

令和5年10月30日

資料 2

令和5（2023）年第2回県南地域医療構想調整会議及び
第2回県南地域医療構想区域病院及び有床診療所等会議

栃木県保健医療計画（8期計画） 素案の概要

栃木県保健福祉部

(目次)

1. 栃木県保健医療計画の全体構成について
2. 保健医療圏の設定について
3. 第5章（5疾病6事業及び在宅医療）について
4. 第5章以外の内容について

栃木県保健医療計画（8期計画）の概要

趣旨・目的

- 県民の健康の保持・増進と医療提供体制の確保を図るため、国が定める基本方針に即し、かつ地域の実情を踏まえて策定するもの（医療法第30条の4第1項に基づく都道府県計画）

記載事項

- 医療圏の設定
- 基準病床数
- 5疾病**6事業**及び在宅医療に関する事項
- 地域医療構想
- 医師確保計画
- 外来医療計画（法第30条の4第2項）

※ 5疾病6事業・・・5疾病：がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患
6事業：救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療、**新興感染症の感染拡大時における医療（8期から追加）**

計画期間

- 令和6年度から令和11年度の6年間

策定に係る法的手続き

- 医療審議会への諮問・答申（法第30条の4第17項）
- 医師会、歯科医師会、薬剤師会への意見聴取（法第30条の4第16項）
- 市町村、保険者協議会への意見聴取（法第30条の4第17項）
- 国への提出・公示（法第30条の4第17項）

8期計画の検討体制等

- 医療計画作成指針（医療法第30条の8）を踏まえ、医療審議会の部会として保健医療計画部会を設置し、検討を行う
- 部会委員は医療審議会から11名を選出
- 5疾病6事業及び在宅医療等に係る各協議会等との連携を図るため、必要に応じて各協議会等の代表者に参考人として部会への出席を求める
- 計画策定後の計画の進捗については、医療審議会に報告する

根拠法令

- 医療法施行令 第5条の21（部会の設置）
 - 審議会には、その定めるところにより、部会を置くことができる。
 - 部会に属すべき委員及び専門委員は、会長が指名する。
 - 部会には、部会長を置き、その部会に属する委員の互選により定める。

策定スケジュール

令和5年度

	R5.5	R5.6	R5.7	R5.8	R5.9	R5.10	R5.11	R5.12	R6.1	R6.2	R6.3
医療審議会											諮問 (3月上旬) 答申 (3月下旬)
保健医療計画部会	第1回 (5/8) ・策定スケジュール ・指針概要 ・7期課題及び8期検討の方向性 ・構成案					第2回 (10/12) ・計画素案①		第3回 (12/13) ・計画素案② (パブリックコメント案)		第4回 (2月中旬) ・計画案 (パブリックコメント反映後、医療審議会諮問案)	
各協議会等	<p>適宜、各協議会での検討結果を報告し、計画案に反映</p> <p>(各協議会等での分野ごとの検討)</p>										
その他								パブリックコメント (12月中旬~1月中旬) 保健医療計画 医師確保計画 外来医療計画			計画決定 大臣提出 公示

(目次)

1. 栃木県保健医療計画の全体構成について
2. 保健医療圏の設定について
3. 第5章（5疾病6事業及び在宅医療）について
4. 第5章以外の内容について

保健医療計画の全体構成 — 章立て —

章	項目	説明
1	保健医療計画の基本的事項	● 基本理念や計画の位置づけ、計画期間等について記載します。
2	栃木県の保健・医療の現状	● 施策等を記載する上で前提となる、栃木県の人口や受療動向、医療資源の状況等について記載をします。
3	保健医療圏と基準病床数	● 医療提供体制整備の地域的単位として設定する保健医療圏と病床の適正配置を促進することを目的とした基準病床数について記載します。
4	良質で効率的な医療の確保	● 医療機関間の機能分担や医療安全などの良質で効率的な医療の確保に必要な事項について記載します。
5	5疾病6事業及び在宅医療	● 医療法上定めのある「広域かつ継続的な医療の提供が必要と認められる疾病（5疾病）」・「医療の確保が必要な事業（6事業）」・「居宅等における医療」の現状と課題、施策等について記載します。
6	地域医療構想の取組	● 2025年の医療需要と必要病床数、その実現に向けた施策を記載します。 （「栃木県地域医療構想」は平成28年3月に策定済み）
7	外来医療計画の取組	● 外来医療における医師の不足・偏在等の状況を示す「外来医師偏在指標」を定めるとともに、外来受診重点医療機関、不足する医療機能（夜間休日の初期救急医療等）や医療機器の効率的な活用（共同利用等）について記載します。
8	各分野の医療体制の充実	● 5疾病6事業及び在宅医療以外の疾病で特に確保が必要と認める医療について、現状と課題、施策について記載します。
9	保健・医療・介護・福祉の総合的な取組の推進	● 医療と併せて総合的な取組を進める必要のある事項について記載します。
10	保健・医療・介護・福祉を支える人材の育成確保	● 医療の提供に不可欠な医療従事者の確保・育成について記載します。
11	計画の周知、推進体制	● 計画の推進体制等について記載します。

保健医療計画の全体構成 — 各章の詳細（節・項） —

章	節	項	第1章
1			保健医療計画の基本的事項
	1		計画策定の趣旨
	2		計画の基本理念
	3		計画の位置づけ
	4		計画の期間、進行管理、評価及び見直し

章	節	項	第2章
2			栃木県の保健・医療の現状
	1		地域の特性
	2		人口の特性
		1	総人口
		2	年齢階級別人口
		3	出生
		4	死亡
		5	平均寿命
		6	健康寿命
	3		受療の状況
		1	患者数
		2	入院の状況
		3	傷病分類別の状況
		4	圏域間の流入・流出の状況
	4		医療資源の状況
		1	病院
		2	一般診療所
		3	歯科診療所（病院歯科を含む）
		4	薬局
		5	訪問看護事業所
		6	保健所・市町村保健センター
	5		医療費の状況

章	節	項	第3章
3			保健医療圏と基準病床数
	1		保健医療圏の設定の基本的考え方
	2		保健医療圏の設定
		1	一次保健医療圏
		2	二次保健医療圏
		3	三次保健医療圏
		4	圏域図（構成市町・人口・面積含む）
	3		基準病床数
		1	基準病床数
		2	届出により一般病床を設置できる診療所

章	節	項	第4章
4			良質で効率的な医療の確保
	1		県民・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
		2	医療広告の規制の強化
		3	医療機能及び薬局機能情報の提供
	2		医療機関の機能分担と連携
		1	かかりつけ医
		2	かかりつけ歯科医
		3	かかりつけ薬剤師・薬局
		4	地域医療支援病院
		5	公的医療機関等
		6	紹介受診重点医療機関
	3		医療安全対策の推進
	4		医薬品等の安全対策及び血液等の確保
		1	医薬品等の安全対策
		2	後発医薬品の使用推進
		3	血液等の確保
	5		保健医療に関する情報化及び医療DXの推進

章	節	項	第5章
5			5疾病6事業及び在宅医療連携体制

章	節	項	第6章
6			地域医療構想の取組

章	節	項	第7章
7			外来医療計画の取組

章	節	項	第8章
8			各分野の医療体制の充実
	1		感染症
		1	感染症（全般）
		2	結核
		3	エイズ・性感染症
		4	ウイルス性肝炎
	2		移植医療
		1	臓器移植
		2	骨髄バンク事業
	3		難病
		4	アレルギー疾患
		5	慢性閉塞性肺疾患（COPD）
		6	慢性腎臓病（CKD）
		7	歯科保健医療

章	節	項	第9章
9			保健・医療・介護・福祉の総合的な取組の推進
	1		健康づくりの推進
	2		高齢者保健福祉対策
	3		今後高齢化に伴い増加する疾患等対策
	4		障害者保健福祉対策
	5		母子保健対策
	6		学校における保健対策
	7		職域における保健対策
	8		自殺対策の推進
	9		薬物乱用の防止
	10		食品の安全と信頼の確保
	11		健康危機管理体制の整備

章	節	項	第10章
10			保健・医療・介護・福祉を支える人材の育成確保
	1		医師
	2		歯科医師
	3		薬剤師
	4		看護職員（保健師・助産師・看護師・准看護師）
	5		理学療法士、作業療法士、言語聴覚士
	6		管理栄養士・栄養士
	7		獣医師
	8		介護サービス従事者
	9		多様な保健医療福祉サービス従事者

章	節	項	第11章
11			計画の周知及び推進体制
	1		計画の周知と情報公開
		1	周知
		2	情報公開
	2		計画の推進体制と役割
		1	計画の推進体制
		2	関係者の役割分担
		(1)	県
		(2)	保健所
		(3)	市町村
		(4)	保険者
		(5)	医療機関・医療関係者
		(6)	事業者・企業
		(7)	県民

(目次)

1. 栃木県保健医療計画の全体構成について
2. 保健医療圏の設定について
3. 第5章（5疾病6事業及び在宅医療）について
4. 第5章以外の内容について

● 一次保健医療圏

- 一次保健医療圏は法令上特に定義されていない
- 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て市町村単位で設定

● 二次保健医療圏（医療法第30条の4第2項第14号；二次医療圏）

- 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
- 医療機能を考慮した病院の整備や各種の保健・医療・福祉施策を展開するための地域的な単位
- 7期計画においては6圏域を設定

● 三次保健医療圏（医療法第30条の4第2項第15号；三次医療圏）

- 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、県全体を1圏域として設定

保健医療圏の設定状況

○ 7期計画における二次保健医療圏の状況



	二次医療圏	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、佐倉市、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)

5疾病・5事業及び在宅医療に係る圏域（7期計画）

医療計画における医療圏の概要

- 医療法において、病床の整備を図るべき地域的単位（二次医療圏）、特殊な医療を提供する地域的単位（三次医療圏）をそれぞれ定義し、医療計画の中で各圏域を定めることとしている。
- この他、5疾病・5事業及び在宅医療に係る圏域については、二次医療圏を基礎としつつ、地域の実情に応じた弾力的な設定が可能としている。

【第7次医療計画における各圏域の設定状況】

二次医療圏

335医療圏（令和3年10月現在）

【医療圏設定の考え方】

一般の入院に係る医療を提供することが相当である単位として設定。その際、以下の社会的条件を考慮。

- ・地理的条件等の自然的条件
- ・日常生活の需要の充足状況
- ・交通事情 等

三次医療圏

52医療圏（令和3年10月現在）

※都道府県ごとに1つ（北海道のみ6医療圏）

【医療圏設定の考え方】

特殊な医療を提供する単位として設定

ただし、都道府県の区域が著しく広いことその他特別な事情があるときは、当該都道府県の区域内に二以上の区域を設定し、また、都道府県の境界周辺の地域における医療の需給の実情に応じ、二以上の都道府県にわたる区域を設定することができる。

本県では以下4事業で二次保健医療圏と別に圏域を定めている。

- 救急（10医療圏）** > 宇都宮、那須、塩谷、南那須、日光、鹿沼、栃木、小山、芳賀、両毛
- 周産期（5医療圏）** > 宇都宮上都賀、那須塩谷、下都賀、芳賀、両毛
- 小児（6医療圏）** > 宇都宮・日光、那須・塩谷・南那須、鹿沼・栃木、小山、芳賀、両毛
- 在宅（11医療圏）** > 那須、南那須、塩谷、鹿沼、日光、宇都宮、芳賀、栃木、小山、足利、佐野

（参考）三次医療圏で提供する特殊な医療の例

- ① 臓器移植等の先進的技術を必要とする医療
- ② 高圧酸素療法等特殊な医療機器の使用を必要とする医療
- ③ 先天性胆道閉鎖症等発生頻度が低い疾病に関する医療
- ④ 広範囲熱傷、指肢切断、急性中毒等の特に専門性の高い救急医療

医療計画について（令和5年3月31日医政局長通知）

4 基準病床数及び特定の病床等に係る特例等について

(2) 既設の二次医療圏が、入院に係る医療を提供する一体の圏域として成り立っていない場合は、その見直しについて検討すること。その際には、圏域内の人口規模が患者の受療動向に大きな影響を与えていることから、人口規模や、当該圏域への患者の流入及び当該圏域からの患者の流出の実態等を踏まえて検討すること。

特に、人口規模が20万人未満であり、かつ、二次医療圏内の病院の療養病床及び一般病床の推計流入入院患者割合（以下「流入患者割合」という。）が20%未満かつ推計流出院患者割合（以下「流出患者割合」という。）が20%以上となっている既設の二次医療圏については、入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられるため、設定の見直しについて検討することが必要であること。また、検討の結果、見直しを行わないこととする場合には、その理由（地理的条件、当該圏域の面積、地理的アクセス等）を明記すること。さらに、人口規模が100万人以上の二次医療圏については、構想区域（法第30条の4第2項第7号に規定する構想区域をいう。以下同じ。）としての運用に課題が生じている場合が多いことを踏まえ、必要に応じて区域の設定の見直しについて検討するとともに、地域医療構想調整会議（法第30条の14第1項に規定する協議の場をいう。）について、構想区域内をさらに細分化した地域や地域の医療課題等の協議項目ごとに分けて開催するなど運用上の工夫を行うこととする。

また、構想区域と二次医療圏が異なっている場合は、一致させることが適当であることから、構想区域に二次医療圏を合わせるような見直しを行うこと。

二次保健医療圏の状況

医療圏	人口（人） 20万人未満	推計流入患者割合 20%未満	推計流出患者割合 20%以上	国指針上の 見直し対象
県北	361,293	<u>10.1</u>	<u>21.4</u>	
県西	<u>167,515</u>	<u>11.4</u>	<u>35.3</u>	該当
宇都宮	514,966	26.6	19.6	
県東	<u>136,267</u>	<u>7.9</u>	<u>45.4</u>	該当
県南	472,880	43.8	<u>20.1</u>	
両毛	255,459	<u>18.2</u>	<u>22.1</u>	
計	1,908,380	10.1	21.4	

「平成29年患者調査」から算出

設定の考え方及び対応方針（案）

- 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。
- 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る。
- 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る。
- 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る。
- 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・連携が図られている。
- 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る。



これらのことから、7期計画までの取組みを継続・強化すべく、**8期計画においても現行の6圏域を踏襲して設定**する。

(目次)

1. 栃木県保健医療計画の全体構成について
2. 保健医療圏の設定について
- 3. 第5章（5疾病6事業及び在宅医療）について**
4. 第5章以外の内容について

各種協議会等の開催状況

No.	協議会等	開催日（予定含む）
1	栃木県がん対策推進協議会	6/22（木）、9/20（水）、11月下旬（予定）、2月中（予定）
2	栃木県脳卒中・心血管疾患対策協議会	6/6（火）、9/12（火）、11月・2月（書面予定）
3	・ 脳卒中对策部会 ・ 心血管疾患対策部会	7/11（火）、8/21（月） 7/11（火）、8/21（月）
4	栃木県糖尿病・慢性腎臓病（CKD）対策協議会	8/1（火）、11/1（水）（予定）
5	栃木県地方精神保健福祉審議会	8/7（月）、10/6（金）、12月上旬（予定）、3月下旬（予定）
6	栃木県救急・災害医療運営協議会	
7	・ 病院前救護体制検討部会 ・ 災害医療体制検討部会	7/27（木）、10/5（木） 7/27（木）、10/5（木）
8	栃木県周産期医療協議会	7/28（金）、10/2（月）、11月中旬
9	栃木県小児医療協議会	7/24（月）、10/3（火）
10	栃木県へき地医療支援会議	6/29（木）、10/3（火）、12月上旬予定
11	栃木県感染症対策連携協議会	7/4（火）、9/28（木）、11月（予定）、1月（予定）
12	栃木県在宅医療推進協議会	5/17（水）、9/6（水）、11/16（木）（予定）、2月中旬（予定）

お伺いしたい事項

委員それぞれの立場（医療を行う立場・医療を受ける立場・学識経験者）から、次の点について御意見をくださるようお願いいたします。

- これまで、各疾病・事業ごとの協議会等で議論を行い、8期計画の記載内容について協議を行ってきたところ。
- 今後の栃木県の医療提供体制を検討していくにあたり、各地域の状況を踏まえ、8期計画については検討を進めたいと考えることから、本調整会議においては、主に5疾病6事業及び在宅医療について、当該構想区域において特に検討すべき課題等についてご意見をいただきたい。

がん分野 現状と課題

① がんの患者数及び死亡の状況

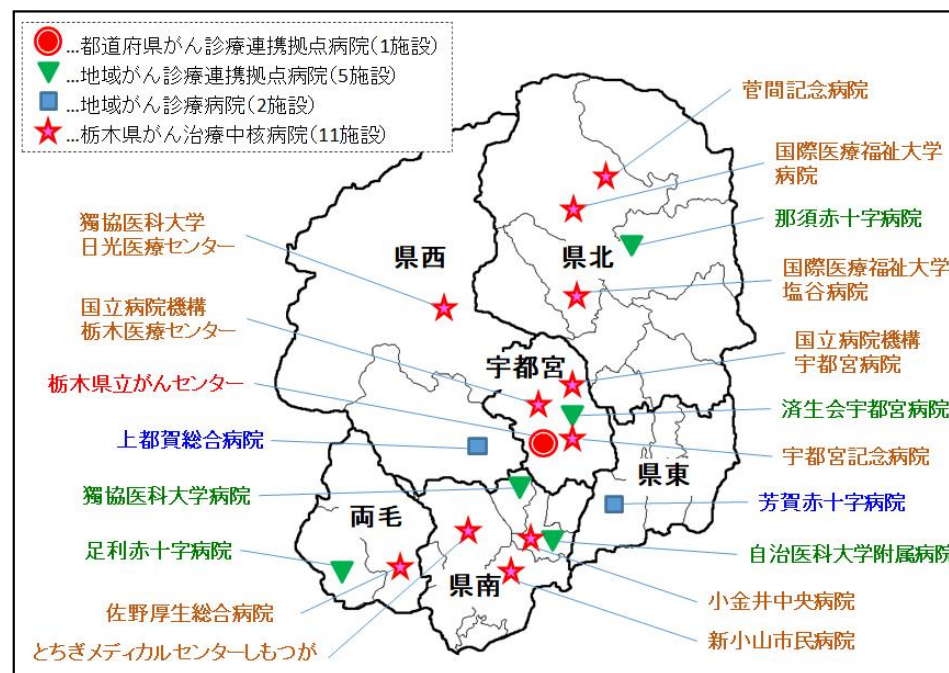
- 1年間の新規入院患者数等は72,527人、延べ外来患者数は795,775人となっており、増加傾向です。（機能別医療機関現況調査（2022年））
- がんの75歳未満年齢調整死亡率（10万人対）は67.9（男性：82.4、女性：53.6）となっている。（国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計（2021年）」）
- 主ながん種別（大腸、胃、肺、肝、乳、子宮）の割合は、全国と比較しても大きく変わらない状況です。（「栃木県のがん2019（令和元年）」）

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い状況ですが、胃がん、大腸がん、子宮頸がんについては全国値を下回っており、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（2022年）」）

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」及び「地域がん診療病院」が整備されています。
- 拠点病院等のほか、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施設整備されています。
- 7期計画では19施設を専門診療を担う医療機関として機能別医療機関に認定するほか、機能別に医療機関を認定しています。
- 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施設整備されています。
- 小児がんについては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施設整備されています。
- **持続可能ながん医療を提供するため、地域の実情を踏まえて、がん診療体制の均てん化・集約化を推進する必要があります。**



がん分野 施策・指標体系図

(C) 施策

ロジックモデル・指標セット フォーマット 【分野名：健康増進課がん】

番号	(C) 施策
	個別施策
	指標
1	喫煙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 受動喫煙の機会を有する者の割合（行政・医療・職場・家庭・飲食）
2	生活習慣の改善に関する効果的な普及啓発の実施 食塩・野菜・果物摂取量、運動習慣者の割合、リスク飲酒者の割合
	個別施策
	指標
3	肝炎に関する普及啓発、肝炎ウイルス検査の受検勧奨 肝炎ウイルス検査受検率（国保加入者40歳検査対象者）
4	HPVワクチン予防接種の県民への理解と啓発 HPVワクチン実施率
	個別施策
	指標
5	がん検診の受診率の向上 がん検診受診率（胃がん、大腸がん、肺がん、乳がん、子宮がん） がん精検受診率（胃がん、大腸がん、肺がん、乳がん、子宮がん）
6	がん検診の精度管理の取組の促進 がん精検受診率（胃がん、大腸がん、肺がん、乳がん、子宮がん）（再掲） 個別検診実施機関に関する事業計画の実施市町数
7	職域における取組の促進
	個別施策
	指標
8	拠点病院と地域の医療機関等との役割分担と連携強化への取組の支援 がん拠点病院の診療実績（院内がん登録数、手術件数、薬物療法患者数、放射線治療患者数、緩和ケアチーム新規患者数、医療圏診療実績）
9	地域の実情に応じたがん医療の集約化
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検討 年間入院小児がん患者延べ数
	拠点病院等の緩和ケアチーム新規平均患者数 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
11	切れ目のない緩和ケア提供体制の整備 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 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）
12	人材の育成・確保 県内のがん等に関する医療従事者数（がん治療認定医等）

