

資料	平成 30 年 3 月 27 日
1-5	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）

- ・ 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

第1章 保健医療計画の基本的な事項	1
1 計画策定の趣旨	2
2 計画の基本理念	3
3 計画の位置づけ	3
4 計画の期間	3
第2章 栃木県の保健・医療の現状	5
1 地域の特性	6
(1) 地勢	6
(2) 交通	6
2 人口の特性	7
(1) 総人口	7
(2) 年齢階級別人口	7
(3) 出生	9
(4) 死亡	10
(5) 平均寿命	14
(6) 健康寿命	14
3 受療の状況	15
(1) 患者数	15
(2) 入院の状況	18
(3) 傷病分類別の状況	20
(4) 圏域間の流入・流出の状況	22
4 医療資源の状況	23
(1) 病院	23
(2) 一般診療所	24
(3) 歯科診療所（病院歯科を含む）	24
(4) 薬局	25
(5) 訪問看護ステーション	25
(6) 保健所・市町保健センター	25
5 医療費等の状況	26
第3章 保健医療圏と基準病床数	31
1 保健医療圏設定の基本的考え方	32
2 保健医療圏の設定	32
(1) 一次保健医療圏	32
(2) 二次保健医療圏（医療法第30条の4第2項第12号）	32
(3) 三次保健医療圏（医療法第30条の4第2項第13号）	33
3 基準病床数	35
(1) 基準病床数	35
(2) 届出により一般病床を設置できる診療所	36

第4章 良質で効率的な医療の確保	37
1 住民・患者の立場に立った医療サービスの提供	38
(1) 医療サービスの向上	38
(2) 医療の情報提供内容と広告の規制の強化	39
(3) 医療機能及び薬局機能情報の提供	39
2 医療機関の機能分担と連携	41
(1) かかりつけ医	41
(2) かかりつけ歯科医	42
(3) かかりつけ薬剤師・薬局	43
(4) 地域医療支援病院	46
(5) 公的医療機関等	47
3 医療安全対策の推進	48
4 医薬品等の安全対策及び血液等の確保	50
(1) 医薬品等の安全対策	50
(2) 後発医薬品の使用促進	52
(3) 血液等の確保	53
5 保健医療に関する情報化の推進	55
第5章 5疾病・5事業及び在宅医療の医療連携体制	59
1 医療連携体制の基本的な考え方	60
(1) 医療連携体制構築の趣旨	60
(2) 5疾病・5事業及び在宅医療の医療連携体制に係る具体的な医療機関名と数値目標等	60
2 5疾病の医療連携体制	62
(1) がん	62
(2) 脳卒中	72
(3) 心筋梗塞等の心血管疾患	84
(4) 糖尿病	96
(5) 精神疾患	106
3 5事業の医療連携体制	120
(1) 救急医療	120
(2) 災害医療	134
(3) へき地医療	142
(4) 周産期医療	152
(5) 小児救急を含む小児医療	166
4 在宅医療の医療連携体制	178
第6章 地域医療構想の取組	193
第7章 各分野の医療体制の充実	201
1 感染症	202
(1) 感染症（全般）	202
(2) 新型インフルエンザ等	204
(3) 結核	206
(4) エイズ・性感染症	208
(5) ウイルス性肝炎	209

2	移植医療	210
(1)	臓器移植	210
(2)	骨髄バンク事業	213
3	難病	214
4	アレルギー疾患	217
5	歯科保健医療	218
第8章	保健・医療・介護・福祉の総合的な取組の推進	221
1	健康づくりの推進	222
2	高齢者保健福祉対策	227
3	今後高齢化に伴い増加する疾患等対策	231
4	障害者保健福祉対策	233
5	母子保健対策	236
6	学校における保健対策	240
7	職域における保健対策	242
8	自殺対策の推進	244
9	薬物乱用の防止	248
10	食品の安全と信頼の確保	250
11	健康危機管理体制の整備	252
第9章	保健・医療・介護・福祉を支える人材の育成確保	255
1	医師	256
2	歯科医師	260
3	薬剤師	261
4	看護職員（保健師・助産師・看護師・准看護師）	262
5	理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	264
6	管理栄養士・栄養士	265
7	獣医師	267
8	介護サービス従事者	268
9	多様な保健医療福祉サービス従事者	270
第10章	保健・医療・介護・福祉の連携	273
第11章	計画の周知、推進体制及び進行管理・評価	277
1	計画の周知と情報公開	278
(1)	周知	278
(2)	情報公開	278
2	計画の推進体制と役割	279
(1)	計画の推進体制	279
(2)	関係者の役割分担	279
3	進行管理、計画の評価、見直し	281
資料編		283

第 1 章 保健医療計画の基本的な事項

1 計画策定の趣旨

本県では、昭和 63（1988）年 6 月に「栃木県保健医療計画（1 期計画）」を策定し、以来、5 年ごとに見直しを行いながら、健康づくりと疾病対策の推進、安心で良質な医療の確保、食品の安全と生活衛生の確保を柱とする各種施策に取り組んできました。

この間、急速な少子高齢化の進行、がんや心血管疾患等の生活習慣病の増加など疾病構造の変化、医学・医療技術の進歩による医療の高度化・専門化の進展、さらには県民の健康や医療、食品の安全性に対する意識、健康危機管理の必要性の高まりなどを背景とした保健・医療・生活衛生に対する県民のニーズの多様化・高度化など、保健医療を取り巻く環境は大きく変化しています。

特に少子高齢化の進行については、今後も続くとされており、本県の高齢者人口は、団塊の世代が全て 75 歳以上の後期高齢者となる 2025 年には平成 25（2013）年の約 1.23 倍（高齢化率は約 30.8%）、2040 年には約 1.27 倍（高齢化率は約 36.3%）に達すると予測されています¹。

医療・介護ニーズの増大が見込まれ、県民のニーズの変化に適切に対応した医療・介護提供体制の構築が課題となっている中、平成 26（2014）年 6 月に成立した「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」により、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療法が改正され、医療計画の一部として、2025 年における医療需要と必要病床数を病床機能区分ごとに示すとともに、その実現に向けた施策を示した地域医療構想が導入されました。

また、医療計画制度においては、急性期から回復期、慢性期までを含めた一体的な医療提供体制の構築、疾病・事業横断的な医療提供体制の構築、5 疾病・5 事業及び在宅医療に係る指標の見直し等による政策循環の仕組みの強化のほか、市町村国民健康保険の都道府県単位化や地域包括ケアシステム強化のための介護保険法の一部改正などを背景とした介護保険事業（支援）計画等の他の計画との整合性の確保等の観点が求められるようになっていきます。

本県においてもこうした状況を踏まえ、安全で質の高い医療を効率的に提供できる体制の確保に加えて、保健・福祉・介護サービスと連携することにより、県民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社会の実現を目指すため、現行の計画を見直し、「栃木県保健医療計画（7 期計画）」を策定することとしました。

¹ 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（H25.3 推計）」

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」

県民の視点に立ち、安全で質の高い医療を効率的に提供できる体制の整備充実を図るとともに、保健・介護・福祉サービスとの一体的な提供により、県民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社会の実現を目指して、計画を推進していくこととします。

3 計画の位置づけ

この計画は、次の性格を持つものです。

- (1) 本県の保健医療に関する基本的な指針となる計画
- (2) 医療法第30条の4第1項の規定に基づく計画
- (3) 栃木県重点戦略「とちぎ元気発信プラン」を踏まえた計画
- (4) 「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、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

- (1) 平成30（2018）年度を初年度とし、2023年度を目標年度とする6か年計画とします。
- (2) 在宅医療その他必要な事項については、3年ごとに調査、分析及び評価を行い、必要に応じて計画の見直しを行います。また、保健医療に関する法制度の大幅な改正や社会情勢の大きな変化等が生じた場合にも、必要に応じて計画の見直しを行うなど、弾力的に対応します。

第2章 栃木県の保健・医療の現状

1 地域特性

(1) 地勢

本県は、関東地方北部に位置し、東は茨城県、西は群馬県、南は茨城、埼玉、群馬の三県、北は福島県に接する内陸県で、首都東京の北方 60 km から 160 km の位置にあります。東京の持つ世界有数の質の高い様々な機能やサービスはもとより、首都圏内にある国際都市機能や研究開発機能などの活用が容易な環境です。

また、県土の約 55% を森林が占める自然豊かな県であり、県の東部は、標高 300 m から 1,000 m のなだらかな山々からなる八溝山地があり、北部から西部は、那須連山、日光連山、帝釈(たいしゃく)山地、足尾山地が連なる山岳地帯で、特に日光連山は、白根山、男体山、女峰山など標高 2,000 m を超える火山が連なります。

さらに、東西約 84 km、南北約 98 km に及ぶ関東地方最大の面積を有しています。6,408.09 km² (全国第 20 位) の県土の中には 14 市 11 町がありますが村はありません。

県庁所在地の宇都宮市は、県人口の約 4 分の 1 に当たる人口を擁する中核市で、全国 1,718 市町村中 26 番目(特別区を除く)の規模を誇ります。また、県北西部の日光市は、県面積の 22.6% を占める 1,449.83 km² で、岐阜県高山市、静岡県浜松市に次いで全国第 3 位となる広大な市です。

県央・県南部に広がる平野、那珂川、鬼怒川、渡良瀬川をはじめとする河川など暮らしや産業活動の基盤となる土地や水資源にも恵まれているだけでなく、楕円形を成し比較的平坦な地形であることから、県内各地への移動が容易で地域間交流がしやすい環境でもあります。

(2) 交通

県を南北に貫いて東北自動車道、国道 4 号、新 4 号国道の広域幹線道路が走り、東西方向には北関東自動車道、国道 50 号が県南部と茨城県・群馬県を結んでいます。

また、都心から放射状に整備されてきた首都圏の高速道路を環状に接続する圏央道の整備が進み、本県から都心を経由せずとも西は東名高速道路、東は東関東自動車道に行けるようになりました。この高速道路ネットワークにより、西日本や世界とつながる成田空港との連携強化が期待されます。

鉄道を見ると、南北の幹線として東北新幹線、JR 宇都宮線、東武鉄道により首都東京と結ばれ、東西の幹線として JR 水戸線、両毛線により茨城県・群馬県と結ばれています。

空路の場合、成田空港へは圏央道、茨城空港へは北関東自動車道、福島空港へは東北自動車道を経由してアクセスできます。

2 人口の特性

(1) 総人口

本県の総人口は、昭和30年代以降ほぼ一貫して増加が続き、平成9(1997)年9月に200万人に到達しました。その後はほぼ横ばいで推移していましたが、平成17(2005)年をピーク(2,017,664人)に減少傾向が続いており、平成29(2017)年10月1日現在で1,961,963人となっています。

現在の傾向が続けば、本県の人口は2030年には約180万人、2040年には約164万人に減少すると予測されています。

(2) 年齢階級別人口

昭和60(1985)年頃は、4人に1人が年少人口(0~14歳)、10人に1人が老年人口(65歳以上)という人口構成でしたが、その後、平均寿命²の延伸と出生率³の低下により高齢化が進み、平成10(1998)年には老年人口が年少人口を上回る幼老逆転の状況が生じ、以降その差が拡大し続けており、平成29(2017)年10月1日現在では、年少人口の割合が12.5%、生産年齢人口(15~64歳)の割合が60.2%、老年人口の割合(=高齢化率)が27.3%となっています。

今後更に年少人口及び生産年齢人口の減少と老年人口の増加が進み、2040年には老年人口の割合が36%に達すると予測されています。

また、本県の後期高齢者(75歳以上)人口は、平成29(2017)年の25.3万人から、団塊の世代が全て75歳に到達する2025年には32.2万人と大幅に増加することが予想されています。

従属人口指数⁴は平成29(2017)年の66.24から上昇することが予想されており、2040年には87.21と、働き手である生産年齢人口が年少人口と老年人口を支える人数は9人で6人という状況から9人で8人という状況へと上昇することが予想されています。

高齢化率を二次保健医療圏別で見ると、県西保健医療圏で31.1%、両毛保健医療圏で30.6%となっており、高齢化がより進んでいる傾向が見られます。

² 0歳における平均余命(ある年齢の者が、その年齢以降に生存する年数の平均)

³ 人口千人に対する出産数の比率

⁴ [(年少人口+老年人口)/生産年齢人口]×100で算出され、年少人口及び老年人口に対する生産年齢人口の扶養負担度を示す

二次保健医療圏別人口構成

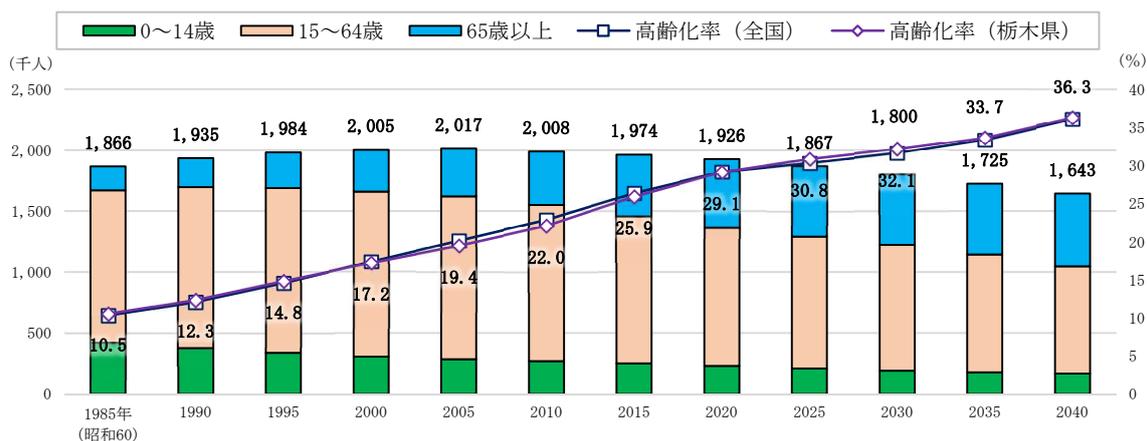
区分	総数	男	女	0～14歳	15～64歳	65歳以上	高齢化率
県北	376,088	188,600	187,488	45,311	221,261	106,432	28.5%
県西	178,245	87,230	91,015	20,331	102,188	55,260	31.1%
宇都宮	520,197	260,048	260,149	69,960	324,305	125,157	24.1%
県東	141,434	70,952	70,482	18,217	83,414	39,418	27.9%
県南	480,779	239,884	240,895	60,412	290,763	126,358	26.5%
両毛	265,220	130,389	134,831	30,548	152,573	80,644	30.6%
総数	1,961,963	977,103	984,860	244,779	1,174,504	533,269	27.3%

(単位：人)

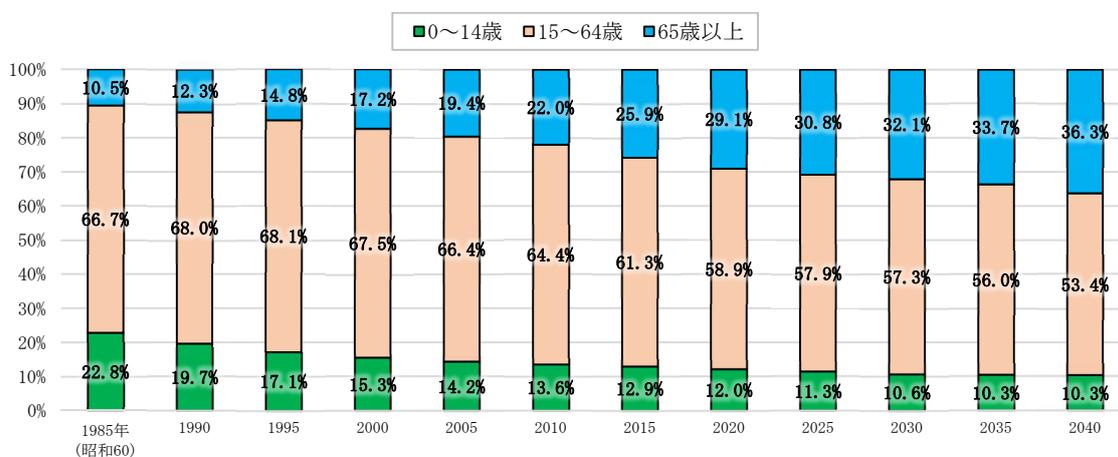
【資料：栃木県「平成29年栃木県毎月人口調査報告書」より作成（平成29（2017）年10月1日現在）】

※年齢3区分の欄は年齢不詳を除く

本県の人口・将来推計人口及び高齢化率の推移



(構成割合)



【資料：昭和60（1985）年から平成27（2015）年までの栃木県の人口及び高齢化率は栃木県「平成29年栃木県毎月人口調査報告書」より作成、2020年から2040年までの人口及び昭和60（1985）年から2040年までの全国の高齢化率は国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（H25.3推計）」及び「人口統計調査」より作成】

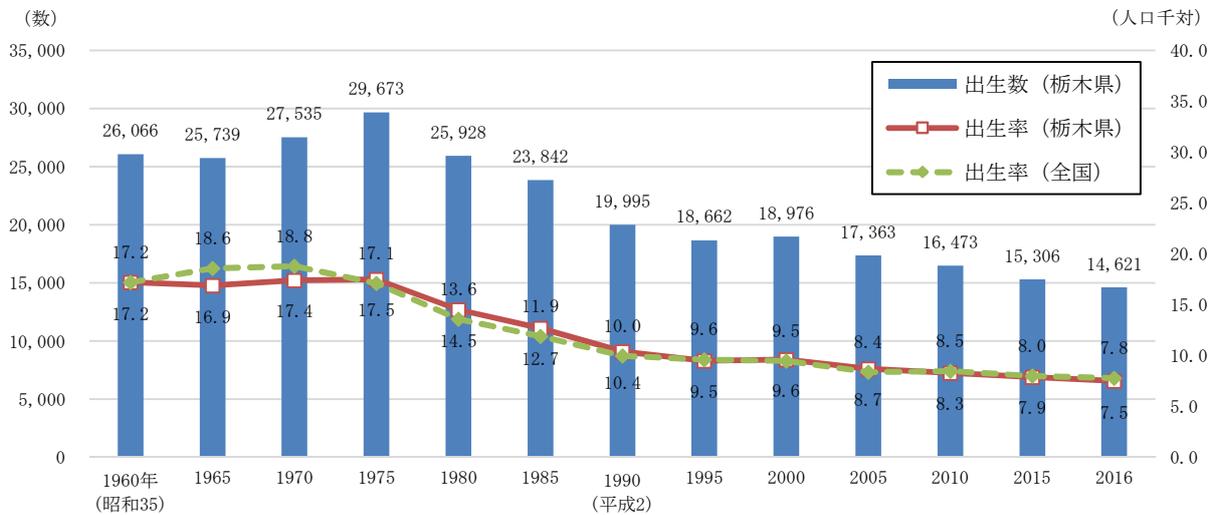
(3) 出生

平成 28 (2016) 年の本県の出生数は 14,621 人で、出生率 (人口千対) は 7.5 (全国 7.8) となっています。

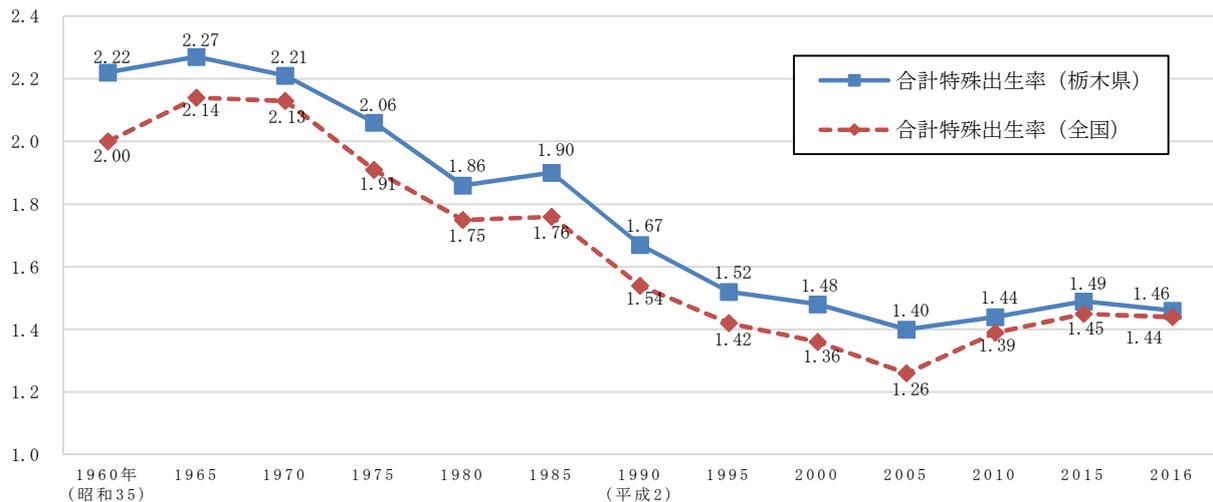
合計特殊出生率⁵は、昭和 50 (1975) 年には 2.06 (全国 1.91) でしたが、その後急速に低下し、平成 28 (2016) 年には現在の人口を維持するのに必要な水準である 2.08 を大きく下回る 1.46 (全国 1.44) となっており、少子化が顕著に進行しています。

出生率を二次保健医療圏別で見ると、宇都宮保健医療圏で 8.8 となり県全体の値を上回っているほかは、いずれの保健医療圏でも県全体の値を下回っています。

出生数及び出生率 (人口千対) の推移



合計特殊出生率の推移



【資料：厚生労働省「人口動態統計」】

⁵ 15歳から49歳までの女子の年齢別出生率〔母の年齢別出生数／年齢別女子人口〕を合計したもので、1人の女子が仮にその年次の年齢別出生率で一生の間に産むとしたときの子どもの数に相当する

(4) 死亡

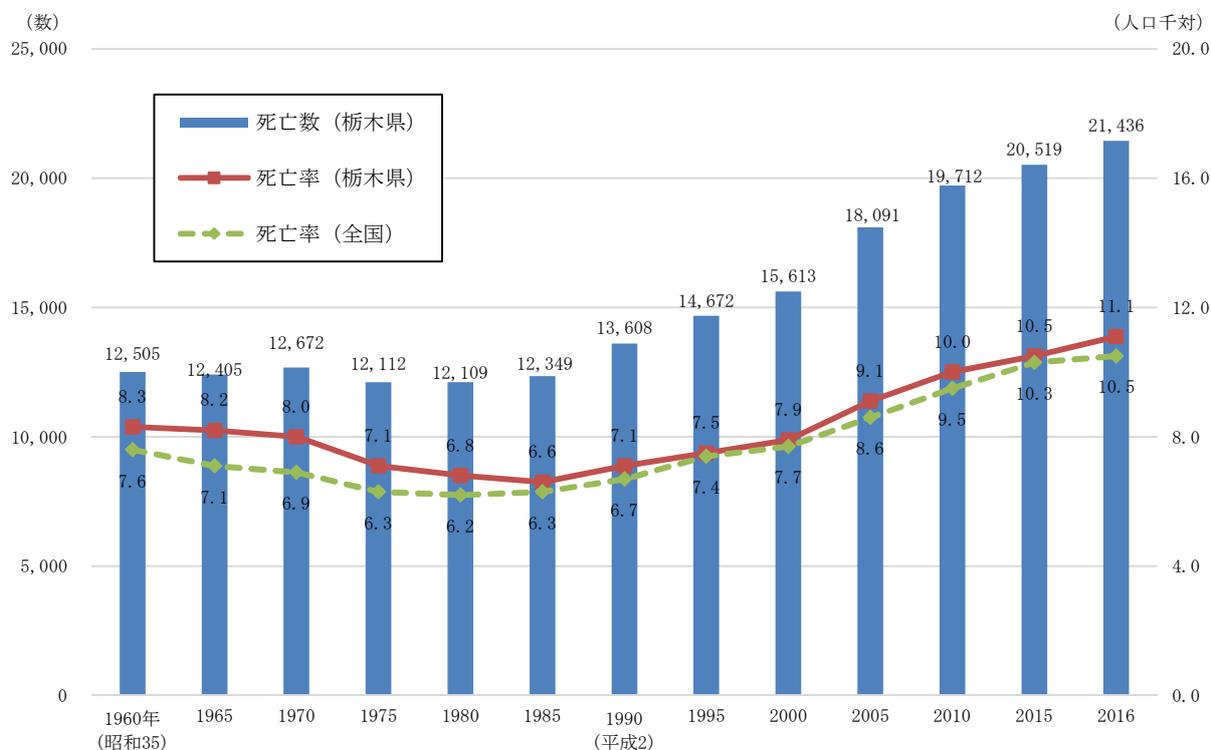
平成 28 (2016) 年の本県の死亡数は 21,436 人で、初めて 2 万 1 千人を超え、また、同年の出生数を上回っています。

死亡率⁶ (人口千対) は、昭和 62 (1987) 年に 6.3 まで低下した後、緩やかに上昇しながら推移してきており、平成 28 (2016) 年は 11.1 (全国 10.5) となっています。

平成 28 (2016) 年において、新生児死亡率⁷、乳児死亡率⁸、周産期死亡率⁹は全国平均を下回りましたが、死産率¹⁰は全国平均よりも高い数値となっています。

死亡率を二次保健医療圏別で見ると、県西保健医療圏で 13.2、両毛保健医療圏で 12.9 となっており、県西部で高い傾向が見られます。

死亡数及び死亡率 (人口千対) の推移



【資料：厚生労働省「人口動態統計」】

⁶ 人口千人に対する死亡数の比率

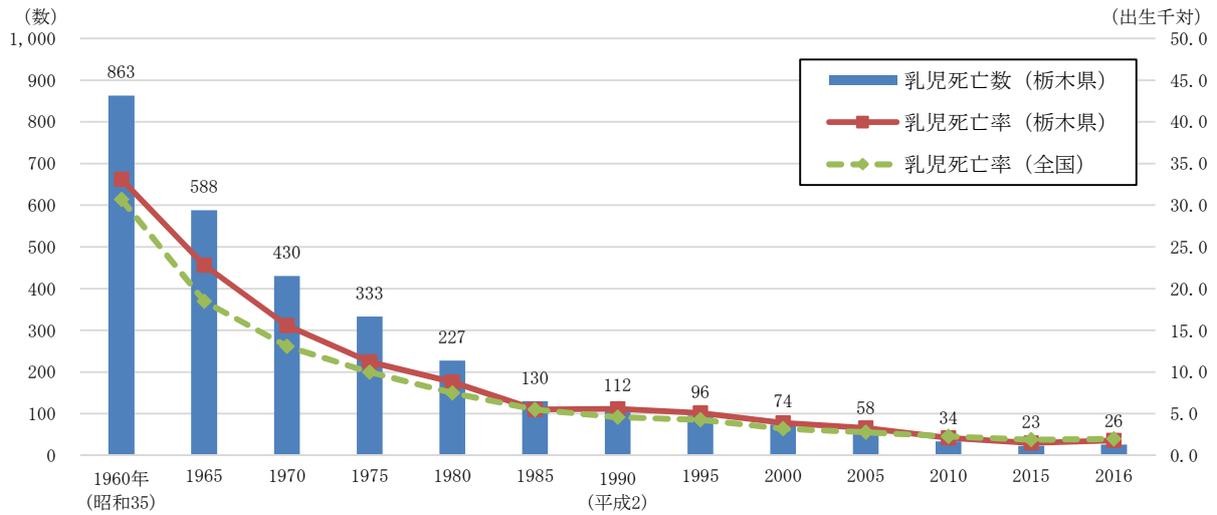
⁷ 出生千に対する生後 28 日未満の死亡数の比率

⁸ 出生千に対する 1 歳未満の死亡数の比率

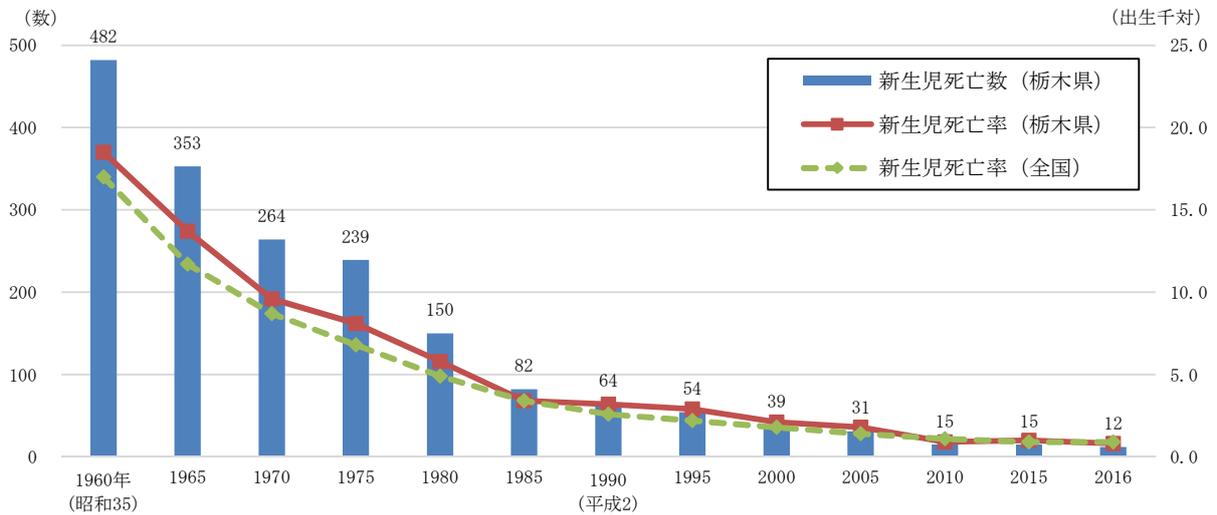
⁹ 出産数 (出生数+妊娠満 22 週以降の死産数) 千に対する妊娠満 22 週以降の死産に生後 7 日未満の早期新生児死亡を加えた数の比率

¹⁰ 出産千に対する妊娠 12 週以後の死児の出産数の比率

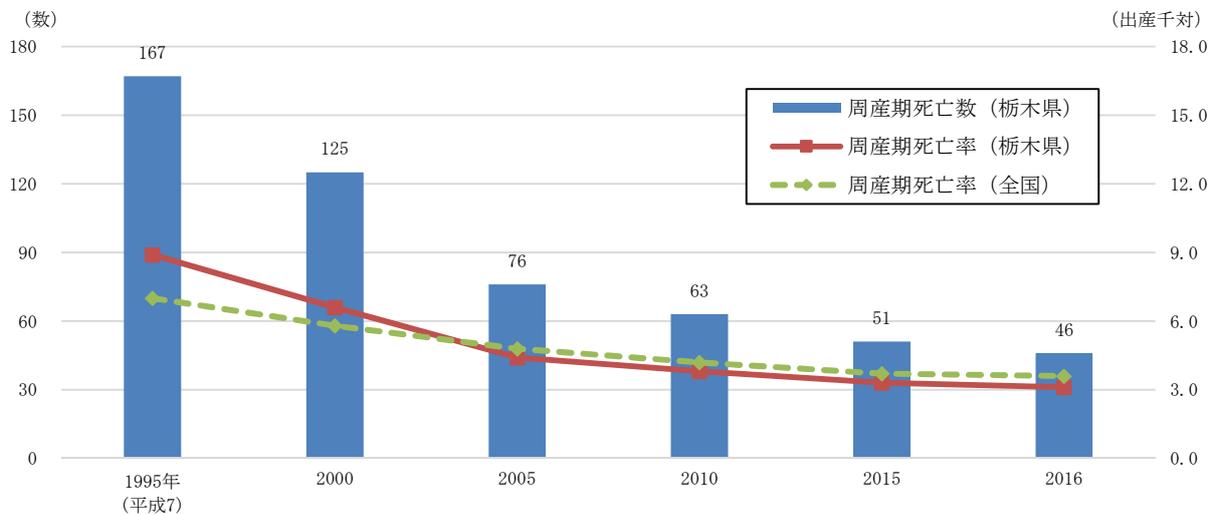
乳児死亡数及び乳児死亡率（出生千対）の推移



新生児死亡数及び新生児死亡率（出生千対）の推移

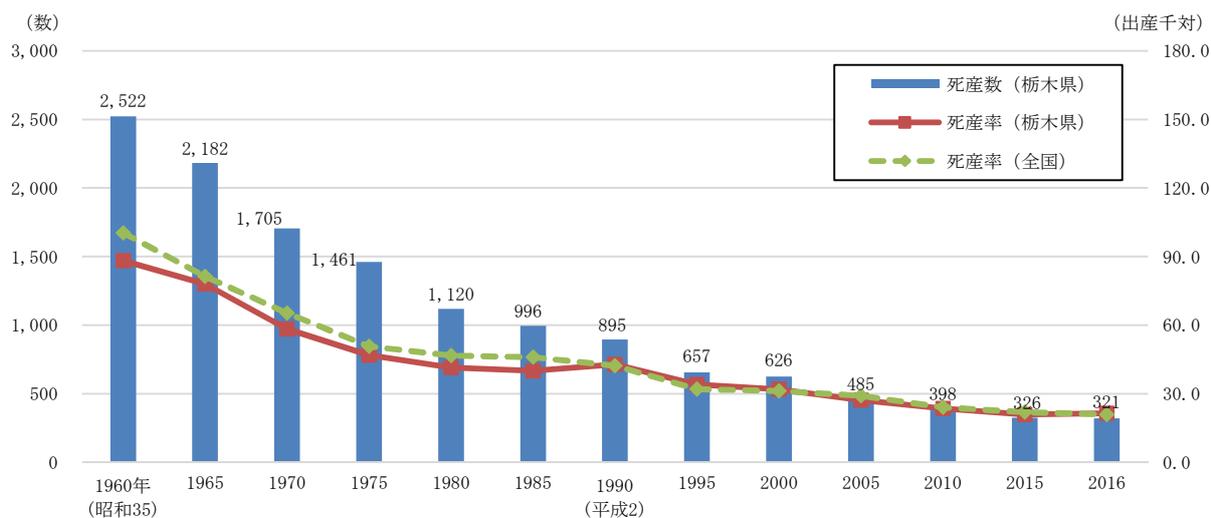


周産期死亡数及び周産期死亡率（出産千対）の推移



【資料：厚生労働省「人口動態統計」】

死産数及び死産率（出産千対）の推移



全国、栃木県、二次保健医療圏別の出生、死亡、乳児死亡、新生児死亡、死産、周産期死亡の状況（2016年）

区分	出生 (人口千対)		死亡 (人口千対)		乳児死亡 (出生千対)		新生児死亡 (出生千対)		死産 (出産千対)		周産期死亡 (出産千対)	
	数	率	数	率	数	率	数	率	数	率	数	率
県北	2,598	6.9	4,212	11.1	6	2.3	2	0.8	56	21.1	11	4.2
県西	1,134	6.3	2,376	13.2	1	0.9	1	0.9	14	12.2	2	1.8
宇都宮	4,587	8.8	4,699	9.0	5	1.1	3	0.7	103	22.0	14	3.0
県東	1,042	7.3	1,713	12.0	4	3.8	1	1.0	20	18.8	2	1.9
県南	3,490	7.3	4,998	10.4	5	1.4	3	0.9	83	23.2	14	4.0
両毛	1,770	6.6	3,438	12.9	5	2.8	2	1.1	45	24.8	3	1.7
栃木県	14,621	7.5	21,436	11.1	26	1.8	12	0.8	321	21.5	46	3.1
全国	976,979	7.8	1,307,765	10.5	1,928	2.0	874	0.9	20,938	21.0	3,522	3.6

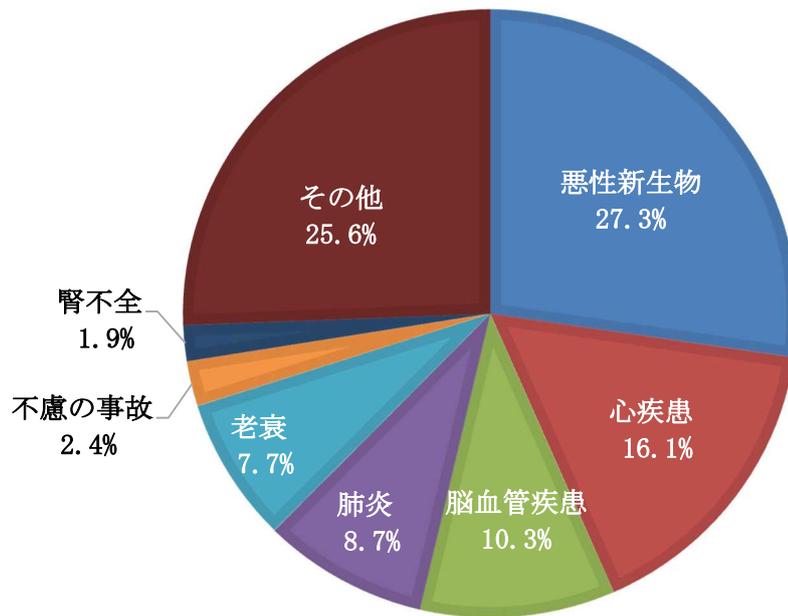
【資料：厚生労働省「人口動態統計」】

平成28(2016)年の本県における死因の順位(構成比)は、第1位悪性新生物(27.3%)、第2位心疾患(16.1%)、第3位脳血管疾患(10.3%)となっており、これらの三大死因による死亡が本県総死亡数の5割強を占めています。

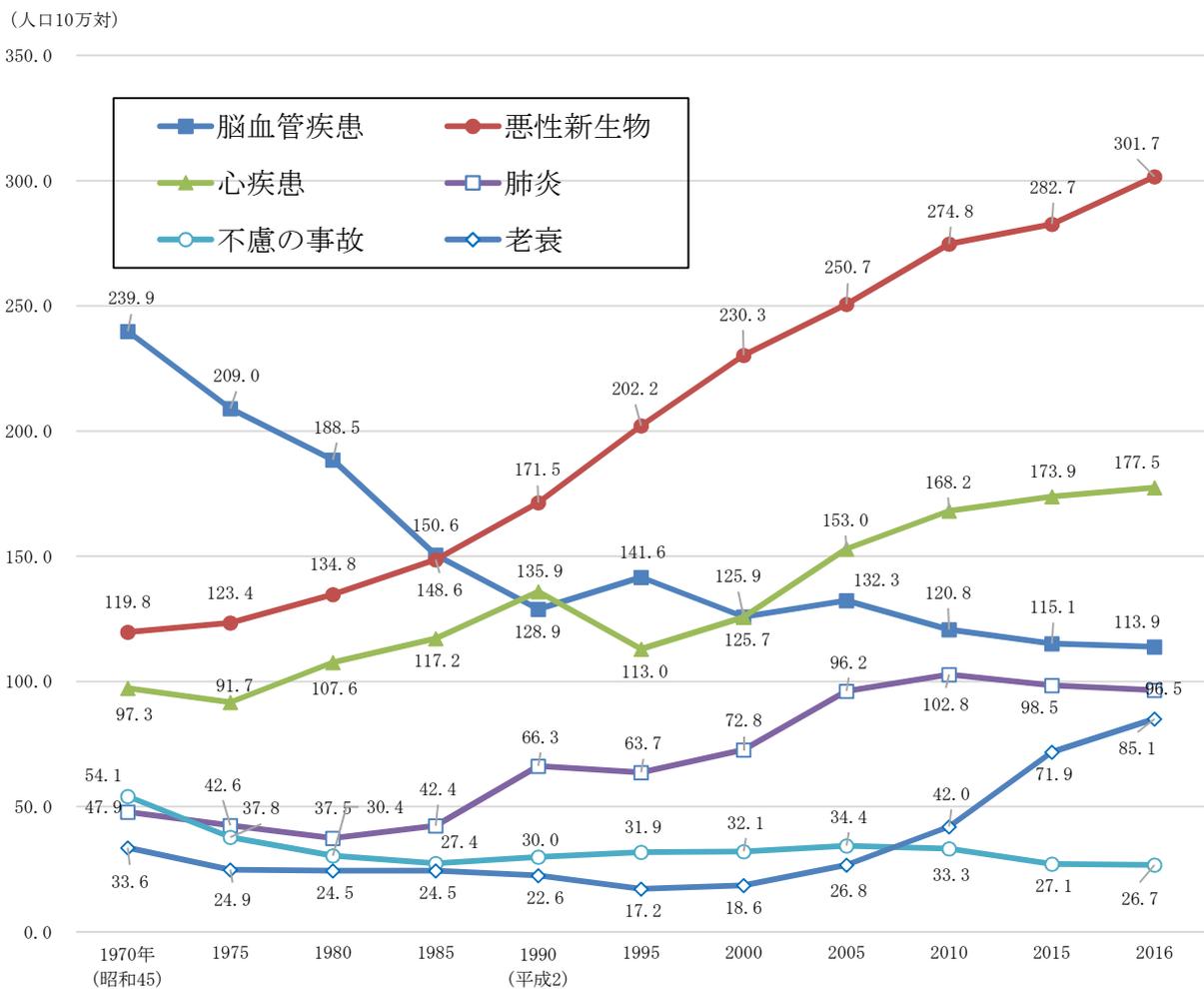
年次推移を見てみると、悪性新生物は増加傾向、心疾患は微増傾向、脳血管疾患は減少からここ数年横ばいの傾向となっています。

また、肺炎が増加傾向にあり、全国では脳血管疾患を上回って死因の順位の第3位、本県では脳血管疾患に次いで第4位(8.7%)となっており、また、本県における肺炎による死亡総数の9割近くが75歳以上となっています。

本県における主要死因別死亡数の構成割合（2016年）



本県における主要死因別死亡率の推移

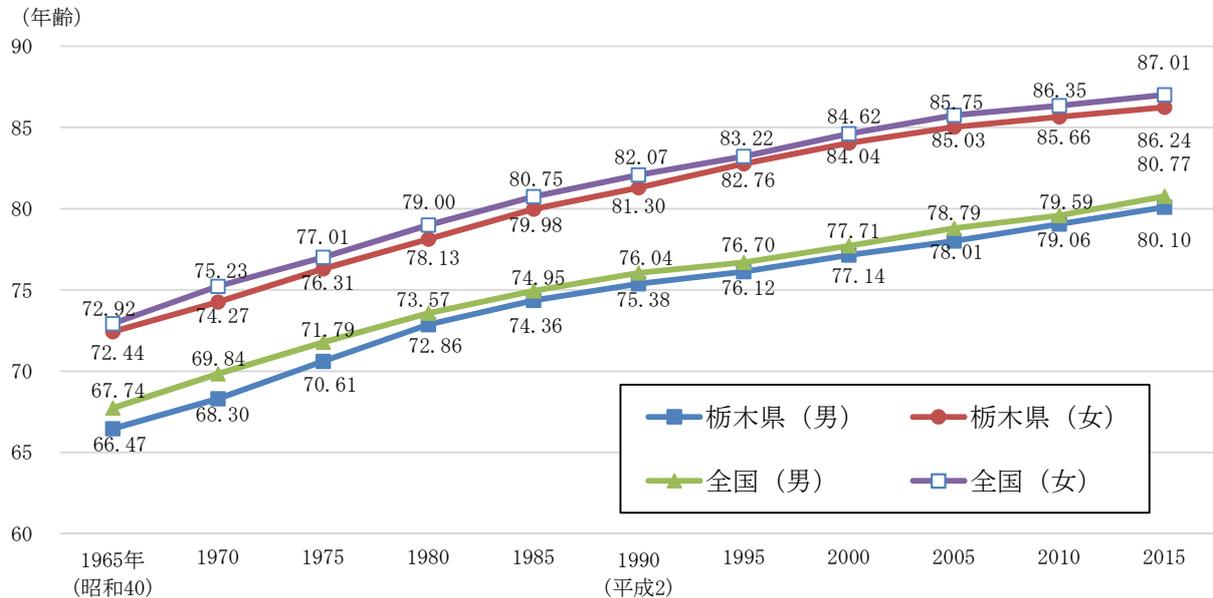


【資料：厚生労働省「人口動態統計」】

(5) 平均寿命

本県の平均寿命は男女とも着実に伸びていますが、昭和 40（1965）年以降、全国値を下回っています。

平均寿命の推移

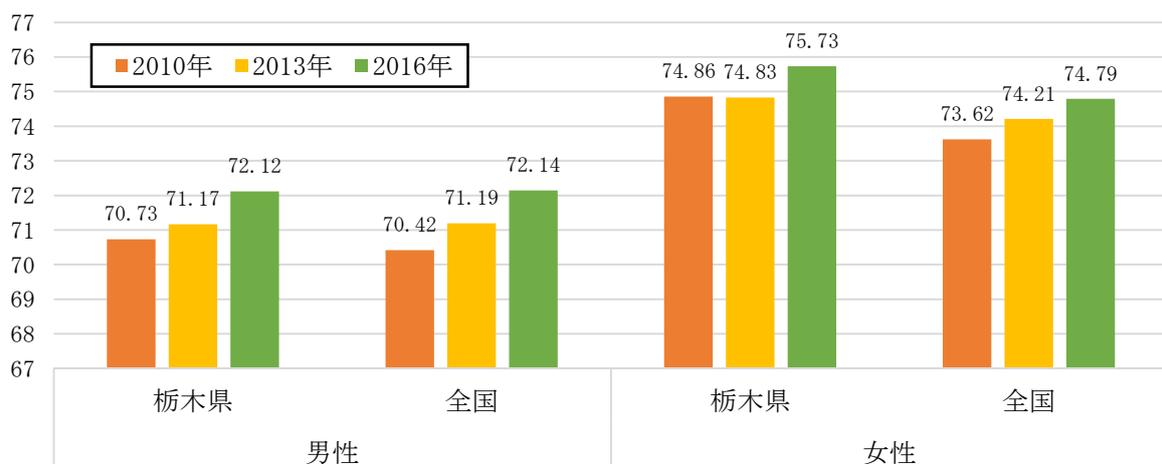


【資料：厚生労働省「都道府県別生命表」】

(6) 健康寿命

平成 28（2016）年の本県の健康寿命¹¹は、男性 72.12 年、女性 75.73 年であり、平成 22（2010）年と比較して男性、女性とも上回っています。

健康寿命（性別、栃木県・全国）



【資料：厚生労働科学研究費補助金「健康寿命における将来予測と生活習慣病対策の費用対効果に関する研究」】

¹¹ 健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間（平均寿命－日常生活の健康上の制限がある「不健康な期間」）

