

栃木県保健医療計画（8 期計画）素案

令和 5 年 10 月 12 日時点

栃木県保健福祉部

目次

第 1 章 保健医療計画の基本的な事項	11
第 1 節 計画策定の趣旨	11
第 2 節 計画の基本理念	11
第 3 節 計画の位置づけ	11
第 4 節 計画の期間、進行管理、計画の評価及び見直し	12
第 2 章 栃木県の保健・医療の現状	13
第 1 節 地域の特性	13
1 地勢及び交通	13
第 2 節 人口の特性	13
1 総人口	13
2 年齢階級別人口	13
3 出生	13
4 死亡	14
5 平均寿命	14
6 健康寿命	14
第 3 節 受療の状況	14
1 患者数	14
2 入院の状況	15
(1) 入院受療率	15
(2) 病床利用率・平均在院日数	15
3 傷病分類別の状況	15
4 圏域間の流入・流出の状況	16
第 4 節 医療資源の状況	16
1 病院	16
2 一般診療所	16
3 歯科診療所（病院歯科を含む）	16
4 薬局	17
5 訪問看護事業所	17
6 保健所・市町村保健センター	17
第 3 章 保健医療圏と基準病床数	21

第1節	保健医療圏設定の基本的考え方	21
第2節	保健医療圏の設定	21
1	一次保健医療圏	21
2	二次保健医療圏（医療法第30条の4第2項第9号）	21
3	三次保健医療圏（医療法第30条の4第2項第10号）	21
4	圏域図（構成市町・人口・面積含む）	21
第3節	基準病床数	21
1	基準病床数	21
2	届出により一般病床を設置できる診療所	22
第4章	良質で効率的な医療の確保	23
第1節	住民患者の立場に立った医療サービスの提供	23
1	医療サービスの向上	23
2	医療広告の規制の強化	23
3	医療機能及び薬局機能情報の提供	24
第2節	医療機関の機能分担と連携	25
1	かかりつけ医	25
2	かかりつけ歯科医	25
3	かかりつけ薬剤師・薬局	26
4	地域医療支援病院	27
5	公的医療機関等	28
6	紹介受診重点医療機関	29
第3節	医療安全対策の推進	30
第4節	医薬品等の安全対策及び血液等の確保	31
1	医薬品等の安全対策	31
2	後発医薬品の使用推進	32
3	血液等の確保	33
第5節	保健医療に関する情報化及び医療DXの推進	34
第5章	5疾病6事業及び在宅医療の医療連携体制	36
第1節	がん	37
1	現状と課題	37
(1)	がんの患者数及び死亡の状況	37
(2)	生活習慣等の状況	37
(3)	医療の状況	38
2	医療提供体制に係る圏域	38
3	分野アウトカム（目指す姿）-(A)	39
4	中間アウトカム（分野アウトカム達成に必要な状態）-(B)	39

5	各医療機能と連携	40
	(1)医療連携体制図	41
	(2)医療機能別の各医療機関に求められる事項	42
6	指標と数値目標	43
7	ロジックモデル	43
第2節	脳卒中	44
1	現状と課題	44
	(1)罹患の状況	44
	(2)死亡の状況	44
	(3)救急搬送の状況	44
	(4)急性期医療の状況	45
	(5)リハビリテーション実施体制の状況	45
	(6)在宅医療の状況	45
2	医療提供体制に係る圏域	45
3	分野アウトカム（目指す姿）-(A)	46
	(1)脳卒中による年齢調整死亡率の減少している。	46
	(2)脳卒中患者が自分らしい生活ができる。	46
4	中間アウトカム（分野アウトカム達成に必要な状態）-(B)	46
	(1)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づくり	46
	(2)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	47
	(3)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	47
	(4)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構築	47
5	各医療機能と連携	48
	(1)医療連携体制図	48
	(2)医療機能別の各医療機関等に求められる事項等	49
6	指標と数値目標	50
7	ロジックモデル	51
第3節	心筋梗塞等の心血管疾患	52
1	現状と課題	52
	(1)罹患の状況	52
	(2)死亡の状況	52
	(3)救急搬送の状況	53

(4) 急性期医療の状況.....	53
(5) 心血管疾患のリハビリテーション実施体制の状況.....	53
(6) 在宅医療の状況	53
2 医療提供体制に係る圏域	54
3 分野アウトカム（目指す姿）-(A).....	54
(1) 心血管疾患による年齢調整死亡率が減少している。	54
(2) 心血管疾患の患者が自分らしい生活ができる	54
4 中間アウトカム（分野アウトカム達成に必要な状態）-(B)	54
(1) 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できる体制づくり	54
(2) 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	54
(3) 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	55
(4) 日常生活への復帰、生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションを受けられることができる体制の構築	55
5 各医療機能と連携	55
(1)医療連携体制図	56
(2)医療機能別の各医療機関等に求められる事項等	57
6 指標と数値目標	58
7 ロジックモデル	59
第4節 糖尿病.....	60
1 現状と課題	60
(1)糖尿病患者数及び糖尿病による死亡の状況	60
(2) 医療の状況.....	60
2 医療提供体制に係る圏域	61
3 分野アウトカム（目指す姿）-(A).....	62
(1) 糖尿病患者の増加抑制できている。	62
(2) 糖尿病重症化予防できている。	62
4 中間アウトカム（分野アウトカム達成に必要な状態）-(B)	62
(1) 糖尿病予備群の減少	62
(2) 糖尿病治療の継続及び中断の減少	62
(3) 標準的な糖尿病治療（中間アウトカム）	62
5 各医療機能と連携	63
(1)医療連携体制図	63
(2)医療機能別の各医療機関等に求められる事項等	64

6	指標と数値目標	66
7	ロジックモデル	67
第5節	精神疾患	68
1	現状と課題	68
(1)	本県における精神疾患患者及び医療従事者の状況	68
(2)	多様な精神疾患ごとの状況	70
(3)	その他	71
(4)	精神科医療の推進に当たり取り組むべき課題	72
2	医療提供体制に係る圏域	72
3	分野アウトカム（目指す姿）-(A)	73
(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	73
(2)	多様な精神病患者に対応した適切な医療サービス（予防・治療）を受	73
(3)	自殺死亡率が低下している。	73
4	中間アウトカム（分野アウトカム達成に必要な状態）-(B)	73
(1)	地域移行の定着・推進	73
(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	74
(3)	自殺対策のための相談・支援体制の充実	74
5	各医療機能と連携	75
(1)	医療連携体制図	75
(2)	医療機能別の各医療機関等に求められる事項等	76
6	指標と数値目標	77
7	ロジックモデル	78
第6節	救急医療	79
1	現状と課題	79
(1)	救急医療をとりまく状況	79
(2)	救急医療の提供体制	80
2	医療提供体制に係る圏域	83
3	分野アウトカム（目指す姿）-(A)	84
(1)	救命した傷病者が社会復帰できる。	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)	84
(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	84
(2)	重症度・緊急度に応じた医療が提供可能な体制の整備	84
(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	85
5	各医療機能と連携	85
(1)	医療連携体制図	85
(2)	医療機能別の各医療機関等に求められる事項等	86

6	指標と数値目標	87
7	ロジックモデル	88
第7節	災害医療	89
1	現状と課題	89
(1)	災害時に拠点となる病院	89
(2)	災害時に拠点となる病院以外の病院	89
(3)	災害時の協力体制	89
2	医療提供体制に係る圏域	90
3	分野アウトカム（目指す姿）-(A)	91
4	中間アウトカム（分野アウトカム達成に必要な状態）-(B)	91
(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	91
(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	91
5	各医療機能と連携	91
(1)	医療連携体制図	92
(2)	医療機能別の各医療機関等に求められる事項等	93
6	指標と数値目標	94
7	ロジックモデル	95
第8節	へき地医療	96
1	現状と課題	96
(1)	へき地保健医療計画と医療計画との一体的な策定	96
(2)	無医地区等の現状	96
(3)	へき地の医療体制の現状	96
(4)	へき地医療に従事する医療従事者の現状	97
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)	97
(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。	97
4	中間アウトカム（分野アウトカム達成に必要な状態）-(B)	97
(1)	へき地医療に必要な支援の実施	97
5	各医療機能と連携	97
(1)	医療連携体制図	97
(2)	医療機能別の各医療機関等に求められる事項等	98
6	指標と数値目標	99
7	ロジックモデル	100
第9節	周産期医療	101
1	現状と課題	101

(1) 周産期医療を取り巻く状況.....	101
(2) 周産期医療提供体制状況.....	102
2 医療提供体制に係る圏域.....	103
3 分野アウトカム（目指す姿）-(A).....	104
(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。.....	104
4 中間アウトカム（分野アウトカム達成に必要な状態）-(B).....	104
(1) 母子に配慮した安全な医療の提供.....	104
(2) ハイリスク妊産婦に対する医療の提供.....	104
(3) 周産期医療関連施設退院後の療養・療育支援.....	105
5 各医療機能と連携.....	105
(1)医療連携体制図.....	106
(2)医療機能別の各医療機関等に求められる事項等.....	107
6 指標と数値目標.....	108
7 ロジックモデル.....	109
第10節 小児救急を含む小児医療.....	110
1 現状と課題.....	110
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
(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。.....	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
(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.....	113
(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.....	113
(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.....	113
(4) 療養・療育支援が可能な体制の構築.....	113
5 各医療機能と連携.....	114
(1)医療連携体制図.....	114
(2)医療機能別の各医療機関等に求められる事項等.....	115
6 指標と数値目標.....	116
7 ロジックモデル.....	117
第11節 新興感染症発生・まん延時における医療.....	118
1 現状と課題.....	118
(1) 新型コロナウイルス感染症の感染者数等.....	118
(2) 新型コロナウイルス感染症対応の医療提供体制.....	118
(3) 新型コロナ対応における医療提供体制の課題.....	118
2 医療提供体制に係る圏域.....	119

3	分野アウトカム（目指す姿）-(A).....	119
	(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。.....	119
4	中間アウトカム（分野アウトカム達成に必要な状態）-(B)	119
	(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.....	119
5	各医療機能と連携	119
	(1)医療連携体制図.....	120
	(2)医療機能別の各医療機関等に求められる事項等.....	121
6	指標と数値目標.....	122
7	ロジックモデル.....	123
第12節	在宅医療の医療連携体制.....	124
1	現状と課題.....	124
	(1)在宅医療のニーズの増加と多様化.....	124
	(2)在宅医療の提供体制.....	124
	(3)在宅医療の支援等の状況.....	124
2	医療提供体制に係る圏域.....	126
3	分野アウトカム（目指す姿）-(A).....	127
	(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.....	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)	127
	(1)円滑な在宅療養移行に向けての退院支援が可能な体制の確保.....	127
	(2)日常の療養支援が可能な体制の確保.....	128
	(3)急変時の対応が可能な体制の確保.....	128
	(4)患者が望む場所での看取りが可能な体制の確保.....	128
5	各医療機能と連携	128
	(1)医療連携体制図.....	128
	(2)医療機能別の各医療機関等に求められる事項等.....	129
6	指標と数値目標.....	130
7	ロジックモデル.....	131
第6章	地域医療構想の取組.....	132
第7章	栃木県外来医療計画.....	133
第8章	各分野の医療体制の充実.....	134
第1節	感染症.....	134
1	感染症（全般）.....	134
2	結核.....	135
3	エイズ・性感染症.....	136

4	ウイルス性肝炎	137
第2節	移植医療	138
1	臓器移植	138
2	骨髄バンク事業	139
第3節	難病	139
第4節	アレルギー疾患	140
第5節	慢性閉塞性肺疾患（COPD）	142
第6節	慢性腎臓病（CKD）	143
第7節	歯科保健医療	145
第9章	保健・医療・介護・福祉の総合的な取組の推進	149
第1節	健康づくりの推進	149
第2節	高齢者保健福祉対策	156
第3節	今後高齢化に伴い増加する疾患等対策	158
第4節	障害者保健福祉対策	159
第5節	母子保健対策	160
第6節	学校における保健対策	161
第7節	職域における保健対策（P）	162
第8節	自殺対策の推進	162
第9節	薬物乱用の防止	164
第10節	食品の安全と信頼の確保	165
第11節	健康危機管理体制の整備	166
第10章	保健・医療・介護・福祉を支える人材の育成確保	168
第1節	医師	168
第2節	歯科医師	170
第3節	薬剤師	171
第4節	看護職員（保健師・助産師・看護師・准看護師）	172
第5節	理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	174
第6節	管理栄養士・栄養士	174
第7節	獣医師	175
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）	176
第9節	多様な保健医療福祉サービス従事者 ※数値更新予定	177
第11章	計画の周知及び推進体制	179
第1節	計画の周知と情報公開	179
1	計画の周知	179
2	情報公開	179
第2節	計画の推進体制と役割	179

1	計画の推進体制.....	179
2	関係者の役割分担.....	179
(1)	県.....	179
(2)	保健所（健康福祉センター及び宇都宮市保健所）.....	179
(3)	市町村.....	179
(4)	保険者.....	180
(5)	医療機関・医療関係者.....	180
(6)	事業者・企業.....	180
(7)	県民.....	180

第1章 保健医療計画の基本的な事項

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に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節 計画の基本理念

（案）県民が安全・安心に暮らすための医療保健等の提供

（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。
- ・今般の災害や感染症等、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。

第3節 計画の位置づけ

- ・本県の保健医療に関する基本的な指針となる計画
- ・医療法第30条の4第1項の規定に基づく計画
- ・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、進行管理、計画の評価及び見直し

- ・本計画は6カ年計画（令和6年度～令和11年度）です。・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、評価し、その結果をホームページで公表するとともに、厚生労働大臣に報告します
- ・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年ごとに必要に応じて計画の見直しを行います。

第2章 栃木県の保健・医療の現状

第1節 地域の特性

1 地勢及び交通

- ・東京に60～160km圏と近接しており、東京を日常の生活・活動圏域とするなど、利便性が高い立地環境にあります。
- ・東北自動車道や東北新幹線などの東京と東北・北海道を結ぶ南北軸と、北関東自動車道などの太平洋・日本海を結ぶ東西軸の結節点に位置しています。さらに、平成29（2017）年には首都圏中央連絡自動車道（圏央道）が開通し、西日本や成田空港へのアクセスが飛躍的に向上しました。

図表〇：栃木県地勢・交通説明図

第2節 人口の特性

1 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、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。

2 年齢階級別人口

- ・令和4（2023）年10月1日現在、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。

図表〇：本県の人口・将来推計人口及び高齢化率の推移

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※〇は、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）年には現在の人口を

維持するのに必要な水準である 2.08 を大きく下回る 1.24（全国 1.26）となっており、少子化が顕著に進行しています。

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

図表〇：出生数及び出生率（人口千対）の推移、合計特殊出生率

4 死亡

・令和 4（2022）年の本県の死亡数は 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、ゆるやかに上昇しています。

図表〇：死亡数・死亡率の推移

・令和 4（2022）年の本県における死因の順位（構成比）は、第 1 位悪性新生物（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、これらの死因による死亡が本県総死亡数の約 6 割を占めています。

・老衰は令和 2（2020）年に脳血管疾患にかわり死因の第 3 位となっています。

図表〇：疾病別の死因推移

5 平均寿命

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

図表〇：平均寿命の推移

6 健康寿命

・令和元（2019）年の本県の健康寿命※〇は、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。

※〇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」）

図表〇：健康寿命（性別、全国・栃木県）

第 3 節 受療の状況

1 患者数

・入院患者については、平成 26 年患者調査によると、調査対象日（平成 26 年 10 月中旬の 3 日間のうち医療施設ごとに定める 1 日）の県内の推計入院患者数（患者住所地）は 17.8 千人でした。65 歳以上が各圏域とも〇%を越え、増加傾

向です。

図表〇：性別、医療圏別・年齢3区分別入院患者数

・外来患者については、平成26年患者調査によると、調査対象日（平成26年10月中旬の3日間のうち医療施設ごとに定める1日）の県内の推計外来患者数（患者住所地）は106.8千人、65歳以上が各圏域とも〇%を越え、増加傾向です。

図表〇：性別、医療圏別・年齢3区分別外来患者数

2 入院の状況

(1) 入院受療率

・県内患者の入院受療率（人口10万対）は、663.1となっています。男女別では、男性が653.1、女性が670.0となっています。

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

図表〇：年齢階級別受療率

図表〇・入院・外来、男女別入院受療率

図表〇：年齢階級別受療率

(2) 病床利用率・平均在院日数

・平成27年の本県における病院の病床利用率は79.9%で全国平均80.1%を0.2ポイント下回っています。

・平成27年の本県における病院の平均在院日数は30.1日で全国平均29.1日を1.0日上回っています。

図表〇：病床利用率、平均在院日数

3 傷病分類別の状況

・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（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おり、平成28年度栃木県医療実態調査時と比べ65歳以上の割合は増加していることから、今後もこれらの疾患への対応が課題です。

図表〇：主傷病小分類別入院患者数及び受療率

4 圏域間の流入・流出の状況

・令和4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%で高く、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%が高い状況となります。

・各疾病や事業ごとに機能を担う医療機関は限られることから、一定の流出入は発生しうる状況ですが、回復期や慢性期など病態に応じて切れ目なく医療を提供するために、より身近な地域で医療を受けられる体制づくりが求められています。

図表○：入院患者数（全病床）、流入・流出割合

第4節 医療資源の状況

1 病院

・平成27年の医療施設調査によると、平成27（2015）年10月1日現在の本県の病院数は108施設、病床数は21,498床となっています。人口10万人あたりでは、施設数が5.5、一般病床及び療養病床の病床数が823.1となっており、全国の施設数の6.7、一般病床及び療養病床数の961.8に比べ、施設数で1.2、病床数で138.7下回っています。

図表○：病院の施設数及び病床数の推移、病院の病床の種類別病床数の推移

2 一般診療所

・平成27年の医療施設調査によると、平成27（2015）年10月1日現在の本県の一般診療所数は1,439施設（うち有床診療所121施設）、病床数は1,773床となっています。（人口10万人あたり：施設数72.9、病床数89.8（全国の施設数79.5、病床数84.7）

図表○：一般診療所の施設数及び病床数の推移

3 歯科診療所（病院歯科を含む）

・平成27年の医療施設調査によると、平成27（2015）年10月1日現在の本県の歯科診療所数は977施設となっています。（人口10万人あたり：施設数49.5（全国の施設数54.1）

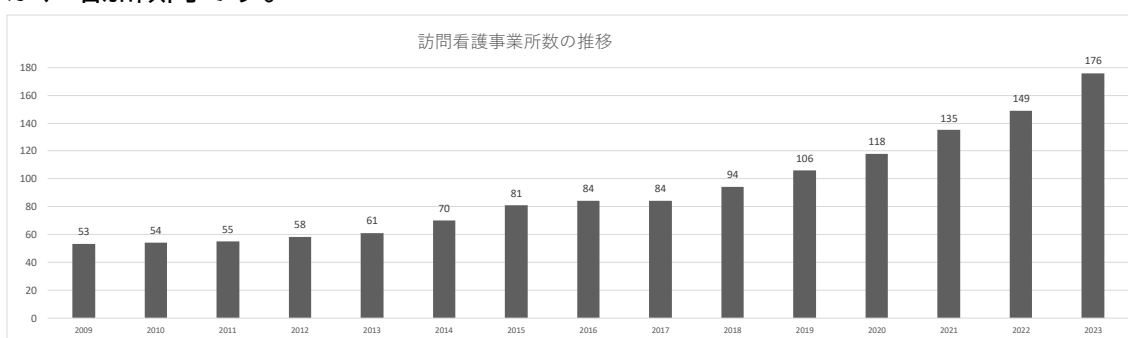
図表○：歯科診療所の施設数及び病床数の推移、医療施設数の推移

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日現在の本県の薬局数は955施設となっています。人口10万人当たりの薬局数は○となっており、全国の○に比べ少ない状況です。(※令和5年12月公表予定)

5 訪問看護事業所

・令和5(2023)年4月1日現在の本県の訪問看護事業所数は○事業所、人口10万人当たりの事業所数は○となっており、全国の○と比べて少ない状況ですが、増加傾向です。



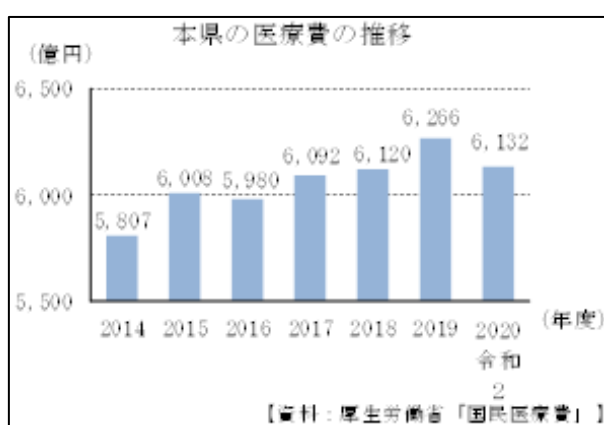
図表○：訪問看護事業所数の推移

6 保健所・市町村保健センター

・令和5(2023)年4月1日現在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2(2020)年度は6,132億円となり、6年間で325億円、5.6%増加しています。この伸び率は、全国の医療費の伸び率5.3%と比較して高くなっています。((P) R3 差し替え)
- ・また、令和2(2020)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。((P) R3 差し替え)



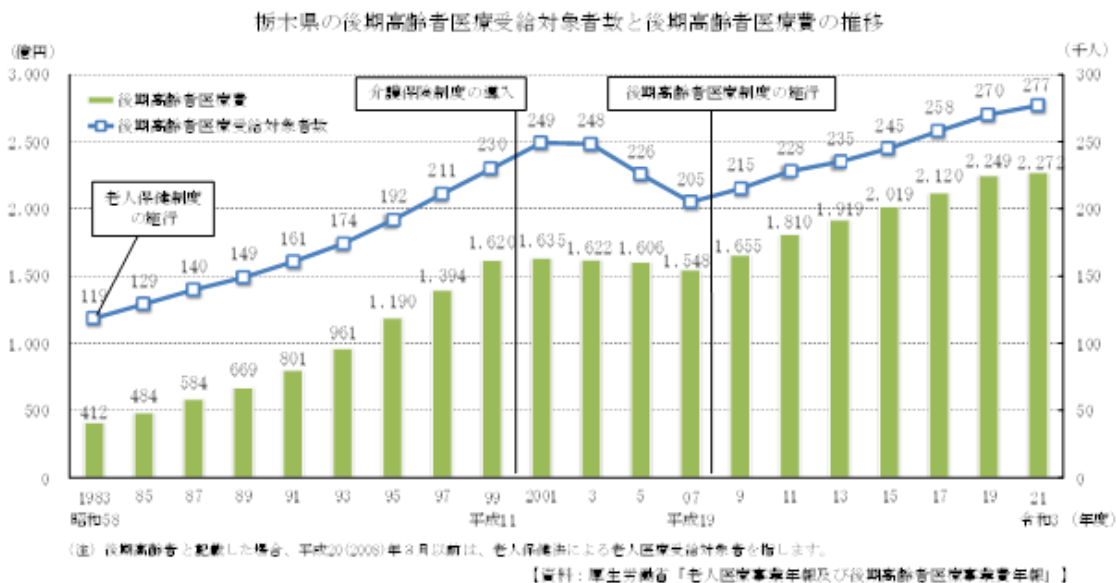
	本県	全国
一人当たり年間医療費	317千円 (40位)	341千円
うち医療入院	114千円 (40位)	129千円
うち医療入院外	117千円 (24位)	115千円
うち歯科	21千円 (38位)	24千円
うち調剤	55千円 (40位)	61千円

(注) ()内は全国における順位。
【資料：厚生労働省「令和2年度国民医療費」】

図表〇：本県の医療費の推移

図表〇：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2(2020)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。((P) R3 差し替え)



図表〇：栃木県の後期高齢者医療受給対象者数と後期高齢者医療費の推移

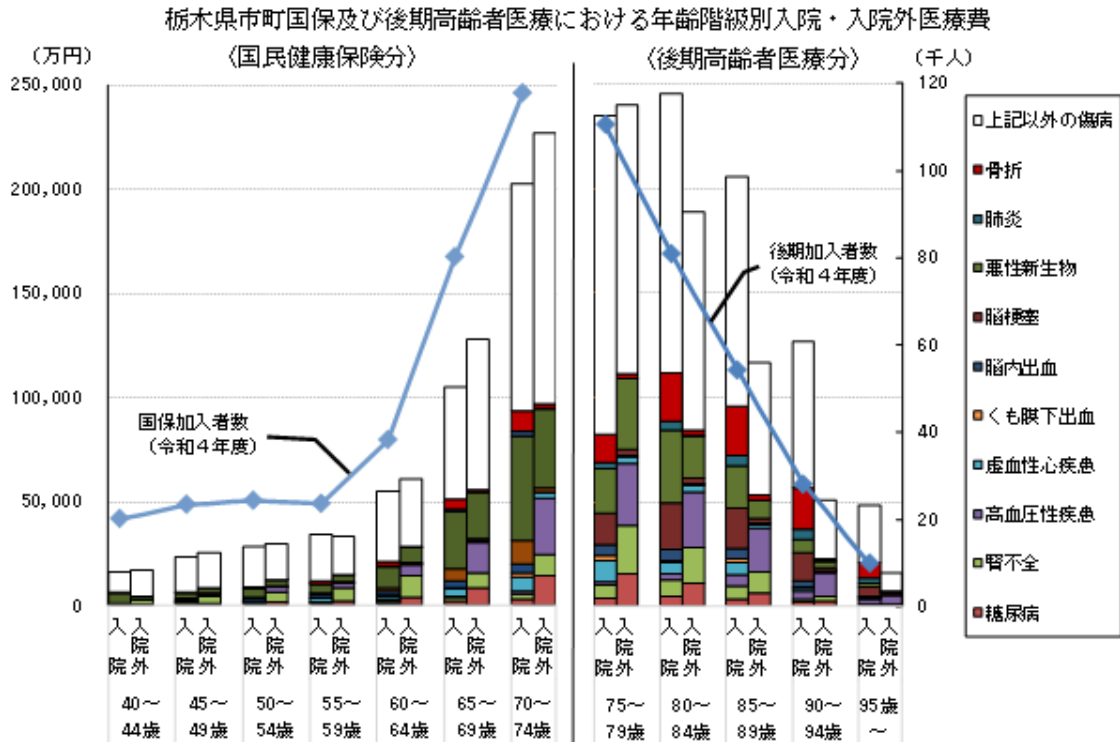
本県の一人当たり年間後期高齢者医療費

	本 県	全 国
一人当たり年間後期高齢者医療費	812千円 (40位)	917千円
うち入院医療費	381千円 (39位)	458千円
うち入院外医療費	393千円 (28位)	409千円
うち歯科医療費	26千円 (38位)	34千円

(注) 入院医療費には内科の入院時食事療養・生活療養費を、入院外医療費には調剤費を、
歯科医療費には歯科の入院時食事療養・生活療養費を含む。
() 内は全国における順位。
【資料：厚生労働省「令和2年度後期高齢者医療事業年報」】

図表〇：本県の一人あたり年間後期高齢者医療費

・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。



【資料：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】

図表〇：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

・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 保健医療圏設定の基本的考え方

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

- ・このため、保健医療活動の地域的単位として保健医療圏を設定します。
- ・なお、この保健医療圏域の設定はあくまでも行政的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。

第2節 保健医療圏の設定

1 一次保健医療圏

・一次保健医療圏は法令上特に定義はありませんが、本県では、住民に密着した頻度の高い保健医療活動が展開される地域とし、市町村単位とします。

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

2 二次保健医療圏（医療法第30条の4第2項第9号）

・二次保健医療圏は、高度・特殊な医療を除く一般的な保健医療需要に対応する区域であり、医療機能を考慮した病院の整備や各種の保健・医療・福祉施策を展開するための地域的な単位で、6圏域とします。

・圏域設定の考え方

3 三次保健医療圏（医療法第30条の4第2項第10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）

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っている、いわゆる「病床過剰地域」における病院の開設・増床・病床種別の変更又は診療所の病床の設置・増床については、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。

図表〇：基準病床数と既存病床数

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。
- ・医療提供の理念として、医療を受ける者の意向を十分に尊重することが加えられました。また、病院又は診療所の管理者は、患者の入院時には入院治療計画を作成・交付し、適切な説明を行うことが義務付けられ、退院時には退院療養計画を作成・交付し、適切な説明を行うよう努めることとされました。
- ・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、医療メデイ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イエーションについて普及啓発
- ・入退院時の説明書面の作成・交付等の普及・定着を促進
- ・寄せられる苦情や相談の中には、患者と医師等のコミュニケーションが十分でないことが原因と思われるものが多数見受けられることから、医療メデイエーションの普及啓発が重要です。

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が

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。

・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（以下「ネットパトロール」という。）では全国で847サイト（2022.3.31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薦

・ネットパトロール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

3 医療機能及び薬局機能情報の提供

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

【現状と課題】

・県では、医療機関の施設や診療体制に関する情報や、薬局の提供サービス等に関する情報を「とちぎ医療情報ネット」により、県民に提供してきました。加えて、県民の健康維持・増進を積極的に支援する「健康サポート薬局」も公表しています。

・県民が自ら医療機関を選択し、適切なサービスを受けられるようにするためには、より詳細な情報を正確かつ適切に積極的に情報提供が求められています。

【主な施策】

・患者が適切に医療機関や薬局を選択できるように、医療機関や薬局に関する情報の収集及びホームページ等を通じた提供

県ホームページ 「とちぎ医療情報ネット」

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

第2節 医療機関の機能分担と連携

1 かかりつけ医

・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】

・日常的な診療の総合的・継続的实施、在宅医療の提供、介護サービス等との連携といったかかりつけ医の機能や重要性を、県民に対し分かりやすく普及・啓発する必要があります。

・医療機関から報告されるかかりつけ医機能に関する情報（かかりつけ医機能報告制度）について、県民がそのニーズに応じてかかりつけ医機能を有する医療機関を適切に選択できるよう、わかりやすく提供する必要があります。

【主な施策】

・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、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みます。

【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」

3 かかりつけ薬剤師・薬局

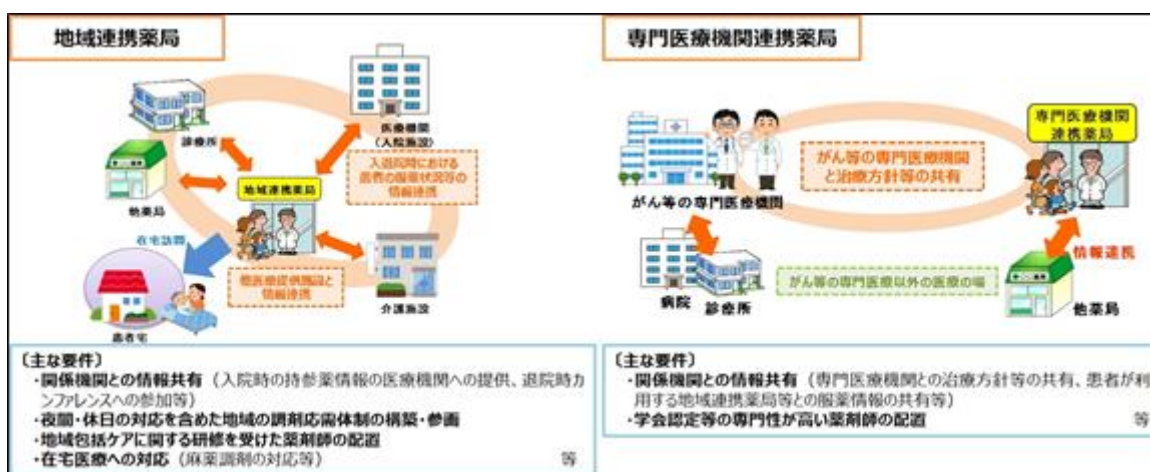
・平成27年に厚生労働省が策定した「患者のための薬局ビジョン」を踏まえ、かかりつけ薬剤師・薬局の普及を総合的に推進します。

【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



図表〇：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、教育研修などの面に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でき、提供後は速やかにかかりつけ医に紹介するなどの医療連携体制が求められています。
- ・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。
- ・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、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る。
- ・地域の実情に応じて、特に必要であるものとして都道府県知事が定める事項について、必要に応じて見直しを行い、公表することとされた。
- ・令和5(2023)年4月1日現在、全ての二次保健医療圏に地域医療支援病院が配置され、地域に必要とされる医療連携体制の整備が進行している。

医療機関名	二次保健医療圏
国立病院機構栃木医療センター 済生会宇都宮病院	宇都宮保健医療圏

国立病院機構宇都宮病院	
獨協医科大学日光医療センター	県西保健医療圏
芳賀赤十字病院	県東保健医療圏
那須赤十字病院	県北保健医療圏
新小山市民病院 とちぎメディカルセンターしもつが	県南保健医療圏
足利赤十字病院 佐野厚生総合病院	両毛保健医療圏

図表〇：栃木県内の地域医療支援病院（10 病院）（令和 5（2023）年 4 月 1 日現在）

【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
- ・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

5 公的医療機関等

- ・県・市（一部事務組合を含む。）が開設した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が開設した公的病院は、地域医療に重要な役割を担うことから、その機能を的確に果たせるよう、必要な体制整備を支援します。
- ・また、救急や周産期等の公益的な役割を担う大学病院や地域中核病院の機能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。
- ・医師不足が深刻化している状況の下、一部の公的病院等においては診療体制の縮小や休止をせざるを得ない状況にあります。
- ・県・市（一部事務組合を含む。）が開設した公立病院は、民間病院が採算性の問題等で参入しない分野での医療を担うため、経営的に厳しい状況に置かれ

ています。

- ・二次・三次救急医療、へき地医療や周産期医療をはじめ、公的医療機関が担っている多くの分野の医療は、学校法人、医療法人等が開設した病院の協力が不可欠となっています。

【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推進

- ・感染症法の改正を踏まえ、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、公的医療機関等が講ずべき内容の確保を促進

6 紹介受診重点医療機関

- ・「栃木県外来医療計画」に基づき、外来機能の明確化・連携の強化によって外来患者の流れを円滑にすることで、患者の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減、医師の働き方改革の推進を図っていきます。

【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ます。

- ・関連計画：「栃木県外来医療計画」（該当箇所：PO）

【主な施策】

- ・外来機能報告の実施

地域の医療機関の外来機能の明確化・連携に向けて、データに基づく議論を地域で進めるため、外来機能報告制度が創設されました。医療機関の管理者は、県に対して、外来医療の実施状況等を報告します。

- ・紹介受診重点医療機関の明確化

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。

- ・外来機能報告の結果を踏まえて「地域の協議の場」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。

- ・令和5（2023）年7月1日現在、12の病院（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
- ・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

(注釈)

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

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。

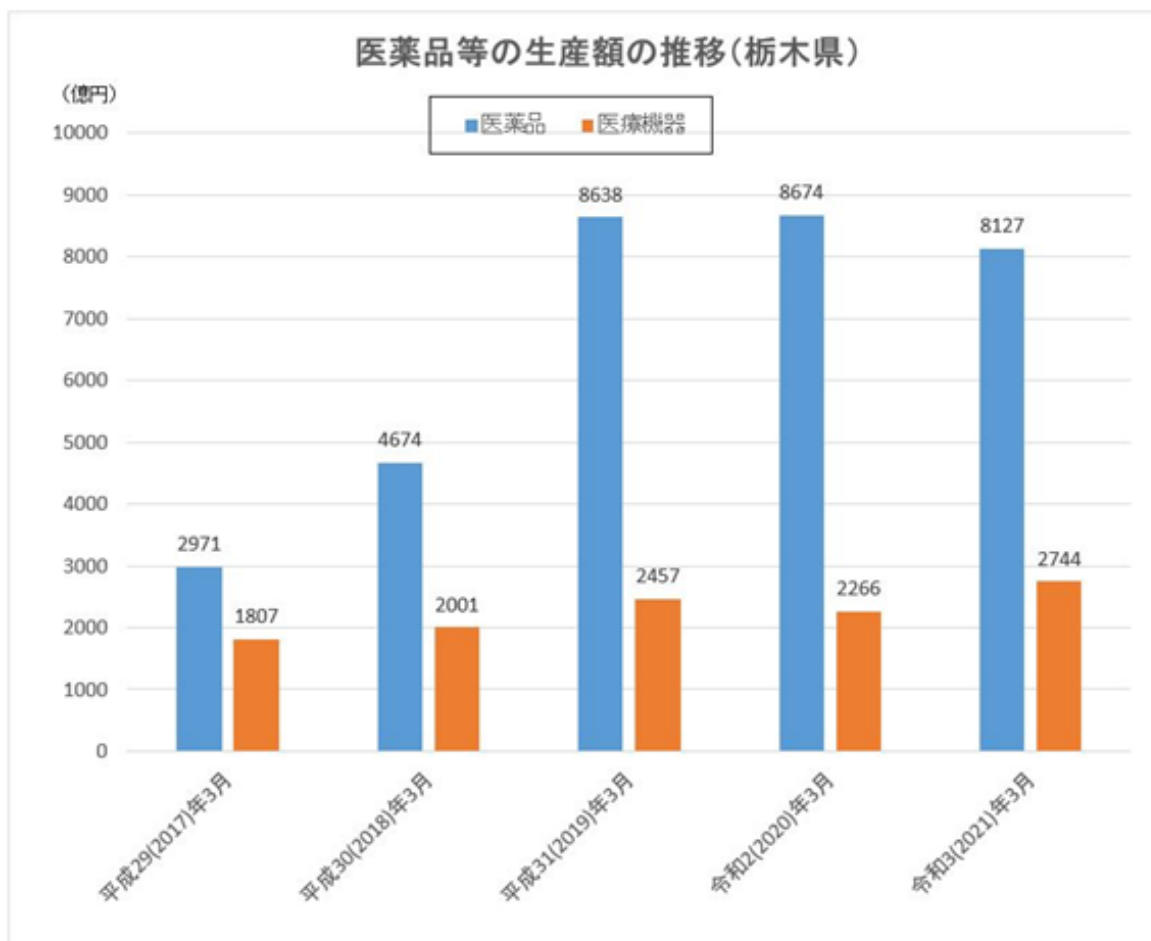
【現状と課題】

- ・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、医薬品の供給不足の一因となっています。本県は全国2位の医薬品の生産県であり、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の濫用が増加していること等を踏まえ、濫用等のおそれ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



