

栃木県保健医療計画(8期計画)案

令和5(2023)年 12 月
栃木県

(知事挨拶)

目次

第1章 保健医療計画の基本的な事項	9
第1節 策定の趣旨	9
第2節 計画の基本理念	9
第3節 計画の位置づけ	10
第4節 計画の期間	10
第5節 進行管理及び計画の評価	10
第2章 栃木県の保健医療の現状	11
第1節 地域の特性	11
第2節 人口の特性	12
1 総人口	12
2 年齢階級別人口	12
3 出生	14
4 死亡	15
5 平均寿命	17
6 健康寿命	17
第3節 受療の状況	18
1 患者数	18
2 入院の状況	19
3 圏域間の流入・流出の状況	20
4 傷病分類別の状況	21
第4節 医療資源の状況	22
1 病院	22
2 一般診療所	22
3 歯科診療所(病院歯科を含む)	23
4 薬局	23
5 訪問看護事業所	24
6 保健所・市町村保健センター	24
第5節 医療費の状況	25
第3章 保健医療圏と基準病床数	28
第1節 保健医療圏	28
1 基本的な考え方	28
2 保健医療圏の設定	28
第3節 基準病床数	31
1 基準病床数	31
2 届出により一般病床を設置できる診療所	32
第4章 良質で効率的な医療の確保	33
第1節 住民・患者の立場に立った医療サービスの提供	33

1 医療サービスの向上	33
2 医療広告の規制の強化	33
第2節 医療機関の機能分担と連携	34
1 かかりつけ医	34
2 かかりつけ歯科医	35
3 かかりつけ薬剤師・薬局	35
4 地域医療支援病院	36
5 公的医療機関等	38
6 紹介受診重点医療機関	39
第3節 医療安全対策の推進	41
第4節 医薬品等の安全対策及び血液等の確保	42
1 医薬品等の安全対策	42
2 後発医薬品の使用推進	43
3 血液等の確保	44
第5節 保健医療に関する情報化及び医療 DX の推進	46
第5章 5疾病・6事業及び在宅医療の医療連携体制	49
第1節 がん	49
1 現状と課題	49
2 医療提供体制に係る圏域	51
3 分野アウトカム(目指す姿)-(A)	52
4 中間アウトカム(分野アウトカム達成に必要な状態)-(B)	52
5 医療連携体制図	52
6 指標と数値目標	54
7 施策・指標体系図(ロジックモデル)	58
第2節 脳卒中	61
1 現状と課題	61
2 医療提供体制に係る圏域	65
3 分野アウトカム(目指す姿)-(A)	66
4 中間アウトカム(分野アウトカム達成に必要な状態)-(B)	66
5 医療連携体制図	67
6 指標と数値目標	69
7 施策・指標体系図(ロジックモデル)	71
第3節 心筋梗塞等の心血管疾患	72
1 現状と課題	72
2 医療提供体制に係る圏域	77
3 分野アウトカム(目指す姿)-(A)	77
4 中間アウトカム(分野アウトカム達成に必要な状態)-(B)	77
5 医療連携体制図	79

6 指標と数値目標	80
7 施策・指標体系図(ロジックモデル)	82
第4節 糖尿病	83
1 現状と課題	83
2 医療提供体制に係る圏域	84
3 分野アウトカム(目指す姿)-(A)	84
4 中間アウトカム(分野アウトカム達成に必要な状態)-(B)	85
5 医療連携体制図	86
6 指標と数値目標	87
7 施策・指標体系図(ロジックモデル)	90
第5節 精神疾患	92
1 現状と課題	92
2 医療提供体制に係る圏域	97
3 分野アウトカム(目指す姿)-(A)	98
4 中間アウトカム(分野アウトカム達成に必要な状態)-(B)	98
5 医療連携体制図	100
6 指標と数値目標	100
7 施策・指標体系図(ロジックモデル)	105
第6節 救急医療	107
1 現状と課題	107
2 医療提供体制に係る圏域	112
3 分野アウトカム(目指す姿)-(A)	113
4 中間アウトカム(分野アウトカム達成に必要な状態)-(B)	113
5 医療連携体制図	114
6 指標と数値目標	115
7 施策・指標体系図(ロジックモデル)	117
第7節 災害医療	118
1 現状と課題	118
2 医療提供体制に係る圏域	120
3 分野アウトカム(目指す姿)-(A)	121
4 中間アウトカム(分野アウトカム達成に必要な状態)-(B)	121
5 医療連携体制図	122
6 指標と数値目標	123
7 施策・指標体系図(ロジックモデル)	125
第8節 新興感染症発生・まん延時における医療	126
1 現状と課題	126
2 医療提供体制に係る圏域	127
3 分野アウトカム(目指す姿)-(A)	127

4	中間アウトカム(分野アウトカム達成に必要な状態)-(B)	128
5	医療連携体制図	129
6	指標と数値目標	130
7	施策・指標体系図(ロジックモデル)	132
第9節	へき地医療	133
1	現状と課題	133
2	医療提供体制に係る圏域及びへき地保健医療対策の現況	135
3	分野アウトカム(目指す姿)-(A)	136
4	中間アウトカム(分野アウトカム達成に必要な状態)-(B)	136
5	医療連携体制図	136
6	施策・指標体系図(ロジックモデル)	137
第10節	周産期医療	138
1	現状と課題	138
2	医療提供体制に係る圏域	141
3	分野アウトカム(目指す姿)-(A)	142
4	中間アウトカム(分野アウトカム達成に必要な状態)-(B)	142
5	医療連携体制図	143
6	指標と数値目標	144
7	施策・指標体系図(ロジックモデル)	146
第11節	小児救急を含む小児医療	147
1	現状と課題	147
2	医療提供体制に係る圏域	150
3	分野アウトカム(目指す姿)-(A)	151
4	中間アウトカム(分野アウトカム達成に必要な状態)-(B)	151
5	医療連携体制図	152
6	指標と数値目標	153
7	施策・指標体系図(ロジックモデル)	155
第12節	在宅医療の医療連携体制	156
1	現状と課題	156
2	医療提供体制に係る圏域	160
3	分野アウトカム(目指す姿)-(A)	161
4	中間アウトカム(分野アウトカム達成に必要な状態)-(B)	161
5	医療連携体制図	163
6	指標と数値目標	164
7	施策・指標体系図(ロジックモデル)	168
第6章	地域医療構想の取組	170
第7章	外来医療計画の取組	172
第8章	各分野の医療体制の充実	174

第1節	感染症	174
1	感染症(全般)	174
2	結核	175
3	エイズ・性感染症	176
4	ウイルス性肝炎	177
第2節	移植医療	178
1	臓器移植	178
2	骨髄バンク事業	178
第3節	難病	180
第4節	アレルギー疾患	181
第5節	慢性閉塞性肺疾患(COPD)	182
第6節	慢性腎臓病(CKD)	183
第7節	歯科保健医療	186
第9章	保健・医療・介護・福祉の総合的な取組の推進	189
第1節	健康づくりの推進	189
第2節	高齢者保健福祉対策	196
第3節	今後高齢化に伴い増加する疾患等対策	200
第4節	ACP(アドバンス・ケア・プランニング)	201
第5節	障害保健福祉対策	202
第6節	母子保健対策	203
第7節	学校保健対策	206
第8節	働く世代の健康づくり	208
第9節	自殺対策の推進	210
第10節	薬物乱用の防止	212
第11節	食の安全・安心・信頼性の確保	213
第12節	健康危機管理体制の整備	215
第10章	保健・医療・介護・福祉を支える人材の確保・育成	216
第1節	医師	216
第2節	歯科医師	220
第3節	薬剤師	221
第4節	看護職員(保健師・助産師・看護師・准看護師)	223
第5節	理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	225
第6節	管理栄養士・栄養士	226
第7節	獣医師	227
第8節	介護サービス従事者(介護福祉士・ホームヘルパー・ケアマネジャー)	229
第9節	多様な保健医療福祉サービス従事者	230
第11章	計画の周知及び推進体制	232
第1節	計画の周知と情報公開	232

1 計画の周知.....	232
2 情報公開	232
第2節 計画の推進体制と役割	232
1 計画の推進体制	232
2 関係者の役割分担.....	232

第1章 保健医療計画の基本的な事項

第1節 策定の趣旨

本県では昭和 63 年に「栃木県保健医療計画(1期計画)」を策定し、6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、安心して良質な医療の確保、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。

少子高齢化の進行により、医療・介護ニーズの増大が見込まれることから、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変化してきています。これらの変化に対応できる医療・介護提供体制の構築が課題であるとともに、今後はさらに、生産年齢人口の減少に対応する医療人材の確保や 2024 年4月から始まる医師の働き方改革に伴う時間外労働の上限規制への対応が必要になります。

また、今般の新型コロナウイルス感染症の感染拡大により、本県の医療提供体制に多大な影響が生じ、地域医療の様々な課題が浮き彫りとなり、地域における入院・外来・在宅にわたる医療機能の分化・強化、連携を図ることで、地域医療全体を視野に入れて適切な役割分担の下で必要な医療を一体的に提供することの重要性などが改めて認識されたところです。

こうした状況を踏まえ、安全で質の高い、かつ持続可能な医療提供体制の確保及び医療・保健・福祉・介護サービスの連携を図ることにより、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栃木県の実現を目指すため、現行計画を見直し、「栃木県保健医療計画(8期計画)」を策定することとしました。

第2節 計画の基本理念

県民が安全・安心に暮らすための保健医療介護提供体制の構築

- ・県民が安全で質の高い医療を効率的に受けられる体制の整備充実を図るとともに、医療・保健・福祉・介護サービスとの一体的な提供の充実を図ります。
- ・県民誰もが住み慣れた地域において、生涯健康で安心して暮らすことができる環境の実現を目指します。
- ・災害や感染症等、有事が発生した場合においても、必要な医療等を受けることができる体制の構築を目指します。

第3節 計画の位置づけ

- ・本県の保健医療対策に関する基本的な方向性を示す計画
- ・医療法第30条の4第1項の規定に基づく計画
- ・栃木県重点戦略「とちぎ未来創造プラン」を踏まえた計画
- ・各保健、医療、福祉に関する諸計画と調和が保たれた計画

第4節 計画の期間

本計画の期間は6カ年(令和6(2024)年度～令和11(2029)年度)とします。
在宅医療、栃木県医師確保計画及び栃木県外来医療計画、その他必要な事項については、3年ごとに計画の見直しを行います。

第5節 進行管理及び計画の評価

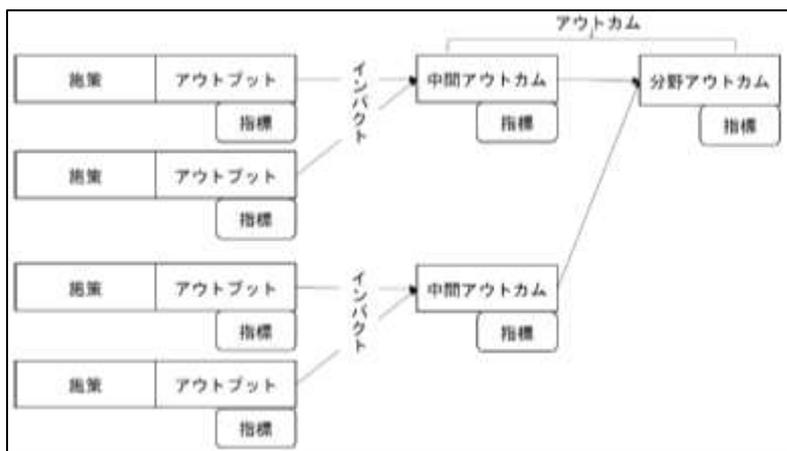
計画・立案(Plan)、実行(Do)、評価(Check)、改善(Act)のサイクルにより目標として掲げられた項目の進捗状況等を毎年確認するとともに、3年ごとに調査、分析、評価を実施します。

5疾病・6事業及び在宅医療については、本計画から施策・指標体系図(ロジックモデル)を導入し、施策から中間アウトカム(目指す姿を達成するためのステップ)、さらには分野アウトカム(目指す姿)との関係性を分かりやすく示しました。

評価にあたっては、各施策が計画における分野アウトカム(目指す姿)の実現に向けて、どのような影響(インパクト)を与えたか、という観点を踏まえ、

なお、ロジックモデルは仮説であり、施策とその効果について定期的に検証を行い、必要に応じて見直しを行います。また、指標については施策の効果が表れるまで一定の期間を要する場合もあるため、中長期的な視点での判断も必要となります。

図表 1-1-1: 施策・指標体系図(ロジックモデル)の例示



【出典: 疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について(厚生労働省地域医療計画課長通知)】

第2章 栃木県の保健医療の現状

第1節 地域の特徴

(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 60km から 160km の位置にあります。

また、県土の約 55%を森林が占める自然豊かな県であり、東西約 84km、南北約 98km に及び関東地方最大の面積(640,809km²)を有しています。

県土の中には、14市 11 町があり、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。なお、東北新幹線で宇都宮から東京までは約 50 分です。

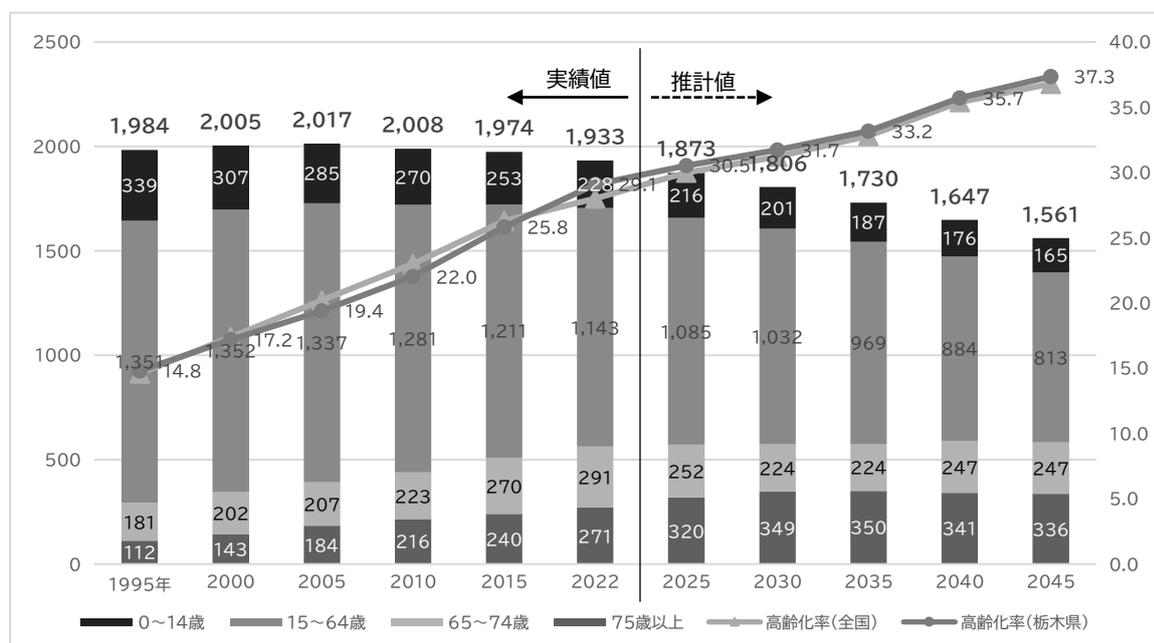
空路の場合、成田空港へは圏央道、茨城空港へは北関東自動車道、福島空港へは東北自動車道を経由してアクセスできます。

第2節 人口の特性

1 総人口

本県の総人口は、平成 17(2005)年にピーク(2,016,631 人)となり、その後減少に転じ、令和 4(2023)年 10 月 1 日で、1,908,380 人となっています。今後の予測では、令和 7(2025)年には 1,872,842 人、令和 27(2045)年には 1,560,619 人に減少するとされています。また、後期高齢者人口(75 歳以上)は、令和 4(2022)年の 280,508 人から団塊の世代が全て 75 歳になる令和 7(2025)年には 319,522 人、令和 22(2040)年には 340,638 人と大幅に増加することが予想されています。

図表 2-2-1:本県の人口・将来推計人口及び高齢化率の推移(単位:千人・%)



【出典:1995 年から 2022 年までの各数値は、総務省統計局「国勢調査」より作成、2025 年から 2045 年までの各数値は、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(平成 30(2018)年推計)により作成」

2 年齢階級別人口

令和 4(2022)年 10 月 1 時点で、年少人口(0~14 歳)の割合が 11.3%、生産年齢人口(15~64 歳)の割合が 57.3%、老年人口(65 歳以上)の割合(高齢化率)が 29.5%となっており、年少人口と生産年齢人口は減少傾向、老年人口は増加傾向となっています。

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 33.9%、両毛保健医療圏で 32.4%となっており、県西部で高齢化がより進んでいる傾向が見られます。

図表 2-2-2:二次保健医療圏別人口構成(単位:人・%)

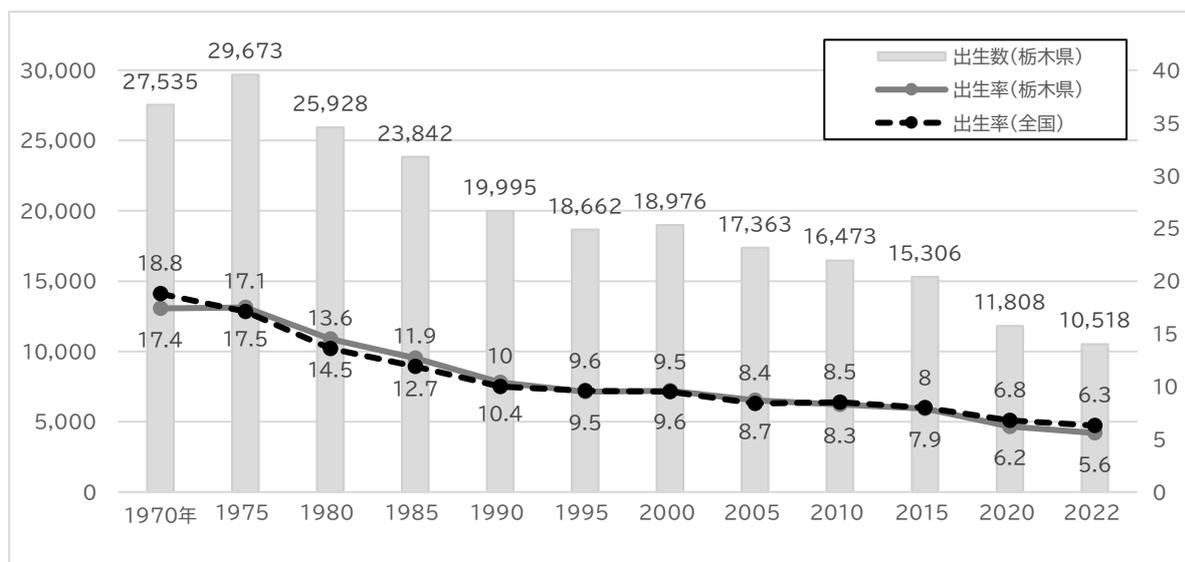
医療圏	総数	0-14 歳	15-64 歳	65-74 歳	高齢化率
県北	361,293	39,601	202,706	113,792	31.5%
県西	167,515	17,228	92,238	56,729	33.9%
宇都宮	514,966	62,359	304,142	131,973	25.6%
県東	136,267	15,906	76,836	42,322	31.1%
県南	472,880	54,946	274,521	135,353	28.6%
両毛	255,459	26,365	142,935	82,829	32.4%
計	1,908,380	216,405	1,093,378	562,998	29.5%

【出典:栃木県「市町別年齢別人口 令和 5(2023)年 10 月 1 日現在」(※年齢不詳を除く)】

3 出生

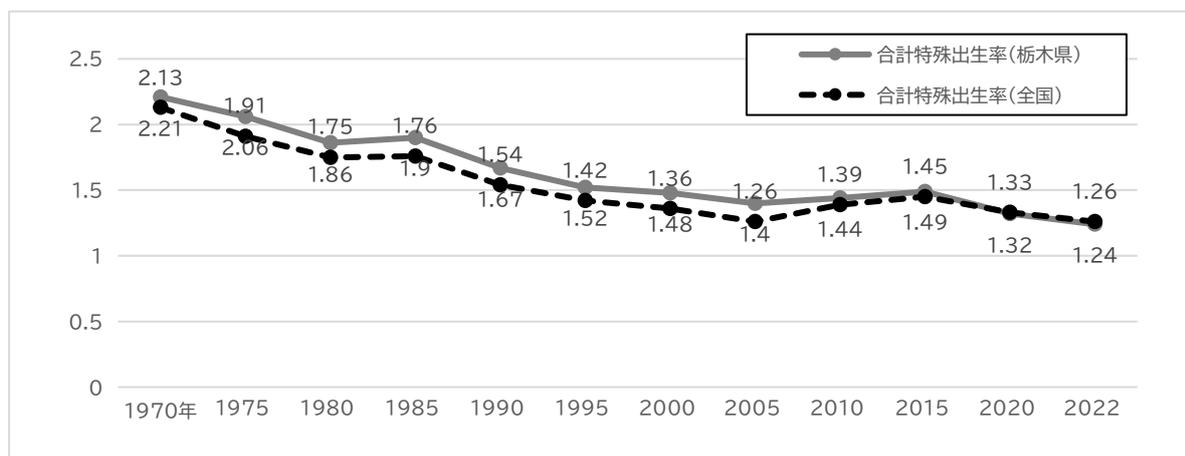
令和4(2022)年の本県の出生数は10,518人で、出生率(人口千対)は5.6(全国6.3)となっています。合計特殊出生率¹は、昭和50(1975)年には2.06(全国1.91)でしたが、年々低下し、令和4(2022)年は1.24(全国1.26)となっています。

図表 2-2-2: 出生数及び出生率(人口千対)の推移(単位:人)



【出典:厚生労働省「人口動態統計」】

図表 2-2-3: 合計特殊出生率の推移



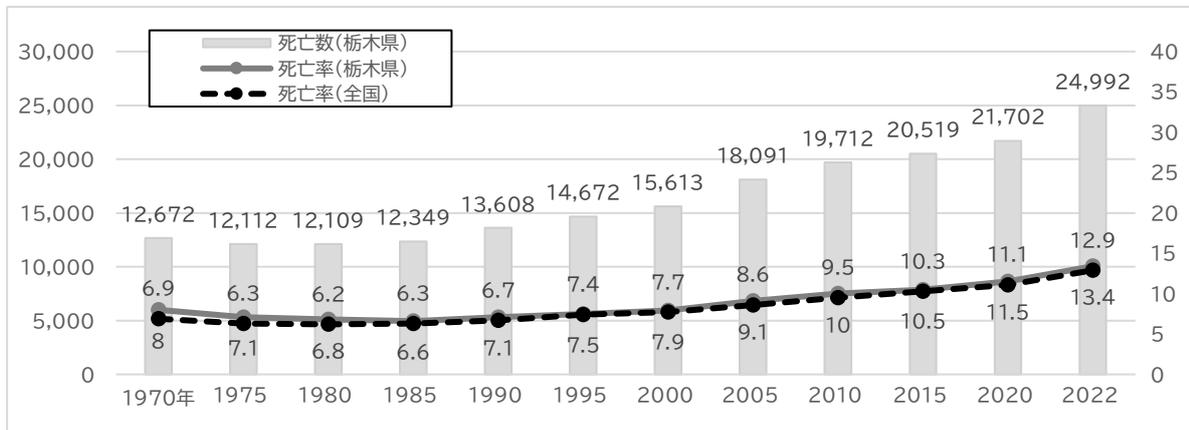
【出典:厚生労働省「人口動態統計」】

¹ 合計特殊出生率は「15～49歳までの女性の年齢別出生率を合計したもの」で、一人の女性がその年齢別出生率で一生の間に生むとしたときの子どもの数に相当する。国立社会保障・人口問題研究所によると、人口を維持するために必要な合計特殊出生率(人口置換水準)は2.06～2.07とされている。

4 死亡

令和4(2022)年の死亡数は24,992人であり、死亡率(人口千対)は昭和62(1987)年に6.3まで低下した後、上昇しています。

図表 2-2-3: 死亡数・死亡率(人口千対)の推移(単位:人)

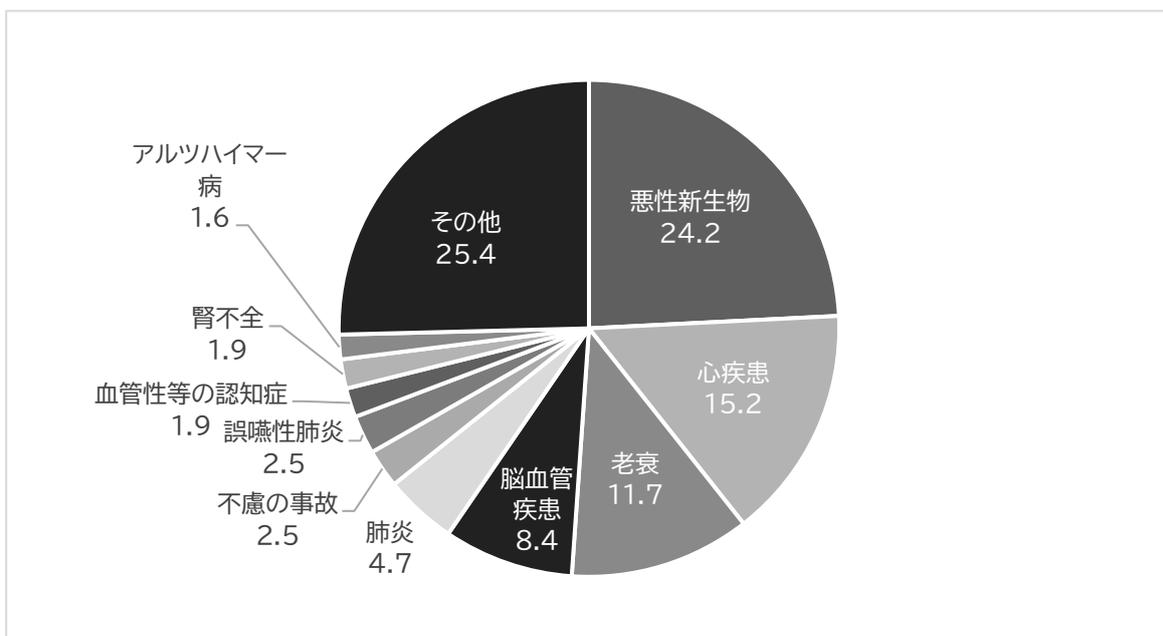


【出典:厚生労働省「人口動態統計」】

令和4(2022)年の死因の順位(構成割合)は、第1位悪性新生物(24.2%)、第2位心疾患(15.2%)、第3位老衰(11.7%)、第4位脳血管疾患(8.4%)となっており、これらによる死亡が全体の約6割を占めています。

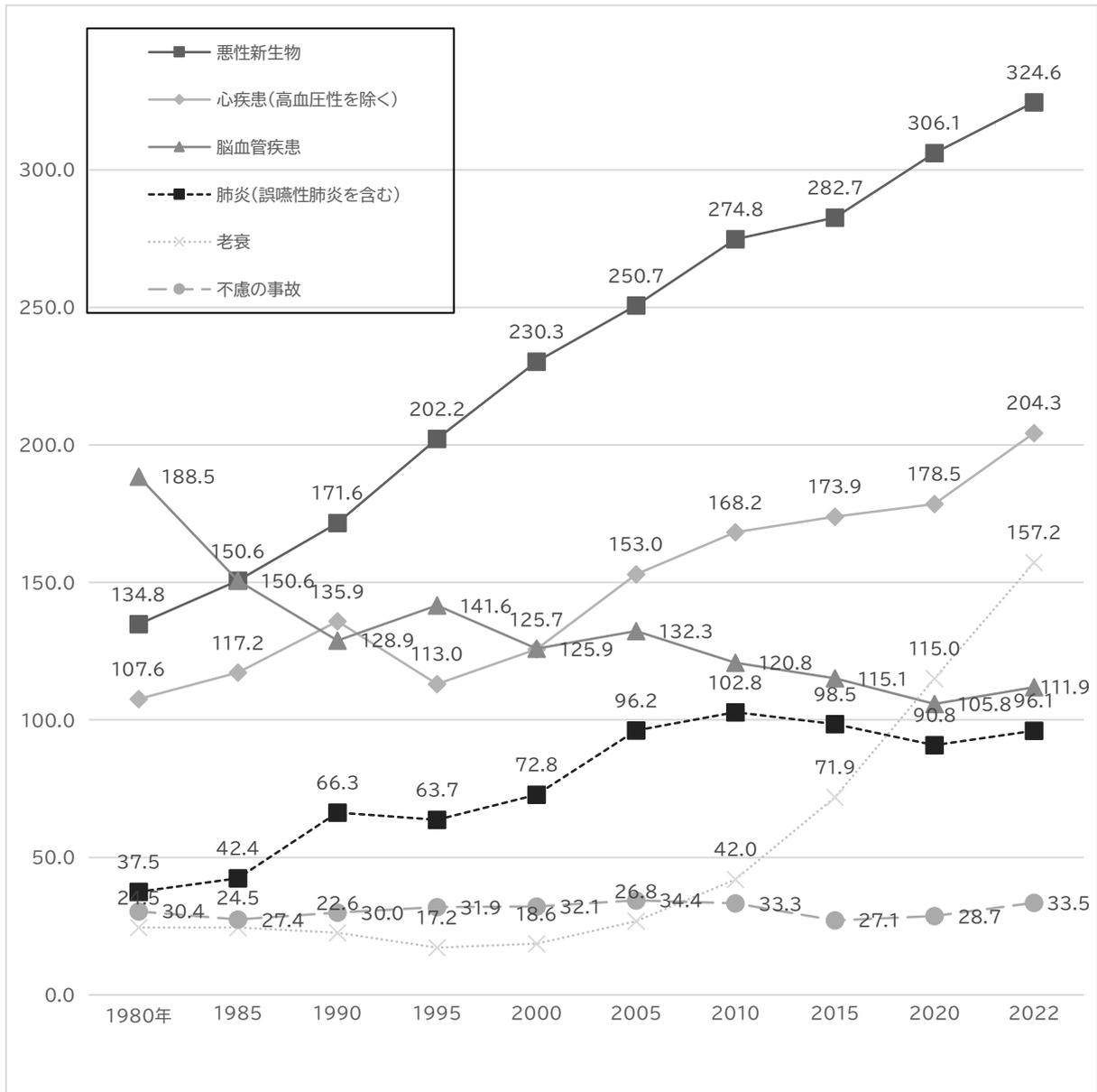
悪性新生物及び心疾患(高血圧性を除く)、老衰は増加傾向で、老衰は令和2(2020)年に死因の第3位となっています。一方脳血管疾患は減少しています。

図表 2-2-4: 本県の主要死因別死亡数の構成割合(2022年)(単位:%)



【出典:厚生労働省「人口動態統計」】

図表 2-2-5:本県の主要死因別死亡率(人口 10 万対)の推移

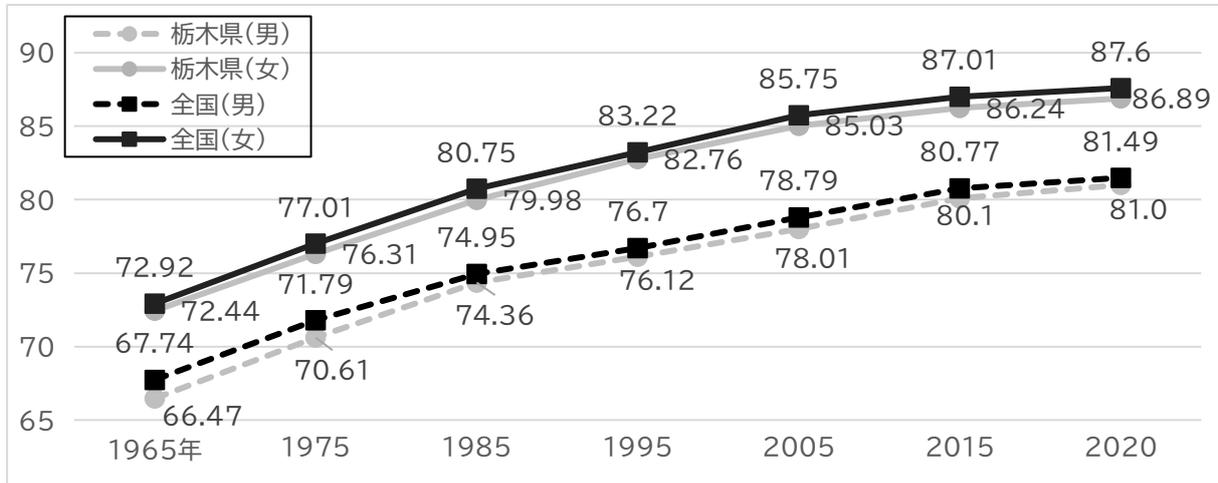


【出典:厚生労働省「人口動態統計」】

5 平均寿命

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

図表 2-2-5:平均寿命の推移(性別、全国・栃木県)(単位:年)

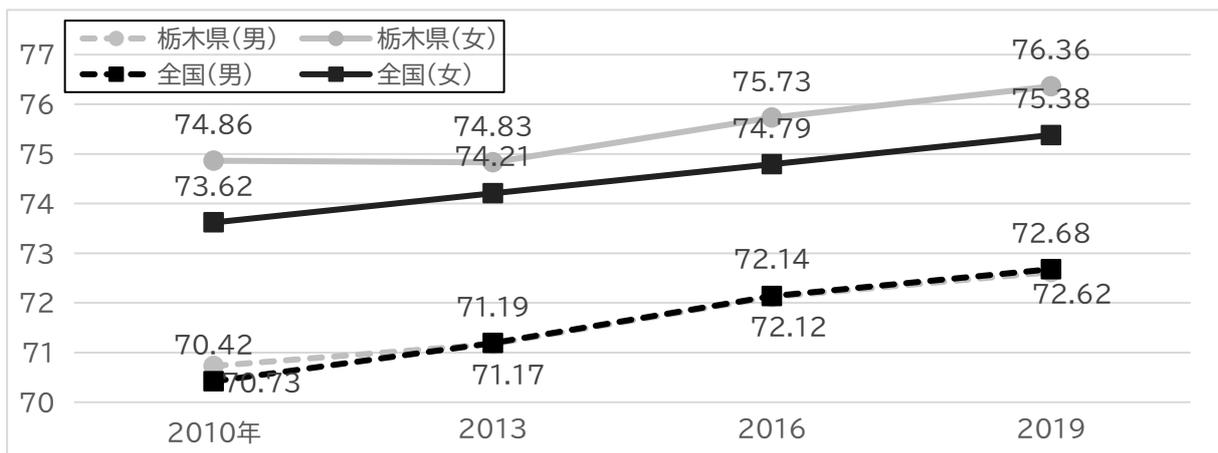


【出典:厚生労働省「令和2年都道府県別生命表」】

6 健康寿命

令和元(2019)年の本県の健康寿命²※は、男性 72.62 年、女性 76.36 年であり、平成 25(2013)年から男性、女性ともに伸びています。

図表 2-2-6:健康寿命(性別、全国・栃木県)(単位:年)



【出典:厚生労働科学研究「健康寿命のページ 健康日本 21(第二次)の総合的評価と次期健康づくり運動に向けた研究(令和元~3年度)」】

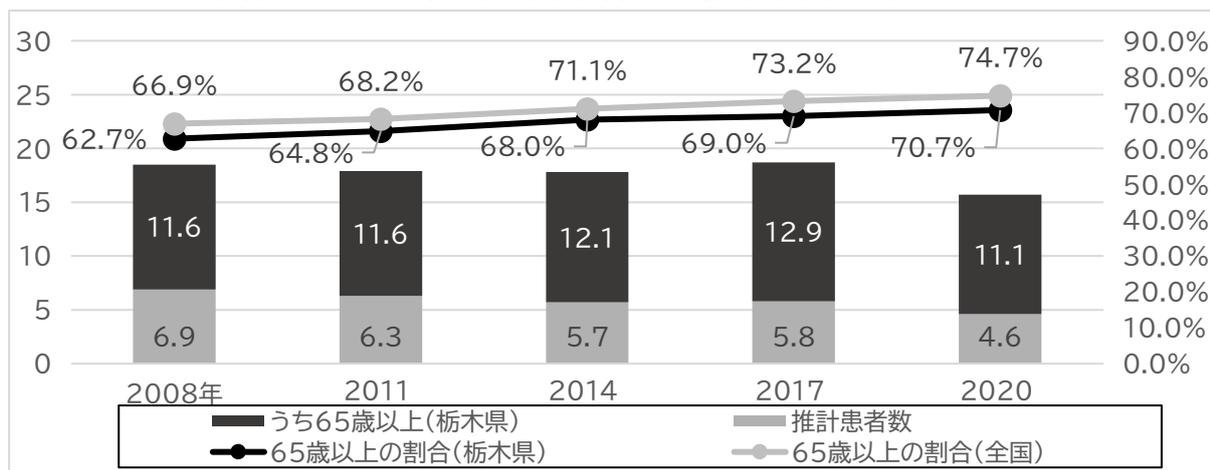
² 健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間(平均寿命-日常生活の健康上の制限がある「不健康な期間」)

第3節 受療の状況

1 患者数

令和2年患者調査によると、調査対象日³における県内の推計入院患者数(患者住所地)は15.7千人でした。65歳以上の割合は74.7%でやや増加傾向です。

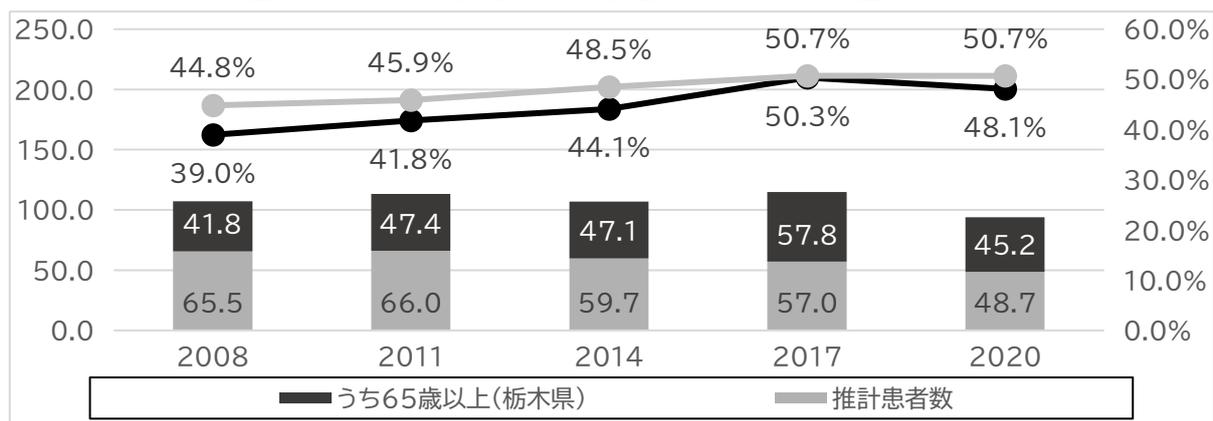
図表 2-3-1:推計入院患者数の推移(単位:千人・%)



【出典:厚生労働省「患者調査」】

また、同調査によると、調査対象日の県内の推計外来患者数(患者住所地)は93.9千人でした。65歳以上の割合は48.1%でやや増加傾向です。

図表 2-3-2:推計外来患者数の推移(単位:千人・%)



【出典:厚生労働省「患者調査」】

³ 令和2年10月中旬の3日間のうち医療施設ごとに定める1日

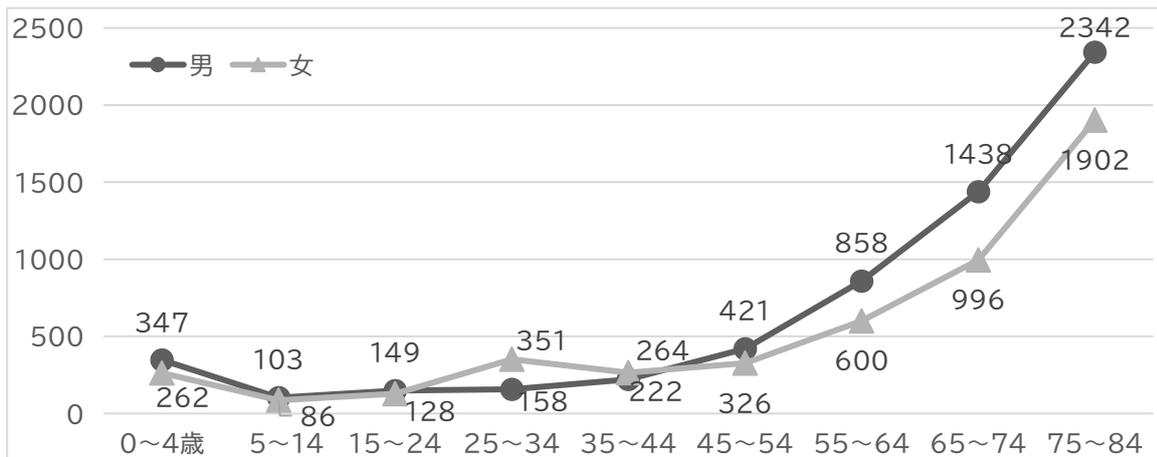
2 入院の状況

(1) 入院受療率

令和2年患者調査によると、本県の入院受療率(人口10万対)は810となっています。男女別では、男性が794、女性が827となっています。

年齢階級別では、0～4歳が高くなっています(男性347、女性262)が、5歳～14歳が最も低く(男性103、女性86)、その後はおおむね年齢が高くなるに従い高くなり、55歳を超えてから急激に上昇します。

図表 2-3-3:年齢階級別及び男女別の入院受療率(人口10万対)



【出典:厚生労働省「患者調査」】

(2) 病床利用率・平均在院日数

令和4年病院報告によると、本県における病院の病床利用率(全病床)は減少傾向で74.9%、全国平均75.3%と概ね同じです。

また、平均在院日数(全病床)は28.2日となっており、全国平均27.3日を0.9日上回っていますが、短縮傾向です。

図表 2-3-4:病床利用率の推移(2005年～2022年)(単位:%)

年次	地域	全病床	一般病床	療養病床	精神病床	感染症病床	結核病床	介護療養病床
2022	全国	75.3	69	84.7	82.3	571.2	27.4	80.4
	栃木	74.9	69.9	83.5	78.5	372.5	43.5	95.9
2020	栃木	77.8	72.9	84.6	84.1	74.6	52.2	87.5
2015	栃木	79.9	74.9	88.9	85.6	7.1	37.3	95.8
2010	栃木	81.5	76.8	90.1	87.5	0.1	24.1	97.6
2005	栃木	84.3	79.9	93.5	88.8	-	33.5	-

【出典:厚生労働省「病院報告」】

図表 2-3-5:平均在院日数の推移(2005年~2022年)(単位:日)

年	地域	全病床	一般病床	療養病床	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全病床
2022	全国	27.3	16.2	126.5	276.7	10.5	44.5	307.8	27.2
	栃木	28.2	16.3	130	321.9	10	70	305.4	27.9
2020	栃木	29	16.4	150.4	325.5	9.6	75	320	28.5
2015	栃木	30.1	16.7	165.2	355.9	4.8	83.5	386.6	29.3
2010	栃木	33.5	18.6	182.1	392.2	5	78.9	555.6	32.5
2005	栃木	37.5	20.7	166	392.6	-	81.1	-	-

【出典:厚生労働省「病院報告」】

3 圏域間の流入・流出の状況

令和4(2022)年度栃木県医療実態調査によると、二次保健医療圏内に居住する患者のうち、流出割合(居住する医療圏以外の医療圏で入院した患者の割合)は、県西(34.7%)・県東(31.4%)医療圏が高く、流入割合(居住していない医療圏の医療施設で入院した患者の割合)は、県南(43.0%)・宇都宮(31.0%)医療圏が高い状況となります。

図表 2-3-8:入院患者数(全病床)、流入・流出割合

医療機関所在地									
患者住所地	医療圏等	宇都宮	県西	県東	県南	県北	両毛	総計	流出割合
	宇都宮	1237	32	22	302	39	8	1640	24.6%
	県西	159	678	-	179	14	8	1038	34.7%
	県東	54	1	476	130	29	4	694	31.4%
	県南	62	12	10	1637	14	74	1809	9.5%
	県北	193	19	4	117	1446	-	1779	18.7%
	両毛	15	1	-	83	2	909	1010	10.0%
	県外	44	8	13	414	54	198	731	-
	不明等	30	14	10	8	10	10	82	-
	総計	1794	765	535	2870	1608	1211	8783	-
	流入割合	31.0%	11.4%	11.0%	43.0%	10.1%	24.9%	-	-

【出典:栃木県「令和4(2022)年度栃木県医療実態調査」】

4 傷病分類別の状況

令和4(2022)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)は多い順に「精神及び行動の障害」2,177人(114.1)、「循環器系の疾患」1,512人(79.2)、「新生物(腫瘍)」1,441人(75.5)となっています。「心不全」や「肺炎」、「大腿骨の骨折」は65歳以上の割合が9割を超えるなど、特に高い割合となっています。

図表 2-3-7:主傷病小分類別入院患者数及び入院受療率

	患者数(人)					受療率(人口10万人対)			
	総計	うち65歳以上	65歳以上の割合	男性	女性	総計	うち65歳以上	男性	女性
1 感染症及び寄生虫症	145	96	66.2%	78	67	7.6	5.0	4.1	3.5
2 新生物<腫瘍>	1441	1045	72.5%	832	609	75.5	54.8	43.6	31.9
3 血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	64	51	79.7%	23	41	3.4	2.7	1.2	2.1
4 内分泌、栄養及び代謝疾患	252	193	76.6%	114	138	13.2	10.1	6.0	7.2
5 精神及び行動の障害	2177	1292	59.3%	1085	1040	114.1	67.7	56.9	54.5
6 神経系の疾患	554	263	47.5%	289	263	29.0	13.8	15.1	13.8
7 眼及び付属器の疾患	166	133	80.1%	73	91	8.7	7.0	3.8	4.8
8 耳及び乳様突起の疾患	22	12	54.5%	12	10	1.2	0.6	0.6	0.5
9 循環器系の疾患	1512	1271	84.1%	798	713	79.2	66.6	41.8	37.4
うち、心不全	274	255	93.1%	114	159	14.4	13.4	6.0	8.3
うち、狭心症、急性心筋梗塞、冠動脈硬化症、その他虚血性心疾患	114	86	75.4%	86	28	6.0	4.5	4.5	1.5
うち、くも膜下出血、脳内出血、脳梗塞、その他の脳血管疾患	777	649	83.5%	415	362	40.7	34.0	21.7	19.0
10 呼吸器系の疾患	677	585	86.4%	396	281	35.5	30.7	20.8	14.7
うち、肺炎	220	203	92.3%	119	101	11.5	10.6	6.2	5.3
11 消化器系の疾患	640	483	75.5%	354	286	33.5	25.3	18.5	15.0
12 皮膚及び皮下組織の疾患	111	77	69.4%	62	48	5.8	4.0	3.2	2.5
13 筋骨格系及び結合組織の疾患	586	460	78.5%	236	350	30.7	24.1	12.4	18.3
14 腎尿路生殖器系の疾患	539	415	77.0%	273	265	28.2	21.7	14.3	13.9
15 妊娠、分娩及び産じょく	222	0	0.0%	5	216	11.6	0.0	0.3	11.3
16 周産期に発生した病態	67	0	0.0%	29	38	3.5	0.0	1.5	2.0
17 先天奇形、変形及び染色体異常	70	3	4.3%	39	31	3.7	0.2	2.0	1.6
18 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	100	89	89.0%	37	63	5.2	4.7	1.9	3.3
19 損傷、中毒及びその他の外因の影響	1029	850	82.6%	387	642	53.9	44.5	20.3	33.6
うち、大腿骨の骨折	346	331	95.7%	79	267	18.1	17.3	4.1	14.0
20 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用	9	5	55.6%	6	3	0.5	0.3	0.3	0.2
21 特殊目的用コード	351	304	86.6%	178	173	18.4	15.9	9.3	9.1
22 その他	68	45	66.2%	22	44	3.6	2.4	1.2	2.3
総計	10802	7672	71.0%	5328	5412	566.0	402.0	279.2	283.6

【出典：栃木県「令和4(2022)年度栃木県医療実態調査」】

第4節 医療資源の状況

1 病院

令和4年医療施設調査によると、令和4(2022)年10月1日時点の本県の病院数は109施設、病床数は21,136床となっています。人口10万人対で、施設数が5.7、一般病床及び療養病床の病床数が844.0となっており、全国の施設数の6.5、一般病床及び療養病床数の932.6を下回っています。

図表 2-4-1:病院の施設数及び病床数の推移(単位:数)

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		
1980年	139	19,205	5,630	294	1,114	12,167	7.7	678.9
1990年	138	22,168	5,686	110	661	15,711	7.1	811.9
2000年	119	22,613	5,704	24	280	16,605	5.9	828.3
2010年	110	21,873	5,315	26	134	16,398	5.5	816.8
2020年	104	20,635	4,819	31	30	15,755	5.4	815.0
2022年	109	21,136	4,963	31	30	16,112	5.7	844.0

【出典:厚生労働省「医療施設調査」】

2 一般診療所

令和4年医療施設調査によると、令和4(2022)年10月1日時点の本県の一般診療所数は1,480施設(うち有床診療所102施設、病床数は1,460床)となっています。施設数(人口10万対)は77.5で全国の84.2を下回っていますが、病床数(人口10万対)は76.5で全国の64.4を上回っています。

図表 2-4-2:一般診療所の施設数及び病床数の推移(単位:数)

年次	実数		人口10万対	
	施設数	病床数	施設数	病床数
1980年	954	4,747	53.0	263.9
1990年	1,020	4,699	52.7	242.2
2000年	1,287	4,199	64.2	209.4
2010年	1,421	2,466	70.8	122.8
2020年	1,458	1,503	75.4	77.7
2022年	1,480	1,460	77.5	76.5

【出典:厚生労働省「医療施設調査」】

3 歯科診療所(病院歯科を含む)

令和4年医療施設調査によると、令和4(2022)年10月1日時点の本県の歯科診療所数は959施設となっています。施設数(人口10万対)は50.2で全国の54.2を下回っています。

図表 2-4-3: 歯科診療所の施設数及び病床数の推移(単位: 数)

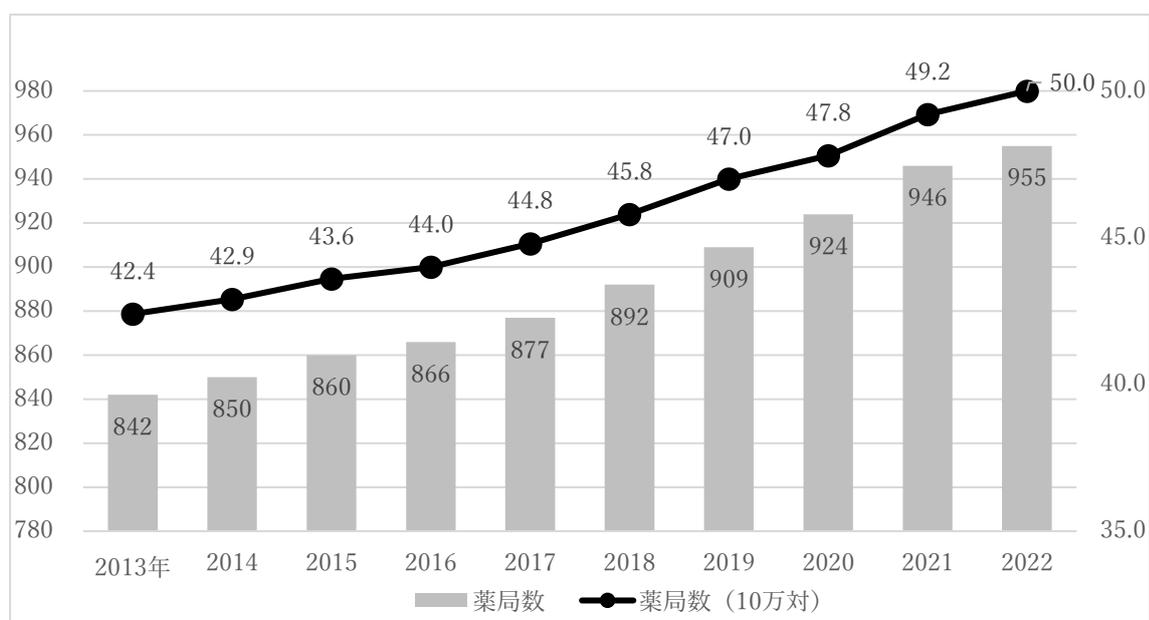
年次	施設数(人口10万対)	病床数
1980年	480(26.7)	12.0
1990年	756(39.1)	3.0
2000年	916(45.7)	-
2010年	988(49.2)	-
2020年	962(49.8)	-
2022年	959(50.2)	-

【出典: 厚生労働省「医療施設調査」】

4 薬局

令和4(2022)年度の衛生行政報告例によると、令和4(2022)年度3月31日時点の本県の薬局数は955施設となっています。薬局数(人口10万対)は50.0となっており、全国の49.9と同等の状況となります。

図表 2-4-4: 薬局数の推移(単位: 数)

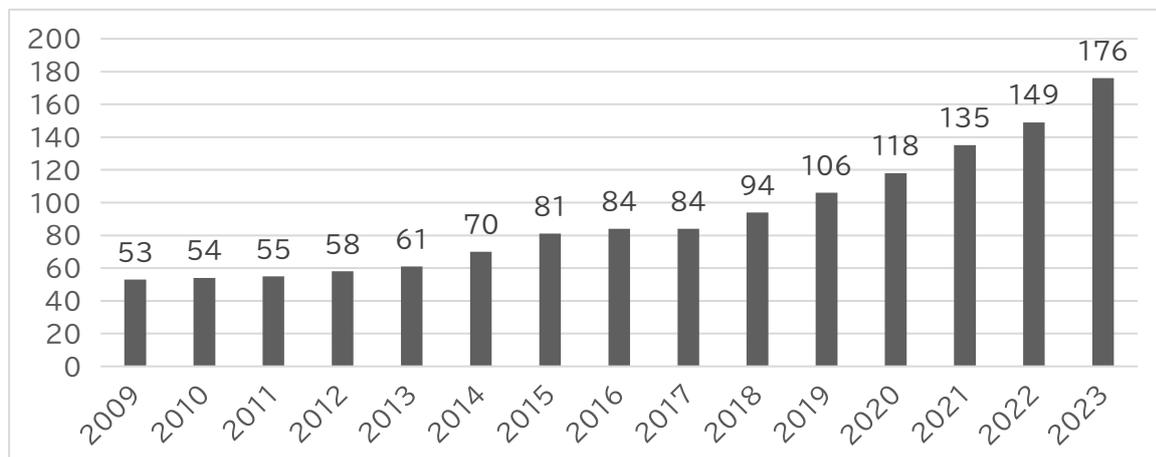


【出典: 厚生労働省「衛生行政報告例」】

5 訪問看護事業所

令和 5(2023)年 4 月 1 日時点の本県の訪問看護事業所数は 176 事業所、事業所数(人口 10 万人対)は 9.2 となっており、増加傾向ですが、依然として全国の 12.6 を下回っています。

図表 2-4-5:本県における訪問看護事業所数の推移(単位:人)



【出典:栃木県医療政策課調べ】

6 保健所・市町村保健センター

令和 5(2023)年 4 月 1 日時点の本県内の保健所の数は 6 か所、市町保健センターの数は 38 か所となっています。

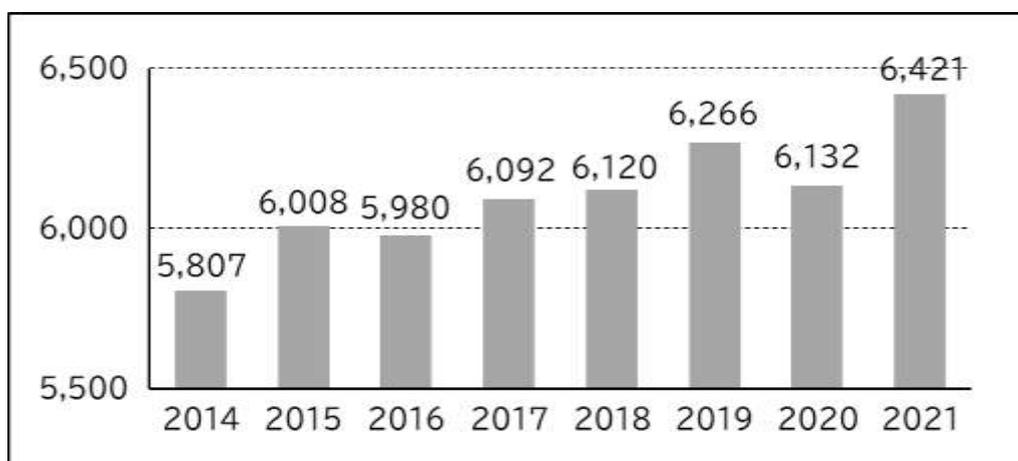
第5節 医療費の状況

本県の一人当たり医療費は全国値より少ないものの、高齢者の増加に伴い、医療費も増加傾向にあります。

本県の医療費は、平成26(2014)年度には5,807億円でしたが、令和3(2021)年度には6,421億円となり、7年間で614億円、10.6%増加しています。この伸び率は、全国の医療費の伸び率10.4%と比較して高くなっています。

また、令和3(2021)年度の本県の一人当たりの医療費は全国値を下回るものの、入院外医療費は全国値より高くなっています。

図表 2-5-1 本県の医療費の推移(単位:億円)



【出典:厚生労働省「国民医療費」】

図表 2-5-2 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	334千円(38位)	359千円
うち内科入院	119千円(40位)	134千円
うち内科入院外	126千円(23位)	124千円
うち歯科	22千円(37位)	25千円
うち調剤	57千円(41位)	63千円

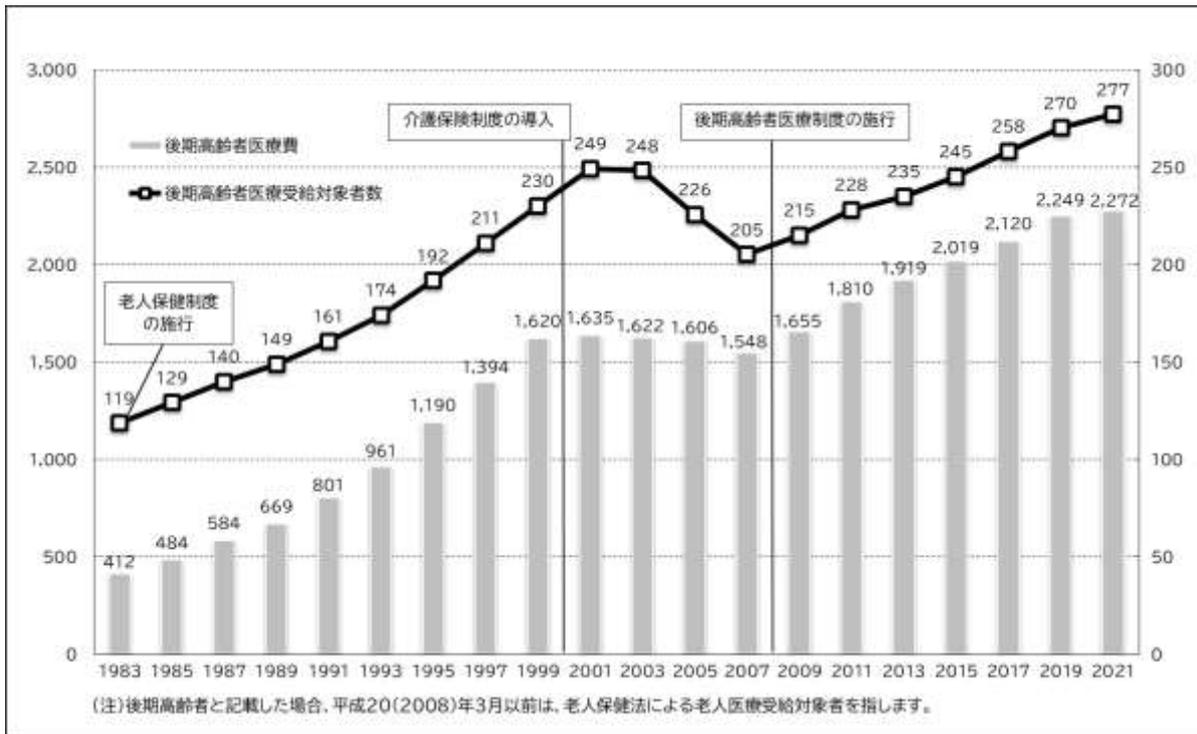
(注)()内は全国における順位。

【出典:厚生労働省「令和3年度国民医療費」】

本県の後期高齢者医療費は、後期高齢者医療制度が施行された平成20(2008)年度以降、後期高齢者医療受給対象者の増加に伴い、後期高齢者医療費も伸びており、本県の医療費全体に占める後期高齢者医療費の割合も増加傾向にあります。

しかし、令和3(2021)年度の本県の後期高齢者一人当たりの医療費は入院・入院外いずれも全国値を下回っています。

図表 2-5-3 本県の後期高齢者医療費と後期高齢者医療受給対象者数の推移
(単位:億円・千人)



【出典:厚生労働省「老人医療事業年報及び後期高齢者医療事業費年報」】

図表 2-5-4 本県の一人当たり年間後期高齢者医療費
(入院・入院外・歯科別)

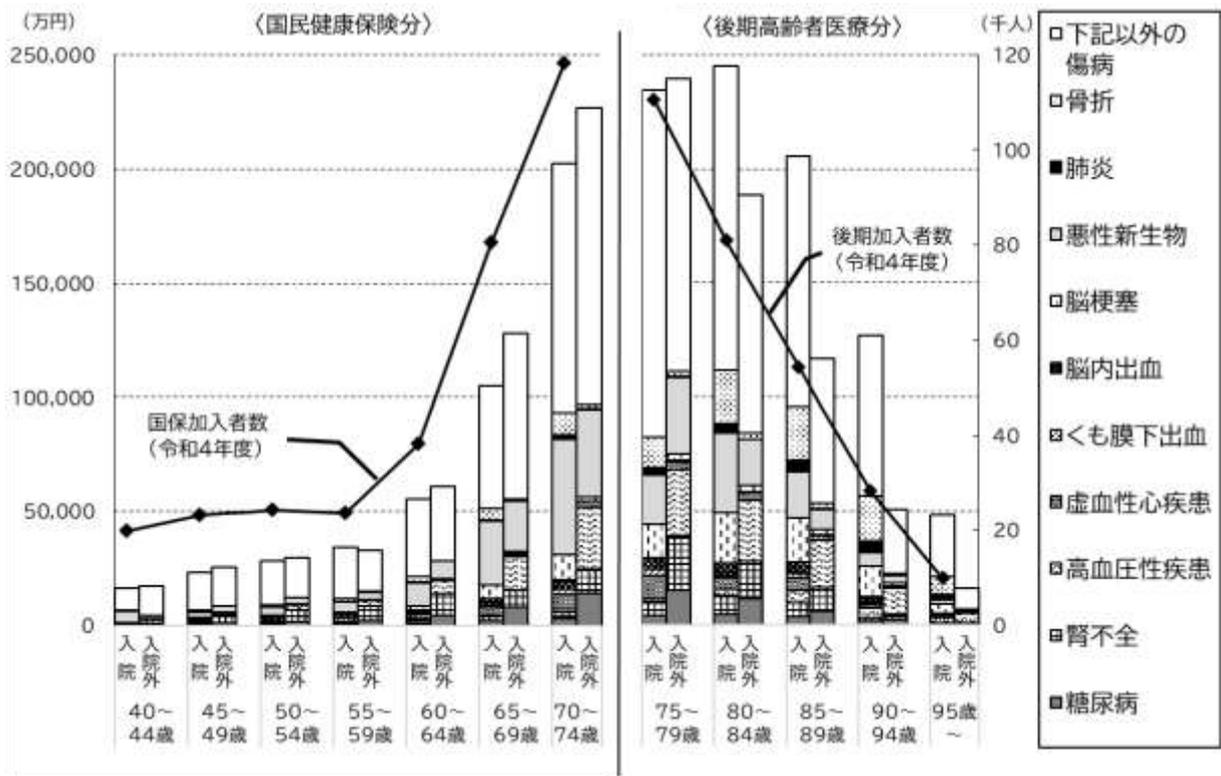
	本 県	全 国
一人当たり年間後期高齢者医療費	833千円(40位)	941千円
うち入院医療費	392千円(37位)	467千円
うち入院外医療費	401千円(29位)	419千円
うち歯科医療費	28千円(36位)	36千円

(注)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。

【出典:厚生労働省「令和3年度後期高齢者医療事業年報」】

本県の疾病別の医療費は、県内全市町の国民健康保険及び後期高齢者医療の令和4(2022)年6月審査分のレセプト状況によると、悪性新生物の割合が最も高くなっています。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。後期高齢者では特に骨折の割合が高くなっています。

図表 2-5-5 栃木県市町国保及び後期高齢者医療における
年齢階級別入院・入院外医療費(単位:万円・千人)



【出典: 栃木県国民健康保険団体連合会「令和4年度国民健康保険疾病分類統計表・令和4年6月審査分」
及び栃木県後期高齢者医療広域連合「令和4年度後期高齢者医療疾病分類統計表・令和4年6月審査分」
に基づき栃木県作成】

今後の急速な少子高齢化や人口減少など、医療を取り巻く環境が変化している中で、誰もが安心して医療を受けることができる医療保険制度を堅持していくためには、生活の質の維持・向上を確保しながら、医療費が過度に増大しないようにしていくことや、良質で適切な医療を効率的に提供する体制を確保することが求められます。

本県では、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標とし、栃木県医療費適正化計画(4期計画)を策定しています。

関連計画:「栃木県医療費適正化計画(4期計画)」(該当箇所:PO)(P)

第3章 保健医療圏と基準病床数

第1節 保健医療圏

1 基本的な考え方

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配慮に基づくものであり、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・介護・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14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・介護・福祉施策を展開するための地域的な単位で、6圏域とします。

(圏域設定の考え方)

・これまで、6保健医療圏ごとに拠点となる病院の整備、医療機能の充実・強化、病床機能の分化・連携、医療介護の連携を進めてきたところです。

・こうした取組により、広域的医療需要には県全体で柔軟に対応しながらも、圏域ごとに医療需要に効率的に対応する医療提供体制の構築が図られています。

・指針に沿って見直しを行うとした場合、圏域の更なる広域化(大括り化)や有効に機能している圏域の分割等が必要になり、医療連携体制の大きな変更や医療機関へのアクセスの悪化等地域医療に様々な影響が生じる可能性があります。

・また、現行の医療圏は保健所(各広域健康福祉センター及び宇都宮市保健所)の管轄区域、圏域高齢者支援計画(高齢者福祉圏域)、障害福祉計画(障がい保健福祉圏域)、地域医療構想(構想区域)とも一致していることに加えて、今後は6事業目に追加された新興感染症発生・まん延時の医療に対応するため、保健所の管轄する圏域の設定が重要となることについても考慮する必要があります。

・県東医療圏については、6期計画の際に県東・中央医療圏を分割してきたものであり、以来地域の拠点となる医療機関を中心とした医療提供体制の構築、分化・連携が図られています。また、県西医療圏については、北部に広大な地域を有しており、他圏域との統合(広域化)により拠点となる医療機関の整備や病床機能の分化・連携を進めた場合、アクセスが困難となる県民が生じる恐れがあります。

・よって、7期計画と同様に、6圏域を設定します。

(3) 三次保健医療圏(医療法第30条の4第2項第15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。

(4) 圏域図(構成市町・人口・面積含む)

図表 3-2-1:二次保健医療圏圏域図



図表 3-2-2:二次医療圏の人口、面積、人口密度及び構成市町

	二次保健医療圏	人口(人)	面積(km ²)	人口密度(人口/面積)	構成市町
1	県北	361,293	2,229.5	162.0	大田原市、矢板市、那須塩原市、さくら市、那須烏山市、塩谷町、高根沢町
2	県西	167,515	1,940.5	86.3	鹿沼市、日光市
3	宇都宮	514,966	416.9	1,235.2	宇都宮市
4	県東	136,267	563.8	241.7	真岡市、益子町、茂木町、市貝町、芳賀町
5	県南	472,880	723.6	653.5	栃木市、小山市、下野市、上三川町、壬生町、野木町
6	両毛	255,459	533.8	478.7	足利市、佐野市
	計	1,908,380	6,408.1	297.8	(令和4年10月1日現在)

第3節 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号の規定に基づき定めるものであり、病院及び診療所における一般病床及び療養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が上回る、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、開設中止等の知事の勧告の対象となります。

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、平成29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ことで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。

図表 3-3-1: 基準病床数と既存病床数

病床種別	圏域	基準病床数	既存病床数 (2023.8.1)
療養病床 及び 一般病床	県北	2,784	2,683
	県西	1,051	1,343
	宇都宮	4,338	4,256
	県東	758	737
	県南	5,175	4,627
	両毛	2,305	2,073
	計	16,411	15,719
精神病床	全域	3,881	4,941
結核病床	全域	30	30
感染症病床	全域	32	31

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

第1節 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】

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。

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。

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。

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。

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、医療メディエーションの普及啓発が重要です。

【主な施策】

- ・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ィエーション⁴について普及啓発
- ・入退院時の説明書面の作成・交付等の普及・定着を促進

2 医療広告の規制の強化

医療は人の生命・身体に関わるサービスであり、不適当なサービスを受けた場合の被害は、他の分野に比べ著しく、また、極めて専門性の高いサービスであり、実際のサービスの質について事前に判断することが非常に困難なことから限定的に認められた事項以外は原則として広告が禁止されています。

⁴ 対話を通じた関係調整の仕組み。メディエーター（対話推進者）が患者や家族・遺族等と医療者との相互対話を促進し、信頼回復や関係調整・問題解決を支援する。

医療機関のウェブサイト等は、広告可能事項を限定することとした場合、詳細な診療内容など患者等が求める情報の円滑な提供が妨げられるおそれがあることから、一定の条件の下に広告可能事項の限定を解除することとしています。

【現状と課題】

医療広告は、患者等の利用者へ向けた客観的で正確な情報伝達的手段として実施すべきものであるとされています。

国がウェブサイト等に虚偽や誇大な表現がないか監視するネットパトロール事業では全国で 847 サイト(令和4(2022)年3月 31 日時点)が違反サイトと判断されており、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。

【主な施策】

- ・県民向け、医療機関向けに医療広告について啓発を推進
- ・ネットパトロール事業及び県民等からの通報により確認された医療広告違反に対し、指導を実施

第2節 医療機関の機能分担と連携

1 かかりつけ医⁵

健康に関することを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してくれる、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かかりつけ医の必要性が高まっています。

【現状と課題】

「かかりつけ医機能」として、身近な地域における日常的な医療の提供健康管理に関する相談等を行う医療機関の機能と医療法施行規則に定められており、その重要性を、県民に対し分かりやすく普及・啓発する必要があります。

令和7年4月に創設されるかかりつけ医機能報告制度により、医療機関から報告される情報をわかりやすく提供し、県民がそのニーズに応じて医療機関を適切に選択できるようにする必要があります。

【主な施策】

⁵ 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、再診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。

- ・県民がかかりつけ医の重要性や正しい受診に対する理解を深めるための普及・啓発の取組
- ・県内の医療機関から提供されたかかりつけ医機能について、国が提供する全国統一システム(医療情報ネット)を通じて県民向けに情報提供
- ・地域によって不足するかかりつけ医機能がある場合には、医療関係者等が参加する地域の協議の場において必要なかかりつけ医機能を確保する具体的方策を検討

2 かかりつけ歯科医

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、県民がかかりつけ歯科医を持ち、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めます。

【現状と課題】

乳幼児期から高齢期までライフステージに応じた歯科疾患の予防や口腔機能の獲得・維持・向上のため、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。

また、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等と連携し、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。

このように、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。

【主な施策】

- ・歯周病等の予防や早期治療のため、県民に対して、かかりつけ歯科医を持ち定期的な受診を促す普及啓発及び歯科医療機関に関する情報提供
- ・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対する訪問歯科診療の提供を可能とする体制整備の促進
- ・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することを目的とした研修の充実強化
- ・関連計画：「栃木県歯科保健基本計画(2期計画)(計画終期：令和6(2024)年度)」⁶

