

資料 1-4	平成 30 年 3 月 27 日
	第 4 回 栃木県医療介護 総合確保推進協議会

栃木県保健医療計画 (7 期計画) 案 【概要版】

・計画案中の病院名については、最終的には平成 30 (2018) 年 4 月時点の名称に置き換えます。

平成 30 (2018) 年 3 月

栃木県保健福祉部

【目次】

1	保健医療計画の基本的な事項【第1章】	1
2	栃木県の保健・医療の現状【第2章】	1
3	保健医療圏と基準病床数【第3章】	2
4	計画に掲げる主な施策	
(1)	良質で効率的な医療の確保【第4章】	4
(2)	5疾病・5事業及び在宅医療の医療連携体制【第5章】	4
ア	がん	5
イ	脳卒中	7
ウ	心筋梗塞等の心血管疾患	9
エ	糖尿病	11
オ	精神疾患	12
カ	救急医療	14
キ	災害医療	15
ク	へき地医療	16
ケ	周産期医療	17
コ	小児救急を含む小児医療	18
サ	在宅医療	19
(3)	地域医療構想の取組【第6章】	20
(4)	各分野の医療体制の充実【第7章】	21
(5)	保健・医療・介護・福祉の総合的な取組の推進【第8章】	21
(6)	保健・医療・介護・福祉を支える人材の育成確保【第9章】	22
(7)	保健・医療・介護・福祉の連携【第10章】	23
5	計画の周知、推進体制及び進行管理・評価【第11章】	23

1 保健医療計画の基本的な事項【第1章】

(1) 計画策定の趣旨

少子高齢化の急速な進行など保健医療を取り巻く環境の変化、医療サービス提供体制の制度改革に伴う医療計画制度の見直しに対応し、現行の6期計画を見直し、「栃木県保健医療計画（7期計画）」を定めるものです。

(2) 計画の基本理念

「質の高い医療を効率的に提供する体制を確保するとともに、保健・介護・福祉サービスと一体的に提供することによる、誰もが住み慣れた地域において健康で、安心して暮らすことができる環境づくり」

(3) 計画の位置づけ

- ア 本県の保健医療に関する基本的な指針となる計画
- イ 医療法（昭和23年法律第205号）第30条の4第1項の規定に基づく計画
- ウ 栃木県重点戦略「とちぎ元気発信プラン」を踏まえた計画
- エ 「栃木県医療費適正化計画」、「栃木県高齢者支援計画（はつらつプラン21）」、「栃木県健康増進計画（とちぎ健康21プラン）」、「栃木県がん対策推進計画」、「栃木県歯科保健基本計画」、「栃木県障害者計画（とちぎ障害者プラン21）」、「栃木県障害福祉計画・栃木県障害児福祉計画」、「とちぎ子ども子育て支援プラン」、その他保健、医療又は福祉に関する諸計画と調和が保たれた計画

(4) 計画の期間

平成30（2018）年度から2023年度までの6年間

2 栃木県の保健・医療の現状【第2章】

- ・人口は、平成17（2005）年をピークに減少傾向が続いており、この傾向が続けば、2030年には約180万人、2040年には約164万人に減少すると推計されています。
- ・昭和60（1985）年には10人に1人が高齢者でしたが、2040年には3人に1人が高齢者になると推計されています。
- ・平成28（2016）年の死亡数は2万1千人を超え、また、同年の出生数を上回りました。
- ・平成28（2016）年の主要死因別の死亡順位は、第1位悪性新生物、第2位心疾患、第3位脳血管疾患となっています。また、第4位の肺炎が増加傾向にあり、全国では脳血管疾患を上回って第3位となっています。