3 受療の状況

(1) 患者数

入院患者について、患者調査によると、調査対象日（各年10月中旬の3日間のうち医療施設ごとに定める1日）の県内の推計入院患者数は減少傾向にありますが、65歳以上の推計患者数は増加傾向にあり、入院患者の高齢化が進んでいます。

また、平成28（2016）年度に実施した栃木県医療実態調査によると、調査対象日（平成28（2016）年9月1日）の県内の入院患者数は、総数13,052人でした。うち、病院・診療所別では、病院が12,571人（96.3%）、診療所が481人（3.7%）となっています。性別では、男性が6,397人（49.0%）、女性が6,626人（50.8%）となっています。年齢階級別では、0歳～14歳が403人（3.1%）、15歳～64歳が3,904人（29.9%）、65歳以上が8,722人（66.8%）でした。

65歳以上の占める割合について、二次保健医療圏別では、県北保健医療圏が67.7%、県西保健医療圏が71.8%、宇都宮保健医療圏が65.6%、県東保健医療圏が63.6%、県南保健医療圏が66.6%、両毛保健医療圏が70.2%と、県西・両毛保健医療圏では7割を超えており、県西保健医療圏の女性で74.8%と最高でした。

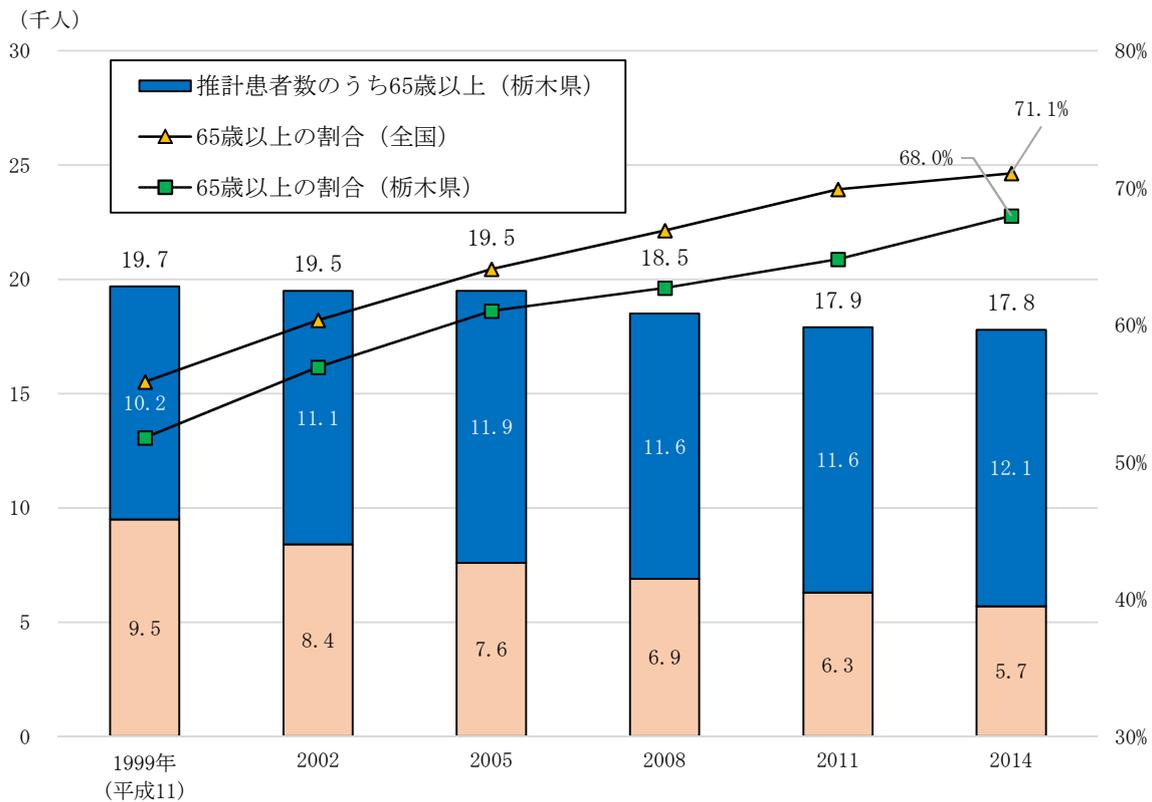
入院の経緯は、予定入院が6,446人（49.4%）、救急以外の予定外入院が3,110人（23.8%）、救急入院が3,113人（23.9%）となっており、65歳以上に限ると、救急入院（26.7%）における割合が高くなります。

入院前の場所は、家庭等が8,732人（66.9%）、当院（転棟）が331人（2.5%）、他院（転院）が2,878人（22.1%）、他施設に入所が691人（5.3%）となっており、65歳以上に限ると、他院（転院）（24.4%）、他施設に入所（6.7%）における割合が高くなります。

外来患者について、平成26年患者調査によると、調査対象日の県内の推計外来患者数は106.8千人でした。うち65歳以上は47.1千人（44.1%）となっており、外来患者も高齢化が進んでいます。

また、第2回NDBオープンデータによると、対象期間（平成27（2015）年4月から平成28（2016）年3月）の県内の初診料・再診料・外来診療料を合わせた算定回数は23,700,634件（1か月当たり1,975,053件）でした。

推計入院患者数の推移



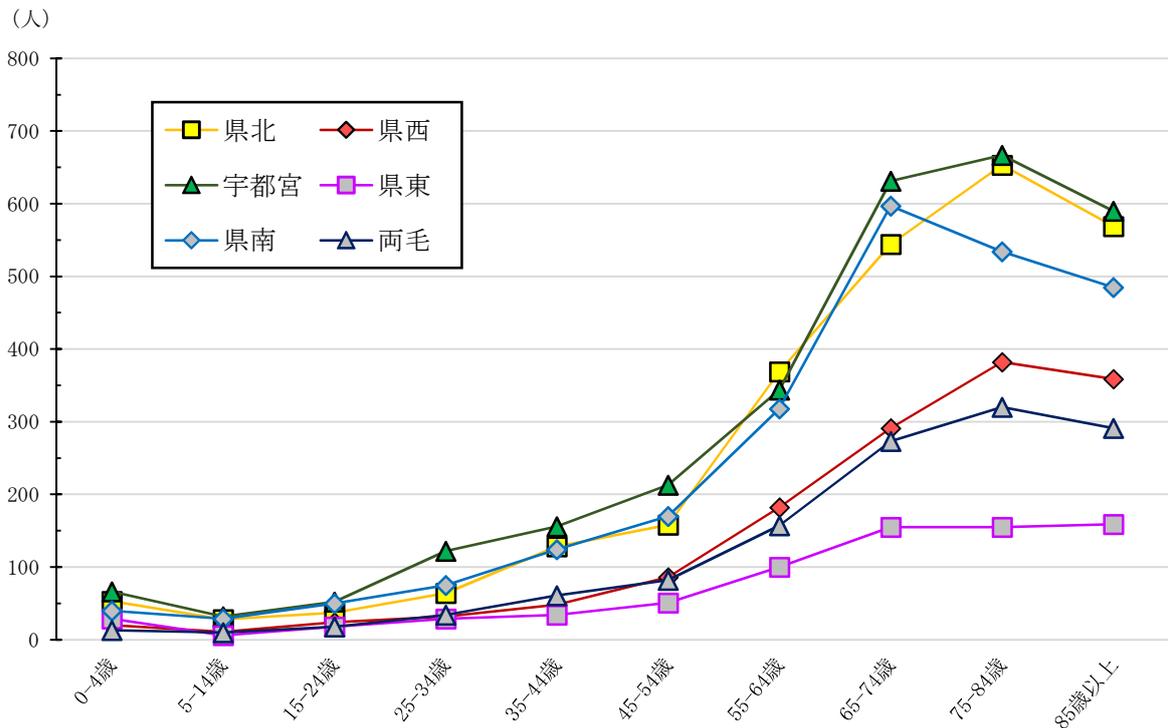
【資料：厚生労働省「患者調査」】

県内医療機関の入院患者数 (性別、年齢階級別)

	施設区分			二次保健医療圏							入院の経緯				入院前の場所					
	総数	うち病院	うち診療所	栃木県計	県北	県西	宇都宮	県東	県南	両毛	県外及び不詳	予定	予定外(救急以外)	救急	うち救急車搬送あり	家庭等	自院(転棟)	他院(転院)	他施設に入院	
																				65歳以上
総数	13,052	12,571	481	11,347	2,609	1,438	2,877	737	2,426	1,260	1,705	6,446	3,110	3,113	1,330	8,732	331	2,878	691	
性別	男	6,397	6,244	153	5,552	1,315	700	1,321	348	1,219	649	845	3,288	1,353	1,577	686	4,298	215	1,399	256
	女	6,626	6,301	325	5,778	1,289	735	1,554	389	1,201	610	848	3,139	1,753	1,532	641	4,426	115	1,463	433
	不明	29	26	3	17	5	3	2	0	6	1	12	19	4	4	3	8	1	16	2
年齢階級別	0-4歳	264	238	26	221	53	20	66	29	40	13	43	57	101	61	10	143	1	8	0
	5-14歳	139	139	0	116	28	11	32	6	29	10	23	70	37	29	6	125	0	12	0
	15-24歳	223	213	10	199	37	24	52	18	50	18	24	122	53	41	14	193	1	18	4
	25-34歳	440	360	80	356	64	32	122	29	75	34	84	212	141	70	23	382	3	36	9
	35-44歳	662	625	37	551	128	48	156	34	124	61	111	365	173	100	35	500	9	112	15
	45-54歳	887	878	9	760	158	86	213	51	170	82	127	502	181	168	72	635	13	179	31
	55-64歳	1,692	1,666	26	1,470	369	182	344	100	318	157	222	968	359	315	141	1,183	47	370	47
	65-74歳	2,877	2,806	71	2,491	544	291	631	155	597	273	386	1,652	623	543	234	1,987	81	652	93
	75-84歳	3,088	2,993	95	2,711	653	382	667	155	534	320	377	1,498	660	853	375	2,042	85	720	158
	85歳以上	2,757	2,631	126	2,453	569	359	590	159	485	291	304	985	778	930	419	1,533	90	759	333
	不詳	23	22	1	19	6	3	4	1	4	1	4	15	4	3	1	9	1	12	1
	65歳以上(再掲)	8,722	8,430	292	7,655	1,766	1,032	1,888	469	1,616	884	1,067	4,135	2,061	2,326	1,028	5,562	256	2,131	584
75歳以上(再掲)	5,845	5,624	221	5,164	1,222	741	1,257	314	1,019	611	681	2,483	1,438	1,783	794	3,575	175	1,479	491	
65歳以上の占める割合	66.8%	67.1%	60.7%	67.5%	67.7%	71.8%	65.6%	63.6%	66.6%	70.2%	62.6%	64.1%	66.3%	74.7%	77.3%	63.7%	77.3%	74.0%	84.5%	

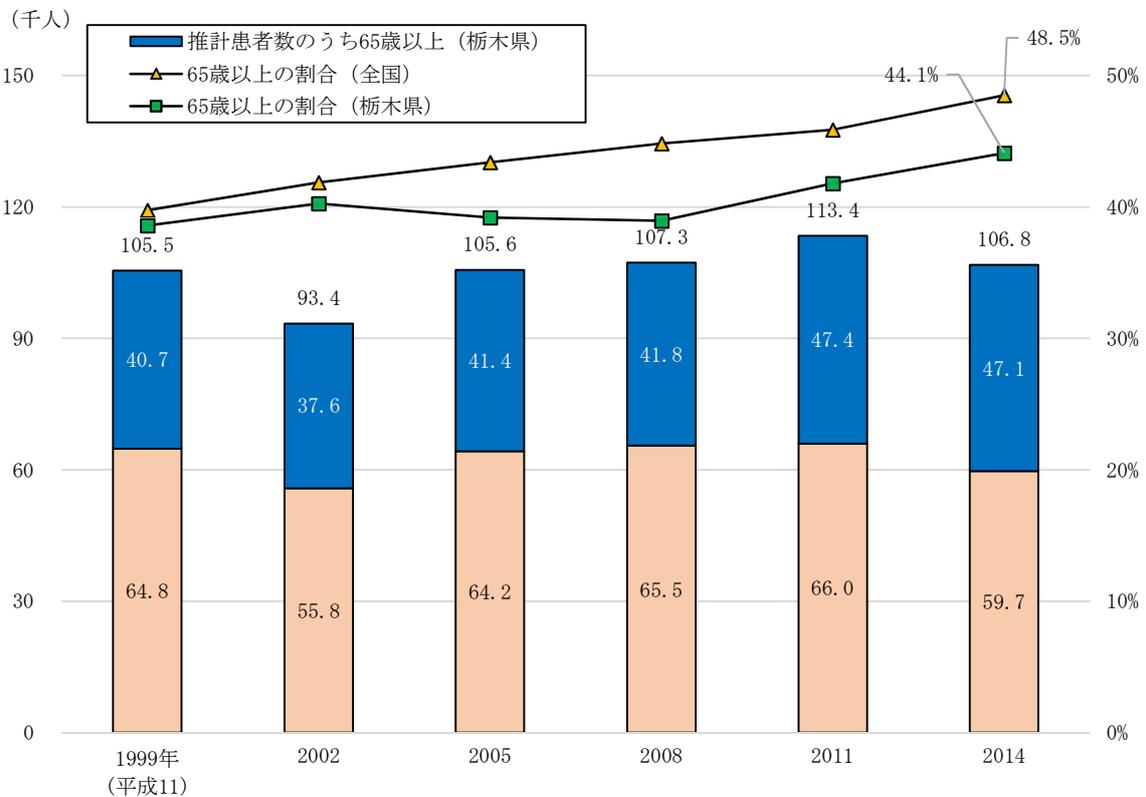
【資料：栃木県「平成28年度栃木県医療実態調査」(総数には性別不明・年齢不詳含む)】

二次保健医療圏別、年齢階級別入院患者数



【資料：栃木県「平成28年度栃木県医療実態調査」】

推計外来患者数の推移



【資料：厚生労働省「患者調査」】

(2) 入院の状況

県内患者の入院受療率は、平成 28 年度栃木県医療実態調査によると 663.1（人口 10 万対）となっています。

年齢階級別では、0～4 歳が 348.1 で、5 歳～14 歳では 80.4 と最も低く、その後はおおむね年齢が高くなるに従い高くなり、55 歳を超えた辺りから急激に上昇しています。

性別では、男性が 653.1、女性が 670.0 となっています。男性では、0～4 歳が 362.7 で、5 歳～14 歳では 84.5 と最も低く、それ以降はおおむね年齢が高くなるに従い上昇しています。女性では、0～4 歳が 332.7 で、5 歳～14 歳では 76.0 と最も低く、それ以降はおおむね年齢が高くなるに従い上昇しています。男女ともにほぼ同様の動きが見受けられますが、女性では 25～34 歳において 305.2 と前後の年齢階級より高くなります。

二次保健医療圏別では、総数で県西保健医療圏（798.1）、県北保健医療圏（689.3）の受療率¹²が比較的高くなっています。

二次保健医療圏別、性別、年齢階級別入院受療率（人口 10 万対）

	栃木県	県北	県西	宇都宮	県東	県南	両毛	
総数	663.1	689.3	798.1	553.7	517.8	504.4	472.4	
男性	653.1	693.1	793.8	508.9	488.4	508.4	495.6	
女性	670.0	682.7	798.9	597.6	547.3	497.8	449.2	
年齢階級別	0-4歳	348.1	381.3	332.7	289.0	524.5	215.6	144.4
	5-14歳	80.4	86.5	73.7	67.2	46.1	67.6	45.2
	15-24歳	126.8	110.1	157.9	111.5	152.2	109.3	79.0
	25-34歳	208.4	163.1	190.1	194.0	197.2	145.0	132.5
	35-44歳	237.9	249.8	210.8	189.3	175.2	184.0	173.7
	45-54歳	344.5	335.4	366.3	297.1	292.2	271.5	233.2
	55-64歳	637.8	680.6	702.7	552.1	465.5	484.8	439.0
	65-74歳	1,041.4	1,021.0	1,062.1	943.9	774.0	892.3	653.1
	75-84歳	1,847.6	1,972.7	2,121.4	1,703.3	1,290.5	1,377.6	1,226.1
	85歳以上	3,498.0	3,274.6	3,906.4	3,589.0	2,454.8	2,763.5	2,469.2
	65歳以上（再掲）	1,670.2	1,702.0	1,890.3	1,541.9	1,217.7	1,311.5	1,109.4
75歳以上（再掲）	2,376.4	2,420.9	2,724.6	2,260.9	1,698.4	1,809.6	1,612.9	

【資料：栃木県「平成 28 年度栃木県医療実態調査」（総数には性別不明・年齢不詳含む）、人口は「平成 28 年栃木県毎月人口調査報告書」より】

¹² （患者数×100,000）÷人口で算出され、ある特定の日に疾病治療のために、すべての医療施設に入院あるいは通院、又は往診を受けた患者数と人口 10 万人との比率

平成 28 年病院報告によると、県内病院の病床利用率¹³は 80.8%で、全国値 80.1%を 0.7 ポイント上回っています。

病床の種類別にみると、療養病床は 87.8%（全国 88.2%）、一般病床は 76.4%（全国 75.2%）、精神病床は 86.1%（全国 86.2%）となっています。

二次保健医療圏別にみると、療養病床においては宇都宮保健医療圏（91.6%）が最も高く、両毛保健医療圏（82.6%）が最も低くなっており、一般病床においては宇都宮保健医療圏（79.2%）が最も高く、県東保健医療圏（63.9%）が最も低くなっています。

また県内病院の平均在院日数¹⁴は 29.7 日で、全国値 28.5 日を 1.2 日上回っています。

病床の種類別にみると、療養病床は 160.8 日（全国 152.2 日）、一般病床は 16.6 日（全国 16.2 日）、精神病床は 348.9 日（全国 269.9 日）となっています。

二次保健医療圏別にみると、療養病床においては県東保健医療圏（244.0 日）が最も長く、県南保健医療圏（119.3 日）が最も短くなっており、一般病床においては県西保健医療圏（18.7 日）が最も長く、県南保健医療圏（15.1 日）が最も短くなっています。

病床利用率及び平均在院日数

		総数	療養病床	一般病床	精神病床	感染症病床	結核病床	介護療養病床	介護療養病床を除く総数	
病床利用率（%）	全国	80.1	88.2	75.2	86.2	3.2	34.5	91.4	-	
	栃木県	80.8	87.8	76.4	86.1	8.3	35.6	93.6	-	
	二次保健医療圏	県北	81.1	83.4	78.6	-	-	-	-	-
		県西	83.8	88.4	78.7	-	-	-	-	-
		宇都宮	82.3	91.6	79.2	-	-	-	-	-
		県東	75.8	88.8	63.9	-	-	-	-	-
		県南	80.4	88.9	78.0	-	-	-	-	-
両毛	77.4	82.6	69.1	-	-	-	-	-		
平均在院日数（日）	全国	28.5	152.2	16.2	269.9	7.8	66.3	314.9	27.5	
	栃木県	29.7	160.8	16.6	348.9	5.1	70.6	301.4	29.0	
	二次保健医療圏	県北	33.7	158.1	17.5	-	-	-	-	-
		県西	38.1	181.8	18.7	-	-	-	-	-
		宇都宮	37.5	200.9	17.9	-	-	-	-	-
		県東	30.1	244.0	15.3	-	-	-	-	-
		県南	20.7	119.3	15.1	-	-	-	-	-
両毛	30.0	126.0	16.7	-	-	-	-	-		

【資料：厚生労働省「平成 28 年病院報告」】

¹³ 在院患者延数×100÷（日数×病床数）で算出され、病床の利用状況を示す指標

¹⁴ 在院患者延数÷（1/2×〔新入院患者数+退院患者数〕）で算出され、患者がどれくらいの期間入院しているかをみる指標

(3) 傷病分類別の状況

平成 28 年度栃木県医療実態調査によると、傷病分類別入院患者数（傷病分類別入院受療率（人口 10 万対））は、最多が「精神及び行動の障害」で 2,732 人（138.8）、以下「循環器系の疾患」で 2,168 人（110.1）、「新生物（腫瘍）」で 1,786 人（90.7）となっています。

65 歳以上では、「循環器系の疾患」で 1,819 人（348.3）、以下「精神及び行動の障害」で 1,324 人（253.5）、「新生物（腫瘍）」で 1,242 人（237.8）であり、高齢化に伴い増加する疾患とされる「心不全」では 285 人（54.6）、「狭心症、急性心筋梗塞、冠動脈硬化症、陳旧性心筋梗塞、その他の虚血性心疾患」では 108 人（20.7）、「くも膜下出血、脳内出血、脳梗塞、その他の脳血管疾患」では 1,153 人（220.8）、「肺炎」では 474 人（90.8）、「大腿骨の骨折」では 323 人（61.9）となっています。

「心不全」、「肺炎」、「大腿骨の骨折」では全年齢のうち 65 歳以上の割合が約 9 割であるなど、特に高い割合となっており、「狭心症、急性心筋梗塞、冠動脈硬化症、陳旧性心筋梗塞、その他の虚血性心疾患」では男性の患者の割合が高く、「大腿骨の骨折」では女性の患者の割合が高くなっています。

また、平成 26 年患者調査によると、調査対象日（平成 26（2014）年 10 月中旬の 3 日間のうち医療施設ごとに定める 1 日）において継続的に医療を受けている県内の総患者数（傷病別推計）¹⁵は、最多が「循環器系の疾患」で 233 千人（うち高血圧性疾患が 190 千人）、以下「消化器系の疾患」で 131 千人（うち歯肉炎及び歯周疾患が 41 千人）、「内分泌、栄養及び代謝疾患」で 94 千人（うち糖尿病が 55 千人）となっています。

¹⁵ 調査日現在において、継続的に医療を受けている者（調査日には医療施設で受療していない者を含む。）の数を次の算式により推計したもの

総患者数＝入院患者数＋初診外来患者数＋再来外来患者数×平均診療間隔×調整係数（6/7）

男女別、傷病分類別入院患者数及び入院受療率

	患者数 (人)					受療率 (人口10万対)			
	総数	うち 65歳以上		うち 男性	うち 女性	総数	65歳以上	男性	女性
		65歳以上 の割合							
01 感染症及び寄生虫症	211	146	69.2%	103	108	10.7	28.0	10.5	10.9
02 新生物 (腫瘍)	1,786	1,242	69.5%	1,030	755	90.7	237.8	105.2	76.3
03 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	74	55	74.3%	30	44	3.8	10.5	3.1	4.4
04 内分泌、栄養及び代謝疾患	337	249	73.9%	141	196	17.1	47.7	14.4	19.8
05 精神及び行動の障害	2,732	1,324	48.5%	1,420	1,303	138.8	253.5	145.0	131.8
06 神経系の疾患	783	465	59.4%	413	368	39.8	89.0	42.2	37.2
07 眼及び付属器の疾患	167	126	75.4%	72	95	8.5	24.1	7.4	9.6
08 耳及び乳様突起の疾患	25	14	56.0%	11	14	1.3	2.7	1.1	1.4
09 循環器系の疾患	2,168	1,819	83.9%	1,059	1,101	110.1	348.3	108.1	111.3
うち 心不全	313	285	91.1%	120	193	15.9	54.6	12.3	19.5
うち 狭心症、急性心筋梗塞、冠動脈硬化症、陳旧性心筋梗塞、その他の虚血性心疾患	139	108	77.7%	95	44	7.1	20.7	9.7	4.4
うち くも膜下出血、脳内出血、脳梗塞、その他の脳血管疾患	1,363	1,153	84.6%	663	692	69.2	220.8	67.7	70.0
10 呼吸器系の疾患	1,068	897	84.0%	589	479	54.3	171.8	60.1	48.4
うち 肺炎	529	474	89.6%	272	257	26.9	90.8	27.8	26.0
11 消化器系の疾患	776	537	69.2%	414	362	39.4	102.8	42.3	36.6
12 皮膚及び皮下組織の疾患	130	99	76.2%	64	66	6.6	19.0	6.5	6.7
13 筋骨格系及び結合組織の疾患	624	451	72.3%	236	387	31.7	86.4	24.1	39.1
14 腎尿路生殖器系の疾患	535	397	74.2%	270	265	27.2	76.0	27.6	26.8
15 妊娠、分娩及び産じょく	283	1	0.4%	0	283	14.4	0.2	0.0	28.6
16 周産期に発生した病態	101	0	0.0%	56	45	5.1	0.0	5.7	4.6
17 先天奇形、変形及び染色体異常	67	4	6.0%	39	27	3.4	0.8	4.0	2.7
18 症状、徴候及び以上臨床所見・以上検査所見で他に分類されないもの	85	75	88.2%	41	42	4.3	14.4	4.2	4.2
19 損傷、中毒及びその他の外因の影響	1,021	773	75.7%	375	642	51.9	148.0	38.3	64.9
うち 大腿骨の骨折	359	323	90.0%	84	271	18.2	61.9	8.6	27.4
21 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用	10	7	70.0%	4	5	0.5	1.3	0.4	0.5
- その他	69	41	59.4%	30	39	3.5	7.9	3.1	3.9
計	13,052	8,722	66.8%	6,397	6,626	663.1	1,670.2	653.1	670.0

【資料：栃木県「平成28年度栃木県医療実態調査」(総数には性別不明含む)】

(4) 圏域間の流入・流出の状況

平成 28 年度栃木県医療実態調査によると、当該二次保健医療圏内に居住する患者のうち、当該二次保健医療圏外の医療施設で入院した患者の割合である流出割合は、県東保健医療圏（41.7%）、県西保健医療圏（37.3%）で高くなっており、当該二次保健医療圏内の医療施設で入院した患者のうち、当該二次保健医療圏外に居住する患者の割合である流入割合は、県南保健医療圏（44.1%）、宇都宮保健医療圏（33.6%）で高くなっています。また県外からの流入（県外に居住する患者のうち、県内の医療施設で入院した患者）については 886 人となっており、県南保健医療圏（450 人）、宇都宮保健医療圏（175 人）、両毛保健医療圏（152 人）で多くなっています。

入院患者数（一般・療養病床）、流入・流出割合

患者住所地 \ 医療機関所在地	県北	県西	宇都宮	県東	県南	両毛	総計	流出割合
栃木県計	1,621	823	2,676	393	2,496	990	8,999	
県北	1,515	21	289	4	113	2	1,944	22.1%
県西	15	730	227	1	190	2	1,165	37.3%
宇都宮	52	39	1,893	13	318	2	2,317	18.3%
県東	18	2	97	367	146	0	630	41.7%
県南	20	28	154	7	1,647	60	1,916	14.0%
両毛	1	3	16	1	82	924	1,027	10.0%
県外	69	20	175	20	450	152	886	-
不詳	19	55	271	70	79	28	522	-
流入割合	10.4%	13.4%	33.6%	11.1%	44.1%	19.1%	-	-

入院患者数（一般・療養病床、病院）、流入・流出割合

患者住所地 \ 医療機関所在地	県北	県西	宇都宮	県東	県南	両毛	総計	流出割合
栃木県計	1,532	755	2,551	357	2,422	976	8,593	
県北	1,434	20	282	4	112	2	1,854	22.7%
県西	14	666	218	1	188	2	1,089	38.8%
宇都宮	45	38	1,795	11	317	2	2,208	18.7%
県東	18	2	90	333	146	0	589	43.5%
県南	20	26	151	7	1,578	60	1,842	14.3%
両毛	1	3	15	1	81	910	1,011	10.0%
県外	64	18	160	18	432	144	836	-
不詳	4	54	270	70	72	28	498	-
流入割合	10.2%	13.8%	33.8%	11.2%	44.7%	18.8%	-	-

入院患者数（一般・療養病床、有床診療所）、流入・流出割合

患者住所地 \ 医療機関所在地	県北	県西	宇都宮	県東	県南	両毛	総計	流出割合
栃木県計	89	68	125	36	74	14	406	
県北	81	1	7	0	1	0	90	10.0%
県西	1	64	9	0	2	0	76	15.8%
宇都宮	7	1	98	2	1	0	109	10.1%
県東	0	0	7	34	0	0	41	17.1%
県南	0	2	3	0	69	0	74	6.8%
両毛	0	0	1	0	1	14	16	12.5%
県外	5	2	15	2	18	8	50	-
不詳	15	1	1	0	7	0	24	-
流入割合	13.8%	8.6%	30.0%	10.5%	25.0%	36.4%	-	-

【資料：栃木県「平成 28 年度栃木県医療実態調査」】

4 医療資源の状況

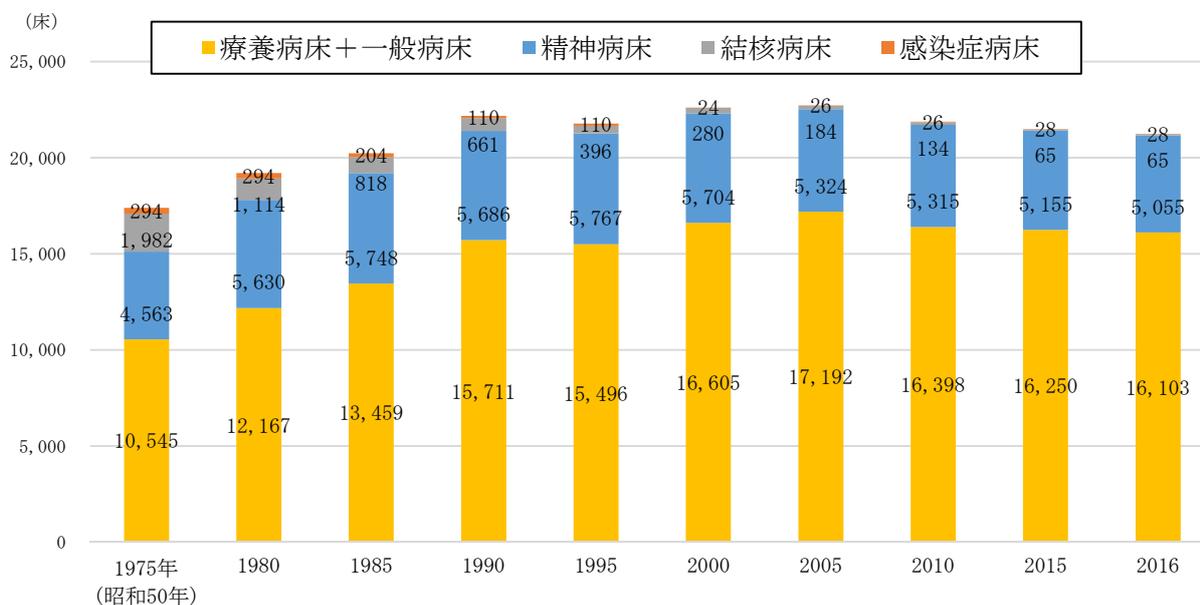
(1) 病院

平成 28 年医療施設調査によると、平成 28 (2016) 年 10 月 1 日現在の県内の病院数は 107 施設、病床数は 21,251 床となっています。人口 10 万人当たりでは、施設数が 5.4、療養病床及び一般病床の病床数が 819.0 となっており、全国の施設数の 6.7、一般病床及び療養病床数の 960.8 に比べ、施設数で 1.3、病床数で 141.8 下回っています。

病院の施設数及び病床数の推移

年次	実数						人口10万対	
	施設数	病床数					施設数	療養病床 + 一般病床
		総数	精神病床	感染症 病床	結核病床	療養病床 + 一般病床		
1975年 (昭和50年)	128	17,384	4,563	294	1,982	10,545	7.5	621.0
1980年	139	19,205	5,630	294	1,114	12,167	7.7	678.9
1985年	134	20,229	5,748	204	818	13,459	7.1	721.2
1990年	138	22,168	5,686	110	661	15,711	7.1	811.9
1995年	121	21,769	5,767	110	396	15,496	6.1	780.9
2000年	119	22,613	5,704	24	280	16,605	5.9	828.3
2005年	118	22,726	5,324	26	184	17,192	5.9	852.5
2010年	110	21,873	5,315	26	134	16,398	5.5	816.8
2015年	108	21,498	5,155	28	65	16,250	5.5	823.1
2016年	107	21,251	5,055	28	65	16,103	5.4	819.0

種類別病院病床数の推移



【資料：厚生労働省「医療施設調査」】

(2) 一般診療所

平成 28 年医療施設調査によると、平成 28 (2016) 年 10 月 1 日現在の本県の一般診療所は 1,429 施設(うち有床診療所 119 施設)、病床数は 1,755 床となっています。人口 10 万人当たりでは、施設数が 72.7、病床数が 89.3 となっており、全国の施設数の 80.0、病床数の 81.5 に比べ、施設数は 7.3 下回りますが、病床数は 7.8 上回っています。

一般診療所の施設数及び病床数の推移

年次	実数		人口10万対	
	施設数	病床数	施設数	病床数
1975年 (昭和50年)	900	4,013	53.0	236.3
1980年	954	4,747	53.0	263.9
1985年	986	4,792	52.3	254.4
1990年	1,020	4,699	52.7	242.2
1995年	1,190	4,841	60.0	243.9
2000年	1,287	4,199	64.2	209.4
2005年	1,372	2,900	68.0	143.8
2010年	1,421	2,466	70.8	122.8
2015年	1,439	1,773	72.9	89.8
2016年	1,429	1,755	72.7	89.3

【資料：厚生労働省「医療施設調査」】

(3) 歯科診療所(病院歯科を含む)

平成 28 年医療施設調査によると、平成 28 (2016) 年 10 月 1 日現在の県内の歯科診療所は 984 施設となっています。人口 10 万人当たりの施設数は 50.1 となっており、全国の 54.3 に比べ 4.2 下回っています。

また、県内の歯科を標榜する病院は 32 施設となっています。人口 10 万人当たりの施設数は 1.6 となっており、全国の 2.0 に比べ 0.4 下回っています。

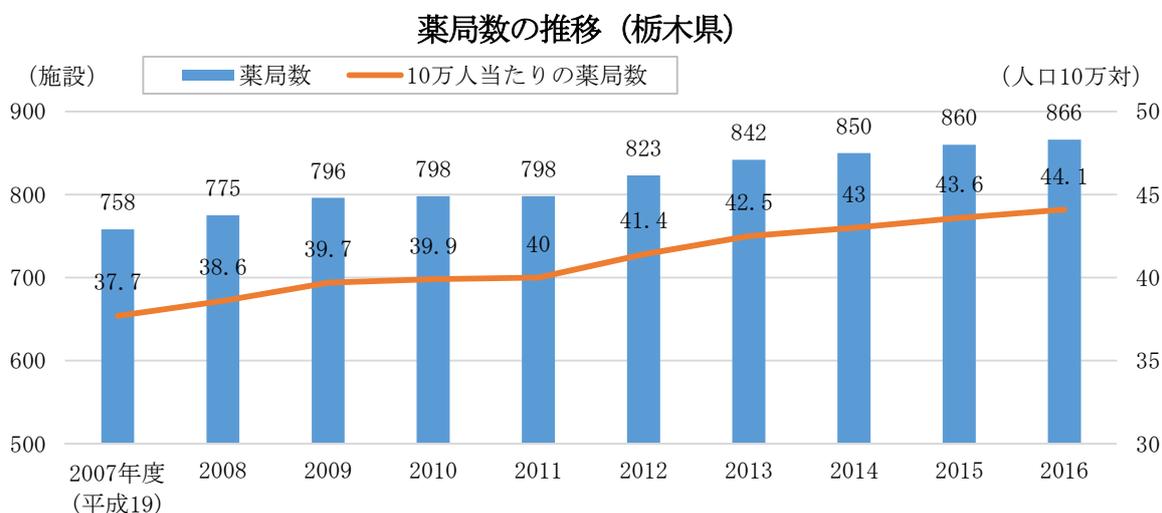
歯科診療所の施設数及び病床数の推移

年次	実数		人口10万対
	施設数	病床数	施設数
1975年 (昭和50年)	398	9.0	23.4
1980年	480	12.0	26.7
1985年	621	12.0	33.0
1990年	756	3.0	39.1
1995年	862	3.0	43.4
2000年	916	—	45.7
2005年	968	—	48.0
2010年	988	—	49.2
2015年	977	—	49.5
2016年	984	—	50.1

【資料：厚生労働省「医療施設調査」】

(4) 薬局

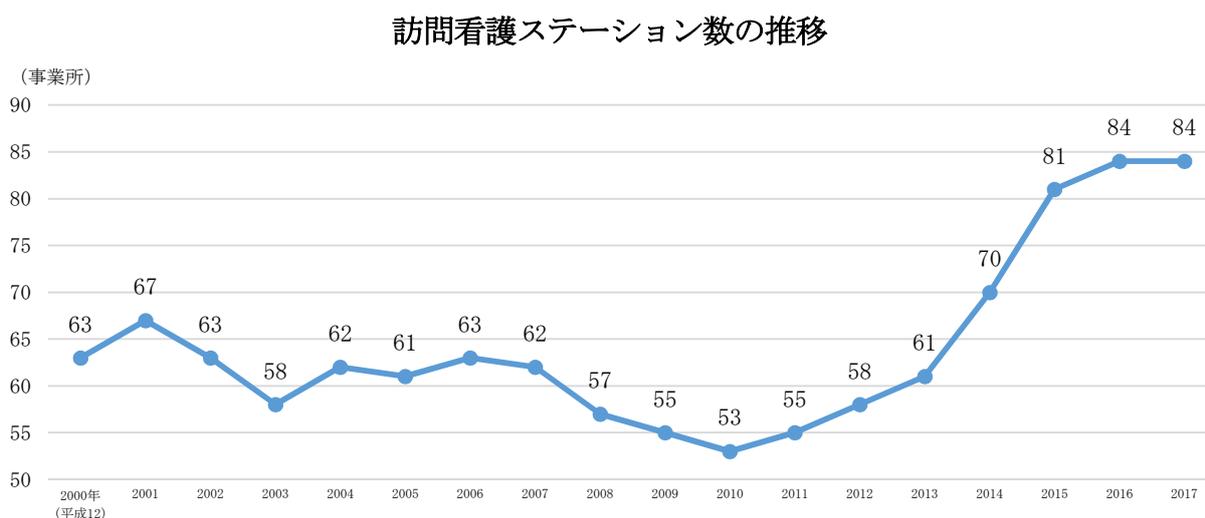
平成 28 年度衛生行政報告例によると、平成 29 (2017) 年 3 月 31 日現在の県内の薬局は 866 施設となっています。人口 10 万人当たりの薬局数は 44.1 となっており、全国の 46.2 に比べ 2.1 下回っています。



【資料：栃木県薬務課調べ】

(5) 訪問看護ステーション

平成 29 (2017) 年 4 月 1 日現在の本県の訪問看護ステーションの数は 84 事業所、人口 10 万人当たりの事業所数は 4.25 となっており、全国の 7.65 と比べて少ない状況です。



【資料：栃木県医療政策課調べ】

(6) 保健所・市町保健センター

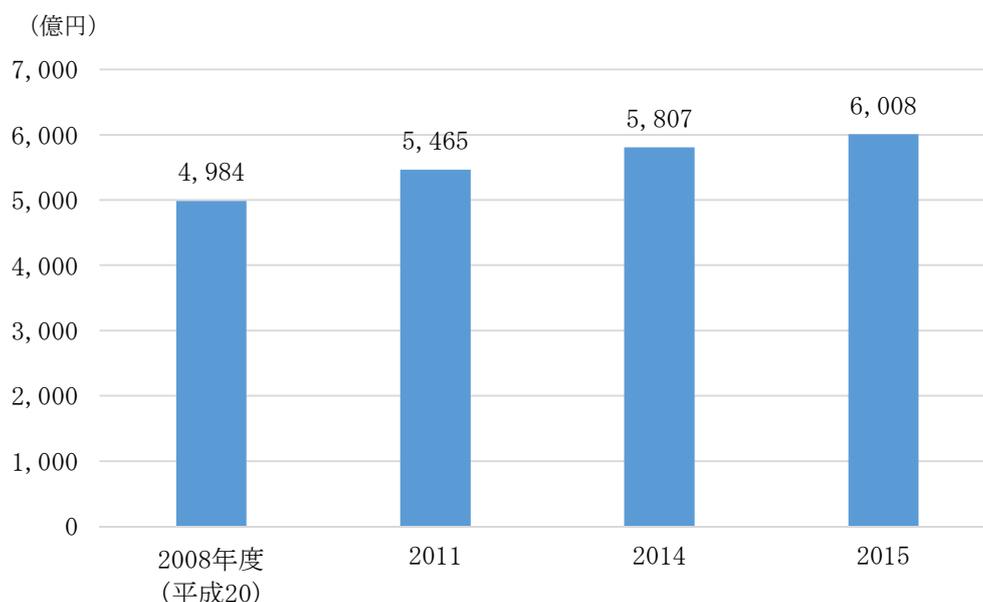
平成 29 (2017) 年 4 月 1 日現在の県内の保健所は 6 か所、市町保健センターは 39 か所となっています。

5 医療費等の状況

本県の医療費は、平成20（2008）年度には4,984億円でしたが、平成27（2015）年度には6,008億円となり、7年間で1,024億円、20.5%増加しています。この伸び率は、同期間の国民医療費全体の伸び率21.8%と比較して低くなっています。

本県の一人当たり医療費は全国値より少なくなっています。このうち、診療種別に見ると、本県は、医科入院、歯科、調剤は全国値より少ないものの、医科入院外は全国値より多くなっています。

本県の医療費の推移



【資料：厚生労働省「国民医療費」】

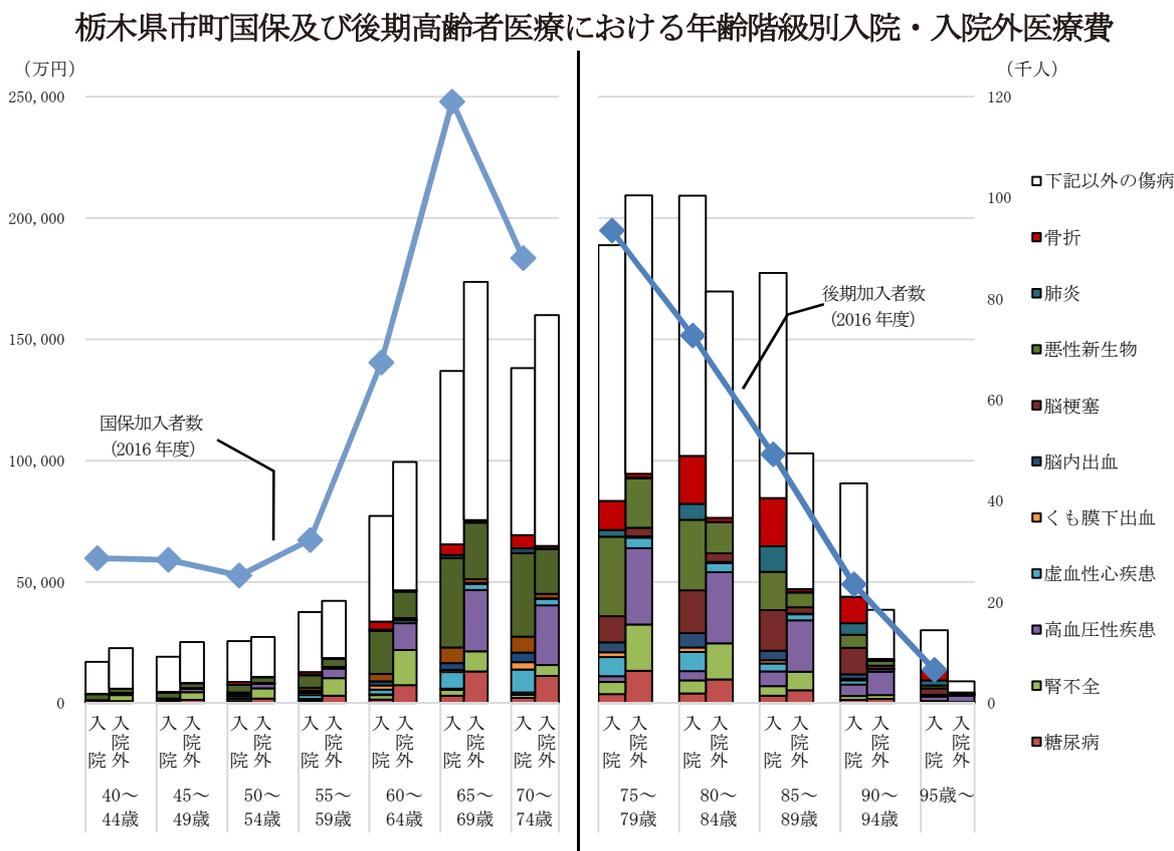
本県の一人当たり年間医療費（入院、入院外、歯科及び調剤別）

	本 県	全 国
一人当たり年間医療費	304 千円 (41 位)	333 千円
うち医科入院	104 千円 (41 位)	123 千円
うち医科入院外	117 千円 (24 位)	114 千円
うち歯科	19 千円 (41 位)	22 千円
うち調剤	54 千円 (42 位)	63 千円

※（ ）内は全国における順位。

【資料：厚生労働省「平成27年度国民医療費」】

栃木県国民健康保険団体連合会が、平成 28 (2016) 年 6 月審査分として取り扱った県内全市町の国民健康保険及び後期高齢者医療のレセプト (診療報酬明細書) (医科・歯科) では、年齢が高くなるにつれて、糖尿病や脳血管疾患、高血圧性疾患や虚血性心疾患の医療費が増え始めるなど、医療費に占める生活習慣病の割合が高くなっています。また、高齢者においては、特に骨折や肺炎が占める割合が高くなっています。



【資料：栃木県国民健康保険団体連合会「平成28年度国民健康保険疾病分類統計表・平成28年6月審査分」及び栃木県後期高齢者医療広域連合「後期高齢者医療疾病分類表・平成28年6月審査分」に基づき栃木県作成】

