

③ 医療の状況

ア 治療の状況

平成 28 年度県民健康・栄養調査によると、医療機関や健診で糖尿病と言わされたことがある者の中で現在治療を受けている者の割合（67.8%）は増加していますが、現在治療を受けていない者の割合も未だに 30% を超えている状況です。

合併症の予防には早期に治療を開始し、かつ、治療を継続することが重要です。

今後とも、治療を中断する者や未治療の者を更に減らしていく必要があります。

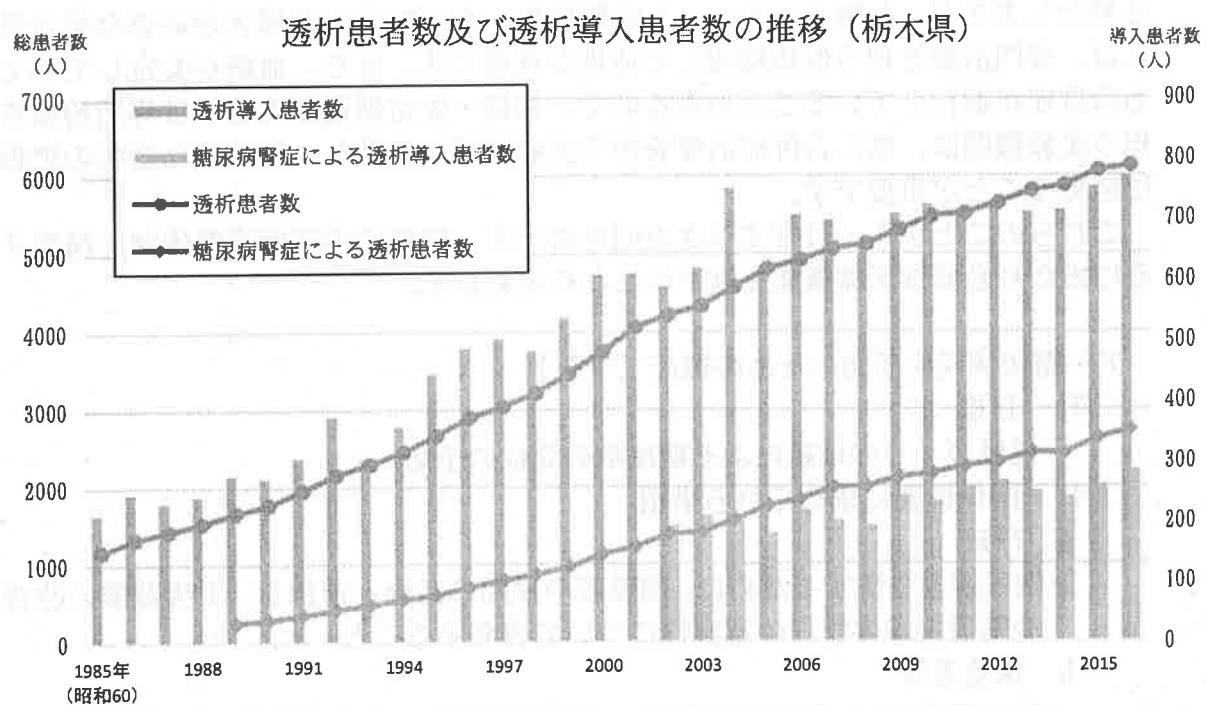
イ 受療動向

ナショナル・データベース（NDB）を用いた 2015（平成 27）年度の受療動向分析の結果では、県内の糖尿病患者で県内の医療機関の外来を受診した患者のうち 92% は、自分が住んでいる二次保健医療圏内の医療機関を受診していました。二次保健医療圏ごとに見ると割合の範囲は 83% から 97% となっています。

ウ 合併症の状況

糖尿病の慢性合併症の一つである腎症が進行し、腎臓の働きが極度に悪くなると、透析が必要になります。栃木県臓器移植推進協会の調べによると、透析患者は年々増加しており、2016（平成 28）年では県内で 6,117 人に上ります。透析患者の原疾患はさまざまですが、そのうち糖尿病腎症によるものが 2,731 人（44.6%）と最も多くなっています。

糖尿病は治療を継続し、日常生活に大きな支障を来たす合併症や重症化を防ぐことが重要です。



【資料：栃木県臓器移植推進協会調べ】

工 医療提供体制

「栃木県保健医療計画（6期計画）」に基づく糖尿病に係る機能別医療機関は「初期・定期治療を担う医療機関」が206施設、「専門治療を担う医療機関」が51施設、「急性合併症治療を担う医療機関」が5施設、「慢性合併症治療を担う医療機関」が網膜症49施設、腎症48施設、神経障害79施設（2017（平成29）年12月現在）あります。また、県内の糖尿病専門医は63名（日本糖尿病学会調べ、2017（平成29）年9月現在）、糖尿病看護認定看護師は11名（日本看護協会調べ、2017（平成29）年7月現在）、日本糖尿病療養指導士は222名（日本糖尿病療養指導士認定機構調べ、2017（平成29）年6月現在）となっています。

糖尿病に関わる専門医療従事者や機能別医療機関の地域偏在が指摘されており、各二次保健医療圏内における連携の強化や人材育成が求められています。

【施策の展開方法】

① 目指すべき方向

現状と課題を踏まえ、以下の目指すべき方向を設定します。

ア 糖尿病予防の取組の強化

イ 必要な医療体制の整備と医療機関等の連携強化

ウ 糖尿病医療等に係る人材の育成と資質向上

② 各医療機能と連携

糖尿病で求められる医療機能は、脳卒中や心血管疾患のように各病期に対応するものではなく、患者のその時々の状態に応じて各医療機能が相互に補完しながら連携する中で切れ目なく提供される必要があります。

例えば、日々の治療については初期・定期治療を担う医療機関が大きな役割を果たしますが、血糖コントロール困難時や、インスリン¹の導入が必要な場合等には、専門治療を担う医療機関との連携が重要です。また、血糖が安定していても合併症が進行していることもあるので、初期・定期治療あるいは専門治療を担う医療機関は、常に合併症治療を担う医療機関と連携し、総合的な症状の把握に努めることが重要です。

これらのことから、目指すべき方向を踏まえ、糖尿病の医療連携体制を構築するに当たり必要な医療機能を以下のとおり定めます。

ア 糖尿病発症予防のための機能【予防】

(ア) 目標

- ・健康づくりの取組による糖尿病の発症の予防

(イ) 関係機関に求められる事項

a 行政

- ・糖尿病を予防するために、関係者や民間の活動と連携し、生活習慣の改善や基礎疾患の管理の重要性について啓発すること

b 保険者等

- ・特定健康診査・特定保健指導、定期健康診断、かかりつけ医等と連携した

¹ 身体がブドウ糖を利用するのに必要なホルモンのこと。

糖尿病重症化予防プログラム等を実施すること

- c いわゆるかかりつけ医機能を持つ医療機関、かかりつけ薬局等
 - ・体重コントロール、栄養指導や生活指導等を含め、医療的な健康管理を行うこと

イ 初期・安定期に合併症を予防するための標準的な治療を行う機能【初期・安定期治療】

(ア) 目標

- ・糖尿病の診断及び生活習慣の指導を実施すること
- ・合併症の発症を予防するための初期・安定期治療を実施すること
- ・良好な血糖コントロールを目指した治療を実施すること

(イ) 医療機関に求められる事項

- ・日本糖尿病学会等による診療ガイドライン等に則した診療が実施可能であること
- ・糖尿病の診断及び専門的指導が可能であること
- ・糖尿病の合併症を評価することが可能（他の医療機関と連携して、確実に実施できる場合を含む）であり、患者等に合併症について十分に説明できること
- ・患者に対し、治療中断しないよう働きかけることが可能であること
- ・患者に対し、食事療法や運動療法、治療継続等の必要性に関わる啓発が可能であること
- ・糖尿病の評価に必要な検査（OGTT、HbA1c²等）が実施可能であること
- ・血糖コントロールが困難な患者を、専門治療を担う医療機関に紹介し、糖尿病連携手帳を活用し情報を共有していること
- ・生活習慣の改善（食生活・運動等）の指導を中心とし、必要に応じて薬物療法を加えた治療を行っていること
- ・自施設職員又は他施設や栃木県栄養士会等と連携し、管理栄養士による栄養指導が実施可能であること
- ・低血糖時及びシックデイ³の対応が可能であること
- ・合併症の治療が必要な場合、地域連携クリティカルパスとして糖尿病連携手帳等を活用し、合併症治療を担う医療機関への紹介が可能であること
- ・眼科と連携して、眼科的な定期検査を確実に実施可能であること
- ・市町や保険者が糖尿病重症化予防プログラム等に基づく保健指導を実施するために、患者の同意を得て、情報提供を行うなど必要な協力を行っていること
- ・糖尿病の予防、重症化予防を行う市町及び保険者、薬局等の社会資源と情報共有や協力体制を構築するなどして連携していること

(ウ) 担当する医療機関

- ・診療所等の医療機関、いわゆるかかりつけ医機能を持つ医療機関

ウ 血糖の管理が困難な患者等の治療を行う機能【専門治療】

(ア) 目標

² 過去1～2か月間の平均的な血糖状態を反映する物質。血液検査で測定でき、糖尿病の診断や血糖コントロール状態の評価などに用いる。

³ 治療中に発熱、下痢、嘔吐を来たし、または、食欲不振のために食事ができない時をいう。

- ・血糖コントロールが困難な患者に対し、教育入院等の集中的な治療を実施すること

(イ) 医療機関に求められる事項

- ・日本糖尿病学会等による診療ガイドライン等に則した診療が実施可能であること
- ・患者会の育成、指導、支援に関わるなど、患者等に合併症予防の重要性について説明し、治療中断しないよう働きかけることが可能であること
- ・患者に対し、食事療法、運動療法、治療継続等の必要性に係る指導が可能であること
- ・教育入院が可能であること、あるいは、自院に教育入院ができない場合にあっては、糖尿病専門医や糖尿病療養指導士などによる糖尿病教室が開催できること
- ・自施設職員又は栃木県栄養士会等と連携し、管理栄養士による栄養指導が実施可能であること
- ・地域連携クリティカルパスとして糖尿病連携手帳等を活用し、糖尿病治療を行う他の医療機関と連携が可能であること
- ・糖尿病患者の妊娠に対応可能であること
- ・市町や保険者が糖尿病重症化予防プログラム等に基づく保健指導を実施するために、患者の同意を得て、情報提供を行うなど必要な協力を行っていること
- ・糖尿病の予防、重症化予防を行う市町及び保険者、薬局等の社会資源と情報共有や協力体制を構築するなどして連携していること

(ウ) 担当する医療機関

- ・糖尿病専門治療を行う医療機関

エ 急性合併症の治療を行う機能【急性合併症治療】

(ア) 目標

- ・糖尿病性昏睡等急性合併症の治療機能の充実強化

(イ) 医療機関に求められる事項

- ・関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していること
- ・低血糖及び高血糖に伴う昏睡等急性合併症の治療が24時間実施可能であること
- ・食事療法、運動療法を実施するための設備があること
- ・地域連携クリティカルパスとして糖尿病連携手帳等を活用し、糖尿病治療を行う他の医療機関と連携が可能であること

(ウ) 担当する医療機関

- ・糖尿病急性合併症の治療が可能かつ救急機能を有する医療機関

オ 慢性合併症の治療を行う機能【慢性合併症治療】

(ア) 目標

- ・糖尿病の慢性合併症の専門的な治療を実施すること

(イ) 医療機関に求められる事項

- ・関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していること
- ・糖尿病の慢性合併症である糖尿病網膜症、糖尿病腎症、糖尿病神経障害、糖尿病に関連する歯周病のいずれか又はすべてについて、専門的な

検査・治療が実施可能であること

- ・糖尿病網膜症治療の場合、蛍光眼底造影検査、光凝固療法、硝子体出血や網膜はく離の手術等が実施可能であること
 - ・糖尿病腎症の場合、尿一般検査、尿中微量アルブミン検査、腎臓超音波検査、血液透析等が実施可能であること
 - ・糖尿病神経障害の診断、治療が可能であること
 - ・糖尿病に関連する歯周病の診断、治療、療養指導が可能であること
 - ・地域連携クリティカルパスとして糖尿病連携手帳等を活用し、糖尿病治療を行う他の医療機関と連携が可能であること
 - ・市町や保険者が糖尿病重症化予防プログラム等に基づく保健指導を実施するために、患者の同意を得て、情報提供を行うなど必要な協力を行っていること
 - ・糖尿病の予防、重症化予防を行う市町及び保険者、薬局等の社会資源と情報共有や協力体制を構築するなどして連携していること
- (ii) 担当する医療機関
- ・糖尿病網膜症、糖尿病腎症、糖尿病神経障害、糖尿病に関連する歯周病等の専門的な治療の機能を有する医療機関

③ 医療提供体制に係る圏域

二次保健医療圏を基本的な単位としますが、必要に応じて二次保健医療圏を越えて連携します。

④ 数値目標

No.	目標項目	ベースライン	目標値
1	特定健康診査・特定保健指導の実施率	特定健康診査 48.1% 特定保健指導 19.0% (2015(平成27)年度)	特定健康診査 70%以上 特定保健指導 45%以上
2	糖尿病患者数	55,000人 (2014(平成26)年)	65,000人以下 (2022年)※1
3	治療を継続している糖尿病患者の割合	67.8% (2016(平成28)年度)	100% (2022年度)※1
4	血糖コントロール不良者の割合	HbA1c(NGSP値) 8.4%以上の者 0.5% (2016(平成28)年度)	HbA1c(NGSP値) 8.4%以上の者 0.5%以下 (2022年度)※1
5	糖尿病腎症による年間透析導入患者数	284人 (2016(平成28)年)	230人以下 (2022年)※1
6	かかりつけ医と連携した糖尿病重症化予防に取り組む保険者数	8保険者 (2016(平成28)年度)	保険者の半数以上 ※2

※1 「とちぎ健康21プラン(2期計画)」に合わせて設定。

※2 2016(平成28)年度の栃木県保険者協議会構成保険者数は42。

【主な取組】

① 糖尿病予防の取組の強化

- ア 学校保健や地域保健・職域保健、福祉等の分野の関係機関と連携し、パンフレット等を活用して、県民に対し食生活の改善や身体活動量の増加、適正体重の維持など、生活習慣の改善の重要性について効果的な啓発活動を積極的に展開します。
- イ 県民が生活習慣の改善につなげていけるよう、とちぎのヘルシーグルメ推進店やとちぎ健康づくりロード等の環境づくりに取り組みます。
- ウ 糖尿病の発症や合併症を予防するため、市町や関係機関、患者会などと連携し、相談会の実施や各種メディアを活用するなど、県民に対し早期発見や早期治療、治療継続の重要性について普及啓発を行います。
- エ 特定健康診査や保健指導等の実施率向上に向けた保険者の取組を支援します。
- オ 保険者が行う糖尿病重症化予防プログラム等によるかかりつけ医等と連携した保健指導や受診勧奨等の取組について支援します。

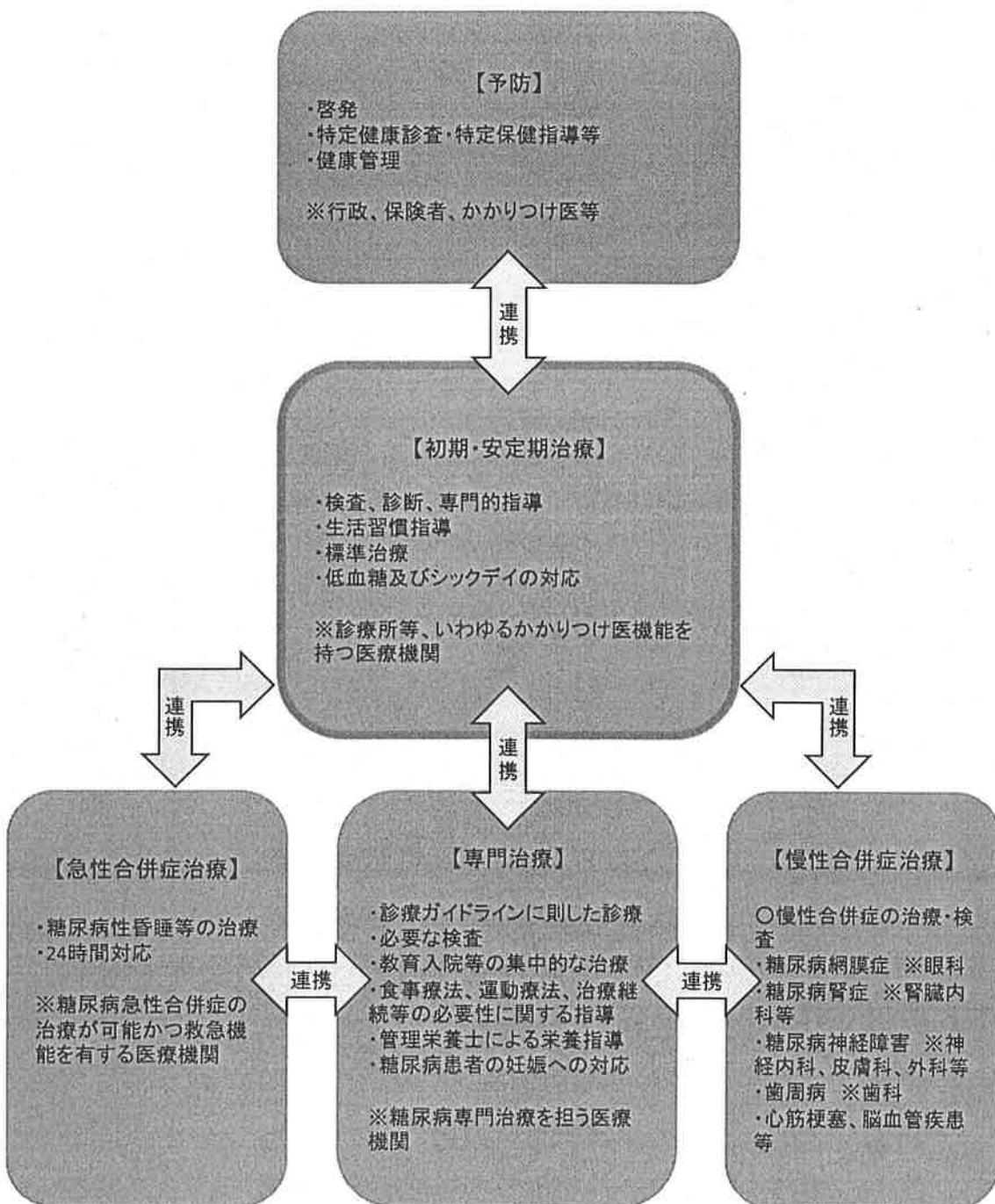
② 必要な医療体制の整備と医療機関等の連携強化

- ア 糖尿病治療連携マニュアル等を活用し、標準的な医療の普及や医療連携体制の構築を促進します。
- イ 県内各地域で糖尿病医療が効率的に提供できるよう、糖尿病連携手帳を用いた患者情報の共有化を図り、医療機関同士の連携体制の構築を促進します。
- ウ 保険者、歯科、薬局など多職種連携の強化を図り、糖尿病の重症化予防対策の取組を推進します。
- エ 糖尿病治療を担う機能別医療機関を公表し、患者が状態に応じて適正に医療機関を受診することができるよう啓発を推進します。

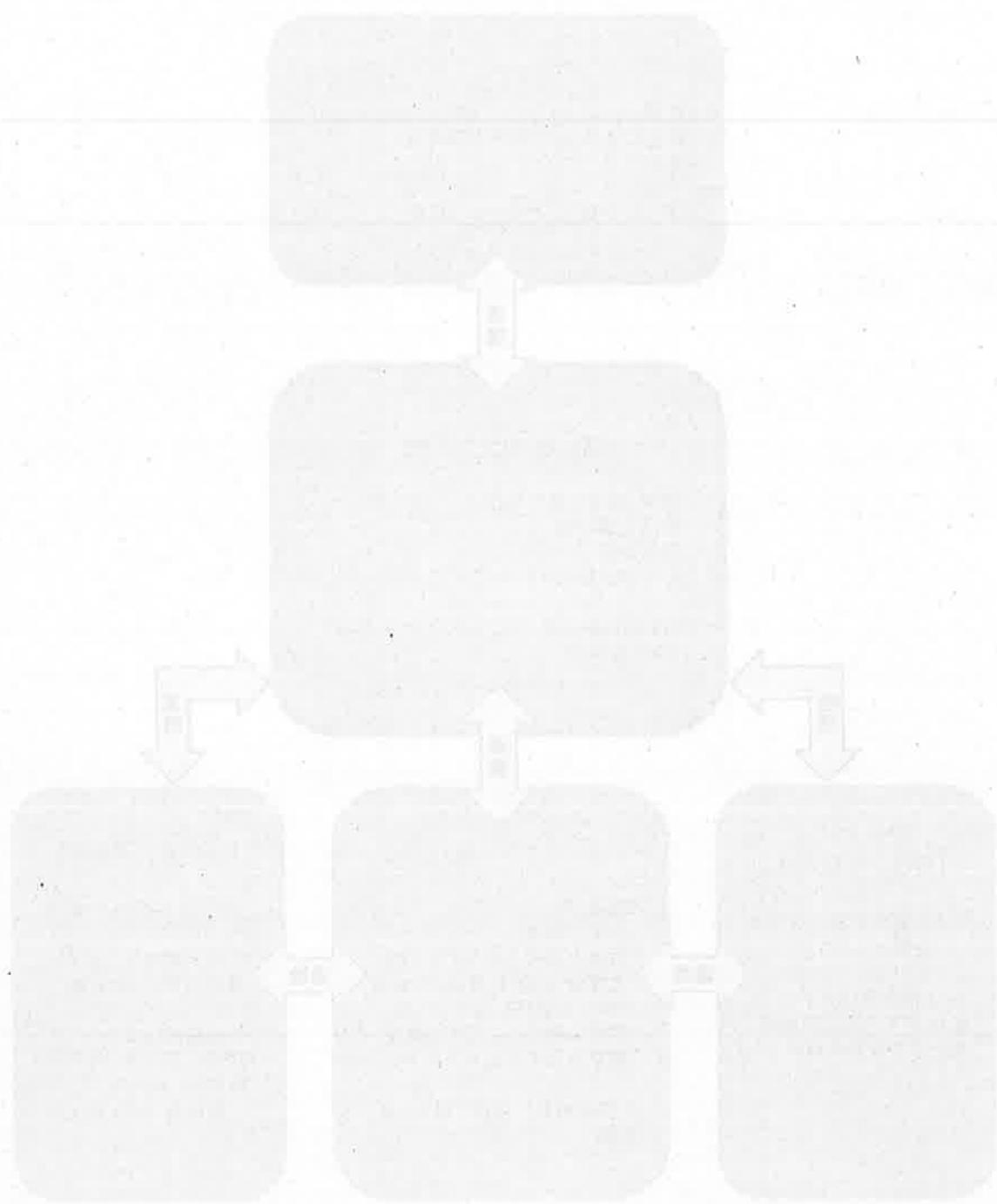
③ 糖尿病医療等に係る人材の育成と資質向上

- ア 地域の関係機関や専門職等と連携し、地域における糖尿病医療に関わる医療従事者等の人材育成や資質向上のため、研修会の開催や情報提供等の取組を推進します。
- イ 医療従事者が地域での健康づくりや疾病予防に参加できる機会の創出について支援します。
- ウ 地域において糖尿病医療が適切に提供できるよう、多職種連携の推進に必要な人材育成に取り組みます。

糖尿病の医療連携体制



肺の呼吸機能の構成部



(5) 精神疾患

精神疾患は、近年その患者数が急増しており、2014（平成26）年の患者調査によると、全国で390万人を超える水準となっており、また、国民の4人に1人が生涯でうつ病等の気分障害、不安障害及び物質関連障害のいずれかを経験していることが明らかとなっています。

また、自殺者数は、「自殺対策白書」等によると、1998（平成10）年以降14年連続で3万人を超える水準でしたが、2012（平成24）年に15年ぶりに3万人を下回り、以降4年連続で3万人を下回っています。しかし、日本の自殺死亡率は主要国の中で高い水準にあり、依然として厳しい状況にあります。自殺の原因・動機では健康問題が最も多く、この中では、うつ病が4割程度を占めています。

精神疾患には、このほか発達障害、高次脳機能障害や、高齢化の進行に伴って急増しているアルツハイマー病等の認知症等も含まれており、精神疾患は国民に広く関わる疾患となっています。

このため、個々の医療機能、それを満たす医療機関、さらにそれら医療機関相互及び保健・福祉サービス等との連携により、地域において必要な精神科医療が提供される体制の構築を図っていきます。

【現状と課題】

① 本県における精神疾患患者及び医療従事者の状況

2014（平成26）年度の「精神保健福祉資料」（630調査）によると、2014（平成26）年6月末現在の県内医療機関における入院患者数は4,611人で、2009（平成21）年の同月と比較して微減となっています。

年齢階層別入院患者の構成割合は、20歳未満が0.5%、20歳以上40歳未満が7.7%、40歳以上65歳未満が42.6%、65歳以上75歳未満が26.8%、75歳以上が22.5%となっており、65歳以上の患者が5割近くを占めています。

在院期間別入院患者の構成割合は、1年未満が27.5%、1年以上5年未満が28.9%、5年以上10年未満が15.1%、10年以上20年未満が13.1%、20年以上が15.4%となっており、1年以上5年未満の患者の割合が増加傾向にある一方で、10年以上の患者の割合は減少傾向にあります。

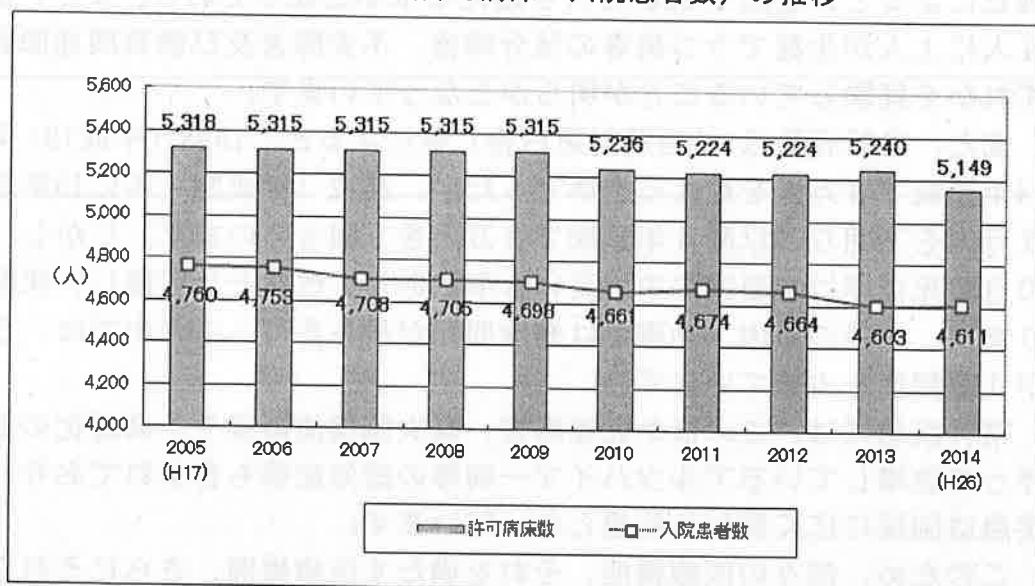
疾病分類別入院患者の構成割合は、統合失調症が66.7%と最も多く、次いで器質性精神障害が14.4%、気分（感情）障害が7.8%などとなっています。

また、2017（平成29）年3月末の県精神保健福祉センターの調査によると、県内に住所がある通院患者（自立支援医療費（精神通院）受給認定者）数は、2017（平成29）年3月末で22,107人であり、2013（平成25）年3月末と比較して2,936人（約15.3%）増加しています。

また、2016（平成28）年「病院報告」によると、県内の精神科病院に

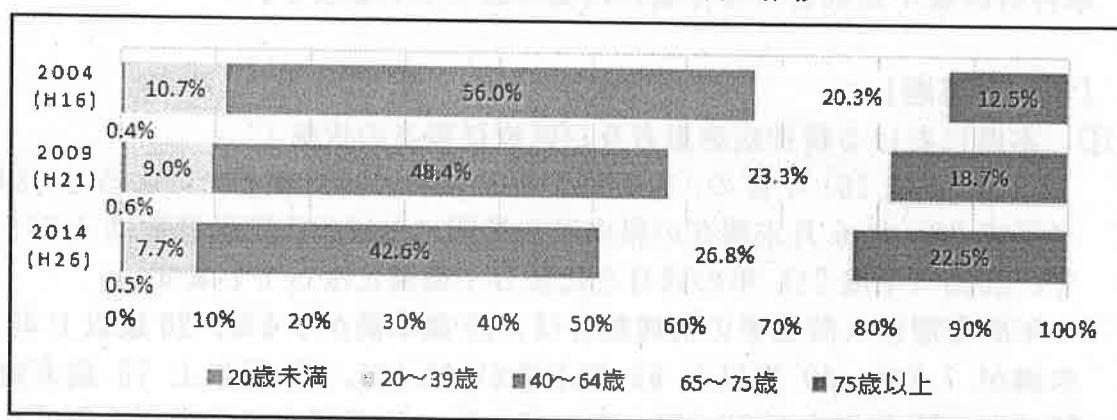
勤務する医師数は人口 10 万人当たり 7.2 人であり、全国値と比べると、同程度であり、精神保健福祉士数は人口 10 万人当たり 6.1 人であり、全国値の 5.4 人より多くなっています。