3 保健医療圏と基準病床数【第3章】

(1) 保健医療圏の設定

ア 一次保健医療圏

住民に密着した頻度の高い保健医療活動が展開される地域とし、市町村単位とします。

イ 二次保健医療圏（医療法第30条の4第2項第12号）

高度・特殊な医療を除く一般的な保健医療需要に対応する区域であり、医療機能を考慮した病院の整備や各種の保健・医療・福祉施策を展開するための地域的な単位です。

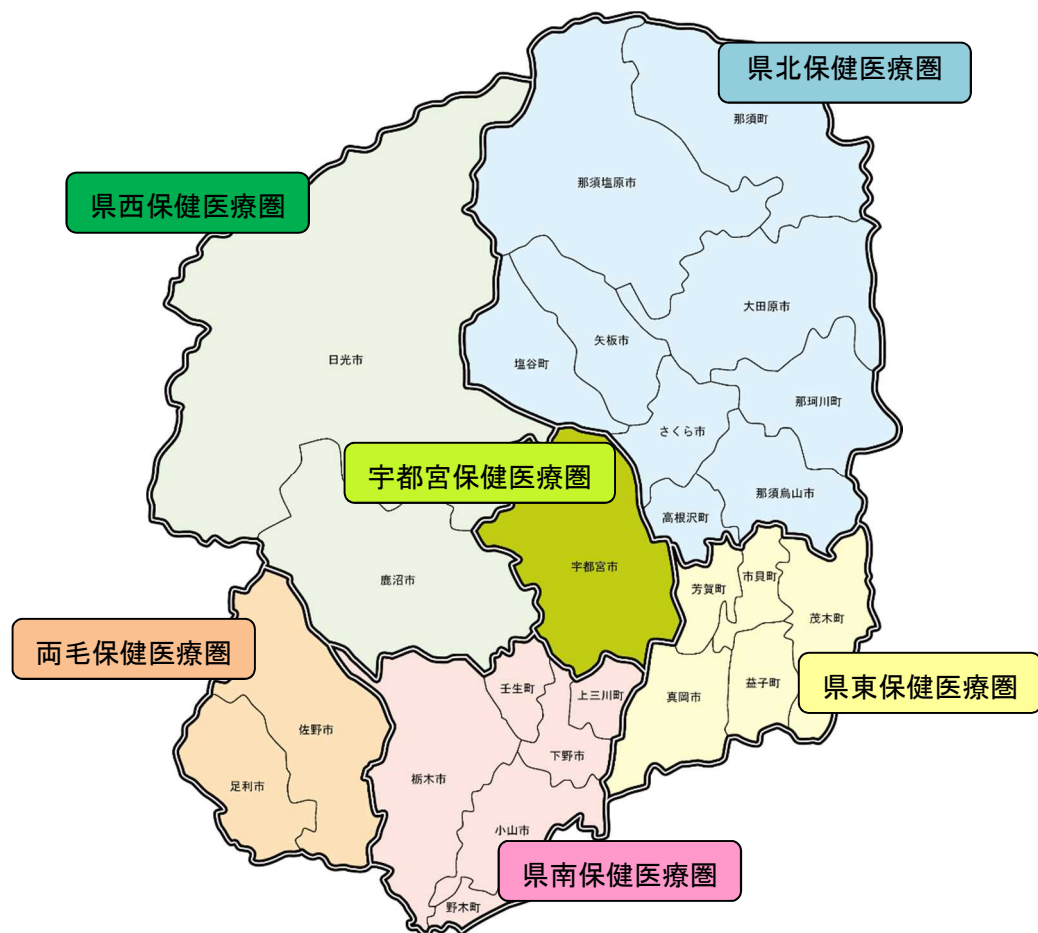
県内の二次保健医療圏については下図の6圏域を設定します。

【圏域設定の考え方】

「栃木県保健医療計画（6期計画）」の二次保健医療圏及び「栃木県地域医療構想」の構想区域は6圏域を設定しており、圏域ごとに医療機能の充実・強化、病床機能の分化・連携、医療と介護の連携や療養環境の整備に取り組んできました。

各圏域で人口や高齢化の進展、圏域内で入院医療が完結する割合等の受療の動向は異なるものの、それらの実情や課題を踏まえながら取り組んでおり、今後想定される医療需要の増大・変化に向け、地域に合った取組を更に進めていく必要があることを踏まえ、本計画の二次保健医療圏は、「栃木県保健医療計画（6期計画）」の6圏域を踏襲して設定することとしました。

二次保健医療圏



ウ 三次保健医療圏（医療法第30条の4第2項第13号）

高度・特殊な専門的医療を提供するとともに、広域的に実施することが必要な保健医療サービスを提供するために設定する圏域であり、県全域とします。

(2) 基準病床数（医療法第 30 条の 4 第 2 項第 14 号）

病院及び診療所における療養病床及び一般病床に係る基準病床数は二次保健医療圏ごとに、精神病床、結核病床及び感染症病床は県全域で定めることとされています。

基準病床数と既存病床数

病床種別	圏域	構成市町	基準病床数	既存病床数※
療養病床 及び 一般病床	県北保健医療圏	大田原市 矢板市 那須塩原市 那須烏山市 さくら市 塩谷町 高根沢町 那須町 那珂川町	2,431	2,715
	県西保健医療圏	鹿沼市 日光市	604	1,370
	宇都宮保健医療圏	宇都宮市	3,578	4,343
	県東保健医療圏	真岡市 益子町 茂木町 市貝町 芳賀町	546	763
	県南保健医療圏	栃木市 小山市 下野市 上三川町 壬生町 野木町	4,430	4,507
	両毛保健医療圏	足利市 佐野市	1,979	2,173
	計		13,568	15,871
精神病床	県全域		4,328	4,986
結核病床	県全域		45	45
感染症病床	県全域		32	28

※既存病床数については平成 29（2017）年 10 月現在。

4 計画に掲げる主な施策【第4章～第10章】

(1) 良質で効率的な医療の確保【第4章】

ア 住民・患者の立場に立った医療サービスの提供

- ・ 県のホームページを通じた医療機関や薬局に関する情報提供 など

イ 医療機関の機能分担と連携

- ・ かかりつけ医を中心とした地域医療の連携体制の構築の推進
- ・ かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局に対する県民の理解促進と普及・定着 など

