂取の促進を図る。

＜喫煙・受動喫煙の防止＞

○喫煙や受動喫煙防止のため、喫煙が与える健康への悪影響に関する意識向上のための普及啓発活動を一層推進するとともに、受動喫煙による健康影響を防止するため、労働局が行う職場における受動喫煙防止対策の取組等と連携し、事業所や飲食店など多数の者が利用する施設における対策を推進する。

○喫煙率の減少を図るため、禁煙を必要とする人や禁煙を希望する人に対する特定保健指導等の、様々な機会を通じた禁煙支援体制の更なる充実を図る。さらに、家庭における受動喫煙の機会を減少させるための普及啓発、妊産婦や未成年者の喫煙をなくすための普及啓発を進める。

＜その他の生活習慣の改善＞

○適切な生活習慣の普及啓発により、生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の低下や運動習慣のある者の割合の増加を図る。

＜がんに関連する感染症の対策＞

○肝炎に関する普及啓発と肝炎ウイルス検査体制の充実、ウイルス陽性者の受診勧奨を通じて、肝炎患者の早期発見・早期治療につなげることにより、肝がんの発生予防に努める。Ｂ型肝炎については、ワクチンの定期接種を引き続き推進する。

○子宮頸がんの原因としてのＨＰＶの関与に関する啓発やＨＰＶワクチンの定期予防接種を推進する。

②がんの２次予防

＜受診率向上対策＞

○がんを早期発見するため、がん検診受診率の目標は 60％以上、精密検査受診率の目標は 90％以上とし、地域の実情に応じた更なる受診率向上を進める。県と各市町等は、県民が、がん検診の意義や必要性を適切に理解できるよう情報提供に努めるとともに行動科学等の知見を踏まえた効果的な受診勧奨策や県民が受診しやすい検診体制の構築を進める。

○医療圏別の標準化罹患比等の各種指標の差を縮小するために、特に能登北部地域等においては市町等の関係機関と連携したがん検診受診率、精密検査受診率の向上の取組を推進する。

○引き続き「いしかわ健康づくり応援企業等連絡協議会」の参加企業や市町、労働局、患者会等と連携し、がん検診の受診率や精密検査受診率の向上を図る。

＜がん検診の精度向上＞

○「石川県生活習慣病検診等管理指導協議会」において、がん登録を活用したがん罹患の動向把握、市町や検診機関における検診の実施方法や精度管理の課題等について、専門的見地から検討を行い、市町に対する技術的支援及び検診実施機関に対する指導を行うなど、引き続き、がん検診の精度の向上を図る。
また、新たに導入された検診に伴う課題についての検討も行う。

○精密検査を実施する医療機関を一定の要件を定めて登録し、検診受診者に対して適切な情報提供を行うとともに、より精度の高い検診体制を確保する。

○がん検診従事者を対象とした研修会等の開催により、各検診実施機関におけるがん検診精度の維持・向上を推進する。

（２）患者本位かつ持続可能ながん医療の提供

①がん医療提供体制等

ア　医療機関間の連携と役割分担の明確化

○がん医療が高度化する中で、引き続き質の高いがん医療を提供するため、均てん化を推進するとともに、集約化により治療成績の向上が期待される治療については、拠点病院等の役割分担を踏まえた集約化を推進する。

○標準的な手術療法、放射線療法、外来も含め適切な場で受けられる薬物療法等の提供体制、緩和ケア等の提供、がん相談支援センターにおける相談支援や高齢者のがんに対する治療体制の整備等均てん化が必要な取組に関して、引き続き拠点病院等を中心とした取組を進める。

○標準的治療の提供に加えて、科学的根拠に基づく、ロボット支援手術を含む鏡視下手術等の高度な手術療法、高度な放射線療法、高度な薬物療法の提供について、医療機関間との役割分担の明確化及び連携体制の整備等の取組を推進する。

○感染症発生・まん延時や、能登半島地震を踏まえ災害時においても、必要ながん医療を提供できるよう、診療機能の役割分担や、人材育成、応援体制の構築等、連携体制を整備する取組を平時から推進する。

○県がん診療連携協議会を中心とした取組の推進

・県がん診療連携協議会において、拠点病院間の役割分担の明確化・連携を推進する。
・がんに関する研修会についての企画・調整や各相談支援センターで提供する各情報の共有、がん登録データの分析・評価などの取組を通じて、がん医療提供体制の質の向上を更に進める。

イ　チーム医療の推進

○拠点病院等は、多職種連携をさらに推進する観点から、拠点病院等におけるチーム医療の提供体制の整備を進めるとともに、県がん診療連携協議会において、拠点病院等と地域の医療機関との連携体制の整備に取り組む。

○拠点病院等は、院内や必要に応じて地域の歯科医師と連携し、医科歯科連携によるがん患者の口腔の管理の推進に取り組む。また、栄養サポートチーム等の専門チームと連携し、栄養指導や管理を行う体制の整備に取り組む。

ウ　がんリハビリテーションの推進

○がんのリハビリテーション研修を受講した医師や看護師、理学療法士、言語聴覚士等の拠点病院等への配置を推進し、入院に加え外来においても、効果的・継続的ながんのリハビリテーションの提供体制を推進する。

エ　治療による副作用・合併症・後遺症対策（支持療法）の推進

○患者が、治療に伴う副作用・合併症・後遺症に対して、身体的・心理的な苦痛、外見の変化に対する不安等があった際に適切な対応が行われるよう、多職種による相談支援体制の整備や医療従事者への研修の実施等を推進する。

オ　がんと診断された時からの緩和ケアの推進

○地域における緩和ケアの提供体制の整備

・拠点病院等を中心としたがん医療に関わる医療機関において、がん医療に携わる全ての医療従事者により、がん患者及び家族等の個別の状況に応じた適切な対応が、診断時から一貫して行われる体制の整備を推進する。

・拠点病院等を中心に、地域の医療機関や在宅療養支援診療所等と連携した、地域における緩和ケアの提供体制の整備を推進する。

○緩和ケア研修の強化

・がん診療に携わる医師、看護師、薬剤師をはじめとする全ての医療従事者が基本的な緩和ケアを理解し、知識と技術を習得できるよう研修の強化を図る。

○緩和ケアの普及啓発

・患者とその家族等が、痛みやつらさを感じることなく過ごすことが保障される社会を構築するため、関係団体と連携して、県民に対して、正しい知識の普及啓発を行う。

②ライフステージに応じたがん医療の推進

＜小児・ＡＹＡ世代＞

○小児及びＡＹＡ世代のがん患者の長期のフォローアップや晩期合併症等多様な問題に対応するため、医療機関間の連携を推進する。

○妊孕性温存を希望するがん患者が、適切な情報提供、がん・生殖医療を受けられるよう、がん医療と生殖医療のネットワークを構築するとともに医療従事者を対象とした妊孕性温存に関する知識の普及啓発を推進する。

＜高齢者＞

○高齢のがん患者は、複数の慢性疾患を有している場合や、介護事業所等に入居している場合等があることから、それぞれの状況に応じた適切ながん医療を受けられるよう、拠点病院等は、地域の医療機関及び介護事業所等との連携体制の整備を推進する。

○高齢のがん患者が適切な意思決定に基づき治療等が受けられるよう、高齢のがん患者やその家族等の意志決定支援に係る取組を推進する。

（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（がんとの共生）

①相談支援・情報提供の充実

＜相談支援＞

○がん診療連携拠点病院等における相談支援の充実強化

・患者及び家族等が、診断時からがん相談支援センターの存在を認識し、必要に応じて確実に支援を受けられるようにする必要がある。各がん診療連携拠点病院等の相談支援センターは、がん患者及び家族等に対して更なる周知を図る。

・各がん診療連携拠点病院等の相談支援センター及びがんサロンの充実強化を図るため、相談担当者の研修会、連絡会等を開催し、各関係機関間の情報共有や協力体制の充実・強化に努める。

○患者と同じような経験を持つ者等による相談・支援（ピア・サポート）

・社会生活において、がん患者、家族等が抱える様々な不安や悩みに対応するため、がんの包括的な相談・支援窓口として、石川県がん安心生活サポートハウスを運営するとともに、相談支援へのアクセシビリティ※5 向上のためのオンライン等を活用した体制整備を進める。

・がん患者並びに経験者との協働をすすめ、同じような経験を持つ者等による相談・支援（ピア・サポート）体制を推進し、運営に関わるピアサポーターへのフォローや研修会等で質の向上を図る。

＜情報提供＞

○がん患者自らが、納得して医療機関やがんの治療方法等が選択できるよう、がん診療連携協議会や各拠点病院、県、患者団体等が連携し、ホームページや県民公開講座の開催等により、がんの診断、治療方法や相談支援体制等、必要な情報の提供を行う。また、障害等により情報取得や意思疎通に配慮が必要な人や日本語を母語としていない人に対する適切な情報提供の在り方について検討する。

○インターネット等に掲載されているがんに関する情報については、科学的根拠に基づいているとは言えない情報が含まれる場合があることを注意喚起するとともに、がんに関する正しい情報の提供及び理解促進に取り組む。

※5「アクセシビリティ」とは、年齢や身体障害の有無に関係なく、誰でも必要とする情報に簡単にたどり着け、利用できること。

②社会連携に基づく緩和ケア等のがん対策・患者支援

○拠点病院等は、県がん診療連携協議会において、セカンドオピニオンを受けられる医療機関や、緩和ケア及び在宅医療等へのアクセスに関する情報提供のあり方について検討する。

○拠点病院は、在宅医療を提供できる医療機関等と連携し、医療従事者の在宅医療に対する理解を深めるための研修等を実施するとともに、患者、家族が希望する療養場所を選択でき、切れ目なく質の高い在宅医療・介護サービスが受けられるよう情報提供、支援体制を整える。

③がん患者等の社会的な問題への対策（サバイバーシップ支援）

＜治療と仕事の両立支援・就労支援＞

○働くことが可能かつ働く意欲のあるがん患者が働けるよう、拠点病院等における就労に関する相談支援体制の充実を図るとともに、医療機関、企業、労働局、ハローワーク、産業保健総合支援センター等と連携した支援体制を推進するとともに、企業向けのセミナーの開催等、事業者のがん患者に対する就労支援の理解促進を図る。

＜アピアランスケアへの支援＞

○医療関係者、美容関係者等の関係者と連携し、アピアランスケアに関する情報提供を行うとともに、患者やその家族等への相談支援体制の充実に努める。

○県は、市町とともに、ウィッグ等の購入費に対する助成を行う。

＜その他がん患者が抱える社会的問題への支援＞

○がんに対する「偏見」の払拭や正しい理解につながるよう、患者団体等と連携し、県民へのがんに関する正しい知識の普及啓発を図る。

○がん患者の診断後の自殺対策について、適切な支援が行われる体制の整備やがん患者及び家族が抱える不安や悩み、苦痛について相談しやすい環境の整備を推進する。

○がん患者の困りごとに対する相談支援をタイムリーに受けられるよう、相談窓口を明確化するとともに、相談窓口に関する情報提供の充実を図る。

④ライフステージに応じた療養環境への支援

＜小児・ＡＹＡ世代＞

○医療従事者と教育関係者との連携を強化するとともに、療養中においても適切な教育を受けることのできる環境の整備や、復学・就学支援など、療養中の児童生徒の教育に対する支援の更なる充実を図る。

○小児がん、ＡＹＡ世代のがん患者及びがん経験者が速やかに適切な治療や相談支援が受けられるよう、また、治療実績のある医療機関等の情報提供や年代によって異なる多様なニーズに対応できるよう相談支援の充実を図る。

○在宅療養への支援等、小児・ＡＹＡ世代のがん患者及び家族の抱える療養環境に関する多様な課題について関係機関と実態を把握し、支援の在り方を検討する。

＜高齢者＞

○拠点病院等において、地域の医療機関やかかりつけ医、在宅療養支援診療所、訪問看護事業所等の医療・介護を担う機関等と連携し、患者やその家族等の療養生活を支えるための体制の整備を推進する。

（４）基盤の整備

①人材育成

○手術療法、放射線療法、薬物療法等に関する専門研修

・各拠点病院において、地域の医療従事者を対象とした放射線治療や薬物療法、手術療法等に関する専門研修を実施する。

○看護師、薬剤師、管理栄養士、歯科衛生士等への研修

・がん患者に対する看護の充実のため、実務研修を実施することにより、臨床実践能力の高い専門的な看護師の育成を図る。

・薬剤師や管理栄養士、歯科衛生士等がん医療に携わる専門職に対する研修を推進する。

○大学における人材育成

・北信地域の６大学（金沢大学、金沢医科大学、富山大学、福井大学、信州大学、長野県看護大学）は、共同で専門医療人材「次世代のがんプロフェッショナル養成プラン」を開始しており、引き続きがん医療の専門的な人材の育成を行う。

・ゲノム医療や希少がん及び難治性がんへの対応、小児・ＡＹＡ世代や高齢者といったライフステージに応じたがん対策に対応できる医療従事者等の育成を推進する。

②がん教育及びがんに関する知識の普及啓発

○子どもへのがん教育の推進

・がんを通して、健康と命の大切さを学ぶとともにがんに対する正しい知識を持つよう、学校医やがん医療に携わる医師、がん患者・経験者等と連携協力しながら、子どもへのがん教育を推進する。

○県民への普及啓発の推進

・県民が、がん予防や早期発見の重要性を認識し、自分や身近な人が、がんに罹患しても、そのことを正しく理解し向き合うことができるよう、市町、事業者、医療保険者等の関係機関とともにがんに関する知識の普及啓発をさらに進める。

③がん登録の利活用の推進

○院内がん登録の促進

・がん患者の症状や治療内容などを登録・分析し、がん医療を向上させるため、拠点病院等を中心として、県内の医療機関における院内がん登録の促進を図る。

○全国がん登録の理解促進

・がん患者に関する全国がん登録に必要な情報が円滑に医療機関等から県に提供されるよう、県民や医療機関に対し、がん登録に関する理解を促進する。

○がん登録の精度向上と活用の推進

・院内がん登録と全国がん登録、双方のがん登録制度の一層の向上を図る。
・地域別のがんの罹患状況や生存率等のがん登録データを用いて、予防、普及啓発、医療提供体制の構築等の施策を立案する上で、参考となる資料を作成するとともに、科学的根拠に基づいたがん対策等について検討する。
・がん登録情報の効果的な利活用を図る観点から、全国がん登録データや院内がん登録データ、検診等他のデータとの連携について、個人情報の保護に留意しながら検討する。

④患者・市民参画の推進

○県民本位のがん対策を推進するため、協議会等におけるがん患者・がん経験者の参画を推進する。

⑤デジタル化の推進

○相談支援のオンライン対応、ＳＮＳ等を活用したがん検診の受診勧奨、オンライン診療等、オンライン化に向けた取組を推進する。

⑥がん対策推進のための必要事項

○県民、医療機関、県などの関係者は、それぞれ以下のような役割を持って、石川県がん対策推進計画を推進する。

＜県民＞

○県民は、がんに関する正しい知識を持ち、日常生活において自らがんの予防に必要な注意を払うよう努める。

○がん検診を積極的に受診すること等により、がんを早期に発見し、速やかに治療を受けるよう努める。

○治療を受けるにあたっては、病態や治療内容等について、理解を深めるよう努める。

○がん患者に関する理解を深めるよう努める。

＜医療機関等＞

○がん診療連携拠点病院

・地域におけるがん診療の中核として、高度かつ専門的ながん診療を行うとともに、他のがん診療を行う医療機関等との連携体制の構築や医療従事者への研修により、患者がどこに住んでいても質の高いがん医療が受けられるよう、がん医療の均てん化を図る。

○専門的ながん診療を行う医療機関

・がん診療連携拠点病院と役割分担・連携しながら、がんの専門的診療を提供する。必要に応じて、在宅医療へ円滑に移行できるよう、標準的ながん診療を行う医療機関との連携体制の構築を図る。

○一般的ながん診療を行う医療機関

・一般的ながん医療を提供するほか、治療を終えた患者が望む場合には、調剤薬局や訪問看護ステーション等と連携しながら、在宅医療を提供する。

○一般診療所、歯科診療所、緩和ケア病棟を有する病院、療養病棟を有する病院、調剤薬局、訪問看護ステーション、介護施設等

・がん診療連携拠点病院、専門的ながん診療を行う医療機関又は一般的ながん診療を行う医療機関と連携しながら、患者の在宅療養を支援する。

＜検診機関＞

○がん検診の精度管理の向上や効果的な検診手法の導入に努めるとともに、検診受診率の向上及びがん予防のための啓発に努める。

＜事業者、医療保険者等＞

○がんの予防やがんの早期発見の重要性を認識し、従業員の生活習慣の改善及びがん検診の受診促進に努める。

○事業主は、雇用する従業員ががんに罹患した時には、働きながら治療を受け療養することができ、また、従業員の家族が、がんに罹患した時は、働きながらその家族を看護できるよう、必要な環境整備に努める。

＜大学＞

○専門的にがん診療を行う医師等を養成する大学院のプログラムの推進など教育内容の充実を図るとともに、基礎研究や臨床研究の一層の推進を図る。

＜行政機関＞

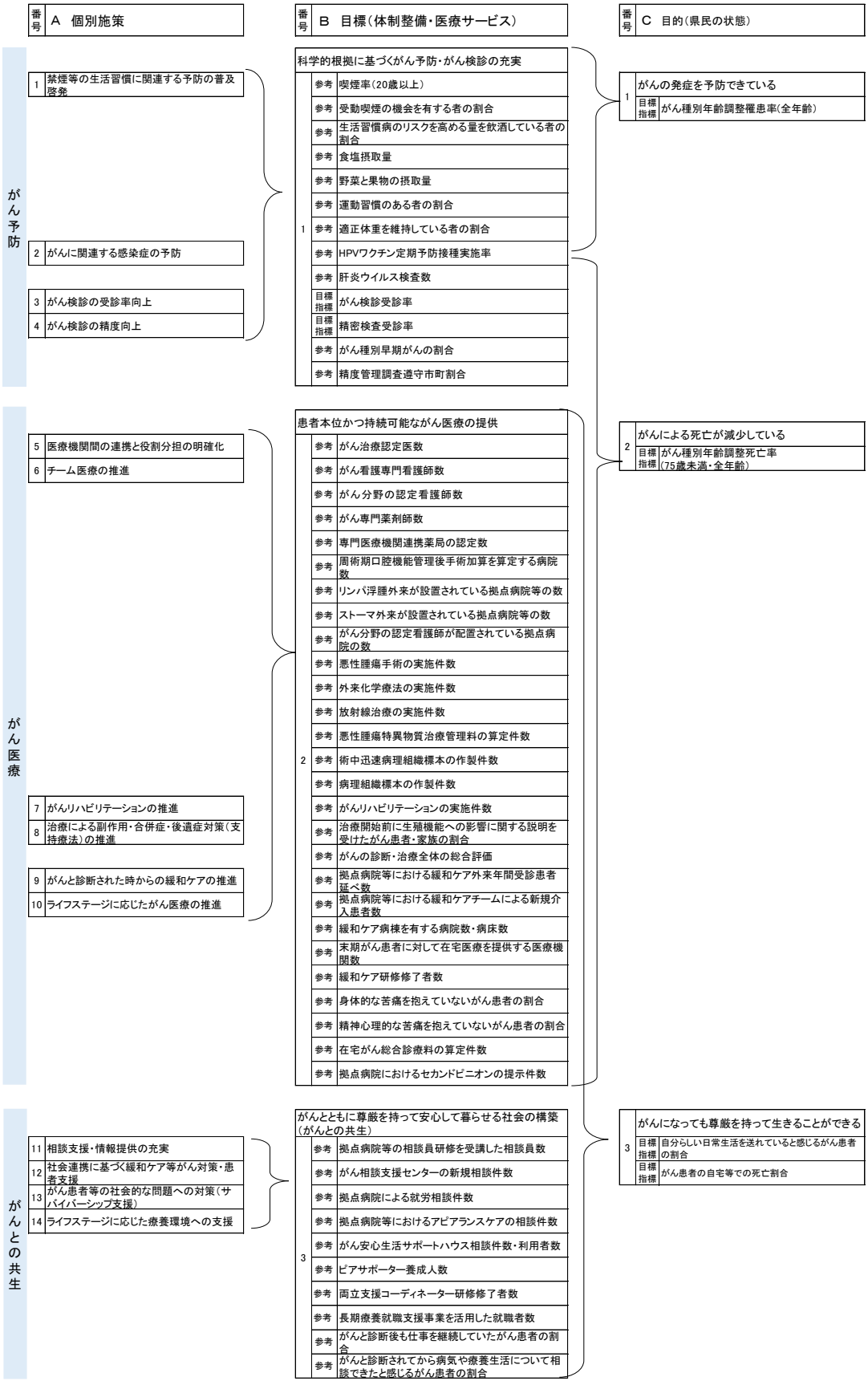
○県

・拠点病院、市町など関係機関と連携しながら、石川県医療計画推進委員会及びがん医療対策部会において計画の推進を図るとともに、必要に応じて計画の見直しを行う。

○市町

・住民のがん予防の推進、生活習慣改善の取組を行うとともに、住民へのがん検診の普及啓発や精度管理、事業評価等を行う。

施策・指標マップ


番号
A　個別施策
番号
B　目標（体制整備・医療サービス）
番号
C　目的（県民の状態）
がん予防
1 禁煙等の生活習慣に関連する予防の普及啓発
2 がんに関連する感染症の予防
3 がん検診の受診率向上
4 がん検診の精度向上
科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実
1
参考 喫煙率（20歳以上）
参考 受動喫煙の機会を有する者の割合
参考 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合
参考 食塩摂取量
参考 野菜と果物の摂取量
参考 運動習慣のある者の割合
参考 適正体重を維持している者の割合
参考 HPVワクチン定期予防接種実施率
参考 肝炎ウイルス検査数
目標指標 がん検診受診率
目標指標 精密検査受診率
参考 がん種別早期がんの割合
参考 精度管理調査遵守市町割合
1 がんの発症を予防できている
目標指標 がん種別年齢調整罹患率（全年齢）
がん医療
5 医療機関間の連携と役割分担の明確化
6 チーム医療の推進
7 がんリハビリテーションの推進
8 治療による副作用・合併症・後遺症対策（支持療法）の推進
9 がんと診断された時からの緩和ケアの推進
10 ライフステージに応じたがん医療の推進
患者本位かつ持続可能ながん医療の提供
2
参考 がん治療認定医数
参考 がん看護専門看護師数
参考 がん分野の認定看護師数
参考 がん専門薬剤師数
参考 専門医療機関連携薬局の認定数
参考 周術期口腔機能管理後手術加算を算定する病院数
参考 リンパ浮腫外来が設置されている拠点病院等の数
参考 ストーマ外来が設置されている拠点病院等の数
参考 がん分野の認定看護師が配置されている拠点病院の数
参考 悪性腫瘍手術の実施件数
参考 外来化学療法の実施件数
参考 放射線治療の実施件数
参考 悪性腫瘍特異物質治療管理料の算定件数
参考 術中迅速病理組織標本の作製件数
参考 病理組織標本の作製件数
参考 がんリハビリテーションの実施件数
参考 治療開始前に生殖機能への影響に関する説明を受けたがん患者・家族の割合
参考 がんの診断・治療全体の総合評価
参考 拠点病院等における緩和ケア外来年間受診患者延べ数
参考 拠点病院等における緩和ケアチームによる新規介入患者数
参考 緩和ケア病棟を有する病院数・病床数
参考 末期がん患者に対して在宅医療を提供する医療機関数
参考 緩和ケア研修修了者数
参考 身体的な苦痛を抱えていないがん患者の割合
参考 精神心理的な苦痛を抱えていないがん患者の割合
参考 在宅がん総合診療料の算定件数
参考 拠点病院におけるセカンドピニオンの提示件数
2 がんによる死亡が減少している
目標指標 がん種別年齢調整死亡率（75歳未満・全年齢）
がんとの共生
11 相談支援・情報提供の充実
12 社会連携に基づく緩和ケア等がん対策・患者支援
13 がん患者等の社会的な問題への対策（サバイバーシップ支援）
14 ライフステージに応じた療養環境への支援
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（がんとの共生）
3
参考 拠点病院等の相談員研修を受講した相談員数
参考 がん相談支援センターの新規相談件数
参考 拠点病院による就労相談件数
参考 拠点病院等におけるアピアランスケアの相談件数
参考 がん安心生活サポートハウス相談件数・利用者数
参考 ピアサポーター養成人数
参考 両立支援コーディネーター研修修了者数
参考 長期療養就職支援事業を活用した就職者数
参考 がんと診断後も仕事を継続していたがん患者の割合
参考 がんと診断されてから病気や療養生活について相談できたと感じるがん患者の割合
3 がんになっても尊厳を持って生きることができる
目標指標 自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合
目標指標 がん患者の自宅等での死亡割合

数値目標

分類	指標 名称	指標 出典・説明	現状値	目標値 R8年度（中間年）	目標値 R11年度（最終年）
B	がん検診受診率	がん検診の実施状況を示す指標（県民健康・栄養調査）	(R4) 胃　45.4% 肺　59.4% 大腸　48.4% 乳　50.7% 子宮頸　42.4%	60%以上	60%以上
B	がん精密検査受診率	がんの精密検査の受診状況を示す指標（石川県生活習慣病等検診管理指導協議会における課題検討結果報告）	(R3) 胃　88.4% 肺　88.5% 大腸　75.5% 乳　94.3% 子宮頸　89.2%	90%以上	90%以上
C	がん種別年齢調整罹患率 （上皮内がん除く） （人口10万対） （全年齢） ※乳房及び子宮がんは女性のみ	がんの罹患状況を把握する指標 （石川県におけるがん登録）	(R1) 全部位　397.5 胃　52.0 肺　43.5 大腸　51.8 乳房　104.1 子宮　29.2	減少	減少
C	がん種別年齢調整死亡率 （人口10万対） ※乳房及び子宮がんは女性のみ	がんが原因で死亡する人を反映する指標 （国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」（人口動態統計）） 基準人口昭和60年モデル	75歳未満（R4） 全部位 男 76.0 女 52.6 胃　：男 9.5 女 4.5 肺　：男 19.5 女 6.7 大腸：男 12.0 女 7.4 乳房 9.8 子宮 3.5	減少	減少
		（人口動態統計特殊報告） 基準人口平成27年モデル	全年齢（R2） 全部位 男 410.9 女 196.2 胃　：男 53.9　女 17.6 肺　：男 98.4　女 28.4 大腸：男 52.7　女 28.6 乳房：16.8 子宮：8.2		
C	自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合（補正値）	がん患者の生活の質を反映する指標 （患者体験調査）	(H30:参考値) 76.2%	増加	増加
C	がん患者の自宅等での死亡割合 自宅・介護老人保健施設・老人ホームにおけるがんによる死亡者数/がんによる死亡者総数×100	がん患者の意向を踏まえ、住み慣れた家庭や地域での療養を選択できる患者数の増加 （人口動態統計）	(R3) 25.4%	増加	増加

現状把握の指標

機能	指標区分(B/C)	指標名	時点	県全体	南加賀医療圏	石川中央医療圏	能登中部医療圏	能登北部医療圏	全国	備考	出典
予防	B	喫煙率(男性)	R4	21.6					25.4	20歳以上	県:県民健康・栄養調査 国:国民生活基礎調査
		喫煙率(女性)		4.7					7.7		
予防	B	受動喫煙の機会を有している者の割合(職場)	県:R4 国:R1	13.5	12.2	14.7	13.4	15.0	26.1		県:県民健康・栄養調査 国:国民健康・栄養調査
		受動喫煙の機会を有している者の割合(家庭)		10.9	9.3	10.3	11.1	14.8	6.9		
		受動喫煙の機会を有している者の割合(飲食店)		8.0	10.3	9.2	5.6	6.2	29.6		
予防	B	生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合(男性)	県:R4 国:R1	13.9	15.9	12.5	14.8	15.3	14.9		県:県民健康・栄養調査 国:国民健康・栄養調査
		生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合(女性)		7.5	6.2	7.2	7.6	10.0	9.1		
予防	B	食塩摂取量(男性)(20歳以上)	県:R4 国:R1	10.0	8.8	9.3	11.6	10.0	10.9		県:県民健康・栄養調査 国:国民健康・栄養調査
		食塩摂取量(女性)(20歳以上)		9.0	8.3	8.3	9.7	9.3	9.3		
予防	B	野菜の摂取量(男性)(20歳以上)	県:R4 国:R1	286.4	234.9	258.6	339.1	342.7	288.3		県:県民健康・栄養調査 国:国民健康・栄養調査
		野菜の摂取量(女性)(20歳以上)		281.4	227.5	269.0	326.4	319.4	273.6		
予防	B	果物の摂取量(男性)(20歳以上)	県:R4 国:R1	87.9	68.8	71.2	133.9	96.0	87.5		県:県民健康・栄養調査 国:国民健康・栄養調査
		果物の摂取量(女性)(20歳以上)		120.2	110.1	109.1	153.1	121.0	111.2		
予防	B	運動習慣のある者の割合(男性)	県:R4 国:R1	36.3	43.6	35.8	34.4	34.9	33.4		県:県民健康・栄養調査 国:国民健康・栄養調査
		運動習慣のある者の割合(女性)		29.4	29.8	31.4	32.2	22.9	25.1		
予防	B	適正体重を維持している者の割合(男性)	県:R4 国:R1	63.9	65.2	65.2	65.2	62.8	53.9		県:県民健康・栄養調査 国:国民健康・栄養調査
		適正体重を維持している者の割合(女性)		66.8	69.5	69.7	65.5	62.4	53.3		
予防	B	HPVワクチン実施率(第1回)	R3	34.7					37.4		地域保健・健康増進事業報告
予防	B	公費肝炎検査実施数(B型) (人口10万人対)	R3	1,394 123.9					232,697 185.4		特定感染症検査等事業
予防	B	公費肝炎検査実施数(C型) (人口10万人対)	R3	1,394 123.9					226,765 180.7		特定感染症検査等事業
予防	B	がん検診受診率(胃がん)(40–69歳)	R4	45.4	46.4	49.0	44.3	41.6	41.9		県:県民健康・栄養調査 全国:国民生活基礎調査
		がん検診受診率(肺がん)(40–69歳)	R4	59.4	61.5	60.0	58.7	59.3	49.7		
		がん検診受診率(大腸がん)(40–69歳)	R4	48.4	51.5	49.2	51.5	44.8	45.9		
		がん検診受診率(子宮頸がん)(20–69歳)	R4	42.4	48.2	44.9	41.5	35.4	47.4	過去2年間	
		がん検診受診率(乳がん)(40–69歳)	R4	50.7	60.2	51.4	53.4	42.5	43.6	過去2年間	
予防	B	精密検査受診率(胃がん)	R3	88.4	88.5	90.9	81.8	85.6	84.4	X線・内視鏡	県:石川県生活習慣病検診等管理指導協議会における課題検討結果報告 国:地域保健健康増進事業報告
		精密検査受診率(肺がん)	R3	88.5	89.6	89.9	83.2	86.8	82.7		
		精密検査受診率(大腸がん)	R3	75.5	78.2	74.7	72.6	76.6	70.2		
		精密検査受診率(子宮頸がん)	R3	89.2	88.5	90.4	82.7	84.6	76.6		
		精密検査受診率(乳がん)	R3	94.3	93.4	95.0	95.3	89.5	89.9		
予防	B	早期がんの割合(胃がん)	R1	62.1					59.6		石川県におけるがん登録
		早期がんの割合(肺がん)	R1	39.6					35.4		
		早期がんの割合(大腸がん)	R1	45.6					47.6		
		早期がんの割合(子宮頸がん)	R1	40.3					41.1		
		早期がんの割合(乳がん)	R1	55.0					60.5	女性のみ	
予防	B	精度管理調査遵守市町割合(B以上)	R4	100							石川県生活習慣病検診等管理指導協議会における課題検討結果報告
予防	C	年齢調整罹患率(男性)	R1	466.2					445.7		石川県におけるがん登録
		年齢調整罹患率(女性)		348.5					346.7		
予防	C	年齢調整罹患率(胃がん)	R1	52.0					41.6		石川県におけるがん登録
		年齢調整罹患率(肺がん)	R1	43.5					42.4		
		年齢調整罹患率(大腸がん)	R1	51.8					58.2		
		年齢調整罹患率(乳がん)	R1	104.1					100.5	女性のみ	
		年齢調整罹患率(子宮がん)	R1	29.2					34.3		
医療	B	がん治療認定医数 (人口10万人対)	R5.4	197 17.8					14.5		日本がん治療認定医機構ホームページ
医療	B	がん看護専門看護師数 (人口10万人対)	R5.12	8 0.7					0.9		日本看護協会ホームページ
医療	B	がん分野の認定看護師数 (人口10万人対)	R5.12	65 5.9					4.8		日本看護協会ホームページ
医療	B	がん専門薬剤師認定者数 (人口10万人対)	R6.4	21 1.9					0.7		日本医療薬学会ホームページ
医療	B	専門医療機関連携薬局の認定数 (人口10万人対)	R5.9	1 0.1					0.1		厚生労働省ホームページ
医療	B	周術期口腔機能管理後手術加算を算定する病院数	R3	15 1.3	2 0.9	11 1.5	2 1.8	– –			病床機能報告
医療	B	リンパ浮腫外来が設置されている拠点病院等の数	R5	2 0.2	– –	2 0.3	– –	– –			現況報告
医療	B	ストーマ外来が設置されている拠点病院等の数	R5	11 1.0	1 0.5	8 1.1	2 1.8	– –			現況報告
医療	B	がん分野の認定看護師が配置されている拠点病院の数	R5.12	5							日本看護協会ホームページ
医療	B	悪性腫瘍手術の実施件数(病院) (人口10万人対)	R2	440 38.9	52 23.2	334 45.9	48 40.6	6 10.0	45.4		医療施設調査
医療	B	悪性腫瘍手術の実施件数(一般診療所) (人口100万人対)	R2	8 7.0	2 9.0	6 8.0	– –	– –	11.2		医療施設調査
医療	B	外来化学療法の実施件数(病院) (人口1万人対)	R2	2,514 22	466 20.8	1637 22.5	358 30.3	53 8.9	24.2		医療施設調査
医療	B	外来化学療法の実施件数(一般診療所) (人口100万人対)	R2	21 19	– –	21 29.0	– –	– –	66.7		医療施設調査

機能	指標区分(B/C)	指標名	時点	県全体	南加賀医療圏	石川中央医療圏	能登中部医療圏	能登北部医療圏	全国	備考	出典
医療	B	放射線治療(体外照射)の実施件数	R2	461	13	359	89	－			医療施設調査
		(人口1万人対)		4.1	0.6	4.9	7.5	－	15.8		
医療	B	放射線治療(組織内照射)の実施件数	R2	9	－	9	－	－			医療施設調査
		(人口1万人対)		0	－	0.1	－	－	0.1		
医療	B	悪性腫瘍特異物質治療管理料の算定件数	R3	138,018	16,768	104,922	11,146	5,182			NDB
		(人口10万人対)		12,267	7546.9	14418.6	9622.5	8717.7			
医療	B	術中迅速病理組織標本の作製件数	R3	1,605	138	1,424	43	0			NDB
		(人口10万人対)		143	62.1	195.7	37.1	0.0			
医療	B	病理組織標本の作製件数	R3	19,485	2,118	15,442	1,543	382			NDB
		(人口10万人対)		1,732	953.3	2122.1	1332.1	642.6			
医療	B	がんリハビリテーションの実施件数	R3	6,712	504	5,108	1,054	46			NDB
医療	B	治療開始前に生殖機能への影響に関する説明を受けたがん患者・家族の割合(補正値)	H30	58.1					51.6	県参考値	患者体験調査
医療	B	がんの診断・治療全体の総合評価	H30	8.1					8.0	県参考値	患者体験調査
医療	B	拠点病院等における緩和ケア外来年間受診患者延べ数(人口10万人対)	R4	3,935	319	3,616	－	－			現況報告
				352.0	144.5	498.2	－	－			
医療	B	拠点病院等における緩和ケアチームによる新規介入患者数　(人口10万人対)	R4	890	248	567	75	－			現況報告
				79.6	112.3	78.1	66.1	－			
医療	B	緩和ケア病棟を有する病院数	R2	2	－	2	－	－			医療施設調査
		(人口10万人対)		0.2	－	0.3	－	－	0.4		
医療	B	緩和ケア病棟を有する病床数	R2	48	－	48	－	－			医療施設調査
		(人口10万人対)		4.2	－	6.6	－	－	7.5		
医療	B	末期のがん患者に対して在宅医療を提供する医療機関数　(人口10万人対)	R3.3	134	25	88	18	3			診療報酬施設基準
				11.9	11.3	12.1	15.5	5.0			
医療	B	緩和ケア研修修了者数(累計)	R4	1,981						うち医師数1,664	健康推進課
医療	B	身体的な苦痛を抱えていないがん患者の割合(補正値)	H30	66.1					56.1	県参考値	患者体験調査
医療	B	精神心理的な苦痛を抱えていないがん患者の割合(補正値)	H30	77.5					62.1	県参考値	患者体験調査
医療	B	在宅がん医療総合診療料の算定件数	R3	3,124	95	2,009	0	1,020			NDB
		(人口10万人対)		278	42.8	276.1	0.0	1716.0			
医療	B	拠点病院におけるセカンドオピニオンの提示件数	R4	125							現況報告
予防医療	C	年齢調整死亡率(男性)(75歳未満)	R4	76.0					81.1		がん情報サービス「がん統計」(人口動態統計)
		年齢調整死亡率(女性)(75歳未満)		52.6					54.9		
		年齢調整死亡率(男性)(全年齢)	R2	410.9					394.7		人口動態統計特殊報告
		年齢調整死亡率(女性)(全年齢)		196.2					196.4		
予防医療	C	年齢調整死亡率(男性)(胃がん)(75歳未満)	R4	9.5					9.0		がん情報サービス「がん統計」(人口動態統計)
		年齢調整死亡率(女性)(胃がん)(75歳未満)	R4	4.5					3.7		
		年齢調整死亡率(男性)(肺がん)(75歳未満)	R4	19.5					18.4		
		年齢調整死亡率(女性)(肺がん)(75歳未満)	R4	6.7					5.8		
		年齢調整死亡率(男性)(大腸がん)(75歳未満)	R4	12.0					12.4		
		年齢調整死亡率(女性)(大腸がん)(75歳未満)	R4	7.4					7.2		
		年齢調整死亡率(乳がん)(75歳未満)	R4	9.8					10.4	女性のみ	
		年齢調整死亡率(子宮がん)(75歳未満)	R4	3.5					5.1		
		年齢調整死亡率(男性)(胃がん)(全年齢)	R2	53.9					49.6		人口動態統計特殊報告
		年齢調整死亡率(女性)(胃がん)(全年齢)	R2	17.6					17.5		
		年齢調整死亡率(男性)(肺がん)(全年齢)	R2	98.4					94.3		
		年齢調整死亡率(女性)(肺がん)(全年齢)	R2	28.4					27.3		
		年齢調整死亡率(男性)(大腸がん)(全年齢)	R2	52.7					49.4		
		年齢調整死亡率(女性)(大腸がん)(全年齢)	R2	28.6					29.2		
		年齢調整死亡率(乳がん)(全年齢)	R2	16.8					20.6	女性のみ	
		年齢調整死亡率(子宮がん)(全年齢)	R2	8.2					9.6		
共生	B	拠点病院等において相談員研修を受講した相談員数	R5	74							現況報告
共生	B	がん相談支援センターの新規相談件数	R4	4,880	374	3,295	1,211	－			現況報告
		(人口10万人対)		436.6	169.4	454.0	1066.7	－			
共生	B	拠点病院による就労相談件数	R4	209							健康推進課
共生	B	拠点病院等によるアピアランスケアに関する相談件数	R4	78							現況報告
共生	B	がん安心生活サポートハウス利用者数	R4	2,998							健康推進課
		がん安心生活サポートハウス相談件数	R4	314							
共生	B	ピアサポーター養成人数	R5	77							健康推進課
共生	B	両立支援コーディネーター研修修了者数(累計)　(人口10万人対)	R4	167							労働者健康安全機構ホームページ
				14.9					14.2		
共生	B	長期療養就職支援事業を活用した就職者数	R3	11							医療計画作成支援データブック(長期療養者支援事業報告)
		(人口10万人対)		1.0					1.5		
共生	B	がんと診断後も仕事を継続していたがん患者の割合(補正値)	H30	82.3					81.0	県参考値	患者体験調査
共生	B	がんと診断されてから病気や療養生活について相談できたと感じるがん患者の割合(補正値)	H30	74.9					76.5	県参考値	患者体験調査
共生	C	自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合(補正値)	H30	76.2					70.1	県参考値	患者体験調査
共生	C	がん患者の自宅等での死亡割合	R3	25.4	－	－	－	－	27.0		人口動態統計

(※)NDB:レセプト情報・特定健診等情報データベース(通称:ナショナルデータベース(NDB))による分析結果
「レセプト数で10件未満」あるいは「医療施設数3箇所未満」の場合は数値非公開

【循環器病（脳卒中、心血管疾患）（第２期石川県循環器病対策推進計画※1）】

１．循環器病※2について

（１）疾病の特性

○循環器病は、加齢とともに患者数が増加する傾向にあり、がんと比べても循環器病の患者の年齢層は高いが、他方で、いずれの世代でも発症するものでもあり、ライフステージにあった対策を考えていくことが求められる。

○循環器病の多くは、運動不足、不適切な食生活、喫煙等の生活習慣や肥満等の健康状態に端を発して発症する生活習慣病である。生活習慣病の経過は、生活習慣病の予備群から、生活習慣病の発症、病状の重症化や合併症の発症、生活機能の低下・要介護状態へと進行する。患者自身が気付かない間に病気が進行することも多いが、生活習慣の改善や適切な治療によって予防や進行を抑制することが可能な側面もある。

○循環器病は、急激に発症し、数分から数時間で生命に関わる重大な事態に陥り、突然死に至ることがある。たとえ死に至らなくとも、特に脳卒中においては重度の後遺症を残すことも多い。しかし、発症後早急に適切な治療が行われれば、後遺症を含めた予後が改善される可能性がある。

○回復期及び慢性期には、急性期に生じた障害が後遺症として残る可能性があるとともに、症状の重篤化や急激な悪化が複数回生じる危険性を常に抱えるなど、再発や増悪を来しやすいといった特徴がある。

○脳卒中と心血管疾患の両方に罹患することもある等、発症から数十年間の経過の中で　病状が多様に変化することも特徴の一つである。

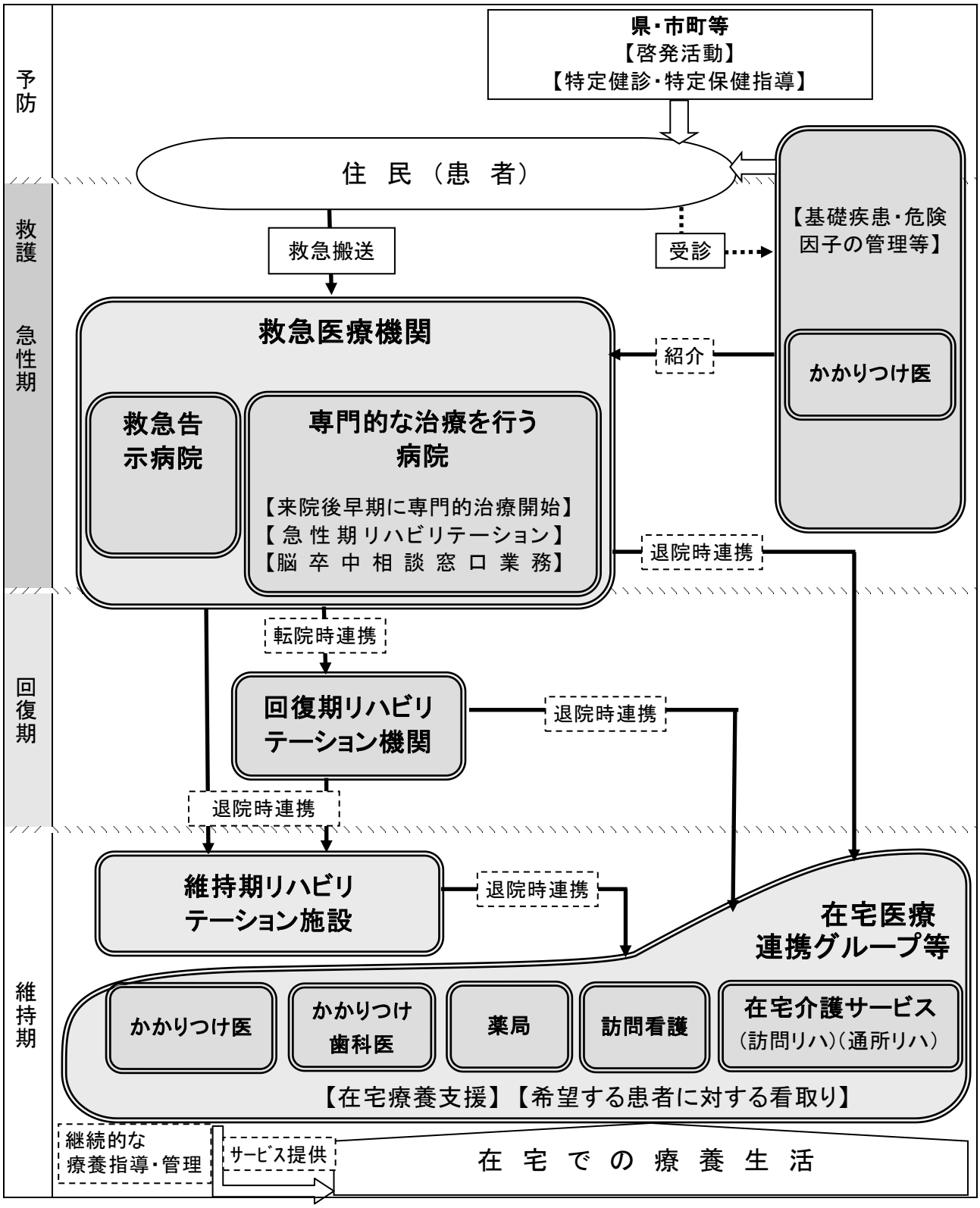
※1　第２期循環器病対策推進計画
「健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病その他の循環器病に係る対策に関する基本法」に基づく計画

※2　循環器病
虚血性脳卒中（脳梗塞）、出血性脳卒中（脳内出血、くも膜下出血等）、一過性脳虚血発作、虚血性心疾患（狭心症、心筋梗塞等）、心不全、不整脈、弁膜症（大動脈弁狭窄症、僧帽弁逆流症等）、大動脈疾患（大動脈解離、大動脈瘤等）、末梢血管疾患、肺血栓塞栓症、肺高血圧症、心筋症、先天性心・脳血管疾患、遺伝性疾患等、多くの疾患が含まれる。

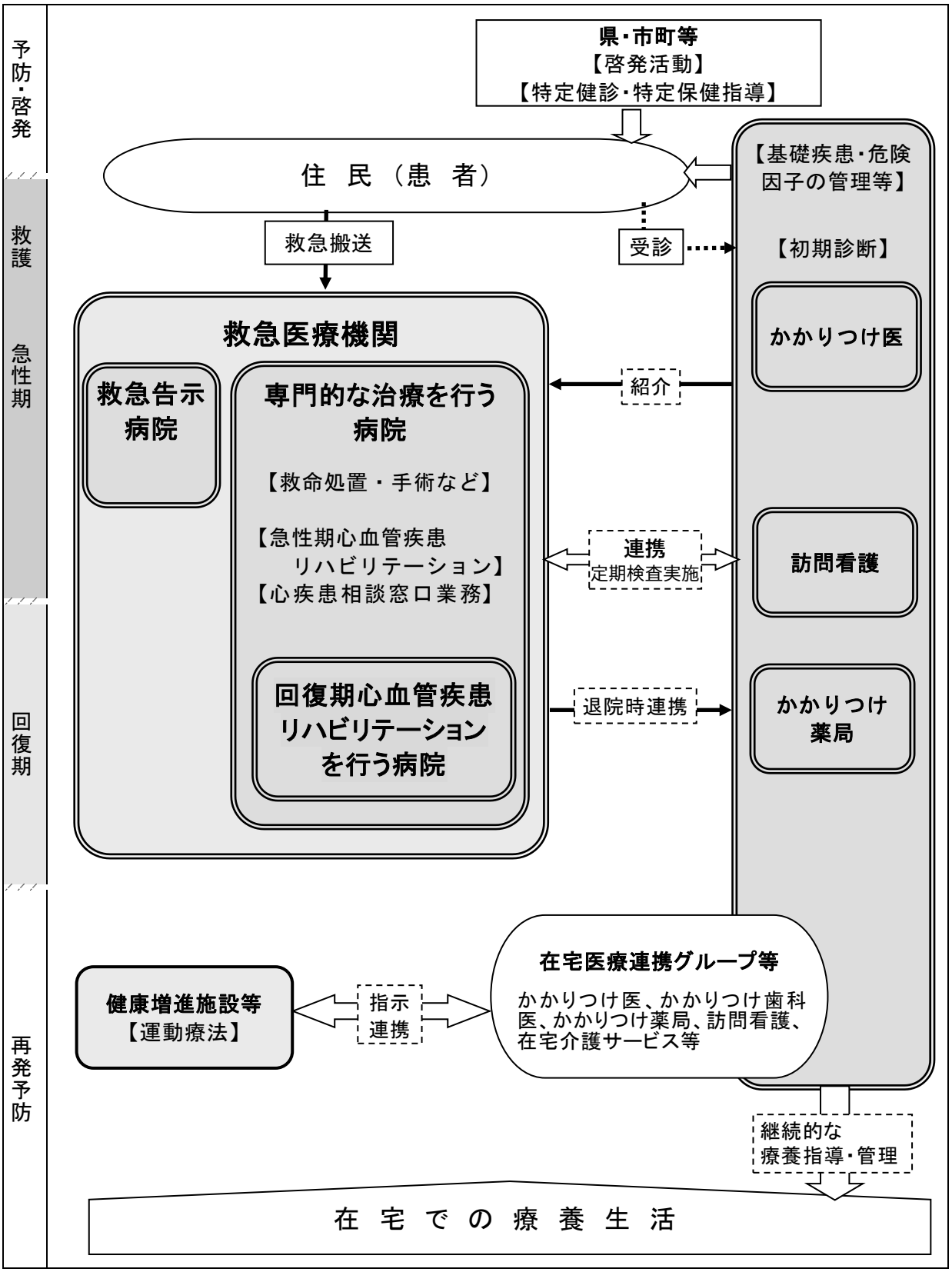
出典：　循環器病対策推進基本計画［令和５年３月］（厚生労働省）

（２）医療機関に求められる役割

脳卒中の医療連携体制



心血管疾患の医療連携体制



２．循環器病の現状と課題について

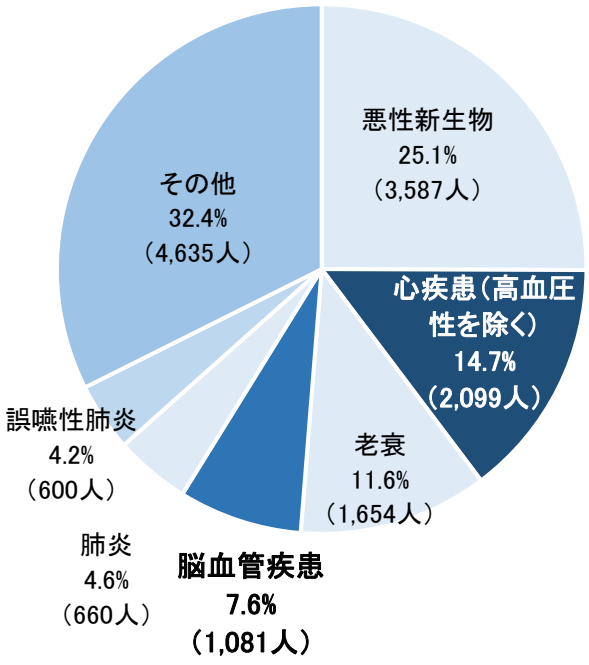
■循環器病による死亡率は全国と同程度の水準であるが、高齢化の進行に伴い、心血管疾患等患者の増加が予想されている。
■気付かない間に病気が進行することも多いことから、主要な危険因子である生活習慣病の予防や早期発見のため、特定健診受診率・特定保健指導実施率の向上を図るとともに、食事や運動等の生活習慣の改善について、普及啓発していく必要がある。
■医療体制については、専門職の確保や診療機器の整備、デジタル技術の活用等、更なる充実を図る必要がある。

（１）循環器病の死亡の状態

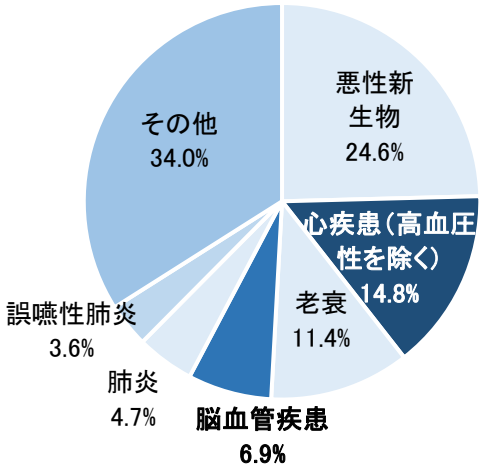
①死亡原因

○循環器病（心疾患・脳血管疾患）は、県の死因の第２位が心疾患、第４位が脳血管疾患となっており、死因の約２割を占める。

図　死因別死亡割合（石川県）



［参考］図　死因別死亡割合（全国）



出典：令和４年人口動態統計（厚生労働省）

②循環器病の年齢調整死亡率

○脳血管疾患及び心疾患の年齢調整死亡率は、全国と同程度で、女性よりも男性が高く、男女とも減少傾向にある。

図　脳血管疾患の年齢調整死亡率（人口 10 万対）

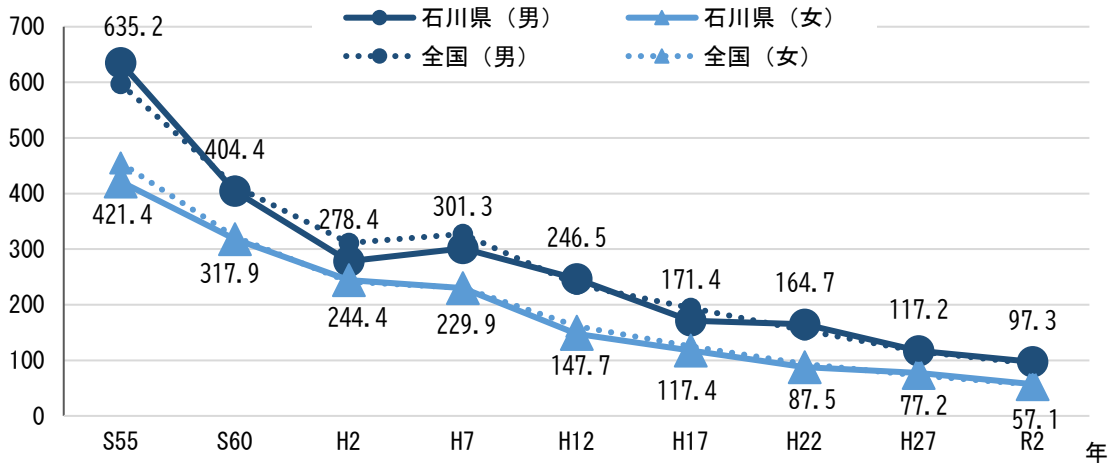


図　[再掲]脳梗塞の年齢調整死亡率（人口 10 万対）

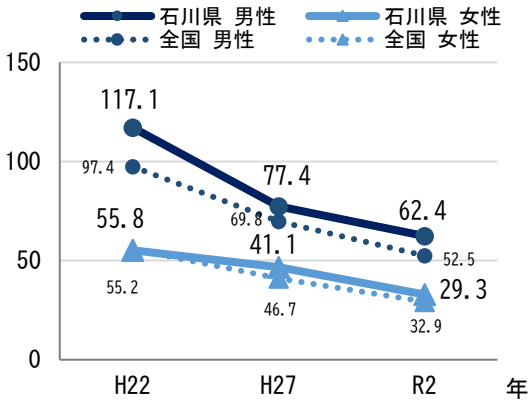


図　[再掲]脳内出血の年齢調整死亡率（人口 10 万対）

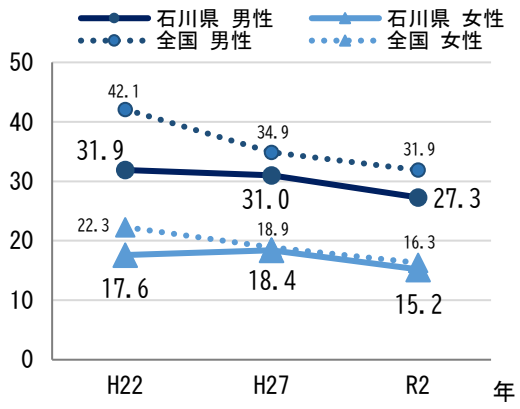
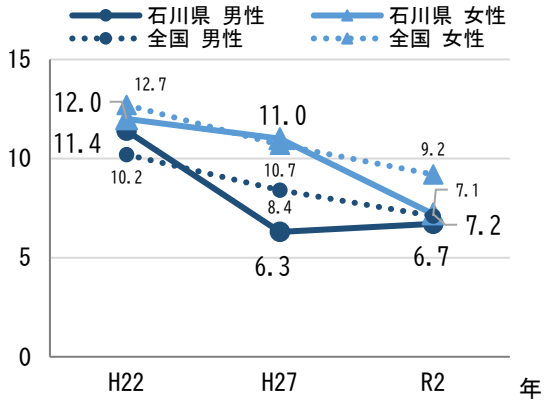


図　[再掲]くも膜下出血の年齢調整死亡率（人口 10 万対）



出典：人口動態統計特殊報告（厚生労働省）

図　心疾患の年齢調整死亡率（人口 10 万対）

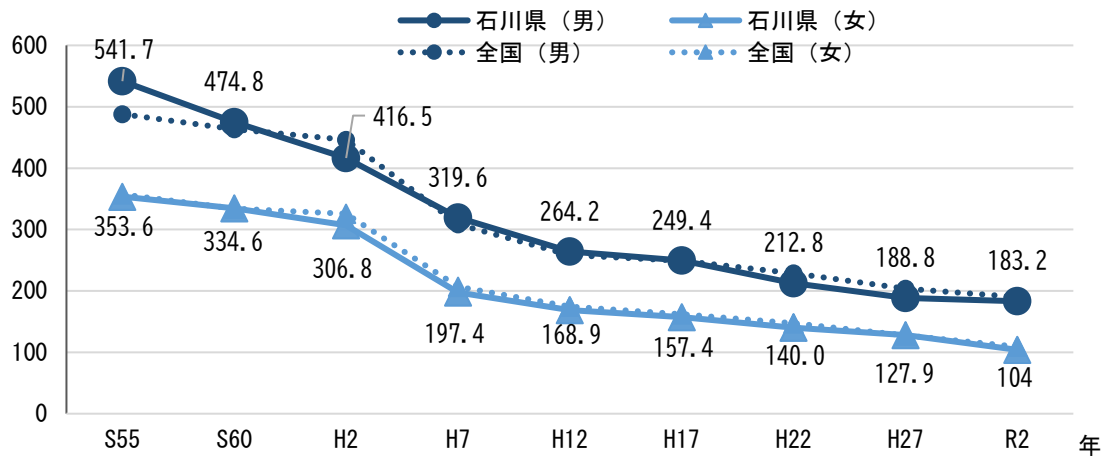


図　[再掲]虚血性心疾患の年齢調整死亡率
（人口 10 万対）

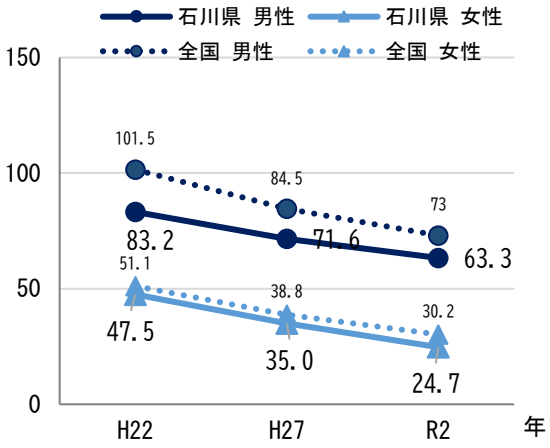


図　[再掲]心不全の年齢調整死亡率
（人口 10 万対）

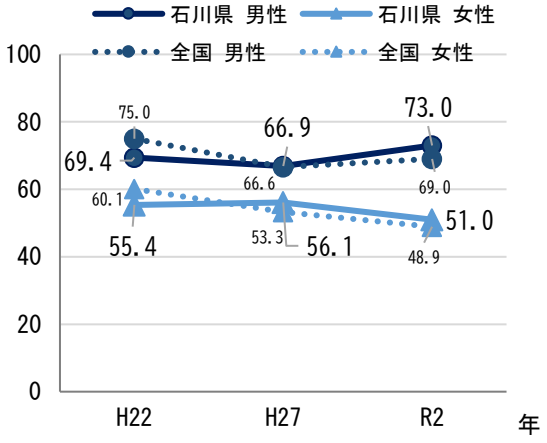


図　[再掲]急性心筋梗塞の年齢調整死亡率
（人口 10 万対）

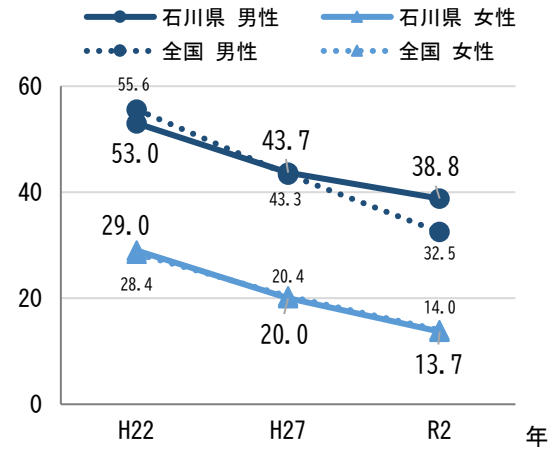
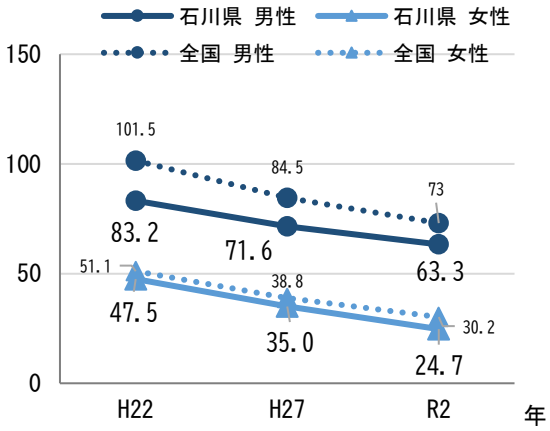


図　[再掲]大動脈瘤及び解離の
年齢調整死亡率（人口 10 万対）



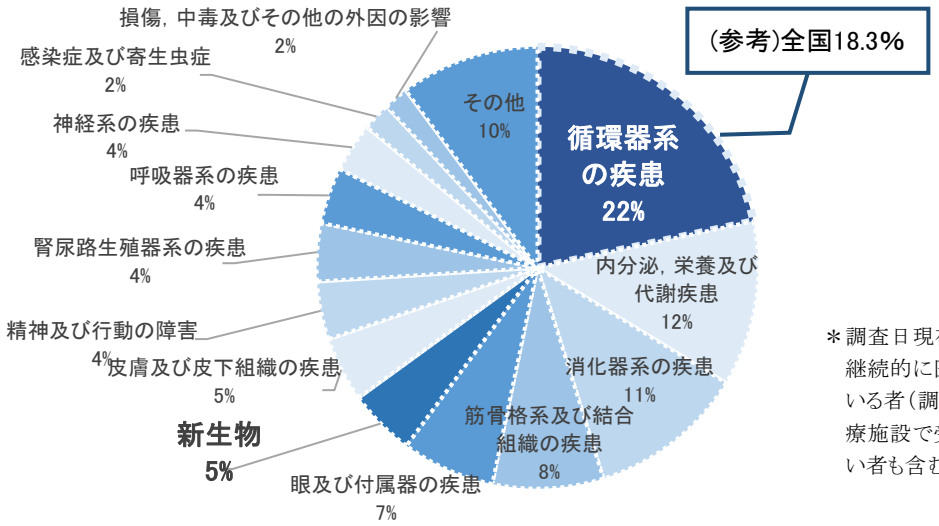
出典：人口動態統計特殊報告（厚生労働省）

（２）循環器病疾患の患者の状況

①総患者数のうち、循環器系の疾患が占める割合

○推計患者数のうち、本県で循環器系の疾患が占める割合は、22%となっており、最も多い。

図　総患者数*うち循環器系の疾患が占める割合（石川県）



＊調査日現在において、継続的に医療を受けている者（調査日には医療施設で受療していない者も含む。）の数

出典：令和２年 患者調査 総患者数（厚生労働省）

②循環器系の疾患の受療率

【入院】

○循環器系の疾患が２番目に多く、なかでも「脳血管疾患」が最も多い。

図　入院受療率（人口 10 万対）令和2年

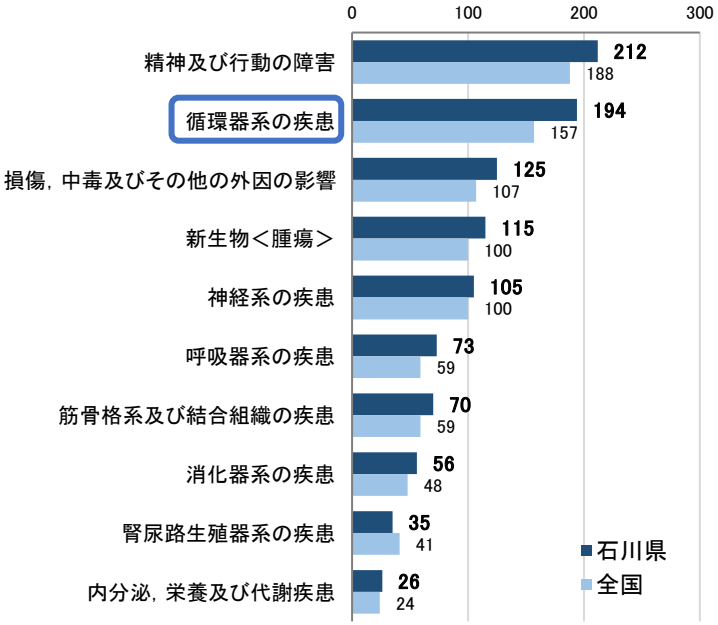
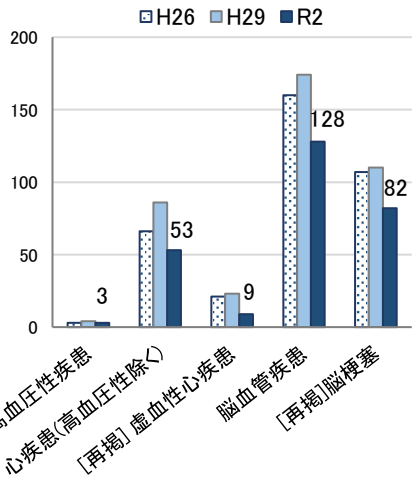


図　［再掲］石川県の循環器系疾患別の入院受療率（人口 10 万対）

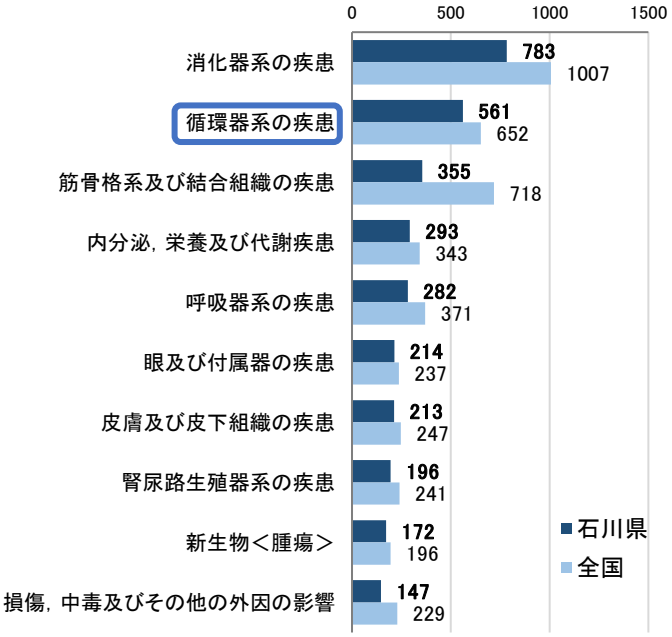


出典：患者調査（厚生労働省）

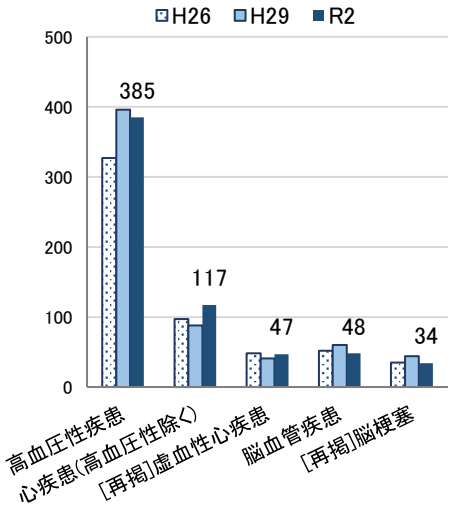
【外来】

○循環器系の疾患が２番目に多く、なかでも「高血圧性疾患」が最も多い。

図　外来受療率（人口 10 万対）令和2年



図［再掲］石川県の循環器系疾患別の外来受療率（人口 10 万対）



出典：患者調査（厚生労働省）

③循環器病の患者数（参考）

○脳血管疾患および心血管疾患の救急車により来院した患者数は横ばいから増加傾向にある。

図　脳血管疾患の患者数

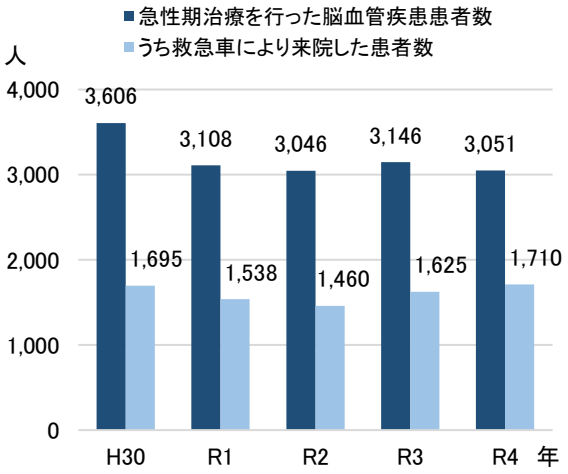
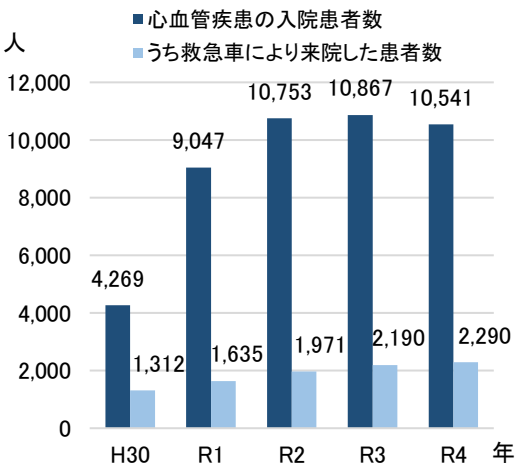


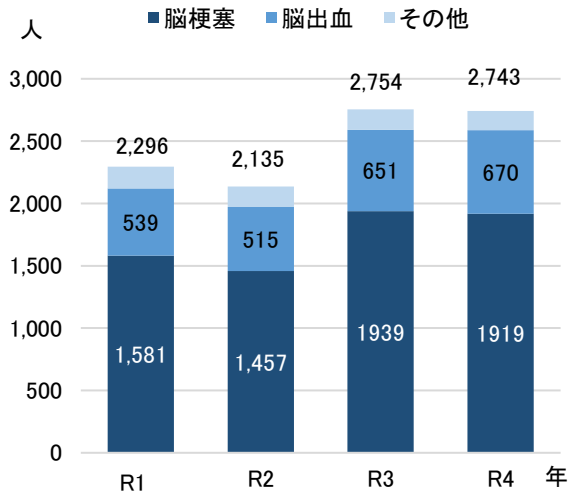
図　心血管疾患の患者数



・初発の脳梗塞、脳出血、くも膜下出血を対象（入院患者及び外来患者数）
・消防本部の救急車またはドクターヘリにより救急搬送した患者数
・複数回入院した場合は複数人として計上

出典：石川県地域医療推進室調べ

図　一次脳卒中センターにおける急性期脳血管疾患
新規患者数



出典：石川県内の一次脳卒中センター調べ
（各年 1～12 月）
令和 2 年度までは一次脳卒中センター
12 医療機関中 9 医療機関の患者数

④循環器病の危険因子となる高血圧疾患、脂質異常症、糖尿病の年齢調整外来受療率

○高血圧性疾患、脂質異常症の年齢調整外来受療率は、全国より低く推移している。

図　高血圧疾患　年齢調整外来受療率
（人口 10 万対）

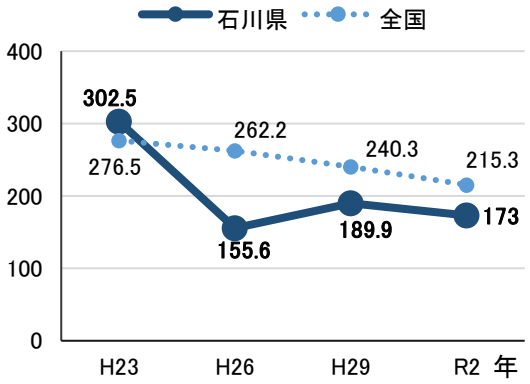


図　脂質異常症　年齢調整外来受療率
（人口 10 万対）

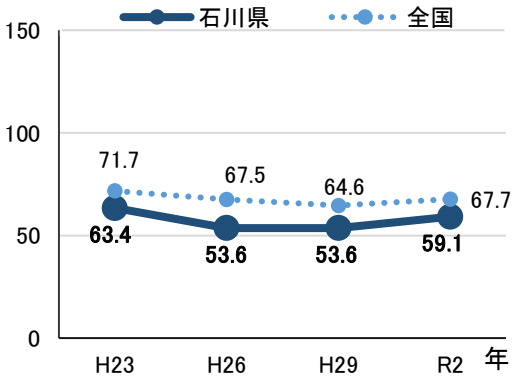
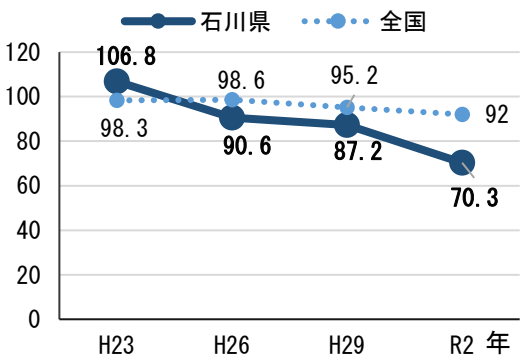


図　糖尿病　年齢調整外来受療率
（人口 10 万対）

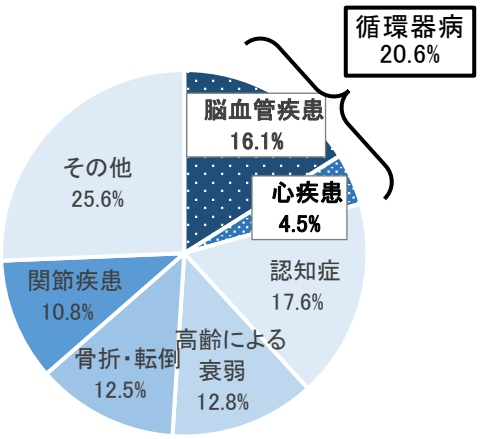


出典：患者調査（厚生労働省）

⑤介護を要する状態となった主要原因の状況

○介護を要する状態となった主要原因は、循環器病によるものが約２割を占める。

図　介護が必要となった原因（全国）



出典：令和元年 国民生活基礎調査（厚生労働省）

（３）循環器病の予防の状況

①生活習慣の状況

○食塩摂取量

塩分の過剰摂取は循環器病の危険因子である高血圧症の要因となるが、１日当たりの食塩摂取量は減少しており、改善傾向にある。

○野菜摂取量

野菜の摂取は、肥満、脂質異常症、糖尿病、高血圧症の生活習慣病の予防・改善に期待できるが、１日当たりの野菜摂取量は、減少傾向にある。

○喫煙の状況

循環器病の危険因子である喫煙率は、女性よりも男性が高いものの、成人男性の喫煙率は低下しており、全国より低く推移している。

図　食塩摂取量（成人１日当たり）

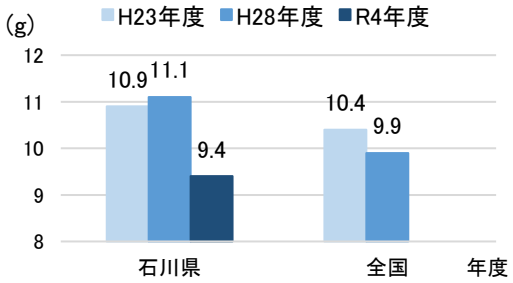


図　野菜摂取量（成人１日当たり）

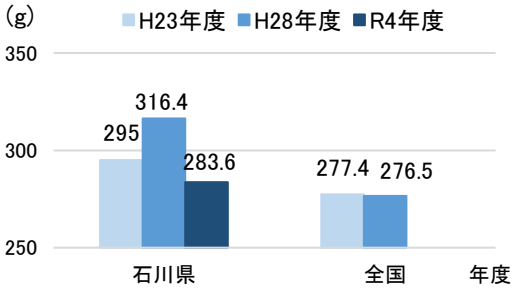
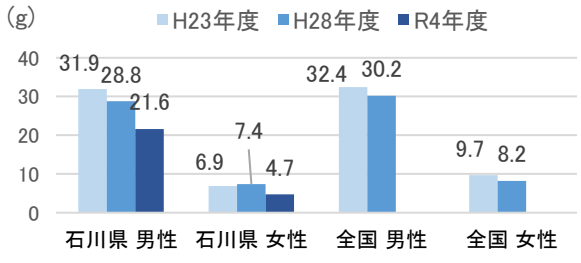


図　喫煙率（20 歳以上）



出典：石川県：県民健康・栄養調査
全　国：国民健康・栄養調査

②特定健診受診率・特定保健指導実施率の状況

○特定健康診査受診率は年々上昇し、新型コロナウイルス感染症の影響により、令和２年度は減少したが、令和３年度は増加し、全国より高く推移している。

○特定保健指導実施率は、新型コロナウイルス感染症の影響により、令和元年度、２年度に低下したが、全国より高く推移している。

図　特定健康診査受診率の推移

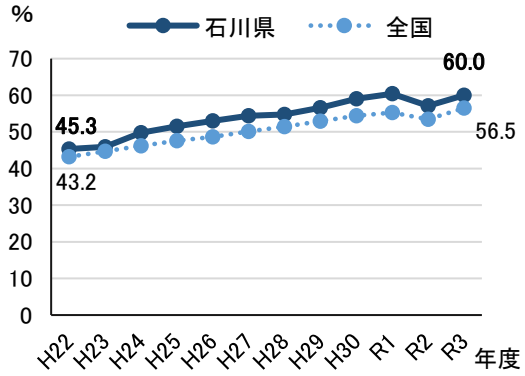
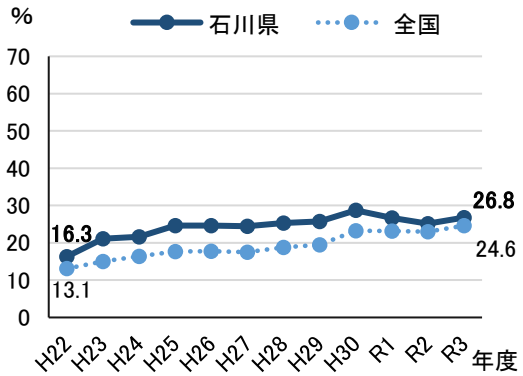


図　特定保健指導実施率の推移



出典：特定健康診査・特定保健指導に関するデータ（厚生労働省）

③特定健診結果の状況

○メタボリックシンドロームの該当者の割合は、年々増加傾向にあり、全国より高く推移している。

○収縮期血圧 140mmHg 以上の者の割合、拡張期血圧 90mmHg 以上の者の割合は、男女とも全国より高く、増加傾向にある。

○LDL 160mg/dL 以上の者の割合は、男女とも全国より低いが、増加傾向である。

図　メタボリックシンドローム該当者の割合の推移

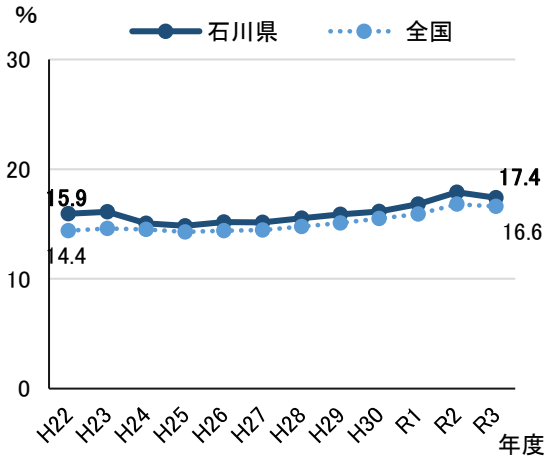
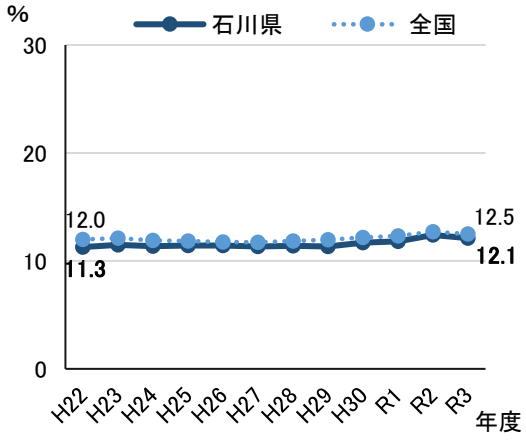


図　メタボリックシンドローム予備群者の割合の推移



出典：　NDB オープンデータ（厚生労働省）

図　収縮期血圧　140mmHg 以上の者の割合の推移

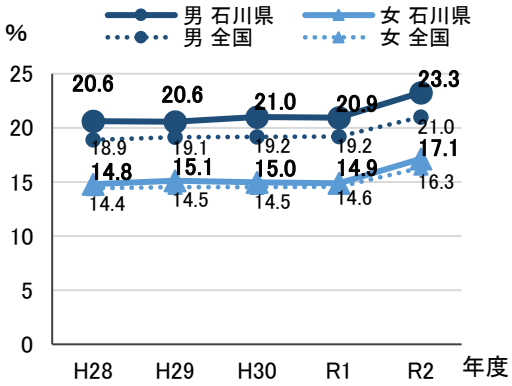


図　拡張期血圧　90mmHg 以上の者の割合の推移

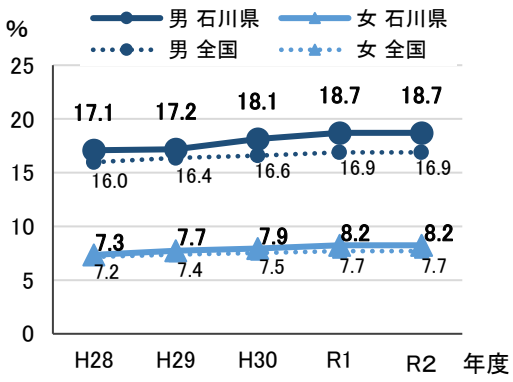
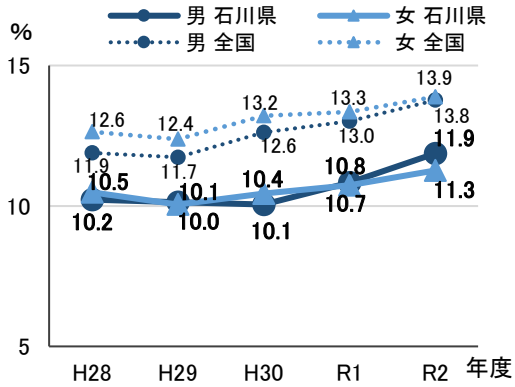


図　LDL 160mg/dL 以上の者の割合の推移

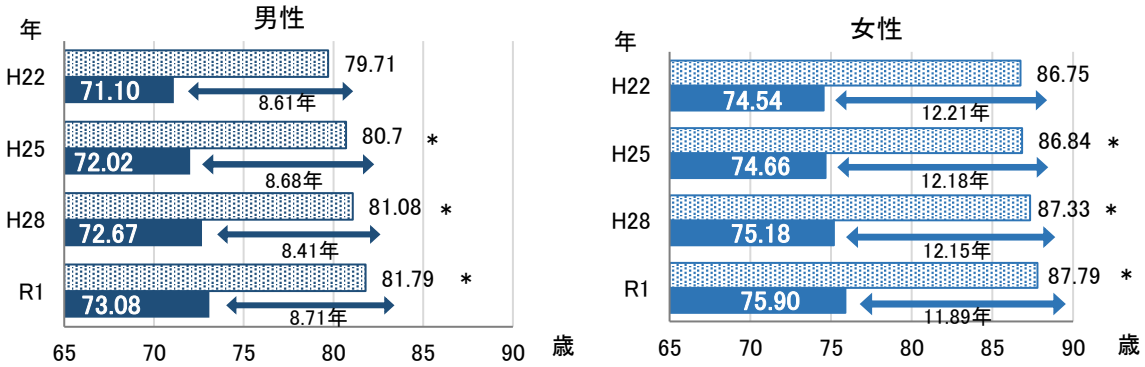


出典：NDB オープンデータ（厚生労働省）

（４）健康寿命

○健康寿命は延びているものの、平均寿命と健康寿命の差については、女性は縮小傾向にあるが、男性は令和元年度に伸びている。

図　石川県の平均寿命※と健康寿命の推移



出典：健康寿命：厚生労働科学研究「健康寿命及び地域格差の分析と健康増進対策の効果検証に関する研究」
「健康日本 21(第二次)の総合的評価と次期健康づくり運動に向けた研究」
健康上の問題で日常生活が制限のない期間
国民生活基礎調査（アンケート調査）において、「あなたは現在、健康上の問題で日常生活に何か影響がありますか」に対して「ない」と回答した者で算出されたもの。
平均寿命：H22 は「都道府県別生命表」
＊H25、H28、R1 は厚生労働科学研究「健康寿命及び地域格差の分析と健康増進対策の効果検証に関する研究」より、「健康上の問題で日常生活が制限のない期間」と「健康上の問題で日常生活の制限がある期間」を足し合わせたものであり、国が公表する平均寿命とは異なる。

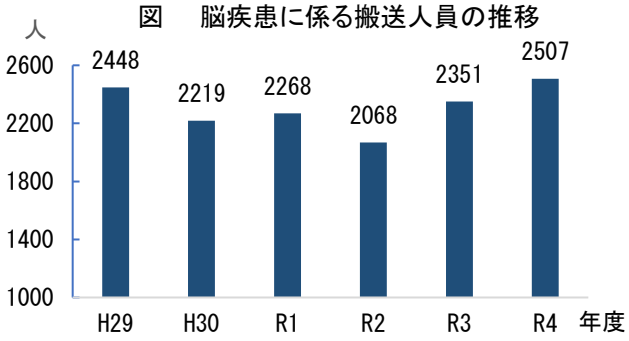
（５）循環器病の医療提供体制

①脳疾患

ア　救急搬送件数

○県内の急病のうち、「脳疾患」にかかる搬送人員は 2,300 人前後で推移していたが、新型コロナウイルス感染症の影響により、令和２年度に減少し、令和３年度以降は増加している。

図　脳疾患に係る搬送人員の推移

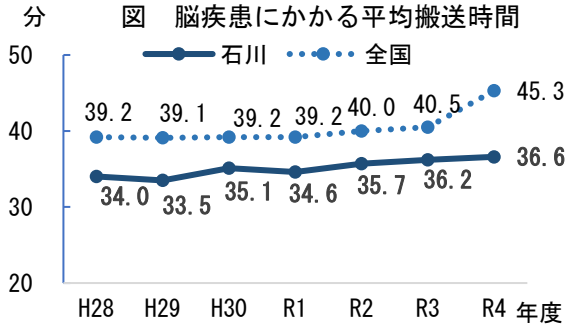


出典：
県内各消防本部に対する収容時間別搬送人員調（地域医療推進室調べ）

イ　救急要請から医療機関への収容までに要した平均時間

○本県の脳疾患にかかる救急搬送時間は、患者数の増加や新型コロナウイルス感染拡大の影響により延伸しているが、全国的にみても延伸傾向にある。

図　脳疾患にかかる平均搬送時間

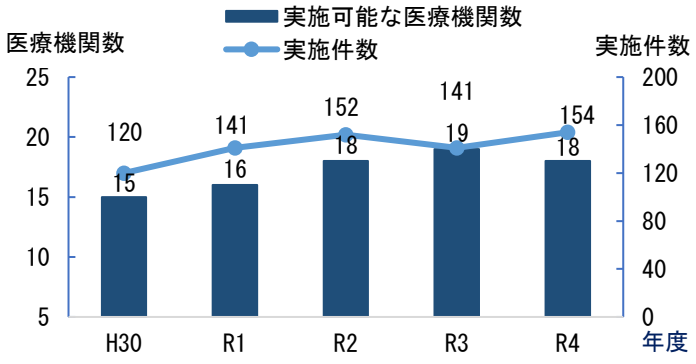


出典：
県内：各消防本部に対する収容時間別搬送人員調（地域医療推進室調べ）
全国平均：救急・救助の現況（総務省消防庁）

ウ　t-PA による血栓溶解療法の実施件数

○t-PA が可能な医療機関数は年度毎にわずかに差はあるものの増加傾向に、t-PA の実施件数も増加傾向にある。

図　t-PA による血栓溶解療法の実施状況

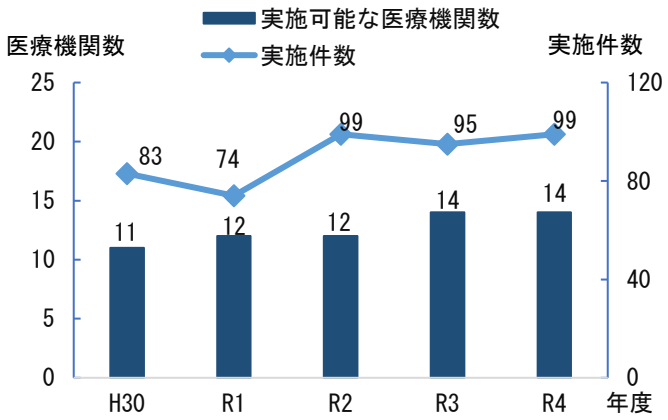


（R5 年 2 月現在、地域医療推進室調べ）

エ　機械的血栓除去術の実施件数

○機械的血栓除去術が可能な医療機関数、実施件数ともに増加傾向にある。

図　機械的血栓除去術の実施状況

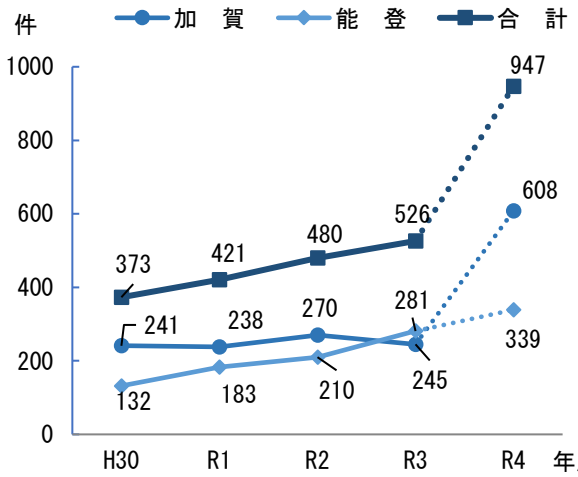


（R5 年 2 月現在、地域医療推進室調べ）

オ　遠隔画像伝送システムの利用件数

○遠隔画像伝送システムの利用件数は徐々に増加傾向にある。

図　脳卒中遠隔画像伝送システム利用



（R5 年 2 月現在、地域医療推進室調べ）

R4 の利用実績が急増しているのは、一部医療機関で院内での情報共有用で頻回に利用しているため参考値（地域医療推進室調べ）

カ　クリティカルパスの発行件数

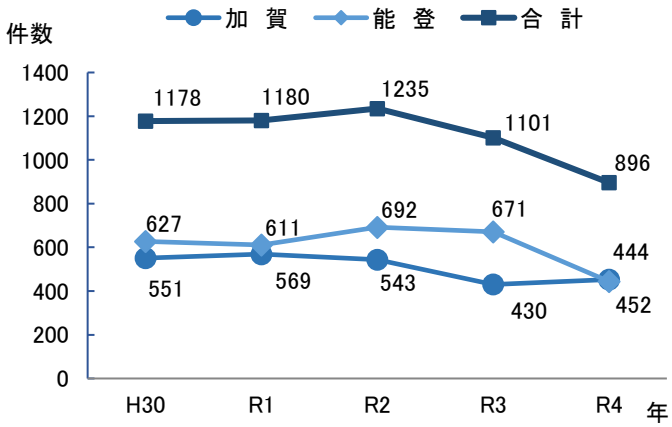
○脳卒中のクリティカルパス発行数は、令和２年度までは増加傾向であったが、令和３年度より減少している。

○新型コロナウイルス感染拡大により、医療機関において患者家族の面会制限がかかり家族から同意書のサインが得られなかったことが原因と考えられる。

表　医療機関リストに掲載された医療機関のうち
地域連携クリティカルパスを導入している医療機関数

急性期		回復期	
加賀	16 施設	加賀	26 施設
能登	6 施設	能登	7 施設
導入なし	3 施設	導入なし	3 施設

図　脳卒中地域連携クリティカルパス利用実績

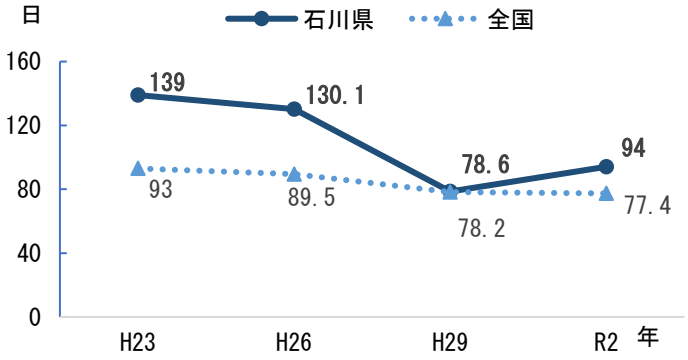


出典：能登脳卒中地域連携協議会及び加賀脳卒中地域連携協議会調べ

キ　平均在院日数

○本県の平均在院日数は年々減少傾向にあるものの、94 日と全国（77.4 日）に比べて長い。

図　脳血管疾患の退院患者平均在院日数



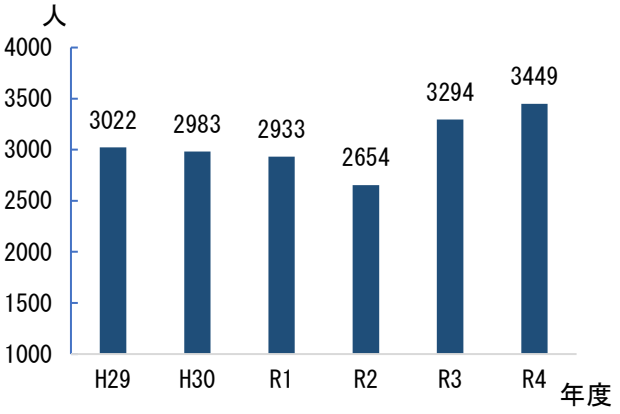
出典：患者調査(厚生労働省)

②心血管疾患

ア　救急搬送件数

○県内の急病のうち、「心血管疾患」にかかる搬送人員は、3,000 人前後で推移していたが、新型コロナウイルス感染拡大の影響により、令和２年度に減少し、令和３年度以降は増加している。

図　心血管疾患に係る搬送人員の推移

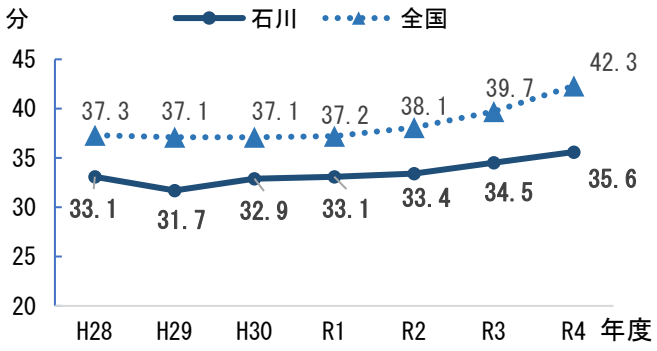


出典：　県内各消防本部に対する収容時間別搬送人員調（地域医療推進室調べ）

イ　救急要請から医療機関への収容までに要した平均時間

○心血管疾患にかかる救急搬送時間は、患者数の増加や新型コロナウイルス感染拡大の影響により、全国的にみても延伸傾向にある。

図　心血管疾患にかかる平均搬送時間



出典：
県内：各消防本部に対する収容時間別搬送人員調（地域医療推進室調べ）
全国平均：救急・救助の現況（総務省消防庁）

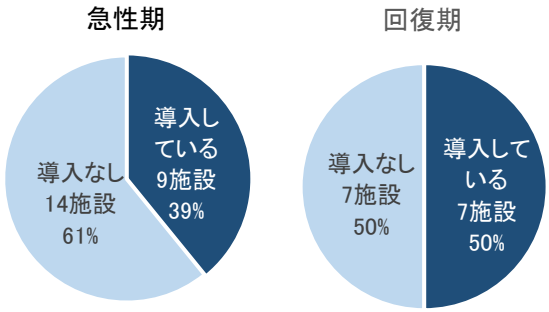
ウ　クリティカルパスの発行件数

○あらゆる心血管疾患の終末像である心不全について、令和２年度から県下統一の石川県心不全地域連携パス・手帳の運用を開始した。

○石川県心不全地域連携パス・手帳を導入している医療機関は、急性期医療機関 23 施設のうち 9 施設で 39%、回復期医療機関 14 施設のうち 7 施設で 50%である。

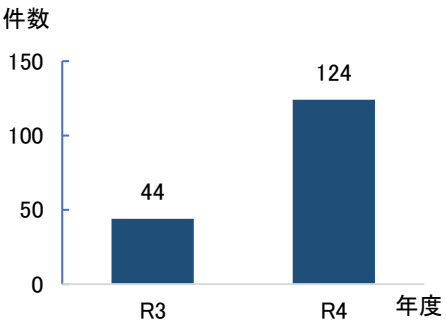
○令和４年度の石川県心不全地域連携パス・手帳の発行件数は、124 件であった。

図　医療機関リストに掲載された医療機関のうち石川県心不全地域連携パス･手帳を導入している医療機関数



（R5 年 2 月現在、地域医療推進室調べ）

図　石川県心不全地域連携パス・手帳発行数

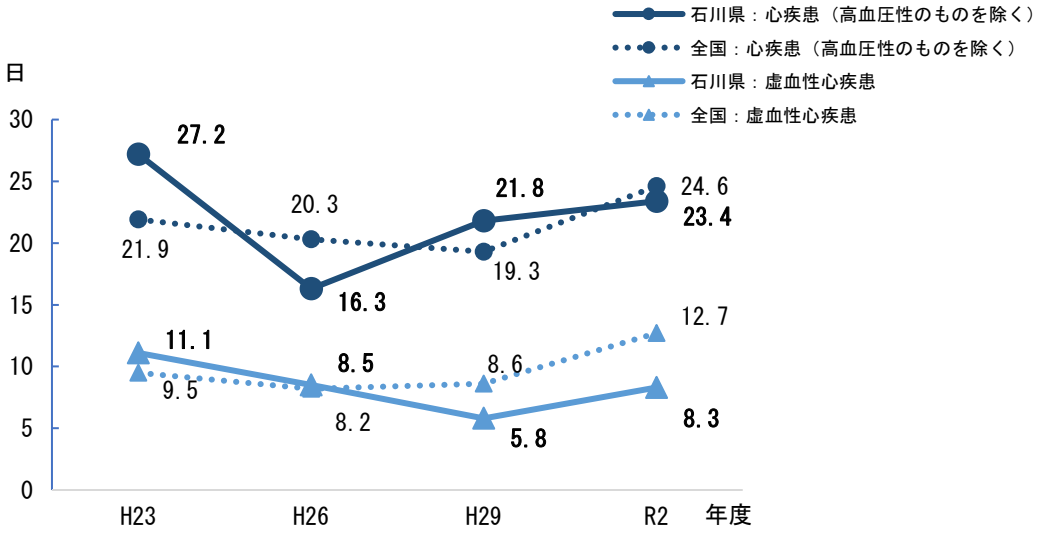


（地域医療推進室調べ）

エ　平均在院日数

○本県では、心疾患（高血圧性のものを除く）の平均在院日数は 23.4 日（全国値 24.6 日）、虚血性心疾患の平均在院日数は 8.3 日（全国値 12.7 日）である。

図　心血管疾患の退院患者平均在院日数



出典：「患者調査」（厚生労働省）

３．循環器病の医療機能の明確化及び圏域の設定

（１）医療体制

①脳卒中の医療体制

病期	【予防】	【救護】	【急性期】	【回復期】	【維持期・生活期】	
機能	発症予防	応急手当・病院前救護	救急医療	身体機能を回復させるリハビリテーション	日常生活への復帰及び維持のためのリハビリテーション	《在宅療養》生活の場での療養支援
目標	●脳卒中の発症予防	●発症後迅速な急性期病院到着 ●超急性期血栓溶解療法の適用時間を超える場合でも効果的治療が可能な急性期病院への到着	●来院後１時間以内（発症後4.5時間以内）の専門的治療開始（4.5時間を超える場合でも血管内治療など高度専門治療の実施について検討） ●誤嚥性肺炎等の合併症の予防及び治療 ●急性期に行うリハビリテーション実施	●回復期に行うリハビリテーション実施 ●再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理 ●誤嚥性肺炎等の合併症の予防	●維持期に行うリハビリテーション実施 ●在宅等への復帰及び生活の継続支援 ●誤嚥性肺炎等の合併症の予防	●在宅療養支援 ●希望する患者に対する看取り
求められる要件	①基礎疾患・危険因子の管理 ②突然の症状出現時の対応について、本人等に教育・啓発 ③突然の症状出現時における急性期病院への受診勧奨 ④特定健診等の健診や、特定健診有所見者への保健指導を実施	【本人・周囲にいる者】 ①速やかな救急搬送要請 【救急救命士】 ②適切な観察・判断・処置 ③急性期病院に迅速に搬送	【専門的な救急医療】 ①ＣＴ・ＭＲＩ検査を原則として24時間実施 ②専門的診療を原則として24時間実施 ③来院後速やかに外科的治療が実施可能または実施可能な医療機関との連携 「脳卒中診療における遠隔医療」などデジタル技術の活用による連携も望ましい ④呼吸管理等の全身管理や合併症治療の実施 ⑤誤嚥性肺炎予防のための多職種連携 ⑥廃用症候群や合併症の予防、セルフケアの早期自立のためのリハビリテーション実施 ※来院後早期にt-PAなどの脳血栓溶解療法を実施できることが望ましい 【初期・軽度の救急医療】 ※初期診断、必要な治療を実施し、必要に応じ専門的な救急医療機関に転送	①再発予防治療、基礎疾患･危険因子の管理 ②抑うつ状態や認知症など脳卒中後の合併症への対応 ③機能障害の改善及びＡＤＬ向上のリハビリテーションを集中的に実施 ④誤嚥性肺炎予防のための多職種連携	①再発予防治療､基礎疾患･危険因子の管理 ②抑うつ状態への対応 ③生活機能の維持・向上のリハビリテーション実施 ④誤嚥性肺炎予防のための多職種連携 ⑤在宅復帰のための居宅介護サービスを調整	①再発予防治療､基礎疾患･危険因子の管理 ②抑うつ状態への対応 ③生活機能の維持・向上のリハビリテーション実施 ④訪問看護ステーション、薬局と連携した在宅医療 ⑤希望する患者に対する居宅での看取り ⑥居宅介護サービスとの連携 ⑦口腔ケアの実施
連携			○医療施設間における診療情報・治療計画の共有 ※脳卒中患者に対して、治療と仕事の両立支援を行うことが望ましい			
医療提供施設等の種別	○診療所等		【専門的な救急医療】 ○脳卒中の専門的な医療機関 脳卒中に関する医療機関リスト(次頁) 【初期・軽度の救急医療】 ○救急告示病院等	○回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料または入院医療管理料、脳血管疾患等リハビリテーション料のいずれかの届出病院 脳卒中に関する医療機関リスト（次頁）	○介護老人保健施設 ○生活機能の維持向上のためのリハビリテーションを行う病院又は診療所	○診療所（医科・歯科）等

脳卒中に関する医療機関リスト

このリストは、脳卒中の急性期及び急性期を脱した患者に対してリハビリテーションを行う医療機能を担う医療機関に求められる要件を基本的に充足し、かつ、医療計画にその名称を掲載することを希望した医療機関を掲載するものである。

なお、当該リストは、今後、各医療機関の医療体制の変更や診療実績等を踏まえ、必要に応じて見直しを行う。

【令和６年５月１日現在】

医療圏	病院名	急性期の救急医療を行う病院								急性期を脱した患者に対して、リハビリテーション、療養を行う病院		
		脳卒中の専門的診療（外科的治療・内科的治療）が可能			脳卒中の専門的診療のうち内科的治療のみ可能		（参考）t-PAによる脳血栓溶解療法の実施体制の整備状況	（参考）機械的血栓除去術等の血管内治療の実施体制の整備状況	（参考）脳卒中相談窓口の設置		（参考）回復期リハビリテーション病棟の有無	（参考）地域包括ケア病床の有無
		（1）24時間可能（オンコール対応含む）	一次脳卒中センター（※）	（2）通常の診療時間帯のみ可能	（3）24時間可能（オンコール対応含む）	（4）通常の診療時間帯のみ可能						
南加賀	加賀市医療センター	○	○				○	○	○	○	○	○
	小松市民病院	○	○				○	○				
	能美市立病院									○		○
	芳珠記念病院					○	○		○	○	○	○
	森田病院									○		○
	やわたメディカルセンター					○			○	○	○	○
石川中央	浅ノ川総合病院	○	○				○	○	○	○	○	○
	石川県済生会金沢病院									○	○	○
	石川県立中央病院	○	○				○	○	○			
	伊藤病院									○		○
	映寿会みらい病院									○		○
	金沢医科大学病院	○	○				○	○		○		
	金沢医療センター	○	○				○	○	○	○		○
	金沢古府記念病院					○			○	○	○	○
	金沢市立病院	○	○				○	○	○	○		○
	金沢赤十字病院					○			○	○	○	○
	金沢大学附属病院	○	○				○	○	○			
	金沢西病院					○				○	○	○
	金沢脳神経外科病院	○	○				○	○	○	○	○	
	河北中央病院					○			○	○		○
	公立つるぎ病院									○	○	○
	公立松任石川中央病院					○	○		○			
	城北病院					○			○	○	○	○
	新村病院									○		○
	すずみが丘病院									○	○	
	整形外科米澤病院									○		
	千木病院									○		
	地域医療機能推進機構金沢病院	○	○				○	○	○	○		○
	北陸病院				○				○	○		○
	南ヶ丘病院									○	○	○
能登中部	恵寿総合病院			○			○		○	○	○	○
	公立能登総合病院	○	○				○	○		○		○
	公立羽咋病院			○			○		○	○		○
	町立富来病院									○		○
	宝達志水病院									○		○
能登北部	公立穴水総合病院					○			○			
	公立宇出津総合病院				○				○	○		
	市立輪島病院					○				○		○
	珠洲市総合病院	○	○				○	○	○	○		○

医療圏毎に五十音順で記載

※一次脳卒中センターとは、t-PA による治療を 24 時間、365 日可能な施設

上記リストは、令和６年５月１日現在であり、最新の医療機関リストはホームページ上に掲載

アドレス　http://www.pref.ishikawa.lg.jp/iryou/support/center.html

②心血管疾患の医療体制

病期	【予防】	【救護】	【急性期】	【回復期】	【再発予防】
機能	発症予防	応急手当・ 病院前救護	救急医療	身体機能を回復させる心血管疾患リハビリテーション	再発予防
目標	●心血管疾患の発症予防	●疾患に応じた専門的医療機関への早期到着	●来院後 30 分以内の専門的治療開始 ●急性期における心血管疾患リハビリテーションの実施 ●再発予防の定期的専門的検査の実施	●再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理 ●心血管疾患リハビリテーションの実施 ●在宅復帰支援 ●再発予防に必要な知識の教育	●再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理 ●在宅療養支援
求められる要件 連携	①基礎疾患・危険因子の管理 ②初期症状出現時の対応について、本人等に教育・啓発 ③初期症状出現時における急性期病院への受診勧奨 ④特定健診等の健診や、特定健診有所見者への保健指導を実施		【専門的な救急医療】 ①心臓カテーテル検査等を原則として 24 時間実施 ②専門的診療を原則として 24 時間対応 ③来院後早期の冠動脈造影検査および適応があれば PCI の実施 ④患者受入窓口の明確化及び院内連絡体制の整備 ⑤呼吸管理等の全身管理や、ポンプ失調、心破裂等の合併症の治療 ⑥電気的除細動、器械的補助循環装置、緊急ペーシングの対応 ⑦運動耐容能に基づいた運動療法による合併症予防や多面的・包括的なリハビリテーションの実施 ⑧心理的カウンセリング等による抑うつ状態への対応 ⑨外科的治療が可能であることが望ましい 【初期・軽度の救急医療】 ※初期診断・必要な治療を実施し、必要に応じ専門的な救急医療機関に転送	①再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理 ②心理的カウンセリング等による抑うつ状態への対応 ③電気的除細動等急性増悪時の対応 ④運動療法、食事療法等のリハビリテーションの実施 ⑤再発時等における対応について、患者及び家族への教育	①再発予防治療、基礎疾患・危険因子、生活習慣の管理 ②心理的カウンセリング等による抑うつ状態への対応 ③電気的除細動等急性増悪時の対応 ④訪問看護ステーション、かかりつけ薬局等と連携した在宅医療 ⑤家族に対する療養支援、心のケア
			○合併症併発時や再発時の緊急の内科的・外科的治療に対応するための連携 ○医療施設間における診療情報･治療計画の共有(定期的専門的検査の実施) ※心血管疾患患者に対して、治療と仕事の両立支援を行うことが望ましい		
医療提供施設等の種別	○病院・ 診療所		【専門的な救急医療】 ○心血管疾患の専門的な医療機関 心血管疾患に関する医療機関リスト(次頁) 【初期・軽度の救急医療】 ○救急告示病院等	○心大血管疾患リハビリテーション料届出病院 心血管疾患に関する医療機関リスト(次頁)	○病院・診療所

心血管疾患に関する医療機関リスト

このリストは、心血管疾患の急性期及び回復期の医療機能を担う医療機関に求められる要件を基本的に充足し、かつ、医療計画にその名称を掲載することを希望した医療機関を掲載するものである。

なお、当該リストは、今後、各医療機関の医療体制の変更や診療実績等を踏まえ、必要に応じて見直しを行う。

【令和６年５月１日現在】

医療圏	病院名	急性期の救急医療							回復期の身体機能を回復させる心血管リハビリテーション
		急性心筋梗塞の心臓カテーテル検査等の専門的診療		慢性心不全の専門的診療		（参考）虚血性心疾患に対する冠動脈バイパス術等の外科的治療の実施体制の整備状況	（参考）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の実施体制の整備状況	（参考）心疾患相談窓口の設置	
		（1）24時間可能（オンコール対応含む）	（2）通常の診療時間帯のみ可能	（1）24時間可能（オンコール対応含む）	（2）通常の診療時間帯のみ可能				
南加賀	加賀市医療センター	○		○				○	○
	小松市民病院	○		○				○	○
	芳珠記念病院			○				○	○
	やわたメディカルセンター		○	○				○	○
石川中央	石川県済生会金沢病院		○	○					○
	石川県立中央病院	○		○		○	○	○	○
	金沢医科大学病院	○		○		○	○		○
	金沢医療センター	○		○		○	○	○	○
	心臓血管センター金沢循環器病院	○		○		○	○	○	○
	金沢市立病院	○		○				○	○
	金沢赤十字病院	○		○					○
	金沢大学附属病院	○		○		○	○	○	○
	公立つるぎ病院				○			○	○
	公立松任石川中央病院	○		○				○	○
	城北病院			○				○	○
	北陸病院			○				○	
能登中部	恵寿総合病院	○		○				○	○
	公立能登総合病院	○		○				○	○
	公立羽咋病院		○		○			○	○
能登北部	公立穴水総合病院				○				
	公立宇出津総合病院			○				○	
	市立輪島病院			○					
	珠洲市総合病院			○				○	

医療圏毎に五十音順で記載

上記リストは、令和６年５月１日現在であり、最新の医療機関リストはホームページ上に掲載

アドレス　http://www.pref.ishikawa.lg.jp/iryou/support/center.html

（２）圏域の設定

①脳卒中

○一般的な医療需要については、基本的に二次医療圏内で対応しているが、急性期や回復期対応などの特殊な医療需要については二次医療圏の枠を超えて県全域で対応しており、県全域を脳卒中の圏域とする。

②心血管疾患

○一般的な医療需要については、基本的に二次医療圏内で対応しているが、急性期や回復期対応などの特殊な医療需要については二次医療圏の枠を超えて県全域で対応しており、県全域を心血管疾患の圏域とする。

４．循環器病の施策の方向

【目標】
■循環器病の発症の減少
■循環器病の年齢調整死亡率の減少
■健康寿命の延伸

（１）循環器病の予防や正しい知識の普及啓発

【段階に応じた普及啓発の方向性】

①１次予防

○生活習慣の管理と危険因子の発現予防

・減塩、禁煙、節酒、身体活動量の増加を含む栄養・食生活、歯・口腔の健康など適切な生活習慣が循環器病の危険因子（高血圧症、脂質異常症、糖尿病等）の発現を予防することを普及啓発する。

・本県では、「いしかわ健康フロンティア戦略」の目標値と比べて、食塩摂取量が多く、野菜摂取量が少ないことから、減塩や野菜摂取の必要性や工夫等について普及啓発する。

・将来の生活習慣病の発症を予防するためには、こどもの頃から健康的な生活習慣を身につけることが大切である。また、加齢とともに増加する傾向にある低栄養状態は脳卒中発症急性期の転帰不良因子でもあるため、ライフステージに応じた望ましい生活習慣や食習慣について普及啓発する。

○循環器病の発症予防と危険因子の管理

・循環器病の発症予防のための主要な危険因子である高血圧症、脂質異常症、糖尿病、肥満症、慢性腎臓病(CKD)、心房細動、歯周病等の適切な管理(適切な治療、治療の継続)や生活習慣の改善が重要であることを普及啓発する。

②２次予防　～循環器病の早期発見と早期治療～

○自身が気付かないうちに病気が進行することのないよう、早期発見、早期治療のための特定健康診査や特定保健指導、歯科健診等の受診勧奨に努める。

○循環器病発症時の前触れ症状の理解や発症時の医療機関への早期受診の重要性及び医療機能の情報提供を行う。

③３次予防　～循環器病発症後の再発防止と合併症等の重症化予防～

○重症化予防、再発予防のための危険因子の管理（治療の継続、生活習慣の改善等）が重要であることを普及啓発する。

○発症後、再発予防や重症化予防のための危険因子の適切な管理の必要性等や再発時の前触れ症状の理解や医療機関への早期受診の重要性について情報提供を行う。

【普及啓発の方法】

○ホームページ、ＳＮＳの活用等により、循環器病に関する正しい知識を普及啓発する。

○減塩や野菜摂取の必要性や工夫等について啓発するとともに、企業や市町、特定給食施設等と連携した取組を進める。

○生活習慣に課題の多い働く世代に対し、保険者や事業所等と連携し、生活習慣の改善に係る普及啓発を推進する。

○こどもの頃から適切な生活習慣や循環器病に関する知識については、学校や関係課等と連携し、普及啓発を推進する。

○高齢者に対する循環器病予防のための適切な生活習慣、危険因子の管理の重要性や低栄養状態の予防等については、市町や関係団体等と連携し、普及啓発を推進する。

○心血管疾患について、家族など周囲にいる者が、発症後速やかに救急要請を行うことや、ＡＥＤの使用を含めた救急蘇生等適切な処置が実施できるよう、消防機関等と協力し、県民に対して初期症状の早期発見や発症早期における対応の重要性についての普及啓発を推進する。

（２）保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実

①循環器病を予防する健診の普及や取組の推進

○特定健診・特定保健指導について、保険者協議会や循環器病等疾患部会、特定健診・保健指導検討委員会、事業所等と連携し、受診率等の向上に努める。

○特定健診・特定保健指導の効果的な実施を図るため、保険者協議会等と連携し、従事者に対する研修会の開催やICTの活用等の効果的事例の収集・情報発信等の支援を行う。

○高齢者は慢性疾患の有病率が高いことから、後期高齢者医療広域連合や市町等と連携し、早期発見・早期対応・重症化予防のため、健康診査・保健指導の実施率の向上に向けた取組や、介護予防と生活習慣病等の疾病予防・重症化予防の一体的な実施の取組を推進する。

○医療圏別の健康指標の差を縮小するために、高齢化率の高い能登北部地域等においては、健診・保健指導や介護予防等の取組を積極的に進める必要があり、受診率向上に向けたデータ分析や医療圏毎の関係者による協議の場の設定等により市町の取組を支援する。

○心房細動は脳卒中や心不全の発症に影響があるため、心房細動と分かった健診受診者に、医療機関の受診を勧奨するとともに、心房細動の早期発見の重要性や心房細動患者における循環器病発症予防の普及啓発を推進する。

○高血圧症、脂質異常症、糖尿病、慢性腎臓病(CKD)の基礎疾患が疑われる健診受診者に対する受診勧奨の他、基礎疾患を有する健診受診者で未治療や治療中断している者に対する医療機関への受診勧奨を推進する。

○循環器病の発症予防のためには、主要な危険因子である高血圧症､脂質異常症、糖尿病、慢性腎臓病(CKD)等の管理が重要であることを普及啓発するとともに、危険因子のコントロール不良者など、必要に応じて、かかりつけ医や専門医等と連携した保健指導体制を推進する。

○糖尿病未治療者・治療中断者を治療に結びつけるとともに、糖尿病の重症化を予防するため、医療保険者や医師会等と連携し、「いしかわ糖尿病性腎症重症化予防プログラム」の活用を推進するとともに、地域の実情に応じた取組を支援する。

②救急搬送体制の整備

○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、必要に応じて適切かつ速やかに救急要請及び救急蘇生の実施ができるよう、県民に対し AED の使用を含めた発症時の対処法について普及啓発を図る。

○県メディカルコントロール協議会等を通して、消防機関と医療機関の連携強化を図り、地域の実情に応じた救急搬送体制の充実を図る。

○救急活動プロトコルや傷病者の搬送と受入れの実施に関する基準の整備・運用により、発症後迅速に、診断および治療が可能な救急医療機関へ搬送できるような体制を推進する。

③切れ目のない医療提供体制の構築

［脳卒中に関する医療提供体制］

ア　急性期における医療体制

○診断体制の整備

・発症後早期に適切な診断が可能な体制を整備する。
・遠隔画像診断の有効活用など、医療機関の機能分化とその連携体制の構築を図る。

○治療体制の整備

・脳卒中遠隔画像伝送システムを活用するなど、二次医療圏を超えた医療機関の連携を図り、県内全域において、超急性期の再開通治療の適応も考慮した脳卒中の専門的治療ができる体制を推進する。

・血栓溶解療法や血管内治療など低侵襲な治療の普及を図るとともに、手術等の急性期医療が可能な医療機関間の連携体制の構築を図る。
・手術を受ける脳卒中患者の術後合併症を予防するため、周術期における口腔機能管理や歯科医療機関との連携を推進する。
・能登半島地震後の医療提供体制も踏まえ、脳卒中の医療提供体制について検討する。

○両立支援体制の整備

・脳卒中患者が治療と仕事の両立ができるよう、就労支援を推進し、生活の質の向上を目指す。

イ　回復期・維持期・生活期における医療体制

○急性期から回復期・維持期・生活期に至るリハビリテーション実施体制の充実および再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理の充実を図る。また、誤嚥性肺炎などの合併症予防のために、摂食嚥下機能の維持・改善のためのリハビリテーションや口腔ケアの実施について、多職種による介入を強化する。さらに、歯性感染症や口腔粘膜炎の治療、義歯の調整など専門的口腔管理が必要な場合には、歯科医療機関との医科歯科連携を推進する。

○地域連携クリティカルパスや「いしかわ診療情報共有ネットワーク」の活用や医療・介護従事者を対象とした研修の開催などにより、専門的治療を行う医療機関、各段階のリハビリテーションを行う施設、かかりつけ医などが連携体制を構築しながら切れ目のない医療を提供するとともに、在宅医療を行う機関等との連携体制を推進する。

ウ　在宅医療・介護サービスとの連携

○かかりつけ医による再発予防を含めた療養管理･指導のもと、地域包括支援センターなど関連する機関との連携を図りながら、必要な在宅サービスが提供される体制を推進する。

○脳卒中の急性期医療機関及び回復期医療機関は、各地域の在宅医療を支える人材が集まり整備された「在宅医療連携グループ」と連携し、研修会等を通じて相互の理解と知識の向上を図るとともに、患者の退院前から在宅医療を担う機関との調整を行うなど、在宅での療養生活を支援する。

エ　人材の養成

○脳卒中の診断や、専門的治療を担う急性期から回復期・維持期・生活期に至るリハビリテーションなど、病期に応じて必要な人材の養成を図り、脳卒中療養相談士※3や脳卒中看護認定看護師※4等の育成を推進する。

オ　地域住民への啓発の推進

○脳卒中の危険因子、前触れ症状や発症時の早期受診の重要性及び医療機関等の医療機能について情報提供を推進する。

［心血管疾患に関する医療提供体制］

ア　急性期における医療連携体制

○診断体制の整備

発症後早期に適切な診断が可能な体制を整備する。

○治療体制の整備

・専門医療機関の機能分化・連携を進めるために、内科的治療のみ実施できる医療機関、冠動脈インターベンション治療ができる医療機関、外科的治療を含め包括的に治療ができる医療機関など医療機能ごとにリスト化する。
・外科的治療等の急性期医療が可能な専門医療機関において、心血管疾患と診断された患者の受入れに係る窓口の明確化や、院内における連絡体制を整備し、二次医療圏を超えた連携体制の円滑化を図るなど、県内全域において、心血管疾患の専門的治療ができる体制を推進する。
・外科的治療を含め、包括的治療ができる専門医療機関を中心に、心血管疾患に係る低侵襲性治療の導入促進を図る。
・心臓血管外科手術を受ける患者の術後合併症を予防するため、周術期における口腔機能管理や歯科医療機関との連携を推進する。
・能登半島地震後の医療提供体制も踏まえ、心血管疾患の医療提供体制について検討する。

○急性期の心血管疾患リハビリテーション実施体制の充実を図る。

※3 脳卒中療養相談士

脳卒中療養相談士とは、「脳卒中相談窓口」に配置される人員で、脳卒中学会学術集会で開催される「脳卒中相談窓口講習会」の受講者である。

脳卒中の予防と合併症に関する基本的な知識を有し、生活習慣の改善を指導、介護サービスの情報提供、治療と両立支援等を行う。脳卒中療養相談士は、各医療圏におけるシームレスな医療・介護・福祉連携の中心的役割を担うこととなる。