精神障害者数（許可病床・入院患者数）の推移



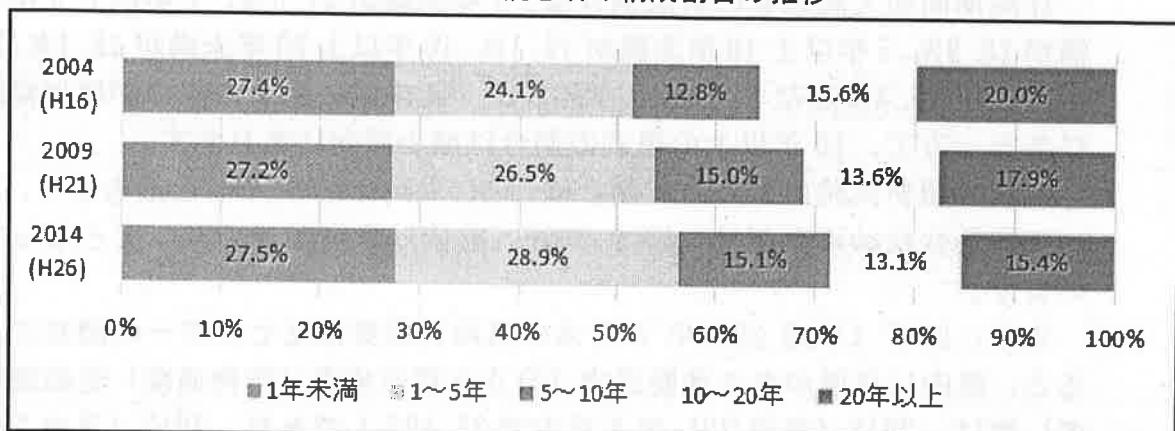
【資料：精神保健福祉資料】

年齢階層別入院患者の構成割合の推移



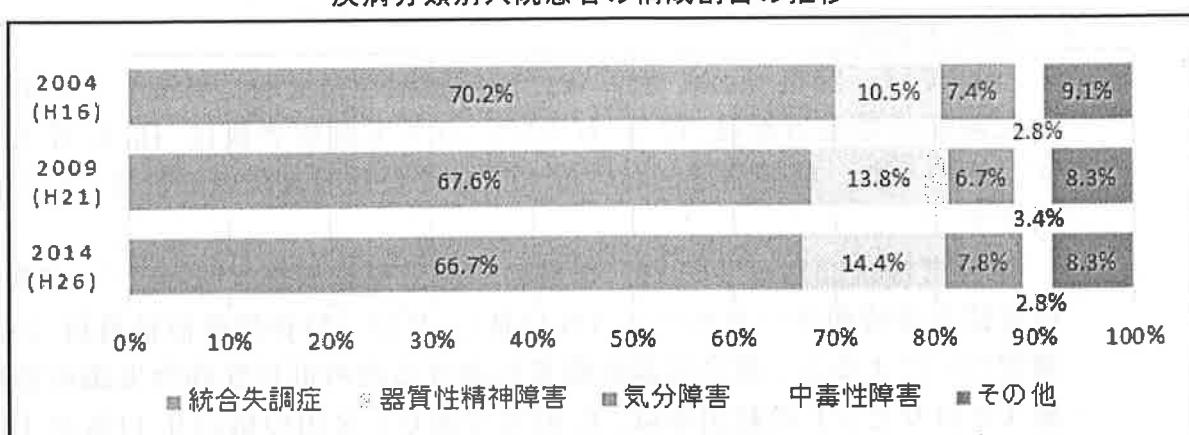
【資料：精神保健福祉資料】

在院期間別入院患者の構成割合の推移

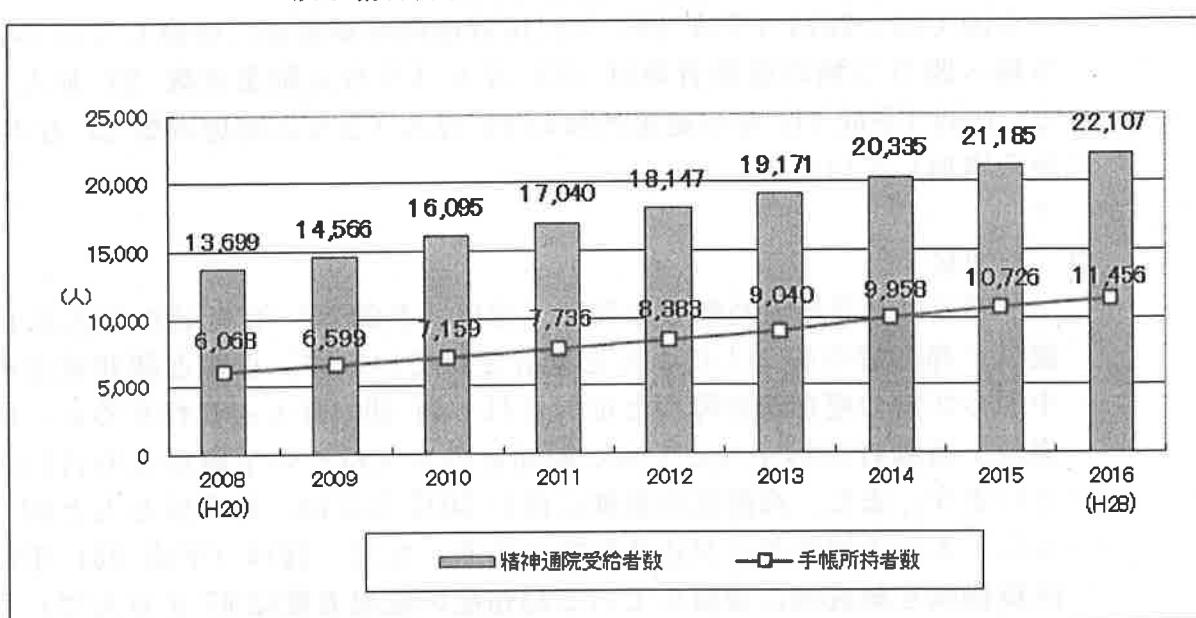


【資料：精神保健福祉資料】

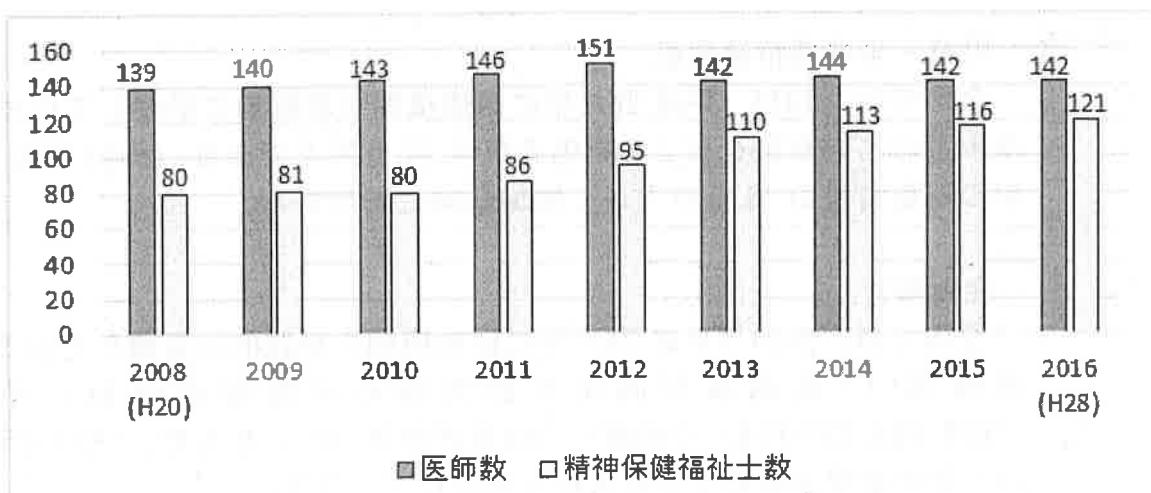
疾病分類別入院患者の構成割合の推移



自立支援医療費（精神通院）受給認定者数 及び精神障害者保健福祉手帳所持者数の推移



精神科病院に勤務する医師及び精神保健福祉士数の推移



ア 統合失調症

全国では、2014（平成26）年に医療機関を継続的に受療している統合失調症の総患者数は77.3万人で、うち入院患者数は16.6万人です。このうち、精神病床における1年以上の長期入院患者数は12.1万人です。

本県では、2014（平成26）年度の厚生労働省調査（「レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）」及び「精神保健福祉資料（630調査）」）によると、統合失調症患者における治療抵抗性統合失調症治療薬（クロザピン）の使用率は、0.02%であり、全国の値の0.11%を下回っています。

イ うつ病・躁うつ病

全国では、2014（平成26）年に医療機関を継続的に受療しているうつ病・躁うつ病の総患者数は112万人（うち入院患者数29万人）で、1999（平成11）年の総患者数の44万人（うち入院患者数25万人）から増加しています。

ウ 認知症

全国では、認知症高齢者の数は、2012（平成24）年で462万人と65歳以上高齢者の約7人に1人と推計されています。正常と認知症との中間の状態の軽度認知障害と推計される約400万人と合わせると、65歳以上高齢者の約4人に1人が認知症の人又はその予備軍とも言われています。また、高齢化の進展に伴い2025年には、約700万人と約5人に1人に上昇すると見込まれています。なお、2014（平成26）年に医療機関を継続的に受療している認知症の総患者数は67.8万人で、うち入院患者数は7.7万人です。このうち、精神病床における1年以上の長期入院患者数は3.0万人です。

エ 児童・思春期精神疾患

全国では、2014（平成26）年に医療機関を継続的に受療している20歳未満の精神疾患有する総患者数は27.0万人であり、1999（平成11）年の総患者数の11.7万人から増加傾向にあります。

オ 発達障害

全国では、2014（平成26）年に医療機関を継続的に受療している発達障害（「疾病及び関連保健問題の国際統計分類」中の「F80-F89, F90-F98」の疾病）の総患者数は19.5万人で、1999（平成11）年の総患者数の2.8万人から増加しています。

カ 依存症

(ア) アルコール依存症

全国では、2014（平成26）年に医療機関を継続的に受療しているアルコール依存症者の総患者数は4.9万人で、1999（平成11）年の総患者数の3.7万人から増加しています。

(イ) 薬物依存症

全国では、2014（平成26）年に医療機関を継続的に受療している薬物依存症の総患者数は0.3万人で、1999（平成11）年の総患者数の0.1万人から増加しています。

(ウ) ギャンブル依存症

全国では、2014（平成26）年に医療機関を継続的に受療しているギャンブル等依存症患者の総患者数は500人未満でした。

キ 外傷後ストレス障害（P T S D）

全国では、2014（平成26）年に医療機関を継続的に受療しているP T S Dの総患者数は0.3万人で、1999（平成11）年の総患者数の0.1万人から増加傾向にあります。

ク 高次脳機能障害

全国では、2001（平成13）～2005（平成17）年度に行われた高次脳機能障害支援モデル事業において行われた調査によると、医療機関の受療の有無にかかわらず、高次脳機能障害者は、全国に27万人いると推計されています。

ケ 摂食障害

全国では、2014（平成26）年に医療機関を継続的に受療している摂食障害の総患者数は1.0万人で、1999（平成11）年の総患者数の1.1万人から横ばいです。

コ てんかん

全国では、2014（平成26）年に医療機関を継続的に受療しているてんかんの総患者数は25.2万人で、1999（平成11）年の総患者数の23.5万人から増加しています。

多様な精神疾患ごとの患者数及び医療機関数

疾患名	診療形態	患者数(人)	人口10万人比(人)		医療機関数 (所)	人口10万人比(人)	
			本県	全国		本県	全国
統合失調症	入院	5,331	269	269	27	1.4	1.3
	外来	26,379	1,322	1,241	76	3.8	6.0
うつ病・躁うつ病	入院	2,700	136	149	27	1.4	1.3
	外来	43,822	2,213	2,401	83	4.2	6.6
認知症	入院	1,303	66	102	27	1.4	1.2
	外来	6,581	332	374	64	3.0	5.0
児童・思春期精神疾患	入院	72	4	5	16	0.8	0.8
	外来	3,384	171	292	76	3.8	5.0
発達障害	入院	111	6	6	20	1.0	0.9
	外来	2,709	105	219	60	3.0	5.0
(ア)アルコール依存症	入院	184	9	20	26	1.3	1.2
	外来	1,706	54	72	53	3.0	4.0
(イ)薬物依存症	入院	13	0.7	1.3	8	0.4	0.4
	外来	93	5	5	27	1.4	1.4
(ウ)ギャンブル依存症	入院	※1			※2		
	外来	※1			※2		
PTSD	入院	※1			※2		
	外来	88	4	8	23	1.0	4.0
摂食障害	入院	94	5	8	17	0.9	0.9
	外来	560	28	34	52	3.0	4.0
てんかん	入院	1,604	83	91	27	1.4	1.3

※1 9人以下の少数であり、特定数の表示不可。

※2 2ヶ所以下の少数であり、特定数の表示不可。

【資料：2014（平成26）年度「レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）」
及び「精神保健福祉資料（630調査）】

サ 精神科救急

全国では、精神科救急医療体制整備事業報告に基づく2015（平成27）年度の夜間・休日の受診件数は約4.5万件、入院件数は約2万件となっており、2000（平成22）年度の約3.6万件、約1.5万件と比較して増加傾向にあります。

本県では、2015（平成27）年度における夜間・休日の精神科救急医療機関の夜間・休日の受診件数は571件で、人口10万人当たりでは28.9となっており、全国の値の35.4を下回っています。

また、2014（平成26）年度の衛生行政報告例によると、2014（平成26）年度の措置入院患者数は182人で、人口10万人当たりでは9.2となっており、全国の値の5.4を上回っています。

シ 身体合併症

全国では、精神病床を有する総合病院における入院患者を対象とした厚生労働科学研究によると、身体疾患と精神疾患ともに入院による治療を必要とする患者の発生する割合は人口万対年間2.5件と推計されてい

ます。また、救命救急センターの入院患者を対象とした厚生労働科学研究では12%の入院患者は何らかの精神科医療を必要とし、2.2%の入院患者は身体疾患と精神疾患ともに入院による治療を必要とするとの報告があります。

本県では、2014（平成26）年度の厚生労働省調査によると、2014（平成26）年度に身体合併症を診療している精神病床を持つ病院数は15病院で、人口10万人当たりでは0.8カ所となっており、全国の値の0.8カ所と同数です。

また、精神疾患の受け入れ体制を持つ一般病院数は9病院で、人口10万人当たりでは0.5カ所となっており、全国の値の0.5カ所と同数です。

精神科入院患者で重篤な身体合併症の診療を受けた患者数は、455人で、人口10万人当たりでは23人となっており、全国の値の30人を下回っています。

体制を持つ一般病院数で受け入れた精神疾患の患者数は23人で、人口10万人当たりでは1.2人となっており、全国の値の2.6人を下回っています。

ス 自殺対策

全国では、警察庁の自殺統計原票を集計した結果によると、自殺者数は、1998（平成10）年以降、14年連続して3万人を超える状態が続いていましたが、2012（平成24）年に15年ぶりに3万人を下回り、2016（平成28）年は2万1,897人と5年連続で3万人を下回っています。しかし、日本の自殺死亡率は、主要国の中で高い水準にあり、依然として厳しい状況にあります。特に、年代別の死因順位をみると、15～39歳の各年代の死因の第1位は自殺となっています。

本県では、自殺者数は2009（平成21）年の630人をピークに減少傾向であり、2016（平成28）年は382人ですが、2005（平成17）年から12年連続で自殺死亡率（厚生労働省「人口動態統計」）が全国の数字を上回っています。

セ 医療観察法における対象者への医療

全国では、2005（平成17）7年7月の心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成15年法律第110号。以下「医療観察法」という。）施行から2015（平成27）年12月までの地方裁判所の当初審判における入院処遇決定は2,501件、通院処遇決定は528件となっています。2017（平成29）年1月1日時点における入院者数は729名であり、その疾病別内訳は、統合失調症等が約82.9%、次いで気分障害が約7.4%です。

本県では、2013（平成25）年度に県立岡本台病院が国の指定入院医療機関として指定され、2016（平成28）年度末時点で県内8カ所の医療機

関が指定通院医療機関として指定されています。

② 精神科医療の推進に当たり取り組むべき課題

- ア 住み慣れた身近な地域で基本的な医療支援を受けられる体制の整備
- イ 多様な精神疾患等ごとの医療機関の機能分担と連携により、適切に保健・福祉・介護・生活支援・就労支援等のサービスと協働しつつ、総合的に必要な医療を受けられる体制の整備
- ウ 精神疾患は症状が多様であるにもかかわらず自覚しにくい、症状が変化しやすい等の理由により医療支援が届きにくいという特性を踏まえた、アクセスしやすく、必要な医療を受けられる体制の整備
- エ 手厚い人員体制や退院支援・地域連携の強化など、必要な時に入院し、できる限り短期間で退院できる体制の整備
- オ 多様な精神疾患等ごとに医療機関等が提供できる医療支援の内容や実績等についての情報を積極的に公開することで、患者が医療支援を受けやすい環境の整備

【施策の展開方向】

① 目指すべき方向

現状と課題を踏まえ、精神障害にも対応した地域包括ケアシステム及び多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制を構築していきます。

ア 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

(ア) 精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町村などとの重層的な連携による支援体制の構築

(イ) 本人の意思の尊重と、ICF（国際生活機能分類）の基本的考え方を踏まえながら、多職種協働による支援体制の構築

※ ICF（国際生活機能分類 WH02001 年 : International Classification of Functioning Disability and Health）では、人が生きていくための機能全体を「生活機能」としてとらえる。「生活機能」は、①体の働きや精神の働きである「心身機能」、②ADL・家事・職業能力や野外歩行といった生活行為全般の働きである「活動」、③家庭や社会生活で役割を果たすことである「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、それぞれの要素にバランスよく働きかけることが重要である。

イ 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築

(ア) 多様な精神疾患等ごとに患者に応じた質の高い精神科医療を提供できる体制の構築

(イ) 多様な精神疾患等ごとに病院、診療所、訪問看護等の役割分担・連携を推進するための体制の構築

② 各医療機能と連携

目指すべき方向を踏まえ、限られた医療資源を有効かつ効果的に活用するため、多様な精神疾患等ごとに求められる医療機能について役割分担を促進しつつ、関係機関・団体等の協力に基づき、各医療機能の連携を図ります。

ア 地域精神科医療提供機能

一般的な精神科医療機関に求められる医療機能

(ア) 目標

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

(イ) 医療機関に求められる事項

- ・患者の状況に応じて、適切な精神科医療（外来医療、訪問診療を含む。）を提供するとともに、精神症状悪化時等の緊急時の対応体制や連絡体制を確保すること
- ・精神科医、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者等の多職種によるチームによる支援体制を作ること
- ・医療機関（救急医療、周産期医療を含む。）、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所、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

イ 地域連携拠点機能

地域精神科医療提供機能を有する医療機関を支援し、地域の医療連携の拠点の役割を果たす機能

(ア) 目標

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

(イ) 医療機関に求められる事項

- ・患者の状況に応じて、適切な精神科医療（外来医療、訪問診療を含む。）を提供するとともに、精神症状悪化時等の緊急時の対応体制や連絡体制を確保すること
- ・精神科医、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者等の多職種によるチームによる支援体制を作ること

- ・医療機関（救急医療、周産期医療を含む。）、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所、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
- ・地域連携会議の運営支援を行うこと
- ・積極的な情報発信を行うこと
- ・多職種による研修を企画・実施すること
- ・地域精神科医療提供機能を担う医療機関からの個別相談への対応や、難治性精神疾患・処遇困難事例の受入対応を行うこと

ウ 県連携拠点機能

地域連携拠点機能や地域精神科医療提供機能を支援し、県の医療連携の拠点の役割を果たす機能

(ア)目標

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

(イ)医療機関に求められる事項

- ・患者の状況に応じて、適切な精神科医療（外来医療、訪問診療を含む。）を提供するとともに、精神症状悪化時等の緊急時の対応体制や連絡体制を確保すること
- ・精神科医、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理技術者等の多職種によるチームによる支援体制を作ること
- ・医療機関（救急医療、周産期医療を含む。）、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所、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
- ・地域連携会議を運営すること
- ・積極的な情報発信を行うこと
- ・専門職に対する研修プログラムを提供すること
- ・地域連携拠点機能を担う医療機関からの個別相談への対応や、難治性精神疾患・処遇困難事例の受入対応を行うこと

③ 医療提供体制に係る圏域

医療連携体制を構築し、精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、精神障害にも対応した地域包括

ケアシステムの構築を目指していく必要があります。

これらを踏まえ、精神障害者本位の医療を実現し、保健、医療、福祉の連携を推進するため、本県の精神医療圏については、二次医療圏及び障害保健福祉圏域と同じ6圏域とします。

④ 数値目標

No.	目標項目	ベースライン	目標値		目標数値の考え方
1	精神科病床における急性期(3ヶ月)入院需要(患者数)	674人 2014(平成26)年度	686人 2020年度	693人 2024年度	
2	精神科病床における回復期(3ヶ月以上1年未満)入院需要(患者数)	593人 2014(平成26)年度	613人 2020年度	616人 2024年度	
3	精神科病床における慢性期(1年以上)入院需要(患者数)	3,344人 2014(平成26)年度	3,029人 2020年度	2,395人 2024年度	栃木県障害福祉計画 (第五期計画) 2020年度 3,029人
4	精神病床における慢性期入院需要(65歳以上患者数)	1,728人 2014(平成26)年度	1,738人 2020年度	1,439人 2024年度	栃木県障害福祉計画 (第五期計画) 2020年度 1,728人
5	精神病床における慢性期入院需要(65歳未満患者数)	1,616人 2014(平成26)年度	1,291人 2020年度	956人 2024年度	栃木県障害福祉計画 (第五期計画) 2020年度 1,291人
6	精神病床における入院需要(患者数)	4,611人 2014(平成26)年度	4,328人 2020年度	3,704人 2024年度	
7	地域移行に伴う基盤整備量(利用者数)	— 2014(平成26)年度	401人 2020年度	1,057人 2024年度	
8	地域移行に伴う基盤整備量(65歳以上利用者数)	— 2014(平成26)年度	210人 2020年度	552人 2024年度	
9	地域移行に伴う基盤整備量(65歳未満利用者数)	— 2014(平成26)年度	191人 2020年度	505人 2024年度	

10	精神科病床における入院後3ヶ月時点の退院率	63% 2014(平成26)年度	69% 2020年度		栃木県障害福祉計画 (第五期計画) 2020年度 69%
11	精神科病床における入院後6ヶ月時点の退院率	82% 2014(平成26)年度	84% 2020年度		栃木県障害福祉計画 (第五期計画) 2020年度 84%
12	精神科病床における入院後1年時点の退院率	89% 2014(平成26)年度	90% 2020年度		栃木県障害福祉計画 (第五期計画) 2020年度 90%
13	自殺死亡率 (人口10万人当たりの自殺者数)	19.5 2015(平成27)年	14.6 2022年		栃木県自殺対策計画 2022年 14.6

【主な取組】

＜多様な精神疾患等に共通する事項＞

- ① 精神障害者やその家族が、地域において適切な医療や福祉サービスを受けることができるよう、保健・医療・福祉関係者等との連携を図り、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を推進します。
- ② 精神疾患の予防や精神障害者の病状の安定を図り、地域生活の継続を支援するため、健康福祉センター及び精神保健福祉センターなどにおける地域精神保健福祉活動の充実を図ります。
- ③ 精神疾患に関する正しい理解を広めるため、医療機関や支援団体、関係機関と連携し、普及啓発を促進します。
- ④ 多様な精神疾患ごとに患者本位の医療を提供するため、それぞれの疾患ごとに対応できる医療機関を明確にし、公表します。
- ⑤ 専門職の養成や多職種連携・多施設連携を推進するために、必要に応じて地域連携拠点機能や県の連携拠点機能を有する医療機関の指定や役割について検討し、医療機関の連携体制の構築を目指します。

＜個別事項＞

① 統合失調症

難治性の統合失調症患者の地域移行・地域定着を促進するため、治療抵抗性統合失調症治療薬やmECT等の専門的治療方法の普及を目指します。

② うつ病・躁うつ病

ア うつ病・躁うつ病患者の早期発見・早期受診のため、内科医等かかりつけ医に対して研修を実施することにより、自殺の主要な要因の一つであるうつ状態の患者に対し、状態に応じた適切な精神科医療の提供を図り

ます。

- イ 精神保健福祉センターにおける「うつ病復職デイケア」や「うつ病シヨートケア」など、かかりつけ医や事業者との連携により、患者の就職や復職等に必要な支援を行います。

③ 認知症

- ア 認知症疾患医療センター等の専門医療機関や介護サービスと連携して、認知症の発症初期から状況に応じた支援を行えるよう、サポート医の養成やかかりつけ医を対象とした認知症対応力向上研修を実施するとともに、認知症の早期発見・早期対応につなげるため、「とちぎオレンジドクター（栃木県もの忘れ・認知症相談医）」の登録・周知を図ります。
- イ 認知症初期集中支援チームが効果的に機能するよう支援し、地域の実情に応じた初期対応等の取組を推進します。
- ウ 認知症疾患医療センターが有する地域連携拠点機能の強化を図りながら、地域における認知症の重層的な医療連携体制を構築していきます。
- エ 市町との連携及び医療と介護の連携を図りながら、発症初期から状況に応じた支援を行うとともに、退院促進や地域定着を推進していきます。

④ 児童・思春期精神疾患

- ア 心に問題を抱えた子どもの医学的な見立てや支援機関等へのコンサルテーションなどを行う各広域健康福祉センターの子どもの心の相談窓口による支援体制の充実を図ります。
- イ 精神科及び小児科の医師等を対象とした子どもの心の診療に携わる専門職のための研修会や共通理解を深め課題解決の方策を検する会議を開催し、子どもの心の診療連携を推進します。

⑤ 発達障害

- ア 発達障害者に対する支援を総合的に行う中核機関として、発達障害者支援センター「ふおーゆう」を運営します。
- イ 発達障害者が可能な限り身近な場所において必要な支援を受けられるよう、ふおーゆうや発達障害者地域支援マネージャーが市町や関係機関への研修や支援者への助言等を行い、地域の支援体制の充実を図ります。
- ウ 発達障害者が、ライフステージを通じた切れ目のない支援を受けることができるよう、保健、医療、福祉、教育、労働等の関係機関との連携を図るとともに、発達障害者支援地域協議会を活用し、発達障害者への一貫した支援体制の整備を図ります。

⑥ 依存症

ア 岡本台病院における「アルコール・薬物専門外来」をはじめとして、入院医療も含めた依存症医療を継続して行える医療体制の整備を図ります。

イ 依存症は「家族を巻き込む病い」であることから、家族に対する援助や教育を充実するとともに、治療効果の向上を図るため、支援団体との連携強化をはかります。

ウ ギャンブル依存症対策として、健康福祉センター及び精神保健福祉センターにおける相談支援体制を整備するとともに、関係機関に対する研修会を開催します。

⑦ 外傷後ストレス障害（P T S D）

災害及び事件、事故等が発生した際に、被災者・被害者の心のケアについて専門的支援や助言が行える人材を養成するとともに、関係団体等と連携しながら、相談窓口の整備を図ります。

⑧ 高次脳機能障害

ア 高次脳機能障害支援拠点機関を中心に、高次脳機能障害に関する専門的な相談支援や支援手法に関する研修等により、人材の育成に努めるとともに、広域調整を行うことで適切な支援を提供できる体制を整備します。

イ 高次脳機能障害者やその家族に対して、身近な地域で適切な支援を提供できる体制を整備するため、保健、医療、福祉、労働等の関係機関による複数の支援ネットワークの構築を図ります。

⑨ 摂食障害

摂食障害の多職種連携・多施設連携の推進のため、国の摂食障害治療支援センター設置運営事業の取組等を参考にしながら、摂食障害の専門的医療体制の整備を図ります。

⑩ てんかん

ア 県内全域で病状に合わせた適切な治療が受けられるよう、てんかん診療拠点病院を中心に医療連携体制を構築し、てんかんの包括的診療を可能とするとともに、てんかん患者及び家族が適切に医療機関を選択できるようにします。

イ てんかん患者に関わる人のスキルアップのために、てんかん患者及び家族、てんかん診療に関わる医療機関等職員への研修を実施し、県全体のてんかん診療体制のボトムアップを図ります。

⑪ 精神科救急

- ア 必要な救急医療を提供できる体制を整備するため、精神科救急医療システム連絡調整委員会を開催し、課題等について協議します。
- イ 救急医療体制における県立岡本台病院と民間精神科病院・診療所の役割分担、連携強化等による夜間休日の患者受入体制の充実を図ります。
- ウ 岡本台病院については、精神科救急医療の常時対応施設として、県の精神科救急の重層的な医療連携体制を構築していきます。

⑫ 身体合併症

精神障害者的心身の状況に応じた医療を速やかに提供するため、身体合併症患者の搬送のルールとなる「傷病者搬送に関する考え方」（平成29年6月栃木県精神科救急医療システム連絡調整委員会）に基づき、一般救急医療と精神科救急医療の連携体制を推進し、身体疾患を合併する患者の受入体制の整備、充実を図ります。

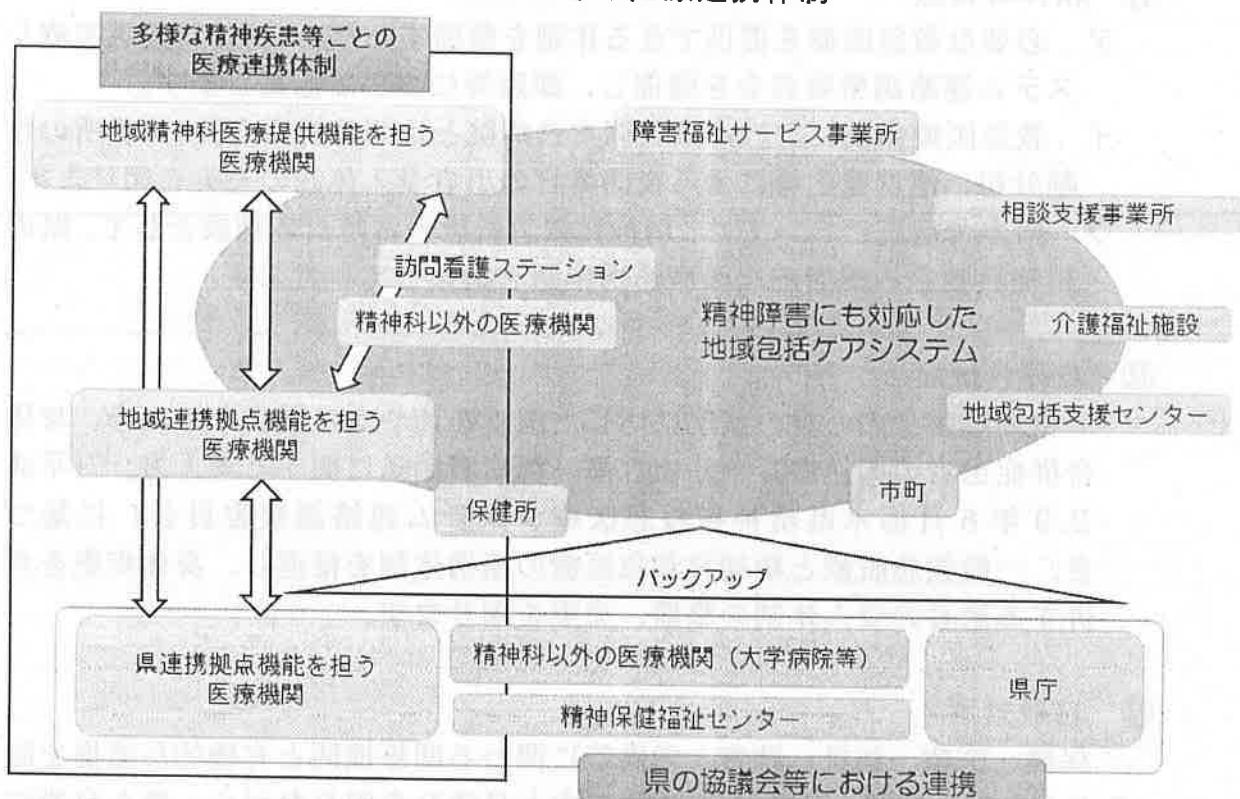
⑬ 自殺対策

保健、医療、福祉、教育、労働等に関わる関係機関と有機的な連携を図るとともに、県民一人ひとりの気づきと見守りを図りながら、誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指し、地域の実情に応じた実効性の高い施策を推進していきます。