3 かかりつけ薬剤師・薬局

平成27(2015)年に厚生労働省が策定した「患者のための薬局ビジョン」を

⁶ 令和7(2025)年度からの次期計画を踏まえた内容の記載については、本計画の中間見直しの際に反映予定

踏まえ、かかりつけ薬剤師・薬局の普及を総合的に推進します。

【現状と課題】

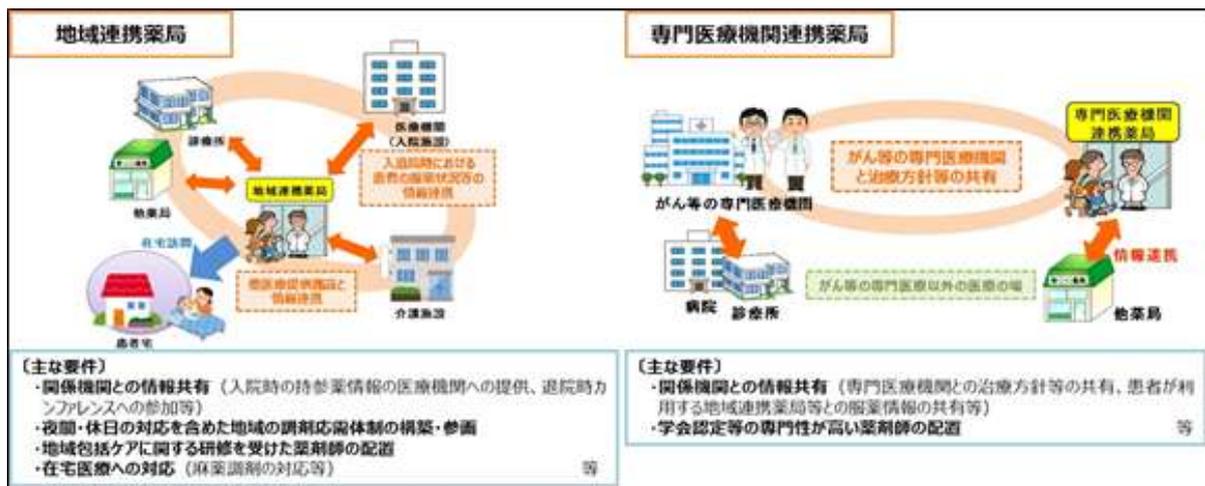
かかりつけ薬剤師・薬局は、服薬情報の一元的・継続的把握、24 時間対応・在宅対応、医療機関等との連携など、薬の専門家として地域包括ケアシステムの一翼を担うことが求められています。

さらに、患者等のニーズに応じ、病気の予防・健康サポートに貢献する機能やがん治療等における高度な薬学的管理の充実強化が求められています。

【主な施策】

- ・健康サポート薬局、地域連携薬局及び専門医療機関連携薬局の推進
- ・県民に対するかかりつけ薬剤師・薬局の普及啓発
- ・お薬手帳及び電子処方箋等の利用推進
- ・薬局薬剤師の資質向上のための研修等に対する支援

図表 4-2-1：地域連携薬局と専門医療機関連携薬局



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、かかりつけ医への支援や連携を図る医療機能の確保及び新興感染症の発生やまん延時に備えた医療提供体制の確保の促進等に努めていきます。

【現状と課題】

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し、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。

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。

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。

新興感染症の発生・まん延時に担うべき医療の提供が義務付けられることとされたため、講ずべき措置を提供することのできる体制の確保が求められています。

地域医療支援病院の責務として「地域における医療の確保を図るために地域医療支援病院が行うことが特に必要であるものとして都道府県知事が定める事項」を追加することができるようになりました。

令和5(2023)年4月1日時点で、全ての二次保健医療圏に地域医療支援病院が承認され、地域に必要とされる医療連携体制の整備を進めています。

図表 4-2-2: 栃木県内の地域医療支援病院(10 病院)
(令和5(2023)年4月1日時点)

二次保健医療圏	医療機関名
県北	那須赤十字病院
県西	獨協医科大学日光医療センター
宇都宮	国立病院機構栃木医療センター 済生会宇都宮病院 国立病院機構宇都宮病院
県東	芳賀赤十字病院
県南	新小山市民病院 とちぎメディカルセンターしもつが
両毛	足利赤十字病院 佐野厚生総合病院

【主な施策】

- ・地域医療支援病院の役割を十分果たせるよう、当該病院が設置する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指導、助言、情報提供等を実施

- ・新興感染症の発生・まん延時に備えた医療提供体制の確保等に関し、適切な情報提供等を通じて、地域医療支援病院に求められる医療機能確保を促進

5 公的医療機関等⁷

県・市(一部事務組合を含む。)が開設した公立病院や日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、厚生農業協同組合連合会等が開設した公的医療機関等は、地域医療に重要な役割を担うことから、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】

県内にある公的医療機関等の多くは、地域における中核的な病院として、地域医療の確保に重要な役割を果たしています。

地域医療構想や「公的医療機関等 2025 プラン」、「公立病院経営強化プラン」の策定等に当たり、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。

公的医療機関等は、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。

二次・三次救急医療、へき地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。

新興感染症の発生・まん延時に担うべき医療の提供が義務付けられることとされたため、講ずべき措置を提供することのできる体制の確保が求められています。

【主な施策】

- ・地域医療構想の取組として、各医療機関の機能分担や連携、医療及び介護の連携を図る中で、公的医療機関等においても必要な医療機能を発揮できる役割分担や連携の検討
- ・公的医療機関等が医療機能を維持できるよう、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、地域枠医師等有効活用などによる医師確保の取組を支援
- ・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促進
- ・新興感染症の発生・まん延時に備えた医療提供体制の確保等に関し、適切な情報提供等を通じて、公的医療機関等に求められる医療機能確保を促進

⁷ 公的医療機関は、医療法第 31 条において次の者が開設する医療機関とされている。

(都道府県、市町村、地方公共団体の組合、国民健康保険団体連合会及び国民健康保険組合、日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、厚生農業協同組合連合会、社会福祉法人北海道社会事業協会)

また、医療法第 7 条の 2 第 1 項に規定される者が開設する医療機関を公的医療機関等という。これらの医療機関については、地域医療構想の達成を図るために都道府県知事が行使することができることとされている権限の位置付けが、他の医療機関に対するものと異なる。(公的医療機関の開設者、国家公務員共済組合連合会、地方公務員共済組合連合会、公立学校共済組合、日本私立学校振興・共済事業団、健康保険組合及び健康保険組合連合会、国民健康保険組合及び国民健康保険団体連合会、独立行政法人地域医療機能推進機構)

6 紹介受診重点医療機関

【現状と課題】

患者が医療機関を選択するに当たり、外来機能の情報を十分得られないことや、大病院等の一部の医療機関に外来患者が集中することにより、患者の待ち時間の増加や勤務医の外来負担増加等の課題が生じています。

人口減少や高齢化、外来医療の高度化が進む中、かかりつけ医機能(身近な地域における日常的な医療の提供や健康管理に関する相談等を行う機能)の強化とともに、外来医療の明確化・連携の推進が必要となっています。患者がまずは地域の「かかりつけ機能を担う医療機関」を受診し、必要に応じて紹介を受けて、医療資源を重点的に活用する外来(紹介受診重点外来)を地域で基幹的に担う医療機関(紹介受診重点医療機関)を受診するとともに、状態が落ち着いたら逆紹介を受けて地域に戻る流れを明確化することで、患者の流れの円滑化を図ることができます。なお、かかりつけ医機能に係る報告制度については、令和 7 年度に創設される予定となっています。

令和 3 年度の医療法の一部改正により、外来機能報告制度が創設され、病院又は診療所であって療養病床又は一般病床を有する医療機関(病床機能報告対象病院等)のうち、外来医療を提供するものの管理者は、県に対して外来医療の実施状況等を報告することとされています。

県においては、外来機能報告の結果を踏まえて、地域医療構想調整会議で外来機能の明確化・連携に向けて必要な協議を行った上で、紹介受診重点医療機関を明確化することとします。

関連計画:「栃木県外来医療計画」(該当箇所:P〇)

【主な施策】

・紹介受診重点医療機関の明確化

- 紹介受診重点外来の機能に着目して、当該外来医療を提供する基幹的な役割を担う意向を有する病院又は診療所として、紹介受診重点医療機関を明確化します。
- 外来機能報告において医療機関が回答した内容のうち、特に紹介受診重点医療機関となる意向の有無、紹介受診重点外来に関する基準、紹介率等に関する水準等を踏まえて「地域の協議の場(地域医療構想調整会議)」において協議を行い、協議が整った医療機関を紹介受診重点医療機関として公表します。

➤ 栃木県においては、12 の病院を紹介受診重点医療機関として県ホームページにおいて公表しています。

<p>【紹介受診重点外来に関する基準】</p> <p>以下に示す「紹介受診重点外来」の件数の占める割合が、初診の外来件数の 40%以上かつ再診の外来件数の 25%以上</p> <p>(紹介受診重点外来)</p> <p>① 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来</p> <p>② 高額等の医療機器・設備を必要とする外来</p> <p>③ 特定の領域に特化した機能を有する外来(紹介患者に対する外来等)</p> <p>(参考にする紹介率・逆紹介率の水準)</p> <p>紹介率 50%以上かつ逆紹介率 40%以上</p> <p>【出典:外来機能報告等に関するガイドライン(令和 4 年 3 月 16 日)】</p>
--

図表 4-2-3:栃木県内の紹介受診重点医療機関(12 病院)
(令和〇(〇)年〇月末日時点)

二次保健医療圏	医療機関名
県北	那須赤十字病院
宇都宮	済生会宇都宮病院 国立病院機構栃木医療センター 栃木県立がんセンター
県東	芳賀赤十字病院
県南	とちぎメディカルセンターしもつが 新小山市民病院 自治医科大学附属病院 獨協医科大学病院
両毛	足利赤十字病院 佐野厚生総合病院 佐野医師会病院

第3節 医療安全対策の推進

医療安全を確保するために、行政、医療機関、医療関係団体、教育機関や企業、さらに、医療に関係する全ての方が各々の役割に応じて医療安全対策に向けて取り組みます。

【現状と課題】

医療法において医療機関の管理者は、「医療安全を確保するための指針の策定」「従事者に対する研修の実施」「当該医療機関における医療の安全を確保するための措置」を講じなければならないとされています。

県は病院に対し、定期的な立入検査の実施の際に医療安全管理者の配置、医療安全に関する相談窓口の設置状況を確認しています。

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。

医療事故が発生した医療機関で院内調査を行い、その調査結果を第三者機関（日本医療安全調査機構）が収集・分析する医療安全調査制度⁸が実施されていることで医療事故の再発防止につなげています。

【主な施策】

- ・医療機関における医療安全の確保を推進するため医療安全に関する情報提供、研修実施を通じて各医療機関の意識啓発推進
- ・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、医療相談員の研修受講による相談の質の向上
 - 医療機関、関係団体、行政などの医療相談窓口の充実
 - 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
- ・医療安全に関する普及啓発や情報提供
 - 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
- ・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

⁸ 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（秘置性）、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、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、県内では医療事故調査等支援団体として栃木県医師会、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（令和4年12月7日付厚生労働省告示第350号）。

- ・医療従事者向けに院内感染対策についての講習会を開催
- ・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実施、医療安全相談センターの充実を推進
- ・県は定期的な立入検査実施時に医療安全管理者の配置、医療安全に関する相談窓口の設置状況を確認し、体制が整っていない医療機関への指導を実施

第4節 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

医薬品等製造業者、薬局開設者等に対し定期的な立入検査を実施し、医薬品の品質と安全性を確保します。県民に対しては、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。

【現状と課題】

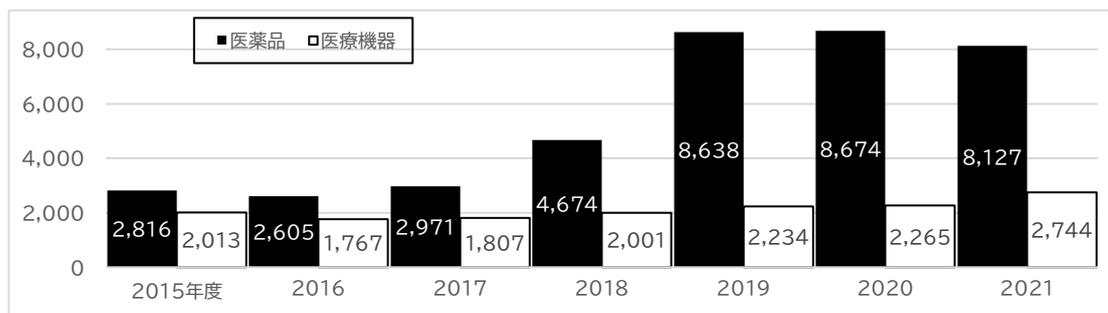
近年の医薬品製造所における不正事案により、医薬品の品質に対する信頼性が損なわれるとともに、一部の医薬品で供給不足が生じています。本県の令和3(2021)年の医薬品生産額は8,127億円で、全国2位の医薬品の生産県であることから、医薬品製造所等に対する監視指導の一層の強化を図る必要があります。

また、若年者を中心に依存性のある一般用医薬品等の濫用が増加していること等を踏まえ、濫用等のおそれのある医薬品の適正な販売及び使用が求められています。

【主な施策】

- ・医薬品等製造業者への無通告査察など、製造管理、品質管理及び安全管理に対する監視指導の強化
- ・医薬品等の製造工場を査察する調査員の査察レベルの向上及び監視体制の充実
- ・濫用等のおそれのある医薬品の適正販売徹底のための薬局等に対する監視指導
- ・県民に対する医薬品の適正使用等の普及啓発

図表 4-4-1 医薬品等の生産額の推移(栃木県)(単位:億円)



【出典:厚生労働省「薬事工業生産動態統計調査」】

2 後発医薬品の使用推進

後発医薬品(バイオ後続品を含む)の安心使用を推進するため、県民や医療関係者向けの環境整備・普及啓発を総合的に推進します。

【現状と課題】

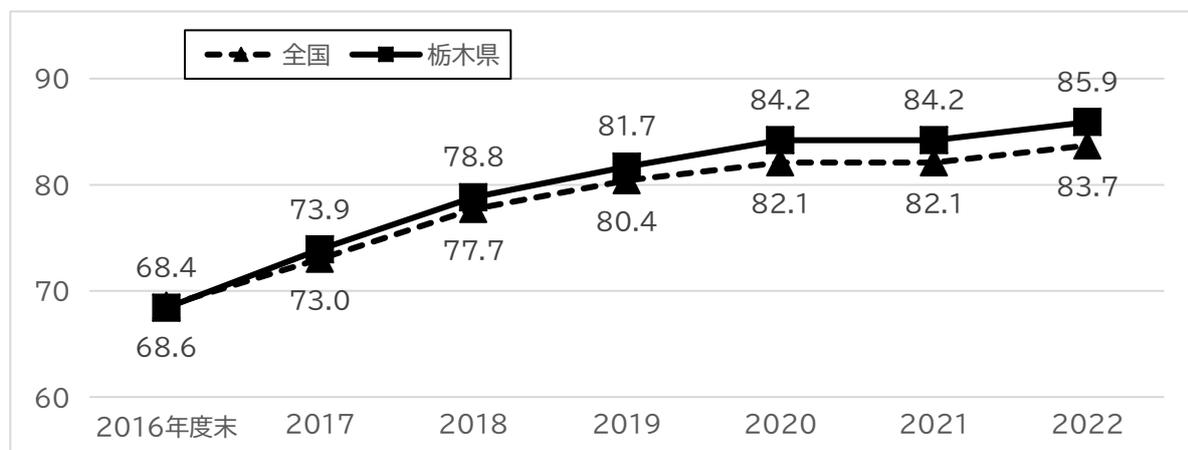
本県の後発医薬品の使用割合は令和5(2023)年3月末において 85.9%となり、「経済財政運営と改革の基本方針 2021」(令和3年6月 18 日閣議決定)における「後発医薬品の数量シェアを、2023 年度末までに全ての都道府県で80%以上とする。」という目標を達成しました。

しかし、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更なる推進が求められています。

【主な施策】

- ・県内後発医薬品製造業者の製造管理、品質管理及び安全管理に対する監視指導の強化
- ・県民に対する後発医薬品の安心使用のための普及啓発
- ・医療関係者に対するバイオ後続品⁹及びフォーミュラリ¹⁰の理解促進のための普及啓発

図表 4-4-2:後発医薬品の使用割合(数量ベース)の推移



【出典:厚生労働省「調剤医療費(電算処理分)の動向」】

⁹ 国内で既に承認されたバイオテクノロジー応用医薬品(先行バイオ医薬品)と同等/同質の品質、安全性及び有効性を有する医薬品として、異なる製造販売業者により開発された医薬品のことをいう。

¹⁰ 医薬品の有効性・安全性など科学的根拠と経済性を総合的に評価し、医療機関や地域ごとに策定する医薬品の使用指針。導入により標準薬物治療を推進するとともに、良質で低価格な医薬品の使用促進など薬剤費を含むコスト削減が期待されている。

3 血液等の確保

医療にとって必要不可欠な血液製剤を安定的に確保するため、「栃木県献血推進計画」を毎年度定め、献血に関する普及啓発及び医療機関における血液製剤の適正使用を推進します。

【現状と課題】

少子高齢化により、将来の献血を担う若年層が減少する一方で、血液製剤を使用する高齢者が増加しており、将来的には血液不足が懸念されています。県民の献血への理解を深めるための啓発活動の実施や献血協力団体の育成等が必要です。

今後長期にわたり輸血医療を支えるためには、若年層を中心とした献血者の確保が求められています。

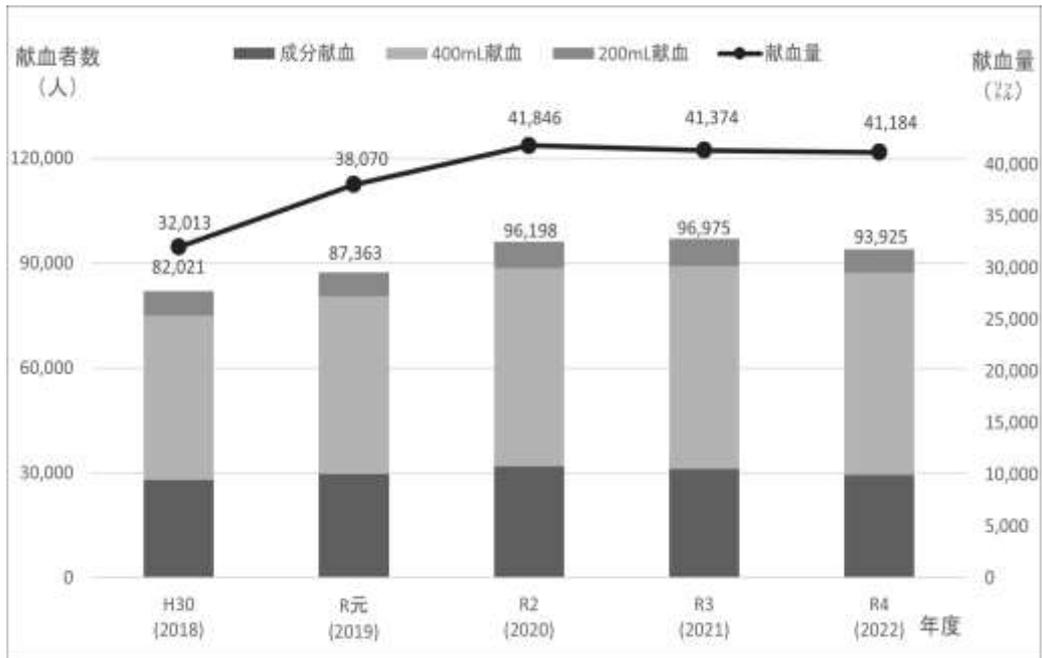
400ml 献血及び成分献血は、献血量が確保しやすくなるとともに、輸血を受ける患者の副作用発生のリスクを低減させるなどの利点があるため、一層の推進が必要となっています。

貴重な献血血液が有効に活用されるように、医療機関に対して、血液製剤の適正使用を継続的に働きかけていくことが必要です。

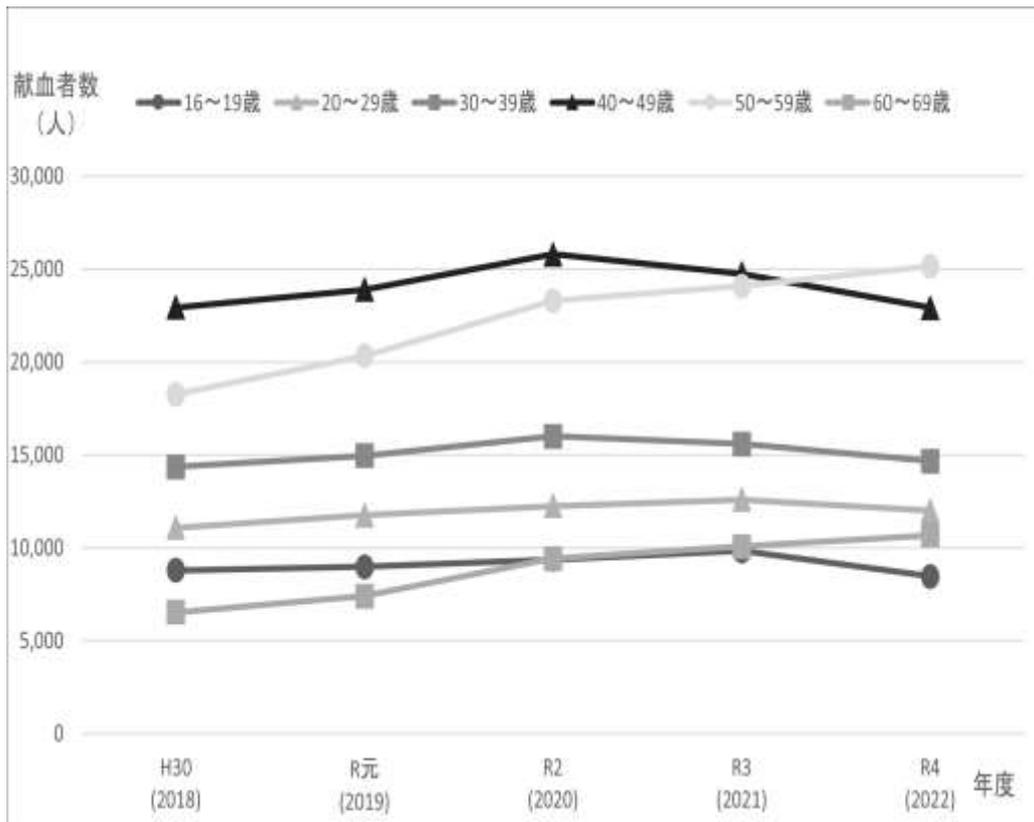
【主な施策】

- ・県民、特に若年層への献血思想の普及啓発や献血協力団体の育成等による献血者の確保
- ・安全性を確保するための 400ml 献血及び成分献血の推進
- ・栃木県合同輸血療法委員会を開催等による血液製剤の適正使用の推進

図表 4-4-3: 献血者数・献血量の推移



図表 4-4-4: 年齢階級別献血者の推移



第5節 保健医療に関する情報化及び医療 DX の推進

ICT¹¹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】

(電子カルテの導入状況)

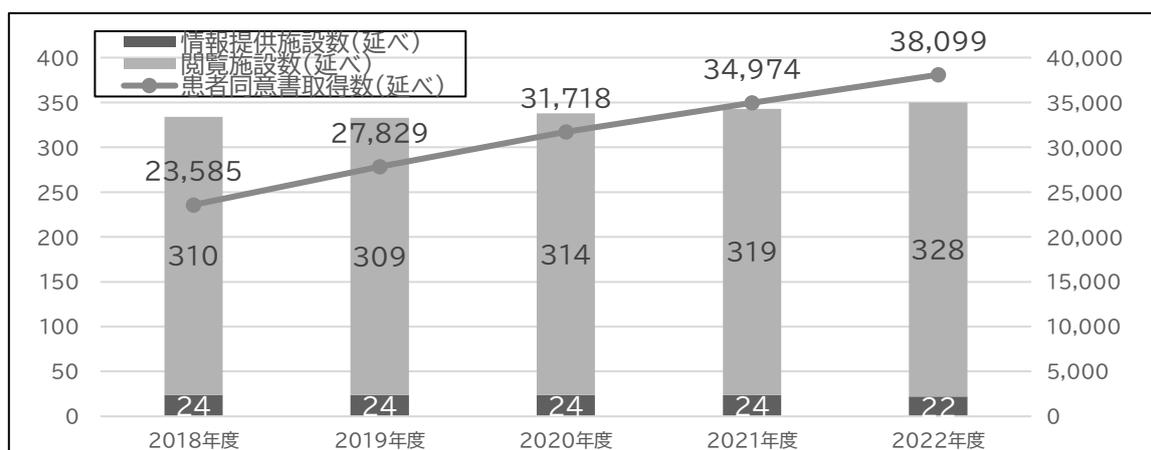
令和2年医療施設調査によると、令和2(2020)年10月1日時点で本県において電子カルテを導入している医療機関は病院58施設、一般診療所が669施設の計727施設(施設内の一部で電子化している場合も含む)で、平成26(2014)年と比較すると391施設増加しており、導入率は病院55.8%、一般診療所45.9%となっています。

(地域医療連携ネットワーク「とちまるネット」・「どこでも連絡帳」の状況)

平成25(2013)年度から効率的で質の高い医療提供体制の構築を進めるため、地域医療連携ネットワーク「とちまるネット」及び「どこでも連絡帳」の普及を進めています。

令和4年10月11日の医療DX推進本部設置の閣議決定に伴い、「全国医療情報プラットフォームの創設」、「電子カルテ情報の標準化等」及び「診療報酬改定DX」の取組を行政と関係業界が一丸となって進めることになっていることから、新たなシステムとの連携が求められています。

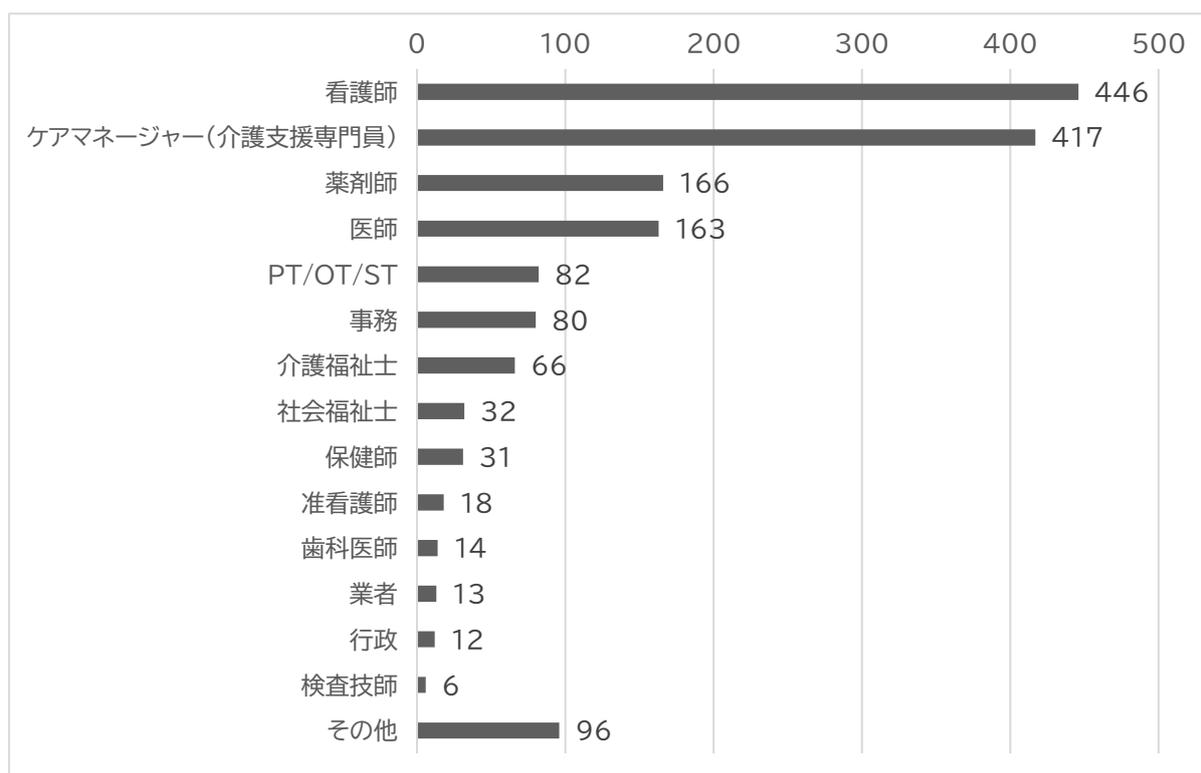
図表 4-5-2:とちまるネット参加施設数及び患者同意書取得数の推移(単位:件)



【出典:栃木県医師会調べ】

¹¹ Information and Communication Technology の略。情報通信技術のこと。

図表 4-5-3:どこでも連絡帳職種別登録者数(単位:人)



【出典: 栃木県医師会調べ((令和5(2023)3月)時点)】

(特定健康診査・特定保健指導における特定健康診査等結果データ等の活用状況)

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。

(国保データベースシステムの活用状況)

平成26(2014)年度に導入された国保データベースシステムにより、市町では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)年度に国保保険者となったことから国保データベースシステムを導入し、市町村国保とともに地域の課題を明らかにし、健康づくりの推進に向けて認識を共有しています。

【主な施策】

- ・医師会等の関係機関との連携による「とちまるネット」及び「どこでも連絡帳」への参加促進
- ・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の健診データのさらなる活用促進
- ・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推進
- ・既存の地域医療連携ネットワークと国全体で進められる医療 DX の連携

第5章 5疾病・6事業及び在宅医療の医療連携体制

第1節 がん

1 現状と課題

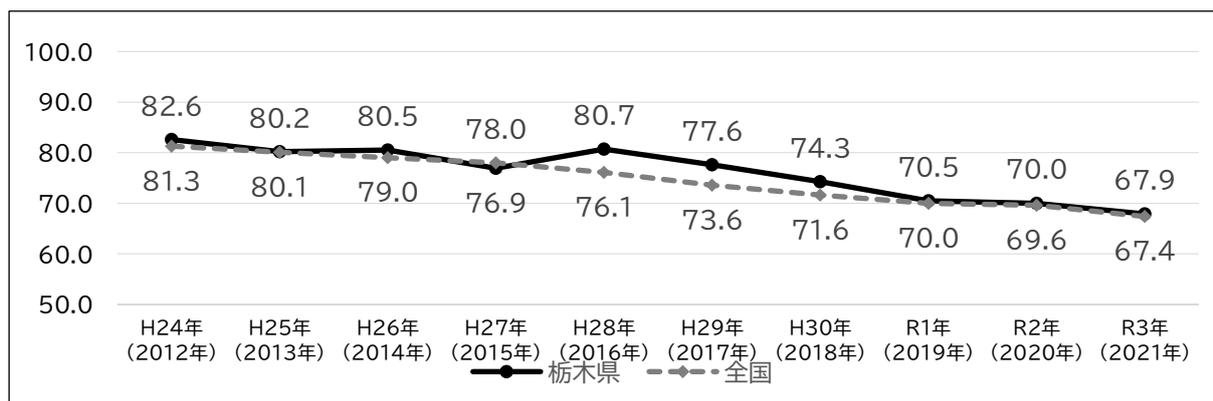
(1)がんの患者数及び死亡の状況

令和3(2021)年1年間の新規入院患者数等は72,527人、延べ外来患者数は795,775人となっており、増加傾向です。(機能別医療機関現況調査 令和4(2022)年)

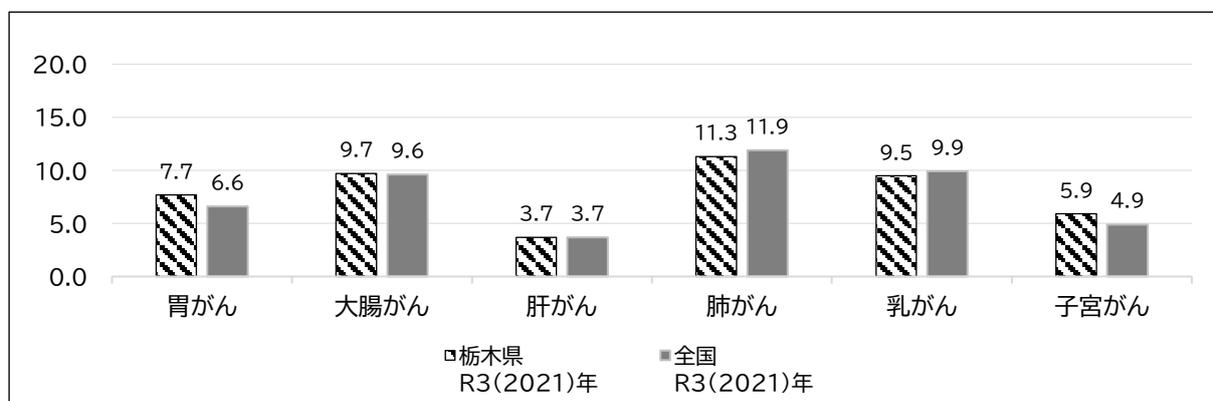
令和3(2021)年のがんの75歳未満年齢調整死亡率(10万人対)は67.9(男性:82.4、女性:53.6)となっています。(国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計(2021年)」)

主ながん種別(大腸、胃、肺、肝、乳、子宮)の割合は、全国と比較しても大きく変わらない状況です。(「栃木県のがん2019(令和元年)」)

図表 5-1-1:がんの75歳未満年齢調整死亡率(全がん・男女計)
(単位:人口10万対)



図表 5-1-2:がんの75歳未満年齢調整死亡率(がん種別・男女計)
(単位:人口10万対)

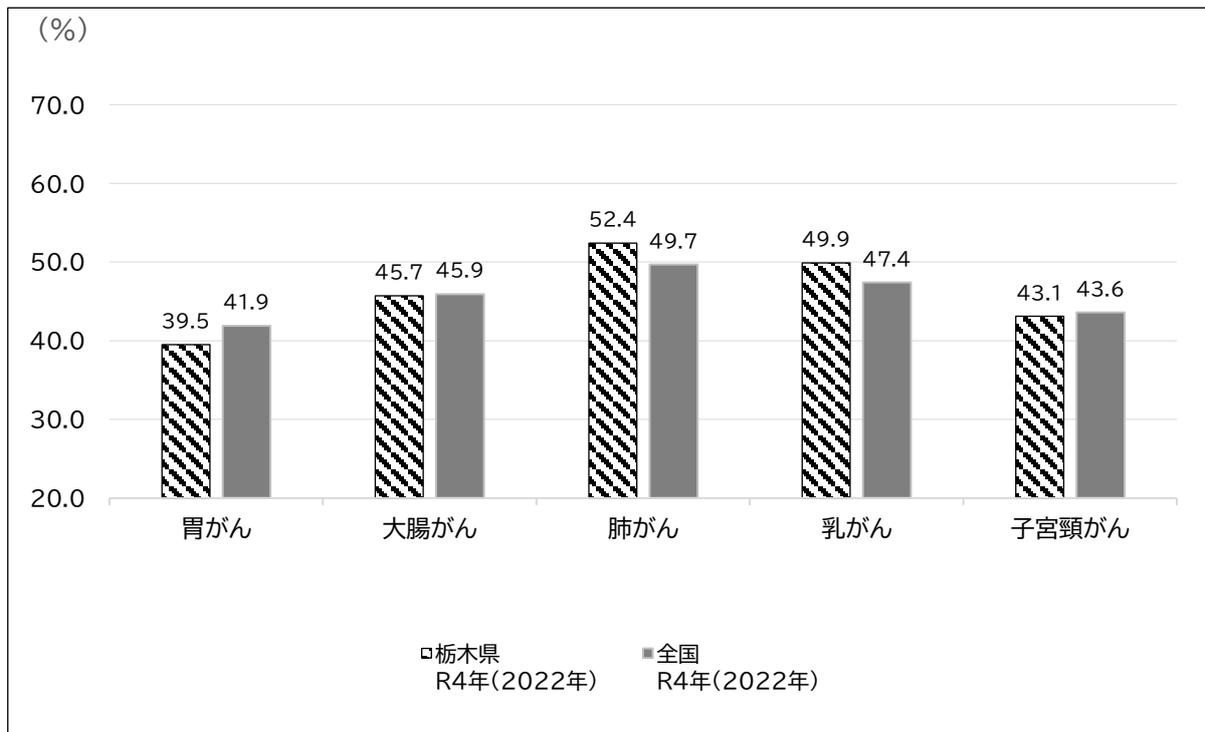


(2) 生活習慣等の状況

肺がん、乳がんの検診受診率は全国値よりも高く、大腸がんはほぼ同水準、胃がん、子宮頸がんについては全国値を下回っています。

各がんの検診受診率は前計画の目標値に達しておらず、引き続き、受診促進を図ることが必要です。（「国民生活基礎調査令和4(2022)年」）

図表 5-1-2:県内におけるがん検診受診率(男女計)(単位:%)



【出典：県民健康・栄養調査(2022年速報値)】

(3) 医療の状況

二次保健医療圏毎に、専門的ながん医療の提供等を行う医療機関として「がん診療連携拠点病院」又は「地域がん診療病院」が合計8施設あり、さらに、拠点病院等と連携してがんの専門診療等を行う「栃木県がん治療中核病院」が合計11施設あります。

また、保健医療計画では上記19施設のほか、一定の要件(〇〇頁参照)を満たした医療機関(前計画では22施設)について、がん診療機能を担う医療機関として認定しています。

がんゲノム医療を提供する機能を有する医療機関として「がんゲノム医療連携病院」が、合計4施設あります。

小児がんへの質の高い医療及び支援を提供するため、「小児がん連携病院」が合計2施設あります。

2 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。

図表 5-1-3: 県内におけるがん診療提供体制(専門診療)



- ・がんゲノム医療連携病院: 栃木県立がんセンター、済生会宇都宮病院、自治医科大学附属病院、獨協医科大学病院
- ・小児がん連携病院: 自治医科大学附属病院、獨協医科大学病院

3 分野アウトカム(目指す姿)-(A)

- (1) がんによる死亡率が減少している。
- (2) 全てのがん患者の苦痛の軽減及び療養生活の質が維持向上している。
- (3) がんになっても安心して暮らすことが出来る社会が構築されている。

4 中間アウトカム(分野アウトカム達成に必要な状態)-(B)

(1) がんの予防及び早期発見

がんの予防及び早期発見に向けた取組を実施します。

施策-(C)	
①	たばこ対策に関する効果的な普及啓発の実施
②	生活習慣（運動、食事、飲酒）の改善に関する効果的な普及啓発の実施
③	肝炎に関する普及啓発、ウイルス検査陽性者へのフォローアップ・治療の推進
④	子宮頸がん及び HPV ¹² ワクチン接種に関する県民の理解の促進
⑤	がん検診の受診率・精検受診率向上に向けた取組の実施
⑥	がん検診の職域における取組の促進
⑦	がん検診の精度管理における取組の促進

(2) がん医療の充実

がん医療の充実に向けた取組を実施します。

施策-(C)	
⑧	地域の実情に応じたがん医療の均てん化・集約化の推進
⑨	拠点病院と地域の医療機関等との役割分担と連携強化の推進
⑩	がんゲノム・小児・AYA 世代のがん、希少がん・難治性がん等の医療体制の整備
⑪	緩和ケアにおける地域連携の促進及び提供体制の整備
⑫	がん医療に係る人材の確保及び育成等

(3) がん患者やその家族を支える環境整備

がん患者やその家族を支える環境整備に向けた取組を実施します。

施策-(C)	
⑬	相談支援体制の充実
⑭	がん患者の就労支援
⑮	自殺リスクに対する相談体制の整備やがんの正しい理解への普及啓発
⑯	小児・AYA 世代のがん患者支援の充実
⑰	小児・AYA 世代のがん医療提供体制の充実
⑱	小児・AYA 世代のがん患者の保育環境・教育環境の充実
⑲	高齢がん患者とその家族等の療養生活を支えるための体制整備
⑳	学校におけるがん教育を推進するための環境整備

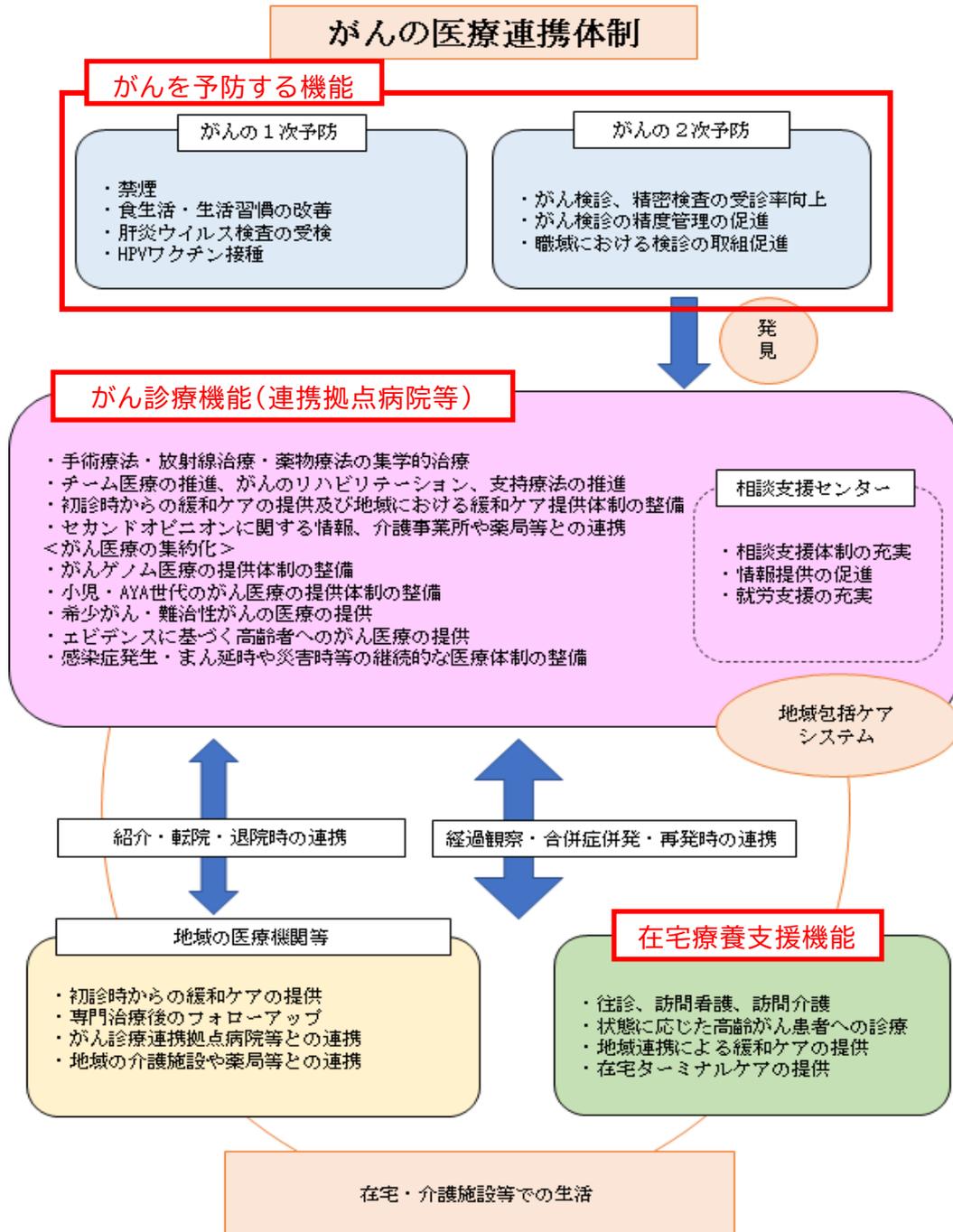
5 医療連携体制図

「3. 分野アウトカム(目指す姿)」を踏まえ、以下のとおり連携体制の構築を図ります。

(各医療機能の詳細については、別冊「5 疾病・6 事業及び在宅医療等における医療機能別の各医療機関等に求められる事項」を参照ください。)

¹² HPV:ヒトパピローマウイルス

図表 5-1-4:がん医療に係る医療連携体制図



6 指標と数値目標

分野アウトカム(目指す姿)-(A)

No.	項目名	指標名	現状値	目標値
1	がんによる死亡率の減少	がんの75歳未満年齢調整死亡率	全がん 67.9 胃 7.7 大腸 9.7 肝 3.7 肺 11.3 乳 9.5 子宮 5.9 (令和3年(2021)年)	減少
		5年相対生存率	全がん 63.9% 胃 62.7% 大腸 68.0% 肝 33.0% 肺 32.6% 乳 93.6% 子宮 79.3% (平成21(2009)–23(2011)年)	上昇
2	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	身体的な苦痛を抱えるがん患者の割合 ※思わないと回答した割合	60.8% (平成30(2018)年)	上昇
		精神的な苦痛を抱えるがん患者の割合 ※思わないと回答した割合	65.1% (平成30(2018)年)	上昇
3	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	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合	81.0% (平成30(2018)年)	上昇

中間アウトカム(分野アウトカム達成に必要な状態)-(B)

No.	項目名	指標名	現状値	目標値
1	がんの予防及び早期発見	がん罹患率(人口10万対)	全がん 377.5 胃 41.9 大腸 57.6 肝 12.1 肺 39.5 乳 100.0 子宮 33.9 (平成31(2019)年)	減少
		早期がん割合(全国がん登録:進展度・総合、上皮内と限局)	全がん 52.9% 胃 56.2% 大腸 58.5% 肝 63.3% 肺 33.4% 乳 64.5% 子宮 78.3% (平成31(2019)年)	上昇
2	がん医療の充実	がんの診断・治療に対するがん患者の総合的評価 ※10点を満点とする評価	8.0点 (平成30(2018)年)	上昇
		納得のいく治療を選択できたと思うがん患者の割合	75.8% (平成30(2018)年)	上昇
		院内がん登録数	12,049件 (令和3(2021)年)	
		手術件数	9,353件 (令和3(2021)年)	
		薬物療法患者数	19,039件 (令和3(2021)年)	
		放射線治療患者数	3,083件 (令和3(2021)年)	

		緩和ケアチーム新規患者数	1,128 件 (令和3(2021)年)	
3	がん患者やその家族を支える環境整備	家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感じているがん患者・家族の割合	42.7% (平成30(2018)年)	上昇
		がんやがん治療に伴う身体の苦痛や気持ちのつらさにより、日常生活を送る上で困っていることがない人	68.9% (平成30(2018)年)	上昇

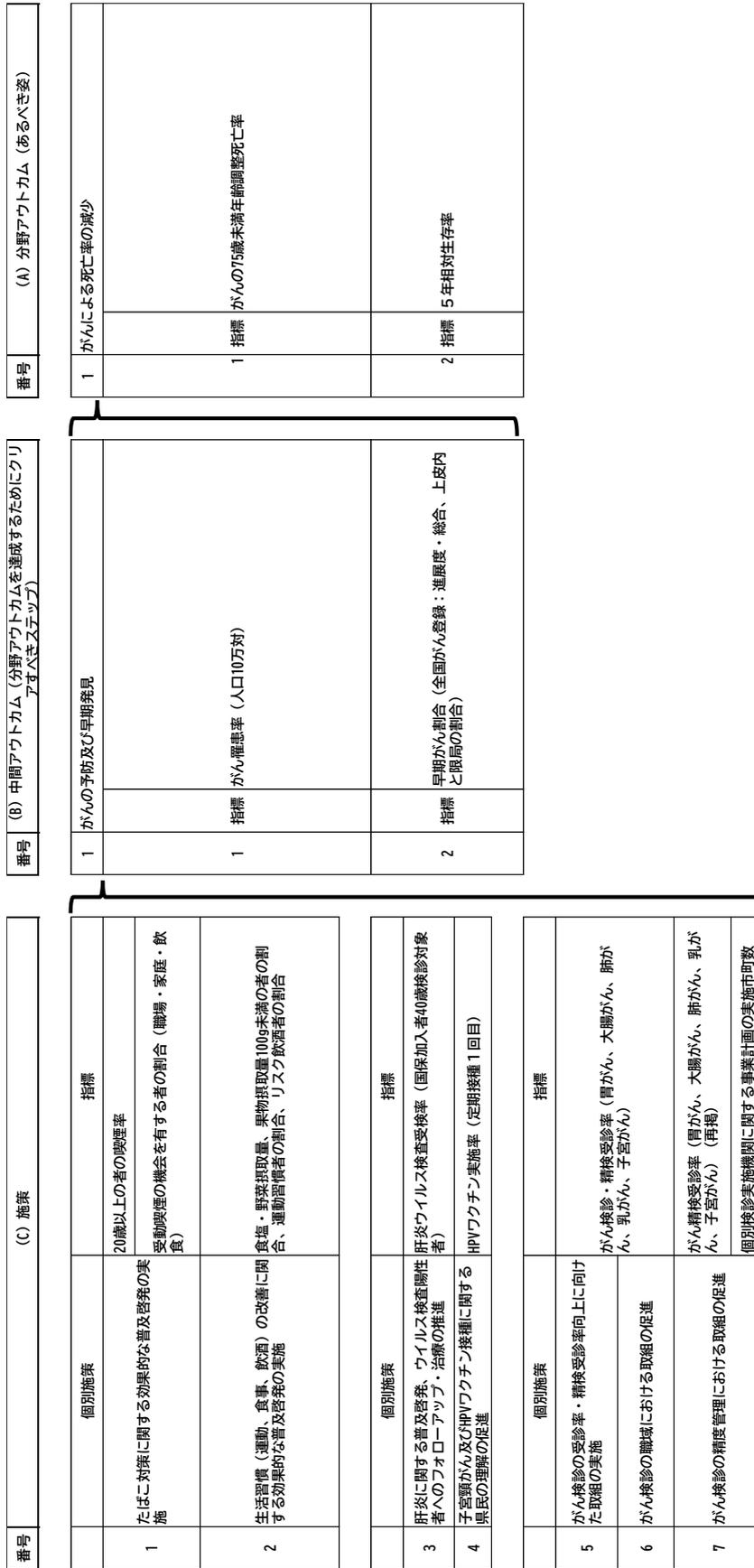
施策-(C)

No.	項目名	指標名	直近値
1	たばこ対策に関する効果的な普及啓発の実施	20歳以上の者の喫煙率	17.6% (令和4(2022)年)
		受動喫煙の機会を有する者の割合(職場・家庭・飲食)	職場 16.0% 家庭 6.2% 飲食店 10.0% (令和4(2022)年)
2	生活習慣(運動、食事、飲酒)の改善に関する効果的な普及啓発の実施	食塩・野菜摂取量、果物摂取量100g未満の者の割合、運動習慣者の割合、リスク飲酒者の割合	食塩 9.7g/日 野菜 292.8g/日 果物 63.5% 運動習慣者(20-64,65-) 男 21.3%, 54.7% 女 19.4%, 44.5% リスク飲酒者(20-) 男 15.3% 女 9.4% (令和4(2022)年)
3	肝炎に関する普及啓発、ウイルス検査陽性者へのフォローアップ・治療の推進	肝炎ウイルス検査受検率(国保加入者40歳検診対象者)	13.8%(B型) 14.0%(C型) (令和3(2021)年)
4	子宮頸がん及びHPVワクチン接種に関する県民の理解の促進	HPVワクチン実施率	38.7% (令和3(2021)年)
5	がん検診の受診率・精密検査受診率向上に向けた取組	がん検診・精密検査受診率(胃、大腸、肺、乳、子宮頸)	がん検診受診率 胃 39.5% 大腸 45.7% 肺 52.4% 乳 49.9% 子宮頸 43.1% (令和4(2022)年)
6	がん検診の職域における取組の促進		精密検査受診率 胃 86.2% 大腸 68.9% 肺 85.1% 乳 91.9% 子宮頸 86.5% (令和2(2020)年)
7	がん検診の精度管理における取組の促進		
8	地域の実情に応じたがん医療の均てん化・集約化	がん拠点病院の診療実績(①院内がん登録数②手術件数③薬物療法患者数④放射線治療患者数⑤緩和ケアチーム新規患者数)	①12,049件 ② 9,353件 ③19,039人 ④ 3,083人
9	拠点病院と地域の医療		

	機関等との役割分担と連携強化の推進		⑤ 1,128人 (令和3(2021)年)
10	がんゲノム医療・小児・AYAがん医療、希少がん・難治性がん等の医療体制の整備	小児がん診療実績(①年間入院患者延べ数②外来患者延べ数③他施設から受け入れた患者数④患者の紹介を受けた医療機関数)	①196人②5,151人 ③38人 ④32機関 (令和3(2021)年)
		希少がん症例数	177件 (令和4(2022)年)
11	緩和ケアにおける地域連携の促進及び提供体制の整備	拠点病院等の緩和ケアチーム新規患者数	1,128人 (令和4(2022)年)
		身体の苦痛や気持ちのつらさを和らげる支援は十分であると思う患者の割合等	37.3% (平成30(2018)年)
		緩和ケア外来への地域の医療機関からの年間新規紹介患者数	55人 (令和3(2021)年)
		緩和ケアに関する地域連携を推進するために、地域の施設が開催する多職種連携カンファレンスに参加した年間回数	38回 (令和3(2021)年)
		自施設でがん診療を受けている緩和ケア外来患者の年間新規診療患者数	625人 (令和3(2021)年)
12	がん医療に係る人材の確保及び育成等	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)	300人 (令和4(2022)年)
		各医療資格者数 (令和4(2022)年)	
		がん治療認定医数	236人
		がん看護専門看護師数	16人
		放射線治療専門医数	18人
		がん放射線療法看護認定看護師数	6人
		放射線治療専門放射線技師数	27人
		がん薬物療法専門医数	10人
		がん薬物療法認定薬剤師数	16人
		がん化学療法看護認定看護師数	15人
		緩和医療認定医数	15人
		緩和薬物療法認定薬剤師数	11人
		緩和ケア認定看護師数	27人
		がん性疼痛看護認定看護師数	7人
		緩和ケア研修会修了者数(医師・歯科医師)	2,928人
	がん相談支援センター相談員指導者研修会修了者数	15人	
13	相談支援体制の充実	がんと診断されてから病気や療養生活について相談できたと感じるがん患者の割合	92.2% (平成30(2018)年)
		がん相談支援センターでの自施設・他施設からの新規相談件数	5,103件 (令和3(2021)年)
		相談員研修を受講したがん相談支援センターの相談員の数	121人 (令和3(2021)年)
		ピアサポーター養成数	令和6から登録
		患者サロン開催数	28回 (令和3(2021)年)
14	がん患者の就労支援	がんの治療等のために通院しながら	25.0%

		ら働き続けられる環境にあると思う県民の割合	(令和4(2022)年)
		がんと診断後も仕事を継続していたがん患者の割合	40.1% (平成30(2018)年)
		拠点病院等のがん相談支援センターにおける就労に関する相談件数	401件 (令和3(2021)年)
15	自殺リスクに対する相談体制の整備やがんの正しい理解への普及啓発	精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の割合 ※思わないと回答した割合	65.1% (令和3(2021)年)
		がんと診断されてから周囲に不必要に気を遣われていると感じる割合	16.8% (平成30(2018)年)
16	小児・AYA世代のがん患者支援の充実	妊孕性温存療法・温存後生殖補助医療費助成件数	19件 (令和4(2022)年)
		アピアランスケア助成件数	849件 (令和4(2022)年)
		在宅ターミナルケア実施市町数・助成人数	4市・15人 (令和4(2022)年)
		妊孕性温存療法実施指定医療機関数	3機関 (令和4(2022)年)
		ピアサポーター養成数	※令和6年から登録のため数値なし
		患者サロン開催数	28回 (令和3(2021)年)
17	小児・AYA世代のがん医療提供体制の充実	小児がん診療実績(①年間入院患者延べ数②外来患者延べ数③他施設から受け入れた患者数④患者の紹介を受けた医療機関数)	①196人②5,151人 ③38人 ④32機関 (令和3(2021)年)
18	小児・AYA世代のがん患者の保育環境・教育環境の充実	入院中の小・中・高校生に対する学習支援延べ件数	106件 (令和4(2022)年)
19	高齢がん患者とその家族等の療養生活を支えるための体制整備	人生会議(ACP)に係る認知度	21.4% (令和4(2022)年)
20	学校におけるがん教育を推進するための環境整備	がんについての認知度(治療法等)	69.8% (令和4(2022)年)

7 施策・指標体系図(ロジックモデル)



番号	個別施策	指標
8	地域の実情に応じたがん医療の均てん化・集約化	がん拠点病院の診療実績（①院内がん登録数、②手術件数、③薬物療法患者数、④放射線治療患者数、⑤緩和ケアチーム新規患者数、⑥医療過診患者数）
9	拠点病院と地域の医療機関等との役割分担と連携強化の推進	
10	がんがん医療・小児・N/Aがん医療、希少がん・難治性がん等の医療体制の整備	①年間入院小児がん患者延べ数、②外来小児がん患者延べ数、③他施設から受け入れた小児がん患者数、④小児がん患者の紹介を受けた医療機関数 希少がん症例数
11	緩和ケアにおける地域連携の促進及び提供体制の整備	拠点病院等の緩和ケアチーム新規患者数 身体的苦痛や気持ちのつらさを和らげる支援は十分であると認める患者の割合等 緩和ケア外来への地域の医療機関からの年間新規紹介患者数 緩和ケアに関する地域連携を推進するために、地域の施設が開催する他職種連携カンファレンスに参加した年間回数 自施設でがん診療を受けている緩和ケア外来患者の年間新規診療患者数 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） 県内のがん等に関する医療従事者数（がん治療認定医等）
12	がん医療に係る人材の確保及び育成等	

番号 (B) 中間アウトカム（分野アウトカムを達成するためにクリアすべきステップ）

番号	がん医療の充実
1	がんの診断・治療に対するがん患者の総合的評価 ※1点を満点とする評価
2	納得のいく治療を選択できたと思うがん患者の割合
3	院内がん登録数
4	手術件数
5	薬物療法患者数
6	放射線治療患者数
7	緩和ケアチーム新規患者数

番号 (A) 分野アウトカム（あるべき姿）

2	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
1	身体的な苦痛を抱えるがん患者の割合 ※「思わない」と回答した割合
2	精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の割合 ※「思わない」と回答した割合

番号	施策	個別施策	指標
13	相談支援体制の充実	がんと診断されたから病氣や療養生活について相談できたと感じるがん患者の割合 がん相談支援センターでの自施設・他施設からの新規相談件数 相談員研修を受講したがん相談支援センターの相談員の数 ピアサポーター養成数	がん患者やその家族を支える環境整備 1 指標 家族の悩みや負担を相談できる支援が十分であると感 2 指標 がんやがん治療に伴う身体の不調や気持ちのつらさ 3 指標 より、日常生活を送る上で困っていることがない人
14	がん患者の就労支援	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える県民の割合 がんと診断後も仕事を継続していたがん患者の割合 拠点病院等のがん相談支援センターにおける就労に 関する相談件数	がんになっても安心して暮らすことができる社会の構 1 指標 現在自分らしい日常生活を送れていると感じる 2 指標 がん患者の割合
15	自察リスクに対する相談体制の整備やがんの正しい理解への普及啓発	妊産性温存療法・温存後生殖補助医療費助成件数 アピアランスケア助成件数 在宅ターミナルケア実施市町村数・助成人数 妊産性温存療法実施指定医療機関数 ピアサポーター養成数（再掲） 患者サロン開催数（再掲）	
16	小児・AYA世代のがん患者支援の充実	年間入院小児がん患者延べ数、②外来小児がん患者延べ数、③他施設から受け入れた小児がん患者数、④小児がん患者の紹介を受けた医療機関数（再掲）	
17	小児・AYA世代のがん医療提供体制の充実	入院中の小・中・高校生に対する学習支援延べ件数 人生会議（ACP）に係る認知度 がんについての認知度（治療法等）	
18	小児・AYA世代のがん患者の保育環境・教育環境の充実		
19	高齢がん患者とその家族等の療養生活を支えるための体制整備		
20	学校におけるがん教育を推進するための環境整備		

(B) 中間アウトカム（分野アウトカムを達成するためにクリ
アなべきステップ）

番号	分野アウトカム（あるべき姿）
3	がんになっても安心して暮らすことができる社会の構 1 指標 現在自分らしい日常生活を送れていると感じる 2 指標 がん患者の割合

(C) 施策

第2節 脳卒中

1 現状と課題

(1) 罹患の状況

令和2(2020)年患者調査では、県内の総患者数は、脳血管疾患が 15 千人となっています。

図表 5-2-1:脳血管疾患の総患者数(単位:千人)

	平成 20 年 (2008 年)	平成 23 年 (2011 年)	平成 26 年 (2014 年)	平成 29 年 ¹³ (2017 年)	令和2年* (2020 年)
脳血管疾患	19	19	15	21	15

【出典:厚生労働省「患者調査」】

(2) 死亡の状況

年齢調整死亡率の基準人口は、平成 27(2015)年までは、昭和 60(1985)年モデル人口を使用してきましたが、令和2(2020)年では、高齢化を反映した平成 27(2015)年モデル人口に改訂し、昭和 55(1980)年から平成 27 年(2015)までさかのぼって計算しています。グラフは、今まで採用していた昭和 60 年モデル人口と平成 27 年モデル人口の両方を反映しています。

令和2(2020)年人口動態統計では、脳血管疾患の人口 10 万人当たりの年齢調整死亡率は、男性が 119.7、女性が 74.5 となっています。男女とも一貫して減少していますが、全国値より高い状況が続いています。

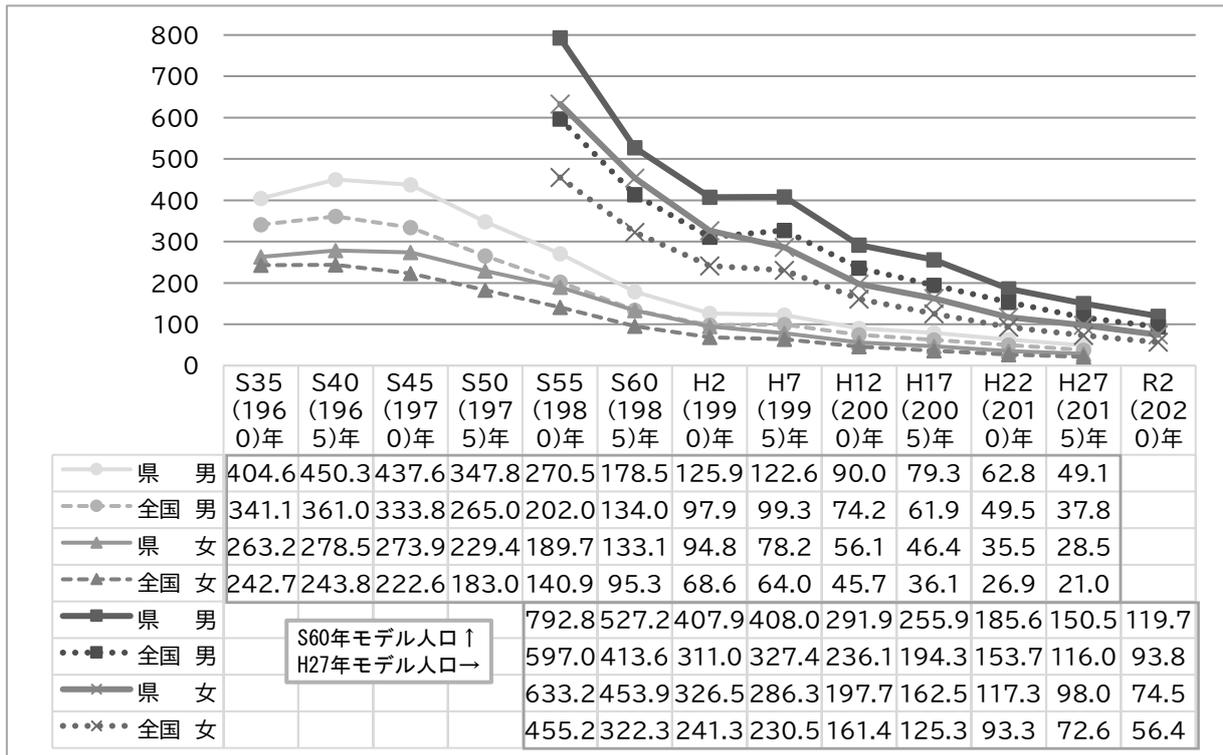
脳血管疾患のうち、脳梗塞の人口 10 万人当たりの年齢調整死亡率は、男性が 61.8、女性が 36.8 となっています。男女ともに減少傾向となっていますが、全国値より高い状況が続いています。

脳血管疾患のうち、脳内出血の人口 10 万人当たりの年齢調整死亡率は、男性が 46.8、女性が 24.0 となっています。男女とも減少傾向となっていますが、全国値より特に高い状況が続いています。

脳血管疾患のうち、くも膜下出血の人口 10 万人当たりの年齢調整死亡率は、男性が 8.4、女性が 12.0 となっています。平成 17(2005)年以降、男女とも減少してきており、全国値より低い状況が続いています。

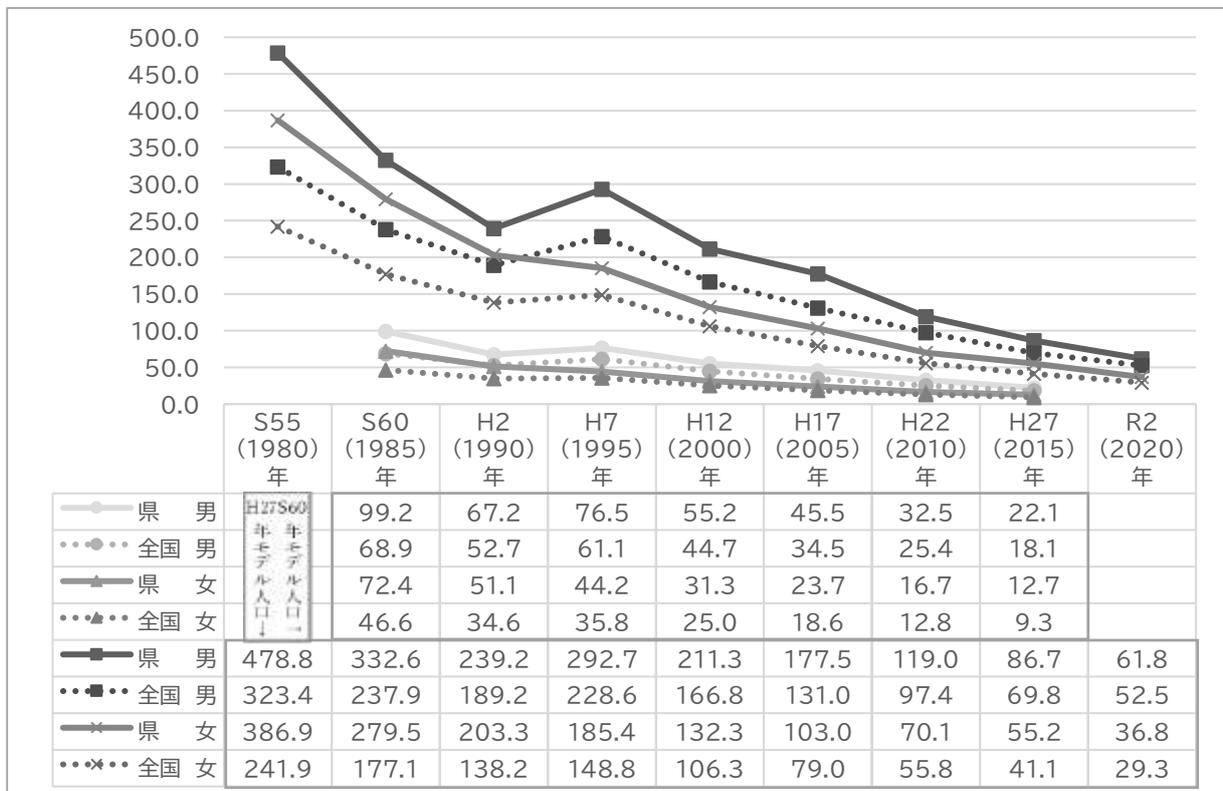
¹³ ※令和 2(2020)年から患者調査の算出方法が変更となっている。

図表 5-2-2:脳血管疾患の年齢調整死亡率の推移(単位:10 万対)



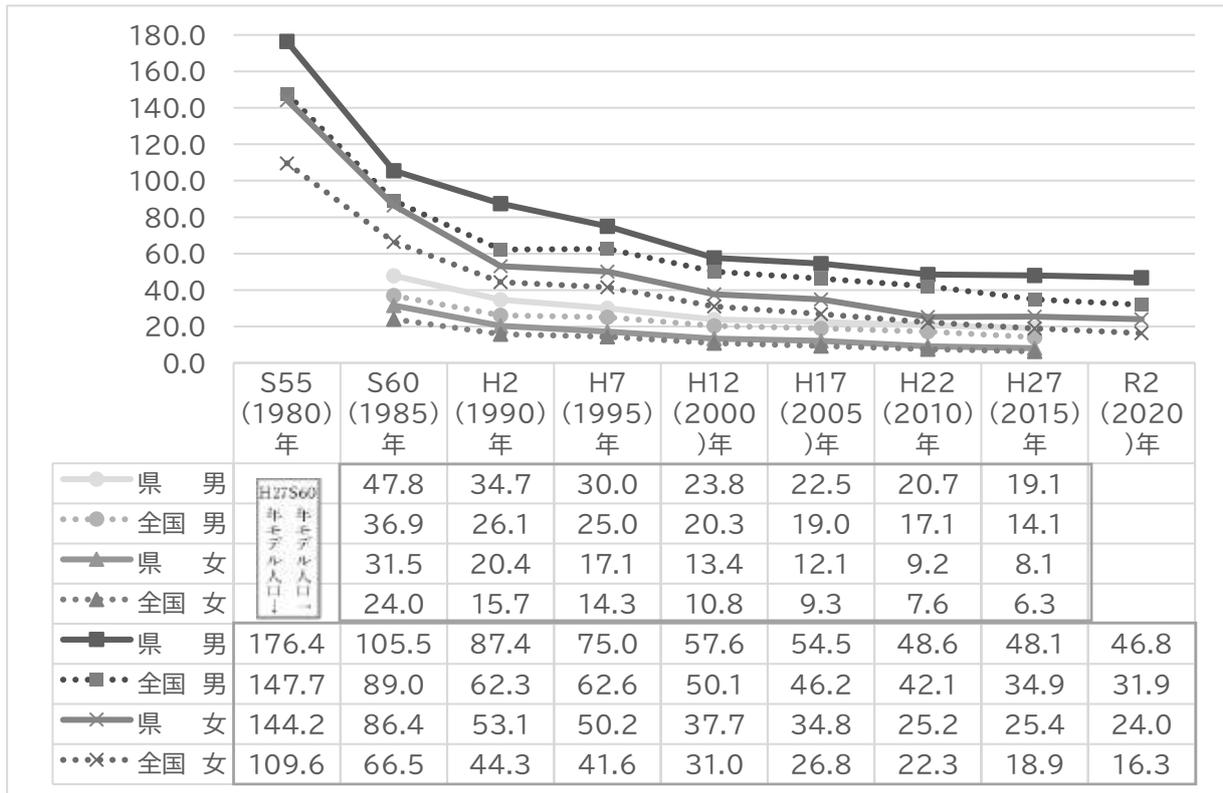
【出典:厚生労働省「人口動態統計」】

図表 5-2-3:脳梗塞の年齢調整死亡率の推移(単位:人口10 万対)



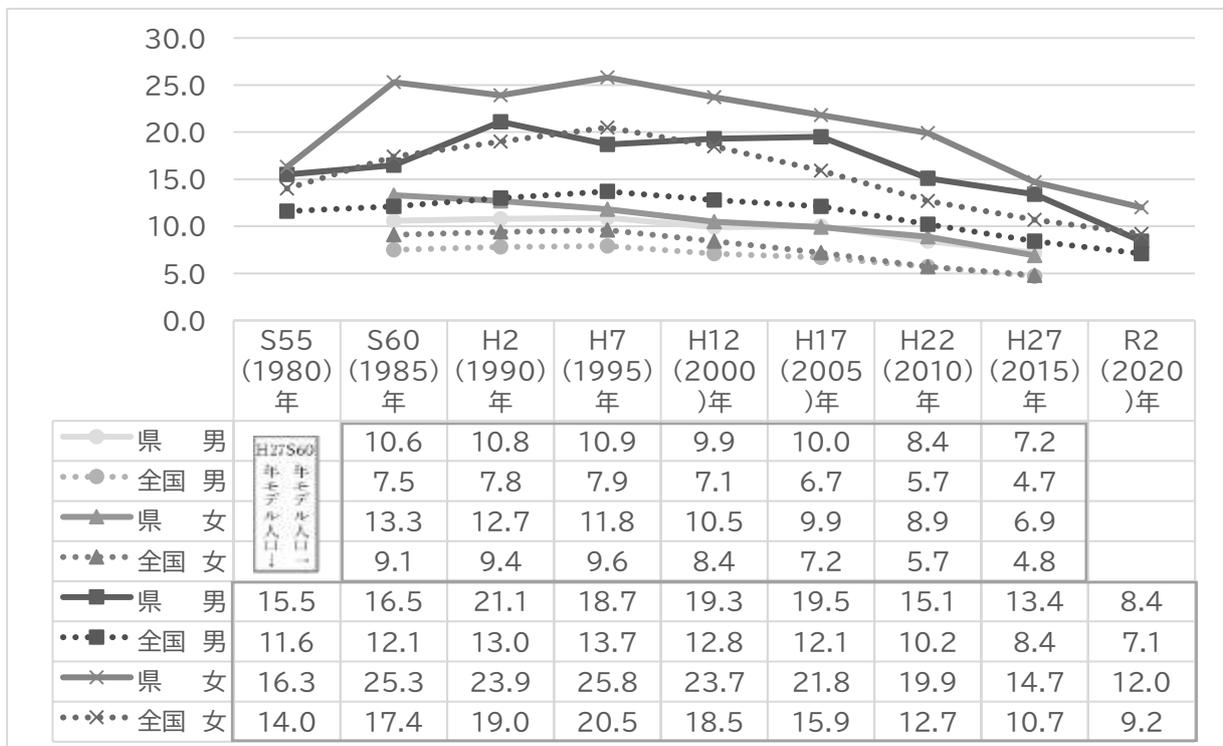
【出典:厚生労働省「人口動態統計」】

図表 5-2-4:脳内出血の年齢調整死亡率の推移(単位:人口10万対)



【出典:厚生労働省「人口動態統計」】

図表 5-2-5:くも膜下出血の年齢調整死亡率の推移(単位:人口10万対)



