

# 栃木県保健医療計画（7期計画）

【中間見直し】



令和3（2021）年3月

栃木県



VERY   
GOOD  
LOCAL  
とちぎ

## 目次

1	保健医療計画の概要及び改定の趣旨	1
2	法令等の改正	2
3	計画の進捗状況	3
4	見直しの方向性	7
5	中間評価及びそれを踏まえた計画の見直し	8
(1)	5 疾病の医療連携体制	9
①	がん	9
②	脳卒中	11
③	心筋梗塞	13
④	糖尿病	15
⑤	精神疾患	18
(2)	5 事業の医療連携体制	21
①	救急医療	21
②	災害医療	25
③	へき地医療	26
④	周産期医療	30
⑤	小児救急を含む小児医療	32
(3)	在宅医療の医療連携	34
6	新型コロナウイルス感染症を踏まえた保健医療計画見直しの考え方	49
7	計画の周知、推進体制及び進行管理・評価	51

## 1 保健医療計画の概要及び改定の趣旨

- 県では、平成 30(2018)年 3 月に栃木県保健医療計画（7 期計画）を策定し、「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」を基本理念として、計画を推進しています。
- 計画期間は平成 30(2018)～令和 5(2023)年度の 6 ヶ年としていますが、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、必要に応じて計画を見直すこととしています。
- 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。

## 2 法令等の改正

- 保健医療計画の策定にあたって、県は、国が示す「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」を踏まえ、5 疾病・5 事業及び在宅医療に係る具体的な医療体制の構築及び計画の作成を行うこととされています。
- 令和 2(2020)年 4 月、「医療計画策定指針」及び「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」が改正され、主に現状把握のための指標例の見直しが行われており、県が定める数値目標への反映等について検討が必要です。

### 【現状把握のための指標例の見直し等の内容】

#### 【5 疾病】

区分	内容
1 がん	現在と同様の指標を継続して使用
2 脳卒中	
3 心筋梗塞等の心血管疾患	
4 糖尿病	<ul style="list-style-type: none"> <li>○糖尿病患者の新規下肢切断術の件数の追加</li> <li>○1 型糖尿病に対する専門的治療を行う医療機関数の追加</li> </ul>
5 精神疾患	<ul style="list-style-type: none"> <li>○依存症専門医療等機関（依存症専門医療等機関、依存症治療拠点機関）数の追加</li> <li>○摂食障害治療支援センター数の追加</li> <li>○てんかん診療拠点機関数の追加</li> <li>○精神科救急入院料を算定した病院数の追加</li> <li>○精神科救急医療施設（病院群輪番型、常時対応型）数、外来対応施設数及び身体合併症対応施設数の追加</li> <li>○精神科救急医療体制整備事業における受診件数の追加</li> <li>○精神科救急医療体制整備事業における入院件数の追加</li> <li>○地域平均生活日数へ変更</li> <li>（現行）精神病床における退院後 3・6・12 ヶ月時点の再入院率</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○深夜・休日に初診後に精神科入院した病院数の削除</li> <li>○深夜・休日に初診後に精神科入院した患者数の削除</li> <li>○重点指標を各疾患の精神保健医療体制の高度化に資する指標及び拠点医療機関等の指標に変更</li> <li>(現行) 各疾患の入院及び外来診療している医療機関数</li> </ul>
--	---

## 【5事業】

区分	内容
1 救急医療	<ul style="list-style-type: none"> <li>○救命救急センター充実段階評価にS評価を追加</li> <li>○地域で行われている多職種連携会議の開催回数の追加</li> <li>○中核・高次の救急医療機関とその周辺の救急医療機関との間の病院間搬送件数の追加</li> <li>○救急車の受入件数の追加</li> <li>○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の追加</li> </ul>
2 災害時における医療	<ul style="list-style-type: none"> <li>○都道府県による医療従事者に対する災害医療教育の実施回数を追加</li> <li>○都道府県による地域住民に対する災害医療教育の実施回数</li> <li>○「災害時の医療チーム等の受け入れを想定し、都道府県災害対策本部、都道府県医療本部で関係機関(警察、消防等)、公共輸送機関等との連携の確認を行う災害訓練の実施回数」の指標に、関係機関として「保健所、市町村等」を追記</li> <li>○災害医療コーディネーター任命者数を追加</li> <li>○災害時小児周産期リエゾン任命者数を追加</li> <li>○災害拠点病院における業務継続計画(BCP)の策定率を指標から削除</li> </ul>
3 へき地医療	<ul style="list-style-type: none"> <li>○へき地医療拠点病院の中で主要3事業の年間実績が合算で12回以上の医療機関の割合の追加</li> <li>○へき地医療拠点病院の中でへき地医療拠点病院の必須事業の実施回数が年間1回以上の医療機関の割合の追加</li> </ul>
4 周産期医療	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ハイリスク妊産婦連携指導料1・2届出医療機関数の追加</li> <li>○母体・新生児搬送数・都道府県内搬送率の取得方法の変更</li> <li>○母体・新生児搬送数のうち受入困難事例の件数の算出方法の変更</li> <li>○災害時小児周産期リエゾン任命者数を重点指標化</li> <li>(現行) 災害時小児周産期リエゾン認定者数</li> </ul>
5 小児医療	<ul style="list-style-type: none"> <li>○「小児医療に関する協議会」という事項を追加し、協議会の設置、協議事項等について記載</li> <li>○災害時小児周産期リエゾン任命者数を重点指標として追加</li> <li>○小児の訪問診療を実施している診療所・病院数の追加</li> <li>○小児の訪問診療を受けた患者数の追加</li> <li>○小児の訪問看護利用者数の追加</li> </ul>

## 【在宅医療】

区分	内容
在宅医療	<ul style="list-style-type: none"><li>○小児の訪問診療を実施している診療所・病院数の追加</li><li>○訪問口腔衛生指導を実施している診療所・病院数の追加</li><li>○機能強化型の訪問看護ステーション数の追加</li><li>○在宅で活動する栄養サポートチーム（NST）と連携する歯科医療機関数の追加</li><li>○小児の訪問診療を受けた患者数の追加</li><li>○歯科衛生士を帯同した訪問歯科診療を受けた患者数の追加</li><li>○訪問口腔衛生指導を受けた患者数の追加</li></ul>

### 3 計画の進捗状況

- 7期計画では、計画・立案(Plan)－実行(Do)－評価(Check)－改善(Action)のサイクルにより、数値目標の進捗状況、計画の実施状況等を確認し、次期栃木県保健医療計画に反映することとしていますが、具体的には、毎年度の実施状況を確認・評価し、その結果を栃木県医療介護総合確保推進協議会に報告しています。
- 令和元(2019)年度の数値目標の状況（5疾病・5事業及び在宅医療）は次表のとおりとなっています。

栃木県保健医療計画（7期計画）の進捗状況について【令和元(2019)年度分】  
（令和元(2019)年度栃木県医療介護総合確保推進協議会報告）

□数値目標の状況等

【総括表】

【5疾病】

区分	ベース ライン未満	ベース ライン程度	ベース ライン超	目標値 以上	比較困難 (直近データ なし)
①がん（13項目）	☹️☹️☹️	😊	😄😄😄		☆☆☆ ☆☆☆
②脳卒中（8項目）	☹️		😄😄😄😄 😄		☆☆
③心筋梗塞等の心血管疾患 （9項目）	☹️		😄😄		☆☆☆ ☆☆☆
④糖尿病（7項目）		😊	😄😄😄	♪	☆☆
⑤精神疾患（13項目）	☹️☹️☹️☹️		😄😄😄	♪♪♪ ♪♪♪	

【5事業】

区分	ベース ライン未満	ベース ライン程度	ベース ライン超	目標値 以上	比較困難 (直近データ なし)
①救急医療（5項目）	☹️		😄😄😄	♪	
②災害医療（3項目）			😄😄😄		
③周産期医療（3項目）		😊	😄😄		
④小児救急医療を含む小児 医療（3項目）			😄😄	♪	





【在宅医療】

区分	ベース ライン未満	ベース ライン程度	ベース ライン超	目標値 以上	比較困難 (直近データ なし)
全4項目	☹️		😄😄	♪	

(別表)7期計画における数値目標の状況 (令和2(2020)年3月31日現在)

【表の見方】

比較結果欄には、ベースライン及び目標値と比較した直近値の状況を表示しています。

目標値以上  ベースライン超  ベースライン程度  ベースライン未満 

なお※印について、ベースライン以降の直近値が未定であるものは、比較結果を未記入としています。

1 5疾病

注 直近値がないものは※としている。

疾病名	目標項目	ベースライン	直近値	目標値	比較結果	備考					
(1)がん	① がん検診の受診率(注)	胃がん	43.2%	※	50%以上		(注)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				
		大腸がん	44.3%	※	50%以上						
		肺がん	51.9%	※	60%以上						
		乳がん	48.2%	※	60%以上						
		子宮頸がん	44.0%	※	60%以上						
		(2016年)		(2023年)							
(1)がん	② 精密検査の受診率(注)	胃がん	81.5%	75.0%	90%以上		(注)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 ベースラインの数値は、「H28(2016)年度栃木県健康診査実施状況調査」からH26(2014)年度の受診率を設定				
		大腸がん	70.5%	69.3%	90%以上						
		肺がん	81.1%	83.6%	90%以上						
		乳がん	85.4%	89.0%	90%以上						
		子宮頸がん	84.5%	73.1%	90%以上						
		(2016年度)	(2019年度)	(2023年度)							
(1)がん	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	0市町	全ての市町						
			(2015年度)	(2019年度)	(2023年度)						
		(1)がん	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			291人	500人以上		
					(2017年度)			(2019年度)	(2023年度)		
				(1)がん	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%		
	(2016年度)						(2023年度)				
(2)脳卒中	① 特定健診・特定保健指導の実施率					特定健康診査	48.1%	51.4%	70%以上		
		特定保健指導	19.0%			22.5%	45%以上				
			(2015年度)			(2017年度)	(2023年度)				
	(2)脳卒中	② 発症後3時間以内に受診した患者の割合		37.5%	35.7%	50%以上					
				(2016年)	(2018年)	(2023年)					
(2)脳卒中			③ 脳卒中中で在宅等生活の場に復帰した患者の割合		58.1%	60.4%			65%以上		
					(2014年)	(2017年)			(2023年)		
				(2)脳卒中	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%		
		(2016年)				(2018年)	(2023年)				
	(2)脳卒中	⑤ 脳卒中発症登録に占める再発者の割合					22.9%	22.3%	20%以下		
			(2016年)			(2018年)	(2023年)				
(2)脳卒中			⑥ 脳血管疾患の年齢調整死亡率(人口10万対)			男性	49.1	※	全国値以下		
				女性	28.5	※	全国値以下				
					(2015年)		(2023年)				
	(3)心筋梗塞等の心血管疾患	① 特定健診・特定保健指導の実施率		特定健康診査	48.1%	51.4%	70%以上		(2)①再掲		
				特定保健指導	19.0%	22.5%	45%以上				
			(2015年度)	(2017年度)	(2023年度)						
(3)心筋梗塞等の心血管疾患		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%	93.0%	100%					
				(2014年)	(2017年)	(2023年)					
	(3)心筋梗塞等の心血管疾患		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	※			全国値以下		
				女性	8.2	※			全国値以下		
		(2015年)			(2023年)						
大動脈瘤及び解離											
男性	7.8	※	全国値以下								
女性	4.1	※	全国値以下								
	(2015年)		(2023年)								
(3)心筋梗塞等の心血管疾患	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)	心不全									
		男性	13.2	※	9.9以下						
		女性	9.6	※	7.0以下						
			(2015年)		(2023年)						

疾病名	目標項目	ベースライン	直近値	目標値	比較結果	備考
(4)糖尿病	① 特定健診・特定保健指導の実施率 特定健康診査 特定保健指導	48.1% 19.0% (2015年度)	51.4% 22.5% (2017年度)	70%以上 45%以上 (2023年度)		(2)①再掲
	② 糖尿病患者数	55,000人 (2014年)	55,000人 (2017年)	65,000人以下 (2022年)		
	③ 治療を継続している糖尿病患者の割合	67.8% (2016年度)	※	100% (2022年度)		
	④ 血糖コントロール不良者の割合	HbA1c(NGSP値) 8.4% 以上の者 0.5% (2016年度)	※	HbA1c(NGSP値) 8.4% 以上の者 0.5%以下 (2022年度)		
	⑤ 糖尿病腎症による年間透析導入患者数	284人 (2016年)	258人 (2018年)	230人以下 (2022年)		
	⑥ かかりつけ医と連携した糖尿病重症化予防に取り組む保険者数	8保険者 (2016年度)	25保険者 (2018年度)	保険者の半数以上 (2023年度)		平成28(2016)年度の栃木県保険者協議会構成保険者数は42 糖尿病重症化予防プログラムのうち保健指導に取り組む保険者数を計上
(5)精神疾患	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)	649人 (2019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)	552人 (2019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)	2,718人 (2019年度)	3,029人 (2020年度) 2,395人 (2024年度)		
	④ 精神病床における慢性期入院需要(65歳以上患者数)	1,728人 (2014年度)	1,544人 (2019年度)	1,738人 (2020年度) 1,439人 (2024年度)		
	⑤ 精神病床における慢性期入院需要(65歳未満患者数)	1,616人 (2014年度)	1,174人 (2019年度)	1,291人 (2020年度) 956人 (2024年度)		
	⑥ 精神病床における入院需要(患者数)	4,611人 (2014年度)	3,919人 (2019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)	—	626人 (2019年度)	401人 (2020年度) 1,057人 (2024年度)		③におけるベースラインから直近値の減少分＝地域移行された者
	⑧ 地域移行に伴う基盤整備量(65歳以上利用者数)	—	184人 (2019年度)	210人 (2020年度) 552人 (2024年度)		④におけるベースラインから直近値の減少分＝地域移行された者
	⑨ 地域移行に伴う基盤整備量(65歳未満利用者数)	—	442人 (2019年度)	191人 (2020年度) 505人 (2024年度)		⑤におけるベースラインから直近値の減少分＝地域移行された者
	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)	68% (2017年度)	69% (2020年度)		
	⑪ 精神病床における入院後6か月時点の退院率	82% (2014年度)	79% (2017年度)	84% (2020年度)		
	⑫ 精神病床における入院後1年時点の退院率	89% (2014年度)	87% (2017年度)	90% (2020年度)		
	⑬ 自殺死亡率(人口10万人当たりの自殺者数)	19.5 (2015年)	16.9 (2018年)	14.6 (2022年)		