⑭ 医療観察法における対象者への医療

- ア 保護観察所や指定通院医療機関、その他の関係機関と連携し、指定入院医療機関である岡本台病院に入院した人の社会復帰に向けた重層的な支援体制を構築します。
- イ 指定入院医療機関は、国や他の自治体の指定入院医療機関との研修などの技術的交流を行うことで、医療の質の向上を図ります。

精神疾患の医療連携体制



3 5 事業の医療連携体制

(1) 救急医療

本県では、県民が事故や急病の際に安心して救急医療を利用することができるよう、県内を10の二次救急医療圏に区分し、救急医療体制を整備しています。

近年、救急医療に対する需要が高まる一方で、それを担う医療機関、特に地域の中核病院における医師不足が深刻化するなど、依然として、救急医療を取り巻く環境は厳しい状況です。このような中で、限られた医療資源を有効かつ効率的に活用して、救急医療の提供体制を確保・充実していくためには、初期・二次・三次の機能分化を促進するとともに、提供する側の医療機関や行政だけでなく、利用する側の県民一人ひとりが救急医療に対する理解を深め、救急医療機関の適正受診や病院前救護への参加に努めることが必要になっています。

【現状と課題】

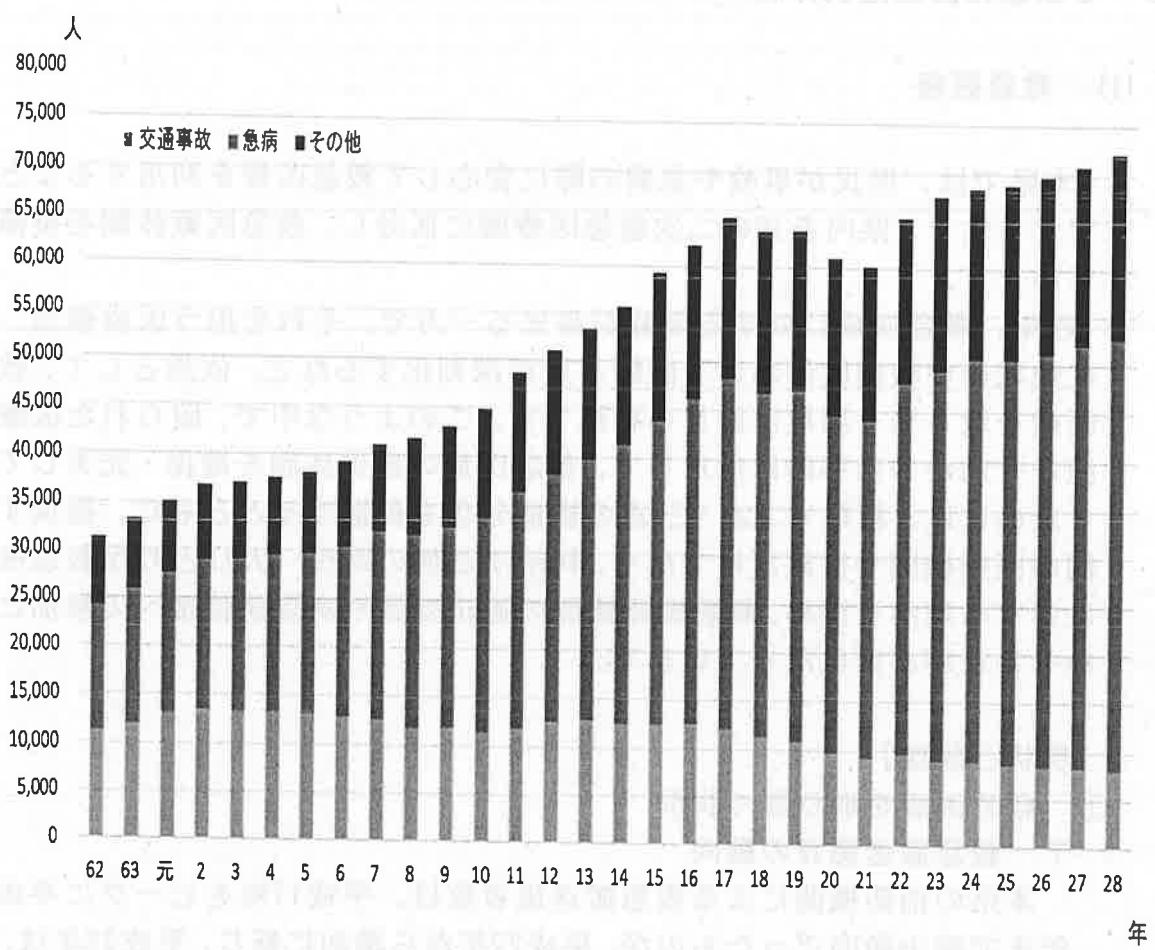
① 救急医療を取り巻く状況

ア 救急搬送患者の動向

本県の消防機関による救急搬送患者数は、平成17年をピークに平成21年まで減少傾向だったものが、平成22年から増加に転じ、平成28年は、約7万2千人で過去最多となるなど、高齢化の進展とともに、救急搬送患者数は今後も増加するものと見込まれています。

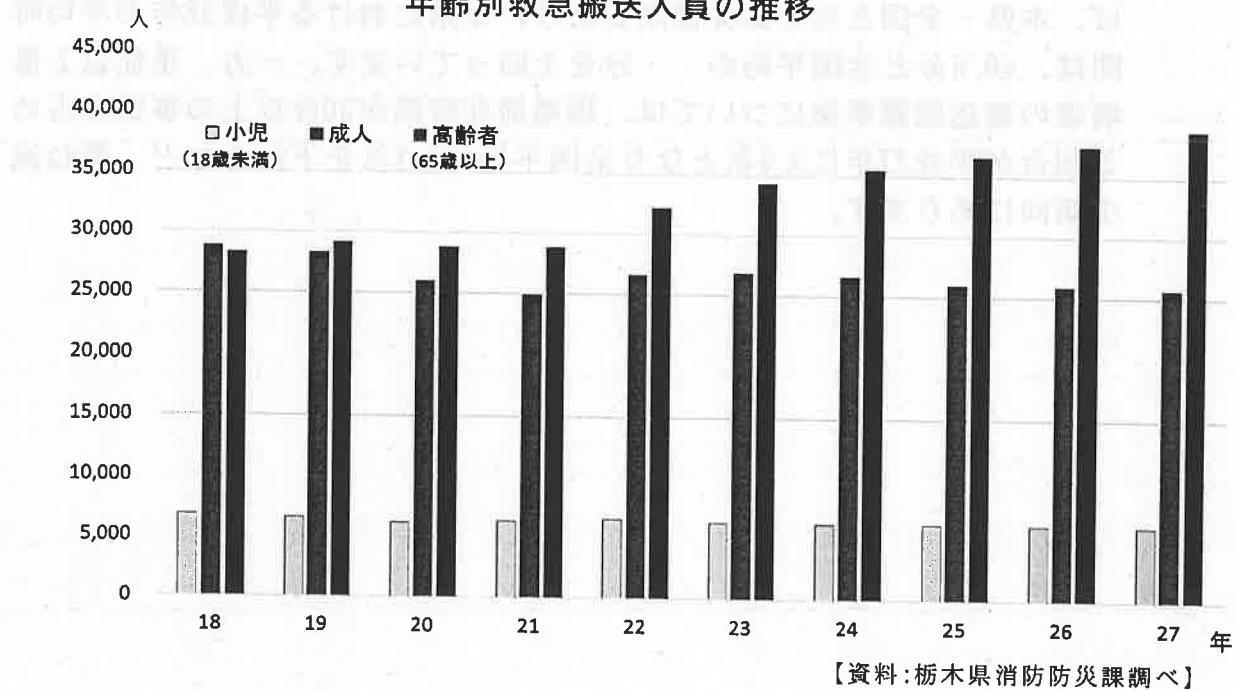
また、救急要請（覚知）から医療機関への搬送までに要した平均時間は、本県・全国ともに延伸傾向にあり、本県における平成28年の平均時間は、40.6分と全国平均の 分を上回っています。一方、重症以上傷病者の搬送困難事案については、現場滞在時間が30分以上の事案の占める割合が平成27年に4.6%となり全国平均の5.2%を下回るなど、概ね減少傾向にあります。

救急患者搬送状況の推移



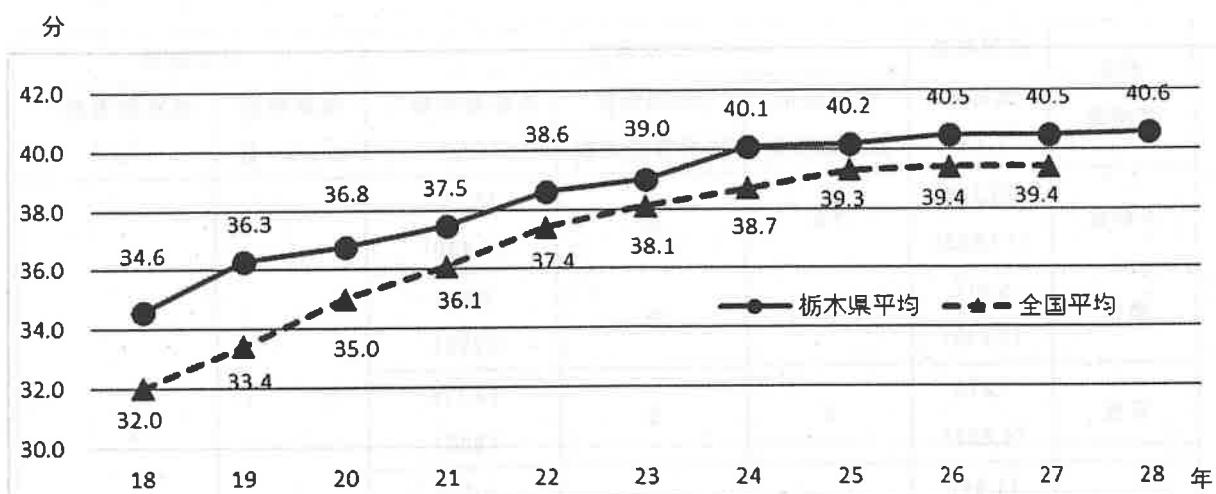
【資料：栃木県消防防災課調べ】

年齢別救急搬送人員の推移



【資料：栃木県消防防災課調べ】

救急搬送時間（覚知から救急医療機関への搬送までに要した平均時間）



【資料：消防庁「救急・救助の現況」より】

イ 救急医療体制を巡る状況

救急医療を取り巻く環境が厳しい状況にある背景として、休日や夜間などに比較的軽症な患者が救急医療を利用する、いわゆる救急医療のコンビニ化をはじめ、大病院志向、救急車の不要不急な利用などが挙げられます。

二次・三次救急を担う地域の中核病院については、医師不足が深刻化していることから、比較的軽症な患者が集中することによって、真に救急医療を必要とする重症・重篤な患者の対応に支障を来すおそれがあります。

救急医療圏別救急医療体制^{*1}及び平成28年度の救急患者数^{*2}

救急 医療圏	初期救急 患者数 (人)	二次救急			三次救急	
		救急告示 医療機関数	うち病院群 輪番制病院数	救急患者数 ^{*3} (人)	救命救急 センター数	救急患者数 ^{*4} (人)
宇都宮	33,398 (17,533)	16	5	18,197 (2,430)	5	08,224 (13,537)
鹿沼	5,211 (2,679)	6	3	9,653 (792)		
日光	1,870 (1,857)	7	5	13,175 (880)		
芳賀	11,647 (4,622)	3	1	8,777 (1,811)		
栃木	7,772 (3,391)	5	2	6,555 (484)		
小山	14,708 (5,817)	11	6	16,541 (1,227)		
那須	17,334 (8,136)	9	4	17,127 (2,384)		
塩谷	10,511 (4,709)	5	2	6,086 (632)		
南那須	2,498 (1,066)	1	1	5,446 (437)		
両毛	16,510 (8,236)	8	2	10,041 (1,857)		
県計	121,459 (58,046)	71	31	111,598 (12,934)		
入院患者 の割合	—				24.7% (13.5%)	30.9% (15.3%)

【資料：栃木県医療政策課調べ】

※1 平成29年12月現在

※2 二次・三次救急の救急患者数は、原則として『救急車による搬送患者数』+『診療時間外の救急患者数』（患者数の下段（）書は小児患者数で内数）

※3 病院群輪番制病院の実績（救命救急センターを併設する医療機関は含まない。当番日以外に受け入れた患者数も含む。）

※4 救命救急センターを併設する医療機関全体の実績

② 救急医療の提供体制

ア 病院前救護活動

救急患者が迅速かつ適切な医療を受けられるよう、医療機関と消防機関の連携・協力により、病院前救護体制（メディカルコントロール体制）を整備し、搬送困難事案の事後検証を実施しています。

また、救急法等講習会などを通じて、県民に対する応急処置等の普及啓発を行うとともに、AED（自動体外式除細動器）についても使用法等に係る普及啓発を行っています。

さらに、「とちぎ子ども救急電話相談（#8000）」については、平成26年12月から、平日昼間におけるかかりつけ医の対応も含めて実質24時間化するとともに、平成28年10月に開始した高齢者を含む一般向け救急電話相談「とちぎ救急医療電話相談（#7111）」と併せて、その普及啓発を図っています。

また、獨協医科大学病院を基地病院としたドクターヘリの運航については、茨城県と群馬県との広域連携を含め、平成28年度には772件出動するなど、救急患者の救命や後遺症の軽減に大きな役割を果たしています。

さらに、「栃木県傷病者搬送・受入実施基準」（以下「実施基準」という。）について、有床医療機関を対象とした意向調査に基づいた改訂を隨時行うとともに、救急医療情報システムの運用を通じて、傷病者の円滑かつ適切な搬送・受入れにつなげています。

イ 初期救急医療体制

休日や夜間において、主に軽症者に対する救急医療を提供するため、市町や一部事務組合により、都市医師会等の協力の下、休日夜間急患センターや在宅当番医制が運営されています。

平成29年12月現在、休日夜間急患センターは11施設あり、地域によって診療科や診療日が限定されているところもあるため、引き続き体制の充実を図る必要があります。

ウ 二次救急医療体制

10の二次救急医療圏において、地域の中核病院が病院群輪番制方式により、主に入院や手術を必要とする重症患者に対する救急医療を提供しており、平成29年12月現在、救急告示医療機関57病院（うち病院群輪番制病院31病院）及び14有床診療所が認定されています。

エ 三次救急医療体制

主に脳卒中や急性心筋梗塞など特に症状の重い重篤患者に対する救急医療を提供するため、5つの救命救急センターが整備され、県全領域をカバーしています。

オ 各救急医療圏における検討体制

本県では、県民により身近な地域において、初期救急医療機関の整備や二次救急医療体制の確保などの各圏域個別の課題について協議・調整するため、救急医療圏ごとに都市医師会、地域の中核病院、市町等（消防機関を含む。）、県（健康福祉センター）などにより、地域医療に関する協議会が設置されています。

【施策の展開方向】

① 目指すべき方向

現状と課題を踏まえ、個々の役割と医療機能が十分発揮されるとともに、関係機関相互の連携により、病院前救護活動から社会復帰に至るまで必要な医療が切れ目なく提供される体制を構築します。

ア 適切な病院前救護活動が可能な体制

- (ア) 本人あるいは家族等の周囲の者による必要に応じた速やかな救急要請及び救急蘇生法の実施
 - (イ) メディカルコントロール体制を通じた救急救命士等による適切な活動（観察・判断・処置）の実施
 - (ウ) 実施基準に基づく適切な傷病者の搬送及び医療機関の受入れ
 - (エ) 地域住民の救急医療への理解

イ 重症度・緊急性に応じた医療が提供可能な体制

- (ア) 患者の状態に応じた適切な救急医療の提供
 - (イ) 医療機関の機能に応じた適切な役割分担と速やかな相互連携の実施
 - (ウ) 救命救急センターから患者を一般病棟へ円滑に転棟できる体制

ウ 救急医療機関等から療養の場へ円滑な移行が可能な体制

- (ア) 救命期を脱した後、重度の合併症、後遺症のある患者が、救急医療施設から適切な医療機関に転院できる体制
 - (イ) 重度の合併症、後遺症のある患者が、医療及び介護サービスを組み合わせ、自宅や介護施設等で充実した療養生活を送ることができる支援体制
 - (ウ) 地域包括ケアシステムにおける救急医療機関やかかりつけ医、介護施設の医療・介護従事者等の役割を明確化し、地域においてきめ細かな情報共有を行うことができる連携体制

② 各医療機能と連携

目指すべき方向を踏まえ、救急医療体制に求められる医療機能を以下のとおり分類し、それぞれの医療機能の役割分担を進めながら、その連携を図ります。

ア 病院前救護活動の機能【救護】

(7) 目標

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

(8) 関係者に求められる事項

a 県民等

- ・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、あるいは適切な医療機関を受診させること
- ・かかりつけ医を持つとともに、こども救急ガイドブック、とちぎ子ども救急電話相談やとちぎ救急医療電話相談、とちぎ医療情報ネットなどを用いて、適切な医療機関の受診、必要に応じた救急要請を判断すること

b 消防機関の救急救命士等

- ・県民等に対し、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、急性心筋梗塞など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を実施すること
- ・搬送先の医療機関の選定に当たっては、実施基準等により、事前に各救急医療機関の医療機能を把握すること
- ・地域メディカルコントロール協議会が定め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
- ・精神疾患と身体疾患を併せ持つ患者の搬送に当たっては、平成29年6月に栃木県精神科救急医療システム連絡協議会において確認された「傷病者搬送に関する考え方」に基づき、精神科救急医療体制と十分な連携を図ること

c メディカルコントロール協議会等

- ・救急救命士等の行う処置や、疾患に応じた活動、搬送手段の選定及び適切な医療機関への搬送についてのプロトコルを策定し、事後検証等によって隨時改訂すること
- ・医師から救急救命士に対する直接指示・助言体制を確立すること

- ・救急救命士等への再教育を実施すること
- ・ドクターヘリやドクターカー等の活用の適否について、地域において定期的に検証すること
- ・在宅療養者等が安心して地域で暮らすことができるよう、救急告示医療機関やかかりつけ医、介護施設の医療・介護従事者等が連携・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情報共有を進めること

イ 救命救急医療機関（三次救急医療）の機能【救命医療】

(ア) 目標

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

(イ) 医療機関に求められる事項

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

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

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

- ・脳卒中、急性心筋梗塞、重症外傷等の患者や複数の診療科にわたる重篤な救急患者を、原則として24時間 365 日必ず受け入れる体制を確保すること
- ・集中治療室（ICU）、心臓病専用病室（CCU）、脳卒中専用病室（SCU）等を備え、常時、重篤な患者に対し高度な治療を提供すること
- ・救急医療について相当の知識及び経験を有する医師（救急科専門医等）が常時診療に従事していること
- ・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など院内の連携確保に努めること
- ・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、重度の後遺症がある患者、精神疾患と身体疾患を併せ持つ患者、人工呼吸器による管理を必要とする患者など、特別な管理が必要なため退院が困難な患者を受け入れることができる医療機関等と連携していること
- ・精神疾患と身体疾患を併せ持つ患者については、「傷病者搬送に関する考え方」に基づき、精神科救急医療体制と十分な連携を図ること
- ・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

- ・救急医療情報システムを活用し、救急患者の受入状況等を常に関係機関に周知すること
- ・医師、看護師等の医療従事者に対し、必要な研修を行う体制を確保し、研修等を通じ、地域の救命救急医療の充実強化に努めること
- ・県また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、再教育などに協力すること

(ウ) 担当する医療機関

- ・救命救急センター

ウ 入院を要する救急医療を担う医療機関（二次救急医療）の機能【入院救急医療】

(ア) 目標

- ・他の救急医療機関と協力・連携し、救急医療圏において24時間 365 日、救急搬送が受け入れられる体制を確保すること
- ・患者の状態に応じた適切な救急医療を提供すること

(イ) 医療機関に求められる事項

地域で発生する救急患者への初期診療と応急処置を行い、必要に応じて入院治療を行う。

医療機関によっては、脳卒中、急性心筋梗塞等に対する医療など、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、速やかに救命救急センターへ紹介する。

救急救命士等への教育機能も一部担う。

- ・原則として、救急医療について相当の知識及び経験を有する医師が常時（地域において複数の病院の輪番等により体制を構築している場合には、その当番日において）診療に従事すること
- ・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を円滑に受け入れられるよう、搬入に適した構造設備を有すること
- ・急性期にある患者に対して、必要に応じて早期のリハビリテーションを実施すること
- ・初期救急医療機関と常に連携を確保していること
- ・精神疾患と身体疾患を併せ持つ患者については、「傷病者搬送に関する考え方」に基づき、精神科救急医療体制と十分な連携を図ること
- ・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
- ・救急医療情報システム等を活用し、救急患者の受入状況等を関係機

- ・ 関に周知すること
- ・ 医師、看護師、救急救命士等の救急医療関係者に対し、必要な研修を行うこと
- (ウ) 担当する医療機関
- ・ 病院群輪番制病院

エ 初期救急医療を担う医療機関の機能【初期救急医療】

(ア) 目標

- ・ 軽度の救急患者を中心に、患者の状態に応じた適切な救急医療を提供すること

(イ) 医療機関に求められる事項

主に、自家用車やタクシーなどを利用し、独歩（ウォークイン）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
- ・ 地域の実情を踏まえながら、初期救急医療を、住民がより利用しやすい休日夜間急患センター等のいわゆる「定点方式」により実施すること（在宅当番制については、できる限り定点方式へ移行すること）

さらに、平日夜・休日昼の実施、小児診療の実施、夜間診療の実施（診療時間の延長）に対応すること

- ・ 病態に応じて速やかに患者を紹介できるよう、近隣の医療機関や精神科救急医療体制等と連携すること
- ・ 休日・夜間に対応できる薬局と連携していること
- ・ 地元市町と連携して、診療可能時間や対応可能な診療科等について住民に積極的に周知し、利用促進を図ること

(ウ) 担当する医療機関

- ・ 休日夜間急患センター
- ・ 在宅当番医制に参加する診療所

オ 救命救急医療機関等からの転院を受け入れる機能【救命後の医療】

(ア) 目標

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

(イ) 医療機関に求められる事項

- ・ 他の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）を実施すること
- ・日常生活動作（A D L）の低下した患者に対し、在宅等での包括的な支援を行うこと
- ・通院困難な患者の場合、診療所、訪問看護ステーション、薬局等と連携して在宅医療を実施すること、また居宅介護サービスを調整すること
- ・救急医療機関及び在宅での療養を支援する医療機関等と診療情報や治療計画の共有などを通して連携していること

(ウ) 担当する医療機関等

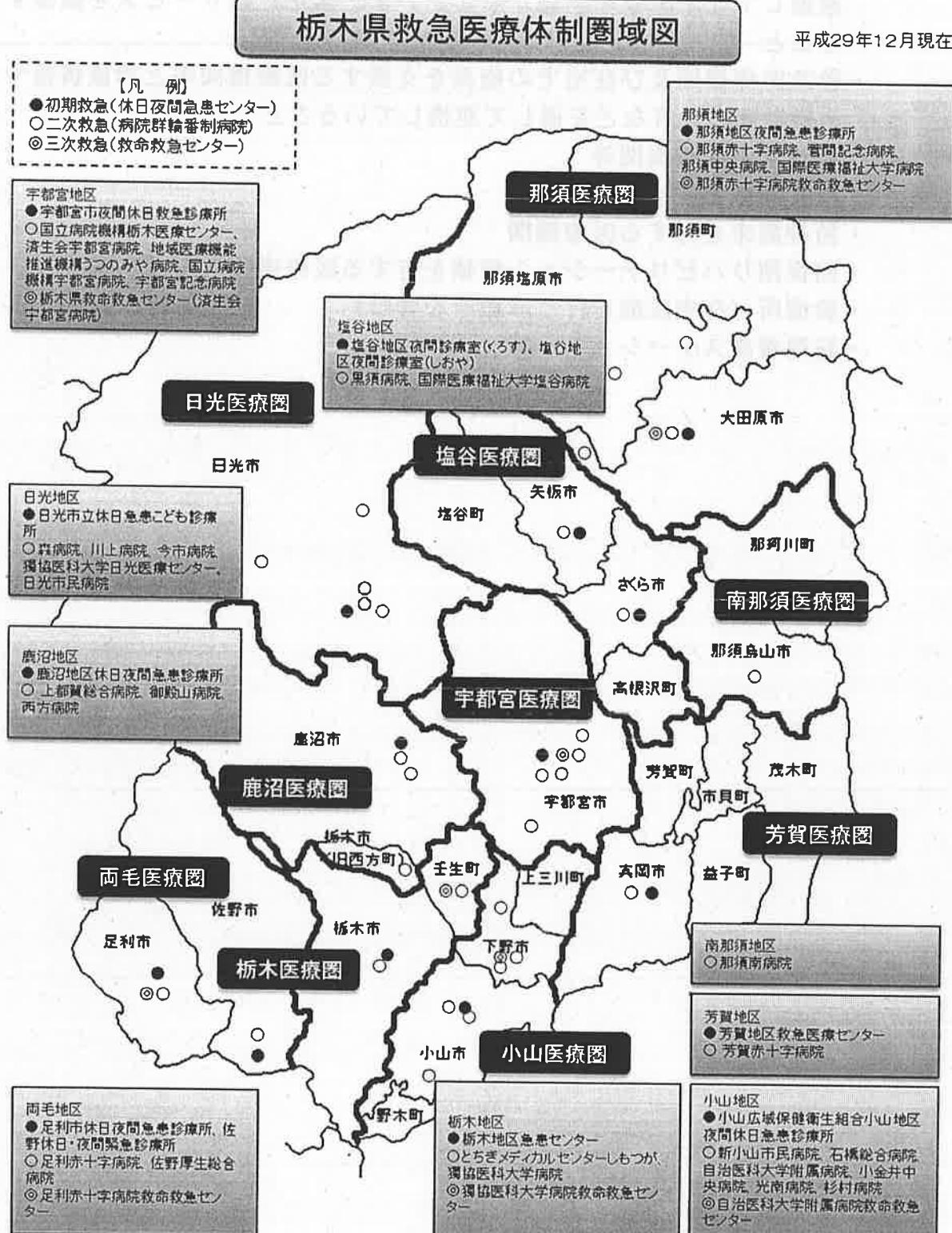
- ・療養病床を有する医療機関
- ・精神病床を有する医療機関
- ・回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関
- ・診療所（在宅医療を行う診療所を含む）
- ・訪問看護ステーション 等

③ 医療提供体制に係る圏域

地域の医療資源の配置状況を考慮し、10の二次救急医療圏を設定しています。

なお、栃木市西方町の二次救急については、引き続き鹿沼救急医療圏とします。

（参考）医療資源の配置状況



④ 数値目標

No.	目標項目	ベースライン	目標値
1	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	40.6分（速報値） (全国) 39.4分（平成27年） (平成28年)	全国平均以下
2	とちぎ子ども救急電話相談の相談件数【小児医療】	19,673件 (平成28年度)	前年度より増加
3	病院群輪番制病院における救急患者の入院率	24.7% (平成28年度)	30.0%
4	救命救急センターにおける救急患者の入院率	30.9% (平成28年度)	35.0%
5	三次小児救急医療機関における救急患者の入院率【小児医療】	15.3% (平成28年度)	20.0%

【主な取組】

① 救急医療の適正利用

- ア 関係医療機関相互の機能分化を促進するとともに、医師会・医療機関・市町等と連携して、適切な救急医療機関の利用などに関する普及啓発を積極的に推進します。
- イ とちぎ医療情報ネット、こども救急ガイドブック等を活用し、県民に対して救急医療に関する情報を分かりやすく提供します。

② 病院前救護体制の充実・強化

- ア 救急患者の搬送時間の短縮や救急医療の適正利用を図るため、特に増加傾向にある高齢者について、救急医療機関やかかりつけ医、介護施設の医療・介護従事者等と協力・連携し、救急医療情報や終末期医療に関する希望等の情報を共有できる体制を検討します。
- イ 救急医療情報システムの利便性向上を図り、円滑かつ効率的な救急搬送体制を推進します。
- ウ 日本赤十字社や消防機関と協力し、県民に対してAEDの使用を含めた救急蘇生法等に関する講習を実施します。
- エ 県民が適切な医療機関の受診や必要に応じた救急車の要請を判断できるよう、とちぎ子ども救急電話相談やとちぎ救急医療電話相談等の更なる普及啓発を行うとともに、利用状況を検証し、必要な対応を検討していきます。

③ 初期救急医療体制の充実・強化

- ア 各地域の実情に応じて、建物等の整備を支援するなど、休日夜間急患センターの整備を促進します。

イ 初期救急医療施設に勤務する医師を対象とした研修を行うなど、人材の確保を図ります。

④ 二次救急医療体制の充実・強化

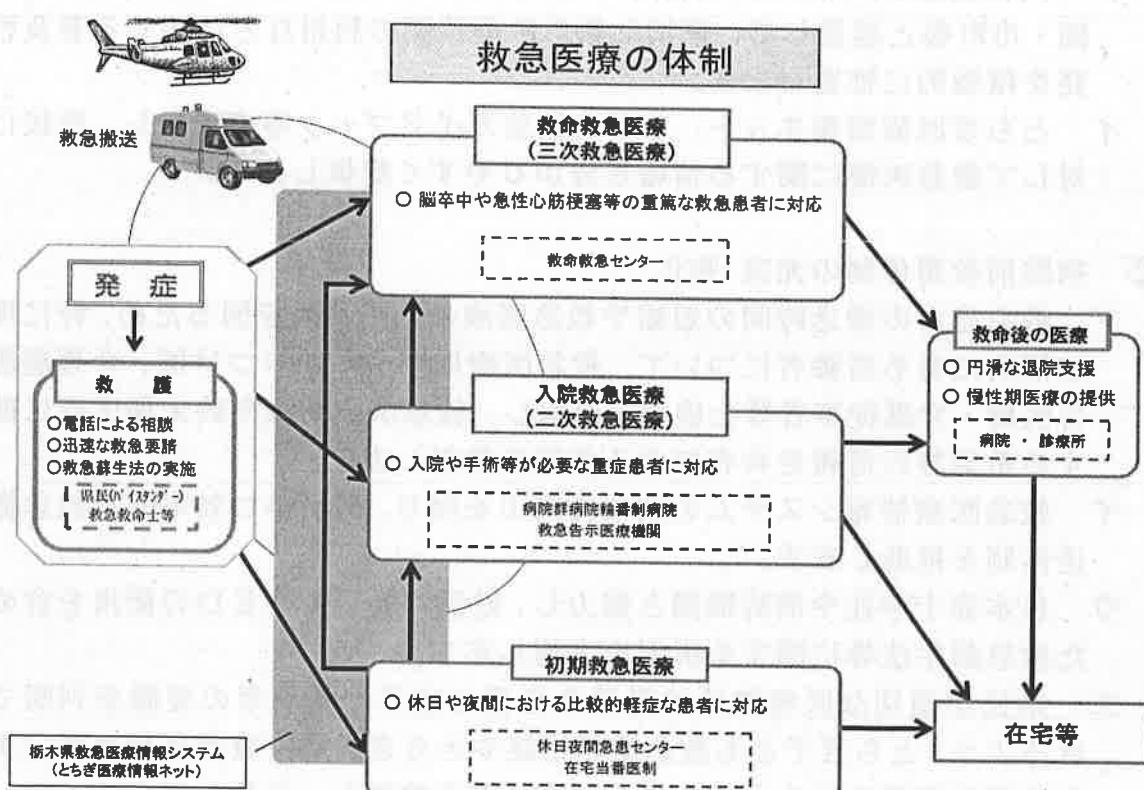
ア 病院群輪番制病院における医療機器等の整備を支援するとともに、とちぎ地域医療支援センターの事業展開の取組と併せ、病院群輪番制病院の医師確保の取組を支援し、機能強化を図ります。