【出典:厚生労働省「人口動態統計」】

(3) 救急搬送の状況

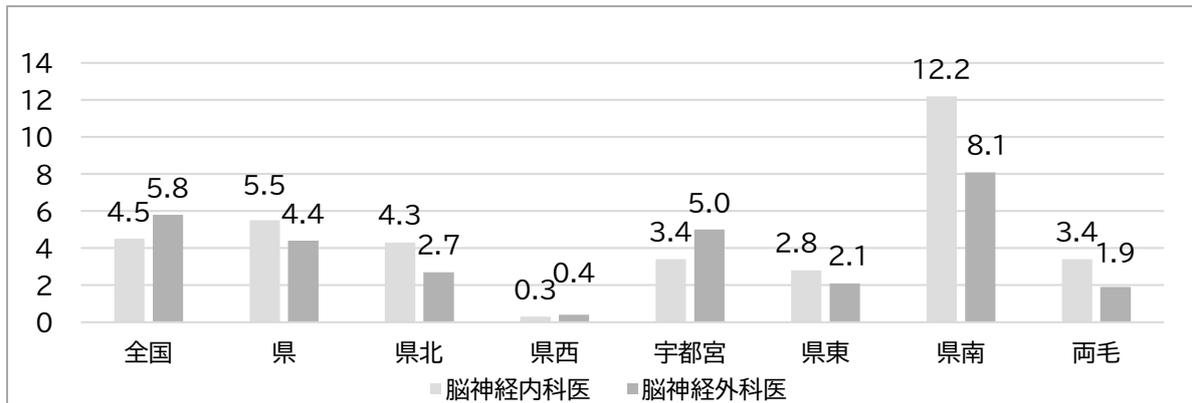
令和4(2022)年の栃木県脳卒中発症登録に占める脳卒中発症後3時間以内に受診した患者の割合は、38.3%で平成30(2018)年と比較すると2.6%増加しています。(栃木県「栃木県脳卒中発症登録」)

(4) 急性期医療の状況

脳卒中の急性期医療を担う医療機関の数は、地域によって差があることから、地域の医療資源の実情を踏まえ、二次保健医療圏内及び二次保健医療圏を超えた医療機関の連携により、発症早期に適切な急性期医療を提供できる体制の整備が求められています。

令和2(2020)年の県内の脳神経内科医数は人口10万人当たり5.5人であり、全国値(4.5人)を上回っています。また、県内の脳神経外科医数は人口10万人当たり4.4人であり、全国値(5.8人)を下回っています。ともに、地域によって差があります。(厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」)

図表 5-2-5:脳神経内科医及び脳神経外科医の数(単位:人口10万対)



【出典:厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」】

(5) リハビリテーション実施体制の状況

令和4(2022)年の栃木県脳卒中発症登録に占める脳卒中発症後3日以内にリハビリテーションを実施した患者の割合は80.3%であり、平成30(2018)年と比較して8.6%増加しています。(栃木県「栃木県脳卒中発症登録」)

令和2(2020)年度脳卒中患者に対するリハビリテーション実施件数のSCRは98.6で全国値の100より低くなっています。(内閣府「医療提供状況の地域差」)

(6) 在宅療養及び再発の状況

脳卒中発症後、在宅生活の場に復帰した患者の割合は 57%です。

脳卒中は再発率が高い疾病であり、栃木県脳卒中発症登録に占める再発者の割合は、令和4(2022)年で 23.2%となっています。(栃木県「脳卒中発症登録」)

脳卒中は再発すると重症化しやすく、死亡や重い後遺症のリスクが高くなるため、基礎疾患やその危険因子の徹底した管理・ケア、薬物療法の継続等により、再発を予防することが必要です。

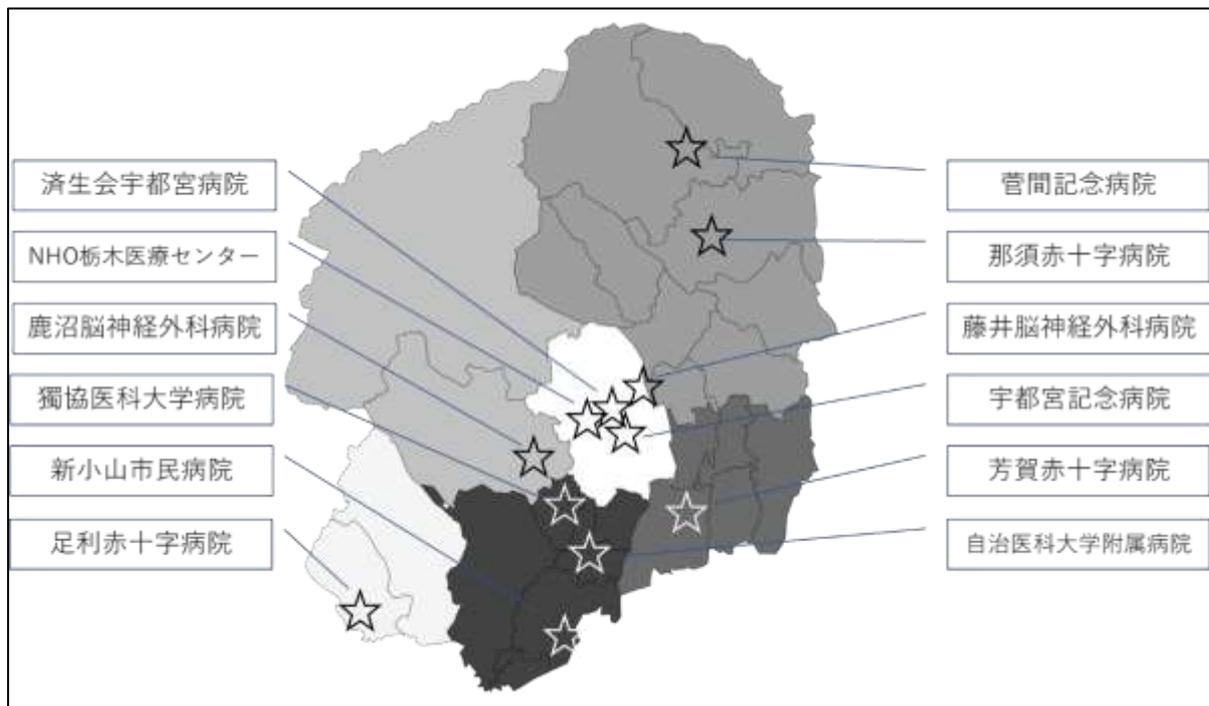
脳卒中で運動麻痺や意識障害が出現すると、嚥下機能が低下し、誤嚥性肺炎等の合併症を起こすリスクが高くなるため、口腔ケア等により予防することが必要です。

2 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。

また、地域医療機関や救急隊からの要請に対して、24 時間 365 日脳卒中患者を受け入れ、急性期脳卒中診療担当医師が、患者搬入後可及的速やかに診療(rt-PA 静注療法を含む)を開始できる施設として日本脳卒中学会が認定する「一次脳卒中センター(PSC)は以下のとおりです。(日本脳卒中学会令和5(2023)年4月時点)

図表 5-2-3:脳卒中学会認定 PSC(一次脳卒中センター)配置図



3 分野アウトカム(目指す姿)-(A)

- (1) 脳卒中による年齢調整死亡率が減少している。
- (2) 脳卒中の患者が自分らしい生活ができる。

4 中間アウトカム(分野アウトカム達成に必要な状態)-(B)

(1) 脳卒中の発症及び再発予防

脳卒中を予防するために、生活習慣の改善や、血圧管理、心房細動の早期発見に努めます。また、再発重症化のための関係者の資質向上に取り組みます。

施策-(C)	
①	生活習慣の改善に係る啓発
②	子どもの頃からの循環器病等に関する知識の啓発
③	家庭血圧測定の普及や正しい測り方の啓発
④	心房細動の早期発見に係る情報発信
⑤	様々な媒体の活用や医療機関等との連携による普及啓発
⑥	ヒートショックの注意喚起
⑦	再発・重症化予防のための、かかりつけ医等の機能強化・資質向上
⑧	心房細動の早期発見及び適切な抗凝固療法の実施を促進するための、多職種連携及び地域連携の促進、医療従事者の資質向上。

(2) 患者が早期に疾患に応じた専門的な治療が可能な医療機関に到着することができる体制の構築

脳卒中が疑われる傷病者が迅速かつ的確に搬送されるよう、脳卒中の初期症状の早期発見の重要性を啓発するとともに、消防機関や医療機関と連携し病院前救護体制及び救急搬送体制の強化に取り組みます。

(発症時の対応に関する啓発)

施策-(C)	
①	脳卒中の初期症状の早期発見や早期対応の重要性の情報発信

(専門医療機関への速やかな搬送体制の整備)

施策-(C)	
①	病院前救護体制及び救急搬送体制の強化
②	循環器病の救急診療や搬送困難事例の状況把握
③	地域の実情に応じた医療提供・連携体制及び救急搬送体制の検討
④	救急隊員の資質向上及び研修機会の確保
⑤	必要に応じた「栃木県傷病者搬送・受入実施基準」の観察基準等の精査

(3) 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診療が受けられる体制の構築

患者の来院後速やかに初期診療を開始するとともに、地域の実情や疾患に応じた専門的な治療が受けられるように医療体制の構築を推進します。また、rt-PA療法が受けられる医療体制を構築するため、デジタル技術の活用等に

よる効率的な医療連携を普及し、病期に応じた切れ目ない医療を提供する体制の構築を推進します。

(専門的医療提供体制の構築)

施策-(C)	
①	病期に応じた切れ目ない医療提供体制の構築
②	デジタル技術の活用等や、医師等の確保・育成による医療体制の整備
③	小児期・若年期の循環器病の、移行医療支援、療養生活に係る情報提供・相談支援等のあり方について検討

(4) 患者が入院時から在宅へ復帰までの継続したリハビリテーションが受けられる体制の構築

各期のリハビリテーション等が適切に提供される体制の整備を推進するため、リハビリテーションに係わる医療従事者の資質向上・多職種連携を促進します。

(専門医療スタッフによりリハビリテーションが実施できる体制の構築)

施策-(C)	
①	リハビリテーションに係わる医療従事者の資質向上・多職種連携の促進

(5) 日常生活への復帰、生活機能の維持・向上のための治療及びリハビリテーションを受けることができる体制の構築

基礎疾患やその危険因子の管理の重要性について啓発し、在宅療養支援を担う看護師、かかりつけ医等の資質向上に係る取組を推進します。また、在宅療養支援ガイドブックの活用を促進し、在宅療養支援体制整備を行います。

(自宅等で、生活機能の維持・向上のためのリハビリテーション、療養支援が受けられる体制の構築)

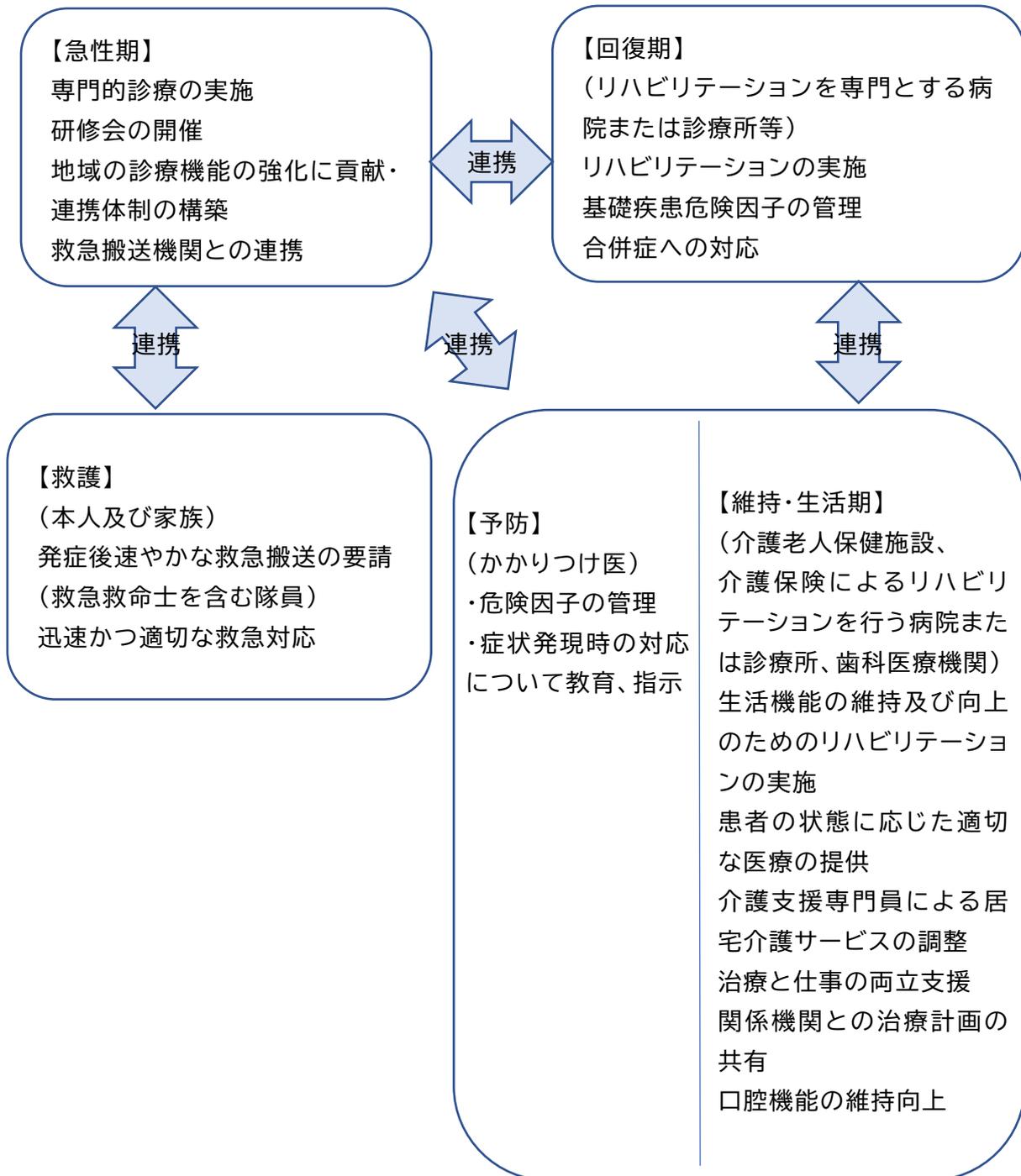
施策-(C)	
①	(再掲)再発・重症化予防のための、かかりつけ医等の機能強化・資質向上
②	在宅療養支援を担う看護師等を対象とした研修会の実施
③	在宅療養支援ガイドブックの活用促進
④	(再掲)心房細動の早期発見及び適切な抗凝固療法の実施を促進するための、多職種連携及び地域連携の促進、医療従事者の資質向上
⑤	口腔ケアに関する関係者の資質向上等による誤嚥性肺炎等の合併症の予防推進

5 医療連携体制図

「3. 分野アウトカム(目指す姿)」を踏まえ、以下のとおり連携体制の構築を図ります。

(各医療機能の詳細については、別冊「5 疾病・6 事業及び在宅医療等における医療機能別の各医療機関等に求められる事項」を参照ください。)

図表 5-2-4:脳卒中医療に係る医療連携体制図



6 指標と数値目標

分野アウトカム(目指す姿)-(A)

No.	項目名	指標名	現状値	目標値
1	脳卒中による年齢調整死亡率が減少している	脳血管疾患の年齢調整死亡率(男性)	119.7人 令和2(2020)年	※検討中
		脳血管疾患の年齢調整死亡率(女性)	74.5人 令和2(2020)年	※検討中
		脳梗塞の年齢調整死亡率(男性)	61.8人 令和2(2020)年	※検討中
		脳梗塞の年齢調整死亡率(女性)	52.5人 令和2(2020)年	※検討中
2	脳卒中の患者が自分らしい生活ができる	在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合	57% 令和2(2020)年	65%以上 令和11(2029)年
		脳血管疾患の平均在院日数	76.2日 令和2(2020)年	減少 令和11(2029)年
		退院時機能障害(mRS)が2~5であった患者の割合	60.5% 令和4(2022)年	減少 令和11(2029)年

※ 年齢調整死亡率の基準人口が昭和60年モデル人口から平成27年モデル人口へ変更になったことにより、現状値の数字が大きく変更になったため。

中間アウトカム(分野アウトカム達成に必要な状態)-(B)

No.	項目名	指標名	現状値	目標値
1	脳卒中の発症及び再発予防	脳卒中発症登録に占める再発者の割合	23.2% 令和4(2022)年	20%以下 令和11(2029)年
		収縮期(最高)血圧の平均値	128.9mmHg 令和4(2022)年度	127mmHg以下※ 令和11(2029)年
2	患者が早期に疾患に応じた専門的な治療が可能な医療機関に到着することができる体制の構築	脳卒中発症後3時間以内に受診した患者の割合	38.3% 令和4(2022)年	50%以上 令和11(2029)年
3	患者が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することができる	現場到着から医療機関到着までに要した平均時間	35.2分 令和3(2021)年	検討中 令和11(2029)年
4	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受けられる体制の構築	脳梗塞に対するtPAによる血栓溶解療法の実施件数	県北* 県西* 宇都宮 69 県東* 県南 88 両毛 24 令和3(2021)年度	増加 令和11(2029)年

5	患者が入院時から在宅へ復帰までの継続したりリハビリテーションが受けられる体制の構築	脳卒中発症後3日以内にリハビリテーションを実施した患者の割合	80.3% 令和4(2022)年度	増加 令和11(2029)年
6	日常生活への復帰、生活機能の維持・向上のための治療及びリハビリテーションを受けることができる体制の構築	訪問診療を受けた患者数(1か月あたり)	7,900人 令和3(2021)年度	9,088人 令和11(2029)年

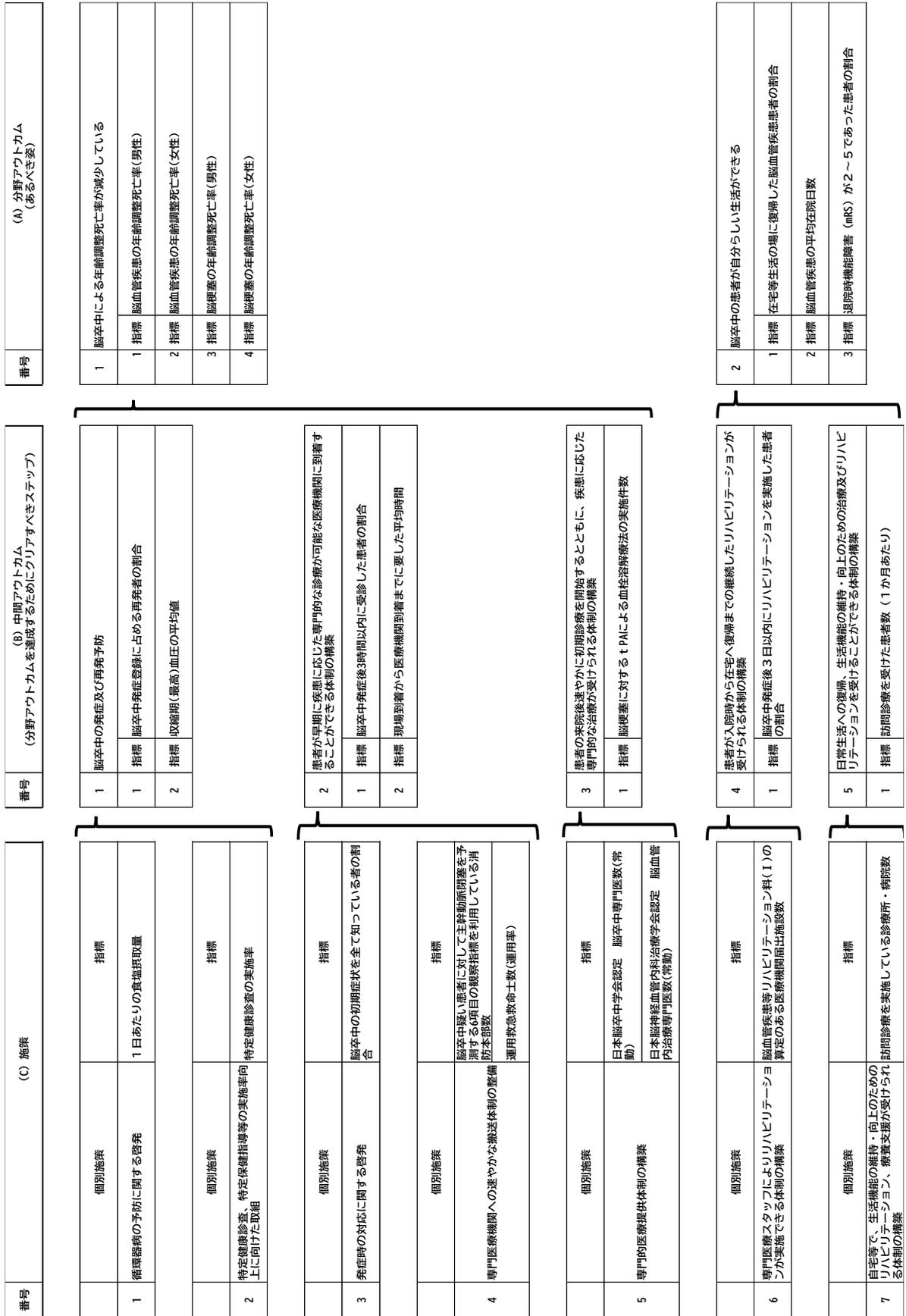
※栃木県健康増進計画(とちぎ健康 21 プラン(2期計画))の目標値

なお、令和7(2025)年度からの次期健康増進計画を踏まえ目標値との調和を図る

施策-(C)

No.	項目名	指標名	現状値
1	循環器病の予防に関する啓発	1日あたりの食塩摂取量	男性 10.7g 女性 8.8g 令和4(2022)年度
2	特定健康診査、特定保健指導等の実施率の向上に向けた取組	特定健康診査の実施率	56.5% 令和3(2021)年度
3	発症時の対応に関する啓発	脳卒中の初期症状を全て知っている者の割合	41.0% 令和4(2022)年度
4	専門医療機関への速やかな搬送体制の整備	脳卒中疑いに対して主幹動脈閉塞を予測する6項目の観察指標を利用している消防本部数	調査中
		運用救急救命士数	95% 令和4(2022)年
5	専門的医療提供体制の構築	脳卒中学会認定 脳卒中専門医数	47人 令和4(2022)年
		日本脳神経血管内科治療学会認定 血管内治療専門医数	17人 令和4(2022)年
6	専門医療スタッフによりリハビリテーションが実施できる体制の構築	脳血管疾患等リハビリテーション料(I)の算定のある医療機関届出施設数	22施設 令和4(2022)年
7	自宅等で、生活機能の維持・向上のためのリハビリテーション、療養支援が受けられる体制の構築	訪問診療を実施している診療所・病院数	280施設 令和3(2021)年度

7 施策・指標体系図(ロジックモデル)



第3節 心筋梗塞等の心血管疾患

1 現状と課題

(1) 罹患の状況

令和2(2020)年患者調査では、県内の総患者数は、急性心筋梗塞を含む虚血性心疾患が17千人、心不全が6千人となっています。

図表 5-3-1:心疾患の総患者数

	平成20年 (2008年)	平成23年 (2011年)	平成26年 (2014年)	平成29年 (2017年)	令和2年※ (2020年)
虚血性心疾患	13千人	13千人	13千人	7千人	17千人
心不全	3千人	3千人	2千人	5千人	6千人

【出典：厚生労働省「患者調査」】※令和2(2020)年から患者調査の算出方法の変更あり

(2) 死亡の状況

年齢調整死亡率の基準人口は、平成27(2015)年までは、昭和60(1985)年モデル人口を使用してきましたが、令和2(2020)年では、高齢化を反映した平成27(2015)年モデル人口に改訂し、昭和55(1980)年から平成27年(2015)までさかのぼって計算しています。グラフは、今まで採用していた昭和60年モデル人口と平成27年度モデル人口の両方を反映しています。

令和2(2020)年人口動態統計では、心疾患の人口10万人当たりの年齢調整死亡率は、男性が213.0、女性が118.2となっています。男女とも減少傾向となっていますが、全国値より高い状況が続いています。

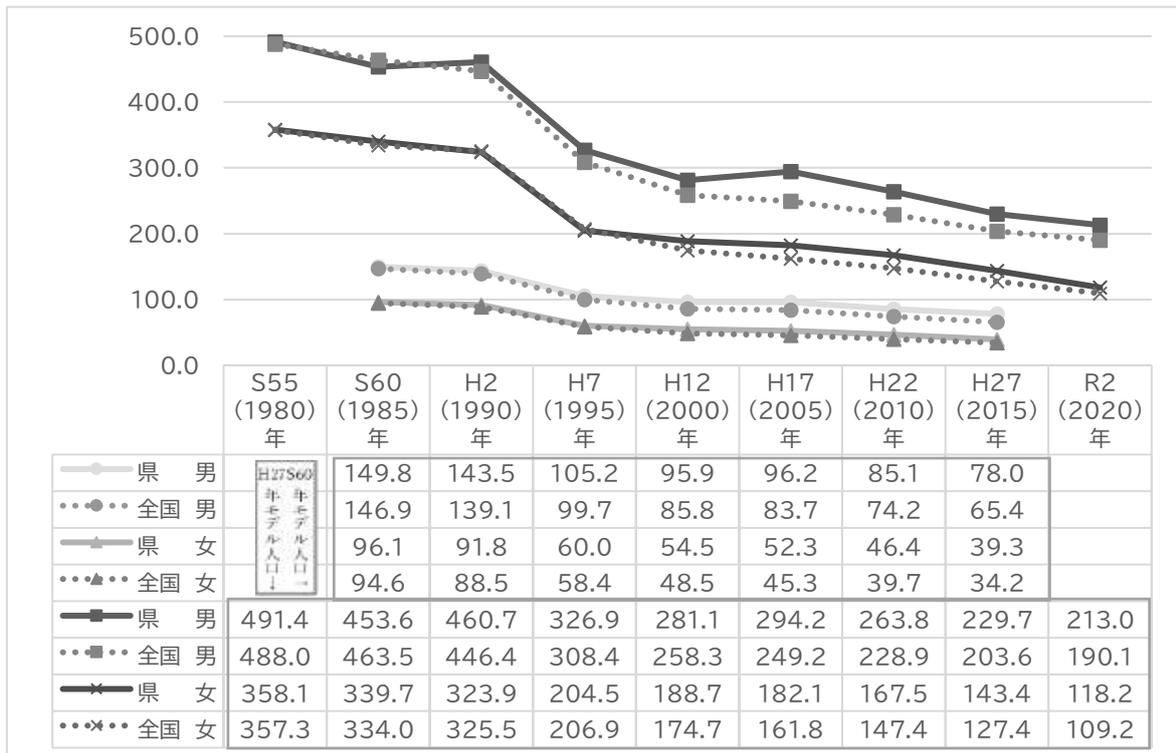
心疾患のうち虚血性心疾患の人口10万人当たりの年齢調整死亡率は、男性が112.7、女性が50.5となっています。男女とも減少傾向となっていますが、全国値より高い状況が続いています。

心疾患のうち急性心筋梗塞の人口10万人当たりの年齢調整死亡率は、男性が36.3、女性が15.7となっています。男女とも減少傾向となっていますが、全国値より高い状況が続いています。

心疾患のうち心不全の人口10万人当たりの年齢調整死亡率は、男性が61.6、女性が42.0となっています。平成27(2015)年と比較し男性は増加、女性は減少しています。男女とも全国値より低い状況が続いています。

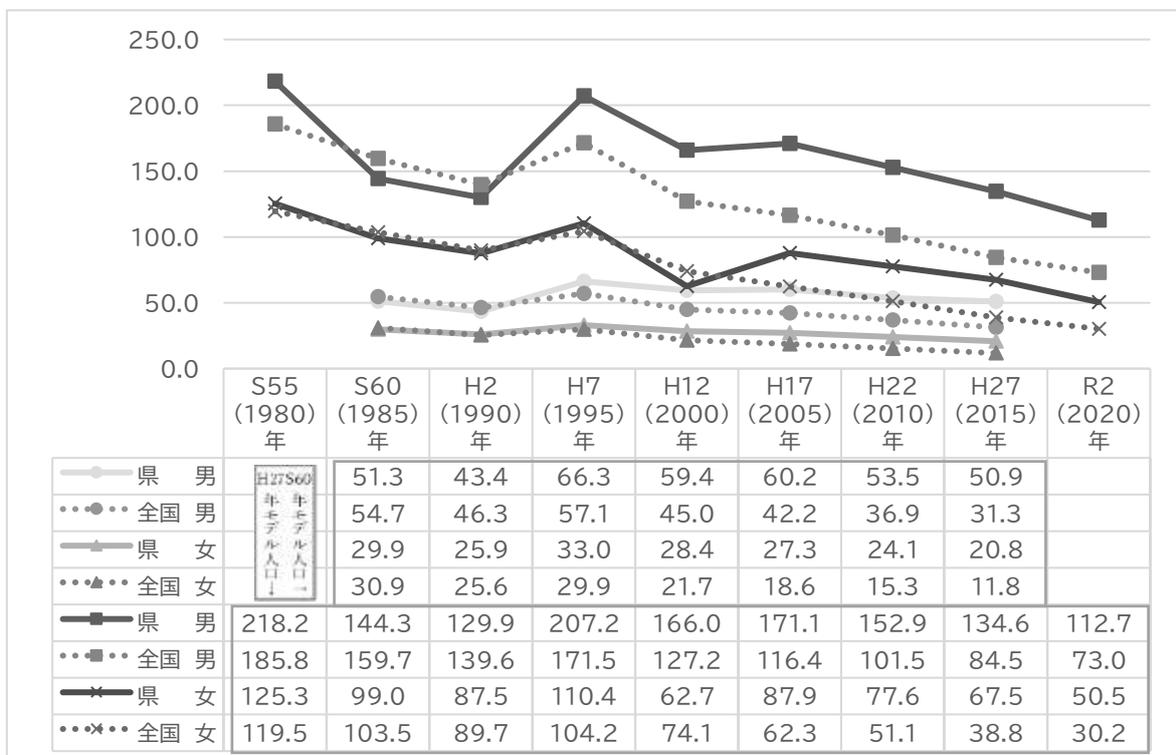
心疾患のうち大動脈瘤及び解離の人口10万人当たりの年齢調整死亡率は、男性が16.9、女性が11.0となっています。男女とも平成27(2015)年と比較し減少しています。

図表 5-3-2:心疾患の年齢調整死亡率の推移(単位:人口 10 万対)



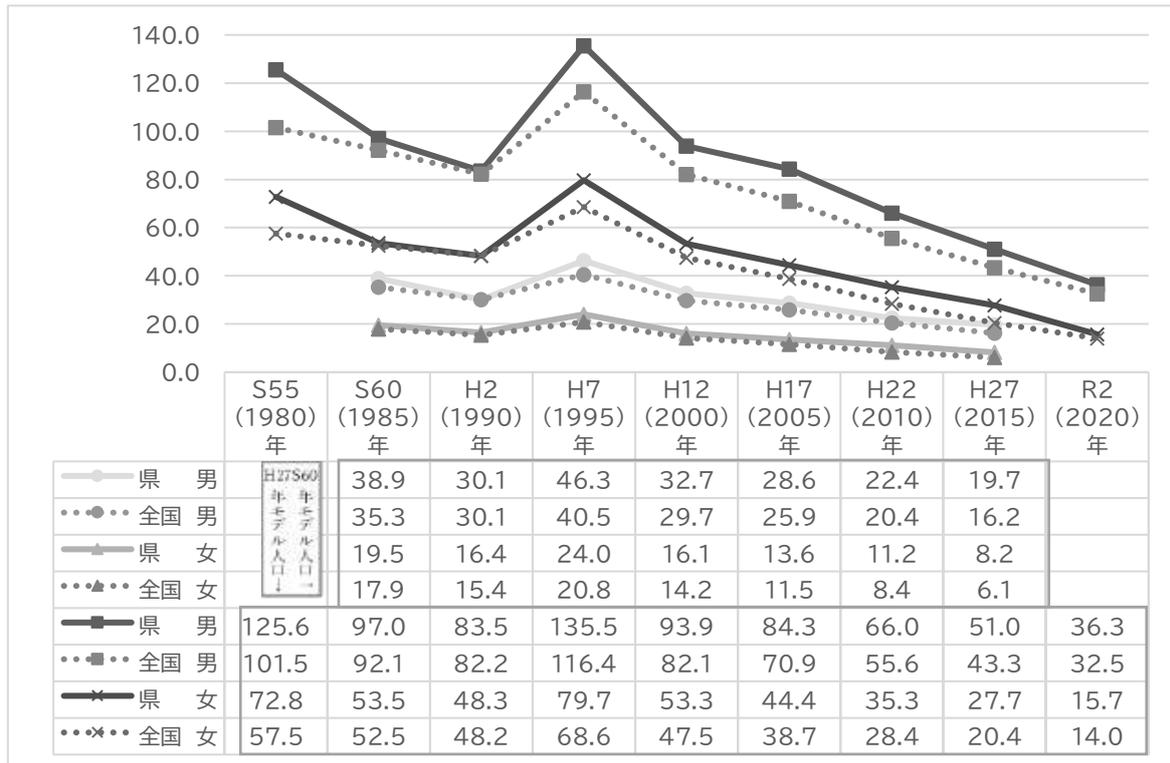
【出典:厚生労働省「人口動態統計」】

図表 5-3-3:虚血性心疾患の年齢調整死亡率の推移(単位:人口 10 万対)



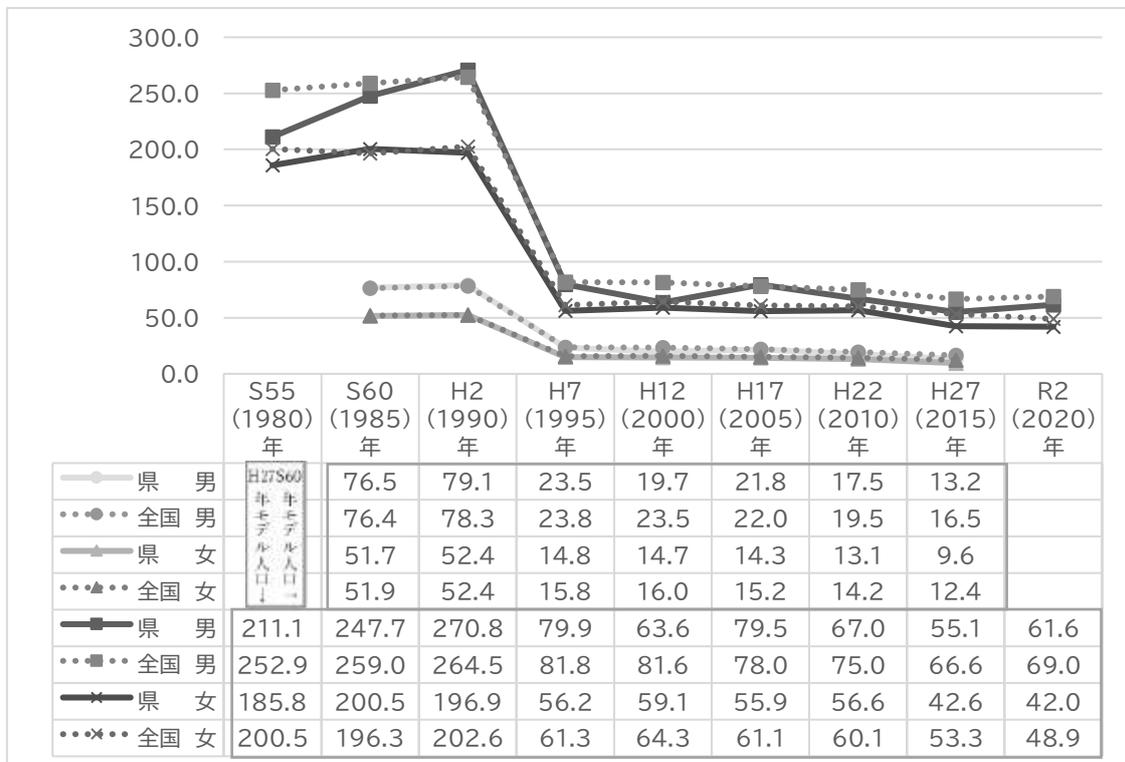
【出典:厚生労働省「人口動態統計」】

図表 5-3-4:急性心筋梗塞の年齢調整死亡率の推移(単位:人口 10 万対)



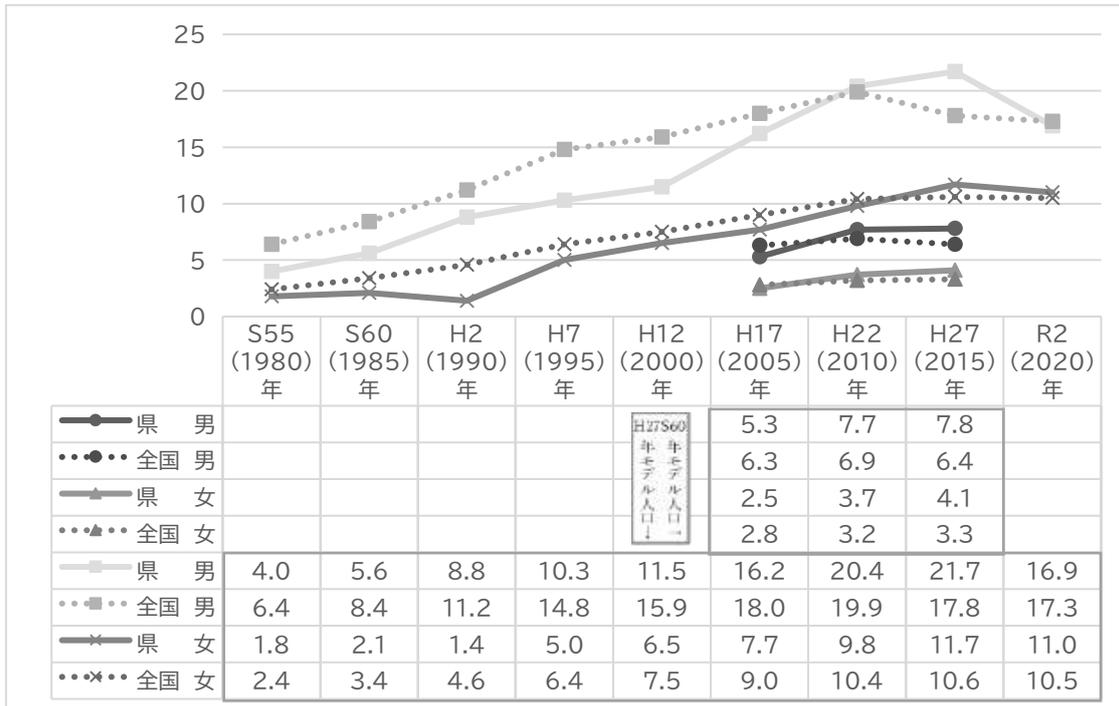
【出典:厚生労働省「人口動態統計」】

図表 5-3-5:心不全の年齢調整死亡率の推移(単位:人口 10 万対)



【出典:厚生労働省「人口動態統計」】

図表 5-3-6:大動脈瘤及び解離の年齢調整死亡率の推移(単位:人口 10 万対)



【出典:厚生労働省「人口動態統計」】

(3) 救急搬送の状況

入電から医療機関への収容までに要した平均時間は、令和2年度より1.5分延伸しましたが、全国との差は令和2年度より1.3分縮小傾向です。

入電から現場到着までに要した平均時間は8.9分であり全国値より0.5分短いですが、現場到着から医師引継ぎまでに要した平均時間は35.2分であり全国値より1.8分長くなっています。

(4) 急性期医療の状況

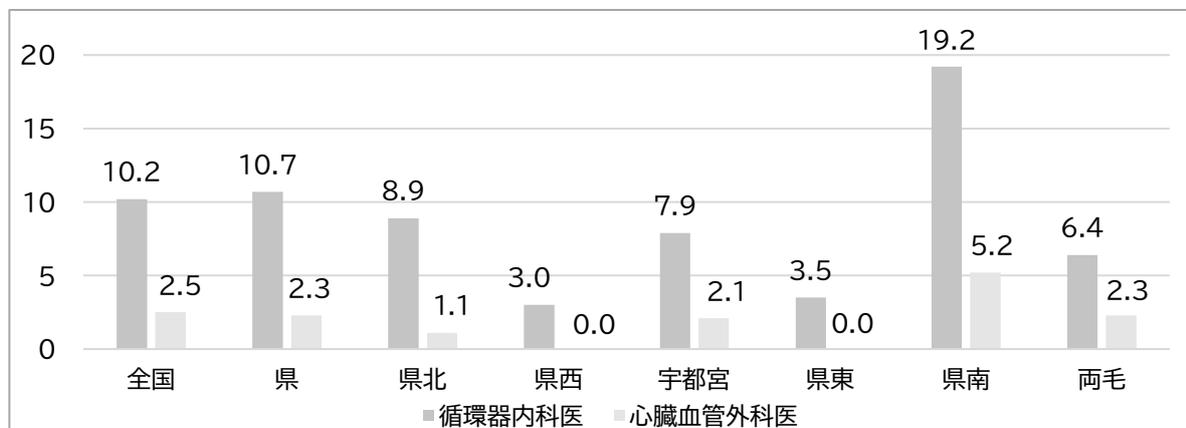
急性心筋梗塞に対する急性期治療(経皮的冠動脈形成術(PCI)等)を実施できる医療機関の数は、地域によって差があり、24時間365日対応可能である医療機関はさらに限られていることから、地域の医療資源の実情を踏まえ、二次保健医療圏の内外における急性期医療の連携体制が求められています。

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内挿術)の多く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越えた連携の強化が必要です。

県内の循環器内科医数は人口10万人当たり10.7人であり、全国値(10.2人)を上回っています。また、県内の心臓血管外科医数は人口10万人当たり2.3人であり、全国値(2.5人)を下回っており、ともに治療ができ

る医療機関が限定されます。

図表 5-3-7:循環器内科医及び心臓血管外科医の数(単位:人口10万対)



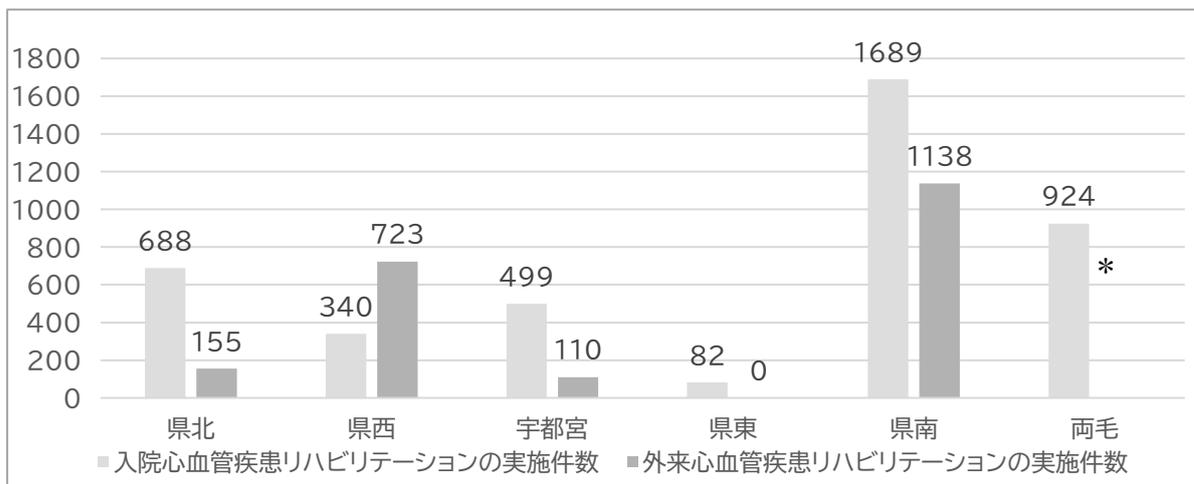
【出典:厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」】

(5) リハビリテーション実施体制の状況

令和3(2021)年度の入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数は、下表のとおりです。

心筋梗塞等の心血管疾患患者の予後及び生活の質(QOL)の向上及び、心血管疾患患者が、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。

図表 5-3-8:心血管疾患のリハビリテーションの実施件数(単位:件)



(6) 再発・重症化予防

心血管疾患患者は、再発・増悪による再入院を繰り返しながら悪化することが多いのが特徴であり、基礎疾患やその危険因子の徹底した管理・ケア、薬物療法の継続等により、再発・重症化を予防することが重要です。

慢性心不全は、特に高齢の患者が多く、今後も高齢化の進展に伴って患者数の増加が見込まれていることから、重症化予防・再入院防止・症状緩和のための管理や支援、急性増悪への対応など、地域内での医療・介護・福祉における連携体制の構築が必要です。

2 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。

3 分野アウトカム(目指す姿)-(A)

- (1) 心血管疾患による年齢調整死亡率が減少している。
- (2) 心血管疾患の患者が自分らしい生活ができる

4 中間アウトカム(分野アウトカム達成に必要な状態)-(B)

(1) 心血管疾患の発症及び再発予防

心血管疾患を予防するために、生活習慣の改善や、血圧管理、心房細動の早期発見に努めます。また、再発重症化のための関係者の資質向上に取り組みます。

施策-(C)	
①	生活習慣の改善に係る啓発
②	子どもの頃からの循環器病等に関する知識の啓発
③	家庭血圧測定の普及や正しい測り方の啓発
④	心房細動の早期発見に係る情報発信
⑤	様々な媒体の活用や医療機関等との連携による普及啓発
⑥	ヒートショックの注意喚起
⑦	再発・重症化予防のための、かかりつけ医等の機能強化・資質向上
⑧	心房細動の早期発見及び適切な抗凝固療法の実施を促進するための、多職種連携及び地域連携の促進、医療従事者の資質向上

(2) 患者が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体制の構築

心血管疾患が疑われる傷病者が迅速かつ的確に搬送されるよう心血管疾患の初期症状の早期発見等の重要性を啓発をするとともに、消防機関や医療機関と連携し病院前救護体制の強化に取り組みます。

(発症時の対応に関する啓発)

施策-(C)	
①	心血管疾患の初期症状や早期受診の重要性の情報発信

(専門医療機関への速やかな搬送体制の整備)

施策-(C)	
①	病院前救護体制及び救急搬送体制の強化
②	循環器病の救急診療や搬送困難事例の状況把握
③	地域の実情に応じた医療提供・連携体制及び救急搬送体制の検討
④	救急隊員の資質向上及び研修機会の確保
⑤	必要に応じた「栃木県傷病者搬送・受入実施基準」の観察基準等の精査

(3) 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受けられる体制の構築

患者の来院後速やかに初期診療を開始するとともに、地域の実情を踏まえた専門的な治療が受けられるように医療体制の構築を推進します。

(専門的医療提供体制の構築)

施策-(C)	
①	病期に応じた切れ目のない医療提供体制の構築
②	デジタル技術の活用等や、医師等の確保・育成による医療体制の整備
③	小児期・若年期の循環器病の、移行医療支援、療養生活に係る情報提供・相談支援等のあり方について検討

(4) 患者が入院時から在宅へ復帰までの継続したリハビリテーションが受けられる体制の構築

各期のリハビリテーション等が適切に提供される体制の整備を推進するため、リハビリテーションに係わる医療従事者の資質向上や多職種連携を促進します。

(専門医療スタッフによりリハビリテーションが実施できる体制の構築)

施策-(C)	
①	リハビリテーションに係わる医療従事者の資質向上・多職種連携の促進

(5) 日常生活への復帰、生活機能の維持・向上のための治療及びリハビリテーションを受けることができる体制の構築

危険因子や基礎疾患の管理の重要性について啓発し、在宅療養支援を担うかかりつけ医、看護師等の資質向上に係る取組を推進します。また、在宅療養支援ガイドブックの活用を促進し、在宅療養支援体制整備を行います。

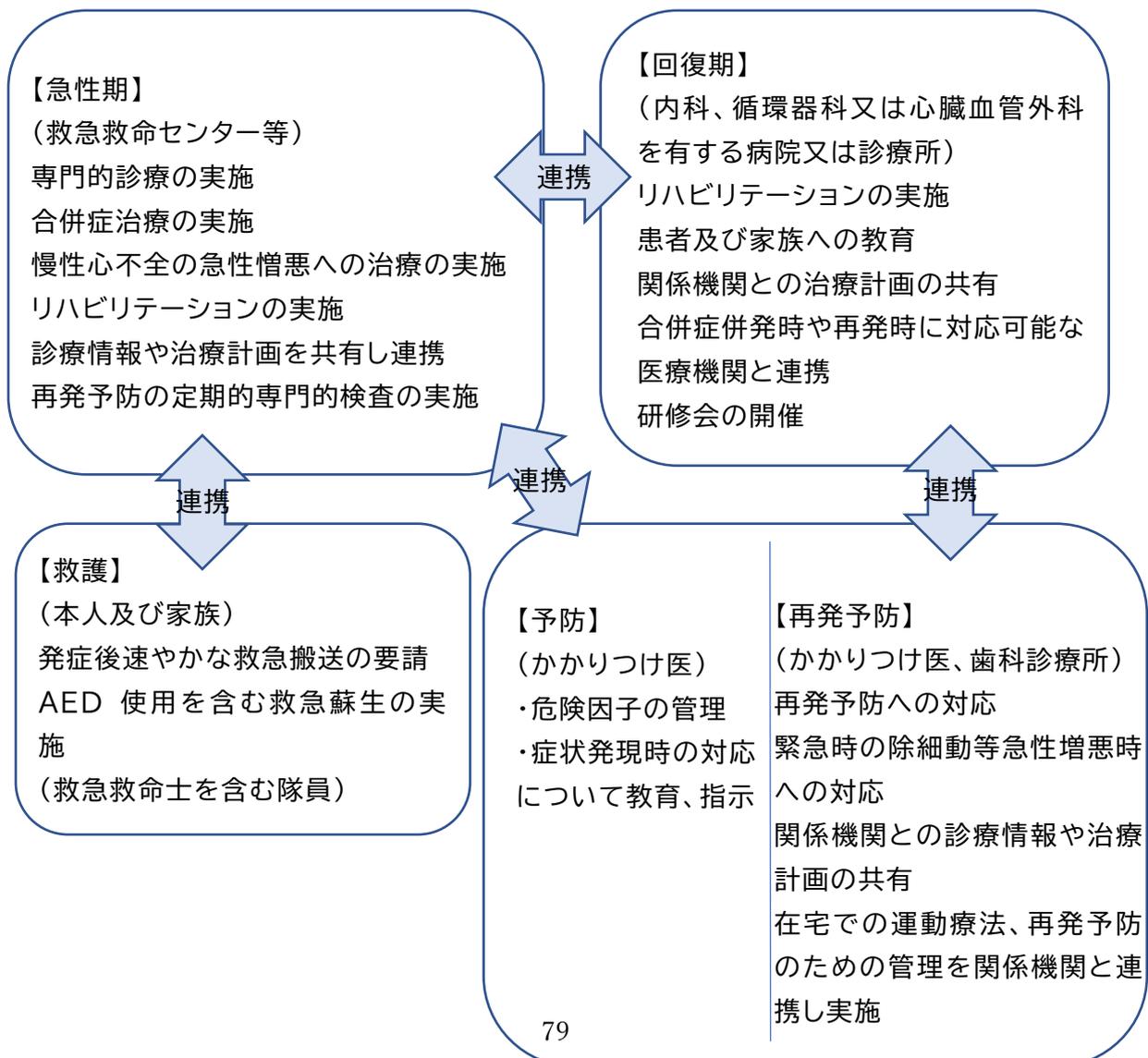
(自宅等で、生活機能の維持・向上のためのリハビリテーション、療養支援が受けられる体制の構築)

施策-(C)	
①	(再掲)再発・重症化予防のための、かかりつけ医等の機能強化・資質向上
②	在宅療養支援を担う看護師等を対象とした研修会の実施
③	在宅療養支援ガイドブックの活用促進
④	(再掲)心房細動の早期発見及び適切な抗凝固療法の実施を促進するための、多職種連携及び地域連携の促進、医療従事者の資質向上
⑤	ACP等に基づく適切な緩和ケアに係る、多職種連携、医療従事者の資質向上、理解促進

5 医療連携体制図

「3. 分野アウトカム(目指す姿)」を踏まえ、以下のとおり連携体制の構築を図ります。(各医療機能の詳細については、別冊「5疾病・6事業及び在宅医療等における医療機能別の各医療機関等に求められる事項」を参照ください。)

図表 5-3-4: 心筋梗塞等の心血管疾患医療に係る医療連携体制図



6 指標と数値目標

分野アウトカム(目指す姿)-(A)

No.	項目名	指標名	現状値	目標値
1	心血管疾患の年齢調整死亡率が減少している	心疾患患者の年齢調整死亡率(男性)	213.0人 令和2(2020)年	※検討中
		心疾患患者の年齢調整死亡率(女性)	118.2人 令和2(2020)年	※検討中
		虚血性心疾患患者の年齢調整死亡率(男性)	112.7人 令和2(2020)年	※検討中
		虚血性心疾患患者の年齢調整死亡率(女性)	50.5人 令和2(2020)年	※検討中
		心不全患者の年齢調整死亡率(男性)	61.6人 令和2(2020)年	※検討中
		心不全患者の年齢調整死亡率(女性)	42.0人 令和2(2020)年	※検討中
		大動脈瘤及び解離患者の年齢調整死亡率(男性)	16.9人 令和2(2020)年	※検討中
		大動脈瘤及び解離患者の年齢調整死亡率(女性)	11.0人 令和2(2020)年	※検討中
2	心血管疾患の患者が自分らしい生活ができる	在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合	93.0% 令和2(2020)年	100% 令和11(2029)年
		在宅等生活の場に復帰した大動脈疾患患者の割合	80.9% 令和2(2020)年	増加 令和11(2029)年
		心血管疾患の退院患者平均在院日数	17.1日 令和2(2020)年	減少 令和11(2029)年
		虚血性心疾患の退院患者平均在院日数	7.2日 令和2(2020)年	減少 令和11(2029)年

中間アウトカム(分野アウトカム達成に必要な状態)-(B)

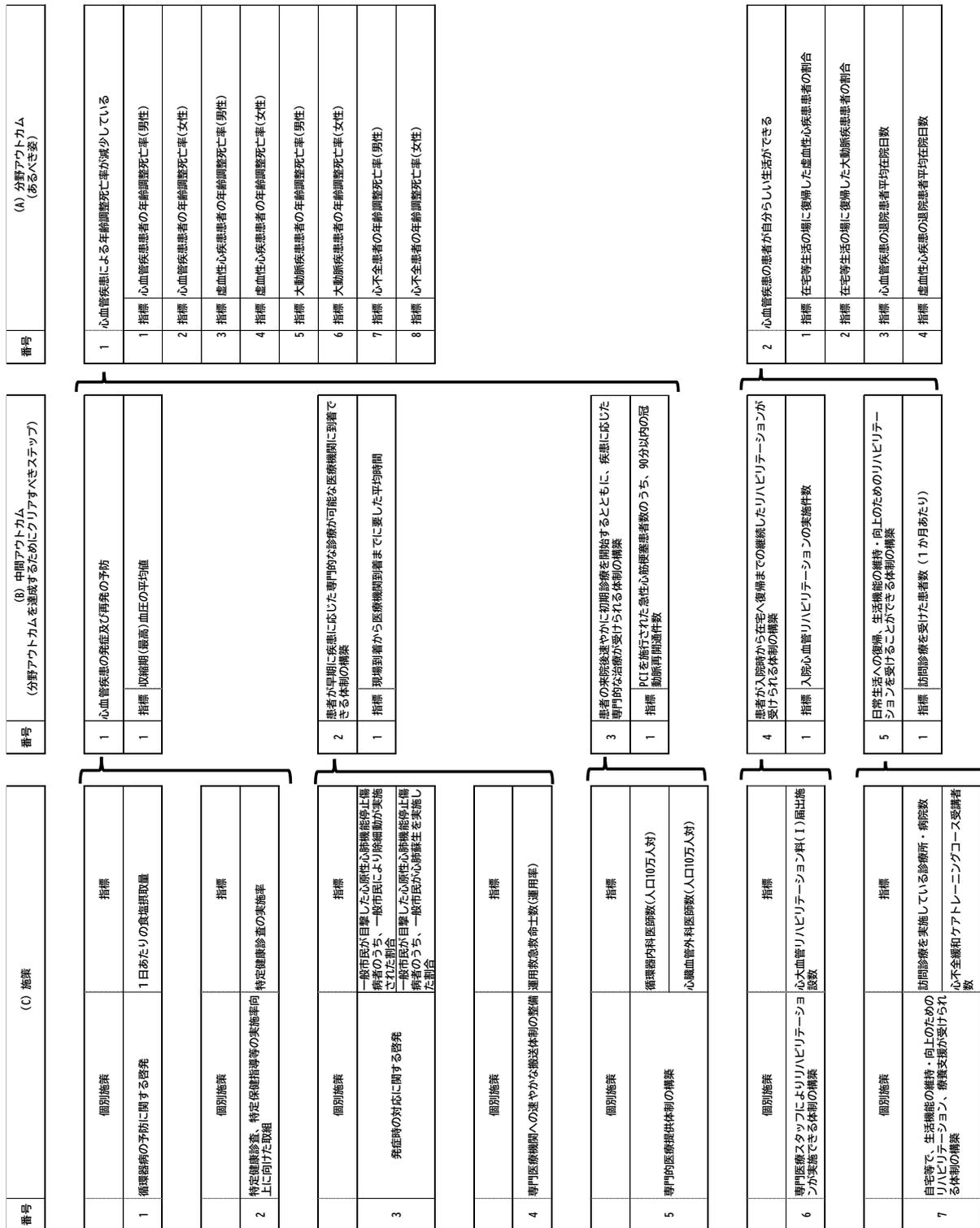
No.	項目名	指標名	現状値	目標値
1	心血管疾患の発症予防及び発症後の管理ができる	収縮期(最高)血圧の平均値	128.9mmHg 令和4(2022)年度	127mmHg以下 令和11(2029)年
2	患者が早期に疾患に応じた専門的な診療が可能な医療機関に到着することができる体制の整備	現場到着から医療機関到着までに要した平均時間	35.2分 令和3(2021)年	検討中 令和11(2029)年
3	患者の来院後速やかに初期診療を開始するとともに、疾患に応じた専門的な治療が受けられる体制の整備	PCIを施行された急性心筋梗塞患者数のうち、90分以内の冠動脈再開通件数	県北 68件 県西 15件 宇都宮 130件 県東 * 県南 275件 両毛 44件 令和3(2021)年度	増加 令和11(2029)年
4	患者が入院時から在宅へ復帰までの継続したリハビリテーションが受けられる体制の構築	入院心血管リハビリテーションの実施件数	4,222件 令和3(2021)年度	増加 令和11(2029)年
5	日常生活への復帰、生活機能の維持・向上のための治療及びリハビリテーション	訪問診療を受けた患者数(1か月あたり)	7,900人 令和3(2021)年度	9,088人 令和11(2029)年

	を受けることができる体制の構築			
--	-----------------	--	--	--

施策-(C)

No.	項目名	指標名	現状値
1	心血管疾患の予防に関する啓発	1日あたりの食塩摂取量	男性 10.7g 女性 8.8g 令和4(2022)年度
2	特定健康診査、特定保健指導等の実施率の向上に向けた取組	特定健康診査の実施率	56.5% 令和3(2021)年度
3	発症時の対応に関する啓発	一般市民が目撃した心原性心肺停止傷病者のうち、一般市民により除細動が実施された割合	3.4% 令和3(2021)年度
		一般市民が目撃した心原性心肺停止傷病者のうち、一般市民が心肺蘇生を実施した割合	55.9% 令和3(2021)年度
4	専門医療機関への速やかな搬送体制の整備	運用救急救命士数(運用率)	95% 令和4(2022)年度
5	専門的医療提供体制の構築	循環器内科医師数(人口10万対)	10.7人 令和2(2020)年
		心臓血管外科医師数(人口10万対)	2.3人 令和2(2020)年
6	専門医療スタッフによりリハビリテーションが実施できる体制の構築	心大血管リハビリテーション料(I)届出施設数	23施設 令和3(2021)年度
7	自宅等で、生活機能の維持・向上のためのリハビリテーション、療養支援が受けられる体制の構築	訪問診療を実施している診療所・病院数	280施設 令和3(2021)年度
		心不全緩和ケアトレーニングコース受講者数	20人 (令和4(2022)年12月27日時点)

7 施策・指標体系図(ロジックモデル)



第4節 糖尿病

1 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

令和4(2022)年の糖尿病が強く疑われる者の割合は、〇%(男性〇%、女性〇%(20歳以上))、糖尿病の可能性が否定できない者の割合は〇%(男性〇%、女性〇%(20歳以上))となっています。

図表 5-4-1:糖尿病が強く疑われる者、糖尿病の可能性が否定できない者の割合(単位:%)

		2009年	2016年	2022年	
糖尿病が強く疑われる者	栃木県	男性	17.7	12.5	結果待ち
		女性	7.7	8.2	結果待ち
	全国	男性	13.1	16.3	結果待ち
		女性	8.5	9.3	結果待ち
糖尿病の可能性が否定できない者	栃木県	男性	19.3	18.7	結果待ち
		女性	17.2	11.9	結果待ち
	全国	男性	17.2	12.2	結果待ち
		女性	16.8	12.1	結果待ち

【出典：栃木県「県民健康・栄養調査(2022年)」、厚生労働省「国民健康・栄養調査(2019年)」】

令和2(2020)年の糖尿病の年齢調整死亡率(人口10万人対)は、男性16.6、女性8.7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。男性は全国値を上回っています。(令和2(2020)年人口動態統計)

(2) 医療の状況

① 受療の状況

令和4(2022)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は70%で、年々増加していますが、依然として治療を受けていない者も多い状況です。

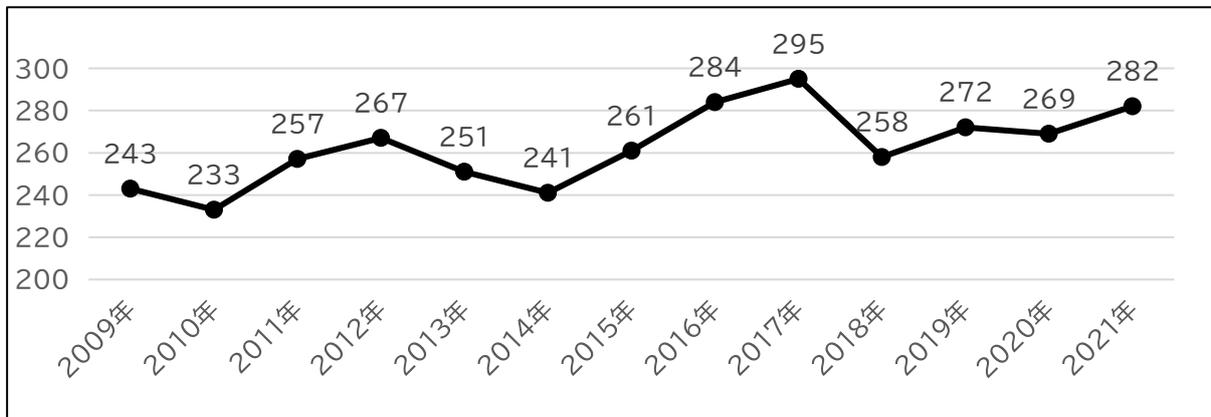
ナショナル・データベース(NDB)を用いた受療動向分析の結果によると、県内の糖尿病患者で、自身の居住する二次医療圏内の医療機関の外来を受診した割合は、二次保健医療圏ごとに81~97%となっており、二次保健医療圏内での連携の強化が求められています。

② 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、透析導入の原疾患はさまざまですが、県内の新規透析導入患

者のうち、糖尿病性腎症によるものが 282 人(42%)となっており、最も多くなっています。

図表 5-4-2:糖尿病性腎症による新規透析導入患者数(単位:人)



【出典:栃木県臓器移植推進協会「栃木県慢性腎不全治療の概要(2021年)」】

※ 本県における透析導入患者(原疾患別)の割合のグラフは図 8-6-2(○ページ) 参照

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

③ 医療提供体制

県内の糖尿病専門医は 87 名(日本糖尿病学会調べ、令和5(2023)年 8月7日時点)、糖尿病看護認定看護師は 11 名(日本看護協会調べ、令和4(2022)年 12 月時点)、糖尿病薬物療法認定薬剤師は4名(日本くすりと糖尿病学会調べ、令和5(2023)年4月時点)、日本糖尿病療養指導士は 211 名(日本糖尿病療養指導士認定機構調べ、令和4(2022)年8月2日 時点)、栃木県糖尿病療養指導士は 522 名(栃木県糖尿病療養指導士認定 機構調べ、令和5(2023)年6月時点)となっています。

2 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。

3 分野アウトカム(目指す姿)-(A)

- (1) 糖尿病患者の増加の抑制ができている。
- (2) 糖尿病の重症化予防ができている。

4 中間アウトカム(分野アウトカム達成に必要な状態)-(B)

(1) 糖尿病予備群の減少

糖尿病を予防・改善する生活習慣の定着のため、下記について取り組みます。

施策-(C)	
①	県民が生活習慣の改善に取り組みやすい環境づくりの推進
②	健康的な生活習慣の重要性に関する啓発活動の積極的な展開
③	特定健康診査等の実施率向上に向けた保険者の取組の支援

(2) 糖尿病治療の継続及び中断の減少

糖尿病重症化予防対策には、治療中断者の減少や早期からの適切な指導・治療が重要であることから、保険者による受診勧奨や治療が必要な糖尿病患者が確実に必要な受診ができるよう、体制整備を行います。

施策-(C)	
①	糖尿病や糖尿病合併症の早期発見・早期治療の重要性に関する啓発の推進
②	保険者におけ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の支援
③	治療と仕事の両立支援のため、ガイドライン等を活用した取組の推進

(3) 標準的な糖尿病治療体制の整備

身近なかかりつけ医で継続的に、病状に応じた適切な治療や指導が受けられ、生活習慣等の指導を医療従事者から受けて病状が安定するよう、医療従事者の確保・育成に取り組みます。

施策-(C)	
①	標準的な医療の普及啓発
②	医療機関間や医療機関と地域の連携の推進
③	地域における糖尿病患者に関わる医療従事者等の人材育成や資質向上のための取組の推進

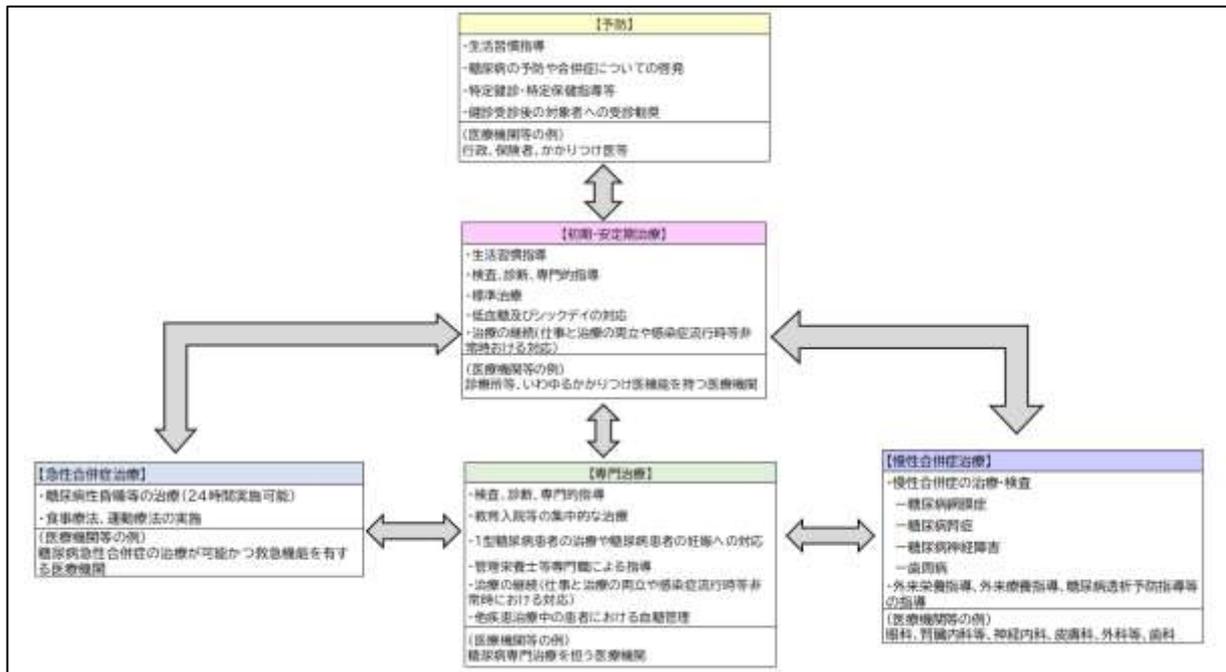
合併症予防のために必要時適切な専門的治療を受けられるよう、糖尿病治療体制の整備を行います。

施策-(C)	
①	標準的な医療の普及による糖尿病や合併症の的確な診断・早期治療体制の整備
②	県民に対し、医療機能の分担と医療連携の必要性についての啓発の推進

5 医療連携体制図

「3. 分野アウトカム(目指す姿)」を踏まえ、以下のとおり連携体制の構築を図ります。(各医療機能の詳細については、別冊「5疾病・6事業及び在宅医療等における医療機能別の各医療機関等に求められる事項」を参照ください。)

図表 5-4-3:糖尿病における医療連携体制図



6 指標と数値目標

分野アウトカム(目指す姿)-(A)

No.	項目名	指標名	現状値	目標値
1	糖尿病患者の増加抑制	糖尿病が強く疑われる者の数	結果待ち (令和4(2022)年度)	結果待ち (令和11(2029)年度)
		糖尿病患者の年齢調整外来受療率	106.2 (令和2(2020)年10月)	増加 (令和11(2029)年)
		インスリン治療の実施割合	11.9% (令和3(2021)年)	減少 (令和11(2029)年)
2	糖尿病重症化予防	糖尿病性腎症による新規人工透析導入患者数	282人 (令和3(2021)年)	280人以下 (令和11(2029)年)
		糖尿病患者の年齢調整死亡率	男性 16.6 (令和2(2020)年)	※検討中 (令和11(2029)年)
			女性 8.7 (令和2(2020)年)	※検討中 (令和11(2029)年)
		糖尿病を主とした入院患者(糖尿病患者1年当たり)	調査中 (令和元(2019)年)	減少 (令和11(2029)年)
		重症低血糖の発生率(糖尿病患者1年当たり)	0.8% (令和3(2021)年)	減少 (令和11(2029)年)
		治療が必要な糖尿病網膜症の発生(糖尿病患者1年当たり)	1.6% (令和3(2021)年)	減少 (令和11(2029)年)
糖尿病患者の下肢切断の発生(糖尿病患者1年当たり)	調査中 (令和3(2021)年)	減少 (令和11(2029)年)		

中間アウトカム(分野アウトカム達成に必要な状態)-(B)