図表〇：医薬品等の生産額の推移

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。

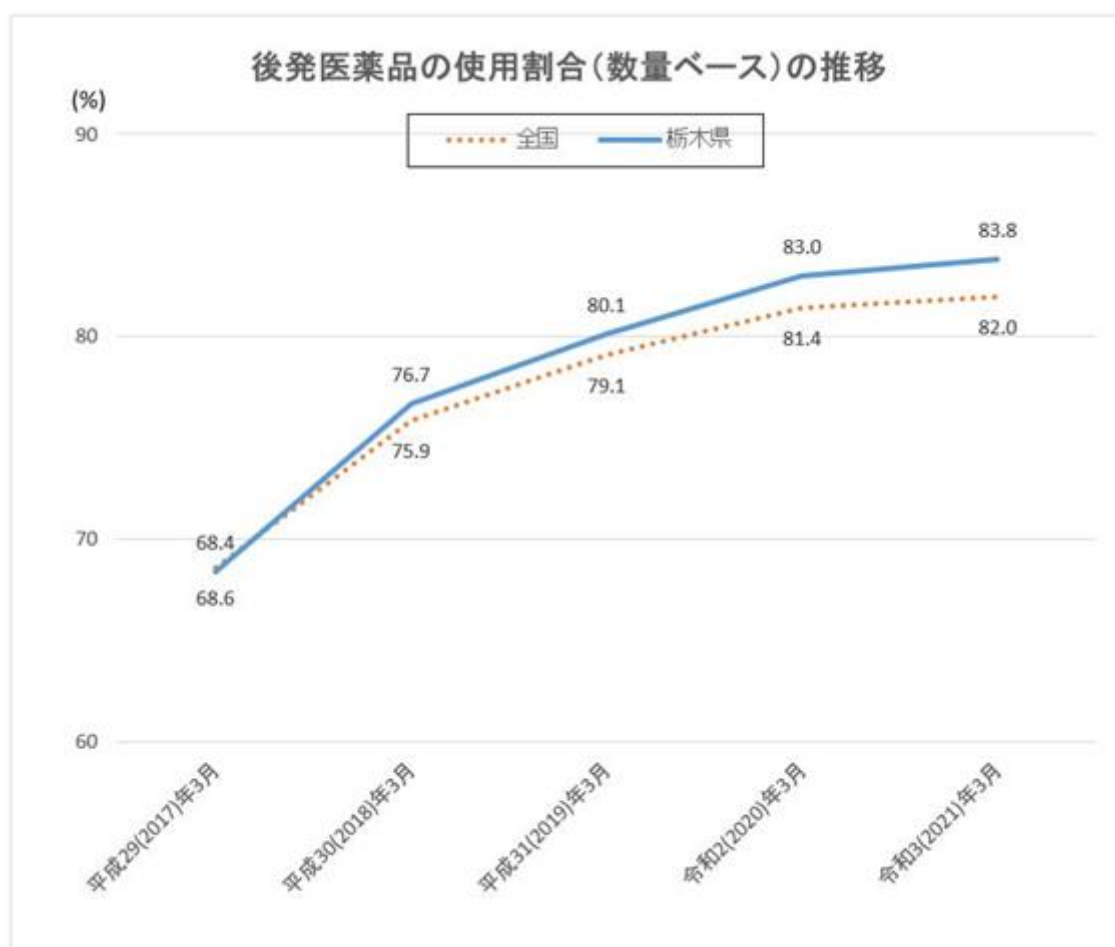
【現状と課題】

・ 本県の後発医薬品の使用割合は令和4(2022)年3月末において83.8%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。以下「骨太方針2021」という。）において「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及びフォーミュラリの理解促進のための普及啓発



図表〇：後発医薬品の使用割合（数量ベース）の推移

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の開催等による血液製剤の適正使用の推進

図表〇：献血者数・献血量の推移

図表〇：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

・効率的で質の高い医療が提供されるよう、ICT を活用し医療機関同士や医療従事者同士のネットワークの構築を促進します。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（KDB）の活用を促進します。

【現状と課題】

・平成26年10月1日現在、本県においてレセプト処理用コンピューターを使用している一般診療所は1,049施設であり、一般診療所全体（1,424施設）の73.6%となっています。

図表〇：電子カルテ導入状況

・平成26年10月1日現在、電子カルテを導入している県内の医療機関は、病院が24施設、診療所が312施設の計336施設であり、医療機関全体の21.9%となっています。

・平成29年3月末現在、とちまるネット導入医療機関は情報提供施設25施設

設、情報閲覧施設延べ 356 施設、同意書の取得数延べ 13,651 件となっています。また、平成 29 年 3 月末現在、どこでも連絡帳の登録者数は 797 名となっています。

図表〇：とちまるネット導入状況、どこでも連絡帳普及状況

・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。

・平成 26 年度に全市町に導入された国保データベース（KDB）システムにより、国民健康保険制度及び後期高齢者医療制度における診療報酬明細書並びに特定健康診査及び特定保健指導等に関する記録や、介護保険制度における介護給付費明細書等の情報について、それぞれの情報を突合し加工するなどにより「統計情報」や「個人の健康に関するデータ」を作成することが可能となっています。また、県は平成 29 年度中に国保データベース（KDB）システムを設置する予定です。

・令和 4 年 10 月 11 日に医療 DX 推進本部の設置が閣議決定され、「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となっています。

【主な施策】

- ・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（KDB）システムの活用の推進
- ・医師会等関係機関との連携を図り、とちまるネットやどこでも連絡帳への参画医療機関等の増加促進
- ・患者自身が服薬情報を、いつでも、どこでも入手し、薬剤師等から適切な服薬指導等を受けられるよう、電子版お薬手帳普及促進
- ・今後、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

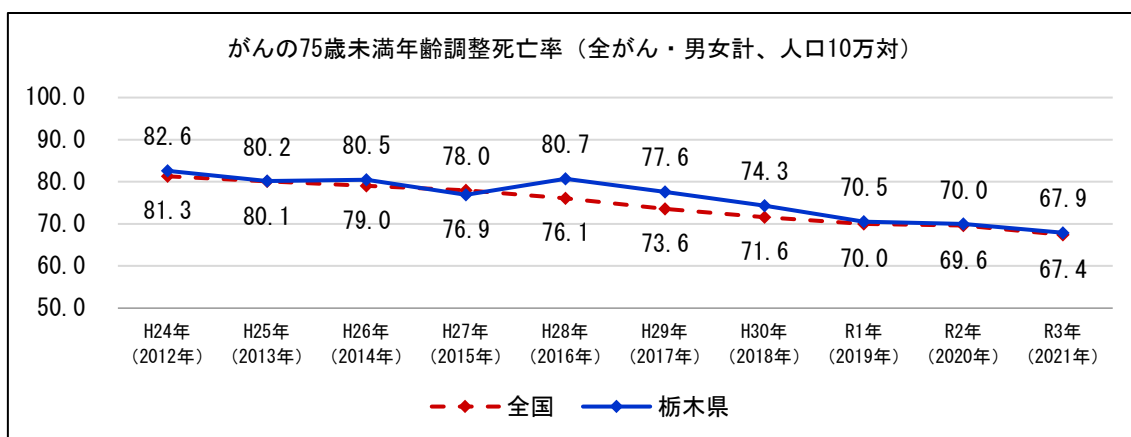
第5章 5疾病6事業及び在宅医療の医療連携体制

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(2022年))
- ・令和年のがんの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)」)
- ・関連計画: 「栃木県がん対策推進計画(4期計画)(該当箇所:P●)」

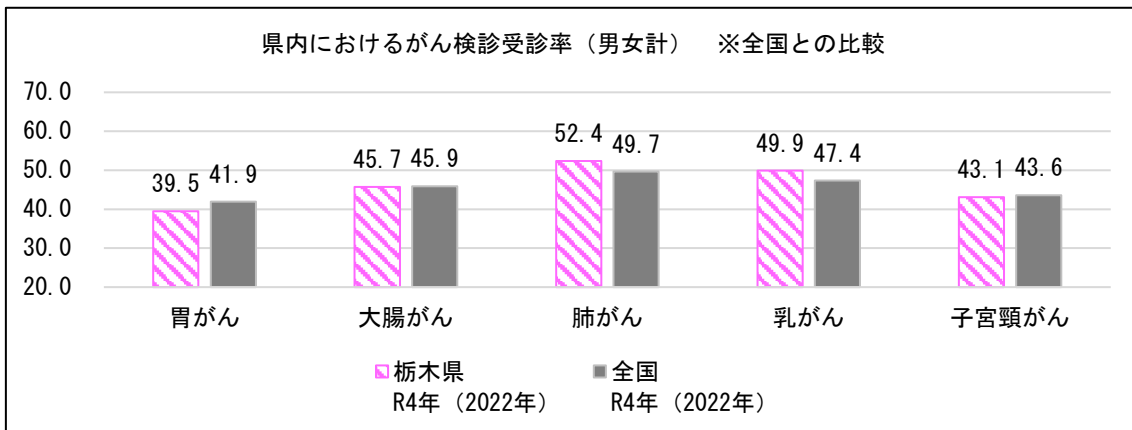


図表○：がんの75歳未満年齢調整死亡率(全部位・男女計、人口10万人対)

【資料：国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計(2021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だが、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))



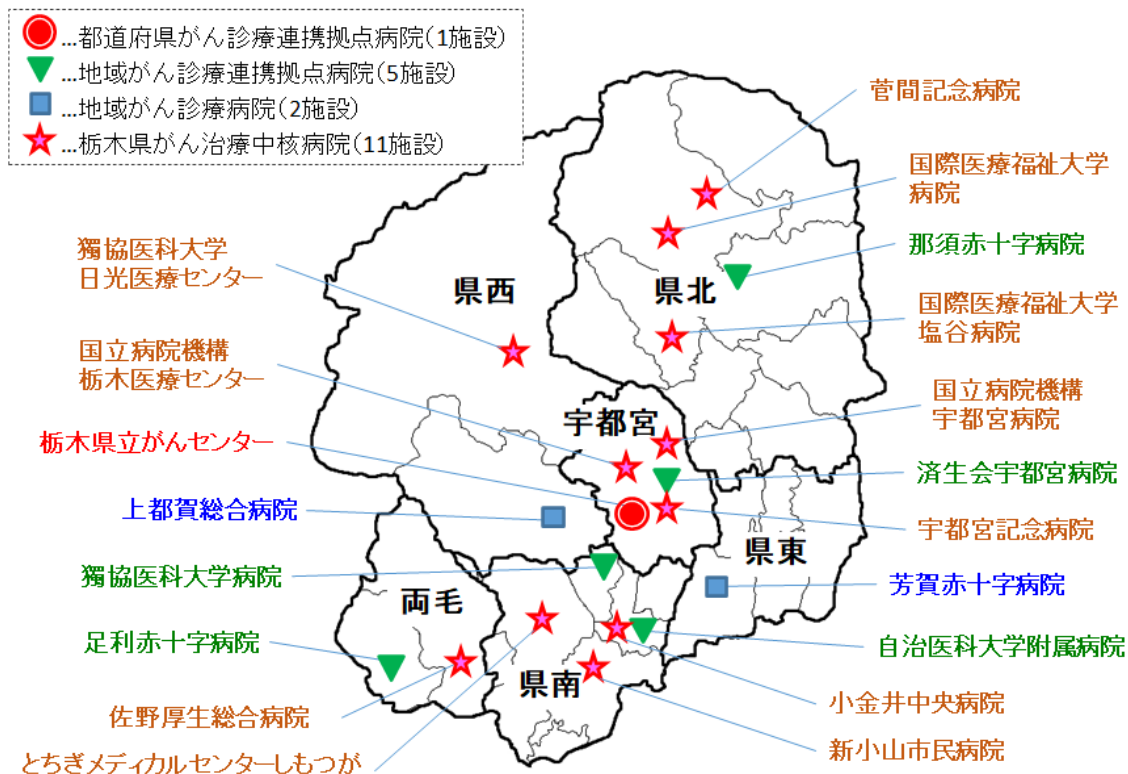
図表〇：県内におけるがん検診受診率（全国との比較）【資料：県民健康・栄養調査（2022年速報値）】

(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」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。
- ・保健医療計画（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。
- ・小児がんへの質の高い医療及び支援を提供するため、一定程度の医療資源の集約化として「小児がん連携病院」が、合計2施設整備されています。

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。
- 県内におけるがん診療提供体制（専門診療）



図表〇：がん医療に係る圏域図

- ・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) がんによる死亡率の減少している。
- (2) がん患者の療養生活の質の維持向上している。
- (3) がんになっても安心して暮らすことができる社会の構築できている。

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) がんの予防及び早期発見
 - ・がんの発症予防及び早期発見によるがんによる死亡率減少のため、県民に向けた効果的な普及啓発に取り組みます。

施策-(C)	
①	喫煙対策に関する効果的な普及啓発の実施
②	生活習慣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、肝炎ウイルス検査の受検勧奨

④	HPV ワクチン予防接種の県民への理解と啓発
⑤	がん検診の受診率の向上
⑥	がん検診の精度管理の取組の促進
⑦	職域における取組の促進

(2) がん医療の充実

・拠点病院の整備をはじめ、がん診療連携協議会と連携して県民が適切な医療を受けられる医療提供体制の構築に取り組みます。

施策-(C)	
①	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
②	地域の実情に応じたがん医療の集約化
③	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
④	がんの診断時から適切な緩和ケアの提供される体制の整備
⑤	切れ目のない緩和ケア提供体制の整備

(3) がん患者やその家族を支える環境整備

・県民ががんになっても、がんの治療と仕事の両立ができるような支援体制強化に勤め、また小児・AYA 世代への支援体制構築に取り組みます。

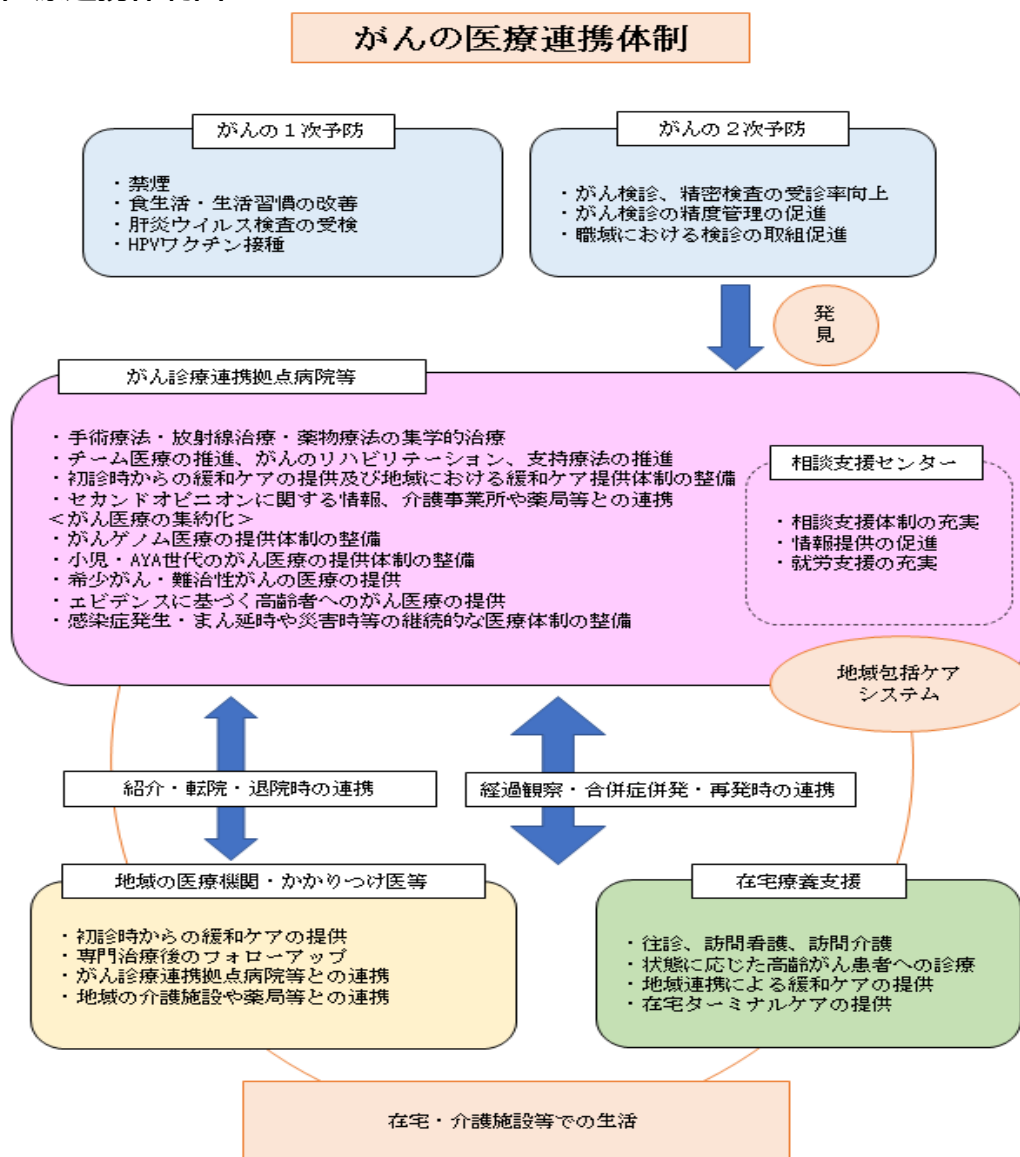
施策-(C)	
①	外来初診時からのがん患者や家族が相談支援センターを訪問する体制の整備
②	がん患者の就労支援
③	自殺リスクに対する相談支援、がん患者の心理的な負担のないよう正しい理解の普及啓発
④	小児・AYA 世代のがん患者支援事業の周知(妊孕性助成、アピアランスケア・在宅ターミナル支援)
⑤	小児・AYA 世代の診療提供体制、長期フォローアップ体制等の整備
⑥	入院高校生への教育支援、退院時の復学支援
⑦	療養中における未就学児の保育環境、小中学生の患者の教育環境の充実
⑧	高齢がん患者とその家族等の療養生活を支えるための体制整備
⑨	学校におけるがん教育の充実やがん教育推進のための環境の整備

5 各医療機能と連携

「3. 分野アウトカム (目指す姿)」を踏まえ、以下のとおりがんの医療体

制に求められる医療機能を定めるとともに、連携体制の構築を図ります。

(1)医療連携体制図



図表〇：がん医療に係る医療連携体制図

(2)医療機能別の各医療機関に求められる事項

※ 具体的な機能別の医療機関（※県ホームページ別冊の URL リンク）

病期の区分	医療機能	各医療機関等に求められる事項	医療機関等の例
予防・早期発見	がんを予防する機能（医療機関）	<ul style="list-style-type: none"> ・がん検診の結果、要精密検査とされた者（以下「要精検者」という。）等に対して、がんに係る精密検査を実施すること ・精密検査の結果をフィードバックする等、がん検診の精度管理に協力すること ・都道府県や市町村（特別区を含む。以下同じ。等が実施する たばこ対策に積極的に協力すること 	診療所等
	がんを予防する機能（行政機関等）	<ul style="list-style-type: none"> ・市町村は 科学的根拠に基づく がん検診を実施すること ・がん登録の情報の利用等を通じてがんの現状把握に努めること ・要精検者が確実に医療機関を受診するように連携体制を構築すること ・都道府県は、生活習慣病検診等管理指導 協議会 の一層の活用を図る等により、検診の実施方法 の改 善 や精度管理の向上等に向けた取組を検討すること ・都道府県は、市町村に対して、指針の内容を遵守し、科学的根拠に基づくがん検診を実施するよう、必要な助言・指導等を実施すること ・禁煙希望者に対する禁煙支援や受動喫煙の防止等のたばこ対策に取り組むこと ・感染に起因するがん対策を推進すること 	行政機関、保険者等
治療	がん診療機能	<p>次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに準じた診療を実施していること</p> <ul style="list-style-type: none"> ・血液検査、画像検査（エックス線検査、CT、MRI、核医学検査、超音波検査、内視鏡）及び病理検査等の、診断・治療に必要な検査が実施可能であること ・画像診断や病理診断等が実施可能であること ・患者の状態やがんの病態に応じて、手術療法、放射線療法及び薬物療法又はこれらを組み合わせた集学的治療等が実施可能であること ・がんと診断された時から患者とその家族等に対して全人的な緩和ケアを実施し、拠点病院等としては以下の対応が求められる。 ・患者の病態に応じて、より適切ながん医療を提供できるよう、多職種によるカンファレンス を設置し、月1回以上、開催すること ・がんゲノム医療等の高度かつ専門的な医療等については、地域における役割分担等を踏まえつつ、必要に応じて他の医療機関と連携し実施すること ・患者とその家族等の意向に応じて、専門的な知識を有する第三者の立場にある医師の意見を求める ためのセカンドオピニオンを提示する体制を整備し、患者やその家族等に分かりやすく公表すること ・相談支援の体制を確保し、情報の収集・発信、患者・ 家族 等の交流の支援等を実施していること。その際、小児・AYA世代のがん、希少がん、難治性がん等に関する情報についても提供できるよう留意すること ・就職支援や、仕事と治療の両立に向けた就労継続支援を行えるよう、事業者・産業医等との連携を含めた体制を確保し、相談支援や情報の発信等を行うこと ・がんと診断された時から 患者とその家族等に対して全人的な 緩和ケアを実施するために必要な緩和ケアチームや外来での緩和ケア提供体制等を整備すること ・がんの 治療の合併症予防や、その病状 の 軽減を図るため、治療中の 口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関との 連携を図ること ・地域連携支援の体制を確保するため、病院間の役割分担を進めるとともに、研修、カンファレンス、診療支援 等を活用し、急変時の対応 や緩和ケア等について、 他のがん診療機能や在宅療養支援機能を有している医療機関等と連携すること ・院内がん登録を実施すること 	拠点病院等
療養支援	在宅療養支援機能	<ul style="list-style-type: none"> ・24 時間対応が可能な在宅医療を提供していること ・がん疼痛等に対する緩和ケアが実施可能であること ・看取りを含めた人生の最終段階におけるケアを 24 時間体制で提供すること ・がん診療機能を有する医療機関等と、診療情報や治療計画を共有するなどして連携が可能であること（地域連携クリティカルパスを含む。） ・医療用麻薬を提供できること 	<ul style="list-style-type: none"> ・病院又は診療所 ・薬局 ・訪問看護事業所

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	基準値	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 胃がん 7.7 大腸がん 9.7 肝がん 3.7 肺がん 11.4 乳がん 11.3 子宮がん 5.9	モニタリング
		5年相対生存率 (2009-2011)	全がん 64.1% 胃がん 66.6% 大腸がん 71.4% 肝がん 35.8% 肺がん 34.9% 乳がん 92.3% 子宮がん 78.7%	モニタリング
2	がん患者の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	R5 調査から	モニタリング
		精神的な苦痛を抱えるがん患者の割合	R5 調査から	モニタリング
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% (H30)	モニタリング

中間アウトカム（分野アウトカム達成に必要な状態）-(B)

	項目名	指標名	基準値	目標値
1	がんの予防及び早期発見ができています	がん罹患率（人口10万対）（2019）	全がん 377.5 胃がん 41.9 大腸がん 57.6 肝がん 12.1 肺がん 39.5 乳がん 49.7 子宮がん 33.9	モニタリング
		早期がん割合（全国がん登録：進展度・総合、上皮内と限局）（2019）	全がん 52.9% 胃がん 56.2% 大腸がん 58.5% 肝がん 63.3% 肺がん 33.4% 乳がん 64.5% 子宮がん 78.3%	モニタリング
2	がん医療が充実しています	がんの診断・治療全体の総合的評価	R5 調査から	モニタリング
		納得のいく治療を選択できたと思うがん患者の割合	79.0%(H30)	モニタリング
		がんの標準的診療機能・集学的治療を担う医療機関数 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） 年間入院小児がん患者延べ数	別紙現況報告書実績一覧のとおり 196人(R4)	モニタリング
3	がん患者やその家族を支える環境が整っている	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	47.7%(H30)	モニタリング
		望んだ場所で過ごせたがん患者の割合	47.9%(H30)	モニタリング

施策-(C)

※ロジックモデルと併せて修正

7 ロジックモデル

第2節 脳卒中

1 現状と課題

(1) 罹患の状況

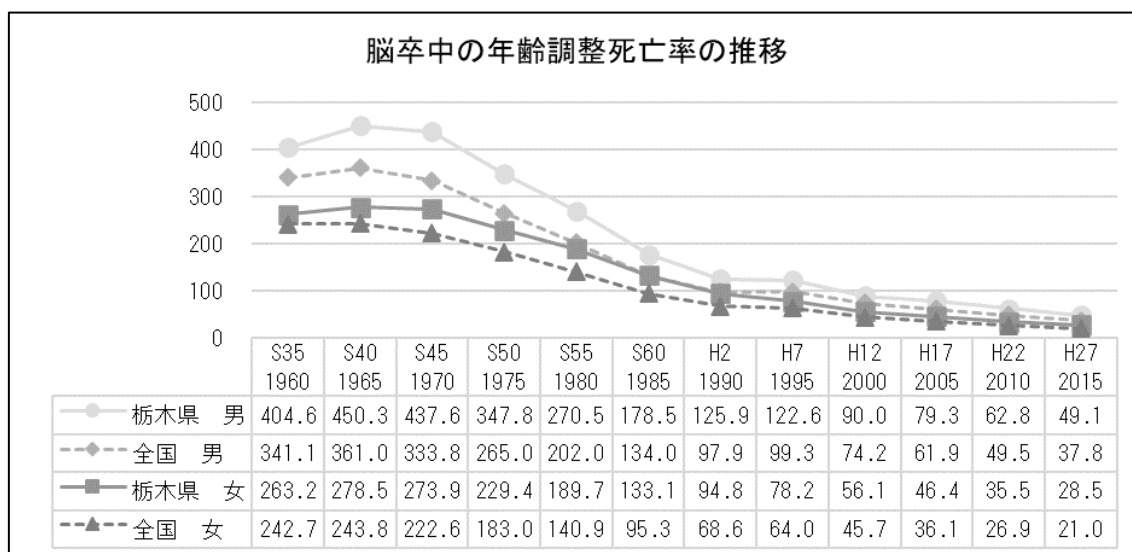
・令和2(2020)年患者調査では、県内の総患者数は、脳卒中が15千人となっています。(厚生労働省「患者調査」)

	H20年 (2008年)	H23年 (2011年)	H26年 (2014年)	H29年 (2017年)	R2年* (2020年)
脳卒中	19千人	19千人	15千人	21千人	15千人

図表〇：脳卒中の総患者数【資料：厚生労働省「患者調査」】

(2) 死亡の状況

・平成27(2015)年人口動態統計では、脳卒中の年齢調整死亡率(人口10万対)は、男性が49.1、女性が28.5となっています。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。(厚生労働省「人口動態統計」)



図表〇：脳卒中の年齢調整死亡率の推移【資料：厚生労働省「人口動態統計」】

(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。(消防庁「救急救助の現況」)

・入電から現場到着までの時間は全国平均と同程度ですが、現場到着から医療機関到着までに要した平均時間は、全国平均より長くなっています。

- ・脳卒中発症後3時間以内に受診した患者の割合は、40.0%です。(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求められています。

(5) リハビリテーション実施体制の状況

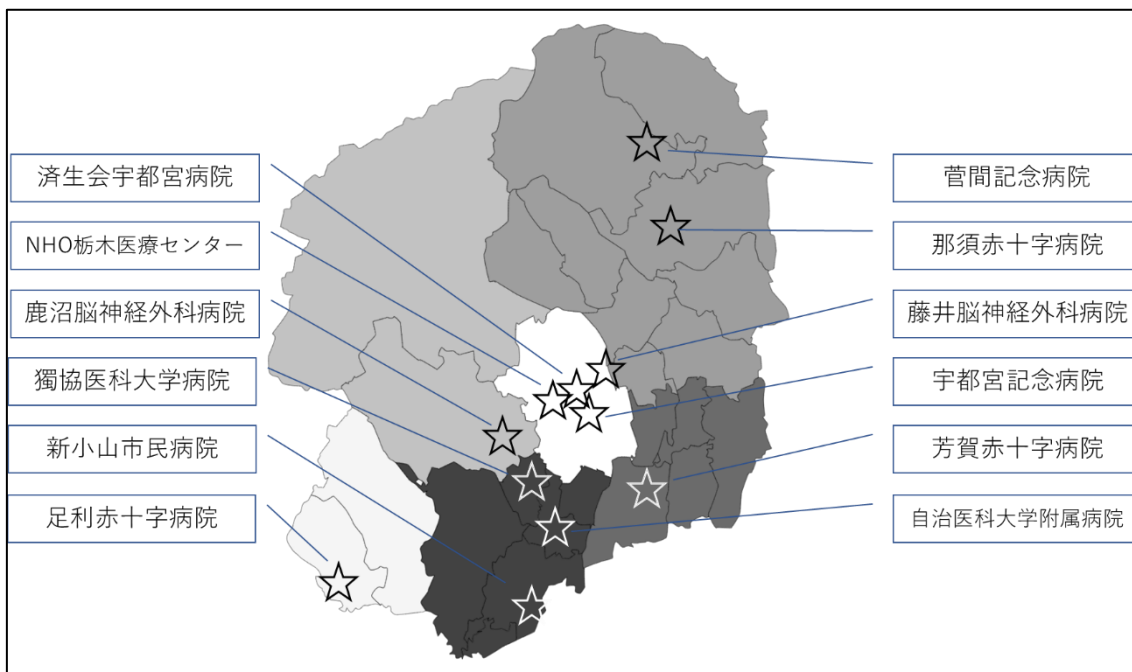
- ・脳卒中発症後3日以内にリハビリテーションを実施した患者の割合は、令和3(2021)年時点で80.2%であり、増加傾向にあります。(栃木県「脳卒中発症登録」)
- ・令和2(2020)年度脳卒中患者に対するリハビリテーション実施件数のSCRは98.6で全国値の100より低くなっています。(内閣府「医療提供状況の地域差」)

(6) 在宅医療の状況

- ・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3(2021)年で22.8%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、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。誤嚥性肺炎の予防や口腔機能を維持向上させるための診断、治療、保健指導が可能な、脳卒中の維持期医療を担う歯科診療所(「栃木県保健医療計画(7期計画)」に基づく機能別医療機関)は、令和6(2024)年3月現在で県内に●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。
- ・日本脳卒中学会が認定している一次脳卒中センター(PSC)に認定されている病院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)



図表〇：脳卒中医療に係る圏域図

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の減少している。
- (2) 脳卒中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) 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づくり

・病院前救護体制及び救急搬送体制の強化に取り組むために、初期症状等の啓発や消防機関等との連携により関係者の資質向上に努めます。

施策-(C) (発症時の対応に関する啓発)	
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

施策-(C) (専門医療機関への速やかな搬送体制の整備)	
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

(2) 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、rtPA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。

施策-(C) (専門的医療提供体制の構築)	
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による効率的な医療連携の普及
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

(3) 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。

施策-(C) (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)	
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

(4) 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られる体制構築

・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、在宅療養心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。

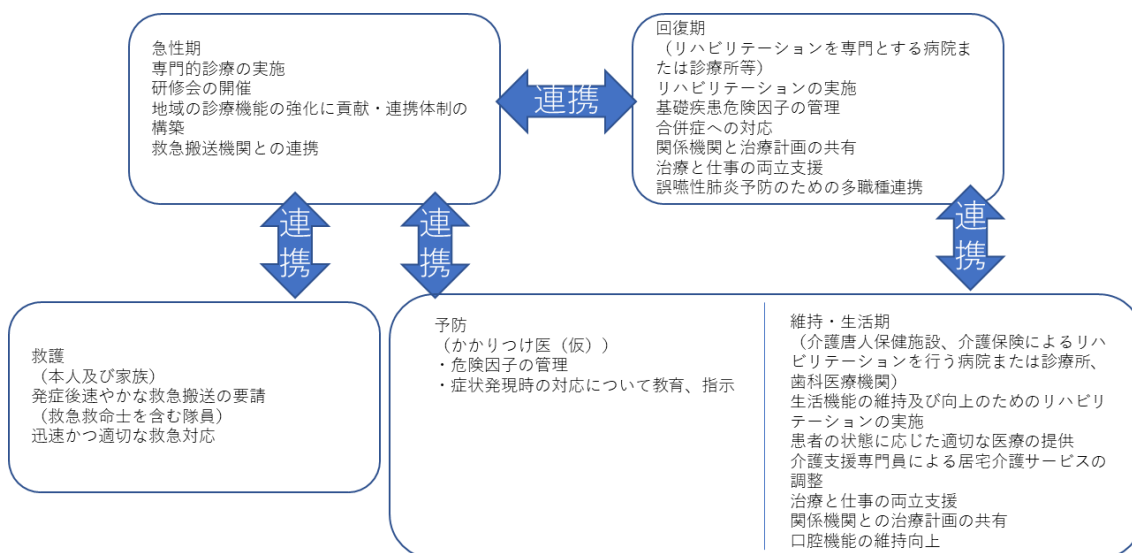
施策-(C) (自宅等で、生活機能の維持・向上のためのリハビリテーション、療養支援が受けられる体制の構築)	
①	(再掲) 再発・重症化予防のための、かかりつけ医等の機能強化・資質向上

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 各医療機能と連携

「3. 分野アウトカム (目指す姿)」を踏まえ、以下のとおり脳卒中の医療体制に求められる医療機能を定めるとともに、連携体制の構築を図ります。

(1) 医療連携体制図



図表〇：脳卒中医療に係る医療連携体制図

(2) 医療機能別の各医療機関等に求められる事項等

※具体的な機能別医療機関名はこちら (※県ホームページ別冊の URL リンク)