⑤ 三次救急医療体制の充実・強化

ア 救命救急センターにおける高度専門医療機器等の整備を支援するなど、救命救急センターの機能強化を図ります。

⑥ 救命後の医療体制の充実・強化

ア 重度の後遺症等により在宅への復帰が容易でない患者を受け入れる医療機関や介護施設と、救急医療機関との連携強化を図ります。



(2) 災害医療

災害における医療（以下「災害医療」という。）については、災害発生時に災害の種類や規模に応じて利用可能な医療資源を有効に活用する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す。

【現状と課題】

① 災害医療を取り巻く状況

東日本大震災では、本県においても最大震度6強が観測され、死者4名、負傷者134名の人的被害を受けたほか、病院においても、震災直後には約3割が外来や入院の受入制限を余儀なくされ、7割以上が建物や医療機器に被害を受けました。

全国的には南海トラフ地震や首都直下地震の発生が懸念されており、また、平成28年熊本地震のように、それ以外の地域でも大規模地震が発生する可能性があります。

さらに近年、短時間豪雨の年間発生回数が増加傾向にあり、平成27年9月関東・東北豪雨をはじめとした風水害が発生するなど、災害が比較的少ないと言われている本県においても、災害がいつ発生しても対応できる災害医療体制の構築が求められています。

② 災害医療の提供体制

ア 災害拠点病院

本県では、平成29年12月現在、災害時における救急患者受入機能や被災地への医療救護チームの派遣機能を有する災害拠点病院を11か所指定しています。

このうち、8病院ですべての建物の耐震化を完了しており、2病院が耐震化整備工事や移転整備工事を実施しています。また、4病院では業務継続計画が策定されています。

さらに、日本DMAT養成研修を修了したDMATが31チーム、栃木県DMAT養成研修を修了したLDMATが6チームあり、主に災害急性期に医療活動を行うこととされています。

一方、災害拠点病院以外の病院においても、早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画を策定するとともに、自らの被災情報を適切に発信できる体制や受援体制等を整えておく必要があります。

イ 災害時の協力体制

本県では、災害時における医療救護活動の協力体制を確保するため、栃木県医師会、栃木県歯科医師会、栃木県薬剤師会、栃木県看護協会、栃木県柔道整復師会の5つの医療関係団体と協定を締結してい

るほか、1都10県と災害時における相互応援に関する協定を締結しています。

また、大規模災害時において、医療に関する調整の役割を担う「栃木県災害医療コーディネーター」として災害拠点病院等の専門医師15名を委嘱しており、さらに、小児・周産期医療に特化した調整役として期待される「災害時小児周産期リエゾン」を養成しています。

一方、避難所や救護所等に避難した住民等に対して、日本医師会災害医療チーム（JMAT）をはじめとした医療チームが健康管理を中心とした医療を提供することになるため、保健医療活動の総合調整が十分に行われる必要があります。

ウ 災害時における精神保健医療活動体制

災害時において、専門性の高い精神科医療の提供と精神保健活動の支援を行うため、平成24年度に「災害派遣精神医療チーム（DPAT）」の仕組みが創設されており、本県では、平成29年11月現在、県立岡本台病院において、国のDPAT先遣隊研修を修了したDPATが2チームあります。

また、東日本大震災では、被災した精神科病院から多数の患者搬送が行われましたが、精神科病院からの患者の受け入れや、精神症状の安定化等を災害拠点病院のみで対応することは困難であるため、災害拠点病院と類似の機能を有する災害拠点精神科病院を今後整備する必要があります。

【施策の展開方向】

① 目指すべき方向

現状と課題を踏まえ、個々の役割と医療機能が十分発揮されるとともに、関係機関相互の連携により、災害時においても必要な医療が確保される体制を構築します。

ア 災害急性期において必要な医療が確保される体制

- (ア) 被災地の医療確保、被災した地域への医療支援を実施できる体制
- (イ) 必要に応じてDMAT、DPATを直ちに派遣できる体制

イ 急性期を脱した後も住民の健康が確保される体制

- (ア) 救護所、避難所等における健康管理が実施される体制

② 各医療機能と連携

目指すべき方向を踏まえ、災害医療体制に求められる医療機能を以下のとおり分類し、それぞれの医療機能の役割分担を進めながら、その連携を図ります。

ア 災害拠点病院

(ア) 目標

- ・被災した際に、被害状況、診療継続可否等の情報を、E M I S等を用いて県災害医療本部に提供すること
- ・災害時に多発する重篤救急患者の救命医療を行うための高度の診療機能を有すること
- ・患者等の受入れ及び搬出を行う広域搬送に対応すること
- ・自己完結型の医療チーム（D M A T含む。）の派遣機能を有すること
- ・地域の医療機関への応急用資器材の貸出し機能を有すること
- ・被災した場合においても、早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画の整備を含め、平時からの備えを行っていること

(イ) 医療機関に求められる事項

- ・基幹災害拠点病院は、県において災害医療を提供する上で中心的な役割を担い、地域災害拠点病院は、地域において中心的な役割を担うこと

※災害拠点病院の指定要件については、「災害時における医療体制の充実強化について」（平成24年3月21日付け厚生労働省医政局長通知）の別紙を参照

- ・被災後、早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画の整備を行うとともに、整備された業務継続計画に基づき、被災した状況を想定した研修及び訓練を実施し、地域の他の医療機関との連携体制も踏まえ、必要な見直しを行うこと
- ・災害急性期を脱した後も住民が継続的に必要な医療を受けられるよう、栃木県医師会（J M A T）や日本赤十字社栃木県支部、医療関係団体等を中心とした医療チームと定期的な訓練を実施するなど、適切な連携を図ること

イ 災害拠点精神科病院

(ア) 目標

- ・被災した際に、被害状況、診療継続可否等の情報を、E M I S等を用いて県災害医療本部に提供すること
- ・災害時においても、医療保護入院、措置入院等の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）に基づく精神科医療を行うための診療機能を有すること
- ・災害時においても、精神疾患を有する患者の受け入れや、一時的避難場所としての機能を有すること
- ・D P A Tの派遣機能を有すること
- ・被災しても、早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画の整備を含め、平時からの備えを行っていること

(イ) 関係者に求められる事項

- ・災害拠点精神科病院は、災害拠点病院と類似の機能を有し、県において災害時における精神科医療を提供する上で中心的な役割を担うこと
- ・被災後、早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画の整備を行うこと
- ・整備された業務継続計画に基づき、被災した状況を想定した研修及び訓練を実施すること
- ・災害急性期を脱した後も住民が継続的に必要な医療を受けられるよう、栃木県医師会（JMAT）や日本赤十字社栃木県支部、医療関係団体等を中心とした医療チームと定期的な訓練を実施するなど、適切に連携を図ること

ウ 災害時に拠点となる病院以外の病院等

(ア) 目標

- ・被災した際に、被害状況、診療継続可否等の情報を、EMIS等を用いて県災害医療本部に提供すること
- ・被災しても、早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画の整備を含め、平時からの備えを行っていること

(イ) 医療機関に求められる事項

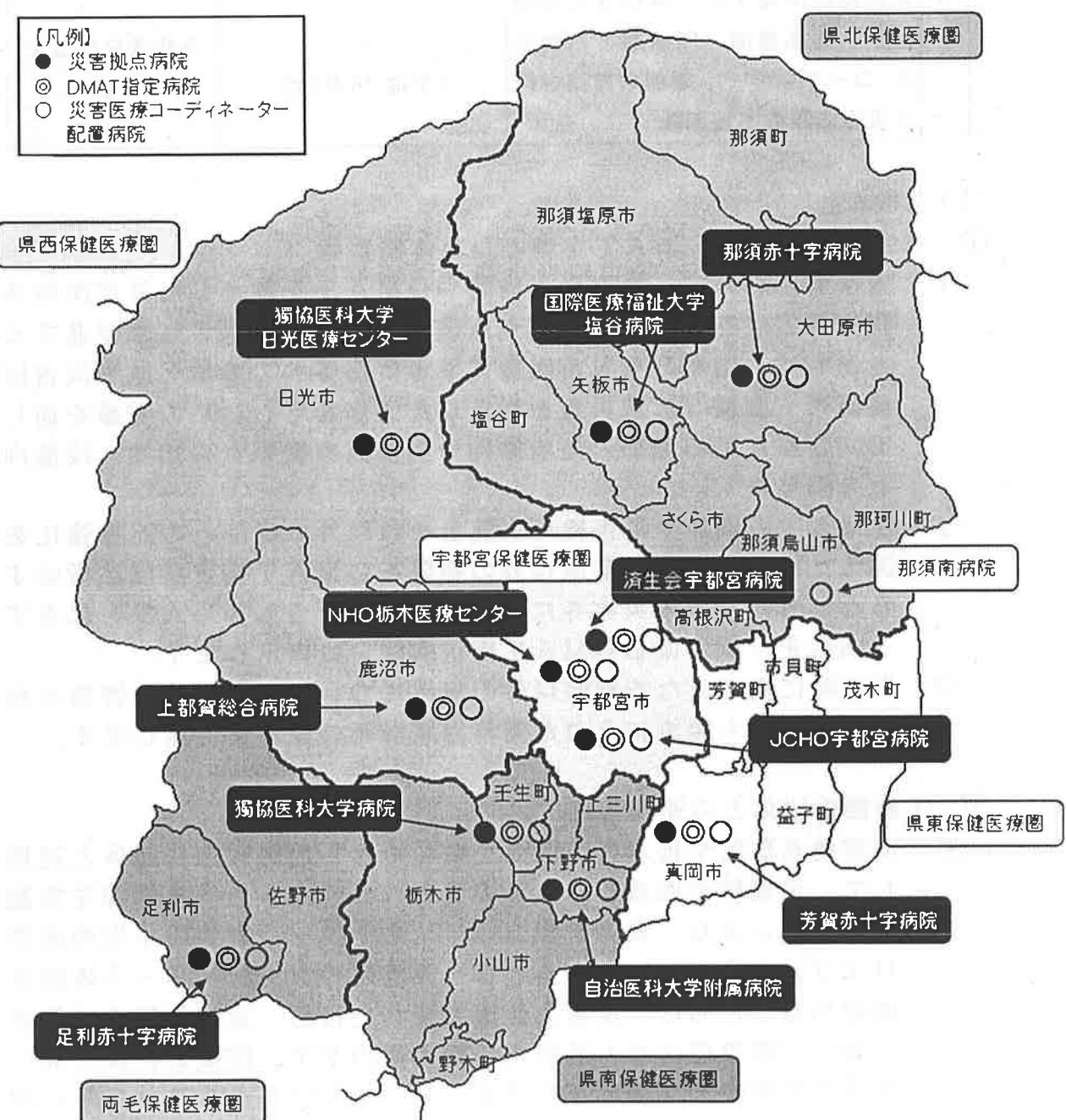
- ・被災後、地域の災害拠点病院との連携も視野に入れて、早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画の整備を行うよう努めること
- ・整備された業務継続計画に基づき、被災した状況を想定した研修及び訓練を実施すること
- ・EMISにデータを入力する複数の担当者を決め、さらに訓練を行ってその使用方法を確認することにより、災害時に自らの被災情報を適切に発信することができるよう備えること
- ・災害急性期を脱した後も継続的に必要な医療を提供できるよう、栃木県医師会（JMAT）や日本赤十字社栃木県支部、医療関係団体等を中心とした医療チームと連携を図ること

③ 医療提供体制に係る圏域

全県を1圏域として設定しています。

なお、二次保健医療圏ごとに現地における災害医療体制を整備します。

栃木県災害医療体制圏域図



平成 29 年 12 月現在

④ 数値目標

No.	目標項目	ベースライン	目標値
1	D M A T 指定病院数(L D M A T 指定病院を含む)	11 病院 (平成 29 年 12 月)	18 病院
2	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	8.4% (平成 29 年 9 月)	全国平均以上
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、コーディネート機能の確認を行う災害訓練の実施回数	— (平成 29 年度)	各地域分科会で年間 1 回以上

【主な取組】

① 災害拠点病院やD M A T を軸とした体制整備

- ア 急性期において、災害拠点病院やD M A T を軸とした災害医療体制を構築するため、災害拠点病院の機能強化を引き続き促進するとともに、国が行う災害医療従事者研修等への参加促進や災害医療研修・訓練（広域災害を想定した研修を含む。）の実施を通じて、D M A T の増加・技能維持や災害医療従事者の知識・技能向上を図ります。
- イ D M A T の増加や災害拠点病院とそれ以外の病院との連携強化を図るため、災害拠点病院以外の病院をD M A T 指定病院に指定するとともに、県内災害等において活動を行うL D M A T を保有する病院を「栃木県L D M A T 指定病院」に指定します。
- ウ 災害時に拠点となる病院以外の病院について、地域の災害拠点病院との連携も視野に入れた業務継続計画の策定を促進します。

② 医療関係団体との連携強化

- ア 災害拠点病院や栃木県医師会をはじめとした医療関係団体と連携して、災害時の医療チーム等の受け入れも想定した災害訓練を実施することにより、災害医療コーディネーター（災害時小児周産期リエゾンを含む。）を中心とした災害時のコーディネート体制を確認するとともに、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、医療依存度の高い患者や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体制の整備に取り組み、災害医療体制運用マニュアル及び地域別災害医療体制運用マニュアルの見直しを行います。
- イ 大規模災害時に県内外から派遣される保健医療活動チームと効率的に連携を図るため、保健医療活動を総合調整する体制を整備し

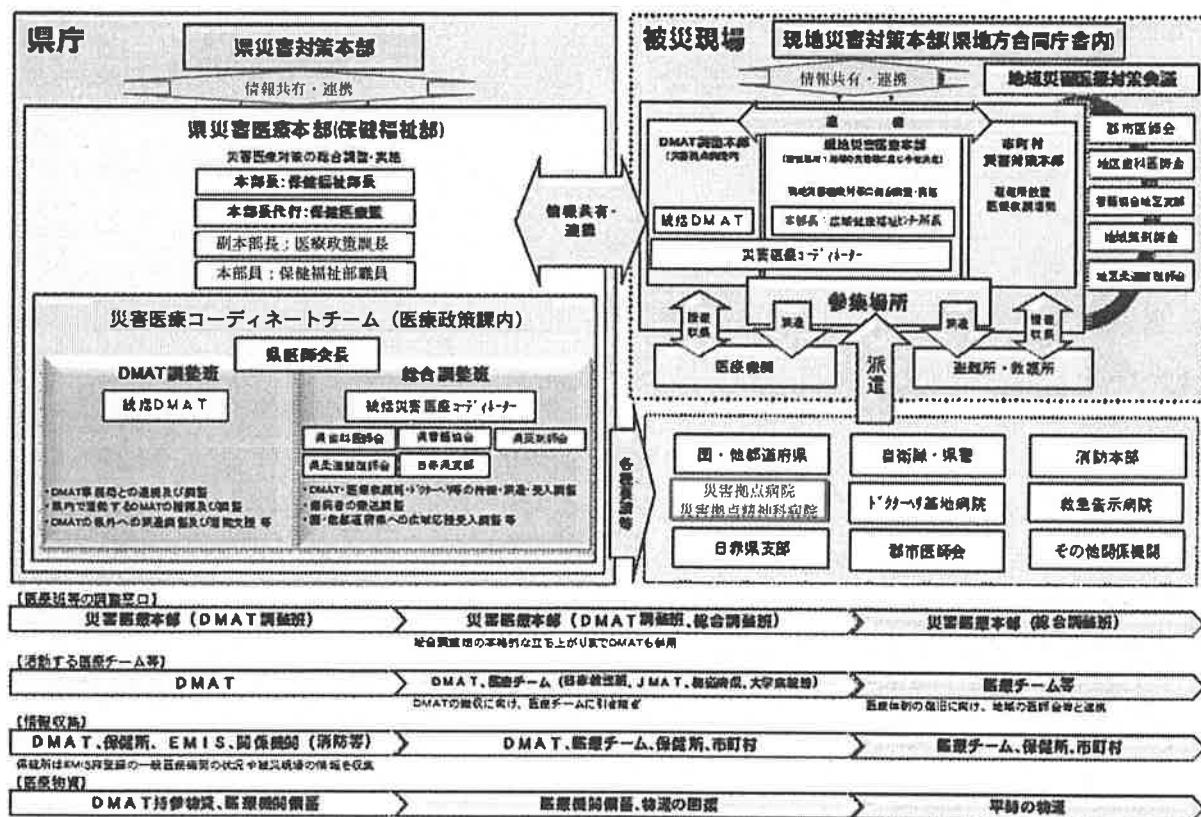
ます。

③ 災害時における精神保健医療活動の体制整備

ア D P A T 先遣隊登録機関である県立岡本台病院を中心として、災害拠点精神科病院の指定に向けた環境の整備と災害拠点精神科病院以外の病院や関係機関との重層的な連携体制を構築します。

イ 県内外で災害が発生した際のD P A Tによる活動や役割について検討し、規程等を整備するとともに、D P A Tチームを養成するための研修や訓練を開催します。

災害時における医療体制



(3) へき地医療

県ではこれまで、へき地においても安心して医療を受けられる体制の実現に向けて取り組んできました。

人口減少や少子高齢化が進む中、患者の受療動向、医療資源の状況等を踏まえながら、へき地において継続的に医療提供が行われるよう、人材育成や効率的な医療提供体制の構築が求められています。

【現状と課題】

① へき地保健医療計画と医療計画との一体的な策定

へき地における医療の確保については、これまで第1次（1956（昭和31）年度～）から第9次（～2005（平成17）年度）までは国が、第10次以降（2006（平成18）年度～）は県が策定した「へき地保健医療計画」に基づき対策を講じてきました。

また、医療法に基づき、栃木県保健医療計画において、第5期（2008（平成20）～2012（平成24）年度）からへき地の医療体制について定めており、以降、両計画の整合性を図りながら各種施策を講じてきました。

へき地保健医療対策は、ドクターヘリによる救急患者の搬送など、他事業とより一層の連携を図っていくことが求められたことを受け、国のへき地保健医療対策検討会において、第11次へき地保健医療計画（2011（平成23）～2015（平成27）年度）は計画期間を2年延長し、その後は第7次医療計画と一体的に策定する方針とされました。

これに伴い、県においても同様の方針としたところです。

今後、一体的に策定した本計画に基づき、へき地保健医療対策の推進を図っていきます。

② 無医地区等の現状

無医地区については、1973（昭和48）年以降減少傾向にあり、2009（平成21）年10月末には14地区でしたが、2014（平成26）年10月末には18地区に増加しました。

これは、無医地区に準ずる地区（以下、「準無医地区」という。）が、民間路線バスの廃止などの交通事情の変化により無医地区に転じたことによるものであり、無医地区と準無医地区を合わせた総数はほぼ一定となっています。また、無歯科医地区においても同様の状況です。

さらに、無医地区等の人口は減少しており、少子高齢化が著しく進んでいます。

【無医地区・無歯科医地区】

医療機関のない地区で、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域であって、かつ、容易に医

療機関を利用することができない地区(5年に一度厚生労働省が調査を実施。市町村が無医地区等の該当を判断し県に報告する。)

【無医地区・無歯科医地区に準ずる地区=準無医地区・準無歯科医地区】

無医地区(無歯科医地区)には該当しないが、当該地区に準じた医療の確

無医地区等の推移

		1994(平成6)年	1999年	2004年	2009年	2014年
無医地区	地区数	15	15	13	14	18
	市町村数	9	8	8	6	6
準無医地区	地区数	11	13	14	13	8
	市町村数	5	7	8	6	3
総数	地区数	26	28	27	27	26
	市町村数	11	11	12	8	7

※市町村数の総数は、重複があるため無医地区と準無医地区の合計と一致しない。

保が必要な地区として知事が厚生労働大臣と協議の上認めた地区

無歯科医地区等の推移

		1994(平成6)年	1999年	2004年	2009年	2014年
無歯科医地区	地区数	20	17	13	14	16
	市町村数	12	10	9	6	6
準無歯科医地区	地区数	10	14	14	15	12
	市町村数	5	8	8	7	4
総数	地区数	30	31	27	29	28
	市町村数	13	12	11	8	7

※市町村数の総数は、重複があるため無歯科医地区と準無歯科医地区的合計と一致しない。

無医地区等の人口及び高齢化率

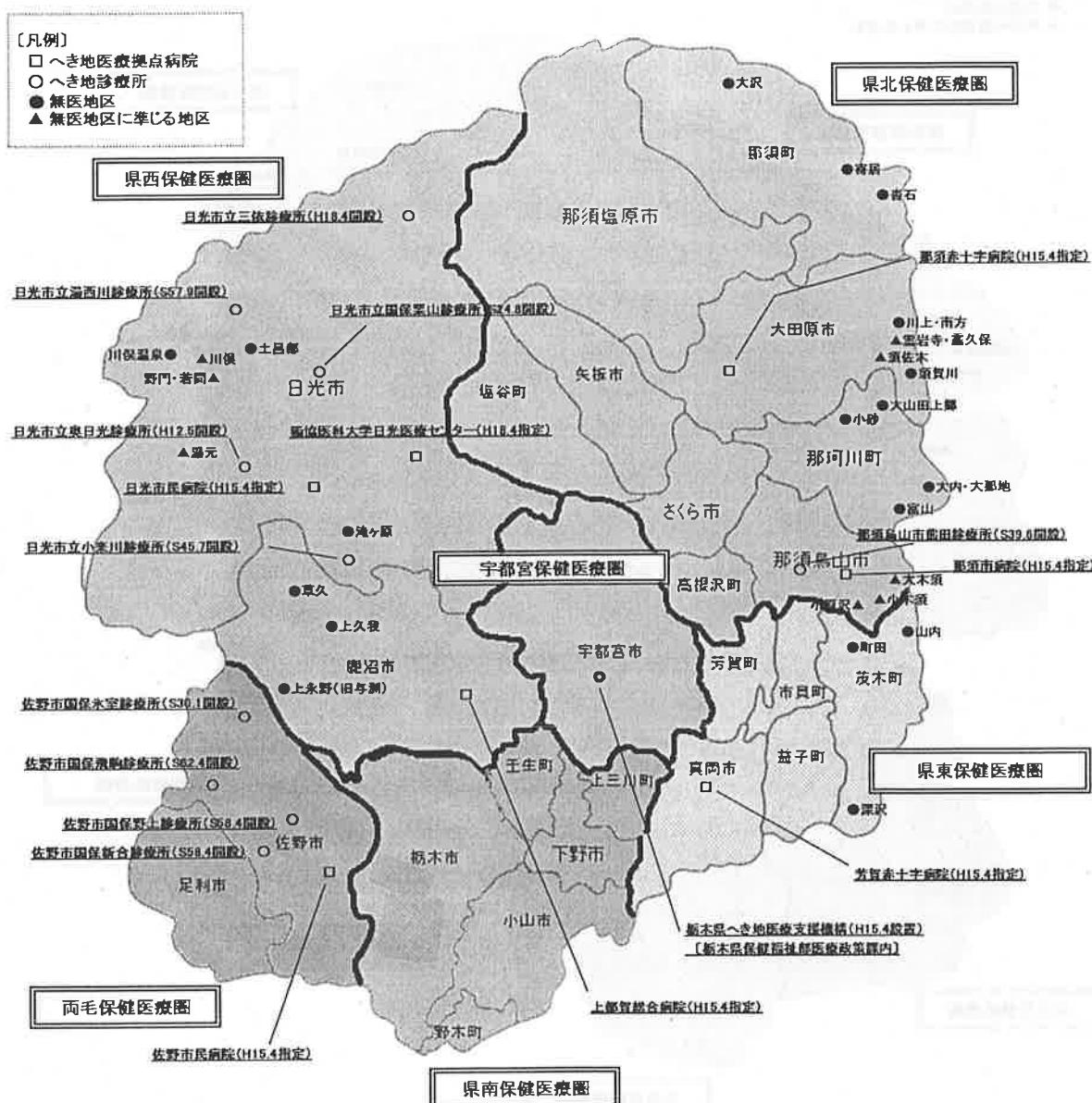
	0~14歳	15~64歳	65~69歳	70歳以上	計	(単位:人、%)
	2009(平成21)年	1,008	7,445	790	3,587	12,830
2014(平成26)年	699	6,090	923	3,262	10,974	
前回比	▲ 30.7	▲ 18.2	16.8	▲ 9.1	▲ 14.5	

	65歳以上 人口	65歳以上の 割合
2009(平成21)年	4,377	34.1%
2014(平成26)年	4,185	38.1%
前回比	▲ 4.4	+4.0%

【資料：栃木県医療政策課調べ】

栃木県へき地保健医療対策現況図【医科】

2014(平成26)年10月31日現在

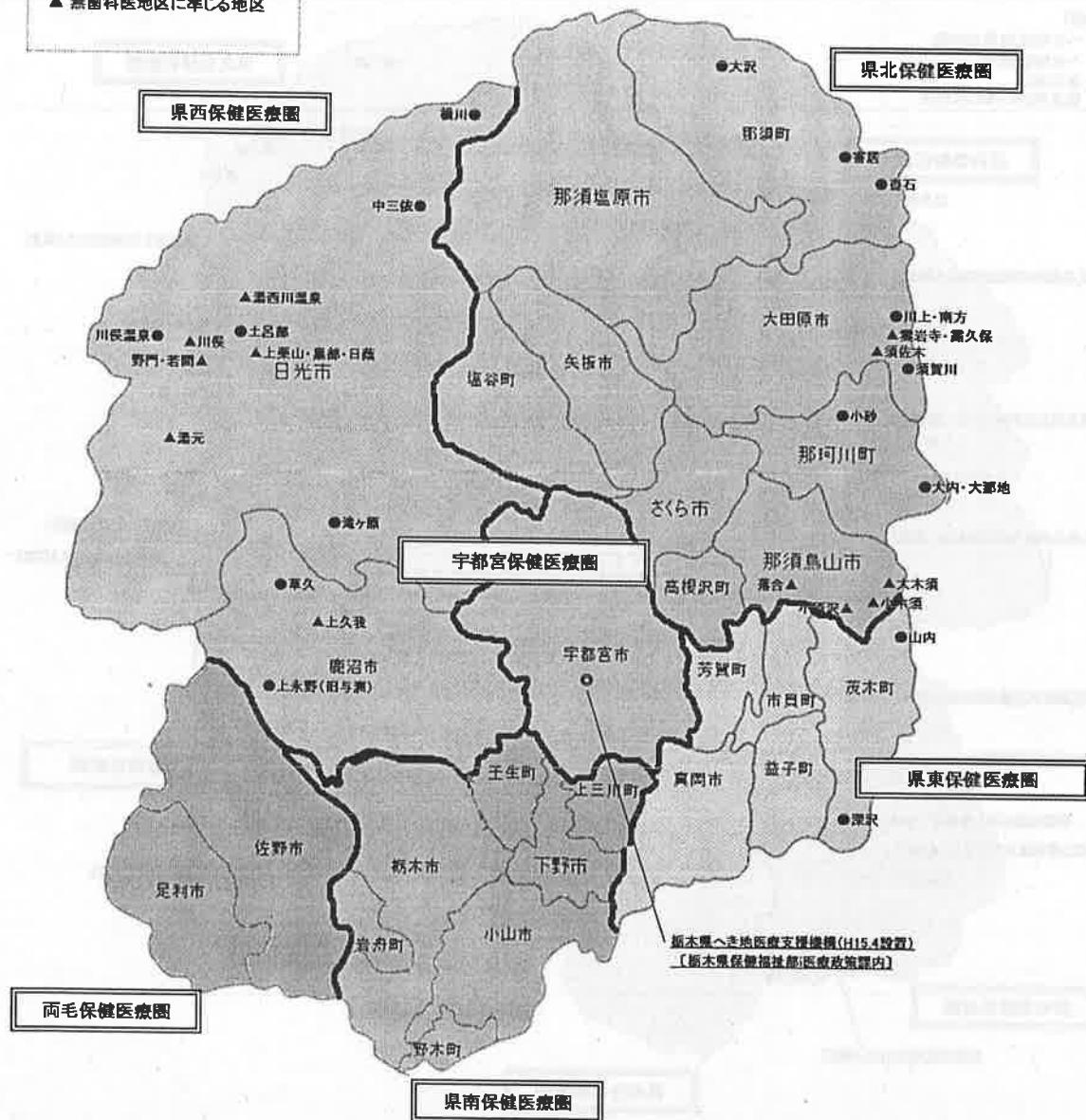


二次保健医療圏名	無医地区			準無医地区		
	2004(平成16)年	2009年	2014年	2004(平成16)年	2009年	2014年
県北保健医療圏	4	7	9	8	7	5
県西保健医療圏	8	6	6	3	3	3
宇都宮保健医療圏	0	0	0	0	0	0
県東保健医療圏	1	1	3	3	3	0
県南保健医療圏	0	0	0	0	0	0
両毛保健医療圏	0	0	0	0	0	0
合計	13	14	18	14	13	8

栃木県へき地保健医療対策現況図 【歯科】

2014(平成26)年10月31日現在

【凡例】
 ◎ へき地医療支援機構
 ● 無歯科医地区
 ▲ 無歯科医地区に準じる地区



二次保健医療圏名	無歯科医地区			準無歯科医地区		
	2004(平成16)年	2009年	2014年	2004(平成16)年	2009年	2014年
県北保健医療圏	5	6	7	6	7	6
県西保健医療圏	7	7	7	6	6	6
宇都宮保健医療圏	0	0	0	0	0	0
県東保健医療圏	1	1	2	2	2	0
県南保健医療圏	0	0	0	0	0	0
両毛保健医療圏	0	0	0	0	0	0
合計	13	14	16	14	15	12

③ へき地の医療体制の現状

ア 医療提供施設

(ア) へき地診療所

2017（平成29）年4月1日現在、県内3市において10か所のへき地診療所が地域住民への医療を提供しています。

へき地診療所の医師は、診療のほか、予防接種や学校医、健康教育などその地域の保健予防活動にも携わっています。

また、休日・夜間の受診や相談のため、地域住民に緊急相談電話番号を告知するなどの対応を取っている診療所もあります。

へき地では特に、訪問看護、歯科診療、介護サービスとの連携など、他職種、他機関との連携が困難な場合があり、これらの課題を克服した上での地域包括ケアシステムの構築が必要となっています。