(B) 中間アウトカム

番号	(B) 目標（目的を達成するためにクリアすべきステップ、ゴール；中間アウトカム）
	1 がんの予防及び早期発見ができています 1 指標 がん罹患率 2 指標 早期がん割合（全国がん登録：進展度・総合、上皮内と限局の割合）
	2 がん医療が充実している 1 指標 がんの診断・治療全体の総合的評価 2 指標 納得のいく治療を選択できたと思うがん患者の割合 3 指標 がんの標準的診療機能・集学的治療を担う医療機関数 4 指標 がん拠点病院の診療実績（院内がん登録数、手術件数、薬物療法患者数、放射線治療患者数、緩和ケアチーム新規患者数、医療圏診療実績） 5 指標 年間入院小児がん患者延べ数

(A) 分野アウトカム

番号	(A) 目的（あるべき姿；分野アウトカム）
	1 がんによる死亡率の減少 1 指標 がんの年齢調整死亡率 2 指標 5年相対生存率
	2 がん患者の療養生活の質の維持向上 1 指標 身体的な苦痛を抱えるがん患者の割合 2 指標 精神的な苦痛を抱えるがん患者の割合

脳卒中分野 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15千人と推計されています。
(H23:19千人、H26:15千人、H29:21千人、R2:15千人※) ※R2(2020)年から患者調査の算出方法の変更あり

② 死亡の状況

- 平成27(2015)年人口動態統計では、年齢調整死亡率(人口10万対)は男性が49.1、女性が28.5となっています。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。

③ 救急搬送の状況

- 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は令和3(2021)年で44.1分と延伸傾向にあり、全国値との差も拡大傾向にあります。
- 覚知から現場到着までの時間は全国値と同程度ですが、現場到着から医療機関到着までに要した平均時間が全国値よりも長い状況です。
- 発症後3時間以内に受診した患者の割合は40.0%です。

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、二次保健医療圏内及び二次保健医療圏を超えた急性期医療の連携により、県全域において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必要です。

⑤ リハビリテーション実施体制の状況

- 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令和3(2021)年時点で80.2%であり、増加傾向にあります。
- 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。

⑥ 在宅医療の状況

- 栃木県脳卒中発症登録者数に占める再発者の割合は令和3(2021)年で22.8%となっています。
- 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、危険因子(食塩の過剰摂取、喫煙等)や基礎疾患の徹底した管理・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。

脳卒中分野 施策・指標体系図

(C) 施策

1	循環器病の予防に関する啓発	指標	直近値
	<ul style="list-style-type: none"> 生活習慣の改善に係る啓発 子どもの頃からの循環器病等に関する知識の啓発 家庭血圧測定の普及や正しい測り方の啓発 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 ヒートショックの注意喚起 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 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。 	1日あたりの食塩摂取量	男性 10.7g 女性 8.8g
2	特定健康診査、特定保健指導等の実施率向上に向けた取組	指標	直近値
	<ul style="list-style-type: none"> 関係機関と連携した効果的な受診勧奨の促進 特定健康診査や特定保健指導に係る従事者の資質向上 保険者と連携した受診勧奨 	特定健康診査の実施率	56.5%

3	発症時の対応に関する啓発	指標	直近値
	<ul style="list-style-type: none"> 脳卒中の初期症状や早期受診の重要性の情報発信 	脳卒中の初期症状を知っている者の割合	調査中
4	専門医療機関への速やかな搬送体制の整備	指標	直近値
	<ul style="list-style-type: none"> 病院前救護体制及び救急搬送体制の強化 循環器病の救急診療や搬送困難事例の状況把握 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 救急隊員の資質向上及び研修機会の確保 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 	脳卒中疑い患者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(運用率)	95%

5	専門的医療提供体制の構築	指標	直近値
	<ul style="list-style-type: none"> 病期に応じた切れ目のない医療提供体制の構築 デジタル技術の活用等による効率的な医療連携の普及 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 	日本脳卒中学会認定 脳卒中専門医数(常勤)	47人
		日本脳神経血管内科治療学会認定 脳血管内治療専門医数(常勤)	17人

(B) 中間アウトカム

1	脳卒中の発症及び再発が予防できる	直近値	目標値
指標	脳卒中発症登録に占める再発者の割合	22.8%	20%以下
指標	収縮期(最高)血圧の平均値	128.9mmHg	127mmHg以下

2	患者が早期に疾患に応じた専門的診療が可能な医療機関に到着することができる	直近値	目標値
指標	脳卒中発症後3時間以内に受診した患者の割合	40.0%	50%以上
指標	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	検討中

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治療が受けられる	直近値	目標値
指標	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 栃毛24	増加

(A) 分野アウトカム

1	循環器病による年齢調整死亡率が減少している	直近値	目標値
指標	脳血管疾患の年齢調整死亡率(男性)	49.1人	全国値以下
指標	脳血管疾患の年齢調整死亡率(女性)	28.5人	全国値以下
指標	脳梗塞の年齢調整死亡率(男性)	22.1人	全国値以下
指標	脳梗塞の年齢調整死亡率(女性)	12.7人	全国値以下

脳卒中分野 施策・指標体系図

(C) 施策

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	指標	直近値
	・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	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

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	指標	直近値
	<ul style="list-style-type: none"> ・(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 ・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 ・在宅療養支援ガイドブックの活用促進 ・(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。 ・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 ・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 	訪問診療を実施している診療所・病院数	280施設

(B) 中間アウトカム

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	直近値	目標値
指標	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	80.2%	増加

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	直近値	目標値
指標	訪問診療を受けた患者数(1か月あたり)	7,900人	検討中

(A) 分野アウトカム

2	循環器病の患者が自分らしい生活ができる	直近値	目標値
指標	在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合	57%	65%以上
指標	脳血管疾患の平均在院日数	76.2日	減少
指標	退院時機能障害(mRS)が2~5であった患者の割合	61.2%	減少

心血管疾患分野 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6千人と推計されています。

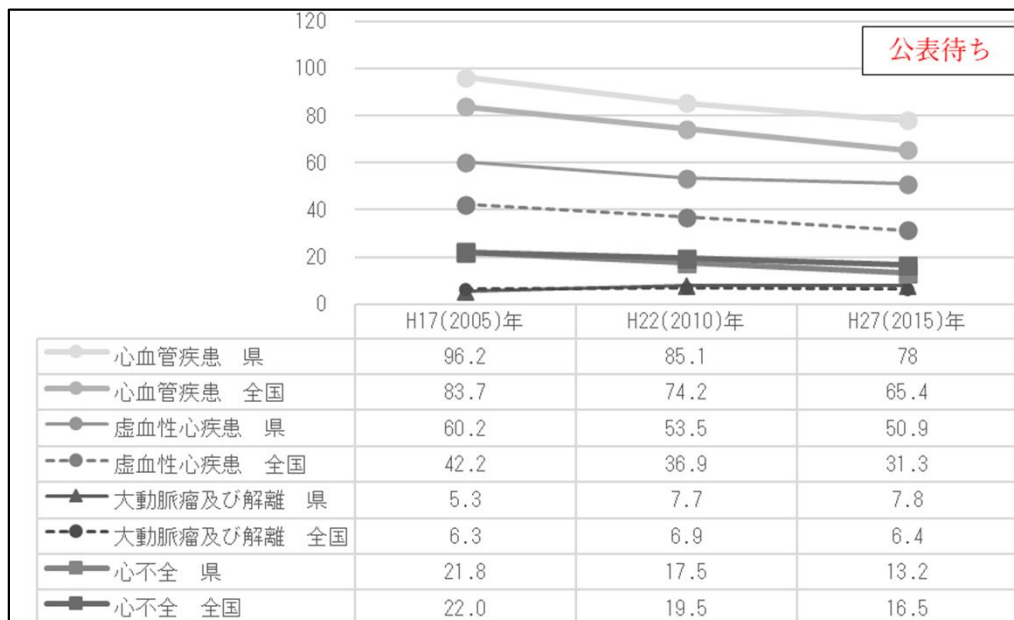
② 死亡の状況（各年齢調整死亡率の状況）

- 心血管疾患、虚血性心疾患・・・減少傾向であるが、全国値と比較して高い
- 大動脈瘤及び解離・・・・・・・増加傾向であり、かつ全国値と比較して高い
- 心不全・・・・・・・・・・・・・・・減少傾向であり、かつ全国値と比較して低い

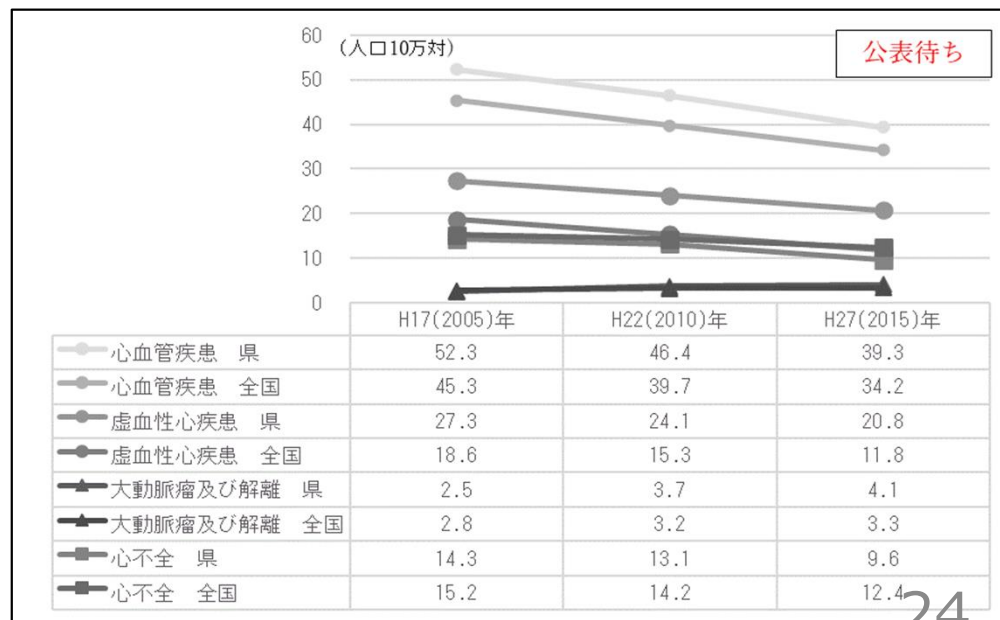
③ 救急搬送の状況

- 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は令和3(2021)年で44.1分と延伸傾向にあり、全国値との差も拡大傾向にあります。
- 覚知から現場到着までの時間は全国値と同程度ですが、現場到着から医療機関到着までに要した平均時間は、全国値より長い状況です。

心血管疾患、虚血性心疾患、大動脈瘤及び解離、心不全の年齢調整死亡率の推移(男性)



心血管疾患、虚血性心疾患、大動脈瘤及び解離、心不全の年齢調整死亡率の推移(女性)



心血管疾患分野 現状と課題

④ 急性期医療の状況

- 心筋梗塞等の心血管疾患が疑われる傷病者については、心筋梗塞等の心血管疾患の急性期医療を担う医療機関に搬送される体制が整えられていますが、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、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されているため、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。

⑤ 心血管疾患のリハビリテーション実施体制の状況

- 入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数は、県北地域で688件、県西地域で340件、宇都宮地域で499件、県東地域で82件、県南地域で1,689件、両毛地域で924件となっています。また、外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数は、県北地域で155件、県西地域で723件、宇都宮地域で110件、県東地域で0件、県南地域で1138件であり、いずれも地域によって差があります。
- 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、健康寿命の延伸を図るため、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。

⑥ 在宅医療の状況

- 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、危険因子・基礎疾患の徹底した管理・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に多く、今後も高齢化に伴って患者数の増加が見込まれることから、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。
- 慢性心不全は全人的な苦痛(身体的・精神心理的・社会的苦痛等)を伴う疾患であるため、症状・苦痛の緩和や、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)に基づく意思決定支援などによる緩和ケアを、疾患の初期段階から治療と並行して提供することが求められます。

心血管疾患分野 施策・指標体系図

(C) 施策

1	循環器病の予防に関する啓発	指標	直近値
	<ul style="list-style-type: none"> 生活習慣の改善に係る啓発 子どもの頃からの循環器病等に関する知識の啓発 家庭血圧測定の普及や正しい測り方の啓発 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 ヒートショックの注意喚起 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 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。 	1日あたりの食塩摂取量	男性 10.7g 女性 8.8g
2	特定健康診査、特定保健指導等の実施率向上に向けた取組	指標	直近値
	<ul style="list-style-type: none"> 関係機関と連携した効果的な受診勧奨の促進 特定健康診査や特定保健指導に係る従事者の資質向上 保険者と連携した受診勧奨 	特定健康診査の実施率	56.5%

3	発症時の対応に関する啓発	指標	直近値
	<ul style="list-style-type: none"> 心血管疾患の初期症状の早期発見や早期対応の重要性の啓発 	一般市民が目撃した心原性心肺機能停止傷病者のうち、一般市民により除細動が実施された割合	3.4%
		一般市民が目撃した心原性心肺機能停止傷病者のうち、一般市民が心肺蘇生を実施した割合	55.9%
4	専門医療機関への速やかな搬送体制の整備	指標	直近値
	<ul style="list-style-type: none"> 病院前救護体制及び救急搬送体制の強化 循環器病の救急診療や搬送困難事例の状況把握 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 救急隊員の資質向上及び研修機会の確保 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 	運用救急救命士数(運用率)	95%

5	専門的医療提供体制の構築	指標	直近値
	<ul style="list-style-type: none"> 病期に応じた切れ目のない医療提供体制の構築 デジタル技術の活用等による効率的な医療連携の普及 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 	循環器内科医師数(人口10万人対)	10.7人
		心臓血管外科医師数(人口10万人対)	2.3人

(B) 中間アウトカム

1	心血管疾患の発症予防及び発症後の管理ができる	直近値	目標値
指標	収縮期(最高)血圧の平均値	128.9mmHg	127mmHg以下

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	直近値	目標値
指標	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	検討中

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	直近値	目標値
指標	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	増加

(A) 分野アウトカム

1	循環器病による年齢調整死亡率が減少している	直近値	目標値
指標	心血管疾患患者の年齢調整死亡率(男性)	78人	全国値以下
指標	心血管疾患患者の年齢調整死亡率(女性)	39.3人	全国値以下
指標	虚血性心疾患患者の年齢調整死亡率(男性)	50.9人	全国値以下
指標	虚血性心疾患患者の年齢調整死亡率(女性)	20.8人	全国値以下
指標	大動脈疾患患者の年齢調整死亡率(男性)	7.8人	全国値以下
指標	大動脈疾患患者の年齢調整死亡率(女性)	4.1人	全国値以下
指標	心不全患者の年齢調整死亡率(男性)	13.2人	9.9以下
指標	心不全患者の年齢調整死亡率(女性)	9.6人	7.0以下

心血管疾患分野 施策・指標体系図

(C) 施策

番号	施策	指標	直近値
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		
	・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	心大血管リハビリテーション料(Ⅰ)届出施設数	23施設
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		
	・(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	訪問診療を実施している診療所・病院数	280施設
	・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		
	・在宅療養支援ガイドブックの活用促進	心不全緩和ケアトレーニングコース受講者数	20人
	・(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。		
	・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		

(B) 中間アウトカム

番号	中間アウトカム	直近値	目標値
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		
指標	入院心大血管リハビリテーションの実施件数	4,222件	増加
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		
指標	訪問診療を受けた患者数(1か月あたり)	7,900人	検討中

(A) 分野アウトカム

番号	分野アウトカム	直近値	目標値
2	循環器病の患者が自分らしい生活ができる		
指標	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%	100%
指標	在宅等生活の場に復帰した大動脈疾患患者の割合	80.9%	増加
指標	心血管疾患の退院患者平均在院日数	17.1日	減少
指標	虚血性心疾患の退院患者平均在院日数	7.2日	減少

糖尿病分野 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

- H28（2016）年の糖尿病が強く疑われる者の割合は男性が12.5%、女性が8.2%であり、糖尿病の可能性が否定できない者の割合は男性が18.7%、女性が11.9%となっています。
- 平成27（2015）年の糖尿病の年齢調整死亡率（人口10万人対）は男性6.0、女性2.5となっています。男女とも全体として減少傾向にありますが、男性は全国値を上回っています。（平成27年人口動態統計）

			H21年 (2009年)	H28年 (2016年)	R4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

②医療の状況

○ 治療の状況

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%と年々増加していますが、30%は現在治療を受けていない状況です。

○ 受療動向

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医療圏ごとに81～97%となっており、各二次保健医療圏内における連携の強化や人材育成が求められています。

○ 合併症の状況

糖尿病の慢性合併症の一つである腎症が進行し、腎臓の働きが極度に悪くなると、透析が必要になることがあります。栃木県臓器移植推進協会の調べによると、透析患者は年々増加しており、令和3（2021）年では6,580人に上ります。透析の原疾患はさまざまですが、そのうち糖尿病性腎症によるものが2,979人（45.3%）と最も多くなっています。

糖尿病の治療を継続し、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。

○ 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年8月7日現在）、糖尿病看護認定看護師は11名（日本看護協会調べ、令和4年12月現在）、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年8月2日現在）、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年6月現在）となっています。

糖尿病分野 施策・指標体系図

(C) 施策

1	個別施策	指標
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 特定保健指導実施率
②	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（再掲） 特定保健指導実施率（再掲）
③	健康的な生活習慣について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

2	個別施策	指標
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	特定健診受診率（再掲） 特定保健指導実施率（再掲）
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	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 糖尿病重症化予防プログラムの受診勧奨後における医療機関受診状況 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
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	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（再掲）

3	個別施策	指標
①	標準的な医療の普及啓発	糖尿病専門医数
②	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
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	栃木県糖尿病療養指導士数

4	個別施策	指標
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	糖尿病専門医が在籍する医療機関数 糖尿病療養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・糖尿病合併妊娠に対する専門的な治療を行う医療機関数 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
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	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・糖尿病合併妊娠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） 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

1	糖尿病予備群の減少
①	指標 糖尿病予備群の者の数

2	糖尿病治療の継続/中断の減少
①	指標 治療継続者の割合
②	指標 血糖コントロール不良者の割合

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

(A) 分野アウトカム

1	糖尿病患者の増加抑制
①	指標 糖尿病が強く疑われる者の数
②	指標 インスリン治療の実施割合
③	指標 糖尿病患者の年齢調整外来受療率

2	糖尿病重症化予防
①	指標 糖尿病性腎症による新規透析導入患者数
②	指標 糖尿病患者の年齢調整死亡率
③	指標 糖尿病を主とした入院患者（指標未）
④	指標 重症低血糖の発生率（糖尿病患者1年当たり）
⑤	指標 治療が必要な糖尿病網膜症の発生
⑥	指標 糖尿病患者の新規下肢切断率（指標未）

精神疾患分野 現状と課題

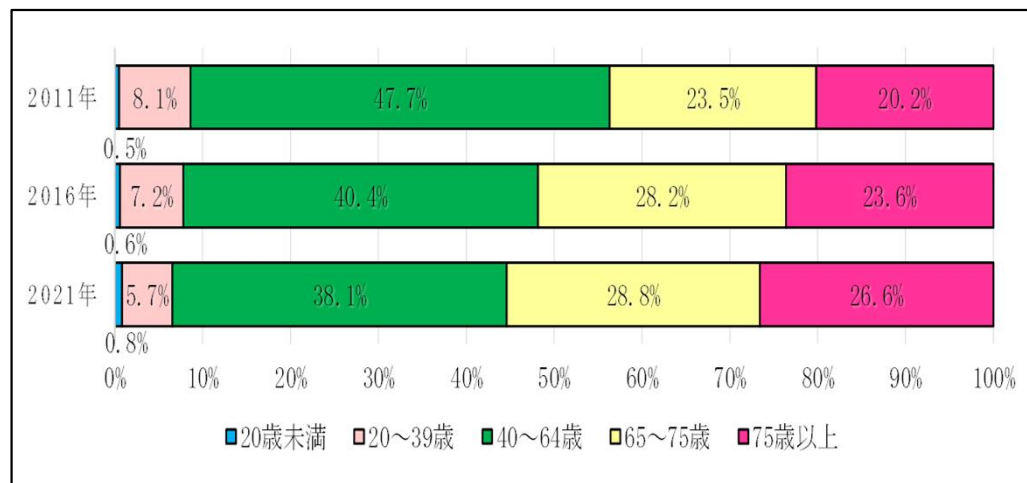
① 本県における精神疾患患者及び医療従事者の状況

○ 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。年齢階級別入院患者数の構成割合は、20歳未満が0.8%、20歳以上40歳未満が5.7%、40歳以上65歳未満が38.1%、65歳以上75歳未満が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。

