

第4章 疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

第1節 医療連携の推進

医療連携体制の構築

医療の高度化・専門化が進むにつれ、疾病の発症から在宅療養に至るまでを一人の医師、一つの医療機関で対応することが難しくなっています。

急性期など**高密度**な治療を必要とする時期と、回復期や維持期などリハビリテーションや定期的な検査・指導等を必要とする時期などで、複数の医療機関等により医療が提供される場合が多くなっていることから、治療途中で転院等を行うこととなる患者の不安を軽減するためにも、医療機関同士が連携し、切れ目のない医療サービスを提供することが求められています。

また、地域の中で限られた医療資源を有効活用する上では、医療機関がそれぞれの専門性を発揮しながら機能を分担し、連携して地域に必要な医療を提供していくことが必要です。

5疾病・6事業及び在宅医療

国が定める医療計画作成指針では、県民の健康保持や安心して医療を受けられる環境整備、地域医療の確保などの観点から、がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病及び精神疾患の5疾病と、救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療及び新興感染症発生・まん延時の医療（**第9次群馬県保健医療計画から新たに追加**）の6事業並びに居宅における医療（在宅医療）について、地域ごとに医療連携体制を構築し、整備充実に努めることとされています。

また、5疾病・6事業及び在宅医療のそれぞれの機能を担う医療機関名なども計画に記載することで、県民や患者が地域の医療機能を理解し、病状・病期に適した医療を受けられるようにすることとされています。

5疾病

がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患

6事業

救急医療、災害医療、**新興感染症発生・まん延時の医療、**

へき地医療、周産期医療、小児医療

在宅医療

医療機関名称等の公表

疾病・事業ごとのそれぞれの医療機能を担う医療機関名については別冊に一覧としてまとめ県ホームページに掲載するとともに、必要に応じて適宜更新するなど、わかりやすく情報提供しています。

そのほか、疾病・事業ごとに医療機関の掲載基準や現状を把握するための指標を掲載しています。

第2節 疾病・事業ごとの医療連携体制

1 がんの医療連携体制構築の取組

- ◆ がんの予防に関する普及啓発を図るとともに、がん検診及び精密検査の受診率向上を図ります。
- ◆ 質の高いがん治療が提供できる体制の維持・強化を図ります。
- ◆ 切れ目のない医療・緩和ケア及び介護が提供できる体制の構築を推進します。

概況

(1) がんとは

人間のからだは、肺や消化管など、たくさんの細胞が集まってできた様々な臓器や組織からできています。「がん」は、遺伝子が傷つくことによりできた「異常な細胞＝がん細胞」が増殖して広がる病気であり、基本的にほぼ全ての臓器・組織で発生します。

(2) 罹患者数

県感染症・がん疾病対策課「がん登録事業報告（2019（令和元）年）」によると、本県では、年間約1万4千人を超える人が新たに「がん」にかかっています。

(3) 死亡数

厚生労働省「人口動態調査（2022（令和4）年）」によると、本県では、年間6千人強の人が「がん」で亡くなり、死亡数全体の24.7%（全国26.5%）を占めています。死亡原因の第1位であり、全国においても同様です。死亡数全体に占める割合は10年前（2012（平成24）年26.8%）と比較し減少しています。

(4) 75歳未満年齢調整死亡率

国立がん研究センターがん情報サービス（がん登録・がん統計）「人口動態統計による都道府県別がん死亡データ（2021（令和3）年）」によると、高齢化及び年齢構成の影響を除いた75歳未満年齢調整死亡率（人口10万対）について、本県は65.1（全国67.4）であり、減少傾向にあります。

2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
83.2	81.4	78.7	77.8	78.3	75.4	69.8	71.3	72.2	68.8	64.9	65.1	

〔資料〕 国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」

(5) 5年相対生存率

国立がん研究センターがん対策情報センター「全国がん罹患モニタリング集計2009－2011年生存率報告」によると、がんと診断された場合に、治療でどのくらい生命を救えるかを示す指標である5年相対生存率について、本県は63.0%であり、全国

（64.1%）と同様となっています。しかしながら、最初に「がん」が発生した部位により差が見られることがあります。

1 予防・早期発見（検診）

現状と課題

がんの危険因子は、喫煙（受動喫煙を含む）、食生活、運動等の生活習慣、ウイルスや細菌の感染など様々なものがあります。がんの予防には、これら生活習慣の改善やウイルス感染予防が重要です。

また、がんの早期発見・早期治療につなげるため、科学的根拠に基づくがん検診の受診や精密検査の受診が重要です。

（1）たばこ対策

県「県民健康・栄養調査（2016（平成28）年度）」によると、本県の喫煙率は、男性が40.5%（全国30.2%）、女性が12.2%（全国8.2%）となっており、全国に比べ高くなっています。喫煙は、肺がんをはじめとする種々のがんのリスク因子となることが知られており、男性においては、がんの最大の要因であるため、禁煙支援、**20歳未満の者**に対する喫煙防止対策及び受動喫煙防止対策を強化する必要があります。

（2）生活習慣対策

県「県民健康・栄養調査（2016（平成28）年度）」によると、本県の成人1日あたりの食塩摂取量は、男性が10.7g（全国10.8g）、女性が9.4g（全国9.2g）となっており、国が推奨する適正な食塩の目標量である男性8g未満、女性7g未満を上回っています。食塩のとりすぎ、多量の飲酒、野菜や果物をとらないことにより、がんのリスクが高まるということが明らかになっており、引き続き、生活習慣の改善に関する取組を実施していくことが必要です。

（3）感染症対策

日本人のがんの原因として、女性で一番、男性でも二番目に多いのが感染であり、引き続き、子宮頸がん予防、肝炎対策、HTLV-1感染予防など、ウイルス等の感染に起因するがんへの対策を実施していくことが必要です。

（4）がん検診

ア 厚生労働省「国民生活基礎調査（**2019（令和元）年**）」によると、厚生労働省が「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」で定めるがん検診の本県の受診率（**40～69歳、子宮頸がんは20～69歳**）は、胃がん**43.7%**（全国**42.4%**）、子宮頸がん**44.7%**（全国**43.7%**）、肺がん**57.9%**（全国**49.4%**）、乳がん**48.3%**（全国**47.4%**）、大腸がん**45.8%**（全国**44.2%**）となっており、概ね改善傾向にあります。が、「**群馬県がん対策推進計画**」の目標を**60%**とし、引き続き、受診率向上に向けた取組が必要です。

イ 保健福祉事務所ごとの地区地域・職域連携推進協議会の設置、全国健康保険協会群馬支部（協会けんぽ）との協定締結など、地域保健・職域保健の連携の取組を進めており、引き続き、取組を推進していくことが必要です。

ウ 体の不調を感じたら、まずは医療機関を受診することが必要であり、普段から健康について気軽に相談できる「かかりつけ医」を持つことが重要です。

(5) がん検診の精度管理

ア 群馬県生活習慣病検診等管理指導協議会では、科学的根拠に基づくがん検診の推進、市町村がん検診の精度管理のための協議を行い、必要に応じて市町村へ助言等しており、この取組を継続していくことが必要です。

イ 厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告（2021（令和3）年度）」によると、厚生労働省が指針で定めるがん検診の本県の精密検査受診率（40～74歳、子宮頸がんは20～74歳）は、胃がん検診 93.3%（全国 85.5%）、子宮頸がん検診 91.2%（全国 76.7%）、肺がん検診 92.0%（全国 83.4%）、乳がん検診 95.3%（全国 90.1%）、大腸がん検診 78.9%（全国 71.4%）となっており、全国を上回っています。しかし、早期発見・早期治療につなげるためには、精密検査を受診することが重要であり、引き続き、受診率向上に向けた取組が必要です。

(6) がん登録

2016（平成28）年1月から「がん登録等の推進に関する法律」の施行により全国がん登録制度がスタートし、がん登録データは国立がん研究センターで一元的に管理されています。引き続き、がん対策施策へのデータ活用について検討が必要です。

求められる医療機能

(1) 目標

- 喫煙やがんに関連するウイルスの感染予防などがんのリスクを低減させること
- 科学的根拠に基づくがん検診の実施、がん検診の精度管理・事業評価の実施及びがん検診受診率を向上させること

(2) 医療機関等に求められる事項

- 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

(3) 行政に求められる事項

- 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
- 市町村はがん検診を実施すること
- 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
- 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、検診の実施方法や精度管理の向上等に向けた取組を検討すること
- 県は市町村に対して科学的根拠に基づくがん検診を実施するよう助言すること
- 全国がん登録及び院内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

具体的施策

(1) たばこ対策

- 引き続き、禁煙支援、**20歳未満の者**に対する喫煙防止対策及び受動喫煙対策を推進します。

(2) 生活習慣対策

- **生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の減少**、食塩摂取量の減少、適切な体重の維持、野菜・果物の摂取量の増加、定期的な運動の継続など、生活習慣の改善に向けた知識等を普及啓発します。

(3) 感染症対策

- 子宮頸がんの発がんに関連するヒトパピローマウイルス（HPV）、肝がんと関連する肝炎ウイルス及びATL（成人T細胞白血病）と関連するヒトT細胞白血病ウイルス1型（HTLV-1）に関する正しい知識等を普及啓発します。また、HPVワクチンの接種について、**適切な情報提供を実施します。**
- 国の動向を注視します。

【主な事業例（予防共通）】

禁煙支援県民公開講座・受動喫煙防止対策研修会の開催、**20歳未満の者と学生等**の喫煙防止研修の実施、健康を支援する食環境づくり（減塩などの食生活改善）、女子学生向けの子宮頸がん予防講演会の開催 等

(4) がん検診

- 市町村と連携し、効果的な受診率向上のための施策を検討し、がん検診の受診率の向上に向けた取組を推進します。
- 地区地域・職域連携推進協議会を活用し、従業員に対するがん検診の普及啓発や職場におけるがん検診の受診環境整備に対する理解の促進を図ります。
- 県民に対し、かかりつけ医を持つことの重要性について、普及啓発します。

【主な事業例（予防共通）】

市町村がん検診受診率向上研修会 等

(5) がん検診の精度管理

- 群馬県生活習慣病検診等管理指導協議会での協議結果を踏まえて市町村へ助言を行うなど、市町村が行う精度管理を支援します。
- 市町村と連携し、市町村がん検診精密検査未受診者に対する受診再勧奨の実施など、精密検査受診率の向上に向けた取組を推進します。
- 国が作成した「職域におけるがん検診に関する**マニュアル**」について、地区地域・職域連携推進協議会等を通じてその周知を図ります。

【主な事業例（予防共通）】

群馬県生活習慣病検診等管理指導協議会の運営 等

（6）がん登録

- 国の検討状況を踏まえ、がん登録データの分析・評価を行い、予防、普及啓発、医療提供体制の構築等の施策へ活用するよう努めます。

【主な事業例（予防共通）】

全国がん登録事業委託、がん登録審議会の運営 等

2 治療

現状と課題

がんによる死亡者を減少させるためには、どこにいても、質の高いがん治療を受けられる体制が整備されていることが重要です。また、がん患者の生活の質（クオリティ・オブ・ライフ）を高めるためには、身体的な苦痛及び精神心理的な苦痛等に対する**がんと診断された時からの**緩和ケアや、リハビリテーションなど、がん患者の状況に応じた医療を提供できる体制の構築が必要です。

（1）手術療法・放射線療法・薬物療法

- ア 10ある二次保健医療圏のうち8つで厚生労働大臣が指定する「がん診療連携拠点病院」が設置されています。また、がん診療連携拠点病院が未整備の吾妻、沼田保健医療圏や人口規模が大きい保健医療圏において、がん診療連携拠点病院に準ずる機能を有する病院として、8つの病院が群馬県がん診療連携推進病院に指定されており、県内の各地域において専門的ながん診療が受けられる体制が整備されています。
- イ 全てのがん診療連携拠点病院、群馬大学医学部附属病院及び群馬県がん診療連携推進病院の一部（日高病院、館林厚生病院）に体外放射線治療装置が設置されており、吾妻、沼田保健医療圏を除き標準的な放射線療法が提供されています。吾妻、沼田保健医療圏においても、隣接する保健医療圏等の関係機関と連携して対応しています。
- ウ 本県は、群馬大学に重粒子線医学研究センターが設置され、放射線治療の一種である重粒子線治療が行われています。2010（平成22）年3月の治療開始から、2022（令和4）年12月までに延べ6,142人の治療を行っていますが、引き続き、普及啓発に努める等、重粒子線治療に適したがん患者が適切に治療につながるよう集患体制の構築を図る必要があります。
- エ 薬物療法は外来で実施されることが一般的となっていますが、本県は、がん診療連携拠点病院及び群馬県がん診療連携推進病院（以下「がん診療連携拠点病院等」という。）をはじめとする県内39の病院が、外来化学療法を実施するための専用のベッドを有する治療室を保有していることなどが要件となっている「外来化学療法加算」の施設基準に適合する施設として届出しており、全ての二次保健医療圏で外来薬物療

法が提供されています。一方、薬物療法を外来で受療する患者の増加に伴い、薬物療法に関する十分な説明が必要になるなど負担が増大していますが、引き続き、安全に提供するための体制の維持・強化が求められています。

(2) チーム医療

- ア がん診療連携拠点病院等では、医師・看護師・薬剤師などが、診療科や職種を超えて集まり、がん患者の症状、治療方針等を検討・確認・共有するための「**カンファレンス**」が、多職種が参加する形で実施されていますが、新規治療開始患者における検討症例の割合や参加する職種は、病院や診療科ごとに差がある状況です。
- イ がん診療連携拠点病院等では、入院から退院までの治療、検査、看護ケア、リハビリテーションなどの内容やタイムスケジュールを一覧表にした診療計画書である「院内クリティカルパス」が主な疾患、治療ごとに整備されていますが、各病院の整備数及び適用患者数には差がある状況です。
- ウ 患者が医療行為を受ける前に、医師及び看護師から分かりやすく十分な説明を受け、その内容について十分理解し、納得した上で、その医療行為に同意する「インフォームドコンセント」について、従前から医師の説明と患者の理解に乖離が生じやすいと言われています。医師の説明内容を患者や家族が正しく理解できるようにするため、多くのがん診療連携拠点病院等においては、インフォームドコンセントに看護師等の医師以外の職種の同席を基本としていますが、人材不足で看護師等の同席が十分にできていない状況があります。また、診断や治療方法について、担当以外の医師の意見を聞く「セカンドオピニオン」について、患者が納得した治療方針を選択する有効な手段となることから、更なる普及啓発を図る必要があります。
- エ 本県では、がん診療連携拠点病院等に緩和ケアチームが設置されており、全ての二次保健医療圏で整備されていますが、取組状況には差があるため、緩和ケアの提供体制整備の推進が必要です。また、緩和ケアは「人生の最終段階の医療」という側面が強調されがちですが、病気の時期にかかわらず、身体的又は精神心理的な苦痛（痛み）などを取り除くことの全てが緩和ケアであり、**がんと診断された時からの緩和ケア**の推進に当たっては、正しい知識の普及啓発が重要です。
- オ 周術期の口腔機能管理は、がん治療の合併症予防や軽減を図る観点から重要です。現在、がん治療を行う医療機関と歯科医療機関との連携が始まっていますが、地域によって取組状況に差があるため、さらに医科歯科連携を推進する必要があります。

(3) 相談支援・情報提供

- ア がん診療連携拠点病院等は、がん相談支援センターを設置しており、全ての二次保健医療圏で、がんに関する相談支援及び情報提供の体制が整備されています。また、患者やその家族の交流を支援する場として、全てのがん診療連携拠点病院等ではがんサロンが開催されています。
- イ **厚生労働省委託事業「患者体験調査（2018（平成30）年度）」**によると、がん相談支援センターの利用率は**14.2%**であり、相談支援を必要とする患者やその家族が、相談支援センターを十分利用するに至っていません。患者やその家族が、不安を

感じた時から置かれている状況に応じた相談支援が受けられるようにするために、普及啓発を強化する必要があります。

- ウ 成長過程において様々な問題に直面する小児やAYA世代（概ね15歳～30代の思春期・若年成人）、希少がんや難治性がんについては、その希少性から情報が集約されず、適切な相談支援や情報提供が難しい状況です。患者やその家族に対して、相談支援や情報提供が行えるとともに、適切な医療につなぐことができる体制の整備を進める必要があります。
- エ **がんの治療と学業や仕事との両立を可能とし、治療後も同様の生活を維持する上で、治療に伴う外見変化に対する医療現場におけるアピアランスケア（医学的・整容的・心理社会的支援を用いて、外見の変化を補完し、外見の変化に起因するがん患者の苦痛を軽減するケア）の重要性が認識されています。**
- オ 県「がん登録事業報告（2019（令和元）年）」によると、本県で、がん罹患する人の**23.1%**が生産年齢人口（15歳～64歳）となっています。また、国立がん研究センターがん対策情報センター「全国がん罹患モニタリング集計 **2009－2011** 年生存率報告」によると、本県のがんの5年相対生存率は、**59.9%**であり、患者・経験者が長期に生存し、働きながらがん治療が受けられる可能性が高まっています。一方、がんと診断された勤労者の**17.9%**が離職しているとの**調査**結果もあり、治療と仕事の両立支援が求められています。
- カ 本県では、2013（平成25）年度及び2014（平成26）年度の2年間、県立がんセンターで就労支援モデル事業を実施したほか、がん診療連携拠点病院を対象とした就労支援に関するセミナーを開催しました。また、これらの取組状況を踏まえ、がん診療連携拠点病院の相談支援員が社会保険労務士に相談できる仕組みを構築するなど、就労支援に関する相談体制の整備を推進してきましたが、患者への周知が不足しており、潜在的なニーズが支援につながっていない可能性があります。
- キ がんに関する情報があふれる中、必ずしも科学的根拠に基づかないものが混在しているため、がん患者や家族に正確な情報を提供し、確実に必要な情報にアクセスできる環境を整備することが求められています。

求められる医療機能

（1）目標

- 精密検査や確定診断等を実施すること
- 診療ガイドラインに準じた診療を実施すること
- 患者の状態やがんの病態に応じて、手術療法、放射線療法及び化学療法等や、これらを組み合わせた集学的治療を実施すること
- がんと診断された時から緩和ケアを実施すること
- がん治療の合併症予防や軽減を図ること
- 治療後のフォローアップを行うこと
- 各職種の専門性を活かし、医療従事者間の連携と補完を重視した多職種でのチーム医療を実施すること

(2) 医療機関に求められる事項

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

- 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
- 病理診断や画像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、放射線療法及び化学療法等や、これらを組み合わせた集学的治療が実施可能であること
- がんと診断された時から緩和ケアを実施すること

厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院及び群馬県がん診療連携推進病院（以下「がん診療連携拠点病院等」という。）は、上記に加え、次に掲げる事項の対応が求められます。

- 患者の状態に応じて、手術療法、放射線療法及び化学療法等や、これらを組み合わせた集学的治療及び緩和ケアが実施可能であること
- 医療従事者の連携を強化し、質の高いがん医療を提供するため、多職種参加型カンファレンスを充実させること
- 患者とその家族の意向に応じて、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ことができるセカンドオピニオンが受けられること
- 相談支援の体制を確保し、情報の収集・発信、患者・家族の交流の支援等を実施していること。その際、妊孕性温存療法、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
- アピアランスケアに関する相談支援及び情報提供の体制を充実させること
- 仕事と治療の両立支援や就職支援、がん経験者の就労継続支援の取組をがん患者に提供できるよう周知すること
- がんと診断された時から緩和ケアを実施すること（緩和ケアチームの整備や外来での緩和ケアを実施し、患者とその家族に対して、身体的な苦痛及び精神心理的な苦痛等に対する全人的な緩和ケアを提供すること）
- がん治療の合併症予防や軽減を図るため、周術期の口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関と連携を図ること
- 地域連携支援の体制を確保するため、病院間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、地域連携クリティカルパス等の活用や、急変時の対応も含めて、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

(3) 医療機関の例

- がん診療連携拠点病院等
- 病院又は診療所

具体的施策

(1) 手術療法・放射線療法・薬物療法

- 標準的な手術療法、放射線療法、薬物療法等の提供等の均てん化が必要な取組に関しては、引き続きがん診療連携拠点病院等を中心とした体制の維持推進に努めます。
- 重粒子線治療について、県内はもとより県外・国外に向けて、有効性や対象疾患に関する情報提供に努めます。

【主な事業例】

群馬県がん対策推進協議会、**群馬県がん診療連携協議会** 等

(2) チーム医療

- 多職種参加型**カンファレンスを充実させ**、好事例の提供に努めます。
- 院内クリティカルパスの運用を推進し、チーム医療及びインフォームドコンセントの充実に努めます。
- がん患者の理解を助けるため、がん看護専門看護師及び認定看護師をはじめとする看護師同席の上でのインフォームドコンセントの実施に努めるとともに、必要に応じて臨床心理士やソーシャルワーカー等の職種との連携に努めます。また、がん分野における看護師の育成や認定看護師資格の取得支援に努めるとともに、資格取得後の効果的な働き方について検討します。
- 患者やその家族が納得して治療を選択することができるようにするため、セカンドオピニオンについて普及啓発に努めます。
- がん診療に携わる全ての医師が緩和ケアに関する基本的な知識や技術を習得できるようにするため、引き続き、緩和ケア研修会を開催します。
- がん患者が緩和ケアを適切に受けることができるよう、緩和ケアの意義等について普及啓発します。
- 医科歯科連携体制構築の取組を一層推進するとともに、がん治療における周術期の口腔管理の重要性について普及啓発します。

(3) 相談支援・情報提供

- がん相談支援センターの利用率の向上に向け、院内における診療科と相談支援センターとの連携体制の一層の強化を図るとともに、相談支援センターについて普及啓発します。
- **妊孕性温存療法**、小児がん、AYA世代のがん、希少がんや難治性がんに関する相談支援及び情報提供の充実を図るとともに、適切な医療に繋ぐことができる体制の構築に努めます。
- **がん相談支援センター職員を対象とした、アピアランスケアに関する研修会開催や、研修派遣を行い、相談支援体制と情報提供の充実に努めます。**
- がん相談支援センターと関係機関が連携してがん患者の就労支援を行うことができるようにするため、産業保健総合支援センター、公共職業安定所（ハローワーク）を始めとする関係機関との連携体制の構築に努めるとともに、研修会の開催な

第4章 疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

ど、相談支援に携わる職員に対する支援に努めます。また、就労相談支援体制について普及啓発します。

- 県民に分かりやすい情報提供のあり方を検討するとともに、がんに関する正しい情報を入手できる環境の充実に努めます。

【主な事業例】

がん相談支援センター職員向け研修会、ぐんまの安心がんサポートブックの発行等

3 在宅療養支援

現状と課題

がん患者の在宅療養を支援するためには、切れ目のない医療・在宅緩和ケアと介護サービスの提供が重要です。また、人生の最終段階には、看取りまで含めた在宅医療が行われる必要があります。

(1) 在宅医療・在宅緩和ケア

ア がん患者やその家族の意向を踏まえ、在宅での療養を選択できるようにするためには、在宅医療、在宅緩和ケア及び介護サービスの提供体制が整備されている必要がありますが、地域により差がある状況です。

がん診療に係る24時間体制の在宅医療を実施しており、かつ、往診による緩和ケア（医療用麻薬の提供含む）診療が実施可能な医療機関数

二次保健医療圏	県計	前橋	渋川	伊勢崎	高崎・安中	藤岡	富岡	吾妻	沼田	桐生	太田・館林
病院	16	2	0	0	6	1	2	2	2	0	1
診療所	115	31	7	13	25	7	5	3	2	12	10

〔資料〕県「医療施設機能調査（2022年度）」

日常の在宅医療に係る24時間体制の訪問看護を実施しており、かつ、がん疼痛（麻薬の利用に伴うものに限る）の管理・指導が実施可能な訪問看護事業所数

〈成人〉

二次保健医療圏	県計	前橋	渋川	伊勢崎	高崎・安中	藤岡	富岡	吾妻	沼田	桐生	太田・館林
訪問看護事業所	179	43	6	23	44	4	6	6	5	15	27

〈小児〉

二次保健医療圏	県計	前橋	渋川	伊勢崎	高崎・安中	藤岡	富岡	吾妻	沼田	桐生	太田・館林
訪問看護事業所	50	12	4	5	14	1	1	2	1	2	8

〔資料〕県「医療施設機能調査（2022年度）」

24時間在宅療養者への対応が可能であり、かつ、麻薬調剤の実施可能な薬局数

二次保健医療圏	県計	前橋	渋川	伊勢崎	高崎・安中	藤岡	富岡	吾妻	沼田	桐生	太田・館林
薬局	381	85	14	49	78	15	13	5	12	39	71

〔資料〕県「医療施設機能調査（2022年度）」

「全国共通がん医科歯科連携講習会」の修了者が在籍しており、かつ、入院中のがん患者への歯科治療及び患者宅等への訪問診療が実施可能な歯科診療所数

二次保健医療圏	県計	前橋	渋川	伊勢崎	高崎・安中	藤岡	富岡	吾妻	沼田	桐生	太田・館林
歯科診療所	60	9	4	5	13	7	2	3	3	4	10

〔資料〕県「医療施設機能調査（2022年度）」

イ 急性期から回復期、維持期に至る中で、治療を受ける全ての医療機関で共有して用いている診療計画表である「地域連携クリティカルパス」は、切れ目のないがん医療を提供するための有効な手段です。県「医療施設機能調査（2022（令和4）年度）」によると、260の医療機関が、がん診療に係る地域連携クリティカルパスの導入に対応できていると答えています。一方、がん診療連携拠点病院等における運用状況には差があるため、地域連携クリティカルパスの運用を促進する必要があります。また、地域連携クリティカルパスの運用にあたっては、患者やその家族の理解が重要であるとの指摘があります。

がん診療に係る地域連携クリティカルパスの導入が対応可能な医療機関数

二次保健医療圏	県計	前橋	渋川	伊勢崎	高崎・安中	藤岡	富岡	吾妻	沼田	桐生	太田・館林
病院	35	3	1	4	10	3	2	1	2	3	6
診療所	225	49	8	38	51	8	7	7	2	17	38

〔資料〕県「医療施設機能調査（2022年度）」

（2）看取り

ア 厚生労働省「人口動態調査（2021（令和3）年）」によると、本県におけるがん患者の在宅（自宅及び老人ホーム）での死亡割合は、25.3%（全国25.9%）となっており、増加傾向にあります（2016（平成28）年：13.3%）。一方、県「保健医療に関する県民意識調査（2023（令和5）年）」によると、「もし治る見込みのない病気になった場合、最後を迎えたい場所」について「自宅」と答えた人の割合は45.4%となっております。在宅をはじめ、本人が望む形で人生の最終段階のケアを受けることができる体制の充実が必要です。

イ 40歳未満の末期がん患者は、在宅療養支援について介護保険が適用にならず医療保険のみのため、経済的負担が大きく、在宅療養の選択が困難な場合があります。

がん患者の在宅（自宅及び老人ホーム）での死亡割合の推移

死亡場所	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
自宅	9.4%	9.1%	10.2%	10.2%	11.1%	11.3%	12.3%	16.7%	19.6%	
老人ホーム	1.8%	2.8%	2.9%	3.1%	3.9%	4.7%	4.9%	5.2%	5.7%	
計	11.2%	11.9%	13.1%	13.3%	15.0%	15.9%	17.2%	21.9%	25.3%	

〔資料〕厚生労働省「人口動態調査」

第4章 疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

在宅がん医療総合診療料届出医療機関数（人口10万人当たり）

二次保健医療圏	県計	前橋	渋川	伊勢崎	高崎・安中	藤岡	富岡	吾妻	沼田	桐生	太田・館林
医療機関数	12.6	23.5	14.7	8.1	13.7	17.2	13.8	6.1	8.2	8.7	6.6

〔資料〕厚生労働省「診療報酬施設基準の届出受理状況」（2023年4月1日現在）

がん患者への24時間体制の人生の最終段階のケア（看取りを含む）実施医療機関数

二次保健医療圏	県計	前橋	渋川	伊勢崎	高崎・安中	藤岡	富岡	吾妻	沼田	桐生	太田・館林
病院	26	3	1	3	7	1	1	3	3	1	3
診療所	153	39	11	14	38	9	6	5	2	15	14

〔資料〕県「医療施設機能調査（2022年度）」

在宅療養患者の看取りについて、24時間対応している訪問看護事業所数

〈成人〉

二次保健医療圏	県計	前橋	渋川	伊勢崎	高崎・安中	藤岡	富岡	吾妻	沼田	桐生	太田・館林
訪問看護事業所	186	48	7	23	43	5	7	6	5	16	26

〈小児〉

二次保健医療圏	県計	前橋	渋川	伊勢崎	高崎・安中	藤岡	富岡	吾妻	沼田	桐生	太田・館林
訪問看護事業所	52	10	4	6	13	1	3	1	1	3	10

〔資料〕県「医療施設機能調査（2022年度）」

求められる医療機能

（1）目標

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

（2）医療機関に求められる事項

- 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

（3）医療機関の例

- 病院又は診療所
- 薬局
- 訪問看護ステーション

具体的施策

(1) 在宅医療・在宅緩和ケア

- 在宅療養支援診療所、病院、薬局、訪問看護ステーション等の医療従事者及び介護支援専門員を含む介護従事者への緩和ケア研修等を実施し、在宅緩和ケア体制の整備及び従事者の緩和ケアを含むがんに対する理解の促進に努めます。
- がん患者やその家族による在宅での療養の選択を支援するため、在宅医療を提供する医療機関や薬局、訪問看護ステーション等の診療(業務)体制について、情報提供を行います。
- 地域連携クリティカルパスの利用の促進を図るため、県民、医療・福祉関係者に向けた普及啓発に努めます。
- 市町村と連携し、住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、地域包括ケアシステムの構築に向けた取組を推進します。

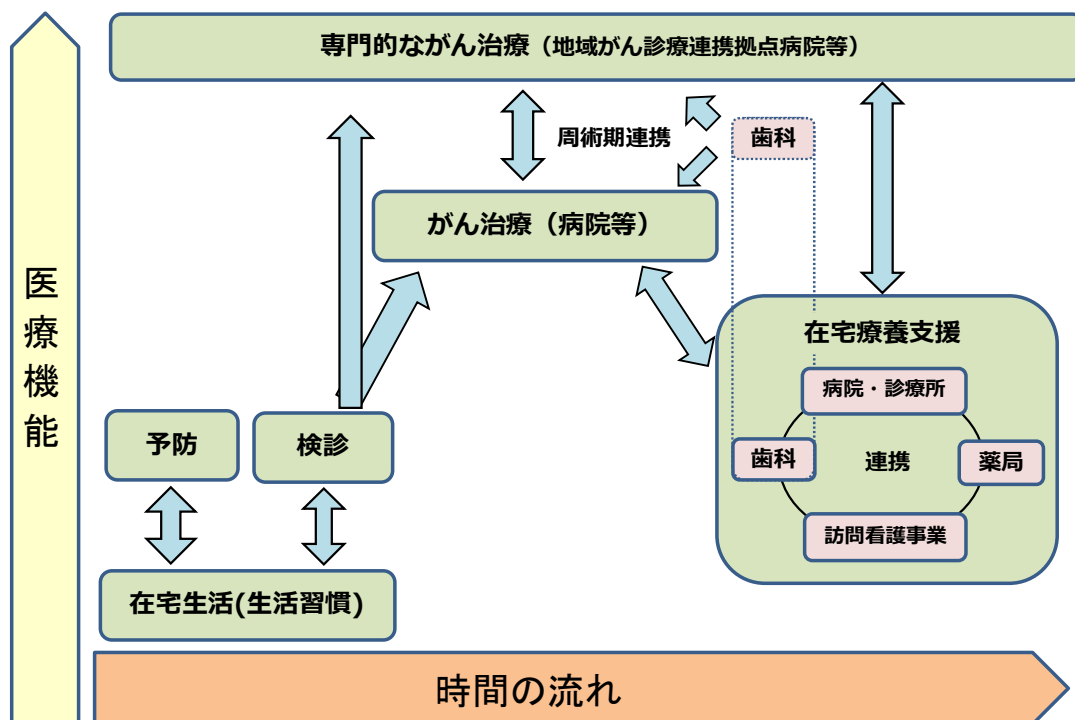
(2) 看取り

- 地域における「人生の最終段階」を含めた在宅緩和ケアの提供体制について検討する場を設置するなど、地域における医療機関及び介護サービス事業者との連携体制の充実を図ります。また、AYA世代の在宅療養支援について、国に要望します。

【主な事業例（在宅療養支援共通）】

介護従事者向けセミナーの開催、退院調整ルール策定の進行管理、若年がん患者在宅療養支援事業等

がんの医療連携体制



第4章 疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

ロジックモデル

現状と課題		番号	A 個別施策
予防	・がんの予防には、生活習慣の改善とウイルス感染予防が重要 ①喫煙率が全国に比べ高い ⇒禁煙支援、二十歳未満の者に対する喫煙防止対策及び受動喫煙防止対策の強化が必要 ②食塩摂取量が国の目標量を上回っている ⇒引き続き、食生活の改善に関する取組が必要 ③ウイルス等の感染に起因するがんがある ⇒引き続き、子宮頸がん予防、肝炎対策、H T L V - 1 感染予防などのがん対策が必要 ④運動不足ががんリスク因子としてあげられている ⇒引き続き、定期的な運動の継続など生活改善に関する取組が必要	1	(1) たばこ対策 (2) 生活習慣対策 (3) 感染症対策
	・がんの早期発見・早期治療につなげるためには、科学的根拠に基づくがん検診や精密検査の受診が重要 ①がん検診受診率は、肺がん検診を除き、第3期群馬県がん対策推進計画の目標50%に達していない ⇒引き続き、受診率向上に向けた取組が必要 ②精密検査受診率は、第3期群馬県がん対策推進計画の目標100%に達していない ⇒引き続き、受診率向上に向けた取組が必要	2	(1) がん検診受診率の向上 (2) がん検診の精度管理
	・患者本位のがん医療が提供できる体制整備が必要 ①県内のどこにいても質の高い専門的ながん医療が受けられる体制が引き続き必要 ②小児・AYA世代、高齢者等、患者の特性に応じた適切ながん医療を提供する体制整備が必要 ③身体的・精神的な苦痛を抱えるがん患者が約2～3割（患者体験調査）いる ⇒診断時からの緩和ケアを推進するための取組が必要	3	(1) 専門的ながん医療提供体制の整備 (2) 患者の特性に応じたがん医療提供体制の整備 (3) 診断時からの緩和ケアの普及啓発
	・がんになっても安心して暮らせる地域社会の構築が必要 ①拠点病院等と地域の医療機関が連携し、切れ目のない医療・介護等を提供する体制整備が必要 ②相談内容が多様化し、科学的根拠に基づかないがん情報が混在している ⇒患者やその家族の状況に応じた相談支援や正確な情報提供が行える体制整備が必要	4	(1) 地域連携クリティカルパスの普及啓発 (2) 在宅療養支援 (3) ライフステージに応じた療養環境支援 (4) 相談支援・情報提供の充実

第4章 疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

番号	B 目標
----	------

1	がんの発症を予防すること
	がんの年齢調整罹患率
	二十歳以上の喫煙率
	目標値

2	がんを早期発見すること
	がんの早期発見率
	がん検診受診率
	がん精密検査受診率

3	①がん患者の生存率が向上すること ②がん患者及びその家族等の苦痛を軽減すること
	5年相対生存率
	がん診療連携拠点病院及び推進病院数
	身体的な苦痛を抱えるがん患者の割合 精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の割合

4	①患者やその家族の意向に沿った療養を選択できるよう支援すること ②相談支援・情報提供体制を整備すること
	がん診断～治療開始前に病気や療養生活について相談できたと感じるがん患者の割合
	目標値

番号	C 最終目標
----	--------

1	がんによる死亡が減少している
	75歳未満年齢調整死亡率
	目標値

2	がん患者及びその家族等の療養生活の質を維持向上させる
	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
	目標値

第4章 疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

目標値一覧

分類 B：目標 C：最終	番号		指標	現状		目標	
				数値	年次	数値	年次
B	1	①	がんの年齢調整罹患率	365.0	2020		2029
B	1	②	二十歳以上の喫煙率		2023		2029
B	2	①	がんの早期発見率(胃がん)	57.2%	2020		2029
B	2	①	がんの早期発見率(肺がん)	34.1%	2020		2029
B	2	①	がんの早期発見率(大腸がん)	44.8%	2020		2029
B	2	①	がんの早期発見率(子宮頸がん)	44.9%	2020		2029
B	2	①	がんの早期発見率(乳がん)	59.4%	2020		2029
B	2	②	がん検診受診率（胃がん）	43.7%	2022	60%	2029
B	2	②	がん検診受診率（肺がん）	57.9%	2022	60%	2029
B	2	②	がん検診受診率（大腸がん）	45.8%	2022	60%	2029
B	2	②	がん検診受診率（子宮頸がん）	44.7%	2022	60%	2029
B	2	②	がん検診受診率（乳がん）	48.3%	2022	60%	2029
B	2	③	がん精密検査受診率（胃がん）	93.3%	2021	100%	2029
B	2	③	がん精密検査受診率（肺がん）	92.0%	2021	100%	2029
B	2	③	がん精密検査受診率（大腸がん）	78.9%	2021	100%	2029
B	2	③	がん精密検査受診率（子宮頸がん）	91.2%	2021	100%	2029
B	2	③	がん精密検査受診率（乳がん）	95.3%	2021	100%	2029
B	3	①	5年相対生存率	59.9%	2020		2029
B	3	②	がん診療連携拠点病院及び推進病院数	9病院	2023	10病院	2029
B	3	③	身体的な苦痛を抱えるがん患者の割合	32.7%	2018		2029
B	4	①	精神心理的な苦痛を抱えるがん患者の割合	17.4%	2018		2029
B	4	②	がん診断～治療開始前に病気や療養生活について相談できたと感じるがん患者の割合	70.8%	2018		2029
C	1	①	75歳未満年齢調整死亡率	65.1%	2022		2029
C	2	①	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	83.1%	2018	100%	2029

2 脳卒中の医療連携体制構築の取組

- ◆ 脳卒中の発症予防に向け、適切な生活習慣の普及啓発や特定健康診査・保健指導等を推進します。
- ◆ 救急救命士等による迅速かつ適切な判断・処置・搬送を実施するため、メディカルコントロール体制の強化を図ります。
- ◆ 急性期から回復期、維持期までの医療機関等の診療情報や治療計画の共有による切れ目のない適切な医療が提供できるよう、関係機関の連携体制の充実を図ります。

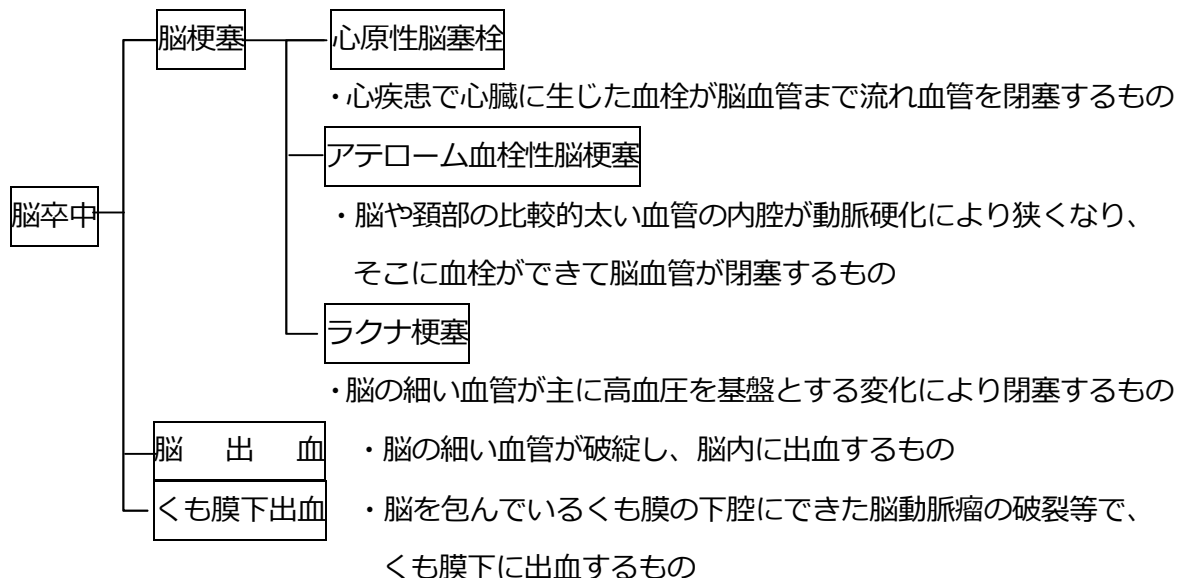
【メディカルコントロール体制とは】

消防機関と医療機関との連携によって、（1）救急隊が現場からいつでも迅速に医師に指示、指導及び助言を要請できる、（2）救急活動の医学的判断、処置の適切性について医師による事後検証、（3）救急救命士の資格取得後の定期的な病院実習などを行う体制のことです。本県では、県内全域の救急医療体制検討協議会を設置するとともに、県内11地域の協議会による体制を整備しています。

概況

（1）脳卒中とは

脳卒中は、脳血管の閉塞や破綻によって脳機能に障害が起こる疾患で、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血に大別されます。



厚生労働省「人口動態調査（2021（令和3）年）」によると、全国で年間約10万人が脳卒中で死亡し、死亡数全体の7.3%を占め、死亡原因の第4位となっています。本県では、脳卒中による死亡数が年間約2千人となっており、死亡数全体の8.0%を占め

死亡原因の第4位となっています。また、厚生労働省「国民生活基礎調査（2019（令和元）年）」によると、介護が必要になった者の約16%は脳卒中が主な原因であり、他の疾病と比べ、認知症に次いで高い割合となっています。

（2）年齢調整死亡率

厚生労働省「人口動態統計特殊報告（2015（平成27）年）」によると、本県の脳卒中（脳血管疾患）の年齢調整死亡率（人口10万対）は、男性が39.5（全国37.8）、女性が23.5（全国21.0）であり、男女とも全国を上回っています。なお、2005（平成17）年からの推移は、本県及び全国の男女とも減少傾向にありますが、本県はいずれの年も男女とも全国を上回っています。

（3）救急搬送

総務省消防庁「救急・救助の現況（2022（令和4）年版）」によると、全国の救急車で搬送された急病患者のうち、2021（令和3）年では全体の7.5%が脳疾患によるものであり、心疾患等を含む循環器系の割合が高くなっています。

1 予防

現状と課題

脳卒中の最大の危険因子は高血圧であり、発症の予防には高血圧のコントロールが重要です。その他、糖尿病・脂質異常症・喫煙・過度の飲酒・メタボリックシンドロームなど、生活習慣と関連しているため、適切な生活習慣を身につける事も重要です。また、不整脈（特に心房細動）・無症候性病変（画像上脳卒中と考えられる病変があるが、症状がないもの）・慢性腎臓病なども危険因子であり、定期的に健康診査を受診し健康状態を把握することが大切です。

- （1）厚生労働省「患者調査（2020（令和2）年）」によると、高血圧性疾患及び糖尿病の年齢調整外来受療率（人口10万対）は、全国に比べ、本県はやや高くなっています。定期的な外来受診により、生活習慣の改善指導や基礎疾患の管理が重要となっています。
- （2）県「県民健康・栄養調査（2016（平成28）年度）」によると、本県の喫煙率は、男性が40.5%（全国30.2%）、女性が12.2%（全国8.2%）となっており、全国に比べ高くなっています。
- （3）2022（令和5）年4月時点で県内で禁煙外来を実施している医療機関は288施設であり、2019（平成31）年4月時点と比較して11施設増加しています。脳卒中の発症リスクを低下させるため、喫煙者に対する保健指導や禁煙外来の受診勧奨が必要となっています。

- (4) 特定健康診査などの健康診査を通じて日々の健康状態を把握し、必要に応じ保健指導等を行い生活習慣改善の指導や、適切な医療機関の受診が必要となっています。厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ（2021（令和3）年度）」によると、本県の特定健康診査の実施率は55.9%（全国56.2%）、特定保健指導の実施率は19.7%（全国24.7%）となっており、いずれも全国に比べ低くなっています。

求められる医療機能

(1) 目標

- 脳卒中の発症を予防すること

(2) 医療機関等に求められる事項

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

- 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

具体的施策

(1) 適切な生活習慣の普及啓発

- 脳卒中の危険因子である高血圧・糖尿病・脂質異常症等は、栄養・食生活、運動、喫煙、飲酒などの生活習慣と密接に関係することから、適切な生活習慣の定着を図るための啓発

【主な事業例（予防共通）】

健康を支援する食環境整備（減塩などの食生活支援）、県民公開講座の開催、健康フェスタの開催 等

(2) たばこ対策

- 喫煙が健康に及ぼす影響について、県民に普及啓発を図ります。

【主な事業例（予防共通）】

禁煙支援者育成研修の実施、受動喫煙防止対策研修の実施、禁煙支援県民公開講座の開催、未成年者と若い女性の喫煙防止研修の実施 等

(3) 健診等の受診率の向上

- 県民が自ら健康状態を把握できる機会を提供するとともに、高血圧、糖尿病、脂質異常症、慢性腎臓病、メタボリックシンドロームなどの脳卒中の危険因子を早期発見するため、特定健康診査等の実施を推進します。

- 生活習慣病などの危険因子を有する者に対して特定保健指導等を通じて生活習慣改善指導を行い適切な血圧管理等の健康管理を支援します。また、必要に応じて医療機関への受診を促します。併せて、保健指導を行う従事者への人材育成に取り組みます。

【主な事業例（予防共通）】

特定健診・保健指導従事者向け研修の実施 等

2 救護

現状と課題

脳卒中を疑うような症状が出現した場合、本人や家族等周囲にいる者は、速やかに専門の医療施設を受診できるよう行動することが重要です。

- (1) 脳卒中を発症した場合、できるだけ早く治療を始めることでより高い効果が見込まれ、さらに後遺症も少なくなることから、診断や治療の開始を遅らせることにならないよう、速やかに救急隊を要請する等の対応を行う必要があります。

2021（令和3）年の脳疾患により救急搬送された県内の傷病者における、119番通報から病院収容までに要した平均時間は40.2分（統合型医療情報システム集計）となっており、全国の40.5分（総務省消防庁「救急・救助の現況（2022（令和4）年版（2021（令和3年データ））」）に比べ短くなっていますが、引き続き専門的な診療が可能な医療機関に迅速に搬送できるよう、消防機関と医療機関との連携体制の向上が重要です。

- (2) t-P A（発症4.5時間以内の脳梗塞に対して行われる血栓溶解療法（tissue-plasminogen activator））による血栓溶解療法が適応になると推定される患者は、3.5時間以内に医療機関へ搬送することが必要となっています。
- (3) なお、t-P A適応外の場合やt-P Aでは再開通が難しくなる主幹動脈閉塞の場合、脳血管内治療が有効となり、その実施件数は年々増加しています。
- (4) 本県では2009（平成21）年2月からドクターヘリの運航を開始し、出勤から救急現場到着まで、県内全域をおおむね20分以内でカバーしています。

求められる医療機能

(1) 目標

- 脳卒中を疑われる患者が、発症後遅くとも3.5時間以内に専門的な診療が可能な医療機関に到着できること
- また、3.5時間を超える場合でも、脳梗塞の場合は機械的血栓回収療法や経動脈的血栓溶解術等の血管内治療、脳出血の場合は血腫除去術、脳動脈瘤破裂によるくも膜下出血の場合は脳動脈瘤クリッピングやコイリング等の効果的な治療が行える

可能性があるため、できるだけ早く、専門的な治療が可能な医療機関へ搬送することが望ましいこと

(2) 本人及び家族等周囲にいる者に求められる事項

- 発症後速やかに救急搬送の要請を行うこと

(3) 救命救急士を含む救急隊員に求められる事項

- 地域メディカルコントロール協議会の定めたプロトコール(活動基準)に沿って、脳卒中患者に対する適切な観察・判断・処置を行うこと
- 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発症後遅くとも 3.5 時間以内に搬送すること

具体的施策

(1) 初期症状出現時の対応

- 初期症状やその対応、専門医療機関に関する情報について、県民に普及啓発を図ります。

【主な事業例】

市民公開講座（GSEN※による開催）、脳卒中ノートの作成、配布 等
※GSEN：群馬脳卒中救急医療ネットワーク
（GunmaStrokeEmergencyNetwork）。組織内を①t-PA、②脳卒中救急、③地域連携パス、④市民啓蒙の4グループに分割し、脳卒中の治療に関する活動から住民への普及啓発まで幅広く活動を行っている。

(2) 搬送時間の短縮

- 救急搬送情報をリアルタイムで共有できるシステムを有効に活用し、適切な搬送先を迅速に選定できる体制を整えることで救急搬送の効率化を図ります。

【主な事業例】

統合型医療情報システムの運用、傷病者の搬送及び受入に関する実施基準の運用 等

(3) 救命率の向上

- 救急救命士等による迅速かつ適切な判断・処置・搬送を実施するため、メディカルコントロール体制の強化を図ります。

【主な事業例】

群馬脳卒中救急医療ネットワーク（GSEN）全体会の共催、救急救命士等を対象としたPSLS※講習会の開催 等
※PSLS：早期治療による脳卒中の予後改善を目指し、プレホスピタルでの迅速な判断と処置、適切な医療機関への搬送を達成するために観察処置の標準化を目指したもの（Prehospital Stroke Life Support）

(4) ドクターヘリ等の運用

- ドクターヘリ、ドクターカーを適切に運用し、救命率の向上や後遺障害の軽減を目指します。

【主な事業例】

ドクターヘリ運航経費補助の実施、症例検討会の開催 等

3 急性期

現状と課題

脳卒中の救命率向上のためには、救急搬送に引き続き、医療機関での救命処置が迅速に連携して実施されることが重要であり、発症後、速やかな専門的診療が可能な体制が必要となっています。また、十分なリスク管理のもとにできるだけ発症後早期から積極的なリハビリテーションを行うことが勧められています。

- (1) 県「医療施設機能調査（2022（令和4）年度）」によると、脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施可能な医療機関は16病院、1診療所となっています。このうち12施設は24時間対応が可能です。また、脳血管内治療（虚血性）が可能な医療機関は、14病院となっています。このうち10施設は24時間対応が可能です。

脳梗塞に対する治療方法ごとの実施可能な医療機関数

（単位：施設数）

二．五次保健医療圏	県計	中部	西部	吾・渋・前	沼田	東部・伊
t-PA	17(12)	7(6)	5(2)	4(4)	2(2)	6(4)
脳血管内治療（虚血性）	14(10)	7(5)	3(2)	4(3)	1(1)	6(4)

※括弧内は、24時間対応可能な医療機関数。〔資料〕県「医療施設機能調査（2022年度）」

※二．五次保健医療圏ごとの集計であるため、その合計が県計と一致しない。

- (2) 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査（2020（令和2）年）」によると、本県の脳神経外科医師数は91人、脳神経内科医師数は73人です。