(イ) へき地医療拠点病院

2017（平成29）年4月1日現在、県内7か所のへき地医療拠点病院が、巡回診療や指定管理者としてへき地診療所を運営するための医師の配置を行っているほか、へき地医療従事者に対する研修や遠隔医療支援などの診療支援を行っています。

巡回診療の受診者は、生活習慣病などの症状が安定した方が多く、主に内服薬の処方等を行っています。一方で受診者が固定化され、新規の患者が減少しており、結果として受診者数の減少が続いている。

また、2か所のへき地医療拠点病院が3か所のへき地診療所の指定管理者となり、医師や看護師などを安定的に配置し運営しています。

さらに、へき地医療拠点病院とへき地診療所間のネットワークを構築して、オーダリングや診療情報の共有化など病診連携の強化に努めている地域もあります。

イ へき地医療を支援する機関

(ア) 県

保健医療計画に基づき、巡回診療事業などのへき地における医療の確保及びその支援のための各種施策を実施しています。

また、へき地医療支援機構と地域医療支援センターを一体的に運用することにより、へき地医療の視点も含めた地域医療の確保や人材育成への取組を行っています。

(イ) へき地医療支援機構

県に設置したへき地医療支援機構において、へき地医療支援事業の企画・調整等を行い、計画的なへき地医療提供体制の充実・強化を図っています。

ウ 患者の搬送体制

(ア) 市町が行っている事業

無医地区等における地域住民の医療を確保するため、患者を最寄りの医療機関まで輸送する患者輸送事業を実施しています。

実施状況　日光市内においてへき地診療所（2か所、6ルート）への患者輸送を実施

(イ) ドクターへリ等の活用

ドクターへリや消防防災ヘリの活用により、交通手段に恵まれない地域でも重症患者の搬送を実施しています。

へき地医療の実施状況

区分		実施回(日)数	患者延べ数
へき地医療拠点病院 (巡回診療)	2011(平成23)年度	409回	1,777人
	2016(平成28)年度	331回	1,218人
へき地医療拠点病院 (代診医派遣)	2011(平成23)年度	141回	—
	2016(平成28)年度	47回	—
へき地診療所 (開設日数)	2011(平成23)年度	2,006日	34,491人
	2016(平成28)年度	1,842日	27,500人
巡回診療事業 (歯科)	2011(平成23)年度	24回	118人
	2016(平成28)年度	24回	121人
患者輸送事業	2011(平成23)年度	414回	2,208人
	2016(平成28)年度	289回	1,559人

【資料：栃木県医療政策課調べ】

④ へき地医療に従事する医療従事者の現状

平成26年医師調査によると、本県の医療施設に従事する医師数は4,214人、人口10万人当たり212.8人（全国34位）であり、全国平均の233.6人を下回っています。

全国的な医師不足状況が続く中、自治医科大学及び獨協医科大学に設定した地域枠を活用しながら、へき地医療に従事する医師の確保に取り組んでいます。

また、地域住民に身近なへき地診療所では、継続的に医師と患者・家族との橋渡し役として重要な役割を果たす看護師などの医療従事者の確保も困難な状況にあります。

さらに、へき地においても地域包括ケアシステムの構築が必要ですが、そのための在宅医療や介護に関する事業所が少なく、スタッフの確保が困難な状況にあります。

今後ますます人口減少や少子高齢化が進み、巡回診療等の患者数も減少することが見込まれることから、へき地においても効率的な医療体制の維持・確保が必要です。

また、医療従事者の確保が困難な中、へき地において継続的に医療を提供していくためには、人材育成や地域の実情に合わせた効率的な医療提供体制の構築が必要です。

【施策の展開方向】

① 目指すべき方向

ア 医療を確保する体制

- (ア) 総合診療・プライマリケアの提供及び専門的な医療や高度な医療における関係機関との連携によるへき地医療の確保
- (イ) へき地において、総合診療・プライマリケアを実施する医療従事者の継続的な確保
- (ウ) へき地医療従事者が安心して勤務・生活できるキャリア形成支援
- (エ) 医療従事者の養成課程等におけるへき地医療への動機付け

イ 診療を支援する体制

- (ア) へき地医療支援機構機能の充実
- (イ) へき地医療支援会議等における協議
- (ウ) へき地医療拠点病院の診療支援機能の強化
- (エ) 情報通信技術（ICT）やドクターヘリ等の活用

② 各医療機能と連携

ア へき地における保健指導の機能【保健指導】

- (ア) 医療機関に求められる事項
 - ・ 市町、健康福祉センター、へき地診療所等関係機関が地区の保健衛生状態を十分把握し、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い、無医地区等においても適切な保健指導が提供されること

イ へき地における診療の機能【へき地診療】

- (ア) 医療機関に求められる事項
 - ・ 診療所での診療に必要な医療機器等の整備がされていること
 - ・ へき地医療拠点病院等から診療活動等の支援を受けるための情報通信機器等が整っていること
 - ・ へき地医療拠点病院との連携体制の確保に努めていること
 - ・ へき地医療拠点病院等における職員研修等に積極的に参加していること
 - ・ 県及び市町がへき地における医療確保のため実施する事業に対して協力すること
- (イ) 関係医療機関 10 診療所

ウ へき地診療を支援する医療の機能【へき地診療の支援医療】

(ア) 医療機関に求められる事項

- ・ 無医地区等の医療需要を把握すること
- ・ へき地医療拠点病院の主たる事業である巡回診療、医師派遣、代診医派遣などを通じて、無医地区等の地域住民の医療を確保すること
- ・ 県及び市町が実施するへき地における医療の確保のための取組に対して提案等を行うこと
- ・ へき地の医療従事者に対する研修の実施及び研究施設を提供すること
- ・ 遠隔診療等の実施により各種の診療支援を行うこと

(イ) 関係医療機関 7 病院

エ 行政機関等によるへき地医療の支援【行政機関等の支援】

(ア) 県

- ・ 保健医療計画の策定及びそれに基づく施策を実施すること
- ・ へき地医療支援機構ととちぎ地域医療支援センターの一体的な取組として、大学等の協力を得ながら、動機付けや研修の機会を作るなどして、へき地に従事する意欲のある医療従事者の育成とキャリア形成支援を行うこと

(イ) へき地医療支援機構

- ・ 地域医療に意識の高い医師で、かつ、へき地で相当の診療経験を有する専任担当者が、へき地医療対策の各種事業に対し、効果的な助言・調整等を行うこと
- ・ 地域医療支援センターの取組と整合性を図りながら、へき地の医療体制について、以下の項目について総合的な企画・調整を行うこと
 - ・ へき地における地域医療に関する分析を行うこと
 - ・ へき地保健医療政策の中心的機関として、へき地において継続的に医療サービスを提供できるよう、代診医派遣等、関係機関の調整等を行うこと
 - ・ へき地医療に従事する医師等のキャリア形成支援を行うこと

(ウ) 市町

- ・ へき地を含む各地域の医療需要を把握し、必要に応じて患者輸送などの地域住民が医療を受けるためのサービスを提供すること
- ・ へき地を含む各地域において地域包括ケアシステムを構築すること
- ・ 効率的な医療提供体制の構築に協力すること

③ へき地医療提供体制

平成26年10月31日現在

医療圏	無医地区等	へき地診療所	へき地医療拠点病院
県北	大田原市 ● 須賀川 ● 川上・南方 ▲ 雲岩寺・露久保 ▲ 須佐木		那須赤十字病院
	那須町 ● 寄居 ● 蒜石 ● 大沢		
	那須烏山市 ▲ 大木須 ▲ 小木須 ▲ 小原沢	那須烏山市熊田診療所	那須南病院
	那珂川町 ● 大内・大那地 ● 富山 ● 小砂 ● 大山田上郷		
県西	鹿沼市 ● 上久我 ● 草久 ● 上永野		上都賀総合病院
	日光市 ● 滝ヶ原 ● 川俣温泉 ● 土呂部 ▲ 湯元 ▲ 川俣 ▲ 野門・若間	日光市立小来川診療所 日光市立奥日光診療所 日光市立国民健康保険栗山診療所 日光市立湯西川診療所 日光市立三依診療所	日光市民病院 獨協医科大学日光医療センター
県東	茂木町 ● 深沢 ● 山内 ● 町田		芳賀赤十字病院
両毛		佐野市国民健康保険野上診療所 佐野市国民健康保険新合診療所 佐野市国民健康保険飛駒診療所 佐野市国民健康保険氷室診療所	佐野市民病院

●=無医地区、▲=準無医地区

【主な取組】

① 人材育成、人材確保の取組

- ・ 大学等と連携して、医師や看護師等の養成過程等におけるへき地医療への動機付けに取り組みます。
- ・ へき地医療拠点病院やへき地診療所への自治医科大学、獨協医科大学地域枠の卒業医師等の派遣を行うとともに、大学等と連携してキャリア形成支援を行います。
- ・ 修学資金貸付、病院見学、ドクターバンク等の各制度により、へき地医療に従事する医師の養成、招へい、定着に取り組みます。
- ・ へき地診療所設置者やへき地医療拠点病院の医師、看護師等の医療従事者確保の取組を支援するほか、安心して勤務・生活できるよう勤務環境改善の取組等を支援します。
- ・ 医師確保やキャリア形成支援について、へき地医療支援機構の取組と地域医療支援センターの取組を一体的、連動したものとし、効率的、効果的な取組となるよう努めます。

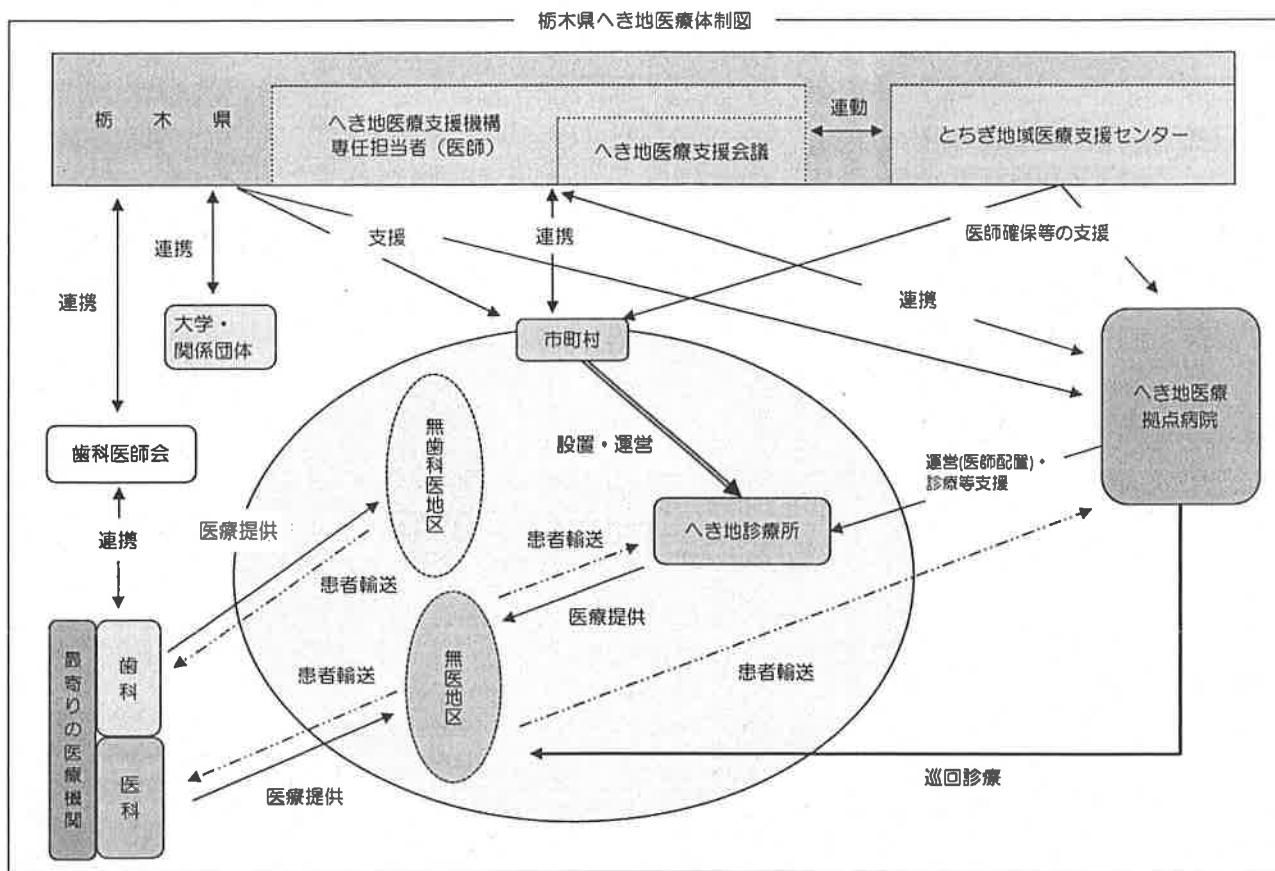
② 効率的な医療提供体制の構築に向けた取組

- ・ へき地医療支援機構において現地調査やデータ分析を行うなどにより、地域の医療需要の把握を行います。
- ・ へき地診療所やへき地医療拠点病院における施設・設備の充実を図るなど、へき地医療提供基盤の維持・確保に努めます。
- ・ 情報通信技術（ICT）の活用の推進により、へき地の医療提供体制への支援に努めます。
- ・ 無医地区等における患者を最寄りの医療機関へ通院する手段を確保するため、市町等が実施する患者輸送事業などと連携し、地域の実情に合わせた患者輸送体制の充実を図ります。またドクターヘリの活用など、交通手段に恵まれない地域の患者が、専門的、高度な医療を緊急に要する場合の、迅速に搬送できる体制を確保します。
- ・ 無歯科医地区等における地域住民の歯科医療や口腔ケアを確保するため、市町、県歯科医師会及び医療・介護の関係者と連携して、地域のニーズに即した歯科医療の確保を図ります。
- ・ 無医地区等における在宅医療の確保を図り、地域包括ケアシステムの構築に向けた取組を支援します。
- ・ 必要に応じ、人口減少、少子高齢化の進行、患者の受療状況、医療資源の状況等を踏まえた、へき地医療提供体制や事業の再構築を行います。

③ へき地医療支援体制の構築

- ・ とちぎ地域医療支援センターの取組と連動したへき地医療支援体制構築に努めます。
- ・ 市町や大学、関係機関等と連携して、へき地医療の支援体制の確保に取り組みます。

【連携体制】



(4) 周産期医療

県では、平成9年以降、患者の重症度や回復状況等に応じ適切な周産期医療が提供できるよう、県内の周産期医療機関を一般周産期医療機関・施設、地域周産期医療機関、総合周産期母子医療センターの3つに分類し機能分化を図るとともに、平成20年に自治医科大学附属病院及び獨協医科大学病院の総合周産期母子医療センター内に設置した周産期医療連携センターを中心に各医療機関の連携強化に取り組んでいます。

しかしながら、産科医不足等による分娩取扱医療機関の減少など本県の周産期医療を取り巻く環境は厳しい状況にあり、引き続き、適切かつ円滑に周産期医療が提供されるためには、医療機関相互の協力・連携をより一層強化していくことが重要です。

【周産期医療連携センターの業務】

- ① 母体及び新生児搬送の受入れ体制の確保
 - ・地域周産期医療機関等に対する母体・胎児や新生児の受入れ要請やその調整を行い受入れ体制を確保する。
- ② 周産期医療連携会議の定期的開催
 - ・実務者レベルの会議を開催し、周産期医療の現状把握、意見交換等を通じた情報の共有化を図る。
- ③ 周産期医療の搬送事例に関する事後検証の実施
 - ・搬送時に発生した課題等について、事後検証を行い、搬送体制の向上を図る。
- ④ 周産期医療に関する普及・啓発
 - ・県民に対し、周産期医療に関する普及啓発を実施する。

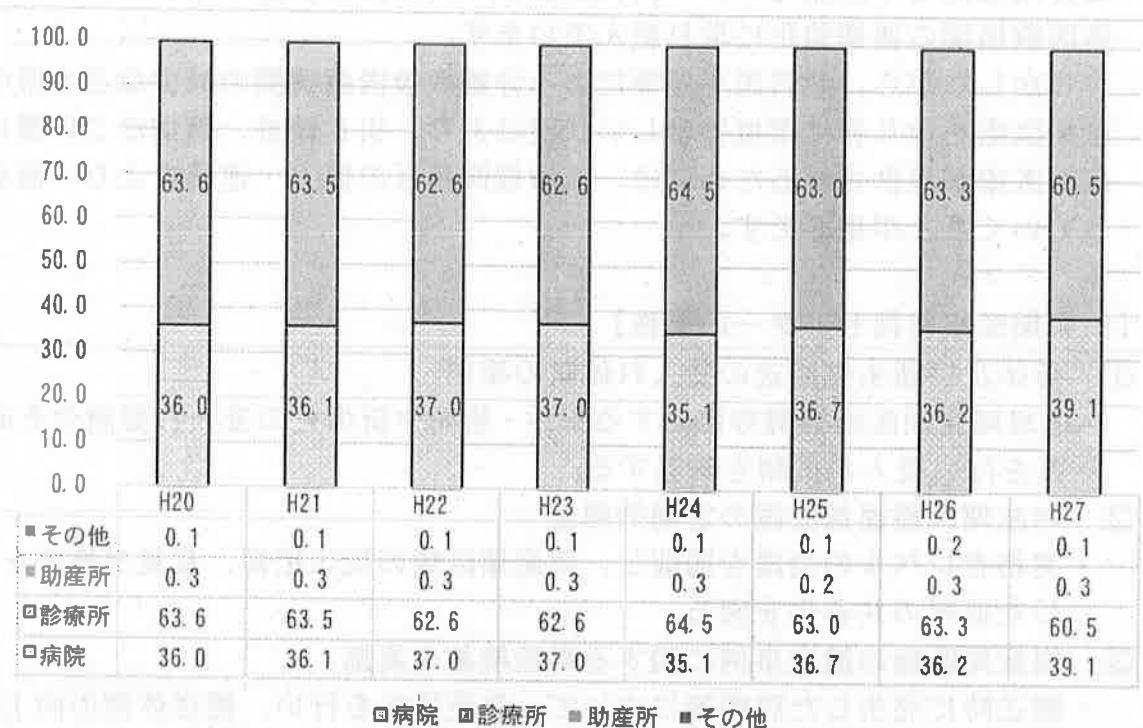
【現状と課題】

- ① 周産期医療を取り巻く状況
 - ・本県における分娩取扱医療機関別の出生状況（平成27年）は、病院での出生が39.1%、診療所での出生が60.5%、助産所での出生が0.3%となっており、診療所での出生が多い傾向にあります。
 - ・医療技術の発展により周産期死亡率は低下していますが、その一方で低出生体重児の割合が全国値より高いなど、高度な医療管理を必要とするハイリスク妊婦に対応するための周産期医療機関や搬送体制の整備が求められています。
 - ・妊産婦の中には合併症を有する事例がありますが、近年、気分障害、統合失調症、適応障害等の精神疾患を合併した妊産婦の管理や緊急入院に対応できる体制の整備が求められています。
 - ・産後うつや新生児への虐待等の予防を図る観点から、妊娠から出産、子育て期まで切れ目のない支援体制の整備が求められています。

- ・妊娠中の健康管理及び妊娠中の異常を早期発見し、必要な治療に結びつけるため、妊娠届の早期提出や妊婦健診の受診促進が必要です。

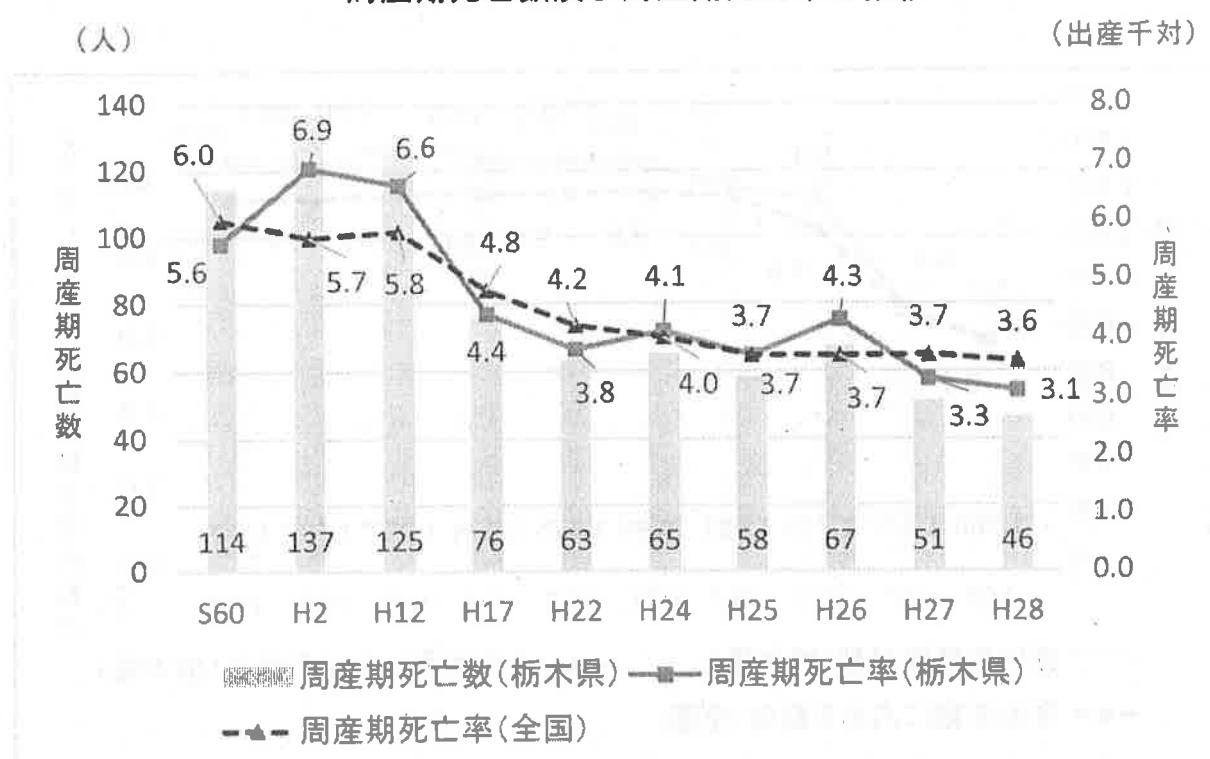
分娩取扱医療機関における出生の状況

(%)

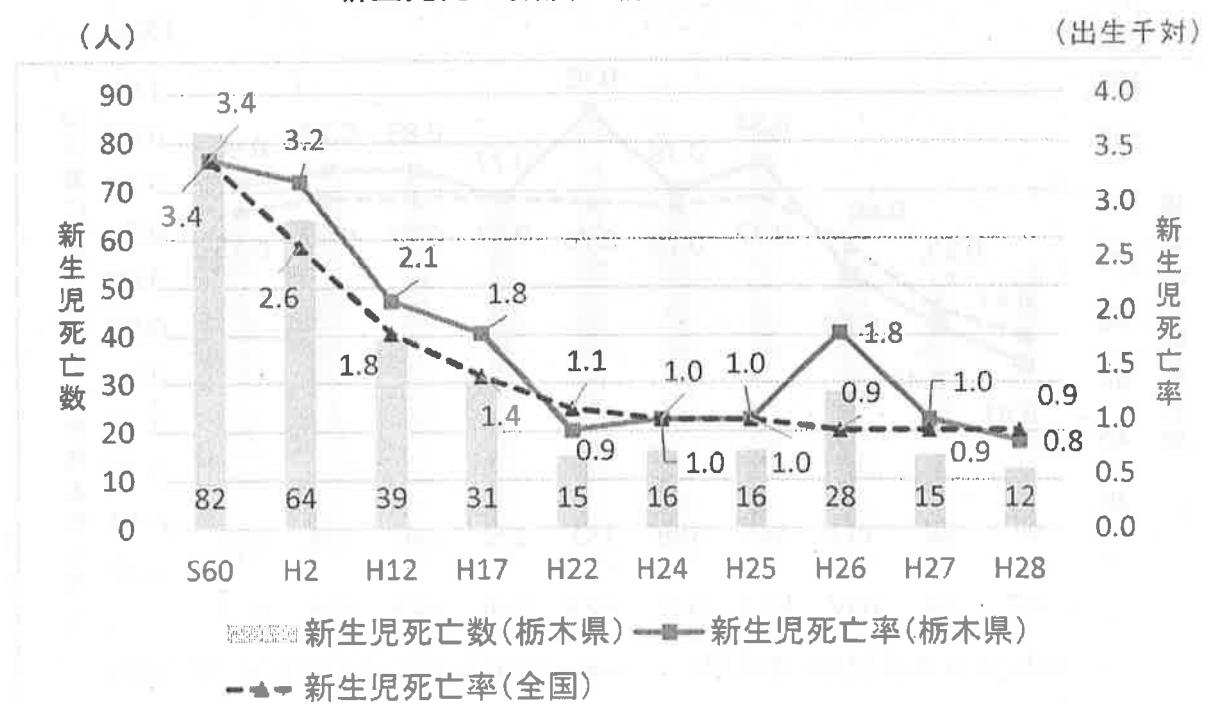


【資料：厚生労働省人口動態調査】

周産期死亡数及び周産期死亡率の推移

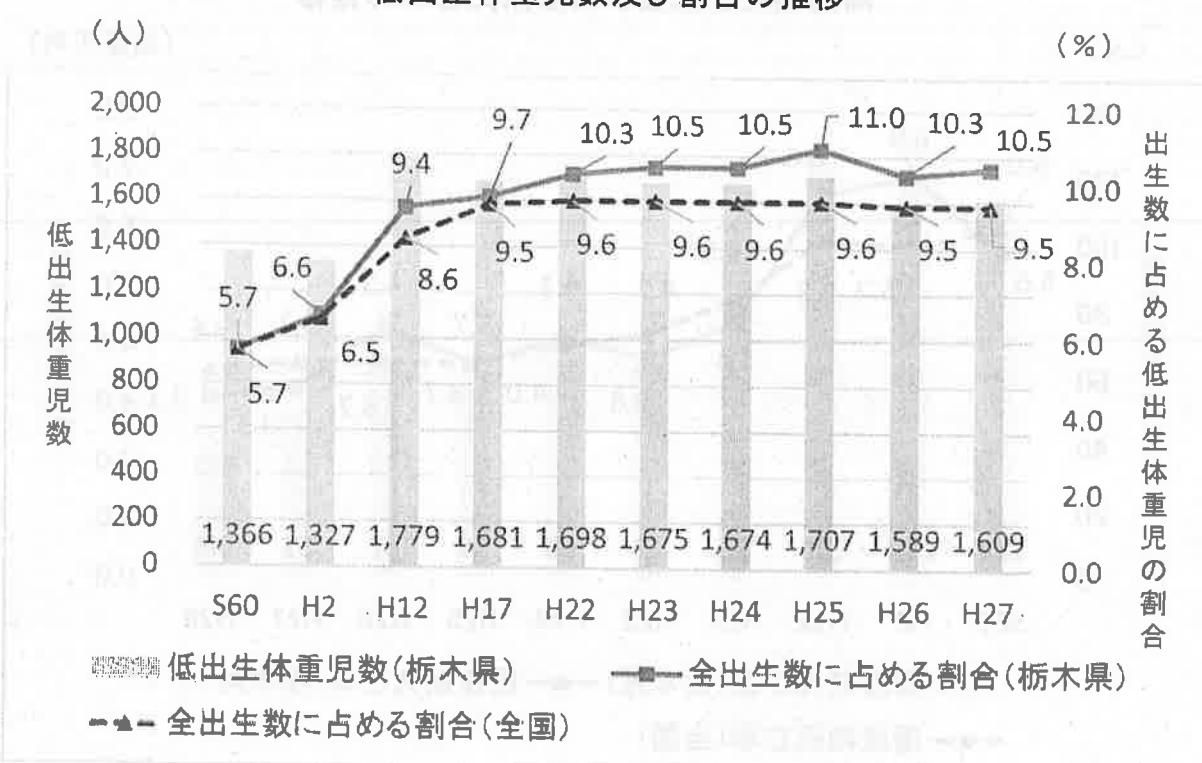


新生児死亡数及び新生児死亡率の推移

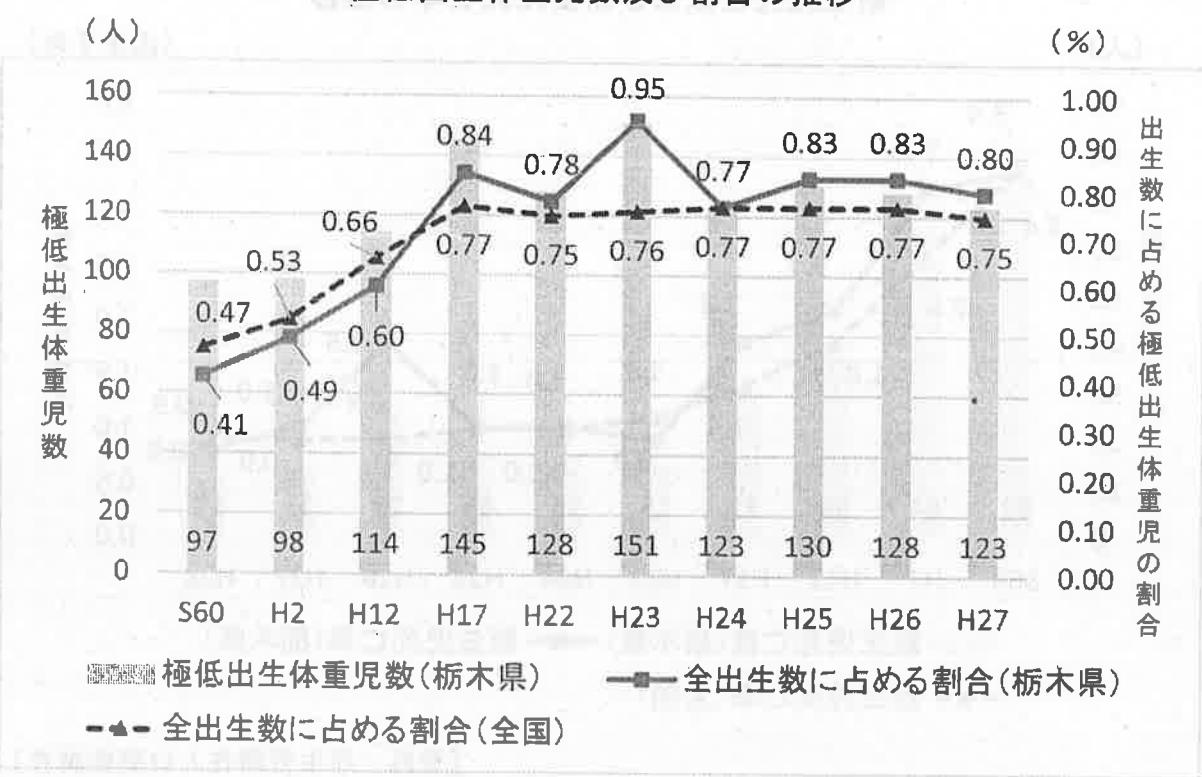


【資料：厚生労働省人口動態調査】

低出生体重児数及び割合の推移



極低出生体重児数及び割合の推移



【資料：厚生労働省人口動態調査】

② 周産期医療提供体制

- ・平成 29 年 4 月現在、県内の分娩取扱医療機関数は 45 施設となっており、平成 18 年の 54 施設から 9 施設減少しています。
- ・産科医等医療従事者の不足により地域周産期医療機関や分娩取扱医療機関が減少する中、県域を越えた救急搬送患者も受け入れているなど、総合周産期母子医療センターや地域周産期医療機関への負担が増加しています。
- ・引き続き、適切な周産期医療を提供するためには、産科医、助産師等医療従事者の確保のほか、各医療圏における地域周産期医療機関の確保や隣県との広域搬送・相互支援体制の充実が課題となっています。
- ・国の「周産期医療の体制構築に係る指針」では、都道府県の NICU 病床数の目標について、出生 1 万人対 25 床から 30 床とされており、本県の平成 28 年出生数 14,621 人から換算すると、37~44 床の病床が必要となります。平成 29 年 10 月現在、本県内には、54 床の NICU 病床（診療報酬算定対象）があります。
- ・一方で、総合周産期母子医療センターにおける NICU の稼働率が依然として高く（99.48%（平成 28 年度総合周産期母子医療センター実績））、NICU の後方病床となる重症心身障害児の受入施設は入所者の在宅や他施設への移行が少ないため、常に満床状態です。
- ・母体・新生児の円滑な搬送受入のためには、総合周産期母子医療センターと地域周産期医療機関との一層の連携による機能分化のほか、NICU の後方病床や療育・療養する環境の整備等が必要です。
- ・東日本大震災等の検証に基づき、災害時の小児・周産期医療体制について、様々な課題が指摘されています。妊産婦・新生児の搬送や必要な物資の供給など、災害時を見据えた体制の整備が必要です。