○ 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。

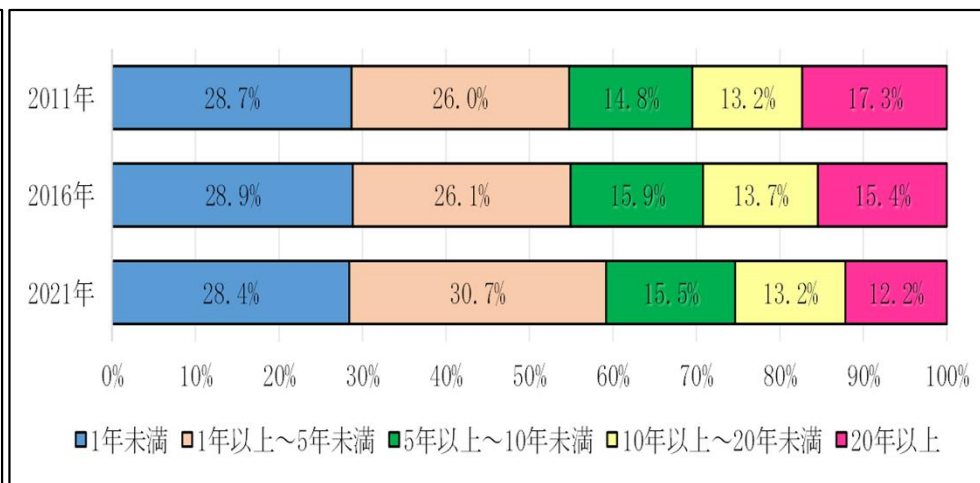
○ 令和5（2023）年3月末の県内に住所がある通院患者（自立支援医療費（精神通院）受給認定者）数は30,016人であり、平成31（2019）年3月末と比較して5,795人（約23.9%）増加しています。

○ 令和4（2022）年度の県内の精神科病院に勤務する医師数は人口10万人当たり9.1人であり、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人口10万人当たり7.3人であり、全国値の7.0人と同水準となっています。



年齢階級別入院患者の構成割合の推移

【資料：国立精神・神経医療研究センター「精神保健福祉資料（630調査）」】



在院期間別入院患者の構成割合の推移

【資料：国立精神・神経医療研究センター「精神保健福祉資料（630調査）」】

精神疾患分野 現状と課題

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、概ね増加傾向です。

③ その他

・ 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（推計）

・ 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・休日の受診件数は472件（人口10万人当たり24.4件、全国値28.1件）

・ **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（人口10万人当たり0.8か所）、全国値の0.8か所と同水準です。精神疾患の受け入れ体制を持つ一般病院数は13病院（人口10万人当たり0.7か所）、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（人口10万人当たり29.01人）であり、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（人口10万人当たり4.86）で、全国値の12.86を下回っています。

・ **自殺対策**・・・本県の自殺者数は平成21（2009）年の630人をピークに減少傾向、令和2（2020）年には394人となり、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。なお、本県の自殺死亡率は、18.6%であり、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。

・ **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月の法（※）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名となっています。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。

※「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」

④ 精神科医療の推進に当たり取り組むべき課題

ア 住み慣れた身近な地域に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

イ 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、必要な医療を受けられる体制の整備

ウ 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

単位:人、%

疾患名	診療形態	令和4年度 (2022)	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	▲3	概ね横ばい	
	外来	28,896	25,136	3,760	15	増加傾向	
うつ病・躁うつ病	入院	2,820	2,799	21	1	概ね横ばい	
	外来	49,737	41,177	8,560	21	増加傾向	
認知症	入院	1,368	1,208	160	13	増加傾向	
	外来	6,392	6,015	377	6	概ね横ばい	
児童・思春期精神疾患※2	入院	273	217	56	26	増加傾向	
	外来	2,102	1,252	850	68	増加傾向	
発達障害	入院	205	145	60	41	増加傾向	
	外来	5,387	2,047	3,340	163	大きく増加	
依存症	(ア)アルコール依存症	入院	232	323	▲91	▲28	減少傾向
		外来	704	593	111	19	増加傾向
	(イ)薬物依存症	入院	33	25	8	32	増加傾向
		外来	132	99	33	33	増加傾向
	(ウ)ギャンブル依存症	入院	※1	※1	-	-	-
		外来	※1	※1	-	-	-
PTSD	入院	※1	※1	-	-	-	
	外来	156	76	80	105	大きく増加	
摂食障害	入院	124	131	▲7	▲5	概ね横ばい	
	外来	356	187	169	90	大きく増加	
てんかん	入院	1,270	1,207	63	5	概ね横ばい	
	外来	7,607	7,585	22	0	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

【多様な精神疾患ごとの患者数の比較（2022年と2015年の比較）】

精神疾患分野 施策・指標体系図

(C) 施策

(B) 中間アウトカム

(A) 分野アウトカム

	個別施策	指標
	【共通】	
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 ②ピアサポーター登録者数 ③心のサポーター養成事業における養成者数
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 ②精神障害者退院後支援における支援対象者数
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 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 ③認知症サポート医養成研修修了者数 ④認知症医療従事者対応力向上研修修了者数 ⑤てんかん診療連携関係者研修修了者数

1	地域移行が推進・定着している
1 指標	再入院患者割合

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) 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
1 指標	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)

2	多様な精神疾患等に対応できる予防・治療へのアクセスや相談・支援体制が確保されている
1 指標	精神病床における入院後3か月時点の退院率
2 指標	精神病床における入院後6か月時点の退院率
3 指標	精神病床における入院後1年時点の退院率

2	(多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築) 多様な精神疾患等に対応した適切な医療サービス(予防・治療)を受けられる
1 指標	精神病床における新規入院患者の平均在院日数

	個別施策	指標
	【統合失調症】・【うつ病・躁うつ病】	
4	地域の実情を踏まえた地域連携体制の構築	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(再掲)

	個別施策	指標
	【認知症】	
5	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	認知症疾患医療センター数

	個別施策	指標
	【児童・思春期精神疾患及び発達障害】	
6	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
7	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

	個別施策	指標
	【依存症】	
8	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
9	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

精神疾患分野 施策・指標体系図

(C) 施策

	個別施策	指標
	【高次脳機能障害】	
10	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】	
11	摂食障害の専門的医療体制の整備	摂食障害診療実施医療機関数

	個別施策	指標
	【てんかん】	
12	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	てんかん支援拠点における紹介・逆紹介件数

	個別施策	指標
	【精神科救急】	
13	夜間休日の患者受入体制の充実	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
14	精神科救急医療システム連絡調整委員会等を活用した精神科救急医療体制の整備	精神科救急医療体制整備事業への参画医療機関数

	個別施策	指標
	【身体合併症】	
15	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） 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
16	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

	個別施策	指標
	【自殺対策】	
17	労働・教育・女性支援施策等との連携 ★いのち支える栃木県自殺対策計画（第2期）の策定に合わせて検討中	自殺対策関連施策数

(B) 中間アウトカム

3	自殺対策に関する相談・支援体制が充実している
1	指標 他機関と連携した相談・支援の実施件数 ★いのち支える栃木県自殺対策計画（第2期）の策定に合わせて検討中

(A) 分野アウトカム

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）

救急医療分野 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分と全国値の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大きな課題を残しました。
- こうした厳しい状況下において、限られた医療資源を有効活用するためには、初期、二次、三次救急の機能分化や救急の適正利用等に引き続き取り組むとともに、コロナ禍で顕在化した課題の解決のために医療機関等と協議を行いながら、必要な対策を講じていく必要があります。

② 救急医療の提供体制

・ 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件と、いずれも増加傾向にあります。
- 救急蘇生法講習の受講率や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件数は、いずれも全国値を下回っています。
- 県メディカルコントロール協議会において、救急隊員の応急措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。
- 獨協医科大学病院を基地病院として運航しているドクターヘリは、群馬県や茨城県との広域連携も含め、これまでに9,329件出動（令和5（2023）年7月31日現在）しており、速やかな治療の開始や医療機関への迅速な搬送により、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。

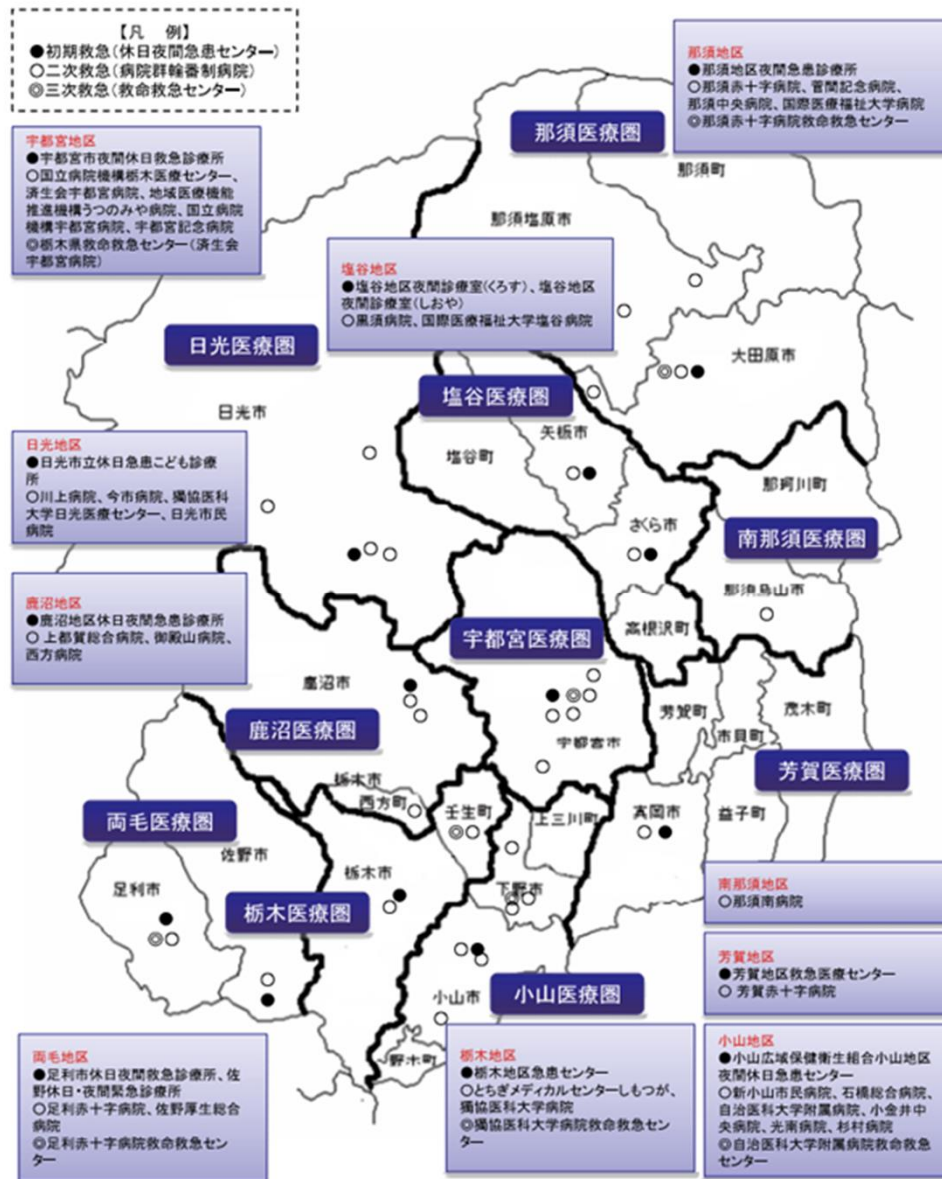
③ 救急医療の提供体制における課題

- 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・容態の救急患者を県内で受け入れられる体制を構築する必要があります。
- 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。
- 急性期を脱した患者が症状に応じて後方の医療機関等に適切に受入れられるよう、地域における環境整備を進める必要があります。

救急医療分野 現状と課題

③ 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、10の二次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。



救急医療分野 施策・指標体系図

(C) 施策

	個別施策	指標
1	救急電話相談の普及啓発	【7期目標】とちぎ救急電話相談、とちぎ子ども救急電話の相談件数
2	住民に対する救急蘇生法等の普及啓発	住民の救急蘇生法講習の受講率
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
4	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
5	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）	メディカルコントロールに関する研修の開催回数

	個別施策	指標
1	救急医療提供に係る運営費支援	【再掲】救急搬送人員1人当たりに必要な受入照会の回数
2	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人当たりに必要な受入照会の回数
3	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
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	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
5	救急医療機関が感染症患者を受け入れるための支援	平時から新興感染症の発生を想定した必要な研修・訓練を実施、又は、国等が実施する研修・訓練に医療従事者が参加した救急医療機関の割合

	個別施策	指標
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	【重点】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	【再掲】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

(B) 中間アウトカム

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
1	指標 【重点】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
2	指標 【重点】重症患者の搬送における受入困難事例の割合（現場滞在時間30分以上）
3	指標 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件数（人口10万人当たり）

2	重症度・緊急度に応じた医療が提供可能な体制の整備
1	指標 救命救急センターの応需率
2	指標 救急搬送人員1人当たりに必要な受入照会の回数

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
1	指標 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）

(A) 分野アウトカム

1	救命した傷病者が社会復帰できる
1	指標 心原性心肺機能停止傷病者（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1ヶ月後の社会復帰率

災害医療分野 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実施済。全13病院が業務継続計画（BCP）を策定済）しています。（令和5（2023）年4月現在）
- 主に災害急性期に医療活動を行うDMAT隊員が209名、LDMAT隊員が110名登録されています。（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月現在）
- 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77.1%が全ての建物の耐震化を完了しています。（令和4（2022）年9月現在）
- 災害拠点病院以外の病院のうち26.0%が業務継続計画（BCP）を策定しています。（令和4（2022）年9月現在）
- 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。
- 浸水想定区域に所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。

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、栃木県看護協会及び栃木県柔道整復師会、栃木県栄養士会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」を18名に委嘱しています。（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」を27名に委嘱しています。（令和5（2023）年7月現在）
- 災害時に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の連携強化に向けた取組を進める必要があります。

災害医療分野 施策・指標体系図

(C) 施策

	個別施策	指標
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
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
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
4	病院の耐震化支援（医療施設耐震整備事業費補助金、医療施設耐震化促進事業費補助金）	病院の耐震化率【再掲】
5	病院の浸水対策支援（災害時診療機能維持設備等整備事業費補助金、浸水対策に対応したBCP策定支援等）	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】

	個別施策	指標
1	二次保健医療圏ごとに地域コーディネーター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ーター機能の確認を行う災害訓練の実施回数【再掲】
2	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】
3	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
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	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
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	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者数
6	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

(B) 中間アウトカム

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
1 指標	災害拠点病院以外の病院における業務継続計画（BCP）の策定率
2 指標	広域災害・救急医療情報システム（EMIS）への登録率
3 指標	病院の耐震化率
4 指標	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

2	被災した地域への適時・適切な医療支援が実施できる
1 指標	二次保健医療圏ごとに地域コーディネーター機能の確認を行う災害訓練の実施回数
2 指標	（広域医療搬送を想定した災害訓練の実施回数）
3 指標	DMAT指定病院数（LDMAT指定病院を含む。）
4 指標	DMAT隊員数（LDMAT隊員数を含む。）
5 指標	DPAT隊員数（DPAT先遣隊隊員数を含む。）
6 指標	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
7 指標	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療人材数（医師数、看護師数）

(A) 分野アウトカム

1	災害時においても必要な医療を受けることができる
1 指標	中間アウトカム指標の達成率
2 指標	（災害時に継続的に医療を受けることができる患者の割合）
3 指標	（災害時に診療機能維持できる病院の割合）
4 指標	（災害時に被災地域等への派遣要請に対応できるDMAT（LDMAT）指定病院の割合）

へき地医療分野 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

- 「医療法及び医師法の一部を改正する法律」により、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について医療計画と医師確保計画を連動して進めることとされています。

② 無医地区等の現状

- 無医地区は昭和48年以降減少傾向にあり、平成21年10月末には14地区でしたが、平成26年10月末には18地区に増加、令和元年度10月末には15地区、令和4年度10月末には16地区となっています。
- これは無医地区に準ずる地区が民間路線バスの廃止などの交通事情の変化により無医地区に転じたこと等によるものです。
- 無歯科医地区においても同様の状況があります。
- 無医地区等の人口は減少しており、少子高齢化が著しく進んでいます。

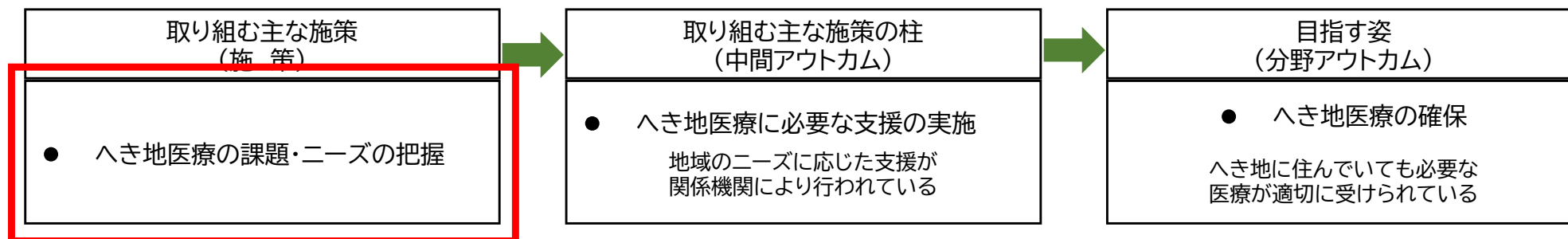
③ へき地の医療体制の現状

- へき地診療所は県内3市に10か所あり、地域住民に医療を提供しています。（令和5年4月1日現在）
- へき地においては、特に訪問看護、歯科診療、介護サービスとの連携など、地域包括ケアシステムを構築する必要があります。
- へき地医療拠点病院は県内に7か所あり、2か所のへき地医療拠点病院が3か所のへき地診療所の指定管理者となり、医師や看護師などを安定的に配置し運営している。（令和5年4月1日現在）
- 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運営し、地域医療の確保や人材育成への取組を実施しています。
- また、市町が行う患者を最寄りの医療機関まで輸送する患者輸送事業への支援や、ドクターヘリ、消防防災ヘリによる患者の搬送体制等の整備に取り組んでいます。

④ へき地医療に従事する医療従事者の現状

- 本県の医療施設に従事する医師数は4,773人、人口10万人当たり246.9人(全国33位)であり、全国値の269.2人を下回っています。（令和2年医師・歯科医師・薬剤師調査から）
- 全国的な医師不足状況が続く中、自治医科大学及び獨協医科大学に設定した地域枠を活用しながら、へき地医療に従事する医師の確保に取り組んでいます。
- へき地診療所や在宅医療・介護に関する事業所の医療従事者、スタッフの確保が困難な上、人口減少や少子高齢化が進み、巡回診療等の患者数減少も見込まれることから、効率的な医療体制の維持・確保が必要です。

へき地医療分野 施策・指標体系図



周産期医療分野 施策・指標体系図

① 周産期医療を取り巻く状況

- 令和3（2021）年度1年間の本県における分娩取扱医療機関別の出生状況は、病院での出生が38.3%、診療所での出生が61.2%、助産所での出生が0.4%となっており、診療所での出生が多い傾向にあります。
- 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水準を維持していますが、平成30（2018）年度以降、全国値よりも高い状況で推移しており、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。