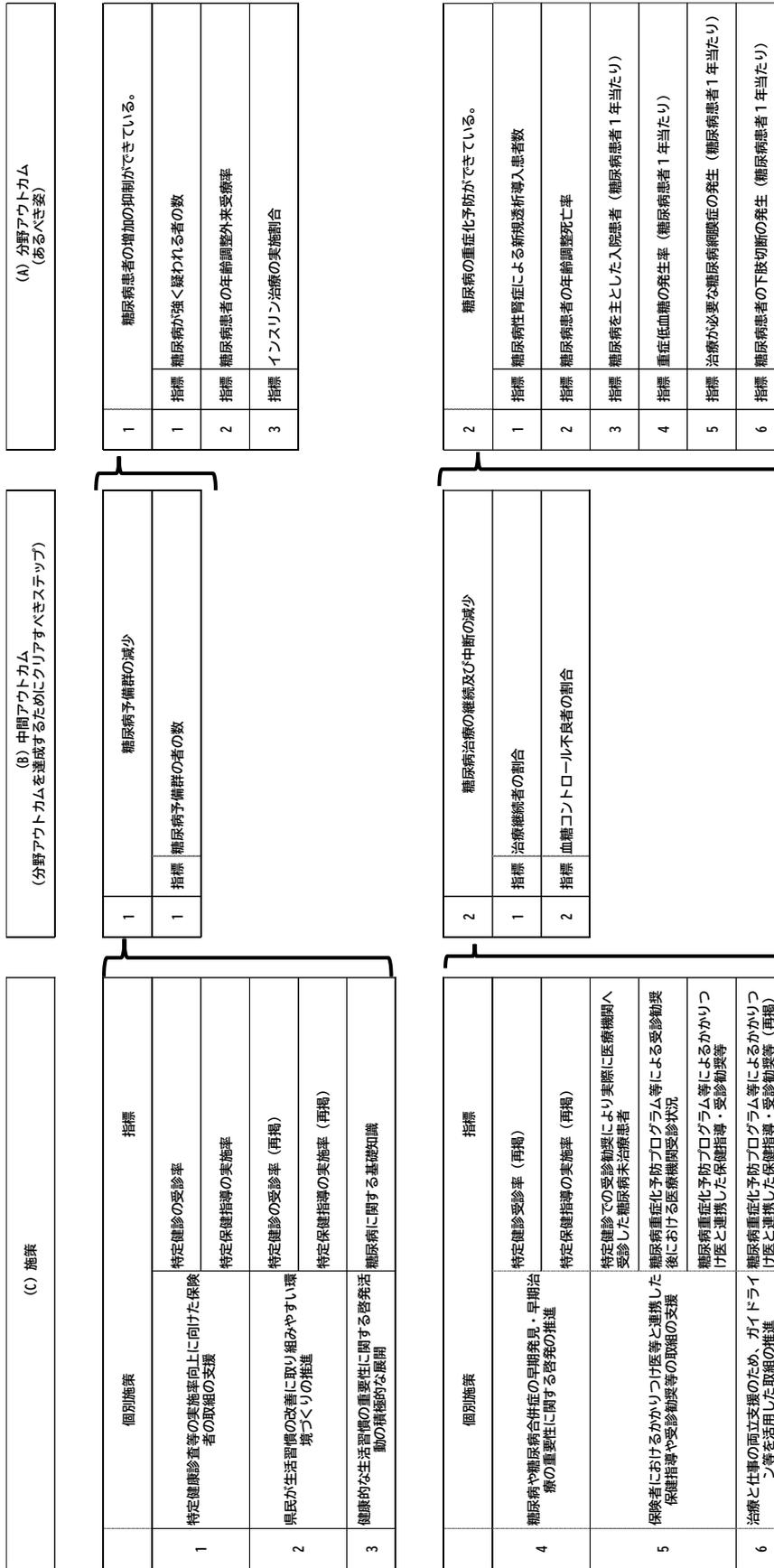
No.	項目名	指標名	現状値	目標値
1	糖尿病予備群の減少	糖尿病予備群の者の数	結果待ち (令和4(2022)年度)	減少 (令和11(2029)年度)
2	糖尿病治療の継続/中断の減少	治療継続者の割合	70.0% (令和4(2022)年度)	75%以上 (令和11(2029)年度)
		血糖コントロール不良者の割合	1.6% (令和4(2022)年度)	1.4%以下 (令和11(2029)年度)
3	標準的な糖尿病治療	HbA1c 検査の実施もしくはGA 検査の実施割合(糖尿病患者1年当たり)	95.7% (令和3(2021)年)	増加 (令和11(2029)年)
		尿中アルブミン・蛋白定量検査の実施割合(糖尿病患者1年当たり)	17.9% (令和3(2021)年)	増加 (令和11(2029)年)
		眼底検査の実施割合(糖尿病患者1年当たり)	38.6% (令和3(2021)年)	増加 (令和11(2029)年)
		(血清)クレアチニン検査の実施割合(糖尿病患者1年当たり)	90.8% (令和3(2021)年)	増加 (令和11(2029)年)
		外来栄養指導の実施割合(糖尿病患者1年当たり)	4.7% (令和3(2021)年)	増加 (令和11(2029)年)
		糖尿病透析予防指導の実施割合(糖尿病患者1年当たり)	0.9% (令和3(2021)年)	増加 (令和11(2029)年)

施策-(C)

No.	項目名	指標名	直近値	
1	特定健康診査等の実施率向上に向けた保険者の取組の支援	特定健診の受診率 特定保健指導の実施率	56.5% (令和3(2021)年度) 27.8% (令和3(2021)年度)	
	県民が生活習慣の改善に取り組みやすい環境づくりの推進	特定健診の受診率 特定保健指導の実施率	56.5% (令和3(2021)年度) 27.8% (令和3(2021)年度)	
	健康的な生活習慣の重要性に関する啓発活動の積極的な展開	糖尿病に関する基礎知識(下記の内容を知っている者の割合)		
		①	糖尿病の状態によっては、食事や運動の生活習慣を変えることで血糖値をコントロールできる	60.1% (令和4(2022)年度)
②		体重や血圧、血中脂質(中性脂肪やコレステロール)のコントロールは糖尿病の重症化を予防する	51.2% (令和4(2022)年度)	
③	糖尿病が重症化すると網膜症、腎症、神経障害等の合併症を引き起こす	56.7% (令和4(2022)年度)		
2	糖尿病や糖尿病合併症の早期発見・早期治療の重要性に関する啓発の推進	特定健診の受診率 特定保健指導の実施率	56.5% (令和3(2021)年度) 27.8% (令和3(2021)年度)	
	保険者におけ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の支援	特定健診での受診勧奨により実際に医療機関へ受診した糖尿病未治療患者	調査中 (令和元(2019)年)	
		糖尿病重症化予防プログラム等による受診勧奨後における医療機関受診状況	34.1% (令和3(2021)年度)	
		糖尿病重症化予防プログラム等によるかかりつけ医と連携した保健指導・受診勧奨等(実施保険者数)	30 保険者 (令和3(2021)年度)	
治療と仕事の両立支援のため、ガイドライン等を活用した取組の推進	糖尿病重症化予防プログラム等によるかかりつけ医と連携した保健指導・受診勧奨等(実施保険者数)	30 保険者 (令和3(2021)年度)		
3	標準的な医療の普及啓発	糖尿病専門医数	85人 (令和2(2020)年)	
	医療機関間や医療機関と地域の連携の推進	日本糖尿病療養指導士数	211人 (令和4(2022)年8月2日)	
		栃木県糖尿病療養指導士数	522人 (令和5(2023)年6月)	
	地域における糖尿病患者に関わる医療従事者等の人材育成や資質向上の	日本糖尿病療養指導士数	211人 (令和4(2022)年8月2日)	
栃木県糖尿病療養指導士数		522人 (令和5(2023)年6月)		

	ための取組の推進		
4	標準的な医療の普及による糖尿病や合併症の的確な診断・早期治療体制の整備	糖尿病専門医が在籍する医療機関数	2.4 施設 (令和4(2022)年)
		糖尿病療養指導士が在籍する医療機関数	3.1 施設 (令和4(2022)年)
		1型糖尿病に対する専門的治療を実施する医療機関数	24 施設 (令和3(2021)年)
		妊娠糖尿病・糖尿病合併妊娠に対する専門的な治療を行う医療機関数	19 施設 (令和3(2021)年)
		腎臓病専門医が在籍する医療機関数	2.1 施設 (令和5(2023)年1月31日)
		歯周病専門医が在籍する医療機関数	0.7 施設 (令和4(2022)年12月31日)
		糖尿病網膜症に対する専門的治療を行う医療機関数	79 施設 (令和3(2021)年)
		糖尿病性腎症に対する専門的治療を行う医療機関数	16 施設 (令和3(2021)年)
		糖尿病足病変に対する専門的治療を行う医療機関数	30 施設 (令和3(2021)年)
	県民に対し、医療機能の分担と医療連携の必要性についての啓発の推進	1型糖尿病に対する専門的治療を実施する医療機関数(再掲)	24 施設 (令和3(2021)年)
		妊娠糖尿病・糖尿病合併妊娠に対する専門的な治療を行う医療機関数(再掲)	19 施設 (令和3(2021)年)
		腎臓病専門医が在籍する医療機関数(再掲)	2.1 施設 (令和5(2023)年1月31日)
		歯周病専門医が在籍する医療機関数(再掲)	0.7 施設 (令和4(2022)年12月31日)
		糖尿病網膜症に対する専門的治療を行う医療機関数(再掲)	79 施設 (令和3(2021)年)
		糖尿病性腎症に対する専門的治療を行う医療機関数(再掲)	16 施設 (令和3(2021)年)
糖尿病足病変に対する専門的治療を行う医療機関数(再掲)	30 施設 (令和3(2021)年)		

7 施策・指標体系図(ロジックモデル)



(C) 施策

個別施策	指標
標準的な医師の普及啓発	糖尿病専門医数
医療機関や医療機関と地域の連携の推進	日本糖尿病看護指導士数 栃木県糖尿病看護指導士数
地域における糖尿病患者に関わる医療従事者等の人材育成や資質向上のための取組の推進	日本糖尿病看護指導士数（再掲） 栃木県糖尿病看護指導士数（再掲）

個別施策	指標
	糖尿病専門医が在籍する医療機関数
	糖尿病看護指導士が在籍する医療機関数
	1型糖尿病に対する専門的治療を行う医療機関数
	妊娠糖尿病・糖尿病合併症に対する専門的な治療を行う医療機関数
標準的な医師の普及による糖尿病や合併症の的確な診断・早期治療体制の整備	腎臓病専門医が在籍する医療機関数
	歯周病専門医が在籍する医療機関数
	糖尿病網膜症に対する専門的治療を行う医療機関数
	糖尿病性腎症に対する専門的治療を行う医療機関数
	糖尿病足病変に対する専門的治療を行う医療機関数

個別施策	指標
	1型糖尿病に対する専門的治療を行う医療機関数（再掲）
	妊娠糖尿病・糖尿病合併症に対する専門的な治療を行う医療機関数（再掲）
	腎臓病専門医が在籍する医療機関数（再掲）
県民に対し、医療機関の分担と医療連携の必要性についての啓発の推進	歯周病専門医が在籍する医療機関数（再掲）
	糖尿病網膜症に対する専門的治療を行う医療機関数（再掲）
	糖尿病性腎症に対する専門的治療を行う医療機関数（再掲）
	糖尿病足病変に対する専門的治療を行う医療機関数（再掲）

(B) 中間アウトカム (分野アウトカムを達成するためにクリアすべきステップ)
--

3	標準的な糖尿病治療体制の整備
1 指標	HbA1c検査の実施もしくはG6検査の実施割合（糖尿病患者1年当たり）
2 指標	尿中アルブミン・蛋白定量検査の実施割合（糖尿病患者1年当たり）
3 指標	眼底検査の実施割合（糖尿病患者1年当たり）
4 指標	（血糖）クレアチニン検査の実施割合（糖尿病患者1年当たり）
5 指標	外来栄養指導の実施割合（糖尿病患者1年当たり）
6 指標	糖尿病透析予防指導の実施割合（糖尿病患者1年当たり）

(A) 分野アウトカム (あるべき姿)

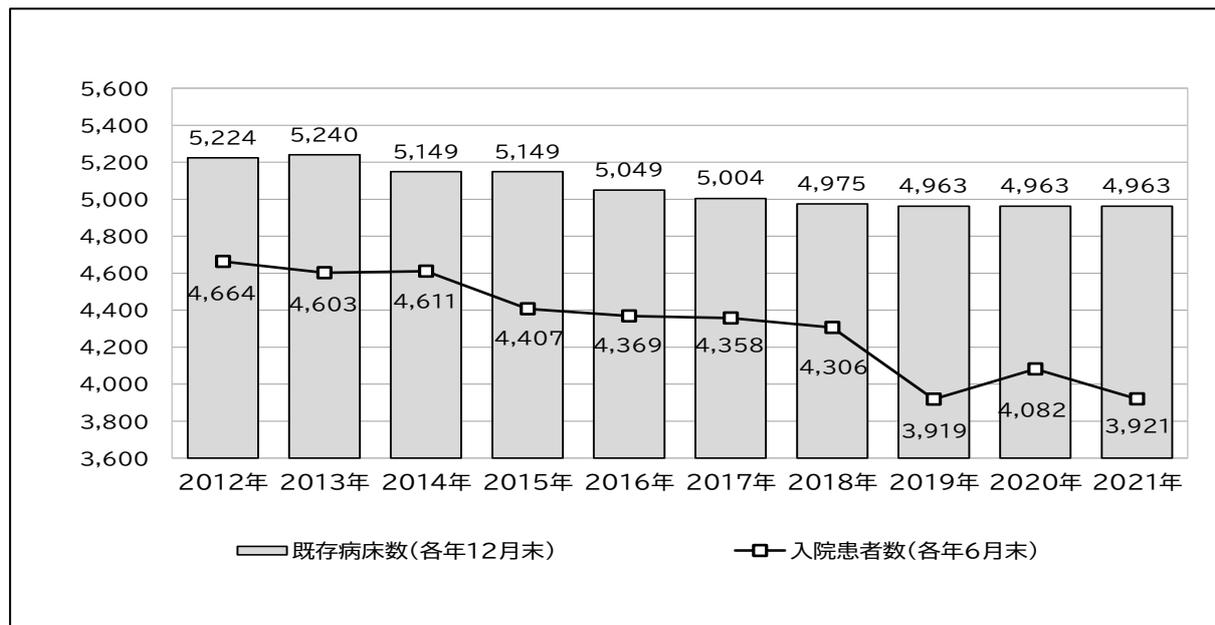
第5節 精神疾患

1 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

令和3(2021)年6月末現在の県内医療機関における入院患者数は 3,921 人で、平成 28(2016)年の同月と比較して減少しています。

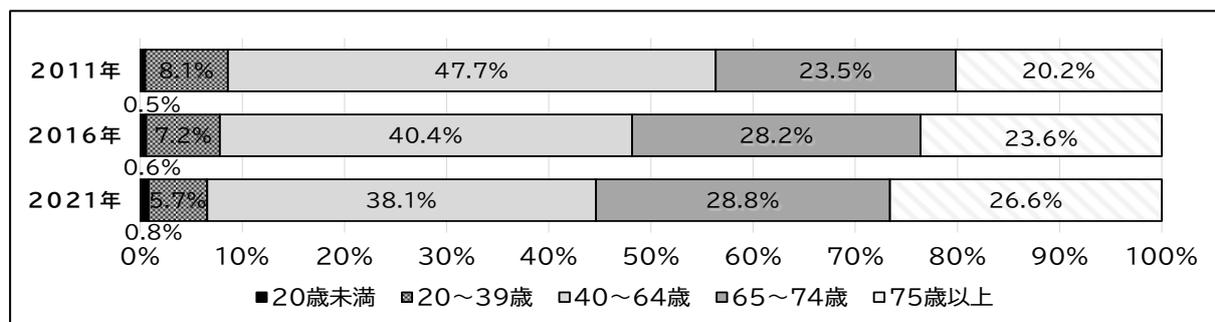
図表 5-5-1: 既存病床数・入院患者数の推移(単位:人)



【出典: 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)」等】

令和3(2021)年度の年齢階級別入院者の構成割合は、20 歳未満が 0.8%、20 歳以上 39 歳以下が 5.7%、40 歳以上 64 歳以下が 38.1%、65 歳以上 74 歳以下が 28.8%、75 歳以上が 26.6%となっており、65 歳以上の患者が5割以上を占めています。

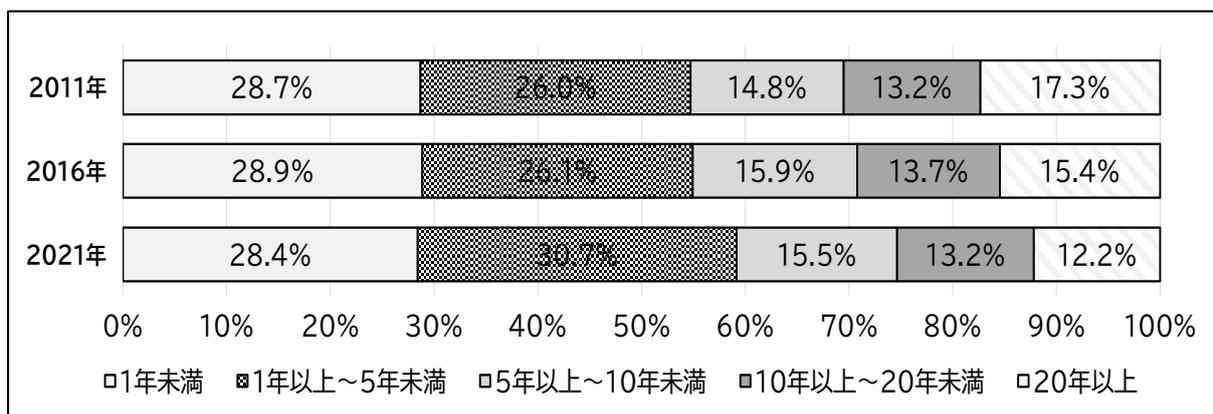
図表 5-5-2: 年齢階級別入院患者の構成割合の推移(単位:%)



【出典: 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)」】

令和3(2021)年度の在院期間別入院患者の構成割合は、1年未満が28.4%、1年以上5年未満が30.7%、5年以上10年未満が15.5%、10年以上20年未満が13.2%、20年以上が12.2%となっており、1年以上5年未満の患者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。

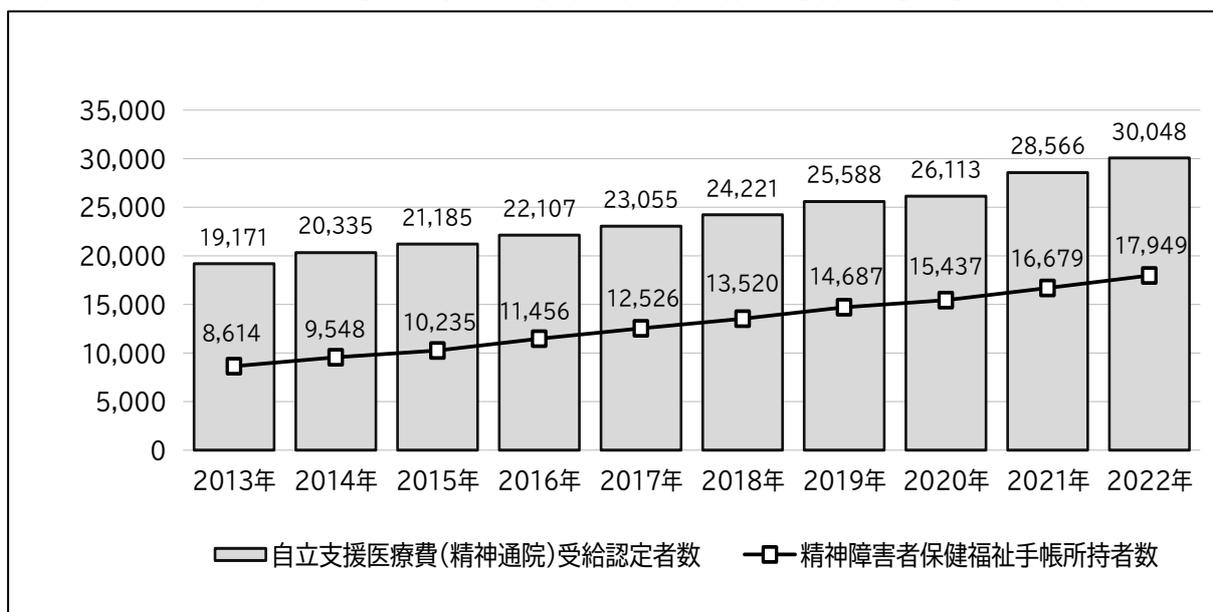
図表 5-5-3:在院期間別入院患者の構成割合の推移(単位:%)



【出典: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)】

令和5(2023)年3月末の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30,048人で、平成30(2018)年度末と比較して5,827人(約24.1%)増加しています。

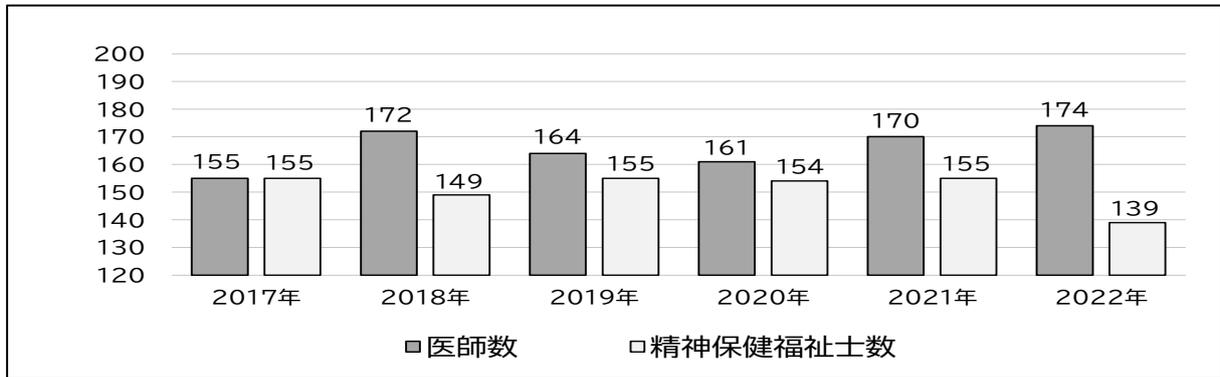
図表 5-5-4:自立支援医療費(精神通院)受給認定者数等の推移(単位:人)



【出典:栃木県精神保健福祉センター調べ】

令和4(2022)年度の県内の精神科病院に勤務する医師数は174人で、人口10万人当たり9.1人となっており、全国値の8.2人より多くなっています。また、精神保健福祉士数は139人で、人口10万人当たり7.3人となっており、全国値の7.0人と同水準です。

図表 5-5-5: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
(単位:人)



【出典: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)】

(2) 多様な精神疾患ごとの状況

多様な精神疾患ごとの入院患者数及び外来患者数は、概ね増加傾向にあります。

図表 5-5-6:精神疾患ごとの患者数の比較(2020年度・2015年度比較)
(単位:人、%)

疾患名		診療形態	令和2年度 (2020)	平成27年度 (2015)	平成27年度 比増減数	平成27年度 比増減割合	平成27年度 からの推移
統合失調症	入院		5,167	5,308	▲141	▲2.7	概ね横ばい
	外来		28,896	25,136	3,760	15.0	増加傾向
うつ病・躁うつ病	入院		2,820	2,799	21	0.8	概ね横ばい
	外来		49,737	41,177	8,560	20.8	増加傾向
認知症	入院		1,368	1,208	160	13.2	増加傾向
	外来		6,392	6,015	377	6.3	概ね横ばい
児童・思春期精神疾患※2	入院		273	217	56	25.8	増加傾向
	外来		2,102	1,252	850	67.9	増加傾向
発達障害	入院		205	145	60	41.4	増加傾向
	外来		5,387	2,047	3,340	163.2	大きく増加
依存症	(ア)アルコール依存症	入院	232	323	▲91	▲28.2	減少傾向
		外来	704	593	111	18.7	増加傾向
	(イ)薬物依存症	入院	33	25	8	32.0	増加傾向
		外来	132	99	33	33.3	増加傾向
(ウ)ギャンブル等依存症	入院	※1	※1	-	-	-	
	外来	※1	※1	-	-	-	
PTSD	入院	※1	※1	-	-	-	
	外来		156	76	80	105.3	大きく増加
摂食障害	入院		124	131	▲7	▲5.3	概ね横ばい
	外来		356	187	169	90.4	大きく増加
てんかん	入院		1,270	1,207	63	5.2	概ね横ばい
	外来		7,607	7,585	22	0.3	概ね横ばい

※1 9人以下の少数であり、特定数の表示不可

※2 年齢が20歳未満で児童・思春期精神障害の診断名を持ち、精神病院に入院した患者数

【出典:国立精神・神経医療研究センター「精神保健福祉資料(NDBデータ)】

図表 5-5-7:精神疾患ごとの患者数及び医療機関数(2020 年度)

(単位:人・所)

疾患名	診療形態	患者数	人口10万人比		医療機関数	人口10万人比		
			本県	全国		本県	全国	
統合失調症	入院	5,167	270	276	26	1.4	1.3	
	外来	28,896	1,510	1,368	76	4.0	6.1	
うつ病・躁うつ病	入院	2,820	147	167	26	1.4	1.3	
	外来	49,737	2,600	2,750	76	4.0	6.3	
認知症	入院	1,368	72	120	26	1.4	1.3	
	外来	6,392	334	331	70	3.7	5.2	
児童・思春期精神疾患※3	入院	273	14	16	24	1.3	1.2	
	外来	2,102	110	115	51	2.7	4.0	
発達障害	入院	205	11	16	24	1.3	1.1	
	外来	5,387	282	534	66	3.5	5.3	
依存症	(ア)アルコール依存症	入院	232	12	25	43	2.3	3.0
		外来	704	37	50	56	2.9	5.2
	(イ)薬物依存症	入院	33	1.7	2.4	13	0.7	1.0
		外来	132	7	7	23	1.2	1.6
	(ウ)ギャンブル等依存症	入院	※1			※2		
		外来	※1			※2		
PTSD	入院	※1			3	0.2	0.3	
	外来	156	8	14	41	2.1	2.7	
摂食障害	入院	124	6	10	25	1.3	2.3	
	外来	356	19	19	52	2.7	4.4	
てんかん	入院	1,270	66	65	71	3.7	4.7	
	外来	7,607	398	394	198	10.4	18.3	

※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

※3 年齢が20歳未満で児童・思春期精神障害の診断名を持ち、精神病院に入院した患者数

【出典:国立精神・神経医療研究センター「精神保健福祉資料(NDBデータ)】

(3) その他

① 高次脳機能障害

平成 28(2016)年 12 月現在、医師から高次脳機能障害者と診断された者は、全国に 32.7 万人いると推計されています。

(厚生労働省「全国在宅障害児・者等実態調査」)

② 精神科救急

令和2(2020)年度における本県の精神科救急医療機関の夜間・休日の受入件数は 472 件で、人口 10 万人当たりでは 24.4 件となっており、全国値の 28.1 件を下回っています。

(精神科救急医療体制整備事業実績)

③ 身体合併症

令和2(2020)年度における本県の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 13 病院で、人口 10

万人当たりでは 0.7 か所となっており、全国値の 0.8 か所を下回っています。

精神病床での身体合併症の治療を受けた患者数は 555 人で、人口 10 万人当たり 29.01 人となっており、全国値 31.13 人を下回っています。

一般病床において身体合併症の治療を受けた患者数は 93 人で、人口 10 万人当たり 4.86 人となっており、全国値の 12.86 人を下回っています。

(精神保健福祉資料(NDBデータ))

④ 自殺対策

本県の自殺者数は平成 21(2009)年の 630 人をピークに減少を続けており、令和2(2020)年には 349 人となりましたが、新型コロナウイルス感染症の拡大等の要因により、令和4(2022)年には 367 人まで増加しています。

なお、本県の自殺死亡率は 18.6 で、全国平均の 17.4 を上回っており、平成 17 年(2005)年以降、全国平均よりも高い水準で推移しています。

(警察庁「自殺統計」、厚生労働省「人口動態統計」)

⑤ 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加害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」施行から令和3(2021)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 3,932 件、通院処遇決定は 702 件となっています。

また、令和4(2022)年度末時点で、県内 33 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。

(厚生労働省HP)

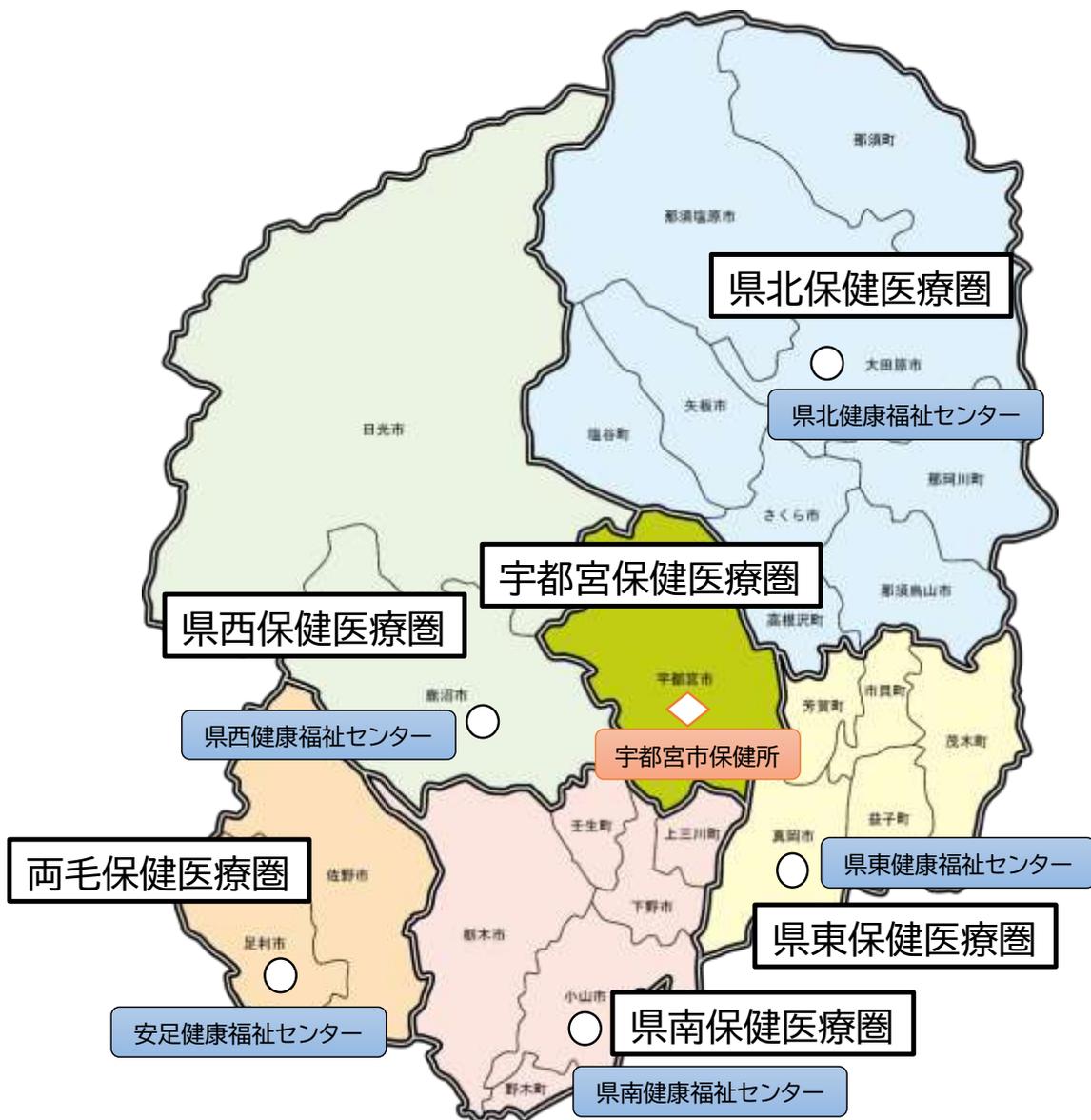
(4) 精神科医療の推進に当たり取り組むべき課題

- ・住み慣れた身近な地域で必要な保健医療サービス及び福祉サービスを切れ目無く受けられる体制の整備
- ・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サービスが届きにくいという特性を踏まえた、アクセスしやすく、必要な医療サービスを受けられる体制の整備
- ・質や専門性の高い医療サービスを提供できる人材の育成・確保や退院支援・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

2 医療提供体制に係る圏域

精神医療圏については、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、二次保健医療圏域及び障害保健福祉計画と同じ6圏域（ただし、精神科救急医療や専門医療は全県対応）とします。

図表 5-5-8:精神医療圏域図



3 分野アウトカム(目指す姿)-(A)

- (1) 精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができる。
- (2) 多様な精神疾患等に対応した適切な医療サービスを受けられる。
- (3) 自殺死亡率が低下している。

4 中間アウトカム(分野アウトカム達成に必要な状態)-(B)

(1) 地域移行の定着・推進

入院から地域生活への移行に向けた精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築や地域精神保健福祉活動の充実を図ります。

施策-(C)	
①	精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの構築
②	健康福祉センター等による地域精神保健福祉活動の充実

(2) 多様な精神疾患等に対応できるアクセスや体制の確保

多様な精神疾患等に対応できる医療へのアクセスや相談・支援体制の確保を図ります。

施策-(C)	
①	多様な精神疾患等に対応できる人材の育成・確保及び定着促進

(疾患別の施策)

施策-(C)	
①	【統合失調症】【うつ病・躁うつ病】 地域の実情を踏まえた地域連携体制の構築
②	【認知症】 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
③	【児童・思春期精神疾患及び発達障害】 子どもの心の相談窓口による支援体制の充実
④	【児童・思春期精神疾患及び発達障害】 子どもの心の診療のための連携会議の開催
⑤	【児童・思春期精神疾患及び発達障害】 専門の医療従事者及び専用の病棟・保護室を有する医療機関の確保

施策-(C)	
⑥	【児童・思春期精神疾患及び発達障害】 発達障害者支援センターにおける支援体制の充実
⑦	【依存症】 インターネット等を活用した予防教育及び正しい知識の普及、相談窓口の周知
⑧	【依存症】 依存症相談拠点機関を中心とした支援体制の充実
⑨	【高次脳機能障害】 高次脳機能障害支援拠点機関を中心とした支援体制の充実
⑩	【摂食障害】 摂食障害の専門的医療体制の整備
⑪	【てんかん】 てんかん支援拠点病院を中心とした包括的診療体制の充実
⑫	【精神科救急】 精神科救急医療体制の整備
⑬	【身体合併症】 一般(救急)医療と精神科(救急)医療との連携体制の推進
⑭	【身体合併症】 新興感染症への対応が可能な医療機関の明確化

(3) 自殺対策に関する有機的な連携体制の構築

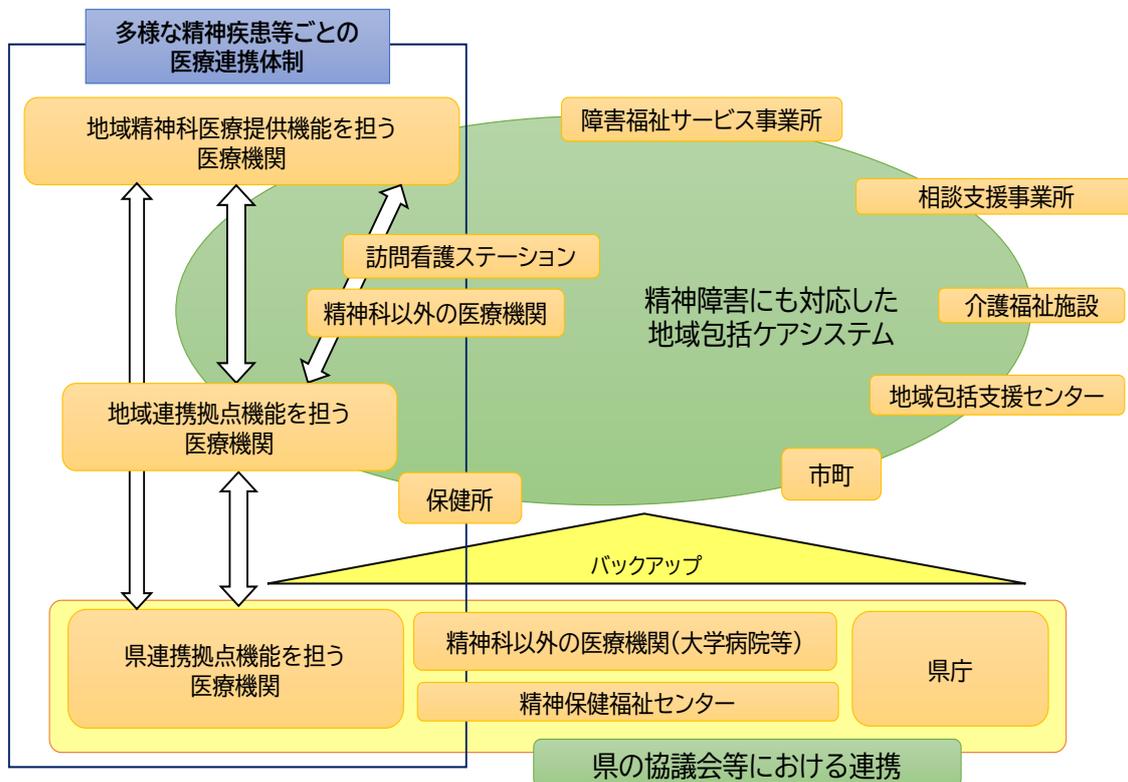
精神科救急患者の受入体制の充実を図りつつ、ハイリスク者(自殺未遂者等)の早期発見や再度の自殺企画を防止するため、相談・支援体制の強化や生活困窮・教育・女性支援施策等と連携した自殺対策に取り組みます。

施策-(C)	
①	【自殺対策】 生活困窮・教育・女性支援施策等との連携
②	【精神科救急】 (再掲)精神科救急医療体制の整備
③	【身体合併症】 (再掲)一般(救急)医療と精神科(救急)医療との連携体制の推進
④	【身体合併症】 (再掲)新興感染症への対応が可能な医療機関の明確化

5 医療連携体制図

「3. 分野アウトカム(目指す姿)」を踏まえ、以下のとおり連携体制の構築を図ります。(各医療機能の詳細については、別冊「5疾病・6事業及び在宅医療等における医療機能別の各医療機関等に求められる事項」を参照ください。)

図表 5-5-9:精神疾患における医療連携体制図



6 指標と数値目標

分野アウトカム(目指す姿)-(A)

No.	項目名	指標名	現状値	目標値
1	精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができる	精神障害者の精神病床から退院後1年以内の地域での平均生活日数(地域平均生活日数)	329.1日 (令和2(2020)年度)	331.7日 (令和8(2026)年度)
		精神病床における新規入院患者の平均在院日数	105.4日 (令和2(2020)年度)	102.2日 (令和8(2026)年度)
2	多様な精神疾患等に対応した適切な医療サービスを受けられる	月間外来患者延数(人口10万人当たり)	48,360人 (令和3(2021)年度)	57,644人 (令和8(2026)年度)
3	自殺死亡率が低下している	自殺死亡率(人口10万人当たりの自殺者数)	18.6 (令和4(2022)年)	14.0 (令和8(2026)年)

中間アウトカム(分野アウトカム達成に必要な状態)-(B)

No.	項目名	指標名	現状値	目標値
1	地域移行の定着・推進	再入院患者割合	36.8% (令和2(2020)年度)	31.1% (令和8(2026)年度)
		精神病床における入院後3か月時点の退院率	66.4% (令和2(2020)年度)	68.9% (令和8(2026)年度)
		精神病床における入院後6か月時点の退院率	80.7% (令和2(2020)年度)	84.5% (令和8(2026)年度)
		精神病床における入院後1年時点の退院率	87.3% (令和2(2020)年度)	91.0% (令和8(2026)年度)
2	多様な精神疾患等に対応できるアクセスや体制の確保	【統合失調症】 外来診療を行っている医療機関数 (人口10万人当たり)	4.0 機関 (令和2(2020)年度)	6.1 機関 (令和8(2026)年度)
		【うつ病・躁うつ病】 外来診療を行っている医療機関数 (人口10万人当たり)	4.0 機関 (令和2(2020)年度)	6.3 機関 (令和8(2026)年度)
		【認知症】 外来診療を行っている医療機関数 (人口10万人当たり)	3.7 機関 (令和2(2020)年度)	5.2 機関 (令和8(2026)年度)
		【児童・思春期精神疾患】 外来診療を行っている医療機関数 (人口10万人当たり)	2.7 機関 (令和2(2020)年度)	4.0 機関 (令和8(2026)年度)
		【発達障害】 外来診療を行っている医療機関数 (人口10万人当たり)	3.5 機関 (令和2(2020)年度)	5.3 機関 (令和8(2026)年度)
		【依存症(アルコール)】 外来診療を行っている医療機関数 (人口10万人当たり)	2.9 機関 (令和2(2020)年度)	5.2 機関 (令和8(2026)年度)

No.	項目名	指標名	現状値	目標値
2	多様な精神疾患等に対応できるアクセスや体制の確保	【依存症(薬物)】 外来診療を行っている医療機関数(人口10万人当たり)	1.2 機関 (令和2(2020)年度)	1.6 機関 (令和8(2026)年度)
		【摂食障害】 外来診療を行っている医療機関数(人口10万人当たり)	2.7 機関 (令和2(2020)年度)	4.4 機関 (令和8(2026)年度)
		【てんかん】 外来診療を行っている医療機関数(人口10万人当たり)	10.4 機関 (令和2(2020)年度)	14.4 機関 (令和8(2026)年度)
3	自殺対策に関する有機的な連携体制の構築	自殺対策の実践的な連携に向けたプラットフォームの構築	—	3 (令和8(2026)年度)

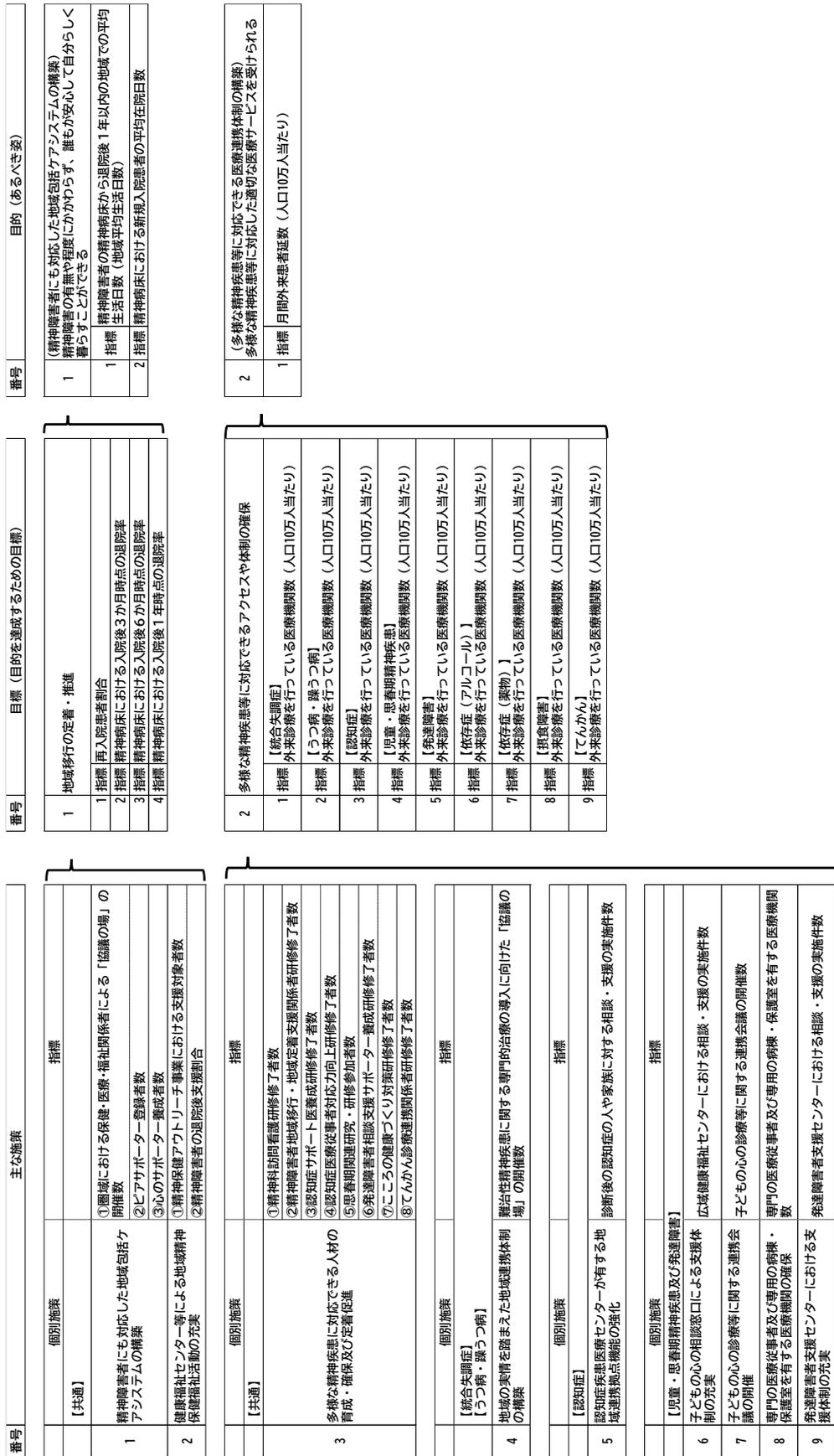
施策-(C)

No.	項目名	指標名	現状値
1	精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの構築	①圏域における保健・医療・福祉関係者による「協議の場」の開催数	6回 (令和4(2022)年度)
		②ピアサポーター登録者数	29人 (令和4(2022)年度)
		③心のサポーター養成者数	—
2	健康福祉センター等による地域精神保健福祉活動の充実	①精神保健アウトリーチ事業における支援対象者数	3人 (令和4(2022)年度)
		②精神障害者の退院後支援割合	26% (令和4(2022)年度)
3	多様な精神疾患に対応できる人材の育成・確保及び定着促進	①精神科訪問看護研修修了者数	47人 (令和4(2022)年度)
		②精神障害者地域移行・地域定着支援関係者研修修了者数	185人 (令和4(2022)年度)
		③認知症サポート医養成研修修了者数	31人 (令和4(2022)年度)
		④認知症医療従事者対応力向上研修修了者数	197人 (令和4(2022)年度)

No.	項目名	指標名	現状値
3	多様な精神疾患に対応できる人材の育成・確保及び定着促進	⑤思春期関連研究・研修参加者数	144人 (令和4(2022)年度)
		⑥発達障害者相談支援サポーター養成研修終了者数	12人 (令和4(2022)年度)
		⑦こころの健康づくり対策研修終了者数	4人 (令和4(2022)年度)
		⑧てんかん診療連携関係者研修修了者数	195人 (令和4(2022)年度)
4	【統合失調症】【うつ病・躁うつ病】 地域の実情を踏まえた地域連携体制の構築	難治性精神疾患に関する専門的治療の導入に向けた「協議の場」の開催数	—
5	【認知症】 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	診断後の認知症の人や家族に対する相談・支援の実施件数	3,746件 (令和4(2022)年度)
6	【児童・思春期精神疾患及び発達障害】 子どもの心の相談窓口による支援体制の充実	広域健康福祉センターにおける相談・支援の実施件数	34件 (令和4(2022)年度)
7	【児童・思春期精神疾患及び発達障害】 子どもの心の診療等に関する連携会議の開催	子どもの心の診療等に関する連携会議の開催数	2回 (令和4(2022)年度)
8	【児童・思春期精神疾患及び発達障害】 専門の医療従事者及び専用の病棟・保護室を有する医療機関の確保	専門の医療従事者及び専用の病棟・保護室を有する医療機関数	—
9	【児童・思春期精神疾患及び発達障害】 発達障害者支援センターにおける支援体制の充実	発達障害者支援センターにおける相談・支援の実施件数	755件 (令和4(2022)年度)
10	【依存症】 インターネット等を活用した予防教育及び正しい知識の普及、相談窓口の周知	依存症専用ポータルサイトの閲覧者数	3,535人 (令和4(2022)年度)
11	【依存症】 依存症相談拠点機関を中心とした支援体制の充実	精神保健福祉センター等における相談・支援の実施件数	683件 (令和3(2021)年度)

No.	項目名	指標名	現状値
12	【高次脳機能障害】 高次脳機能障害支援拠点機関を中心とした支援体制の充実	高次脳機能障害支援拠点機関における相談・支援の実施件数	570 件 (令和 4(2022)年度)
13	【摂食障害】 摂食障害の専門的医療体制の整備	摂食障害支援拠点病院における紹介・逆紹介件数	—
14	【てんかん】 てんかん支援拠点病院を中心とした包括的診療体制の充実	てんかん支援拠点病院における紹介・逆紹介件数	755 件 (令和 4(2022)年度)
15	【精神科救急】 精神科救急医療体制の整備	①精神科救急医療体制整備事業による夜間・休日の受診件数	566 件 (令和 4(2022)年度)
16	【精神科救急】 精神科救急医療体制の整備	②精神科救急医療体制整備事業による夜間の入院対応可能な輪番病院の充足率	21.4% (令和 4(2022)年度)
		③精神科救急医療体制整備事業による休日(日中)の入院対応可能な輪番病院の充足率	36.1% (令和 4(2022)年度)
		④精神科救急医療システム連絡調整委員会の開催数	1回 (令和 4(2022)年度)
17	【身体合併症】 一般(救急)医療と精神科(救急)医療との連携体制の推進	①精神病床において身体合併症の治療を受けた患者数(人口 10 万人当たり)	29.01 人 (令和 2(2020)年度)
		②一般病床において身体合併症の治療を受けた患者数(人口 10 万人当たり)	4.86 人(令和 2(2020)年度)
		③精神科救急情報センターの調整による一般救急医療機関から精神科救急医療機関への受診件数	14 件 (令和 4(2022)年度)
18	【身体合併症】 新興感染症への対応が可能な医療機関の明確化	協定締結医療機関数	—
19	【自殺対策】 生活困窮・教育・女性支援施策等との連携	自殺対策関連施策数	203 事業 (令和 4(2022)年度)

7 施策・指標体系図(ロジックモデル)



	個別施策	指標
	【依存症】 インプット等を活用した啓発 普及及び正しい知識の普及、相談窓口 の周知	依存症専用ポータルサイトの閲覧者数
10	依存症相談拠点機関を中心とした支 援体制の充実	精神保健福祉センター等における相談・支援の実施件数
	個別施策	指標
	【高次脳機能障害】	
12	高次脳機能障害支援拠点機関を中心 とした支援体制の充実	高次脳機能障害支援拠点機関における相談・支援の実施件数
	個別施策	指標
	【摂食障害】	
13	摂食障害の専門的医療体制の整備	摂食障害支援拠点病院における紹介・逆紹介件数
	個別施策	指標
	【てんかん】	
14	てんかん支援拠点病院を中心とした 包括的診療体制の充実	てんかん支援拠点病院における紹介・逆紹介件数
	個別施策	指標
	【精神科救急】	
15	精神科救急医療体制の整備	①精神科救急医療体制整備事業による夜間・休日の受診件数 ②精神科救急医療体制整備事業による夜間の入院対応可能な 輪番病院の充足率 ③精神科救急医療体制整備事業による休日(日中)の入院対応 可能な輪番病院の充足率 ④精神科救急医療システム連絡調整委員会の開催数
	個別施策	指標
	【身体合併症】	
16	一般(救急)医療と精神科(救急) 医療との連携体制の推進	①精神科において身体合併症の治療を受けた患者数(人口 10万人当たり) ②一般病床において身体合併症の治療を受けた患者数(人口 10万人当たり) ③精神科救急情報センターの調整による一般救急医療機関か ら精神科救急医療機関への受診件数
17	新興感染症への対応可能な医療機 関の明確化	協定締結医療機関数
	個別施策	指標
	【自殺対策】	
18	生活困窮・教育・女性支援施策等と の連携	自殺対策関連施設数

3 自殺対策に関する有機的な連携体制の構築
1 指標 自殺対策の実務的な連携に向けたプラットフォームの構築
数

3 自殺死亡率が低下している
1 指標 自殺死亡率(人口10万人当たりの自殺者数)

第6節 救急医療

1 現状と課題

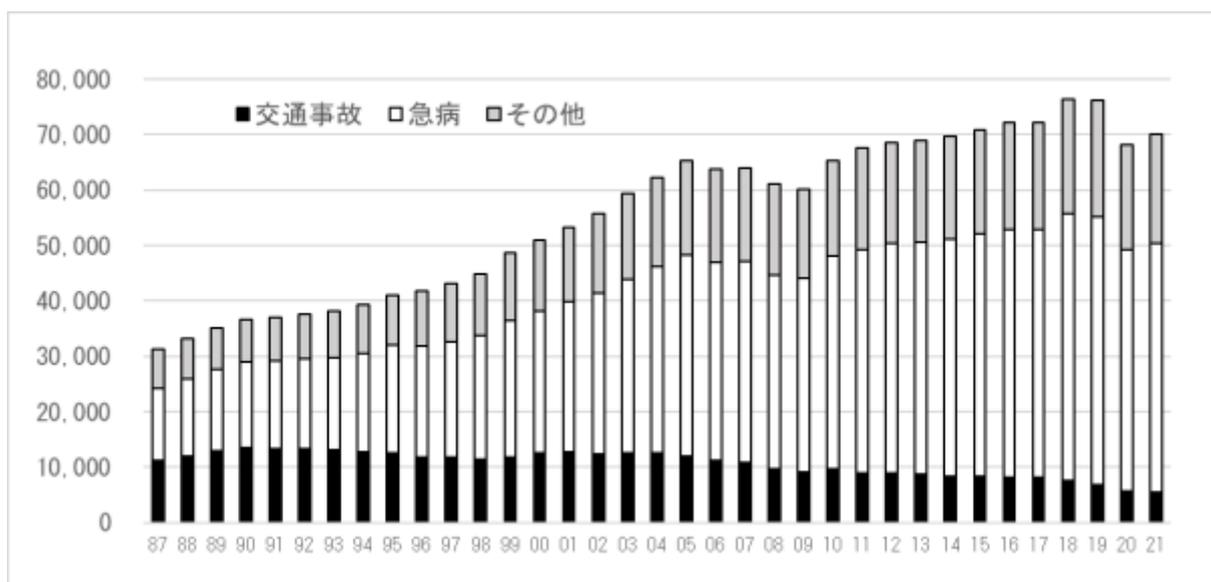
(1) 救急医療をとりまく状況

救急搬送人員数は、平成30(2018)年に過去最高値となり、その後新型コロナウイルス感染症の影響等により一時的に減少したものの、高齢化の進行等により、全体としては増加傾向にあります。

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、本県の令和3(2021)年の平均は44.1分と全国平均の42.8分を上回っています。特に、コロナ禍においては、救急搬送困難事案が多発し、救急医療提供体制における課題が顕在化しました。

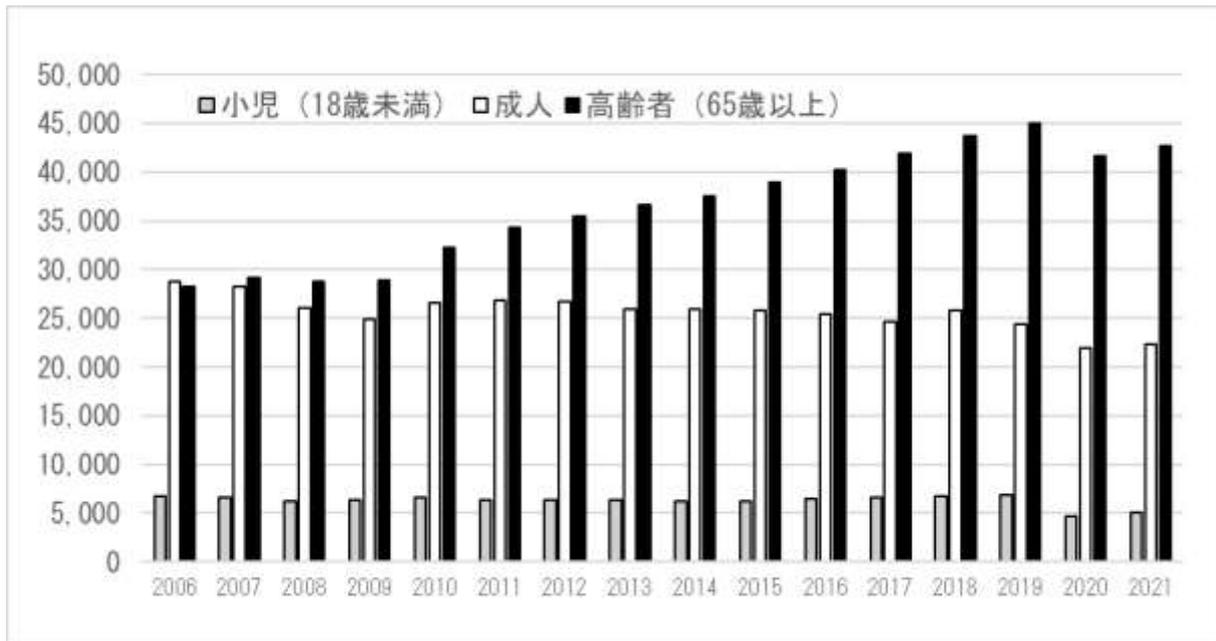
限られた医療資源を有効活用しながら、コロナ禍で顕在化した課題に対応するためには、初期、二次、三次救急の機能分化と連携や、救急医療の適正利用等の促進に引き続き取り組むほか、医療機関等と協議を行いながら、適切に対策を講じていく必要があります。

図表 5-6-1: 救急患者搬送状況の推移(単位:人)



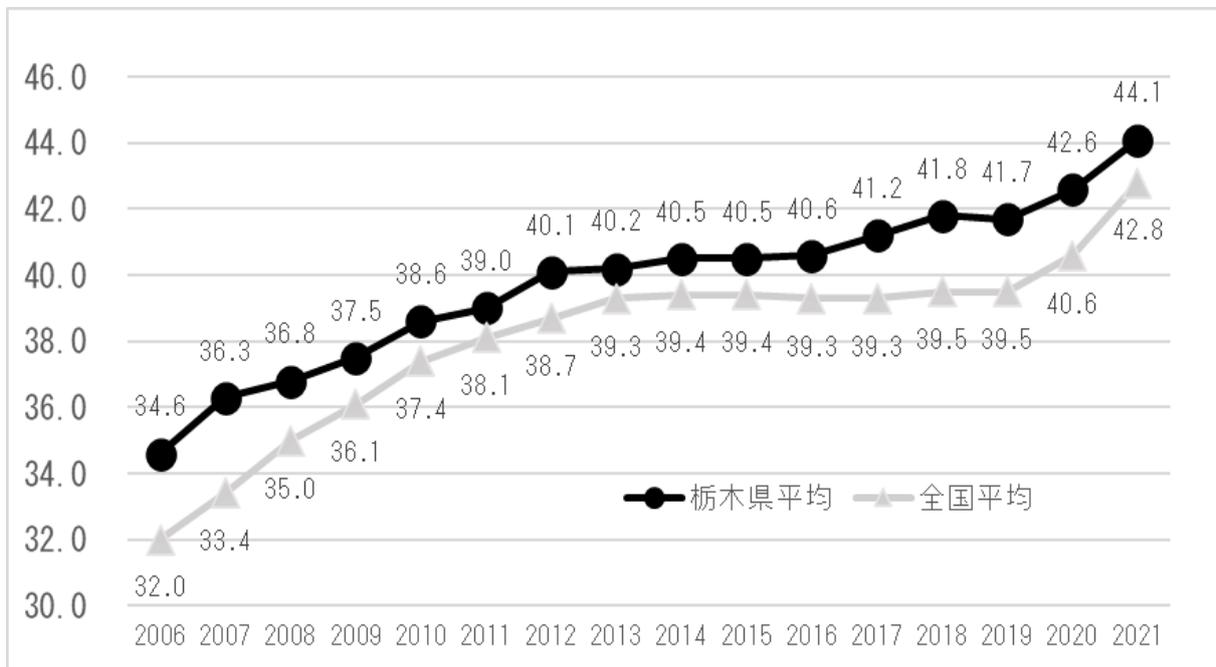
【出典: 栃木県消防防災課調べ】

図表 5-6-2:年齢別救急搬送人員の推移(単位:人)



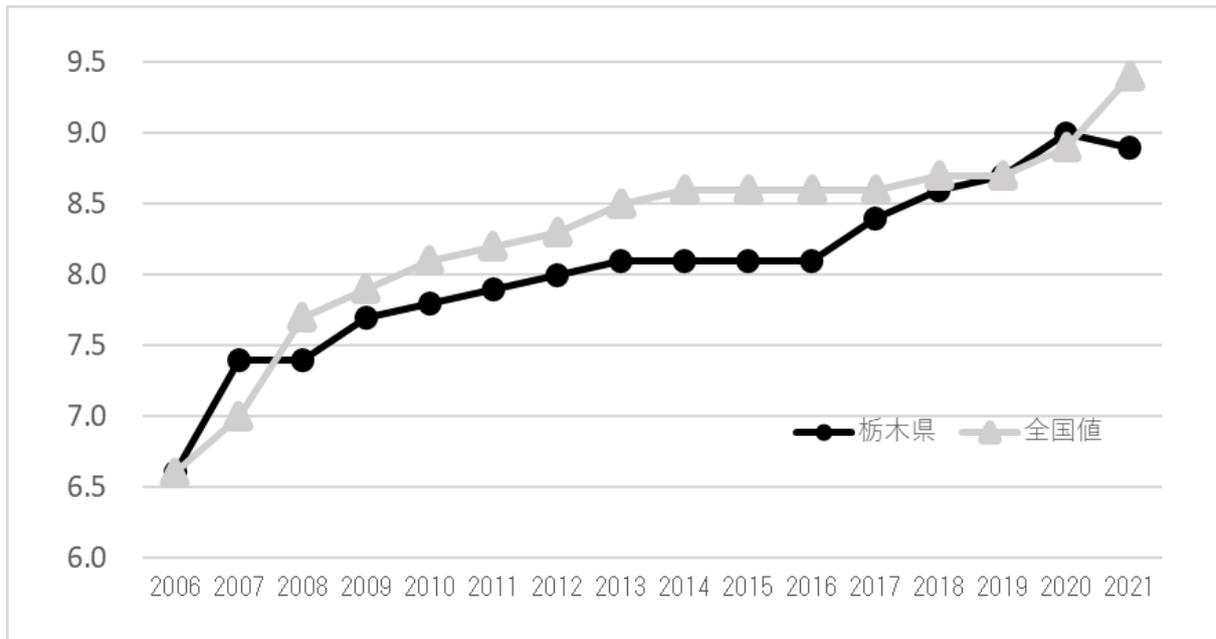
【出典: 栃木県消防防災課調べ】

図表 5-6-3: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)(単位:分)



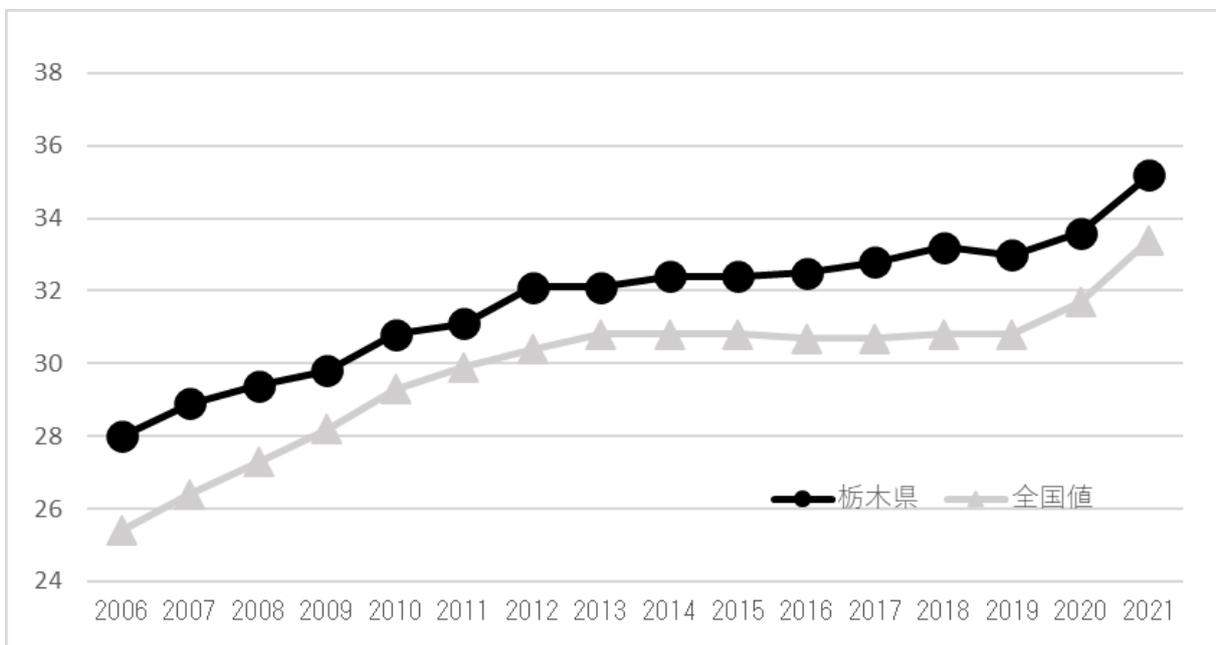
【出典: 消防庁「救急・救助の現況」】

図表 5-6-4:救急搬送時間(覚知から現場到着までに要した平均時間)
(単位:分)



【出典:消防庁「救急・救助の現況」】

図表 5-6-5:救急搬送時間(現場到着から救急医療機関への搬送までに要した平均時間)(単位:分)



【出典:消防庁「救急・救助の現況」】

(2) 救急医療の提供体制

① 病院前救護体制

「とちぎ救急医療電話相談(#7111)」や「とちぎ子ども救急電話相談(#8000)」の令和4(2022)年度の相談件数は、#7111が4,339件、#8000が24,220件であり、救急医療の適正利用等に大きな役割を果たしています。

また、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及び受入れを行っているほか、県メディカルコントロール協議会において、救急隊員の応急処置の質の保証に関する取組や、救急搬送困難事案の事後検証等を行っています。

ドクターヘリは、獨協医科大学病院を基地病院として運航し、平成22(2010)年の運航開始から、群馬県や茨城県との広域連携も含め、9,492件出動し(令和5(2023)年11月30日時点)、救命率の向上や後遺症の軽減に大きな役割を果たしています。

② 初期救急医療機関

主に、軽症の救急患者への夜間及び休日における外来診療を行うため、郡市医師会等の協力のもと、市町及び一部事務組合により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。

なお、休日夜間急患センターは11施設が設置されています(令和5(2023)年4月1日時点)。

③ 二次救急医療機関

地域の中核病院が病院群輪番制方式により、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います。

なお、救急告示医療機関として58病院(うち28病院が病院群輪番制病院)及び12有床診療所が認定されています(令和5(2023)年4月1日時点)。

④ 三次救急医療機関

重篤患者に対する高度な専門的医療を総合的に実施することを基本とし、原則として、重症及び複数の診療科領域にわたる全ての重篤な救急患者を24時間受け入れるため、5つの救命救急センターを指定しています(令和5(2023)年4月1日時点)。

⑤ 救急医療の提供体制における課題

初期、二次、三次救急の機能分化を促進するほか、様々な症状・容態の県内の救急患者を確実に受け入れられる体制を構築する必要があります。

また、新興感染症の発生・まん延時においても、重症患者への対応を含め、救急医療を提供できる体制を構築する必要があります。

救命期を脱した後に、後方の医療機関等が症状に応じて適切に受入ができるよう、地域における体制整備を進める必要があります。

図表 5-6-6:救急医療圏別救急医療体制¹⁴及び令和 4(2022)年度の救急患者数¹⁵(単位:人、箇所)

救急医療圏	初期救急患者数	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 ¹⁶	救命救急センター数	救急患者数 ¹⁷		
宇都宮	11,910 (5,086)	17	5	18,241 (1,460)	5	60,673 (11,490)		
鹿沼	1,150 (539)	5	3	8,381 (737)				
日光	624 (624)	7	3	6,916 (323)				
芳賀	5,620 (1,659)	4	1	8,659 (1,643)				
栃木	5,260 (1,617)	5	2	5,885 (10)				
小山	5,950 (1,887)	11	5	11,936 (1,707)				
那須	7,908 (2,986)	8	4	13,925 (2,372)				
塩谷	4,952 (1,662)	5	2	4,555 (249)				
南那須	1,618 (353)	1	1	3,563 (187)				
両毛	10,076 (3,930)	7	2	10,641 (2,417)				
県計	55,068 (20,343)	70	28	92,702 (11,105)				
入院患者の割合	-			29.0% (12.4%)				31.8% (17.1%)

【出典:栃木県医療政策課調べ】

¹⁴ 令和 5(2023)年 4月 1日時点

¹⁵ 各救急患者数の下段()書は、小児患者数を内数で記載

¹⁶ 当番日以外に受け入れた救急患者数を含む。また、救命救急センターを設置する病院を除く。

¹⁷ 救命救急センターを設置する病院全体の救急患者数を記載

2 医療提供体制に係る圏域

地域の医療資源の配置状況等を考慮し、二次医療圏として10の救急医療圏を設定します。なお、栃木市西方町については、引き続き鹿沼救急医療圏とします。

図表 5-6-7:救急医療圏域図



3 分野アウトカム(目指す姿)-(A)

(1) 救命した傷病者が社会復帰できる。

4 中間アウトカム(分野アウトカム達成に必要な状態)-(B)

(1) 適切な救急医療の利用や病院前救護活動が可能な体制の整備

医療機関の受診や救急要請の相談に対応するため、救急電話相談の普及啓発等に取り組みます。また、消防機関等と連携し、救急法等講習会を県内で複数回開催するほか、救急医療情報システムの利便性向上を図る等、適切な病院前救護活動が可能な体制の構築を目指します。

また、新興感染症の発生・まん延時における重症患者に対する適切な病院前救護体制の構築について、県メディカルコントロール協議会等と連携し、検討を行います。

施策-(C)	
①	救急電話相談の普及啓発
②	住民に対する救急蘇生法等の普及啓発
③	救急搬送困難事案の原因分析と対策
④	メディカルコントロール体制強化事業(メディカルコントロールに関する研修の開催等)

(2) 重症度・緊急度に応じた医療が提供可能な体制の整備

患者の状態に応じた適切な救急医療や、新興感染症の発生・まん延時においても救急医療を提供するため、救急医療機関の機能分化と連携や、初期、二次救急の体制強化を引き続き促進します。また、県内の重症の救急患者を確実に受け入れられる体制の構築を検討し必要な施策を展開するなど、救急医療提供体制の更なる充実・強化に取り組みます。

加えて、新型コロナウイルス感染症の感染拡大により救急医療がひっ迫したことを踏まえ、新興感染症の発生・まん延時においても患者が円滑に入院できるよう、平時から救急医療等の専門家の確保等に努め、必要に応じて、そうした専門家の知見を踏まえながら入院調整を行います。

施策-(C)	
①	救急医療提供に係る運営費支援
②	救急医療提供に係る施設・設備整備費支援
③	重症対応体制の充実強化のための対策
④	救急医療機関との感染症法に基づく病床確保に係る医療措置協定の締結
⑤	救急医療機関が感染症患者を受け入れるための支援

(3) 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の整備

救命期を脱した後に適切な医療機関や介護施設、在宅医療へ円滑な移行

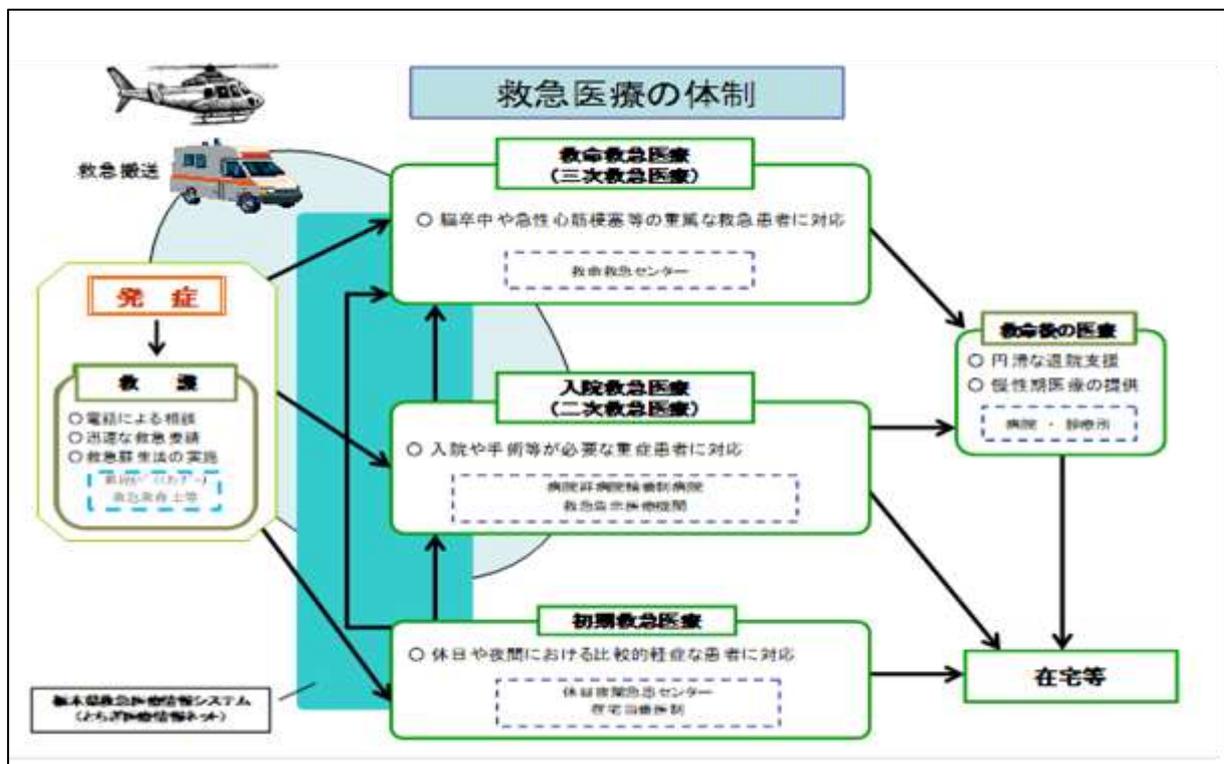
できるよう、後方の医療機関や介護施設等と、救急医療機関との連携強化等を促進します。

施策-(C)	
①	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の確保のための支援(救命救急センター運営事業費補助金等)
②	救急医療機関と在宅医療・介護関係者の連携強化

5 医療連携体制図

「3. 分野アウトカム(目指す姿)」を踏まえ、以下のとおり連携体制の構築を図ります。(各医療機能の詳細については、別冊「5疾病・6事業及び在宅医療等における医療機能別の各医療機関等に求められる事項」を参照ください。)

図表 5-6-8:救急医療における医療連携体制図



6 指標と数値目標

分野アウトカム(目指す姿)-(A)

No.	項目名	指標名	直近値	目標値
1	救命した傷病者が社会復帰できる	心原性心肺機能停止機能傷病者(一般市民が目撃した)のうち初期心電図波形がVF 又は無脈性VT の一ヶ月後社会復帰率	22.5% (令和3(2021)年4月1日時点)	全国上位 (1~15位) (令和11(2029)年)

中間アウトカム(分野アウトカム達成に必要な状態)-(B)