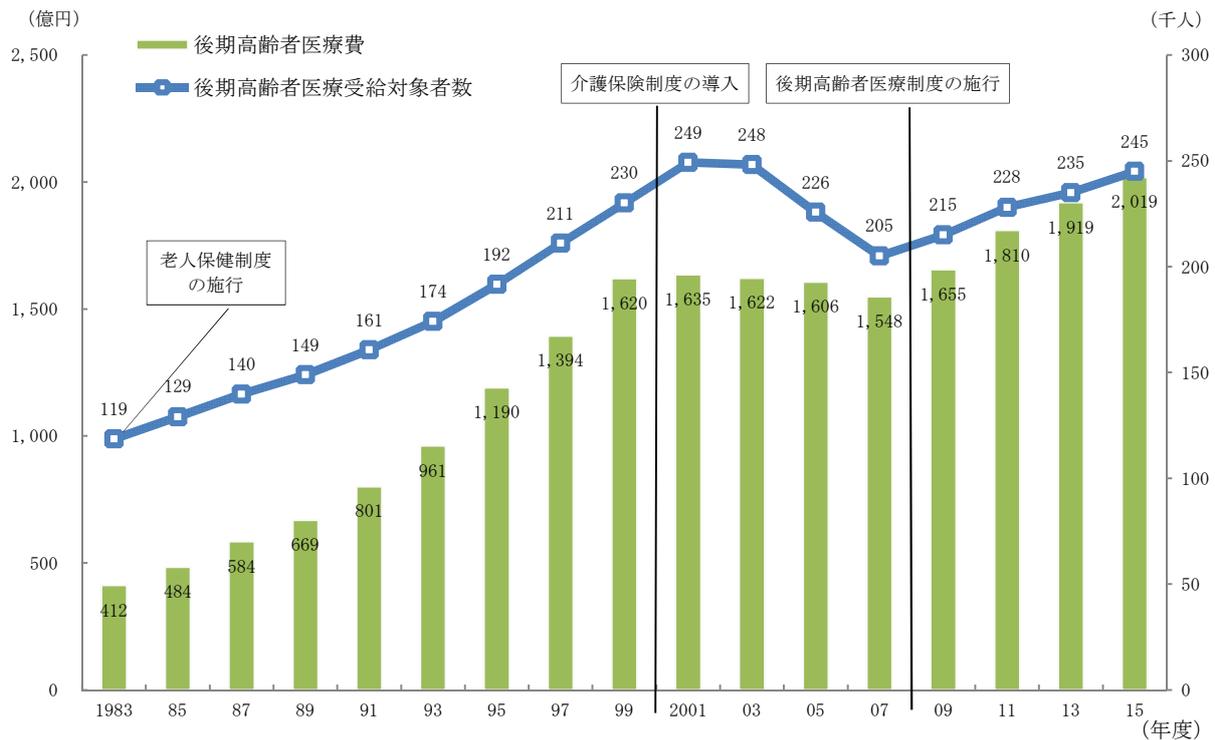
後期高齢者医療費は、平成 12 (2000) 年度の介護保険制度の導入や平成 14 (2002) 年度から 5 年間で対象年齢が 70 歳以上から 75 歳以上に段階的に引上げられた後、一時的に減少しましたが、平成 19 (2007) 年度以降、後期高齢者の増加に伴い、後期高齢者医療費も増加しています。

平成 27 (2015) 年度の状況を昭和 58 (1983) 年度の老人保健制度の施行時と比較すると、対象年齢の引上げにもかかわらず、後期高齢者の数は約 2 倍、後期高齢者医療費は約 5 倍となっています。

平成 27 (2015) 年度の本県の一人当たり後期高齢者医療費は、年間 836, 426 円で、全国値の 949, 070 円より少ない状況です。

入院、入院外及び歯科とも、本県はいずれも全国値を下回っています。特に入院に係る医療費は、全国と比べて年間 78, 171 円少ない状況です。

栃木県の後期高齢者医療受給対象者数と後期高齢者医療費の推移



【資料：厚生労働省「老人医療事業年報及び後期高齢者医療事業年報」】

栃木県の一人当たり年間後期高齢者医療費（入院、入院外及び歯科別）

	本 県	全 国
一人当たり年間後期高齢者医療費	836 千円 (38 位)	949 千円
うち入院医療費	381 千円 (39 位)	460 千円
うち入院外医療費	419 千円 (32 位)	441 千円
うち歯科医療費	25 千円 (39 位)	33 千円

※入院医療費には医科の入院時食事療養・生活療養費を、入院外医療費には調剤費を、歯科医療費には歯科の入院時食事療養・生活療養費を含む。()内は全国における順位。

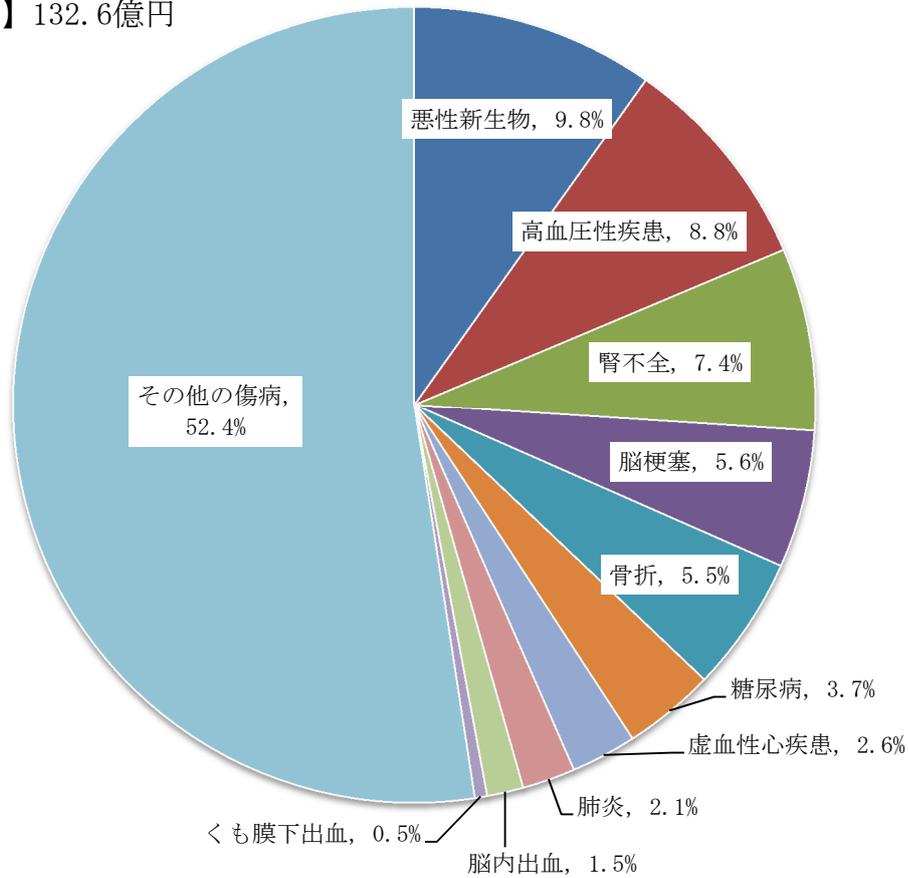
【資料：厚生労働省「平成27年度後期高齢者医療事業年報」】

後期高齢者医療の平成 28 (2016) 年 6 月のレセプトによると、疾病別では、悪性新生物、高血圧性疾患、腎不全、脳梗塞といった生活習慣病や骨折の占める割合が高くなっています。

疾病別の医療費では、悪性新生物に係るものが最も高く 9.8%を占め、高血圧性疾患の 8.8%、腎不全の 7.4%が続き、腎不全の原疾患の一つである糖尿病は 3.7%を占めています。

栃木県の疾病別後期高齢者医療費の構成割合

【総医療費】 132.6億円



【資料：栃木県後期高齢者医療広域連合「平成28年度後期高齢者医療疾病分類統計表・平成28年6月審査分」に基づき栃木県作成】

県民の健康の保持・増進の推進、良質かつ適切な医療の効率的な提供体制の確保により、医療に要する費用の適正化（医療費適正化）の総合的かつ計画的な推進を目的とし、「病床機能の分化及び連携並び医療・介護の体制整備」や「後発医薬品の安心使用」、「医薬品の適正使用」等に取り組むことを柱とする「栃木県医療費適正化計画（3期計画）」（計画期間平成30（2018）年度～2023年度）が策定されています。

第3章 保健医療圏と基準病床数

1 保健医療圏設定の基本的考え方

限られた医療資源を有効に活用し、すべての県民に適切な保健医療サービスを効率的に提供するためには、県民の生活実態に即した適切な圏域を設定し、それぞれの圏域における保健医療需要を把握しながら、計画的に保健医療提供体制を整備する必要があります。

このため、保健医療活動の地域的単位として保健医療圏を設定します。

なお、この保健医療圏域の設定はあくまでも行政的な観点から設けられるものであり、県民の自由な医療機関の選択を制約するものではありません。

2 保健医療圏の設定

(1) 一次保健医療圏

一次保健医療圏は法令上特に定義はありませんが、本県では、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。

市町村合併が進み、広域化した市や町の役割として、保健・医療・福祉サービスの一体的かつ効率的な提供が期待されます。

(2) 二次保健医療圏（医療法第30条の4第2項第12号）

二次保健医療圏は、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。

本県の二次保健医療圏については、次ページの表の市町で構成される6圏域とします。

【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。

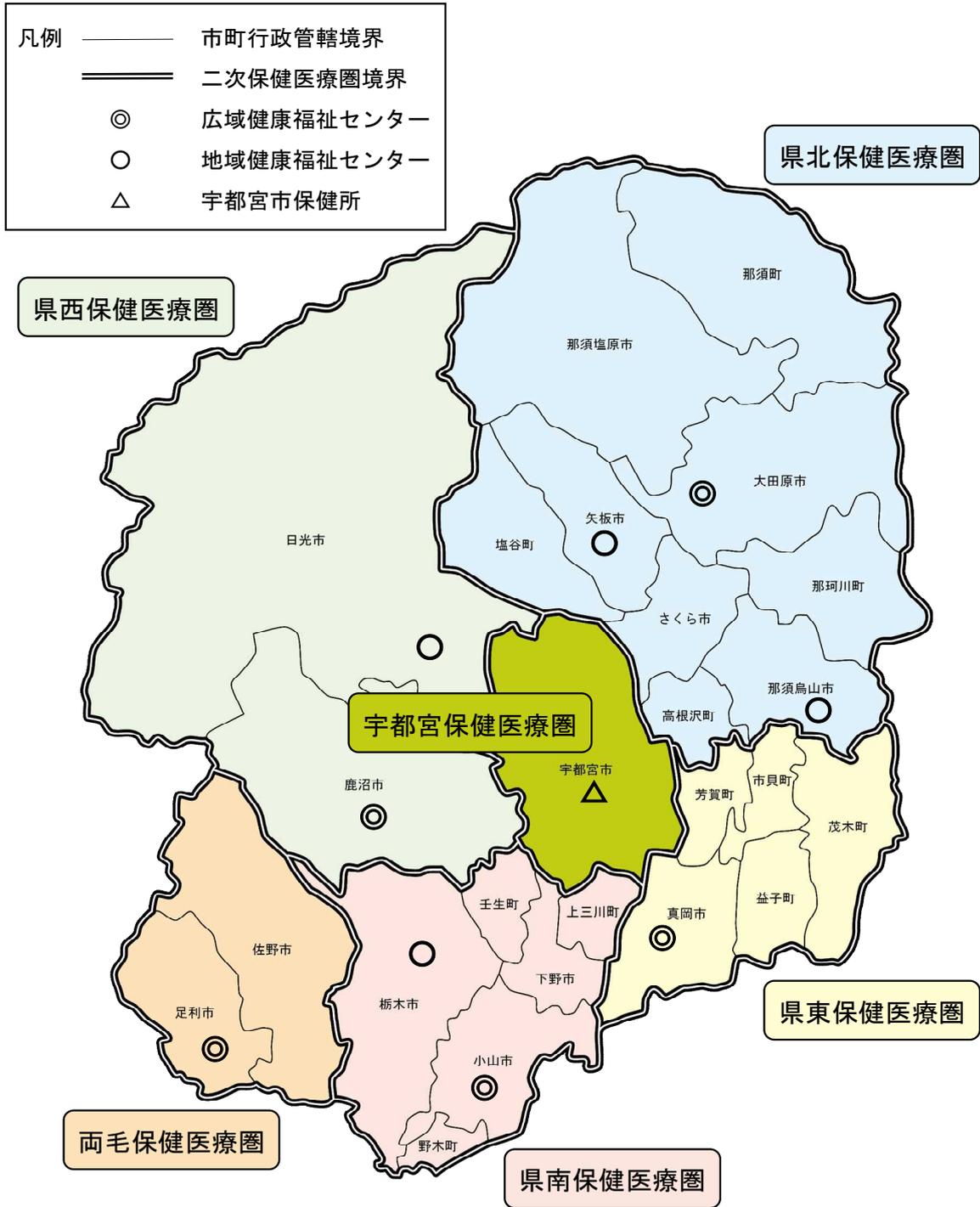
なお、高齢者福祉圏域、地域医療構想区域、障害保健福祉圏域とも一致しています。

	人口 (人)	面積 (km ²)	構成市町
県北保健 医療圏	376,088	2,229.52	大田原市、矢板市、那須塩原市、那須烏山市、さくら市 塩谷郡 塩谷町、高根沢町 那須郡 那珂川町、那須町 (5市4町)
県西保健 医療圏	178,245	1,940.47	鹿沼市、日光市 (2市)
宇都宮保 健医療圏	520,197	416.85	宇都宮市 (1市)
県東保健 医療圏	141,434	563.84	真岡市 芳賀郡 益子町、茂木町、市貝町、芳賀町 (1市4町)
県南保健 医療圏	480,779	723.61	栃木市、小山市、下野市 河内郡 上三川町 下都賀郡 壬生町、野木町 (3市3町)
両毛保健 医療圏	265,220	533.80	足利市、佐野市 (2市)
計	1,961,963	6,408.09	(人口：平成29(2017)年10月1日現在)

(3) 三次保健医療圏（医療法第30条の4第2項第13号）

三次保健医療圏は、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。

二次保健医療圏 圏域図



3 基準病床数

(1) 基準病床数

基準病床数とは、病院及び診療所の病床の適正配置を促進することを目的に、医療法第30条の4第2項第14号の規定に基づき県が定めるものであり、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ます。

保健医療計画で定めた基準病床数を既存病床数¹⁶が上回っている、いわゆる「病床過剰地域」における病院の開設・増床・病床種別の変更又は診療所の病床の設置・増床については、原則認められないが、特例届出診療所のように地域医療構想調整会議の意見を聴いた上で、医療審議会に諮り病床の設置が認められるものもあります。

なお、「病床過剰地域」において、医療の高度化や機能分化のため病床の再編が必要な場合は、十分協議をした上で平成29(2017)年4月の医療法改正で新設された地域医療連携推進法人制度を促進するなどして対応していくこととします。

病床の種別、圏域別の基準病床数及び既存病床数は以下のとおりです。

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
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。

¹⁶ 基準病床数制度における病院、有床診療所(平成19(2007)年1月1日以後に使用許可を受けたものに限る。)の療養病床数及び一般病床数並びに職域病院等の補正後の病床数を合算したもの

(2) 届出により一般病床を設置できる診療所

医療法第7条第3項及び医療法施行規則第1条の14第7項第1号及び第2号の規定に基づき、診療所における療養病床及び一般病床の設置について、許可を受けることを要せず届出により設置できる診療所（以下「特例届出診療所」という。）の基準は以下のとおりです。

《特例届出診療所の基準》

次の診療所のうち、栃木県知事が栃木県医療審議会の意見を聴いて必要と認めるもの

- ・医療法第30条の7第2項第2号に掲げる医療の提供の推進のために必要な診療所、その他の地域包括ケアシステムの構築のために必要な診療所
- ・へき地に設置される診療所として、厚生労働省の「無医地区等調査」において、「無医地区」又は「無医地区に準じる地区」とされた地区に設置する診療所
- ・小児医療の推進に必要な診療所として、小児科専門医又は小児外科専門医を置き、小児科又は小児外科を標榜する診療所
- ・周産期医療の推進に必要な診療所として、産婦人科専門医を置き、産科又は産婦人科を標榜するとともに、産科医療を提供する診療所
- ・救急医療の推進に必要な診療所として、救急病院等を定める省令に基づく救急告示診療所
- ・上記に定めるもののほか、地域において良質かつ適切な医療を提供するために特に必要な診療所

第4章 良質で効率的な医療の確保

1 住民・患者の立場に立った医療サービスの提供

(1) 医療サービスの向上

患者が十分に納得し、安心して医療を受けられるようにするため、患者と医師、看護師等の医療従事者との間で、適切なコミュニケーションが図られ、患者と医療従事者の信頼関係が成り立つ環境を整えます。

【現状と課題】

- ① インフォームド・コンセントの理念は、医療に定着しつつあり、また、セカンドオピニオンの促進も重要性が認識され推進が図られています。
- ② このような観点から平成9（1997）年12月の医療法改正により、医師等の医療の担い手の責務として、医療を提供するに当たり、適切な説明を行い、医療を受ける者の理解を得るよう努めることとされました。
- ③ 平成18（2006）年6月の医療法改正では、医療提供の理念として、医療を受ける者の意向を十分に尊重することが加えられました。また、病院又は診療所の管理者は、患者の入院時には入院治療計画を作成・交付し、適切な説明を行うことが義務付けられ、退院時には退院療養計画を作成・交付し、適切な説明を行うよう努めることとされました。
- ④ セカンドオピニオンを円滑に実施していくため、セカンドオピニオンに関する正しい知識を普及させることが求められています。
- ⑤ 患者がより安心して医療を受けるためには、医師等の医療の担い手によるわかりやすい情報提供や相談体制などの環境づくりと患者の医療参加といった主体的な姿勢が求められます。
- ⑥ 平成18（2006）年6月の医療法改正では、患者等からの相談に応じ助言等を行う医療安全支援センターが制度化されたことから、県では医療安全相談センターを設置し、医療に関する苦情や相談に応じています。
- ⑦ 寄せられる苦情や相談の中には、患者と医師等のコミュニケーションが十分でないことが原因と思われるものが多数見受けられることから、医療メデイエーションの普及啓発の促進が重要です。

【施策の展開】

- ① 患者と医療従事者とのより良い信頼関係を構築するため、各種講習会等を通じて、インフォームド・コンセントの重要性や医療メデイエーションについて普及啓発を推進します。
- ② 入退院時の説明書面の作成・交付等の普及・定着を促進します。
- ③ 県内の医療機関の協力を得て、セカンドオピニオン外来の設置を促進します。
- ④ 県民に対し、セカンドオピニオンに関する正しい知識について普及啓発を推進します。

(2) 医療の情報提供内容と広告の規制の強化

医療は人の生命・身体に関わるサービスであり、極めて専門性の高いサービスであることから、限定的に認められてきた事項以外は、原則として広告が禁止されてきました。

ただし、ウェブサイト等については、情報を得ようとする者が、検索した上で閲覧するものであるため、情報提供や広報として取り扱われ、広告規制の対象とされていませんでしたが、昨今、美容医療サービスに関する消費者トラブルの増加が指摘され、消費者委員会から規制を求める答申がなされました。

これらの経過を踏まえ、平成 29（2017）年 6 月の医療法改正でウェブサイト等についても虚偽・誇大等の不適切な表示を規制することができるようになりました。

【現状と課題】

- ① 質・内容ともに客観的な事実に基づく良質な医療情報の提供が求められています。
- ② 不適切な表示を行うウェブサイトに対し、限られた人的・物的資源の中で、いかに効率的、効果的な指導等ができるか検討が必要となります。

【施策の展開】

- ① ウェブサイト等に虚偽や誇大な表現がないか監視する国が行うネットパトロールにおいて確認されたウェブサイト等に対し、指導を行います。

(3) 医療機能及び薬局機能情報の提供

県民が、自ら希望する医療サービスを受けるために医療機関や薬局を適切に選択できるよう、県内すべての医療機関や薬局の機能情報をわかりやすく提供します。

【現状と課題】

- ① 県では、これまでも、「とちぎ医療情報ネット」により医療機関の施設や診療体制などに関する情報を、ホームページを通じて提供してきましたが、県民が自ら医療機関を選択し、適切なサービスを受けられるようにするためには、より詳細な情報提供が必要です。
- ② 平成 18（2006）年 6 月の医療法改正により、医療機能情報提供制度が設けられ、県は、医療機関からの報告に基づき、様々な情報をわかりやすく県民に提供しています。また、薬局に関する情報は、薬局機能情報提供制度に基づき提供してきましたが、平成 28（2016）年 10 月からは、県民の健康維持・増進を積極的に支援する健康サポート薬局の情報を公表しています。さらに、平成 31（2019）年 1 月からは、薬局機能情報において、かかりつけ薬剤師の役割を發揮できる薬剤師を配置している薬局の指標として、電子版お薬手帳等の導入、薬学的管理・指導の取組をしているか、在宅業務を実施しているか、地域の多職種と連携しているかの情報を提供します。
- ③ 県、医療機関及び薬局は、県民に対し、正確かつ適切な情報を積極的に提供していくことが求められています。

【施策の展開】

- ① 医療機関や薬局に関する情報を収集し、県のホームページを通じてわかりやすく提供するなど、情報提供体制の充実に努め、患者が適切に医療機関や薬局を選択できるよう支援します。

県ホームページ「とちぎ医療情報ネット」

<http://www.qq.pref.tochigi.lg.jp/>

2 医療機関の機能分担と連携

(1) かかりつけ医

高齢社会が進み疾病構造が変化する中、医療には、治すことに加え地域で暮らすことを支える視点が求められるようになっていきます。何でも相談でき、身近で頼りになるかかりつけ医¹⁷を中心とした地域医療の連携体制を構築し、包括的、効率的な医療提供体制を構築していきます。

【現状と課題】

- ① 健康問題について何でも相談でき、必要に応じて他の専門医や専門医療機関に紹介する、保健・医療・介護・福祉の様々な関係機関と連携して地域で暮らし続けるための多様なサービスを包括的に提供するなどの総合的な医療の重要性が高まっています。
- ② 救急の適正利用をはじめ限りある医療資源を効率的に利用し、質の高い医療を提供するため、かかりつけ医による適切なプライマリケアの提供や健康管理、地域の連携体制におけるリーダーシップとコーディネート機能の必要性が高まっています。
- ③ 患者の同意のもとでかかりつけ医と病院で診療情報を共有する「とちまるネット」や、在宅医療介護に関わる多職種間の情報共有を進める「どこでも連絡帳」など、ICTを活用した連携システムを普及させ、更に効率的、効果的な連携体制を構築していく必要があります。
- ④ かかりつけ医の役割や重要性を、県民に対し分かりやすく情報提供する必要があります。

【施策の展開】

- ① 医療に関する新しいニーズや医療連携体制に関する研修の支援等により、かかりつけ医の提供する医療の質の向上に努めます。
- ② かかりつけ医と病院、介護分野など地域の様々な関係機関との連携体制の構築や連携システムの普及を支援します。
- ③ かかりつけ医の重要性や医療機関の機能を分かりやすく情報提供するなどして、かかりつけ医の普及・定着や、県民の正しい受診に対する理解を深めます。

¹⁷ かかりつけ医：日本医師会によれば、「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」とされている。

(2) かかりつけ歯科医

県民の生涯にわたる歯と口腔の健康づくりを推進していくために、かかりつけ歯科医により、身近なところで安心して歯科保健医療サービスが受けられる体制づくりに取り組みます。

【現状と課題】

- ① 乳幼児から高齢期までライフステージに応じた適切な歯科医療や保健指導が行われるよう、かかりつけ歯科医を持つことの重要性が増しています。
- ② 入院患者や在宅等で療養を行う患者に対して、かかりつけ歯科医が地域の医療機関と連携し、口腔機能や嚥下機能の低下の予防に取り組む必要があります。
- ③ 多様化する県民の歯科保健医療に関するニーズに適切に対応するため、かかりつけ歯科医の資質向上を図る必要があります。
- ④ 口腔機能の維持・向上のために、かかりつけ歯科医によるライフステージに応じた口腔機能管理が重要となっています。

【施策の展開】

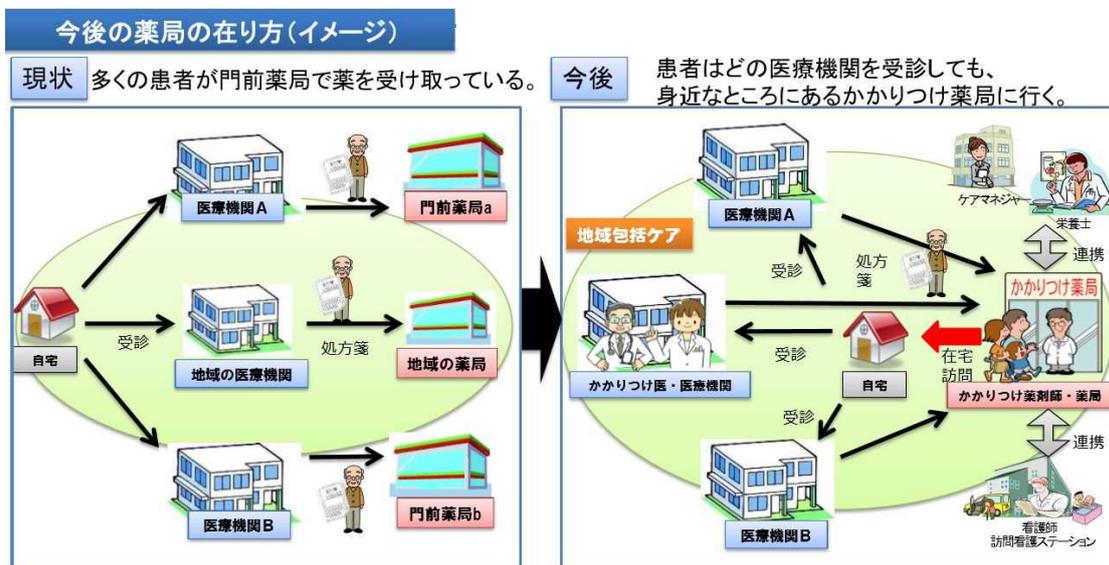
- ① 歯周病等の予防や早期治療のため、県民に対し、かかりつけ歯科医を持ち、定期的に受診するよう普及啓発に取り組むとともに、歯科医療機関に関する情報提供を行います。
- ② かかりつけ歯科医が地域の医療機関や多職種と連携し、通院が困難な患者に訪問歯科診療を提供できるよう、体制整備を促進します。
- ③ かかりつけ歯科医が歯科口腔保健に関する必要な知識を習得できるよう、研修の充実強化を図ります。

(3) かかりつけ薬剤師・薬局

平成 27 (2015) 年 10 月 23 日に厚生労働省が策定した「患者のための薬局ビジョン」を踏まえ、かかりつけ薬剤師・薬局が、服薬情報の一元的・継続的な把握や在宅での対応を含む薬学的管理・指導などの機能を果たし、かかりつけ医等の多職種と連携した医療提供体制を構築していきます。

【現状と課題】

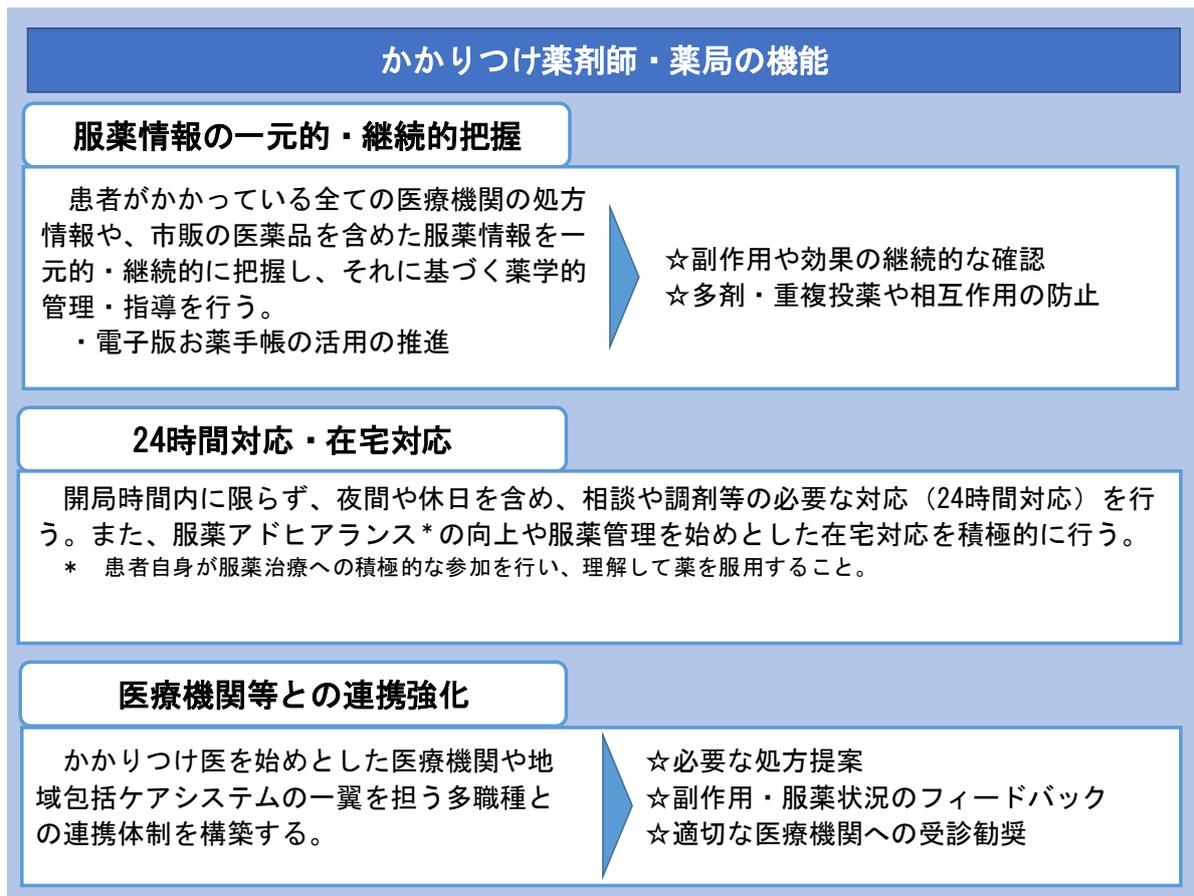
- ① 医薬分業の進展により薬物療法の安全性・有効性の向上が図られてきましたが、患者が受診した医療機関ごとに近くの薬局（いわゆる駅前薬局）で調剤を受ける機会も多く、医薬分業における薬局の役割が十分に発揮できていないなど、患者本位の医薬分業になっていない状況です。また、かかりつけ薬剤師としての役割を發揮できる薬剤師を配置している薬局の割合が低い状況です。



- ② かかりつけ薬剤師の業務として、処方内容チェック、多剤・重複投薬や飲み合わせの確認、医師への疑義照会、丁寧な服薬指導、継続的な服薬状況・副作用等のモニタリング、それを踏まえた医師へのフィードバックや処方提案、残薬解消などの専門性の高い業務が求められています。
- ③ 超高齢社会を迎え、在宅医療へ薬剤師・薬局が参画し、より安全で質の高い薬物療法を提供することが求められています。
- ④ 薬局の開局時間内に限らず薬物療法に関する相談を受けたり調剤を求められるなど、夜間・休日を含め、24 時間対応を行う体制を確保することが求められています。
- ⑤ 地域住民による主体的な健康の維持・増進を積極的に支援するため、医薬品や健康食品の安全かつ適正な使用に関する助言を行うとともに、健康の維持・増進に関する相談を幅広く受け付け、必要に応じて受診勧奨を行うことが求められています。

【施策の展開】

- ① 医師へのフィードバックや処方提案などの専門性の高い業務に対応できる薬剤師の養成や在宅医療へ参画するために必要な薬剤師を確保するため、栃木県薬剤師会と連携して体系的な研修を実施し、薬剤師の資質向上を図ることにより、かかりつけ薬剤師・薬局の普及に取り組みます。
- ② かかりつけ薬剤師・薬局の機能と有用性について、各種イベントなどの機会を活用し、医薬関係者の連携の下、県民の理解を深められるよう普及啓発を実施します。



- ③ 県民が適切にかかりつけ薬局を選択できるよう、「とちぎ医療情報ネット」を通じて、各薬局の機能情報をわかりやすく提供します。
- ④ 患者自身が服薬情報を、いつでも、どこでも入手し、薬剤師等から適切な服薬指導等を受けられるよう、電子版お薬手帳の普及を促進します。

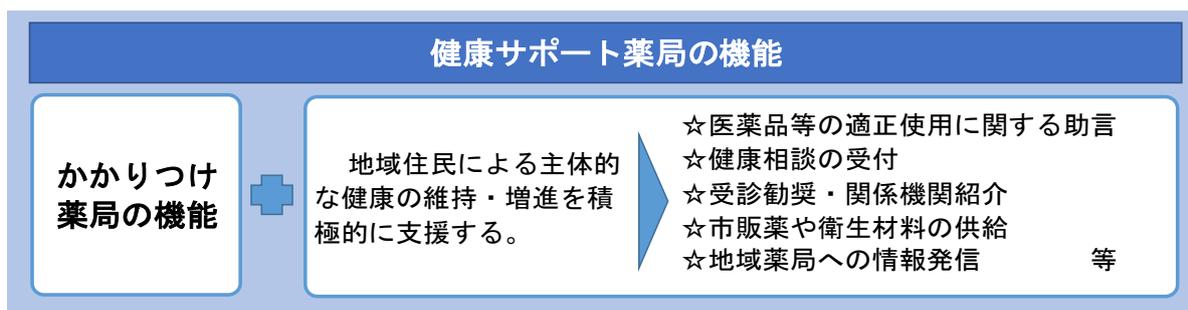
【お薬手帳とは】

「お薬手帳」は、病院等で受診する場合や薬局で調剤してもらう場合などに提示することで、薬の重複投与や飲み合わせ等を確認することができ、適切な医療を受けることができます。

また、薬剤の使用状況をすぐに把握できる、医療チーム間の引継ぎを円滑に行うことができるなど、その有用性が東日本大震災等の大規模災害において再確認されました。

近年では、パソコンやスマートフォンの普及等 ICT 化の進展に伴い、電子版お薬手帳も活用されています。

- ⑤ かかりつけ薬局の基本的機能に加え、地域住民による主体的な健康の維持・増進の支援を積極的に行う健康サポート薬局が増加するよう、事業者への理解促進や県民の周知を行い、活用を促進します。



(4) 地域医療支援病院

かかりつけ医を中心とした地域医療の連携体制の構築を推進するために、専門的な医療や救急対応、教育研修などの面でかかりつけ医への支援や連携を図る医療機能の確保・充実等に努めていきます。

【現状と課題】

- ① かかりつけ医が、より専門的で高度な医療を要すると判断した場合に入院等の必要な医療を提供でき、提供後は速やかにかかりつけ医に紹介するなどの医療連携体制が求められています。
- ② かかりつけ医の診療を支援するために、高額医療機器等の貸出しや、医療技術の進歩に対応するための教育研修の実施が求められています。
- ③ 在宅医療の推進のため、在宅医療に係る機関との連携や在宅療養者の円滑な入院受け入れなど後方支援の機能が求められています。
- ④ 県は上記の機能を有する病院について、地域医療支援病院の名称使用を承認しており、平成 29（2017）年 4 月 1 日現在、9 の病院（国立病院機構栃木医療センター、済生会宇都宮病院、足利赤十字病院、芳賀赤十字病院、那須赤十字病院、国立病院機構宇都宮病院、新小山市民病院、とちぎメディカルセンターしもつが、佐野厚生総合病院）が承認を受けています。

【地域医療支援病院の名称使用承認要件（医療法第 4 条）】

- 1 紹介患者に対する医療提供
- 2 病院の施設、医療機器等の共同利用
- 3 24 時間救急医療の実施
- 4 地域の医療従事者に対する研修の実施
- 5 病床 200 床以上（知事が認めた場合を除く）
- 6 集中治療室等、一定の構造設備を有すること

【施策の展開】

- ① 地域医療支援病院が、かかりつけ医や在宅医療に係る機関への支援等、その役割を十分果たせるよう運営委員会等の場を通じ、共同利用の実施や救急医療の提供等に関して必要な意見を述べ、又は指導、助言、情報提供等を行います。
- ② 地域医療支援病院がない圏域においては、地域の中核となる病院等に、紹介患者に対する医療提供、在宅医療に係る機関への支援、医療機器等の共同利用の実施等に関する指導、助言、情報提供等を行い、地域で必要な医療機能を確保します。

(5) 公的医療機関等

地域医療の連携体制の構築に当たり、かかりつけ医や在宅医療に係る機関との連携や地域に欠かせない医療分野も含めた、各医療機関が担う機能の明確化や強化を支援していきます。

【現状と課題】

- ① 公的医療機関等が「公的医療機関等 2025 プラン」や「新公立病院改革プラン」を策定することにより、地域において担うべき役割の明確化を図ることが求められています。
- ② 県・市（一部事務組合を含む。）が開設した公立病院は、民間病院が採算性の問題等で参入しない分野での医療を担うため、経営的に厳しい状況に置かれています。
- ③ 二次・三次救急医療や周産期医療をはじめ、公的医療機関等が担っている多くの分野の医療は、特定機能病院の協力が不可欠となっています。

【施策の展開】

- ① 地域の必要な医療機能や医療資源を的確に把握し、公的医療機関等の役割分担や連携を推進します。
- ② 公的医療機関等が担う医療機能が維持できるよう、公的医療機関等が行う設備・施設等の整備や県修学資金貸与医師、地域枠医師等の有効活用などによる医師確保の取組を支援します。
- ③ 公立病院については、役割の明確化、機能強化を図るとともに、一層の経営の効率化を推進します。

3 医療安全対策の推進

医療機関、関係団体、行政など医療に関係するすべての者が、それぞれの役割に応じて、医療安全対策に取り組みます。

【現状と課題】

- ① 医療の安全性・信頼性を確保するため、医療機関は、医療事故発生防止など安全な医療提供体制の確立を図る必要があります。
- ② 医療機関は、医療の安全管理、院内感染対策、医薬品・医療機器の安全管理に関する指針等を整備する必要があります。
- ③ 県では、医療に関する県民の相談・苦情に応じるため、医療相談窓口として県民プラザ内に栃木県医療安全相談センター、広域健康福祉センターに二次保健医療圏ごとの医療安全相談センターを設置しています。
- ④ 平成26（2014）年の医療法改正により、医療事故が発生した医療機関において院内調査を行い、その調査報告を医療事故調査・支援センター（日本医療安全調査機構）が収集・分析することで再発防止につなげるための医療事故調査制度¹⁸が発足しています。平成29（2017）年9月末までの全国の医療事故報告は751件（本県11件）、相談は3,732件（本県29件）となっています。

【施策の展開】

- ① 医療機関における医療安全管理のための委員会の設置や職員研修の実施など、医療安全管理体制の整備促進を図ります。
- ② 県民の健康や医療に対する不安や疑問に対応できるよう、医療相談窓口の充実に努めます。
 - ア 医療機関、関係団体、行政などの医療相談窓口の充実
 - イ 法的な解決を希望する相談者に対する無料の弁護士相談の実施
- ③ 医療安全に関して普及啓発や情報提供に努めます。
 - ア 医療安全相談センター等に寄せられた相談・苦情の内容等の分析及び医療機関等への情報提供
 - イ 患者と医療従事者が理解し合い信頼と医療の安全性を高めるための講習会の開催や相談事例集の発行、県のホームページ等を活用した情報発信
- ④ 医療安全相談センター内に設置している栃木県医療安全推進協議会において、センターの運営方針や業務内容の検討を行い、医療安全相談センターの充実に努めます。

¹⁸ 現在の医療事故調査制度は、懲罰を伴わないこと（非懲罰性）、患者、報告者、施設が特定されないこと（秘匿性）、報告システムが報告者や医療機関を処罰する権力を有するいずれの官庁からも独立していること（独立性）などが必要とされています。医療機関が院内事故調査を行うに当たっては、医療事故調査等支援団体が必要な支援を行うこととされ、支援団体には医療法の「医学医術に関する学術団体その他の厚生労働大臣が定める団体」の規定により、県内では栃木県医師会、栃木県歯科医師会、栃木県薬剤師会、栃木県看護協会などが指定されています。

《相談等の連絡先》

栃木県医療安全相談センター

電話番号 028-623-3900

相談受付 月曜日～金曜日

午前9時～午前11時30分・午後1時～午後4時30分

4 医薬品等の安全対策及び血液等の確保

(1) 医薬品等の安全対策

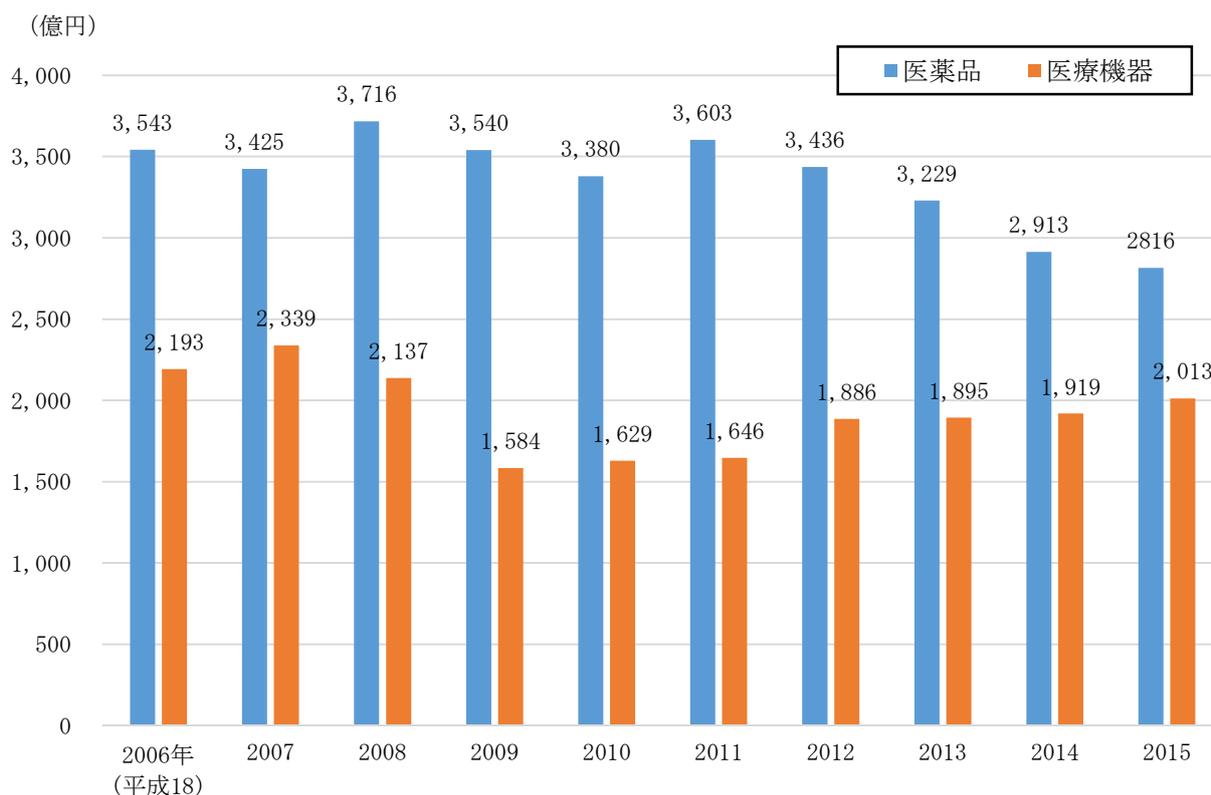
医薬品製造業者、薬局開設者及び医薬品販売業者等に対する監視指導や医薬品等の収去検査を実施して、医薬品等の品質、有効性及び安全性の確保を図るとともに、県民へ薬の正しい知識について啓発等を行い、医薬品等の適正使用を推進します。また、大規模な災害発生時等に備えて、医療救護に必要な医薬品等の供給体制を確保します。

【現状と課題】

① 平成 27 (2015) 年の本県の都道府県別医薬品等生産金額は、医薬品が全国第 7 位、医療機器が全国第 2 位と全国でも上位の生産県となっています。

医薬品等の生産県として、製造業に対する監視指導はもとより、良質な医療の確保に必要な医薬品等の品質、有効性及び安全性を確保するためには、製造から流通に至るまで監視指導を実施する必要があります。

医薬品等の生産額の推移 (栃木県)



【資料：厚生労働省「薬事工場生産動態統計調査」】

② 県民が状況に応じた的確な医薬品を正しく選択・使用できるよう、医薬品やいわゆる健康食品に関する正しい知識を提供する必要があります。

③ 大規模な災害発生時等における医療救護の迅速な対応を図るため、医薬品等の供給体制を確保する必要があります。

【施策の展開】

- ① 医薬品等の製造業者に対する監視指導や研修会等を通じて、医薬品等の製造管理、品質管理及び安全管理の徹底を図ります。また、薬局や医薬品販売業者等に対しては、監視指導や研修会を通じて医薬品等の品質確保と消費者への医薬品等の情報提供や相談応需の徹底を図ります。
- ② 医薬品や医療機器等の製造技術の高度化や最新の医療技術に対応するため、薬事監視員の質の向上とともに、PIC/S¹⁹加盟国としての査察レベルの向上を図るため、医薬品等の製造工場を査察する調査員の質の向上と監視体制の充実に努めます。
- ③ いわゆる健康食品の製品表示や広告に係る監視指導、試買検査の実施などにより、無承認無許可医薬品等の流通・販売の防止に努めます。
- ④ 「薬と健康の週間」のイベントや啓発パンフレットの配布等を通じて、県民に対して医薬品の適切な使用方法や保管管理方法等の普及啓発を図るとともに、いわゆる健康食品による健康被害の防止を図ります。
- ⑤ 大規模な災害発生時等の医療救護に必要な医薬品等を早急かつ的確に供給するため、医療用及び避難所用の医薬品及び衛生材料等を備蓄するとともに供給体制の確保に努めます。