2 5事業							
事業名	目標項目	ベースライン	直近値	目標値	比較結果	備考	
(1)救急医療	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） （2016年）	41.8分 （全国：39.5分） （2018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 （2016年度）	24,009件 （2019年度）	前年度より増加 （毎年度）		23,266件 （2018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% （2016年度）	25.8% （2018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% （2016年度）	32.1% （2018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% （2016年度）	19.3% （2018年度）	20.0% （2023年度）			
(2)災害医療	① D M A T 指定病院数（L D M A T 指定病院を含む）	11病院 （2017年12月）	12病院 （2020年3月）	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% （2017年9月）	10.5% （全国：20.2%） （2018年12月）	全国平均以上 （2023年度）			
	③ 災害時の医療チーム等の受入を想定し、関係機関・団体等と連携の上、コーディネート機能の確認を行う災害訓練の実施回数	— （2017年度）	6回 （2019年度）	各地域分科会で年間1回以上 （2023年度）			
(3)周産期医療	① 地域周産期医療機関の整備	4医療圏 （2017年10月現在）	4医療圏 （2020年3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% （2015年度）	13.5% （2018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 （2017年10月現在）	14人 （2020年3月現在）	17人 （2023年度）			
(4)小児救急を含む小児医療	① とちぎ子ども救急電話相談の相談件数【救急医療再掲】	19,673件 （2016年度）	24,009件 （2019年度）	前年度より増加 （毎年度）		23,266件 （2018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% （2016年度）	19.3% （2018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 （2017年10月現在）	14人 （2020年3月現在）	17人 （2023年度）			

### 3 在宅医療

目標項目	ベースライン	直近値	目標値	比較結果	備考
① 訪問診療を実施する診療所、病院数	283施設 （2015年）	273施設 （2017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 （2017年）	598.3人 （2019年）	580人 （2020年）		
③ 訪問歯科診療を実施する歯科診療所数	121施設 （2014年）	142施設 （2017年）	250施設 （2020年）		
④ 訪問薬剤指導を実施する薬局数	124施設 （2017年）	210施設 （2019年）	220施設 （2020年）		

## 4 見直しの方向性

こうした状況等を踏まえ、今回の中間見直しにおいては、数値目標のある「第5章 5 疾病・5事業及び在宅医療の医療連携体制」について、次のとおり見直しを行い、その他については、引き続き、現計画の内容に取り組んで参ります。

- ①在宅医療については、数値目標の設定が2020年とされており、今後の方向性について改めて検討が必要であることや、新たに策定予定である栃木県高齢者支援計画「はつらつプラン21（8期計画）」との整合性を確保することが必要であることから、新たな目標を中心として、その他全般を見直すこととします。
- ②5疾病・5事業については、数値目標の中間評価を行い、必要に応じて目標値の修正や主な取組の追加・変更を検討します。
- ③また、国が示す「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」の改正内容を参考として、現状及び課題、今後目指すべき方向を踏まえ、必要に応じて目標項目の追加を行います。

5 中間評価及びそれを踏まえた計画の見直し

5 疾病・5事業及び在宅医療の医療連携体制

(1) 5疾病の医療連携体制

①がん

【数値目標の中間評価】

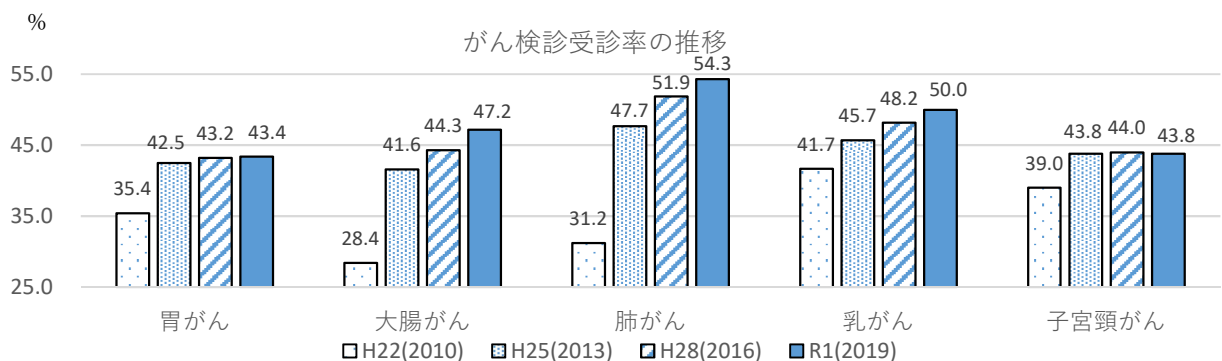
目標項目	ベースライン	直近値	目標値	中間評価	
がん検診の受診率	(2016年)	(2019年)	(2023年)		
	胃がん	43.2%	43.4%	50%以上	☔
	大腸がん	44.3%	47.2%	50%以上	☁
	肺がん	51.9%	54.3%	60%以上	☁
	乳がん	48.2%	50.0%	60%以上	☔
精密検査の受診率	(2016年度)	(2019年度)	(2023年度)		
	胃がん	81.5%	75.0%	90%以上	☔
	大腸がん	70.5%	69.3%	90%以上	☔
	肺がん	81.1%	83.6%	90%以上	☁
	乳がん	85.4%	89.0%	90%以上	☀
子宮頸がん	84.5%	73.1%	90%以上	☔	
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 (2015年度)	0市町 (2019年度)	全ての市町 (2023年度)	☔	
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 (2017年度)	291人 (2019年度)	500人以上 (2023年度)	☔	
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% (2016年度)	29.8% (2020年度)	50%以上 (2023年度)	☔	

※中間評価＝(直近値－ベースライン)／(目標値－ベースライン)

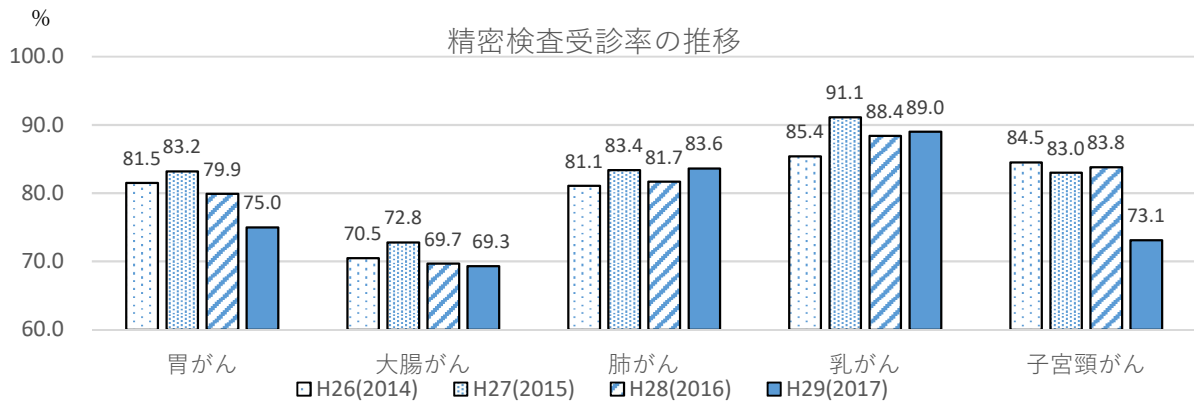
50%超の場合☀ 25%～50%の場合☁ 25%未満の場合☔

【目標達成に向けた課題等】

○子宮頸がん以外のがん検診受診率は、目標値とは乖離があるものの、少しずつ上昇していますが、子宮頸がん検診受診率はほぼ横ばいであり、受診率向上が求められています。



○精密検査受診率は、胃がん、大腸がん、子宮頸がんの受診率がベースラインよりも低下しています。精密検査受診率の低さは、がん死亡率の高さの一因ともされており、受診率向上が求められています。



- 個別検診実施機関に関する事業評価の実施市町数は、増加していません。
- 拠点病院等以外の施設の緩和ケア研修会修了者数は、少しずつ増加しているものの、目標値とは乖離がある状況です。
- がん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は、少しずつ増加しているものの、目標値とは乖離がある状況です。

### 【施策の展開方向】

- 子宮頸がん検診の受診率向上のため、受診率の低い若い世代の女性に対する啓発強化が必要です。
- 精密検査受診率の向上のため、県民に対する啓発のほか、市町、保険者と連携して受診勧奨に取り組む必要があります。
- 市町による個別検診機関の状況把握を進め、事業評価につなげていく必要があります。
- 拠点病院等の医師等の緩和ケア研修会受講は進んでいるものの、拠点病院等以外の施設の医師等の研修会受講は低調であり、受講促進が必要です。
- 事業主や県民へのがんに関する基本的な知識の普及啓発、がん教育等を通じて、がん患者等が治療と仕事を両立しやすい環境の整備を図る必要があります。

### 【主な取組】

- ・女性にターゲットを絞ったリーフレット等を用いた効果的な啓発の実施
- ・市町、保険者と連携した要精検者に対する効果的な精密検査の受診勧奨の実施
- ・市町担当者ヒアリング等の実施による市町の個別検診機関の事業評価の支援
- ・地域の医療従事者の緩和ケア研修会の受講促進
- ・セミナーの開催等による事業主等の治療と仕事の両立支援に係る理解の促進

など

## ②脳卒中

### 【数値目標の中間評価】

目標項目		ベースライン	直近値	目標値	中間評価
特定健康診査・ 特定保健指導 の実施率		(2015年)	(2017年)	(2023年)	
	特定健康診査	48.1%	51.4%	70%以上	☂
	特定保健指導	19.0%	22.5%	45%以上	☂
発症後3時間以内に受診した患者の割合		37.5% (2016年)	35.7% (2018年)	50%以上 (2023年)	☂
脳卒中中で在宅等生活の場に復帰した患者の割合		58.1% (2014年)	60.4% (2017年)	65%以上 (2023年)	☁
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% (2016年)	71.7% (2018年)	75%以上 (2023年)	☀
脳卒中発症登録に占める再発者の割合		22.9% (2016年)	22.3% (2018年)	20%以下 (2023年)	☂
脳血管疾患の年齢調整死亡率 (人口10万対)		(2015年)		(2023年)	
	男性	49.1	-	全国値以下	
	女性	28.5	-	全国値以下	