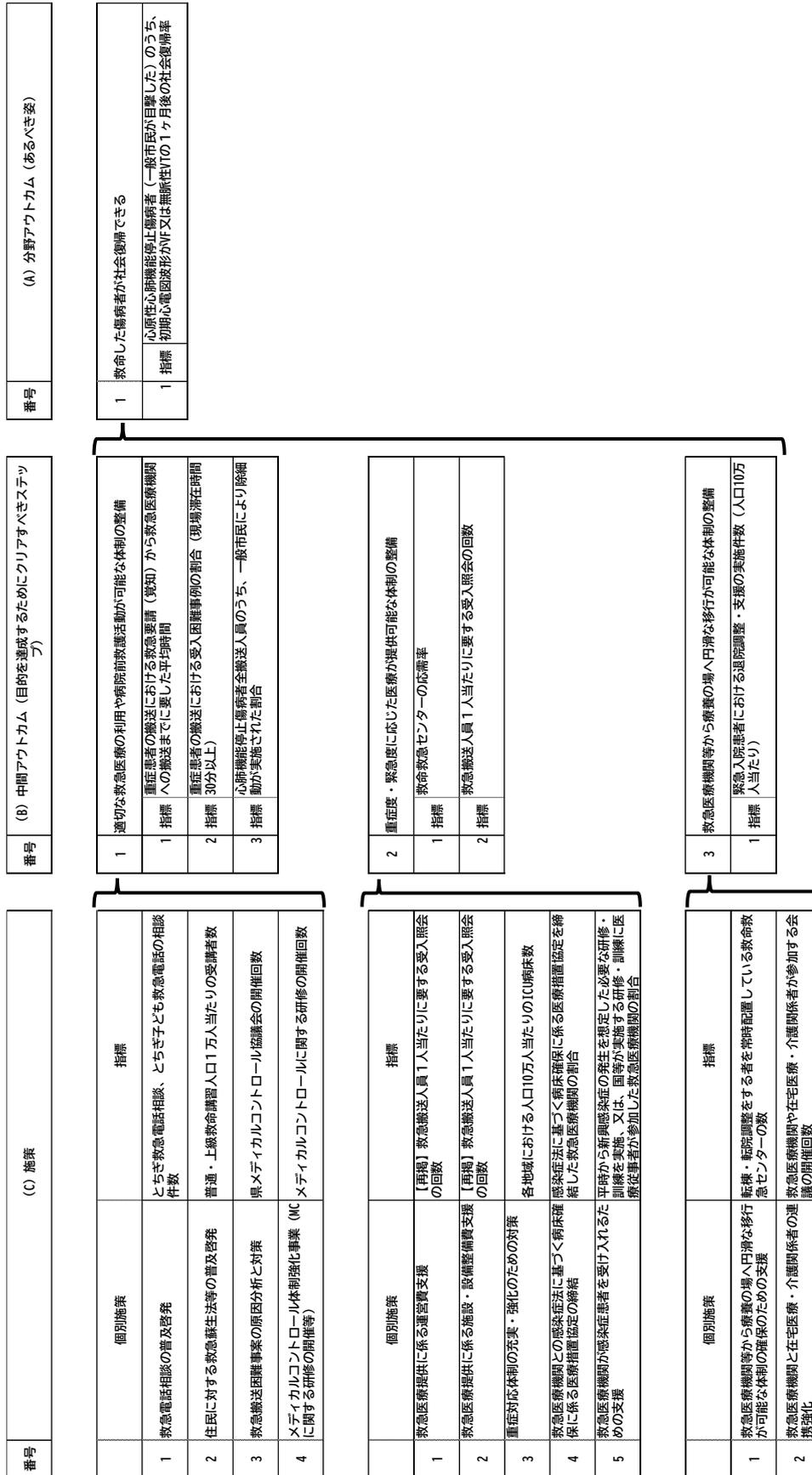
No.	項目名	指標名	基準値	目標値
1	適切な救急医療の利用や病院前救護活動が可能な体制の整備	重症患者の搬送における救急要請(覚知)から救急医療機関への搬送までに要した平均時間	43.0分 (全国順位なし) (令和3(2021)年)	前年度より短縮
		重症患者の搬送における受入困難件数の割合 (現場滞在時間30分以上)	7.0% (全国31位) (令和3(2021)年)	全国上位 (1~15位) (令和11(2029)年)
		心肺機能停止傷病者全搬送人員のうち、一般市民により除細動が実施された割合	0.78% (全国41位) (令和3(2021)年)	全国上位1/2 (令和11(2029)年)
2	重症度・緊急度に応じた医療が提供可能な体制の整備	救命救急センターの応需率	76.1% (全国41位) (令和4(2022)年)	全国上位1/2 (令和11(2029)年)
		救急搬送人員1人当たりに要する受入照会の回数	1.44回 (全国順位なし) (令和3(2021)年)	前年度より減少
3	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の整備	緊急入院患者における退院調整・支援の実施件数 (人口10万人当たり)	690件 (全国14位) (令和3(2021)年度)	全国上位 (1~15位) (令和11(2029)年)

施策-(C)

No.	項目名	指標名	直近値
1	救急電話相談の普及啓発	とちぎ救急電話相談及びとちぎ子ども救急電話相談の相談件数	(#7111) 4,339件 (#8000) 24,220件 (令和4(2022)年度)
2	住民に対する救急蘇生法等の普及啓発	普通・上級救命講習人口1万人当たりの受講者数	19.7人 (令和3(2021)年)
3	救急搬送困難事案の原因分析と対策	県メディカルコントロール協議会の開催回数	1回/年 (令和4(2022)年度)

4	メディカルコントロール体制強化事業(研修の開催等)	メディカルコントロールに関する研修の開催回数	2回/年 (令和4(2022)年度)
5	救急医療提供に係る運営費支援	【再掲】救急搬送人員1人当たりに要する受入照会の回数	1.44回 (令和3(2021)年)
6	救急医療提供に係る施設・設備整備費支援	【再掲】救急搬送人員1人当たりに要する受入照会の回数	1.44回 (令和3(2021)年)
7	重症対応体制の充実・強化のための対策	各地域における人口10万人当たりのICU病床数(病床機能報告に基づき算出)	(宇都宮) 2.9床 (那須) 6.4床 (足利) 0床 (小山) 9.0床 (栃木) 5.2床 (令和4(2022)年度)
8	救急医療機関との感染症法に基づく病床確保に係る医療措置協定の締結	感染症法に基づく病床確保に係る医療措置協定を締結した救急医療機関の割合	—
9	救急医療機関が感染症患者を受け入れるための支援	新興感染症に対応するための訓練や研修を開催、又は、訓練や研修に医療従事者を参加させた救急医療機関の割合	—
10	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の確保のための支援	転棟・転院調整をする者を常時配置している救命救急センターの数	2カ所 (令和4(2022)年)
11	救急医療機関と在宅医療・介護関係者の連携強化	救急医療機関や在宅医療・介護関係者が参加する会議の開催回数	0回 (令和4(2022)年度)

7 施策・指標体系図(ロジックモデル)



第7節 災害医療

1 現状と課題

(1) 災害時に拠点となる病院

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13か所指定(うち12病院が全ての建物の耐震化を完了、全13病院が業務継続計画(BCP)を策定済、浸水想定区域に存在する全5病院が浸水対策を実施。)しています。(令和5(2023)年9月時点)

DMAT 隊員として209名、LDMAT 隊員として110名が登録されており、主に災害急性期に医療活動を行います。(令和5(2023)年4月現在)

DPAT 隊員として105名(うちDPAT 先遣隊隊員が26名)が登録されており、災害時に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こととされています。(令和5(2023)年4月時点)

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災害拠点精神科病院を今後整備する必要があります。

(2) 災害時に拠点となる病院以外の病院

災害拠点病院以外の病院のうち76.8%が全ての建物の耐震化を完了、36.8%が業務継続計画(BCP)を策定しています。(令和5(2023)年9月現在)

災害拠点病院以外の病院で浸水想定区域に存在する病院のうち67.9%が浸水対策を実施しています。(令和5(2023)年9月現在)

浸水想定区域に存在する病院においては、止水板の設置や自家発電機の高所移設等の浸水対策を講じる必要があります。

災害拠点病院以外の病院においても、業務継続計画(BCP)の策定を含めた平時からの備えを行い、発災時には被災状況や診療継続可否等の情報を適切に発信できる体制を整えておく必要があります。

(3) 災害時の協力体制

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及び栃木県栄養士会の6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。

災害時に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、18名を委嘱しています。(令和5(2023)年5月現在)

災害時に小児・周産期医療に関する調整の役割を担う「栃木県災害時小

児周産期リエゾン」として、27名を委嘱しています。(令和5(2023)年7月現在)

災害時に被災地域にて、被災した医療機関における看護業務や避難所の環境整備等の役割を担う災害支援ナースとして、213名が登録されています。(令和5(2023)年4月現在)

災害時に、県保健医療福祉調整本部と連携し医薬品供給や薬剤師派遣等の調整の役割を担う災害薬事コーディネーターの設置に向けた取組を今後進める必要があります。

災害時には、県保健医療福祉調整本部の下、関係機関が相互に連携・協力することが不可欠であることから、全県としての体制に加え、二次保健医療圏単位での保健所を中心としたコーディネート体制の確認や関係機関との連携強化に向けた取組を進める必要があります。

2 医療提供体制に係る圏域

全県を1圏域として設定します。

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。

図表 5-7-1:災害医療圏域図



令和5年4月現在

3 分野アウトカム(目指す姿)-(A)

災害時においても必要な医療を受けることができる。

4 中間アウトカム(分野アウトカム達成に必要な状態)-(B)

(1) 災害時においても全ての医療機関が役割に応じた医療を提供できる体制の構築

災害時に全ての医療機関が診療機能を維持または早期回復し、その機能や地域における役割に応じた医療の提供ができるよう、業務継続計画(BCP)の策定や訓練の実施、耐震化・浸水対策を促進します。

施策-(C)	
①	病院における業務継続計画(BCP)策定に係るセミナー、個別支援の実施
②	病院の業務継続計画(BCP)に基づく訓練の実施促進
③	広域災害・救急医療情報システム(EMIS)登録促進のための研修、訓練の実施
④	病院の耐震化支援
⑤	病院の浸水対策支援

(2) 被災した地域への適時・適切な医療支援が実施できる体制の構築

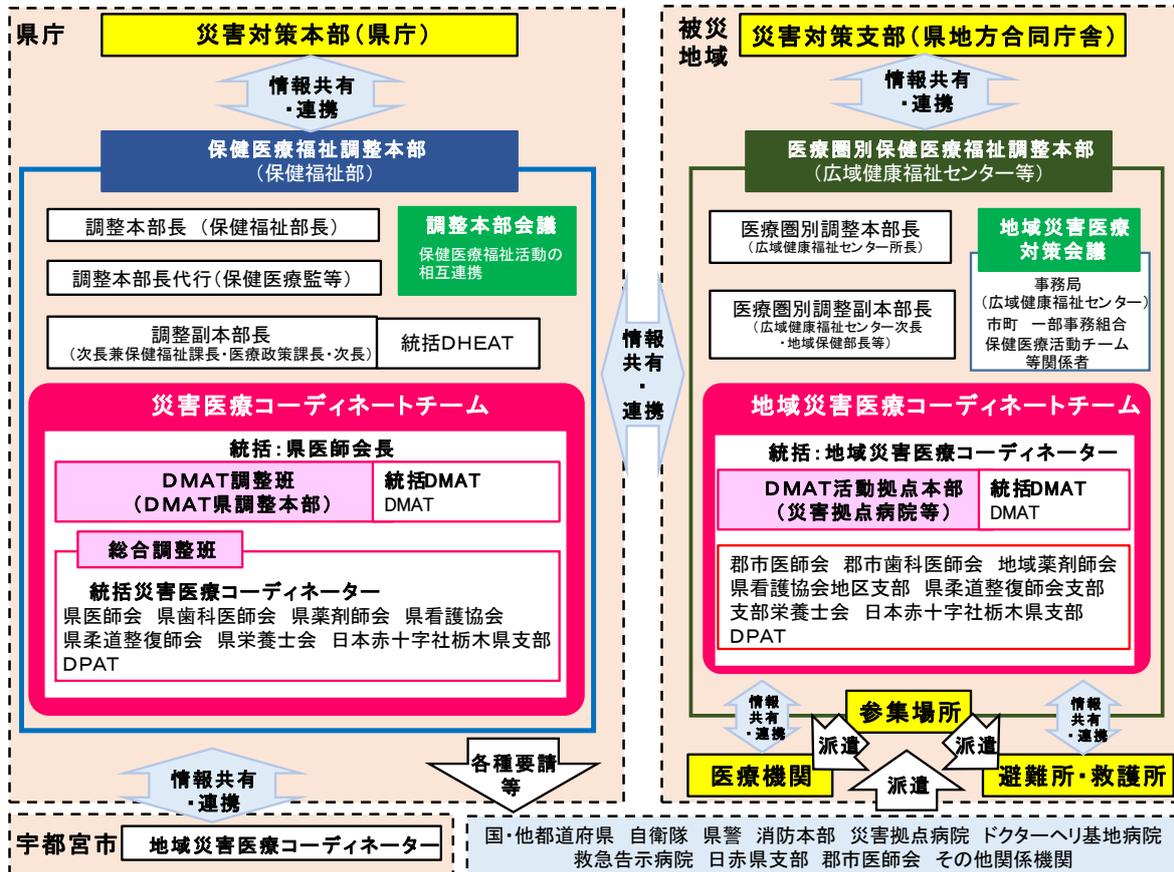
DMAT(LDMAT)やDPATの養成・技能向上、二次保健医療圏ごとの災害訓練の実施等の取組を進めます。

施策-(C)	
①	二次保健医療圏ごとに地域コーディネート機能の確認を行う災害訓練の実施
②	DMAT(LDMAT)指定病院の指定促進
③	DMAT(LDMAT)養成研修及び技能維持研修の実施、受講促進
④	DPAT 隊員養成研修及びフォローアップ研修(DPAT 先遣隊研修及び技能維持研修を含む。)の実施、受講促進
⑤	災害医療コーディネーター、災害時小児周産期リエゾンの任命促進
⑥	DMAT(LDMAT)感染症対応研修の受講促進

5 医療連携体制図

「3. 分野アウトカム(目指す姿)」を踏まえ、以下のとおり連携体制の構築を図ります。(各医療機能の詳細については、別冊「5疾病・6事業及び在宅医療等における医療機能別の各医療機関等に求められる事項」を参照ください。)

図表 5-7-2:災害医療における医療連携体制図



6 指標と数値目標

分野アウトカム(目指す姿)-(A)

No.	項目名	指標名	現状値	目標値
1	災害時においても必要な医療を受けることができる	中間アウトカム指標の達成率	—	100.0% (令和11(2029)年)
2		業務継続計画(BCP)に基づき、災害時に必要な診療機能を維持できる病院の割合(他医療機関との連携等により診療を継続できる病院を含む。)	—	100.0% (令和11(2029)年)
3		災害時に被災地域等への派遣要請に対応できるDMAT指定病院(LDMAT指定病院を含む。)の割合	—	100.0% (令和11(2029)年)

中間アウトカム(分野アウトカム達成に必要な状態)-(B)

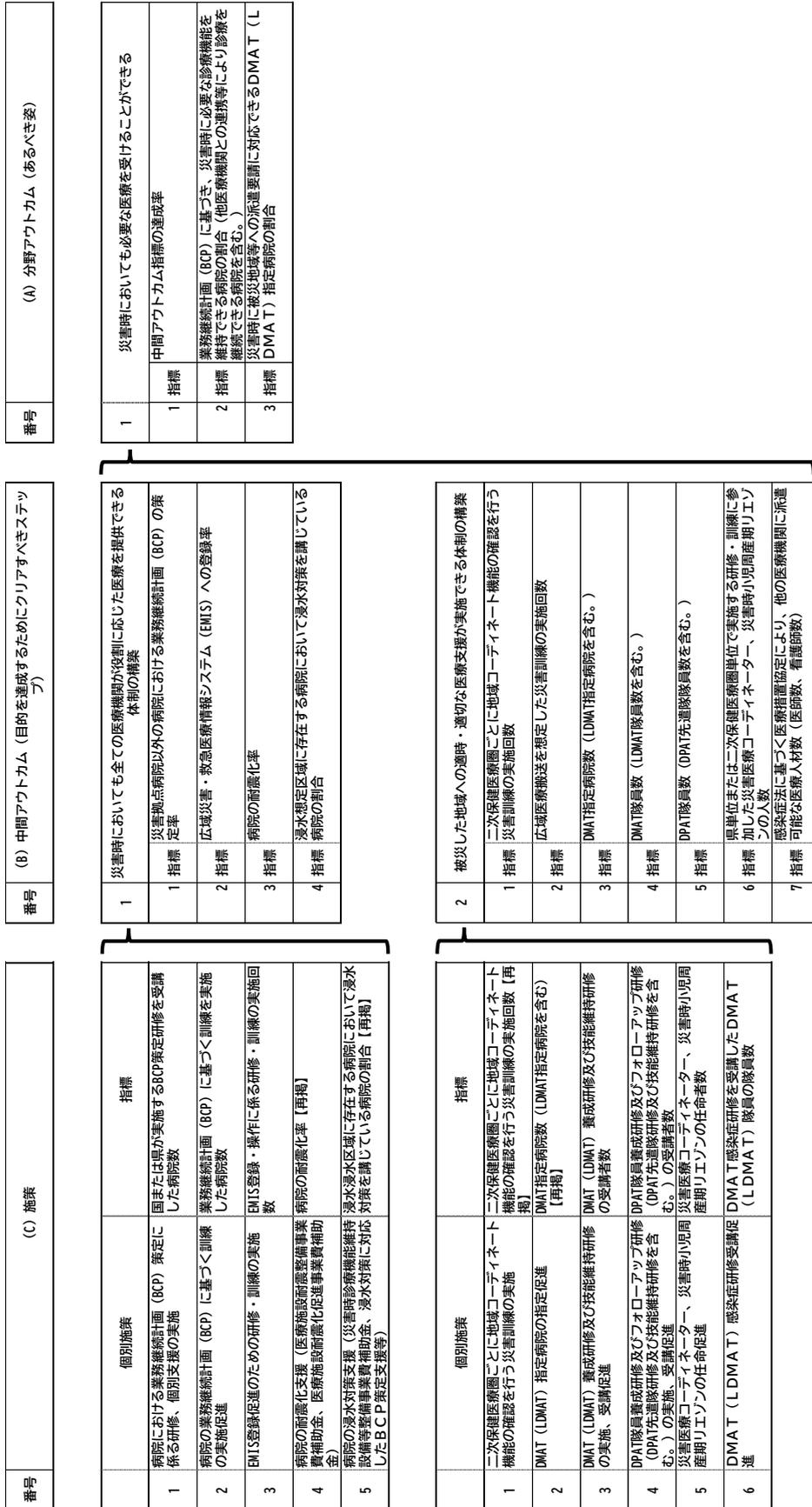
No.	項目名	指標名	現状値	目標値
1	災害時においても全ての医療機関が役割に応じた医療を提供できる体制の構築	災害拠点病院以外の病院における業務継続計画の策定率	36.8% (令和5(2023)年度)	50.0% (令和11(2029)年)
		広域災害・救急医療情報システム(EMIS)への登録率	51.4% (令和5(2023)年度)	全国値以上 (令和11(2029)年)
		病院の耐震化率	78.7% (令和5(2023)年度)	前年度より増加
		浸水想定区域に存在する病院において浸水対策を講じている病院の割合	72.7% (令和5(2023)年度)	100.0% (令和11(2029)年)
2	被災した地域への適時・適切な医療支援が実施できる体制の構築	二次保健医療圏ごとに地域コーディネート機能の確認を行う災害訓練の実施回数	0回 (令和4(2022)年度)	二次保健医療圏ごとに年1回以上
		広域医療搬送を想定した災害訓練の実施回数	0回 (令和4(2022)年度)	
		DMAT指定病院数(LDMAT指定病院を含む。)	16病院 (令和5(2023)年度)	18病院 (令和11(2029)年)
		DMAT隊員数(LDMAT隊員数を含む。)	319人 (令和5(2023)年度)	前年度より増加
		DPAT隊員数(DPAT先遣隊隊員数を含む。)	105人 (令和5(2023)年度)	前年度より増加
		県単位または二次保健医療圏単位で実施する研修・訓練に参加した災害医療コーディネーター、災害時小児周産期リエゾンの人数	—	二次保健医療圏ごとに年2人以上 (令和11(2029)年)
		感染症法に基づく医療措置協定により、他の医療機関に派遣可能な医師数	—	40人 (令和11(2029)年)

	感染症法に基づく医療措置協定により、他の医療機関に派遣可能な看護師数	—	70人 (令和11(2029)年)
--	------------------------------------	---	----------------------

施策-(C)

No.	項目名	指標名	現状値
1	病院における業務継続計画(BCP)策定に係る研修、個別支援の実施	国または県が実施するBCP策定研修を受講した病院数	3病院 (令和4(2022)年度)
2	病院の業務継続計画(BCP)に基づく訓練の実施促進	業務継続計画(BCP)に基づく訓練を実施した病院数	15病院 (令和4(2022)年度)
3	EMIS登録促進のための研修・訓練の実施	EMIS登録・操作に係る研修・訓練の実施回数	3回 (令和4(2022)年度)
4	病院の耐震化支援	病院の耐震化率【再掲】	78.7% (令和5(2023)年度)
5	病院の浸水対策支援	浸水浸水区域に存在する病院において浸水対策を講じている病院の割合【再掲】	72.7% (令和5(2023)年度)
6	二次保健医療圏ごとに地域コーディネイト機能の確認を行う災害訓練の実施	二次保健医療圏ごとに地域コーディネイト機能の確認を行う災害訓練の実施回数【再掲】	0回 (令和4(2022)年度)
7	DMAT(LDMAT)指定病院の指定促進	DMAT指定病院数(LDMAT指定病院を含む。【再掲】)	16病院 (令和5(2023)年度)
8	DMAT(LDMAT)養成研修及び技能維持研修の実施、受講促進	DMAT(LDMAT)養成研修及び技能維持研修の受講者数	165人 (令和4(2022)年度)
9	DPAT 隊員養成研修及びフォローアップ研修(DPAT 先遣隊研修及び技能維持研修を含む。)の実施、受講促進	DPAT 隊員養成研修及びフォローアップ研修(DPAT 先遣隊研修及び技能維持研修を含む。)の受講者数	42人 (令和4(2022)年度)
10	災害医療コーディネーター、災害時小児周産期リエゾンの任命促進	災害医療コーディネーターの任命者数	18人 (令和5(2023)年度)
		災害時小児周産期リエゾンの任命者数	27人 (令和5(2023)年度)
11	DMAT(LDMAT)感染症研修受講促進	DMAT感染症研修を受講したDMAT(LDMAT)隊員の隊員数	3人 (令和4(2022)年度)

7 施策・指標体系図(ロジックモデル)



第8節 新興感染症発生・まん延時における医療

1 現状と課題

(1) 新型コロナウイルス感染症の感染者数等

令和2(2020)年2月22日から令和5(2023)年5月7日までの感染者数の累計は427,994人でした。

1日当たりの新規感染者数が最も多かったのは令和4(2022)年7月29日の3,572人、第8波において最も新規感染者が多かったのは、令和5(2023)年1月5日の3,335人でした。

令和2(2020)年2月から令和5(2023)年5月7日までの県内における死亡者数の累計は1,088人でした。

(2) 新型コロナウイルス感染症対応の医療提供体制

確保病床数は令和5(2023)年1月14日時点で741床(臨時医療施設102床を含む)でした。

重症者病床数は令和2(2020)年12月26日から令和5(2023)年1月4日までの間において、46床でした。

病床使用率の最高値は第8波において、74.9%(令和5(2023)年1月6日時点・550床)、重症者病床使用率は33.3%(令和5(2023)年1月19日時点・14床)でした。

診療・検査医療機関数は739機関(令和5(2023)年5月7日時点)でした。

陽性判明後の自宅療養者等に対応する医療機関数は47機関(令和5(2023)年5月7日時点)でした。

陽性判明後の自宅療養者等に対応する訪問看護事業所数は45機関(令和5(2023)年5月7日時点)でした。

陽性判明後の自宅療養者等の治療薬投与等を行う薬局数は215機関(令和5(2023)年5月7日時点)でした。

後方支援医療機関(新型コロナウイルス感染症から回復した患者であって、引き続き入院管理が必要とされる者を受け入れる医療機関)は54機関(令和5(2023)年3月6日時点)でした。

(3) 新型コロナウイルス感染症対応における医療提供体制の課題

入院医療では、通常医療と両立した受入病床等の確保や病床ひっ迫時の入院調整、特別な配慮を要する患者への対応、臨時医療施設における高齢者・認知症患者への対応が課題でした。

救急医療では、一般救急への負荷増大に伴う一般救急との両立や、高齢者施設等からの救急要請対応が課題でした。

その他、高齢者施設等に対する医療支援やオンライン診療も含めた外来受診の体制の確保、個人防護具等の備蓄が課題でした。

2 医療提供体制に係る圏域

全県を1圏域として設定します。

3 分野アウトカム(目指す姿)-(A)

(1) 新興感染症発生・まん延時において、全ての県民が新興感染症に対応する医療を受けることができる。

4 中間アウトカム(分野アウトカム達成に必要な状態)-(B)

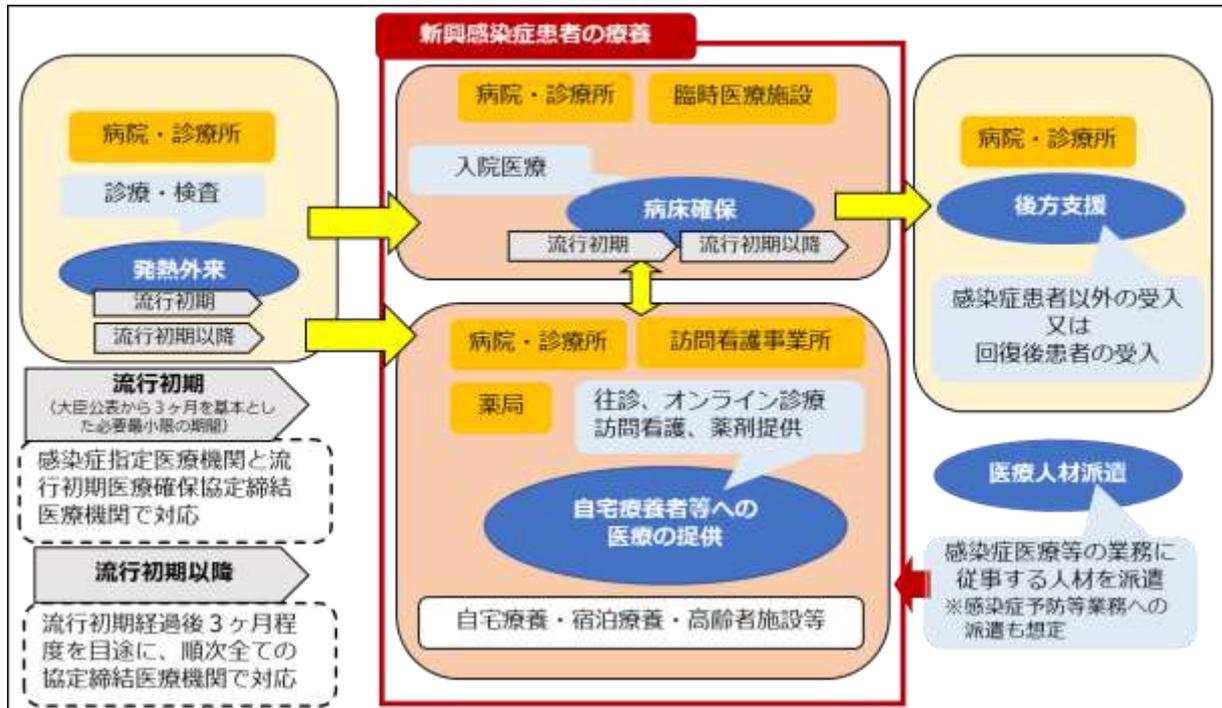
(1) 平時から新興感染症の発生時における医療提供体制の確保

施策-(C)	
①	流行初期における入院体制(確保病床)の確保
②	流行初期における入院体制(重症者病床)の確保
③	流行初期以降における入院体制(確保病床)の確保
④	流行初期以降における入院体制(重症者病床)の確保
⑤	流行初期における発熱外来医療機関の確保
⑥	流行初期以降における発熱外来医療機関の確保
⑦	自宅療養者等への医療(往診・オンライン診療)の提供の確保
⑧	自宅療養者等への医療(医薬品対応)の提供の確保
⑨	自宅療養者等への医療(訪問看護)の提供の確保
⑩	後方支援を行う医療機関の確保
⑪	派遣可能な医療人材(医師)の確保
⑫	派遣可能な医療人材(看護師)の確保
⑬	個人防護具の備蓄を十分に行う医療機関の確保

5 医療連携体制図

「3. 分野アウトカム(目指す姿)」を踏まえ、以下のとおり連携体制の構築を図ります。(各医療機能の詳細については、別冊「5疾病・6事業及び在宅医療等における医療機能別の各医療機関等に求められる事項」を参照ください。)

図表 5-8-1:新興感染症発生・まん延時における医療における医療連携体制図



6 指標と数値目標

分野アウトカム(目指す姿)-(A)

No.	項目	現状値	目標値
1	新興感染症発生・まん延時において、全ての県民が新興感染症に対応する医療を受けることができる	—	—

中間アウトカム(分野アウトカム達成に必要な状態)-(B)

No.	項目	指標	現状値	目標値
1	平時から新興感染症の発生時における医療提供体制の確保	年1回以上、新興感染症患者の受入研修・訓練を実施又は外部の研修・訓練に医療従事者を参加させている割合	—	医療人材派遣協定締結医療機関の10割 (2029年)

施策-(C)

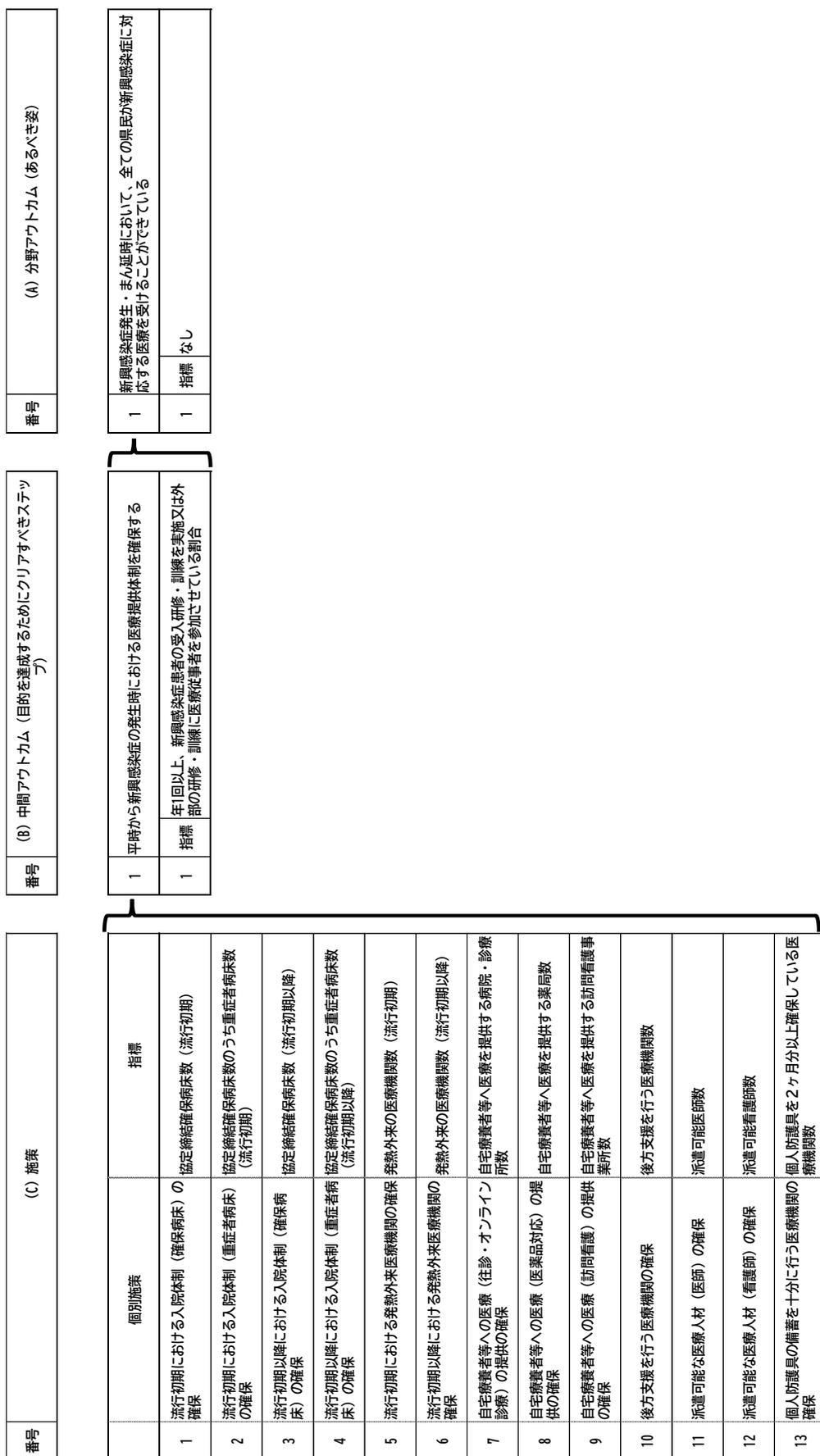
No.	項目	指標	現状値	目標値	参考値 (コロナ対応実績)
1	流行初期における入院体制(確保病床)の確保	協定締結確保病床数(流行初期)	—	270床 (2029年) ※1	約330床 ※2
2	流行初期における入院体制(重症者病床)の確保	協定締結確保病床数のうち重症者病床数(流行初期)	—	21床 (2029年)	46床
3	流行初期以降における入院体制(確保病床)の確保	協定締結確保病床数(流行初期以降)	—	600床 (2029年) ※1	639床 ※2
4	流行初期以降における入院体制(重症者病床)の確保	協定締結確保病床数のうち重症者病床数(流行初期以降)	—	27床 (2029年)	46床
5	流行初期における発熱外来医療機関の確保	発熱外来の医療機関数(流行初期)	—	27機関 (2029年)	約30機関
6	流行初期以降における発熱外来医療機関の確保	発熱外来の医療機関数(流行初期以降)	—	730機関 (2029年)	739機関
7	自宅療養者等への医療(往診・オンライン診療)の提供の確保	自宅療養者等へ医療を提供する病院・診療所数	—	400機関 (2029年)	47機関
8	自宅療養者等への医療(医薬品対応)の提供の確保	自宅療養者等へ医療を提供する薬局数	—	300機関 (2029年)	215機関
9	自宅療養者等への医療(訪問看護)の提供の確保	自宅療養者等へ医療を提供する訪問看護事業所数	—	50機関 (2029年)	45機関
10	後方支援を行う医療機関の確保	後方支援を行う医療機関数	—	200機関 (2029年)	54機関
11	派遣可能な医療人材(医師)の確保	派遣可能医師数	—	40人 (2029年)	—

12	派遣可能な医療人材(看護師)の確保	派遣可能看護師数	—	70人 (2029年)	—
13	個人防護具の備蓄を十分に行う医療機関の確保	個人防護具を2ヶ月分以上確保している医療機関数	—	協定締結医療機関の8割 (2029年)	—

※1…感染症病床(31床)含まない

※2…感染症病床含む

7 施策・指標体系図(ロジックモデル)



第9節 へき地医療

1 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、第1次から第9次までは国が、第10次以降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、栃木県保健医療計画には医療法に基づき5期計画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実施しています。

第11次へき地保健医療計画の計画期間の2年延長を経て、栃木県保健医療計画(7期計画)以降は「へき地医療」事業をへき地保健医療計画として策定しています。

さらに令和2年度からは、県が医師確保計画を策定し、へき地における医師確保を医師確保計画と連動して進めています。

(2) 無医地区等の現状

無医地区については、平成26(2014)年には18地区、令和元(2019)年には15地区、令和4(2022)年には16地区となっています。

これは、民間路線バスの廃止など交通事情の変化や、地区内人口の変動等によるものですが、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。

無歯科医地区においても同様の状況です。

図表 5-9-1: 無医地区等の推移

二次保健医療圏	医 科						歯 科					
	無医地区			準無医地区			無歯科医地区			準無歯科医地区		
	2014年	2019年	2022年	2014年	2019年	2022年	2014年	2019年	2022年	2014年	2019年	2022年
県北保健医療圏	9	9	11	5	6	4	7	8	10	6	6	4
県西保健医療圏	6	4	3	3	5	6	7	4	3	6	9	10
宇都宮保健医療圏	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
県東保健医療圏	3	2	2	0	0	0	2	2	2	0	0	0
県南保健医療圏	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
両毛保健医療圏	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合計	18	15	16	8	11	10	16	14	15	12	15	14

図表 5-9-2: 無医地区等の人口及び高齢化率

	0-14歳	15-64歳	65-69歳	70歳以上	計	65歳以上人口	65歳以上の割合
	2014年	699人	6,090人	923人	3,262人	10,974人	4,185人
2019年	522人	4,557人	1,117人	3,073人	9,269人	4,190人	33.2%
2022年	461人	3,823人	1,064人	3,197人	8,545人	4,261人	37.4%
前回比[%]	▲11.7	▲16.1	▲4.7	4.0	▲7.8	+1.7%	+4.2%

【出典：栃木県医療政策課調べ】

(3) へき地の医療体制の現状

へき地診療所 10 か所(うち常勤医配置 7 か所、指定管理運営 3 か所)
(令和〇年〇月〇日現在)

へき地医療拠点病院 7 か所(令和〇年〇月〇日現在)

新たに、佐野厚生総合病院をへき地医療拠点病院に指定予定です。

県は、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化し、医師確保計画と連動してへき地医療支援事業の企画・調整を実施していきます。

へき地に生活する住民の医療へのアクセスを確保するため、市町による患者輸送事業¹⁸やドクターヘリ、消防防災ヘリ等により患者の輸送体制を整備しています。

図表 5-9-3: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)	2016年度	331 回	1,218 人
	2019年度	244 回	926 人
	2022年度	242 回	608 人
へき地診療所 (開設日数)	2016年度	1,842 日	27,500 人
	2019年度	1,829 日	26,207 人
	2022年度	1,834 日	27,151 人
患者輸送事業	2016年度	289 回	1,559 人
	2019年度	285 回	1,607 人
	2022年度	315 回	1,241 人

【出典：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

医師不足の状況が続く中、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、へき地医療に従事する医師の確保に取り組んでいます。

少子高齢化等に伴う人口減少が進み、巡回診療等の患者数の一層の減少が見込まれる地域もあることから、効率的な医療提供体制の維持・確保が必要です。

また、質の高い医療を安定して提供するために、へき地診療所の1人診療体制の支援や遠隔診療の活用等が求められています。

へき地においても、住み慣れた地域で最期まで療養生活ができるよう、訪問診療・訪問看護、歯科医療、介護サービスとの連携等による地域包括ケアシステムの充実がますます重要になっていますが、地理的な問題などから医療介護サービスが行き届きにくい状況にあります。

¹⁸ 無医地区等の地域住民を最寄りの医療機関まで輸送する事業
日光市内において、へき地診療所への患者輸送を実施(3か所、7ルート)

2 医療提供体制に係る圏域及びへき地保健医療対策の現況

図表 5-9-4:へき地保健医療対策現況図



二次保健医療圏	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 ● 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 ▲ 落合	那須烏山市熊田診療所
	那珂川町	● 大内・大那地 ● 富山	● 小砂 ● 大山田上郷	那須南病院
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	芳賀赤十字病院
両毛			佐野市国民健康保険野上診療所 佐野市国民健康保険新合診療所 佐野市国民健康保険飛駒診療所 佐野市国民健康保険水室診療所	佐野市民病院 佐野厚生総合病院(R6.4指定予定)

3 分野アウトカム(目指す姿)-(A)

(1) ヘき地に住んでいても必要な医療が適切に受けられている。

4 中間アウトカム(分野アウトカム達成に必要な状態)-(B)

(1) ヘき地医療に必要な支援の実施

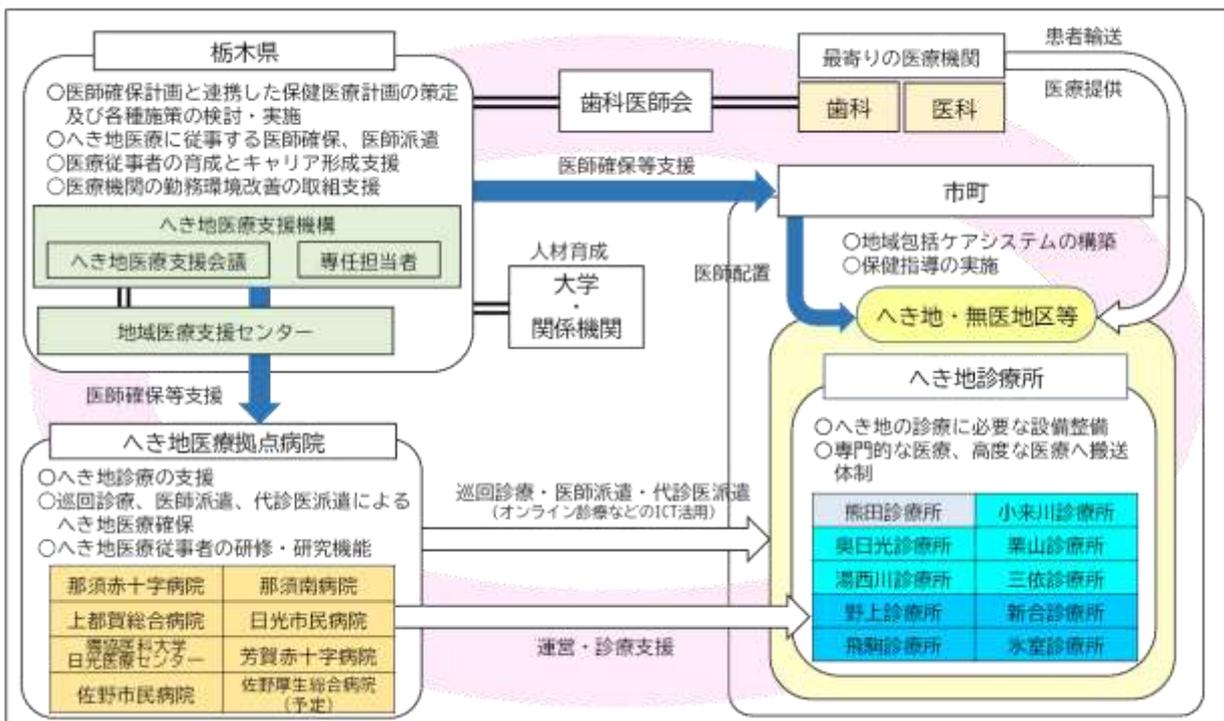
ヘき地によって医療の課題・ニーズが異なります。

必要な医療の確保、支援の実施のため、各ヘき地等における医療の課題、ニーズの把握に努めます。

施策-(C)	
①	ヘき地医療の課題・ニーズの把握

5 医療連携体制図

「3. 分野アウトカム(目指す姿)」を踏まえ、以下のとおり連携体制の構築を図ります。(各医療機能の詳細については、別冊「5疾病・6事業及び在宅医療等における医療機能別の各医療機関等に求められる事項」を参照ください。)



6 施策・指標体系図(ロジックモデル)

(C) 施策		(B) 中間アウトカム (目的を達成するためにクリアすべきステップ)		(A) 分野アウトカム (あるべき姿)	
番号		番号		番号	
	個別施策	1	へき地に必要な支援の実施	1	へき地に住んでいても必要な医療が適切に受けられている。
1	へき地医療の課題、ニーズの把握	1	指標 なし	1	指標 なし

第10節 周産期医療

1 現状と課題

(1) 周産期医療を取り巻く状況

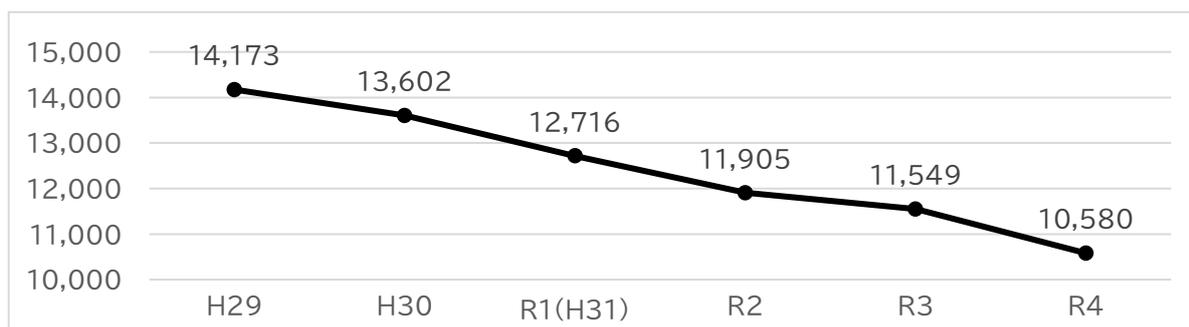
本県における分娩件数は、令和4(2022)年度は10,580件で、平成29(2017)年度の14,173件から減少しています。

分娩取扱医療機関別の出生状況(令和4(2022)年度)は、病院が38.3%、診療所が61.2%、助産所が0.4%と、診療所での出生割合が高い傾向にあります。

近年の医療技術の発展により、周産期死亡率、新生児死亡率はともに低位を維持していますが、平成30(2018)年度以降、全国平均よりも高い傾向で推移しており、ハイリスク妊産婦・新生児に対応するための体制の確保・充実が求められています。

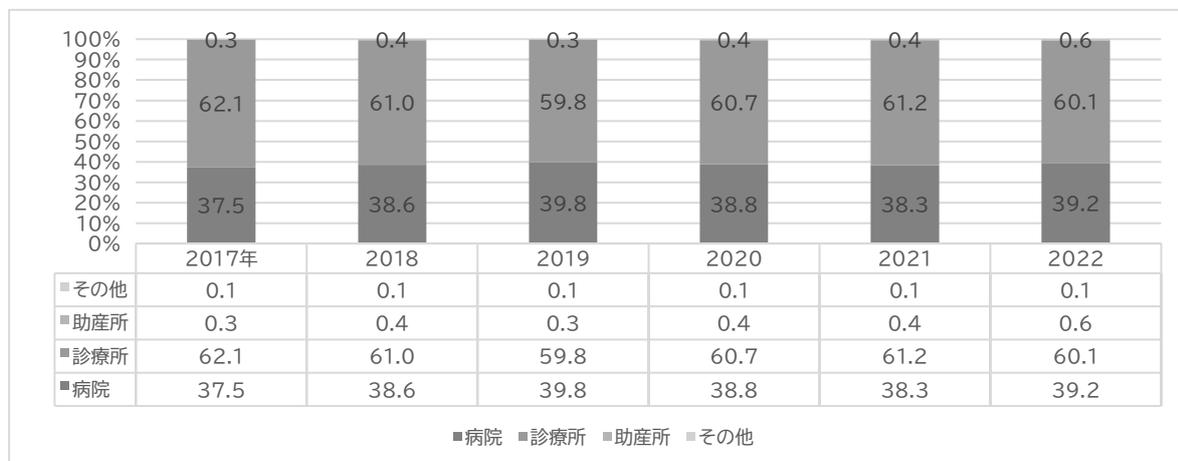
産後うつや新生児への虐待等の予防を図る観点から、妊娠から出産、子育て期まで切れ目のない支援体制の整備が求められています。

図表 5-10-1: 本県における分娩件数推移(単位: 件)



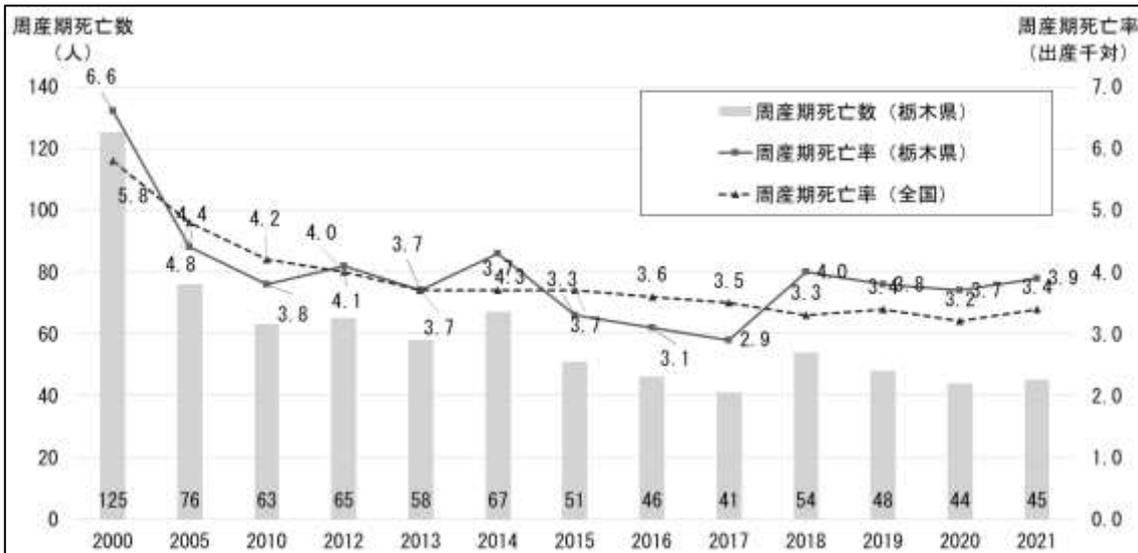
【資料:(厚生労働省)「人口動態統計」】

図表 5-10-2: 本県における分娩取扱医療機関別の出生状況(単位: 件)



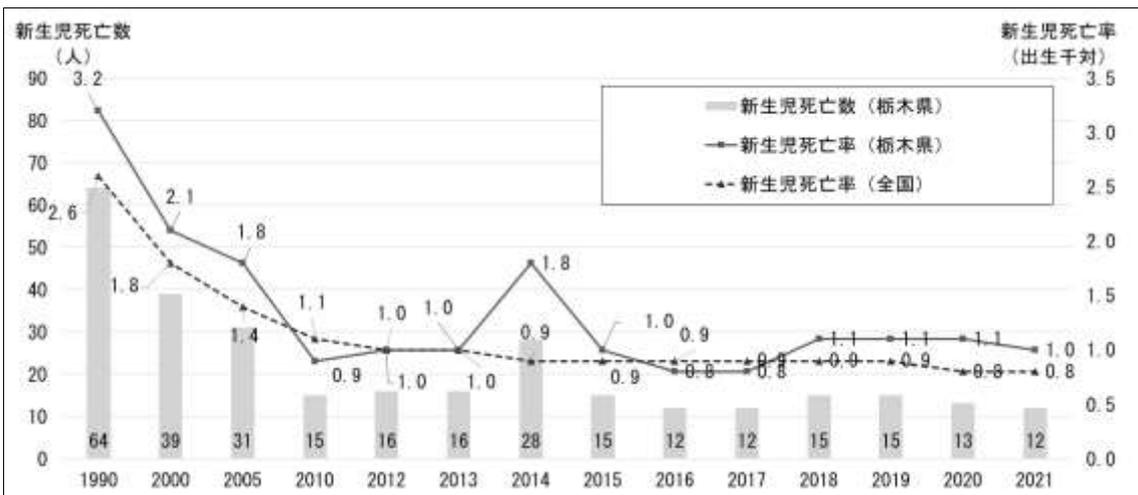
【資料:(厚生労働省)「医療施設調査」】

図表 5-10-3: 周産期死亡数及び周産期死亡率の推移(単位:人・%)



【出典:厚生労働省「人口動態統計」】

図表 5-10-4: 新生児死亡数及び新生児死亡率の推移(単位:人・%)



【出典:厚生労働省「人口動態統計」】

(2) 周産期医療提供体制状況

令和5(2023)年4月時点で県内の分娩取扱医療機関は 34 施設(助産所を含む)であり、平成 29(2017)年度から 11 施設(内診療所は 10 施設)減少しています。

本県の産科・婦人科医師数は減少傾向にあり、平成 28(2016)年度と比べて7人減少し、令和2(2020)年度には 172 人となっています。

令和2(2020)年 12 月 31 日時点で、分娩取扱医師偏在指数は 10.3 であり、全国で 22 位となっていますが、全国値 10.6 を下回っています。

今後も安定した周産期医療提供体制を維持するため、医師確保計画に基

づき、医師の確保に取り組む必要があります。

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るなど、総合周産期母子医療センターや地域周産期母子医療センターへの負担が増加しています。

限りある医療資源の中で周産期医療の質の維持・向上のため 24 時間 365 日、周産期救急医療に対応可能な体制を確保していくには、医療機能の集約・重点化は避けて通れない課題です。この、医療機能の集約・重点化を行う場合は、医療機関までのアクセス時間が増大する可能性があるため、県民の理解を求める必要があります。

国の「周産期医療の体制構築に係る指針」によると、本県の令和 3(2021)年出生数で換算すると 28～34 床の NICU 病床が必要となります。令和 5 年 4 月時点、本県には 53 床の NICU 病床(診療報酬算定対象)があります。

ハイリスク妊婦に対する高度かつ安全な医療を提供するため、NICU・MFICU や周産期専門医をはじめとした周産期医療従事者の確保や、NICU 等に入室している新生児の療養・療育支援及び在宅ケアへの円滑な移行が可能な体制整備を図る必要があります。

地震等災害時のみならず、新興感染症の発生・まん延時においても周産期医療を確保するため、救急医療を含む周産期医療を実施する医療機関や災害時小児周産期リエゾン等との連携強化に向けた取組を進める必要があります。

2 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、圏域内に周産期医療機関が効果的に配置できるよう5の周産期医療圏を設定します。原則として、高度・特殊な医療を除く一般的な周産期医療に対応する区域であり、周産期医療施策を展開するための地域的な単位です。

図表 5-10-5:周産期医療圏域図



3 分野アウトカム(目指す姿)-(A)

- (1) これまでの取組の強化や周産期医療機能の集約・重点化等により周産期医療提供体制を強化し、妊婦及びその家族が安心安全な出産を迎えることができる。

4 中間アウトカム(分野アウトカム達成に必要な状態)-(B)

- (1) 母子に配慮した安全な医療を提供することが可能な体制の構築

正常分娩等に対し、母子に配慮した安全な医療を提供するため、主に正常分娩を取り扱う医療従事者の確保や周産期医療関連施設間の連携強化を図ります。

一方で、産科医の高齢化等による分娩取扱医療機関の減少を踏まえ、関係者等と医療機能の集約・重点化の議論を進め、必要な対策を講じていく必要があります。

施策-(C)	
①	産科医等確保支援事業
②	助産師相互研修事業の実施
③	看護師等養成所への補助
④	必要時に地域周産期母子医療センター等へ迅速に搬送ができる体制の整備
⑤	周産期医療協議会及び周産期医療連携会議の開催

- (2) ハイリスク妊産婦に対する医療の提供が可能な体制の構築

より高度な医療を必要とするハイリスク妊産婦が安心して出産できるように、ハイリスク分娩を取り扱う医療従事者の確保や、周産期母子医療センターへの支援に取り組みます。

施策-(C)	
①	ハイリスク分娩の受け入れの促進事業
②	周産期医療医師・看護師等研修事業の実施
③	周産期医療協議会及び周産期医療連携会議の開催
④	周産期母子医療センター運営費の補助
⑤	NICU 入院児の支援事業
⑥	新生児担当医確保の支援
⑦	産婦人科医の確保

- (3) 周産期医療関連施設退院後の療養・療育支援ができる体制の構築

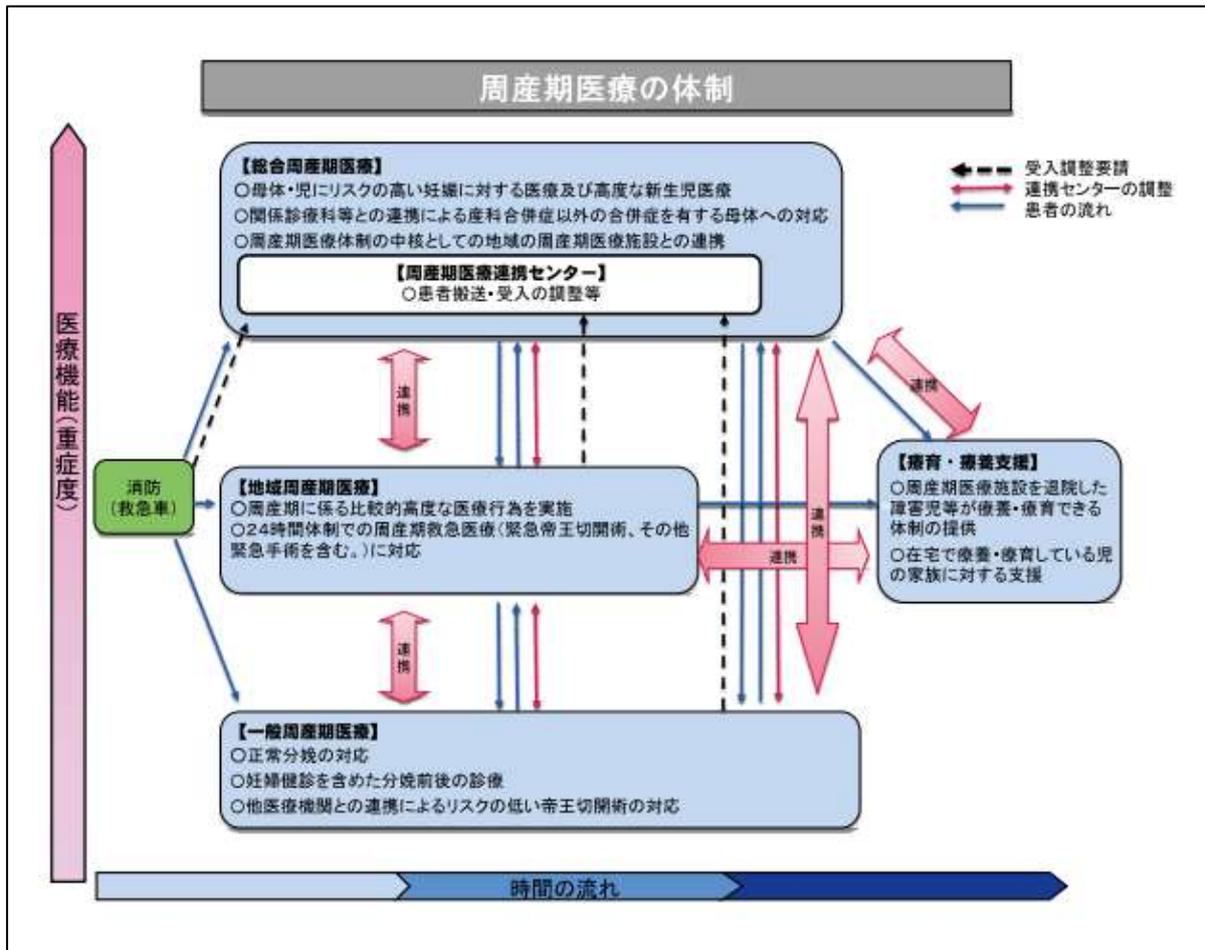
NICU や GCU を退院した新生児の療養・療育支援や、在宅ケアへの円滑な移行が可能な体制の整備に取り組みます。

施策-(C)	
①	NICU・GCU から在宅ケアへ移行支援
②	小児在宅医療体制構築事業

5 医療連携体制図

「3. 分野アウトカム(目指す姿)」を踏まえ、以下のとおり連携体制の構築を図ります。(各医療機能の詳細については、別冊「5疾病・6事業及び在宅医療等における医療機能別の各医療機関等に求められる事項」を参照ください。)

図表 5-10-6: 周産期医療における医療連携体制図



6 指標と数値目標

分野アウトカム(目指す姿)-(A)

No.	項目名	指標名	現状値	目標値
1	周産期医療体制を充実強化し、妊婦及びその家族が安心安全な出産を迎えることができる。	中間アウトカム指標の達成率	-	100%
		周産期死亡率	3.9%	全国値以下
		新生児死亡率	0.9%	全国値以下

中間アウトカム(分野アウトカム達成に必要な状態)-(B)

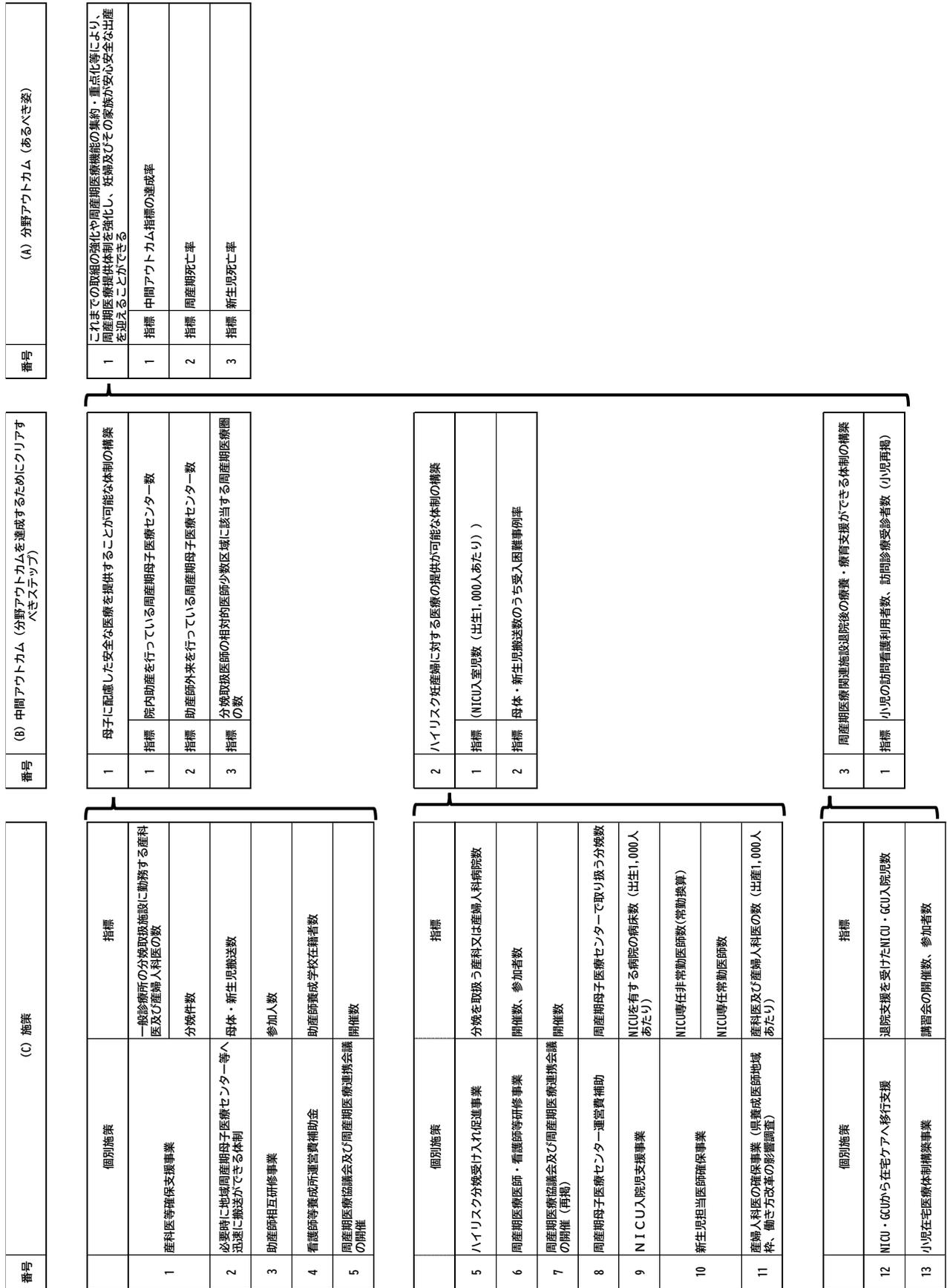
No.	項目名	指標名	現状値	目標値
1	母子に配慮した安全な医療を提供することが可能な体制の構築	院内助産を行っている周産期母子医療センター数	5ヶ所 (令和4(2022)年度)	8ヶ所 (令和11(2029)年度)
		助産師外来を行っている周産期母子医療センター数	7ヶ所 (令和4(2022)年度)	8ヶ所 (令和11(2029)年度)
		分娩取扱医師の相対的医師少数区域に該当する周産期医療圏の数	1ヶ所 (令和4(2022)年度)	0ヶ所 (令和11(2029)年度)
2	ハイリスク妊産婦に対する医療の提供が可能な体制の構築	母体・新生児搬送数のうち受入困難事例率	8.8% (令和3(2021)年度)	全国下位33%帯脱却 (令和11(2029)年度)
3	周産期医療関連施設退院後の療養・療育支援ができる体制の構築	小児の訪問看護利用者数(1か月当たり)	287人 (令和3(2021)年度)	前年度より増加
		小児の訪問診療受診者数(1か月当たり)	26人 (令和3(2021)年度)	前年度より増加

施策-(C)

No.	項目名	指標名	現状値
1	産科医等確保支援事業	一般診療所の分娩取扱施設に勤務する産科医及び産婦人科医の数 分娩件数(1月あたり)	48.9人 918件 (令和2(2020)年度)
2	必要時に地域周産期母子医療センター等へ迅速に搬送ができる体制	母体・新生児搬送数	612件 (令和3(2021)年度)
3	助産師相互研修事業	参加人数	102人 (令和4(2022)年度)
4	看護師等養成所運営費補助金	助産師養成学校在籍者数	24人 (令和4(2022)年度)
5	周産期医療協議会及び周産期医療連携会議の開催	開催数	各1回 (令和4(2022)年度)
6	ハイリスク分娩受け入れ促進事業	分娩を取扱う産科又は産婦人科病院数	10ヶ所 (令和5(2023)年度)
7	周産期医療医師・看護師	開催数、参加者数	4回

	等研修事業		511人 (令和4(2022)年度)
8	周産期母子医療センター運営費補助	周産期母子医療センターで取り扱う分娩数	4,367件 (令和3(2021)年度)
9	NICU入院児支援事業	NICUを有する病院の病床数(出生1000人あたり)	4.2床 (令和2(2020)年度)
10	新生児担当医師確保事業	NICU専任非常勤医師数(常勤換算) NICU専任常勤医師数	67.7人 54人 (令和3(2021)年度)
11	産婦人科医の確保事業(県養成医師地域枠、働き方改革の影響調査)	産科医及び産婦人科医の数(出産1000人あたり)	14.9人 (令和2(2020)年度)
12	NICU・GCUから在宅ケアへ移行支援	退院支援を受けたNICU・GCU入院児数	151人 (令和3(2021)年度)
13	小児在宅医療体制構築事業	講習会等の開催数、参加者数	3回 183人 (令和4(2022)年度)

7 施策・指標体系図(ロジックモデル)



第 11 節 小児救急を含む小児医療

1 現状と課題

(1) 小児医療を取り巻く現状

① 出生数等

令和4(2022)年の本県の出生数は10,518人で、減少傾向を継続させながらこの10年間では約34%減少しています。また、出生率(人口千対)は5.6で、全国値(6.3)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傾向が続いていましたが、近年は横ばいの傾向となっています。

② 小児救急患者

小児救急患者数は、少子化の影響により全体として減少傾向にあります。さらに、新型コロナウイルス感染症の影響で、令和2(2020)年度の小児救急患者数は前年度の約1/3に減少し、その後増加したものの、新型コロナウイルス感染症発生以前と比較して少ない状況が続いています。

小児救急患者数が減少傾向にあるなか、令和3(2021)年の小児救急搬送症例のうち受入困難事例(現場滞在時間30分以上)の割合は4.2%で悪化傾向にあり、小児救急患者の症状に即した医療を提供する体制の確保が求められます。

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20%を下回る状況が続いており、小児救急医療に係る相談支援体制の確保や救急医療の適正利用に係る普及啓発を図る必要があります。

(2) 小児医療提供体制

① 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て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月に相談受付時間を延長して以降、相談件数が大きく増加し、令和4(2022)年度には24,000件を超える相談が寄せられています。

② 小児科医師・医療機関

本県の小児科医師数は概ね増加傾向であり、令和2(2020)年度には263人となっていますが、人口10万人当たりの小児科医師数は全国を下回っています。

本県の小児科医師偏在指標は小児科医師数が増加傾向であることと少

子化の進行の影響で、令和5(2023)年度に公表された小児科医師偏在指標は109.2と相対的医師少数都道府県を脱しています。しかし、依然として全国値(115.1)を下回っていることから、引き続き小児科医師の確保の取組を進める必要があります。

小児二次(救急)医療圏別にみると相対的医師少数区域である医療圏が存在し、県内の医療圏ごとの小児科医師偏在指標の差が拡大傾向にあります。

小児科を標榜する病院は県内に35施設あり、近年はほぼ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、地域の小児医療提供体制の確保を図る必要があります。

③ 小児救急医療提供体制

初期救急医療を担う休日夜間急患センターは県内に11か所ありますが、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ることから、初期救急医療体制の確保・充実と併せて、地域のかかりつけ医との連携も進めていく必要があります。

6の小児二次(救急)医療圏において、地域の小児専門医療機関等が病院群輪番制方式により、入院を必要とする小児救急患者に対する小児救急医療を提供しており、令和5(2023)年4月現在、12病院が輪番制に参加しています。

④ 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(救急)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。

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、心の問題により行動化の激しい子ども等の入院治療に対応する閉鎖病棟を有す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。

⑤ 小児在宅医療提供体制

医療技術の進歩等を背景として、NICUやPICU等に長期入院した後、引き続き医療的ケアが必要な児童は増加傾向にあり、在宅医療や訪問看護、医療型短期入所等のニーズが高まっています。

医療的ケア児及びその家族に切れ目のない支援を行うため、訪問診療等の療養・療育支援を担う施設を確保し、医療的ケア児の入院医療を担う医療

機関や地域のかかりつけ医を含めた関係機関の連携体制構築を図る必要があります。

⑥ 災害時等の小児医療提供体制

災害時に県保健医療福祉調整本部と連携して小児・周産期医療に関する調整の役割を担う「栃木県災害時小児周産期リエゾン」として、27名を委嘱しています。(令和5(2023)年7月現在)

新興感染症の発生・まん延時においても小児医療を確保するため、救急医療を含む小児医療を実施する医療機関や災害時小児周産期リエゾン等との連携強化に向けた取組を進める必要があります。

常時、症状に応じた適切な小児医療を受けることができる体制を確保することはもとより、小児患者やその家族等の不安を解消するための支援体制の充実など、小児医療に対する満足度の向上に資する施策を展開していく必要があります。

2 医療提供体制に係る圏域

地域における医療資源を考慮し、二次医療圏として6の小児医療圏を設定します。

図表 5-11-1:小児医療圏域図



3 分野アウトカム(目指す姿)-(A)

(1) 常時、症状に応じた適切な小児医療を受けることができる。

4 中間アウトカム(分野アウトカム達成に必要な状態)-(B)

(1) 子どもの健康を守るために、家族等を支援する体制の構築

とちぎ子ども救急電話相談(＃8000)の更なる普及啓発・利用促進など
子どもの健康を守るために家族等を支援する体制の確保・充実を図ります。

施策-(C)	
①	とちぎ子ども救急電話相談(＃8000)の実施、普及啓発
②	とちぎ子ども救急ガイドブックの作成、ホームページ等による一次診療医療機関の周知

(2) 地域において日常的な小児医療を受けることができる体制の構築

初期救急も含めた一般的な小児医療を受けることができる体制を確保するため、相対的医師少数区域である小児二次(救急)医療圏における医師確保や初期救急医療体制の確保・充実の取組を進めます。

施策-(C)	
①	地域における病院や診療所による小児医療提供体制の充実(医師確保支援事業、小児医療施設設備整備事業)
②	初期救急医療体制の充実(小児休日夜間急患センター等運営事業)

(3) 症状に応じた専門的医療を受けることができる体制の構築

高度な専門医療または重篤な小児患者に対する救命医療を受けることができる体制を確保するため、とちぎ子ども医療センターにおける高度・専門医療機能の確保・充実や小児科医師確保に向けた取組を進めます。

施策-(C)	
①	入院を要する小児救急医療提供体制の充実(小児救急医療支援事業、小児医療施設設備整備事業、小児救急搬送困難事案の検証)
②	重篤な小児患者に対して高度な医療が提供できる体制の充実(とちぎ子ども医療センター事業)
③	小児科医師の確保に向けた取組(医師確保支援事業、医師の働き方改革の影響調査)