病期の区分	医療機能	各医療機関等に求められる事項	医療機関等の例
予防	発症予防機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高血圧、糖尿病、脂質異常症、心房細動、喫煙、過度の飲酒等の基礎疾患及び危険因子の管理が可能であること ・ 突然の症状出現時における対応について、本人及び家族等患者の周囲にいる者に対する教育、啓発を実施すること ・ 突然の症状出現時に、急性期医療を担う医療機関への受診勧奨について指示すること 	かかりつけ医(仮)
救護	応急手前・病院前救護の機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 発症後速やかに救急搬送の要請を行うこと 	本人及び家族等周囲にいる者 救急救命士を含む救急隊員
		<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域メディカルコントロール協議会の定めた活動プロトコルに沿って、脳卒中患者に対する適切な観察・判断・処置を行うこと ・ 脳卒中が疑われる患者に対する病院前救護のスクリーニングに基づき、搬送先選定が可能な救護体制を構築すること ・ 急性期医療を担う医療機関へ迅速に搬送すること ・ 適切な処置を行った上で、速やかに急性期医療を担う医療機関への転送を要請すること 	かかりつけ等の初期診療医療機関(仮)
急性期	救急医療機能	<p>日本脳卒中学会認定「一次脳卒中センター」であること、もしくは選定基準を満たす医療機関を脳卒中の急性期医療を担う医療機関として位置付ける。</p> <p><選定基準></p> <p>(1) 診療体制</p> <p>① 専任の神経内科専門医及び脳神経外科専門医が常勤で配置され、脳卒中が疑われる患者に対して、専門的診療が24時間実施可能であること(画像伝送等の遠隔診断に基づく治療を含む。)</p> <p>(ただし、当分の間は、神経内科専門医又は脳神経外科専門医のいずれかの医師が常勤で1名以上配置されていなければならないこと。)</p> <p>② 医師、看護師その他の医療従事者が共通の診療方針に基づき、それぞれの役割分担と連携のもとに、適切な医療が常時提供できる体制が整っていること</p> <p>③ 脳卒中評価スケール(NIHSSやJSS)などを用いた客観的な神経学的評価が24時間実施可能であること</p> <p>④ t-PA静注療法の適応がある脳梗塞患者に対し、来院後に少しでも早く治療を開始すること(遅くとも来院後1時間以内に治療を開始することが望ましい。)</p> <p>(2) 施設</p> <p>① 脳卒中に係る第二次救急医療施設として必要な診療部門(診察室、処置室、手術室、薬剤室、X線室、CT室、MR室、超音波検査室等)及び優先病室等が整っていること</p> <p>② 必要に応じ、脳卒中の重症救急患者を受け入れるため、脳卒中集中治療室(SCU)や脳卒中専門病棟(SU)又は、それに準ずる集中治療室を設けるものとする</p> <p>(3) 設備</p> <p>① 脳卒中に係る第二次救急医療施設として、脳血管撮影、CT、MRI等の画像診断装置をはじめ必要な医療機器を有していること。また、脳卒中の早期診療が行えるよう、原則として、これらの医療機器は常時使用できる体制が整っていること</p> <p>(4) その他</p> <p>① 救急告示医療機関として、救急搬送機関からの搬送患者を積極的に受け入れている実績があること</p> <p>② 初期救急医療施設等で脳卒中診療に携わる医師等の医療従事者を対象とした研修会を実施する等、地域の医療機関の診療機能の強化に貢献するとともに、地域の医療機関との連携体制の構築に努めていること</p> <p>③ 救急救命士等を対象とした病院実習や講習会を積極的に実施し、救急救命士等の資質の向上に貢献するとともに、救急搬送機関との密接な連携体制の構築に努めていること</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 救命救急センターを有する病院 ・ 脳卒中の専用病室を有する病院 ・ 急性期の血管内治療が実施可能な病院 ・ 脳卒中に対する急性期の専門的医療を担う病院又は有床診療所
回復期	身体をさらば回復させる機能	<p>次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに則した診療を実施していることが求められる。</p> <p>(1) 常勤のリハビリテーション科専門医又はリハビリテーション医学会認定臨床医(いずれも(公社)日本リハビリテーション医学会認定)が在籍すること</p> <p>(2) 再発予防の治療(抗血小板療法、抗凝固療法等)、基礎疾患・危険因子の管理及び抑うつ状態や認知症などの脳卒中後の様々な合併症への対応が可能であること</p> <p>(3) 重篤な神経機能障害・精神機能障害等を生じた患者であっても、急性期病院からの受け入れが可能となるよう、回復期の医療提供体制を強化すること</p> <p>(4) 失語、高次脳機能障害(記憶障害、注意障害等)、嚥下障害、歩行障害などの機能障害の改善及びADLの向上を目的とした、理学療法、作業療法、言語聴覚療法等のリハビリテーションが専門医療スタッフにより集中的に実施可能であること</p> <p>(5) 合併症の中でも、特に誤嚥性肺炎の予防のために、口腔管理を実施する院内の歯科や歯科医療機関等を含め、多職種間で連携して対策を図ること</p> <p>(6) 訪問リハビリテーションなどへの対応が可能なこと</p> <p>(7) 急性期の医療機関及び維持期・生活期の医療機関等と診療情報やリハビリテーションを含む治療計画を共有するなどして連携していること</p> <p>(8) 自施設以外の職員も参加できる研修会を開催できること</p> <p>(9) 再発が疑われる場合には、急性期の医療機関と連携すること等により、患者の病態を適切に評価すること</p> <p>(10) 担当の両立支援コーディネーターを配置し、産業医などの治療と仕事の両立支援に係る人材と連携し、脳卒中患者の就労支援を推進させ、生活の質の向上を目指すこと</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ リハビリテーションを専門とする病院又は診療所 ・ 回復期リハビリテーション病棟を有する病院
維持期・生活期	日常生活の回復及び生活の維持のための機能	<p>次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに準じた診療を実施していることが求められる。</p> <p>(1) 再発予防の治療、基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態への対応等が可能であること</p> <p>(2) 生活機能の維持及び向上のためのリハビリテーション(訪問及び通所リハビリテーションを含む)が実施可能であること</p> <p>(3) 脳卒中後の血管性認知症に関して、認知症専門外来等との連携をしていること</p> <p>(4) 合併症発症時や脳卒中の再発時に、患者の状態に応じた適切な医療を提供できる医療機関と連携していること</p> <p>(5) 介護支援専門員や相談支援専門員が、自立生活又は在宅療養を支援するための居宅介護サービスを調整すること</p> <p>(6) 担当の両立支援コーディネーターを配置し、産業医などの治療と仕事の両立支援に係る人材と連携し、脳卒中患者の就労支援を推進させ、生活の質の向上を目指すこと</p> <p>(7) 回復期又は急性期の医療機関等と診療情報やリハビリテーションを含む治療計画を共有するなどして連携していること</p> <p>(8) なお、歯科診療所については、次の基準を満たすこと。</p> <p><選定基準></p> <p>① 脳卒中発症後の要介護状態等に伴う誤嚥性肺炎の予防や口腔機能を維持向上させるための診断、治療、保健指導が可能であること</p> <p>② 脳卒中治療を行う他の医療機関と必要な診療情報や治療計画を共有するなどの連携が可能であること。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護老人保健施設 ・ 介護保険によるリハビリテーションを行う病院又は診療所 ・ 歯科医療機関

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	基準値	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)	49.1人 (2015年)	全国値以下
		脳血管疾患の年齢調整死亡率(女性)	28.5人 (2015年)	全国値以下
		脳梗塞の年齢調整死亡率(男性)	22.1人 (2015年)	全国値以下
		脳梗塞の年齢調整死亡率(女性)	12.7人 (2015年)	全国値以下
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% (2017年)	65%以上
		脳血管疾患の平均在院日数	76.2日 (2020年)	減少
		退院時機能障害(mRS)が2～5であった患者の割合	61.2% (2021年)	減少

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	脳卒中の発症及び再発が予防できる	収縮期(最高)血圧の平均値	128.9mmHg	127mmHg以下
		脳卒中発症登録に占める再発者の割合	22.8% (2021年)	20%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	脳卒中発症後3時間以内に受診した患者の割合	40.0% (2021年)	50%以上
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	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 (2021年度)	増加
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	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% (2021年度)	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	訪問診療を受けた患者数(1か月あたり)	7,900人 (2021年度)	

施策-(C)

No.	項目名	指標名	基準値
1	循環器病の予防に関する啓発	収縮期(最高)血圧の平均値	128.9mmHg (2022年)
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% (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	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% (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 (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 (2022年)
6	専門的なりハビリテーション実施体制の構築	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数	22施設 (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 (2021年度)

7 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6千人と推計されています。

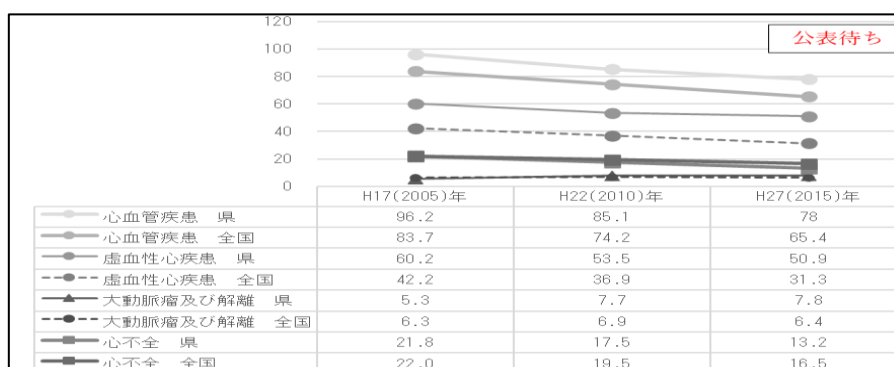
	H20年 (2008年)	H23年 (2011年)	H26年 (2014年)	H29年 (2017年)	R2年* (2020年)
虚血性心疾患	13千人	13千人	13千人	7千人	17千人
心不全	3千人	3千人	2千人	5千人	6千人

図表○：心疾患の総患者数

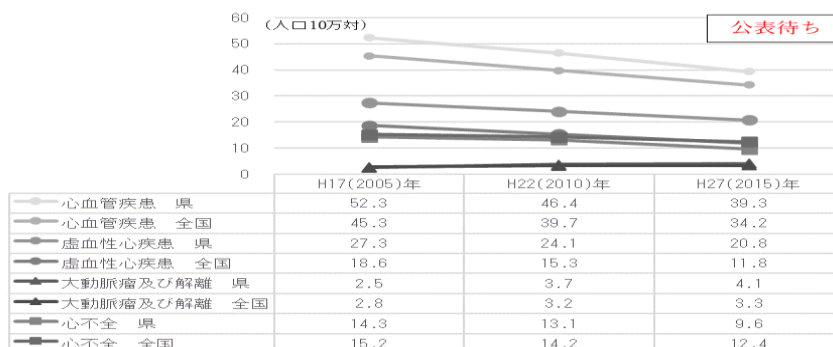
(2) 死亡の状況

・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は下表のとおりです。

資料：厚生労働省「人口動態統計」



図表○：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)



図表○：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)

(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。(消防庁「救急救助の現況」)
- ・入電から現場到着までの時間は全国平均と同程度ですが、現場到着から医療機関到着までに要した平均時間は、全国平均より長くなっています。

(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。

(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件でした。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、いずれも地域によって件数に差があります。
- ・心筋2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、特に高齢の患者が多く、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。

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。

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) 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できる体制づくり

・病院前救護体制及び救急搬送体制の強化に取り組むために、初期症状等の啓発、搬送困難事例の状況の把握、消防機関等との連携により関係者の資質向上に努めます。

施策-(C) (発症時の対応に関する啓発)	
①	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

施策-(C) (専門医療機関への速やかな搬送体制の整備)	
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

(2) 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、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。

施策-(C) (専門的医療提供体制の構築)	
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による効率的な医療連携の普及
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

(3) 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、関係機関と連携し研修会を実施します。

施策-(C) (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)	
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

(4) 日常生活への復帰、生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションを受けられる体制の構築

・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、在宅療養心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。

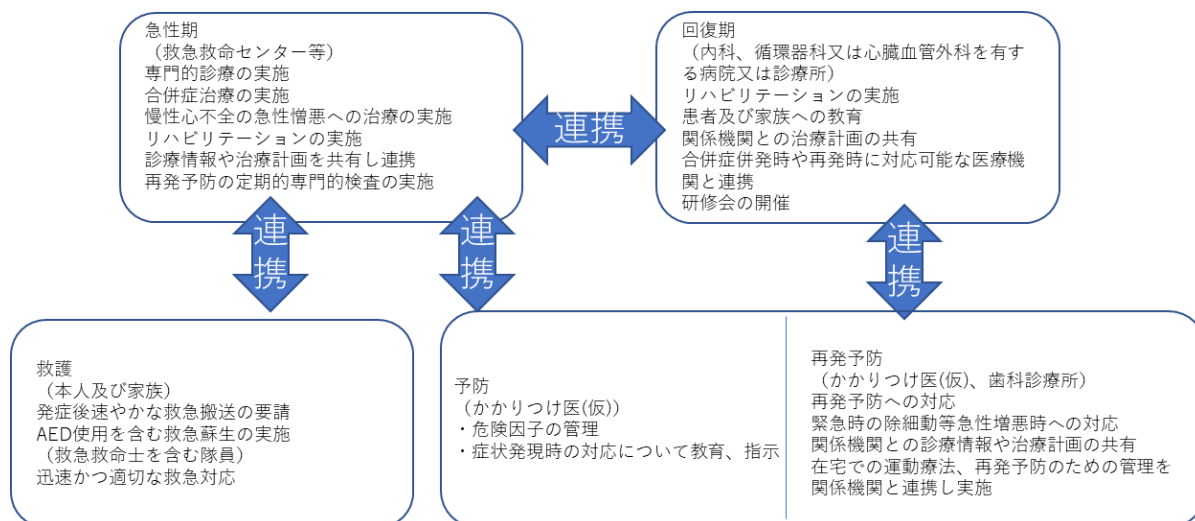
施策-(C) (自宅等で、生活機能の維持・向上のためのリハビリテーション、療養支援が受けられる体制の構築)	
①	(再掲) 再発・重症化予防のための、かかりつけ医等の機能強化・資質向上
②	在宅療養支援を担う看護師等を対象とした研修会の実施
③	在宅療養支援ガイドブックの活用促進
④	(再掲) 心房細動の早期発見及び適切な抗凝固療法の実施を促進するための、多職種連携及び地域連携の促進、医療従事者の資質向上
⑤	ACP 等に基づく適切な緩和ケアに係る、多職種連携、医療従事者の資質向上、理解促進

5 各医療機能と連携

「3. 分野アウトカム (目指す姿)」を踏まえ、以下のとおり心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制に求められる医療機能を定めるとともに、連携体制の構

策を図ります。

(1)医療連携体制図



図表〇：心筋梗塞等の心血管疾患医療に係る医療連携体制図

(2)医療機能別の各医療機関等に求められる事項等

病期の区分	医療機能	各医療機関等に求められる事項	医療機関等の例
予防	発症予防の機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病等の危険因子の管理が可能であること ・ 初期症状出現時における対応について、本人及び家族等患者の周囲にいる者に対する教育、啓発を実施すること ・ 初期症状出現時に、急性期医療を担う医療機関への受診勧奨について指示すること 	かかりつけ医(仮)
救護	応急手当・病院前救護の機能	<ul style="list-style-type: none"> ・ 発症後速やかに救急要請を行うこと ・ 心肺停止が疑われる者に対して、AED の使用を含めた救急蘇生法等適切な処置を実施すること ・ 栃木県救急・災害医療運営協議会病院前救護体制検討部会によるプロトコール(活動基準)に則し、薬剤投与等の特定行為を含めた救急蘇生法等適切な観察・判断・処置を実施すること ・ 急性期医療を担う医療機関へ速やかに搬送すること 	本人及び家族等周囲にいる者 救急救命士を含む救急隊員
急性期	救急医療の機能	<ol style="list-style-type: none"> (1) 心電図検査、血液生化学検査、心臓超音波検査、エックス線検査、CT 検査、心臓カテテル検査、機械的補助循環装置等必要な検査及び処置が 24 時間対応可能であること (2) 心筋梗塞等の心血管疾患が疑われる患者について、専門的な診療を行う医師等が 24 時間対応可能であること (3) ST 上昇型心筋梗塞の場合、冠動脈造影検査および適応があれば PCI を行い、来院後 90 分以内の冠動脈再疎通が可能であること (4) 呼吸管理、疼痛管理等の全身管理や、ポンプ失調、心破裂等の合併症治療が可能であること (5) 虚血性心疾患に対する冠動脈バイパス術や大動脈解離に対する大動脈人工血管置換術等の外科的治療が可能又は外科的治療が可能な施設との連携体制がとれていること (6) 慢性心不全の急性増悪の場合、状態の安定化に必要な内科的治療が可能であること (7) 電氣的除細動、機械的補助循環装置、緊急ペーシング、ペースメーカー不全への対応が可能であること (8) 運動耐容能などに基づいた運動処方により合併症を防ぎつつ、運動療法のみならず多面的・包括的なリハビリテーションを実施可能であること (9) 抑うつ状態等の対応が可能であること (10) 回復期(又は在宅医療)の医療機関と診療情報や治療計画を共有する等して連携していること、また、その一環として再発予防の定期的専門的検査を実施すること 	・救命救急センターを有する病院 ・心臓内科系集中治療室(CCU)等を有する病院 ・心筋梗塞等の心血管疾患に対する急性期医療を担う病院又は有床診療所
回復期	疾病管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーションを実施する機能	<ol style="list-style-type: none"> (1) 心臓リハビリテーション指導士を配置する等して、チーム医療により包括的なリハビリテーションを実施していること (2) 心筋梗塞等の心血管疾患の再発や重症不整脈などの発生時における対応法について、患者及び家族への教育を行っていること (3) 急性期の医療機関及び二次予防の医療機関と資料情報や治療計画を共有する等して連携していること (4) 自施設以外の職員も参加できる研修会を開催できること (5) 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態等の対応等が可能であること (6) 心電図検査、電氣的除細動等急性増悪時の対応が可能であること (7) 合併症併発時や再発時に緊急の内科的・外科的治療が可能な医療機関と連携していること (8) 運動耐容能を評価の上で、運動療法、食事療法、患者教育等の心血管疾患リハビリテーションが実施可能であること (9) 担当の両立支援コーディネーターを配置し、産業医などの治療と仕事の両立支援に係る人材と連携し、心血管疾患患者の就労支援を推進させ、生活の質の向上を目指すこと (10) 介護支援専門員や相談支援専門員が、自立生活又は在宅療養を支援するための居宅介護サービスを調整すること (11) 心不全等で在宅療養が必要な患者について、心不全療養指導士を活用する等して再発予防の管理、生活の包括的支援や緩和ケアの提供を含めたよりよい在宅医療環境への移行が調整が可能であること 	内科、循環器科又は心臓血管外科を有する病院又は診療所
再発予防	再発予防の機能	<p>次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は関係する診療ガイドラインに準じた診療を実施していることが求められる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 再発予防のための治療や基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態への対応が可能であること ・ 緊急時の除細動等急性増悪時への対応が可能であること ・ 合併症併発時や再発時に緊急の内科的・外科的治療が可能な医療機関と連携していること ・ 急性期の医療機関や介護保険サービス事業所等と再発予防の定期的専門的検査、合併症併発時や再発時の対応を含めた診療情報や治療計画を共有する等して連携していること ・ 在宅での運動療法、再発予防のための管理を医療機関と訪問看護事業所・かかりつけ薬剤師・薬局が連携し実施できること 	・かかりつけ医(仮)

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	基準値	目標値
1	心血管疾患による年齢調整死亡率が減少している	心不全患者の年齢調整死亡率(男性)	13.2人(2015年)	9.9以下
		心不全患者の年齢調整死亡率(女性)	9.6人(2015年)	7.0以下
		大動脈疾患患者の年齢調整死亡率(男性)	7.8人(2015年)	全国値以下
		大動脈疾患患者の年齢調整死亡率(女性)	4.1人(2015年)	全国値以下
		心血管疾患患者の年齢調整死亡率(男性)	78人(2015年)	全国値以下
		心血管疾患患者の年齢調整死亡率(女性)	39.3人(2015年)	全国値以下
		虚血性心疾患患者の年齢調整死亡率(男性)	50.9人(2015年)	全国値以下
		虚血性心疾患患者の年齢調整死亡率(女性)	20.8人(2015年)	全国値以下
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%(2020年)	100%
		在宅等生活の場に復帰した大動脈疾患患者の割合	80.9%(2020年)	増加
		心血管疾患の退院患者平均在院日数	17.1日(2020年)	減少
		虚血性心疾患の退院患者平均在院日数	7.2日(2020年)	減少

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	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(2022年度)	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	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(2021年)	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診療が受けられる	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率	県北 68件 県西 15件 宇都宮 130件 * 県東 275件 県南 44件 栃毛 (2021年度)	増加
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	入院心血管リハビリテーションの実施件数	4222件(2021年度)	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られることができる	訪問診療を受けた患者数（1か月あたり）	7,900人	検討中

施策-(C)

No.	項目名	指標名	基準値
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
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	52.2%(2020年度)
3	発症時の対応に関する啓発	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	0.8%(2021年)
		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	13.0%(2021年)
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%(2022年)
5	専門的医療提供体制の構築	循環器内科医師数(人口10万人対)	10.7人(2020年)
		心臓血管外科医師数(人口10万人対)	2.3人(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(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(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(2022年12月27日時点)

7 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%)、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%) となっています。

・令和4(2022)年の糖尿病の可能性が否定できない者の数は、〇%となっています。(県民健康・栄養調査(令和4年))

			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

図表〇：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

【資料：国民健康・栄養調査、県民健康・栄養調査】

・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)

図表〇：糖尿病予備群の数(全国との比較)【資料：県民健康・栄養調査(令和4年速報値)】

(2) 医療の状況

① 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。

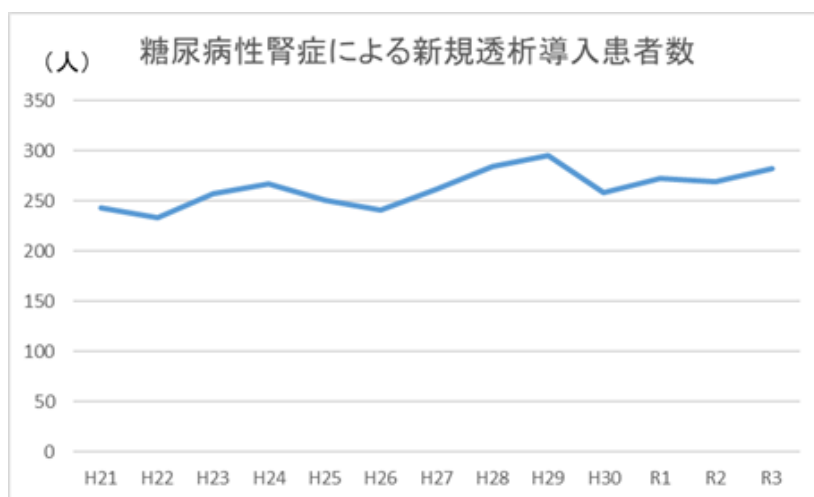
② 受療動向

・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。

③ 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、透析の原疾患はさまざまですが、県内の糖尿病性腎症による新規透析導入患者は 282 人となっており、年々増加しています。また、原疾患が糖尿病性腎症による透析導入患者の割合は、45.3%と最も多くなっています。



図表〇：糖尿病性腎症による新規透析導入患者数

・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。

④ 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。

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) 糖尿病患者の増加抑制できている。
- (2) 糖尿病重症化予防できている。

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	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	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
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

(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、治療が必要な糖尿病患者が確実に必要な受診や保健指導を受けることができるよう、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（中間アウトカム）

・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

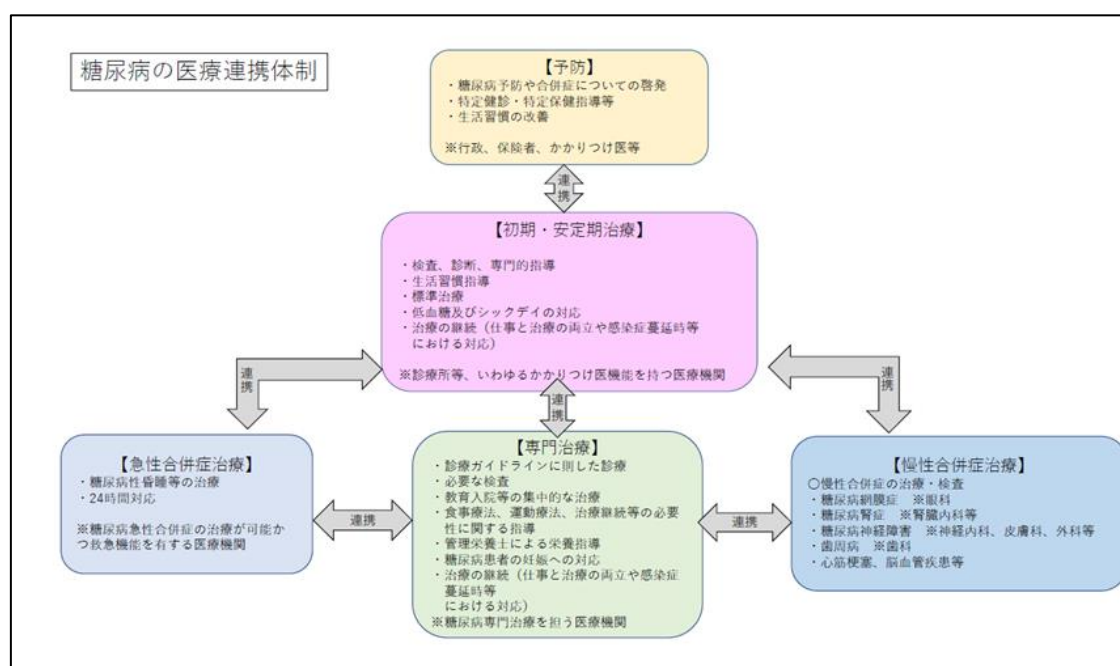
体制の整備を行います。

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 各医療機能と連携

「3. 分野アウトカム（目指す姿）」を踏まえ、以下のとおり糖尿病の医療体制に求められる医療機能を定めるとともに、連携体制の構築を図ります

(1)医療連携体制図



図表〇：糖尿病における医療連携体制図

(2)医療機能別の各医療機関等に求められる事項等

病期の区分	医療機能	各医療機関等に求められる事項	医療機関等の例
予防	糖尿病発症予防のための機能(医療機関)	<ul style="list-style-type: none"> ・健診受診後の受診勧奨等により医療機関を受診した対象者に対し、適切な検査や糖尿病発症予防のための指導を行うこと 	いわゆるかかりつけ医機能を持つ医療機関、かかりつけ薬局等
	糖尿病発症予防のための機能(行政機関等)	<ul style="list-style-type: none"> ・適切な食生活、適度な身体活動をはじめとする生活習慣の改善等により糖尿病発症のリスクを低減させる取組を実施すること ・禁煙希望者に対する禁煙支援や受動喫煙の防止等のたばこ対策に取り組むこと ・国民や患者に対し、糖尿病や合併症に関する情報発信や、正しい知識の普及啓発を行うこと ・保険者は特定健康診査・特定保健指導を実施すること ・健診受診後に受診勧奨値を超える者が確実に医療機関を受診するよう連携体制を構築すること ・栃木県糖尿病・慢性腎臓病対策協議会等を活用し、関係団体等と連携して糖尿病対策を推進すること 	行政機関、保険者
初期・安定期治療	糖尿病の重症化予防のための初期・安定期治療を行う機能	<ul style="list-style-type: none"> ・日本糖尿病学会等による診療ガイドライン等に準じた診療が実施可能であること ・糖尿病の診断及び患者や家族等に対する専門的指導が可能であること ・75gOGTT、HbA1c等糖尿病の評価に必要な検査が実施可能であること ・生活習慣の改善(食生活・運動等)の指導を中心とし、必要に応じて薬物療法を加えた治療を行っていること ・外来栄養食事指導や外来療養指導等の指導を行える体制があること ・糖尿病の発症初期から定期的に慢性合併症の検査を行うとともに、継続的な眼科受診、歯科受診を促すこと ・高血圧症、脂質異常症の治療や禁煙指導等、包括的な危険因子の管理を行うこと ・患者が治療中断しないよう働きかけができること ・低血糖時及びシックデイの対応が可能であること ・血糖コントロールが困難な患者を、専門治療を担う医療機関に紹介し、糖尿病連携手帳を活用し情報を共有していること ・関連学会で整理された紹介基準等も踏まえて適切に専門医療機関を紹介すること ・合併症の治療が必要な場合、地域連携クリティカルパスとして糖尿病連携手帳を活用し、合併症治療を担う医療機関への紹介が可能であること ・専門的治療を行う医療機関及び急性・慢性合併症治療を行う医療機関等と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること ・眼科と連携して、眼科的な定期検査を確実に実施可能であること ・健診受診後の受診勧奨により医療機関を受診した対象者に対し、検査、治療及び指導等の適切な対応を行う等、糖尿病の発症予防の取組と連携した医療を行うこと ・高齢者糖尿病の管理に関しては、在宅医療や訪問看護、介護サービス等を行う事業者等との連携が可能であること ・糖尿病重症化予防プログラム等、保険者や関係団体等と連携した取組を実施していること ・糖尿病の動向や治療の実態を把握するための取組を行っていること ・市町や保険者が糖尿病重症化予防プログラム等に基づく保健指導を実施するために、患者の同意を得て、情報提供を行うなど必要な協力を行っていること ・地域で予防・健康づくりの取組を行う保健師や管理栄養士等と連携・協力すること等により、糖尿病の発症予防とも連携した医療を行うこと ・糖尿病の発症予防、重症化予防を行う市町及び保険者、薬局等の社会資源と情報共有や協力体制を構築するなどして連携していること ・糖尿病重症化予防プログラム等、保険者等と連携して、糖尿病未治者・治療中断者減少のための取組を進めること ・治療と仕事の両立支援等、産業医等と連携した医療を行うこと ・在宅医療や訪問看護を行う事業者等と連携できる体制があること ・「オンライン診療の適切な実施に関する指針」(平成30年医政発0330第46号厚生労働省医政局長通知別紙)に沿って、オンライン診療による診療継続が可能な体制があること ・ICTの活用やPHR(パーソナル・ヘルス・レコード)の利活用を推進すること 	診療所等の医療機関、かかりつけ医機能を持つ医療機関
専門的治療	専門的治療を必要とする患者への対応を行う機能	<ul style="list-style-type: none"> ・日本糖尿病学会等による診療ガイドライン等に準じた診療が実施可能であること ・75gOGTT、HbA1c、インスリン分泌能、合併症の検査等糖尿病の評価に必要な検査が実施可能であること ・食事療法、運動療法を実施するための設備があること ・外来栄養食事指導や外来療養指導、糖尿病透析予防指導等の指導を行える体制があること 	・糖尿病専門治療を行う医療機関

	能	<ul style="list-style-type: none"> ・患者に対して合併症予防の重要性の説明と、食事療法、運動療法、治療継続等の必要性や、実践方法を指導し、患者自らがより良い療養生活を継続できるような支援を行うこと。 ・各専門職種チームによる、食事療法、運動療法、薬物療法等を組み合わせた教育入院等の集中的な治療（心理問題を含む。）が実施可能であること、あるいは、自院に教育入院ができない場合にあっては、糖尿病専門医や糖尿病療養指導士などによる糖尿病教室が開催できること ・糖尿病連携手帳等を活用し、糖尿病治療を行う他の医療機関と連携が可能であること ・1型糖尿病に対する専門的な治療が可能であること ・糖尿病患者の妊娠に対応可能であること ・定期的に慢性合併症の検査を行うとともに、継続的な眼科受診、歯科受診を促すこと ・高齢者糖尿病の管理に関しては、在宅医療や訪問看護、介護サービス等を行う事業者等との連携が可能であること ・糖尿病重症化予防プログラム等、保険者や関係団体等と連携した取組を実施していること ・糖尿病の動向や治療の実態を把握するための取組を行っていること ・市町や保険者が糖尿病重症化予防プログラム等に基づく保健指導を実施するために、患者の同意を得て、情報提供を行うなど必要な協力を行っていること ・地域で予防・健康づくりの取組を行う保健師や管理栄養士等と連携・協力すること等により、糖尿病の発症予防とも連携した医療を行うこと ・糖尿病の発症予防、重症化予防を行う市町及び保険者、薬局等の社会資源と情報共有や協力体制を構築するなどして連携していること ・糖尿病重症化予防プログラム等、保険者等と連携して、糖尿病未治者・治療中断者減少のための取組を進めること ・治療と仕事の両立支援等、産業医等と連携した医療を行うこと ・在宅医療や訪問看護を行う事業者等と連携できる体制があること ・「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（平成30年医政発0330第46号厚生労働省医政局長通知別紙）に沿って、オンライン診療による診療継続が可能な体制があること ・ICTの活用やPHR（パーソナル・ヘルス・レコード）の利活用を推進すること 	
急性合併症治療	急性合併症の治療を行う機能	<ul style="list-style-type: none"> ・関係する診療ガイドラインに準じた診療を実施していること ・低血糖及び高血糖に伴う昏睡等急性合併症の治療が24時間実施可能であること ・食事療法、運動療法を実施するための設備があること ・糖尿病連携手帳等を活用し、糖尿病治療を行う他の医療機関と連携が可能であること 	・糖尿病急性合併症の治療が可能かつ救急機能を有する医療機関
慢性合併症治療	慢性合併症の治療を行う機能	<ul style="list-style-type: none"> ・関係する診療ガイドラインに準じた診療を実施していること ・糖尿病の慢性合併症である糖尿病網膜症、糖尿病性腎症、糖尿病神経障害、糖尿病に関連する歯周病のいずれか又はすべてについて、専門的な検査・治療が実施可能であること ・糖尿病網膜症治療の場合、蛍光眼底造影検査、光凝固療法、硝子体出血・網膜剥離の手術等が実施可能であること ・糖尿病性腎症の場合、尿一般検査、尿中アルブミン排泄量検査、腎生検、腎臓超音波検査、血液透析等が実施可能であること ・外来栄養食事指導や外来療養指導、糖尿病透析予防指導等の指導を行える体制があること ・糖尿病連携手帳等を活用し、糖尿病治療を行う他の医療機関と連携が可能であること ・市町や保険者が糖尿病重症化予防プログラム等に基づく保健指導を実施するために、患者の同意を得て、情報提供を行うなど必要な協力を行っていること ・糖尿病の発症予防、重症化予防を行う市町及び保険者、薬局等の社会資源と情報共有や協力体制を構築するなどして連携していること ・在宅医療や訪問看護を行う事業者等と連携できる体制があること ・「オンライン診療の適切な実施に関する指針」（平成30年医政発0330第46号厚生労働省医政局長通知別紙）に沿って、オンライン診療による診療継続が可能な体制があること ・ICTの活用やPHR（パーソナル・ヘルス・レコード）の利活用を推進すること 	・糖尿病網膜症、糖尿病性腎症、糖尿病神経障害、糖尿病に関連する歯周病等の専門機能を有する医療機関
他疾患治療中の血糖管理	他疾患の治療のために入院中の患者の血糖管理を行う機能	<ul style="list-style-type: none"> ・関係する診療ガイドラインに準じた診療を実施していること ・75gOGTT、HbA1c等糖尿病の評価に必要な検査が実施可能であること ・専門的な経験を持つ医師を含め、各専門職種による、食事療法、運動療法、薬物療法等を組み合わせた集中的な血糖管理が実施可能であること ・食事療法、運動療法を実施するための設備があること ・糖尿病の初期・安定期治療を行う医療機関、専門的治療を行う医療機関及び急性・慢性合併症の治療を行う医療機関等と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること ・退院時に、在宅医療や訪問看護、介護サービス等を行う事業者等との連携が可能であること 	・糖尿病内科を有する病院又は有床診療所

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	基準値	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	未定
		糖尿病患者の年齢調整外来受療率	106.2	未定
		インスリン治療の実施割合	11.9%	未定
2	糖尿病重症化予防	糖尿病性腎症による新規透析導入患者数	282人	280人以下
		糖尿病患者の年齢調整死亡率	男性 6.0	減少
			女性 2.5	減少
		糖尿病を主とした入院患者	指標未	減少
		重症低血糖の発生率	0.8%	減少
		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%	減少
糖尿病患者の新規下肢切断率（指標未）	調査中	減少		

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	直近値	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		—
2	糖尿病治療の継続/中断の減少	治療継続者の割合	70.0%		75%以上
		血糖コントロール不良者の割合	1.6%		1.4%以下
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	95.7%		増加
		尿中アルブミン・蛋白定量検査の実施割合	17.9%		増加
		眼底検査の実施割合	38.6%		増加
		(血清)クレアチニン検査の実施割合	90.8%		増加
		外来栄養指導の実施割合	4.7%		増加
		糖尿病透析予防指導の実施割合	0.9%		増加

施策-(C)

No.	項目名	指標名	直近値
1	糖尿病を予防・改善する生活習慣の定着	特定健診の受診率	56.5%
		特定保健指導の実施率	27.8%
		糖尿病に関する基礎知識	結果待ち
2	医療機関への受診勧奨	特定健診の受診率（再掲）	56.5%
		特定保健指導の実施率（再掲）	27.8%
		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患者	調査中
		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	34.1%
		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
3	医療従事者の確保・育成	糖尿病専門医数	85人
		日本糖尿病療養指導士数	211人
		栃木県糖尿病療養指導士数	522人
4	糖尿病治療体制の整備	糖尿病専門医が在籍	2.4 施設
		糖尿病療養指導士が在籍	3.1 施設
		1型糖尿病に対する専門的治療を実施	24 施設
		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	19 施設
		腎臓病専門医が在籍	2.1 施設
		歯周病専門医が在籍	0.7 施設
		糖尿病網膜症に対する専門的治療を行う	79 施設
		糖尿病性腎症に対する専門的治療を行う	16 施設
糖尿病足病変に対する専門的治療を行う	30 施設		