人口10万対の医師数は、脳神経外科医師が4.7人（全国5.8人）、脳神経内科医師が3.8人（全国4.6人）と、全国に比べて少ないことから、急性期の治療を担う脳神経外科医師や脳神経内科医師などの専門医師の育成・確保が必要となっています。

医師数（脳神経外科、脳神経内科）

（単位：人）

二．五次保健医療圏	県計	中部	西部	吾・渋・前	沼田	東部・伊
脳神経外科	91	41	26	33	7	25
脳神経内科	73	50	18	36	1	18

※二．五次保健医療圏ごとの集計であるため、その合計が県計と一致しない。

〔資料〕厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査（2016年）」

- (3) 県「医療施設機能調査（2022（令和4）年度）」によると、本県の急性期におけるリハビリテーションが実施可能な医療機関は49病院、4診療所となっています。
- (4) 脳卒中の治療では、専門チームによる診療や脳卒中の専用病室等での入院管理により予後を改善できることが明らかになってきています。急性期治療と並行して、集中的なリハビリテーションを実施できる脳卒中専用病室等を有する医療機関の体制整備が必要となっています。
- (5) 回復期等の医療機関との役割分担を明確化するとともに、それらの医療機関との連携の強化を図ることが必要となっています。また、急性期から維持期にかけて、誤嚥性肺炎等の合併症を歯科医師や歯科衛生士、言語聴覚士、認定看護師等と連携して予防することも重要です。

求められる医療機能

(1) 目標

- t-PA 静注療法の適応となる脳梗塞患者については、少しでも早く治療を開始すること
- 脳梗塞患者については機械的血栓回収療法の実施についても検討し、治療の適応となる患者に対して、速やかに治療を開始すること
- 専門的な治療を実施できない医療機関においては、画像伝送等の遠隔医療を利用して治療が実施可能な医療機関と連携を取り、転院搬送など適切な対応を検討すること
- 誤嚥性肺炎等の合併症の予防及び治療を行うこと
- 廃用症候群を予防し、早期にセルフケアについて自立できるためのリハビリテーションを実施すること

(2) 医療機関に求められる事項

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

- 血液検査や画像検査（エックス線検査、CT、MRI、超音波検査）等の必要な検査が24時間実施可能であること
- 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）
- 脳卒中評価スケール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
- 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。）
- 症状の重症度と画像所見に基づき、脳梗塞患者に対する機械的血栓回収療法の適応を検討し、適応がある患者に対しては速やかに治療を開始すること

第4章 疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

- t-PA 静注療法や機械的血栓回収療法、外科手術等の治療を実施できない医療機関においては、日本脳卒中学会が提言している「脳卒中診療における遠隔医療（Telestroke）」など、デジタル技術を活用した診療を行うことで、治療が実施可能な医療機関と連携をとり、転院搬送など適切な対応を検討すること
- 外科手術及び脳血管内手術が必要と判断した場合には来院後2時間以内の治療開始が可能であること
- 呼吸、循環、栄養等の全身管理、及び感染症や深部静脈血栓症等の合併症に対する診療が可能であること
- 合併症の中でも、特に誤嚥性肺炎の予防のために、口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関等を含め、多職種間で連携して対策を図ること
- リスク管理の下に早期座位・立位、関節可動域訓練、摂食・嚥下訓練、装具を用いた早期歩行訓練、セルフケア訓練等のリハビリテーションが実施可能であること
- 回復期（又は維持期）の医療機関等と診療情報やリハビリテーションを含む治療計画を共有するなどして連携していること
- 回復期（又は維持期）に、重度の後遺症等により自宅への退院が容易でない患者を受け入れる医療施設や介護施設等と連携し、その調整を行うこと
- 脳卒中の疑いで救急搬送された患者について、その最終判断を救急隊に情報提供することが望ましい

（3）医療機関の例

- 救命救急センターを有する病院
- 脳卒中の専用病室等を有する病院
- 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、有床診療所

具体的施策

（1）急性期の医療体制の確保

- 急性期における専門的診断・治療を24時間実施できる医療体制整備を推進します。
- t-PA治療や脳血管内治療を実施するための体制整備を促進し、急性期におけるリハビリテーションや地域連携クリティカルパスの普及を図ります。

（2）専門医師の確保

- 群馬県地域医療支援センターを核に、地域医療枠医師を含む若手医師に対するキャリアパスを活用して専門医師の育成・確保を図ります。

【主な事業例（在宅療養支援共通）】

地域医療支援センター運営、ぐんま地域医療リーダー養成キャリアパス 等

4 回復期

現状と課題

在宅復帰率の向上のため、急性期医療機関と回復期リハビリテーションを行う医療機関との連携強化及び在宅医療提供体制の確保を図ることが必要となっています。

※回復期リハビリテーション病棟への転院は発症後2か月以内が条件となります。

- (1) 県「医療施設機能調査（2022（令和4）年度）」によると、本県の回復期におけるリハビリテーションが実施可能な医療機関は65病院、30診療所となっています。日常生活動作（ADL：Activities of Daily Living）の向上等による社会復帰を促進するため、急性期リハビリテーションに継続して回復期リハビリテーションを行えるよう、医療提供体制の整備が必要となっています。

回復期の脳卒中リハビリテーション実施医療機関数

（単位：施設数）

二. 五次保健医療圏	県計	中部	西部	吾・渋・前	沼田	東部・伊
病院	65	15	29	15	6	15
診療所	30	11	10	9	2	9

※二. 五次保健医療圏ごとの集計であるため、その合計が県計と一致しない。

〔資料〕県「医療施設機能調査（2022年度）」

- (2) 県「医療施設機能調査（2022（令和4）年度）」によると、脳卒中の地域連携クリティカルパス導入医療機関は42病院、45診療所です。今後導入を検討している医療機関は、4病院、52診療所あります。

脳卒中の地域連携クリティカルパスの利用件数の増加や改良等による連携の一層の推進が必要となっています。

地域連携クリティカルパス導入医療機関数

（単位：施設数）

二. 五次保健医療圏	県計	中部	西部	吾・渋・前	沼田	東部・伊
病院	42	16	12	14	5	11
診療所	15	27	11	18	1	15

※二. 五次保健医療圏ごとの集計であるため、その合計が県計と一致しない。

〔資料〕県「医療施設機能調査（2022年度）」

- (3) なお、厚生労働省「患者調査（2017（平成29）年）」によると、脳血管疾患の治療後、在宅等生活の場に復帰できた患者は、本県では51.9%となっており、全国（55.2%）を下回っています。

求められる医療機能

(1) 目標

- 身体機能の早期改善のための集中的なリハビリテーションを実施すること
- 回復期の医療機関における医療提供体制を強化すること
- 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施すること
- 誤嚥性肺炎等の合併症の予防を図ること

(2) 医療機関に求められる事項

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

- 再発予防の治療（抗血小板療法、抗凝固療法等）や基礎疾患・危険因子の管理、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
- 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
- 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A D Lの向上を目的とした理学療法、作業療法、言語聴覚療法等のリハビリテーションが専門医療スタッフにより集中的に実施可能であること
- 合併症の中でも、特に誤嚥性肺炎の予防のために、口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関等を含め、多職種間で連携して対策を図ること
- 急性期及び維持期・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

(3) 医療機関の例

- リハビリテーションを専門とする病院、有床診療所
- 回復期リハビリテーション病棟を有する病院脳卒中に対する急性期の専門的医療を担う病院、有床診療所

具体的施策

(1) リハビリテーション支援体制の構築

- 急性期から回復期、維持期、在宅療養を通じ、医療機関や介護保険事業所等により一貫したリハビリテーションのサービスが提供されるよう、地域リハビリテーション支援体制の構築を推進します。回復期リハビリテーションの提供が可能な体制整備と多職種連携を推進します。

(2) 地域連携クリティカルパスの普及

- 急性期から回復期、維持期までの医療機関等の診療情報や治療計画の共有による切れ目のない適切な医療が提供できるよう、「ぐんまちゃんの脳卒中ノート」（群馬脳卒中医療連携の会編集）や地域連携クリティカルパスを活用して、関係機関の連携体制の充実を図ります。

【主な事業例（在宅療養支援共通）】

脳卒中ノートの作成・配布、地域連携クリティカルパスの導入 等

5 維持期・生活期（おおむね発症後6か月以降）

現状と課題

回復期での治療に加えて、生活機能を維持するためのリハビリテーションを実施し、在宅生活のための介護サービスを提供することが必要です。また、脳卒中は再発することも多く、患者の周囲にいる者に対し、適切に対応するための教育等を行うことが重要です。

なお、重度の後遺症等のため回復期の医療機関等への転院や退院が行えない患者に対する対応として、急性期の医療機関と在宅への復帰が容易ではない患者を受け入れる医療機関等との連携強化も必要となっています。

- (1) 県「医療施設機能調査（2022（令和4）年度）」によると、維持期における日常生活機能の維持・向上やリハビリテーションなどを担う在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援歯科診療所はそれぞれ28施設、202施設、123施設となっています。また、訪問看護ステーションは222施設となっています。

在宅療養の推進を図るため、在宅医療の提供可能な医療機関等を整備するとともに、医療と福祉との関わり合いなどの多職種による連携を図ることが必要となっています。

求められる医療機能

(1) 目標

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

(2) 医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関等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ます。

- 再発予防の治療、基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態への対応等が可能であること
- 生活機能の維持及び向上のためのリハビリテーション（訪問及び通所リハビリテーションを含む）が実施可能であること

第4章 疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

- 合併症の中でも、特に誤嚥性肺炎の予防のために、口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関等を含め、多職種間で連携して対策を図ること
- 介護支援専門員が、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
- 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
- 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

（3）医療機関の例

- 介護老人保健施設
（入所、通所、リハビリテーション及び訪問リハビリテーション等が可能な施設）
- 介護保険によるリハビリテーションを行う病院、診療所
- 歯科診療所

具体的施策

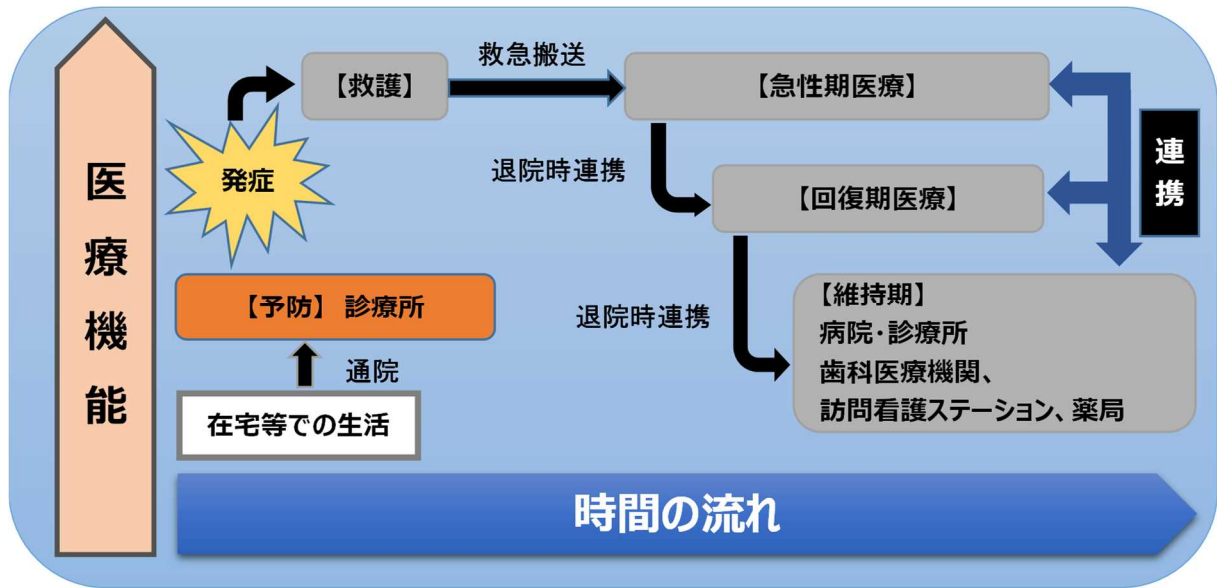
（1）在宅医療の提供体制の充実

- 看取りを含めた在宅医療の提供体制の充実を図るため、地域における在宅医療に係る設備整備や人材育成、多職種連携、県民に対する普及啓発等を推進します。
- 在宅療養への移行を円滑に進めるための冊子の作成等を通じ、在宅療養を希望する県民が住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう在宅医療の提供体制の整備にも積極的に取り組みます。
- 急性期から回復期、維持期、在宅療養を通じ、医療機関や介護保険事業所等により一貫したリハビリテーションのサービスが提供されるよう、地域リハビリテーション支援体制の構築を推進します。

【主な事業例（在宅療養支援共通）】

在宅療養支援診療所等の設備整備補助、人材育成・多職種連携等に係る研修及び補助、退院調整ルールの進行管理、在宅医療・介護連携支援パンフレットの配布 等

脳卒中の医療連携体制



第4章 疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

ロジックモデル

	現状と課題	番号	A 個別施策
予防	発症の予防には適切な生活習慣を身につけることと健康状態の把握が重要 ①高血圧性疾患及び糖尿病の年齢調整外来受療率（人口10万対）は、全国に比べやや高い ⇒定期的な外来受診による生活習慣の改善指導や基礎疾患の管理が重要 ②特定健康診査実施率、特定保健指導の実施率は全国平均を下回っている ⇒健診後の保健指導を通じて医療機関への受診勧奨することが課題	1	（１）適切な生活習慣の普及啓発 （２）たばこ対策 （３）健診等の受診率の向上
救護	脳卒中を疑うような症状が出現した場合、本人や家族等周囲にいる者は、速やかに専門の医療施設を受診できるよう行動することが重要 ○119番通報から病院収容までに要した時間は全国平均と比べて短い ⇒引き続き、消防機関と医療機関との連携体制の向上が重要	2	（１）初期症状出現時の対応 （２）搬送時間の短縮 （３）救命率の向上 （４）ドクターヘリ等の運用
急性期	脳卒中中の救命率向上のためには、救急搬送に引き続き、医療機関での救命処置が迅速に連携して実施されることが重要であり、発症後、速やかな専門的診療が可能な体制が必要。また、十分なリスク管理のもとにできるだけ発症後早期から積極的なリハビリテーションを行うことが勧められている。 ①脳神経外科医師、神経内科医師（人口10万対）は全国に対し、少ない ⇒専門医師の育成・確保が必要 ②急性期治療と並行して、集中的なリハビリテーションを実施できる脳卒中専用病室等を有する医療機関の体制整備が必要	3	（１）急性期の医療体制の確保 （２）専門医師の確保
回復期	在宅復帰率の向上のため、急性期医療機関と回復期リハビリテーションを行う医療機関との連携強化及び在宅医療提供体制の確保を図ることが必要 ①日常生活動作の向上等による社会復帰を促進するため、急性期リハビリテーションに継続して回復期リハビリテーションを行えるよう、医療提供体制の整備が必要 ②脳卒中中の地域連携クリティカルパスの利用件数の増加や改良等による連携の一層の推進が必要 ③脳血管疾患治療後、在宅等生活の場に復帰できた患者は、全国を下回っている		（１）リハビリテーション支援体制の構築 （２）地域連携クリティカルパスの普及
維持期・生活期	在宅生活のための介護サービスを提供すること、患者の周囲にいる者に対し、適切に対応するための教育等を行うことが必要。急性期の医療機関と在宅への復帰が容易ではない患者を受け入れる医療機関等との連携強化も必要。 ①在宅医療の提供可能な医療機関等を整備するとともに、医療と福祉との関わり合いなどの多職種による連携を図ることが必要	5	（１）在宅医療の提供体制の充実

第4章 疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

番号	B 目標		番号	C 最終目標	
1	脳卒中の発症を予防すること	特定健康診査の実施率 成人の喫煙率	1	脳卒中による死亡が減少している	脳血管疾患の年齢調整死亡率（人口10万対）
2	脳卒中を疑われる患者が、発症後遅くとも3.5時間以内（超える場合でも、できるだけ早く）に専門的な診療が可能な医療機関に到着できること。	脳血管疾患により救急搬送された患者数 救急要請から医療機関への搬送までに要した平均時間（脳疾患傷病者）	1		
3	①患者の来院後1時間以内（発症後4.5時間以内）に専門的な治療を開始すること（血管内治療など高度に専門的な治療を行える施設では、発症後4.5時間を超えても高度専門治療の実施について検討すること） ②誤嚥性肺炎等の合併症の予防及び治療を行うこと ③廃用症候群を予防し、早期にセルフケアについて自立できるためのリハビリテーションを実施すること	t-PAIによる血栓溶解療法が実施できる医療機関数 t-PAIによる血栓溶解療法の実施件数 脳血管内治療の実施件数	2	脳卒中患者が日常生活の場で質の高い生活を送ることができる	退院患者平均在院日数
4	①身体機能の早期改善のための集中的なリハビリテーションを実施すること ②再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施すること ③誤嚥性肺炎等の合併症の予防を図ること	地域連携クリティカルパス導入医療機関数	2		
5	①生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションを実施し、在宅等への復帰及び日常生活の継続を支援すること ②再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施すること ③誤嚥性肺炎等の合併症の予防を図ること	地域連携クリティカルパス導入医療機関数			

第4章 疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

目標値一覧

分類 B：目標 C：最終	番号		指標	現状		目標	
				数値	年次	数値	年次
B	1	①	特定健康診査の実施率		2023		2029
B	1	②	成人の喫煙率		2023		2029
B	2	①	脳血管疾患により救急搬送された患者数		2023		2029
B	2	②	救急要請から医療機関への搬送までに要した平均時間（脳疾患傷病者）		2023		2029
B	3	①	t-PAによる血栓溶解療法が実施できる医療機関数		2023		2029
B	3	②	t-PAによる血栓溶解療法の実施件数		2023		2029
B	3	③	脳血管内治療の実施件数		2023		2029
B	4	①	地域連携クリティカルパス導入医療機関数		2023		2029
B	5	①	地域連携クリティカルパス導入医療機関数		2023		2029
C	1	①	脳血管疾患の年齢調整死亡率（人口10万対）		2023		2029
C	2	①	退院患者平均在院日数		2023		2029

3 心筋梗塞等の心血管疾患の医療連携体制構築

- ◆ 心血管疾患を予防する生活習慣に関する県民の理解促進を図ります。
- ◆ 患者が発症した場合において、速やかに専門的な医療につなげる体制を確保します。
- ◆ 急性期における医療では、施設ごとの医療機能を明確にして、地域に適した施設間ネットワークの構築を促進します。
- ◆ 急性期から回復期・維持期へ、一貫して疾病管理プログラムとしての心臓血管リハビリテーションを継続できるネットワークの構築を目指します。
- ◆ **かかりつけ医等と専門的医療を行う施設が連携して、維持期における治療及び疾病管理としての維持期リハビリテーション体制の整備を目指します。**

概況

(1) 心血管疾患とは

心臓に起こる病気の総称である心疾患と、血管に起こる病気の総称である血管疾患に大別されます。心疾患には、虚血性心疾患（狭心症及び心筋梗塞等）、心臓弁膜症、不整脈、心不全などがあり、血管疾患には、閉塞性動脈硬化症や大動脈瘤、大動脈解離など、様々な疾患があります。

(2) 推計患者数

ア 心疾患

厚生労働省「患者調査（2014（平成26）年）」によると、全国では、虚血性心疾患の継続的な医療を受けている患者数は約78万人と推計されており、減少傾向にありますが、不整脈や心不全等その他の心疾患（高血圧性を除く）の患者数は約95万人であり、6年前と比べて約30%増加しており、心疾患全体でも増加傾向にあります。

心筋梗塞等を発症すると、手術後も適切な治療がなされないと心不全が繰り返される恐れがあることから、退院後も適切な治療を提供できる体制整備が課題となっています。

なお、本県では、虚血性心疾患の患者数は約11千人、その他の心疾患の患者数は約14千人と推計されており、6年前との比較では虚血性心疾患が減少、その他の心疾患が増加しており、全国と同様の傾向ですが、心疾患全体では減少傾向です。

イ 血管疾患

厚生労働省「患者調査（2014（平成26）年）」によると、全国では、大動脈瘤及び大動脈解離の継続的な医療を受けている患者数は約4.2万人と推計されており、増加傾向にあります。

急性大動脈解離は、死亡率が高く予後不良な疾患であり、発症後の死亡率は1時間ごとに1～2%ずつ上昇するといわれていることから、予後改善のためには迅速な診断と治療が重要となっています。

なお、本県では、大動脈瘤及び解離の患者数は約1千人と推計されています。

(3) 死亡数

ア 心疾患

厚生労働省「人口動態調査（2016（平成28）年）」によると、本県では、年間3千人を超える人が心疾患で亡くなり、死亡数全体の16.3%を占め、死亡原因の第2位です。また、心疾患で亡くなる人のうち、急性心筋梗塞による死亡数は13.8%で、概ね減少傾向にあります。

イ 血管疾患

厚生労働省「人口動態調査（2016（平成28）年）」によると、本県では、大動脈瘤及び解離の死亡数が年間3百人を超えており、増加傾向にあります。

(4) 年齢調整死亡率

厚生労働省「人口動態統計特殊報告（2015（平成27）年）」によると、本県の急性心筋梗塞の年齢調整死亡率（人口10万対）は、男性が12.7（全国16.2）、女性が4.8（全国6.1）であり、男女とも全国を下回っています。

(5) 救急搬送

総務省消防庁「救急・救助の現況（2017（平成29）年度版）」によると、全国の救急車で搬送された重症患者のうち、死亡に分類された方の疾病別割合を見ると、2016（平成28）年では全体の38.6%が心疾患等によるものであり、最も高い割合となっています。

1 予防

現状と課題

心血管疾患の危険因子は、高血圧、脂質異常症、糖尿病、慢性腎臓病（CKD）、メタボリックシンドローム、ストレス、喫煙などです。心血管疾患の発症予防のためにも、食生活を含めた生活習慣を改善して高血圧や脂質異常症、糖尿病などを予防するとともに、適切な治療を継続して重症化を防ぐことが重要です。

(1) 厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ（2015（平成27）年度）」によると、本県の特定健康診査の実施率は49.0%（全国50.1%）、特定保健指導の実施率は13.6%（全国17.5%）となっており、いずれも全国に比べ低くなっています。

(2) 生活習慣病の予防及び重症化防止を図るために、特定健康診査や職場における定期健康診断の受診率向上、生活習慣の改善支援を行う保健指導の推進、必要に応じて適切な医療機関への受診勧奨をすること等が重要です。

厚生労働省「患者調査（2014（平成26）年）」によると、高血圧性疾患及び糖尿病の年齢調整外来受療率（人口10万対）は、全国に比べ、本県はやや高くなっています。定期的な外来受診により、生活習慣の改善指導や基礎疾患の管理が重要となっています。

(3) 県「県民健康・栄養調査（2016（平成28）年度）」によると、本県の喫煙率は、男性が40.5%（全国30.2%）、女性が12.2%（全国8.2%）となっており、全国に比べ高くなっています。

(4) 2017（平成29）年4月時点で県内で禁煙外来を実施している医療機関は279施設であり、2013（平成25）年9月時点と比較して24施設増加しています。生活習慣病を改善するために、喫煙者に対する禁煙外来の受診勧奨が必要となっています。

求められる医療機能

(1) 目標

心筋梗塞等の心血管疾患の発症を予防すること

(2) 医療機関等に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関等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ます。

- 高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病、慢性腎臓病（CKD）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

具体的施策

(1) 健康管理

- 日頃から血圧や自身の健康管理に関心を持ち、定期的な運動や血圧測定をするよう、県民に運動習慣の形成や普及啓発を図ります。
- 塩分の取り過ぎによる動脈硬化を防ぐため、市町村保健師、管理栄養士、及び食生活改善推進員と連携し、食生活改善に係る普及啓発を行います。

(2) 健診等の受診率の向上

- 県民が自ら健康状態を把握できる機会を提供するとともに、メタボリックシンドロームなどの生活習慣病の危険因子の発見のため、特定健康診査等の受診を推進します。
- 生活習慣を改善する特定保健指導を推進し、生活習慣病の予防及び重症化防止を図ります。

(3) たばこ対策

- 喫煙が健康に及ぼす影響について、県民に普及啓発を図ります。

【主な事業例】

健康を支援する食環境づくり（減塩などの食生活改善）、適度な運動習慣の普及啓発、特定健診・保健指導従事者向け研修の実施、受動喫煙防止対策研修の実施、禁煙支援、県民公開講座の開催、未成年者と若い女性の喫煙防止研修の実施 等

（４）疾患等の知識の普及啓発、地域の連携促進

- 群馬心不全地域連携協議会による取組等を通じて、県民に疾患等の知識の一層の普及・啓発を図るほか、かかりつけ医を含めた地域の連携を促進します。

【主な事業例】

心不全健康管理手帳（群馬心不全地域連携協議会） 等

2 救護

現状と課題

急性心筋梗塞や急性大動脈解離を疑うような症状が出現した場合、本人や患者の周囲にいる者は速やかに救急要請を行うことが必要です。

- （１）総務省消防庁「救急・救助の現況（2017（平成 29）年度版）」によると、119 番通報から病院収容までに要した時間について、本県の 2016（平成 28）年における平均は 36.6 分（全国 39.3 分）と全国に比べやや短くなっています。専門的な診療が可能な医療機関に搬送できるよう、引き続き搬送機関と医療機関との迅速な連携体制の維持・向上が重要です。
- （２）急性心筋梗塞等の発症直後に病院外で心肺停止状態となった場合、救命率の改善のためには、周囲にいる者や救急救命士等による心肺蘇生の実施及び A E D の使用が重要となっています。
- （３）本県の公共施設への A E D 設置台数は、2017（平成 29）年 6 月 1 日現在で 2,555 台となっています。また、県「保健医療に関する県民意識調査（2016（平成 28）年）」によると、県民が A E D を認知している割合は 92.5%と多いですが、使ったことがあったり、使用方法についての講習等を受講したことがある割合は、合わせて 38.8%にとどまっています。
- （４）総務省消防庁「救急・救助の現況（2017（平成 29）年度版）」によると、心肺機能停止傷病者で搬送された人のうち、本県で一般市民により除細動が実施された件数は、2016（平成 28）年は 56 件であり増加傾向にあります。

なお、県「保健医療に関する県民意識調査（2016（平成28）年）」によると、救急搬送までに一般市民等に期待される救護に関する情報に関心を持っている県民は、約13%にとどまっています。

（5）本県では2009（平成21）年2月よりドクターヘリの運航を開始し、出勤から救急現場到着まで、県内全域をおおむね20分以内でカバーしています。

（6）また、初期症状出現時において、本人や患者の周囲にいる者の対応について、啓発が必要となっています。

【急性心筋梗塞や急性大動脈解離を疑うような症状とは】

- 急性心筋梗塞の初期症状は、突然の激しい胸痛で、胸骨裏面の締め付けられるような圧迫感が多く、通常ニトログリセリンは効きません。冷汗、悪心、嘔吐を伴うものも多く、しばしば左肩、左腕へ拡散し、胸痛は30分以上続くことが多いです。
- 急性大動脈解離は、引き裂かれるような激しい痛み（電撃痛）が、胸部、腹部、腰背部などに突然起こるのが特徴です。意識消失発作を起こしてしまう場合もあります。
- このような症状が見られるときは、速やかに救急要請を行うことが大切です

求められる医療機能

（1）目標

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

（2）本人及び**家族等周囲に求められる事項**

- 発症後速やかに救急搬送の要請を行うこと
- 心肺停止が疑われる者に対して、A E D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

（3）救命救急士を含む救急隊員に求められる事項

- 地域メディカルコントロール協議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

具体的施策

（1）搬送時間の短縮

- 救急搬送情報をリアルタイムで共有できる統合型医療情報システムを有効に活用し、救急搬送の効率化を図ります。

【主な事業例】

統合型医療情報システムの運用 等

(2) 救命率の向上

- AEDの使用や蘇生法等の適切な実施について、県民に対する普及啓発を推進します。
- 消防本部や日本赤十字社等が実施する救命救急に関する講習会の受講促進を図ります。

【主な事業例】

応急手当講習会の開催（各消防本部・日本赤十字社）等

(3) ドクターヘリ等の運用

- ドクターヘリ、ドクターカーを適切に運用し、救命率の向上や後遺障害の軽減を目指します。

【主な事業例】

ドクターヘリ運航経費補助の実施 等

(4) 初期症状出現時の対応

- 急性心筋梗塞や急性大動脈解離の初期症状やその対応について、県民に普及啓発を図ります。

3 急性期

現状と課題

施設ごとの医療機能を明確にして、地域の救急搬送圏の状況等を踏まえた上で、それぞれの地域に適した施設間ネットワークを構築することが必要です。

- (1) 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査（2016（平成28）年）」によると、県内の循環器内科医師数は171人、心臓血管外科医師数は44人です。

人口10万対の医療施設従事医師数は、循環器内科医師が8.7人（全国9.8人）、心臓血管外科医師が2.2人（全国2.5人）と、全国に対し少ない状況にあります。

循環器内科医師や心臓血管外科医師等、専門的な医療従事者の育成・確保が必要となっています。

- (2) 急性心筋梗塞等の救命率改善のためには、迅速な救急搬送に引き続き、医療機関での救命処置が迅速に実施されること、また、発症後、速やかな専門的診療が可能な体制が重要であり、急性期の医療を担う医療機関は、来院後30分以内に専門的治療が開始できる体制の整備や医療機関間の円滑な連携が必要となっています。

- (3) 県「医療施設機能調査（2016（平成28）年度）」によると、急性心筋梗塞等の急性期の診療ができる医療機関数は26施設あります。

また、急性心筋梗塞等に対する経皮的治療が実施できる医療機関数は、24施設であり、このうち、20施設は24時間対応が可能です。一部の保健医療圏で24時間の対応ができない圏域があります。

さらに、急性心筋梗塞等に対する緊急冠動脈バイパス手術が実施できる医療機関数は10施設であり、このうち、8施設は24時間対応が可能です。

なお、大動脈人工血管置換術が実施できる医療機関数は9施設であり、このうち、6施設は24時間対応が可能となっています。また、大動脈ステントグラフト内挿術が実施できる医療機関は6施設であり、このうち3施設は24時間対応可能です。

- (4) いずれの治療も、二、五次保健医療圏で見ると、対応が可能となっています。発症後早期の治療が重要であり、メディカルコントロール体制の充実・強化及び、それぞれの地域に適した施設間ネットワークを構築することが必要となっています。

急性期に対応可能な医療機関数

二、五次保健医療圏	県計	中部	西部	吾妻・ 渋川・前橋	沼田	東武・ 伊勢崎
急性心筋梗塞等に対する 経皮的治療	24 (20)	8 (8)	7 (7)	6 (6)	3 (1)	8 (6)
急性心筋梗塞等に対する 緊急バイパス手術	10 (8)	5 (5)	3 (1)	4 (4)	1 (1)	2 (2)
大動脈人工血管置換術	9 (6)	5 (4)	2 (1)	4 (3)	1 (1)	2 (1)
大動脈ステントグラフト 内挿術	6 (3)	3 (2)	1 (0)	2 (1)	1 (1)	2 (1)

※括弧内は、24時間対応可能な医療機関数。

※二、五次保健医療圏ごとの集計であるため、その合計が県計と一致しない。

〔資料〕県「医療施設機能調査（2016年度）」

- (5) 県「医療施設機能調査（2016（平成28）年度）」によると、急性期の心血管疾患リハビリテーションについて、対応可能な医療機関は23病院、3診療所です。合併症や再発の予防、早期の在宅復帰及び社会復帰のために、発症した日から患者の状態に応じて、運動療法、食事療法、患者教育等を実施する必要があります。

- (6) 厚生労働省「患者調査（2014（平成26）年）」によると、虚血性心疾患患者の平均在院日数は、5.3日（全国8.2日）であり、全国より短くなっています。

求められる医療機能

(1) 目標

- 患者の来院後速やかに初期治療を開始するとともに、30分以内に専門的な診療を開始すること
- 合併症や再発の予防、在宅復帰のための心血管疾患リハビリテーションを実施すること
- 再発予防の定期的専門的検査を実施すること

(2) 医療機関に求められる事項

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

- 心電図検査、血液生化学検査（採血した血液で様々な成分を分析し、体の異常を調べる検査）、心臓超音波検査、エックス線検査、CT検査、心臓カテーテル検査、機械的補助循環装置（心機能が回復するまでの間、一時的に心臓と肺の機能を補助・代行する装置）等必要な検査及び処置が24時間対応可能であること
- 心筋梗塞等の心血管疾患が疑われる患者について、専門的な診療を行う医師等が24時間対応可能であること
- ST上昇型心筋梗塞（血栓により冠動脈が閉塞し心筋壊死を生じた病態）の場合、冠動脈造影検査及び適応があればPCI（経皮的冠動脈形成術）を行い、来院後90分以内の冠動脈再疎通が可能であること
- 慢性心不全の急性増悪の場合、状態の安定化に必要な内科的治療が可能であること
- 呼吸管理、疼痛管理等の全身管理や、ポンプ失調、心破裂等の合併症対応が可能であること
- 虚血性心疾患に対する冠動脈バイパス術や大動脈解離に対する大動脈人工血管置換術等の外科的治療が可能又は外科的治療が可能な施設との連携体制がとれていること
- 電氣的除細動、機械的補助循環装置、緊急ペーシングへの対応が可能であること
- 運動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
- 抑うつ状態等への対応が可能であること
- 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

(3) 医療機関の例

- 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

具体的施策

(1) 専門医師の確保

- 循環器内科医師や心臓血管外科医師等、専門的な医療従事者の育成・確保を推進します。

【主な事業例】

地域医療支援センター運営、医師確保研修学研修資金貸与 等

(2) 急性期の医療機能の確保

- 急性期における専門的な診断・治療を行う医療機関の機能や体制の強化を図ります。また、二、五次保健医療圏ごとの広域的な連携体制の強化を図ります。

4 回復期**現状と課題**

回復期における治療、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体制の整備、及び急性期から回復期・維持期へ、一貫して心臓血管リハビリテーションを継続できる多職種によるネットワークの構築が必要です。

(1) 急性心筋梗塞

ア 急性期を脱した後は、不整脈、ポンプ失調等の治療やそれらの合併症予防、再発予防のための、基礎疾患や危険因子（高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病等）の管理、患者教育、運動療法等の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が、退院後も含めて継続的に行われます。

急性期治療の進歩等による入院期間短縮に伴い、入院中のリハビリテーションシステムの完遂が困難となり、外来通院によるリハビリテーション継続が推奨されていることから、心血管疾患リハビリテーション体制の整備が重要になっています。

慢性心不全患者の心不全増悪や再入院の防止のためにも、心不全増悪による入院中より心血管疾患リハビリテーションを開始し、退院後も継続することが重要です。

イ 県「医療施設機能調査（2016（平成28）年度）」によると、回復期の心血管疾患リハビリテーションについて、対応可能な医療機関は21病院、30診療所であり、このうち、心大血管リハビリテーション料の届出をしている医療機関は12病院、3診療所です。

回復期の心血管疾患リハビリテーション実施医療機関数（単位：施設）

二、五次保健医療圏	県計	中部	西部	吾妻・ 渋川・前橋	沼田	東武・ 伊勢崎
病院	21	7	7	5	4	5
診療所	30	11	9	10	3	8

※二、五次保健医療圏ごとの集計であるため、その合計が県計と一致しない。

〔資料〕県「医療施設機能調査（2016年度）」

ウ 県「医療施設機能調査（2016（平成28）年度）」によると、急性心筋梗塞等の地域連携クリティカルパスについて、導入医療機関は、6病院、32診療所です。今後、導入を検討している医療機関は、16病院、83診療所です。地域連携クリティカルパスの利用件数の増加や改良等による連携の一層の推進が必要となっています。

地域連携クリティカルパス導入医療機関数（単位：施設）

二．五次保健医療圏	県計	中部	西部	吾妻・ 渋川・前橋	沼田	東武・ 伊勢崎
病院	6	2	2	2	1	1
診療所	32	18	10	13	1	8

※二．五次保健医療圏ごとの集計であるため、その合計が県計と一致しない。

〔資料〕県「医療施設機能調査（2016年度）」

エ 厚生労働省「患者調査（2014（平成26）年）」によると、在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合は93.3%となっています。

（2）大動脈解離

急性期を脱した後は、術後の廃用性症候群の予防や、早期の退院と社会復帰を目指すことを目的に、運動療法、食事療法、患者教育等を含む多面的・包括的なリハビリテーションが行なわれます。

外科的治療の有無、解離の部位、合併症の状態等の患者の状態に応じた、適切な心血管疾患リハビリテーション体制の整備が重要になっています。

求められる医療機能

（1）目標

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

（2）医療機関に求められる事項

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

- 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態等の対応等が可能であること
- 心電図検査、電氣的除細動等急性増悪時の対応が可能であること
- 合併症併発時や再発時に緊急の内科的・外科的治療が可能な医療機関と連携していること
- 運動耐容能を評価した上で、運動療法、食事療法、患者教育等の心血管疾患リハビリテーションが実施可能であること
- 心筋梗塞等の心血管疾患の再発や重症不整脈などの発生時における対応法について、患者及び家族等への教育を行っていること
- 急性期の医療機関及び二次予防の医療機関と診療情報や治療計画を共有する等して連携していること

- 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促進させ、生活の質の向上を目指すこと

(3) 医療機関の例

- 内科、循環器科又は心臓血管外科を有する病院又は診療所

具体的施策

(1) 心血管疾患リハビリテーションの充実

- 心血管疾患リハビリテーションを実施する医療機関の増加を促進します。

(2) 地域の連携促進

- 各疾患及び急性期から回復期を経て在宅療養に至る各期を通じ継続性のある医療が提供されるよう、群馬心不全地域連携協議会による取組等を通じたかかりつけ医を含めた地域の連携を促進するほか、地域連携クリティカルパスを普及・改良し、医療機関における連携体制の構築を推進します。

5 再発予防

現状と課題

かかりつけ医等と専門的医療を行う施設が連携して、維持期における治療、及び疾病管理としての維持期リハビリテーション体制を整備することが必要です。

- (1) 心血管疾患リハビリテーションを提供する体制を整備するためには、地域の医療資源を効率的に用いて、多職種が連携できる体制を構築することが必要となっています。
- (2) 在宅に復帰した後は、在宅療養を継続できるよう、在宅でのリハビリや再発予防のための管理を薬局や訪問看護ステーション等と連携して実施することが重要となっています。
- (3) 術後合併症の予防や再発のリスクを下げる観点から、歯科医療機関と連携し、歯周病等の口腔疾患の治療や専門的口腔ケアに取り組むことが必要となっています。

求められる医療機能

(1) 目標

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

(2) 医療機関等に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関等は関係する診療ガイドラインに準じた診療を実施することが求められます。

- 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
- 急性期の医療機関と介護保険サービス事業所等が、再発予防の定期的専門的検査結果や、合併症併発時及び再発時の対応を含めた診療情報及び治療計画を共有し、連携すること
- 在宅での運動療法や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・薬局が連携して実施できること
- 歯周病菌と血管疾患との因果関係が指摘されていることから、歯科医療機関のサポートにより急性心筋梗塞患者の歯周病等の口腔疾患の治療と専門的口腔ケアを行うこと

(3) 医療機関の例

- 病院又は診療所
- 歯科診療所

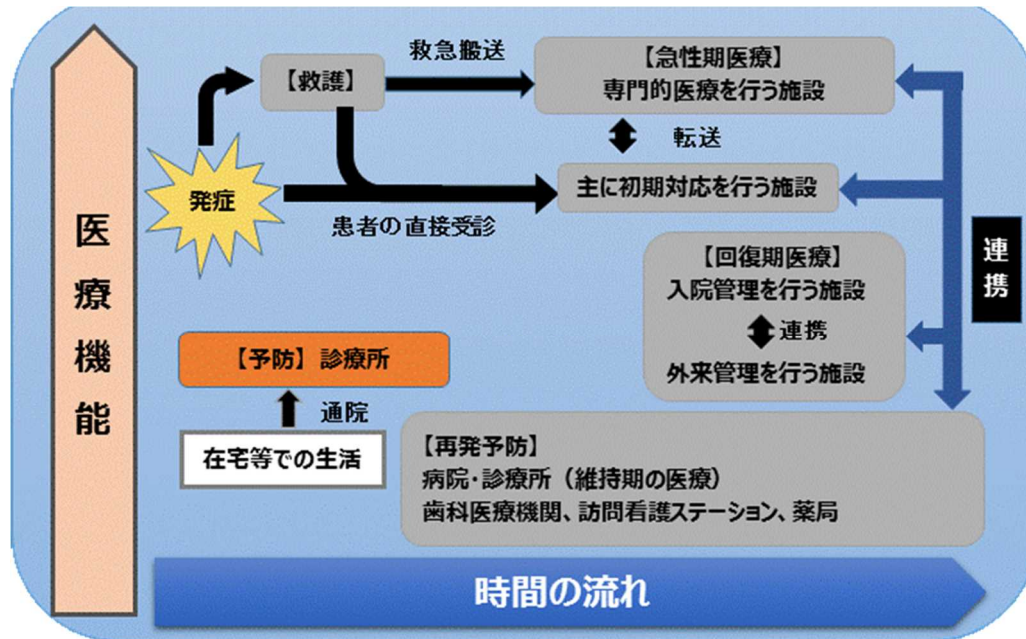
具体的施策

- 各期を通じ継続性のある医療が提供されるよう、群馬心不全地域連携協議会による取組等を通じた医療機関における連携体制の構築や多職種が連携できる体制の整備を促進します。
- 本人や患者の周囲にいる者に対し、再発時の適切な対応について普及啓発します。
- 慢性期・安定期の医療機能を担う医療機関による定期的な外来診療により、基礎疾患の管理を推進します。
- 在宅でのリハビリや再発予防の管理のため、医療機関（歯科医療機関を含む）、訪問看護ステーション及び薬局等の連携の強化を図ります。

【主な事業例】

心不全健康管理手帳（群馬心不全地域連携協議会）、医療・介護連携推進事業（退院調整関連事業、在宅医療に係る人材育成、多職種連携、普及啓発等事業）の実施 等

心筋梗塞等の心血管疾患の医療連携体制



第4章 疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

ロジックモデル

	現状と課題	番号	A 個別施策
予防	発症の予防には自分の体の状態の把握と生活習慣の改善や適切な治療が重要 ①特定健康診査実施率、特定保健指導の実施率は全国平均を下回っている ⇒健診後の保健指導を通じて医療機関への受診を勧奨することが課題 ②高血圧疾患及び糖尿病の年齢調整外来受療率（人口10万対）は全国に比べてやや高い ⇒定期的な外来受診による生活習慣の改善指導、かかりつけ医を含む医療機関の連携等が重要	1	(1) 健康管理 (2) 健診等の受診率の向上 (3) たばこ対策 (4) 疾患等の知識の普及啓発、地域の連携促進
救護	急性心筋梗塞や急性大動脈解離を疑うような症状が出現した場合、本人や患者の周囲にいる者は速やかな救急要請が必要 ①119番通報から病診収容までに要した時間は全国平均と比べてやや短い ⇒引き続き、搬送機関と医療機関等との迅速な連携体制の維持・向上が重要 ②一般市民により除細動が実施された件数は、減少傾向で、全国平均と比べてやや少ない。 ⇒AEDの使用や蘇生法等の適切な実施について県民に対する普及啓発を推進することが重要	2	(1) 救急搬送時間の短縮 (2) 救命率の向上 (3) ドクターヘリ等の運用 (4) 初期症状出現時の対応
急性期	施設毎の医療機能を明確にして、地域の救急搬送圏の状況を踏まえた上で、地域に適したネットワークの構築が必要 ①循環器内科医師数、心臓血管外科医師数（人口10万対）は全国に対し、少ない ⇒専門的な医療従事者の育成・確保が必要 ②急性心筋梗塞等に対する専門的治療は、二、五次保健医療圏では対応可能 ⇒速やかな専門的診療が実施できるよう、地域に適したネットワークの構築が必要	3	(1) 専門医師の確保 (2) 急性期の医療機能の確保
回復期	回復期における治療、心血管疾患リハビリテーション体制の整備、及び急性期から回復期・維持期へ、一貫してリハビリを継続できるネットワークの整備が必要 ①心血管疾患リハビリテーションに対応可能な医療機関は〇〇傾向（※）（届出施設数はほぼ横ばい） ⇒合併症や再発の予防、早期の在宅復帰等に資するため、心血管疾患リハビリテーションの体制整備が重要 ②地域連携クリティカルパスの導入医療機関数は〇〇傾向（※） ⇒地域連携クリティカルパスの普及・改良等による連携の一層の推進が必要 ③在宅等生活の場へ復帰した虚血性心疾患患者の割合は、約95%となっている。 ⇒かかりつけ医を含む医療機関の連携体制や心血管疾患リハビリテーションの体制整備のほか、在宅等生活の場への復帰に係る連携体制の構築・支援が重要 ※ 令和4年度医療施設機能調査の精査後記載	4	(1) 心血管疾患リハビリテーションの充実 (2) 地域の連携促進
再発予防	維持期における治療、及び心血管疾患リハビリテーション体制の整備による再発予防、基礎疾患・危険因子の管理が必要 ⇒在宅でのリハビリや再発予防のための管理を薬局や訪問看護ステーション等と連携して実施することが重要 ⇒歯科医療機関と連携し、歯周病等の口腔疾患の治療や専門的口腔ケアに取り組むことが必要	5	—

第4章 疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

番号	B 目標		番号	C 最終目標	
1	目標値	心筋梗塞等の心血管疾患の発症を予防すること	1	目標値	心筋梗塞等による死亡が減少している
		特定健康診査の実施率			心血管疾患・虚血性心疾患・心不全・大動脈疾患の年齢調整死亡率
		特定保健指導の実施率			
		成人の喫煙率			
		高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率			
		脂質異常症患者の年齢調整外来受療率			
2	目標値	心筋梗塞等の心血管疾患の疑われる患者が、できるだけ早期に専門的な診療が可能な医療機関に到着できること	2	目標値	健康寿命（男） 健康寿命（女） 在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患・大動脈疾患患者の割合
		救急要請から医療機関への搬送までに要した平均時間			
3	目標値	心臓機能停止疾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			
		①患者の来院後速やかに初期治療を開始するとともに、30分以内に専門的な治療を開始すること			
		②合併症や再発の予防、在宅復帰のための心血管疾患リハビリテーションを実施すること			
		③再発予防の定期的専門的検査を実施すること			
4	目標値	急性心筋梗塞等の急性期患者に24時間対応又オンコール対応できる医療機関数	2	目標値	在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患・大動脈疾患患者の割合
		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割合			
		入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数			
		心血管疾患・虚血性心疾患の退院患者平均在院日数			
5	目標値	①再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施すること	2	目標値	在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患・大動脈疾患患者の割合
		②合併症や再発の予防、在宅復帰のための心血管疾患リハビリテーションを入院又は通院により実施すること			
		③在宅等生活及び就労の場への復帰を支援すること			
		④患者に対し、再発予防などに関し必要な知識を教えること			
5	目標値	心血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数	2	目標値	在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患・大動脈疾患患者の割合
		地域連携クリティカルパス導入医療機関数			
		外来心血管リハビリテーションの実施件数			
		心血管疾患に対する療養・就労両立支援の実施件数			
5	目標値	①再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施すること	2	目標値	在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患・大動脈疾患患者の割合
		②在宅療養を継続できるよう支援すること			
5	目標値	予防と同じ	2	目標値	在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患・大動脈疾患患者の割合

第4章 疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

目標値一覧

分類 B：目標 C：最終	番号	指標	現状		目標	
			数値	年次	数値	年次
B	1	① 特定健康診査の実施率		2023		2029
B	1	② 特定保健指導の実施率		2023		2029
B	1	③ 成人の喫煙率		2023		2029
B	1	④ 高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率		2023		2029
B	1	⑤ 脂質異常症患者の年齢調整外来受療率		2023		2029
B	2	① 救急要請から医療機関への搬送までに要した平均時間		2023		2029
B	2	② 心肺機能停止疾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		2023		2029
B	3	① 急性心筋梗塞等の急性期患者に24時間対応又オンコール対応できる医療機関数		2023		2029
B	3	② 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割合		2023		2029
B	3	③ 入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数		2023		2029
B	3	④ 心血管疾患・虚血性心疾患の退院患者平均在院日数		2023		2029
B	4	① 心血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数		2023		2029
B	4	② 地域連携クリティカルパス導入医療機関数		2023		2029
B	4	③ 外来心血管リハビリテーションの実施件数		2023		2029
B	4	④ 心血管疾患に対する療養・就労両立支援の実施件数		2023		2029
B	5	- 予防と同じ		2023		2029
C	1	① 心血管疾患の年齢調整死亡率（男）		2023		2029
C	1	② 心血管疾患の年齢調整死亡率（女）		2023		2029
C	1	③ 虚血性心疾患の年齢調整死亡率（男）		2023		2029
C	1	④ 虚血性心疾患の年齢調整死亡率（女）		2023		2029
C	1	⑤ 心不全の年齢調整死亡率（男）		2023		2029
C	1	⑥ 心不全の年齢調整死亡率（女）		2023		2029
C	1	⑦ 大動脈疾患の年齢調整死亡率（男）		2023		2029
C	1	⑧ 大動脈疾患の年齢調整死亡率（女）		2023		2029
C	2	① 健康寿命（男）		2023		2029
C	2	② 健康寿命（女）		2023		2029
C	2	③ 在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患・大動脈疾患患者の割合		2023		2029

4 糖尿病の医療連携体制構築の取組

- ◆ 糖尿病の発症予防を推進するため、適切な生活習慣や糖尿病に関する知識の普及と**特定健康診査等**の実施の支援に取り組みます。
- ◆ 糖尿病の治療・重症化予防を推進するため、生活習慣等の指導の実施、良好な血糖コントロールを目指した治療に取り組みます。
- ◆ 医療連携体制の構築や専門職種によるチーム医療を推進し、妊娠糖尿病等専門的な治療や、急性合併症の治療に取り組みます。
- ◆ 慢性合併症の発症予防・治療・重症化予防が可能な体制構築を図ります。
- ◆ 他疾患の治療のため、入院中の患者の血糖管理を行える体制構築を図ります。
- ◆ 糖尿病であっても健康な方と同様の生活ができるよう、受療の確保等を行い医療機関の体制構築を図ります。

概況

(1) 糖尿病とは

糖尿病は、インスリン作用の不足による慢性の高血糖状態を主な特徴とする代謝疾患群です。

糖尿病は、主に、インスリンを合成・分泌する細胞の破壊・消失によるインスリン作用不足を主要因とする1型糖尿病と、インスリン分泌低下・抵抗性等をきたす遺伝因子に、過食、運動不足、肥満等の環境因子及び加齢が加わり発症する2型糖尿病に大別されます。