② 周産期医療提供体制状況

- 令和5年4月現在、県内の分娩取扱医療機関は34施設（助産所を含む）となっており、平成29（2017）年の45施設から11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）年と比べて7人減少し、令和2（2020）年には172人となっています。
- 令和4年に公表された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。
- 今後も本県での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。
- 周産期医療従事者の不足により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・向上を図るためには、24時間365日、周産期救急医療に対応可能な体制を確保できる一定規模以上の周産期医療機関への医療機能の集約・重点化を促進する必要があります。
- 国の「周産期医療の体制構築に係る指針」では、都道府県のNICU病床数の目標について出生1万人対25床から30床とされており、本県の令和3（2021）年出生数11,475人から換算すると28～34床の病床が必要となります。令和5年4月現在、本県には53床のNICU病床（診療報酬算定対象）があります。
- ハイリスク妊産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。
- 新興感染症の発生・まん延時においても感染症の罹患または罹患が疑われる妊産婦に対する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。

周産期医療分野 現状と課題

③ 医療提供体制に係る圏域

- 二次保健医療圏を基本的な単位とし、圏域内に周産期医療機関が効果的に配置できるよう次のとおり設定します。
- 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。



周産期医療分野 施策・指標体系図

(C) 施策

	個別施策	指標
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
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
3	助産師相互研修事業	参加人数
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

(B) 中間アウトカム

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	
1	指標	院内助産を行っている周産期母子医療センター数
2	指標	助産師外来を行っている周産期母子医療センター数
3	指標	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

(A) 分野アウトカム

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	
1	指標	中間アウトカム指標の達成率
2	指標	(重) 周産期死亡率
3	指標	(重) 新生児死亡率

	個別施策	指標
5	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
6	周産期医療医師・看護師等研修事業	開催数、参加者数
7	周産期医療連携会議の実施	開催数
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
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)
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
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(出生1000人あたり)

2	ハイリスク妊産婦に対する医療の提供が可能な体制	
1	指標	NICU入室児数(出生1000人あたり)
2	指標	母体・新生児搬送数のうち受入困難事例率

	個別施策	指標
12	小児在宅医療体制構築事業	講習会の開催数、参加者数
13	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

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	
1	指標	小児の訪問看護利用者数、訪問診療受診者数(小児再掲)

小児救急を含む小児医療 現状と課題

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3(2021)年の本県の出生数は11,475人で、この10年間では約28%減少しています。また、出生率(人口千対)については6.1で、全国値(6.6)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、近年は横ばいの状況となっています。

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、今般の新型コロナウイルス感染症の影響により、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、その後回復傾向にあるものの、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%で近年悪化傾向にあることから、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いることから、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する家庭での対応法や救急医療受診の目安などについて経験豊富な看護師がアドバイスを行う「とちぎ子ども救急電話相談」を実施しており、平成26(2014)年12月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、人口当たりで見ると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により改善傾向であり、令和5年度に公表された小児科医師偏在指標は109.2で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ており、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ます。医療資源の集約化・重点化が進むなかで、地域の小児医療提供体制の確保を図る必要があります。

小児救急を含む小児医療 現状と課題

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検討していく必要があります。
- ・ 6つの小児二次（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、興奮の激しい子ども等の入院治療に対応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を確保するとともに、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等の連携体制構築を図る必要があります。

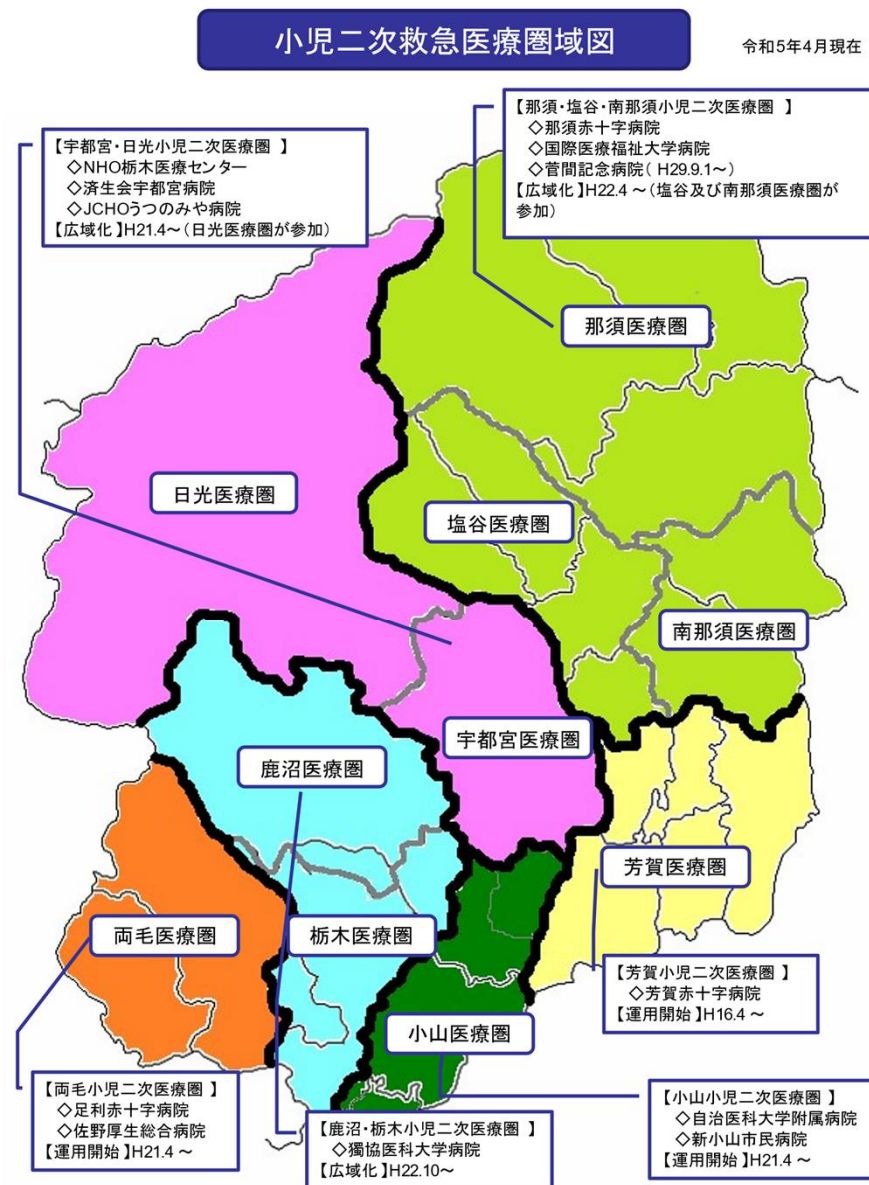
⑥災害時等の小児医療提供体制

- ・ 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」を27名に委嘱しています。（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感染症の罹患または罹患が疑われる子どもに対する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。

小児医療分野 現状と課題

③ 医療提供体制に係る圏域

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



小児救急を含む小児医療分野 施策・指標体系図

(C) 施策

	個別施策	指標
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
2	こ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	こども救急ガイドブックの作成部数

	個別施策	指標
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）	小児科を標榜する病院数、診療所数
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）	小児休日夜間急患センター数

	個別施策	指標
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例の検証）	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
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）	PICU病床数
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）	小児科医師数

	個別施策	指標
1	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
2	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

(B) 中間アウトカム

1	子どもの健康を守るために、家族等を支援する体制
1 指標	とちぎ子ども救急電話相談（#8000）の相談件数 （とちぎ子ども救急電話相談（#8000）の満足度）
2 指標	
3 指標	（救命救急センターにおける小児救急患者の入院率）

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
1 指標	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
2 指標	（小児人口当たり時間外外来受診者数）

3	症状に応じた専門的医療を受けることができる
1 指標	小児救急搬送症例の受入困難事例の件数【再掲】
2 指標	小児科医師偏在指標
3 指標	（救急入院患者数）

4	療養・療育支援が可能な体制
1 指標	小児の訪問看護利用者数、訪問診療受診者数

(A) 分野アウトカム

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
1 指標	小児救急搬送症例の受入困難事例の割合 （乳児死亡率）
2 指標	
3 指標	（幼児、小児死亡数）
4 指標	（小児医療に対する満足度）

新興感染症発生・まん延時における医療分野 現状と課題

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2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日あ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2月2日時点で741床(臨時医療施設102床含む)でした。
- ・ 重症病床は令和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ステーション数は45施設(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箇所(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逼迫時の入院調整、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。

新興感染症発生・まん延時における医療

新興感染症発生・まん延時における医療分野 施策・指標体系図

(C) 施策

(B) 中間アウトカム

(A) 分野アウトカム

	個別施策	指標
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）
2	流行初期における入院体制（重症病床）の確保	協定締結確保病床数のうち重症病床数（流行初期）
3	流行初期以降における入院体制（一般病床）の確保	協定締結確保病床数（流行初期以降）
4	流行初期以降における入院体制（重症病床）の確保	協定締結確保病床数のうち重症病床数（流行初期以降）
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）
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）
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医療機関数
8	自宅療養者等への医療（薬剤）の提供の確保	自宅療養者等へ医療を提供する薬局数
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
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
11	派遣可能な医療人材（医師）の確保	派遣可能医師数
12	派遣可能な医療人材（看護師）の確保	派遣可能看護師数
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

1	平時から新興感染症の発生時における医療提供体制を確保する	
1	指標	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

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	
1	指標	

在宅医療分野 施策・指標体系図

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の関心が高まっています。
- ・ さらに、医療的ケアを必要とする障害児は令和5(2023)年4月現在、375人おり、医療的ケアを受けながら日常生活を営む小児や若年層の患者が増加しています。
- ・ 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

- ・ 訪問診療の実施状況は次のとおりです。病院：32.9%、一般診療所：23.3%、歯科診療所：28.0%、薬局(※)：48.8%
(※訪問薬剤指導を実施している薬局)
- ・ 往診の実施状況は次のとおりです。病院：24.7%、一般診療所：34.6%、歯科診療所：28.6%
- ・ 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。(栃木県在宅医療実態調査(令和4(2022)年))
- ・ 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。

(3) 在宅医療の支援等の状況

①退院支援

- ・ 令和3(2021)年度に退院支援を受けた患者数は4,636人/月で増加傾向にありますが、令和2(2020)年に退院支援担当者を配置している病院の割合は37.5%で全国の50.3%と比べると少ない状況です。
- ・ 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)

- ・ 令和3(2021)年度に訪問診療及び往診を受けた患者数は、それぞれ7,900人/月、1,902人/月で増加傾向です。
- ・ 将来の需要増加に対応していくためには、訪問診療における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促進等を行っていく必要があります。

(訪問看護)

- ・ 令和5(2023)年4月現在、訪問看護事業所数は176施設で増加傾向にあります。また、訪問看護事業所に従事する看護職員数は常勤換算で947.9人と増加傾向にあり、1事業所当たりの常勤看護職員数は5.4人となっています。
- ・ 訪問看護の利用者数は、医療保険によるものが303人/月(精神科看護以外)、580人/月(精神科看護)、介護保険によるものが9,766人/月で増加傾向です。

在宅医療分野 施策・指標体系図

(訪問看護) (続き)

- ・ 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質の向上に努めていくことが重要です。

(訪問歯科診療)

- ・ 令和3(2021)年度に訪問歯科診療を受けた患者数は2,540人/月で増加傾向です。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)

- ・ 令和5(2023)年4月現在、在宅患者調剤加算を届け出ている薬局数は304施設で増加傾向です。在宅医療に関わる薬剤師の資質向上に加え、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、地域における居住生活の維持向上を目指す生活期リハビリテーションを切れ目なく提供できる体制整備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には、管理栄養士が配置されている在宅療養支援病院や診療所、管理栄養士が所属する栄養ケア・ステーション等の活用も含めた体制整備が求められています。

③急変時の対応

- ・ 令和4(2022)年9月現在、訪問診療を行う診療所における緊急入院先の確保状況は有床診療所では66.7%ですが、無床診療所では32.2%にとどまり、横ばいで推移しています。
- ・ 「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。

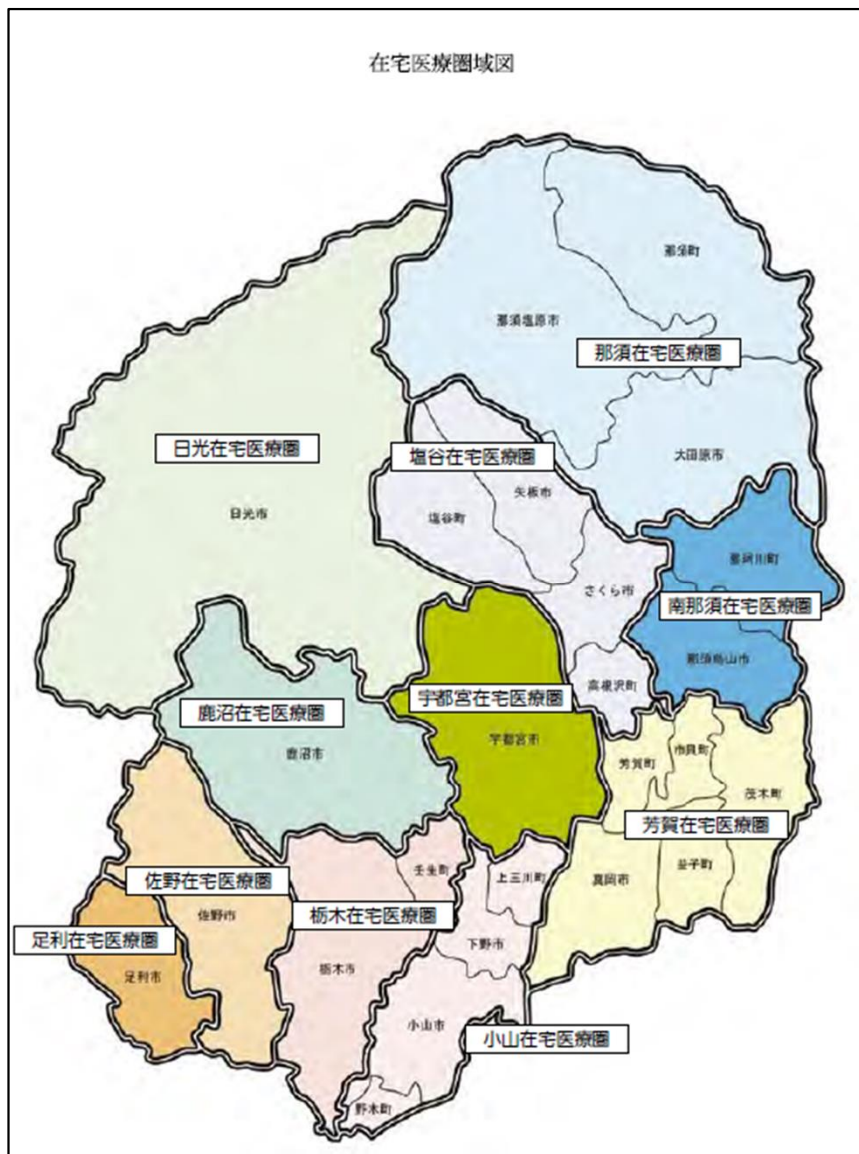
④在宅での看取り

- ・ 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。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。

在宅医療分野 現状と課題

医療提供体制に係る圏域

地域の実情に応じて、11在宅医療圏を定めることとします。



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

在宅医療における医療分野 施策・指標体系図

(C) 施策

(B) 中間アウトカム

(A) 分野アウトカム

	個別施策	指標
1	・ 病院の看護師やケアマネ等へ在宅医療を啓発 ・ 入退院の支援を担う人材の養成	退院支援担当者を配置している診療所・病院数
2	・ 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	退院支援を実施している診療所・病院数
3	・ 在宅医療・介護連携推進事業を実施する市町への支援	介護支援連携指導を実施している診療所・病院数
4		退院時共同指導を実施している診療所・病院数

退院する患者が、退院後も継続した在宅医療及び介護サービス等が受けられる	
1	指標 退院支援（退院調整）を受けた患者数
2	指標 介護支援連携指導を受けた患者数
3	指標 退院時共同指導を受けた患者数
4	指標 退院後訪問指導を受けた患者数

	個別施策	指標
5	・ 在宅療養支援体制強化研修開催事業 ・ 在宅医機能強化支援事業	訪問診療を実施している診療所・病院数
6	・ 小児在宅医療体制構築事業	小児の訪問診療を実施している診療所・病院数
7・8	・ 在宅医療設備整備支援事業	在宅療養支援診療所・病院数
9	・ 訪問看護ステーション設備整備支援事業	訪問看護事業所数
10	・ 訪問看護教育ステーション事業	訪問看護事業所に従事する看護職員数
11	・ 訪問看護サポート事業 ・ ハラスメント対策	機能強化型の訪問看護ステーション数
12	・ 小児在宅医療体制構築事業	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
13	・ 在宅医療設備整備支援事業	歯科訪問診療を実施している診療所数
14	・ 在宅歯科医療連携室整備事業【増】 ・ 在宅歯科医療従事者研修事業【増】	在宅療養支援歯科診療所数
15	・ 在宅歯科・障害者歯科医療協力医等人材育成事業【増】	訪問口腔衛生指導を実施している診療所・病院数
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
17	・ 在宅医療設備整備支援事業 ・ 薬剤師の在宅業務推進事業【薬】	訪問薬剤指導を実施している薬局数
18	・ 在宅医療における多職種連携オーラルフレイル予防推進事業【薬】	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る薬局数
19	・ 認定薬局推進事業【薬】	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
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
21	（訪問リハに係る施策）	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
22	（訪問栄養に係る施策）	訪問栄養食事指導を実施している診療所・病院数

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	
1	指標 訪問診療を受けた患者数
2	指標 小児の訪問診療を受けた患者数
3	指標 訪問看護利用者数
4	指標 小児の訪問看護利用者数
5	指標 訪問歯科診療を受けた患者数
6	指標 歯科衛生士を帯同した訪問歯科診療を受けた患者数
7	指標 訪問口腔衛生指導を受けた患者数
8	指標 訪問薬剤管理指導を受けた患者数
9	指標 小児の訪問薬剤管理指導を受けた患者数
10	指標 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
11	指標 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
12	指標 訪問リハビリテーションを受けた患者数
13	指標 訪問栄養食事指導を受けた患者数

1	在宅療養を希望する人が、住み慣れた地域で暮らし続けることができる
---	----------------------------------

	個別施策	指標
23	・ 在宅医療連携体制強化研修開催事業 ・ 在宅医機能強化支援事業	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		緊急入院先をあらかじめ確保している診療所の割合
26・27	・ 訪看STの大規模化	24時間体制を取っている訪問看護ステーション数、従事者数
28	（訪問薬剤に係る施策）	24時間対応可能な薬局数

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、必要に応じ、円滑に入院できる	
1	指標 往診を受けた患者数

	個別施策	指標
29	・ 在宅医療や人生会議に関する啓発（県民向け）	人生会議に係る認知度
30	・ 人生会議に関する啓発（医療・介護従事者向け）	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		ターミナルケアを実施している訪問看護ステーション数

県民が、望む場所で人生の最期を迎えられる	
1	指標 在宅ターミナルケアを受けた患者数
2	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	指標 看取り数（死亡診断のみの場合を含む）
4	指標 在宅死亡者数

(目次)

1. 栃木県保健医療計画の全体構成について
2. 保健医療圏の設定について
3. 第5章（5疾病6事業及び在宅医療）について
4. 第5章以外の内容について

第1章 保健医療計画の基本的事項

第1節 計画策定の趣旨

- これまで、本県では昭和63年に「栃木県保健医療計画（1期計画）」を策定してから、安心して良質な医療を確保するため、医療機能の分化・強化、連携や、地域包括ケアシステムの推進等の取組を進めてきました。
- 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、連携等の重要性、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。
- 一方で、この間も、人口減少・高齢化は着実に進んでおり、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するとともに、今後は、特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。
- 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に加え、保健・福祉・介護サービスと連携を行うことにより、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）」を作成することとしました。

第2章 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

【説明】

- 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、保健・介護・福祉サービスとの一体的な提供の充実化を図ります。
- 県民誰もが住み慣れた地域において、健康で生涯安心して暮らすことができる社会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、県民が安全に生活できる医療等の提供体制の構築を目指します。

（参考）7期計画

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

第2章 栃木県の保健・医療の現状

第2節 人口の特性

第1項 総人口

- 本県の総人口は平成17（2005）年をピーク（2,016,631人）に達し、その後減少に転じ、令和4（2023）年10月1日現在、1,908,380人となっています。
- 今後の予測では本県の人口は令和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、令和4（2022）年の後期高齢者人口（75歳以上）は280,508人ですが、団塊の世代が75歳に到達する令和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。