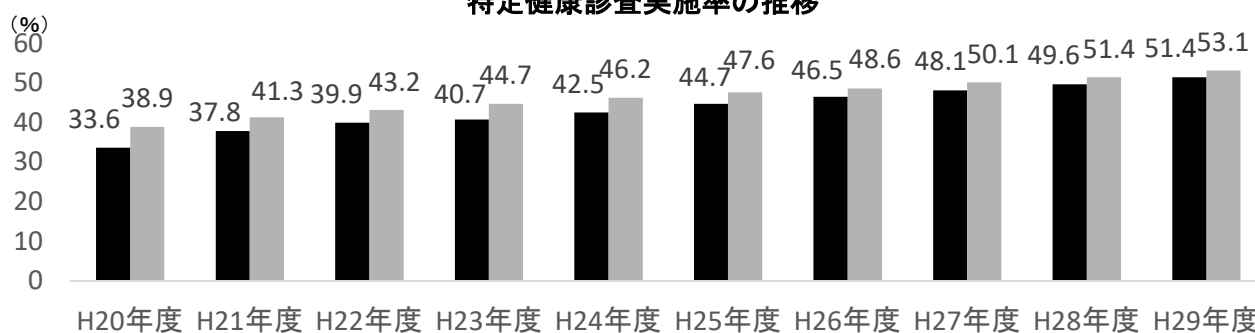
※中間評価＝（直近値－ベースライン）／（目標値－ベースライン）

50%超の場合☀ 25%～50%の場合☁ 25%未満の場合☂

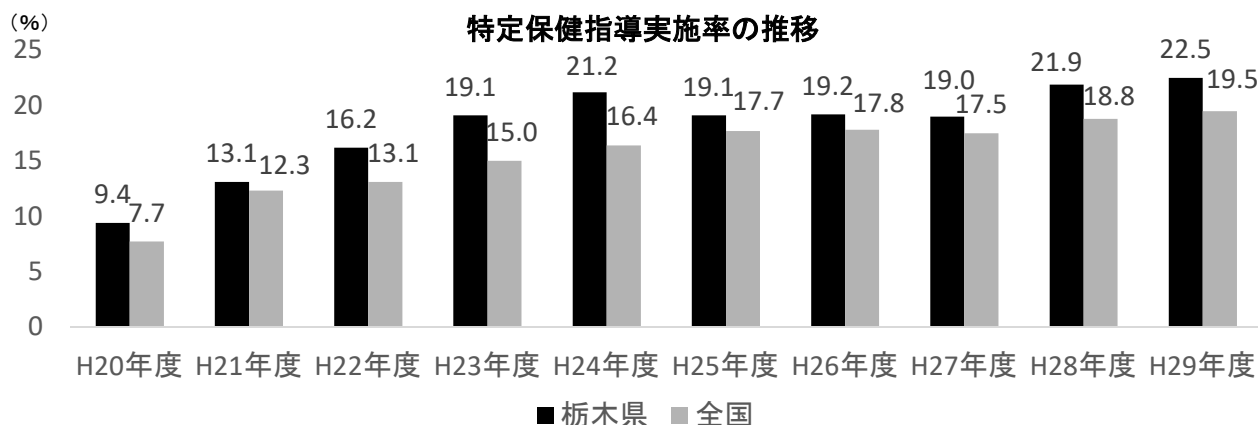
### 【目標達成に向けた課題等】

○特定健康診査及び特定保健指導の実施率は、増加傾向にあるものの、目標値との乖離は大きい状況です。

#### 特定健康診査実施率の推移



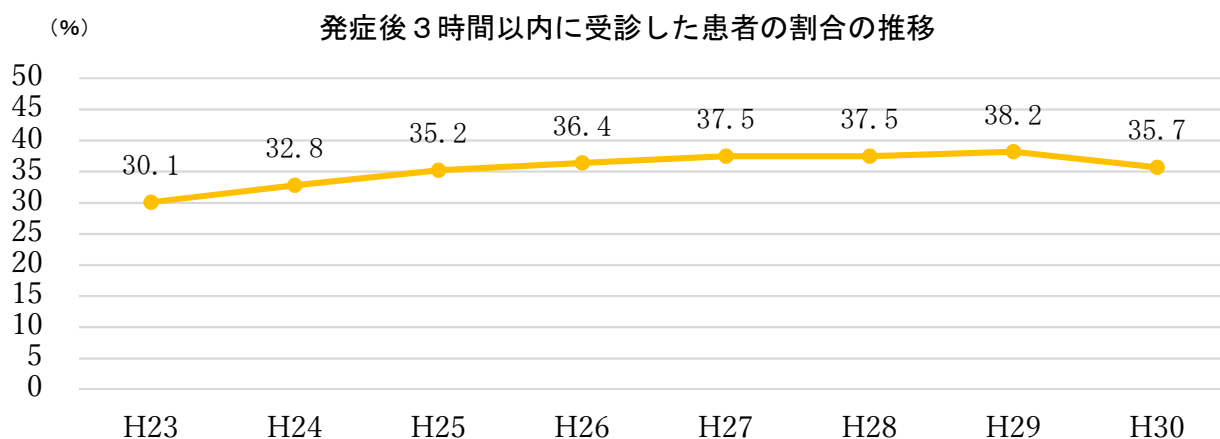
#### 特定保健指導実施率の推移



■ 栃木県 ■ 全国

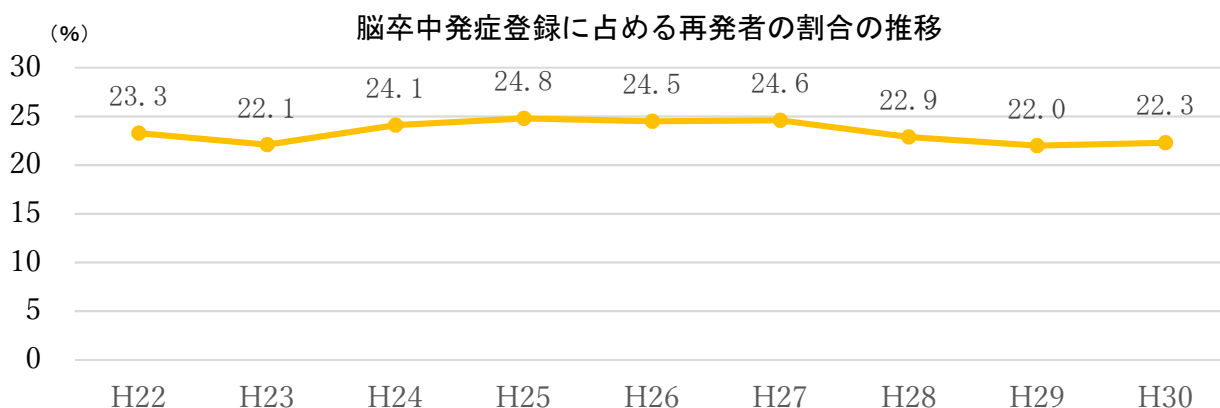
資料：厚生労働省「特定健診・特定保健指導の実施状況」

○発症後3時間以内に受診した患者の割合は、ベースライン値よりも低下しています。



(出典) 栃木県脳卒中発症登録

○脳卒中発症登録に占める再発者の割合は減少しているものの、目標値との乖離は大きい状況です。



(出典) 栃木県脳卒中発症登録

### 【施策の展開方向】

- 特定健康診査及び特定保健指導の実施率向上のため、地域保健や職域保健等と連携し効果的な受診勧奨に係る取組を行う必要があります。
- 県民の適切な受療行動の促進のため、脳卒中の初期症状の早期発見及び医療機関の早期受診に係る啓発活動の強化が必要です。
- 再発予防・重症化予防のため、基礎疾患(高血圧症・糖尿病・脂質異常症・心房細動等)及び危険因子の適切な管理に係る取組が必要です。

### 【主な取組】

- ・ 特定健康診査及び特定保健指導実施機関の健診従事者等を対象とした研修会の開催
- ・ 「栃木県脳卒中啓発プロジェクト」を通じた、関係機関との連携やSNSなどの様々な媒体の活用等による、脳卒中の初期症状の早期発見及び医療機関の早期受診の重要性に関する効果的な啓発活動の展開
- ・ 基礎疾患及び危険因子の適切な管理の重要性に関する啓発活動の展開及び患者教育を担うかかりつけ医等の医療従事者を対象とした研修会の開催 など

### ③心筋梗塞等の心血管疾患

#### 【数値目標の中間評価】

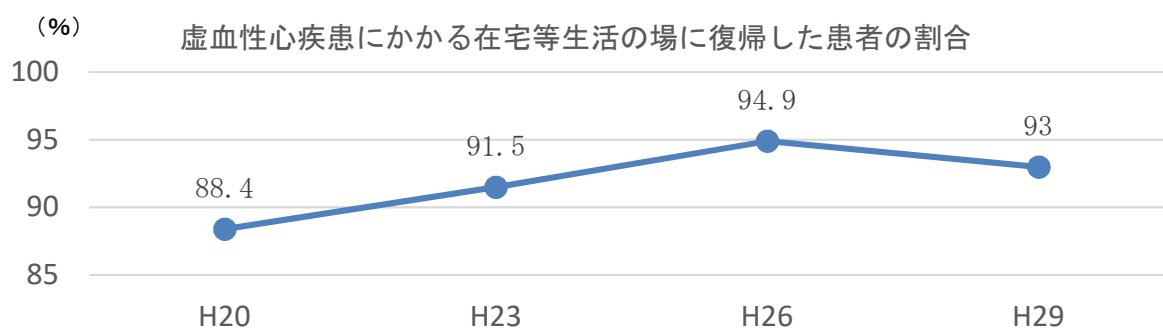
目標項目		ベースライン	直近値	目標値	中間評価
特定健康診査・		(2015年度)	(2017年度)	(2023年度)	
特定保健指導	特定健康診査	48.1%	51.4%	70%以上	☂
の実施率	特定保健指導	19.0%	22.5%	45%以上	☂
虚血性心疾患で在宅等生活の場		94.9%	93.0%	100%	☂
に復帰した患者の割合		(2014年)	(2017年)	(2023年)	
心筋梗塞等の 心血管疾患の 年齢調整死亡 率（人口10万 対）	①急性心筋梗塞				
		(2015年)		(2023年)	
	男性	19.7	-	全国値以下	-
	女性	8.2	-	全国値以下	-
	②大動脈瘤及び解離				
		(2015年)		(2023年)	
	男性	7.8	-	全国値以下	-
	女性	4.1	-	全国値以下	-
	③心不全				
		(2015年)		(2023年)	
	男性	13.2	-	9.9以下	-
	女性	9.6	-	7.0以下	-

※中間評価＝（直近値－ベースライン）／（目標値－ベースライン）

50%超の場合☀ 25%～50%の場合☂ 25%未満の場合☂

#### 【目標達成に向けた課題等】

- ・特定健康診査及び特定保健指導の実施率は、増加傾向にあるものの、目標値との乖離は大きい状況です。
- ・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、ベースライン値より低下しています。



(出典) 患者調査

#### 【施策の展開方向】

- 特定健康診査及び特定保健指導の実施率向上のため、地域保健や職域保健等と連携し効果的な受診勧奨に係る取組を行う必要があります。

○在宅復帰のための心血管疾患リハビリテーションの推進や、在宅療養が可能な体制の整備に取り組む必要があります。

**【主な取組】**

- ・ 特定健康診査及び特定保健指導実施機関の健診従事者等を対象とした研修会の開催
- ・ 在宅復帰のための適切な心血管疾患リハビリテーションの提供のための、リハビリテーション専門職等の医療関係者の資質向上や多職種連携の促進に係る取組の推進
- ・ 心血管疾患の再発や重症化を予防するための基礎疾患及び危険因子の管理の重要性に関する積極的な啓発活動の展開及び患者教育を担うかかりつけ医等の医療従事者を対象とした研修会の開催 など






#### ④糖尿病

##### 【数値目標達成の見通し】

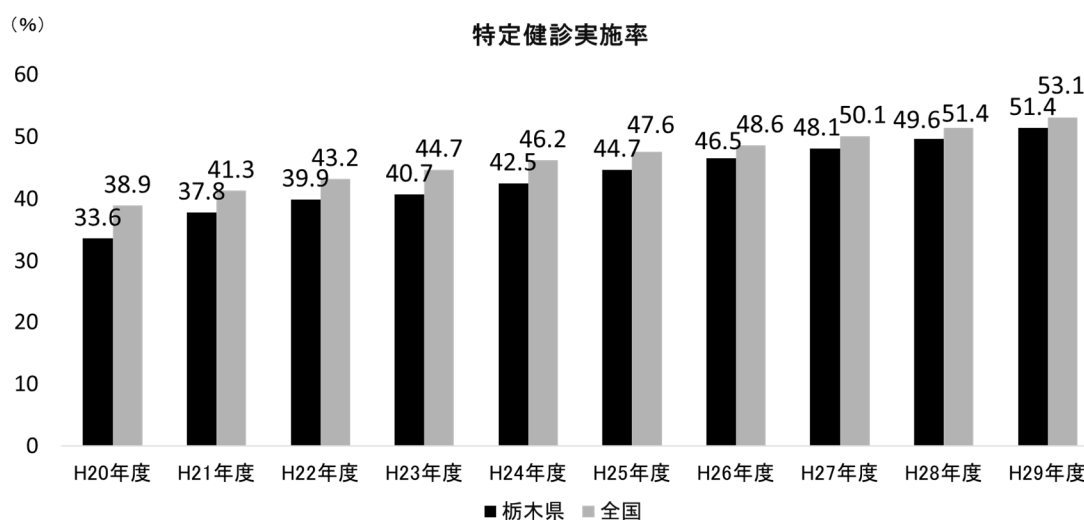
目標項目	ベースライン	直近値	目標値	中間評価
特定健診・特定 保健指導の実 施率	(2015年)	(2017年)	(2023年)	
	特定健康診査 48.1%	51.4%	70%以上	
	特定保健指導 19.0%	22.5%	45%以上	
糖尿病患者数	55,000人 (2014年)	55,000人 (2017年)	65,000人以下 (2022年)	
治療を継続している糖尿病患者 の割合	67.8% (2016年)	-	100% (2022年)	-
血糖コントロール不良者の割合	HbA1c(NGSP 値) 8.4%以上 の者 0.5% (2016年)	-	HbA1c(NGSP 値) 8.4%以上 の者 0.5%以下 (2022年)	-
糖尿病腎症による年間透析導入 患者数	284人 (2016年)	258人 (2018年)	230人以下 (2022年)	
かかりつけ医と連携した糖尿病 重症化予防に取り組む保険者数	8保険者 (2016年)	30保険者 (2019年)	保険者の 半数以上 (2023年)	

※中間評価＝(直近値－ベースライン)／(目標値－ベースライン)