(2) 糖尿病有病者等の数

厚生労働省「国民健康・栄養調査（2016（平成28）年）」によると、全国の「糖尿病が強く疑われる者」（糖尿病有病者）は約1,000万人で、20歳以上の人口に占める割合は男性が16.3%、女性が9.3%となっています。また、「糖尿病の可能性が否定できない者」（糖尿病予備群）も約1,000万人、人口割合（20歳以上）は男性が12.2%、女性が12.1%となっています。

県「県民健康・栄養調査（2016（平成28）年）」によると、本県の「糖尿病が強く疑われる者」の人口割合（20歳以上）は男性が※%、女性が※%で、「糖尿病の可能性が否定できない者」の人口割合（20歳以上）は、男性が※%、女性が※%となっており、県民の約※人に1人が糖尿病が強く疑われる者か、その可能性が否定できない者となっています。

(3) 死亡数

厚生労働省「人口動態調査（2021（令和3）年）」によると、本県の糖尿病を直接死亡原因とした死亡数は242人であり、死亡数全体の約1.6%を占めています。

また、厚生労働省「人口動態統計特殊報告（2015（平成27）年）」によると、本県の糖尿病の年齢調整死亡率（人口10万対）は男女とも減少傾向にありますが、男性は

6.6人で全国（5.5人）を上回っており、女性は2.5人で全国（2.5人）並みとなっています。

（4）地域における連携

糖尿病の発症予防・重症化予防の観点から、市町村及び医療保険者等と医療機関が保健事業に係る情報共有や協力を行うなど、地域における連携が求められています。

1 予防

現状と課題

生活習慣の変化や高齢化に伴い糖尿病有病者数は増加傾向にあります。糖尿病の発症予防対策を強化することや、重症化する前に早期に糖尿病の診断につなげることが一層重要となっています。

（1）発症予防

糖尿病は、生活習慣と密接に関係していることから、発症予防には日頃から適切な栄養・食生活、適度な運動習慣、節酒などを心がけることが重要です。また、特定健康診査や職場における定期健康診断等で自らの健康状態を把握し、必要に応じて生活習慣の改善支援を行う特定保健指導等を活用することで、早期に食生活や運動などの生活習慣を改善することが重要です。

厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ（2021（令和3）年）」によると、本県の特定健康診査の受診率は55.9%（全国56.2%）、特定保健指導の実施率は19.7%（全国24.7%）となっており、いずれも全国に比べ低くなっています。

また、県「医療施設機能調査（2022（令和4）年度）」によると、糖尿病予備群への対応（食事・生活指導等）を実施している医療機関は88病院、532診療所となっています。

（2）早期発見

糖尿病は初期の段階では自覚症状（口渇・多飲・多尿等）がないまま進行します。このため、自らの健康状態を把握するためには、定期健康診断等を受診することが大切です。健康診断の結果、糖尿病が疑われれば、早期に適切な医療機関を受診することが重要です。また、症状出現時には、直ちに医療機関を受診することが必要です。

厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導について（2014（平成26）年）」によると、本県の特定健康診査受診者のうち、糖尿病治療薬服用者割合は5.3%であり、全国（4.9%）をやや上回っています。

（3）生涯を通じた健康管理

糖尿病の発症や重症化を予防し、健康寿命の延伸を図るためには、糖尿病以外の生活習慣病を改善するとともに習慣的な喫煙などを見直す等、県民一人ひとりの主体的な健

康づくりに加え、地域保健と職域保健が連携して生涯を通じた健康管理を支援することが必要です。

求められる医療機能（関係機関の役割）

（１）目標

- 生活習慣の改善等により糖尿病発症リスクを低減させること
- 特定健康診査・特定保健指導や健診後の受診勧奨を実施すること

（２）関係者に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関等は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ます。

- 適切な食生活、過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
 - 健診受診後に受動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
 - 糖尿病対策推進会議等を活用し、関係団体等と連携して糖尿病対策を推進すること
- （医療機関）
- 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

（３）関係者の例

- 群馬県、市町村及び保険者等
- 病院又は診療所

具体的施策

（１）糖尿病の知識の普及

- 糖尿病は生活習慣と密接に関係する疾病であるため、「元気県ぐんま21（群馬県健康増進計画）」に基づき、栄養・食生活、運動、喫煙、飲酒などの生活習慣の改善について健康教育を推進します。
- 糖尿病の発症予防には、日頃から自分の健康状態を把握し、必要に応じ早期に食生活や運動などの生活習慣を改善することが重要であることから、各関係機関と連携して糖尿病に関する講演会や相談会等を県民に向けて開催し、糖尿病発症予防に関する知識の普及啓発に取り組みます。

(2) 特定健康診査・特定保健指導等の効果的な実施の支援

- 保険者や事業所等と連携し、特定健康診査や職場における定期健康診断等の受診率向上を図り、肥満などの危険因子を有する糖尿病予備群に対して生活改善の個別指導や健康教育プログラムの提供を行うなど健康管理を支援します。あわせて、保健医療従事者への人材育成に取り組みます。
- 健診を受診しやすい環境整備（夜間健診・休日健診）や、健診未受診者への受診勧奨の取組を進めます。

(3) 地域特性に基づく対策の推進

- 特定健康診査のデータを中心とした分析を行い、県全体と市町村や職域別に健康課題の抽出と検討を進め、地域特性に基づいた効果的な対策の推進を図ります。

【主な事業例】

群馬県糖尿病対策推進協議会、県民公開講座、健康フェスタ、糖尿病セミナー、地域保健研修会、生活習慣病対策に係る人材育成研修会、地域・職域連携推進事業 等

2 初期・安定期治療

現状と課題

治療中断者を減少させるとともに、適切な生活習慣に対する患者教育を行い、長期的に血糖コントロールを良好にすることが課題となっています。

(1) 糖尿病患者の受療動向

ア 県「患者調査（2021（令和3）年）」によると、本県における糖尿病患者の圏域間の受療動向は、おおむね二、五次保健医療圏内で完結する傾向にあります。

なお、患者流出に関しては、渋川保健医療圏において流出率が45.3%と最も大きく、隣接する前橋保健医療圏への流出率（26.1%）が高くなっています。

一方、患者流入に関しては、吾妻健医療圏において流入率が37.5%と最も大きく、特に県外からの流入率（25.0%）が高くなっています。

患者流出・流入率（内分泌、栄養及び代謝疾患）

住所地	前橋	渋川	伊勢崎	高崎・安中	藤岡	富岡	吾妻	沼田	桐生	太田・館林
流出率	14.8%	43.5%	15.4%	16.9%	0.0%	28.6%	37.5%	4.0%	6.4%	7.2%
流入率	34.3%	23.5%	20.0%	14.5%	25.0%	16.7%	37.5%	11.1%	12.0%	14.7%

〔資料〕 県「患者調査（2021年）」

イ 糖尿病の慢性合併症を予防するため、自覚症状がなくても定期的な外来受診が重要です。

厚生労働省「患者調査（2017（平成29）年）」によると、糖尿病の年齢調整外来受療率（人口10万対）は、全国が98.6人（平成23年98.3人）に対し、本県は96.3人（平成29年83.8人）とやや高くなっています。

一方、糖尿病の年齢調整入院受療率（人口10万対）は、全国が8.2人（平成23年9.8人）に対し、本県は4.9人（平成23年7.2人）と低くなっています。

また、県「県民健康・栄養調査（令和4年度）」によると、「医療機関や健診で糖尿病といわれたことがある」と回答した人のうち、現在、糖尿病の治療の有無に「有」（治療を受けている）と回答した人の割合は※%となっています。

（2）医療提供体制の状況

ア 血糖コントロールを良好に保つために、身近なかかりつけ医を中心として、医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護師、管理栄養士等による各専門職種のチーム医療による医療サービスを提供できる体制を構築し、栄養・食生活指導や運動指導等を実施する必要があります。あわせて、治療が必要な人が未治療や治療中断とならないよう、医療機関・行政機関・各種関係職種や団体が連携する体制を整備することが重要です。

イ 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査（2020（令和2）年）」によると、主たる診療科別にみた県内の糖尿病内科（代謝内科）の医師数は**68人**、人口10万対では2.8人であり、全国（3.9人）と比べて少ない状況にあるとともに、圏域間の偏在が見られます。

なお、県内における専門医の状況については、以下のとおりです。

専門医の状況

二．五次保健医療圏	県計	中部	西部	吾妻・渋川・前橋	利根沼田	東部
日本糖尿病学会 専門医	78	41	24	36	0	13
日本糖尿病協会 療養指導医	57	29	18	24	0	9
日本糖尿病協会 登録医	38	16	9	14	0	11
日本糖尿病協会 歯科医師登録医	79	36	13	24	8	19

注）二．五次保健医療圏ごとの数は重複を含むため、その合計が県計と一致しない。

〔資料〕（一社）日本糖尿病学会ホームページ（平成29年9月現在）

（公社）日本糖尿病協会ホームページ（平成30年1月現在）

ウ 県「医療施設機能調査（2022（令和4）年度）」によると、糖尿病の初期・安定期治療が可能な医療機関（※1）は、**71病院、188診療所**となっています。また、患者に合併症予防の重要性について説明するなど、治療中断しないよう働きかけを実施している医療機関は、**92病院、587診療所**となっています。定期的に糖尿病教室を開催している医療機関は、**19病院、19診療所**となっています。

第4章 疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

初期・安定期治療が可能な医療機関数

二.五次医療圏	県計	中部	西部	吾妻・渋川・前橋	利根沼田	東部
病院	71	20	26	26	7	19
診療所	188	77	57	61	4	60

注) 二.五次保健医療圏ごとの数は重複を含むため、その合計が県計と一致しない。

[資料] 県「医療施設機能調査 (2022 年度)」

(※1) 以下のすべての項目を満たした医療機関

- ① 75g OGTTの実施及び評価ができること
- ② HbA1cの実施及び評価ができること
- ③ 食事療法、運動療法及び薬物療法等の血糖コントロールが実施できること
- ④ 低血糖及びシックデイの対応ができること
- ⑤ インスリン・GLP-1アナログ製剤の新規導入が実施できること
- ⑥ インスリン・GLP-1アナログ製剤による治療が実施できること

(3) 地域連携クリティカルパス

ア 糖尿病の合併症を予防するため、地域連携クリティカルパス（かかりつけ医と専門医療機関が連携するために共有して用いる診療計画表）等を活用し、かかりつけ医や専門医、その他保健医療従事者等が連携を強化することが必要となっています。

イ 県「医療施設機能調査 (2022 (令和4) 年度)」によると、地域連携クリティカルパス導入医療機関は、12 病院、78 診療所が参加しています。

(4) 歯科医師・歯科医療機関との連携

ア 歯周病と糖尿病は相互に影響を及ぼす関係にあり、安定した血糖コントロールを目指した歯周病対策が必要とされていることから、歯科と内科の連携が一層重要となっています。

イ 県「医療施設機能調査 (2022 (令和4) 年度)」によると、外来の糖尿病患者に対する専門的な口腔ケアを実施している歯科医療機関は 218 施設、現在は実施していないが実施が可能な歯科医療機関は 204 施設あります。

(5) 眼科医師との連携

糖尿病の合併症の一つに糖尿病網膜症があります。糖尿病網膜症はその進行に応じて視力の低下を来し、患者の生活の質に大きな影響を与えるおそれがあり、定期的に眼科医師との連携を図っていくことが重要です。

(6) 薬剤師・薬局の役割

ア 糖尿病の治療継続や重症化の防止のため、患者が薬物治療について正しく理解して服用等を行うことが重要となります。かかりつけ薬剤師・薬局の機能として、各医療機関が処方する薬のチェックを行い、服薬指導することがより一層重要となっています。

イ 県「保健医療に関する県民意識調査 (2022 (令和4) 年)」によると、かかりつけ薬剤師・薬局を決めている県民は 41.3% で、2016 (平成28) 年 (47.8%) と比べて減少しています。

(7) 低血糖・シックデイ対応

何らかの原因により血糖値が下がりすぎて、様々な症状を来した状態を低血糖症といいます。症状として、軽いものでは空腹感・冷や汗・ふるえなどの症状が現れ、重症になると頭痛・集中力の低下・痙攣・意識障害などの中枢神経系の症状が現れます。

また、糖尿病患者が発熱や下痢、嘔吐などを起こし、または食欲不振によって食事ができないときをシックデイといいます。シックデイの際には、高血糖や脱水意識障害等をきたす場合があります。

患者やその家族・周囲の者は、低血糖やシックデイが糖尿病の治療を行っている患者の誰でも起こる可能性があることを理解し、症状や正しい対応の知識を十分に身に付け、適切に対処できるようにしておくことが大切です。

また、かかりつけ医は、糖尿病患者が低血糖やシックデイとなった場合に備えて、事前に病態の情報提供を行うとともに、対応方法の指導を行うことが重要です。

求められる医療機能

(1) 目標

- 糖尿病の診断及び生活習慣の指導を実施すること
- 良好な血糖コントロールを目指した治療を実施すること

(2) 医療機関等に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関等は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ます。

- 糖尿病の診断及び生活習慣の教育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
- 食事療法、運動療法及び薬物療法による血糖コントロールが可能であること
- 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
- 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
- 低血糖及びシックデイの対応が可能であること
- 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
- 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
- 専門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
- 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する適切な対応等、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

第4章 疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

- 糖尿病対策推進会議や糖尿病性腎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
- 血管障害や感染症など関連する各専門診療科とも連携を行っていること
- 糖尿病に関する専門的な講演会等に治療を担当する医師が出席し、糖尿病治療に関する最新の情報を入手していること
- 歯周病菌と糖尿病との因果関係が指摘されているため、歯科医療機関による口腔ケアのサポートを受けること
- 在宅療養をサポートするため医療機関と薬局が連携していること
- 栄養・食生活指導を実施するため、医療機関と管理栄養士・栄養ケアステーションの連携が可能であること

(3) 医療機関等の例

- 病院又は診療所

具体的施策

(1) 医療連携体制の構築

- かかりつけ医と専門的な医療機関の連携、多職種による療養指導体制の充実、地域連携クリティカルパス等の普及により、症状に応じた医療が適切に提供できる体制構築を図ります。

(2) 歯科医療機関・薬局との連携

- 日々のセルフケアの励行や、症状がなくても歯科医療機関へ定期通院して歯石去除等の歯周病予防処置を受けるといった、受診行動の励行を図ります。
- ぐんまちゃんの糖尿病支援手帳等を普及拡大し、歯科・薬局と医科の連携を促進します。

(3) 治療中断の防止

- 糖尿病治療の中断防止を図るため、継続的な受診や治療の必要性について、引き続き県民への啓発に取り組みます。
- 地域での連携、各医療機関の連携、講演会等を通じ、かかりつけ医へ必要な情報提供を行い、治療中断の防止へ体制構築を図ります。
- かかりつけ医による患者やその家族への指導を促進します。

【主な事業例】

群馬県糖尿病対策推進協議会、糖尿病病診連携推進事業（県医師会による「ぐんまちゃんの糖尿病支援手帳」普及促進、群馬糖尿病地域連携ネット、病診連携に係る研修開催の支援等）、地域保健研修会、生活習慣病対策に係る人材育成研修会、地域・職域連携推進事業、8020県民運動推進特別事業、糖尿病性腎症重症化予防プログラム 等

3 専門治療

現状と課題

血糖コントロールが難しい患者に対して、より専門的な治療により血糖コントロールを良好にすることが課題となっています。

(1) 専門的な治療の医療提供体制の状況

- ア 治療中の患者の重症化を予防するため、かかりつけ医と専門医が連携して糖尿病の進行を防ぐことが重要となっています。
- イ 糖尿病の治療や合併症予防のための医療体制を充実するため、医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護師、管理栄養士等による各専門職種のチーム医療が重要となっています。
- ウ 県「医療施設機能調査（2022（令和4）年度）」によると、糖尿病の専門的な治療に対応可能な医療機関（※2）は、23 病院、2 診療所となっています。
 具体的には、専任スタッフを配置し、糖尿病専門外来を実施している医療機関は、53 病院、39 診療所あります。プログラムに従った糖尿病教育入院を実施している医療機関は、36 病院、2 診療所あります。地域において、糖尿病に関する病診連携を積極的に実施している医療機関は、30 病院、84 診療所あります。

専門治療に対応可能な医療機関数

二.五次医療圏	県計	中部	西部	吾妻・渋川・前橋	利根沼田	東部
病院	23	8	9	8	7	5
診療所	2	1	0	1	1	60

※二. 五次保健医療圏ごとの集計であるため、その合計が県計と一致しない。

〔資料〕県「医療施設機能調査（R4 年度）」

（※2）以下のすべての項目を満たした医療機関

- ① 専任スタッフを配置し、糖尿病専門外来を実施していること
- ② プログラムに従った糖尿病教育入院を実施していること
- ③ 地域において糖尿病に関する病診連携に積極的に取り組んでいること

エ 日本糖尿病療養指導士認定機構によると、医師の指示下で患者に適切な療養指導を行う日本糖尿病療養指導士（CDEJ）は、県内に 322 人います（2021（令和3）年現在）。

また、日本看護協会によると、糖尿病について高い看護実践ができる糖尿病看護認定看護師は、県内に 13 人います（2018（平成30）年1月現在）。

オ 群馬県糖尿病療養指導士認定機構によると、群馬県における糖尿病教育の正しい知識と技術の普及・啓発を図り、医師の指示下で熟練した療養指導を行う群馬県糖尿病療養指導士（G-CDEL）は、242 人います（2017（平成29）年5月現在）。

(2) 退院患者の平均在院日数

厚生労働省「患者調査（2014（平成26）年）」によると、本県の糖尿病患者の退院患者の平均在院日数は17.1日で、全国（35.1日）と比べ、大きく下回っています。

求められる医療機能

(1) 目標

- 血糖コントロール指標を改善するために、教育入院等の集中的な治療を実施すること

(2) 医療機関に求められる事項

次に掲げる事項を含め、該当する医療機関は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ます。

- 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
- 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
- 各専門職種のチームによる、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
- 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
- 糖尿病の初期・安定期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
- 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
- 糖尿病対策推進会議や糖尿病性腎症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

(3) 医療機関の例

- 糖尿病内科を有する病院または診療所

具体的施策

(1) かかりつけ医と専門的な医療機関の連携の促進

- 地域連携クリティカルパス等の活用により、かかりつけ医や専門的な医療機関等の連携強化を促進します。

(2) 医療従事者の育成

- 教育入院等の集中的な治療を行うため、医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護師、管理栄養士等の育成や資質の向上を図ります。また、療養指導の高い技術力を持つ糖尿病療養指導士の活用を促進します。
- 糖尿病の療養指導における医療関係職種の役割分担とチーム医療を促進します。

【主な事業例】

群馬県糖尿病対策推進協議会、糖尿病病診連携推進事業、生活習慣病対策に係る人材育成研修会 等

4 急性合併症治療**現状と課題**

生命に危険が及ぶ急性合併症を発症した場合、専門の治療が必要となるため、対応可能な医療体制の充実が課題となっています。

【急性合併症とは】

- ・ 高血糖による急性合併症
○○○○○
- ・ 低血糖による急性合併症
○○○○○

(1) 医療提供体制の状況

- ア** 糖尿病昏睡等の急性合併症について、救急搬送及び24時間体制の専門医療機関での対応が必要です。
- イ** 県「医療施設機能調査（2022（令和4）年度）」によると、糖尿病昏睡等の急性合併症の治療が対応可能な医療機関（※3）は、30施設となっています。

糖尿病昏睡等の急性合併症の治療が対応可能な医療機関数

二.五次医療圏	県計	中部	西部	吾妻・渋川・前橋	利根沼田	東部
医療機関数	30	11	12	9	3	10

注) 二.五次保健医療圏ごとの数は重複を含むため、その合計が県計と一致しない。

〔資料〕県「医療施設機能調査（2022年度）」

（※3）糖尿病の専門的な治療に対応可能な医療機関（※2）に該当し、かつ、以下のすべての項目を満たした医療機関

- ① 糖尿病合併症患者の受入れが可能であること
- ② 常時、糖尿病代謝失調（ケトアシドーシス、高血糖高浸透圧症候群、重症低血糖）に対応できること
- ③ 糖尿病患者の夜間における救急搬送が受入れ可能であること
- ④ 糖尿病患者の救急搬送受入れの相当数の実績があること

第4章 疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

ウ 県「医療施設機能調査（2022（令和4）年度）」によると、直近1年間の糖尿病患者の救急搬送受入を行った医療機関は42施設で、このうち31施設が休日や夜間の受入に対応しています。

求められる医療機能

（1）目標

- 糖尿病昏睡等急性合併症の治療を実施すること

（2）医療機関に求められる事項

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

- 糖尿病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
- 糖尿病の予防治療を行う医療機関、教育治療を行う医療機関及び慢性合併症の治療を行う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

（3）医療機関の例

- 糖尿病内科を有する病院又は有床診療所

具体的施策

（1）かかりつけ医と専門的な医療機関の連携の促進〔再掲〕

- 地域連携クリティカルパス等の活用により、かかりつけ医や専門的な医療機関等の連携強化を促進します。

（2）医療従事者の育成〔再掲〕

- 教育入院等の集中的な治療を行うため、医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護師、管理栄養士等の育成や資質の向上を図ります。また、療養指導の高い技術力を持つ糖尿病療養指導士の活用を促進します。
- 糖尿病の療養指導における医療関係職種の役割分担とチーム医療を促進します。

【主な事業例】

群馬県糖尿病対策推進協議会、糖尿病病診連携推進事業、生活習慣病対策に係る人材育成研修会 等

5 慢性合併症治療

現状と課題

合併症の専門治療を行う医療体制の充実が課題となっています。特に、眼科・皮膚科等の専門医を有する医療機関や人工透析を実施する医療機関が相互に連携して必要な治療を実施することが重要です。

(1) 糖尿病性腎症

- ア 日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」によると、本県における慢性透析患者数は、2021（令和3）年は6,367人（2020（令和2）年6,258人、2019（令和元）年6,217人）で、横ばいの状態となっています。
- イ 日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」によると、本県における2021（令和3）年の、糖尿病性腎症による新規透析導入患者数（人口10万対）は16.8人で、全国（12.2人）と比べ、高くなっています。また、本県における2021（令和3）年の新規透析導入患者数のうち、原疾患が糖尿病性腎症である割合は44.4%で、全国（40.2%）をやや上回っています。
- ウ 本県の人工透析実施医療機関は、45病院、36診療所となっています（県「統合型医療情報システム」2017（平成29）年5月現在）。
- エ 糖尿病性腎症の早期発見及び早期治療は、腎臓の機能低下を防いだり、透析治療に至らせないために重要であるため、かかりつけ医や透析予防外来を実施している医療機関、腎臓内科の専門医等との連携を強化することが課題となっています。
- 「医療施設機能調査（2022（令和4）年度）」によると、透析予防外来を実施している医療機関は、13病院、16診療所あります。
- また、重症化を防ぐための取組として、糖尿病教室等を活用した合併症の予防知識の普及啓発や、適切な医療機関への受診勧奨が必要となっています。

(2) 糖尿病網膜症

県「医療施設機能調査（2022（令和4）年度）」によると、糖尿病網膜症のレーザー治療を実施している医療機関は、23病院、20診療所あり、硝子体手術を実施している医療機関は、12病院、1診療所となっています。

(3) 糖尿病足病変

県「医療施設機能調査（2022（令和4）年度）」によると、糖尿病足病変（壊疽）の治療に対応できる医療機関は、49病院、51診療所あり、フットケアを実施している医療機関は、43病院、83診療所となっています。

(4) その他の疾患との関連

糖尿病は、上記(1)～(3)の合併症以外に、脳卒中や急性心筋梗塞といった重大な動脈硬化性疾患を引き起こす可能性があるほか、歯周病との関連や、がんや認知症発症との関連も指摘されています。

求められる医療機能

(1) 目標

- 糖尿病の慢性合併症の専門的な治療を実施すること

(2) 医療機関に求められる事項

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

第4章 疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

- 糖尿病の慢性合併症（糖尿病性腎症、糖尿病網膜症、糖尿病神経障害、歯周病等）について、それぞれ専門的な検査・治療が実施可能であること（単一医療機関ですべての合併症治療が可能である必要はない）
- 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、尿中微量アルブミン量検査、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合併症の治療を行う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

（3）医療機関の例

- 糖尿病内科、腎臓内科、眼科等を有する病院又は診療所

具体的施策

（1）慢性腎臓病対策の推進

- 糖尿病との関連の深い慢性腎臓病（CKD）対策を図るため、県民公開講座等による普及啓発、保健医療連携体制の構築に向けた検討、保健医療従事者の人材育成・資質向上対策を実施します。
- 重症化予防のため、かかりつけ医と透析予防外来等を実施する医療機関や腎臓内科の専門医等との連携、かかりつけ医による尿中アルブミン検査等を通じた早期診断を促進し、新規透析導入患者を減らすよう取り組みます。

【慢性腎臓病（CKD）とは】

CKDとは、腎臓の働きが健康な人の60%未満に低下するか、あるいはたんぱく尿が出るといった腎臓の異常が続く状態をいいます。進行すると、腎不全や人工透析、心筋梗塞、脳卒中などのリスクが高まります。CKDの初期は、自覚症状がありません。早期発見のために、定期的な健康診断を受けることが重要です。CKDの発症には、高血圧、糖尿病、脂質異常症などの生活習慣病が深く関係しているため、バランスのよい食事や運動などすることで予防していくことが大切です。

（2）糖尿病合併症に対する健康教育の推進

- 合併症に対する予防や受診について、県民への普及啓発に取り組みます。
- 教育入院が終了した後の生活習慣の改善が継続実施できるよう、患者やその家族等に対する生活指導等に取り組むなど、地域の保健活動の体制を整備します。

(3) 医療連携体制の構築

- 糖尿病の専門的医療機関が、眼科・皮膚科等の専門医を有する医療機関や人工透析の実施可能な医療機関、歯科医療機関などと連携して治療できる体制の整備を促進します。

【主な事業例】

群馬県糖尿病対策推進協議会、群馬県慢性腎臓病対策推進協議会、健康フェスタ、県民公開講座、糖尿病病診連携推進事業 等

6 他疾患治療中の血糖管理

現状と課題

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血糖管理が課題となっています。糖尿病の初期・安定期治療・専門的治療・急性・慢性合併症の治療を行う医療機関等と情報共有するなどの連携が重要です。

(1) 医療提供体制の状況〔再掲〕

ア 血糖コントロールを良好に保つために、身近なかかりつけ医を中心として、医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護師、管理栄養士等による各専門職種のチーム医療による医療サービスを提供できる体制を構築し、栄養・食生活指導や運動指導等を実施する必要があります。あわせて、治療が必要な人が未治療や治療中断とならないよう、医療機関・行政機関・各種関係職種や団体が連携する体制を整備することが重要です。

イ 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査（平成28年）」によると、主たる診療科別にみた県内の糖尿病内科（代謝内科）の医師数は56人、人口10万対では2.8人であり、全国（3.9人）と比べて少ない状況にあるとともに、圏域間の偏在が見られます。

なお、県内における専門医の状況については、以下のとおりです。

専門医の状況

二．五次保健医療圏	県計	中部	西部	吾妻・渋川・前橋	利根沼田	東部
日本糖尿病学会 専門医	78	41	24	36	0	13
日本糖尿病協会 療養指導医	57	29	18	24	0	9
日本糖尿病協会 登録医	38	16	9	14	0	11
日本糖尿病協会 歯科医師登録医	79	36	13	24	8	19

注）二．五次保健医療圏ごとの数は重複を含むため、その合計が県計と一致しない。

〔資料〕（一社）日本糖尿病学会ホームページ（平成29年9月現在）

（公社）日本糖尿病協会ホームページ（平成30年1月現在）

ウ 食事療法、運動療法及び薬物療法等の血糖コントロールを実施できる医療機関数は、県「医療施設機能調査（2022（令和4）年）」によると病院119施設の内91施設

第4章 疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

(76.4%)、医院 1,089 施設の内 572 施設 (52.5%) が実施できると回答。病院・医院合計では 54.8%は実施ができると回答しています。

(2) 地域連携クリティカルパス〔再掲〕

ア 地域連携クリティカルパス（かかりつけ医と専門医療機関が連携するために共有して用いる診療計画表）等を活用し、かかりつけ医や専門医、その他保健医療従事者等が連携を強化することが必要となっています。

イ 県「医療施設機能調査（2022（令和4）年度）」によると、地域連携クリティカルパス導入医療機関は、12 病院、78 診療所あります。

求められる医療機能

(1) 目標

- 周術期や感染症入院時等、他疾患の治療のために入院中の患者の血糖値を把握し適切な血糖値管理を行うための体制整備を行うこと

(2) 医療機関に求められる事項

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

- 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、住宅医療や訪問看護、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

(3) 医療機関の例

- 糖尿病内科を有する病院又は有床診療所

具体的施策

(1) 医療連携体制の構築〔再掲〕

- かかりつけ医と専門的な医療機関の連携、多職種による療養指導体制の充実、地域連携クリティカルパスの普及により、症状に応じた医療が適切に提供できる体制構築を図ります。

(2) 医療従事者の育成〔再掲〕

- 教育入院等の集中的な治療を行うため、医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護師、管理栄養士等の育成や資質の向上を図ります。また、療養指導の高い技術力を

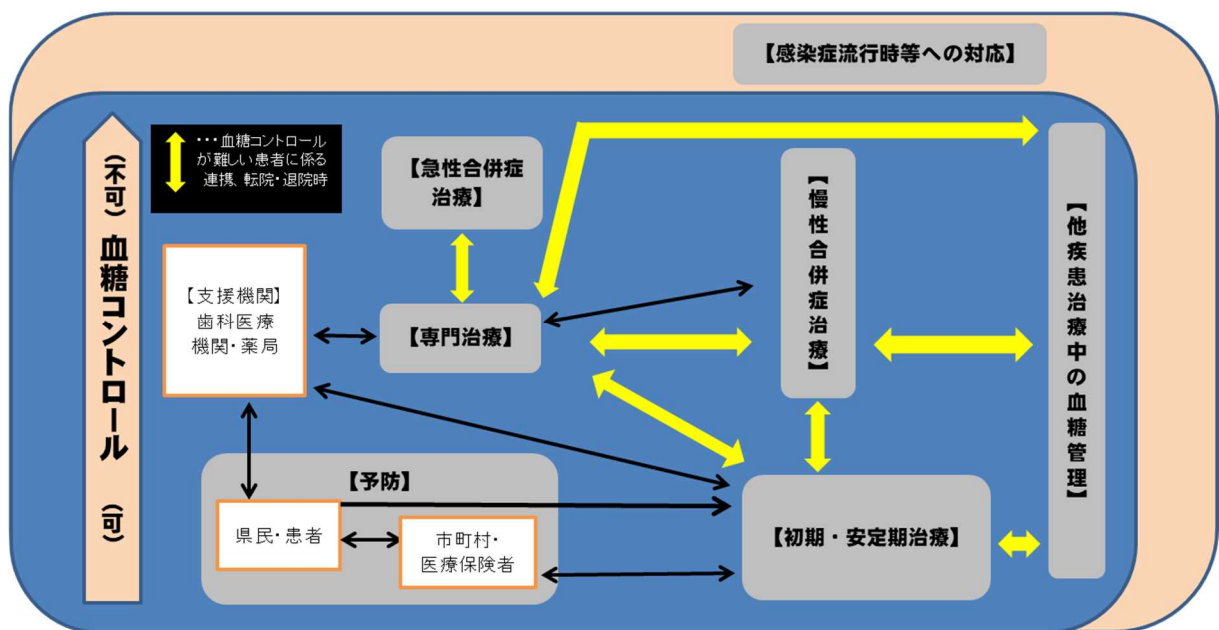
持つ糖尿病療養指導士の活用を促進します。

- 糖尿病の療養指導における医療関係職種の役割分担とチーム医療を促進します。

【主な事業例】

群馬県糖尿病対策推進協議会、糖尿病病診連携推進事業、生活習慣病対策に係る人材育成研修会 等

7 糖尿病の医療連携体制



8 感染症流行時への対応

検討中

第4章 疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

ロジックモデル

現状と課題		番号	A 個別施策
予防	糖尿病の発症予防対策を強化することや、重症化する前に早期に糖尿病の診断につなげることが重要 ①日頃から適切な栄養・食生活、適度な運動習慣、節酒などを心がけることが重要 ⇒栄養・食生活、運動、喫煙、飲酒などの生活習慣の改善について健康教育を推進することが必要 ②定期健康診断等を受診し、糖尿病が疑われれば、早期に適切な医療機関を受診することが重要 ③特定健康診査実施率、特定保健指導の実施率は全国平均を下回っている ⇒健診後の保健指導を通じて医療機関への受診を勧奨することが課題 ④地域保健と職域保健が連携して生涯を通じた健康管理を支援することが必要	1	(1) 糖尿病の知識の普及 (2) 特定健康診査等の効果的な実施の支援 (3) 地域特性に基づく対策の推進
	治療中断者を減少させるとともに、適切な生活習慣に対する患者教育を行い、長期的に血糖コントロールを良好にすることが重要 ①自覚症状がなくても定期的な外来受診が重要 ②各専門職種のチーム医療による医療サービスを提供できる体制を構築が必要 ③医療機関・行政機関・各種関係職種や団体が連携する体制を整備することが重要 ④低血糖やシックデイの症状や正しい対応の知識を十分に身に付け、適切に対処できるようにしておくことが重要	2	(1) 医療連携体制の構築 (2) 歯科医療機関・薬局との連携 (3) 治療中断の防止
専門治療	血糖コントロールが難しい患者に対しては、より専門的な治療により血糖コントロールを良好にすることが重要 ①かかりつけ医と専門医が連携して糖尿病の進行を防ぐことが重要 ②各専門職種のチーム医療による医療サービスを提供できる体制を構築が必要 ③教育入院糖の集中的な治療を行うためには医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護師、管理栄養士等の育成や資質の向上が必要	3	(1) かかりつけ医と専門的な医療機関の連携の促進 (2) 医療従事者の育成
急性合併症治療	生命に危険が及ぶ急性合併症（高血糖または低血糖等による意識障害等）に対応可能な医療体制の充実が重要 ①糖尿病昏睡等の急性合併症について、救急搬送及び24時間体制の専門医療機関での対応が必要		
慢性合併症治療	合併症の専門治療を行う医療体制の充実が必要 ①眼科・皮膚科等の専門医を有する医療機関や人工透析を実施する医療機関が相互に連携して必要な治療を実施することが重要 ②歯科医療機関と連携し、歯周病等の口腔疾患の治療や専門的口腔ケアに取り組むことが必要	4	(1) 慢性腎臓病対策の推進 (2) 糖尿病合併症に対する健康教育の推進 (3) 医療連携体制の構築
他疾患治療中の血糖管理	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血糖管理が重要 ①かかりつけ医と専門医が連携して糖尿病の進行を防ぐことが重要 ③医療機関・行政機関・各種関係職種や団体が連携する体制を整備することが重要	5	(1) 医療連携体制の構築 (2) 医療従事者の育成
感染症流行時等への対応	検討中	6	検討中

第4章 疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

番号	B 目標		番号	C 最終目標	
1	- 生活習慣の改善等により糖尿病発症リスクを低減させること - 特定健康診査・特定保健指導や検診後の受診勧奨を実施すること		1	糖尿病による死亡が減少している	
	特定健康診査の実施率			目標値	糖尿病患者の年齢調整死亡率
	特定保健指導の実施率				糖尿病を直接死亡原因とした死亡数
	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の人数				
	糖尿病有病者数				
2	- 糖尿病の診断及び生活習慣の指導を実施すること - 良好な血糖コントロールを目指した治療を実施すること		2	糖尿病患者が日常生活の場で健康な方と同様の生活を送ることができる	
	治療継続者の割合の増加			目標値	健康寿命（男）
	地域連携クリティカルパス導入医療機関数				健康寿命（女）
3	- 血糖コントロール指標を改善するために、教育入院等の集中的な治療を実施すること 1型糖尿病や妊娠糖尿病・糖尿病合併妊娠に対する専門的な治療を実施すること		5	糖尿病性腎症に対する人工透析実施件数〔レセプト件数〕	
	教育入院を行う医療機関数			目標値	糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数
	1型糖尿病に対する専門的な治療を行う医療機関数				糖尿病合併症管理料のレセプト件数
	退院患者平均在院日数（糖尿病）				
4	糖尿病昏睡等急性合併症の治療を実施すること		6	検討中	
	目標値	糖尿病昏睡等の急性合併症の治療が対応可能な医療機関数		目標値	検討中
5	- 糖尿病の慢性合併症の専門的な治療を実施すること - 糖尿病の慢性合併症の発症予防・重症化予防のための検査・指導実施すること		7	検討中	
	糖尿病性腎症に対する人工透析実施件数〔レセプト件数〕			目標値	検討中
	糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数				
	糖尿病合併症管理料のレセプト件数				
6	周術期や感染症入院時等、他疾患の治療のために入院中の患者の血糖値を把握し適切な血糖値管理を行うための体制整備を行うこと		3	感染流行時等の非常時にも、継続的に医療を受けられる	
	目標値	検討中		目標値	検討中
7	検討中		3	検討中	
	目標値	検討中		目標値	検討中

第4章 疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

目標値一覧

分類 B：目標 C：最終	番号		指標	現状		目標	
				数値	年次	数値	年次
B	1	①	特定健康診査の実施率		2023		2029
B	1	②	特定保健指導の実施率		2023		2029
B	1	③	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の人数		2023		2029
B	1	④	糖尿病有病者数		2023		2029
B	1	⑤	糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数		2023		2029
B	2	①	治療継続者の割合の増加		2023		2029
B	2	②	地域連携クリティカルパス導入医療機関数		2023		2029
B	3	①	教育入院を行う医療機関数		2023		2029
B	3	②	1型糖尿病に対する専門的治療を行う医療機関数		2023		2029
B	3	③	退院患者平均在院日数（糖尿病）		2023		2029
B	4	①	糖尿病昏睡等の急性合併症の治療が対応可能な医療機関数		2023		2029
B	5	①	糖尿病性腎症に対する人工透析実施件数〔レセプト件数〕		2023		2029
B	5	②	糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数		2023		2029
B	5	③	糖尿病合併症管理料のレセプト件数		2023		2029
B	6	①	検討中		2023		2029
B	7	①	検討中		2023		2029
C	1	①	糖尿病患者の年齢調整死亡率		2023		2029
C	1	②	糖尿病を直接死亡原因とした死亡数		2023		2029
C	2	①	健康寿命（男）		2023		2029
C	2	②	健康寿命（女）		2023		2029
C	3	①	検討中		2023		2029

5 精神疾患の医療連携体制構築の取組

- ◆ 精神疾患にも対応した地域包括ケアシステムと多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制を構築します。

- (1) 医療、障害福祉サービス、介護サービス、行政等の顔の見える連携を推進し、精神保健医療福祉上のニーズを有する方が、その意向やニーズに応じ、切れ目なくこれらのサービスを利用し、人権に配慮され、安心してその人らしい地域生活を送ることができるよう、地域における多職種・多機関が有機的に連携する体制の構築を進めます。
- (2) 精神障害の特性として、疾病と障害とが併存しており、その時々病状が障害の程度に大きく影響するため、医療、障害福祉・介護その他のサービスを切れ目なく受けられる体制を整備します。

概況

(1) 精神疾患の範囲

精神疾患には、統合失調症、うつ病等の気分障害のほか、発達障害、児童・思春期精神疾患、依存症や、高齢化の進行に伴って急増しているアルツハイマー病等の認知症疾患等も含まれていて、住民に広く関わる疾患です。

(2) 精神疾患に関する状況

厚生労働省「患者調査（2020（令和2）年）」によると、精神疾患の患者数は増加傾向で推移しており、本県における精神疾患の患者総数は約105千人となっています。

また、精神及び行動の障害による入院患者数のうち、統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害が約7割を占めています。

本県の精神疾患の総患者数（推計値）

（単位：千人）

疾病分類	2011年	2014年	2017年	2020年
精神疾患（※）	79	80	58	105
統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	14	15	9	20
気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）	24	27	11	27
血管性及び詳細不明の認知症	3	1	5	4
アルツハイマー病	10	12	12	16
てんかん	7	9	7	8
その他	21	16	14	30

※患者調査「精神及び行動の障害」（精神遅滞除く）にアルツハイマー病及びてんかんの患者数を合算
2020年から算出方法が変更となったため、2011年～2017年は補正後の数値

（資料）厚生労働省「患者調査」

本県の精神及び行動の障害による入院患者数（単位：千人）

疾病分類	2011年	2014年	2017年	2020年
精神及び行動の障害	4.6	4.4	4.2	4.0
統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	3.1	3.1	2.9	2.8
気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）	0.4	0.4	0.4	0.4
神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	0.1	0.1	0.1	0.1

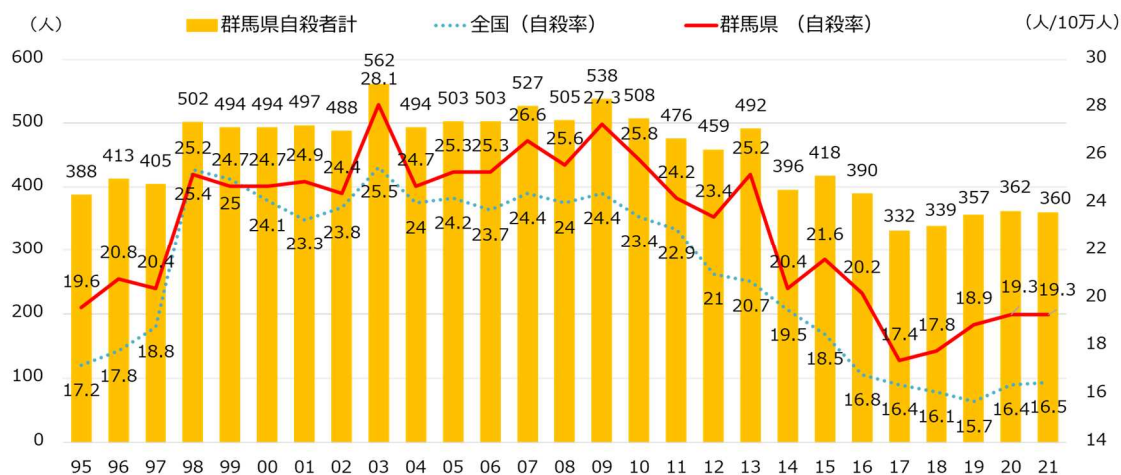
（資料）厚生労働省「患者調査」

(3) 自殺に関する状況

厚生労働省「人口動態調査（2021(令和3)年）」によると、本県における自殺死亡率（人口10万人当たり自殺者数）は19.3であり、全国平均の16.5を上回っています。

また、厚生労働省「2022(令和4)年中における自殺の状況」によると、自殺の原因・動機は健康問題が約5割と最も多く、健康問題の中でもうつ病が約4割を占めていることをはじめとして、他の精神疾患も広く関わっています。

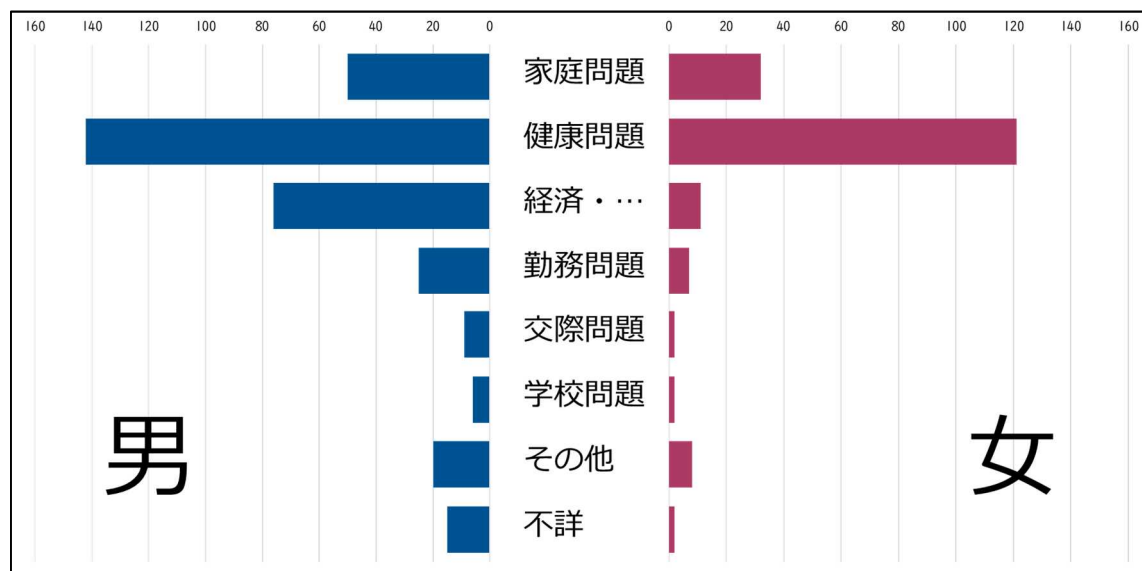
群馬県と全国の自殺死亡率



(資料) 厚生労働省「人口動態統計」

2022(令和4)年 原因・動機別の自殺者の状況(群馬県)

(単位: 人)



(資料) 厚生労働省「地域における自殺の基礎資料【自殺日・居住地】(2022年)」

(4) 精神疾患の医療体制

精神科医療提供体制では、地域的な偏在があり、また、児童・思春期精神医療、依存症等の専門的な精神科医療では、診断や治療を行う医療機関は限られています。

精神疾患は多様であり、その多様性に対応できる医療提供体制の構築が必要となっています。

(5) 精神疾患のひとの人権に関する問題

精神科医療においては、精神保健福祉法上、医療・保護を図る上でやむを得ない措置として、措置入院や医療保護入院等の入院形態、入院中の隔離や身体的拘束等の行動制限が定められています。精神障害者の権利擁護の観点から、適正な運用や最小化に対する取組が求められています。

また、精神疾患のある人が安心してその人らしい地域生活や社会生活を営むため、正しい理解等の普及啓発を通じた偏見や差別の解消が必要となっています。

1 予防・アクセス

現状と課題

精神疾患は、症状が多様であるとともに自覚しにくいという特徴があり、また重症になるほど病識が薄れることがあるため、適切な支援に結びつきにくいという特性があります。

発症してからできるだけ早期に必要な精神科医療が提供されれば、回復し、再び地域生活や社会生活を営むことができます。

そのため、**早期の診断と適切な医療に結びつけることが重要となります。**

- (1) 本県における、精神保健福祉センター（こころの健康センター）、保健所及び市町村における精神保健相談実績は全国平均を下回っています。

こころの病気への正しい知識等に関する情報について、より一層の普及啓発を行うとともに、相談体制の充実と相談窓口の周知が必要となっています。**精神疾患患者・精神障害者だけでなく、精神疾患患者の家族、自然災害被災者、ヤングケアラーなど精神保健に課題を抱える者に対する相談支援体制の整備・拡充の必要性も増しています。**

- (2) 精神科を標榜する診療所は医科診療所の増加率を上回りますが地域的な偏在があり、また、精神科医師数は医師数全体の増加率を上回りますが患者の増加割合に比べ下回っています。

身近な地域で適切な精神科医療を提供できるよう精神科の医療機関及び医師の確保が重要な課題となっています。

- (3) 県「医療施設機能調査（**2022（令和4）年度**）」によると、本県における、精神疾患の診療を行っていない医療機関で、連携のとれる精神科医がいる医療機関は約1割となっています。

かかりつけ医と精神科医との連携をさらに推進する必要があります。

(4) 多様な精神疾患ごとの各医療機関の医療機能を明確化する必要があります。

求められる医療機能

保健サービスやかかりつけ医等との連携により、精神科医を受診できる機能

(1) 目標

- 精神的に不調にある人がいつでも相談できる環境を整備すること
- 精神疾患を発症してから精神科医に受診できるまでの期間をできるだけ短縮すること
- 精神科医療機関と地域の保健・医療・福祉サービス等との連携を行うこと
- 多様な精神疾患に対応できる医療体制を確保すること

(2) 医療機関等に求められる機能

- 住民の精神的健康の増進のための普及啓発、一次予防に協力すること
- 保健所、こころの健康センターや産業保健の関係機関と連携すること
- 一般診療科医との連携を推進すること
- かかりつけの医師等の対応力向上のための研修等に参加すること

具体的施策

(1) 普及啓発・相談体制の充実

- ストレスやこころの病、認知症に関する正しい知識と理解促進、差別解消に関する、より一層の普及啓発を行います。
- 誰もが相談できる相談体制の充実及び相談窓口の周知徹底、医療機関との連携を図ります。
- 精神障害者ピアサポーターをはじめとした地域の助け合い、支え合いの体制を整備します。

【主な事業例】

こころの県民講座(うつ病家族セミナー)、精神保健福祉普及運動、こころの健康相談、労働相談(メンタルヘルス相談)、アルコール問題対応力向上研修、認知症サポーター養成支援、認知症の人と家族のための電話相談設置、若年性認知症普及啓発研修会

(2) 精神科医療機関及び医師等の確保

- 保健・医療・福祉サービスの提供体制を確保します。
- 専門医療に対応できる人材を育成します。
- 認知症に関する適切な医療の提供体制を確保します。

【主な事業例】

認知症疾患医療センター運営 等

(3) 医療機関等の連携強化

- かかりつけ医と精神科医との連携を促進します。

【主な事業例】

かかりつけ医等のうつ病対応力向上研修、かかりつけ医等認知症対応力向上研修、認知症サポート医養成研修、認知症初期集中支援チーム員研修 等

(4) 医療機関の医療機能の明確化

- 多様な精神疾患等に対応できる医療提供体制を構築します。

2 治療・回復・社会復帰

現状と課題

精神疾患は全ての人にとって身近な病気であり、精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して暮らすことができるような地域づくりを進める必要があります。

地域の実情に応じた医療機関と行政機関、関係機関との機能分担と連携による総合的な支援が必要となっています。

- (1) 精神科医療では、地域的な偏在があり、また、児童・思春期精神医療、アルコールや薬物などの依存症、**難治性統合失調症に対する薬物治療、閉鎖循環式全身麻酔を伴った精神科電気けいれん療法**等の専門的な精神科医療については、診断や治療を行う医療機関は限られています。

入院治療も含めた医療提供体制の充実や保健・福祉等の関係機関と医療機関との連携が不可欠となっています。

- (2) 入院医療の1年以内の早期退院患者割合は多くなってきていますが、未だ長期入院患者が数多くいます。長期入院患者の早期退院に向けた治療や退院支援の提供が求められています。

- (3) **多様な精神疾患に関する状況は次のとおりであり、精神疾患ごとの各医療機関の医療機能を明確化する必要があります。**

ア 統合失調症

厚生労働省「患者調査（**2020（令和2）年**）」によると、本県における精神及び行動の障害による入院患者のうち、統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害が7割を占めています。

また、厚生労働省「精神保健福祉資料（**2020（令和2）年**）」によると、本県における入院患者のうち、1年以内に退院できなかった割合は**13.0%**であり、統合失調症の特性を反映しています。