第2項 年齢階級別人口

- 令和4（2023）年10月1日現在の年齢階級別人口は年少人口（0～14歳）が11.3%、生産年齢人口（15～64歳）が57.3%、老年人口（65歳以上）（高齢化率）が29.5%であり、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に見てみると、県西保健医療圏で34.1%、両毛保健医療圏で32.9%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。

医療圏	県北	県西	宇都宮	県東	県南	両毛
高齢化率	32.0%	34.1%	26.5%	31.3%	29.1%	32.9%

第3節 受療の状況

第3項 傷病分類別患者数

- 令和4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（人口10万対の入院受療率）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おり、今後もこれらの疾患への対応が必要です。

第3章 保健医療圏と基準病床数

第1節 保健医療圏設定の基本的考え方

第2項 保健医療圏の設定 (P.8-14)

第3項 基準病床数 (詳細は「参考資料3：基準病床数設定の考え方(案)」参照)

8期計画			
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	4,959
結核病床	全域	30	30
感染症病床	全域	32	31

(参考) 7期計画		
病床種別	圏域	基準病床数
療養病床及 び一般病床	県北	2,431
	県西	604
	宇都宮	3,578
	県東	546
	県南	4,430
	両毛	1,979
	計	13,568
精神病床	全域	4,328
結核病床	全域	45
感染症病床	全域	32

※R4.10.1現在の人口で計算。最終的にはR5.10.1時点の人口で計算を行う。

第4章 良質で効率的な医療の確保

第2節 医療機関の機能分担と連携

第1項 かかりつけ医

- 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

第2項 地域支援病院、第5項 公的医療機関等

- 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、必要な指導、助言、情報を提供し、地域医療支援病院に求められる医療機能確保を促進

第6項 紹介受診重点医療機関

- 外来機能報告の実施
- 紹介受診重点医療機関の明確化：
 - ・ 重点外来医療を提供する基幹的な役割を担う意向を有する医療機関として当該医療機関を明確化します。
 - ・ 令和5（2023）年7月1日現在、12の病院を県ホームページで公開
那須赤十字病院、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、芳賀赤十字病院、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、足利赤十字病院、佐野厚生総合病院、佐野医師会病院

第4節 医薬品等の安全対策及び血液等の確保

第2項 後発医薬品の使用推進

- 医療関係者に対するバイオ後続品及びフォーミュラの理解促進のための普及啓発

第5節 保健医療に関する情報化及び医療DXの推進

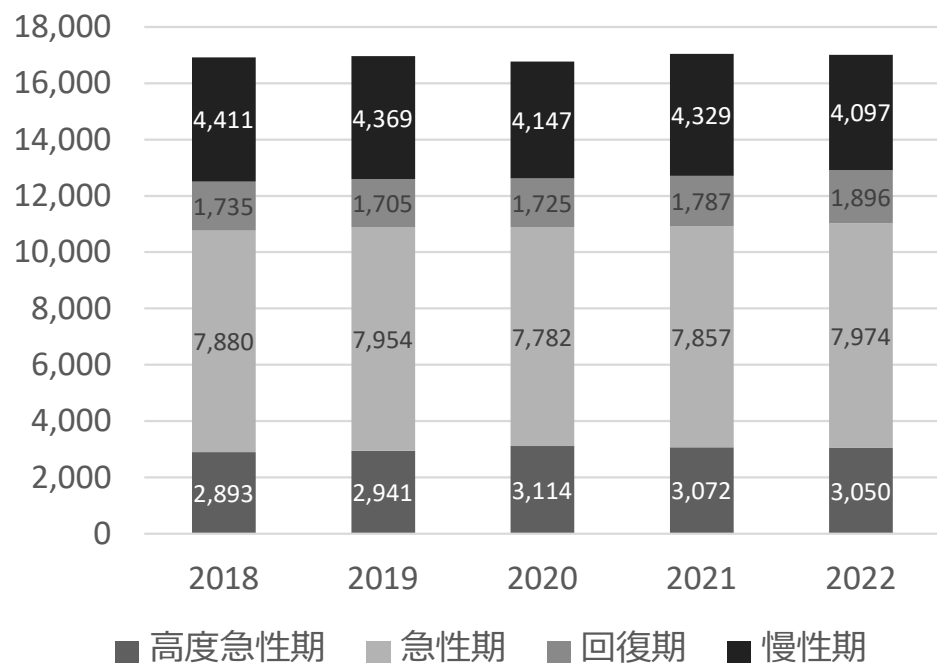
- 国全体で進められる医療DX(※)の推進、既存システムとの連携

※ 令和4年10月11日閣議決定により、「医療DX推進本部」が設置され、翌日開催された第1回の本部会議において、「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」などの各施策を「関係行政機関の密接な連携の下、政府一体となって推進していく」ことが示されている。

第6章 地域医療構想の取組

病床機能報告の推移

各年度（実数）



2025年の予定



	2018	2019	2020	2021	2022
高度急性期	2,893	2,941	3,114	3,072	3,050
急性期	7,880	7,954	7,782	7,857	7,974
回復期	1,735	1,705	1,725	1,787	1,896
慢性期	4,411	4,369	4,147	4,329	4,097
休棟等	599	472	374	442	445
計	17,518	17,441	17,142	17,487	17,462

	2018	2019	2020	2021	2022	必要病床数 (2025)
高度急性期	2,953	2,981	3,073	3,129	3,052	1,728
急性期	8,071	7,897	7,777	7,805	7,843	5,385
回復期	2,141	2,137	2,359	2,035	1,821	5,179
慢性期	3,990	3,942	3,972	3,833	3,899	3,166
休棟等	97	418	194	166	311	-
小計	17,252	17,375	17,375	16,968	16,926	15,458
介護移行	163	209	244	329	158	-
計	17,415	17,584	17,619	17,297	17,084	15,458

第7章 外来医療計画の取組

※「資料2：栃木県外来医療計画（8期計画前期）の骨子案」参照

第8章 各分野の医療体制の充実

第1節 感染症

第3項 エイズ・性感染症

- 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）の実情にあわせた予防啓発の強化
- 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

第4項 ウイルス性肝炎

- 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を整備する等の活動を支援

第2節 移植医療

第1項 臓器移植

- 「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

第3節 難病

- 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（できる限り早期に正しい診断ができる体制、診断後は身近な医療機関で適切な医療を受けられる体制の充実、重症患者の入院施設の確保）

第8章 各分野の医療体制の充実

第4節 アレルギー疾患

- 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
- 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）がアレルギー疾患への対応に関する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等、職場等と医療機関等との連携協力体制の確保
- 患者・家族、県民に向けた科学的根拠に基づくアレルギー疾患医療に関する正しい情報発信
- 食物アレルギーに対する災害時の備えとして、平時における食物アレルギーに関する備蓄食等の県民に対する啓発の実施、災害時における栄養士会等の関係団体と連携した食物アレルギーにも配慮した食糧支援に関わる体制の整備、アナフィラキシー等の発症予防の啓発、アレルギー疾患に関する相談窓口の設置

第5節 慢性閉塞性肺疾患（COPD）

- 認知度向上のための普及啓発
- 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

第6節 慢性腎臓病（CKD）

- 医療機関、行政機関及び県民全体に対する計画的、効率的・効果的な普及・啓発の実施
- 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（保険者が行う医療機関への受診勧奨の取組の推進、紹介・逆紹介の推進、2人主治医制の推進など）
- CKD診療を担う医療従事者に対するの各種ガイドライン等による標準的な治療の普及
- CKD診療・指導・管理体制を充実化に向けた、看護師、保健師、管理栄養士及び薬剤師等の人材育成

第9章 保健・医療・介護・福祉の総合的な取組の推進

第2節 高齢者保健福祉対策

➤ 「栃木県高齢者支援計画「はつらつプラン21」（九期計画）」の見直しを踏まえ内容を記載

- 高齢者が、心身の状態にかかわらず、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、多様な社会参加の促進や就業機会の確保、学習機会の提供等による生きがいつくりの推進
- 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

第3節 今後高齢化に伴い増加する疾患等対策

- 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

第5節 母子保健対策

- 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
- 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

第9章 保健・医療・介護・福祉の総合的な取組の推進

第11節 健康危機管理体制の整備

- 「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 等

（数値目標）

- ・ 健康危機管理のための基礎研修・健康危機管理のためのマネジメント等研修：毎年定員数受講
- ・ IHEAT.JP（IHEAT運用支援システム）登録者数：150人

区分	実施主体	2018	2019	2020	2021	2022	目標
健康危機管理のための基礎研修	国	5	5	3	9	8	毎年定員数受講
	県	49	92	44	45	48	
健康危機管理のためのマネジメント等研修	国	1	1	2	0	1	

区分	2021	2022	目標
感染対策等業務支援員	16	19	IHEAT.JP（IHEAT運用支援システム）登録者数
感染症対策専門家	60	65	
計	76	84	150

「感染症予防計画：保健所の感染症業務を行う人員確保数の目標値」

※IHEAT（Infectious 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。

第10章 保健・医療・介護・福祉を支える人材の育成確保

第1節 医師

- 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により、県内に勤務する医師の養成・招へい及び定着を図ります。
- 医師がライフステージに合わせて多様で柔軟な働き方ができるよう、とちぎ医療勤務環境改善支援センターを中心に勤務環境改善の支援に取り組みます。
- 関連計画：栃木県医師確保計画 など

第2節 歯科医師

- 障害者や高齢者等への歯科医療を提供できる歯科医師の育成を図る必要があることから、良質かつ効率的な歯科医療の提供に向けて、高度化・専門化等に対応した研修を通じた歯科医師の資質向上に取り組みます。

第3節 薬剤師

- 地域における薬剤師偏在等の実態を客観的に把握し、それを踏まえた確保策（検討中）
- 薬科系大学が開催する就職説明会等の機会を捉えた、U I J 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潜在的薬剤師の掘り起こしや復職のための支援
- 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

第4節 看護職員（保健師・助産師・看護師・准看護師）

- 新規養成：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】

- 就業看護職員数の目標数：26,032人 R7(2025年)
- 特定行為研修修了看護師の就業者目標数：○人 R11（2029年）※検討中

第10章 保健・医療・介護・福祉を支える人材の育成確保

第5節 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士

【現状と課題】

- 本県における理学療法士、作業療法士、言語聴覚士は人口10万人当たりで全国値を下回っています。
- 今後の高齢者医療の需要増に対応する医療提供体制を確保するため、多種多様な医療職種の確保及び質の向上に取り組む必要があります。

【主な施策】

※検討中

第6節 管理栄養士・栄養士

- 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栄養士の配置を促進

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）

- 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11章 計画の周知及び推進体制

令和5年10月30日

資料 3

令和5（2023）年第2回県南地域医療構想調整会議及び
第2回県南地域医療構想区域病院及び有床診療所等会議

栃木県医師確保計画（8期前期計画）の 策定

栃木県保健福祉部医療政策課
とちぎ地域医療支援センター

医師確保計画

現行計画の評価（前回（5/30）栃木県地域医療対策協議会協議済み）

指標等の状況

- 新医師偏在指標における本県の順位は31位となり、医師少数都道府県を脱している。
- 新旧・医師偏在指標を比べると、全県及び5つの区域（二次医療圏）で増加しているが、県北・県西・両毛の3区域は依然として医師少数区域に該当している。
- 県全体の常勤医師数は増加しているが、人口10万対医師数は全国と比べて少ない状況にある。
- 内科や外科など、多くの診療科で全国の人口10万対医師数を下回っている。
- 内科、外科、麻酔科、救急科等で「望ましい医師数」と「現員医師数」の差が大きくなっている。
- 臨床研修医及び専攻医ともに増加してきているが、臨床研修医については募集定員枠の上限に近づきつつある。
- 地域の医療機関に派遣可能な県養成医師数は順調に増加しているが、地域の派遣ニーズを充足する状況には至っていない。
- 本県の女性医師数は増加し、割合も増加しているが、全国と比べると下回っている。
- 小児科医師数は若干増加しているが、産科医師数はほぼ横ばいとなっている。

評価

- 医師数は全県及び全地域において増加しており、また、医師偏在指標による評価では医師少数都道府県を脱する等、現行計画に基づく様々な取組には一定の効果があったものとする。
- 一方、病院医師現況調査等から、一部の地域、診療科において依然として十分な医師確保がなされているとは言えない状況にあることが示されており、次期保健医療計画や地域医療構想等を踏まえて、**臨床研修医や専攻医の研修の充実や県外からの医師確保など**、より重点的に医師確保に取り組む必要がある。
- また、医師の働き方改革や子育て医師等支援、専門医制度及び地域枠制度の変更等、現行計画から更に踏み込んだ取組・対応が求められる課題も多くあり、関係機関とより一層協働しながら全県を挙げて医師の確保・育成及び定着に取り組むことが重要である。

医師確保計画概要

医師確保計画を通じた医師偏在対策

令和5年5月18日 厚生労働省

医療政策研修会 (一部改変)

背景

- ・ 人口10万人対医師数は、医師の偏在の状況を十分に反映した指標となっていない。
- ・ 都道府県が主体的・実効的に医師確保対策を行うことができる体制が十分に整っていない。

医師の偏在の状況把握

医師偏在指標の算出

三次医療圏・二次医療圏ごとに、**医師の偏在の状況を全国ベースで客観的に示す**ために、地域ごとの医療ニーズや人口構成、医師の性年齢構成等を踏まえた**医師偏在指標**の算定式を国が提示する。

医師偏在指標で考慮すべき「5要素」

- ・ 医療需要（ニーズ）及び将来の人口・人口構成の変化
- ・ 患者の流出入等
- ・ へき地等の地理的条件
- ・ 医師の性別・年齢分布
- ・ 医師偏在の種別（区域、診療科、入院/外来）



医師多数区域・医師少数区域の設定

全国の335二次医療圏の医師偏在指標の値を一律に比較し、上位の一定の割合を医師多数区域、下位の一定の割合を医師少数区域とする基準を国が提示し、それに基づき都道府県が設定する。



国は、都道府県に医師確保計画として以下の内容を策定するよう、ガイドラインを通知。

『医師確保計画』（＝医療計画に記載する「医師の確保に関する事項」）の策定

医師の確保の方針

（三次医療圏、二次医療圏ごとに策定）

医師偏在指標の大小、将来の需給推計などを踏まえ、地域ごとの医師確保の方針を策定。

- （例）
- ・ 短期的に医師が不足する地域では、医師が多い地域から医師を派遣し、医師を短期的に増やす方針とする
 - ・ 中長期的に医師が不足する地域では、地域枠・地元出身者枠の増員によって医師を増やす方針とする等

確保すべき医師の数の目標（目標医師数）

（三次医療圏、二次医療圏ごとに策定）

医師確保計画策定時に、3年間の計画期間の終了時点で確保すべき目標医師数を、医師偏在指標を踏まえて算出する。

目標医師数を達成するための施策

医師の確保の方針を踏まえ、目標医師数を達成するための具体的な施策を策定する。

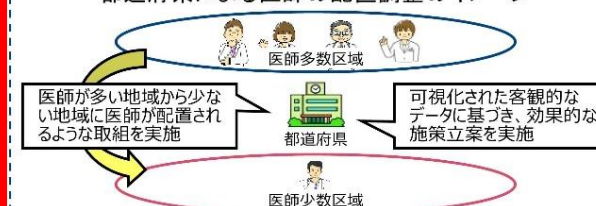
- （例）
- ・ 大学医学部の地域枠を15人増員する
 - ・ 地域医療対策協議会で、医師多数区域のA医療圏から医師少数区域のB医療圏へ10人の医師を派遣する調整を行う等

3年*ごとに、都道府県において計画を見直し(PDCAサイクルの実施)

西暦	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
医療計画	第7次						第8次					
医師確保計画	指標設計(国)	計画策定(県)	第7次				第8次(前期)		第8次(後期)			

* 2020年度からの最初の医師確保計画のみ4年（医療計画全体の見直し時期と合わせるため）

都道府県による医師の配置調整のイメージ



医師確保計画概要 | 医師の確保の方針 (1)

【医師偏在指標】

区 域	全国	栃木県	県北	県西	宇都宮	県東	県南	両毛
医師偏在指標	255.6	230.5	171.2	168.1	207.6	207.0	345.3	179.3
摘 要			医師少数区域	医師少数区域			医師多数区域	医師少数区域

<都道府県>

国ガイドライン		該当区域等
区分	医師の確保の方針	
医師多数都道府県	<ul style="list-style-type: none"> 医師多数都道府県以外からの医師の確保は行わない 医師少数都道府県への医師派遣についても検討を行う 	—
多数でも少数でもない都道府県	<ul style="list-style-type: none"> 都道府県内に医師少数区域が存在する場合には、必要に応じて医師多数都道府県からの医師の確保ができる 	栃木県
医師少数都道府県	<ul style="list-style-type: none"> 医師の増加を基本方針とする 医師多数都道府県からの医師確保ができる 	—

<二次医療圏>

国ガイドライン		該当区域等
区分	医師の確保の方針	
医師多数区域	<ul style="list-style-type: none"> 他の二次医療圏からの医師の確保は行わない 医師少数区域への医師派遣を行うことは求められる 	県南
多数でも少数でもない区域	<ul style="list-style-type: none"> 必要に応じて、医師多数区域の水準に至るまでは、医師多数区域からの医師の確保を行える 	宇都宮、県東
医師少数区域	<ul style="list-style-type: none"> 医師の増加を基本方針とする 医師少数区域以外の二次医療圏からの医師の確保ができる 	県北、県西、両毛

医師確保計画概要 | 医師の確保の方針 (2)

【国ガイドライン】

時間軸による状況の差異によって、採るべき医師確保の対策に係る方針が異なる場合があることから、時間軸によっても場合分けした上で医師確保の方針を定めることとする。

現在時点と2036年時点のそれぞれにおける医師確保の方針は次のとおりとする。

- 現在時点の医師の不足に対しては、短期的な施策による対応を行うこととし、長期的な施策では対応しないこととする。
- 2036年時点の医師の不足に対しては、短期的な施策と長期的な施策を組み合わせることで対応することとする。

[短期的な施策]

- 都道府県内における医師の派遣調整
- キャリア形成プログラムの策定・運用

[長期的な施策]

- 医学部における地域枠・地元出身者枠の設定

現在時点と将来時点のそれぞれにおける医師確保の方針

現在時点の医師不足

- 短期的な施策により対応する

2036年時点の医師の不足

- 短期的な施策と長期的な施策を組み合わせることで対応する

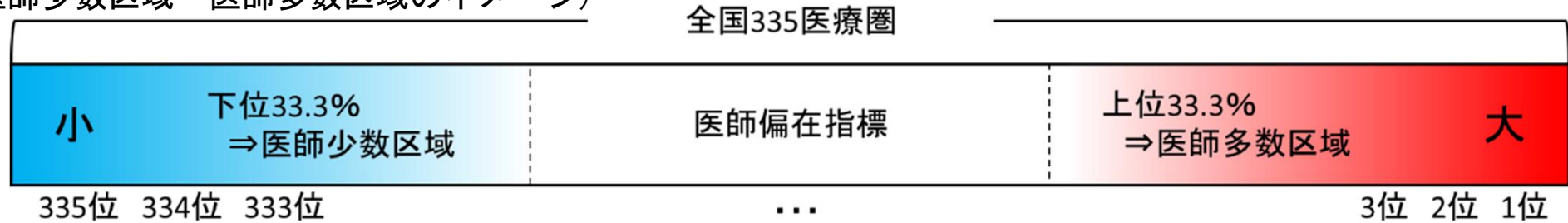
医師確保計画概要 | 目標医師数 (1)