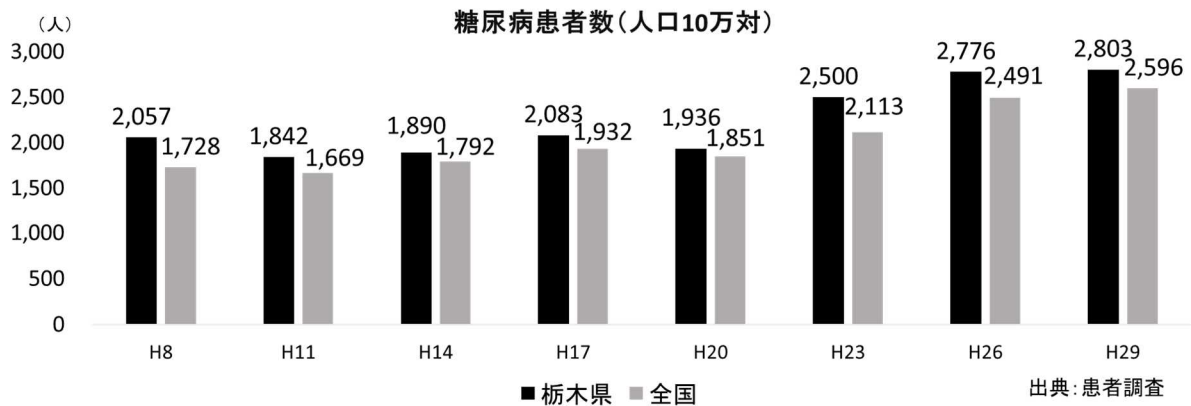
50%超の場合  25%～50%の場合  25%未満の場合 

##### 【現状及び目標達成に向けた課題等】

- 特定健診・特定保健指導の実施率については、特定健康診査 48.1% (2015) から 51.4% (2017)、特定保健指導 19.0% (2015) から 22.5% (2017) に上昇し、いずれも年々増加傾向にあります。
- 特定健診による糖尿病の早期発見や特定保健指導による生活習慣改善等は、糖尿病重症化予防に繋がるが、目標値とはまだ乖離があるため、引き続き、特定健診・特定保健指導の実施率向上に向けた保険者の取組支援を行っていく必要があります。



○糖尿病患者数は、ベースライン(55,000人)と同様の結果となっています。しかし、人口10万対あたりで全国と比較すると、本県の患者数は多く増加傾向にあります。



○糖尿病腎症による年間透析導入患者数は、284人(2016)から258人(2018)とベースラインを下回り、減少傾向にあります。

○糖尿病腎症を起因とした透析導入患者の割合は全透析導入患者数の4割を超え、透析導入原因の第1位であるため、糖尿病重症化予防の取組により一層の強化が求められます。

**糖尿病腎症による年間透析導入患者数(栃木県)**



○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は、8保険者(2016)から30保険者(2019)と、目標値を上回る結果となっています。

○保険者を対象とした研修会の開催や国の保険者努力支援制度(保険者の取組に対し、国が交付金を交付するインセンティブ制度)が強化されたこと等によるものと考えられますが、今後は、栃木県糖尿病重症化予防プログラムに基づく保健指導の実施者数や修了者数の増加など、取組の質を向上させていく必要があります。

### 【施策の展開方向】

○糖尿病に係る国の指針改正が行われ、現状把握のための指標例として、糖尿病患者の

新規下肢切断術の件数及び1型糖尿病に対する専門的治療を行う医療機関数の項目が追加されました。

- 指標例については、今後、国が把握するため県の現状値が把握できず、現時点で県の目標指標に追加することは難しいと考えられるため、今回の中間見直しでは目標指標には追加せずに、今後、現状値を把握することとします。
- また、現在の目標指標の直近値は、「ベースライン程度」「ベースライン超」「目標値以上」のものがあるものの、目標値には達していないものがほとんどのため、変更せずに、最終評価（令和5（2023）年）に向けて各種取組を継続することとします。

#### 【主な取組】

- ・糖尿病予防推進協議会を活用した取組状況の評価
- ・啓発リーフレットの作成及び配布
- ・糖尿病予防・重症化防止キャンペーンの実施
- ・糖尿病重症化予防プログラム研修会の実施
- ・糖尿病重症化プログラムの対象者抽出ツールの機能強化
- ・糖尿病治療連携チェックシートの普及啓発、活用促進
- ・機能別医療機関の県民及び医療機関等への周知
- ・機能別医療機関に対する現況調査の実施
- ・医療従事者を対象とした研修会の実施
- ・保健指導従事者を対象とした研修会等の実施 など

## ⑤精神疾患

### 【数値目標の中間評価】

目標項目	ベースライン	直近値	目標値	中間評価
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)	676人 (2019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)	594人 (2019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)	2,983人 (2019年度)	3,029人 (2020年度)	
			2,395人 (2024年度)	
④精神病床における慢性期入院需要（65歳以上患者数）	1,728人 (2014年度)	1,692人 (2019年度)	1,738人 (2020年度)	
			1,439人 (2024年度)	
⑤精神病床における慢性期入院需要（65歳未満患者数）	1,616人 (2014年度)	1,291人 (2019年度)	1,291人 (2020年度)	
			956人 (2024年度)	
⑥精神病床における入院需要（患者数）	4,611人 (2014年度)	4,253人 (2019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）	—	361人 (2019年度)	401人 (2020年度)	
			1,057人 (2024年度)	
⑧地域移行に伴う基盤整備量（65歳以上利用者数）	—	36人 (2019年度)	210人 (2020年度)	
			552人 (2024年度)	
⑨地域移行に伴う基盤整備量（65歳未満利用者数）	—	325人 (2019年度)	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)	68% (2017年度)	69% 2020年度	
⑪精神病床における入院後6か月時点の退院率	82% (2014年度)	79% (2017年度)	84% (2020年度)	
⑫精神病床における入院後1年時点の退院率	89% (2014年度)	87% (2017年度)	90% (2020年度)	
⑬自殺死亡率 (人口10万人当たりの自殺者数)	19.5 (2015年度)	17.2 (2019年度)	14.6 (2022年度)	

※中間評価＝（直近値－ベースライン）／（目標値－ベースライン）

50%超の場合☀ 25%～50%の場合☁ 25%未満の場合☔

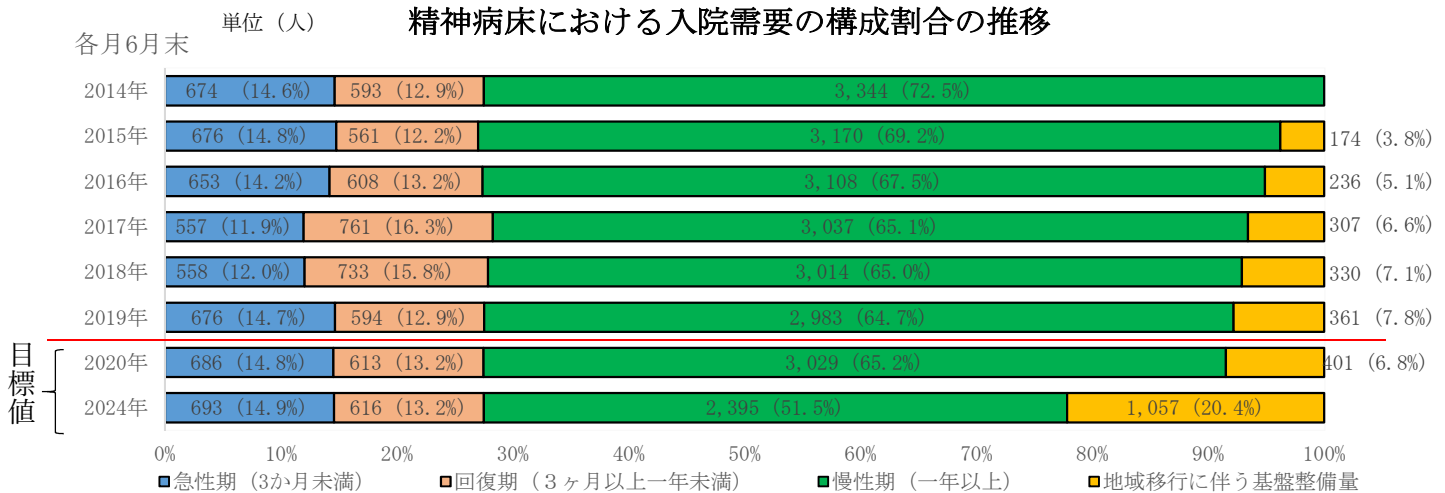
※目標項目①～⑨の直近値については、一部概数を含む。

## 【現状及び目標達成に向けた課題等】

○精神病床における入院需要及び基盤整備量の目標値（目標項目①～⑨）について

- ・当該目標項目は、2014年度の入院需要をベースラインとし、国が推計する計算式を用い、本県の精神病床における2020年度及び2024年度の入院需要及び基盤整備量を試算し目標値と定め、慢性期入院患者のうち社会的入院等の長期入院者の地域移行に向けて、精神障害者の地域移行・地域定着の支援に取り組んできました（目標項目③及び⑦）。
- ・そのような中、全体の入院需要が減少していったことで、各目標項目に減少分の影響があり、一部の目標項目（①、②）には直近値と目標値の乖離が見られるものの、目標項目③及び⑦に着目すると、どちらの直近値も概ね目標値を達成しており、順調に推移しています（図1のとおり）。

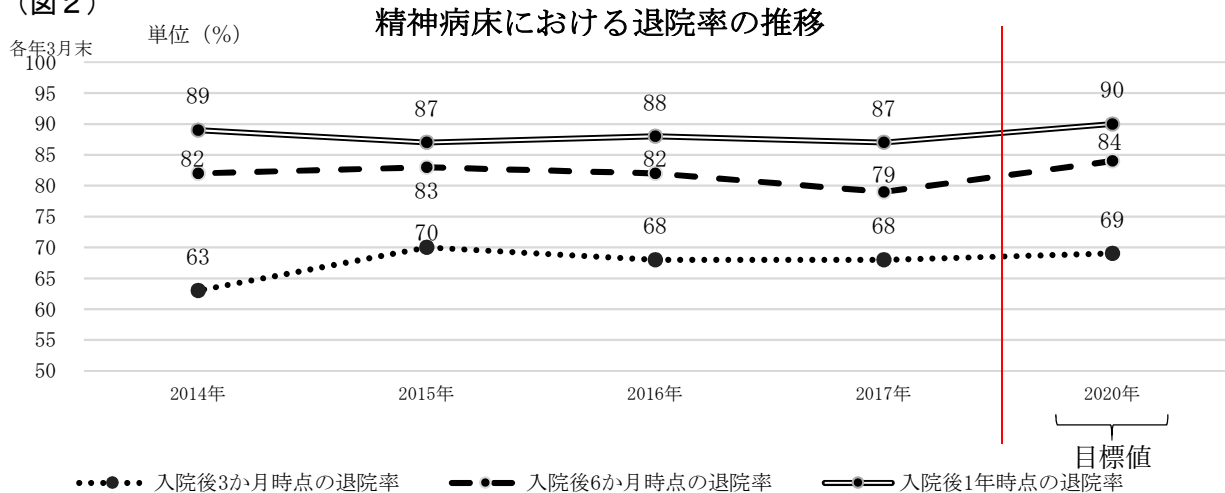
（図1）



○精神病床における入院3か月時点、6か月時点及び入院1年時点の退院率（目標項目⑩～⑫）について

- ・当該目標項目は、栃木県障害福祉計画（第五期計画）において、地域における保健、医療、福祉の連携支援が強化されることによって、早期退院が可能になるという効果を踏まえ設定したもので、県保健医療計画においても、県障害福祉計画に合わせ、同様に目標項目としたものです。
- ・当該項目の値は年度ごとに増減があり、直近値（2017年度）については、入院後3か月時点の退院率がベースラインより伸びている一方で、6か月及び1年時点の退院率はベースラインを下回っています（図2のとおり）。
- ・しかし、1年時点を超えて入院している患者を含めて分析した精神病床における入院需要の構成割合の推移（図1）では、慢性期（一年以上）の入院需要は実人員及び割合ともに減少していることから、精神障害者の地域移行等については、順調に推移しています。

(図2)



### 【施策の展開方向及び主な取組】

○現状及び目標達成に向けた課題等により各目標項目の進捗状況を分析した結果、現在の施策の展開方向に大きな変更の必要は認められなかったため、引き続き、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の構築を推進して参ります。

〈取り組み事例〉

- ・ 障害保健福祉圏域における精神障害者地域移行・地域定着推進協議会の開催
- ・ 精神障害者地域移行・地域定着支援関係者研修の実施
- ・ 訪問看護ステーション職員に対する精神科訪問看護研修の実施 など

(目標値(最終年)未設定の成果指標における目標値の追加)

○国の第六期障害福祉計画等に係る基本指針の見直しを踏まえ、栃木県障害福祉計画(六期計画)において「精神病床における入院後3か月・6ヵ月・1年時点の退院率」の2023年度末の目標値が設定されることから、地域包括ケアシステムにおける医療・福祉の連携を引き続き推進するため、同計画との整合性を図り、現在未設定の最終年の目標値を追加します。