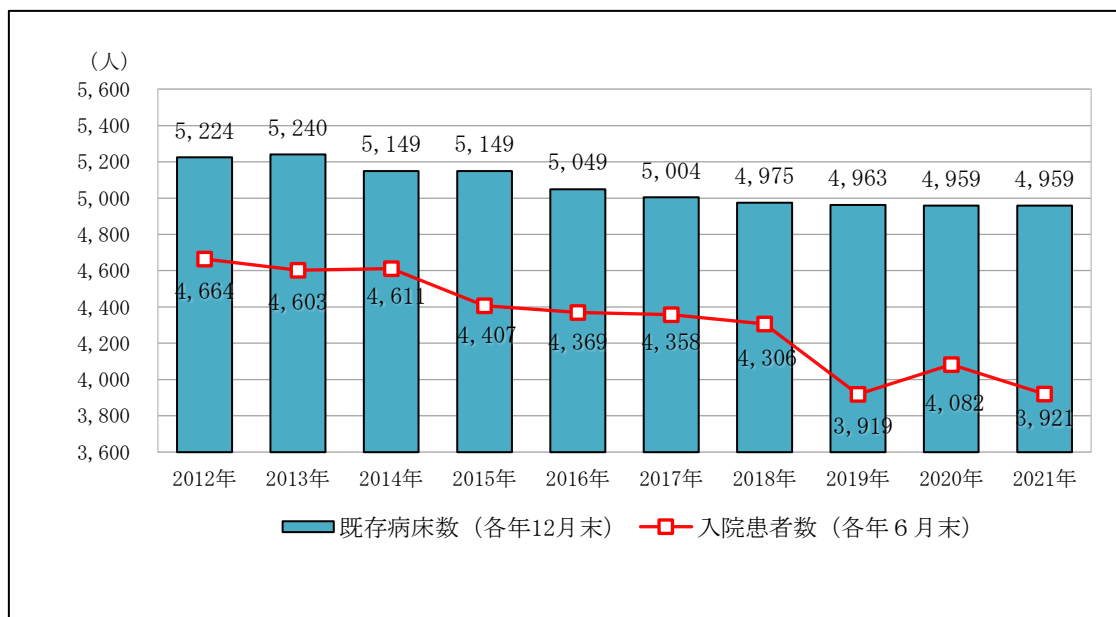
7 ロジックモデル

第5節 精神疾患

1 現状と課題

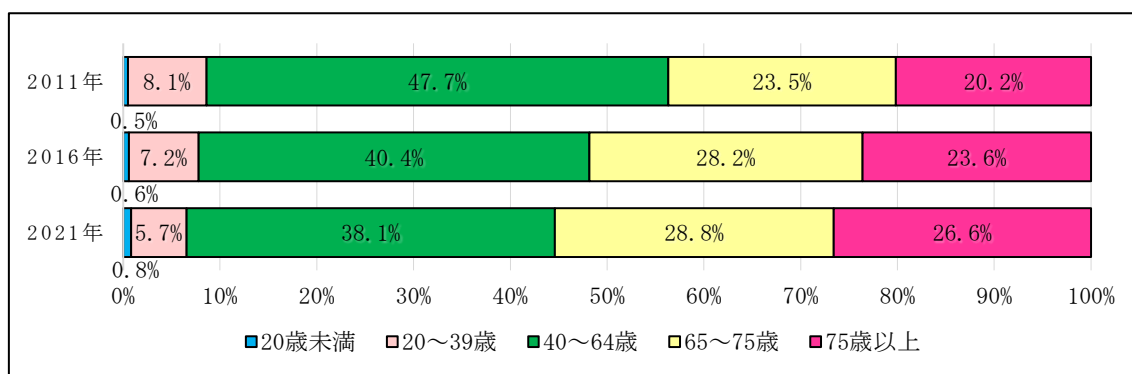
(1) 本県における精神疾患患者及び医療従事者の状況

・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。（精神保健福祉資料（630調査））



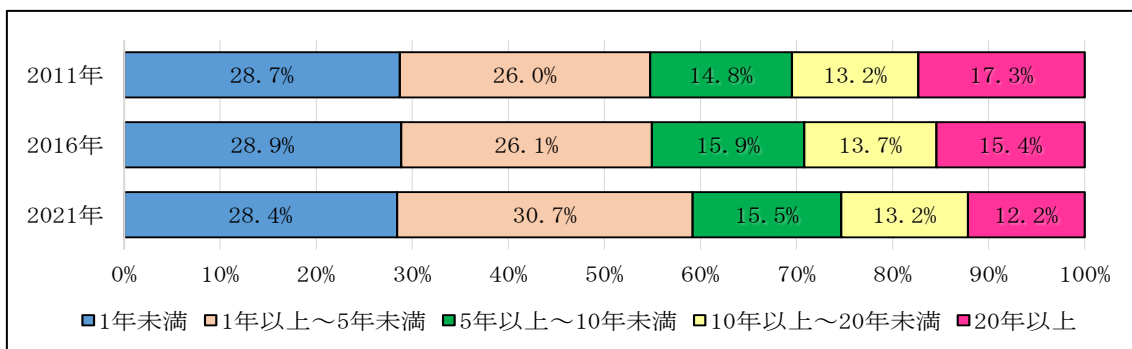
図表〇：既存病床数・入院患者数の推移【資料：国立精神・神経医療研究センター「精神保健福祉資料（630調査）」】

・令和3（2021）年度の年齢階級別入院者数の構成割合は、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。（精神保健福祉資料（630調査））



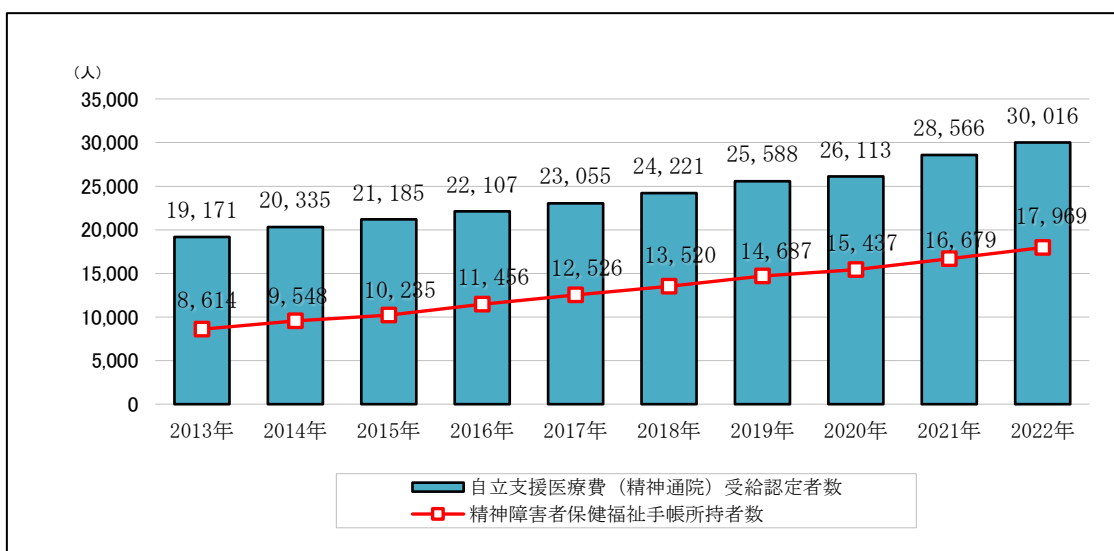
図表〇：年齢階級別入院患者の構成割合の推移【資料：国立精神・神経医療研究センター「精神保健福祉資料（630調査）」】

・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。（精神保健福祉資料（630調査））



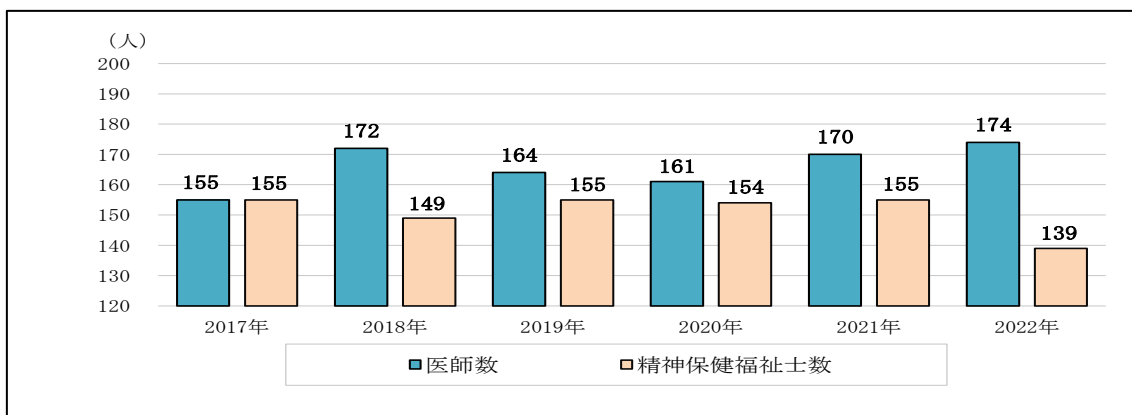
図表〇：在院期間別入院患者の構成割合の推移【資料：国立精神・神経医療研究センター「精神保健福祉資料（630調査）】

・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。（栃木県精神保健福祉センター調べ）



図表)：自立支援医療費受給認定者数及び精神障害者保健福祉手帳所持者数の推移

・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。（精神保健福祉資料（630調査））



図表〇：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

(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。

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

図表〇：多様な精神疾患ごとの患者数の比較（2022年と2015年の比較）単位：

人、%

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ヶ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

図表〇：多様な精神疾患ごとの患者数及び医療機関数（2020年度）単位：人、所

(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・休日の受診件数は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となっており、全国値の12.86を下回っています。(精神保健福祉資料(630調査))

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人まで増加しています。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。(警察庁「自殺統計」)等

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名となっている。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：精神疾患における圏域図

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) 多様な精神病患者に対応した適切な医療サービス（予防・治療）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予防・治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

施策-(C) (疾患別の施策)	
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】認知症患者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】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
④	【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
⑤	【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
⑥	【依存症】依存症相談拠点を中心とした相談支援体制の充実
⑦	【高次脳機能障害】高次脳機能障害支援拠点を中心とした支援体制の充実
⑧	【摂食障害】摂食障害の専門的医療体制の整備
⑨	【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
⑩	【精神科救急】夜間休日の患者受入体制の充実
⑪	【精神科救急】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
⑫	【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
⑬	【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) 自殺対策のための相談・支援体制の充実

・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・支援体制の強化や労働・教育・女性支援施策等と連携した自殺対策に取り組めます。

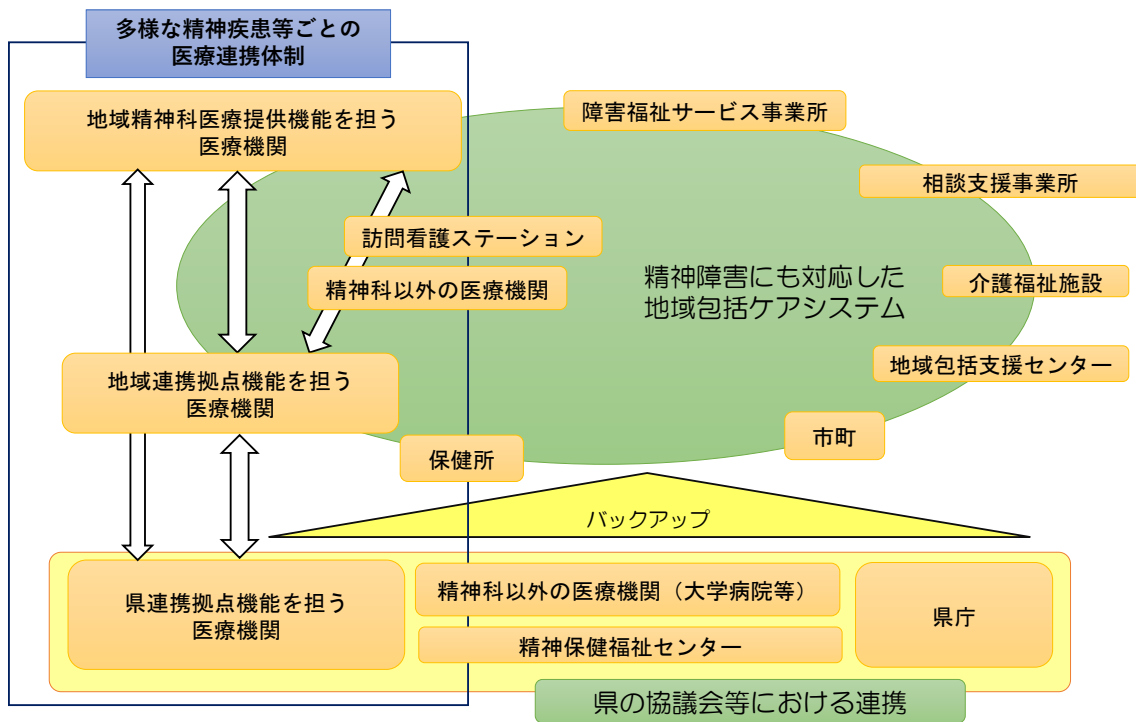
施策-(C)	
①	【自殺対策】労働・教育・女性支援施策等との連携

	★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
②	【精神科救急】（再掲）夜間休日の患者受入体制の充実
③	【自殺対策】労働・教育・女性支援施策等との連携
④	【精神科救急】（再掲）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
⑤	【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
⑥	【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 各医療機能と連携

「3. 分野アウトカム（目指す姿）」を踏まえ、以下のとおり精神疾患の医療体制に求められる医療機能を定めるとともに、連携体制の構築を図ります

(1)医療連携体制図



図表〇：精神疾患における医療連携体制図

(2)医療機能別の各医療機関等に求められる事項等

医療機能	関係機関	関係機関に求められる事項
地域精神科医療提供機能	医療機関	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の状況に応じて、適切な精神科医療（外来医療、訪問診療を含む。）を提供するとともに、精神症状悪化時等の緊急時の対応体制や連絡体制を確保すること ・精神科医、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、公認心理師等の多職種によるチームによる支援体制を作ること ・医療機関（救急医療、周産期医療を含む。）、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等と連携し、生活の場で必要な支援を提供すること
地域連携拠点機能	医療機関	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の状況に応じて、適切な精神科医療（外来医療、訪問診療を含む。）を提供するとともに、精神症状悪化時等の緊急時の対応体制や連絡体制を確保すること ・精神科医、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、公認心理師等の多職種によるチームによる支援体制を作ること ・医療機関（救急医療、周産期医療を含む。）、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等と連携し、生活の場で必要な支援を提供すること ・地域連携会議の運営支援を行うこと ・積極的な情報発信を行うこと ・多職種による研修を企画・実施すること ・地域精神科医療提供機能を担う医療機関からの個別相談への対応や、難治性精神疾患・処遇困難事例の受入対応を行うこと
県連携拠点機能	医療機関	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の状況に応じて、適切な精神科医療（外来医療、訪問診療を含む。）を提供するとともに、精神症状悪化時等の緊急時の対応体制や連絡体制を確保すること ・精神科医、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、公認心理師等の多職種によるチームによる支援体制を作ること ・医療機関（救急医療、周産期医療を含む。）、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等と連携し、生活の場で必要な支援を提供すること ・地域連携会議を運営すること ・積極的な情報発信を行うこと ・専門職に対する研修プログラムを提供すること ・地域連携拠点機能を担う医療機関からの個別相談への対応や、難治性精神疾患 ・処遇困難事例の受入対応を行うこと

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	基準値	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	331.7日
2	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	精神病床における新規入院患者の平均在院日数	105.4日	102.2日
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%	検討中

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	地域移行が定着・推進している	再入院患者割合	36.8%	31.1%
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。	精神病床における入院後3か月時点の退院率	66.4%	68.9%
		精神病床における入院後6か月時点の退院率	80.7%	84.5%
		精神病床における入院後1年時点の退院率	87.3%	91.0%
3	自殺対策に関する相談・支援体制が充実している	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	検討中	検討中

施策-(C)

No.	項目名	指標名	直近値
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
		②ピアサポーター登録者数	29人
		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	3人
		②精神障害者退院後支援における支援対象者数	43人
		③認知症サポート医養成研修者数	31人
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者数	47人
		②精神障害者地域移行・地域定着支援関係者研修者数	185人
		③認知症サポート医養成研修者数	31人
		④認知症医療従事者対応力向上研修者数	197人
		⑤てんかん診療連携関係者研修者数	195人
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	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
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	認知症疾患医療センター数	10機関
6	【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	-
7	【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
8	【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
9	【依存症】依存症相談拠点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	666件
10	【高次脳機能障害】高次脳機能障害支援拠点を中心とした支援体制の充実	高次脳機能障害支援拠点における相談・支援の実施件数	570件
11	【摂食障害】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	74機関
12	【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等における紹介・逆紹介件数	755件
13	【精神科救急】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	566件
14	【精神科救急】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	19機関
15	【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
		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
		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
16	【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	-

17	【自殺対策】 労働・教育・女性支援施策等との連携	自殺対策関連施策数 ★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
----	-----------------------------	---

7 ロジックモデル

第6節 救急医療

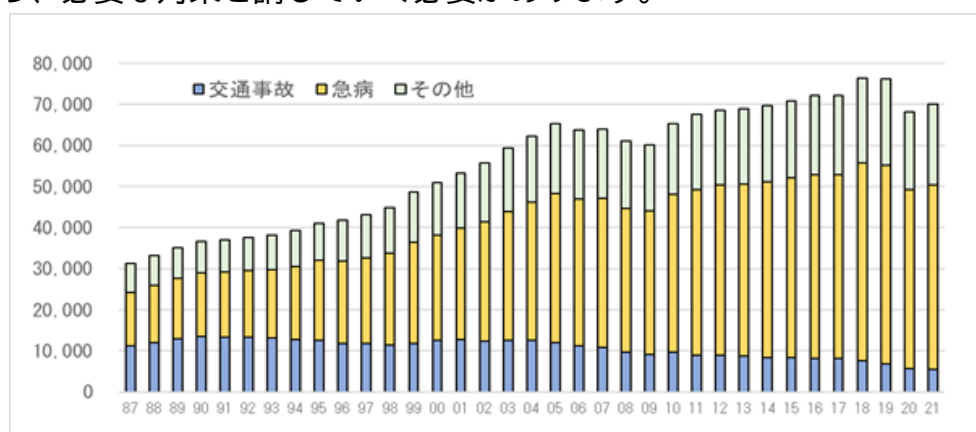
1 現状と課題

(1) 救急医療をとりまく状況

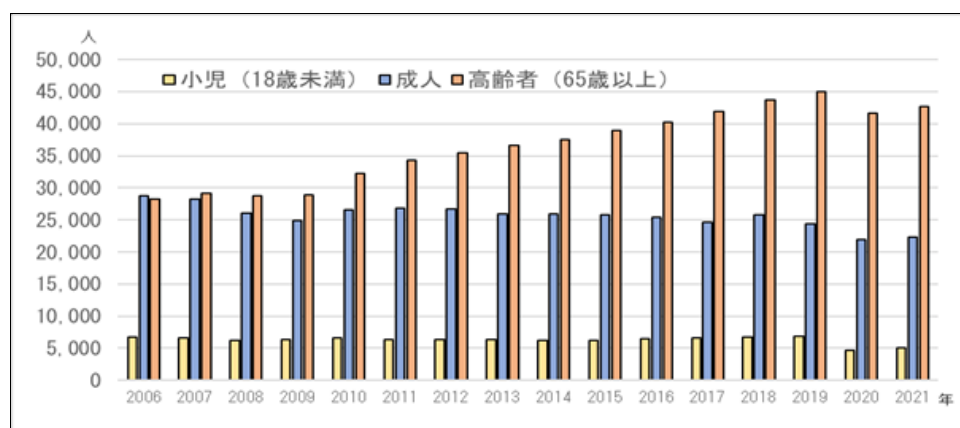
・救急搬送人員数は、平成30（2018）年に過去最高値となり、その後新型コロナウイルス感染症の影響等により一時的に減少したものの、高齢化の進行等により、全体としては増加傾向にあります。

・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。

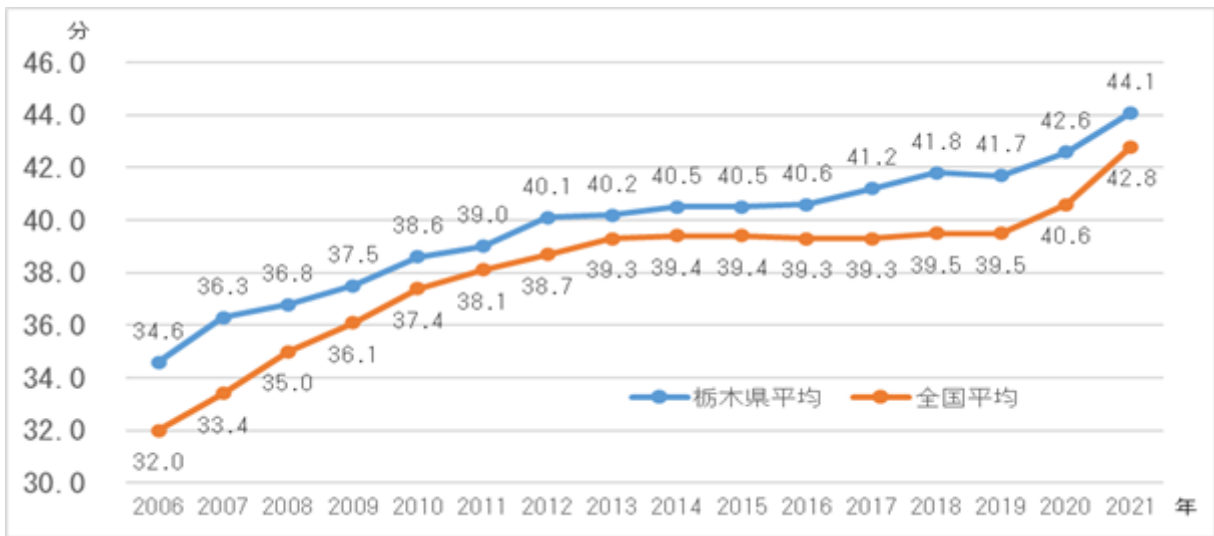
・こうした厳しい状況下において、限られた医療資源を有効活用するためには、初期、二次、三次救急の機能分化や救急の適正利用等に引き続き取り組むとともに、コロナ禍で顕在化した課題の解決のために医療機関等と協議を行いながら、必要な対策を講じていく必要があります。



図表〇：救急患者搬送状況の推移【資料：栃木県消防防災課調べ】



図表〇：年齢別救急搬送人員の推移【資料：栃木県消防防災課調べ】



図表〇：救急搬送時間（覚知から救急医療機関への搬送までに要した平均時間）【資料：消防庁「救急・救助の現況」】

(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、いずれも全国平均を下回っています。
- ・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。
- ・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、群馬県や茨城県との広域連携も含め、これまでに9,329件出動し（令和5（2023）年7月31日現在）、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。

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（令和5（2023）年4月1日現在11施設）や在宅当番医制が運営されています。

※関連計画「栃木県外来医療計画（該当ページ：P●）」

③ 二次救急医療機関

・地域の中核病院が輪番により、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。

※令和5（2023）年4月1日現在、救急告示医療機関：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

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、令和5（2023）年4月1日現在、5つの救命救急センターを指定しています。

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。

・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。

※関連計画「栃木県感染症予防計画（該当ページ：P●）」

・急性期を脱した後に、後方の医療機関等に症状に応じて適切に受入ができるよう、地域における環境整備を進める必要があります。

救急医療圏	初期救急患者数(人)	二次救急			三次救急	
		救急告示医療機関数	うち病院群輪番制病院数	救急患者数※ ³ (人)	救命救急センター数	救急患者数※ ⁴ (人)
宇都宮	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%)		

図表〇：救急医療圏別救急医療体制※¹及び令和4(2022)年度の救急患者数※²

【資料：栃木県医療政策課調べ】

※1 令和5(2023)年4月1日現在。

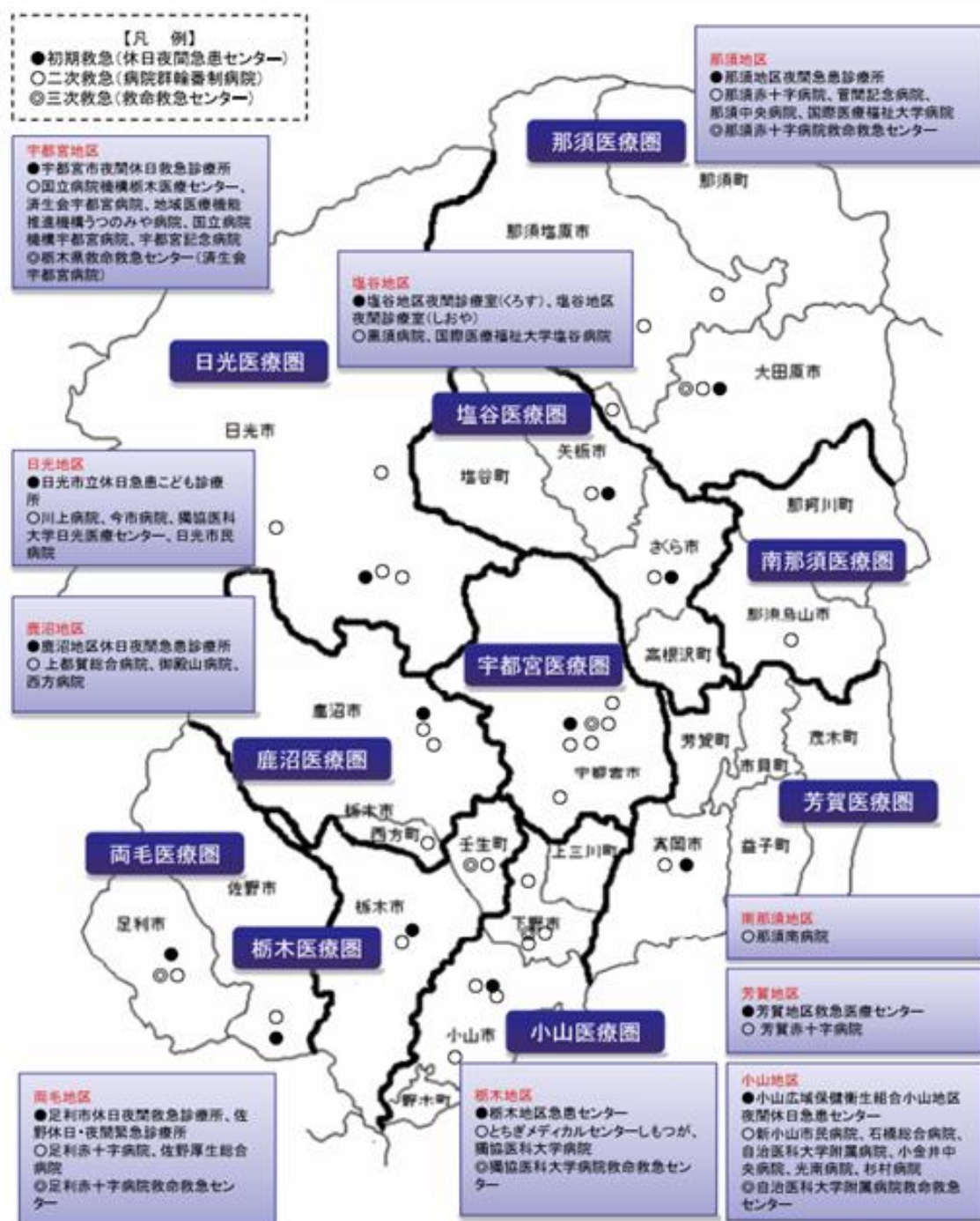
※2 救急患者数の下段()書は、小児患者数を内数で記載。

※3 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。

※4 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、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。



図表〇：救急医療における圏域図

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むほか、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の感染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の普及啓発
③	救急搬送困難事案の原因分析と対策
④	救急医療機関と在宅医療・介護関係者の連携強化
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）

(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、初期、二次救急の体制強化を引き続き促進するほか、最重症の救急患者を県内で受け入れられる体制の構築を検討するなど、救急医療提供体制の更なる充実・強化に取り組みます。

・また、新興感染症の感染状況に応じて、県は入院医療調整本部を設置し、救急医療提供体制等に精通した専門家の知見を踏まえてその運営を行うこと等により、患者の円滑な医療機関への受入を推進します。

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	救急医療機関が感染症患者を受け入れるための支援（感染症予防計画）
⑤	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（感染症予防計画）

(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

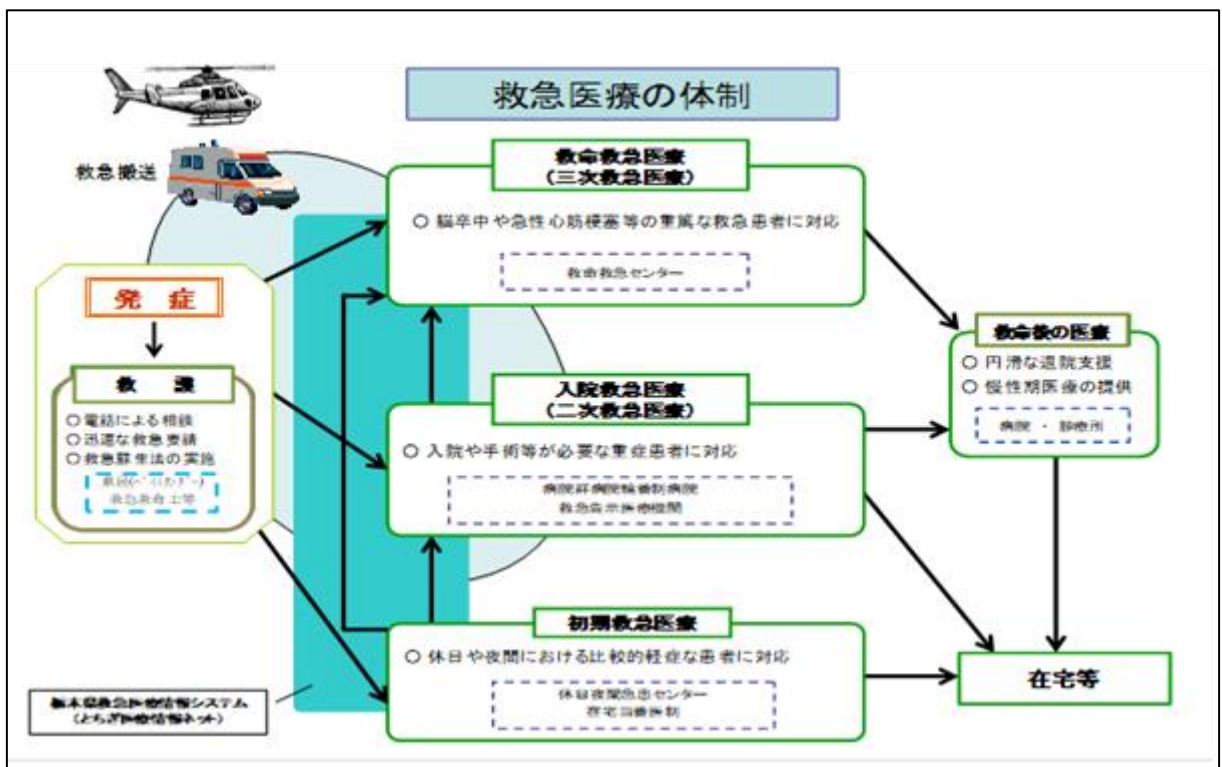
・救命期を脱した後に適切な医療機関や介護施設、在宅医療へ移行できるよう後方の医療機関や介護施設と救急医療機関の連携強化等を促進します。

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
②	(再掲) 救急医療機関と在宅医療・介護関係者の連携強化

5 各医療機能と連携

「3. 分野アウトカム (目指す姿)」を踏まえ、以下のとおり救急医療の医療体制に求められる医療機能を定めるとともに、連携体制の構築を図ります

(1) 医療連携体制図



図表○：救急医療における医療連携体制図

(2)医療機能別の各医療機関等に求められる事項等

医療機能	各医療機関等に求められる事項	医療機関等の例
初期救急医療を担う医療機関の機能	<p>主に、独歩で来院する軽度の救急患者への夜間及び休日における外来診療を行う。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・救急医療の必要な患者に対し、外来診療を提供すること ・休日・夜間急患センターの設置や在宅当番医制などにより、地域で診療の空間が生じないように努めること ・病態に応じて速やかに患者を紹介できるような近隣の医療機関や精神科救急医療体制等と連携していること ・休日・夜間に対応できる薬局と連携していること ・自治体等との連携の上、診療可能時間や対応可能な診療科等について住民等に周知していること 	<ul style="list-style-type: none"> ・休日夜間急患センター、休日や夜間に対応できる診療所 ・在宅当番医制に参加する診療所
入院を要する救急医療を担う医療機関(第二次救急医療)の機能	<p>高齢者救急をはじめ、地域で発生する救急患者の初期診療と入院治療を主に担う。医療機関によっては、脳卒中、急性心筋梗塞等に対する医療等、自施設で対応可能な範囲において高度な専門的診療を担う。</p> <p>また、自施設では対応困難な救急患者については、必要な救命処置を行った後、速やかに、救命救急医療を担う医療機関等へ紹介する。救命救命士等への教育機能も一部担う。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・救急医療について相当の知識及び経験を有する医師・看護師が常時診療等に従事していること。その他、医療関係職種が必要に応じて診療の補助業務に対応できること ・救急医療を行うために必要な施設及び設備を有すること ・救急医療を要する傷病者のために優先的に使用される病床又は専用病床を有すること ・救急隊による傷病者の搬送に容易な場所に所在し、かつ、傷病者の搬入に適した構造設備を有すること ・急性期にある患者に対して、必要に応じて早期のリハビリテーションを実施すること ・初期救急医療機関や精神科救急医療体制等と連携していること ・当該病院では対応できない重症救急患者への対応に備え、近隣のより適切な医療機関と連携していること ・救急医療情報システムを通じて、診療可能な日時や、診療機能を住民・救急搬送機関に周知していること ・医師、看護師、救命救命士等の医療従事者に対し、必要な研修を行うこと ・救急医療提供体制の機能向上のため、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学士、救命救命士等、多職種へのタスク・シフト/シェアを含め、地域の実情に応じて、救急外来に携わる多職種の業務分担や効率化を進めること ・感染症法に基づく病床確保に係る医療措置協定を締結すること ・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ること 	<ul style="list-style-type: none"> ・病院群輪番制病院、共同利用型病院 ・一年を通じて診療科にとらわれず救急医療を担う病院又は有床診療所 ・地域医療支援病院(救命救急センターを有さないもの) ・脳卒中や急性心筋梗塞等に対する急性期の専門的医療を担う病院又は有床診療所
救命救急医療機関(第三次救急医療)の機能	<p>緊急性・専門性の高い脳卒中、急性心筋梗塞等や、重症外傷等の複数の診療科領域にわたる症例や診断が難しい症例等、他の医療機関では対応できない重篤な患者への医療を担当し、地域の救急患者を最終的に受け入れる役割を果たす。</p> <p>また、救命救命士等へのメディカルコントロールや、救命医療従事者への教育を行う拠点となる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・脳卒中、急性心筋梗塞、重症外傷等の患者や、複数の診療科にわたる重篤な救急患者を、広域災害時を含めて24時間365日必ず受け入れることが可能であること ・集中治療室(ICU)、心臓病専用病室(CCU)、脳卒中専用病室(SCU)等を備え、常時、重篤な患者に対し高度な治療が可能なこと ・救急医療について相当の知識及び経験を有する医師(日本救急医学会が認定する救急科専門医等)・看護師が常時診療等に従事していること。その他、医療関係職種が必要に応じて診療の補助業務に対応できること ・高度救命救急センター等の地域の基幹となる救命医療機関は、平時から、重症外傷等の特に高度で専門的な知識や技術を要する患者へ対応可能な医師・看護師等の人材の育成・配置、院内の体制整備を行い、地域における重篤患者を集中的に受け入れる役割を担う。また、厚生労働省が実施する外傷外科医等養成研修事業を活用して、テロ災害発生時における銃創や爆傷等にも対応ができる体制を構築すること。 ・救命救急に係る病床の確保のため、一般病棟の病床を含め、医療機関全体としてベッド調整を行う等の院内の連携がとられていること ・急性期のリハビリテーションを実施すること。 ・急性期を経た後も、重度の脳機能障害(遷延性意識障害等)の後遺症がある患者、精神疾患を合併する患者、人工呼吸器による管理を必要とする患者等の、特別な管理が必要なため退院が困難な患者を転棟、転院できる体制にあること ・実施基準の円滑な運用・改善及び都道府県又は地域メディカルコントロール体制の充実に当たり積極的な役割を果たすこと ・DMAT派遣機能を持つ等により、災害に備える積極的な役割を果たすこと ・災害時に備え、災害拠点病院と同様に自家発電機(備蓄する燃料を含む。)、受水槽(備蓄する飲料水を含む。)の保有が望ましい ・救急医療情報システムを通じて、診療機能を住民・救急搬送機関等に周知していること ・医師、看護師等の医療従事者に対し、必要な研修を行う体制を有し、研修等を通じ、地域の救命救急医療の充実強化に協力していること ・救急医療提供体制の機能向上のため、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学士、救命救命士等、多職種へのタスク・シフト/シェアを含め、地域の実情に応じて、救急外来に携わる多職種の業務分担や効率化を進めること ・都道府県又は地域メディカルコントロール協議会に医師を参加させるとともに、救命救命士の気管挿管・薬剤投与等の病院実習や、就業前研修、再教育などに協力していること ・救急病院等を定める省令によって定められる救急病院であること ・感染症法に基づく病床確保に係る医療措置協定を締結すること ・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ること 	救命救急センター
救命救急医療機関等から転院を受け入れる機能	<ul style="list-style-type: none"> ・救急医療機関と連携し、人工呼吸器が必要な患者や、気管切開等のある患者を受け入れる体制を整備していること ・重度の脳機能障害(遷延性意識障害等)の後遺症を持つ患者を受け入れる体制を整備していること ・救急医療機関等の地域の医療機関と、患者を受け入れる際に必要な情報や受け入れ可能な時間帯、搬送方法等についてあらかじめ共有しておくこと ・高次の医療機関からの転院搬送を行う場合には、医療機関が所有する搬送用車両を活用すること ・救命期を脱した救急患者で、精神疾患と身体疾患を併発した患者を受け入れる体制を整備していること ・生活機能の維持及び向上のためのリハビリテーション(訪問及び通所リハビリテーションを含む。)が実施可能であること ・日常生活動作(ADL)の低下した患者に対し、在宅等での包括的な支援を行う体制を確保していること ・通院困難な患者の場合、薬局、訪問看護事業所等と連携して在宅医療を実施すること、また居宅介護サービスを調整すること ・救急医療機関及び在宅での療養を支援する医療機関等と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること ・診療所等の維持期における他の医療機関と、診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること 	<ul style="list-style-type: none"> ・療養病床を有する病院 ・精神病床を有する病院 ・回復期リハビリテーション病棟を有する病院 ・地域包括ケア病棟を有する病院 ・診療所(在宅医療等を行う診療所を含む。) ・訪問看護事業所

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	基準値	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%	前年度より増加

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	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）	6.1%	前年度より減少
		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）	0.88件	全国平均値（1.24件）
2	重症度・緊急度に応じた医療が提供可能な体制の整備	救急搬送人員1人当たり要する受入照会の回数	1.44回	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	前年度より増加

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	(#7000) 4,339件 (#8000) 24,220件
2	住民に対する救急蘇生法等の普及啓発	住民の救急蘇生法の受講率	19.7%
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
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	0回
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	1回
6	救急医療提供に係る運営費支援	【再掲】救急搬送人員1人当たり要する受入照会の回数	1.44回
7	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人当たり要する受入照会の回数	1.44回
8	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	(宇都宮) 2.8床 (那須) 6.3床 (足利) 0床 (小山) 8.9床 (栃木) 5.0床
9	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（感染症予防計画）	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	-
10	救急医療機関が感染症患者を受け入れるための支援（感染症予防計画）	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	-
11	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