ウ 医療安全対策の推進

- ・ 医療機関における医療安全管理体制の整備促進、医療相談窓口の充実 など

エ 医薬品等の安全対策及び血液等の確保

- ・ 医薬品等の製造・品質・安全管理、後発医薬品の使用促進、献血の促進 など

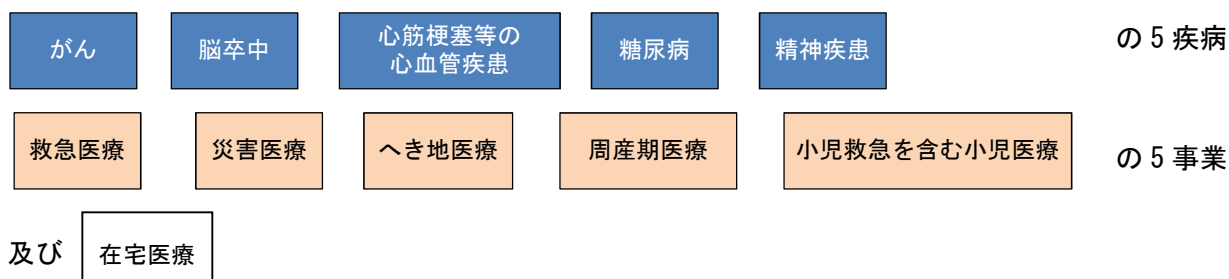
オ 保健医療に関する情報化の推進

- ・ 「とちまるネット」や「どこでも連絡帳」など連携ネットワークへの関係機関の参加促進
- ・ 各種データベースの保健事業等への活用 など

(2) 5疾病・5事業及び在宅医療の医療連携体制【第5章】

患者の立場に立ち、地域の限られた医療資源を有効に活用した、切れ目なく適切な医療の提供がなされる医療連携体制の構築を図っていくこととします。

【医療連携体制を構築する疾病・医療】



(7) 医療機能と連携

以下の医療機能、さらには、がん診療連携拠点病院等と地域の医療機関等との相互の連携により、がん患者が県内どこに居住していても等しく質の高い医療が切れ目なく提供される体制を構築していきます。

a がん予防のための機能【予防】

- ・喫煙などがんのリスクの低減やがん検診受診率の向上などに取り組む。

b がん診療の機能【治療】

- ・がん診療連携拠点病院等が集学的治療や全人的な緩和ケアの提供など、質の高い診療を効率的に提供する。

c 在宅療養支援の機能【療養支援】

- ・がん患者等が在宅等の生活の場での療養を選択できるように療養支援や、必要な口腔ケア及び歯科処置を行う。

(4) 主な取組

がんの予防及び早期発見の推進

- ・生活習慣の改善に関する普及啓発、肝炎ウイルス検査の受検勧奨、B型肝炎定期予防接種の推進、がん検診の受診率向上、職域におけるがん検診の取組の促進などに取り組む。

がん医療の充実

- ・がん診療連携拠点病院等の実情に応じた取組の支援、ゲノム医療や免疫療法等に関する提供体制の在り方検討、がん診療連携拠点病院等と地域の医療機関等との役割分担及び連携強化などに取り組む。

がん患者やその家族を支えるための環境づくり

- ・緩和ケアの推進、相談支援や情報提供等の充実、がん患者の就労に関する相談支援体制の整備、ライフステージに応じたがん対策の推進、学校等におけるがん教育や普及啓発の推進などに取り組む。

数値目標

No.	目標項目	ベースライン	目標値
1	がん検診の受診率 (胃がん、大腸がん、肺がん、乳がんは 40-69 歳、子宮頸がんは 20-69 歳)	胃がん 43.2% 大腸がん 44.3% 肺がん 51.9% 乳がん 48.2% 子宮頸がん 44.0% (平成 28 (2016) 年)	胃がん 50%以上 大腸がん 50%以上 肺がん 60%以上 乳がん 60%以上 子宮頸がん 60%以上 (2023 年)
2	精密検診の受診率 (胃がん、大腸がん、肺がん、乳がんは 40-69 歳、子宮頸がんは 20-69 歳)	胃がん 81.5% 大腸がん 70.5% 肺がん 81.1% 乳がん 85.4% 子宮頸がん 84.5% (平成 28 (2016) 年度)	90%以上 (2023 年度)
3	個別検診実施機関に関する事業評価の実施市町数 (胃がん、大腸がん、肺がん、乳がん、子宮頸がん)	0 市町 (平成 27 (2015) 年度)	全ての市町 (2023 年度)
4	緩和ケア研修会修了者数 (拠点病院等以外の施設の医師・歯科医師)	272 人 (平成 29 (2017) 年度)	500 人以上 (2023 年度)

5	がんの治療等のために通院しながら働き続けられる環境にあると思う県民の割合	25.9% (平成 28 (2016) 年度)	50%以上 (2023 年度)
---	--------------------------------------	----------------------------	---------------------------

(7) 医療機能と連携

以下の医療機能と連携体制、さらには、急性期から維持期を通じて、リハビリテーションの実施や再発及び合併症の予防を含めた医療が切れ目なく提供される体制を構築していきます。

a 脳卒中予防のための機能【保健】

・生活習慣の改善や基礎疾患の管理、健康診査の重要性などについて普及啓発に取り組む。

b 脳卒中発症予防のための医療機能【予防医療】

・健康づくりの取組と連動し、脳卒中の発症予防に取り組む。

c 応急手当・病院前救護の機能【救護】

・脳卒中の疑われる患者が、発症後迅速に専門的な診療が可能な医療機関に到着できるように救急搬送を行う。

d 救急医療の機能【急性期医療】

・専門的な治療が24時間実施可能であり、早期に自立できるためのリハビリテーションなどに取り組む。

e 身体機能を回復させるリハビリテーションを実施する機能【回復期医療】

・集中的なリハビリテーションの実施や、再発予防と合併症予防のための管理を行う。

f 在宅療養を支える機能【維持期医療】

・生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションの実施や、再発予防の治療や基礎疾患などの管理、口腔ケアや誤嚥性肺炎予防を行う。

(4) 主な取組

脳卒中の予防の取組の強化

・生活習慣の改善や基礎疾患の管理の重要性などについての啓発、危険因子や初期症状等に関する知識の普及、未治療者や治療中断者に対する受診勧奨、特定健康診査や保健指導などの実施率向上などに取り組む。