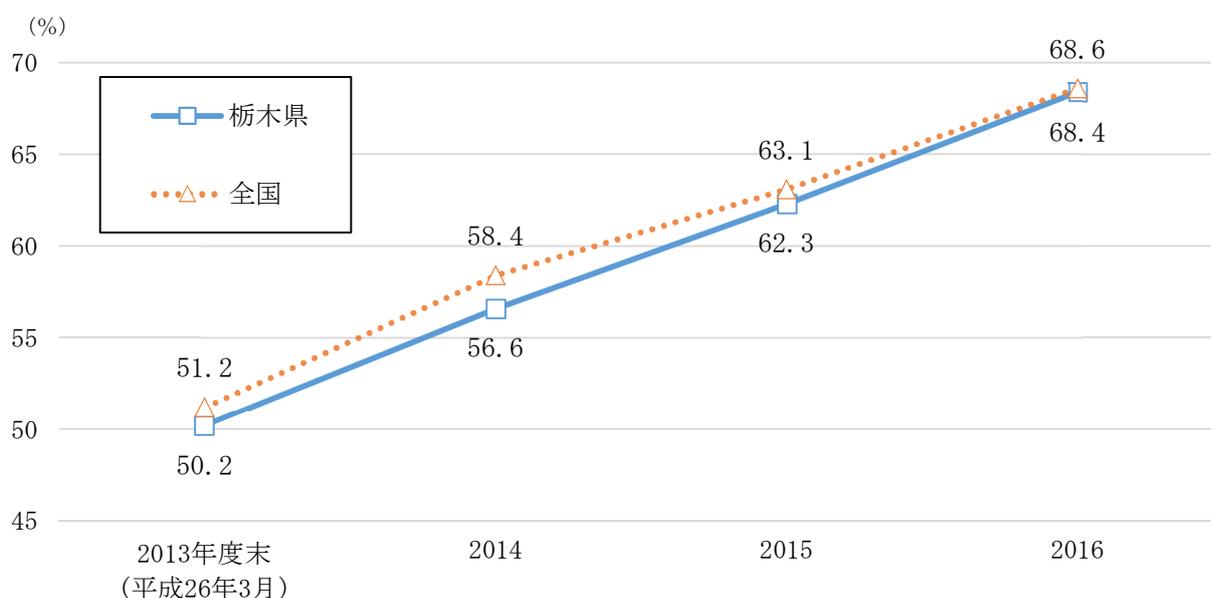
¹⁹ Pharmaceutical Inspection Convention and Pharmaceutical Inspection Co-operation Scheme の略。医薬品査察協定及び医薬品査察協同スキームのこと。医薬品製造所における製造管理、品質管理の基準(GMP:Good Manufacturing Practice)に関する調査の国際的な枠組み

(2) 後発医薬品の使用促進

【現状と課題】

- ① 患者負担の軽減と医療保険制度の安定運営という観点から、後発医薬品の安心使用の促進を図る必要があります。
- ② 本県における後発医薬品の使用割合は、平成 28 (2016) 年度末で 68.4%であり、国が閣議決定した 2020 年 9 月までに 80%を達成する目標からは、11.6 ポイント下回っています。

後発医薬品の使用割合* (数量ベース) の推移



※[後発医薬品の数量] / ([後発医薬品のある先発医薬品の数量] + [後発医薬品の数量]) で算出

【資料：厚生労働省「調剤医療費（電算処理分）の動向」】

【施策の展開】

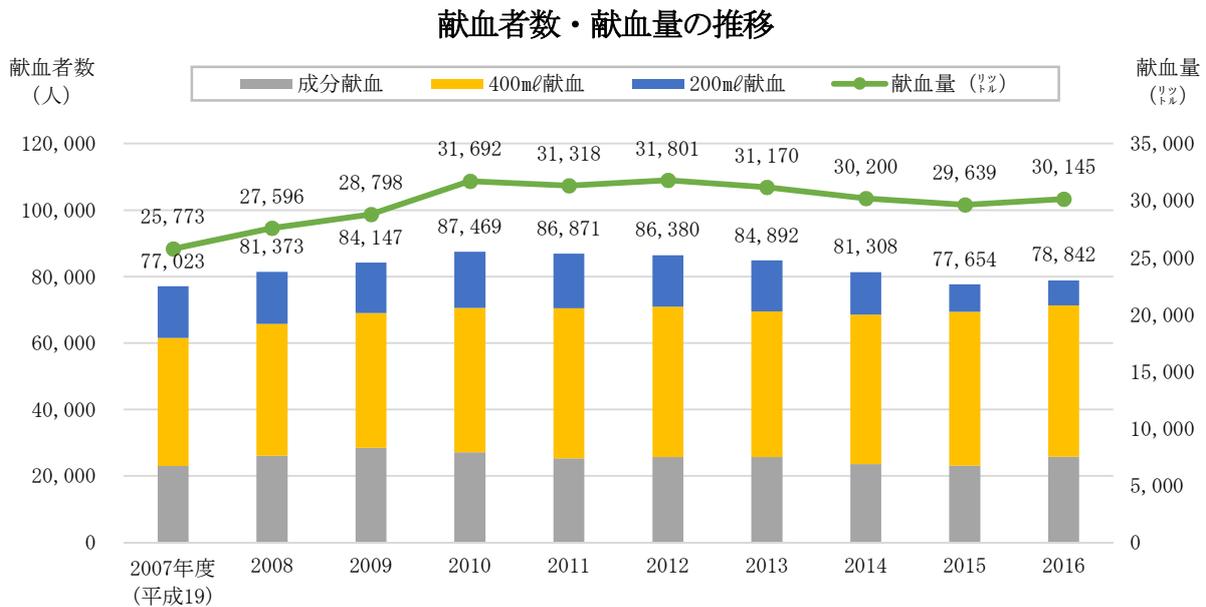
- ① 医療・保険・消費者・行政関係者を構成員とする栃木県後発医薬品安心使用促進協議会を通じて、専門的な立場から課題を分析し、県民や医療従事者が安心して後発医薬品を選択することができるよう効果的な施策を検討するとともに、地域それぞれの課題に対応するため、地域協議会を設置します。
- ② 病院等が作成する後発医薬品採用リストの定期的な更新や薬局が取り扱う後発医薬品品目の調査、公表により、地域の医療従事者の後発医薬品に関する情報収集及び評価に係る負担軽減を図るとともに、保険者等の後発医薬品の使用促進に係る取組を支援します。
- ③ 「薬と健康の週間」イベントなどの様々な機会を捉えて、県民への普及啓発を行い、後発医薬品の使用促進を図ります。

(3) 血液等の確保

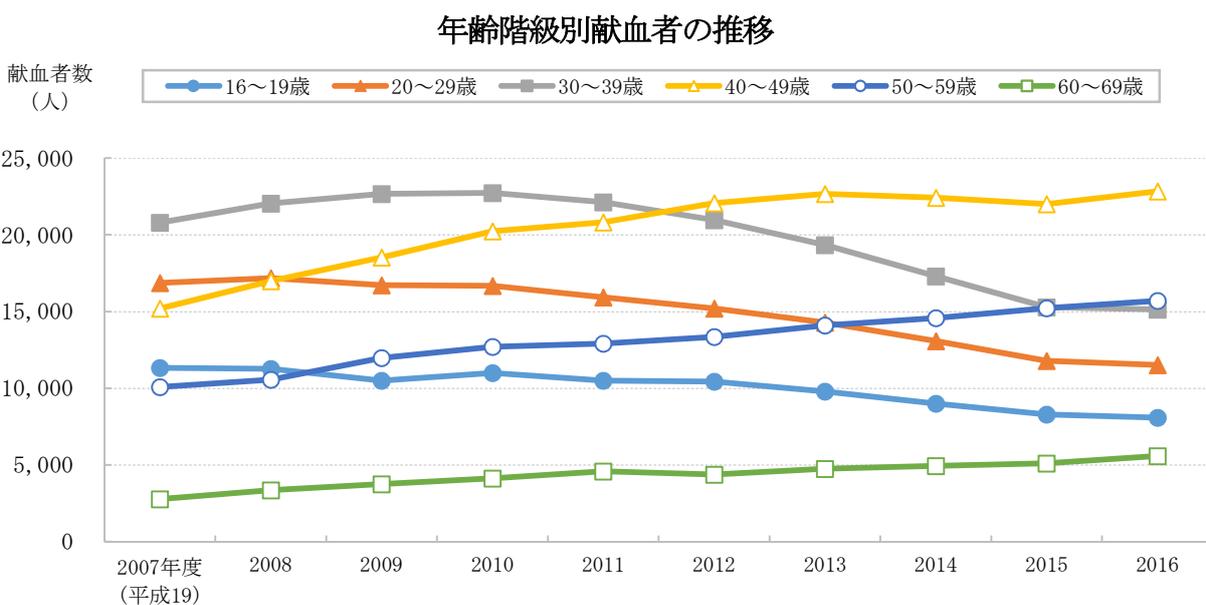
少子高齢化に伴い献血が可能な人口の減少が見込まれる中、血液製剤を安定的に確保していくために「栃木県献血推進計画」を毎年度定め、目標達成のための施策を着実に推進します。

【現状と課題】

- ① 10～30 代の献血者数は減少傾向にあるため、若年層に対する普及啓発が必要です。
- ② 安全性の高い血液製剤確保のため 400 ミリリットル献血、成分献血の推進が必要です。

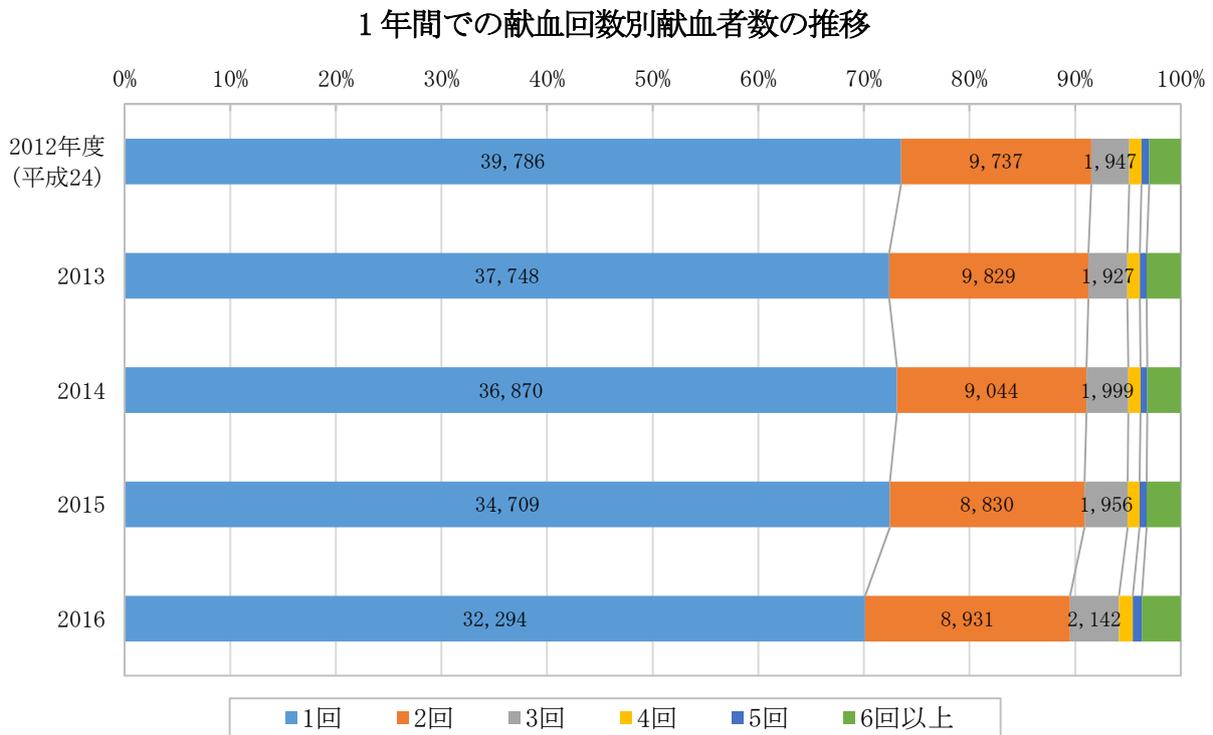


【資料：栃木県「血液事業の現状」】



【資料：栃木県「血液事業の現状」】

- ③ 少子高齢化に伴い献血が可能な人口の減少が見込まれるため、複数回献血²⁰の推進が必要です。



【資料：栃木県「血液事業の現状」】

【施策の展開】

- ① 若年層を対象とした普及啓発を推進するため、高校・大学での献血実施率²¹100%を目指します。
- ② 「愛の血液助け合い運動」などの広報活動を展開し、400 ミリリットル献血、成分献血の普及啓発を図ります。また、必要な献血量を確保するため、栃木県赤十字血液センターと連携し、複数回献血を推進します。
- ③ 栃木県合同輸血療法委員会、血液製剤使用適正化推進講演会を開催し、血液製剤の適正使用と適正な輸血療法を推進します。

²⁰ 複数回献血：1年間に2回以上の献血を行った献血者数

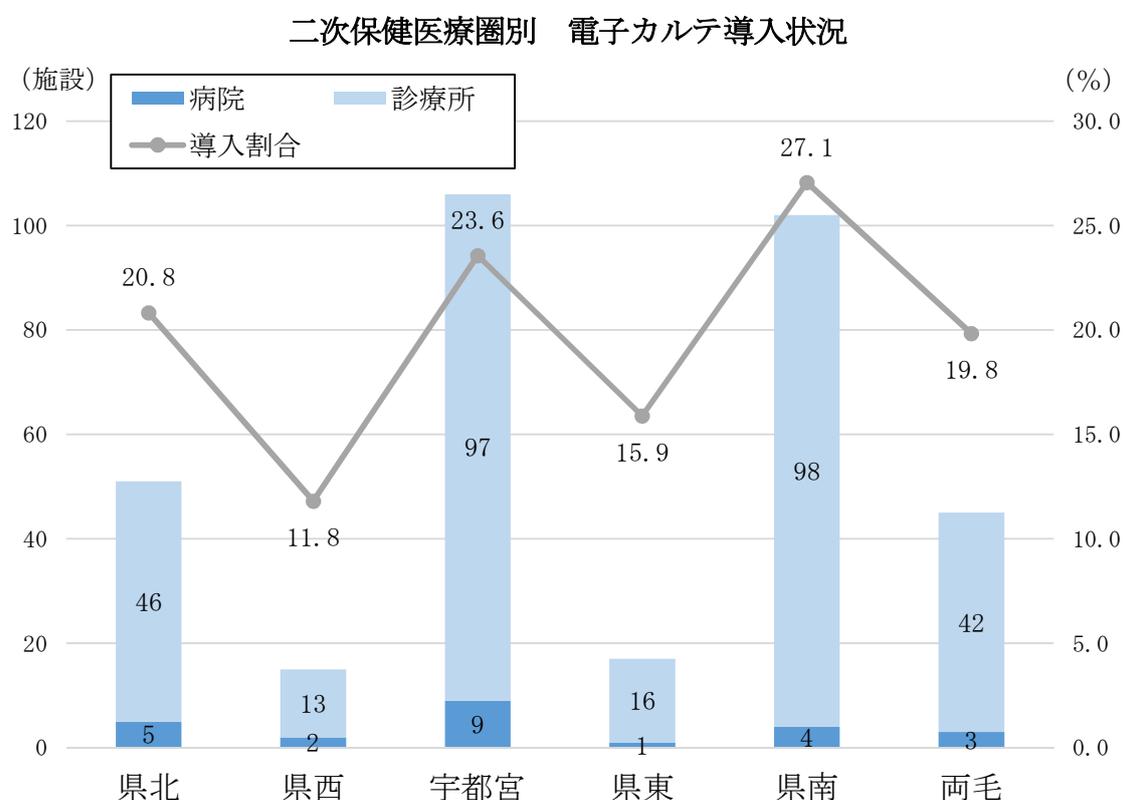
²¹ 県内の全高等学校及び大学のうち、年間で1回以上献血バスが訪問した施設の割合

5 保健医療に関する情報化の推進

ICT を活用することにより、患者の診療情報等の医療資源の有効活用や医療機関同士の情報共有、医療介護従事者及び患者、家族のコミュニケーションを促進し、効率的で質の高い医療提供体制の構築に努めます。また、効果的な保健事業が実施されるよう国保データベースの活用を促進します。

【現状と課題】

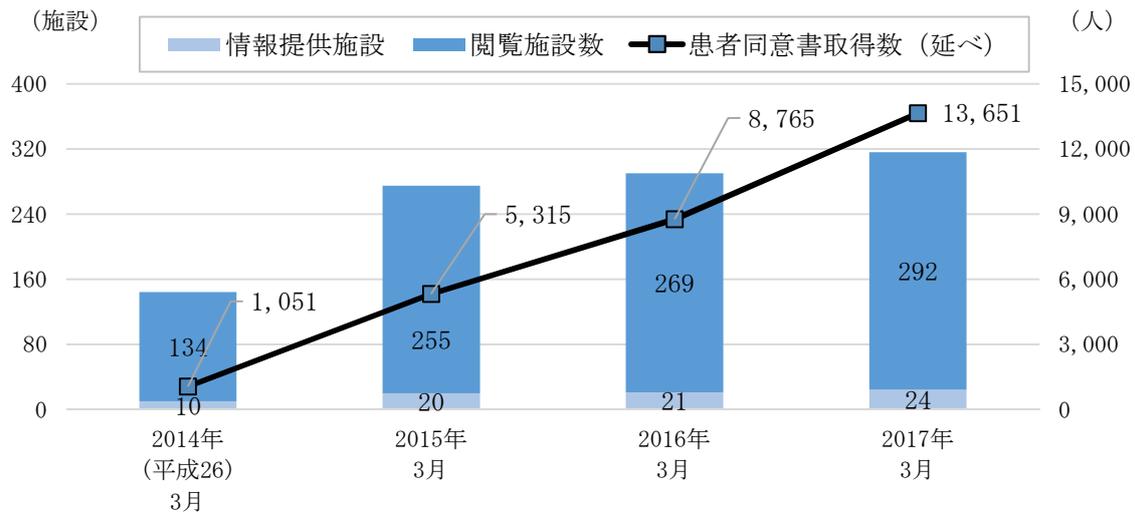
- ① 平成 26 (2014) 年 10 月 1 日現在、電子カルテを導入している県内の医療機関は、病院が 24 施設、診療所が 312 施設の計 336 施設であり、医療機関全体の 21.9% となっています。平成 23 (2011) 年度と比較すると病院が 11 施設、診療所が 61 施設増加しています。



【資料：厚生労働省「平成26年医療施設調査」】

- ② 平成 25 (2013) 年度より、効率的で質の高い医療提供体制を構築するために地域医療連携ネットワーク「とちまるネット」の普及を進めています。平成 29 (2017) 年 3 月 31 日現在、とちまるネット導入医療機関は情報提供施設 24 施設、情報閲覧施設 292 施設、同意書取得数延べ 13,651 件となっています。

とちまるネット参加施設数・患者同意書取得数



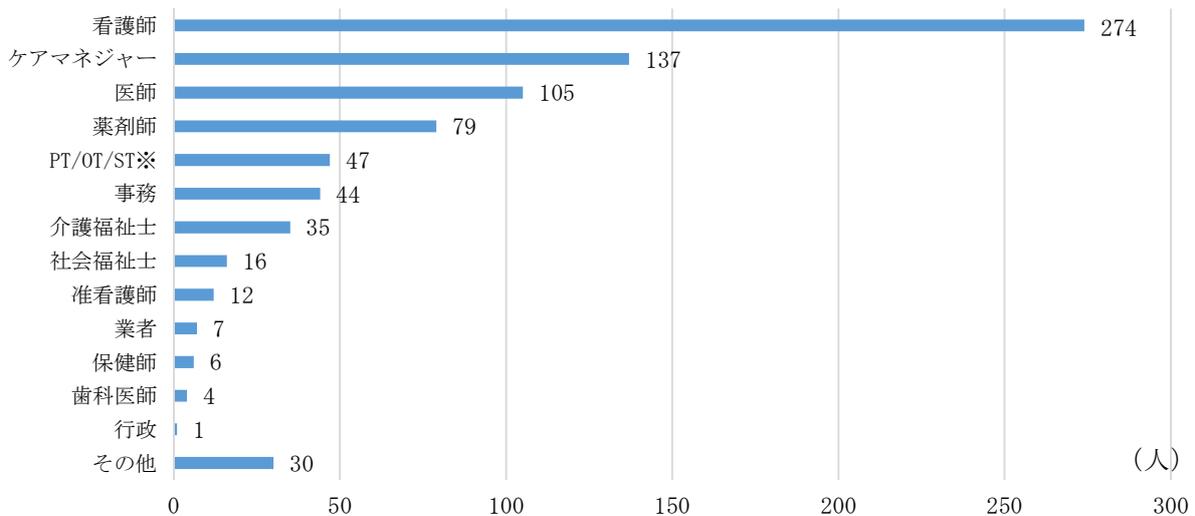
【資料：栃木県医師会調べ】

○地域医療連携ネットワーク「とちまるネット」

患者からの同意を得て、医療機関に保管されている電子カルテの診療情報等を医療機関の間で共有し、診療に役立てることで医療の質や効率性を高めることを目的としたネットワークです。

- ③ 平成 26 (2014) 年度から在宅医療に関わる多職種及び患者、家族間の連携を深め、医療介護の質を高めるために医介連携ネットワーク「どこでも連絡帳」の普及を進めています。平成 29 (2017) 年 3 月 31 日現在、どこでも連絡帳の登録者数は 797 名となっています。

どこでも連絡帳の職種別登録者数 (2017.3)



※ PT：理学療法士 OT：作業療法士 ST：言語聴覚士

【資料：栃木県医師会調べ】

○医介連携ネットワーク「どこでも連絡帳」

患者からの同意を得て、患者の在宅療養情報等を在宅医療に関わる多職種間及び患者、家族間で共有することでコミュニケーションを促進し、連携を深めることで医療介護の質を高めることを目的としたネットワークです。

- ④ 特定健康診査・特定保健指導については、市町村国保が導入している特定健診等データ管理システムにより、未受診者及び保健指導対象者等のリストが閲覧できる状況となっています。また、栃木県国民健康保険団体連合会が市町村国保に提供している特定健康診査等結果データ及び生活習慣病5疾病レセプト情報突合データベースにより、経年での未受診者及び保健指導の効果等について一定の抽出が可能となっています。
- ⑤ 平成26(2014)年度に全市町に導入された国保データベースシステムにより、国民健康保険制度及び後期高齢者医療制度における診療報酬明細書並びに特定健康診査及び特定保健指導等に関する記録や、介護保険制度における介護給付費明細書等の情報について、それぞれの情報を突合し加工するなどにより、統計情報や個人の健康に関するデータを作成することが可能となっています。
- また、県においても、平成30(2018)年度から国保保険者となることから、国保データベースシステムを導入しました。

【施策の展開方向】

- ① 医師会等関係機関との連携を図り、「とちまるネット」や「どこでも連絡帳」への医療機関等の参加を促進します。
- ② 特定健康診査・特定保健指導の実施率向上に向けて、保険者における未受診者対策や継続受診者確保対策のため、健診データのさらなる活用を促進します。
- ③ 地域の健康状況の特徴を把握し、優先すべき課題を明確化するとともに、個人に対する効率的・効果的な保健事業を実施するため、国保データベースシステムの活用を推進します。

第5章 5 疾病・5 事業及び在宅医療の医療連携体制

1 医療連携体制の基本的な考え方

(1) 医療連携体制構築の趣旨

急性期から回復期、慢性期までを含めた一体的かつ疾病・事業横断的な医療提供体制の構築等、今般、医療計画制度の見直しが行われました。その趣旨を踏まえながら、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。

特に県民の健康の保持を図るために広範かつ継続的な医療の提供が必要ながん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患の5疾病、また、特に県民が安心して医療を受けられる体制の確保が重要である救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児救急を含む小児医療の5事業、並びに在宅医療について、地域ごとに医療連携体制を構築し、その整備充実に努めます。

また、構築した地域ごとの医療連携体制については、5疾病・5事業及び在宅医療のそれぞれの機能を担う具体的な医療機関名などをわかりやすく計画に明示し、県民や患者が、地域の医療機能を理解し、病状・病期に適した質の高い医療を受けられるようにします。

(2) 5疾病・5事業及び在宅医療の医療連携体制に係る具体的な医療機関名と数値目標等

具体的な医療機関名は別冊に掲載し、電子媒体によって公表します。なお、医療機関の変更等も見込まれることから、必要に応じて加除修正します。

数値目標等は、必要に応じて今後も追加や見直しを行っていきます。

2 5 疾病の医療連携体制

(1) がん

がんは、生涯でおよそ2人に1人が罹患し、今や「国民病」と言われる疾病の1つです。本県においても、毎年12,000人を超える方が新たに罹患しており、昭和61(1986)年以降連続して死亡原因の第1位です。

これまで、県では、がん対策の基本的な方向性や中長期的な目標を定めた「栃木県がん対策推進計画(2期計画)」(平成25(2013)年3月策定)に基づき、「がんによる死亡者数の減少」、「すべてのがん患者の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上」、「がんになっても安心して暮らすことができる社会の構築」を全体目標として、がん対策を総合的かつ計画的に進めてきました。

また、「栃木県保健医療計画(6期計画)」では、がんによる死亡者数の減少のほか、緩和ケアの更なる普及や在宅療養機能の充実を図り、がんに伴う苦痛の軽減や療養生活の質の向上等に取り組んできました。

現在、本県におけるがんの5年相対生存率²²は6割を超え、通院により治療しながら日常生活を送る方が増えてきている中、今後は、これまでの取組に加え、がん診療連携拠点病院等と地域の医療機関等との連携強化、がん患者の仕事と治療との両立の支援、ライフステージに応じた小児・AYA世代や高齢者のがん対策の充実等を図り、がん患者やその家族が置かれている状況に応じたがん医療及び各種支援の充実を図っていきます。

【現状と課題】

① がん患者数及びがんによる死亡の状況

ア 患者数

「栃木県保健医療計画(6期計画)」に基づく機能別医療機関現況調査では、がんの専門診療機能を担う医療機関(18施設)における平成28(2016)年の1年間の新入院患者数は34,934人、延べ外来患者数は692,459人となっており、増加傾向にあります。

また、栃木県地域がん登録における平成27(2015)年の新規診断症例数は13,071件(上皮内がんを除く。)となっています。

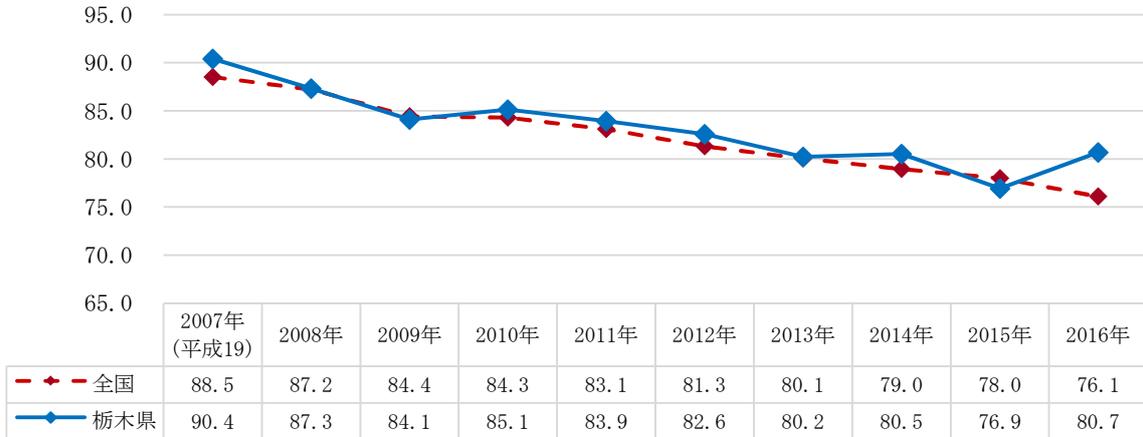
イ 死亡率

国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」では、平成28(2016)のがんの75歳未満年齢調整死亡率(人口10万対)は、80.7(男性:99.9、女性:61.6)となっており、平成22(2010)年のベースラインに比べて減少していますが、「栃木県保健医療計画(6期計画)」の目標値(72.3以下)には達していない状況です。

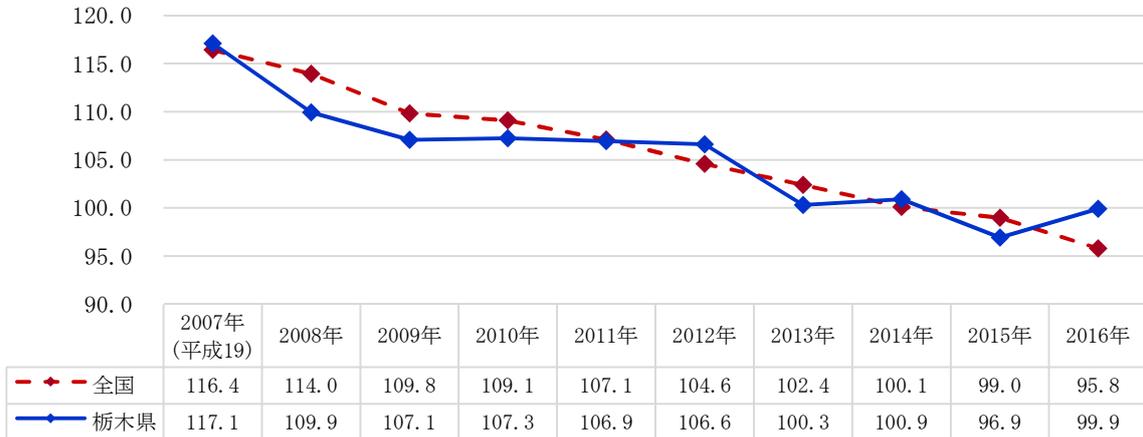
主ながん種別では、全国に比べて、肺がんは低い傾向、肝がん、乳がん、子宮がんは同水準、胃がん、大腸がんは高い傾向にあります。

²² がん罹患してから5年後に生存している方の割合

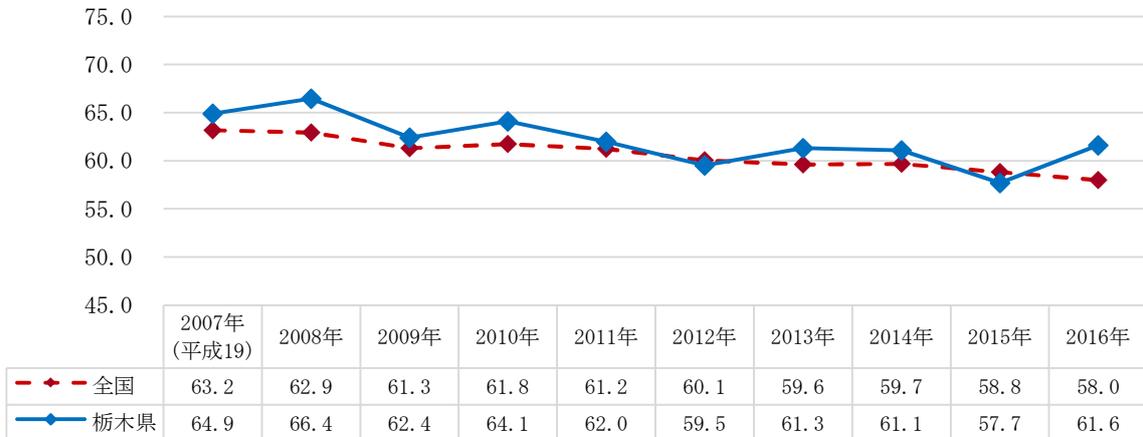
がんの75歳未満年齢調整死亡率（全部位・男女計、人口10万対）



がんの75歳未満年齢調整死亡率（全部位・男、人口10万対）



がんの75歳未満年齢調整死亡率（全部位・女、人口10万対）



【資料：国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」】

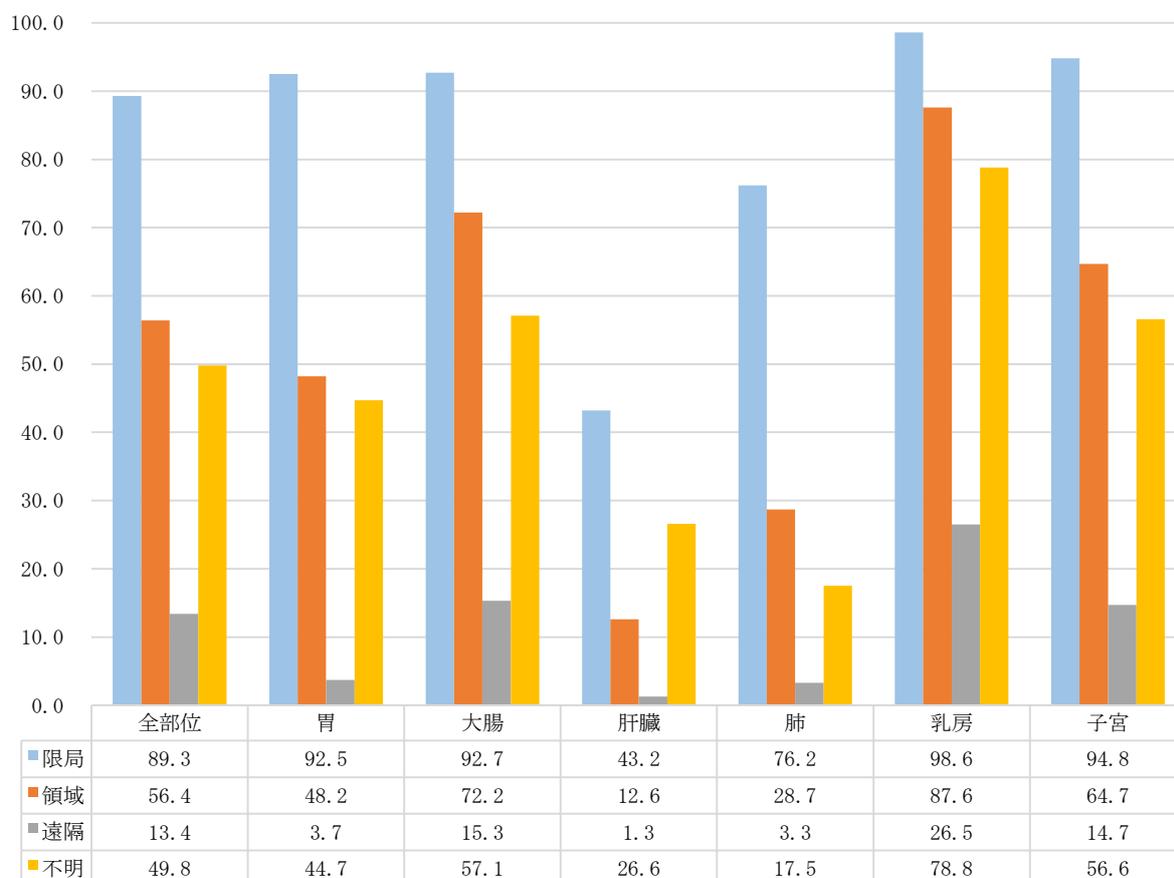
② 生活習慣等の状況

喫煙はがんの最大の危険因子ですが、県内における喫煙率は減少傾向にあるものの、全国に比べて高い状況であり、今後も十分な喫煙対策が必要です。また、食塩摂取量や65歳以上の運動習慣者の割合は改善していますが、野菜摂取量や運動習慣者（20歳～64歳）の割合は悪化しており、県民一人一人が生活習慣の改善に努めていくことが求められています。

また、がん医療の進歩等で、がんの5年相対生存率は6割を超えていますが、がん検診を定期的に受診し、がんを早期に発見し、早期に治療することが大切です。県内における胃がん、大腸がん、肺がん、乳がん、子宮頸がんの検診受診率は、向上しており、全国値よりも高い状況にありますが、「栃木県保健医療計画（6期計画）」の目標値には達していない状況です。

平成28年度県政世論調査では、がん検診を受診しない理由について、「費用がかかる」と回答した県民が約半数、「受診する時間がない」と回答した県民が約4割、「がんであると分かるのが怖い」と回答した県民が約3分の1いることから、県民のがん検診に対する意識等に応じ、効果的ながん検診の受診促進を図ることが必要です。

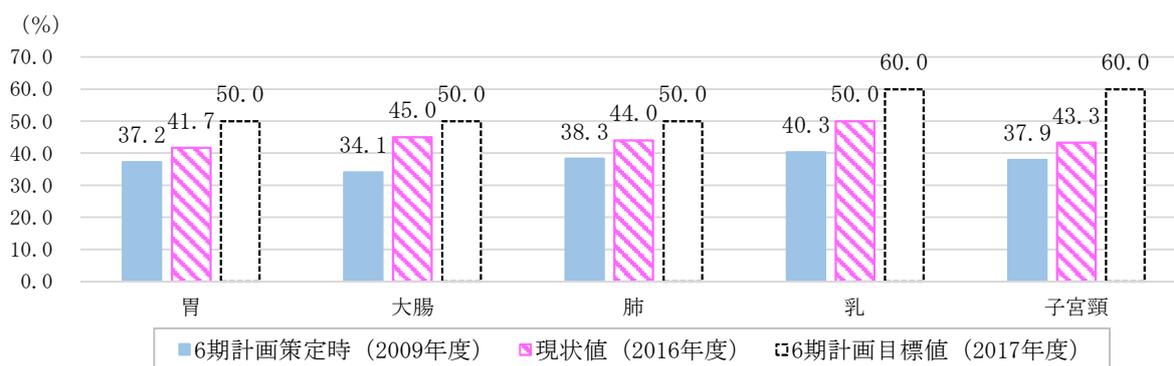
県内におけるがんの5年相対生存率
(2006年-2008年診断、部位別・進行度別・男女計)



※ 乳房・子宮については、女性のみ

【資料：国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」】

県内におけるがん検診受診率（前計画目標値との比較）

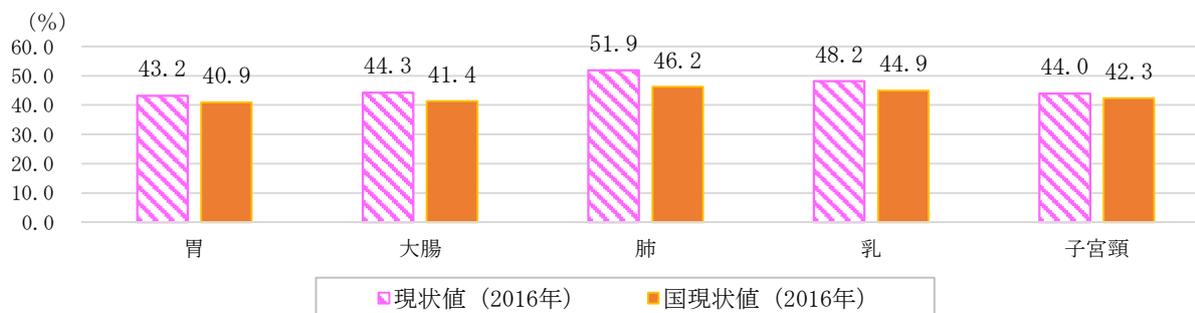


※ 胃・大腸・肺・乳の対象は40歳～69歳、子宮頸の対象は20歳～69歳

※ 胃・大腸・肺は男女計、乳・子宮頸は女性のみ

【資料：県民健康・栄養調査（2016年度は速報値）】

県内におけるがん検診受診率（全国との比較）



※ 胃・大腸・肺・乳の対象は40歳～69歳、子宮頸の対象は20歳～69歳

※ 胃・大腸・肺は男女計、乳・子宮頸は女性のみ

【資料：国民生活基礎調査】

③ 医療の状況

ア 専門治療の状況

栃木県地域がん登録の結果によると、平成26（2014）年に新たにがんと診断された患者の9割は、専門的ながん診療機能を担う医療機関で治療を受けています。

イ 受療動向

厚生労働省が提供した「二次医療圏別受療動向分析ツール」の分析結果から、平成25（2013）年度にがんで医療機関を受診した患者のうち居住している二次保健医療圏以外に所在する医療機関を受診している患者の割合を二次保健医療圏別に見ると、入院では19.3～47.0%、外来では14.6～42.2%と圏域によって差があります。

ウ 医療提供体制

平成29（2017）年12月1日現在、「栃木県保健医療計画（6期計画）」に基づき、専門診療を担う医療機関として18施設、標準的診療を担う医療機関として21施設、療養支援を担う医療機関として115施設（在宅療養支援診療所61施設、外来化学療法加算算定施設22施設、24時間対応が可能な訪問看護ステーション32施設）が機能別医療機関に認定されています。

また、県内全ての二次保健医療圏に、がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院及び栃木県がん診療連携拠点指定病院が整備され、集学的治療や標準的治療の提供、相談支援センターや緩和ケアチームの整備、外来化学療法室の設置、がん医療に携わる専門的な医療従事者の育成等が進み、県内のがん医療の均てん化が進展しています。

こうした取組により、平成 26 (2014) 年度に実施した患者体験調査では、納得のいく治療選択、切れ目のない医療等について、県内のがん患者からおおむね高い評価を得ていますが、全国的には、がん診療連携拠点病院等における取組の格差を指摘する声もあるなど、今後、より一層がん診療提供体制の充実を図っていく必要があります。

【施策の展開方向】

① 目指すべき方向

現状と課題を踏まえ、以下の目指すべき方向を設定します。

- ア がんの予防及び早期発見の推進
- イ がん医療の充実
- ウ がん患者やその家族を支えるための環境づくり

② 各医療機能と連携

がん患者が県内どこに居住していても等しく質の高いがん医療を切れ目なく受けることができるよう、がん診療連携拠点病院等におけるがん医療の質の向上等に加え、保健・福祉・雇用・教育その他の関連施策との有機的な連携を図りながら、がん患者やその家族の置かれた状況に応じた支援を充実させるとともに、それぞれの地域の実情に応じたがん診療連携拠点病院等と地域の医療機関等との連携強化等を通じて、在宅療養中の患者に対する継続的な支援を実施していくこと等が求められています。

これらのことから、目指すべき方向を踏まえ、限られた医療資源を有効に活用しつつ、がんの医療連携体制を構築するに当たり必要な保健医療機能について、以下のとおり定めます。

ア がん予防のための機能【予防】

(ア) 目標

- ・喫煙やがんと関連するウイルス感染等がんのリスクを低減させること
- ・科学的根拠に基づくがん検診の推進、がん検診の受診率向上や精度管理を図ること

(イ) 関係機関に求められる事項

a 行政

- ・全国がん登録情報等の利用を通じて、がんの現状把握に努めること
- ・要精検者が確実に医療機関を受診するよう連携体制を構築すること
- ・生活習慣病検診等管理指導協議会の一層の活用を図ること等により、がん検診の実施方法、精度管理の向上等について検討すること

- ・科学的根拠に基づくがん検診を実施すること
- ・禁煙希望者に対する禁煙支援や受動喫煙の防止等たばこ対策に取り組むこと
- ・がんの原因となるおそれのある感染症の早期発見及び早期治療を推進すること

b 医療機関

- ・がんに係る精密検査を実施すること
- ・精密検査の結果をフィードバックする等がん検診の精度管理に協力すること
- ・敷地内禁煙の実施等たばこ対策に積極的に取り組むこと

イ がん診療機能【治療】

(ア) 目標

- ・精密検査や確定診断等を実施すること
- ・診療ガイドラインに準じた診療を実施すること
- ・がん患者の状態やがんの病態に応じ、手術療法、放射線療法、薬物療法等及びこれらを組み合わせた集学的治療を提供すること
- ・がんと診断された時から緩和ケアを提供すること
- ・がん治療による合併症の予防や軽減を図ること
- ・治療後のフォローアップを行うこと
- ・各職種の専門性を生かし、医療従事者間における連携と補完を重視した多職種によるチーム医療を提供すること

(イ) 医療機関に求められる事項

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

- ・血液検査、画像検査（エックス線検査、CT、MRI、核医学検査、超音波検査、内視鏡等）、病理検査等の診断や治療に必要な検査が実施可能であること
- ・病理診断、画像診断等が実施可能であること
- ・がん患者の状態やがんの病態に応じ、手術療法、放射線療法、薬物療法等及びこれらを組み合わせた集学的治療が提供可能であること
- ・がんと診断された時から緩和ケアを提供すること

さらに、がん診療連携拠点病院としては、以下の対応が求められる。

- ・がん患者の状態に応じ、手術療法、放射線療法、薬物療法等及びこれらを組み合わせた集学的治療及び緩和ケアが提供可能であること
- ・がん患者の病態に応じたより適切ながん医療を提供できるよう、がんセンターボード²³を設置し、月1回以上開催すること
- ・がん患者やその家族の意向に応じ、専門的な知識を有する第三者の立場にある医師の意見を求めることができるセカンドオピニオンが受けられるようにすること

²³ 手術、放射線診断、放射線治療、化学療法、病理診断及び緩和ケアに携わる専門医及び他の専門を異にする医師等によるがん患者の症状、状態及び治療方針等を意見交換・共有・検討・確認等するための会議

- ・相談支援の体制を確保し、情報の収集及び発信、がん患者やその家族の交流の支援等を実施すること。その際、小児・AYA世代のがん、希少がん等に関する情報についても提供できるよう留意すること
- ・がん患者の仕事と治療との両立の支援や就職支援、がん経験者の就労継続支援等に関する取組をがん患者に提供できるようにすること
- ・がんと診断された時から緩和ケアを提供すること（緩和ケアチーム及び緩和ケア外来を整備し、がん患者やその家族に対し、身体的若しくは精神的な苦痛又は社会生活上の不安に対する全人的な緩和ケアを提供すること）
- ・がん治療による合併症の予防や軽減を図るため、院内において周術期の口腔管理を実施する歯科や歯科医療機関と連携を図ること
- ・地域連携支援の体制を確保するため、病院間における役割分担を進めるとともに、研修、カンファレンス、診療支援等のほか、急変時の対応も含め、がん診療機能や在宅療養支援機能を有している他の医療機関等との連携を図ること
- ・院内がん登録を実施すること

(ウ) 医療機関の例

- ・病院又は診療所
- ・がん診療連携拠点病院

ウ 在宅療養支援機能【療養支援】

(ア) 目標

- ・がん患者やその家族の意向を踏まえ、在宅等の生活の場での療養を選択できるようにすること
- ・在宅緩和ケアを提供すること

(イ) 医療機関等に求められる事項

- ・24時間対応が可能な在宅医療を提供すること
- ・がん疼痛等に対する緩和ケアが提供可能であること
- ・看取りを含めた人生の最終段階におけるケアを24時間体制で提供すること
- ・診療情報や治療計画を共有する等がん診療機能を有する医療機関等との連携が可能であること
- ・医療用麻薬を提供できること
- ・口腔内合併症の可能性のある患者、がん治療や緩和医療を受ける患者について、必要な口腔ケアや歯科処置を行えること