【分娩取扱医療機関数の推移】

	H18. 4	H23. 4	H24. 4	H25. 4	H26. 4	H27. 4	H28. 4	H29. 4
病院	14	11	10	10	10	10	11	11
診療所	36	31	31	31	31	31	31	30
助産所	4	4	4	4	4	5	5	4
計	54	46	45	45	45	46	47	45

【資料：医療政策課調べ】

【産科・産婦人科・小児科医師数の推移】

	H20. 12	H22. 12	H24. 12	H26. 12
産科・産婦人科医師数(15 ～49歳女子人口10万対)	46.0 (全国37.9)	49.3 (全国39.4)	45.7 (全国40.7)	45.1 (全国42.2)
小児科医師数 (15歳未満人口10万対)	84.8 (全国88.7)	90.8 (全国94.4)	90.9 (全国98.7)	98.4 (全国103.2)

【資料：厚生労働省医師・歯科医師・薬剤師調査】

【NICU等の整備状況】

(平成29年10月現在)

	NICU		GCU		MFICU	
	算定対象	算定対象外	算定対象	算定対象外	算定対象	算定対象外
自治医科大学附属病院	15		21		12	
獨協医科大学病院	9		30		11	
済生会宇都宮病院	8		10			
芳賀赤十字病院	6		6			
那須赤十字病院	3		6			
国際医療福祉大学病院	9		6			
佐野厚生総合病院	4					
足利赤十字病院		8				5
計	54	8	79	0	23	5

【資料：医療政策課調べ】

【施策の展開方向】

① 目指すべき方向

現状と課題を踏まえ、周産期医療従事者の育成、行政・医療機関相互の連携等により、対応する分娩のリスクや状況に応じた医療が提供される体制を構築します。

ア 周産期医療従事者の育成等による周産期医療提供体制の充実

周産期医療従事者の育成・確保等により、適切な周産期医療を提供できる体制の充実

イ リスクの低いと考えられる分娩（以下「ローリスク妊婦の分娩」という。）

等に対し安全な医療を提供するための周産期医療関連施設間の連携

(ア) ローリスク妊婦の分娩（リスクの低いと考えられる帝王切開術を含む。）

や妊婦健診等を含めた分娩前後の診療を安全に実施可能な体制

(イ) ハイリスク分娩や急変時には総合周産期母子医療センター、地域周産期医療機関等へ迅速に搬送が可能な体制

ウ 周産期の救急対応が24時間可能な体制

総合周産期母子医療センター、地域周産期医療機関を中心とした24時間対応可能な周産期の救急体制

エ 新生児医療の提供が可能な体制

新生児搬送体制や新生児集中治療管理室(NICU)、新生児回復期治療室(GCU)の整備を含めた新生児医療の提供が可能な体制

オ 周産期医療関連施設を退院した支援を要する児の療養・療育支援が可能な体制

周産期医療関連施設を退院した支援を要する児が生活の場で療養・療育できるよう、保健、医療及び福祉サービスが相互に連携した支援

カ 妊娠から出産、子育て期まで切れ目のない支援が可能な体制

産後うつや新生児への虐待等を予防する観点から、妊娠から出産、子育て期まで切れ目のない支援体制

キ 災害時に適切かつ円滑な対応が可能な体制

妊産婦・新生児の搬送や必要な物資の供給など、災害時に適切かつ円滑な対応が可能な体制

② 各医療機能と連携

目指すべき方向を踏まえ、周産期の医療体制に求められる医療機能及びその内容を以下のとおり設定します。

ア ローリスク妊婦の分娩等を扱う機能（日常の生活・保健指導及び新生児の医療の相談を含む。）【ローリスク妊婦の妊娠経過、分娩】

(ア) 目標

- ・ローリスク妊婦の分娩に対応すること
- ・妊婦健診等を含めた分娩前後の診療を行うこと
- ・地域周産期医療機関など他の医療機関との連携により、合併症のない帝王切開術や分娩進行中の緊急帝王切開術に対応すること

(イ) 医療機関に求められる事項

- ・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
- ・ローリスク妊婦の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
- ・緊急時の搬送にあたっては、総合周産期母子医療センター内に設置されている周産期医療連携センター等と連携し、病態や緊急性に応じて適切な医療機関を選定すること
- ・平時から近隣の地域周産期医療機関及び総合周産期母子医療センターとの連携体制を構築すること

(ウ) 担当する医療機関

- ・産科又は産婦人科を標榜する病院又は診療所
- ・助産所（帝王切開等の手術は除く）

イ 周産期に係る比較的高度な医療行為を行うことができる機能【地域周産期

医療機関】

(ア) 目標

- ・周産期に係る比較的高度な医療行為を実施すること
- ・24時間体制での周産期救急医療（緊急帝王切開術、その他の緊急手術を含む。）に対応すること

(イ) 医療機関に求められる事項

- ・産科及び小児科（新生児診療を担当するもの）等を備え、周産期に係る比較的高度な医療行為を行うことができること
- ・麻酔科及びその他関連診療科を有することが望ましい
- ・周産期医療関連施設等からの救急搬送や総合周産期母子医療センターその他の周産期医療関連施設等との連携を図ること
- ・妊娠婦のメンタルヘルスに対応可能であること
- ・災害時に早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画の整備を行うよう努めるとともに、整備された業務継続計画に基づき被災した状況を想定した研修及び訓練を行うことが望ましい。

(ウ) 医療従事者

- ・地域周産期医療機関は、次に掲げる者を配置することが望ましい。
 - a 小児科（新生児医療を担当するもの）
 - ・24時間体制を確保するために必要な職員
 - b 産科を有する場合
 - ・帝王切開術が必要な場合に迅速に手術への対応が可能となるような医師及びその他の各種職員
 - c 新生児病室
 - ・24時間体制で病院内に小児科を担当する医師が勤務していること
 - ・各地域周産期医療機関において設定した水準の新生児医療を提供するために必要な看護師が適当事数勤務していること
 - ・臨床心理士等の臨床心理技術者を配置することが望ましい
 - ・NICUを有する場合はNICU入院児支援コーディネーターを配置することが望ましい

※ 地域周産期医療機関における設備等については、「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7月31日付け医政発第0731第1号）の「周産期医療の体制構築に係る指針」を参照

(エ) 担当する医療機関

- ・地域周産期医療機関

ウ 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等の周産期医療を行うことができる機能【総合周産期母子医療センター】

(ア) 目標

- ・合併症妊娠、胎児・新生児異常など母体又は児にリスクの高い妊娠に対する医療、高度な新生児医療等を行うことができるとともに、必要に応

じて当該施設の関係診療科又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

- ・周産期医療体制の中核として周産期医療関連施設等との連携を図ること

(イ) 医療機関等に求められる事項

- ・相当規模のMFICUを含む産科病棟及びNICUを含む新生児病棟を備え、常時の母体及び新生児搬送受入体制を有し、合併症妊娠（重症妊娠高血圧症候群、切迫早産等）、胎児・新生児異常（超低出生体重児、先天異常児等）など、母体又は児におけるリスクの高い妊娠に対する医療、高度な新生児医療等の周産期医療を行うことができること
- ・必要に応じて、当該施設の関係診療科又は他の施設と連携し、脳血管疾患、心疾患、敗血症、外傷、精神疾患等を有する母体に対応することができること
- ・周産期医療施設等からの救急搬送を受け入れるなど、周産期医療体制の中核として地域周産期医療機関その他の周産期関連施設等との連携を図ること
- ・妊産婦のメンタルヘルスに対応可能であること
- ・災害時に早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画の整備を行うとともに、整備された業務継続計画に基づき被災した状況を想定した研修及び訓練を実施すること
- ・災害時小児周産期リエゾン等を介して物資や人員の支援を積極的に担うこと

(ウ) 医療従事者

- ・総合周産期母子医療センターは、次に掲げる者を確保する。

a MFICU

- ・24時間体制で産科を担当する複数の医師が勤務していること
- ・MFICUの全病床を通じて常時3床に1名の助産師又は看護師が勤務していること

b NICU

- ・24時間体制で新生児医療を担当する医師が勤務していること
なお、NICUの病床数が16床以上である場合は、24時間体制で新生児医療を担当する複数の医師が勤務していることが望ましい
- ・常時3床に1名の看護師が勤務していること
- ・臨床心理士等の臨床心理技術者を配置すること

c GCU

- ・常時6床に1名の看護師が勤務していること

d 分娩室

- ・原則として、助産師及び看護師が病棟とは独立して勤務していること
ただし、MFICUの勤務を兼ねることは差し支えない

e 麻酔科医

- ・麻酔科医を配置すること

f NICU入院児支援コーディネーター

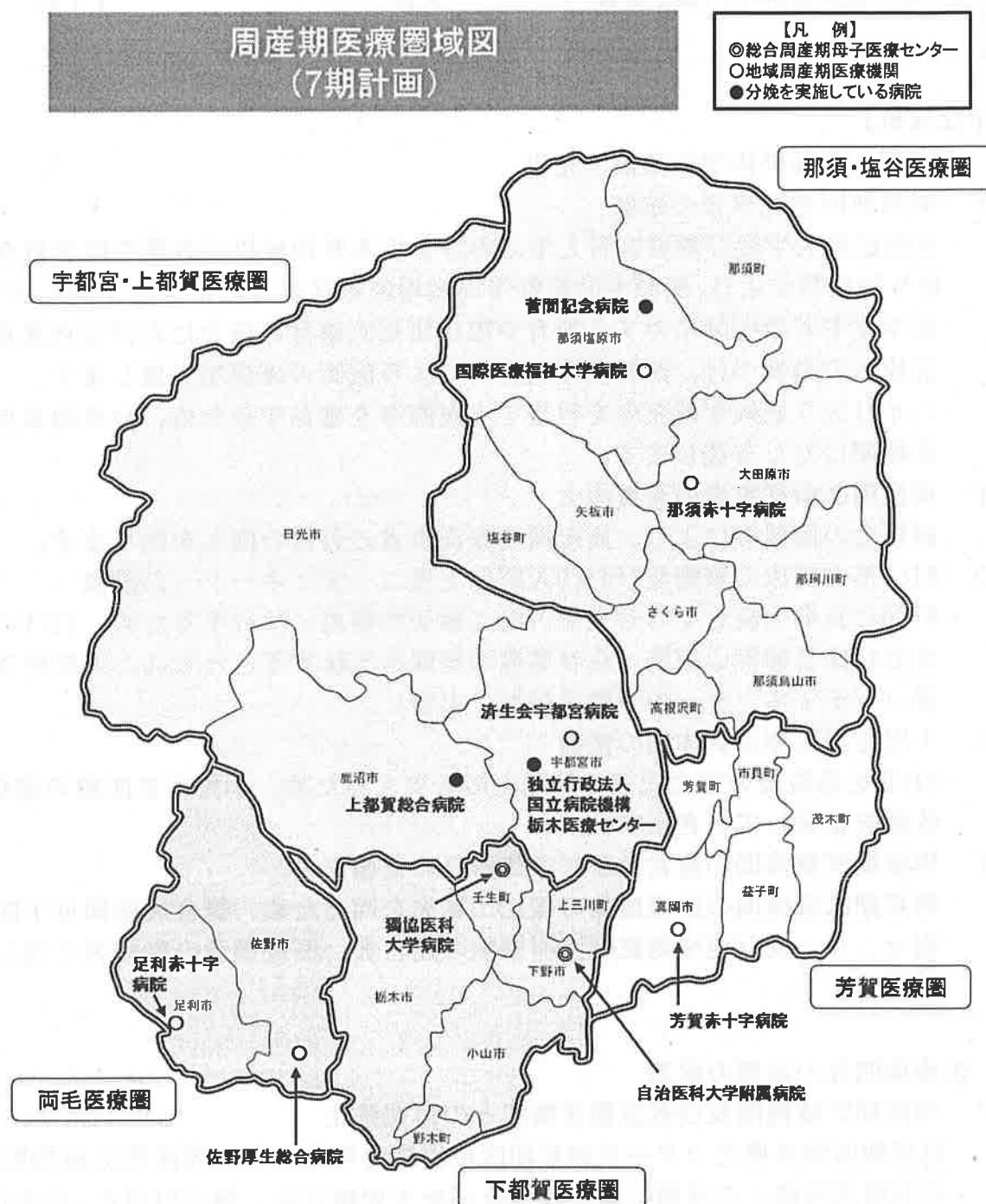
- ・NICU、GCU等に長期入院している児について、その状態に応じた望ましい療育・療養環境への円滑な移行を図るため、新生児医療、地域の医療施設、訪問看護ステーション、療育施設・福祉施設、在宅医療・福祉サービス等に精通した看護師、社会福祉士等をNICU入院児支援コーディネーターとして配置することが望ましい
- ※ 総合周産期母子医療センターにおける設備等については、「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（平成29年7月31日付け医政発第0731第1号）の「周産期医療の体制構築に係る指針」を参照
- (I) 担当する医療機関
 - ・総合周産期母子医療センター

工 周産期医療関連施設を退院した支援を要する児が生活の場で療養・療育できるよう支援する機能【療養・療育支援】

- (ア) 目標
 - ・周産期医療関連施設を退院した支援を要する児が生活の場（施設を含む。）で療養・療育できる体制を提供すること（地域の保健・福祉との連携等）
 - ・在宅において療養・療育中の児の家族に対する支援を実施すること
- (イ) 医療機関等に求められる事項
 - ・周産期医療関連施設等と連携し、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け入れが可能であること
 - ・児の急変時に備え、救急対応可能な病院等との連携が図られていること
 - ・訪問看護ステーション、薬局、福祉サービス事業者及び自治体等との連携により、保健、医療及び福祉サービス及びレスパイト入院の受け入れ等を調整し、適切に療養・療育できる体制を提供すること
 - ・地域周産期医療機関又は総合周産期母子医療センター等の周産期医療関連施設等と連携し、療養・療育が必要な児の情報（診療情報や治療計画等）を共有していること
 - ・医療型障害児入所施設などの自宅以外の場においても、支援を要する児の適切な療養・療育を支援すること
 - ・家族に対する精神的サポート等の支援を実施すること
- (ウ) 担当する医療機関
 - ・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
 - ・医療型障害児入所施設

③ 医療提供体制に係る圏域

地域の医療資源の配置状況を考慮し、圏域内に周産期医療機関が効果的に配置できるよう、二次保健医療圏を基に周産期医療圏を設定しました。



④ 数値目標

	目標項目	ベースライン	目標
1	地域周産期医療機関の整備	4 医療圏 (H29. 10現在)	5 医療圏 (各周産期医療圏 1か所以上)
2	新生児訪問（産後1ヶ月以内）の実施率	6.9% (H27年度)	25.5%
3	災害時小児周産期リソース認定者数	2名 (H29. 10現在)	17名

【主な取組】

① 周産期医療提供体制の整備・充実

ア 周産期医療従事者の確保

- ・自治医科大学及び獨協医科大学における栃木県地域枠の設置や修学資金貸与制度等により、医師や助産師等周産期医療従事者の確保を支援します。
- ・医学生や若手医師に対する教育や臨床研修医確保の機会における周産期医療への動機づけ、無料職業紹介等により医師の確保を支援します。
- ・ハイリスク妊娠や新生児を担当する医師等を確保するため、分娩取扱医療機関に対し支援します。

イ 周産期医療従事者の資質向上

- ・研修会の開催等により、周産期医療従事者の資質の向上を図ります。

ウ NICU後方病床の整備及びNICU入院児支援コーディネーターの設置

- ・NICUに長期入院している児を円滑に適切な環境に移行するため、NICUの後方病床整備等の療養・療育環境の整備を支援するとともに、入院児支援コーディネーターの設置を促進します。

エ 小児在宅医療提供体制の整備

- ・NICUを退院後の新生児等の地域生活を支えるため、小児在宅医療の提供体制を整備していきます。

オ 周産期医療機関の運営及び医療機器等の整備支援

- ・周産期医療機関の診療機能の強化、拡充を図るため、総合周産期母子医療センター及び地域周産期医療機関の運営費、医療機器の整備等に対し支援します。

② 医療機関等の連携の促進

ア 周産期医療機関及び救急搬送機関との連携強化

- ・周産期医療連携センターや周産期医療協議会等を通じ、周産期医療機関、救急搬送機関との連携により母体及び新生児搬送の一層の円滑化・効率化を図ります。
- ・母体及び新生児の転院搬送にあたっては、参考基準に従い、安全かつ円滑に転院搬送を行います。

イ 隣県との情報共有による相互支援体制の充実

- ・隣県と連携し医療機関の機能分化を促進するため、情報の共有や周産期医療連携マニュアルによる相互支援体制の充実を図ります。

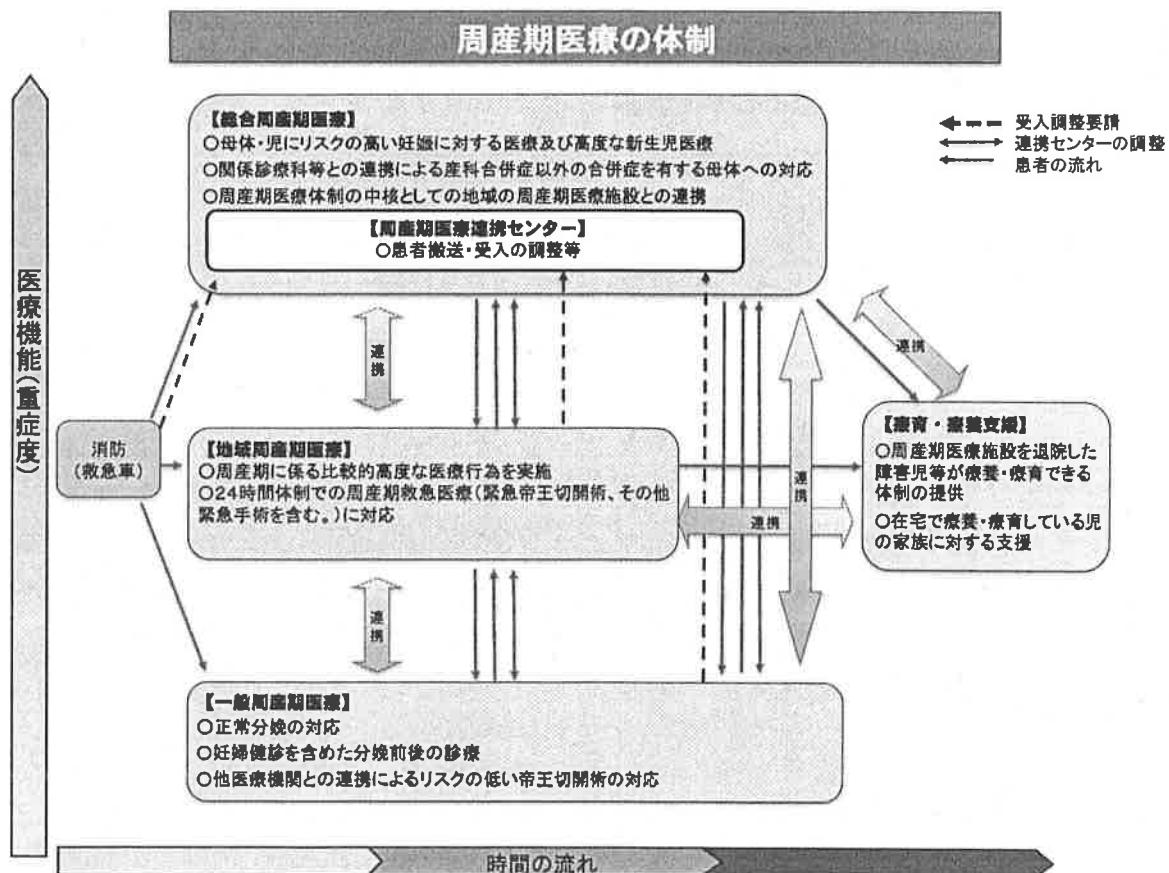
③ 妊娠・出産に関する相談支援体制の充実

- ・産後うつや新生児への虐待等の予防を図るため、母子の状態やニーズに応じた、妊娠から出産、子育て期まで切れ目のない支援が受けられる体制を整備します。
- ・医療機関と行政との連携を図り、妊婦健診未受診妊婦などに対する相談支援体制を整備するとともに、妊娠届の早期提出や妊婦健診について、普及啓発に努めます。

④ 災害時の周産期医療体制の整備

- ・災害発生時に周産期医療に関わる情報収集や関係機関との調整等を行う災害時小児周産期リエゾンの養成を推進するとともに、周産期医療連携センターを中心に各周産期医療機関相互の連携を図りながら災害時の周産期医療体制を整備します。

連携体制図

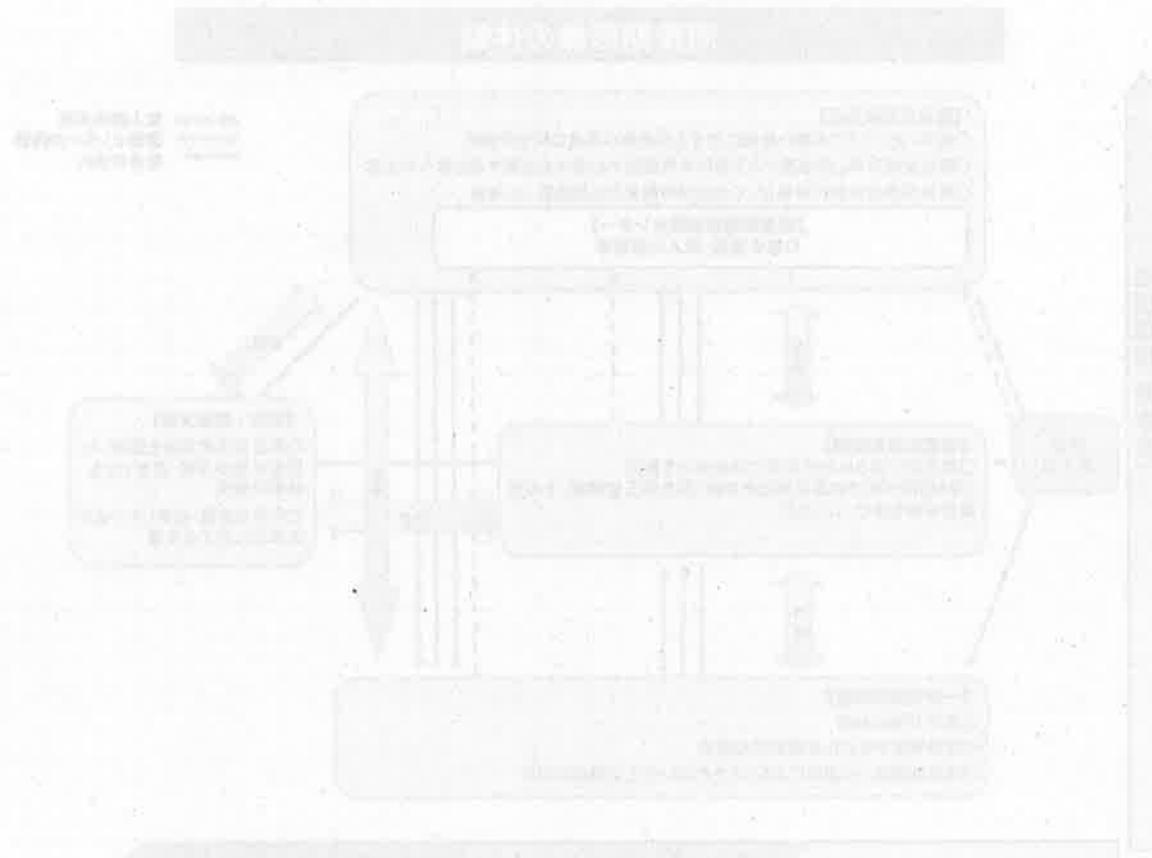


史家ひ歴史研究者として最も影響力のある西郷・大久保の死後、その政治的影響は急速に弱まることとなる。一方で、明治維新後も依然として影響力を持った人物として、元老院議官の伊藤博文が挙げられる。

伊藤博文は明治維新後、内閣官房長官として内政を主導する一方で、外相として日露戦争の勝利を果たすなど、明治時代の日本を代表する政治家として知られる。しかし、伊藤博文は明治維新後も依然として影響力を持った人物として、元老院議官の伊藤博文が挙げられる。

伊藤博文は明治維新後も依然として影響力を持った人物として、元老院議官の伊藤博文が挙げられる。

明治維新後も依然として影響力を持った人物として、元老院議官の伊藤博文が挙げられる。



(5) 小児救急を含む小児医療

少子化、核家族化、夫婦共働き、ひとり親世帯の増加といった社会情勢の変化や、若年層の親の地域との繋がりの希薄化、子育て等に関する情報の限られたソースに頼る傾向から来る育児不安といった家庭環境の変化に加え、専門医指向、大病院志向の親たちが、子どもの症状の軽重に関係なく気軽に大きな病院を受診するケースや時間帯や症状にかかわりなく救急医療を利用するケースが見受けられます。特に、中核的な病院への救急患者の集中は勤務医の疲弊や離職につながり、小児医療提供体制の確保に大きな影響を及ぼしています。

このような中、県では小児に係る医療資源の状況に鑑み、医療機関の機能分化や広域化による小児二次救急医療圏の整備及びとちぎ子ども救急電話相談事業の実施など、地域における小児医療体制の整備に努めてきました。

今後は、小児救急医療のみならず地域の小児医療の各機能における連携も重視しながら、小児の医療体制を充実させるだけでなく、重症心身障害児等が生活の場で療養・療育できる環境の整備や医療、介護及び福祉サービスの連携を促進していくことが求められます。

【現状と課題】

① 小児医療を取り巻く現状

ア 出生数等

出生数は減少傾向を継続させながらこの10年間では約12%減少しています。また、出生率については全国値を下回るなど少子化が進行しています。

新生児死亡率及び乳児死亡率については医療技術の進歩等の理由から救命される命が増えていることにより低下が見受けられます。

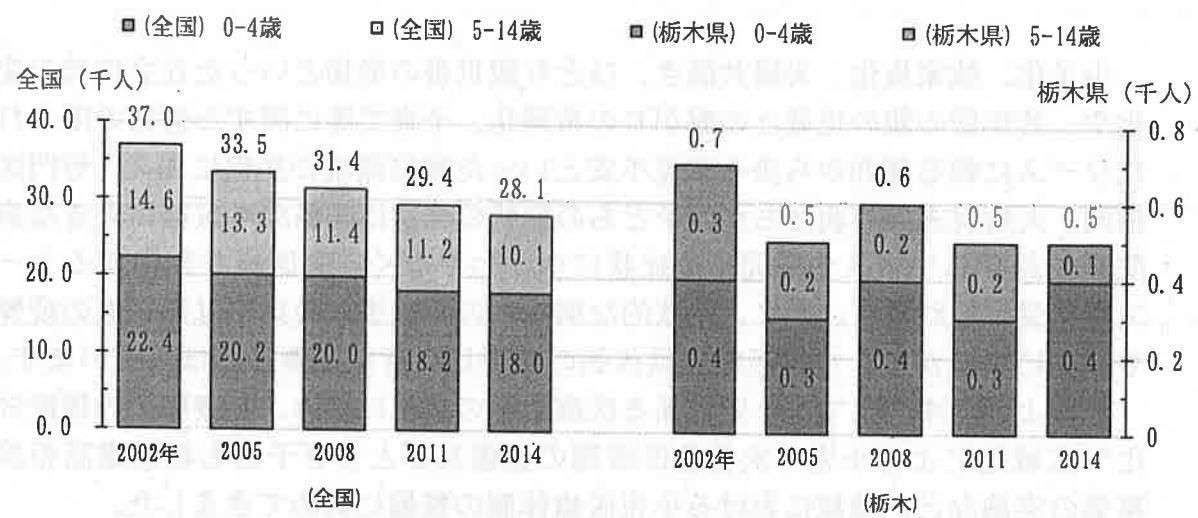
※ 出生数及び出生率、新生児死亡数及び新生児死亡率、乳児死亡数及び乳児死亡率の推移については XXX ページを参照

イ 小児患者

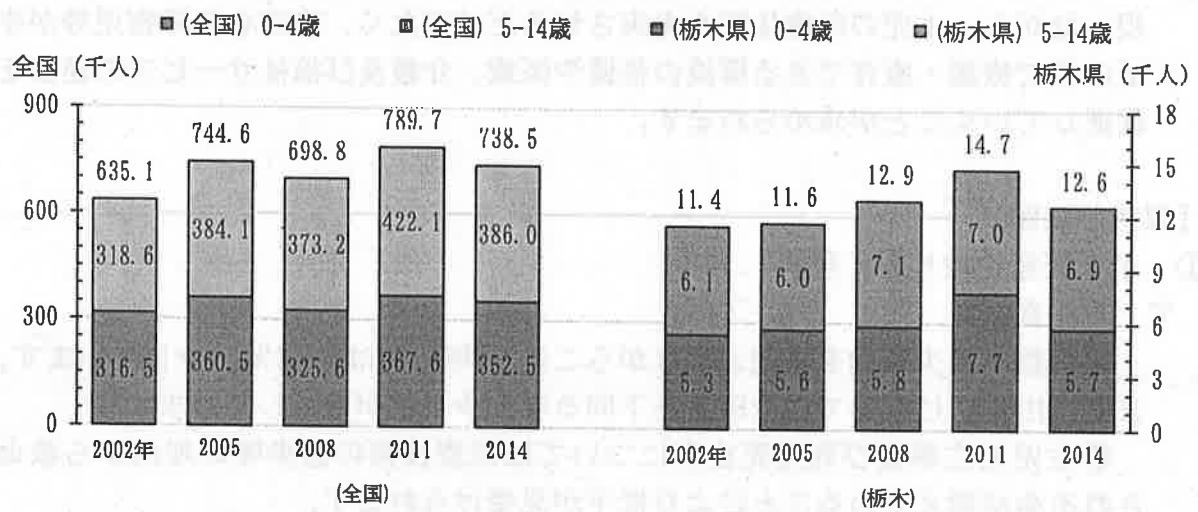
小児の入院患者数については、全国的には減少傾向にありますが、本県では500人／日程度で推移しており、0～4歳の年齢階級の患者が多くなっています。小児科入院患者では、周産期に発生した病態が最も多く、次いで呼吸器系や神経系の疾患が多く見られます。