適切な受療行動の促進と救急救護体制の整備

・初期症状の早期発見と医療機関早期受診に関する啓発、病院前救護体制及び救急搬送体制の強化などに取り組む。

病期に応じた専門的医療の提供体制の構築

・発症からの時間や病型に応じた適切な医療提供体制の推進、病期に応じたリハビリテーションが切れ目なく提供される体制の構築などに取り組む。

在宅医療の推進

・基礎疾患や危険因子の管理についての啓発、口腔管理を実施する歯科医療機関との連携、訪問看護等の在宅療養に関わる関係機関による連携体制の推進などに取り組む。

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% (平成27(2015)年度)	特定健康診査 70%以上 特定保健指導 45%以上 (2023年度)
2	発症後3時間以内に受診した患者の割合	37.5% (平成28(2016)年)	50%以上 (2023年)
3	脳卒中で在宅等生活の場に復帰した患者の割合	58.1% (平成26(2014)年)	65%以上 (2023年)
4	発症後3日以内にリハビリテーションを実施した患者の割合	66.0% (平成28(2016)年)	75%以上 (2023年)
5	脳卒中発症登録に占める再発者の割合	22.9% (平成28(2016)年)	20%以下 (2023年)

6	脳血管疾患の年齢調整死亡率 (人口 10 万対)	男性 49.1 女性 28.5 (平成 27 (2015) 年)	全国値以下 (2023 年)
---	-----------------------------	--	-------------------

(7) 医療機能と連携

以下の医療機能と連携体制、さらには、疾患に応じた適切な医療や心血管疾患リハビリテーションが急性期から維持期にかけて切れ目なく提供される体制を構築していきます。

a 心筋梗塞等の心血管疾患予防のための機能【保健】

・生活習慣の改善や基礎疾患の管理の重要性などについて普及啓発に取り組む。

b 心筋梗塞等の心血管疾患発症予防のための医療機能【予防医療】

・健康づくりの取組と連動し、心筋梗塞等の心血管疾患の発症予防に取り組む。

c 応急手当・病院前救護の機能【救護】

・心筋梗塞等の心血管疾患の疑われる患者が、発症後迅速に専門的な診療が可能な医療機関に到着できるように救急搬送を行う。

d 救急医療の機能【急性期医療】

・疾患に応じた専門的な治療や在宅復帰のための心血管疾患リハビリテーション、再発予防のための定期的な専門的検査を行う。

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

・再発や合併症予防のため、心血管疾患リハビリテーションの実施や在宅等生活の場への復帰を支援する。

f 在宅療養を支える機能【維持期医療】

・再発予防の治療や在宅療養を継続できるよう支援する。

(4) 主な取組

心筋梗塞等の心血管疾患予防の取組の強化

・生活習慣の改善や基礎疾患の管理の重要性などについての啓発、危険因子や初期症状等に関する知識の普及、未治療者や治療中断者に対する受診勧奨、特定健康診査や保健指導などの実施率向上などに取り組む。

速やかな救命処置の実施と救急救護体制の整備

・初期症状の早期発見と発症早期における対応の重要性についての啓発、病院前救護体制及び救急搬送体制の構築などに取り組む。

病期に応じた専門的医療の提供体制の構築

・適切な治療が受けられる医療提供体制の推進、心血管疾患リハビリテーションが適切に提供されるよう多職種による連携体制の構築などに取り組む。

在宅療養が可能な体制の推進

・基礎疾患や危険因子の管理の重要性についての啓発、訪問看護等の在宅療養に関わる関係機関による連携の推進などに取り組む。

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% (平成 27 (2015) 年度)	特定健康診査 70%以上 特定保健指導 45%以上 (2023 年度)
2	虚血性心疾患で在宅等生活の場に復帰した患者の割合	94.9% (平成 26 (2014) 年)	100% (2023 年)

3	心筋梗塞等の心血管疾患の年齢調整死亡率 (人口 10 万対)	急性心筋梗塞 男性 19.7 女性 8.2 (平成 27 (2015) 年)	全国値以下 (2023 年)
		大動脈瘤及び解離 男性 7.8 女性 4.1 (平成 27 (2015) 年)	
		心不全 男性 13.2 女性 9.6 (平成 27 (2015) 年)	心不全 男性 9.9 以下 女性 7.0 以下 (2023 年)

(7) 医療機能と連携

以下の医療機能、さらには、患者のその時々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医療が提供される体制を構築していきます。

a 糖尿病発症予防のための機能【予防】

・生活習慣の改善や基礎疾患の管理の重要性などについて普及啓発及び栄養・生活指導を含めた医療的な健康管理を行う。

b 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】

・糖尿病の診断と合併症の発症を予防するための初期・安定期治療や、良好な血糖コントロールを目指した治療を行う。

c 血糖の管理が困難な患者等の治療を行う機能【専門治療】

・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行う。

d 急性合併症の治療を行う機能【急性合併症治療】

・糖尿病性昏睡等急性合併症の治療機能の充実強化に取り組む。

e 慢性合併症の治療を行う機能【慢性合併症治療】

・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について、専門的な検査や治療を行う。

(4) 主な取組

糖尿病予防の取組の強化

・生活習慣の改善の重要性についての啓発、特定健康診査や保健指導などの実施率向上、保険者がかかりつけ医と連携して行う保健指導や受診勧奨等の取組を支援する。

必要な医療体制の整備と医療機関等の連携強化

・標準的な医療の普及と医療連携体制の構築、糖尿病連携手帳等を用いた患者情報の共有化、保険者や歯科など多職種連携の強化による重症化予防対策の取組を推進する。

糖尿病医療等に係る人材の育成と資質向上

・医療従事者等の人材育成と資質向上のための取組、多職種連携の推進に必要な人材育成などの取組を推進する。

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% (平成 27 (2015) 年度)	特定健康診査 70%以上 特定保健指導 45%以上 (2023 年度)
2	糖尿病患者数	55,000 人 (平成 26 (2014) 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% (平成 28 (2016) 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% (平成 28 (2016) 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 (平成 28 (2016) 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 (平成 28 (2016) 年度)	保険者の半数以上 ※2 (2023 年度)