7 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）

・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、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。

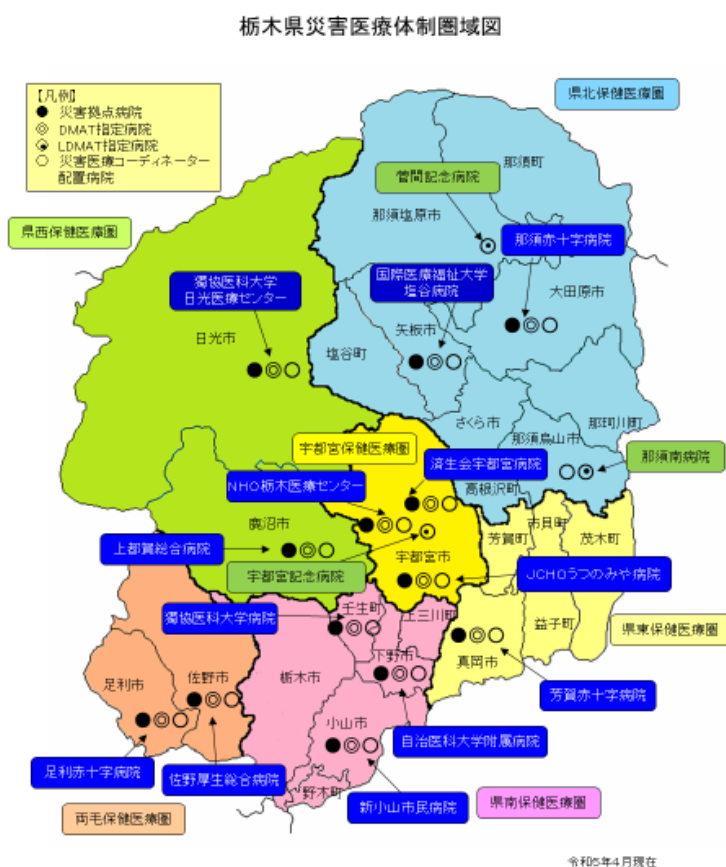
・災害時に医療に関する調整の役割を担う「栃木県災害医療コーディネーター」として、18名を委嘱しています。（令和5（2023）年5月現在）

・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。



図表〇：災害医療における圏域図

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

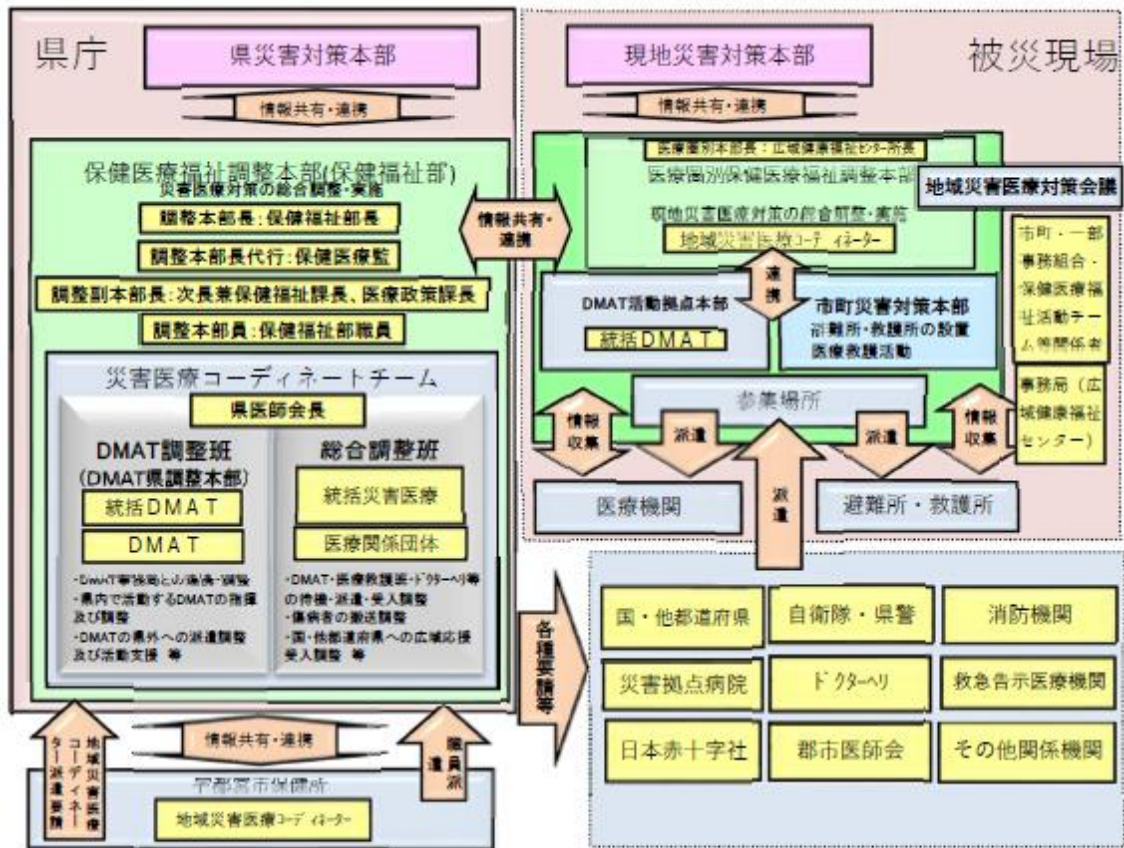
- ・DMAT（LDMAT）やDPATの養成・技能向上、二次保健医療圏ごとの災害訓練の実施等の取組を進めます。

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

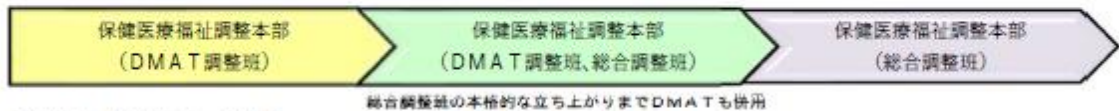
5 各医療機能と連携

「3. 分野アウトカム（目指す姿）」を踏まえ、以下のとおり災害医療の医療体制に求められる医療機能を定めるとともに、連携体制の構築を図ります。

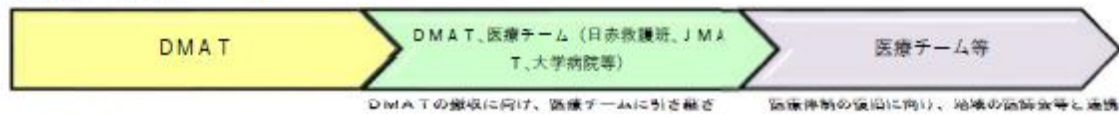
(1)医療連携体制図



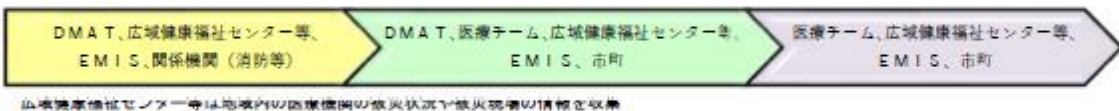
【医療班等の調整窓口】



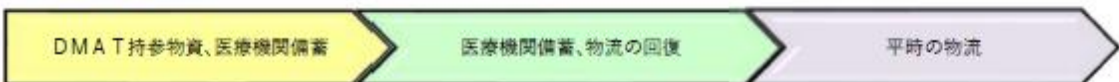
【活動する医療チーム等】



【情報収集】



【医療物資】



図表〇：災害医療における医療連携体制図

(2)医療機能別の各医療機関等に求められる事項等

医療機能	医療機関	医療機関に求められる事項
災害時に拠点となる病院	災害拠点病院	<ul style="list-style-type: none"> ・基幹災害拠点病院は、県において災害医療を提供する上での中心的な役割を担うとともに、災害医療に精通した医療従事者の育成の役割を担うこと ・地域災害拠点病院は、各地域において災害医療を提供する上での中心的な役割を担うこと ・被災した際に、被害状況、診療継続可否等の情報を、EMIS 等を用いて県保健医療福祉調整本部へ共有すること ・被災をしても、早急に診療機能を回復できるよう、実効性の高い業務継続計画を整備するとともに、整備された業務継続計画に基づき、被災した状況を想定した研修・訓練を実施すること ・自己完結型の医療チーム（DMAT を含む。）の派遣機能を有すること ・災害時に患者等の受入れ及び搬出を行う広域医療搬送に対応するとともに、多数の患者の対応に必要な居室や簡易ベッド等の施設・設備、医療従事者を確保していること ・災害時において必要な医療機能を発揮できるよう、電気、水、ガス等の生活必需基盤が維持可能であるとともに、飲料水・食料、医薬品、医療機材、燃料等が流通を通じて適切に供給されるまでに必要な量を備蓄していること ・EMIS へ登録し、自らの被災情報を被災地内に発信することができるよう備えるとともに、災害時にデータを入力する複数の担当者を事前に決めておき、訓練を行うことでその使用方法に精通していること ・浸水想定区域に所在する場合は、風水害が生じた際の被災を軽減するため、止水板等の設置による止水対策や自家発電機等の高所移設、排水ポンプ設置等による浸水対策を講じること ・災害急性期を脱した後も継続的に必要な医療を提供できるよう、保健所、栃木県医師会災害医療チーム（JMAT）、日本赤十字社栃木県支部、医療関係団体等を中心とした医療チームと定期的な訓練を実施するなど、適切な連携をとること
	災害拠点精神科病院	<ul style="list-style-type: none"> ・災害拠点精神科病院は、災害拠点病院と類似の機能を有し、県において災害時における精神科医療を提供する上での中心的な役割を担うこと ・災害時においても、医療保護入院、措置入院等の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に基づく精神科医療を行うための診療機能を有すること ・災害時においても、精神疾患を有する患者の受入れや、一時的避難場所としての機能を有すること ・DPAT の派遣機能を有すること
災害時に拠点となる病院以外の病院	災害時に拠点となる病院以外の病院	<ul style="list-style-type: none"> ・被災した際に、被害状況、診療継続可否等の情報を、EMIS 等を用いて県保健医療福祉調整本部へ共有すること ・被災をしても、早期に診療機能を回復できるよう、実効性の高い業務継続計画を整備するとともに、整備された業務継続計画に基づき、被災した状況を想定した研修・訓練を実施すること ・災害時には災害時に拠点となる病院とともに、その機能や地域における役割に応じた医療の提供に努めること ・診療に必要な施設の耐震化や、自家発電機の整備、燃料の備蓄等を含めた必要な防災対策を講じるよう努めること ・EMIS へ登録し、自らの被災情報を被災地内に発信することができるよう備えるとともに、災害時にデータを入力する複数の担当者を事前に決めておき、訓練を行うことでその使用方法に精通していること ・浸水想定区域に所在する場合は、風水害が生じた際の被災を軽減するため、止水板等の設置による止水対策や自家発電機等の高所移設、排水ポンプ設置等による浸水対策を講じるよう努めること ・災害急性期を脱した後も継続的に必要な医療を提供できるよう、栃木県医師会災害医療チーム（JMAT）、日本赤十字社栃木県支部、医療関係団体等を中心とした医療チームと連携をとること
災害時の協力体制	栃木県	<ul style="list-style-type: none"> ・平時から、災害支援を目的とした DMAT(LDMAT)、DPAT の養成と派遣体制の構築に努めること ・災害医療コーディネート体制の構築要員（栃木県災害医療コーディネーター、栃木県災害時小児周産期リエゾン等を含む。）の育成に努めること ・関係機関と連携の上、災害時の医療チーム等の受入れを想定した訓練を実施するとともに、全県としての体制に加え、二次保健医療圏ごとに保健所を中心としたコーディネート体制の確認を行うこと ・災害急性期を脱した後も、避難所等の被災者に対して感染症のまん延防止、衛生面のケア、医療依存度の高い患者や災害時要支援者へのサポート、メンタルヘルスクア等に関して継続的で質の高いサービスを提供できる体制の整備に取り組むこと ・大規模な災害発生時等の医療救護に必要な医薬品等を早急かつ的確に供給するため、医療用及び避難所用の医薬品及び衛生材料等を備蓄するとともに、供給体制の確保に努めること

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	基準値	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%

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	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	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	26.0%	50.0%
		広域災害・救急医療情報システム（EMIS）への登録率	50.5%	全国値以上
		病院の耐震化率	76.4%	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	-	（R5 調査結果を踏まえ設定）
2	被災した地域への適時・適切な医療支援が実施できる	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	-	二次保健医療圏ごとに年1回以上
		DMAT 指定病院数（LDMAT 指定病院を含む。）	16 病院	18 病院
		DMAT 隊員数（LDMAT 隊員数を含む。）	319 人	前年度より増加
		DPAT 隊員数（DPAT 先遣隊隊員数を含む。）	105 人	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
		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）	-	110 人

施策-(C)

No.	項目名	指標名	直近値
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
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	（R5 調査結果を記載）
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
4	病院の耐震化支援	病院の耐震化率【再掲】	76.4%
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】	-
6	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	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【再掲】	0 回
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
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
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
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
		災害時小児周産期リエゾンの任命者数	27 人
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	-

7 ロジックモデル

第8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、これまで第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た。

・医療法に基づき、栃木県保健医療計画において、第5期からへき地の医療体制について定めており、以降、両計画の整合性を図りながら各種施策を講じてきた。

・へき地保健医療対策は、国のへき地保健医療対策検討会において、「第11次へき地保健医療計画」は計画期間を2年延長し、その後は第7次医療計画と一体的に策定する方針とされた。

・「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なった。

(2) 無医地区等の現状

・無医地区については、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地区となっている。

・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ある。

・無歯科医地区においても同様の状況である。

・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る。

図表〇：無医地区等の推移

図表〇：無歯科医地区等の推移

図表〇：無為地区等の人口及び高齢化等

図表〇：栃木県へき地保健医療対策現況図【医科】

図表〇：栃木県へき地保健医療対策現況図【歯科】【図表1～5：栃木県医療政策課

※図表の統合等を検討

(3) へき地の医療体制の現状

・へき地診療所は令和5年4月1日現在、県内3市において10か所へき地では特に、訪問看護、歯科診療、介護サービスとの連携など、地域包括ケアシステムの構築が必要。

- ・へき地医療拠点病院は令和5年4月1日現在、県内7か所
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。
- ・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的に運用、地域医療の確保や人材育成への取組を実施
- ・市町による患者を最寄りの医療機関まで輸送する患者輸送事業や、ドクターヘリ、消防防災ヘリにより患者の搬送体制を整備

図表〇：へき地医療の実施状況（作成中）【資料：栃木県医療政策課】

(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人を下回っている（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る。
- ・へき地診療所や在宅医療や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

2 医療提供体制に係る圏域

3 分野アウトカム（目指す姿）-(A)

- (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。

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) へき地医療に必要な支援の実施

施策-(C)	
①	へき地医療の課題・ニーズの把握

5 各医療機能と連携

「3. 分野アウトカム（目指す姿）」を踏まえ、以下のとおりへき地医療の医療体制に求められる医療機能を定めるとともに、連携体制の構築を図ります

(1)医療連携体制図

※検討中

図表〇：へき地医療における医療連携体制図

(2)医療機能別の各医療機関等に求められる事項等

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	那須南病院
	那珂川町	● 大内・大那地 ● 富山 ● 小砂 ● 大山田上郷		
県西	鹿沼市	● 上久我 ● 草久 ● 上永野		上都賀総合病院
	日光市	▲ 滝ヶ原 ▲ 川俣温泉 ▲ 土呂部 ▲ 湯元 ▲ 川俣 ▲ 野門・若間	日光市立小来川診療所 日光市立奥日光診療所 日光市立国民健康保険栗山診療所 日光市立湯西川診療所 日光市立三依診療所	日光市民病院 獨協医科大学日光医療センター
県東	茂木町	● 深沢 ● 山内 ● 町田		芳賀赤十字病院
両毛			佐野市国民健康保険野上診療所 佐野市国民健康保険新合診療所 佐野市国民健康保険飛駒診療所 佐野市国民健康保険氷室診療所	佐野市民病院 佐野厚生総合病院(追加)

● = 無医地区、▲ = 準無医地区

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	基準値	目標値
1				
2				
3				

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				
2				
3				

施策-(C)

No.	項目名	指標名	直近値
1			
2			
3			

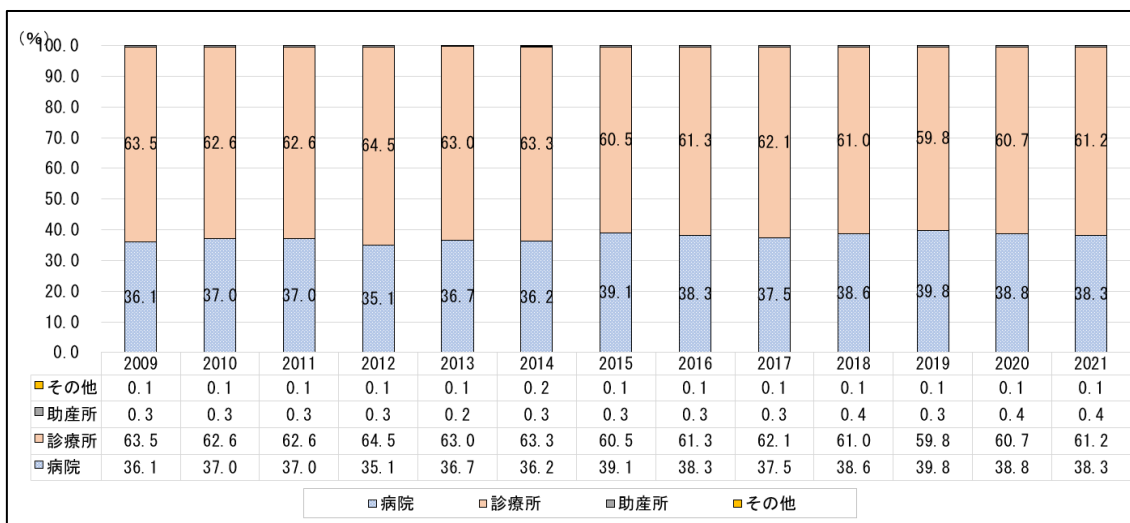
7 ロジックモデル

第9節 周産期医療

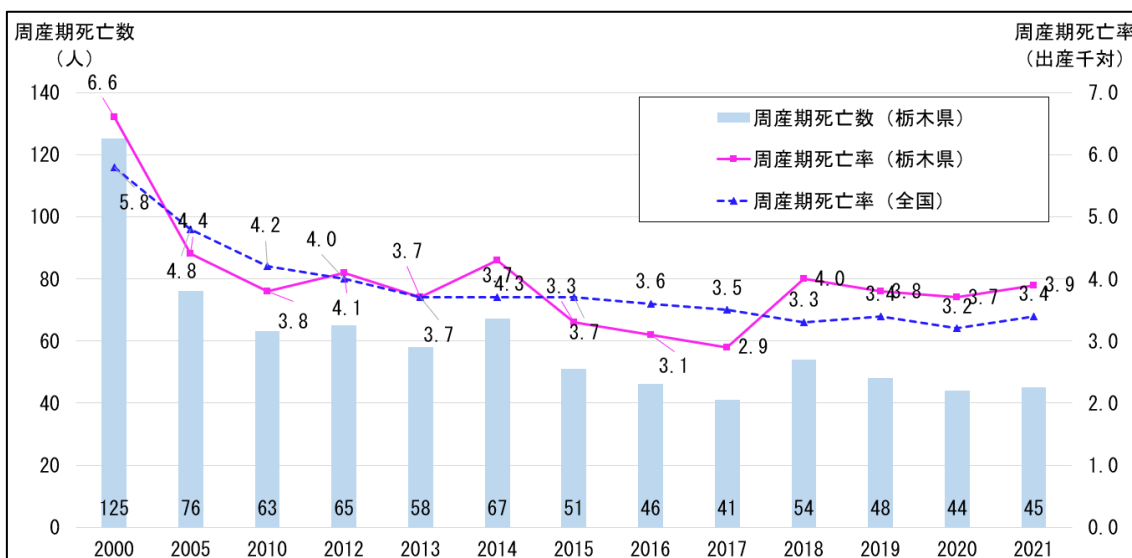
1 現状と課題

(1) 周産期医療を取り巻く状況

- ・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位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。

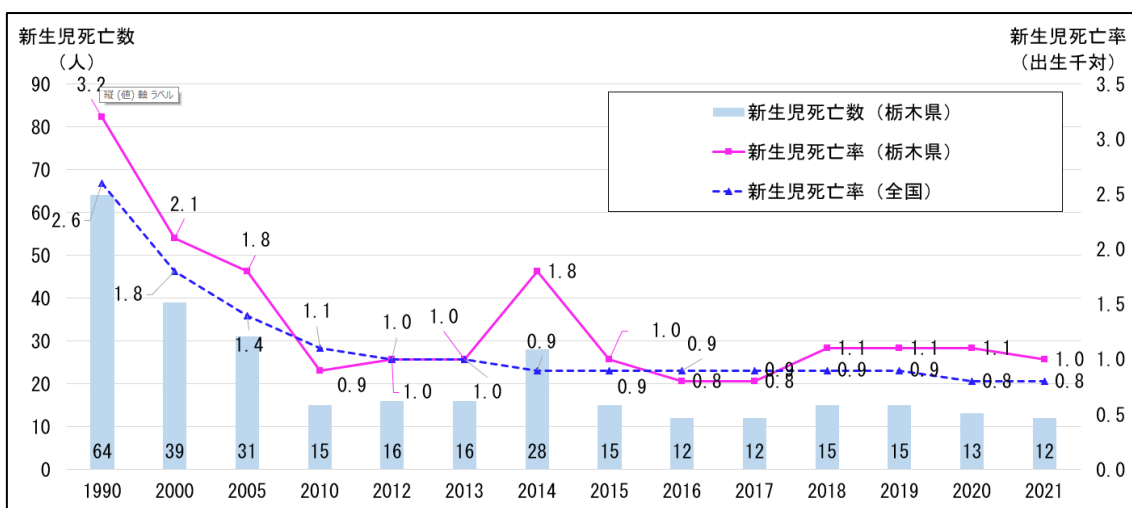


図表〇：本県における分娩取扱医療機関別の出生状況（2021）【資料：（厚生労働省）「医療施設調査」】



図表〇：周産期死亡数及び周産期死亡率の推移（2021）【資料：（厚生労働省）

「医療施設調査」】



図表〇：新生児死亡数及び新生児死亡率の推移（2021）【資料：（厚生労働省）

「医療施設調査」】

(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2（2020）年12月31日現在、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。

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設定しました。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○：周産期医療における圏域図

3 分野アウトカム（目指す姿）-(A)

(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。

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の提供

・安全な分娩の実施による周産期死亡率減少のため、主に正常分娩を取り扱う医療従事者向けの支援に取り組みます。

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

(2) ハイリスク妊産婦に対する医療の提供

・より高度な医療を求められるハイリスク妊産婦が安心して分娩が行えるように、ハイリスク分娩を取り扱う医療従事者向けの支援に取り組みます。いわゆる未受診妊婦数の把握も行います。

施策-(C)	
①	ハイリスク分娩の受け入れの促進
②	周産期医療医師・看護師等研修事業の実施
③	周産期医療連携会議の実施
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
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

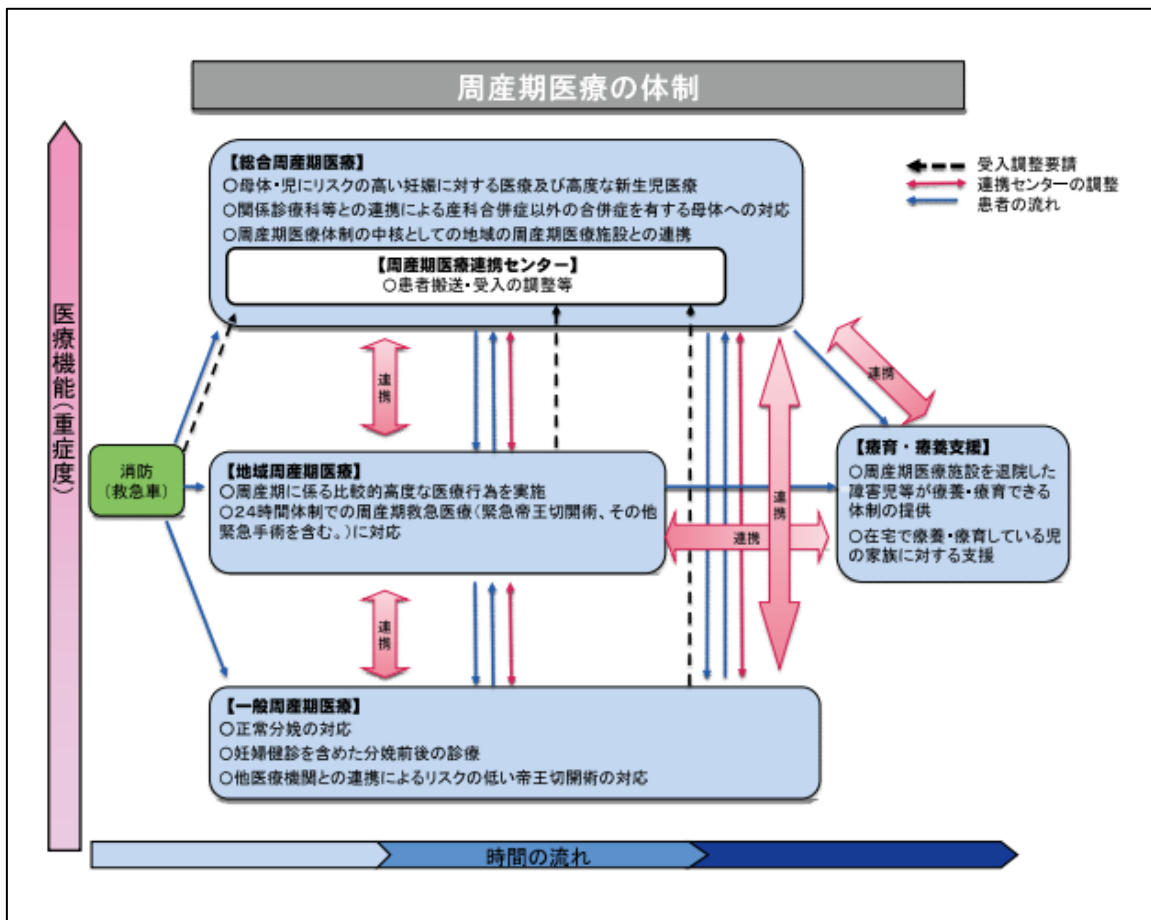
NICU や GCU を退院した新生児が在宅でのケアを受けることによる、新生児死亡率減少のため、支援に取り組みます。

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

5 各医療機能と連携

「3. 分野アウトカム（目指す姿）」を踏まえ、以下のとおり周産期医療の医療体制に求められる医療機能を定めるとともに、連携体制の構築を図ります

(1)医療連携体制図



図表○：周産期医療における医療連携体制図

(2)医療機能別の各医療機関等に求められる事項等

病期の区分	医療機能	各医療機関等に求められる事項	医療機関等の例
正常分娩	正常分娩等を取り扱う機能	<ul style="list-style-type: none"> 産科に必要とされる検査、診断および治療が実施可能であること 正常分娩を安全に実施可能であること 他の医療機関との連携により、合併症や、帝王切開術その他の手術に適切に対応できること 妊産婦のメンタルヘルスに対応可能であること 分娩の立会いや面会の方針など、医療機関を選択するうえで必要な情報をあらかじめ提供すること 緊急時の搬送に当たっては、周産期救急情報システム等を活用し、病態や緊急度に応じて適切な医療機関を選定すること。また、平時から近隣の高次施設との連携体制を構築すること 助産所においては、嘱託医師・嘱託医療機関を定め、妊産婦の状況の変化や異常分娩が生じた際には適切に連携を行うこと 	分娩を取り扱う産婦人科を標榜する診療所、助産所
	分娩を取り扱わないが、妊婦健診や産前・産褥管理・産後ケアを実施する機能	<ul style="list-style-type: none"> 産科に必要とされる検査、診断、初期治療が実施可能であること 妊産婦のメンタルヘルスケアを行うこと 妊産婦の日常生活・保健指導に対応すること オープンシステム・セミオープンシステムを活用し、分娩取扱医療機関との連携により、分娩以外の産科診療に対応すること 当該施設の休診時間等におけるかかりつけの妊産婦の症状等への対応について、連携する分娩取扱医療機関と取り決めを行うこと 当該施設のかかりつけ妊婦の分娩が近くなった際に、適切に分娩取扱医療機関への診療情報提供を行うこと。また、オープンシステム・セミオープンシステムを活用し、情報の共有に努めること 緊急時の搬送に当たっては、周産期救急情報システム等を活用し、病態や緊急度に応じて適切な医療機関を選定すること。また、平時から近隣の高次施設との連携体制を構築すること 	分娩を取り扱わない産婦人科を標榜する病院又は診療所及び助産所
ハイリスク分娩	周産期に係る比較的高度な医療行為を行うことができる機能	<ul style="list-style-type: none"> 地域周産期母子医療センターは、産科及び小児科（新生児診療を担当するもの）等を備え、周産期に係る比較的高度な医療行為を行うことができる医療施設を都道府県が認定するものである。 地域周産期母子医療センターは、地域周産期医療関連施設等からの救急搬送や総合周産期母子医療センターその他の地域周産期医療関連施設等との連携を図ること 都道府県は、各地域周産期母子医療センターにおいて設定された提供可能な新生児医療の水準について、医療計画に明記するなどにより、関係者及び住民に情報提供すること 分娩の立会いや面会の方針など、医療機関を選択するうえで必要な情報をあらかじめ提供すること 	地域周産期母子医療センター
	母体又は児におけるリスクの高い妊婦に対する医療及び高度な新生児医療の周産期医療を行うことができる機能	<ul style="list-style-type: none"> 総合周産期母子医療センターは、相当規模のMFICUを含む産科病棟及びNICUを含む新生児病棟を備え、常時の母体及び新生児搬送受け入れ態勢を有し、合併症妊娠（重症妊娠高血圧症候群、切迫早産等）、胎児・新生児異常（超低出生体重児、先天異常児等）等母体又は児におけるリスクの高い妊婦に対する医療、高度な新生児医療等の周産期医療を行うことができるとともに、必要に応じて当該施設の関係診療科またはほかの施設と連携し、脳血管疾患、心疾患、敗血症、外傷、精神疾患等を有する母体に対応することができる医療施設を都道府県が指定すること。 総合周産期母子医療センターは、地域周産期医療関連施設等からの緊急搬送を受け入れるなど、周産期医療体制の中核として地域周産期母子医療センターその他の地域周産期医療関連施設等との連携を図ること 総合周産期母子医療センターは、地域の医療従事者への研修を含め、周産期医療に精通した医療従事者育成の役割を担うこと 分娩の立会いや面会の方針など、医療機関を選択するうえで必要な情報をあらかじめ提供すること 	総合周産期母子医療センター
在宅療養支援	周産期医療関連施設を退院した障害児等が生活の場（施設を含む。）で療養・療育できるような支援する機能	<ul style="list-style-type: none"> 周産期医療関連施設等と連携し、人工呼吸器の管理が必要な児や、気管切開等のある児の受け入れが可能であること 児の急変時に備え、救急対応可能な病院等との連携が図れていること 薬局、訪問看護事業所、福祉サービス事業者及び自治体等との連携により、医療、保健、福祉サービスおよびレスパイト入院の受け入れ等を調整し、地域で適切に療養・療育できる体制を提供すること 地域または総合周産期母子医療センター等の周産期医療関連施設等と連携し、療養・療育が必要な児の情報（診療情報や治療計画等）を教諭していること 医療型障害児入所施設等の自宅以外の場においても、障害児の適切な療養・療育を支援すること 家族等に対する精神的サポート等の支援を実施すること 	小児科を標榜する病院又は診療所、医療型障害児入所施設等

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	基準値	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	基準値	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	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	8ヶ所
		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	8ヶ所
		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	0ヶ所
2	ハイリスク妊産婦に対する医療の提供が可能な体制	母体・新生児搬送数のうち受入困難事例率	8.8%	全国下位33%帯脱却
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	小児の訪問看護利用者数（1か月当たり）	287人	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	前年度より増加

施策-(C)

No.	項目名	指標名	直近値
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
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
3	助産師相互研修事業	参加人数	102人
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
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	10ヶ所
6	周産期医療医師・看護師等研修事業	開催数、参加者数	4回 511人
7	周産期医療連携会議の実施	開催数	1回
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
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
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
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
12	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
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	151人

7 ロジックモデル

第10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3(2021)年の本県の出生数は11,475人で、減少傾向を継続させながらこの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、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。

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。

・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

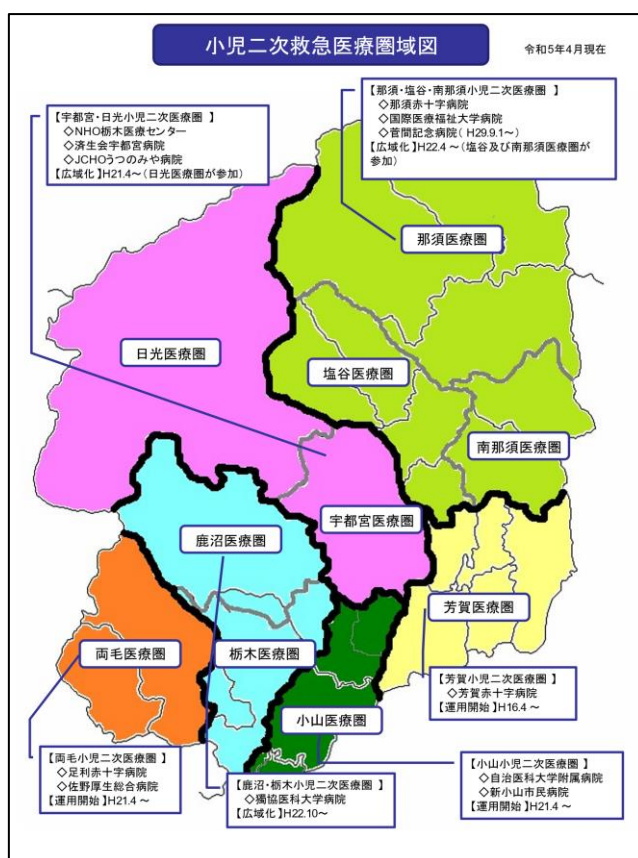
- ・災害時に県保健医療福祉調整本部と連携して小児・周産期医療に関する調整の役割を担う「栃木県災害時小児周産期リエゾン」として、27名を委嘱しています。(令和5(2023)年7月現在)

- ・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。

2 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。

(※圏域図・医療機能付きのものに要差し替え)



図表〇：小児医療における圏域図

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	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

(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

・地域において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整備（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・強化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整備（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整備（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