イ うつ・躁うつ病

厚生労働省「患者調査（2020（令和2）年）」によると、本県における患者数は2011（平成23）年の約24千人から2020（令和2）年の約27千人に増加しています。

また、厚生労働省「2022（令和4）年中における自殺の状況」によると、本県における自殺の原因は健康問題が約5割と最も多く、健康問題の中でもうつ病が4割程度を占めています。

早期発見・早期治療のため、かかりつけ医等との連携が必要となっています。

ウ 児童・思春期精神疾患、摂食障害

厚生労働省「患者調査（2020（令和2）年）」によると、本県の患者数は、約20千人となっています。

地域及び学校、児童相談所等の関係機関と連携した対策の構築が必要となっています。

エ 依存症

厚生労働省「患者調査（2020（令和2）年）」によると、全国のアルコール依存症患者数は2014（平成24）年の約82千人から2020（令和2）年の約60千人に減少、アルコール以外の薬物による依存患者数が2014（平成24）年の約37千人から2020（令和2）年の約29千人に減少しており、いずれも減少傾向にあります。

一方で県内の相談件数はほぼ横ばいで推移しているため、アルコール、薬物、ギャンブル等依存症についての相談体制の充実及び相談窓口の周知、関係機関の連携が必要となっています。

オ 心的外傷後ストレス障害

厚生労働省「患者調査（2020（令和2）年）」によると、全国の外傷後ストレス障害の患者数は約7千人となっており、増加傾向にあります。

被災・被害時及びその後の継続したこころのケアが必要となっています。

カ 認知症

認知症高齢者は、高齢化の進展とともに増加が見込まれ、厚生労働科学研究推計結果（2014（平成26）年度）をもとにした県介護高齢課の推計によると、本県では2025（令和7）年には11万人以上（高齢者の5人に1人）になるとされています。

認知症サポート医は2022（令和4）年度末現在214人養成されており、認知症の初期の段階から、適切な医療・介護・生活支援につなげる認知症初期集中支援チームは、全市町村に設置されています。

認知症の専門的医療の提供と介護機関等との連携を目的とした認知症疾患医療センターは、14か所（中核型：1、地域拠点型：10、連携型：3）で、県内全域に設置されています。

高齢者の総合相談を担う地域包括支援センターと認知症初期集中支援チーム、かかりつけ医、サポート医、専門医療機関等との連携体制の構築が課題となっています。

群馬県の認知症高齢者の推計値

(単位：万人)

	2015年	2020年	2025年	2030年
各年齢の認知症有病率が一定の場合の推計	8.5	9.9	11.1	12.1
(高齢者人口に対する率%)	15.7%	17.2%	19.0%	20.8%
各年齢の認知症有病率が上昇する場合の推計	8.7	10.4	12	13.5
(高齢者人口に対する率%)	16.0%	18.0%	20.6%	23.2%

※群馬県の数値は、全国の出現率を準用

※65歳以上人口は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（平成24年1月推計）及び「日本の地域別将来推計人口」（平成25年3月推計）による

※各年齢の認知症有病率が上昇する場合の推計人数は、平成24年以降も糖尿病有病率の増加により認知症有病率が上昇すると仮定した場合のもの

(資料) 「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」（平成26年度厚生労働科学研究費補助金特別研究事業 九州大学二宮教授）による速報値（2015（平成27）年1月公表）

(4) 多様な精神疾患等ごとに対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携推進のための医療体制を整備する必要があります。

(5) 訪問診療、訪問看護、デイケア、アウトリーチ（訪問支援）、症状悪化時等の緊急時の対応等の提供体制等、精神疾患患者等の地域生活を支える在宅医療、支援体制を充実する必要があります。

(6) 精神疾患の人と家族を地域全体で支援する体制を構築する必要があります。

(7) 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（以下、「医療観察法」という。）に基づく医療機関は、指定入院医療機関が1か所、指定通院医療機関が7か所（病院6か所、診療所1か所）であり、引き続き整備していく必要があります。また、難治性統合失調症に対する薬物治療を普及していく必要があります。

求められる医療機能

精神疾患等の状態に応じて、外来医療や訪問医療、入院医療等の必要な医療を提供し、保健・福祉等と連携して地域生活や社会生活を支える機能

(1) 目標

- 精神障害者の精神疾患の状態やその家族の状況に応じていつでも必要な精神科医療、保健医療サービス、福祉サービスを提供できる体制を確保すること
- 早期の退院に向けて病状が安定するための退院支援を提供すること
- 患者ができるだけ長く、地域生活を継続できること
- 多様な精神疾患に対応できる医療体制を確保すること
- 精神障害者の精神疾患の状態や特性に応じた精神病床の機能分化を進めること

第4章 疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

- 入院医療も含めた医療提供体制の充実や保健・福祉等の関係機関と医療機関との連携を図ること
- **医療観察法**の通院処遇対象者に医療を提供する指定通院医療機関を確保すること

(2) 医療機関等に求められる事項

- 患者の状況に応じて、適切な精神科医療（外来医療、訪問医療を含む。）を提供すること
- 必要に応じ、アウトリーチ（訪問支援）を提供できること
- 精神科医、薬剤師、看護師、准看護師、作業療法士、精神保健福祉士、**公認心理師**等の多職種チームによる支援体制を構築すること
- 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
- 早期の退院に向けて、病状が安定するための服薬治療、精神科作業療法等の支援や相談支援事業者等との連携により、退院を支援すること
- 障害福祉サービス事業所、相談支援事業所等と連携し、生活の場で必要な支援を供すること
- 産業医等を通じた事業者との連携や、地域産業保健センター、メンタルヘルス対策支援センター、産業保健総合支援センター、ハローワーク、地域障害者職業センター等と連携し、患者の就職や復職等に必要な支援を提供すること
- 専門的な精神科医療を提供する医療機関は、各専門領域において、適切な診断・検査・治療を行える体制を有し、専門領域ごとに必要な保健・福祉等の行政機関等と連携すること
- 専門的な精神科医療を提供する医療機関は、他の都道府県の専門医療機関とネットワークを有すること
- **人権擁護の観点から、入院医療を最小限にするための取組、不適切な隔離・身体的拘束をゼロにする取組を実施すること**
- 医療観察法指定医療機関は、個別の治療計画を作成し、それに基づき必要な医療の提供を行うとともに、保護観察所を含む行政機関等と連携すること

具体的施策

(1) 各領域の専門医療を提供する医療機関と行政機関、関係機関との重層的な連携推進

- 精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムを構築します。

【主な事業例】

医療介護連携調整実証（退院調整ルール策定）事業、保健・医療・福祉関係者による協議**の場**

(2) 長期入院患者の早期退院に向けた治療及び退院支援の提供

- 精神障害者地域移行支援事業の実施や地域相談支援の利用を促進します。
- 家族教室等の実施及び地域ボランティア等の人材を育成します。
- 精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムを構築します。

【主な事業例】

精神障害者ピアサポート活用事業、精神障害者地域移行普及啓発研修、家族教室 等

(3) 医療機関の医療機能の明確化

- 多様な精神疾患等に対応できる医療提供体制を構築します。

(4) 多様な精神疾患等に対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携推進のための医療体制の整備

- 各精神疾患に対応できる専門職の養成や医療体制の整備を図ります。

【主な事業例】

精神科看護研修会、認知症看護認定看護師研修支援

(5) 在宅医療、支援体制の充実

- グループホーム等障害福祉サービスを充実します。

【主な事業例】

精神訪問看護基本療養費算定要件研修

(6) 精神疾患の人と家族を地域全体で支援する体制の構築

- 地域における支援体制を構築します。

【主な事業例】

ゲートキーパー養成研修、精神保健ボランティア養成、本人及び家族の会支援、認知症地域支援推進員研修、認知症ケアパス作成活用支援、若年性認知症支援コーディネーター設置 等

(7) 医療観察法指定通院医療機関の確保

- 医療観察法に基づく指定通院医療機関の整備を図ります。

3 精神科救急

現状と課題

緊急な医療を必要とする全ての精神障害者が、迅速かつ適正な医療を受けられるよう、精神科救急医療体制の確保に努める必要があります。

- (1) 本県における県立病院及び国立大学病院以外に措置入院患者を受け入れることができる指定病院は14か所、応急入院を行うことができる応急入院指定病院は3か所、特例措置をとることができる応急入院指定病院は1か所となっています。

第4章 疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

- (2) 本県における自傷他害のおそれにより警察署に保護され、その行為の背景に精神疾患が疑われる場合に行われる通報等は精神科救急情報センターで一元的に対応しています。

2022（令和4）年の通報等の件数は583件であり、依然として件数が多いため時間帯に関わらず適切に対応できる精神科救急体制の体制整備・充実が求められています。

精神科救急情報センター通報件数

（単位：件）

2014年度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度
393	495	444	403	500	547	582	658	583

（資料）県障害政策課調べ

- (3) 本県の夜間、休日における精神科救急医療は、精神科救急医療施設15施設（常時対応、輪番対応）で対応しています。2021（令和3）年の診療件数851件、うち入院件数491件となっています。

精神科救急医療診療等件数

（単位：件）

区分	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度
診療件数	600	789	874	835	721	706	773	851	
うち入院件数	301	423	470	440	383	407	418	491	

（資料）県障害政策課調べ

- (4) 地域での連携等により24時間対応できる体制を有する医療機関は1割強という状況です。

通報等による受診のほか、夜間・休日における精神症状悪化等の緊急時の対応体制や相談体制など、地域生活を支える体制を整備することが課題となっています。

求められる医療機能

精神科救急患者（身体疾患を合併した患者を含む）が必要な患者等の状態に応じて、速やかに救急医療等を提供できる機能

(1) 目標

- 24時間365日、精神科救急医療を提供できること

(2) 医療機関に求められる事項

- 精神科救急患者の受入れが可能な設備を有すること
- 地域の精神科救急医療システムに参画し、地域の医療機関と連携すること
- 精神科病院及び精神科診療所は、継続的に診療している自院の患者・家族や精神科救急情報センター等からの問い合わせ等については、地域での連携により夜間・休日も対応できる体制を有すること
- 地域の医療機関や、介護・福祉サービス、行政機関等と連携できること

具体的施策

(1) 精神科救急体制の一層の充実

- 診療所及び病院、関係機関との連携による夜間等緊急時に対応できる体制を整備します。
- 身体疾患を合併する精神疾患患者に対応できる医療体制を拡充します。

【主な事業例（在宅療養支援共通）】

精神科救急医療システム連絡調整委員会、精神科救急情報センター事例検討会議 等

(2) 地域生活を支える体制の整備

- 夜間・休日における精神症状悪化等の緊急時の対応体制や相談体制を整備します。

4 身体合併症対策

現状と課題

身体疾患を合併する精神疾患患者に対する医療については、一般の医療機関と精神科医療機関の診療協力体制の整備等が求められています。

- (1) 身体疾患を合併する精神疾患患者に対する医療提供のため、一般の医療機関と精神科医療機関の診療協力体制を整備することが必要です。
- (2) 幅広い患者に対し、高度な専門医療を総合的に提供できる一般病院における精神疾患を合併した患者への医療提供体制の充実が課題となっています。
- (3) 身体合併症患者に対する適切な精神科救急医療の提供も課題となっています。特に、救命救急センターを有する病院の精神科医療をさらに充実する必要があります。

求められる医療機能

身体疾患を合併した患者や専門医療が必要な患者等の状態に応じて、速やかに救急医療等を提供できる機能

(1) 目標

- 24時間365日、身体合併症を有する救急患者に適切な救急医療を提供できること
- 専門的な身体疾患を合併する精神疾患患者に対して、医療体制を確保すること

(2) 医療機関に求められる事項

- 身体疾患を合併した患者に対応する医療機関については、身体疾患と精神疾患の両方について適切に診断できること

第4章 疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

- 身体疾患を合併する患者に対応する医療機関であって、精神病床で治療する場合は、身体疾患に対応できる医師又は医療機関の診療協力を有すること
- 身体疾患を合併する患者に対応する医療機関であって、一般病床で治療する場合は、精神科リエゾンチーム（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**等からなるチーム。）又は精神科医療機関の診療協力を有すること
- 地域の医療機関や、介護・福祉サービス、行政機関等と連携できること

具体的施策

（１）一般の医療機関と精神科医療機関の診療体制の整備

- 身体合併症対応施設をはじめとした一般の医療機関と精神科医療機関との連携体制を整備します。
- 一般病院における精神疾患を合併した患者への医療提供体制の充実を目指します。

【主な事業例】

精神科救急医療システム連絡調整委員会検討部会、歯科医師、薬剤師、看護師及び病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修 等

5 自殺対策

現状と課題

厚生労働省「人口動態調査（**2021（令和3）年**）」によると、本県における自殺死亡率（人口10万人当たり自殺者数）は**19.3**であり、全国平均の**16.5**を上回っています。

また、厚生労働省「**2022（令和4）年中**における自殺の状況」によると、自殺の原因・動機は健康問題が約5割と最も多く、うつ病、**統合失調症、依存症**等の精神疾患が広く関わっています。

- （１）自殺の危険因子であるうつ病等の精神疾患について、早期発見、早期治療に結びつける取組に併せて、精神科医療体制の充実や地域の精神科医療機関を含めた関係機関等のネットワークの構築が必要となっています。
- （２）かかりつけ医等の精神疾患診断、治療技術の向上、かかりつけ医から専門医につなげる医療連携体制の整備が必要となっています。

求められる医療機能

自殺の大きな危険因子であるうつ病等の精神疾患の診断及び患者の状態に応じた医療を提供できる機能

自殺未遂者に対する良質かつ適切な治療を実施する機能

(1) 目標

- 精神疾患を発症してから精神科医に受診できるまでの期間をできるだけ短縮すること
- かかりつけ医等による精神疾患の診断・治療技術の向上及び専門医へつなげる医療連携体制の整備を図ること

(2) 医療機関に求められる事項

- かかりつけの医師等の対応力向上のための研修等に参加すること
- かかりつけ医をはじめとする地域の医療機関と連携していること
- 希死念慮のある患者や自殺未遂者に対応できること

具体的施策

(1) 早期発見、早期治療の取組及び精神医療体制の充実や関係機関との連携

- 早期発見、早期治療の取組、精神科医療体制の充実や地域の精神科医療機関を含めた関係機関等とのネットワークを構築します。
- 自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐため、身体科医療機関と精神科医療機関の連携体制を整備します。

【主な事業例】

自殺対策推進センターの設置、ゲートキーパー養成、こころの健康統一ダイヤル、自殺企図者・未遂者支援事業、自死遺族支援事業

(2) かかりつけ医等との連携

- かかりつけ医と精神科医との医療連携体制を整備します。

【主な事業例】

かかりつけ医等のうつ病対応力向上研修

6 災害精神医療

現状と課題

自然災害等の集団災害が発生した場合、被災地域の精神保健医療機能が一時的に低下し、さらに災害ストレス等により新たに精神的問題が生じる等、精神保健医療への需要が拡大します。このような災害の場合において、災害時のこころのケアが必要とされています。

第4章 疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

- (1) 2021（令和3）年度末時点で全国46都道府県において、DPAT先遣隊が整備されています。

DPATの整備及び災害発生時の迅速かつ適正な連絡調整等の体制整備が必要となっています。

【DPAT（災害派遣精神医療チーム）】

DPATは「災害派遣精神医療チーム（DPAT：Disaster Psychiatric Assistance Team）」の略称です。災害時に被災者及び支援者に対して、被災地域の都道府県の派遣要請により被災地域に入り、精神科医療及び精神保健活動の支援を行うための専門チームです。精神科医師、看護師、業務調整員（事務職員）を含めた数名から構成され、現地のニーズに合わせて、児童精神科医、薬剤師、保健師、精神保健福祉士や公認心理師等を含めて適宜構成されます。

- (2) 災害時における精神疾患医療体制確保のため、災害拠点精神科病院の整備が必要となっています。

求められる医療機能

災害精神医療に対応できる専門職の養成や多職種・多施設の連携を推進する機能

(1) 目標

- 災害発生時の迅速な連絡調整被災者支援ができる体制を整備すること
- 災害精神医療に対応できる医療体制を整備すること

(2) 医療機関に求められる事項

- 災害精神医療に対応できる専門職の養成を行うこと
- 多職種・多施設との連携を推進すること

具体的施策

(1) 災害派遣精神医療チーム（DPAT）の整備

- 災害派遣精神医療チーム（DPAT）の派遣体制を整備します。

【主な事業例】

DPAT 隊員養成研修、DPAT先遣隊会議 等

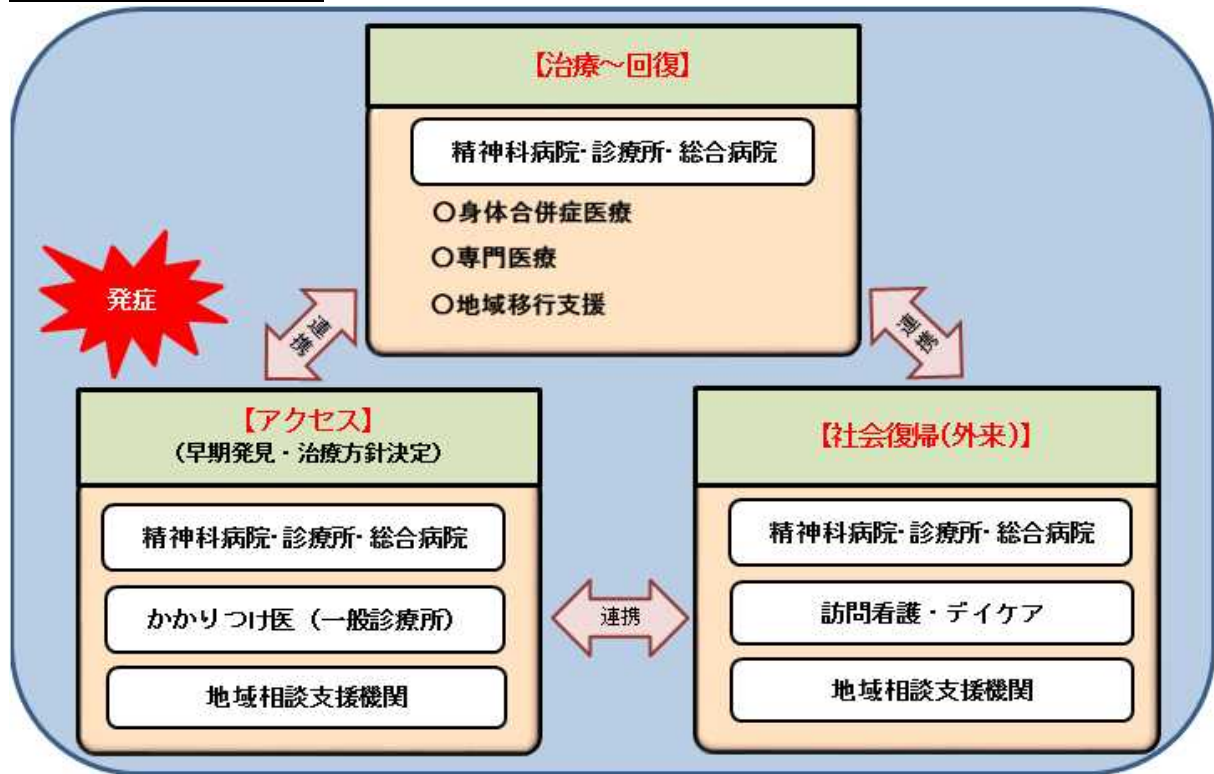
(2) 災害拠点精神科病院の整備

- 災害時における精神疾患医療体制の確保を図ります。
- 災害精神医療に対応できる医療体制の明確化を図ります。
- 災害精神医療に対応できる専門職の養成及び多職種・他施設連携の推進を図ります。

【主な事業例】

災害拠点精神科病院の整備 等

精神疾患の医療連携体制



第4章 疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

ロジックモデル

現状と課題		番号	A 個別施策
予防・アクセス	精神疾患は、早期の診断と適切な医療に結びつけることが重要。 ①精神保健福祉センター、保健所、市町村の精神保健相談実績は全国平均を下回る。 →こころの病氣、相談窓口の普及啓発、相談体制の充実が必要。 精神保健に課題を抱える者に対する相談支援体制の整備・拡充の必要性も増している。 ②精神科を標榜する診療所は医科診療所の増加率を上回るが地域的な偏在がある。 精神科医師数は医師数全体の増加率を上回るが患者の増加割合に比べ下回る。 →身近な地域で適切な精神科医療の提供のため精神科の医療機関・医師の確保が課題。 ③精神疾患の診療を行っていない医療機関で、連携のとれる精神科医がいる医療機関は約1割。 →かかりつけ医と精神科医との連携をさらに推進する必要がある。 ④多様な精神疾患ごとの各医療機関の医療機能を明確化する必要がある。	1	(1) 普及啓発・相談体制の充実 (2) 精神科医療機関・医師等の確保 (3) 医療機関等の連携強化 (4) 医療機関の医療機能の明確化
治療・回復・社会復帰	精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して暮らすことができるような地域づくりを進める必要がある。地域の実情に応じた医療・行政・関係機関との機能分担、連携による総合的な支援が必要。 ①地域的な偏在がある。専門的な精神科医療（児童・思春期精神医療、アルコール・薬物などの依存症、難治性統合失調症に対する薬物治療、閉鎖式全身麻酔を伴った精神科電気けいれん療法等）は、診断や治療を行う医療機関は限られている。 →入院治療も含めた医療提供体制の充実、保健・福祉等の関係機関と医療機関との連携が不可欠。 ②多様な精神疾患ごとの各医療機関の医療機能を明確化する必要がある。 ③多様な精神疾患等ごとに対応できる専門職の養成、多職種連携・多施設連携推進のための医療体制を整備する必要がある。 ④入院医療の1年以内の早期退院患者割合は増加しているが、長期入院患者が多い。 →長期入院患者の早期退院に向けた治療や退院支援の提供が求められている。 ⑤訪問診療、訪問看護、アウトリーチ（訪問支援）等、地域生活を支える在宅医療、支援体制を充実する必要がある。 ⑥精神疾患の人と家族を地域全体で支援する体制を構築する必要がある。 ⑦医療観察法に基づく医療機関は指定入院医療機関：1か所、指定通院医療機関：7か所。	2	(1) 各領域の専門医療を提供する医療機関と行政機関、関係機関との重層的な連携推進 (2) 医療機関の医療機能の明確化 (3) 多様な精神疾患等ごとに対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携推進のための医療体制の整備 (4) 長期入院患者の早期退院に向けた治療及び退院支援の提供 (5) 地域生活を支える在宅医療、支援体制の充実 (6) 精神疾患の人と家族を地域全体で支援する体制の構築 (7) 医療観察法指定通院医療機関の確保
精神科救急	緊急な医療を必要とする全ての精神障害者が、迅速かつ適正な医療を受けられるよう、精神科救急医療体制の確保に努める必要がある。 ①措置入院受入可能な指定病院14か所、応急入院指定病院：3か所、特例措置可能な応急入院指定病院：1か所 ※県立病院・国立大学病院を除く。 ②自傷他害のおそれにより警察署に保護され、その行為の背景に精神疾患が疑われる場合に行われる通報等は、精神科救急情報センターで一元的に対応。 →通報等件数は依然として件数が多い。時間帯に関わらず適切に対応できる体制整備・拡充が必要。 ③夜間・休日の精神科救急医療は、精神科救急医療施設15施設（常時対応、輪番対応）で対応。 ④地域での連携等により24時間対応できる体制を有する医療機関は1割強。 →夜間・休日の緊急時の対応・相談体制など、地域生活を支える体制の整備が課題。	3	(1) 精神科救急体制の一層の充実 (2) 地域生活を支える体制の整備
身体合併症対策	一般の医療機関と精神科医療機関の診療協力体制の整備等が求められている。 ①身体疾患を合併する精神疾患患者に対する医療提供のため、一般の医療機関と精神科医療機関の診療協力体制の整備が必要。 ②幅広い患者に対し、高度な専門医療を総合的に提供できる一般病院における精神疾患を合併した患者への医療提供体制の充実が課題。 ③身体合併症患者に対する適切な精神科救急医療の提供が課題。特に、救命救急センターを有する病院の精神科医療のさらなる充実が必要。	4	(1) 一般の医療機関と精神科医療機関の診療体制の整備
自殺対策	本県の人口10万人当たり自殺者数（自殺死亡率）は19.3、全国平均16.5を上回る。 自殺の原因・動機は健康問題が最多、うつ病、統合失調症、依存症等の精神疾患が広く関わる。 ①早期発見、早期治療に結びつける取組のほか、精神科医療体制の充実、地域の精神科医療機関を含めた関係機関等のネットワークの構築が必要。 ②かかりつけ医等の精神疾患診断、治療技術の向上、かかりつけ医から専門医につなげる医療連携体制の整備が必要。	5	(1) 早期発見、早期治療の取組及び精神医療体制の充実や関係機関との連携 (2) かかりつけ医等との連携
災害精神医療	自然災害等の集団災害が発生した場合、被災地域の精神保健医療機能が一時的に低下し、さらに災害ストレス等により新たに精神的問題が生じる等、精神保健医療への需要が拡大するため、災害時のこころのケアが必要とされる。 ①DPATの整備、災害発生時の迅速かつ適正な連絡調整等の体制整備が必要。 ②災害時における精神疾患医療体制確保のため、災害拠点精神科病院の整備が必要。	6	(1) 災害派遣精神医療チーム（DPAT）の整備 (2) 災害拠点精神科病院の整備

第4章 疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

番号	B 目標		番号	C 最終目標	
1	①精神的に不調のある人がいつでも相談できる環境を整備すること ②精神疾患を発症してから精神科医に受診できるまでの期間をできるだけ短縮すること ③精神科医療機関と地域の保健・医療・福祉サービス等との連携を進めること ④多様な精神疾患に対応できる医療体制を確保すること	精神保健福祉の相談支援の実施件数 かかりつけ医うつ病対応力向上研修参加者数 かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者数 認知症サポート医養成研修修了者数 県連携拠点医療機関を指定した疾患数	1	精神障害者が安心してその人らしい地域生活を送ることができる 医療・福祉・介護等のサービスを切れ目なく受けられる	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） 精神病床における新規入院患者の平均在院日数 精神病床における入院後3ヶ月時点の退院率 精神病床における入院後6ヶ月時点の退院率 精神病床における入院後12ヶ月時点の退院率
2	①精神障害者の精神疾患の状態やその家族の状況に応じていつでも必要な精神科医療、保健医療サービス、福祉サービスを提供できる体制を確保すること ②多様な精神疾患に対応できる医療体制を確保すること ③精神障害者の精神疾患の状態や特性に応じた精神病床の機能分化を進めること ④入院医療も含めた医療提供体制の充実や保健・福祉等の関係機関と医療機関との連携を図ること ⑤早期の退院に向けて病状が安定するための退院支援を提供すること ⑥患者ができるだけ長く、地域生活を継続できること ⑦医療観察法の通院処遇対象者に医療を提供する指定通院医療機関を確保すること	目 標 値 県連携拠点医療機関を指定した疾患数	2	緊急な医療を必要とする全ての精神障害者が、迅速かつ適正な医療を受けられる	目 標 値 精神科救急医療機関数
3	24時間365日、精神科救急医療を提供できること	目 標 値 精神科救急医療機関数	3	「誰も自殺に追い込まれることのない群馬県」の実現する	目 標 値 自殺死亡率（人口10万対）
4	①24時間365日、身体合併症を有する救急患者に適切な救急医療を提供できること ②専門的な身体疾患を合併する精神疾患患者に対して、医療体制を確保すること	目 標 値 身体合併症対応施設	4	平時から災害を念頭に置いた体制を整備する	目 標 値 災害派遣精神医療チーム（DPAT）数 災害拠点精神科病院数
5	①精神疾患を発症してから精神科医に受診できるまでの期間をできるだけ短縮すること ②かかりつけ医等による精神疾患の診断・治療技術の向上及び専門医へつなげる医療連携体制の整備を図ること	目 標 値 ゲートキーパー研修受講者数 かかりつけ医うつ病対応力向上研修参加者数	5	平時から災害を念頭に置いた体制を整備する	目 標 値 災害派遣精神医療チーム（DPAT）数 災害拠点精神科病院数
6	①災害発生時の迅速な連絡調整、被災者支援ができる体制を整備すること ②災害精神医療に対応できる医療体制を整備すること	目 標 値 災害派遣精神医療チーム（DPAT）数 災害拠点精神科病院数	6	平時から災害を念頭に置いた体制を整備する	目 標 値 災害派遣精神医療チーム（DPAT）数 災害拠点精神科病院数

第4章 疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

目標値一覧

※現状・目標とも、数値・年次は仮置き

分類 B：目標 C：最終	番号	指標	現状		目標	
			数値	年次	数値	年次
B	1	① 精神保健福祉の相談支援の実施件数		2023		2029
B	1	② かかりつけ医うつ病対応力向上研修参加者数	906人	2022		2029
B	1	③ かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者数	943人	2022		2025
B	1	④ 認知症サポート医養成研修修了者数	214人	2022		2025
B	1	⑤ 県連携拠点医療機関を指定した疾患数	3疾患	2022		2029
B	2	県連携拠点医療機関を指定した疾患数【再掲】	3疾患	2022		2029
B	3	精神科救急医療機関数		2023		2029
B	4	身体合併症対応施設	1か所	2022		2029
B	5	① ゲートキーパー研修受講者数（累計）	12,797人	2021		2029
B	5	② かかりつけ医うつ病対応力向上研修参加者数【再掲】	906人	2022		2029
B	6	① 災害派遣精神医療チーム（D P A T）数	13チーム	2022		2029
B	6	② 災害拠点精神科病院数	0か所	2022		2029
C	1	① 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）	324.6日	2023		2029
C	1	② 精神病床における新規入院患者の平均在院日数		2023		2029
C	1	③ 精神病床における入院後3ヶ月時点の退院率	65.0%	2023		2029
C	1	④ 精神病床における入院後6ヶ月時点の退院率	81.0%	2023		2029
C	1	⑤ 精神病床における入院後12ヶ月時点の退院率	87.4%	2023		2029
C	2	精神科救急医療機関数【再掲】		2023		2029
C	3	自殺死亡率（人口10万対）	19.3	2021		2029
C	4	① 災害派遣精神医療チーム（D P A T）数【再掲】	13チーム	2022		2029
C	4	② 災害拠点精神科病院数【再掲】	0か所	2022		2029

6 救急医療の医療連携体制構築の取組

- ◆ 救急医療に関する研修の実施等によりメディカルコントロール体制の充実を図ります。
- ◆ 統合型医療情報システムの運営・機能強化により、救急搬送の効率化・高度化に取り組みます。
- ◆ 医療機関の施設・設備整備に対する支援を行い、初期救急医療から三次救急医療体制までの充実を図ります。

【メディカルコントロール体制とは】

消防機関と医療機関との連携によって、（１）救急隊が現場からいつでも迅速に医師に指示、指導及び助言を要請できる、（２）救急活動の医学的判断、処置の適切性について医師による事後検証、（３）救急救命士の資格取得後の定期的な病院実習などを行う体制のことです。本県では、県内全域の救急医療体制検討協議会を設置するとともに、県内11地域の協議会による体制を整備しています。

【統合型医療情報システムとは】

統合型医療情報システムは、県内の救急医療機関、消防本部などに設置した端末機をインターネット回線で結び、救急医療や災害時の救護活動などに必要な情報を24時間体制で総合的に収集・提供を行う情報システムです。

概況

（１）救急搬送人員

- 医療機関に搬送された人（救急搬送人員）は、増加傾向にあります。
- 高齢化の進展により、救急搬送に占める高齢者の割合が今後も増加することが見込まれます。

（２）重症患者の動向

- 全救急患者の原因疾病は、死亡では心疾患等が、重症では脳疾患がそれぞれ最も多くなっています。

（３）県民の意識

- 県「保健医療に関する県民意識調査（2022（令和4）年）」では、県民が不足していると考える医療分野として「救急医療」が34.9%と最も回答が多くなっており、救急医療体制の充実が求められています。

1 救護

現状と課題

病院前救護活動については、県民に対する心肺蘇生法の普及とAEDの設置・利用促進が必要になっており、メディカルコントロール体制の充実も重要となっています。また、救急車の適正利用と救急医療機関の適正受診の推進が必要となっています。

(1) 県民への救急蘇生法の普及と自動体外式除細動器（AED）の設置

消防機関・保健所・医療機関・日本赤十字社・民間団体等の関係機関により、自動体外式除細動器（AED）の使用も含めた心肺蘇生法の知識・実技を広めるため、講習会開催等の普及活動が行われています。

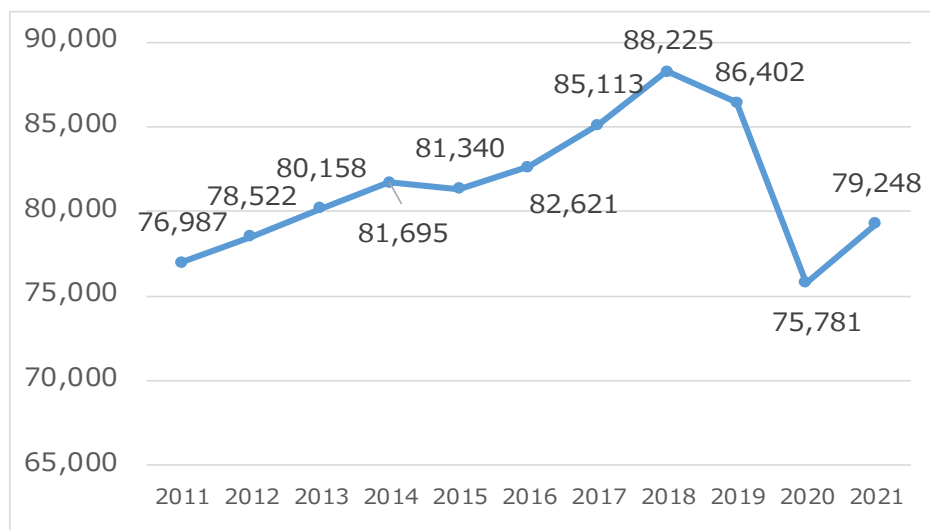
これにより、一般市民が目撃した心肺停止傷病者のうち一般市民による心肺蘇生法実施率は総務省消防庁「救急蘇生統計（2022（令和4年）版（2021（令和3）年データ））」によると56.0%となっており、救急傷病者の救命率の向上に寄与しています。更なる救命処置実施率向上のため、AEDの設置場所の周知や使用方法について普及啓発する必要があります。

また、公共施設におけるAEDの設置調査を実施するとともに、設置状況を県ホームページで公表すること等により、AEDの設置と利用の促進を図っています。2022（令和4）年6月1日現在の公共施設（行政庁舎、学校、公民館等）におけるAEDの設置台数は2,888台（設置率97.8%）となっています。

(2) 年間救急搬送人員

総務省消防庁「救急・救助の現況（2022（令和4）年版）」によると、本県における救急搬送人員は、新型コロナウイルス感染症の影響が考えられる令和2年及び3年は一時減少したものの、2009（平成21）年から増加傾向にあり、2021（令和3）年には79,248人となっています。

本県の救急搬送人員の推移

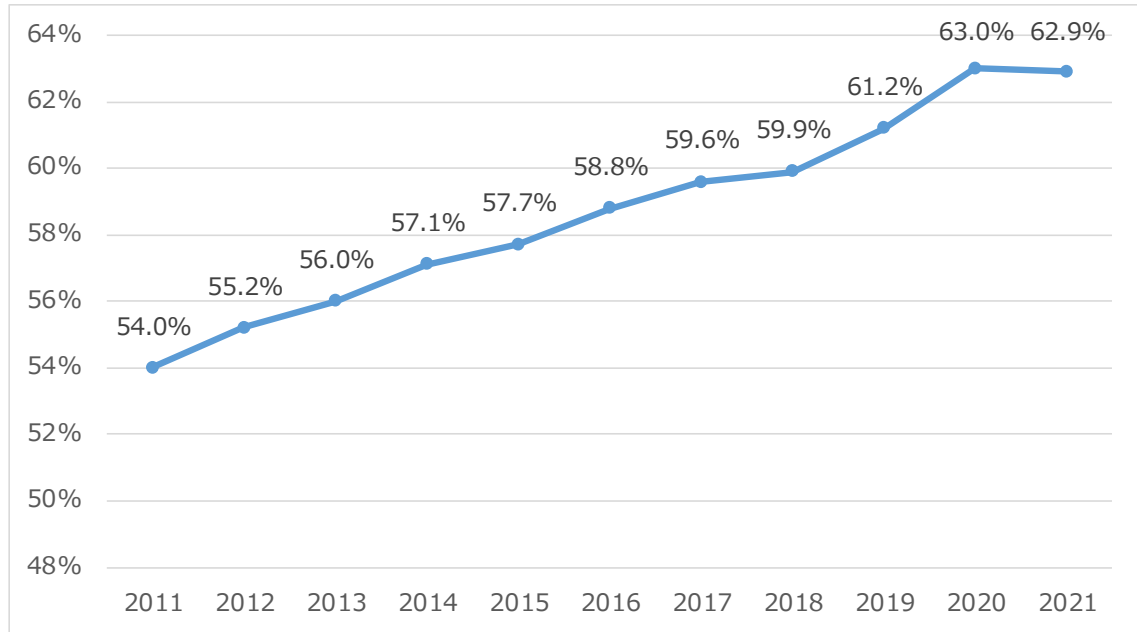


〔資料〕総務省消防庁「救急・救助の現況」

（３）高齢傷病者の増加

年齢別に救急搬送人員をみると、65歳以上の高齢者は、2011（平成23）年の41,562人から2021（令和3）年には49,883人となり、救急搬送人員全体に占める割合も54.0%から62.9%と大幅に増加しています。救急搬送人員の増加の大部分は高齢者の増加によるものであり、今後も、高齢化の進展に伴い、救急搬送に占める高齢者の割合が増加するものと見込まれます。

本県の救急搬送人員の推移

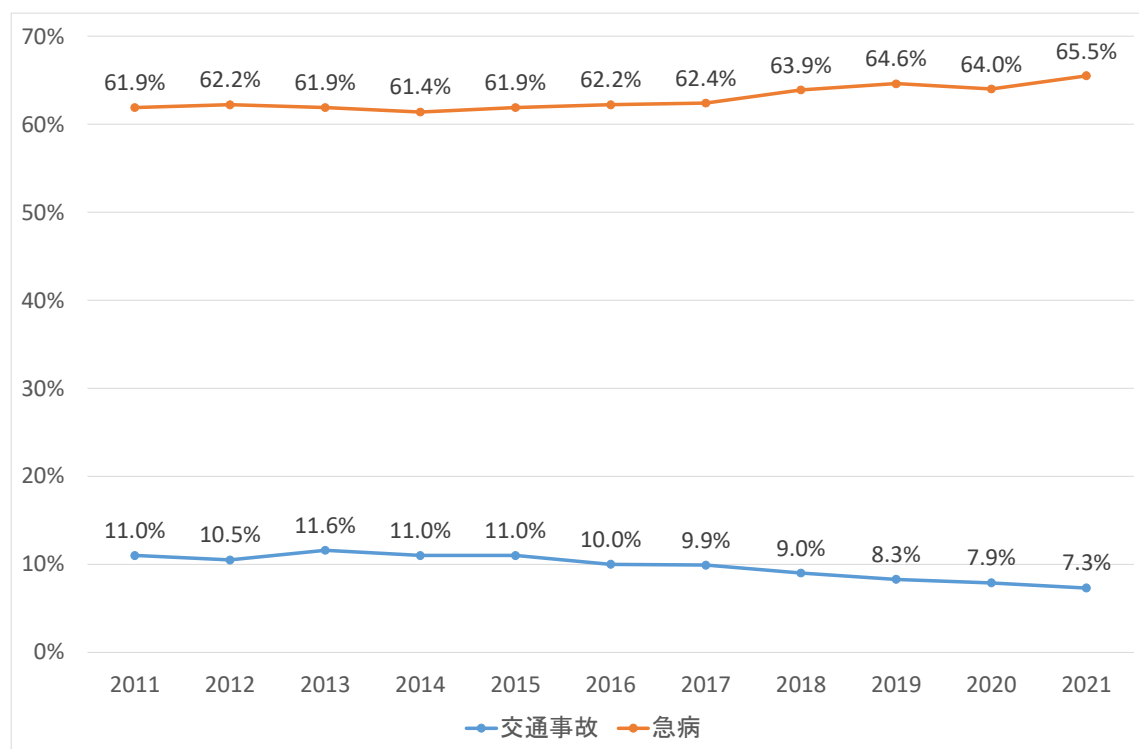


〔資料〕総務省消防庁「救急・救助の現況」

（４）病床構造の変化

事故種別(原因別)に救急搬送人員をみると、近年では交通事故等による搬送人員の割合が8%程度、急病による傷病者の占める割合が64%程度で推移しています。本県では、2011（平成23）年に61.8%であった急病による傷病者の占める割合が2021（令和3）年には64.8%となっています。

本県の救急搬送傷病者の疾病構造の変化

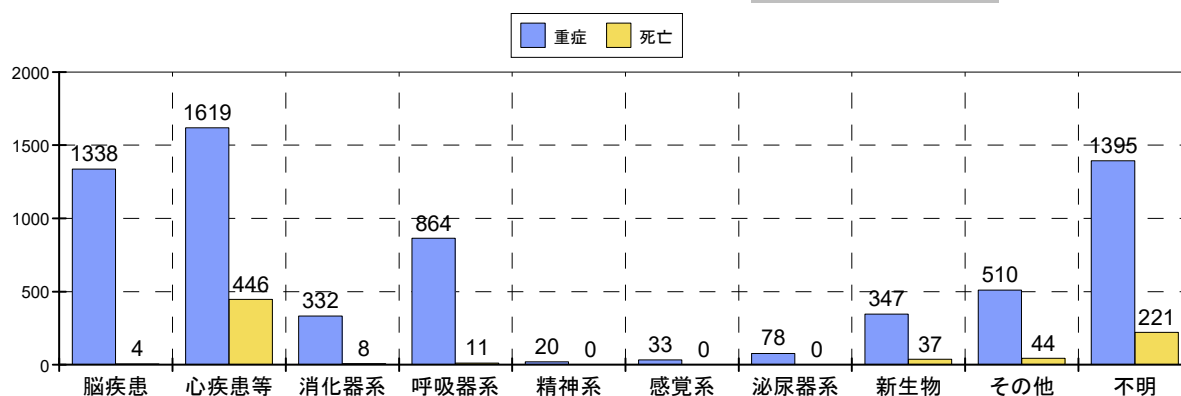


〔資料〕総務省消防庁「救急・救助の現況」

(5) 重症傷病者の動向

全救急搬送人員のうち、重症者（死亡を含む。）の割合が14.5%、急病による救急搬送人員のうち、重症者（死亡を含む。）の割合が14.3%となっています。全救急傷病者の原因疾病は、死亡では「心疾患等」（446人、死亡全体の49.2%）、重症でも「心疾患等」（1,619人、重症全体の15.3%）や「脳疾患」（1,338人、重症全体の12.7%）が最も多くなっています。このため、重症傷病者の救命救急医療体制を構築するに当たっては、心疾患等及び脳疾患による急病への対応が重要となります。

本県の救急搬送人員のうち急病に係る重症傷病者の原因（2021（令和3）年）



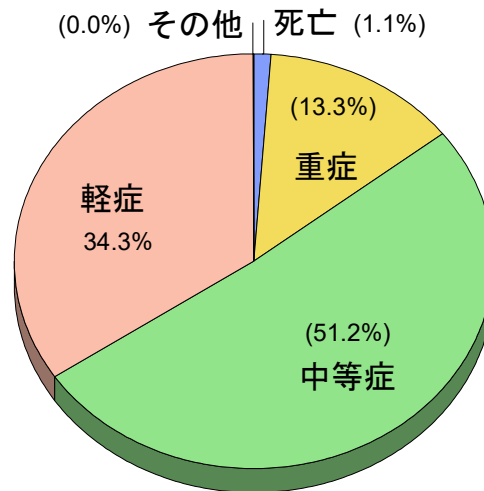
〔資料〕総務省消防庁「救急・救助の現況」

(6) 軽症傷病者の動向

全救急搬送人員のうち、軽症者（入院を必要としない傷病者）の割合が**34.3%**を占めています。救急傷病者の中には、定期的な通院等でタクシー代わりに救急車を利用する傷病者や軽症にもかかわらず診療時間外に救急医療機関を受診する傷病者などの存在が問題となっており、救急搬送を担う消防機関や救急医療機関の負担となるとともに、真に緊急を要する傷病者への救急医療に支障を来すことになっています。

地域における救急医療体制を守るためにも、救急車の適正利用と救急医療機関の適正受診を推進する必要があります。

本県の救急搬送人員の傷病程度（2021（令和3）年）

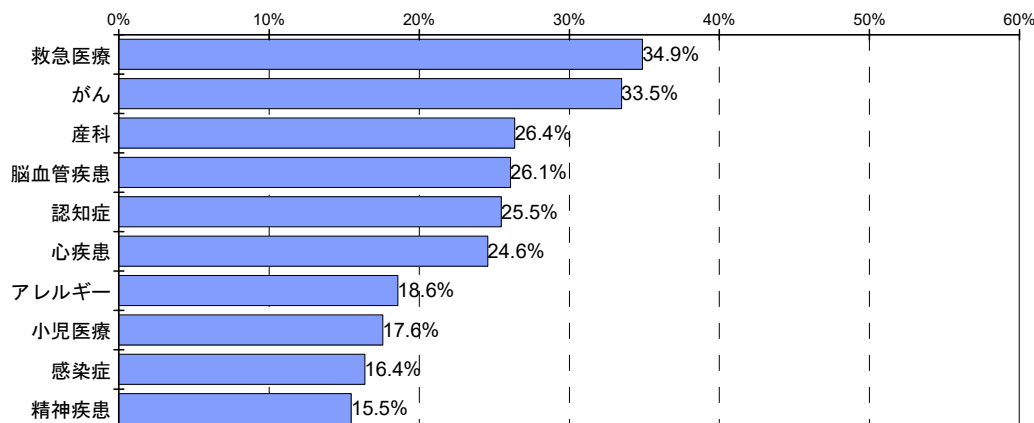


〔資料〕総務省消防庁「救急・救助の現況」

(7) 県民の医療に対する意識

県「保健医療に関する県民意識調査（2022（令和4）年）」では、「不足している医療分野」として**34.9%**の人が「救急医療」を挙げています。平成25年の47.7%に比べると割合は下がっていますが、他の医療分野との比較では最も高くなっており、より一層、救急医療体制の充実が求められています。

不足している医療分野（複数回答、上位8項目）



〔資料〕県「保健医療に関する県民意識調査（2022年）」

(8) 消防機関による救急搬送と救急救命士等

救急隊は、一定の応急処置に関する教育を受けた3名以上の救急隊員により構成されています。救急隊に救急救命士が運用されることにより、救急隊の質の向上が図られており、本県においては、全ての救急隊に救急救命士が運用されています。

救急救命士については、メディカルコントロール体制の整備を条件として、徐々に業務範囲が拡大され、気管挿管や薬剤投与のほか、平成25年には心肺機能停止前の重度傷病者に対する静脈路確保及び輸液並びに血糖測定及び低血糖発作症例へのブドウ糖溶液の投与の実施が可能となりました。

心肺機能停止傷病者及び心肺機能停止前の重症傷病者への対応については、救急救命士を含む救急隊員(以下「救急救命士等」という。)の標準的な活動内容を定めたプロトコール(活動基準)を策定し、運用を図っています。これによって、救急救命士等が心肺機能停止傷病者等に対してより適切に観察、判断、処置を行えるようになりました。これらプロトコールの作成、薬剤投与等を行う救急救命士への指示・助言及び救急救命士の行った活動の事後検証等を行うため、県救急医療体制検討協議会を中心に各保健福祉事務所等の単位ごとに地域メディカルコントロール協議会を設置し、メディカルコントロール体制を整備しています。

救急救命士が適切に救急業務を行える体制を整備するため、メディカルコントロール体制の更なる充実が必要となっています。

(9) ドクターヘリ・ドクターカーの活用

本県では、2009(平成21)年2月からドクターヘリの運航を開始し、出勤から救急現場到着まで、県内全域をおおむね20分以内でカバーしています。また、防災ヘリコプターのドクターヘリの運用や茨城県、栃木県との広域連携、埼玉県との広域連携の試行などにより、ドクターヘリの効果的、効率的な運航を行っています。

このほか、ドクターカーが前橋地域では前橋赤十字病院、群馬大学医学部附属病院(前橋市消防局の救急車に医師・看護師が同乗)において運用されています。また、高崎・安中地域では高崎総合医療センターにおいて運用されています。

2022(令和4)年度のドクターヘリ出勤件数は524件であり、2013(平成25)年度から2019(令和元)年度までは900件前後で推移していましたが、新型コロナウイルス感染症の影響が想定される令和2年度から4年度には減少しました。

ドクターヘリ出勤状況

出勤状況

出勤区分	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	合計
救急現場	647	630	564	676	692	635	410	365	340	4,959
転院搬送	63	61	59	79	72	57	53	55	42	541
キャンセル等	171	178	153	201	183	173	115	160	142	1,476

ドクターカー出動状況

区分		2012年度	2013年度	2014年度	2015年度	2016年度	2017年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	合計
出動件数	前橋(前橋赤十字病院)	4	34	109	104	359	405	577	724	552	607	612	4,087
	前橋(群馬大学医学部附属病院)	—	—	—	—	—	8	130	155	148	151	185	777
	高崎(高崎総合医療センター)	—	169	363	407	439	566	535	490	409	433	510	4,321
	太田(太田記念病院)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	53	122	175
	計	4	203	472	511	798	979	1,242	1,369	1,109	1,244	1,429	9,360

救護体制の充実のため、ドクターヘリ・ドクターカーの効果的な運用についてメディカルコントロール協議会等を活用して検討する必要があります。

(10) 傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準の策定と実施

救急車の要請をした救急患者の受入医療機関が決まらない、いわゆる受入医療機関の選定困難事案に対応するため、2009（平成21）年5月に消防法が改正され、都道府県に、傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準（以下「実施基準」という。）の策定及び実施基準に係る協議、調整等を行う協議会（以下「法定協議会」という。）の設置等が義務付けられました。

本県においても、群馬県救急医療体制検討協議会を法定協議会として実施基準を策定し、傷病者の状況に応じた適切な搬送及び受入体制を整備しています。

また、受入医療機関の選定困難事案の問題を解消するとともに、救急搬送の更なる効率化を図るため、2013（平成25）年1月から県内すべての救急車にタブレット端末を配備し、救急隊が事故等の現場で受入可能な医療機関の検索等ができる統合型医療情報システムを導入しています。

さらに、2014（平成26）年4月からは、同様のシステムを運用する埼玉県と、**2019（令和元）年10月からは栃木県と**連携し、システムの相互利用により県境を越えた救急搬送にも対応しています。