(ウ) 医療機関等の例

在宅療養支援診療所、歯科診療所及びこれらと連携する機関（病院、薬局、訪問看護ステーション）

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、小児がん、希少がん等の専門診療については、二次保健医療圏を越えた医療機関の間における連携が必要です。

④ 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)

【主な取組】

① がんの予防及び早期発見の推進

- ア 「とちぎ健康 21 プラン (2期計画)」に基づき、市町、医療機関、企業等と連携し、喫煙対策や生活習慣の改善に関するより効果的な普及啓発等を推進します。
- イ 肝炎に関する正しい知識の普及啓発、肝炎ウイルス検査の受検勧奨等の取組を推進します。また、市町と連携し、肝炎ウイルス検査の陽性者に対するフォローアップ体制の整備や肝炎治療に係る治療費の助成等を通じて、肝炎治療の推進を図るとともに、B型肝炎定期予防接種の推進に取り組みます。
- ウ 県民のがん検診に対する意識等を踏まえ、職域におけるがん検診も含め、より効果的な受診率向上策を推進します。また、県民がそれぞれのライフスタイルに応じてがん検診を受診しやすいよう、県民の利便性を考慮した市町の検診実施体制の整備を促進します。

② がん医療の充実

- ア 栃木県がん診療連携協議会と連携し、医療安全の確保、チーム医療の充実、がん医療等の質の評価について、それぞれのがん診療連携拠点病院等の実情に応じた取組を支援します。
- イ 栃木県がん診療連携協議会、栃木県医師会等と連携し、県内におけるがんゲノム医療²⁴、免疫療法²⁵等に関する提供体制のあり方について検討を進めます。
- ウ 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を図るため、栃木県がん診療連携協議会、栃木県医師会と連携し、それぞれの地域の取組の実情に応じた取組を支援します。

²⁴ 個人の遺伝子情報等を基に、それぞれの体質や病状に合わせて行う医療

²⁵ 人間の体内に元々ある免疫細胞の本来の力を回復させることによって、がんを治療する方法

県内におけるがん診療提供体制（専門診療）



③ がん患者やその家族を支えるための環境づくり

ア がんと診断された時から、がん患者やその家族の身体的若しくは精神的な苦痛又は社会生活上の不安を適切に把握し、診断、治療、在宅医療など様々な場面における緩和ケアを十分に行うことができるよう、緩和ケア提供体制の充実に取り組みます。

イ がん患者やその家族の様々な悩みや不安に適切に対応するとともに、それぞれが必要とする正しい情報を適切に提供できる相談支援体制の整備を図ります。

ウ がん患者の就労に関する悩みや不安に適切に対応できるよう、がん患者の就労に関する相談支援センターの認知度向上、相談員の資質向上等を通じて、がん患者の就労に関する相談支援体制の強化を図ります。

エ 小児・AYA 世代のがん患者が切れ目のない治療を受けることができるよう、診療提供体制の充実を図るとともに、予防することが極めて難しい小児がんの特性を踏まえ、小児がんの早期発見や適切な初期診断の促進に取り組みます。

オ 高齢のがん患者の全身の状況、認知症の併存の有無等の状況に応じた医療や支援の推進を図ります。

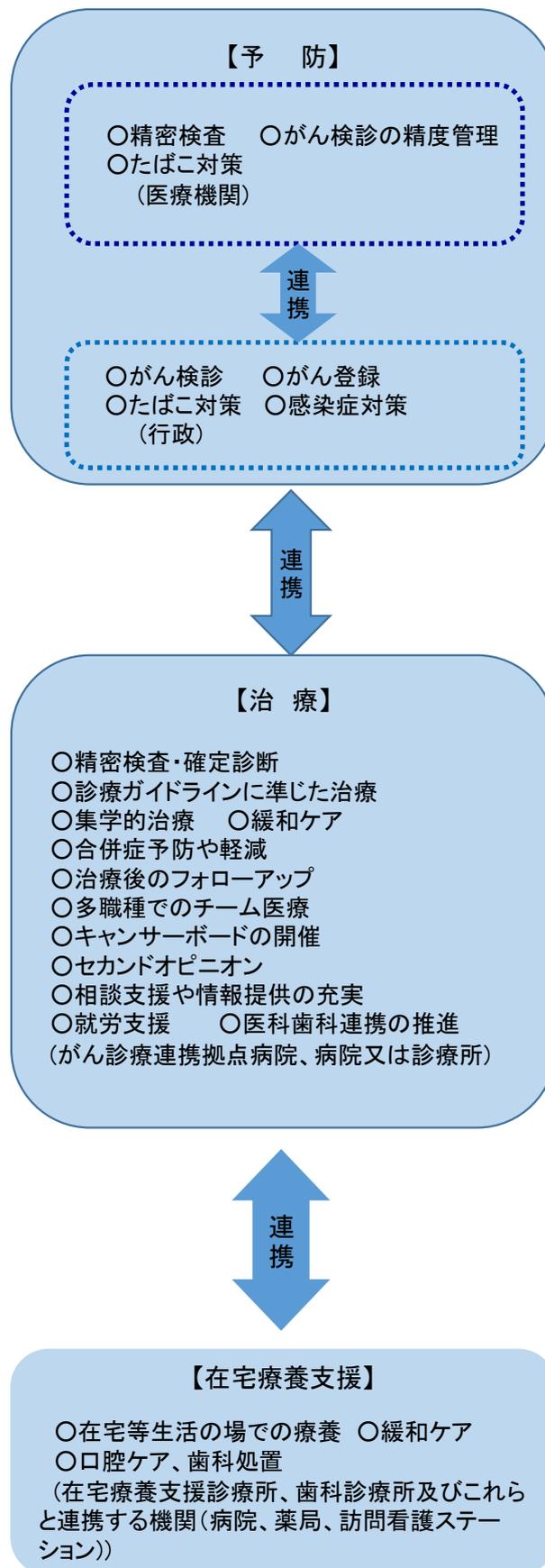
④ がん対策を推進するために必要な基盤の整備

ア がん医療の質の向上、相談支援や緩和ケアの充実等のために必要な人材の確保及び育成を図ります。

イ 県民ががんを正しく理解し、がん患者やその家族の置かれている状況等に対する理解を深めるよう、学校等におけるがん教育や普及啓発の推進を図ります。

ウ 「がん登録等の推進に関する法律」に基づくがん登録の推進、それにより得られた情報の活用等の推進を図ります。

がんの医療連携体制



(2) 脳卒中

脳卒中は、脳血管の閉塞や破綻によって脳機能に障害が起きる疾患であり、脳梗塞、脳内出血、くも膜下出血に大別されます。栃木県における年齢調整死亡率は年々減少していますが、全国値と比べて高い状況が続いており、引き続き、効果的な取組を推進していくことが必要です。

「栃木県保健医療計画（6期計画）」では、県民の適切な受療行動を促す取組の推進や発症から急性期、回復期を経て在宅療養に至るまで、継続性を持って必要な医療を提供できる医療連携体制の構築などに取り組んできました。今後は、脳卒中の要因となる高血圧などの基礎疾患の重症化を予防するため、適切な管理の必要性についての啓発や未治療者及び治療中断者に対する受診勧奨を促進するとともに、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を目指します。

【現状と課題】

① 脳卒中患者数及び脳卒中による死亡の状況

ア 患者数

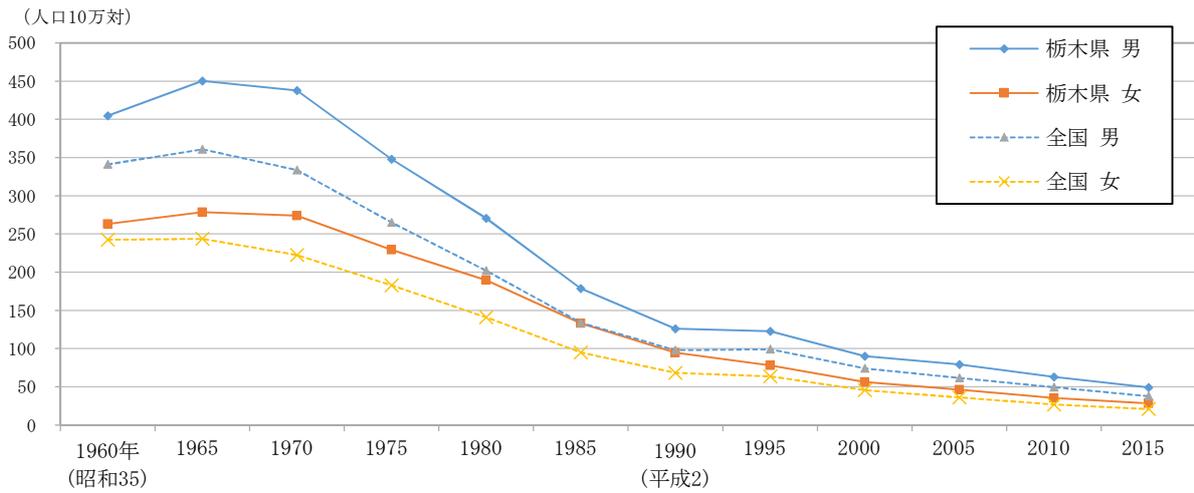
平成26年患者調査では、継続的に治療を受けている県内の推計患者数は15千人となっています。また、「栃木県保健医療計画（6期計画）」に基づく機能別医療機関現況調査では、平成27（2015）年の1年間に脳卒中の急性期の治療を担う医療機関（19施設）に緊急搬送された脳卒中患者は4,737人となっており、増加傾向にあります。

さらに、栃木県脳卒中発症登録では、再発者は発症者のうち22.9%を占め、その割合は増加しています。

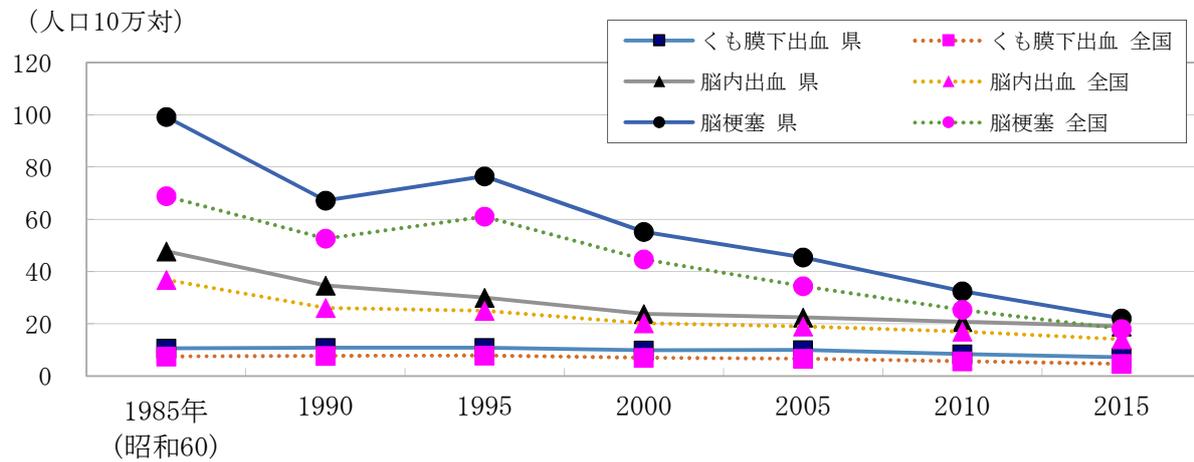
イ 死亡率

平成27年人口動態統計では、脳血管疾患の年齢調整死亡率（人口10万対）は、男性が49.1、女性が28.5となっています。年齢調整死亡率は男女とも一貫して減少していますが、全国値よりも高い状況が続いています。また、年齢階級別死亡率では、男女とも40歳代から増加しています。

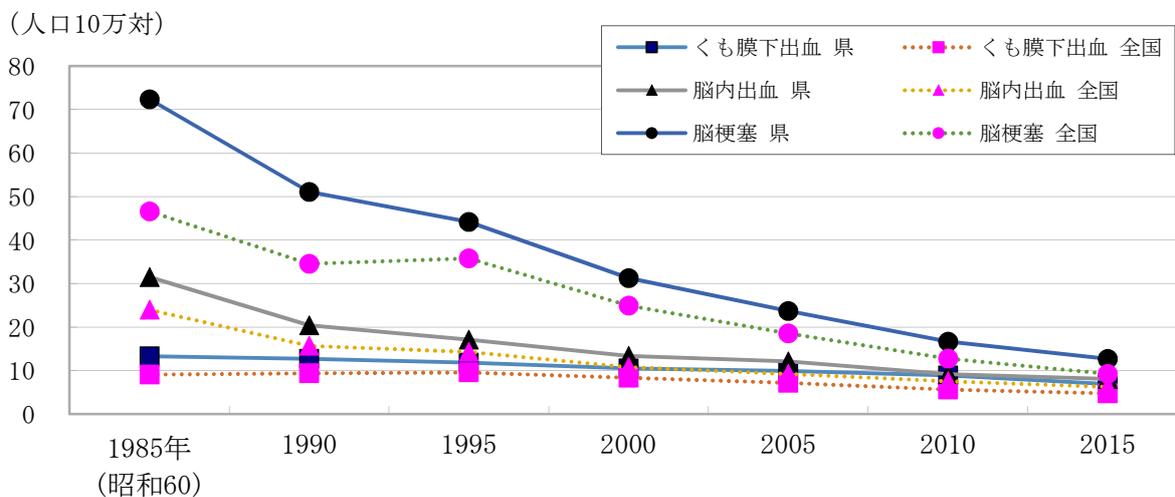
脳血管疾患の年齢調整死亡率の推移



脳血管疾患の病型別年齢調整死亡率の推移 (男性)



脳血管疾患の病型別年齢調整死亡率の推移 (女性)



【資料：厚生労働省「人口動態統計」】

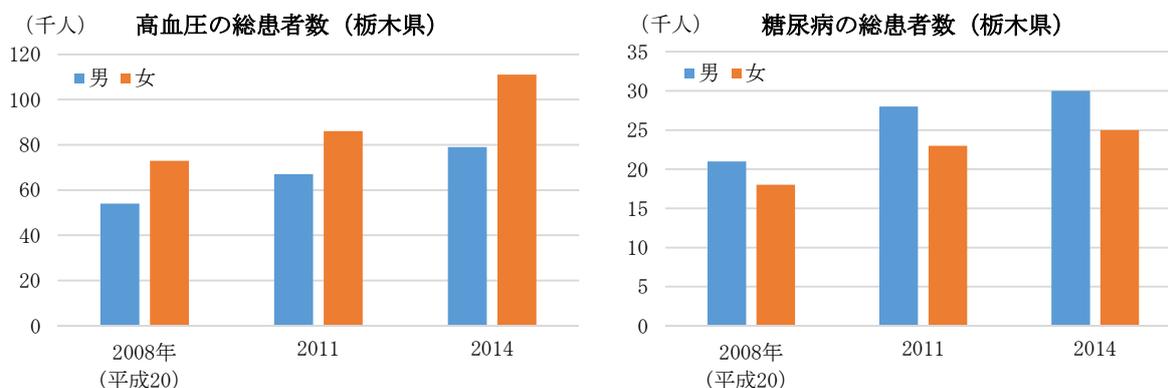
② 生活習慣等の状況

脳卒中の発症には食塩の過剰摂取や喫煙、運動不足やストレスなどが深く関わるとされており、これらは高血圧や糖尿病、脂質異常症等の基礎疾患の要因となります。

平成28年度県民健康・栄養調査では、食塩摂取量は全国値と比べて少ないものの、喫煙者や肥満者の割合は全国値を上回るとともに、1日の平均歩数は下回るなど、今後も引き続き生活習慣の改善が必要な状況にあります。また、平成27(2015)年度の特定健診受診率は48.1%、特定保健指導の実施率は19.0%であり、「栃木県保健医療計画(6期計画)」の目標値には達しておらず、いずれも向上していく必要があります。

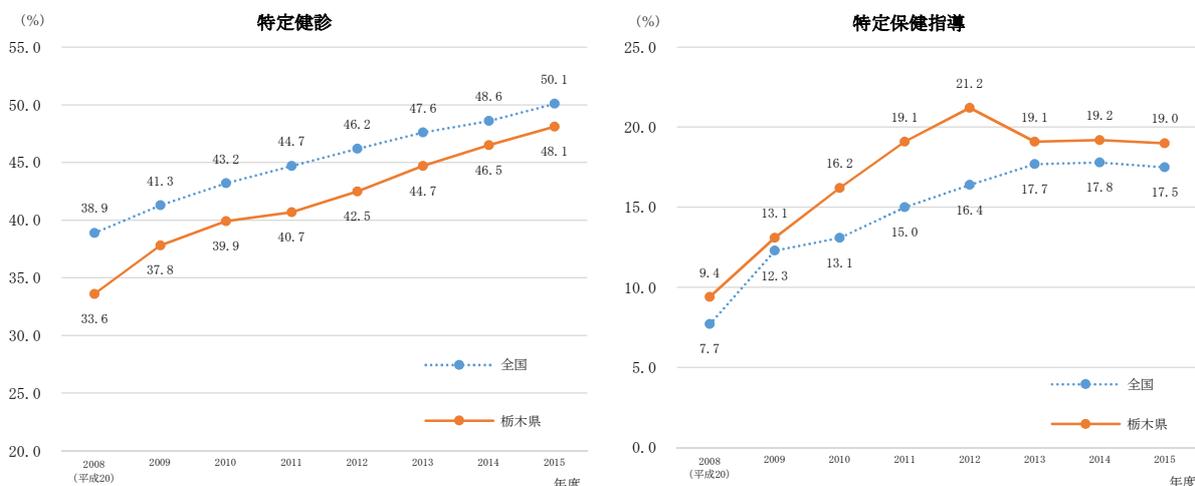
脳卒中は、発症後命が助かったとしても後遺症が残ることも多く、患者及びその家族の日常生活に与える影響は大きいものがあります。発症や再発を予防するためには、望ましい食生活や禁煙、身体活動量の増加などの生活習慣を心がけ、また、基礎疾患を適切に管理していくことが重要です。

基礎疾患の患者数の推移（高血圧・糖尿病）



【資料：厚生労働省「患者調査」】

特定健診・特定保健指導実施率の推移



【資料：厚生労働省「特定健診・特定保健指導の実施状況」】

③ 医療の状況

ア 急性期治療の状況

平成 27(2015)年の 1 年間に急性期の治療を担う医療機関 19 施設(平成 29(2017)年 12 月現在)で診療を受けた患者 4,737 人のうち、組織プラスミノゲン・アクチベータ(t-PA)による血栓溶解療法の実績は 129 件でした。また、平成 28 年栃木県脳卒中発症登録では、発症後 3 時間以内に急性期の治療を担う医療機関を受診した者の割合(37.5%)は増加していますが、「栃木県保健医療計画(6 期計画)」の目標値(50%以上)を下回っている状況です。

急性期の治療を担う医療機関は限られていることから、発症後できるだけ早期に医療機関で適切な医療が受けられるよう、全県における救急医療提供体制を整備することが必要とされています。

イ 医療提供体制

脳卒中が疑われる患者は急性期の治療を担う医療機関 19 施設のいずれかに搬送される体制が整えられています。また、回復期の治療を担う医療機関は 41 施設(平成 29(2017)年 12 月現在)あり、二次保健医療圏ごとの整備が進んでいる状況です。

平成 28 年医師・歯科医師・薬剤師調査では、県内の神経内科専門医は人口 10 万人当たり 4.0 人、脳神経外科専門医は 4.1 人であり、いずれも増加しています。全国値と比べると、神経内科専門医(3.6 人)は上回っていますが、脳神経外科専門医(5.3 人)は少ない状況にあります。脳卒中医療に関わる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、特に急性期医療においては二次保健医療圏を越えた連携の強化が引き続き求められています。

平成 26 年患者調査では、脳卒中を発症し退院した患者の平均在院日数は 86.5 日で、全国値 89.5 日を下回っており、また、在宅等生活の場に復帰した患者の割合(58.1%)は増加しています。高齢化が進展する中で、今後、より一層の再発予防の管理や病期に応じた適切なリハビリテーションの提供などによる在宅復帰支援が、関係機関の連携により円滑に行われることが求められています。

【施策の展開方向】

① 目指すべき方向

現状と課題を踏まえ、以下の目指すべき方向を設定します。

ア 脳卒中予防の取組の強化

イ 適切な受療行動の促進と救急救護体制の整備

ウ 病期に応じた専門的医療提供体制の構築

エ 在宅医療の推進

② 各医療機能と連携

脳卒中の予防には、県民一人一人が適切な生活習慣を維持し、定期的に健康診査を受け、かかりつけ医により基礎疾患や危険因子を適切に管理することが何よりも重要です。一方、発症した場合には、脳卒中による死亡を防ぎ、また、要介護状態に至る

患者を減少させるため、病院前救護も含め、早急に適切な急性期治療を実施できる体制の構築を進める必要があります。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、切れ目のない医療を提供する体制の構築も求められています。

これらのことから、目指すべき方向を踏まえ、限られた医療資源を有効に活用しつつ、脳卒中の医療連携体制を構築するに当たり必要な保健医療機能を以下のとおり定めます。

ア 脳卒中予防のための機能【保健】

(ア) 目標

- ・健康づくりの取組により脳卒中の発症を予防すること

(イ) 関係機関に求められる事項

a 行政

- ・脳卒中を予防するために、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
- ・脳卒中の初期症状に関する知識の啓発を図ること

b 保険者等

- ・特定健康診査、特定保健指導、定期健康診断等を実施し、要医療者（有所見者等）に対し、受診勧奨を行うこと

イ 脳卒中発症予防のための医療機能【予防医療】

(ア) 目標

- ・健康づくりの取組と連動し、脳卒中の発症を予防すること

(イ) 医療機関に求められる事項

- ・高血圧、糖尿病、脂質異常症、心房細動、喫煙、過度の飲酒等の基礎疾患及び危険因子の管理が可能であること
- ・突然の症状出現時における対応について、本人及び家族等患者の周囲にいる者に対する教育、啓発を実施すること
- ・突然の症状出現時に、急性期医療を担う医療機関への受診勧奨について指導すること

(ウ) 医療機関の例

- ・いわゆるかかりつけ医機能を持つ医療機関等

ウ 応急手当・病院前救護の機能【救護】

(ア) 目標

- ・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こと

(イ) 関係者や医療機関に求められる事項

a 本人及び家族等周囲にいる者

- ・発症後速やかに救急搬送の要請を行うこと

- b 救急救命士等
 - ・栃木県救急・災害医療運営協議会病院前救護体制検討部会が定めたプロトコール（活動基準）に沿って、脳卒中患者に対する適切な観察、判断、処置を行うこと
 - ・急性期医療を担う医療機関へ迅速に搬送すること
- c かかりつけ医等の初期診療医療機関
 - ・適切な処置を行った上で、速やかに急性期医療を担う医療機関への転送を要請すること

エ 救急医療の機能【急性期医療】

(脳卒中地域拠点医療機関)

(ア) 目標

- ・脳卒中救急医療機関のうち、二次保健医療圏等の地域単位における脳卒中診療の中心的医療機関として、保健事業等に協力を行うこと
- ・患者の来院後速やかに、病状に応じた専門的な治療が24時間実施可能であること
- ・廃用症候群²⁶を予防し、早期に自立できるためのリハビリテーションを実施すること
- ・地域における医療機関と緊密に連携を図りながら、脳卒中医療を推進すること

(イ) 医療機関に求められる事項

a 救急医療の提供体制

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められる。特に、急性期の診断及び治療については、24時間体制での実施が求められるが、単一の医療機関で24時間体制を確保することが困難な場合には、地域における複数の医療機関が連携して、24時間体制を確保する必要がある。

- ・脳卒中が疑われる患者に対して、専門的診療が24時間実施可能であること
- ・血液検査、画像検査（エックス線検査、CT、MRI、超音波検査）等の必要な検査や脳卒中評価スケールによる神経学的評価が実施可能であること
- ・適応のある脳梗塞症例に対し、来院後早期（発症後4.5時間以内）に組織プラスミノゲン・アクチベータ（t-PA）による血栓溶解療法が実施可能であること
- ・適応のある脳卒中症例に対し、外科手術や脳血管内手術が必要と判断した場合には、来院後速やかに実施可能又は実施可能な医療機関との連携体制が取れていること
- ・呼吸、循環、栄養等の全身管理、及び感染症や深部静脈血栓症等の合併症に対する診療が可能であること
- ・合併症の中でも、特に誤嚥性肺炎の予防のために、口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関等を含め、多職種間で連携して対応すること

²⁶ 脳卒中発症に伴う麻痺等によって体を自由に動かさない状態が続き、心身機能が低下して動けなくなること

- ・リスク管理のもとに早期座位・立位、関節可動域訓練、摂食・嚥下訓練、装具を用いた早期歩行訓練、セルフケア訓練等のリハビリテーションが実施可能であること
 - ・個々の患者の神経症状等の程度に基づき、回復期リハビリテーションが適応しているか判断すること
 - ・回復期（あるいは維持期）の医療機関等と診療情報やリハビリテーションを含む治療計画を共有するなどして連携していること
 - ・回復期（あるいは維持期）に、重度の後遺症等により自宅への退院が容易でない患者を受け入れる医療施設や介護施設等と連携し、その調整を行うこと
- b 情報提供体制
- ・総合的な脳卒中情報の収集提供に積極的に取り組むとともに、適宜地域の医療機関や関係機関等に対して情報を提供するよう努めること
 - ・脳卒中に関する予防情報・診療情報等を、県民に分かりやすく、ホームページに掲載するなどして公開すること
- c 相談・研修体制
- ・地域の医療機関からの脳卒中診療に関する相談等に積極的に応じること
 - ・地域の脳卒中診療や予防活動に携わる医師、保健師等の保健医療従事者に対して、研修を実施すること
 - ・地域において多職種チームによる脳卒中リハビリテーションの提供体制を推進するため、関係機関と連携し、情報交換会や事例検討会等の開催に努めること

(脳卒中救急医療機関)

(ア) 目標

- ・患者の来院後速やかに、病状に応じた専門的な治療が24時間実施可能であること
- ・廃用症候群を予防し、早期に自立できるためのリハビリテーションを実施すること
- ・地域における医療機関と連携を図りながら、脳卒中医療を推進すること

(イ) 医療機関に求められる事項

前記地域拠点医療機関に求められる事項のうち、「a 救急医療の提供体制」を有すること

(ウ) 医療機関の例

- ・脳卒中の専用病室を有する病院
- ・急性期の血管内治療²⁷が実施可能な病院
- ・脳卒中に対する急性期の専門的医療を担う病院又は有床診療所

²⁷ 血管に直接細い管（カテーテル）を通して、血栓の除去やコイル状の小さな金属製の筒（ステント）を留置し、狭くなっている部位を広げるなどの治療法

オ 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】

(ア) 目標

- ・身体機能の早期改善のための集中的なリハビリテーションを実施すること
- ・再発予防の治療とともに、基礎疾患や危険因子の管理を実施すること
- ・誤嚥性肺炎等の合併症の予防を図ること
- ・患者に対し、再発予防などに関しての必要な啓発を図ること

(イ) 医療機関に求められる事項

- ・再発予防の治療（抗血小板療法、抗凝固療法等）、基礎疾患や危険因子の管理、及び抑うつ状態や認知症などの脳卒中後の様々な合併症への対応が可能であること
- ・失語、高次脳機能障害（記憶障害、注意障害等）、嚥下障害、歩行障害などの機能障害の改善及びADLの向上を目的とした、理学療法、作業療法、言語聴覚療法等のリハビリテーションが専門医療スタッフにより集中的に実施可能であること
- ・合併症の中でも、特に誤嚥性肺炎の予防のために、口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関等を含め、多職種間で連携して対応すること
- ・急性期の医療機関及び維持期の医療機関等と診療情報やリハビリテーションを含む治療計画を共有するなどして連携していること
- ・再発が疑われる場合には、急性期の医療機関と連携すること等により、患者の病態を適切に評価すること

(ウ) 医療機関の例

- ・リハビリテーションを専門とする病院又は診療所
- ・回復期リハビリテーション病棟を有する病院

カ 在宅療養を支える機能【維持期医療】

(ア) 目標

- ・生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションを実施し、在宅等への復帰及び日常生活の継続を支援すること
- ・再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施すること
- ・誤嚥性肺炎等の合併症の予防を図ること

(イ) 医療機関に求められる事項

- ・再発予防の治療、基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態への対応等が可能であること
- ・生活機能の維持及び向上のためのリハビリテーション（訪問及び通所リハビリテーションを含む。）が実施可能であること
- ・合併症の中でも、特に誤嚥性肺炎の予防のために、口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関等を含め、多職種間で連携して対策を図ること
- ・地域包括支援センターや訪問看護ステーション、薬局等と連携していること
- ・回復期あるいは急性期の医療機関等と診療情報やリハビリテーションを含む治療計画を共有するなどして連携していること

- ・合併症発症時や脳卒中の再発時に、患者の状態に応じた適切な医療を提供できる医療機関と連携していること

(ウ) 医療機関等の例

- ・介護老人保健施設
- ・介護保険によるリハビリテーションを行う病院又は診療所
- ・診療所（内科、リハビリテーション科等）、歯科医療機関、いわゆるかかりつけ医機能を持つ医療機関

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、急性期医療については全県での三次救急医療による対応も必要とします。

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% (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)

【主な取組】

① 脳卒中予防の取組の強化

ア 県民に対し、適切な食塩摂取量や禁煙などによる望ましい生活習慣の確立、高血圧や糖尿病など基礎疾患の管理の重要性について、パンフレットやホームページなどを通して啓発を行います。

イ 市町や関係機関との連携を強化して、脳卒中の危険因子や初期症状等に関する知識の効果的な普及啓発に取り組みます。特に高血圧は最大の危険因子であり、本県では年齢調整外来受療率が高い傾向にあることから、家庭血圧測定の励行や季節変

動に伴う血圧の上昇（ヒートショック²⁸）への対応（住環境や服装等への配慮）などについて必要な情報発信を行います。

ウ 学校や家庭において、子どもが適切な生活習慣を身につけられるよう、パンフレットなどを提供します。

エ 基礎疾患の重症化を予防するため、保険者と連携して、未治療者や治療中断者に対する受診勧奨を行います。

オ 特定健康診査や保健指導等の実施率向上を図るため、先進的な取組事例等を踏まえ、地域保健や職域保健等と連携し、より効果的な受診勧奨を行います。

② 適切な受療行動の促進と救急救護体制の整備

ア 初期症状の早期発見や医療機関早期受診の重要性について、関係機関と連携しながら啓発活動を積極的に展開します。

イ 脳卒中が疑われる患者が迅速かつ的確に搬送されるよう、病院前救護体制を強化するため、脳卒中スケール²⁹の普及などを通して、消防機関と急性期を担う医療機関との連携を促進します。

③ 病期に応じた専門的医療提供体制の構築

ア 脳卒中患者が発症からの時間や病型に応じた適切な治療を迅速に受けられるよう、機能別医療機関を公表し地域内の医療連携を促進します。

イ 急性期から回復期、維持期に至る医療連携を促進するために、診療情報やリハビリテーションを含む治療計画を共有する取組について検討します。

ウ 脳卒中の病期に応じた専門的医療が適切に提供されるよう、関係団体等と連携し、医療従事者向けの研修を実施します。

④ 在宅医療の推進

ア 脳卒中の再発や重症化を予防するため、基礎疾患及び危険因子の管理の重要性について啓発し、また、患者教育を担う医療関係者の資質向上を図ります。

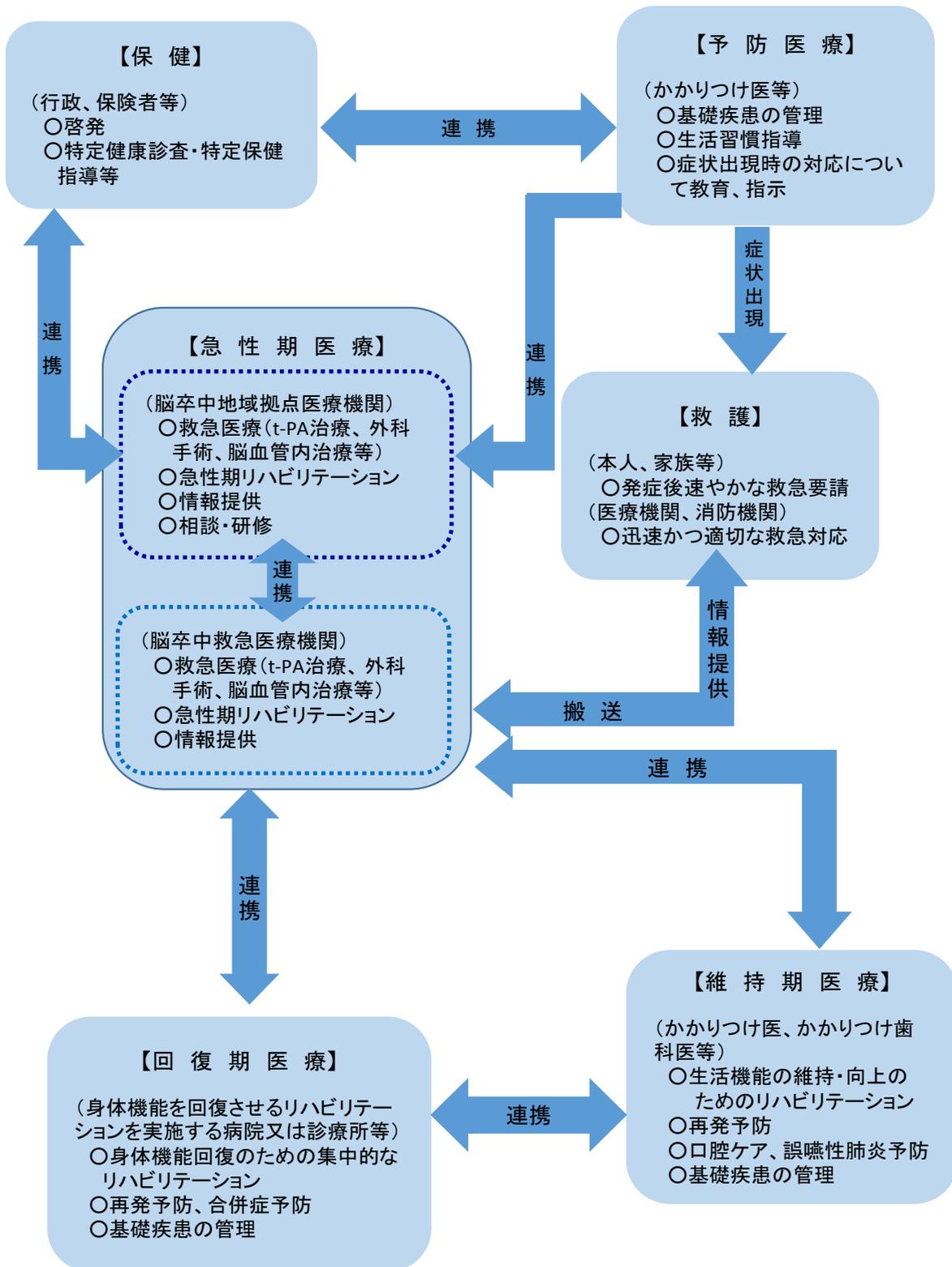
イ 誤嚥性肺炎等の合併症を予防するため、嚥下機能の評価及び口腔管理を実施する歯科医療機関等との連携を促進します。

ウ 脳卒中患者が生活の場で療養できるよう、市町や医療機関、訪問リハビリテーション、訪問看護等の在宅療養の実態を踏まえ、機関相互の連携を推進します。

²⁸ 急激な温度差によって体に起こる影響のこと。血圧変動により脳梗塞や心筋梗塞を引き起こす可能性がある

²⁹ 病院前に救急隊員等が脳卒中であるか否かの判断をするために使われる判定法

脳卒中の医療連携体制



(3) 心筋梗塞等の心血管疾患

心血管疾患は急性心筋梗塞、大動脈瘤³⁰及び解離³¹、慢性心不全³²が代表的な疾患です。そのうち、急性心筋梗塞と大動脈瘤及び解離の年齢調整死亡率は全国値と比べて高い状況が続いており、発症予防や医療提供体制の構築などについて着実に進めていくことが必要です。

「栃木県保健医療計画（6期計画）」では、患者を発見した人や周囲にいる人（バイスタンダー）による救命措置の普及とともに、継続性を持って必要な医療を提供できる医療連携体制の構築などに取り組んできました。今後は、心筋梗塞等の心血管疾患の要因となる高血圧など基礎疾患の重症化を予防するため、適切な管理の必要性についての啓発や未治療者及び治療中断者に対する受診勧奨を促進するとともに、疾病の状況に応じた急性期医療が適切に提供される連携体制の構築、再発や合併症予防を目的とした心血管疾患リハビリテーションが継続的に提供される体制の構築を目指します。

【現状と課題】

① 心筋梗塞等の心血管疾患患者数及び死亡の状況

ア 患者数

平成26年患者調査では、継続的に治療を受けている県内の推計患者数は急性心筋梗塞を含む虚血性心疾患が13千人、大動脈瘤及び解離が1千人、心不全が2千人となっています。また、「栃木県保健医療計画（6期計画）」に基づく機能別医療機関現況調査では、平成27（2015）年の1年間に急性心筋梗塞の急性期の治療を担う医療機関（14施設）に救急搬送された急性心筋梗塞患者数は1,227人となっています。

イ 死亡率

平成27年人口動態統計では、年齢調整死亡率（人口10万対）は急性心筋梗塞が男性で19.7、女性で8.2、大動脈瘤及び解離が男性で7.8、女性で4.1となっており、いずれも全国値よりも高い状況です。一方、心不全は男性で13.2、女性で9.6となっており、全国値よりも低くなっています。また、平成28年人口動態統計によると、心疾患は死因の第2位で全体の16%を占めており、そのうち、急性心筋梗塞を含む虚血性心疾患による死亡者の割合は54%です。

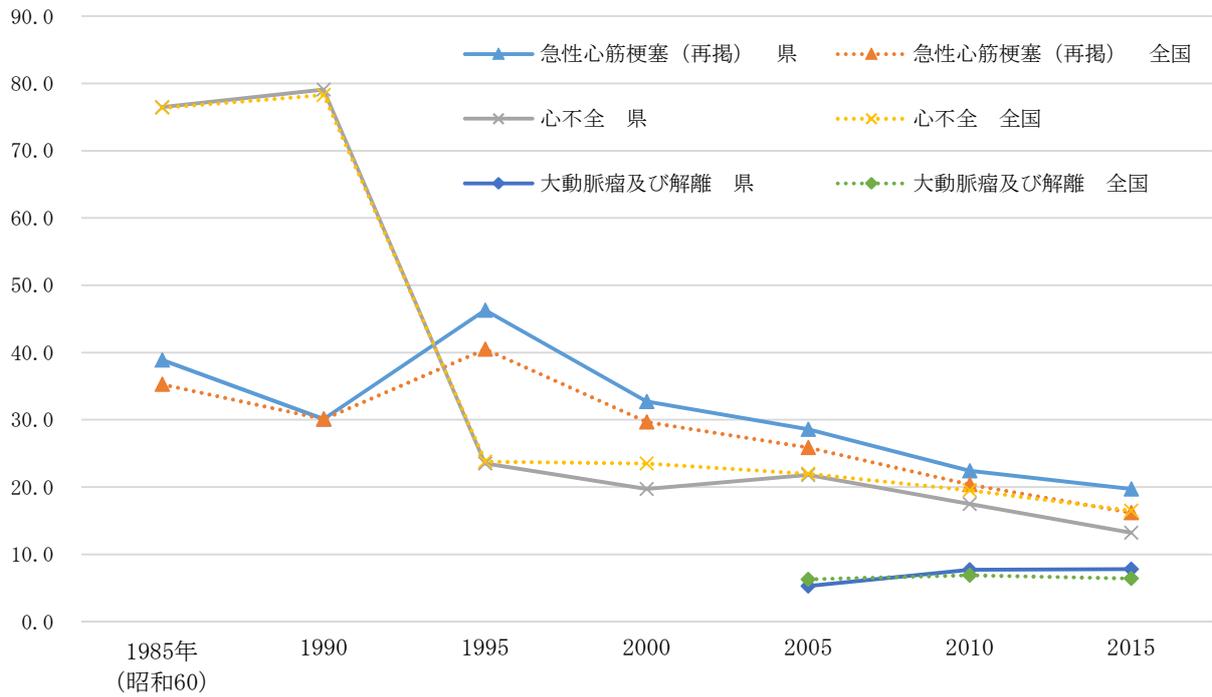
³⁰ 大動脈の一部の壁が、全周性又は局所的に拡大、突出した状態

³¹ 大動脈の壁が中膜のレベルで二層に剥離し、動脈が二腔になった状態

³² 心不全：「心不全とは心臓が悪いために、息切れやむくみが起こり、だんだん悪くなり、生命を縮める病気です」（2017.10.31発表 日本循環器学会・日本心不全学会）

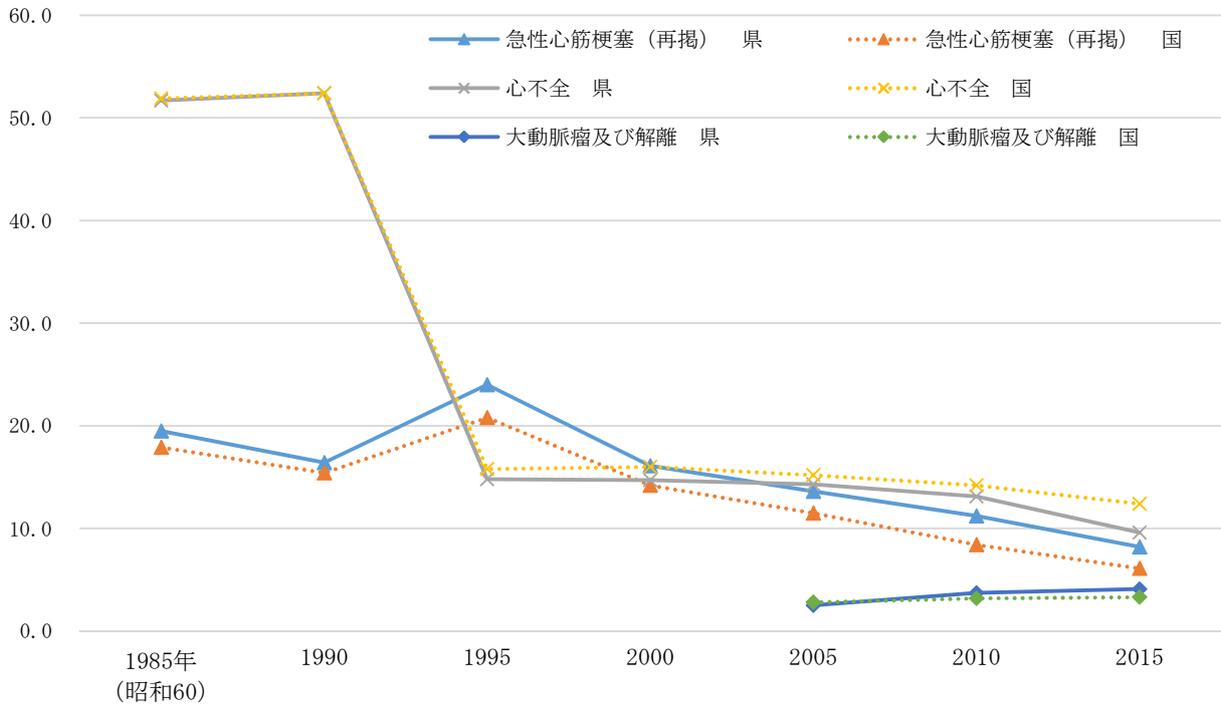
急性心筋梗塞、心不全、大動脈瘤及び解離の年齢調整死亡率の推移（男性）

(人口10万対)



急性心筋梗塞、心不全、大動脈瘤及び解離の年齢調整死亡率の推移（女性）

(人口10万対)



【資料：厚生労働省「人口動態統計」】

② 生活習慣等の状況

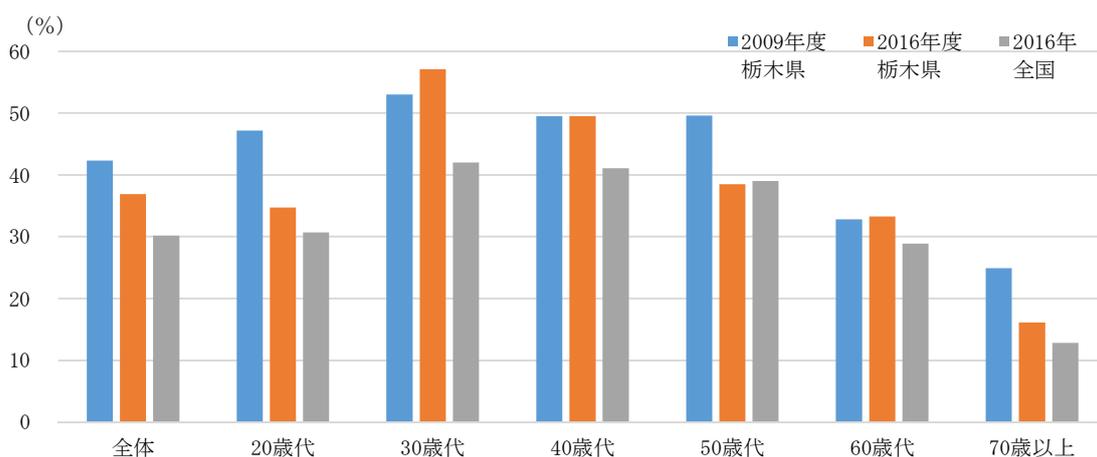
心筋梗塞等の心血管疾患の危険因子は、脳卒中と重なります。生活習慣として、食塩の過剰摂取や喫煙、運動不足やストレスなどが深く関わるとされており、これらは、高血圧や糖尿病、脂質異常症等の基礎疾患の要因となります。

平成 28 年度県民健康・栄養調査では、食塩摂取量は全国値と比べて少ないものの、喫煙者や肥満者の割合は全国値を上回るとともに、1 日の平均歩数は下回るなど、今後も引き続き生活習慣の改善が必要な状況にあります。また、平成 27 (2015) 年度の特定健診受診率は 48.1%、特定保健指導の実施率は 19.0%であり、「栃木県保健医療計画(6 期計画)」の目標値には達しておらず、いずれも向上していく必要があります。