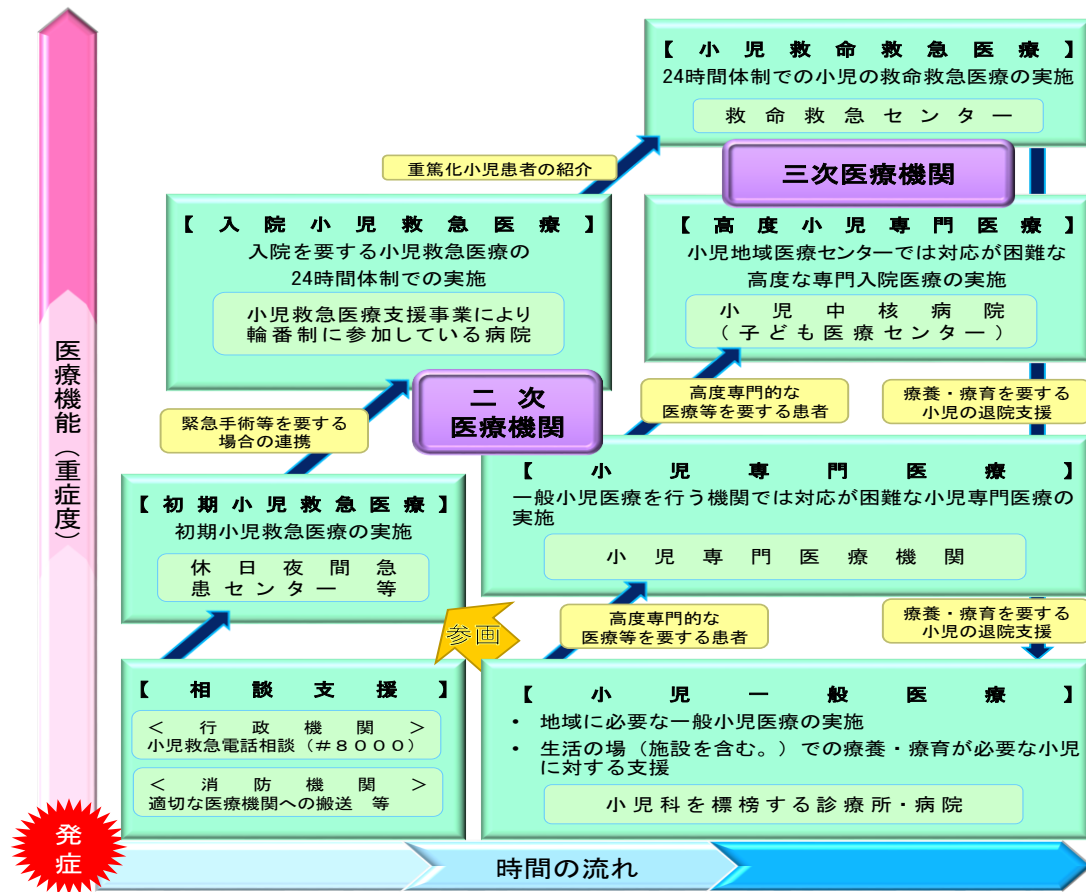
と療養・療育支援を担う施設の連携促進の取組を進めます。

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な医療機関との連携促進

5 各医療機能と連携

「3. 分野アウトカム（目指す姿）」を踏まえ、以下のとおり小児医療の医療体制に求められる医療機能を定めるとともに、連携体制の構築を図ります

(1)医療連携体制図



図表〇：小児医療における医療連携体制図

(2)医療機能別の各医療機関等に求められる事項等

医療機能	関係機関	関係機関に求められる事項
地域において、急病時の対応等について健康相談・支援を実施する機能	家族等周囲にいる者	<ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ医を持つとともに、適正な受療行動をとること ・必要に応じ電話相談事業等を活用すること ・不慮の事故の原因となるリスクを可能な限り取り除くこと ・救急蘇生法等の適切な処置を実施すること
	消防機関等	<ul style="list-style-type: none"> ・心肺蘇生法や不慮の事故予防に対する必要な知識を家族等に対し指導すること ・急性期医療を担う医療機関へ速やかに搬送すること ・救急医療情報システムを活用し、適切な医療機関へ速やかに搬送すること
	行政機関	<ul style="list-style-type: none"> ・休日・夜間等の子どもの急病等に関する相談体制を確保すること ・急病等の対応等について啓発を実施すること ・心肺蘇生法や不慮の事故予防に対する必要な知識を家族等に対し指導する体制を確保すること ・慢性疾患の診療や心の診療が必要な子ども及びその家族に対し、地域の医療資源、福祉サービス等について情報を提供すること ・医療的ケア児及びその家族への支援体制を構築し、医療機関の参画を促すこと
地域において、日常的な小児医療を実施する機能	一般小児医療（初期小児救急医療を除く。）を担う機能（小児科を標榜する診療所・病院、在宅療養支援診療所、訪問看護事業所）	<ul style="list-style-type: none"> ・地域に必要な一般小児医療（一般的な小児医療に必要とされる診断・検査・治療）を実施すること ・軽症患者の入院診療を実施すること（入院設備を有する場合） ・他の医療機関の小児病棟やNICU、PICU等から退院するに当たり、生活の場（施設を含む。）での療養・療育が必要な小児に対し、支援を実施すること ・訪問看護事業所、福祉サービス事業者、行政、教育機関等との連携により、医療、介護及び福祉サービス（レスパイトを含む。）を調整すること ・生活の場（医療型障害児入所施設等、自宅以外の生活の場を含む。）において療養・療育を継続することができるよう、在宅医療を実施すること ・家族等に対する身体的及び精神的サポート等の支援を実施すること ・医療的ケア児、慢性疾患児等の急変に備え、対応可能な医療機関と連携していること ・専門医療を担う地域の病院と、診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること
	初期小児救急医療を担う機能（小児科を標榜する診療所・病院、在宅当番医制に参加している診療所、休日夜間急患センター）	<ul style="list-style-type: none"> ・小児科を標榜する診療所・病院等において平日昼間における初期小児救急医療を実施すること ・休日夜間急患センター等において平日夜間や休日における初期小児救急医療を実施すること ・緊急手術や入院等を要する場合に備え、対応可能は医療機関と連携していること ・地域で小児医療に従事する開業医等が、病院の開放施設（オープン制度）等、夜間休日の初期小児救急医療に参画すること
小児二次（救急）医療圏において中心的な小児医療を実施する機能【小児地域医療センター】	小児専門医療を担う機能（小児専門医療機関）	<ul style="list-style-type: none"> ・一般小児医療を担う医療機関では対応が困難な患者に対する小児専門医療（高度の診断・検査・治療や勤務医の専門性に応じた専門医療）や、常時監視・治療の必要な患者等に対する入院診療を実施すること ・小児科を標榜する診療所や一般病院等の地域における医療機関と、小児医療の連携体制を形成することにより、地域で求められる小児医療を全体として実施すること ・より高度専門的な対応について、高次機能病院と連携していること ・療養・療育支援を担う施設との連携や、在宅医療を支援していること ・家族等に対する精神的サポート等の支援を実施すること
	入院を要する救急医療（二次救急医療）を担う機能（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）	<ul style="list-style-type: none"> ・小児科医師や看護師などの人員体制を含めて、入院を要する小児救急医療を24時間365日体制で実施可能であること ・小児科を標榜する診療所や一般病院等の地域における医療機関と連携し、地域で求められる入院を要する小児救急医療を担うこと ・より高度専門的な対応について、高次機能病院と連携していること ・療養・療育支援を担う施設と連携し、医療的ケア児や慢性疾患児の急変等に対応すること ・家族等に対する精神的サポート等の支援を実施すること
三次保健医療圏において中核的な小児医療を実施する機能【小児中核病院】	高度な小児専門医療を担う機能（子ども医療センター）	<ul style="list-style-type: none"> ・小児地域医療センター等では対応が困難な患者に対する高度な小児専門入院医療を実施すること ・当該地域における医療従事者への教育や研究を実施すること ・広域の小児中核病院や小児地域医療センター等との連携により、高度専門的な診断・検査・治療を実施し、医療人材の育成・交流などを含めて地域医療に貢献すること ・療養・療育支援を担う施設と連携していること ・家族等に対する精神的サポート等の支援を実施すること
	小児の救命救急医療を担う機能（救命救急センター）	<ul style="list-style-type: none"> ・小児の救命救急医療を24時間体制で実施すること ・小児地域医療センターからの紹介患者や重症外傷を含めた救急搬送による患者を中心として、重篤な小児患者に対する救急医療を24時間365日体制で実施すること ・小児の集中治療を専門的に実施できる診療体制（小児専門施設であればPICUを運営することが望ましい。）を構築することが望ましいこと ・療養・療育支援を担う施設と連携し、医療的ケア児や慢性疾患児の急変等に対し救命医療を実施すること ・家族等に対する精神的サポート等の支援を実施すること

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	基準値	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	4.2%	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	基準値	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	前年度より増加
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	0 医療圏
3	症状に応じた専門的医療を受けることができる	小児科医師偏在指標	109.2	全国値以上
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	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	前年度より増加

施策-(C)

No.	項目名	指標名	直近値
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
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
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
		小児科を標榜する診療所数	39 か所
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
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
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
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
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 ロジックモデル

第11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

・新興感染症発生・まん延時における医療の医療圏は、県内全域とします。

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)

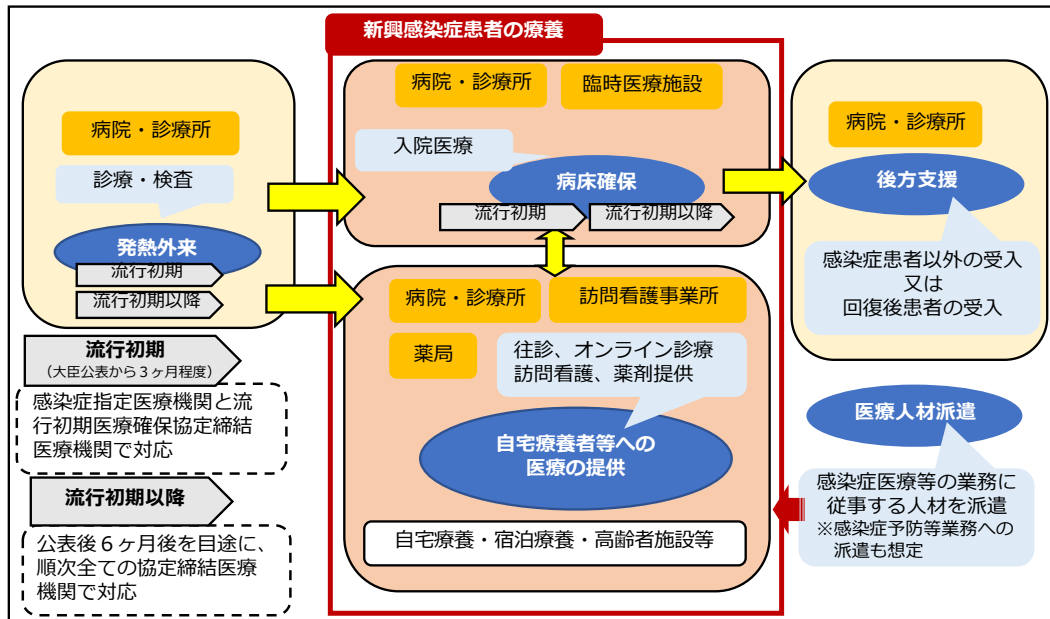
(1)平時から新興感染症の発生時における医療提供体制の確保

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（重症病床）の確保
③	流行初期以降における入院体制（一般病床）の確保
④	流行初期以降における入院体制（重症病床）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（薬剤）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 各医療機能と連携

「3. 分野アウトカム（目指す姿）」を踏まえ、以下のとおり新興感染症発生・まん延時における医療の医療体制に求められる医療機能を定めるとともに、連携体制の構築を図ります。

(1)医療連携体制図



図表〇：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

(2)医療機能別の各医療機関等に求められる事項等

医療内容	医療機能	各医療機関等に求められる事項	医療機関等の例
病床確保	医療機関	<ul style="list-style-type: none"> ・病床確保の協定締結医療機関は、確保している病床で酸素投与及び呼吸モニタリングが可能で、県からの要請後速やかに（2週間以内を用途に）即応病床化するほか、関係学会のガイドライン等を参考に、院内感染対策（ゾーニング、換気、個人防護具の着脱等を含む研修・訓練等）を適切に実施すること。 ・確保病床を稼働（即応化）させるためには、医療従事者の確保が必要であり、協定締結医療機関は、自院の医療従事者への訓練・研修等を通じ、対応能力を高めておくこと。 ・厚生労働大臣が定める第一種協定指定医療機関（病床）の指定基準を満たすこと。 <p>【流行初期医療確保措置の対象となる協定締結医療機関の対象基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・発生の公表後、知事の要請後1週間以内に措置を実施すること（ただし、発生の公表前においても、県及び医療機関に対する国からの知見等を踏まえ、感染発生早期から適切に準備を行う。）。 ・感染症発生・まん延時に入院患者を受け入れる病床を20床（最大確保病床数）以上確保し、継続して対応できること。 ・病床の確保に当たり、影響が生じ得る一般患者への対応について、後方支援を行う医療機関との連携も含め、あらかじめ確認を行うこと。 	協定締結医療機関
	県及び宇都宮市	<ul style="list-style-type: none"> ・県は、流行初期において、二次保健医療圏に1箇所以上となるよう、300床以上の病床を有する医療機関及び県立病院との医療措置協定の締結を目指す。 ・県は、流行初期以降において、重症患者を受け入れる医療機関を拡充するとともに、県内の全入院医療機関との医療措置協定の締結を目指す。 ・県は、重症者用の病床の確保も行うとともに、かかりつけ医とも連携し、特に配慮が必要な患者（精神疾患を有する患者、妊産婦、小児、透析患者、障害児者、がん患者等）に適切に対応する。 ・県及び宇都宮市は、必要に応じて、病床ひっ迫時における入院調整を実施する。 ・県は、臨時医療施設の運営等に関するマニュアルを作成する。 ・県は、救急医療機関における感染対策や人材育成を支援する。 	県及び宇都宮市
発熱外来	医療機関	<ul style="list-style-type: none"> ・発熱外来の協定締結医療機関は、新型コロナ対応の診療・検査医療機関の施設要件を満たし、発熱患者等専用の診察室（時間的・空間的分離を行い、プレハブ・簡易テント・駐車場等で診療する場合を含む。）を設けた上で、予め発熱患者等の対応時間帯を住民に周知又は地域の医療機関等と情報共有して、発熱患者等を受け入れる体制を構築すること。また、関係学会等の最新の知見に基づくガイドライン等を参考に、院内感染対策（ゾーニング、換気、個人防護具の着脱等を含む研修・訓練等）を適切に実施し、発熱外来を行うこと。 ・厚生労働大臣が定める第二種協定指定医療機関（発熱外来）の指定基準を満たすこと。 <p>【流行初期医療確保措置の対象となる協定締結医療機関の対象基準】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・発生の公表後、知事からの要請後1週間以内に措置を実施すること（ただし、発生の公表前においても、県及び医療機関に対する国からの知見等の周知を踏まえ、感染発生早期から適切に準備を行う。）。 ・流行初期から、20人/日以上発熱患者を診察できること。 	協定締結医療機関
	県	<ul style="list-style-type: none"> ・県は、帰国者・接触者外来や、発熱外来の役割を担う医療機関との医療措置協定の締結を目指す。 ・県は、流行初期以降において、全ての外来対応医療機関との医療措置協定の締結を目指す。 	県
自宅療養者等への医療の提供	医療機関	<ul style="list-style-type: none"> ・厚生労働大臣が定める第二種協定指定医療機関（自宅療養者等への医療の提供）の指定基準を満たすこと。 ・病院、診療所は、必要に応じ、薬局や訪問看護事業所と連携するとともに、各機関間や事業所間とも連携しながら、往診やオンライン診療等、訪問看護や医薬品対応等を行うこと。 ・機関間や事業所間の連携に当たっては、必要に応じ、通常医療の確保のため、後方支援や人材派遣の協定を活用した体制の確保を図ること。 ・自宅療養者等が症状悪化した場合には、協定締結医療機関は、救急医療機関と緊密に連携しつつ、入院医療機関等に適切につなぐ。さらに、関係学会等の最新の知見に基づくガイドライン等を参考に、感染対策（ゾーニング、換気、個人防護具の着脱等を含む研修・訓練等）を適切に実施し、医療提供を行うものとする。 ・患者にとって身近な存在である診療所等が自宅療養者への医療を行う際は、患者の容体の変化等の場合に迅速に医療につなげるためにも、可能な限り健康観察の協力を行うこと。 	協定締結医療機関
	県	<ul style="list-style-type: none"> ・県は、必要な医療の提供可能な医療機関・薬局・訪問看護事業所との医療措置協定の締結を目指す。 ・県は、全ての高齢者施設等の嘱託医・協力医療機関との医療措置協定の締結を目指す。 	県
後方支援	医療機関	<ul style="list-style-type: none"> ・後方支援の協定締結医療機関は、通常医療の確保のため、①特に流行初期の感染症患者以外の患者の受入や、②感染症から回復後に入院が必要な患者の転院の受入を行うこと。 	協定締結医療機関
	県	<ul style="list-style-type: none"> ・県は、回復後患者の転院の受入について、全入院医療機関との医療措置協定の締結を目指す。 ・県は、既存の関係団体間の連携の枠組み等を活用した受入の調整を図る。 	県
医療人材派遣	医療機関	<ul style="list-style-type: none"> ・人材派遣の協定締結医療機関は、1人以上の医療従事者を派遣すること。 ・人材派遣の協定締結医療機関は、自院の医療従事者への訓練・研修等を通じ、対応能力を高めること。 	協定締結医療機関
	県	<ul style="list-style-type: none"> ・県は、DMAT(LDMAT)指定病院を中心に医療機関との医療措置協定の締結を目指す。 ・県は、医療従事者への訓練・研修等による体制強化等を図る。 	県

6 指標と数値目標

分野アウトカム（目指す姿）-(A)

No.	項目
1	新興感染症発生・まん延時においても、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	基準値	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を確保する	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		人材派遣協定締結医療機関の10割

施策-(C)

No.	項目	指標	直近値	目標値
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）	約330床 ※1	270床
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）	46床	21床
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）	639床 ※1	600床
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）	46床	27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）	約30機関	27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）	739機関	730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医療機関数	47機関	400機関
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	215機関	300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	45機関	50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	54機関	200機関
11	派遣可能な医療人材（医師）の確保	派遣可能医師数	—	70人
12	派遣可能な医療人材（看護師）の確保	派遣可能看護師数	—	40人
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

7 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 施設で増加傾向ですが、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 人です。

・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。

・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。

（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。

（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。

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、次の11在宅医療圏を定めます。

(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・看護師等の人材養成
②	在宅医療を実施する医療機関等への設備整備支援
③	訪問看護事業所の新規開設に向けた支援
④	訪問看護事業所の経営支援
⑤	小児在宅医療に係る人材育成

(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に、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	グループ診療体制や後方支援体制の強化
②	訪問看護事業所の大規模化に向けた支援

(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	在宅医療や人生会議に関する県民向けの普及啓発
②	人生会議に関する医療・介護従事者向けの普及啓発

5 各医療機能と連携

「3. 分野アウトカム（目指す姿）」を踏まえ、以下のとおり在宅医療の医療体制に求められる医療機能を定めるとともに、連携体制の構築を図ります

(1)医療連携体制図

※検討中

図表○：在宅医療における医療連携体制図

(2)医療機能別の各医療機関等に求められる事項等

医療機能	各医療機関等に求められる事項	医療機関等の例
在宅医療において積極的役割を担う医療機関	<ul style="list-style-type: none"> ・医療機関（特に一人の医師が開業している診療所）が必ずしも対応しきれない夜間や医師不在時、患者の病状の急変時等における診療の支援を行うこと ・在宅での療養に移行する患者にとって必要な医療及び介護、障害福祉サービスが十分確保できるよう、関係機関に働きかけること ・臨床研修制度における地域医療研修において、在宅医療の現場での研修を受ける機会等の確保に努めこと ・災害時等にも適切な医療を提供するための計画（人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送等に係る計画を含む。）を策定し、他の医療機関等の計画策定等の支援を行うこと ・地域包括支援センター等と協働しつつ、療養に必要な医療及び介護、障害福祉サービスや家族等の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること ・入院機能を有する医療機関においては、患者の病状が急変した際の受入れを行うこと 	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅療養支援病院 ・在宅療養支援診療所 ・在宅療養後方支援病院 ・在宅療養支援歯科診療所 ・在宅患者調剤加算を届け出ている薬局 ・機能強化型訪問看護管理療養費を届け出ている訪問看護事業所
在宅医療に必要な連携を担う拠点	<ul style="list-style-type: none"> ・地域の医療及び介護、障害福祉の関係者による会議を定期的に行い、在宅医療におけるサービスの提供状況の把握、災害時対応を含む連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を実施すること ・地域包括ケアシステムを踏まえた在宅医療の提供体制を整備する観点から、地域の医療及び介護、障害福祉サービスについて、所在地や機能等を把握し、地域包括支援センターや障害者相談支援事業所等と連携しながら、退院時から看取りまでの医療や介護、障害福祉サービスにまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供できるよう、関係機関との調整を行うこと ・質の高い在宅医療をより効率的に提供するため、関係機関の連携による急変時の対応や 24 時間体制の構築、多職種による情報共有の促進を図ること ・在宅医療に係る医療及び介護、障害福祉関係者に必要な知識・技能に関する研修の実施や情報の共有を行うこと ・在宅医療に関する地域住民への普及啓発を実施すること 	<ul style="list-style-type: none"> ・各市町

6 指標と数値目標

分野アウトカム（目指す姿）-(A)

No.	項目
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

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	直近値	目標値
1	退院支援	介護支援連携指導を受けた患者数	324 人／月	608 人／月
2	日常の療養支援	訪問診療を受けた患者数	7,900 人／月	（医療・介護の体制整備に係る協議の場の議論を踏まえて検討）
3	看取り	在宅ターミナルケアを受けた患者数	173 人／月	263 人／月

施策-(C)

No.	施策	指標	直近値	目標値
1	医師向けの在宅医療に係る研修開催 ほか	訪問診療を実施している診療所・病院数	280 箇所	（医療・介護の体制整備に係る協議の場の議論を踏まえて検討）
2	訪問看護師による同行研修 ほか	訪問看護事業所の従事者数	947.9 人	（はつらつプランにおける訪問看護サービスの推計に基づき算出）
3	在宅医療に係る設備整備 ほか	歯科訪問診療を実施している診療所数	236 箇所	255 箇所
4		訪問薬剤管理指導を実施している薬局数	290 箇所	390 箇所

7 ロジックモデル

第6章 地域医療構想の取組

- ・平成28年3月に策定した栃木県地域医療構想を組込

第7章 栃木県外来医療計画

- ・ 栃木県外来医療計画の概要を記載

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」「健康危機管理の視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※1 及び第二種感染症指定医療機関※2 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

本県の感染症指定医療機関

種類	県域	配置基準	医療機関名	既存病床数
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

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

※ 既存病床数については、令和5年9月現在

※ この他、結核患者収容モデル事業※3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。

図表〇：本県の感染症指定医療機関

- ※1 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
- ※2 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
- ※3 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。

2 結核

【現状と課題】

- ・令和4年における本県の新登録患者数※4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※5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※6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。

※4 1年間に新たに発病した患者数。

※5 新登録患者数を人口 10 万人対率で表したものの。

※6 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。

【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
- ・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※7 を含む全結核患者に対する DOTS 事業※8 の推進

※7 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。

※8 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

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

本県のエイズ治療拠点病院

エイズ治療中核拠点病院※9	エイズ治療拠点病院※10	エイズ治療専門協力病院※11
○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	○芳賀赤十字病院 ○那須赤十字病院 ○足利赤十字病院 ○国立病院機構栃木医療センター	○国立病院機構宇都宮病院 ○栃木県立がんセンター ○栃木県立岡本台病院

図表○：本県のエイズ治療拠点病院

※9 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

※10 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

※11 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

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※12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

肝疾患相談室

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

図表〇：肝疾患相談室の電話番号等

※12 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16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ありました。

・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
- ・県内臓器移植推進のため、栃木県臓器移植コーディネーターを（公財）栃木県臓器移植推進協会に配置
- ・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割程度であることから、更なる登録推進が必要です。

図表〇：骨髄バンク実登録者数の推移

【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機会が多いことから、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、難病は長期にわたる療養を必要とするため、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（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）
- ・患者団体、関係機関と連携した相談支援体制の充実（とちぎ難病相談支援センターの一般相談・医療相談、サロン・交流会、ピアサポート（難病・小慢）等）
- ・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（支援計画策定、訪問相談、地域連携会議、災害時の支援体制、家族支援事業（難病）、自立支援事業（小慢）等）
- ・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（登録者証の活用、就労支援等）

図表〇：特定医療費受給者証所持者数

図表〇：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死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る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であることから、科学的根拠に基づいたアレルギー疾患医療に関する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、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。

【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

・かかりつけ医療機関と、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

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	○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

図表〇：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	※地域の实情に応じた ○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

図表〇：栃木県アレルギー疾患医療中核病院

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】

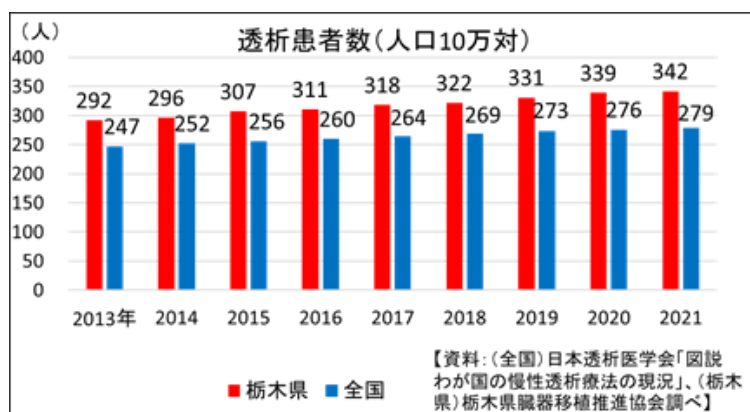
- ・ COPD の認知度向上のための普及啓発
 - ・ COPD の予防、早期発見・介入、重症化予防等が適切に行われるための連携体制の構築
 - ・ 重症化予防、全身の併存疾患および肺合併症の予防と治療が適切に実施されるための標準的な治療の普及
 - ・ 発症予防、重症化予防のためのたばこ対策の推進等による社会環境の整備
- 【COPD の診療ができる医療機関】 栃木県保健医療計画（8期）別冊参照

第6節 慢性腎臓病（CKD）

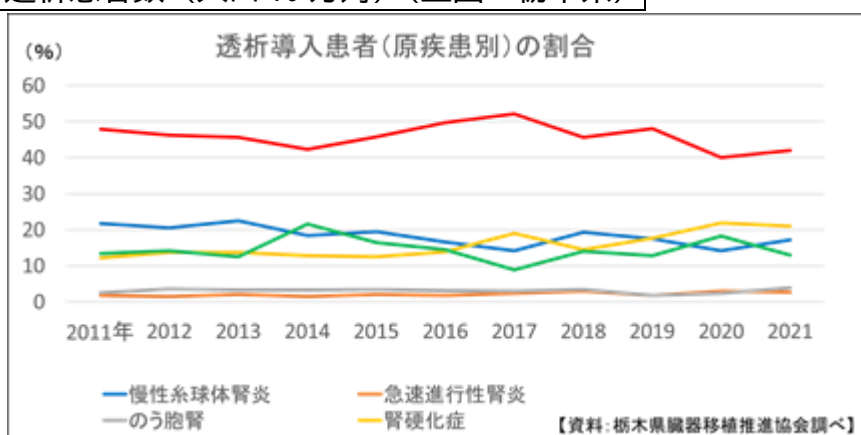
- ・ 予防可能な慢性腎臓病（Chronic Kidney Disease (CKD)。以下「CKD」という。）について、予防を推進します。
- ・ CKD を早期に発見・診断し、良質で適切な治療を早期から実施・継続することにより、重症化予防を徹底するとともに、CKD 患者（透析患者及び腎移植患者を含む）の QOL の維持向上を図ります。

【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。



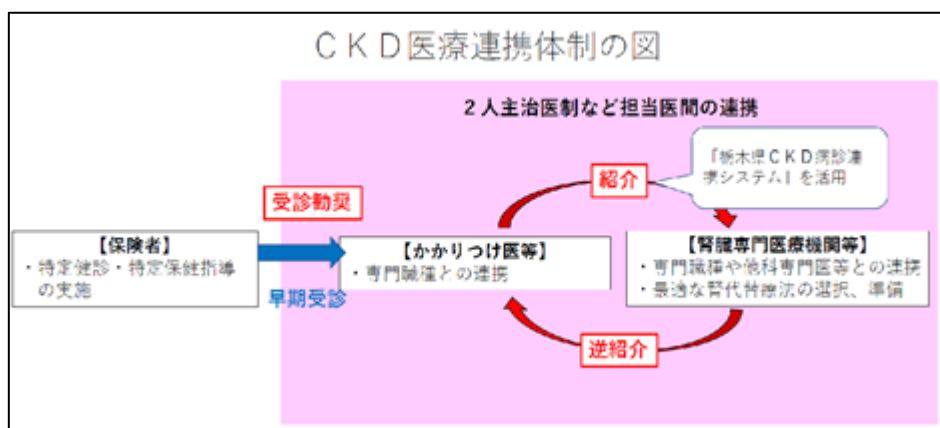
図表〇：透析患者数（人口10万対）（全国・栃木県）



図表〇：本県における透析導入患者（原疾患別）の割合

【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、紹介・逆紹介、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



図表〇：CKD 医療連携体制の図

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。

※ご紹介いただく際お願い
- 随診で指摘されたeGFRの異常はご紹介いただく前に再検査をお願いします。
- 随時尿では尿水によるeGFRが低めに含まれるので、自由尿水・濃縮尿で再検査してください。
- 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。
- 血尿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。

図表〇：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～

【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。



図表〇：3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」】



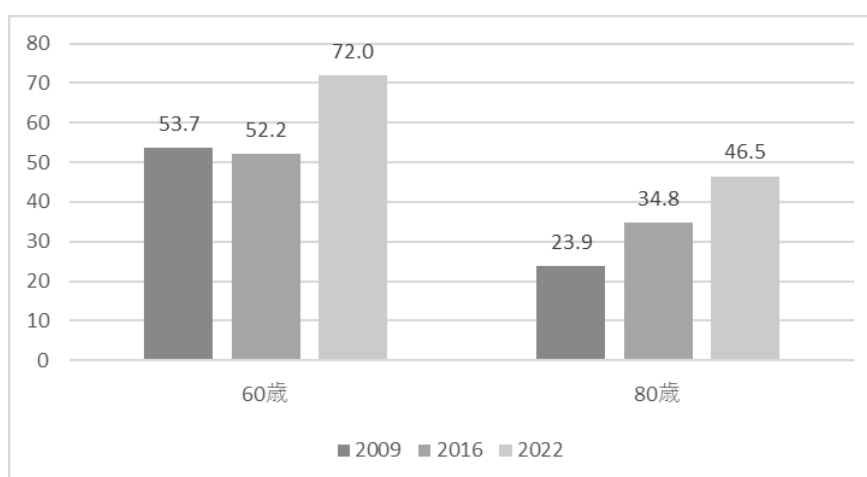
図表〇：12歳の永久歯の一人平均むし歯数（単位：歯）【出典：文部科学省「学校保健統計調査」】

・成人の歯科健診受診率はH28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。

	H21 (2009) 年	H28 (2016) 年	R4 (2022) 年
受診率	34.1%	49.9%	45.6%

図表〇：歯科健診を受診する者の割合【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。



図表〇：60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：%）

・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」、「学齡期」、「青壯年期」、「中年期・高齢期」のライフステージ
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」

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）」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。

図表〇：平均寿命の推移

図表〇：健康寿命（性別、栃木県・全国）

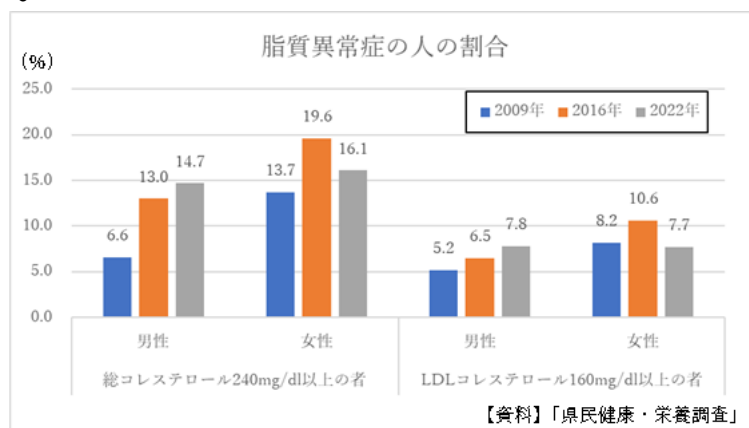
※平均寿命、健康寿命のグラフは 14 ページ参照

・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。

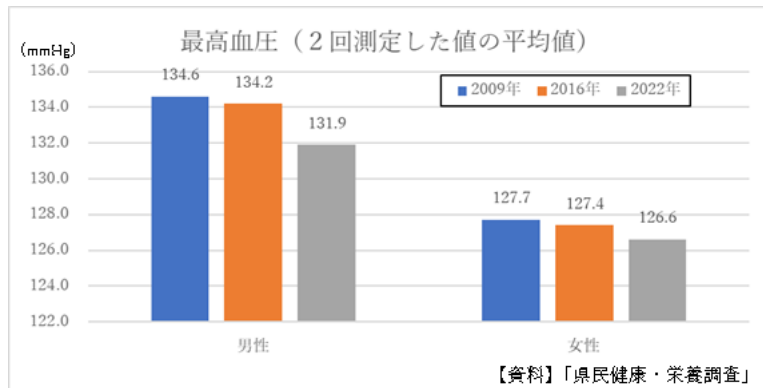
※死亡率のグラフは 13 ページ参照（表 1：本県における主要死因別死亡率の推移）

※年齢調整死亡率のグラフは 63 ページ（がん）、73 ページ（脳血管疾患）、85 ページ（心疾患）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。



図表〇：脂質異常症の人の割合

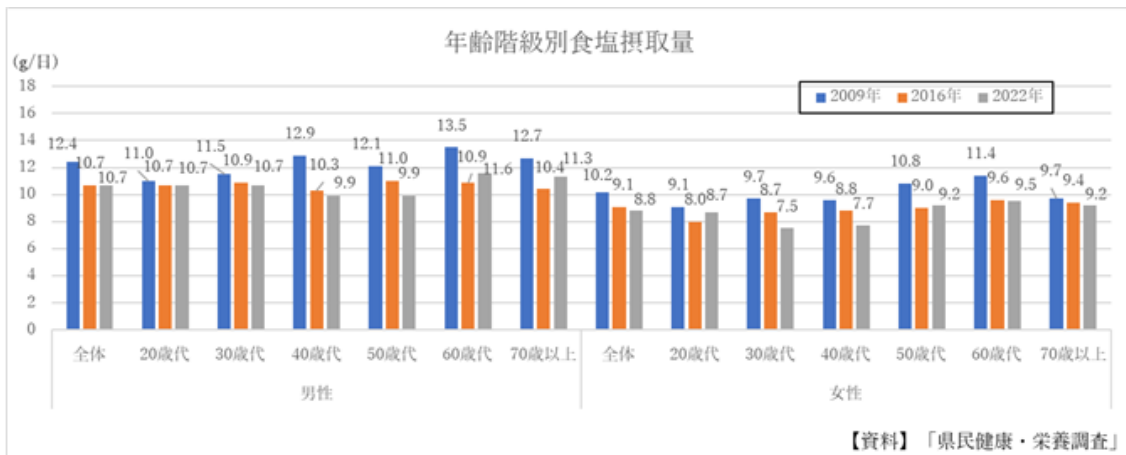


図表〇：最高血圧

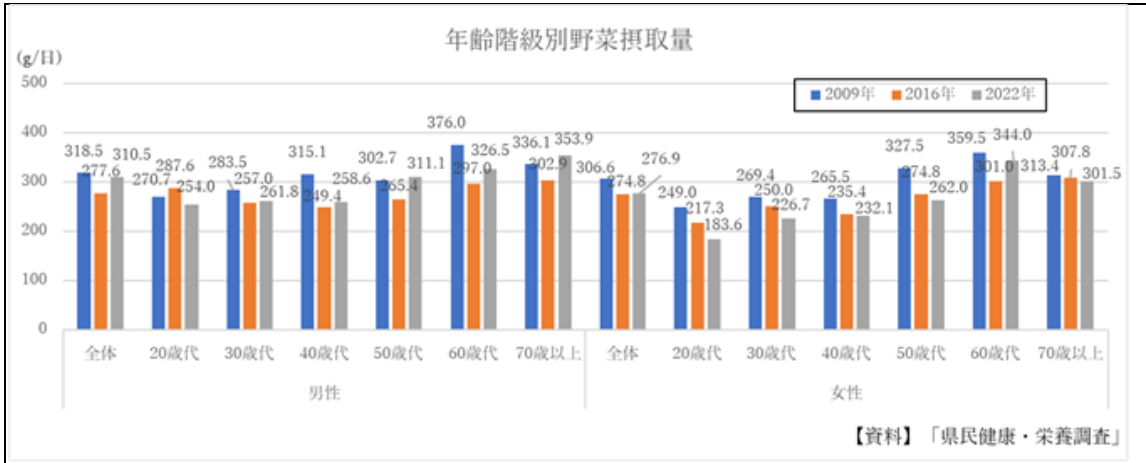
※ 糖尿病性腎症による新規透析導入患者数のグラフは●●ページ参照

・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。

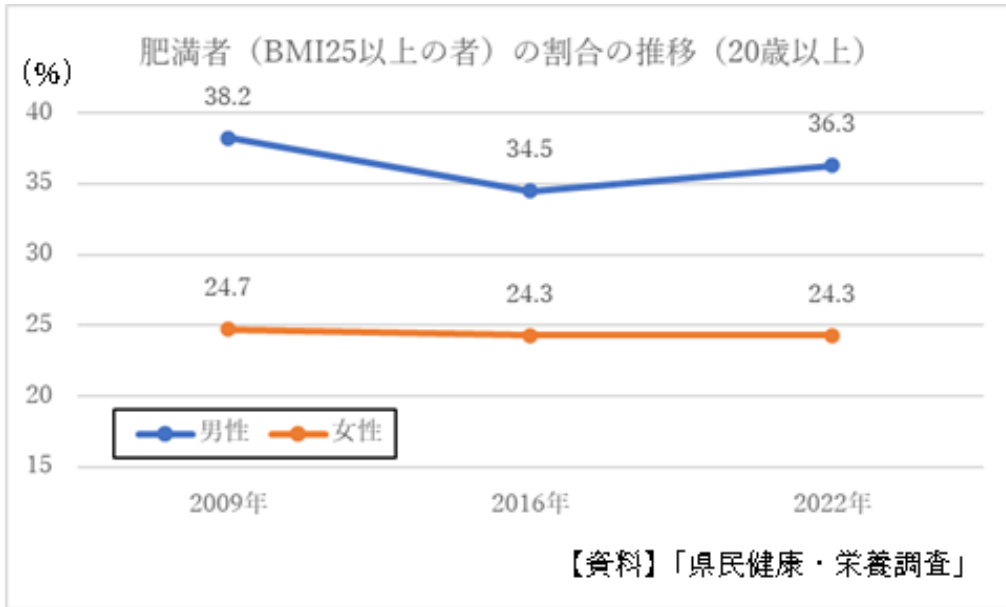
・また、運動習慣がある人は、平成28(2016)年と比べて20歳から64歳では男女ともに減少し、65歳以上では男女ともに増加しています。日常生活での身体活動量を表すとされている歩数についても、平成28(2016)年と比べて20歳から64歳では男女ともに減少し、65歳以上では男女ともに増加しています。喫煙率は低下し、受動喫煙の機会も減少しています。