＜参考＞脳卒中相談窓口マニュアル

※4 脳卒中看護認定看護師

脳卒中看護認定看護師とは、日本看護協会が定めた 19 の認定看護分野のうちの1つであり、脳卒中看護に対し、熟練した看護技術や知識を有する認定看護師（高度化し専門分化が進む医療の現場において、水準の高い看護を実践できると認められた看護師）のことである。

＜参考＞公益社団法人日本看護協会 HP

○両立支援体制の整備
・心血管疾患患者が治療と仕事の両立ができるよう、就労支援を推進し、生活の質の向上を目指す。

イ　回復期からの継続的な医療体制

○回復期病床へ転換する医療機関に対する支援を行うなど、回復期の心血管疾患リハビリテーションの実施体制の充実を図る。

○医療機関と健康増進施設などが連携し、再発予防のための生活習慣の改善・維持を図る。また、誤嚥性肺炎などの合併症予防や、循環器病に悪影響を与える歯周病の予防のために、摂食嚥下機能の維持・改善のためのリハビリテーションや口腔ケアの実施について、多職種による介入を強化する。さらに、歯性感染症や口腔粘膜炎の治療、義歯の調整など専門的口腔管理が必要な場合には、歯科医療機関との医科歯科連携を推進する。

○石川県心不全地域連携パス・手帳や「いしかわ診療情報共有ネットワーク」の普及に努め、専門医療機関からかかりつけ医まで、切れ目のない医療提供体制を推進する。

○今後増加が予想される慢性心不全患者は、増悪により再入院を繰り返すことが考えられることから、内科的治療を行うことができる専門医療機関（各段階のリハビリテーションを含む）とかかりつけ医が連携体制を構築しながら切れ目のない医療を提供するとともに、地域の在宅医療を支える人材が集まり整備された「在宅医療連携グループ」と連携し、研修会等を通じて相互の理解と知識の向上を図りながら協力して在宅での療養生活を支援し、在宅医療を推進する体制を整備する。

ウ　人材の養成

○心血管疾患の診断や、専門的治療を担う急性期から回復期・維持期・生活期に至るリハビリテーションなど、病期に応じて必要な人材の養成を図り、心不全療養指導士※5や心不全看護認定看護師※6等の育成を推進する。

※5 心不全療養指導士
心不全療養指導士とは、様々な医療専門職が質の高い療養指導を通し、病院から在宅、地域医療まで幅広く心不全患者をサポートすることを目指して取得する日本循環器学会認定の資格である。各々の専門職が持つ専門知識と技術を活用しながら、心不全患者に対して最適な療養指導を行うことが主な役割である。
＜参考＞日本循環器学会 HP

※6 心不全看護認定看護師
心不全看護認定看護師とは、日本看護協会が定めた 19 の認定看護分野のうちの1つであり、心不全看護に対し、熟練した看護技術や知識を有する認定看護師（高度化し専門分化が進む医療の現場において、水準の高い看護を実践できると認められた看護師）のことである。
＜参考＞公益社団法人日本看護協会 HP

エ　地域住民への啓発の推進

○冠動脈硬化の危険因子、発症時の症状や早期受診の重要性及び医療機関等の医療機能について情報提供を推進する。

○心肺停止が疑われる者に対するＡＥＤを含めた心肺蘇生法等適切な処置が実施できるように普及啓発を推進する。

④在宅療養に向けた体制整備

○地域連携クリティカルパスの活用などにより、専門的治療を行う医療機関、各段階のリハビリテーションを行う施設、かかりつけ医などが連携体制を構築しながら切れ目のない医療を提供するとともに、在宅医療を行う機関等との連携体制を推進する。

○医師会等関係団体と連携し、地域の実情に合わせた在宅医療と介護の連携体制の構築を図るとともに、医療に係る専門的・技術的な対応や広域的な連携が必要な取組等、在宅医療・介護連携の推進に向けた必要な支援を行う。

○市町や郡市医師会、在宅医療連携グループなどの関係団体の活動内容を報告する成果発表会を開催し、関係団体の活動内容を情報共有するとともに、好事例を他地域へ広げるように努める。

○患者急変時の受入れなど在宅医療の後方支援や在宅復帰に向けた回復期の入院医療等を担う地域包括ケア病床の整備を促進する。

○退院後ケアの円滑な提供に向けて、医療・介護の入退院時の連携強化を図り、在宅療養患者の急変時の円滑な入院を含め、入院医療から在宅療養への円滑な移行を促進する。

○在宅医療に携わる多職種によるチームの連携を円滑に行うため、「いしかわ診療情報共有ネットワーク」の利活用を推進する。

○各職能団体で心不全療養指導士、脳卒中療養相談士の取得促進を推進し、心不全、脳卒中患者の在宅療養の支援体制の整備を促進する。

⑤緩和ケアの提供体制の充実

○多職種連携や地域連携の下で、循環器病患者の状態に応じた適切な緩和ケアを治療の初期段階から推進する。

○専門的な緩和ケアの質を向上させ、患者と家族のＱＯＬの向上を図るため、関係団体等と連携して、心不全看護認定看護師や心不全療養指導士等の専門的知識を有する医療従事者の育成促進を図り、緩和ケアの提供体制の充実を目指す。

○緩和ケアを担う人材育成や多職種連携のための研修等を支援し、医療従事者の資質向上等に係る取組を推進する。

○患者・家族が治療方針等について話し合う「アドバンス・ケア・プランニング（ACP）」の普及を促進することで、適切な時期に緩和ケアを提供するとともに、患者や家族の意向を尊重した終末期ケアの提供を目指す。

（３）患者等を支えるための環境づくり

①適切な情報提供、社会連携に基づく相談支援

○循環器病患者やその家族が、個別のニーズに応じた必要な情報（治療を受けられる医療機関、循環器病の症状・治療、生活習慣病に関する知識等）に確実にアクセスし活用しながら問題解決できるよう、医療機関や市町、地域包括支援センター、関係機関等が連携・協力した相談支援体制を推進する。

○医療機関情報、循環器病予防に関する情報、行政の介護サービスや福祉サービス、就労支援、経済的な支援等の必要な情報について、ホームページの活用等により、わかりやすい形での情報提供に努める。

○金沢大学附属病院に設置された脳卒中・心臓病等総合支援センターにおいて、治療と仕事の両立支援、福祉サービス等の包括的な相談支援や情報提供を行う等、患者や家族に対する支援を進める。

②循環器病の後遺症を有する者に対する支援

○高次脳機能障害相談･支援センターにおいて、相談対応や支援を行うとともに、研修会や講演会等により高次脳機能障害の正しい理解の普及啓発、医療、福祉サービス従事者等関係者の資質の向上に努める。

○循環器病の後遺症を有する者が社会生活を円滑に送るために、社会的理解が得られるよう県民に対して、循環器病の後遺症に関する知識等について普及啓発に努める。

○身近な地域で必要なリハビリテーションを受けられるよう支援体制を整備する。

③治療と仕事の両立支援、就労支援

○労働局、産業保健総合支援センター、医療機関等からなる「石川県地域両立支援推進チーム」を通じた連携により、循環器病患者が自身の病状に応じて治療の継続を含めて自らの疾患と付き合いながら就業できるよう、事業所・医療機関等の関係者間における情報共有を図りながら、治療と仕事の両立支援を推進する。

○事業所における両立支援への理解と推進を図るため、普及啓発を図るとともに、「両立支援コーディネーター」の養成と活用を推進する。

④小児期・若年期から配慮が必要な循環器病への対策

○学校健診等により、小児の循環器病患者の早期発見を引き続き推進する。

○小児期・若年期の循環器病について、小児期から成人期にかけて必要な医療を切れ目なく行うことができる移行医療支援、療養生活に係る情報提供・相談支援等の在り方について検討を行う。

○循環器病を含むこどもの急病に対する保護者の不安等に対応するため、小児救急電話相談（＃8000）の設置や「こどもの救急ガイドブック」の作成を引き続き実施する。

（４）循環器病対策推進のための必要事項

①循環器病対策推進計画の推進体制と役割

ア　循環器病対策推進計画の推進体制

○県関係部署や県内市町、関係団体と連携し、循環器病対策を推進する。また、「石川県循環器病対策推進協議会」において、本計画で策定した目標や施策の進捗状況を把握し円滑な推進を図るとともに、状況の変化や目標の達成状況等を踏まえ、必要に応じて見直しを行い、有効な取組の実施等について検討する。

イ　役割

○循環器病対策を推進していくためには、行政、医療機関、関係団体、保険者、県民等がそれぞれの立場における役割を果たし、また、連携しながら一体となった取組が必要である。

［行政の役割］

＜県＞

・循環器病対策を総合的かつ計画的に推進するとともに計画の進捗管理を行う。
・循環器病に関する正しい知識の普及や情報収集と分析、県民への広報を行う。

＜市町＞

・特定健康診査・特定保健指導等の受診率向上等に向けた取組を推進する。
・循環器病に関する正しい知識等について住民に普及啓発する。

［医療機関の役割］

＜予防＞

・基礎疾患及び危険因子の管理が可能である。
・前触れ症状出現時における対応等、患者及び家族等の周囲にいる者に対する教育、啓発に努める。
・特定健診等の健診を行い、有所見者への保健指導を実施する。

＜急性期医療＞

・脳卒中の医療体制(p.137)及び心血管疾患の医療体制(p.139)【急性期】の「求められる要件」に記載されている内容を実施する。
・かかりつけ医や専門医、地域の保健、医療、介護関係者とも連携し、切れ目のない医療の提供に努める。

＜回復期医療＞

・脳卒中の医療体制(p.137)及び心血管疾患の医療体制(p.139)【回復期】の「求められる要件」に記載されている内容を実施する。
・県や市町の施策への協力や、関係団体・医療従事者の資質向上に努める。
・患者及びその家族に対し、早期受診や再発予防等の必要な情報提供を行い、安心して療養生活を送れるよう地域連携部門とも連携しながら支援する。

[関係団体の役割]

＜県・郡市医師会や歯科医師会、リハビリテーション専門職等の関係団体＞

・県や市町の施策における協力・連携の推進や、関係団体・医療従事者の資質向上に努める。

＜保険者＞

・循環器病の発症や再発予防のため、生活習慣の改善や高血圧、糖尿病等の危険因子の管理による重症化予防の取組を推進し、特定健康診査・特定保健指導等の機会の確保や受診率向上に努める。

＜労働関係機関＞

・関係機関と連携した両立支援や就労支援について、研修等を通じた周知に努める。

＜脳卒中・心臓病等総合支援センター＞

・自治体や関係機関と連携し、循環器病に関する普及啓発や相談支援、医療従事者等を対象とした研修会の開催等、包括的な支援体制の充実を図る。

[県民の役割]

・循環器病に関する正しい知識と情報を持ち、自らが健康づくりの主体となって、日常生活の中で積極的に健康づくりを実践するよう努める。
・健康診査の受診など、県、市町、事業所等の健康づくり活動に積極的に参加する。
・循環器病発症時の前触れ症状を理解し、体の異変に気付いた際の医療機関への早期受診に努める。
・循環器病により後遺症を有する者が、社会生活を円滑に営むことができるよう、後遺症に関する知識等の理解促進に努める。

②感染症発生・まん延時や災害等の有事を見据えた対策

○感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても、感染症患者や被災者等に対する医療を確保することを中心としつつ、それ以外の患者に対する医療の確保も適切に図ることができるよう、病床機能の分化及び連携に取り組む。

○自然災害等による避難所生活においては、下肢運動量の低下や水分摂取量の低下、ストレス等により、エコノミークラス症候群や心筋梗塞等の循環器疾患を発症するリスクが高まることから、避難所の運営に携わる場合は、避難者への適切な支援および予防方法の普及啓発を行う。

③循環器病の研究の促進

○循環器病に関連する研究については、厚生労働省、文部科学省及び経済産業省が連携し、国立研究開発法人日本医療研究開発機構（ＡＭＥＤ）（以下「国」という。）を通じて、病態の解明や予防・早期介入法、治療法の開発等の研究のほか、生活習慣病の治療の均てん化を目指した研究など、研究は多岐にわたって進められている。県内の大学においても国の支援を受け、基礎的な研究から実用化のための研究開発までの研究が進められている。

○国が行う循環器病の病態解明、新たな診断技術や治療法の開発、リハビリテーション等の予後改善、ＱＯＬ向上等に関する研究等、動向を注視しながら、本県における必要な対応の検討を行う。

○本県において、循環器病の危険因子となっている生活習慣病等に係る健康診査等のデータを収集し、分析を行うとともに、本計画の指標として活用する。

○循環器病に関して、県内の脳卒中地域連携推進協議会、石川県心臓病地域連携推進協議会等と連携し､本県の新規患者数等の実態把握に向けた検討を進める。

④循環器病対策の進捗状況の把握及び評価等

○計画について､定期的な進捗状況の把握及び評価を行うとともに､その状況を踏まえ、石川県循環器病対策推進協議会において、循環器病対策の推進のために必要な事項について協議しながら、計画を推進する。

○この計画に基づく施策の推進に当たっては、目標（Plan)、実行（Do)、評価（Check)、改善（Action）のＰＤＣＡサイクルに基づく改善を図り、計画の推進を図る。

脳血管疾患　施策・指標マップ（ロジックモデル）

取組むべき施策	A　個別施策	B　目標	C　目的
(1)循環器病の予防と正しい知識の普及啓発			
発症予防のための生活習慣の改善や危険因子に関する普及啓発	**循環器病の予防と適切な生活習慣等の普及啓発** A-1 SNS等を活用した県民向けの情報発信回数	**脳血管疾患の危険因子の管理ができている** B-1 危険因子の有所見率（血圧、LDL、BMI、血糖 等） B-2 生活習慣の状況(喫煙率、食塩摂取量、野菜摂取量、運動習慣者等の割合）	**脳血管疾患の発症が減少している** C-1 参考指標　受療率（入院・外来） C-2 参考指標　急性期治療を行った脳血管疾患患者数 C-3 参考指標　一次脳卒中センターにおける急性期脳血管疾患新規患者数
(2)保健、医療及び福祉に係るサービスの充実			
①循環器病を予防する健診の普及や取組の推進 危険因子（高血圧、糖尿病、脂質異常症、肥満症、慢性腎臓病、心房細動）の適切な管理	**特定健診等の受診勧奨の実施** A-2 特定健診受診率 **特定健診有所見者への保健指導の実施** A-3 特定保健指導実施率		
②救急体制の整備	**県民に対する脳卒中の症状、発症時の対処法の普及啓発** A-4 SNS等を活用した県民向けの情報発信回数（再掲） **救急搬送体制の整備・メディカルコントロール体制の充実** A-5 救急救命士が同乗している救急車の割合（救急隊のうち救命士常時運用隊の比率）	**発症後、速やかに救急要請・搬送が行われている** B-3 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（分）	**脳血管疾患の年齢調整死亡率が減少している** C-4 脳血管疾患の年齢調整死亡率
③医療提供体制の整備	**脳卒中の急性期医療に対応できる体制の整備** A-6 神経内科医師数・脳神経外科医師数 A-7 t-PAが実施可能な医療機関数 A-8 機械的血栓除去術が実施可能な医療機関数 A-9 経動脈的な選択的局所血栓溶解療法が実施可能な医療機関数 **急性期から回復期、維持期の医療を行う医療従事者との連携**	**脳血管疾患の急性期医療の質が確保されている（早期の専門的治療の開始）** B-4 脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施件数 B-5 脳梗塞に対する脳血管内治療（経皮的脳血栓回収術等）の実施件数 **合併症や再発予防のための適切な医療の確保** B-6 脳卒中患者の重篤化を予防するためのケアに従事している看護師数 B-7 歯周病専門医が在籍する医療機関数	**脳血管疾患患者が日常生活の場で質の高い生活を送ることができている** C-5 健康寿命 C-6 参考指標　在宅等生活の場に復帰した患者の割合
④在宅療養に向けた整備	**急性期からの切れ目のないリハビリテーションの実施** A-10 回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関数 A-11 リハビリテーションが実施可能な医療機関数 **医療・介護及び福祉の連携による地域包括ケアシステムの推進** A-12 訪問診療を実施している医療機関数 A-13 訪問看護事業所の従事者数 A-14 訪問薬剤指導を実施する薬局数・事業所数	**急性期から合併症や再発予防のための継続したリハビリテーションの実施** B-8 脳卒中患者に対するリハビリテーション実施件数 B-9 地域連携クリティカルパスの発行数 **多職種が連携した療養体制が構築されている** B-10 地域連携クリティカルパスの発行数【再掲】	
⑤緩和ケアの提供体制の充実	**多職種連携・地域連携の下、適切な緩和ケアを治療の初期段階から推進**	**治療の初期段階から適切な「緩和ケア」又はAAP(人生会議)が行われている**	
(3)患者を支える環境づくり			
①適切な情報提供、社会連携に基づく相談支援	**循環器病に関する情報提供、相談支援体制の整備** A-15 脳卒中の相談窓口を設置している急性期脳卒中診療が常時可能な医療機関数		
②循環器病後遺症を有する者への支援	**循環器病の後遺症（手足の麻痺、失語症、高次機能障害）に応じた相談支援・福祉サービスの提供**		
③仕事と治療の両立支援、就労支援	**相談支援体制の充実** A-16 両立支援コーディネーター基礎研修の受講者数		
④小児・若年期から配慮が必要な循環器病への対策	**小児から成人期にかけて必要な医療を切れ目なく行える医療・保健・福祉体制の整備**		

心疾患　施策・指標マップ（ロジックモデル）

取組むべき施策	A　個別施策		B　目標		C　目的	
(1)循環器病の予防と正しい知識の普及啓発						
発症予防のための生活習慣の改善や危険因子に関する普及啓発	循環器病の予防と適切な生活習慣等の普及啓発		危険因子の管理ができている		心血管疾患の発症が減少している	
	A-1	SNS等を活用した県民向けの情報発信回数	B-1	危険因子の有所見率（血圧、LDL、BMI、血糖 等）	C-1	参考指標　受療率（入院・外来）
(2)保健、医療及び福祉に係るサービスの充実			B-2	生活習慣の状況(喫煙率、食塩摂取量、野菜摂取量、運動習慣者等の割合)	C-2	参考指標　心血管疾患の入院患者数
①循環器病を予防する健診の普及や取組の推進 危険因子（高血圧、糖尿病、脂質異常症、肥満症、慢性腎臓病、心房細動）の適切な管理	特定健診等の受診勧奨の実施					
	A-2	特定健診受診率				
	特定健診有所見者への保健指導の実施					
	A-3	特定保健指導実施率				
②救急体制の整備	県民に対する急性心筋梗塞の症状、発症時の対処法の普及啓発		発症後、速やかに救急要請・搬送が行われている		心血管疾患の年齢調整死亡率が減少している	
	A-4	心肺機能停止傷病者全搬送人数のうち、一般市民により除細動が実施された件数	B-3	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（分）	C-3	心疾患の年齢調整死亡率
	A-5	SNS等を活用した県民向けの情報発信回数（再掲）			C-4	虚血性心疾患の年齢調整死亡率
	救急搬送体制の整備・メディカルコントロール体制の充実					
	A-6	救急救命士が同乗している救急車の割合（救急隊のうち救命士常時運用隊の比率）				
③医療提供体制の整備	心筋梗塞等の心血管疾患の急性期医療に対応できる体制の整備		心血管疾患の急性期医療の質が確保されている（早期の専門的治療の開始）			
	A-7	循環器内科医師数、心臓血管外科医師数	B-4	来院後90分以内の冠動脈再開通達成率		
	A-8	心臓内科系集中治療室（AAU）を有する医療機関数	合併症や再発予防のための適切な医療が確保されている			
	A-9	心臓血管外科手術が可能な医療機関数	B-5	慢性心不全の再発を予防するためのケアに従事している看護師数		
	急性期から回復期、維持期の医療を行う医療従事者との連携		B-6	歯周病専門医が在籍する医療機関数		
④在宅療養に向けた整備	急性期からの心大血管疾患リハビリテーションの実施		急性期から合併症や再発予防のための継続した心大血管疾患リハビリテーションが実施されている			
	A-10	心大血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数	B-7	入院心大血管疾患リハビリテーション実施件数		
	医療・介護及び福祉の連携による地域包括ケアシステムの推進		B-8	外来心大血管疾患リハビリテーション実施件数		
	A-11	訪問診療を実施している医療機関数	B-9	心不全地域連携パス・手帳の発行数		
	A-12	訪問看護事業所の従事者数	多職種が連携した療養体制が構築されている			
	A-13	訪問薬剤指導を実施する薬局数・事業所数	B-10	心不全地域連携パス・手帳の発行数【再掲】		
⑤緩和ケアの提供体制の充実	多職種連携・地域連携の下、適切な緩和ケアを治療の初期段階から推進		治療の初期段階から適切な「緩和ケア」又はAAP(人生会議)が行われている		心血管疾患患者が日常生活の場で質の高い生活を送ることができている	
	A-14	心不全緩和ケアトレーニングコース受講者数			C-5	健康寿命
(3)患者を支える環境づくり					C-6	参考指標　在宅等生活の場に復帰した患者の割合
①適切な情報提供、社会連携に基づく相談支援	循環器病に関する情報提供、相談支援体制の整備					
②循環器病後遺症を有する者への支援	循環器病の後遺症（手足の麻痺、失語症、高次機能障害）に応じた相談支援・福祉サービスの提供					
③仕事と治療の両立支援、就労支援	相談支援体制の充実					
	A-15	両立支援コーディネーター基礎研修の受講者数				
④小児・若年期から配慮が必要な循環器病への対策	小児から成人期にかけて必要な医療を切れ目なく行える医療・保健・福祉体制の整備					

数値目標

分類	指標 名称	指標 出典・説明	現状値	目標値 R8 年度（中間年）	目標値 R11 年度（最終年）
B 目標	脳疾患に係る救急要請(覚知)から医療機関への収容までに要した平均時間(分)	県内各消防本部に対する収容時間別搬送人員調（地域医療推進室調べ）	36.6 分（R4）	維持～短縮	維持～短縮
	脳梗塞に対する t-PA による血栓溶解療法の実施件数（人口 10 万人対）	地域医療推進室調べ	154 件（R4）13.7	増加	増加
	脳梗塞に対する脳血管内治療(経皮的脳的血栓回収術等)の実施件数(人口 10 万人対)	地域医療推進室調べ	99 件（R3）8.8	増加	増加
	脳卒中患者に対するリハビリテーション実施件数（人口 10 万人対）	NDB（医療計画作成支援データブック）	9,248 件（R3）822.4	増加	増加
	心疾患に係る救急要請(覚知)から医療機関への収容までに要した平均時間(分)	県内各消防本部に対する収容時間別搬送人員調（地域医療推進室調べ）	35.6 分（R4）	維持～短縮	維持～短縮
	来院後 90 分以内の冠動脈再開通達成率	NDB(医療計画作成支援データブック)	72.2%（R3）	増加	増加
	入院心大血管疾患リハビリテーション実施件数（人口 10 万人対）	NDB(医療計画作成支援データブック)	3,554 件（R3）316.1	増加	増加
	外来心大血管疾患リハビリテーション実施件数（人口 10 万人対）	NDB(医療計画作成支援データブック)	945 件（R3）84.0	増加	増加
C 目的	脳血管疾患 年齢調整死亡率	人口動態統計特殊報告	男 97.3 女 57.1（R2）	減少	減少
	心疾患 年齢調整死亡率	人口動態統計特殊報告	男 183.2 女 104.0（R2）	減少	減少
	[再掲]虚血性心疾患 年齢調整死亡率	人口動態統計特殊報告	男 63.3 女 24.7（R2）	減少	減少
	健康寿命	厚生労働科学研究「健康日本 21（第二次）の総合的評価と時期健康づくり運動に向けた研究」	男性 73.08 歳 女性 75.90 歳（R1）	平均寿命の増加を上回る健康寿命の増加	平均寿命の増加を上回る健康寿命の増加

現状把握の指標

脳卒中・心血管疾患共通

病期	ロジックモデル	指標名	区分	時点	石川県	全国	出典
予防	B-1	高血圧症有病者（収縮期140mmHg以上）の割合（40～74歳）	男性	R2	23.3%	21.0%	ＮＤＢ（※）
			女性	R2	17.1%	16.3%	
	B-1	脂質異常者(LDL160mg/dl以上)の割合（40～74歳）	男性	R2	11.9%	13.8%	
			女性	R2	11.3%	13.9%	
	B-1	肥満者（BMI25.0以上）の割合（男性：20～69歳 女性：40～69歳）	男性	R4	32.9%	35.1% (R1)	県：県民健康・栄養調査 全国：国民健康・栄養調査
			女性	R4	18.3%	22.5% (R1)	
	B-1	メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合（40～74歳）	男性	R3	43.8%	42.6%	特定健診・特定保健指導結果に関するデータ
			女性	R3	13.9%	13.0%	
	B-1	糖尿病有病者（HbA1c6.5以上）の割合（40～74歳）	男性	R2	11.2%	9.5%	ＮＤＢ（※）
			女性	R2	5.5%	4.7%	
	B-1	血糖コントロール不良者（HbA1c8.0%以上）の割合（40～74歳）	男性	R2	2.1%	2.0%	
			女性	R2	0.8%	0.8%	
	B-1	歯周炎（4mm以上の歯周ポケット）を有する者の割合	40歳代	R4	46.8%	44.7% (H28)	県：市町歯周病検診結果 全国：歯科疾患実態調査
			60歳代	R4	58.6%	62.0% (H28)	
	B-1	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率（人口10万人対）		R2	173.0	215.3	患者調査
	B-1	脂質異常症患者の年齢調整外来受療率（人口10万人対）		R2	59.1	67.7	
	B-2	成人の喫煙率（成人）	男性	R4	21.6%	27.1 (R1)	
			女性	R4	4.7%	7.6 (R1)	
	B-2	多量飲酒者の割合（成人）	男性	R4	13.9%	14.9% (R1)	
			女性	R4	7.5%	9.1% (R1)	
	B-2	食塩摂取量（成人１日当たり）		R4	9.4g	10.1% (R1)	県：県民健康・栄養調査 全国：国民健康・栄養調査
	B-2	野菜類の摂取量（成人１日当たり）		R4	283.6g	280.5g (R1)	※多量飲酒者・・・ １日当たりの純アルコール摂取量が男性40g以上、女性20g以上の者
	B-2	運動習慣者の割合（20～64歳）	男性	R4	32.2%	23.5% (R1)	
			女性	R4	21.9%	16.9% (R1)	
	B-2	運動習慣者の割合（65歳以上）	男性	R4	39.0%	41.9% (R1)	
			女性	R4	37.4%	33.9% (R1)	
回復期・維持期	脳B-7 心B-6	歯周病専門医が在籍する医療機関数		R4	4	973	日本歯周病学会
		（人口10万人対）			0.4	0.8	
予防	A-2	特定健康診査受診率		R3	60.0%	56.5%	特定健診・特定保健指導結果に関するデータ
	A-2	過去1年間に歯科検診を受診した者の割合（20歳以上）		R4	49.9%	52.9% (H28)	県：県民健康・栄養調査 全国：国民健康・栄養調査
	A-3	特定保健指導実施率		R3	26.8%	24.6%	特定健診・特定保健指導結果に関するデータ
救急	脳A-5 心A-6	救急救命士が同乗している救急車の割合（救急隊のうち救命士常時運用隊の比率）		R4	100%	99.5%	救急・救助の現状
維持期・回復期	脳A-12 心A-11	訪問診療を実施している医療機関数		R3	(※) 石川中央 156 能登北部 18	(※)	ＮＤＢ（※）
	脳A-13 心A-12	訪問看護事業所の従業者数（人口10万人対）		R3	92.8	86.2	介護サービス施設事業所調査
	脳A-14 心A-13	訪問薬剤指導を実施する薬局数（人口10万人対）		R3	0	(※)	ＮＤＢ（※）
	脳A-14 心A-13	訪問薬剤指導を実施する事業所数（人口10万人対）		R3	(※) 石川中央 28.9	(※)	介護ＤＢ
両立支援	脳A-16 心A-15	両立支援コーディネーター基礎研修の受講者数		R4	111	12,087	(独)労働者健康安全機構の養成研修HP
		（人口10万人対）			9.9	9.7	

（※）NDB:レセプト情報・特定健診等情報データベース(通称:ナショナルデータベース(NDB))による分析結果
「レセプト数で 10 件未満」あるいは「医療施設数 3 箇所未満」の場合は数値非公開

脳卒中

病期	ロジックモデル	指標名	時点	石川県	全国	出典
救急	B-3	脳疾患にかかる平均搬送時間（分）	R4	36.6	45.3	県内各消防本部に対する収容時間別搬送人員調（地域医療推進室調）
予防・救急	B-3	脳血管疾患により救急搬送された患者数 （人口10万人対）	H29	3.5 0.3	219.5 0.2	患者調査 単位：0.1千人
急性期	B-4	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施件数 （人口10万人対）	R3	(※) (※) 南加賀　13.6 石川中央　10.1 能登中部　21.7	－ (※)	NDB（※）
	B-5	脳梗塞に対する脳血管内治療（経皮的脳血栓回収術等）の実施件数　（人口10万人対）	R3	97 8.6	－ (※)	NDB（※）
回復期・維持期	B-6	脳卒中患者の重篤化を予防するためのケアに従事している看護師数（人口10万人対）	R4	8 0.7	792 0.6	日本看護協会
	B-8	脳卒中による入院と同月に摂食機能療法を実施された患者数 （人口10万人対）	R3	1,702 151	185,832 148	NDB
急性期・回復期・維持期	B-9 B-10	脳卒中患者における地域連携計画作成等の実施件数 （人口10万人対）	R3	584 29.0	－ (※)	NDB（※）
	B-9 B-10	脳卒中の地域連携クリティカルパス発行数	R4	896	－	能登脳卒中地域連携協議会及び加賀脳卒中地域連携協議会調べ
維持期	B-9 B-10	脳卒中患者における介護連携指導の実施件数	R3	(※)	―	NDB（※）
急性期	C-6	神経内科医師数・脳神経外科医師数 （人口10万人対）	R2	134 11.8	13,107 10.3	医師・歯科医師・薬剤師調査
	C-6 ～ C-9	脳卒中の専門病室を有する病院数 （人口10万人対）	R2	1 0.1	201 0.2	医療施設調査
	C-6 ～ C-9	脳卒中の専門病室を有する病床数 （人口10万人対）	R2	9 0.8	1,577 1.3	医療施設調査
	C-7	脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施可能な病院数 （人口10万人対）	R3	12 0.7	1,078 0.9	診療報酬施設基準
	C-7	t-PAによる脳血栓溶解療法が実施可能な医療機関数	R3	17	－	地域医療推進室調べ 脳卒中に関する医療機関リスト
	C-8	機械的血栓除去術の実施可能な医療機関数	R3	14	－	地域医療推進室調べ 脳卒中に関する医療機関リスト
	C-9	経動脈的な選択的局所血栓溶解療法が実施可能な医療機関数	R5	16.0	－	地域医療推進室調べ
回復期	C-10	回復期リハビリテーション病棟又は地域包括ケア病棟・病床を有する医療機関数	R5	39	－	東海北陸厚生局HP
急性期・回復期・維持期	C-10 C-11	理学療法士の人数 （人口10万人対）	R2	861.8 76.1	100,964.5 80.0	医療施設調査
	C-10 C-11	作業療法士の人数 （人口10万人対）	R2	491.0 43.4	51,055.7 40.5	医療施設調査
	C-10 C-11	言語聴覚士の人数 （人口10万人対）	R2	126.7 11.2	17,905.4 14.2	医療施設調査
	C-10 C-11	リハビリテーション科医師数 （人口10万人対）	R2	28 2.47	2903 2.30	医師・歯科医師・薬剤師統計
	C-11	リハビリテーションが実施可能な医療機関数 （人口10万人対）	R3	71 6.2	8,045 6.4	診療報酬施設基準
急性期	C-15	脳卒中の相談窓口を設置している急性期脳卒中診療が常時可能な医療機関数（人口10万人対）	R4.11	1 0.1	251 0.2	日本脳卒中学会

（※）NDB：レセプト情報・特定健診等情報データベース（通称：ナショナルデータベース（NDB））による分析結果
「レセプト数で 10 件未満」あるいは「医療施設数 3 箇所未満」の場合は数値非公開

心血管疾患

病期	ロジックモデル	指標名	時点	石川県	全国	出典
救護	B-3	心疾患にかかる平均搬送時間（分）	R4	35.6	42.3	県内各消防本部に対する収容時間別搬送人員調（地域医療推進室調）
予防 救護	B-3	虚血性心疾患により救急搬送された患者数（人口10万人対）	R2	0.0 0.0	28.5 0.0	患者調査 単位：0.1千人
急性期	B-4	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（人口10万人対）	R3	1,932 171.8	－ （※）	NDB（※）
	B-4	虚血性心疾患に対する心血管外科手術件数（人口10万人対）	R3	102 9.1	－ （※）	NDB（※）
	B-4	大動脈疾患患者に対する手術件数（人口10万人対）	R3	100 8.9	－ （※）	NDB（※）
回復期・維持期	B-5	慢性心不全の再発を予防するためのケアに従事している看護師数（人口10万人対）	R4	7 0.6	503 0.4	日本看護協会
急性期・回復期・維持期	B-9 B-10	心不全地域連携パス・手帳の発行数	R4	124	－	地域医療推進室調べ
	B-9 B-10	心血管疾患患者における地域連携計画作成等の実施件数（人口10万人対）	R3	（※） （※） 南加賀 8.6 石川中央 5.0 能登北部 0	－ （※）	NDB（※）
維持期	B-9 B-10	心血管疾患における介護連携指導の実施件数（人口10万人対）	R3	1,013 90.6	106,865 85.5	NDB
救護	C-4	心肺機能停止傷病者（心肺停止患者）全搬送人員のうち、一般市民により除細動が実施された件数	R3	11	1,719	救急・救助の現状
急性期	C-7	循環器内科医師数・心臓血管外科医師数（人口10万人対）	R2	162 14.3	16,248 12.8	医師・歯科医師・薬剤師調査
	C-8	心臓内科系集中治療室（ＣＣＵ）を有する病院数（人口10万人対）	R2	5 0.4	516 0.4	医療施設調査
	C-9	心臓血管外科手術が実施可能な医療機関数（人口10万人対）	R3	5 0.4	－ （※）	NDB（※）
急性期・回復期・慢性期・再発予防	C-10	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（人口10万人対）	R3.3.31	15 1.3	1,536 1.2	東海北陸厚生局HP
回復期・維持期	C-14	心不全緩和ケアトレーニングコース受講者数（人口10万人対）	R4	11 1.0	1,180 0.9	心不全学会

（※）NDB：レセプト情報・特定健診等情報データベース（通称：ナショナルデータベース（NDB））による分析結果
「レセプト数で 10 件未満」あるいは「医療施設数 3 箇所未満」の場合は数値非公開

【糖尿病】

１．糖尿病について

（１）疾病の特性

○糖尿病は、様々な遺伝素因に生活習慣等の種々の環境因子が作用して発症する疾患である。

○糖尿病が疑われる場合には食事療法、運動療法、生活習慣改善に向けての教育等が行われ、さらに糖尿病と診断された場合には必要に応じて薬物療法も含めた治療が行われる。

○また、糖尿病は特有の細小血管症を引き起こすだけでなく、脳卒中、急性心筋梗塞等他疾患の危険因子にもなる慢性疾患であり、患者は様々な合併症により日常生活に支障を来たすリスクが高い。

○予防・治療には、患者自身による生活習慣の管理に加えて、内科、眼科、小児科、産科、歯科等の各診療科が、糖尿病の知識を有する管理栄養士、薬剤師、保健師、看護師等の専門職種と連携して実施する医療サービスが必要となる。

○さらに、糖尿病患者においては生涯を通じて治療継続が必要となるため、これらの医療サービスが連携し、継続して治療が実施されることが重要である。

（２）医療機関に求められる役割

【予防】

○健診受診後の受診勧奨等により医療機関を受診した対象者に対し、適切な検査や糖尿病発症予防のための指導を行う。

【初期・安定期治療】

○糖尿病の評価に必要な検査、診断及び専門的指導が可能であること

○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

○外来栄養食事指導や外来療養指導等の指導を行える体制があることが望ましい

○糖尿病の発症初期から定期的に慢性合併症の検査を行うとともに、継続的な眼科受診歯科受診を促すこと　等

【専門的治療】

○75gOGTT、HbA1c、インスリン分泌能、合併症の検査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、集中的な治療（心理的ケアも併せて行うのが望ましい）が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が望ましい

○外来栄養食事指導や外来療養指導、糖尿病透析予防指導等の指導を行える体制があること　等

【急性合併症治療】

○糖尿病性昏睡等急性期の治療が 24 時間実施可能であること

○１型糖尿病に対する専門的な治療が可能であること

○糖尿病患者の妊娠に対応可能であること　等

【慢性合併症治療】

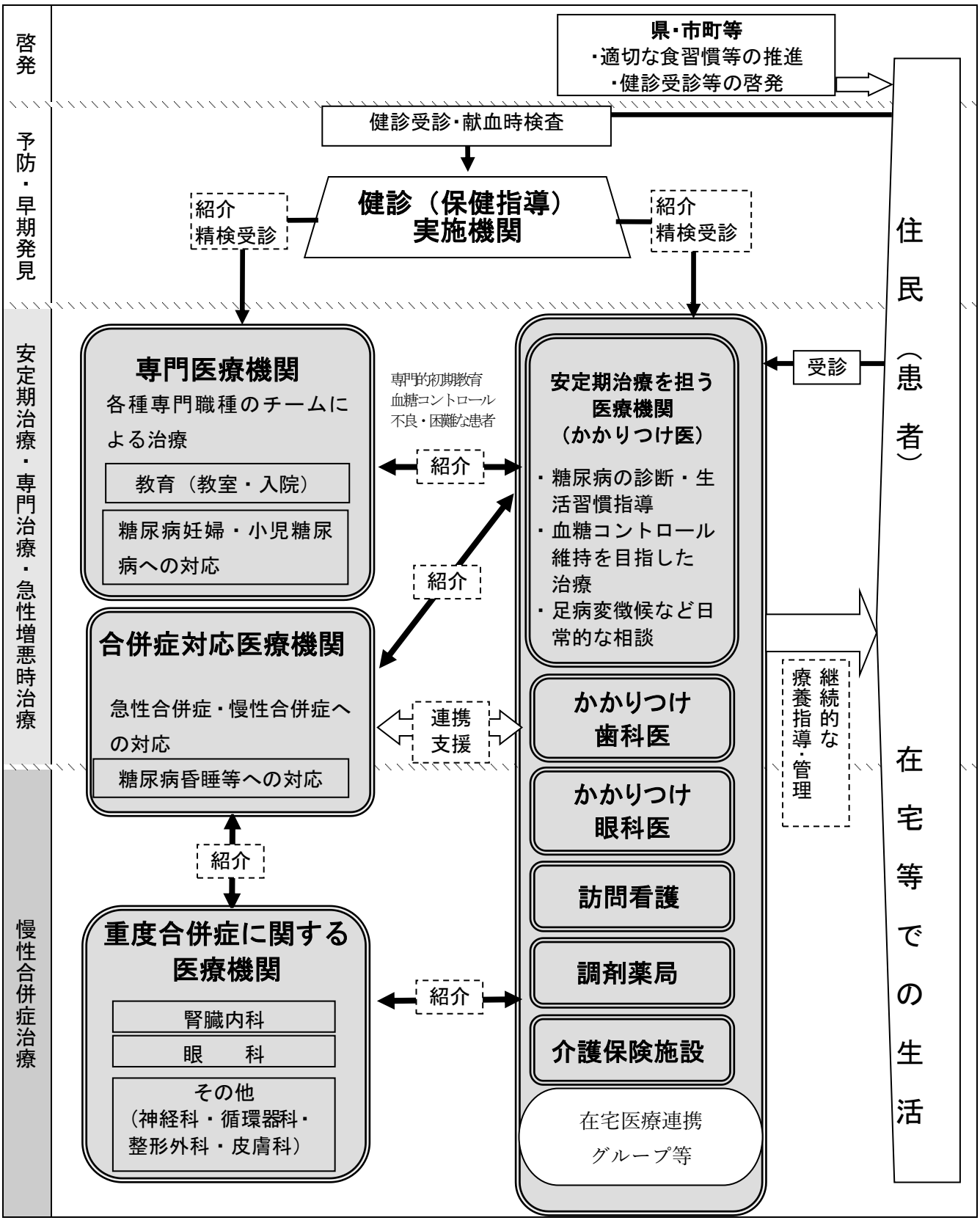
○糖尿病の慢性合併症（糖尿病性網膜症、糖尿病性腎症、糖尿病性神経障害等）について、それぞれ専門的な検査・治療が実施可能であること

○糖尿病の初期・安定期治療を行う医療機関、専門的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等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　等

【他疾患治療中の血糖管理】

○周術期や感染症入院時等、他疾患の治療のために入院中の患者の血糖値を把握し適切な血糖値管理を行うこと　等

糖尿病の医療連携体制


啓発
予防・早期発見
安定期治療・専門治療・急性増悪時治療
慢性合併症治療
県・市町等
・適切な食習慣等の推進
・健診受診等の啓発
健診受診・献血時検査
紹介
精検受診
健診（保健指導）
実施機関
紹介
精検受診
住民（患者）
専門医療機関
各種専門職種のチームによる治療
教育（教室・入院）
糖尿病妊婦・小児糖尿病への対応
専門的初期教育
血糖コントロール
不良・困難な患者
紹介
安定期治療を担う
医療機関
（かかりつけ医）
・糖尿病の診断・生活習慣指導
・血糖コントロール維持を目指した治療
・足病変徴候など日常的な相談
受診
紹介
合併症対応医療機関
急性合併症・慢性合併症への対応
糖尿病昏睡等への対応
連携
支援
かかりつけ
歯科医
かかりつけ
眼科医
訪問看護
調剤薬局
介護保険施設
在宅医療連携
グループ等
継続的な
療養指導・管理
紹介
重度合併症に関する
医療機関
腎臓内科
眼　　科
その他
（神経科・循環器科・
整形外科・皮膚科）
紹介
在宅等での生活

２．糖尿病の現状と課題について

■糖尿病の年齢調整死亡率は、令和２年では、人口 10 万人対男性で 13.5、女性 6.3 と、全国とは同程度であったが、増加傾向にある。
■糖尿病の疑い(HbA1c 6.5 以上)がある者の割合は、男性は増加傾向、女性は横ばいからわずかに増加傾向である。
■糖尿病の発症から重症化予防まで切れ目のない糖尿病対策を推進し、病状に応じて適切な治療を受けられる医療連携体制の強化を進めていくことが必要である。
■糖尿病は自覚症状がなく進行することから、糖尿病の早期発見、早期治療が重要であり、定期的に健康診断を受け、生活習慣の見直しや改善を行うことで予防できることを広く周知する必要がある。

（１）糖尿病患者の状態

【糖尿病の患者数】

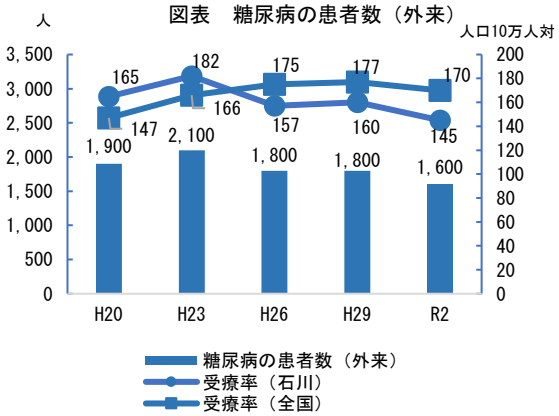
○石川県における糖尿病の外来の推計患者数・受療率は平成 23 年に増加しているが、その後減少傾向である。

○令和２年には、新型コロナウイルス感染拡大による受診控えの影響も考えられ、さらに減少した。

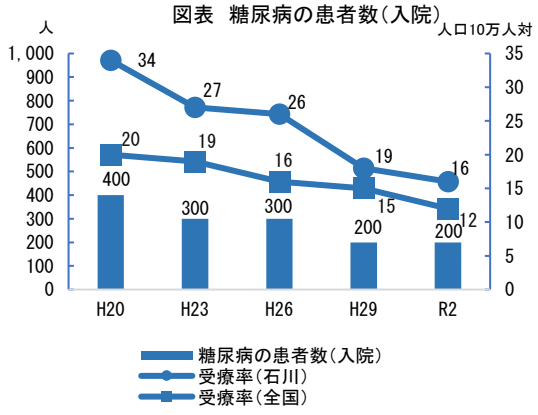
○糖尿病の入院の推計患者数・受療率は減少している。

○感染症流行時等の非常時においても、適切な医療を受けられる体制整備が必要である。

図表　糖尿病の患者数（外来）



図表　糖尿病の患者数(入院)

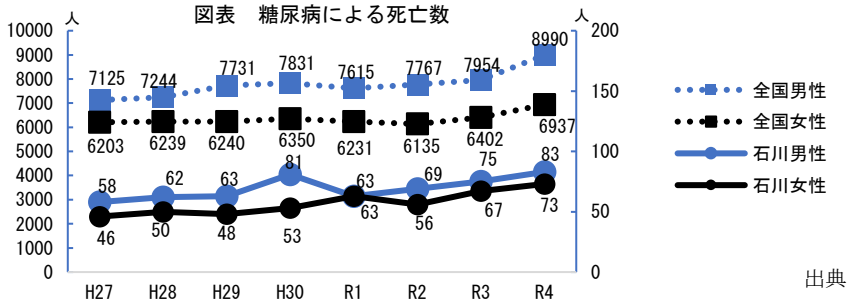


出典：「患者調査」（厚生労働省）

【糖尿病の死亡数】

○石川県における糖尿病の死亡数は、全国的にみても男女ともに増加傾向である。

図表　糖尿病による死亡数



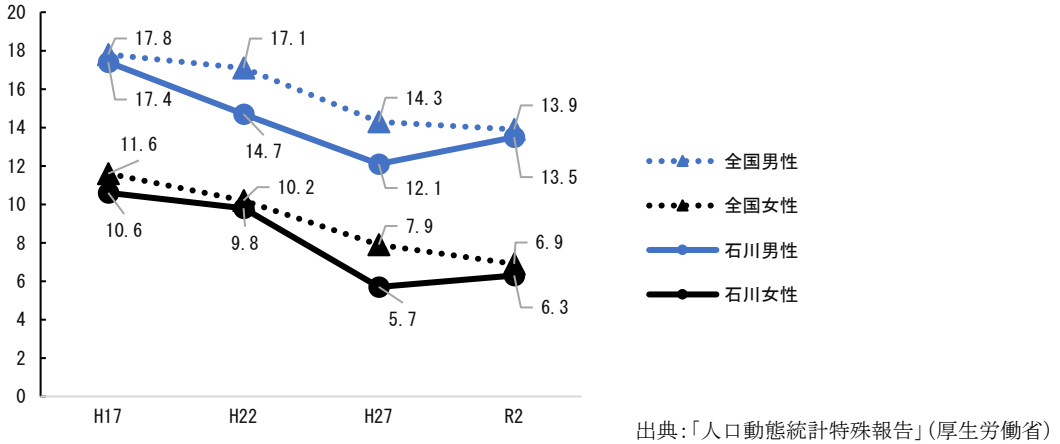
出典:「人口動態統計」(厚生労働省)

【糖尿病の年齢調整死亡率】

○石川県における糖尿病の年齢調整死亡率は、男女とも低下傾向にあったが、令和２年には増加し、全国と同程度であった。

○糖尿病の発症から重症化予防まで切れ目のない糖尿病対策を推進し、病状に応じて適切な治療を受けられる医療連携体制の強化を進めていくことが必要である。

図表　糖尿病の年齢調整死亡率(人口10万人対)(H27年モデル人口)



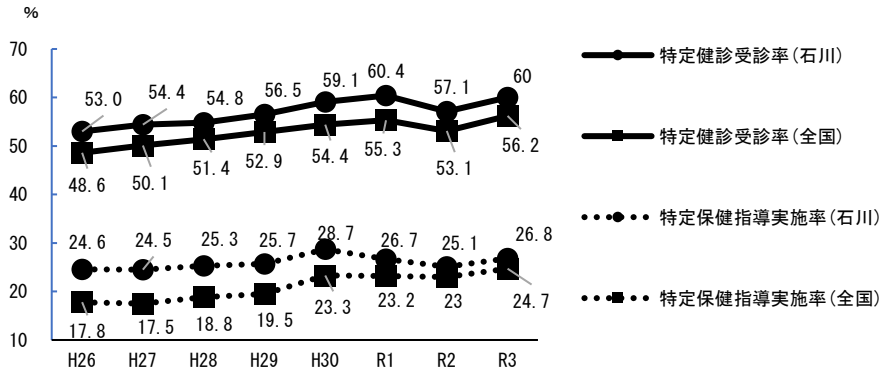
出典:「人口動態統計特殊報告」(厚生労働省)

【特定健診受診率、特定保健指導実施率】

○石川県における特定健診受診率、特定保健指導実施率は令和元年までは増加傾向にあったが、令和２年に減少しているものの、概ね増加傾向にある。

○糖尿病の早期発見・早期治療のために、特定健診の受診率向上に努めることが必要である。

図表　特定健診受診率と特定保健指導実施率



○特定健診受診率＝特定健診受診者／特定健診対象者
○特定保健指導実施率＝特定保健指導修了書／特定保健指導対象者

出典：「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」（厚生労働省）

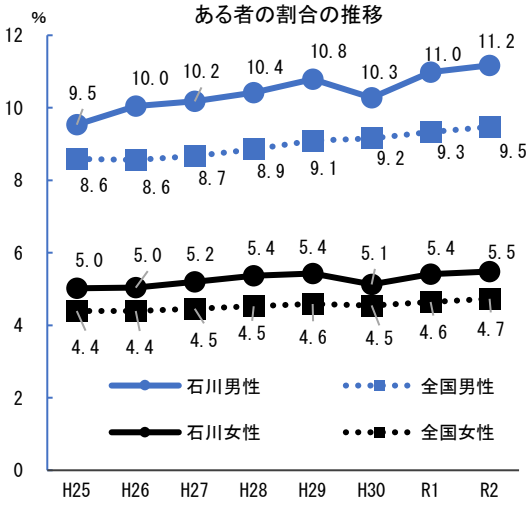
【糖尿病未治療者の割合】

○糖尿病の疑い(HbA1c 6.5以上)がある者の割合は、男性は増加傾向、女性は横ばいからわずかに増加傾向である。

○糖尿病の疑い(HbA1c 6.5以上)がある者のうち、未治療者の割合は減少傾向にある。

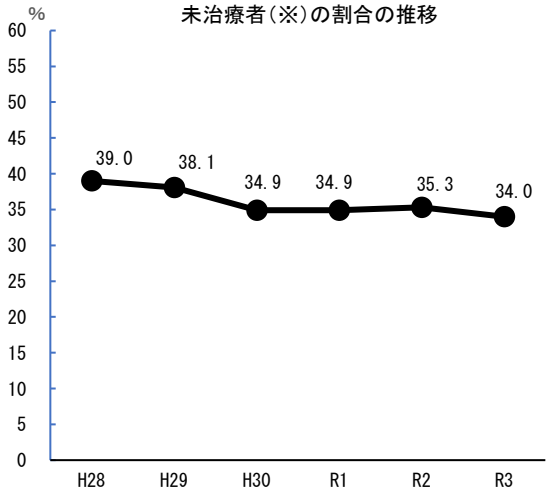
○糖尿病は自覚症状がなく進行することから、糖尿病の早期発見、早期治療が重要であり、定期的に健康診断を受け、生活習慣の見直しや改善を行うことで予防できることを広く周知する必要がある。

糖尿病の疑い(HbA1c6.5以上)がある者の割合の推移



出典：「NDB（ナショナルデータベース）」（厚生労働省）

糖尿病の疑い（HbA1c 6.5以上)がある者のうち、未治療者（※）の割合の推移



（※）「未治療者」とは問診によるものであり、未受診者のみならず、運動療法や食事療法を治療とみなさない回答者も含まれる可能性もあり

出典：石川県国保連合会作成資料

【新規人工透析導入患者数】

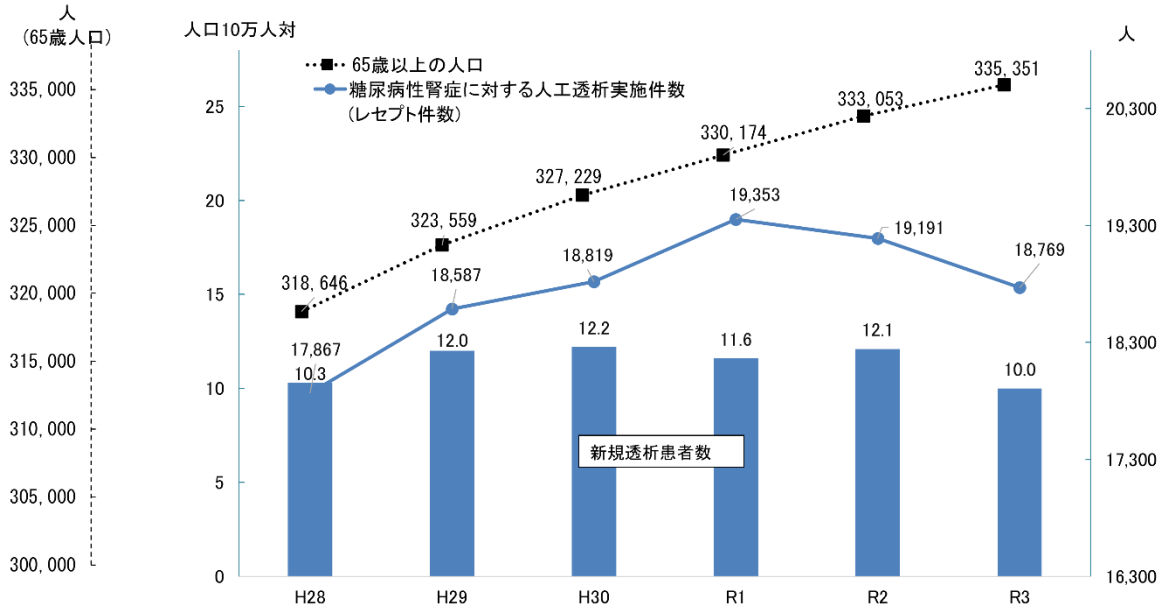
○糖尿病性腎症の新規人工透析導入患者数はほぼ横ばいであったが、令和３年には減少した。

○糖尿病性腎症に対する人工透析実施件数は、令和元年まで増加傾向にあり、その後はゆるやかに減少傾向である。

○65 歳以上の人口の増加と比較すると、人工透析実施件数や新規透析患者数との開きが大きくなっている。

○石川県では、平成 29 年 3 月に、県医師会、県糖尿病対策推進会議及び県保険者協議会とともに「いしかわ糖尿病性腎症予防プログラム」を策定しており、本プログラムに基づいた取組を推進することにより、合併症の発症・重症化を予防することが重要である。

図表　糖尿病性腎症新規人工透析患者数と糖尿病性腎症に対する人工透析件数

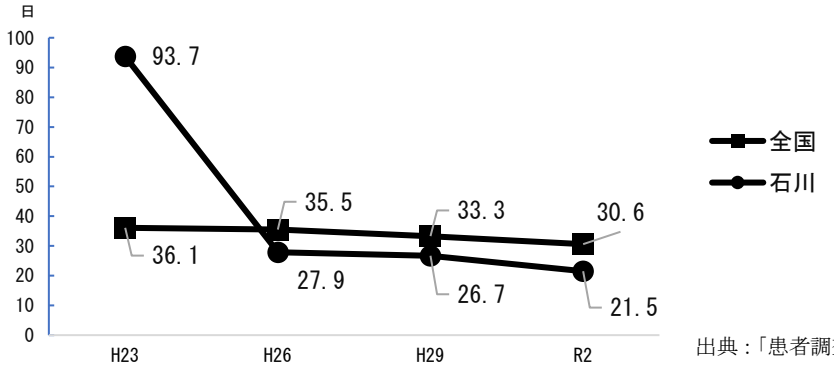


出典：
○糖尿病性腎症新規人工透析導入患者数→「わが国の慢性透析療法の現況」（日本透析医学会）
○糖尿病性腎症に対する人工透析実施件数→「NDB オープンデータ」（厚生労働省）
○65 歳以上の人口→「住民基本台帳に基づく人口、及び人口動態、世帯数」（総務省）

【糖尿病の退院患者平均在院日数】

○石川県における糖尿病の平均在院日数は年々減少傾向にあり、全国値を下回る。

図表　糖尿病患者平均在院日数



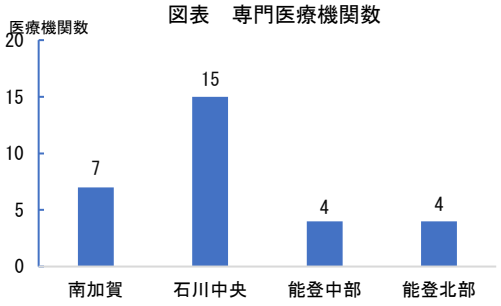
出典：「患者調査」（厚生労働省）

（２）糖尿病の医療提供体制

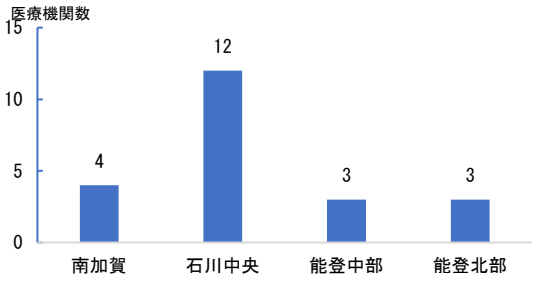
【糖尿病治療の専門医療機関、合併症対応医療機関】

○県内の糖尿病治療を行う専門医療機関は 30 施設、合併症対応医療機関は 22 施設あり、平成 29 年と比べて増減はない。

図表　専門医療機関数



図表　合併症対応医療機関数

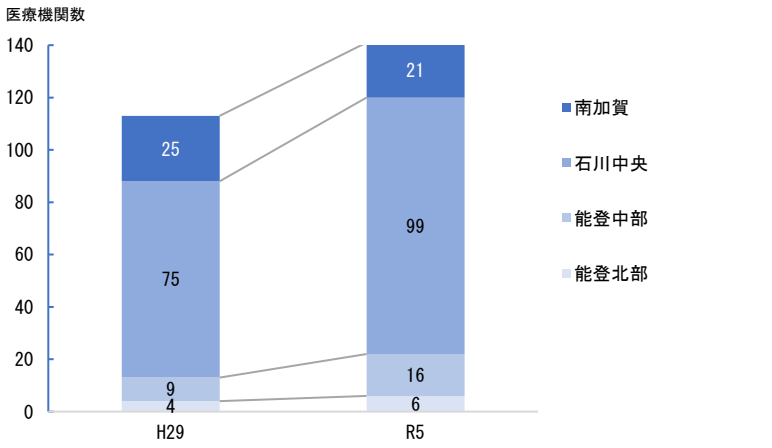


地域医療推進室調べ

【糖尿病安定期治療を行う医療機関】

○県内の糖尿病安定期治療を行う医療機関は 142 施設あり、令和 5 年は、平成 29 年と比べて増加している。

図表　安定期治療を行う医療機関数



地域医療推進室調べ

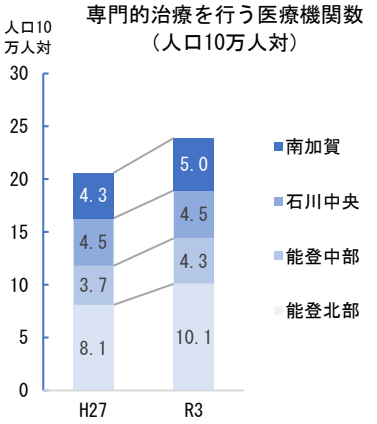
【糖尿病慢性合併症治療を行う医療機関】

○県内の糖尿病網膜症に対する専門的治療を行う医療機関は、令和 3 年には 55 施設、人口 10 万対 4.9 施設（平成 27 年には 53 施設、人口 10 万人対 4.6 施設）あり増加している。

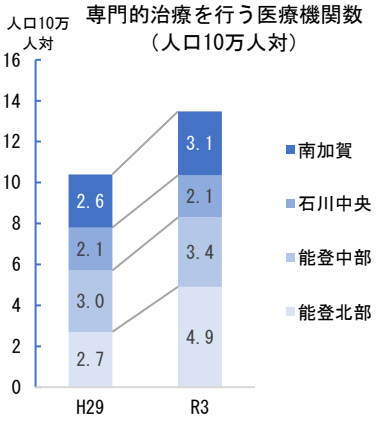
○糖尿病性腎症に対する専門的治療を行う医療機関は、令和 3 年には 29 施設、人口 10 万人対 2.6 施設（平成 29 年には 28 施設、人口 10 万人対 2.4 施設）あり増加している。

○糖尿病足病変に対する専門的治療を行う医療機関は、令和 3 年には 33 施設、人口 10 万人対 2.9 施設（平成 29 年には 26 施設、人口 10 万人対 2.2 施設）あり増加している。

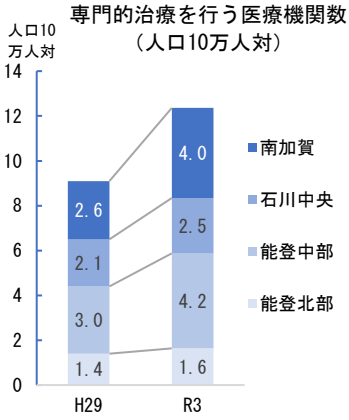
図表①　糖尿病網膜症に対する専門的治療を行う医療機関数（人口10万人対）



図表②　糖尿病性腎症に対する専門的治療を行う医療機関数（人口10万人対）



図表③　糖尿病足病変に対する専門的治療を行う医療機関数（人口10万人対）



①の出典：「NDB（ナショナルデータベース）」（厚生労働省）
※「人口 10 万人対」算出に用いた人口は、石川県統計情報室「石川県年齢別推計人口」

②③の出典：「診療報酬施設基準」（厚生労働省）
※「人口 10 万人対」算出に用いた人口は、石川県統計情報室「石川県年齢別推計人口」

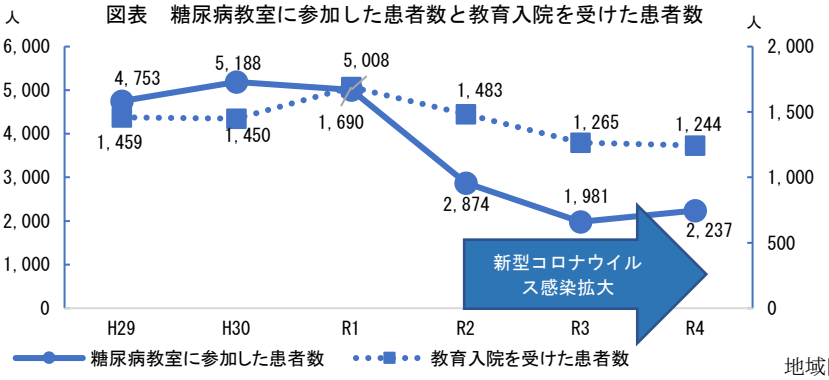
【糖尿病教室に参加した患者数・糖尿病教育入院を受けた患者数】

○糖尿病教室に参加した患者数と教育入院を受けた患者数は、令和元年まで横ばいから増加傾向であったが、令和 2 年からは減少傾向である。

○新型コロナウイルス感染拡大を契機に、糖尿病教室の参加・糖尿病教育入院が必要な患者に対する医療機関の受け入れに影響を及ぼした可能性がある。

○感染症流行時等、非常時においても、切れ目なく適切な医療を受けられる体制整備が必要である。

図表　糖尿病教室に参加した患者数と教育入院を受けた患者数



地域医療推進室調べ

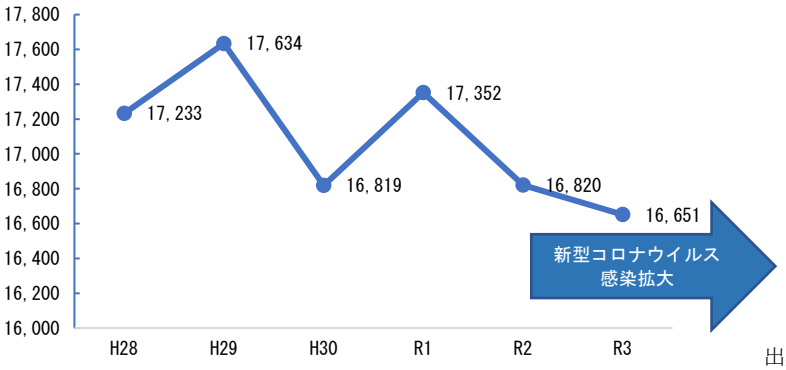
【外来栄養食事指導の実施件数】

○外来栄養食事指導の実施件数は、年ごとに増減はあるが、全体として減少傾向である。

○新型コロナウイルス感染拡大を契機に、外来栄養食事指導が必要な糖尿病患者に対する医療機関の受け入れに影響を及ぼした可能性がある。

○感染症流行時等非常時においても、切れ目なく適切な医療を受けられる体制整備が必要である。

図表　外来栄養食事指導料の実施件数（レセプト件数）



出典：「NDB（ナショナルデータベース）」（厚生労働省）

（３）糖尿病の医療連携体制

○糖尿病診療において、合併症の発症・重症化を予防するためには、内科、眼科、歯科等の各診療科が、糖尿病の知識を有する保健師、管理栄養士、薬剤師、看護師等の専門職種と連携し、継続した医療サービスを実施することが重要であり、糖尿病連携手帳等を活用した切れ目のない連携体制の構築が必要である。

【糖尿病安定期を担う医療機関と歯科、眼科との連携】

○令和５年の糖尿病安定期治療を担う医療機関のうち、歯科へ１人以上患者を紹介した医療機関は、142 箇所中 35 箇所（25%）眼科へ１人以上患者を紹介した医療機関は、142 箇所中 81 箇所（57%）であった。

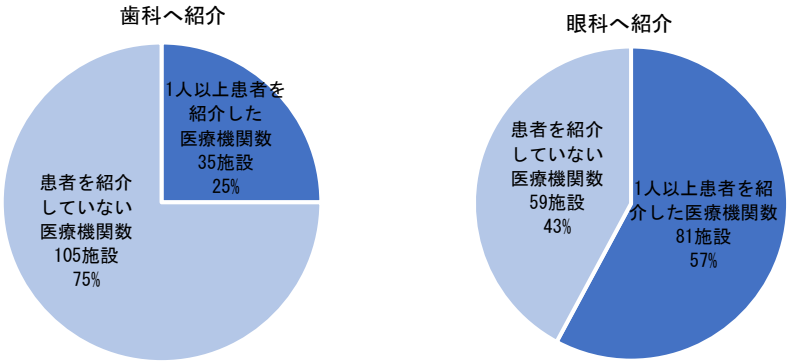
○初期・安定期治療を担う医療機関では、糖尿病発症早期から、定期的に慢性合併症の検査を行うとともに、継続的な歯科受診、眼科受診に関して、糖尿病連携手帳等を用いて糖尿病患者に促すことが必要である。

表　糖尿病安定期治療を担う医療機関のうち、歯科、眼科へ紹介した医療機関数及び患者数

	糖尿病安定期治療を担う医療機関(R5)			（参考） 日本糖尿病協会登録 歯科医師数 （R5）
	糖尿病安定期治療を担う医療機関	１人以上歯科に患者を紹介した医療機関数	歯科への紹介患者数	
		１人以上眼科に患者を紹介した医療機関数	眼科への紹介患者数	
南加賀	21 箇所	1 箇所	10 名	
		7 箇所	48 名	
石川中央	99 箇所	27 箇所	485 名	
		58 箇所	2399 名	
能登中部	16 箇所	6 箇所	161 名	
		12 箇所	234 名	
能登北部	6 箇所	1 箇所	5 名	
		4 箇所	47 名	
合計 （県全体）	142 箇所	35 箇所	661 名	30 名
		81 箇所	2728 名	

地域医療推進室調べ

図表　糖尿病安定期治療を担う医療機関のうち、歯科、眼科へ紹介した医療機関数及び患者数



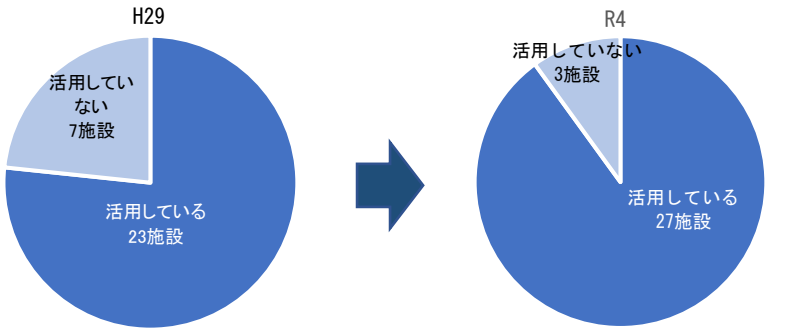
地域医療推進室調べ

【地域連携クリティカルパスまたは連携手帳を活用している医療機関数】

○県内において、専門医療機関合併症対応医療機関 30 施設（うち合併症対応医療機関 22 施設）のうち、糖尿病地域連携クリティカルパスまたは連携手帳を活用している医療機関数は、平成 29 年の 23 施設から令和 4 年の 27 施設に増加している。

○切れ目のない医療連携体制の構築のため、糖尿病地域連携クリティカルパスまたは連携手帳のさらなる普及に努める必要がある。

図表　専門医療機関及び合併症対応医療機関のうち、
糖尿病の地域連携クリティカルパスまたは連携手帳を活用している医療機関数



地域医療推進室調べ

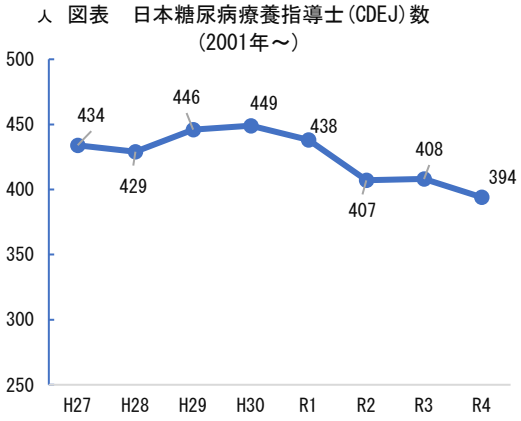
【糖尿病療養指導士数】

○石川県における日本糖尿病療養指導士（CDEJ）数は横ばいであったが近年は減少傾向である。

○石川県医師会が認定する石川糖尿病療養指導士（CDE 石川）数は第１回更新の令和元年をピークに減少傾向である。

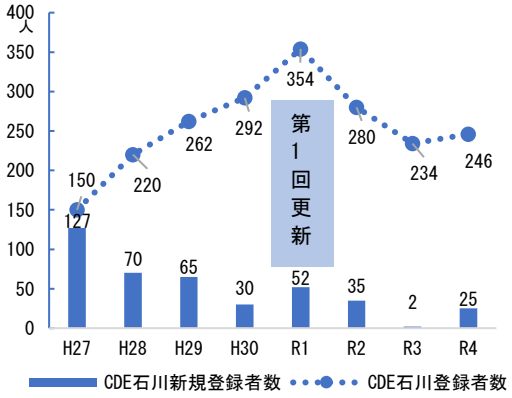
○石川糖尿病療養指導士（CDE 石川）新規登録者数も近年は減少傾向である。

○糖尿病患者に対する生活指導の充実を図るため、糖尿病療養指導士の、今後更なる育成・確保が必要である。



図表　日本糖尿病療養指導士(CDEJ)数
(2001年～)

出典：日本糖尿病療養指導士認定機構



図表　石川糖尿病療養指導士（CDE石川）数
(2014年～)

出典：石川県糖尿病対策推進会議

【石川県糖尿対策推進会議や関係団体における取組】

○石川県では、県医師会に関係団体から構成される石川県糖尿病対策推進会議を設置し、各団体において様々な取組みを行っている。

表　関係団体における主な取組み

団体名	主な取組み
石川県糖尿病対策推進会議	・県民フォーラムの開催 ・多職種からなるワーキンググループの立ち上げ
石川県医師会	・「石川糖尿病連携医・石川糖尿病療養指導士認定制度」認定 ・糖尿病に関する研修会情報のホームページ上での一元的な発信
石川県糖尿病療養指導士研究会	・「石川糖尿病連携医・石川糖尿病療養指導士認定制度」に基づく研修会の開催等、医療関係者が研修会に参加しやすい環境の整備
石川県歯科医師会	・口腔管理に関する研修会の開催 ・県医師会との協力による医科歯科連携
石川県薬剤師会	・かかりつけ薬局の普及 ・調剤薬局における血糖測定などの健康サポートの実施
石川県看護協会	・看護職を対象とした研修会の開催 ・看護職のリーダーとなる人材育成（糖尿病看護ケア研究会）
石川県栄養士会	・管理栄養士を対象とした研修の開催、及び栄養ケアステーションへの登録 ・医療機関(診療所)への栄養ケアステーション管理栄養士の派遣
石川県糖尿病協会	・県内の各患者会の取組みを活性化 ・石川県糖尿病協会 50 周年記念誌を編さんするとともに、今後の各医療機関の役割を検討

【糖尿病地域連携協議会ごとの現状と課題】

○地域ごとに、行政（保健）、かかりつけ医、専門医療機関や合併症対応医療機関等からなる協議会を設置し、協議会は、連携の在り方に関する検討等を行う。

表　糖尿病医療における各地域連携協議会ごとの現状と課題及び今後の方向性

	現状と課題	今後の方向性
南加賀	加賀市糖尿病協議会	
	・重症化予防や合併症予防のための病診連携ツール である「かもまるネットワーク」の新規登録数の減少 ・医科・歯科との診療連携体制についての検討 ・各医療機関の患者会会員が、通院先を変更する場合等、患者会活動が中断してしまう。	・加賀市医療センターを中心とした病診連携の充実 ・医科・歯科連携による治療・療養指導の充実 ・特定健診の受診を勧めるためのあらゆる機会の利用 ・患者会会員の増加、及び、通院先を変更した場合でも活動を継続できるような取組みを検討
	小松市医師会糖尿病連携推進協議会	
	・重症化予防の取組みの継続による医療機関間及び市との更なる連携の構築 ・糖尿病連携手帳活用の更なる啓発が必要 ・未治療者への介入 ・コロナ禍、猛暑で変化した運動習慣の改善 ・甘味消費が多い石川県特有の食習慣への介入	・医療機関・市・薬剤師会との連携や情報共有による早期治療・早期療養指導の促進 ・糖尿病連携手帳の普及啓発の継続 ・保健医療関係者の意見を反映した研修会の開催 ・未治療者を把握し適切な医療へとつなぐ ・世界糖尿病デーの企画、広報こまつ、市民公開講座等を通じて、市民への糖尿病への啓発活動
	かけはしネットワーク能美	
	・職域における事業連携（事業主への重症化予防の必要性の理解促進） ・合併症早期発見のための専門医受診体制の充実 ・特定健診後の医療機関受診連携体制の構築特定健診未受診者に対する対策	・糖尿病重症化予防のための企業との連携強化 ・かけはしチェックの利用促進・啓発 ・特定健診を活かした医療機関受診連携体制の構築 ・サポートナース、サポートスタッフ研修会等の開催継続
石川中央	白山野々市地区糖尿病重症化予防ネットワーク協議会	
	・早期の段階における定期的な合併症検査の不足 ・未治療者や治療中の血糖コントロール不良者の存在 ・地域の糖尿病診療を支えるコメディカルの育成	・合併症検査を定期的実施に向けた、診療所と専門医療機関との連携の見直し ・研修会、症例検討会を通じた意見交換 ・コメディカル研修の充実
	金沢地域における糖尿病診療連携に関する連絡会議	
	・住民の糖尿病への認識と特定健診受診率の向上 ・保健師と医療サイドの連携強化 ・病診連携の構築 ・健診受診後の後期高齢者への対応	・糖尿病性腎症重症化予防プログラムの推進 ・保健医療の連携推進 ・地域連携パスの確立と啓発 ・眼科・歯科との連携の推進
	河北地区糖尿病発症・重症化予防ネットワーク協議会	
	・協議会で作成した「保健・医療連携体制」に基づく、保健と医療の連携推進 ・研修会・症例検討会を通じた意見交換 ・市町の健康まつりにおける、糖尿病普及啓発への支援	・協議会で作成した「保健・医療連携体制」に基づく、保健と医療の連携推進 ・研修会・症例検討会を通じた意見交換 ・市町の健康まつりにおける、糖尿病普及啓発への支援
能登中部	羽咋郡市糖尿病地域連携協議会	
	・専門医とかかりつけ医との連携の不足 ・合併症に対する評価の不足 ・糖尿病診療を支える療養指導者の不足 ・若年・中年層男性のメタボ増加	・講演会・症例検討会を通じた意見交換 ・糖尿病連携手帳活用の促進 ・療養指導者育成研修会の開催を支援 ・住民対象の糖尿病関連教育広報活動の強化・支援
	糖尿病患者を助け合う地域連携協議会・七緒の会	
	・専門的な糖尿病診療医の著しい不足 ・新規透析導入数が県や国と比較して多い ・かかりつけ医での指導・療養指導体制強化 ・高齢者糖尿病の診療体制	・地域高次病院での糖尿病専門医確保 ・住民の糖尿病及び重症化に対する意識向上への活動 ・オンラインによる、かかりつけ医への診療支援と患者指導 ・高齢者診療に関わるコメディカルの育成とチーム作り
能登北部	能登北部地域医療協議会糖尿病重症化予防連携部会	
	現状では、圏域に常勤の糖尿病専門医が不在である。	大学との連携強化により、圏域における糖尿病診療の医療体制確保を図る。

３．糖尿病の医療機能の明確化及び圏域の設定

①糖尿病の医療体制

病期	【予防・早期発見】	【安定期治療】	【専門治療】
機能	発症予防・早期発見	合併症の発症を予防するための安定期治療	血糖コントロール不可例の治療
目標	●2 型糖尿病の発症予防 ●糖尿病（疑いのある者）の早期発見	●糖尿病の診断及び生活習慣指導の実施 ●血糖コントロールの維持を目指した治療 ●治療中断者のフォローアップ	●教育入院等の集中的な治療による、血糖コントロール指標の改善
求められる要件	①適切な食習慣・適度な身体活動や運動習慣の推進 ②定期的な健診受診と、健診結果を踏まえた生活習慣の改善や受診勧奨 ③医療機関と医療保険者等との連携 ④的確な診断による早期の治療開始及び合併症の発見に必要な検査の実施	①糖尿病の診断及び生活指導 ②75ｇＯＧＴＴ・ＨｂＡ1ｃ、尿検査（※1）等糖尿病の評価に必要な検査の実施 ③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 ④脂質異常症、高血圧症の治療等、包括的な危険因子の管理 ⑤低血糖･シックデイの対応 ⑥糖尿病初期からの定期的な慢性合併症の検査（他院との連携も可）を施行 ⑦健診受診後の受診勧奨により医療機関を受診した対象者に対する適切な対応等(※2)糖尿病発症予防の取組を実施するのが望ましい	①75ｇＯＧＴＴ・ＨｂＡ1ｃ等糖尿病の評価に必要な検査の実施 ②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集中的な治療（心理的ケアも併せて行うのが望ましい）の実施 ・常勤の専門医（日本糖尿病学会認定）の配置が望ましい ・糖尿病療養指導士の配置 ・糖尿病透析予防指導管理料の施設基準の充足 ・糖尿病合併症管理料の施設基準の充足 ・教育入院が実施可能であることが望ましい ③糖尿病妊婦や小児糖尿病の対応が可能であることが望ましい ※1型糖尿病妊婦については分娩取り扱い施設であること ④食事療法、運動療法を実施するための設備があることが望ましい （参考）石川県糖尿病協会の活動に協力していることが望ましい
連携	○診療情報･治療計画の共有(糖尿病連携手帳･地域連携クリティカルパス等の配布･活用) ○在宅医療や訪問看護、介護サービス等との連携 ○糖尿病治療に関する研修会への参加		
医療提供施設等の種別	○県・市町・医療保険者による啓発	【安定期治療を担う医療機関】 ○かかりつけ医 糖尿病に関する医療機関リスト（HP 掲載）	【専門医療機関】 ○糖尿病の専門医療機関 糖尿病に関する医療機関リスト(後掲)

(※1)尿検査は、糖尿病患者には、毎月の検尿と3カ月に1回程度の尿中アルブミン測定または尿中微量アルブミン測定を行うこと

(※2)適切な対応は、糖尿病と診断できる場合は治療を、境界型あるいは正常型でも生活習慣の改善等の指導や必要に応じて定期的に検査をするなど経過観察を行う。

<table>
<tr><td>病期</td><td>【急性増悪時治療】</td><td colspan="3">【慢性合併症治療】</td></tr>
<tr><td>機能</td><td>急性合併症の治療</td><td colspan="3">慢性合併症の治療</td></tr>
<tr><td>目標</td><td>●糖尿病昏睡等急性合併症の治療実施
●慢性合併症の専門的な治療の実施
●他疾患治療中患者の適切な血糖コントロールを実施すること</td><td>●糖尿病性腎症の専門的治療の実施</td><td colspan="2">●糖尿病網膜症の専門的治療の実施</td><td>●糖尿病と密接な関係を持つ歯周病の専門的治療の実施</td></tr>
<tr><td>求められる要件</td><td>①糖尿病昏睡、血管障害併発等急性合併症に関する 24 時間救急対応
②他疾患治療中患者の適切な血糖コントロールが可能であること
③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集中的な治療（心理的ケアも併せて行うのが望ましい）の実施
・常勤の専門医（日本糖尿病学会認定）の配置
・糖尿病療養指導士の配置
・糖尿病透析予防指導管理料の施設基準の充足
・糖尿病合併症管理料の施設基準の充足
・教育入院の実施
④糖尿病妊婦や小児糖尿病の対応が可能であることが望ましい
※1型糖尿病妊婦については分娩取り扱い施設であること
⑤食事療法、運動療法を実施するための設備があることが望ましい
⑥慢性合併症の専門的検査・治療の実施</td><td>①糖尿病性腎症に関する専門的知識の保有
②尿一般検査・尿中アルブミン排泄量検査・画像検査（超音波検査やCT検査）透析療法（血液透析もしくは腹膜透析）が実施可能であること</td><td>①糖尿病網膜症に関する専門的知識の保有（石川県眼科医会の会員であることが望ましい）</td><td>①糖尿病網膜症に関する専門的知識の保有（石川県眼科医会の会員であることが望ましい）
②光凝固療法または硝子体注射が実施可能であること（硝子体手術も可能であることが望ましい）</td><td>①糖尿病を考慮した歯周病の専門的検査・治療の実施（日本糖尿病協会登録歯科医となることが望ましい）</td></tr>
<tr><td>連携</td><td colspan="4">○診療情報・治療計画の共有（糖尿病連携手帳・地域連携クリティカルパス等の配布・活用）
○在宅医療や訪問看護、介護サービス等との連携
○糖尿病治療に関する研修会の開催</td></tr>
<tr><td>医療提供施設等の種別</td><td>【合併症対応医療機関】
○急性合併症・慢性合併症に総合的に対応する医療機関（救急告示病院）
○地域連携の中核となる医療機関
糖尿病に関する医療機関リスト（後掲）</td><td>【重度合併症に関する医療機関（腎臓内科）】
糖尿病に関する医療機関リスト（HP 掲載）</td><td>【かかりつけ眼科医】</td><td>【重度合併症に関する医療機関（眼科）】</td><td>【かかりつけ歯科医】</td></tr>
</table>

糖尿病の医療機関リスト

糖尿病に関する医療機関リスト

このリストは、糖尿病の専門医療機関及び合併症対応医療機関に求められる要件を基本的に充足し、かつ、医療計画にその名称を掲載することを希望した医療機関を掲載するものである。
なお、当該リストは、今後、各医療機関の医療体制の変更や診療実績等を踏まえ、必要に応じて見直しを行う。

【令和６年５月１日現在】

医療圏	医療機関名	専門医療機関								合併症対応医療機関				(参考)
		教育入院等の集中的な治療の実施状況		透析予防指導及び合併症管理		対応可能な患者				急性合併症に24時間救急対応する医療機関			他疾患入院中患者の血糖管理	
		教育入院	糖尿病教室	透析予防指導	糖尿病合併症管理	糖尿病妊婦		小児糖尿病		糖尿病性昏睡	急性腎不全	糖尿病性壊疽		糖尿病協会への協力
						１型	２型	１型	２型					
南加賀	加賀市医療センター	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	小松市民病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	小松ソフィア病院	○	○		○									○
	寺井病院	○												○
	能美市立病院	○	○	○	○									
	芳珠記念病院	○	○	○	○		○			○	○		○	○
	やわたメディカルセンター	○	○	○			○			○		○	○	
石川中央	浅ノ川総合病院	○	○	○	○					○	○	○	○	○
	石川県済生会金沢病院	○	○	○	○					○	○	○	○	○
	石川県立中央病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	金沢医科大学病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	金沢医療センター	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	金沢市立病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	金沢赤十字病院	○	○	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○
	金沢大学附属病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	金沢西病院	○			○								○	
	河北中央病院	○	○	○	○									
	公立つるぎ病院	○	○	○	○									
	公立松任石川中央病院	○	○	○	○	○	○			○	○	○	○	
	城北病院	○	○		○		○	○	○					○
	地域医療機能推進機構金沢病院	○	○	○	○		○			○	○		○	○
	北陸病院	○	○	○	○		○			○	○	○	○	○
能登中部	恵寿総合病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	公立能登総合病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	公立羽咋病院	○	○	○	○					○	○	○	○	
	町立宝達志水病院	○	○	○	○			○	○	○			○	○
能登北部	公立穴水総合病院	○	○	○										
	公立宇出津総合病院	○	○							○	○	○	○	○
	市立輪島病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	珠洲市総合病院	○	○				○	○	○	○	○	○	○	○
計		30	28	24	25	11	18	14	14	22	20	19	23	22

医療圏毎に五十音順で記載

・上記のリストは、令和６年５月１日現在であり、最新の医療機関リストはホームページ上に掲載

・安定期治療を担う医療機関、重度合併症に関する医療機関（腎臓）、かかりつけ眼科医、重度合併症に関する（眼科）及びかかりつけ歯科医のリストはホームページ上に掲載

アドレス　http://www.pref.ishikawa.lg.jp/iryou/support/center.html

②糖尿病における圏域の設定

糖尿病の医療機能については、基本的に二次医療圏内の医療機関が相互に連携を図りながら担っており、二次医療圏を糖尿病の圏域とする。

４．糖尿病の施策の方向

【目的（目指す方向）】
■糖尿病性腎症に対する新規人工透析導入患者数の減少
■糖尿病の年齢調整死亡率の減少
【目標】
■糖尿病が疑われる者の割合の減少
■糖尿病の疑い(HbA1c6.5 以上)があるもののうち、未治療者の割合の減少

（１）発症予防

【発症予防の促進】

○糖尿病の発症に関連する食習慣、運動習慣、喫煙等について、住民自らが生活習慣を改善するために必要な情報を提供し、適切な生活習慣等の推進体制の充実を図る。

○「世界糖尿病デー(11 月 14 日)」にちなみ、糖尿病の予防を図るため、県民フォーラム等の啓発活動を実施する。

【早期発見・早期治療の推進】

○糖尿病は自覚症状がなく進行し、放置すると全身性の合併症を引き起こすことから定期的な健診受診が必要であることを周知するとともに、健診受診率向上に向けた取組を推進し、健診の受診勧奨の充実を図る。

○行政（保健）及び保険者は、高齢者の健診受診率向上を図る。

○糖尿病に関する健診の事後指導を充実し、治療が必要な者に対して受診を促す体制整備を図る。

（２）治療・重症化予防及び合併症の発症予防・治療・重症化予防

【医療提供体制の整備】

○糖尿病に関する医療機能を、安定期治療、専門治療、急性増悪時治療、慢性合併症治療に分化し、それぞれを担う医療機関を明確化し、医療機関間で共有あるいは県民に明示するため、リスト化する。

○各医療機関が、それぞれ担う医療機能に応じた取組みを推進する。

○新興感染症流行時等や糖尿病診療を担う医師が少ない地域において、オンライン診療による診療が可能な体制について検討を行う。

○令和６年能登半島地震の影響を踏まえた医療提供体制、医療連携体制の見直しは、令和８年度に予定されている中間見直しで行うこととする。

【医療連携体制の構築】

○安定期治療を担う医療機関は、インスリン治療の導入や療養指導の徹底など専門治療・管理が必要な患者を専門医療機関や合併症対応医療機関等に紹介し、専門医療機関や合併症対応医療機関等は、病状が安定した患者を安定期治療を担う医療機関へ逆紹介するなど、医療連携体制の構築を図る。

○連携を行う際は、県糖尿病対策推進会議が作成した糖尿病の紹介・連携基準を参考にするとともに、糖尿病連携手帳等の活用を図る。

○眼科や歯科など合併症に関する医療機関と他の糖尿病治療を行う医療機関との連携体制を構築する。

○糖尿病診療を行うに当たり、糖尿病療養指導士や行政（保健）、医療保険者の保健師、管理栄養士等と連携し、生活習慣指導などの充実を図る。

○行政（保健）と主治医の連携により患者の状態が改善した好事例についての検討会（医療と保健の連携を進めるためのモデル事例検討会）の開催等を推進する。

○県糖尿病対策推進会議において、標準的な治療の普及、協力体制の構築を図る。

○「いしかわ糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を引き続き推進し、行政（保健）及び保険者が、医療機関と連携して実施する、未治療者への受診勧奨・保健指導等や治療中断者への治療継続の呼びかけ等、重症化予防の取組みを支援する。

【糖尿病診療に係る人材の育成】

○日本糖尿病療養指導士(CDEJ)、石川糖尿病連携医・石川糖尿病療養指導士(CDE 石川)等、熟練した療養指導ができる医療従事者を確保する。

○各地域の合併症対応医療機関は、かかりつけ医等を対象に、診断・治療に関する研修会や事例検討会などを定期的に開催し、医療関係者の資質向上を図る。

○介護施設等への糖尿病患者の円滑な入所や、介護施設等における患者の良好な血糖コントロールの維持を図るとともに、糖尿病昏睡等に適切に対応するために、糖尿病に関する研修会などを開催し、介護従事者等の資質向上を図る。

【糖尿病友の会・患者会の活動促進】

○糖尿病治療の専門医療機関における糖尿病友の会・患者会の設置状況などを医療機関リストとして整理する。

施策・指標マップ

番号	A 個別施策		
発症予防			
1	【発症予防の促進、早期発見・早期治療の推進】		現状
	指標	特定健診の実施率	60.0%（R3）
	指標	特定保健指導の実施率	26.8%（R3）
治療・重症化予防			
合併症の発症予防・治療・重症化予防			
2	【医療提供体制の整備】		現状
	指標	糖尿病専門医が在籍する医療機関数（人口10万人あたり）	4施設（R4）
	指標	糖尿病網膜症に対する専門的治療を行う医療機関数（人口10万人あたり）	4.9施設（R3）
	指標	糖尿病性腎症に対する専門的治療を行う医療機関数（人口10万人あたり）	2.6施設（R3）
	指標	糖尿病足病変に対する専門的治療を行う医療機関数（人口10万人あたり）	2.9施設（R3）
	指標	外来栄養食事指導の実施割合	0.054（R3）
	指標	1型糖尿病に対する専門的治療を行う医療機関数（人口10万人あたり）	17施設（R3）
	指標	妊娠糖尿病・糖尿病合併妊娠に対する専門的治療を行う医療機関数（人口10万人あたり）	14施設（R3）
3	【医療連携体制の整備】		現状
	指標	安定期治療を担う医療機関のうち、歯科に紹介した実績のある医療機関数	27施設（R5）
	指標	安定期治療を担う医療機関のうち、眼科に紹介した実績のある医療機関数	81施設（R5）
4	【糖尿病診療に係る人材の育成】		現状
	指標	糖尿病療養指導士数（日本糖尿病療養指導士数、石川糖尿病療養指導士数それぞれの数）	日本糖尿病療養指導士（CDEJ）：394人 石川糖尿病療養指導士数（CDE石川）：246人（R4）

番号	B 中間アウトカム		
1	糖尿病の疑いがある者の増加が抑制されている		現状
	指標	糖尿病が疑われる者（HbA1c 6.5以上）の割合	男：11.2% 女：5.5% （R2）
2	糖尿病患者が適切な治療を受けている		現状
	指標	糖尿病の疑い（HbA1c6.5以上）がある者のうち、未治療者の割合	34.0%（R3）
	指標	糖尿病患者の外来受療率	145（R2）

番号	C 最終アウトカム		
1	糖尿病の重症者が減少している		現状
	指標	糖尿病性腎症に対する新規人工透析導入患者数（人口10万人あたり）	10.0件（R3）
	指標	糖尿病の年齢調整死亡率	男　13.5 女　6.3 （R2） ※H27モデル人口

数値目標

分類	指　標		現状値	目標値	
	名　称	出典・説明		R8 年度（中間年）	R11 年度（最終年）
C	糖尿病性腎症に対する新規人工透析導入患者数（人口 10 万人対）	日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」	10.0 件（R3）	低下	低下
C	糖尿病の年齢調整死亡率	厚生労働省「人口動態統計特殊報告」	男性 13.5 女性 6.3（R2）	低下	低下
B	糖尿病が疑われる者の割合	厚生労働省「NDB（ナショナルデータベース）」	男性 11.2% 女性 5.5%（R2）	低下	低下
B	糖尿病の疑い(HbA1c6.5 以上)があるもののうち、未治療者の割合	石川県国保連合会作成資料	34.0%（R3）	低下	低下
A	糖尿病療養指導士数	・日本糖尿病療養指導士認定機構 ・石川県糖尿病対策推進会議	日本糖尿病療養指導士(CDEJ) 394(R4) 石川糖尿病療養指導士(CDE石川) 246(R4)	増加	増加

現状把握の指標

病期	指標区分（S/P/O）	指標名	時点	県全体	南加賀医療圏	石川中央医療圏	能登中部医療圏	能登北部医療圏	全国	備考	出典
予防	S	特定健診受診率	R3	60.0					56.2		特定健康診査・特定保健指導に関するデータ（厚生労働省HP）
予防	S	特定保健指導実施率	R3	26.8					24.7		特定健康診査・特定保健指導に関するデータ（厚生労働省HP）
予防	O	糖尿病予備群の者の数	R1						307		国民健康・栄養調査
予防	O	糖尿病が強く疑われる者の数	R1						351		国民健康・栄養調査
治療・重症化予防	S	糖尿病専門医が在籍する医療機関数（人口10万人対）	R4	4					3		日本糖尿病学会
治療・重症化予防	S	糖尿病療養指導士が在籍する医療機関数（人口10万人対）	R4	6.7					4.1		日本糖尿病療養指導士認定機構
治療・重症化予防	S	糖尿病看護認定看護師数（人口10万人対）	R5.3.21	0.98					0.8		糖尿病看護認定看護師の認定状況（日本看護協会HP）
治療・重症化予防	S	妊娠糖尿病・糖尿病合併症妊娠に対する専門的治療を行う医療機関数（人口10万人対）	R3	1.24					1.01		NDB（※）
治療・重症化予防	S	I型糖尿病に対する専門的治療を行う医療機関数（人口10万人対）	R3	1.51					1.09		NDB（※）
治療・重症化予防	S	糖尿病専門医数（人口10万人対）	R4.11.4	5.1					5.2		糖尿病専門医の認定状況（日本糖尿病学会HP）
治療・重症化予防	P	糖尿病患者の年齢調整外来受療率	R2	70.3					92.0		患者調査
治療・重症化予防	P	HbA1cもしくはGA検査の実施割合	R3	0.96							NDB（※）
治療・重症化予防	P	外来栄養食事指導料の実施割合	R3	0.05							NDB（※）
治療・重症化予防	P	インスリン治療実施割合	R3	0.12							NDB（※）
治療・重症化予防	O	低血糖発生率	R3	0.0053							NDB（※）
治療・重症化予防	O	糖尿病治療を主にした入院の発生（DKA、昏睡、低血糖などに限定）	R3	208.7							NDB（※）
合併症	S	糖尿病性腎症の管理が可能な医療機関数（人口10万人対）	R3.3.31	2.6	3.1	2.1	3.4	4.9			診療報酬施設基準
合併症	S	糖尿病足病変の管理が可能な医療機関数（人口10万人対）	R3.3.31	2.9	4.0	2.5	4.2	1.6			診療報酬施設基準
合併症	S	糖尿病網膜症の手術が可能な医療機関数（人口10万人対）	R3	4.9	5.0	4.5	4.3	10.1			NDB（※）
合併症	S	腎臓専門医が在籍する医療機関数（人口10万人対）	R5.1.31	3.4							腎臓専門医県別人数（日本腎臓学会HP）
合併症	S	歯周病専門医が在籍する医療機関数（人口10万人対）	R4.12.31	0.4							歯周病専門医の認定状況（日本歯周病学会HP）
合併症	P	糖尿病透析予防指導もしくは糖尿病合併症管理の実施割合	R3	0.018							NDB（※）
合併症	P	尿中アルブミン（定量）・蛋白定量検査実施割合	R3	0.16							NDB（※）
合併症	P	クレアチニン検査の実施割合	R3	0.89							NDB（※）
合併症	P	精密眼底検査の実施割合	R3	0.36							NDB（※）
合併症	O	糖尿病新規人工透析実施導入件数（人口10万人対）	R3	9.96							日本透析医学会
合併症	O	糖尿病新規下肢切断件数（人口10万人対）	R3	4.0							NDB（※）
合併症	O	治療が必要な糖尿病網膜症の発生	R3	0.014661							NDB（※）
合併症	O	糖尿病患者の年齢調整死亡率（男） （女）	R2	13.5 6.3					13.9 6.9		人口動態特殊報告

（※）NDB：レセプト情報・特定健診等情報データベース（通称：ナショナルデータベース（NDB））による分析結果
「レセプト数で10件未満」あるいは「医療施設数3箇所未満」の場合は数値非公開

【精神疾患】

１．精神疾患について

（１）疾病の特性

○精神疾患には、統合失調症、うつ病・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患、発達障害、依存症、ＰＴＳＤ、高次脳機能障害、摂食障害、てんかん等多様な疾患があり、疾患により発病の時期や症状は異なる。

○精神疾患の症状のうち、代表的なものとして、幻覚・妄想、幻聴、うつ状態、不安状態、不眠、記憶障害、強迫症状等、疾患によりさまざまな症状がある。

○精神疾患は、近年その患者数が大幅に増えているが、症状が多様であるとともに自覚しにくいという特徴があるため、症状が比較的軽いうちには精神科医療機関を受診せず、入院治療が必要になって初めて精神科医療機関を受診するケースが少なくない。

○重症化してから入院すると、治療が困難になるなど、長期の入院が必要となってしまう場合もある。発症してからできるだけ早期に必要な精神科医療が提供されれば、回復し、再び地域生活や社会生活を営むことができるようになる。

○精神疾患はすべての人にとって身近な病気であり、精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるような地域づくりを進める必要がある。

（２）医療機関に求められる役割

○多様な精神疾患等ごとに、地域精神科医療機関、地域連携拠点医療機関、県連携拠点医療機関を設定し、医療機能を明確化する。

【地域精神科医療提供機能】

①目標

・一般的な精神疾患の診断、治療、リハビリテーションの実施

・訪問診療の実施及び訪問看護、福祉・介護サービス等と連携した在宅療養支援の実施

②医療機関に求められる事項

・自立支援医療（精神通院）の指定医療機関

・在宅患者への訪問診療や訪問看護サービスの提供及び障害福祉介護サービス等との連携が可能であること

【地域連携拠点機能】

①目標

・地域精神科医療機関への支援

・各疾患の専門的医療、リハビリテーションの提供

②医療機関に求められる事項

・各疾患に関する専門治療の提供

・地域精神科医療機能を担う医療機関からの相談への助言

・難治性精神疾患・処遇困難事例の受入れ対応

【県連携拠点機能】

①目標

・地域連携拠点医療機関への支援

・各疾患の専門的医療、リハビリテーションの提供

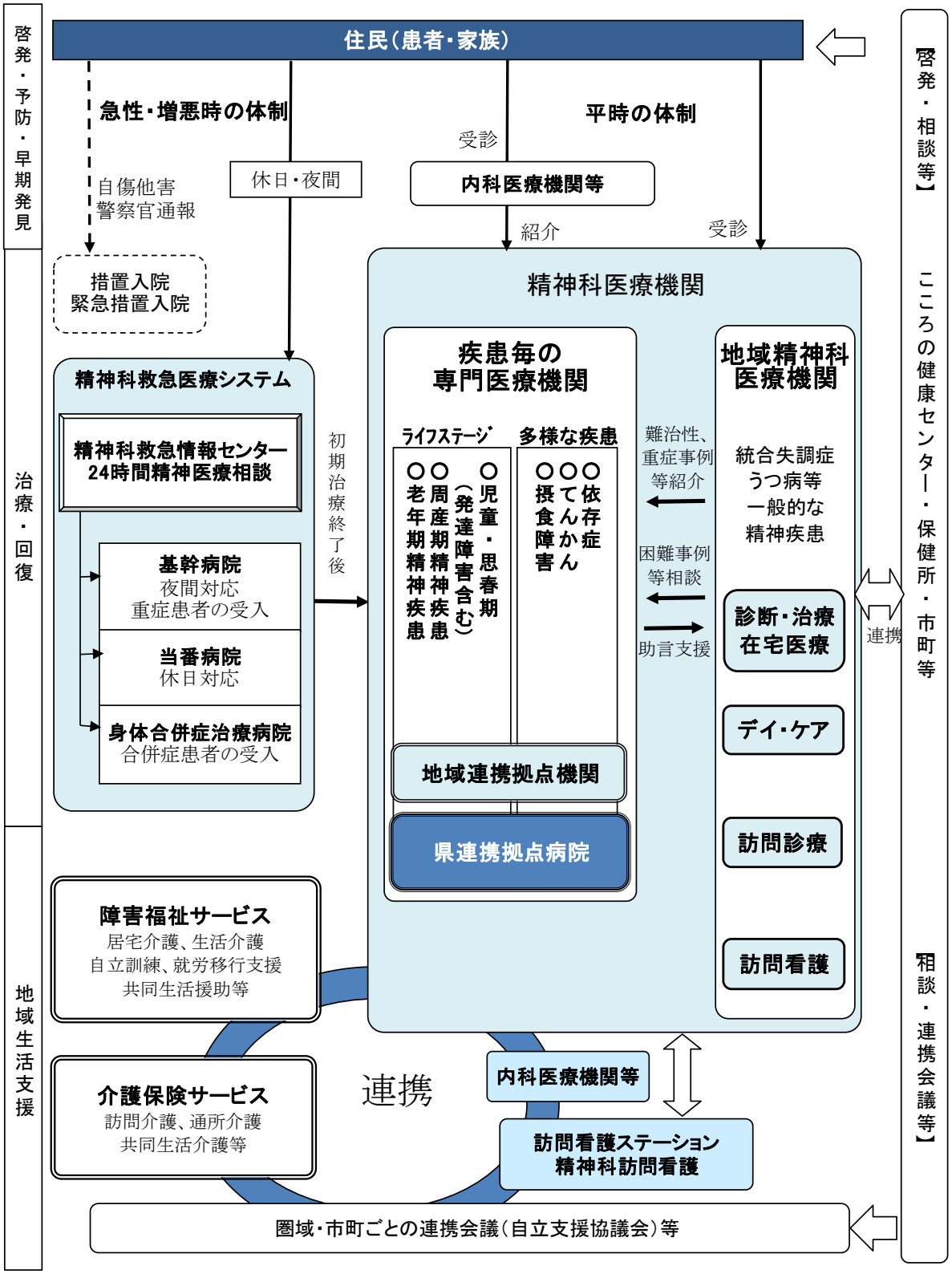
②医療機関に求められる事項

・各疾患に関する入院治療の提供

・地域連携拠点機能を担う医療機関からの相談への助言

・難治性精神疾患・処遇困難事例の受入れ対応

精神疾患の医療連携体制



２．精神医療に関する現状と課題について

■精神疾患の患者が増加しており、こころの健康や精神疾患についての正しい知識の普及や職域・教育等と連携した取り組み、かかりつけ医等と精神科医との連携などにより、精神疾患の予防と早期診断、早期治療等の推進を図る必要がある。

■メンタルヘルスの不調や精神疾患は、誰もが経験しうる身近な疾患となっていることから、精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが困りごと等を抱えた際に相談しやすい地域づくりが求められており、市町においては精神保健医療福祉上のニーズを抱えた方等地域住民の身近な相談窓口として相談支援体制の充実を図る必要がある。

■統合失調症や依存症、発達障害等多様な精神疾患等ごとに医療機関の役割分担や連携体制等の構築が求められており、本県の実情にあった疾患ごとの医療機能と連携体制の強化を図る必要がある。

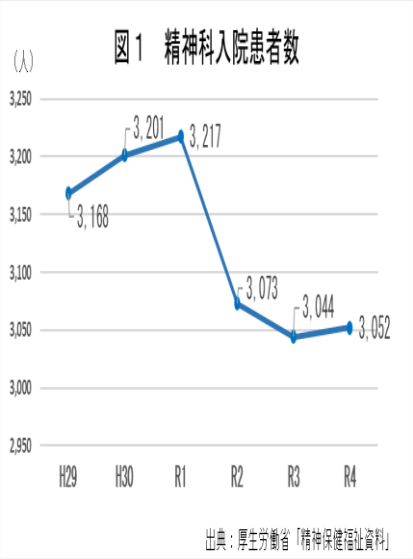
■精神障害の有無や程度に関わらず、誰もが住み慣れた地域で安心して自分らしく暮らすことができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、就労等の社会参加、地域の助け合い、教育・普及啓発が包括的に確保された精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築をさらに推進する必要がある。

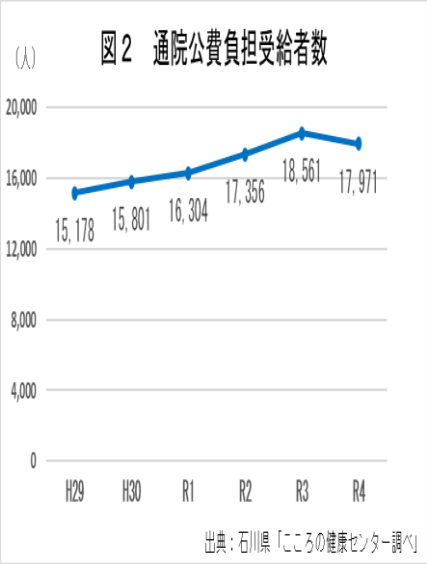
■精神保健医療福祉に携わる関係者が、精神保健福祉法を遵守し、患者や利用者の権利を擁護しつつ、質の高いサービスの提供を図る必要がある。

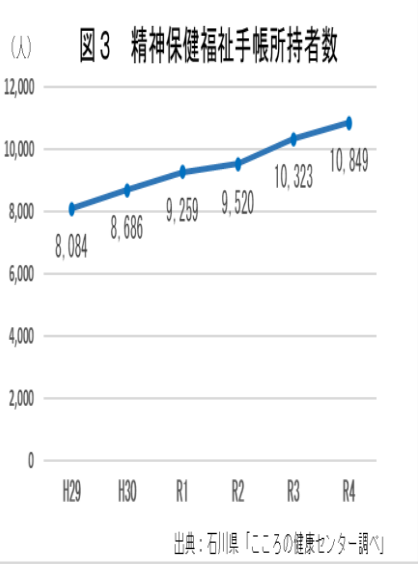
（１）精神疾患の患者の状況

【精神疾患患者数】

○石川県における精神科入院患者数は減少傾向となっているが、通院医療公費負担受給者数、精神保健福祉手帳所持者数は増加傾向にある（図 1･2･3）。







【精神科入院患者の状況】

○入院形態別にみると、医療保護入院の割合が半数以上を占めている（表 1）。

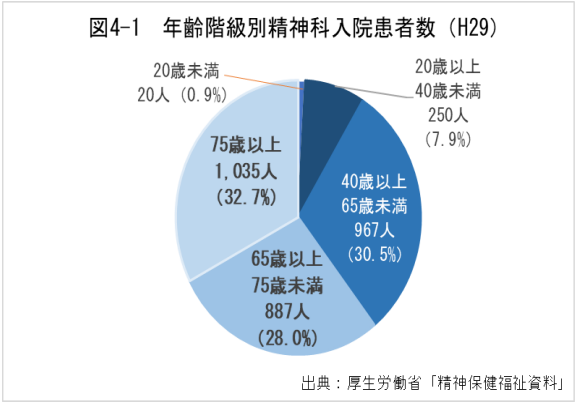
○年齢階級別精神科入院患者数では、65 歳以上が増加しており、約 7 割を占めている（図 4-1･4-2）。

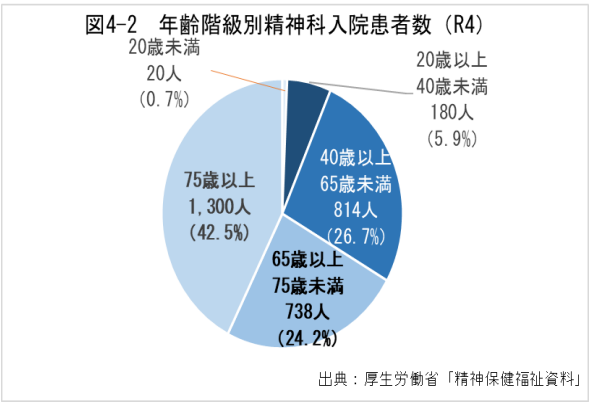
表１　患者数の比較　　（各年度６月末現在）

区分／年度	入院形態別患者数（県外患者含む）					県内入院患者数※３
	措置入院	医療保護入院	任意入院	その他※１	合計※２	
H29	15人（0.5%）	1,790人（56.4%）	1,362人（43.0%）	1人（0.1%）	3,168人（100%）	3,124人
R4	14人（0.5%）	1,928人（63.1%）	1,110人（36.4%）	0人（0%）	3,052人（100%）	2,970人
増減比（%）	△ 6.7	7.7	△ 18.5	-	△ 3.7	△ 4.9

※１　応急入院、鑑定入院
※２　県内精神科医療機関の入院患者数で県外患者を含む。
※３　県内精神科医療機関の入院患者数で県外患者を除く。

出典：厚生労働省「精神保健福祉資料」





○診断名別入院患者数では、統合失調症、統合失調症型及び妄想性障害は減少しているが、全体の半数近くを占めている（表 2）。

表２　診断名別入院患者数　　（各年度６月末現在）

診　　断　　名	H29	R4	増減比（%）	割合（%）
統合失調症、統合失調症型及び妄想性障害	1,740	1,390	△ 20.1	45.5%
症状性を含む器質性精神障害（ｱﾙﾂﾊｲﾏｰ型、脳血管性認知症等）	720	963	33.8	31.6%
気分（感情）障害	385	348	△ 9.6	11.4%
精神遅滞（知的障害）	61	73	19.7	2.4%
神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	91	66	△ 27.5	2.2%
精神作用物質による精神及び行動の障害（ｱﾙｺｰﾙ、覚せい剤等）	70	66	△ 5.7	2.2%
てんかん（器質性精神障害に属さないもの）	30	19	△ 36.7	0.6%
成人のパーソナリティ及び行動の障害	10	13	30.0	0.4%
心理的発達の障害	36	57	58.3	1.9%
生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	6	3	△ 50.0	0.1%
小児、青年期に発症する行動・情緒の障害、特定不能の精神障害	5	6	20.0	0.2%
その他	14	48	242.9	1.5%
合　　計	3,168	3,052	△ 3.7	100.0%

出典：厚生労働省「精神保健福祉資料」

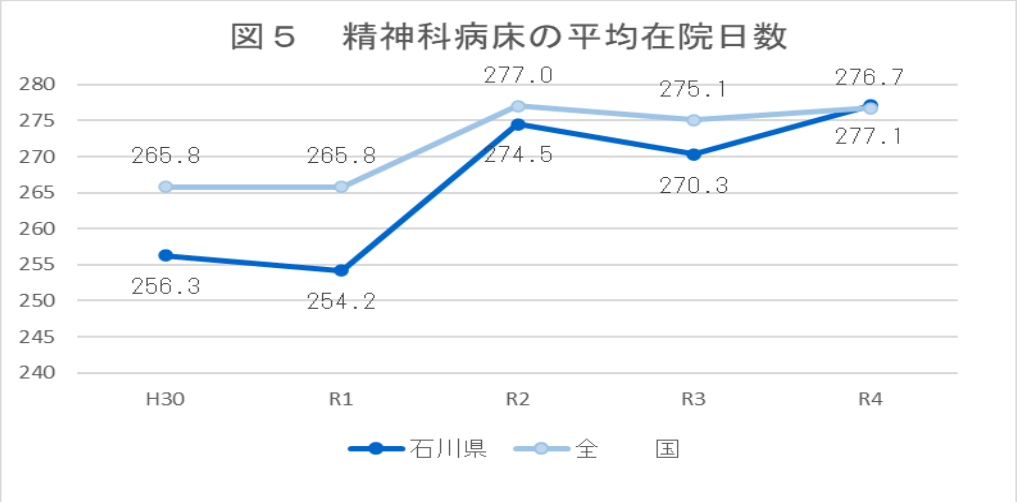
○在院期間別入院患者数では、1 年以上の長期入院患者が減少しており、特に 20 年以上の患者が減少している（表 3）。

表３　在院期間別入院患者数　　（各年度６月末現在）

区分／年度	在院期間								再掲	
	３ヶ月未満	３～６ヶ月未満	６ヶ月～１年未満	１～５年未満	５～２０年未満	２０年以上	不明	合計	１年未満	１年以上
H29（人）	699	230	268	894	769	305	3	3,168	1,197	1,968
R4（人）	700	196	309	927	714	206	0	3,052	1,205	1,847
増減比（%）	0.1	△ 14.8	15.3	3.7	△ 7.2	△ 32.5	△ 100.0	△ 3.7	0.7	△ 6.1

出典：厚生労働省「精神保健福祉資料」

○精神科病院の平均在院日数は、全国と同様の傾向で推移し、令和 3 年から令和 4 年には微増している（図 5）。



【精神科通院患者の状況】

○精神通院医療受給者数の内訳では、ほとんどの疾患が増加している。人数は少ないものの、小児期及び青年期に通常発症する行動および情緒の障害、心理発達の障害の増加が著しい。全体の割合では、気分障害が多く、全体の半数弱を占めている（表 4)。

表4　精神通院医療受給者の推移　　各年6月末現在

ICD-10 / 年度	F0 症状性を含む器質性精神障害	F1 精神作用物質使用による精神および行動の障害	F2 統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害	F3 気分障害	F4 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害	F5 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群	F6 成人のパーソナリティおよび行動の障害	F7 精神遅滞	F8 心理的発達の障害	F9 小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害	G40 てんかん	F99 その他の精神障害	計
H29（人）	494	262	5,100	6,895	962	43	56	71	441	141	683	30	15,178
R4（人）	501	291	4,966	8,009	1,553	53	46	114	785	420	1,063	170	17,971
増減比（%）	1.4	11.1	△ 2.6	16.2	61.4	23.3	△ 17.9	60.6	78.0	197.9	55.6	466.7	18.4

出典：石川県「こころの健康センター調べ」

【精神科救急医療の状況】

○石川県では、夜間・休日の精神科救急医療体制を確保するため、「精神科救急医療システム」として、地域ごとに当番病院を設置している。

○県内で夜間・休日の精神科救急拠点病院（輪番病院）は 15 病院となっている（金沢南部・以南 8 病院、金沢北部・以北 7 病院)。

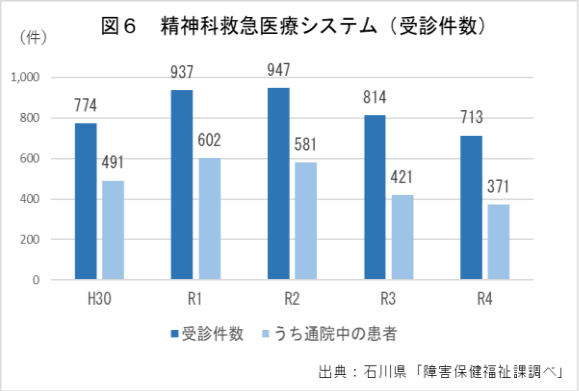
○精神科の救急医療に対応するため、県民からの相談窓口である「いしかわこころの救急ダイヤル」を設置しており、24 時間 365 日電話にて相談を受け付け、適切な助言を行うとともに、必要に応じて医療機関の紹介等を行っている。

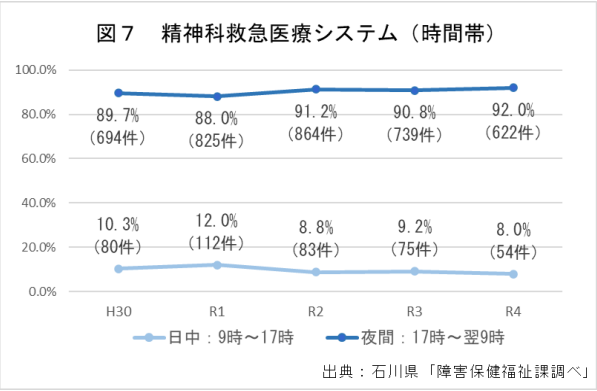
○精神科救急医療システムによる受診件数は令和 2 年度をピークに減少傾向にある。また、時間帯では夜間が 9 割近くを占める（表 5､図 6･7)。

表5　精神科救急医療システム実施状況　　単位：件

区分 / 年度	受診件数		対応の内訳						時間帯	
					入院形態の内訳					
	受診件数	うち通院中の患者	診察のみ	入院	措置入院	応急入院	医療保護	任意入院	日中 9時～17時	夜間 17時～翌9時
平成30年度	774(65)	491	423	351	28	23	267	33	80	694
令和元年度	937(78)	602	548	389	40	19	299	31	112	825
令和2年度	947(79)	581	520	427	61	14	317	33	83	864
令和3年度	814(68)	421	443	371	59	13	267	31	75	739
令和4年度	713(59)	371	411	304	25	13	237	24	54	622

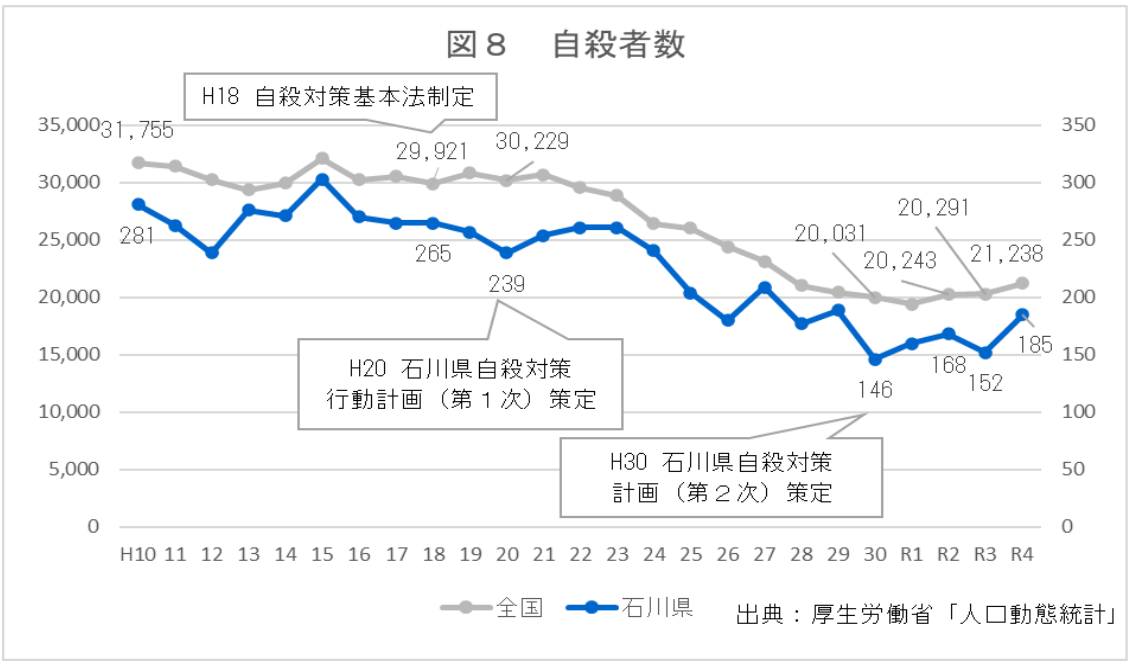
※( )月平均　　出典：石川県「障害保健福祉課調べ」

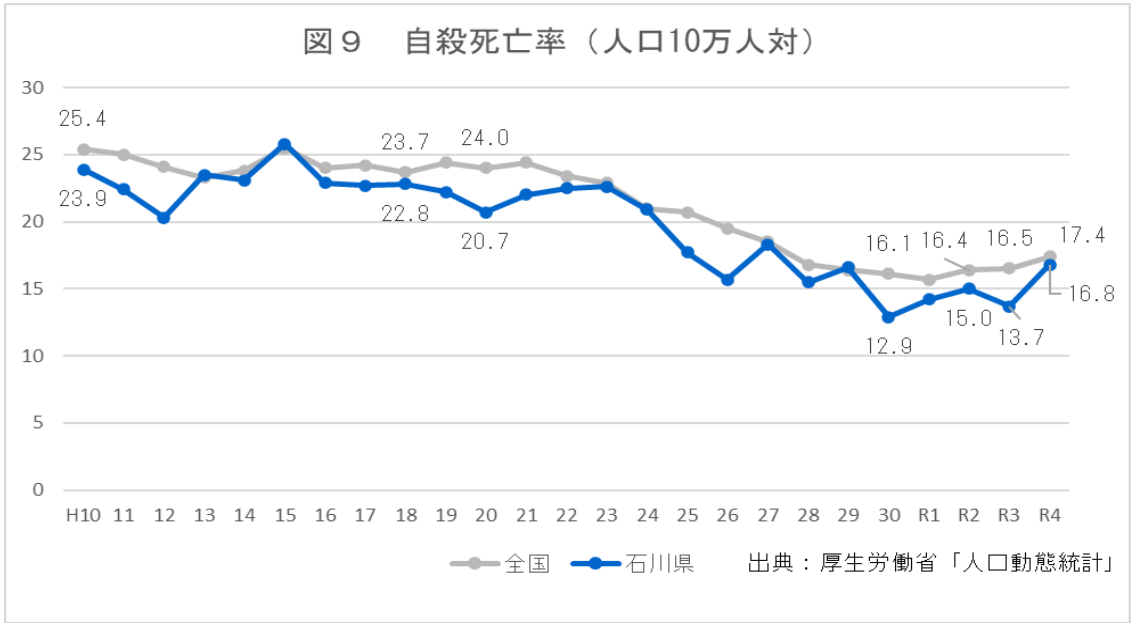




【自殺者の推移】

○自殺者数は、全国、本県ともに減少傾向にあったが、令和４年は 185 人（人口 10 万対 16.8）で前年より 33 人（人口 10 万対 3.1）増加した（図 8･9）。