※1 「とちぎ健康 21 プラン (2 期計画)」に合わせて設定。

※2 平成 28 (2016) 年度の栃木県保険者協議会構成保険者数は 42。

(7) 医療機能と連携

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以下のような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。

a 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

b 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

c 都道府県連携拠点機能

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

(イ) 主な取組

- 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に、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する。
- 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、普及啓発を促進する。
- 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する。
- 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、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す。

数値目標

No.	目標項目	ベースライン	目標値	
1	精神病床における急性期 (3 か月未満) 入院需要 (患者数)	674 人 (平成 26 (2014) 年度)	686 人 (2020 年度)	693 人 (2024 年度)
2	精神病床における回復期 (3 か月以上 1 年未満) 入院需要 (患者数)	593 人 (平成 26 (2014) 年度)	613 人 (2020 年度)	616 人 (2024 年度)
3	精神病床における慢性期 (1 年以上) 入院需要 (患者数)	3,344 人 (平成 26 (2014) 年度)	3,029 人 (2020 年度)	2,395 人 (2024 年度)
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 (平成 26 (2014) 年度)	1,738 人 (2020 年度)	1,439 人 (2024 年度)
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 (平成 26 (2014) 年度)	1,291 人 (2020 年度)	956 人 (2024 年度)
6	精神病床における入院需要 (患者数)	4,611 人 (平成 26 (2014) 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)	—	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)	—	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)	—	191人 (2020年度)	505人 (2024年度)
10	精神病床における入院後3か月時点の退院率	63% (平成26(2014)年度)	69% (2020年度)	
11	精神病床における入院後6か月時点の退院率	82% (平成26(2014)年度)	84% (2020年度)	
12	精神病床における入院後1年時点の退院率	89% (平成26(2014)年度)	90% (2020年度)	
13	自殺死亡率(人口10万人当たりの自殺者数)	19.5 (平成27(2015)年)	14.6 (2022年)	

(7) 医療機能と連携

以下の医療機能、さらに医療機関等相互の連携により、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ていきます。

a 病院前救護活動の機能【救護】

- ・患者や家族による速やかな救急要請、傷病者の搬送・医療機関への受入れが適切に行われる。

b 初期救急医療を担う医療機関の機能【初期救急医療】

- ・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。

c 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】

- ・救急搬送の受入れ体制を確保し、患者の状態に応じた適切な救急医療を提供する。

d 救命救急医療機関（三次救急医療）の機能【救命医療】

- ・救急搬送の受入れに応じ、患者の状態に応じた適切な救急医療を提供する。

e 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】

- ・在宅療養を望む患者の退院を支援するとともに合併症等に対する慢性期の医療を提供する。

(4) 主な取組

救急医療の適正利用

- ・関係医療機関相互の機能分化を促進するとともに、県民に対して、適切な救急医療機関の利用などに関する普及啓発や救急医療に関する情報提供を行う。

病院前救護体制の充実・強化

- ・救急搬送が増加傾向にある高齢者について、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するとともに、電話相談の更なる普及啓発を図る。

初期救急医療体制の充実・強化

- ・各地域の実情に応じて、休日夜間急患センターの整備を促進するとともに、初期救急医療機関に勤務する医師を対象とした研修を行うなど、人材の育成を図る。

二次救急医療体制の充実・強化

- ・病院群輪番制病院の医療機器等の整備や医師確保の取組を支援する。

三次救急医療体制の充実・強化

- ・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。

救命後の医療体制の充実・強化

- ・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る。

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 （全国）39.3分 （平成28（2016）年）	全国平均以下 （2023年）
2	とちぎ子ども救急電話相談の相談件数	19,673件 （平成28（2016）年度）	前年度より増加 （毎年度）
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（2016）年度）	30.0% （2023年度）
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（2016）年度）	35.0% （2023年度）
5	救命救急センターにおける小児救急患者の入院率	15.3% （平成28（2016）年度）	20.0% （2023年度）

(7) 医療機能と連携

以下の医療機能、さら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ていきます。

a 災害拠点病院

- ・災害時の高度診療機能やDMATを有し、業務継続計画（BCP）の整備を含め、平時から備えを行う。

b 災害拠点精神科病院

- ・災害時の精神科医療の提供機能を有し、災害時に精神科等の患者を受入れ、一時避難場所となる。

c 災害時に拠点となる病院以外の病院等

- ・被災時に被害状況等を発信するとともに、BCPの整備を含め、平時から備えを行う。

(4) 主な取組

災害拠点病院やDMATを軸とした体制整備

- ・災害医療従事者の知識・技能の向上を図るとともに、災害拠点病院以外の病院について、DMAT指定病院やLDMAT指定病院に指定するほか、BCPの策定を促進する。

医療関係団体との連携強化

- ・医療関係団体と連携して災害訓練を実施し、災害時のコーディネート体制を確認するとともに、避難所の衛生管理や避難者の健康管理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や保健医療活動を総合調整する体制の整備に取り組む。

災害時における精神保健医療活動の体制整備

- ・栃木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整備や連携体制の構築を行うとともに、災害派遣精神医療チーム（DPAT）を養成するための研修や訓練を実施する。