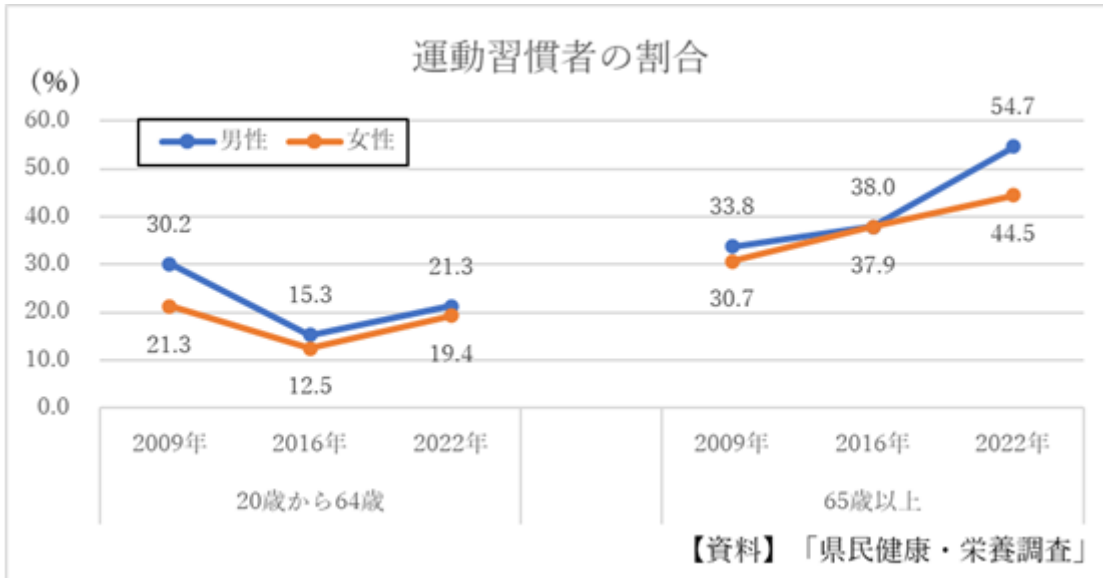
図表〇：年齢階級別食塩摂取量



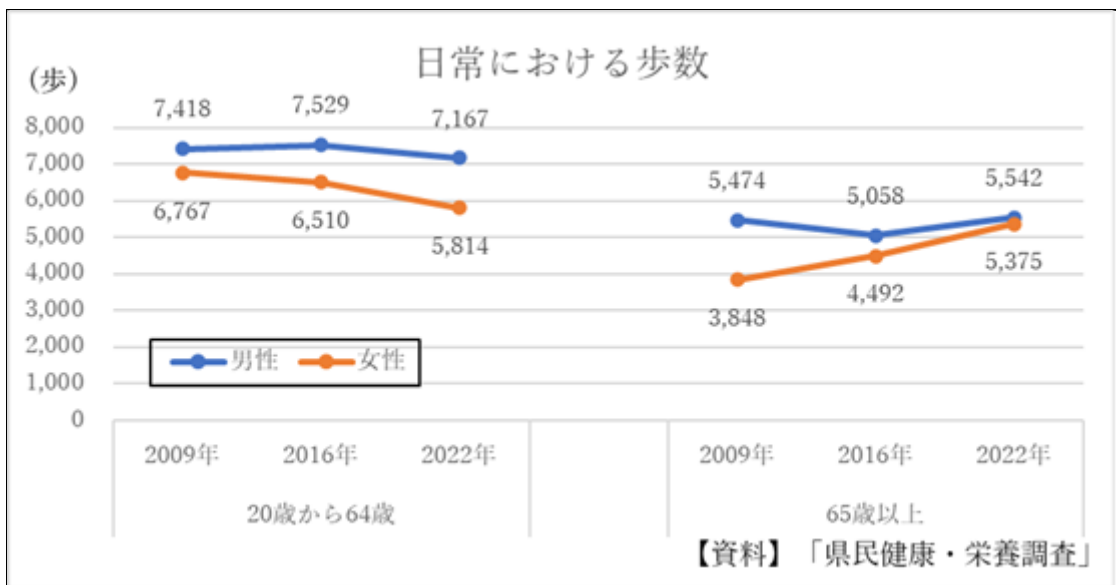
図表〇：年齢階級別野菜摂取量



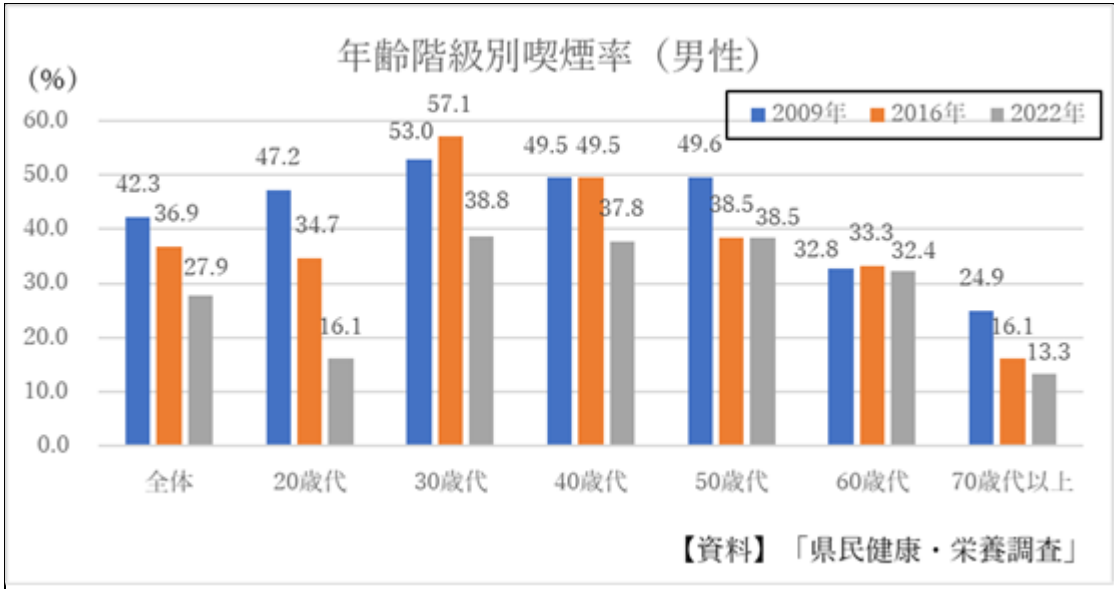
図表〇：肥満者（BMI25以上の者）の割合の推移（20歳以上）



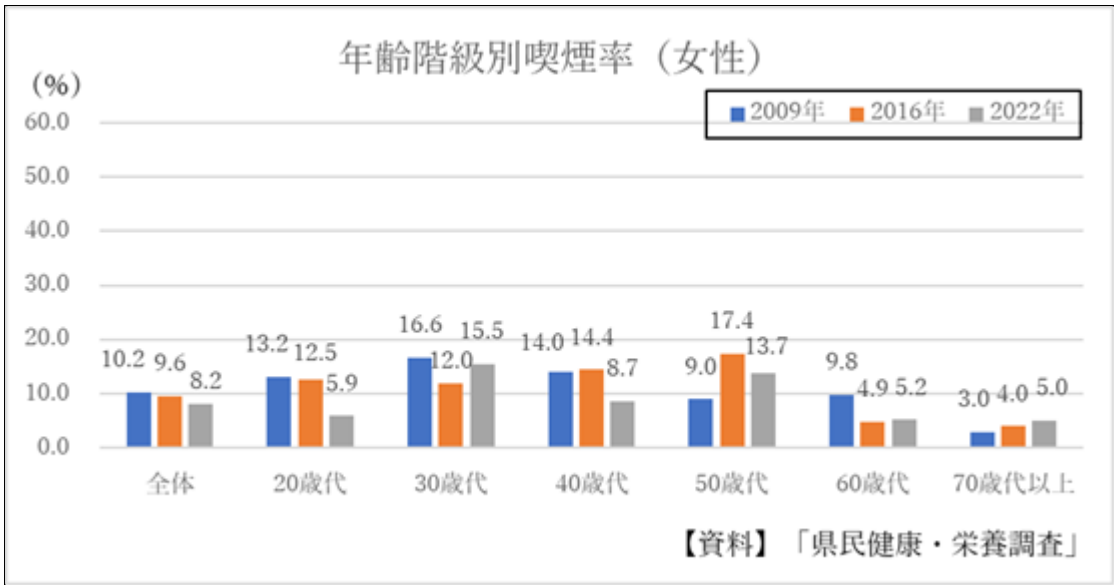
図表〇：運動習慣者の割合



図表〇：日常生活における歩数

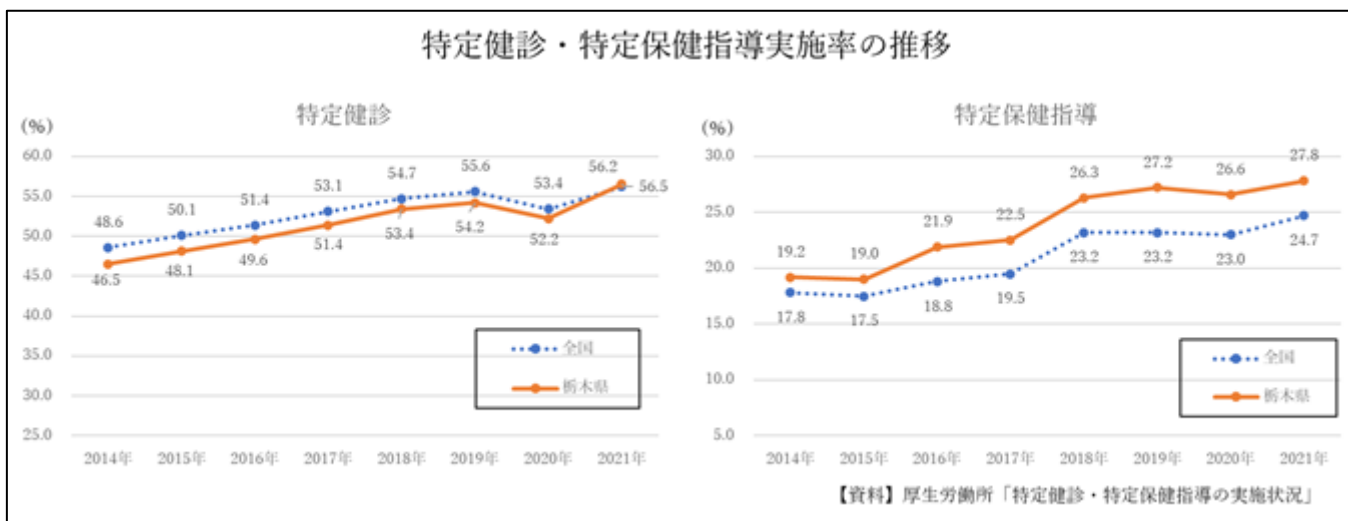


図表〇：年齢階級別喫煙率（男性）



図表〇：年齢階級別喫煙率（女性）

・特定健康診査の実施率は56.5%、特定保健指導の実施率は27.8%と増加しており、ともに全国値を上回っています。



図表〇：特定健診・特定保健指導実施率の推移

・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・分煙推進店」「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

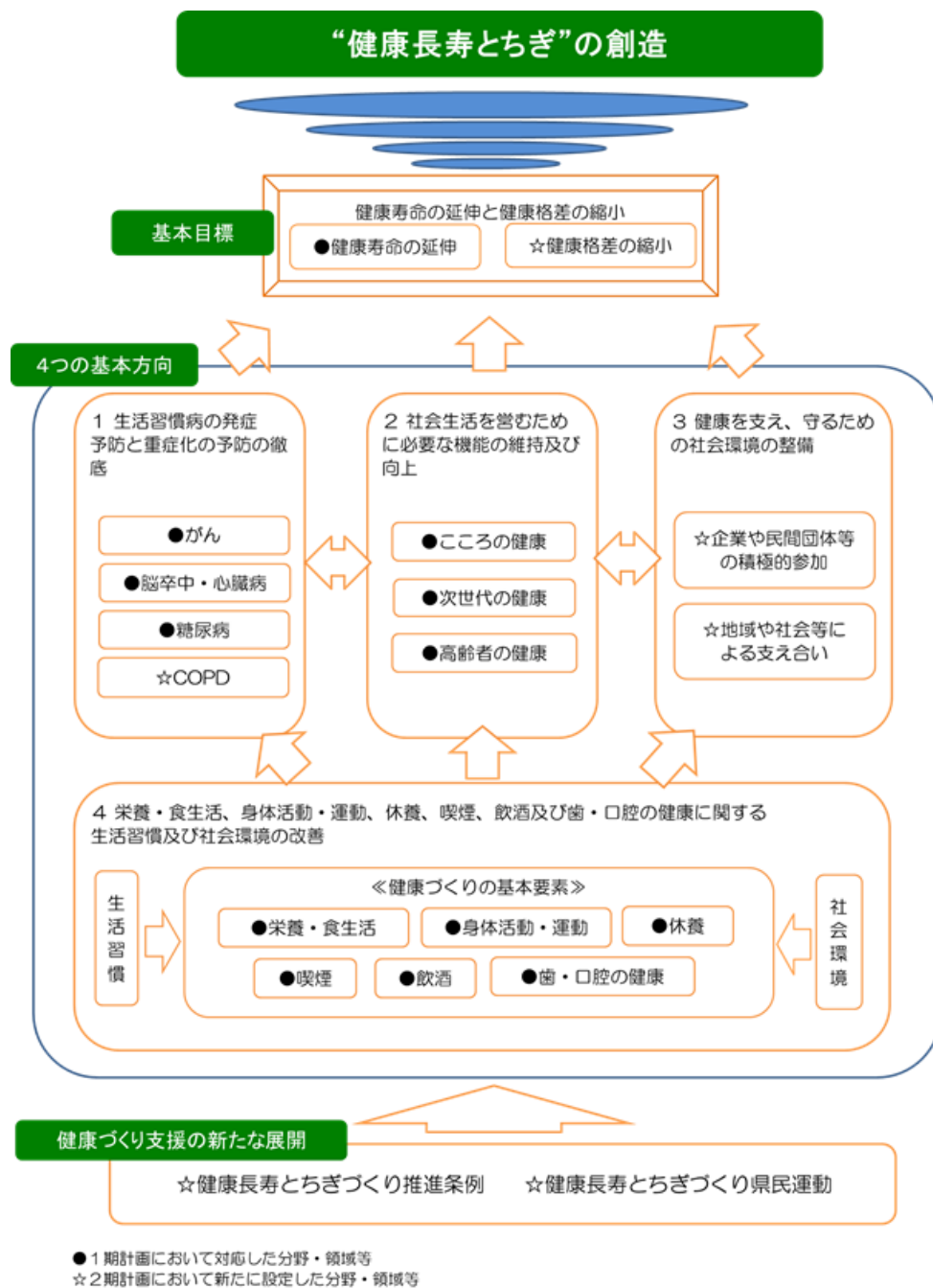
ライフステージに応じて、県民自らがそれぞれの健康観に基づき、生活習慣の改善のための健康づくりを主体的に選定し、楽しく実践できるよう、また、将来を担う次世代の健康を支えるため、妊婦や子どもも含め、心身機能の維持及び向上につながる対策に取り組みます。

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。



図表〇：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）」計画策定中につきページ番号未定

【主な施策】

・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づくりの推進

・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

図表〇：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

図表〇：サービス別利用者数の推移（栃木県及び全国）

図表〇：認知症高齢者数の推計

図表〇：高齢者人口に対する認知症高齢者数の将来推計〔全国〕

図表〇：高齢者人口に対する認知症高齢者数の将来推計〔栃木県〕

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）」を中心とした支援を実施

- ・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 障害者保健福祉対策

- ・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」とちぎの実現を目指します。

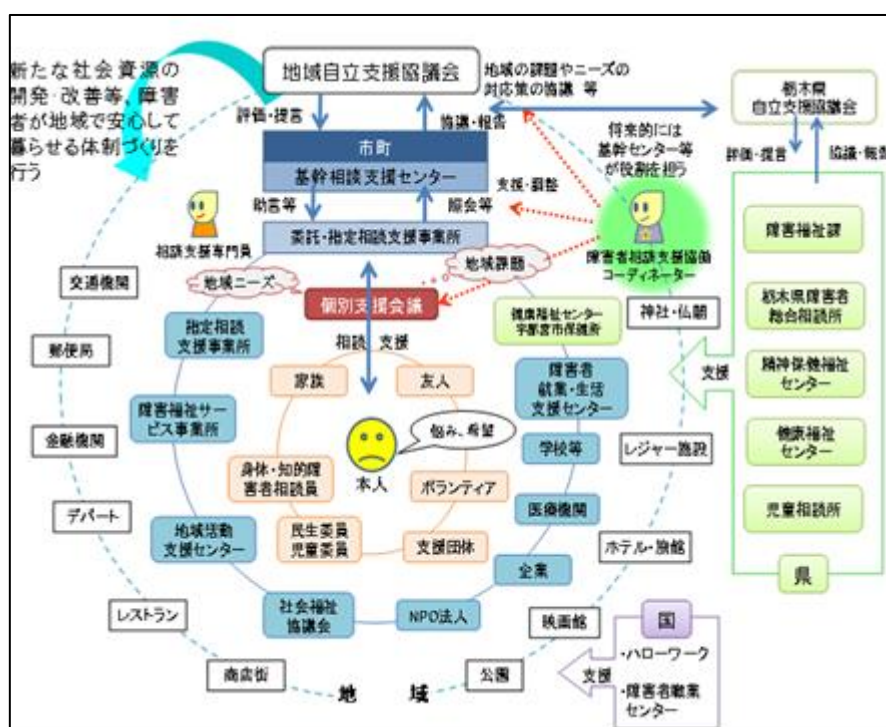
【現状と課題】

- ・障害者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するとともに、障害児やその家族が住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、相談支援体制や社会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：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
- ・障害福祉計画に基づく、障害者の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、障害者の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



図表〇：地域で安心して暮らせる体制づくりイメージ図

第5節 母子保健対策

- ・妊娠期から子育て期までの切れ目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27(2015)年以降年々減少を続け、令和3(2021)年には3.1となり全国値3.3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。

・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、妊婦健康診査の重要性の理解促進を図る必要があります。

・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。

・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。

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

図表○：人工妊娠中絶実施率の推移

図表○：妊娠週数別妊娠届出の状況

図表○：1歳6か月時、3歳児健康診査受診率の年次推移

図表○：児童虐待相談件数の推移

第6節 学校における保健対策

・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：P.21-22.）

【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

図表〇：朝食を毎日食べていますか（小6・中3）

図表〇：朝食は食べてますか（高3）

図表〇：小学5年生における肥満傾向児の出現率の推移

第7節 職域における保健対策（P）

【現状と課題】

【施策の展開】

※検討中

第8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】

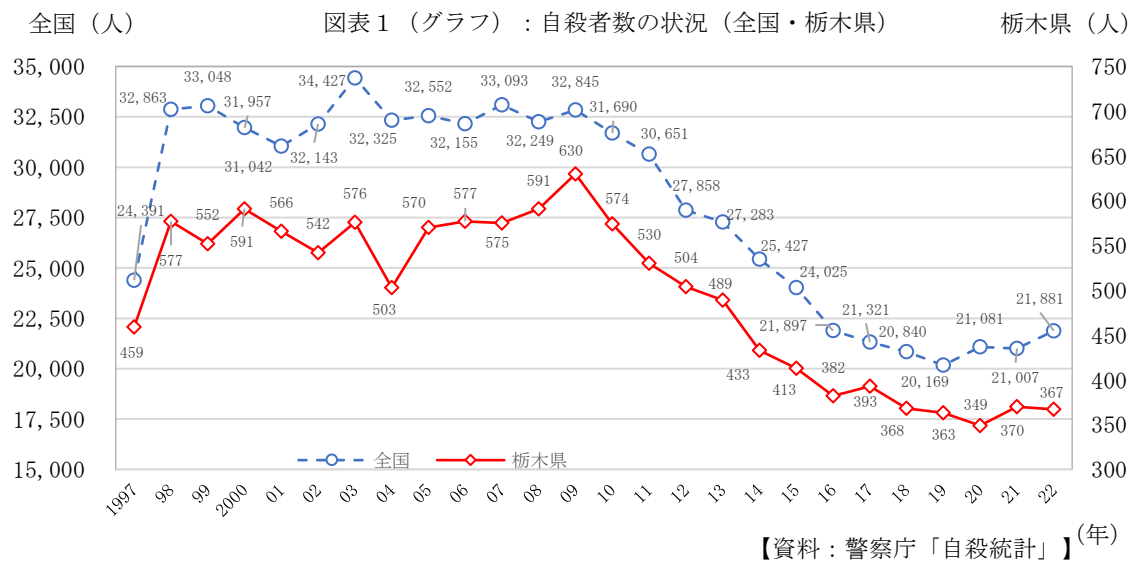
（現状）

- ・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。

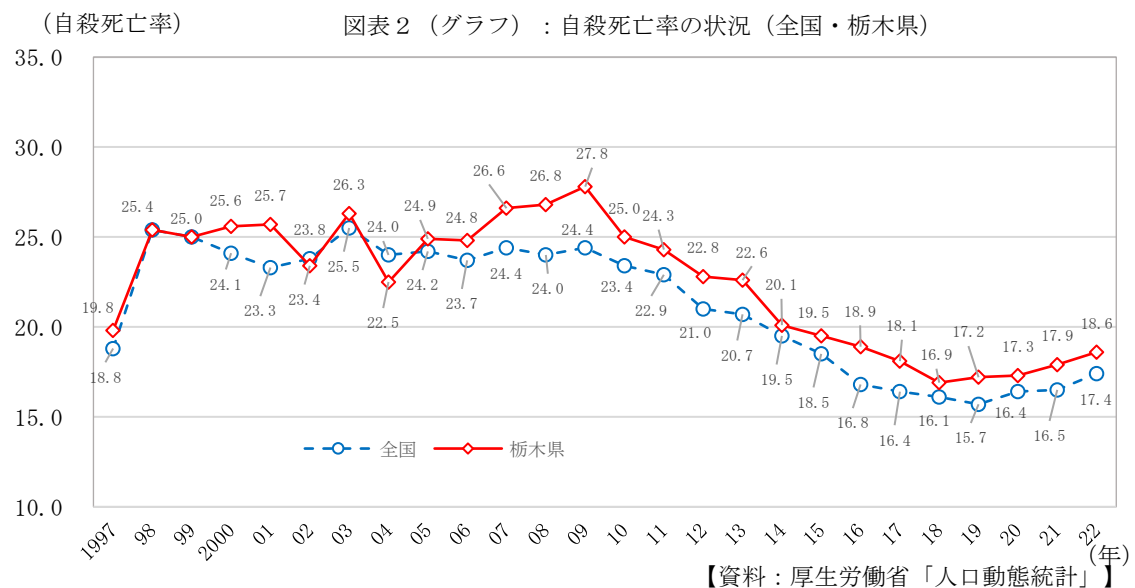
(課題)

・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。

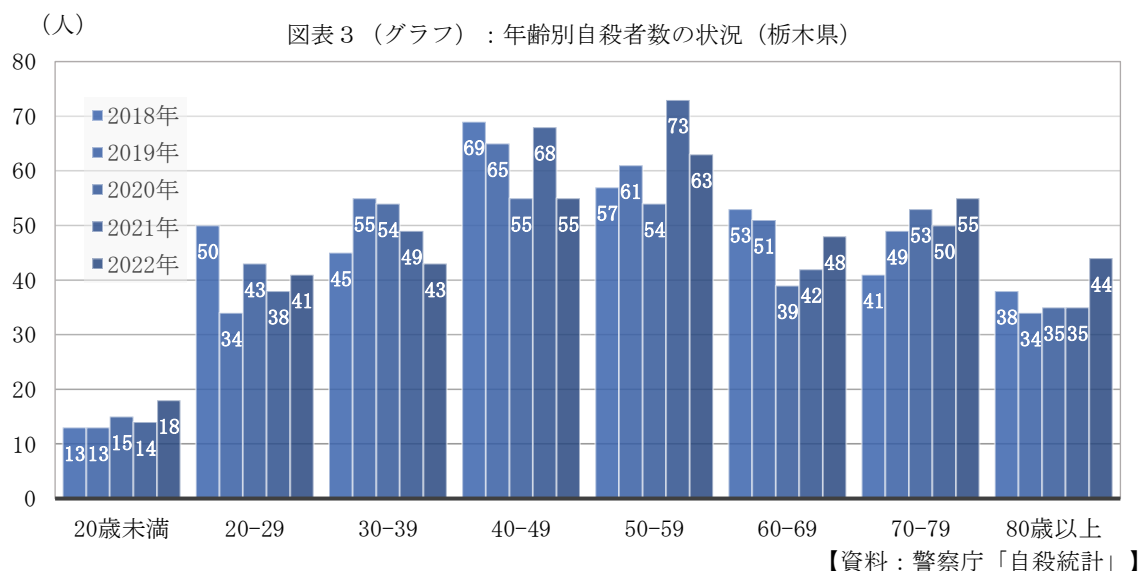
関連計画：「いのち支える栃木県自殺対策計画(第2期)」



図表〇：自殺者数の推移(全国・栃木県)【資料：警察庁「自殺統計」】



図表〇：自殺死亡率の状況（全国・栃木県）【資料：厚生労働省「人口動態統計」】



図表〇：年齢別自殺者数の状況

【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9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6割を占めており、若年層における乱用が拡大しています。
- ・ 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

に繋がることができない場合があります。

- ・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。
- ・薬物事犯の約7割を占める覚醒剤事犯は、再犯者率が約6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。

図表〇：栃木県における法令別検挙人員の推移

【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

第10節 食品の安全と信頼の確保

- ・「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といった食の信頼を揺るがすような事件が続発しており、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を図ります。

- ・ HACCP に沿った衛生管理の定着の促進を図るとともに、適正な食品表示の実施により、安全で信頼される食品供給の推進を図ります。
- ・ 「栃木県食品衛生監視指導計画」等に基づき、重点的、効率的かつ効果的な監視指導に努めます。
- ・ 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を活用しながら、消費者の食の安全に関する知識習得を支援します。

図表〇：食品の安全に関する意識調査

図表〇：食品の安全正について不安に感じるもの

第 11 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。

【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。

健康危機管理研修受講者数（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	

図表〇：健康危機管理研修受講者数（人）の推移

IHEAT※要員確保数（人）

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」

図表〇：IHEAT※要員確保数（人）

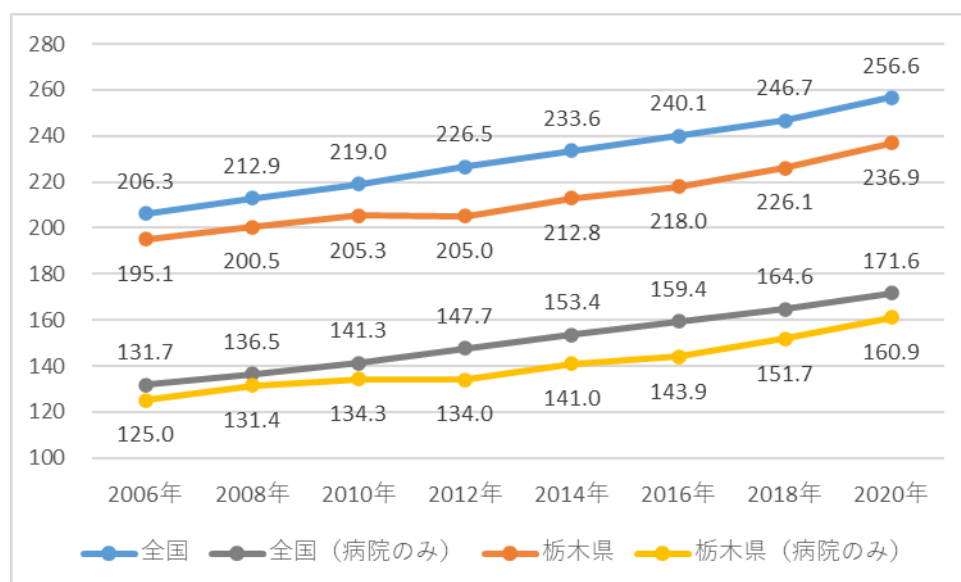
※IHEAT（Infectious disease Health Emergency Assistance Team）：感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成 10 年法律第 114 号）に規定する新型インフルエンザ等感染症等に係る発生等の公表が行われた場合その他の健康危機が発生した場合（以下「健康危機発生時」という。）において外部の専門職を有効に活用することを目的とし、健康危機発生時に地域における保健師等の専門職が保健所等の業務を支援する仕組み。

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

【現状と課題】

・栃木県の医療施設に従事する医師数は、3,931人（平成18（2006）年）から4,580人（令和2（2020）年）へと14年で約17%増加した。一方で、医師・歯科医師・薬剤師調査によると、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人であり、全国値以下となっています。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していますが、医師の働き方改革への対応を踏まえ、医師の増加や定着のための取組を強化していく必要があります。



図表〇：医療施設従事医師数の推移（人口10万対）

・二次保健医療圏別に医師偏在指標をみると、県西保健医療圏の168.1人が最小で、大学病院がある県南保健医療圏では最大の345.3人と、2倍以上の差が生じており、医師の地域間偏在を是正・緩和する必要があります。

区域	偏在指標	摘要	区域	病院医師偏在指標	診療所医師偏在指標
全国	255.6		全国	175.9	79.7
栃木県	230.5		栃木県	—	—
県北	171.2	医師少数区域	県北	118.9	53.0
県西	168.1	医師少数区域	県西	104.1	63.9
宇都宮	207.6		宇都宮	122.1	85.2

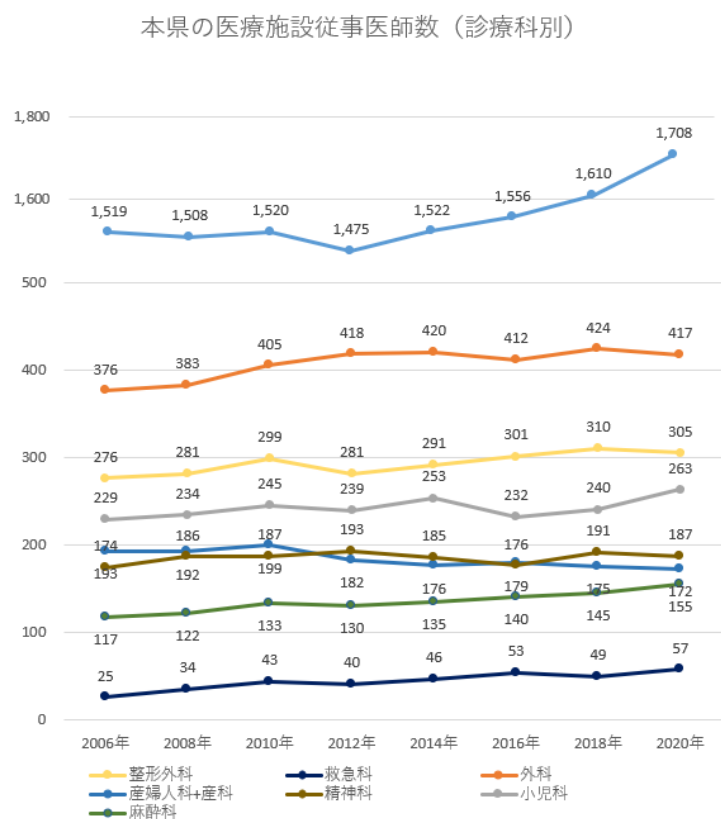
県東	207.0		県東	124.9	78.9
県南	345.3	医師多数区域	県南	264.0	71.7
両毛	179.3	医師少数区域	両毛	115.6	63.8

図表〇：医師偏在指標（二次保健医療圏別（病院・診療所））

・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・産科の医師数の減少傾向が続いています。また、高齢社会の進行などによって、必要な医療の内容や需要に変化がある一方で、医学生及び研修医の診療科選択に際しての指向の変化により、将来的に地域医療のニーズとの隔たりが拡大することが懸念され、その隔たりを解消する必要があります。

・自治医科大学、獨協医科大学等との連携による地域枠設置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、医師不足の公的医療機関等へ派遣を行っています。今後も地域医療の維持・確保のため、専門医の取得などのキャリア形成に配慮しつつ、大学等と連携しながら効果的に派遣する必要があります。

・医療施設に従事する医師の過重労働が問題となっている中、医師の確保を図るためには、勤務環境の改善を進めていく必要があります。また、医学部入学者に占める女性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、子育て世代の医師に対する取組は性別問わず重要です。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。



図表〇：本県の医療施設従事医師数（診療科別）

【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

【現状と課題】

- ・平成〇年の本県の医療施設に従事する歯科医師数は、人口10万人当たり〇人で、全国平均の〇人を下回っている。

- ・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。

【主な施策】

・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

第3節 薬剤師

・薬剤師の地域偏在や業態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。

都道府県 (二次医療圏名)	現在(令和4(2022)年)の病院・薬局別薬剤師偏在指標			将来(目標年次令和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

図表〇：病院・薬局別薬剤師偏在指標

・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。

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。

図表〇：アンケート結果

【主な施策】

・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）

【現状と課題】

・令和2（2020）年末の本県の看護職員は、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。

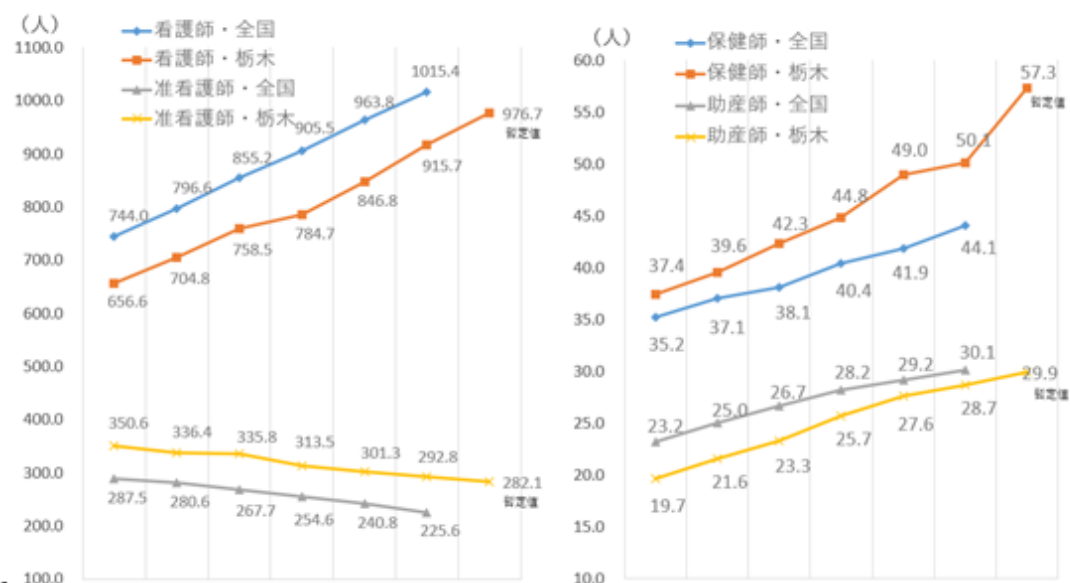
（参考）令和4年（2022）年暫定値（人口10万人あたり）

保健師57.3、助産師29.9、看護師976.7、准看護師282.1

・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1（表）：

（就業看護師・准看護師の推移（人口10万対）） （就業保健師・助産師の推移（人口10万対））



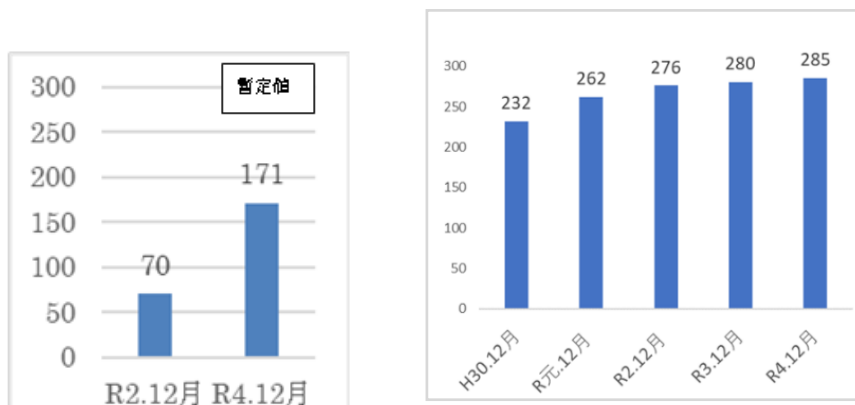
図表〇：就業看護師・准看護師の推移、就業保健師・助産師の推移（10万人対）

・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。（第〇章第〇節再掲）

・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2（表）：特定行為研修修了者の就業者数、認定看護師の推移



図表〇：特定行為研修修了者の就業者数、認定看護師の推移

・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

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：〇人 R11(2029年) ※検討中

第5節 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士

【現状と課題】

- (1) 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。
- (2) 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