求められる医療機能

(1) 目標

- 患者**又は**周囲の者が、必要に応じて、速やかに救急要請及び救急蘇生法を実施すること
- メディカルコントロール体制の整備により、救急救命士等の活動が適切に実施されること
- ドクターヘリ、ドクターカーを有効に活用すること
- 実施基準の運用**や、空床情報等のデータ共有による医療の見える化**により、傷病者の搬送及び医療機関への受入れが適切に行われること
- 地域住民の救急医療への理解を深める取組が行われること

(2) 住民等に求められる事項

- 講習会等の受講により、傷病者に対する応急手当、AEDの使用を含めた救急蘇生法が実施可能であること
- 傷病者の救護のため、必要に応じて適切かつ速やかに救急要請を行うこと、あるいは適切な医療機関を受診すること

- 人生の最終段階においてどのような医療・ケアを望むかについて日頃から話し合うこと

(3) 消防機関の救急救命士等に求められる事項

- 住民等に対し、応急手当、AEDの使用を含めた救急蘇生法等に関する講習会を実施すること
- 脳卒中、急性心筋梗塞等、早期の救急要請が必要な疾患について、関係機関と協力して住民教育を実施すること
- 搬送先の医療機関の選定に当たっては、実施基準や医療機関とのデータ共有等により、事前に各救急医療機関の専門性や空床情報等を把握すること
- 地域メディカルコントロール協議会により定められたプロトコル（活動基準）に則し、心肺機能停止、外傷、急病等の患者に対して、適切な観察・判断・処置を実施すること
- 搬送手段と適切な急性期医療を担う医療機関を選定し、傷病者を速やかに搬送すること
- 緊急な医療を必要とする精神疾患を有する患者等の搬送に当たっては、精神科救急情報センターを活用し、精神科救急医療体制との十分な連携を図ること

(4) メディカルコントロール協議会等に求められる事項

- 救急救命士等の行う処置や、疾患に応じたプロトコル（活動基準）を策定し、事後検証等によって随時改訂すること
- 実施基準を踏まえ、搬送手段を選定し、適切な医療機関に搬送するためのプロトコルを策定し、事後検証等によって随時改訂すること
- 医師から救急救命士に対する直接指示・助言体制を確立すること
- 救急救命士等への再教育を実施すること
- ドクターカーやドクターヘリ等の活用の適否について、地域において定期的に検証すること
- ドクターヘリや防災ヘリコプター等の活用に際しては、関係者の連携について協議する場を設け、ドクターヘリが同時に要請された際や、県境付近の患者からの要請時における県境を越えた隣接県との広域連携を含め、効率的な運用を図ること
- ドクターカーについて、厚生労働省が実施する調査や、調査に基づき作成されたマニュアルを参考にしながら、救急医療提供体制の一部として、より効果的に活用すること

(5) 地域の救急医療関係者

- 医療関係者、介護関係者は、地域包括ケアシステムやアドバンス・ケア・プランニング（以下「ACP」という。）に関する議論の場等において、患者の希望する医療・ケアについて必要な時に確認できる方法について検討すること
- 自治体や医療従事者等は、患者や家族等が、人生の最終段階においてどのような医療・ケアを望むかについて日頃から話し合うよう促すこと

- ACP に関する議論や救急現場における心肺蘇生を望まない心肺停止患者への対応方針等は、例えば、救急医療の関係者や地域包括ケアの医療・介護関係者、消防関係者等地域の関係者がそれぞれ実施する会議を合同で開催することなどにより、地域の実情に応じ地域の多様な関係者が協力して検討すること

具体的施策

- (1) 県民に対する救急蘇生法の普及啓発事業により、一般市民が目撃した心肺停止傷病者のうち一般市民による心肺蘇生法実施率の向上を図るとともに、AED設置状況調査の実施及び設置場所の公表等によりAEDの設置及び利用の促進を図ります。
- (2) 気管挿管実習が可能な医療機関を確保するとともに、救急医療に関する研修の実施により、メディカルコントロール体制の充実を図ります。
- (3) 症例検討会の開催や関係機関との連携により、ドクターヘリの効果的な運航を行います。また、ドクターヘリの他県との連携を拡大します。
- (4) ドクターカーの円滑な運用を支援します。
- (5) 統合型医療情報システムの他県との連携により、県境を越えた救急搬送の効率化を図ります。そして、スマートフォンを利用したシステムの導入など情報通信技術（ICT）を活用した新機能を追加することにより、統合型医療情報システムの機能を強化し、救急搬送の更なる効率化を図ります。

【主な事業例】

県民に対する救急蘇生法の普及啓発、AED設置状況調査の実施・設置場所の公表、気管挿管実習可能な医療機関の確保及び救急医療に関する研修の実施、ドクターヘリ症例検討会の開催、統合型医療情報システムの機能強化 等

2 救命医療（第三次救急医療）

現状と課題

多発外傷患者のような複数の診療科領域にわたる重篤な救急患者に対する医療提供体制として、救命救急センターを設置する前橋赤十字病院、群馬大学医学部附属病院、高崎総合医療センター、太田記念病院を第三次救急医療機関として位置づけています。

(1) 脳卒中や心筋梗塞等の心血管疾患に対する救急医療

救命救急センターを有する病院では、脳卒中や心筋梗塞等の心血管疾患に対する専門的な医療が提供されていますが、これらに係る医療は、救命救急センターを有する病院以外の医療機関においても行われています。重症の救急患者に脳卒中や心血管疾患の患

第4章 疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

者が多い現状を踏まえ、それぞれの疾患の特性に応じた救急医療体制を構築する必要があります。(第4章2節2「脳卒中」及び3「心筋梗塞等の心血管疾患」を参照)

本県では高度救命救急センターである前橋赤十字病院において、二次救急医療機関の医師等を対象に脳卒中や心血管疾患の救命医療に関する研修を実施し、地域の救急医療体制の向上を図っています。

(2) アクセス時間を考慮した体制の整備

脳卒中、急性心筋梗塞、重症外傷等の救命救急医療においては、医療機関へのアクセス時間（発症から医療機関で診療を受けるまでの時間）が短いほど、救命率の向上や後遺症の軽減につながります。

本県においては、北部地域におけるアクセス時間を考慮した救命救急医療体制の整備が求められています。

求められる医療機能

(1) 目標

- 24時間365日、救急搬送の受入れに応じること
- 患者の状態に応じた適切な情報や救急医療を提供すること

(2) 医療機関等に求められる事項

- 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症例や診断が難しい症例等、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急医療機関は、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、テロ災害発生時等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
- 必要に応じ、ドクターヘリ、ドクターカーを用いた救命救急医療を提供すること
- 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床、転院できる体制にあること

- 第二次救急医療機関や、回復期病床・慢性期病床を有する医療機関等と、患者を受け入れる際に必要な情報や受入れ可能な時間帯、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等を活用すること
- 実施基準の円滑な運用・改善及び都道府県又は地域の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、災害に備えて積極的な役割を果たすこと
- 統合型医療情報システム等を通じて、診療機能を住民・救急搬送機関等に周知すること
- 医師、看護師等の医療従事者に対し、必要な研修を行う体制を有し、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、臨床工学技士、救急救命士等、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、救急救命士の気管挿管・薬剤投与等の病院実習、就業前研修、再教育などに協力すること
- 「救急病院等を定める省令」に基づき県知事により指定された救急病院であること

(3) 医療機関の例

- 救命救急センター

具体的施策

- (1) 救命救急センターの施設整備及び設備整備に対する支援を行います。

【主な事業例】

第三次救急医療体制の充実、救命救急センターの施設・設備整備に対する支援等

3 入院救急医療（第二次救急医療）

現状と課題

地域の入院機能を担う救急医療機関を確保することを目的として、病院群輪番制病院や救急告示医療機関を第二次救急医療機関として位置付けています。

第4章 疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

- (1) 第二次救急医療機関には、救急車の受入実績や診療体制に差が見られますが、「地域で発生する救急患者への初期診療を行い、必要に応じて入院治療」を担う本来の機能を果たすとともに、多様化する地域の救急医療需要に対応することが求められています。
- (2) 第二次救急医療機関が適切に救急患者の受入れを行うためには、統合型医療情報システム等を活用し、救急患者の診療科ごとの応需情報の入力頻度を高めるとともに、より信頼性が高い情報を発信できるようシステムの運用体制の改善を図っていく必要があります。

求められる医療機能

(1) 目標

- 24時間365日、救急搬送の受入れに応じること
- 傷病者の状態に応じた適切な情報や救急医療を提供すること

(2) 医療機関に求められる事項

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。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。救急救命士等への教育機能も一部担う。

- 救急医療について相当の知識及び経験を有する医師が常時診療に従事すること
- 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が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すること
- 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
- 第三次救急医療機関や、回復期病床・慢性期病床を有する医療機関等と、患者を受け入れる際に必要な情報や受入可能な時間帯、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等を活用すること
- 統合型医療情報システム等を通じて、診療可能な日時や、診療機能を住民・消防機関等に周知すること

- 医師、看護師、救急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、臨床工学技士、救急救命士等、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
- 数年間、受入実績のない救急医療機関については、その位置付けについて見直しを検討すること
- 「救急病院等を定める省令」に基づき県知事により指定された救急病院であること

(3) 医療機関の例

- 病院群輪番制病院、共同利用型病院
- 救急告示医療機関

具体的施策

- (1) 救急告示医療機関等の制度を適切に運用するとともに、病院群輪番制病院の施設整備等を支援することにより、第二次救急医療体制の機能強化を図ります。
- (2) 医療機関にタブレット端末を配置するほか、ICTを活用した新機能を追加することにより、統合型医療情報システムの機能を強化し、救急医療の高度化を図ります。

【主な事業例】

救急告示医療機関等の制度運用、病院群輪番制病院の施設整備等に対する支援、統合型医療情報システムの機能強化 等

4 初期救急医療

現状と課題

休日・夜間急患センター（9か所）や在宅当番医制（12医師会）の確保により初期救急医療体制の整備を図っています。

- (1) 初期救急医療機関では救急搬送を必要としない救急患者の診療を担っていますが、救急車で搬送される患者の約半数が軽症患者であるという実態を踏まえ、統合型医療情報システムや小児救急電話相談「#8000」、救急テレホンサービス、救急受診アプリ「Q助」等の更なる活用により、適正受診を推進することが必要となっています。

求められる医療機能

(1) 目標

- 患者の状態に応じた適切な救急医療を提供すること

(2) 医療機関に求められる事項

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。

第4章 疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

- 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、地域で診療の空白時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、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

(3) 住民等に求められる事項

- 日頃からかかりつけ医を持ち、統合型医療情報システムや小児救急電話相談「#8000」、救急テレホンサービス、救急受診アプリ「Q助」により、適切な医療機関の受診、救急車の要請、他の交通手段の利用等を判断すること

(4) 医療機関の例

- 休日・夜間急患センター
- 在宅当番医制に参加する診療所
- 休日歯科診療所
- 在宅当番歯科医制に参加する歯科診療所

具体的施策

- (1) 統合型医療情報システムや小児救急電話相談「#8000」、救急テレホンサービス、救急受診アプリ「Q助」等の周知により、軽症患者の適正受診を啓発します。
- (2) 休日・夜間急患センターの設置に対する支援を行うことにより、初期救急医療体制の充実を図ります。

【主な事業例】

統合型医療情報システムや小児救急電話相談「#8000」、救急テレホンサービス、救急受診アプリ「Q助」等の周知啓発、休日・夜間急患センターの設置に対する支援 等

5 救命期後医療

現状と課題

受入医療機関の選定困難事案の原因の一つに、「ベッドの満床」が挙げられます。その背景として、救急医療機関(特に救命救急医療機関)に搬送された患者が救急医療用の病床を長期間使用することで、救急医療機関が新たな救急患者を受け入れることが困難になる、いわゆる救急医療機関の「出口の問題」が指摘されています。

- (1) 具体的には、急性期を乗り越えたものの、重度の脳機能障害（遷延性意識障害等）の後遺症がある場合や合併する精神疾患によって一般病棟では対応が困難である場合、さらには人工呼吸管理が必要である場合などに、退院や転院が困難となっています。この問題を改善するために、急性期を脱した患者で、重度の後遺症等により在宅への復帰が容易でない患者を受け入れる医療機関や介護施設等と救命救急医療機関との連携の強化が必要となっています。
- (2) また、同様の問題として、救命救急センターを有する病院において、院内の連携が十分でない等の理由により、急性期を乗り越えた救命救急センターの患者が、一般病棟へ円滑に転床できずに救命救急センターにとどまり、結果として救命救急センターでありながら新たな重症患者を受け入れることができないといった点も指摘されています。
- (3) 本県ではこうした出口の問題に対応するため、急性期を脱した救急患者の転床や転院の調整を行う救急患者退院コーディネーターの救急医療機関への設置等を推進しています。

求められる医療機能

(1) 目標

- 合併症、後遺症のある患者に対して慢性期の医療を提供すること
- 在宅等での療養を望む患者に対し医療機関からの退院を支援すること

(2) 医療機関に求められる事項

- 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すること
- 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すること
- 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合併した患者を受け入れる体制を整備すること
- 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（A D L）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すること
- 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すること

第4章 疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

- 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すること

(3) 医療機関の例

- 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床や地域包括ケア病床を有する病院
- 診療所
- 訪問看護事業所

具体的施策

- (1) 消防救急車による転院搬送ガイドラインの策定や病院救急車を各地域に配備することにより急性期病院の空床確保と救急搬送時間の短縮を目指します。また、救急患者退院コーディネーターの設置促進により、救急医療機関の「出口の問題」に取り組みます。

【主な事業例】

転院搬送ガイドラインの策定及び転院搬送病院救急車の整備に対する支援、救急患者退院コーディネーターの設置促進 等

6 精神科救急医療

現状と課題

緊急な医療を必要とする全ての精神障害者が、迅速かつ適正な医療を受けられるよう、精神科救急医療体制の確保に努める必要があります。

また、身体疾患を合併する精神疾患患者に対する医療については、一般の医療機関と精神科医療機関の診療協力体制の整備等が求められています。

- (1) 総務省消防庁「救急・救助の現況」（2022（令和4）年版）によると、2021（令和3）年の本県における急病のうち精神系の疾患の人数は1,078人（2.1%）であり、2016（平成28）年の1,394人（2.7%）から減少傾向にあります。

本県の夜間、休日における精神科救急医療は、精神科救急医療施設15施設（常時対応、輪番対応）で対応しています。

- (2) 本県における自傷他害のおそれにより警察署に保護され、その行為の背景に精神疾患が疑われる場合に行われる通報等は、精神科救急情報センターで一元的に対応しています。

しかし、精神疾患と身体疾患を合併する救急患者の受入れが困難になる事例があることから、身体合併症対応施設の整備や、精神科医療機関と一般医療機関の診療協力体制

の整備など、身体疾患を合併する精神疾患患者の受入れ体制の強化を図る必要があります。

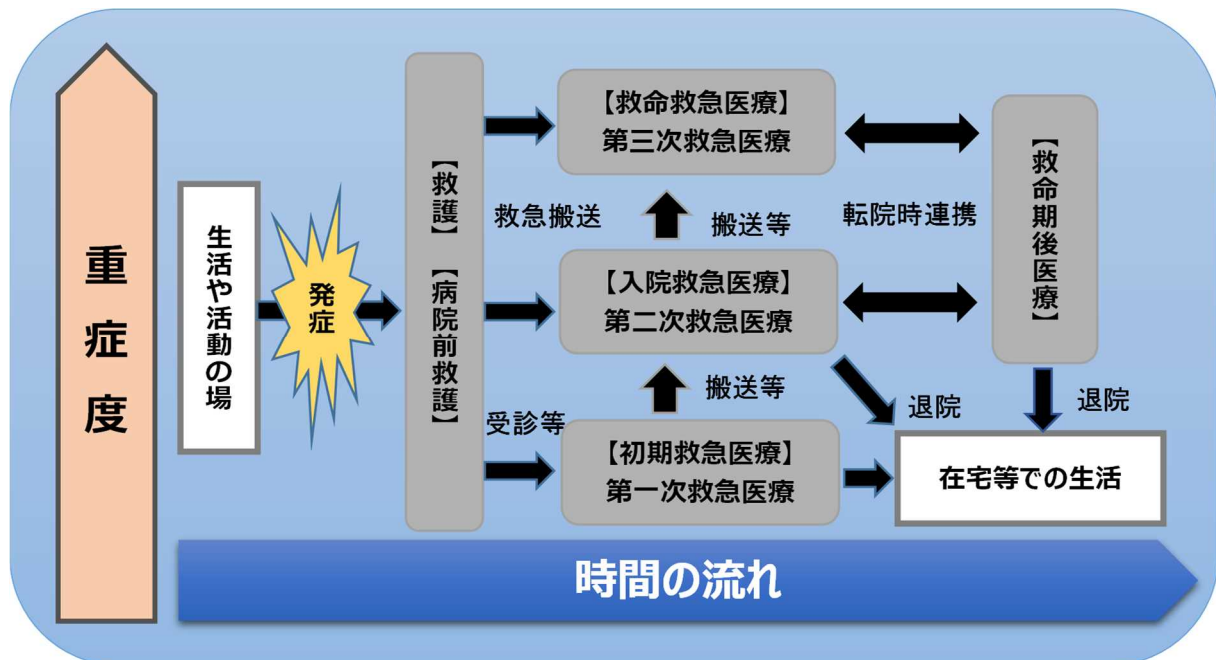
求められる医療機能

第4章2節5「精神疾患」参照

具体的施策

第4章2節5「精神疾患」参照

救急医療の医療連携体制



第4章 疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

ロジックモデル

	現状と課題	番号	A 個別施策
救護	県民に対する心肺蘇生法の普及と AED の設置・利用促進、メディカルコントロール体制の充実、また、救急車の適正利用と救急医療機関の適正受診の推進が必要 ①一般市民による心肺蘇生法実施は救急傷病者の救命率向上に寄与している。 ⇒引き続き、AEDの設置場所の周知や使用方法について普及啓発が必要 ②定期的な通院等でタクシー代わりに救急車を利用する傷病者や軽症にもかかわらず診療時間外に救急医療機関を受診する傷病者が存在する。 ⇒救急車の適正利用と救急医療機関の適正受診が必要	1	(1) 県民に対する救急蘇生法の普及啓発、AED設置状況調査の実施及び公表 (2) メディカルコントロール体制の充実 (3) ドクターヘリの効果的な運航 (4) ドクターカーの円滑な運用を支援 (5) 統合型医療情報システムの運営
救命医療	多発外傷患者のような複数の診療科領域にわたる重篤な救急患者に対する医療提供体制として、救命救急センターを設置する前橋赤十字病院、群馬大学医学部附属病院、高崎総合医療センター、太田記念病院を第三次救急医療機関として位置付けている。 ①重症の救急患者に脳卒中や心血管疾患の患者が多い ⇒脳卒中や心血管疾患の救命医療に関する研修を実施 ②発症から医療機関で診療を受ける時間が短いほど、救命率の向上や後遺症の軽減につながる。	2	(1) 救命救急センターの施設整備及び設備整備に対する支援
入院救急医療	地域の入院機能を担う救急医療機関を確保することを目的として、病院群輪番制病院や救急告示医療機関を第二次救急医療機関として位置付けている ①救急車の受入実績や診療体制に差が見られる ⇒第二次救急医療機関が担う本来の機能を果たすとともに、多様化する地域の救急医療需要に対応する	3	(1) 救急告示医療機関等の制度の適切な運営と病院群輪番制病院の施設整備等を支援 (2) 統合型医療情報システムの機能強化
初期救急医療	休日・夜間急患センター（9か所）や在宅番医制（12 医師会）の確保により初期救急医療体制の整備を図っている ①救急車で搬送される患者の約半数が軽症患者である ⇒初期救急医療機関では救急搬送を必要としない救急患者の診療を担っており、適正受診の推進が必要	4	(1) 軽症患者の適正受診の啓発 (2) 休日・夜間急患センターの設置に対する支援
救命期後医療	救急医療機関が新たな救急患者を受け入れることが困難になる、いわゆる救急医療機関の「出口の問題」が指摘されている。 ①急性期を乗り越えたものの、救命救急センター等の病棟から転床できず、新たな重症患者を受け入れることができない。 ⇒救急患者退院コーディネーターの救急医療機関への設置等を推進	5	(1) 転院搬送ガイドライン (2) 病院救急車の活用 (3) 救急患者退院コーディネーターの設置
精神科救急医療	緊急な医療を必要とする全ての精神障害者が、迅速かつ適正な医療を受けられるよう、精神科救急医療体制の確保に努める必要がある。 また、身体疾患を合併する精神疾患患者に対する医療については、一般の医療機関と精神科医療機関の診療協力体制の整備等が求められている。	6	第4章2節5「精神疾患」参照

第 4 章 疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

番号	B 目標		番号	C 最終目標	
1	目標値	患者あるいは周囲の者が、必要に応じて、速やかに救急要請及び救急蘇生法を実施すること	1	目標値	早期医療介入による救命の向上
		住民の救急蘇生法講習の受講率（人口1万人対）			心肺機能停止傷病者の1ヶ月後の予後（生存率）
		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			
		心肺機能停止傷病者の1ヶ月後の予後（生存率）			
2	目標値	24時間365日、救急搬送の受入れに応じること、患者の状態に応じた適切な情報や救急医療を提供すること			
		救命救急センターの数			
		救命救急センターの充実度評価A以上の割合			
		心肺機能停止傷病者の1ヶ月後の予後（生存率）			
3	目標値	24時間365日、救急搬送の受入れに応じること、患者の状態に応じた適切な情報や救急医療を提供すること			
		重症以上傷病者の受入れ困難事例の件数（救急車で搬送する病院が決定するまでに、4機関以上に要請を行った件数の全搬送件数に占める割合）			
		心肺機能停止傷病者の1ヶ月後の予後（生存率）			
4	目標値	患者の状態に応じた適切な救急医療を提供すること			
		心肺機能停止傷病者の1ヶ月後の予後（生存率）			
5	目標値	合併症、後遺症のある患者に対して慢性期の医療を提供すること、在宅等での療養を望む患者に対し医療機関からの退院を支援すること（転院搬送数？）			
6	目標値	別冊1「5精神疾患」参照			

第4章 疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

目標値一覧

分類 B：目標 C：最終	番号	指標	現状		目標	
			数値	年次	数値	年次
B	1	① 住民の救急蘇生法講習の受講率（人口1万人対）		2023		2029
B	1	② 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		2023		2029
B	1	③ 心肺機能停止傷病者の1ヶ月後の予後（生存率）		2023		2029
B	2	① 救命救急センターの数		2023		2029
B	2	② 救命救急センターの充実度評価A以上の割合		2023		2029
B	2	③ 心肺機能停止傷病者の1ヶ月後の予後（生存率）		2023		2029
B	3	① 重症以上傷病者の受入れ困難事例の件数（救急車で搬送する病院が決定するまでに、4機関以上に要請を行った件数の全搬送件数に占める割合）		2023		2029
B	3	② 心肺機能停止傷病者の1ヶ月後の予後（生存率）		2023		2029
B	4	① 心肺機能停止傷病者の1ヶ月後の予後（生存率）		2023		2029
B	5	① （転院搬送数？）		2023		2029
C	1	① 心肺機能停止傷病者の1ヶ月後の予後（生存率）		2023		2029

7 災害医療の医療連携体制構築の取組

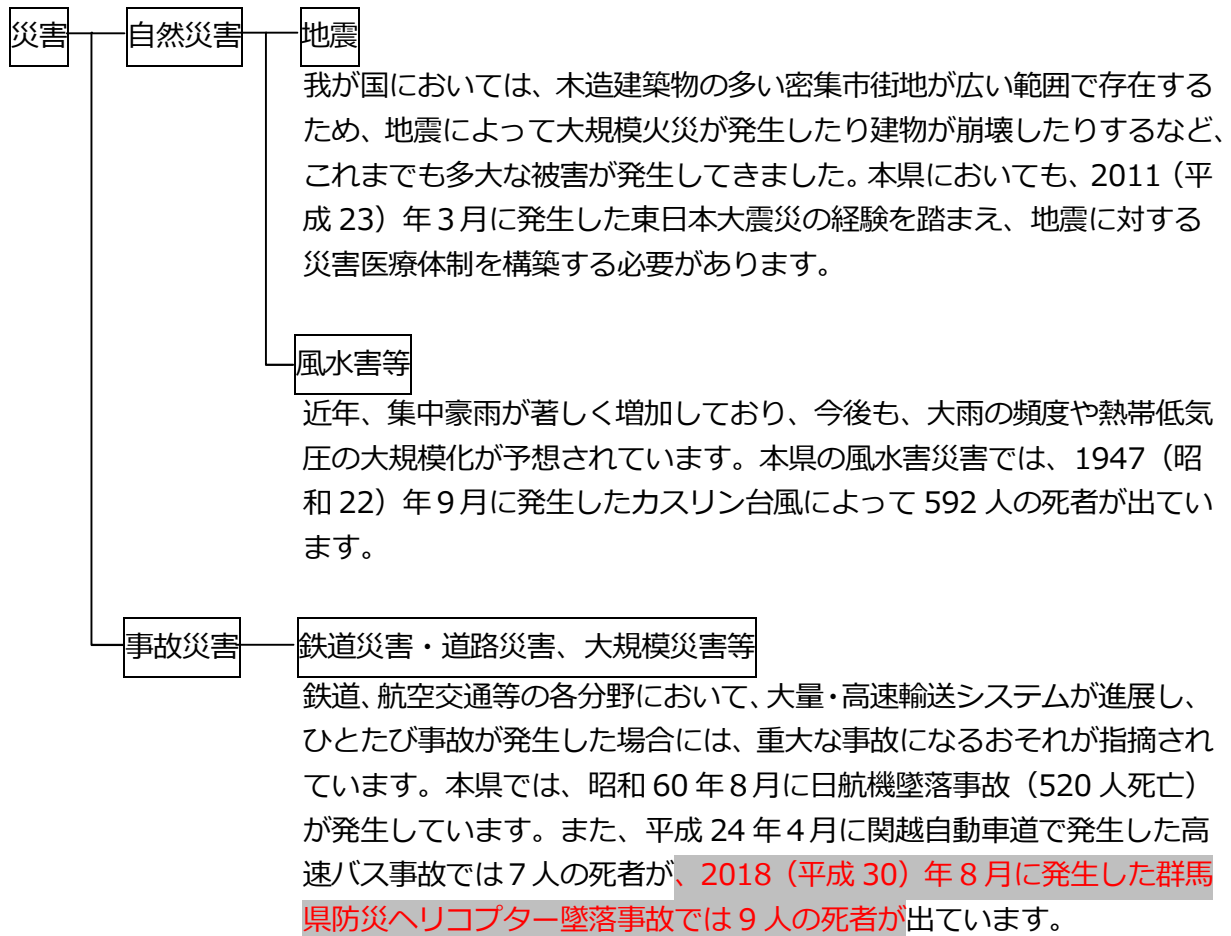
- ◆ 災害拠点病院が災害時に医療機能を維持できるよう支援します。
- ◆ 災害時における医療提供体制を確保するため、一般病院の耐震化を推進します。また、災害時の対応に必要な訓練・研修を実施します。
- ◆ 災害時に迅速かつ適切に医療救護活動が行えるよう、DMAT等の体制を強化します。

概況

災害時における医療（以下「災害医療」という。）については、災害発生時に、災害の種類や規模に応じて利用可能な医療資源を可能な限り効果的に活用するとともに、平時から、災害を念頭に置いた関係機関による連携体制をあらかじめ構築しておくことが必要です。

（1）災害の種類

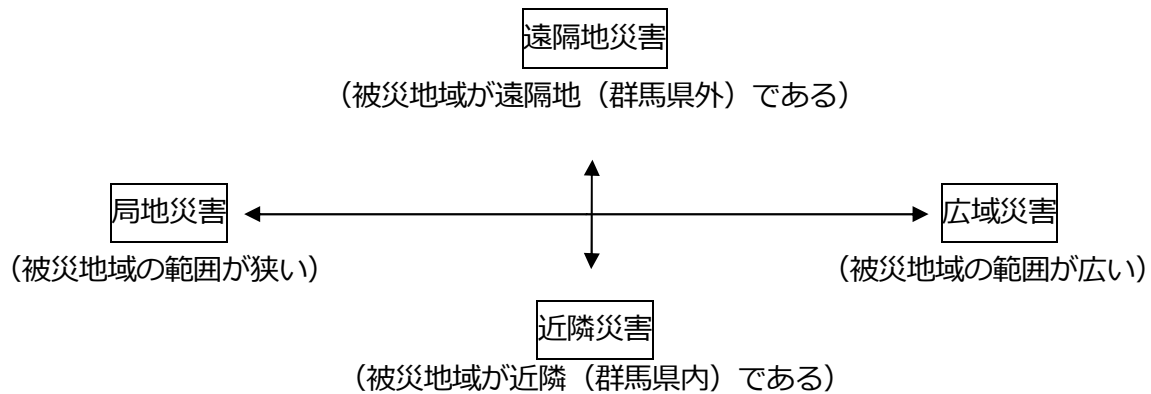
災害は、地震、風水害、火山災害、雪害等などの自然災害と、航空災害、鉄道災害、道路災害、大規模火災などの事故災害（人為災害）に分類されます。



第4章 疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

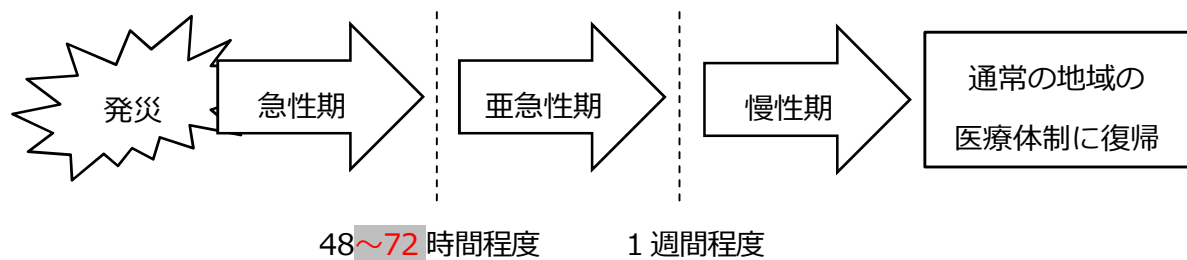
また、災害は、発生場所によって遠隔地災害と近隣災害に、被災地の範囲によって広域災害と局地災害に分類されます。

【災害の分類】



また、災害は、発生場所によって遠隔地災害と近隣災害に、被災地の範囲によって広域災害と局地災害に分類されます。

【災害の局面】



（2）本県における災害の発生状況

本県において、過去に発生した災害で被害が大きかったものは、以下のとおりとなっています。

ア 地震

地震名	発生年月	規模 (M)	震 度 (県内最大)	被害の状況
関東大地震	1923(大正 12)年 9 月	7.9	4	負傷者 9 人
西埼玉地震	1931(昭和 6)年 9 月	6.9	6	死者 5 人、負傷者 55 人
新潟県中越地震	2004(平成 16)年10月	6.8	5	負傷者 6 人
東北地方太平洋沖地震	2011(平成 23)年 3 月	9	6 弱	死者 1 人、負傷者 41 人

イ 風水害

風水害名	発生年月	被害の状況
カスリン台風	1947(昭和 22)年 9 月	死者 592 人、負傷者 1,231 人
キティ台風	1949(昭和 24)年 8 月	死者 44 人、負傷者 89 人
台風 7 号	1959(昭和 34)年 8 月	死者 7 人、負傷者 26 人
伊勢湾台風	1959(昭和 34)年 9 月	死者 10 人、負傷者 27 人
台風 2 6 号	1966(昭和 41)年 9 月	死者 15 人、負傷者 92 人
台風 1 5 号	1981(昭和 56)年 8 月	死者 1 人、負傷者 2 人
台風 1 0 号	1982(昭和 57)年 7 月	死者 5 人、負傷者 52 人
台風 1 5 号	2001(平成 13)年 9 月	死者 3 人、負傷者 3 人

ウ 火山

火山名等	発生年月	被害の状況
草津白根山 噴火	1932(昭和 7 年)10 月	死者 2 人、負傷者 7
浅間山 噴火	1947(昭和 22)年 8 月	死者 11 人
浅間山 噴火	1961(昭和 36)年 8 月	死者 1 人
草津白根山（本白根山） 噴火	2018(平成 30)年 1 月	死者 1 人

エ 事故災害

事故災害名	発生年月	被害の状況
沼田市岩本旅客列車転覆	1977(昭和 52)年 3 月	死者 1 人、負傷者 108 人
上信電鉄列車正面衝突事故	1984(昭和 59)年12月	死者 1 人、負傷者 131 人
上野村御巣鷹の尾根旅客機墜落	1985(昭和 60)年 8 月	死者 520 人、負傷者 4 人
尾島町（現太田市）安養寺化学工場爆発	2000(平成 12)年 6 月	死者 4 人、負傷者 58 人
関越自動車道高速バス事故	2012(平成 24)年 4 月	死者 7 人、負傷者 39 人
群馬県防災ヘリコプター墜落事故	2018(平成 30)年 8 月	死者 9 人

1 災害拠点病院

現状と課題

災害時における医療提供体制を確保するため、県内に 17 か所の災害拠点病院を指定しています。災害拠点病院においては、被災後、診療機能を維持できるよう、業務継続計画の整備を行うことや、地域災害医療対策会議のコーディネート機能の確認を行う訓練を実施することが重要です。

第4章 疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

- (1) 災害時における医療を確保することを目的に、次の機能を有する病院を災害拠点病院として17か所指定しています。さらに、災害拠点病院のうち、その機能を強化し、災害医療に関して都道府県の中心的な役割を果たす病院として基幹災害拠点病院があり、本県では前橋赤十字病院を指定しています。

【災害拠点病院の機能】

- 災害時に多発する多発外傷、挫滅症候群、広範囲熱傷等の重篤救急患者の救命医療を行うための高度の診療機能
- 災害急性期における被災地からの重症傷病者の受入れ機能
- DMA T、医療救護班等の受入れ機能及びDMA Tの派遣機能
- 傷病者等の受入れ及び搬出を行う広域搬送への対応機能
- 地域の医療機関への応急用資機材の貸出し機能

基幹災害拠点病院

医 療 機 関 名	対 応 地 域
前橋赤十字病院	群馬県全域

地域災害拠点病院

医 療 機 関 名	対応地域(二次保健医療圏)
群馬県済生会前橋病院	前橋保健医療圏
JCHO群馬中央病院	
群馬大学医学部附属病院	
渋川医療センター	渋川保健医療圏
伊勢崎市民病院	伊勢崎保健医療圏
伊勢崎佐波医師会病院	
高崎総合医療センター	高崎・安中保健医療圏
日高病院	
公立藤岡総合病院	藤岡保健医療圏
公立富岡総合病院	富岡保健医療圏
原町赤十字病院	吾妻保健医療圏
沼田病院	沼田保健医療圏
利根中央病院	
桐生厚生総合病院	桐生保健医療圏
太田記念病院	太田・館林保健医療圏
館林厚生病院	

災害拠点病院は災害時における医療を確保できるよう、次の要件を満たす必要があります。

【災害拠点病院の主な指定要件】

(2023(令和5)年2月28日付け厚生労働省医政局長通知「災害拠点病院指定要件の一部改正について」による定義)

- DMATを保有し、その派遣体制があること
- 被災後、早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画の整備を行っていること・整備された業務継続計画に基づき、被災した状況を想定した研修及び訓練を実施すること
- 二次救急医療機関及び地域医師会、日本赤十字社等の医療関係団体とともに定期的な訓練を実施すること
- 災害発生時に通常時の2倍の入院患者、5倍の外来患者を受け入れるスペース、簡易ベッドを有すること
- 建物が耐震構造であること
- 通常時の6割程度の発電容量のある自家発電装置を有し、3日分程度の燃料を確保すること
- 浸水想定区域に所在する場合は、浸水対策を講じること
- 受水槽、井戸設備等を有し、診療に必要な水を確保すること
- 衛星電話、衛星回線インターネットを有すること
- 広域災害救急医療情報システム（EMIS(イーミス)）の入力担当者を定め、操作方法に関する研修・訓練を行うこと
- 食料、飲料水、医薬品等を3日分程度備蓄しておくこと
- 敷地内（又は隣接地）にヘリコプターの離着陸場を有すること
- DMAT用の車両や医療資機材を有すること

【DMAT（災害派遣医療チーム）】

災害派遣医療チーム（Disaster Medical Assistance Team）の頭文字で、DMAT（ディーマット）と呼ばれています。DMATは、医師、看護師、業務調整員（医師・看護師以外の医療職及び事務職員）で構成され（1チーム4～5名）、大規模災害や多数傷病者が発生した事故などの現場で、急性期（おおむね48時間以内）に活動できる機動性をもった、専門的な訓練を受けた医療チームです。本県においては、2022（令和4）年度末時点で65チームの日本DMATが編成されています。また、DMAT派遣に協力する意志を持ち、厚生労働省又は都道府県に指定された医療機関を「DMAT指定医療機関」といいます。

【広域災害救急医療情報システム（EMIS）】

広域災害救急医療情報システム（EMIS(イーミス)：Emergency Medical Information

System）は、災害時に被災した都道府県を越えて、医療機関のライフラインや患者の受入れ状況など、災害医療に関わる情報を共有し、被災地域での迅速且つ適切な医療・救護に関わる各種情報を集約・提供することを目的としたシステムです。厚生労働省及び都道府県により運営をされています。

DMAT指定医療機関

医療機関名	チーム数
前橋赤十字病院	28 (20)
群馬大学医学部附属病院	8 (5)
群馬県済生会前橋病院	3 (2)
JCHO群馬中央病院	3 (3)
渋川医療センター	6 (4)
伊勢崎市民病院	6 (4)
伊勢崎佐波医師会病院	1 (1)
高崎総合医療センター	4 (4)
日高病院	2 (2)
公立藤岡総合病院	2 (2)
公立富岡総合病院	3 (2)
沼田病院	1 (0)
沼田脳神経外科循環器科病院	1 (1)
利根中央病院	4 (4)
原町赤十字病院	1 (1)
桐生厚生総合病院	1 (1)
太田記念病院	7 (5)
館林厚生病院	7 (4)
合 計	88 (65)

※ () : 日本DMAT

- (2) 本県の災害拠点病院における業務継続計画の策定率は100%ですが、整備された業務継続計画に基づき、被災した状況を想定した研修及び訓練を実施することが必要です。
- (3) 災害拠点病院として県と協力しながら、災害時の医療チーム等の受入れを想定するとともに関係機関・団体等と連携し、保健所管轄区域や市町村単位等での地域災害医療対策会議のコーディネート機能の確認を行うことが重要です。

求められる医療機能

(1) 目標

- 被災した際に、被害状況、診療継続可否等の情報を、EMIS等を用いて都道府県災害対策本部等へ共有すること
- 災害時においても、多発外傷、挫滅症候群、広範囲熱傷等の重篤救急患者の救命医療を行うための高度の診療機能を有すること
- 患者等の受入れ及び搬出を行う広域医療搬送に対応すること
- 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

- 被災しても、早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画の整備を含め、平時からの備えを行っていること

(2) 医療機関に求められる事項

基幹災害拠点病院は、都道府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。

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。

- 災害時に多発する重篤救急患者の救命医療を行うために必要な施設・設備、医療従事者を確保していること
- 多数の患者に対応可能な居室や簡易ベッド等を有していること
- 基幹災害拠点病院は病院の機能を維持するために必要な全ての施設、地域災害拠点病院は診療に必要な施設が耐震構造であること
- 被災時においても電気、水、ガス等の生活必需基盤が維持可能であること
- 災害時において必要な医療機能を発揮できるよう、通常時の6割程度の発電容量のある自家発電機を保有し、3日分程度の備蓄燃料を確保していること
- 災害時においても診療が継続できるよう、適切な容量の受水槽や井戸設備の整備、優先的な給水協定の締結等により、少なくとも3日分の水の確保に努めること
- 浸水想定区域（洪水・雨水出水）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
- 飲料水・食料、医薬品、医療機材等を備蓄していること
- 加えて、飲料水・食料、医薬品、医療機材、燃料等について、関係団体と協定を締結し、災害時に優先的に供給を受けられるようにしておくこと（ただし、医薬品等については、都道府県・関係団体間の協定等※において、災害拠点病院への対応が含まれている場合は除く。）
- 基幹災害拠点病院においては、災害医療に精通した医療従事者の育成（都道府県医師会等とも連携した地域の医療従事者への研修を含む。）の役割を担うこと
- 病院敷地内又は病院近接地にヘリコプターの離着陸場（ヘリポート）を有していること
- EMIS に加入しており、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
- 複数の災害時の通信手段を確保するよう努めること
- 被災後、早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画（BCP）の整備を行うこと
- 厚生労働省実施のBCP策定研修事業等を活用し、効率性の高い業務継続計画（BCP）を策定すること
- 整備された業務継続計画（BCP）に基づき、被災した状況を想定した研修及び訓練を実施すること

第4章 疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

- 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**、日本医師会災害医療チーム（JMAT：Japan Medical Association Team）、日本赤十字社救護班等の医療関係団体の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

※ 医薬品等の供給確保については、厚生労働省防災業務計画により各都道府県において策定することとされている「医薬品等の供給、管理のための計画」に基づいて体制を整えておくこと

具体的施策

（１）業務継続計画の整備

- 業務継続計画を未策定の災害拠点病院に対し、策定の支援をします。

【主な事業例】

業務継続計画作成セミナーの開催、厚生労働省が実施する研修への参加の促進等

（２）地域の災害医療体制の充実

- 地域災害医療対策会議のコーディネート機能を強化します。

【主な事業例】

地域ごとに、災害拠点病院・病院・日本赤十字社・医師会・保健所（保健福祉事務所）・市町村等が連携した災害訓練の実施 等

2 災害拠点病院以外の病院

現状と課題

- （１）災害時における医療提供体制を確保するために、病院の耐震化が必要となっています。

県内病院（災害拠点病院を除く）の耐震化率

調査時点	病院数	耐震化済み数	耐震化率
2019(令和元)年9月	113	94	83.2%
2020(令和2)年9月	111	92	82.9%
2021(令和3)年9月	111	92	82.9%

- （２）災害時は情報の伝達及び共有が重要です。災害時の情報共有体制を確保するために、「広域災害救急医療情報システム（EMIS）」の操作を含む訓練を平常時から行い、災害時に有効に活用できるよう備えておくことが必要です。

- （３）県「医療施設機能調査（**2022(令和4)年度**）」によると、本県の病院（災害拠点病院を除く）における業務継続計画の策定率は**29.4%**となっており、災害拠点病院以外の

病院についても、被災後、診療機能を維持できるよう、業務継続計画の整備を進めることが必要です。

求められる医療機能

(1) 目標

- 被災した際に、被害状況、診療継続可否等の情報を、EMIS 等を用いて都道府県災害対策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、業務継続計画の整備を含め、平時からの備えを行っていること

(2) 医療機関等に求められる事項

- 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
- 被災後、早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画（BCP）の整備を行うよう努めること
- 厚生労働省実施のBCP策定研修事業等を活用し、効率性の高い業務継続計画（BCP）を策定すること
- 整備された業務継続計画（BCP）に基づき、被災した状況を想定した研修及び訓練を実施すること
- 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こと。
また、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
- 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、日本医師会災害医療チーム（JMAT）、日本赤十字社救護班等の医療関係団体の医療チームと連携をとること
- 浸水想定区域（洪水・雨水出水）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

具体的施策

(1) 耐震化の推進

- 病院の耐震化を対象とした国庫補助金を活用し、病院の建物の耐震化を推進します。

【主な事業例】

医療施設等耐震整備事業補助 等

(2) 災害時における情報連絡体制の強化

- E M I S を活用し、災害時における病院の情報連絡体制を強化します。

【主な事業例】

全病院に対して E M I S の操作を含む研修・訓練を実施 等

(3) 業務継続計画の整備

- 病院の耐震化を対象とした国庫補助金を活用し、病院の建物の耐震化を推進します。

【主な事業例】

業務継続計画を未策定の病院に対し、策定を支援します。

3 県

現状と課題

災害医療コーディネーターや地域災害医療対策会議の運用により、災害医療体制の充実を図ることが重要です。また、各種医療チームの被災地への派遣や関係機関との連携を確保することが重要です。

- (1) 災害時における県全体の医療施策について、有効な対策を円滑に実施することを目的として、下記のとおり「災害医療コーディネーター」等を設置し、体制を整備しています。

災害時に、災害医療コーディネーター等が有効に機能するためには、災害医療に関する知識と技能を維持・向上させるとともに、コーディネーターの組織及び連携体制を確保することが必要とされています。

- 災害医療コーディネーター
 - 県災害対策本部における県全体の医療救護活動の実施に係る助言
 - D M A T などの医療チームの受入・派遣調整
 - 平時における県の災害医療体制に対する助言
 - 県が主催する災害医療研修会等の実施に係る企画運営
- 災害医療サブコーディネーター
 - 災害医療コーディネーターの補佐、代理
 - 特定の専門分野（透析、歯科、薬剤、看護、柔道整復、小児・周産期）に係る調整
- 地域災害医療コーディネーター
 - 地域において災害医療コーディネーターの役割を担う

- (2) 地域における災害医療対策を協議する場として、保健福祉事務所（保健所）管轄区域ごとに「地域災害医療対策会議」を設置しています。災害時に地域災害医療対策会議が

有効に機能するためには、災害の種類や規模、局面ごとに会議の運用体制を検討しておくことが必要です。

【地域災害医療対策会議】

地域災害医療対策会議では、地域災害医療コーディネーターを中心に、災害時には避難所等での医療ニーズの把握・分析、医療救護班などの受入調整を行い、平時においては地域の災害医療対策の検討や関係機関の連携確保を図ります。

- (3) 東日本大震災では、受援側の自治体が被災して指揮調整部門が機能不全に陥り、保健医療の支援資源を適正に配分することができなかったため、長引く避難生活において慢性疾患の増悪、メンタルヘルス、感染症等の二次的な健康被害が拡大しました。そのため、災害時に自又は他自治体の保健医療部門の指揮調整機能を補佐する役割として、災害時健康危機管理支援チーム（DHEAT）を組織することが必要です。

【DHEAT（災害時健康危機管理支援チーム）】

DHEAT（ディーヒート）は災害時健康危機管理支援チーム（Disaster Health Emergency Assistance Team）のことです。地震、台風など自然災害に伴う重大な健康危機が発生した際に、被災地の保健医療需要と保健医療資源を迅速に把握・分析し、外部からの保健医療支援チーム等を組織・職種横断的に全体調整するなどの専門的研修・訓練を受けた都道府県等職員によって組織される支援チームです。

- (4) 災害時に、被災地へ迅速に駆けつけ救急医療を行うため、DMAT 指定医療機関 1 病院当たりの DMAT 数を増加させることが必要となっています。また、災害時に備え、DMAT の技能維持や関係機関との連携体制の強化も重要です。

- (5) 精神科病院については、2011（平成 23）年の東日本大震災では被災した精神科病院から約 1,200 人、2016（平成 28）年の熊本地震でも被災した精神科病院から約 600 人の患者搬送が行われました。県内の災害拠点病院が有する精神病床数は 40 床（2017（平成 29）年 7 月 31 日現在）であり、精神科病院からの患者の受入れや、精神症状の安定化等を、災害拠点病院のみで対応することは困難です。このため、精神科病院においても、災害拠点病院と類似の機能を有する災害拠点精神科病院を整備することが必要です。

災害拠点精神科病院は、災害時においても精神科医療を行うための診療機能を有し、被災地からの精神疾患を有する患者の受入れや DPAT の派遣に係る対応等を行うことが想定されていますが、関係機関と連携し、1 医療機関以上の指定について検討します。

- (6) 災害時は、被災地域の精神保健医療機能が一時的に低下し、さらに災害ストレス等により新たに精神的問題が生じる等、精神保健医療への需要が拡大します。こういった状況に迅速に対応するため、「災害派遣精神医療チーム（DPAT）」を派遣する体制を整備することが必要です。

第4章 疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

- (7) 災害支援ナースは、災害発生時における看護ニーズに迅速に対応することが想定されていますが、関係機関と連携し、本県の実態に合った活動内容について検討します。
- (8) 災害薬事コーディネーターは、被災地の医薬品等や薬剤師及び薬事・衛生面に関する情報の把握やマッチング等を行うことが想定されていますが、関係機関と連携し、そのあり方について検討します。
- (9) 医療機関の被災等により、県内の医療機関で対応できない傷病者については、県外の医療機関へ広域医療搬送を行うこととされています。本県では、陸上自衛隊相馬原駐屯地及び前橋赤十字病医院を広域医療搬送拠点として、広域医療搬送拠点臨時医療施設（SCU：Staging Care Unit）設置のための資機材を整備し、県内で発生する大規模地震のほか、首都直下地震、南海トラフ地震等における広域医療搬送に対応することとしています。
- (10) 災害時には、DMAT・DPAT 以外にも被災地へ各種医療チームを派遣しています。各医療チームが効果的・効率的に機能を発揮するために各医療チーム間での連携の確保が重要です。

ア 医療救護班

構成：県立病院や県内の災害拠点病院、県医師会等の医師、看護師等
活動内容：被災地の災害対策本部や病院、避難所等での支援

イ 保健師班

構成：保健師等
活動内容：避難所等での健康相談や感染予防指導等

ウ 口腔機能管理班（歯科救護班）の派遣

構成：県歯科医師会
活動内容：避難所等において、被災者の口腔機能の維持及び回復等

エ 薬剤師班の派遣

構成：県薬剤師会
活動内容：救護所、避難所等における医薬品管理や服薬指導等

- (11) 災害時に必要となる医薬品や医療資機材等の確保、また、関係機関との連携の確保も重要です。

ア 医薬品及び医療資機材等の確保

県、市町村、日本赤十字社、災害拠点病院、公的医療機関において医薬品及び医療資機材の備蓄に努めているほか、県では、救護所等で使用する医薬品及び医療資機材について、県医薬品卸協同組合及び県医療機器販売業協会に流通備蓄を委託しています。

また、県では県薬剤師会と協定を締結し、救護所、避難所等で使用する一般用医薬品、歯ブラシや洗口剤等を含む衛生材料等の確保を行っています。このほか、災害時でも透析患者が通常どおり人工透析が受けられるよう、必要な医薬品、医療資機材の迅速な調達・供給を行うことが必要です。

イ ガソリン等燃料の確保

県は、県石油協同組合と協定を締結するとともに、石油連盟と覚書を締結し、医療機関が必要とする燃料の確保を図っています。

ウ 関係団体との連携

県は、日本赤十字社、県医師会、県歯科医師会、県薬剤師会、県看護協会、県柔道整復師会と災害時の医療救護活動等に関する協定を締結し、災害時における関係団体との連携体制を確保しています。