(4) 療養・療育支援が可能な体制の構築

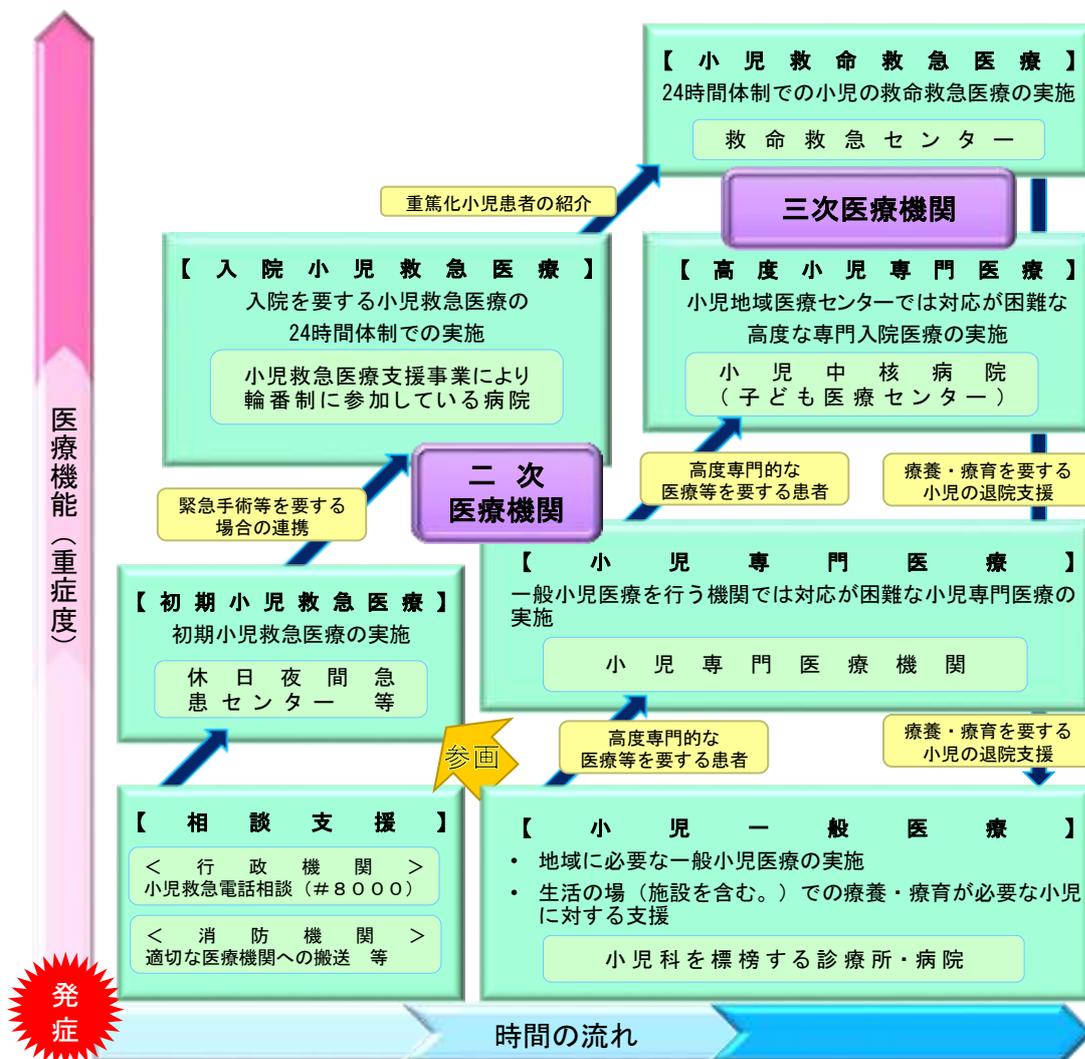
医療的ケア児及びその家族に対する切れ目のない支援を行うため、訪問診療や訪問看護などの療養・療育支援を担う施設の確保や入院医療を担う医療機関と療養・療育支援を担う施設の連携促進の取組を進めます。

施策-(C)	
①	医療的ケア児の療養・療育に係るサポート体制の充実
②	地域の病院・診療所と緊急手術や入院等を行う専門的医療機関との連携促進

5 医療連携体制図

「3. 分野アウトカム(目指す姿)」を踏まえ、以下のとおり連携体制の構築を図ります。(各医療機能の詳細については、別冊「5疾病・6事業及び在宅医療等における医療機能別の各医療機関等に求められる事項」を参照ください。)

図表 5-11-2:小児医療における医療連携体制図



6 指標と数値目標

分野アウトカム(目指す姿)-(A)

No.	項目名	指標名	現状値	目標値
1	常時、症状に応じた適切な小児医療を受けることができる	小児救急搬送症例の受入困難事例の割合(現場滞在時間 30 分以上)	4.2% (令和 3(2021)年)	前年より減少
		乳児死亡率	1.3% (令和 4(2022)年)	
		幼児、小児死亡数	43 人 (令和 4(2022)年)	
		小児医療に対する満足度	—	

中間アウトカム(分野アウトカム達成に必要な状態)-(B)

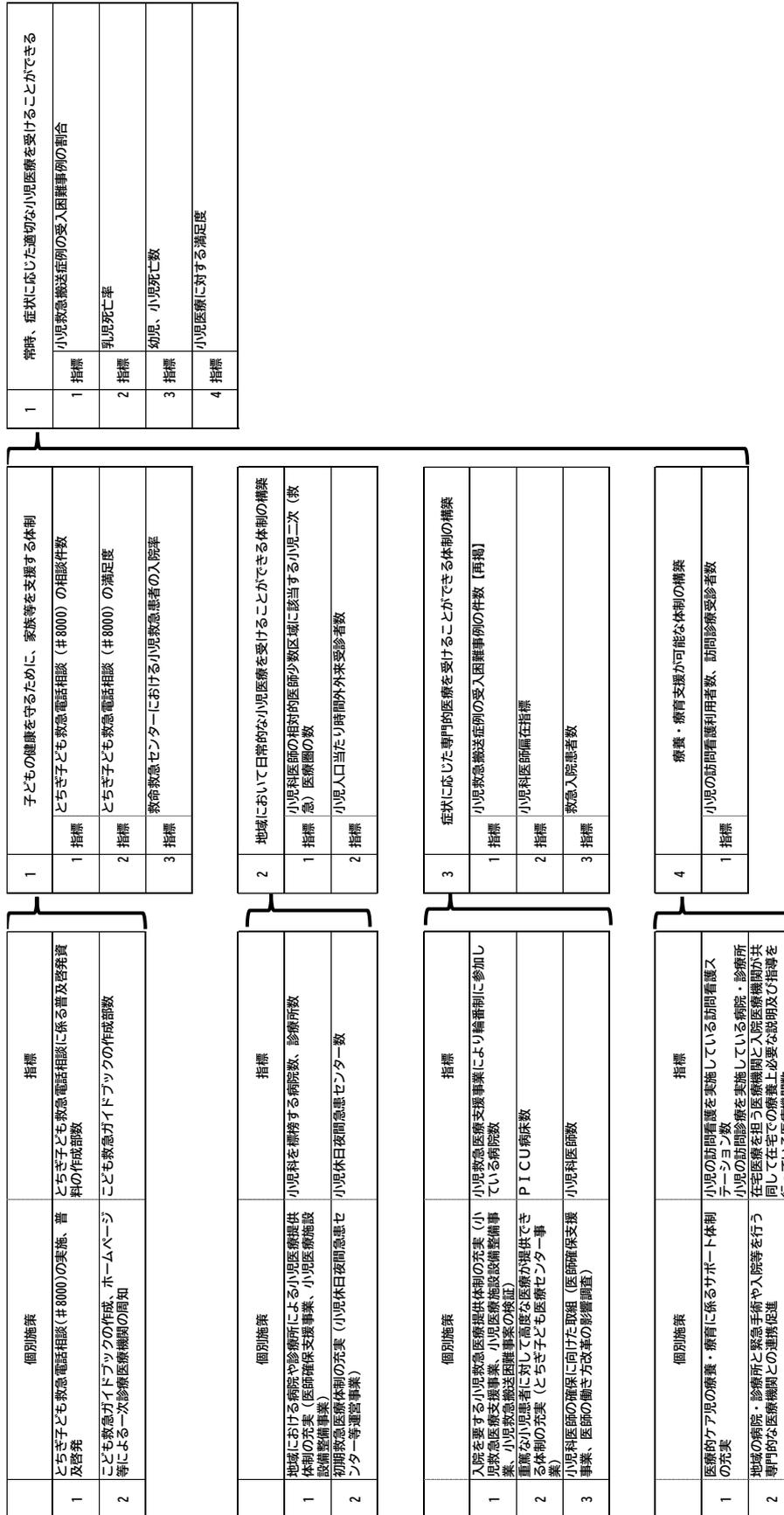
No.	項目名	指標名	現状値	目標値
1	子どもの健康を守るために、家族等を支援する体制	とちぎ子ども救急電話相談(＃8000)の相談件数	24,220 件 (令和 4(2022)年度)	前年度より増加
		とちぎ子ども救急電話相談(＃8000)の満足度	—	
		救命救急センターにおける小児救急患者の入院率	17.1% (令和 4(2022)年度)	
2	地域において日常的な小児医療を受けることができる	小児科医師の相対的医師少数区域に該当する小児二次(救急)医療圏の数	1医療圏 (令和 5(2023)年度公表)	0医療圏 (令和 11(2029)年)
		小児患者の時間外外来受診回数	38,783 件 (令和 3(2021)年)	
3	症状に応じた専門的医療を受けることができる	小児救急搬送症例の受入困難事例の割合【再掲】	4.2% (令和 3(2021)年) 【再掲】	前年より減少 【再掲】
		小児科医師偏在指標	109.2 (令和 5(2023)年度公表)	全国値以上 (令和 11(2029)年)
		小児救急入院患者数	3,352 人 (令和 4(2022)年)	
4	療養・療育支援が可能な体制	小児の訪問看護利用者数(1か月当たり)	287 人 (令和 3(2021)年度)	前年度より増加
		小児の訪問診療受診者数(1か月当たり)	26 人 (令和 3(2021)年度)	前年度より増加

施策-(C)

No.	項目名	指標名	現状値
1	とちぎ子ども救急電話相談(＃8000)の実施、普及啓発	とちぎ子ども救急電話相談に係る普及啓発資料の作成部数	5,000 部 (令和 4(2022)年度)
2	こども救急ガイドブックの作成、とちぎ医療情報ネット等による一次診療医療機関の周知	こども救急ガイドブックの作成部数	25,000 部 (令和 4(2022)年度)

3	地域における病院や診療所による小児医療提供体制の整備(医師確保支援事業、小児医療施設設備整備事業)	小児科を標榜する病院数	35 か所 (令和 2(2020)年)
		小児科を標榜する診療所数	39 か所 (令和 2(2020)年)
4	初期救急医療体制の充実(小児休日夜間急患センター等運営事業)	小児休日夜間急患センター数	11 か所 (令和 5(2023)年 4月)
5	入院を要する小児救急医療提供体制の充実(小児救急医療支援事業、小児医療施設設備整備事業、小児救急搬送困難事案の検証)	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数	12 か所 (令和 5(2023)年 4月)
6	重篤な小児患者に対して高度な医療が提供できる体制整備(とちぎ子ども医療センター事業)	PICU 病床数	8床 (令和 5(2023)年 4月)
7	小児科医師の確保に向けた取組(医師確保支援事業、医師の働き方改革の影響調査)	小児科医師数	263 人 (令和 2(2020)年)
8	医療的ケア児の療養・療育に係るサポート体制の充実	小児の訪問看護を実施している訪問看護ステーション数	—
		小児の訪問診療を実施している病院・診療所数	—
9	地域の病院・診療所と緊急手術や入院等を行う専門的な医療機関との連携促進	在宅医療を担う医療機関と入院医療機関が共同して在宅での療養上必要な説明及び指導を行っている医療機関数	—
		退院支援を受けたNICU・GCU 入院児数	—

7 施策・指標体系図(ロジックモデル)



第 12 節 在宅医療の医療連携体制

1 現状と課題

(1) 在宅医療のニーズの増加と多様化

65 歳以上の高齢者人口の割合は、令和5(2023)年の 30.1%から令和 22(2040)年には 35.6%に増加すると見込まれています。また、死亡数も増加が見込まれており、人生の最終段階における医療やケアのあり方について考える必要性が高まっています。

さらに、医療的ケアを必要とする障害児は、令和元(2019)年 10 月の 288 人から令和5(2023)年4月は 366 人に増加する中で、日常生活や家族の支援等も求められています。

高齢化の更なる進展や疾病構造の変化、医療技術や DX の進歩、QOL 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) 在宅医療の提供体制

令和4(2022)年度栃木県在宅医療実態調査によると、訪問診療や往診を実施している県内の医療機関等は次のとおりです。

図表 5-12-1: 県内医療機関等の在宅医療実施状況

	病院	一般診療所	歯科診療所	薬局 ¹⁹
訪問診療	32.9%	23.3%	28.0%	48.8%
往診	24.7%	34.6%	28.6%	-

【出典：栃木県「栃木県在宅医療実態調査(令和4(2022)年度)」】

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」を挙げています。

また、在宅医療を提供する医療資源については、地域によって差が生じています。

¹⁹ 訪問薬剤指導を実施している薬局

図表 5-12-2:在宅医療に係る施設数(人口 10 万人対)

令和5(2023)年4月時点

在宅医療圏	在宅療養支援 病院	在宅療養支援 診療所	在宅療養支援 歯科診療所	(在宅患者調 剤加算を算定 している)薬 局	訪問看護事業 所
那須	0.47	7.19	2.87	10.55	9.59
南那須	0	15.85	2.64	5.28	10.57
塩谷	0.88	7.98	4.43	7.98	10.65
鹿沼	0	3.26	4.35	13.07	6.53
日光	1.34	4.03	5.37	13.44	6.72
宇都宮	0.19	6.81	2.72	16.95	10.52
芳賀	0	7.37	1.47	17.70	5.16
栃木	0.52	13.09	5.76	24.08	9.95
小山	1.07	7.49	4.28	18.20	7.85
足利	1.42	10.69	4.27	14.26	9.98
佐野	0	6.17	4.40	18.51	11.46
栃木県	0.52	7.84	3.68	16.01	9.27

【出典：栃木県「毎月人口推計」、「介護保険指定機関等管理システム」、
関東信越厚生局「施設基準の届出受理状況(医科、歯科、薬局)」】

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ることが求められます。

① 退院支援

退院支援を受けた患者数は、平成 30(2018)年度の 3,189 人／月から令和3(2021)年度は 4,636 人／月に、退院支援担当者を配置している病院の割合は、平成 29(2017)年の 35.5%から令和2(2020)年は 37.5%にそれぞれ増加しています。

退院後も患者が在宅で安定した療養生活を送れるよう、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。

② 日常の療養生活の支援

(訪問診療)

訪問診療を受けた患者数は、平成 30(2018)年度の 6,263 人／月から令和3(2021)年度は 7,900 人／月に、往診を受けた患者数は、平成 30(2018)年度の 1,746 人／月から令和3(2021)年度は 1,902 人／月にそれぞれ増加しています。

将来の需要増加に対応するためには、訪問診療を行う医療機関間の連携や ICT 化等による対応力強化、訪問診療を担っていない医療機関や新規開業の医療機関の訪問診療への参入を促進する必要があります。

(訪問看護)

訪問看護事業所数は、令和2(2020)年4月の 119 施設から令和5(2023)年4月は 176 施設に増加しています。

訪問看護事業所に従事する看護職員数(常勤換算)は、令和2(2020)年4月の 707.2 人から令和5(2023)年4月は 947.9 人に増加し、1事業所当たりの看護職員数(常勤換算)は 5.4 人です。

医療保険による訪問看護の利用者数は、平成 30(2018)年度の 291 人/月(精神科看護以外)、666 人/月(精神科看護)から、令和3(2021)年度は 303 人/月(精神科看護以外)、580 人/月(精神科看護)に推移し、介護保険による訪問看護の利用者数は、平成 30(2018)年度の 7,103 人/月から令和3(2021)年度は 9,766 人/月に増加しています。

規模の大きな事業所ほど、医療ニーズの高い利用者、看取りへの対応などの実績が多いことから、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。

特定行為研修制度等の活用促進により、計画的に訪問看護師の活動領域を広げていくことが重要です。

(訪問歯科診療)

訪問歯科診療を受けた患者数は、平成 30(2018)年度の 2,025 人/月から令和3(2021)年度は 2,540 人/月に増加しています。

口腔管理は療養生活における誤嚥性肺炎の予防や食べる楽しみ、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。

(訪問薬剤管理指導)

在宅患者調剤加算を届け出ている薬局数は、令和2(2020)年4月の 228 施設から令和5(2023)年4月は 304 施設に増加しています。

在宅医療に関わる薬剤師の質の向上に加え、麻薬調剤や無菌製剤処理、小児への訪問薬剤管理指導、24 時間対応が可能な薬局を更に整備していく必要があります。

(訪問リハビリテーション)

令和 3(2021)年度に医療機関から訪問リハビリテーションを受けた患者数は、医療保険によるものが 26 人/月、介護保険によるものが 32 人/月です。

医療機関におけるリハビリテーション(急性期・回復期)から、自宅等での生活の維持向上を目指す生活期リハビリテーションの切れ目のない提供が

求められています。

(訪問栄養食事指導)

令和3(2021)年度に訪問栄養食事指導を受けた患者数は3人/月です。訪問栄養食事指導の充実のため、在宅療養支援病院・診療所への管理栄養士の配置、管理栄養士が所属する栄養ケア・ステーションの活用等が求められています。

③ 急変時の対応

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月の77.8%(有床診療所)、36.4%(無床診療所)から、令和4(2022)年9月は、66.7%(有床診療所)、32.2%(無床診療所)にそれぞれ減少しています。

「急変時に対応するための後方支援体制」を課題に挙げる医療機関が多いこと、特に小児から成人に移行した在宅患者が急変した際の入院先が円滑に決まらないことから、在宅医療を担う診療所等の負担軽減を図りつつ、夜間休日も含めた切れ目のない在宅医療が提供されるよう、後方支援体制の構築を図ることが求められます。

④ 在宅での看取り

令和4(2022)年度栃木県政世論調査の結果では、56.6%の県民が、病気やけがで長期の療養が必要になり、通院が困難になった場合に自宅での療養を望んでいますが、令和3(2021)年の死亡者のうち、自宅で死亡した者の割合は18.3%(4,156人)でした。

患者や家族が希望した場合に、住み慣れた自宅等で最期を迎えることができる医療及び介護の提供体制を整備する必要があります。

もしものときのために、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)」を推進する必要があります。

2 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のため、二次医療圏として 11 の在宅医療圏を設定します。

図表 5-12-3:在宅医療圏域図



各医療圏と市町の関係

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

3 分野アウトカム(目指す姿)-(A)

(1) 在宅療養を希望する人が、住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができる。

4 中間アウトカム(分野アウトカム達成に必要な状態)-(B)

(1) 円滑な在宅療養移行に向けた支援が可能な体制の確保

外来から在宅医療へ移行する患者及び退院患者が、在宅へ移行後も必要な医療及び介護サービス等を継続して受けられるよう、切れ目のない医療体制の確保を目指します。

施策-(C)	
①	県民への在宅医療の普及啓発
②	病院看護師・ケアマネジャー等への在宅医療の普及啓発
③	医療機関と介護事業所等との間で患者情報が円滑に共有される体制・ルールの整備促進
④	在宅医療・介護連携推進事業を実施する市町への支援

(2) 日常の療養支援が可能な体制の確保

在宅療養者が、住み慣れた地域で疾患や重症度等に応じた医療が受けられるよう、必要な医療資源の確保、多職種による医療、介護、障害福祉サービスの包括的な提供などの体制の確保を目指します。

施策-(C)	
①	在宅医療を実施する医師・歯科医師・薬剤師・看護師の育成
②	小児在宅医療を実施する医師・歯科医師・薬剤師・看護師の育成
③	在宅医療に必要な医療機器等の設備整備支援
④	訪問看護事業所の新規開設、大規模化に向けた支援
⑤	訪問看護事業所の経営支援
⑥	訪問看護の同行研修
⑦	特定行為研修制度の活用促進
⑧	在宅歯科医療連携室の運営支援
⑨	多職種連携の促進
⑩	訪問リハビリテーションに関する普及啓発
⑪	訪問栄養に関する普及啓発

(3) 急変時の対応が可能な体制の確保

在宅療養者が、急変時にも往診や訪問看護等を受けられるほか、円滑に入院できるよう、在宅医療を担う医療機関等と入院機能を有する医療機関との円滑な連携による診療体制の確保を目指します。

施策-(C)	
①	在宅医療を実施する医師の育成
②	グループ診療体制や後方支援体制の強化
③	訪問看護事業所の大規模化に向けた支援(再掲)
④	認定薬局制度の普及啓発

(4) 患者が望む場所での看取りが可能な体制の確保

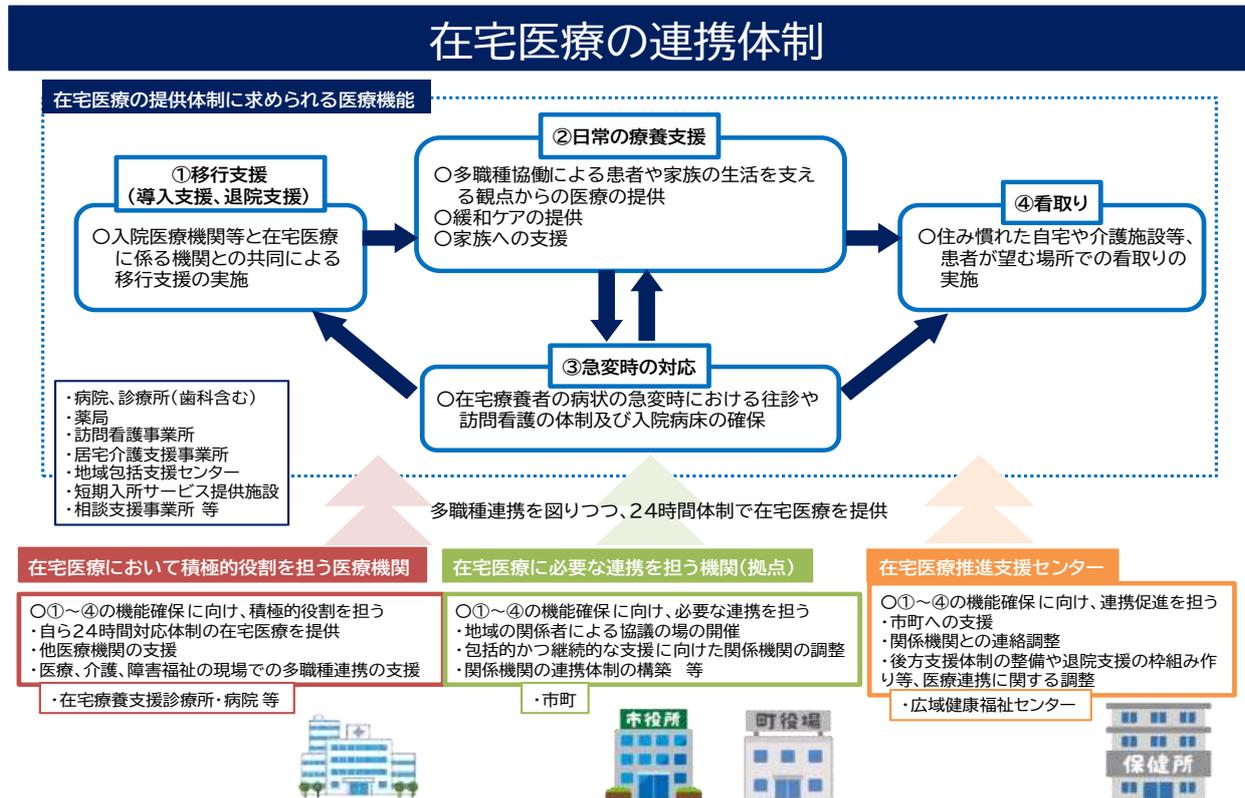
県民が、望む場所で人生の最期を迎えられる体制の確保を目指します。

施策-(C)	
①	県民への人生会議(ACP)に関する普及啓発
②	医療・介護従事者への人生会議(ACP)に関する普及啓発

5 医療連携体制図

「3. 分野アウトカム(目指す姿)」を踏まえ、以下のとおり連携体制の構築を図ります。(各医療機能の詳細については、別冊「5疾病・6事業及び在宅医療等における医療機能別の各医療機関等に求められる事項」を参照ください。)

図表 5-12-4:在宅医療における医療連携体制図



6 指標と数値目標

分野アウトカム(目指す姿)-(A)

No.	項目	指標	現状値	目標値
1	在宅療養を希望する人が、住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができる	なし		

中間アウトカム(分野アウトカム達成に必要な状態)-(B)

No.	項目	指標	現状値	目標値
1	円滑な在宅療養移行に向けた支援が可能な体制の確保	退院支援(退院調整)を受けた患者数	4,636人/月 (令和3(2021)年度)	
		介護支援連携指導を受けた患者数	324人/月 (令和3(2021)年度)	609人/月 (令和8(2026)年度)
		退院時共同指導を受けた患者数	39人/月 (令和3(2021)年度)	
		退院後訪問指導を受けた患者数	5人/月 (令和3(2021)年度)	
2	日常の療養が可能な体制の確保	訪問診療を受けた患者数	7,900人/月 (令和3(2021)年度)	9,088人/月 (令和8(2026)年度)
		小児の訪問診療を受けた患者数	26人/月 (令和3(2021)年度)	
		訪問看護利用者数	3,778人/月 (令和3(2021)年度)	
		小児の訪問看護利用者数	287人/月 (令和3(2021)年度)	
		訪問歯科診療を受けた患者数	2,540人/月 (令和3(2021)年度)	
		歯科衛生士を帯同した訪問歯科診療を受けた患者数	1,701人/月 (令和3(2021)年度)	
		訪問口腔衛生指導を受けた患者数	723人/月 (令和3(2021)年度)	
		訪問薬剤管理指導を受けた患者数	4,124人/月 (令和3(2021)年度)	
		小児の訪問薬剤管理指導を受けた患者数	52人/月 (令和3(2021)年度)	
		麻薬(持続注射療法を含む)の調剤及び訪問薬剤管理指導を受けた患者数	5人/月 (令和3(2021)年度)	
		無菌製剤(TPN輸液を含む)の調剤及び訪問薬剤管理指導を受けた患者数	18人/月 (令和3(2021)年度)	
		訪問リハビリテーションを受けた患者数	25人/月 (令和3(2021)年度)	
		訪問栄養食事指導を受けた患者数	3人/月 (令和3(2021)年度)	
3	急変時の対応が可能な体制の確保	往診を受けた患者数	1,901人/月 (令和3(2021)年度)	
		(在宅療養支援診療所・病院における)緊急往診の件数	4,930件/年 (令和3(2021)年7月~ 令和4(2022)年6月)	
4	患者が望む場所での看取りが	在宅ターミナルケアを受けた患者数	173人/月 (令和3(2021)年度)	263人/月 (令和8(2026)年度)
		訪問看護によるターミナルケアを受けた患者数・利用者数	82人/月 (令和4(2022)年6月)	

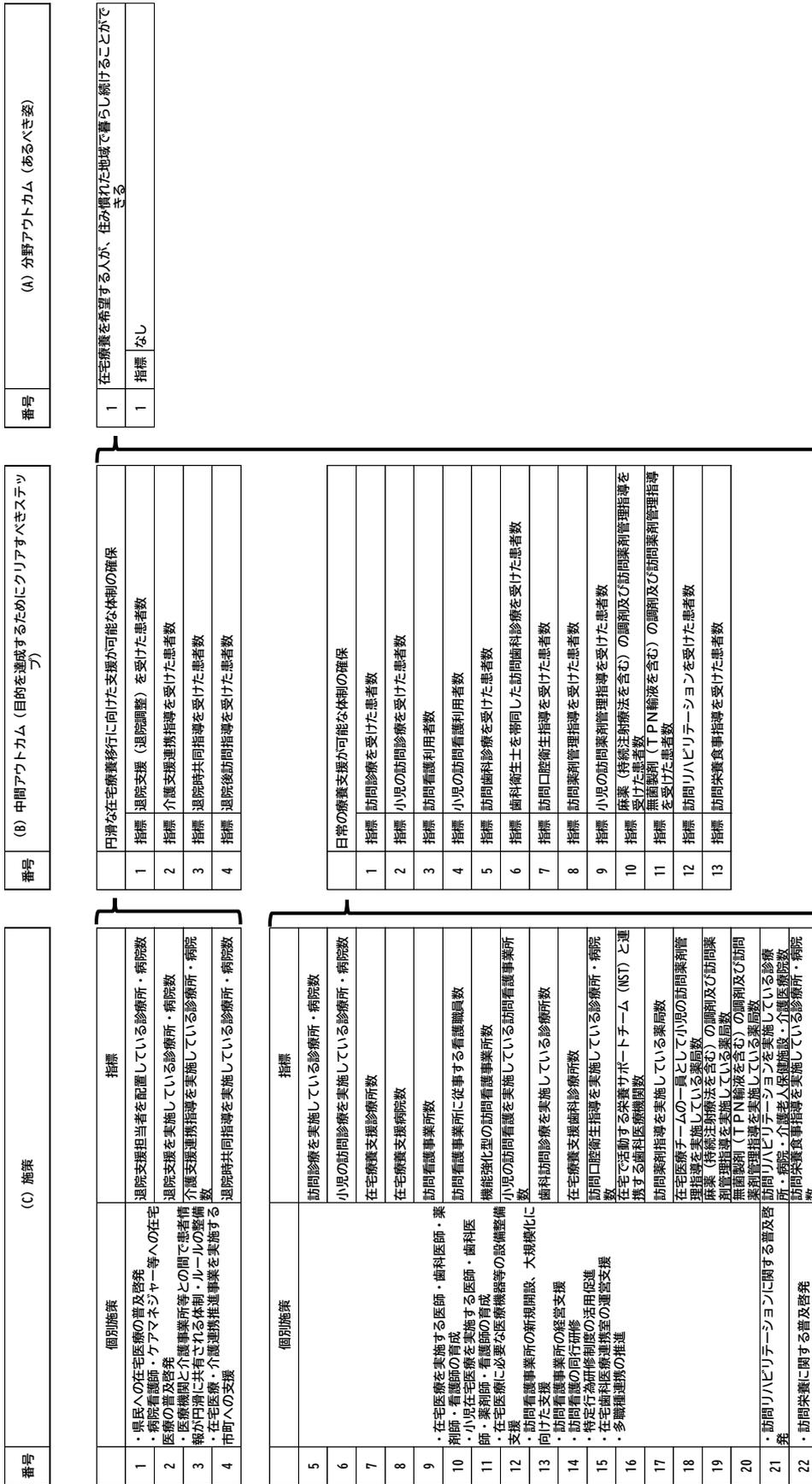
可 能 な 体 制 の 確 保	看取り数(死亡診断のみの場合を 含む)	312 件/月 (令和 3(2021)年度)	
	在宅死亡者数	7,331 人/年 (令和 3(2021)年)	
	(在宅療養支援診療所・病院におけ る)在宅看取りに至った患者の割 合	56.4% (令和 3(2021)年 7 月～ 令和 4(2022)年 6 月)	

施策-(C)

No.	施策	指標	現状値	目標値
1	<ul style="list-style-type: none"> ・県民への在宅医療の普及啓発 ・病院看護師・ケアマネジャー等への在宅医療の普及啓発 ・医療機関と介護事業所等との間で患者情報が円滑に共有される体制・ルールの整備促進 ・在宅医療・介護連携推進事業を実施する市町への支援 	退院支援担当者を配置している診療所・病院数	45 箇所 (令和 2(2020)年度)	
2		退院支援を実施している診療所・病院数	31 箇所 (令和 3(2021)年度)	
3		介護支援連携指導を実施している診療所・病院数	44 箇所 (令和 3(2021)年度)	
4		退院時共同指導を実施している診療所・病院数	7 箇所 (令和 3(2021)年度)	
5	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療を実施する医師・歯科医師・薬剤師・看護師の育成 ・小児在宅医療を実施する医師・歯科医師・薬剤師・看護師の育成 ・在宅医療に必要な医療機器等の設備整備支援 ・訪問看護事業所の新規開設、大規模化に向けた支援 ・訪問看護事業所の経営支援 ・訪問看護の同行研修 ・特定行為研修制度の活用促進 ・在宅歯科医療連携室の運営支援 ・多職種連携の推進 	訪問診療を実施している診療所・病院数	280 箇所 (令和 3(2021)年度)	293 箇所 (令和 8(2026)年度)
6		小児の訪問診療を実施している診療所・病院数	5 箇所 (令和 3(2021)年度)	
7		在宅療養支援診療所数	149 箇所 (令和 5(2023)年 4 月)	
8		在宅療養支援病院数	10 箇所 (令和 5(2023)年 4 月)	
9		訪問看護事業所数	176 箇所 (令和 5(2023)年 4 月)	
10		訪問看護事業所に従事する看護職員数(65 歳以上人口 10 万人対)	151 人 (令和 4(2022)年度)	171 人 (令和 8(2026)年度)
11		機能強化型の訪問看護事業所数	19 箇所 (令和 5(2023)年 4 月)	
12		小児の訪問看護を実施している訪問看護事業所数	52 箇所 (令和 4(2022)年 6 月)	
13		歯科訪問診療を実施している診療所数	236 箇所 (令和 3(2021)年度)	255 箇所 (令和 8(2026)年度)
14		在宅療養支援歯科診療所数	70 箇所 (令和 5(2023)年 4 月)	
15		訪問口腔衛生指導を実施している診療所・病院数	57 箇所 (令和 3(2021)年度)	
16		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	* (令和 3(2021)年度)	
17		訪問薬剤管理指導を実施している薬局数	304 箇所 (令和 5(2023)年 4 月)	390 箇所 (令和 8(2026)年 10 月)
18		在宅医療チームの一員として小児の訪問薬剤管理指導を実施してい	161 箇所 (令和 3(2021)年度)	

		る薬局数		
19		麻薬(持続注射療法を含む)の調剤及び訪問薬剤管理指導を実施している薬局数	19 箇所 (令和 3(2021)年度)	
20		無菌製剤(TPN輸液を含む)の調剤及び訪問薬剤管理指導を実施している薬局数	18 箇所 (令和 3(2021)年度)	
21	訪問リハビリテーションに関する普及啓発	訪問リハビリテーションを実施している診療所・病院・介護老人保健施設・介護医療院数	11 箇所 (令和 3(2021)年度)	
22	訪問栄養に関する普及啓発	訪問栄養食事指導を実施している診療所・病院数	4 箇所 (令和 3(2021)年度)	
23	在宅医療を実施する医師の育成	往診を実施している診療所・病院数	457 箇所 (令和 3(2021)年度)	
24	グループ診療体制や後方支援体制の強化	在宅療養後方支援病院数	6 箇所 (令和 5(2023)年 4 月)	
25		緊急入院先をあらかじめ確保している診療所の割合	34.1% (令和 4(2022)年 9 月)	
26	訪問看護事業所の大規模化に向けた支援(再掲)	24 時間体制を取っている訪問看護事業所数	117 箇所 (令和 3(2021)年 10 月)	
27		24 時間体制を取っている訪問看護事業所の従事者数	799 人 (令和 3(2021)年 10 月)	
28	認定薬局制度の普及啓発	24 時間対応可能な薬局数	186 箇所 (令和 3(2021)年度)	
29	・県民への人生会議(ACP)に関する普及啓発	人生会議(ACP)に係る認知度	21.4% (令和 4(2022)年度)	
30	・医療・介護従事者への人生会議(ACP)に関する普及啓発	在宅看取り(ターミナルケア)を実施している診療所・病院数	120 箇所 (令和 3(2021)年度)	
31		ターミナルケアを実施している訪問看護事業所数	112 箇所 (令和 3(2021)年 10 月)	

7 施策・指標体系図(ロジックモデル)



番号	個別施策	指標
23	・在宅医療を実施する医師の育成	往診を実施している診療所・病院数
24	・グループ診療体制や後方支援体制の強化	在宅療養後方支援病院数
25	・認定薬局制度の普及啓発	緊急入院先をあらかじめ確保している診療所の割合
26	・訪問看護事業所の大規模化に向けた支援(再掲)	24時間体制を取っている訪問看護事業所数
27	・認定薬局制度の普及啓発	24時間体制を取っている訪問看護従事者数
28	・認定薬局制度の普及啓発	24時間対応可能な薬局数

番号	個別施策	指標
29	・県民への人生会議 (ACP) に関する普及啓発	人生会議 (ACP) に係る認知度
30	・医療・介護従事者への人生会議 (ACP) に関する普及啓発	在宅看取り (ターミナルケア) を実施している診療所・病院数
31	・在宅医療を実施する医師の育成	ターミナルケアを実施している訪問看護事業所数

番号	個別施策	指標
1	患者が望む場所での看取りが可能な体制の確保	指標 在宅ターミナルケアを受けた患者数
2	在宅療養支援診療所・病院における) 緊急往診の件数	指標 訪問看護によるターミナルケアを受けた患者数・利用者数
3	在宅療養支援診療所・病院における) 緊急往診の件数	指標 看取り数 (死亡診断のみの場合を含む)
4	在宅療養支援診療所・病院における) 緊急往診の件数	指標 在宅死亡者数
5	在宅療養支援診療所・病院における) 緊急往診の件数	指標 (在宅療養支援診療所・病院における) 在宅看取りに至った患者の割合

番号	個別施策	指標
1	患者が望む場所での看取りが可能な体制の確保	指標 在宅ターミナルケアを受けた患者数
2	在宅療養支援診療所・病院における) 緊急往診の件数	指標 訪問看護によるターミナルケアを受けた患者数・利用者数
3	在宅療養支援診療所・病院における) 緊急往診の件数	指標 看取り数 (死亡診断のみの場合を含む)
4	在宅療養支援診療所・病院における) 緊急往診の件数	指標 在宅死亡者数
5	在宅療養支援診療所・病院における) 緊急往診の件数	指標 (在宅療養支援診療所・病院における) 在宅看取りに至った患者の割合

第6章 地域医療構想の取組

病床機能の分化と連携、在宅医療・介護の一体的な提供といった方向性に基づき、平成26(2014)年6月に医療法が改正され、病床機能報告制度がスタートするとともに、都道府県は「地域医療構想」を医療計画の一部として策定することとされ、本県では、平成28(2016)年3月に「栃木県地域医療構想」を策定しました。

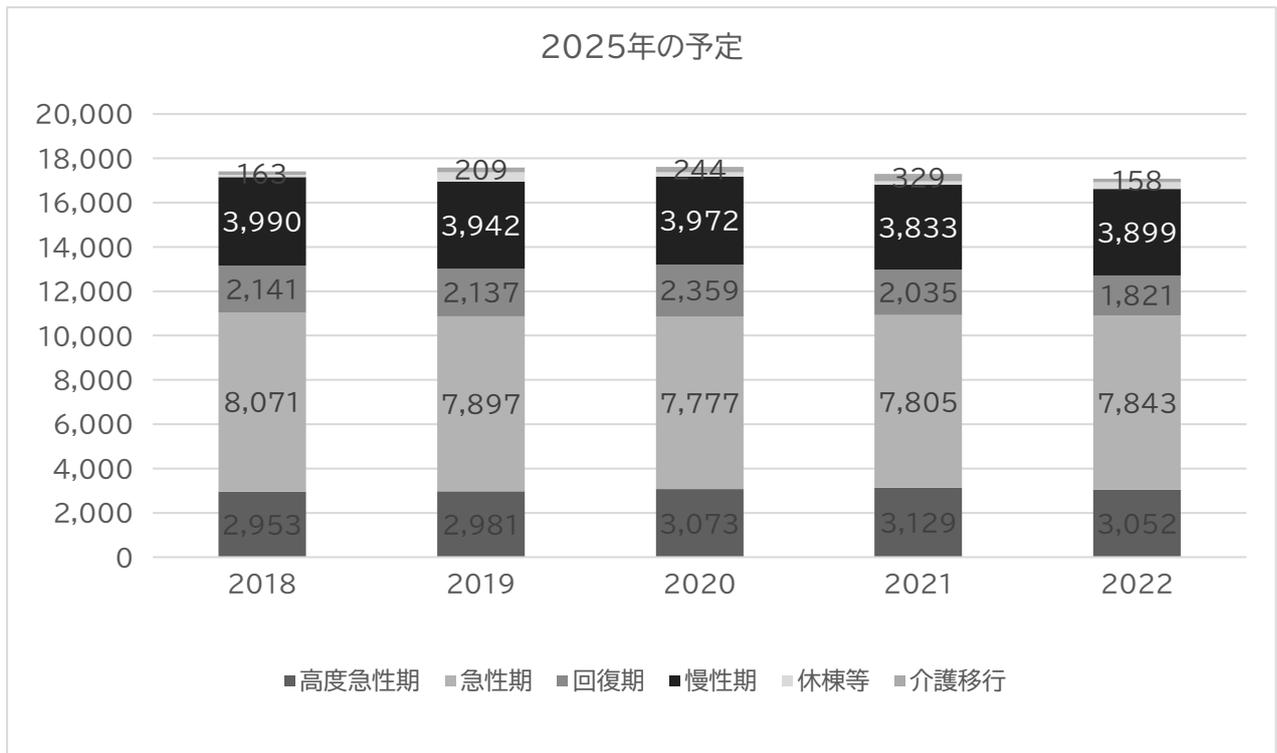
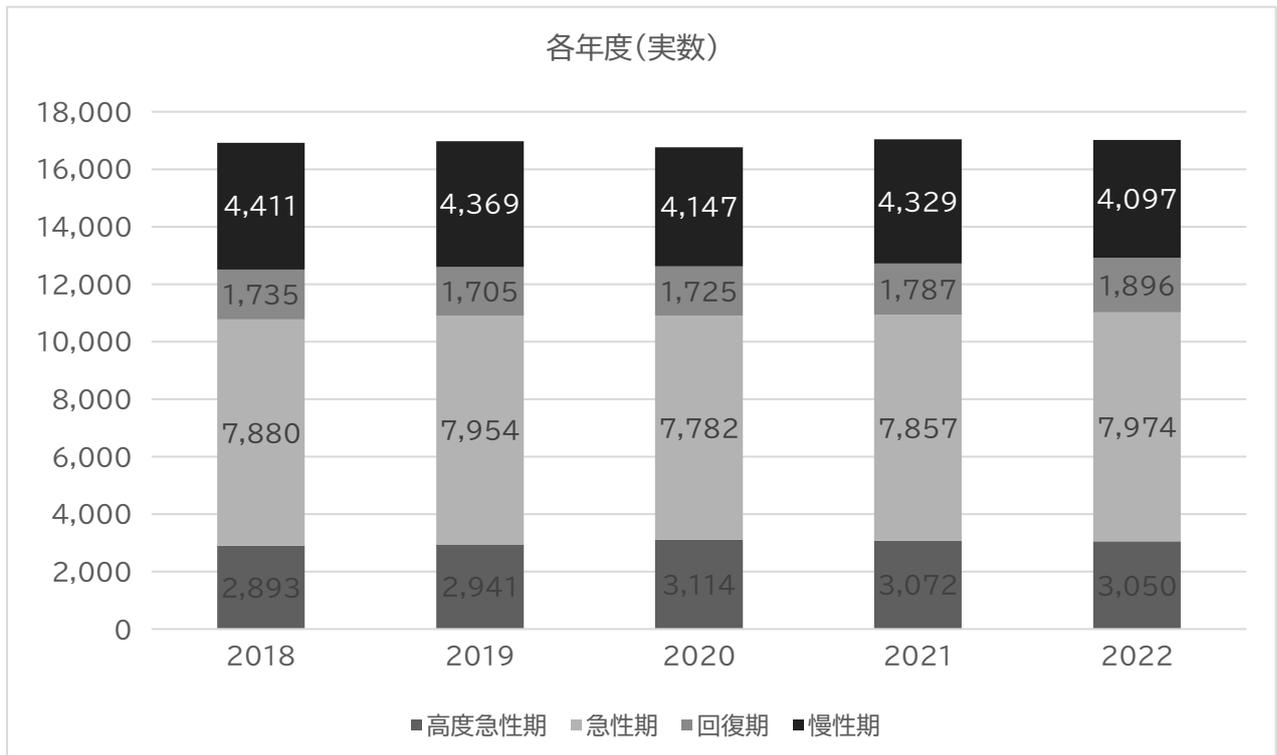
地域における医療機能の分化・連携を推進するための基準として「地域医療構想区域(二次保健医療圏と同一)」を設定するとともに、区域ごとに、令和7(2025)年における医療需要、病床機能区分ごとの必要病床数及びその実現に向けた施策を示し、「地域医療構想調整会議」等の場において、医療者を始めとする様々な関係者と医療に関するデータ等を共有し、将来の医療提供体制構築に向けた協議を進めています。

なお、令和7(2025)年以降における地域医療構想については、国の検討内容等を踏まえ、令和7(2025)年度に策定作業を行う予定です。

図表 6-1-1:令和5(2023)年度病床機能報告結果

令和4(2022)年度病床機能報告 集計結果の概要 (確定版)																
															2023/7/1 時点	
<ul style="list-style-type: none"> 病床機能報告は、一般病床及び療養病床を有する医療機関のそれぞれの病棟が担っている医療機能を把握するとともに、その報告を基に、地域における医療機能の分化・連携を進めることを目的に、医療法第30条の13の規定に基づき実施されている制度です。 各医療機関は、その有する病床が主に担っている医療機能を自主的に選択し、病棟単位でその医療機能について毎年1回、都道府県に報告することを求められています。 																
<p>【栃木県における病床機能報告の活用】</p> <p>目指すべき医療提供体制の実現に向け、地域医療構想調整会議において各圏域の報告状況を共有し、次の取組の推進を図っています。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 病床機能の「見える化」による、地域で不足している病床機能への転換 ○ 各医療機関の役割分担及び連携の充実・強化 																
1. 調査時期 : 令和4(2022)年10月 ※厚生労働省において一部確認を要する事象が発見されたことから、報告期間が延長されています。(～令和5年1月13日)																
2. 提出割合																
区分		医療機能・構造設備/人員配置 (報告様式1)					具体的な医療の内容 (報告様式2)									
病院+診療所		99.5% (181/182)					98.9% (180/182)									
病院		100.0% (90/90)					100.0% (90/90)									
診療所		98.9% (91/92)					97.8% (90/92)									
3. 結果概要 (県全体)																
医療圏	令和4(2022)年7月1日時点							令和7(2025)年7月1日時点								
	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟中 (再開予定)	休棟中 (廃止予定)	計	R7 高度急性期	R7 急性期	R7 回復期	R7 慢性期	R7 休棟予定	R7 廃止予定	R7介護保 険	R7 計	
県北医療圏	395	1,475	264	759	17	0	2,910	395	1,408	288	767	19	0	33	2,910	
県西医療圏	139	795	70	434	0	57	1,495	139	753	28	321	0	207	47	1,495	
宇都宮医療圏	501	2,154	737	1,384	116	4	4,896	501	2,103	737	1,302	39	84	102	4,868	
県東医療圏	47	541	40	187	44	0	859	47	585	40	154	0	33	0	859	
県南医療圏	1,927	1,663	561	644	94	0	4,889	1,929	1,646	561	625	122	6	0	4,889	
両毛医療圏	41	1,346	224	689	113	0	2,413	41	1,348	167	730	131	26	0	2,443	
計	3,050	7,974	1,896	4,097	384	61	17,462	3,052	7,843	1,821	3,899	311	356	182	17,464	
							※参考					538				
							必要病床数 (2025年)					15,458				

図表 6-1-2：機能別病床数の推移



第7章 外来医療計画の取組

【現状と課題】

外来医療における救急対応、グループ診療等の実施や医療設備・機器の共同利用等の医療機関の連携については、地域の個々の医療機関による自主的な取組に委ねられるところがあります。

こうした状況を踏まえ、医療法の規定に基づき、外来医療に係る医療提供体制の確保に取り組むため、本県では栃木県保健医療計画の一部として「栃木県外来医療計画」を策定しています。

外来医療計画においては診療所の医師数に基づき地域の医師数の多寡を評価する指標(外来医師偏在指標)を算出し、地域ごとの外来医療機能の偏在・不足等を可視化することとしています。

関連計画:「栃木県外来医療計画」(該当箇所 P1)

図表 7-1-1: 外来医師偏在指標(二次保健医療圏別)

二次保健医療圏	外来医師偏在指標	摘要
県北	80.7	
県西	98.3	
宇都宮	109.6	外来医師多数区域 ²⁰
県東	107.3	
県南	99.5	
両毛	92.6	
全国	112.2	

【主な施策】

・外来医師偏在指標を活用した取組

- 各地域で不足する医療機能について、具体的な目標を定め、達成に向けた取組の進捗評価に努めます。
- 外来医師多数区域においては、新規開業を希望する者に対して、当該区域で不足する医療機能を担うよう求めます。
- 外来医師多数区域以外の区域において、又は新規開業者以外の者に対しても、地域の実情に応じて、地域で不足する医療機能を担うよう協力を依頼します。

・医療機器の効率的な活用への取組

- 地域において活用可能な医療機器について把握できるよう、医療機器の配置・稼働状況等についてマッピングによる可視化を進めます。
- 令和5(2023)年4月1日以降に医療機器を新規購入した医療機関に対し

²⁰ 外来医師偏在指標の値が全二次医療圏の中で上位 33.3% に該当する二次医療圏

ては、医療機器の稼働や共同利用の状況について報告を求めます。

・地域における外来医療の機能分化及び連携の取組

- 外来機能報告を活用し、地域の外来医療の提供状況について把握します。
- 紹介受診重点医療機関を明確化し、その機能・役割を踏まえて、地域医療構想調整会議において地域の外来医療提供体制の在り方を検討します。

第8章 各分野の医療体制の充実

第1節 感染症

「栃木県感染症予防計画」に基づき、感染症の予防と人権の尊重の両立を基本に、感染症から県民の生命と健康を守るため、感染症対策の柱である「感染症の発生及びまん延防止に重点を置いた施策の推進」「県民一人一人の感染症の予防及び治療に重点を置いた対策の推進」「人権を尊重した対策の推進」「健康危機管理の観点に立った迅速かつ適確な対応」を念頭に、科学的に効果的かつ効率的な対策を行います。

また、感染症患者に対する良質かつ適切な医療の提供体制の構築、感染症予防に関する正しい知識の普及及び啓発を図るなど、感染症対策を総合的に推進します。

1 感染症(全般)

【現状と課題】

地域単位での感染症の発生動向を正確かつ迅速に把握し、発生時の被害拡大を最小限に抑えるための情報提供を引き続き実施していく必要があります。

新たな感染症の出現や既知の感染症の再興に備え、様々な感染症に迅速に対応できる体制や人材の育成を強化する必要があります。

【主な施策】

- ・感染症発生時における積極的疫学調査等の充実・強化
- ・感染症の流行情報等の迅速な公表の推進
- ・国の専門機関等で実施される研修会への職員派遣
- ・講習会等開催による感染症専門分野の人材育成強化
- ・第一種感染症指定医療機関²¹及び第二種感染症指定医療機関²²における医療提供体制等の整備
- ・動物由来感染症に関する正しい知識の普及啓発の推進及び、種々の動物由来感染症の疫学調査実施体制等の整備
- ・予防接種に関する正しい知識の普及啓発の推進
- ・ハンセン病等感染症に関する正しい知識や患者の人権に配慮した普及啓発の推進

²¹ 一類感染症、二類感染症、新型インフルエンザ等感染症の入院治療機関

²² 二類感染症、新型インフルエンザ等感染症の入院治療機関

図表 8-1-1:本県の感染症指定医療機関

感染症病床を配置する医療機関

種類	県域	配置基準	医療機関名	既存病床数 ²³
第一種	県全域	2 床	自治医科大学附属病院	1 床
第二種 (感染症)	県北保健医療圏	6 床	那須赤十字病院	6 床
	県西保健医療圏	4 床	日光市民病院	4 床
	宇都宮保健医療圏	6 床	国立病院機構栃木医療センター	6 床
	県東保健医療圏	4 床	芳賀赤十字病院	4 床
	県南保健医療圏	6 床	とちぎメディカルセンターしもつが	6 床
	両毛保健医療圏	4 床	佐野厚生総合病院	4 床
	計	30 床		30 床
合計		32 床		31 床

結核病床を配置する医療機関

種類	県域	配置基準	医療機関名	既存病床数
第二種 (結核)	県全域	30 床	国立病院機構宇都宮病院	30 床
合計		30 床		30 床 ²⁴

2 結核

【現状と課題】

令和 4(2022)年における本県の新登録患者数²⁵は 112 人であり、近年の患者数は減少傾向にあります。また、結核り患率²⁶は 5.9 であり、全国値の 8.2 を下回っており、いずれも WHO が定める低まん延国の基準(10.0 以下)に達しています。

新登録患者に占める高齢者や外国出生者の割合が高く、求められる治療形態が多様化していることから、患者の病態等に応じた適切な医療の提供が求められています。

治療中断等による再発や多剤耐性²⁷結核患者の発生を防ぐため、治療完遂に向けたきめ細かな患者支援が必要です。

【主な施策】

・「栃木県結核対策プラン」に基づいた、原因の究明、発生予防とまん延防止、医療の提供、人材の養成等の実施

²³ 各既存病床数については、令和 5(2023)年 9 月時点

²⁴ この他、結核患者収容モデル事業(高度な合併症を有する結核患者又は入院を要する精神病患者である結核患者に対して、一般病床又は精神病床において収容治療するためのモデル事業)を実施する指定医療機関として、足利赤十字病院 10 床、岡本台病院 2 床がある。

²⁵ 1 年間に新たに発病した患者数

²⁶ 新登録患者数を人口 10 万人対率で表したもの

²⁷ 結核薬のうち最も有効な薬剤(2 種類)に対し、抵抗性を持ち治療効果が得られないもの

- ・患者発生動向調査の一層の充実及び、病原体サーベイランス体制の強化
- ・高齢者等の管理が複雑な結核治療や合併症治療を担う病院の確保等、地域の実情に応じた地域連携パスを導入した医療提供体制の強化
- ・潜在性結核感染症の者²⁸を含む全結核患者に対する DOTS 事業²⁹の推進

3 エイズ・性感染症

【現状と課題】

県内の医療機関から届出があった HIV 感染者・エイズ患者数は、平成 20 年から年間 10～20 名前後で推移しています。また近年、梅毒患者数が増加しており、生殖年齢にある女性が性感染症に感染した場合には、不妊等の後遺障害や母子感染による次世代への影響等があることから対策が必要です。

HIV 感染者は 20～30 歳代の割合が高くなっています。一方、AIDS 患者は、抗 HIV 療法の進歩等により 40～50 歳代の割合が増えており、長期療養の環境整備等が必要とされています。

その他の性感染症については、20～30 歳代の年齢層における報告数が多いことから、青壮年期での対策が必要とされています。

【主な施策】

- ・教育関係機関等と連携した青少年への予防教育の実施など、エイズ・性感染症に関する正しい知識の普及及び予防啓発を推進
- ・デジタル技術を活用した情報発信を行うなど、若年層及び MSM(男性間で性的接触を行う者)の実情に合わせた予防啓発の強化
- ・各広域健康福祉センター等における検査・相談体制の充実による、発生の予防及びまん延の防止
- ・エイズ治療については、エイズ治療中核拠点病院を主軸とした診療連携体制の確保及び歯科診療所との連携体制構築等、良質かつ適切な医療の確保
- ・県内の予防薬配置医療機関における抗 HIV 薬の配置により、医療従事者の HIV 感染防止体制の整備を推進

²⁸ 結核の無症状病原体保有者と診断され、かつ結核医療を必要と認められた者

²⁹ Directory Observed Treatment Short-course(直接服薬確認両方)の略語で、患者の服薬を直接確認するなどの手法で支援する方法

図表 8-1-2:本県のエイズ治療拠点病院

中核拠点病院 ³⁰	拠点病院 ³¹	専門協力病院 ³²
済生会宇都宮病院	芳賀赤十字病院	国立病院機構宇都宮病院
自治医科大学附属病院	那須赤十字病院	栃木県立がんセンター
獨協医科大学病院	足利赤十字病院	栃木県立岡本台病院
	国立病院機構栃木医療センター	

4 ウイルス性肝炎

【現状と課題】

国内には、B型肝炎の感染者が110万人から120万人、C型肝炎の感染者が90万人から130万人存在すると推定されています。

ウイルス性肝炎は、自覚症状がないまま慢性化し、肝硬変や肝がんに移行してしまうケースが多いことから、正しい知識の普及とともに、早期発見及び早期治療が重要です。

【主な施策】

- ・「栃木県肝炎対策推進計画」に基づき、各種施策を実施
- ・市町をはじめ関係機関との連携を図りながら、幅広い世代に対応した効果的な普及啓発を実施
- ・肝炎ウイルス検査の受検勧奨を促進するとともに、検査陽性者に対するフォローアップ体制を充実
- ・肝疾患診療連携拠点病院³³を中心に、肝疾患専門医療機関とかかりつけ医が連携する「肝疾患診療連携ネットワーク」を構築し、適切な肝炎治療を推進
- ・患者やその家族が、治療を受けながら生活の質の向上を図ることができるよう、関係機関等との協働を図りながら、相談支援体制を充実
- ・肝疾患コーディネーター等の人材育成に取り組むとともに、コーディネーター間での情報共有や連携しやすい環境整備等の活動を支援

図表 8-1-3:肝疾患相談室の電話番号等

病院名	電話番号	相談日等
自治医科大学附属病院	0285-58-7459(直通)	(月～金)午前9時～午後4時30分
獨協医科大学病院	0282-87-2279(直通)	(月～金)午前10時～午後4時

³⁰ エイズ治療拠点病院の中で、特に高度なHIV診療を行うとともに、拠点病院の医療従事者に対する研修等を担う病院

³¹ エイズに関する総合的かつ高度な医療の提供及び一般医療機関への情報提供等を担う病院

³² HIV感染と結核、悪性腫瘍、精神疾患の合併症に関する診療及び一般医療機関・拠点病院に対し、専門的な分野についての技術支援、情報提供を担う病院

³³ 肝疾患診療体制の確保と診療の質の向上を図るため、肝炎対策の中心的役割を果たす病院で、肝炎専門医講習会や市民公開講座の開催、肝疾患相談室の設置等を行っている。

第2節 移植医療

1 臓器移植

臓器移植に関する県民や医療関係者の理解を深め、臓器提供の意思表示の促進や臓器移植が適切に実施できるような体制拡充の推進に努めます。

【現状と課題】

平成 22(2010)年7月に改正臓器移植法が全面施行され、本人の意思が不明の場合でも、家族の承諾があれば臓器提供が可能となりました。

平成 22(2010)年7月以降の本県における臓器提供件数の累計は、脳死下で17件、心停止後で4件ありましたが、うち 15 件は本人の書面での意思表示はなく、家族の承諾によるものでした。

県民の臓器移植に対する正しい理解を深めることはもとより、いざという時に臓器提供について決断する家族の心の負担を軽減するため、臓器提供の意思表示の促進だけでなく、意思表示について家族間で共有しておくことの重要性についても普及啓発を行うことが必要です。

臓器提供者の意思が十分いかされるために、県内の脳死下臓器提供施設(医療機関)の確保や医療体制を整備する必要があります。

【主な施策】

- ・(公財)栃木県臓器移植推進協会と連携した、県民の臓器移植に関する正しい理解や意思表示カードの普及促進
- ・県内の臓器移植推進に向けた(公財)栃木県臓器移植推進協会への栃木県臓器移植コーディネーターの配置
- ・県内の臓器移植推進に向けた体制の充実強化のため、医療機関に院内移植コーディネーターの委嘱・配置、医療関係者の研修会開催
- ・「命の学習会」の実施など、若年層に対して臓器移植について考える機会の確保

2 骨髄バンク事業

骨髄移植等に関する県民の理解を高めるとともに、ドナーが骨髄等を提供しやすい環境を整備し、骨髄移植対策の推進に努めます。

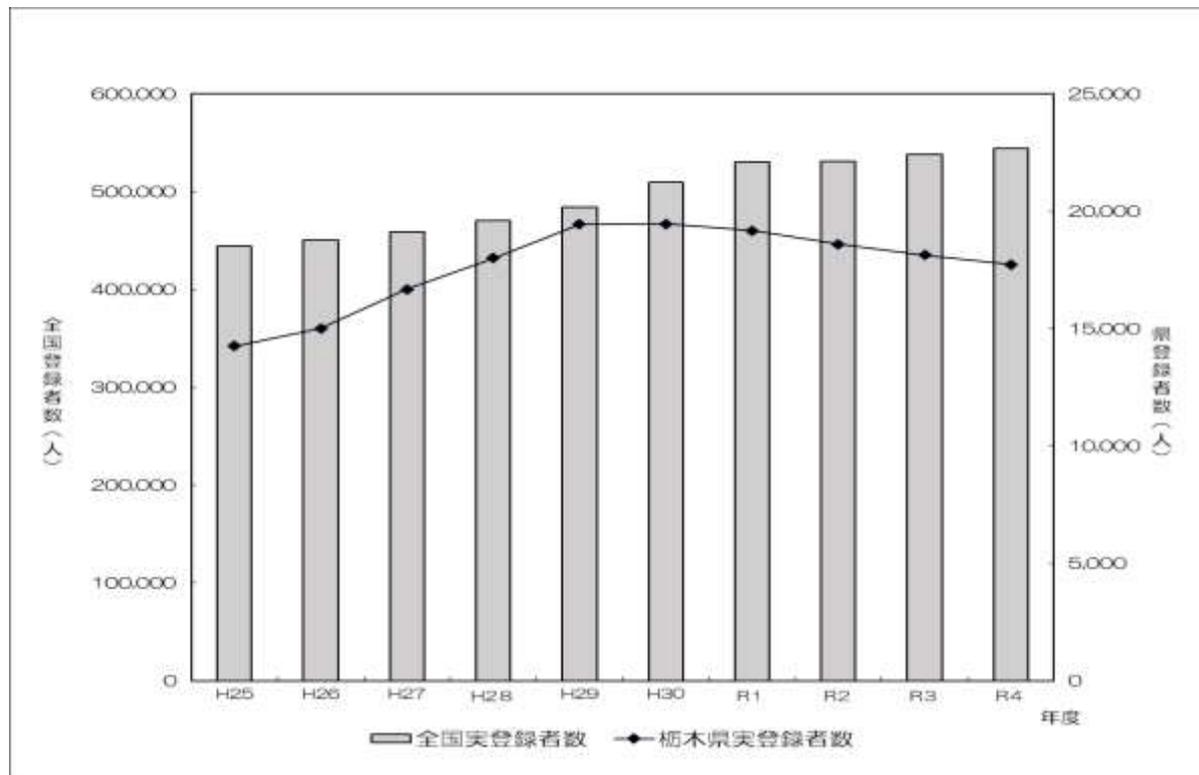
【現状と課題】

骨髄移植や末梢血幹細胞移植は、白血病・再生不良性貧血などの血液の疾患に対する有効な治療法であることから、骨髄バンク事業の推進を図っていく必要があります。

年齢超過等による登録取消者数が、新規登録者数を上回り、骨髄バンクへの実登録者数が減少傾向にあることや患者への移植率はいまだ6割程度であることが

ら、更なる登録推進が必要です。

図 8-2-1 骨髄バンク実登録者数の推移



【出典：日本骨髄バンク公開資料】

【主な施策】

- ・県民、特に若年層に向けた骨髄バンク事業の普及啓発及び骨髄バンク登録説明員の確保・育成
- ・ドナー助成制度の円滑な運用によるドナーが骨髄等を提供しやすい環境の整備
- ・栃木県骨髄バンク事業推進連絡協議会を活用した関係機関や団体との連携強化

第3節 難病

難病法等に基づき、難病患者に対する良質かつ適切な医療の確保及び療養生活の質の維持向上を総合的に推進します。

【現状と課題】

難病は、発症してから確定診断までに時間を要する 경우가多く、かつ長期にわたる療養が必要となることから、できる限り早期に正しい診断ができる体制を構築するとともに、診断後はより身近な医療機関で適切な医療を受けることができる体制を確保する必要があります。

また、難病患者及びその家族は、経済的な負担のみならず様々な不安や悩みを抱えて生活していることから、難病患者及びその家族を社会が包含し、支援する環境整備が求められています。

【主な施策】

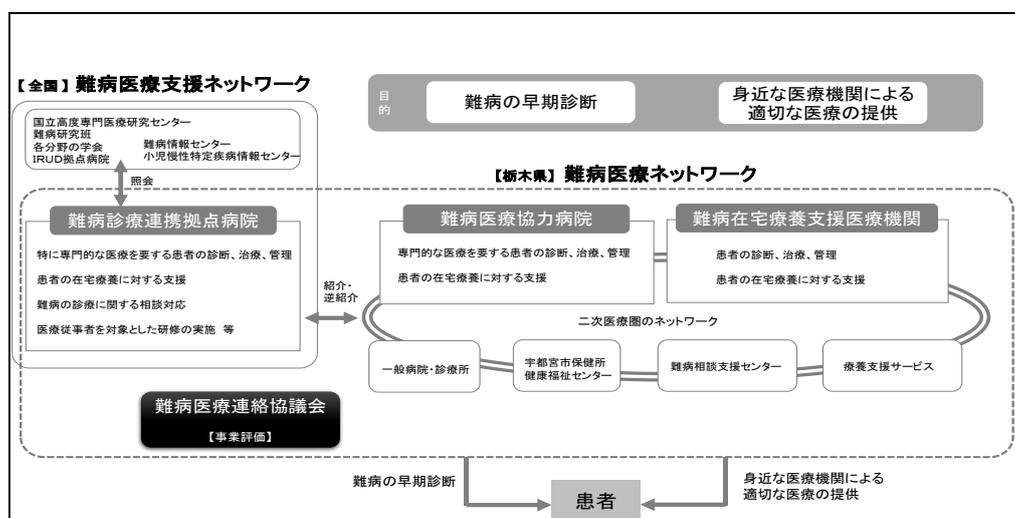
- ・栃木県難病医療ネットワークによる難病医療提供体制の充実
- ・関係機関等と連携した相談支援体制の充実
- ・患者の安定した在宅療養生活の確保と介護者の福祉の向上
- ・小児期から成人期への移行期医療の体制構築
- ・福祉・就労等の各種支援との円滑な連携

図表 8-3-1 特定医療費受給者証所持者数(年度末時点)(単位:人)

年度	2018年	2019年	2020年	2021年	2022年
所持者数	12,679	13,611	14,995	14,907	15,282

【出典:健康増進課調べ】

図表 8-3-2 栃木県難病医療ネットワークの体制



第4節 アレルギー疾患

「アレルギー疾患対策基本法」(平成 27(2015)年 12 月 25 日施行)に基づき、アレルギー疾患対策を推進します。

【現状と課題】

国民の約2人に1人が何らかのアレルギー疾患を有していると言われており、その患者数は近年増加傾向にあります。

「アレルギー疾患」とは、気管支ぜん息、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、アレルギー性結膜炎、花粉症、食物アレルギーその他アレルゲンに起因する免疫反応による人の生体に有害な局所的又は全身的反応に係る疾患です。

アレルギー疾患の中には、アナフィラキシーなど、突然症状が憎悪することにより、アナフィラキシーショックなどの致命的な転帰をたどる例もあります。

医療の進歩に伴い、科学的な知見に基づく医療を受けることにより、発症や症状のコントロールが概ね可能になっていますが、インターネット等にはアレルギー疾患の原因やその予防法、症状の軽減に関する膨大な情報があふれており、この中から適切な情報を選択することが困難な状況です。科学的根拠に基づいた予防、対応、アレルギー疾患医療の普及啓発が必要です。

また、アレルギー疾患には急激な症状の悪化を繰り返し生じさせるものがあること、生活の質が著しく損なわれる場合が多いこと等生活に多大な影響を及ぼすことから、学校や職場等の生活の場においてアレルギー疾患患者に配慮ができる体制整備や、診療・管理ガイドラインに則った医療のさらなる普及が必要です。

花粉症は多くの国民を悩ませ続けている社会問題となっており、国は花粉症の発生源対策としてスギ人工林の伐採・植替え等の加速化により、将来的(約 30 年後)には花粉発生量の半減を目指すことを目標としています。

【主な施策】

- ・栃木県アレルギー疾患医療拠点病院及び栃木県アレルギー疾患医療中核病院と連携した最新の科学的知見に基づくアレルギー疾患医療の周知、普及
- ・患者・家族、県民及び食品や住宅分野等の関連事業者に向けたアレルゲンの除去や回避、重症化予防、症状軽減の方法、治療等に関する科学的知見に基づく正しい情報発信
- ・地域の医療機関と、栃木県アレルギー疾患医療拠点病院及び栃木県アレルギー疾患医療中核病院との診療連携体制の構築
- ・アレルギー疾患を有する者への対応が求められることが多い専門職(保健師、助産師、管理栄養士、栄養士及び調理師等)が適切な知見を得られるような機会の確保
- ・アレルギー疾患を有する者に対しアレルギー疾患対応を適切に実施するための

学校、職場等における治療と学業・仕事等の両立支援の推進や、医療機関等との連携協力体制の確保

・災害時において、食物アレルギーに配慮した食品の確保、相談窓口の設置等の対応ができるよう、栄養士会等の関係団体との平時からの連携体制の構築

図表 8-4-1: 栃木県アレルギー疾患医療拠点病院

栃木県アレルギー疾患医療拠点病院(アレルギー疾患医療ネットワークの拠点)	
獨協医科大学病院	<ul style="list-style-type: none"> ○重症・難治性アレルギー疾患患者の診断、治療、管理 ○アレルギー疾患に関する情報提供 ○医療従事者等に対する研修 ○アレルギー疾患に関する調査、分析 ○県及び市町等に対する医学的見地からの助言、支援

図表 8-4-2: 栃木県アレルギー疾患医療中核病院

栃木県アレルギー疾患医療中核病院(二次医療圏の中核病院)	
済生会宇都宮病院 独立行政法人国立病院機構宇都宮病院 独立行政法人国立病院機構栃木医療センター 上都賀総合病院 獨協医科大学日光医療センター 芳賀赤十字病院 とちぎメディカルセンターしもつが 西方病院 新小山市民病院 自治医科大学附属病院 那須赤十字病院 足利赤十字病院	※地域の実情に応じた ○重症・難治性アレルギー疾患患者の診断、治療、管理 ○アレルギー疾患に関する情報提供 ○アレルギー疾患に関する調査、分析 ○県及び市町等に対する医学的見地からの助言、支援

第5節 慢性閉塞性肺疾患(COPD)

慢性閉塞性肺疾患(Chronic Obstructive Pulmonary Disease(COPD)。以下「COPD」という。)対策として、疾患認知度の向上、COPD の発症予防、早期発見・治療介入、重症化予防など総合的に対策を推進し、死亡率の減少を目指します。

【現状と課題】

慢性閉塞性肺疾患(COPD)は肺の炎症性疾患で、令和4(2022)年の人口動態統計によると、国内の死亡者数は男女合わせて16,676人で、COPDによる死亡者の9割以上を70歳以上の高齢者が占めており、急速に高齢化が進む中で、今後も対策が必要です。

COPDは根本的な治療法が無く、心血管疾患、消化器疾患、糖尿病、骨粗鬆症、

うつ病などの併存疾患や、肺がん、気腫合併肺線維症等の他の呼吸器疾患との合併も多いほか、慢性の炎症性疾患であり栄養障害によるサルコペニアからフレイルを引き起こすことから予防をはじめとして様々な取組を進めることが求められます。

COPD の原因としては遺伝的因子、感染、大気汚染、幼少児期の問題等の他、50～80%程度にたばこ煙が関与し、喫煙者では 20～50%が COPD を発症するとされていることから、喫煙対策により発症を予防するとともに、早期発見と禁煙や吸入治療等の介入により憎悪や重症化を防ぐための対策が必要です。

また、感染症に罹患することで、COPD が重症化するリスクが上がることから、日頃からワクチン接種を含めた感染対策をする必要があります。

【主な施策】

- ・COPD の認知度向上のための普及啓発
- ・COPD の予防、早期発見・介入、重症化予防等が適切に行われるための連携体制の構築
- ・重症化予防、全身の併存疾患および肺合併症の予防と治療が適切に実施されるための標準的な治療の普及
- ・発症予防、重症化予防のためのたばこ対策の推進等による社会環境の整備

【医療機関一覧】

栃木県保健医療計画(8期)別冊参照

第6節 慢性腎臓病(CKD)

予防可能な慢性腎臓病(Chronic Kidney Disease(CKD)。以下「CKD」という。)について、予防を推進します。

CKD を早期に発見・診断し、良質で適切な治療を早期から実施・継続することにより、重症化予防を徹底するとともに、CKD 患者(透析患者及び腎移植患者を含む)の QOL の維持向上を図ります。

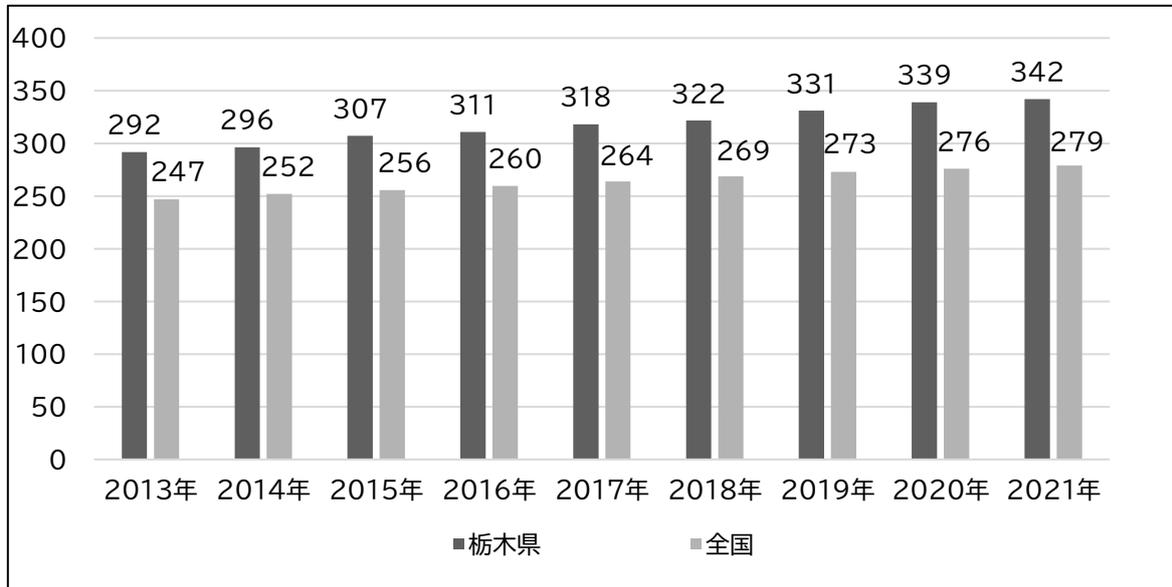
【現状と課題】

CKD は、1つの疾患の名称ではなく、腎臓の働きが徐々に低下していくさまざまな腎臓病を包括した総称で、全国の CKD 患者数は成人の約8人に1人にあたる 1300 万人です。