目標項目	ベースライン	直近値	目標値
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)	68% (2017年度)	69% (2023年度)
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)	79% (2017年度)	86% (2023年度)
⑫精神病床における入院後1年時点の退院率	89% (2014年度)	87% (2017年度)	92% (2023年度)

(精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築の推進に資する目標項目の追加)

○精神病床を退院した患者の地域生活を適切に反映できるものとして必要と考えられるため、「地域平均生活日数」を新たな目標項目として設定します。

目標項目	ベースライン	目標値
⑭地域平均生活日数	304日 (2016年度)	316日 (2023年度)

## (2) 5事業の医療連携体制

### ①救急医療

#### 【数値目標の中間評価】

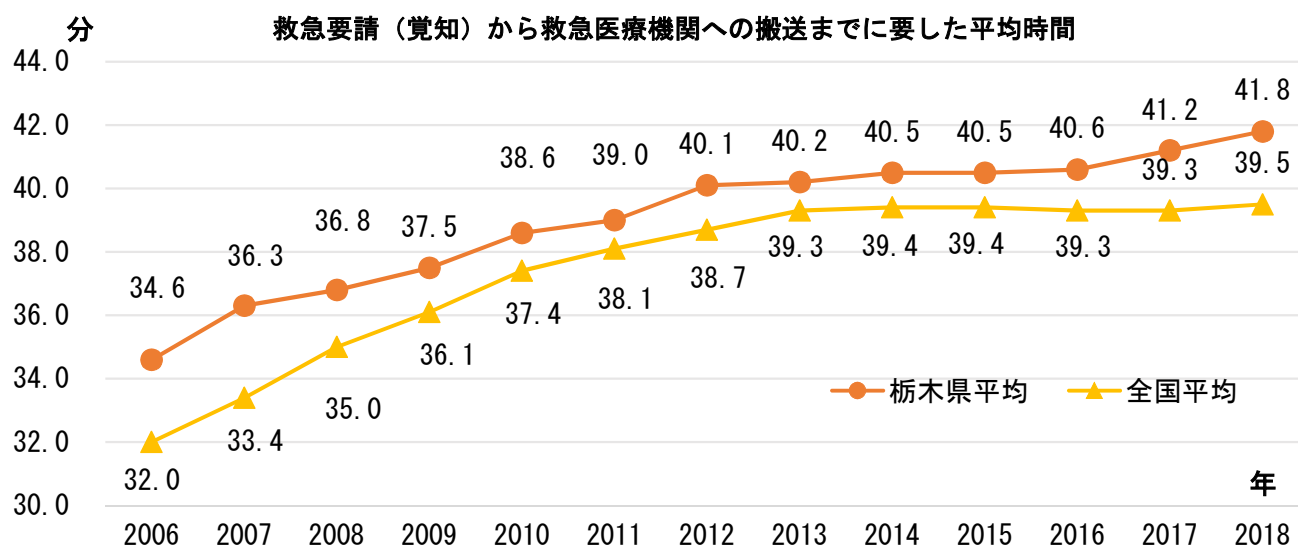
目標項目	ベースライン	直近値	目標値	中間評価
救急要請（覚知）から救急医療機関への搬送までに要した平均時間	40.6分 (全国 39.3分) (2016年)	41.8分 (全国 39.5分) (2018年)	全国平均 以下 (2023年)	
とちぎ子ども救急電話相談の相談件数	19,673件 (2016年度)	24,009件 (2019年度)	前年度より増加 (毎年度)	
病院群輪番制病院における救急患者の入院率	24.7% (2016年度)	26.6% (2019年度)	30.0% (2023年度)	
救命救急センターにおける救急患者の入院率	30.9% (2016年度)	34.4% (2019年度)	35.0% (2023年度)	
救命救急センターにおける小児救急患者の入院率	15.3% (2016年度)	20.4% (2019年度)	20.0% (2023年度)	

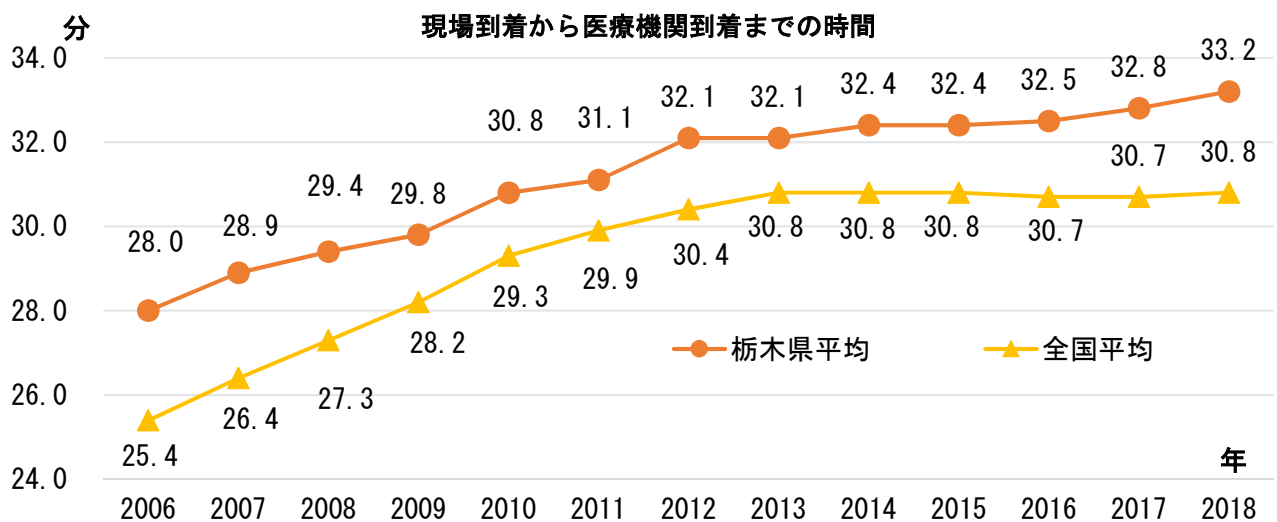
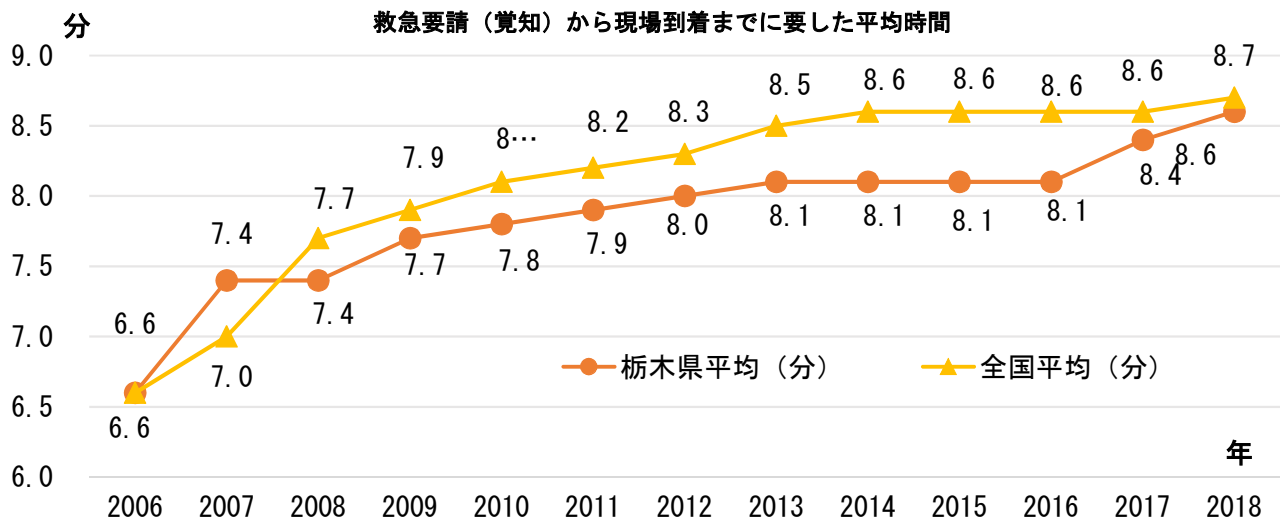
※中間評価＝（直近値－ベースライン）／（目標値－ベースライン）

50%超の場合☀ 25%～50%の場合☁ 25%未満の場合☔

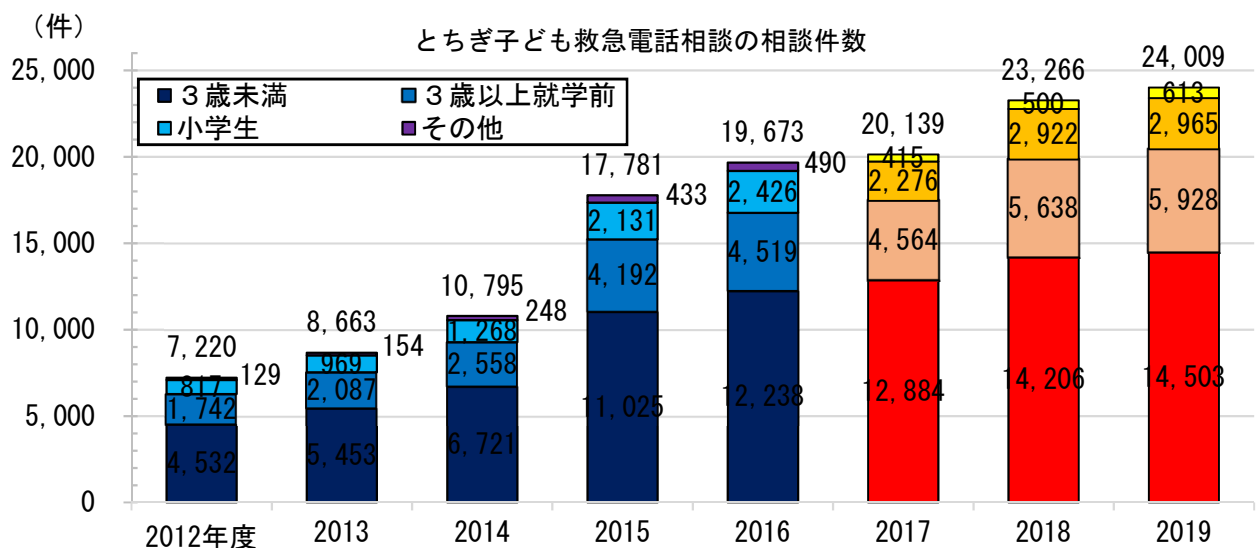
#### 【現状及び目標達成に向けた課題等】

- 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については、全国平均以下とすることを目標として、メディカルコントロール体制の強化等に取り組みましたが、2018年においては、ベースライン(40.6分)を上回る結果となっています。
- 本県は覚知から現場到着までの時間は全国平均と同程度であるが、現場到着から医療機関到着までの時間が全国よりも2.4分長く、現場到着から医療機関等到着までの時間短縮化を図る取組が求められます。





〇とちぎ子ども救急電話相談の相談件数については、19,673件(2016)から24,009件(2019)に大幅に増加しましたが、2014年12月に行った相談時間延長による実質24時間化の効果が現れているものと考えられます。





○病院群輪番制病院における救急患者の入院率については、24.7% (2016) から 26.6% (2019) に上昇しました。

○また、救命救急センターにおける救急患者の入院率についても、30.9% (2016) から 34.4% (2019) に上昇し、同センターにおける小児救急患者の入院率については、15.3% (2016) から 20.4% (2019) に上昇し、目標値を上回っています。

○2次救急及び3次救急における救急医療の役割分担が促進されているものと考えられます。

区分	初期救急患者数			二次救急患者数			三次救急患者数		
	2016	2019	差	2016	2019	差	2016	2019	差
宇都宮	33,398 (17,533)	25,617 (12,532)	▲7,781 (▲5,001)	18,197 (2,430)	18,725 (1,859)	+528 (▲571)	68,224 (13,537)	65,468 (11,686)	▲2,756 (▲1,851)
	1ヶ所	1ヶ所	±0	4ヶ所	4ヶ所	±0			
鹿沼	5,211 (2,679)	4,069 (1,834)	▲1,142 (▲845)	9,653 (792)	8,420 (513)	▲1,233 (▲279)			
	1ヶ所	1ヶ所	±0	3ヶ所	3ヶ所	±0			
日光	1,870 (1,857)	1,822 (1,812)	▲48 (▲45)	13,175 (880)	8,754 (444)	▲4,421 (▲436)			
	1ヶ所	1ヶ所	±0	5ヶ所	4ヶ所	▲1			
芳賀	11,647 (4,622)	12,046 (4,683)	▲399 (+61)	8,777 (1,811)	9,007 (1,909)	+230 (+98)			
	1ヶ所※	1ヶ所※	±0	1ヶ所	1ヶ所	±0			
栃木	7,772 (3,391)	6,397 (2,492)	▲1,375 (▲899)	6,555 (484)	6,896 (3)	+341 (▲481)			
	1ヶ所	1ヶ所	±0	1ヶ所	1ヶ所	±0			
小山	14,708 (5,817)	12,195 (4,901)	▲2,513 (▲916)	16,541 (1,227)	17,145 (1,932)	+604 (+705)			
	1ヶ所※	1ヶ所※	±0	5ヶ所	5ヶ所	±0			
那須	17,334 (8,136)	16,116 (6,666)	▲1,218 (▲1,470)	17,127 (2,384)	16,858 (2,614)	▲269 (+230)			
	1ヶ所※	1ヶ所※	±0	3ヶ所	3ヶ所	±0			
塩谷	10,511 (4,709)	9,208 (3,560)	▲1,303 (▲1,149)	6,086 (632)	5,580 (408)	▲506 (▲224)			
	2ヶ所※	2ヶ所※	±0	2ヶ所	2ヶ所	±0			
南那須	2,498 (1,066)	2,221 (711)	▲277 (▲355)	5,446 (437)	5,003 (431)	▲443 (▲6)			
	※	※	—	1ヶ所	1ヶ所	±0			
両毛	16,510 (8,236)	14,267 (6,930)	▲2,243 (▲1,306)	10,041 (1,857)	8,269 (803)	▲1,772 (▲1,054)			
	2ヶ所	2ヶ所	±0	1ヶ所	1ヶ所	±0			
県計	121,459 (58,046)	103,958 (46,121)	▲17,501 (▲11,925)	111,598 (12,934)	104,657 (10,916)	▲6,941 (▲2,018)			
	11ヶ所	11ヶ所	±0	26ヶ所	25ヶ所	▲1			
入院患者の割合	—	—	—	24.7% (13.5%)	26.6% (15.3%)	+1.9% (+1.8%)	30.9% (15.3%)	34.4% (20.4%)	+3.5% (5.1%)