小児の外来患者数については、1200～1500人／日程度で推移しており、5～14歳の年齢階級の患者が多くなっています。

小児の入院患者の推移

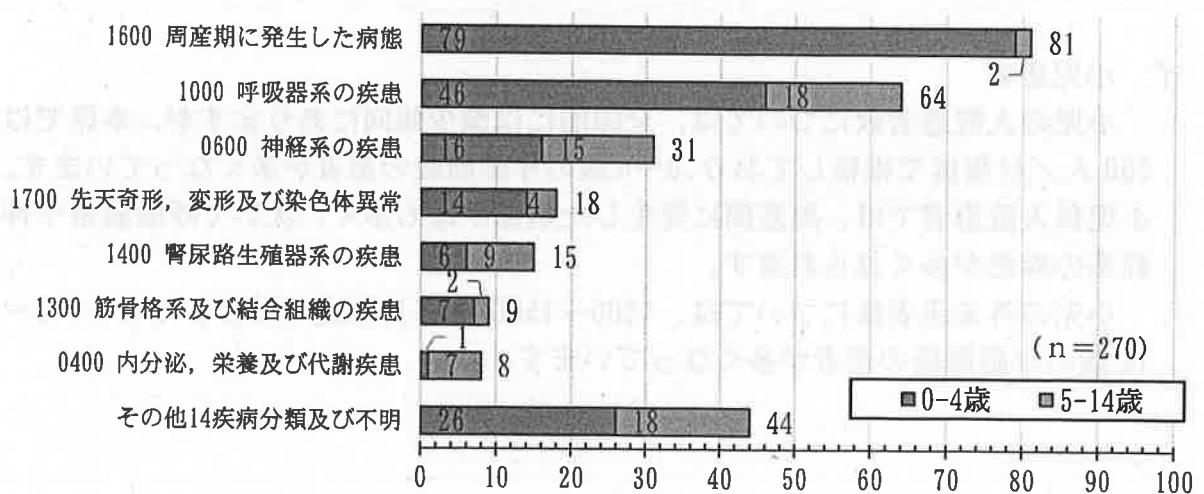


小児の外来患者の推移



【資料：厚生労働省「患者調査」より作成】

小児科入院患者の状況



【資料：栃木県保健福祉部医療政策課「平成28年度栃木県医療実態調査」より作成】

ウ 小児救急患者

小児救急患者数は、少子化の影響もあり全体としては減少傾向にあります。しかし、2016（平成28）年度に初期救急医療機関を受診した患者のうちの約半数が小児患者であることや、小児救急患者のうち7割近くは初期救急患者であったこと、さらに、二次及び三次救急医療機関を受診した小児救急患者における入院の割合は依然として低い状況であることから、小児救急医療体制の確保においては、救急医療の適正な利用及び小児救急患者の症状に即した対応が求められます。

※ 2016（平成28）年度救急患者数についてはXXXページを参照

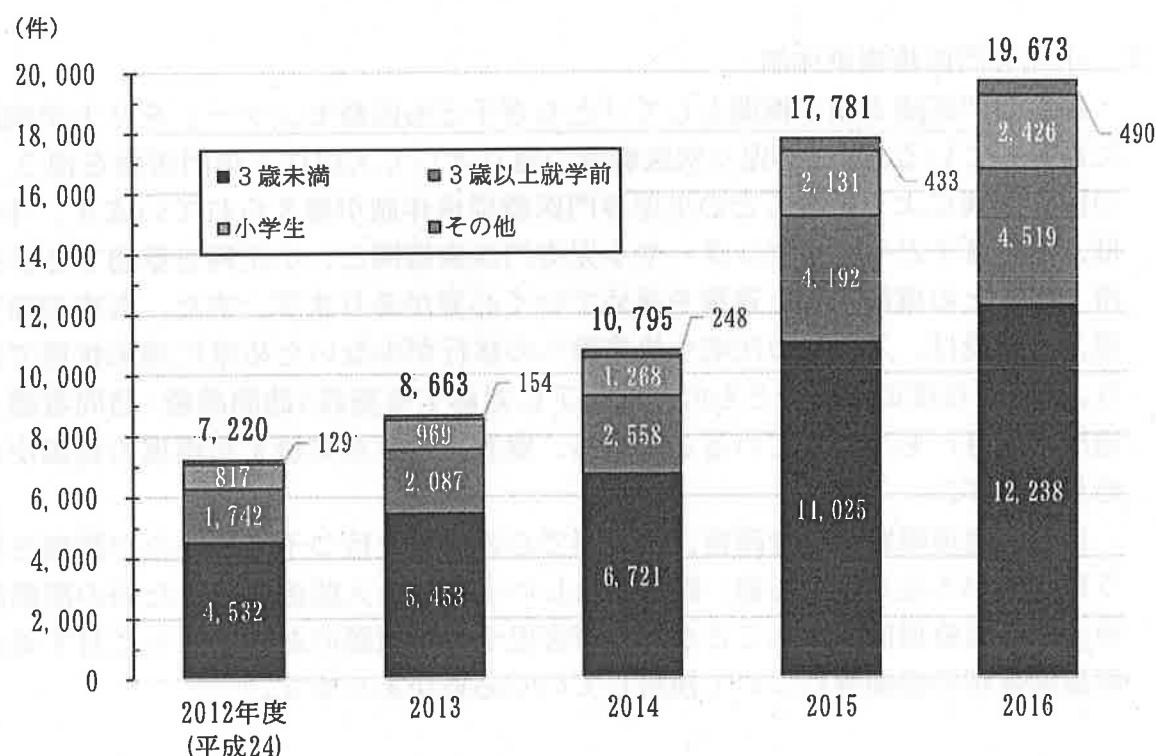
② 小児医療提供体制

ア 小児救急電話相談

夜間や休日における子どもの急な病気やけがに対し、家庭での対応法について電話により経験豊富な看護師がアドバイスを行う「とちぎ子ども救急電話相談」を実施しており、2014（平成26）年12月1日に相談時間を延長したこと、件数が大きく増加しました。2016（平成28）年度には19,000件を超える相談が寄せられています。

親の子育てに対する不安の軽減や医療機関の機能分化を促進するため、更なる普及啓発を図る必要があります。

小児救急電話相談数の推移



【資料：栃木県医療政策課調べ】

イ 小児科医師・医療機関

子どもの人口や子育て世帯数は減少しているものの、特に外来においては受療率が上昇傾向にあります。小児科医の年齢上昇や、他科を主たる診療科としながら小児科も診療する医師の減少等により、小児科診療を行う医療機関に患者が集中する傾向もみられます。

このような中、県内の病院に勤務する小児科医師数はおむね増加傾向であり、2017（平成29）年度には約160人となっています。しかし、小児人口10万対小児科医師数をみると、常に全国値を下回っていることから、小児医療提供体制の充実のため小児科医師の確保が必要です。

小児科を標榜する病院は県内に38施設あり、ここ10年ほどは横ばいとなっている一方、小児科を標榜する診療所は減少傾向にあります。また県内の小児科の病床数は約1000床であり、医療資源の集約化・重点化における地域の小児医療の確保を検討していく必要があります。

ウ 小児救急医療提供体制

近年、共働き世帯の増加による時間外診療等の要求が高まっており、特に地域の中核的な病院への救急患者としての集中が見受けられます。

こうした中、初期救急医療を担う休日夜間急患センターについては、診療医師の確保等の問題から診療科、診療日等が限定されている地域があり、平日毎夜間及び休日昼夜に小児科の診療を実施する施設の数は5か所に止まっていることから、休日夜間急患センターの体制整備による初期救急医療体制の整備充実とあわせて地域のかかりつけ医との連携も検討していく必要があります。

エ 小児専門医療提供体制

高度専門医療を担う機関として「とちぎ子ども医療センター」を2大学病院に設置しているほか、小児二次医療圏の拠点として入院など専門医療を担う11の医療機関により地域ごとの小児専門医療提供体制が整えられています。今後は、とちぎ子ども医療センターや小児専門医療機関と、小児科を標榜する診療所・病院との機能分担と連携を進めていく必要があります。また、医療型障害児入所施設は、入所者の在宅や他施設への移行が少ないため常に満床状態であり、医療依存度の高い子どもの在宅ケアに対応する施設（訪問診療、訪問看護、通所施設等）も不足していることから、療養・療育を支援する環境の整備が求められます。

また、発達障害や摂食障害、虐待等で心の問題を持つ子どもの心の診療を担う専門医が不足している他、興奮の激しい子どもを入院治療するための閉鎖病棟のある医療機関がないことから、障害児や心の問題のある子どもに対する医療提供体制の整備等について検討していく必要があります。

オ 小児在宅医療提供体制

医療技術の進歩等により救われる命が多くなっている中で、医療の場が病棟

から外来や自宅へ広がっています。

こうした子どもに対する医療の提供は、地域の中核的な病院等が主に担っている一方で、身近な地域でかかりつけとなる医療機関が少ないとことから、小児在宅医療に携わる医師や訪問看護ステーションの看護師等医療従事者の確保が求められます。

さらに、移行期をはじめとしたライフステージに応じた適切で切れ目のない医療を提供するため、地域のかかりつけ医や中核的な病院を含めた関係機関等の連携体制構築を図るなど検討をしていく必要があります。

力 災害時の小児医療提供体制

大規模災害時において医療に関する調整の役割を担う災害拠点病院等の医師を「栃木県災害医療コーディネーター」として委嘱しています。さらに、小児・周産期に特化した調整役として「災害時小児周産期リエゾン」の養成が産婦人科医師・小児科医師を対象に始まっています。

また、災害時において在宅療養する小児患者においても、適切に医療を提供する必要があることから、在宅医療等を行っている小児患者への対応等について検討していく必要があります。

【施策の展開方向】

現状と課題を踏まえ、次のような方向で地域における小児医療の連携体制を構築していきます。

① 目指すべき方向

ア 子どもの健康を守るために、家族を支援する体制

(ア) 急病時の対応等について健康相談・支援を実施可能な体制

(イ) 慢性疾患児や障害児、心の問題のある児の家族に対する身体的及び精神的サポート等を実施する体制

(ウ) 家族による救急蘇生法等、不慮の事故や急病への対応が可能な体制

イ 小児患者に対し、その症状に応じた対応が可能な体制

(ア) 地域において、初期救急も含め一般的な小児医療を実施する体制

(イ) 二次医療圏において、拠点となる病院が、専門医療又は入院を要する小児救急医療を提供する体制

(ウ) 三次医療圏において、高度な専門医療又は重篤な小児患者に対する救命医療を提供する体制

(エ) 身体機能の改善やADLの向上のため、早期からのリハビリテーションを実施する体制

ウ 地域の小児医療が確保される体制

(ア) 医療資源の集約化・重点化の実施により、小児専門医療を担う病院が確保される体制

(イ) 小児医療に係る医師の確保が著しく困難な地域については、医療の連携

の構築を図ることで、全体で対応できる体制

工 療養・療育支援が可能な体制

- (ア) 小児病棟や NICU、PICU 等で療養中の重症心身障害児等が生活の場で療養・療育できるよう、医療、介護及び福祉サービスが相互に連携した支援を実施

才 災害時を見据えた小児医療体制

これまでの震災の研究や検討から、現状の災害医療体制では小児・周産期医療に関して準備不足であることが指摘されました。そのため、県は小児・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、次に挙げる事項を整備することとします。

- (ア) 災害時に小児患者に適切な医療や物資を提供できるよう、災害時小児周産期リエゾンを認定し、平時より訓練を実施
- (イ) 自都道府県のみならず近隣都道府県の被災時においても、災害時小児周産期リエゾン等を介して被災県からの搬送受入れや診療に係る医療従事者の支援等を行う体制を構築

② 各医療機能と連携

ア 健康相談等の支援の機能【相談支援等】

(ア) 目標

- a 子供の急病時の対応等を支援すること
- b 慢性疾患の診療や心の診療が必要な児童及びその家族に対し、地域の医療資源、福祉サービス等について情報を提供すること
- c 不慮の事故等の救急の対応が必要な場合に、救急蘇生法等を実施できること
- d かかりつけ医を持つとともに、適正な受療行動をとること

(イ) 関係者に求められる事項

(家族等周囲にいる者)

- a 必要に応じ電話相談事業等を活用すること
- b 不慮の事故の原因となるリスクを可能な限り取り除くこと
- c 救急蘇生法等の適切な処置を実施すること

(消防機関等)

- a 心肺蘇生法や不慮の事故予防に対する必要な知識を家族等に対し、指導すること
- b 急性期医療を担う医療機関へ速やかに搬送すること
- c 救急医療情報システムを活用し、適切な医療機関へ速やかに搬送すること

(行政機関)

- a 休日・夜間等に子供の急病等に関する相談体制を確保すること
- b 急病等の対応等について啓発を実施すること
- c 心肺蘇生法や不慮の事故予防に対する必要な知識を、家族等に対し指導

する体制を確保すること

- d 慢性疾患の診療や心の診療が必要な児童及びその家族に対し、地域の医療資源福祉サービス等について情報を提供すること

イ 一般小児医療

地域において、日常的な小児医療を実施する。

イ-1 一般小児医療（初期小児救急医療を除く。）を担う機能【一般小児医療】

(ア) 目標

- a 地域に必要な一般小児医療を実施すること
- b 生活の場（施設を含む。）での療養・療育が必要な小児に対し支援を実施すること
- (イ) 医療機関に求められる事項
 - a 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
 - b 軽症の入院診療を実施すること（入院設備を有する場合）
 - c 小児病棟や NICU、PICU 等から退院するに当たり、生活の場（施設を含む。）での療養・療育が必要な小児に対し、福祉サービス事業者、行政等と連携し、介護及び福祉サービス（レスパイトを含む。）の調整により支援を実施すること
 - d 生活の場（施設を含む。）において療養・養育を継続することができるよう、外来診療や在宅医療を提供すること
 - e 家族に対する身体的及び精神的サポート等の支援を実施すること
 - f 慢性疾患の急変時に備え、対応可能な医療機関と連携していること
 - g 専門医療を担う地域の病院と、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

(ウ) 医療機関等の例

- a 小児科を標榜する診療所（小児かかりつけ医を含む。）・病院
- b 在宅療養支援診療所
- c 訪問看護ステーション
- d 薬局

イ-2 初期小児救急医療を担う機能【初期小児救急】

(ア) 目標

- a 初期小児救急を実施すること

(イ) 医療機関に求められる事項

- a 休日夜間急患センター等において平日昼間や夜間休日における初期小児救急医療を実施すること
- b 緊急手術や入院等を要する場合に備え、対応可能な医療機関と連携していること
- c 地域で小児医療に従事する開業医等が、病院の開放施設（オープン制度）等、夜間休日の初期小児救急医療に参画すること

(ウ) 医療機関の例

（平日昼間）

a 小児科を標榜する診療所・病院

(夜間休日)

a 在宅当番医制に参加している診療所、休日夜間急患センター

ウ 小児地域医療センター

小児医療圏において中心的に小児医療を実施する。

ウ-1 小児専門医療を担う機能【小児専門医療】

(ア) 目標

a 一般の小児医療を行う医療機関では対応が困難な患者に対する医療を実施すること

b 小児専門医療を実施すること

(イ) 医療機関に求められる事項

a 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行うこと

b 一般の小児医療を行う機関では対応が困難な患者や常時監視・治療の必要な患者等に対する入院診療を行うこと

c 小児科を標榜する診療所や一般病院等の地域における医療機関と、小児医療の連携体制を形成することにより、地域で求められる小児医療を全体として実施すること

d より高度専門的な対応について、高次機能病院と連携していること

e 療養・療育支援を担う施設との連携や、在宅医療を支援していること

f 家族に対する精神的サポート等の支援を実施すること

(ウ) 医療機関の例

a 小児専門医療を実施している病院

ウ-2 入院を要する救急医療を担う機能【入院小児救急】

(ア) 目標

a 入院を要する小児救急医療を 24 時間体制で実施すること

(イ) 医療機関に求められる事項

a 小児科医師や看護師などの人員体制を含めて、入院を要する小児救急医療を 24 時間 365 日体制で実施可能であること

b 小児科を標榜する診療所や一般病院等の地域医療機関と連携し、地域で求められる入院を要する小児救急医療を担うこと

c 高度専門的な対応について、高次機能病院と連携していること

d 療養・療育支援を担う施設と連携していること

e 家族に対する精神的サポート等の支援を実施すること

(ウ) 医療機関の例

a 小児救急医療支援事業により輪番制に参加している病院

エ 小児中核病院

三次医療圏において中核的な小児医療を実施する。

エ-1 高度な小児専門医療を担う機能【高度小児専門医療】

(ア) 目標

a 小児地域医療センターでは対応が困難な患者に対する高度な専門入院医

療を実施すること

- b 当該地域における医療従事者への教育や研究を実施すること

(イ) 医療機関に求められる事項

- a 広域の小児中核病院や小児地域医療センターとの連携により、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

- b 療養・療育支援を担う施設と連携していること

- c 家族に対する精神的サポート等の支援を実施すること

(ウ) 医療機関の例

- a 子ども医療センター

エ-2 小児の救命救急医療を担う機能【小児救命救急医療】

(ア) 目標

- a 小児の救命救急医療を 24 時間体制で実施すること

(イ) 医療機関に求められる事項

- a 小児地域医療センターからの紹介患者や重症外傷を含めた救急搬送による患者を中心として、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

- b 小児の集中治療を専門的に実行できる診療体制（小児専門施設であれば PICU を運営することが望ましい）を構築することが望ましいこと

- c 療養・療育支援を担う施設と連携していること

- d 家族に対する精神的サポート等の支援を実施すること

(ウ) 医療機関の例

- a 救命救急センター

③ 医療提供体制に係る園域

小児二次（救急）医療圏については、特に、地域における医療資源を考慮し、6つの医療圏を設定します。

小兒二次（救急）醫療圈

平成29年9月現在

◎：とちぎ子ども医療センター

○：小兒專門醫療機關

◇：小児救急医療支援事業により輪番制に参加している病院

【宇都宮・日光小兒二次医療圏】

□ NHK総合医療センター

○○ 清生会宝都宮病院

○○ 滋生芸手都宮病院
○○ JCHOうつのみゆき病院

【那須・塙谷・南那須小児二次医療圏】

○◇ 那須赤十字病院

○◇ 國際醫療福祉大學病院

◎ 國際醫療社
◎ 菁聞記念病院

日光医疗圈

植物園

那須医療圏

日光市

宇都宮医療圏

南那須医療圖

鹿沼医療圖

西毛医療圖

板本医案圖

小山医案医论

小山小组二次医案图】

【小山小兒二次醫療圈】
◎◎◎ 自治醫科主掌附屬病院

自治医科大学附属
新小山医療院

【兩毛小題二次函數圖】

【両毛小児三次医療圏】

○△ 足利赤十字病院
○△ 佐野厚生総合病院

【鹿沼・板木小兒二次醫療團】

④ 数値目標

No.	目標項目	ベースライン	目標値
1	とちぎ子ども救急電話相談の相談件数【救急医療再掲】	19,673 件 (2016(平成28)年度)	前年度より 増加
2	三次小児救急医療機関における救急患者の入院率【救急医療再掲】	15.3% (2016(平成28)年度)	20.0%
3	災害時小児周産期リエゾン認定者数【周産期再掲】	2人 (2017(平成29)年9月現在)	17人

【主な取組】

① 小児救急医療の適正利用の推進

- ア 小児医療体制を継続的に確保していくため、医師会・医療機関・市町等と連携して、適切な小児医療機関の利用などに係る普及啓発を積極的に推進します。
- イ とちぎ子ども救急電話相談 (#8000) の更なる普及啓発を行います。
- ウ とちぎ医療情報ネット等を活用し、県民に対して小児医療機関に関する情報を分かりやすく提供します。

② 小児医療提供体制の整備

ア 小児救急医療提供体制の整備

- (ア) 小児休日夜間急患センターの小児科医等の配置に対する支援を行うとともに、医療機器や建物等の整備を支援します。
- (イ) 小児救急支援事業を実施する輪番病院の機能強化を図るため、小児科医等の確保に対する支援を行います。
- (ウ) 救命救急センターにおける高度・専門医療機能の確保・強化を図るため、医師確保の取組や専用機器等の整備を支援します。
- (エ) 地域医療や救急医療に携わる医師に対して、小児救急医療に対する学識と技能の向上を図るため、小児救急医療に関する研修等の支援を行います。

イ 地域の小児医療提供体制の確保

- (ア) 診療所における初期診療、健診機能を強化することで、診療所・病院間の機能分担を促進します。
- (イ) 小児患者の入院機能を担う病院において、医療資源の集約化・重点化を支援し、地域の小児医療の確保を図ります。

ウ 小児専門医療提供体制の整備

- (ア) 子ども医療センターにおける高度・専門医療機能の確保・強化を図るための支援をしていきます。
- (イ) NICU 等に長期入院する子ども一人ひとりをふさわしい療養・療育環境に円滑に移行するため、NICU の後方病床の整備や NICU 入院児支援コーディネ

ーターの配置を推進します。

- (ウ) 入退院患者の情報等の共有により、病診連携・病病連携を推進します。

エ 小児在宅医療提供体制の整備

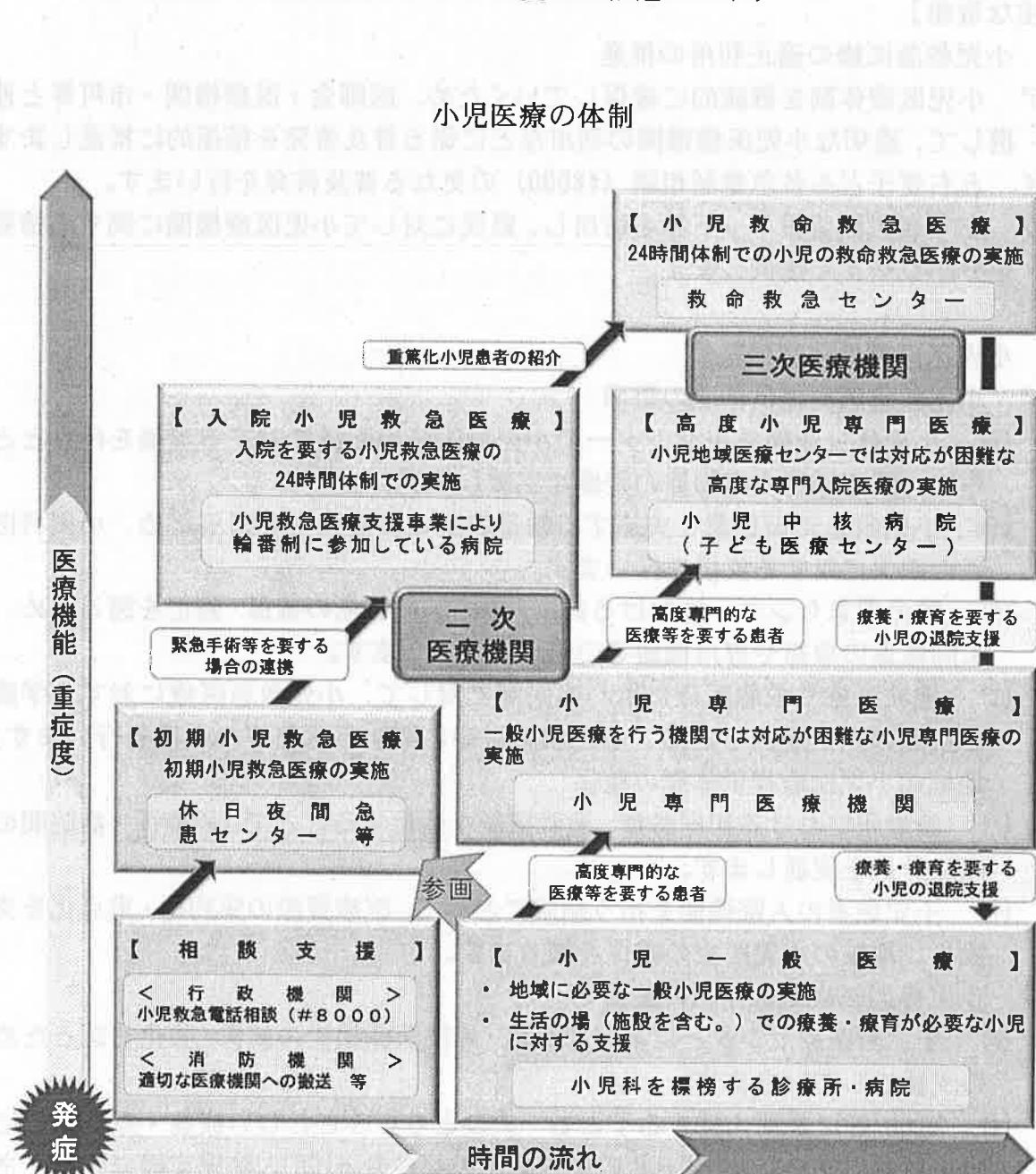
(ア) 小児在宅医療に携わる人材の育成・確保に取り組みます。

(イ) 小児在宅医療に係る病診・病病連携及び多職種連携の充実・強化を図ります。

(ウ) 患者家族及び医療・介護・福祉・教育関係者に対して小児在宅医療に関する情報を分かりやすく提供するとともに、小児在宅医療への理解促進を図ります。

オ 災害時における小児医療提供体制の整備

(ア) 災害発生時に小児周産期医療に関わる情報収集や関係機関との調整等を行う災害時小児周産期リエゾンの養成を推進します。



4 在宅医療の医療連携体制

在宅医療は、年齢に関わらず、病気になっても障害があっても、住み慣れた地域で自分らしい生活を送れるよう、入院医療や外来医療、介護、福祉サービスと相互に補完し合いながら、患者の生活を支える医療です。

疾病構造の変化や高齢化の進展に伴い、完治しない病気や障害を抱えながら生活をする高齢者が増えています。医療技術の進歩等により自宅等で人工呼吸器や胃ろうをつけながら過ごす患者、痰の吸引や経管栄養などのケアを受けながら日常生活を営む小児や若年層の患者等も増えてきています。

また、病気や障害、認知症、高齢での一人暮らししなどのために自立した生活が困難になった場合でも、住み慣れた地域で自分らしく最期まで暮らし続けることができるよう、各市町において地域全体で支え合う仕組み「地域包括ケアシステム」づくりが進められています。病気を治すだけでなく、尊厳ある暮らしを支える在宅医療への期待は、地域包括ケアシステムの重要な要素としても、今後益々高まるものと考えられます。

県民誰もが安心して地域で暮らし続けられるよう、地域の医療・介護・福祉資源等の状況を踏まえながら、県、市町、関係機関等が連携し、在宅医療提供体制の充実を目指します。

【現状と課題】

① 在宅医療のニーズの増加と多様化

戦前は結核などの感染症が主な死因でしたが、昭和30年代以降は悪性新生物（がん）、心疾患、脳血管疾患などの生活習慣病が死因の上位を占めています。

本県における高齢者人口の動向等を見てみると、2015（平成27）年における65歳以上の高齢者人口は508,392人ですが、2025年には575,477人と約13%増加し、さらに2035年には581,136人で約14%増加すると推計されています。高齢者人口の割合は、現在の25.9%からそれぞれ30.8%、33.7%に増加する見込みです。加齢に伴う虚弱化（フレイル）は病気がなくても身体機能等の低下をもたらすため、要介護者は2017（平成29）年度の67,192人から2025年度には82,150人に増え、また、認知症高齢者数は2015（平成27）年に約8万人であったものが、2020年には約10万人、2025年には約11～12万人に増加すると見込まれています。

また、2014（平成26）年の患者調査によると、本県における65歳以上の高齢者では循環器系の疾患17.0万人（うち高血圧性疾患13.5万人）、内分泌・栄養及び代謝疾患5.4万人（うち糖尿病3.5万人）、消化器系の疾患5.2万人、筋骨格系及び結合組織の疾患4.7万人等の慢性疾患を抱える方々がいると推計されています。

こうした疾病構造の変化や高齢化の進展等に伴い、今後も病気や障害を抱えつつ生活を送る人が増加することが見込まれており、「治す」医療（キュア）

だけではなく、病気や障害とうまく付き合いながら生活していくために「治し支える」医療（ケア）が求められると考えられます。しかしながら、核家族、高齢者世帯や一人暮らし高齢者等の増加といった世帯構成の変化は、家族介護力の不足や介護疲れ等の問題を生じており、生活をどのように支えていくかが課題となります。そのため世帯動向や自宅や介護施設等の住まいの形態等も踏まえ、医療・介護提供のあり方を検討することが重要です。

一方、全国の死亡数は 2016（平成 28）年で 129.6 万人（栃木県 21,436 人）でしたが、平成 37 年には約 154 万人に増えるものと見込まれており、多死社会における人生の最終段階（終末期）の医療や看取りのあり方についての関心が高まっています。

さらには、在宅で胃ろう、人工肛門、人工呼吸器を付けて過ごす患者、在宅酸素療法を行う患者、医療用麻薬の管理を必要とする患者等の他、痰の吸引や経管栄養などのケアを受けながら日常生活を営む小児や若年層の患者が増加しています。2016（平成 28）年 10 月現在で在宅で医療的ケアを必要とする障害児は県内に 361 人おり、このうち人工呼吸管理を必要とする児が 48 人、気管切開をしている児が 81 人、酸素吸入を行う児が 87 人、喀痰吸引が必要な児が 114 人、経管栄養を行っている児が 118 人等となっています。

このように疾病構造の変化や高齢化の更なる進展、医療技術の進歩、生活の質（QOL）の向上を重視した医療への期待の高まり等により、在宅医療のニーズは今後益々増加し、また多様化するものと考えられます。

② 在宅医療の実施状況

在宅医療の入り口としては、入院から在宅復帰時の導入だけでなく、徐々に外来通院ができなくなり、在宅医療に移行する場合等もあります。在宅療養開始後は、日常の療養支援を受けながら病状が緩やかに経過し、肺炎や骨折等の急性の症状に在宅で対応しながら亡くなる場合もあれば、入院して医療機関で亡くなることや、入退院を経て在宅で亡くなることもあります。

在宅医療の提供に当たっては、療養患者の置かれた状況がこうした流れのどこにあるかを意識しつつ、患者・家族の希望、介護力や療養環境等を踏まえ、必要な医療、介護及び福祉サービスを適切に受けられるよう、各関係者が連携する必要があります。