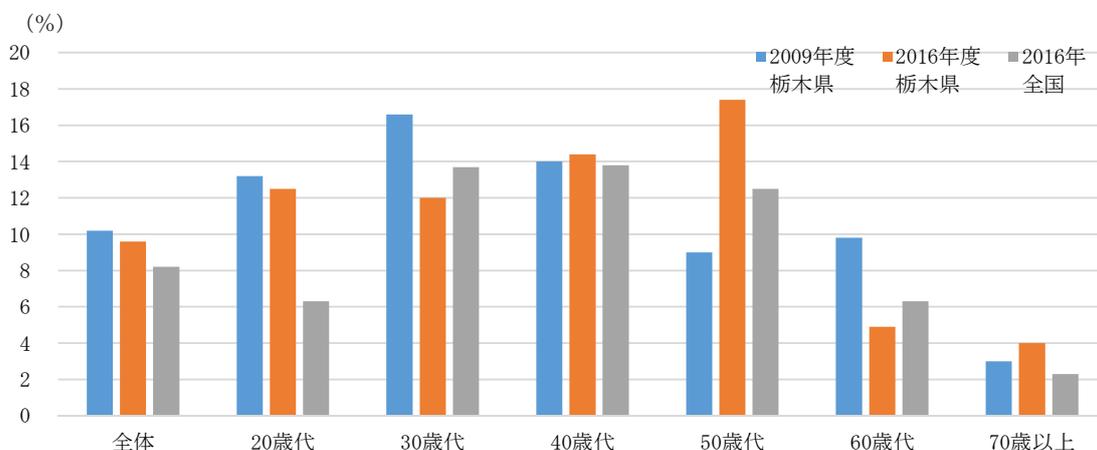
心筋梗塞等の心血管疾患は治療法が進歩してもなお致命的な結果を招く可能性のある疾患です。発症及び再発の予防には、生活習慣の改善や基礎疾患の適切な管理が重要です。

喫煙率の状況

年齢階級別喫煙率（男性）



年齢階級別喫煙率（女性）



【資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」、栃木県「県民健康・栄養調査」】

③ 医療の状況

ア 急性期治療の状況

平成 27 (2015) 年の 1 年間に急性心筋梗塞の急性期を担う医療機関 14 施設 (平成 29 (2017) 年 12 月現在) で診療を受けた急性心筋梗塞の患者数は 1,227 人でした。

また、平成 28 年栃木県医療実態調査では、虚血性心疾患の患者のうち、居住する二次保健医療圏内に入院している患者の割合が 25%~95%と地域差がみられます。急性期の治療を担う医療機関は限られていることから、二次保健医療圏を越えた救急医療の連携体制が重要です。

大動脈瘤及び解離の患者に対して行われる主な治療 (大動脈瘤切除術 (吻合又は移植を含む。) 及びステントグラフト³³内挿術) の 80%は三次救急医療機関で実施しているため、救急搬送から回復期まで二次保健医療圏を超えた連携の強化が必要です。

心不全の患者は、居住する二次保健医療圏内の医療機関に入院している傾向が強いことから、各保健医療圏における疾病の特性に応じた適切な急性期医療の提供が求められています。

イ 医療提供体制

急性心筋梗塞が疑われる患者が搬送される急性期の治療を担う医療機関数は 14 施設、回復期の治療を担う医療機関数は 9 施設 (平成 29 (2017) 年 12 月現在) にそれぞれ増えてきています。回復期の治療を担う医療機関の全ては、急性期治療の機能も担っていることから、急性期早期から一貫した心血管疾患リハビリテーションの提供が行われています。

慢性心不全患者は、急性増悪³⁴による再入院を繰り返しながら悪化することが特徴です。また高齢の患者が多い疾病であり、今後も高齢化に伴って患者数の増加が見込まれることから、地域内での重症化予防のための管理や支援、急性増悪期への対応など、医療・介護との連携体制の構築が必要です。

平成 28 年医師・歯科医師・薬剤師調査では、県内の循環器内科専門医は人口 10 万人当たり 7.6 人、心臓血管外科専門医は 1.3 人であり、全国値 (循環器内科専門医 9.6 人、心臓血管外科専門医 1.6 人) より少ない状況となっています。また、心血管疾患に関わる医療従事者や機能別医療機関の地域偏在は続いており、特に急性期医療においては、二次保健医療圏を越えた連携体制の強化が必要な状況です。

平成 26 年患者調査では、心血管疾患を発症し退院した患者の平均在院日数は 19.8 日であり、全国値 20.3 日を下回っています。また、虚血性心疾患で在宅等生活の場に復帰した患者の割合は 94.9%となっており、再発予防を含めた包括的心血管疾患リハビリテーションを受けながら、在宅等で自分らしい生活が送れるように支える医療の連携体制の構築が求められています。

³³ バネ状の小さな金属製の筒 (ステント) を取り付けられた人工血管。動脈瘤ができた血管の内壁に挿入して、狭窄や出血を防止する

³⁴ 原因となる疾患の進行や再発等により、慢性心不全の患者などで急激に心臓の機能が低下する危機的な状態

【施策の展開方向】

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 心筋梗塞等の心血管疾患予防の取組の強化
- イ 速やかな救命処置の実施と救急救護体制の整備
- ウ 病期に応じた専門的医療提供体制の構築
- エ 在宅療養が可能な体制の整備

② 各医療機能と連携

心筋梗塞等の心血管疾患の予防には、県民一人一人が適切な生活習慣を維持し、定期的に健康診査を受け、かかりつけ医による基礎疾患や危険因子を適切に管理することが何よりも重要です。一方、発症した場合には、心筋梗塞等の心血管疾患による死亡を防ぎ、また、要介護状態に至る患者を減少させるため、病院前救護も含め、早急に適切な急性期治療を実施できる体制の構築を進める必要があります。さらに、急性期の治療や発症後早期からの心血管疾患リハビリテーションの実施に限らず、回復期及び維持期においても適切な治療を提供する体制の構築も求められています。

これらのことから、目指すべき方向を踏まえ、限られた医療資源を有効に活用しつつ、心筋梗塞等の心血管疾患の医療連携体制を構築するに当たり必要な保健医療機能を以下のとおり定めます。

ア 心筋梗塞等の心血管疾患予防のための機能【保健】

(ア) 目標

- ・健康づくりの取組により心筋梗塞等の心血管疾患の発症を予防すること

(イ) 関係機関に求められる事項

a 行政

- ・心筋梗塞等の心血管疾患を予防するため、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
- ・心血管疾患の初期症状に関する知識の啓発を図ること

b 保険者等

- ・特定健康診査、特定保健指導、定期健康診断等を実施し、要医療者（有所見者等）に対し、受診勧奨を行うこと

イ 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】

(ア) 目標

- ・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を予防すること

(イ) 医療機関に求められる事項

- ・高血圧、糖尿病、脂質異常症、不整脈、喫煙、過度の飲酒等の基礎疾患及び危険因子の管理が可能であること
- ・突如の症状出現時における対応について、本人及び家族等患者の周囲にいる者に対する教育、啓発を実施すること

- ・本人及び家族等患者の周囲にいる者に対し、突然の症状出現時に、急性期医療を担う医療機関への受診勧奨について指導すること

(ウ) 医療機関の例

- ・いわゆるかかりつけ医機能を持つ医療機関等

ウ 応急手当・病院前救護の機能【救護】

(ア) 目標

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

(イ) 関係者や医療機関に求められる事項

a 家族等周囲にいる者

- ・発症後速やかに救急搬送の要請を行うこと
- ・心肺停止が疑われる者に対して、AEDの使用を含めた救急蘇生法等適切な処置を実施すること

b 救急救命士等

- ・栃木県救急・災害医療運営協議会病院前救護体制検討部会が定めたプロトコール（活動基準）に則し、薬剤投与等の特定行為を含めた救急蘇生法等適切な観察、判断、処置を実施すること
- ・急性期医療を担う医療機関へ速やかに搬送すること

c かかりつけ医等の初期診療医療機関

- ・適切な処置を行った上で、速やかに急性期医療を担う医療機関への転送を要請すること

エ 救急医療の機能【急性期医療】

(ア) 目標

- ・患者の来院後速やかに初期診療を開始するとともに、疾患に応じた専門的な治療が実施できること
- ・合併症や再発の予防、在宅復帰のための心血管疾患リハビリテーションを実施すること
- ・再発予防の定期的な専門検査を実施すること

(イ) 医療機関に求められる事項

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

- ・心電図検査、血液生化学検査、心臓超音波検査、エックス線検査、CT検査、心臓カテーテル検査³⁵、機械的補助循環装置等必要な検査及び処置が24 時間対応可能であること
- ・心筋梗塞等の心血管疾患が疑われる患者について、専門的診療が24 時間対応可能であること

³⁵ 足の付け根などの動脈から、細い管（カテーテル）を心臓の近くまで挿入し、心臓に血液を供給している冠動脈（冠状動脈）を映し、血液の流れを調べる検査

- ・ST上昇型心筋梗塞の場合、冠動脈造影検査及び適応があればPCI³⁶を行い、来院後90分以内の冠動脈再疎通が可能であること
- ・慢性心不全の急性増悪の場合、かかりつけ医等と連携の上、状態の安定化に必要な全身管理が可能であること
- ・呼吸管理、疼痛管理等の全身管理や、ポンプ失調、心破裂等の合併症治療が可能であること
- ・虚血性心疾患に対する冠動脈バイパス術や大動脈解離に対する大動脈人工血管置換術等の外科的治療が可能又は外科的治療が可能な施設との連携体制がとれていること
- ・電氣的除細動、機械的補助循環装置、緊急ペーシングへの対応が可能であること
- ・運動療法のみならず多面的・包括的なリハビリテーションが実施可能であること
- ・抑うつ状態等の対応が可能であること
- ・回復期（あるいは維持期）の医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること、またその一環として再発予防の定期的な専門検査を実施すること

(ウ) 医療機関の例

- ・救命救急センターを有する病院
- ・CCU等を有する病院
- ・心筋梗塞等の心血管疾患に対する急性期医療を担う病院又は有床診療所

オ 疾病管理プログラム³⁷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】

(ア) 目標

- ・再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施すること
- ・合併症や再発の予防、在宅復帰のための心血管疾患リハビリテーションを入院又は通院により実施すること
- ・在宅等生活の場への復帰を支援すること
- ・患者に対し、再発予防などに関し必要な知識を教えること

(イ) 医療機関に求められる事項

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

- ・再発予防の治療や基礎疾患、危険因子の管理、抑うつ状態等の対応等が可能であること
- ・心電図検査、電氣的除細動等急性増悪時の対応が可能であること

³⁶ percutaneous coronary intervention の略。経皮的冠動脈形成術のこと。心臓カテーテルを通して細くなった血管を造影剤で満たした風船で拡張するバルーン治療や、コイル状の小さな金属製の筒（ステント）を冠動脈に留置する治療法

³⁷ 多職種チームが退院前から退院後にわたり医学的評価・患者教育・生活指導を包括的かつ計画的に実施し、再入院の予防、予後の改善等を目的とした中長期的プログラム（日本循環器学会）

- ・合併症併発時や再発時に緊急の内科的・外科的治療が可能な医療機関と連携していること
- ・運動耐容能を評価の上で、運動療法、食事療法、患者教育等の心血管疾患リハビリテーションが実施可能であること
- ・心筋梗塞等の心血管疾患の再発や重症不整脈などの発生時における対応法について、患者及び家族への教育を行っていること
- ・急性期の医療機関及び二次予防の医療機関と診療情報や治療計画を共有する等して連携していること

(ウ) 医療機関の例

- ・内科、循環器科又は心臓血管外科を有する病院又は診療所

カ 在宅療養を支える機能【維持期医療】

(ア) 目標

- ・再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施すること
- ・在宅療養を継続できるよう支援すること

(イ) 医療機関に求められる事項

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

- ・再発予防のための治療や基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態への対応が可能であること
- ・緊急時の除細動等急性増悪時への対応が可能であること
- ・合併症併発時や再発時に緊急の内科的・外科的治療が可能な医療機関と連携していること
- ・慢性心不全患者の支援において、急性期の医療機関や介護保険サービス事業所等多職種と、再発予防の定期的専門的検査、合併症併発時や再発時の対応を含めた診療情報や治療計画を共有する等により連携していること
- ・在宅での運動療法、再発予防のための管理について、医療機関と訪問看護ステーション、かかりつけ薬剤師・薬局等が連携し、実施できること
- ・心血管疾患の患者が歯科診療所を受診した際には、循環器科等の医療機関及び病院歯科と連携し、心機能や臨床検査結果等を踏まえた全身管理に配慮し、安全安心な歯科医療を提供すること

(ウ) 医療機関の例

- ・いわゆるかかりつけ医機能を持つ医療機関、歯科診療所等

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、急性期医療については全県での三次救急医療による対応も必要とします。

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% (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)

【主な取組】

① 心筋梗塞等の心血管疾患予防の取組の強化

ア 県民に対し、適切な食塩摂取量や禁煙などによる望ましい生活習慣の確立、高血圧や糖尿病など基礎疾患の管理の重要性について、パンフレットやホームページなどを通して啓発を行います。

イ 市町や関係機関との連携を強化して、心筋梗塞等の心血管疾患の危険因子や初期症状等に関する知識の効果的な普及啓発に取り組みます。特に高血圧は最大の危険因子であり、本県では年齢調整外来受療率が高い傾向にあることから、家庭血圧測定の励行や季節変動に伴う血圧の上昇（ヒートショック）への対応（住環境や服装等への配慮）などについて必要な情報発信を行います。

ウ 学校や家庭において、子どもが適切な生活習慣を身につけられるよう、パンフレットなどを提供します。

エ 基礎疾患の重症化を予防するため、保険者と連携して、未治療者や治療中断者に対する受診勧奨を行います。

オ 特定健康診査や保健指導等の実施率向上を図るため、先進的な取組事例等を踏まえ、地域保健や職域保健等と連携し、より効果的な受診勧奨を行います。

② 速やかな救命処置の実施と救急救護体制の整備

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

イ 医療機関や消防機関と連携し、心血管疾患が疑われる患者が迅速かつ的確に搬送されるよう、病院前救護体制及び救急搬送体制を構築します。

③ 病期に応じた専門的医療提供体制の構築

ア 心筋梗塞等の心血管疾患患者が、発症からの時間や疾病に応じた適切な治療を迅速に受けられるよう、急性期の治療を担う医療機関の情報を公表し、地域内の医療連携を促進します。

イ 救急医療から回復期、維持期に至る医療連携を促進するために、診療情報やリハビリテーション等を含む治療計画を共有する取組について検討します。

ウ 慢性心不全の急性増悪の場合、状態の安定化に必要な治療が、身近な地域において提供されるよう、維持期医療と急性期医療との連携を促進します。

エ 心血管疾患患者の状態に応じて、できるだけ早期からリハビリテーションが実施され、合併症や再発の予防、在宅復帰のための心血管疾患リハビリテーションが適切に提供されるよう、多職種による連携体制の構築を促進します。

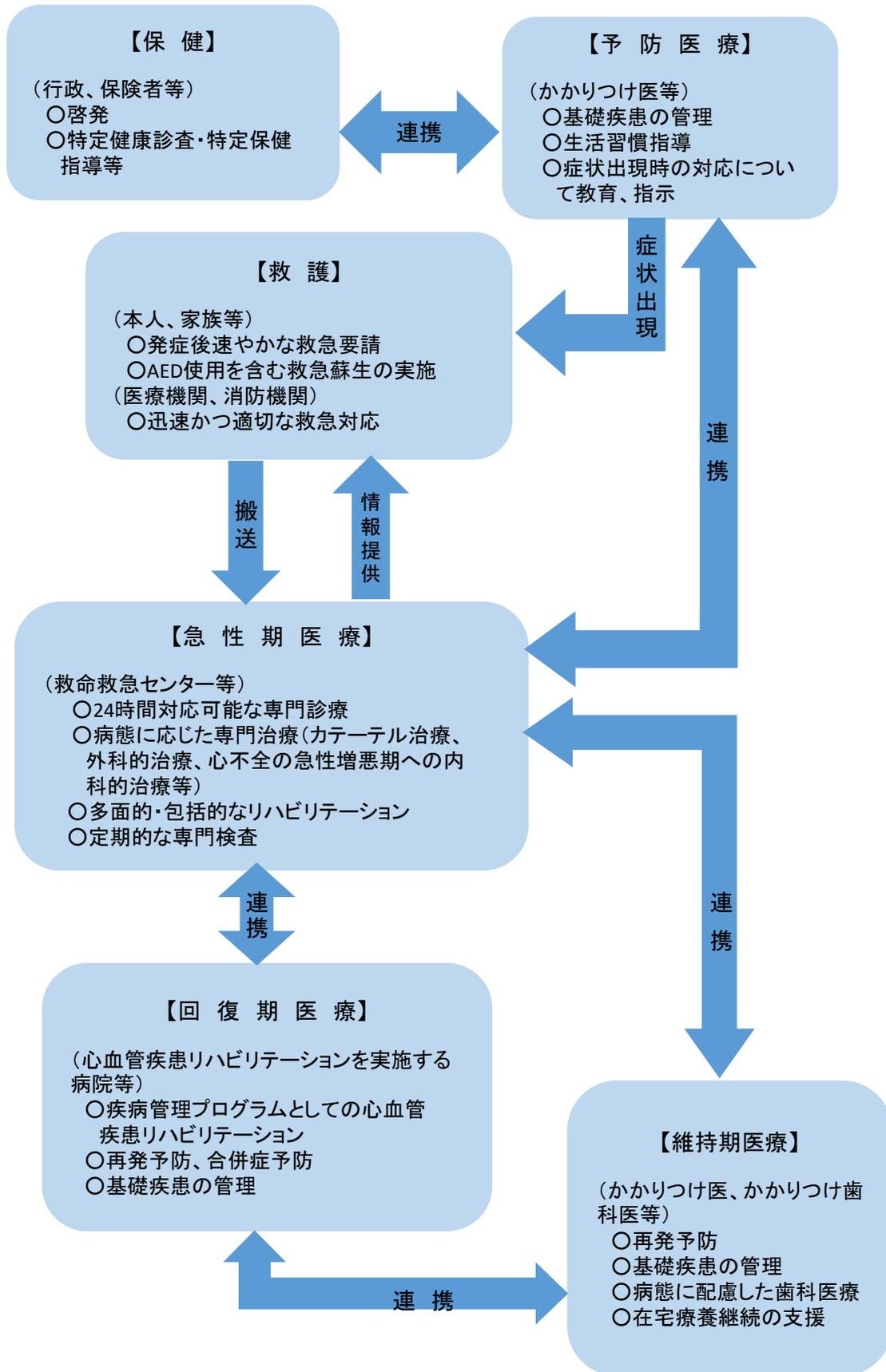
④ 在宅療養が可能な体制の整備

ア 再発予防のための定期的専門的検査の実施について、パンフレット等を配布して広く県民に啓発を行います。

イ 心筋梗塞等の心血管疾患の再発や重症化を予防するため、基礎疾患及び危険因子の管理の重要性について啓発するとともに、患者教育を担う医療関係者の資質向上を図ります。

ウ 慢性心不全の患者が生活の場で療養できるよう、市町や医療機関、訪問リハビリテーション、訪問看護等の在宅療養の実態を踏まえ、機関相互の連携を推進します。

心筋梗塞等の心血管疾患の医療連携体制



(4) 糖尿病

糖尿病の患者数は年々増加傾向にあり、糖尿病腎症を原因とした透析患者数も同様の傾向にあります。糖尿病は初期段階では自覚症状が余りありませんが、適切な治療を受けずに放置すると重症化し、網膜症や腎症（CKD³⁸）、神経障害、歯周病など様々な合併症を引き起こし、また脳卒中、心筋梗塞・狭心症などの大血管症、歯周病などの発症にも関連するとされ、患者のQOLを著しく低下させることになるため、効果的な対策が必要です。

「栃木県保健医療計画（6期計画）」では、糖尿病の発症予防対策の強化、保険者における糖尿病重症化予防の取組、医療機関における標準治療の普及や医療連携の強化などを進めてきました。

今後は、引き続き糖尿病の発症予防に力を入れるとともに、各地域において医療機関と薬局、保険者等との連携の強化を図り、重症化予防に重点を置いた取組が着実に実施される体制の構築を目指します。

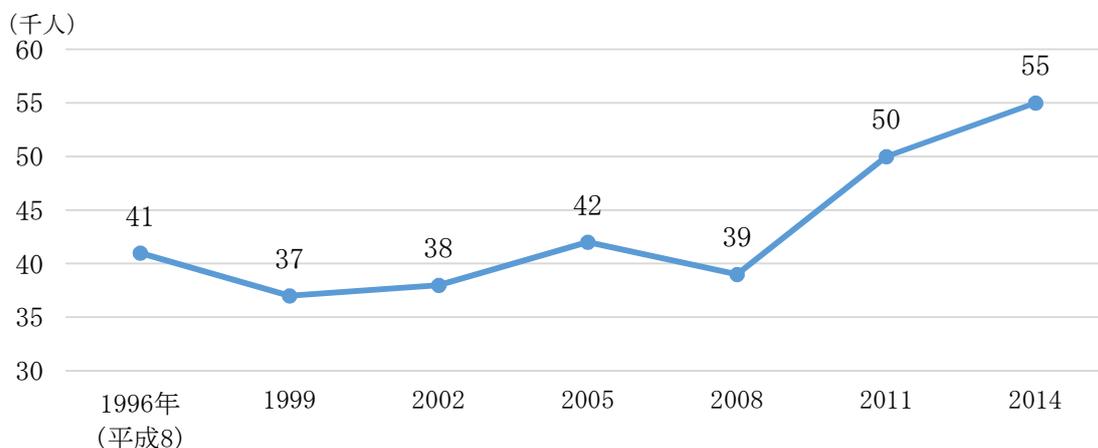
【現状と課題】

① 糖尿病患者数及び糖尿病による死亡の状況

ア 患者数

平成26年患者調査では、県内の糖尿病の推計総患者数は55千人となっています。患者数は年々増加傾向にあり、全国値よりも高い状況です。

糖尿病患者数の推移（栃木県）



【資料：厚生労働省「患者調査」】

イ 死亡率

平成27年人口動態統計では、糖尿病の年齢調整死亡率(人口10万対)は男性6.0、女性2.5となっています。男女とも全体として減少傾向にありますが、男性は全国値を上回っています。

³⁸ Chronic Kidney Disease の略。慢性腎臓病のこと。腎臓の働きが徐々に低下していく様々な腎臓病の総称

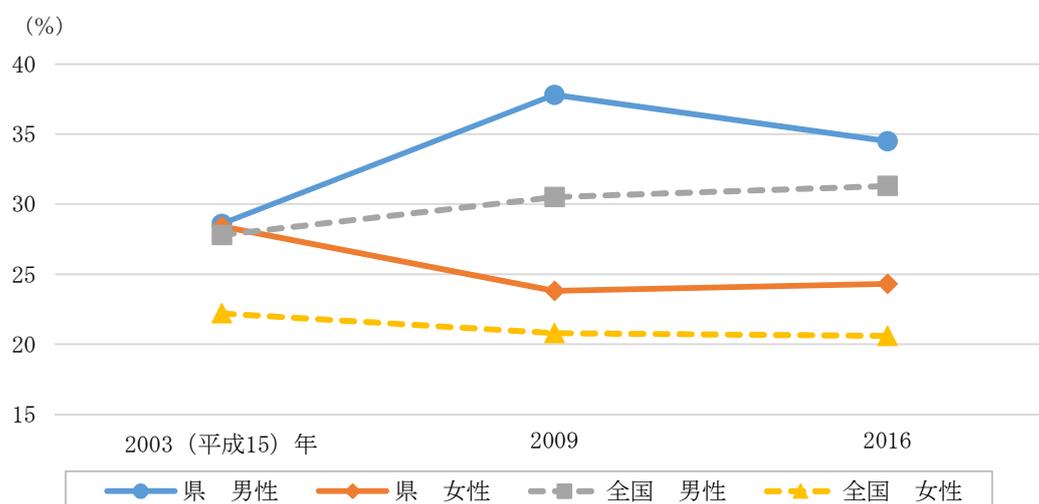
② 生活習慣等の状況

平成28年度県民健康・栄養調査によると、食塩摂取量は全国値と比べて少ないものの、野菜の摂取量は国が定める1日の目標量(350g以上)には達していない状況です。また、肥満者や喫煙者の割合は全国値を上回るとともに、1日の平均歩数は少なく、運動習慣のある者の割合は下回るなど、今後とも引き続き生活習慣の改善が必要な状況にあります。また、特定健康診査や特定保健指導の実施率は、「栃木県保健医療計画(6期計画)」の目標値にはいずれも達しておらず、実施率を向上させていく必要があります。

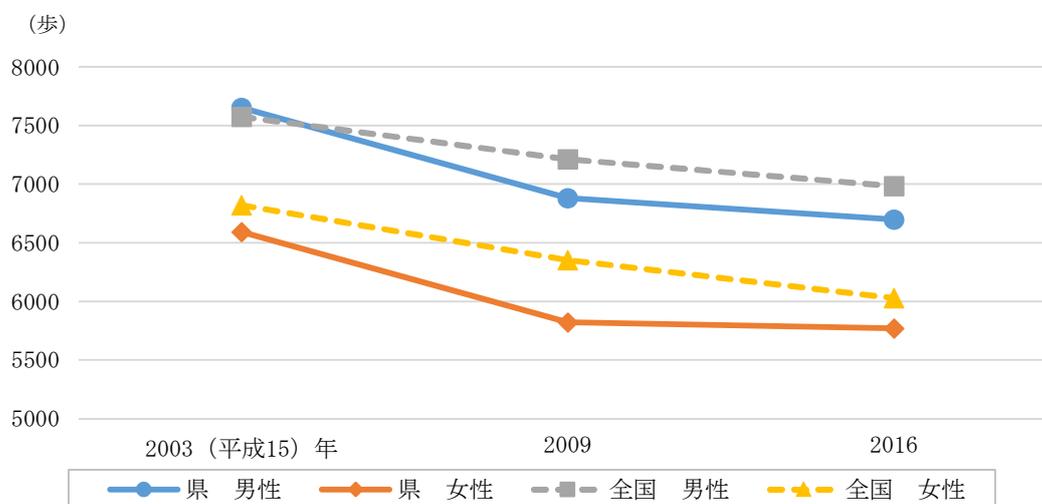
糖尿病は栄養・食生活や運動といった生活習慣と密接に関係する病気です。発症や合併症を予防するには、適切な食生活、適度な身体活動や運動習慣が大切です。

また、糖尿病を早期に発見して重症化を防ぐために、定期的に健康診査を受診することも重要です。

肥満者 (BMI25以上の者) の割合の推移 (20歳以上)



日常生活における1日の平均歩数 (20歳以上)



※2003年の歩数は15～19歳含む

【資料：厚生労働省「国民健康・栄養調査」、栃木県「県民健康・栄養調査」】

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いまだに 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

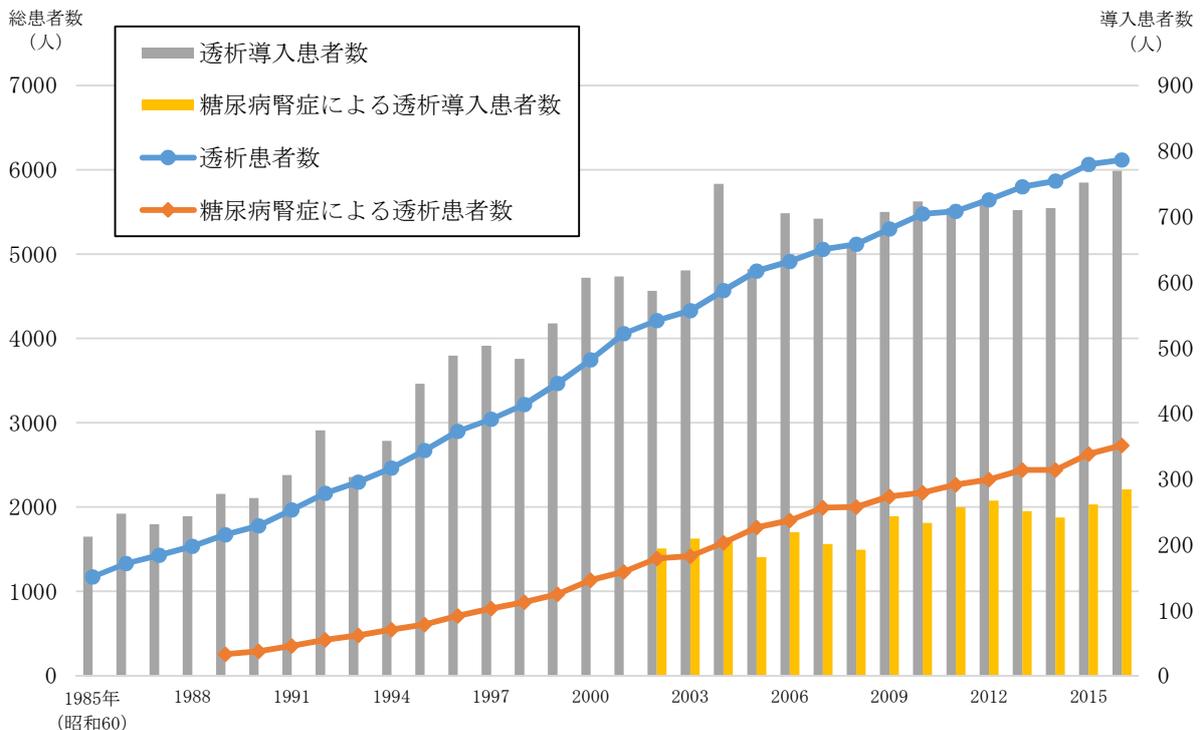
NDB を用いた平成 27（2015）年度の受療動向分析の結果では、県内の糖尿病患者で県内の医療機関の外来を受診した患者のうち 92%は、自分が住んでいる二次保健医療圏内の医療機関を受診していました。二次保健医療圏ごとに見ると割合の範囲は 83%から 97%となっています。

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、透析が必要になることがあります。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、平成 28（2016）年では県内で 6,117 人に上ります。透析患者の原疾患は様々ですが、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す合併症や重症化を防ぐことが重要です。

透析患者数及び透析導入患者数の推移（栃木県）



【資料：栃木県臓器移植推進協会調べ】

エ 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・安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(平成29(2017)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、平成29(2017)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、平成29(2017)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、平成29(2017)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。

【施策の展開方向】

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・安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³⁹療法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・安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

³⁹ 身体がブドウ糖を利用するのに必要なホルモンのこと

(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（OGTT⁴⁰、HbA1c⁴¹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⁴²の対応が可能であること
- ・合併症の治療が必要な場合、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

⁴⁰ Oral Glucose Tolerance Test の略。糖尿病型の診断・判定に用いる経口ブドウ糖負荷試験のこと

⁴¹ 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

⁴² 治療中に発熱、下痢、嘔吐を来し、又は、食欲不振のために食事ができない時をいう

- ・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) 医療機関の例

- ・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

- ・血糖コントロールが困難な患者に対し、教育入院⁴³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
- ・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) 医療機関の例

- ・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

⁴³ 糖尿病を発症した場合、患者自身の病気の理解や、食事・運動・薬物療法に関する知識や技術の習得などの自己管理が療養生活において重要なため、入院により患者教育を行うこと

- ・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
- ・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) 医療機関の例

- ・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
- ・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

(ウ) 医療機関の例

- ・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% (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。

【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。

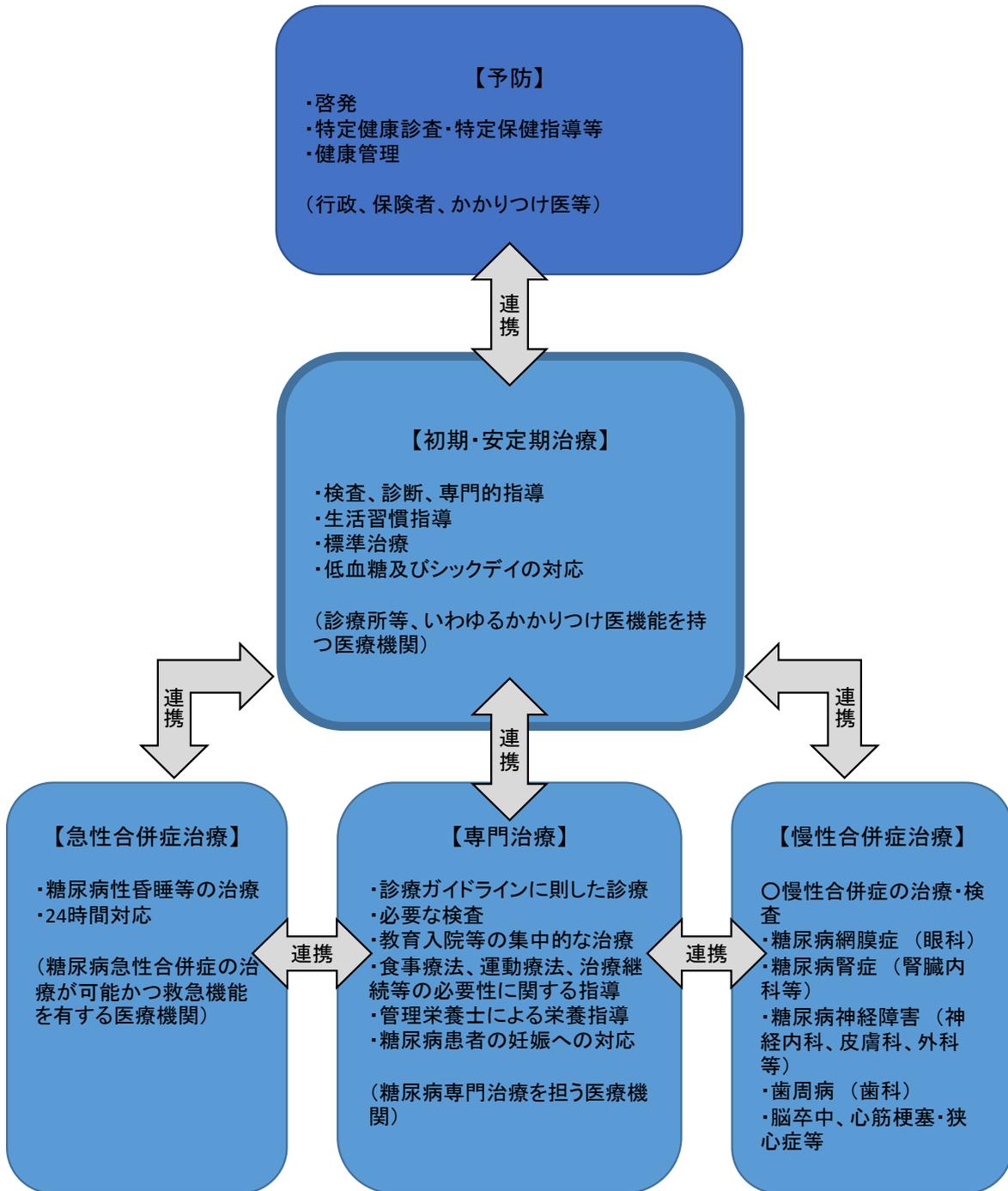
③ 糖尿病医療等に係る人材の育成と資質向上

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



(5) 精神疾患

精神疾患は、近年その患者数が急増しており、平成 26 年患者調査によると、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、平成 10 (1998) 年以降 14 年連続で 3 万人を超える水準でしたが、平成 24 (2012) 年に 15 年ぶりに 3 万人を下回り、以降 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。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、高齢化の進展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

平成 26 年度精神保健福祉資料 (630 調査) によると、平成 26 (2014) 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、平成 21 (2009) 年の同月と比較して微減となっています。

年齢階級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。

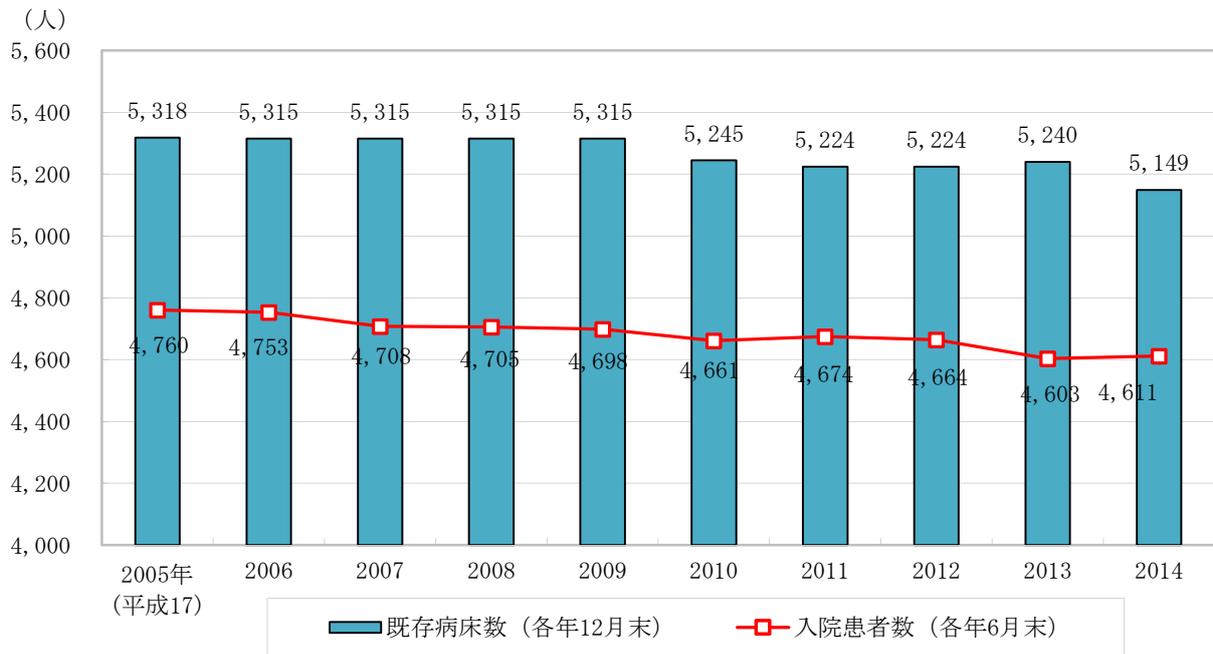
在院期間別入院患者の構成割合は、1 年未満が 27.5%、1 年以上 5 年未満が 28.9%、5 年以上 10 年未満が 15.1%、10 年以上 20 年未満が 13.1%、20 年以上が 15.4%となっており、1 年以上 5 年未満の患者の割合が増加傾向にある一方で、10 年以上の患者の割合は減少傾向にあります。

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。

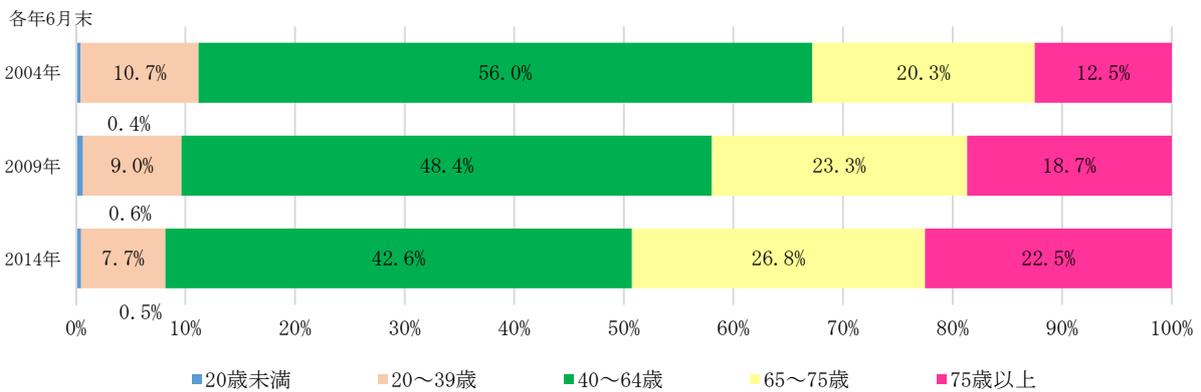
また、平成 29 (2017) 年 3 月末の栃木県精神保健福祉センターの調査によると、県内に住所がある通院患者 (自立支援医療費 (精神通院) 受給認定者) 数は、平成 29 (2017) 年 3 月末で 22,107 人であり、平成 25 (2013) 年 3 月末と比較して 3,960 人 (約 21.8%) 増加しています。

また、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、全国値と同水準です。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。

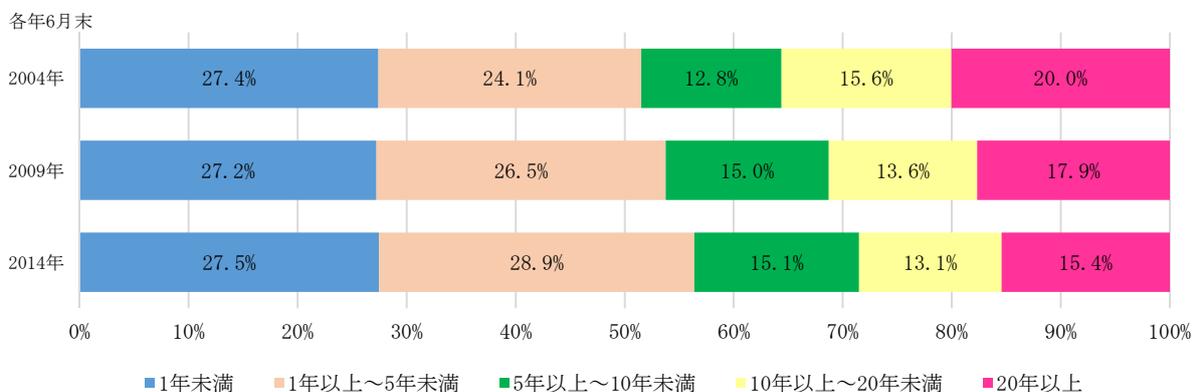
精神障害者数（既存病床・入院患者数）の推移



年齢階級別入院患者の構成割合の推移

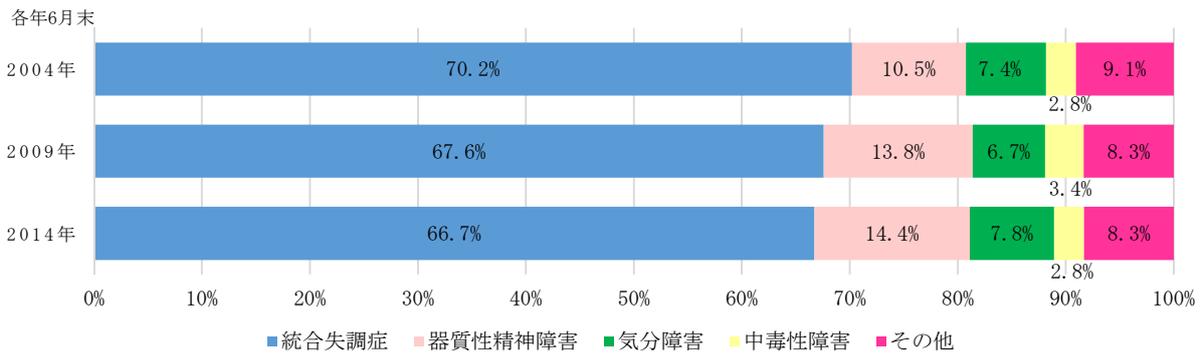


在院期間別入院患者の構成割合の推移



【資料：国立精神・神経医療研究センター「精神保健福祉資料（630 調査）」】

疾病分類別入院患者の構成割合の推移



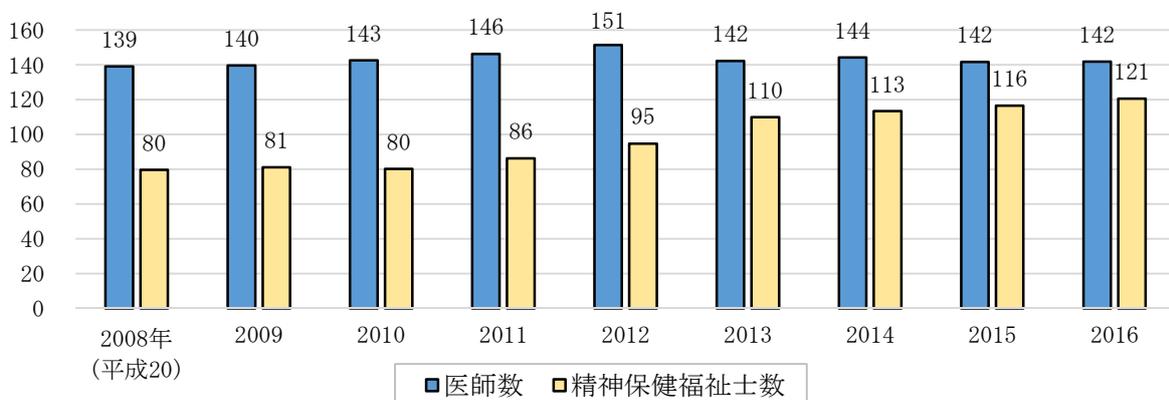
【資料：国立精神・神経医療研究センター「精神保健福祉資料（630 調査）」】

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



【資料：栃木県精神保健福祉センター調べ】

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



【資料：厚生労働省「病院報告」】

ア 統合失調症

患者調査によると、全国では、平成 26 (2014) 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。

平成 26 (2014) 年度の NDB 及び精神保健福祉資料 (630 調査) によると、本県では、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、全国値の 0.11% を下回っています。

イ うつ病・躁うつ病

患者調査によると、全国では、平成 26 (2014) 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、平成 11 (1999) 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

厚生労働省によると、全国では、認知症高齢者の数は、平成 24 (2012) 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群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⁴⁴。なお、患者調査によると、平成 26 (2014) 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

患者調査によると、全国では、平成 26 (2014) 年に医療機関を継続的に受療している 20 歳未満の精神疾患を有する総患者数は 27.0 万人であり、平成 11 (1999) 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

患者調査によると、全国では、平成 26 (2014) 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、平成 11 (1999) 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

患者調査によると、全国では、平成 26 (2014) 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の総患者数は 4.9 万人で、平成 11 (1999) 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