注 ( ) 書きは小児の数、箇所数の※は在宅当番制を指す。

### 【施策の展開方向】

○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の短縮化に向けては、消防庁「救急業務のあり方に関する検討会」における救急業務のあり方に関する検討会報告書等を踏まえ、他県の先行事例を参考としながら、平均時間の短縮化に向けて取り組んでいきます。

○とちぎ子ども救急電話相談については、救急医療の適正利用に向けて、相談支援体制を充実させてきましたが、普及啓発を一層進めることにより、相談件数の増加が見込めることから、2023年度における目標値を30,000件に定めます。

**【目標値】 前年度より増加（毎年度） → 30,000件（2023年度）**

○病院群輪番病院における救急患者の入院率については、2次救急医療の役割分担を促進することにより、目標値の達成に向けて、引き続き取り組んでいきます。

○救命救急センターにおける救急患者及び小児救急患者の入院率については、3次救急医療の役割分担が促進されてきた結果、目標値と同程度の水準まで向上できていることから、さらなる上昇を目指し目標値を上昇させます。

**〔救命救急センター救急入院患者率〕**

**【目標値】 35.0%（2023年度） → 40.0%（2023年度）**

**〔小児救急入院患者率〕**




**【目標値】 20.0%（2023年度） → 25.0%（2023年度）**

#### **【主な取組】**




- ・メディカルコントロール体制強化事業
- ・こども救急ガイドブックの作成・配布
- ・地域医療構想調整会議の開催 など

## ②災害医療

### 【数値目標の中間評価】

目標項目	ベースライン	直近値	目標値	中間評価
DMA T 指定病院数 (LDMA T 指定病院を含む)	11 病院 (2017. 12)	16 病院 (2020. 3)	18 病院 (2023 年度)	
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% (2017. 9)	10. 5% (全国 20. 2%) (2018. 12)	全国平均以上 (2023 年度)	
災害時の医療チーム等の受入を想定し、関係機関・団体等と連携の上、コーディネート機能の確認を行う災害訓練の実施回数	— (2017 年度)	6 回 (2019 年度)	各地域分科会 で年間 1 回 以上 (2023 年度)	

※中間評価＝（直近値－ベースライン）／（目標値－ベースライン）

50%超の場合  25%～50%の場合  25%未満の場合 

### 【現状及び目標達成に向けた課題等】

○DMA T の増加や災害拠点病院とそれ以外の病院との連携強化を図るため、新たに災害拠点病院以外の病院をDMA T 指定病院に指定するとともに、県内災害等において活動を行うLDAMTを有する3病院を「栃木県LDMAT 指定病院」として指定した結果、2020年4月現在、16病院がDMA T・LDMA T 指定病院となっています。

○災害拠点病院以外の病院における業務継続計画（BCP）の策定率については、6.3%（2017.9）から10.5%（2018.12）に上昇したが、目標とする全国平均とはまだ乖離があり、BCPの必要性を理解していただいた上で、策定を促進する必要があります。

○災害時の医療チーム等の受入を想定し、関係機関・団体等と連携の上、コーディネート機能の確認を行う災害訓練の実施回数については、各地域分科会で年間1回以上実施することを目標としていますが、2019年度は地域分科会が行う訓練等を6回実施しました。

### 【施策の展開方向】

○災害拠点病院以外の病院におけるBCPの策定に向けては、民間と合同で開催する病院版BCPセミナーへの参加促進等により、BCPの必要性についての理解を深めるとともに、グループワークによる実践的な研修を通じて、引き続きBCPの策定促進に取り組んでいきます。

### 【主な取組】

- ・病院向けBCPセミナー など

### ③へき地医療

#### 【へき地医療の実施状況・現状評価】

##### ①人材育成・人材確保

- ・へき地診療所やへき地医療拠点病院に自治医科大学卒業医師等を派遣しました。  
H30：へき地医療拠点病院 6病院・25名、へき地診療所 3診療所・3名  
R1：へき地医療拠点病院 6病院・25名、へき地診療所 3診療所・3名
- ・自治医科大学及び獨協医科大学と連携し、へき地医療に携わる地域卒等医師を養成しました。  
H30：自治医科大学 34名、獨協医科大学 57名  
R1：自治医科大学 34名、獨協医科大学 58名

⇒毎年度、自治医科大学及び獨協医科大学栃木県地域卒等による県養成医師をへき地診療所及びへき地医療拠点病院に派遣することで、へき地医療提供体制の確保に直接的な効果を発揮しています。

##### ②効率的な医療提供体制の構築

- ・へき地診療所の現状把握及び今後のあり方の検討等のため、へき地診療所への現地調査及び設置市との意見交換を行いました。  
H30：現地調査 2箇所  
R1：現地調査 1箇所
- ・へき地診療所の設備整備及び市が行う患者輸送事業に対する助成を行いました。  
H30：設備整備への助成 4診療所、患者輸送事業 1市・2地区  
R1：設備整備への助成 4診療所、患者輸送事業 1市・2地区
- ・無歯科医地区等における地域住民の歯科医療等を確保するための取組を行いました。  
H30：へき地歯科巡回診療事業（委託事業）の実施  
R1：へき地歯科保健医療確保事業（補助事業）の実施

⇒へき地診療所の設備整備を支援することで、住民に必要な医療提供体制の確保に直接的な効果を発揮しています。

⇒現地調査を実施し、へき地診療所の管理者及び設置市と当該地域における現状・課題等を協議することで、へき地医療提供体制の構築に向けた地域医療需要の把握につながっています。

##### ③へき地医療支援体制の確保

- ・へき地医療支援会議を開催し、関係団体間でへき地医療に関する協議及び意見交換を実施しました。  
H30：開催回数 1回  
R1：開催回数 1回

⇒へき地医療支援会議を開催し、関係団体間で協議・意見交換を行うことで、各種事業の円滑な実施につながっています。

## 【課題】

- ・無医地区及び準無医地区を合わせた地区数はほぼ一定となっていることから、引き続き、へき地医療に関する取組を推進していく必要があります。
- ・特に、へき地における安定的かつ効率的な診療体制を確保するためには、医師派遣を含めた人的支援体制の確保が重要となることから、県、市町及びへき地医療拠点病院において更なる連携を図っていく必要があります。

## 【施策の展開方向】

- ・現行の計画における取組を着実に推進していきます。

## 【主な取組】

### ①人材育成・人材確保

- ・自治医科大学及び獨協医科大学と連携した地域卒医師の養成
- ・へき地医療拠点病院及びへき地診療所に対する県養成医師の派遣
- ・へき地医療拠点病院による代診医派遣の実施

### ②効率的な医療提供体制の構築

- ・地域の医療需要の把握に向けた現地調査及びデータ分析の実施
- ・へき地診療所における医療設備の充実に向けた支援の実施
- ・市町等が実施する患者輸送事業による患者輸送体制の充実
- ・無歯科医地区等における歯科医療及び口腔ケアの確保に向けた取組の実施

### ③へき地医療支援体制の確保

- ・へき地医療支援会議の開催等による関係団体間での連携促進

# 栃木県へき地保健医療対策現況図【医科】

令和元(2019)年10月31日現在



二次保健医療圏名	無医地区			準無医地区		
	2009年	2014年	2019年	2009年	2014年	2019年
県北保健医療圏	7	9	9	7	5	6
県西保健医療圏	6	6	4	3	3	5
宇都宮保健医療圏	0	0	0	0	0	0
県東保健医療圏	1	3	2	3	0	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	14	18	15	13	8	11

# 栃木県へき地保健医療対策現況図【歯科】

令和元（2019）年10月31日現在




- 〔凡例〕
- ◎ へき地医療支援機構
  - 無歯科医地区
  - ▲ 無歯科医地区に準じる地区



二次保健医療圏名	無歯科医地区			準無歯科医地区		
	2009年	2014年	2019年	2009年	2014年	2019年
県北保健医療圏	6	7	8	7	6	6
県西保健医療圏	7	7	4	6	6	9
宇都宮保健医療圏	0	0	0	0	0	0
県東保健医療圏	1	2	2	2	0	2
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	14	18	14	13	8	15

#### ④周産期医療

##### 【数値目標の中間評価】

目標項目	ベースライン	直近値	目標値	中間評価
地域周産期医療機関の整備	4 医療圏 (2017.10 現在)	4 医療圏 (2020.3 現在)	5 医療圏(各周産期医療圏 1 か所以上) (2023 年度)	
新生児訪問（産後 1 か月以内）の実施率	6.9% (2015 年度)	15.2% (2019 年度)	25.5% (2023 年度)	
災害時小児周産期リエゾン認定者数	2 人 (2017.10 現在)	14 人 (2020.3 現在)	17 人 (2023 年度)	

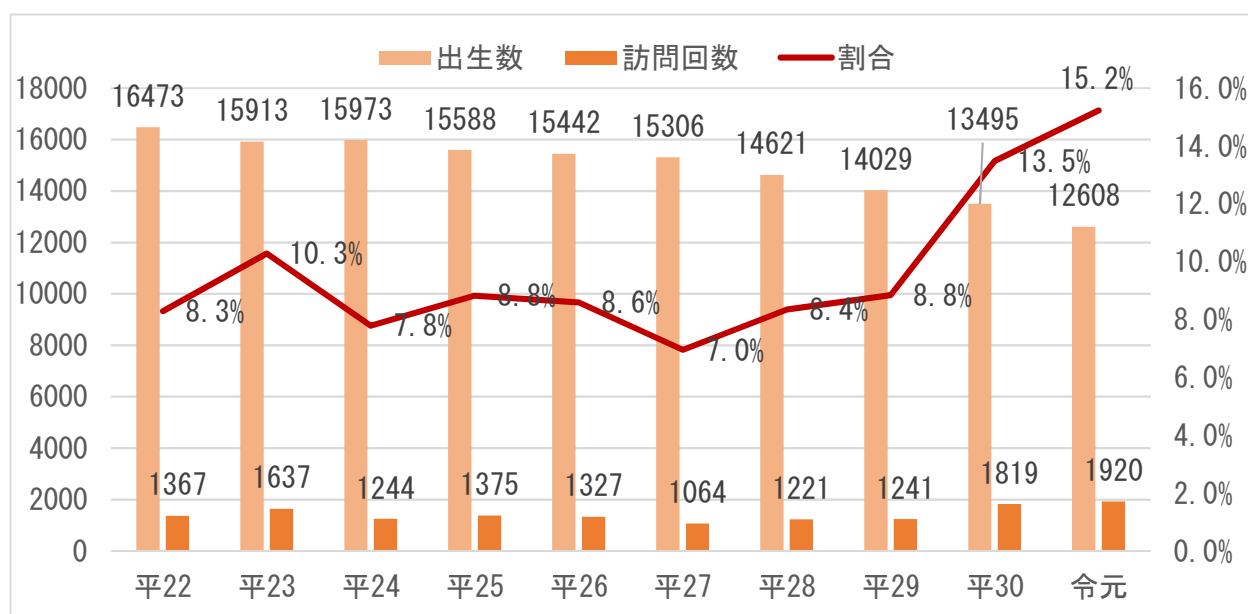
※中間評価＝（直近値－ベースライン）／（目標値－ベースライン）

50%超の場合☀ 25%～50%の場合☁ 25%未満の場合☔

##### 【現状及び目標達成に向けた課題等】

○地域周産期医療機関の整備については、5 医療圏全てに 1 ヶ所以上整備することを目標として、取組を進めてきましたが、下都賀医療圏においては現在までに整備できていません。当医療圏では、自治医科大学附属病院、獨協医科大学病院に総合周産期母子医療センターが整備されており、本来地域周産期医療機関が行うべき比較的高度な医療行為も担っているが、総合周産期母子医療センターとして、その負担軽減を図る必要があります。