【国ガイドライン】

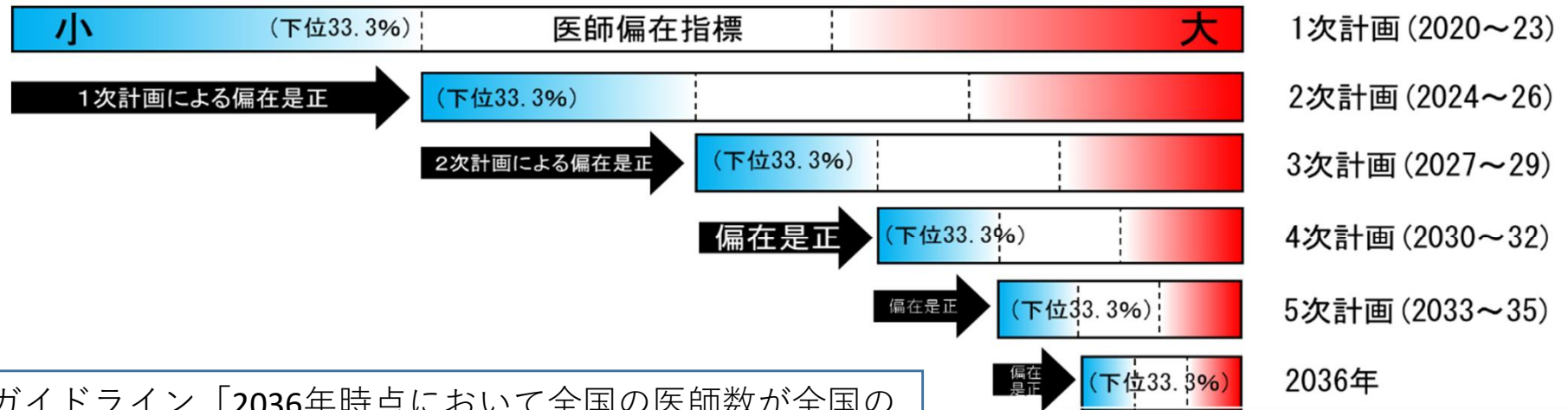
目標医師数は、3年間の計画期間中に医師少数区域及び医師少数都道府県が計画期間開始時の下位33.3%の基準を脱する（すなわち、その基準に達する）ために要する具体的な医師の数を、目標医師数として設定する。

参考（現計画抜粋）

（医師少数区域・医師多数区域のイメージ）



（医師偏在是正の進め方）



国ガイドライン「2036年時点において全国の医師数が全国の医師需要に一致する場合の医師偏在指標の値（全国値）を算出し、医療圏ごとに、医師偏在指標が全国値と等しい値になることを、医師偏在是正の目標とする。」

↑2036年時点における医師の需要を満たすために必要となる医師偏在指標の水準

医師確保計画概要 | 目標医師数 (2)

<都道府県>

国ガイドライン	
区分	目標医師数の考え方
医師多数都道府県	<ul style="list-style-type: none"> 目標医師数を既に達成しているものとして取り扱う 新たに医師確保対策を立案することを抑制する
多数でも少数でもない都道府県	<ul style="list-style-type: none"> 上記同様
医師少数都道府県	<ul style="list-style-type: none"> 計画期間終了時の医師偏在指標が、計画期間開始時の全都道府県の医師偏在指標について下位33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師の総数が目標医師数となる

該当区域等
—
栃木県
—

<二次医療圏>

国ガイドライン	
区分	目標医師数の考え方
医師多数区域	<ul style="list-style-type: none"> 計画開始時の医師数を設定上限数とする
多数でも少数でもない区域	<ul style="list-style-type: none"> 上記同様
医師少数区域	<ul style="list-style-type: none"> 計画期間終了時の医師偏在指標の値が、計画期間開始時の全二次医療圏の医師偏在指標について下位33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師の総数が目標医師数となる ただし、計画期間開始時に既に下位33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師数を達成している場合は、原則として、目標医師数は計画開始時の医師数を設定上限とする

該当区域等
県南
宇都宮、県東
県北、県西、両毛

医師確保計画概要 | 目標医師数 (3)

現計画			都道府県・医療圏		現在の医師数 (標準化医師数) (2018年)※		計画開始時点の下位33.3%に相当する医師偏在指標を上回るために必要な医師数(2023年)※	目標医師数 (2023年)
栃木県		医師少数都道府県	4,350 人	>	4,145 人		4,350 人	
二次医療圏	県北	医師少数区域	531 人	<	533 人		533 人	
	県西	医師少数区域	242 人	<	247 人		247 人	
	宇都宮		981 人	>	840 人		981 人	
	県東		156 人	>	142 人		156 人	
	県南	医師多数区域	1,971 人	>	880 人		1,964 人	
	両毛	医師少数区域	469 人	>	436 人		469 人	

都道府県・医療圏			現在の医師数 (標準化医師数) (2022年)※		計画開始時点の下位33.3%に相当する医師偏在指標を上回るために必要な医師数(2026年)※	目標医師数 (2026年)
栃木県			4,607 人	>	4,332 人	4,607 人
二次医療圏	県北	医師少数区域	585 人	>	581 人	585 人
	県西	医師少数区域	274 人	>	265 人	274 人
	宇都宮		1,104 人	>	929 人	1,104 人
	県東		194 人	>	153 人	194 人
	県南	医師多数区域	1,939 人	>	969 人	1,939 人
	両毛	医師少数区域	510 人	>	471 人	510 人

※国が算出。都道府県と二次医療圏を分けて算出しているため、二次医療圏の計は都道府県の数値と一致しない。

- 国が示した医師確保策定ガイドラインに基づくと、「現在の医師数」が基準となる医師偏在指標を超えるために必要な医師数を超えているため、「目標医師数」は「現在の医師数」と同じ値を設定することになる。
- しかしながら、一部の地域や診療科において依然として十分な医師確保がなされているとは言えない状況にあることから、引き続き、医師の確保・育成を推進していく。

医師確保計画概要 | 目標医師数を達成するための施策

【国ガイドライン】

都道府県ごとの医師確保対策については、一定程度共通の項目に基づき定めることで、施策の効果の測定や好事例の共有等を容易に実施することができるようになるため、次に掲げる項目については医師確保計画に定めることが望ましい。

- | | |
|--|-------------------|
| ① 医師の派遣調整 | ④ 地域医療介護総合確保基金の活用 |
| ② キャリア形成プログラム | ⑤ その他の施策 |
| ③ 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 | |

主な施策・取組の方向性

① 医師の派遣調整

- 医師派遣に必要な情報の把握
- 医師派遣大学等協議会等を通じた情報共有、医師派遣の協力依頼
- 派遣先医療機関の選定

等

② キャリア形成プログラムの運用

- キャリア形成プログラムの離脱防止
- キャリア形成プログラム及び卒前支援プランの理解促進

等

③ 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

- 医師の負担軽減
- 妊娠中の医師や子育てを行う医師、介護を行う医師に対する支援

等

④ 地域医療介護総合確保基金の活用

- 医師の確保に向けた取組に重点的に活用
- 医師偏在対策に効果的な事業を検討

等

⑤ その他の施策

- とちぎ地域医療支援センターと医療勤務環境改善支援センターの連携
- 教育機会の提供・拡充
- 臨床研修医及び専攻医の確保、研修の充実

等

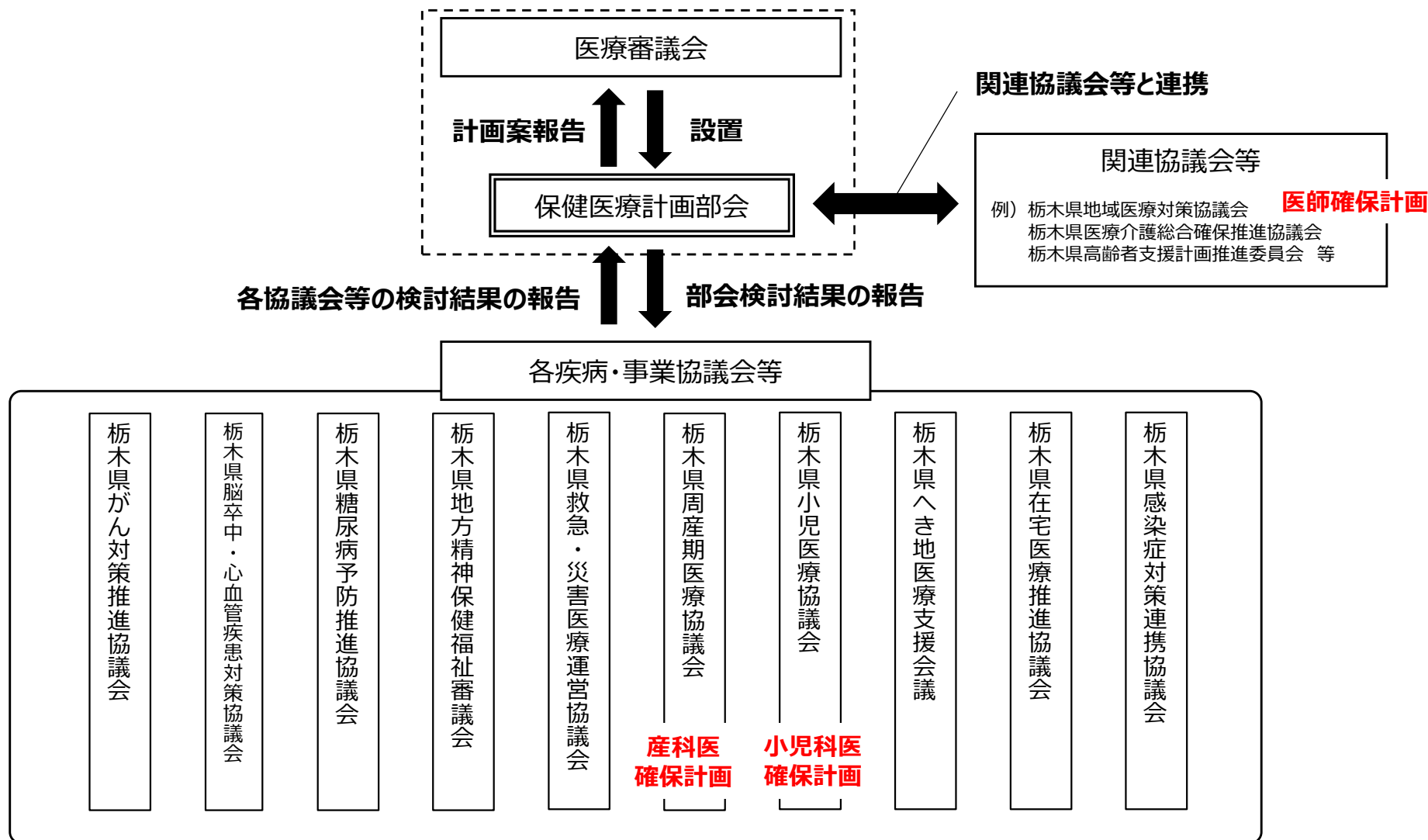
産科・小児科医師確保計画

概要 | 策定体制

令和5年5月8日

資料1

第1回栃木県医療審議会保健医療計画部会
(一部改変)



現行産科医師確保計画の評価及び今後の方向性

栃木県周産期医療協議会
資料抜粋（一部改変）

現行計画における医師確保方針の達成状況等

- 新医師偏在指標における本県の順位は22位となり、医師少数都道府県ではない。
- 新旧・医師偏在指標を比べると、全県及び5つの区域（二次医療圏）で減少しているが、芳賀は増加している。依然として、宇都宮・上都賀は相対的医師少数区域となっている。
- 直近の人口10万対産婦人科医師数は全国と比べて少ない状況にある。
- ここ数年、産科医師数は減少傾向にある。

現行計画の評価及び今後の方向性（案）

- 医師偏在指数は一部を除いて減少しているが、医師少数都道府県には属しておらず、現行計画に基づく様々な取組には一定の効果があったものと考える。
- 一方、医師偏在指標は全国値を下回っていることから、引き続き医師確保の取り組みを進める必要がある。
- 医師確保の取り組みの実施に当たっては、県西保健医療圏における産科医師確保・産科医療提供体制確保の取組についても、併せて検討する必要がある。
- また、医師の働き方改革、子育て医師等支援、専門医制度や地域枠制度の変更等現行計画から更に踏み込んだ取組・対応が求められる課題も多くあり、関係機関とより一層協働しながら全県を挙げて医師の確保・育成及び定着に取り組むことが重要である。

産科医師確保計画概要 | 医師確保の方針、偏在対策基準医師数

栃木県周産期医療協議会
資料抜粋

< 医師確保の方針 >

国ガイドライン

該当区域等

区分	医師の確保の方針
相対的医師少数都道府県・区域 以外 の区域	<ul style="list-style-type: none"> 医療提供体制の状況を鑑みた上で、医師を増やす方針を定めることも可能
相対的医師少数都道府県・区域	<ul style="list-style-type: none"> 必要に応じて、医療圏の見直しや医療圏を越えた連携を検討 上記によっても偏在が解消されない場合、医師確保による偏在解消を図る

栃木県
那須・塩谷、芳賀、
下都賀、両毛

宇都宮・上都賀

< 偏在対策基準医師数 >

都道府県・医療圏		標準化医師数※	偏在対策基準医師数(2026年) ※
栃木県		148 人 >	117.8 人
周産期医療圏	那須・塩谷	25.1 人 >	16.7 人
	宇都宮・上都賀	相対的医師少数区域 27.4 人 <	30.1 人
	芳賀	11.5 人 >	5.3 人
	下都賀	64.7 人 >	26.6 人
	両毛	19.1 人 >	15.5 人

次期産科医師確保計画においては、**県や医療圏ごとの目標産科医師数の設定は行わない**。(理由は下記のとおり)

- ・医療圏ごとの目標設定を行わないことで、相対的医師少数区域の解消に向けて柔軟な施策の展開が可能となること。
- ・産科医師確保計画においては必ずしも目標医師数の設定は不要であり、多くの都道府県において産科医師の目標値設定は行っていないこと。

産科医師確保計画概要 | 偏在対策基準医師数を踏まえた施策

栃木県周産期医療協議会
資料抜粋

< 偏在対策基準医師数を踏まえた施策 >

【国ガイドライン】

周産期医療・小児医療の提供体制の見直しに関する施策として、医療圏の見直し、医療圏を超えた地域間の連携の推進、医療機関の集約化・重点化について検討することが望ましい。

産科医師及び小児科医師を増やすための施策として、産科医師及び小児科医師の派遣調整、産科医師及び小児科医師の養成数の増加、産科医師及び小児科医師の勤務環境改善等について検討することが望ましい。

今後の施策の方向性（案）

① 周産期医療の提供体制等の見直し（医療圏の見直し、地域間の連携の推進、医療機関の集約化・重点化）

- ・ 集約化・重点化等によって、施設又は設備の整備、改修、解体等を要する医療機関に対する配慮
- ・ 集約化・重点化等によって、医療機関までのアクセスに課題が生じた場合の移動手段の確保、滞在等についての支援
- ・ 医療機関までのアクセスに時間がかかる地域への配慮

② 産科における医師の派遣調整

- ・ 相対的医師少数区域へ勤務することに対するインセンティブ等の付与
- ・ 医師を派遣する側の医療機関に対する支援
- ・ 専攻医が相対的医師少数区域をローテーションすることに対する支援

③ 産科医師の勤務環境改善

- ・ 病院ごとの勤務環境を把握するため、病院ごとの産科医師数、小児科医師数等を把握
- ・ 産科及び小児科において比較的多い女性医師への支援
- ・ 院内助産の推進

④ 産科医師の養成数の増加

- ・ 医学生や臨床研修医に対する積極的な情報提供、関係構築を実施し、診療科選択への動機付けを実施
- ・ 産科・小児科を選択した専攻医の研修実施に対するインセンティブ（研修奨励金の支給等、診療科枠の制限をかけた医学生に対する修学資金貸与、指導医に対する支援、勤務環境改善等

現行小児科医師確保計画の評価及び今後の方向性

栃木県小児医療協議会
資料抜粋（一部改変）

現行計画における医師確保方針の達成状況等（小児科）

- 相対的医師少数都道府県を脱することを医師確保の方針として、必要な医師の確保を目指す。
→小児科医師偏在指標は109.2（全国31位）に改善し、相対的医師少数都道府県を脱した。
→本県の小児科医師数は増加傾向だが、全国値は下回っている。
- 相対的医師少数区域であった3小児医療圏が相対的医師少数区域を脱するために必要な医師確保を目指す。
→相対的医師少数区域は1区域のみ（宇都宮・日光）となり、2区域が相対的医師少数区域を脱した。
→全ての小児医療圏で小児科医師偏在指標が改善、宇都宮・日光を除く5区域は標準化医師数も増加。
→小児医療圏ごとの医師偏在指標を比べると、最大値（小山）と最小値（宇都宮・日光）の差は増加傾向。

現行計画の評価及び今後の方向性（案）

- 本県の小児科医師偏在指標・医師数は増加傾向であり、医師偏在指標による評価では医師少数都道府県を脱するなど、現行計画に基づく取組に一定の効果があったものと考えられる。
- 一方で医師偏在指標は全国値を下回っていることから、引き続き医師確保の取組を進める必要がある。
- 小児医療圏ごとにみると医師偏在指標の格差が拡大傾向であることから、相対的医師少数区域における医師確保に重点的に取り組む必要がある。
- 医師確保の取組の実施に当たっては、小児専門医療機関が存在しない県西保健医療圏における小児医療提供体制確保の取組についても、あわせて検討する必要がある。
- また、本県の小児科医師において比較的多い子育て世代の医師への支援、医師の働き方改革の影響を見込んだ対応など、現行計画から更に踏み込んだ取組が求められる課題も多くあり、関係機関とより一層連携しながら、全県を挙げて医師の確保・育成及び定着に取り組むことが重要である。

小児科医師確保計画概要 | 医師確保の方針、偏在対策基準医師数

栃木県小児医療協議会
資料抜粋

< 医師確保の方針（国ガイドライン） >

区分	医師の確保の方針	該当区域等
相対的医師少数都道府県・区域 以外 の区域	<ul style="list-style-type: none"> 当該区域における医療提供体制の状況や医師の労働環境を鑑みた上で、医師を増やす方針を定めることも可能 	栃木県、 那須・塩谷・南那須、 芳賀、小山、 鹿沼・栃木、両毛
相対的医師少数都道府県・区域	<ul style="list-style-type: none"> 必要に応じて、医療圏の見直しや医療圏を越えた連携を検討 上記によっても偏在が解消されない場合、医師確保による偏在解消を図る 	宇都宮・日光

< 現行計画における目標医師数 >

都道府県・医療圏		標準化小児科医師数※	偏在対策基準医師数(2026年) ※
栃木県		260 人 >	239.2 人
小児二次(救急)医療圏	宇都宮・日光	相対的医師少数区域	49 人 <
	那須・塩谷・南那須		41 人 >
	芳賀		15 人 >
	小山		75 人 >
	鹿沼・栃木		47 人 >
	両毛		33 人 >

※医師偏在指標が相対的医師少数区域等の基準値（下位33.3%）に達することとなる医師数。確保すべき医師数の目標数ではない。

次期小児科医師確保計画においては、**県や医療圏ごとの目標小児科医師数の設定は行わない。**（理由は下記のとおり）

- ・医療圏ごとの目標設定を行わないことで、相対的医師少数区域の解消に向けて柔軟な施策の展開が可能となること。
- ・小児科医師確保計画においては必ずしも目標医師数の設定は不要であり、多くの都道府県において小児科医師の目標値設定は行っていないこと。

< 偏在対策基準医師数を踏まえた施策 >

【国ガイドライン】

周産期医療・小児医療の提供体制の見直しに関する施策として、医療圏の見直し、医療圏を超えた地域間の連携の推進、医療機関の集約化・重点化について検討することが望ましい。

産科医師及び小児科医師を増やすための施策として、産科医師及び小児科医師の派遣調整、産科医師及び小児科医師の養成数の増加、産科医師及び小児科医師の勤務環境改善等について検討することが望ましい。

今後の施策の方向性（案）

- ① 小児医療の提供体制等の見直し（医療圏の見直し、地域間の連携の推進、医療機関の集約化・重点化）
 - ・ 小児医療圏については現在の医療圏の設定を維持（地域の医療資源の配置状況や小児救急医療のアクセス等を考慮）
 - ・ 小児科医師の地域偏在の解消を図るため、相対的医師少数区域における医師確保の取組を重点的に実施
 - ・ 小児医療圏単位で日常的な小児医療提供体制確保のため、初期小児救急医療や二次救急医療体制確保のための支援を実施
- ② 小児科における医師の派遣調整
 - ・ 相対的医師少数区域への優先的な派遣調整の検討
 - ・ 相対的医師少数区域へ勤務することに対するインセンティブ付与等の支援
 - ・ 医師を派遣する側の医療機関に対する支援
- ③ 小児科医師の勤務環境改善
 - ・ 医師の働き方改革の影響を見込んだ対応の検討、病院ごとの勤務環境等の把握のための取組
 - ・ 小児科において比較的多い子育て世代をはじめとした女性医師等への支援
 - ・ 医師の業務のタスク・シフト／シェアを進めるために必要な人員の確保に対する支援
- ④ 小児科医師の養成数の増加
 - ・ 医学生や臨床研修医に対する積極的な情報提供、県内専門研修施設の指導体制を含む環境整備等の支援
 - ・ 小児科医修学資金制度の活用