（２）精神疾患の医療提供体制

【精神科医療機関の状況】

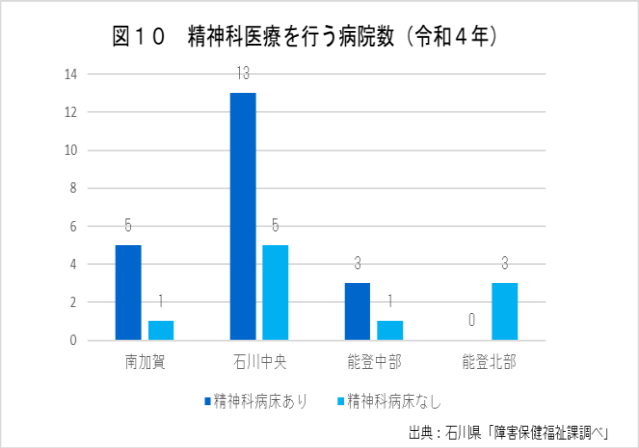
○県内で精神病床がある病院は 21 病院、精神科病床のない病院は 10 病院、精神科治療を行う診療所は 36 機関となっている（表 6）。

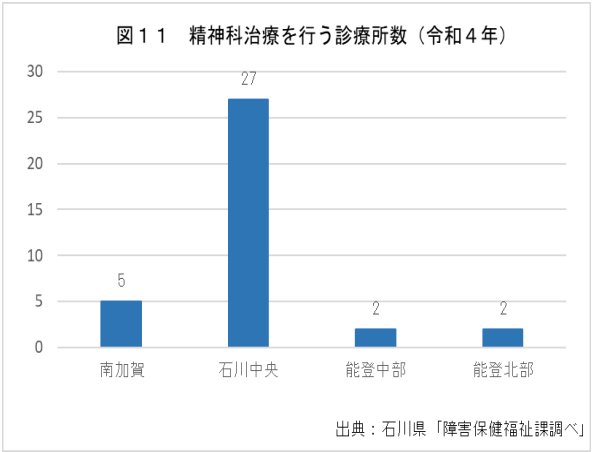
○圏域別にみると、精神科医療を行う病院、精神科治療を行う診療所ともに石川中央圏域が最も多い（図 10･11）。

表６　精神科医療機関数　(R4年)

	南加賀	石川中央	能登中部	能登北部	計
精神科医療を行う病院（精神科病床あり）	5	13	3	0	21
精神科医療を行う病院（精神科病床なし）	1	5	1	3	10
精神科治療を行う診療所	5	27	2	2	36

出典：石川県「障害保健福祉課調べ」





○県内における精神科病床（許可病床数）は、令和 4 年 6 月末現在 3,548 床である（表 7）。

表７　精神科病床の種類（R4. 6月末時点）

精神科病床の種類	病院数	病床数
精神科救急	2	140
精神科急性期	7	300
精神療養	12	1, 406
認知症治療	9	541
15対1入院基本料	8	769
その他	10	392
合計		3, 548

出典：厚生労働省「精神保健福祉資料」

○精神科医療機関の状況を全国と比較すると、精神病床数は多い一方、精神科を標榜する医療機関数は少ない（表 8）。

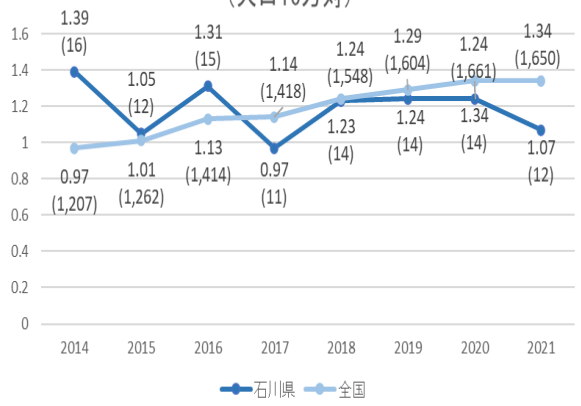
表8　精神科医療機関の状況（令和4年）

	精神病床を有する病院（A）	精神病床数	人口10万対精神科病床数	精神病床を有しない病院、診療所数（B）	精神科を標榜する医療機関（A+B）	人口10万対精神科標榜医療機関
石川県	21	3,598	321.4	46	67	6.0
全　国	1,636	308,667	247.1	8,492	10,128	8.1

出典：厚生労働省「精神保健福祉資料」

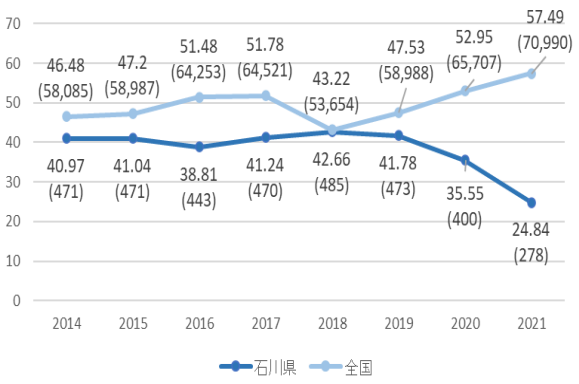
○精神科訪問診療を実施する医療機関数は、年により増減はあるものの横ばいで推移している。患者数も横ばい傾向が続いていたが、2019 年度から減少している（図 12・13）。

図１２　精神科訪問診療を実施する医療機関数
（人口10万対）



出典：厚生労働省「精神保健福祉資料」

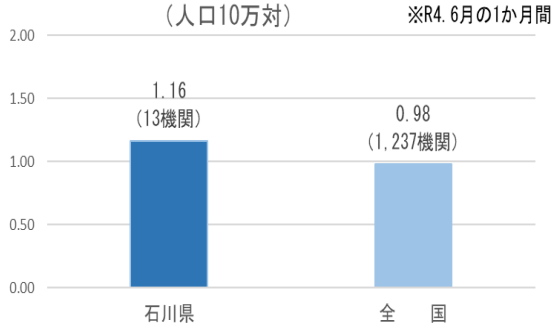
図１３　精神科訪問診療を利用した患者数
（人口10万対）



出典：厚生労働省「精神保健福祉資料」

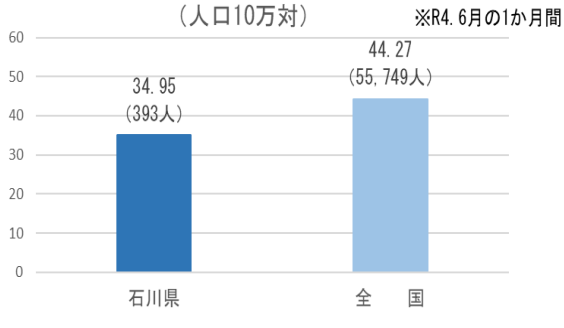
○精神科訪問看護を実施する病院数は全国に比べ多い。一方で、利用者数は少ない（図 14・15）。

図１４　精神科訪問看護の実施医療機関
（人口10万対）　※R4. 6月の1か月間



出典：厚生労働省「精神保健福祉資料」
※「精神科訪問看護・指導料Ⅰまたは Ⅲ」を算定した医療機関数を計上

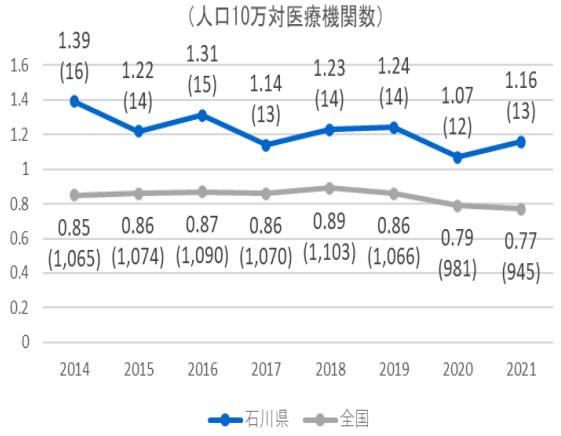
図１５　精神科訪問看護の利用者数
（人口10万対）　※R4. 6月の1か月間



出典：厚生労働省「精神保健福祉資料」
※「精神科訪問看護・指導料Ⅰまたは Ⅲ」の算定実人数を計上

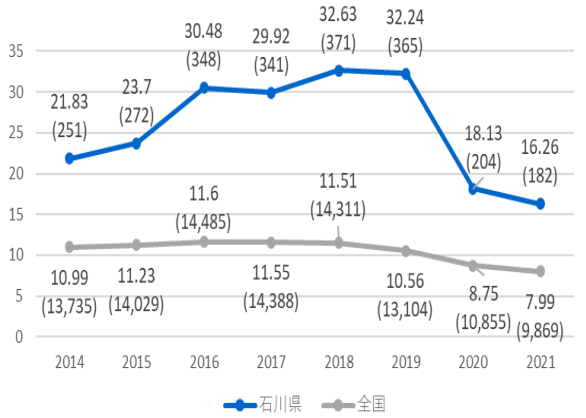
○多職種による精神科退院前訪問指導料を算定した医療機関数は、全国より高い水準で推移している。患者数は、年々増加傾向であったが、2019 年度から減少に転じている（図 16･17）。

図１６ 多職種による精神科退院前訪問指導料
（人口10万対医療機関数）



出典：厚生労働省「精神保健福祉資料」

図１７ 多職種による精神科退院前訪問指導料
（人口10万対患者数）



出典：厚生労働省「精神保健福祉資料」

【都道府県連携拠点医療機関】

○都道府県連携拠点医療機関は、各疾患に関する専門的な入院治療を提供するとともに、地域連携拠点医療機関等からの相談の対応、処遇困難例の受け入れ等医療連携の県拠点の役割を果たすこととされており、依存症は 2 機関、てんかん及び摂食障害がそれぞれ 1 機関、児童・思春期精神疾患及び周産期精神疾患、老年期精神疾患はそれぞれ 3 機関となっている。

【地域連携拠点医療機関】

○地域連携拠点医療機関は、各疾患に関する専門医療を提供するとともに、地域精神科医療機関からの相談、難治性、処遇困難例の受け入れ等医療連携の地域拠点の役割を果たすこととされており、依存症は 7 機関、てんかんは 11 機関、摂食障害は 11 機関、児童・思春期精神疾患は 19 機関、周産期精神疾患のうち妊婦の精神疾患が 19 機関、産後うつ等が 20 機関、老年期精神疾患は 17 機関となっている。

【地域精神科医療機関】

○地域精神科医療機関は、統合失調症やうつ病等一般的な精神疾患の治療の開始や、自立のためのリハビリテーションや在宅医療の実施を目標とする地域精神科医療を担うこととされており、統合失調症、うつ病等の診断・治療は 42 機関、認知行動療法等の実施は 4 機関、治療抵抗性統合失調症の治療は 11 機関、精神科リハビリテーションとして、デイケアが 17 機関、デイ・ナイトケアは 6 機関、在宅医療として、訪問診療は 14 機関、訪問看護は 17 機関となっている。

【専門的治療体制】

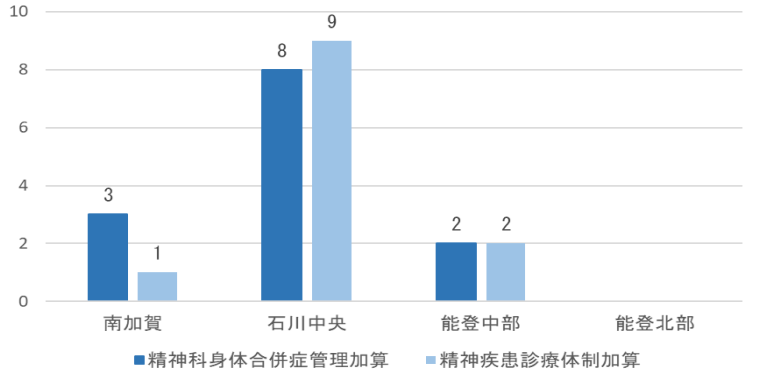
○難治性精神疾患の治療薬である治療抵抗性統合失調症治療薬（クロザピン）を使用できるとして公表されている医療機関は 12 機関（南加賀 2、石川中央 8、能登中部 2）となっている（出典：クロザリル適正使用委員会「CPMS 登録医療機関情報」）（R6 年 7 月現在）。

○本県では、疾患ごとに専門医療機関を指定している。例として、依存症専門医療機関が 5 機関、児童・思春期精神疾患の拠点医療機関が 3 機関となっている。

【精神医療と身体医療の連携】

○精神科身体合併症管理加算、精神疾患診療体制加算の届出をしている医療機関は 25 機関で、地域別では南加賀が 4 機関、石川中央が 17 機関、能登中部が 4 機関となっている（図 18）。

図１８　精神科身体合併症管理加算、精神疾患診療体制加算の届出をした医療機関数（R5. 12. 1時点）



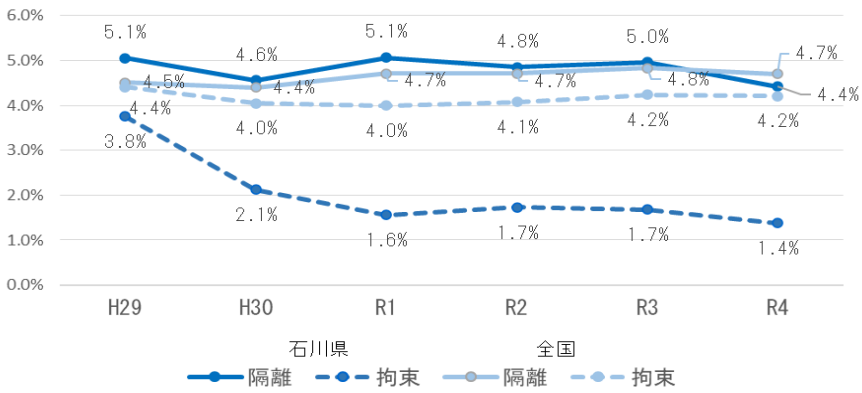
出典：東海北陸厚生局「届出受理医療機関名簿」

【人権保護の推進】

○在院患者に占める隔離又は身体拘束指示件数は減少傾向にある（図 19）

図１９　在院患者数に占める隔離・拘束指示割合

※R4. 6月の１か月間



（３）予防と早期発見の推進

○精神疾患患者が増加しており、こころの健康や精神疾患についての正しい知識の普及や職域・教育等と連携した取り組み、かかりつけ医等と精神科医との連携などにより、精神疾患の予防と早期診断、早期治療等の推進を図る必要がある。

○メンタルヘルスの不調や精神疾患は誰もが経験しうるものであり、精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが困りごと等を抱えた際に相談しやすい地域づくりが求められており、市町においては精神保健医療福祉上のニーズを抱えた方等地域住民の身近な相談窓口として相談支援体制の充実を図る必要がある。また、県の保健福祉センター及びこころの健康センターは、市町の精神保健福祉活動を支援する体制を強化する必要がある。

（４）精神科医療連携体制の充実

○統合失調症や依存症、発達障害等多様な精神疾患等ごとに医療機関の役割分担や連携体制等の構築が求められており、本県の実情にあった疾患ごとの医療機能と連携体制の強化を図る必要がある。

○アルコール、ギャンブル、薬物等の依存症は、早期の支援や適切な治療により、回復等が十分可能であるにもかかわらず、必要な治療や支援に繋がっていない場合も多いことから、早期発見・早期治療のための取組を推進する必要がある。

○精神科の医療ニーズが高まる中、精神科クリニック等では、予約が取りづらい状況が続いており、初期対応を行う医療提供体制等について検討する必要がある。

○精神科救急、身体合併症への対応として、身体合併症や自殺企図事例などへの対応が課題となっており、精神科救急と一般救急との連携など救急体制の充実を図る必要がある。

○精神障害者の高齢化に伴い、人工透析等の身体合併症が増加し、その対応が求められている。さらには、妊婦や自殺未遂後等にリハビリが必要となる患者等に対応するため、精神疾患と身体合併症の両者を診ることができる単一の医療機関を中心に、複数の医療機関の連携により対応できるよう医療提供体制の整備を図る必要がある。

○児童・思春期精神疾患への対応として、児童・思春期精神疾患に関連する受診者の割合が増加傾向にあることから、早期の診療や適切な対応につながるよう、児童・思春期の心の診療を担う専門医の充足を図る必要がある。

○強度行動障害のある者の精神科病院への入院にあたっては、移行先を見据えた介入を行い、入院中から福祉との連携を図る必要がある。

○精神科医療機関が少なく、患者の高齢化が進んでいる能登地区において、精神科医療機関と訪問看護ステーション等との連携により精神科医療提供体制等の整備を図る必要がある。

（５）精神障害者にも対応した地域包括ケアの推進

○地域包括ケアシステムの構築を進めるためには、地域住民の理解や支えが不可欠であり、地域住民がメンタルヘルスの問題を正しく理解することで偏見や差別をなくし、精神障害を有する方等に対する支援が実施できるよう体制整備を図る必要がある。

○入院中からの地域連携の推進として、入院中から、病院、県保健福祉センター、市町、相談支援事業所等が連携するなど早期退院に向けた取り組みが必要である。

○再入院防止に向けた在宅支援のための連携強化では、訪問看護ステーションや障害福祉サービス、介護サービス等との連携など、再入院防止に対する取組に加え、未治療者や治療中断者等に対しては、多職種連携によるアウトリーチ支援等が行える体制を構築する必要がある。

○地域ごとの連携体制の構築としては、精神障害の有無や程度に関わらず、誰もが住み慣れた地域で安心して自分らしく暮らすことができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、就労等の社会参加、地域の助け合い、教育・普及啓発が包括的に確保された精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築をさらに推進する必要がある。

○障害福祉圏域や市町ごとの保健・医療・福祉関係者によ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、市町などとの重層的な連携による支援体制の構築を図る必要がある。

（６）人権擁護の推進

○改正精神保健福祉法（R4.12.16 公布）では、障害者基本法の基本的な理念にのっとり、精神障害者の権利の擁護を図りつつ、その医療及び保護を行い、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律と相まって、その社会復帰の促進及び自立と社会経済活動への参加の促進のために必要な援助を行うことが求められている。

○精神保健医療福祉に携わる関係者が、精神保健福祉法を遵守し、患者や利用者の権利を擁護しつつ、質の高いサービスの提供を図る必要がある。

３．基本理念

（１）精神疾患に悩む人やその家族のニーズに応えられる精神科医療の実現
（２）関係機関等と連携し、早期治療、早期回復を目指した精神科医療の実現
（３）多様な精神疾患に対応できる医療連携体制の構築
（４）住み慣れた場所で医療が受けられるよう、在宅医療を重視し、地域の保健福祉サービスと連携した地域医療体制を構築
（５）医療、障害福祉・介護その他のサービスを切れ目なく受けられる体制を整備
（６）本人の意思の尊重と生活機能（ICF）の考え方を踏まえた多職種・多機関が有機的に連携する体制を構築。

※ICF：　国際生活機能分類（WHO 2001 年）
「心身機能」、「生活活動」、「参加」の３つの要素から構成される。
それぞれの要素を評価し、バランス良く働きかけることが重要。

（精神疾患の医療体制の構築に係る指針）

４．精神疾患の医療機能の明確化及び圏域の設定

（１）精神疾患の医療体制

区分	地域精神科医療機関	専　門		
		【依存症】	【てんかん】	【摂食障害】
機能	①統合失調症、気分障害等一般的な精神疾患の診断、治療 ②リハビリテーションの実施 ③訪問診療の実施及び訪問看護福祉介護サービス等と連携した在宅支援	【地域連携拠点医療機関】 ①依存症の診断、専門治療の提供 ②依存症に対する回復プログラム等の実施 【県連携拠点医療機関】 ①依存症に対する専門的入院医療の提供 ②地域精神科医療機関への相談支援、困難事例に対する助言	【地域連携拠点医療機関】 ①てんかんの診断、専門治療の提供 【県連携拠点医療機関】 ①難治性てんかんに対す専門医療（手術等）の提供 ②地域精神科医療機関への相談支援、困難事例に対する助言	【地域連携拠点医療機関】 ①摂食障害の診断、治療の提供 ②内科医、心理士、管理栄養士等によるチーム医療の提供 【県連携拠点医療機関】 ①重度の摂食障害の入院治療等の提供 ②地域精神科医療機関への相談支援、困難事例に対する助言
目標	●一般的な精神疾患の診断、治療、リハビリテーション ●訪問診療の実施及び訪問看護福祉・介護サービス等と連携した在宅療養支援	●依存症の専門的な治療、リハビリテーション	●てんかんの専門的な治療	●摂食障害の専門的な治療
医療機関に求められる事項	統合失調症、気分障害等一般的な精神疾患の治療の開始や、自立のためのリハビリテーションや在宅医療の実施を目標とする“地域精神科医療”のための要件 ①精神科又は神経科を標榜 ②自立支援医療（精神通院）指定医療機関 ③在宅患者への訪問診療や訪問看護サービスの提供及び障害福祉介護サービス等との連携が可能 ④医療機能の実施状況を把握するために、県が年に１回程度行う調査に協力	【地域連携拠点医療機関】 各疾患に関する専門治療を提供するとともに、地域精神科医療機関等からの相談、難治性、処遇困難例の受け入れ等医療連携の地域拠点の役割を果たすこと ①日本精神神経学会認定の精神科専門医の配置 ②依存症に係る研修を修了した医師及び看護師等の配置（アルコール、薬物、ギャンブルに関する研修のいずれか） ③依存症に特化した外来専門プログラムの実施 【県連携拠点医療機関】 各疾患に関する専門的な入院治療を提供するとともに、地域連携拠点医療機関等からの相談の対応、処遇困難例の受け入れ等医療連携の県拠点の役割を果たすこと ①重度アルコール依存症入院医療管理加算の届出施設 ②アルコール、薬物、ギャンブル依存症に係る全ての研修を修了した医師の配置 ③②の各々の研修を修了した看護師等を１名以上配置 ④医療機関に対する依存症に関する研修会の実施、情報発信等が実施可能	【地域連携拠点医療機関】 ①日本てんかん医学会認定医の配置 ②脳波検査等が実施可能（連携して実施も可） 【県連携拠点医療機関】 ①てんかん手術が実施可能 ②ビデオ脳波モニタリングが実施可能 ③ 地域精神科医療機関等への相談支援、困難事例に対する助言が可能	【地域連携拠点医療機関】 ①摂食障害の診断・専門治療が可能 ②内科医、臨床心理士、管理栄養士の配置、または他施設との連携によるチーム医療が可能 【県連携拠点医療機関】 ①摂食障害の治療を専門的に行っている医師の配置 ②地域医療機関等への相談支援、困難事例に対する助言が可能
連携	●連携体制図参照			
医療提供施設等の種別	・精神科を標榜する病院及び診療所 ・訪問看護ステーション	【地域連携拠点医療機関】 ・精神科を標榜する病院及び診療所 【県連携拠点医療機関】 ・精神科病院	【地域連携拠点医療機関】 ・精神科、小児科、神経内科等を標榜する病院及び診療所 【県連携拠点医療機関】 ・総合病院	【地域連携拠点医療機関】 ・精神科、又は小児科を標榜する病院及び診療所 【県連携拠点医療機関】 ・大学病院、総合病院

区分	専　門		
	【児童・思春期（発達障害含）】	【周産期精神疾患】	【老年期精神疾患】
機能	【地域連携拠点医療機関】 ①児童・思春期精神疾患の診断、治療の提供 ②発達障害の診断・治療の提供 ③療育訓練、リハビリテーションの実施 ④療育機関、保育所等と連携した発達支援等の提供 【県連携拠点医療機関】 ①児童・思春期精神疾患に対する鑑別診断、重症患者の入院医療の提供 ②療育機関等と連携した発達支援等の提供 地域医療機関への相談支援、困難事例に対する助言	【地域連携拠点医療機関】 ①妊娠中の精神疾患患者の治療の提供、母体、胎児の管理 ②産後うつ病等産褥期の精神疾患の診断、治療の提供 【県連携拠点医療機関】 ①精神症状が重篤な妊婦の母体管理、分娩管理 ②かかりつけ医等への相談支援、困難事例に対する助言	【地域連携拠点医療機関】 ①老年期精神疾患の鑑別診断、治療が可能 ②重度認知症に対するデイケアの実施 ③地域包括支援センター、介護事業者等と連携し在宅療養支援 【県連携拠点医療機関】 ①重篤な周辺症状（BPSD）を有する患者の入院治療 ②かかりつけ医等への相談支援、困難事例に対する助言
目標	●児童・思春期（発達障害）の専門的な治療	●周産期精神疾患の専門的な治療	●老年期精神疾患の鑑別診断、治療、リハビリテーション
医療機能に求められる事項	【地域連携拠点医療機関】 各疾患に関する専門治療を提供するとともに、地域精神科医療機関等からの相談、難治性、処遇困難例の受け入れ等医療連携の地域拠点の役割を果たすこと ①児童・思春期の精神疾患の診断・専門治療が可能 ②小児の発達障害の診断・専門治療が可能 ③療育訓練、リハビリテーションが実施可能 ④療育機関、保育所等と連携した発達支援等が可能 【県連携拠点医療機関】 各疾患に関する専門的な入院治療を提供するとともに、地域連携拠点医療機関等からの相談の対応、処遇困難例の受け入れ等医療連携の県拠点の役割を果たすこと ①児童・思春期精神疾患に対する重症患者の入院医療の提供 ※児童思春期精神科入院管理加算届出施設又はこどもの心の診療拠点病院 ②療育機関等と連携した発達支援等の提供や地域医療機関への相談支援、困難事例に対する助言が可能	【地域連携拠点医療機関】 ①妊娠中の精神疾患患者の治療が可能 ②産科医と連携し、母体・胎児の管理が可能 ③産後うつ病等産褥期の精神疾患の診断・治療が可能 【県連携拠点医療機関】 ①精神症状が重篤な妊婦の母体管理、分娩管理が可能 ※ハイリスク分娩管理加算届出施設 ②地域医療機関への相談支援、困難事例に対する助言が可能	【地域連携拠点医療機関】 ①老年期精神疾患の鑑別診断、治療が可能 ②老年精神医学会認定専門医の配置 ③重度認知症デイ・ケア届出施設 ④地域包括支援センター、介護事業者等と連携し在宅療養支援が可能 【県連携拠点医療機関】 ①重篤な周辺症状（BPSD）を有する患者の入院治療が可能 ※認知症疾患医療センターの指定 ②地域医療機関への相談支援、困難事例に対する助言が可能
連携	●連携体制図参照		
医療提供施設等の種別	【地域連携拠点医療機関】 ・精神科、又は小児科を標榜する病院及び診療所 【県連携拠点医療機関】 ・精神科、小児科を標榜する病院	【地域連携拠点医療機関】 ・精神科、又は産科を標榜する病院及び診療所 【県連携拠点医療機関】 ・総合病院	【地域連携拠点医療機関】 ・精神科を標榜する病院及び診療所 【県連携拠点医療機関】 ・認知症疾患医療センター

精神疾患の医療機関リスト

精神疾患に関する医療機関リスト

このリストは、一般的な精神疾患の治療、リハビリテーション、在宅療養支援を担う医療機関と疾患毎の専門的な医療機関に求められる要件を基本的に充足し、かつ、医療計画にその名称を掲載することを希望した医療機関を掲載するものである。

なお、当該リストは、今後、各医療機関の医療体制の変更や診療実績を踏まえ、必要に応じて見直しを行う。

Ⅰ　地域精神科医療機関リスト

【令和６年４月１日現在】

医療機関	医療圏		診断・治療			入院治療			精神科リハビリテーション		在宅医療	
			統合失調症うつ病等の診断・治療	認知行動療法等の実施	治療抵抗性統合失調症の治療	入　院	応急入院	夜間・休日重症患者受入	デイ・ケア	デイ・ナイトケア	訪問診療	訪問看護
	南加賀	粟津神経サナトリウム	○		○	○			○		○	○
		加賀こころの病院	○		○	○	○		○	○		○
		小松市民病院	○						○	○		
		片山津温泉・丘の上病院	○			○						
	石川中央	医王ケ丘病院	○			○					○	○
		石川県立こころの病院	○		○	○	○	○	○		○	○
		岡部病院	○		○	○	○		○		○	○
		かないわ病院	○			○			○			○
		金沢医科大学病院	○	○	○	○						
		金沢医療センター	○	○	○	○						
		金沢大学附属病院	○		○	○	○					
		公立松任石川中央病院	○			○			○			○
		桜ヶ丘病院	○			○			○	○		○
		十全病院	○	○		○			○			○
		城北病院	○								○	○
		青和病院	○			○	○		○	○		○
		ときわ病院	○		○	○			○			○
		松原病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		結城病院	○			○			○			
	能登中部	公立能登総合病院	○		○	○			○			
		七尾松原病院	○		○	○	○		○	○	○	○
診療所	南加賀	アイリスメディカルクリニック	○								○	
		加賀温泉駅前こころクリニック	○									
	石川中央	痛みとストレスのクリニック	○									
		ヴィークリニック	○									
		岡部診療所	○						○			
		かとうクリニック	○									
		さぶりクリニック	○								○	
		Jクリニック	○									
		心療内科石井クリニック	○									
		つばきメンタルクリニック	○									
		中山クリニック	○									
		野々市こころのクリニック	○						○		○	○
		ミロク町診療所	○								○	
		メンタルクリニックくまぶん	○									
		やすもと医院	○									
		わせだクリニック	○									
	能登中部	恵寿総合病院	○									
		羽咋東部クリニック	○									
	能登北部	穴水こころのクリニック	○								○	○
		市立輪島病院	○								○	○
		大和医院	○								○	

病院、診療所別医療圏毎に五十音で掲載

・上記のリストは、令和６年４月１日現在である。

アドレス　http://www.pref.ishikawa.lg.jp/iryou/support/center.html

Ⅱ　精神疾患　疾患毎の専門医療機関リスト

●県連携拠点、○地域連携拠点　　【令和6年4月1日現在】

医療機関	医療圏	医療機関名	依存症	てんかん	摂食障害	児童・思春期精神疾患（発達障害含む）	周産期精神疾患		老年期精神疾患
							妊婦の精神疾患	産後うつ等	
病院・診療所	南加賀	粟津神経サナトリウム	○		○	○	○		○
		加賀こころの病院	○	○		○	○	○	●
		片山津温泉丘の上病院							○
		小松市民病院					○	○	
		うわだな小児科医院				○			
	石川中央	医王ヶ丘病院				○	○	○	○
		石川県立こころの病院	●			●	○	○	●
		岡部病院	○	○	○	○	○	○	○
		かないわ病院	○	○	○	○	○	○	○
		金沢医科大学病院		○	○	○	●	●	○
		金沢医療センター					○	○	
		金沢大学附属病院	○	○	●	●	●	●	○
		桜ヶ丘病院			○			○	○
		十全病院		○	○	○	○	○	○
		城北病院			○		○	○	
		青和病院	○	○	○	○	○	○	○
		ときわ病院		○		○	○	○	○
		松原病院	●		○	○	○	○	○
		結城病院				○		○	○
		浅ノ川総合病院		●					
		岡部診療所					○	○	○
		さぶりクリニック				○	○	○	
		中山クリニック					○	○	○
		やすもと医院				○			
		ゆあさメンタルクリニック				○	○	○	
		医王病院				●			
		石川療育センター				○			
	能登中部	公立能登総合病院	○	○	○	○	●	●	●
		七尾病院		○		○			
		七尾松原病院		○	○	○	○	○	○
	能登北部	穴水こころのクリニック					○	○	○

圏域、精神科病院、精神科診療所、その他医療機関毎に五十音で掲載
上記のリストは、令和6年4月1日現在であり、最新の医療機関リストはホームページ上に掲載
アドレス　http://www.pref.ishikawa.lg.jp/iryou/support/center.html
※上記のリストは、精神科専門医療機関リストである。
ただし、児童・思春期精神疾患（発達障害含む）については、小児科も含む。

（２）精神疾患における圏域の設定

精神疾患の診療については、基本的には患者の状態に応じて県全域で対応しており、県全域を精神科医療の圏域とする。

５．精神疾患の施策の方向性

【目的（目指す方向）】

■精神保健医療福祉上のニーズを有する方が、その意向やニーズに応じ、切れ目なく医療、障害福祉・介護等のサービスを利用し、安心してその人らしい地域生活を送ることができる。

【目標】

■精神疾患の予防、早期発見、早期治療等の推進

■精神科医療提供体制の充実

■精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの推進

■精神障害者の権利擁護の推進

（１）予防、早期発見、早期治療

○精神疾患に対する誤解や偏見を無くし、精神保健福祉上のニーズを有する方が必要な保健医療福祉サービスの提供を受け、地域の一員として安心して生活することができるよう、関係機関、関係団体等と連携し、精神疾患について正しい知識の普及啓発を図る。

○学校、労働局等と連携し、こころの健康づくりについて普及啓発を行うとともに、精神科医療機関と連携し、早期に相談、受診できる体制を構築する。

○精神障害の有無や程度にかかわらず、地域で暮らす全ての人が、身近な地域で気軽に相談できるよう市町の相談体制の充実を図るとともに、各種相談窓口から適切に保健・医療・福祉サービスに繋がるよう、相談従事者に対する研修、連携を強化する。

○県の保健福祉センター及びこころの健康センターは、市町の精神保健福祉活動を支援する体制を強化する。

○ひきこもり状態にある方の中には、精神疾患に罹患している方も含まれていることも多いことから、ひきこもり状態の未治療者に対して適切な医療が提供できるよう、地域精神保健関係者や精神科医療機関等と連携し家庭訪問等による支援を推進する。

○かかりつけ医等に対し、精神疾患の早期発見に関する研修を実施するとともに、かかりつけ医と精神科専門医の連携等を通じ、早期診断、早期治療を推進する。

（２）精神科医療連携体制の充実

○アルコール、ギャンブル、薬物等の依存症については、依存症治療拠点機関等を中心に、地域の精神科医療機関や一般医療機関、相談機関等との連携により、予防から相談、適切な医療、回復支援までの切れ目のない支援を提供する。

○摂食障害、てんかん等について、県連携拠点医療機関を中心に、地域連携拠点医療機関、地域精神科医療機関が役割分担、連携しながら専門的かつ適切な医療を提供する。

○精神科クリニック等における予約が取りづらい状況を解消するため、初期対応を行う医療提供体制について具体的に検討する。

○救急搬送された自殺未遂者等に対し適切な精神科医療が提供できるよう、救急医療と精神科医療機関との連携を強化する。

○身体合併症対応については、精神疾患と身体合併症の両者を診ることができる単一の医療機関を中心に、複数の医療機関の連携により対応できるよう医療提供体制について具体的に検討する。

○産後うつ病等周産期精神疾患の早期発見、治療が円滑に進むよう、産婦健診等母子保健事業と専門医療機関との連携体制を推進する。

○老年期の精神疾患について適切な診断、治療、在宅生活支援が行われるよう県拠点医療機関を中心に、地域精神科医療機関、かかりつけ医、地域包括支援センター、介護保険事業者等との連携を強化する。

○高次脳機能障害について必要な医療・支援が受けられるよう、高次脳機能障害相談・支援センターを中心に、相談・支援を行うとともに、関係者、県民に対する普及啓発を実施する。

○心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った精神障害者に対し、指定精神科医療機関、保護観察所等と連携し、治療の継続、社会復帰を支援する。

※県内指定通院医療機関：病院(5)、診療所(2)、薬局(8)、訪問看護(4)
国が示す病院、診療所の必要数：4　　(R5.4.1 現在)

○災害時の精神医療に対応するため、災害拠点精神科病院の機能強化を図るとともに、災害派遣精神医療チーム（DPAT）の養成等必要な体制を整備する。

○精神科救急医療体制の充実を図るため、基幹病院、輪番病院による受け入れを整えるとともに、身体合併症の受入病院、一般救急医療機関、消防関係者等との連携を強化する。

○医療と福祉の連携により、強度行動障害のある患者への対応を具体的に検討する。

○精神科医療機関が少なく、患者の高齢化が進んでいる能登地区における精神科医療提供体制について具体的に検討する。

（３）精神障害者にも対応した地域包括ケアの推進

○メンタルヘルスの問題に関する偏見や差別をなくし、メンタルヘルスの問題を抱える身近な人に対して、傾聴を中心とした支援を、正しい知識に基づいて実践する人材を養成する。

○入院早期から、医療機関、保健所、市町、相談支援事業所等が連携し、在宅生活に必要なサービスの調整、退院支援等を実施する。長期入院患者に対しては、ピアサポーター等を活用し、退院に向けての支援を実施する。

○ピアサポーターがその特性を活かし、長期入院患者等に対する支援だけではなく、普及啓発や教育、相談支援、意思決定支援等にも寄与できるよう、ピアサポーターの活用を推進する。

○在宅の精神障害者に対し、精神科医療機関、訪問看護ステーション、障害福祉サービス事業所等が連携し、受療中断の予防、療養生活の支援、症状の急性憎悪等による緊急時の対応等を充実する。

○未治療者や治療中断者等に対しては、多職種連携によるアウトリーチ支援等必要な体制を整備する。

○精神障害の有無や程度に関わらず、誰もが住み慣れた地域で安心して自分らしく暮らすことができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、就労等の社会参加、地域の助け合い、教育・普及啓発が包括的に確保された精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築をさらに推進する。

○地域包括ケアシステムの構築にあたっては、障害福祉圏域、市町ごとの保健・医療・福祉関係者によ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、市町などとの重層的な連携による支援体制を整備する。

○精神障害者が希望する地域で生き甲斐を持って生活できるよう、障害者プランに基づく施策を推進する。

（４）人権擁護の推進

○精神保健医療福祉に携わる関係者が、精神保健福祉法を遵守し、患者や利用者の権利を擁護しつつ、質の高いサービスを提供する。

○精神科病院における不適切な隔離や身体拘束等の最小化に向けた取組を推進する。

○精神科病院における虐待の発生予防、早期発見、再発防止に向けた取組を推進する。

施策・指標マップ

精神疾患分野　施策・指標体系図（ロジックモデル）

1【予防、早期発見、早期治療】

番号	個別施策	番号	目　標
			精神疾患の予防、早期発見、早期治療等の推進
施策１	メンタルヘルス・精神疾患等を正しく理解するための普及啓発	指標１	【P】心の健康づくり講師派遣事業受講者数
			【P】ゲートキーパー養成研修受講者数（累計）
施策２	市町の相談支援体制の充実	指標２	【S】市町における精神保健福祉の相談支援に従事している職員数
			【P】市町における精神保健福祉の相談支援の実施件数
施策３	ひきこもり状態の未治療者に対する適切な医療の提供	指標３	【P】県及び市町におけるひきこもり相談支援の実施件数
施策４	かかりつけ医等を対象としたうつ病対応力研修の開催	指標４	【P】かかりつけ医等を対象としたうつ病・依存症等対応研修会参加者数

番号	目的
	精神保健医療福祉上のニーズを有する方が、その意向やニーズに応じ、切れ目なく医療、障害福祉・介護等のサービスを利用し、安心してその人らしい地域生活を送ることができる
指標１	【O】精神障害者の精神病床から退院後１年以内の地域での平均生活日数（地域平均生活日数）
指標２	【O】自殺死亡率
指標３	【O】精神病床における入院後３か月時点の退院率
指標４	【O】精神病床における入院後６か月時点の退院率
指標５	【O】精神病床における入院後１２か月時点の退院率
指標６	【O】精神病床における急性期・回復期・慢性期入院患者数（65歳以上）
指標７	【O】精神病床における急性期・回復期・慢性期入院患者数（65歳未満）
指標８	【O】精神病床における新規入院患者の平均在院日数

2【精神科医療連携体制の構築】

番号	個別施策	番号	目　標
			精神科医療提供体制の充実
施策１	専門的かつ適切な医療提供体制の充実	指標１	【S】各疾患、領域※それぞれについて、入院診療を行っている精神病床を持つ医療機関数
			【P】各疾患、領域※それぞれについての入院患者数
			【S】各疾患、領域※それぞれについて、外来診療を行っている精神病床を持つ医療機関数
			【P】各疾患、領域※それぞれについての外来患者数
			【S】閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法を実施した医療機関数
			【P】閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法を実施した患者数
			【S】認知療法・認知行動療法を算定した医療機関数
			【P】認知療法・認知行動療法を算定した患者数
			【P】統合失調症患者における治療抵抗性統合失調症治療薬の使用率
			【S】依存症専門医療等機関のうち依存症治療拠点機関の数
			【S】てんかん支援拠点機関数
			【P】石川県てんかん支援拠点病院（浅ノ川総合病院）における相談件数
			【S】摂食障害支援拠点病院数
			【P】石川県摂食障害支援拠点病院（金大病院）における相談件数
施策２	児童・思春期精神疾患の早期発見・早期治療体制の強化	指標２	【S】児童・思春期精神科入院医療管理料を算定した医療機関数
			【P】児童・思春期精神科入院医療管理料を算定した患者数
施策３	周産期精神疾患の早期発見・治療体制の推進		
施策４	老年期精神疾患の適切な診断・治療・在宅生活支援の推進	指標３	【S】認知症ケア加算をした算定した医療機関数
			【S】認知症疾患医療センターの指定医療機関数
			【P】認知症疾患医療センターの鑑別診断数
施策５	高次脳機能障害の相談支援・普及啓発の推進	指標４	【P】高次脳機能障害相談・支援センターにおける相談件数
施策６	医療観察法における対象者への医療継続・社会復帰への支援		
施策７	災害派遣精神医療チームの体制整備	指標５	【S】DPAT先遣隊登録機関数
			【P】石川DPAT指定機関数
			【P】DPAT養成研修修了者数

※統合失調症、うつ・躁うつ病、児童・思春期精神疾患、依存症、摂食障害、てんかん

番号	個別施策		番号	目　　標
施策８	精神科救急医療体制の充実	➡	指標６	【S】精神科救急医療機関数（病院群輪番型、常時対応型、外来対応施設及び身体合併症対応施設）
				【S】精神科救急・合併症入院料又は精神科身体合併症管理加算を算定した医療機関数
				【P】精神科救急・合併症入院料又は精神科身体合併症管理加算を算定した患者数
				【S】精神疾患診療体制加算又は精神科疾患患者患者等受入加算を算定した医療機関数
				【P】精神疾患診療体制加算又は精神科疾患患者患者等受入加算を算定した患者数
				【P】精神科救急医療体制整備事業における入院件数
				【P】精神科救急医療体制整備事業における受診件数
				【S】救急患者精神科継続支援を算定した医療機関数
				【P】救急患者精神科継続支援料を算定した患者数
				【S】救命救急入院料精神疾患診断治療初回加算を算定した医療機関数
				【P】救命救急入院料精神疾患診断治療初回加算を算定した患者数
				【P】精神疾患の救急車平均搬送時間
施策９	救急医療と精神科医療との連携強化	➡	指標７	【S】精神科リエゾンチーム加算を算定した医療機関数
				【P】精神科リエゾンチーム加算を算定した患者数

３【精神障害者にも対応した地域包括ケアの推進】

番号	個別施策		番号	目　　標
				精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの推進
施策１	入院早期からの退院に向けた支援の実施			
施策２	在宅の精神障害者に対する医療支援の充実	➡	指標１	【S】在宅精神療法又は精神科在宅患者支援管理料を算定した医療機関数
				【P】在宅精神療法又は精神科在宅患者支援管理料を算定した患者数
				【S】療養生活継続支援加算算定医療機関数
施策３	治療中断者や困難事例に対するアウトリーチ支援体制の整備	➡	指標２	【S】精神科訪問看護・指導料を算定している又は精神科訪問看護基本療養費の届け出を行っている施設数
				【P】精神科訪問看護・指導料又は精神科訪問看護指示料を算定した患者数
施策４	精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの構築の推進			

４【人権擁護の推進】

番号	個別施策		番号	目　　標
				精神障害者の権利擁護の推進
施策１	精神病院における隔離・身体的拘束、逆躯体の防止に向けた取組の推進	➡	指標１	隔離指示件数
				身体的拘束指示件数
				精神科病院における虐待通報件数

数値目標

分類	指標		現状値	目標値	
	名称	出典・説明		R8年度（中間年）	R11年度（最終年）
B	かかりつけ医等を対象としたうつ病・依存症等対応研修会参加者数（累計）	石川県「障害保健福祉課調べ」	5,443人 (R4)	6,200人以上	7,100人以上
B	ゲートキーパー養成研修受講者数（県・市町実施分）	石川県「障害保健福祉課調べ」	49,763人 (R4)	62,180人以上	74,600人以上
C	自殺死亡率	厚生労働省「人口動態統計」	16.8 (R4)	12.8以下	※令和９年改訂予定の自殺総合対策大綱を参考に設定
B	児童・思春期（発達障害含む）治療の専門医療機関数（県連携拠点・地域連携拠点）	石川県「障害保健福祉課調べ」	21 (R4)	増加	増加
C	精神病床における入院後3か月時点の退院率	厚生労働省「精神保健福祉資料」	67.1% (R2)	68.9%	第８期障害者福祉計画(R9～R11年度)を参考に設定
C	精神病床における入院後6か月時点の退院率		81.7% (R2)	84.5%	
C	精神病床における入院後12か月時点の退院率		88.8% (R2)	91.0%	
B	精神科救急・合併症入院料又は精神科身体合併症管理加算を算定した医療機関数	厚生労働省「精神保健福祉資料」	12 (R3)	現状維持	現状維持
B	療養生活継続支援加算届出医療機関数	東海北陸厚生局	10 (R5)	増加	増加
C	精神障害者の精神病床から退院後1年以内の地域での平均生活日数（地域平均生活日数）	厚生労働省「精神保健福祉資料」	330.6 (R3)	325.3	第８期障害者福祉計画を参考に設定

現状把握の指標

	指標区分(S/P/O)	指標名	時点	県全体	全国	出典
予防、早期発見、早期治療	S	市町における精神保健福祉の相談支援に従事している職員数	R4	0	535	地域保健・健康増進事業報告
		（人口10万人対）		0	0.42	
予防、早期発見、早期治療	S	心のサポーター養成研修の実施回数	R3	0	87	精神保健福祉資料
予防、早期発見、早期治療	S	入院者訪問支援員養成研修の実施回数				
予防、早期発見、早期治療	P	心の健康づくり講師派遣事業受講者数	R4	2,977		障害保健福祉課
予防、早期発見、早期治療	P	ゲートキーパー養成研修受講者数（累計）	R4	49,763		障害保健福祉課
予防、早期発見、早期治療	P	市町における精神保健福祉の相談支援の実施件数	R4	1,232	285,537	地域保健・健康増進事業報告
		（人口10万人対）		10.96	226.75	
予防、早期発見、早期治療	P	県及び市町におけるひきこもり相談支援の実施件数	R4	2,120		障害保健福祉課
予防、早期発見、早期治療	P	心のサポーター養成研修の修了者数	R3	0	3,450	精神保健福祉資料
		（人口10万人対）		0	2.72	
予防、早期発見、早期治療	P	入院者訪問支援員養成研修の修了者数				
		（人口10万人対）				
予防、早期発見、早期治療	P	かかりつけ医等を対象としたうつ病・依存症等対応研修会参加者数	R4	5,443		障害保健福祉課
精神科医療連携体制の構築	S	統合失調症を入院診療している精神病床を持つ病院数	R3	18	1,511	精神保健福祉資料
		（人口10万人対）		1.61	1.22	
精神科医療連携体制の構築	S	うつ・躁うつ病を入院診療している精神病床を持つ病院数	R3	18	1,494	精神保健福祉資料
		（人口10万人対）		1.61	1.21	
精神科医療連携体制の構築	S	アルコール依存症を入院診療している精神病床を持つ病院数	R3	18	1,486	精神保健福祉資料
		（人口10万人対）		1.61	1.20	
精神科医療連携体制の構築	S	薬物依存症を入院診療している精神病床を持つ病院数	R3	13	779	精神保健福祉資料
		（人口10万人対）		1.16	0.63	
精神科医療連携体制の構築	S	ギャンブル等依存症を入院診療している精神病床を持つ病院数	R3	1-2	98	精神保健福祉資料
		（人口10万人対）		0.09-0.18	0.08	
精神科医療連携体制の構築	S	摂食障害を入院診療している精神病床を持つ病院数	R3	16	1,125	精神保健福祉資料
		（人口10万人対）		1.43	0.91	
精神科医療連携体制の構築	S	てんかんを入院診療している精神病床を持つ病院数	R3	20	1,577	精神保健福祉資料
		（人口10万人対）		1.79	1.28	
精神科医療連携体制の構築	S	統合失調症を外来診療している医療機関数	R3	50	6,833	精神保健福祉資料
		（人口10万人対）		4.47	5.53	
精神科医療連携体制の構築	S	うつ・躁うつ病の外来診療している医療機関数	R3	53	7,471	精神保健福祉資料
		（人口10万人対）		4.74	6.05	
精神科医療連携体制の構築	S	アルコール依存症を外来診療している医療機関数	R3	48	5,922	精神保健福祉資料
		（人口10万人対）		4.29	4.80	
精神科医療連携体制の構築	S	薬物依存症を外来診療している医療機関数	R3	24	27,082	精神保健福祉資料
		（人口10万人対）		2.14	2.19	
精神科医療連携体制の構築	S	ギャンブル等依存症を外来診療している医療機関数	R3	7	499	精神保健福祉資料
		（人口10万人対）		0.63	0.40	
精神科医療連携体制の構築	S	摂食障害を外来診療している医療機関数	R3	44	5,047	精神保健福祉資料
		（人口10万人対）		3.93	4.08	
精神科医療連携体制の構築	S	てんかんを外来診療している医療機関数	R3	62	8,038	精神保健福祉資料
		（人口10万人対）		5.54	6.51	
精神科医療連携体制の構築	S	閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法を実施する病院数	R3	4	311	精神保健福祉資料
		（人口10万人対）		0.36	0.25	
精神科医療連携体制の構築	S	認知行動療法を外来で実施した医療機関数	R3	3	202	精神保健福祉資料
		（人口10万人対）		0.27	0.16	
精神科医療連携体制の構築	S	依存症治療拠点機関（アルコール）数	R3	2	45	精神保健福祉資料
		（人口10万人対）		0.18	0.04	
精神科医療連携体制の構築	S	依存症治療拠点機関（ギャンブル）数	R3	2	35	精神保健福祉資料
		（人口10万人対）		0.18	0.02	

	指標区分(S/P/O)	指標名	時点	県全体	全国	出典
精神科医療連携体制の構築	S	依存症治療拠点機関(薬物)数 (人口10万人対)	R3	2 0.18	29 0.01	精神保健福祉資料
精神科医療連携体制の構築	S	てんかん診療拠点機関数 (人口10万人対)	R3	1 0.09	23 0	精神保健福祉資料
精神科医療連携体制の構築	S	児童・思春期精神科を標榜する医療機関数	R4	4		東海北陸厚生局
精神科医療連携体制の構築	S	児童・思春期精神科入院医療管理料を算定された精神病床を持つ病院数 (人口10万人対)	R3	0 0	49 0.02	精神保健福祉資料
精神科医療連携体制の構築	S	摂食障害支援拠点病院数 (人口10万人対)	R5	1 0.09	6 0.00	障害保健福祉課
精神科医療連携体制の構築	S	認知症ケア加算をした算定した医療機関数 (人口10万人対)	R3	53 4.65	3,904 3.72	精神保健福祉資料
精神科医療連携体制の構築	S	認知症疾患医療センターの指定医療機関数 (人口10万人対)	R3	3 0.26	488 0.48	精神保健福祉資料
精神科医療連携体制の構築	S	DPAT先遣隊登録機関数 (人口10万人対)	R5	3 -		障害保健福祉課
精神科医療連携体制の構築	S	精神科救急医療機関数(病院群輪番型) (人口10万人対)	R3	12 1.06	930 0.89	精神保健福祉資料
精神科医療連携体制の構築	S	精神科救急医療機関数(常時対応型) (人口10万人対)	R3	2 0.18	71 0.06	精神保健福祉資料
精神科医療連携体制の構築	S	精神科救急医療機関数(外来対応施設) (人口10万人対)	R3	0 0	27 0.02	精神保健福祉資料
精神科医療連携体制の構築	S	精神科救急医療機関数(身体合併症対応施設) (人口10万人対)	R3	3 0.27	67 0.05	精神保健福祉資料
精神科医療連携体制の構築	S	精神科救急・合併症入院料又は精神科身体合併症管理加算を算定した医療機関数 (人口10万人対)	R3	12 1.07	1,029 0.83	精神保健福祉資料
精神科医療連携体制の構築	S	精神疾患診療体制加算又は精神科疾患患者患者等受入加算を算定した医療機関数 (人口10万人対)	R2	12 1.05	952 0.73	精神保健福祉資料
精神科医療連携体制の構築	S	療養生活継続支援加算算定医療機関数 (人口10万人対)	R5.10	10 0.90	857 0.68	厚生労働省 地方厚生局
精神科医療連携体制の構築	S	精神科訪問看護・指導料を算定している又は精神科訪問看護基本療養費の届出を行っている施設数 (人口10万人対)	R2	89 7.97	10,917 8.70	精神保健福祉資料
精神科医療連携体制の構築	S	精神科リエゾンチーム加算を算定した医療機関数 (人口10万人対)	R3	6 0.54	228 0.18	精神保健福祉資料
精神科医療連携体制の構築	S	救急患者精神科継続支援を算定した医療機関数 (人口10万人対)	R3	1-2 0.09-0.18	25 0.02	精神保健福祉資料
精神科医療連携体制の構築	S	救命救急入院料精神疾患診断治療初回加算を算定した医療機関数 (人口10万人対)	R3	1-2 0.09-0.18	217 0.18	精神保健福祉資料
精神科医療連携体制の構築	S	在宅精神療法又は精神科在宅患者支援管理料を算定した医療機関数 (人口10万人対)	R3	65 5.81	8,126 6.58	精神保健福祉資料
精神科医療連携体制の構築	P	統合失調症の精神病床での入院患者数 (人口10万人対)	R3	1,901 169.87	173,237 140.29	精神保健福祉資料
精神科医療連携体制の構築	P	うつ・躁うつ病の精神病床での入院患者数 (人口10万人対)	R3	951 84.98	72,309 58.56	精神保健福祉資料
精神科医療連携体制の構築	P	アルコール依存症の精神病床での入院患者数 (人口10万人対)	R3	243 21.71	26,020 21.07	精神保健福祉資料
精神科医療連携体制の構築	P	薬物依存症の精神病床での入院患者数 (人口10万人対)	R3	57 5.09	2,811 2.28	精神保健福祉資料
精神科医療連携体制の構築	P	ギャンブル等依存症の精神病床での入院患者数 (人口10万人対)	R3	非公表 非公表	295 0.24	精神保健福祉資料
精神科医療連携体制の構築	P	摂食障害の精神病床での入院患者数 (人口10万人対)	R3	69 6.17	10,028 8.12	精神保健福祉資料
精神科医療連携体制の構築	P	てんかんの精神病床での入院患者数 (人口10万人対)	R3	1,639 146.46	96,973 78.53	精神保健福祉資料
精神科医療連携体制の構築	P	摂食障害入院医療管理加算を算定された患者数 (人口10万人対)	R3	非公表 非公表	1,077 0.87	精神保健福祉資料

	指標区分(S/P/O)	指標名	時点	県全体	全国	出典
精神科医療連携体制の構築	P	統合失調症外来患者数	R3	5,620	692,915	精神保健福祉資料
		（人口10万人対）		502.19	561.15	
精神科医療連携体制の構築	P	うつ・躁うつ病外来患者数	R3	12,093	1,809,518	精神保健福祉資料
		（人口10万人対）		108.6	1,465.41	
精神科医療連携体制の構築	P	アルコール依存症外来患者数	R3	906	10,719	精神保健福祉資料
		（人口10万人対）		80.96	87.39	
精神科医療連携体制の構築	P	薬物依存症外来患者数	R3	156	14,022	精神保健福祉資料
		（人口10万人対）		13.94	11.4	
精神科医療連携体制の構築	P	ギャンブル等依存症外来患者数	R3	35	3,829	精神保健福祉資料
		（人口10万人対）		3.13	3.10	
精神科医療連携体制の構築	P	摂食障害外来患者数	R3	383	42,467	精神保健福祉資料
		（人口10万人対）		34.22	34.39	
精神科医療連携体制の構築	P	てんかん外来患者数	R3	6,944	565,870	精神保健福祉資料
		（人口10万人対）		620.5	458.26	
精神科医療連携体制の構築	P	閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法を受けた患者数	R3	16	7,004	精神保健福祉資料
		（人口10万人対）		1.4	5.67	
精神科医療連携体制の構築	P	認知行動療法を外来で実施した患者数	R3	178	8,680	精神保健福祉資料
		（人口10万人対）		15.91	7.03	
精神科医療連携体制の構築	P	統合失調症患者における治療抵抗性統合失調症治療薬の使用率	R3	2.54%	0.90%	精神保健福祉資料
精神科医療連携体制の構築	P	石川県てんかん支援拠点病院（浅ノ川総合病院）における相談件数	R4	17		障害保健福祉課
精神科医療連携体制の構築	P	石川県摂食障害支援拠点病院（金大病院）における相談件数	R4	108		障害保健福祉課
精神科医療連携体制の構築	P	児童・思春期精神科入院医療管理料を算定された患者数	R3	0	3,729	精神保健福祉資料
		（人口10万人対）		0	18.48	
精神科医療連携体制の構築	P	認知症疾患医療センターの鑑別診断数	R3	644	93,710	精神保健福祉資料
		（人口10万人対）		56.86	82.95	
精神科医療連携体制の構築	P	高次脳機能障害相談・支援センターにおける相談件数	R4	893		障害保健福祉課
精神科医療連携体制の構築	P	石川DPAT指定機関数	R5.7	12		障害保健福祉課
		（人口10万人対）		－		
精神科医療連携体制の構築	P	DPAT養成研修修了者数（累計）	R4	152		障害保健福祉課
精神科医療連携体制の構築	P	精神科救急・合併症入院料又は精神科身体合併症管理加算を算定した患者数	R3	511	40,107	精神保健福祉資料
		（人口10万人対）		45.66	32.48	
精神科医療連携体制の構築	P	精神疾患診療体制加算又は精神科疾患患者患者等受入加算を算定した患者数	R2	141	15,965	精神保健福祉資料
		（人口10万人対）		12.37	10.05	
精神科医療連携体制の構築	P	精神科救急医療体制整備事業における入院件数	R3	351	19,483	精神保健福祉資料
		（人口10万人対）		30.99	16.96	
精神科医療連携体制の構築	P	精神科救急医療体制整備事業における受診件数	R3	774	43,068	精神保健福祉資料
		（人口10万人対）		68.33	36.3	
精神科医療連携体制の構築	P	救急患者精神科継続支援料を算定した患者数	R3	非公表	217	精神保健福祉資料
		（人口10万人対）		非公表	0.18	
精神科医療連携体制の構築	P	救命救急入院料精神疾患診断治療初回加算を算定した患者数	R3	非公表	4,073	精神保健福祉資料
		（人口10万人対）		非公表	3.30	
精神科医療連携体制の構築	P	精神科リエゾンチーム加算を算定した患者数	R3	790	38,100	精神保健福祉資料
		（人口10万人対）		70.59	30.85	
精神科医療連携体制の構築	P	在宅精神療法又は精神科在宅患者支援管理料を算定した患者数	R3	53,031	6,511,896	精神保健福祉資料
		（人口10万人対）		4,738.76	5,273.56	
精神科医療連携体制の構築	P	精神科訪問看護・指導料又は精神科訪問看護指示料を算定した患者数	R2	1,812	152,878	精神保健福祉資料
		（人口10万人対）		159.00	126.14	
人権擁護の推進	P	隔離指示件数	R2	151	12,699	精神保健福祉資料
		（人口10万人対）		13.33	11.03	
人権擁護の推進	P	身体的拘束指示件数	R2	51	11,136	精神保健福祉資料
		（人口10万人対）		4.5	7.67	

	指標区分(S/P/O)	指標名	時点	県全体	全国	出典
人権擁護の推進	P	精神科病院における虐待通報件数				
－	O	精神障害者の精神病床から退院後1年以内の地域での平均生活日数(地域平均生活日数)	R3	330.8	236.5	精神保健福祉資料
－	O	自殺死亡率	R4	16.8	17.4	人口動態統計
－	O	精神病床における入院後3か月時点の退院率	R2	67.1%	63.5%	精神保健福祉資料
－	O	精神病床における入院後6か月時点の退院率	R2	81.7%	80.1%	精神保健福祉資料
－	O	精神病床における入院後12か月時点の退院率	R2	88.8%	87.7%	精神保健福祉資料
－	O	精神病床における急性期入院患者数(65歳以上)	R4	425	28,918	630調査
－	O	精神病床における回復期入院患者数(65歳以上)	R4	141	12,279	630調査
－	O	精神病床における慢性期入院患者数(65歳以上)	R4	472	122,195	630調査
－	O	精神病床における急性期入院患者数(65歳未満)	R4	275	26,293	630調査
－	O	精神病床における回復期入院患者数(65歳未満)	R4	55	6,244	630調査
－	O	精神病床における慢性期入院患者数(65歳未満)	R4	684	62,986	630調査
－	O	精神病床における新規入院患者の平均在院日数	R2	103.6	111.1	精神保健福祉資料

・同一患者が期間内に圏域をまたいで複数の医療機関を受診した場合、双方で算出するため、医療圏の合計値と県の値が異なる

・「レセプト数で10件未満」あるいは「医療施設数3箇所未満」の場合は数値非公開

【感染症】

医療の進歩や衛生水準の著しい向上により、多くの感染症が克服されてきたが、新たな感染症の出現や既知の感染症の再興、また国際交流の進展に伴い、感染症は新たな形で、今なお脅威を与えている。

平成 26 年から 27 年に西アフリカで発生したエボラ出血熱の流行により、北米や欧州でも輸入症例が発生し、我が国でも国内発生時の対応体制の整備等が進められた。平成 24 年 9 月以降中東地域を中心に、中東呼吸器症候群の症例が報告され、国内においても輸入例が探知されることが懸念されたため、平成 27 年 1 月に二類感染症に位置づけられた。また、令和元年 12 月には、中国で新型コロナウイルス感染症が発生し、世界的に大流行した。国内でも、令和 2 年 1 月に 1 例目が報告され、2 月には指定感染症に指定され、令和 3 年 2 月には新型インフルエンザ等感染症に位置づけられ、令和 5 年 5 月に 5 類に移行されるまで、社会経済にも多大なる影響を及ぼした。

県内では、一類感染症の発生はないが、結核、腸管出血性大腸菌感染症、ノロウイルスによる感染性胃腸炎や麻しんなどが発生しており、今後も、感染症の発生予防、まん延の防止を目的とした対応体制の整備、充実を図るため、感染症の患者等の人権を尊重しつつ、総合的な施策を推進する。

１．一類感染症（７疾病）について

エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、痘そう、南米出血熱、ペスト、マールブルグ病、ラッサ熱

（１）現状と課題

○一類感染症の入院治療を担う第一種感染症指定医療機関として、県立中央病院を指定している。

区域	病院名	指定病床数
石川県全域	石川県立中央病院	2

※平成 30 年 1 月指定

○新興感染症などの多様な感染症対策に対応できる人材養成が必要である。

（２）対策

○一類感染症の発生時に、迅速かつ的確に対応できるよう、医療提供体制及び移送体制等の整備、充実を図る。

○研修会の開催等により新興感染症などの多様な感染症対策に対応できる人材の養成を図る。

２．二類感染症（７疾病）について

急性灰白髄炎、結核、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群（病原体がコロナウイルス属ＳＡＲＳコロナウイルスであるものに限る。）、中東呼吸器症候群（病原体がベータコロナウイルス属ＭＥＲＳコロナウイルスであるものに限る。）、鳥インフルエンザ（病原体がインフルエンザＡ属インフルエンザＡウイルスであってその血清亜型がＨ５Ｎ１、Ｈ７Ｎ９であるものに限る。）

（１）現状と課題

○二類感染症の入院治療を担う第二種感染症指定医療機関は、各医療圏に指定している。

医療圏域名	病院名	指定病床数	
		結核を除く	結核
南　加　賀	小松市民病院	4	10
石川中央	金沢市立病院	6	25
能登中部	公立能登総合病院	4	－
	国立病院機構七尾病院	－	8
能登北部	市立輪島病院	4	－
	珠洲市総合病院	－	7

○結核患者の８割以上が医療機関の受診で発見されていることから、医療機関における早期の診断と速やかな患者届出等が重要である。

○結核の治療にあたっては、適正な医療が提供されない場合、疾患の治癒が阻害されるのみならず、治療が困難な多剤耐性結核の発生に至る危険性がある。

（２）対策

○医療機関に対する研修会の開催等により、早期診断と速やかな届出の徹底を図るとともに、結核医療の基準について、周知を図る。

○結核の再発や多剤耐性結核の出現を防止するため、服薬確認を軸とした患者支援を推進するとともに、多剤耐性結核患者に対する医療機関の機能に合わせた効果的、効率的な患者管理を行い、多剤耐性結核患者等の管理が複雑な結核治療等を担う中核的病院を中心とした、各地域の医療連携体制を推進する。

３．三類感染症（５疾病）について

コレラ、細菌性赤痢、腸管出血性大腸菌感染症、腸チフス、パラチフス

（１）現状と課題

腸管出血性大腸菌感染症等については、集団感染や広域的な発生が見られることから、感染予防のための普及啓発とともに、早期発見及び治療体制の整備が必要である。

（２）対策

県民や医療関係者への一層の普及啓発を図るとともに、医療機関からの迅速な届け出により、感染症対策の迅速かつ効果的な実施を図る。

４．四類感染症（４４疾病）について

Ｅ型肝炎、Ａ型肝炎、狂犬病、重症熱性血小板減少症候群（病原体がプレボウイルス属ＳＦＴＳウイルスであるものに限る。）、デング熱、鳥インフルエンザ（Ｈ５Ｎ１、Ｈ７Ｎ９を除く）、マラリア等

（１）現状と課題

交通手段のめざましい進展による膨大な人とモノの移動や野生動物のペット化等を背景として、動物由来感染症が問題となっており、県民や関係者に対する一層の普及啓発が必要である。

（２）対策

海外渡航者が増加していることから、海外感染症情報等の一層の普及啓発を図るとともに、動物由来感染症における媒介動物の対策を推進し、医師、獣医師からの迅速な届け出により、感染症対策の迅速かつ効果的な実施を図る。

５．五類感染症（４８疾病）について

後天性免疫不全症候群（エイズ）、梅毒、性器クラミジア感染症、ウイルス性肝炎（Ｅ型肝炎及びＡ型肝炎を除く。）、風しん、麻しん、インフルエンザ、感染性胃腸炎、新型コロナウイルス感染症（病原体が感染症法施行規則で五類感染症に位置づけされたものに限る）等

（１）現状と課題

○後天性免疫不全症候群（エイズ）や梅毒、性器クラミジア感染症など性感染症患者の増加が課題となっており、性感染症予防の普及啓発及び教育の推進、検査・相談体制の充実、医療提供体制の整備・充実を図る必要性がある。

○ウイルス性肝炎の早期発見・早期治療と長期にわたる患者管理・支援が必要である。

○麻しんは排除状態と認定されたが、その後も海外からの輸入例を発端として、集団発生が起こっている。

○集団感染の発生等が課題となるインフルエンザ、ノロウイルスなどによる感染性胃腸炎等について、発生動向を迅速に把握し、県民や医療関係者に的確に情報提供する必要がある。

（２）対策

○後天性免疫不全症候群（エイズ）等の性感染症について、一般的な普及啓発を行いつつ、関係機関との連携のもと、青少年やＭＳＭ（Men who have Sex with Men：男性間性交渉者）に対する普及啓発及び教育を推進する。

○性感染症の早期発見・早期治療につながるよう、利便性の高い検査の普及・相談体制を充実するとともに、相談機関、一般医療機関、専門医療機関等の連携強化を図る。

○エイズ治療の中核拠点病院を中心とした総合的なエイズ医療体制の整備と診療の質の向上を図る。（図参照）

○ウイルス性肝炎の早期発見・早期治療及び患者管理・支援のための相談・検査体制や医療体制の整備、充実を図る。

○麻しんや風しんについては、予防接種を推進するとともに、発生時の迅速な届出と対応を行う。

○感染症発生動向調査事業により、全数把握感染症及び定点把握感染症について、発生動向を迅速に把握・検討し、食品等関係部局と連携のもと、的確な対策を講じることで、感染症の予防やまん延防止を図る。

６．新型インフルエンザ等感染症について

新型インフルエンザ等感染症とは、新型インフルエンザと再興型インフルエンザのことをいう。新型インフルエンザは、新たにヒトからヒトに感染する能力を有することとなったウイルスを病原体とするインフルエンザであって、全国的かつ急速なまん延により国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがある感染症と位置づけられている。

※対応については「１０　新興感染症対策の充実」において記載

７．指定感染症について

指定感染症は、一類から三類感染症以外の既知の感染症であり、健康診断、入院、消毒などの措置が緊急に必要となった場合に、厚生労働大臣が期間（１年以内）を決めて指定する感染症である。現在、指定感染症はない。

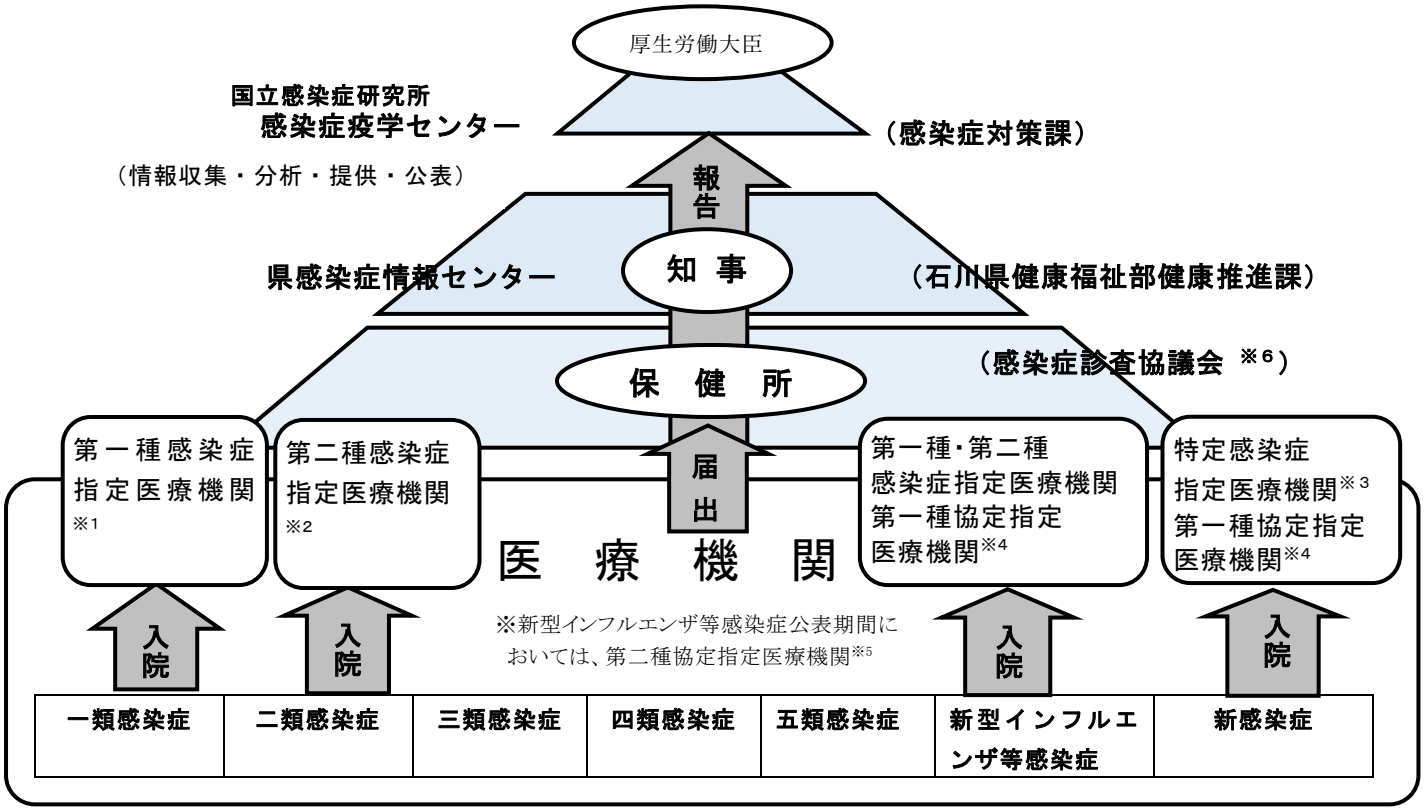
※対応については「１０　新興感染症対策の充実」において記載

８．新感染症について

新感染症は、未知の感染症であり、その感染力や罹患した場合の重篤性から判断した危険性が極めて高い感染症として位置づけられている。県内において新感染症と考えられる患者が発生した場合は、直ちに国へ通報し、指導・助言を受けて、新感染症の所見がある者の入院を担当する医療機関として国が指定する特定感染症指定医療機関への入院措置などの対応を行うこととなる。

※対応については「１０　新興感染症対策の充実」において記載

感染症の届出と医療提供体制



※１　第一種感染症指定医療機関：一類感染症、二類感染症又は新型インフルエンザ等感染症の患者の入院を担当する医療機関をいう。

県内１カ所　石川県立中央病院

※２　第二種感染症指定医療機関：二次医療圏毎に設置される二類感染症又は新型インフルエンザ等感染症の患者の入院を担当する医療機関をいう。

県内４カ所　南加賀：小松市民病院、石川中央：金沢市立病院、
能登中部：公立能登総合病院、能登北部：市立輪島病院

※３　特定感染症指定医療機関：新感染症の所見がある者又は一類感染症若しくは二類感染症の患者の入院を担当する医療機関をいう。

全国４カ所　東京都：独立行政法人国立国際医療研究センター、千葉県：成田赤十字病院、
大阪府：りんくう総合医療センター、愛知県：常滑市民病院

※４　第一種協定指定医療機関：新型インフルエンザ等感染症公表期間において、指定感染症、新型インフルエンザ等感染症、新感染症の入院対応を行うため、予め協定を締結した医療機関

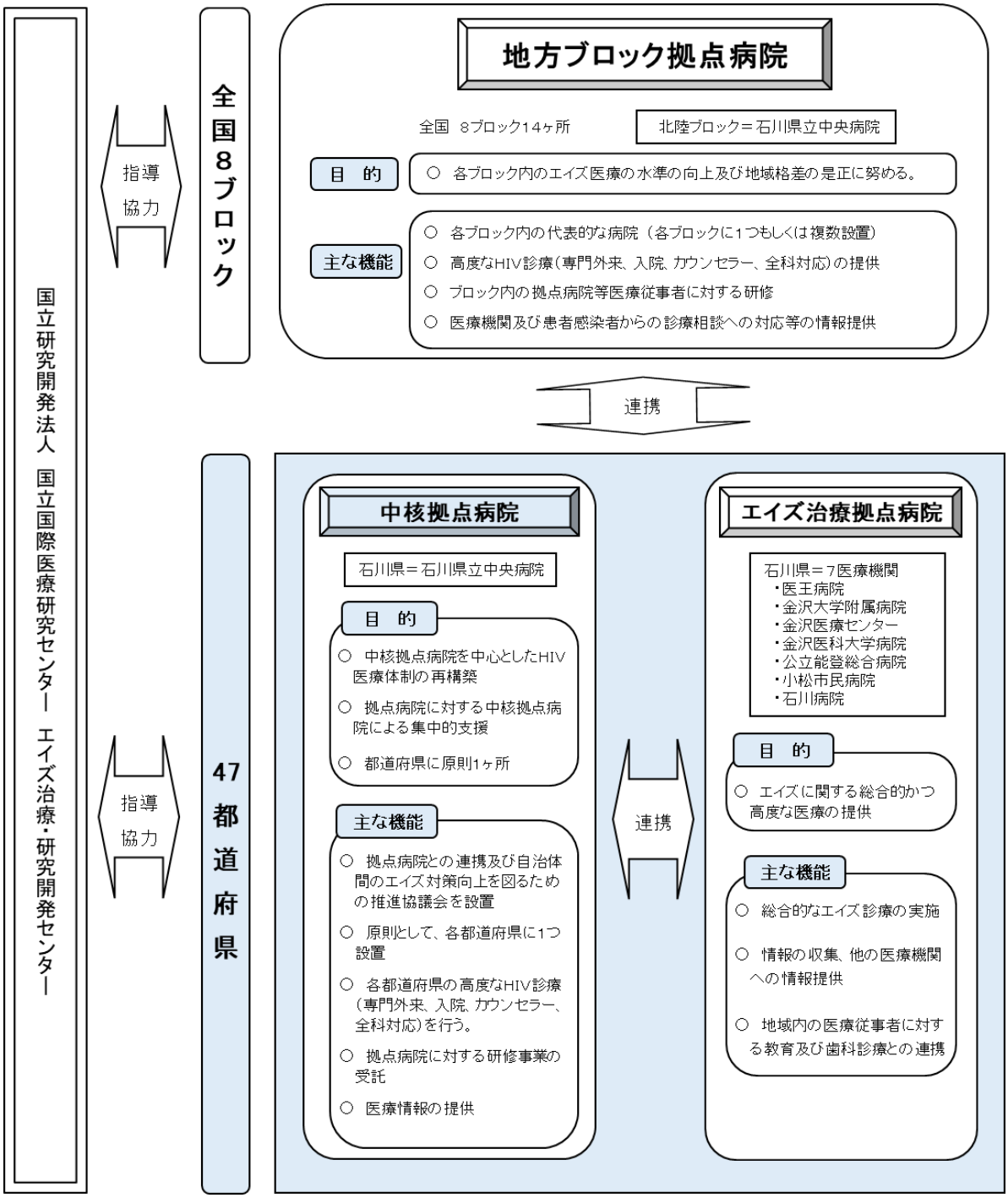
※５　第二種協定指定医療機関：新型インフルエンザ等感染症公表期間において、指定感染症、新型インフルエンザ等感染症、新感染症の発熱外来を行うため、予め協定を締結した医療機関

※６　感染症診査協議会：入院勧告、入院期間の延長、就業制限通知、結核患者の医療費の公費負担申請等に関する審議を行う。

【感染症指定医療機関、協定指定医療機関と入院対応を担当する感染症類型の関係】

新感染症			
一類感染症	一類感染症		
二類感染症	二類感染症	二類感染症	新感染症
新型インフルエンザ等感染症	新型インフルエンザ等感染症	新型インフルエンザ等感染症	新型インフルエンザ等感染症
特定感染症指定医療機関	**第一種感染症指定医療機関**	**第二種感染症指定医療機関**	**第一種協定指定医療機関**

エイズ医療提供体制


国立研究開発法人　国立国際医療研究センター　エイズ治療・研究開発センター
指導
協力
全国８ブロック
地方ブロック拠点病院
全国　８ブロック１４ヶ所
北陸ブロック＝石川県立中央病院
目　的
○　各ブロック内のエイズ医療の水準の向上及び地域格差の是正に努める。
主な機能
○　各ブロック内の代表的な病院（各ブロックに１つもしくは複数設置）
○　高度なHIV診療（専門外来、入院、カウンセラー、全科対応）の提供
○　ブロック内の拠点病院等医療従事者に対する研修
○　医療機関及び患者感染者からの診療相談への対応等の情報提供
連携
指導
協力
47都道府県
中核拠点病院
石川県＝石川県立中央病院
目　的
○　中核拠点病院を中心としたHIV医療体制の再構築
○　拠点病院に対する中核拠点病院による集中的支援
○　都道府県に原則１ヶ所
主な機能
○　拠点病院との連携及び自治体間のエイズ対策向上を図るための推進協議会を設置
○　原則として、各都道府県に1つ設置
○　各都道府県の高度なHIV診療（専門外来、入院、カウンセラー、全科対応）を行う。
○　拠点病院に対する研修事業の受託
○　医療情報の提供
連携
エイズ治療拠点病院
石川県＝７医療機関
・医王病院
・金沢大学附属病院
・金沢医療センター
・金沢医科大学病院
・公立能登総合病院
・小松市民病院
・石川病院
目　的
○　エイズに関する総合的かつ高度な医療の提供
主な機能
○　総合的なエイズ診療の実施
○　情報の収集、他の医療機関への情報提供
○　地域内の医療従事者に対する教育及び歯科診療との連携

【難病】

１．難病対策について

○平成 27 年 1 月に、「難病の患者に対する医療等に関する法律」（以下、「難病法」という。）が施行され、難病とは、「発病の機序が明らかでなく、かつ、治療方法が確立していない希少な疾病であって、その疾病にかかることにより長期にわたり療養を必要とすることとなるもの」と定義されている。

○難病の患者が適切な医療を受けるためには、早期に正しい診断を受けることが重要であり、診断後は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となる。

○難病は長期の療養を必要とする一方、適切な治療等を行い、管理を継続することで在宅での療養生活や就労・就学が可能な疾病もあるため、患者や家族のニーズは多岐にわたる。

○国や地方公共団体が取り組むべき難病対策の方向性については、「難病の患者に対する医療等の総合的な推進を図るための基本的な方針」（以下、「基本方針」）に定められ、計画的に実施することとされた。

○令和 4 年 12 月に児童福祉法及び難病法が一部改正され、難病患者及び小児慢性特定疾病児童等に対する適切な医療の充実と療養生活支援の強化が明記された。それに伴い、令和 6 年 4 月に基本方針が改定され、医療・保健・福祉・就労・教育等の現場において課題となっている事項への対応等が盛り込まれた。

２．難病医療の現状と課題

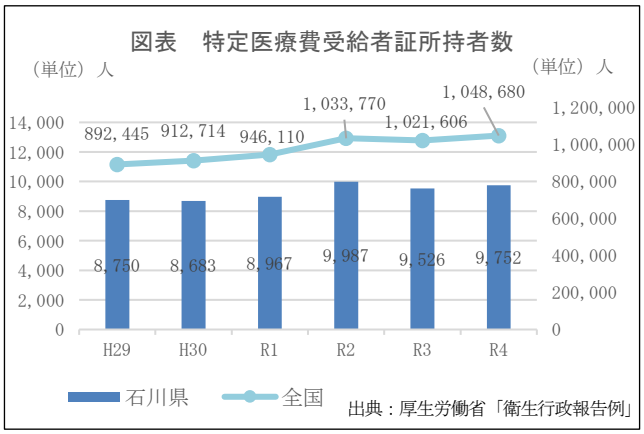
■ **難病は発症から確定診断まで時間を要することが多いため、早期に正しい診断を行うことができる体制の整備を推進する必要がある。**

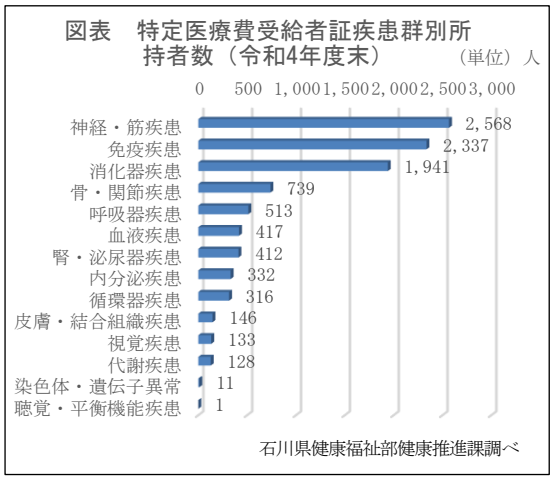
■ **難病と診断された患者やその介護者の療養生活の質を向上させるため、療養生活の支援を充実させる必要がある。**

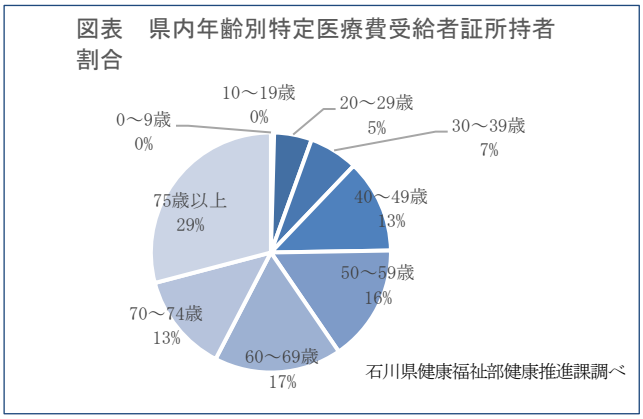
（１）患者の状況

【特定医療費受給者証所持者数の推移及び疾病別・年齢別の状況】

○難病のうち医療費助成の対象となるものが「指定難病」であり、令和 5 年 4 月現在で 338 疾病が指定され、県内の医療費助成対象の認定患者数は、令和 4 年度末現在で 9,752 人となっている。

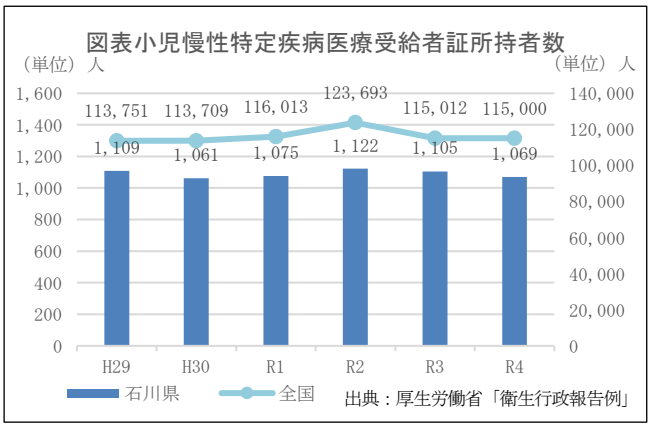


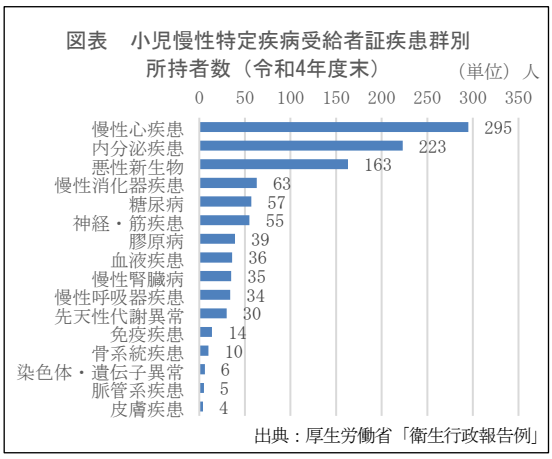


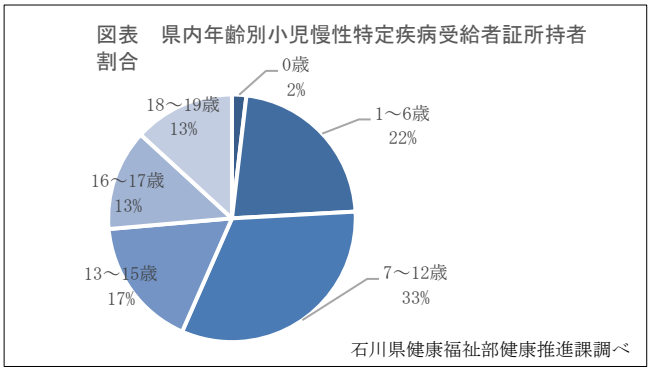


【小児慢性特定疾病医療受給者証所持者数の推移及び疾患別年齢別の状況】

○小児慢性特定疾病については 16 疾患群 788 疾病が医療費助成の対象となり、県内の認定患者数は 1,069 名となっている。







（２）難病医療提供体制

【難病診療連携拠点病院、難病診療分野別拠点病院の指定】

○難病は発症から確定診断までに時間を要することが多いため、早期に正しい診断ができる体制の整備を推進する必要がある。

○県では、金沢大学附属病院と金沢医科大学病院を「難病診療連携拠点病院」に、国立病院機構医王病院を「難病診療分野別拠点病院」に指定し、早期に正しい診断を行うことができる体制を整備している。

【難病医療協力医療機関の登録】

○また、県内 232 の病院・診療所を「難病医療協力医療機関」として登録し、難病診療連携拠点病院と連携し患者の紹介や受入れを行うなど、患者が身近な医療機関で医療を受けられる体制を整備している。

（令和５年３月末現在）

難病診療連携拠点病院	金沢大学附属病院
	金沢医科大学病院
難病診療分野別拠点病院	国立病院機構医王病院（診療分野：神経系難病）
難病医療協力医療機関	232 医療機関（病院：45 施設、診療所：187 施設）

【IRUD 拠点病院】

○金沢大学附属病院や金沢医科大学病院では遺伝学的検査の実施により、患者の早期診断確定を図っており、金沢大学附属病院は北陸地域唯一の IRUD（未診断疾患イニシアチブ）拠点病院となっている。

【指定医の指定】

○その他、特定医療費支給認定の際に必要となる診断書を作成することができる指定医及び協力難病指定医は都道府県知事等が指定することとなっている。

（令和５年３月末現在）

	指定難病	小児慢性特定疾病
指定医	1,533	567
協力難病指定医	20	制度なし

（３）療養生活の環境整備

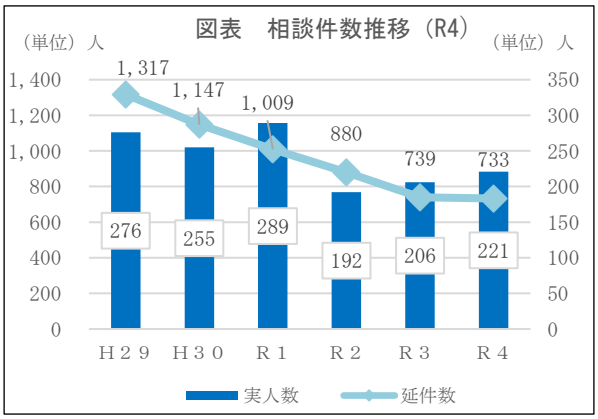
【難病相談支援センター事業】

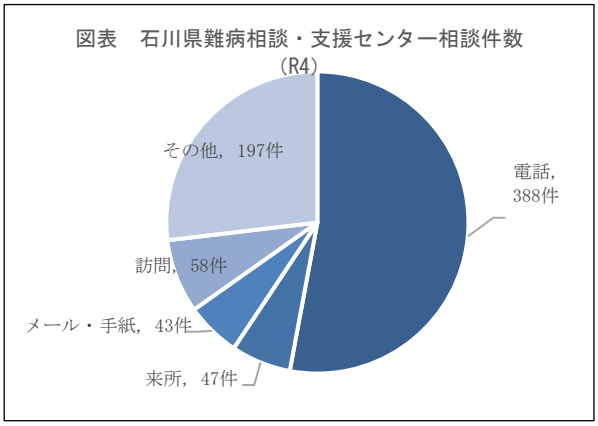
○難病と診断された患者やその介護者の療養生活の質を維持向上させるため、療養生活支援を充実させる必要がある。

○県では石川県難病相談・支援センターを設置し、難病患者の療養上の不安や日常生活での困りごとなどについての相談に応じている。難病患者やその家族を対象とした患者交流会や研

修会を実施している他、支援関係者を対象とした研修会や意見交換会を実施することで、患者の療養生活の質の維持向上を図っている。

○また、ピアサポーターの養成研修を実施し、21 人がピアサポーターとして登録され、令和 4 年度ではそのうち 12 名が活動の意向を示している。



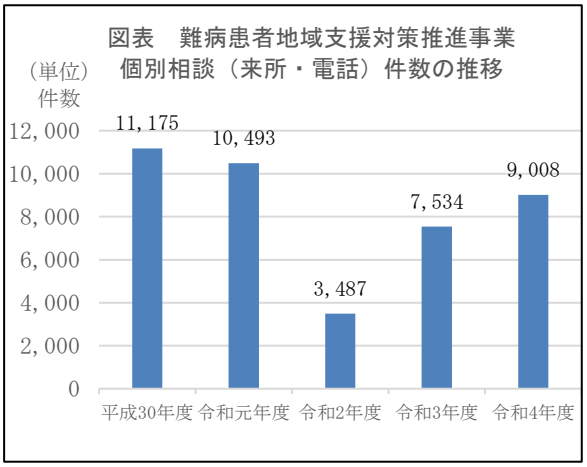


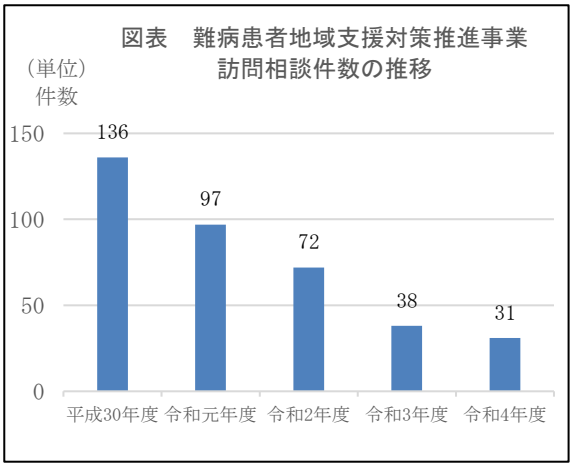
図表難病相談支援センターにおける患者交流会等の実施状況（R4）

	開催回数	参加者数
患者交流会	36 回	216 人
患者向け研修会	12 回	172 人
支援関係者向け養成研修等	8 回	300 人

【地域支援対策推進事業等】

○県健保健福祉センター等では、患者の療養上の不安を解消するとともに、難病患者の生活の質を向上させることを目的とし、訪問相談や個別相談（来所・電話）、相談事業（患者交流会・医療講演会）等の在宅療養支援を実施している。





【小児慢性特定疾病児童等自立支援事業】

○幼少期から慢性的な疾病にかかっていることで自立が阻害されている児童に対し、相談支援事業等の地域による支援を充実させ、自立促進を図っている。

３．難病医療の施策の方向

【目的（目指す方向）】
■ 難病患者が安心して暮らせる社会の構築

【目標】
■ 難病診療連携拠点病院等を中心とした難病医療連携体制の推進
■ 在宅難病患者及び介護者への支援の充実

（１）難病診療連携拠点病院等を中心とした難病医療連携体制の推進

○難病診療連携拠点病院と難病医療協力医療機関等との診療連携の強化
＜具体的な取組＞
・難病診療連携コーディネーターを難病診療連携拠点病院に配置する等、難病診療連携拠点病院と難病医療協力医療機関、一般医療機関との診療連携の強化、円滑化を図る。
・遺伝診療の普及を図るため、IRUD 拠点病院である金沢大学附属病院との連携に努める。

○医療従事者に対する研修の充実
＜具体的な取組＞
・診療連携が速やかに行われるよう、難病医療協力医療機関等の医療従事者に対する研修の充実を図る。

○小児慢性特定疾病児童の成人移行に係る支援の充実
＜具体的な取組＞
・小児慢性特定疾病児童等に対し、成人後も必要な医療等を切れ目なく提供できるよう、小児期及び成人期をそれぞれ担当する医療従事者間の連携体制の充実を図る。

（２）在宅難病患者及び介護者への支援の充実

○難病相談・支援センターの機能の充実
＜具体的な取組＞
・難病相談・支援センターにおいて効果的な支援を行うため、福祉や雇用等に係る支援を行う地域の様々な支援機関との連携に努める。
・難病患者とその家族の不安の解消に資するため、ピアサポーターの活用に努めるとともに、患者会への活動支援に努める。

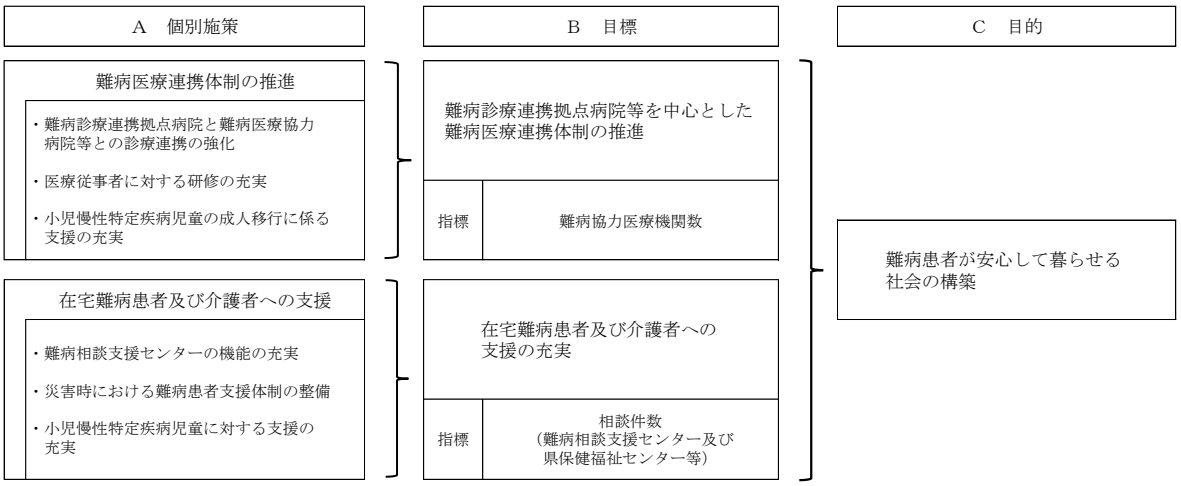
○災害時における難病患者支援体制の整備
＜具体的な取組＞
・介護者の負担を軽減するレスパイト入院や、災害予見時に患者があらかじめ医療機関へ入院する避難入院など、拠点病院や難病医療協力医療機関が一時入院を受け入れる体制を整備する。
・県保健福祉センター等において、難病患者の避難行動要支援者を把握し、市町と連携して必要な支援を行う。

○小児慢性特定疾病児童に対する支援の充実

＜具体的な取組＞

・保育所や学校、市町、子どもの相談支援機関等と連携し、小児慢性特定疾病児童の生活、就労支援や保護者の相談対応の充実を図る。

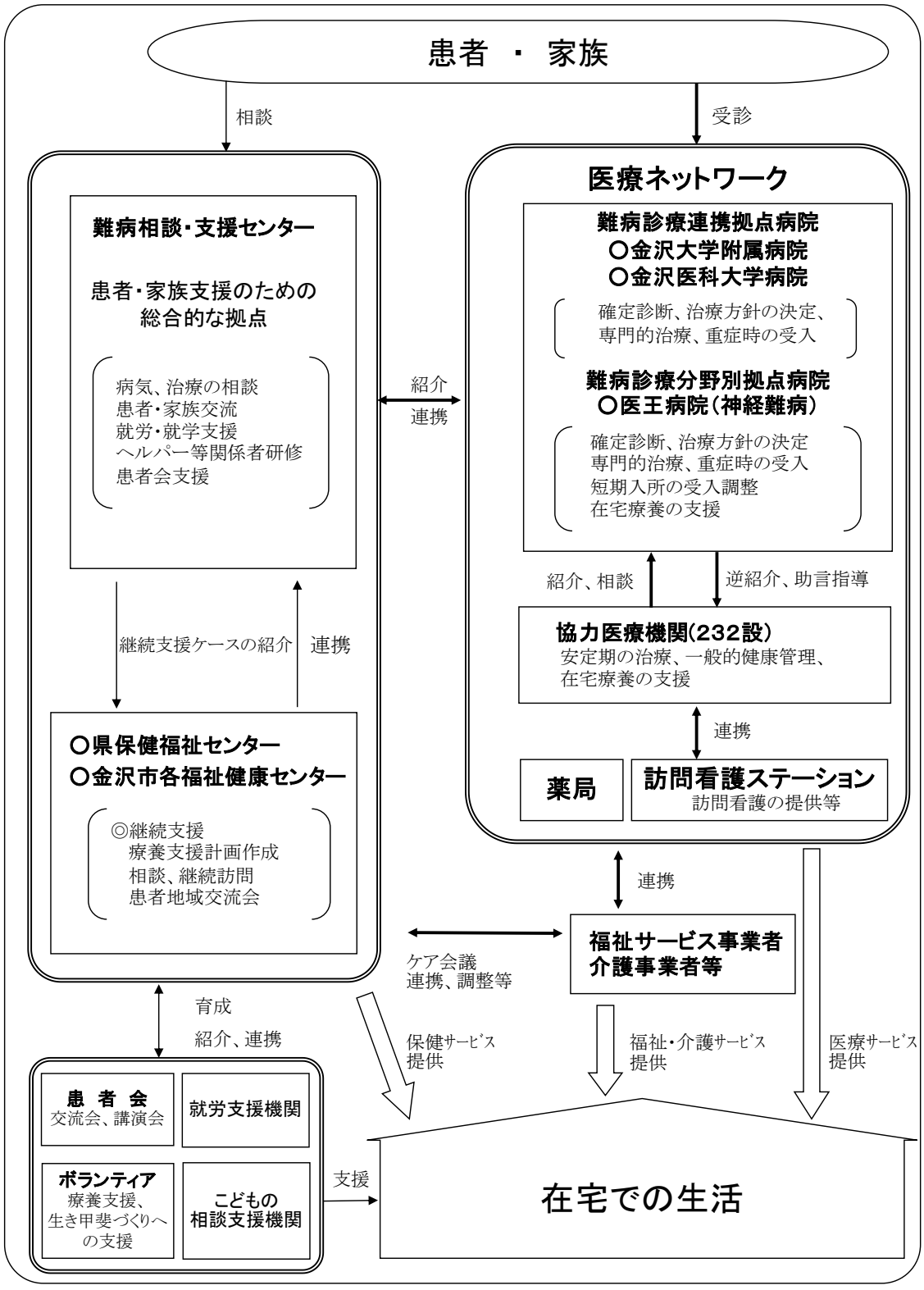
施策・指標マップ



数値目標

指標		現状値	目標値	
名称	説明	(R4年度)	R8年度	R11年度
難病医療協力医療機関数	難病医療協力医療機関として登録された病院及び診療所数	232施設	増加	増加
相談件数（難病相談支援センター及び県保健福祉センター等）	来所、電話、訪問等の相談件数	9,772件	増加	増加

難病の医療連携体制


患者 ・ 家族
相談
受診
難病相談・支援センター
患者・家族支援のための
総合的な拠点
病気、治療の相談
患者・家族交流
就労・就学支援
ヘルパー等関係者研修
患者会支援
紹介
連携
医療ネットワーク
難病診療連携拠点病院
○金沢大学附属病院
○金沢医科大学病院
確定診断、治療方針の決定、
専門的治療、重症時の受入
難病診療分野別拠点病院
○医王病院（神経難病）
確定診断、治療方針の決定
専門的治療、重症時の受入
短期入所の受入調整
在宅療養の支援
紹介、相談
逆紹介、助言指導
協力医療機関(232設)
安定期の治療、一般的健康管理、
在宅療養の支援
連携
薬局
訪問看護ステーション
訪問看護の提供等
継続支援ケースの紹介
連携
○県保健福祉センター
○金沢市各福祉健康センター
◎継続支援
療養支援計画作成
相談、継続訪問
患者地域交流会
連携
福祉サービス事業者
介護事業者等
ケア会議
連携、調整等
育成
紹介、連携
保健ｻｰﾋﾞｽ
提供
福祉・介護ｻｰﾋﾞｽ
提供
医療ｻｰﾋﾞｽ
提供
患 者 会
交流会、講演会
就労支援機関
ボランティア
療養支援、
生き甲斐づくりへ
の支援
こどもの
相談支援機関
支援
在宅での生活

【アレルギー】

１．アレルギー医療対策について

○アレルギー疾患は国民の二人に一人が罹患していると言われており、中には急激な症状の悪化を繰り返したり、重症化により死に至ったりするものがあり、職場、学校等のあらゆる場面で日常生活に多大な影響を及ぼしている。

○こうした状況を鑑み、平成 27 年 12 月に「アレルギー疾患対策基本法（平成 26 年法律第 98 号）」（以下「法」という。）が施行され、平成 29 年 3 月には「アレルギー疾患対策の推進に関する基本的な指針（平成 28 年厚生労働省告示第 76 号）」（以下「基本指針」という。）が策定された。これにより、地方公共団体の責務として、地域の特性に応じた施策を実施することが定められたことをふまえ、本県におけるアレルギー疾患対策を総合的に進める。

○なお、本計画でのアレルギー疾患とは、法第 2 条の定義に基づき、気管支ぜん息、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、アレルギー性結膜炎、花粉症、食物アレルギー、その他アレルゲンに起因する免疫反応による人の生体に有害な局所的又は全身的反応に係る疾患であって政令で定めるものを指すこととする。

２．アレルギー医療対策の現状と課題について

■アレルギー患者数は増加傾向がみられ、若年層患者が多い傾向にある。
■アレルギー医療提供体制については、地域間において差がみられる。
■アレルギー疾患の発症・重症化の予防や症状の軽減、アレルギー疾患医療提供体制の整備と医療の質の向上、アレルギー疾患患者等を支援するための環境づくりが課題である。

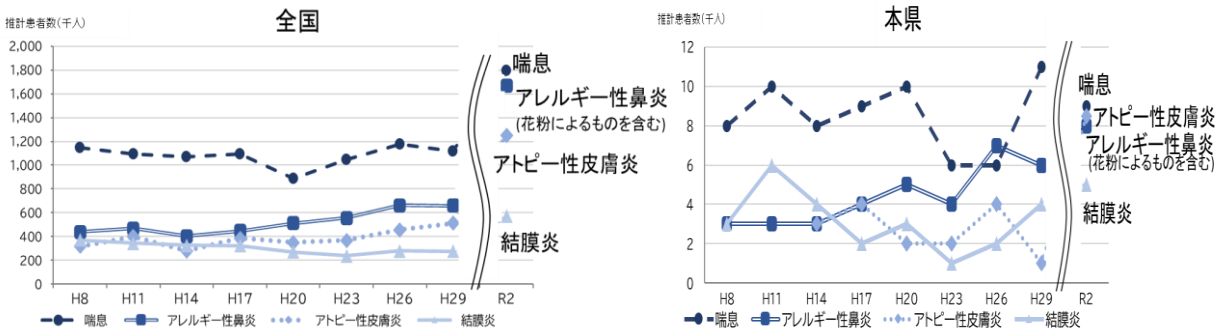
（１）アレルギー疾患患者の状況

○厚生労働省が実施している患者調査のデータを基にした推計では、全国において、アレルギー疾患により医療機関を受診する患者数は増加傾向にある。本県においても同様に、患者数全体では増加傾向がみられる。

○人口 10 万人あたりの患者数については、本県は全国よりも少ない。

○全国の年齢別患者構成割合を見ると、全体的に 0～19 歳の若年患者が多い傾向にある。

図表 アレルギー疾患推計患者数の年次推移（左：全国、右：本県）



資料：患者調査（総患者数、性･年齢階級×傷病小分類別）厚生労働省

調査の概要

○調査の時期：10 月中旬の 3 日間のうち医療施設ごとに定める日において実施。（定点調査）

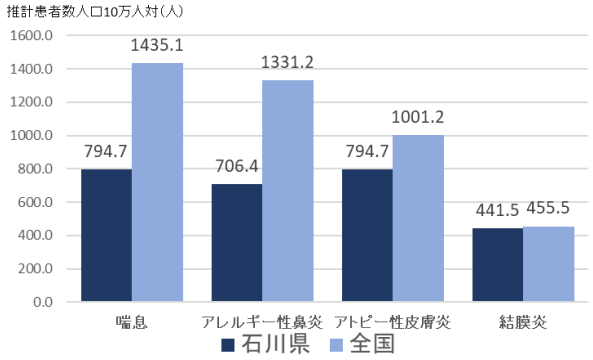
○推計患者数：患者調査において、調査日現在、継続的に医療を受けている者（調査日に医療機関を受診していない者も含む。）の数を、算式により、推計したもの。

［ 総患者数＝入院患者数＋初診外来患者数＋再来外来患者数×平均診療間隔※×調整係数（6/7）］

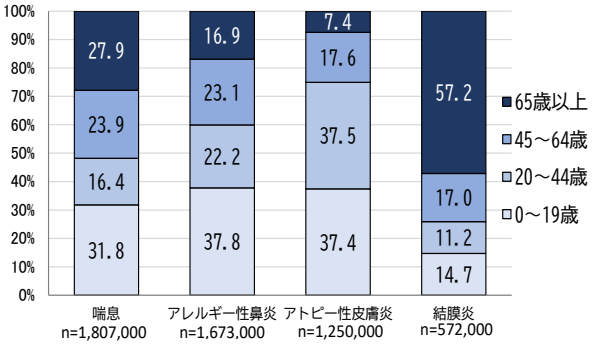
※令和 2 年から、平均診療間隔の算出において、前回診療日から調査日までの算定対象の上限が変更された。平成 29 年以前：31 日以上を除外、令和 2 年以後：99 日以上を除外

○結膜炎：非アレルギー性の結膜炎患者を含む。

図表 アレルギー疾患推計患者数（令和２年）



図表 全国アレルギー疾患の年齢別患者構成割合（令和２年）



資料：患者調査（総患者数、性･年齢階級×傷病小分類別）厚生労働省

（２）本県における医療圏別アレルギー医療提供体制

○本県における人口 10 万人あたりのアレルギー専門医数をみると、石川中央医療圏では 6.0 人と最も多く、最も少ない能登北部医療圏では 1.6 人となっており、地域間において差がみられる。

○本県における人口 10 万人あたりの医療圏別アレルギー疾患診療のある医療機関数をみると、大きな差は見られず、比較的どのエリアでも身近で受けられる体制であるものの、専門外来などは南加賀や石川中央の医療圏が中心となっている。

図表 本県における医療圏別アレルギー専門医数、アレルギー疾患診療のある医療機関数

（単位：人）

医療圏	アレルギー専門医		アレルギー疾患診療のある医療機関			(参考) 人口 (令和2年) (千人)
	人口10万人あたりのアレルギー専門医数	アレルギー専門医数(令和5年8月1日現在)	人口10万人あたりのアレルギー疾患診療のある医療機関数	アレルギー疾患診療のある医療機関数(令和4年現在)	専門外来のある医療機関数	
南加賀	4.0	9	44.2	99	7	225
石川中央	6.0	44	46.6	340	21	711
能登中部	2.5	3	39.8	47	0	116
能登北部	1.6	1	47.5	29	1	59
全県	5.0	57	45.5	515	29	1111
参考：全国	3.5	4,445				126,146

資料：一般社団法人日本アレルギー学会ホーム、石川県医療機能基礎調査、国勢調査

（３）アレルギー医療対策の課題

【アレルギー疾患の発症・重症化の予防や症状の軽減】

○アレルギー疾患は、多様で複合的な要因が発症及び重症化に関わっており、有病率が高く、日常生活に多大な影響を及ぼしている。

○インターネット等にはアレルギー疾患の原因やその予防法、症状の軽減に関する情報があふれており、誤った情報により、病状が悪化することがある。

○患者やその家族、患者を支援する関係機関の職員等が、科学的知見に基づいた正しい情報を入手できるような情報提供や普及啓発が必要である。

○アレルギー疾患は、アレルゲンの曝露の量や頻度等の増減によって症状の程度に変化が生じる特徴があるため、患者の生活する環境の管理等に大きく影響される。

○アレルギー疾患の発症や重症化を予防・軽減するためには、アレルゲン回避を基本とし、免疫寛容の誘導も考慮しつつ、患者を取り巻く生活環境の改善が重要である。

【アレルギー疾患医療提供体制の整備と医療の質の向上】

○アレルギー疾患医療の提供体制に地域間格差が見られているため、患者が居住する地域や年代に関わらず適切な治療を受けられるよう、アレルギー疾患医療の提供体制の在り方に関する検討を行い、整備を図ることが重要である。

○アレルギー疾患医療の専門的な知識や技能を有する医師、歯科医師、薬剤師、看護師、臨床検査技師、管理栄養士等の医療従事者全体の更なる資質向上が重要である。

【アレルギー疾患患者等を支援するための環境づくり】

○アレルギー疾患の発症予防や生活の質の維持向上には、疾患が正しく理解され、適切な支援を受けられることが重要なため、保育所や学校等の関係者、患者やその家族に関わる機会が多い保健師、助産師、看護師、管理栄養士、栄養士等に対して、疾患に対する適切な知見を得られる研修機会を確保することが重要である。

○緊急時に備え、医療機関等と連携を図り、協力体制を整えるほか、日頃から、患者やその家族が適切な対応を行うことができるよう、情報提供を行う必要がある。

３．アレルギー医療対策施策の方向

【目的（目指す方向）】

■アレルギー疾患に対する理解を深め、適切に対応できる県民の増加

【目標】

■アレルギー疾患に関する知識の普及および発症・重症化予防

■アレルギー疾患医療提供体制の確保

■アレルギー疾患患者等を支援するための環境づくり

（１）アレルギー疾患に関する知識の普及および発症・重症化予防

【アレルギー疾患に関する啓発及び知識の普及】

○県ホームページ等における情報発信

患者や妊婦、その家族及び関係者が、アレルギー疾患に関する正しい知識に基づき、アレルゲンの回避や適切な自己管理に取り組めるよう、県ホームページ等において、国や関係学会等が提供している情報を入手できるホームページ等を周知し、関係団体と連携して普及啓発に取り組む。

○一般県民向け講習会等の実施による普及啓発

患者やその家族等を含めた一般県民向けの講習会や相談会等を、拠点病院等と連携して開催し、アレルギー疾患に関する正しい知識の啓発に努める。

【生活環境の改善】

○大気環境における対策

光化学オキシダントや微小粒子状物質（ＰＭ２．５）等の大気汚染物質が高濃度になった際、注意報等を発令し、県ホームページ等を利用して県民に情報提

供を行う。

○花粉症対策

花粉症の原因の一つであるスギの花粉飛散量を予測・観測し、県ホームページ等で情報提供を行うほか、地域の重要な森林資源としてのスギを活かしつつ花粉症対策を進める一手段として、花粉症対策スギの育種等も進める。

○アレルギー物質を含む食品適正表示の徹底

アレルギー物質に関する適正な表示について、食品関連事業者等に制度の周知および指導を行うとともに、食品衛生法に基づく営業許可・届出施設および事業者に対して監視指導や収去検査を実施し、アレルギー疾患患者の食品の安全を確保するために法令遵守の徹底を指導する。

○たばこ対策、受動喫煙防止対策

たばこの煙は、気管支ぜん息の発作や悪化等に影響することから、受動喫煙が生じない環境づくりを推進するとともに、喫煙や受動喫煙が健康に及ぼす影響等について情報提供や普及啓発を図る。

（２）アレルギー疾患医療提供体制の確保

【アレルギー疾患医療を提供する体制の整備】

○アレルギー疾患医療拠点病院の整備

本県におけるアレルギー疾患医療の中心的な役割を果たす「石川県アレルギー疾患医療拠点病院」（以下「拠点病院」という。）として、令和３年７月に国立大学法人金沢大学附属病院を選定した。

拠点病院は、一般病院等からの紹介に応じて重症及び難治性アレルギー疾患患者の診療を行うほか、医療従事者等への研修、県民への適切な情報の提供などを通じて、アレルギー疾患医療の質の向上を図っていく。

○アレルギー疾患医療における連携体制の構築

アレルギー疾患医療全体の質の向上には、地域の診療所や一般病院、拠点病院等が相互に連携協力することが必要である。また、薬局は、患者への適切な情報提供や服薬指導のほか、服薬情報や副作用等の情報について、処方を行った医師へフィードバックを行うこと等が求められる。

科学的知見に基づく適切な医療を提供できるよう連携体制の構築を推進する。

○石川県アレルギー疾患医療連絡協議会の開催

「石川県アレルギー疾患医療連絡協議会」を開催し、専門医、医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会、関係団体の意見を取り入れながら、診療連携体制の検討や、情報提供、人材育成等の施策の企画・立案、事業の評価、その他アレルギー疾患対策について推進していく。

【専門的な知識や技能を有する医療従事者の育成】

○かかりつけ医をはじめ、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、臨床検査技師、管理栄養士等を対象に、拠点病院等と連携して研修を実施し、最新の科学的知見に基づく適切な医療についての知識と技能の向上を図る。

（３）アレルギー疾患患者等を支援するための環境づくり

【アレルギー疾患患者を支援する人材育成】

○保健師等を対象とした人材育成

地域における患者やその家族に対する支援を充実させるため、保健師、助産師、看護師、管理栄養士、栄養士等を対象とした人材育成の機会の確保に努め、アレルギー疾患に対する専門的な知識と技術の向上を図る。

○保育所、学校等の教職員等を対象とした研修機会の確保

患者が日常的に生活している保育所などの児童福祉施設や放課後児童クラブ、学校等の教職員等に対して、基本的な知識に加え、緊急時の対応に備えた体制の確立を図るため、国、県、関係団体等が作成するガイドラインやマニュアル等を周知するとともに、アレルギー疾患の正しい知識の習得の機会の確保に努める。

また、老人福祉施設や障害者支援施設等に対しても、職員等にアレルギー疾患の正しい知識が普及されるよう、研修受講等について必要な周知に努める。

【アレルギー疾患患者を支援するための連携協力体制の確保】

○関係機関との連携協力体制の確保

保育所や学校等において、患者が急激なぜん息発作やアナフィラキシーショックを引き起こした際に、適切な医療を受けられるよう、事前に職員間で情報共有をするとともに、医療機関や消防機関等との連携を図り、迅速な協力を得られるような体制を確保する市町の取り組みを支援する。

○相談体制の整備

患者やその家族等からの相談に適切に対応できるよう、国や関係機関が設置する相談窓口について、県ホームページ等で周知する。

【災害時の対応】

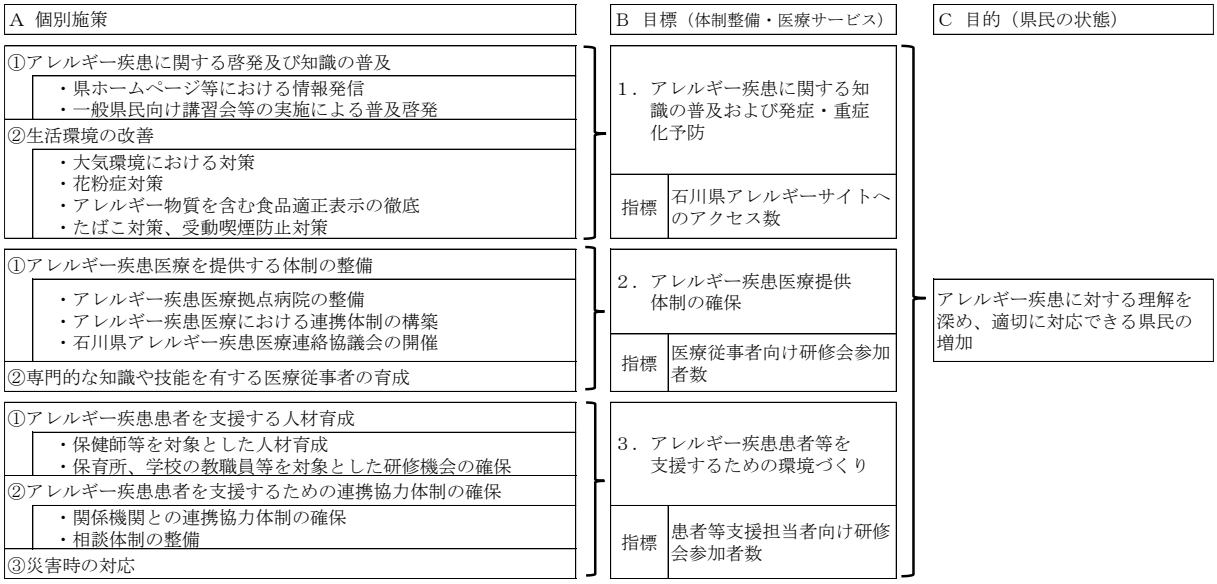
○災害に備えた取り組みの周知

アレルギーに対応した食料の備蓄や、避難所での過ごし方など、平常時からの災害への備えや災害発生時における対応について、患者やその家族、関係者等に対して国や関係機関が発信している情報を市町等と連携し周知する。

○災害時の医療提供体制

能登半島地震後の医療提供体制を踏まえ、医療機関、関係団体の連携体制について、検討する。

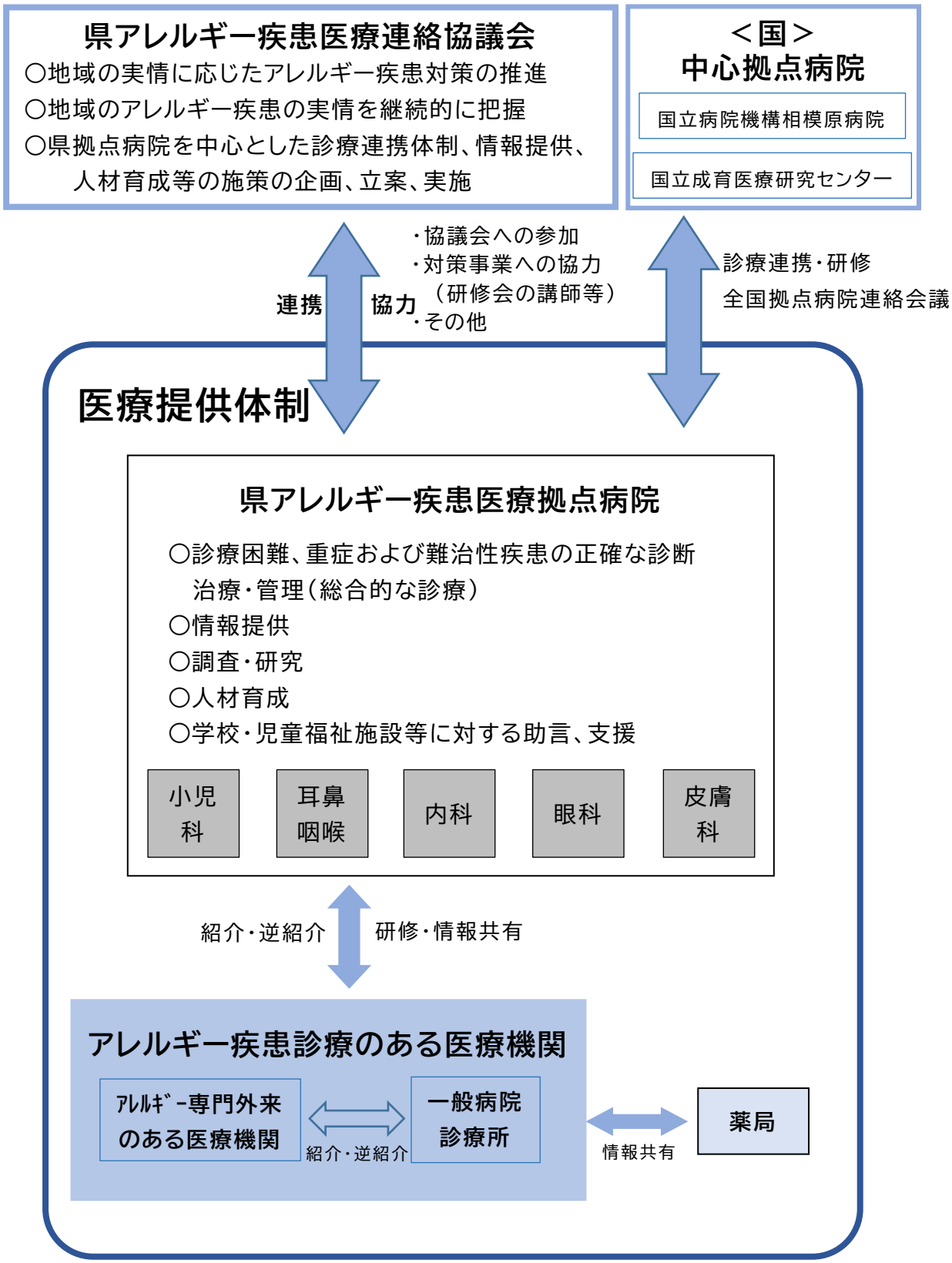
施策・指標マップ



数値目標

分類	指標		現状値（R4年度）	目標値	
	名称	出典・説明		R8年度（中間年）	R11年度（最終年）
	石川県アレルギーサイトへのアクセス数	石川県HPによる集計	2291アクセス	増加	増加
	医療従事者向け研修会参加者数	アレルギー医療従事者研修会等の参加者数	22名（南加賀：0名 石川中央：17名 能登中部：3名 能登北部：2名）	増加	増加
	患者等支援担当者向け研修会参加者数	アレルギー疾患患者等支援担当者研修会等の参加者数	40名（南加賀：11名 石川中央：15名 能登中部：11名 能登北部：3名）	増加	増加