患者調査によると、全国では、平成 26 (2014) 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、平成 11 (1999) 年の総患者数の 0.1 万人から増加しています。

⁴⁴ 厚生労働省「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～(新オレンジプラン)」による

(ウ) ギャンブル依存症

患者調査によると、全国では、平成 26 (2014) 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の総患者数は 500 人未満でした。

キ 外傷後ストレス障害 (PTSD)

患者調査によると、全国では、平成 26 (2014) 年に医療機関を継続的に受療している PTSD の総患者数は 0.3 万人で、平成 11 (1999) 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

平成 13 (2001) ～平成 17 (2005) 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、全国では、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、27 万人いると推計されています。

ケ 摂食障害

患者調査によると、全国では、平成 26 (2014) 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、平成 11 (1999) 年の総患者数の 1.1 万人から横ばいです。

コ てんかん

患者調査によると、全国では、平成 26 (2014) 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、平成 11 (1999) 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 (2014 年度)

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 (所)	
			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
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 か所以下の少数であり、特定数の表示不可。

【資料：厚生労働省「第1回 NDB オープンデータ」及び国立精神・神経医療研究センター「精神保健福祉資料」】

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平成 27 (2015) 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、平成 22 (2010) 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、平成 27 (2015) 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、平成 26 年度衛生行政報告例によると、平成 26 (2014) 年度の措置入院⁴⁵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、全国値の 5.4 を上回っています。

シ 身体合併症

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⁴⁶によると、全国では、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患者の発生する割合は人口 1 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⁴⁷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。

平成 26 (2014) 年度の厚生労働省調査によると、本県では、平成 26 (2014) 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 か所となっており、全国値の 0.8 か所と同水準です。

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 か所となっており、全国値の 0.5 か所と同水準です。

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 となっており、全国値の 30 を下回っています。

精神疾患の受け入れ体制を持つ一般病院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 となっており、全国値の 2.6 を下回っています。

ス 自殺対策

警察庁の自殺統計原票を集計した結果によると、全国では、自殺者数は、平成 10 (1998) 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、平成 24 (2012) 年に 15 年ぶりに 3 万人を下回り、平成 28 (2016) 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。

⁴⁵ 精神保健福祉法に定められている入院形態の一つ。都道府県知事は、2 人以上の精神保健指定医に診察をさせ、精神障害者であり、かつ、医療及び保護のために入院させなければその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあると認められることについて各指定医の診察の結果が一致した場合、その者を国等の設置した精神科病院又は指定病院に入院させることができる。

⁴⁶ 厚生労働科学研究「精神科医療、とくに身体疾患や認知症疾患合併症例の対応に関する研究」

⁴⁷ 厚生労働科学研究「精神科病棟における患者像と医療内容に関する研究」

本県では、自殺者数は平成 21 (2009) 年の 630 人をピークに減少傾向であり、平成 28 (2016) 年は 382 人ですが、人口動態統計によると、平成 17 (2005) 年から 12 年連続で自殺死亡率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、平成 17 (2005) 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。)施行から平成 27 (2015) 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。平成 29 (2017) 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、平成 25 (2013) 年度に栃木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、平成 28 (2016) 年度末時点で県内 8 か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による、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、ICF⁴⁸の基本的考え方を踏まえた、多職種協働による支援体制の構築

⁴⁸ International Classification of Functioning Disability and Health の略。国際生活機能分類のこと。世界保健機関 (WHO) で平成 13 (2001) 年に採択された。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。体の働きや精神の働きである「心身機能」、ADL・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」、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、それぞれの要素を評価し、バランスよく働きかけることが重要とされる。

イ 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築

(7) 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

(7) 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、歯科医療を含む。）、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

(7) 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、歯科医療を含む。）、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、歯科医療を含む。）、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、二次保健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	精神病床における急性期（3か月未満）入院需要（患者数）	674人 (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 (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 (2014年度)	3,029人 (2020年度)	2,395人 (2024年度)	3,029人 (2020年度) ※1
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年度)	1,738人 (2020年度)	1,439人 (2024年度)	1,738人 (2020年度) ※1
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年度)	1,291人 (2020年度)	956人 (2024年度)	1,291人 (2020年度) ※1
6	精神病床における入院需要（患者数）	4,611人 (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% (2014年度)	69% (2020年度)		69% (2020年度) ※1
11	精神病床における入院後6か月時点の退院率	82% (2014年度)	84% (2020年度)		84% (2020年度) ※1
12	精神病床における入院後1年時点の退院率	89% (2014年度)	90% (2020年度)		90% (2020年度) ※1
13	自殺死亡率 (人口10万人当たりの自殺者数)	19.5 (2015年)	14.6 (2022年)		14.6 (2022年) ※2

※1 「栃木県障害福祉計画（第五期計画）」に合わせて設定。

※2 「栃木県自殺対策計画」に合わせて設定。

【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、それぞれの疾患に対応できる医療機関を明確にします。
- 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、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 mECT⁴⁹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「うつ病ショートケア」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。

⁴⁹ modified Electro Convulsive Therapy の略。修正型電気痙攣療法のこと。全身麻酔と筋弛緩剤投与により苦痛やけいれんを緩和したうえで、頭部への電気刺激により脳内に治療的影響を与える治療法。うつ病などにも適用がある。

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。
- オ 歯科医師や薬剤師、看護職員などを対象とした研修を実施することにより、それぞれの専門性を発揮しながら適切な支援ができるよう、認知症対応力の向上を図ります。

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ための方策を検討する会議を開催し、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「ふぉーゆう」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、ふぉ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 栃木県立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図ります。

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 (PTSD)

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充実を図ります。

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栃木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 栃木県立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

精神障害者の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（2017）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

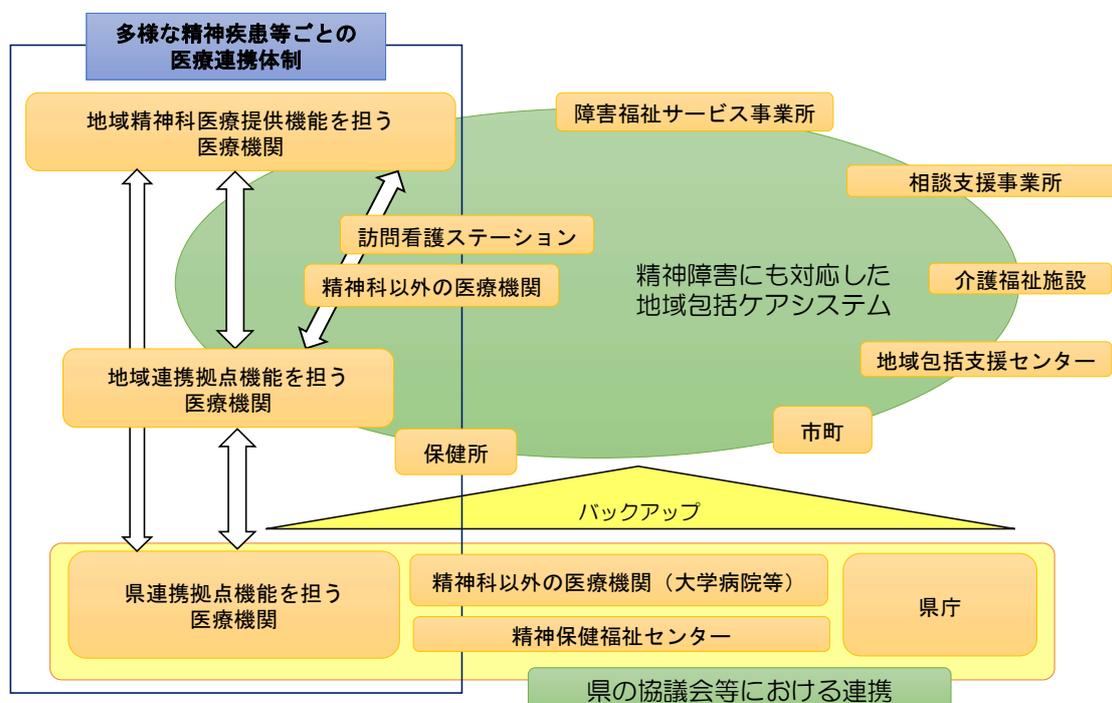
保健、医療、福祉、教育、労働等に関わる関係機関と有機的な連携を図るとともに、県民一人ひとりの気づきと見守りを促しながら、「共に支え合い、誰も自殺に追い込まれることのない“とちぎ”の実現」を目指し、地域の実情を踏まえた総合的かつ効果的な自殺対策を推進していきます。

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栃木県立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一人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】

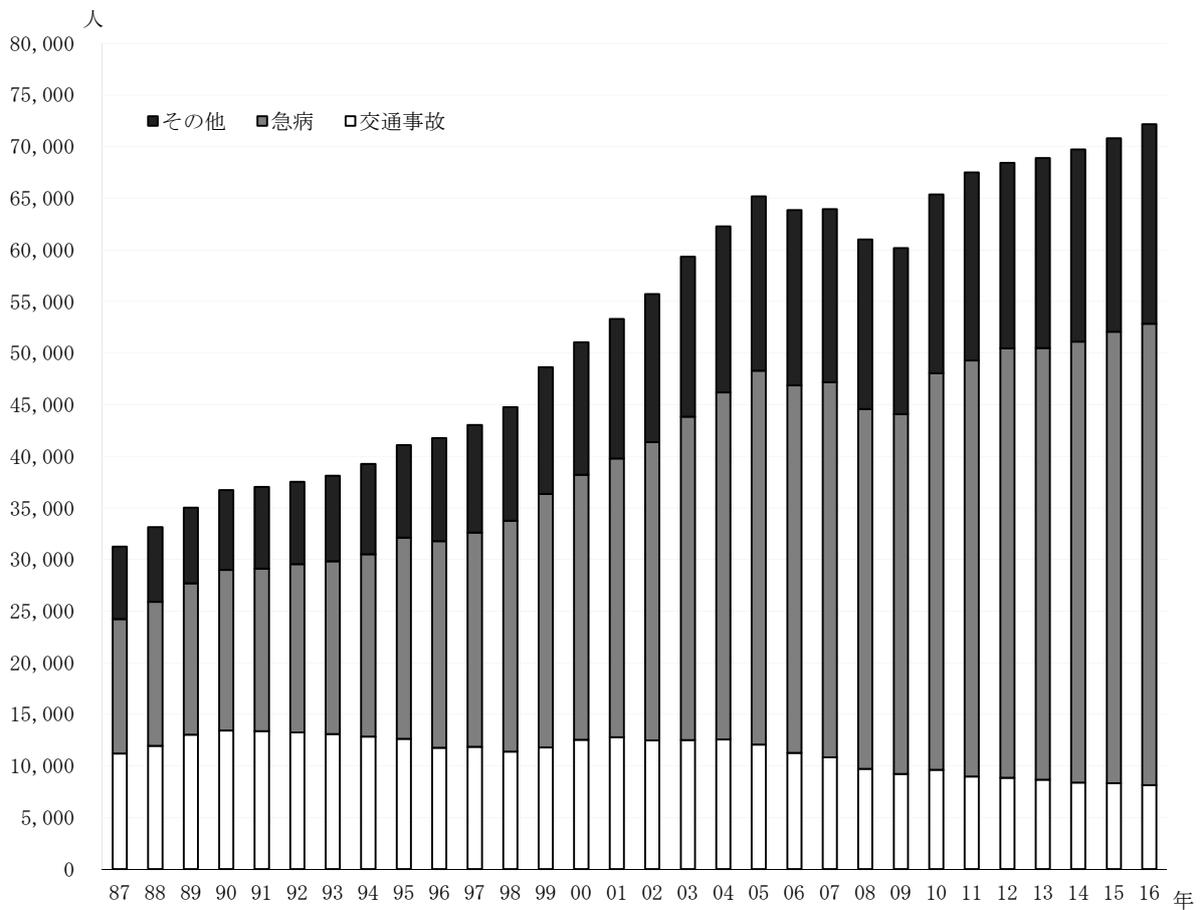
① 救急医療を取り巻く状況

ア 救急搬送患者の動向

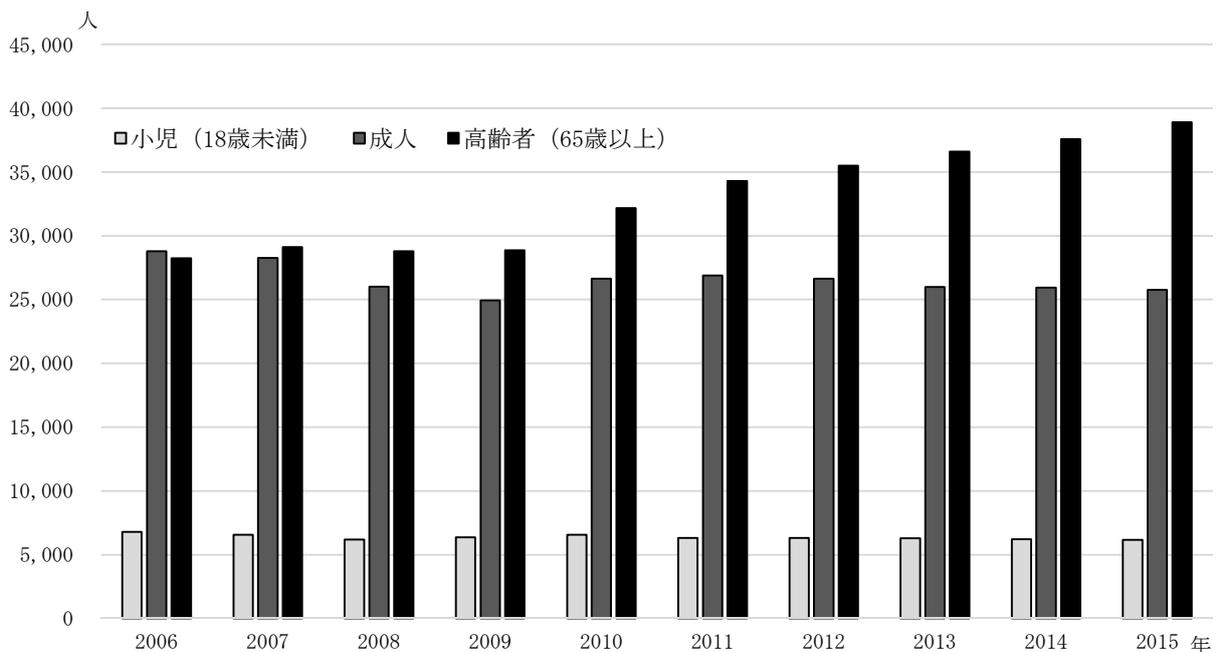
本県の消防機関による救急搬送患者数は、平成17(2005)年をピークに平成21(2009)年まで減少傾向だったものが、平成22(2010)年から増加に転じ、平成28(2016)年は、約7万2千人で過去最多となるなど、高齢化の進展とともに、救急搬送患者数は今後も増加するものと見込まれています。

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(2016)年の平均時間は、40.6分と全国平均の39.3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全国平均水準となるなど、おおむね減少傾向にあります。

救急患者搬送状況の推移

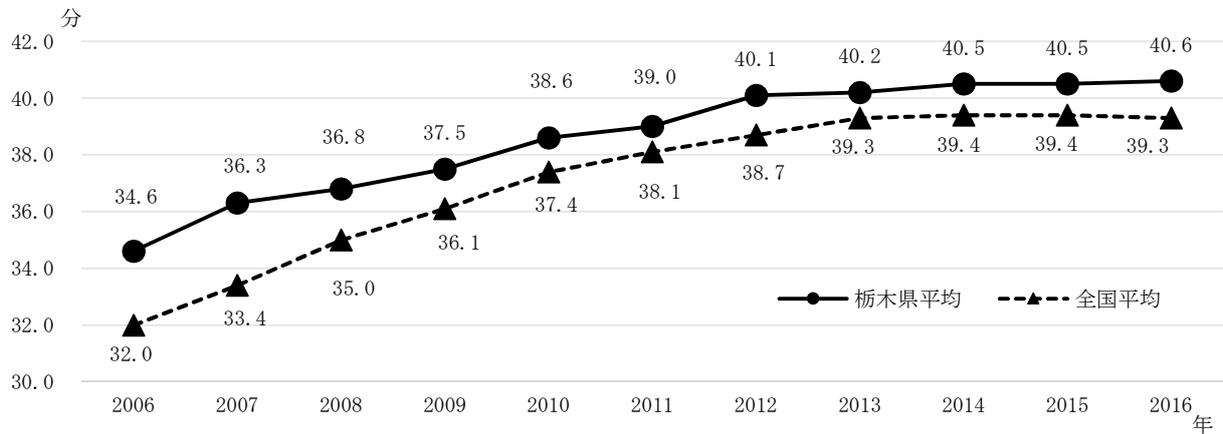


年齢別救急搬送人員の推移



【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」】

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(2016)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	68,224 (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%)		

【資料:栃木県医療政策課調べ】

※1 平成29(2017)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（2014）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（2016）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（2016）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随時行うとともに、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、郡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（2017）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（2017）年12月現在、救急告示医療機関⁵⁰として57病院（うち病院群輪番制病院⁵¹が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

⁵⁰ 「救急病院等を定める省令」に基づき都道府県知事が救急隊により搬送される傷病者に関する医療を担当する医療機関として認定した医療機関

⁵¹ 地域内の病院群が共同連帯して、輪番制方式により休日及び夜間における重症救急患者の入院治療を実施する体制

ごとに郡市医師会、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・緊急度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】

(ア) 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
- (イ) 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ールに則し、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（2017）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ールを策定し、事後検証等によって随時改訂すること
 - ・医師から救急救命士に対する直接指示・助言体制を確立すること
 - ・救急救命士等への再教育を実施すること
 - ・ドクターヘリやドクターカー等の活用の適否について、地域において定期的に検証すること
 - ・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 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) 医療機関の例

- ・休日夜間急患センター
- ・在宅当番医制に参加する診療所

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) 医療機関の例

- ・病院群輪番制病院

エ 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
- ・ICU、CCU、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
- ・県又は地域メディカルコントロール協議会に医師を参加させるとともに、救急救命士の気管挿管・薬剤投与等の病院実習や、就業前研修、再教育などに協力すること

(ウ) 医療機関の例

- ・救命救急センター

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
- ・ADLの低下した患者に対し、在宅等での包括的な支援を行うこと
- ・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) 医療機関等の例

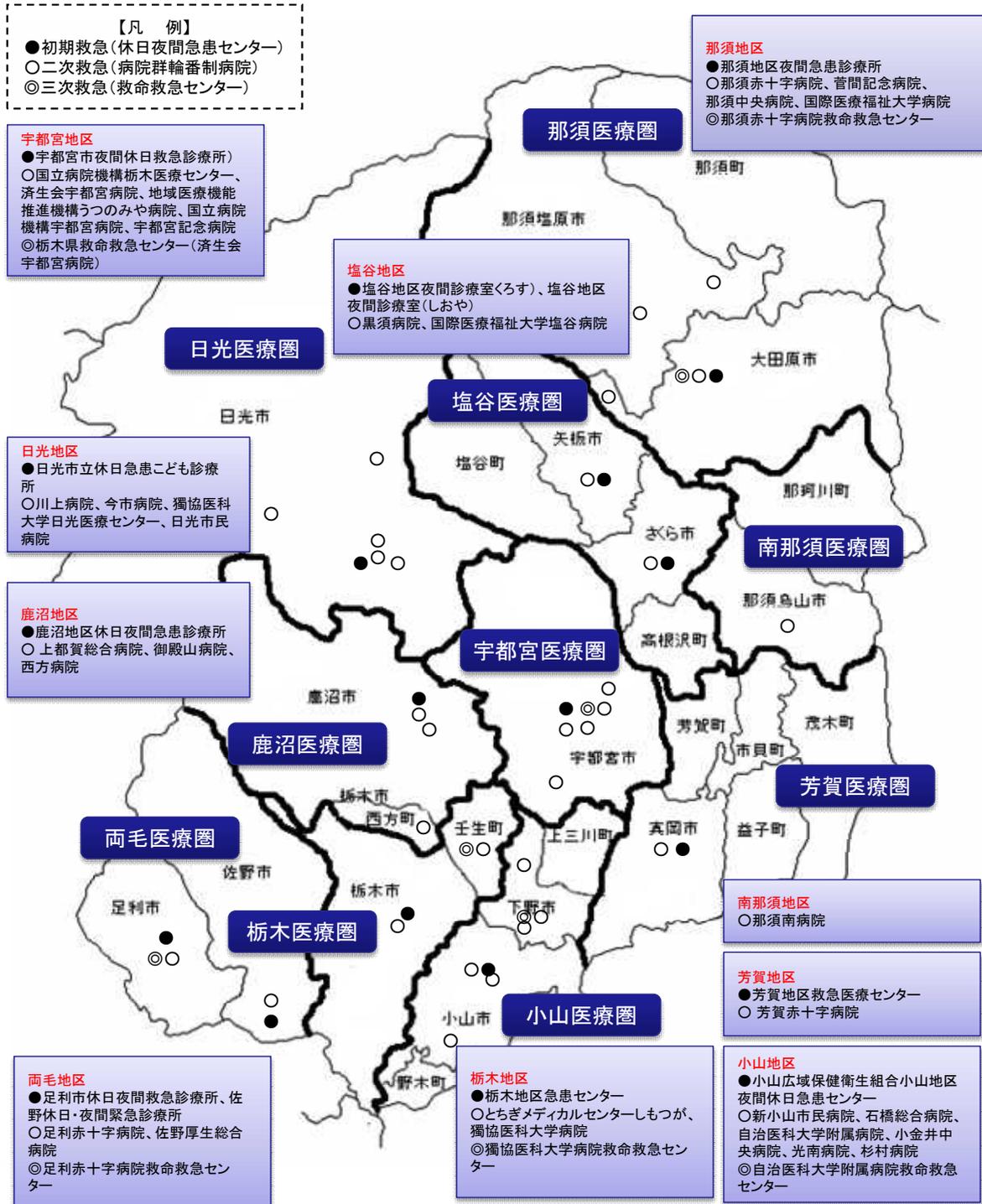
- ・療養病床を有する医療機関
- ・精神病床を有する医療機関
- ・回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関
- ・診療所（在宅医療を行う診療所を含む）
- ・訪問看護ステーション 等

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。

栃木県二次救急医療体制圏域図

平成30(2018)年4月現在



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 （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）

【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

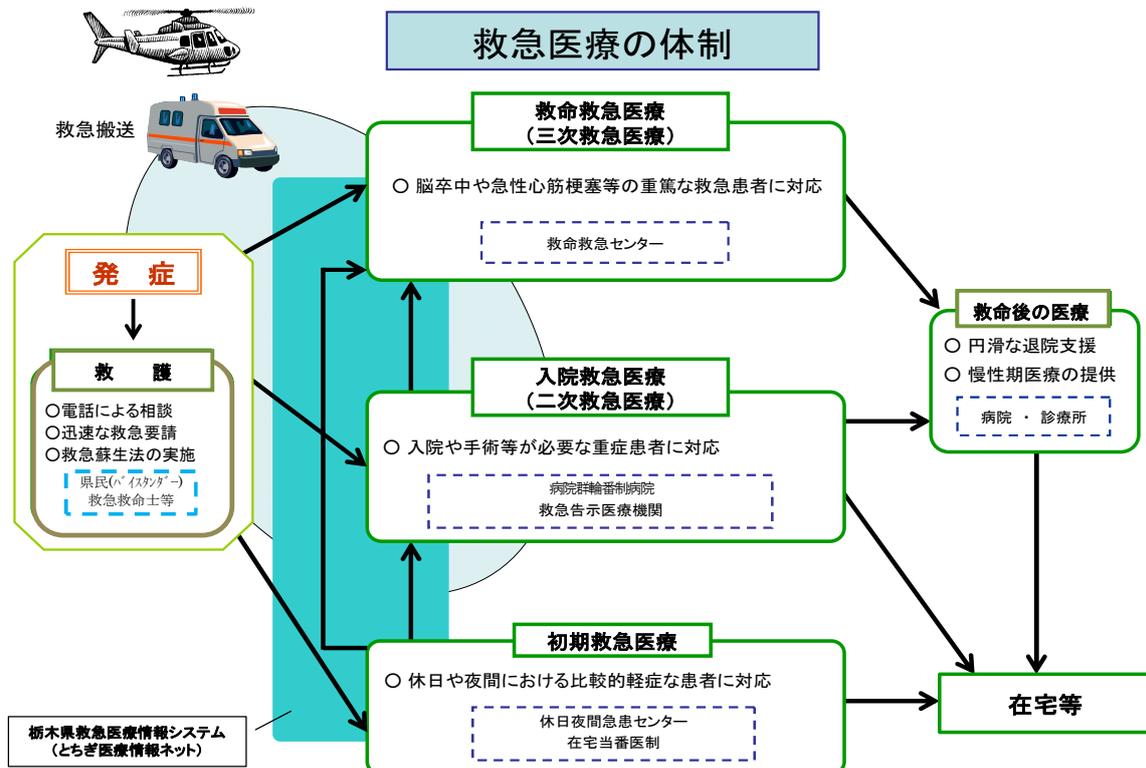
ア 病院群輪番制病院における医療機器等の整備を支援するとともに、とちぎ地域医療支援センターの事業展開の取組と併せ、病院群輪番制病院の医師確保の取組を支援し、機能強化を図ります。

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

災害時における医療（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（2017）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(2012)年度にDPATの仕組みが創設されており、本県では、平成29(2017)年11月現在、栃木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、EMIS⁵²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（DMAT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

⁵² Emergency Medical Information System の略。災害時にインターネット上で災害医療情報を共有する広域災害救急医療情報システム

- ・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の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（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、EMIS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入れや、一時的避難場所としての機能を有すること
- ・DPAT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の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30(2018)年4月現在



④ 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、コーディネーター機能の確認を行う災害訓練の実施回数	— (平成 29 年 (2017) 年度)	各地域分科会で 年間 1 回以上 (2023 年度)

【主な取組】

① 災害拠点病院や DMAT を軸とした体制整備

- ア 急性期において、災害拠点病院や DMAT 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、DMAT 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 DMAT 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 DMAT 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 LDMAT を保有する病院を「栃木県 LDMAT 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

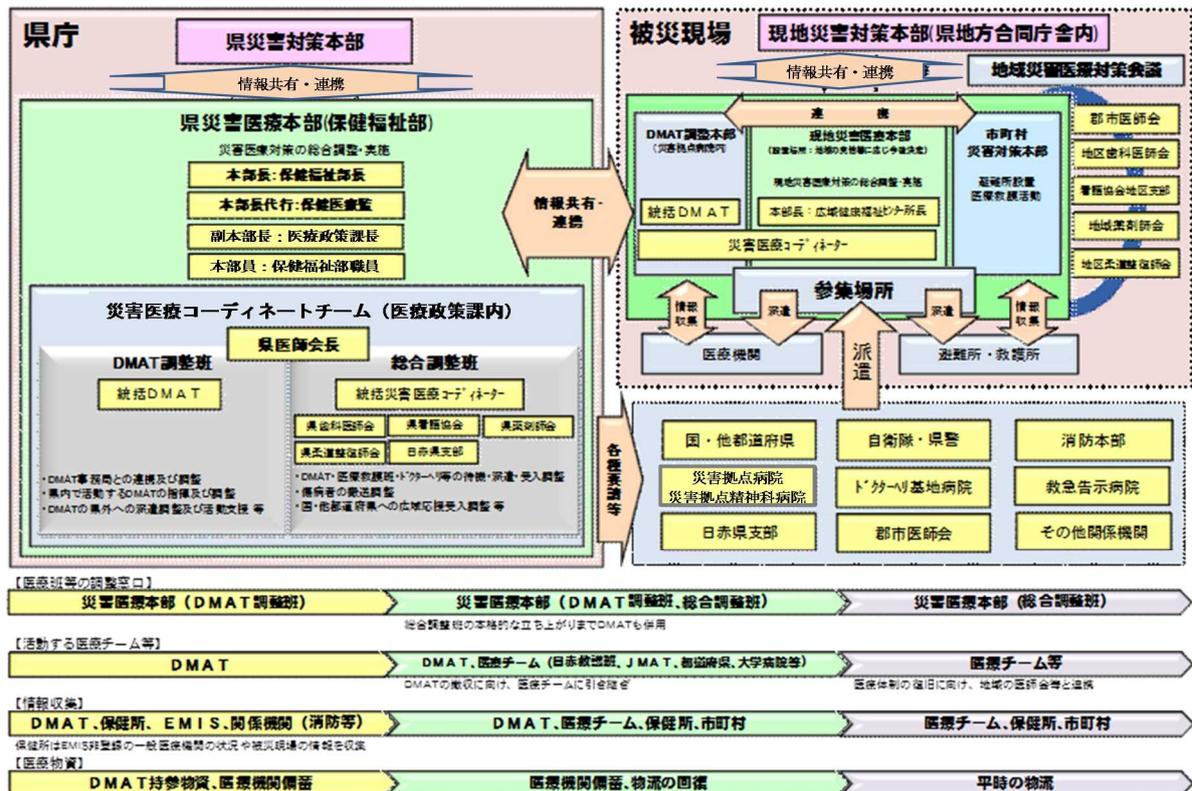
- ア 災害拠点病院や栃木県医師会をはじめとした医療関係団体と連携して、災害時の医療チーム等の受入れも想定した災害訓練を実施することにより、災害医療コーディネーター（災害時小児周産期リエゾンを含む。）を中心とした災害時のコーディネート体制を確認するとともに、災害急性期を脱した後も、避難所等の被災者に対して感染症のまん延防止、衛生面のケア、医療依存度の高い患者や災害時要支援者へのサポート、メンタルヘルスケア等に関して継続的で質の高いサービスを提供できる体制の整備に取り組み、災害医療体制運用マニュアル及び地域別災害医療体制運用マニュアルの見直しを行います。
- イ 大規模災害時に県内外から派遣され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 DPAT 先遣隊登録機関である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 DPAT 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、DPAT 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（昭和31（1956）年度～）から第9次（～平成17（2005）年度）までは国が、第10次以降（平成18（2006）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（平成20（2008）～平成24（2012）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」（平成23（2011）～平成27（2015）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、昭和48（1973）年以降減少傾向にあり、平成21（2009）年10月末には14地区でしたが、平成26（2014）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

無医地区等の推移

		1994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。

無歯科医地区等の推移

		1994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の合計と一致しない。

無医地区等の人口及び高齢化率

	人口					高齢化率	
	0-14歳	15-64歳	65-69歳	70歳以上	計	65歳以上人口	65歳以上の割合
2009年	1,008人	7,445人	790人	3,587人	12,830人	4,377人	34.1%
2014年	699人	6,090人	923人	3,262人	10,974人	4,185人	38.1%
前回比	▲30.7	▲18.2	16.8	▲9.1	▲14.5	▲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】

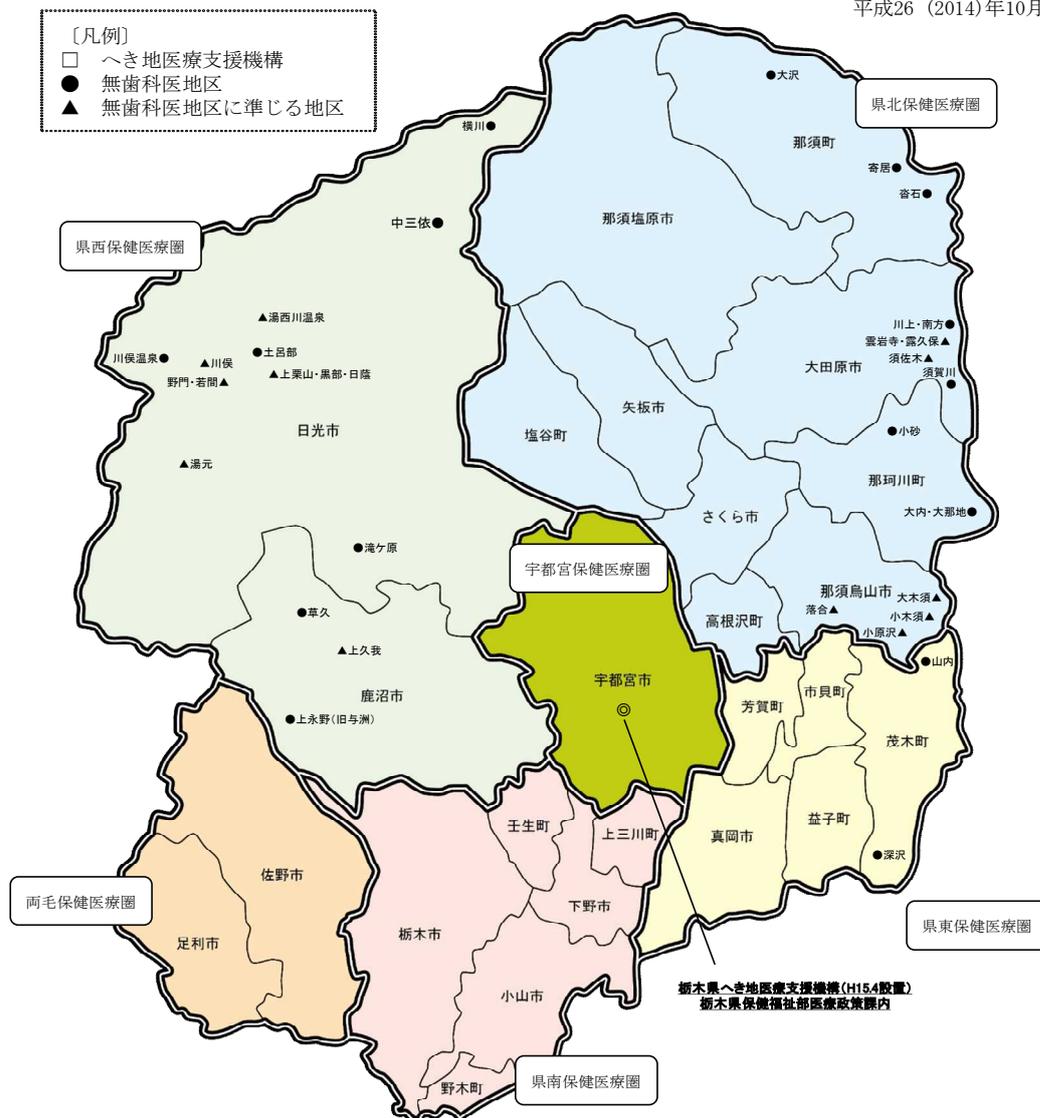
平成26（2014）年10月31日現在



二次医療圏名	無医地区			準無医地区		
	2004年	2009年	2014年	2004年	2009年	2014年
県北医療圏	4	7	9	8	7	5
県西医療圏	8	6	6	3	3	3
宇都宮医療圏	0	0	0	0	0	0
県東医療圏	1	1	3	3	3	0
県南医療圏	0	0	0	0	0	0
両毛医療圏	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】

平成26（2014）年10月31日現在



二次保健医療圏名	無歯科医地区			準無歯科医地区		
	2004年	2009年	2014年	2004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

平成 29 (2017) 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

平成 29 (2017) 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ます。

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、オーダーリング⁵³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

栃木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、栃木県へき地医療支援機構ととちぎ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) 栃木県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

⁵³ オーダリングシステムにより検査等の予約をすること。オーダーリングシステムとは、各種医療業務を合理的・能率的に行うことを目的として、診療記録やオーダー(処方や指示)等の医療情報を、直接コンピュータに入力し、ネットワーク上で利用できるシステムのこと

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) ドクターヘリ等の活用

ドクターヘ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年度	409回	1,777人
	2016年度	331回	1,218人
へき地診療所 （開設日数）	2011年度	2,006日	34,491人
	2016年度	1,842日	27,500人
巡回診療事業 （歯科）	2011年度	24回	118人
	2016年度	24回	121人
患者輸送事業	2011年度	414回	2,208人
	2016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28年医師・歯科医師・薬剤師調査によると、本県の医療施設に従事する医師数は4,285人、人口10万人当たり218.0人（全国35位）であり、全国値の240.1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) 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
- ・とちぎ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 (2014)年 10 月 31 日現在

二次医療圏	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

- ア 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。
- イ へき地医療拠点病院やへき地診療所への自治医科大学、獨協医科大学地域卒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。
- ウ 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。
- エ 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。
- オ 医師確保やキャリア形成支援について、栃木県へき地医療支援機構の取組ととちぎ地域医療支援センターの取組を一体的、連動的に行うものとし、効率的、効果的な取組となるよう努めます。

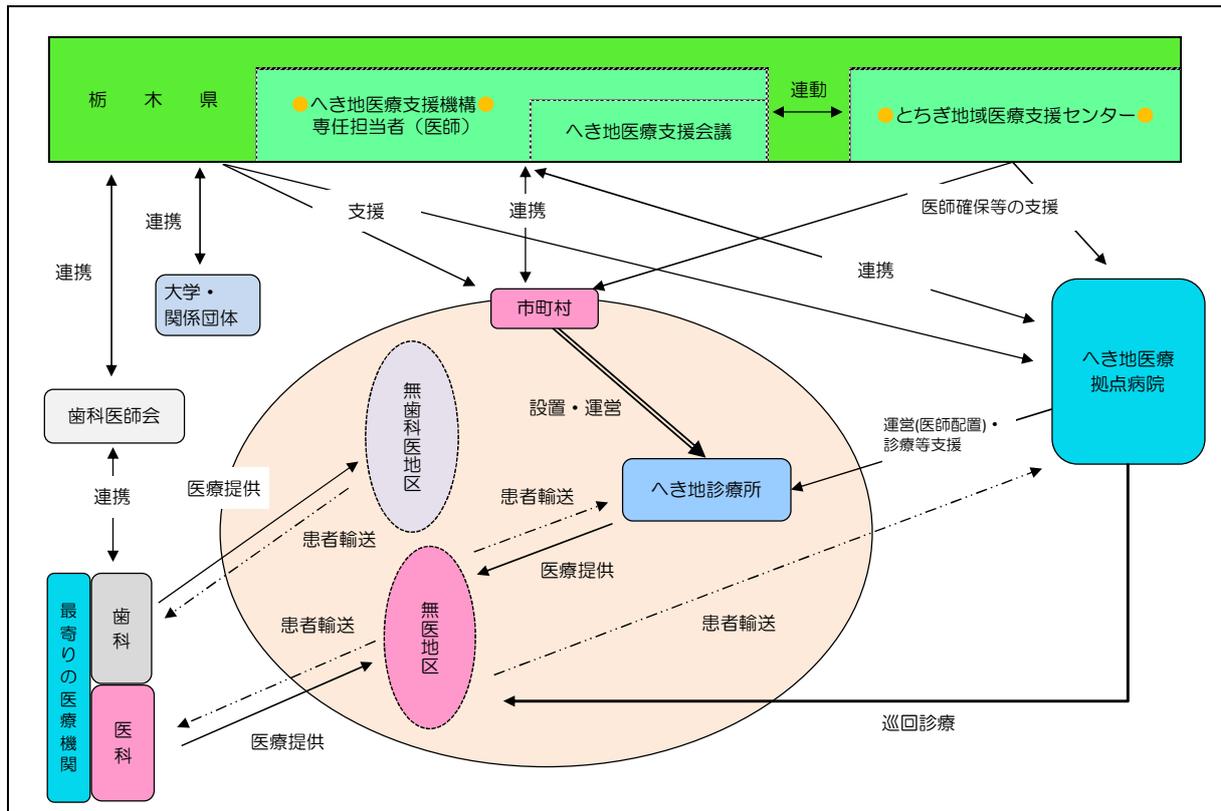
② 効率的な医療提供体制の構築に向けた取組

- ア 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。
- イ 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。
- ウ ICTの活用の促進により、へき地の医療提供体制への支援に努めます。
- エ 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に、迅速に搬送できる体制を確保します。
- オ 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。
- カ 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。
- キ 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確保

- ア とちぎ地域医療支援センターの取組と連動した効率的なへき地医療支援体制構築に努めます。
- イ 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。

へき地医療の連携体制



(4) 周産期医療

県では、平成9（1997）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（2008）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】

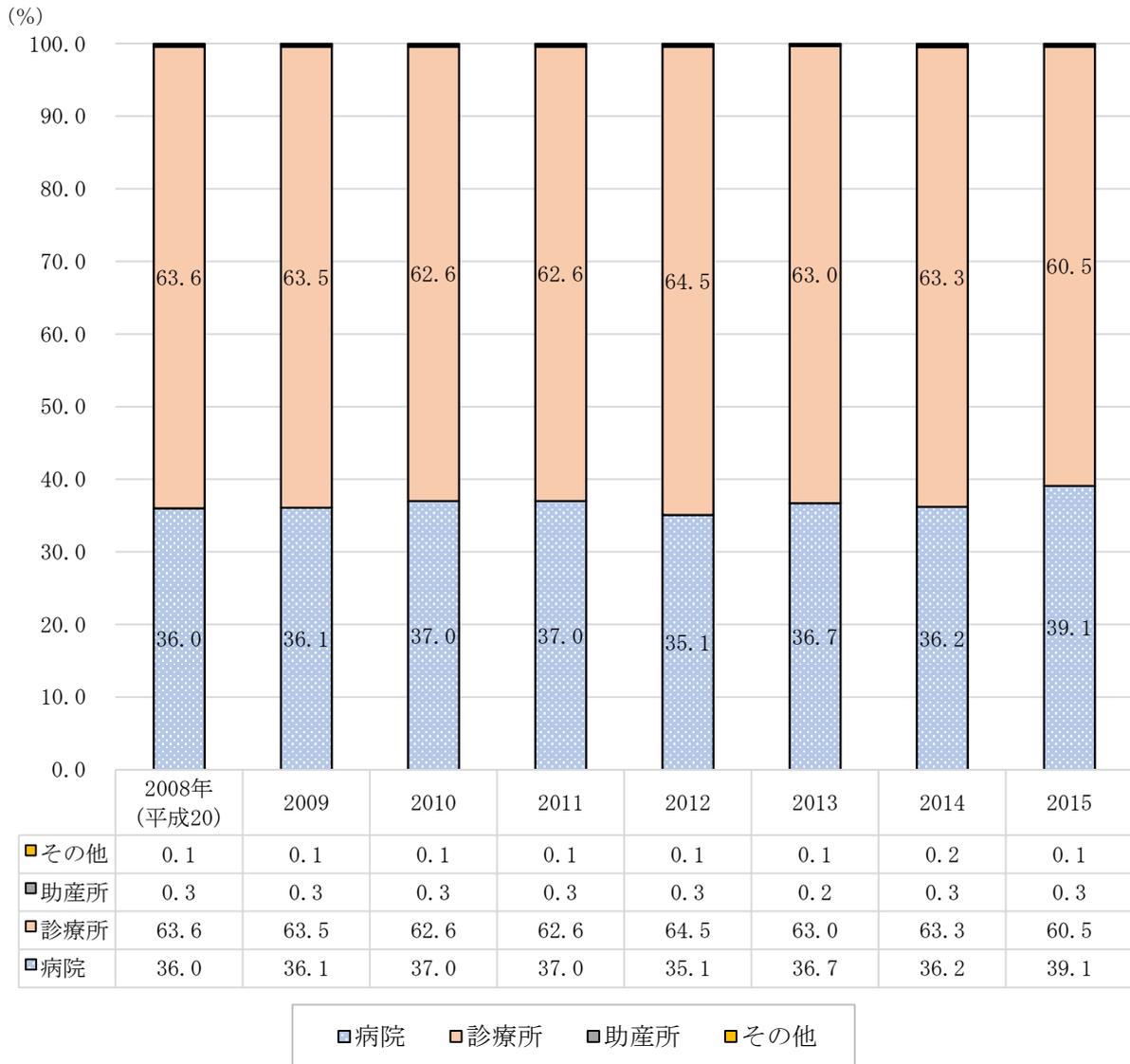
- ① 周産期医療を取り巻く状況
 - ・本県における分娩取扱医療機関別の出生状況（平成27（2015）年）は、病院での出生が39.1%、診療所での出生が60.5%、助産所での出生が0.3%となっており、診療所での出生が多い傾向にあります。
 - ・医療技術の発展により周産期死亡率は低下していますが、その一方で、低出生体重児⁵⁴の割合が全国値より高いなど、高度な医療管理を必要とするハイリスク妊婦に対応するための周産期医療機関や搬送体制の整備が求められています。
 - ・妊産婦の中には合併症を有する事例がありますが、近年、気分障害、統合失調症、適応障害等の精神疾患を合併した妊産婦の管理や緊急入院に対応できる体制の整備が求められています。
 - ・産後うつ⁵⁵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。

⁵⁴ 出生時体重2,500g未満で生まれた児

⁵⁵ 産後に発症するうつ病。症状が一過性ではなく、2週間以上持続する。症状として、気分が沈む、日常生活の中で興味や喜びが感じられない、赤ちゃんに何の感情もわいてこない、食欲もなく体重が減る、不眠/睡眠過多などが見られる