**医師確保計画／産科・小児科医師確保計画
御意見を伺いたいこと**

御意見を伺いたいこと

御意見を伺いたいこと

- ① 次の課題等を解決するために、**効果的な施策やその取り組み方としてどのようなことが考えられるか。**
 - ・ 臨床研修医や専攻医の研修の充実や県外からの医師確保
 - ・ 地域偏在や診療科偏在の解消
 - 例 ・ 地域で不足する診療科や重点的に育成すべき診療科への誘導の仕方
 - ・ 県養成医師においては、地域で不足する診療科や重点的に育成すべき診療科に基づく選択できる診療科の制限や誘導の仕方、又は、不足する診療科や重点的に育成すべき診療科での一定期間の勤務の条件化 など
 - ・ 妊娠中の医師や子育てを行う医師、介護を行う医師に対する支援
- ② ①の施策や効果的な方法を実施するに当たり、県（とちぎ地域医療支援センター）や大学病院、地域の医療機関等は**それぞれどういった部分で連携・協働するとよいか。**

参考

とちぎ地域医療支援センターホームページ
<https://www.tochigi-tic.jp/>



2022年4月～2023年3月 ページビュー 約24,000

医心伝心 トチギ医ズム（医学生・医師向けパンフレット）



今まで取り上げたテーマ
総合診療、女性医師、
指導医の役割 など

A4 20ページ、「民間医局」会員に配布、デジタル版をHP掲載

協議会の開催予定

	R5.5	6	7	8	9	10	11	12	R6.1	2	3
地域医療構想調整会議 保健医療計画部会		<ul style="list-style-type: none"> ● 第1回 □ 効果検証 □ 現状把握 									
		●——● 地域における協議				●——● 地域における協議		●——● 地域における協議		●——● 地域における協議	
地域医療対策協議会		<ul style="list-style-type: none"> ● 5月開催 □ ガイドラインへの対応(産科・小児科含む) □ 成果及び今後の取組に向けた連携(産科・小児科含む) ・医師偏在指標、医師数(二次医療圏ごと) 			(● 書面開催)	<ul style="list-style-type: none"> ● 10月開催 □ 医師確保の方針(二次医療圏ごと)(産科・小児科含む) □ 目標医師数(二次医療圏ごと)(産科・小児科含む) □ 骨子(産科・小児科含む) 		<ul style="list-style-type: none"> ● 12月開催 □ 素案(産科・小児科含む) 			<ul style="list-style-type: none"> ● 3月開催 □ 最終案(産科・小児科含む)
周産期医療協議会			● 第1回			● 第2回	● 第3回				
小児医療協議会			● 第1回			● 第2回	● 第3回				

令和5年10月30日

資料 4

令和5（2023）年第2回県南地域医療構想調整会議及び
第2回県南地域医療構想区域病院及び有床診療所等会議

栃木県外来医療計画（8期計画前期） 骨子案の概要

栃木県 保健福祉部 医療政策課

目次

- 1 外来医療計画の概要
- 2 ガイドライン改正を踏まえた対応(案)

概要

- 外来医療計画とは、医療法(昭和23年法律第205号)第30条の4第2項第10号の規定に基づき、医療計画における「外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項」を定めたものである。
- 都道府県は、二次医療圏その他の当該都道府県の知事が適当と認める区域(以下「対象区域」という。)ごとに、協議の場を設け、関係者との連携を図りつつ協議を行い、その結果を取りまとめ公表。
- 令和元年度中に各都道府県において外来医療計画を策定し、令和2年度から取組を進めている。令和6年度以降は3年毎に外来医療計画を見直すこととしている。

→第8期(前期)計画の期間:令和6(2024)年度から令和8(2026)年度の3年間

外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項 (法第30条の18の4)

① 外来医師偏在指標を踏まえた外来医療に係る医療提供体制の状況

診療所の医師の多寡を外来医師偏在指標として可視化。外来医師偏在指標や医療機関のマッピングに関する情報等、開業に当たって参考となるデータを公表し、新規開業希望者等に情報提供。

※

② 外来機能報告を踏まえた「医療資源を重点的に活用する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)*

③ 外来医療に係る病院及び診療所の機能の分化及び連携の推進

病床機能報告対象医療機関等が都道府県に外来医療の実施状況を報告(外来機能報告)し、「地域の協議の場」において、外来機能の明確化・連携に向けて必要な協議。「医療資源を重点的に活用する外来」を地域で基幹的に担う医療機関(紹介受診重点医療機関)を明確化。

④ 複数の医師が連携して行う診療の推進

- ※ ○医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来(悪性腫瘍手術の前後の外来など)
- 高額等の医療機器・設備を必要とする外来(外来化学療法、外来放射線治療など)
- 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など)

⑤ 医療提供施設の建物の全部又は一部、設備、器械及び器具の効率的な活用

地域ごとの医療機器の配置状況を可視化し、共同利用を推進。

⑥ その他外来医療に係る医療提供体制を確保するために必要な事項

*令和4年4月施行

外来医療の協議の場 (外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン)

(区 域) 二次医療圏その他当該都道府県の知事が適当と認める区域

(構成員) 診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者

(その他) 地域医療構想調整会議を活用することが可能

概要

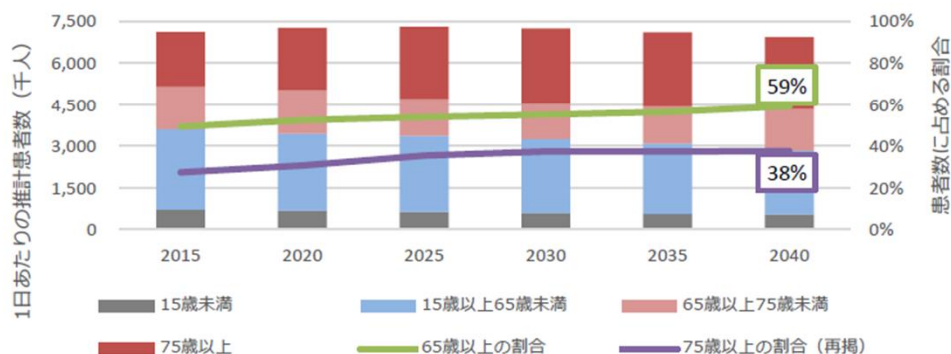
- 外来医療計画の取組の実効性を確保し、地域に必要な外来医療提供体制の構築を進める。
- 地域の医療機関がその地域において活用可能な医療機器について把握できる体制の構築を進める。
- 外来機能報告等のデータを活用し、地域の実情に応じた、外来医療提供体制について検討を行う。

外来医師偏在指標を活用した取組

**外来医師多数区域
→宇都宮医療圏のみ**

- 今後の外来需要の動向が地域によって異なることを踏まえ、二次医療圏毎の人口推計や外来患者数推計等を踏まえた協議を行うことを求める。また、外来医療計画について、金融機関等への情報提供を行う。

外来患者数推計



- 地域で不足する医療器医機能について具体的な目標を定める。
- 新規開業者や外来医師多数区域以外においても、地域の実情に応じ、地域で不足する医療機能を担うこととする。
- 地域で不足する医療機能を担うことに合意が得られた場合、地域の医師会、市町村へ情報共有を行う等、フォローアップを行う。

医療機器の効率的な活用への取組

都道府県における医療機器の可視化(例示)



- 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・稼働状況に加え、
 - ・ 共同利用計画から入手可能な、医療機器の共同利用の有無や画像診断情報の提供の有無等の方針についても、可視化を進める。

地域における外来医療の機能分化及び連携の取組

- 外来機能報告により入手可能な紹介受診重点外来や紹介・逆紹介等のデータを活用し、地域の外来医療の提供状況について把握するとともに、紹介受診重点医療機関の機能・役割も踏まえた、地域における外来医療提供体制の在り方について検討。

かかりつけ医機能を担う医療機関



紹介受診重点医療機関



病院の外来患者の待ち時間の短縮、勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革



協議の場において、紹介患者への外来を基本とする医療機関の明確化

外来医師偏在指標（R5.8.8時点）

二次医療圏	外来医師偏在指標	全国順位	外来医師多数区域
宇都宮	109.6	104	○
県東	107.3	116	
県南	99.5	170	
県西	98.3	179	
両毛	92.6	220	
県北	80.7	283	
(参考)			
全国	122.2	—	
栃木県	98.8	37	
区中央部（東京都）	270.1	1	○
：			
中河内（大阪府）	107.7	112	○
高梁・新見（岡山県）	107.7	113	
：			
南檜山（北海道）	51.2	335	

※他県の状況（外来医師多数区域／二次医療圏数）

茨城県0/9 群馬県3/10 埼玉県2/10 千葉県0/9 東京都9/13 神奈川県5/9

全体構成（案）

第1章 外来医療計画の基本的な事項

- 1 計画策定の趣旨
- 2 計画の期間

第2章 地域における外来医療機能の不足・偏在等への対応

- 1 外来医療機能の不足・偏在等の現状
- 2 外来医療に係る医療提供体制に関する協議の場の設置
- 3 外来医師偏在指標の考え方
- 4 外来医師偏在指標と外来医師多数区域の設定
- 5 地域で不足する外来医療機能の検討
- 6 地域で不足する外来医療機能に係る目標の設定
- 7 新規開業希望者等への対応及び地域医療構想調整会議における協議プロセス等

第3章 医療機器の効率的な活用

- 1 医療機器の配置状況に関する情報の可視化
- 2 医療機器の配置状況等の現状
- 3 医療機器の効率的な活用に係る協議の場の設置
- 4 地域医療構想調整会議における協議内容及び医療機器の共同利用の方針
- 5 共同利用計画の記載事項と実行性を確保するための取組

第4章 外来機能報告及び紹介受診重点医療機関

- 1 外来機能報告による地域の外来医療の提供状況の把握
- 2 紹介受診重点医療機関の明確化

第5章 外来医療計画の評価及び周知

- 1 計画の評価
- 2 計画の周知

ガイドライン改正を踏まえた対応（案）

（1） 外来医師偏在指標を活用した取組①

1 - 2 外来医療計画の全体像

追加・変更事項

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求めることができることとする。

*本県では宇都宮圏域のみ

必要な検討

現在、外来医師多数区域においては、新規開業希望者が届出様式を入手する際に届出様式に項目を設ける等、協力を依頼している。

▶ 今後、外来医師多数区域以外及び新規開業者以外に対してどのように協力を求めていくか検討が必要。

対応（案）

● 外来医師多数区域以外の区域

新規開業者の届出様式に地域で不足する外来医療機能を担うことに合意する旨の記載欄を設け、地域医療構想調整会議において合意の状況を確認する。

● 新規開業者以外の者

▶ 郡市医師会等と連携し、地域で不足する外来医療機能を担うことについての合意状況を把握するとともに、不足する機能への協力を呼びかけていく。

ガイドライン改正を踏まえた対応（案）

（1） 外来医師偏在指標を活用した取組②

1 - 2 外来医療計画の全体像

追加・変更事項

二次医療圏単位における外来医療機能について、全ての区域においてどのような機能が不足しているのか可能な限り分析を行い、その分析結果についても外来医療計画において明示することとする。さらに、**地域に不足する医療機能**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**に努めることとする。

必要な検討

地域に不足する医療機能について改めて検討するとともに、具体的な目標を定め、取組を行う必要がある。

▶（検討に当たっては、現在の不足する医療機能と関連する救急医療分野等との連携が必要。）

対応（案）

- 各地域で不足する医療機能については地域医療構想調整会議で確認する。
（7期計画）
 - ▶ 夜間や休日等における地域の初期救急医療の提供体制
 - 在宅医療の提供体制
 - 公衆衛生に係る医療提供体制
- 具体的な目標は地域医療構想調整会議の意見を踏まえ第3回部会で検討する。

現行計画

1. 夜間や休日等における地域の初期救急医療の提供体制

(掲載データ)

- ・ 休日夜間救急センター及び在宅当番医患者数
- ・ 初期救急の実施状況

2. 在宅医療の提供体制

(掲載データ)

- ・ 人口10万人あたり訪問診療実施医療施設数
- ・ 人口10万人あたり訪問診療患者数延数
- ・ 訪問診療患者の対応割合
- ・ 人口10万人あたり往診実施医療施設数
- ・ 人口10万人あたり往診患者延数
- ・ 往診患者の対応割合

3. 公衆衛生に係る医療提供体制

(掲載データ)

- ・ 学校医就任状況
- ・ 定期予防接種（子ども）協力医療機関

地域で不足する医療機能

1. 夜間や休日等における地域の初期救急医療の提供体制（実施状況①）

（令和5年4月現在）

救急医療圏	市町村	初期救急医療体制			病院群輪番制病院	救命救急センター
		休日(昼間)	休日(夜間)	平日(夜間)		
宇都宮	宇都宮市	宇都宮市夜間休日救急診療所 9:00～17:00(内・小・歯)	宇都宮市夜間休日救急診療所 19:30～翌朝7:00(内・小) 19:30～24:00(歯)	宇都宮市夜間休日救急診療所 19:30～翌朝7:00(内・小) 19:30～24:00(歯)	国立病院機構栃木医療センター 済生会宇都宮病院 地域医療機能推進機構うつのみや病院 宇都宮記念病院 国立病院機構宇都宮病院	栃木県救命救急センター (済生会宇都宮病院)
	計	1市	1市	1市	5病院	
鹿沼	鹿沼市	鹿沼地区休日夜間急患診療所 10:00～17:00(内・小)	鹿沼地区休日夜間急患診療所 19:00～22:00(内・小)	鹿沼地区休日夜間急患診療所 19:00～21:00(内・小) 〔月・水・金〕	上都賀総合病院 御殿山病院 西方病院	
	栃木市(旧西方町)					
計	2市	2市	2市	3病院		
日光	日光市	日光市立休日急患こども診療所 9:00～16:30(小)	日光市立休日急患こども診療所 19:00～22:00(小)		今市病院 獨協医科大学 日光医療センター 日光市民病院	
	計	1市	1市	3病院		
芳賀	真岡市	真岡市休日夜間急患診療所(急患センター) 9:00～17:00(内・小)	真岡市休日夜間急患診療所(急患センター) 18:00～21:00(内・小)	真岡市休日夜間急患診療所(急患センター) 18:30～21:30(内・小)	芳賀赤十字病院	
	益子町					
	茂木町					
	市貝町					
	芳賀町	※4町は在宅当番医制併用 9:00～17:00(内・小)				
計	1市4町	1市4町	1市4町	1病院		
栃木	栃木市	栃木地区急患センター 9:00～17:00(内・外) ※小児科は診療可の場合もあり	栃木地区急患センター 17:00～21:00(内・小) ※小児科は18:00～	栃木地区急患センター 19:00～22:00(内) ※小児科は診療可の場合もあり	とちぎメディカルセンターしもつが 獨協医科大学病院	獨協医科大学病院救命救急センター
	壬生町	※壬生町は在宅当番医制併用 9:00～17:00(内・小・他)				
	計	1市1町	1市1町	1市1町	2病院	

※()内の内:内科、小:小児科、外:外科、歯:歯科、他:その他の標榜科目である。

地域で不足する医療機能

1. 夜間や休日等における地域の初期救急医療の提供体制（実施状況②）

（令和5年4月現在）

救急医療圏	市町村	初期救急医療体制			病院群輪番制病院	救命救急センター
		休日（昼間）	休日（夜間）	平日（夜間）		
小山	小山市	小山広域保健衛生組合小山地区夜間休日急患診療所 10:00～17:00(内・小・外)	小山広域保健衛生組合小山地区夜間休日急患診療所 18:00～21:00(内・小・外)	小山広域保健衛生組合小山地区夜間休日急患診療所 19:00～22:00(内・小・外) ※外科は土のみ。	新小山市民病院 石橋総合病院 自治医科大学附属病院 小金井中央病院 光南病院	自治医科大学附属病院 救命救急センター
	下野市					
	野木町	在宅当番医制(内・外・他) 9:00～17:00	在宅当番医制(内・外・他) 17:00～翌朝9:00	在宅当番医制(内・外・他) 17:00～翌朝9:00		
	上三川町					
	計	2市2町	2市2町	2市2町		
那須	大田原市	在宅当番医制 9:00～17:00(内・小・他)	那須地区夜間急患診療所 19:00～21:30(内・小)	那須地区夜間急患診療所 19:00～21:30(内・小)	那須赤十字病院 菅間記念病院 那須中央病院 国際医療福祉大学病院	那須赤十字病院救命救急センター
	那須塩原市					
	那須町					
	計	2市1町	2市1町	2市1町		
塩谷	矢板市	在宅当番医制 9:00～最大17:30(内・外・他) ※地域により診療終了時間が異なる。	塩谷地区夜間診療室(しおや) (内・小) 18:30～21:00 塩谷地区夜間診療室(くろす) (内・小) 18:30～21:00 ※しおや、くろすは日ごとに交代で診療		黒須病院 国際医療福祉大学 塩谷病院	
	さくら市					
	塩谷町					
	高根沢町					
	計	2市2町	2市2町			
南那須	那須烏山市	在宅当番医制 9:00～17:00(内・外・他)			那須南病院	
	那珂川町					
	計	1市1町				
両毛	佐野市	佐野休日・夜間緊急診療所 9:00～16:30(内・小・外)	佐野休日・夜間緊急診療所 19:30～22:30(内・小・外)	佐野休日・夜間緊急診療所 19:30～22:30(内・小)	足利赤十字病院 佐野厚生総合病院	足利赤十字病院救命救急センター
	足利市	足利市休日夜間急患診療所 10:00～16:00(内・小)	足利市休日夜間急患診療所 ※当面の間休診 年末年始(12/31～1/3)は 19:00～22:00	足利市休日夜間急患診療所 ※当面の間休診		
	計	2市	2市	2市		

※()内の内:内科、小:小児科、外:外科、歯:歯科、他:その他の標榜科目である。

地域で不足する医療機能

1. 夜間や休日等における地域の初期救急医療の提供体制（患者数）

(単位:人)

(令和4年度)

地区名	休日夜間急患センター				在宅当番医制		休日夜間急患センター(対前年)			在宅当番医制(対前年)			
	施設名	日数	延患者数		日数	延患者数	日数	延患者数		日数	延患者数		
				うち県外					うち県外				
宇都宮	宇都宮市夜間休日救急診療所	438	11,910 (5,086)	322			0	3,897	1,550	132			
鹿沼	鹿沼地区休日夜間急患診療所	285	1,150 (539)	19			2	△ 211	△ 71	△ 5			
日光	日光市立休日急患こども診療所	134	624 (624)	24			△ 2	66	66	2			
芳賀	真岡市休日夜間急患診療所	437	3,553 (1,331)	166	136	2,067 (328)	0	624	246	79	64	49 △ 85	
栃木	栃木地区急患センター	437	5,260 (1,617)	83			1	2,044	773	8			
南那須	-				71	1,618 (353)				0	640	82	
塩谷	塩谷地区夜間診療室(しおや)	20	33 (11)	2	238	4,766 (1,559)	0	2	△ 9	2	166	1,069	257
	塩谷地区夜間診療室(くろす)	104	153 (92)	4			52	72	40				
那須	那須地区夜間急患診療所	365	1,019 (550)	37	146	6,889 (2,436)	0	△ 49	8	6	72	175	△ 15
小山	小山地区夜間休日急患診療所	435	2,894 (1,619)	263	435	3,056 (268)	0	231	250	41	△ 1	△ 798	△ 45
両毛	佐野休日・夜間緊急診療所	435	8,502 (3,347)	284			0	4,093	1,649	69			
	足利市休日夜間急患診療所	74	1,574 (583)	99			0	707	204	46			
合計			36,672 (15,399)	1,303		18,396 (4,944)		11,476	4,706	384		1,135	194