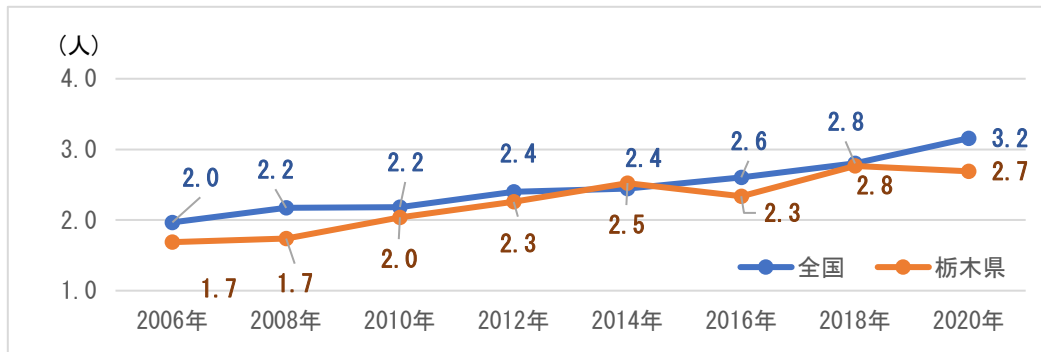
・地域の栄養・食生活の改善や栄養指導の充実等、地域の栄養対策を総合的に推進します。

【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2)



図表〇：県内の特定給食施設等に従事する管理栄養士・栄養士の配置数



図表〇：全国と県の行政管理栄養士配置数（人口10万対）

【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、環境衛生、感染症予防等、公衆衛生の向上に取り組みます。

【現状と課題】

- ・ 令和4(2022)年末現在の本県の獣医師数は740人、そのうち保健福祉分野に従事する獣医師数は98人となっており、人口10万人当たり5.1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、食品の安全・安心の確保、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、疫学、公衆衛生学等の最新かつ高度な知識に基づく指導的役割が求められています。
- ・ 食の安全・安心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、人材の確保が困難な状況にあります。

図表〇県内獣医師就業者数

【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、獣医系大学や栃木県獣医師会へ協力を要請するなど、関係機関等との連携強化を図ります。
- ・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ります。

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3（2021）年7月に公表された第8期介護保険事業計画に基づく介護人材の必要数の推計では、令和元（2019）年度の介護人材数に加え、団塊の世代が全て75歳以上となる令和7（2025）年に全国で約32万人、本県においても、約5,800人が必要とされており、団塊ジュニア世代が65歳以上となり、高齢者人口がピークを迎える2040年頃を見通すと、更なる介護人材の確保・定着及び質の向上が求められています。
- ・介護職員の採用率・離職率ともに、経年で比較するとゆるやかな減少傾向にあるものの、介護現場における人手不足感は依然として高い状況にあること、また、様々な要因によって、参入と定着が困難な状況にあります。

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）」計画策定中につき、ページは未定

【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 ※数値更新予定

【現状と課題】

(歯科衛生士・歯科技工士)

平成 28 年末現在の県内の就業歯科衛生士は 1,635 人、就業歯科技工士は 489 人となっています。高齢者の口腔ケアの重要性の高まりなどから、歯科衛生士等の質の向上が求められています。

(歯科衛生士)

歯科医師の指導の下で歯科診療補助、歯科疾患予防措置、歯科保健指導等歯科衛生に関する業務を行います。(国家資格)

(歯科技工士)

歯科医師の指示により歯の修復物(義歯やクラウンなどの歯にかぶせる金属冠など)を製作します。(国家資格)

(診療放射線技師)

平成 26 年 10 月 1 日現在の県内の病院・診療所に勤務している診療放射線技師は 754.4 人となっています。

(診療放射線技師)

医療機関において、医師又は歯科医師の指示の下にエックス線や放射線照射を行います。(国家資格)

(臨床検査技師)

平成 26 年 10 月 1 日現在の県内の病院・診療所に勤務している臨床検査技師は 1,008.3 人となっています。

(臨床検査技師)

病院の検査室や衛生検査所において、医師又は歯科医師の指示の下に微生物学的検査、生体学的検査等の検体検査及び心電図検査等の生理学的検査を行います。(国家資格)

(臨床工学技士)

平成 26 年 10 月 1 日現在の県内の病院・診療所に勤務している臨床工学技士は 335.5 人となっています。

(臨床工学技士)

医師の指示の下で、人工呼吸器、人工心肺、ペースメーカー、血液透析装置などの生命維持装置の操作及び点検を行います。(国家資格)

(精神保健福祉士)

平成 23 年 10 月 1 日現在、県内の病院・診療所に勤務する精神保健福祉士：112.7 人

(社会福祉士)

平成 23 年 10 月 1 日現在、県内の病院・診療所に勤務する精神保健福祉士：112.7 人

【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

2 情報公開

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、栃木県医療介護総合確保推進協議会、広域健康福祉センター協議会、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、栃木県医療費適正化計画、栃木県高齢者支援計画（はつらつプラン21）、とちぎ健康21プラン等の関係する諸計画との連携の下、この計画の着実な推進を図ります。

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（健康福祉センター及び宇都宮市保健所）

・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5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・福祉に関す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。

更に、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

社に関する情報提供や各種保健事業を実施します。また、国民健康保険の保険者として、被保険者に対するデータヘルス計画に基づく様々な保健事業や特定健康診査、特定保健指導の着実な実施が求められます。

(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、被保険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。

・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5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

・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。

■参考（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名簿 等）

※5疾病6事業及び在宅医療の各機能を担う医療機関名、数値目標（再掲）、指標一覧等については、保健医療計画別冊としてとりまとめる。

令和5(2023)年10月31日

参考資料 2

令和5(2023)年度第2回両毛地域医療構想調整会議
並びに第2回両毛地域病院及び有床診療所会議 合同会議

基準病床数の設定の考え方（案）

栃木県保健福祉部

基準病床数制度について

目的

病床の整備について、病床過剰地域から非過剰地域へ誘導することを通じて、病床の地域的偏在を是正し、全国的に一定水準以上の医療を確保

仕組み

- 病院又は診療所の開設等を行う場合は、都道府県知事（保健所設置市長、特別区長）に開設等の許可申請を行い、許可を受ける必要。（医療法第7条）
- 開設等の許可に対し、既存の病床数が基準病床数を超える地域（病床過剰地域）では、以下のとおり対応。

①公的医療機関等（※）

- ・ 都道府県知事は、都道府県医療審議会の意見を聴いて、許可をしないことができる。（医療法第7条の2）

※ 公的医療機関等：医療法第31条に定める公的医療機関（都道府県、市町村その他厚生労働大臣の定める者（地方独立行政法人、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）の開設する医療機関）及び医療法第7条の2第1項2号から8号に掲げる者（共済組合、健康保険組合、地域医療機能推進機構等）が開設する医療機関

②その他の医療機関

- ・ 都道府県知事は、医療計画の達成の推進のため特に必要がある場合には、都道府県医療審議会の意見を聴いて、開設・増床等に関して、勧告を行うことができる。（医療法第30条の11）
- ・ 病床過剰地域において、開設許可等に係る都道府県知事の勧告に従わない場合は、保険医療機関の指定を行わないことができる。（健康保険法第65条第4項）

特例措置

- 病床過剰地域であっても、一定の条件を満たす場合には、特例として新たに病床を整備することが可能。
＜特例が認められるケース＞
 - ・ がん又は循環器疾患に係る専門病床など、特定の病床を整備する場合
 - ・ 公的医療機関等を含め、複数の医療機関の再編統合を行う場合 等

基準病床数と既存病床数

基準病床数と既存病床数

基準病床数: 全国一律の算定式により、都道府県が設定する病床数(地域で整備する病床数の上限)

既存病床数: 基準病床数と比較し、病床過剰地域か否かを判断する際の基準となる病床数

基準病床数

- 都道府県は、以下の算定式(ア+イ±ウ)に基づき、二次医療圏単位で一般病床及び療養病床に係る基準病床数を設定。

ア「一般病床」＝

$$((\text{性別} \cdot \text{年齢階級別人口}) \times (\text{性別} \cdot \text{年齢階級別一般病床退院率}) \times (\text{平均在院日数}) + (\text{流入入院患者}) - (\text{流出入院患者})) \div \text{病床利用率}$$

イ「療養病床」＝

$$((\text{性別} \cdot \text{年齢階級別人口}) \times (\text{性別} \cdot \text{年齢階級別療養病床入院受療率}) - (\text{在宅医療等} \text{で対応可能な数}) + (\text{流入入院患者}) - (\text{流出入院患者})) \div \text{病床利用率}$$

ウ「都道府県を越えた患者流出入」

都道府県は、県外への流出患者数が県内への流入患者数を上回る場合、流出先都道府県と協議を行い合意を得た数を基準病床数に加減することができる。

- 「一般病床」及び「療養病床」以外の病床(「精神病床」「結核病床」「感染症病床」)の基準病床数は、以下の全国統一の考え方により、都道府県の区域ごとに算定されている。

➢ 精神病床

都道府県の年齢階級別人口、1年以上継続して入院している割合、病床利用率等から計算し設定。

➢ 結核病床

都道府県において結核の予防等を図るため必要な数を都道府県知事が設定。

➢ 感染症病床

都道府県の特定感染症指定医療機関等の感染症病床の合計数を基準に都道府県知事が設定。

既存病床数(一般・療養病床)

＜既存病床として算定する対象＞

- ・ **病院**の一般病床及び療養病床
- ・ **有床診療所**の一般病床(平成19年1月1日以後に使用許可を受けたものに限る)及び療養病床
- ・ **介護老人保健施設及び介護医療院の入所定員数**(平成30年4月1日以後に療養病床から転換を行ったもの限り、令和6年3月31日までの間は既存病床数として算定)

＜既存病床数の補正＞

職域病院等の病床は、部外者が利用している部分を除き、特定の患者のみが利用しているため、既存病床数には算定しない。(医療法施行規則第30条の33)

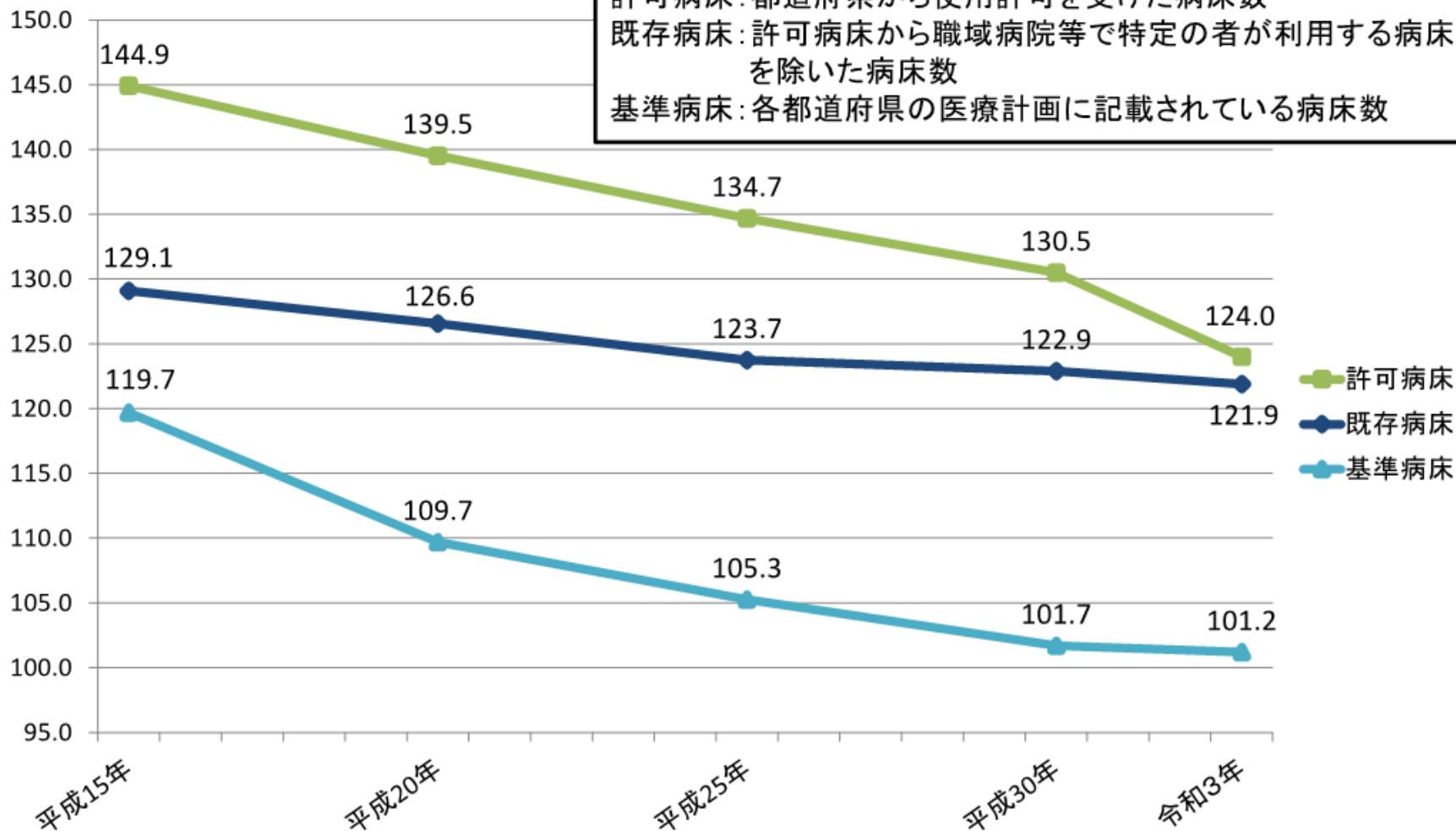
「職域病院等」

- ・ 国等(宮内庁、防衛省、労働者健康安全機構等)の開設する病院等
- ・ 特定の事業所の従業員(家族)の診療のみを行う病院
- ・ 医療型障害児入所施設である病院
- ・ 放射線治療病室の病床
- ・ ハンセン病療養所の病床 等

基準病床数等の推移

一般・療養病床に係る基準・既存・許可病床数の推移

単位：万床



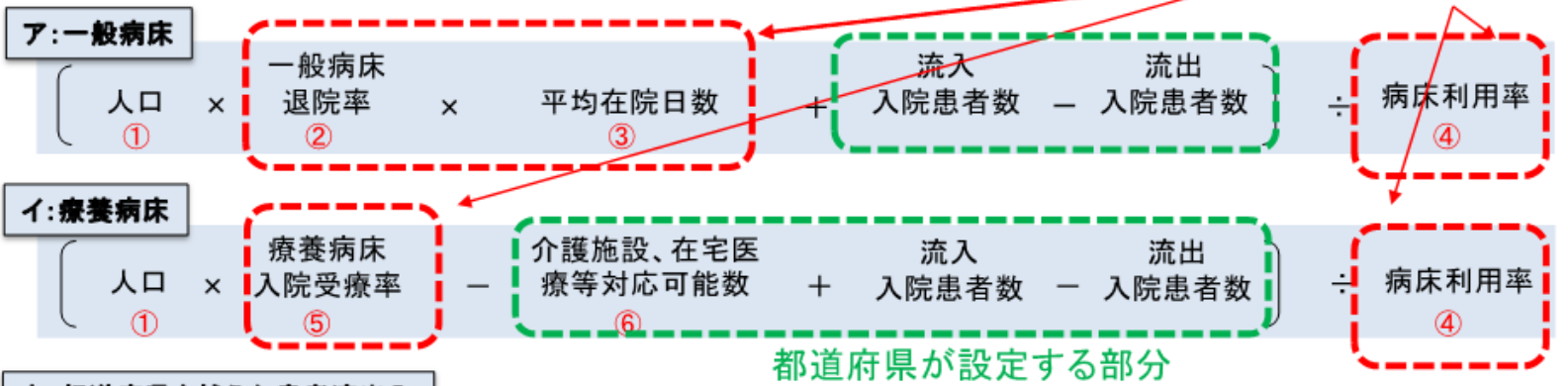
医療施設調査(平成15年、20年、25年、30年許可病床数)・医政局調べ

基準病床数の算定方法

基準病床数の算定式

○ 各都道府県において、**一般病床・療養病床は二次医療圏ごと**に、以下の算定式に基づき算出。

一般病床及び療養病床の基準病床数 = ア + イ ± ウ



ウ: 都道府県を越えた患者流出入

都道府県外への流出入を見込む場合、それぞれの都道府県間で調整協議を行い、合意を得た数を加減。

項目	都道府県知事が算定に用いる値
①人口	性・年齢階級別(医療計画作成時の夜間人口であって、最近のもの)を活用。
②一般病床退院率	国が設定した、性・年齢階級別かつ地方ブロック別の値を活用。【平成29年患者調査】
③平均在院日数	国が設定した、地方ブロック別の値を上限として、都道府県知事が設定した値を活用。【平成27年・令和元年病院報告】(参考:第7次の設定 13.4~16.3日)
④病床利用率	国が設定した値を下限として、都道府県知事が設定した値を活用 【平成28~令和元年病院報告の平均】(参考:第7次の設定 一般76%、療養90%)
⑤療養病床入院受療率	国が設定した、性・年齢階級別の値を上限として、都道府県知事が設定した値を活用。【平成29年患者調査】
⑥介護施設及び在宅医療等対応可能数	都道府県が、地域医療構想における推計と整合的に設定した値を活用。 ※地域医療構想では、令和7年に向けて、現在の療養病床以外で対応可能な患者は介護施設・在宅医療等で対応する前提を置き、病床数の必要量を推計。医療計画の基準病床も、これに相当する需要(対応可能数)を除外して計算。

基準病床数の算定根拠

基準病床の算定に用いる値

② 一般病床退院率(性・年齢階級別、ブロック別)(下表は75～79歳男性の例。人口10万対。)

平成29年患者調査より算出(前回は平成26年)

	北海道	東北	関東	北陸	東海	近畿	中国	四国	九州
第8次(2024～)	118.0	87.6	89.2	104.9	86.9	106.3	104.3	97.7	105.6
(参考) 第7次(2018～2023)	112.0	87.3	84.7	99.0	83.3	97.2	101.8	96.3	101.0

③ 平均在院日数(ブロック別)

平成27年、令和元年病院報告より算出(前回は平成21年、平成27年)

	北海道	東北	関東	北陸	東海	近畿	中国	四国	九州
第8次(2024～)	16.5	16.1	14.7	15.9	14.1	15.5	16.3	17.1	17.3
(参考) 第7次(2018～2023)	15.7	15.3	13.6	15.3	13.4	14.7	15.4	15.9	16.3

④ 病床利用率

平成28年～令和元年病院報告より、4年の平均を算出(前回は平成22年～平成27年)

	一般病床	療養病床
第8次(2024～)	76%	88%
(参考) 第7次(2018～2023)	76%	90%

③ 平均在院日数の算出方法の詳細(短縮率の設定)
2019年の在院日数に、地方ブロックごとに採用する短縮率を乗じる。
① 2019年の平均在院日数が全国値を下回る場合→当該ブロックの短縮率
② 2019年の平均在院日数が全国値を上回る場合→当該ブロックの短縮率と全国値の短縮率に1%を加えたものを比較し、短縮率の高い方

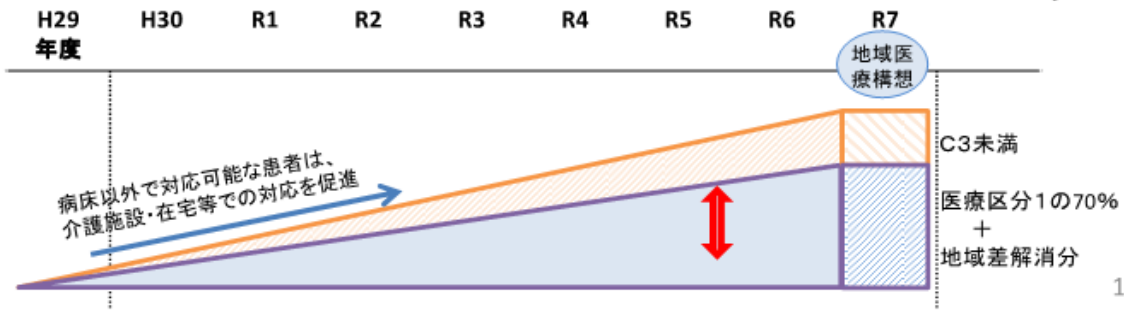
※ なお、上記の値が、各地域における直近の病床利用率を下回る場合には、上記の値以上当該地域における直近の病床利用率以下の範囲内で、都道府県知事が定めた値を利用することができる。

⑤ 療養病床入院受療率(性・年齢階級別)

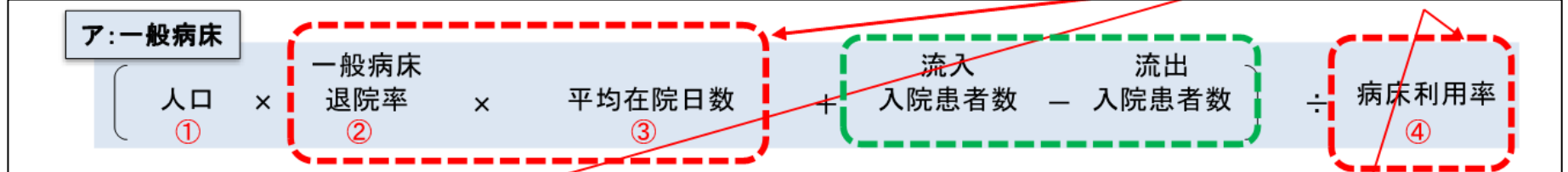
		0～14	15～19	20～24	25～29	30～34	35～39	40～44	45～49	50～54	55～59	60～64	65～69	70～74	75～79	80歳以上
		第8次(2024～)	男	0.0	3.2	6.2	6.2	8.3	10	18.8	33.5	51.2	87.2	140.4	212.6	330.7
	女	0.0	3.4	3.3	3.3	5.7	7.7	8.6	19.2	32	55.2	78.3	130.8	242.7	498.7	1970.2
(参考)	男	0.0	3.3	3.1	5.9	7.9	9.1	18.2	27.7	51.2	86.8	138.4	215.2	333.4	617.8	1519.7
第7次(2018～2023)	女	0.0	3.4	3.3	3.1	5.4	9.4	10.3	16.4	30.9	49.3	80.9	137.1	261.9	591.3	2239.4

⑥ 介護施設・在宅医療等対応可能数

・「地域医療構想」では、令和7年(一部地域では令和12年)に向けて、病床以外で対応可能な患者は在宅医療等に対応する前提を置き、病床数の必要量を推計。
・「医療計画」における基準病床数も、この推計と整合を図るため、計画期間の終期(令和11年度末)時点で対応すべき量を、基準病床から除外することとした。



基準病床数（一般病床）の算定結果



①人口（※）		
性年齢階級別人口	男	女
0-4	5,586	5,148
5-9	7,120	6,571
10-14	7,849	7,327
15-19	8,494	8,014
20-24	7,659	7,436
25-29	8,091	6,856
30-34	9,085	7,742
35-39	10,747	9,372
40-44	12,241	10,794
45-49	13,727	12,420
50-54	12,667	11,979
55-59	11,094	10,682
60-64	11,898	11,708
65-69	13,486	13,519
70-74	15,620	15,878
75-79	9,522	10,376
80-	13,142	22,249

②一般病床退院率		
	男	女
0-4	47.3	38.2
5-9	10.9	8.2
10-14	7.1	5.2
15-19	8.6	7.5
20-24	8.5	11.7
25-29	7.1	19.3
30-34	7.5	25.5
35-39	8.8	21.1
40-44	11.2	14.4
45-49	14.2	14
50-54	20	16.3
55-59	28.4	19.5
60-64	39.6	25
65-69	54.7	32.3
70-74	72.3	43
75-79	89.2	57.1
80-	113	83.4

③平均在院日数
14.7日

流入入院患者数	
県北	121
県西	76
宇都宮	618
県東	30
県南	992
両毛	77

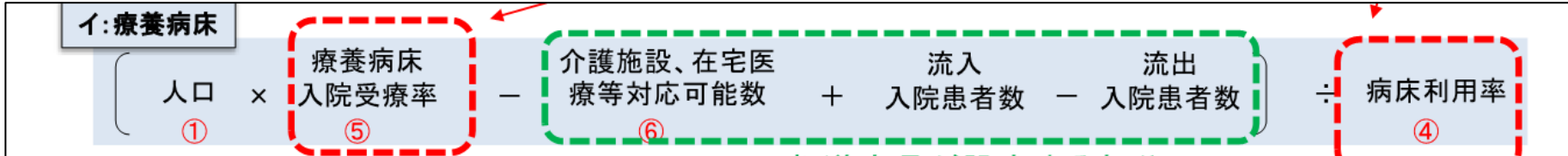
流出入院患者数	
県北	414
県西	359
宇都宮	405
県東	297
県南	240
両毛	120

④基準病床数	
県北	1,913
県西	750
宇都宮	3,223
県東	506
県南	3,846
両毛	1,608

病床利用率
76%

※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。

基準病床数（療養病床）の算定結果



①人口（※）		
性年齢階級別人口	男	女
0-4	5,586	5,148
5-9	7,120	6,571
10-14	7,849	7,327
15-19	8,494	8,014
20-24	7,659	7,436
25-29	8,091	6,856
30-34	9,085	7,742
35-39	10,747	9,372
40-44	12,241	10,794
45-49	13,727	12,420
50-54	12,667	11,979
55-59	11,094	10,682
60-64	11,898	11,708
65-69	13,486	13,519
70-74	15,620	15,878
75-79	9,522	10,376
80-	13,142	22,249

⑤療養病床入院受療率		
	男	女
0-4	0.0	0.0
5-9	0.0	0.0
10-14	0.0	0.0
15-19	3.2	3.4
20-24	6.2	3.3
25-29	6.2	3.3
30-34	8.3	5.7
35-39	10.0	7.7
40-44	18.8	8.6
45-49	33.5	19.2
50-54	51.2	32.0
55-59	87.2	55.2
60-64	140.4	78.3
65-69	212.6	130.8
70-74	330.7	242.7
75-79	541.7	498.7
80-	1,395.7	1,970.2

⑥介護・在宅等対応可能数	
県北	69.1
県西	86.0
宇都宮	209.0
県東	39.0
県南	50.8
両毛	68.3

流入入院患者数	
県北	39
県西	34
宇都宮	251
県東	8
県南	177
両毛	77

流出入院患者数	
県北	132
県西	159
宇都宮	164
県東	79
県南	43
両毛	120

④基準病床数	
県北	871
県西	301
宇都宮	1,115
県東	252
県南	1,329
両毛	697

病床利用率
88%

※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。

(参考) 基準病床数の算定に関する留意事項

○令和5年3月31日「医療計画について」(厚生労働省医政局長通知)
第7次医療計画作成時は、「医療計画について」(平成29年3月31日医政発0331厚生労働省医政局長通知)において、介護施設・在宅医療等対応可能数は、調査等により把握した介護老人保健施設又は介護医療院へ転換することが見込まれる病床数を除いた数としていたところ、令和5年局長通知においては、上記下線部分の記載はございませんので、第8次医療計画の作成において算定する際は御留意ください。

○令和5年7月31日「療養病床及び一般病床に係る基準病床数について(参考)」(厚生労働省医政局地域医療計画課事務連絡)

今年度、都道府県において作成される第8次医療計画については、上記のとおり、現行の地域医療構想を踏まえた基準病床数の算定を行うこととなりますが、2026年度からの新たな地域医療構想に係る基準病床数の考え方については、改めて整理しお示しする予定です。

地域医療構想は、2025年度までの取組を基本としているため、第8次医療計画においては、2025年度の居宅等の必要量について、第8次医療計画の終了年度である2029年度まで比例的に推計(12/8倍)するのではなく、第8次医療計画の期間のうち、地域医療構想の取組を行う2024年度及び2025年度の2年間分で生じる追加需要を比例的に推計(2/8倍)することになります。

基準病床数（案）（令和5年10月12日時点、今後時点修正あり）

- 厚生労働省から示された計算式により、基準病床数を以下のとおり定めることとしたい。
 - 厚生労働省事務連絡により「都道府県において作成される第8次医療計画については、上記のとおり、現行の地域医療構想を踏まえた基準病床数の算定を行うこととなりますが、2026年度からの新たな地域医療構想に係る基準病床数の考え方については、改めて整理しお示しする予定」との方針が示されていることから、本基準病床数は**2025年までの時限的措置**とする。
 - 今回の算定により病床過剰地域となる地域は県西圏域のみとなるが、短期的な設定であることも踏まえ、**今後の病床の整備等に当たっては地域医療構想等関連する医療施策との整合を図りながら慎重に検討する必要があることを計画に明記する。**

7期計画策定時						8期計画策定時						(参考)	
医療圏	基準病床数	うち一般病床	うち療養病床	既存病床数 (H29.10)	既存-基準	医療圏	基準病床数	うち一般病床	うち療養病床	7期計画との比較	既存病床数 (R5.8)	既存-基準	必要病床数
県北	2,431	1,627	804	2,715	284 (過剰)	県北	2,784	1,913	871	+353	2,683	(101)	2,485
県西	604	575	29	1,370	766 (過剰)	県西	1,051	750	301	+447	1,343	292 (過剰)	1,194
宇都宮	3,578	2,849	729	4,343	765 (過剰)	宇都宮	4,338	3,223	1,115	+760	4,256	(82)	4,424
県東	546	406	140	763	217 (過剰)	県東	758	506	252	+212	737	(21)	686
県南	4,430	3,312	1,118	4,507	77 (過剰)	県南	5,175	3,846	1,329	+745	4,627	(548)	4,757
両毛	1,979	1,483	496	2,173	194 (過剰)	両毛	2,305	1,608	697	+326	2,073	(232)	1,912
計	13,568	10,252	3,316	15,871	2,213 (過剰)	計	16,411	11,846	4,565	+2,843	15,719	(692)	15,458

令和5年8月7日

資料1

令和5年度第1回
栃木県地方精神保健福祉審議会

7. 精神病床における基準病床数の設定②

4. 基準病床数の算定式

当該県の
急性期
患者数
推計値

+

当該県の
回復期
患者数
推計値

+

当該県の
慢性期
患者数
推計値
(認知症
を除く)

×

政策効果
(1-A)

+

当該県の
慢性期
患者数
推計値
(認知症)

×

政策効果
(1-B)

+ (他都道府県から当該都道府県への流入入院患者数) - (当該都道府県から他都道府県への流出入院患者数)

※急性期: 3か月未満、回復期: 3か月以上1年未満、慢性期: 1年以上

※政策効果A: 認知症を除く慢性期入院患者に係る係数 (栃木県: 0.1)

※政策効果B: 認知症の慢性期入院患者に係る係数 (栃木県: 0.057)

× (1 / 病床利用率)

出典: 令和5年度第1回医療政策研修会資料より一部引用

5. 本県の基準病床数の算定

本県の急性期の
推計入院患者数
689人

+

本県の回復期の
推計入院患者数
606人

+

本県の慢性期の
推計入院患者数
(認知症を除く)
2,342人

×

政策効果
(1-0.1)

+

本県の慢性期の
推計入院患者数
(認知症)
246人

×

政策効果
(1-0.057)

【都道府県は国が示した政策効果に関する係数から±0.02の範囲で係数調整が可能】
本県では高齢者や認知症患者の増加等を理由とした一定程度の病床数確保の必要性を考慮し、国が示した調整係数0.02を更に加える (⇒基準病床数の増)

× (1 / 病床利用率 0.95)

= (689人 + 606人 + 2,154人 + 237人) × 1/0.95 ÷ 3,881人

※推計入院患者数や各係数は厚生労働省が各都道府県の実態に合わせて設定

基準病床数: 3,881床

感染症病床・結核病床の基準病床数

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
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

※ 感染症病床及び結核病床の既存病床数については、令和5年9月現在

※ 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。

令和 5(2023)年 10 月 31 日	参考資料 3
令和 5(2023)年度第 2 回両毛地域医療構想調整会議 並びに第 2 回両毛地域病院及び有床診療所会議 合同会議	

栃木県医師確保計画（8 期前期計画） 骨子案

第 1 章 計画に関する基本的な考え方

1 策定の趣旨等

- ・医師の偏在は、地域間、診療科間のそれぞれにおいて、長きにわたり課題として認識されながら、現時点においても解消が図られていない。
- ・本県においては、「栃木県医師確保計画」を「栃木県保健医療計画（8 期計画）」の一部として策定し、医師偏在指標に基づく医師確保の方針、確保すべき目標医師数を示すとともに、目標の達成に向けた施策内容を示すこととする。

2 医師確保計画の長期的な目標等

- ・目標年 2036 年
- ・目標 栃木県及び各二次医療圏の医師偏在指標が全国値と等しい値となること
- ・計画期間 令和 6（2024）年～令和 8（2026）年
- ・【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（イメージ）】

第 2 章 栃木県の医療を取り巻く状況

- ・【栃木県医療圏図】

1 人口構造

- ・【性年齢階級別人口数】

2 医師数

- ・【全国及び栃木県の医師数の推移】
- ・【各医療圏・各診療科別医師数】
- ・【本県の年齢階級別医師数】
- ・【本県及び全国の性・年齢階級別医師数・男女別構成比】

3 医師偏在指標

- ・【標準化医師数】
- ・【本県及び二次医療圏ごとの現在時点の医師偏在指標】

第 3 章 医師確保の考え方

1 医師多数区域及び医師少数区域の設定

- ・【本県の医師少数区域及び医師多数区域の設定】

2 医師確保の方針及び目標医師数の設定

- ・【本県における医師確保の方針及び目標医師数】

3 目標医師数を達成するための施策

- ・【キャリア形成プログラム運用方針】 等

4 必要医師数

- ・【必要医師数】（医療圏別必要医師数・供給推計）

5 医学部における地域枠等の設定

- ・【地域枠及び修学資金概要】

第4章 産科・小児科における医師確保計画

第4-1章 産科における医師確保計画

- 1 本県の産科医療を取り巻く状況
 - ・【栃木県周産期医療圏図】
 - ・【分娩取扱医療機関数】
 - ・【年間調整後分娩件数】
- 2 産科・産婦人科医師数
 - ・【全国及び栃木県の産科・産婦人科医師数の推移】
 - ・【本県の年齢階級別医師数（産科・産婦人科医）】
- 3 分娩取扱い医療施設の状況
 - ・【施設数】
- 4 産科における医師偏在指標
 - ・【本県及び二次医療圏ごとの現在時点の医師偏在指標】
- 5 相対的医師少数区域の設定
 - ・【本県の相対的医師少数区域の設定】
- 6 産科における医師確保の考え方
 - ・【医療圏別の産科における医師確保の方針】
- 7 産科医確保に向けた施策

第4-2章 小児科における医師確保計画

- 1 本県の小児医療を取り巻く状況
 - ・【栃木県小児医療圏図】
 - ・【年少人口の推移】
- 2 小児科医師数
 - ・【全国及び栃木県の小児科医師数の推移】
- 3 小児科における医師偏在指標
 - ・【本県及び二次医療圏ごとの現在時点の医師偏在指標】
- 4 相対的医師少数区域の設定
 - ・【本県の相対的医師少数区域の設定】
- 5 小児科における医師確保の考え方
 - ・【医療圏別の小児科における医師確保の方針】
- 6 小児科医確保に向けた施策

第5章 計画の推進

- 1 医師確保計画の効果の測定・評価

栃木県外来医療計画（8 期前期計画） 骨子案

下線部は現行計画からの主な変更事項を示す。

第 1 章 外来医療計画の基本的な事項

1 計画策定の趣旨

- ・外来医療においては、地域ごとの医療ニーズに関するデータを可視化し、新規開業者に提供することで、個々の医師の行動変容を促し、外来医療機能の偏在是正に繋げていく必要がある。
- ・本県においては、「外来医療計画」を「栃木県保健医療計画（8 期計画）」の一部として策定し、地域において充実が必要な外来機能や機能分化・連携等について、地域ごとに協議を行い方針を決定することとする。

2 計画の期間

- ・令和 6(2024)年度から令和 8(2026)年度（3 か年）

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

(1)医療施設数

- ・【人口 10 万人あたり医療施設数】
- ・【病院・診療所施設数の推移（各医療圏・各年度）】
- ・【人口 10 万人あたり外来施設数】

(2)医療施設従事医師数

- ・【人口 10 万人あたり医療施設従事医師数】

(3)外来患者数

- ・【人口 10 万人あたり外来患者延数】

(4)通院外来の状況

- ・【人口 10 万人あたり通院外来施設数・患者延数】
- ・【通院外来患者の対応割合（病院対診療所）】

(5)時間外等外来の状況

- ・【人口 10 万人あたり時間外等外来施設数・患者延数】
- ・【時間外等外来患者の対応割合（病院対診療所）】

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

- ・【二次保健医療圏 圏域図】

3 外来医師偏在指標の考え方

- ・【外来医師偏在指標 算定式】

4 外来医師偏在指標と外来医師多数区域の設定

- ・【外来医師偏在指標（各二次医療圏）】

5 地域で不足する外来医療機能の検討

(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

- ・【初期救急の実施状況（各地区）】

(2) 在宅医療の提供体制

- ・【人口 10 万人あたり訪問診療実施医療施設数・患者延数】

(3) 公衆衛生に係る医療提供体制の状況

- ・【学校医就任状況】
- ・【定期予防接種（子ども）協力医療機関】

6 地域で不足する外来医療機能に係る目標の設定

※地域医療構想調整会議での意見を踏まえ、第 3 回部会で検討

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

- ・【調整人口あたり台数算定式】

2 医療機器の配置状況等の現状

(1) 配置状況

- ・【調整人口あたり及び人口 10 万人あたり台数（各医療圏・各機器）】
- ・【医療機器配置状況マッピング】

(2) 稼働状況

- ・【医療機器 1 台あたり検査件数（各医療圏・各機器）】

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効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

- ・【紹介受診重点医療機関リスト】

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