数値目標

No.	目標項目	ベースライン	目標値
1	DMAT指定病院数（LDMAT指定病院を含む）	11 病院 (平成 29 (2017) 年 12 月現在)	18 病院 (2023 年度)
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	6.3% (平成 29 (2017) 年 9 月現在)	全国平均以上 (2023 年度)
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 (2017) 年度)	各地域分科会で年間 1 回以上 (2023 年度)

ク へき地医療

(7) 医療機能と連携

へき地において継続的に医療を提供するため、関係機関と連携して、地域ニーズに応じた効率的な医療体制の構築に向けた取組を行います。

a へき地における保健指導の機能【保健指導】

・行政、医療の関係機関が連携し、無医地区等においても保健指導を提供する。

b へき地における診療の機能【へき地診療】

・へき地診療所等がへき地医療拠点病院等と連携し効率的に質の高い診療を提供する。

c 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】

・へき地医療拠点病院等が巡回診療、医師派遣、遠隔診療等による診療支援を行う。

d 行政機関等によるへき地医療の支援【行政機関等の支援】

・県、へき地医療支援機構、市町が連携し、へき地医療の維持、従事者の支援を行う。

(4) 主な取組

人材育成、人材確保の取組

・養成課程における動機付け、県養成医師のへき地医療拠点病院やへき地診療所への派遣、キャリア形成支援や勤務環境改善支援等により従事者の育成、確保に取り組む。

効率的な医療提供体制の構築に向けた取組

・地域の医療需要に基づき、市町の患者輸送事業等と連携した通院支援、ICT 活用による診療支援、歯科医療や在宅医療の確保及び支援に取り組む。

へき地医療支援体制の確保

・とちぎ地域医療支援センターの取組との連動、市町や大学等との連携により効率的なへき地医療支援体制の構築・確保に取り組む。

へき地医療提供体制

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 ● 沓石 ● 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水室診療所	佐野市民病院

●＝無医地区、▲＝準無医地区

(平成 26 (2014) 年 10 月 31 日現在)

(7) 医療機能と連携

以下の医療機能、さらに医療機関相互の連携により、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ていきます。

a ローリスク妊婦の分娩等を扱う機能（日常生活・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】

・ローリスク妊婦の分娩や、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。

b 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】

・周産期に係る比較的高度な医療行為を実施し、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。

c 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】

・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。

d 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】

・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し、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。

(4) 主な取組

周産期医療提供体制の整備・充実

・栃木県地域枠の設置や修学資金貸与制度等による周産期医療従事者の確保支援、研修会の開催等による周産期医療従事者の資質向上、NICU 入院児支援コーディネーターの配置促進、NICU 退院後の地域生活を支える小児在宅医療提供体制の整備等に取り組む。

医療機関等の連携の促進

・周産期医療連携センター等を通じ、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・効率化を図る。

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体制を整備する。

災害時の周産期医療体制の整備

・災害時小児周産期リエゾンの養成を推進する等、災害時の周産期医療体制を整備する。

数値目標

No.	目標項目	ベースライン	目標値
1	地域周産期医療機関の整備	4 医療圏 (平成 29 (2017) 年 10 月現在)	5 医療圏 (各周産期医療圏 1 か所以上) (2023 年度)
2	新生児訪問(産後 1 か月以内)の実施率	6.9% (平成 27 (2015) 年度)	25.5% (2023 年度)
3	災害時小児周産期リエゾン認定者数	2 人 (平成 29 (2017) 年 10 月現在)	17 人 (2023 年度)

コ 小児救急を含む小児医療

(7) 医療機能と連携

以下の医療機能、さらに医療機関相互の連携により、地域における小児医療の提供体制を構築していきます。

a 健康相談等の支援の機能【相談支援等】

- ・子供の急病時の対応への支援や慢性疾患児等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。

b 一般小児医療を担う機能【一般小児医療】

- ・地域に必要な一般小児医療や生活の場での療養・療育が必要な小児に対する支援を実施する。

c 初期小児救急医療を担う機能【初期小児救急】

- ・小児科を標榜する診療所・病院や休日夜間急患センターにおいて初期小児救急医療を実施する。

d 小児専門医療を担う機能【小児専門医療】

- ・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小児専門医療を実施する。

e 入院を要する救急医療（二次救急医療）を担う機能【入院小児救急】

- ・入院を要する小児救急医療を 24 時間体制で実施する。

f 高度な小児専門医療を担う機能【高度小児専門医療】

- ・特に対応が困難な患者に対する高度な専門入院医療や医療従事者への教育、研究を実施する。

g 小児の救命救急医療（三次救急医療）を担う機能【小児救命救急医療】

- ・小児の救命救急医療を 24 時間体制で実施する。

(4) 主な取組

小児救急医療の適正利用の推進

- ・こども救急ガイドブックの頒布等による情報提供や、子ども救急電話相談（#8000）の更なる利用促進に取り組む。

小児医療提供体制の整備

- ・休日夜間急患センター等への医療機器等の整備や小児科医等の確保に対する支援により小児救急医療提供体制の整備に取り組む。
- ・診療所・病院間の機能分担の促進や医療資源の集約化・重点化への支援により地域の小児医療提供体制の確保に取り組む。
- ・子ども医療センターへの支援等により小児専門医療提供体制の整備に取り組む。
- ・人材育成・確保と関係医療機関の連携体制の構築により小児在宅医療提供体制の整備に取り組む。
- ・災害時小児周産期リエゾンの計画的養成により災害時における小児医療提供体制の整備に取り組む。