(注) 1 日数は平日夜間、休日昼間、休日夜間の合計

2 ()書は小児患者分であり、内数

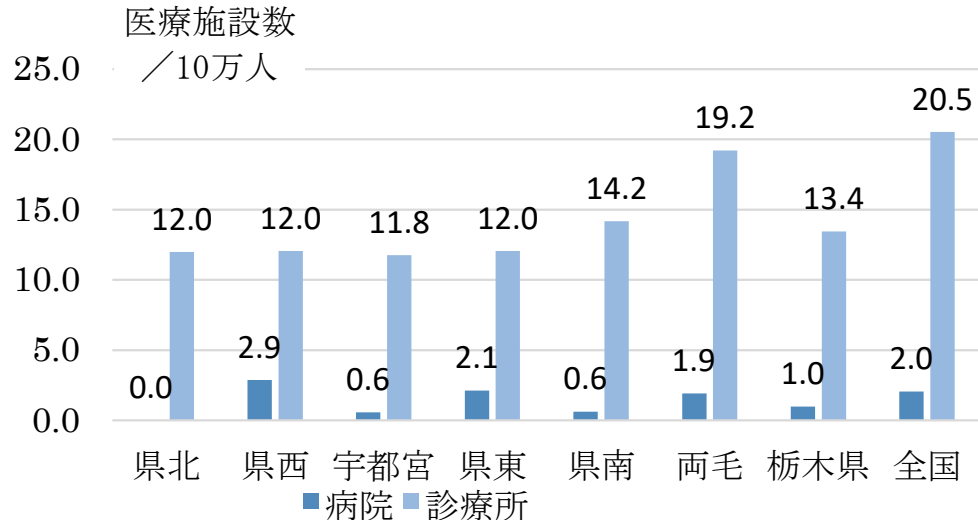
3 延患者数は歯科分を除く

地域で不足する医療機能

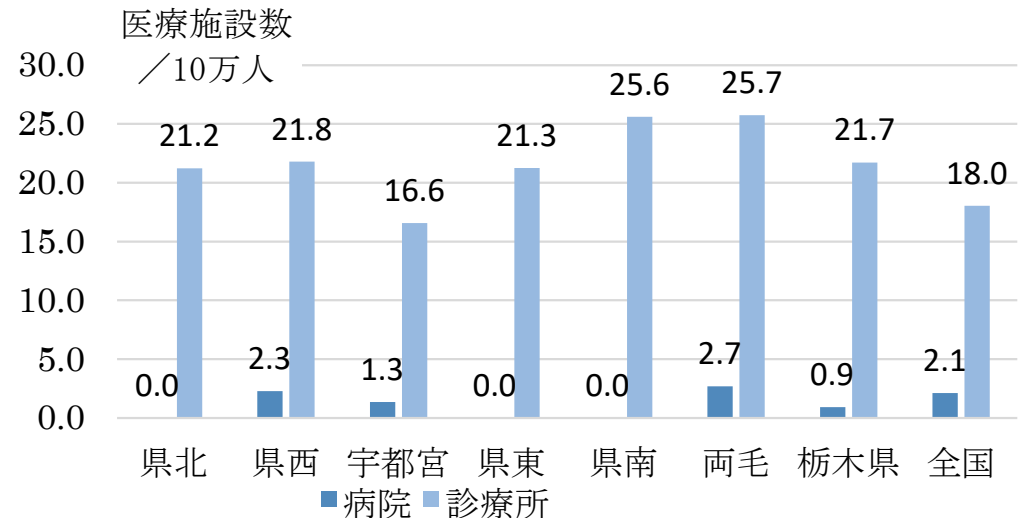
2. 在宅医療の提供体制（訪問診療・往診）

※NDBデータ（令和3年4月～令和4年3月）

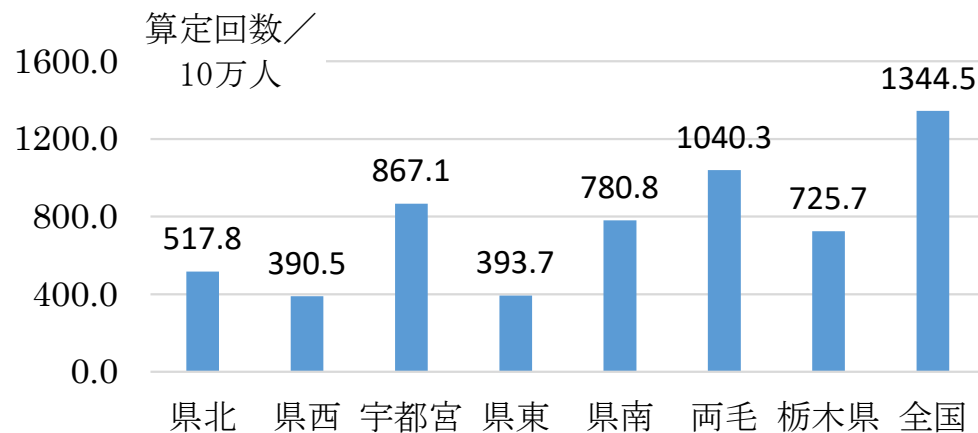
訪問診療実施医療施設数（人口10万人あたり）



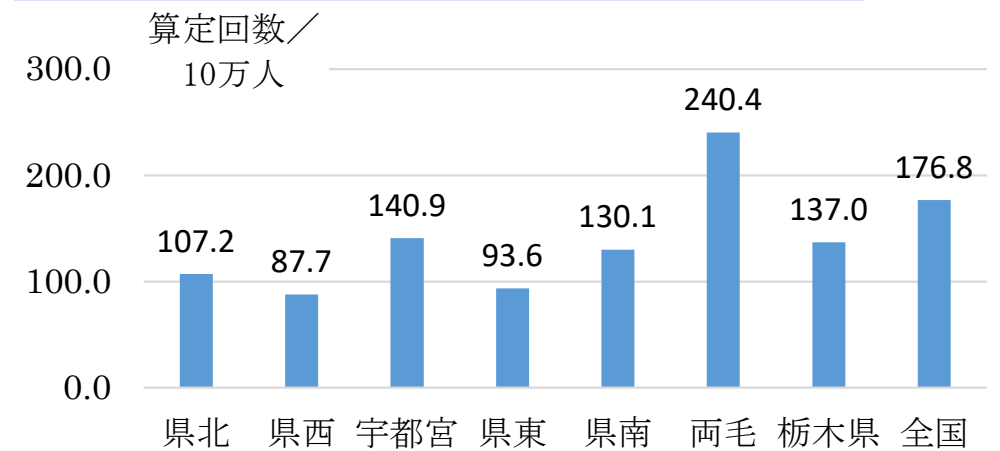
往診実施医療施設数（人口10万人あたり）



訪問診療患者延数（人口10万人あたり）



往診患者延数（人口10万人あたり）



地域で不足する医療機能

3. 公衆衛生に係る医療提供体制（定期予防接種（子ども）・学校医）

定期予防接種（子ども）協力医療機関

市町名	協力病院数	協力診療所数	総病院数	総診療所数
宇都宮市	14	185	32	382
足利市	6	38	12	87
栃木市	5	57	6	99
佐野市	2	36	4	81
鹿沼市	2	25	3	54
日光市	8	32	8	36
小山市	2	52	9	105
真岡市	3	31	3	55
大田原市	2	23	4	38
矢板市	2	15	3	14
那須塩原市	3	30	6	50
さくら市	1	14	2	21
那須烏山市	1	10	2	14
下野市	0	22	4	52
上三川町	0	11	1	13
益子町	1	8	1	9
茂木町	0	5	0	5
市貝町	0	3	1	4
芳賀町	0	4	0	6
壬生町	0	16	1	31
野木町	1	9	2	9
塩谷町	0	4	0	5
高根沢町	1	6	2	13
那須町	1	7	1	8
那珂川町	1	4	1	5

学校医就任状況

郡市医師会	眼科	耳鼻咽喉科	整形外科	精神科	内科	総計
宇都宮市医師会	127	121	3	3	152	406
塩谷郡市医師会	21	22	2		41	86
下都賀郡市医師会	53	53		1	79	186
佐野市医師会	23	30			39	92
小山地区医師会	59	56		1	109	225
上都賀郡市医師会	63	29		1	98	191
足利市医師会	44	44		1	43	132
那須郡市医師会	65	42			113	220
南那須医師会					15	15
芳賀郡市医師会	23	20		3	62	108
獨協医科大学医師会	8	2			1	11
総計	486	419	5	10	752	1672

※県医師会資料から作成（令和5年度時点）

※協力病院及び協力診療所数：各市町ホームページ等の情報から医療政策課作成】
 ※総病院数及び総診療所数：令和5（2023）年度栃木県病院・診療所名簿の医療機関数から保健所等、企業内診療所、介護施設等内診療所、健診施設等を除いた数】

ガイドライン改正を踏まえた対応（案）

（２）医療機器の効率的な活用への取組

1－2 外来医療計画の全体像

追加・変更事項

医療機関のマッピング（地図情報として可視化）に関する情報等、開業に当たって参考となる情報についても把握・整理・分析し、外来医療計画において明示することとする。

6－1 医療機器の効率的な活用に関する考え方

追加・変更事項

医療機器の効率的な活用に資する施策として、地域の医療ニーズを踏まえた地域ごとの医療機器の配置状況を可視化する指標を作成し、**医療機器を有する医療機関をマッピング**した上で、新規購入希望者に対してこれらの情報を提供しつつ、外来医療に関する協議の場等を活用し、医療機器の共同利用（対象となる医療機器について連携先の病院又は診療所から紹介された患者のために利用される場合を含む。）等について協議することとする。

対応（案）

▶ 厚労省から提供されるデータを使用して、地域医療担当でマッピングデータを作成する。

ガイドライン改正を踏まえた対応（案）

（3） 地域における外来医療の機能分化及び連携の取組

1 - 2 外来医療計画の全体像

追加・変更事項

患者が医療機関を選択するに当たり、外来機能の情報が十分得られず、また、患者にいわゆる大病院志向がある中で、一部の医療機関に外来患者が集中し、患者の待ち時間の増加や勤務医の外来負担等の課題が生じていることから、患者の流れの円滑化を図るため、医療資源を重点的に活用する外来（紹介受診重点外来の機能に着目し、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**することとした。

7 外来機能報告

追加・変更事項

地域の医療機関の外来機能の明確化や連携状況を可視化し、患者による医療機関の適切な選択を支援することを目的に、外来医療計画に紹介受診重点医療機関となる医療機関の名称に加え、外来機能報告で把握可能な、**紹介受診重点外来の実施状況等の情報**を新たに盛り込むこととする。

対応（案）

▶ 紹介受診重点医療機関の一覧及び紹介受診重点外来の実施状況を県ホームページで掲載する。（一部対応済み）

参考 紹介受診重点医療機関リスト（令和5年7月1日公表）

令和5年7月1日

紹介受診重点医療機関リスト

No	都道府県番号	都道府県名	医療機関名称	医療機関住所	電話番号	公表日	廃止日	保険医療機関コード*	備考
1	09	栃木県	那須赤十字病院	栃木県大田原市中田原1081-4	0287-23-1122	令和5年7月1日		0915110399	
2	09	栃木県	済生会宇都宮病院	栃木県宇都宮市竹林町911-1	028-626-5500	令和5年7月1日		0916210115	
3	09	栃木県	独立行政法人国立病院機構 栃木医療センター	栃木県宇都宮市中戸祭1-10-37	028-622-5241	令和5年7月1日		0917110041	
4	09	栃木県	栃木県立がんセンター	栃木県宇都宮市陽南4-9-13	028-658-5151	令和5年7月1日		0910113851	
5	09	栃木県	芳賀赤十字病院	栃木県真岡市中郷271	0285-82-2195	令和5年7月1日		0910910538	
6	09	栃木県	とちぎメディカルセンターしもつが	栃木県栃木市大平町川連420-1	0282-22-2551	令和5年7月1日		0910310861	
7	09	栃木県	新小山市民病院	栃木県小山市神鳥谷2251-1	0285-36-0200	令和5年7月1日		0910811116	
8	09	栃木県	自治医科大学附属病院	栃木県下野市薬師寺3311-1	0285-44-2111	令和5年7月1日		0915210074	
9	09	栃木県	獨協医科大学病院	栃木県下都賀郡壬生町北小林880	0282-86-1111	令和5年7月1日		0915210173	
10	09	栃木県	足利赤十字病院	栃木県足利市五十郡町284-1	0284-21-0121	令和5年7月1日		0915110373	
11	09	栃木県	佐野厚生総合病院	栃木県佐野市堀米町1728	0283-22-5222	令和5年7月1日		0910410489	
12	09	栃木県	佐野医師会病院	栃木県佐野市植上町1677	0283-22-5358	令和5年7月1日		0910410059	

* <参考> 10桁の保険医療機関コードは、都道府県コード（2桁）+ 点数表番号（1桁）+ 保険医療機関コード（7桁）で構成されています。

例：北海道所在の医科の保険医療機関（保険医療機関コード：1234567）の場合、01（都道府県コード）+1（点数表番号）+1234567（医療機関ごとのコード） ※都道府県コードが1桁の場合、先頭に「0」をつけてください。

令和5年10月30日

資料 5

令和5（2023）年第2回県南地域医療構想調整会議及び
第2回県南地域医療構想区域病院及び有床診療所等会議

医師の働き方改革について

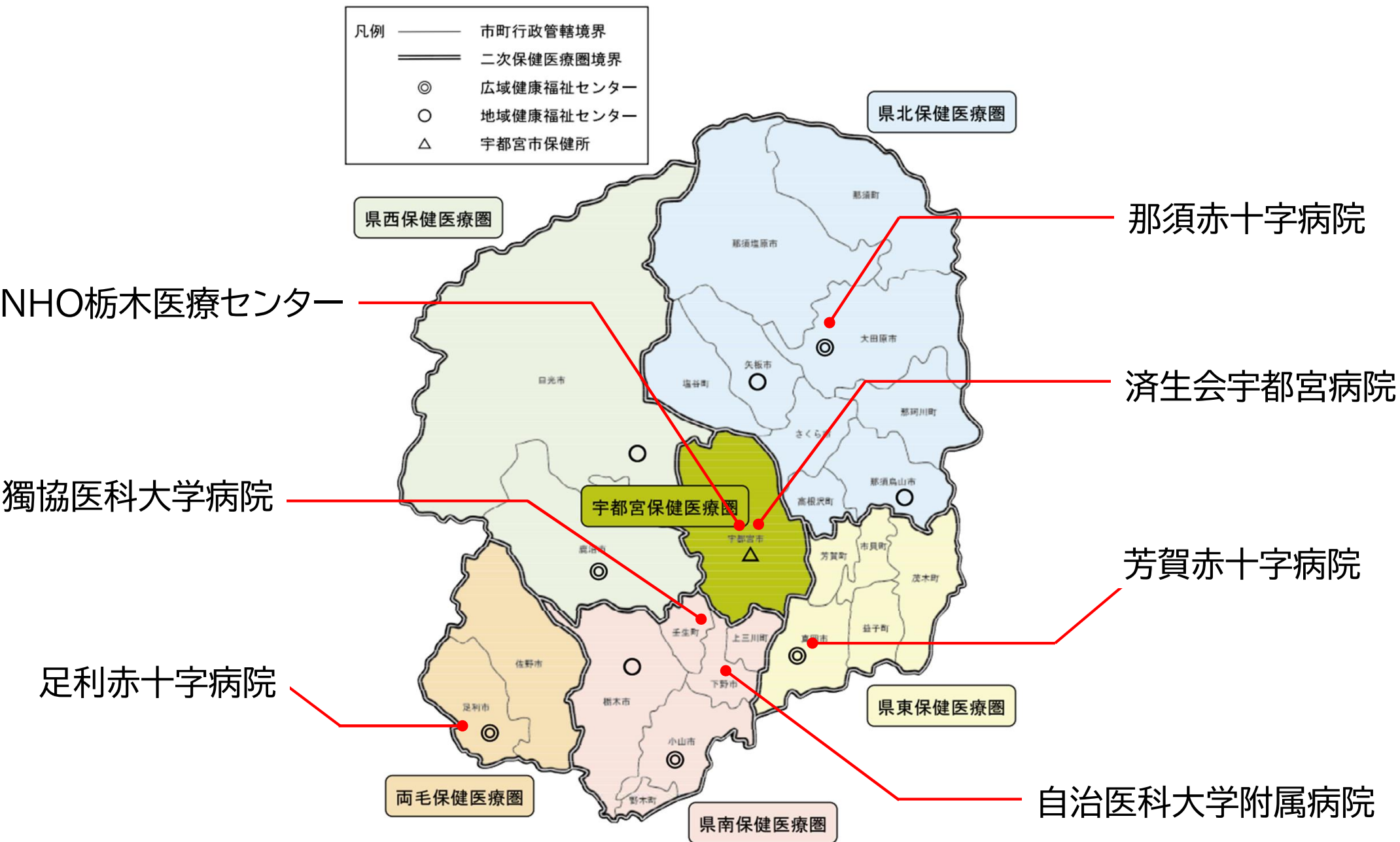
1 B・連携B水準に係る会議等について

B・連携B水準について

- B・連携B水準を適用することが地域の医療提供体制の構築方針(医療計画等)と整合的であること及び地域の医療提供体制全体としても医師の長時間労働を前提とせざるを得ないことについて、都道府県医療審議会の意見を聞く必要がある。
- その際、医療機関の機能分化・連携等を進めることによる将来の地域医療提供体制の目指すべき姿も踏まえることが必要であり、地域医療構想調整会議における、地域医療構想の達成の推進のための協議状況を勘案し、その整合性を確認することが適当
- また、地域の医療提供体制は、地域の医師の確保と一体不可分であるため、地域医療対策協議会における議論との整合性を確認することが適当

〈医師の働き方改革の推進に関する検討会 中間まとめ(抜粋)〉

2 申請予定の医療機関



③ 各医療機関の時短計画(概要)①

医療圏	県北		県東		両毛	
	那須赤十字病院		芳賀赤十字病院		足利赤十字病院	
特例水準 及び 対象診療科 対象人数	B水準	内科 1 外科 1 泌尿器科 1	B水準	外科 3 整形外科 2 小児科 4	B水準	循環器内科 5 心臓血管外科 3 外科 2 脳神経外科 2
					C-1	(精査中)
宿日直 許 可	取得済み		取得済み		一部取得済み	
主な働き方 改革の取組 (R6年度から)	<ul style="list-style-type: none"> 特定行為研修を受講する看護師の増員 調剤薬局からの院外処方内容問合せの対応(土日祝) 医療事務作業補助者の増員 		<ul style="list-style-type: none"> ビーコンを用いた労働時間と自己研鑽の切り分け 36協定締結前に36協定や勤務環境アンケートを実施、アンケート回答も考慮して36協定を検討 職員満足度調査の実施 		<ul style="list-style-type: none"> 医師用勤怠管理システムの導入 事務補助者はじめ多職種によるタスクシフトの推進 IT活用による業務効率化 初期研修医の変形労働時間制導入 	

3 各医療機関の時短計画(概要)②

医療圏：宇都宮

	済生会宇都宮病院		NHO栃木医療センター	
特例水準 及び 対象診療科 対象人数	B水準	循環器内科7 脳神経内科1 血液・リウマチ科1 呼吸器外科2 整形外科3 心臓血管外科5 耳鼻咽喉科4 泌尿器科3 救急・集中治療部5	B水準 ・ 連携B	内科 1 消化器内科 1 外科 1 整形外科 3 脳神経外科 2 ※B、連携Bの内訳検討中
宿日直 許 可	取得済み		取得済み	
主な働き方 改革の取組 (R6年度から)	<ul style="list-style-type: none"> 新たに就職した医師に書面で業務に該当しないものを説明する。 B水準対象医師には労務管理に関する研修を年2回実施する。 音声入力システムを導入してカルテの一部を自動作成する。 		<ul style="list-style-type: none"> 医師:勤務医が行う手術の前日に当直シフトを入れないよう配慮を行う。 出産・子育て等の支援のため、短時間勤務、院内保育等を導入 	

③ 各医療機関の時短計画(概要)③

医療圏：県南

	自治医科大学附属病院		獨協医科大学病院	
特例水準 及び 対象診療科 対象人数	B水準	循環器内科3 消化器肝臓内科6 呼吸器内科7 脳神経内科1 血液科2 整形外科6 泌尿器科2 眼科4 救急科2 小児科3	心臓血管外科2 消化器外科4 呼吸器外科1 脳神経外科3 移植外科2 産婦人科11 耳鼻咽喉科4 麻酔科4 病理診断科1 集中治療部1	B水準 小児科1 呼吸器外科1 心臓血管外科1 産婦人科1
		連携B 心臓血管内科・循環器内科1 腎臓高血圧内科1 小児科7 肝胆膵外科1 整形外科3 形成外科・美容外科3	消化器内科1 脳神経内科2 上部消化管外科3 心臓血管外科1 口腔外科1 救急医学2	
		C-1 初期臨床研修医10		
宿日直 許可	取得予定		取得予定	
主な働き方 改革の取組 (R6年度から)	<ul style="list-style-type: none"> ICカード、スマートフォンによる勤怠管理 短時間勤務、一時託児、病児保育、夜間保育等の環境整備 受講計画に基づく特定行為研修の受講 		<ul style="list-style-type: none"> 単科宿直体制から内科系は6科合同の宿日直体制に変更 医師の労働時間をホームページに掲載(予定) 	

4 指定に係る手続きについて