○新生児訪問（産後 1 か月以内）の実施率については、6.9%（2015）から 15.2%（2019）まで上昇しました。



○災害時小児周産期リエゾン認定者数については、災害時小児周産期リエゾン研修への医師の派遣を行い、2020年3月現在で14名まで増加させることができている。目標である17名に向けて、引き続き養成を進めていきます。



### 【施策の展開方向】




- 地域周産期医療機関の整備については、地域医療機関との協議を行い、整備が可能となるよう取り組んでいきます。
- 出産後1ヶ月以内の母親を支援し、産後うつや虐待を防止する「ようこそ赤ちゃん！支え愛事業」を2019年度から開始し、各市町が出産直後のケアが重要との認識を高める取組を進めており、引き続き新生児訪問の実施率向上に向けた取組を進めます。
- 災害時小児周産期リエゾンの認定については、研修への医師派遣により養成を進め、必要数を見極めながら認定していきます。

### 【主な取組】




- ・ようこそ赤ちゃん！支え愛事業
- ・災害時小児周産期リエゾン養成研修 など

## ⑤小児救急を含む小児医療

### 【数値目標成の中間評価】

目標項目	ベースライン	直近値	目標値	中間評価
とちぎ子ども救急電話相談の相談件数 【救急医療再掲】	19,637件 (2016年度)	24,009件 (2019年度)	前年度より増加 (毎年度)	
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% (2016年度)	20.4% (2019年度)	20.0% (2023年度)	
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 (2017.10月現在)	14人 (2020.3現在)	17人 (2023年度)	

※中間評価＝（直近値－ベースライン）／（目標値－ベースライン）

50%超の場合  25%～50%の場合  25%未満の場合 

### 【現状及び目標達成に向けた課題等】

- とちぎ子ども救急電話相談の相談件数については、19,673件(2016)から24,009件(2019)に大幅に増加したが、2014年12月に行った相談時間延長による実質24時間化の効果が現れているものと考えられます。
- 救命救急センターにおける小児救急患者の入院率については、15.3%(2016)から20.4%(2019)に上昇し、目標値を上回っています。
- 災害時小児周産期リエゾン認定者数については、災害時小児周産期リエゾン研修への医師の派遣を行い、2020年3月現在で14名まで増加させることができ、目標である17名に向けて、引き続き養成を進めていきます。

### 【施策の展開方向】

- 本県の小児医療提供体制の整備を推進するため、新たに栃木県小児医療協議会を設置し、下記内容等について、協議を行います。

- ア 小児医療体制に係る調査分析に関する事項
- イ 医療計画（小児医療）の策定に関する事項
- ウ 小児科の医師確保計画の策定に関する事項
- エ 小児患者の搬送及び受入れ（県域を越えた搬送及び受入れを含む。）、小児の死亡や重篤な症例に関する事項
- オ 他事業との連携を要する事項（救急医療、災害医療、精神疾患、歯科疾患等の小児期に合併する疾患に関する医療等）
- カ 小児医療関係者に対する研修に関する事項
- キ その他、特に検討を要する事例や小児医療体制の整備に関し必要な事項

○とちぎ子ども救急電話相談については、救急医療の適正利用に向けて、相談支援体制を充実させてきましたが、普及啓発を一層進めることにより、相談件数の増加が見込めることから、2023年度における目標値を増加させます。

**【目標値】 前年度より増加（毎年度） → 30,000件（2023年度）**

○救命救急センターにおける小児救急患者の入院率については、3次救急医療の役割分担が促進されてきた結果、目標値と同程度の水準まで向上できていることから、さらなる上昇を目指し目標値を上昇させます。

〔小児救急入院患者率〕

**【目標値】 20.0%（2023年度） → 25.0%（2023年度）**

#### **【主な取組】**




- ・こども救急ガイドブックの作成・配布
- ・災害時周産期リエゾン養成研修 など

### (3) 在宅医療の医療連携体制

#### 【数値目標の評価見込】

目標項目	ベースライン	直近値	目標値	評価見込
訪問診療を実施する診療所、病院数	283 施設 (2015 年)	277 施設 (2018 年)	400 施設 (2020 年)	
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 (2017 年)	707.2 人 (2020 年)	580 人 (2020 年)	
訪問歯科診療を実施する歯科診療所数	121 施設 (2014 年)	142 施設 (2017 年)	250 施設 (2020 年)	
訪問薬剤指導を実施する薬局数	124 施設 (2017 年)	240 施設 (2020 年)	220 施設 (2020 年)	

※評価見込 = (直近値 - ベースライン) / (目標値 - ベースライン)

80%超の場合  50%~80%の場合  50%未満の場合 

#### 【現状及び目標達成に向けた課題等】

- 訪問診療を実施する診療所、病院数は、283 施設（2015）から 277 施設（2018）に減少し、目安どおりに増加していません。
- 訪問看護ステーションに勤務する看護師数は、476.4 人（2017）から 707.2 人（2020）へと大幅に増加し、目標値を 127.2 人上回りました。
- 訪問歯科診療を実施する診療所数は、121 施設（2014）から 142 施設（2017）に増加しましたが、目安どおりに増加していません。
- 訪問薬剤指導を実施する薬局数は、124 施設（2017）から 240 施設（2020）へと大幅に増加し、目標値を 20 施設上回りました。

#### 【施策の展開方向】

##### ①目指すべき方向

- これまでの各在宅医療圏における在宅医療提供体制の構築に加え、県民の意向が尊重された医療が受けられるよう在宅医療の内容の充実や質の向上を図ります。

##### ②数値目標

- 訪問診療を実施する診療所、病院数については、2023 年における訪問診療の需要推計から求めた施設数により、277 施設（2018 年）から 280 施設（2023 年）へと微増を目指します。
- 訪問看護ステーションに勤務する看護師数については、県の総合戦略との整合性及び在宅医療の需要増加に対応しつつ、更なる訪問看護の充実を図るため、65 歳以上人口 10 万対で 108 人（2019 年）から 124 人（2023 年）へと更なる増加を目指します。
- 訪問歯科診療を実施する診療所数については、227 施設（2018 年）から 287 施設（2023 年）へと増加を目指します。

- 訪問薬剤指導を実施する薬局数については、240 施設（2020 年）から 288 施設（2023 年）へと更なる増加を目指します。
- 施策の展開方向として定めた在宅医療の内容の充実や質の向上を評価するための指標として、人生会議<sup>注</sup>（ACP）を踏まえた看取りの取組や医療・介護連携による退院支援の取組を数値目標として設定します。

**【追加する目標値】**

在宅ターミナルケアを受けた患者数	122 人/月（2018 年）	→	185 人/月（2023 年）
介護支援連携指導を受けた患者数	609 人/月（2018 年）	→	873 人/月（2023 年）

**【主な取組】**

- ・ 県民の意向が尊重された医療・ケアが受けられるよう人生会議（ACP）に関する啓発の推進
- ・ 医療・介護関係者に対する人生会議（ACP）の実践力向上に向けた取組の強化
- ・ 訪問看護の適正な利用を促進するための普及啓発の推進
- ・ 機能強化型訪問看護ステーションの設置促進
- ・ 地域の実情に応じた訪問看護ステーション間の連携支援体制の強化
- ・ 訪問看護ステーションの組織運営の安定化

---

注 アドバンス・ケア・プランニングの愛称。当事者が望む人生の最終段階の医療やケアについて、前もって考え、繰り返し話し合い、共有する取組のこと。

## 2021 から 2023 年度における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）が求められています。

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 65 歳以上の高齢者人口の動向等を見てみると、平成 27（2015）年に 508,392 人ですが、令和 7（2025）年には 575,382 人と約 13%増加し、高齢者人口の割合は、現在の 25.9%から 30.4%に増加すると見込まれています。

一方、全国の死亡数は平成 30（2018）年で 136.2 万人（栃木県 21,885 人）でしたが、令和 7（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、令和元（2019）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 288 人おり、このうち人工呼吸管理を必要とする児が 59 人、気管切開をしている児が 97 人、酸素吸入を行う児が 122 人、喀痰吸引が必要な児が 151 人、経管栄養を行っている児が 149 人等となっており、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。

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

本県の令和元（2019）年 9 月 1 日現在の訪問診療を実施している割合は、病院で 24.4%、一般診療所で 23.1%、歯科診療所で 25.5%、また訪問薬剤指導を実施している薬局は 41.4%となっています。同様に、往診を実施している割合は、病院で 20.5%、一般診療所で 34.8%、歯科診療所で 24.6%となっています。また、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。

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 1.4 人、歯科医

師 1.3 人であり、少人数のスタッフで対応している状況です。

#### 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 29（2017）年に退院支援担当者を配置している病院の割合は 35.5%（38 施設）で全国の 44% と比べると少ない状況です。

また、令和元（2019）年 7～9 月の 3 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 40%、訪問看護ステーションは 89% となっています。

#### イ 日常の療養支援

##### (ア) 訪問診療及び往診

平成 27（2015）年度に訪問診療、往診を受けた本県の患者数は、それぞれ 4,972 人/月（283 施設）、1,921 人/月（529 施設）でしたが、平成 30（2018）年度には 6,263 人/月（277 施設）、1,746 人/月（469 施設）となっており、訪問診療を受けた患者数は増加していますが、往診を受けた患者数は減少しています。

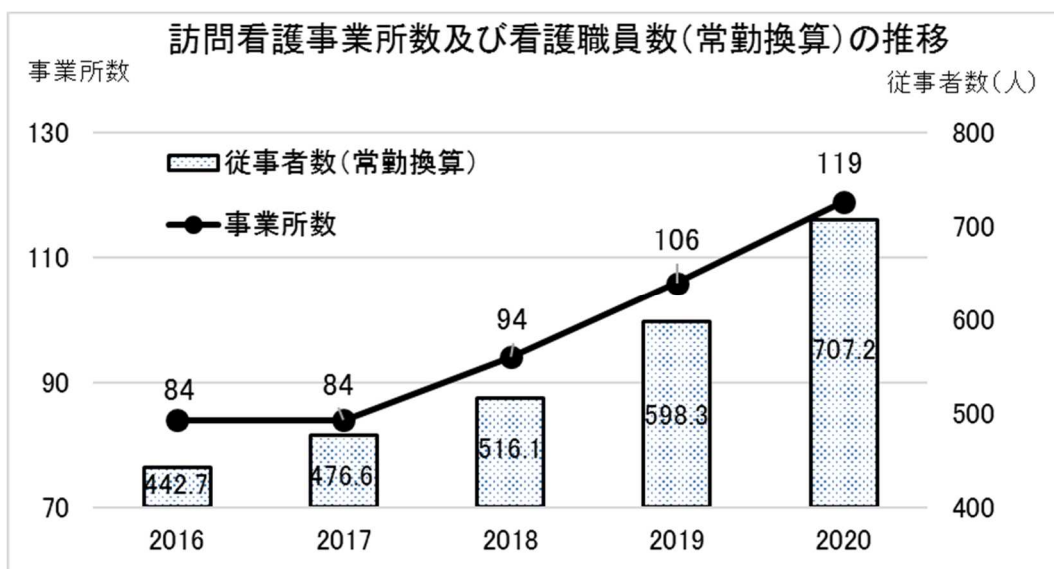
また、現在担い手となっている医師の高齢化の問題が指摘されており、将来の需要増加に対応していくためには、在宅医療に携わる医師の確保・育成も今後の重要な課題です。

##### (イ) 訪問看護

本県における訪問看護事業所数は、令和 2（2020）年 4 月 1 日現在で 119 施設あり、平成 29（2017）年から増加傾向にあります。平成 30（2018）年度の訪問看護の利用者数は、医療保険によるものが 291 人（精神科看護以外）、666 人/月（精神科看護）、介護保険によるものが 7,103 人/月となっています。

また、訪問看護事業所に従事する看護師数は、常勤換算で平成 30（2018）年の 516 人から令和 2（2020）年の 707 人に増加しており、1 施設当たりの常勤看護師数も 5.5 人/施設から 5.9 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。



【栃木県訪問看護基礎調査】

(ウ) 訪問歯科診療及び訪問による歯科保健指導

平成28(2016)年度に訪問歯科診療を受けた本県の患者数は、1,538人/月(226施設)でしたが、平成30(2018)年度には2,025人/月(227施設)となっており、実績は増加しています。

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

一定程度の訪問薬剤管理指導の実績が必要な在宅患者調剤加算を届出ている薬局は、平成29(2017)年10月1日現在で124施設でしたが、令和2(2020)年10月1日現在では240施設へと増加しています。

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サルコペニア・フレイル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。

本県の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、令和元（2019）年9月1日現在で、有床診療所では77.8%ですが、無床診療所では36.4%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、病院の約4割、一般診療所の約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。