現在の実施体制としては、2016（平成 28）年度に訪問診療を実施している割合は病院で 26.3%、一般診療所で 27.8%、歯科診療所で 26.5%、また、訪問薬剤指導を実施している薬局は 25.3% となっています。往診については病院で 26.3%、一般診療所で 43.3%、歯科診療所で 25.3% です。訪問診療を実施していない理由としては、病院、一般診療所、歯科診療所、薬局いずれも「実施するスタッフがない」ことや「時間的な余裕がない」ことを多く挙げています。また、歯科診療所では「患者からの依頼やニーズが少ない」こと、薬局では「対象となる患者がいない」ことや「対象となると思われる患者がいるが、医師からの訪問薬剤指導の指示がない」ことなども大き

な理由になっています。

在宅医療を行う一般診療所、歯科診療所の平均職員数は、医師 1.2 人、歯科医師 1.2 人であり、少人数のスタッフで対応している状況です。また、一般診療所及び歯科診療所での訪問診療の実施時間は「昼休み又は外来の前後」がおよそ 50% を占めており、診療の合間に訪問診療が行われているのが現状です。

ア 退院支援

退院後も胃ろう、経管栄養・中心静脈栄養や人工呼吸器の管理等何らかの医療処置を必要とする患者や医療と介護の両方を必要とする高齢者等が増えてきています。こうした患者が在宅で安定した療養生活を送れるよう、退院後の医療の継続性を確保し、また、退院に伴って新たに生じる心理的・社会的问题を予防したり、適切に対応するために、入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援を行うことが重要です。

本県において、2014（平成 26）年に退院支援担当者を配置している病院の割合は 35.8%（39 施設）で全国の 42% と比べると少ない状況です。

また、2016（平成 28）年 9 月の 1 か月間に訪問診療又は訪問看護を開始した患者のうち訪問開始前に入院していた患者がいた医療機関の中で、実際に退院支援に関わった診療所は 27%、訪問看護ステーションは 87% となっています。一方、同様の期間に病院等からの退院に際して相談した利用者がいた相談支援機関の中で、実際に退院支援に関わった地域包括支援センターは 84%、相談支援事業所は 92%、居宅介護支援事業所は 91% であり、相談支援機関における退院支援への関わりは進んでいます。

イ 日常の療養支援

（ア） 訪問診療及び往診

2010（平成 22）年度に訪問診療、往診を受けた本県の患者数はそれぞれ 3,333 人/月、1,830 人/月でしたが、2015（平成 27）年度には 4,972 人/月（283 施設）、1,921 人/月（529 施設）となっており、いずれも実績は増加しています。1 施設当たりの実績は県全体では訪問診療 17.6 人/月、往診 3.6 人/月ですが、在宅医療圏ごとでは訪問診療は 4.5 人/月から 39.3 人/月、往診は 1.3 人/月から 6.7 人/月と幅があります。また、2014（平成 26）年 10 月の 1 か月間のデータでは、県全体の訪問診療の 86% を在宅療養支援診療所が実施していますが、在宅医療圏ごとに見ると 50% から 97% と幅があります。

2017（平成 29）年 9 月現在の在宅療養支援診療所数は 144 施設で、近年は横ばいからやや減少傾向にあります。訪問診療を実施しているものの在宅療養支援診療所の届出をしない理由を訊ねると、24 時間 365 日対応するための人員やバックアップ体制の確保の難しさ、身体的・精神的負担等が多く挙げられます。

地域によって在宅医療を担う医療機関の状況は異なり、かかりつけ医が在宅医療の重要な担い手となっている地域もあります。一方で、重症又は医療依存度の高い患者については在宅療養支援診療所による対応が必要になる場合もあり、地域の実情に応じて各医療機関の役割分担を進めいくことも重要です。

また、現在担い手となっている医師の高齢化の問題が指摘されており、将来の需要増に対応していくためには、在宅医療に携わる医師の確保・育成も今後の重要な課題です。

(イ) 訪問看護

2015(平成27)年度の訪問看護の利用者は、医療保険によるものが181.4人(精神科看護以外)、639.2人/月(精神科看護)、介護保険によるものが5,222.5人/月となっています。訪問看護事業所数は2017(平成29)年4月で84施設あり、事業所数としては近年頭打ちになっていますが、訪問看護事業所に従事する看護師数は常勤換算で2015(平成27)年の417.0人から2017(平成29)年の476.4人に増加しており、また、1施設当たりの常勤看護師数も5.1人/施設から5.7人/施設に増えています。

規模の大きい訪問看護事業所ほど、看取りや重症度の高い利用者の対応、急変時の対応などの実績が多いことから、今後の需要増に対応しつつ、安定して質の高い訪問看護を提供していくため、大規模化等による機能強化を図る必要があります。また、特定行為研修制度等の活用を促進するなどして、計画的に訪問看護師の質の向上に努めていくことが重要です。

さらには、県内でも特に山間地域やへき地等では訪問看護を含め在宅医療の提供が困難な地域があります。こうした地域では、訪問系の介護サービスも行き届きにくいため、在宅医療・介護提供体制の構築に当たっては住まいの問題と併せて検討していく必要があります。

(ウ) 訪問歯科診療及び訪問による歯科保健指導

在宅又は介護施設等における療養を歯科医療面から支える在宅療養支援歯科診療所は2017(平成29)年9月で57施設あり、増加傾向にありますが、歯科診療所全体の5.7%にとどまっており、全国の約9%(2015(平成27)年)に比べても少ない状況です。一方、2015(平成27)年度に歯科訪問診療を実施した歯科診療所は121施設(うち居宅訪問68施設、施設訪問92施設)あり、訪問歯科診療に取り組んでいる一般歯科診療所が半数以上あることが分かります。

口腔ケアの実施は療養生活における誤嚥性肺炎の予防にとどまらず、食べるという楽しみ、人間の尊厳の維持にもつながることから、医療機関等との連携を更に推進していくことが求められます。また、訪問診療で対応できる処置等は限られることから、療養生活に入る前にかかりつけ歯科医を持ち、日頃から口腔機能の維持・向上に努めるよう啓発に取り組む必要が

あります。

(エ) 訪問薬剤管理指導

2017（平成29）年9月で在宅訪問薬剤管理指導の届出をしている薬局は677施設（78.1%）あります。一方、一定程度の実績が必要な在宅患者調剤加算を届出している薬局は124施設（14.3%）にとどまります。

地域の薬局には、医薬品等の供給体制の確保に加え、医療機関等と連携して患者の服薬情報の一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導を行うことや、入退院時における医療機関等との連携、夜間・休日等の調剤や電話相談への対応等の役割を果たすことが求められることから、かかりつけ薬剤師・薬局の確保・育成に取り組む必要があります。

(オ) 訪問によるリハビリテーション、訪問栄養食事指導

リハビリテーションは脳卒中や骨折・外傷等による後遺症、脳性麻痺などの先天性疾患、神経難病等の進行性又は慢性疾患だけでなく、サルコペニア・フレイル等に伴う日常生活動作の低下にも有用とされています。また、屋内の適切な住環境の設定や必要な福祉用具の提案等にもつながることから、訪問によるリハビリテーションの充実が求められています。

療養上の問題となる低栄養、サルコペニア・フレイル、摂食・咀嚼・嚥下障害、褥などは食生活と密接に関わっています。個人個人の症状や体質等を考慮して適切な栄養指導、栄養管理を行うことは、安定した療養生活を続ける上で重要であり、訪問による栄養食事指導の充実が求められています。

(カ) 介護施設等

在宅医療は暮らしの場で提供される医療であり、自宅だけでなく、特別養護老人ホームや特定施設、認知症高齢者グループホーム、サービス付き高齢者向け住宅等の介護保険居宅系サービスを利用して療養する人も対象になります。また、介護老人保健施設は在宅医療の直接的な提供の場ではありませんが、在宅療養を支える介護施設の1つとして重要性が増しています。

施設の種類によって対応可能な医療依存度や介護度は異なりますが、利用者が必要とする医療が適切に提供されるよう、かかりつけ医療機関等との連携を十分に図る必要があります。

また、近年、施設での看取りは増加傾向にあり、今後も施設で在宅医療を受けながら最期を迎える人が増えるものと考えられます。利用者や家族の希望に応じ、介護施設における看取りに対応できる体制の充実も求められます。

ウ 容態変化時の対応

容態の変化には、「急変」と見なされるような予想を超えた病態の変化もあれば、病態や経過から予想される変化、肺炎や骨折等在宅療養中にしばしば起こり得る変化等、様々なものがあります。急変時には救急搬送を要請することもありますが、その他の場合は、まず往診や訪問看護等で対応し、状態に応じて在宅で治療をするか、入院するか等を判断することになります。

訪問診療を行う診療所における緊急入院先の確保状況は、有床診療所では90%ですが、無床診療所では23%にとどまります。また、在宅医療の推進に向けた課題として、一般診療所や介護施設等のおよそ6割が「急変時に対応するための後方支援体制」を挙げています。

在宅医療を担う診療所等の負担軽減を図りつつ、夜間休日も含め切れ目がない在宅医療が提供されるよう、在宅医療を担う医療機関同士の連携や、診療所と24時間対応の訪問看護ステーションとの連携の充実・強化、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を図ることが求められます。

エ 在宅での看取り

約6割の県民が、病気になっても自宅での療養を望んでいますが、2015（平成27）年の死者数は20,519人で、死亡場所の内訳は病院・診療所が15,356人（74.8%）、自宅が2,689人（13.1%）、老人ホームが1,496人（7.3%）、介護老人保健施設が531人（2.6%）でした。患者や家族のQOLの維持向上を図りつつ療養生活を支えるとともに、患者や家族が希望した場合には、住み慣れた自宅や施設等で最期を迎えることを可能にする医療及び介護の提供体制の構築が求められています。

また、人生の最終段階における医療に関する意思決定の重要性が指摘されていますが、本人・家族や医療・介護従事者も含め社会的な共通理解が十分には進んでいません。入院医療機関、自宅、施設等療養の場を問わず、患者本人の尊厳が確保された療養生活を過ごすことができるよう、本人・家族の意思決定を支援する取組を進めることが必要です。

さらには、家族や介護従事者が看取り期の容態の変化等を目の当たりにして救急要請することがしばしばあるとの指摘もあります。本人・家族の人生の最終段階における医療に関する意思を尊重できるよう、看取り期における容態の変化や必要な対応等について、家族、介護従事者の理解を図ることが重要です。

③ 家族等への支援

病気や障害を抱えた場合に自宅での療養を希望する人がおよそ6割に上る一方で、そのうちの7割の人が自宅療養の実現は困難と考えています。その理由としては、家族への負担や急変時の対応に関する不安等が多く挙げられています。

地域で安心して療養生活を送れるようにするために、在宅医療提供体制

の強化やショートスティなどのレスパイトサービスの充実を進めるとともに、在宅医療の仕組みについての理解を促進し、患者・家族の不安の軽減を図る必要があります。また、患者や家族がそれぞれの状況に応じた療養生活を選択できるよう、地域包括支援センター、相談支援事業所、居宅介護支援事業所等の相談支援機関が在宅医療に関する相談に適切に対応できる体制を充実させることが必要です。

④ 普及啓発

患者や家族だけでなく、病院等の医療従事者や介護従事者における在宅医療に関する理解が不足しているという意見があります。また、患者・家族が利用する上で、あるいは、医療・介護従事者が連携する上で、在宅医療に関する情報が十分に周知、共有されていないという意見もあります。

在宅医療が地域包括ケアシステムの要として有効に機能していくためには、在宅医療の仕組みや各関係者の役割・機能等について広く理解を促進するための普及啓発が必要です。

【施策の展開方向】

① 目指すべき方向

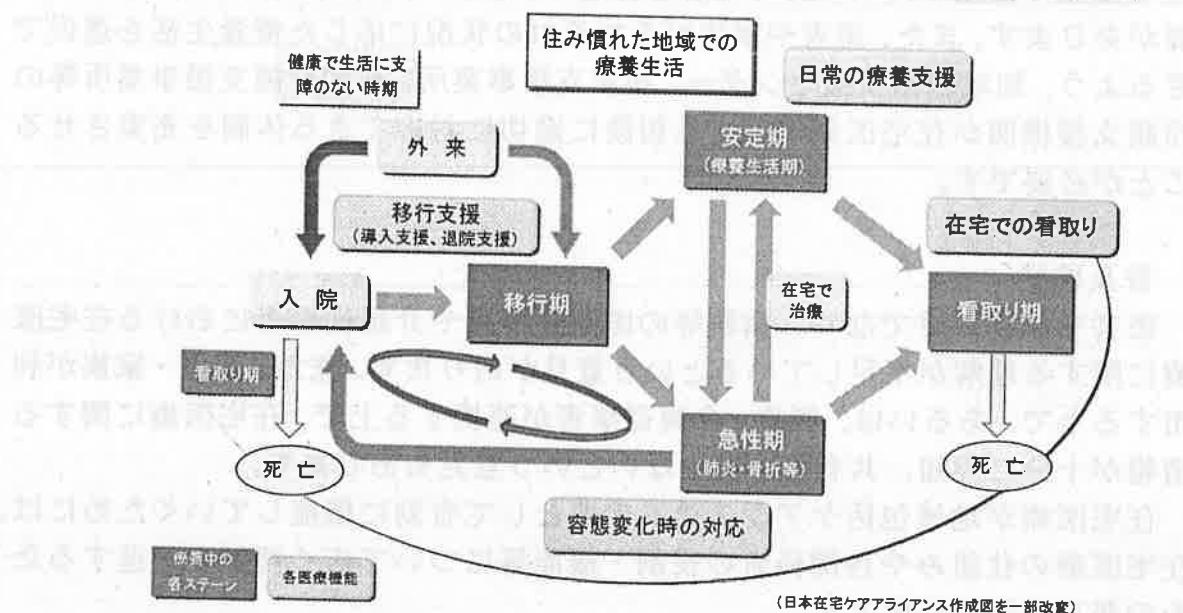
現状と課題を踏まえ、次のような方向で、各在宅医療圏における在宅医療提供体制の構築を目指します。

- ア 円滑に在宅療養へ移行できる体制の確保
- イ 安定した療養生活を過ごすことができる体制の確保
- ウ 容態の変化時に適切な対応を受けることができる体制の確保
- エ 希望する場所で最期を迎えることができる体制の確保

② 各医療機能と連携

目指すべき方向を踏まえ、在宅医療の提供体制に求められる医療機能を以下のアからエのとおり定め、地域の実情に応じた各医療機能の連携を図ります。また、各地域における在宅医療を推進するため、在宅医療に必要な連携の推進を担う機関、在宅医療において積極的役割を担う医療機関及び在宅医療推進支援センターを本計画に位置付けます。

在宅療養の流れと在宅医療の各医療機能



ア 在宅療養への移行を支援する機能【移行支援】

外来通院から在宅療養に移行した後の生活を見据えた導入支援【導入支援】

(ア) 目標

- ・在宅療養を開始する患者に対し、在宅療養開始後の生活を見据え、安心な在宅療養環境の整備を含め適切な在宅医療及び必要な介護サービス等が受けられるよう支援すること

(イ) 在宅医療に係る機関に求められる事項

- ・在宅療養に移行するに当たって、検査等により病状、病態の確認を行うこと（必要に応じて入院医療機関等との連携を図ること）
- ・患者や家族の認識、治療ケア方針（特に急変時や看取りの対応）に関する希望、住環境、生活状況や家族背景を確認すること
- ・合意に基づき治療ケア方針を決定すること
- ・今後起こりうる事態やその対応について、患者、家族への予測指示及び在宅医療に係る機関との情報共有をすること
- ・患者のニーズや地域特性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行うこと
- ・自施設で在宅医療を提供していない場合には、在宅医療を提供する医療機関に紹介すること

入院医療機関と在宅医療に係る機関との協働による退院支援【退院支援】

(ア) 目標

- ・退院する患者に対し、退院後も継続性のある在宅医療及び必要な介護サービス等が受けられるよう支援すること

(イ) 入院医療機関に求められる事項

- ・退院支援担当者を配置すること
- ・退院支援担当者は、在宅医療に係る機関での研修や実習を受けることが望ましい
- ・入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援を開始すること
- ・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、退院前レ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

(ウ) 在宅医療に係る機関に求められる事項

- ・在宅療養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連携し、今後の方針や病状に関する情報や計画を共有すること
- ・高齢者のみではなく、小児や若年層の在宅療養者に対する訪問診療、訪問看護、訪問薬剤指導等にも対応できるような体制を確保すること
- ・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

イ 日常の療養生活を支援する機能【日常の療養支援】

(ア) 目標

- ・患者の疾患、重症度に応じた医療（緩和ケアを含む）ができる限り住み慣れた地域で継続的、包括的に提供されるよう多職種と協働し、日常の療養生活を支援すること

(イ) 在宅医療に係る機関に求められる事項

- ・相互の連携により、在宅療養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
- ・医療従事者は、地域包括支援センター等が地域ケア会議において在宅療養者に関する検討を行う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、家族の負担軽減につながるサービスを適切に紹介・提供すること
- ・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、それぞれの疾患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・衛生材料等の供給を円滑に行うための体制を整備すること

こと

- ・身体機能及び生活機能の維持向上のためのリハビリテーションを適切に提供する体制を構築すること
- ・低栄養、サルコペニア・フレイル、摂食・咀嚼・嚥下障害、褥そう等食生活と密接に関わる療養上の問題を予防し、長く安定した療養生活を送れるよう、訪問による栄養食事指導や歯科保健指導等を適切に提供すること

ウ 容態の変化時に適切に対応する機能【容態変化時の対応】

(ア) 目標

- ・在宅療養者の容態変化時に往診や訪問看護等により適切に対応とともに、必要に応じて円滑に入院できるよう連携を図ること

(イ) 在宅医療に係る機関に求められる事項

- ・容態変化時の対応方針について、予め患者・家族の意向を確認とともに、必要に応じて書面等により地域の関係機関と共有すること
- ・容態変化時における連絡先をあらかじめ在宅療養者やその家族に提示するとともに、自院もしくは近隣の病院や診療所、訪問看護ステーション等との連携により、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入院病床を確保するとともに、搬送については地域の消防関係者へ相談する等連携を図ること

(ウ) 介護施設等に求められる事項

- ・容態変化時の対応方針について、予め利用者の意向を確認するとともに、必要に応じて書面等により地域の関係機関と共有すること
- ・必要に応じ、容態変化時に対応可能な在宅医療に係る機関等との連携を図ること

(エ) 入院医療機関に求められる事項

- ・在宅療養支援病院、有床診療所、在宅療養後方支援病院、二次救急医療機関等において、連携している医療機関（特に無床診療所）が担当する在宅療養者の容態が変化した際に、必要に応じて受け入れを行うこと
- ・重症等で対応できない場合は、他の適切な医療機関と連携する体制を構築すること

エ 希望する場所での看取りに対応する機能【在宅での看取り】

(ア) 目標

- ・住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所で人生の最期を迎えられるよう対応すること

(イ) 在宅医療に係る機関に求められる事項

- ・人生の最終段階に出現する症状に対する患者や家族の不安を解消し、患者が望む場所で最期を迎えることができる体制を構築すること
- ・患者や家族に対して、自宅や住み慣れた地域で受けられる医療及び介護、障害福祉サービスや看取りに関する適切な情報提供を行うこと
- ・介護施設等による看取りを必要に応じて支援すること

(ウ) 介護施設等に求められる事項

- ・利用者の希望に応じ、自施設において看取りに対応できる体制を整備すること
- ・必要に応じて在宅医療に係る機関と連携を図ること

(エ) 入院医療機関に求められる事項

- ・在宅療養者の病状、容態が在宅医療に係る機関や介護施設等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

オ 在宅医療に必要な連携の推進を担う機関（連携推進機関）

在宅医療提供体制の構築に向けては、各地域において前記アからエに掲げる各医療機能の充実を図るとともに、各医療機能や医療・介護の連携を一層推進していくことが必要です。このため、地域において在宅医療に必要な連携を推進する上で中心的な役割を果たす「在宅医療に必要な連携の推進を担う機関」を市町として位置付けます。

当該機関を位置付けるに当たっては、市町が在宅医療・介護連携推進の主体となることから、その取組状況や市町を含め地域の関係機関の意向等を踏まえることとします。

(ア) 目標

- ・多職種協働による包括的かつ継続的な在宅医療・介護提供体制の構築を図ること

(イ) 在宅医療に必要な連携を推進する機能を担う機関に求められる事項

- ・地域の医療及び介護従事者による協議の場を定期的に開催するなどして、在宅医療における連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を行うこと
- ・地域の医療及び介護資源の機能等を把握し、地域包括支援センター等と連携しながら、退院時から看取りまでの医療や介護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果的に提供するため、関係機関の連携による24時間体制の構築や多職種による情報共有の促進を図ること
- ・在宅医療に関する人材育成及び普及啓発を実施すること

カ 在宅医療において積極的な役割を担う医療機関

各在宅医療圏において、多職種と協働し、積極的に在宅医療を提供する医

療機関を「在宅医療において積極的な役割を担う医療機関」として位置付けます。

(ア) 目標

- ・かかりつけ医療機関（診療所、訪問看護ステーション、歯科診療所及び薬局）または在宅療養支援に係る医療機関として、多職種と協働し、包括的、継続的な在宅医療を提供すること
- ・災害時及び災害に備えた体制構築への対応を行うこと
- ・在宅療養者の家族への支援を行うこと

(イ) 在宅医療において積極的役割を担う医療機関としてかかりつけ医療機関に求められる事項

- ・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
- ・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も含む。）を策定すること
- ・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の負担軽減につながるサービスを適切に紹介・提供すること
- ・入院機能を有する医療機関においては、在宅療養者の病状が急変した際の一時受入れを行うこと
- ・可能な範囲で、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支援を行うこと

(ウ) 在宅医療において積極的役割を担う医療機関として在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院等に求められる事項

- ・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
- ・在宅医療に係る医療及び介護、障害福祉関係者に必要な基本的知識・技能に関する研修の実施や情報の共有を行うこと
- ・医師の卒後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入れ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も含む。）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の負担軽減につながるサービスを適切に紹介・提供すること

- ・入院機能を有する医療機関においては、在宅療養者の病状が急変した際に、必要に応じた受入れを行うこと
- ・地域住民に対し、在宅医療の内容や地域の医療及び介護、障害福祉サービスに関する情報提供を行うこと

キ 在宅医療推進支援センター

在宅医療提供体制の構築を推進するため、各広域健康福祉センター（保健所）に設置されている在宅医療推進支援センターにおいて、各市町における在宅医療・介護連携推進に係る取組への支援や、後方支援体制の整備や退院支援の枠組み作り等広域的な連携体制の構築に係る調整等を行います。また、宇都宮在宅医療圏においては、宇都宮市が同様の機能を担います。

(ア) 目標

- ・多職種協働による包括的かつ継続的な在宅医療・介護提供体制の構築を図ること

(イ) 在宅医療推進支援センターに求められる事項

- ・各市町の在宅医療・介護連携に係る取組の進捗状況を把握、分析、評価するとともに、課題解決に向けた指導及び助言を行うこと
- ・在宅医療の各医療機能を担う機関、在宅医療に必要な連携の推進を担う機関を含む在宅医療に係る関係機関との連絡調整を行うこと
- ・地域における後方支援体制の整備や退院支援の枠組み作り等に向け、医療連携に関する広域調整を行うこと

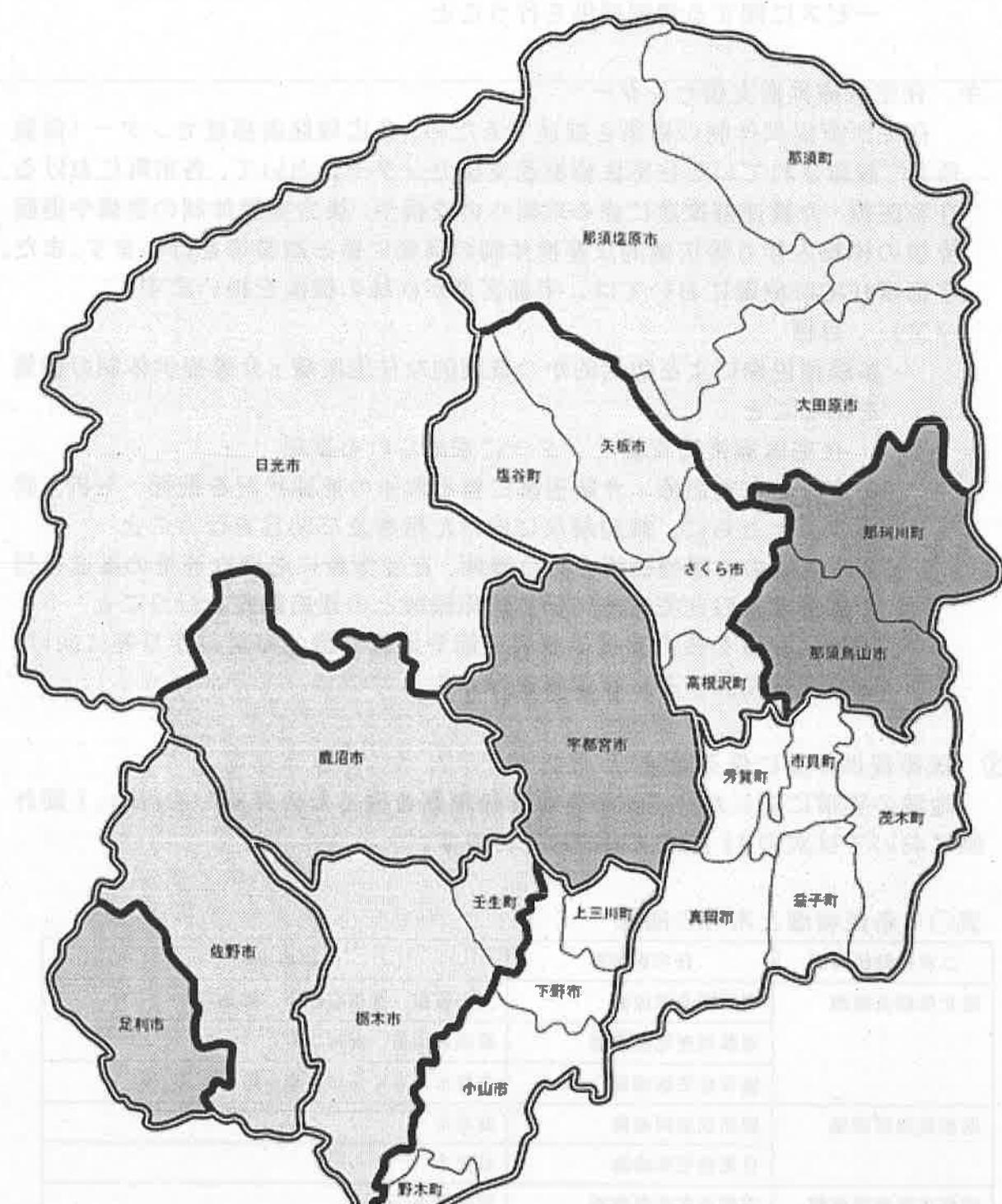
③ 医療提供体制に係る圏域

地域の実情に応じた在宅医療提供体制構築を図るために見直しを行い、7期計画においては次の11在宅医療圏を定めます。

表○ 各医療圏と市町の関係

二次保健医療圏	在宅医療圏	対応市町
県北保健医療圏	那須在宅医療圏	大田原市、那須塩原市、那須町
	南那須在宅医療圏	那須烏山市、那珂川町
	塩谷在宅医療圏	矢板市、さくら市、塩谷町、高根沢町
県西保健医療圏	鹿沼在宅医療圏	鹿沼市
	日光在宅医療圏	日光市
宇都宮保健医療圏	宇都宮在宅医療圏	宇都宮市
県東保健医療圏	芳賀在宅医療圏	真岡市、益子町、芳賀町、市貝町、茂木町
県南保健医療圏	栃木在宅医療圏	栃木市、壬生町
	小山在宅医療圏	小山市、下野市、上三川町、野木町
両毛保健医療圏	足利在宅医療圏	足利市
	佐野在宅医療圏	佐野市

図〇 在宅医療圏域図



④ 数値目標

表〇 目標項目と目標値

No.	目標項目	ベースライン	目標値
1	訪問診療を実施する診療所、病院数（か所）	283 (2015(平成27)年)	400 (2020年)
2	訪問看護ステーションに勤務する看護師数（常勤換算）（人）	476.4 (2017(平成29)年)	580 (2020年)
3	訪問歯科診療を実施する歯科診療所数（か所）	121 (2014(平成26)年)	250 (2020年)
4	訪問薬剤指導を実施する薬局数（か所）	124 (2017(平成29)年)	220 (2020年)

注)「訪問看護ステーションに勤務する看護師」には保健師、看護師及び准看護師が含まれる。また、「訪問薬剤指導を実施する薬局」とは在宅患者調剤加算の届出を行っている薬局を指す。

【主な取組】

（普及啓発）

- 県民及び医療・介護従事者における在宅医療に関する適切な理解を促進するため、在宅医療に係る関係機関と連携し、一層の啓発に取り組みます。
- 県民の望む在宅医療が提供されるよう、その意向やニーズ等の把握に努めます。
- 県民が主体的に地域における療養を選択することができるよう、在宅医療に関する医療資源等の情報を提供します。
- 人生の最終段階における医療・療養について県民の意向が尊重されるよう、人生の最終段階における意思決定に関する啓発を行います。

（人材確保・育成）

- 在宅療養患者が安心して地域で暮らすことができるよう、在宅医療に係る関係機関と連携し、在宅医療に携わる医師、看護師、歯科医師、薬剤師等医療従事者の確保・育成及び質の向上に努めます。
- 人生の最終段階における医療や介護に携わる人材の育成や体制の整備に取り組みます。
- 在宅医療・介護に係る多職種協働を促進するため、地域においてリーダーとなる人材の育成に取り組みます。

（体制整備）

- 在宅療養への移行に当たり、必要な在宅医療及び介護が切れ目なく受けられるよう、医療機関と介護従事者との間で患者の情報が円滑に共有される体制やルールの整備に取り組みます。
- 切れ目のない在宅医療体制の構築に向けて、グループ診療体制や後

方支援体制、診療所・訪問看護ステーションの連携体制等在宅医療に係る機関間の連携の充実・強化に向けた取組を支援します。

- 在宅医療提供体制の均てん化を図るため、地域の関係機関との検討を進めるとともに、地域の実情を踏まえた在宅医療に係る機関への支援等を行います。

- 小児や精神疾患分野等に係る在宅医療提供体制の充実・強化を図るため、人材の育成や多職種連携の推進に向けた取組を行います。また、小児在宅医療や精神疾患患者の地域移行等に係る理解促進に努めます。

(在宅医療・介護連携に係る市町支援)

- 人材育成のための研修や在宅医療資源等に関する情報の提供、在宅医療推進支援センターによる地域の実情に応じた支援等により、市町が実施する在宅医療・介護連携に係る取組を促進します。

（参考）在宅医療・介護連携に係る取組事例

（参考）在宅医療・介護連携に係る取組事例