腎機能が低下し、末期腎不全に至れば人工透析が必要となり、患者の生活の質が大きく損なわれ、医療費も高額となります。本県の人口 10 万当たりの透析患者数は年々増加しており、全国と比較して多く、CKD の発症予防及び早期診断、早期治療が適切に実施されるための体制整備が必要です。

また、透析に至った原因として、糖尿病性腎症が最も多く全体の4割以上を占めている一方、主に高血圧や加齢により発症する腎硬化症の割合が年々増加していることから、原疾患を問わないCKD対策が必要です。

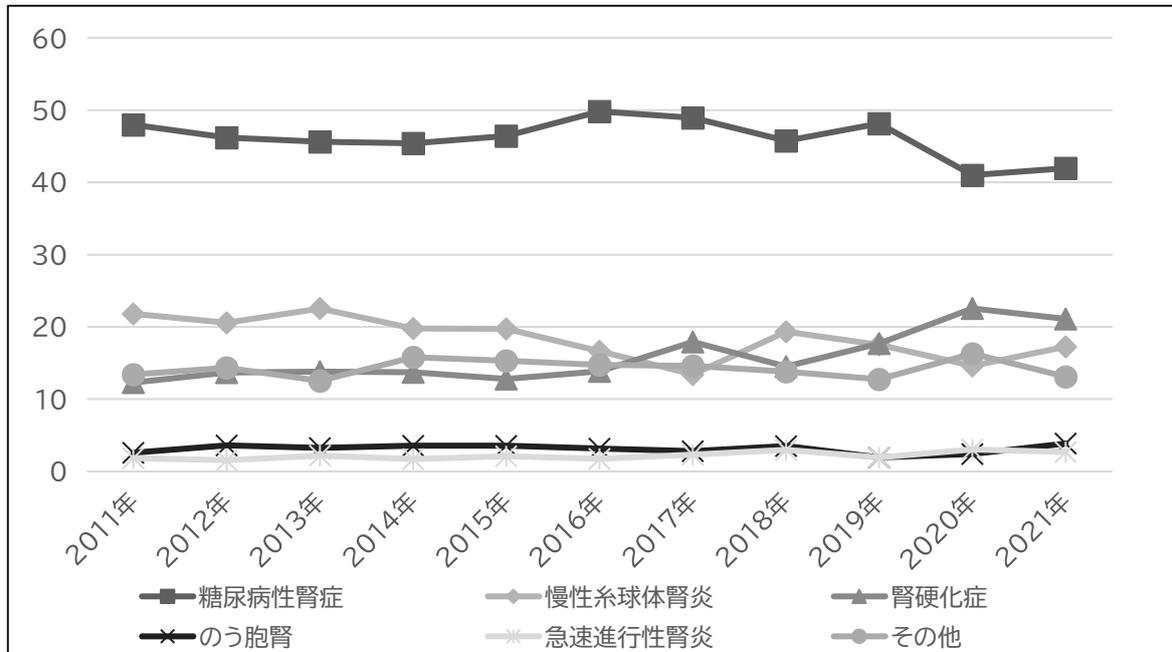
図 8-6-1:透析患者数(単位:10 万対・人)



【出典:栃木県臓器移植推進協会「栃木県慢性腎不全治療の概要(2021年)」】

【出典:一般社団法人日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況(2021年12月31日時点)」】

図 8-6-2:本県における透析導入患者(原疾患別)の割合(単位:%)



【出典:栃木県臓器移植推進協会「栃木県慢性腎不全治療の概要(2021年)」】

【主な施策】

- ・腎疾患対策の更なる推進のために、医療機関や行政機関、県民全体にCKDについて計画的、効率的・効果的な普及啓発活動
- ・CKDを早期発見・診断し、良質で適切な治療を早期から実施・継続できる診療体制を構築するため、保険者が行う医療機関への受診勧奨や、2人主治医制など、かかりつけ医等と腎臓専門医療機関等の連携体制の構築(医療連携体制の図参照)
- ・CKD診療を担う全ての医療従事者が、良質で適切な診療を実践すること、また、関連する疾患の治療の連携を強化するため、各種ガイドライン等の普及による標準的な治療の普及
- ・CKD診療・指導・管理体制を充実するために、CKDに関する基本的な知識を有する看護師/保健師、管理栄養士、薬剤師等の人材育成

図 8-6-3:CKD 医療連携体制図



図 8-6-4:栃木県 CKD 病診連携システム

～かかりつけ医療機関から腎臓専門医療機関への紹介基準～

栃木県CKD病診連携システム

～かかりつけ医療機関から腎臓専門医療機関への紹介基準～

① eGFR値による紹介基準	② 蛋白尿による紹介基準
<ul style="list-style-type: none"> ・ 40歳未満 60mL/分/1.73m²未満 ・ 40歳以上 45mL/分/1.73m²未満 ・ 3ヶ月以内に30%以上のeGFR低下 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 検尿の場合 蛋白尿+以上 ・ 尿蛋白/尿クレアチニン比 0.5g/gCr以上(随時尿) ・ 蛋白尿(±)だが血尿陽性(1+) ・ 糖尿病がある場合 蛋白尿が(±)以上

患者さんの検査値が、上記の①または②の項目に1つでも該当する場合は、腎臓専門医療機関(腎臓専門医等)と連携して診療ください。

※ご紹介いただく際のお願い

- ・ 健診で指摘されたeGFRの異常はご紹介いただく前に再検査をお願いします。
- ・ 絶食下では脱水によりeGFRが低めに出来ますので、自由飲水・摂食下で再検してください。
- ・ 尿蛋白の異常は可能な限り、尿蛋白/尿クレアチニン比を定量してご紹介ください。
- ・ 血清クレアチニン値の経時的推移の情報があればお知らせください。
- ・ 必ず現在の処方内容をお知らせください。患者さんにお薬手帳を持参させても結構です。

【医療機関一覧】

栃木県保健医療計画(8期)別冊参照

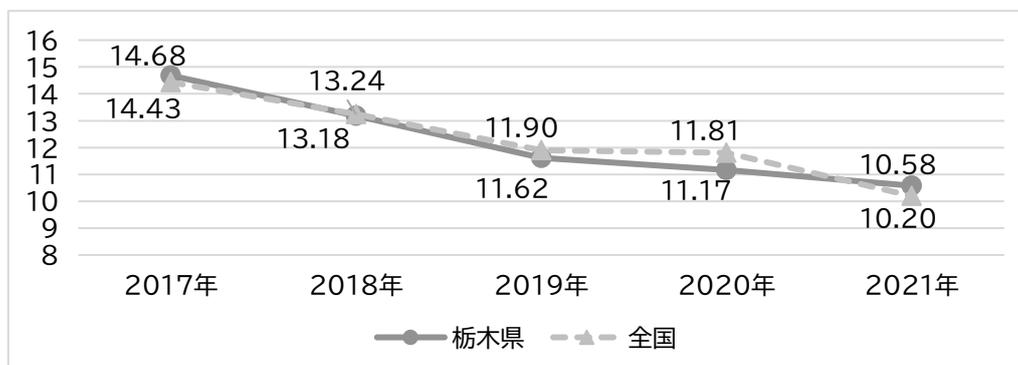
第7節 歯科保健医療

県民だれもが生涯を通じて健康でいきいきと暮らすことができる社会の実現を目指して、ライフステージに応じた歯科疾患対策や口腔機能の維持向上を図る取組を促進するとともに、関係機関等と緊密に連携しながら、良質かつ適切な歯科保健医療提供体制の整備を進めます。

【現状と課題】

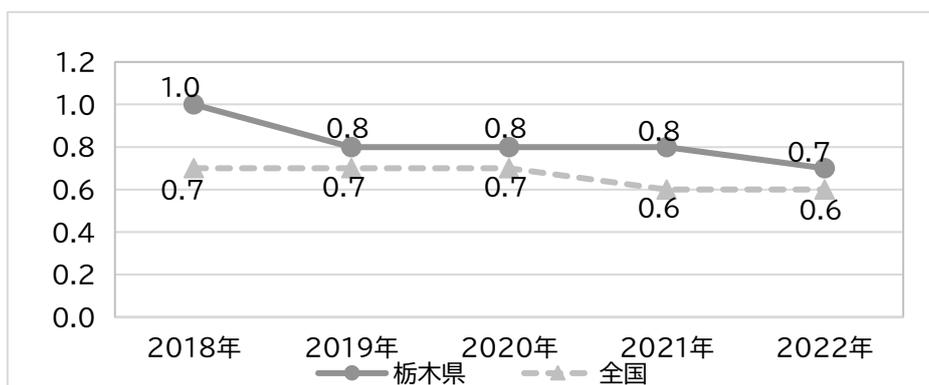
乳幼児期及び学齢期におけるむし歯有病率は減少傾向にあるものの、全国値を上回っており、市町間の差が見られる状況です。また、社会経済的因子によるう蝕の罹患状況の健康格差も報告されており、児童生徒に対する歯科保健対策の充実・強化に取り組む必要があります。

図表 8-7-1 3歳児のむし歯有病率(単位:%)



【出典：厚生労働省「地域保健・健康増進報告」】

図表 8-7-2 12歳の永久歯の一人平均むし歯数(単位:歯)



【出典：文部科学省「学校保健統計調査」】

成人の歯科健診受診率は平成 28(2016)年と比較し減少しており、働く世代においてはむし歯や歯周病などの自覚症状がありながら、歯科医療機関の未受診

者も多いことから、関係機関と連携し、日常的な口腔ケアに加え、かかりつけ歯科医等の定期受診などの取組を促進していく必要があります。

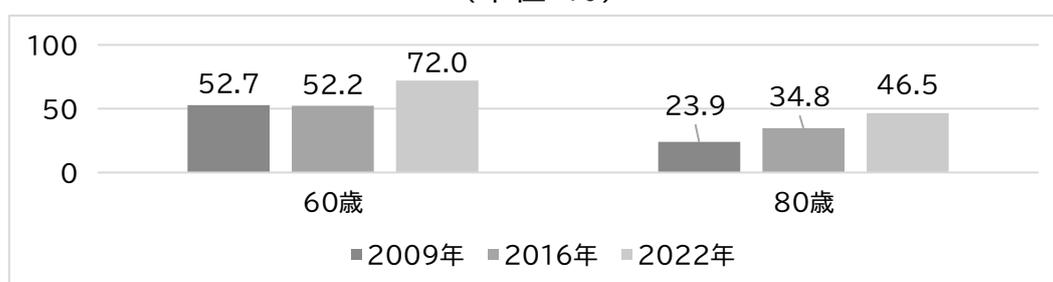
図表 8-7-3: 歯科健診を受診する者の割合(単位:%)

	2009年	2016年	2022年
受診率	34.1	49.9	45.6

【出典: 栃木県「県民健康・栄養調査」】

6024 達成者、8020 達成者共に増加しています。食べる喜び、話す楽しみ等の QOL の向上を図るため、歯の喪失防止と共に、包括的な口腔機能の維持・向上(オーラルフレイルの予防)が重要であり、効果的で継続的な取組が求められています。

図表 8-7-4: 60 歳で 24 歯以上、80 歳で 20 歯以上の歯を有する者の割合(単位:%)



【出典: 栃木県「県民健康・栄養調査」】

外来歯科診療を受診することが困難な障害者や要介護者などが増加する中で、住み慣れた地域において、個人の特性に応じた必要な歯科保健医療サービスを受けられる環境づくりを進めていくことが必要です。

高齢者の口腔機能の維持や生活の質の向上を図るため、専門的な口腔ケアや摂食嚥下障害への指導などの取組が求められています。

歯周病は糖尿病や脳梗塞などの生活習慣病の発症や進行と密接に関わることから、医科歯科連携の取組を推進する必要があります。

【主な施策】

- ・「乳幼児期」、「学齢期」、「青壮年期」、「中年期・高齢期」のライフステージに応じた切れ目ない歯や口腔と関係する病気等の予防の推進
- ・県民自らが歯と口腔の健康づくりの重要性を理解し、実践できるよう、ライフステージに応じた歯や口腔の健康に関する啓発と検診の普及
- ・歯科検診等が難しい状況にある障害者・要介護者に対する、訪問歯科診療及び口腔ケア等の歯科保健医療サービスの確保

- ・県民の生涯にわたる健康の保持増進のため、保健、医療、福祉、教育等関係者の資質向上や連携強化による歯科保健医療提供体制の整備
- ・関連計画：「栃木県歯科保健基本計画(2期計画)(計画終期：令和6年度)」³⁴

³⁴ 令和7年度からの次期計画を踏まえた内容の記載については、本計画の中間見直しの際に反映予定

第9章 保健・医療・介護・福祉の総合的な取組の推進

第1節 健康づくりの推進

「とちぎ健康 21 プラン(2期計画)(計画終期:令和6年度)」³⁵に基づき、健康寿命の延伸と健康格差の縮小を基本目標に、県民の栄養・食生活、身体活動・運動、休養、喫煙、飲酒及び歯・口腔の健康に関する生活習慣や社会環境を改善しながら、生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底をはじめ、企業・民間団体等の多様な主体による自発的な取組や地域での支え合いといった社会環境の整備を進め、県民の健康づくりを総合的に推進します。

【現状と課題】

本県の平均寿命は延伸していますが、全国値を下回っています。健康寿命は、男女とも着実に延びています。

※平均寿命、健康寿命のグラフは 17 ページ参照

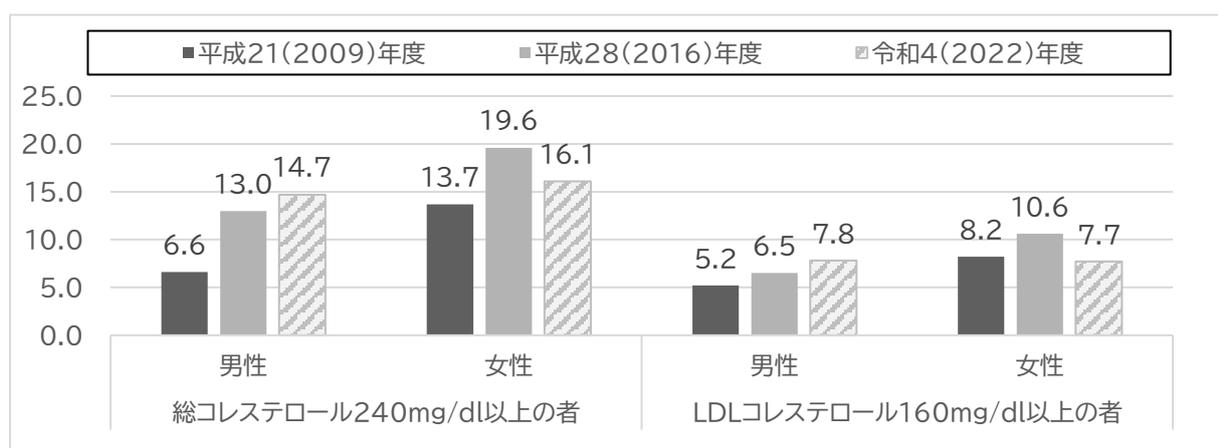
年齢調整死亡率では、がん、心疾患、脳血管疾患とも減少傾向にあります。

※死亡率のグラフは 16 ページ参照(図表 2-2-5:本県の主要死因別死亡率の推移)

※年齢調整死亡率のグラフは 49 ページ(がん)、61 ページ(脳卒中)、72 ページ(心血管疾患)参照

心疾患や脳卒中の誘因となる脂質異常症の人の割合は、平成 28(2016)年と比べて男性は悪化、女性は改善しており、血圧値(最高血圧:2回測定した値の平均値)は、平成 28(2016)年と比べて改善しています。また、糖尿病腎症による新規年間透析導入患者数は、増加傾向にありましたが、ここ数年は横ばい傾向にあります。

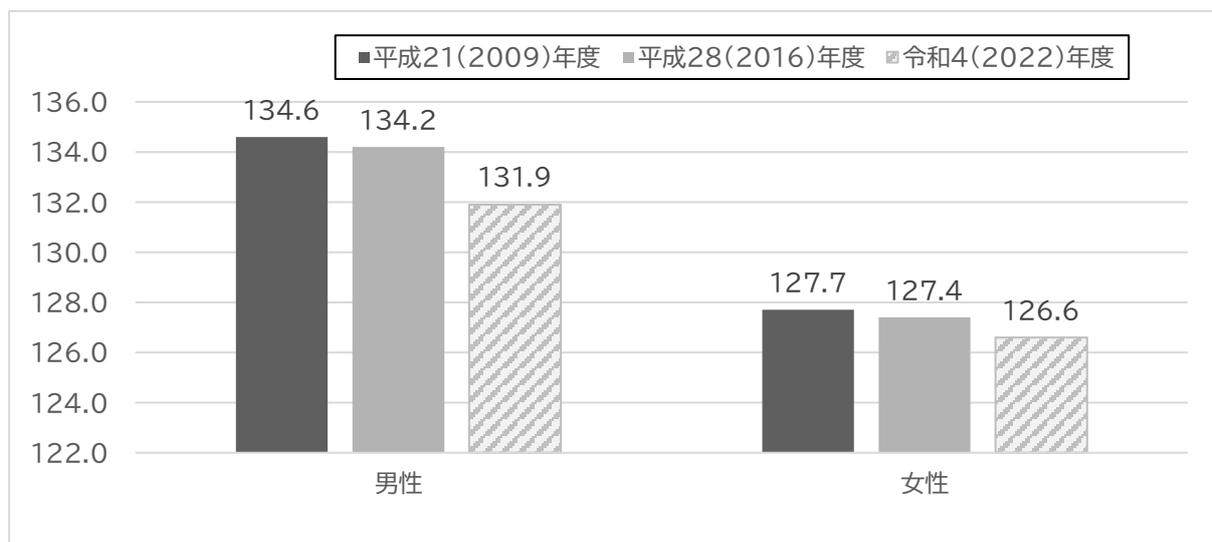
図表 9-1-1:脂質異常症の人の割合(単位:%)



【出典:県民健康・栄養調査】

³⁵ 令和 7 年度からの次期計画を踏まえた内容の記載については、本計画の中間見直しの際に反映予定

図表 9-1-2:最高血圧(2回測定した値の平均値)(単位:mmHg)



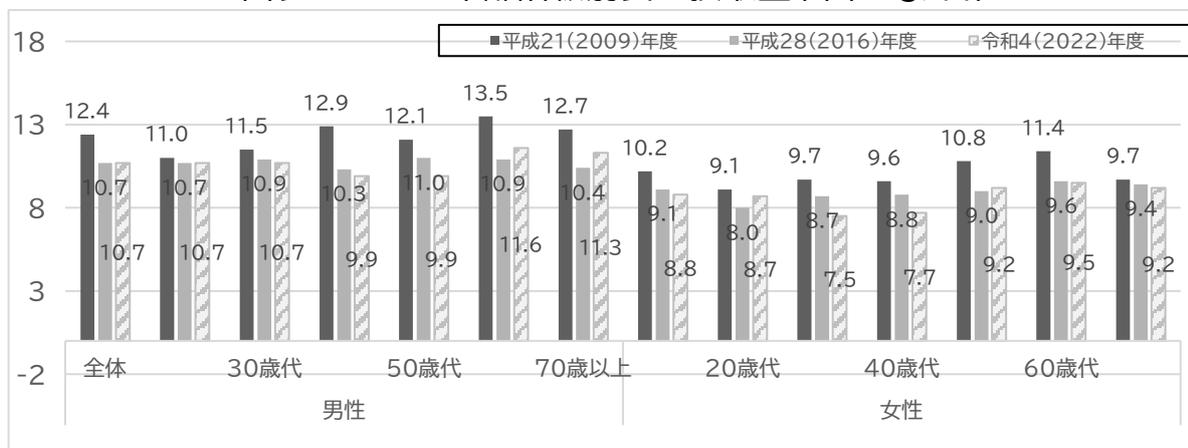
【出典:県民健康・栄養調査】

※ 糖尿病性腎症による新規透析導入患者数のグラフは 88 ページ参照

県民の生活習慣では、1日当たりの食塩摂取量は減少しております。野菜の摂取量は平成 28(2016)年と比べて改善しています。肥満者の割合は、平成 28(2016)年と比べて男性は増加、女性は横ばいとなっています。

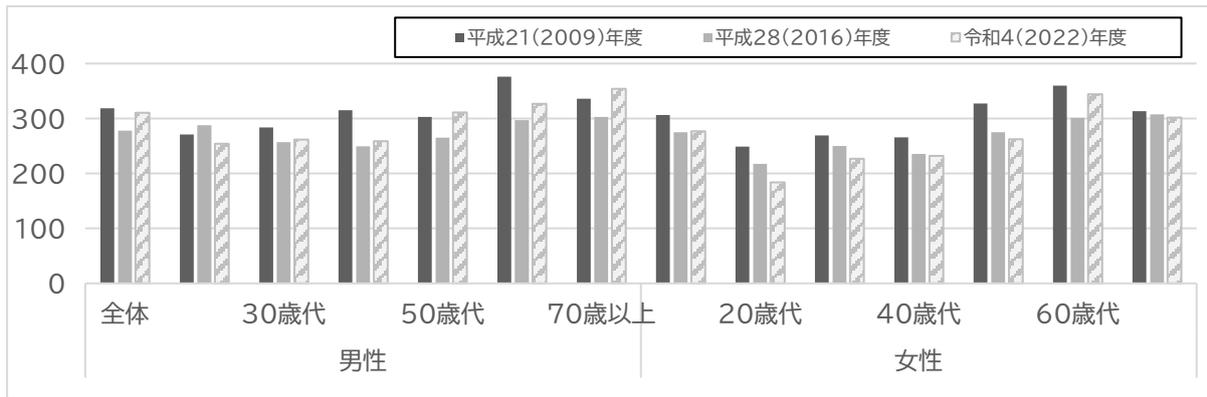
また、運動習慣がある人は、平成 28(2016)年と比べて 20 歳から 64 歳では男女ともに減少し、65 歳以上では男女ともに増加しています。日常生活での身体活動量を表すとされている歩数についても、平成 28(2016)年と比べて 20 歳から 64 歳では男女ともに減少し、65 歳以上では男女ともに増加しています。喫煙率は低下し、受動喫煙の機会も減少しています。

図表 9-1-3:年齢階級別食塩摂取量(単位:g/日)



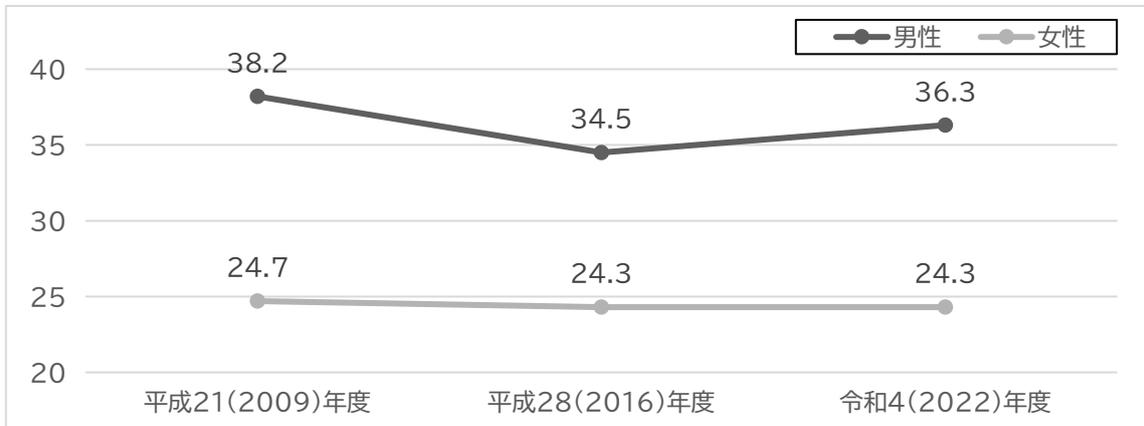
【出典:県民健康・栄養調査】

図表 9-1-4:年齢階級別野菜摂取量(単位:g/日)



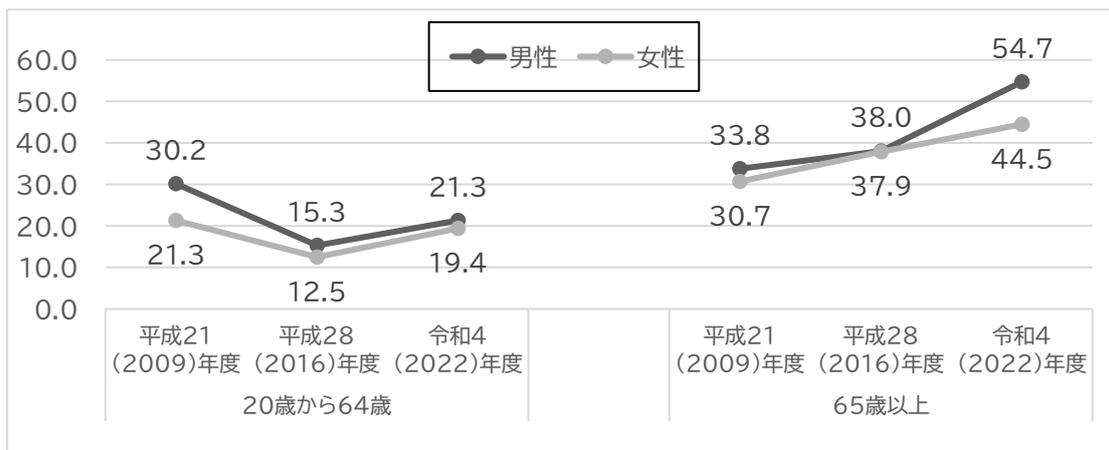
【出典:県民健康・栄養調査】

図表 9-1-5:肥満者(BMI25以上の者)の割合の推移(20歳以上)(単位:%)



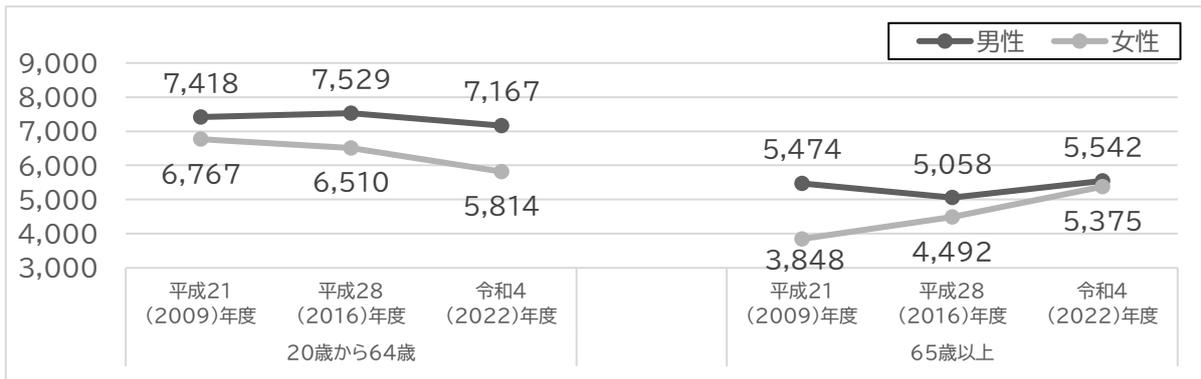
【出典:県民健康・栄養調査】

図表 9-1-6:運動習慣者の割合(単位:%)



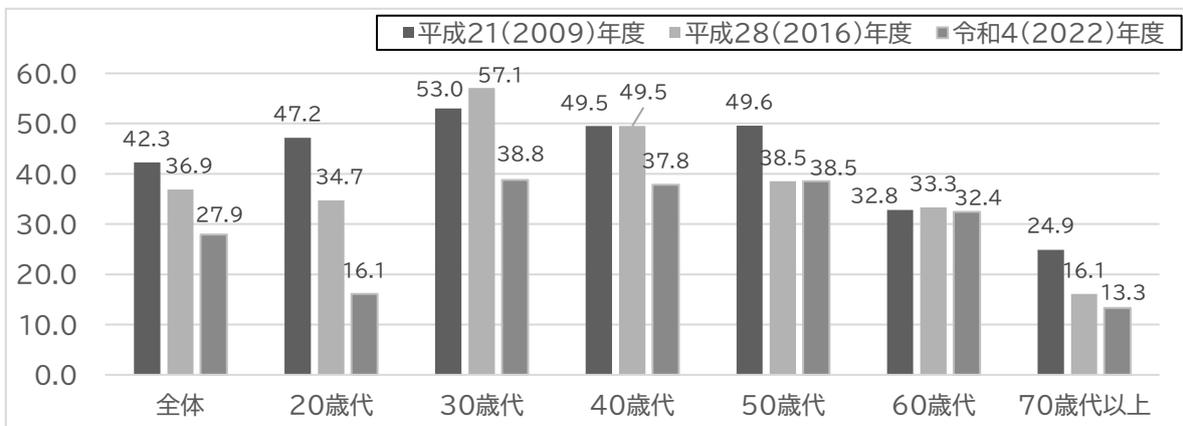
【出典:県民健康・栄養調査】

図表 9-1-7:日常生活における歩数(単位:歩)



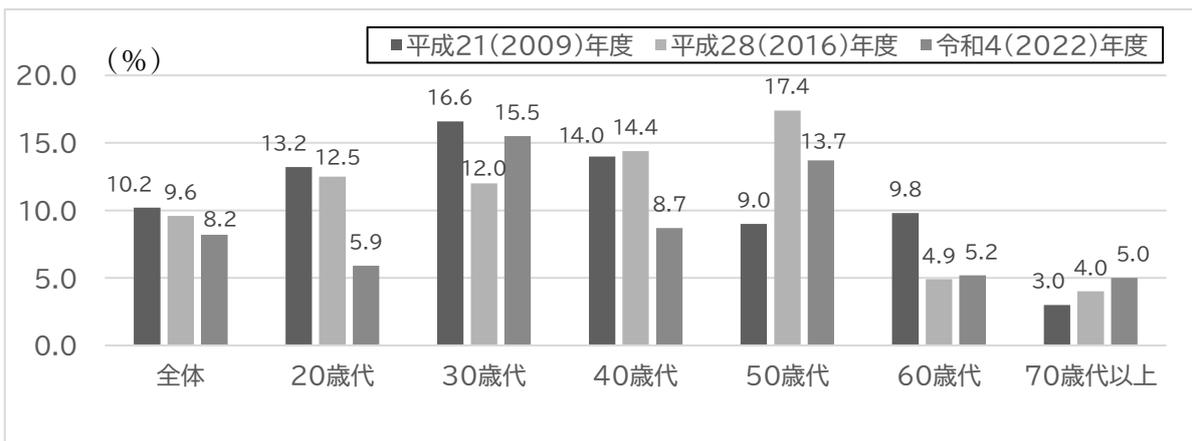
【出典:県民健康・栄養調査】

図表 9-1-8:年齢階級別喫煙率(男性)(単位:%)



【出典:県民健康・栄養調査】

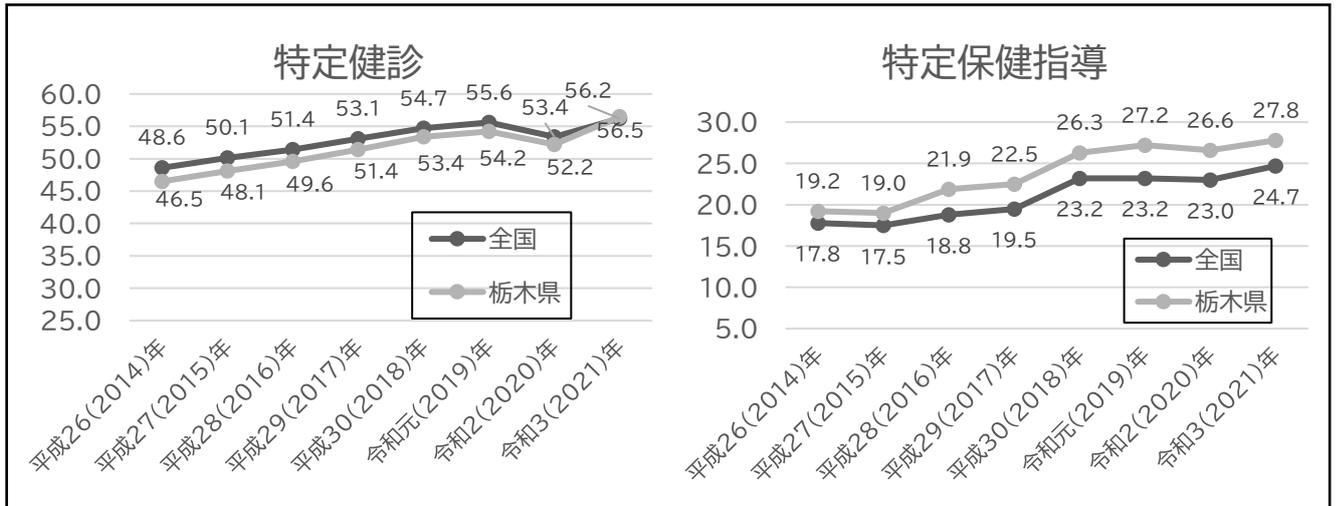
図表 9-1-9:年齢階級別喫煙率(女性)(単位:%)



【出典:県民健康・栄養調査】

特定健康診査の実施率は56.5%と増加しており、全国と同値となっています。また、特定保健指導の実施率は27.8%と増加しており、全国値を上回っています。

図表 9-1-10: 特定健診・特定保健指導実施率の推移(単位:%)



【出典:資料】厚生労働省「特定健診・特定保健指導の実施状況」

平成 26(2014)年4月1日に施行した「健康長寿とちぎづくり推進条例」に基づき、県民・健康づくり関係者・事業者・行政がそれぞれ主体性を持って取り組む「健康長寿とちぎづくり県民運動」を推進しています。本県の健康課題を踏まえ「身体を動かそうプロジェクト」、「脳卒中啓発プロジェクト」、「食べて健康プロジェクト」、「人生 100 年フレイル予防プロジェクト」の4つの重点プロジェクトの取組を進めていますが、参加団体の拡大や活動の活性化が課題となっています。

「健康長寿とちぎづくり」の趣旨に賛同し、県民の健康づくりを応援する自主的な取組を行う企業・店舗を「とちぎのヘルシーグルメ推進店」「とちぎ禁煙推進店」「健康長寿とちぎ応援企業」として登録・公表し、登録企業や店舗における県民の健康づくり活動への支援の充実を図っています。

【主な施策】

・健康寿命の延伸と健康格差の縮小(基本目標)

健康づくりを社会全体で取り組むことにより、県内のどの地域に住んでいても健康を実感し、とちぎで暮らすことに心身ともに充実を感じながら、健康でいきいきとして歳を重ねていくことのできる、豊かで活力ある健康長寿社会(“健康長寿とちぎ”)を目指すため、健康寿命の延伸と健康格差の縮小を基本目標に掲げるとともに、取り組みの基本的方向として、「4つの基本方向」を示し、施策の展開を図ります。

4つの基本方向

基本目標を達成するため、次の基本方向による取組を実施していきます。

① 生活習慣病の発症予防と重症化の予防の徹底

生活習慣病の一次予防に重点を置いた対策を推進するとともに、合併症の発症や症状の重症化の予防に取り組みます。

② 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上

ライフステージに応じて、県民自らがそれぞれの健康観に基づき、生活習慣の改善のための健康づくりを主体的に選定し、楽しく実践できるよう、また、将来を担う次世代の健康を支えるため、妊婦や子どもも含め、心身機能の維持及び向上につながる対策に取り組みます。

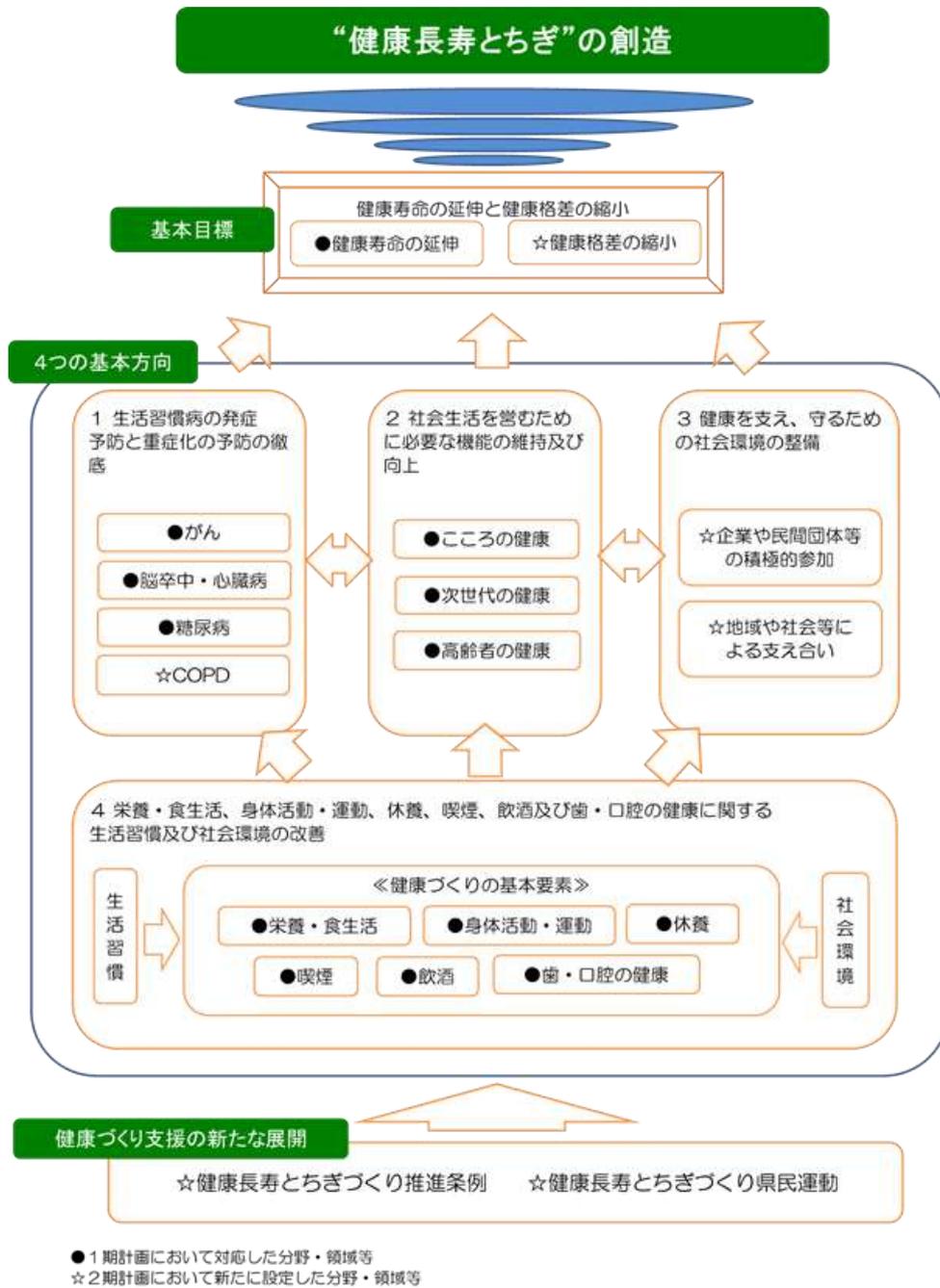
③ 健康を支え、守るための社会環境の整備

県民全てが健康で心豊かな生活を送るため、健康づくりに関わる行政、医療保険者、医療機関、企業、ボランティア団体、学校、マスメディア等の多様な主体が連携・協働して、家庭、学校、職場、地域等で県民一人一人の健康を支え、守るための社会環境の整備に取り組みます。

④ 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、喫煙、飲酒及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善

健康づくりの基本要素として栄養・食生活、身体活動・運動、休養、喫煙、飲酒及び歯・口腔の健康に関して、「とちぎ健康 21 プラン(2期計画)」で設定した目標の達成に向け分野ごとに、県民一人一人の生活習慣の改善を図るとともに、健康について、特に意識しなくても県民誰もが自然に健康によい行動(健康づくり)ができるよう社会環境の改善に取り組みます。

図表 9-1-11:とちぎ健康 21 プラン(2期計画)の全体構成



第2節 高齢者保健福祉対策

高齢化の急速な進展による超高齢化社会を迎える中、高齢者が住み慣れた地域で自分らしく安心して暮らしていける社会の実現のため、地域包括ケアシステムの深化・推進に取り組みます。

取組に当たっては「栃木県高齢者支援計画『はつらつプラン 21』」に基づき、基本目標である「とちぎで暮らし、長生きして良かったと思える社会」の実現を目指します。

【現状と課題】

高齢者人口の増加に伴い、要支援・要介護認定を受けた高齢者数は令和5（2023）年4月末時点で93,635人、在宅サービスの利用者数は53,767人となり、介護保険制度の始まった平成12（2000）年と比較すると、それぞれ3.3倍、3.5倍となっています。

要支援・要介護認定率は近年横ばいとなっていますが、要支援や要介護1など軽度者が増加しており、要介護状態となることを防ぐ介護予防や重度化の防止が重要です。

地域包括支援センターは、総合相談支援等を行う地域包括ケアシステムの中核機関として期待されており、高齢者のみ世帯や認知症高齢者の増加に伴い、更なる機能強化が求められています。

認知症高齢者は高齢化の進展に伴い増加し、令和7（2025）年には約10万9千人～11万8千人になると推計されています。関係機関と連携した早期診断・早期発見のための体制整備や認知症への理解促進、高齢者にやさしい地域づくりの推進が求められています。

関連計画：「栃木県高齢者支援計画『はつらつプラン 21』（九期計画）」計画

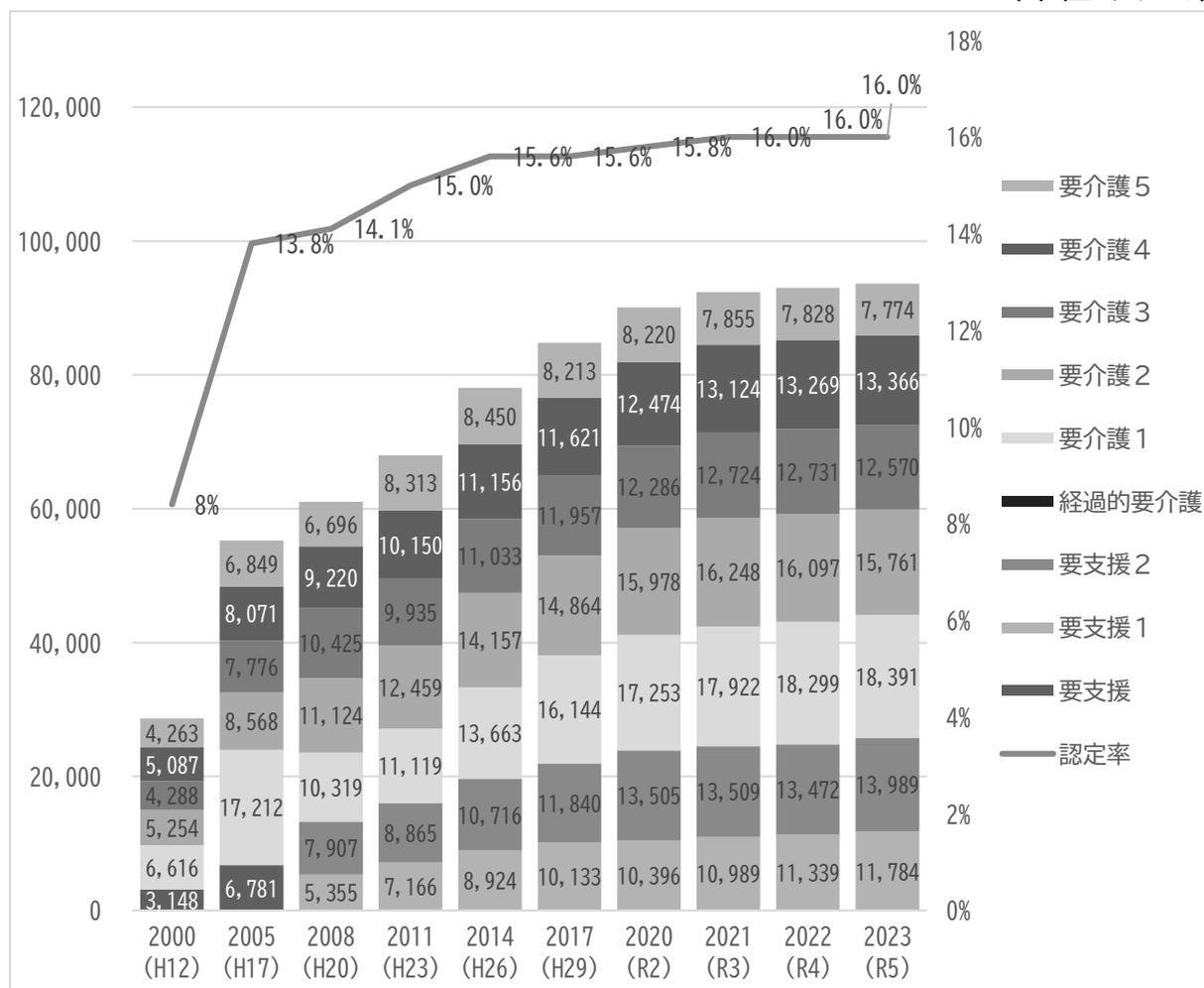
【主な施策】

- ・高齢者が、心身の状態にかかわらず、生きがいを持って暮らしていくため、これまで培ってきた知識や経験を生かし、自己実現が図られるよう、多様な社会参加を促進するとともに、就業機会の確保、学習機会の提供を実施
- ・健康長寿を実現するため、高齢者自らが行う健康づくりや介護予防の取組を促進するほか、高齢者の身近なところで支える生活支援サービスを充実するとともに、地域においてそれぞれが互いに支え合う体制づくりを促進
- ・高齢者のみ世帯や認知症高齢者の増加、ケアラーへの支援などに適切に対応できるよう、地域包括ケアシステムにおける中核機関である地域包括支援センターの機能強化を促進
- ・介護が必要になっても、できる限り住み慣れた地域で暮らしていくため、高齢者や家族の生活環境等に応じた介護サービスが提供されるよう、在宅サービスや施

設サービスの基盤整備を推進するとともに、サービスの適正な運営と費用負担の適正化の取組を促進

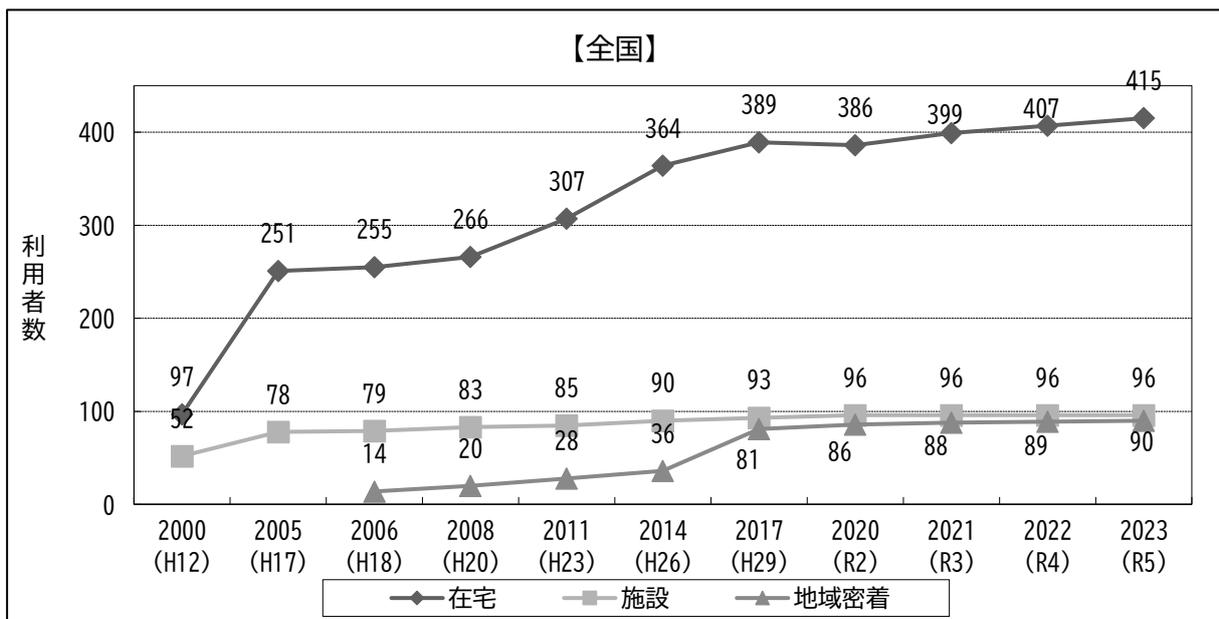
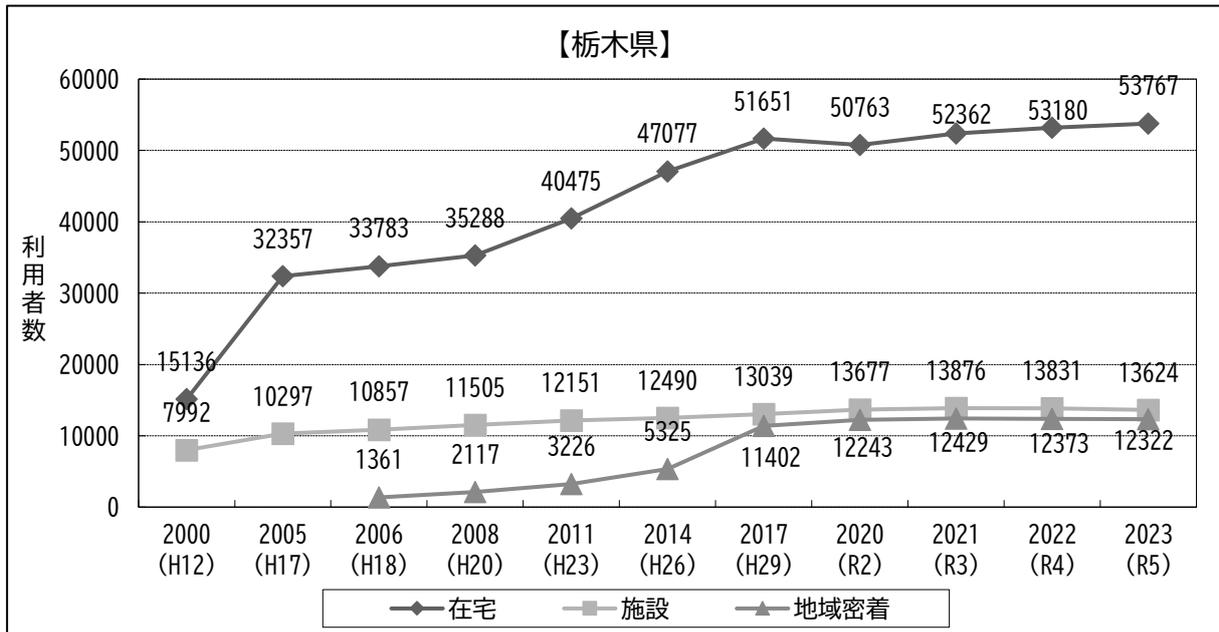
・認知症になったとしても尊厳と希望を持って、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けていくため、認知症の人の視点に立った認知症に関する理解の促進や、認知症の早期発見・早期対応に向けた体制の整備促進、医療・介護従事者の認知症への対応力向上を図るとともに、若年性認知症への支援体制整備を推進 など

図表 9-2-1: 栃木県の要介護(要支援)認定者数、要介護(要支援)認定率の推移
(単位:人・%)



図表 9-2-2: サービス別利用者数の推移

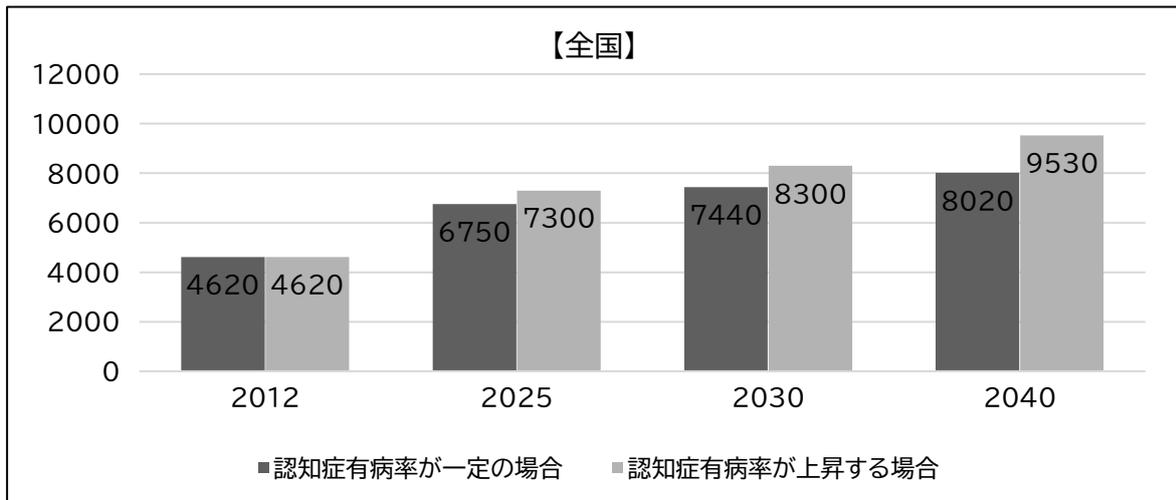
(栃木県(単位:人)及び全国(単位:万人))



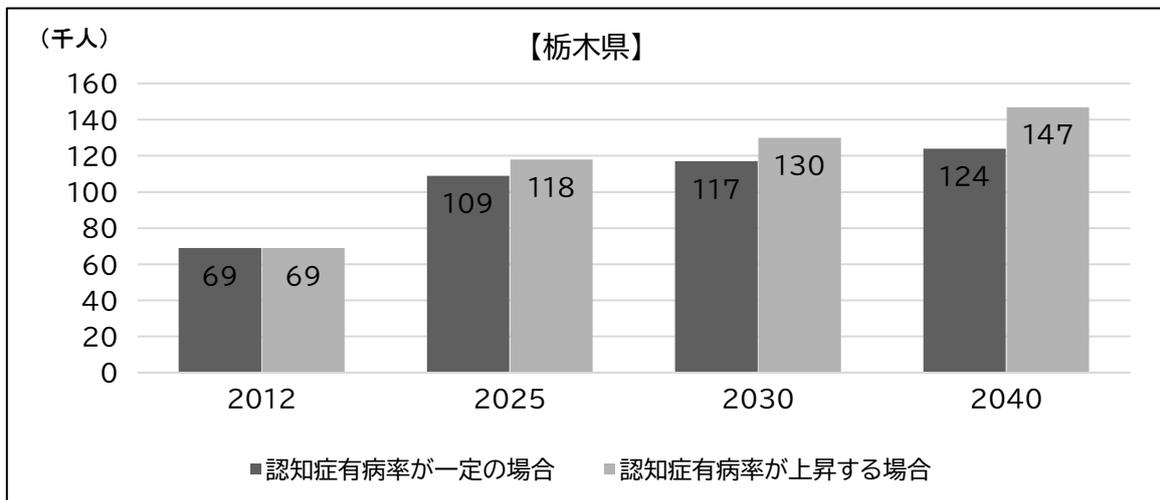
図表 9-2-3: 高齢者人口に対する認知症高齢者の出現率(全国)(単位:%)

	平成 24 年 (2012)	令和 2 年 (2020)	令和 7 年 (2025)	令和 12 年 (2030)	令和 22 年 (2040)
認知症有病率が一定の場合	15.0%	16.7%	18.5%	20.2%	20.7%
認知症有病率が上昇する場合	15.0%	17.5%	20.0%	22.5%	24.6%

図表 9-2-4:高齢者人口に対する認知症高齢者数の将来推計(単位:千人)



図表 9-2-5:高齢者人口に対する認知症高齢者数の将来推計(単位:千人)



第3節 今後高齢化に伴い増加する疾患等対策

住み慣れた地域で健康に暮らし続けるためには、疾病の予防だけでなく、虚弱や要介護状態、それらになりやすい状況を予防していくことが大切です。日常生活の中に、健康に暮らし続けていくために必要な習慣や行動を取り入れて過ごせるよう、健康づくりや介護予防に取り組みます。

【現状と課題】

加齢とともに心身の活力が低下し、生活機能障害や要介護状態などの危険性が高くなるフレイルの発生要因として、身体的要因のほかに社会的要因、精神・心理的要因もあることから、多面的な取組を行うことが必要です。

高齢者の自然増に伴い低栄養傾向の高齢者も増加することを踏まえ、市町、栃木県栄養士会、栃木県食生活改善推進員協議会等と連携した高齢者の食に関する包括的な取組を行うことが必要です。

高齢者で歯と口腔機能の衰えが進むと、低栄養や誤嚥性肺炎などの危険性が高まり、要介護状態に陥りやすくなるため、早期からの適切な対応による予防が必要です。

ロコモティブシンドローム(以下「ロコモ」という。)予防の啓発と併せて、地域や職場等で普及啓発活動を行うロコモアドバイザーとちぎの養成に取り組んでおり、ロコモ予防を推進していく必要があります。

全ての市町において、介護予防・日常生活支援総合事業として、全ての高齢者を対象に普及啓発や介護予防の支援等を行う一般介護予防事業と、要支援認定者及び基本チェックリスト該当者を対象に訪問型・通所型サービス、その他の生活支援サービス等を行う介護予防・生活支援サービス事業を実施していますが、多様なサービスを拡充していく必要があります。

栃木県後期高齢者医療広域連合や市町等の医療保険者は、高齢者に係る健康の保持・増進のための健康診査事業や歯科健康診査事業などの保険事業を推進していく必要があります。

関連計画：高齢者支援計画「はつらつプラン 21(九期計画)」

(※策定中につきページ数は未定)

【主な施策】

- ・フレイルについての適切な情報提供や地域包括支援センター職員の研修等による市町が行う介護予防の取組を支援。また、とちぎフレイル予防アドバイザー(専門職)やとちぎフレイル予防サポーター(住民リーダー)の養成や活動支援による地域のフレイル対策を推進
- ・栄養・食生活指導従事者をはじめ様々な職種間の連携促進、人材育成による高齢者の食環境の整備

- ・歯と口腔機能の維持向上(オーラルフレイルの予防)を推進し、適切な保健指導や医療につなぐことができるよう、多職種連携の体制整備を推進
- ・「身体を動かそうプロジェクト」やロコモアドバイザーとちぎの養成及び活動支援によるロコモ予防を推進
- ・高齢者の社会参加のための多様な機会の確保・提供に努めるとともに、知識と経験を生かし地域社会の支え手として活躍できるよう、「とちぎ生涯現役シニア応援センター(愛称:ぷらっと)」の取組を通じた支援を実施
- ・市町が実施する介護予防・日常生活支援総合事業の訪問型・通所型サービスにおいて、緩和した基準によるサービスや住民主体によるサービスなど、高齢者のニーズや地域の実情に応じた多様なサービスが展開されるよう、市町支援を実施
- ・栃木県後期高齢者医療広域連合等が行う、高齢者の特性を踏まえた保健事業の取組を支援

第4節 ACP(アドバンス・ケア・プランニング)

自らが希望する医療やケアについて、前もって考え、家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合い、共有する取組である ACP の普及啓発を進めることにより、県民が満足して、人生の最終段階を迎えることができるとちぎの実現を目指します。

【現状と課題】

命の危険が迫った状態になると、約 70%の人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。

もしものときのために、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 ACP の重要性が指摘されています。

厚生労働省では、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」を定めるとともに、ACP を「人生会議」と名付け、普及啓発を進めています。

【主な施策】

- ・ACP 等に基づく適切な緩和ケアに係る、多職種連携、医療従事者の資質向上、理解促進
- ・県民への人生会議(ACP)に関する普及啓発
- ・医療・介護従事者への人生会議(ACP)に関する普及啓発

第5節 障害保健福祉対策

障害者及び障害児の日常生活又は社会生活を総合的に支援することにより、障害の有無にかかわらず県民誰もが共に支え合う共生社会の実現を目指します。

【現状と課題】

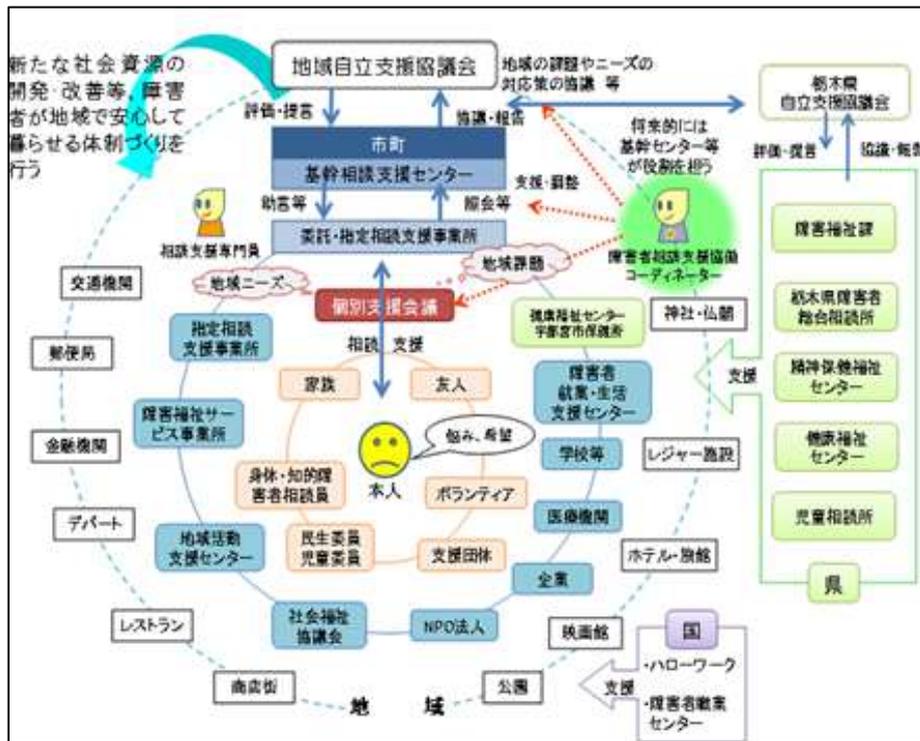
障害者及び障害児が望む地域で必要なサービスを自ら選択し、自分らしい生活を実現していくために、相談支援体制や障害福祉サービス基盤の充実、雇用・就業及び経済的自立のための支援が必要です。

関連計画：とちぎ障害者プラン 21(2024～2028)、栃木県障害福祉計画(第7期計画)、栃木県障害児福祉計画(第3期計画)

【主な施策】

- ・市町における相談支援事業の着実な実施や障害者等の支援に関する関係機関等で構成される協議会の効果的な運営
- ・障害福祉計画・障害児福祉計画に基づく、居住の場と日中活動の場を確保するためのサービス提供基盤の整備、自立と社会参加に向けた就労面と生活面に関する一体的な就労定着支援の実施
- ・特に専門性の高い相談支援事業の実施、医療的ケアを必要とする障害児(者)への支援体制の充実 など

図表 9-4-1:地域で安心して暮らせる体制づくりイメージ図



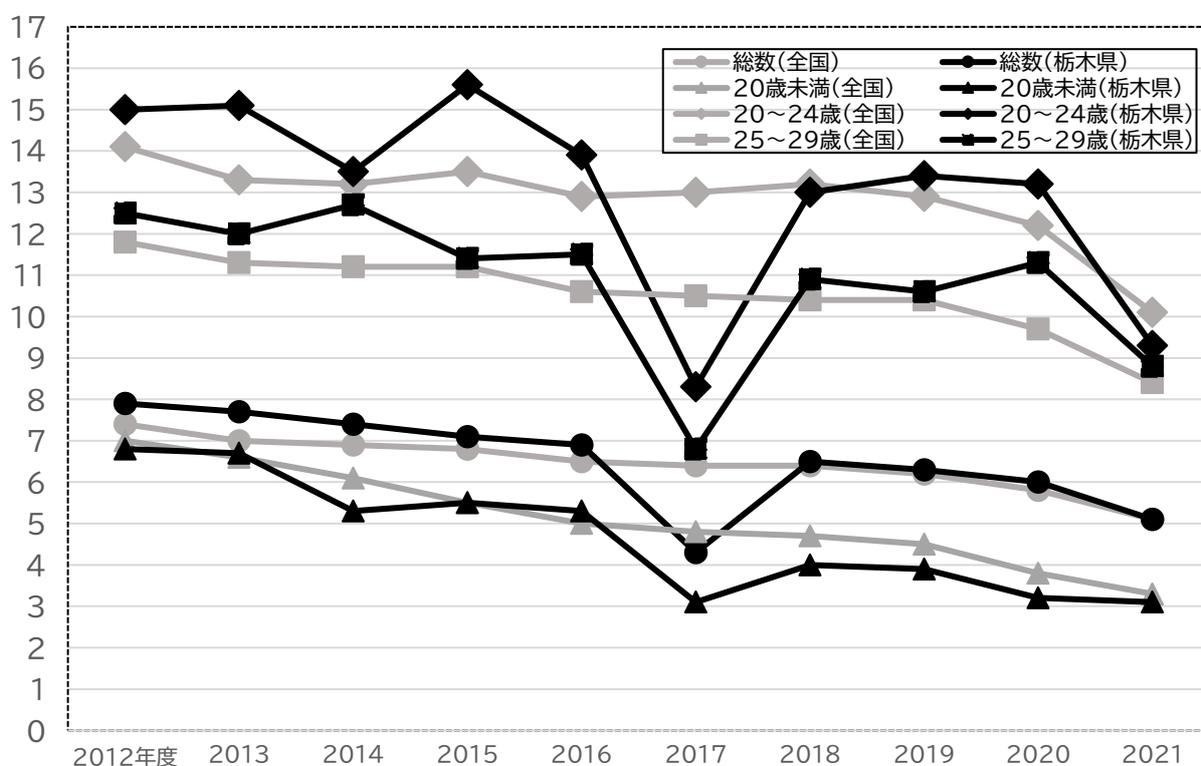
第6節 母子保健対策

妊娠期から子育て期までの切れ目のない支援に取り組み、安心して、妊娠・出産・育児ができ、全ての子どもが健やかに育つ社会を目指します。

【現状と課題】

20歳未満の人工妊娠中絶実施率は、平成30(2018)年以降年々減少を続け、令和4(2022)年には2.8となり全国値3.6を下回っています。引き続き予期せぬ妊娠を防ぐための取組を進めていく必要があります。

図表 9-5-1:人工妊娠中絶実施率(女子人口千対)の推移

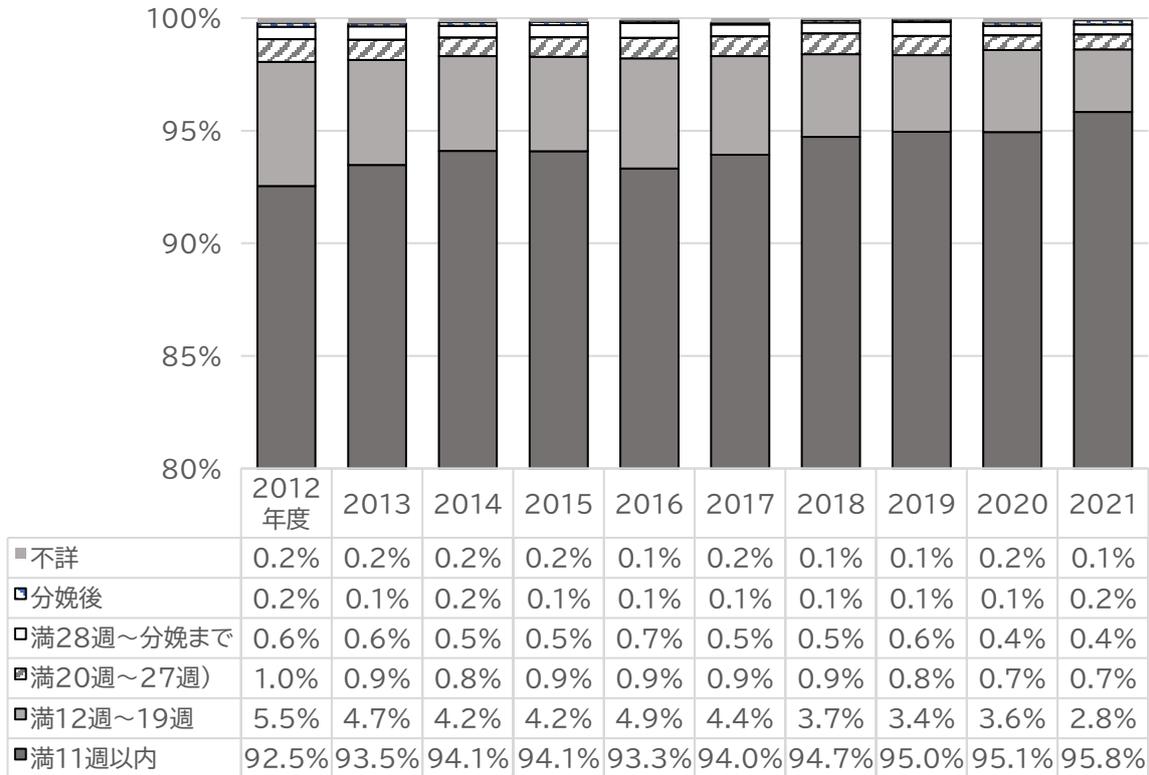


【資料:衛生行政報告例】

晩婚化や晩産化に伴い、不妊に悩む方が増加しており、妊娠・出産に対する正しい知識の普及や不妊・不育に関する相談支援体制の充実が求められています。

令和3(2021)年の周産期死亡率は3.9と全国値3.4を上回っています。妊娠中の異常を早期発見し、適切な治療や指導につなげられるよう、引き続き妊娠届出の早期提出や妊婦健康診査の重要性について理解促進を図る必要があります。

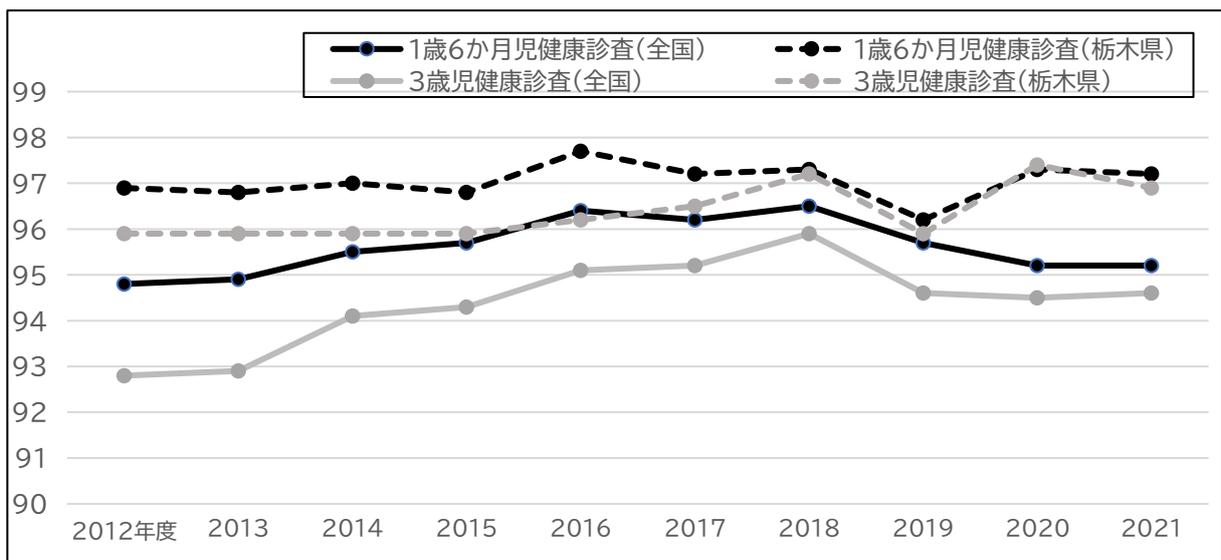
図表 9-5-2: 妊娠週数別妊娠届出の状況



【資料: 地域保健・健康増進事業報告】

乳幼児健康診査受診率は全国値を上回っていますが、疾病や障害の早期発見・早期療育の充実を図るため、なお一層の受診率の向上を図る必要があります。

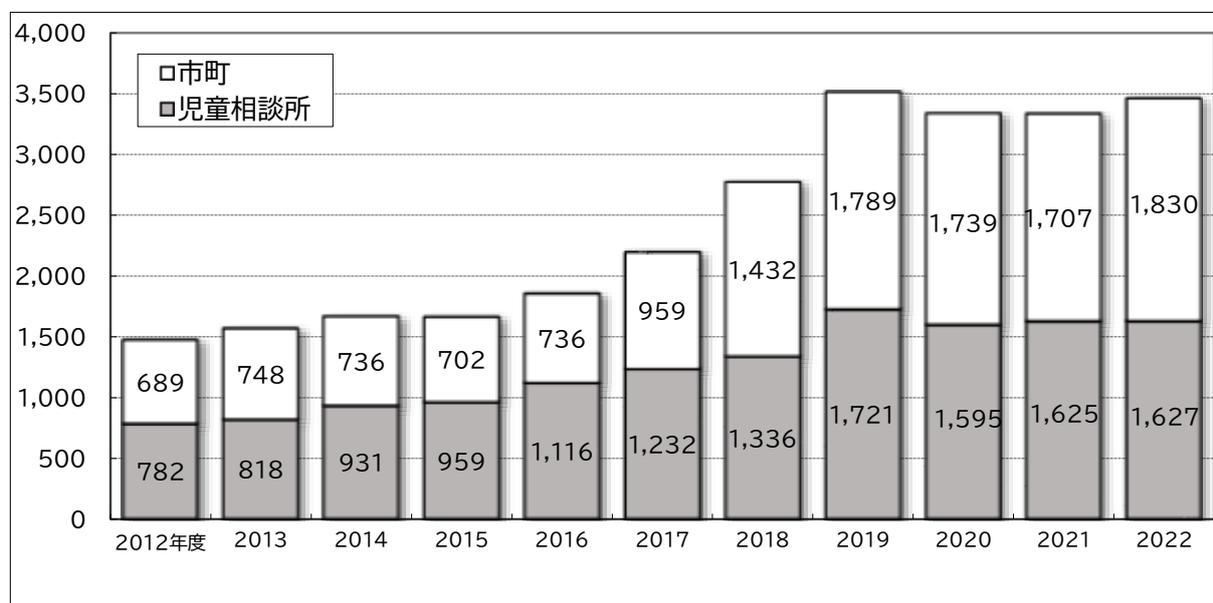
図表 9-5-3: 1歳6か月時、3歳児健康診査受診率の年次推移(単位:%)