求められる医療機能

(1) 目標

- 消防、警察等の関係機関や公共輸送機関等が、災害時において迅速に適切な対応がとれ、連携できること
- 保健所管轄区域や市町村単位での保健所等を中心とした地域コーディネート体制を充実させることで、災害時に救護所、避難所の被災者に対して感染症のまん延防止、衛生面のケア、災害時要支援者へのサポート、メンタルヘルスケア等に関してより質の高いサービスを提供すること

(2) 自治体に求められる事項

- 平時から、災害支援を目的とした DMAT、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（都道府県災害医療コーディネーター、災害時小児周産期リエゾンを含む。）の育成に努めること
- 都道府県は、精神疾患を有する患者、障害者、小児、妊婦、透析患者等、特に災害時においても配慮を有する被災者に対応できる体制構築について平時より検討すること
- 都道府県によっては、災害時に多く発生が予想される中等症患者を積極的に受け入れるなど、災害時に拠点となる病院に協力する医療機関について、地域の救急医療機関を中心に指定し、その取組を促している例もあることから、これも参考に、地域の実情に応じた災害時の医療提供体制を検討すること
- 都道府県は、平時より、都道府県防災会議や災害医療関連の協議会等において、災害医療コーディネーターや災害拠点病院を含む地域の医療機関の代表者、その他地域の災害医療に関する関係者とともに、関係機関の役割・医療機関間の連携について確認すること

第4章 疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

- 風水害も含め災害時に医療活動が真に機能するために、都道府県は地域防災会議や災害医療対策関連の協議会等への医療関係者の参画を促進すること
- 災害時の医療チーム等の受入れも想定した災害訓練を実施すること。訓練においては、被災時の関係機関・関係団体と連携の上、都道府県としての体制だけでなく、保健所管轄区域や市町村単位等での保健所等を中心としたコーディネート体制に関しても確認を行うこと
- 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、災害時要支援者へのサポート、メンタルヘルスケア等に関して継続的で質の高いサービスを提供できるよう、保健所を中心とした体制整備に平時から取り組むこと。「大規模災害時におけるドクターヘリの運用体制構築に関わる指針について」（2016（平成28）年12月5日付け医政地発1205第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）を基に作成された災害時のドクターヘリの運用指針に則り、ドクターヘリの要請手順や自地域における参集拠点に関しても訓練等を通して確認を行うこと
- 都道府県を超える広域医療搬送を想定した災害訓練の実施又は参加に努めること。その際には、航空搬送拠点臨時医療施設の設置場所及び協力を行う医療機関との連携確認を行うこと
- 都道府県は、2016（平成26）年に改正された消防法施行令（1961（昭和36）年政令第37号）により新たにスプリンクラーの設置義務が生じた病院・有床診療所等について、設置状況を把握し、有床診療所等スプリンクラー等施設整備事業を活用しつつ設置義務の猶予期限である2025（令和7）年6月30日までに整備を完了するよう指導すること

具体的施策

（1）災害医療コーディネート体制の充実

- 災害医療コーディネートを実施できる人材の育成と技能維持を図ります。

【主な事業例】

県災害医療コーディネート研修の開催、厚生労働省主催の災害医療コーディネート研修への災害医療コーディネーター及び県職員の参加 等

（2）地域の災害医療体制の充実

- 地域災害医療対策会議の活動に関するマニュアル策定を推進し、会議がより有効に機能する体制を整備します。
- 地域災害医療対策会議のコーディネート機能を強化します。

【主な事業例】

地域ごとに、災害拠点病院・病院・日本赤十字社・医師会・保健所（保健福祉事務所）・市町村等が連携した災害訓練の実施 等

(3) DMAT体制の強化

- 新規のDMATを養成し、1病院あたりのDMATチーム数を増やします。
- DMATの技能維持を図ります。また、関係機関（消防・警察等）との連携を強化します。

【主な事業例】

群馬局地DMAT研修の開催、災害医療研修（急性期）の開催 等

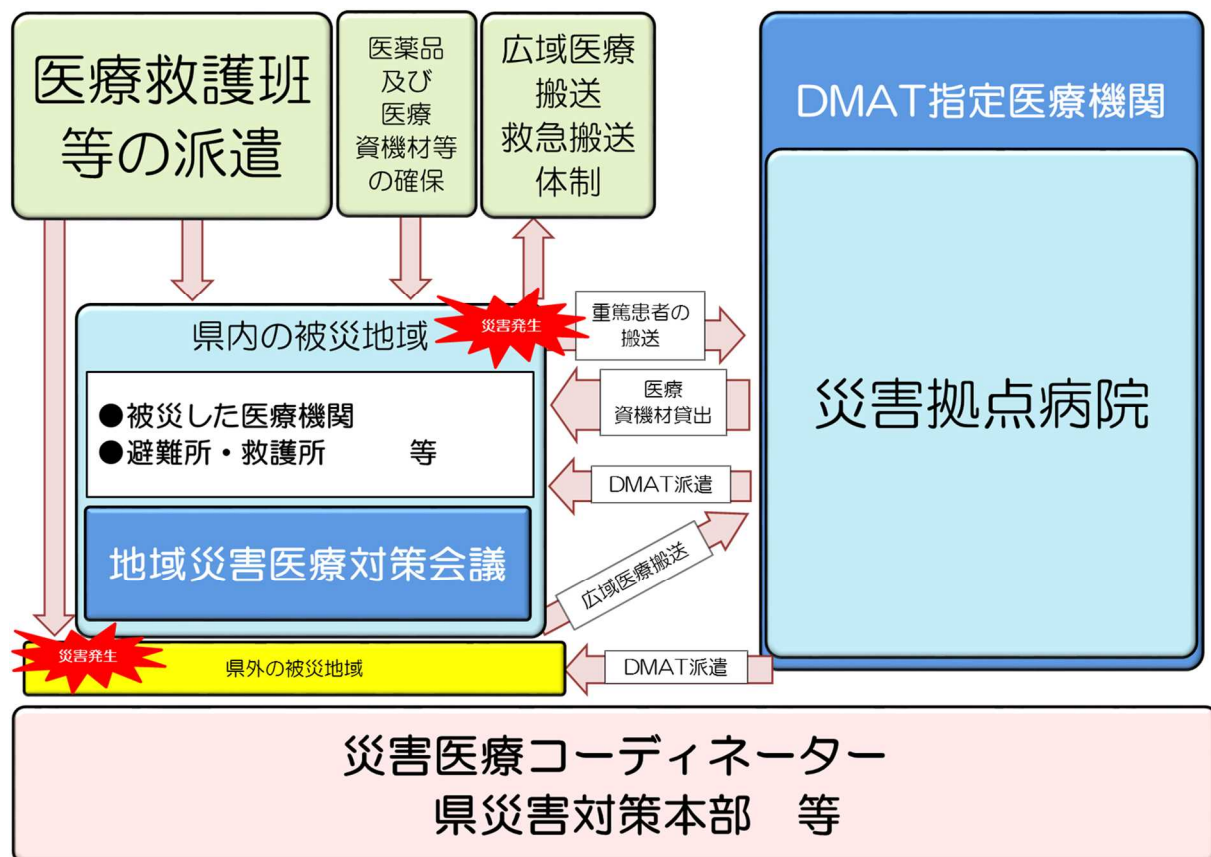
(4) 災害時における精神保健医療体制の整備

- DPATの派遣体制を整備します。

【主な事業例】

DPAT隊員研修、厚生労働省が実施する研修への参加の促進 等

災害医療の医療連携体制



第4章 疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

ロジックモデル

現状と課題		番号	A 個別施策
災害拠点病院	災害時における医療を確保することを目的に、災害拠点病院として17か所指定。被災後、診療機能を維持できるよう、業務継続計画(BCP)の整備を行うことや、地域災害医療対策会議のコーディネート機能の確認を行う訓練を実施している。 ①被災後の診療体制継続のための業務継続計画(BCP)について、計画の見直し及び訓練の実施が必要 ⇒引き続き、病院BCP策定・見直し及び訓練実施にあたっての支援を行う ②各保健所管轄区域等、地域単位での災害時の連携体制の強化が必要 ⇒引き続き、地域災害医療対策会議の開催及び事業の実施に対する支援を行う ③浸水想定区域内の災害拠点病院については、水害発生時の対策が必要 ⇒止水板の設置、医療用設備や電気設備の移設、排水ポンプ・確水貯留槽の設置など、浸水対策事業への支援を行う ④災害拠点精神科病院が未設置のため、指定を行う	1	(1) 災害医療人材育成研修 (2) 保健所管轄区域等地域単位での連携事業 (3) 災害拠点病院施設・設備整備への支援 (4) 災害拠点精神科病院の指定
	災害拠点病院以外の病院も、医療提供体制の継続のため、業務継続計画(BCP)の策定、訓練の実施や、病院耐震化等、災害対策を実施している。 ①各医療機関においても診療体制継続のための計画を策定することが必要 ⇒引き続き、病院BCP策定研修の実施等、計画策定のための機会を創出する事業展開を検討する ②各医療機関との情報伝達及び共有のための体制を整備することが必要 ⇒引き続き、広域災害救急医療情報システム(EMIS)等を活用した訓練の実施を行う ③医療機関の耐震化他、被災を防ぐハード対策を実施する。 ⇒耐震化改修工事のほか、ブロック塀の強化、各種浸水対策事業等、ハード対策への支援を行う	2	(1) 病院BCP策定支援事業 (2) 災害時の情報伝達手段を活用した訓練実施 (3) 災害対策のための施設整備事業への支援
	県としての災害医療体制の充実の他、各種医療チームの被災地派遣確保、保健分野、福祉分野との災害時の連携強化を図る。 ①災害医療コーディネーター制度に基づく災害医療の体制整備 ⇒引き続き、災害医療コーディネーターの知識・技能を向上させるための研修等を開催する ②各保健所管轄区域等、地域単位での災害時の連携体制の強化が必要 ⇒引き続き、地域災害医療対策会議の開催及び事業の実施に対する支援を行う ③災害派遣医療チームの充実、強化が必要 ⇒研修等を通じ、DMAT、DPAT等災害時に活動する医療チーム数増を図る。 ④保健医療福祉調整本部として活動するための保健・医療・福祉分野の連携強化 ⇒現行の計画・方針に基づき、行政・DMAT・DPAT・DPAT等災害時の健康管理に携わるチームの連携を強化するための研修や訓練を実施する。	3	(1) 災害医療コーディネーター活動支援事業 (2) 保健所管轄区域等地域単位での連携事業(災害拠点病院(2)と同様) (3) 災害派遣医療チーム養成研修の実施 (4) 群馬県保健医療調整本部活動指針に基づく災害対応研修の実施

第 4 章 疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

番号	B 目標		番号	C 最終目標	
1	目 標 値	全災害拠点病院が、被災時において診療機能を維持できる体制を整備する	1	目 標 値	県内の各医療施設が平時から災害を念頭に置いた体制を整備する
		業務継続計画に基づいた災害対応訓練を実施している災害拠点病院の割合			
		地域災害医療対策会議単位での訓練や研修などの災害事業の実施回数			
		浸水想定区域内の災害拠点病院で、浸水被害への対策を行っている病院の割合			
		災害拠点精神科病院の指定数			
2	目 標 値	各病院が、災害発生時においても診療体制を継続するための災害対応意識を向上する	1	目 標 値	県内医療施設（病院・有床診療所）の災害対応訓練の実施率（or参加率）
		業務継続計画（BCP）を策定している病院の割合			
		EMISの操作を含む研修・訓練を実施している医療機関の割合			
		病院の耐震化率			
3	目 標 値	災害時に医療分野で活動するチームが、保健分野、福祉分野で活動するチームとの連携を強化する			
		地域災害医療対策会議単位での訓練や研修などの災害事業の実施回数			
		災害派遣医療チーム（DMAT）チーム数			
		災害派遣精神科医療チーム（DPAT）チーム数			
		※障害政策課 災害時保健医療調整本部における医療・保健・福祉分野の連携強化を目的とした研修・訓練の実施回数（※健康福祉課も関連所属？）			

第4章 疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

目標値一覧

分類 B：目的 C：最終	番号	指標	現状		目標	
			数値	年次	数値	年次
B	1 ①	業務継続計画に基づいた災害対応訓練を実施している災害拠点病院の割合		2023	17	2029
B	1 ②	地域災害医療対策会議単位での訓練や研修などの災害事業の実施回数		2023	11	2029
C	1 ③	浸水想定区域内の災害拠点病院で、浸水被害への対策を行っている病院の割合	1	2023	10	2029
C	1 ④	災害拠点精神科病院の指定数	0	2023	1	2029
C	2 ①	業務継続計画(BCP)を策定している病院の割合	22.7	2023	全国平均より向上	2029
B	2 ②	EMISの操作を含む研修・訓練を実施している医療機関の割合		2023	100	2029
C	2 ③	病院の耐震化率	85.4	2023	90	2029
B	3 ①	地域災害医療対策会議単位での訓練や研修などの災害事業の実施回数（＝1-②）		2023	11	2029
C	3 ②	災害派遣医療チーム（DMAT）チーム数	65	2023	72	2029
C	3 ③	災害派遣精神科医療チーム（DPAT）チーム数		2023		2029
B	3 ④	災害時保健医療調整本部における医療・保健・福祉分野の連携強化を目的とした研修の実施回数	0	2023	1	2029
C	1 ①	県内医療施設（病院・有床診療所）の災害対応訓練の実施率（or参加率）		2023	100	2029

8 新興感染症発生・まん延時の医療連携体制構築の取組



概況

(1)

(2)

1 新興感染症患者を入院させ、必要な医療を提供する機能（病床確保）

現状と課題

(1)

(2)

求められる医療機能

(1) 目標

-
-

(2) 医療機関に求められる事項

-
-

具体的施策

(1)

-

(2)

-

【主な事業例】

2 新興感染症の疑似症患者等の診療を行う機能（発熱外来）

現状と課題

(1)

(2)

求められる医療機能

(1) 目標

-
-

(2) 医療機関に求められる事項

-
-

具体的施策

(1)

-

(2)

-

【主な事業例】

3 居宅又は高齢者施設等で療養する新興感染症患者に対し医療を提供する機能（自宅療養者等への医療の提供）

現状と課題

(1)

(2)

求められる医療機能

(1) 目標

-
-

(2) 医療機関に求められる事項

-
-

具体的施策

(1)

-

(2)

-

【主な事業例】

4 新興感染症患者以外の患者に対し医療を提供する機能（後方支援）

現状と課題

(1)

(2)

求められる医療機能

(1) 目標

-
-

第4章 疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

(2) 医療機関に求められる事項

-
-

具体的施策

(1)

-

(2)

-

【主な事業例】

5 新興感染症に対応する医療従事者を確保し、医療機関その他の機関に派遣する機能（医療人材派遣）

現状と課題

(1)

(2)

求められる医療機能

(1) 目標

-
-

(2) 医療機関に求められる事項

-
-

具体的施策

(1)

-

(2)



【主な事業例】

新興感染症発生・まん延時の医療連携体制

※検討中

第4章 疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

ロジックモデル

※検討中

目標値一覧

※検討中

9 ヘき地医療の医療連携体制構築の取組

- ◆ ヘき地医療を担う医師等の育成・確保に取り組みます。
- ◆ ヘき地診療を支援する医療機関の機能の維持・充実に取り組みます。
- ◆ ヘき地において必要な医療を安心して受けられる医療サービスを確保します。

概況

(1) ヘき地とは

本計画において「ヘき地」とは、住民が居住している一定の範囲に医療機関が存在しない、あるいは一人しか医師がいないことにより、容易に医療機関を利用することができない地区を指します。

(2) ヘき地医療の現状

ヘき地では身近な医療機関が不足している上、住民の高齢化率が高く、交通機関も少ないため、容易に医療を受けることができない状況となっています。

(3) 本県のヘき地

県「無医地区等調査（2023（令和5）年2月）」によると、県内には、4か所の無医地区、5か所の準無医地区、5か所の無歯科医地区、4か所の準無歯科医地区、16か所の一人医師地区が存在します。

二次保健医療圏	市町村	無医地区	準無医地区	無歯科医地区	準無歯科医地区	一人医師地区
渋川	渋川市	開拓・八木沢清水				
桐生	みどり市					東町
高崎・安中	高崎市		川浦地区・権田地区		川浦地区・権田地区	
						三ノ倉・水沼・岩氷・権田地区の一部
藤岡	神流町		西部			
				旧中里村地区全域		旧中里村地区全域
	上野村					旧万場町地区全域
						上野村（村内全域）
富岡	南牧村		南牧村（村内全域）		南牧村（村内全域）	
						月形地区、磐戸地区
吾妻	中之条町					四万
						六合
	長野原町			応桑・北軽井沢		応桑・北軽井沢
	嬬恋村	万座		万座		
	東吾妻町		高日向		高日向	
						東地区
沼田	昭和村					昭和村（村内全域）
	沼田市					南郷
						大楊
		赤谷		赤谷		
		入須川		入須川		
	みなかみ町		藤原		藤原	
						笠原
						東峰
						恋越
7医療圏	13市町村	4地区	5地区	5地区	4地区	16地区
		無医地区等9地区		無歯科医地区等9地区		

(4) ヘき地医療体制

県内には、9か所のへき地診療所と3か所のへき地歯科診療所、3か所のへき地医療拠点病院が存在し、へき地診療やへき地診療への支援を行っています。

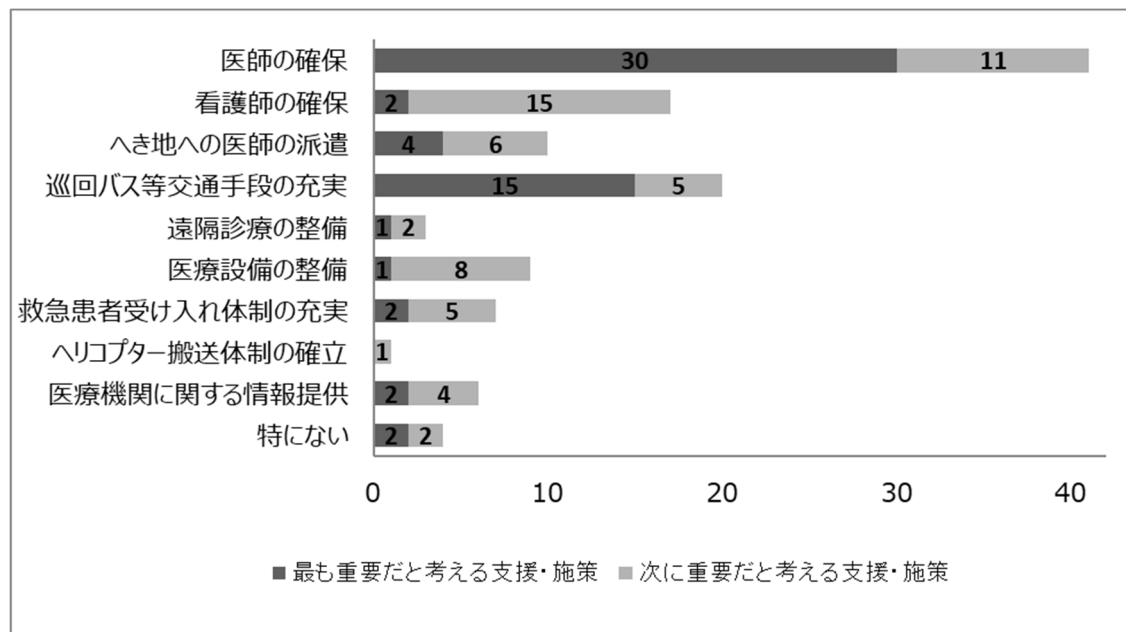
1 ヘき地における医師等の確保

現状と課題

へき地では、高齢化と人口減少を背景に、地元での人材確保が困難な状況であり、へき地医療を担う医師等の育成と、安定的な確保が必要となっています。

- (1) 県「医療施設機能調査（2022（令和4）年度）」によると、「へき地の医療連携体制を構築するために、へき地医療に関与している医療機関が行政に期待する支援・施策」として、最も重要又は次に重要と考えるものについて、「医師の確保」、次いで「巡回バス等交通手段の充実」、「看護師の確保」の回答数が多く、へき地において、医師や看護師等の確保及び交通手段の確保が課題となっています。

へき地医療に関与している医療機関が行政に期待する支援・施策



〔資料〕 県「医療施設機能調査(2022年度)」

- (2) 県内には9か所のへき地診療所が設置されており、このうち6か所に自治医科大学卒業医師が派遣されています。へき地における医療提供体制を確保するためにも、自治医科大学卒業医師の効果的な配置調整や代診医派遣等の支援が必要となっています。

- (3) へき地においては、患者の全身の状態を踏まえ、必要に応じて専門医につなぐことのできる、地域医療の担い手としての総合診療医の育成が必要となっています。

また、医師のへき地勤務に対する不安等を解消するため、へき地医療に従事する医師のキャリア形成の支援が必要となっています。

- (4) 在学期間中にへき地医療に対する意欲向上や理解を深めてもらうため、医学生に対して、へき地診療所等における勤務の現状ややりがい等について周知を図るとともに、へき地医療の実習体験等の教育の機会の充実を図ることが必要となっています。
- (5) 厚生労働省「衛生行政報告例（2020（令和2）年）」によると、本県の就業看護職員数（人口10万対）は1464.7人と、全国平均（1315.2人）を上回っていますが、へき地等の地域医療の確保に支障を来すことのないよう、計画的に看護職員の育成・確保を図ることが必要となっています。

求められる医療機能

(1) 目標

- 無医地区等のへき地医療を担う医師及び看護師等を確保すること

(2) 関係機関に求められる事項

- へき地診療所等へ医師を派遣すること
- へき地医療に従事する医師のキャリア形成支援を行うこと
- 医療従事者の養成過程等における、へき地の医療への動機付けを行うこと

(3) 関係機関の例

- 県
- へき地医療支援機構
- 医育機関
- へき地診療所
- へき地医療拠点病院

具体的施策

へき地における医療の確保のため、「第7章 保健医療従事者等の確保」に加えて、次の取組を推進します。

(1) 自治医科大学卒業医師の派遣

- へき地診療所等へ自治医科大学卒業医師の派遣を効果的に行い、へき地における医師を確保します。

(2) 地域医療を担う医師の養成と確保

- 地域医療枠医師をはじめとする若手医師のキャリア形成を支援するため、診療科ごとに、将来を見据え、経験を積みながら高度の診療能力を幅広く身につけていくための「ぐんま地域医療リーダー養成キャリアパス」を効果的に運用し、地域医療の担い手としての総合診療医等の育成とともに、へき地医療に従事する医師等の確保に取り組みます。

【主な事業例】

ぐんま地域医療リーダー養成キャリアパス 等

(3) ヘき地医療を担う医師の動機付け

- 在学期間中にヘき地医療に対する意欲向上や理解を深めてもらうため、医学生に対して、ヘき地診療所等における勤務の現状ややりがい等についての周知活動を推進するとともに、高校生に対してもヘき地医療について学び関心を深める機会を提供し、ヘき地医療を担う医師の確保に取り組みます。

【主な事業例】

地域医療体験セミナー、自治医科大学学生夏期実習、医学部医学科をめざす高校生の職場体験セミナー 等

(4) 看護職員の確保と資質向上

- ナースセンターの運営による未就業看護職員の再就業支援や、看護職の魅力を伝えるイベントの開催等により看護職員を確保します。また看護職員の資質向上のため、各種研修会や講習会を実施します。

【主な事業例】

看護職員の就業に関する相談や職業紹介、看護力再開発講習会、就労環境改善研修、潜在看護職員復帰支援研修等の開催による看護職員の確保等

2 ヘき地における保健指導

現状と課題

高齢化が進むヘき地にあつては、生活習慣病予防や高齢者の健康管理が地域の健康維持に大きく寄与しているため、保健指導体制の充実が重要です。

- (1) 無医地区等においては、市町村保健師や都市医師会が情報共有等を行いながら、地区の状況を踏まえた保健指導を提供することが必要となっています。
- (2) 治療だけでなく予防の重要性が増し、保健指導の内容も多岐にわたってきていることから、保健師等の人材の確保とともに、資質の向上も必要とされています。

求められる医療機能

(1) 目標

- 無医地区等において、保健指導を提供すること

(2) 関係機関に求められる事項

- 地区の保健衛生状態を十分把握し、地区の実情に即した活動を行うこと
- 生活習慣病予防や高齢者の健康管理を通じて、地域の人々の健康維持を支援すること

(3) 関係機関の例

- 市町村
- 県（保健福祉事務所）

具体的施策

(1) ヘき地における保健指導の支援

- 郡市医師会等との連携を図りながら、市町村保健師が行う生活習慣病予防等の保健指導を支援します。

(2) 保健師等の確保及び資質向上に係る支援

- ヘき地を含む市町村に勤務する保健師の確保を支援するとともに、保健指導に携わる保健師等の資質向上のため、研修会を開催します。

【主な事業例】

県ホームページへの市町村保健師の募集状況の掲載、及び県内養成機関への情報提供、保健師等を対象とした研修事業の実施 等

3 ヘき地における医療提供

現状と課題

ヘき地では、身近な医療機関が不足している上、交通機関も少ないため、容易に医療機関を利用できない状況にあることから、住民が必要な医療を安心して受けられる医療提供体制の確保が必要となっています。

(1) ヘき地診療所等

ヘき地診療所とは、概ね半径4kmの区域内の人口が原則1,000人以上で、その区域内に他の医療機関がなく、かつそのヘき地診療所から最寄りの医療機関まで、通常の交通機関を利用して30分以上かかる地区に設置されている診療所で、県内にヘき地診療所が9か所、ヘき地歯科診療所（ヘき地診療所において歯科が標榜科目の一つである場合を含む）が3か所設置されています。

<へき地診療所>

二次保健医療圏	市町村名	へき地診療所名	開設年月
高崎・安中	安中市	公立碓氷病院細野出張診療所	1976年5月
		公立碓氷病院入山出張診療所	1961年8月
藤岡	上野村	上野村へき地診療所	1969年7月
	神流町	万場診療所 神流町国民健康保険直営中里診療所	1986年7月 1952年5月
吾妻	中之条町	四万へき地診療所 六合診療所	1976年4月 1962年5月
	長野原町	長野原町へき地診療所	1973年2月
	東吾妻町	東吾妻町国保診療所	1952年1月

<へき地歯科診療所>

二次保健医療圏	市町村名	へき地診療所名	開設年月
藤岡	上野村	上野村へき地歯科診療所	1976年5月
	神流町	神流町歯科診療所	2013年8月
吾妻	中之条町	六合診療所	1995年9月

- (2) へき地では、へき地診療所を設置運営するほか、在宅の高齢者等を対象とした訪問診療等を行い、住民が医療を受ける機会を確保しています。
- (3) へき地診療所において、へき地の住民に対し必要な医療サービスを継続して提供できる体制を構築するため、医療機器等の整備が必要となっています。
- (4) へき地では、医療機関までの移動に相当の時間を要する地域が存在するなどの問題が生じており、住民の医療機関へのアクセスの確保が必要となっています。
- (5) 県「年齢別人口統計調査（2022（令和4）年）」によると、へき地が所在する市町村では65歳以上人口の割合が高い傾向にあり、寝たきりの高齢者等への在宅医療の提供や看取りが可能な体制の整備が求められています。
- (6) 関係機関の連携の下、住民が住み慣れた地域で医療等の提供を受けられるよう、地域包括ケアシステムの構築が課題となっています。
- (7) へき地では高齢化率が高く、通院困難者のみならず、介護を必要とする高齢者も増えており、訪問歯科診療や誤嚥性肺炎予防のための口腔ケア等の重要性が高まっています。

求められる医療機能

(1) 目標

- 無医地区等において、地域住民の医療を確保すること

(2) 関係機関に求められる事項

- プライマリ・ケアが可能な医師等がいること
- 訪問診療や往診を実施すること
- 緊急の内科的・外科的処置が可能なへき地医療拠点病院等と連携すること
- 歯科の訪問診療や往診を実施すること

(3) 関係機関の例

- へき地診療所
- 無医地区等の近隣で診療を行う医科診療所、歯科診療所

具体的施策

(1) へき地診療所の施設・整備の充実

- へき地診療所の設置や施設・設備の充実、また運営を支援することで住民が安心して医療サービスを受けられる体制を整備します。

【主な事業例】

医療施設・設備整備費補助、へき地診療所運営費補助 等

(2) 医療機関へのアクセスの確保

- へき地が所在する市町村等が、住民の医療機関へのアクセスを確保するために行う事業を支援します。

【主な事業例】

群馬県市町村乗合バス補助制度 等

(3) 在宅医療等の提供体制の充実

- 看取り等の在宅医療に対応できる医師、看護師等の人材育成を図るとともに、関係者相互の連携体制の構築を図ります。
- 関係機関の連携の下、住民が住み慣れた地域で必要な医療や介護を受けられるよう、地域包括ケアシステムの構築について、地域の実情に応じた支援を実施します。

【主な事業例】

在宅医療に係る人材育成、多職種連携の推進、普及啓発等を行う事業に対する補助、地域包括ケアに関する住民向け普及啓発、病院や診療所等に勤務する看護職員を対象にした「訪問看護研修会（入門プログラム）」の実施 等

(4) へき地における歯科医療提供体制の充実

- 無歯科医地区等が所在する市町村に対し、歯科診療所の施設・設備整備やその運営支援を通じて、歯科医療提供体制を整備します。
- 地域歯科医師会と連携を図りながら、在宅歯科医療における歯科医療提供体制の充実を支援します。

【主な事業例】

医療施設・設備整備費補助、へき地歯科診療所運営費補助 等

4 ヘき地における医療提供の支援

現状と課題

ヘき地では医療資源が不足しているため、診療を支援する医療機関の医療機能の維持・充実に加えて、広域的な連携により、24時間365日急患や重篤な患者に対応できる医療提供体制の充実が必要です。また、オンライン診療を含む遠隔医療を活用したヘき地医療の支援も求められています。

(1) ヘき地医療拠点病院

無医地区等において、ヘき地医療支援機構の指導・調整の下に、巡回診療、ヘき地診療所等への医師派遣や代診医派遣等を実施しています。県内には3か所のヘき地医療拠点病院が指定されており、これらの拠点病院の医療機能の維持・充実が求められています。

二次保健医療圏	拠点病院名	ヘき地医療活動	対象地域・診療所
吾妻	西吾妻福祉病院	・代診医派遣 ・医師派遣	・上野村ヘき地診療所 ・神流町国保中里診療所 ・万場診療所 ・四万ヘき地診療所 ・六合診療所 ・長野原町ヘき地診療所 ・東吾妻町国保診療所 等
沼田	沼田病院	・ヘき地への巡回診療	・みなかみ町（旧新治村） 入須川地区 等
	沼田脳神経外科 循環器科病院	・ヘき地への巡回診療	・みなかみ町（旧新治村） 赤谷地区、藤原地区 等

(2) ヘき地医療を支援する機関等

ア ヘき地医療支援機構

ヘき地保健医療政策の中心的機関として、ヘき地診療所等への代診医派遣調整等広域的なヘき地医療支援事業の企画・調整等を行っています。

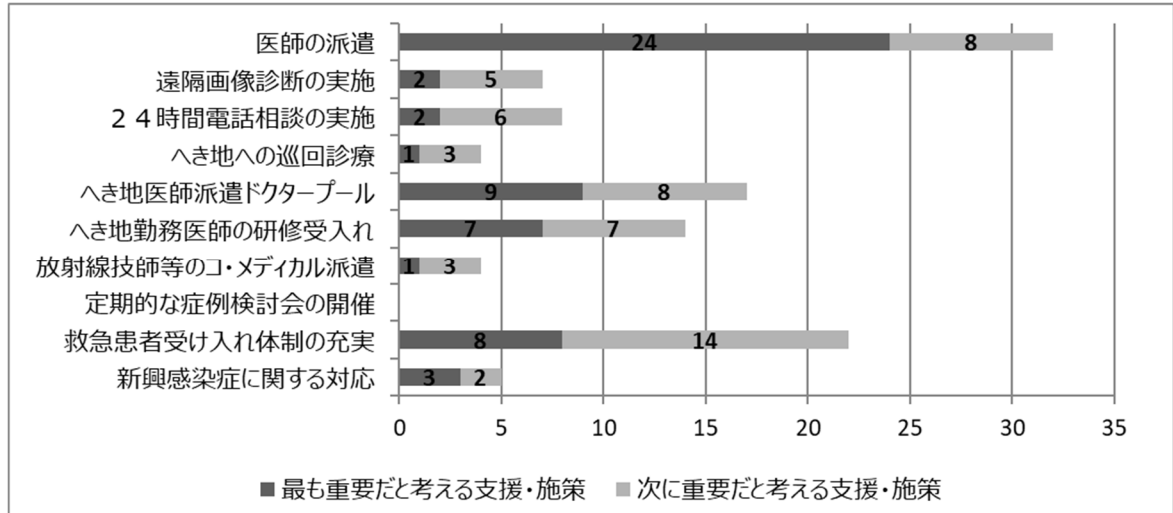
イ ヘき地保健医療対策に関する協議の場

ヘき地医療支援機構の専任担当医師、ヘき地医療拠点病院、県医師会、関係市町村、大学医学部関係者等により構成し、ヘき地保健医療対策にかかる総合的な意見交換・調整等を実施しています。

- (3) 県「医療施設機能調査（2022（令和4）年度）」によると、県内の医療機関による「ヘき地医療機関を支援できる医療機関に期待する機能」として、最も重要又は次に重要と考えるものについて、「医師の派遣」、次いで「救急患者受け入れ体制の充実」の回答数が多くなっています。

へき地医療の支援体制として、医師の派遣やへき地の医療機関では対応が困難な救急患者等の受入体制、ドクターヘリの活用や救急車による搬送体制の充実が必要となっています。また、新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえ、新興感染症の発生やまん延時における対応も求められています。

へき地医療機関を支援できる医療機関に期待する機能



〔資料〕県「医療施設機能調査(2022年度)」

求められる医療機能

(1) 目標

- へき地において、広域的な連携により24時間365日急患や重篤な患者に対応できる医療提供体制を充実すること

(2) 関係機関に求められる事項

- へき地診療所等からの救急患者や紹介患者の受け入れを円滑に行うこと
- 無医地区等への巡回診療により、へき地住民の医療を確保すること
- 医師の派遣や研修の受け入れなど、へき地診療所等との各種の連携に対応すること
- 高度の診療機能を有し、へき地医療拠点病院の診療活動等を援助すること

(3) 関係機関の例

- へき地医療拠点病院
- 地域医療支援病院
- 基幹型臨床研修病院
- 高度救命救急センター、救命救急センター

具体的施策

(1) へき地医療拠点病院による支援

- へき地医療拠点病院では、群馬県へき地医療支援機構と連携して、無医地区等のへき地への巡回診療やへき地診療所への代診医の派遣等に取り組みます。

第4章 疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

- へき地医療を支援する医療提供体制を確保するため、へき地医療拠点病院の運営や医療設備整備費等の支援、また医師等の確保に向けた取組を行います。
- へき地医療拠点病院が行う巡回診療・代診医派遣について、地域の実情に応じてオンライン診療の活用が可能であることを示すとともに、遠隔医療に関する補助金による支援や好事例の紹介等による支援を行います。

【主な事業例】

へき地医療拠点病院運営費補助、医療施設・設備整備費補助 等

(2) へき地医療支援機構による支援

- 群馬県へき地医療支援機構では、へき地の住民の医療を確保するためのへき地診療所への医師派遣の調整、へき地医療従事者の医療技術向上等を図るための研修事業などを実施します。
- へき地医療支援体制の強化のため、へき地保健医療対策にかかる協議会「群馬県地域医療連携協議会へき地医療対策部会」を開催し、総合的な意見交換・調整等を実施します。

【主な事業例】

へき地医療支援機構専任担当医師経費の補助、へき地医療従事者研修会の開催、群馬県地域医療連携協議会へき地医療対策部会の開催 等

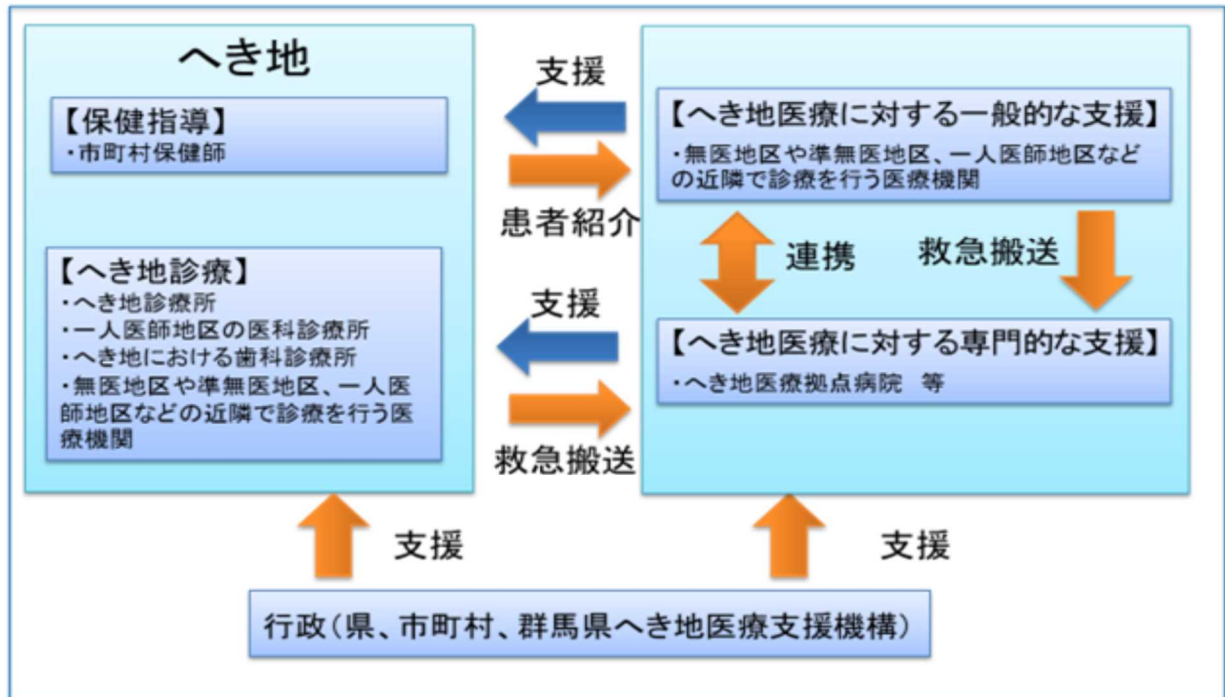
(3) 救急患者等の搬送体制等の充実

- 重症患者やへき地の診療を担う医療機関では対応できない患者について、ドクターヘリ等を効果的に運用するとともに、関係する消防職員や医師等が過去の事例を検証すること等により関係者の資質向上に努め、救命率の向上や後遺障害の軽減等を図ります。

【主な事業例】

ドクターヘリ運行経費補助の実施、症例検討会 等

へき地医療の医療連携体制



第4章 疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

ロジックモデル

現状と課題		番号	A 個別施策
医師等の確保	へき地では、高齢化と人口減少を背景に、地元での人材確保が困難な状況であり、へき地医療を担う医師等の育成と、安定的な確保が必要 ①「へき地医療に関与している医療機関が行政に期待する支援・施策」としては、「医師の確保」、「巡回バス等交通手段の充実」、「看護師の確保」の回答数が多い ⇒医師や看護師等の確保及び交通手段の確保が課題 ②県内には9か所のへき地診療所が設置され、うち6か所に自治医科大学卒業医師を派遣 ⇒自治医科大学卒業医師の効果的な配置調整や代診医派遣等の支援が必要 ③患者の全身の状態を踏まえ、必要に応じて専門医につながることのできる体制整備が必要 ⇒地域医療の担い手としての総合診療医の育成が必要	1	(1) 自治医科大学卒業医師の派遣 (2) 地域医療を担う医師の養成と確保 (3) へき地医療を担う医師の動機付け (4) 看護職員の確保と資質向上
保健指導	高齢化が進むへき地においては、生活習慣病予防や高齢者の健康管理が地域の健康維持に大きく寄与しているため、保健指導体制の充実が重要 ①無医地区等においては、市町村保健師や郡市医師会が情報共有等を行いながら、地区の状況を踏まえた保健指導を提供することが必要 ②治療だけでなく予防の重要性が増し、保健指導の内容も多岐にわたってきていることから、保健師等の人材の確保とともに、資質の向上も必要	2	(1) へき地における保健指導の支援 (2) 保健師等の確保及び資質向上に係る支援
医療提供	へき地では、身近な医療機関が不足している上、交通機関も少ないため、容易に医療機関を利用できない状況にあることから、住民が必要な医療を安心して受けられる医療提供体制の確保が必要 ①へき地では、へき地診療所を設置運営するほか、在宅の高齢者等を対象とした訪問診療等を行い、住民が医療を受ける機会を確保 ②へき地診療所において、へき地の住民に対し必要な医療サービスを継続して提供できる体制を構築するため、医療機器等の整備が必要 ③へき地では、医療機関までの移動に相当の時間を要する地域が存在するなどの問題が生じており、住民の医療機関へのアクセスの確保が必要	3	(1) へき地診療所の施設・整備の充実 (2) 医療機関へのアクセスの確保 (3) 在宅医療等の提供体制の充実 (4) へき地における歯科医療提供体制の充実
医療提供の支援	へき地では医療資源が不足しているため、診療を支援する医療機関の医療機能の維持・充実に加えて、広域的な連携により、24時間365日急患や重篤な患者に対応できる医療提供体制の充実が必要である他、オンライン診療を含む遠隔医療を活用したへき地医療支援も求められている。 ①へき地医療拠点病院は、無医地区等において、群馬県へき地医療支援機構の指導・調整の下に、巡回診療、へき地診療所等への医師派遣や代診医派遣等を実施 ⇒これらの拠点病院の医療機能の維持・充実が必要 ②へき地保健医療政策の中心的機関として、へき地医療支援機構が、へき地診療所等への代診医派遣調整等広域的なへき地医療支援事業の企画・調整等を実施 ③県内の医療機関による「へき地医療機関を支援できる医療機関に期待する機能」としては、「医師の派遣」、「救急患者受け入れ体制の充実」の回答数が多い ⇒医師の派遣やへき地の医療機関では対応が困難な救急患者等の受入体制、ドクターヘリの活用や救急車による搬送体制の充実が必要	4	(1) へき地医療拠点病院による支援 (2) へき地医療支援機構による支援 (3) 救急患者等の搬送体制等の充実

第4章 疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

番号	B 目標		番号	C 最終目標	
1	目標値	無医地区等のへき地医療を担う医師及び看護師等を確保すること	1	目標値	へき地診療所への自治医大卒業医師派遣応需率
		へき地における学生を対象としたセミナー・実習の実施回数			へき地診療所への派遣医師数
2	目標値	無医地区等において、保健指導を提供すること	2	目標値	へき地医療の医療連携体制構築
		へき地医療従事者研修の実施回数			へき地診療所における訪問診療、往診の実施回数
3	目標値	無医地区等において、地域住民の医療を確保すること	2	目標値	へき地診療所における通院から訪問診療への切り替え患者の応需率
		へき地医療拠点病院からへき地への巡回診療応需率			
		代診医師派遣要請に対する応需率			
4	目標値	へき地において、広域的な連携により24時間365日急患や重篤な患者に対応できる医療提供体制を充実すること	2	目標値	へき地における医療提供の支援
		へき地医療拠点病院からへき地への巡回診療実施回数			
		代診医師派遣要請に対する応需率			

第4章 疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

目標値一覧

分類 B：目標 C：最終	番号	指標	現状		目標	
			数値	年次	数値	年次
B	1 ①	へき地診療所への自治医大卒業医師派遣応需率	100%	2022	100%	2029
B	1 ②	へき地における学生を対象としたセミナー・実習の実施回数	2回/年	2022	2回/年	2029
B	1 ③	へき地医療従事者研修の実施回数	—	2022	1回/年	2029
B	1 ④	へき地診療所における通院から訪問診療への切り替え患者の応需率	100%	2022	100%	2029
B	1 ⑤	へき地医療拠点病院からへき地への巡回診療応需率	100%	2022	100%	2029
B	1 ⑥	代診医師派遣要請に対する応需率	100%	2022	100%	2029
C	1 ①	へき地診療所への派遣医師数	6人/年	2022	6人/年	2029
C	1 ②	へき地医療拠点病院からへき地への巡回診療実施回数	156回/年	2022	156回/年	2029
C	1 ③	へき地診療所における訪問診療、往診の実施回数	1,693回/年	2022	1,764回/年	2029

10 周産期医療の医療連携体制構築の取組

- ◆ 母体や新生児のリスクに応じた医療が提供される体制を整備するとともに、円滑な搬送体制を整備します。
- ◆ 医療機関の施設・設備整備及び運営支援を行い、周産期医療体制の充実を図ります。
- ◆ N I C U等入院児の退院支援・退院後のフォローにかかる体制及び妊産婦の支援体制を整備します。

概況

(1) 分娩件数

厚生労働省「人口動態調査（2021（令和3）年）」によると、分娩件数（出産（出生及び死産）をした母の数、母の住所地による）は11,340件で、2016（平成28）年の13,817件と比べ17.9%減少しています。また、県「医療施設機能調査（2022（令和4）年度）」によると、2021（令和3）年度に県内の医療機関が取り扱った分娩件数は10,380件で、人口動態調査結果との差は、里帰りや近県の妊産婦の流出入によるものと考えられます。

同じく「人口動態調査（2021（令和3）年）」によると、出生の場所は、病院48.5%、診療所51.2%で、2016年（病院50.9%、診療所48.8%）と比べ、診療所での出生の割合が増加しています。

複産の割合は、1.3%（単産11,198件、複産142件）で、2016（平成28）年の1.2%（単産13,644件、複産172件）とほぼ同じです。

県「医療施設機能調査（2022（令和4）年度）」によると、2021（令和3）年度の帝王切開術の割合は19.8%（2,053件）となっています。

(2) 出産年齢

厚生労働省「人口動態調査（2021（令和3）年）」によると、母の年齢が35歳以上の出生数及び出生数（総数）に占める割合は3,086人（27.5%）で、2016（平成28）年の3,633人（26.6%）と比べ、出生数（総数）の減少に伴い、数は減少していますが、割合は増加しています。母体の高齢化等により、合併症妊娠等のリスクが高まっています。

(3) 低出生体重児

厚生労働省「人口動態調査（2021（令和3）年）」によると、低出生体重児（2,500g未満）の出生数及び出生数（総数）に占める割合は1,049人（9.3%）で、2016（平成28）年の1,234人（9.0%）と比べ、数は減少しましたが、割合は横ばいとなっています。

(4) 周産期死亡率

厚生労働省「人口動態調査（2021（令和3）年）」によると、周産期死亡率（出産千対）は3.4で、減少傾向にあり、全国（3.4）と同様の値です。

第4章 疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

周産期死亡のうち、妊娠22週以降の死産率は2.8（全国2.7）、早期新生児死亡率は0.6（全国0.6）となっています。

（5）妊産婦死亡率

厚生労働省「人口動態調査（2021（令和3）年）」によると、妊産婦死亡は、直近では2012（平成24）年の1件を除き、ゼロ件で推移しています。

（6）分娩取扱施設数

分娩取扱施設（助産所を含む）は、2023（令和5）年4月現在35施設であり、2017（平成29）年の39施設から4施設減少しています。

（7）産婦人科医師数

厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査（2020（令和2）年）」によると、県内の医療施設に従事する産婦人科医師数は158人で、2016（平成28）年の152人と比べ、3.9%増加しています。このうち、病院勤務医師数は96人で、2016（平成28）年の91人と比べ、5.5%増加しています。

ただし、県「医療施設機能調査（2016（平成28）年度）」によると、周産期母子医療センター等に従事する当直可能な常勤の産婦人科医師数は51人（1施設あたり4.3人）で、リスクの高い分娩に24時間365日対応する体制の維持は厳しい状況です。

（8）小児科医師数

厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査（2020（令和2）年）」によると、県内の医療施設に従事する小児科医師数は277人で、2016（平成28）年の293人と比べ、5.5%減少しています。このうち、病院勤務医師数は158人で、2016（平成28）年の154人と比べ、2.7%増加しています。

ただし、県「医療施設機能調査（2016（平成28）年度）」によると、周産期母子医療センター等に従事する当直可能な常勤の小児科医師数は50人（1施設あたり4.2人）で、NICU（新生児集中治療室）等の当直体制の確保は厳しい状況です。また、小児科医のうち新生児医療を専門とする医師の数は増えていないのが現状です。

（9）女性医師の割合

厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査（2014（平成26）年）」によると、県内の病院に従事する産婦人科医師に占める女性の割合は28%で、6年前の18%から上昇しています。同じく小児科医師に占める女性の割合は44%で、6年前の30%から上昇しています。医師の確保にあたっては女性医師の割合の高まりを踏まえた対応が必要です。

（10）助産師数

厚生労働省「衛生行政報告例（2020（令和2）年）」によると、県内の病院又は診療所に従事する助産師数は429人で、2016（平成28）年の416人と比べ、3.1%増加して

います。また、県内の助産所に従事する助産師数は21人で、2016（平成28）年から変化していません。

（11）救急搬送数

総務省消防庁「2021（令和3）年中」の救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査」によると、本県の救急搬送数は79,248件で、2016（平成28）年の82,621件と比べ、4.1%減少しています。このうち、産科・周産期傷病者は555件（救急搬送数に占める割合0.6%）で、2016（平成28）年の492件（同0.6%）と比べ、件数は増加しましたが、率は横ばいです。また、産科・周産期傷病者の転院搬送は319件（産科・周産期傷病者の搬送数に占める割合63.2%）で、2016（平成28）年の284件（同57.7%）と比べ、件数・率ともに増加しています。

（12）県民ニーズ

県「保健医療に関する県民意識調査（2022（令和4）年）」によると、「不足している医療分野」について、回答者全体の26.4%が「産科」と回答しています。特に20代女性では41.1%、30代女性では58.0%と、高い割合となっています。

1 一般分娩取扱医療機関

現状と課題

分娩件数に応じた、低リスク分娩を担う医療機関の確保が必要です。

- （1）主に低リスク分娩を扱う一般分娩取扱医療機関（助産所を含む）は、2023（令和5）年4月現在24施設（うち助産所2施設）であり、2017（平成29）年の27施設（うち助産所2施設）から3施設減少しています。今後も分娩取扱施設の減少が続くと考えられます。
- （2）分娩件数に応じた低リスク分娩を担う医療機関の確保や、妊産婦が近くで妊婦健診等を受けられる環境の整備が必要です。

求められる医療機能

<分娩を取り扱う医療機関>

（1）目標

- 正常分娩に対応すること
- 妊婦健診等を含めた分娩前後の診療を行うこと
- 周産期母子医療センター及びそれに準ずる施設など他の医療機関との連携により、リスクの低い帝王切開術に対応すること

（2）医療機関に求められる事項

- 産科に必要とされる検査、診断、治療が実施可能であること

第4章 疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

- 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上で必要な情報をあらかじめ提供すること
- 緊急時の搬送にあたっては、周産期医療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