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 (平成 28 (2016) 年度)	前年度より増加 (毎年度)
2	救命救急センターにおける小児救急患者の入院率【救急医療再掲】	15.3% (平成 28 (2016) 年度)	20.0% (2023 年度)
3	災害時小児周産期リエゾン認定者数【周産期医療再掲】	2 人 (平成 29 (2017) 年 10 月現在)	17 人 (2023 年度)

(7) 医療機能と連携

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、県民誰もが安心して地域で暮らし続けられるよう、在宅医療提供体制の充実を目指します。

a 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を実施する。
- ・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を実施する。

b 日常の療養生活を支援する機能【日常の療養支援】

- ・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。

c 容態の変化時に適切に対応する機能【容態変化時の対応】

- ・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する。

d 患者が望む場所での看取りに対応する機能【在宅での看取り】

- ・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。

e 在宅医療に必要な連携の推進を担う機関（連携推進機関）

- ・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に向け、在宅医療に必要な連携を推進する。

f 在宅医療において積極的な役割を担う医療機関

- ・かかりつけ医療機関又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。

g 在宅医療推進支援センター

- ・各市町における在宅医療・介護連携推進に係る支援及び広域的な連携の取組に係る調整等を行う。

(4) 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促進、県民の在宅医療に関するニーズ等の把握、人生の最終段階における意思決定に関する啓発等に取り組む。

人材確保・育成

- ・関係機関と連携した、在宅医療に取り組む医療従事者の確保及び質の向上、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、地域において在宅医療・介護に係る多職種協働のリーダーとなる人材の育成等に取り組む。

体制整備

- ・グループ診療や後方支援に係る体制等在宅医療に係る機関間の連携の充実・強化に向けた支援、在宅医療提供体制の均てん化を図るための地域の関係機関との検討及び支援、小児や精神分野等の在宅医療提供体制の充実・強化に向けた取組等を実施する。

在宅医療・介護連携に係る市町支援

- ・市町が実施する在宅医療・介護連携に係る取組を促進するため、人材育成研修、在宅医療資源等に関する情報提供、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を実施する。

数値目標

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	283 施設 (平成 27 (2015) 年)	400 施設 (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)	476.4 人 (平成 29 (2017) 年)	580 人 (2020 年)

3	訪問歯科診療を実施する歯科診療所数	121 施設 (平成 26 (2014) 年)	250 施設 (2020 年)
4	訪問薬剤指導を実施する薬局数	124 施設 (平成 29 (2017) 年)	220 施設 (2020 年)

(3) 地域医療構想の取組【第 6 章】

医療や介護の需要の増大・変化が見込まれる中、将来必要な医療機能と実現に向けた施策について定めた「栃木県地域医療構想（平成 28 (2016) 年 3 月）」に基づき、病床の機能分化と連携、地域での療養環境の整備を図ります。

ア 県北地域医療構想

- ・可能な限り居住する地域で急性期から回復期までの医療が受けられ、慢性期における療養ができるような医療連携及び医療介護連携体制の構築
- ・交通アクセスの問題なども含めたまちづくりに向けた、関係機関・団体との連携の促進
- ・在宅療養者等を支える保健・医療・福祉・介護のネットワークの構築

エ 県東地域医療構想

- ・急性期病床から回復期病床への移行転換や、在宅復帰に向けたリハビリ機能の充実
- ・構想区域におけるがん治療のあり方の検討
- ・地域の関係者の協議に基づく、中核病院の移転整備後の機能の充実と役割分担による連携体制の強化

イ 県西地域医療構想

- ・交通アクセスの整備状況等を踏まえつつ、集約化も含めた医療機能の分化と連携体制の構築
- ・がん、脳卒中、急性心筋梗塞等の回復期を担う医療機能の充実
- ・周産期医療の充実と小児の入院機能の確保に向けた検討
- ・山間部など在宅医療資源が乏しい地域における介護施設のあり方や活用方法の検討

オ 県南地域医療構想

- ・高度急性期及び急性期において現在担っている機能の維持・強化
- ・回復期機能等を確保するため、地域バランスを考慮した、病床機能転換等、設備整備等の促進
- ・慢性期患者及びその家族を支えるために必要な病床や在宅医療、介護施設等の役割分担や連携等の構築

ウ 宇都宮地域医療構想

- ・救急医療や小児医療等、必要な医療提供体制の維持及び連携体制の強化
- ・リハビリテーションを提供する病床や在宅復帰を支援する病床の整備促進
- ・各医療施設の役割分担の明確化と住民への周知
- ・在宅医療等の基盤整備の促進

カ 両毛地域医療構想

- ・隣接する県との連携も踏まえた機能分化と連携の推進
- ・病床機能転換や設備整備等の促進による回復期病床及び回復期リハビリテーション機能の充実・強化
- ・在宅医療の基盤整備及び介護との連携強化による在宅療養体制の構築

(4) 各分野の医療体制の充実【第7章】

ア 感染症

- ・「栃木県感染症予防計画」、「栃木県新型インフルエンザ等対策行動計画」、「栃木県結核対策プラン」に基づく対策の推進
- ・エイズ・性感染症対策として、正しい知識の普及啓発等
- ・ウイルス性肝炎対策として、「栃木県肝炎対策推進計画」に基づく各種施策の実施 など

イ 移植医療

- ・臓器提供意思表示カードの所持を促進するための普及啓発活動等の推進
- ・普及啓発活動等による骨髄バンク事業の推進 など

ウ 難病対策

- ・早期の診断や身近な医療機関での治療と学業・就労との両立も含めた、地域の実情に応じた難病の医療提供体制を構築
- ・栃木県神経難病医療ネットワークによる関係機関の連携強化やとちぎ難病相談支援センター等における相談支援の充実 など