アレルギー医療対策の医療提供体制



【臓器等移植】

１．臓器移植

（１）臓器移植医療について

○臓器移植とは、病気や事故によって臓器の機能が低下し、移植でしか治らない方に、他の人の臓器を移植し、機能を回復させる医療である。

○臓器移植は、親族等からの生体移植と、亡くなられた方からの臓器提供による移植（死体移植）があり、善意による臓器の提供、そして、広く社会の理解と支援があって成り立つ医療である。

○亡くなられた方からの臓器移植には、脳死と判定された後の臓器提供「脳死下臓器提供」と、心臓が停止した死後の臓器提供「心停止後臓器提供」の 2 種類がある。

○平成 9 年に「臓器の移植に関する法律」（平成 9 年法律第 104 号。以下「臓器移植法」という。）が施行され、脳死と判定された方からの臓器を摘出し、移植すること等について必要な事項が定められた。

○平成 22 年には臓器移植法の一部改正があり、本人の提供の意思が不明な場合でも、家族の承諾により臓器提供が可能となり、これにより、15 歳未満の小児からの脳死下臓器提供も可能となった。

（２）「臓器移植」の現状と課題

■臓器移植希望者に対する移植件数は、依然として不足している状況にあり、臓器提供の知識の普及や意思表示に係る啓発活動を引き続き進める必要がある。

■臓器提供の際に円滑な対応ができるよう、平時より各関係機関の体制を整備する必要がある。

【移植希望者登録者数、臓器提供件数、移植件数】

○移植希望者は、令和 4 年末時点で、全国で心臓 898 人、肺 539 人、肝臓 337 人、腎臓 14,080 人、膵臓 181 人、小腸 10 人、合計 16,045 人である。

○対して、同年の臓器移植に関する移植件数は 455 件となっており、移植希望者に対して不足している状況である。

図表　移植希望者登録者数、臓器提供件数、移植件数の推移

		R2	R3	R4
全 国	移植希望登録者数	15,060	15,677	16,045
	提供件数	78	79	108
	移植件数	318	317	455
石川県	移植希望登録件数(腎臓)	110	114	120
	提供件数（腎臓）	1	1	1
	移植件数（腎臓）	1	1	1

出典：（公社）日本臓器移植ネットワーク
提供件数、移植件数：各年分　　移植希望登録者数：各年末時点

【臓器提供の知識の普及】

○県は、臓器移植推進月間（毎年 10 月）を中心に、 広報掲載やパネル展、街頭キャンペーン等の協力などを関係機関と連携して行っている。

【臓器提供の意思表示】

○臓器提供の意思表示は、健康保険証・運転免許証・マイナンバーカード・意思表示カード・インターネットによる意思登録で意思表示をすることができる。

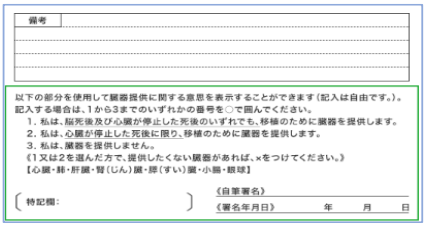
○県は、(公財)石川県臓器移植推進財団及び県臓器移植コーディネーターと連携し、移植医療に対する知識の普及を図り、運転免許証や健康保険証等による臓器提供の意思表示の啓発を行っている。



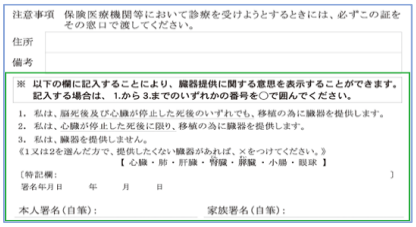
【マイナンバーカードの表面の意思表示欄】



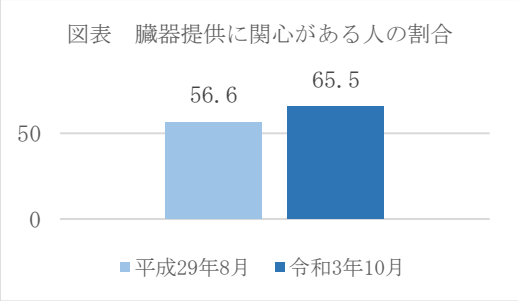
【運転免許証の裏面の意思表示欄】

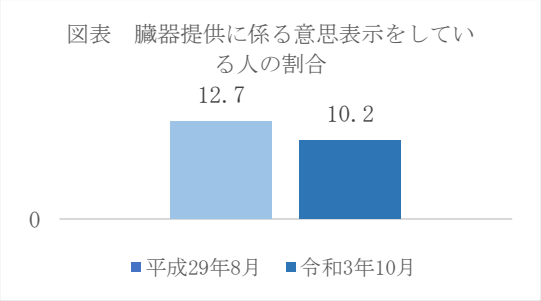


【被保険者証の裏面の意思表示欄】



○移植医療に関する世論調査によると、臓器提供に関心を持つ人は増加傾向にあるが、臓器の提供について「既に意思表示している」人の割合は未だに低く、引き続き、県民に対す正しい知識の普及を図り、臓器提供の意思表示に結びつけることが重要である。





出典：内閣府「移植医療に関する世論調査」

【脳死下での臓器提供施設、移植施設、臓器提供協力病院】

○「臓器移植法」に基づく脳死下での臓器提供が可能な施設は、同法の運用に関する指針（ガイドライン）に定められた 5 類型施設に該当する施設に限定するとされ、県内では 5 施設が対応可能である。なお、心停止後の臓器提供については、特段の定めは無いが、院内の合意と必要な体制が確保されていることが望ましい。

○脳死した者の身体から摘出された臓器の移植は、移植する臓器により移植関係学会合同委員会において選定された移植施設に限定され、県内では 2 施設が指定されている。

脳死下での臓器提供施設
金沢大学附属病院
金沢医療センター
石川県立中央病院
金沢医科大学病院
公立能登総合病院

移植施設	適用（臓器別）
金沢大学附属病院	腎臓、肝臓、角膜
金沢医科大学病院	腎臓、角膜

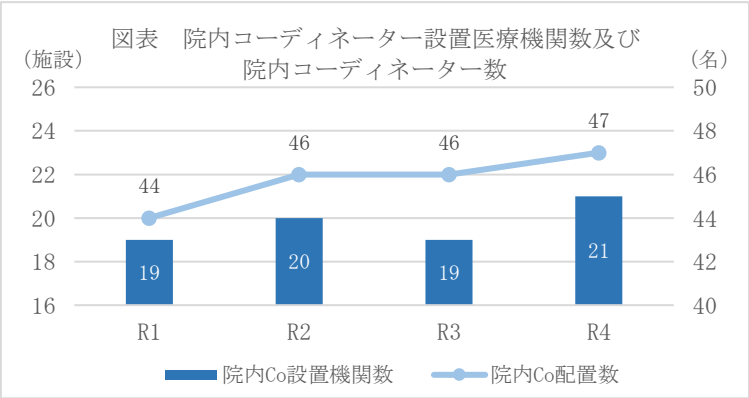
○県内の医療機関において、臓器移植に関する院内の体制整備や普及啓発を推進する医師及び看護師を配置した場合、県は「臓器移植情報担当者」として委嘱し、それらが配置された医療機関を「臓器提供協力病院」と位置付けている。令和 4 年度では、30 医療機関で「臓器移植情報担当者」が配置されている。

臓器提供協力病院	
30 病院	臓器移植情報担当者（医師及び看護師各 1 名）60 名

【県臓器移植コーディネーター、院内コーディネーター】

○県は、（公財）石川県臓器移植推進財団内に選任の「県臓器移植コーディネーター」を配置し、臓器移植に関する普及啓発や業務に従事する者の育成支援等を行っている。

○県内の「臓器提供協力病院」において、施設の体制の整備を図り、院内で臓器移植に関する普及啓発や情報収集を行う「院内コーディネーター」を配置できるとしている。令和 4 年度では、21 医療機関で 47 名が配置されている。



【臓器移植関係会議等】

○実際に臓器を提供される場合には、法律やガイドラインを遵守し、円滑に対応するために、各施設において体制が整備されることが必要である。

○県は、県内で臓器提供があった場合に、関係機関の相互の情報を共有し、共通の認識の下で対応できるよう、対応指針を策定し、「石川県臓器移植関係機関連絡会議」を設置して、毎年度開催している。

○また、「臓器提供協力病院」における院内の臓器移植に関する普及啓発や体制の整備を図るため、臓器移植情報担当者や院内コーデォネーターを参集し、臓器移植情報担当者等会議を開催している。

（３）「臓器移植」の施策の方向性

【目的（目指す方向）】

■ 県内での臓器移植件数の増加

【目標】

■ 県民への普及啓発活動の推進

■ 臓器提供体制の充実及び確保

【県民への普及啓発活動の推進】

○臓器移植に関する知識の普及啓発活動の推進

＜具体的な取組＞

・臓器移植推進月間（毎年 10 月）を中心に、WEB やメディアを活用した普及啓発や街頭キャンペーン等の普及啓発活動を関係機関と連携して行う。

・県ホームページや広報媒体を利用した普及啓発を進める。

・保健福祉センターや市町役場等の窓口や成人式などのイベント会場等で、臓器移植提供意思表示カード及びリーフレットの設置や配布を行う。

【臓器提供体制の充実及び確保】

○臓器提供協力病院の体制の充実

＜具体的な取組＞

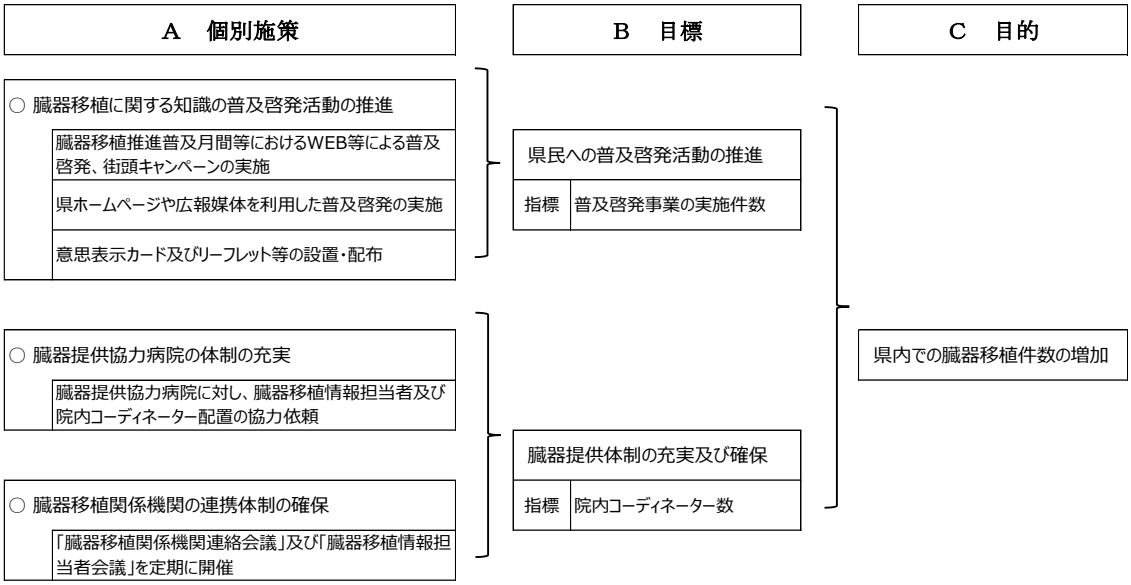
・院内において臓器移植に関する知識の普及や情報収集を行う体制を持つ臓器提供協力病院に対し、継続して臓器移植情報担当者及び院内コーディネーターの配置について協力を依頼することにより、県内のドナー候補者の情報を把握する体制の充実を図る。

○臓器移植関係機関の連携体制の確保

＜具体的な取組＞

・臓器移植関係機関連絡会議や臓器移植情報担当者会議等を定期に開催し、関係機関の役割や院内の臓器移植体制を確認することで連携体制の確保に務める。

施策・指標マップ



数値目標

	指標		現状値（R4年度）	目標値	
	名称	説明		R8年度	R11年度
臓器移植	普及啓発事業の実施件数	石川県健康推進課調べ	16件	増加	増加
	院内コーディネーター数	臓器提供協力病院に配置	47人	増加	増加

２．骨髄移植

（１）骨髄等移植医療について

○骨髄等の移植は、血液の病気のために造血幹細胞（血を造るもとになる細胞）が働かず、健康な血液を造れなくなった方に対し、病気の造血幹細胞を健康なものに置き換える治療法である。

○造血幹細胞の移植には、採取方法により「骨髄移植」、「末梢血幹細胞移植」、「さい帯血移植」がある。

○特に「骨髄移植」と「末梢血幹細胞移植」については、血液の病気で造血幹細胞の移植を必要とする患者と、健康な造血幹細胞を提供してくれるドナーをつなぐ公的事業として、非血縁者間の骨髄移植のあっせんを日本骨髄バンクが行っている。

○移植には患者とドナーの HLA 型（白血球の型）が適合することが必要だが、ドナーが見つかる確率は、血のつながりがなければ数百から数万分の一と言われている。

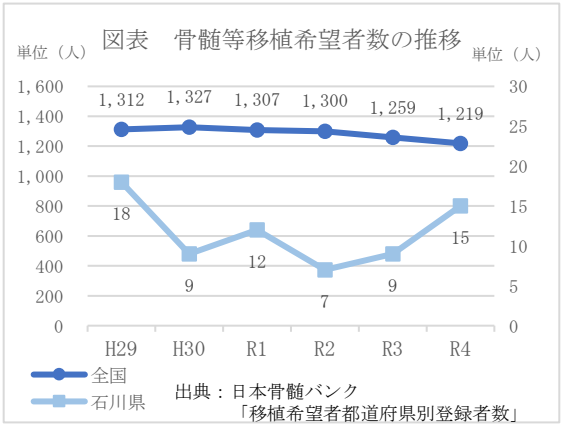
（２）「骨髄バンクドナー登録」の現状と課題

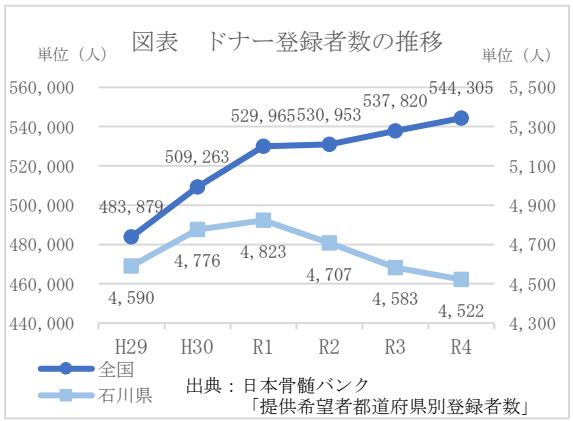
■ 全ての患者の骨髄等移植をすすめるためには、多くのドナーが必要となる。

■ 県内のドナー登録者をさらに確保するためには、骨髄等移植に関する知識の普及啓発と、ドナー登録をしやすい環境整備が必要となる。

【骨髄等移植希望者数、骨髄ドナー登録者数】

○全国のドナー登録者は令和 4 年度末時点で 544,305 人に上るが、同時点で 1,219 人が骨髄等移植を希望しており、全ての患者の骨髄等移植を実現するためには、ひとりでも多くのドナーが必要となる。





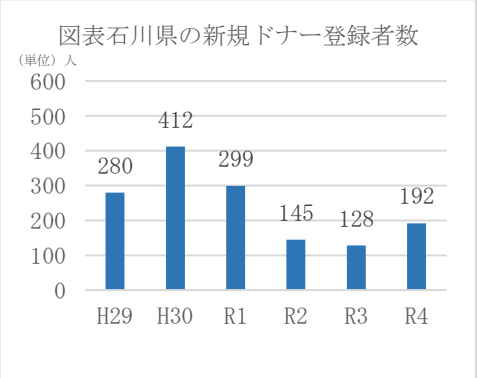
○県内の新規のドナー登録者数は平成 30 年度をピークとして減少傾向にある。

登録者がドナー登録できる年齢をこえる 55 歳になると登録取り消しとなるため、取消者数が新規登録者数を上回り、県内のドナー登録者数は令和元年度より徐々に減少している。

図表石川県の新規登録者数、取消者数の推移

年度	新規登録者数	取消者数	差引数	ドナー登録者数
H29	280	208	72	4,590
H30	412	226	186	4,776
R1	299	252	47	4,823
R2	144	260	▲116	4,707
R3	132	256	▲124	4,583
R4	193	254	▲ 61	4,522

出典：日本骨髄バンク
「提供希望者都道府県別登録者数」



出典：日本骨髄バンク
「提供希望者都道府県別登録者数」

【骨髄等移植の知識の普及】

○県は、県内高等学校を対象にパンフレットを送付する他、語り部講演会の案内を周知する等、骨髄等移植に関する知識の普及啓発に努めている。

○ドナー登録者を確保するためには、骨髄等移植に関する正しい知識について、さらなる普及啓発が必要になる。

【ドナー登録のための環境整備】

○骨髄等の提供希望者が、より身近なところでドナー登録ができるよう、各保健福祉センター等においてドナー登録の受付窓口を設置している。

○ドナー登録の機会を確保するため、赤十字血液センターが実施する移動献血の会場でドナー登録会を行う移動献血併行型ドナー登録会を開催している。

○県は、関係機関による骨髄バンク担当者連絡会を開催し、活動状況や課題等を共有することで関係機関相互の連携を図っている。

○提供希望者に対しドナー登録をする機会を十分に確保するため、関係機関と連携し、環境整備を進めることが重要である。

【非血縁者間移植・採取認定病院】

○骨髄移植は一般社団法人日本造血・免疫細胞療法学会で認定された施設が行うことができるとされ、県内では 2 施設が認定されている。また、県内 3 施設が骨髄採取施設の認定を受けている。

骨髄移植認定病院
金沢大学附属病院
県立中央病院

骨髄採取認定病院
金沢大学附属病院
金沢医科大学病院
県立中央病院

（３）「骨髄バンクドナー登録」の施策の方向性

【目的（目指す方向）】

■ 県内でのドナー登録者の増加

【目標】

■ 県民への普及啓発活動の推進

■ ドナー登録受付体制の充実

【県民への普及啓発活動の推進】

○若年層への普及啓発活動の推進

＜具体的な取組＞

・より長い期間の登録が可能である若年層ドナー登録者を確保するため、骨髄バンク推進月間を中心に、県公式 SNS による広報や、WEB メディアを活用した普及啓発活動を充実する。

・県内高等学校等を対象として、パンフレットによる啓発を行う。また、骨髄移植経験者等による語り部講演会の開催について周知する。

【ドナー登録受付体制の充実】

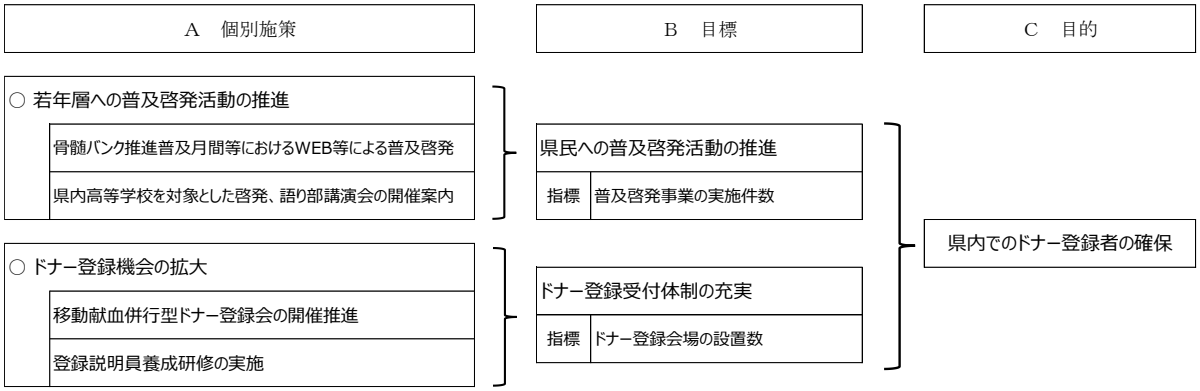
○ドナー登録機会の拡大

＜具体的な取組＞

・赤十字血液センターや各保健福祉センター等と連携し、移動献血併行型ドナー登録の機会を増やす。

・登録希望者に対しドナー登録の要件や手続きについて説明を行う登録説明員の養成研修を実施し、登録説明員の確保と質の向上を図る。

施策・指標マップ



数値目標

	指標		現状値（R4年度）	目標値	
	名称	説明		R8年度	R11年度
骨髄移植	普及啓発事業の実施件数	石川県健康推進課調べ	8件	増加	増加
	ドナー登録会場の設置数	石川県健康推進課調べ	18か所	増加	増加

【歯科】

１．歯科医療の現状と課題について

■かかりつけ歯科医には、多様化する患者のニーズやライフステージに応じた歯科疾患の予防、口腔管理など多岐にわたる対応が求められている。
■ライフステージに応じた歯科疾患の予防及び口腔機能の維持・向上等のため、定期的な歯科検診を受ける機会を提供する必要がある。
■口腔の管理が誤嚥性肺炎等の発症予防につながるなど、口腔と全身の関係について広く指摘されており、周術期口腔機能管理等の医科歯科連携の重要性が増している。
■通院が困難な心身障害児・者や在宅での寝たきり高齢者等の要介護者は、歯科治療や口腔ケアが不十分になりやすいため、歯科検診の実施や診療体制の整備が必要である。

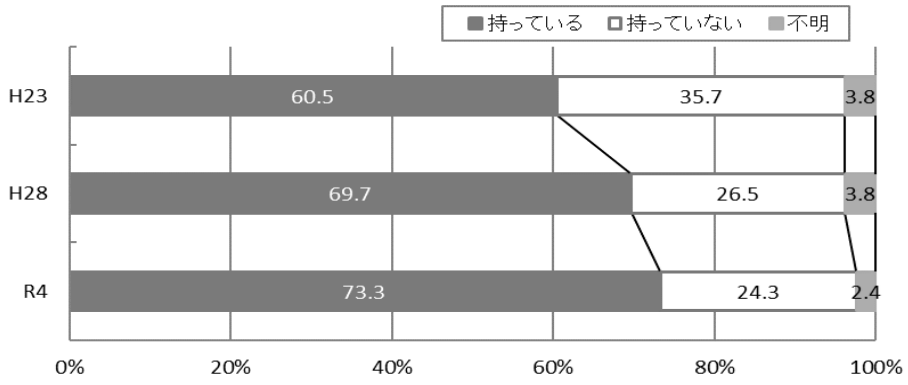
（１）かかりつけ歯科医の推進

○令和 4 年度県民健康・栄養調査によると、かかりつけ歯科医をもっていると回答した人の割合は 73.3％であった。

○歯と口腔の健康を維持するため、定期的な歯科検診（健康診査及び健康診断を含む。以下、同じ。）や適切な歯科医療を受けることができるよう、すべての県民がかかりつけ歯科医を持つことが重要である。

○また、近年の多様化するニーズに伴い、かかりつけ歯科医は、歯科訪問診療や障害児・者への対応、患者の基礎疾患や服用薬剤についての一層の理解が求められるとともに、乳幼児期の健全な歯列育成、口腔機能の獲得や口腔衛生指導から、高齢期における口腔機能の維持・向上や介護予防、周術期における口腔の管理まで、ライフステージに応じた歯科疾患の予防や口腔の管理など多岐にわたる対応が求められている。

図１　かかりつけ歯科医をもつ人の割合（年次推移）



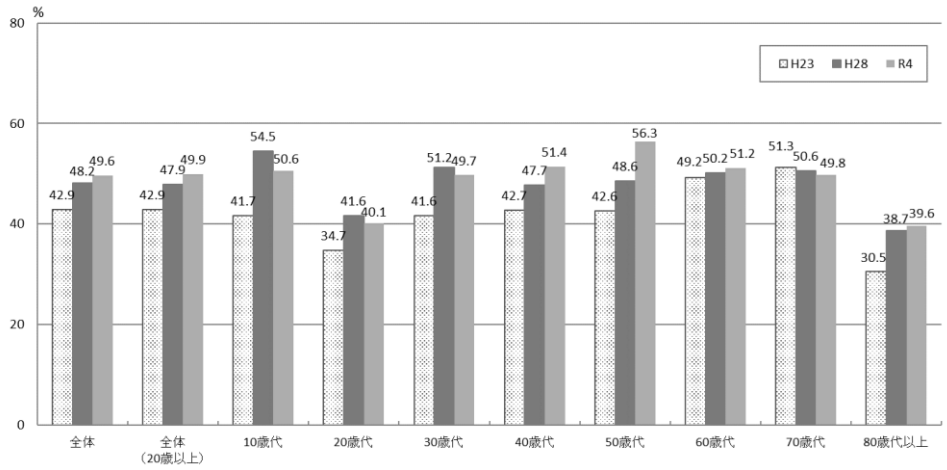
出典：県民健康・栄養調査（石川県）

（２）歯科疾患予防対策の推進

○令和 4 年度県民健康・栄養調査によると、この１年間に歯科検診や口腔ケアを受けたと回答した人の割合は 49.6%であり、8020（ハチマルニイマル）達成者（80 歳で 20 本以上自分の歯を持つ人）の割合は 35.2%（全国 51.6%）となっている。

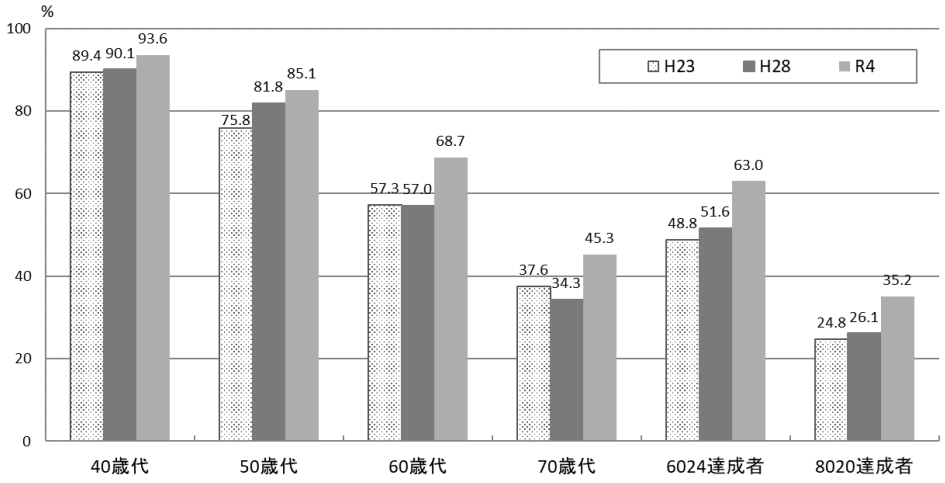
○個人の歯と口腔の状態に応じた適切な管理を行うとともに、乳幼児期、学齢期、成人期、高齢期等、ライフステージに応じた歯科疾患の予防及び口腔機能の維持・向上、口腔がん等の早期発見・早期治療のため、定期的に歯科検診を受ける機会を提供する必要がある。

図２　年に１回以上歯科検診や口腔ケアを受けている人の割合（%）



出典：県民健康・栄養調査（石川県）

図３　20 本以上自分の歯を有する者の割合(%)



出典：県民健康・栄養調査（石川県）

（３）医科歯科連携の推進

○近年は、口腔の管理が誤嚥性肺炎の発症予防につながるなど、口腔と全身との関係について広く指摘されている。また、がんの手術をはじめとした全身麻酔による手術前後の時期や、抗がん剤治療や放射線治療の前に口腔ケアを行うことは、術後の感染症や誤嚥性肺炎などの合併症の予防につながることから、周術期口腔機能管理等の医科歯科連携の重要性が増している。なお、本県において、周術期口腔機能管理後手術加算を算定している病院は 15 病院（県全体の 16.5%）となっている。

表　病院における周術期口腔機能管理後手術加算の算定状況

保健所	病院数	算定している病院数	算定している病院の割合
南加賀	18	3	16.7%
石川中央	15	2	13.3%
能登中部	10	2	20.0%
能登北部	5	0	0.0%
金沢市	43	8	18.6%
石川県	91	15	16.5%

出典：令和 4 年度病床機能報告（令和 3 年度実績）

○がんの治療中には、口腔粘膜炎、歯性感染症、味覚異常、口腔乾燥など、口腔に関連する副作用が高い頻度で生じるため、がん治療前から口腔管理を実施することによりがん治療に伴う副作用や合併症を予防することが可能となる。そのため、がん患者の生活の質の向上を図るため、周術期の口腔管理を実施する体制を整備する必要がある。
がんの中でも、口腔がんは希少がんではあるが、「食べる」「話す」「呼吸する」といった生活の質に大きくかかわる部位であるため、早期発見・早期治療が重要である。口腔がんは、口腔内の視診により発見できるため、歯科において発見する率が高く、歯科診療所と病院歯科や医科との連携が必要となる。

○脳卒中は、後遺症の一つに摂食・嚥下障害があるが、病院歯科や歯科診療所は医療機関等と連携し、多職種連携のもと、合併症の中でも特に誤嚥性肺炎予防のための口腔管理や、摂食・嚥下リハビリテーションを実施していく必要がある。

○糖尿病の第６の合併症は歯周病であるといわれ、歯周病と糖尿病は相互に関連することが明らかになっている。糖尿病の重症化予防を図るためには、歯科医療機関と医科との連携が不可欠であり、歯科診療所は、糖尿病治療を担う医療機関と連携し、適切な歯科治療を提供する必要がある。

（４）障害児・者や要介護者に対する歯科検診の実施・診療体制の整備

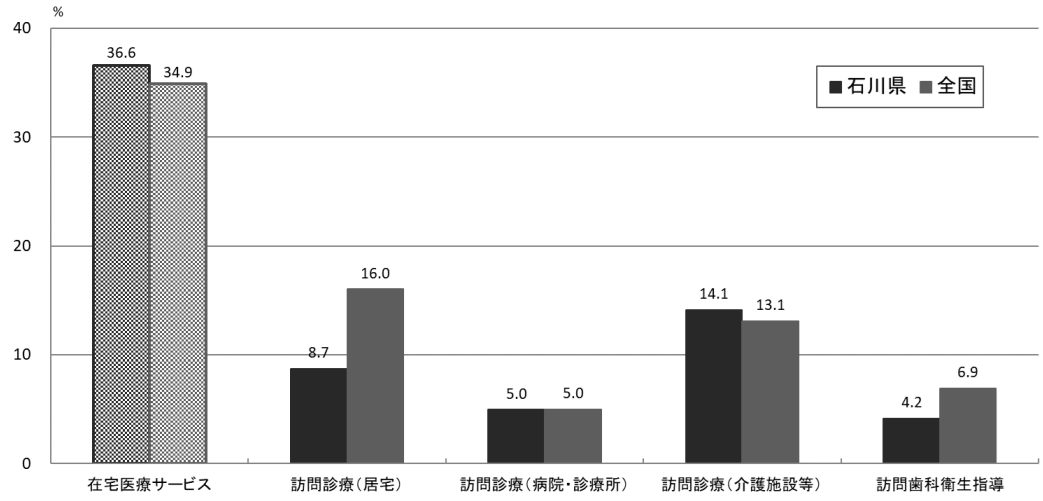
○通院が困難な心身障害児・者や在宅での寝たきり高齢者等の要介護者は、口腔ケアが不十分になりやすいため、嚥下機能や口腔機能の低下による低栄養を予防する必要がある。
また、摂食・嚥下機能が向上することで、経口摂取が可能になり、全身状態が改善する可能性が高まるとともに、誤嚥性肺炎の予防にもつながることから、要介護者の食支援や摂食・嚥下機能の評価・診断・治療を行う体制を構築する必要がある。

○県歯科医師会では、「石川県口腔保健医療センター」を運営し、全身麻酔下での歯科治療にも対応する等、重症心身障害児・者や医療的ケア児等をはじめとした、地域の診療所での治療が困難な障害児・者を対象とした歯科診療を行っている。

○歯科診療を通じて高齢者と継続的に関わる機会の多い歯科医師、歯科衛生士等は、認知症を理解し、多職種からなる関係者と連携し、先見性の高い歯科医療や専門的な口腔管理を継続的に提供していく必要がある。

○高齢化の進展に伴い、在宅歯科医療の需要増加が見込まれることから、歯科診療所は、地域包括ケアシステムに基づいた体制の一員となり、関係機関と連携し、適切な在宅歯科医療を提供する必要がある。そのため、在宅歯科医療を支える人材の確保や、身近なかかりつけ歯科医による訪問診療や往診などの在宅歯科医療サービスが受けられる体制を整備する必要がある。

図４　在宅医療サービスを実施している歯科診療所の割合（重複計上）



出典：令和２年医療施設静態調査（令和２年９月）

２．歯科医療の施策の方向

【目的（目指す方向）】
■県民の歯と口腔機能の維持・向上
【目標】
■かかりつけ歯科医の推進・機能強化
■ライフステージに応じた歯科疾患予防対策の推進
■医科歯科連携の推進
■障害児・者等に対する歯科検診の実施・診療体制の整備

（１）かかりつけ歯科医の啓発

○県民が定期的な歯科検診を受けることにより、歯科疾患の予防及び早期発見、早期治療につながるよう、かかりつけ歯科医を持つことについて啓発する。

（２）歯科医師の資質向上研修の実施

○県歯科医師会は、多様化する患者のニーズやライフステージに応じた歯科疾患の予防、口腔管理など多岐にわたる対応が求められているかかりつけ歯科医などの地域の歯科医師を支援するため、最新の知見や適切な口腔ケア等の技術に関する研修を実施し、歯科医師の資質の向上を図る。

（３）歯科疾患予防対策の推進

○乳幼児の健やかな発育のため、県歯科医師会等の関係機関と連携し、フッ化物洗口等のう蝕予防の充実や成長・発達に応じた口腔機能の獲得を支援する。

○う蝕や歯肉炎の予防のため、児童、生徒に対する一貫した歯科保健指導、健康教育を推進し、正しい歯磨き習慣の獲得や定期検診の重要性を普及啓発する。

○個人の歯と口腔の状態に応じた適切な管理を行い、成人期における歯周病や歯の喪失を予防し、口腔がん等を早期発見・早期治療するために、医療保険者、企業、市町等と連携し、かかりつけ歯科医を持ち、定期的に歯科検診を受けることを推進する。

○妊婦歯科健診について、県民が受診しやすい環境が整備されるよう働きかけを行うとともに、妊娠中のう蝕や歯周病予防のための歯科保健指導の充実を図る。

○生涯にわたる歯と口腔の健康の保持・増進を図るため、歯と口腔に関する罹患状況を把握し、県歯科医師会、地域、職場、学校等が連携し、適切な施策の推進に努める。

（４）病院と歯科診療所の連携の推進

○歯科疾患と生活習慣病等の基礎疾患を併せ持つ患者に対して、適切な歯科医療を提供し、治療効果を一層高めるため、相互に診療情報を提供するなど、歯科診療所と病院歯科や医科との連携を推進する。

○がん治療時の合併症予防や軽減を図るため、治療前から口腔管理を実施できる体制の整備を図るとともに、地域の病院等と歯科医療機関との連携を深め、周術期の口腔管理を実施する病院の増加を図る。

○脳卒中患者においては、誤嚥性肺炎等、合併症の予防や治療のため、病院歯科や歯科診療所は、多職種と連携し、口腔管理や摂食・嚥下訓練等を実施する役割を担うよう努める。

○糖尿病の重症化や合併症を予防するため、石川県糖尿病対策推進会議が作成した糖尿病の紹介・連携基準を参考にするとともに、糖尿病連携手帳の活用を図り、糖尿病治療を担う医療機関との連携を深める。また、糖尿病の安定期治療を担う医療機関のうち、歯科へ患者を紹介する医療機関の増加を図ることにより、糖尿病治療における医科歯科連携を推進する。

（５）地域の歯科医療従事者の病院における活用の推進

○各病院歯科の歯科医療従事者の配置状況や機能等を把握・分析の上、各地域において病院歯科の果たす役割を認識し、病院の規模や機能に応じて地域の歯科医療従事者を病院において活用することを推進する。

（６）障害児・者や要介護者に対する歯科検診の実施・診療体制の整備

○定期的に歯科検診や歯科医療等を受けることが困難な、心身障害児・者や在宅での寝たきり高齢者、介護施設・社会福祉施設等の通所者・入所者等、要介護者の口腔機能を維持・向上するため、かかりつけ歯科医や石川県口腔保健医療センター等による歯科訪問診療や訪問歯科衛生指導等を推進するとともに、研修による人材の育成を図る。
また、要介護者等の摂食・嚥下機能を向上させ、誤嚥性肺炎を予防するため、要介護者の食支援や摂食・嚥下機能の評価・診断・治療を行う、医師、歯科医師、歯科衛生士等、多職種によるネットワークづくりを推進する。

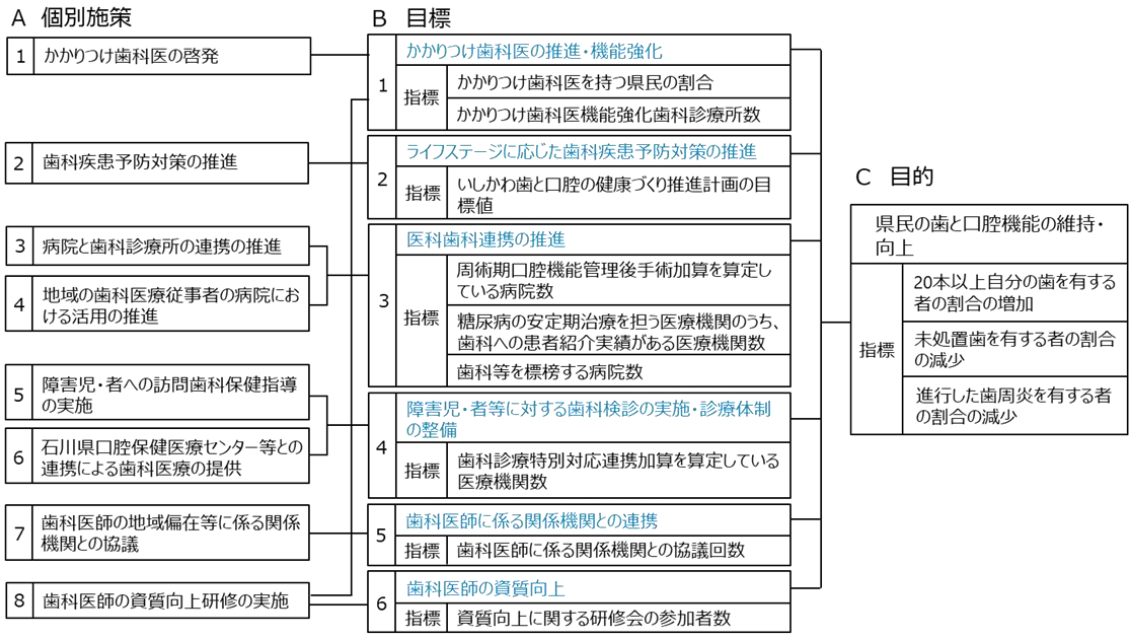
○歯科診療を通じて高齢者と継続的に関わる機会の多い歯科医師、歯科衛生士等が、認知症の疑いのある人を早期に発見することで、容体に応じた適切な医療・介護を提供することが可能になるため、歯科医師等の認知症対応力の向上を推進する。

（７）石川県口腔保健医療センター等との連携による歯科医療の提供

○かかりつけ歯科医等の地域の歯科診療所で対応が困難な処置について、石川県口腔保健医療センター等の後方支援を行う歯科医療機関と連携できる体制を整備する。

○石川県口腔保健医療センター等との連携を図りながら、身近なかかりつけ歯科医が在宅歯科医療や介護保険サービスへの対応を行うことにより、歯科診療所が地域包括ケアシステムに基づいた体制の一員となるよう努める。

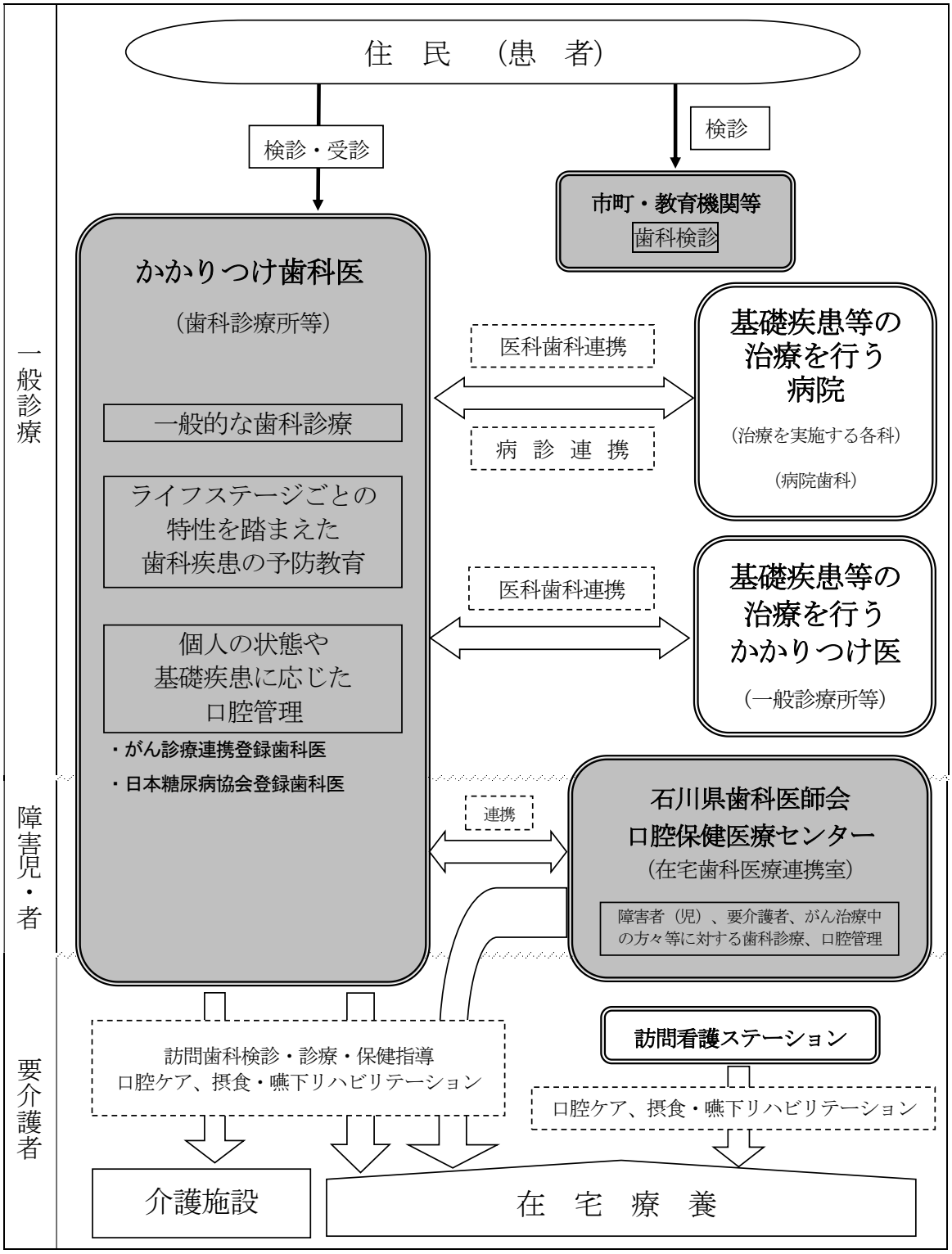
施策・指標マップ



数値目標

指標		現状		目標値	
		値	出典	２０２６年（中間）	２０２９年（最終）
1	かかりつけ歯科医を持つ県民の割合	73.3% （令和４年時点）	健康推進課 「県民健康調査」	75.0%	76.8% （H28→R4伸び率）
	かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所数	91施設 （令和２年時点）	東海北陸厚生局 「施設基準届出受理医療機関名簿」	97施設	104施設 （全国平均と同程度を目標に設定）
2	いしかわ歯と口腔の健康づくり推進計画での目標値	第３次いしかわ歯と口腔の健康づくり推進計画で評価			
3	周術期口腔機能管理後手術加算を算定している病院数	15施設 （令和４年時点）	地域医療推進室「令和4年度病床機能報告」	増加	増加
	糖尿病の安定期治療を担う医療機関のうち、歯科への患者紹介実績がある医療機関数	27施設 （平成29年時点）	地域医療推進室調べ	増加	増加
	歯科を標榜する病院数	19施設 （令和４年時点）	医療対策課調べ	増加	増加
4	歯科診療特別対応連携加算を算定している医療機関数	５施設 （令和５年時点）	東海北陸厚生局 「施設基準届出受理医療機関名簿」	増加	増加
5	歯科医師に係る関係機関との協議回数	― （令和５年時点）	県医療対策課調べ	増加	増加
6	資質向上に関する研修会参加者数	1,428人 （令和４年時点）	県医療対策課調べ	増加	増加

歯科医療連携体制


一般診療
障害児・者
要介護者
住　民　（患　者）
検診・受診
検診
市町・教育機関等
歯科検診
かかりつけ歯科医
（歯科診療所等）
一般的な歯科診療
ライフステージごとの
特性を踏まえた
歯科疾患の予防教育
個人の状態や
基礎疾患に応じた
口腔管理
・がん診療連携登録歯科医
・日本糖尿病協会登録歯科医
医科歯科連携
病　診　連　携
基礎疾患等の
治療を行う
病院
（治療を実施する各科）
（病院歯科）
医科歯科連携
基礎疾患等の
治療を行う
かかりつけ医
（一般診療所等）
連携
石川県歯科医師会
口腔保健医療センター
（在宅歯科医療連携室）
障害者（児）、要介護者、がん治療中
の方々等に対する歯科診療、口腔管理
訪問歯科検診・診療・保健指導
口腔ケア、摂食・嚥下リハビリテーション
訪問看護ステーション
口腔ケア、摂食・嚥下リハビリテーション
介護施設
在　宅　療　養

６　子どもの医療体制の充実

【周産期医療】

１．周産期医療について

（１）周産期医療とは

○周産期とは妊娠 22 週から出生後 7 日未満のことをいう。

○この時期は、特に母体・胎児や新生児の生命に関わる事態が発生する可能性があることから、周産期を含めた前後の期間における医療を特に「周産期医療」という。

（２）医療機関に求められる役割

【産科又は産婦人科を有する病院又は診療所（一般周産期医療機関）】

○産科に必要とされる検査、診断、治療が実施可能であること
○正常分娩を安全に実施可能であること
○他の医療機関との連携により、合併症や、帝王切開術その他の手術に適切に対応できること
○妊産婦のメンタルヘルスに対応可能であること
○緊急時における、病態や緊急度に応じた適切な搬送先の選定、平時から高次施設との連携体制を構築していること

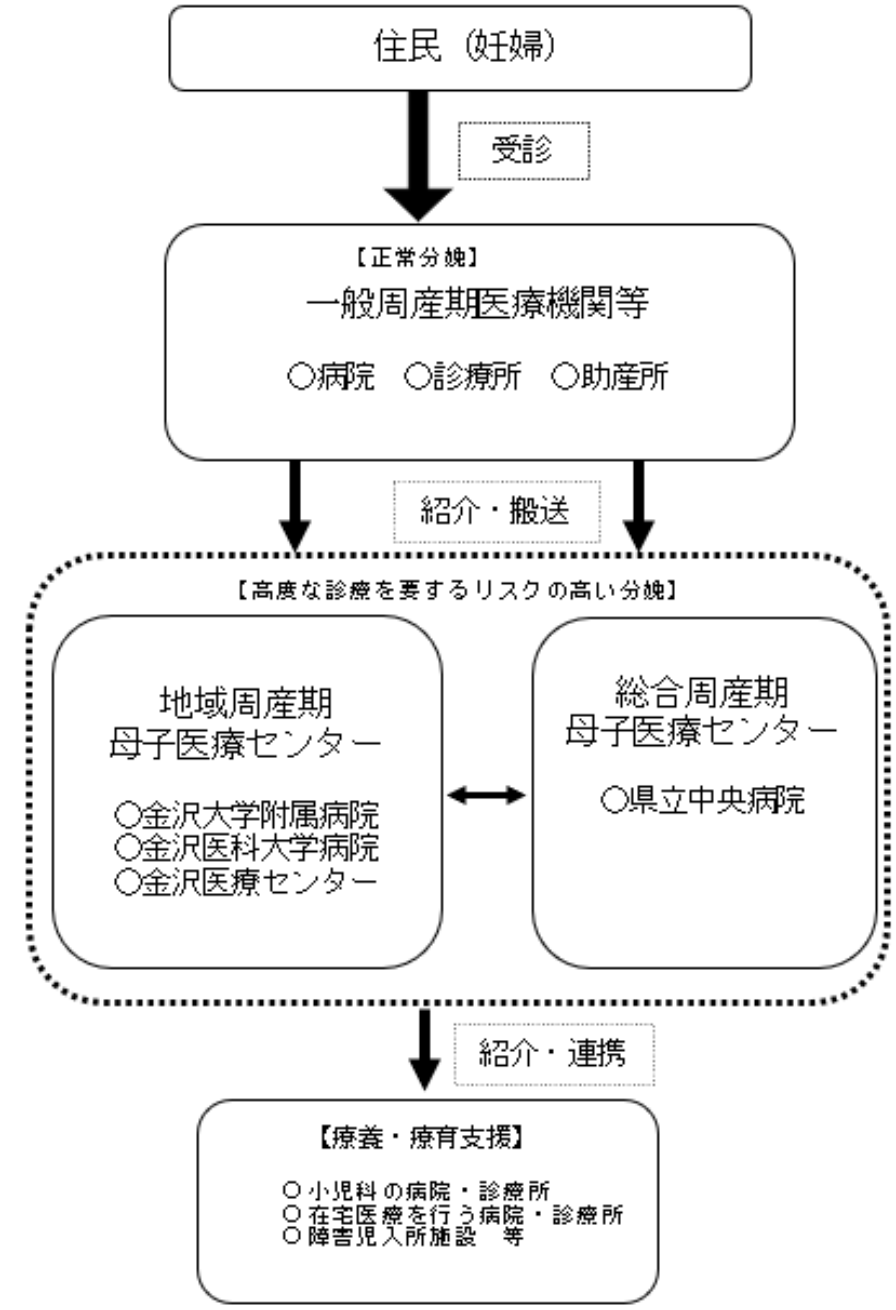
【地域周産期母子医療センター】

○産科及び小児科（新生児診療）等を備え、比較的高度な周産期医療が可能であること
○一般周産期医療機関からの救急搬送や総合周産期母子医療センターからの戻り搬送を受け入れること
○産科は、迅速に帝王切開術への対応が可能な医師（麻酔科医含む）及びその他の職員を配置することが望ましい
○小児科（新生児医療）は、24 時間体制に必要な職員を配置することが望ましい

【総合周産期母子医療センター】

○母体又は児におけるリスクの高い妊娠に対する医療、高度な新生児科医療等の周産期医療が可能であること
○常時の母体及び新生児搬送受入体制を有すること
○必要に応じて当該施設の関係診療科または他の施設と連携し、産科合併症以外の合併症を有する母体に対応すること
○母体胎児集中治療室（MFICU）及び新生児集中治療室（NICU）を備えていること
○麻酔科及びその他の関係診療科を有すること

周産期医療の医療提供体制



※総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センターについては、「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（平成29年3月31日付け医政局発0331第3号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）に記載の要件を満たすものとする。

２．周産期医療の現状と課題について

■分娩数が減少傾向にある中、分娩取扱施設数も減少傾向にあり、今後、各地域において、施設の役割分担や連携体制の強化について検討する必要がある。
■周産期に関連する死亡率は減少傾向にあり、引き続き、ハイリスク妊産婦や低出生体重児等に適切に対応するため、ＮＩＣＵの病床数を維持し、周産期母子医療センターでの質の高い周産期医療を提供していく必要がある。

（１）出生および周産期に関する死亡率の状況

【出生数及び合計特殊出生率】

○出生率（合計特殊出生率）は減少傾向にあるが、本県の合計特殊出生率は全国平均を上回っている。

表　出生数、合計特殊出生率

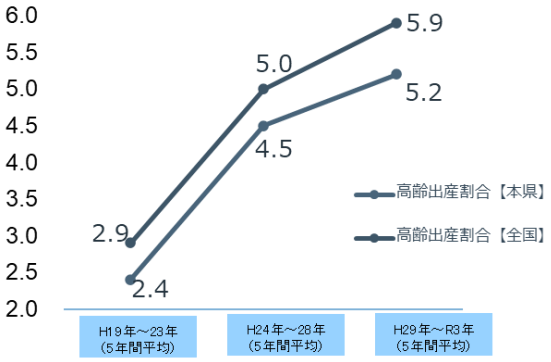
		平成23年	平成28年	令和3年
出生数（人）	石川県	9,555	8,927	7,528
	全　国	1,050,806	976,978	811,622
合計特殊出生率	石川県	1.43	1.53	1.38
	全　国	1.39	1.44	1.30

資料：「人口動態統計」（厚生労働省）

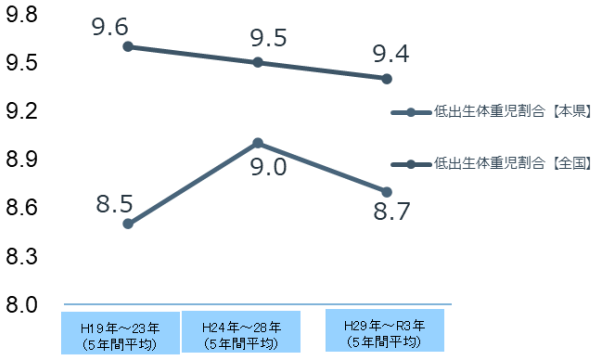
【高齢出産・低出生体重児・複産の割合】

○高齢出産の割合は増加傾向にある一方、低出生体重児の割合は減少傾向にある。

図表　高齢出産の割合 ※1



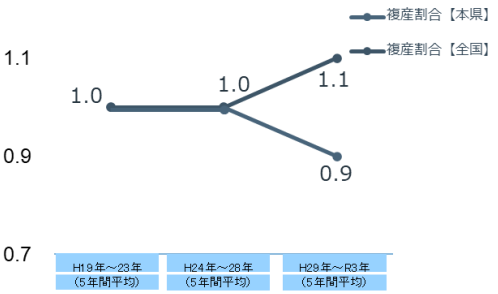
図表　低出生体重児の出生割合 ※2



資料：「人口動態統計」（厚生労働省）

※1　母の年齢 40 歳以上
※2　体重 2,500g 未満

図表　複産の割合

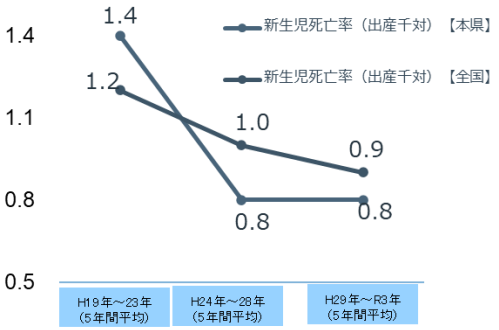


資料：「人口動態統計」（厚生労働省）

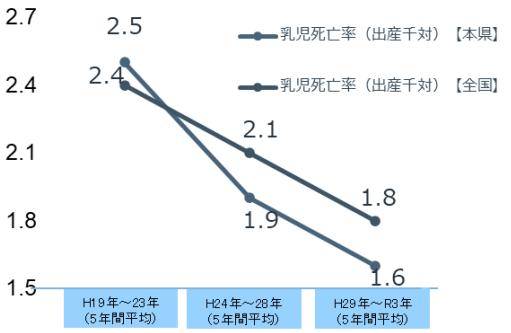
【周産期関連の死亡率】

○周産期に関連する死亡の割合は減少傾向にあり、全国平均と比べても低い状況である。

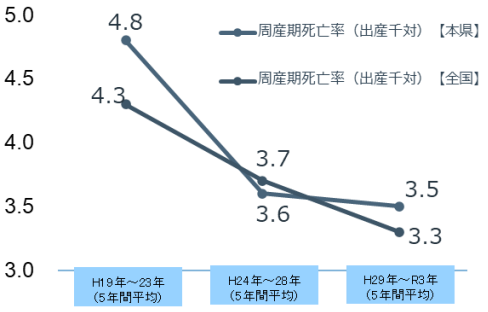
図表　新生児死亡率（出産千対）※1



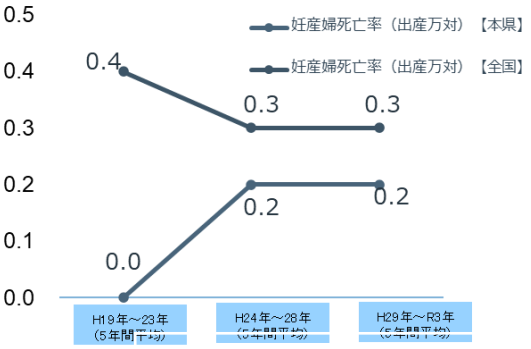
図表　乳児死亡率（出産千対）※2



図表　周産期死亡率（出産千対）※3



図表　妊産婦死亡率（出産万対）



資料：「人口動態統計」（厚生労働省）

※1　生後 28 日未満
※2　生後１年未満
※3　妊娠満 22 週以後の死産と早期新生児（生後 7 日未満）死亡

（２）周産期の医療提供体制

【分娩数、分娩取扱施設数】

○令和４年の分娩数は、7,448 件である。近年、分娩数が減少しており、特に能登北部での減少率が大きい状況である。

○分娩取扱施設は、令和５年４月の時点で病院 15 施設、診療所 16 施設、助産所５施設となっており、全ての二次医療圏において分娩を行うことができる体制となっている。

○一方、分娩数が減少傾向にある中で、分娩取扱施設数も減少傾向にある。平成 29 年と比較すると、高齢等を理由に分娩の取扱いを停止する動きがある一方、新規のクリニック開設などもあり、施設数は横ばいの状況である。

図表　分娩数

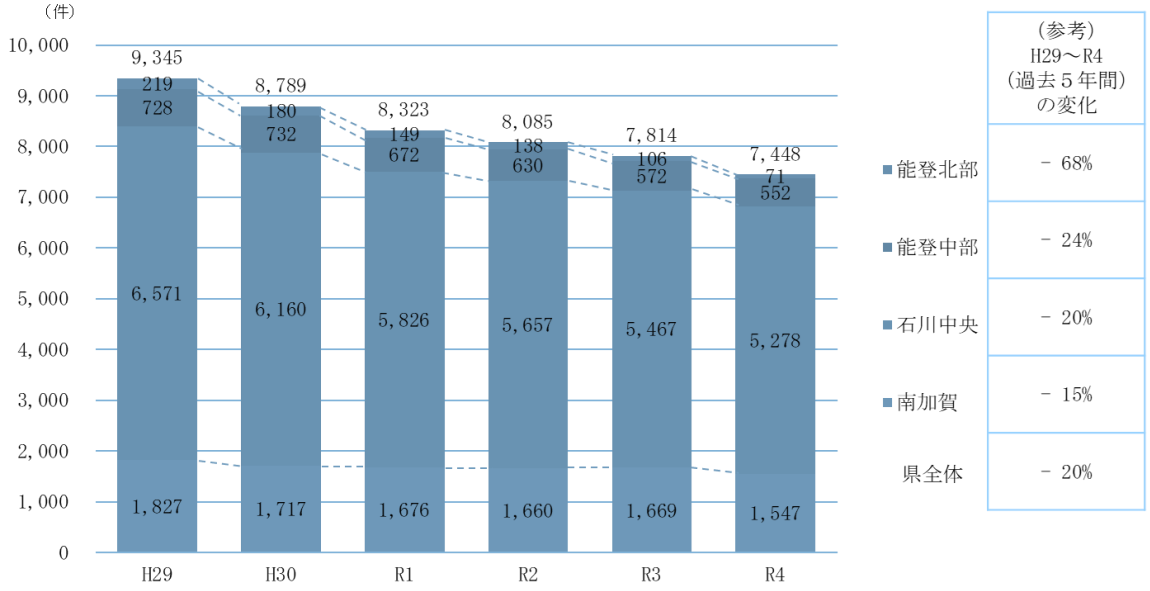


表　分娩取扱施設数

医療圏	病院		診療所		助産所	
	平成29年	令和5年	平成29年	令和5年	平成29年	令和5年
南加賀	4	2	2	4	1	1
石川中央	9	9	9	10	3	4
能登中部	2	2	2	2	0	0
能登北部	2	2	0	0	0	0
計	17	15	13	16	4	5

地域医療推進室調べ

【産科医・助産師数】

○産科は、他の診療科に比べて休日・深夜の診療が多いことや、医療訴訟率が高いことなどから、平成 20 年までは産科医を目指す医師が減少傾向にあった。

○修学資金の貸与や平成 21 年から開始された「産科医療補償制度」などにより医師数はやや回復傾向にあったが、近年は著しい増減はない状況である。

○引き続き、産科医や助産師など周産期医療を担う人材の確保に取り組んでいく。

表　産科医・助産師数

	平成20年	平成22年	平成24年	平成26年	平成28年	平成30年	令和2年
産科医数（産婦人科医含む）	104	111	107	117	111	119	116
助産師数	310	300	322	337	329	349	354

資料：「医師・歯科医師・薬剤師統計」（厚生労働省）
「衛生行政報告例」（厚生労働省）

○院内助産システム（助産師が主体となって妊産婦健診や分娩を行うシステム）の活用は、産科医の負担軽減や産科医と助産師の役割分担につながると期待されているが、導入施設は平成 29 年度の３ヶ所より増加したものの、現在４ヶ所に留まっている。

○また、院内助産システム普及のためには、一定の経験を積んだ助産師が必要であり、現在、本県におけるアドバンス助産師（分娩介助件数や妊婦健診実施数などの要件等をクリアし、一般財団法人日本助産評価機構に認証された助産師）数は令和 4 年度末時点で 95 名であり、助産師全体の 24.4%となっている。

【周産期母子医療センターの病床数、稼働状況、搬送受入れ件数】

○高齢出産、多胎妊娠、低出生体重児などリスクの高い妊産婦・新生児に対しては総合周産期母子医療センターである県立中央病院を中心に、地域周産期母子医療センターである金沢大学附属病院、金沢医科大学病院、金沢医療センターが連携し、高度な周産期医療を提供している。

○県立中央病院等においては、ＭＦＩＣＵ（母体・胎児集中治療室）に入院中の妊産婦やＮＩＣＵ（新生児集中治療室）に入院中の児の母に対して、臨床心理士によるカウンセリングも行われている。

○現在、ＮＩＣＵは 30 床稼働しており、国が定めた「出生１万人対 25 床から 30 床」の目標数が確保されている。なお、ＮＩＣＵの稼働状況については、入院児は年間 352 人（令和 4 年度)、平均在院日数は 29.8 日（令和 3 年度）となっている。

表　周産期母子医療センターの病床数（R4.4.1 現在）、稼働状況（R3 年度）

	ＮＩＣＵ		ＧＣＵ		ＭＦＩＣＵ	
	病床数	稼働率	病床数	稼働率	病床数	稼働率
県立中央病院	12	88.4%	18	51.2%	6	80.8%
金沢大学附属病院	6	72.8%	12	42.7%	3	95.0%
金沢医科大学病院	6	72.0%	7	57.8%	3	62.8%
金沢医療センター	6※	62.2%※	0	－	0	－
計	30	－	37	－	12	－

※病床を休止していたため、R1 数値を記載

地域医療推進室調べ

表　周産期母子医療センターへの搬送件数（令和４年度）　（件）

	搬送元の圏域				計
	南加賀	石川中央	能登中部	能登北部	
新生児	7	52	8	1	68
母　体※	35	102	13	1	151

※ハイリスク分娩や新生児集中治療室を必要とする児の出生が予測される場合に、母体を必要な人員・設備を持つ医療機関へ搬送すること（救急搬送、紹介含む）

地域医療推進室調べ

○産科以外の合併症を有する妊産婦については、基本的に各周産期母子医療センター（県立中央病院には救命救急センターが併設されている。金沢大学附属病院及び金沢医科大学病院は三次救急医療機関、金沢医療センターは二次救急医療機関である）で受け入れられている。

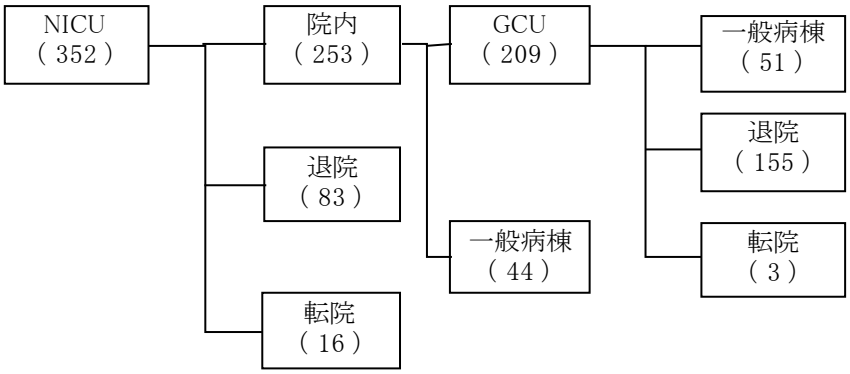
（３）ＮＩＣＵ入院児の状況

○心身に重度の障害を生じた入院児に対しては、医王病院などにおいて在宅復帰に向けた療養支援が行われており、退院後のケアが必要な場合は、障害児入所施設を含めた機関において、在宅支援、療養支援が行われている。

○在宅支援、療養支援に向けたネットワークづくりについては、平成 28 年に設置された「石川県小児医療ネットワーク事業協議会小児等在宅医療連携推進部会」において、在宅で医療的ケアを受けている児の現状把握や、在宅支援体制を強化するための多職種向け研修会が開催されている。

○また、令和４年には、石川県医療的ケア児支援センター「このこの」が医王病院に開設され、医療的ケア児とその家族、支援者からの相談を受け付けるなど、地域における医療的ケア児の支援体制を整備している。

表　NICU 入院児の退室状況（R4）



地域医療推進室調べ

（４）妊産婦等への支援状況

○母子の健康を確保するため、全ての市町において妊娠中から身近で相談に応じ、必要なサービスにつなげる伴走型相談支援を実施するとともに、母体や胎児の健康確保を図るうえで重要な妊産婦健康診査について、公費による負担が行われている。

○妊産婦は、ホルモンバランスの乱れ、環境の変化やストレスなどで心身のバランスを崩しやすく、メンタルヘルスに関する問題が生じやすい状況にあることから、妊産婦の孤立化を防ぎ、育児支援につなげるため、医療機関と連携し、不安や育児上の困難を抱える妊産婦等に対し、保健師や助産師等による継続的な訪問支援を実施している。

○また、ハイリスクの妊娠や未熟児等の場合、退院後も、長期に子どもの健康・発達面で問題を残しやすく、不安が大きいことから、総合周産期母子医療センター等へ臨床心理士を派遣し、カウンセリング及び心理的ケアに関する専門相談を実施している。

○不妊治療に関しては、石川県不妊相談センターでの相談支援や不妊治療への助成などを行っている。

３．周産期医療の医療機能の明確化及び圏域の設定

（１）周産期医療の医療体制

病期	【正常分娩】	【高度な診療を要するリスクの高い分娩】	【療養・療育支援】
機能	正常分娩等（日常の生活・保健指導、新生児の医療相談を含む。）	母体又は児におけるリスクの高い妊娠に対する医療及び高度な新生児医療	退院した障害児等が療養・療育できるための支援
目標	●正常分娩への対応 ●妊婦健診を含めた分娩前後の診療 ●他医療機関との連携によるリスクの低い帝王切開術の対応	●２４時間体制での母体又は児にリスクの高い妊娠に対する医療及び高度な新生児医療 ●地域の各周産期医療施設との連携	●周産期医療施設を退院した障害児等が療養・療育できる体制の提供 ●在宅において療養・療育を行っている児の家族に対する支援
求められる要件	①産科に必要とされる検査、治療の実施 ②正常分娩の実施 ③他の医療機関との連携による、合併症や帝王切開術その他の手術への対応 ④妊産婦のメンタルヘルスの対応 ⑤緊急時における、病態や緊急度に応じた適切な搬送先の選定、平時から高次施設との連携体制の構築	①産科及び小児科、麻酔科その他の関係診療科目を有すること ②母体・胎児集中治療管理室 ③新生児集中治療管理室 ④後方病室 ⑤ドクターカー・ドクターヘリ ⑥検査機能　⑦輸血の確保 ⑧母体・胎児集中治療管理室及び新生児集中治療管理室の、24時間診療体制を適切に確保するために必要な職員 ⑨災害時における物資や人員の支援	①人工呼吸器の管理が必要な児や、気管切開等のある児の受入れ ②児の急変時に備えた、救急対応可能な病院等との連携 ③医療、保健及び福祉サービス（レスパイトを含む。）の調整 ④自宅以外の場における、障害児の適切な療養・療育の支援 ⑤家族に対する精神的サポート等の支援
連携	ハイリスク分娩や急変時の高度周産期医療機関への迅速な搬送	療養・療育が必要な児の情報（診療情報や治療計画等）を共有	
医療提供施設等の種別	・産科又は産婦人科を標榜する病院又は診療所 ・分娩を取扱う助産所	〈総合周産期母子医療センター〉 ・石川県立中央病院 〈地域周産期母子医療センター（高度周産期母子医療センター）〉 ・金沢大学附属病院 ・金沢医科大学病院 ・金沢医療センター	・小児科を標榜する病院又は診療所 ・在宅医療を行っている診療所 ・訪問看護ステーション ・障害児入所施設 ・日中一時支援施設

（２）周産期における圏域の設定

○正常分娩については基本的に二次医療圏内で対応しているが、ハイリスク分娩等は二次医療圏の枠を超えて県全域で対応しており、県全域を周産期医療の圏域とする。

○正常分娩については、医師確保対策の充実や、分娩取扱施設が少ない地域の分娩取扱施設への支援による体制の強化により、引き続き、各二次医療圏で対応する体制を確保する。

４．周産期医療の施策の方向

【目的（目指す方向）】
■周産期死亡率の減少
【目標】
■分娩を取り扱う医師数の増加
■母体・新生児搬送数のうち受入困難事例の割合（現場滞在時間 30 分以上の割合／受入照会回数４回以上の割合）の減少

（１）周産期医療体制の充実

○ハイリスク妊婦に対する医療や低出生体重児等への高度な新生児医療を適切に提供するため、周産期母子医療センターにおいてＮＩＣＵを 30 床整備しており、今後も「出生１万人対 25 床から 30 床」の水準を維持する。

○周産期母子医療センターにおいて、引き続き、質の高い周産期医療を提供するために必要な支援を推進する。

○分娩取扱施設が少ない南加賀、能登中部、能登北部医療圏において、各医療圏内で低リスク分娩に対応できる体制を維持するために必要な支援を実施する。

○赤ちゃん協議会や周産期医療協議会等において、安心で安全な周産期医療体制（県全体の緊急時の母体・新生児の搬送及び受入体制や感染症に罹患した妊婦の受入れ機関等を含む）について協議する。

○高度な周産期医療を行う周産期母子医療センターが石川中央に所在していることから、能登・南加賀の医療機関の役割分担や連携体制の強化、機能強化について、中長期的な観点で検討を進める。

○あわせて、能登・南加賀地域をはじめとした県内全域から、周産期母子医療センターへの搬送が必要な場合に、母体・新生児を円滑かつ安全に搬送・受入できるよう、現在の搬送体制の検証や必要な搬送体制の検討など搬送体制の強化に向けて取り組む。

○精神疾患を合併する妊産婦への対応を充実させるために総合病院精神科を中心とした医療機関の役割分担と連携体制の整備に努める。

○長期入院児等によりＮＩＣＵの満床状態が続くと、新たに妊産婦や新生児の受入を行うことが困難になることから、周産期母子医療センターにおけるＧＣＵ（新生児回復治療室）や障害児入所施設等（心身に重度の障害を生じた児の療養及び療育支援を担う病院等）の後方病床の確保に努め、円滑な受入れを図る。

○在宅で医療的ケアを受ける児への対応を強化するため、周産期母子医療センター、障害児入所施設等（医王病院等）と在宅医療を担う機関等との連携強化や、小児在宅医療に関わる多職種を対象とした研修会の開催等の支援を引き続き実施する。

○地域における医療的ケア児への支援体制を強化するため、引き続き、石川県医療的ケア児支援センター「このこの」において、医療的ケア児とその家族、支援者に対し、相談支援を実施する。

○大規模災害が発生した場合に設置される保健医療福祉調整本部等に災害医療コーディネーターのサポートとして小児・周産期医療に特化した調整役である「災害時小児周産期リエゾン」を配置し、防災訓練に参加するなど、災害医療体制における小児・周産期医療分野の体制強化を推進する。

（２）産科医療従事者の確保と資質の向上

○分娩取扱施設に勤務する産科医・助産師等を確保し、医師の勤務環境改善に繋げるため、今後も、関係医療機関との連携・協力を得ながら、修学資金貸与者の適正配置や女性医師に対する相談・助言、医学生等を対象とした普及啓発を図るなど産科医確保のための施策を推進する。

○「赤ちゃん協議会」での議論を踏まえ、産科医の養成と確保に向け、金沢大学・金沢医科大学・県立中央病院・その他医療機関が連携し、能登北部を含む県下全域で勤務しながら、キャリアアップを行う仕組み（循環型サイクル）の構築を図る。

○助産師を対象とした、医療機関相互での出向研修や実践力向上に向けた専門的な研修を実施することで、アドバンス助産師（助産実践能力が一定の水準に達していると認証された助産師）など、質の高い助産師の育成を支援する。

○周産期母子医療センターや障害児入所施設、在宅医療に関わる機関との連携強化を図るために、医師、助産師、看護師等を対象とした研修会を行う。

（３）妊産婦等への支援

○妊娠初期から母体や胎児の健康確保を図ることが重要であることから、市町及び医療機関等と連携し、妊婦等に対し、早期の妊娠届出を励行するとともに、妊婦健康診査の重

要性を周知・広報することにより、受診の勧奨に努める。

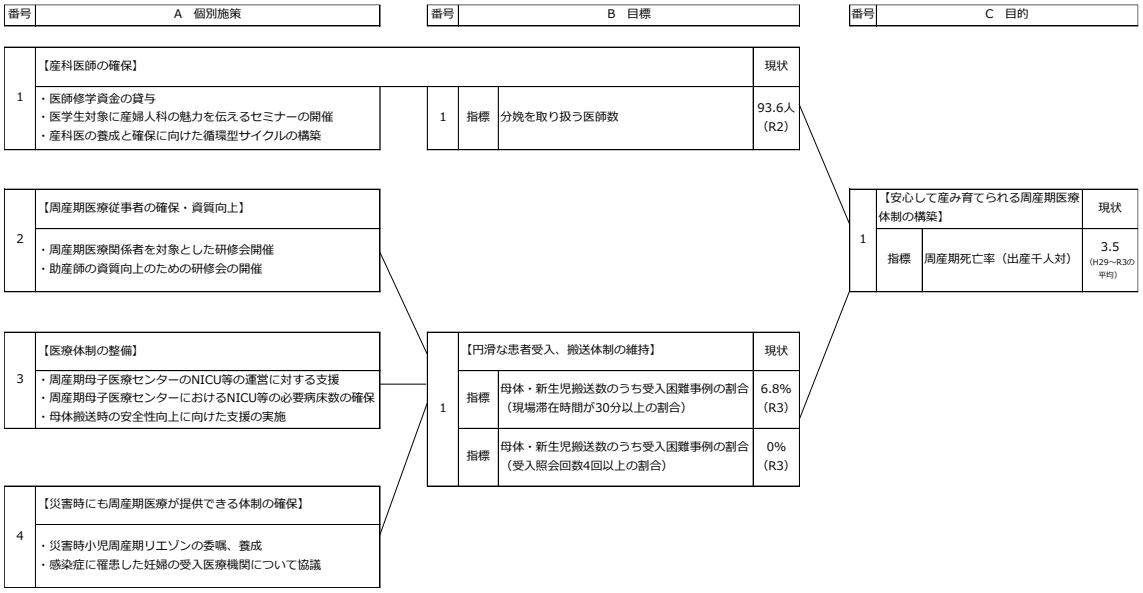
○産後うつの予防等を図る観点から、産婦健康診査で心身の健康状態や生活環境等の把握を行い、産後の初期段階からの支援を強化する。

○ハイリスク妊産婦や未熟児等の母親に対し、保健・医療連携のもと、早期からの心のケアや相談支援等を推進する。

○不妊治療に関し、相談から治療までのすべての段階において切れ目なく総合的に支援する。

○妊産婦の不安の軽減のため、妊娠中の医療や子育てに関する悩みについて、医師等に相談できる体制を検討する。

施策・指標マップ



数値目標

分類	指標		現状値	目標値	
	名　称	出典・説明		R8 年度（中間年）	R11 年度（最終年）
B	分娩を取り扱う医師数	厚生労働省「医療施設調査」	93.6 人（R2）	増加	増加
B	母体・新生児搬送数のうち受入困難事例の割合（現場滞在時間が 30 分以上の割合）	消防庁「救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査」	6.8%（R3）	全国平均以下	全国平均以下
	母体・新生児搬送数のうち受入困難事例の割合（受入照会回数 4 回以上の割合）		0%（R3）	全国平均以下	全国平均以下
C	周産期死亡率（出産千人対）	厚生労働省「人口動態調査」	3.5（H29～R3 の平均）	全国平均以下	全国平均以下

現状把握の指標

<table>
<tr><th>機能</th><th>低リスク分娩</th><th>地域周産期母子医療センター</th><th>総合周産期母子医療センター</th><th>療養・療育支援</th></tr>
<tr><td rowspan="15">ストラクチャー</td><td colspan="3">産科・産婦人科・婦人科医師数</td><td>乳幼児、小児の在宅医療・療育を行う医療機関数</td></tr>
<tr><td colspan="3">分娩を取扱う医師数</td><td rowspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="3">日本周産期・新生児医学会専門医数</td></tr>
<tr><td colspan="3">助産師数</td></tr>
<tr><td colspan="3">アドバンス助産師数、新生児集中ケア認定看護師数</td></tr>
<tr><td colspan="3">分娩を取扱う医療機関の種別</td></tr>
<tr><td colspan="3">ハイリスク妊産婦連携指導料1・2届出医療機関数</td></tr>
<tr><td rowspan="8"></td><td colspan="2">院内助産や助産師外来を行っている周産期母子医療医療センター数</td><td rowspan="5">NICU長期入院児が自宅に退院する前に、家族が在宅ケアを行うための手技習得や環境の整備をする期間を設けるための病床を設置している周産期母子医療センター数</td></tr>
<tr><td colspan="2">NICUを有する病院数・病床数</td></tr>
<tr><td colspan="2">NICU専任医師数</td></tr>
<tr><td colspan="2">GCUを有する病院数・病床数</td></tr>
<tr><td colspan="2">MFICUを有する病院数・病床数</td></tr>
<tr><td colspan="2">ハイリスク分娩管理加算届出医療機関数</td><td rowspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">NICU入院児の退院支援を専任で行う者が配置されている周産期母子医療センター数</td></tr>
<tr><td colspan="2">災害時小児周産期リエゾン認定者数</td></tr>
<tr><td rowspan="6">プロセス</td><td colspan="2">分娩数</td><td rowspan="2">退院支援を受けたNICU・GCU入院児数</td></tr>
<tr><td>産後訪問指導実施数</td><td colspan="2">周産期母子医療センターで取り扱う分娩数</td></tr>
<tr><td rowspan="4"></td><td colspan="2">NICU入室児数</td><td rowspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">NICU・GCU長期入院児数</td></tr>
<tr><td colspan="2">妊産婦の居住する市町村の母子保健事業について、妊産婦に個別に情報提供を行っている周産期母子医療センター数</td></tr>
<tr><td colspan="2">母体・新生児搬送数・都道府県内搬送率</td></tr>
<tr><td rowspan="3">アウトカム</td><td colspan="3">新生児死亡率</td><td>NICU・GCU長期入院児数（再掲）</td></tr>
<tr><td colspan="3">周産期死亡率</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="3">妊産婦死亡数</td></tr>
<tr><td></td><td>母体・新生児搬送数のうち受入困難事例の件数</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

機能	指標区分（S/P/O）	指標名	時点	県全体	南加賀	石川中央	能登中部	能登北部	全国	備考	出典
低リスク分娩～総合周産期母子医療センター	S	産科医及び産婦人科医の数	R2	116	17	86	11	2			医師・歯科医師・薬剤師統計
		（15-49歳女性人口10万人対）		52.4	38.5	57.7	54.5	24.3	45.8		
		（出産1000人対）		15.9	11.7	16.9	22.1	8.5	13.6		
低リスク分娩～総合周産期母子医療センター	S	分娩を取扱う医師数（病院）	R2	74.1	5.0	59.6	8.3	1.2			医療施設調査
		（15-49歳女性人口10万人対）		33.5	11.3	40.0	41.1	14.6	26.5		
低リスク分娩～総合周産期母子医療センター	S	分娩を取扱う医師数（診療所）	R2	19.5	4.2	13.3	2.0	－			医療施設調査
		（15-49歳女性人口10万人対）		8.8	9.5	8.9	9.9	－	8.5		
低リスク分娩～総合周産期母子医療センター	S	日本周産期・新生児医学会専門医数	R4.11.1	17							日本周産期・新生児医学会
		（人口10万人対）		1.5					1.9		
低リスク分娩～総合周産期母子医療センター	S	助産師数（病院）	R2	149.1	22.9	91.7	23.5	11.0			医療施設調査
		（15-49歳女性人口10万人対）		67.3	51.9	61.6	116.5	133.7	73.7		
低リスク分娩～総合周産期母子医療センター	S	助産師数（診療所）	R2	66.6	15.0	46.6	5.0	－			医療施設調査
		（15-49歳女性人口10万人対）		30.0	34.0	31.3	24.8	－	24.5		
低リスク分娩～総合周産期母子医療センター	S	アドバンス助産師数	R4	95.0							アドバンス助産師認証者名簿
		（人口10万人対）		8.4					7.2		
低リスク分娩～総合周産期母子医療センター	S	新生児集中ケア認定看護師数	R5.3.21	3.0							認定看護師分野別都道府県別登録者数一覧
		（人口10万人対）		0.3					0.3		
低リスク分娩～総合周産期母子医療センター	S	分娩を取扱う産科又は産婦人科病院数	R2	16	2	10	2	2			医療施設調査
		（15-49歳女性人口10万人対）		7.2	4.5	6.7	9.9	24.3	3.8		
低リスク分娩～総合周産期母子医療センター	S	分娩を取扱う産科又は産婦人科診療所数	R2	13	2	9	2	－			医療施設調査
		（15-49歳女性人口10万人対）		5.8	4.5	6.0	9.9	－	4.3		
低リスク分娩～総合周産期母子医療センター	S	ハイリスク妊産婦連携指導料1届出医療機関数	R4.3.31	6							診療報酬施設基準
		（15-49歳女性人口10万人対）		2.8					2.6		
低リスク分娩～総合周産期母子医療センター	S	ハイリスク妊産婦連携指導料2届出医療機関数	R4.3.31	4							診療報酬施設基準
		（15-49歳女性人口10万人対）		1.8					1.5		
低リスク分娩～総合周産期母子医療センター	S	分娩を取り扱う助産所数	R2年度末	4							衛生行政報告例
		（15-49歳女性人口10万人対）		1.8					1.3		
地域周産期母子医療センター、総合周産期母子医療センター	S	院内助産を行っている周産期母子医療センター数	R4	1	－	－	－	－			周産期医療体制調査
		（15-49歳女性人口10万人対）		0.5	－	－	－	－	0.5		
地域周産期母子医療センター、総合周産期母子医療センター	S	助産師外来を行っている周産期母子医療センター数	R4	4							周産期医療体制調査
		（15-49歳女性人口10万人対）		1.9					1.2		
地域周産期母子医療センター、総合周産期母子医療センター	S	NICUを有する病院数	R2	4	－	4	－	－			医療施設調査
		（人口10万人対）		0.4	－	0.6	－	－	0.3		
		（出産1000人対）		0.5	－	0.7	－	－	0.4		
地域周産期母子医療センター、総合周産期母子医療センター	S	NICUを有する病床数	R2	30	－	30	－	－			医療施設調査
		（人口10万人対）		2.6	－	4.2	－	－	2.7		
		（出産1000人対）		3.9	－	4.9	－	－	3.9		
地域周産期母子医療センター、総合周産期母子医療センター	S	NICU専任医師数	R3	20							周産期医療体制調査
		（人口10万人対）		1.7					3.1		
地域周産期母子医療センター、総合周産期母子医療センター	S	GCUを有する病院数	R2	3	－	3	－	－			医療施設調査
		（人口10万人対）		0.3	－	0.4	－	－	0.2		
		（出産1000人対）		0.4	－	0.6	－	－	0.3		
地域周産期母子医療センター、総合周産期母子医療センター	S	GCUを有する病床数	R2	31	－	31	－	－			医療施設調査
		（人口10万人対）		2.7	－	4.3	－	－	3.2		
		（出産1000人対）		4.0	－	5.7	－	－	4.8		
地域周産期母子医療センター、総合周産期母子医療センター	S	MFICUを有する病院数	R2	3	－	3	－	－			医療施設調査
		（人口10万人対）		0.3	－	0.4	－	－	0.1		
		（出産1000人対）		0.4	－	0.6	－	－	0.2		
地域周産期母子医療センター、総合周産期母子医療センター	S	MFICUを有する病床数	R2	12	－	12	－	－			医療施設調査
		（人口10万人対）		1.1	－	1.7	－	－	0.7		
		（出産1000人対）		1.6	－	2.2	－	－	1.0		
地域周産期母子医療センター、総合周産期母子医療センター	S	ハイリスク分娩管理加算届出医療機関数	R4.3.31	6	1	4	1	－			診療報酬施設基準
		（15-49歳女性人口10万人対）		2.8	2.4	2.8	5.3	－	3.2		
地域周産期母子医療センター、総合周産期母子医療センター	S	NICU入院時の退院支援を専任で行う者が配置されている周産期母子医療センター数	R5.1.1	1							周産期医療体制調査
		（15-49歳女性人口10万人対）		0.5					0.8		
地域周産期母子医療センター、総合周産期母子医療センター	S	災害時小児周産期リエゾン任命者数	R5.1.1	16					852		災害時小児周産期リエゾンの認定任命を受けた医療従事者数
		（人口10万人対）		1.4					0.7		
療養・療育支援	S	乳幼児、小児の在宅医療・療育を行う医療機関数	R2	－							NICU等長期入院時支援事業
療養・療育支援	S	NICU長期入院児等が自宅に退院する前に、家族が在宅ケアを行うための手技取得や環境の整備をする機関を設けるための病床を設置している周産期母子医療センター数	R5.1.1	3							周産期医療体制調査
		（15-49歳女性人口10万人対）		1.4					1.1		
低リスク分娩～総合周産期母子医療センター	P	分娩数（病院）	R2	239	13	182	33	11		帝王切開件数含む、9月分のみ	医療施設調査
		（15-49歳女性人口10万人対）		107.9	29.5	122.2	163.5	133.7	149.2		
低リスク分娩～総合周産期母子医療センター	P	分娩数（診療所）	R2	407	78	307	22	－		帝王切開件数含む、9月分のみ	医療施設調査
		（15-49歳女性人口10万人対）		183.8	176.9	206.1	109.0	－	124.8		
低リスク分娩	P	産後訪問指導実施数	R2	18053							地域保健・健康増進事業報告
		（人口10万人対）		1584.1					1529.2		
地域周産期母子医療センター、総合周産期母子医療センター	P	周産期母子医療センターで取り扱う分娩数	R3	1019							周産期医療体制調査
		（15-49歳女性人口10万人対）		470.0					816.1		
地域周産期母子医療センター、総合周産期母子医療センター	P	NICU入室児数	R2	540	－	540	－	－			医療施設調査
		（人口10万人あたり）		47.4	－	75.1	－	－	57.0		
		（出産1000人あたり）		70.0	－	99.9	－	－	84.5		

機能	指標区分（S/P/O）	指標名	時点	県全体	南加賀	石川中央	能登中部	能登北部	全国	備考	出典
地域周産期母子医療センター、総合周産期母子医療センター	P、O	NICU・GCU長期入院児数	R3	1							周産期医療体制調査
		（15-49歳女性人口10万人対）		0.5					1.2		
地域周産期母子医療センター、総合周産期母子医療センター	P	妊産婦の居住する市町の母子保健事業について、妊産婦に個別に情報提供を行っている周産期母子医療センター数	R5.1.1	2							周産期医療体制調査
		（15-49歳女性人口10万人対）		0.9					1.3		
地域周産期母子医療センター、総合周産期母子医療センター	P	母体・新生児搬送数	R3	353							周産期医療体制調査
		（15-49歳女性人口10万人対）		162.7					149.7		
地域周産期母子医療センター、総合周産期母子医療センター	P	母体・新生児都道府県内搬送率	R3	1					1		周産期医療体制調査
地域周産期母子医療センター、総合周産期母子医療センター	P	母体搬送数のうち、受け入れ困難事例の件数	R3	21							周産期医療体制調査
		（15-49歳女性人口10万人対）		9.7					17.7		
地域周産期母子医療センター、総合周産期母子医療センター	P	新生児搬送数のうち、受け入れ困難事例の件数	R3	5							周産期医療体制調査
		（15-49歳女性人口10万人対）		2.3					4.5		
地域周産期母子医療センター、総合周産期母子医療センター	P	医療機関に受入照会を行った回数が4回以上の件数	R3	－							救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査
		（15-49歳女性人口10万人対）		－					2.3		
地域周産期母子医療センター、総合周産期母子医療センター	P	現場滞在時間が30分以上の件数	R3	3							救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査
		（15-49歳女性人口10万人対）		1.4					5.4		
療養・療育支援	P	退院支援を受けたNICU・GCU入院児数	R3	79	－	79	－	－			NDB
		（15-49歳女性人口10万人対）		36.4	－	53.8	－	－	63.0		
低リスク分娩～総合周産期母子医療センター	O	新生児死亡率（出産1000人あたり）	R3	0.3					0.6		人口動態調査
低リスク分娩～総合周産期母子医療センター	O	周産期死亡率（出産1000人あたり）	R3	3.2					3.4		人口動態調査
低リスク分娩～総合周産期母子医療センター	O	妊産婦死亡数	R3	－							人口動態調査
		（15-49歳女性人口10万人対）		－					0.1		

【小児医療】

１．小児医療について

（１）小児医療とは

○小児医療とは、一般的に 15 歳未満の者を対象とする医療を指す。

○入院、外来に加え、小児医療に関連する業務として、育児相談、小児の成長発達の相談、心のケア、予防接種、児童虐待への対応等の保健活動がある。

（２）医療機関に求められる役割

【一般小児医療】

○一般的な小児医療に必要とされる診断・検査・治療を実施すること

○軽症患者の入院診療を実施すること（入院設備を有する場合）

○休日夜間急患センター等において、平日夜間や休日における初期小児救急医療を実施すること　等

【専門小児医療】

○高度の診断・検査・治療や勤務医の専門性に応じた専門医療を実施すること

○一般小児医療を担う医療機関では対応が困難な患者や常時監視・治療の必要な患者等に対する入院診療を実施すること

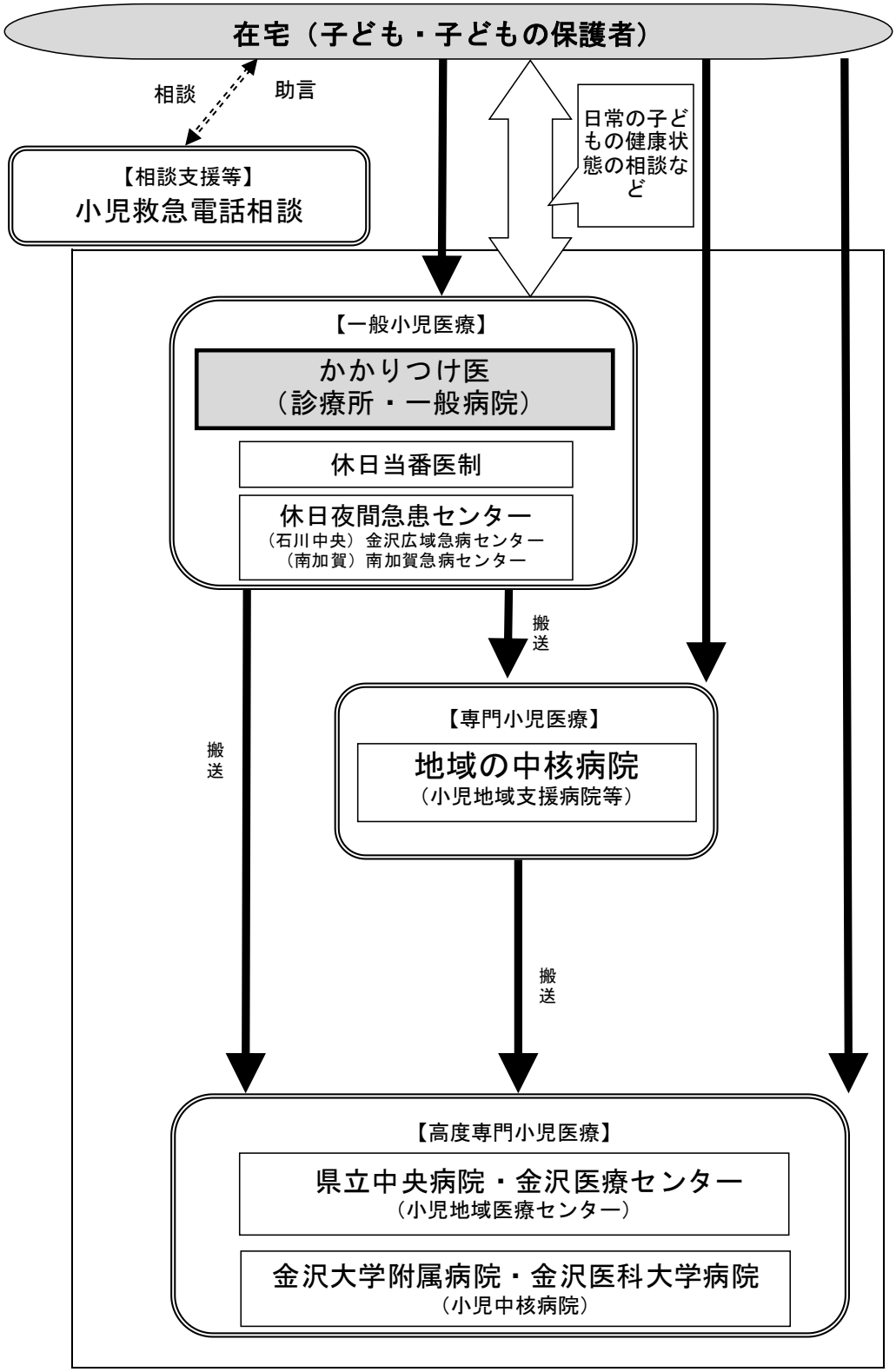
○入院を要する小児救急医療を 24 時間 365 日体制で実施すること　等

【高度専門小児医療】

○高度専門的な診断・検査・治療を実施し、医療人材の育成・交流などを含めて地域医療に貢献すること

○地域の医療機関からの紹介患者や救急搬送による患者を中心とした、重篤な小児患者に対する救急医療を 24 時間 365 日体制で実施すること　等

小児の医療提供体制


在宅（子ども・子どもの保護者）
相談
助言
【相談支援等】
小児救急電話相談
日常の子どもの健康状態の相談など
【一般小児医療】
かかりつけ医
（診療所・一般病院）
休日当番医制
休日夜間急患センター
（石川中央）金沢広域急病センター
（南加賀）南加賀急病センター
搬送
搬送
【専門小児医療】
地域の中核病院
（小児地域支援病院等）
搬送
【高度専門小児医療】
県立中央病院・金沢医療センター
（小児地域医療センター）
金沢大学附属病院・金沢医科大学病院
（小児中核病院）

２．小児医療の現状と課題について

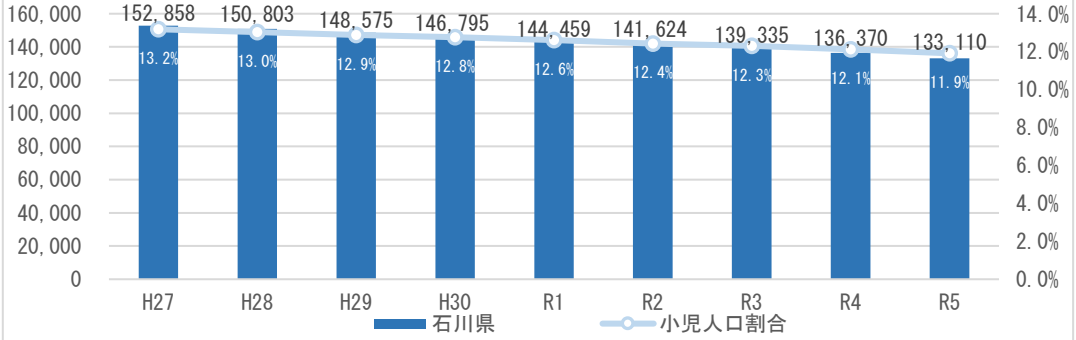
■小児科医数は増加傾向にあるものの、地域によって偏りが見られていることや小児科を標榜する診療所数が減少していることから、小児医療体制を確保するため、引き続き、医師の確保や医療機関の連携強化に取り組む必要がある。
■休日・夜間救急医療は休日夜間急患センターや在宅当番医制により実施されており、今後も小児救急医療体制を維持するため、適正受診の普及啓発や休日夜間の相談支援に取り組む必要がある。
■医療的なケアを必要とする児童は増加傾向にあることから、石川県医療的ケア児支援センターや関係機関と協働しながら、在宅医療体制を強化する必要がある。
■児童・思春期精神疾患（発達障害を含む。）に関連する受診者の割合が増加傾向にあることから、早期の診療や適切な対応につながるよう、児童・思春期の心の診療を担う専門医の充足や関係機関との連携強化に取り組む必要がある。

（１）小児人口および小児に関する死亡率

【小児人口】

○小児人口（０～14 歳）は令和５年には 133,110 人、小児人口割合は 11.9％となっており、減少傾向である。

図表　小児人口及び小児人口割合

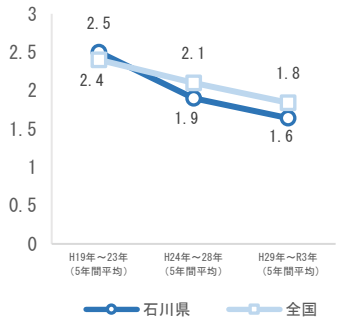


出典：「住民基本台帳」（総務省）

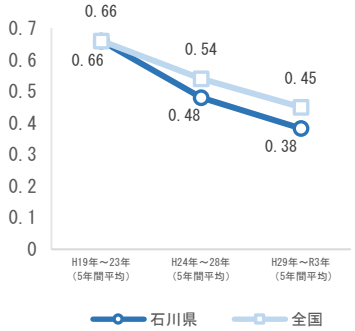
【乳児・乳幼児・小児死亡率】

○乳児（０歳）及び乳幼児（０～４歳）の死亡の割合は減少傾向にあり、全国と比べても低い状況を維持できている。小児（０～14 歳）死亡の割合は全国平均よりもやや低くなっている。

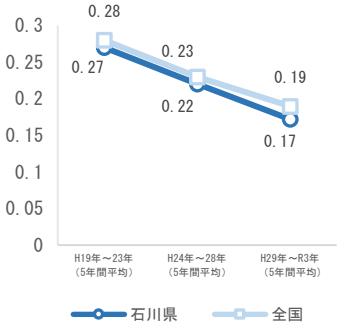
図表　乳幼児死亡率
（出生千対）



図表　乳幼児（０～４歳）死亡率
（乳幼児人口千対）



図表　小児（０～14歳）死亡率
（小児人口千対）



出典：「人口動態統計」（厚生労働省）
「住民基本台帳に基づく人口、人口動態世帯数調査」（総務省）

（２）小児医療体制

【小児患者】

○小児科の外来患者数は令和４年には 83,963 人と平成 28 年（81,314 人）と比べ増加している。一方、入院患者数については 487 人と平成 28 年（545 人）と比べ減少している。

表　小児患者数

	外来患者数		入院患者数	
	平成 28 年 9 月	令和４年 9 月	平成 28 年 9 月 30 日時点	令和４年 9 月 30 日時点
南加賀	17,867	16,534	126	121
石川中央	52,720	58,952	358	308
能登中部	8,033	6,040	61	58
能登北部	2,694	2,437	0	0
計	81,314	83,963	545	487

出典：「医療機能基礎調査」（地域医療推進室）

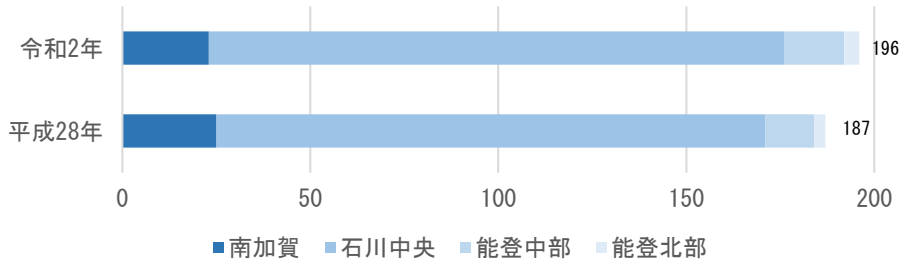
【小児科医】

○小児科は他の診療科に比べ治療や処置に人手がかかり、激務であることなどから、小児科医を目指す学生は減少傾向にあったが、大学病院や臨床研修病院における研修環境の充実などにより、小児科医数は平成 28 年の 178 人から令和２年の 196 人にやや増加している。

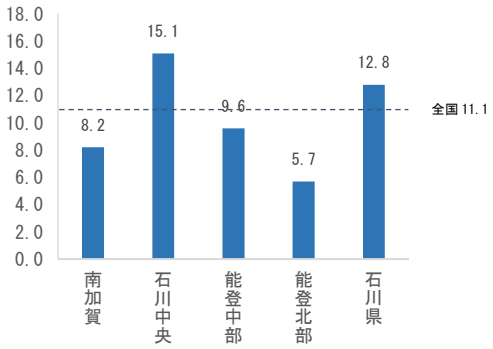
○また、小児科医の数は地域により偏りが見られ、小児人口１万人あたりの医師数は県全体では全国平均を上回るものの、南加賀と能登北部で全国平均を下回っている。

○引き続き、小児科医の確保に取り組む必要がある。

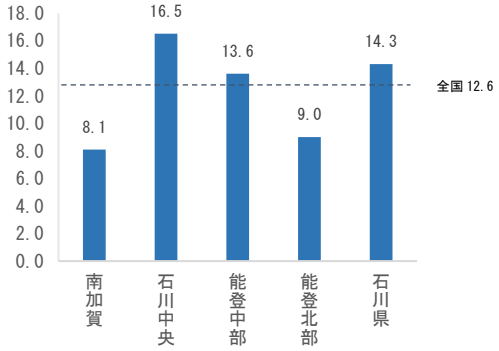
図表　小児科医数（小児外科含む）



図表（平成28年）
小児1万人あたり医師数



図表（令和２年）
小児1万人あたり医師数



出典：「医師・歯科医師・薬剤師統計」（厚生労働省）
「石川県の年齢別推計人口」（石川県県民交流課統計情報室）

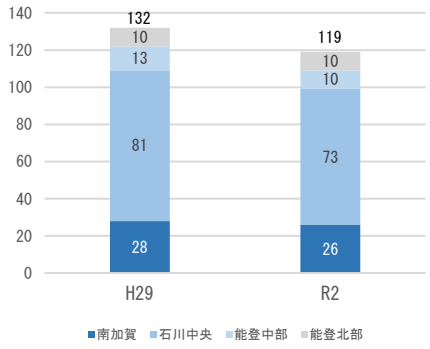
【小児医療機関】

○小児科を標榜する医療機関数は令和２年時点で 36 病院、119 診療所である。診療所については平成 29 年時点の 132 施設から 119 施設に減少しているが、全医療圏において小児医療の体制が確保されている。

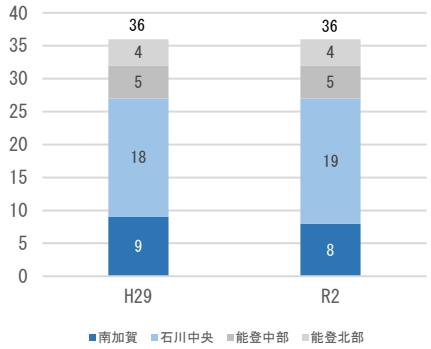
○本県では高度な小児専門医療は、日本小児科学会により小児中核病院に登録されている金沢大学附属病院、金沢医科大学病院、小児地域医療センターに登録されている県立中央病院、金沢医療センターを中心に提供されている。

○高度専門小児医療機関のない南加賀医療圏、能登中部・北部医療圏においては、日本小児科学会により小児地域支援病院として想定されている小松市民病院と公立能登総合病院をはじめとした地域の中核病院による、小児専門医療が提供されている。

図表　小児科を標榜する診療所



図表　小児科を標榜する病院



出典：「医療施設調査」（厚生労働省）

（３）小児救急医療体制

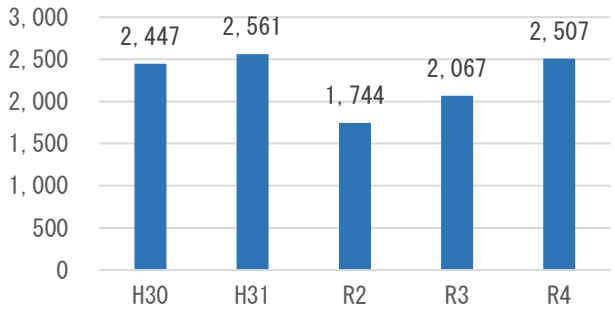
【小児救急搬送】

○令和４年における小児の救急搬送件数は 2,507 件となっている。

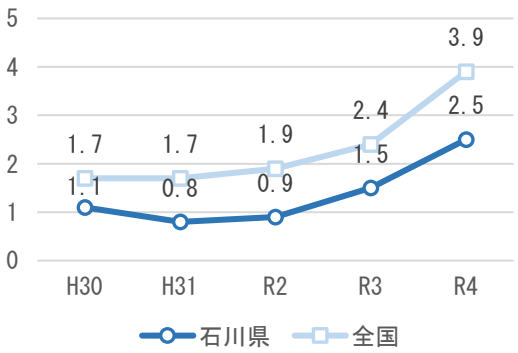
○令和４年の医療機関へ受入照会回数４回以上の割合は全国平均と同様に令和２～４年にかけて上昇しているものの、全国平均よりも低い状況を維持できている。また、現場滞在時間 30 分以上の割合も全国平均よりも低い状況を維持できている。

○小児の救急患者のうち特に重篤な患者は県立中央病院、金沢大学附属病院、金沢医科大学病院、金沢医療センターの４つの高度専門小児医療機関を中心に搬送されている。

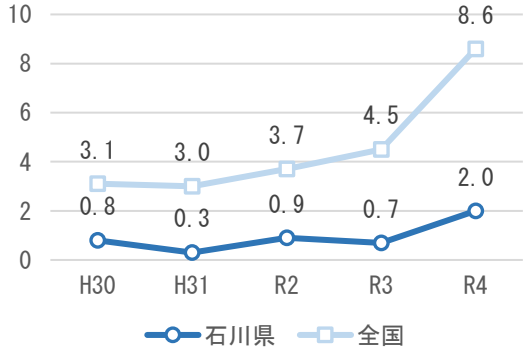
図表　救急搬送件数



図表　受け入れ照会４回以上



図表　現場滞在時間30分以上



出典：「救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査」（総務省）

【休日・夜間救急医療体制】

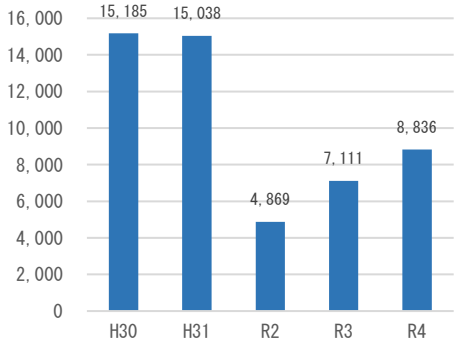
○休日の日中における小児救急医療については、南加賀医療圏（小松市、加賀市、能美市及び川北町）においては、休日夜間急患センター（南加賀急病センター）で、その他の県内各地においては、休日当番医制を実施している。

○夜間における体制については、休日夜間急患センターである石川中央医療圏の「金沢広域急病センター」及び南加賀医療圏での「南加賀急病センター」のみとなっている。

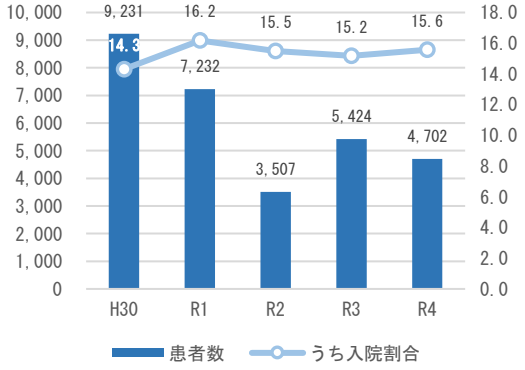
○休日夜間急患センターにおける小児患者数は、令和４年度には 8,836 人となっている。高度専門小児医療機関における時間外の小児患者数は減少傾向にあり、令和４年には 4,702 人となっている。

○小児救急医療体制を維持するため、引き続き適正受診の普及啓発を実施することに加え、医師の確保等に取り組む必要がある。

図表　休日夜間急患センターにおける小児患者数



図表　高度専門小児医療機関における時間外小児患者数及びうち入院患者割合



出典：地域医療推進室調べ

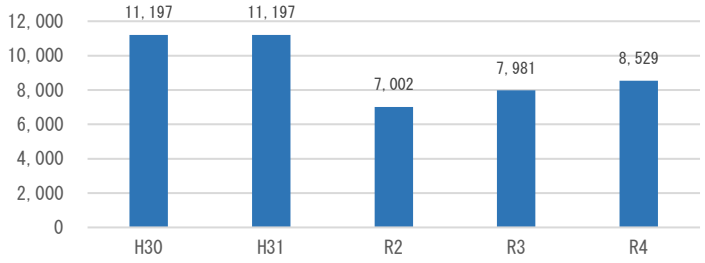
【相談・普及啓発】

○子どもが夜間に急に発熱した時などに、小児科医や看護師が電話で助言する小児救急電話相談を毎日実施しており、令和５年度からは土曜、日曜・祝日の相談時間を拡大している。

○子どもの急病時の対処法についてわかりやすく記載した「こどもの救急ガイドブック」を作成し、乳幼児健診時等に配布するなど、保護者に対する情報提供等を行っている。

○引き続き、夜間や休日に保護者等が子どもの病気やケガについて相談できる体制を充実させる必要がある。

図表　小児救急電話相談の相談件数



出典：地域医療推進室調べ

（４）小児在宅医療体制

○医療技術の進歩により、乳幼児死亡率は減少傾向にあるものの、医療的なケアを必要とする児童は全国的に増加傾向にあり、本県でも医療的ケアを必要とする児童は増加している。

○重症心身障害児や医療的ケア児に対する医療は、医王病院などの障害児入所施設（児童福祉法上の指定医療機関や医療型障害児入所施設）等において提供されている。

○本県では平成 28 年度に石川県小児医療ネットワーク協議会の中に小児等在宅医療推進部会が設置され、在宅医療を受けている医療的ケア児の現状把握や在宅支援体制を強化するための多職種向け研修会が実施されており、今後も小児在宅医療体制推進のため、これらの活動を支援していく必要がある。

○令和４年には、石川県医療的ケア児支援センター「このこの」が医王病院に開設され、医療的ケア児とその家族、支援者からの相談を受け付け、地域における支援体制づくりに取り組んでおり、関係機関と協働しながら、センターの取組みを支援していく必要がある。

（５）子どものこころと発達障害

○小児の心身症や適応障害、自閉症スペクトラム等の発達障害といった児童・思春期精神疾患に関連する受診者の割合が増加傾向にある。また、全国的に不登校や子どもの自殺が増加している。

○早期の診療や適切な対応につながるよう、子どもの心の診療を担う専門医の充足や、母子保健や児童福祉、教育関係者等との連携強化等に取り組む必要がある。

３．小児の医療機能の明確化及び圏域の設定

①小児医療の医療体制

病期	【相談支援等】	【一般小児医療】	【専門小児医療】	【高度専門小児医療】
機能	健康相談等の支援機能	地域における日常的な小児医療及び初期小児救急	小児専門医療及び入院を要する小児救急医療	高度小児専門医療及び小児救命救急医療
目標	●子どもの急病時の対応支援 ●地域医療の情報提供 ●救急蘇生法等の実施 ●小児かかりつけ医の推進	●地域に必要な一般小児医療の実施 ●療養･療育が必要な小児に対する支援 ●初期小児救急の実施	●一般の小児医療機関では対応が困難な患者に対する医療 ●入院を要する小児救急医療を24時間体制で実施	●専門小児医療提供機関で対応が困難な患者に対する高度な専門入院医療 ●24時間体制での小児の救命救急医療
求められる要件	（家族等周囲にいる者） ①不慮の事故の原因となるリスクの排除　等 （消防機関等） ①適切な医療機関への速やかな搬送　等 （行政機関） ①小児救急電話相談事業の実施　等	①一般的な小児医療に必要とされる診断・検査・治療の実施 ②医療・福祉・教育との連携の促進 ③軽症の入院治療 ④療養・療育が必要な小児に対する支援 ⑤医療､介護及び福祉サービスの調整 ⑥慢性疾患の急変時に備えた、対応可能な医療機関との連携 （救急） ①平日昼間や夜間休日における初期小児救急医療を実施 ②緊急手術や入院等を要する場合に備えた、対応可能な医療機関との連携 ③開業医等による休日夜間急患センターや地域連携小児夜間診療等への参画	①高度の診断・検査・治療や勤務医の専門性に応じた専門医療 ②常時監視・治療の必要な患者等に対する入院診療 ③地域の小児医療機関との連携体制の形成 （救急） ①入院を要する小児救急医療の24時間365日体制 ②地域医療機関との連携による入院を要する小児救急医療 ③医療的ケア児や慢性疾患児の急変時等への対応	①広範囲の臓器専門医療を含めた、地域の医療機関では対応が困難な患者に対する高度専門的な診断・検査・治療 （救急） ①地域の医療機関からの紹介患者や救急搬送による患者を中心とした、重篤な小児患者に対する24時間365日体制の救急医療
連携		より専門的な医療を要するなど対応が困難な患者に係る連携 療養・療育支援を要する小児の退院支援に係る連携		
医療提供施設等の種別		・小児科を標榜する診療所（小児かかりつけ医含む） ・一般小児科病院 ・訪問看護ステーション ＜夜間・休日＞ ・休日当番医制に参加している診療所等 ・休日夜間急患センター	・小児専門医療を実施する病院	・金沢大学附属病院 ・金沢医科大学病院 ・石川県立中央病院 ・金沢医療センター

②小児医療における圏域の設定

○小児医療の一般的な医療需要については基本的に二次医療圏内で対応しているため、二次医療圏を小児医療圏とする。高度・専門的な小児医療については二次医療圏の枠を超えて県全域で対応している。

○なお、能登北部圏域においては、小児人口の減少に伴い、一部の公立総合病院における二次医療圏を超えた非常勤医師の派遣等により、小児医療が維持されている。

４．小児医療の施策の方向

【目的（目指す方向）】
■小児死亡率の減少
【目標】
■かかりつけ医受診割合の増加
■小児救急電話相談の相談件数の増加
■高度専門小児医療機関における時間外の患者数の減少
■小児科医数の増加
■小児救急搬送事例のうち受入困難事例の割合（現場滞在時間 30 分以上の割合／受入照会回数４回以上の割合）の減少
■小児の訪問看護利用者数の増加

（１）保護者に対する相談支援

○夜間における子どもの急病等に対する保護者の不安等に対応するため、小児救急電話相談などを活用し、小児科医等による相談体制の整備に努める。

○乳幼児を養育する保護者に対して、関係機関による母親教室等さまざまな機会をとらえ、予防接種その他の疾病予防や「こどもの救急ガイドブック」を活用した子どもの急病時の対処法や子どもの心身の発達全般に関する情報の提供に努める。

○子どもの急病時における医療機関の適正な利用について普及啓発を図る。

○子育て中の医療に関する不安の軽減のため、子どもの病気や成長について医師等に相談できる体制を検討する。

（２）小児医療体制の充実

○高度専門小児医療機関、地域の中核病院の機能分担・連携体制を強化する。

○初期救急医療体制を維持・強化するために、医療機関の適正な利用についての普及啓発を行うとともに、休日当番医制や休日夜間急患センターの活用など、地域の実情に応じた医療機関相互の協力体制を推進する。

○赤ちゃん協議会や小児医療協議会において県全体の新生児・小児患者の搬送及び受入体制や新興感染症の発生、まん延時における医療体制等について協議する。

○大規模災害が発生した場合に設置される保健医療福祉調整本部等に災害医療コーディネーターをサポートするため、小児・周産期医療に特化した調整役である「災害時小児周産期リエゾン」を配置し、防災訓練に参加するなど、災害医療体制における小児・周産期医療分野の体制強化を推進する。

○能登半島地震後の医療提供体制も踏まえ、医療機関の役割分担や連携体制の強化について中長期的な観点で検討する。

○関係機関の連携・協力を得ながら、修学資金貸与制度を活用するとともに、女性医師に対する相談・助言や、臨床研修医や若手医師に対する研修の充実を図るなど、小児科医確保のための施策を推進する。

○病気の診療だけでなく、予防接種や乳児検診、その他育児に関する相談など、小児医療の最前線で子どもの成長を総合的にサポートする、地域のかかりつけ医に対する研修の充実など、かかりつけ医の資質向上を図る。

○子どもの心の診療を担う専門医の充実を図るとともに、早期発見、早期治療が進むよう、小児科医等に対する研修の実施と母子保健や児童福祉、教育関係者等との連携を強化する。

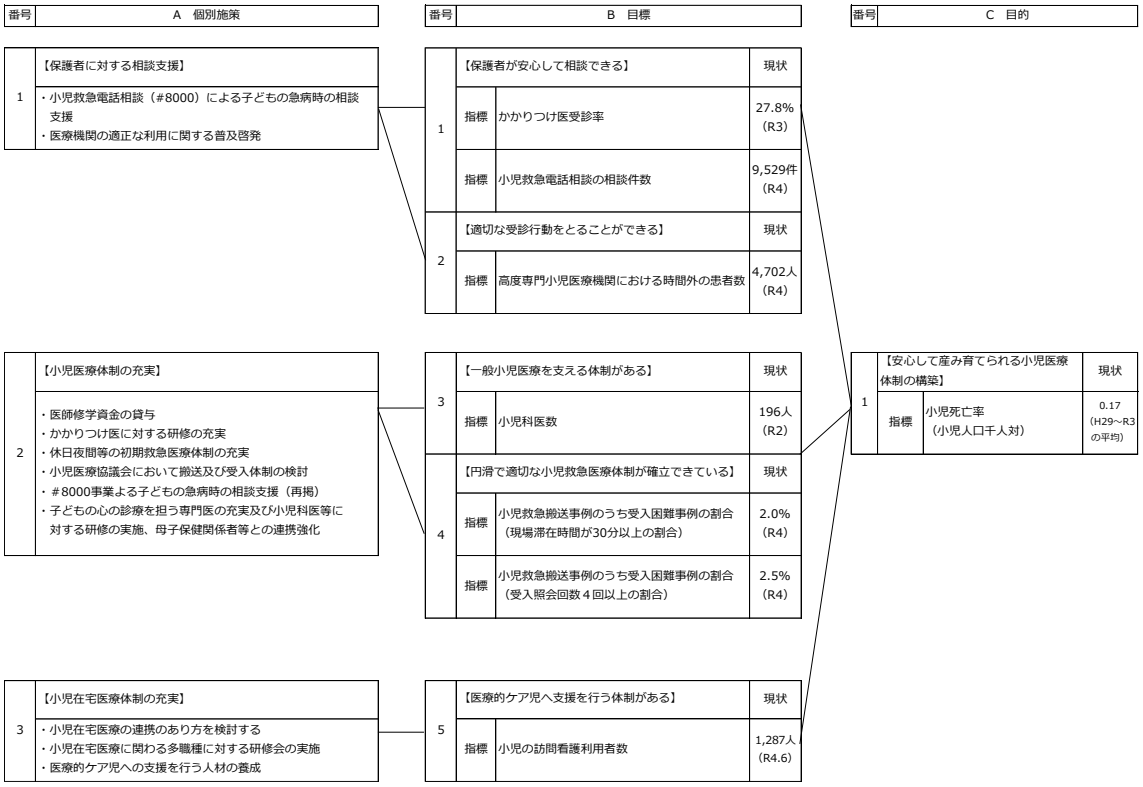
（３）小児在宅医療体制の充実

○医療的ケア児等の増加に対応するため、障害児入所施設と在宅医療を担う医療機関等との連携体制の強化を推進する。

○医療的ケア児が適切な支援を受けられるように、保健・医療・障害福祉・保育・教育等の関係機関の連携を強化し、レスパイト体制を含む支援体制や小児在宅医療の連携のあり方を検討する。

○小児在宅医療に関わる多職種を対象とした研修会の開催等を支援することにより、医療的ケア児が地域において必要な支援を円滑に受けられる体制の構築を推進する。

施策・指標マップ


番号
A　個別施策
番号
B　目標
番号
C　目的
1
【保護者に対する相談支援】
・小児救急電話相談（#8000）による子どもの急病時の相談支援
・医療機関の適正な利用に関する普及啓発
1
【保護者が安心して相談できる】
現状
指標
かかりつけ医受診率
27.8%（R3）
指標
小児救急電話相談の相談件数
9,529件（R4）
2
【適切な受診行動をとることができる】
現状
指標
高度専門小児医療機関における時間外の患者数
4,702人（R4）
2
【小児医療体制の充実】
・医師修学資金の貸与
・かかりつけ医に対する研修の充実
・休日夜間等の初期救急医療体制の充実
・小児医療協議会において搬送及び受入体制の検討
・＃8000事業よる子どもの急病時の相談支援（再掲）
・子どもの心の診療を担う専門医の充実及び小児科医等に対する研修の実施、母子保健関係者等との連携強化
3
【一般小児医療を支える体制がある】
現状
指標
小児科医数
196人（R2）
4
【円滑で適切な小児救急医療体制が確立できている】
現状
指標
小児救急搬送事例のうち受入困難事例の割合（現場滞在時間が30分以上の割合）
2.0%（R4）
指標
小児救急搬送事例のうち受入困難事例の割合（受入照会回数４回以上の割合）
2.5%（R4）
1
【安心して産み育てられる小児医療体制の構築】
現状
指標
小児死亡率（小児人口千人対）
0.17（H29～R3の平均）
3
【小児在宅医療体制の充実】
・小児在宅医療の連携のあり方を検討する
・小児在宅医療に関わる多職種に対する研修会の実施
・医療的ケア児への支援を行う人材の養成
5
【医療的ケア児へ支援を行う体制がある】
現状
指標
小児の訪問看護利用者数
1,287人（R4.6）

数値目標

分類	指　標		現状値	目標値	
	名　称	出典・説明		R8 年度（中間年）	R11 年度（最終年）
B	かかりつけ医受診率	厚生労働省「ＮＤＢ」	27.8%（R3）	増加	増加
B	小児救急電話相談の相談件数	地域医療推進室	9,529 件（R4）	増加	増加
B	高度専門小児医療機関における時間外の患者数	地域医療推進室	4,702 人（R4）	減少	減少
B	小児科医数	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」	196 人（R2）	増加	増加
B	小児救急搬送症例のうち受入困難事例の割合（現場滞在時間が 30 分以上の割合）	消防庁「救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査」	2.0%（R4）	全国平均以下	全国平均以下
	（受入照会回数４回以上の割合）		2.5%（R4）	全国平均以下	全国平均以下
B	小児の訪問看護利用者数	訪問看護レセプト	1,287 人（R4.6）	増加	増加
C	小児死亡率（小児人口千人対）	厚生労働省「人口動態調査」、総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態世帯数調査」	0.17（H29～R3 の平均）	全国平均以下	全国平均以下