【資料: 地域保健・健康増進事業報告】

児童虐待相談件数は年々増加傾向にあることから、虐待の未然防止のための対策や、虐待の早期発見・早期対応に向けた取組が求められています。

図表 9-5-4：児童虐待相談件数の推移(単位:件)



【出典：福祉行政報告例】

関連計画：「とちぎ子ども・子育て支援プラン」

【主な施策】

- ・にんしんSOSとちぎ等による予期せぬ妊娠の相談支援体制の充実
- ・学校・団体等との連携によるプレコンセプションケア(将来の妊娠のための健康管理を促す取組)の推進
- ・不妊症や不育症に関する正しい知識の普及や不妊・不育専門相談センター等による相談支援体制の充実
- ・市町や医療機関との連携による妊娠の早期届出や妊婦健康診査の確実な受診の促進
- ・先天性代謝異常等検査や乳幼児健康診査等の体制強化による子どもの健やかな成長・発達の推進
- ・医療機関や学校等との連携による子どもの心の相談支援や児童虐待防止の促進など

第7節 学校保健対策

児童生徒の健康課題に適切に対応するため、学校や家庭を中心とした関係機関との連携を強化し、学校における健康教育の充実に向けた取組を総合的に推進します。

【現状と課題】

スマートフォンなどのメディアの発達により児童生徒を取り巻く環境は急激に変化しており、児童生徒の健康課題はますます多様化・複雑化する傾向があります。

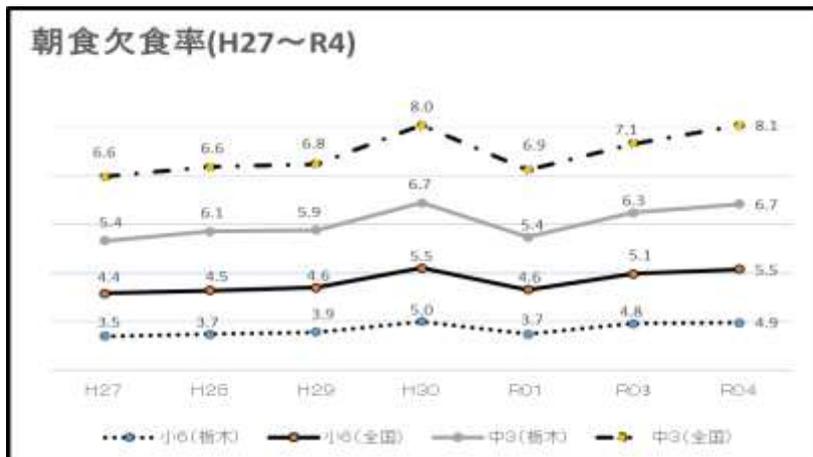
このような中、学校における健康教育の更なる充実が必要であり、学校と家庭の連携はもとより、関係機関等との連携体制の構築が求められています。

関連計画：「栃木県教育振興計画」（該当箇所 P21-22）

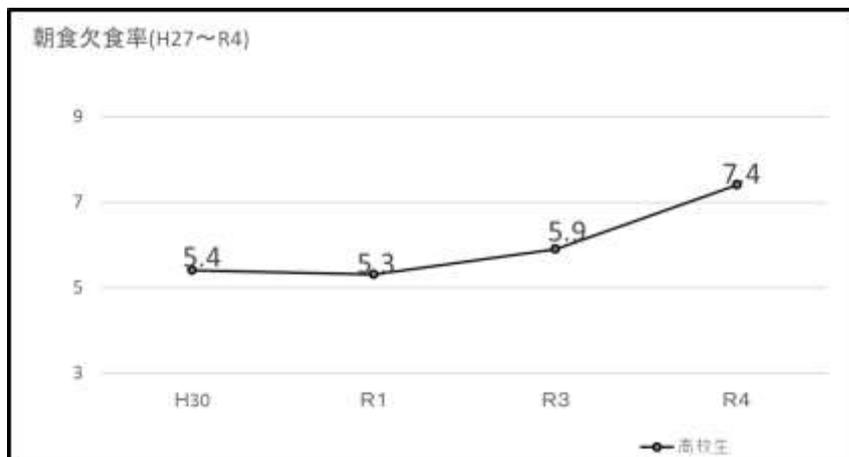
【主な施策】

- ・児童生徒の望ましい生活習慣の確立に向けて、学校・家庭・地域、関係機関が連携した健康教育の推進体制の整備
- ・児童生徒の実態に即した指導を展開するため教員等に対する研修内容の充実
- ・児童生徒の望ましい食習慣の形成に向けた啓発
- ・児童生徒の心の健康をサポートする取組の推進

図表 9-6-1:朝食を毎日食べていますか(小6・中3)(単位:%)



図表 9-6-2:朝食は食べてますか(高3)(単位:%)



図表 9-6-3:小学5年生における肥満傾向児の出現率の推移(単位:%)



第8節 働く世代の健康づくり

労働者の健康確保については、ストレスチェックをはじめとしたメンタルヘルス対策、定期健康診断結果の有所見率改善対策、過重労働による健康障害防止対策、などの重点的な取組が必要です。加えて、疾病を抱える労働者の治療と仕事の両立支援の促進を図ることも重要な課題となっています。総合的な労働衛生対策を推進することにより、健康で安心して働ける職場環境の整備を図ります。

【現状と課題】

30人以上の労働者を使用する県内の事業場のうち、職場におけるメンタルヘルス対策に取り組んでいる事業場は、令和5(2023)年度上半期において対象とした4683事業場のうち2741事業場(達成割合58.5%)であり、未だ多数の事業場で取り組みが不十分な状況にあります。

社会環境の変化等によるストレスに起因する疾病、長時間労働等による過労死、職場における自殺の発生が大きな社会的問題となっていることから、引き続き、職場におけるメンタルヘルス対策の計画的な推進が課題となっています。

令和4(2022)年の定期健康診断結果における有所見率は、61.10%となっています。前年から0.13ポイント減少しましたが、全国値(58.15%)と比較して2.95ポイント上回っています。特に脳・心臓疾患(過労死)に関連する血中脂質検査、血圧検査、血糖検査における有所見率が高い状況が続いています。定期健康診断の実施の徹底とともに、有所見者への適切な事後措置等の実施が課題となっています。

定期健康診断における脳・心臓疾患に繋がるリスクの高まり、職場のストレス増加や全国平均を上回る長時間労働等から、過重労働による健康障害防止対策の徹底が依然として課題となっています。

職域保健、地域保健、保険者等の関係機関が連携し、労働者の健康増進やストレスチェックなどの健康管理、健康に配慮した職場環境づくりが課題となっています。

【主な施策】

- ・ストレスチェック制度の適切な実施を指導するとともに、栃木産業保健総合支援センターによる相談窓口・戸別訪問支援・セミナー等も活用し、心の健康づくり計画策定等、事業場における自主的なメンタルヘルス対策への取組を促進します。
- ・定期健康診断の実施、有所見者に対する医師の意見聴取、事後措置(就業場所の変更・作業転換・労働時間の短縮等)、保健指導等への取組を促進します。また、心とからだの健康づくり運動(THP)の普及促進を図ります。
- ・過重労働による健康障害を防止するため、長時間労働の抑制、労働時間の適正把握、年次有給休暇の取得促進等の労働時間対策、健康管理体制の整備、健康診

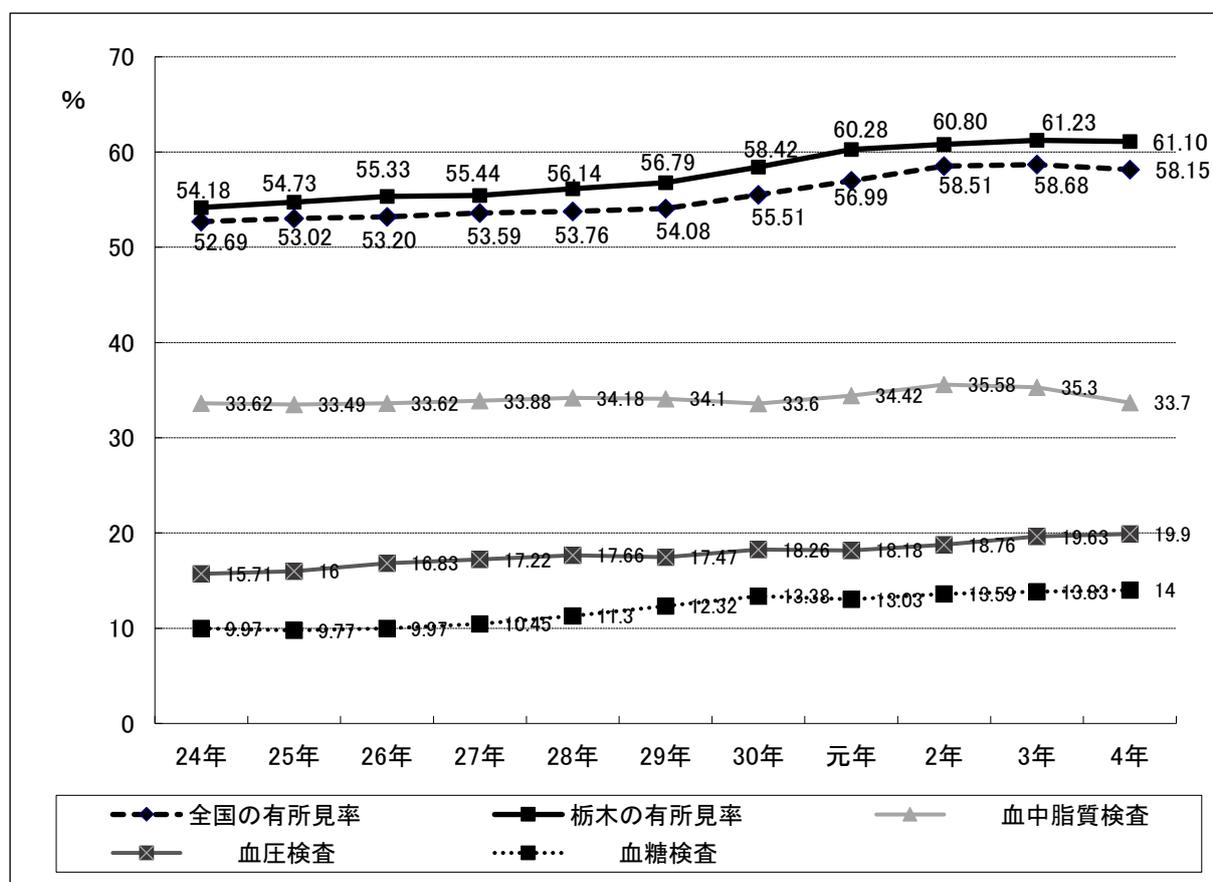
断及び事後措置、長時間労働者に対する面接指導等の健康管理対策への取組を促進します。

- ・治療と仕事の両立支援を推進するため、「栃木県地域両立支援推進チーム」等を活用して相互協力を推進するなど、各機関の両立支援の取組の効果的な連携を図ります。

- ・地域・職域連携の推進により、保険者や事業所等と連携を図り、地域の健康課題に応じた働く世代の健康づくりに取り組みます。

- ・栃木県保険者協議会等の場を通じて、地域と職域が連携した予防・健康づくりの取組を支援します。

図表 9-7-1：一般定期健康診断検査項目別有所見率等の推移(全国と栃木県)



第9節 自殺対策の推進

「いのち支える栃木県自殺対策計画(第2期)」(令和6(2024)年度から令和9(2027)年度)に基づき、総合的な自殺対策に取り組んでいきます。

【現状と課題】

(現状)

本県における自殺者数は、平成10(1998)年に急増し、平成21(2009)年には年間630人と過去最多となりました。その後は減少傾向が続き、令和4(2022)年には年間367人となりました。

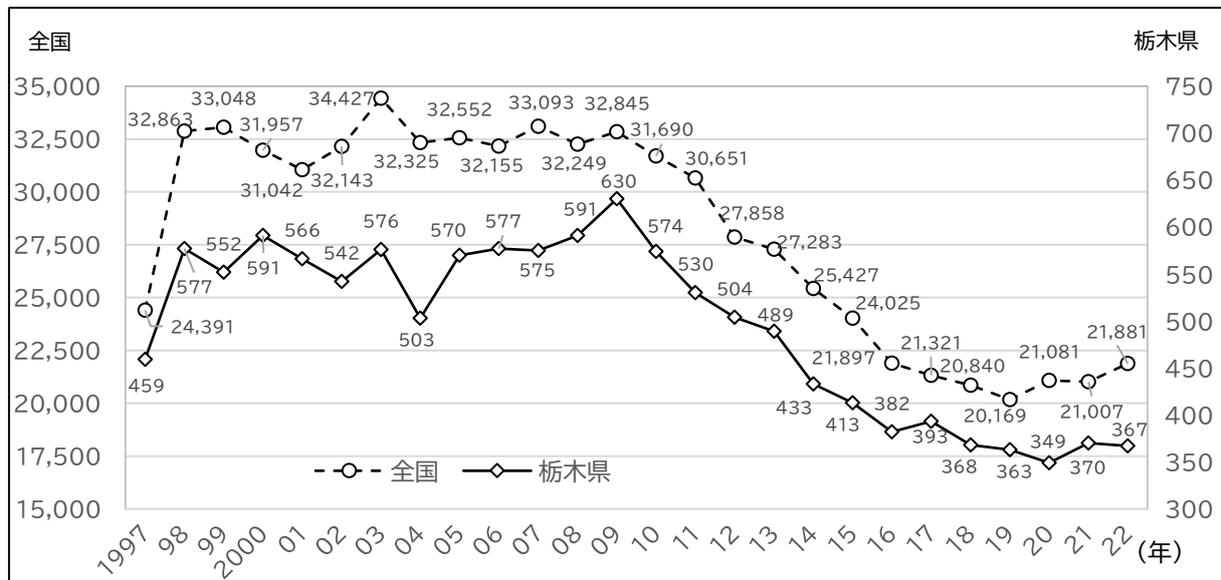
年齢階級別に経年で比較すると、40歳代から50歳代の自殺者数が多い状況にあります。また、20歳未満については横ばいの状況にありましたが、令和4(2022)年では前年よりも若干増加しています。

(課題)

本県における自殺死亡率は、平成17(2005)年以降は全国よりも高い水準で推移しており、令和4(2022)年においては全国で15番目に高い状況にあることから、それぞれの地域の実情に応じて市町、関係機関・団体、県民等と連携・協働し、総合的かつ効果的に自殺対策を推進する必要があります。

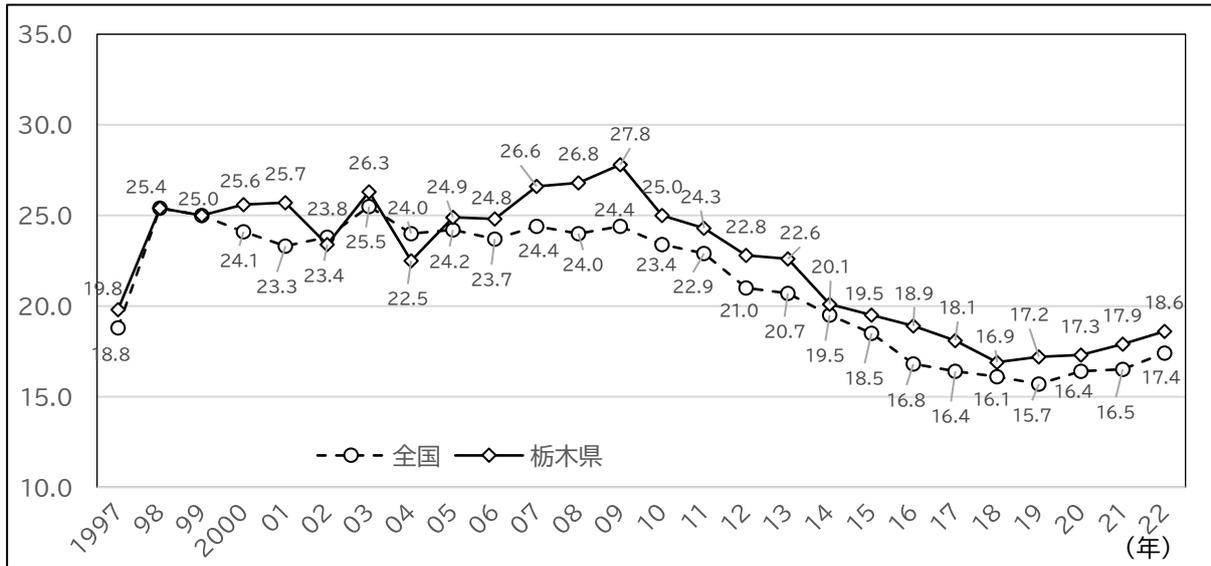
関連計画:「いのち支える栃木県自殺対策計画(第2期)」

図表 9-8-1:自殺者数の推移(全国・栃木県)(単位:人)



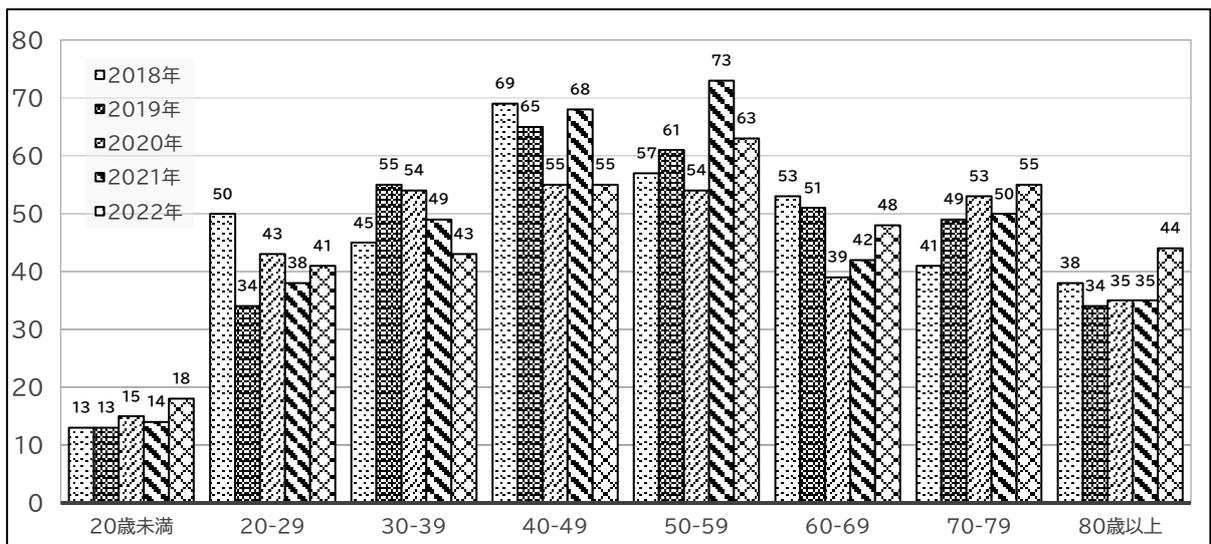
【出典:警察庁「自殺統計」】

図表 9-8-2:自殺死亡率の状況(全国・栃木県)
(人口 10 万人当たりの自殺者数)



【出典:厚生労働省「人口動態統計」】

図表 9-8-3:年齢別自殺者数の状況(単位:人)



【出典:警察庁「自殺統計」】

【主な施策】

- ・困難な問題を抱える女性への支援や孤立・孤独対策等を行っている関係機関・団体等と連携した自殺対策への取組の実施
- ・自殺未遂者等の自殺の危険性が高まっている人(ハイリスク者)に対する適切な精神科医療提供体制や精神科救急医療体制の充実
- ・社会における「生きることの促進要因(自殺に対する保護要因)」を増やすための多様な相談ニーズに対応した相談支援体制の充実 など

第 10 節 薬物乱用の防止

「とちぎ薬物乱用防止推進プラン(2期計画)」に基づき、関係機関と連携した取組を実施し、総合的な薬物乱用防止対策を推進します。

【現状と課題】

栃木県における薬物事犯は覚醒剤によるものが最も多く、検挙人員数は 150 人程度で推移しています。また、大麻事犯による検挙人員は 30 歳未満の者が全体の約7割を占めており、若年層における乱用が拡大しています。

スマートフォン等の普及により、インターネット・SNS 等を利用した相互の情報共有が容易となり、薬物の不正取引が多様化かつ巧妙化しています。

薬物を乱用した者の再乱用防止対策は、早期に発見し、早期に対応する必要がありますが、相談先が分からない、相談しにくいという理由から相談機関等に繋がることのできない場合があります。

薬物事犯の約7割を占める覚醒剤事犯は、再犯者率が約7割と高い状況にあることから、薬物依存症対策の充実強化が必要となっています。

図表 9-9-1: 栃木県における法令別検挙人員の推移

	2018年	2019年	2020年	2021年	2022年
覚醒剤取締法	175	162	124	103	107
大麻取締法	36	28	22	46	41
麻薬及び向精神薬取締法	2	3	12	2	0
麻薬特例法 ³⁶	0	3	4	0	4
合計	213	196	162	151	152

【出典：栃木県警察本部・栃木県薬務課統計資料】

【主な施策】

- ・青少年に対する薬物乱用防止教育の充実及び地域社会における薬物乱用防止意識の醸成
- ・関係機関と連携した取締り、乱用薬物に関する情報収集及び監視指導等の強化
- ・薬物依存症回復プログラムの提供やその家族等も含めた“息の長い支援”の強化

³⁶ 国際的な協力の下に規制薬物に係る不正行為を助長する行為等の防止を図ることなどを目的とする法律で、国際共助手続の規定等が設けられている。

第 11 節 食の安全・安心・信頼性の確保

「とちぎ食の安全・安心・信頼性の確保に関する条例」及び「とちぎ食の安全・安心・信頼性の確保に関する基本計画(4期計画)」に基づき、食品安全行政を総合的かつ計画的に推進し、食品の生産から消費にわたる各段階の安全性と信頼性の確保を図ります。

【現状と課題】

大規模な食中毒の発生や異物混入のほか、食品の虚偽表示などといった食の信頼を揺るがすような事件・事故が全国的に続発しており、食の安全と信頼性の確保に向けた対策を更に進めていく必要があります。

食品の安全性と信頼性の確保をより確実なものとするため、生産から消費に至る一貫した取組が必要です。

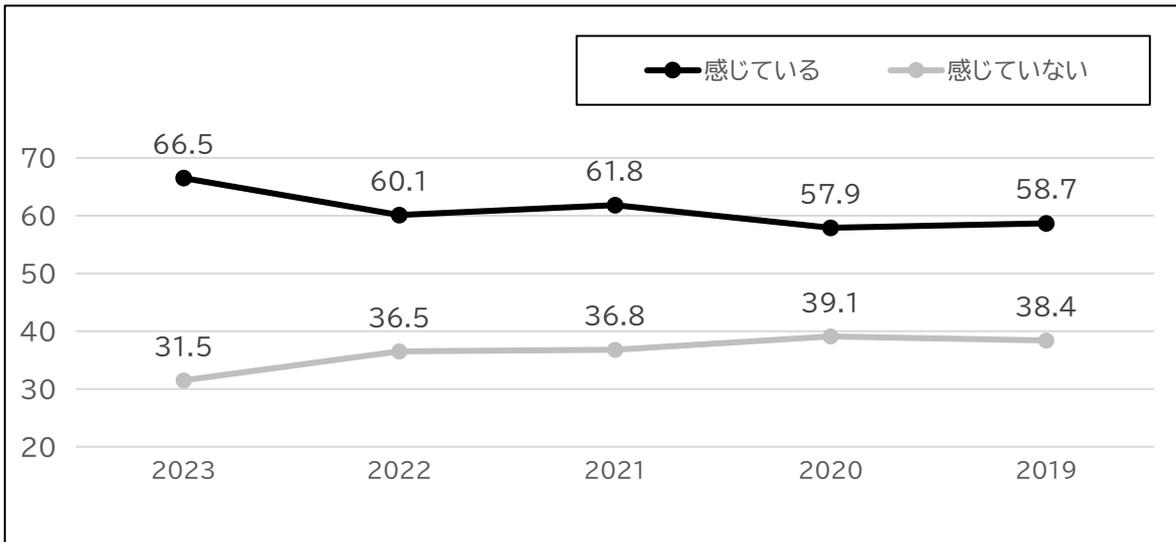
県民が正しい知識を持って、生産から消費に至る各段階における食品の安全性確保の取組への理解を深め、食に対する不安の解消や安心感を高めるため、消費者、生産者や食品等事業者、行政の相互理解の促進が必要です。

関連計画:「とちぎ食の安全・安心・信頼性の確保に関する基本計画(4期計画)」

【主な施策】

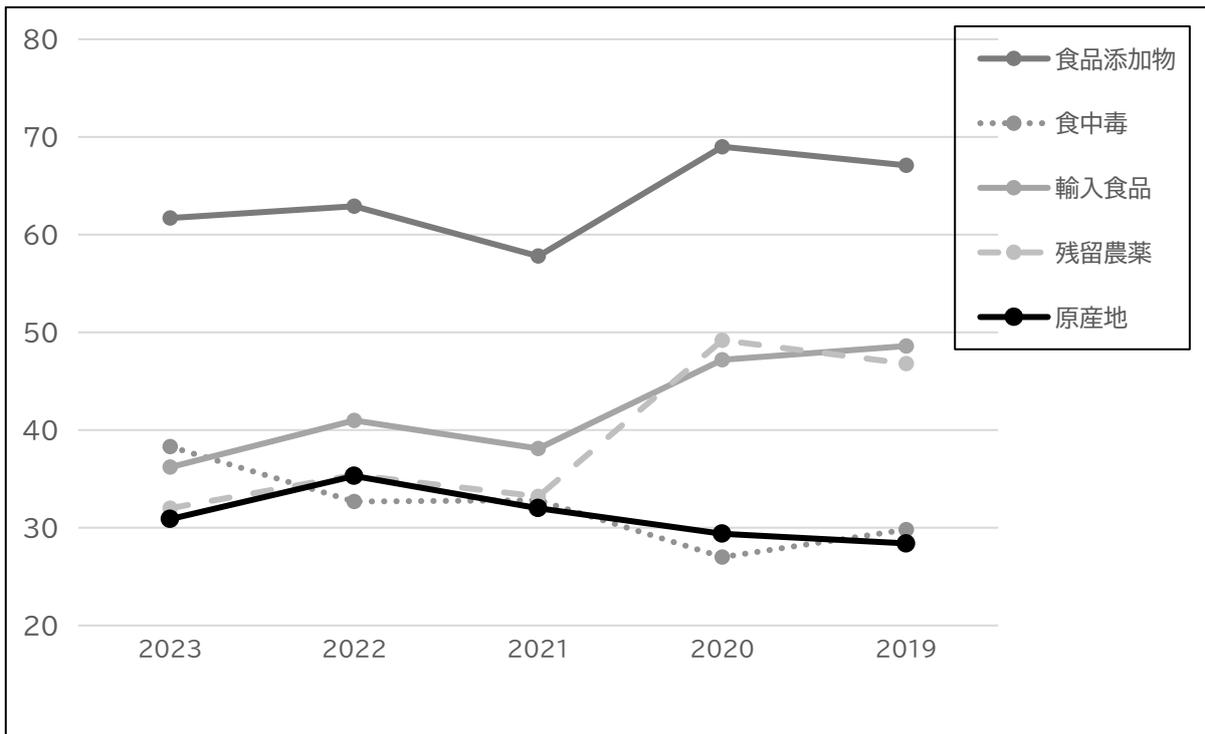
- ・安全で環境に調和した農畜水産物及び特用林産物の生産の推進
- ・食品等事業者における HACCP に沿った衛生管理の定着の促進、適正な食品表示の実施による安全・安心で信頼される食品供給の推進
- ・「栃木県食品衛生監視指導計画」等に基づく食品等事業者に対する、重点的かつ効果的な監視指導及び食品検査の実施
- ・消費者や食品等事業者に対する迅速かつ分かりやすい情報発信を行うとともに、リスクコミュニケーション等により消費者の食の安全に関する正しい知識の普及や理解促進への支援を実施

図表 9-10-1:食品の安全性に対する不安(単位:%)



【出典:県政世論調査】

図表 9-10-2:食品の安全性について不安に感じるもの



【出典:県政世論調査】

第 12 節 健康危機管理体制の整備

医薬品、食中毒、感染症、飲料水や自然災害、その他の何らかの原因により生じる県民の生命、健康の安全を脅かす健康危機に対し、発生の未然防止、発生時の医療の確保、原因究明、拡大防止、被害の回復に迅速かつ適切に対応できるよう体制の整備・強化に取り組みます。

【現状と課題】

頻発する大規模な自然災害や広域的な感染症のまん延などの様々な健康危機の発生、更には、これらが同時多発的に発生した場合においても、迅速かつ適切に対応できることが必要となります。このため、平時から健康危機に備えた準備と必要な体制整備を計画的に進めることが求められています。

関連計画：「栃木県感染症予防計画」P176

【主な施策】

- ・「栃木県健康危機管理対策基本指針」に基づき、広域健康福祉センター（保健所）を拠点とした監視指導の実施、及び地域特性の把握などによる健康危機発生の未然防止の取組強化
- ・健康危機発生時に備え、対応可能な専門職などの人材確保、及び専門的知識の習得のための研修や有事を想定した実践型訓練の実施による人材育成の取組強化
- ・市町、警察、消防、医療機関等の連絡会議等を活用した連携体制の強化、及び大規模災害などの健康危機発生時における保健医療福祉活動の総合調整を行うための体制整備
- ・県民に対する必要な情報提供や啓発による日頃からの備えの強化、及び健康危機発生時における協力体制づくりの推進

【数値目標】

No.	目標項目	現在値		目標値
		実施主体	人数	
1	健康危機管理研修受講者数（健康危機管理のための基礎研修）	国	8人（2022年）	毎年定員数受講
		県	48人（2022年）	
	健康危機管理研修受講者数（健康危機管理のためのマネジメント等研修）	国	1人（2022年）	
2	IHEAT ³⁷ 要員確保数	84人（2022年）		150人（2029年）

³⁷ IHEAT(Infected disease Health Emergency Assistance Team)：感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律(平成10年法律第114号)に規定する新型インフルエンザ等感染症等に係

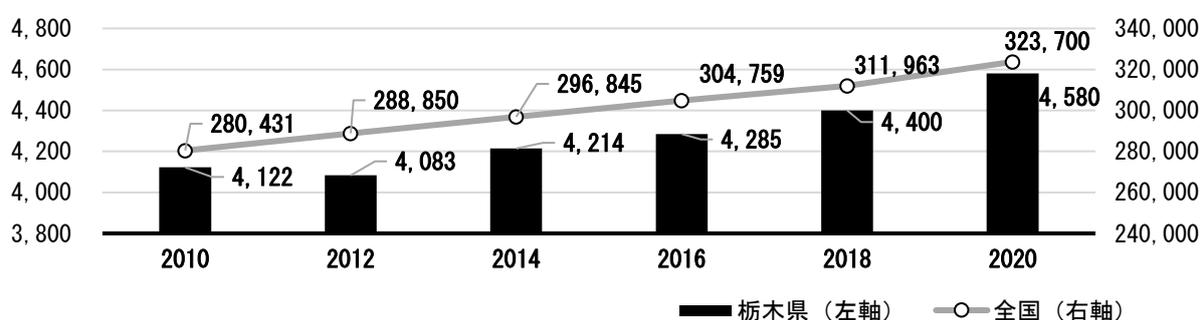
第 10 章 保健・医療・介護・福祉を支える人材の確保・育成

第1節 医師

【現状と課題】

栃木県の医療施設に従事する医師数は、4,122 人(平成 22(2010)年)から 4,580 人(令和2(2020)年)へと 10 年で約 10%増加しているものの、全国では 280,431 人(平成 22(2010)年)から 323,700 人(令和2(2020)年)へと約 15%増加しており、増加率は全国を下回っています。

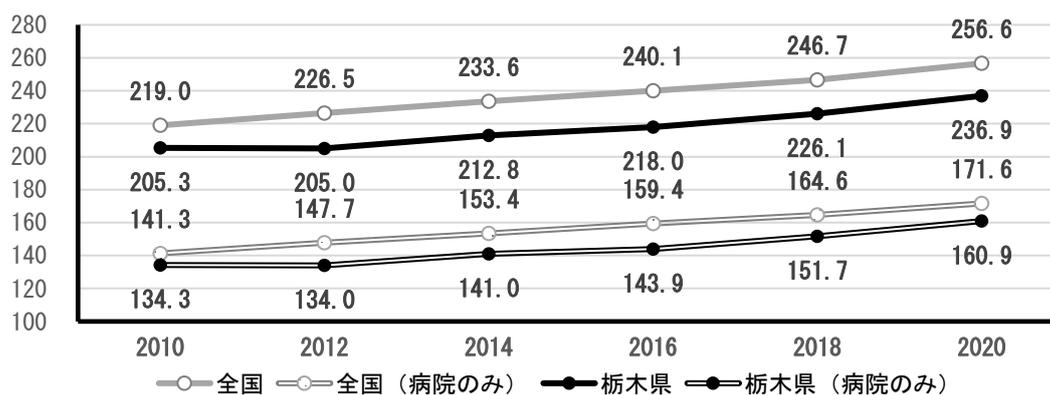
図表 10-1-1 全国及び栃木県の医師数の推移(単位:人)



【出典:厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査(統計)」】

医療施設に従事する人口 10 万人当たりの医師数(令和2(2020)年)は、全国値 256.6 人に対し、栃木県は 236.9 人、病院に従事する人口 10 万人当たりの医師数(令和2(2020)年)は、全国値 171.6 人に対し、栃木県は 160.9 人であり、どちらも全国値以下となっています。

図表 10-1-2 医療施設従事医師数の推移(人口 10 万人当たり)



【出典:厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査(統計)」】

る発生等の公表が行われた場合その他の健康危機が発生した場合(以下「健康危機発生時」という。)において外部の専門職を有効に活用することを目的とし、健康危機発生時に地域における保健師等の専門職が保健所等の業務を支援する仕組み。

国が令和5(2023)年に示した医師偏在指標では、本県は230.5(47都道府府中31位)、二次医療圏別では、県北医療圏171.2(330二次医療圏中241位)、県西医療圏168.1(同245位)、宇都宮医療圏207.6(同132位)、県東医療圏207.0(同135位)、県南医療圏345.3(同19位)、両毛医療圏179.3(同223位)となっています。

医師の増加を図るため、医師の確保及び養成、定着のための取組を強化するとともに、医師の地域間偏在を是正・緩和する必要があります。

図表 10-1-3 医師偏在指標及び医師少数区域、医師多数区域の設定

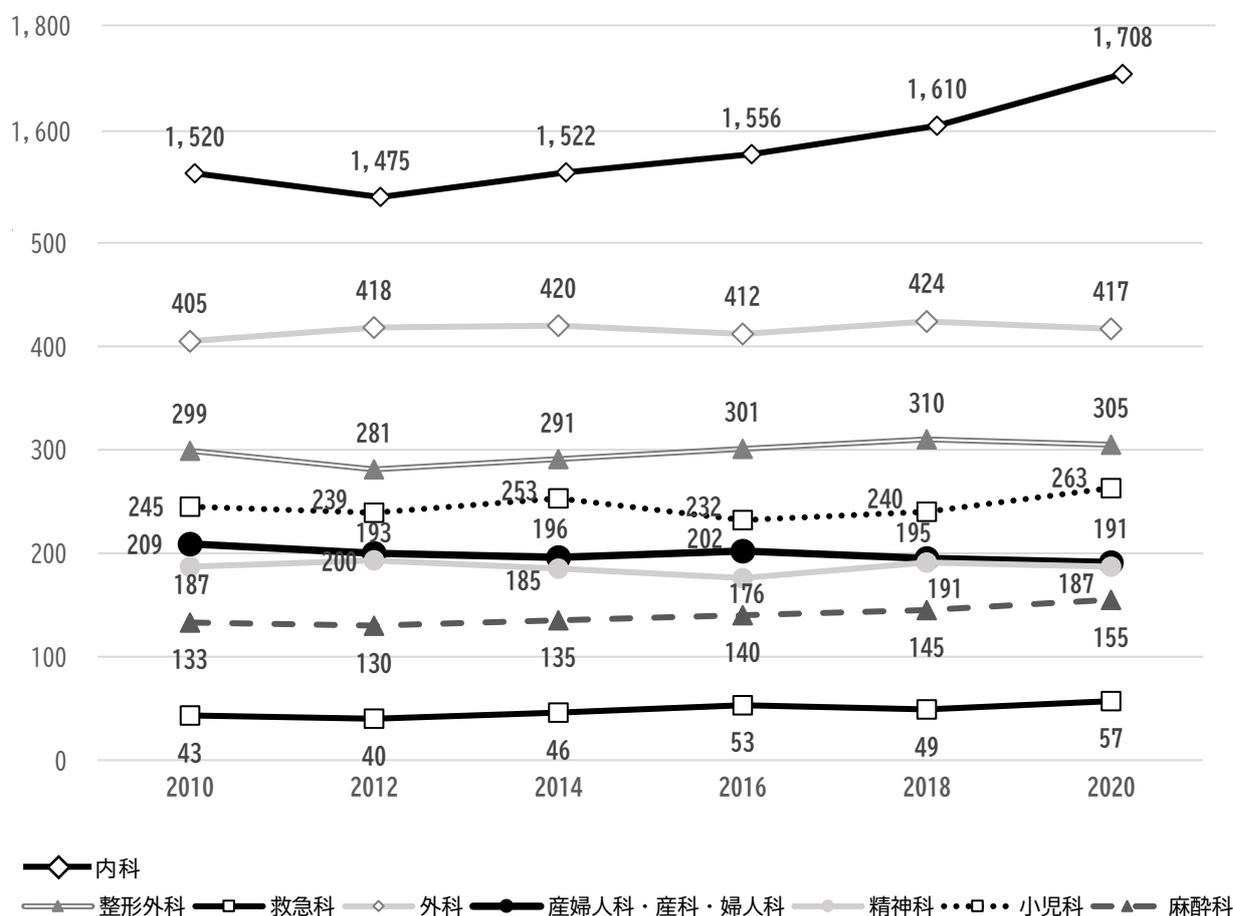
医療圏等	医師偏在指標	全国順位 ³⁸	区分
全国	255.6	—	—
栃木県	230.5	31	
県北	171.2	241	医師少数区域
県西	168.1	245	医師少数区域
宇都宮	207.6	132	
県東	207.0	135	
県南	345.3	19	医師多数区域
両毛	179.3	223	医師少数区域

【厚生労働省提供データ（医師偏在指標、全国順位）】

³⁸ 47都道府府中、330二次医療圏における順位

医療施設に従事する医師数の推移を診療科別にみると、産婦人科・産科・婦人科の医師数の減少傾向が続いています。

図表 10-1-4 本県の医療施設従事医師数の推移(主な診療科別)(単位:人)



【出典:厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査(統計)」】

自治医科大学や獨協医科大学との連携による地域枠制度及び県医師修学資金貸与制度により、地域医療に貢献する医師を養成し、医師が不足する公的医療機関等へ派遣を行っています。地域医療の維持・確保のためには、専門医の取得などのキャリア形成に配慮しつつ、今後も大学等と連携しながら効果的な派遣のあり方を検討していく必要があります。

医療施設に従事する医師の健康を守り、質の高い医療を提供していくためには、医師の働き方改革や勤務環境の改善を進めていく必要があります。

また、女性医師の割合が増加する中、女性医師就業率は子育て世代において低下が見られており、子育て世代が希望する形で就業できるような環境を整備していくことが重要です。

さらに、子育て・介護等の様々な理由で臨床業務を離れ、再就業に不安を抱え

る医師を支援する取組も必要です。

【主な施策】

・県内に勤務する医師の増加を図り、併せて地域間及び診療科間の医師の偏在を是正・緩和するため、とちぎ地域医療支援センターや大学、医師会、医療機関等が一体となった事業展開

[医師確保計画策定ガイドラインを踏まえた項目]

- ・医師の派遣調整
- ・キャリア形成プログラムの策定・運用
- ・医師の働き方改革を踏まえた医師確保対策と連携した勤務環境改善支援及び子育て医師等支援
- ・その他の施策

関連計画：栃木県医師確保計画 など

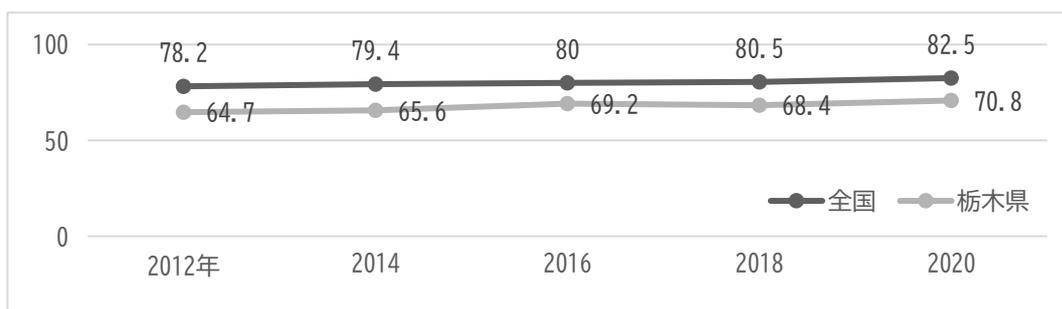
第2節 歯科医師

【現状と課題】

令和2(2020)年の本県の医療施設に従事する歯科医師数は、1,368人で、人口10万人当たり70.8人で、全国平均の82.5人を下回っています。

障害者や高齢者等が身近な地域で安心して歯科保健医療が受けられるよう、提供体制の構築を図る必要があります。

図表 10-2-1 医療施設従事人口10万対歯科医師数(全国・栃木県)



【出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査(統計)」】

【主な施策】

- ・生活習慣病の治療や病気の状態に配慮した歯科医療の提供
- ・要介護者や障害者の口腔ケア等のニーズにも対応できるよう、研修体制の充実による歯科医師の資質向上

第3節 薬剤師

薬剤師の業態偏在や地域偏在の解消に向けた薬剤師確保の取組を総合的に推進します。また、地域医療における薬物療法の有効性・安全性の確保に資するため、薬剤師の資質向上等の取組を支援します。

【現状と課題】

薬剤師の従事先には業態偏在や地域偏在があり、特に病院薬剤師の不足が喫緊の課題となっていることも踏まえ、必要な薬剤師の確保を図るため、栃木県薬剤師会等の関係団体と連携して地域の実情に応じた薬剤師の確保策に取り組むことが求められています。

図表 10-3-1:病院・薬局別薬剤師偏在指標

都道府県 (医療圏名)	現在(令和 4(2022)年)の病院・薬局別薬剤師偏在指標			将来(令和 18(2036)年度)の病院・薬局別薬剤師偏在指標		
	病院薬剤師 偏在指標	薬局薬剤師 偏在指標	地域別薬剤師 偏在指標	病院薬剤師 偏在指標	薬局薬剤師 偏在指標	地域別薬剤師 偏在指標
全国	0.80	1.08	0.99	0.82	1.22	1.09
栃木県	0.69	1.04	0.93	0.72	1.19	1.04
県北	0.67	0.78	0.75	0.69	0.93	0.86
県西	0.63	0.78	0.74	0.72	1.03	0.94
宇都宮	0.62	1.14	0.98	0.61	1.20	1.01
県東	0.74	0.88	0.85	0.80	1.10	1.03
県南	0.87	1.25	1.12	0.87	1.39	1.20
両毛	0.60	1.06	0.92	0.67	1.31	1.10

【出典：厚生労働省「令和5年6月9日付け事務連絡「薬剤師偏在指標等について」】

病院薬剤師は、病棟薬剤業務やチーム医療等を中心とした業務・役割の更なる充実が求められています。また、薬局薬剤師は、地域包括ケアシステムを担う一員として、医療機関等と連携し、その専門性を発揮することが求められています。

〔令和5(2023)年度栃木県薬剤師確保に係る調査〕

病院の57.4%(薬局では38.6%)で薬剤師不足感を抱き、平均すると一病院当たり1.7名(薬局では0.1名)の定員に対する薬剤師不足が生じており、病棟業務やチーム医療参画への支障、薬剤師の時間外勤務の増加などの弊害が生じています。

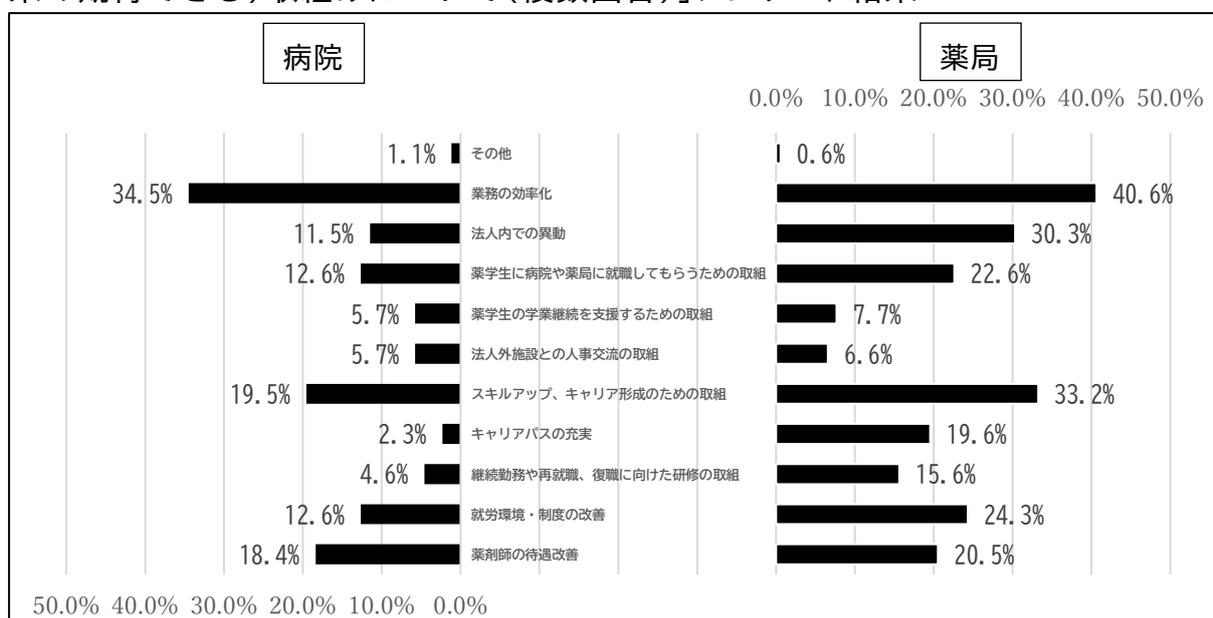
病院と薬局ともに薬剤師確保で効果のあった(効果の期待できる)取組みは、多い順に「業務の効率化」、「スキルアップ、キャリア形成のための取組」でした。

図表 10-3-2-1:「定めている薬剤師の定員、薬剤師数、業務上理想と思える薬剤師数について」アンケート結果

都道府県 (医療圏名)	病院			薬局		
	薬剤師の 定員	現在の 薬剤師数	業務上理想の 薬剤師数	薬剤師の定員	現在の 薬剤師数	業務上理想の 薬剤師数
栃木県	8.9	7.2	9.6	2.2	2.1	2.5
県北	7.1	6.6	9.3	2.2	2.1	2.3
県西	6.4	4.8	6.8	1.9	1.9	2.3
宇都宮	7.3	5.4	7.2	2.1	2.1	2.5
県東	6.8	5.0	7.0	2.1	2.1	2.3
県南	13.0	11.1	14.3	2.3	2.2	2.7
両毛	9.6	7.8	10.3	2.0	2.3	2.5

【出典：令和5年度「栃木県薬剤師確保に係る調査」】

図表 10-3-2-2:「薬剤師の確保(採用・雇用維持)にあたって、効果のあった(効果の期待できる)取組みについて(複数回答)」アンケート結果



【出典：令和5(2023)年度「栃木県薬剤師確保に係る調査」】

【主な施策】

- ・就職説明会等の機会を捉えた、UIJ ターン就職の働きかけの実施
- ・栃木県薬剤師会等と連携した薬剤師の資質向上のための研修の充実強化
- ・薬学部に進学する学生を増やすための中・高校生を対象としたPR活動の実施
- ・栃木県薬剤師会等と連携した潜在的薬剤師の掘り起こしや復職のための支援

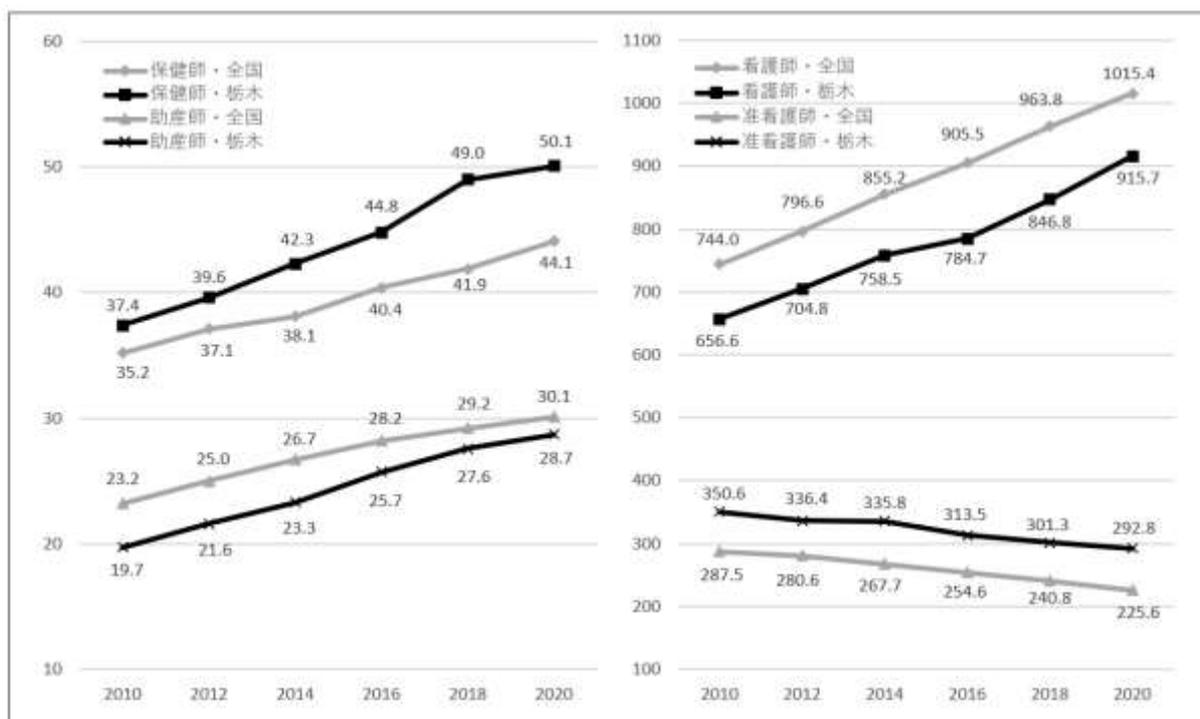
第4節 看護職員(保健師・助産師・看護師・准看護師)

【現状と課題】

・令和2(2020)年末の本県の看護職員は 24,886 人で、人口 10 万人当たり、保健師が 50.1(全国 44.1)、助産師が 28.7(全国 30.1)、看護師が 915.7(全国 1,015.4)、准看護師が 292.8(全国 225.6)で、准看護師を除き増加傾向ですが、助産師及び看護師は全国を下回っています。

・医療・介護需要の増加が見込まれるため、新規養成・定着促進、離職防止、再就業支援を軸とした総合的な看護職員確保対策を強化していく必要があります。

図表 10-4-1 就業保健師・助産師の推移、就業看護師・准看護師の推移
(単位:人・10 万人対)



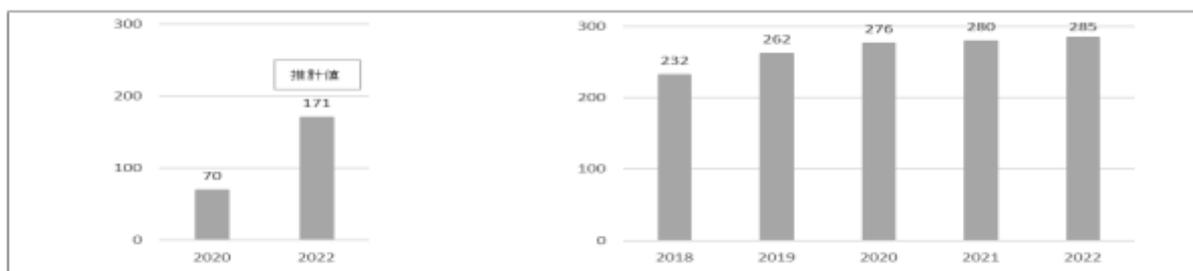
【出典：厚生労働省「衛生行政報告例」】

・在宅医療のニーズ増への対応として、訪問看護を担う人材の確保等を強化していく必要があります。(第5章第 12 節再掲)

・在宅医療や新興感染症の発生・まん延時に備え、特定行為研修修了看護師や認定看護師などの専門性の高い知識と技術を持った看護職員を、計画的に養成していく必要があります。

・また、看護師及び准看護師は、安全で質の高い看護を提供するため、質の向上が求められています。

図表 10-4-2 特定行為研修修了看護師の就業者、認定看護師の推移



【出典：厚生労働省「衛生行政報告例」】【出典：日本看護協会】

保健師は、生活習慣病対策、介護予防、高齢者や児童の虐待防止、地域包括ケアシステムの構築、健康危機管理対策等、多岐にわたる健康課題に多職種と協働しながら対応できる専門的能力と行政的能力が求められています。

助産師は、安全で安心な出産を推進する他、ニーズの多様化を踏まえた周産期医療や母子保健に対応するための実践力向上が求められています。

【主な施策】

・新規養成

小中高校生や社会人に向けた看護の魅力発信や修学資金の貸与等により看護職の養成に取り組みます。

・離職の防止

離職防止のために、研修内容の充実、看護業務の効率化や働き続けられる勤務環境の整備を推進します。

・再就業支援

再就業促進のために、ナースセンターの活用等により離職者のニーズに応じた復職支援に取り組みます。

・専門性の高い看護師の養成

特定行為研修修了看護師や認定看護師等の養成と活動促進のため、受講の支援や制度の普及啓発に取り組みます。

・資質向上

多様なニーズに対応できる質の高い看護職員育成のため、経験や到達段階に応じた研修支援を展開します。

【数値目標】

No.	目標項目	現状値	目標値
1	就業看護職員数	24,886 人 (2020 年)	26,032 人 (2025 年)
2	特定行為研修修了看護師の就業者数	70 人 (2020 年)	442 人 (2029 年)

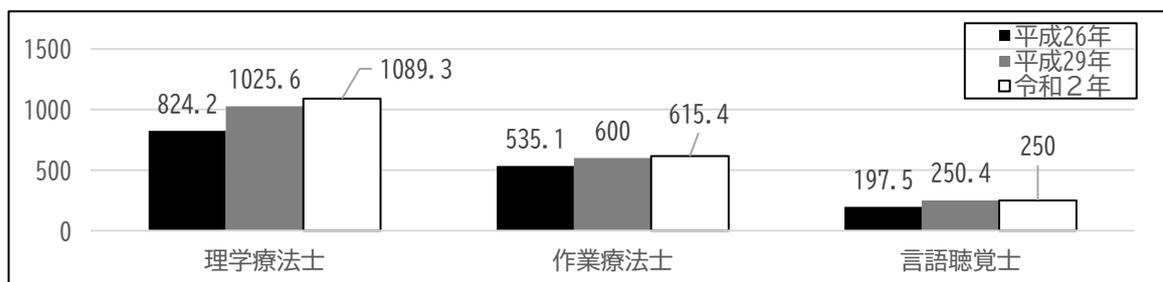
第5節 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士

【現状と課題】

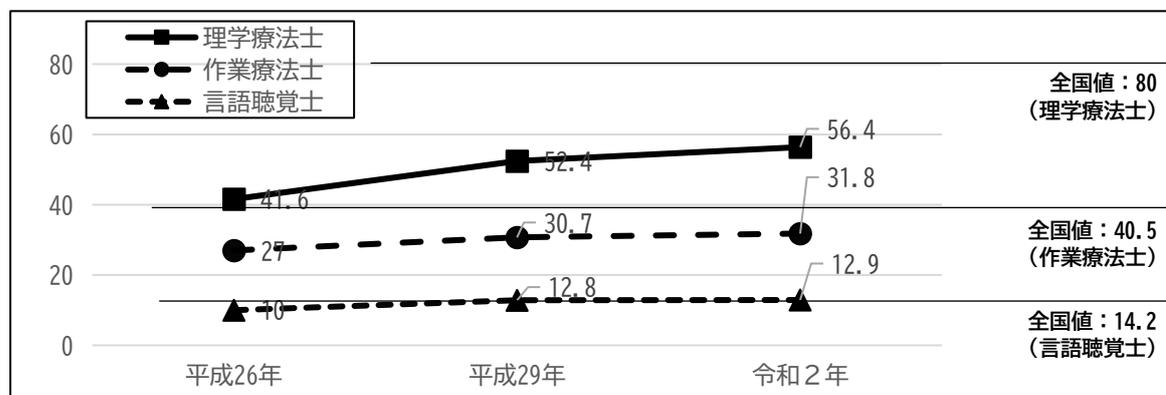
県内の病院及び診療所で勤務する理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の数（常勤換算数）は増加傾向にありますが、いずれの職種も令和2年10月1日時点、人口10万人あたりは全国値を下回っています。

県内の各従事者数は、増加傾向にあるものの、今後の高齢者医療の需要増に対応する医療提供体制を構築していくためには、多種多様な医療職種の確保及び質の向上が求められています。

図表 10-5-1:理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の県内の従事者数の推移(単位:人)



図表 10-5-1:理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の全国値との比較(10万人対)



【主な施策】

- ・民間の養成施設や医療機関、関係団体と連携し、各関係機関が実施する取組を促進する。
- ・関係団体との連携し、引き続き資質向上に向けた取組を実施

第6節 管理栄養士・栄養士

地域の栄養・食生活の改善や栄養指導の充実等、地域の栄養対策を総合的に推進します。

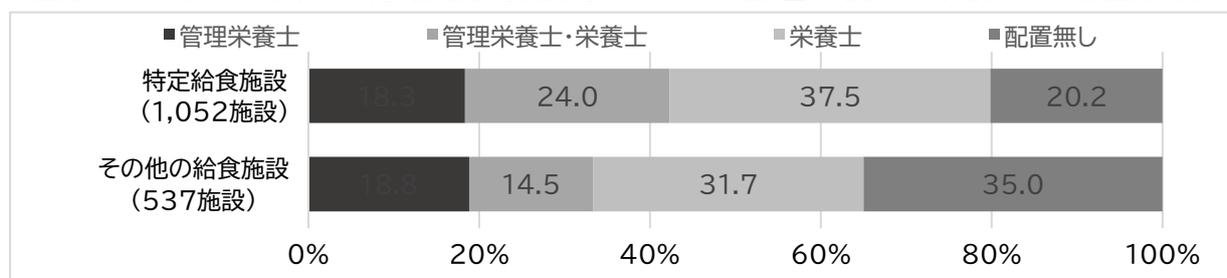
【現状と課題】

管理栄養士必置指定施設や特定給食施設における管理栄養士・栄養士の配置促進が求められています(図表 10-6-1)。

潜在管理栄養士・栄養士の人材確保、関係機関・関係職種と連携した地域の栄養ケア支援体制整備及び取組の促進が求められています。

行政管理栄養士の配置数は全国よりも低い状況です(人口 10 万対当たり)。(図表 10-6-2)

図表 10-6-1: 県内の特定給食施設等における管理栄養士・栄養士の配置状況



【出典: 令和2年度衛生行政報告例】

図表 10-6-2: 全国と県の行政管理栄養士配置数(人口 10 万対)(単位: 人)



【出典: 衛生行政報告例・人口動態調査】

【主な施策】

- ・特定給食施設等における栄養管理を行う管理栄養士等の配置を促進
- ・在宅訪問栄養指導等を行う栄養ケア・ステーションや認定栄養ケア・ステーションの取組の拡充支援
- ・健康づくりやそれ以外の母子保健、介護予防及び介護保険、国民健康保険等の地域保健対策の推進のための業務を担当する各部門の行政管理栄養士の配置を促進など

第7節 獣医師

保健福祉分野における獣医師の確保及び資質向上を図り、食品衛生、食肉衛生、生活衛生、動物愛護管理、感染症予防、試験検査等、公衆衛生の向上に取り組めます。

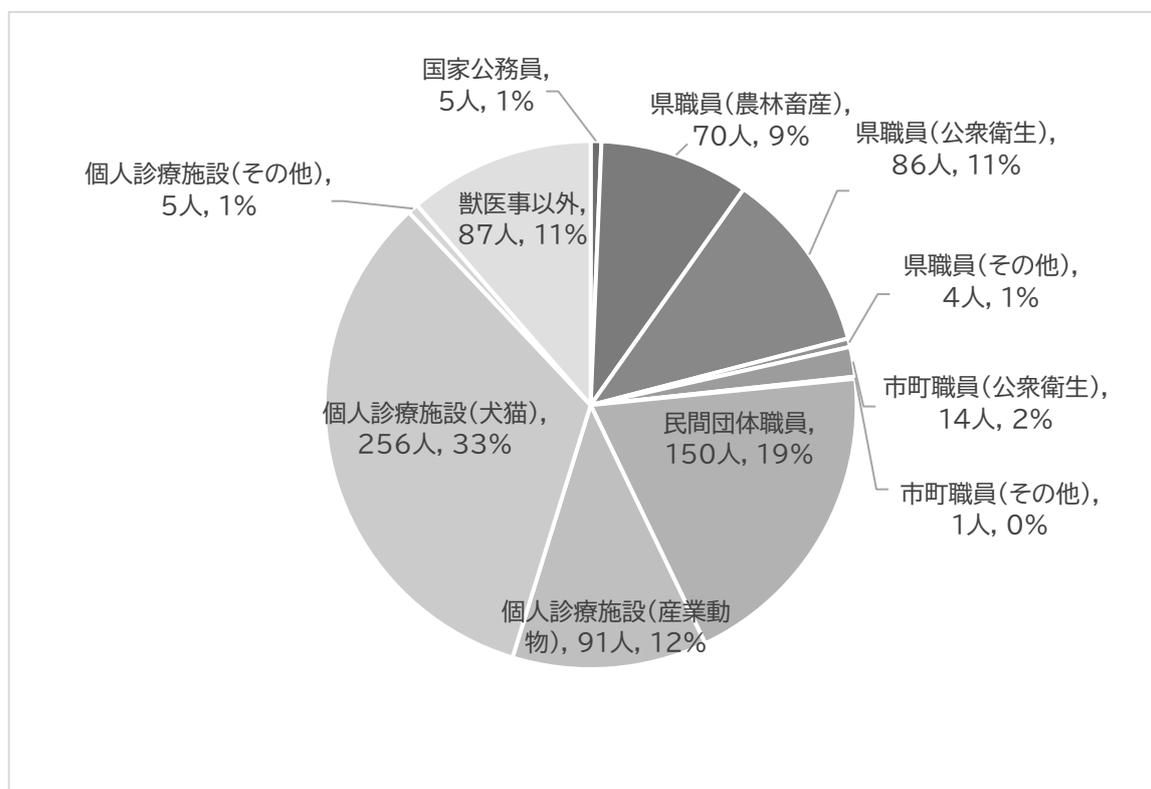
【現状と課題】

令和4(2022)年末現在の本県の獣医師数は769人、そのうち保健福祉分野に従事する獣医師数は100人となっており、人口10万人当たり5.2であり、全国値の4.4を上回っています。

保健福祉分野における獣医師の職域は、食の安全・安心・信頼性の確保、衛生的な生活環境の確保、感染症予防、動物愛護管理など広範囲に及んでいる上、近年の食品の多様化や流通のグローバル化、新たな感染症の世界的広がりなどに伴い、獣医師には、微生物等の試験検査、疫学、公衆衛生学等の専門的かつ最新の知識・技術に基づく指導的役割が求められています。

食の安全・安心・信頼性の確保や動物愛護の推進など、獣医師に対するニーズが高まる一方、保健福祉分野における獣医師の確保が非常に困難な状況にあります。

図表 10-7-1: 県内獣医師就業者数(769名)の状況



【出典：農林水産省「獣医師法第22条の届出状況」(令和2(2020)年12月31日時点)】

【主な施策】

- ・保健福祉分野に従事する獣医師を確保するため、獣医系大学や(公社)栃木県獣医師会へ募集に関する協力を要請するなど、関係機関等との連携強化を図る
- ・科学的技術の高度化、県民ニーズの多様化等に対応できるよう、国の機関や獣医系大学等と連携し、充実した研修制度の確保により獣医師の資質向上を図る

第8節 介護サービス従事者(介護福祉士・ホームヘルパー・ケアマネジャー)

要介護高齢者が住み慣れた地域で安心して生活を継続できるよう介護を支える人材の育成確保を目指します。

【現状と課題】

令和4(2022)年度における県内の介護職の有効求人倍率は2.86倍で、全国の介護職の有効求人倍率3.65倍と比べると低い水準にありますが、県内の全産業の有効求人倍率1.19倍と比べると2倍以上の高水準にあります。

(公財)介護労働安全センターが実施する介護労働実態調査によると、介護職の採用率・離職率は、経年で比較すると緩やかな減少傾向にあるものの、介護現場において職員の不足を感じている事業所の割合は60%を超え、依然として高い状況にあります。

関連計画： 栃木県高齢者支援計画「はつらつプラン21(九期計画)」

【主な施策】

- ・介護人材の確保、育成、定着に向け、介護関係団体と労働、教育関係、国、市町等で構成する介護人材確保対策連絡調整会議を設置し、関係各所との連携強化による参入促進
- ・福祉人材・研修センターのキャリア支援専門員による求人・求職者のマッチングや、高齢者を対象とした介護周辺業務を担う「とちぎケア・アシスタント」の養成等、地域医療介護総合確保基金を活用し、多様な人材の確保に向けた取組等を推進
- ・介護人材が就労年数等に応じた知識や技術等を習得して、適切なキャリアアップを図るための研修や、外国人介護人材の介護現場における日本語能力を育成するための研修等、人材の育成・資質向上に資する取組等を推進
- ・労働環境・処遇の改善のため、介護現場における介護ロボットやICT機器の導入支援による業務の効率化、介護サービスの質の向上、生産性の向上に資する取組等を推進

第9節 多様な保健医療福祉サービス従事者

【現状と課題】

（歯科衛生士）

令和2年医療施設調査によると、令和2(2020)年10月1日時点の県内の病院・診療所(歯科含む)に勤務している歯科衛生士は常勤換算で1,819.3人、人口10万人当たり95.3となっており、全国値105.1を下回っています。

（歯科技工士）

令和2年医療施設調査によると、令和2(2020)年10月1日時点の県内の病院・診療所(歯科含む)に勤務している歯科技工士は常勤換算で119.8人、人口10万人当たり6.3となっており、全国値8.1を下回っています。

（診療放射線技師）

令和2年医療施設調査によると、令和2(2020)年10月1日時点の県内の病院・診療所に勤務している診療放射線技師は常勤換算で791.1人、人口10万人当たり41.4となっており、全国値44.5を下回っています。

（臨床検査技師）

令和2年医療施設調査によると、令和2(2020)年10月1日時点の県内の病院・診療所に勤務している臨床検査技師は常勤換算で959.0人、人口10万人当たり50.2となっており、全国値54.2を下回っています。

（臨床工学技士）

令和2年医療施設調査によると、令和2(2020)年10月1日時点の県内の病院・診療所に勤務している臨床工学技士は常勤換算で475.3人、人口10万人当たり24.9となっており、全国値24.3を上回っています。

（精神保健福祉士）

令和2年医療施設調査によると、令和2(2020)年10月1日時点の県内の病院・診療所に勤務している精神保健福祉士は常勤換算で122.3人、人口10万人当たり6.4となっており、全国値8.9を下回っています。

（社会福祉士）

令和2年医療施設調査によると、令和2(2020)年10月1日時点の県内の病院・診療所に勤務している社会福祉士は常勤換算で168.9人、人口10万人当たり8.8となっており、全国値13.0を下回っています。

【主な施策】

- ・養成施設卒業生の県内定着促進による人材の確保
- ・新任者、現任者の資質の向上を図るための各種研修の実施

第11章 計画の周知及び推進体制

第1節 計画の周知と情報公開

1 計画の周知

計画書や概要版を作成し、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、県の保健・医療・介護・福祉に関する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、医療審議会、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。

第2節 計画の推進体制と役割

1 計画の推進体制

医療関係者、介護関係者や市町村、保険者等、保健・医療・介護・福祉に関わる機関等と以下の役割分担を踏まえながら、医療審議会、各分野別の協議会等、地域医療構想調整会議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、各保健、医療、福祉に関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。

2 関係者の役割分担

(1) 県

県全体の保健・医療・介護・福祉の連携を強化し、他の計画と調和・連携を図りながら、この計画に記載された取組を推進します。

安全で質の高い医療を効率的に提供できるよう、計画に定めた医療連携体制や地域医療構想の実現を目指すために必要な施策の企画立案及び実行に努め、この計画の着実な推進を図ります。

(2) 保健所(広域健康福祉センター及び宇都宮市保健所)

保健所(広域健康福祉センター)は、管内市町を支援しながら地域の医療機関相互及び医療機関と介護サービス事業者等との連携を促進し、5疾病・

6事業の推進及び在宅医療の連携体制の構築や医療機能分化・連携に係る自主的取組等の促進を図ります。

また、地域の保健・医療・福祉に係る情報収集及び分析を行うとともに、積極的な情報提供に努めます。

さらに、地域における健康危機管理の拠点として、平常時から市町や関係機関等と協働しその発生に備えます。

宇都宮市保健所については、県と連携・協力しながら、中核市の設置する保健所としての役割を担っていくことが期待されます。

(3) 市町村

住民に身近な保健福祉サービスの実施主体として、地域特性を生かした地域包括ケアシステムの構築を図るとともに、地域住民への保健・医療・介護・福祉に関する情報提供や各種保健事業を実施します。

(4) 保険者

市町や健康保険組合などの医療保険者については、データヘルス計画³⁹に基づく様々な保健事業や特定健康診査・特定保健指導を行うなど、加入者の健康保持増進を図ることが期待されるほか、適切な受療行動を促進することが期待されます。

また、県においても、国民健康保険の保険者として、市町とともに、効果的・効率的な保健事業等の実施に向けた取組を推進します。

(5) 医療機関・医療関係者

この計画の達成に資するため、5疾病・6事業及び在宅医療の医療連携体制を構築すること、将来の医療需要に対応した医療提供体制を構築すること、さらには、救急医療などの地域における医療の提供に関し必要な支援を行うことが期待されます。

(6) 事業者・企業

「労働安全衛生法」に定められたストレスチェック及び定期健康診断等の労働者の健康確保に関する措置の確実な実施が求められます。

また、長時間労働の抑制、治療と仕事の両立など、ワーク・ライフ・バランスに配慮した職場環境の整備が不可欠となっています。

(7) 県民

³⁹ レセプト・健診情報等のデータ分析に基づき、保健事業をPDCAサイクルで効果的・効率的に実施するための事業計画

自らの健康の保持増進に努めるとともに、限られた医療資源の有効な活用を図るため、適切な受療行動が望まれます。

資料編

- 栃木県保健医療計画(8期計画)策定の経緯
- 栃木県医療審議会委員名簿
- 栃木県保健医療計画部会委員及び参考人名簿
- 数値目標一覧
- 5疾病・6事業及び在宅医療等における「医療機能別の各医療機関等に求められる事項」
- 用語の解説
- 令和4年度栃木県医療実態調査の概要
- 令和4年度栃木県在宅医療実態調査の概要
- 医療・介護の体制整備の協議に係るデータ(在宅医療)

※5疾病・6事業及び在宅医療の各機能を担う医療機関名については、保健医療計画別冊としてとりまとめる。