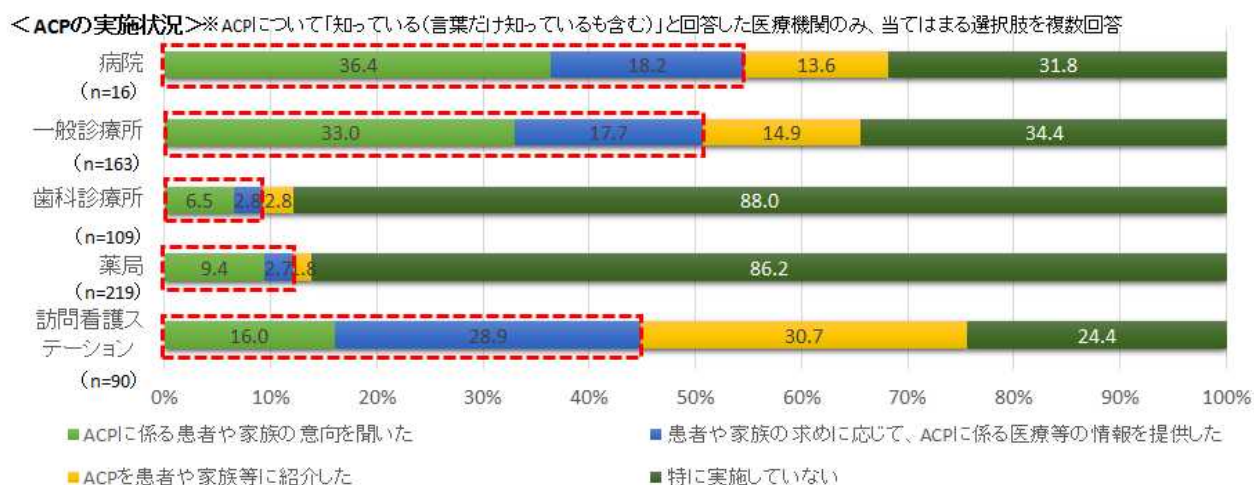
在宅医療を担う診療所等の負担軽減を図りつつ、夜間休日も含め切れ目のない在宅医療が提供されるよう、在宅医療を担う医療機関同士の連携や、診療所と24時間対応の訪問看護ステーションとの連携の充実・強化、入院医療機関における円滑な受入れといった後方支援体制の構築を図ることが求められます。

## エ 在宅での看取り

令和元（2019）年度栃木県政世論調査の結果では、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。平成30（2018）年の死亡者数21,885人に対し、死亡場所の内訳として病院・診療所が15,568人（71.1%）、自宅が3,184人（14.5%）、老人ホームが1,928人（8.8%）、介護老人保健施設が724人（3.3%）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、命の危険が迫った状態になると、約70%の方が医療やケアなどを自分で決めたり、望みを人に伝えることができなくなると言われています。もしものためのために、自分が望む医療やケアについて、前もって考え、繰り返し話し合い、共有する取組である人生会議（ACP）の重要性が指摘されています。本県における人生会議（ACP）の取組等の状況は、平成30（2018）年度第5回とちぎネットアンケート調査で約8割の県民がACPを知らないと回答したほか、令和元（2019）年9月1日現在の病院、一般診療所及び訪問看護ステーションでの取組は5割程度、歯科診療所

及び薬局は1割程度であることから、人生会議(ACP)の普及啓発や医療・介護関係者の取組の促進を図っていく必要があります。



【2019年度栃木県在宅医療実態調査】

### 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ことが必要です。

### ④ 普及啓発

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

在宅医療が地域包括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

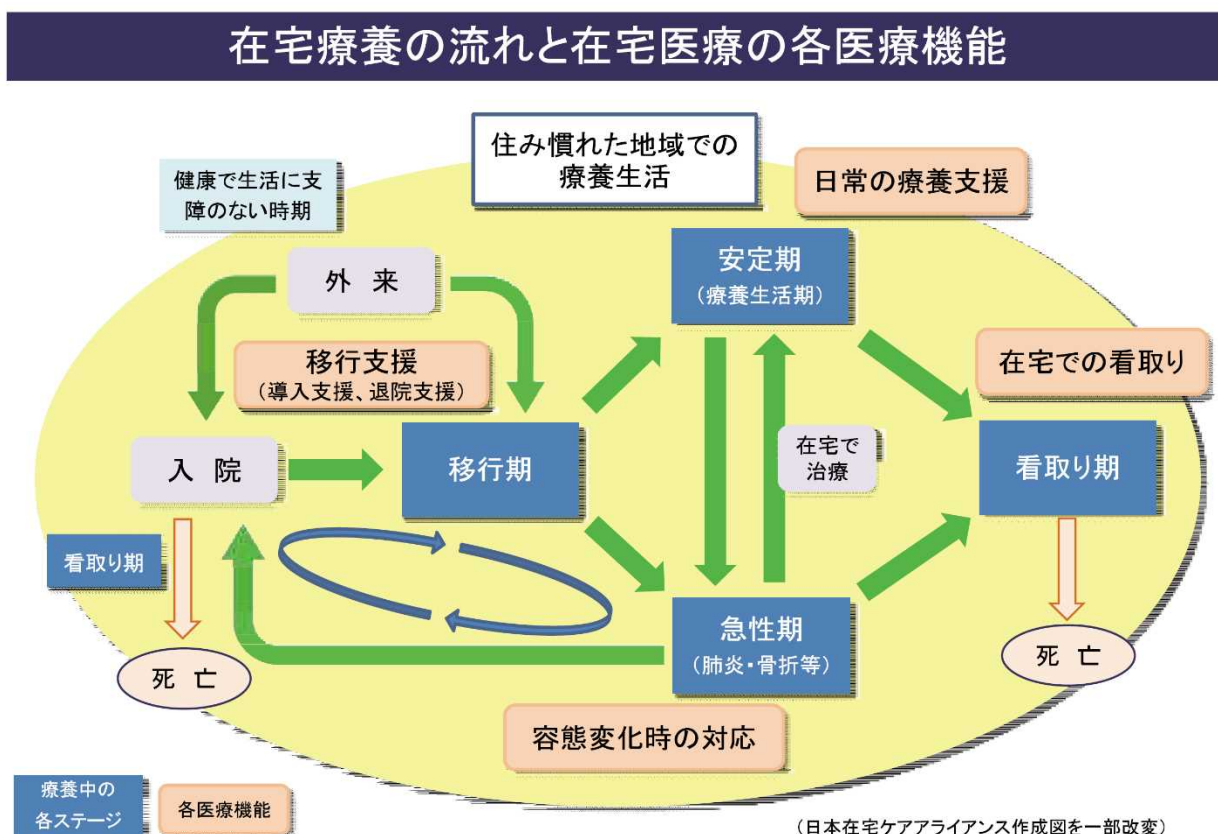
現状と課題を踏まえ、次のような方向で、各在宅医療圏における在宅医療提供体制の構築を目指すとともに県民の意向が尊重された医療・ケアが受けられるよう在宅医療の内容の充実や質の向上を図ります。

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

##### (ウ) 介護施設等に求められる事項

- ・容態変化時の対応方針について、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

##### (エ) 入院医療機関に求められる事項

- ・在宅療養支援病院、有床診療所、在宅療養後方支援病院、二次救急医療機関等において、連携している医療機関（特に無床診療所）が担当する在宅療養者の容態が変化した際に、必要に応じて受入れを行うこと
- ・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を開催するなどして、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、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

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	277 施設 (2018 年)	280 施設 (2023 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・65歳以上人口10万対)	108 人 (2019 年)	124 人 (2023 年)
3	訪問歯科診療を実施する歯科診療所数 (※NDBデータに基づく)	227 施設 (2018 年)	287 施設 (2023 年)
4	訪問薬剤指導を実施する薬局数	240 施設 (2020 年)	288 施設 (2023 年)
5	在宅ターミナルケアを受けた患者数	122 人/月 (2018 年)	185 人/月 (2023 年)
6	介護支援連携指導を受けた患者数	609 人/月 (2018 年)	873 人/月 (2023 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、人生会議（ACP）に関する啓発を推進します。
- オ 訪問看護の適切な利用を促進するため、在宅医療における訪問看護の有効性や介護サービスとの役割分担等について、県民に分かりやすく周知するなど普及啓発に努めます。

### 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を図り、人生会議（ACP）の実践力向上に努めます。
- 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、医療機関と介護事業所等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 質の高い訪問看護を確保するため、機能強化型訪問看護ステーションの設置促進を図るほか、訪問看護師の人材育成及び地域の実情に応じた訪問看護ステーション間の連携支援体制の強化並びに組織運営の安定化等によりレベルアップを推進します。

オ 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。

## 6 新型コロナウイルス感染症を踏まえた保健医療計画見直しの考え方

### (1) 国の考え方

「新型コロナウイルス感染症対応を踏まえた今後の医療提供体制の構築に向けた考え方①」（令和2年12月15日 医療計画の見直し等に関する検討会）

#### ①新興感染症等の感染拡大時における体制確保（医療計画の記載事項追加）

- 新興感染症等の感染拡大時には、広く一般の医療提供体制にも大きな影響（一般病床の活用等）
- 機動的に対策を講じられるよう、基本的な事項について、あらかじめ地域の行政・医療関係者の間で議論・準備を行う必要



医療計画の記載事項に「新興感染症等の感染拡大時における医療」を追加

- 詳細（発生時期、感染力等）の予測が困難な中、速やかに対応できるよう予め準備を進めておく点が、災害医療と類似

⇒ いわゆる「5事業」に追加して「6事業」に

- 今後、厚生労働省において、計画の記載内容（施策・取組や数値目標など）について詳細な検討を行い、「基本方針」（大臣告示）や「医療計画作成指針」（局長通知）等の見直しを行った上で、各都道府県で計画策定作業を実施

⇒ 第8次医療計画（2024年度～2029年度）から追加

#### ②今後の地域医療構想に関する考え方・進め方

##### ア 地域医療構想と感染拡大時の取組との関係

- 新型コロナ対応が続く中ではあるが、以下のような地域医療構想の背景となる中長期的な状況や見通しは変わっていない。
  - ・人口減少・高齢化は着実に進み、医療ニーズの質・量が徐々に変化、マンパワーの制約も一層厳しくなる。
  - ・各地域において、質の高い効率的な医療提供体制を維持していくためには、医療機能の分化・連携の取組は必要不可欠。
- 感染拡大時の短期的な医療需要には、各都道府県の「医療計画」に基づき機動的に対応することを前提に、地域医療構想については、その基本的な枠組み（病床の必要量の推計・考え方など）を維持しつつ、着実に取組を進めていく。

##### イ 地域医療構想の実現に向けた今後の工程

- 各地域の検討状況を適時・適切に把握しつつ、自主的に検討・取組を進めている医療機関や地域に対して支援。
- 新型コロナ対応の状況に配慮しつつ、都道府県等とも協議を行い、この冬の感染状況を見ながら、改めて具体的な工程の設定について検討。その際、2025年以降

も継続する人口構造の変化を見据えつつ、段階的に取組を進めていく必要がある中、その一里塚として、2023年度に各都道府県において第8次医療計画（2024年度～2029年度）の策定作業が進められることから、2022年度中を目途に地域の議論が進められていることが重要となることに留意が必要。

## （2）本県の考え方

- 新型コロナウイルス感染症の流行は、本県の医療提供体制にも多大な影響を及ぼしており、平常時からの備えとして計画を立てておくことが不可欠と再認識するとともに、この医療計画においても、新興・再興感染症対策を位置づけるべきものと考えます。
- 一方、本県の人口減少と高齢化も引き続き進行し、医療需要の増加とサービス提供人口の減少が同時に生じることを考慮すれば、効果的・効率的な医療提供体制を構築するための取組として、地域医療構想や医師の働き方改革、医師偏在対策の取組等は着実に進めるべきものです。
- 本県においても、国の動向を踏まえつつ、栃木県感染症予防計画及び保健医療計画への位置付けについて検討を進めるとともに、平時の入院医療体制を想定した「地域医療構想」についても、新興・再興感染症対応の内容を踏まえつつ、今後の方向性について、検討を行って参ります。

## 7 計画の周知、推進体制及び進行管理・評価

### (1) 周知

改定後の計画については、概要版を作成するとともに、県民や医療関係者等に配布することにより周知を図ります。また、ホームページや県政出前講座等の各種広報手段を活用し、県民、市町、医療関係者などに対し、本計画の取組等について積極的に情報提供し、本計画の理解と推進に向けた協力の確保に努めます。

### (2) 情報公開

保健・医療・介護・福祉それぞれに関係する会議の場などで、県の取組等の情報について県民等へ積極的に提供します。本計画の5疾病・5事業及び在宅医療における数値目標の進捗状況の確認・評価結果や地域医療構想の実現に向けた取組状況等について、栃木県医療介護総合確保推進協議会、地域医療構想調整会議等の会議やホームページなどを通じて積極的に公開します。

### (3) 計画の推進体制

医療関係者や市町、保険者等、保健医療に関わる機関等と以下の役割分担を踏まえながら、栃木県医療介護総合確保推進協議会、健康福祉センター協議会等を活用するなどして計画推進に関する意見聴取を行い、計画の着実な実現を目指します。

また、「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）」等の関係する諸計画との連携の下、この計画の着実な推進を図ります。

### (4) 進行管理、計画の評価、見直し

引き続き、計画・立案（Plan）、実行（Do）、評価（Check）、改善（Action）のサイクルにより、医療関係者や介護関係者などから構成する栃木県医療介護総合確保推進協議会などを活用しながら、目標として掲げられた項目の進捗状況等を毎年確認、評価し、その結果をホームページで公表するとともに、厚生労働大臣に報告します。

また、計画期間内の達成度について調査、分析、評価を行い、次期の計画に反映させていきます。

#### 本計画におけるPDCAサイクル