７　救急医療対策の充実

１．救急医療について

（１）救急医療とは

救急医療とは、通常の診療時間外の傷病者及び緊急的に医療を必要とする傷病者に対し提供される医療のことである。

（２）救急医療に求められる役割

【救護】

ア　住民等

・講習会等の受講により、傷病者に対する応急手当、AED の使用を含めた救急蘇生法が実施可能であること
・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、又は適切な医療機関を受診すること
・日頃からかかりつけ医を持ち、また、電話による相談システムを用いて、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
・人生の最終段階においてどのような医療・ケアを望むかについて日頃から話し合うこと

イ　消防機関の救急救命士等

・住民等に対し、応急手当、AED 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、実施基準や医療機関とのデータ共有等により、事前に各救命救急医療機関の専門性や空床情報等を把握すること
・地域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ルに則し、心肺機能停止、外傷、急病等の患者に対して、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、精神科救急情報センターを活用し、精神科救急医療体制と十分な連携を図ること

ウ　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、事後検証等によっ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・助言する体制が確立されていること

・救急救命士等への再教育を実施すること
・ドクターカーやドクターヘリ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
・ドクターヘリや消防防災ヘリコプター等の活用に際しては、関係者の連携について協議する場を設け、ドクターヘリが同時に要請された際や、都道府県境付近の患者からの要請時における都道府県境を越えた隣接都道府県との広域連携を含め、効率的な運用を図ること
・ドクターカーについて、厚生労働省が実施する調査や、調査に基づき作成されたマニュアルを参考にしながら、救急医療提供体制の一部として、より効果的に活用すること
・地域包括ケアシステムの構築に向け、二次救急医療機関等の救急医療機関、かかりつけ医や介護施設等の関係機関が連携・協議する体制を、メディカルコントロール協議会等を活用して構築し、より地域で連携したきめ細かな取組を進めること
・必要に応じて年間複数回以上協議会を開催すること

エ　地域の救急医療関係者
・医療関係者、介護関係者は、地域包括ケアシステムやアドバンス・ケア・プランニング（以下「ACP」という。）に関する議論の場等において、患者の希望する医療・ケアについて必要な時に確認できる方法について検討すること
・自治体や医療従事者等は、患者や家族等が、人生の最終段階においてどのような医療・ケアを望むかについて日頃から話し合うよう促すこと

【初期救急医療】

主に、独歩で来院する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
・休日・夜間急患センターの設置や在宅当番医制などにより、地域で診療の空白時間が生じないように努めること
・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
・休日・夜間に対応できる薬局と連携していること
・自治体等との連携の上、診療可能時間や対応可能な診療科等について住民等に周知していること

【入院救急医療】

高齢者救急をはじめ、地域で発生する救急患者の初期診療と入院治療を主に担う。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・看護師が常時診療等に従事していること
・その他、医療関係職種が必要に応じて診療の補助業務に対応できること
・救急医療を行うために必要な施設及び設備を有すること
・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
・初期救急医療機関や精神科救急医療体制等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、近隣のより適切な医療機関と連携していること
・三次救急医療機関や、回復期病床・慢性期病床を有する医療機関等と、患者を受け入れる際に必要な情報や受入可能な時間帯、搬送方法等についてあらかじめ共有しておくこと
・急性期を脱した患者の転院搬送を受け入れるため、三次救急医療機関との連携体制を強化すること
・高次の医療機関からの転院搬送を行う場合には、医療機関が所有する搬送用車両等を活用すること
・医師、看護師、救急救命士等の医療従事者に対し、必要な研修を行うこと
・救急医療提供体制の機能向上のため、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、救急救命士等、多職種へのタスク・シフト/シェアを含め、地域の実情に応じて、救急外来に携わる多職種の業務分担や効率化を進めること
・数年間、受入実績のない救急医療機関については、その位置付けについて見直しを検討すること
・救急病院を定める省令（昭和 39 年厚生省令第８号）によって定められる救急病院であること

【救命医療】

緊急性・専門性の高い脳卒中、急性心筋梗塞等や、重症外傷等の複数の診療科領域にわたる症例や診断が難しい症例等、他の医療機関では治療の継続が困難かつ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な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。なお、医療計画において救命救急医療機関として位置付けられたものを救命救急センターとする。

・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 24 時間 365 日必ず受け入れることが可能であること
・集中治療室（ICU）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（日本救急医学会が認定する救急科専門医等）・看護師が常時診療等に従事していること
・その他、医療関係職種が必要に応じて診療の補助業務に対応できること
・救命救急センター等の地域の基幹となる救急医療機関は、平時から、重症外傷等の特に高度で専門的な知識や技術を要する患者へ対応可能な医師・看護師等の人材の育成・配置、院内の体制整備を行い、地域における重篤患者を集中的に受け入れる役割を担う。また、厚生労働省が実施する外傷外科医等養成研修事業を活用して、テロ災害発生時等における銃創や爆傷等にも対応ができる体制を構築すること。
・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の確保のため、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、精神疾患を合併する患者、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転棟、転院できる体制にあること
・二次救急医療機関や、回復期病床・慢性期病床を有する医療機関等と、患者を受け入れる際に必要な情報や受入れ可能な時間帯、搬送方法等についてあらかじめ共有しておくこと
・急性期を脱した患者の転院搬送を促進するため、二次救急医療機関との連携体制を強化すること
・高次の医療機関からの転院搬送を行う場合には、医療機関が所有する搬送用車両等を活用すること
・実施基準の円滑な運用・改善及び都道府県又は地域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（災害派遣医療チーム）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
・災害時に備え、災害拠点病院と同様に自家発電機（備蓄する燃料を含む。）、受水槽（備蓄する飲料水を含む。）の保有が望ましい
・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
・救急医療提供体制の機能向上のため、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、救急救命士等、多職種へのタスク・シフト/シェアを含め、地域の実情に応じて、救急外来に携わる多職種の業務分担や効率化を進めること
・都道府県又は地域メディカルコントロール協議会に医師を参加させるとともに、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、再教育など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

【救命後の医療】

・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
・救急医療機関等の地域の医療機関と、患者を受け入れる際に必要な情報や受け入れ可能な時間帯、搬送方法等についてあらかじめ共有しておくこと
・高次の医療機関からの転院搬送を行う場合には、医療機関が所有する搬送用車両を活用すること
・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、薬局、訪問看護事業所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

２．救急医療の現状と課題について

■医療圏ごとに体系的な救急医療体制の整備や地域の救急医療機関の役割を明確化することが必要
■県民に対し、救急医療機関の適切な利用や、かかりつけ医を持つことの周知が必要
■医師の時間外労働の上限規制等を踏まえ、時間外の救急医療体制の確保に向けた取組を進めることが必要
■新興感染症の発生・まん延時における感染症対応と通常の救急医療の両立が可能な体制構築が必要

（１）救急医療の現状

○本県の救急医療の需要は増加傾向にある。救急搬送人数を例にとると、令和２年には新型コロナウイルス感染症のまん延の影響により 40,630 人に減少したが、令和４年には 46,268 人と増加傾向にある。救急医療の需要が増加する傾向は今後も続くことが予想される。

○救急医療資源に限りがある中で、この需要に対応しつつ、より質の高い救急医療を提供するためには、地域の救急医療機関が連携し、地域が一体として小児救急、周産期救急、精神科救急を含め、全ての救急患者に対応できる救急医療体制を構築することが重要である。

○適切な救急医療を提供するためには、傷病者の症状の程度に応じて、救急医療体制を初期救急、二次救急及び三次救急に区分し、各段階における医療機関等がそれぞれ機能を分担し、相互に連携を図り、救急医療体制を形成していくことが必要である。

○こうした医療機関等の機能分担を進めることに併せ、早期の処置による救命率の向上を目指すため、救急搬送を行う消防機関等との連携強化を図る病院前救護体制の充実も重要である。このため、医療圏ごとに体系的な救急医療体制の整備や地域の救急医療機関の役割を明確化することが必要である。

○救急医療が適切に行われるためには、単に医療関係者の努力や救急医療施設の整備のみで対処できるものではなく、県民の理解と協力が不可欠である。二次や三次の救急医療機関に患者が集中した場合には、真に高度な救急医療が必要な患者の診療に支障を来たすことになるので、県民に救急医療機関の適切な利用や、かかりつけ医を持つことなどを周知することが必要である。

○高齢者の救急搬送増加が見込まれる中、令和６年度から適用となる医師の時間外労働の上限規制等により、救急医療体制への影響が想定されることから、時間外の救急医療体制の確保に向けた取組を検討していくことが必要である。

○また、新型コロナウイルス感染症の感染拡大を契機として、新興感染症の発生・まん延時における感染症対応と通常の救急医療の両立が可能な体制を構築することが必要である。

【初期救急医療体制】

○休日の日中における初期救急医療体制については、南加賀医療圏（小松市、加賀市、能美市及び川北町）において、休日夜間急患センターである「南加賀急病センター」で対応しているほか、県内各地域において在宅当番医制を実施している。

○加賀市では、加賀市医療センターにおいて地域の開業医が交代で診療を行う「加賀市医師会休日急病診療」を実施している。

○夜間における体制については、休日夜間急患センターである石川中央医療圏での「金沢広域急病センター」及び南加賀医療圏での「南加賀急病センター」のみとなっている。

◎ 休日夜間急患センターの診療時間

・金沢広域急病センター（内科、小児科）

毎　日　　19:30～23:00

・南加賀急病センター（内科、小児科）

月～土　　19:00～22:30

日・祝日　9:00～12:00、13:00～22:30

○令和４年度の休日夜間急患センターにおける時間外小児科患者数は 8,836 人となっている。石川中央医療圏においては、時間外の小児患者が集中する医療機関もある。

休日夜間急患センターにおける小児科患者数（時間外）　（単位：人）

H29 年度	H30 年度	R1 年度	R2 年度	R3 年度	R4 年度
13,090	15,185	15,038	4,869	7,111	8,836

地域医療推進室調べ

○金沢広域急病センターの小児科については、石川中央医療圏の４市２町による共同運営である。

○休日歯科当番医制は、金沢市、七尾市及び小松市において実施されているが、能登北部医療圏内においては未実施となっている。

○休日夜間当番薬局制は、県薬剤師会の支部ごとに実施されている。

【二次救急医療体制】

○二次救急病院（令和６年１月現在、46 施設が該当）

病院群輪番制参加病院又は下記の４要件を満たす病院

・救急告示病院であること

・院外に救急外来窓口の案内を掲示するなど、地域住民に対し、外来応需体制の周知を行っていること

・病院の管理当直の他に、救急の外来患者に応対できる医師が待機（オンコールを含む。）していること

・救急外来患者について、受け入れ実績があること

○その他の救急告示医療機関（令和６年１月現在、6 施設が該当）

救急告示の指定を受けている医療機関のうち、上記の要件を満たさないもの

○病院群輪番制等連携体制

救急告示医療機関が常時、平日の日中と同じ診療体制を確保することは困難であり、それを補完する体制として、休日及び夜間に地域の病院が交替で診療に当たる病院群輪番制等の連携体制を確保する必要がある。現在、病院群輪番制等の実施地域は以下のものがある。

・金沢市における時間外二次救急輪番応需体制

夜間と日祝日の日中における一次救急の後方支援として、二次救急医療機関の応需可能日を取りまとめ、運用

・小松市、能美市における分担制

通常時間外(※)の二次救急機能について、各病院の当直医の情報を取りまとめた「当直表」により、各救急病院、消防本部間で情報を共有化し、通常時間外での救急患者の症例に応じた各病院での受入・転院搬送の体制を確保

（※）午後５時 30 分～翌日午前８時 30 分

・七尾市における休日の脳外科診療の当番制

七尾市内の二次救急医療機関において休日交互の当番制を実施

【三次救急医療体制】

○救命救急医療体制として、県立中央病院救命救急センター、公立能登総合病院救命救急センターの２つの救命救急センターを設置しているほか、更に高度かつ特殊、専門的な救急医療を担う金沢大学附属病院救急部及び金沢医科大学病院救急医療センターが整備されているが、真に高度な救急医療が必要な患者のためには、これらの医療機関への患者の集中を避け、本来の救急医療機能を果たせるような体制を整備する必要がある。

○近年、事故や災害の態様が複雑多様化し、頚椎損傷や広範囲熱傷等の特殊かつ困難な外傷が多発しつつあるなど、三次救急医療の果たす役割は高まっており、上記４施設の救命救急機能を一層充実していくことが必要である。

○医療圏外への搬送患者が多い南加賀医療圏では、重症の外傷患者や脳卒中、心血管疾患などの患者に対して三次救急医療に準ずる医療を施す施設として、平成 24 年 11 月には小松市民病院に「南加賀救急医療センター」を整備し、三次救急医療に準ずる医療体制の確保を図っている。

【救急医療従事者の研修の実施】

救命救急センターなど関係研修医療機関においては、救急救命士の病院内実習の受入れなどを行っており、令和５年４月１日現在の特定行為の認定に関する実習受入病院は７病院となっている。

救急医療従事者の資質の向上を目的として、県内救急病院の勤務医を対象に救急対応能力向上のための日本救急医学会の外傷トレーニングコース（ＪＡＴＥＣコース）への参加を支援してきたところである。

【関係機関同士の連携】

県内全域の救急告示病院における宿日直医の診療科情報を医療機関及び消防機関等の関係機関で共有している。

救急患者の円滑な受入、転院搬送を行うため、能登地域の８病院及び加賀地域の 12 病院の間でスマートフォンを用いた脳卒中の遠隔画像伝送システムが運用されており、県内全域において二次医療圏を超えた連携体制が構築されている。

高齢化により介護施設からの救急搬送が増えている中、救急医療機関とかかりつけ医や介護施設等の関係機関との連携については、各市町が主体となり、在宅医療・介護連携推進事業による取組を進めており、県も「いしかわ診療情報共有ネットワーク」による医療・介護関係者の情報共有の推進に取り組んできたところである。

本県は受入れ困難事案における精神疾患を要因とする事案の割合は少ないものの、精神科救急において、身体合併症や自殺企図事例などへの対応が課題となっており、精神科救急と一般救急との連携など救急体制の充実が必要である。

今後、特に増加が見込まれる高齢者救急について、二次救急医療機関は主な受入れ先としての役割を担う必要があり、当該医療機関の更なる充実と三次救急医療機関との役割分担の明確化が必要である。

「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」において、小児・妊婦等をはじめとした特に配慮を要する救急患者を受け入れる医療機関を医療圏ごとにリスト化している。

【新興感染症の発生・まん延時における救急医療】

新型コロナウイルス感染症患者を受け入れる病床を確保するにあたり、病棟の一部休止や救急医療の制限など、一般医療を一部制限して対応した。また、休日及び夜間における発熱患者の救急搬送受入れを円滑に行うため、新型コロナウイルス患者受入医療機関や大学病院のバックアップのもと、新型コロナウイルス疑い救急搬送患者の受入輪番制を構築しており、新型コロナウイルス感染拡大による県内救急医療体制への負担をできる限り抑制し、新型コロナウイルス医療と一般医療の両立に最大限努めてきたところである。

今後、新型コロナウイルス感染症における救急医療体制を参考に、新興感染症の発生・まん延時に、感染症対応と救急医療を両立できる体制を構築することが必要である。

【病院前救護活動】

○心肺蘇生法の普及とＡＥＤの設置

救急患者の救命率の向上には、早期の処置が有効であることから、家族などが、医師、救急車が到着するまでの間に、心肺蘇生法を実施できるようにしておくことが重要である。現在、県民に対する心肺蘇生法の技術、知識の普及啓発事業として、消防機関、日本赤十字社、保健所等において、講習会が実施されている。

平成 16 年７月から一般住民によるＡＥＤ（自動体外式除細動器）の使用が認められたことから、公共施設などにおける機器の設置が進められており、令和５年４月現在、県関連施設では 298 台、市町関連施設では 1,408 台が設置されている。

今後ともＡＥＤに関する理解と設置の促進が求められるほか、県民がＡＥＤの所在情報を入手できる体制を構築するため、一般財団法人日本救急医療財団「全国ＡＥＤマップ」への登録等を促進する必要がある。

○救急搬送体制の強化

平成 16 年７月から救急救命士による気管挿管、平成 18 年４月から同じく薬剤投与が開始されるなど、医師の指示のもと、救急救命士が行うことが可能な救急救命処置の範囲が拡大されている。また、平成 26 年４月からは、心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液、血糖測定と低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与（二処置）についても処置の範囲が拡大されている。

本県においては、令和５年４月現在、気管挿管のできる救急救命士が 321 人、薬剤投与のできる救急救命士が 409 人、二処置のできる救急救命士が 376 人認定されている。今後とも、救急救命士の質を担保し、維持向上を図っていくことが必要である。

また、消防機関と救急医療機関の緊密な連携を図るため、石川県メディカルコントロール協議会が設置されており、救急活動プロトコルの策定や、気管挿管及び薬剤投与を実施できる救急救命士の認定、救急活動の事後検証の実施などを行っている。救急救命士が行う救急活動の質のさらなる向上を図るため、同協議会の活動の充実が求められる。

平成 21 年 10 月に施行された消防法の改正を受け、平成 22 年４月に、救急隊による傷病者の搬送及び医療機関による傷病者の受入れの迅速かつ適切な実施を図るため、脳

卒中及び急性冠症候群を対象に、「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」を作成し、平成 25 年４月には、緊急性を要する重症外傷や、専門性・特殊性を要する小児・周産期や精神疾患等について対象を拡大する等、その充実・強化を図ってきた。また、令和５年度に受入医療機関リストの更新、救急活動プロトコル等の見直しを行ったところである。

金沢市消防局と内灘町消防本部では、救急車内の心肺機能停止患者等について、救急医療機関の医師のタブレット端末に、カメラ画像の容態や心電図等のバイタルサインを伝送し、患者の容態をリアルタイムに確認した医師から指示を得る体制を整えており、適切な搬送先の選定や到着後の治療の迅速化を図っている。

平成 30 年９月には、本県の救急医療体制の充実・強化を図るため、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ている。出動実績については、令和４年度末時点で、累計 1,240 件となっており、医療圏別では、能登北部が最も多く 586 件、次に、能登中部が 312 件と、能登地域が４分の３を占め、そのほか、石川中央で 181 件、南加賀で 160 件などとなっており、県内全域で活用されている。

本県では、医療機関や消防機関などからなる「石川県ドクターヘリ運航調整委員会」を設置し、運航実績の検証・評価や、関係機関との連携調整などを行っている。同委員会において、医師が患者のもとに到着するまでの時間や、患者が三次医療機関へ搬送される時間が大幅に短縮され、搬送された患者の約９割について、救命や後遺症の軽減に効果があったと評価されている。

ドクターカーについては、医療器械を搭載し、医師や看護師等が同乗して、救急現場などへ出動し、患者を搬送することを目的とした「救急車型」と呼ばれるものや、救急現場等に医師や看護師等を運ぶことを目的とする「乗用車型」がある。県内では、県立中央病院や公立能登総合病院など 16 病院が令和５年４月現在で合計 19 台のドクターカーを保有している。救急現場に一刻も早く医師、看護師がかけつけ、初期診療を行うドクターカーの積極的な活用にあたっては救急医の確保が課題となる。消防防災ヘリコプターは、能登北部等の地域における救急搬送体制の強化を図るため、平成 25 年 10 月より消防機関からの要請に応じて、医療機器を搭載し、医師や看護師が搭乗して、重症者の救急搬送を行うなど、有効活用に努めている。

○居宅・介護施設の高齢者の救急医療

居宅・介護施設の高齢者が自らの意思に沿った救急医療を受けられるような環境整備を進めることが必要である。

【県民への普及啓発】

夜間等に救急医療機関で受診する患者や、救急搬送される患者の中には、軽症の患者も少なくなく、真に救急医療を必要とする患者の診療に支障をきたすことも起こりうる。また、高齢化の進展に伴い、救急搬送数は年々増加傾向にあるが、今後の更なる高齢化により、ますます増加する可能性がある。このため、県民も救急医療体制の体系的仕組みにつ

いて正しい理解を持ち、救急医療機関及び救急車の適正な利用を心がけることが求められている。

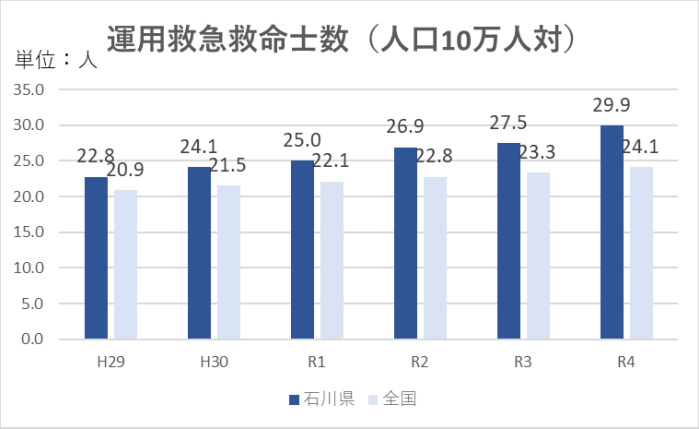
脳卒中や心血管疾患を発症した場合、できるだけ早期に治療を開始することで、救命率の向上や、後遺症が少なくなるなど、高い効果が見込まれる。このため、脳卒中や心血管疾患を疑うような症状が出現した場合、本人や家族等周囲にいる者は、速やかに救急要請を行うことが必要である。

一般県民に対して、休日当番医情報を県や県医師会ホームページにより提供している。また、休日夜間当番薬局制の情報を県薬剤師会ホームページにより提供している。

（２）救急医療提供体制

【運用救急救命士数】

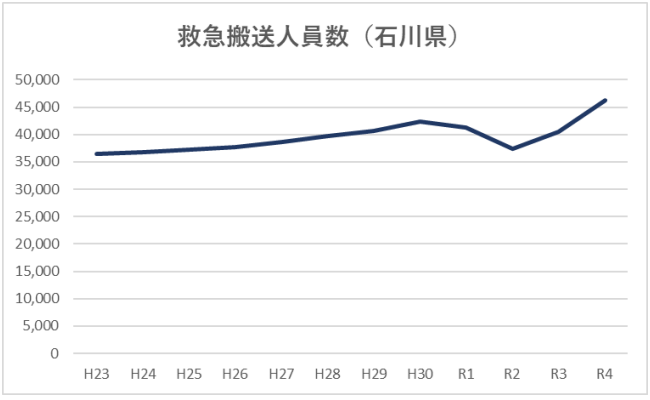
人口 10 万人あたりの運用救急救命士の数は、年々増加しており、全国と比較しても多くなっている。

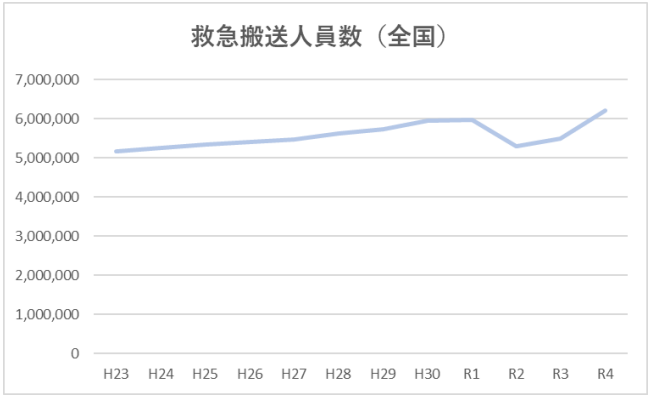


出典：救急・救助の現況

【救急搬送人員数】

県内の傷病者搬送の人数は、令和２年に減少したものの、増加傾向にある。全国においても、対前年比で増加しており、増加傾向にある。

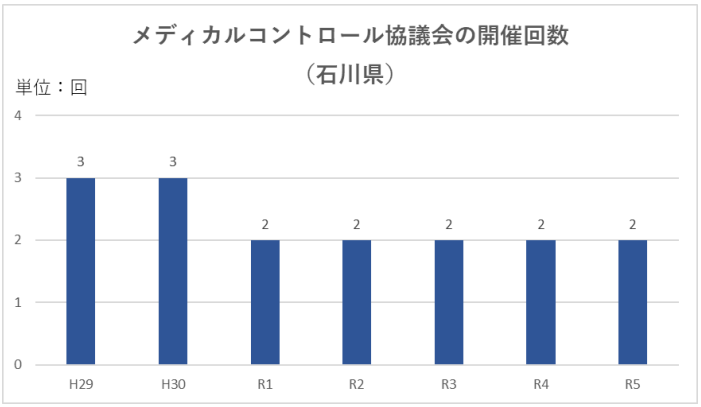




出典：救急・救助の現況

【メディカルコントロール協議会の開催回数】

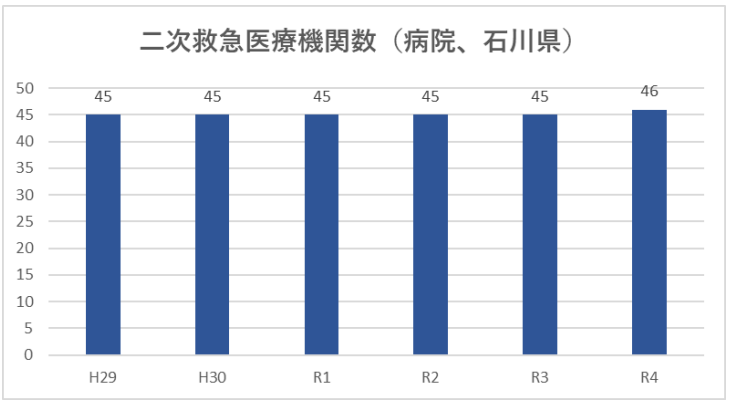
本県は１県１ＭＣ体制であり、協議会の開催回数は例年２～３回である。



出典：消防保安課調べ

【二次救急医療機関（病院）数】

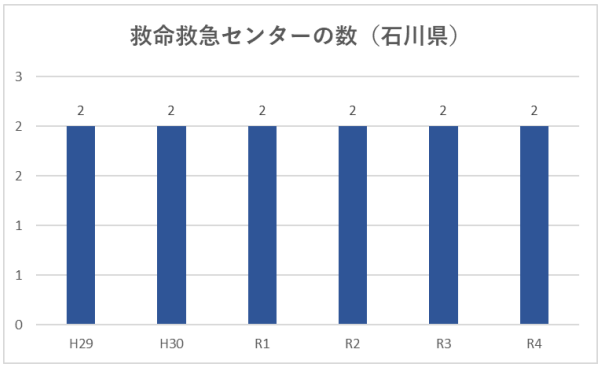
本県の二次救急医療機関（病院）数は 46 機関であり、全国同様、横ばいで推移している。

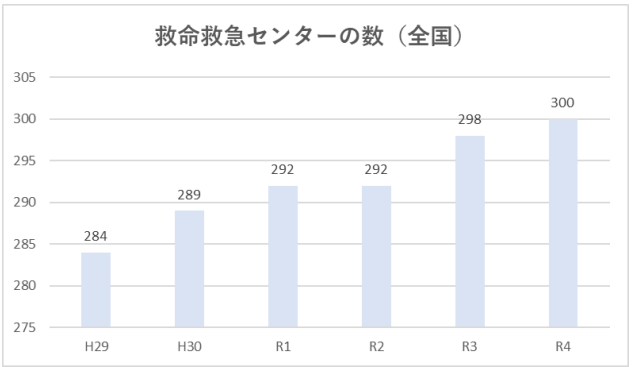


出典：病床機能報告

【救命救急センター数】

本県は、救命救急医療体制として、県立中央病院救命救急センター、公立能登総合病院救命救急センターの２つの救命救急センターを設置している。全国では、令和４年 12 月 31 日時点で 300 の救命救急センターが設置されている。

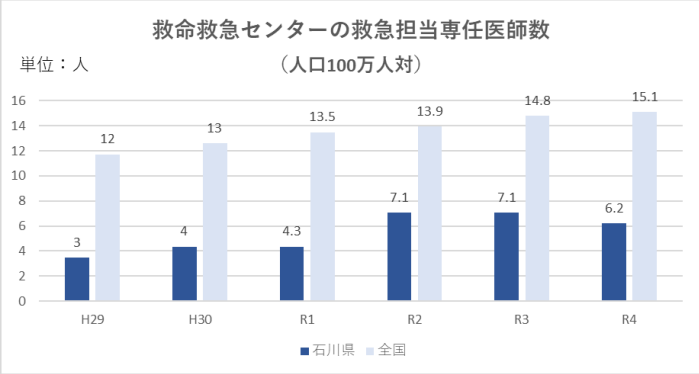




出典：救命救急センターの評価結果

【救急担当専任医師数】

救命救急センターにおける、人口 100 万人あたりの救急担当専任医師数を本県と全国とで比較すると、令和４年度において、本県では 6.2 人、全国では 15.1 人であった。

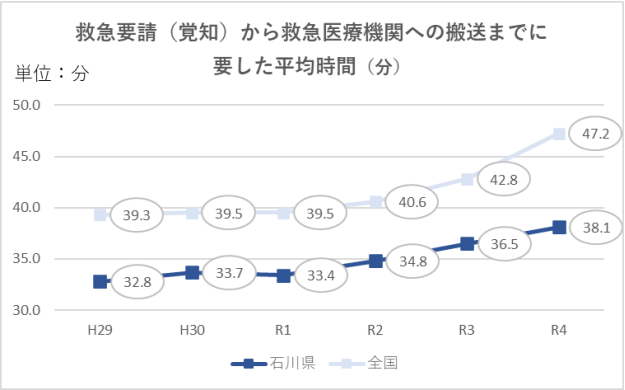


出典：救命救急センターの評価結果

（３）救急医療の医療連携体制

【救急要請（覚知）から救急医療機関への搬送までに要した平均時間（分）】

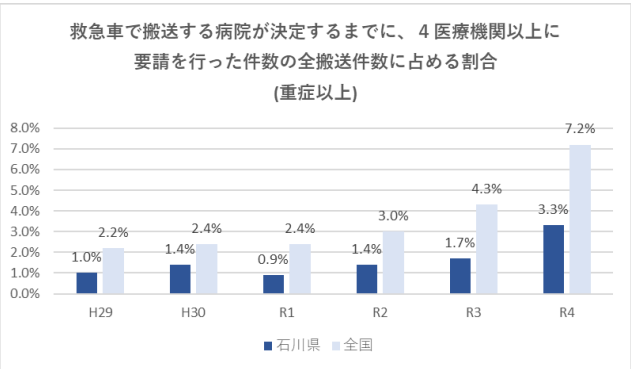
本県における救急要請（覚知）から救急医療機関への搬送までに要した平均時間は、全国平均に比べ短い傾向にある。



出典：救急・救助の現況

【救急車で搬送する病院が決定するまでに、４医療機関以上に要請を行った件数の全搬送件数に占める割合（重症以上）】

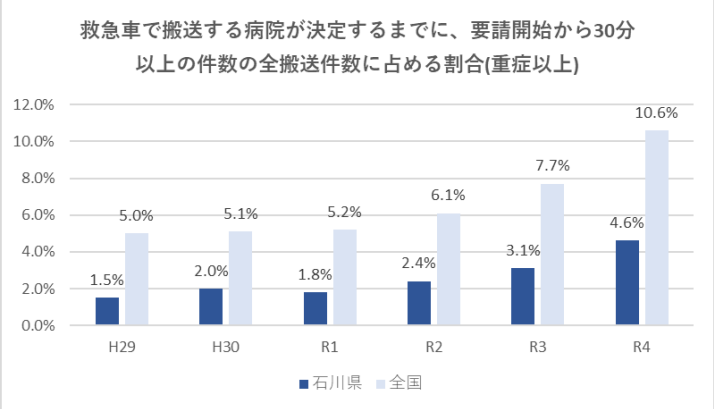
本県における救急車で搬送する病院が決定するまでに、４医療機関以上に要請を行った件数の全搬送件数に占める割合（重症以上）は、全国平均に比べ少ない。一方で、北陸３県で比較すると、富山県及び福井県は本県よりもさらに少ない数値となっている。



出典：救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査

【救急車で搬送する病院が決定するまでに、要請開始から 30 分以上の件数の全搬送件数に占める割合（重症以上）】

救急車で搬送する病院が決定するまでに、要請開始から 30 分以上の件数の全搬送件数に占める割合（重症以上）は、全国平均に比べ少ない。一方で、北陸３県で比較すると、富山県及び福井県は本県よりもさらに少ない数値となっている。



出典：救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査

３．救急医療の医療機能の明確化及び圏域の設定

（１）救急医療体制

機能	救護	救命医療 （三次救急医療）	入院救急医療 （二次救急医療）	初期救急医療
	病院前救護活動	救命救急医療	入院を要する救急医療	初期救急医療
目標	●周囲の者による救急搬送要請・救急蘇生法 ●メディカルコントロール（ＭＣ）体制による救急救命士の適切な活動 ●実施基準の運用等による適切な傷病者の搬送及び受入れ	●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の提供		傷病者の状態に応じた適切な救急医療の提供
求められる事項	【１　住民・患者】 ①救急蘇生法の実施 ②速やかな救急要請あるいは適切な医療機関の受診、救急車の要請等 【２　救急救命士等】 ①救急蘇生法等に関する講習会の実施 ②ＭＣ協議会のプロトコル（※）に即した判断・処置 【３　ＭＣ協議会】 救急活動プロトコル（※）の策定・検証・改訂	①重篤な救急患者の常時受入 ②高度な治療に必要な施設・設備 ③救急医療に関する知識・経験を有する医師 ④急性期のリハビリテーション ⑤ＭＣ体制の充実 ⑥地域の救命救急医療の充実強化	①救急医療に関する知識・経験を有する医師 ②必要な施設・設備 ③早期のリハビリテーション ④医療従事者に対する研修の実施	①救急患者に対する外来診療 ②地域での診療空白時間の解消 ③速やかな患者紹介など、近隣医療機関との連携 ④対応可能時間帯等の周知
連携	搬送先医療機関の選定、搬送手段の選定、傷病者の速やかな搬送 診療機能の事前周知			
		退院の困難な患者を受け入れることができる医療機関との連携		
医療提供施設等の種別		【石川中央医療圏】 金沢大学附属病院 金沢医科大学病院 石川県立中央病院 （救命救急センター） 【能登中部医療圏】 公立能登総合病院 （救命救急センター） ※三次救急医療機関に準ずる医療機関 【南加賀医療圏】 小松市民病院 （南加賀救急医療センター）	①二次救急病院 （次頁のとおり） ②その他の救急告示医療機関	①休日・夜間急患センター 【南加賀医療圏】 南加賀急病センター 【石川中央医療圏】 金沢広域急病センター ②在宅当番医制等参加施設 ア　在宅当番医制参加診療所 イ　休日・夜間急患センター参加診療所 ウ　在宅歯科当番医制参加歯科診療所 エ　休日夜間当番薬局制参加薬局

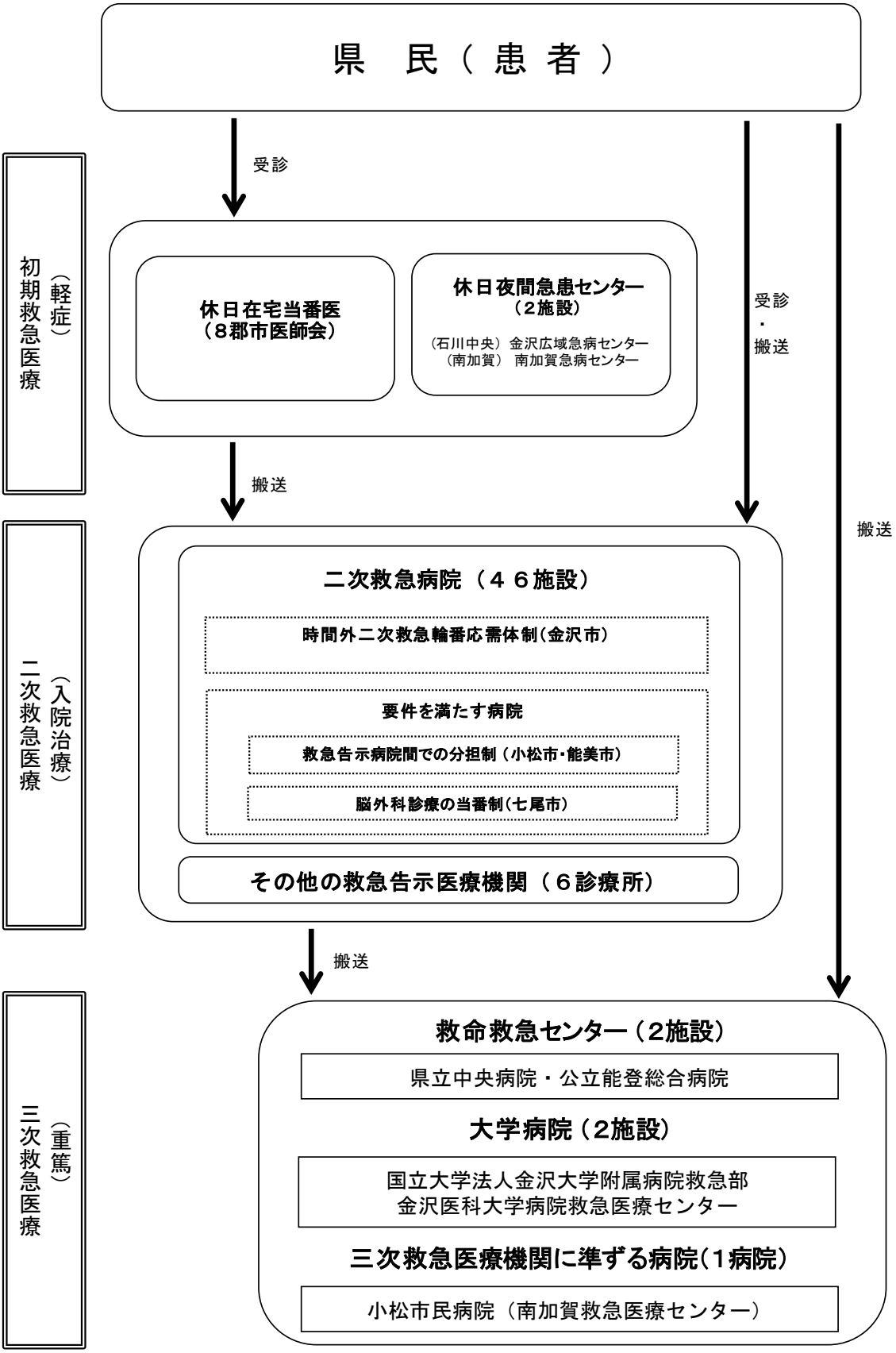
（※）プロトコル・・・「手順」の意。ここでは、救急救命士等が行う心肺蘇生などの救急活動に関する手順書のこと

二次救急医療を担う医療機関

医療圏名	市町名	医療機関名	
		病院	診療所
南 加 賀	小松市	小松市民病院 小松ソフィア病院 森田病院 やわたメディカルセンター	
	加賀市	加賀市医療センター 久藤総合病院 石川病院	
	能美市	能美市立病院 芳珠記念病院	
小計		9	
石川中央	金沢市	浅ノ川総合病院 石川県済生会金沢病院 石川県立中央病院 石田病院 金沢有松病院 金沢医療センター 金沢循環器病院 金沢市立病院 金沢聖霊総合病院 金沢赤十字病院 国立大学法人金沢大学附属病院 金沢西病院 金沢宗広病院 木島病院 恵寿金沢病院 城北病院 整形外科米澤病院 地域医療機能推進機構金沢病院 金沢古府記念病院 北陸病院 みらい病院	加藤整形外科医院 さがら整形外科医院 尾張町たかたクリニック 三秋整形外科医院 森下整形外科医院
	白山市	公立つるぎ病院 公立松任石川中央病院 新村病院	
	野々市市	金沢脳神経外科病院 南ヶ丘病院	ののいち白山醫院
	津幡町	河北中央病院	
	内灘町	金沢医科大学病院	
小計		28	6
能登中部	七尾市	公立能登総合病院 恵寿総合病院	
	羽咋市	公立羽咋病院	
	志賀町	町立富来病院	
	宝達志水町	町立宝達志水病院	
小計		5	
能登北部	輪島市	市立輪島病院	
	珠洲市	珠洲市総合病院	
	穴水町	公立穴水総合病院	
	能登町	公立宇出津総合病院	
小計		4	
合計		46	6

各市町毎に五十音順で記載

石川県の救急医療体制


県　民（患者）
受診
受診・搬送
搬送
搬送
搬送
初期救急医療（軽症）
二次救急医療（入院治療）
三次救急医療（重篤）
休日在宅当番医
（８郡市医師会）
休日夜間急患センター
（２施設）
（石川中央）金沢広域急病センター
（南加賀）南加賀急病センター
二次救急病院（４６施設）
時間外二次救急輪番応需体制（金沢市）
要件を満たす病院
救急告示病院間での分担制（小松市・能美市）
脳外科診療の当番制（七尾市）
その他の救急告示医療機関（６診療所）
救命救急センター（2施設）
県立中央病院・公立能登総合病院
大学病院（2施設）
国立大学法人金沢大学附属病院救急部
金沢医科大学病院救急医療センター
三次救急医療機関に準ずる病院（1病院）
小松市民病院（南加賀救急医療センター）

（２）救急医療における圏域の設定

初期救急医療、二次救急医療（入院救急医療）は、基本的に二次医療圏内で対応しているが、三次救急医療（救命医療）については、二次医療圏の枠を超えて県全域で対応しており、県全域を救急医療の圏域とする。

４．救急医療の施策の方向

【目的（目指す方向）】

心肺停止患者の１か月後の予後（生存率・社会復帰率）の増加

【目標】

- **■救急要請から救急医療機関への搬送までに要した平均時間の維持**
- **■救急車で搬送する病院が決定するまでに、４医療機関以上に要請を行った件数の全搬送件数に占める割合（重症以上）の減少**
- **■救急車で搬送する病院が決定するまでに、要請開始から 30 分以上の件数の全搬送件数に占める割合（重症以上）の減少**
- **■救急搬送人員数のうち、軽症患者の割合の減少**
- **■ドクターヘリ有効性判定割合の「有効」と回答のあった割合の維持**
- **■一般財団法人日本救急医療財団「全国ＡＥＤマップ」に登録されたＡＥＤの人口 10 万人対の設置数の増加**
- **■県民の救命蘇生法の受講率の増加**

（１）救急医療体制の確立

○初期救急医療体制の確保

ア　平日及び休日の夜間における体制を確保するため、未設置地域における休日夜間急患センターの設置を検討し、地域の実情に応じた体制整備を検討する。また、小児救急医療体制を維持するため、引き続き適正受診の普及啓発を行う。

イ　未実施地域における歯科休日当番医制の実施について検討する。

○二次救急医療体制の確保

患者の発生状況等を勘案しながら、未実施地域における病院群輪番制等の実施や、救急告示医療機関の適切な配置に努めるなど、体制の確保方策を検討する。

○三次救急医療体制の確保

三次救急医療機関本来の高度な診療機能を果たすことができるよう、県立中央病院救命救急センターにおいてドクターヘリによる患者の受入れ体制を確保するなど、三次救急医療機関のさらなる充実を図るほか、初期、二次救急医療機関との機能の分担と連携方策を検討する。

○救急医療従事者の研修の実施

医師、看護師、救急救命士など救急医療従事者の専門的知識の一層の向上を図るため、関係団体の協力を得て必要な研修を実施する。

石川県メディカルコントロール協議会は、救急救命士の病院実習の充実などを推進し、より質の高い救急救命士の育成を図る。また、病院は、救急救命士の病院内実習に積極的に協力するよう努めるものとする。

○関係機関同士の連携強化

消防機関及び関係医療機関の協力のもと、消防機関や医療機関等の関係者間における宿日直医の情報共有を継続して行う。

脳卒中における遠隔画像伝送システムの活用などにより、二次医療圏を超えた医療機関の連携体制を推進する。

救急医療機関とかかりつけ医や介護施設等の関係機関との連携強化のため、各市町は、在宅医療・介護連携推進事業による取組を推進し、県は、「いしかわ診療情報共有ネットワーク」の利活用を推進する。

精神科救急医療体制の充実を図るため、基幹病院、輪番病院による受け入れを整えるとともに、身体合併症受入病院、一般救急医療機関、消防関係者等との連携を強化する。

今後、特に増加が見込まれる高齢者救急や、令和６年度から適用となる医師の時間外労働の上限規制に対応するため、二次救急医療機関の更なる充実と救命救急医療機関（三次救急医療機関）との役割分担の明確化等に取り組む。具体的には、重症急性期の受入れ及び 24 時間の受入体制を維持するため、救急の拠点となる病院に機能を集約し、主に高齢者の軽症・中等症を受け入れる病院は、転院の受入れを拡大するとともに、高齢者施設からの搬送受入れ強化を検討する。

また、小児・妊婦等をはじめとした特に配慮を要する救急患者を受け入れるため、「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」の受入医療機関リストを更新する。

○新興感染症の発生・まん延時の感染症対応と救急医療の両立

・休日及び夜間における新興感染症疑い患者の救急搬送受入れを円滑に行うため、患者受入医療機関や大学病院のバックアップのもと、感染疑い救急搬送患者の「受入輪番制」を構築し、感染拡大による県内救急医療体制への負担をできる限り抑制する。
・新興感染症のまん延時には、救急搬送先が輪番病院に集中することも想定されることから、輪番病院への集中を避けるために、軽症のうち、重症化リスクが低い新興感染症疑い患者を受け入れる「新興感染症救急外来病院」を確保する。

（２）病院前救護活動の充実

○心肺蘇生法の普及とＡＥＤの設置の促進

・消防機関等の関係機関は、県民に対し救命講習等を実施し、心肺蘇生法の普及を図る。

・県及び市町は、公共施設等におけるＡＥＤの設置を促進するとともに、救命講習を通じて、ＡＥＤに対する県民の理解を促進する。

・ＡＥＤの所在情報を広く県民に周知するため、一般財団法人日本救急医療財団「全国ＡＥＤマップ」への積極的な登録を促進するとともに、ＡＥＤの設置者に対して、ＡＥＤの有効活用の促進、適切な管理及び設置施設である旨の掲示について啓発を図る。

○救急搬送体制の強化

・消防機関は、気管挿管や薬剤投与のできる救急救命士の養成を図るとともに、研修等を通じてその質を担保し、維持向上を図る。

・ドクターヘリの運航にあたっては、県内の医療機関、消防機関等の関係者から構成される「石川県ドクターヘリ運航調整委員会」において、運航に係る課題や関係機関との連絡調整などについて協議し、ドクターヘリの円滑かつ効果的な運用を図る。また、消防防災ヘリコプターやドクターカーを活用した救急搬送体制を引き続き確保する。

・救急科を目指す医学生や臨床研修医、専攻医の確保に取り組んでいく必要があることから、県内における研修環境の充実・強化について、大学や医療機関等と連携していく。

・救急活動の事後検証結果等を踏まえ、救急活動プロトコルや、「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」について、適宜見直しを行い、専門医療機関へ迅速かつ適切に搬送できる体制を整備する。

○居宅・介護施設の高齢者の救急医療

医療関係者・介護関係者が、地域包括ケアシステムやアドバンス・ケア・プランニングに関する議論の場において、患者の希望する医療について必要な時に確認できる方法について検討を進める。自治体や医療従事者は、患者や家族が、人生の最終段階においてどのような医療を望むかについて日頃から話し合うことを促す。

（３）県民への普及啓発

○県、市町をはじめ関係機関は、脳卒中や心血管疾患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が速やかに救急要請を行うよう、疾病に関する知識の普及啓発を行う。

○救急医療に対する県民の理解と協力を得るため、「救急の日」や「救急医療週間」等の機会を通じて、救急医療機関及び救急車の適正な利用、応急手当について普及啓発を図る。

（４）令和６年能登半島地震からの復旧・復興

令和６年能登半島地震により、特に能登北部・能登中部医療圏の医療機関は甚大な被害が出ており、早期の復旧・復興が望まれるところである。本計画（救急医療）の策定に当たっても、今般の地震災害の影響を踏まえた対応が求められるところであるが、復旧・復興も緒に就いたばかりで未だ流動的な部分も多いことから、令和８年度に予定されている計画の中間見直しの際に、災害の影響を踏まえた改定を行うこととする。

施策・指標マップ

番号	A　個別施策
1	【救急医療体制の確立】 ・救急告示医療機関の認定・告示 ・救急医療従事者の研修の実施 ・宿日直医の情報共有 ・石川県メディカルコントロール協議会の開催 ・傷病者の搬送及び受入れの実施基準の見直し
2	【病院前救護活動等の充実】 ・石川県ドクターヘリ運航調整委員会の開催 ・公共施設等におけるAEDの設置促進
3	【県民への普及啓発】 ・救命講習等の実施 ・救急車の適正な利用の呼びかけ

番号	B　目標		
1	救急医療体制の確立		現状
	指標	救急要請を受けてから医療機関等へ収容するまでの平均時間	38.1 (R4)
	指標	救急車で搬送する病院が決定するまでに、４医療機関以上に要請を行った件数の全搬送件数に占める割合（重症以上）	3.3 (R4)
	指標	救急車で搬送する病院が決定するまでに、要請開始から30分以上の件数の全搬送件数に占める割合（重症以上）	4.6 (R4)
	指標	救急搬送人員数のうち、軽症患者の割合	42.4 (R4)
2	ドクターヘリ等の効果的な活用		現状
	指標	ドクターヘリ有効性判定割合	90 (R4)
3	AEDの整備		現状
	指標	（一財）日本救急医療財団「全国AEDマップ」に登録されたAEDの設置数(人口千人対)	391 (R4)
4	県民への救命活動への普及啓発		現状
	指標	県民の救急蘇生法の受講率（人口１万人対）	62.3 (R4)

番号	C　目的		
1	救急患者の生存率向上		現状
	指標	心肺停止患者の１ヶ月後の予後（生存率）	12.6 (R4)
2	救急患者の社会復帰率向上		現状
	指標	心肺停止患者の１ヶ月後の予後（社会復帰率）	6.9 (R4)

数値目標

分類	指　標		現状値	目標値	
	名　称	出典・説明		R8 年度（中間年）	R11 年度（最終年）
B	（一財）日本救急医療財団「全国ＡＥＤマップ」に登録されたＡＥＤの設置数（人口千人対）	地域医療推進室調べ	391 台（R4）	増加	増加
B	県民の救急蘇生法の受講率（人口１万人対）	救急・救助の現況	62.3%（R4）	増加	増加
B	救急要請を受けてから医療機関等へ収容するまでの平均時間	救急・救助の現況	38.1 分（R4）	維持	維持
B	救急車で搬送する病院が決定するまでに、４医療機関以上に要請を行った件数の全搬送件数に占める割合（重症以上）	救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査	3.3%（R4）	減少	減少
B	救急車で搬送する病院が決定するまでに、要請開始から 30 分以上の件数の全搬送件数に占める割合（重症以上）	救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査	4.6%（R4）	減少	減少
B	救急搬送人員数のうち、軽症患者の割合	救急・救助の現況	42.4%（R4）	減少	減少
B	ドクターヘリ有効性判定割合	地域医療推進室調べ	90%（R4）	維持	維持
C	心肺停止患者の１か月後の予後（１か月後の生存者数／一般県民により心肺停止時点が目撃された人数）	救急・救助の現況	12.6%（R4）	増加	増加
C	心肺停止患者の１ヶ月後の予後（１か月後の社会復帰者数／一般県民により心肺停止時点が目撃された人数）	救急・救助の現況	6.9%（R4）	増加	増加

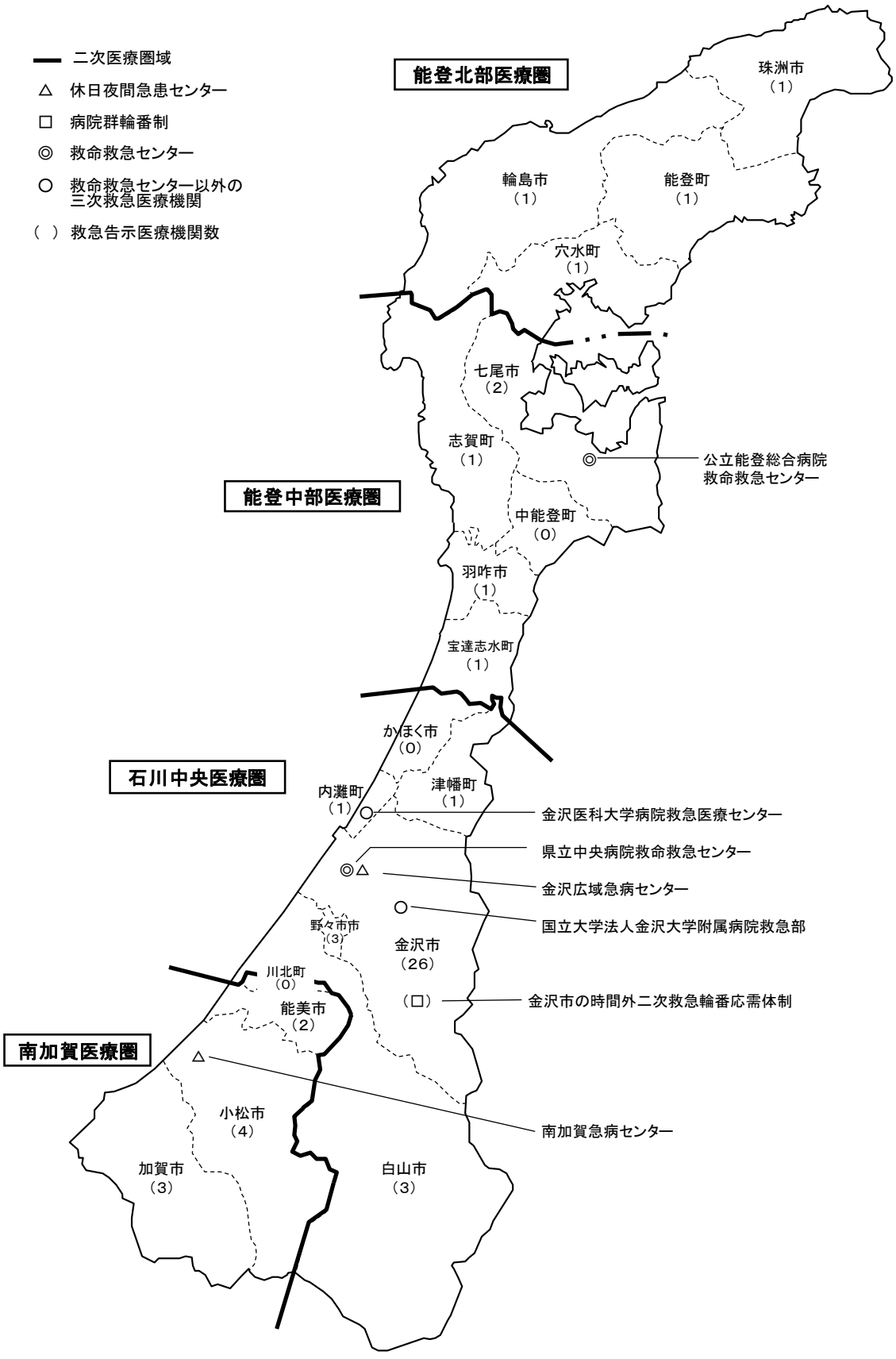
現状把握の指標

<table>
<tr><th>機能</th><th>救護</th><th>初期救急医療</th><th>入院救急医療</th><th>救命医療</th><th>救命後の医療</th></tr>
<tr><td rowspan="3">ストラクチャー指標（S）</td><td>運用救急救命士数</td><td>初期救急医療施設数</td><td>第二次救急医療機関数</td><td>救命救急センター数</td><td>転棟・転院調整をする者を常時配置している救命救急センター数</td></tr>
<tr><td>住民の救急蘇生法の受講率</td><td>一般診療所の初期救急医療への参画率</td><td></td><td>救急担当専任医師数・看護師数</td><td></td></tr>
<tr><td>心肺蘇生を望まない心肺停止患者への対応方針を定めている消防本部の割合</td><td colspan="4" rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>救急搬送人員数</td></tr>
<tr><td rowspan="6">プロセス指標（P）</td><td>心肺機能停止傷病者（心肺停止患者）全搬送人員のうち、一般市民により除細動が実施された件数</td><td colspan="2"></td><td>都道府県の救命救急センターの充実度評価ＳまたはＡの割合</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="4"></td><td colspan="3">救急車の受入件数</td><td>緊急入院患者における退院調整・支援の実施件数</td></tr>
<tr><td colspan="2">転院搬送の実施件数</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td>転院搬送の受入件数</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td>救命救急センターの応需率</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="5">救急要請（覚知）から救急医療機関への搬送までに要した平均時間</td></tr>
<tr><td colspan="5">救急車で搬送する病院が決定するまでに、要請開始から３０分以上の件数</td></tr>
<tr><td colspan="5">救急車で搬送する病院が決定するまでに、要請開始から３０分以上の件数の全搬送件数に占める割合</td></tr>
<tr><td colspan="5">救急車で搬送する病院が決定するまでに、４医療機関以上に要請を行った件数</td></tr>
<tr><td colspan="5">救急車で搬送する病院が決定するまでに、４医療機関以上に要請を行った件数の全搬送件数に占める割合</td></tr>
<tr><td colspan="5">地域メディカルコントロール協議会の開催回数</td></tr>
<tr><td rowspan="2">アウトカム指標（O）</td><td colspan="5">心肺機能停止患者（心肺停止患者）の1ヶ月後の予後</td></tr>
<tr><td colspan="5">心原性心肺機能停止傷病者（一般市民が目撃した）のうち初期心電図波形がＶＦ又は無脈性ＶＴの１か月後社会復帰率</td></tr>
</table>

	機能	指標区分(S/P/O)	指標名	時点	県全体	南加賀医療圏	石川中央医療圏	能登中部医療圏	能登北部医療圏	全国	備考	出典
1	救護	S	運用救急救命士数 （人口10万人対）	R4	338 29.9					 24.1		救急・救助の現状
2	救護	S	住民の救急蘇生法の受講率 （人口1万人対）	R4	62.3					64.1		救急・救助の現状
3	救護	S	心肺蘇生を望まない心肺停止患者への対応方針を定めている消防本部の割合	R3	36.4					61.6		医療計画作成支援データブック
4	救護	S	救急搬送人員数 （人口千人対）	R4	46,268 40.9					6,217,283 49.3		救急・救助の現状
5	救護	P	心肺機能停止傷病者全搬送人員のうち、一般市民により除細動が実施された件数 （人口10万人対）	R4	9 0.8					1,970 1.6		救急・救助の現状
6	救護～救命	P	救急要請（覚知）から救急医療機関への搬送までに要した平均時間（分）	R4	38.1					47.2		救急・救助の現状
7	救護～入院救急	P	救急車で搬送する病院が決定するまでに、要請開始から30分以上の件数 （人口10万人対）	R4	286 25.3					50,615 40.1	重症以上の傷病者について算出	令和4年中の救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査
8	救護～入院救急	P	救急車で搬送する病院が決定するまでに、要請開始から30分以上の件数の全搬送件数に占める割合	R4	4.6					10.6	重症以上の傷病者について算出	令和4年中の救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査
9	救護～入院救急	P	救急車で搬送する病院が決定するまでに、4医療機関以上に要請を行った件数 （人口10万人対）	R4	204 18.1					34,580 27.4	重症以上の傷病者について算出	令和4年中の救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査
10	救護～入院救急	P	救急車で搬送する病院が決定するまでに4医療機関以上に要請を行った件数の全搬送件数に占める割合	R4	3.3					7.2	重症以上の傷病者について算出	令和4年中の救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査
11	救護	P	地域メディカルコントロール協議会の開催回数	R5	2						本県は1県1MC体制	－
12	救護～救命期後	O	心肺機能停止患者の1ヶ月後の予後（生存率）	R4	12.6					10.3		救急・救助の現況
13	救護～救命期後	O	心原性心肺機能停止傷病者（一般市民が目撃した）のうち初期心電図波形がVF又は無脈性VTの1か月後社会復帰率	R4	26.5					20.8		救急・救助の現況
14	初期救急	S	初期救急医療施設数 （人口100万人対）	R2	14 12.7	3 15.0	8 11.1	3 26.3	0 0.0	 25.3		医療施設調査
15	初期救急	S	一般診療所の初期救急医療への参画率	R3	28.0	11.3	27.6	52.6	42.1	19.7		医療施設調査
16	初期～救命救急	P	救急車の受入件数	R3	38,750					4,520,283		救急医療提供体制現況調べ、医療計画作成支援データブック
17	初期～入院救急	P	転院搬送の実施件数	H29	98					54,813		医療計画作成支援データブック
18	入院救急	S	第二次救急医療機関（病院）数 （人口10万人対）	R4	45 4.0					3,462 2.7		病床機能報告
19	入院救急	P	転院搬送の受入件数	H29	2,866					457,843	救命救急センターを除く	医療計画作成支援データブック
20	救命	S	救命救急センター数 （人口100万人対）	R4	2 1.8	－ －	1 1.4	1 0.8	－ －	300 2.4		救命救急センターの評価結果
21	救命	S	救急担当専任医師数 （人口10万人対）	R3	7 0.6					1,905 1.5	救命救急センターについて算出	救命救急センターの評価結果
22	救命	S	救急担当専任看護師数 （人口10万人対）	R2	44 3.9					18,488 14.7	救命救急センターについて算出	救急医療提供体制現況調べ
23	救命	P	都道府県の救命救急センターの充実度評価SまたはAの割合	R4	50.0					97.3		救命救急センターの評価結果
24	救命	P	救命救急センターの応需率	R4	93.6					79.4		救命救急センターの評価結果
25	救命期後	S	転棟・退院調整をする者を常時配置している救命救急センター数 （人口10万人対）	R4	1 0.1					181 0.1		救命救急センターの評価結果
26	救命期後	P	緊急入院患者における退院調整・支援の実施件数（千回） （人口10万人対）	R3	29.7 2.6	6 2.7	18.0 2.4	5.0 4.2	0.7 1.2	8,534 6.8		NDB

（※）NDB：レセプト情報・特定健診等情報データベース（通称：ナショナルデータベース（NDB））による分析結果

石川県の救急医療体制


二次医療圏域
△ 休日夜間急患センター
□ 病院群輪番制
◎ 救命救急センター
○ 救命救急センター以外の三次救急医療機関
（ ）救急告示医療機関数
能登北部医療圏
珠洲市（1）
輪島市（1）
能登町（1）
穴水町（1）
七尾市（2）
志賀町（1）
◎ 公立能登総合病院 救命救急センター
能登中部医療圏
中能登町（0）
羽咋市（1）
宝達志水町（1）
かほく市（0）
石川中央医療圏
内灘町（1）
津幡町（1）
○ 金沢医科大学病院救急医療センター
県立中央病院救命救急センター
◎△ 金沢広域急病センター
○ 国立大学法人金沢大学附属病院救急部
野々市市（3）
金沢市（26）
川北町（0）
能美市（2）
（□） 金沢市の時間外二次救急輪番応需体制
南加賀医療圏
△ 南加賀急病センター
小松市（4）
加賀市（3）
白山市（3）

（令和5年4月1日現在）

区分	医療圏		南加賀				石川中央					能登中部				能登北部			合計
	郡市		加賀市	小松市	能美市	能美郡	白山市	野々市市	金沢市	かほく市	河北郡	羽咋市	羽咋郡	七尾市	鹿島郡	輪島市	鳳珠郡	珠洲市	
	保健福祉センター		南加賀				石川中央		金沢市保健所	石川中央		能登中部				能登北部			
	医師会		加賀市	小松市	能美市		白山ののいち		金沢市	河北郡市		羽咋郡市		七尾市		能登北部			
	県歯科医師会支部		加賀	小松	能美		松任・石川		金沢市歯科医師会	河北		羽咋		七尾	鹿島	輪島	鳳珠郡	珠洲	
初期救急	在宅当番医制	参加医療機関	—	—	19		60		272	46		24		28		28			477
		当番医方式	加賀市医療Cにて休日急病診	(休日夜間急患センター開設に伴い廃止)	1休日　1か所		1休日　4～6か所		1休日　11か所 ※小児科繁忙期は12か所 (小児＋1) ※金沢マラソン実施日は15か所 (小児、眼、耳鼻＋1) ※一部モデル事業として、金沢広域急病センターで小児科当番医を実施	1休日　2か所		1休日　2か所		1休日　2か所		1休日　2か所			—
		当番医情報 市町広報誌	○	—	—		○		—	○		○		○		○			—
		当番医情報 新聞掲載	○	—	○		○		○	○		○		○		○			—
		当番医情報 インターネット	○	—	○		○		○	○		○		○		○			—
		当番医情報 テレフォンサービス	○	—	—		—		—	—		—		—		—			—
	休日歯科当番制	参加医療機関		51					128					40					219
		当番方式		1休日 1か所					1休日　2か所					1休日 1か所					—
		当番医情報 市町広報誌		○					○					○					—
		当番医情報 新聞掲載		○					○					○					—
		当番医情報 インターネット		○					○					○					—
	休日夜間当番薬局制		県薬剤師会の支部ごとに実施																—
	休日夜間急患センター		南加賀急病センター (毎日夜間(日・祝日は日中・夜間)内科・小児科)				金沢広域急病センター (毎日夜間　内科・小児科)												2
二次救急	病院群輪番制病院								時間外二次救急輪番応需体制(夜間、日祝の昼間:内科・外科・整形外科・眼科・皮膚科・泌尿器科・耳鼻科・脳外科・循環器科・小児科)										-
	救急告示	病院	3	4	2	—	3	1	22	—	2	1	2	2	—	1	2	1	46
		診療所	—	—	—	—	—	1	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6
		計	3	4	2	—	3	2	27	—	2	1	2	2	—	1	2	1	52
三次救急	救命救急センター		県立中央病院救命救急センター、公立能登総合病院救命救急センター																2
	大学病院救急部		金沢大学附属病院救急部、金沢医科大学病院救急医療センター																2
	三次救急医療機関に準ずるもの		小松市民病院(南加賀救急医療センター)																1

※小児科(6医療機関)のほか、内科は加賀市医療センターにおいて加賀市医師会会員医師が持ち回りで診療を実施

石川県の救急医療体制

初期救急医療体制

- 在宅当番医制

県内各地域で実施

また、加賀市では内科・小児科の在宅当番医制に加えて、加賀市医療センターにおいて「加賀市医師会休日急病診療」を実施

診 療 日　日曜日、祝日
診療時間　午前９時～午後４時30分
診 療 科　内科
実施態様　加賀市医療センターにおいて地域の開業医が交代で診療

- 休日夜間急患センター

・休日・夜間における救急患者の応急処置に対応する体制
・入院を要しない軽症患者に対応する体制

◇ 金沢広域急病センター

診 療 日　毎日（平日、土曜日、日曜日、祝日）
診療時間　午後７時30分～午後11時
診 療 科　内科、小児科
実施態様　地域の開業医等が交代で診療

◇ 南加賀急病センター

診 療 日　毎日（平日、土曜日、日曜日、祝日）
診療時間　平日、土曜日　午後７時～午後10時30分
日曜日、祝日　午前９時～12時、
午後１時～午後10時30分
診 療 科　内科、小児科
実施態様　地域の開業医等が交代で診療

二次救急医療体制（入院を要する重症救急患者に対応する体制）

時間外二次救急輪番応需体制　金沢市内で二次救急医療機関の時間外の応需体制を整備

- 診 療 日　夜間、日・祝日日中
- 診 療 科　内科、外科、整形外科、眼科、皮膚科、泌尿器科、耳鼻科、脳外科系、循環器系、小児科
- 実施態様　１か月単位の表を作成し、初期救急の後方支援として活用

救急告示医療機関　県内52医療機関（46病院・6診療所）

救急患者を受け入れる意思表示をし、365 日 24 時間で救急隊により搬送される傷病者に関する医療を担当する医療機関として、都道府県知事が認定したもの。
（消防法第２条第９項、救急病院等を定める省令）

分担制　小松市、能美市の救急告示病院間で実施

- 診療時間　通常時間外（午後５時30分～翌日午前８時30分）
- 参加病院　小松市民病院、小松ソフィア病院、森田病院、やわたメディカルセンター、能美市立病院、芳珠記念病院
- 実施態様　１か月単位の当直表を作成し、対応

当番制　七尾市の２病院で実施（脳外科診療）

- 診療時間　休日
- 参加病院　公立能登総合病院、恵寿総合病院
- 実施態様　２病院交互の当番制

三次救急医療体制（高度な治療を要する重篤救急患者に対応する体制）

救命救急センター　県立中央病院・公立能登総合病院

高度な治療を必要とする、重篤な救急患者を365日、24時間体制で受け入れるもの。

大学附属病院　金沢大学附属病院・金沢医科大学病院

高度な治療を必要とする、重篤な救急患者を 365 日、24 時間体制で受け入れるもの。

※三次救急医療機関に準ずる医療機関：南加賀救急医療センター（小松市民病院）

重症の外傷患者や脳卒中、急性心筋梗塞などの患者に対して、三次医療機関に準じた体制で受け入れるもの

８　災害医療対策の充実

１．災害医療について

（１）災害医療とは

○災害には、地震、風水害、火山災害、雪害等の自然災害から、海上災害、航空災害、鉄道災害、道路災害、大規模な事故による災害（事故災害）に至るまで様々な種類がある。また、同じ種類の災害であっても、発生場所、発生時刻や発生時期等によって被災・被害の程度は大きく異なる。

○地震災害は、大規模火災の発生や建物の倒壊により、これまで多大な被害が発生してきた。近年においては、平成７年１月の阪神・淡路大震災、平成 23 年３月の東日本大震災、平成 28 年４月の熊本地震が発生するなど、各地域で多大な被害が発生している。令和６年能登半島地震では、令和６年１月１日に最大震度７の地震が能登地方を中心に発生し、その被害は、死者 245 名、重傷者 312 名、軽症者 877 名（令和６年４月２日時点）に上った。県は震災の発生を受け、県庁内に保健医療福祉調整本部を設置し、被災地の被災状況等の情報収集、整理及び分析を行うとともに、ＤＭＡＴ等の派遣調整や被災者の搬送調整を実施した。また、早期から県外に対し、派遣要請を行い、ＤＭＡＴ1,139 チームの他、ＪＭＡＴ、ＤＰＡＴ等多くの保健医療活動チームが被災した医療機関等への人的・物的支援や被災後の病院・施設の環境に耐え得ない患者の広域避難搬送、避難所の巡回診療などの医療救護活動を実施した。一方で、多数の広域避難搬送患者を受け入れた金沢以南の医療機関においては、病床がひっ迫し、通常の救急体制の確保に支障が出るなどの課題も見えてきた。今後の大規模地震の発生に備え、今回の震災の経験を十分に踏まえ、さらなる災害医療体制の充実が求められる。

○近年、短時間強雨の年間発生回数が明瞭な増加傾向にあり、大河川の氾濫も相次いでいる。台風の接近・上陸や線状降水帯の発生に伴う豪雨災害が毎年発生し、各地で甚大な被害をもたらしており、風水害に対する対策も必要である。

○災害時における医療については、災害の種類や規模に応じて利用可能な医療資源を可能な限り有効に使う必要があるとともに、平時から、災害を念頭に置いた関係機関による連携体制をあらかじめ構築しておくことが必要不可欠である。

○災害医療体制は、国や自治体が一部支援しつつ、関係機関（救急医療機関、日本赤十字社、地域医師会、地域歯科医師会、地域薬剤師会、都道府県看護協会等）において、地域の実情に応じた体制が整備されてきた。さらに、平成７年に発生した阪神・淡路大震災を契機に以下の体制が整備され、平成 23 年に発生した東日本大震災を踏まえて見直しが行われたところである。

災害拠点病院

災害拠点病院は、災害による重篤患者の救命医療等の高度の診療機能を有し、被災地からの患者の受入れ、広域医療搬送に係る対応等を行う。

災害派遣医療チーム（DMAT：Disaster Medical Assistance Team）

災害急性期（概ね発災後 48 時間）にトレーニングを受けた医療チームが災害現場へできるだけ早期に出向いて救命医療を行うことが、予防できる被災者の死の回避につながるとの認識の下、「災害派遣医療チーム（ＤＭＡＴ）」が養成されている。ＤＭＡＴは、大地震及び航空機・列車事故等の災害時や新興感染症等のまん延時において、都道府県の要請に基づき、都道府県庁、航空搬送拠点臨時医療施設（ＳＣＵ）、災害現場、医療施設等において、本部活動、搬送、医療活動等を行う。

保健医療活動チーム

保健医療活動チーム（日本医師会災害医療チーム（ＪＭＡＴ）、日本赤十字社の救護班等の災害医療に係る保健医療活動を行うチーム）は、災害が沈静化した後においても、被災地の医療提供体制が復旧するまでの間、ＤＭＡＴ等と連携しつつ、避難所や救護所等に避難した住民等に対する健康管理を中心とした保健医療活動を行う。

今後、高齢化の進展とともに、どのような災害においても、高齢者等の災害時要配慮者の割合が増加することが見込まれ、健康管理を中心とした活動はより重要となる。

広域災害・救急医療情報システム（EMIS：Emergency Medical Information System）

災害時の迅速な対応が可能となるよう、医療機関の患者の受入れ可否等の情報、ライフラインの稼動状況やＤＭＡＴの活動状況等の情報を、一元的に収集・提供し、関係者間で情報共有する広域災害・救急医療情報システム（ＥＭＩＳ）が全都道府県において導入されている。

保健医療福祉調整本部

大規模災害が発生した場合、被災都道府県は、速やかに、都道府県災害対策本部の下に、その災害対策に係る保健医療福祉活動の総合調整を行うため保健医療福祉調整本部を設置することとされている。

保健医療福祉調整本部においては、保健医療活動チームの派遣調整、保健医療福祉活動に関する情報の連携、整理及び分析等の保健医療福祉活動の総合調整を行う。

災害医療コーディネーター

災害医療コーディネーターとは、災害時に、都道府県並びに保健所及び市町村が保健医療活動の総合調整等を適切かつ円滑に行えるよう、保健医療福祉調整

本部並びに保健所及び市町村における保健医療活動の調整等を担う本部において、被災地の保健医療ニーズの把握、保健医療活動チームの派遣調整等に係る助言及び支援を行うことを目的として、都道府県に任命された者である。

災害薬事コーディネーター

災害薬事コーディネーターとは、災害時に、都道府県並びに保健所及び市町村が行う保健医療活動における薬事に関する課題解決のため、保健医療福祉調整本部等において、被災地の医薬品等や薬剤師及び薬事・衛生面に関する情報の把握やマッチング等を行うことを目的として、都道府県において任命された薬剤師である。

（２）医療機関に求められる役割

【災害時に拠点となる病院】

①災害拠点病院

基幹災害拠点病院は、都道府県において災害医療を提供する上での中心的な役割を担う。地域災害拠点病院は、各地域において災害医療を提供する上での中心的な役割を担う。

・災害時に多発する重篤な救急患者の救命医療を行うために必要な施設・設備、医療従事者を確保していること
・多数の患者に対応可能な居室や簡易ベッド等を有していること
・基幹災害拠点病院は病院の機能を維持するために必要な全ての施設、地域災害拠点病院は診療に必要な施設が耐震構造であること
・被災時においても電気、水、ガス等の生活必需基盤が維持可能であること
・災害時において必要な医療機能を発揮できるよう、通常時の６割程度の発電容量のある自家発電機を保有し、３日分程度の備蓄燃料を確保していること
・災害時においても診療が継続できるよう、適切な容量の受水槽や井戸設備の整備、優先的な給水協定の締結等により、少なくとも３日分の水の確保に努めること
・浸水想定区域（洪水・雨水出水・高潮）又は津波災害警戒区域に所在する場合は、風水害が生じた際の被災を軽減するため、止水板等の設置による止水対策や自家発電機等の高所移設、排水ポンプ設置等による浸水対策を講じること
・飲料水・食料、医薬品、医療機材等は、流通を通じて適切に供給されるまでに必要な量として、３日分程度を備蓄していること
・病院敷地内又は病院近接地にヘリコプターの離着陸場（ヘリポート）を有していること
・ＥＭＩＳに加入しており、災害時にデータを入力する複数の担当者を事前に決めておき、訓練を行うことでその使用方法に精通していること
・複数の災害時の通信手段を確保するよう努めること
・被災後、早急に診療機能を回復できるよう、業務継続計画（ＢＣＰ）の整備を行うこと

・整備された業務継続計画（ＢＣＰ）に基づき、被災した状況を想定した研修・訓練を実施すること
・災害急性期を脱した後も継続的に必要な医療を提供できるよう、保健所、日本医師会災害医療チーム（ＪＭＡＴ）、日本赤十字社救護班等の医療関係団体の医療チームと、定期的な訓練を実施するなど、適切な連携をとること

②災害拠点精神科病院

災害拠点精神科病院は、都道府県において災害時における精神科医療を提供する上での中心的な役割を担う。

・災害時に精神疾患を有する患者の一時的避難に対応できる場所（体育館等）を確保していること
・重症の精神疾患を有する患者に対応可能な保護室等を有していること
・災害時における精神科医療に精通した医療従事者の育成の役割を担うこと
・災害時においても診療が継続できるよう、災害拠点病院と同程度の施設、設備、資機材等を整備していること

【災害時に拠点となる病院以外の病院】

・災害時には災害時に拠点となる病院とともに、その機能や地域における役割に応じた医療の提供に努めること
・被災後、早急に診療機能を回復できるよう、業務継続計画（ＢＣＰ）の整備を行うよう努めること
・整備された業務継続計画（ＢＣＰ）に基づき、被災した状況を想定した研修・訓練を実施すること
・診療に必要な施設の耐震化や、自家発電機の整備、燃料の備蓄等を含めた必要な防災対策を講じるよう努めること
・EMIS へ登録し、自らの被災情報を被災地内に発信することができるよう備えること。また、災害時にデータを入力する複数の担当者を事前に決めておき、訓練を行うことでその使用方法に精通していること
・災害急性期を脱した後も継続的に必要な医療を提供できるよう、日本医師会災害医療チーム（ＪＭＡＴ）、日本赤十字社救護班等の医療関係団体の医療チームと連携をとること
・浸水想定区域（洪水・雨水出水・高潮）又は津波災害警戒区域に所在する場合は、風水害が生じた際の被災を軽減するため、止水板等の設置による止水対策や自家発電機等の高所移設、排水ポンプ設置等による浸水対策を講じるよう努めること

【都道府県等の自治体】

・平時から、災害支援を目的としたＤＭＡＴ、ＤＰＡＴの養成と派遣体制の構築に努めること
・災害医療コーディネート体制の構築要員の育成に努めること

・都道府県は、精神疾患を有する患者、障害者、小児、妊婦、透析患者等、特に災害時においても配慮を要する被災者に対応できる体制構築について平時より検討すること
・都道府県は、平時より都道府県防災会議や災害医療関連の協議会等において、災害医療コーディネーターや災害拠点病院を含む地域の医療機関の代表者、その他地域の災害医療に関する関係者とともに、関係機関の役割・医療機関間の連携について確認すること
・風水害も含め災害時に医療活動が真に機能するために、都道府県は地域防災会議や災害医療対策関連の協議会等への医療関係者の参画を促進すること
・都道府県間での相互応援協定の締結に努めること
・災害時の医療チーム等の受入れも想定した災害訓練を実施すること。訓練においては、被災時の関係機関・関係団体と連携の上、都道府県としての体制だけでなく、保健所管轄区域や市町村単位等での保健所等を中心としたコーディネート体制に関しても確認を行うこと
・災害急性期を脱した後も避難所等の被災者に対して感染症のまん延防止、衛生面のケア、災害時要支援者へのサポート、メンタルヘルスケア等に関して継続的で質の高いサービスを提供できるよう、保健所を中心とした体制整備に平時から取り組むこと
・都道府県を超える広域医療搬送を想定した災害訓練の実施又は参加に努めること。その際には、航空搬送拠点臨時医療施設（ＳＣＵ）の設置場所及び協力を行う医療機関との連携確認を行うこと

２．災害医療の現状と課題について

■各病院は、災害時においても診療が継続できるよう施設の耐震化や自家発電機の整備、燃料の備蓄等を含めた防災対策を講じるとともに、被災後、早期に診療機能を回復できるよう業務継続計画（ＢＣＰ）の整備を行う必要がある。
■浸水想定区域等に所在する病院は、風水害の被害が生じた際の被災を軽減するため浸水対策を講じる必要がある。
■ＤＭＡＴ等の災害医療を担う人材の更なる確保が必要である。
■円滑な災害医療コーディネート体制を構築するため、保健医療福祉調整本部の体制を整備し、関係団体等との連携を強化する必要がある。
■原子力災害や国民保護計画における医療体制について、実効性のある体制の整備を進める必要がある。

（１）災害医療の医療提供体制

地震や津波等の災害発生時には、家屋の倒壊や浸水、火災等により多数の患者が発生し、さらに医療機関のライフラインの機能停止による診療機能の低下が予想される。

災害急性期において必要な医療を確保するため、被災地の医療確保、被災した地域への医療支援が実施できる体制、必要に応じてＤＭＡＴ等を直ちに派遣できる体制が必要である。また、急性期を脱した後も住民の健康を確保するため、救護所、避難所等における健康管理が実施される体制の構築が必要である。

① 災害拠点病院等の整備

ア 災害拠点病院

県では、災害による重篤患者の救命医療等の高度の診療機能を有し、被災地からの患者の受入れ、医療搬送に係る対応、ＤＭＡＴの編成・派遣などを行う災害拠点病院として、県内 11 病院を指定している。災害拠点病院は、災害発生時における医療活動の基幹的役割を果たす病院であることから、災害時の医療機能を確保するために必要な防災対策等とあわせ、業務継続計画（ＢＣＰ）を整備するとともに、それに基づく研修及び訓練、保健医療活動チームとの定期的な訓練の実施等の一層の充実を図る必要がある。

また、被災した精神科病院からの患者受入れや、患者の精神症状の安定化等に対応するため、災害拠点精神科病院の機能強化が必要である。

災害拠点病院の数（R4.4 時点）

	石川県	南加賀	石川中央	能登中部	能登北部	全国
災害拠点病院数（施設）	11	2	5	2	2	765
人口（千人）	1,118	221	726	113	58	124,947
人口10万人対（人）	0.98	0.90	0.69	1.77	3.45	0.61

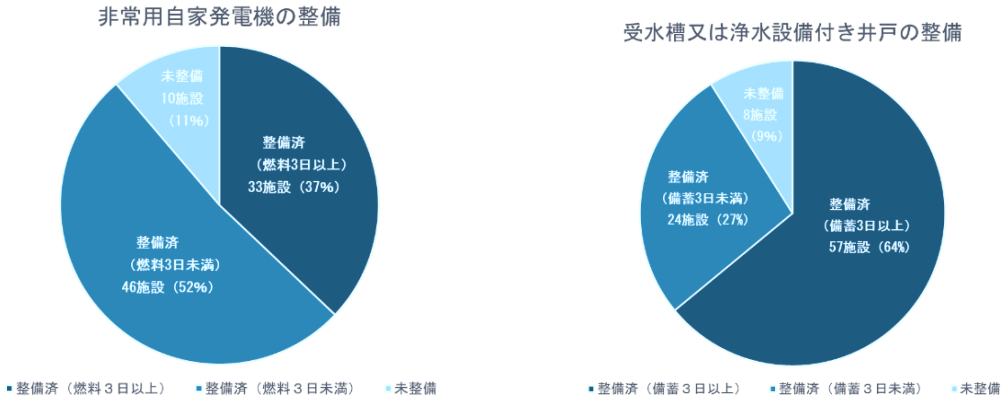
出典：医療対策課調べ

イ 災害拠点病院以外の病院

災害拠点病院以外の病院についても、その機能や地域における役割に応じた医療提供体制を構築することが必要であることから、災害時においても、診療機能を継続できるよう施設の耐震化や、自家発電機の整備、燃料の備蓄、受水槽の整備等の必要な防災対策を講じる必要がある。県内病院のうち非常用自家発電機について、３日以上診療を継続できる程度の燃料を備蓄している病院は約４割であり、受水槽等について、3 日以上診療を継続できる程度の水を備蓄可能な設備を整備している病院は約６割である。

また、被災後、早期に診療機能を回復できるよう業務継続計画（ＢＣＰ）の整備を行う必要がある。災害拠点病院以外の県内病院の業務継続計画（ＢＣＰ）の策定率は 36%であり、研修の受講の促進等により策定率を向上させる必要がある。

県内病院の防災対策（R4.9 時点）



出典：厚生労働省「病院の耐震改修状況及び医療施設の浸水対策等の実態把握に関する調査」

ウ　浸水想定区域等における浸水対策

近年の自然災害は地震のみならず、風水害によるものが増加している。県内病院のうち浸水想定区域に所在する病院は 44 病院あり、そのうち何らかの浸水対策を実施しているのは 21 病院である。浸水想定区域等に所在する病院は、風水害が生じた際の被災を軽減するため、浸水対策を講じる必要がある。

浸水想定区域等に所在する病院が実施している浸水対策（R4.9 時点）

浸水対策の内容	①嵩上げや盛土など	②止水板等の設置	③土のうの設置	④医療用設備の高所への移設	⑤電気設備の高所への移設	⑥排水ポンプの設置	⑦雨水貯留槽の設置	①～⑦のいずれかを実施
実施している医療機関数	5	4	11	3	13	6	4	21 （47.7%）

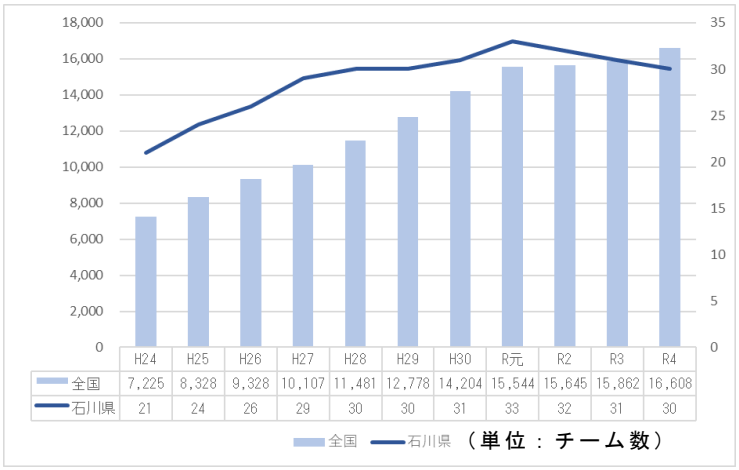
出典：厚生労働省「病院の耐震改修状況及び医療施設の浸水対策等の実態把握に関する調査」

② 災害医療派遣チーム等の整備

県では、大規模災害や多傷病者が発生した事故などの現場等で活動できる機動性を持った、専門的な訓練を受けた医療チームとして、ＤＭＡＴの養成を図っている。ＤＭＡＴは災害時に県の要請に基づき、県庁、医療施設、災害現場等において、本部活動、搬送、医療活動等を行う。現在、県内の 13 医療機関がＤＭＡＴを整備しており、今後も、引き続き、チームの養成等を図る必要がある。あわせて、災害時に精神保健医療活動を行うために派遣される医療チームとして、ＤＰＡＴの養成を進める必要がある。

また、国は、感染症のまん延時におけるＤＭＡＴ等の円滑な派遣を実施するため、従来実施している災害対応に加え、感染症にも対応する医療チームとして、養成・登録することとしている。県は、ＤＭＡＴ等が所属する医療機関との間であらかじめ新興感染症まん延時の派遣に係る協定を締結するとともに、ＤＭＡＴ等の研修・訓練等の支援を行うことが必要である。

ＤＭＡＴチーム数の推移



出典：医療対策課調べ

③ 研修・訓練の実施

現在、石川県地域防災計画に基づいた石川県防災総合訓練等において、医療救護訓練等を実施しているほか、災害医療従事者の対応力向上に向けた研修を実施しており、引き続き、災害時に迅速かつ的確に行動するため、こうした研修・訓練のより一層の充実を図る必要がある。

（２）災害医療の連携体制

① 災害医療コーディネート体制の整備

ア 災害医療コーディネーター等の養成

県では、保健医療活動の総合調整等を適切かつ円滑に行えるよう、保健医療福祉調整本部等の活動全般についての専門的立場からの助言、被災地の保健医療ニーズの把握、ＤＭＡＴ等の保健医療活動チームの受入・派遣調整など災害時の保健医療体制を効率的に調整する災害医療コーディネーターを委嘱している。さらに、災害医療コーディネーターのサポートとして、小児・周産期に特化した調整役となる災害時小児周産期リエゾンの養成等にも取り組んでいる。また、被災地の医薬品や薬剤師等の調整を行う災害薬事コーディネーターの養成も求められている。

今後も、引き続き、保健医療福祉調整本部等において、専門的立場から調整等を担う人材の確保・養成を図る必要がある。

県が委嘱する災害医療コーディネーター数（R4.4時点）

	石川県	全国
災害医療コーディネーター数（人）	15	1,903
人口（千人）	1,118	124,947
人口10万人対（人）	1.34	1.52

出典：医療対策課調べ

イ 保健医療福祉調整本部の体制整備

大規模災害が発生した場合には、速やかに、県災害対策本部の下に、その災害対策に係る保健医療福祉活動の総合調整を行うため「保健医療福祉調整本部」を設置する必要がある。

災害時に円滑な連携体制を構築可能にするため、保健医療福祉調整本部の下、様々な保健医療活動チームとともに訓練を実施し、災害時におけるそれぞれの必要な役割を確認することが必要である。また、国の通知等を踏まえ、石川県災害時医療救護対応マニュアル等を定期的に見直しする必要がある。

② 災害情報の収集・連絡体制の整備

災害時の迅速な情報共有をするため、県内すべての病院・有床診療所は、ＥＭＩＳに登録をしている。

今後はＥＭＩＳの効果的な運用のため、平時から各医療機関がライフラインの状況を入力するとともに、災害時において有効に活用するため入力訓練等を行う必要がある。

③ 医療関係団体等の連携強化

ア 災害時における広域的な相互応援体制の強化

個別の県では被災者の救護を十分に実施できない場合を想定して、「中部９県１市災害応援に関する協定」や「全国都道府県における災害時等の広域応援に関する協定」などの県境を越えた広域的な相互支援体制が整備されている。

今後は、県外からのＤＭＡＴ等の保健医療活動チームの受入・県外への派遣調整など広域的な連携を強化するための研修・訓練等の実施、他都道府県と連携するための搬送調整等の広域的な訓練の実施が必要である。

イ 協定を締結している医療関係団体との連携強化

県内外で発生した災害について､迅速･確実な医療救護活動等を実施するため、医療関係団体等と災害時の医療救護等に関する協定を締結している。

また、災害発生直後の初動期における医療救護活動に必要な緊急用医薬品等を迅速に供給するため、南加賀、能登中部、能登北部保健福祉センター及び県立中央病院に緊急医薬品等医療セットを備蓄するとともに、災害時に必要な医薬品等が優先的に供給されるよう県薬業卸協同組合等と協定を締結している。

今後も、医療関係団体等との災害時協定に基づく活動を円滑に実施するための連携強化を図るとともに、必要に応じて見直し等を行う。

医療関係団体等との災害時協定一覧

協定団体名	内容	協定締結日
（公社）石川県医師会	災害時の医療救護に関する協定	H3.11.1 (H29.6.30改正)
（公社）石川県薬剤師会	災害時の医療救護に関する協定	H29.6.30
（公社）石川県看護協会	災害時の医療救護に関する協定	H29.6.30
（一社）石川県歯科医師会	災害時の歯科医療救護に関する協定	H29.6.30
（公社）石川県栄養士会	災害時の医療救護等に関する協定	H29.6.30
（公社）石川県柔道整復師会	災害時における救護活動に関する協定	R5.10.31
（公社）石川県鍼灸マッサージ師会 （公社）石川県鍼灸師会	災害時における救護活動に関する協定	R5.10.31
石川県災害リハビリテーション支援関連団体協議会	災害時のリハビリテーション支援活動に関する協定書	R6.1.8
石川県薬業卸協同組合	災害時における医薬品の供給等に関する協定	H8.11.13
石川県医薬品卸商組合	災害時における衛生材料の供給等に関する協定	H8.11.13
石川県医療機器組合	災害時における医療機器の供給等に関する協定	H8.11.13 (R2.4.1改正)

（３）原子力災害における医療体制

平成 27 年８月に国において、地域で原子力災害時に医療を提供する機関、全国組織の位置づけと役割等を明確化するなど、新たな原子力災害時の医療体制を定めた原子力災害対策指針が改正された。国では、原子力災害体制の整備のため、研究や有識者による会議等を踏まえ、定期的に指針を改定しており、今後も国の指針等を踏まえ、石川県原子力災害医療措置実施要領等の見直しなどの体制整備を進めることが必要である。

（４）国民保護計画における医療体制

テロなどの武力攻撃から住民の生命、身体及び財産を保護するための措置を実施するため、平成 18 年１月に石川県国民保護計画が定められている。

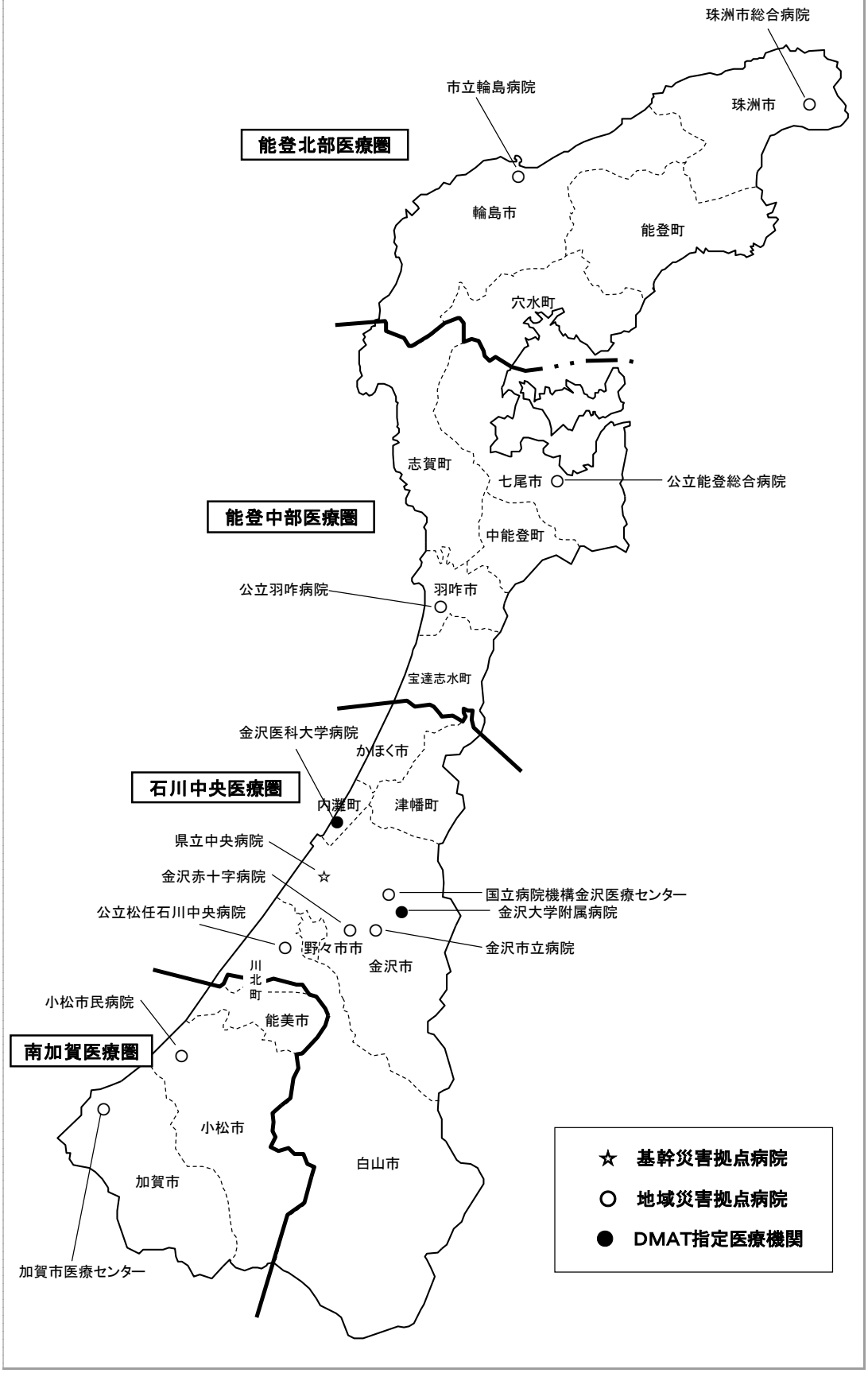
計画では、平素からの備えとして、医療機関と消防機関、医療機関相互の連携体制構築やＮＢＣ攻撃に伴う特殊な医療が提供可能な医療機関の把握などに努めること、また被害発生時には、計画に基づき医療の提供などの救援活動を行うことが求められており、引き続き、具体的な検討が必要である。

３．災害医療の医療機能の明確化及び圏域の設定

（１）災害医療体制

機能	災害時に拠点となる病院	災害時に拠点となる病院以外の病院	都道府県等の自治体
目標	●被害状況等の情報を、EMIS 等を用いて県災害対策本部等へ共有 ●多発外傷等の重篤救急患者の救命医療 ●患者等の受入及び搬出を行う広域医療搬送への対応 ●医療保護入院、措置入院等の精神科医療を行うための診療機能 ●精神疾患を有する患者の受入や一時的避難場所としての機能 ●DMAT、DPAT の派遣 ●業務継続計画（BCP）の整備	●被害状況等の情報を、EMIS 等を用いて県災害対策本部等へ共有 ●業務継続計画（BCP）の整備	●消防・警察等の関係機関や公共輸送機関等との適切な連携 ●地域コーディネート体制の充実による感染症のまん延防止、衛生面のケア、災害時要支援者へのサポート、メンタルヘルスケア等の実施
求められる事項	①重篤救急患者の救命医療を行うために必要な施設・設備、医療従事者の確保 ②多数の患者に対応可能な居室や簡易ベッドの確保 ③診療に必要な施設の耐震化 ④被災時における生活必需基盤の維持体制 ⑤自家発電機及び必要な燃料の備蓄 ⑥受水槽や井戸設備等による診療に必要な水の確保 ⑦浸水対策等の実施 ⑧食料、飲料水、医薬品、医療機材等の備蓄 ⑨ヘリポートの確保 ⑩EMIS の活用 ⑪複数の通信手段の確保 ⑫業務継続計画（BCP）の整備 ⑬保健所や JMAT、日赤救護班等の医療チームとの連携 ⑭精神疾患を有する患者の一時的に避難できる場所の確保 ⑮重症の精神疾患を有する患者に対応可能な保護室等の確保	①各病院の機能や地域における役割に応じた医療の提供 ②業務継続計画（BCP）の整備 ③業務継続計画（BCP）に基づく、研修及び訓練の実施 ④耐震化等の必要な防災対策の実施 ⑤EMIS の活用 ⑥JMAT、日赤救護班等の医療チームとの連携 ⑦浸水対策等の実施	①DMAT、DPAT の養成と派遣体制の構築 ②災害医療ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾄ体制の構築要員の育成 ③災害時においても配慮を要する被災者に対応できる体制構築 ④災害医療に関する関係機関の役割・医療機関間の連携の確認 ⑤地域防災会議や災害医療対策関連の協議会等への医療関係者の参画の促進 ⑥都道府県間での相互応援協定の締結 ⑦医療チーム等の受入れを想定した訓練の実施 ⑧避難所等の感染症のまん延防止、衛生面のｹｱ、ﾒﾝﾀﾙﾍﾙｽｹｱを適切に行える体制の整備 ⑨広域医療搬送を想定した災害訓練の実施
連携	災害急性期後を脱した後も、住民が継続的に必要な医療を受けられるための連携		
医療提供施設等の種別	災害拠点病院 【南加賀医療圏】 小松市民病院 加賀市医療センター 【石川中央医療圏】 石川県立中央病院 国立病院機構金沢医療センター 金沢赤十字病院 金沢市立病院 公立松任石川中央病院 【能登中部医療圏】 公立能登総合病院 公立羽咋病院 【能登北部医療圏】 市立輪島病院 珠洲市総合病院	災害時に拠点となる病院以外の病院 【南加賀医療圏】 16 病院 【石川中央医療圏】 53 病院 【能登中部医療圏】 6 病院 【能登北部医療圏】 3 病院	石川県及び市町 【南加賀医療圏】 小松市、加賀市、 能美市、川北町 【石川中央医療圏】 金沢市、白山市、かほく市、 野々市市、津幡町、内灘町 【能登中部医療圏】 七尾市、羽咋市、志賀町、 宝達志水町、中能登町 【能登北部医療圏】 輪島市、珠洲市、 穴水町、能登町

災害拠点病院・ＤＭＡＴ指定医療機関　配置図



（２）災害医療における圏域の設定

災害発生時には、被災地外から被災地への医療支援が行われる体制や、必要に応じてＤＭＡＴ等を直ちに派遣する体制が必要であり、被災地域が複数県にまたがるような大規模災害の発生時を除き、災害医療の圏域は県全域とする。

４．災害医療の施策の方向

【目的（目指す方向）】
■災害時に一人でも多くの患者を救う医療体制の構築
【目標】
■災害時に診療機能を維持できる体制の確保
■災害医療を担う人材の確保と技能の向上
■円滑な災害医療体制を構築するための連携強化
■原子力災害医療体制・国民保護計画に沿った医療体制の整備

（１）災害時に診療機能を維持できる体制の確保

○災害拠点病院等の整備

・災害拠点病院等は、業務継続計画（ＢＣＰ）に基づき災害時を想定した研修・訓練を実施する。
・災害拠点精神科病院において、災害精神医療に対応できる専門医の養成や多職種連携・多施設連携の推進等の機能の充実を図る。
・災害拠点病院以外の病院における施設の耐震化、自家発電機の整備、燃料の備蓄、受水槽の整備等の必要な防災対策を促進する。
・災害拠点病院以外の病院の業務継続計画（ＢＣＰ）の整備を促進する。
・浸水想定区域等に所在する病院の浸水対策を促進する。

（２）災害医療を担う人材の確保と技能の向上

○災害派遣医療チーム（ＤＭＡＴ）等の整備

・ＤＭＡＴ等に対して、国の動向及びニーズを踏まえた効果的な研修の実施、国の研修への参加支援等、チーム数の維持及び隊員の技能維持・充実等を図る。
・ＤＭＡＴのチーム数増に向けて、国のＤＭＡＴ隊員養成研修への派遣に加え、県においても国が認定するＤＭＡＴ隊員養成研修を実施する。
・新興感染症のまん延時におけるＤＭＡＴ等の派遣にかかる協定の締結及び研修等を実施する。

○災害医療に関する研修・訓練の充実

・石川県防災総合訓練をはじめとした医療機関や消防機関、行政関係者に対する災害医療に関する研修・訓練の充実に努める。

（３）円滑な災害医療体制を構築するための連携強化

○災害医療コーディネート体制の整備

・災害医療コーディネート体制の充実に向けて、災害医療コーディネーターや災害時小児周産期リエゾン、災害薬事コーディネーター等の専門的立場から調整等を担う人材の養成・確保に努めるとともに、研修等の実施により、能力向上に努める。

・災害時の保健医療福祉活動を調整する保健医療福祉調整本部の設置・運営体制の整備を図る。

・円滑な災害医療コーディネート体制を構築するため、県、市町、保健所、関係団体、関係医療機関等の役割をマニュアル等で明確化するとともに、研修や訓練を通じて、連携の強化を図る。

○災害情報の収集・連絡体制の整備

・病院におけるＥＭＩＳの効果的な運用を促進する。

・災害拠点病院は管下病院へのＥＭＩＳ運用の支援を行う。

○医療関係団体等の連携強化

・他都道府県との保健医療活動チームの受入れや派遣、国に対する派遣要請などを迅速かつ的確に実施するため、広域的な訓練の実施などを通じ、国、他都道府県、医療機関等関係機関との連携強化に努める。

・医療関係団体による医療救護活動の充実・強化を図るため、医療関係団体は作成した災害マニュアル等に基づいた訓練や研修等を実施する。

・医療関係団体等と締結した災害時の活動に関する協定に基づき、災害発生時に各種の医療救護活動をより円滑に実施できるよう連携強化を図るほか、必要に応じて協定の見直しを行っていく。

・県の医薬品の備蓄について、石川県薬業卸組合等に委託している流通備蓄による医薬品等の確保事業が災害時に迅速かつ効果的に行われるよう、引き続き、県防災総合訓練の中で災害用医薬品・医療機器等の輸送訓練を行っていく。

（４）原子力災害医療体制・国民保護計画に沿った医療体制の整備

○原子力災害医療体制の充実

・原子力災害時の医療体制を定めた原子力災害対策指針を踏まえ、原子力災害拠点病院の指定など体制の整備を進めるとともに、石川県原子力災害医療措置実施要領等の見直し及び医療関係者の研修会や訓練の実施など、原子力災害医療体制の充実に努める。

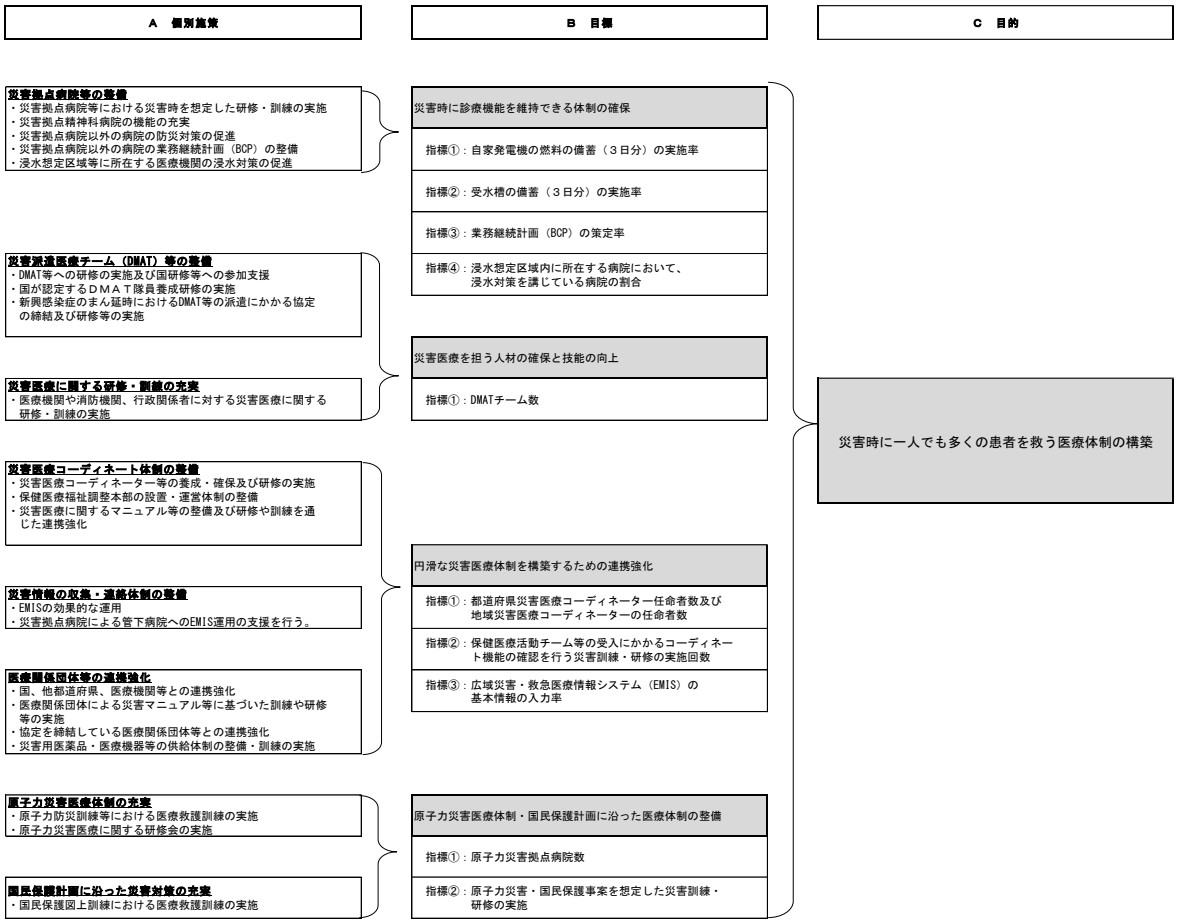
○国民保護計画に沿った災害対策の充実

・武力攻撃等による災害に対し適切に対応できるよう、石川県国民保護計画に沿った医療救護体制の整備を行うとともに、訓練を実施する。

（５）令和６年能登半島地震からの復旧・復興

令和６年能登半島地震により、特に能登北部・能登中部医療圏の医療機関は甚大な被害が出ており、早期の復旧・復興が望まれるところである。本計画（災害医療）の策定に当たっても、今般の地震災害の影響を踏まえた対応が求められるところであるが、復旧・復興も緒に就いたばかりで未だ流動的な部分も多いことから、令和８年度に予定されている計画の中間見直しの際に、災害の影響を踏まえた改定を行うこととする。

施策・指標マップ



数値目標

分類 B:目標 C:目的	指　標		現状値 (R4)	目標値	
	名　称	出典・説明		R8 年度 （中間年）	R11 年度 （最終年）
B	自家発電機の燃料の備蓄（３日分）の実施率	厚生労働省「病院の耐震改修状況及び医療施設の浸水対策等の実態把握に関する調査」	37.1%	41.6%	45.0%
B	受水槽の備蓄（３日分）の実施率	厚生労働省「病院の耐震改修状況及び医療施設の浸水対策等の実態把握に関する調査」	64.0%	68.5%	72.0%
B	災害拠点病院以外の病院の業務継続計画(BCP)の策定率	厚生労働省「病院の耐震改修状況及び医療施設の浸水対策等の実態把握に関する調査	35.9%	45.2%	55.1%
B	浸水想定区域内に所在する病院において、浸水対策を講じている病院の割合の増	厚生労働省「病院の耐震改修状況及び医療施設の浸水対策等の実態把握に関する調査」	47.7%	65.9%	75.0%
B	ＤＭＡＴチーム数	医療対策課調べ	30 チーム	32 チーム	33 チーム
B	都道府県災害医療コーディネーター任命者数及び地域災害医療コーディネーターの任命者数	医療対策課調べ	15 名	18 名	20 名
B	保健医療活動チーム等の受入にかかるコーディネート機能の確認を行う災害訓練・研修の実施回数	医療対策課調べ	2 回	維持	維持
B	広域災害・救急医療情報システム（EMIS）の基本情報の入力率	医療対策課調べ	40.4%	70.2%	100%
B	原子力災害拠点病院数	医療対策課調べ	3 機関	維持	維持
B	原子力災害・国民保護事案を想定した災害訓練・研修の実施回数	医療対策課調べ	2 回	維持	維持

現状把握の指標

<table>
<tr><td></td><td>災害時に拠点となる病院</td><td>災害時に拠点となる病院以外の病院</td><td>県</td></tr>
<tr><td rowspan="6">ストラクチャー指標（S）</td><td colspan="2">病院の耐震化率</td><td></td></tr>
<tr><td>複数の災害時の通信手段の確保率</td><td>自家発電機の燃料の備蓄（3日分）の実施率</td><td>DMAT、DPAT等の緊急医療チーム数及びチームを構成する医療従事者数</td></tr>
<tr><td>多数傷病症に対応可能なスペースを有する災害拠点病院の割合</td><td>災害拠点病院以外の病院における業務継続計画の策定率</td><td>DMAT感染症研修を受講したDMAT隊員の隊員数・割合</td></tr>
<tr><td></td><td>広域災害・救急医療情報システム（EMIS）への登録率</td><td>都道府県災害医療コーディネーター任命者数及び地域災害医療コーディネーターの任命者数</td></tr>
<tr><td colspan="2">浸水想定区域や津波災害警戒区域に所在する病院のうち浸水を想定した業務継続計画（BCP）を策定している病院の割合</td><td>災害時小児周産期リエゾン任命者数</td></tr>
<tr><td colspan="2">浸水想定区域や津波災害警戒区域に所在する病院において、浸水対策を講じている病院の割合</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="6">プロセス指標（P）</td><td colspan="2">EMISの操作を含む研修・訓練を実施している病院の割合</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">災害時の医療チーム等の受入を想定し、都道府県災害対策本部、都道府県医療本部で関係機関（消防、警察等）、公共輸送機関等との連携の確認を行う災害訓練の実施回数</td></tr>
<tr><td colspan="3">災害時の医療チーム等の受入を想定し、関係機関・団体等と連携の上、保健所管轄区域や市町村単位等で地域災害医療対策会議のコーディネート機能の確認を行う災害訓練の実施回数</td></tr>
<tr><td colspan="3">広域医療搬送を想定し、都道府県災害対策本部、都道府県医療本部で関係機関（消防、警察等）、公共輸送機関等との連携の確認を行う災害訓練の実施箇所数及び回数</td></tr>
<tr><td colspan="2">被災した状況を想定した災害実働訓練を実施した病院の割合</td><td>都道府県による医療従事者に対する災害医療教育の実施回数</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td>都道府県による地域住民に対する災害医療教育の実施回数</td></tr>
</table>

機能	指標区分（S/P/O）	指標名	時点	県全体	南加賀医療圏	石川中央医療圏	能登中部医療圏	能登北部医療圏	全国	備考	出典
災害時に拠点となる病院	S	病院の耐震化率	R4	81.3%					78.7%		医療計画作成支援データブック
災害時に拠点となる病院	S	複数の災害時の通信手段の確保率	R4	100%					94.4%		医療計画作成支援データブック
災害時に拠点となる病院	S	多数傷病症に対応可能なスペースを有する災害拠点病院の割合	R4	81.8%					75.5%		医療計画作成支援データブック
災害時に拠点となる病院以外の病院	S	自家発電機の燃料の備蓄（3日分）の実施率	R4	37.1% (33/89)							厚生労働省「病院の耐震改修状況及び医療施設の浸水対策等の実態把握に関する調査」
災害時に拠点となる病院以外の病院	S	災害拠点病院以外の病院における業務継続計画の策定率	R4	35.9% (28/78)							厚生労働省「病院の耐震改修状況及び医療施設の浸水対策等の実態把握に関する調査」
災害時に拠点となる病院以外の病院	S	広域災害・救急医療情報システム（EMIS）への登録率	R4	100%					100%		医療計画作成支援データブック
県	S	DMATチーム数	R4	30チーム					1,754チーム		医療対策課調べ
県	S	DMAT感染症研修を受講したDMAT隊員の割合	R4	8.1%					25.6%		医療計画作成支援データブック
県	S	都道府県災害医療コーディネーター任命者数及び地域災害医療コーディネーターの任命者数	R4	15名					1,903名		医療対策課調べ
災害時に拠点となる病院	S	浸水想定区域や津波災害警戒区域に所在する病院のうち浸水を想定した業務継続計画（BCP）を策定している病院の割合	R4	36.4% (16/44)							厚生労働省「病院の耐震改修状況及び医療施設の浸水対策等の実態把握に関する調査」
県	S	災害時小児周産期リエゾン任命者数	R4	16名					852名		医療計画作成支援データブック
災害時に拠点となる病院	S	浸水想定区域や津波災害警戒区域に所在する病院において、浸水対策を講じている病院の割合	R4	47.7% (21/44)							厚生労働省「病院の耐震改修状況及び医療施設の浸水対策等の実態把握に関する調査」
災害時に拠点となる病院	P	EMISの操作を含む研修・訓練を実施している病院の割合	R4	100%					92%		医療計画作成支援データブック
災害時に拠点となる病院	P	災害時の医療チーム等の受入を想定し、都道府県災害対策本部、都道府県医療本部で関係機関（消防、警察等）、公共輸送機関等との連携の確認を行う災害訓練の実施回数	R3	0回					0.21回		医療計画作成支援データブック
災害時に拠点となる病院	P	災害時の医療チーム等の受入を想定し、関係機関・団体等と連携の上、保健所管轄区域や市町村単位等で地域災害医療対策会議のコーディネート機能の確認を行う災害訓練の実施回数	R3	0回					1.17回		医療計画作成支援データブック
災害時に拠点となる病院	P	広域医療搬送を想定し、都道府県災害対策本部、都道府県医療本部で関係機関（消防、警察等）、公共輸送機関等との連携の確認を行う災害訓練の実施箇所数及び回数	R3	0回					0.36回		医療計画作成支援データブック
災害時に拠点となる病院	P	被災した状況を想定した災害実働訓練を実施した病院の割合	R4	100%					85.60%		医療計画作成支援データブック
県	P	都道府県による医療従事者に対する災害医療教育の実施回数	R4	0回					2.04回		医療計画作成支援データブック
県	P	都道府県による地域住民に対する災害医療教育の実施回数	R4	0回					0.14回		医療計画作成支援データブック

９　へき地医療対策の充実

１．へき地医療について

（１）へき地医療とは

へき地とは、無医地区、準無医地区などのへき地保健医療対策を実施することが必要とされている地域であり、へき地の患者に対して、提供される医療がへき地医療である。

＜無医地区＞

原則として医療機関のない地域で、当該地区の中心的な場所を起点として、おおむね半径 4km の区域内に 50 人以上が居住している地区であって、かつ容易に医療機関を利用することができない地区

＜準無医地区＞

無医地区ではないが、これに準じて医療の確保が必要と都道府県知事が判断し、厚生労働大臣が適当と認めた地区

（２）医療機関等に求められる役割

【保健指導】

（市町、へき地診療所、保健福祉センター）

・保健師等が実施し、必要な体制が確保できていること

・地区の保健衛生状態を十分把握し、保健所及び最寄りのへき地診療所等との緊密な連携の下に計画的に地区の実情に即した活動を行うこと

＜へき地診療所＞

無医地区等において整備しようとする場所を中心としておおむね半径 4 kmの区域内に他に医療機関がなく、その区域内の人口が原則として人口 1,000 人以上であり、かつ、当該診療所から最寄りの医療機関まで通常の交通機関を利用して30分以上要する等の診療所

【へき地診療】

（へき地診療所、へき地医療拠点病院等）

・プライマリケアの診療が可能な医師等がいること又は巡回診療を実施していること

・必要な診療部門、医療機器等があること

・へき地診療所診療支援システムを活用していること

・緊急の内科的・外科的処置が可能なへき地医療拠点病院等と連携していること

＜へき地医療拠点病院＞

無医地区等において、巡回診療、へき地診療所等への医師派遣や代診医派遣等を実施した実績を有する又は当該年度に実施できると認められ、都道府県が指定する病院

＜へき地診療所診療支援システム＞

へき地医療拠点病院とへき地診療所との間に画像伝送装置を設置し、へき地医療拠点病院がへき地診療所の診療活動等を援助するシステム

【へき地診療の支援医療】

（へき地医療拠点病院、へき地医療拠点病院を支援する病院）

・へき地医療拠点病院支援システムを活用していること
・へき地診療所診療支援システムを活用していること
・巡回診療等によりへき地住民の医療を確保すること
・へき地診療所等への代診医等の派遣（継続的な医師派遣も含む。）及び技術指導、援助を行うこと
・遠隔診療等の実施により各種の診療支援を行うこと
・高度の診療機能を有し、へき地医療拠点病院の診療活動等を援助すること
・へき地医療拠点病院については、その主たる事業である巡回診療、医師派遣、代診医派遣（主要 3 事業）を、いずれか月 1 回以上又は年 12 回以上実施することが望ましい（なお、巡回診療、代診医派遣については、オンライン診療を活用して行った場合にも、実績に含めることが可能である。ただし、全ての巡回診療等をオンライン診療に切り替えるものではなく、人員不足等地域の実情に応じて、オンライン診療で代用できるものとする。）

＜へき地医療拠点病院支援システム＞

へき地医療拠点病院の機能を強化するため、高度の機能を有する病院等医療機関とへき地医療拠点病院との間に画像伝送装置を設置し、へき地医療拠点病院の診療活動等を援助するシステム

＜遠隔診療＞

静止画像伝送及びオンライン診療

２．へき地医療の現状と課題について

■へき地医療拠点病院は、引き続き巡回診療等により、無医地区等の住民の医療確保が必要
■巡回診療・代診医派遣について、人員不足等地域の実情に応じてオンライン診療の活用が必要
■能登北部医療圏の人口あたり医療施設従事医師数は全国平均を大きく下回っており、引き続き医師の安定的な確保が必要
■人口あたりの就業看護師・准看護師数は、全医療圏において全国平均を上回っているものの、特に能登北部医療圏での就業者数が少なくなっており、引き続き看護師等の安定的な確保が必要
■無医地区等において、引き続き専門医療機関への迅速かつ適切な搬送体制の整備が必要

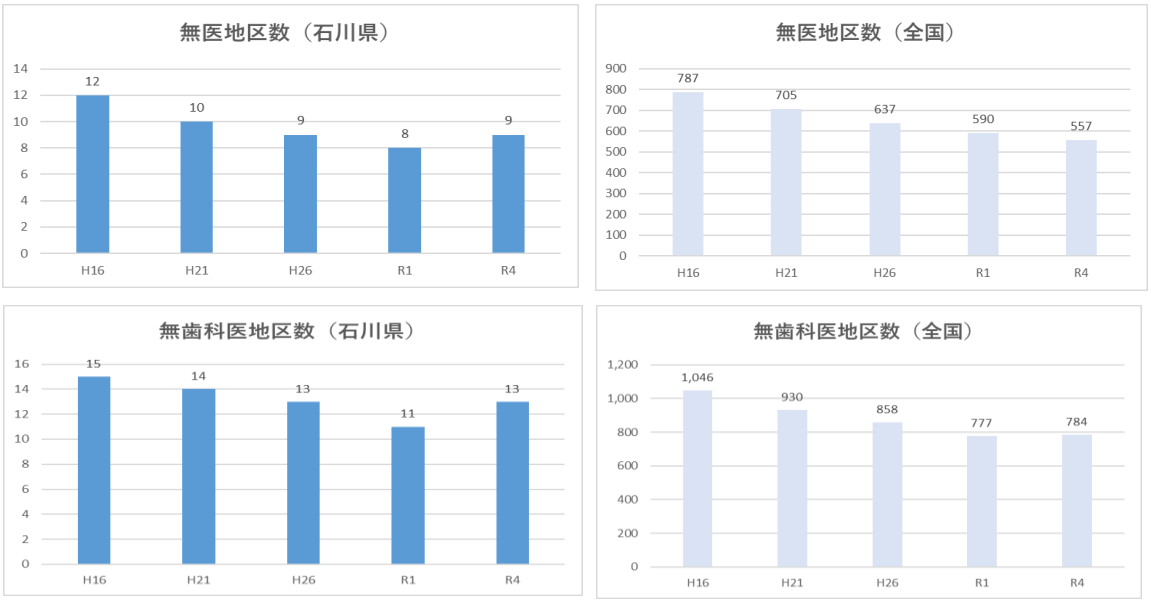
（１）へき地医療の現状

○全国的に過疎化が進み、無医地区の要件となっている人口50人を割り込む地区が増えていることなどを背景に、無医地区は減少しており、本県も同様の傾向となっている。

○県内において、準無医地区は、平成16年度と比較して増加傾向となっている。

○無歯科医地区、準無歯科医地区についても、上記と同様の傾向である。

図　無医地区、無歯科医地区の推移



出典：無医地区等及び無歯科医地区等調査（厚生労働省）

表　県内の無医地区等

医療圏	市町	H16			R4		
		無医地区	無歯科医地区	人口（人）	無医地区	無歯科医地区	人口（人）
能登北部	珠洲市	若山	若山	430	若山	若山	245
		真浦・仁江・清水※	真浦・仁江・清水	299	真浦・仁江・清水	真浦・仁江・清水	179
		高屋・笹波・石神	高屋・笹波・石神	248	高屋・笹波・石神	高屋・笹波・石神	135
		宝立	宝立	187	宝立	宝立	103
		－	大谷	1,059	－	大谷	623
		日置	日置	705	日置	日置	428
	輪島市	－	舳倉島	164	－	舳倉島	66
					仁岸※	仁岸	603
	穴水町	木原・伊久留	木原・伊久留	289	木原・伊久留	木原・伊久留	87
		岩車	岩車	286	岩車※	岩車※	168
		上中・下唐川	上中・下唐川	380	上中・下唐川	上中・下唐川	113
能登中部	七尾市	南大呑	南大呑	1,345	南大呑※	南大呑※	716
	宝達志水町	所司原・見砂・原	所司原・見砂・原	396			
石川中央	白山市	－	旧吉野谷村全域	1,406	杉森	杉森	427
		金間・下折・内尾	－	70	河内町内尾	河内町内尾	157
		阿手	阿手	71	阿手※	阿手※	39
		旧尾口村全域	旧尾口村全域	666	中宮・尾添※	中宮・尾添	169
						佐良※	1,300
						福岡※	2,162
地区数		12 地区（ほか準じる地区 1）	15 地区	8,001	9 地区（ほか準じる地区 5）	13 地区（ほか準じる地区 5）	7,720