(3) 医療機関の例

- 分娩を取り扱う医療機関
- 助産所

<分娩を取り扱わない医療機関>

(1) 目標

- 妊婦健診や産前・産褥管理・産後ケアを実施すること

(2) 医療機関に求められる事項

- 産科に必要とされる検査、診断、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
- 妊産婦の日常的な生活・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

(3) 医療機関の例

- 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
- 分娩を取り扱わない助産所

具体的施策

(1) 一般分娩取扱医療機関への支援

- 分娩件数に応じた、低リスク分娩を担う医療機関が確保されるよう、一般分娩取扱医療機関への支援を行います。

【主な事業例】

分娩取扱医療機関の施設・設備整備補助 等

(2) 母体や新生児のリスクに応じた搬送体制等の整備

- 母体や新生児のリスクに応じ、地域周産期母子医療センターや総合周産期母子医療センターへスムーズに搬送できる体制を整備します。

【主な事業例】

周産期医療対策協議会の設置、周産期医療情報システムの運用、新生児蘇生法研修会の開催、新生児搬送用保育器の整備 等

(3) 周産期医療従事者の確保

- 分娩を取り扱う施設の医師を確保するため、産婦人科医師及び小児科医師等の育成と確保を図ります。
- 特に、女性医師の割合が高まる中、女性医師の出産後の復職支援や、当直可能な医師の確保を図ります。

【主な事業例】

産科医師等確保支援（分娩手当の補助、周産期医療従事者育成支援）、医師確保研修学 研修資金貸与、地域医療支援センターの運営、レジデントサポート推進事業の実施、 女性医師等の就労支援 等

2 地域周産期母子医療センター

現状と課題

周産期医療の拠点として医療の質や安全性を確保するための体制整備が必要です。

- (1) NICU（新生児集中治療室）を備えるなど、周産期にかかる比較的高度な医療を提供する医療機関7施設を、地域周産期母子医療センターとして認定しています。また、地域周産期母子医療センターに準じ、比較的低度の異常のある妊娠・分娩・新生児の管理を行える医療機関4施設を、本県独自の体制として、協力医療機関に認定しています。

第4章 疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

(2) 地域周産期母子医療センター7施設のNICU50床のうち、専任の医師を常駐させる等の基準を満たすのは5施設の42床であり、残り2施設の8床は基準を満たす医師の配置ができていません。

(3) 地域の周産期医療の拠点となる施設の医療の質や安全性を確保するため、当直可能な産婦人科医師及び小児科医師等を必要数配置することが課題です。

求められる医療機能

<協力医療機関>

(1) 目標

- 異常のある妊娠・分娩・新生児の治療管理を行うこと
- 比較的軽度な異常を伴う妊婦・新生児又は周産期母子医療センターから回復した妊婦・新生児を受け入れること

(2) 医療機関に求められる事項

ア 機能

- 異常のある妊娠・分娩・新生児の治療管理を行うこと
- 周産期母子医療センターの適切な運営をサポートするため、比較的軽度な異常を伴う妊婦・新生児又は周産期母子医療センターから回復した妊婦・新生児を受け入れること

イ 職員

- 小児科（新生児医療を担当するもの）については、24時間体制を確保するために必要な職員が勤務していることが望ましい
- 産科を有する場合は、帝王切開術が必要な場合に迅速に手術への対応が可能となるような医師及びその他各種職員が勤務していることが望ましい
- 各医療機関において設定した水準の新生児医療を提供するために必要な看護師が適当数勤務していることが望ましい

(3) 医療機関の例

- 県が認定した協力医療機関

<地域周産期母子医療センター>

(1) 目標

- 周産期に係る比較的高度な医療行為を実施すること
- 24時間体制での周産期救急医療（緊急帝王切開術、その他の緊急手術を含む。）に対応すること

(2) 医療機関に求められる事項

ア 機能

- 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県が認定するものである。ただし、NICUを備える小児専門病院等であって、県が適当と認める医療施設については、産科を備えていないものであっても、地域周産期母子医療センターとして認定することができること
- 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
- 県は、各地域周産期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
- 分娩の立会い面会の方針など、医療機関を選択する上で必要な情報をあらかじめ提供すること

イ 施設数

- 二、五次保健医療圏（本冊 第3章第1節を参照）に1か所又は必要に応じそれ以上整備することが望ましい

ウ 診療科目

- 産科及び小児科（新生児医療を担当するもの）を有するものとし、麻酔科及びその他関連診療科を有することが望ましい。ただし、NICUを備える小児専門病院等であって、県が適当と認める医療施設については、産科を有していなくても差し支えない
- 当該施設が精神科を有さない場合には、連携して対応する強力医療機関を定め、精神疾患を合併する妊産婦についても対応可能な体制を整えることが望ましい

エ 設備

- 産科を有する場合は、次に掲げる設備を備えることが望ましい
 - ① 緊急帝王切開術等の実施に必要な医療機器
 - ② 分娩監視装置
 - ③ 超音波診断装置（カラードップラー機能を有するものに限る）
 - ④ 微量輸液装置
 - ⑤ その他産科医療に必要な設備
- 小児科等には新生児病室を有し、次に掲げる設備を備える NICU を設けることが望ましい
 - ① 新生児用呼吸循環監視装置
 - ② 新生児用人工換気装置
 - ③ 保育器
 - ④ その他新生児集中治療に必要な設備

オ 職員

- 小児科（新生児医療を担当するもの）については、24時間体制を確保するために必要な職員
- 産科を有する場合は、帝王切開術が必要な場合に迅速（おおむね30分以内）に手術への対応が可能となるような医師（麻酔科医を含む。）及びその他の各種職員
- 新生児病室については、次に掲げる職員
 - ① 24時間体制で病院内に小児科を担当する医師が勤務していること
 - ② 各地域周産期母子医療センターにおいて設定した水準の新生児医療を提供するために必要な看護師が適当数勤務していること
 - ③ **公認心理師**等を配置すること
 - ④ NICUを有する場合は入院児支援コーディネーターを配置することが望ましい

カ 連携機能

- 総合周産期母子医療センターからの戻り搬送の受入れ、オープンシステム・セミオープンシステム等の活用による**地域の産婦人科医療機関からの妊産婦の受入れ**、合同症例検討会等の開催等により、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連携を図るものとする

キ 災害対策

- 被災後、早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画を策定していること
- 通常時の6割程度の発電容量のある自家発電機等を保有し、3日分程度の備蓄燃料を確保しておくこと。なお、自家発電機等の燃料として都市ガスを使用する場合は、非常時に切替え可能な他の電力系統等を有しておくこと。また、平時より病院の基本的な機能を維持するために必要な設備について、自家発電機等から電源の確保が行われていることや、非常時に使用可能なことを検証しておくこと。なお、自家発電機等の設置場所については、地域のハザードマップ等を参考に検討することが望ましい
- 災害時に少なくとも3日分の病院の機能を維持するための水を確保すること。具体的には、少なくとも3日分の容量の受水槽を保有しておくこと又は停電時にも使用可能な地下水利用のための設備（井戸設備を含む。）を整備しておくことが望ましい。ただし、必要に応じて優先的な給水協定の締結等により必要な水を確保することについても差し支えない
- 浸水想定区域（洪水・雨水出水）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が望ましい

（3）医療機関の例

- 地域周産期母子医療センター

具体的施策

(1) 地域周産期母子医療センターへの支援

- 地域の周産期医療の拠点として必要な施設の充実を図るため、地域周産期母子医療センターへの支援を行います。

【主な事業例】

地域周産期母子医療センターの施設・設備整備補助、運営費補助 等

(2) 母体や新生児のリスクに応じた搬送体制等の整備

- 母体や新生児のリスクに応じ、総合周産期母子医療センター等へスムーズに搬送できる体制を整備します。

(3) 周産期医療従事者の確保

- 地域周産期母子医療センターに従事する医師を確保するため、産婦人科医師及び小児科医師等の育成と確保を図ります。
- 特に、女性医師の割合が高まる中、女性医師の出産後の復職支援や、当直可能な医師の確保を図ります。

(4) 中長期を見据えた周産期医療体制の整備

- 産婦人科医師及び小児科医師等が不足している状況を踏まえ、中長期を見据えた周産期医療体制の整備を進めていくとともに、考えられるリスクに備えた環境整備を進めます。

【主な事業例】

セミオープンシステム（妊婦健診は分娩を取り扱っていない近くの医療機関で受け、分娩はその医療機関と連携している分娩取扱医療機関で行う仕組み）等の機能分担と連携体制の推進、医療機関へのアクセスに関する安全対策（救急救命士向けの分娩介助研修、新生児蘇生法研修等の開催）、周産期医療の現状や課題に関する県民理解の推進 等

3 総合周産期母子医療センター

現状と課題

リスクの高い妊娠に対する医療及び高度な新生児医療が提供できる総合周産期母子医療センターの整備が課題です。

- (1) 本県では県立小児医療センターにM F I C U（母体・胎児集中治療室）6床、N I C U 15床を整備の上、総合周産期母子医療センターに指定し、超低出生体重児等の分娩・管理にあたっています。

- (2) しかし、本県のMFICUは、専任の医師を常駐させる等の基準を満たしていません。
- (3) また、県立小児医療センターは子ども専門病院という特性上、母体の合併症（精神疾患を含む）の治療ができないため、地域周産期母子医療センターと連携を図りながら対応しています。
- (4) 総合周産期母子医療センターが本来持つべき、ハイリスクな母体及び新生児に対して総合的な診療が可能な機能の整備が求められています。

求められる医療機能

(1) 目標

- 合併症妊娠、胎児・新生児異常等母体又は児にリスクの高い妊娠に対する医療、高度な新生児医療等を行うことができるとともに、必要に応じて当該施設の関係診療科又は他の施設と連携し、産科合併症以外の合併症を有する母体に対応すること
- 周産期医療体制の中核として地域周産期医療関連施設等との連携を図ること

(2) 医療機関に求められる事項

ア 機能

- 相当規模のMFICUを含む産科病棟及びNICUを含む新生児病棟を備え、常時の母体及び新生児搬送受入体制を有し、合併症妊娠（重症妊娠高血圧症候群、切迫早産等）、胎児・新生児異常（超低出生体重児、先天異常児等）等母体又は児におけるリスクの高い妊娠に対する医療、高度な新生児医療等の周産期医療を行うことができるとともに、必要に応じて当該施設の関係診療科又は他の施設と連携し、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県が指定すること
- 地域周産期医療関連施設等からの救急搬送を受け入れるなど、周産期医療体制の中核として地域周産期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
- 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

イ 施設数

- 原則として、三次医療圏に1か所以上整備するものとする。

ウ 診療科目

- 産科及び新生児医療を専門とする小児科（MFICU及びNICUを有するものに限る）、麻酔科その他の関係診療科を有するものとする

エ 関係診療科との連携

- 当該施設の関係診療科（当該施設で対応できない場合は関係医療機関）と日頃から緊密な連携を図るものとする
- 総合周産期母子医療センターを設置する医療施設が救命救急センターを設置している場合又は救命救急センターと同等の機能を有する場合（救急科、脳神経外科、心臓血管外科又は循環器内科、放射線科、内科、外科等を有することをいう。）は、県は、その旨を医療計画に記載し、関係者及び住民に情報提供すること。また、総合周産期母子医療センターを設置する医療施設が救命救急センターを設置していない場合又は救命救急センターと同等の機能を有していない場合は、県は、当該施設で対応できない母体及び新生児の疾患並びに当該疾患について連携して対応する協力医療施設を医療計画に記載し、関係者及び住民に情報提供すること
- また、総合周産期母子医療センターを設置する医療施設においては、当該施設が精神科を有し施設内連携が図られている場合はその旨を、有さない場合は連携して対応する協力医療施設を医療計画に記載し、精神疾患を合併する妊産婦についても対応可能な体制を整え、関係者及び住民に情報提供すること

オ 設備

- MFICU には、次に掲げる設備を備えるものとする。なお、MFICU は、必要に応じ個室とするものとする
 - ① 分娩監視装置
 - ② 呼吸循環監視装置
 - ③ 超音波診断装置（カラードップラー機能を有するものに限る）
 - ④ その他母体・胎児集中治療に必要な設備
- NICU には、次に掲げる装置を備えるものとする
 - ① 新生児用呼吸循環監視装置
 - ② 新生児用人工換気装置
 - ③ 超音波診断装置（カラードップラー機能を有するものに限る）
 - ④ 新生児搬送用保育器
 - ⑤ その他新生児集中治療に必要な設備
- GCU には、NICU から退出した児並びに輸液、酸素投与等の処置及び心拍呼吸監視装置の使用を必要とする新生児の治療に必要な設備を備えるものとする
- 新生児と家族の愛着形成を支援するため、長期間入院する新生児を家族が安心して見守れるよう、NICU、GCU 等への入室面会及び母乳保育を行うための設備、家族宿泊施設等を備えることが望ましい
- 医師の監視の下に母体又は新生児を搬送するために必要な患者監視装置、人工呼吸器等の医療機器を搭載した周産期医療に利用し得るドクターカーを必要に応じ整備するものとする
- 血液一般検査、血液凝固系検査、生化学一般検査、血液ガス検査、輸血用検査、エックス線検査、超音波診断装置（カラードップラー機能を有するものに限る。）による検査及び分娩監視装置による連続的な監視が常時可能であるものとする

第4章 疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

カ 病床数

- MFICU は6床以上とする
- NICU は12床以上とする
- MFICU の後方病室（一般産科病床等）は、MFICU の2倍以上の病床数を有することが望ましい
- GCU は、NICU の2倍以上の病床数を有することが望ましい

キ 職員

- MFICU
 - ① 24時間体制で産科を担当する複数（病床数が6床以下であって別途オンコールによる対応ができる者が確保されている場合にあっては1名）の医師が勤務していること
 - ② MFICU の全病床を通じて常時3床に1名の助産師又は看護師が勤務していること
- NICU
 - ① 24時間体制で新生児医療を担当する医師が当該医療施設内に勤務していること。なお、NICU の病床数が16床以上である場合は、24時間体制で新生児医療を担当する複数の医師が勤務していることが望ましい
 - ② 常時3床に1名の看護師が勤務していること
 - ③ 公認心理師等を配置すること
- GCU には、常時6床に1名の看護師が勤務していること
- 分娩室には、原則として、助産師及び看護師が病棟とは独立して勤務していること。ただし、MFICU の勤務を兼ねることは差し支えない
- 麻酔科医を配置すること
- NICU、GCU 等に長期入院している児童について、その状態に応じた望ましい療育・療養環境への円滑な移行を図るため、新生児医療、地域の医療施設、訪問看護事業所、療育施設・福祉施設、在宅医療・福祉サービス等に精通した看護師、社会福祉士等を次に掲げる業務を行う NICU 入院児支援コーディネーターとして配置することが望ましい
 - ① NICU、GCU 等の長期入院児の状況把握
 - ② 望ましい移行先（他医療施設、療育施設・福祉施設、在宅等）との連携及び調整
 - ③ 在宅等への移行に際する個々の家族のニーズに合わせた支援プログラムの作成並びに医療的・福祉的環境の調整及び支援
 - ④ その他望ましい療育・療養環境への移行に必要な事項

ク 連携機能

- オープンシステム・セミオープンシステム等の活用による地域の産婦人科医療機関からの妊産婦の受入れ、救急搬送の受入れ、合同症例検討会の開催等により、

地域周産期母子医療センターその他の地域で分娩を取り扱う全ての周産期医療関連施設等と連携を図るものとする

ケ 災害対策

- 被災後、早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画を策定していること。
なお、県内のみならず近隣都県の被災時においても、災害時小児周産期リエゾン等を介して物資や人員の支援を積極的に担うこと
- 通常時の6割程度の発電容量のある自家発電機等を保有し、3日分程度の備蓄燃料を確保しておくこと。なお、自家発電機等の燃料として都市ガスを使用する場合は、非常時に切替え可能な他の電力系統等を有しておくこと。また、平時より病院の基本的な機能を維持するために必要な設備について、自家発電機等から電源の確保が行われていることや、非常時に使用可能なことを検証しておくこと。なお、自家発電機等の設置場所については、地域のハザードマップ等を参考にし検討することが望ましい
- 災害時に少なくとも3日分の病院の機能を維持するための水を確保すること。具体的には、少なくとも3日分の容量の受水槽を保有しておくこと又は停電時にも使用可能な地下水利用のための設備（井戸設備を含む。）を整備しておくことが望ましい。ただし、必要に応じて優先的な給水協定の締結等により必要な水を確保することについても差し支えない
- 浸水想定区域（洪水・雨水出水）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が望ましい

（3）関係機関の例

- 総合周産期母子医療センター

具体的施策

（1）総合周産期母子医療センターへの支援

- ハイリスクな妊娠・新生児に対応する周産期医療を提供していくため、総合周産期母子医療センターへの支援を行います。

【主な事業例】

総合周産期母子医療センターの施設・設備整備補助、運営費補助 等

（2）母体や新生児のリスクに応じた搬送体制等の整備

- 搬送コーディネーターを設置するなど、一般分娩取扱医療機関や地域周産期母子医療センターからスムーズに搬送できる体制を整備します。

【主な事業例】

周産期医療対策協議会の設置、周産期医療情報システムの運用、新生児蘇生法研修会の開催、搬送コーディネーターの設置 等

(3) 周産期医療従事者の確保

- 総合周産期母子医療センターに従事する医師を確保するため、産婦人科医師及び小児科医師等の育成と確保を図ります。
- 特に、女性医師の割合が高まる中、女性医師の出産後の復職支援や、当直可能な医師の確保を図ります。

(4) 災害時の搬送体制等の整備

- 総合周産期母子医療センター等に従事する医師を、災害時に周産期医療に関する情報集約や母体・新生児の搬送調整等を行うコーディネーター（災害時小児周産期リエゾン）として委嘱します。
- 周産期母子医療センター等における災害時の連携体制の構築や、平時からの訓練の実施等に取り組みます。

【主な事業例】

災害時小児周産期リエゾンの設置、災害時の連携体制やマニュアルづくり、災害対応研修や訓練の実施 等

(5) 中長期を見据えた周産期医療体制の整備

- 総合周産期母子医療センターが本来持つべき、ハイリスクな母体及び新生児に対して総合的な診療が可能な機能の確保へ向け、中長期を見据えた周産期医療体制の整備を推進します。

4 療養・療育支援、妊産婦支援

現状と課題

N I C U等の新生児受入体制を確保するため、小児が地域の療養・療育環境や在宅医療にスムーズに移行できる支援体制や受入体制などの環境整備が必要です。また、支援を必要とする妊産婦について、関係機関による情報共有と早期からの支援の実施が必要です。

- (1) 県内のN I C Uの稼働率（2015（平成27）年度）は、総合周産期母子医療センターで98.5%、地域周産期母子医療センター（専任の医師を常駐させる等の基準を満たす病床）で78.0%となっています。
- (2) 県内5施設において、重症心身障害児や肢体不自由児への療養・療育支援を実施しています。また、県内の小児等の在宅医療に対応できる医療機関（県健康長寿社会づくり推進課調べ）は2023（令和5）年3月現在163施設、歯科診療所は142施設、訪問看護事業所は103施設ありますが、うち2021（令和3）年度中に実際に対応した医療機関は19施設、歯科診療所は3施設、訪問看護事業所は30施設となっています。

- (3) 小児が地域の療養・療育環境や在宅医療にスムーズに移行できる支援体制や、小児等の在宅医療の提供が可能な医療機関や訪問看護事業所の拡大を図ることが必要となっています。また、小児等の在宅医療等について、関係者の理解の促進や患者・家族等の負担軽減を図ることが必要となっています。
- (4) 厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告（2021（令和3）年度）」によると、分娩後の妊娠届出者数（未受診妊婦）は4人となっています。また、群馬県妊産婦支援事業における妊産婦支援連絡票活用実績（2021（令和3）年度）によると、医療機関から県内市町村へ支援依頼のあった妊産婦の数は855人となっています。
- (5) 未受診妊婦の分娩については受入体制の確立が必要であるとともに、未受診妊婦や産後うつ病の疑いのある褥婦等、特に支援を必要とする妊産婦については、関係機関で情報を共有し、早期から支援を実施することが必要です。

求められる医療機能

(1) 目標

- 周産期医療関連施設を退院した医療的ケア児、障害児等が生活の場（施設を含む。）で療養・療育できる体制を提供すること（地域の保健・福祉との連携等）
- レスパイト等の、在宅において療養・療育を行っている児の家族等に対する支援を実施すること

(2) 医療機関に求められる事項

- 周産期医療関連施設等と連携し、人工呼吸器の管理が必要な児や、気管切開等のある児の受入れが可能であること
- 児の急変時に備え、救急対応可能な病院等との連携が図れていること
- 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、福祉サービス及びレスパイト入院の受入れ等を調整し、地域で適切に療養・療育できる体制を提供すること
- 地域又は総合周産期母子医療センター等の周産期医療関連施設等と連携し、療養・療育が必要な児の情報（診療情報や治療計画等）を共有していること
- 医療型障害児入所施設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

(3) 医療機関の例

- 小児科を標榜する病院
- 在宅医療を行っている医療機関
- 薬局
- 訪問看護事業所
- 医療型障害児入所施設

- 日中一時支援施設

具体的施策

(1) 療養・療育環境及び小児等在宅医療への移行支援

- N I C U等に入院している小児が地域の療養・療育環境や在宅医療にスムーズに移行できるよう、コーディネーターを設置するほか、市町村等の行政、地域の医療・福祉・教育関係者等の関係者が連携した支援体制を構築します。
- 小児等の在宅医療の受入れが可能な医療機関・訪問看護事業所の拡大を図るため、医師・訪問看護師の人材育成に取り組みます。
- 患者・家族や在宅医療を支える関係者に対して、小児等の在宅医療等に関する理解の促進や介護負担の軽減を図るための取組を推進します。

【主な事業例】

N I C U入院児支援コーディネーターの設置、在宅医療未熟児等一時受入事業の実施、小児等在宅医療連携拠点事業（関係者による協議会の開催、小児等の在宅医療にかかる研修会やシンポジウムの開催など）の実施 等

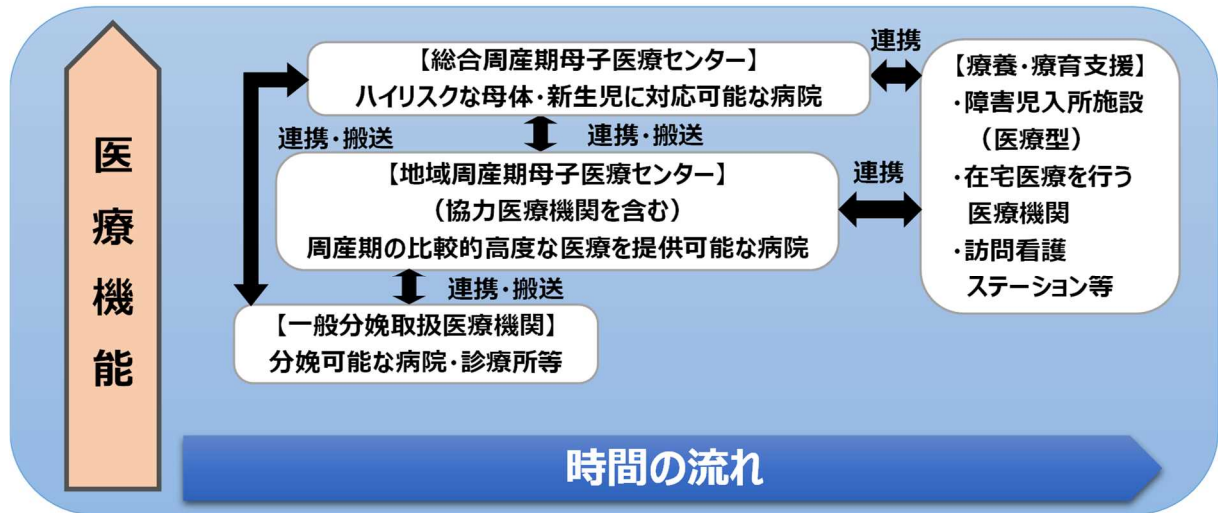
(2) 関係機関の連携による早期からの妊産婦支援

- 医療機関と市町村等が県内統一の連絡票を活用し、連携を図りながら、心身の不調や家庭環境等の問題等を抱える妊産婦を早期に継続的な支援へとつなげる体制整備に取り組みます。

【主な事業例】

群馬県妊産婦支援事業、産後ケア事業の実施 等

周産期医療の医療連携体制



第4章 疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

ロジックモデル

現状と課題		番号	A 個別施策
一般分娩取扱施設	①分娩取扱施設が減少傾向 ②一般分娩取扱施設（助産所を含む）の減少 （H29年度：27施設（助産所2施設）→R5年度：24施設（うち助産所2施設）） ③常勤の産科医の高齢化（2025年までに常勤の産科医師全員が65歳以上となる施設が13施設） ④分娩件数に応じた低リスク分娩を担う医療機関の確保や、妊産婦が近くで妊婦健診等を受けられる環境の整備が必要	1	（1）一般分娩取扱医療機関への支援 （2）母体や新生児のリスクに応じた搬送体制等の整備 （3）周産期医療従事者の確保
	①地域周産期母子医療センターに、7医療機関施設を認定 ②比較的軽度な異常のある妊娠・分娩・新生児の管理を行える医療機関4施設を、協力医療機関に認定 ③地域周産期母子医療センター7施設のNICU50床のうち、専任の医師を常駐させる等の基準を満たすのは5施設の42床であり、残り2施設の8床は基準を満たす医師の配置ができていない ④地域の周産期医療の拠点となる施設の医療の質や安全性を確保するため、当直可能な産婦人科医師及び小児科医師等を必要数配置することが課題	2	（1）地域周産期母子医療センターへの支援 （2）母体や新生児のリスクに応じた搬送体制等の整備 （3）周産期医療従事者の確保 （4）中長期を見据えた周産期医療体制の整備
総合周産期母子医療センター	リスクの高い妊娠に対する医療及び高度な新生児医療が提供できる総合周産期母子医療センターの整備が必要 ①総合周産期母子医療センターに、県立小児医療センターを認定 （MFICU（母体・胎児集中治療室）6床、NICU15床を整備） ②本県のMFICUは、専任の医師を常駐させる等の基準を満たしていない ③県立小児医療センターは子ども専門病院という特性上、母体の合併症（精神疾患を含む）の治療ができないため、地域周産期母子医療センターと連携を図りながら対応 ④総合周産期母子医療センターが本来持つべき、ハイリスクな母体及び新生児に対して総合的な診療が可能な機能の整備が必要	3	（1）総合周産期母子医療センターへの支援 （2）母体や新生児のリスクに応じた搬送体制等の整備 （3）周産期医療従事者の確保 （4）災害時の搬送体制等の整備 （5）中長期を見据えた周産期医療体制の整備
療養・療育支援、妊産婦支援	小児が地域の療養・療育環境や在宅医療にスムーズに移行できる支援体制や受入体制などの環境整備が必要 ①周産期母子医療センターにおけるNICUの稼働率（H27年度）は、総合で98.5%、地域（基準を満たす病床）で78.0%。 ②重症心身障害児や肢体不自由児への療養・療育支援を実施：5施設 ③小児等の在宅医療に対応できる医療機関（括弧内はR3実施数）163施設（19施設）、歯科診療所は142施設（3施設）、訪問看護事業所は103施設（24施設） ④小児等の在宅医療等について、関係者の理解の促進や患者・家族等の負担軽減を図ることが必要。 ⑤分娩後の妊娠届出者数（未受診妊婦）：4人（R3年度） 医療機関から県内市町村へ支援依頼のあった妊産婦の数は：855人（H28年度） ⑥令和5年4月に群馬県医療的ケア児等支援センターを設置		（1）療養・療育環境及び小児等在宅医療への移行支援 （2）関係機関の連携による早期からの妊産婦支援

第4章 疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

番号	B 目標	番号	C 最終目標
----	------	----	--------

1	<分娩を取り扱う医療機関> ① 正常分娩に対応すること ② 妊婦健診等を含めた分娩前後の診療を行うこと ③ 周産期母子医療センター等との連携により、リスクの低い帝王切開術に対応すること <分娩を取り扱わない医療機関> ① 妊婦健診や産前・産褥管理・産後ケアの実施	
	目標値	一般分娩取扱施設数（助産所を含む）

2	<協力医療機関> ① 異常のある妊娠・分娩・新生児の治療管理を行うこと ② 比較的軽度な異常を伴う妊婦・新生児又は周産期母子医療センターから回復した妊婦・新生児の受入れ <地域周産期母子医療センター> ① 周産期に係る比較的高度な医療行為の実施 ② 24時間体制での周産期救急医療（緊急帝王切開術、その他の緊急手術を含む。）に対応すること	
	目標値	周産期母子医療センター等における当直可能な常勤産婦人科医師数（1施設あたり） 周産期母子医療センター等における当直可能な常勤小児科医師数（1施設あたり） 周産期救急搬送症例のうち受入困難事例（搬送先の照会回数が4回以上）の件数 周産期死亡率

1	安全・安心な周産期医療体制の構築	
	目標値	新生児死亡率

3	① 合併症妊娠、胎児・新生児異常等母体又は児にリスクの高い妊娠に対する医療、高度な新生児医療等を行うことができることと、必要に応じて当該施設の関係診療科又は他の施設と連携し、産科合併症以外の合併症を有する母体に対応すること ② 周産期医療体制の中核として地域周産期医療関連施設等との連携を図ること	
	目標値	MFICU病床数（専任の医師を常駐させる等の基準を満たす病床）

4	①周産期医療関連施設を退院した医療的ケア児、障害児等が生活の場（施設を含む。）で療養・療育できる体制を提供すること（地域の保健・福祉との連携等） ②在宅において療養・療育を行っている児の家族に対する支援の実施	
	目標値	在宅医療未熟児等一時受入日数（のべ日数）

第4章 疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

目標値一覧

分類 B：目標 C：最終	番号		指標	現状		目標	
				数値	年次	数値	年次
B	1	①	一般分娩取扱施設数（助産所を含む）		2023		2029
B	2	①	周産期母子医療センター等における当直可能な常勤産婦人科医師数（1施設あたり）		2023		2029
B	2	②	周産期母子医療センター等における当直可能な常勤小児科医師数（1施設あたり）		2023		2029
B	2	③	周産期救急搬送症例のうち受入困難事例（搬送先の照会回数が4回以上）の件数		2023		2029
B	2	④	周産期死亡率		2023		2029
B	3	①	M F I C U病床数（専任の医師を常駐させる等の基準を満たす病床）		2023		2029
B	4	①	在宅医療未熟児等一時受入日数（のべ日数）		2023		2029
C			新生児死亡率		2023		2029

11 小児医療の医療連携体制構築の取組

- ◆ 小児患者の重症度に応じた医療が提供される体制を整備するとともに、適正な受診がなされるよう相談支援に取り組みます。
- ◆ 医療機関の施設・設備整備及び運営支援を行い、小児医療体制の充実を図ります。
- ◆ 小児等の療養・療育及び在宅医療の環境整備に取り組みます。

概況

(1) 推計患者数

厚生労働省「患者調査（2020（令和2）年）」によると、本県の小児（0歳から14歳までを指す。以下同じ。）の推計患者数（調査日当日に受療した患者の推計数）は10,200人（入院400人、外来9,800人）で、6年前の12,600人（入院500人、外来12,100人）と比べ、15.7%減少しています。

小児人口10万人当たりの推計患者数は、4,547人（入院178人、外来4,369人）で、6年前の4,890人（入院194人、外来4,696人）と比べ、総数で7.0%減少しています。また、全国（5,015人（入院155人、外来4,860人））を総数で2.5%下回っています。

(2) 小児の死亡率

厚生労働省「人口動態調査（2021（令和3）年）」によると、本県の小児の死亡率（人口10万対）は20.5で、2016（平成28）年の19.5と比べ微増しています。また、全国（18.2）を上回っています。

なお、新生児死亡率（生後4週未満、出生千対）は0.6、乳児死亡率（1歳未満、出生千対）は2.2、幼児死亡率（5歳未満、人口10万対）は52.8で、2016（平成28）年（新生児死亡率0.9、乳児死亡率1.6、幼児死亡率42.8）と比べ、新生児死亡率を除き、上昇しています。また、全国（新生児死亡率0.8、乳児死亡率1.7、幼児死亡率43.7）と比較した場合も同様に、新生児死亡率を除き上回っています。

(3) 小児科を標榜する医療機関数

県「医療施設機能調査（2022（令和4）年度）」によると、本県の小児科を標榜する医療機関は234施設（病院37施設、診療所197施設）で、2016（平成28）年の356施設（病院40施設、診療所316施設）と比べ、34.2%減少しています。

(4) 小児科医師数

厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査（2020（令和2）年）」によると、県内の医療施設に従事する小児科医師数は277人で、2016（平成28）年の293人と比べ、5.5%減少しています。

第4章 疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

このうち、病院勤務医師数は158人で、2016（平成28）年の154人と比べ、2.6%増加していますが、県「医療施設機能調査（2022（令和4）年度）」によると、小児二次医療を担う小児地域医療センターに従事する当直可能な常勤の小児科医師数は56人で、2016（平成28）年度（66人）から、15.2%減少しました。

（5）救急搬送数

総務省消防庁「救急・救助の現況（2022（令和4）年度版）」によると、本県の救急搬送数（2021（令和3）年）は79,248件で、2016（平成28）年の82,621件と比べ、4.0%減少しており、18歳未満も5,687件で、2016（平成28）年の7,252人と比べ、21.6%減少しています。なお、救急搬送数に占める18歳未満の割合は7.1%で、全国（7.0%）を上回っています。

1 相談支援等

現状と課題

限られた医療資源で小児医療を提供するために、小児の保護者への相談支援等を実施し、適正な受療行動を推進していく必要があります。

- （1）小児救急医療支援事業実績（2022（令和4）年度）によると、重症の小児救急患者に対応する小児地域医療センター（小児二次救急医療機関）においても、休日・夜間における小児救急患者の83.6%が軽症患者であり、当直可能な医師が不足する中で、対応する医師にとって大きな負担となっています。本来対応すべき重症患者への対応が遅れることも懸念されます。
- （2）本県では、2005（平成17）年度から小児救急電話相談（＃8000）を実施し、休日・夜間の小児の急病に対する保護者の不安を軽減するとともに、不要不急な受診の抑制を図っています。相談件数は、2018（平成30）年度をピークに減少傾向にあります（2018（平成30）年度：27,297件→2022（令和4）年度：19,801件）。電話がつかない（通話中となる）場合があるため、必要な回線数（2015（平成27）年10月から最大3回線）を確保しています。
- （3）小児救急医療支援事業実績によると、休日・夜間における小児救急患者数は減少しており（2010（平成22）年度：21,645人→2022（令和4）年度：9,684人）、相談支援等の効果と考えられます。
- （4）引き続き、小児の保護者等への相談支援等を実施し、適正な受療行動を推進していく必要があります。また、小児救急電話相談（＃8000）をより多くの保護者等に利用してもらえるよう、広く周知していくことが必要です。

求められる医療機能

(1) 目標

- 子どもの急病時の対応等を支援すること
- 医療を必要とする児童及びその家族に対し、地域の医療資源・福祉サービス等について情報を提供すること
- 不慮の事故等の救急の対応が必要な場合に、救急蘇生法等を実施できること
- かかりつけ医を持つとともに、適正な受療行動をとること

(2) 関係者に求められる事項

(家族等周囲にいる者)

- 必要に応じ小児救急電話相談を活用すること
- 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
- かかりつけ医を持つこと
- 予防接種を受けるなど、疾病の予防に努めること

(消防機関等)

- 心肺蘇生法や不慮の事故予防に対する必要な知識を家族等に対し指導すること
- 急性期医療を担う医療機関へ速やかに搬送すること
- 統合型医療情報システムを活用し、適切な医療機関へ速やかに搬送すること

(行政機関)

- 休日夜間等に子どもの急病等に関する相談体制を確保すること（小児救急電話相談）
- 急病時の対応等について適切な受療行動の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
- 慢性疾患の診療やこころのケアが必要な児童及びその家族に対し、地域の医療資源・福祉サービス等について情報を提供すること

具体的施策

(1) 小児救急電話相談の実施

- 引き続き、小児救急電話相談（＃８０００）を実施し、適正な受療行動を推進していきます。

(2) 小児救急にかかる適正受診の啓発

- 休日や夜間の子どもの急病時の受診の目安や、家庭での対処方法、小児救急電話相談（＃８０００）の利用などについて、保護者等に対する啓発を実施します。

【主な事業例】

「子どもの救急ってどんなとき？」（冊子・県ホームページ）による啓発、小児救急に関する保護者講習会の開催、小児救急電話相談（＃8000）にかかる広報 等

2 一般小児医療（小児初期医療）

現状と課題

地域において、かかりつけ医として日常的な小児医療を提供するとともに、休日・夜間の初期救急医療を担う体制の確保が必要です。

- （1）県「保健医療に関する県民意識調査（2022（令和4）年）」によると、保護者の78.6%が小児のかかりつけ医を決めており、63.2%がその理由を自宅からの近さと回答しています。
- （2）本県では、小児科を標榜する医療機関は減少傾向にあります。また、医療施設に従事する小児科医師数は増加していますが、このうち診療所勤務医師数は増加していないのが現状です。
- （3）本県では、小児の初期救急医療体制として、休日夜間急患センターが9施設あるほか、地域医師会による在宅当番医制が12地区で構築されています。しかし、休日夜間急患センターが開設されていない地域や、毎日診療を実施していない地域があります。（毎日診療を行っている施設：3施設、月～土曜日に診療を行っている施設：4施設）
- （4）かかりつけ医や、休日夜間急患センター、在宅当番医制を担う医師の確保が必要です。
- （5）また、小児地域医療センター（小児二次医療）のない二次保健医療圏等においては、軽症者の入院等に対応できる病院（小児地域支援病院）の確保が課題です。

求められる医療機能

<一般小児医療>

（1）目標

- 地域に必要な一般小児医療を実施すること

（2）医療機関に求められる事項

- 一般的な小児医療に必要とされる診断・検査・治療を実施すること
- 慢性疾患の急変時に備え、対応可能な医療機関と連携していること
- 専門医療を担う地域の病院と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること

- 家族に対する精神的サポート等の支援を実施すること
- 関係機関と連携し、児童虐待の発生予防、早期発見・早期対応に努めること

(3) 医療機関の例

- 小児科を標榜する医療機関

<休日夜間小児初期救急>

(1) 目標

- 休日夜間の小児初期医療を実施すること

(2) 医療機関に求められる事項

- 休日夜間急患センター等における365日の小児初期救急医療を提供すること
- 休日夜間に入院等を要する場合に備え、対応可能な医療機関と連携すること
- 地域で小児医療に従事する開業医等が、自院や病院の開放施設（オープン制度）、休日夜間急患センター等において、休日夜間の初期小児救急医療に参画すること

(3) 医療機関の例

- 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

<小児地域支援病院>

(1) 目標

- 地域に必要な一般小児医療や、軽症患者の入院医療を実施すること

(2) 医療機関に求められる事項

- 一般的な小児医療に必要な診断・検査・治療を実施すること
- 専門的外来医療や軽症患者の入院医療が実施可能であること
- 一般小児科や小児地域医療センター等の地域医療機関と連携し、地域で求められる小児医療を担うこと
- 家族に対する精神的サポート等の支援を実施すること
- 関係機関と連携し、児童虐待の発生予防、早期発見・早期対応に努めること

(3) 医療機関の例

- 専門的外来医療を行っている病院又は入院可能な病院

具体的施策

(1) 小児初期救急医療体制の充実支援

- 休日夜間急患センターの運営を支援するとともに、内科医等の小児診療への参加を推進し、小児初期救急医療体制の充実を図ります。

【主な事業例】

小児初期救急導入促進事業（休日夜間急患センターが診療日・時間を拡充する際の運営費支援）、小児救急地域医師研修（内科医等の小児診療への参加推進）の実施 等

（２）小児科医師の確保

- 一般小児医療（小児初期医療）の担い手となる医師を確保するため、県内小児科医師の育成と確保を図ります。

【主な事業例】

医師確保研修資金貸与、地域医療支援センターの運営、レジデントサポート推進事業の実施、女性医師等の就労支援 等

3 小児地域医療センター（小児二次医療）

現状と課題

24時間365日の重症の小児救急患者の受入体制を維持していくことが課題です。

- （１）小児救急医療支援事業により、県内4ブロック（中毛、西毛、北毛、東毛）において、各ブロック内での輪番制による24時間365日の受入体制が構築されています。
- （２）県「医療施設機能調査（2022（令和4）年度）」によると、小児救急医療支援事業に参加している病院（11病院）の当直可能な常勤の小児科医師数は56人で、2016（平成28）年度（12病院で66人）から減少しました。
- （３）小児救急医療支援事業における取扱患者数は年々減少傾向にありますが、このうち重症患者（入院患者）については横ばいとなっています。限られた医師数で対応している中、依然として軽症患者が多く受診している状況です。
- （４）24時間365日の重症の小児救急患者の受入体制を維持していくため、当直可能な医師を必要数配置するとともに、対応する医師の負担を軽減していくことが課題です。

求められる医療機能

（１）目標

- 一般の小児医療を行う医療機関では対応が困難な患者に対する医療を実施すること
- 入院を要する小児救急医療を24時間体制で実施すること

(2) 医療機関に求められる事項

- 入院が必要となるような重症の小児患者に対して、複数施設で連携して24時間365日空白日を生じさせないことにより、確実に受け入れる体制づくりをすること
- 各地域の一般小児医療、**小児地域医療センター**、中核病院小児科、医師会、消防、行政による連携体制を構築すること
- 一般小児科や休日夜間初期小児救急、**小児地域支援病院**の地域医療機関と連携し、地域で求められる小児医療を担うこと
- より高度な医療を必要とする患者への対応として、**小児中核病院**と連携すること
- 療養・療育支援を担う施設と連携していること
- 家族に対する精神的サポート等の支援を実施すること
- 関係機関と連携し、児童虐待の発生予防、早期発見・早期対応に努めること

(3) 関係機関の例

- 各圏域単独又は複数で各圏域の小児救急入院医療を実施する病院

具体的施策

(1) 小児二次救急医療体制の整備

- 24時間365日の重症の小児救急患者の受入体制を確保するために、医療需要や地域
- 小児科センターまでのアクセス等を考慮して輪番体制を整備します。

【主な事業例】

地域小児救急医療対策協議会の設置、小児救急医療支援事業（輪番制による休日・夜間の小児二次救急医療の提供）の実施 等

(2) **小児地域医療センター**（小児二次医療）の負担軽減

- 相談支援、一般小児医療（小児初期医療）の充実により、軽症患者の適正な受診を推進し、**小児地域医療センター**（小児二次医療）の負担軽減を図ります。

(3) 小児科医師の確保

- **小児地域医療センター**（小児二次医療）に従事する医師を確保するため、県内小児科医師の育成と確保を図ります。

4 **小児中核病院**（小児三次医療）

現状と課題

高度で専門的な医療の提供体制を維持・充実させていくことが課題です。

第4章 疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

- (1) 本県の小児三次医療は、群馬大学医学部附属病院及び県立小児医療センターが担っています。高度な入院医療を提供するNICU（新生児特定集中治療室（診療報酬上の届出をしたもの））は4病院に42床、PICU（小児集中治療室）は県立小児医療センターに8床整備されています。
- (2) 厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告（2021（令和3）年度）」によると、県内の小児慢性特定疾患医療受給者証の所持者数は762人であり、小児科の各領域での高度で専門的な医療の提供体制を維持・充実させていくことが課題となっています。

求められる医療機能

(1) 目標

- 小児地域医療センターでは対応が困難な患者に対する高度な専門入院医療を実施すること
- 小児の救命救急医療を24時間体制で実施すること
- 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

(2) 医療機関に求められる事項

- 小児中核病院や小児地域医療センターとの連携により、高度で専門的な診断・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
- 小児地域支援病院や小児地域医療センターからの紹介患者や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
- 診療報酬上の施設基準に適合するNICUを運営すること
- PICUを運営すること
- 小児病棟やNICU等から退院する際に、療養・療育支援を担う施設と連携すること
- 家族に対する精神的サポート等の支援を実施すること
- 関係機関と連携し、児童虐待の発生予防、早期発見・早期対応に努めること

(3) 医療機関の例

- 大学医学部附属病院
- 小児医療センター

具体的施策

(1) 小児中核病院（小児三次医療）の機能充実

- 小児中核病院（小児三次医療）の各分野の機能充実を図ることにより、一般小児医療（小児初期医療）、小児地域医療センター（小児二次医療）、療養・療育支援及び小児等在宅医療、相談支援がその機能を十分に発揮できる環境を整備します。

(2) 小児科医師の確保

- 高度で専門的な医療を担う医師を確保するため、県内小児科医師の育成と確保を図ります。

(3) 災害時の搬送体制等の整備

- 小児中核病院等に従事する医師を、災害時に小児医療に関する情報集約や小児の搬送調整等を行うコーディネーター（災害時小児周産期リエゾン）として委嘱します。
- 小児中核病院及び小児地域医療センター等における災害時の連携体制の構築や、平時からの訓練の実施等に取り組みます。

【主な事業例】

災害時小児周産期リエゾンの設置、災害時の連携体制やマニュアルづくり、災害対応研修や訓練の実施 等

5 療養・療育支援、小児等在宅医療

現状と課題

小児が地域の療養・療育環境や在宅医療にスムーズに移行できる支援体制や受入体制などの環境整備が必要です。

- (1) 県内の、在宅で療養している重症心身障害児（者）の数（児童相談所調べ）は、2021（令和3）年度末現在 484 人、在宅で療養している医療的ケアを要する小児等の数（県健康長寿社会づくり推進課調べ）は令和5年3月現在 403 人となっています。
- (2) 重症心身障害児や肢体不自由児への療養・療育支援を実施している医療型障害児入所施設は5施設、小児を受入可能な家族のレスパイトのための医療型短期入所施設は8施設となっています。また、重症心身障害児等が通うことのできる障害児通所支援事業所は2023（令和5）年3月現在 29 事業所となっています。
- (3) 県内の小児等の在宅医療に対応できる医療機関（県健康長寿社会づくり推進課調べ）は2023（令和5）年3月現在 163 施設、歯科診療所は 142 施設、訪問看護事業所は 103 施設ありますが、うち2021（令和3）年度中に実際に対応した医療機関は 19 施設、歯科診療所は 3 施設、訪問看護事業所は 30 施設となっています。
- (4) 2021（令和3）年に「医療的ケア児とその家族に対する支援に関する法律（2021（令和3）年法律第81号）」が成立し、都道府県は医療的ケア児支援センターを設置することができると規定されました。本県では2023（令和5）年4月に群馬県医療的ケア児等支援センターを設置しました。

- (5) 小児が地域の療養・療育環境や在宅医療にスムーズに移行できる支援体制や、小児等の在宅医療の提供が可能な医療機関や訪問看護事業所の拡大を図ることが必要となっています。また、小児等の在宅医療等について、関係者の理解の促進や患者・家族等の負担軽減を図ることが必要となっています。

求められる医療機能

(1) 目標

- 生活の場（施設を含む）での療養・療育が必要な小児等に対し支援を実施すること

(2) 医療機関に求められる事項

- 重症心身障害児等に係る必要な病床数の整備をすること
- レスパイトのための医療型短期入所を整備すること
- 他の医療機関の小児病棟やNICU等から退院後、生活の場（施設を含む）での療養・療育が必要な小児等に対し、必要な医療等の支援を実施すること
- 訪問看護ステーション、福祉サービス事業者、行政等との連携により、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
- 家族に対する精神的サポート等の支援を実施すること
- 在宅医療をサポートするための医療機関と薬局が連携すること
- 歯科診療所による口腔ケアのサポートを実施すること

(3) 医療機関の例

- 医療型障害児入所施設
- 在宅医療に対応できる医療機関
- 医療型短期入所施設
- 訪問看護ステーション
- 歯科診療所・薬局等

具体的施策

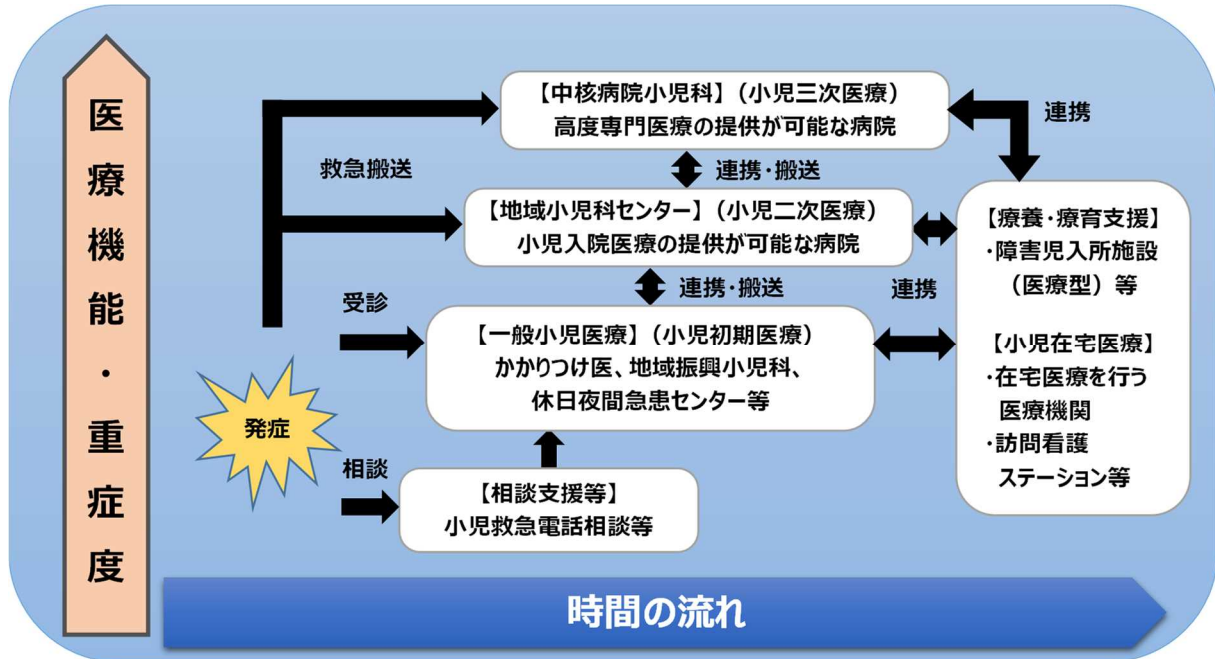
(1) 療養・療育及び小児等在宅医療にかかる環境整備

- 医療的ケア児等支援センターを設置し、医療的ケア児等支援コーディネーター、行政、地域の保健・医療、障害福祉、保育・教育関係者等の関係者が連携した支援体制を構築します。
- NICU等に入院している小児が地域の療養・療育環境や在宅医療にスムーズに移行できるよう、コーディネーターを設置します。
- 小児等の在宅医療に対応できる医療機関・訪問看護事業所の拡大を図るため、医師・訪問看護師の人材育成に取り組みます。
- 患者・家族や在宅医療を支える関係者に対して、小児等の在宅医療等に関する理解の促進、情報の提供及び介護負担の軽減を図るための取組を推進します。
- 療養・療育環境や在宅の小児等への災害時支援体制の構築を推進します。