エ アレルギー疾患

- ・アレルギー疾患に関する県民への情報提供や正しい知識の普及啓発
- ・相談体制の充実と医療提供体制の確保 など

オ 歯科保健医療

- ・歯や口腔と関係する病気等の予防の推進
- ・歯や口腔の健康に関する啓発と検診の普及
- ・障害者・要介護者への歯科保健医療サービスの確保
- ・歯科保健医療提供体制の整備 など

(5) 保健・医療・介護・福祉の総合的な取組の推進【第8章】

ア 健康づくりの推進

- ・健康寿命の延伸と健康格差の縮小を目指した「とちぎ健康21プラン(2期計画)」に基づく施策の推進 など

イ 高齢者保健福祉対策

- ・シルバー大学校の運営や市町・関係団体との連携による高齢者の多様な社会活動参加の促進
- ・介護予防に関する普及啓発や市町が実施する介護予防事業への支援
- ・地域の多様な主体による生活支援サービスの促進や地域包括支援センターの機能強化
- ・要介護者の在宅での生活を支援する在宅サービスや特別養護老人ホーム等の施設サービスの整備充実
- ・認知症の早期診断・早期対応のための医療連携体制の構築や相談支援体制の充実 など

ウ 今後高齢化に伴い増加する疾患等対策

- ・虚弱や要介護状態、それらになりやすい状況を予防するための栄養・食生活、身体活動、社会参加の促進 など

エ 障害者保健福祉対策

- ・障害者が地域で安心して暮らせる相談支援体制の充実
- ・多様なサービス提供事業者による居住の場や日中活動の場などの基盤整備の推進
- ・医療的ケアを必要とする障害児（者）が地域生活を継続するための支援体制の推進 など

オ 母子保健対策

- ・母子の状態やニーズに応じた妊娠期、出産、子育て期までの切れ目のない支援
- ・医療、児童福祉、教育機関等関連する部門との連携による母子保健対策の充実 など

カ 学校における保健対策

- ・健康教育の充実、学校保健委員会や地域学校保健委員会への支援 など

キ 職域における保健対策

- ・事業場の自主的なメンタルヘルス対策等の取組促進
- ・定期健康診断の有所見者に対する事後措置の徹底、治療と仕事の両立支援への取組の促進 など

ク 自殺対策の推進

- ・「いのち支える栃木県自殺対策」に基づく総合的かつ効果的な自殺対策の取組の推進

ケ 薬物乱用防止

- ・青少年等に対する薬物乱用防止教育の充実
- ・薬物依存症者に対する治療等の充実 など

コ 食品の安全と信頼の確保

- ・HACCPによる自主衛生管理の推進、栃木県食品自主衛生管理認証制度（とちぎHACCP）の認証取得促進による食品の安全性の確保
- ・食品関係事業者の監視指導の強化、リスクコミュニケーションの推進 など

サ 健康危機管理体制の整備

- ・広域健康福祉センターを拠点とした健康危機管理体制の強化 など

(6) 保健・医療・介護・福祉を支える人材の育成確保【第9章】

- ・各団体等と連携し、県内定着促進等による人材の確保及び研修実施等による質の向上に取り組めます。

- (医師) 地域医療に貢献する医師の養成及び公的医療機関等への派遣、キャリア形成の支援、医師確保のための情報発信の強化、医療機関の勤務環境改善の取組支援 など
- (歯科医師) 良質かつ効率的な歯科医療の提供のための研修体制の充実 など
- (薬剤師) 多様化する医療・介護等のニーズに対応するかかりつけ薬剤師養成の支援 など
- (看護職員) 看護学生への修学資金貸与、看護師等養成所の支援、離職防止のための勤務環境の整備、離職者の復職支援、経験や到達段階に応じた研修の支援 など
- (介護サービス従事者) 参入促進、資質の向上、労働環境・処遇の改善に資する各種事業、介護福祉士資格取得の修学資金貸与、介護福祉士の再就職支援、介護支援専門員の研修体制整備 など

(7) 保健・医療・介護・福祉の連携【第10章】

- ・高齢化の進展、疾病構造の変化等を背景とし、保健・医療・介護・福祉に対する県民ニーズが多様化しており、各種サービスやライフステージにまたがる切れ目のない連携体制による対応や支援が求められています。各種サービス等に関する情報の共有、関係者間のネットワーク構築の支援、連携体制を支える人材の育成等により、様々な対象者や内容に応じられる相談・支援・連携体制の充実・強化を図ります。

5 計画の周知、推進体制及び進行管理・評価【第11章】

- ・計画・立案(Plan)、実施(Do)、評価(Check)、改善(Action)のサイクルにより、医療関係者や市町、保険者等、保健医療に関わる機関等との役割分担を踏まえながら、計画を推進していきます。
- ・医療や介護の関係者などで構成する栃木県医療介護総合確保推進協議会、広域健康福祉センターごとに設置する健康福祉センター協議会等を活用するなどして計画推進に関する意見聴取、目標に対する進捗状況の確認・評価等を行い、計画の着実な実現を目指します。
- ・目標項目、目標値については、既存の有識者会議等を活用し、専門家の意見を聴取しながら必要に応じて見直しを行うなど、弾力的に対応していきます。更に、6年間の達成度について調査、分析、評価を行い、次期の計画に反映させていきます。

本計画におけるPDCAサイクル