※準無医地区又は準無歯科医地区

（２）へき地の医療提供体制

①へき地医療の確保

【無医地区等の医療確保】

○県内では、へき地医療拠点病院（7 病院）、へき地診療所（13 医療機関）が、無医地区等の住民の医療確保（巡回診療等）に取り組んでいる。

表　県内のへき地医療機関

医療圏	市町	へき地医療拠点病院(7)	へき地診療所(13)
能登北部	珠洲市	珠洲市総合病院	珠洲市総合病院大谷診療所 珠洲市総合病院折戸診療所
	輪島市	市立輪島病院	市立輪島病院西保診療所 市立輪島病院舳倉診療所 市立輪島病院南志見診療所 市立輪島病院七浦診療所
	能登町	公立宇出津総合病院	公立宇出津総合病院瑞穂診療所
	穴水町	公立穴水総合病院	公立穴水総合病院兜診療所
能登中部	七尾市	公立能登総合病院	能登島診療所 鉾打診療所
石川中央	白山市	公立つるぎ病院	公立つるぎ病院吉野谷診療所 公立つるぎ病院中宮診療所 公立つるぎ病院白峰診療所
	金沢市	石川県立中央病院	—

○県内で無医地区等を対象に巡回診療を行っているへき地医療拠点病院は 4 病院となっており、全体では 207 回の巡回診療を行い、受診者数は延べ 353 人となっている。へき地医療拠点病院は、引き続き巡回診療等により無医地区等の住民の医療確保に取り組む必要がある。

表　へき地医療拠点病院の巡回診療実施状況（令和 4 年度）

へき地医療拠点病院	対象地区	人口（人）	回数(回)	受診者数(人)
珠洲市総合病院	折戸	417	48	54
公立穴水総合病院	伊久留	73	11	18
	岩車※	167	11	1
	木原	87	10	27
	上中	71	10	0
公立能登総合病院	南大呑※	29	17	55
公立つるぎ病院	尾口	378	50	192
	河内	920	50	6
計		2,142	207	353

※準無医地区

地域医療推進室調べ

○へき地医療拠点病院は、へき地診療所の勤務医確保のほか、伝送装置等の活用により、へき地診療所の診療支援に取り組んでいる。また、県は、へき地医療体制の確保のため、引き続き自治医科大学を卒業した医師（以下「自治医大卒業医師」）のへき地診療所等への派遣、へき地診療所やへき地医療拠点病院の設備整備の支援などにより、へき地医療体制の強化を図る必要がある。

【遠隔診療】

○県内のへき地医療拠点病院（県全域において三次医療を担う県立中央病院を除く）6 病院のうち、遠隔診療を実施している病院は 5 病院となっているが、令和 3 年度時点においては、オンライン診療を活用した病院はなく、全て静止画像伝送装置の活用となっている。

○へき地医療拠点病院の巡回診療・代診医派遣について、人員不足等地域の実情に応じてオンライン診療の活用が必要である。

表　へき地医療拠点病院とへき地診療所間の静止画像伝送件数

へき地医療拠点病院	へき地診療所	R2 年度	R3 年度	R4 年度
公立穴水総合病院	兜診療所	24 件	60 件	89 件
公立つるぎ病院	白峰診療所 吉野谷診療所	511 件	549 件	545 件

地域医療推進室調べ

表　へき地医療拠点病院と三次機能病院等間の静止画像伝送件数

へき地医療拠点病院	三次機能病院等	R2 年度	R3 年度	R4 年度
珠洲市総合病院	金沢大学附属病院	5,208 件	5,362 件	5,362 件
市立輪島病院	金沢大学附属病院 恵寿総合病院	8,065 件 10 件	7,018 件 11 件	7,018 件 11 件
公立宇出津総合病院	金沢大学附属病院	3,473 件	2,999 件	3,738 件
公立穴水総合病院	金沢医科大学病院	4,197 件	3,890 件	3,889 件
公立つるぎ病院	公立松任石川中央病院	4,900 件	4,495 件	4,487 件

地域医療推進室調べ

表　へき地医療拠点病院における遠隔診療の実施状況（令和 3 年度）

区分	へき地医療拠点病院数	左記のうち遠隔診療を実施する施設数	左記のうちオンライン診療を実施する施設数
石川県	6※	5(83.3%)	0(0%)
全国	345	115(33.3%)	18(5.2%)

※県立中央病院を除く

出典：へき地医療現況調査（厚生労働省）

②へき地における医師の確保

【医師の確保】

○へき地医療拠点病院等の医師を確保するため、自治医大卒業医師を医師少数区域である能登北部自治体病院をはじめとした、へき地医療拠点病院等に派遣している。

また、金沢大学医学類特別枠を卒業した医師（以下「金大特別枠卒業医師」）についてもへき地医療拠点病院等に派遣している。

こうした取り組みにより、近年、へき地医療拠点病院である能登北部自治体 4 病院については、常勤医に占める自治医大卒業医師及び金大特別枠卒業医師の割合が約 4 割となっており、へき地を含む能登北部の医療を支えている。

しかしながら、能登北部医療圏の人口あたり医療施設従事医師数は、全国平均を大きく下回っており、引き続き医師を安定的に確保していく必要がある。

表　へき地医療拠点病院の常勤医師数　（人）

年度	H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5
へき地医療拠点病院（6病院）※	129	129	126	118	115	117	120
能登北部自治体4病院(①)	64	64	62	58	56	56	54
上記のうち自治医・特別枠医師(②)	11	13	16	15	18	18	22
自治医・特別枠割合（②/①）	17.2%	20.3%	25.8%	25.9%	30.4%	32.1%	40.7%

※県立中央病院を除く　地域医療推進室調べ

表　人口10万人対医療施設従事医師数　（人）

区分	H24	H26	H28	H30	R2	R4
能登北部医療圏	137.5	145.5	144.1	161.0	158.7	168.3
石川県	264.1	270.6	280.6	284.1	291.6	286.4
全国	226.5	233.6	240.1	246.7	256.6	262.1

※医師数は医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）、人口は石川県統計と国勢調査（総務省）を基に石川県算出

【幅広い分野の診療に総合的に対応できる医師の養成】

○へき地医療の推進・向上には、専門医ばかりでなく、幅広い分野の診療に総合的に対応できる医師の役割が重要であり、能登北部自治体４病院等において、指導医に対する研修会や臨床研修医等を対象とした総合診療ワークショップの開催など、総合診療に係る若手医師への指導体制の強化を行ってきた。今後も、幅広い分野の診療に総合的に対応できる医師の養成を進めていく必要がある。

③へき地における看護師等の確保

【看護師等の確保】

○本県の人口あたりの就業看護師・准看護師数は、令和4年末現在、全医療圏において全国平均を上回っているものの、看護師等の配置は石川中央医療圏に集中しており、特に能登北部医療圏においては、看護師等の就業者数が少なくなっている。

このため、能登北部医療圏をはじめとする看護師等の確保対策として、ふれあい看護体験による啓発や修学資金の貸与、看護の魅力講演会の開催などに取り組んでおり、看護師等を安定的に確保するため、引き続き就業を促進するとともに離職の防止に努める必要がある。

表　看護師・准看護師数（令和４年末）　（人）

医療圏等	看護師及び准看護師数	構成比(%)	人口10万人あたり看護師・准看護師数	人口（総務省統計）
能登北部	778	4.4	1,350.0	57,631
能登中部	1,798	10.2	1,583.7	113,531
石川中央	12,131	68.8	1,671.3	725,842
南加賀	2,923	16.6	1,323.7	220,823
石川県	17,630	100.0	1,577.2	1,117,827
全国（参考）	1,566,016	―	1,253.3	124,947,000

出典：看護職員業務従事者届（厚生労働省）

④他の医療圏との連携強化

【ＩＴを活用した医療連携】

○能登北部自治体４病院の電子カルテ整備や、能登地域における脳卒中遠隔画像伝送システムの整備による診療連携など、ＩＴを活用した医療連携体制の充実・強化を図っており、引き続き、三次医療機関等との広域的な医療連携体制を充実・強化する必要がある。

【救急搬送体制の確保】

○無医地区等において脳卒中や急性心筋梗塞などを発症し、早期に適切な治療が求められる患者について、「傷病者の搬送と受入れの実施に関する基準」により、引き続き専門医療機関へ迅速かつ適切に搬送できる体制を整備する必要がある。

○平成30年９月には、本県の救急医療体制の充実・強化を図るため、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ている。出動実績については、令和４年度末時点で、累計1,240件となっており、医療圏別では、無医地区等が多く所在する能登北部が最も多く586件、次に、能登中部が312件と、能登地域が４分の３を占めている。また、消防防災ヘリコプターは、能登北部等の地域における救急搬送体制の強化を図るため、平成25年10月より消防機関からの要請に応じて、医療機器を搭載し、医師や看護師が搭乗して、重症者の救急搬送を行うなど、有効活用に努めており、引き続きへき地における緊急時の患者搬送体制を確保する必要がある。

３．へき地の医療機能の明確化

へき地医療における医療機能の明確化

機能	保健指導	へき地診療	へき地診療の支援医療	行政機関等の支援
目標	無医地区等における保健指導の提供	●無医地区等における地域住民の医療確保 ●24時間365日対応できる体制の整備 ●専門的な医療や高度な医療へ搬送する体制の整備	へき地診療に対する診療支援機能の向上を図ること	医療計画の策定及びそれに基づく施策の実施
関係者に求められる事項	①保健師等が実施し、必要な体制が確保できていること ②地区の保健衛生状態を十分把握し、保健所及び最寄りのへき地診療所等との緊密な連携のもとに計画的に地区の実情に即した活動を行うこと	①プライマリケアの診療が可能な医師の配置又は巡回診療の実施 ②必要な診療部門、医療機器等の整備 ③必要に応じ、へき地診療所診療支援システムを活用 ④緊急の内科的・外科的処置が可能なへき地医療拠点病院等との連携	①必要に応じ、へき地医療拠点病院支援システムを活用 ②必要に応じ、へき地診療所診療支援システムを活用 ③巡回診療等によるへき地住民への医療確保 ④へき地診療所への代診医等の派遣及び技術指導、援助 ⑤遠隔診療等による診療支援の実施 ⑥高度の診療機能を有し、へき地医療拠点病院の診療活動等を援助 ⑦へき地医療拠点病院による巡回診療、医師派遣、代診医派遣の月1回（又は年12回）の実施（巡回診療、代診医派遣はオンライン診療での代用可）	
連携		緊急時における患者の受入れ 代診医の派遣 各種システムを用いた画像伝送などの診療支援		
医療提供施設等の種別	・市町 ・へき地診療所 （13箇所） ・保健福祉センター	・へき地診療所（13箇所） ・巡回診療を行っている病院 （４病院） 【石川中央医療圏】 公立つるぎ病院 【能登中部医療圏） 公立能登総合病院 【能登北部医療圏】 珠洲市総合病院 公立穴水総合病院 ・へき地診療所に医師を派遣している病院（6病院） 【石川中央医療圏】 公立つるぎ病院 【能登中部医療圏】 公立能登総合病院 【能登北部医療圏】 市立輪島病院 珠洲市総合病院 公立穴水総合病院 公立宇出津総合病院	・へき地医療拠点病院（7病院） 【石川中央医療圏】 石川県立中央病院 公立つるぎ病院 【能登中部医療圏】 公立能登総合病院 【能登北部医療圏】 珠洲市総合病院 市立輪島病院 公立宇出津総合病院 公立穴水総合病院 ・高度の診療機能を有し、へき地医療拠点病院を支援する病院 （４病院）（※） 【石川中央医療圏】 金沢大学附属病院 金沢医科大学病院 公立松任石川中央病院 【能登中部医療圏】 恵寿総合病院 （※）へき地医療拠点病院からCT・MRI画像の伝送を受け診断を行うなど、へき地医療拠点病院の診療活動を支援している病院	県

４．へき地医療の施策の方向

【目的（目指す方向）】
■地域住民が必要とする医療サービスの提供
【目標】
■無医地区等への巡回診療実施回数の維持
■へき地医療拠点病院における遠隔診療の実施回数の維持
■目標標準化医師数（能登北部医療圏）の維持
■人口 10 万人対看護師・准看護師数（能登北部医療圏）の維持

（１）へき地医療の確保

○無医地区等の医療確保

へき地医療拠点病院は、引き続き、へき地診療所の勤務医確保のほか、へき地への巡回診療を行う必要がある。また、県は、へき地医療拠点病院やへき地診療所が行う医療機器の整備や医療活動に対し必要な支援を行うとともに、能登北部医療圏等の医療従事者の人材養成を支援して、能登北部自治体 4 病院等の診療機能の充実と医療水準の向上を図る。

○遠隔医療（オンライン診療）の活用

へき地医療拠点病院は、静止画像伝送システムを活用することにより、へき地診療所への診療支援を行うとともに、より高次の医療機関に診療診断を依頼することなどを通してへき地医療を担っており、引き続き、無医地区等の住民の医療確保に取り組む必要がある。

へき地医療拠点病院等は、巡回診療・代診医派遣について、人員不足等地域の実情に応じてオンライン診療で代用するなど、限りある医療 人材の効率的な活用を図る必要がある。また県は、へき地医療拠点病院等が行うオンライン診療に対して、必要に応じて支援していく。（ただし、全ての巡回診療等をオンライン診療に切り替えるものではなく、人員不足等地域の実情に応じて、オンライン診療で代用できるものとする。）

（２）へき地における医師の確保

○医師の確保

金沢大学医学類特別枠で養成された医師が臨床研修を終え、へき地医療拠点病院である能登北部自治体 4 病院において地域医療の現場で勤務を開始しており、こうした特別枠の医師は、当面継続して確保できる見込みである。

これら金大特別枠卒業医師や自治医大卒業医師を中心に、地域医療対策協議会で協議の上、県と大学が連携し、必要に応じ医師不足地域への派遣を行う。

また、臨床研修医等の確保・定着を図るための説明会等の実施、県内高校生を対象とした医学部進学セミナーの開催などに取り組むことにより、今後も医師確保を進めてい

く。

○幅広い分野の診療に総合的に対応できる医師の養成

無医地区等が多く所在する能登北部医療圏では、複数の疾病を持つ高齢の患者が多く、勤務医は幅広い分野の診療に携わる総合医的な役割が求められている。

このため、能登北部自治体４病院において指導医や臨床研修医等に対する研修会を開催するなど、引き続き総合診療に係る若手医師への指導体制強化を図る。

（３）へき地における看護師の確保

○看護師の確保

県は、新卒看護師の確保が課題となっている能登北部地域を対象とした看護師等修学資金の貸与を継続し、能登北部自治体４病院への新人看護師等の就業を促進するとともに、勤務環境の改善に取り組む病院等に対して、県は、先行事例を活かした研修会を開催するなど、就業した看護師等の定着促進に努める。また、看護職に興味のある高校生を対象に、「看護の魅力」講演会を開催し、看護師を志す高校生の確保に努める。

（４）他の医療圏との連携強化

○ＩＴを活用した医療連携

へき地医療拠点病院である能登北部自治体４病院等は、静止画像伝送装置や脳卒中画像伝送システムを活用するなど、診療精度の向上を図るとともに、他の二次医療圏において専門的な治療を受けた患者が、能登北部自治体４病院等へ円滑に転院されるよう、いしかわ診療情報共有ネットワークを活用した診療情報の共有化や、地域連携クリティカルパスを用いた地域医療連携などを進める。

○救急搬送体制の確保

へき地医療拠点病院において、脳卒中や急性心筋梗塞など重篤な傷病者に対する救急医療については、大学病院や県立中央病院、七尾市の基幹病院など二次医療圏外との連携も組み込んだ広域的な医療連携を強化する。

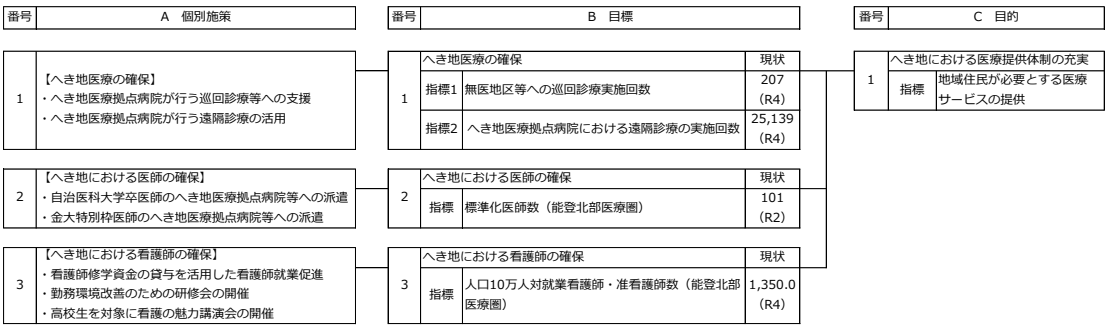
ドクターヘリの運航にあたっては、県内の医療機関、消防機関等の関係者らで構成される「石川県ドクターヘリ運航調整委員会」において、運航に係る課題や関係機関との連絡調整などについて協議し、へき地に対するドクターヘリの円滑かつ効果的な運用を図る。また、消防防災ヘリコプターやドクターカーを活用した救急搬送体制を引き続き確保する。

（５）令和６年能登半島地震からの復旧・復興

令和６年能登半島地震により、特に能登北部・能登中部医療圏の医療機関は甚大な被害が出ており、早期の復旧・復興が望まれるところである。本計画（へき地医療）の策定に当たっても、今般の地震災害の影響を踏まえた対応が求められるところであるが、

復旧・復興も緒に就いたばかりで未だ流動的な部分も多いことから、令和８年度に予定されている計画の中間見直しの際に、災害の影響を踏まえた改定を行うこととする。

施策・指標マップ



数値目標

分類	指　標		現状値	目標値	
	名　称	出典・説明		R8 年度（中間年）	R11 年度（最終年）
プロセス指標	無医地区等への巡回診療実施回数	へき地医療現況調査	207 回	維持	維持
プロセス指標	へき地医療拠点病院における遠隔診療の実施回数	地域医療推進室調べ	25,139 回	維持	維持
ストラクチャー指標	標準化医師数（能登北部医療圏）	「医師・歯科医師・薬剤師統計」等を用いて、厚生労働省において算出・公表	101 人	維持	―
ストラクチャー指標	人口 10 万人対看護師・准看護師数（能登北部医療圏）	業務従事者届	1,350.0 人	維持	―

＜標準化医師数＞

厚生労働省が、医師・歯科医師・薬剤師統計を基に、医師の性・年齢構成を踏まえ算出したもの

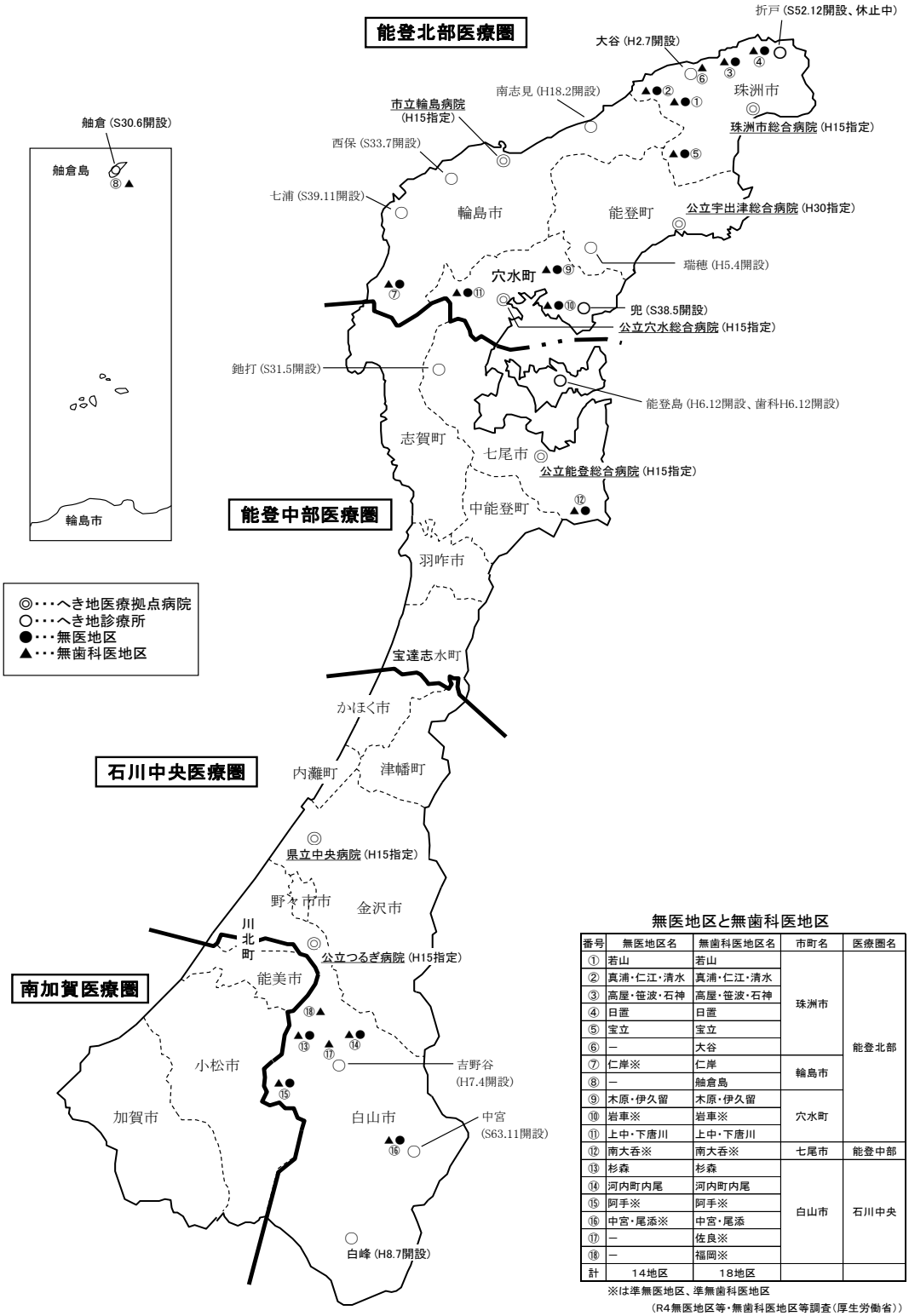
現状把握の指標

現状把握に関する指標

機能	保健指導	へき地診療	へき地診療の支援医療	行政機関等の支援
ストラクチャー指標（S）	へき地の数（無医地区数）			
	へき地の数（準無医地区数）			
		へき地診療所の数	へき地医療拠点病院の数	
		へき地診療所の医師数		
プロセス指標（P）			へき地医療拠点病院からへき地への医師派遣実施回数	へき地医療支援機構における専任担当官のへき地医療支援業務従事日数
			へき地医療拠点病院からへき地への医師派遣延日数	
			へき地医療拠点病院からへき地への代診医派遣実施回数	
			へき地医療拠点病院からへき地への代診医派遣延日数	
			へき地医療拠点病院からへき地への代診医派遣のうちオンライン診療実施回数	
			へき地医療拠点病院からへき地への巡回診療実施回数	
			へき地医療拠点病院からへき地への巡回診療延べ日数	
			へき地医療拠点病院からへき地への巡回診療延べ受診患者数	
			へき地医療拠点病院からへき地への巡回診療のうちオンライン診療実施回数	

機能	指標区分（S/P/O）	指標名	時点	県全体	南加賀医療圏	石川中央医療圏	能登中部医療圏	能登北部医療圏	全国	備考	出典
保健指導～行政機関等の支援	S	へき地の数（無医地区数）	R4	9	0	2	0	7	557		無医地区等調査
保健指導～行政機関等の支援	S	へき地の数（準無医地区数）		5	0	2	1	2	549		
へき地診療	S	へき地診療所の数	R4	15	2	3	2	8			へき地医療現況調査
へき地診療	S	へき地診療所の医師数		9	0.1	2.0	1.8	4.6			
へき地診療の支援医療	S	へき地医療拠点病院の数		7	0	2	1	4			
へき地診療の支援医療	P	へき地医療拠点病院からへき地への医師派遣実施回数		96	0	0	0	96			
へき地診療の支援医療	P	へき地医療拠点病院からへき地への医師派遣延日数		96	0	0	0	96			
へき地診療の支援医療	P	へき地医療拠点病院からへき地への代診医派遣実施回数		0	0	0	0	0			
へき地診療の支援医療	P	へき地医療拠点病院からへき地への代診医派遣延日数		0	0	0	0	0			
へき地診療の支援医療	P	へき地医療拠点病院からへき地への代診医派遣のうちオンライン診療実施回数		0	0	0	0	0			
へき地診療の支援医療	P	へき地医療拠点病院からへき地への巡回診療実施回数		217	0	98	28	91			
へき地診療の支援医療	P	へき地医療拠点病院からへき地への巡回診療延べ日数		98	0	49	14	35			
へき地診療の支援医療	P	へき地医療拠点病院からへき地への巡回診療延べ受診患者数		328	0	195	55	78			
へき地診療の支援医療	P	へき地医療拠点病院からへき地への巡回診療のうちオンライン診療実施回数		0	0	0	0	0			
行政機関等の支援	P	へき地医療支援機構における専任担当官のへき地医療支援業務従事日数（週）		3							

へき地の医療提供体制



無医地区と無歯科医地区

番号	無医地区名	無歯科医地区名	市町名	医療圏名
①	若山	若山	珠洲市	能登北部
②	真浦・仁江・清水	真浦・仁江・清水		
③	高屋・笹波・石神	高屋・笹波・石神		
④	日置	日置		
⑤	宝立	宝立		
⑥	－	大谷		
⑦	仁岸※	仁岸	輪島市	
⑧	－	舳倉島		
⑨	木原・伊久留	木原・伊久留	穴水町	
⑩	岩車※	岩車※		
⑪	上中・下唐川	上中・下唐川		
⑫	南大呑※	南大呑※	七尾市	能登中部
⑬	杉森	杉森	白山市	石川中央
⑭	河内町内尾	河内町内尾		
⑮	阿手※	阿手※		
⑯	中宮・尾添※	中宮・尾添		
⑰	－	佐良※		
⑱	－	福岡※		
計	14地区	18地区		

※は準無医地区、準無歯科医地区

（R4無医地区等・無歯科医地区等調査（厚生労働省））

１０　新興感染症対策の充実

１．新興感染症発生・まん延時における医療の現状と課題について

■新型コロナウイルス感染症については、令和２年（2020 年）１月に国内で初めての感染者が確認されて以降、第１波から第８波までの感染拡大の波を繰り返し、国民生活に大きな影響を及ぼす事態となり、本県においても、延べ 283,155 人の感染者、計 523 人の死亡者が確認された。
■県として、感染拡大の状況や変異株の特性等を踏まえて、病床や発熱外来等の医療提供体制の強化や、患者の入院の考え方などの対応方針を見直しながら、柔軟な対応を行った。
■新型コロナウイルス感染症の教訓を踏まえ、感染症発生・まん延時には、通常医療との両立を含め機能する医療提供体制を迅速に構築することが求められることから、平時より、医療機関の機能に応じた役割を明確にしておく必要がある。
■また、感染症発生・まん延時には、医療機関と患者との間の合意により提供される医療に、行政が介入する仕組みとなることから、平時から関係者間の情報共有や連携強化が必要となる。

新型コロナウイルス感染症に係る本県の状況

【感染状況等】

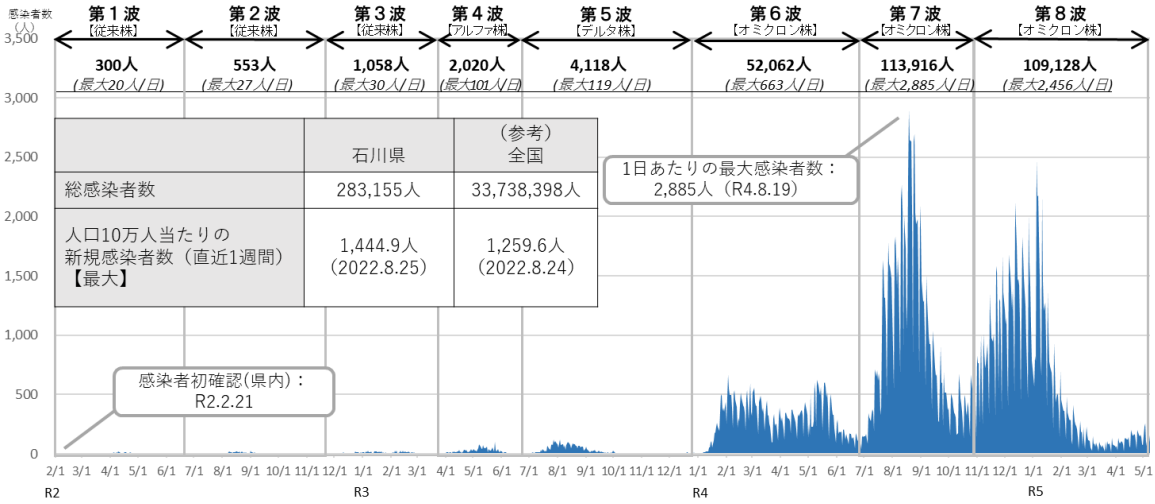
○本県において、令和 2 年（2020 年）2 月 21 日に県内初の感染者が確認されて以降、延べ 283,155 人の感染者、計 523 人の死亡者が確認された。

○感染拡大の波は第 8 波まであり、新たな変異株であるオミクロン株が主流となった第 6 波以降、感染者は急激に増加した。

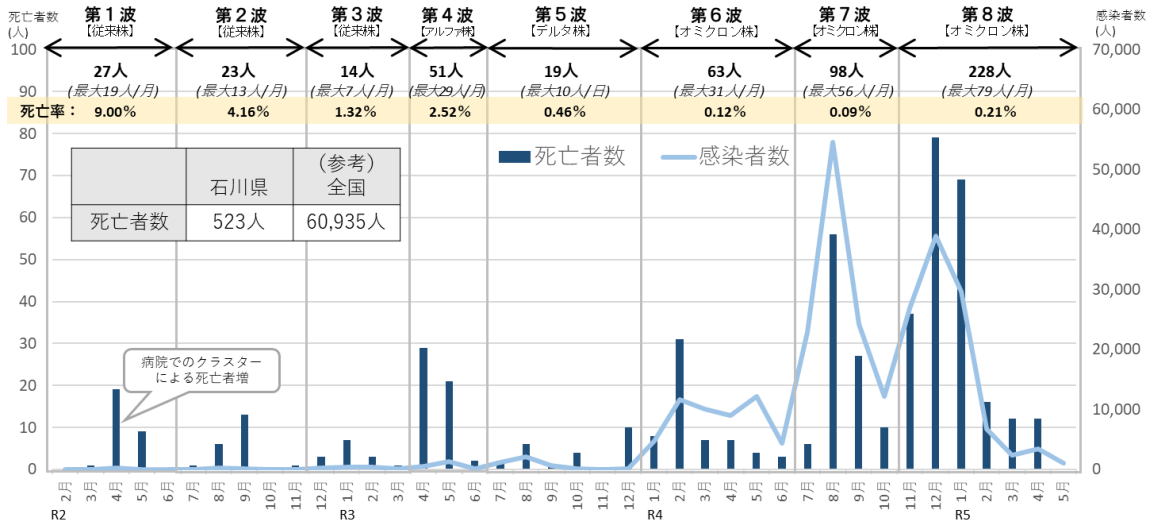
○一方で、第 6 波以降、感染者の増加に伴い死亡者数は増加したものの、死亡率・重症化率は低下しており、発生初期と比較して重症度は低下したものと考えられる。

○また、死亡者の 9 割以上が 65 歳以上の高齢者となっている。

■感染者数の推移



■死亡者数の推移



■年代別死亡者数の構成割合

	30代	40代	50代	60代	70代	80代	90歳以上	計	うち65歳以上
第１波	0.0%	0.0%	0.0%	14.8%	11.1%	40.7%	33.3%	100%	92.6%
第２波	0.0%	4.3%	4.3%	30.4%	26.1%	26.1%	8.7%	100%	78.3%
第３波	0.0%	0.0%	0.0%	7.1%	28.6%	57.1%	7.1%	100%	100.0%
第４波	0.0%	2.0%	3.9%	9.8%	33.3%	33.3%	17.6%	100%	88.2%
第５波	0.0%	0.0%	15.8%	5.3%	0.0%	42.1%	36.8%	100%	84.2%
第６波	0.0%	0.0%	0.0%	4.8%	23.8%	38.1%	33.3%	100%	98.4%
第７波	1.0%	0.0%	3.1%	3.1%	18.4%	45.9%	28.6%	100%	93.9%
第８波	0.0%	0.4%	1.8%	5.7%	10.5%	43.4%	38.2%	100%	96.1%
全　体	0.2%	0.6%	2.5%	7.1%	16.6%	41.7%	31.4%	100%	93.9%

■主な感染状況等

	第１波 （従来株）	第２波 （従来株）	第３波 （従来株）	第４波 （アルファ株）	第５波 （デルタ株）	第６波 （オミクロン株）	第７波 （オミクロン株）	第８波 （オミクロン株）
期 間	2020年2月～ 2020年6月	2020年7月～ 2020年11月	2020年12月～ 2021年3月	2021年4月～ 2021年6月	2021年7月～ 2021年12月	2022年1月～ 2022年6月	2022年7月～ 2022年10月	2022年11月～ 2023年5月
感染者数	300人	553人	1,058人	2,020人	4,118人	52,062人	113,916人	109,128人
１日あたりの新規感染者数（最大）	20人	27人	30人	101人	119人	663人	2,885人	2,456人
１日あたりの入院者数（最大）	146人	137人	146人	331人	259人	279人	332人	305人
１日あたりの重症者数（最大）	8人	7人	11人	17人	12人	8人	6人	5人
重症者数 (死亡者含む) [重症化率]	39人 [13.00%]	33人 [5.97%]	49人 [4.63%]	109人 [5.40%]	48人 [1.17%]	76人 [0.15%]	124人 [0.11%]	259人 [0.24%]
死亡者数 [死亡率]	27人 [9.00%]	23人 [4.16%]	14人 [1.32%]	51人 [2.52%]	19人 [0.46%]	63人 [0.12%]	98人 [0.09%]	228人 [0.21%]
１日あたりの宿泊療養者数（最大）	56人	18人	65人	157人	181人	207人	195人	88人
１日あたりの施設・自宅療養者数（最大）※	23人	13人	7人	229人	569人	4,745人	20,172人	11,558人

※施設・自宅療養者数には確保病床外の入院者数及び療養先調整中の人数含む
※全数届出の見直し以降（R4.9.27以降）の施設・自宅療養者数は推計値となる

【医療提供体制】

○第１波～第３波においては、原則入院の方針に基づき、外来・検査・入院の目詰まりを生じさせないよう対応した。

○第４波～第５波においては、第４波の感染拡大により病床使用率が一時90%近くまで上昇したことから、コロナ病床を増床するとともに、「原則、全員入院」の方針を改めて、宿泊療養施設の直接入所や自宅療養を開始した。また、メディカルチェックセンターを開設し、宿泊療養と入院の振り分けを行った。

○第６波～第８波においては、オミクロン株の流行による想定を上回る感染拡大が生じたことから、オミクロン株の特性も踏まえ、入院対象者を重点化し、中等症等の患者の入院先を優先的に確保するとともに、休日当番医等への抗原検査キットの配布等を行い、入院受入・外来受診体制のひっ迫の解消を図った。

○発熱患者等の診療・検査を行う医療機関については、発生初期は帰国者接触者外来等で対応していたが、令和２年（2020 年）10 月以降、県で「診療・検査医療機関」の指定を開始し、第８波終了時には、423 医療機関まで拡大した。

○入院患者の受け入れを行う医療機関については、令和２年（2020 年）３月までは感染症指定医療機関（20 床・５病院）で対応していたが、順次拡大し、第８波終了時には、533 床（32 病院）を確保することができた。

■新型コロナ対策の基本方針及び主な対応

	第1波～第3波 従来株	第4波～第5波 アルファ・デルタ株	第6波～第8波 オミクロン株
感染状況（最大）	新規感染者数：30人/日 （療養者数：約200人）	新規感染者数：約120人/日 （療養者数：約1,000人）	新規感染者数：約2,900人/日 （療養者数：約21,000人）
基本方針	外来・検査・入院の目詰まりを生じさせず、「原則、入院」	重症度や重症化リスクに応じた適切な療養先（入院、宿泊療養、自宅療養）を調整	入院対象者を重点化し、中等症等の患者の入院先を確保
外来	・帰国者接触者外来の設置 ・重点外来での対応 ・いしかわPCR検体採取センターの開設 ・県医師会との集合契約による外来対応医療機関の増 ・診療・検査医療機関の指定開始	・診療・検査医療機関数の順次拡大（救急医療） ・石川中央医療圏の救急医療輪番制の対象を拡大（疑い患者＋自宅療養者）	・診療・検査医療機関の順次拡大 ・休日当番医等への抗原検査キットの配布（救急医療） ・石川中央医療圏の救急医療輪番制の参加病院の拡大（軽症患者の搬送先の追加）
検査	・保健環境センター等での検査体制の強化	・高齢者施設等の従事者の一斉検査の実施 ・薬局等での無料検査の開始	・高齢者施設等の従事者の一斉検査の対象拡大 ※保育園、幼稚園、小学校等の追加
入院・宿泊療養	・感染症指定医療機関の体制強化、大学病院、公立・公的病院での受入 ・宿泊療養施設の開設（1棟目）	・コロナ病床の更なる増床 ・メディカルチェックセンターの開設 ・宿泊療養施設への直接入所の開始 ・宿泊療養施設の開設（2棟目）	・入院対象者の重点化 ・コロナ病床の更なる増床 ・宿泊療養施設の開設（3棟目） ※2棟目は閉鎖
自宅療養	－	・自宅療養の開始 ・電話診療等を行う医療機関のリスト化 ・薬の宅配を行う薬局のリスト化	・陽性者登録・フォローアップセンターの開設
その他	・医療調整本部の設置 ・いしかわクラスター対策班の設置	・いしかわ県民ワクチン接種センターの開設	－

■医療提供体制の主な状況

	第１波 （従来株）	第２波 （従来株）	第３波 （従来株）	第４波 （アルファ株）	第５波 （デルタ株）	第６波 （オミクロン株）	第７波 （オミクロン株）	第８波 （オミクロン株）
期間	2020年2月～ 2020年6月	2020年7月～ 2020年11月	2020年12月～ 2021年3月	2021年4月～ 2021年6月	2021年7月～ 2021年12月	2022年1月～ 2022年6月	2022年7月～ 2022年10月	2022年11月～ 2023年5月
診療・検査医療機関数	-	190医療機関	244医療機関	252医療機関	313医療機関	376医療機関	401医療機関	423医療機関
確保病床数 [医療機関数]	233床 [22病院]	258床 [24病院]	258床 [24病院]	435床 [25病院]	475床 [28病院]	503床 [29病院]	504床 [30病院]	533床 [32病院]
１日あたりの の入院者数 （最大）	146人	137人	146人	331人	259人	279人	332人	305人
病床使用率 [重症病床使用率] （最大）	56.6% [22.9%]	53.1% [20.0%]	56.6% [31.4%]	88.7% [48.6%]	59.5% [30.8%]	57.3% [19.5%]	65.9% [14.6%]	58.1% [12.2%]

＜参考＞　石川県における感染症指定医療機関

■第１種感染症指定医療機関

区域	病院名	指定病床数
石川県全域	石川県立中央病院	2

■第２種感染症指定医療機関

医療圏域名	病院名	指定病床数
南　加　賀	小松市民病院	4
石川中央	金沢市立病院	6
能登中部	公立能登総合病院	4
能登北部	市立輪島病院	4

２．新興感染症の発生・まん延時における医療確保の方向性

【目的（目指す方向）】

■新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえ、今後、県民の生命及び健康に重大な影響を与える恐れがある新興感染症の発生・まん延時においても、早期に適切な医療を提供し、重症化を防ぐとともに、治癒させることにより、周囲へのまん延防止を図ることができるよう平時から関係機関の連携による体制の確保を図る。

【目標】

■県の要請から１週間で立ち上がる医療提供体制の整備

■感染まん延時の医療需要に対応できる医療提供体制の整備

■新興感染症の流行に対応できる連携体制の推進

■保健所や宿泊療養施設等の業務に従事する専門人材の確保

（１）医療圏等

新興感染症に係る医療提供体制については、４つの二次医療圏を基本とし、精神疾患を有する患者や妊産婦、小児、透析患者、障害児者など特別な配慮が必要な患者への入院対応については、県全域で対応する。

（２）新興感染症の発生からの各時期に応じた医療提供体制の確保

全国的かつ急速なまん延が想定される新興感染症については、入院患者及び外来受診者の急増が想定されることから、平時から、指定要件を満たす医療機関と、法に基づき医療措置協定等を締結し当該感染症の患者の入院体制及び外来体制や、当該感染症の後方支援体制を迅速に確保する。

○発生初期から迅速に機能する医療提供体制の確保

・新興感染症の発生時の発熱外来及び入院病床は、まずは、第一種及び第二種感染症指定医療機関を中心に対応する。
・新型インフルエンザ等感染症発生等公表から一定期間（公表後３か月程度を想定）において、第一種及び第二種感染症指定医療機関での対応に加え、県の要請から１週間以内に入院病床を確保等する流行初期医療確保措置※の対象となる協定締結医療機関も中心に対応する体制を整備する。
・その際、保健所等による発熱相談から、当該医療機関に感染が疑われる患者を誘導することや、受診時に採取した検体を市販の試薬が整わない時期から速やかに検査する体制も併せて整備する。

○感染まん延時にも必要な医療が提供できる体制の確保

・新型インフルエンザ等感染症発生等公表から一定期間経過後（公表から３か月以降）において、流行初期医療確保措置の対象となる協定締結医療機関に加え、順次、当該医療機関以外の医療措置協定を締結した全ての医療機関で対応していく体制を構築する。
・感染が拡大した際に、居宅又は高齢者施設等で療養する患者に対し、往診やオンライン診療、健康観察、訪問看護、医薬品対応等を行う病院、診療所、薬局、訪問看護事業所等と予め協定を締結し、必要な医療提供体制を確保する。
・急速な感染拡大により、医療ニーズの増大が予測されるため、新興感染症以外の患者に対する医療を提供する後方支援医療機関と協定を締結し、通常医療を確保する。

（３）関係機関・関係団体との連携体制の確保

新興感染症の医療は、通常医療よりも多くの医療人材を必要とし、また、感染症法に基づく入院勧告・措置を伴い、入院調整や移送なども必要となるため、平時から地域における関係者間の役割分担や連携体制の構築が不可欠である。

○地域における役割分担及び連携体制の推進

・平時から、医療機関との協定締結を通じ、役割分担を明確化すると共に、感染症連携協議会を活用し、県内における保健所、各医療機関、消防機関、高齢者施設等や、医師会、看護協会、薬剤師会等の医療関係団体の連携強化を図る。
・精神疾患を有する患者や妊産婦、小児、透析患者、障害児者など特に配慮が必要な患者の病床確保に当たっては、各特性に応じた体制の構築を図る。
・新興感染症に対する医療を提供する医療機関の従事者に対し、感染症に関する必要な研修会や訓練を通じ、感染症対応力の強化に努める。

（４）感染まん延時にも必要な医療が提供できる人材の確保

・医療機関と予め協定を締結し、感染まん延時に県が新設する宿泊療養施設等で従事する医療関係者を確保する。

・保健師等の専門職が保健所業務を支援する仕組み（ＩＨＥＡＴ） を活用し、ＩＨＥＡＴ要員の確保や研修などを通じて、保健所業務の支援体制を確保する。

施策・指標マップ

	番号	A 個別施策	番号	B 目標(体制整備・医療サービス)		番号	C 目的(県民の状態)	
新興感染症の発生からの各時期に応じた医療提供体制の確保	1	発生初期から迅速に機能する医療提供体制の確保	1	県の要請から1週間で立ち上がる医療体制の整備		1	感染症患者が適切な医療を受けられる体制の整備	
				指標	流行初期に協定締結医療機関(入院)として確保する病床数		指標	医療提供体制の整備目標の達成率
				指標	流行初期に協定締結医療機関(発熱外来)として確保する医療機関数			
				指標	流行初期に検査措置協定等により確保する一日あたりの検査数			
	2	感染まん延時にも必要な医療が提供できる体制の確保	2	感染まん延時の医療需要に対応できる医療提供体制の整備				
				指標	流行初期以降に協定締結医療機関(入院)として確保する病床数			
				指標	流行初期以降に協定締結医療機関(発熱外来)として確保する医療機関数			
				指標	流行初期以降に検査措置協定等により確保する一日あたりの検査数			
				指標	流行初期以降に協定締結医療機関(自宅療養者に医療を提供する)として確保する医療機関数			
				指標	流行初期以降に協定締結医療機関(後方支援)として確保する医療機関数			
関係機関・関係団体との連携体制の確保	3	地域における役割分担や連携体制の推進	3	新興感染症の流行に対応できる連携体制の推進				
				指標	連携協議会の開催回数			
				指標	県、保健所、地衛研等で実施する訓練の実施数			
	4	感染まん延時にも必要な医療が提供できる人材の確保	4	保健所や宿泊療養施設等の業務に従事する専門人材の確保				
				指標	協定締結医療機関(人材派遣)として確保する人員の数			
				指標	IHEAT要員の確保数(IHEAT研修受講者数)			

数値目標

分類	指標		現状値（R6.4）	目標値	
	名称	出典・説明		H8 年度（中間）	R11 年度（最終年）
B	流行初期に協定締結医療機関（入院）として確保する病床数	医療機関（病院）との協定内容の合計	308	258	258
B	流行初期に協定締結医療機関（発熱外来）として確保する医療機関数	医療機関（病院）との協定内容の合計	55	29	29
B	流行初期に検査措置協定等により確保する一日あたりの検査数	地方衛生研究所、医療機関等（大学病院等）との協定内容等の合計	335	370	400
B	流行初期以降に協定締結医療機関（入院）として確保する病床数	医療機関（病院）との協定内容の合計	482	510	533
B	流行初期以降に協定締結医療機関（発熱外来）として確保する医療機関数	医療機関（病院・診療所）との協定内容の合計	349	380	415
B	流行初期以降に検査措置協定等により確保する一日あたりの検査数	地方衛生研究所、医療機関等（病院・診療所・民間検査機関）との協定内容等の合計	2,907	4,000	5,000
B	流行初期以降に協定締結医療機関（自宅療養者に医療を提供する）として確保する医療機関数	医療機関（病院・診療所・薬局・訪問看護事業所）との協定内容の合計	599	499	499
B	流行初期以降に協定締結医療機関（後方支援）として確保する医療機関数	医療機関（病院）との協定内容の合計	51	43	43
B	連携協議会の開催回数（一年あたり）	健康推進課調べ	―	1	1
B	県、保健所、地衛研等で実施する訓練の実施数（一年あたり）	健康推進課調べ	―	3	5
B	協定締結医療機関（人材派遣）として確保する人員の数	医療機関（病院）との協定内容の合計	245	160	160
B	IHEAT 要員の確保数（IHEAT 研修受講者数）	健康推進課調べ	―	13	25
C	医療提供体制の整備目標の達成率		50.0%	65.0%	80.0%

■流行初期医療確保措置の対象となる一定の基準

【病床】

①知事の要請があった日から起算して７日以内に実施するものであること。

②入院措置を講ずるために確保する病床数が２０床以上であること。（ただし、重症患者用の病床を確保する医療機関においては、重症患者用の病床数に５を乗じた数と重症患者用以外の病床数の合計が２０床以上であること。）

③公的医療機関等の医療の提供の義務に係る通知を受けた医療機関又は医療措置協定を締結する医療機関と必要な連携を行うことその他入院措置を適切に実施するために必要な体制を構築するものであること。

【発熱外来】

①知事の要請があった日から起算して７日以内に実施するものであること。

②１日あたり１０人以上の発熱患者等の診療を行うものであること。

（注）原則、月曜日から土曜日まで受け入れる医療機関であって、行政から依頼された濃厚接触者も対象とすること 。

■協定指定医療機関の指定要件

【第一種協定指定医療機関】

①当該医療機関に所属する者に対して、最新の知見に基づき適切な感染防止等の措置を実施することが可能であること。

②患者等がお互いに可能な限り接触することなく、診察することができること等の院内感染対策を適切に実施しながら、必要な医療を提供することが可能であること。

③新型インフルエンザ等感染症等発生等公表期間において、都道府県知事からの要請を受けて、新型インフルエンザ等感染症若しくは指定感染症の患者又は新感染症の所見がある者を入院させ、必要な医療を提供する体制が整っていると認められること。

④医療機関名の公表に同意すること。

⑤感染症サーベイランスシステムを用いて、電子的に発生届の提出ができること。

【第二種協定指定医療機関】

①当該医療機関に所属する者に対して、最新の知見に基づき適切な感染防止等の措置を実施することが可能であること。

②受診する者同士が可能な限り接触することなく、診察することができること等の院内感染対策を適切に実施しながら、外来医療を提供することが可能であること。

③新型インフルエンザ等感染症等発生等公表期間において、都道府県知事からの要請を受けて、外来医療を提供する体制が整っていると認められること。

④医療機関名の公表に同意すること。

⑤感染症サーベイランスシステムを用いて、電子的に発生届の提出ができること。

１１　在宅医療の推進

１．在宅医療について

（１）在宅医療とは

○高齢化の進展に伴い疾病構造が変化し、誰もが何らかの病気を抱えながら生活をするようになる中で、「治す医療」から「治し、支える医療」への転換が求められている。

○在宅医療は、高齢になっても、病気や障害の有無にかかわらず、住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるよう、入院医療や外来医療、介護、福祉サービスと相互に補完しながら、患者の日常生活を支える医療であり、医療や介護、生活支援等のサービスが一体的に提供される地域包括ケアシステムの不可欠の構成要素である。

○また、今後増大する慢性期の医療ニーズに対し、在宅医療はその受け皿として、さらに看取りを含む医療提供体制の基盤の一つとして期待されている。

（２）在宅医療を支える機能

在宅医療を支えるための機能として「退院支援」「日常の療養支援」「急変時の対応」「在宅での看取り」の４つがある。

【退院支援】

○近年、医療機関から退院した後も、何らかの医療処置を必要とする者が増えてきたことから、医療の継続性や退院に伴って新たに生じる心理的・社会的問題の予防や対応のために、入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援が重要となっている。

○具体的には、病院における退院支援担当者の配置や退院困難者のスクリーニングの導入等の取組、多職種による退院前カンファレンス等の支援が行われている。

【日常の療養支援】

○居宅や高齢者向け施設・集合住宅等で医療を受けながら生活する者は、訪問診療や訪問看護、訪問歯科診療、訪問薬剤管理等の支援を受けている。

○在宅医療を支える職種は医師、歯科医師、看護師、薬剤師、リハビリテーション職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士）、管理栄養士、医療ソーシャルワーカーのほか、介護サービスの調整をする介護支援専門員や介護サービスを提供する介護職などがある。

表　各職種が提供する医療とその役割

提供する医療	職種	役割
訪問診療	医師	通院が困難な方の自宅に医師が訪問し、診療を行う
訪問歯科診療	歯科医師	通院が困難な方の自宅に歯科医師・歯科衛生士が訪問し、歯の治療や入れ歯の調整等を通じて食事を噛んで飲み込めるよう支援を行う
訪問薬剤管理指導	薬剤師	通院が困難な方の自宅に薬剤師が訪問し、薬の飲み方や飲み合わせ等の確認・管理・説明等を行う
訪問看護	看護師	看護師等が自宅に訪問し、安心感のある生活を営めるよう処置や療養中の世話等を行う
訪問リハビリテーション	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士	通院が困難な方の自宅に理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問し、心身機能の維持・回復や、日常生活の自立と社会参加を目的とした訓練や家屋の適切な改造の指導等を行う
訪問栄養食事指導	管理栄養士	管理栄養士が自宅に訪問し、病状や食事の状況、栄養状態や生活の習慣に適した食事等の栄養管理の指導を行う
在宅支援	医療ソーシャルワーカー	社会福祉の立場から患者やその家族の方々が抱える経済的・心理的・社会的問題の解決、調整を援助し、在宅復帰へ向けた支援を行う
	介護支援専門員	要介護者や要支援者の人の相談や心身の状況に応じるとともに、介護サービスを受けられるようにケアプランの作成を行う

【急変時の対応】

○自宅での療養を希望していてもそれが実現できない理由として、急変時の対応に関する患者の不安や家族等の負担への懸念が挙げられる。こうした不安や負担の軽減が、在宅での療養を継続するための重要な課題である。

○24 時間いつでも往診や訪問看護等の対応が可能な連携体制や、入院医療機関における円滑な受入れといった後方支援体制の構築が必要である。

【在宅での看取り】

○患者や家族等のＱＯＬ（クオリティ・オブ・ライフ）の維持向上を図りつつ、療養生活を支えるとともに、患者や家族等が希望した場合には自宅で最期を迎えることを可能にする医療及び介護の体制の構築が必要である。

（３）医療機関に求められる役割

【退院支援】

（入院医療機関）

○退院支援担当者を配置すること

○入院初期から退院後の生活を見据えた関連職種による退院支援を開始すること

○退院後、患者に起こりうる病状の変化やその対応について、関連職種を含む退院前カンファレンスや文書・電話等で、在宅医療に係る機関との情報共有を十分図ること

（在宅医療に係る医療機関）

○患者のニーズに応じて、医療や介護、障害福祉サービスを包括的に提供できるよう調整すること

○在宅医療や介護、障害福祉サービスの担当者間で、今後の方針や病状に関する情報や計画を共有し、連携すること

【日常の療養支援】

（在宅医療に係る医療機関）

○関係機関の相互の連携により、患者のニーズに対応した医療や介護、障害福祉サービスが包括的に提供される体制を確保すること

○医療関係者は、地域包括支援センターが地域ケア会議において患者に関する検討をする際には積極的に参加すること

【急変時の対応】

（在宅医療に係る医療機関）

○病状急変時における連絡先をあらかじめ患者やその家族等に提示し、また、求めがあった際に 24 時間対応が可能な体制を確保すること

○24 時間対応が自院で難しい場合も、近隣の病院や診療所、薬局、訪問看護事業所等との連携により、24 時間対応が可能な体制を確保すること

○在宅医療に係る機関で対応できない急変の場合は、その症状や状況に応じて、搬送先として想定される入院医療機関と協議して入院病床を確保するとともに、搬送については、地域の消防関係者と連携を図ること

（入院医療機関）

○入院医療を提供している病院・有床診療所において、在宅医療に係る医療機関

（特に無床診療所）が担当する患者の病状が急変した際の受入れを行うこと

【看取り】

（在宅医療に係る医療機関）

○人生の最終段階に出現する症状に対する患者や家族等の不安を解消し、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を構築すること

○患者や家族等に対して、自宅や住み慣れた地域で受けられる医療及び介護、障害福祉サービスや看取りに関する適切な情報提供を行うこと

○介護施設等による看取りを必要に応じて支援すること

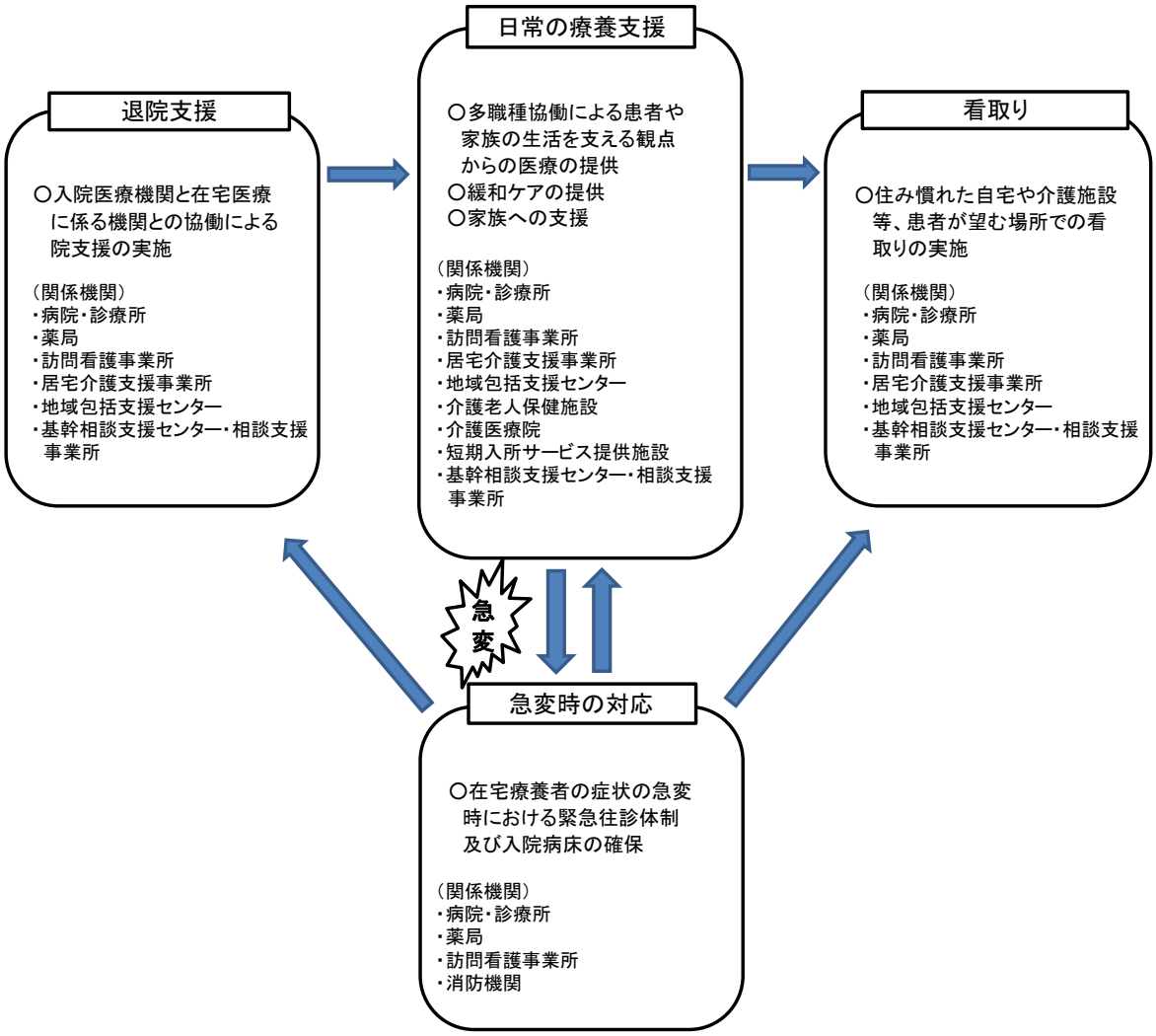
（入院医療機関）

○在宅医療に係る機関で看取りに対応できない場合について、病院・有床診療所で必要に応じて受け入れること

【認知症患者への対応】

○地域のかかりつけ医及び認知症疾患医療センター等において、医療機関、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等と連携し、生活の場で必要な支援を提供すること

在宅医療の医療提供体制



２．在宅医療の現状と課題について

■高齢者人口の増加に伴い、訪問診療を受ける患者数は今後も増加することが見込まれており、地域の実情に応じた多職種による日常の療養支援が可能な体制の構築とともに、24 時間対応可能な連携体制や急変時の入院医療機関における円滑な受入れといった後方支援体制の構築が必要である。
■本人が望む医療やケアを提供するため、どのような医療やケアを望むかをあらかじめ考え、周囲の信頼する人たちと話し合い、共有する「人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）」の取組みの推進が必要である。
■認知症患者の増加が見込まれており、認知症になってもできる限り住み慣れた地域で生活を継続できるよう、引き続き、早期の診断や周辺症状への対応を含む治療が受けられる体制の構築など、認知症疾患医療センターを中心とした、かかりつけ医等による地域で認知症患者を支えるための取組みを推進する必要がある。

（１）在宅医療の動向

○高齢者人口は今後も増加し、2025 年には高齢者の５人に３人が後期高齢者になると見込まれている。

○訪問診療の実施場所は居宅が 23.9%、認知症グループホームが 23.1%、有料老人ホームが 28.7%となっており、高齢者向け施設・住宅で暮らしながら訪問診療を受けている患者が増えている。

表　訪問診療の実施場所の割合

居宅	特養	認知症高齢者グループホーム	有料老人ホーム	軽費老人ホーム	養護老人ホーム	サービス付き高齢者向け住宅	その他
23.9%	5.9%	23.1%	28.7%	4.3%	0.9%	10.1%	3.0%

出典：「石川県医療機能基礎調査」（地域医療推進室）

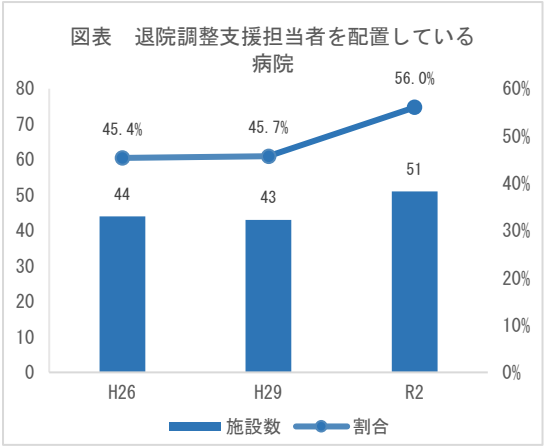
（２）在宅医療の提供体制

【退院支援】

○退院支援担当者を配置している病院は、平成 26 年の 44 施設から令和２年には 51 施設に増加している。

○在宅へ円滑に移行できるよう、入院医療機関と在宅医療や生活支援を担う機関の多職種で退院前カンファレンス等を実施し、情報共有を行うことが重要であ

る。また、退院後に外来医療を受ける場合は、病棟の退院支援看護師と外来看護師の連携により、退院後の支援の充実につなげる。



出典：「医療施設調査」（厚生労働省）

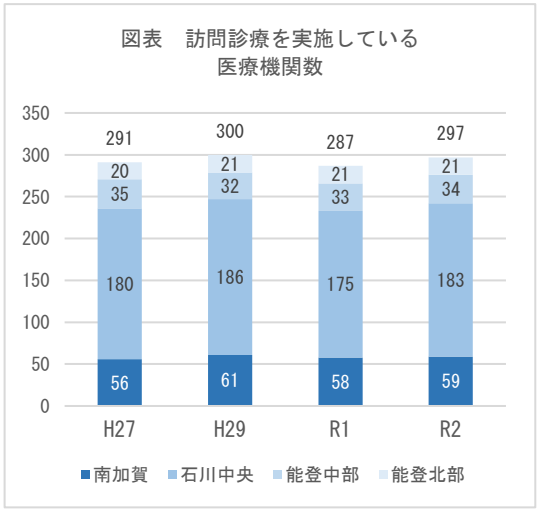
【日常の療養支援】

（訪問診療）

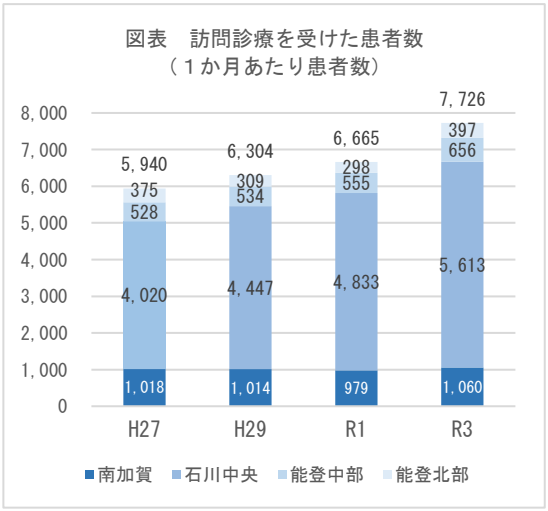
○訪問診療を実施している医療機関は、令和２年に 297 施設となっている。

○24 時間対応が可能な体制の確保や地域の介護・福祉サービス事業所との連携等の要件を満たし、在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院の届出を行っている医療機関は、令和５年時点で 174 施設（病院 26 施設、診療所 148 施設）となっている。

○訪問診療を受けた患者数（１か月あたり）は平成 27 年度の 5,940 人から、令和３年の 7,726 人に増加している。なお、高齢化の進展に伴う慢性疾患を抱える高齢者の増加等により、訪問診療を受ける患者数は令和 11 年には約 10,500 人に増加することが見込まれている。



出典：「KDB（国保データベース）」



出典：「NDB（ナショナルデータベース）」（厚生労働省）

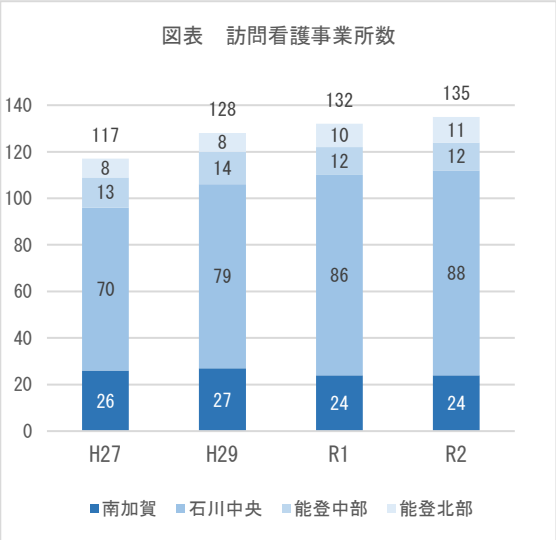
（訪問看護）

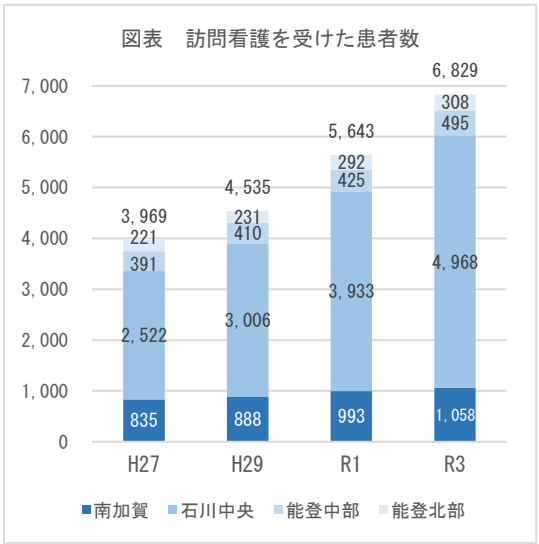
○訪問看護事業所数は平成 27 年の 117 施設から令和２年の 135 施設に増加している。

○訪問看護を受けた患者数（１か月あたり）は平成 27 年の 3,969 人から令和３年の 6,829 人（一部市町除く）と増加している。

○今後、高齢者の増加により、複数疾患や医療ニーズが高い在宅患者が増加することから、退院に向けた医療機関との連携や、退院後の在宅医療や外来医療における主治医をはじめとした多職種との連携が重要である。

○また、在宅患者に対して適切な時に適切な治療ができるよう、医師等の判断を待たずに、手順書等により一定の診療の補助（いわゆる「特定行為」）を行う看護師を養成し、確保する必要がある。





出典：「介護 DB（介護データベース）」（厚生労働省）

（訪問歯科診療）

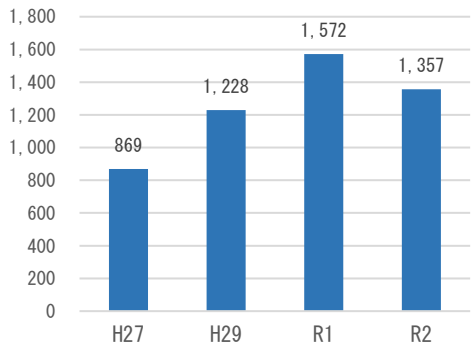
○訪問歯科診療を行うための施設基準の届出を行っている歯科診療所（歯科訪問診療料の注 13 に規定する基準を満たす歯科診療所）は令和５年時点で 338 施設となっている。

○また、医科医療機関や地域包括支援センター等との連携を図り、在宅や介護施設等における療養を歯科医療面から支援できる体制の確保等の要件を満たし、在宅療養支援歯科診療所の届出を行っている歯科診療所は 40 施設となっている。

○１か月あたりの訪問歯科診療を受けた患者数は平成 27 年の 869 人から令和２年の 1,357 人に増加している。

○加齢や全身疾患、内服薬の副作用などにより、唾液の分泌量が低下すると、むし歯や歯周病のリスクが増加し、食事や会話に支障をきたすなど口腔機能が低下しやすくなる。また、口腔ケアを行って口腔内を清潔に保ち、口腔機能を維持することが誤嚥性肺炎の予防に有効であることから、口腔健康管理の重要性が高まっている。

図表　歯科訪問診療を受けた患者数



出典：「KDB（国保データベース）」

（訪問薬剤管理指導）

○訪問薬剤管理指導の届出を行っている薬局は令和５年時点で 558 施設である。

○高齢者は、若年層に比べて、複数の疾患を抱えるケースが多く、複数の病院や診療所にかかっていることも多いため、誤服薬や重複投薬、薬の飲み合わせや飲み忘れなどに注意が必要である。また年齢が上がるとともに、腎機能や肝機能の低下に伴う有害事象の発生リスクも高くなる傾向にある。薬剤師の関与により、これらの予防や服薬状況の改善が見込まれ、在宅医療の質の向上につながることから、服用後のフォローアップや薬物療法に関する情報の共有をはじめとした多職種との連携や、夜間・休日を含む急変時の対応等が求められている。

（訪問リハビリテーション）

○リハビリテーションとは、身体機能を回復するためのリハビリテーションだけではなく、誰もが住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最後まで主体的に続けるための取組みである。近年、地域包括ケアが推進され、高齢者や障害児・者、難病患者等に、医療機関におけるリハビリテーションから、居宅等の生活期におけるリハビリテーションを切れ目なく提供できる支援体制を構築することが求められており、医療機関のリハビリテーション専門職が市町の実施する地域支援事業に参加するなど、地域活動への参画が進められている。

○訪問リハビリテーションを実施する事業所に従事するリハビリテーション職の数は少なく、また地域偏在があるため、各地域における居住生活の維持向上を目指す生活期リハビリテーションを提供・推進する体制が必要である。

（訪問栄養食事指導）
○在宅療養患者の状態に応じた栄養管理を充実させるため、退院時において病院の管理栄養士が在宅の支援者への情報提供や、栄養ケアステーションを活用し、栄養ケアステーションが紹介した管理栄養士と診療所等の医師の連携による在宅で生活する患者の栄養食事指導など、管理栄養士と関係機関の連携が必要である。

【急変時の対応】
○往診を行っている医療機関数は令和２年時点で 538 施設となっている。

○在宅医療を提供している医療機関と連携し、あらかじめ緊急時の入院希望を届け出ていた患者の急変時などに、24 時間体制で受け入れる在宅療養後方支援病院の届出をしている病院は 11 施設（令和５年）、24 時間体制をとっている訪問看護ステーション数は 111 施設（令和３年）となっている。

○令和３年に往診を受けた患者数は 14,950 人である。

○今後、高齢者の増加により救急搬送の増加が見込まれており、高度な医療を提供する三次救急医療機関への搬送の集中を防ぐ必要がある。在宅医療に必要な連携を担う拠点や市町、地域の関係団体で連携のルールを話し合うことや、あらかじめどのような医療やケアを望むかを考え、周囲の信頼する人たちと話し合い、共有する取組みである「人生会議」（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）を進めることが必要である。

○また、単身の高齢者の増加により、身寄りのない方が救急搬送されるケースが増加しており、入院及び医療に係る意思決定が困難な人の支援に課題が生じている。そのようなケースを防ぐために、住民や医療関係者への「人生会議」や成年後見制度の周知及び理解促進が重要である。

【看取り】
○令和３年の死亡者については、病院での死亡者が最も多く 66.9％を占めている。近年は自宅や老人ホーム、介護医療院・介護老人保健施設での死亡者が増加しており、令和３年はそれぞれ 14.2％、10.4％、5.8％を占めている。

○患者が人生の最終段階においてどのような医療を望むかについて話し合うこと

（人生会議）を促すとともに、希望する場所で最期を迎えることができるよう、住み慣れた自宅や介護施設等における看取りの体制を充実していく必要がある。

表　死亡場所別死亡数と割合の推移

	総数	施設内					施設外		
		計	病院	診療所	介護医療院・介護老人保健施設	老人ホーム	計	自宅	その他
H23	11,962	10,553 (88.2%)	9,598 (80.2%)	163 (1.4%)	258 (2.2%)	534 (4.5%)	1,409 (11.8%)	1,123 (9.4%)	286 (2.4%)
H28	12,422	11,049 (88.9%)	9,454 (76.1%)	137 (1.1%)	492 (4.0%)	966 (7.8%)	1,373 (11.1%)	1,163 (9.4%)	210 (1.7%)
R3	13,214	11,119 (84.1%)	8,836 (66.9%)	139 (1.1%)	767 (5.8%)	1,377 (10.4%)	2,095 (15.9%)	1,882 (14.2%)	213 (1.6%)

出典：「人口動態調査」（厚生労働省）

（３）在宅医療と介護の連携

○高齢者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、市町が中心となって、医療や介護、生活支援等のサービスが一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築に向けた取組が進められている。

○地域包括ケアシステムの核となる在宅医療と介護の連携については、県医師会と連携し、医療・介護の関係団体による「在宅医療推進協議会」において、「いしかわ在宅医療・介護連携ルール」の作成などの在宅医療・介護連携のための取組の検討等に取り組んでいる。

○また、地域ごとに在宅医療推進の中核となる在宅医療連携グループの整備を進め、現在、県内で 17 グループが医師や看護師、薬剤師、リハビリ職、管理栄養士、医療ソーシャルワーカー、ケアマネジャー、地域包括支援センター、介護職などの医療・介護関係者による事例検討会を通じたチームづくりや医療と介護の連携方法の検討等に取り組んでいる。

○市町においては平成 27 年度から介護保険法に基づく在宅医療・介護連携推進事業を実施しており、在宅医療と介護の切れ目のない提供体制を構築するため、郡市医師会等関係団体と連携しながら、ＰＤＣＡサイクルに沿った取組（地域の現状分析・課題抽出・政策立案、対応策の実施、対応策の評価・改善）を継続的に実施している。

○さらに、多職種協働による包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制の構築を図るため、在宅医療に必要な連携を担う拠点を位置づけており、これらの拠点が中心となり、市町が実施する在宅医療・介護連携推進事業と連携しながら、在宅医療圏（市町）ごとに医療・介護の連携体制の構築を進めていくこととしている。構築にあたっては、地域の医療及び介護、障害福祉の関係者による会議を開催し、在宅医療の提供状況の把握、連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を行う必要がある。

（４）認知症患者の動向と対応

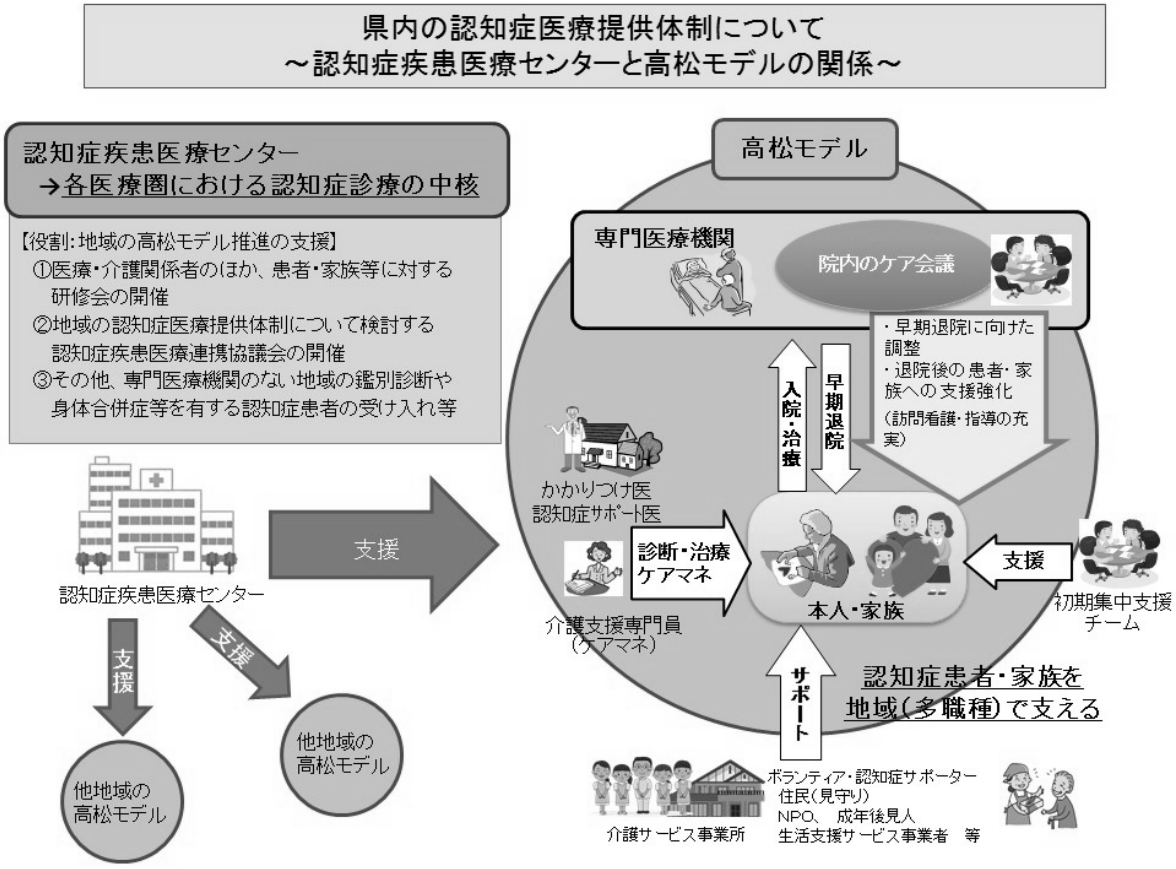
○認知症になってもできる限り住み慣れた地域で生活を継続できるよう、引き続き、早期の診断や周辺症状への対応を含む治療が受けられる体制を構築する必要がある。

○認知症疾患医療センターは、地域における認知症医療の中核となる病院として、認知症専門医療を提供し、診断後支援を実施するほか、認知症医療の地域連携拠点となっている。南加賀医療圏では加賀こころの病院、石川中央医療圏では県立こころの病院、能登中部・北部医療圏では公立能登総合病院を認知症疾患医療センターとして指定している。早期診断・早期対応のための体制として、かかりつけ医の認知症対応力向上研修の実施、かかりつけ医への助言や支援を行う認知症サポート医の養成を進めている。

○また、入院患者が早期退院できるよう、地域の医療・介護の連携体制を構築するため、県立こころの病院（旧：県立高松病院）が地域の在宅医療や介護関係者と実施してきた認知症高齢者の在宅療養をサポートする医療・介護連携モデル（高松モデル）の県内への普及に取り組んできたところである。

○引き続き、認知症疾患医療センターを中心とした、地域で認知症患者を支えるための取組みを推進する必要がある。

図　認知症疾患医療センターと高松モデルの関係



３．在宅医療の医療機能の明確化及び圏域の設定

①在宅医療体制

<table>
<tr><th>機能</th><th>退院支援</th><th>日常の療養支援</th></tr>
<tr><td>目標</td><td>●入院医療機関と在宅医療に係る医療機関の円滑な連携により、切れ目のない継続的な医療体制を確保すること</td><td>●患者の疾患、重症度に応じた医療が多職種協働により、可能な限り患者が住み慣れた地域で継続的、包括的に提供されること</td></tr>
<tr><td rowspan="3">求められる事項</td><td>【入院医療機関】
●退院支援担当者を配置すること
●退院支援担当者は、可能な限り在宅医療に係る機関での研修や実習を受けさせること
●入院初期から退院後の生活を見据えた関連職種による退院支援を開始すること
●退院支援の際には、患者の住み慣れた地域に配慮した在宅医療及び介護、障害福祉サービスの調整を十分図ること
●退院後、患者に起こりうる病状の変化やその対応について、関連職種を含む退院前カンファレンスや文書・電話等で、在宅医療に係る機関との情報共有を十分図ること
【在宅医療に係る機関】
●患者のニーズに応じて、医療や介護、障害福祉サービスを包括的に提供できるよう調整すること
●在宅医療や介護、障害福祉サービスの担当者間で、今後の方針や病状に関する情報や計画を共有し、連携すること
●高齢者のみではなく、小児や若年層の患者に対する訪問診療、訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導等にも対応できるような体制を確保すること
●病院・有床診療所・介護老人保健施設の退院（退所）支援担当者に対し、地域の在宅医療及び介護、障害福祉サービスに関する情報提供や在宅療養に関する助言を行うこと</td><td>【在宅医療に係る機関】
●関係機関の相互の連携により、患者のニーズに対応した医療や介護、障害福祉サービスが包括的に提供される体制を確保すること
●医療関係者は、地域包括支援センターが地域ケア会議において患者に関する検討をする際には積極的に参加すること
●地域包括支援センター等と協働しつつ、在宅療養に必要な医療や介護、障害福祉サービス、家族等の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること
●がん患者（緩和ケア体制の整備）、認知症患者（身体合併症等の初期対応や専門医療機関への適切な紹介）、小児患者（小児の入院機能を有する医療機関との連携）等、それぞれの患者の特徴に応じた在宅医療の体制を整備すること
●災害時にも適切な医療を提供するための計画（人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送等に係る計画を含む。）を策定すること
●医薬品や医療機器等の提供を円滑に行うための体制を整備すること
●身体機能及び生活機能の維持向上のための口腔の管理・リハビリテーション・栄養管理を適切に提供するために、関係職種間で連携体制を構築すること
●日常生活の中で、栄養ケア・ステーション等と連携し、患者の状態に応じた栄養管理を行うことや適切な食事提供に資する情報を提供するための体制を構築すること
●在宅療養患者への医療・ケアの提供にあたり、医師・歯科医師の定期的な診察と適切な評価に基づく指示により、患者の病態に応じて、適切な時期にサービスが提供される必要がある</td></tr>
<tr><td colspan="2">【在宅医療において積極的役割を担う医療機関】
●医療機関（特に一人の医師が開業している診療所）が必ずしも対応しきれない夜間や医師不在時、患者の病状の急変時等における診療の支援を行うこと
●在宅での療養に移行する患者にとって必要な医療及び介護、障害福祉サービスが十分確保できるよう、関係機関に働きかけること
●臨床研修制度における地域医療研修において、在宅医療の現場での研修を受ける機会等の確保に努めること
●災害時等にも適切な医療を提供するための計画（人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送等に係る計画を含む。）を策定し、他の医療機関等の計画策定等の支援を行うこと
●地域包括支援センター等と協働しつつ、療養に必要な医療及び介護、障害福祉サービスや家族等の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること
●入院機能を有する医療機関においては、患者の病状が急変した際の受入れを行うこと</td></tr>
<tr><td colspan="2">【在宅医療に必要な連携を担う拠点】
●地域の医療及び介護、障害福祉の関係者による会議を定期的に開催し、在宅医療における提供状況の把握、災害時対応を含む連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を実施すること
●地域包括ケアシステムを踏まえた在宅医療の提供体制を整備する観点から、地域の医療及び介護、障害福祉サービスについて、所在地や機能等を把握し、地域包括支援センターや障害者相談支援事業所等と連携しながら、退院時から看取りまでの医療や介護、障害福祉サービスにまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供するよう、関係機関との調整を行うこと
●質の高い在宅医療をより効率的に提供するため、関係機関の連携による急変時の対応や24時間体制の構築や多職種による情報共有の促進を図ること
●在宅医療に係る医療及び介護、障害福祉関係者に必要な知識・技能に関する研修の実施や情報の共有を行うこと
●在宅医療に関する地域住民への普及啓発を実施すること</td></tr>
<tr><td>関係機関の例</td><td>●病院・診療所
●薬局
●訪問看護事業所
●栄養ケアステーション
●居宅介護支援事業所
●地域包括支援センター
●基幹相談支援センター・相談支援事業所</td><td>●病院・診療所
●薬局
●訪問看護事業所
●栄養ケアステーション
●居宅介護支援事所
●地域包括支援センター
●介護老人保健施設
●介護医療院
●短期入所サービス提供施設
●看護小規模多機能型居宅介護事業所
●基幹相談支援センター・相談支援事業所</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>機能</th><th>急変時の対応</th><th>看取り</th></tr>
<tr><td>目標</td><td>●患者の病状急変時に対応できるよう、在宅医療を担う病院・診療所、薬局、訪問看護事業所及び入院機能を有する病院・診療所との円滑な連携による診療体制を確保すること</td><td>●住み慣れた自宅や介護施設等患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を確保すること</td></tr>
<tr><td rowspan="3">求められる事項</td><td>【在宅医療に係る機関】
●病状急変時における連絡先をあらかじめ患者やその家族等に提示し、また、求めがあった際に24時間対応が可能な体制を確保すること
●24時間対応が自院で難しい場合も、近隣の病院や診療所、薬局、訪問看護事業所等との連携により、24時間対応が可能な体制を確保すること
●在宅医療に係る機関で対応できない急変の場合は、その症状や状況に応じて、搬送先として想定される入院医療機関と協議して入院病床を確保するとともに、搬送については、地域の消防関係者と連携を図ること
●患者の病状急変時にその症状や状況に応じて、円滑に入院医療へ繋げるため、事前から入院先として想定される病院・有床診療所と情報共有を行う、急変時対応における連携ルールを作成する等、地域の在宅医療に関する協議の場も活用し、消防関係者も含め連携体制の構築を進めることが望ましい
【入院医療機関】
●在宅療養支援病院、有床診療所（在宅療養支援診療所を含む。）、在宅療養後方支援病院、二次救急医療機関等において、在宅医療に係る機関（特に無床診療所）が担当する患者の病状が急変した際の受入れを行うこと
●特に、在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院においては、地域の在宅医療に係る機関と事前から情報共有を行う等連携することで、円滑な診療体制の確保に努めること</td><td>【在宅医療に係る機関】
●人生の最終段階に出現する症状に対する患者や家族等の不安を解消し、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を構築すること
●本人と家族等が希望する医療・ケアを提供するにあたり、医療と介護の両方を視野に入れ、利用者の状態の変化に対応し、最期を支えられる訪問看護の体制を整備すること
●麻薬を始めとするターミナルケアに必要な医薬品や医療機器等の提供体制を整備すること
●患者や家族等に対して、自宅や住み慣れた地域で受けられる医療及び介護、障害福祉サービスや看取りに関する適切な情報提供を行うこと
●介護施設等による看取りを必要に応じて支援すること
【入院医療機関】
●在宅医療に係る機関で看取りに対応できない場合について、病院・有床診療所で必要に応じて受け入れること</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>関係機関の例</td><td>●病院・診療所
●薬局
●訪問看護事業所
●消防機関</td><td>●病院・診療所
●薬局
●訪問看護事業所
●居宅介護支援事業所
●地域包括支援センター
●基幹相談支援センター・相談支援事業所</td></tr>
</table>

②在宅医療における圏域の設定

○在宅医療の医療機能については、基本的に市町内の医療機関同士が相互に連携を図りながら担っており、原則として、市町を在宅医療の圏域とする。

４．在宅医療の施策の方向

【目的（目指す方向）】
- ■訪問診療を受けた患者数（月平均）の増加
- ■在宅看取り数の増加

【目標】
- ■退院支援担当者を配置している診療所・病院数の増加
- ■訪問診療を実施している診療所・病院数の増加
- ■在宅療養支援歯科診療所の増加
- ■訪問看護事業所の増加
- ■往診を実施している診療所・病院数の増加
- ■在宅療養後方支援病院数の増加
- ■24 時間体制を取っている訪問看護ステーション数の増加
- ■在宅看取りを実施している診療所・病院数の増加
- ■ターミナルケアを実施している訪問看護ステーション数の増加
- ■認知症ケア加算を算定している医療機関数の増加
- ■かかりつけ医における認知症医療を受けた患者数の増加

（１）在宅医療体制の強化

【退院支援】

○退院後ケアの円滑な提供に向けて、入退院時における連携ルール等により医療・介護の入退院時の連携強化を図り、入院医療から在宅医療への円滑な移行を促進する。

【日常の療養支援】

○医師会等関係団体が実施する在宅医療の提供体制強化や充実に向けた取組の支援に努める。

○在宅医療に携わる多職種によるチームの連携を円滑に行うため、「いしかわ診療情報共有ネットワーク」の利用を推進する。

○医師不足地域等においてオンライン診療の活用を検討する。

○がんや脳卒中、心血管疾患、糖尿病については、関係機関との診療情報や治療計画の共有（地域連携クリティカルパスを含む。）や医療・介護関係者を対象

とした研修会の開催などにより、専門的治療を行う医療機関と在宅療養を担う機関の連携体制の構築を図る。

○小児在宅患者への対応は、保健・医療・障害福祉・保育・教育等の関係分野の支援を行う機関の連携を強化し、小児在宅医療の連携のあり方を検討する。

○保健・医療・福祉の関係機関との連携を図り、生活期リハビリテーションの提供・推進体制を含む、地域リハビリテーション支援体制の取組について検討する。

【急変時の対応】

○患者の急変時の受入れなど在宅医療の後方支援や、在宅復帰に向けた回復期の入院医療等を担う地域包括ケア病床の整備を促進する。

○居宅や介護施設等における患者の急変時の対応や医療機関の支援体制について、在宅医療において必要な連携を担う拠点や市町、地域の関係団体が連携し検討する。

○在宅患者の急変時の連携ルールの推進や地域における課題の抽出、対応策の検討等に対する支援を行う。

【看取り】

○患者や家族が、人生の最終段階においてどのような医療を望むかについて日頃から話し合うこと（人生会議）を促すため、患者や家族を支援する医療従事者等に対する研修会の開催支援や啓発媒体の作成などの取組を検討する。

【その他】

○県は、地域医療構想調整会議や在宅医療推進協議会などを通じて、各市町の在宅医療・介護の連携体制の構築状況を把握するとともに、その質の向上・確保を図るため、関係団体とともに市町の支援策を検討する。

○市町や郡市医師会、在宅医療連携グループなどの関係団体の活動内容を報告する成果発表会を開催し、関係団体の活動内容を情報共有するとともに、好事例を他地域へ広げるよう努める。

○災害や感染症まん延時にも在宅医療が提供できるよう、平時から在宅医療の関係機関の連携を進めるとともに、在宅医療に必要な連携を担う拠点等における業務継続計画（BCP）の策定を推進する。

（２）在宅医療を支える人材の育成

○医師会等関係団体や医療従事者のグループ（研究会等）が行う研修等により、地域における在宅医療推進の中核となる人材の養成を目指し、在宅医療に従事する医療従事者の養成と資質の向上に努める。

○訪問看護ステーション等に勤務する看護師が、特定行為研修等を受講しやすい環境整備や、地域の医療機関等に勤務する医師・看護師等に特定行為等についての理解を深めてもらうなど、研修会修了者が活躍できる体制を構築する。

○要介護者の口腔ケアや口腔機能向上に関する研修会を開催し、関係者の資質向上を図る。

○薬局に勤務する薬剤師が、実際に使用する機器の操作方法など現場で求められている技能等を習得するため、実践的な研修会を実施し、さらなる在宅医療対応能力の向上に努める。

○介護施設等に勤務する看護職員等を対象とした研修会を行うなど、介護施設等におけるケアの充実に努める。

○特別養護老人ホーム等の施設及び居宅において必要なケアを安全に提供するため、介護職員を対象とした喀痰吸引等の実施のための研修を行うなど、適切に喀痰吸引等を行うことができる介護職員等を養成する。

○医療的ケア児が地域において必要な支援を円滑に受けられる体制の構築を推進するため、小児在宅医療に関わる多職種を対象とした研修会の開催等を支援する。

○生活期リハビリテーションの充実のため、福祉用具等を用いた自立支援に関する研修や多職種を対象とした研修会等を通して、リハビリテーション職の資質向上及び多職種との連携を図る。

○生活困窮や虐待の問題、身寄りのない方等の社会的な課題を持つ方に対する支援について多職種で考える研修会を実施し、関係者の資質向上を図る。

（３）在宅医療と介護の連携の推進

○市町が医療関係団体と連携して実施する、在宅医療・介護連携推進事業等を通じ、地域の実情に合わせた在宅医療と介護の連携体制の構築を図るとともに、県は医療に係る専門的・技術的な対応や複数市町にまたがる広域的な連携が必要な取組等、在宅医療・介護連携の推進に向けた支援を行う。

○地域医療構想調整会議等で各地域の在宅医療の提供状況等について情報提供を行うとともに、医療・介護間での課題の共有や、連携強化に向けた取り組みを推進する。

（４）住民への在宅医療に関する普及啓発

○市町が地域の関係団体と連携して行う普及啓発の取組と合わせて、県でも県民公開講座等を開催し、入院から在宅医療への移行プロセスや在宅医療で利用できるサービス、看取り、認知症等に関する住民向けの普及啓発に努める。

（５）認知症医療提供体制の充実

○認知症に関する詳細な診断や治療といった専門的医療の提供や診断後支援の実施、医療・保健・介護機関等での連携体制の充実のため、認知症疾患医療センターの運営の支援を行う。

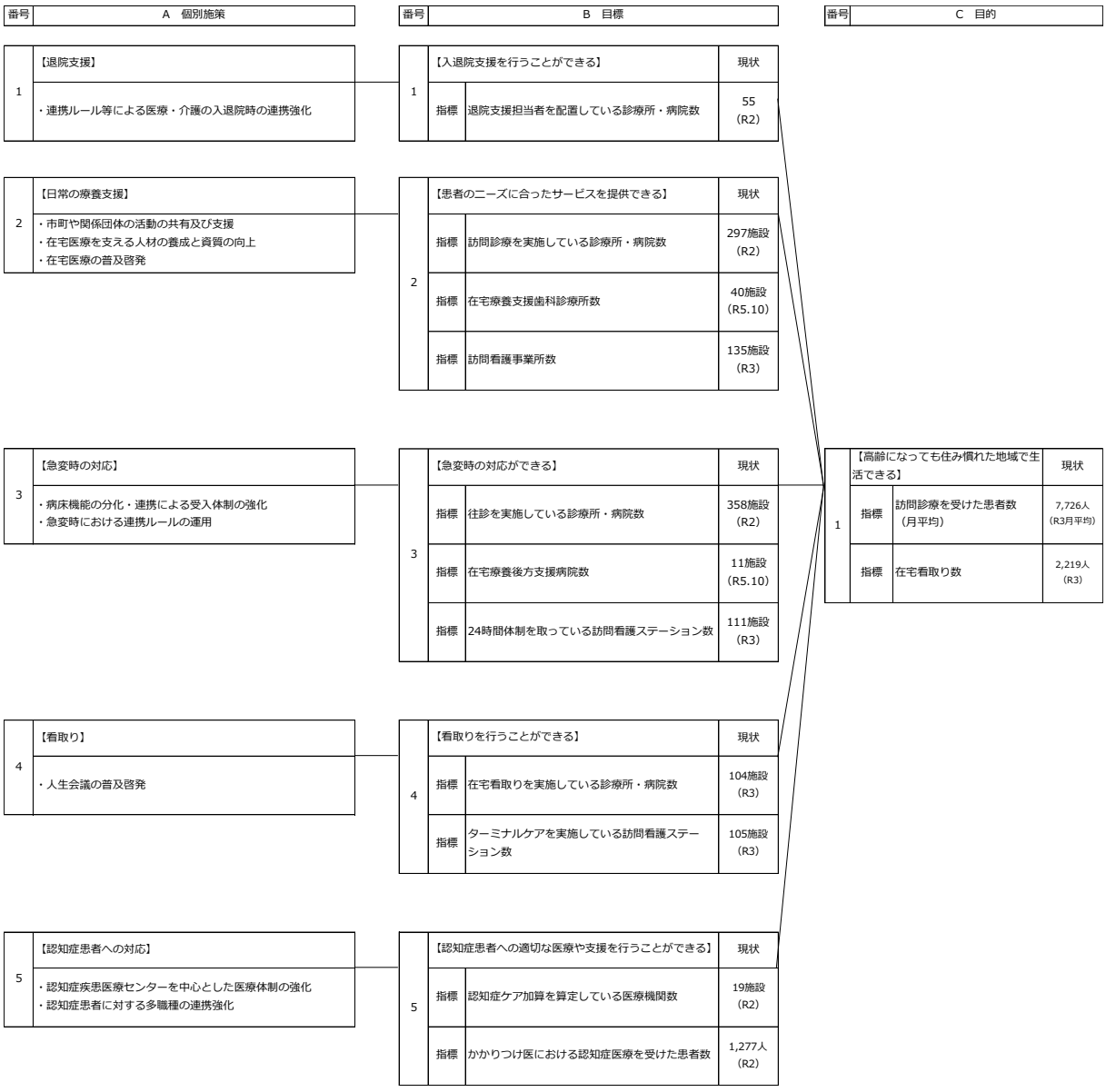
○かかりつけ医の認知症対応力向上研修の実施や認知症サポート医養成研修の受講促進、認知症サポート医に対するフォローアップ研修などにより、かかりつけ医による認知症の早期発見・早期対応と継続医療体制の強化を図る。

○認知症サポート医に対して市町の認知症初期集中支援チームへの協力を求めるとともに、チーム構成員が参加する研修の受講を支援するなど、認知症初期集中支援チームの対応力強化を図る。

○入院患者の認知症の悪化を予防するため、認知症サポート医の育成や認知症認定看護師の養成、医療従事者への認知症対応力向上研修を通じ、認知症患者に対応できる人材の育成や、院内の認知症ケアチームの設置などを行う病院の増加を図る。

○地域ごとの事例検討会を通じ、各地域で認知症に関わる多職種の連携体制を構築するとともに、地域の多職種連携の中核となる人材を養成することにより、高松モデルの普及を促進する。

施策・指標マップ


番号
A　個別施策
番号
B　目標
番号
C　目的
1
【退院支援】
・連携ルール等による医療・介護の入退院時の連携強化
1
【入退院支援を行うことができる】
現状
指標
退院支援担当者を配置している診療所・病院数
55
(R2)
2
【日常の療養支援】
・市町や関係団体の活動の共有及び支援
・在宅医療を支える人材の養成と資質の向上
・在宅医療の普及啓発
2
【患者のニーズに合ったサービスを提供できる】
現状
指標
訪問診療を実施している診療所・病院数
297施設
(R2)
指標
在宅療養支援歯科診療所数
40施設
(R5.10)
指標
訪問看護事業所数
135施設
(R3)
3
【急変時の対応】
・病床機能の分化・連携による受入体制の強化
・急変時における連携ルールの運用
3
【急変時の対応ができる】
現状
指標
往診を実施している診療所・病院数
358施設
(R2)
指標
在宅療養後方支援病院数
11施設
(R5.10)
指標
24時間体制を取っている訪問看護ステーション数
111施設
(R3)
4
【看取り】
・人生会議の普及啓発
4
【看取りを行うことができる】
現状
指標
在宅看取りを実施している診療所・病院数
104施設
(R3)
指標
ターミナルケアを実施している訪問看護ステーション数
105施設
(R3)
5
【認知症患者への対応】
・認知症疾患医療センターを中心とした医療体制の強化
・認知症患者に対する多職種の連携強化
5
【認知症患者への適切な医療や支援を行うことができる】
現状
指標
認知症ケア加算を算定している医療機関数
19施設
(R2)
指標
かかりつけ医における認知症医療を受けた患者数
1,277人
(R2)
1
【高齢になっても住み慣れた地域で生活できる】
現状
指標
訪問診療を受けた患者数（月平均）
7,726人
(R3月平均)
指標
在宅看取り数
2,219人
(R3)

数値目標

分類	指標		現状値	目標値	
	名　称	出典・説明		R8 年度（中間年）	R11 年度（最終年）
B	退院支援担当者を配置している診療所・病院数	厚生労働省「医療施設調査」	55 施設（R2）	増加	増加
B	訪問診療を実施している診療所・病院数	厚生労働省集計ＫＤＢデータ	297 施設（R2）	増加	増加
B	在宅療養支援歯科診療所	東海北陸厚生局「診療報酬施設基準」	40 施設（R5.10）	増加	増加
B	訪問看護事業所数	厚生労働省「介護ＤＢ」	135 施設（R3）	増加	増加
B	往診を実施している診療所・病院数	厚生労働省集計ＫＤＢデータ	358 施設（R2）	増加	増加
B	在宅療養後方支援病院数	東海北陸厚生局「診療報酬施設基準」	11 施設（R5.10）	増加	増加
B	24 時間体制を取っている訪問看護ステーション数	厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」	111 施設（R3）	増加	増加
B	在宅看取りを実施している診療所・病院数	厚生労働省「ＮＤＢ」	104 施設（※）（R3）	増加	増加
B	ターミナルケアを実施している訪問看護ステーション数	厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」	105 施設（R3）	増加	増加
B	認知症ケア加算を算定している医療機関数	厚生労働省「精神保健福祉資料」	19 施設（R2）	増加	増加
B	かかりつけ医における認知症医療を受けた患者数	厚生労働省「精神保健福祉資料」	1,277 人（R2）	増加	増加
C	訪問診療を受けた患者数（月平均）	厚生労働省「ＮＤＢ」	7,726 人（R3 月平均）	増加	増加
C	在宅看取り数	厚生労働省「ＮＤＢ」	2,219 人（R3）	増加	増加

※数値非公開（該当する医療施設数１箇所以上、３箇所未満）の市町を除く合計

１２　公的医療機関等の役割

１．現状と課題

■公的医療機関等は、地域における良質な医療提供体制の確保のため重要な役割を果たしているが、こうした役割を今後も持続的に担っていくために、民間医療機関も含め地域の医療機関相互の機能分担と連携を強化していく必要がある。

県内の公的医療機関等（医療法第７条２第１項に規定する病院、国立病院機構、国立大学病院等）は 26 病院であり、県内病院数（89 病院）の約 1/3 に当たり、病床数では全病床数（一般、療養、精神など）の半数を超えている（令和５年３月 31 日現在）。

公的医療機関等は、民間医療機関による提供が困難な救急医療、災害時や新興感染症の発生・まん延時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療等の政策医療を数多く担っており、地域において、良質な医療を提供する体制を確保するために重要な役割を果たしている。

今後とも、公的医療機関等が地域において必要な医療を安定的かつ継続的に提供していくためには、これまで以上に経営の効率化を図るとともに、民間医療機関も含めた地域の医療機関相互の機能分担と連携を強化していく必要がある。

公立病院を設置する地方公共団体では、国が示す「公立病院経営強化ガイドライン」に基づき、経営強化プランを策定することになっている。

２．対策

■公的医療機関等は、地域医療構想達成に向けて自らが担うべき医療機能等及び医療資源を明らかにし、地域医療構想調整会議の議論を通して、地域の医療機関相互の機能分担と連携を強化する。

公的医療機関等は、地域医療構想調整会議等での議論を通じて、自らが地域において担うべき医療機能及び医療資源を明らかにし、民間医療機関を含めた地域の医療機関相互の機能分担と連携を強化する。

公立病院は、当該病院を設置している地方公共団体が策定した「公立病院経営強化プラン」に即して、立地条件や求められる医療機能を踏まえつつ、地域医療構想を踏まえた当該病院の役割や地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割について検討していく必要がある。

特に、地域において中核的医療を行う基幹病院に急性期機能を集約して医師・看護師等を確保し、基幹病院以外の病院等は回復期機能・初期救急等を担うなど役割分担を明確化するとともに、連携を強化することが重要になっている。

公的医療機関（病院）が行う救急医療等確保事業

（令和5年12月31日現在）

医療圏	病院名	救急医療等確保事業												
		救急医療			災害医療	へき地医療	周産期医療	小児医療（小児救急医療含む）	がん診療連携拠点	エイズ拠点	難病	臓器移植	骨髄移植	精神科救急
		救急告示病院	病院群輪番制	救命救急センター又は大学病院部	◎基幹災害拠点病院 ○地域災害拠点病院	へき地医療拠点病院	◎総合周産期母子医療センター ○高度周産期母子医療センター	◎中核病院 ○地域医療センター □地域支援病院	◎県拠点 ○地域拠点 ◇協力病院 □推進病院	◎中核拠点病院 ○拠点病院	拠点病院	移植病院	移植病院	基幹病院
南加賀	（独）国立病院機構石川病院	○								○				
	加賀市医療センター	○			○				□					
	国民健康保険小松市民病院	○	○		○			□	○	○				
	国民健康保険能美市立病院	○	○											
	医療圏計	4	2		2			1	2	2				
石川中央	（独）国立病院機構金沢医療センター	○	○		○		○	○	○	○				
	国立大学法人金沢大学附属病院	○		○			○	◎	◎	○	○	○	○	
	金沢市立病院	○	○		○				□					
	金沢赤十字病院	○	○		○				□					
	国家公務員共済組合連合会北陸病院	○	○											
	（独）国立病院機構医王病院									○	○			
	（独）地域医療機能推進機構金沢病院	○	○						□					
	石川県立中央病院	○	○	○	◎	○	◎	○	○	◎			○	
	石川県済生会金沢病院	○	○						□					
	公立松任石川中央病院	○			○				□					
	公立つるぎ病院	○				○								
	石川県立こころの病院													○
	津幡町国民健康保険直営河北中央病院	○												
	医療圏計	11	7	2	5	2	3	3	8	4	2	1	2	1
能登中部	公立羽咋病院	○			○									
	町立宝達志水病院	○												
	町立富来病院	○												
	（独）国立病院機構七尾病院													
	公立能登総合病院	○		○	○	○		□	◇	○				
	医療圏計	4		1	2	1		1	1	1				
能登北部	市立輪島病院	○			○	○								
	公立穴水総合病院	○				○								
	公立宇出津総合病院	○				○								
	珠洲市総合病院	○			○	○								
	医療圏計	4			2	4								
	県　計	23	9	3	11	7	3	5	11	7	2	1	2	1

1　公的医療機関（病院）とは、国立病院機構、日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、国家公務員共済組合連合会、地域医療機能推進機構、自治体病院、国立大学病院等をいい、本県には上記の26病院がある。

１３　医薬分業の推進

１．医薬分業の現状と課題について

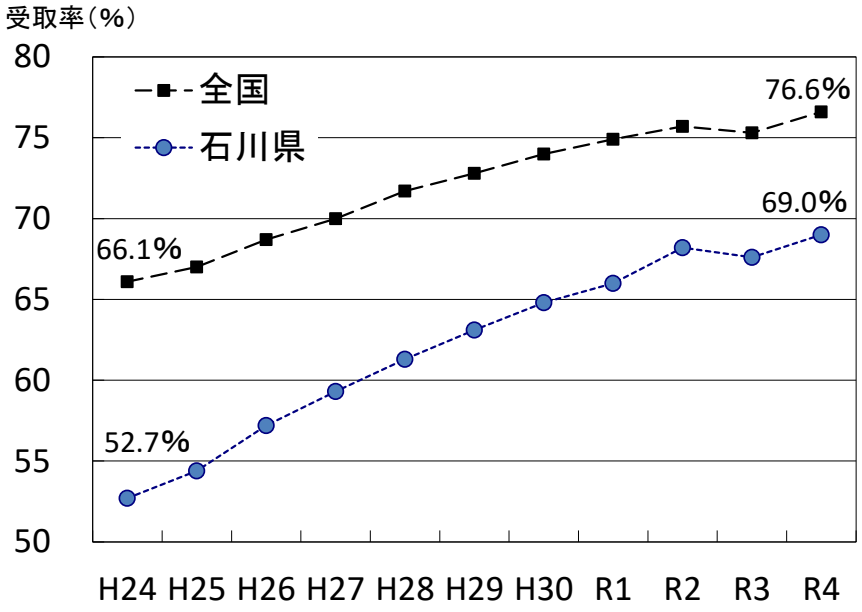
■本県の医薬分業の進展度は、全国平均より低い状況であるものの、着実に定着してきている。
■本県の薬局数は全国並みに増加しているが、患者主体の医薬分業の実現に向け、多くの薬局がかかりつけ薬局としての機能を備えるように取り組む必要がある。

（１）医薬分業の現状

【院外処方箋受取率の推移】

○石川県における院外処方箋の受取率（医薬分業の推進度合いを示すもの）は、令和４年度で 69.0%と、全国平均 76.6%と比べると低い状況（全国 38 位）ではあるものの、10 年間の増加率は石川県 16.3%と全国平均 10.5%を上回っており、着実に定着してきている。

図　処方箋受取率の年次推移（全国・石川県：H24～R4）



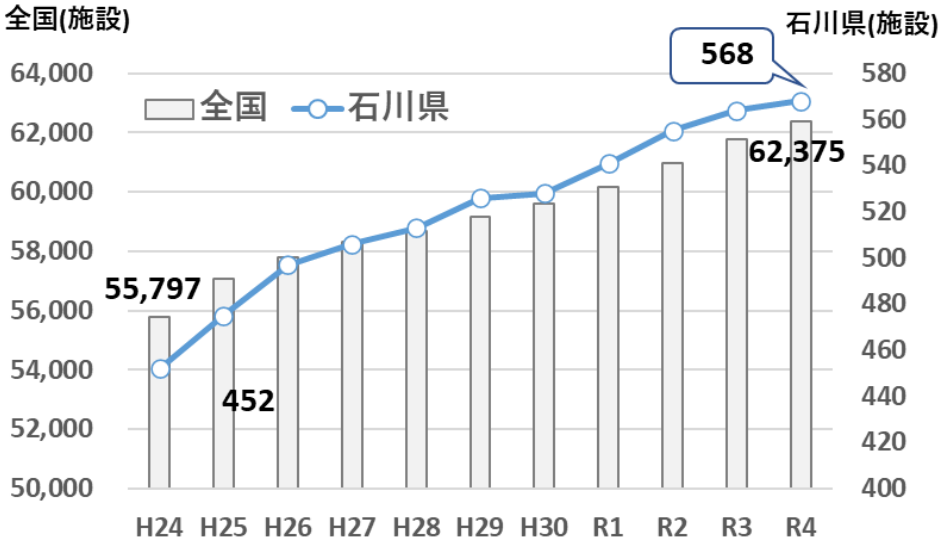
出典：「医薬分業進捗状況（保険調剤の動向）」（日本薬剤師会）

（備考）　処方箋受取率=薬局での処方箋受取枚数/外来処方件数×100

【薬局数の推移】

○石川県における薬局数は、令和４年度末で 568 施設であり、10 年間で 116　施設増加（1.3 倍）、また人口 10 万対薬局数は令和４年度末で 51.3（全国 25 位）であり、全国平均 49.9 を上回っている。また、薬局のうち、処方箋に基づく保険調剤を行っている保険薬局の割合が 98.1％と、全国平均 97.5％を上回っており、処方箋の応需体制も定着してきている。

図　薬局数の年次推移（全国・石川県：H24～R4）



出典：「衛生行政報告例」（厚生労働省）

（２）かかりつけ薬局・薬剤師の現状

○国は、平成 27 年 10 月に、患者本位の医薬分業の実現に向け、「患者のための薬局ビジョン」を策定した。さらなる医薬分業の推進には、現在の薬局が、かかりつけ薬局としての機能を備えるよう取り組むとともに、県民に対してその認知度の向上を図る必要がある。

２．医薬分業推進の施策の方向

【目的（目指す方向）】
■県民が必要とする薬局・薬剤師サービスの提供
【目標】
■院外処方箋応需体制の整備

（１）薬剤師の資質向上

○県薬剤師会は、薬剤師の質の向上・専門性の向上を目指した研修を実施する。

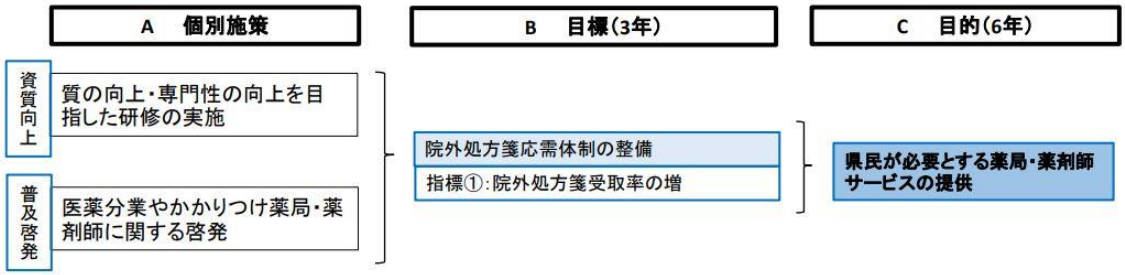
○県は、県薬剤師会が行う研修等を支援する。

（２）普及啓発

○県薬剤師会は、資材やホームページ等を活用して、かかりつけ薬局・薬剤師に関する普及啓発に努める。

○県は、県薬剤師会の普及活動を支援するとともに、薬局機能情報などを通じて処方箋応需体制やかかりつけ薬局・薬剤師の認知度の向上に努める。

施策・指標マップ



数値目標

分類	指　標		現状値（R4）	目標値	
	名　称	出典・説明		R8 年度（中間年）	R11 年度（最終年）
B	院外処方箋受取率	日本薬剤師会調査	69.0%	増加	増加

１４　血液確保対策の推進

１．血液確保対策の現状と課題について

■本県の献血者数は、平成 30 年以降、年間目標人数を達成している。
■年代別では、50 代・60 代の献血者は増加しているものの、残りの年代は横ばいもしくは減少傾向であり、特に若年層（20 代・30 代）の割合が減少している。
■将来にわたり血液の安定供給を図るため、若年層の献血への理解と協力が必要。
■血液製剤を安全かつ有効に活用するため、使用の適正化の推進が必要。

（１）献血者数

【年代別献血者の推移】

○石川県の献血及び血液製剤の供給などの血液事業は、昭和 40 年 1 月に石川県赤十字血液センター（以下「血液センター」という）が業務を開始して以来、ほぼ順調に推移している。

本県における年間献血者数は、令和４年度で 44,620 人と、石川県献血推進計画の目標人数を達成している（達成率　105.5%）。近年の献血状況は、ほぼ横ばいに推移しているが、年代別では、50 代・60 代の献血者は増加しているものの、残りの年代は横ばいもしくは減少傾向であり、特に若年層（20 代・30 代）の割合が減少している。

表　年度別年代別献血者の推移及び目標値に対する達成率
（石川県 H25～R4：血液センター調査）

（単位：人）

	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4
目標達成率（%）	98.7	93.9	95.2	94.7	98.7	103.7	110.1	108.4	106.4	105.5
総献血者数	48,895	46,414	44,366	42,627	41,950	42,540	45,152	45,186	44,561	44,620
16～19歳	2,333	2,034	2,018	1,882	2,133	2,520	2,760	2,061	1,937	2,077
20～29歳	8,772	8,019	6,965	6,439	6,392	6,103	6,355	5,987	6,054	6,138
30～39歳	10,793	9,471	8,331	7,623	7,324	7,218	7,265	7,043	6,806	6,281
40～49歳	14,515	14,086	13,641	13,401	12,506	12,530	13,172	13,170	12,018	11,288
50～59歳	9,115	9,412	9,764	9,695	9,790	10,250	11,238	12,328	12,801	13,474
60～69歳	3,367	3,392	3,647	3,587	3,805	3,919	4,362	4,597	4,945	5,362

図　年度別年代別献血者の推移（石川県 H25～R4：血液センター調査）

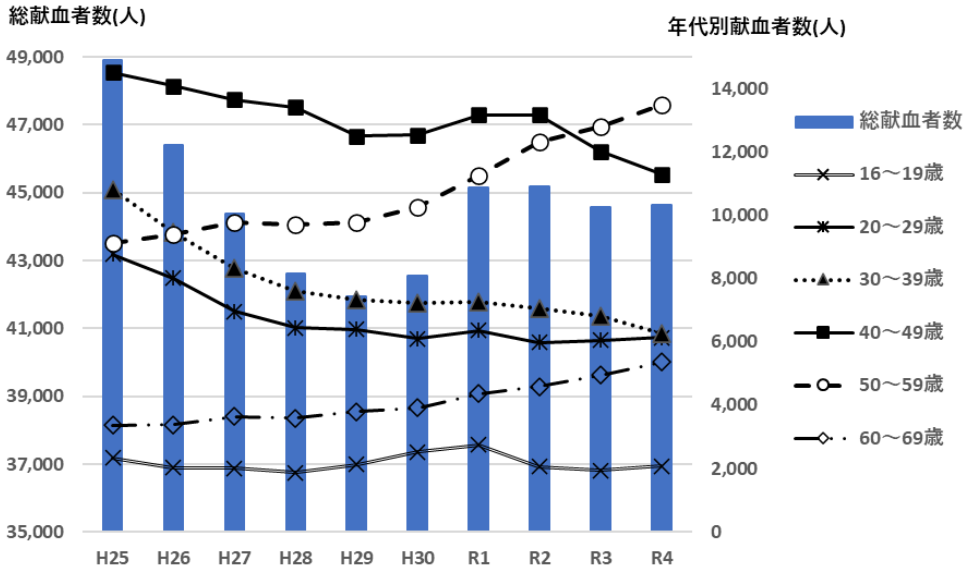
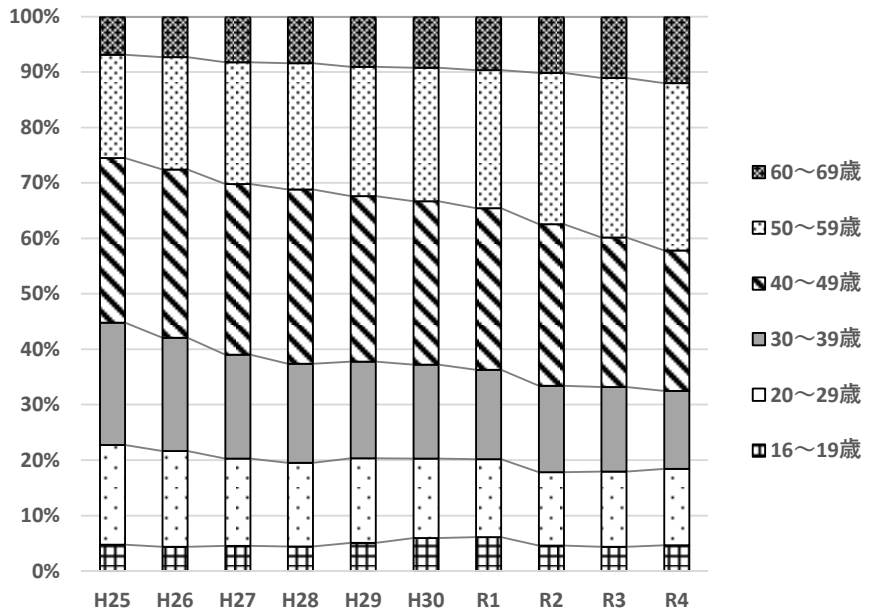


図　年代別献血状況（石川県 H25～R4：血液センター調査）



H25 から R4 の増減

16～19 歳：4.8%⇒4.7%（-0.1%）　　20～29 歳：17.9%⇒13.8%（-4.2%）

30～39 歳：22.1%⇒14.1%（-8.0%）　　40～49 歳：29.7%⇒25.3%（-4.4%）

50～59 歳：18.6%⇒30.2%（+11.6%）　　60～69 歳：6.9%⇒12.0%（+5.1%）

（２）血液製剤の供給状況

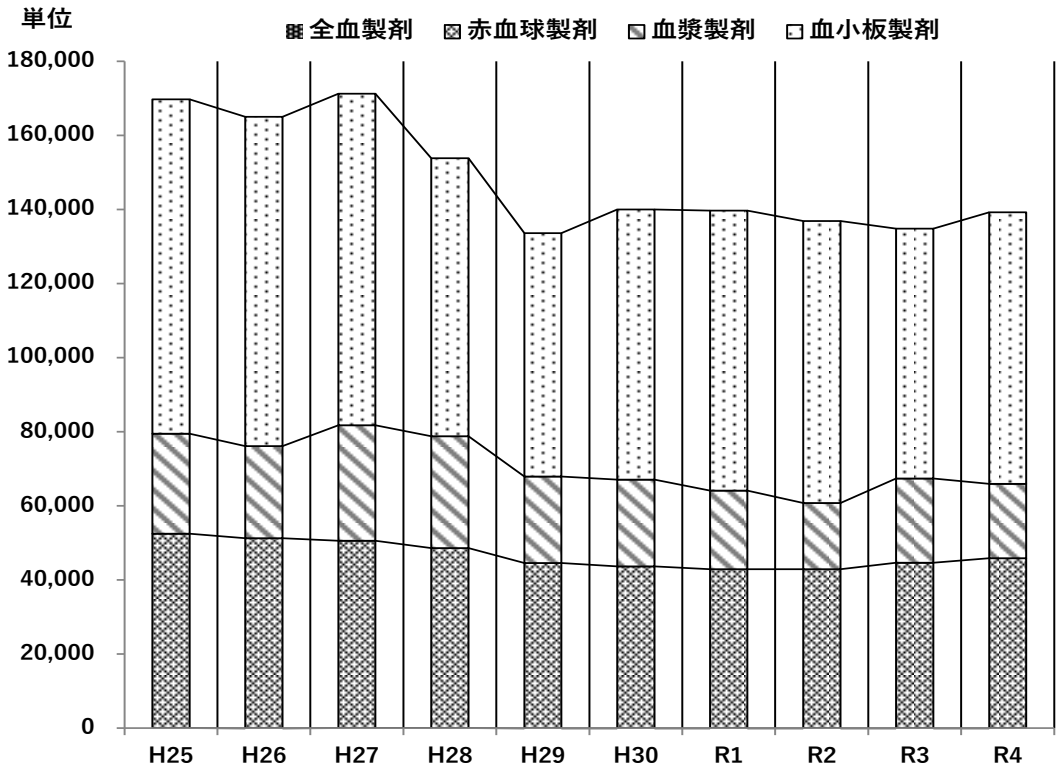
○血液製剤を安全かつ有効に活用するため、平成 23 年 3 月に医療機関、血液センター及び行政からなる合同輸血療法委員会を設置して、血液製剤の適正使用に向けた情報交換を行っている。

輸血用血液製剤の供給量については、全体的に減少傾向であり、近年全血製剤はほとんど使用しなくなっている。

表・図　年度別輸血用血液製剤供給の推移（石川県 H25～R4：血液センター調査）

（単位）

	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4
血小板製剤	90,245	88,920	89,536	75,060	65,740	72,935	75,606	76,135	67,470	73,360
血漿製剤	27,047	24,821	31,175	30,168	23,323	23,458	21,225	17,868	22,724	20,065
赤血球製剤	52,431	51,265	50,558	48,607	44,557	43,619	42,873	42,879	44,670	45,848
全血製剤	4	0	6	2	0	0	0	0	0	0
計	169,727	165,006	171,275	153,837	133,620	140,012	139,704	136,882	134,864	139,273