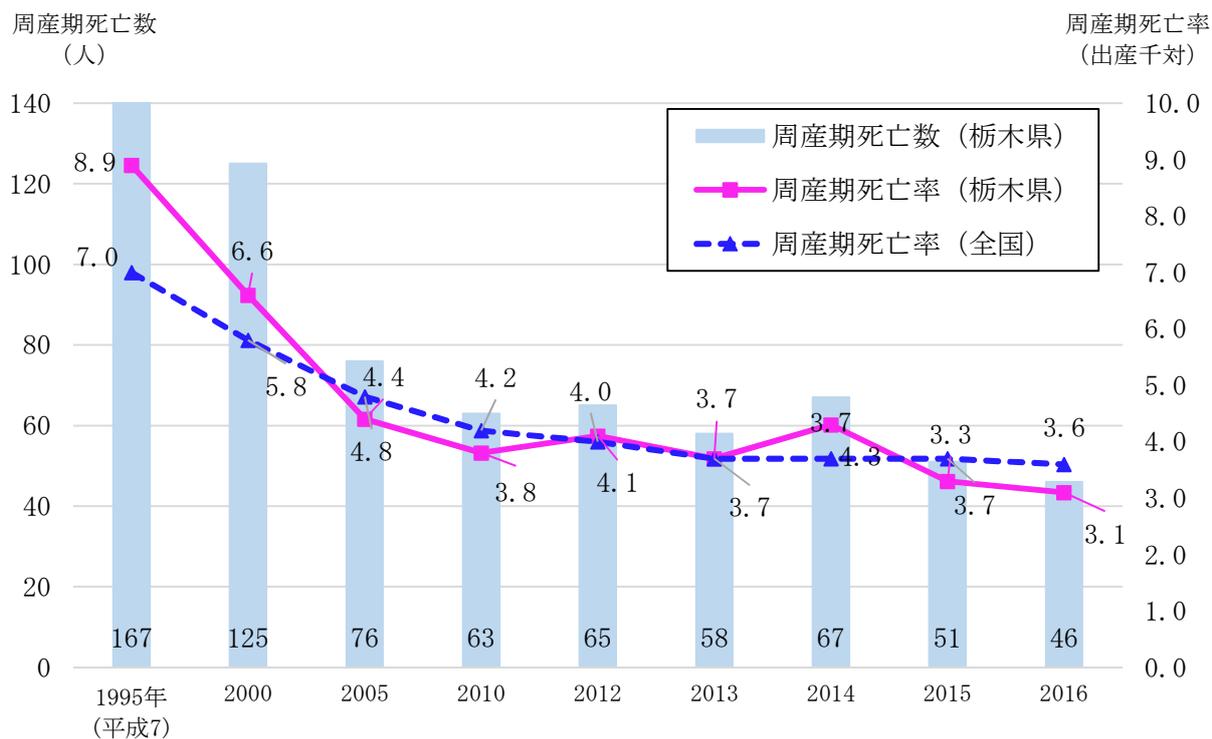
- ・妊娠中の健康管理及び妊娠中の異常を早期発見し、必要な治療に結びつけるため、妊娠届の早期提出や妊婦健診の受診促進が必要です。

本県における分娩取扱医療機関別の出生状況

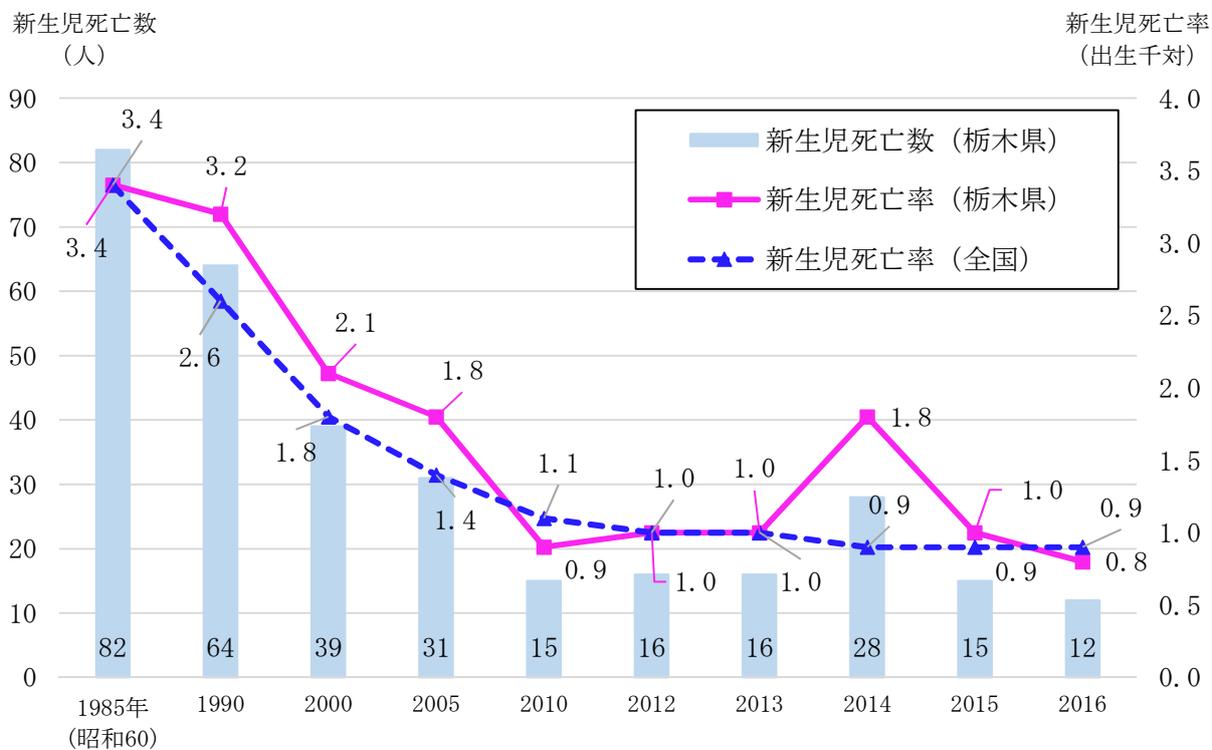


【資料：厚生労働省「人口動態統計」】

周産期死亡数及び周産期死亡率の推移

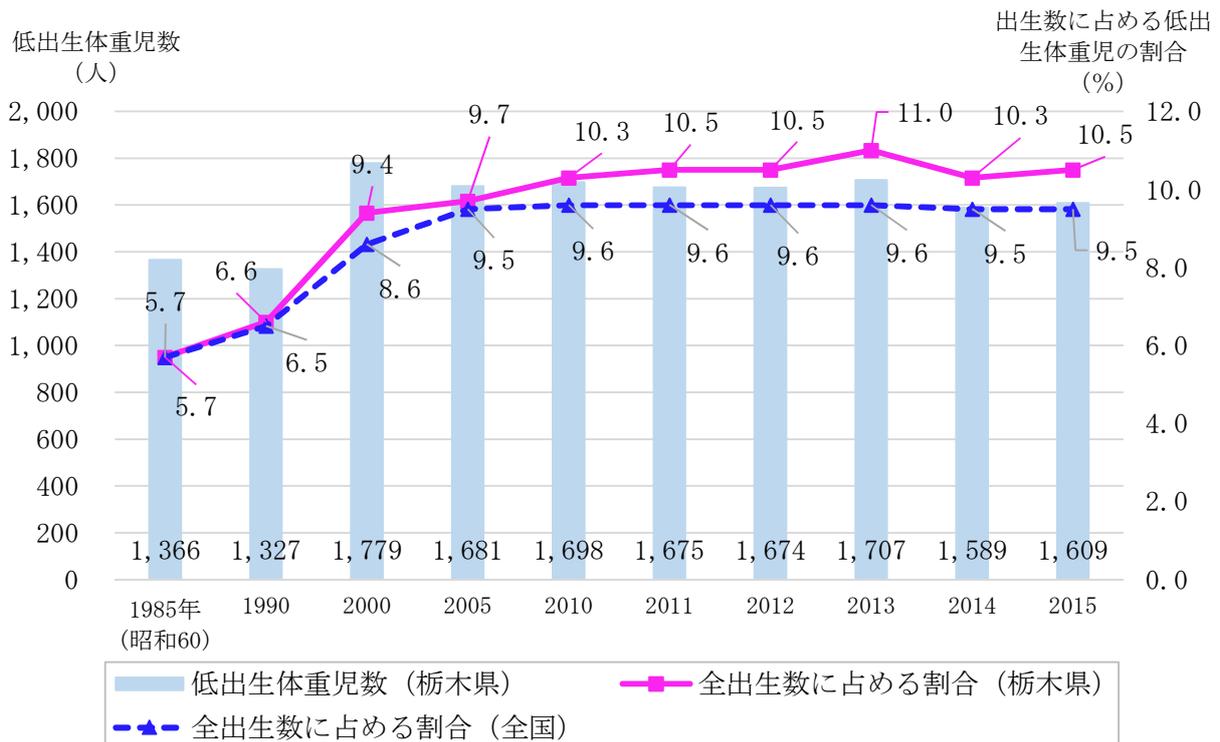


新生児死亡数及び新生児死亡率の推移

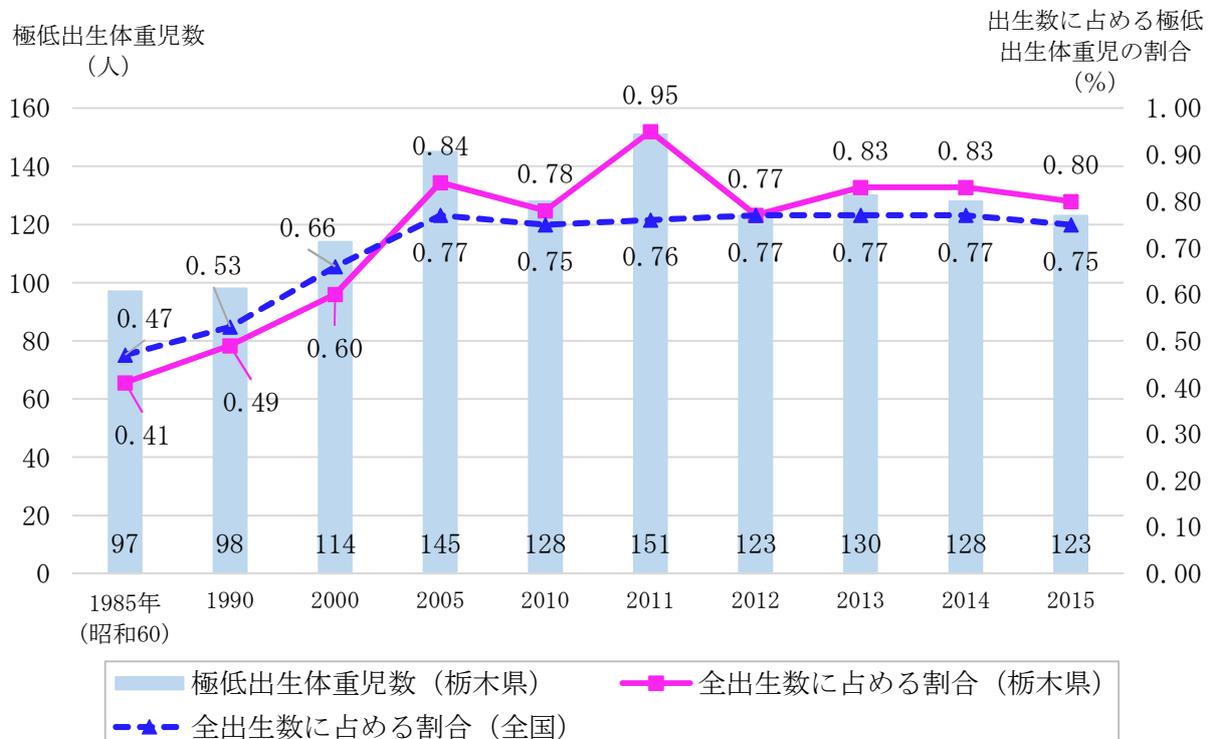


【資料：厚生労働省「人口動態統計」】

低出生体重児数及び割合の推移



極低出生体重児⁵⁶数及び割合の推移



【資料：厚生労働省「人口動態統計」】

⁵⁶ 出生時体重1,500g未満で生まれた児

② 周産期医療提供体制

- 平成 29（2017）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（2006）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（2016）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（2017）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（2016）年度総合周産期母子医療センター実績）、NICU の後方病床⁵⁷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】

	2006.4	2011.4	2012.4	2013.4	2014.4	2015.4	2016.4	2017.4
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：栃木県医療政策課調べ】

⁵⁷ 病状が安定し、NICU 等を退室する際に受け皿となる病床、施設等

【産科・産婦人科・小児科医師数の推移】

	2008. 12	2010. 12	2012. 12	2014. 12	2016. 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)	46.5 (全国 43.6)
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)	93.2 (全国 107.3)

【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(2017)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：栃木県医療政策課調べ】

【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NICU、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
- ・緊急時の搬送に当たっては、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、病態や緊急度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) 医療機関の例

- ・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) 医療機関の例

- ・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⁵⁸、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

⁵⁸ 出生時体重1,000g未満で生まれた児

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

(エ) 医療機関の例

- ・総合周産期母子医療センター

エ 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・療育できるような支援する機能【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

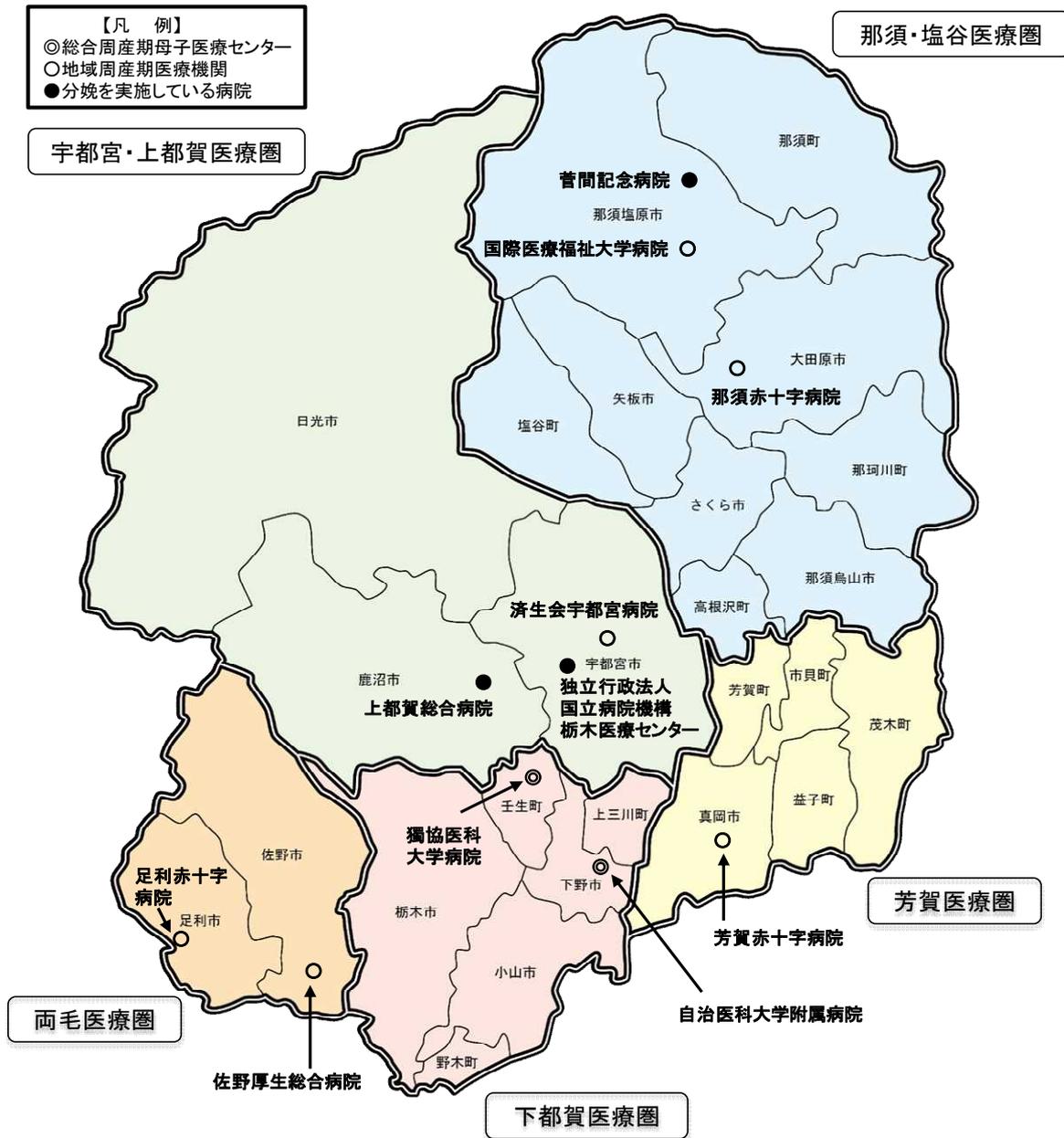
(ウ) 医療機関等の例

- ・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に、二次保健医療圏を基に周産期医療圏を設定しました。

周産期医療圏域図



④ 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)

【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配置

- ・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を配置します。

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、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当たっては、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

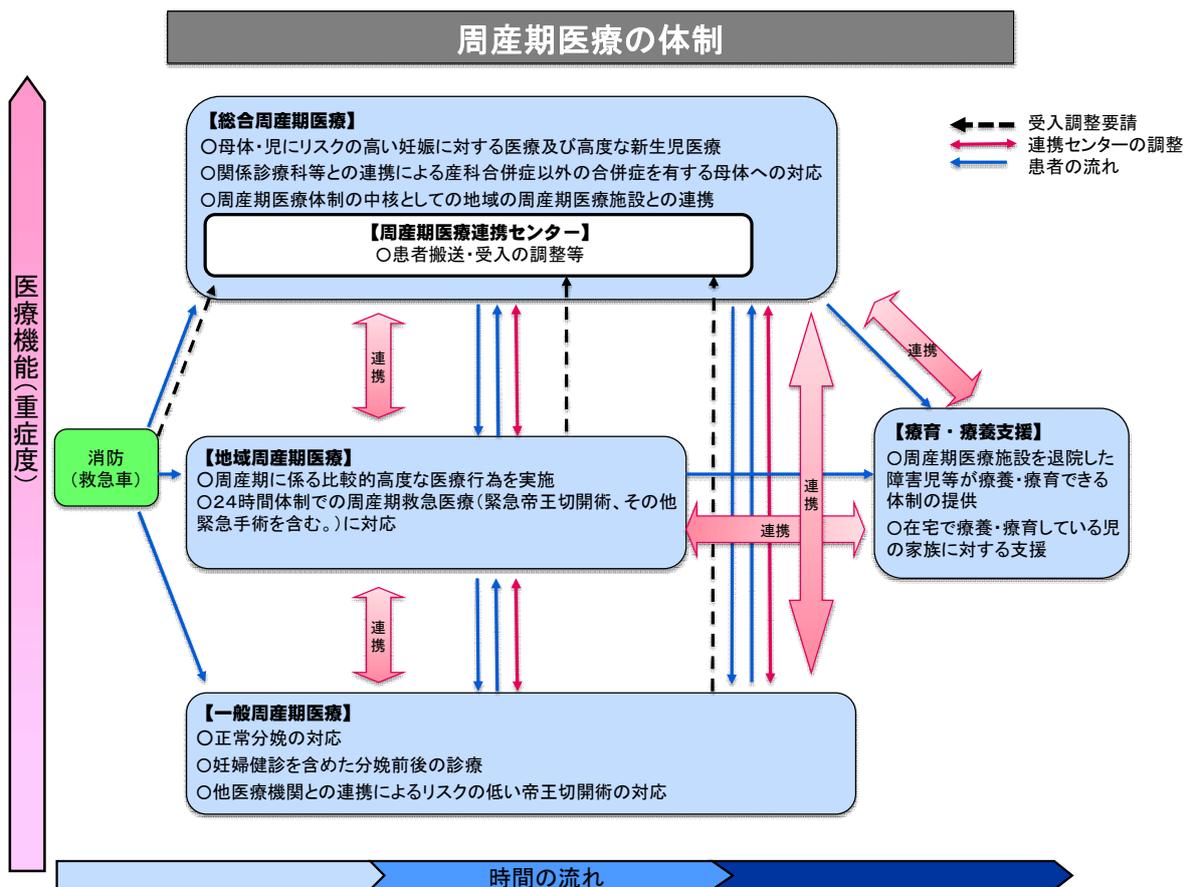
- ・隣県と連携し医療機関の機能分化を促進するため、情報の共有や周産期医療連携マニュアルによる相互支援体制の充実を図ります。

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。



(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つながりの希薄化、子育て等に関する限られた情報源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、大病院指向の親たちが、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らず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。

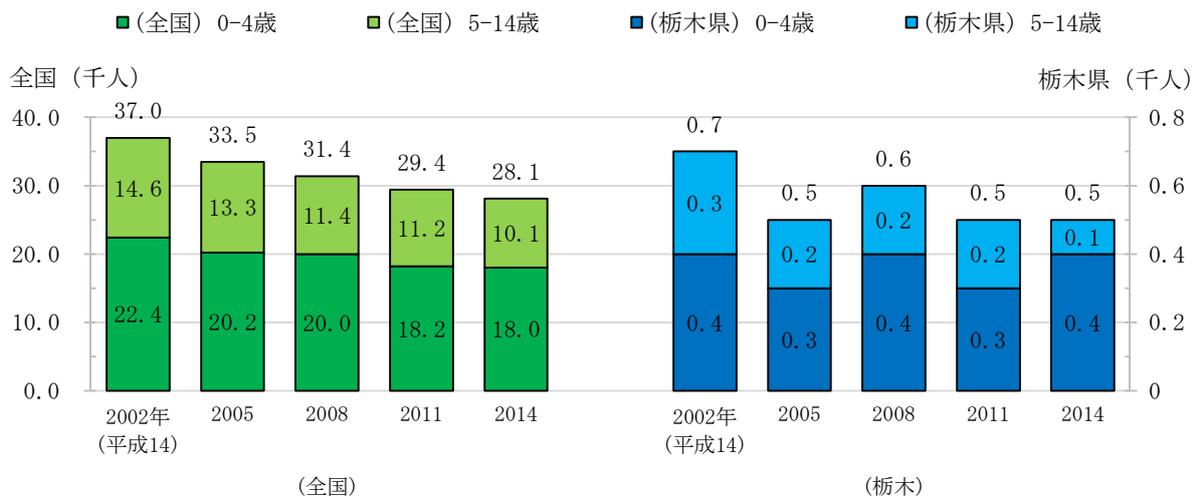
※ 出生数及び出生率の推移については9ページを参照。新生児死亡数及び新生児死亡率、乳児死亡数及び乳児死亡率の推移については11ページを参照。

イ 小児患者

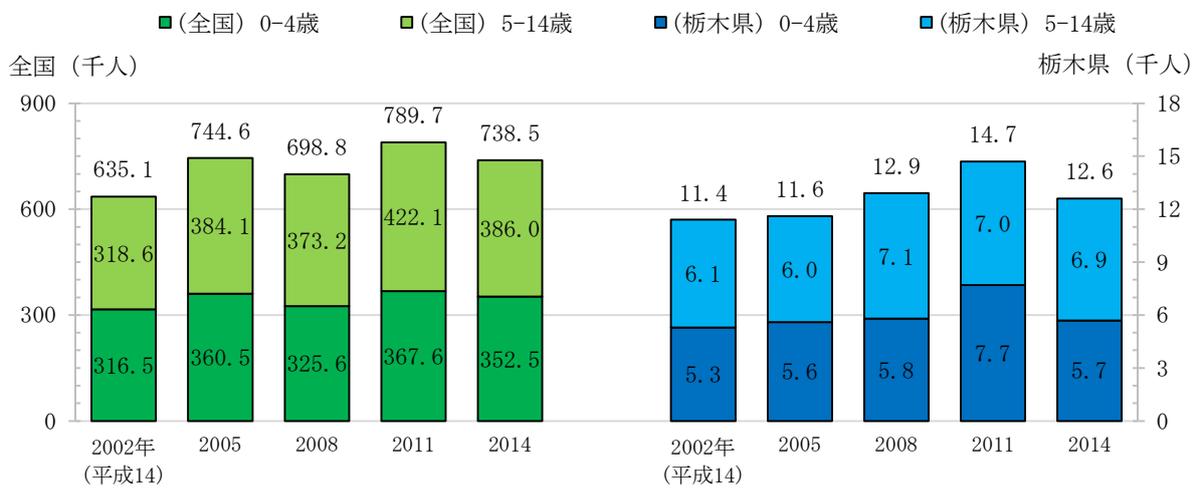
小児の入院患者数については、全国的には減少傾向にありますが、本県では500人/日程度で推移しており、0～4歳の年齢階級の患者が多くなっています。小児科入院患者では、周産期に発生した病態が最も多く、次いで呼吸器系や神経系の疾患が多く見られます。

小児の外来患者数については、1,200～1,500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

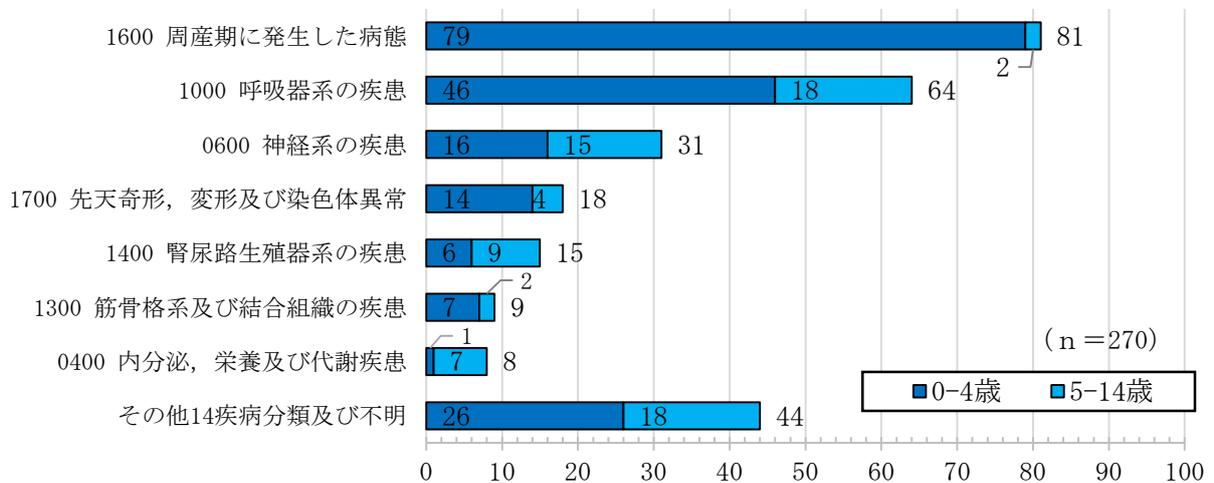


小児の外来患者の推移



【資料：厚生労働省「患者調査」】

小児科入院患者の状況



【資料：栃木県「平成28年度栃木県医療実態調査」】

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、平成 28（2016）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。

※ 平成 28（2016）年度救急患者数については 123 ページを参照

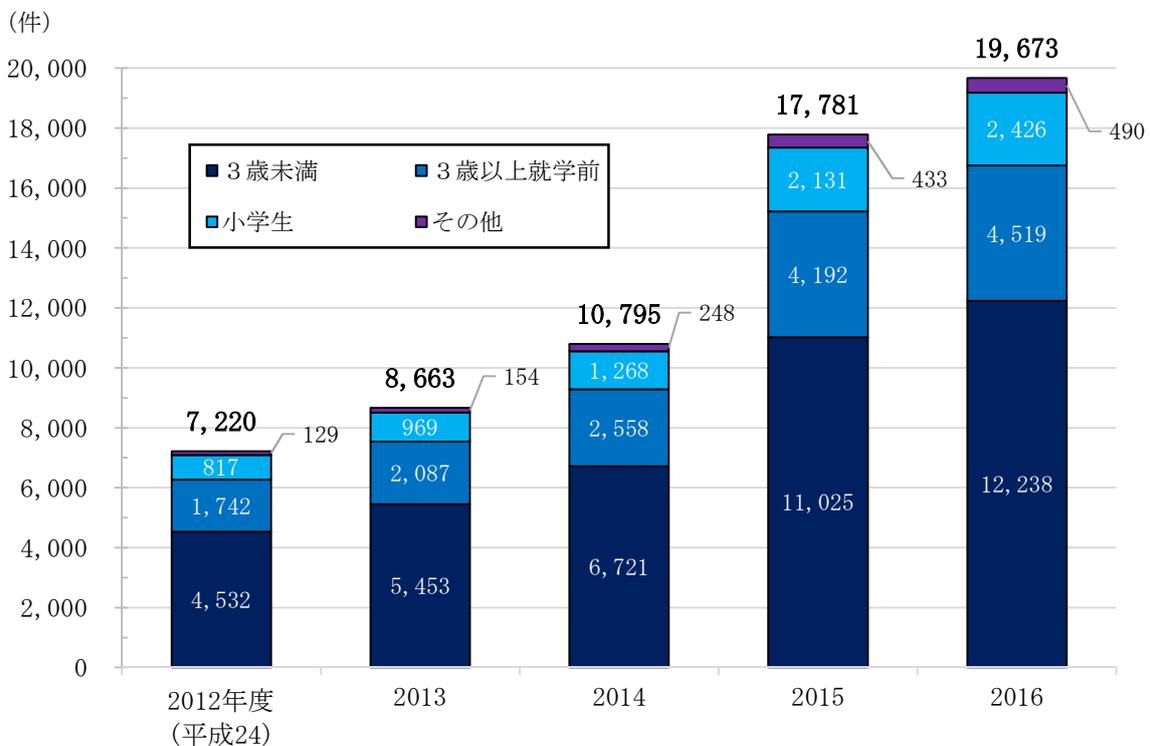
② 小児医療提供体制

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、平成 26（2014）年 12 月 1 日に相談時間を延長したところ、件数が大きく増加しました。平成 28（2016）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おむね増加傾向であり、平成 29（2017）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ますと、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 1,000 床であり、医療資源の集約化・重点化が進む中で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。

そうした中、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に 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併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ほか、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生活の場へ移ってきており、在宅医療や訪問看護のニーズが高まっています。

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きた一方で、身近な地域でかかりつけ機能を担う医療機関が少ないことから、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っていく必要があります。

カ 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、在宅医療等を利用し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

エ 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する体制

オ 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、平時から訓練を実施
- (イ) 自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

- ・子供の急病時の対応等を支援すること
- ・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
- ・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
- ・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)

- ・必要に応じ電話相談事業等を活用すること
- ・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
- ・救急蘇生法等の適切な処置を実施すること

(消防機関等)

- ・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
- ・急性期医療を担う医療機関へ速やかに搬送すること
- ・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)

- ・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
- ・急病等の対応等について啓発を実施すること
- ・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
- ・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

- ・地域に必要な一般小児医療を実施すること
- ・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

- ・一般的な小児医療に必要とされる診断・検査・治療を実施すること
- ・軽症の入院診療を実施すること（入院設備を有する場合）
- ・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、教育機関等と連携し、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
- ・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
- ・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
- ・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
- ・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

(ロ) 医療機関等の例

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

- ・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

- ・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
- ・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
- ・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

(ロ) 医療機関の例

(平日昼間)

- ・小児科を標榜する診療所・病院

(夜間休日)

- ・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

- ・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
- ・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

- ・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
- ・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
- ・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
- ・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
- ・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
- ・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

- ・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（二次救急医療）を担う機能【入院小児救急】

(ア) 目標

- ・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

- ・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
- ・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
- ・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
- ・療養・療育支援を担う施設と連携していること
- ・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) 医療機関の例

- ・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

- ・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
- ・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

- ・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
- ・療養・療育支援を担う施設と連携していること
- ・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) 医療機関の例

- ・子ども医療センター

エ-2 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】

(ア) 目標

- ・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

- ・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
- ・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
- ・療養・療育支援を担う施設と連携していること
- ・家族に対する精神的サポート等の支援を実施すること

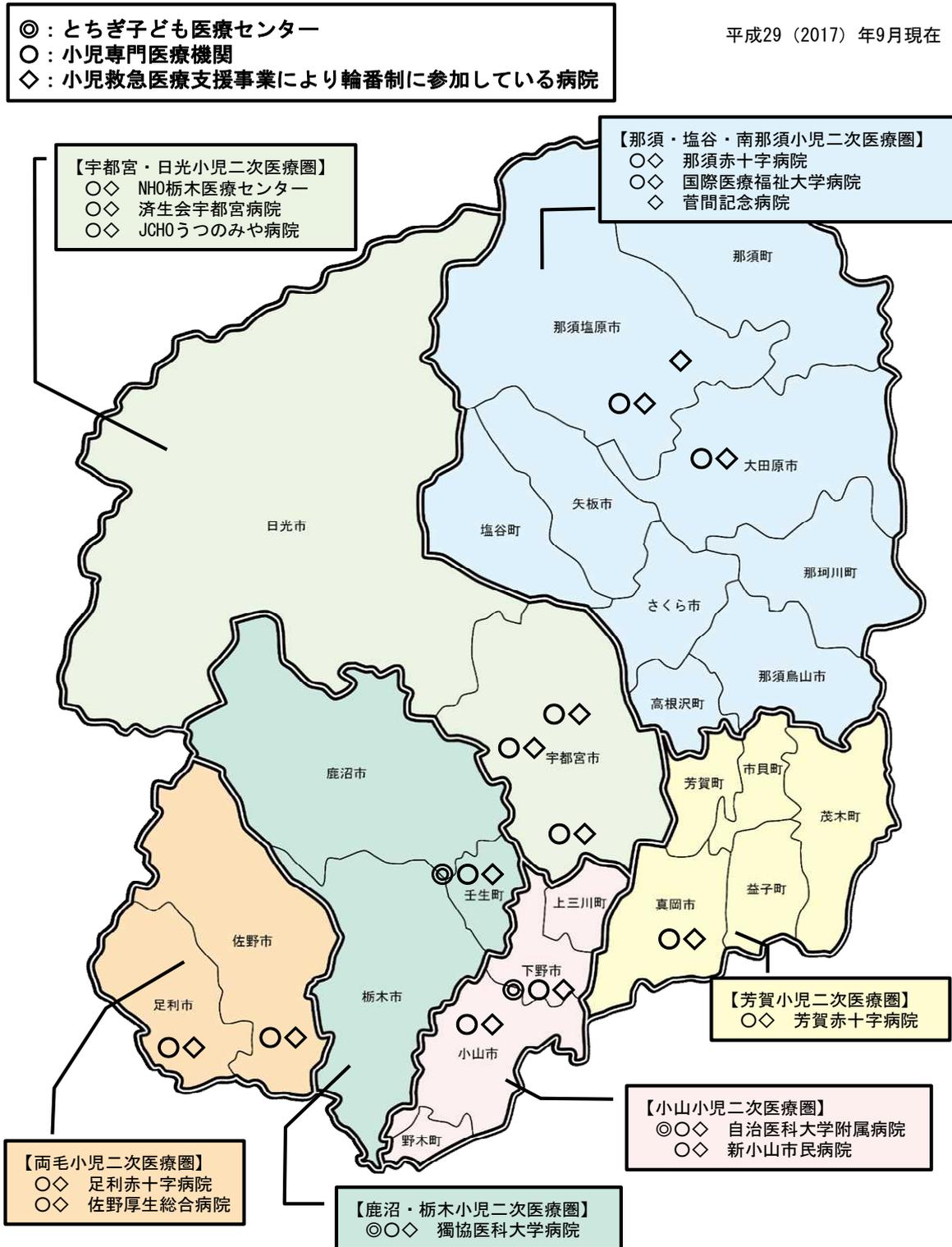
(ウ) 医療機関の例

- ・救命救急センター

③ 医療提供体制に係る圏域

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の医療圏を設定します。

小児二次（救急）医療圏域図



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 (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)

【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一人をふさわしい療養・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を配置します。

(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。

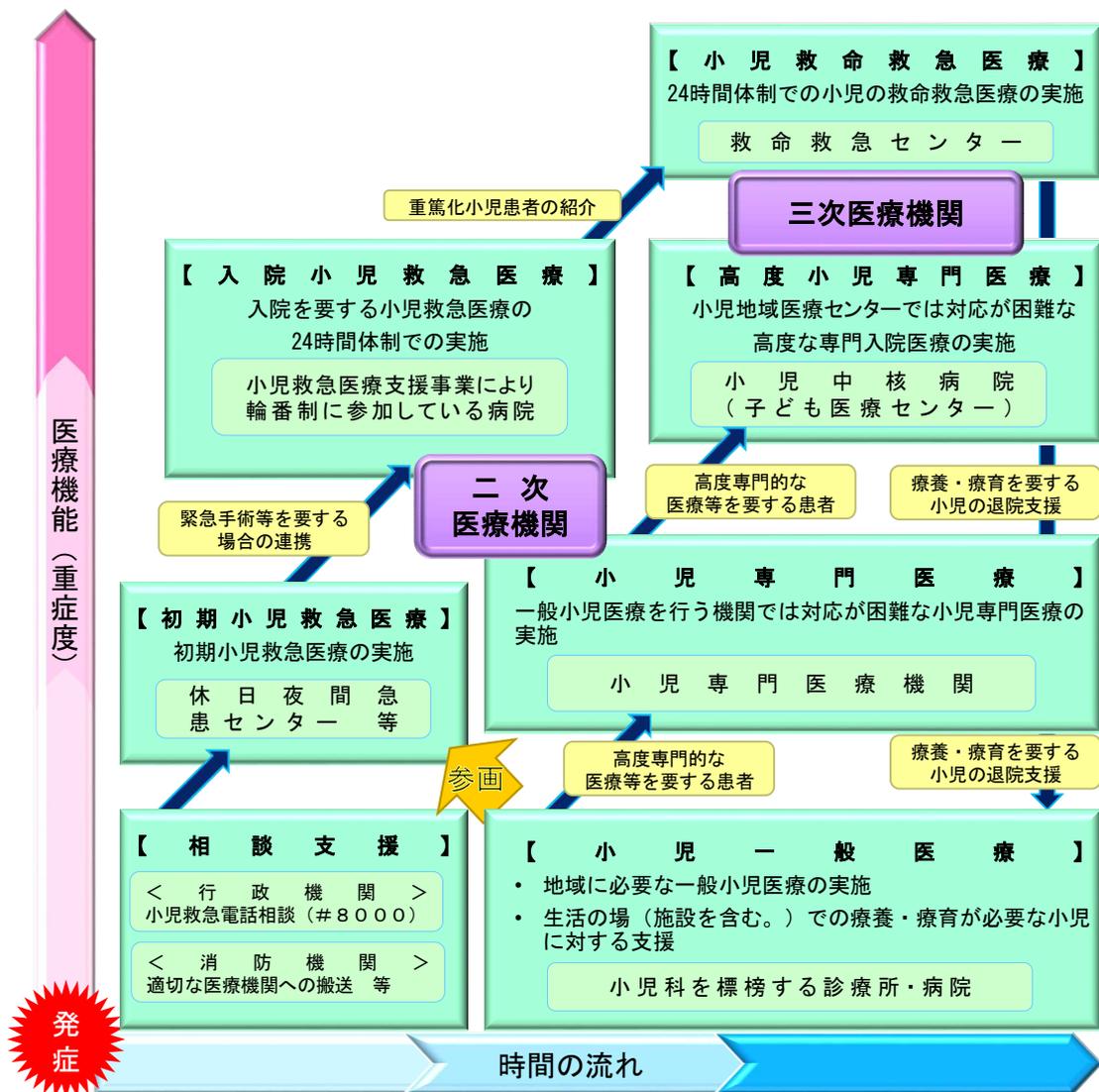
(イ) 小児在宅医療に係る病診・病病連携及び多職種連携の充実・強化を図ります。

(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。

小児医療の連携体制



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、今後ますます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、平成 27（2015）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、要介護者は平成 29（2017）年度の 67,192 人から 2025 年度には 82,150 人に増え、また、認知症高齢者数は平成 27（2015）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、平成 26 年患者調査によると、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、全国の死亡数は平成 28（2016）年で 129.6 万人（栃木県 21,436 人）でしたが、2025 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・ケア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。平成 28（2016）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、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ますます増加し、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、平成 28（2016）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。そ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・社会的問題を予防したり、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、平成26(2014)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、平成28(2016)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

平成22(2010)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、平成27(2015)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、平成26(2014)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。

平成29(2017)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尋ねると、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て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、将来の需要増加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

平成27(2015)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平成29（2017）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平成27（2015）年の417.0人から平成29（2017）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平成29（2017）年9月で57施設あり、増加傾向にあります。歯科診療所全体の5.7%にとどまっており、全国の約9%（平成27（2015）年）に比べても少ない状況です。一方、平成26（2014）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

平成29（2017）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、褥そう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の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、平成27(2015)年の死亡者数は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・ケア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必要があります。

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・ケア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は、在宅医療提供体制の強化やショートステイ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必要があります。

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

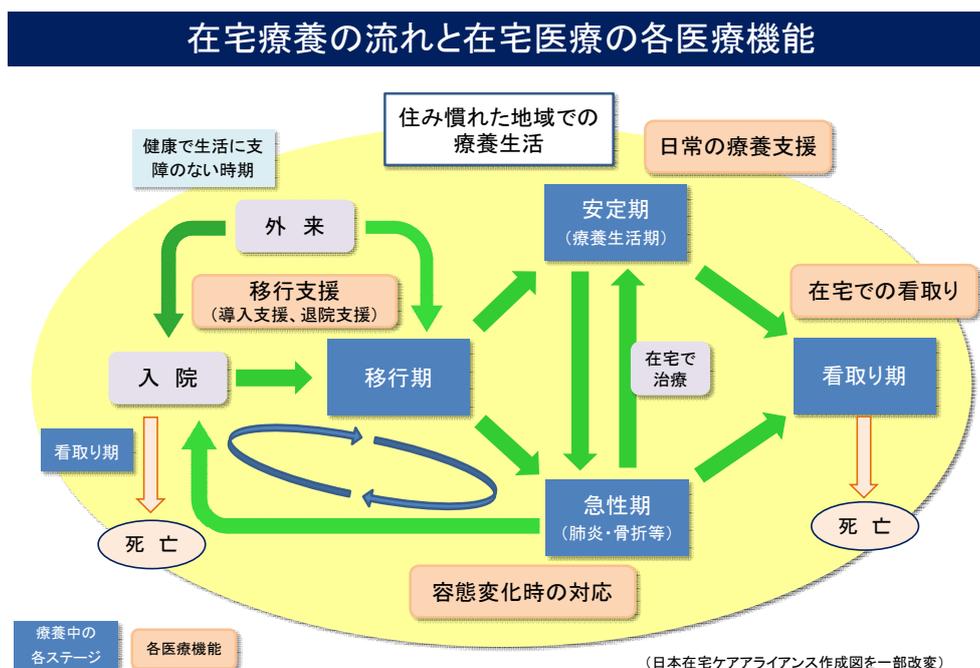
イ 安定した療養生活を過ごすことができる体制の確保

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。



ア 在宅療養への移行を支援する機能【移行支援】

ア-1 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

ア-2 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、退院前カンファレンスや文書・電話等で、在宅医療に係る機関との情報共有を十分図ること

(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
- ・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するとともに、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、あらかじめ患者・家族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
- ・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、自院若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

(ロ) 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、あらかじ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

(ハ) 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）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な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な役割を担う医療機関として在宅療養支援に係る医療機関（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

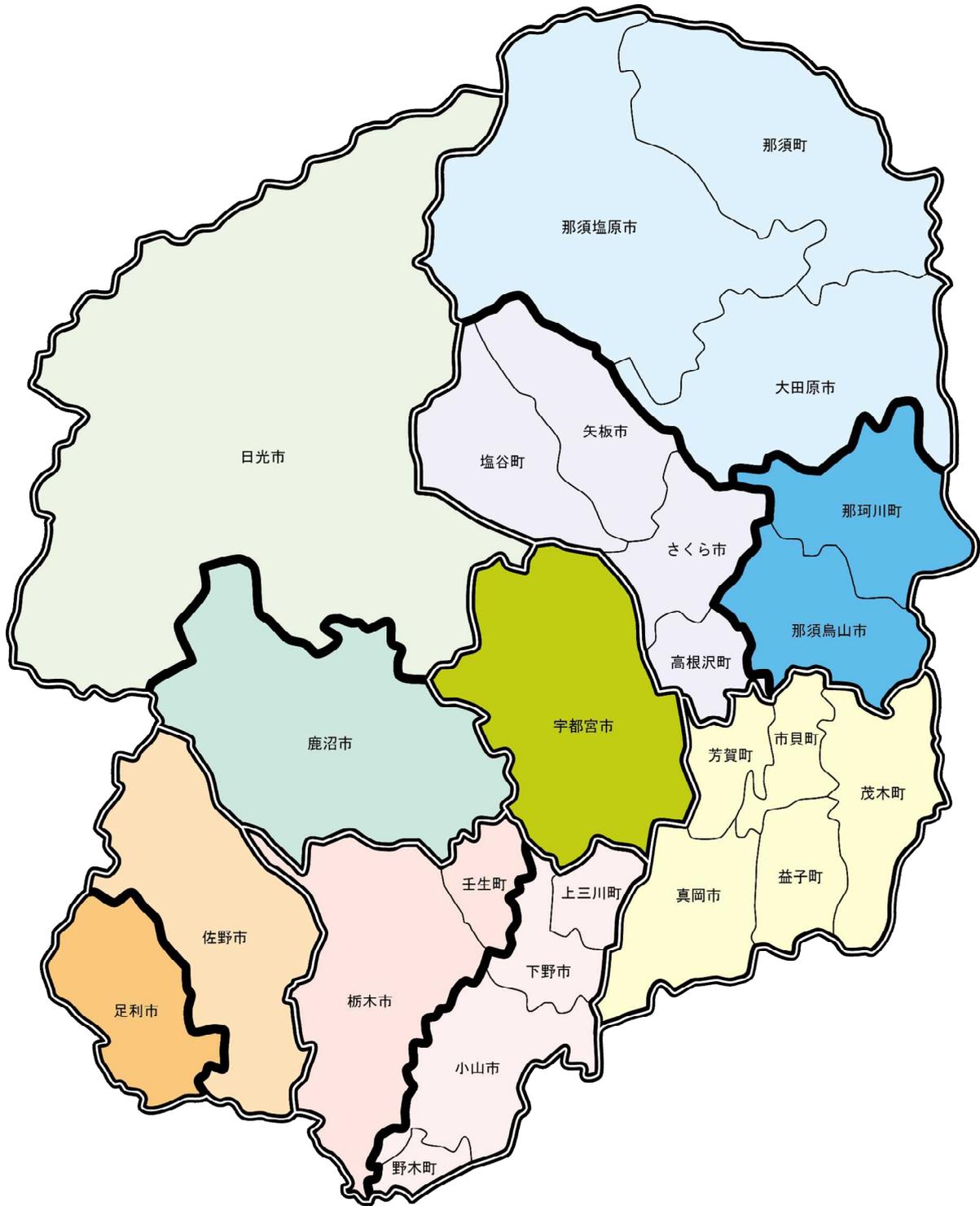
③ 医療提供体制に係る圏域

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。

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

在宅医療圏域図



④ 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 (か所)	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 (か所)	124 施設 (平成 29 (2017) 年)	220 施設 (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】

① 普及啓発

- ア 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。
- イ 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。
- ウ 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。
- エ 人生の最終段階における医療・ケア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。

② 人材確保・育成

- ア 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。
- イ 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。
- ウ 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。

③ 体制整備

- ア 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。
- イ 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。

ウ 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。

エ 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。

④ 在宅医療・介護連携に係る市町支援

ア 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。