（注）1 上記表は県内での供給数（単位）であり、県内・県外で採血されたものも含む
2 血漿製剤は、H29 より新単位換算を採用しているが、上記表では旧単位換算で統一

２．血液確保対策の施策の方向

【目的（目指す方向）】
■将来にわたる血液の安定供給の確保
【目標】
■献血者の確保

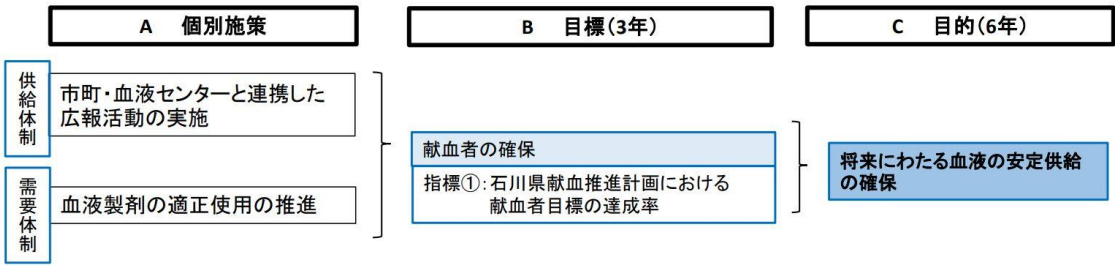
（１）市町・血液センターと連携した広報活動の実施

○県は、市町及び血液センターと連携して、「愛の血液助け合い運動」や「はたちの献血キャンペーン」などの広報活動を実施し、県民、特に若年層への献血思想の普及啓発に努める。

（２）血液製剤の適正使用の推進

○県は、医療機関及び血液センターと連携し、合同輸血療法委員会の運営を通して、血液製剤の適正使用の推進を図る。

施策・指標マップ



数値目標

分類	指　標		現状値	目標値	
	名　称	出典・説明		R8 年度（中間年）	R11 年度（最終年）
B	石川県献血推進計画における献血者目標の達成率	赤十字血液センター調査	達成（105.5%）（R4）	達成	達成

第７章　保健・医療基盤の充実

１　医療従事者の確保と資質の向上

【医師（石川県医師確保計画）】

○石川県医師確保計画（以下、「医師確保計画」という。）は、三次医療圏及び二次医療圏ごとに、医師偏在指標を踏まえた医師確保の方針、確保すべき目標医師数、目標の達成に向けた施策内容という一連の方策を定めるものである。

○令和２年３月に策定した医師確保計画の期間は、令和５年度末までとなっているため、厚生労働省の「医師確保計画策定ガイドライン」に基づき、令和６年度から令和８年度末までの計画として、新たに医師確保計画を策定し、以後３年ごとに見直しを行う。

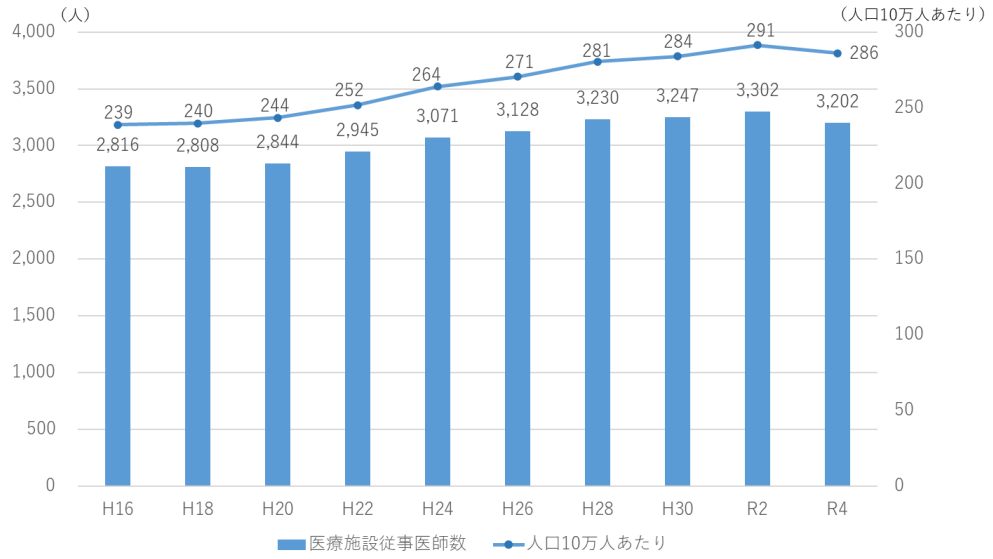
１．現状と課題について

■厚生労働省から示された「医師偏在指標」によれば、本県は医師多数都道府県に区分されるものの、地域間・診療科間における医師偏在の解消に向けた取り組みが引き続き必要

（１）医師の数

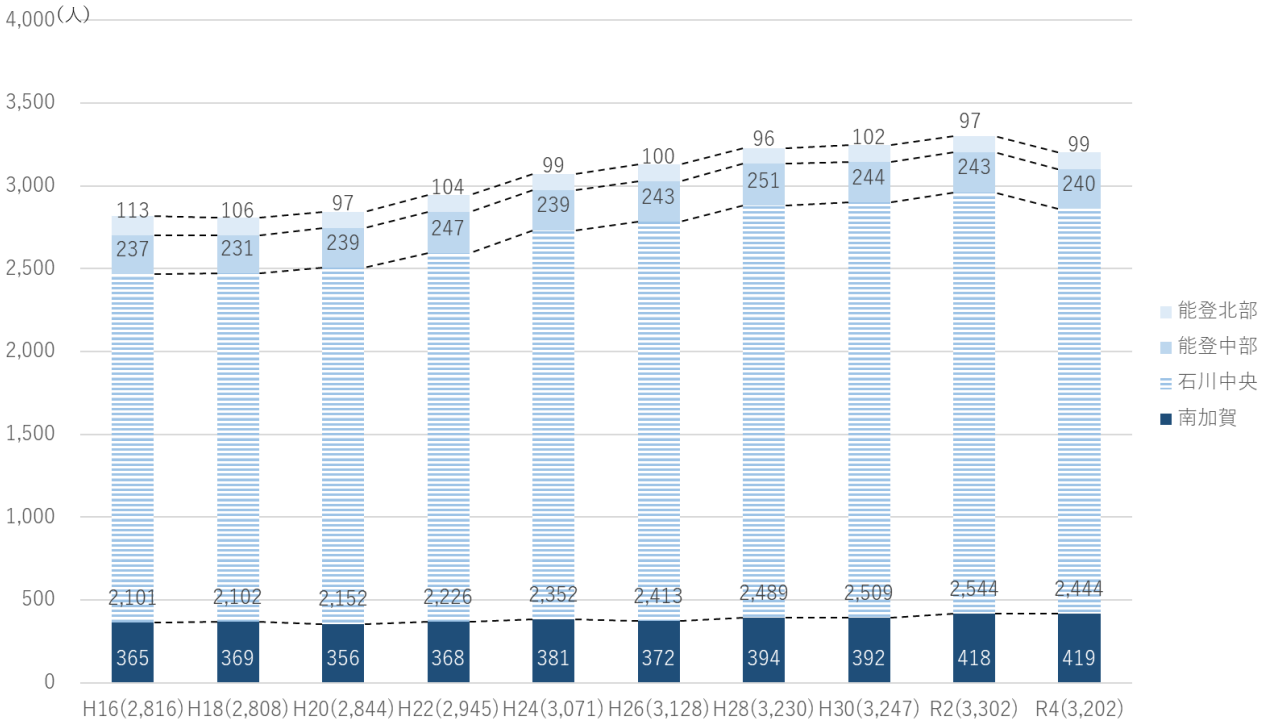
○本県の医療施設従事医師数は増加傾向にあり、令和４年において、3,202 人である。二次医療圏別に見ると、南加賀が 419 人、石川中央が 2,444 人、能登中部が 240 人、能登北部が 99 人となっている。

○人口 10 万人あたりの医療施設従事医師数で見ると、令和４年において、本県は 286 人であり、全国値（262 人）を上回っている。二次医療圏別に見ると、石川中央が全国値を上回っており、南加賀・能登中部・能登北部が全国値を下回っている。



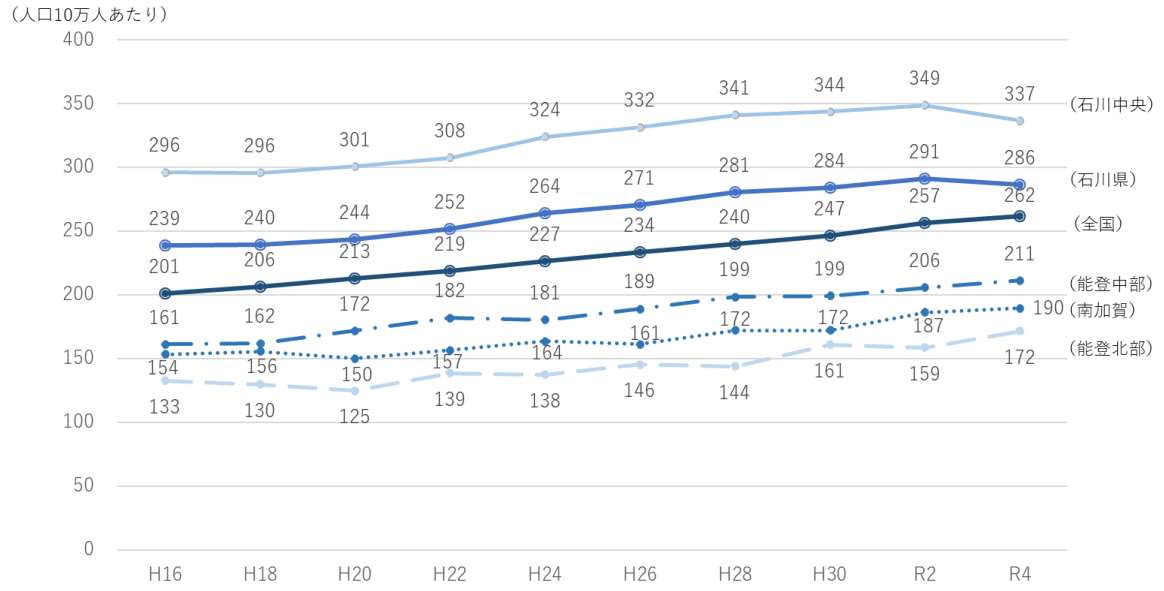
本県の医療施設従事医師数　　出典：医師数：「医師・歯科医師・薬剤師統計」（厚生労働省）

本県人口：石川県統計



本県の医療施設従事医師数（二次医療圏別）

出典：医師数：「医師・歯科医師・薬剤師統計」（厚生労働省）※（）内の数字は、各年の総数



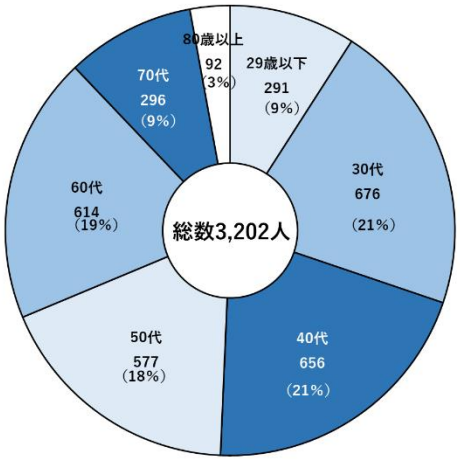
本県の医療施設従事医師数（二次医療圏別）（人口 10 万人あたり）

出典：医師数：「医師・歯科医師・薬剤師統計」（厚生労働省）

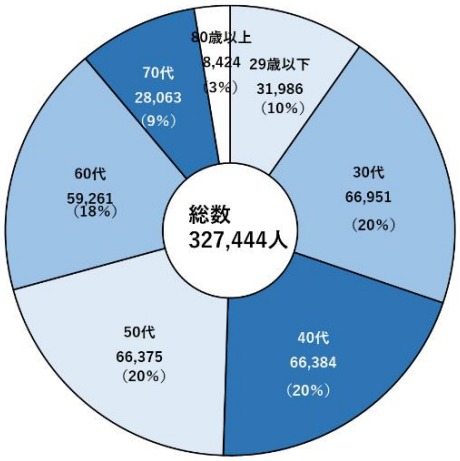
本県人口：石川県統計　　全国人口：総務省統計

○本県の医療施設従事医師数 3,202 人を年齢別で見ると、30 代が 676 人（21%）と最も多く、次いで 40 代が 656 人（21%）、60 代が 614 人（19%）等と続いており、年代別の構成割合については、全国と比較して大きな違いは見られない。

○年次推移では、平成 16 年と令和 4 年を比較すると、60 代が数・構成割合ともに大きく増加している一方で、30 代・40 代が減少している。

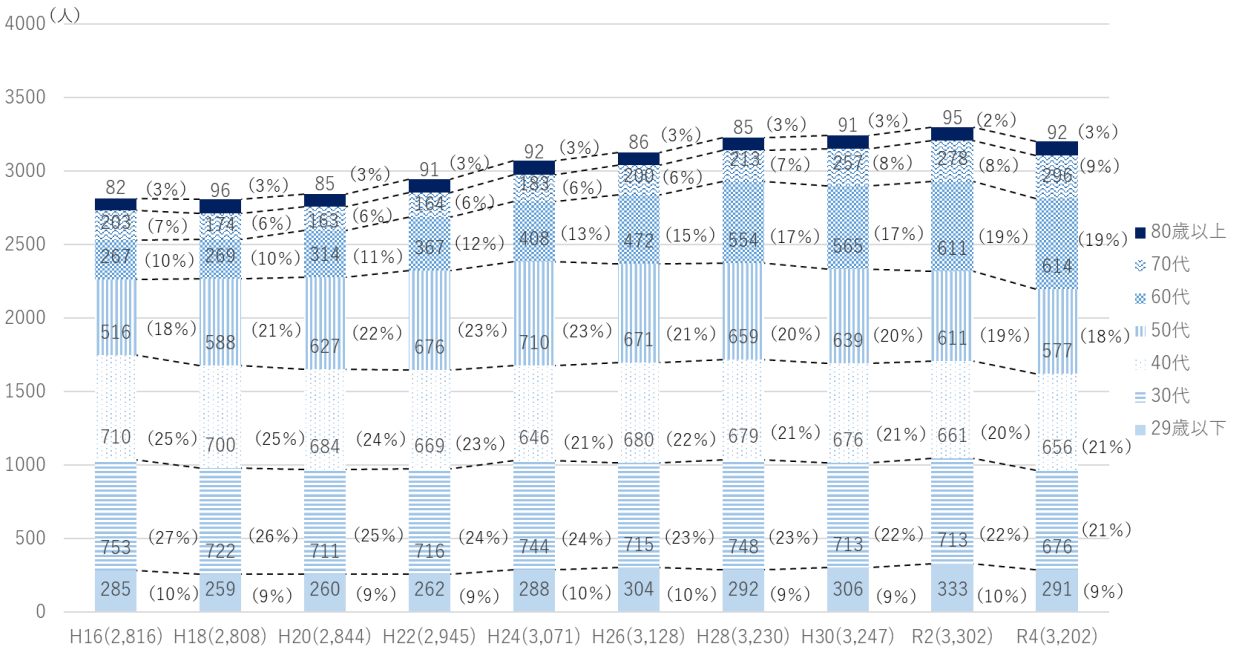


本県の医療施設従事医師数（年齢別）（R4）



全国の医療施設従事医師数（年齢別）（R4）

出典：医師数：「医師・歯科医師・薬剤師統計」（厚生労働省）

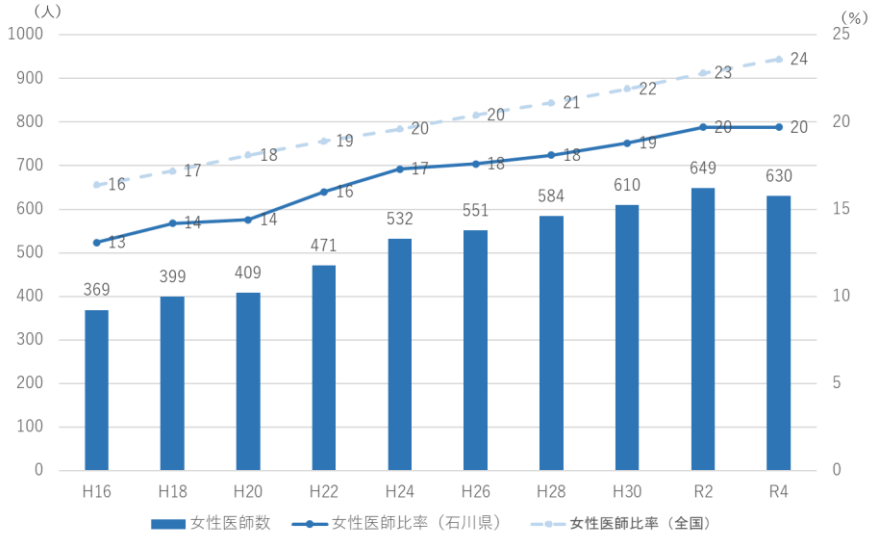


本県の医療施設従事医師数（年齢別）　出典：医師数：「医師・歯科医師・薬剤師統計」（厚生労働省）

※（）内の数字は、各年の総数

※（）内の比率は、各年における年代別の割合

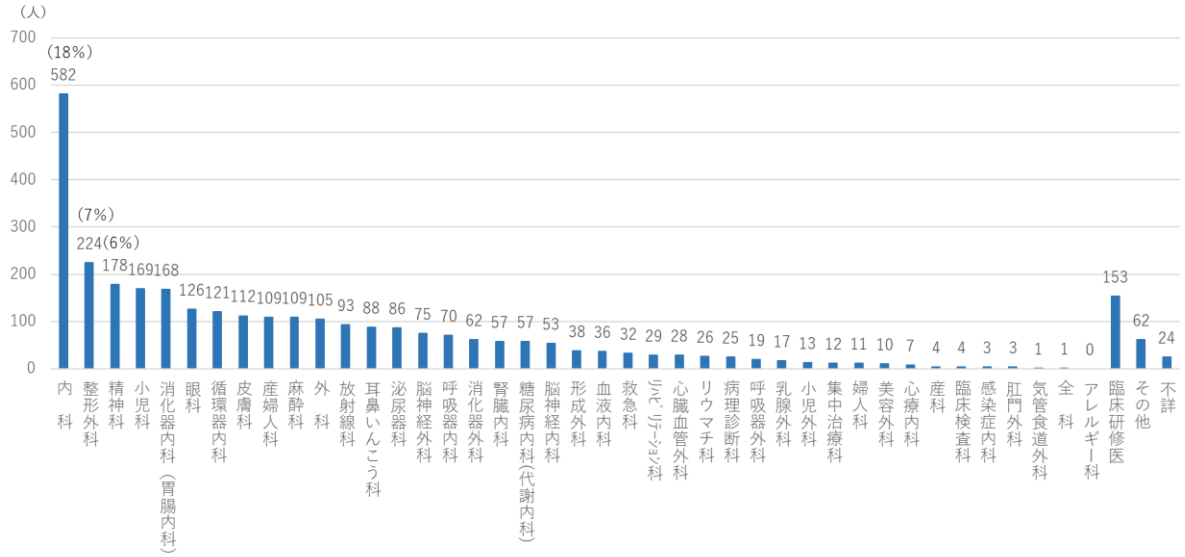
○本県の医療施設従事医師数 3,202 人のうち、女性医師は 630 人（20%）であり、全国の比率（24%）を下回っているものの、数・比率ともに増加傾向にある。

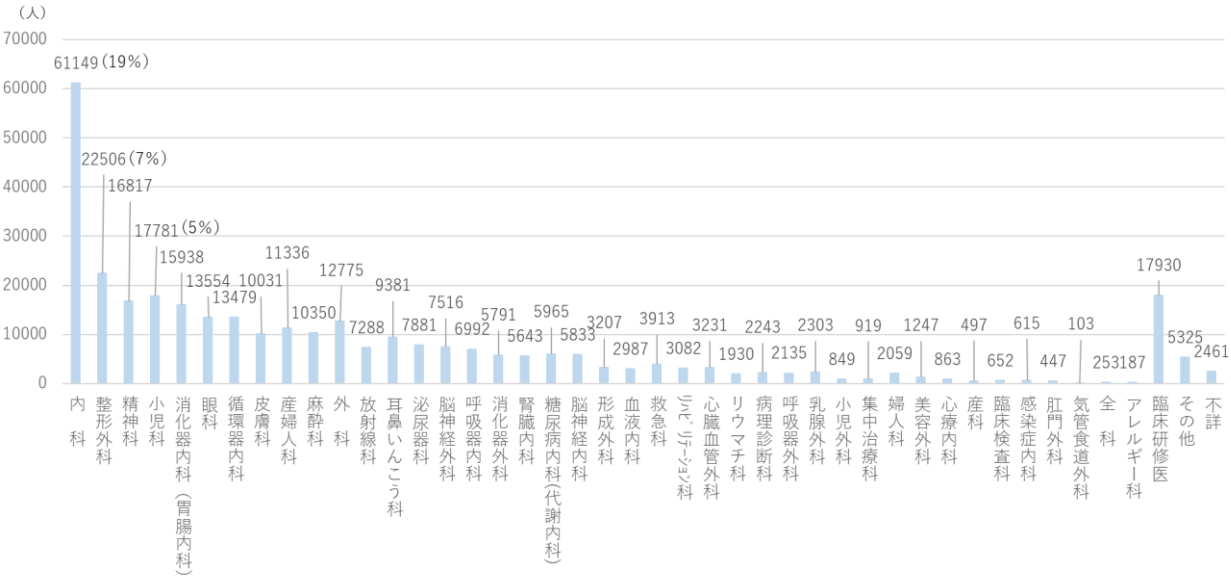


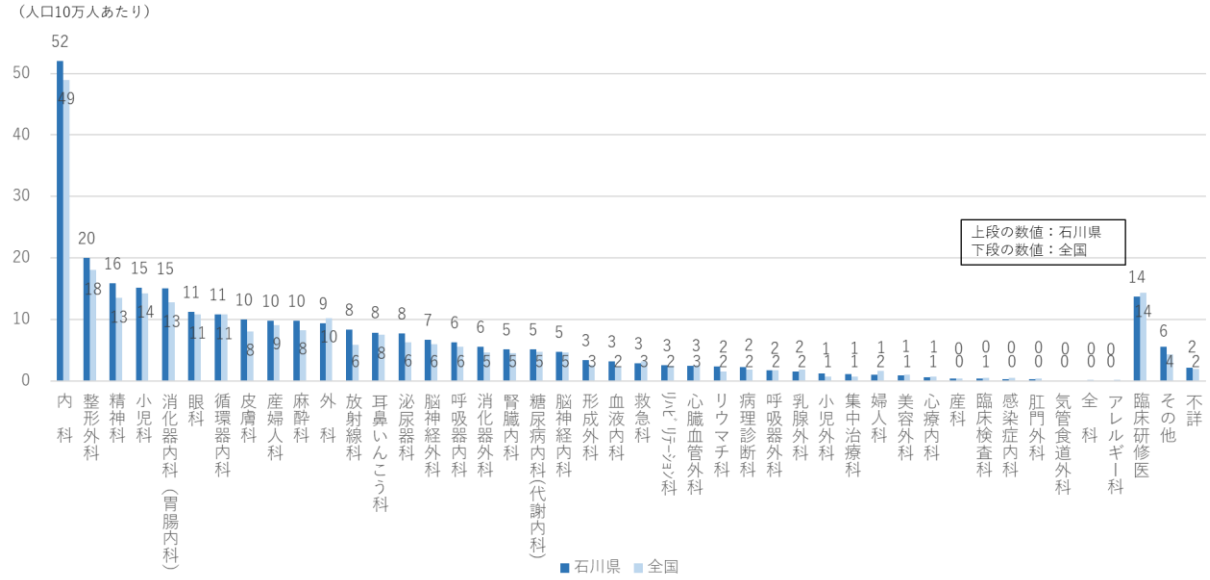
本県の医療施設従事女性医師数及び比率　出典：医師数：「医師・歯科医師・薬剤師統計」（厚生労働省）

○本県の医療施設従事医師数 3,202 人を診療科別で見ると、内科が 582 人（18%）と最も多く、次いで整形外科が 224 人（7%）、精神科が 178 人（6%）等と続いている。

○人口 10 万人あたりの診療科別医療施設従事医師数で見ると、本県は多くの診療科において全国値を上回っている。
一方で、救急科（本県値：2.9、全国値：3.1）等、全国値を下回る診療科もあり、今後ニーズの高まりが予想される総合診療科とあわせ、不足感の強い診療科に従事する医師の確保に向けた取り組みが引き続き必要である。







上から　本県の医療施設従事医師数（診療科別）（R4）

全国の医療施設従事医師数（診療科別）（R4）

本県・全国の医療施設従事医師数（診療科別）（人口 10 万人あたり）（R4）

出典：医師数：「医師・歯科医師・薬剤師統計」（厚生労働省）

本県人口：石川県統計　　全国人口：総務省統計

※複数診療科に従事している場合は、主として従事する診療科で計算

（２）医師偏在の状況

○全国ベースで医師の多寡を統一的・客観的に比較・評価するための指標として、厚生労働省が都道府県別・二次医療圏別の「医師偏在指標」を算定・公表した。医師偏在指標は、医師や人口の絶対数ではなく、医師の性・年齢構成による労働量の違いや、地域人口の性・年齢構成による受療率の違い、患者流出入を反映した指標として、次の式により算出される。

$$\text{医師偏在指標} = \frac{\text{標準化医師数（※１）}}{\text{人口（10 万人）} \times \text{標準化受療率比（※２）}}$$

※１：地域の医師数を、医師の性・年齢構成を踏まえ算出したもの

※２：地域人口の性・年齢構成や患者流出入を踏まえた医療需要（全国値を１とした場合の地域の比率）

○なお、医師偏在指標は、必ずしも医師偏在に関する全ての要素を盛り込んだものではないため、医師の絶対的な充足状況を示すものではない。あくまで相対的な偏在の状況を表すものであり、指標を絶対的な基準とせず、地域の実情を踏まえ

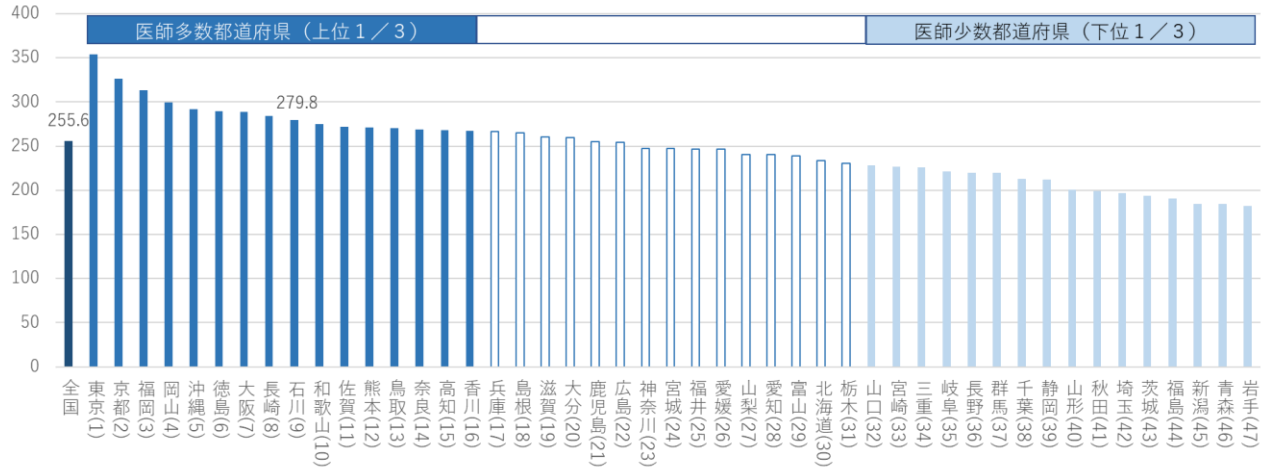
た医師確保対策を行っていくことが必要である。

○また、医師偏在指標では診療科間の偏在状況を比較・評価することは困難であるため、診療科間の偏在対策については、目標医師数も考慮しつつ、不足診療科の状況に応じた対策を行っていくことが必要である。

○都道府県は、医師偏在指標に基づき、上位１／３が医師多数都道府県に、下位１／３が医師少数都道府県に区分される。
厚生労働省が算定・公表した医師偏在指標によれば、本県は 279.8 で、全国第９位の医師多数都道府県に区分される。なお、全国値は 255.6 である。

○同様に、全国の二次医療圏は、医師偏在指標に基づき、上位１／３が医師多数区域に、下位１／３が医師少数区域に区分される。
本県では、石川中央が医師多数区域に、能登北部が医師少数区域に、それぞれ区分される。

○なお、本県には２つの大学病院が立地しており、これら大学病院に勤務する医師は、診療のみならず教育・研究に多くの時間を充てている。また、大学病院で養成された医師の中には、一定の経験を経たのち、将来的に他県で勤務する医師も少なくない。
こうした大学病院の役割については、現時点で医師偏在指標には反映されていないことから、指標に基づく区分のみにとらわれることなく、地域の実態を踏まえた対策を行っていく必要がある。



医師偏在指標（都道府県の順位）（R2）

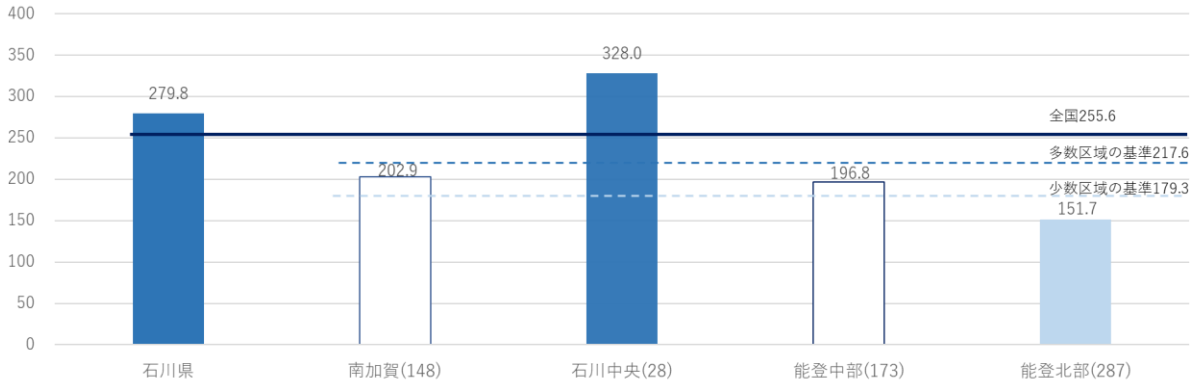
出典：厚生労働省 HP　※医師・歯科医師・薬剤師統計や総務省統計等を用いて厚生労働省が算定・公表
（https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryou/kinkyu/index.html）

	標準化医師数（人）	医師偏在指標	全国順位	区分
全国	323,700	255.6	－	－
石川県	3,291	279.8	9 位／47	医師多数県
南加賀	416	202.9	148 位／330	－
石川中央	2,529	328.0	28 位／330	医師多数区域
能登中部	245	196.8	173 位／330	－
能登北部	101	151.7	287 位／330	医師少数区域

医師少数区域・医師多数区域等の設定（R2）

※標準化医師数：厚生労働省が、医師・歯科医師・薬剤師統計（R2.12）を基に、医師の性・年齢構成を踏まえ算出したもの

※端数調整の関係で、合計値と内訳の合計が合わない場合がある（以下同じ）



本県の医師偏在指標（R2）

出典：厚生労働省 HP　※医師・歯科医師・薬剤師統計や総務省統計等を用いて厚生労働省が算定・公表

※（）内の数字は、全国 330 二次医療圏の順位

○都道府県は、医師偏在指標を踏まえ、医師確保の方針、確保すべき目標医師数及び目標の達成に向けた施策を医師確保計画として定めることとされている。

○なお、本県の前期医師確保計画（令和２年３月策定、目標年次：令和５年度末）において、南加賀は 377 人、石川中央は 2,535 人、能登中部は 249 人、能登北部は 96 人を目標標準化医師数として、目標の達成に向けた施策を進めてきたところである。

前期医師確保計画の目標標準化医師数と、今般、厚生労働省が算定・公表した今期医師確保計画（目標年次：令和８年度末）の標準化医師数を比較すると、県全体では目標を達成したものの、地域間の偏在はいまだ解消されておらず、診療科間の偏在とともに、今後も引き続き、医師偏在の解消に向けた取り組みを進めていく必要がある。

	標準化医師数（前期）（人）	目標標準化医師数（前期）（人）①	標準化医師数（今期）（人）②	達成状況（①と②の比較）
石川県	3,257	3,257	3,291	達成
南加賀	377	377	416	達成
石川中央	2,535	2,535	2,529	－
能登中部	249	249	245	－
能登北部	96	96	101	達成

前期医師確保計画における目標標準化医師数の達成状況

※標準化医師数（前期）：厚生労働省が、医師・歯科医師・薬剤師統計（H28.12）を基に、医師の性・年齢構成を踏まえ算出したもの

※目標標準化医師数（前期）：本県の前期医師確保計画（令和２年３月策定、目標年次：令和５年度末）において定めたもの

※標準化医師数（今期）：厚生労働省が、医師・歯科医師・薬剤師統計（R2.12）を基に、医師の性・年齢構成を踏まえ算出したもの

２．確保の方針

【目的（目指す方向）】
■各二次医療圏における目標標準化医師数の達成
■医師少数区域の解消
【目標】
■本県出身医学部進学者数（自治医科大学本県出身入学者数含む）の増加
■県内臨床研修医採用数の増加
■医師少数区域（能登北部）における医師偏在指標の増加

（１）医師確保の方針及び目標医師数

○医師偏在指標及び医師確保計画策定ガイドラインを踏まえ、本県の医師確保の方針及び目標医師数は以下のとおりとする。

○人口減少が見込まれるものの、高齢者の増加等を見据えると、これまでの医療提供体制を引き続き維持する必要がある。
高齢の医師が増加し、今後も退職等が見込まれる中、各二次医療圏において現在と同水準の医師数を確保することにより、医療提供体制を確保していくことを基本とする。
そのため、金沢大学特別枠卒業医師及び自治医科大学卒業医師の配置や、県内二次医療圏間の医師派遣等により、県内の医師偏在対策に取り組むこととする。

○医師少数区域である能登北部については、金沢大学特別枠卒業医師及び自治医科大学卒業医師の配置等を通じて、現在と同水準の医師数を確保すること（101人（標準化医師数ベース。以下同じ。））を目標とする。

○医師多数区域である石川中央については、県と大学が連携し、現在と同水準の医師数を確保すること（2,529人）を目標とする。

○医師少数区域でも医師多数区域でもない南加賀及び能登中部については、県と大学が連携し、現在と同水準の医師数を確保すること（南加賀416人、能登中部245人）を目標とする。

○目標医師数が達成された場合、目標年次（令和８年度）には全ての医療圏において、医師偏在指標が現在の医師少数区域の設定基準である 179.3 を上回る見込みである。

	標準化 医師数(人)	目標標準化 医師数(人)	備考
石川県	3,291	3,291	医師多数県
南加賀	416	416	－
石川中央	2,529	2,529	医師多数区域
能登中部	245	245	－
能登北部	101	101	医師少数区域

今期医師確保計画における目標標準化医師数（目標年次：令和８年度）

※標準化医師数：厚生労働省が、医師・歯科医師・薬剤師統計（R2.12）を基に、医師の性・年齢構成を踏まえ算出したもの

（２）目標達成に向けた施策

○本県の地域医療を担う医師の確保に向けては、医師の養成や、大学医学部、臨床研修及び専門研修といった医師養成課程の各段階において医師の県内定着を促す取り組み、「医師の労働時間短縮等に関する指針（令和４年１月 19 日厚生労働省告示第７号)」を踏まえた働き方改革の推進、仕事と子育ての両立など、勤務環境改善に向けた取り組みを行う必要がある。

○また、県と大学が連携し、医師不足地域の医療機関に医師を派遣するなど、実効的な医師確保対策が求められる。

○医師不足感の強い診療科については、目標医師数も考慮しつつ、不足診療科の状況に応じた対策を行う必要がある。

○以上を踏まえ、目標達成に向け、以下の施策を実施する。

【県内出身医学生の確保】

地元出身の医学部入学者は出身県への定着率が高いと言われているため、県内高校からの医学部出身者の増加を図ることが重要である。

このため、県内大学の教授や現役医学生等を講師として、県内高校生に対して医学教育や学生生活、入試対策など幅広い観点から講義を行う医学部進学セミナーを開催し、県内出身医学生の増加を図る。

【地域医療を志す医学生の育成】

卒業後に県内医療機関で勤務することとなる金沢大学医学類特別枠及び自治医科大学の医学生の確保を図る。

金沢大学医学類特別枠医学生に対しては、能登北部地域の病院における地域医療実習や適切な進路相談・助言を行うなど、本県の地域医療を志す医学生のキャリ

ア形成を支援する。

【臨床研修医及び専攻医の確保】

県内における臨床研修医及び専攻医を確保するため、医学生を対象とした誘致活動や、研修環境の充実・強化を行う必要がある。

このため、医学生を対象に、県内の臨床研修病院が一堂に会し、各病院による研修内容の紹介等を行う臨床研修合同説明会を開催するほか、県内臨床研修病院の指導医に対し、全国の著名な指導医による研修等を実施し、臨床研修病院の指導体制の強化を図る。

また、臨床研修を終えた医師が、専攻医として、県内において希望する専門医の研修参加につながるよう、適切な定員配分や研修施設の設定がなされることが必要であるため、地域医療対策協議会等を通じ、大学や医療機関等と連携していく。

【総合診療に係る指導体制の強化】

能登北部では、複数の疾病を持つ高齢の患者が多く、勤務医は幅広い分野の診療に携わる総合医的な役割が求められている。

このため、指導医や臨床研修医等に対する研修会等を開催し、総合診療に係る若手医師への指導体制強化を図る。

【病院勤務医、女性医師の勤務環境改善】

医師の地域定着促進には、「医師の労働時間短縮等に関する指針」を踏まえ、医療機関における勤務環境の改善や、仕事と子育てを両立できる勤務環境の整備が求められている。

勤務環境の改善に向けては、例えばへき地におけるオンライン診療やタスク・シフト／シェア等といった働き方改革の推進のほか、診療時間内の受診や複数主治医制への理解といった働き方改革に係る県民への普及啓発により、医師の業務の負担軽減を図るとともに、手当による処遇改善等を行う。

仕事と子育ての両立に向けては、県医師会と連携・協力し、女性医師支援センターを活用して、女性医師に対する相談・助言やキャリア形成支援、院内保育や病児保育など、子育て中の医師に対する就労支援が充実されるよう、県内の医療機関への働きかけ等を行うほか、離職の防止及び再就業の促進に向け、病院内保育施設の整備を支援する。

また、近年、女性医師の割合が高くなっているが、妊娠・出産・育児などのため、地域の病院への派遣に消極的であることや、派遣されても当直が困難など制約が多いことから、金沢大学附属病院の「地域病院サポートチーム」により代替要員の派遣等を行うことにより、地域の病院へ派遣された医師を支援する。

【医師不足地域への医師派遣】

平成 29 年度より、金沢大学医学類特別枠で養成された医師が、臨床研修を終え能登北部自治体４病院において地域医療の現場で勤務を開始しており、こうした

特別枠の医師は、当面継続して確保できる見込みである。

これら特別枠卒業医師や自治医科大学卒業医師を中心に、地域医療対策協議会で協議の上、県と大学が連携し、必要に応じ医師不足地域への派遣を行う。

＜金沢大学医学類特別枠について＞

平成 21 年度、金沢大学医学類に新たに定員５人（平成 22 年度から 10 人に増員）の特別枠を設け、これらの医学生に対し、卒業後一定期間、知事が指定する公立病院等に勤務することを条件に返還が免除される修学資金の貸与を行っている。

医学部の定員増について、国は、令和７年度の入学定員まで延長することとしている。これを受け、本県は、金沢大学医学類特別枠 10 名分について、令和６年度まで延長することとし、令和７年度以降の取扱いについては、調整中である。

【特定診療科の医師確保】

近年、厳しい勤務環境や診療行為に関わる医療訴訟が多いことなどから、全国的に産科・小児科等を敬遠する医師が増加している。

このため、産科・小児科等を目指す医学生等を対象に、修学資金（地域医療支援医師修学資金）を貸与することにより、これらの診療科に従事する医師の確保を図る。

一部地域の診療科（脳神経外科等）において、常勤医が不足し、身近な病院で医療を受けることができない状況であることから、金沢大学附属病院からの医師派遣による診療体制の構築を支援する。

また、本県の周産期医療のあり方を検討することを目的として設置した「赤ちゃん協議会」での議論を踏まえ、産科医の養成と確保に向け、金沢大学・金沢医科大学・県立中央病院・その他医療機関が連携し、能登北部を含む県下全域で勤務しながらキャリアアップを行う仕組み（循環型サイクル）の構築を図る。

【医師不足地域での勤務を希望する医師の斡旋等】

自治体病院やへき地診療所等への就業を支援し、即戦力につながる医師の確保を図る。

（３）令和６年能登半島地震からの復旧・復興

令和６年能登半島地震により、特に能登北部・能登中部医療圏の医療機関は甚大な被害が出ており、早期の復旧・復興が望まれるところである。本計画（医師確保）の策定に当たっても、今般の地震災害の影響を踏まえた対応が求められるところであるが、復旧・復興も緒に就いたばかりで未だ流動的な部分も多いことから、令和８年度に予定されている計画の中間見直しの際に、災害の影響を踏まえた改定を行うこととする。

３．診療科別（産科・小児科）の医師確保について

■厚生労働省から示された「分娩取扱医師偏在指標」及び「小児科医師偏在指標」によれば、本県は全国値を上回っているものの、産科・小児科については、本県における医師の総数の確保に向けた取り組みが引き続き必要

【目的（目指す方向）】

■医師少数区域（産科：南加賀・能登北部、小児科：南加賀）の解消

【目標】

■本県における分娩取扱医師偏在指標の増加

■本県における小児科医師偏在指標の増加

○産科・小児科については、政策医療の観点、医師の長時間労働の傾向、診療科と診療行為の対応が明らかにしやすいことから、厚生労働省が算定・公表した分娩取扱医師偏在指標及び小児科医師偏在指標に基づき、都道府県は医師全体の医師確保計画とは別に、産科・小児科に限定した医師確保計画を定めることとされている。

（１）医師の数及び医師偏在の状況

【産科】

○分娩取扱医師偏在指標は、分娩取扱医師の性・年齢構成による労働量の違いを反映した標準化分娩取扱医師数を地域の分娩件数で除した指標として、次の式により算出される。

$$\text{分娩取扱医師偏在指標} = \frac{\text{標準化分娩取扱医師数（※）}}{\text{分娩件数（千件）}}$$

※地域の分娩取扱医師数を、医師の性・年齢構成を踏まえ算出したもの

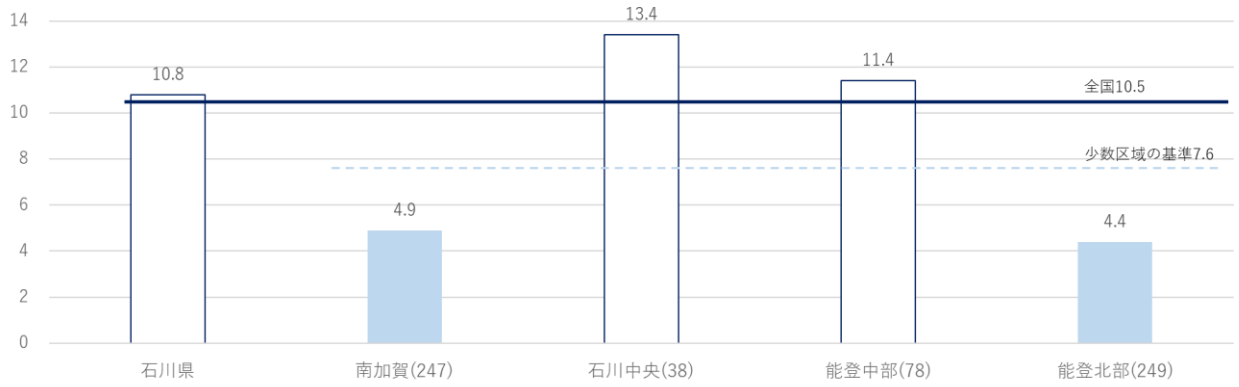
○都道府県は、医師偏在指標に基づき、下位１／３が相対的医師少数都道府県に区分される。
厚生労働省が算定・公表した分娩取扱医師偏在指標によれば、本県は 10.8 で、全国第 16 位となり、これに該当しない。なお、全国値は 10.5 である。

○全国の周産期医療圏は、医師偏在指標に基づき、下位１／３が相対的医師少数区域に区分される。
本県では、南加賀及び能登北部が相対的医師少数区域に区分される。
なお、産科・小児科については、医師数が相対的に少なくない医療圏においても医師が不足している可能性があるため、医師多数都道府県や医師多数区域は設けないこととされている。

	標準化分娩取扱医師数(人)	分娩取扱医師偏在指標	全国順位	区分
全国	9,326	10.5	－	－
石川県	90	10.8	16 位／47	－
南加賀	10	4.9	247 位／258	相対的医師少数区域
石川中央	68	13.4	38 位／258	－
能登中部	10	11.4	78 位／258	－
能登北部	1	4.4	249 位／258	相対的医師少数区域

相対的医師少数区域の設定（産科）（R2）

※標準化分娩取扱医師数：厚生労働省が、医師・歯科医師・薬剤師統計（R2.12）を基に、医師の性・年齢構成を踏まえ算出したもの



本県の分娩取扱医師偏在指標（R2）

出典：厚生労働省 HP　※医師・歯科医師・薬剤師統計や医療施設調査等を用いて厚生労働省が算定・公表

※（）内の数字は、全国 258 周産期医療圏の順位

【小児科】

○小児科医師偏在指標は、小児科医師の性・年齢構成による労働量の違いや、地域の年少（15 歳未満）人口の性・年齢構成による受療率の違い、患者流出入を反映した指標として、次の式により算出される。

$$\text{小児科医師偏在指標} = \frac{\text{標準化小児科医師数（※１）}}{\text{年少人口（10 万人）} \times \text{標準化受療率比（※２）}}$$

※１：地域の小児科医師数を、医師の性・年齢構成を踏まえ算出したもの

※２：地域の年少人口の性・年齢構成や患者流出入を踏まえた医療需要（全国値を１とした場合の地域の比率）

○都道府県は、医師偏在指標に基づき、下位１／３が相対的医師少数都道府県に区分される。

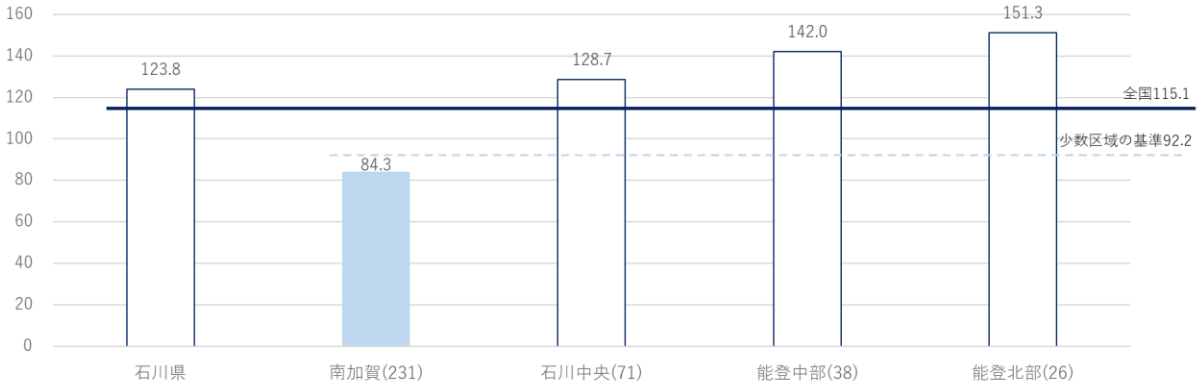
厚生労働省が算定・公表した小児科医師偏在指標によれば、本県は 123.8 で、全国第 15 位となり、これに該当しない。なお、全国値は 115.1 である。

○全国の小児医療圏は、医師偏在指標に基づき、下位１／３が相対的医師少数区域に区分される。
本県では、南加賀が相対的医師少数区域に区分される。
なお、産科・小児科については、医師数が相対的に少なくない医療圏においても医師が不足している可能性があるため、医師多数都道府県や医師多数区域は設けないこととされている。

	標準化小児科医師数（人）	小児科医師偏在指標	全国順位	区分
全国	17,634	115.1	－	－
石川県	175	123.8	15 位／47	－
南加賀	22	84.3	231 位／303	相対的医師少数区域
石川中央	135	128.7	71 位／303	－
能登中部	14	142.0	38 位／303	－
能登北部	5	151.3	26 位／303	－

相対的医師少数区域の設定（小児科）（R2）

※標準化小児科医師数：厚生労働省が、医師・歯科医師・薬剤師統計（R2.12）を基に、医師の性・年齢構成を踏まえ算出したもの



本県の小児科医師偏在指標（R2）

出典：厚生労働省 HP　※医師・歯科医師・薬剤師統計や総務省統計等を用いて厚生労働省が算定・公表
※（）内の数字は、全国 303 小児医療圏の順位

○都道府県は、分娩取扱医師偏在指標及び小児科医師偏在指標を踏まえ、産科・小児科医師確保の方針及び施策を定めることとされている。

（２）産科・小児科医師確保の方針及び偏在対策基準医師数

○分娩取扱医師偏在指標、小児科医師偏在指標及び医師確保計画策定ガイドラインを踏まえ、本県の産科・小児科医師確保の方針は以下のとおりとする。

○産科・小児科については、医師が相対的に少なくない医療圏においても、その労働環境を鑑みれば医師が不足している可能性があるため、全ての医療圏において医師を確保する。

○相対的医師少数区域については、周産期医療・小児医療の提供体制の整備について特に配慮が必要な医療圏として、他の医療圏からの医師派遣等により、重点的に医師を確保する。

○石川中央については、総合周産期母子医療センターや地域周産期母子医療センター、小児地域医療センター、小児中核病院の機能を有することなどを踏まえ、高度・専門的な周産期医療・小児医療の提供に必要な医師数を確保する。

○なお、相対的医師少数区域については、目安として、分娩取扱医師偏在指標及び小児科医師偏在指標が現在の相対的医師少数区域の設定基準に達することとなる医師数が、厚生労働省において偏在対策基準医師数として算定されている。
産科については、南加賀及び能登北部における偏在対策基準医師数は、目標年次（令和８年度）においてそれぞれ 14 人、2 人とされている。
小児科については、南加賀における偏在対策基準医師数は、目標年次において 22 人とされている。

（３）医師確保に向けた施策

○産科・小児科医の確保に向けては、産科・小児科を目指す医師の養成や、勤務環境改善等による産科・小児科医及び専攻医の確保を図る必要がある。

○また、県と大学が連携し、医師不足地域の医療機関に医師を派遣するなど、実効的な医師確保対策が求められる。

○本県の周産期医療のあり方を検討することを目的として設置した「赤ちゃん協議会」において、必要に応じて、県内における周産期医療の現状や課題・対策を関係者で共有・議論し、施策を推進していく。

○以上を踏まえ、医師の確保に向け、以下の施策を実施する。

【産科・小児科を目指す医師の養成】

産科・小児科を目指す医学生等を対象に、修学資金（地域医療支援医師修学資金）を貸与することにより、産科・小児科に従事する医師の確保を図る。

また、県内の医学生等を対象に、産科医の魅力等を伝える産婦人科セミナーを開催する。

【産科・小児科専攻医の確保】

臨床研修を終えた医師が、専攻医として、県内において希望する専門医の研修参加につながるよう、適切な定員配分や研修施設の設定がなされることが必要であるため、地域医療対策協議会等を通じ、大学や医療機関等と連携していく。

【病院勤務医、女性医師の勤務環境改善】

仕事と子育ての両立に向けては、県医師会と連携・協力し、女性医師支援センターを活用して、女性医師に対する相談・助言やキャリア形成支援、院内保育や病児保育など、子育て中の医師に対する就労支援が充実されるよう、県内の医療機関への働きかけ等を行うほか、離職の防止及び再就業の促進に向け、病院内保育施設の整備を支援する。

また、近年、女性医師の割合が高くなっているが、妊娠・出産・育児などのため、地域の病院への派遣に消極的であることや、派遣されても当直が困難など制約が多いことから、金沢大学附属病院の「地域病院サポートチーム」により代替要員の派遣等を行うことにより、地域の病院へ派遣された医師を支援する。

【医師不足地域への医師派遣】

地域医療支援医師修学資金を貸与した医師、産科・小児科を希望する金沢大学医学類特別枠卒業医師や自治医科大学卒業医師を中心に、地域医療対策協議会で協議の上、県と大学が連携し、必要に応じ医師不足地域への派遣を行う。

【産科医の養成と確保】

「赤ちゃん協議会」での議論を踏まえ、産科医の養成と確保に向け、金沢大学・金沢医科大学・県立中央病院・その他医療機関が連携し、能登北部を含む県下全域で勤務しながらキャリアアップを行う仕組み（循環型サイクル）の構築を図る。

【産科医の処遇改善】

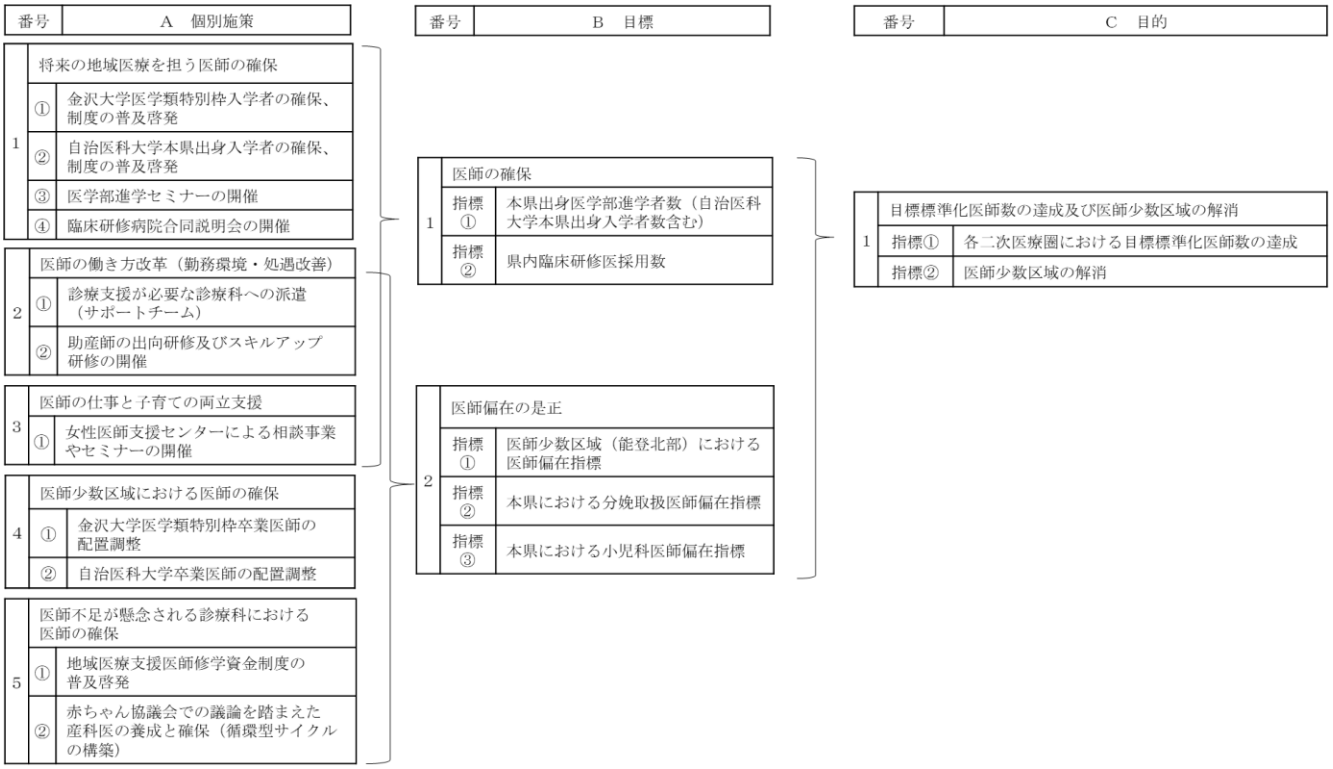
産科医及び助産師へ分娩手当を支給する医療機関に対し、手当の一部を助成するほか、産科専攻医を受け入れる医療機関に対し、研修医手当の一部を助成する。

【助産師の活用】

助産師が主体となって妊産婦健診や分娩を行う院内助産システムを活用することで、産科医の負担軽減や産科医と助産師の役割分担による周産期医療提供体制の確保につながる。

そこで、助産師の質の向上のため、病院から診療所への助産師の出向研修を支援するほか、低リスクの妊婦健診や保健指導に対応できるよう、助産師のスキルアップ研修を行う。

施策・指標マップ



数値目標

分類	指標 名称	指標 出典・説明	現状値（R5）	目標値（R8）
B	本県出身医学部進学者数（自治医科大学本県出身入学者数含む）	地域医療推進室調べ	85 人	増加
B	県内臨床研修医採用数		86 人	増加
B	医師少数区域（能登北部）における医師偏在指標	「医師・歯科医師・薬剤師統計」等を用いて、厚生労働省において算定・公表	151.7	179.3
B	本県における分娩取扱医師偏在指標		10.8	増加
B	本県における小児科医師偏在指標		123.8	増加
C	各二次医療圏における目標標準化医師数の達成		南加賀：　416 人 石川中央：2,529 人 能登中部：　245 人 能登北部：　101 人	416 人 2,529 人 245 人 101 人
C	医師少数区域の解消		［医師少数区域］ 全　体：能登北部 産　科：南加賀、能登北部 小児科：南加賀	解消

【歯科医師】

１．現状と課題について

■県内の歯科医師数は、地域的な偏在がみられ、また、歯科医師の高齢化が進んでいる地域もある。
■多様化する患者のニーズに応えるため、歯科医師の資質向上を図るとともに、要介護者や心身障害児・者の歯科医療を確保する必要がある。

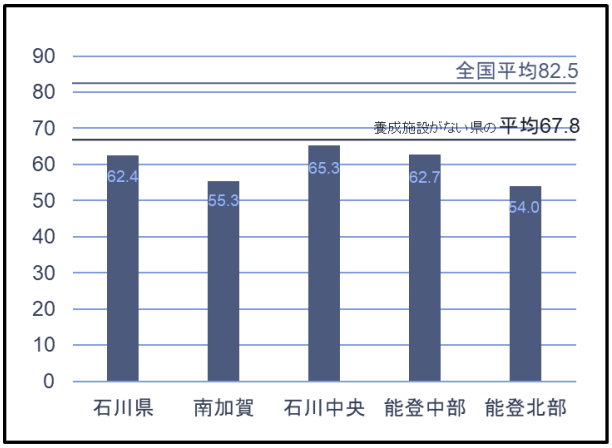
（１）歯科医師数

○令和２年12月末現在の県内の医療機関に従事する歯科医師数は707人であり、人口10万対では62.4人と全国平均の82.5人を下回っているものの、本県と同様に歯科医師の養成施設がない府県の平均67.8人に近い水準である。

○人口10万対の歯科医師数を圏域別にみると、南加賀が55.3人、石川中央が65.3人、能登中部が62.7人、能登北部が54.0人と地域的な偏在がみられる。また、県内には13地区の無歯科医地区があり、こうした地区の歯科医師の確保が必要である。

○65歳以上の歯科医師の割合を圏域別にみると、能登中部と能登北部において、歯科医師の高齢化が進んでいる。

図１　医療圏別の人口10万対の歯科医師数



令和2年医師･歯科医師･薬剤師統計

図２　65歳以上の歯科医師の割合

医療圏	歯科医師数（人）	うち65歳以上（人）	65歳以上の割合（%）
石川県	652	163	25.0
南加賀	115	24	20.9
石川中央	438	97	22.1
能登中部	68	31	45.6
能登北部	31	11	35.5

令和２年医師･歯科医師･薬剤師統計（県集計）

※「医師・歯科医師・薬剤師統計」のうち、県の二次利用に同意した者のデータの集計であり、Ｐ403の表１～３の数値と一致しない。

（２）歯科医師の資質向上

○近年の多様化するニーズに伴い、かかりつけ歯科医は、歯科訪問診療や障害児・者への対応、患者の基礎疾患や服用薬剤についての一層の理解が求められるとともに、乳幼児期の健全な歯列育成、口腔機能の獲得や口腔衛生指導から、高齢期における口腔機能の維持・向上や介護予防、周術期における口腔の管理まで、ライフステージに応じた歯科疾患の予防や口腔の管理など多岐にわたる対応が求められている。（再掲）

○要介護者や心身障害児・者の歯科医療を確保するため、歯科医師に対し要介護者や心身障害児・者の歯科医療に関する知識や技術の普及を図る必要がある。

○大学卒業後の臨床研修については、現在、県内には歯科の単独型臨床研修施設として２施設、病院と診療所での研修を行う協力型臨床研修施設として１施設が指定されている。

○県歯科医師会は、歯科医師の資質向上のため、主に地域の歯科医師を対象とした研修会を開催している。

○また、医師の場合と同様、全ての歯科医療現場において、インフォームド・コンセントの定着を図る必要がある。

○歯科診療所で対応できない患者の対応や定期的な研修の実施など、後方支援機能を担う病院歯科の体制強化に努めるとともに、病院における歯科医師の役割や業務を明確にし、病院における歯科医療の向上に資する取組を推進する必要がある。

２．確保の方針

【目的（目指す方向）】
■県民の歯と口腔機能の維持・向上
【目標】
■歯科医師に係る関係機関との連携
■歯科医師の資質向上

（１）歯科医師の地域偏在等に係る関係機関との協議

○歯科医師の地域偏在や高齢化に対応するため、県、市町、歯科医師会、地域の病院及び大学病院等の関係団体が課題を共有し、協議を行う。

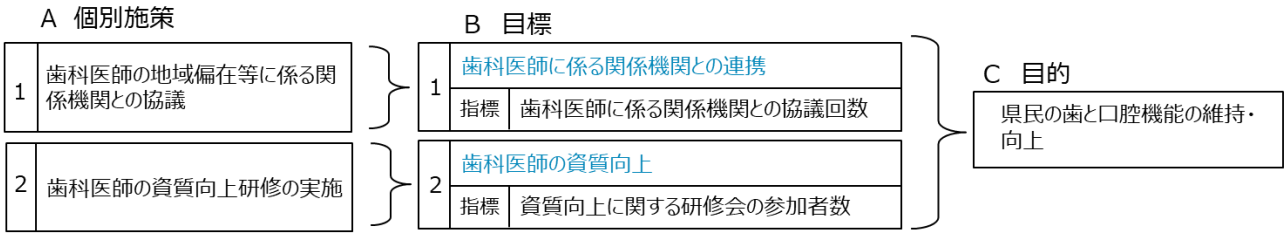
○今後の協議においては、能登半島地震後の歯科保健医療に対するニーズの見通し等を踏まえ、歯科医師の確保について検討する。

（２）歯科医師の資質向上研修の実施

○県歯科医師会は、多様化する患者のニーズやライフステージに応じた歯科疾患の予防、口腔管理など多岐にわたる対応が求められているかかりつけ歯科医などの地域の歯科医師を支援するため、最新の知見や適切な口腔ケア等の技術に関する研修を実施し、歯科医師の資質の向上を図る。（再掲）

○要介護者や心身障害児・者の歯科医療を充実するため、在宅歯科治療の技法や要介護者の歯科的特性に関する研修を実施する。

施策・指標マップ



数値目標

分類	指　標		現状値	目標値	
	名　称	出典・説明		R8 年度（中間年）	R11 年度（最終年）
B	歯科医師に係る関係機関との協議回数	医療対策課調べ	―	増加	増加
B	資質向上に関する研修会参加者数	医療対策課調べ	1,428 人（R4）	増加	増加

表１　歯科医師数の年次推移

区分／年次	実数（人）				
	総数	南加賀	石川中央	能登中部	能登北部
平成28年	696	116	466	77	37
平成30年	710	116	478	79	37
令和2年	739	127	500	77	35

区分／年次	人口10万対					全国
	総数	南加賀	石川中央	能登中部	能登北部	（人口10万対）
平成28年	60.5	50.7	63.9	60.9	55.5	82.4
平成30年	62.1	51.0	65.5	64.5	58.4	83.0
令和2年	65.3	56.7	68.6	65.3	57.3	85.2

資料：「医師・歯科医師・薬剤師統計」（厚生労働省）

表２　従事する施設別歯科医師数（令和２年）

区分／従事する施設		実数（人）	構成割合（%）
医療施設従事者		707	95.7
	歯科診療所開設者	448	60.6
	勤務者	259	35.1
その他		32	4.3
計		739	100.0

資料：「医師・歯科医師・薬剤師統計」（厚生労働省）

表３　年齢階級別歯科医師数の年次推移

区分／年次	実数（人）						
	総数	30歳未満	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60～69歳	70歳以上
平成28年	696	23	115	167	168	160	63
平成30年	710	17	109	164	172	157	91
令和2年	739	20	102	168	166	168	115

資料：「医師・歯科医師・薬剤師統計」（厚生労働省）

【薬剤師】

１．現状と課題について

■薬剤師総数は全国並に増加しているが、その増加率は薬局薬剤師に比べて病院薬剤師では小さく、病院薬剤師確保が課題
■県全体の人口 10 万対病院薬剤師数は全国平均を上回っているが、石川中央に集中しており、その他３医療圏では全国平均を下回っているという地域偏在がある。
■能登中部・北部における病院薬剤師の高齢化が進んでおり、業務継続が危ぶまれている。
■将来にわたって安定的に薬剤師を確保するため、地域で活躍する新たな人材の育成・掘り起こしが必要
■医療の進歩、医薬分業の進展、在宅医療の普及、病院におけるチーム医療などに対応するには、専門性を持った質の高い薬剤師が求められている。

（１）薬剤師の配置状況

【薬剤師の総数】

○石川県における薬剤師総数は令和２年度末で 2,829 人であり、10 年間で 257 人増加（1.1 倍）、また人口 10 万対薬剤師数は令和２年度末で 249.8 人であり、10 年間で 29.9 人増加（1.1 倍）しており、いずれも全国同水準（いずれも 1.1 倍）で推移している。

図　薬剤師総数の年次推移
（全国・石川県：H22～R2）

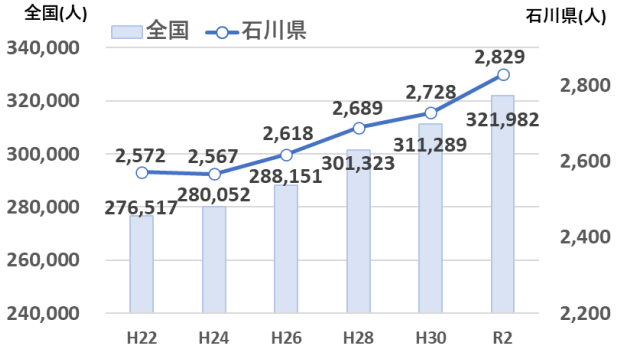
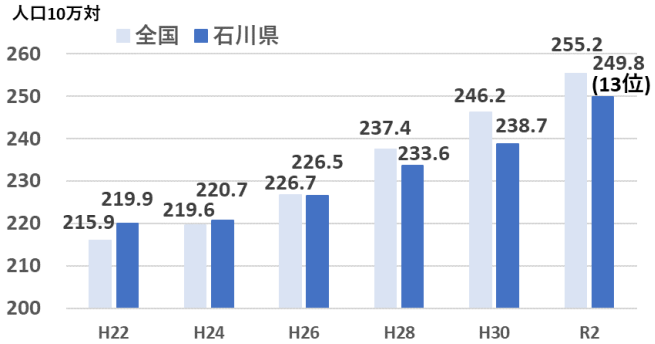


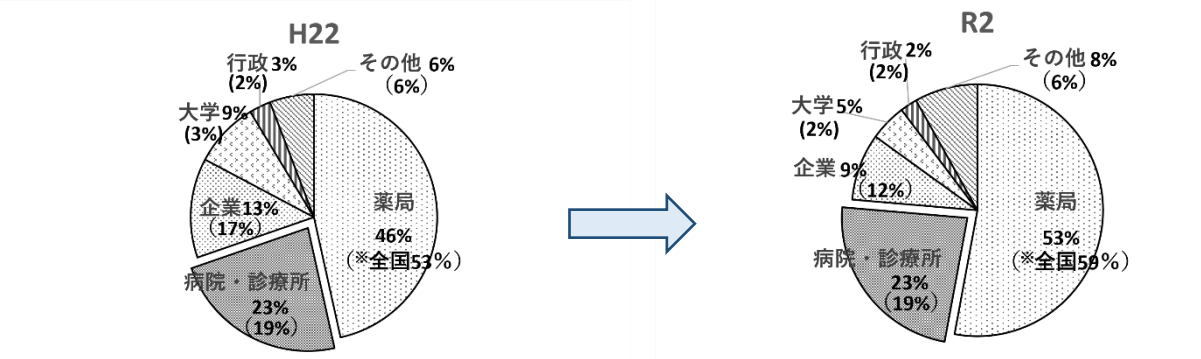
図　人口 10 万対薬剤師数の年次推移
（全国・石川県：H22～R2）



出典：「医師・歯科医師・薬剤師調査」（厚生労働省）

○石川県における業種別の薬剤師就業割合は、薬局が 53%と約半数を占め、10 年間の増加率も薬局が最大となっている。

図　業種別薬剤師就業割合（石川県：H22・R2　※（）内は全国割合）



総薬剤師数	H22：2,572 人⇒R2：2,829 人	（＋257 人、＋10.0%）
うち薬局	H22：1,196 人⇒R2：1,497 人	（＋301 人、＋25.2%）
うち病院・診療所	H22：　595 人⇒R2：　663 人	（＋　68 人、＋11.4%）

出典：「医師・歯科医師・薬剤師調査」（厚生労働省）

なお、医療圏別・業種別の薬剤師数は以下のとおりである。（単位：人）

H22	南加賀	石川中央	能登中部	能登北部	計
薬局	232	782	107	75	1,196
病院・診療所	100	411	62	22	595
大学	1	220	0	0	221
企業	23	285	22	8	338
行政	4	59	4	6	73
その他	6	133	5	5	149
計	366	1,890	200	116	2,572

R2	南加賀	石川中央	能登中部	能登北部	計
薬局	262	1,059	110	66	1,497
病院・診療所	112	475	52	24	663
大学	0	134	0	0	134
企業	24	198	15	6	243
行政	7	47	5	3	62
その他	12	193	16	9	230
計	417	2,106	198	108	2,829

出典：「医師・歯科医師・薬剤師調査」（厚生労働省）

【薬剤師の偏在の状況】

○二次医療圏における人口 10 万対の薬剤師総数および病院薬剤師数は、いずれも石川中央医療圏に集中している。

図　医療圏ごとの人口 10 万対薬剤師総数(R2)

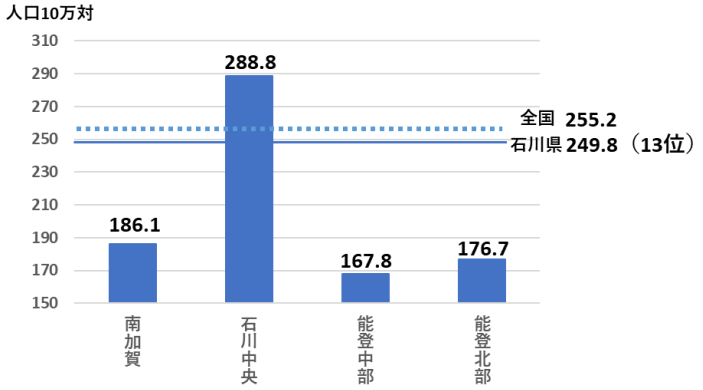
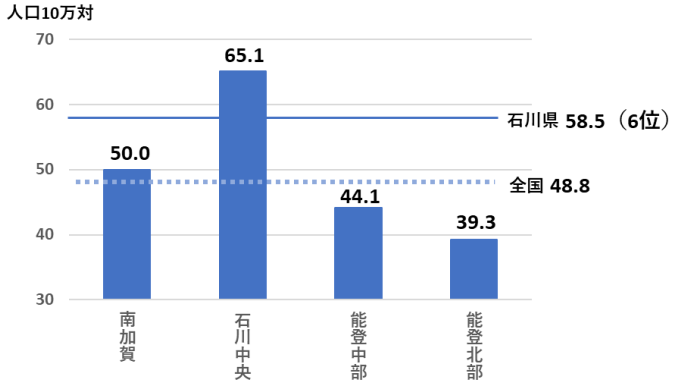


図　医療圏ごとの人口 10 万対病院薬剤師数（R2）



出典：「医師・歯科医師・薬剤師調査」（厚生労働省）

○国が示した偏在指標※（目標は 1.0）によると、県全体では病院薬剤師も薬局薬剤師も中間的区域（多数でも少数でもない）であるが、医療圏別に見ると、南加賀はいずれの業態も中間的区域、石川中央は薬局薬剤師が多数区域、病院薬剤師は中間的区域、能登中部・能登北部はいずれの業態も少数区域であった。

表　業態別（病院・薬局）の偏在状況（全国・県全体・医療圏ごと）

	病院薬剤師		薬局薬剤師	
	偏在指標	全国順位	偏在指標	全国順位
県全体	中間的区域（0.87）	8/47	中間的区域（0.96）	25/47
南加賀	中間的区域（0.76）	107/※335	中間的区域（0.87）	193/335
石川中央	中間的区域（0.97）	24/335	多数区域（1.09）	66/335
能登中部	少数区域（0.68）	174/335	少数区域（0.65）	303/335
能登北部	少数区域（0.59）	243/335	少数区域（0.65）	302/335
全国	0.80		1.08	

※二次医療圏の総数：335

出典：「令和５年第１回医療政策研修会資料」（厚生労働省）

※偏在指標：国が R5 に示した、病院・薬局薬剤師それぞれの業態における全国共通の指標。それぞれの業務量（推定）とそれぞれの労働時間の比率を表したもので、1.0 が目標となる。

○二次医療圏ごとの公的病院（26 病院）における薬剤師の平均年齢は、南加賀で 39.2 歳（50 代以上 27.0%）、石川中央で 37.6 歳（50 代以上 14.0%）、能登中部で 47.9 歳（50 代以上 45.8%）能登北部で 50.1 歳（50 代以上 47.4%）と、能登の２医療圏で高齢化が顕著であり、薬剤師の新規確保が喫緊の課題である。

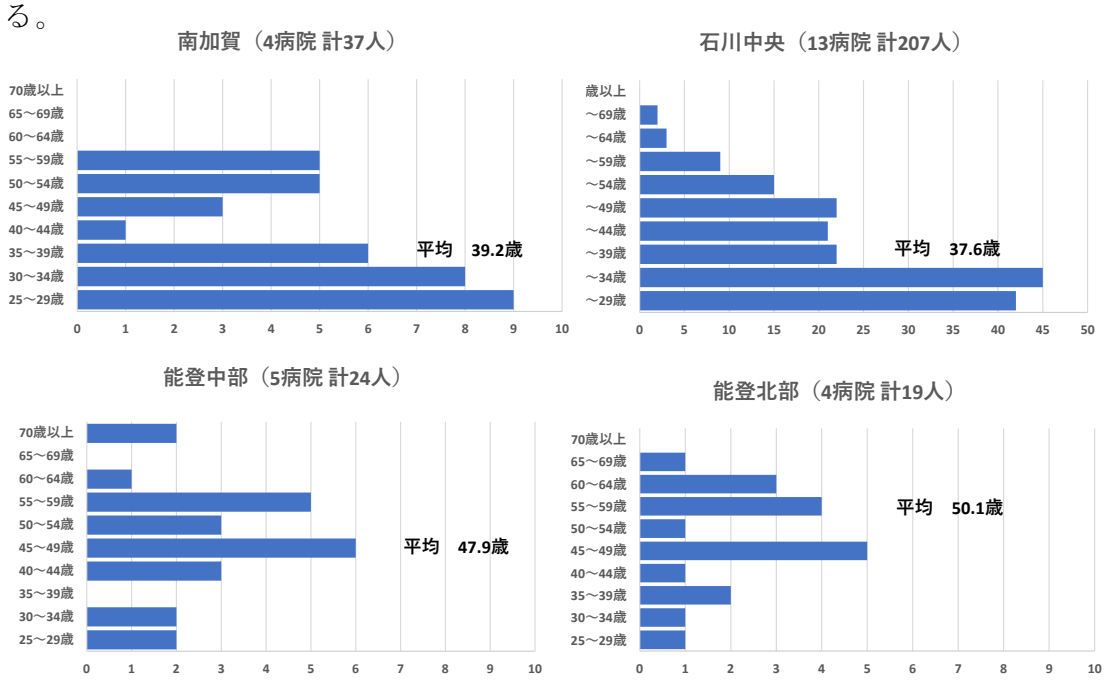


図　医療圏ごとの公的病院勤務薬剤師の平均年齢（R4.6 時点：薬事衛生課調査）

２．確保の方針

【目的（目指す方向）】
■県民が必要とする質の高い医療提供体制の確保
【目標】
■病院薬剤師における地域偏在の解消
■地域医療を理解した人材の確保・育成
■魅力ある病院の職場環境の整備

（１）薬剤師の資質向上・偏在解消

○資質向上研修の実施
・県薬剤師会は、薬剤師の資質向上に係る研修を実施する。
・県は、県薬剤師会が行う研修等を支援する。

○石川県地域連携薬剤師共育プログラムの実施
・県は、基幹病院と地域病院の双方での就業により専門資格（各団体等認定するがん、循環器病、腎臓病などの専門資格）を取得できるプログラムを実施し、地域で活躍する薬剤師の確保と育成を図る。
・県は、上記プログラム満了を条件として、大学在学中に借り入れた修学資金の返済を一部支援する。

（２）薬剤師の確保

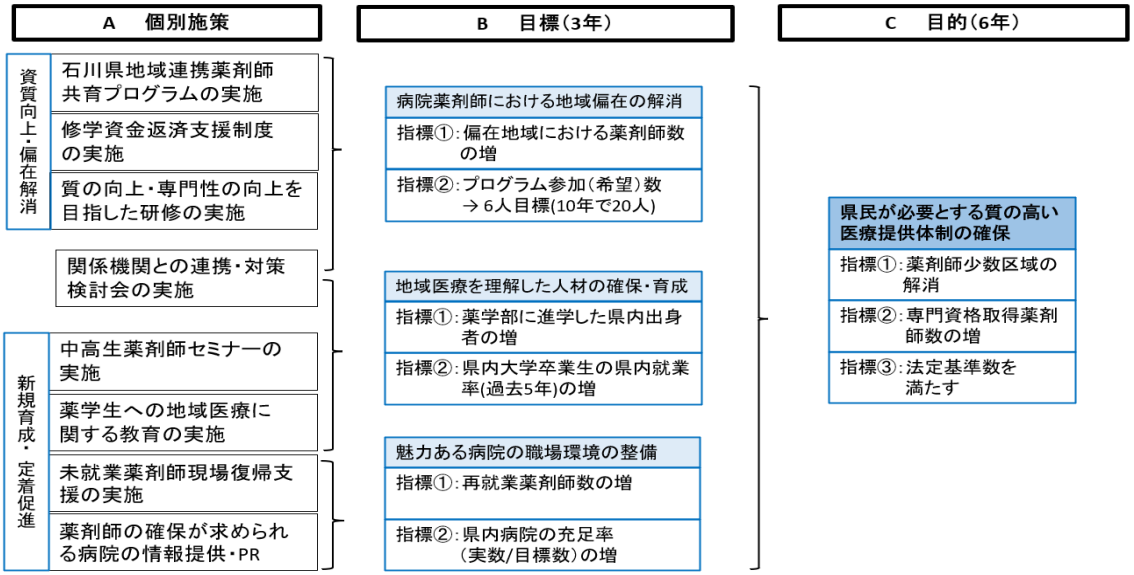
○中高生に対する普及啓発
・県薬剤師会は、中高生及び保護者を対象に、薬剤師の魅力を発信することで薬学部への進学者を増やし、将来にわたり安定的な確保を図る。
・県は、県薬剤師会が行う中高生に対する魅力発信事業を支援する。

○未就業薬剤師への復職支援研修の実施
・県薬剤師会は、再就業を希望する未就業薬剤師の現場復帰を支援するための研修会を開催し、薬剤師の掘り起こしを図る。
・県は、県薬剤師会が行う復職支援研修を支援する。

○薬学生に対する普及啓発
・大学では、講義等を通じて、地域医療に関する教育を実施し、地域医療を理解する人材の育成を図る。

○薬剤師の確保が求められる病院のＰＲ
・県薬剤師会は、病院薬剤師の求職情報を様々な媒体を活用して広く周知する。

施策・指標マップ



数値目標

分類	指　標		現状値	目標値	
	名　称	出典・説明		R8 年度（中間年）	R11 年度（最終年）
B	偏在地域における薬剤師数	医師・歯科医師・薬剤師調査	66 人（R2）	増加	増加
B	共育プログラム参加(希望)数	10 年で 20 人を目標(能登地区病院薬剤師の自然減分の確保)	0 人（R5）	6 人	12 人
B	薬学部に進学した県内出身者	薬学教育協議会在籍者調査結果	71 人（R4）	増加	増加
B	県内大学卒業生の県内就業率	各大学による調査	27.3 %（R5）	増加	増加
B	再就業薬剤師数	薬剤師会調査	0 人（R4）	増加	増加
B	県内病院薬剤師の充足率	薬事衛生課調査	86.2%（R4）	増加	増加
C	薬剤師少数区域	厚生労働省調査	能登中部 能登北部 （R5）	解消	解消
C	病院薬剤師法定基準数	薬事衛生課調査	満たす（R4）	満たす	満たす
C	専門資格取得薬剤師数	県薬剤師会調査	429 人（R5）	増加	増加

【保健師・助産師・看護師・准看護師】

１．現状と課題について

■本県の人口１０万人あたりの就業看護職員数は、全国平均を上回っているものの、配置に係る地域偏在の解消や、団塊の世代が後期高齢者となる２０２５年、その先の団塊ジュニア世代が高齢者となる２０４０年を見据えた、看護師をはじめとする看護職員の確保。
■医療の高度化や多様化、医師の働き方改革に伴う看護職員の役割の拡大を踏まえた資質向上。

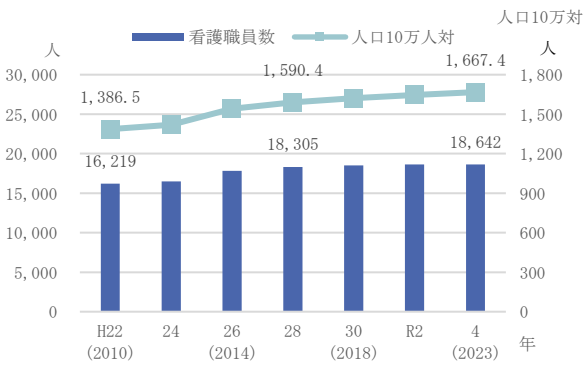
（１）看護職員数

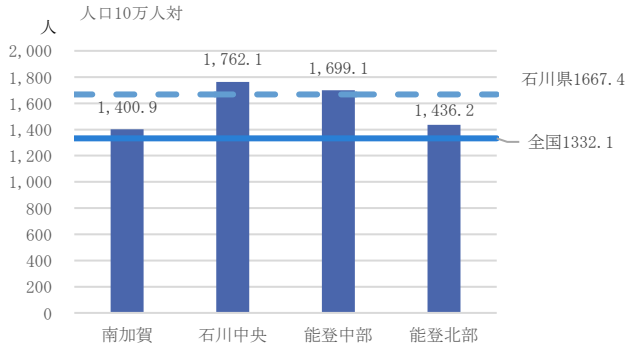
【就業看護職員数】

○令和４年の石川県における就業看護職員数は 18,642 人で、平成 28 年に比べ 337 人（1.8%）の増加となっているが、人口 10 万対の看護職員数は 1,667.4 人（全国 1,332.1 人）で全国を上回っている。

○人口 10 万対の就業看護職員数は、地域偏在があり、南加賀、能登北部の二次医療圏（以下、医療圏とする）で県平均を下回っている。

図表
県内の就業看護職員数の推移　　県内の医療圏別就業者数（令和４年度）





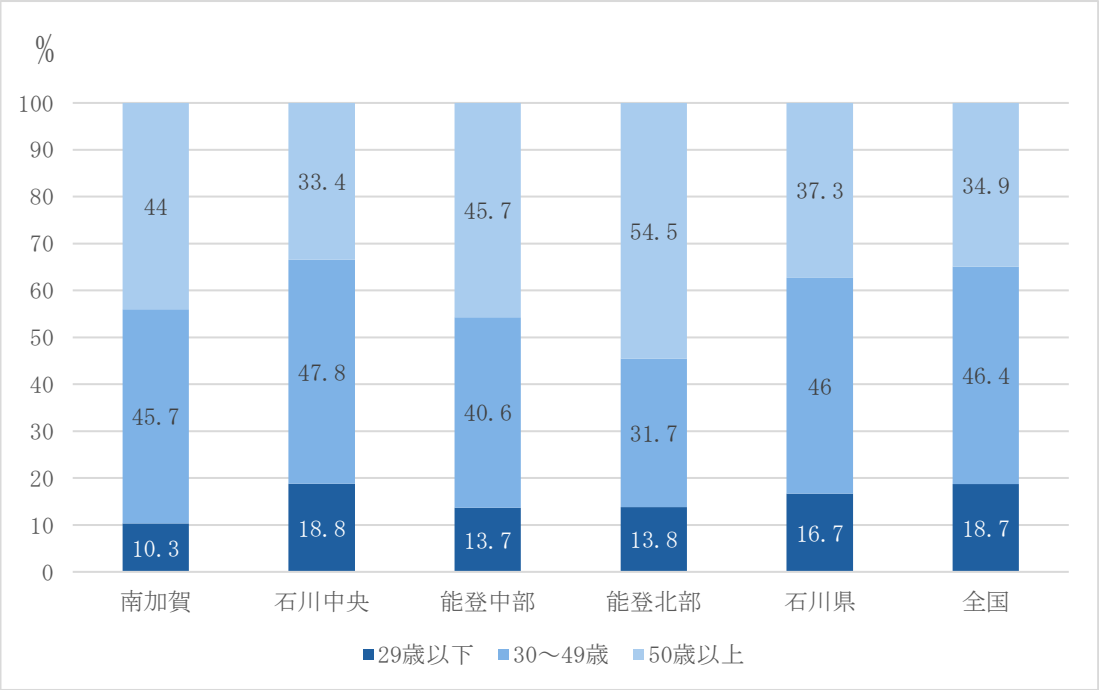
出典：厚生労働省「衛生行政報告例」、石川県医療対策課調

○本県における年齢階層別の就業看護職員数は、全医療圏において、50 歳以上の人数が 29 歳以下の人数を上回っている。また、就業看護職員全体に占める 50 歳以上の割合は、全国と比べても高い状況となっている。

図表　県内の各医療圏における年齢階層別の就業看護職員数及び構成比
（令和４年度）

（単位：人）

区分	南加賀	石川中央	能登中部	能登北部	石川県	全国
50 歳以上	1,362	4,268	878	454	6,962	581,316
30～49 歳	1,416	6,116	779	264	8,575	771,486
29 歳以下	318	2,409	263	115	3,105	311,576



出典：厚生労働省「衛生行政報告例」、石川県医療対策課調

【職種別就業者数】

＜保健師＞

○令和４年度の県内就業保健師数は 623 人で、平成 28 年に比べ 69 人（12.5%）の増加となっている。

○人口 10 万対の保健師数は 55.7 人(全国 48.3 人）で全国 31 位となっている。

○人口 10 万対の保健師数は南加賀、石川中央医療圏で県平均を下回っている。

＜助産師＞

○令和４年度の県内就業助産師数は 389 人で、平成 28 年に比べ 60 人（18.2%）の増加となっている。

○人口 10 万対の助産師数は 34.8 人(全国 30.5 人）で全国 11 位となっている。

○人口 10 万対の助産師数は南加賀、能登中部、能登北部医療圏で県平均を下回っている。

＜看護師＞

○令和４年度の県内就業看護師数は 15,251 人で、平成 28 年に比べ 1,111 人（7.9%）の増加となっている。

○人口 10 万対の看護師数は 1,364.1 人（全国 1,049.8 人）で全国 11 位となっている。

○人口 10 万対の看護師数は南加賀、能登中部、能登北部医療圏で県平均を下回っている。

＜准看護師＞

○令和４年度の県内就業准看護師数は 2,379 人で、平成 28 年に比べ 903 人（27.5%）の減少となっている。

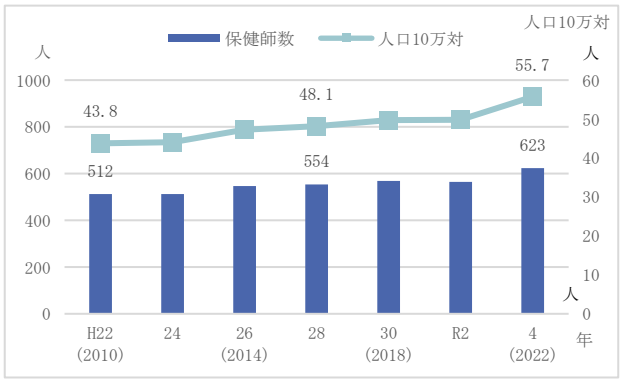
○人口 10 万対の准看護師数は 212.8 人（全国 203.5 人）で全国 30 位となっている。

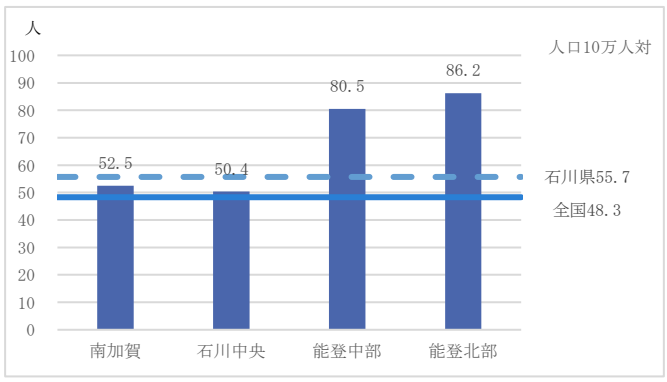
○人口 10 万対の准看護師数は石川中央医療圏で県平均を下回っている。

図表

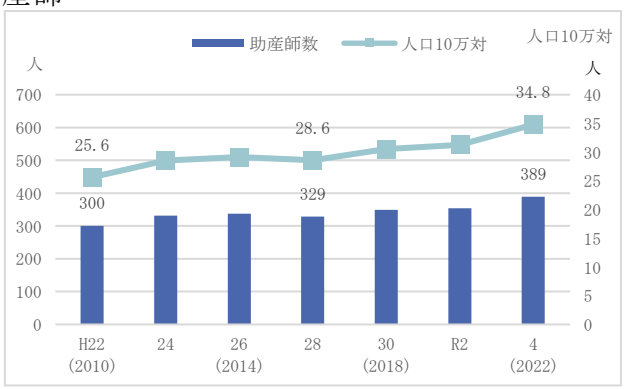
県内の職種別就業者数の推移（左）と医療圏別就業者数（令和４年度）（右）

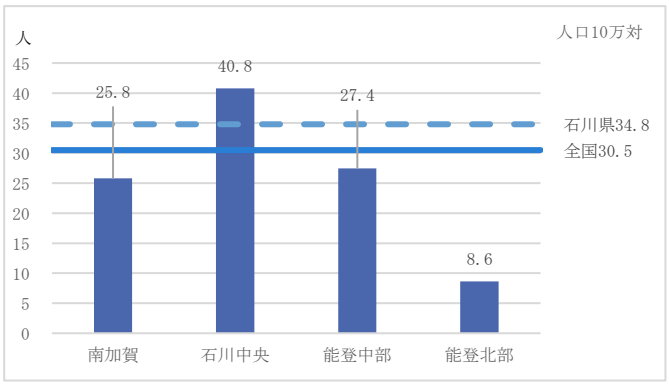
保健師



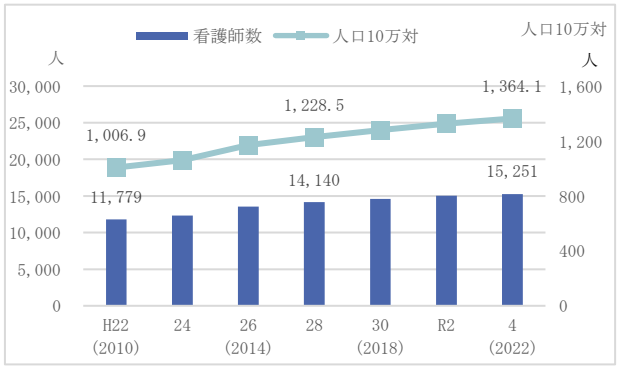


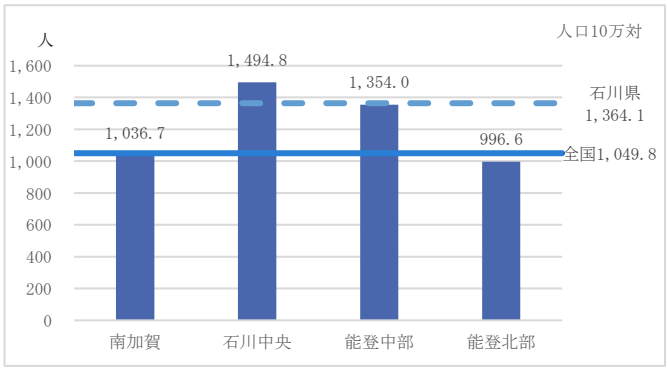
助産師



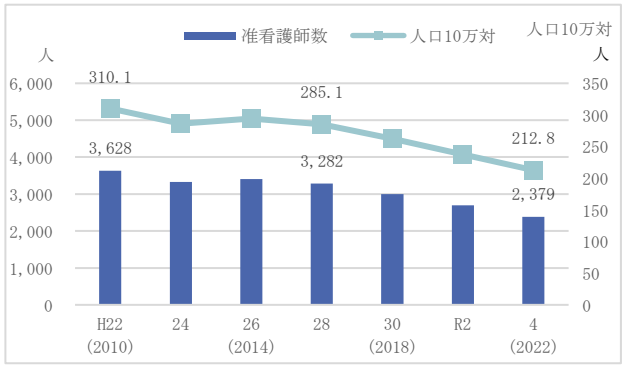


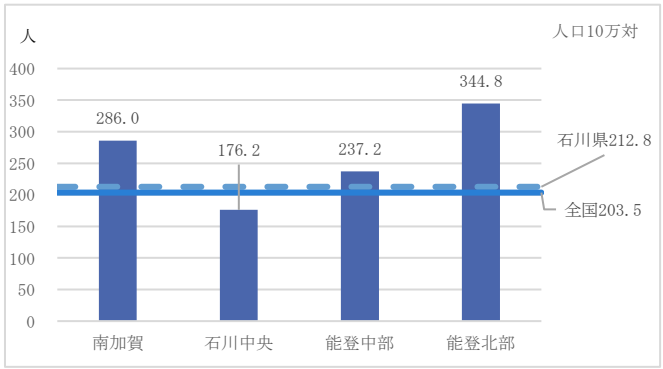
看護師





准看護師



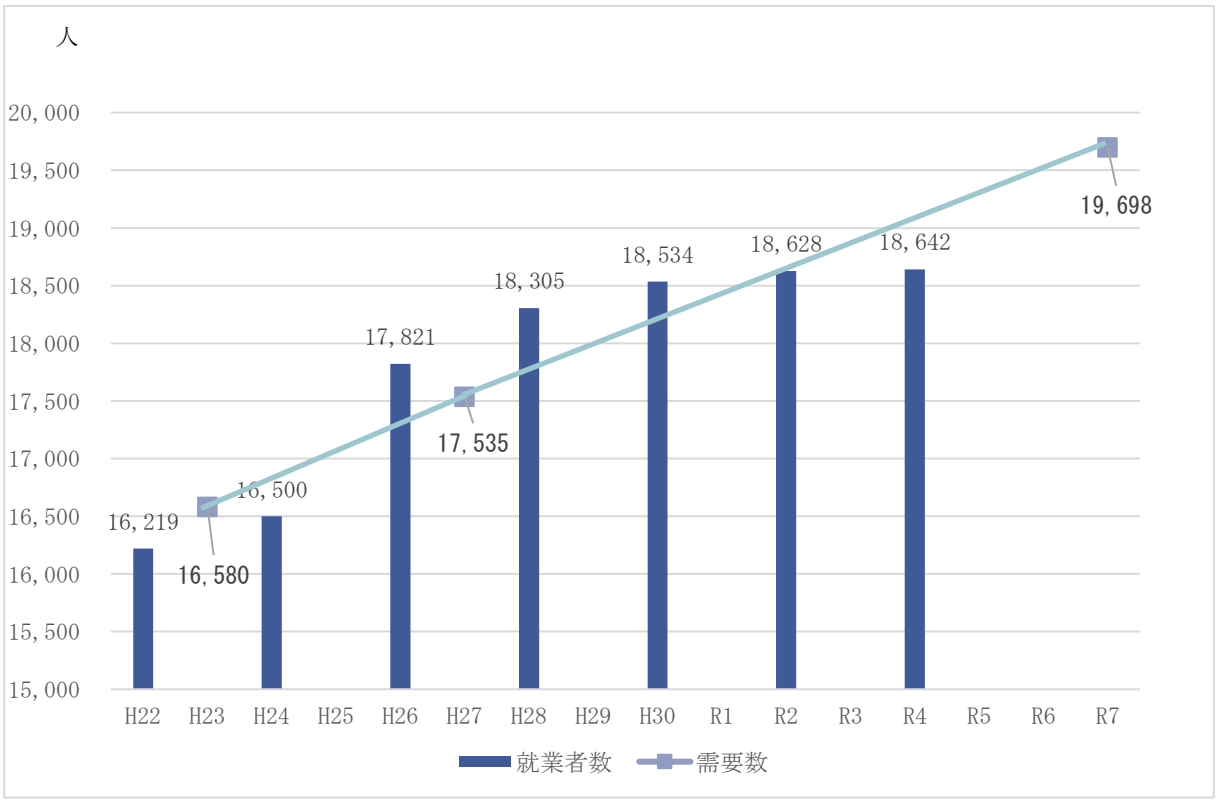


出典：厚生労働省「衛生行政報告例」、石川県医療対策課調

【看護職員の需給見通し】

○国が試算した令和７年（2025 年）における看護職員の需給推計（第８次看護職員需給見通し）において、石川県の需要数は、19,698 人であり、令和４年の就業看護職員数 18,642 人と比較すると、1,056 人の不足となっている。

図表　県内の看護職員需要推計数と就業者数



出典：厚生労働省「衛生行政報告例」、石川県医療対策課調

○今後、在宅医療の需要増大への対応や、新興感染症等の有事における迅速・的確な対応、医師の働き方改革に伴うタスク・シフト／シェアの推進等のためには、さらなる看護職員の確保が必要である。

（２）看護職員の就業状況

＜保健師＞

○就業先は「保健所」229 人（届出総数の 36.8%）、「市町（保健所除く）」が 203 人（同 32.6%）となっており、保健所や市町勤務の割合が高い。

＜助産師＞

○就業先は「病院・診療所」が 335 人（届出総数の 86.1%）、助産所が 26 人（同 6.7%）となっており、病院・診療所勤務の割合が高い。

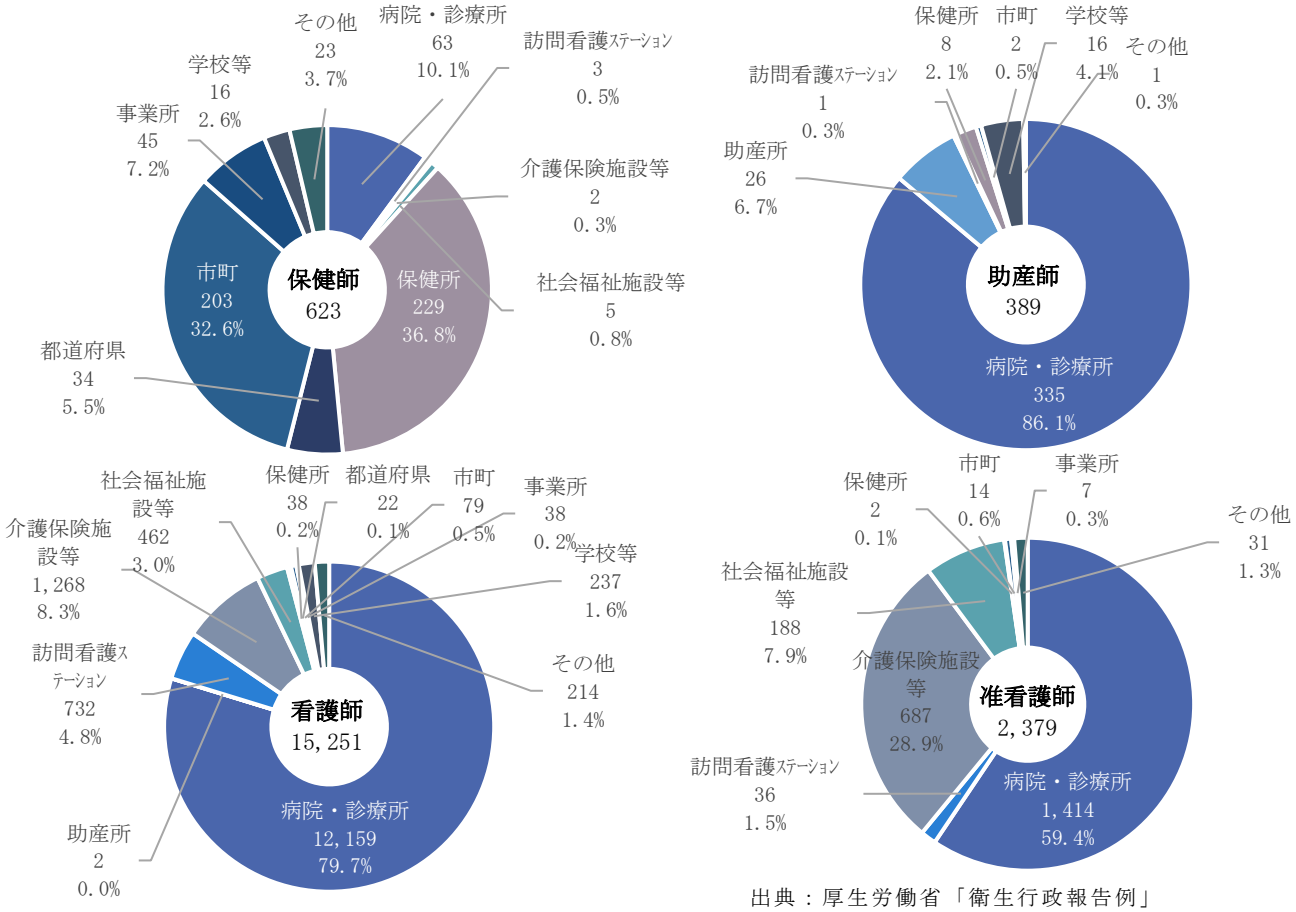
＜看護師＞

○就業先は「病院・診療所」が 12,159 人（届出総数の 79.7%）、訪問看護ステーションが 732 人（同 4.8%）、介護保険施設等が 1,268 人（同 8.3%）となっており、病院・診療所勤務の割合が高い。

＜准看護師＞

○就業先は「病院・診療所」が 1,414 人（届出総数の 59.4%）、訪問看護ステーションが 36 人（同 1.5%）、介護保険施設等が 687 人（同 28.9%）となっており、看護師に比べ介護保険施設等勤務の割合が高くなっている。

図表　県内の看護職員の就業場所（令和４年度）　（単位：人）



出典：厚生労働省「衛生行政報告例」

（３）看護職員を取り巻く状況

【新規養成】

○看護職員は、主に大学、養成所などで養成されている。

図表　県内の看護職員の養成状況（令和５年４月）

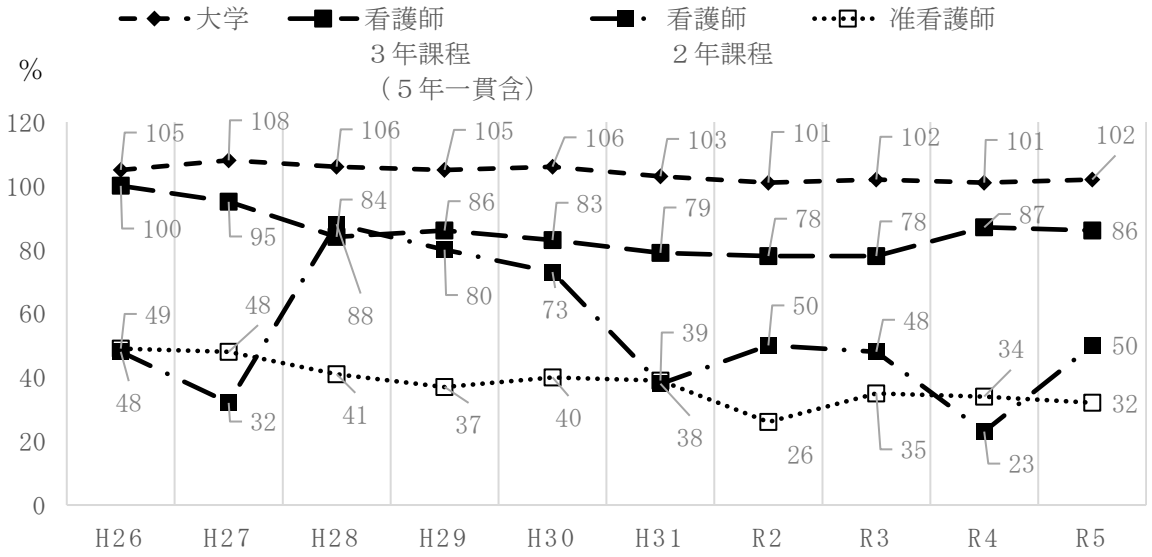
区分			石川県	
			施設数	入学定員
保健師		大学専攻科	1	10
助産師		大学院	2	11
看護師	３年課程	大学	5	364※
		養成所	6	281
	２年課程	養成所	1	40
	高等学校一貫教育校		1	40
准看護師		養成所	2	160

※大学によっては、入学後のコース選択等により、保健師・助産師の受験資格取得が可能

出典：厚生労働省「令和５年度看護師等学校養成所入学状況及び卒業生就業状況調査」

○平成 26 年度から令和５年度の看護師等学校養成所の入学者充足率の推移をみると、大学は充足している。

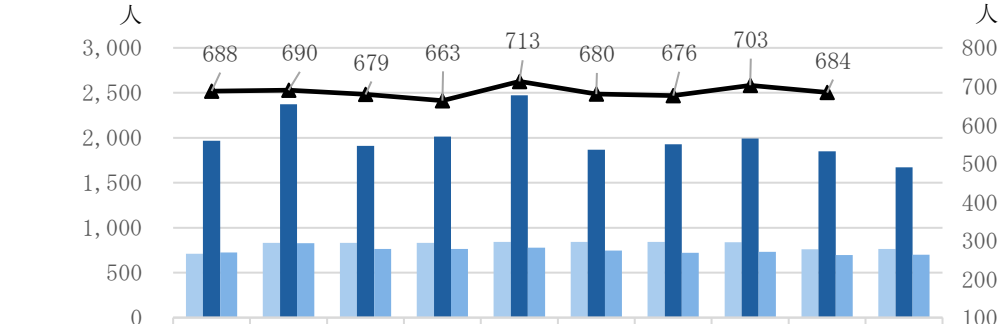
図表　県内の看護師等学校養成所の入学者充足率の推移



出典：厚生労働省「看護師等学校養成所入学状況及び卒業生就業状況調査」

○平成 26 年度から令和５年度までの受験者数および入学者数の推移をみると、平成 30 年度をピークに減少傾向である。

図表
県内の看護師等学校養成所（２年課程は除く）における受験者数及び入学卒業者数の推移



	H26	H27	H28	H29	H30	H31	R2	R3	R4	R5
定員	711	831	831	831	841	841	841	840	760	765
受験者数	1,968	2,374	1,911	2,015	2,474	1,869	1,927	1,991	1,851	1,671
入学者数	723	829	764	762	777	747	721	732	697	699
卒業者数	688	690	679	663	713	680	676	703	684	

出典：厚生労働省「看護師等学校養成所入学状況及び卒業生就業状況調査」、石川県医療対策課調

○平成 26 年度から令和４年度までの県内看護師等学校養成所卒業者の進路状況については、例年８割以上が就業しており、そのうち県内への就業者は、近年 450 人前後で推移している。

図表
県内の看護師等学校養成所（２年課程は除く）卒業者の進路状況の推移

（単位：人）

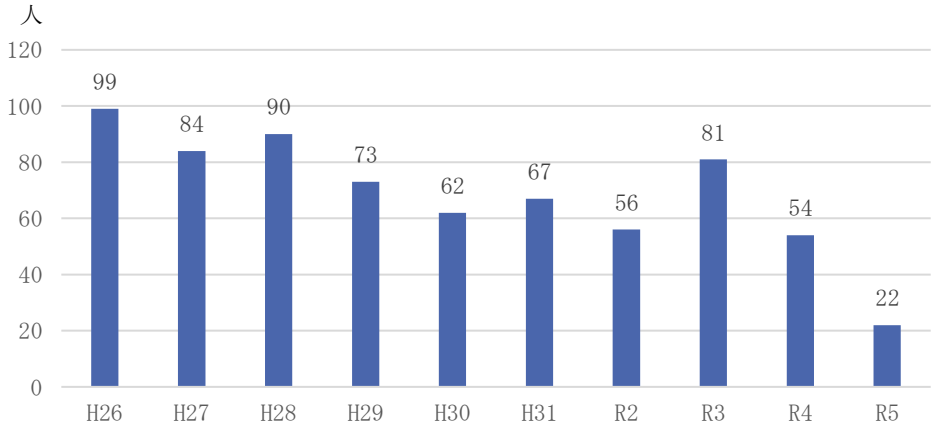
卒業年度	卒業者数 ①+②+③	就業者計 ①			進学 ②	その他※ ③
			県内就業	県外就業		
R4	684	597	452	145	58	29
R3	703	628	463	165	52	23
R2	676	599	460	139	44	33
H31	680	597	426	171	37	46
H30	713	643	484	159	30	40
H29	663	587	456	131	52	24
H28	679	598	414	184	56	25
H27	690	577	427	150	67	46
H26	688	581	406	175	64	43

※他業種に就職、または未就業者

出典：厚生労働省「看護師等学校養成所の卒業状況並びに入学状況調査」、石川県医療対策課調

○また、県外看護師等学校養成所を卒業し、県内に就業する数は近年減少傾向である。

図表　県内の病院に就業した県外看護師等学校養成所出身者の推移



出典：厚生労働省「看護師等学校養成所の卒業状況並びに入学状況調査」、石川県医療対策課調

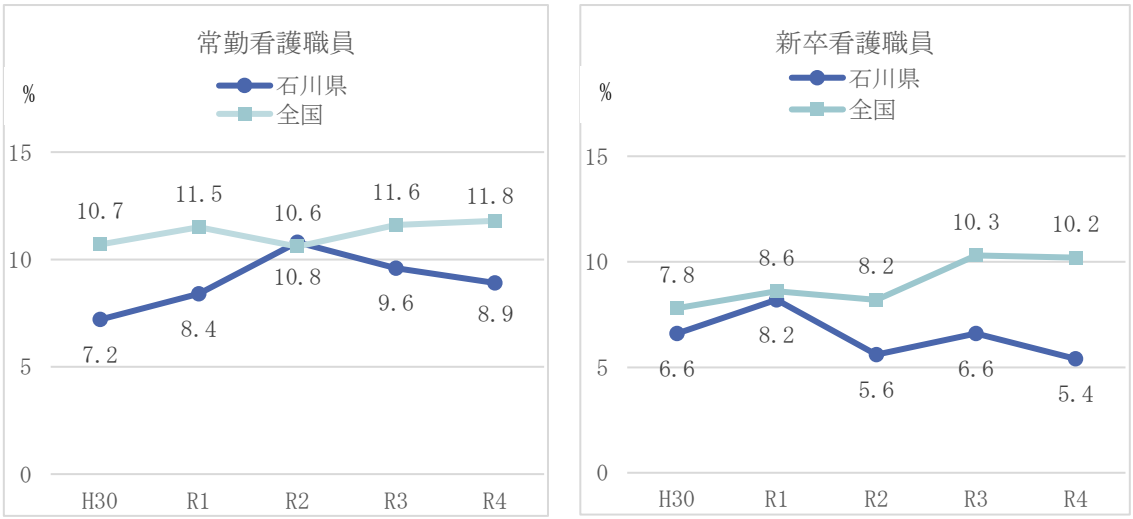
【定着の促進（離職防止）】

○令和４年度の石川県の常勤看護職員離職率は 8.9%、新卒看護職員離職率は 5.4%である。

○常勤看護職員の離職率は、新型コロナウイルス感染症等の影響を受け、令和２年度に上昇して以降、高めの水準となっている。

○新人看護職員の離職率は、令和元年度において上昇しているが、令和２年度及び令和３年度では、例年と同水準で推移し、令和４年度では過去５年間では最も低い値となった。

図表　県内の看護職員離職率推移（常勤・新卒）



出典：日本看護協会「2023 年 病院看護実態調査」

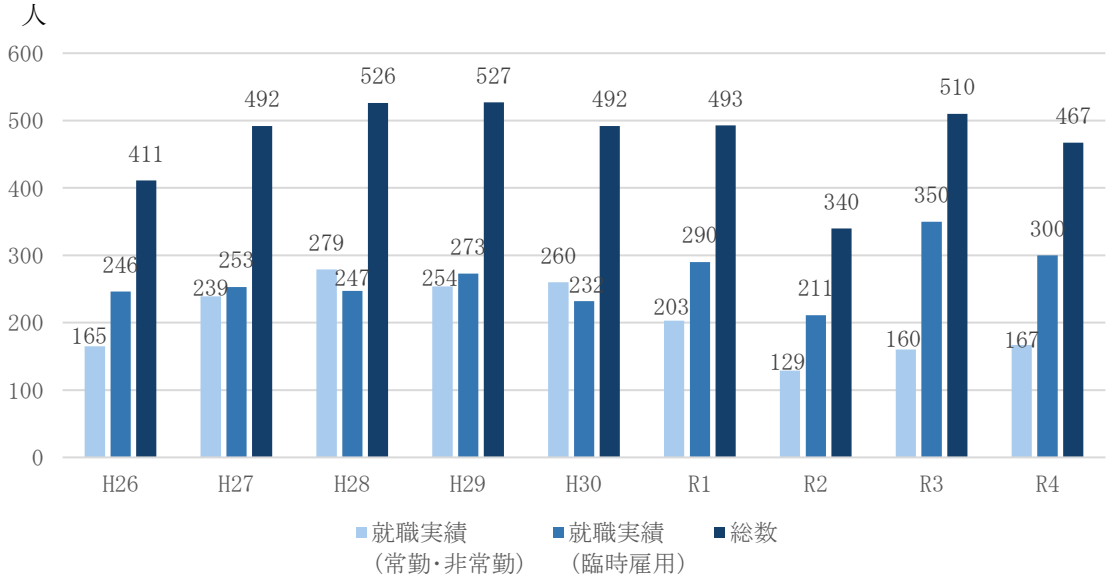
○病院内保育所を設置している病院の令和４年度の常勤看護職員離職率は 8.3%である。（出典　石川県医療対策課調）

○看護職員の定着促進を図るためには、勤務環境整備の支援及び新人看護職員等の研修を継続していく必要がある。

【再就業の促進】

○石川県ナースセンターを活用した就業者数は、令和４年度は 467 人であった。令和２年度以降、コロナ禍において、潜在看護職員の臨時雇用数が増加した一方で、常勤・非常勤の就職に関しては、低い傾向にある。

図表　石川県ナースセンター事業における再就業者数推移

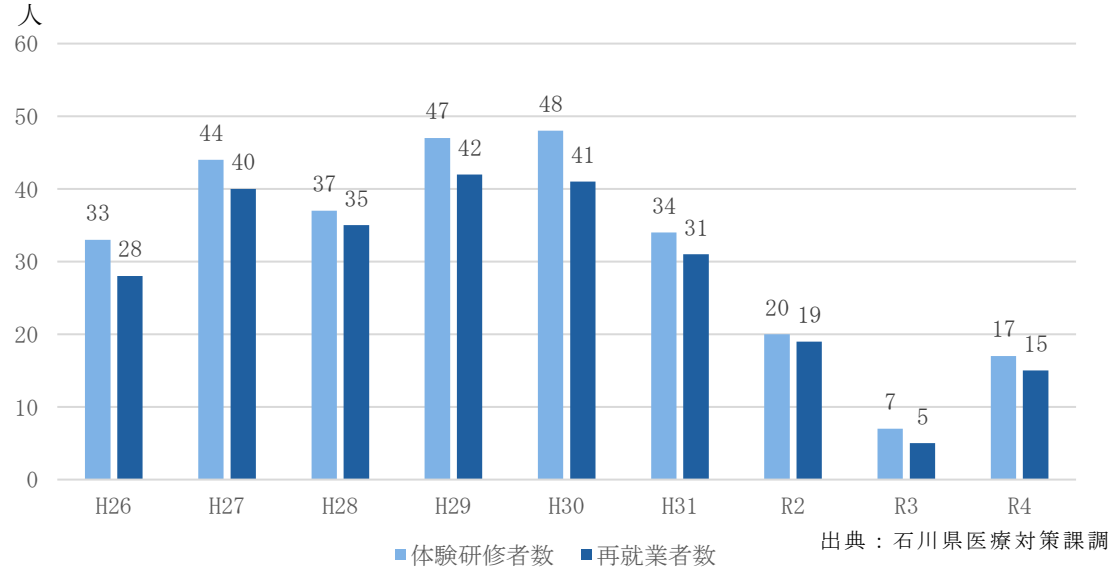


出典：石川県医療対策課調

○石川県の再就業支援事業（体験研修）を活用した就業者数は、令和４年度は 15 人であった。

○コロナ禍では、石川県の再就業支援事業を活用した潜在看護職員の再就業者数は減少に転じていたが、令和４年度は増加している。

図表　石川県の再就業支援事業を活用した再就業者数推移



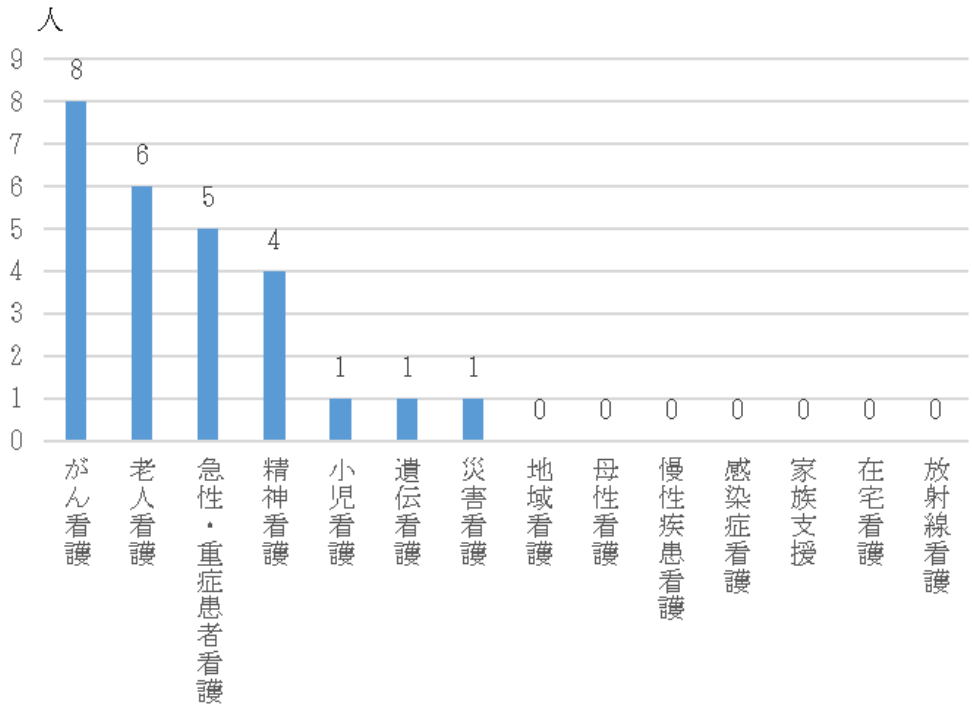
出典：石川県医療対策課調

【資質の向上等】

○医療の高度化・専門化、在院日数の短縮化、医療提供の場の多様化などを背景に、質の高い看護職の養成が求められている。

○石川県の令和５年 12 月末現在の専門看護師数は 26 人であり、就業看護職員数に占める割合は 0.16％と全国 30 位である。

図表　県内の分野別専門看護師数（令和５年 12 月）



出典：日本看護協会「データで見る専門看護師」

○石川県の令和５年 12 月末現在の認定看護管理者は 103 人であり、就業看護職員数に占める割合は 0.63％と全国１位であるが、各施設内の看護職員の資格取得を促進し、組織全体の看護の質をより向上させるためには、引き続き、認定看護管理者の確保が重要である。

○石川県の令和５年 12 月末現在の認定看護師数は 364 人（Ａ課程 306 人、Ｂ課程 39 人、精神科認定看護師 19 人）であり、就業看護職員数に占める割合は 2.24％と全国４位である。

※Ａ課程…特定行為研修を組み込んでいない教育課程

※Ｂ課程…特定行為研修を組み込んだ教育課程

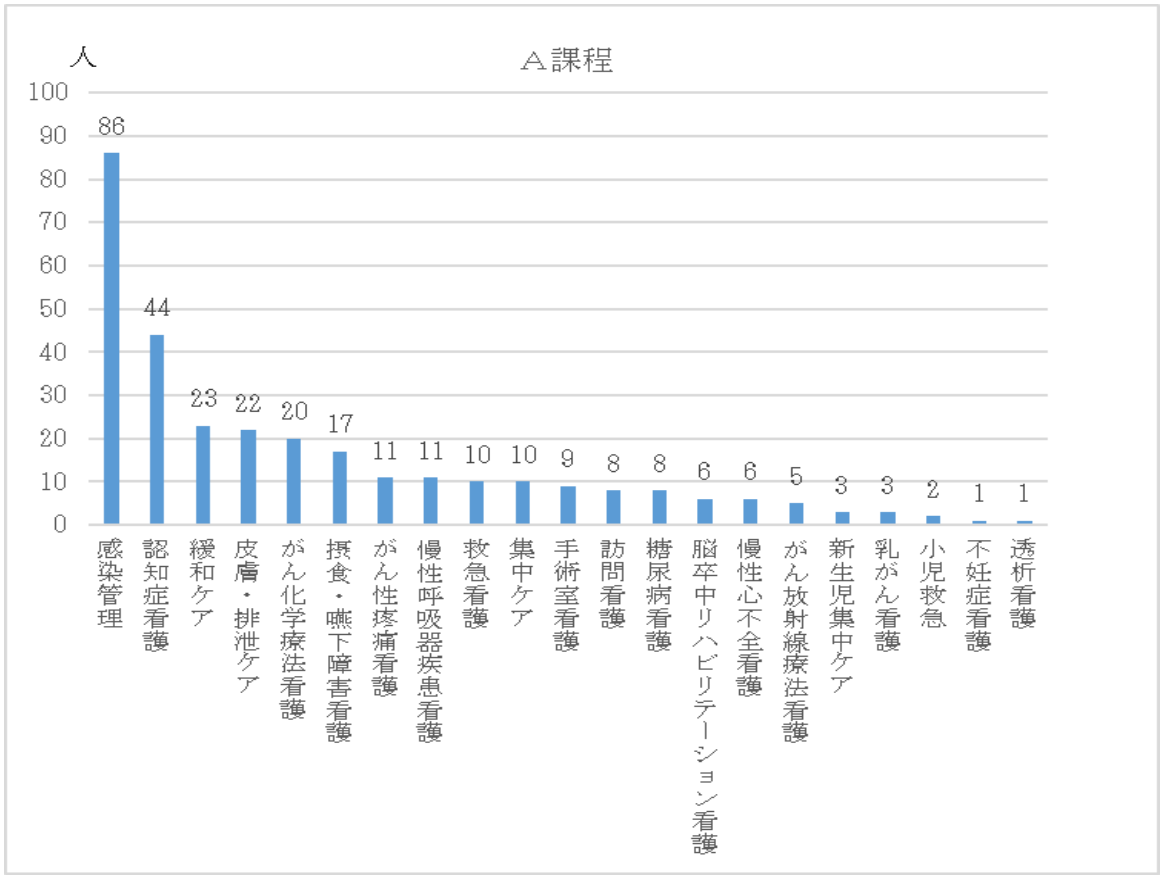
○県立看護大学で開講していた分野では、感染管理（Ａ課程）は 86 人、認知症看護（Ａ課程）44 人となっており、就業看護職員数に占める割合は、それぞれ、0.53％（全国１位）、0.27％（全国７位）となっている。

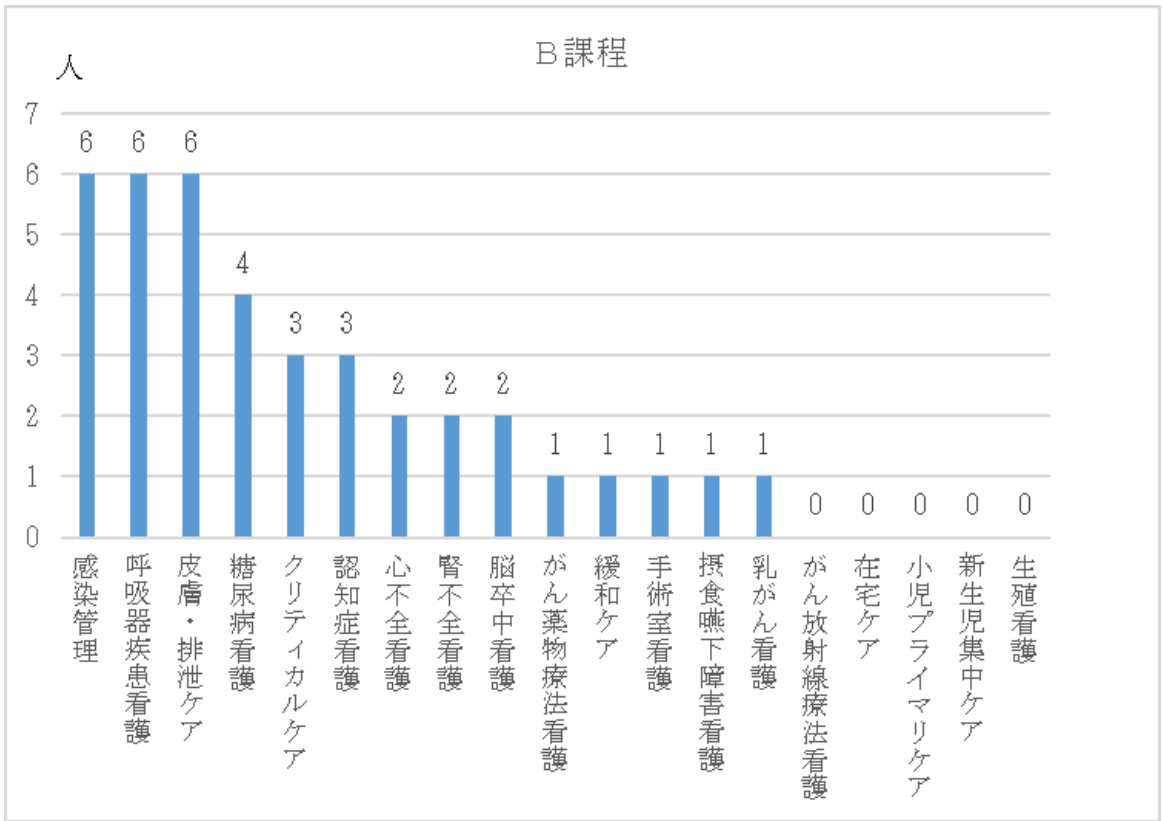
○超高齢化社会における在宅医療の充実のためには、褥瘡やストーマ造設等の創傷及び失禁に伴って生じる問題に対して、高度な技術を提供できる皮膚・排泄ケア認定看護師の育成が必要である。

○指定研修機関における特定行為研修を修了した石川県の令和５年 10 月末現在の特定行為研修修了看護師は 97 人であり、就業看護職員数に占める割合は 0.60％と全国８位である。

○高齢化に伴う医療ニーズの増大や、医師の働き方改革を踏まえ、認定看護師や特定行為研修修了看護師の確保が今後ますます必要になってくる。

図表　県内の分野別認定看護師数（令和５年 12 月）





出典：日本看護協会「データで見る認定看護師」

図表

指定研修機関における特定行為研修を修了した県内の特定行為研修修了看護師数（医療圏別）（令和５年 10 月）

（単位：人）

区分名			医療圏				①特定行為修了	B課程移行※2	②認定B課程※3
			南加賀	石川中央	能登中部	能登北部			
修了した特定行為研修に係る特定行為区分	呼吸器（気道確保に係るもの）関連		3	13	8	0	**24**	(5)	**1**
	呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連	侵襲的陽圧換気の設定の変更	5	12	13	0	**30**	(6)	**4**
		非侵襲的陽圧換気の設定の変更	4	2	12	0	**18**	(6)	**4**
		人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整	4	2	12	0	**18**	(6)	**4**
		人工呼吸器から離脱	5	12	13	0	**30**	(6)	**4**
	呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連		4	1	9	0	**14**	(5)	**1**
	循環器関連※1		0	0	0	0	**0**	(0)	**0**
	心嚢ドレーン管理関連		0	0	0	0	**0**	(0)	**0**
	胸腔ドレーン管理関連		0	0	0	0	**0**	(0)	**0**
	腹腔ドレーン管理関連		0	2	0	0	**2**	(0)	**0**
	ろう孔管理関連	胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換	0	0	1	0	**1**	(0)	**0**
		膀胱ろうカテーテルの交換	0	0	1	0	**1**	(0)	**0**
	栄養に係るカテーテル管理（中心静脈カテーテル管理）関連		1	5	1	0	**7**	(1)	**1**
	栄養に係るカテーテル管理（末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理）関連		1	4	1	0	**6**	(1)	**0**
	創傷管理関連	褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去	7	3	10	0	**20**	(7)	**0**
		創傷に対する陰圧閉鎖療法	7	3	10	0	**20**	(7)	**0**
	創部ドレーン管理関連		0	2	0	0	**2**	(2)	**0**
	動脈血液ガス分析関連	直接動脈穿刺法による採血	3	11	16	0	**30**	(3)	**1**
		橈骨動脈ラインの確保	3	11	16	0	**30**	(3)	**1**
	透析管理関連		0	3	0	0	**3**	(0)	**0**
	栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整	16	33	25	0	**74**	(19)	**9**
		脱水症状がある者に対する輸液による補正	16	33	25	0	**74**	(19)	**9**
	感染に係る薬剤投与関連		3	6	0	0	**9**	(3)	**1**
	血糖コントロールに係る薬剤投与関連		8	2	8	0	**18**	(3)	**3**
	術後疼痛管理関連		1	11	1	0	**13**	(0)	**0**
	循環動態に係る薬剤投与関連	持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整	0	3	1	0	**4**	(3)	**2**
		持続点滴中のナトリウム、カリウム又はクロールの投与量の調整	0	3	1	0	**4**	(3)	**2**
		持続点滴中の降圧剤の投与量の調整	0	3	1	0	**4**	(3)	**2**
		持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整	1	13	2	0	**16**	(3)	**2**
		持続点滴中の利尿剤の投与量の調整	0	3	1	0	**4**	(3)	**2**
	精神及び神経症状にかかる薬剤投与関連	抗けいれん剤の臨時の投与	3	1	0	0	**4**	(2)	**1**
		抗精神病薬の臨時の投与	3	1	0	0	**4**	(2)	**1**
		抗不安薬の臨時の投与	3	1	0	0	**4**	(2)	**1**
	皮膚損傷に係る薬剤投与関連		0	1	0	0	**1**	(0)	**0**
領域別パッケージ研修	在宅・慢性期領域		0	0	0	0	**0**	(0)	**0**
	外科術後病棟管理領域		0	0	0	0	**0**	(0)	**0**
	術中麻酔管理領域		1	10	1	0	**12**	(0)	**0**
	救急領域		0	0	0	0	**0**	(0)	**0**
	外科系基本領域		0	0	0	0	**0**	(0)	**0**
	集中治療領域		0	0	0	0	**0**	(0)	**0**
						延人数計	**501**	**(123)**	**56**
						実人数	**97**	**(23)**	**10**
						実人数（①＋②）			**107**

※1 循環器関連の区分に、”一時的ペースメーカの操作及び管理”、”一時的ペースメーカリードの抜去”、”経皮的心肺補助装置の操作及び管理”、”大動脈内バルーンパンピングからの離脱を行うときの補助の頻度の調整”の4行為を含む

※2 Ａ課程認定看護師が指定研修機関において特定行為研修を修了し、Ｂ課程認定看護師へ移行した者（①の内数）

※3 Ｂ課程認定看護師教育機関を修了したＢ課程認定看護師（②）

出典：日本看護協会「特定行為研修修了者名簿及びデータで見る認定看護師」

２．確保の方針

【目的（目指す方向性】
〇県民が必要とする医療サービスの確保を図る。
【目標】
〇若年層を中心とした看護職員の確保を図る。
〇高い専門性を備えた看護職員の確保を図る。

（１）看護職員確保の方針／目標達成に向けた施策

【新規養成】

〇中・高校生を中心とした若年層など、一般県民への看護の魅力啓発の充実・強化や修学資金の貸与を行い、新たな看護人材の確保を図る。

＜具体的な取組＞

・高校生を対象に、現役の看護師や看護学生を講師とした「看護の魅力講演会」の開催や、中・高校生向けに、看護師の仕事や養成校の概要などをまとめたガイドブックを作成・周知するなど、看護の魅力のＰＲに努める。
・看護学生が経済的な心配をすることなく学業に専念できるよう、修学資金の貸付けを行う。
・特に、看護職員の就業者数が少なく、高齢化が課題となっている能登北部地域への就業・定着の促進を図る。
・さらに、能登半島地震後の医療ニーズの見通し等を踏まえ、必要な看護職員の確保を図る。

【定着の促進（離職防止）】

〇出産や育児による離職を防止するために院内保育所運営への支援や新人看護職員への研修支援をはじめ、看護職員にとって働きやすい勤務環境を整備する。

＜具体的な取組＞

・病院に対し、新人看護職員研修経費の補助を行うなど、早期離職防止と資質向上に向けた支援を行う。
・病院内保育所の運営支援や勤務環境改善支援による働きやすい職場づくりなど、勤務環境の整備を推進し、看護職員の定着を促進する。
・医師の働き方改革を踏まえ、看護職員がさらに専門性を発揮し、患者の状態やその変化に応じて判断・対応できるよう医師とのタスク・シフト／シェアに取り組む。
・看護職員が専門性を必要とする業務に専念でき、質の高い看護を提供するため、看護補助者の確保・定着に向けた支援を行う。
・看護職員がキャリアプランを描くことができるよう、地域間・施設間での人事交流に向けた検討を行う。

【再就業の促進】

○石川県ナースセンターなどの関係機関と連携し、未就業者への職業紹介や講習会の実施などにより潜在看護職員の再就業を支援する。

○今後ますます需要の拡大が見込まれる訪問看護師の育成・確保を図る。

＜具体的な取組＞

・国の離職時届出制度により離職者の情報が集約・把握できるようになったことから、就業希望者等に対して、きめ細かい情報提供や、最新の看護実践技術に関するセミナーの開催などにより、就業意欲を向上させ、復職につなげる。
・県看護協会ナースセンターにおいて、再就業を希望する看護職員の登録を促し、医療施設等への就業を斡旋する。
・長期間、現場を離れたことなどによる不安から現場復帰をためらう看護職員が、円滑に再就業できるよう、希望する施設での体験研修を実施する。

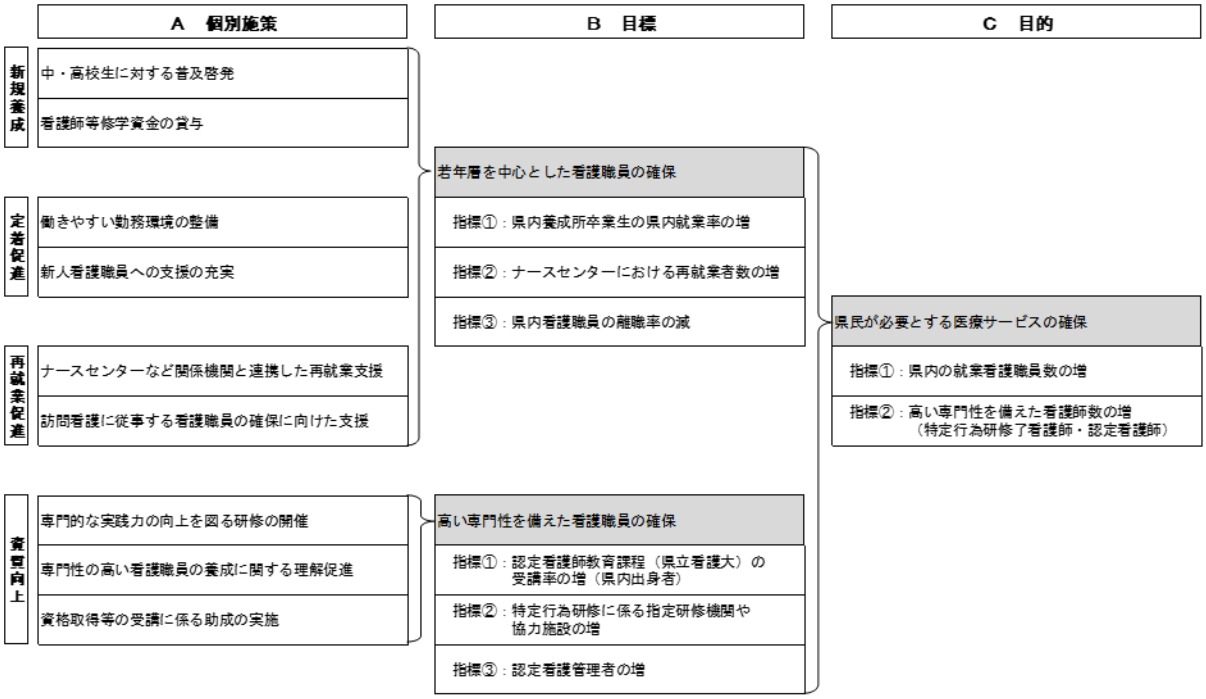
【資質の向上等】

○専門的な実践力の向上を図る研修や、病院管理者等に対する理解促進などを通して、専門性の高い看護職員の養成及び資質向上を図る。

＜具体的な取組＞

・認定看護師等を講師とした、看護職員のキャリアステージに応じた高度で専門的な研修を実施し、看護専門職としてのキャリアアップを支援する。
・県内の看護職員のキャリア形成支援の中核的機関である県立看護大学看護キャリア支援センターにおいて、認定看護師資格取得の動機づけから、認定看護師教育課程の設置、資格取得後のフォローアップまで一貫した支援を継続して行う。
・助産師を対象に、勤務する病院から他の診療所等に一定期間派遣し、分娩に関する幅広い技能を習得する出向研修などを実施し、産科医療提供体制の充実・強化を図る。
・特定行為研修修了看護師のさらなる養成のため、病院長などの管理者を対象とした制度への理解促進を図る研修会を開催し、管理者の意識改革の元、看護職員が研修を受講しやすい環境に向けた支援を行う。
・高齢者等の看護に必要な分野の認定看護師の資格取得に向けた支援や、特定行為に係る研修受講に向けた支援を行い、高い専門性を備えた看護師の育成を図る。

施策・指標マップ



数値目標

分類 B:目標 C:目的	指　標		現状値	目標値	
	名　称	出典・説明		R8 年度 （中間年）	R11 年度 （最終年）
B	県内養成所卒業生の県内就業率の増（２年課程は除く）	石川県医療対策課調	66.1% （R4）	増加	増加
B	ナースセンターにおける再就業者数の増	石川県医療対策課調	167 名 （R4）	増加	増加
B	県内看護職員の離職率の減	日本看護協会「病院看護実態調査」	8.9% （R4）	減少	減少
B	認定看護師教育課程（県立看護大）の受講率の増（県内出身者）	石川県医療対策課調	39.5% （平均）	50%	50%
B	特定行為研修に係る指定研修機関や協力施設の増	厚生労働省「指定研修機関等について」	指定 6 施設 （R5.3）	指定 8 施設	—
B	認定看護管理者の増	日本看護協会「データでみる認定看護管理者」	103 名 （R5.12）	120 名	137 名
C	県内の就業看護職員数の増	厚生労働省「衛生行政報告例」	18,642 名 （R4.12）	19,698 名	今後の国の見直しに合わせ修正
C	高い専門性を備えた看護師数の増（特定行為研修了看護師・認定看護師）	日本看護協会「特定行為研修修了者名簿」及び日本看護協会「データで見る認定看護師」	特定 107 名 （R5.12）	特定 272 名	特定 410 名
			認定 364 名 （R5.12）	認定 415 名	認定 466 名

【理学療法士・作業療法士】

１．現状と課題について

■リハビリテーション技術の高度化や退院後の生活期リハビリテーションの充実に対応するために、理学療法士・作業療法士の資質の向上を図る必要がある。

○県内の医療機関に就業している理学療法士及び作業療法士は、令和２年 10 月１日現在、それぞれ 861.8 人及び 491.0 人、人口 10 万対ではそれぞれ 76.1 人（全国 80.0 人）及び 43.4 人（全国 40.5 人）となっている。

○本県には、理学療法士の養成施設が５施設（入学定員 215 名）、作業療法士の養成施設が３施設（入学定員 90 名）ある。

○リハビリテーション技術の高度化や退院後の生活期リハビリテーションの充実に対応するため、理学療法士及び作業療法士の資質の向上を図る必要がある。

○県リハビリテーションセンターが「地域リハビリテーション推進事業」として、地域のリハビリ関係者に対する教育研修及び専門的技術支援・指導を実施している。

２．確保の方針

■県理学療法士会及び県作業療法士会は、理学療法士及び作業療法士の資質向上に向けた研修会を実施する。

○理学療法士及び作業療法士の確保

市町、介護老人保健施設等は、必要なリハビリテーションを提供するため、理学療法士及び作業療法士を確保するよう努める。

○生涯研修の推進

ア　県理学療法士会及び県作業療法士会は、理学療法士及び作業療法士の資質向上に向けた研修会を実施する。

イ　県リハビリテーションセンターが実施している教育研修及び専門的技術支援・指導のより一層の充実を図る。

図１　県内の医療機関に就業している理学療法士数の推移

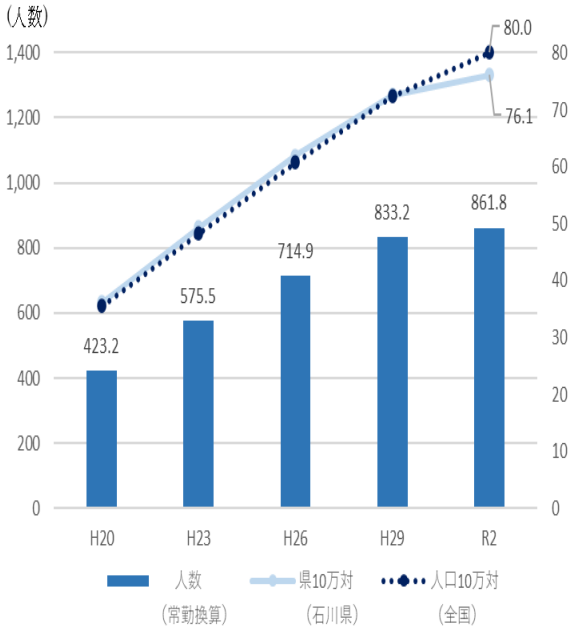


図２　県内の医療機関に就業している作業療法士数の推移

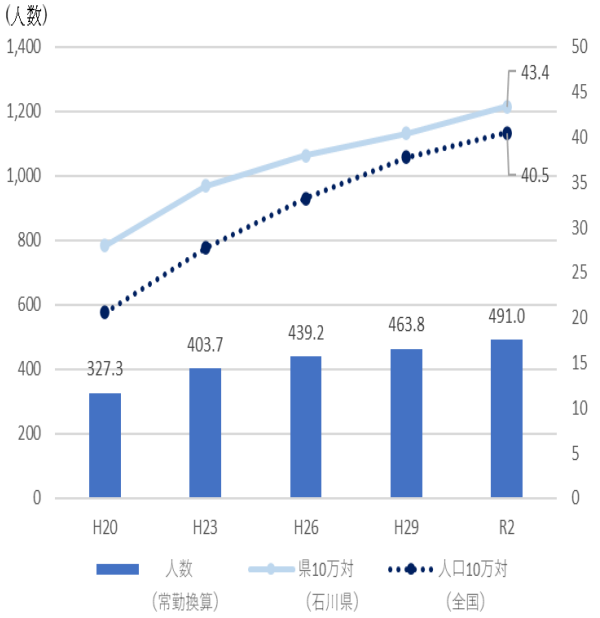


図３　二次医療圏別人口 10 万対の医療機関に就業している理学療法士数（令和２年度）

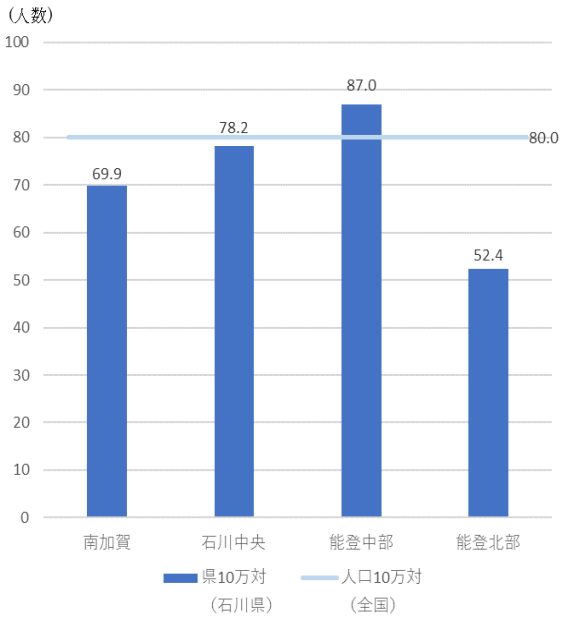
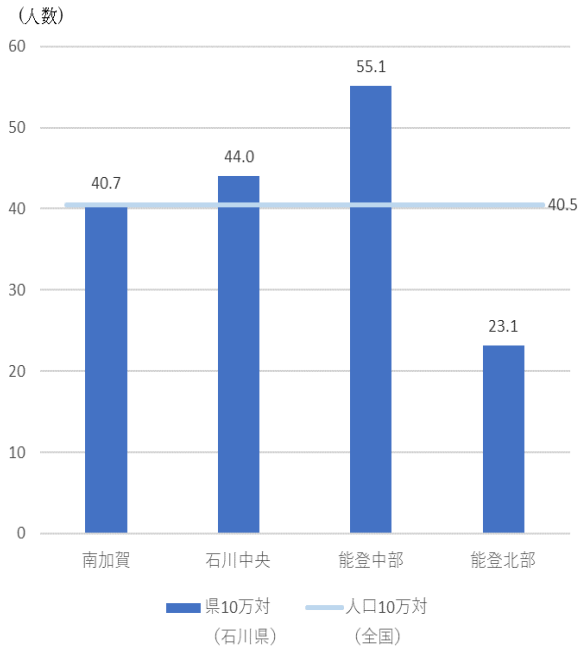


図４　二次医療圏別人口 10 万対の医療機関に就業している作業療法士数（令和２年度）



出典：厚生労働省「医療施設調査」（R2 年 10 月 1 日現在）

【診療放射線技師・臨床検査技師】

１．現状と課題について

■放射線機器、検査機器等の高度化により知識・技術の向上が望まれるため、資質の向上を図る必要がある。

○令和２年 10 月１日現在で、診療放射線技師は、全国人口 10 万対 45.1 人に対して本県は 48.8 人、臨床検査技師については、全国人口 10 万対 54.1 人に対して本県は 56.2 人であり、いずれも全国平均を上回っている。診療放射線技師及び臨床検査技師は、適切な診断・治療を行うために必要な客観的データを、正確かつ迅速に、医療現場に提供することにより、医療を支える重要な技術者である。

○現在、本県には、診療放射線技師の養成施設が１施設（入学定員 40 名）、臨床検査技師の養成施設が２施設（入学定員 100 名）ある。

２．確保の方針

■県診療放射線技師会、県臨床衛生検査技師会は、資質の向上のための研修を実施する。

近年、放射線機器、検査機器等の高度化により各知識・技術の向上が望まれるとともに、がん検診、検査の精度管理等への対応も強く求められているため、県診療放射線技師会、県臨床衛生検査技師会は、診療放射線技師・臨床検査技師の資質向上のための研修を実施する。

図１　県内の医療機関に就業している診療放射線技師数の推移

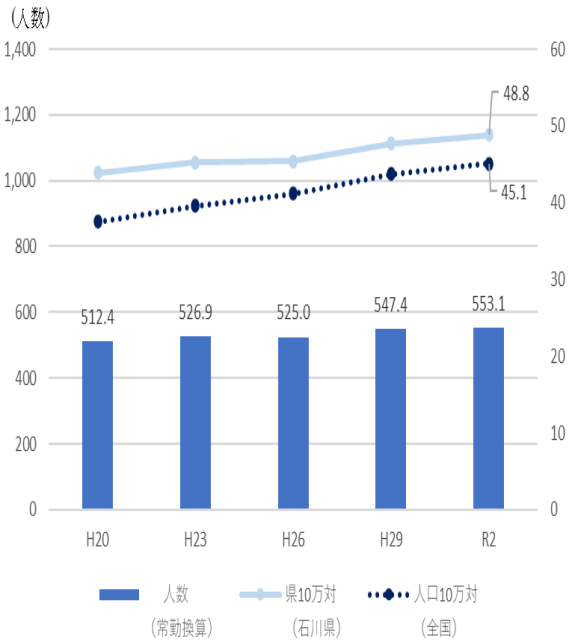


図２　県内の医療機関に就業している臨床検査技師数の推移

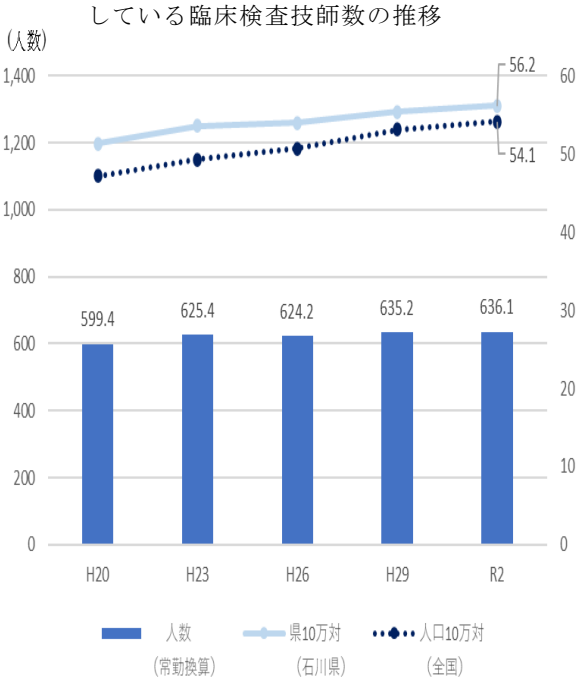


図３　二次医療圏別人口 10 万対の医療機関に就業している診療放射線技師数（令和 2 年度）

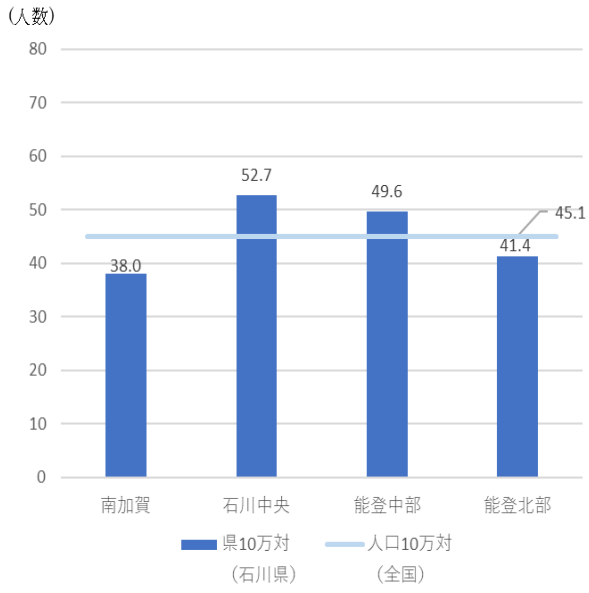
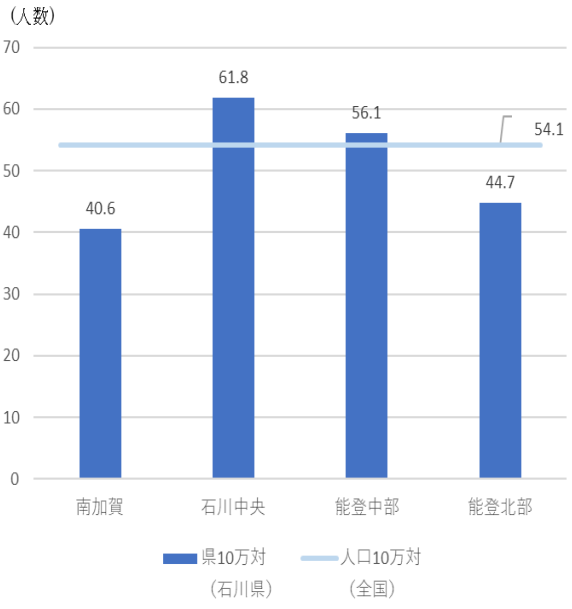


図４　二次医療圏別人口 10 万対の医療機関に就業している臨床検査技師数（令和 2 年度）



出典：厚生労働省「医療施設調査」（R2 年 10 月 1 日現在）

【管理栄養士・栄養士】

１．現状と課題について

■生活習慣病の発症予防や重症化予防等、栄養・食生活支援の重要性が増しており、管理栄養士・栄養士の資質向上を図る必要がある。

○県内の医療機関に就業している管理栄養士及び栄養士は、令和２年 10 月１日現在、それぞれ 287.7 人及び 90.6 人、人口 10 万対ではそれぞれ 25.4 人（全国 21.5 人）及び 8.0 人（全国 4.8 人）となっており、全国平均を上回っている。

○特定給食施設における管理栄養士・栄養士の配置状況は、病院や介護老人保健施設、社会福祉施設では充実しているが、その他の施設では、十分ではない現状となっている。
管理栄養士・栄養士は、医療施設などの特定給食施設等の栄養管理及び地域保健における健康づくりを推進するうえで重要であり、本県には管理栄養士養成施設が 2 施設（入学定員 145 名）、栄養士の養成施設が１施設（入学定員 60 名）ある。

２．確保の方針

■県栄養士会は、管理栄養士及び栄養士の資質向上に向けた研修会を実施する。

近年、生活習慣病の発症予防や重症化予防、高齢者の低栄養の予防等、栄養・食生活支援の重要性が増しており、管理栄養士・栄養士の活動の充実が望まれる。また、平成 20 年４月から各医療保険者に義務付けられた特定健診・特定保健指導に関する人材の確保や資質の向上も求められており、県栄養士会が中心となり、生涯研修の充実に努める。

図１　県内の医療機関に就業している
管理栄養士数の推移

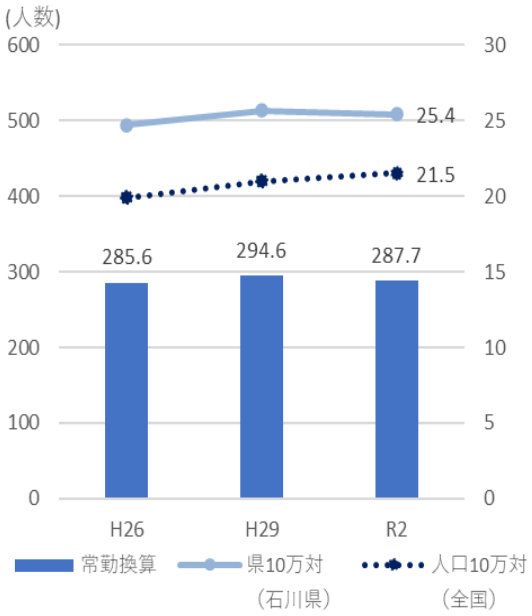


図２　県内の医療機関に就業している
栄養士数の推移

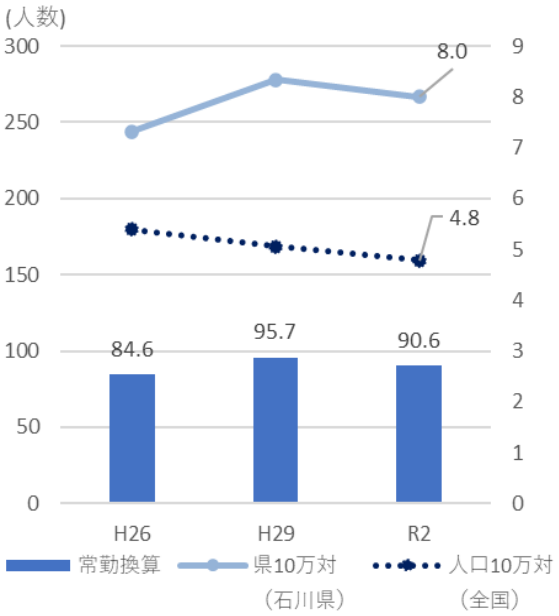


図３　二次医療圏別人口 10 万対の
医療機関に就業している
管理栄養士数（令和２年度）

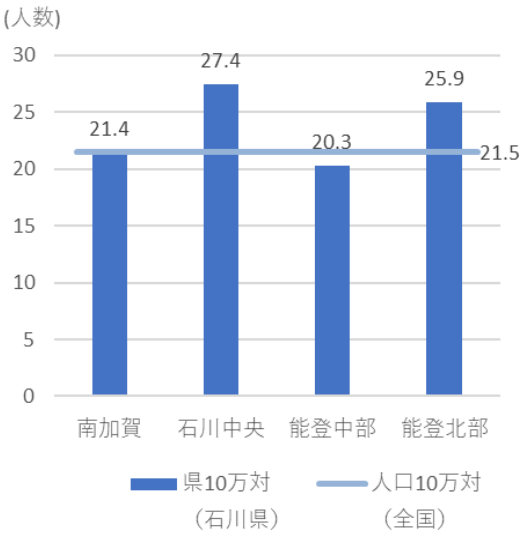
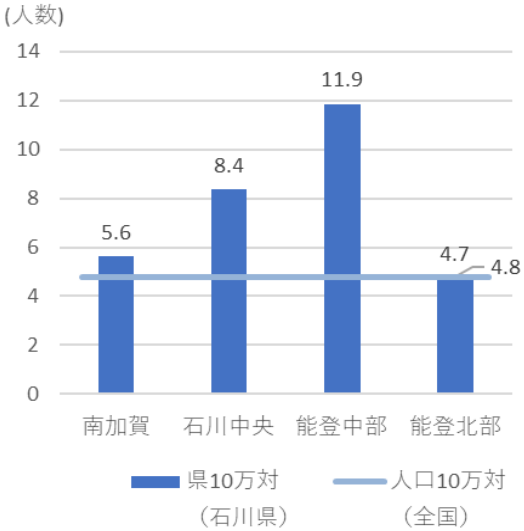


図４　二次医療圏別人口 10 万対の
医療機関に就業している
栄養士数（令和２年度）



出典：厚生労働省「医療施設調査」（R2 年 10 月 1 日現在）

【歯科衛生士・歯科技工士】

１．現状と課題について

■歯科医療技術の高度化・専門化に対応するとともに、要介護者や心身障害児・者の歯科医療を充実させるため、歯科衛生士及び歯科技工士の資質の向上を図る必要がある。

○本県の就業歯科衛生士及び歯科技工士の数は、令和２年12月末現在でそれぞれ1,144人及び364人であり、人口10万対ではそれぞれ101.0人（全国113.2人）及び32.1人（全国27.6人）となっている。

○本県には、歯科衛生士の養成施設が２施設（入学定員 100 名）、歯科技工士の養成施設が１施設（入学定員 70 名）ある。

○近年の歯科診療技術の高度化・専門化に対応し、また、要介護者や心身障害児・者の歯科医療を充実させるため、歯科衛生士・歯科技工士の資質の向上を図る必要がある。

図１　県内に就業している歯科衛生士数の推移

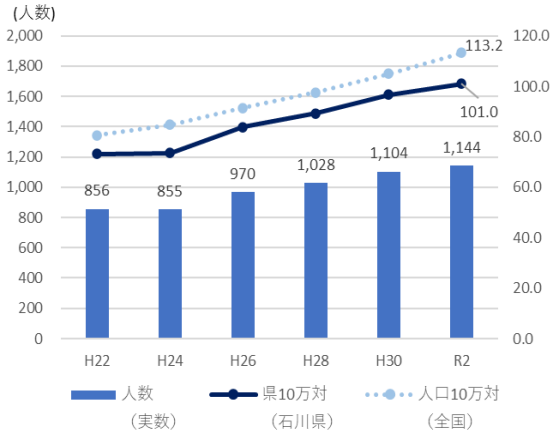
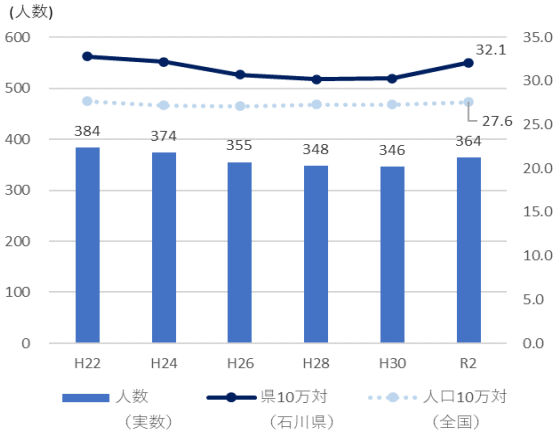
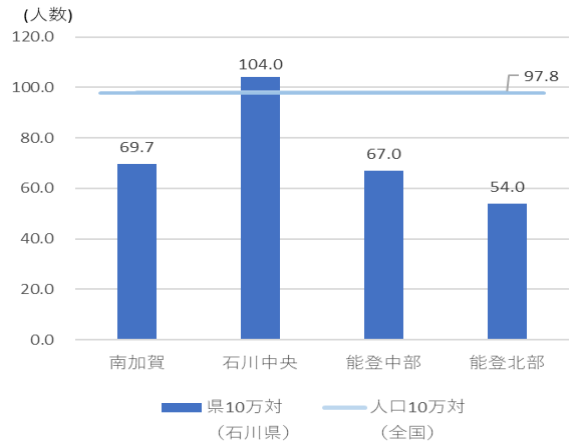


図２　県内に就業している歯科技工士数の推移



出典：厚生労働省「衛生行政報告例」（隔年 12 月末現在）

図３　二次医療圏別人口 10 万人対の歯科衛生士数（令和２年度）



出典：厚生労働省「医療施設調査」（R2 年 10 月１日現在）

２．確保の方針

■県歯科衛生士会、県歯科技工士会は、歯科衛生士・歯科技工士の資質向上に向けた研修を実施する。

高度化する歯科医療及び口腔ケアに対する県民のニーズに対応するとともに、要介護者や心身障害児・者の歯科医療の充実を図るため、県歯科衛生士会、県歯科技工士会は、歯科衛生士及び歯科技工士の資質向上に向けた研修を実施する。

【その他の保健医療関係者】

■視能訓練士、言語聴覚士等のその他の医療関係者についても、それぞれの職種の実態を踏まえ、必要に応じて、人材の確保や資質の向上のための支援措置の検討を行う。

本県における医療機関等で就業する視能訓練士、言語聴覚士、臨床工学技士、義肢装具士、医療ソーシャルワーカー、精神保健福祉士、柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、救急救命士等について、それぞれの職種の状況等の実態を踏まえ、必要に応じて、人材の確保や資質の向上を図るための取り組みを推進する。

表　その他の保健医療関係者の状況（令和２年 10 月１日現在）

	職種	医療機関の従事者計		病院の従事者		診療所の従事者	
		石川県	全国	石川県	全国	石川県	全国
1	視能訓練士	73.8 (6.5)	10130.1 (8.0)	54.3 (4.8)	4586.3 (3.6)	19.5 (1.7)	5543.8 (4.4)
2	言語聴覚士	126.7 (11.2)	17905.4 (14.2)	121 (10.7)	16799 (13.3)	5.7 (0.5)	1106.4 (0.9)
3	臨床工学技士	209 (18.5)	30408.9 (24.1)	180.6 (15.9)	22653.7 (18.0)	28.4 (2.5)	7755.2 (6.1)
4	義肢装具士	－	127.6 (0.1)	－	97.3 (0.1)	－	30.3 (0)
5	医療ソーシャルワーカー	32.7 (2.9)	4580.3 (3.6)	26.7 (2.4)	3478.1 (2.8)	6 (0.5)	1102.2 (0.9)
6	精神保健福祉士	114 (10.1)	11171.2 (8.9)	109.6 (9.7)	9374.2 (7.4)	4.4 (0.4)	1797 (1.4)
7	柔道整復師	60.5 (5.3)	4088.4 (3.2)	29 (2.6)	439.1 (0.3)	31.5 (2.8)	3649.3 (2.9)
8	あん摩マッサージ指圧師	35.1 (3.1)	3070.6 (2.4)	12.3 (1.1)	934.5 (0.7)	22.8 (2.0)	2136.1 (1.7)

出典：厚生労働省「医療施設調査」（R2 年 10 月１日現在）

注１：下段（　）内は人口 10 万対。

注２：常勤換算数である。

２　関係機関の機能充実

【保健福祉センター（保健所）】

（１）現状と課題

■精神保健福祉、感染症対策、難病対策、食品衛生などの専門的かつ技術的業務の充実や、市町や医療関係者に対する支援機能の強化などに加え、母親の育児不安解消から児童虐待の相談・援助などの機能の強化、健康危機管理の中核的機関としての強化を図る必要がある。

①保健福祉センターの保健所機能としては、広域的、専門的かつ技術的な地域保健（公衆衛生）活動の中心となる行政機関として、医療機関等関係機関･団体等と連携をとりながら、県民の健康水準の向上や健康づくり、また、食品衛生や環境衛生、公衆衛生、環境保全の確保、健康危機管理などに大きな役割を果たしている。

②保健福祉センターの保健所機能の強化にあたっては、国の「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」に基づき、地域特性や住民のニーズ等を充分考慮し、地域保健の広域的、専門的かつ技術的拠点として住民へのきめ細かなサービスの提供と総合的な地域保健対策の強化を図るため、以下の事項を推進することが重要である。

ア　精神保健福祉、感染症・結核・エイズ対策、難病対策や食品衛生、環境衛生などの専門的かつ技術的業務の充実及び母子保健福祉、高齢者保健福祉、障害者福祉、精神保健福祉など市町が実施するサービスに対する専門的かつ技術的支援の充実

イ　地域保健福祉の総合的サービスの提供に向け、企画調整機能の強化とそのための情報収集、調査研究、専門技術職員の研修機能の充実

ウ　感染症や食中毒、災害など地域における健康危機管理の拠点としての機能強化

（２）対策

■地域保健における広域的、専門的かつ技術的拠点としての保健所機能を強化するため、専門的業務や企画調整機能などの充実、健康危機管理体制の強化を進めていく。

①専門的かつ技術的業務・支援の充実

ア　精神保健福祉、結核・エイズなどの感染症対策、難病対策や、母子保健福祉、高齢者保健福祉、障害者福祉、精神保健福祉などに関する市町への支援など対人保健サービスの専門的、技術的業務の充実を図るため、国が実施する職員の実務研修への参加や専門技術者による連絡会を開催する。

イ　食品衛生、環境衛生、公衆衛生、環境保全、医療機関や薬局等の監視指導等の専

門的、技術的業務の充実を図るため、国が実施する技術職員の研修への参加、監視指導の効率化・高度化や精度管理の徹底を図る。

②地域保健福祉の総合的サービスの提供

ア　研修・支援・企画調整機能の強化

・市町職員等地域保健に携わる専門技術職員の育成のため、介護保険や難病対策や特定疾患に関することなど専門技術についての研修体制を充実する。
・地域保健対策において地域における中心的役割を果たすため、母子保健福祉、高齢者保健福祉、障害者福祉など市町が実施するサービスについて専門的立場から技術的助言などの援助を行う。
・地域で多数の関係機関が関与する保健対策全般の円滑な実施及び強化のため施策の企画・立案、計画の策定と推進及びその評価、保健・医療・福祉関係機関の連携強化等、企画調整機能の充実を図る。
・広域的、専門的かつ技術的な拠点として、地域の健康格差の縮小を図ることを目的に、広く保健・医療・福祉に関する情報を収集、管理及び分析し、県民や関係機関に提供するとともに、市町の健康増進計画等の計画策定、評価等の支援を行う。

イ　情報の収集、整理及び活用の推進

・地域における保健・医療・福祉に関する情報を幅広く収集、管理及び分析するとともに、関係法令を踏まえつつ、関係機関や県民に対してこれらを積極的に提供するなど情報業務のシステム化を推進する。

ウ　調査及び研究の推進

・地域特性に基づく保健課題に即した調査研究の推進を図り、その成果を関係機関に還元、活用することにより、保健事業の推進に資する。

③地域における健康危機管理の拠点としての機能強化

ア　災害対策の充実強化

・消防本部、システム登録機関等の協力を得て、広域災害・救急医療情報システム（ＥＭＩＳ）を利用した防災通信訓練を実施する。
・保健医療計画推進協議会において、災害時における各機関の役割分担と相互の連携に努める。
・災害時には、ＥＭＩＳの運用確保と併せ、医療ボランティア等の受入れ、配置等の調整機能を確保できるよう体制を整備する。また、保健所を中心とした地域コーディネート体制（地域保健医療福祉調整本部）を構築し、管轄区域の保健医療福祉活動を効果的・効率的に行うために必要な保健医療福祉ニーズ等の情報収集等を実施する。
・被災者等への保健活動が円滑に実施できるよう、市町の災害時保健活動体制構築への支援を行うとともに、保健師等関係者に対する研修等を実施するなど平

時からの体制整備に努める。
・災害時に、被災者へのこころのケア活動が円滑に実施できるよう、市町及び精神科医療機関と緊密な連携を図りながら、圏域内の精神保健医療体制の整備に努める。

イ　健康危機管理体制の強化
・平常時から健康危機に備えるため、有事の際の BCP の発動や人員の補強方法などを具体的に定めた保健所健康危機対処計画を策定し、計画に基づいた実践的訓練と計画の評価・見直しを行うとともに、市町や地域医師会、管内医療機関、消防機関、警察機関等との、健康危機被害発生時の円滑な連絡・協力体制を確保する。
・管轄区域の感染症対応力を強化するため、特にハイリスク施設における感染症対策が充実するよう監査・指導を強化する。
・健康危機予防のため、食中毒や感染症などの知識の住民への普及や食品や毒劇物を扱う事業所の監視・指導を強化していく。

【市町保健センター等】

（１）現状と課題

■市町の保健活動の拠点となる市町保健センターは、１５市町（２１ヶ所）で整備されている（令和６年４月１日現在）。
■市町は、生活習慣病対策や母子保健対策、介護予防対策、精神保健福祉対策等の保健・福祉活動の充実強化を図るため、保健福祉関係者の確保が必要である。

①市町においては、身近で利用頻度の高い保健サービスが一元的に提供できるよう、地域保健法において、市町保健センター等の保健活動の拠点の整備が求められている。

②市町保健センターでは、健康増進計画や特定健診等実施計画等に基づき、健康診査、健康相談、保健指導等、住民のニーズに応じた計画的な事業の実施を図っている。

③市町は、精神保健福祉対策や母子保健対策、介護予防・生活支援対策等の保健活動の充実強化を図るため、市町保健センター等に総合窓口の設置や在宅福祉サービスを担う施設との複合的整備を図るとともに、保健師や管理栄養士等保健福祉関係職員の確保が必要である。

（２）対策

■市町の保健活動の充実強化を図るため、専門技術職員の計画的な確保を促進するとともに、体系的な研修を計画的に実施し、人材の育成等を推進する。

①市町の保健活動の充実強化を図るため、専門技術職員の計画的な確保を促進するとともに、職員の資質向上を図るため、体系的な研修を計画的に実施し、人材の育成を推進する。

②保健事業の評価等により、住民のニーズに応じた計画的で効率的な保健事業を推進する。

③事業の将来的な見通しの下、保健事業の充実及び保健事業と介護保険事業等の有機的連携その他の地域保健対策の推進に支障を来すことがないよう、保健師、管理栄養士等の地域保健対策に従事する専門技術職員の計画的な確保を推進する。

④保健事業の推進にあたり、市町に対し専門的かつ技術的な援助及び協力を行うとともに、医師会、歯科医師会、薬剤師会等の専門職能団体及び地域の医療機関との十分な連携及び協力等、地域における人的資源の活用を推進する。

【こころの健康センター】

（１）現状と課題

■こころの健康センターは、精神保健福祉に関する総合的技術センターとして、保健福祉センターや市町が地域精神保健福祉活動を効果的に行えるよう中核的な機能を備える必要がある。

①こころの健康センターは、精神保健福祉に関する企画立案、市町や保健福祉センター等に対する技術支援、人材の育成、精神障害に対する正しい知識の普及啓発、調査研究、県民からの精神保健福祉に関する相談、家族会や自助グループ、当事者団体等の育成及び支援の業務を実施してきている。

②障害者自立支援法や精神保健福祉法に基づき、身近なサービスは市町が実施しているところであるが、災害の被災者や犯罪被害者、うつ傾向にある患者や自殺者数の増加、また、ひきこもりや子どもの心の健康、依存症等相談内容は複雑多様化し、一層の精神的支援を要する困難事例が多くなっている。

③災害発生時には、石川 DPAT 活動マニュアルに基づき、先遣隊の派遣等を実施しているところであるが、迅速かつ適切な対応が行えるよう、平時から研修を繰り返し実施しておく必要がある。

④こうした中、令和６年４月に精神保健福祉法が改正され、地域における精神保健福祉活動の充実が求められており、精神保健福祉に関する総合的技術センターとして対応し得るよう、こころの健康センターの一層の機能強化を図る必要がある。

⑤平成 17 年４月、発達障害者支援法に基づき、発達障害支援センターをこころの健康センター内に設置した。学習障害や自閉症、アスペルガー症候群などの広汎性発達障害、注意欠陥／多動性障害などの発達上の困難を持つ人や家族、関わるすべての人のための支援センターで、対象は幼児から成人までである。また、関係機関も、保育園・幼稚園から学校、放課後児童クラブ、就労支援機関・福祉施設・病院等と幅広く、これらの機関との連携強化や支援センター機能の充実を図る必要がある。

（２）対策

■保健福祉センターや市町が行う精神保健福祉業務が効果的に展開されるよう、技術支援を行うほか、医療、福祉、労働、教育、産業等の精神保健福祉関係機関との連携強化を図る。

①企画立案機能の充実

こころの健康センターは、精神保健福祉施策の計画的推進に関し、専門的な立場から、県障害保健福祉課と協働し、企画立案を行うとともに、市町や保健福祉センターなどの関係機関に対する意見などを提案する。

②技術支援の強化

こころの健康センターは、複雑困難事例に対し相談支援を行うとともに、保健福祉センター、市町、児童相談所、障害者就業生活支援センター、その他関係機関等に対し、専門的立場から積極的な技術支援を行い相談機能の強化を図る。

③教育研修機能の強化

こころの健康センターは、保健福祉センター、市町、児童相談所、障害福祉サービス事業所その他関係機関等の精神保健福祉業務に従事する職員等の技術水準の向上を図るため研修を実施する。

④調査研究機能等の強化

ア　こころの健康センターは、各地域の抱える課題の把握や分析を行い、課題解決に向けた地域精神保健福祉活動を効果的にすすめていくために、保健福祉センター、市町等関係機関と協働し、地域精神保健福祉に関する調査や先駆的モデル事業等を展開する。

イ　こころの健康センターが実施した調査研究の成果を、保健福祉センターや市町等に情報提供する。

⑤普及啓発機能等の充実

ア　こころの健康センターは、県民に対しメンタルヘルスについての正しい知識の普及啓発を図るため、講演会の開催や機関誌の発行を行う。

イ　家族会や患者会等の組織育成に努め、その活動に協力する。

⑥発達障害支援センター機能の強化

ア　発達障害支援センターは、相談支援機関として来所者の相談を受けるほか、必要に応じて、心理検査や診察を実施し、発達障害に関する相談支援や発達障害の特性に応じた指導・援助を行う発達支援、就労に向けての相談や就労支援機関との連携を通じての就労支援等を行う。

イ　関係機関等に対して発達障害の理解を促すために研修会や講演会を開催し、普及啓発を行う。

ウ　発達障害支援センターは、地域の複雑困難事例の相談や発達障害に関する相談連携体制の構築にかかる支援を行うなど地域の相談機能の充実を図るとともに、保健福祉センター、市町及び就労支援センターなどの関係機関に対し、後方支援機関として、専門的立場から技術指導を行う。

【リハビリテーションセンター】

（１）現状と課題

■リハビリテーションセンターは、平成 6 年 10 月の開設以来、回復期を中心としたリハビリテーション医療、リハビリテーション医療専門職に対する研修、福祉用具・住宅改修に関する障害者等への生活支援や研究開発、リハビリテーションに関する技術指導等を行ってきた。
■障害のある人たちが地域でできるだけ自立し生活していくためには、退院後の生活期リハビリテーションの充実が重要である。また、自立支援、介護負担の軽減には福祉用具の活用が必要であり、介護保険関係施設や障害者関係施設職員等の知識・技術向上及び相談・支援体制の整備が課題になっている。
■難病や高次脳機能障害に対する相談・支援体制の更なる充実が必要であり、地域での生活支援や就労支援が課題になっている。

①リハビリテーションセンターは、平成６年 10 月に開設し、済生会金沢病院等との連携により、回復期を中心とした専門的なリハビリテーション医療を実施するとともに、生活期においては障害者等の社会復帰や自立した生活を送るための福祉用具や住宅改修に対する相談、研究・開発、リハビリテーションに関する地域活動支援等を行い、さまざまな障害のある方々の社会復帰のため、地域の関係機関・施設との連携のもとで専門的かつ総合的なリハビリテーションの実施を目指している。

②難病患者・家族の相談・支援の拠点として、平成 18 年度にリハビリテーションセンター内に難病相談・支援センターを設置し、医療やリハビリテーション等の相談に応じるとともに、患者・家族の交流会、ボランティアの育成、関係者研修会等を行っており、今後もその充実が必要である。

③交通事故や脳血管疾患等により記憶障害や注意障害などが生じ、社会生活への適応が困難になる高次脳機能障害者に対して相談・支援を実施するため、平成 19 年度にリハビリテーションセンター内に高次脳機能障害相談・支援センターを設置した。これら高次脳機能障害に対し、患者・家族に対する相談・支援や関係者の研修会等を行っており、今後もその充実が必要である。

（２）対策

■リハビリテーションセンターのリハビリテーション医療については、済生会金沢病院が指定管理者として実施する。
■市町職員や介護保険関係施設、障害児・者関係施設等の職員に対しリハビリテーションに関する知識、技術や福祉用具に関する研修等を行うとともに、関係機関の連携の強化を図るため、地域リハビリテーション推進事業を実施する。
■リハビリテーション医療の強化及び福祉用具に関する技術支援、研修をさらに充実させるため、リハビリテーションセンターの福祉用具や医療機器等を充実させるとともに、障害児・者の自立活動・社会参加を促進するため、県内のリハビリテーションに携わる人材育成に取り組む。
■難病相談・支援センター及び高次脳機能障害相談・支援センターを設置し、難病患者と高次脳機能障害者に対する相談、支援、リハビリテーション体制の充実を図る。

①リハビリテーション医療の充実

指定管理者である済生会金沢病院は、障害の特性に応じたリハビリテーション医療を提供するとともに、研修の実施等による職員の資質向上等により、専門的な医療の提供を推進する。

②地域リハビリテーションの推進

高齢者、障害児・者等の在宅及び施設における生活期リハビリテーションの充実を目的に、日常生活や就学、就労等の自立支援、福祉用具の活用方法等に関する知識・技術の向上と、市町職員や介護保険関係施設、障害児・者関係施設等の職員に対する研修等を行い、自立を視点においたリハビリテーションの普及啓発や、リハビリテーション専門職との身近な関係づくりの強化を図り、地域リハビリテーションを推進する。

③研修機能の強化

県内のリハビリテーションに携わる人材育成のため、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等のリハビリテーション専門職に対する専門研修を実施するとともに、リハビリテーションセンターに高度な福祉用具や医療機器等を整備し、市町や関係施設の職員、福祉用具相談専門員等に対しても福祉用具活用のための知識・技術に関する研修を強化する。

④難病患者、家族の相談・支援の充実を図るため、今後とも難病相談・支援センターの充実を図るとともに、医療機関や介護保険事業者、障害福祉サービス事業者等との連携をさらに推進する。特に、学校やハローワーク、障害者就業生活支援センターとの連携を強化し、難病患者の就学、就労支援を強化する。

⑤高次脳機能障害者家族の相談・支援の充実を図るため、高次脳機能障害相談・支援センターの充実を図るとともに、関係機関との支援ネットワークを構築する。また、障害福祉サービスによる支援が困難な高次脳機能障害者に対する支援を行い、支援手法の確立に努めるとともに、医療、福祉関係者等に対する研修を行い、関係機関で適切な支援が行われるよう体制整備を行う。

○地域リハビリテーションとは

障害のある子供や成人・高齢者とその家族が、住み慣れたところで、一生安全に、その人らしくいきいきとした生活ができるよう、保健 ・医療・福祉・介護及び地域住民を含め生活にかかわるあらゆる人々や機関・組織がリハビリテーションの立場から協力し合って行う活動のすべてを言う。

（日本リハビリテーション病院・施設協会）

高齢者や障害児・者が住み慣れた地域で安全にその人らしく生活ができるようにするためには、日常生活圏域においてリハビリテーションの提供が受けられる仕組みが必要である。

そのためには、①介護予防、障害の発生・進行予防の推進、②急性期・回復期・生活期リハビリテーションの質の向上と切れ目のない体制整備、③ライフステージにそった適切な総合的リハビリテーションサービスの提供といった視点が重要であり、関係機関が連携して取り組む必要がある。

県リハビリテーションセンターでは、地域リハビリテーション推進のため、関係機関の職員等への研修、地域住民からの日常生活や社会活動についての相談対応、自立支援等を行っているが、今後の高齢化の更なる進行や県内各地域の課題を踏まえて、関係施策の充実が必要となっている。

【保健環境センター】

（１）現状と課題

■地域保健対策を効果的に推進し、地域における健康危機管理能力等を高めるため、保健・環境行政における科学的かつ技術的中核機関として、その機能の一層の充実を図る必要がある。

①保健環境センターは、関係行政機関との緊密な連携の下、疾病予防や試験検査方法等に関する調査研究、病原体、毒劇物等の試験検査のほか、保健衛生従事者等に対する研修指導、保健情報等の収集・解析・提供、環境モニタリング等を通じて、地域住民の健康の保持・増進、生活環境の保全に重要な役割を果たしている。

②地域保健に係る県民の行政ニーズが高度化、多様化している中、令和 5 年改正地域保健法に基づく基本指針では、従前の地域保健体制や健康危機管理体制の構築に加え、今般の新型コロナウイルス感染症の流行を踏まえた新興感染症対策が重要な行政課題となっている。こうしたニーズに的確に対応していくため、保健福祉センター等と連携して、新興感染症対策に係る健康危機対処計画を整備するとともに、調査研究・試験検査等の機能の充実を図る必要がある。

（２）対策

■　保健福祉センター等と連携して、その専門性を活用した地域保健等に関する調査研究、試験検査に取組むとともに、国立試験研究機関との連携や他の地方衛生研究所等とのネットワークを活用した人材育成、地域保健等に関する情報の収集・解析・提供を行う。

①調査研究の推進

ア　疾病構造の解析等、健康増進に寄与する基礎的調査研究を推進する。

イ　健康危機発生時に的確に対応するため、疫学調査の機能強化や試験検査の迅速化・簡便化に関する調査研究等の充実を図る。

ウ　調査研究の効率性、実効性の向上を図るため、引き続き、研究評価制度による専門家等の助言等を得るとともに、大学や国の研究機関等との連携、他の地方衛生研究所等とのネットワークの活用に努める。

②試験検査機能の強化

ア　遺伝子解析等の専門的技術や高度な設備を要する検査に対応するため、施設及び検査機器の整備・メンテナンス、検査の精度管理の向上に努め、試験検査結果の信頼性の確保を図る。

イ　専門的技術を要する検査に対応するため、調査研究成果の活用、研修の実施のほか、国立試験研究機関との連携体制の構築や他の地方衛生研究所等のネット

ワークの活用を通じて、継続的な人材育成等の体制整備を図る。

ウ　保健福祉センター等との連携の下、健康や環境に関する健康被害発生時における原因の特定等を迅速かつ的確に行うため、健康危機管理マニュアル、検査マニュアル、健康危機対処計画等を整備・充実し、検査体制の強化を図る。

③研修指導の充実

ア　保健福祉センター等の職員に対して、衛生検査等に関する試験検査技術、疫学的調査手法など保健・環境情報の活用技術等に関する研修指導の充実を図る。

イ　保健衛生分野や環境分野の専門家を講師として招いて行う特別講演会や当センターの技術職員を対象とした技術研修会を開催することにより、職員の資質向上を図る。

ウ　保健福祉センター等が行う市町職員等向けの教育研修や県民向けの健康教育等に対する支援体制の充実を図る。

④保健・環境情報の収集・解析・提供の充実

ア　保健・環境情報の収集及びそれらの迅速かつ的確な解析、解析結果の提供を推進するため、関係機関の連携等による情報管理・処理体制の充実を図る。

イ　ＩＴの積極的な活用による効率的な情報の受発信体制の充実を図る。

ウ　感染症発生動向調査における患者情報、病原体情報について、医療機関等の関係機関へ迅速に提供するとともに、適切な感染症情報について、県民に対してホームページでの情報発信の充実を図る。

⑤環境モニタリング体制の充実

光化学オキシダントやPM2.5などの大気汚染に係る緊急時等に的確に対応するため、モニタリングシステムの適切な運用等、環境モニタリング体制の充実を図る。

第８章　計画の推進体制

１　計画の推進体制

○本県では、医療計画の策定や変更及び医療法人の設立等の医療を提供する体制の確保に関する重要事項を調査審議する「石川県医療審議会」を設置している。

○また、医療計画の策定や変更及び医療計画の達成状況を評価するために必要な事項を協議することを目的として、医療関係者、医療を受ける立場にある者、学識経験者及び関係行政機関の職員で組織する「石川県医療計画推進委員会」を設置している。本委員会において、毎年、目標項目の数値の年次推移や施策の進捗状況を把握し、計画の達成状況の評価を実施するものとする。

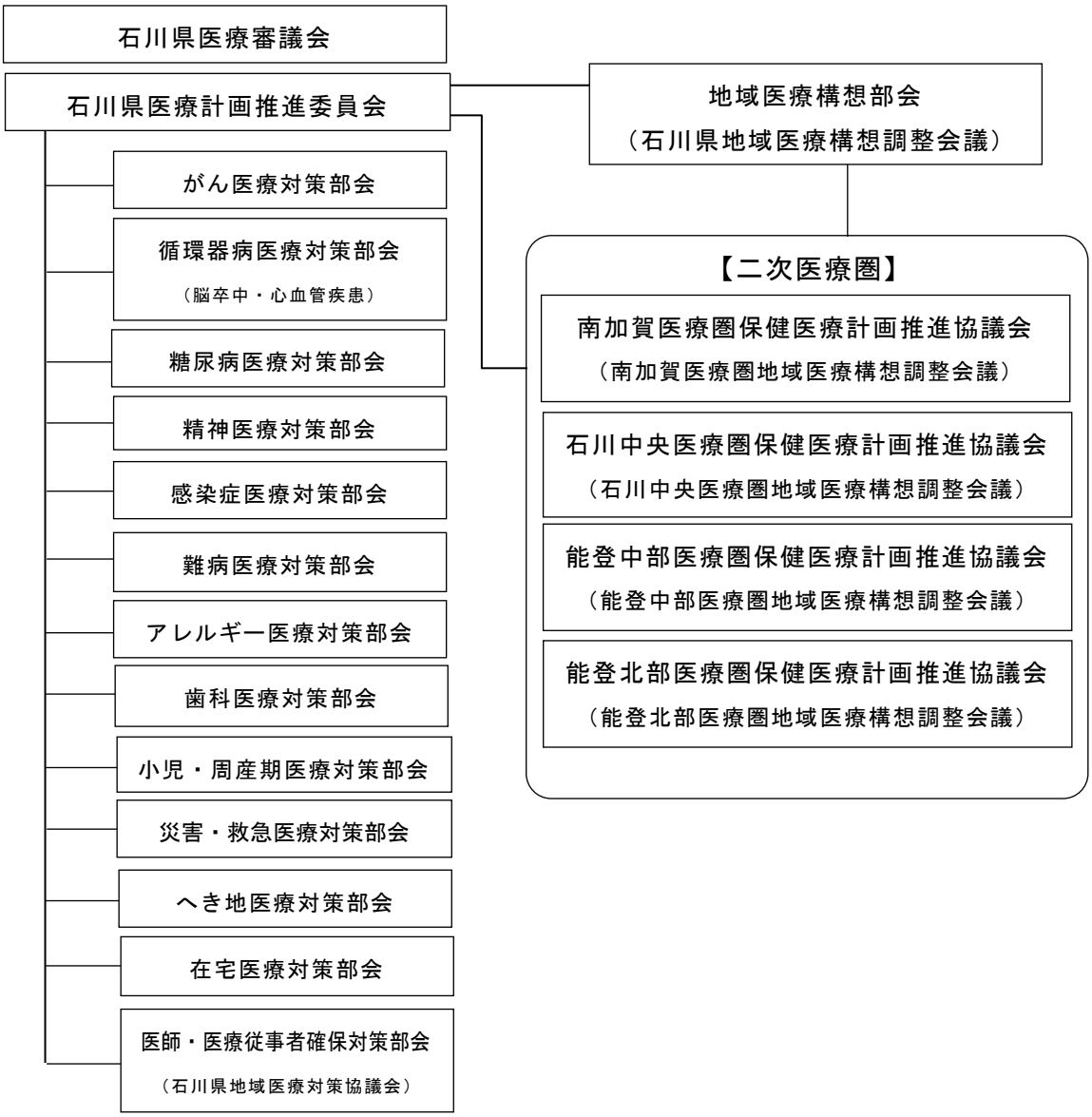
○医療計画推進委員会には、がんなどの疾病や災害・救急医療などの事業について、各医療機能を担う医療機関リストの見直しや医療連携体制の構築に関する協議等を目的とした専門部会及び、二次医療圏ごとに計画の推進に関する協議を行う「医療圏保健医療計画推進協議会」を必要に応じて設置することとしている。
また、疾病・事業毎に作成した医療機関リストについて、変更が必要となった場合には、専門部会において適否を協議し、速やかに記載内容を変更するものとする。

○地域医療構想部会及び医療圏保健医療計画推進協議会は、医療法 30 条の 14 の規定に基づく「地域医療構想調整会議」としての役割も併せて担うこととし、地域医療構想の推進に向け、必要な協議を行い、各医療機関の自主的な取組につなげていく。

○県では、これらの委員会や専門部会、協議会において、今後とも、計画の推進に必要な事項の協議や計画の達成状況の評価等を行うとともに、医療提供体制に関する重要事項については医療審議会に諮りながら、関係者の合意のもと計画の推進を図っていくこととする。

○計画の達成状況の評価等を行った結果については、県ホームページにおいて公表し、県民や関係者に周知するものとする。

○計画の達成状況の評価等を行った結果、目標に対する進捗状況が不十分である場合など、必要に応じて施策等の見直しを図るものとする。



２　国との連携

医療に関する施策は、国の制度や施策と関わりのあるものが多いことから、国の施策との整合性を図りながら推進するとともに、この計画の推進に必要な制度の改善や施策の充実を図るよう国へ要望する。

３　県民・関係者への周知

○計画の推進にあたっては、医療関係者はもとより、広く県民に対し、この計画の内容を周知し、理解と協力を得ることが重要である。
○このため、県民や関係者が、適切にこの計画の内容や、医療に関する各種情報を得ることができるよう、積極的な情報提供に努めていく。

〔参考〕

第８次石川県医療計画策定の経緯

年月日	協議経過等	主な協議事項等
令和4年 9月27日	石川県医療機能基礎調査・入院患者１日調査の実施（10月1日基準日）	
令和5年 7月 6日	第１回医療計画推進委員会	見直しの方向性、14専門部会の設置
7月20日	歯科医療対策部会（１回目）	歯科医療対策の現状と課題、施策の方向性
7月20日	石川中央医療圏保健医療計画推進協議会（石川中央医療圏地域医療構想調整会議）（１回目）	石川中央医療圏における現状と課題、施策の方向性
7月21日	南加賀医療圏保健医療計画推進協議会（南加賀医療圏地域医療構想調整会議）（１回目）	南加賀医療圏における現状と課題、施策の方向性
7月24日	能登北部・中部医療圏保健医療計画推進協議会（能登北部・中部医療圏地域医療構想調整会議）（１回目）	能登北部・中部医療圏における現状と課題、施策の方向性
8月 8日	感染症医療対策部会（１回目）	新型コロナ対策の振り返り、施策の方向性
8月10日	循環器病医療対策部会（１回目）	循環器病医療連携体制等の循環器病対策の現状と課題、施策の方向性
8月23日	精神医療対策部会（１回目）	精神医療連携体制の現状と課題、施策の方向性
8月24日	医師・医療従事者確保対策部会（地域医療対策協議会）（１回目）	医師・医療従事者確保の現状と課題、施策の方向性
8月29日	がん医療対策部会（１回目）	がん医療連携体制の現状と課題、施策の方向性
9月 5日	災害・救急医療対策部会（１回目）	災害・救急医療連携体制の現状と課題、施策の方向性
9月 7日	地域医療構想部会（地域医療構想調整会議）（１回目）	地域医療構想の現状と課題、施策の方向性
9月12日	小児・周産期医療対策部会（１回目）	小児・周産期医療連携体制の現状と課題、施策の方向性
9月28日	在宅医療対策部会（１回目）	在宅医療連携体制の現状と課題、施策の方向性
10月24日	糖尿病医療対策部会（１回目）	糖尿病医療連携体制の現状と課題、施策の方向性

年月日	協議経過等	主な協議事項等
11月 1日	へき地医療対策部会	へき地医療連携体制の現状と課題、施策の方向性、計画（案）
11月 6日	アレルギー医療対策部会(石川県アレルギー疾患医療連絡協議会)	アレルギー医療連携体制の現状と課題、施策の方向性、計画（案）
11月 6日	精神医療対策部会（２回目）	計画（案）
11月15日	歯科医療対策部会（２回目）	計画（案）
11月22日	災害・救急医療対策部会（２回目）	計画（案）
11月27日	循環器病医療対策部会（２回目）	計画（案）
11月28日	がん医療対策部会（２回目）	計画（案）
12月 7日	能登北部・中部医療圏保健医療計画推進協議会（能登北部・中部医療圏地域医療構想調整会議）（２回目）	計画（案）
12月11日	石川中央医療圏保健医療計画推進協議会（石川中央医療圏地域医療構想調整会議）（２回目）	計画（案）
12月12日	南加賀医療圏保健医療計画推進協議会（南加賀医療圏地域医療構想調整会議）（２回目）	計画（案）
12月13日	小児・周産期医療対策部会（２回目）	計画（案）
12月19日	医師・医療従事者確保対策部会（地域医療対策協議会）（２回目）	計画（案）
12月21日	地域医療構想部会（地域医療構想調整会議）（２回目）	計画（案）
12月22日	在宅医療対策部会（２回目）	計画（案）
12月25日	難病対策部会	難病医療連携体制の現状と課題、施策の方向性、計画（案）
12月26日	糖尿病医療対策部会（２回目）	計画（案）
令和6年 5月 1日	感染症医療対策部会（２回目）	計画（案）
5月 9日	第２回医療計画推進委員会	計画（案）

年月日	協議経過等	主な協議事項等
5月22日 ～6月21日	パブリックコメント実施	
7月 4日	石川県医療審議会へ諮問 石川県医療審議会から答申	諮問事項： 石川県医療計画（案）について
8月13日	計画の公示	

石川県医療審議会委員名簿

（令和６年７月４日現在）

区　　分	役　　職	氏　　名
委　　員	日本精神科病院協会石川県支部支部長	青木　達之
〃	石川県歯科医師会会長	飯利　邦洋
〃	石川県病院協会会長	石野　洋
〃	石川県保険者協議会会長	大畠　秀信
〃	石川県病院協会副会長	岡田　俊英
〃	金沢医科大学病院院長	川原　範夫
〃	石川県病院協会副会長	神野　正博
〃	石川県医師会代議員会議長	木田　泰弘
〃	石川県老人福祉施設協議会会長	久藤　妙子
〃	石川県看護協会会長	小藤　幹恵
〃	石川県立看護大学学長	真田　弘美
会長職務代理	金沢大学医薬保健研究域医学系教授	高村　雅之
委　　員	石川県医師会副会長	轟　千栄子
〃	石川県薬剤師会会長	中森　慶滋
〃	石川県婦人団体協議会会長	能木場　由紀子
〃	石川県医師会副会長	橋本　英樹
〃	翻訳家	早川　芳子
〃	石川県労働者福祉協議会理事長	福田　佳央
〃	石川県市長会会長	村山　卓
会　　長	石川県医師会会長	安田　健二
委　　員	石川県町長会会長	矢田　富郎

（五十音順、敬称略）

石川県医療計画推進委員会委員名簿

（令和６年５月９日現在）

区　　分	役　　職	氏　　名
委　　員	日本精神科病院協会石川県支部支部長	青木　達之
〃	石川県歯科医師会会長	飯利　邦洋
〃	石川県病院協会会長	石野　洋
〃	石川県医師会副会長	上田　博
〃	加賀市医師会会長	上棚　直人
〃	石川県保険者協議会会長	大畠　秀信
〃	石川県立中央病院院長	岡田　俊英
〃	金沢市医師会会長	鍛治　恭介
〃	金沢医科大学病院院長	川原　範夫
〃	七尾市医師会監事	神野　正博
〃	石川県立こころの病院院長	北村　立
〃	石川県看護協会会長	小藤　幹恵
〃	国立病院機構金沢医療センター院長	阪上　学
〃	石川県立看護大学学長	真田　弘美
会長職務代理	金沢大学医薬保健研究域医学系循環器内科学教授	高村　雅之
委　　員	石川県薬剤師会会長	中森　慶滋
〃	石川県社会保険協会会長	永山　憲三
〃	石川県婦人団体協議会会長	能木場　由紀子
〃	社会医療法人財団松原会理事長	松原　三郎
〃	石川県老人クラブ連合会副会長	村本　敬一
〃	石川県市長会会長	村山　卓
会　　長	石川県医師会会長	安田　健二
委　　員	石川県町長会会長	矢田　富郎

（五十音順、敬称略）

石川県医療計画推進委員会専門部会委員名簿　（五十音順、敬称略）

1　がん医療対策部会

区　分	役　　職	氏名
委　員	金沢大学医薬保健研究域医学系小児科准教授	伊川　泰広
〃	石川県歯科医師会理事	江尻　重文
〃	石川県看護協会（石川県立中央病院　看護部長）	江藤　真由美
部会長	石川県立中央病院病院長	岡田　俊英
委　員	石川県医療ソーシャルワーカー協会副会長	尾角　裕美
〃	石川県医師会理事	齊藤　典才
〃	国立病院機構金沢医療センター病院長	阪上　学
〃	石川県社会保険労務士会	千歩　理恵
〃	金沢大学医薬保健学域医学系放射線科学准教授	髙松　繁行
〃	金沢医科大学一般・消化器外科教授	高村　博之
〃	石川県がん安心生活サポートハウス所長	龍澤　泰彦
〃	石川県成人病予防センター理事長	中泉　治雄
〃	金沢医科大学公衆衛生学教授	西野　善一
〃	国民健康保険小松市民病院病院長	新多　寿
〃	金沢市福祉健康局健康政策課課長	松本　尚人
〃	金沢医科大学腫瘍内科学教授	安本　和生
〃	金沢大学がん進展制御研究所腫瘍内科教授	矢野　聖二
〃	血液疾患の患者会「萌の会」代表	和田　真由美

2　循環器病対策部会

区　分	役　　職	氏名
委　員	石川県立中央病院血管病センター・脳神経外科	内山　尚之
〃	金沢大学医薬保健研究域医学教育研究センター（小児科）	太田　邦雄
〃	金沢大学医薬保健研究域医学系脳老化・神経病態学（脳神経内科学）	小野　賢二郎
〃	石川県保険者協議会	大畠　秀信
〃	石川県栄養士会	大谷　千晴
〃	石川県理学療法士・作業療法士・言語聴覚士連絡会	北谷　正浩
部会長	金沢医科大学病院心血管カテーテル治療科	北山　道彦
委　員	石川県消防長会	蔵　義広
〃	石川県看護協会	小藤　幹恵
〃	石川県薬剤師会	崔　吉道
〃	金沢医療センター	阪上　学
〃	金沢医科大学衛生学	櫻井　勝
〃	石川県医療ソーシャルワーカー協会	島野　麻里子
〃	石川県介護支援専門員協会	新蔵　久史
〃	石川県病院協会（金沢市立病院）	髙田　重男
〃	金沢大学医薬保健研究域医学系循環器内科学	高村　雅之
〃	金沢大学医薬保健研究域医学系心臓血管外科学	竹村　博文
〃	金沢大学医薬保健研究域医学系脳神経外科	中田　光俊
〃	石川県医師会	長尾　信
〃	金沢市福祉健康局健康政策課	松本　尚人
〃	石川県歯科医師会	宮田　英利
〃	石川労働局労働基準部健康安全課	宮野　廣之

3　糖尿病医療対策部会

区　分	役　　職	氏名
委　員	石川県立中央病院診療部長	浅野　昭道
〃	石川県歯科医師会理事	江尻　重文
〃	石川県栄養士会理事	大谷　千晴
〃	石川県保険者協議会	茅山　加奈江
〃	金沢医科大学教授	熊代　尚記
〃	金沢医科大学教授	櫻井　勝
〃	石川県医師会理事	島　隆雄
〃	金沢大学医薬保健研究域医学系腎臓・リウマチ膠原病内科学准教授	清水　美保
〃	金沢大学医薬保健研究域医学系教授	簗　俊成
〃	金沢市医師会顧問	竹田　康男
〃	金沢大学大学院先進予防医学研究科循環予防医学助教	多田　隼人
〃	石川県医師会理事	長尾　信
〃	石川県眼科医会理事	中島　基宏
〃	日本糖尿病協会石川県支部支部長	早戸　武志
部会長	石川県医師会理事	古川　健治
委　員	石川県看護協会理事	前大道　綾子
〃	恵寿総合病院顧問	宮本　正治
〃	石川県薬剤師会常務理事	森戸　敏志
〃	金沢大学医薬保健研究域医学系准教授	八木　邦公
〃	金沢大学医薬保健研究域医学系教授	和田　隆志

4　精神医療対策部会

区　分	役　　職	氏名
委　員	日本精神科病院協会石川県支部長	青木　達之
〃	石川県精神保健福祉士会副会長	岩尾　貴
〃	石川県看護協会理事	小川　惠子
部会長	金沢大学大学院神経精神医学教授	菊知　充
委　員	石川県立こころの病院院長	北村　立
〃	石川県医師会理事	下畑　創
〃	石川県精神保健福祉家族会連合会常務理事	高畠　和美
〃	石川県人権擁護委員連合会会長	西村　依子
〃	医療法人社団松原会理事長	松原　三郎

5　感染症医療対策部会

区　分	役　　職	氏名
委　員	金沢医科大学病院感染制御室室長	飯沼　由嗣
〃	石川県病院協会会長	石野　洋
〃	金沢大学医薬保健研究域医学系ウイルス感染症制御学分野特任教授	市村　宏
〃	石川県立中央病院院長	岡田　俊英
〃	金沢医科大学病院院長	川原　範夫
〃	石川県石川中央保健所所長	木曽　啓介
〃	石川県消防長会会長（金沢市消防局長）	蔵　義広
〃	金沢市保健所所長	越田　理恵
〃	石川県看護協会会長	小藤　幹恵
〃	石川県能登北部保健所所長	後藤　善則
〃	国立病院機構金沢医療センター院長・医療調整コーディネーター	阪上　学
〃	市立輪島病院院長	品川　誠
〃	石川県保健環境センター所長	瀬戸　裕之
〃	金沢市立病院病院事業管理者（石川県医師会副会長）	髙田　重男
〃	石川県能登中部保健所地域保健監	坪田　誠
〃	石川県薬剤師会会長	中森　慶滋
〃	小松市民病院院長	新多　寿
〃	石川県南加賀保健所所長	沼田　直子
〃	国立病院機構七尾病院院長	安井　正英
〃	石川県医師会会長	安田　健二
部会長	金沢大学理事・副学長・医療調整コーディネーター	谷内江　昭宏
委　員	金沢大学附属病院院長	吉崎　智一
〃	公立能登総合病院病院事業管理者	吉村　光弘

6　難病医療対策部会

区　分	役　　職	氏名
委　員	金沢大学医薬保健研究域医学系脳老化・神経病態学（脳神経内科）教授	小野　賢二郎
〃	金沢公共職業安定所難病患者就職サポーター	国田　直樹
〃	金沢市福祉健康センター総務課課長	小鍛治　雅人
部会長	独立行政法人国立病院機構医王病院名誉院長	駒井　清暢
委　員	金沢医科大学病院小児科教授	犀川　太
〃	独立行政法人国立病院機構医王病院地域医療連携ソーシャルワーカー	中本　富美
〃	石川県立中央病院腎臓内科・リウマチ科診療部長	藤井　博
〃	国民健康保険小松市民病院内科診療部長	又野　豊
〃	公立能登総合病院七尾市病院事業管理者	吉村　光弘
〃	石川県医師会理事	牧本　和生
〃	石川県医師会理事	長尾　信
〃	石川県看護協会（石川県訪問看護ステーション連絡会）金沢第二地区代表者	高島　久美子
〃	石川県ホームヘルパー協議会会長	鍋谷　晴子
〃	石川県介護支援専門員協会副会長	道端　慎
〃	石川労働局職業安定部職業対策課地方障害者雇用担当官	山崎　晋一
〃	石川県教育委員会学校指導課特別支援教育グループ課長補佐	宮崎　師行
〃	全国パーキンソン病友の会石川県支部事務局長	日向　浩一
〃	全国心臓病の子どもを守る会石川県支部長	竹垣　和恵
〃	金沢医科大学病院医学教育学特任教授	山田　和徳
〃	金沢大学附属病 遺伝診療部特任教授	渡邉　淳

7　アレルギー医療対策部会

区　分	役　　職	氏名
委　員	石川県医師会理事	石丸　正
〃	金沢大学附属病院耳鼻咽喉科助教	上野　貴雄
〃	石川県看護協会	國枝　美代子
〃	石川県栄養士会会長	田中　弘美
〃	石川県社会福祉協議会保育部会保育士会会長	中田　実千世
〃	石川県薬剤師会副会長	橋本　昌子
〃	金沢大学附属病院呼吸器内科特任准教授	原　丈介
部会長	金沢大学附属病院皮膚科教授	松下　貴史
委　員	金沢大学附属病院小児科助教	松田　裕介
〃	石川県養護教育研究会会長	宮村　智子
〃	金沢大学附属病院眼科助教	横川　英明

８　歯科医療対策部会

区　分	役　　職	氏名
部会長	金沢大学大学院医薬保健学総合研究科歯科口腔外科学教授	川尻　秀一
委　員	石川県歯科衛生士会会長	須貝　美夏
〃	石川県老人クラブ連合会	須野原　雄
〃	公立能登総合病院歯科口腔外科部長	長谷　剛志
〃	石川県歯科医師会	宮田　英利
〃	石川県立中央病院診療部長	宮田　勝

９　小児・周産期医療対策部会

区　分	役　　職	氏名
委　員	恵寿総合病院	新井　隆成
〃	石川県立中央病院	荒木　来太
〃	石川県医師会理事	上野　浩久
〃	国立病院機構金沢医療センター	太田　和秀
〃	国立病院機構医王病院副院長	大野　一郎
〃	国民健康保険小松市民病院	岡　康子
〃	国民健康保険小松市民病院	金田　尚
〃	石川県医師会理事	久保　実
〃	石川県消防長会会長	蔵　義広
〃	金沢医科大学教授	犀川　太
〃	石川県看護協会副会長	炭谷　みどり
〃	金沢医科大学教授	高倉　正博
〃	石川県こころの健康センター所長	角田　雅彦
〃	国立病院機構金沢医療センター	野島　俊二
〃	石川県立中央病院	平吹　信弥
〃	石川県小児科医会	藤澤　裕子
部会長	金沢大学医薬保健研究域医学系教授	藤原　浩
委　員	石川県産婦人科医会会長	村上　弘一
〃	石川県助産師会	吉田　みち代
〃	公立能登総合病院	和田　英男
〃	金沢大学医薬保健研究域医学系教授	和田　泰三

１０　災害・救急医療対策部会

区　分	役　　職	氏名
委　員	金沢大学教授	岡島　正樹
部会長	石川県立中央病院長	岡田　俊英
委　員	石川県看護協会理事	小川　外志江
〃	金沢医療センター救急治療部長	小見　亘
〃	石川県薬剤師会副会長	柏原　宏暢
〃	公立能登総合病院副院長	喜多　大輔
〃	石川県立こころの病院長	北村　立
〃	石川県消防長会長	蔵　義広
〃	石川県医師会理事	橋本　英樹
〃	石川県立中央病院診療部長	明星　康裕
〃	恵寿総合病院副病院長	山崎　雅英
〃	小松市民病院副院長	吉田　豊
〃	金沢医科大学教授	和藤　幸弘

１１　へき地医療対策部会

区　分	役　　職	氏名
部会長	石川県立中央病院院長	岡田　俊英
委　員	市立輪島病院院長	品川　誠
〃	公立穴水総合病院院長	島中　公志
〃	公立つるぎ病院院長	谷　卓
〃	公立宇出津総合病院院長	長谷川　啓
〃	珠洲市総合病院院長	浜田　秀剛
〃	石川県看護協会副会長	山中 由貴子
〃	公立能登総合病院病院事業管理者	吉村　光弘
〃	金沢大学附属病院研修医・専門医総合教育センター地域医療支援部門長	米田　憲秀

１２　在宅医療対策部会

区　分	役　　職	氏名
委　員	石川県病院協会理事	大野　健次
〃	日本精神科病院協会石川県支部	岡　宏
〃	石川県医療ソーシャルワーカー協会副会長	尾角　裕美
〃	石川県理学療法士会会長	北谷　正浩
〃	石川県立こころの病院院長	北村　立
〃	石川県介護支援専門員協会会長	北山　達朗
〃	石川県医師会理事	久藤　茂
〃	石川県看護協会専務理事	小林　千鶴
〃	石川県立看護大学教授	桜井　志保美
〃	石川県栄養士会会長	田中　弘美
〃	石川県言語聴覚士会会長	徳田　紀子
部会長	石川県医師会理事	長尾　信
委　員	石川県薬剤師会副会長	橋本　昌子
〃	石川県歯科医師会理事	宮田　英利
〃	石川県作業療法士会副会長	米田　貢
〃	石川県医療在宅ケア事業団訪問看護管理部長	和田　正美

１３　医師・医療従事者確保対策部会（地域医療対策協議会）

区　分	役　　職	氏名
委　員	石川県歯科医師会長	飯利　邦洋
〃	石川県病院協会会長	石野　洋
部会長	金沢大学理事（附属病院担当）	大竹　茂樹
委　員	石川県立中央病院長	岡田　俊英
〃	金沢大学附属病院長	蒲田　敏文
〃	金沢医科大学病院長	川原　範夫
〃	社会医療法人財団董仙会理事長	神野　正博
〃	石川県看護協会長	小藤　幹恵
〃	国立病院機構金沢医療センター院長	阪上　学
〃	能登北部地域医療協議会幹事	品川　誠
〃	金沢大学医学系長・医学類長	杉山　和久
〃	石川県薬剤師会長	中森　慶滋
〃	石川県婦人団体協議会会長	能木場 由紀子
〃	地域医療機能推進機構金沢病院院長	村本　弘昭
〃	石川県市長会会長	村山　卓
〃	石川県医師会長・石川県医療審議会会長	安田　健二
〃	石川県町長会会長	矢田　富郎
〃	石川県健康福祉部長	柚森　直弘
〃	公立能登総合病院事業管理者	吉村　光弘

１４　地域医療構想部会（地域医療構想調整会議）

区　分	役　　職	氏名
委　員	日本精神科病院協会石川県支部支部長	青木　達之
〃	石川県歯科医師会会長	飯利　邦洋
〃	石川県病院協会会長	石野　洋
〃	石川県医師会副会長	上田　博
〃	石川県保険者協議会会長	大畠　秀信
〃	石川県病院協会副会長	岡田　俊英
〃	回復期リハビリテーション病棟協会	勝木　保夫
〃	金沢大学附属病院院長	蒲田　敏文
〃	金沢医科大学病院院長	川原　範夫
〃	石川県病院協会副会長	神野　正博
〃	石川県看護協会会長	小藤　幹恵
〃	石川県病院協会理事	阪上　学
〃	石川県医師会理事	橋本　英樹
〃	石川県医師会副会長	高田　重男
〃	地域包括ケア病棟協会会長	仲井　培雄
〃	石川県薬剤師会会長	中森　慶滋
〃	石川県慢性期医療協会会長	宮崎　俊聡
〃	石川県有床診療所協議会会長	森下　裕
部会長	石川県医師会会長	安田　健二
委　員	石川県病院協会理事	米澤　幸平

医療圏保健医療計画推進協議会委員名簿

（敬称略）

区分	南加賀医療圏推進協議会		石川中央医療圏推進協議会		能登中部医療圏推進協議会		能登北部医療圏推進協議会	
	役職名	氏名	役職名	氏名	役職名	氏名	役職名	氏名
保健医療関係者	小松市医師会会長	村井　裕	金沢市医師会会長	鍛治　恭介	七尾市医師会会長	安田　紀久雄	能登北部医師会会長	千間　純二
	加賀市医師会会長	上棚　直人	白山ののいち医師会会長	松葉　明	羽咋郡市医師会会長	池野　敬	石川県医師会理事	宮下　隆司
	能美市医師会会長	木田　泰弘	河北郡市医師会会長	沖野　惣一	石川県医師会理事	奥村　義治	珠洲鳳珠歯科医師会会長	岡村　茂英
	石川県医師会副会長	上田　博	石川県医師会理事	橋本　英樹	七尾歯科医師会会長	先川　孝一	石川県薬剤師会能登北部支部長	原　将充
	小松歯科医師会会長	曽山　義之	石川県医師会副会長	髙田　重男	羽咋歯科医師会会長	谷内　充宏	石川県病院協会副会長	岡田　俊英
	石川県薬剤師会加賀支部部長	北出　清明	金沢市歯科医師会会長	伊藤　基夫	石川県薬剤師会七尾鹿島支部長	中島　登	市立輪島病院院長	品川　誠
	石川県病院協会理事	勝木　保夫	金沢市薬剤師会会長	村田　世里子	社会医療法人財団薫仙会理事長	神野　正博	珠洲市総合病院院長	浜田　秀剛
	石川県病院協会理事	仲井　培雄	石川県病院協会副会長	岡田　俊英	公立能登総合病院病院事業管理者	吉村　光弘	公立穴水総合病院院長	島中　公志
	小松市民病院院長	新多　寿	石川県病院協会理事	米澤　幸平	公立羽咋病院病院長　事業管理者	鵜浦　雅志	公立宇出津総合病院院長	長谷川　啓
	加賀市医療センター院長	北井　隆平	石川県病院協会理事	阪上　学	町立富来病院院長	中村　健一	石川県保険者協議会委員	井上　智恵美
	能美市立病院院長	水野　恭嗣	金沢赤十字病院院長	寺﨑　修一	町立宝達志水病院院長	西澤　誠		
	国立病院機構石川病院院長	伊勢　拓之	石川県済生会金沢病院院長	荒木　勉	石川県保険者協議会委員	長谷川　一予		
	石川県保険者協議会	曽根　達也	公立松任石川中央病院院長	髙澤　和也				
			公立つるぎ病院院長	谷　卓				
			河北中央病院院長	渕﨑　宇一郎				
			石川県保険者協議会	赤澤　信秀				
保健医療を受ける立場	小松市けんこう推進委員会会長	中出　里美	金沢市校下婦人会連絡協議会副会長	前　千代子	七尾市女性団体協議会会長	中根　春美	輪島市婦人団体協議会会長	水口　トモ子
	加賀市女性協議会会長	宮﨑　信子	白山市食生活改善推進協議会長	大木　藤枝	宝達志水町民生・児童委員協議会会長	諸田　利信		
	川北町民政児童委員会会長	南　惠			志賀町民生児童委員	松村　和子		
関係行政機関の職員	小松市健康福祉部長	池上　裕子	金沢市福祉健康局	山口　和俊	七尾市健康福祉部長	谷一　勝信	輪島市健康福祉部長	刀祢　真裕美
	加賀市市民健康部長	奥村　清幸	かほく市健康福祉部長	中田　肇	羽咋市市民福祉部長	片山　みゆき	珠洲市福祉課長	岸田　和久
	能美市健康福祉部長	川本　素子	白山市健康福祉部長	中川　真	志賀町健康福祉課長	宮下　隆	穴水町住民福祉課長	笹谷　映子
	川北町福祉課長	山本　忠浩	野々市市健康福祉部長	堤　喜一	宝達志水町健康福祉課長	松坂　久代	能登町健康福祉課長	西谷　幸一
	小松市消防長	湯野　正基	津幡町町民福祉部長	羽塚　誠一	中能登町健康保険課長	田畠　洋子	奥能登広域圏事務組合消防本部消防長	平岡　広
	南加賀保健福祉センター所長	沼田　直子	内灘町町民福祉部担当部長	助田　有二	七尾鹿島消防本部消防長	水口　守	能登北部保健福祉センター所長	相川　広一
			金沢市消防局長	蔵　義広	羽咋郡市広域圏事務組合消防本部消防長	松生　正友		
			石川中央保健福祉センター所長	木曽　啓介	能登中部保健福祉センター所長	相川　広一		

用　語　集

あ行

【IRUD（未診断疾患イニシアチブ）】

日常の臨床現場で診断がつかず、希少疾患又は未診断疾患の可能性がある患者の診断を確定し、病態解明を進めるプロジェクト。

【アウトブレイク】

一定期間内に、同一病棟や同一医療機関といった一定の場所で発生した院内感染の集積が通常よりも高い状態であること。

【アクセシビリティ】

年齢や身体障害の有無に関係なく、誰でも必要とする情報に簡単にたどり着け、利用できること。

【アスペルガー症候群】

自閉症の一つのタイプで、①他の人との社会的関係をもつこと、②コミュニケーションをすること、③想像力と創造性の３分野に障害を持つことで診断される。

【アナフィラキシー】

アレルギー反応によって、複数の臓器に症状が強くあらわれる状態。特に、血圧が低下して意識の低下や脱力を来すような場合を「アナフィラキシーショック」と呼び、直ちに医療機関で適切に対応を進めないと生命にかかわる重篤な状態である。

【アピアランスケア】

医学的・整容的・心理社会的支援を用いて、外見の変化に起因するがん患者の苦痛を軽減するケア。

【ＡＹＡ世代】

「Adolescent and Young Adult（思春期・若年成人）」の頭文字をとったもので、主に、思春期世代と若年成人世代のこと。

【アレルゲン】

アレルギーの原因となる抗原（原因物質）のこと。花粉症では花粉、金属アレルギーでは金属、食物が原因の食物アレルギーでは鶏卵、牛乳、小麦などのたんぱく質のほか、エビやカニなどの魚介類などもアレルゲンとなる。

【いしかわエンゼルプラン 2020】

少子化の進行や子育てを巡る環境変化に対応し、子どもを安心して生み育てることができ、子どもがすくすくと育つ社会を確立するための対策を盛り込んだ計画（計画期間：令和 2～6 年度）。

【石川県感染症予防計画（感染症の予防のための施策の実施に関する計画）】

新興感染症の発生に備えた体制の整備など、感染症の予防・まん延等に備える施策を、県として総合的に推進するために定めた計画（７訂版計画期間：令和 6～11 年度）。

【いしかわ健康フロンティア戦略 2024】

県民一人ひとりが健康で生きがいをもち自立した生活を送ることができるよう、「健康寿命」の延伸を基本目標とし、健康づくりを推進するための施策を盛り込んだ計画（計画期間：令和 6～17 年度）

【石川県成長戦略】

石川県政運営の基本となるもので、県の施策の方向性を総合的かつ体系的にまとめた、石川県の最上位計画。計画期間は、令和 5 年度から令和 14 年度までの 10 年間。基本目標は「幸福度日本一に向けた石川の未来の創造」～住みやすく、働きやすい、活力あふれる石川県の実現～。

【石川県長寿社会プラン 2024】

ひとり暮らし高齢者や認知症高齢者の増加、介護給付費の増加など、高齢社会の様々な問題に対し、県の目指すべき基本的な施策目標等を定めた計画（計画期間：令和 6～8 年度）。

【石川県ナースセンター】

「看護師等の人材確保の促進に関する法律」に基づき、石川県から指定を受け、公益社団法人石川県看護協会が運営する、無料職業紹介や離職時等の届出受付、再就業支援研修等、看護職をサポートする機関。

【石川県メディカルコントロール協議会】

県内のメディカルコントロール体制を整備することを目的に設置。救急医療に精通した医師、県医師会、消防機関等で構成。なお、メディカルコントロール体制とは、消防機関と医療機関との連携によって、①救急隊が現場からいつでも迅速に医師に指示、指導、助言が要請できる、②実施した救急活動の医学的判断、処置の適切性について医師による事後検証を行い、その結果を再教育に活用する、③救急救命士の資格取得後の再教育として、医療機関において定期的に病院実習を行う、という体制。

【いしかわ障害者プラン 2024】

障害者権利条約の締結や障害者総合支援法の施行など、障害者を取り巻く環境変化に対応し、障害の有無にかかわらず、相互に人格と個性を尊重し支え合う共生社会を実現するための施策を盛り込んだ計画（計画期間：令和 6～11 年度）。

【医薬分業】

医師が患者に処方せんを交付し、薬局の薬剤師がその処方せんに基づき調剤を行い、医師と薬剤師がそれぞれの専門分野で業務を分担し、国民医療の質的向上を図るもの。

【医療事故】

医療に関わる場所で、医療の全過程において発生する人身事故の一切を包含するもの。医療事故には患者ばかりでなく医療従事者が被害者である場合も含まれ、また、患者が病院の廊下で転倒した場合のように、医療行為とは直接関係しないものも含まれる。医療事故のすべてに医療提供者の過失があるわけではなく、「過失のない医療事故」と「過失のある医療事故」（医療過誤）を分けて考える必要がある。

【医療ソーシャルワーカー】

入院中の患者が地域や家庭において、自立した生活を送ることができるよう、社会福祉の立場から、患者・家族の心理的、社会的問題の解決・調整を支援する専門職。

【医療的ケア児】

ＮＩＣＵ等に長期入院した後、引き続き人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアが日常的に必要な障害児のこと。

【医療費適正化計画】

急速な少子高齢化や人口減少をうけ、国民の生活の質の確保・向上を図りつつ、医療の効率化を図ることにより将来的な医療費の伸びの適正化を図るため策定する計画（計画期間：令和 6～11 年度）。

【院外処方箋】

医薬分業の観点から、外来患者の投薬調剤を院外の調剤薬局に委ねる調剤形態を院外処方といい、この制度に基づき、医師が処方する薬剤を記載したもの。

【院内がん登録】

病院で診断・治療されたすべての患者さんのがんについての情報を病院全体で集め、その病院のがん診療がどのように行われているかを明らかにする調査のこと。この調査を複数の病院が同じ方法で行うことで、情報を比較し、病院ごとの特徴等を明らかにすることができる。

【インフォームド・コンセント】

医師等が個々の治療内容について、患者へ十分な説明を行い、患者がその説明を理解したうえで、治療に同意すること。

【う蝕】

口腔内の常在細菌が糖質から作った酸によって、歯が脱灰されて起こる歯の欠損。いわゆるむし歯のこと。

【HbA1c】

血糖コントロール状態の指標。通常時の血糖レベルの判定に使用する。患者の過去１～２カ月の平均血糖状態を反映する。

【ＨＰＶワクチン】

日本の婦人科領域で最も多い癌である子宮頸癌、尖圭コンジローマおよびその他の癌の発生に関係する、ヒトパピローマウイルス（Human papillomavirus：HPV）の持続感染を予防するワクチン。

【ＮＢＣ攻撃】

「Nuclear」（核兵器）、「Biological」（生物兵器）、「Chemical」（化学兵器）を用いたテロなどの攻撃。

か行

【かかりつけ薬局・薬剤師】

かかりつけ薬剤師は、患者一人ひとりのお薬の服用・管理をはじめ、健康全般の相談ができる身近な薬剤師であり、その患者にとって最適となる治療を支援する役割を担う。かかりつけ薬剤師のいる薬局をかかりつけ薬局という。

【化学療法】

抗がん剤を用いて、がん細胞の分裂を抑え、がん細胞を破壊する治療法。

【隔離・身体拘束】

「隔離」「身体拘束」は、精神保健福祉法に基づき、精神科指定医が治療上必要であると判断した場合に行われる行動制限。

【金沢大学医学類特別枠】

平成 21 年度から、金沢大学医学類に定員 5 人（平成 22 年度から 10 人に増員）の特別枠を設けている。

県から学生に対して修学に要する経費を貸与し、卒業後、修学資金の貸与を受けた期間の 2 分の 3 に相当する期間（通常は 9 年間）、知事の指定する公立病院等に勤務した場台は、その返還を免除する措置を講ずることになっている。

【看護補助者】

病院などの医療機関で、看護チームの一員として看護の補助業務（専門的判断は必要ない）を行う職種。

【患者紹介率】

病院の初診患者のうち、診療所等から紹介された患者等の割合。地域医療支援病院の指定基準となる。

$$\text{地域医療支援病院紹介率} = \frac{\text{紹介患者の数}}{\text{初診患者の数}} \times 100$$

$$\text{地域医療支援病院逆紹介率} = \frac{\text{逆紹介患者の数}}{\text{初診患者の数}} \times 100$$

【冠動脈インターベンション治療】

狭くなった冠動脈を血管の内側から拡げるために行う低侵襲的な治療法。

【鑑別診断】

類似疾患を正しくみわけて、最終的に正しい診断を下すこと。

【管理栄養士】

厚生労働大臣の免許を受けて、傷病者に対する療養のため必要な栄養の指導、個人の身体の状況、栄養状態等に応じた高度の専門的知識及び技術を要する健康の保持増進のための栄養の指導並びに特定多数人に対して継続的に食事を供給する施設における利用者の身体の状況・栄養状態・利用の状況等に応じた特別の配慮を必要とする給食管理及びこれらの施設に対する栄養改善上必要な指導等を行うことを業とする者。

【緩和ケア】

がん患者等の身体的若しくは精神的な苦痛又は社会生活上の不安を緩和することを目的とする医療、看護、介護、相談その他の行為。

【救急救命士】

医師の指示の下、傷病者が病院又は診療所に搬送されるまでの間に、気道の確保、心拍の回復その他の救急救命処置を行うことを業とする者。救急救命士法に基づく国家資格。

【救急の日/救急医療週間】

救急医療及び救急業務に対する国民の正しい理解と認識を深め、かつ、救急医療関係者の意識の高揚を図るため、昭和 57 年から、毎年９月９日を救急の日、その日を含む１週間を救急医療週間と定めている。

【休日夜間急患センター】

休日や平日夜間の急病者に対して診療を行う医療機関。本県では、現在、金沢市及び石川中央こども初期救急医療協議会が運営する「金沢広域急病センター」及び南加賀広域圏事務組合が開設する「南加賀急病センター」があり、地域の開業医や病院の勤務医、大学病院の医師が交代で診療に当たっている。

【教育入院】

病院等が、各専門職種チームを編成し、糖尿病患者に対して、食事療法、運動療法、薬物療法等を組み合わせた集中的な治療を行うため、概ね１～２週間程度の入院治療を行うことをいう。

【強度行動障害】

本人の健康を損ねる行動（自分の体を叩いたり食べられないものを口に入れる、危険につながる飛び出しなど）、周囲の人のくらしに影響を及ぼす行動（他人を叩いたり物を壊す、大泣きが何時間も続くなど）が、著しく高い頻度で起こるため、特別に配慮された支援が必要になっている状態。

【虚血性心疾患】

冠動脈の動脈硬化などによって心筋への血流が不十分となり、虚血が引き起こされた病気の総称。大きく「狭心症」と「心筋梗塞」に分けられる。

【義肢装具士】

厚生労働大臣の免許を受けて、医師の指示の下に、義肢及び装具の装着部位の採型並びに義肢及び装具の製作及び身体への適合を行うことを業とする者。

【業務継続計画（ＢＣＰ）】

災害発生時に、病院機能の損失を出来るだけ少なくし、機能の立ち上げ、回復を早急に行えるよう、指揮命令系統の確立、必要な人材・資源、その配分等を事前に定めた計画。

【グループホーム】

障害者が夜間や休日、共同生活を行う住居で、入浴、排泄、食事の介護等を行うサービス。

【ケアマネジャー】

介護を必要とする人の希望や心身の状態などを考慮し、その人のケアプランを作成したり、市町、在宅サービス事業者、介護保険施設との橋渡しをする人。

【ゲートキーパー】

自殺の危険を示すサインに気づき、適切な対応（悩んでいる人に気づき、声をかけ、話を聞いて、必要な支援につなげ、見守る）を図ることができる人。

【ゲノム医療】

個人の「ゲノム情報」をはじめとした各種オミックス検査情報をもとにして、その人の体質や病状に適した「医療」を行うこと。

【言語聴覚士】

厚生労働大臣の免許を受けて、医師の指示の下に、音声機能、言語機能又は聴覚に障害のある者についてその機能の維持向上を図るため、言語訓練その他の訓練、これに必要な検査及び助言、指導その他の援助を行うことを業とする者。

【口腔がん】

口の中にできるがん。舌にできる舌がん、口腔底（下あごの内側で舌の裏側が接する部分）にできる口腔底がん、歯ぐきにできる歯肉がんなどがある。

【口腔ケア】

誤嚥性肺炎や口腔機能の低下を予防することを目的に行われる口腔周囲のケア全般のこと。口腔内の歯や粘膜、舌などの汚れを取り除く「器質的口腔ケア」と、口腔機能の維持・回復を目的とした「機能的口腔ケア」から成り立っている。

【航空搬送拠点臨時医療施設（SCU）】

大規模災害時に被災地内の医療機関において収容しきれない重症患者が発生した場合において、被災地外へ患者を航空搬送する際に、搬送拠点に設置する臨時の医療施設。

【高次脳機能障害】

事故や病気などが原因で脳を損傷し、記憶や注意など認知機能に障害が残り、日常生活や社会生活に支障がある状態。

【後発（ジェネリック）医薬品】

先発医薬品と同一の有効成分を同一量含む同一投与経路の製剤で、効能・効果、用法・用量が原則的に同一で、先発医薬品と同等の臨床効果が得られる医薬品。

【広範囲熱傷】

熱傷を受ける事によって全身を流れている血液中の血漿が減少し、血圧が下がり、直ちに点滴注射で多くの水分を投与しなければならないような熱傷をいい、一般にはやけどの広さが体の表面積の15～20％以上のもの。

【心のサポーター】

メンタルヘルスや精神疾患への正しい知識と理解を持ち、地域や職域でメンタルヘルスの問題を抱える人や家族等に対して傾聴を中心とした支援ができる人。

【誤嚥性肺炎】

細菌が唾液や胃液と共に肺に流れ込んで生じる肺炎。

さ行

【災害派遣医療チーム（ＤＭＡＴ）】

大規模災害時における救命率の向上のため、災害時の初期（48 時間以内）に迅速な救護活動及び被災地域外での根治的治療が必要な患者の迅速な搬出等を行う、機動性を持った医療チーム。

【災害派遣精神医療チーム（ＤＰＡＴ）】

自然災害などの大規模災害の後、被災地域に入り、精神科医療および精神保健活動の支援を行う専門的なチーム。

【作業療法士】

厚生労働大臣の免許を受けて、医師の指示の下に、身体又は精神に障害のある者に対し、主としてその応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図るため、手芸、工作その他の作業を行わせることを業とする者。

【産業保健総合支援センター】

各都道府県に設置されており、事業場で産業保健に携わる事業主、人事労務担当者、産業医、産業保健スタッフ等に対して、研修や専門的な相談への対応等を行う支援機関。

【産後うつ】

ホルモンの変化や、慣れない育児の疲れから陥るうつ病の一種。約 10%の母親がなると言われ、産後数か月内に発症する。

【在宅当番医制】

各地域の開業医等が順番に当番日を決め、それぞれの医療施設において、休日の初期救急医療を行う制度。

【在宅療養支援診療所】

在宅医療における中心的な役割を担い、必要に応じて他の病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション等との連携を図りつつ、24 時間往診及び訪問看護等を提供することができる体制を有する診療所。

【在宅療養支援病院】

在宅医療における中心的な役割を担い、必要に応じて他の病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション等との連携を図りつつ、24 時間往診、訪問看護及び在宅療養者の病状の急変時における入院病床の確保等ができる体制を有する病院。

【歯科衛生士】

厚生労働大臣の免許を受けて、歯科医師の指導のもと、歯科予防処置や歯科保健指導、歯科診療補助を行い、人々の歯と口腔の健康づくりをサポートすることを業とする者。

【歯科技工士】

厚生労働大臣の免許を受けて、歯科医師の指示書をもとに、入れ歯や歯の被せもの、詰めもの、矯正装置等の作成や加工、修理を行うことを業とする者。

【シックデイ】

糖尿病患者が発熱、下痢、嘔吐、食欲不振などのために血糖コントロールが乱れ、普段とは違う、体調不良なときをいう。

【視能訓練士】

厚生労働大臣の免許を受けて、医師の指示の下に、両眼視機能に障害のある者に対するその両眼視機能の回復のための矯正訓練及びこれに必要な検査を行なうことを業とする者。

【集学的治療】

がんの種類や進行度に応じて、手術療法、放射線療法、薬物療法等の異なる治療法を組み合わせて行う治療。

【周産期医療】

妊娠満 22 週から生後満 7 日未満までを周産期といい、合併症妊娠や分娩時の新生児仮死など、母体・胎児や新生児の生命に関わる事態が発生する可能性があることから、周産期を含めた前後の期間における医療を特に「周産期医療」という。

【小児慢性特定疾病】

児童又は児童以外の満２０歳に満たない者が、当該疾病にかかっていることにより、長期にわたり療養を必要とし、及びその生命に危険が及ぶおそれがある者であって、療養のために多額の費用を要するものとして、厚生労働大臣が審議会の意見を聴いて定める疾病。

【診療放射線技師】

厚生労働大臣の免許を受けて、医師又は歯科医師の指示の下に、放射線を人体に照射（撮影を含む）することを業とする者。

【自治医科大学】

全国の都道府県によって昭和 47 年に設立された私立大学。医学生の教育など、大学医学部門の運営に要する毎年度の経費は、全都道府県からの負担金が中心となって賄われている。

また、大学は、学生に対して修学に要する経費を貸与し、卒業後、修学資金の貸与を受けた期間の 2 分の 3 に相当する期間（通常は９年間）、知事の指定する公立病院等に勤務した場台は、その返還を免除する措置を講ずることになっている。

【ストーマ】

手術によって腹壁に造られた排泄口。ストーマには、消化管ストーマ（小腸のストーマと大腸のストーマ）と尿路ストーマがある。

【精神科リエゾンチーム】

一般病棟に入院する心理的問題を抱える患者に対して、精神科医、看護師、精神保健福祉士、臨床心理等が連携し、精神科医療を提供するもの。

【精神障害者にも対応した地域包括ケアシステム】

精神障害の有無や程度に関わらず、誰もが住み慣れた地域で安心して自分らしく暮らすことができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、就労等の社会参加、地域の助け合い、教育・普及啓発が包括的に確保されたもの。

【精神保健福祉士】

厚生労働大臣の免許を受けて、精神障害者の保健及び福祉に関する専門的知識及び技術をもって、精神障害の医療を受け又は社会復帰促進施設を利用している精神障害者の相談に応じ、助言、指導、日常生活への適応のために必要な訓練その他の援助を行うことを業とする者。

【セカンドオピニオン】

診断や治療方針について、主治医以外の医師の意見を聞くこと。

【潜在看護職員】

看護師あるいは准看護師等免許保有者のうち、現在就業していない看護職員。

【専門看護師】

複雑で解決困難な看護問題を持つ個人、家族及び集団に対して水準の高い看護ケアを効率よく提供するための、ある特定の専門看護分野において卓越した看護実践能力を有する者として、日本看護協会の専門看護師認定審査に合格した看護師。

【全国がん登録】

「がん登録の推進に関する法律」に基づき、日本でがんと診断されたすべての人の診断・治療情報と死亡情報に関するデータを、国が１つにまとめて、集計・分析・管理するシステム。

---------- た行 ----------

【多剤耐性結核】

少なくともＩＮＨおよびＲＦＰの両薬剤に対して耐性を示す結核。治療は感受性のある薬剤を数種類併用して行うが、主要薬剤に耐性がある際は菌陰性化しにくく、持続排菌者となり長期入院を必要とするなど、予後不良となる。

【タスク・シフト／シェア】

これまである職種が担っていた業務を、他の職種にシフト(移管)することや、シェア(共同化)すること。

【地域がん登録】

本県におけるがんの罹患数、死亡数等を把握し、がん対策に活用するため、県内に住所を有する者を対象としたがんの発生部位や治療方法、転帰（治療の結果）等を登録、集約するシステム（平成28年以降のデータについては、全国がん登録に移行）。

【地域連携クリティカルパス】

急性期から回復期を経て、早期に自宅に帰れるような診療計画を作成し、患者や治療を行う全ての医療機関等で共有して用いるもの。

【デイケア（精神科）】

主に在宅で療養する精神疾患患者を対象として、日中の時間帯にグループごとの治療を行うことで、生活リズムの調整・対人関係の改善など、社会能力の回復を図る精神科のリハビリテーション療法の一つ。

【電子カルテ】

従来、紙で保存していた診療情報や検査結果などを電子媒体により保存するシステム。

【電子処方箋】

これまで紙で発行していた処方箋を電子化したもの。お薬情報を一元的にオンライン上で管理。過去３年分のお薬情報を医療機関や薬局が参照できるため、重複投薬等の防止につながり、よりよい医療サービスの提供が可能となる。

【糖尿病昏睡】

糖尿病の急性合併症で、インスリン分泌量や作用不足で、一時的に著しい高血糖になることによって昏睡状態になる状態。

【糖尿病療養指導士】

糖尿病とその療養指導全般に関する正しい知識を有し、医師の指示の下で、患者に熟練した療養指導を行うことのできる医療従事者(看護師、管理栄養士、薬剤師、臨床検査技師、理学療法士等の資格を有する者)。日本糖尿病療養指導士は日本糖尿病療養指導士認定機構が与える資格であり、石川糖尿病療養指導士は石川県医師会が与える資格である。

【糖尿病連携手帳】

日本糖尿病協会が発行する、糖尿病患者の検査結果や、眼科・歯科の受診記録、療養指導の記録等を書き込むための手帳。多職種や医療機関間で患者の情報を共有することが可能である。

【登録販売者】

医薬品医療機器等法に基づき、一般用医薬品の販売等を担う、薬剤師とは別の新たな専門家。
「登録販売者」になるためには、都道府県の実施する試験に合格し、登録をする必要がある。

【特定機能病院】

高度の医療の提供、高度の医療技術の開発及び高度の医療に関する研修を実施する能力等を備え、かかる病院としてふさわしい人員配置、構造設備等を有するものとして厚生労働大臣が承認する病院（県内では、金沢大学附属病院、金沢医科大学病院）。

【特定行為研修】

看護師が医師の手順書により、特定行為（診療の補助）を行う場合に特に必要とされる実践的な理解力、思考力及び判断力並びに高度かつ専門的な知識及び技能の向上を図るための研修。

---------- な行 ----------

【75ｇOGTT】

糖の代謝能を調べるために行うブドウ糖負荷試験。糖尿病診断（糖尿病型、境界型、正常型を判定する）指標をいう。

【入院者訪問支援者】

精神科病院の入院患者の希望に応じて、傾聴や生活に関する相談、情報提供等を行う者。

【認知行動療法】

うつ病になりやすい考え方の偏りを、面接を通じて修正していく精神療法。

【認定看護管理者】

日本看護協会における認定看護管理者認定審査に合格し、管理者として優れた資質を持ち、創造的に組織を発展させることができる能力を有すると認められた看護師。

【認定看護師】

特定の看護分野における熟練した看護技術及び知識を用いて、あらゆる場で看護を必要とする対象に、水準の高い看護実践のできる者として、日本看護協会の認定を受けた看護師。

【妊孕性】

妊娠するために必要な能力。妊孕性は、女性にも男性にも関わることであり、妊娠するためには卵子と精子が必要となり、卵巣、子宮、精巣などが重要な役割を果たしている。がん等の治療では、手術や抗がん剤治療、放射線治療などによる影響で、妊孕性が低下したり失われたりすることがある。

【年齢調整死亡率】

高齢者が多い地域ほど死亡率が高くなり、通常の死亡率（対象疾患死亡数÷対象地域の人口）では、異なる年齢構成の地域同士を比較することができないため、集団全体の死亡率を基準となる集団の年齢構成（基準人口）にあわせた形で算出した死亡率。

【年齢調整罹患率】

高齢者が多い地域ほど罹患率が高くなり、通常の罹患率（対象疾患罹患数÷対象地域の人口）では、異なる年齢構成の地域同士を比較することができないため、集団全体の罹患率を基準となる集団の年齢構成（基準人口）にあわせた形で算出した罹患率。

は行

【バイオ後続品】

バイオ医薬品の後発医薬品。バイオシミラーともいう。バイオ医薬品は、化学合成で製造される一般的な医薬品とは異なり、微生物や細胞の中で起こる反応を利用して製造するため、ロット間で性質にバラツキが生じる。バイオ医薬品の例として、ホルモン製剤や抗体製剤がある。

【病院薬剤師、薬局薬剤師】

病院薬剤師とは、病院などの医療機関で勤務する薬剤師のこと。調剤業務に加え、入院患者への服薬指導を行う病棟業務や注射薬の調製業務も行う。

薬局薬剤師とは、調剤薬局で勤務する薬剤師のこと。医療機関から発行された院外処方箋に基づく調剤及び服薬指導を行う。処方箋を必要としない一般用医薬品の相談や販売も行い、地域と密接に関わる。

【病床利用率】

$$\text{病床利用率} = \frac{\text{年間在院患者延数}}{\text{（月間日数×月末病床数）の１月～12 月の合計}} \times 100$$

【ピアサポーター】

患者やその家族が抱いている不安や悩みを解消するため、当事者同士が対等の立場で話を聞き、きめ細かなサポートを行うこと。

【フォーミュラリ】

医薬品の有効性や安全性、費用対効果などを踏まえ、医療機関や地域ごとに策定する医薬品の使用指針。医療費削減効果や、保険薬局・医療機関の在庫負担軽減効果に加え、地域における治療の標準化も期待できる。

【平均在院日数】

病床の区分ごとに、患者の入院期間を年間平均したもの（算定式は以下のとおり）

① 療養病床以外の病床

$$\text{平均在院日数} = \frac{\text{年間在院患者延数}}{1/2 \times \text{（年間新入院患者数＋年間退院患者数）}}$$

② 療養病床

$$\text{平均在院日数} = \frac{\text{年間在院患者延数}}{1/2〔\text{年間新入院患者数} + \text{年間同一医療機関内の他の病床から移された患者数} + \text{年間同一医療機関内の他の病床へ移された患者数} + \text{年間退院患者数}〕}$$

【平均生活日数】

精神病床から退院後１年以内の地域における平均生活日数。

$$\text{精神障害者の精神病床から退院後１年以内の地域での平均生活日数} = \frac{\text{A 年 B 月の精神病床からの退院者（入院後１年未満に限る）の退院日から１年間の地域生活日数の合算}}{\text{A 年 B 月の精神病床からの退院者（入院後１年未満に限る）総数}}$$

【閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法】

全身麻酔を施行した上で脳に通電する治療法。

【放射線療法】

放射線を照射して、がん細胞の分裂を抑え、またはがん細胞を破壊する治療法。

【訪問看護ステーション】

看護師等が生活の場を訪問して、主治医と連絡をとりながら病状を観察し、診療の補助、療養上の世話、あるいは家族への介護指導などの在宅ケアを提供する拠点。

【訪問薬剤管理指導】

在宅での治療を行っている患者に対し、医師の指示に基づき、薬局薬剤師が患者宅を訪問して、服薬指導、服薬支援、服薬状況・保管状況及び残薬の有無の確認などを行う業務。

や行

【薬事センター】

石川県薬剤師会が、公衆衛生の向上及び増進に寄与するための活動拠点として、平成４年に設置したもの。薬局業務の支援、医療機関等への情報提供、県民への薬事知識の普及などの機能を有する。

【有床診療所】

医業を行う場所であって、19 人以下の患者を入院させるための施設を有するもの。入院施設を有しない診療所（無床診療所）とあわせて一般診療所という。このほか、歯科医業を行う診療所を歯科診療所という。

【理学療法士】

厚生労働大臣の免許を受けて、医師の指示の下に、身体に障害のある者に対し、主としてその基本的動作能力の回復を図るため、治療体操その他の運動を行なわせ、及び電気刺激、マッサージ、温熱その他の物理的手段を加えることを業とする者。

【臨床検査技師】

厚生労働大臣の免許を受けて、医師又は歯科医師の指導監督の下に、微生物学的検査、血清学的検査、血液学的検査、病理学的検査、寄生虫学的検査、生化学的検査及び政令で定める生理学的検査を行うことを業とする者。

【臨床工学技士】

厚生労働大臣の免許を受けて、医師の指示の下に、生命維持管理装置の操作、生命維持管理装置の先端部の身体への接続又は身体からの除去であって政令で定めるもの及び保守点検を行うことを業とする者。

【レスパイト入院】

障害や難病を持つ患者が､介護者の事情により一時的に在宅介護を受けることが困難となった場合に行う短期間の入院。

石 川 県 医 療 計 画

発行　　令和６年８月

石川県健康福祉部地域医療推進室
〒920-8580　石川県金沢市鞍月１丁目１番地
tel (076)225-1468／fax (076)225-1434
http://www.pref.ishikawa.lg.jp/iryou/support/center.html