【主な事業例】

医療的ケア児等支援センターの運営（相談業務、支援者を対象とした各種研修の実施、支援者のネットワーク構築、家族支援、情報収集・情報発信）、NICU入院児支援コーディネーターの配置、在宅医療未熟児等一時受入事業の実施等

小児医療の医療連携体制



第4章 疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

ロジックモデル

	現状と課題	番号	A 個別施策
相談支援等	保護者への相談支援等を実施し、適正な受療行動を推進する必要がある。 ①小児地域医療センターの休日・夜間における小児救急患者の多くが軽症患者である。 ②子ども医療電話相談の相談件数は、平成30年度をピークに減少傾向（R4年度：19,801件） ③休日・夜間における小児救急患者数は減少（H22年度：21,645人→R4年度：9,684人）	1	(1)小児救急電話相談の実施 (2)小児救急にかかる適正受診の啓発
小児初期医療	<一般小児医療、小児地域医療支援病院> 地域において、かかりつけ医として日常的な小児医療を提供するとともに、休日・夜間の初期救急医療を担う体制の確保が必要。 ①保護者の8割が小児のかかりつけ医を決めており、その決定には地理的条件が影響している。 ②小児科を標榜する医療機関は減少傾向。医療施設に従事する小児科医師数は増加しているが、診療所勤務医師数は増加していない。 ③休日夜間急患センターは9施設あり、地域医師会による在宅当番医制が12地区で構築されているが、休日夜間急患センターが未開設の地域や、毎日診療していない地域がある。 ④小児地域医療センターのない二次保健医療圏等においては、小児地域支援病院の確保が課題。	2	(1)小児初期救急医療体制の充実支援 (2)小児科医師の確保
小児二次医療	<小児地域医療センター> 24時間365日の重症の小児救急患者の受入体制を維持していくため、当直可能な医師を必要数配置するとともに、対応する医師の負担を軽減していくことが課題です。 【小児救急支援事業の状況】 ①県内4ブロックで24時間365日の受入体制の構築。 ②参加する12病院の当直可能な常勤の小児科医師数が増加しない。 ③取扱患者数は減少傾向だが、このうち重症患者（入院患者）については横ばいであり、限られた医師数で対応している中、依然として軽症患者が多く受診している状況。	3	(1)小児二次救急医療体制の整備 (2)地域小児科センター（小児二次医療）の負担軽減 (3)小児科医師の確保
小児三次医療	<小児中核病院> 高度で専門的な医療の提供体制を維持・充実させていくことが課題です。 ①小児三次医療は、群馬大学医学部附属病院及び県立小児医療センターが担っている。 ・NICU（診療報酬上の届出をしたもの）：42床（4病院） ・PICU：8床（県立小児医療センター） ②県内の小児慢性特定疾患医療受給者証の所持者数は762人（令和3年度）。	4	(1)中核病院小児科（小児三次医療）の機能充実 (2)小児科医師の確保 (3)災害時の搬送体制等の整備
療養・療育支援等	<療養・療育支援等・小児等在宅医療> 小児が地域の療養・療育環境や在宅医療にスムーズに移行できる支援体制や受入体制などの環境整備が必要です。 ①在宅で療養している重症心身障害児（者）の数は、H28年度末現在434人 医療的ケアが必要な幼児・児童・生徒の数（特別支援学校在籍者（訪問教育を含む）の数）はH28年5月現在147人。 ②県内5施設において、重症心身障害児や肢体不自由児への療養・療育支援を実施 ・県内の小児等の在宅医療に対応できる医療機関はH28年3月現在118施設 ・訪問看護事業所は88施設。このうちH28年度中に実際に対応した医療機関は19施設、訪問看護事業所は24施設	5	(1)療養・療育及び小児等在宅医療にかかる環境整備

第 4 章 疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

番号	B 目標	番号	C 最終目標
1	子どもの急病時の対応等を支援すること 小児救急電話相談件数（小児人口千人対） 小児救急医療支援事業取扱患者数（小児人口千人対）		
2	①一般小児医療：地域に必要な一般小児医療を実施すること ②休日夜間小児初期救急：休日夜間の小児初期医療を実施すること ③地域振興小児科：地域に必要な一般小児医療や、軽症患者の入院医療を実施すること 休日・夜間急患センター等の診療に参加した小児科診療を行う医療機関数		
3	①一般の小児医療を行う医療機関では対応が困難な患者に対する医療を実施すること ②入院を要する小児救急医療を 24 時間体制で実施すること 小児救急搬送症例のうち受入困難事例（搬送先の照会件数が 4 回以上）の件数 地域小児科センター（小児二次医療）における当直可能な常勤小児科医師数	1	安全・安心な小児医療体制の構築 小児死亡率（人口10万人対）
4	①地域小児科センターでは対応が困難な患者に対する高度な専門入院医療を実施すること ②小児の救命救急医療を 24 時間体制で実施すること ③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 乳児死亡率（小児三次医療）		
5	生活の場（施設を含む）での療養・療育が必要な小児等に対し支援を実施すること 小児等在宅医療に対応した医療機関数 小児等在宅医療に対応した訪問看護事業所数		

第4章 疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

目標値一覧

分類 B：目標 C：最終	番号	指標	現状		目標	
			数値	年次	数値	年次
B	1 ①	小児救急電話相談件数（小児人口千人対）		2023		2029
B	1 ②	小児救急医療支援事業取扱患者数（小児人口千人対）		2023		2029
B	2 ①	休日・夜間急患センター等の診療に参加した小児科診療を行う医療機関数		2023		2029
B	3 ①	小児救急搬送症例のうち受入困難事例（搬送先の照会件数が4回以上）の件数		2023		2029
B	3 ②	地域小児科センター（小児二次医療）における当直可能な常勤小児科医師数		2023		2029
B	4 ①	乳児死亡率（小児三次医療）		2023		2029
B	5 ①	小児等在宅医療に対応した医療機関数		2023		2029
B	5 ②	小児等在宅医療に対応した訪問看護事業所数		2023		2029
C		小児死亡率（人口10万人対）		2023		2029

第3節 地域包括ケアシステムの深化・推進

1 地域包括ケアシステムの深化・推進

1 総論

背景

本県の65歳以上の人口は、県「年齢別人口統計調査（2022（令和4）年）」によると、58.1万人、高齢化率（総人口に占める65歳以上の高齢者数の割合）は31.0%となっていますが、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計（2018（平成30）年）」によると、2025（令和7）年には59.3万人、高齢化率は31.8%になると推計され、2040（令和22）年には本県の高齢者人口が61.8万人に、高齢化率は37.7%になると推計されています。

また、団塊の世代全てが75歳以上となる2025（令和7）年には、75歳以上の人口が35.0万人に、2040（令和22）年には35.8万人になると推計されており、これに伴い、認知症の高齢者、ひとり暮らしの高齢世帯等が急増することから、医療・介護や生活支援の需要がさらに高まると見込まれています。

一方、県「保健医療に関する県民意識調査（2022（令和4）年）」によると、自分自身又は自分の家族が治療や療養を必要とする場合、自宅での療養を「望む」又は「条件が整えば望む」と回答した人は、あわせて全体の6割を超えています。

地域包括ケアシステムの深化・推進

県では、団塊の世代が75歳以上となる2025（令和7）年を見据え、高齢者が要介護状態となっても、できる限り住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、市町村をはじめ、医療・介護関係者、さまざまな担当者（障害政策、まちづくりや住宅政策等）と連携して、「地域包括ケアシステム」を推進してきました。

高齢者の地域での生活を支える地域包括ケアシステムの考え方や取組は、「地域共生社会」（高齢者介護、障害福祉、児童福祉、生活困窮者支援などの制度・分野の枠や、「支える側」、「支えられる側」という従来の関係を超えて、人と人、人と社会がつながり、一人ひとりが生きがいや役割を持ち、助け合いながら暮らしていくことのできる包摂的な社会）の実現に向けた中核的な社会基盤となり得るものです。

今後、団塊ジュニアの世代全てが65歳以上となるとともに、総人口・現役世代が減少する中で高齢人口がピークを迎える2040（令和22）年を見据えて、地域包括ケアの更なる取組とあわせて、地域住民の複雑化・複合化した支援ニーズに対応する包括的な支援体制の構築等の社会福祉基盤の整備を一体的に推進することにより、地域共生社会の実現を図っていきます。

取組の方向性

地域包括ケアシステムの**深化・推進**に向けた市町村の取組が円滑に進むよう支援を行うとともに、県・市町村・関係団体との連携を強化しながら、地域の実情に応じた取組を推進します。

(1) 地域包括支援センターの機能強化

地域包括ケアシステムにおいて中核的な役割を担う地域包括支援センターの機能強化のため、職員の資質向上や、**多様な職種や機関との連携協働の場となる**地域ケア会議等の充実に係る取組を推進します。

(2) 介護予防の推進

高齢者ができる**だけ**要介護状態**等**にならず、健康を維持**していくこと**、また、要介護状態等になった場合**においても**、その状態を悪化させないようにする介護予防、**フレイル予防**の取組の**推進**は、高齢者個人だけではなく社会全体にとっても**重要です**。

このため、**多職種の協働による自立支援型のケアマネジメントの推進により高齢者の生活の質（QOL）の向上を目指すほか**、リハビリテーション専門職等を生かした住民主体の通いの場の充実、高齢者の社会参加などを推進します。

(3) 認知症施策の推進

認知症の早期診断・早期対応を行うとともに、認知症になっても可能な限り住み慣れた地域で尊厳を保ちながら安心して暮らし続けることができるよう、正しい知識の普及や相談体制の充実、適切な医療の提供、本人や家族への支援等、総合的な認知症施策を推進します。

(4) 生活支援サービスの充実

今後、認知症高齢者やひとり暮らし高齢世帯等の増加に伴い、医療や介護サービス以外にも、在宅生活を継続するための日常的な生活支援サービス（配食・見守り等）を充実させていく必要があります。

このため、市町村における、行政、地縁組織、ボランティア、NPO法人、民間企業、社会福祉法人等の多様な事業主体による重層的な生活支援サービス体制整備の取組を支援します。

(5) 医療と介護の連携

疾病を抱えていても、自宅等の住み慣れた場所で療養し、自分らしい生活を続けられるためには、地域における医療・介護の関係機関が連携して、包括的・継続的な在宅医療や在宅介護の提供を行うことが必要です。

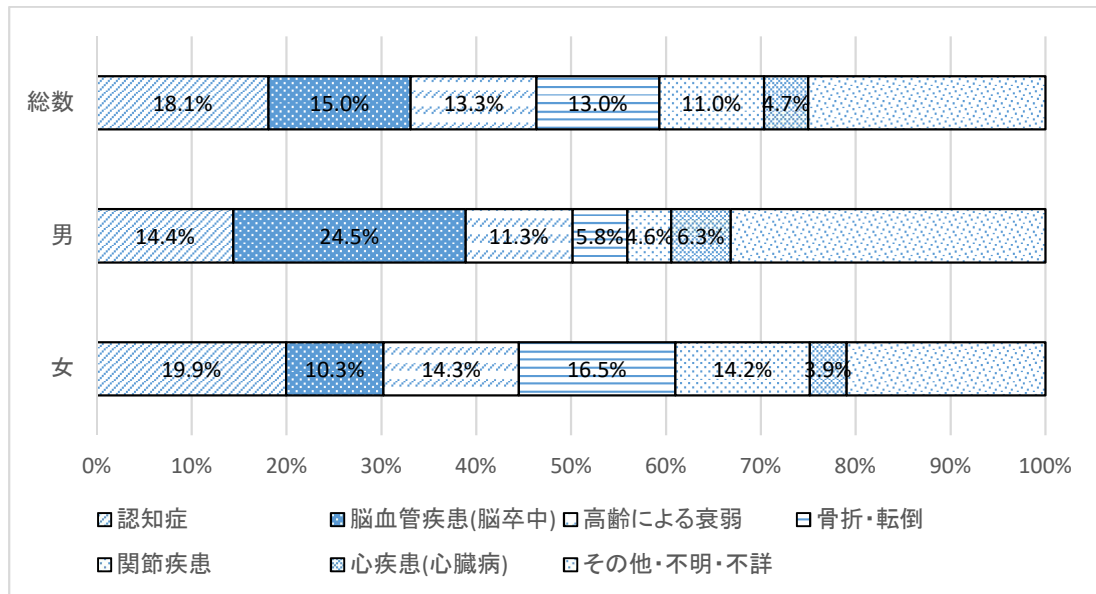
このため、**在宅医療の基盤整備を進めるとともに**、医師・歯科医師・薬剤師・看護師・リハビリテーション専門職等の医療関係職種と介護支援専門員（ケアマネジャー）等の介護関係職種との多職種連携を推進します。

2 介護予防の推進

現状

- (1) 厚生労働省「国民生活基礎調査(2019(令和元)年)」によると、要介護者について、介護が必要になった主な原因をみると、「認知症」が18.1%と最も多く、次いで「脳血管疾患」15.0%、「高齢による衰弱」13.3%、「骨折・転倒」13.0%となっています。

高齢による衰弱(いわゆるフレイル)や関節疾患(いわゆるロコモティブシンドローム)、骨折・転倒を合わせると37.2%を占め、脳血管疾患や心疾患といった生活習慣病によるものが19.6%となっており、予防可能と思われる原因が56.8%を占めています。要介護者の介護が必要になった主な原因



〔資料〕厚生労働省「国民生活基礎調査(2019年)」

- (2) 地域で自主的に介護予防の活動を行ったり、市町村の介護予防事業でボランティアとして活動する介護予防関連サポーターは、2022(令和4)年度末現在約11,200人養成されています。

課題

- (1) 介護予防の推進には、本人の意欲、周囲の支援が重要であり、介護予防に主体的に取り組むボランティアの養成や、身近な場所での通いの場の設置が重要です。
- (2) 介護予防に資する通いの場への支援や自立支援型個別ケア会議へのリハビリテーション専門職の参加をより一層推進するため、地域でリハビリテーションに携わる多職種のネットワーク強化が必要です。

施策の方向

- (1) 介護予防、フレイル予防の必要性を理解し地域で主体的に介護予防に取り組むボランティアを養成する市町村に対し、標準教材の提供や研修機会の確保、住民主体の通いの場への専門職派遣等の支援に取り組みます。
- (2) 市町村が行う新しい介護予防・日常生活支援総合事業の充実のため、通所型サービス、訪問型サービス、地域ケア会議、サービス担当者会議等へのリハビリテーション専門職等の関与が促進される体制整備を進めます。

3 地域リハビリテーション

現状

- (1) 地域リハビリテーションとは、障害のある子どもや成人・高齢者とその家族が、住み慣れたところで、一生安全に、その人らしくいきいきと生活できるよう、保健・医療・福祉・介護及び地域住民を含め生活にかかわるあらゆる人々や機関・組織がリハの立場から協力し合って行なう活動のすべてをいいます。（定義：日本リハビリテーション病院・施設協会）
- (2) 厚生労働省「医療施設（静態）調査（2020（令和2）年）」によると、本県では、診療科目にリハビリテーション科を設置している病院は 91 施設、一般診療所は 125 施設となっています。
また、厚生労働省「介護給付費等実態統計（2021（令和3）年度）」によると、介護保険による訪問リハビリテーション事業所数は 70 か所、通所リハビリテーション事業所数は 126 か所となっています。
- (3) 厚生労働省「医療施設（静態）調査（2020（令和2）年）」によると、県内の病院に勤務している理学療法士は 1,395.4 人、作業療法士は 759.4 人、言語聴覚士は 270.1 人となっています。（いずれも常勤換算数）
- (4) 県では、県医師会、県理学療法士会協会等の関係団体等で構成員とする「群馬県地域リハビリテーション協議会」を設置し、本県の地域リハビリテーションの推進方針等を協議するとともに、地域リハビリテーションの円滑な推進のため、県地域リハビリテーション支援センターを 1 か所、地域リハビリテーション広域支援センターを各地域に 12 か所設置しています。

課題

- (1) 地域リハビリテーションは、患者の症状に応じて適切な時期に提供されることが必要であるため、急性期から回復期、維持期、在宅療養のステージごとに、医療機関や介護保険事業所等の連携が求められています。

- (2) 高齢者の自立支援・要介護状態の重度化防止に向けた保険者（市町村）機能の強化のため、リハビリテーション専門職と連携した、効果的な介護予防事業の実施が課題となっています。
- (3) 高齢者のリハビリテーションについては、国際生活機能分類（ICF）の考え方に基き、「心身機能・構造」、「活動」、「参加」のそれぞれの要素にバランスよく働きかけることが重要です。
- (4) 地域リハビリテーションの持続的な拡大のためには、県民が健康増進や介護予防等の重要性について理解し、県民自らが主体となって活動することが重要です。
- (5) リハビリテーション専門職が、地域リハビリテーション活動を担うことができるよう、リハビリテーション専門職の資質向上を推進する必要があります。
- (6) リハビリテーション専門職の多くが、医療機関・介護サービス事業所に所属しており、地域リハビリテーション活動を行う際には、所属機関の長の理解を得なければならないことから、各機関の地域リハビリテーションに対する理解が必要です。

【本県の地域リハビリテーションの推進体制】

1 群馬県地域リハビリテーション協議会

- 地域リハビリテーション推進方針等の協議
- 地域リハビリテーション広域支援センター等の指定の協議



2 県地域リハビリテーション支援センター

- 地域リハビリテーション広域支援センターの支援・連絡調整
- リハビリテーション専門職の人材育成
- 介護予防サポーター養成支援

3 地域リハビリテーション広域支援センター

- 地域リハビリテーション推進協議会の開催（各地域での協議会）
- 介護サービス事業所等に対する援助・研修
- 地域支援事業等の円滑な実施に向けた市町村支援
- 地域住民向けの介護予防に関する情報提供

施策の方向

- (1) 急性期から回復期、維持期、在宅療養を通じ、**保健・医療・福祉・介護等が一貫してサービス提供できるよう地域リハビリテーション支援体制の整備や連携強化を推進します。**
- (2) 地域リハビリテーション広域支援センターが、リハビリテーション専門職の立場から、介護予防事業や地域ケア会議に参画できるよう、地域リハビリテーション広域支援センターの機能強化を図るとともに、市町村との連携を推進します。
- (3) 心身機能を改善することを目的とした機能回復訓練に加え、住民主体の通いの場など、人と人とのつながりを通じて、「心身機能・構造」、「活動」、「参加」のバランスのとれた**働きかけがとられる環境づくり**を推進します。
- (4) 健康増進や**フレイル予防**、介護予防の取組が、身近な地域において、住民主体で行われるよう推進するとともに、取組のリーダー役となる「**フレイル**予防サポーター」等のボランティアの養成や活動を支援します。
- (5) 群馬県地域リハビリテーション支援センター、地域リハビリテーション広域支援センター及びリハビリテーション職能団体が実施する研修会等を支援し、リハビリテーション専門職の人材育成を推進します。
- (6) 医療機関・介護サービス事業所に対して、地域リハビリテーションの重要性について周知し、リハビリテーション専門職が、地域リハビリテーション活動に従事しやすい環境を整備します。

4 総合的な認知症対策

現状

- (1) 認知症高齢者は、高齢化の進展とともに増加が見込まれており、厚生労働科学研究推計結果を準用した県介護高齢課の推計では、本県では**2025（令和7）年には11万人以上（高齢者の5人に1人）に、2040（令和22）年には13万人以上**になるとしています。
- (2) 認知症サポート医は**2022（令和4）年度末現在214人**養成されており、認知症を早期発見し、適切な医療・介護・生活支援につなげる認知症初期集中支援チームは、平成30年度までに、全市町村で設置され**ています。**
- (3) 認知症の専門的医療の提供体制強化を目的とした認知症疾患医療センターは**14**か所（中核型：1、地域拠点型：**10**、連携型：**3**）で、県内全域に設置されています。

課題

- (1) 認知症になっても尊厳をもって生活できるようにするためには、誰もが認知症について正しい知識を持ち、認知症は身近な病気であることを理解することが必要です。
- (2) 増加する認知症高齢者に対応するため、かかりつけ医と専門医療機関が連携し、認知症疾患の早期診断・早期対応につなげるシステムの構築が必要です。
- (3) 認知症の人が安心して生活を送ることができるようにするためには、認知症の容態の変化に応じ、適時・適切に切れ目ない医療・介護の提供と家族へのサポートが重要です。
- (4) 現役世代が発症する若年性認知症は、病気に対する周囲の認識不足などで診断前に症状が進行し社会生活が困難となり、就労の継続等の経済的な問題にも直面するなど、世代に応じた支援が必要です。

施策の方向

- (1) 認知症に対する理解の促進を図るとともに、認知症の人の発信機会を増やし、認知症の人やその家族の意見も踏まえた施策の推進を目指します。
- (2) 適切な医療の提供と相談体制の充実のため、認知症疾患医療センター運営、認知症サポート医養成研修、かかりつけ医及び医療従事者認知症対応力向上研修を行います。
- (3) 地域における支援体制の構築のため、各市町村の地域包括支援センター、認知症地域支援推進員、認知症初期集中支援チームと、認知症疾患医療センター等の連携を深め、認知症の人と家族を地域全体で支援する体制の構築に努めます。
- (4) 若年性認知症に対する理解を促進するとともに、状態に応じた適切な支援が受けられるよう、若年性認知症支援コーディネーターの配置による相談体制の充実、支援ネットワークづくり、普及啓発を図ります。

第 4 章 疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

(空白)

2 在宅医療の医療連携体制構築の取組

- ◆ 在宅療養を希望する県民が、その状態に応じた療養生活を送れるよう、在宅医療の基盤整備を進めるとともに、多職種協働により関係者相互の連携体制を構築します。
- ◆ 入院医療機関と、在宅医療・介護に関わる従事者との円滑な連携を図ります。
- ◆ 患者（本人）の意思決定を支援し、在宅での看取りを含めたきめ細かな対応を推進します。

概況

（1）自宅での療養を望む人の割合

県「保健医療に関する県民意識調査（2022（令和4）年）」によると、自分自身又は自分の家族が治療や療養を必要とする場合、自宅での療養を「望む」又は「条件が整えば望む」という人が6割を超えている一方で、自宅で療養が「実現可能である」とした人は2割を下回っています。

（2）高齢者人口割合の上昇

総務省「人口推計（2022（令和4）年）」及び県「年齢別人口統計調査（2022（令和4）年）」によると、本県の高齢者人口割合は31.0%（分母から年齢不詳の数を除いている）（全国29.0%）、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（2017（平成29）年）」及び「日本の地域別将来推計人口（2018（平成30）年）」によると、2025（令和7）年には、31.8%（全国30.0%）になると推計されています。

（3）要介護（要支援）認定者数の増加

厚生労働省「介護保険事業状況報告（2020（令和2）年度）」によると、本県の65歳以上の要介護（要支援）認定者の数は約10万3千人ですが、県介護高齢課調べでは、2025（令和7）年に約11万1千人、2040（令和22）年には約13万5千人に達すると推計され、今後も増加が見込まれます。

（4）地域包括ケアシステムの構築

住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、地域包括ケアシステムの構築が課題となっています。

1 退院支援

現状と課題

在宅医療は、慢性期や回復期の入院患者の受け皿としての機能を期待されており、円滑な在宅療養に移行するためには、入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援が重要です。

(1) 退院調整支援の状況

厚生労働省「医療施設静態調査（2020（令和2）年）」によると、退院調整支援担当者を配置している病院数は67か所であり、人口10万人当たりの数は3.5か所（全国3.3か所）で全国平均を上回っています。

厚生労働省「レセプト情報・特定健診等情報データベース（2021（令和3）年度）」によると、退院支援を実施（退院支援加算を算定）している病院・診療所数は62～69か所です。

病院と介護支援専門員（ケアマネジャー）とをつなぐ事業として、平成27年度から平成29年度まで県及び市町村が連携し「医療介護連携調整実証事業（退院調整ルール策定）」に取り組んできました。県健康長寿社会づくり推進課調べ（2022（令和4）年11月）では、県全体で、介護支援専門員（ケアマネジャー）に連絡のないまま自宅へ退院する要介護患者の割合は15.5%となっています。

(2) 入院初期からの支援

県「医療施設機能調査（2022（令和4）年度）」によると、入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援を実施している病院数は94か所あり、また、退院調整時のカンファレンスを実施している病院数は88か所です。

(3) 在宅療養への移行

県「保健医療に関する県民意識調査（2022（令和4）年）」によると、在宅での療養へ移行する際に希望することとして「退院後の治療のことや生活・費用などの相談」を望んでいる人が多く、相談窓口の周知やかかりつけ医との連携など退院支援の充実が課題となっています。

【医療介護連携調整実証事業について】

1 内 容

本県では、2つの中核市及び10の保健福祉事務所の各地域において退院調整ルールを策定しており、進行管理を行っています。

- 2015年度策定：渋川保健福祉事務所1地域
- 2016年度策定：前橋市・藤岡・利根沼田・太田・館林保健福祉事務所5地域
- 2017年度策定：高崎市・伊勢崎・安中・富岡・吾妻・桐生保健福祉事務所6地域

◇◆退院調整ルールとは◆◇

要介護状態の患者の居宅への退院準備の際に病院から介護支援専門員（ケアマネジャー）に引き継ぐこと

2 実施の背景、目的

- (1) 市町村は、地域の医療・介護の関係機関・関係団体等と協力して、下記の在宅医療・介護連携推進事業の取組を実施しており、特に医療・介護関係者の情報共有の支援について市町村の事業を推進、支援するため、群馬県医療介護連携調整実証事業を行っています。

【在宅医療・介護連携推進事業項目】

- 地域の医療・介護資源の把握
- 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
- 切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進
- 医療・介護関係者の情報共有の支援
- 在宅医療・介護連携に関する相談支援
- 医療・介護関係者の研修
- 地域住民への普及啓発

- (2) 市町村と介護支援専門員（ケアマネジャー）と病院とが協議しながら、地域の実情に応じて、病院から介護支援専門員（ケアマネジャー）への着実な引継ぎを実現するための情報提供手法等のルールを作り、それを実証的に運用し、具体的なノウハウを蓄積することを目的として行っています。

県は、要介護状態の患者が病院から退院する際の介護支援専門員（ケアマネジャー）への引継状況を調査し、退院調整漏れの実態を把握するため、全県で退院調整状況等調査を実施しています。

求められる医療機能

(1) 目標

- 入院医療機関が入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援を行い、入院医療機関と在宅医療に係る機関の円滑な連携により、切れ目のない継続的な医療体制を確保すること

(2) 医療機関に求められる事項

(入院医療機関)

- 退院調整支援担当者を配置すること
- 退院調整支援担当者は、可能な限り在宅医療に係る機関での研修や実習を受けさせること
- 入院初期から退院後の生活を見据えた関連職種による退院支援を開始すること
- 退院支援の際には、患者の住み慣れた地域に配慮した在宅医療及び介護、障害福祉サービスの調整を心がけること
- 退院後、患者に起こりうる病状の変化やその対応について、関連職種を含む退院前カンファレンスや文書・電話等で、在宅医療に係る機関との情報共有を十分図ること

(在宅医療に係る関係機関)

- 在宅療養者のニーズに応じて、医療や介護、障害福祉サービスを包括的に提供できるよう調整すること
- 在宅医療や介護、障害福祉サービスの担当者間で、今後の方針や病状に関する情報や診療情報・治療計画等を共有し、連携すること
- 在宅療養者や家族への相談支援体制を確保すること

第4章 疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

- 高齢者のみではなく、小児や若年層の在宅療養者、身体障害による在宅療養者に対する訪問診療、訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導等にも対応できるような体制を確保すること
- 病院、有床診療所及び介護老人保健施設の退院調整支援担当者等に対し、地域の在宅医療及び介護、障害福祉サービスに関する情報提供や在宅療養に関する助言を行うこと

(3) 医療機関等の例

- 病院、診療所
- 歯科診療所
- 訪問看護事業所
- 薬局
- 介護サービス事業所
- 居宅介護支援事業所
- 地域包括支援センター
- 在宅医療・介護連携支援センター
- 介護老人保健施設等
- 基幹相談支援センター・相談支援事業所

具体的施策

(1) 入院医療機関と在宅療養を担う関係機関との連携推進

- 入院医療機関と在宅療養を担う関係機関との連携を推進するための研修等を支援します。

(2) 退院調整ルール の 進行管理

- 退院調整ルール運用とその運用状況の確認を定期的に行い、地域における病院と介護支援専門員（ケアマネジャー）との連携体制を推進します。

(3) 在宅療養への円滑な移行支援

- 在宅療養に移行する患者・家族が、退院後も安心して地域で療養できるよう、啓発パンフレットの作成・周知や講演会の開催など、在宅医療・介護に係る普及啓発に取り組みます。

【主な事業例】

在宅医療等基盤整備事業（専門・多職種連携研修）、在宅医療・介護支援パンフレットの作成・配布、退院調整ルール の 進行管理 等

2 日常の療養支援

現状と課題

高齢者人口割合が上昇し、在宅療養を希望する人が増えていく中で、日常の療養支援の充実に向けた在宅医療の提供体制の一層の推進が必要です。

(1) 訪問診療等の状況

日常の療養支援を進める上で、定期的に患者宅を訪問して診療する「訪問診療」等の体制の充実が求められています。

厚生労働省「レセプト情報・特定健診等情報データベース（2021（令和3）年度）」によると、訪問診療を実施している病院・診療所数（1年間に1回以上在宅患者訪問診療料の報酬を算定した医療機関数）は480～503か所です。

厚生労働省「医療施設静態調査（2020（令和2）年）」によると、1か月間（9月中）に病院及び診療所から訪問診療を実施した件数は23,323件で、人口10万人当たり1,202.8件（全国平均1,171.0件）となっています。

今後も需要の増加が見込まれる在宅医療の体制整備に向け、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、これまで訪問診療を担っていない医療機関や新規に開業する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。

また、2020（令和2）年の同調査において、2020（令和2）年10月1日現在の本県の在宅療養支援診療所届出数は248か所（全国14,506か所）で人口10万人当たり12.8か所（全国平均11.5か所）であり、在宅療養支援診療所の数は全国を上回っていますが、地域毎の実施件数に差が生じているなど、在宅医療の実施体制の充実及び地域差の解消が課題となっています。

なお、2020（令和2）年の同調査において訪問診療を実施している病院数は46か所、診療所数は374か所であり、在宅療養支援診療所以外の診療所においても、積極的に訪問診療を実施しているところがあります。

(2) 訪問看護の状況

日常の療養支援を進める上で、訪問診療とともに訪問看護の体制の一層の充実が求められています。

厚生労働省「訪問看護療養費実態調査（2021（令和3）年6月審査分）」によると、医療保険による訪問看護利用者数は1,437人となっており、人口10万人当たりの訪問看護利用者数は74.6人（全国平均100.1人）となっています。

厚生労働省「介護給付費等実態調査（2021（令和3）年度）」によると、介護保険による訪問看護年間実受給者数（要介護及び要支援）は約14,600人となっており、人口10万人当たりの訪問看護利用者数は757.7人（全国平均824.0人）となっています。

2021（令和3）年度の同調査では、訪問看護事業所数は228か所、人口10万人当たりの訪問看護事業所数は11.8か所（全国平均11.0か所）となっています。

訪問看護事業所の数は全国を上回っていますが、訪問看護の実施件数は下回っており、訪問看護サービスの利用や在宅医療・介護に関する普及啓発、周産期を含む患者・

第4章 疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

家族への支援体制の構築とともに、訪問看護の知識・技術を有する人材の育成が課題となっています。

（３）訪問歯科診療の状況

摂食、咀嚼、嚥下など口腔機能の向上や誤嚥性肺炎の防止を図るため、訪問歯科診療や専門的な口腔ケアが重要となっています。

厚生労働省「レセプト情報・特定健診等情報データベース（2020（令和2）年度）」によると、歯科訪問診療料を算定している医療機関数は288か所、訪問歯科衛生指導料を算定している医療機関数は64か所となっており、治療のみならず口腔衛生指導などの口腔ケア事業を充実させていく必要性があります。

（４）訪問薬剤管理指導等の状況

薬物有害事象への対処や服薬状況の改善など、在宅医療の質の向上につなげるため、薬局には、医薬品、医療機器等の提供体制の構築や患者の服薬情報の一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導、薬物療法に関する情報の共有をはじめとした多職種との連携、夜間・休日を含む急変時の対応等が求められています。

本県では、2021（令和3）年8月から患者自身に適した薬局を選択できるよう、特定の機能を有すると認められる薬局の認定制度が創設され、入退院時の医療機関等との情報連携や、在宅医療等に地域の薬局と連携しながら一元的・継続的に対応できる薬局（地域連携薬局・専門医療機関連携薬局）の設置を進めており、2022（令和4）年度までの地域連携薬局数は47件です。

また、かかりつけ薬剤師・薬局としての基本的な機能に加え、健康の保持増進を積極的に支援する機能を備えた「健康サポート薬局」を日常生活圏域に1か所以上の設置を進めており、2022（令和4）年度までの健康サポート薬局届出件数は46件（中核市設置薬局を含む）であることから、地域連携薬局等とあわせ、引き続き、設置に向けた取組が必要です。

（５）訪問リハビリテーション等の状況

厚生労働省「介護給付費等実態統計（2021（令和3）年度）」によると、介護保険による訪問リハビリテーション事業所数は70か所となっています。また、2021（令和3）年度の同調査では、介護保険による訪問リハビリテーション利用者数（年間の請求件数。介護予防訪問リハビリテーションを含む。）は約1万8千件と増加傾向にあります。日常の療養支援のため訪問リハビリテーション等の提供体制の一層の充実が必要です。

（６）訪問栄養食事指導の状況

県内の栄養ケア・ステーションの数は7か所（2023（令和5）年度）です。管理栄養士が配置されている在宅療養支援病院や在宅療養支援診療所、管理栄養士が所属する地域密着型の拠点である栄養ケア・ステーション等で、訪問栄養食事指導に取り組んでいます。

患者の状態に応じた栄養管理を行うため、多職種との連携や訪問栄養食事指導に関する周知が課題です。

求められる医療機能

(1) 目標

- 在宅療養を希望する患者に対し、その疾患、重症度に応じた医療（緩和ケアを含む）を多職種協働により、可能な限り住み慣れた地域で継続かつ包括的に提供すること

(2) 医療機関に求められる事項

(在宅医療に係る関係機関)

- 関係機関の相互の連携により、在宅療養者のニーズに対応した医療や介護、障害福祉サービスが包括的に提供される体制を確保すること
- 医療の安全管理を徹底し、在宅療養者が安心して療養できる環境を整備すること
- 医療関係者は、地域包括支援センターが地域ケア会議において在宅療養者に関する支援を検討する際には積極的に参加すること
- 医療関係者は、地域包括支援センター等と協働しつつ、在宅療養に必要な医療や介護、障害福祉サービス、家族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
- がん（緩和ケア体制の整備）、認知症（身体合併等の初期対応や専門医療機関への適切な紹介）等、それぞれの疾患の特徴に応じた在宅医療の提供及び相談体制を整備すること
- 災害時にも適切な医療を提供するための計画（人工呼吸器等の医療機器を使用している在宅療養者の搬送等に係る計画を含む）を策定すること
- 医薬品や医療機器等の提供を円滑に行うための体制を整備すること
- 身体機能及び生活機能の維持向上のための口腔の管理・リハビリテーション・栄養管理を適切に提供するために、関係職種間で連携体制を構築すること
- 日常生活の中で、栄養ケア・ステーション等と連携し、患者の状態に応じた栄養管理を行うことや適切な食事提供に資する情報を提供するための体制を構築すること
- 在宅療養患者への医療・ケアの提供にあたり、医師・歯科医師の定期的な診察と適切な評価に基づく指示により、患者の病態に応じて、適切な時期にサービスが提供される必要がある
- 在宅療養者の心身の状況や生活環境等の必要な情報を関係機関の間で共有すること

(3) 医療機関等の例

- 病院、診療所
- 歯科診療所
- 訪問看護事業所

第4章 疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

- 薬局
- 介護サービス事業所
- 居宅介護支援事業所
- 地域包括支援センター
- 在宅医療・介護連携支援センター
- 介護老人保健施設
- **介護医療院**
- 短期入所サービス施設
- **基幹相談支援センター・相談支援事業所**

具体的施策

(1) 在宅医療の充実

- 在宅療養者が訪問診療や訪問看護などを県内どの地域においても安心して受けられるよう、訪問診療の実施体制の充実や訪問看護ステーションの機能強化など、在宅医療の基盤整備を進めます。
- また、地域における在宅医療・介護に係るネットワークの形成をより一層進めるとともに、地域連携クリティカルパス等の普及促進を図るなど、多職種による連携を推進します。さらに、情報通信機器の活用により、在宅医療・介護従事者の連携推進を図ります。
- 在宅医療・介護に係る県民向け講演など、患者や家族に対する普及啓発や、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局及び訪問看護の普及に取り組みます。

【主な事業例】

在宅医療等基盤整備事業（専門・多職種連携研修、地域医療介護連携拠点事業等）、訪問看護事業所支援事業、在宅療養支援診療所等設備整備補助、訪問看護研修事業（ステップ1、指導者編、入門プログラム）の実施、精神科訪問看護フォローアップ事業、**I C Tを活用した在宅医療・介護連携推進** 等

(2) 訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、訪問リハビリテーション、**訪問栄養指導**の充実

- 訪問歯科診療の充実に向けた取組とともに、訪問歯科診療の利用促進に向けた普及啓発に取り組みます。
- **服薬情報の一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導、多職種との連携、夜間・休日を含む急変時の対応**など、訪問薬剤管理指導を効果的に行うため、健康サポート薬局の推進と合わせて、かかりつけ薬剤師・薬局の普及推進、**さらに地域連携薬局の推進**に取り組みます。
- 訪問リハビリテーション、**訪問栄養食事指導**の充実に向けた取組とともに、訪問リハビリテーション、**訪問栄養食事指導**の利用促進に向けた普及啓発に取り組みます。

【主な事業例】

在宅歯科医療連携室整備事業、介護関係職種のための口腔機能管理研修会、薬局ビジョン推進事業、健康サポート薬局推進 等

3 急変時の対応

現状と課題

県「保健医療に関する県民意識調査（2022（令和4）年）」によると、「自宅療養が実現困難な理由」について「症状が急に悪くなったときの対応に自分も家族も不安である」が35.5%、「往診してくれるかかりつけの医師がいない」が35.1%等となっていることから、急変時の対応についての体制整備が必要です。

（1）往診の状況

厚生労働省「レセプト情報・特定健診等情報データベース（2021（令和3）年度）」によると、往診を実施している病院・診療所数は583か所以上です。

厚生労働省「医療施設静態調査（2020（令和2）年）」によると、1か月間（9月中）に病院及び診療所から往診を実施した件数は3,487件で、人口10万人当たり179.8件（全国平均169.4件）となっています。

また、2020（令和2）年の同調査において、1月間（9月中）に往診を実施した病院数は22か所（全国1,725か所）、診療所数は348か所（全国19,131か所）で、病院及び診療所を合わせた往診実施医療機関数は人口10万人当たり19.1か所（全国平均16.5か所）となっています。

往診実施医療機関数及び往診の実施件数は全国を上回っており、往診の提供体制の維持・充実が課題となっています。

（2）緊急時の受入れ病床、24時間対応の訪問看護ステーション、薬局

県「医療施設機能調査（2022（令和4）年度）」によると、24時間対応（他の医療機関と連携している場合を含む。）を行う医療機関等は55病院・223診療所で、厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査（2021（令和3）年）」によると、24時間対応体制加算の届出を行う訪問看護ステーションは204か所となっています。

また、県「医療施設機能調査（2022（令和4）年度）」によると、夜間・休日において在宅医療患者へ対応している薬局は392か所となっています。

急変時に24時間対応する医療機関等は限られていることから、24時間対応可能な連携体制や、病状急変時の円滑な受入れ体制の構築が必要となっています。

求められる医療機能

(1) 目標

- 在宅療養者の病状急変時に対応できるよう、在宅医療を担う病院・診療所、**薬局**、**訪問看護事業所**及び入院機能を有する病院・診療所との円滑な診療及び連携体制を確保すること

(2) 医療機関に求められる事項

(在宅医療に係る関係機関)

- 病状急変時における連絡先をあらかじめ在宅療養者やその家族**等**に提示し、また、求めがあった際に24時間対応が可能な体制を確保すること
- 24時間対応が自院で難しい場合も、近隣の病院や診療所、**薬局**、**訪問看護事業所**等との連携により、24時間対応が可能な体制を確保すること
- 在宅医療に係る機関で対応できない急変の場合は、その症状や状況に応じて、搬送先として想定される入院医療機関と協議して入院を確保するとともに、搬送については地域の消防関係者と連携を図ること
- **患者の病状急変時にその症状や状況に応じて、円滑に入院医療へ繋げるため、事前から入院先として想定される病院・有床診療所と情報共有を行う、急変時対応における連携ルールを作成する等、地域の在宅医療に関する協議の場も活用し、消防関係者、警察関係者も含め連携体制の構築を進めることが望ましい**

(入院医療機関)

- 在宅療養支援病院、有床診療所等において、**在宅医療に係る**機関（特に無床診療所）が担当する在宅療養者の病状が急変した際の一時受入れを行うこと
- **特に、在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院においては、地域の在宅医療に係る機関と事前から情報共有を行う等連携することで、円滑な診療体制の確保に努めること**

(3) 医療機関**等**の例

(在宅医療に係る医療機関**等**)

- 病院
- 診療所
- 歯科診療所
- 訪問看護事業所
- 薬局
- **消防機関**

(入院医療機関)

- 病院
- 有床診療所

具体的施策

(1) 在宅医療を担う病院・診療所、訪問看護事業所、**薬局**及び入院機能を有する病院・診療所との円滑な診療及び連携体制の確保

- 在宅療養者の急変時に、往診や必要に応じた受入れができるよう、在宅医療に係る関係機関と入院医療機関の連携を推進し、24時間対応可能な連携体制や、病状急変時の円滑な受入れ体制の構築に取り組みます。

【主な事業例】

訪問看護事業所支援事業、24時間対応の訪問看護ステーション増加に向けた取組の検討、急変時の受入れ病床等の確保体制の検討、退院調整ルールの実行管理等

4 看取り

現状と課題

県「保健医療に関する県民意識調査（**2022（令和4）年**）」によると、「もし治る見込みのない病気にかかり、死期が近くなった場合」について「主に痛みや苦しみを緩和する医療を受けたい」人が**61.8%**、「もし治る見込みのない病気になった場合、最期を迎えたい場所」について「自宅」が**45.4%**、となっている一方で「ご自身の死期が近い場合に受けたい医療や受けたくない医療について、周りの人等と話しあったこと」が「ない」という人は**67.2%**となっています。専門職向けの研修や県民向け普及啓発など、患者（本人）の意思決定を支援する取組が必要です。

(1) 死亡場所の推移

厚生労働省「人口動態調査（**2021（令和3）年**）」によると、在宅（自宅及び老人ホーム）での死亡数は**6,714人**、死亡率は**27.6%**（全国平均**27.2%**）となっています。在宅における死亡率は、戦後、急激に減少してきましたが、近年（2005（平成17）年以降）は増加傾向にあります。

在宅で亡くなる方の増加や在宅療養への期待の高まりから、必要に応じて、医療機関以外での看取りに積極的に対応していくことが重要となっています。

特に、高齢化の進展に伴い、在宅医療に係る関係機関が介護施設等による看取りを必要に応じて積極的に支援することが課題となっています。

(2) 看取りを実施している医療機関数

厚生労働省「レセプト情報・特定健診等情報データベース（**2021（令和3）年度**）」によると、在宅看取りを実施（ターミナルケア加算等を算定）している病院・診療所数は**237か所以上**です。

厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査（**2021（令和3）年**）」によると、ターミナルケア体制加算を届け出ている訪問看護ステーション数は**190**か所で、人口10万人当たりでみると**9.9**か所と全国平均（**8.8**か所）を上回っています。

第4章 疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

県「医療施設機能調査（2022（令和4）年度）」によると、自宅等、患者の望む場所での看取りを行っている（実施できる体制をとっている）とした診療所は293か所となっています。

看取りの対応が可能な医療機関や訪問看護ステーション等の拡充とともに、関係機関相互の連携体制の構築が必要となっています。

（3）患者（本人）の意思決定支援について

厚生労働省では、2018（平成30）年3月に改訂した「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」において、「医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて、医療・ケアを受ける本人が多専門職種との医療・介護従事者から構成される医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人による意思決定を基本としたうえで、人生の最終段階における医療・ケアを進めることが最も重要な原則である」としています。

こうしたことから医療・介護従事者には、上記ガイドラインに沿った対応が求められています。また、人生の最終段階において受けたい医療や受けたくない医療、最期を迎えたい場所などについて普段から身近な人と話し合い、必要に応じて書面に残すなどの取組を含め、患者（本人）の意思決定を支援する体制の構築が必要となっています。

求められる医療機能

（1）目標

- 住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を確保すること

（2）医療機関に求められる事項

（在宅医療に係る関係機関）

- 人生の最終段階における医療に係る患者や家族の不安を解消し、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を構築すること
- 本人と家族等が希望する医療・ケアを提供するにあたり、医療と介護の両方を視野に入れ、利用者の状態の変化に対応し、最期を支えられる訪問看護の体制を整備すること
- 麻薬を始めとするターミナルケアに必要な医薬品や医療機器等の提供体制を整備すること
- 患者や家族に対して、自宅や住み慣れた地域で受けられる医療及び介護や看取りに関する適切な情報提供を行うこと
- 介護施設等による看取りを必要に応じて支援すること

（入院医療機関）

- 人生の最終段階における医療に係る患者や家族の不安を解消し、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を構築すること
- 在宅医療に係る機関で看取りに対応できない場合について、病院・有床診療所で必要に応じて受け入れること

(3) 医療機関等の例

- 病院、診療所
- 訪問看護事業所
- 薬局
- 介護サービス事業所
- 居宅介護支援事業所
- 地域包括支援センター

具体的施策

(1) 看取りに対応できる医療機関の充実及び関係者相互の連携体制の構築

- 在宅や介護施設での看取りに対応できる医師、訪問看護師等の人材育成を推進するとともに、介護関係者を含む関係者相互の連携体制の具体的な構築を図ります。

(2) 人生の最終段階における患者（本人）の意思決定支援の促進

- 人生の最終段階における本人の意思を尊重した医療のあり方について、医療・介護従事者向けの研修や県民向けの普及啓発に取り組みます。

【主な事業例】

国のガイドライン普及啓発、人生会議の医療・介護従事者向け研修、県民向け普及啓発 等

5 医療と介護の連携

現状と課題

市町村が取り組む「在宅医療・介護連携推進事業」について、関係機関の連携のもと、多職種との協働により推進する体制づくりが求められています。

(1) 在宅医療・介護の連携体制

治療や療養を必要とする人が、住み慣れた地域で必要な医療・介護サービスを安心して受けられるよう、医療・介護等の関係機関が各々の専門性を生かした連携体制を構築することが求められています。

県内各地域では、在宅医療において積極的役割を担う医療機関や、在宅医療に必要な連携を担う拠点を中心として、在宅医療・介護に係る様々なネットワークがあり、講演会や事例検討会等の普及啓発や人材育成等の取組が行われています。

県では、県内の在宅医療・介護の連携を進めるため、多職種連携に係る人材育成事業等を実施してきました。

(2) 各市町村が取り組む「在宅医療・介護連携推進事業」について

「在宅医療・介護連携推進事業」の中でも、特に単独の市町村での実施に課題がある「切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進」及び「在宅医療・介護連携に関

第4章 疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

する相談支援」について、市町村と、県や関係団体等との密接な連携による施策の推進が必要です。

(3) 災害時における医療・介護連携の取組について

災害時においても、医療機関間や訪問看護事業所間等、また、医療機関、薬局、訪問看護事業所、居宅介護支援事業所等の関係機関間、さらに市町村や県との連携が重要になることから、平時から連携を進めるとともに、業務継続計画（BCP）の策定を推進する必要があります。

(4) 様々な世代の県民のニーズに応じた体制づくりについて

子どもや障害者を含め、様々な世代の県民のニーズに応じた、包括的な支援体制づくりが求められています。

求められる医療機能

○在宅医療において積極的役割を担う医療機関

(1) 目標

- 在宅医療の提供及び他医療機関の支援を行うこと
- 多職種が連携し、継続的かつ包括的に在宅医療を提供するための支援を行うこと
- 災害時及び災害に備えた体制構築への対応を行うこと
- 患者の家族等への支援を行うこと

(2) 医療機関等に求められる事項

- 医療機関（特に一人の医師が開業している診療所）が必ずしも対応しきれない夜間や医師不在時、在宅療養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
- 卒後初期臨床研修制度（歯科の場合は卒後臨床研修制度）における地域医療研修において、在宅医療の現場での研修を受ける機会等の確保に努めること
- 災害時等にも適切な医療を提供するための計画（人工呼吸器等の医療機器を使用している在宅療養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、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、在宅療養者の病状が急変した際の一時受入れを行うこと

(3) 医療機関等の例

- 在宅療養支援診療所
- 在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院

○在宅医療に必要な連携を担う拠点

(1) 医療機関等に求められる事項

- 市町村が在宅医療・介護連携において実施する取組との整合性に留意した上で、多職種協働による継続的かつ包括的に在宅医療の提供体制の構築を図ること
- 在宅医療に関する人材育成を行うこと
- 在宅医療に関する地域住民への普及啓発を行うこと
- 災害時及び災害に備えた体制構築への支援を行うこと

(2) 医療機関等に求められる事項

- 地域の医療及び介護関係者による協議の場を定期的を開催し、在宅医療における提供状況の把握、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行うこと
- 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資源の機能等を把握し、地域包括支援センター等と連携しながら、退院時から看取りまでの医療や介護にまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供するように、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切れ目のない在宅医療と介護の一体的提供体制の構築、多職種による情報共有を促進すること
- 在宅医療に係る医療及び介護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

(3) 連携拠点の例

- 市町村（地域包括支援センター、在宅医療・介護連携支援センター）
- 郡市医師会等

具体的施策

(1) 在宅医療推進部会の設置・運営

- 在宅医療の推進及び在宅医療・介護連携推進事業の取組支援に向けて、関係機関により構成する作業部会を設置・運営し、必要な施策について具体的な検討を進めます。

(2) 市町村が取り組む「在宅医療・介護連携推進事業」の取組支援

- 在宅医療・介護連携推進事業の円滑な実施のため、関係機関と連携して市町村の取組を具体的・個別的に支援します。

(3) 災害時における医療・介護連携の取組支援

- 災害時等の支援体制構築に向けて、地域における平時からの医療・介護連携に関する取組や、業務継続計画（BCP）の策定を支援します。

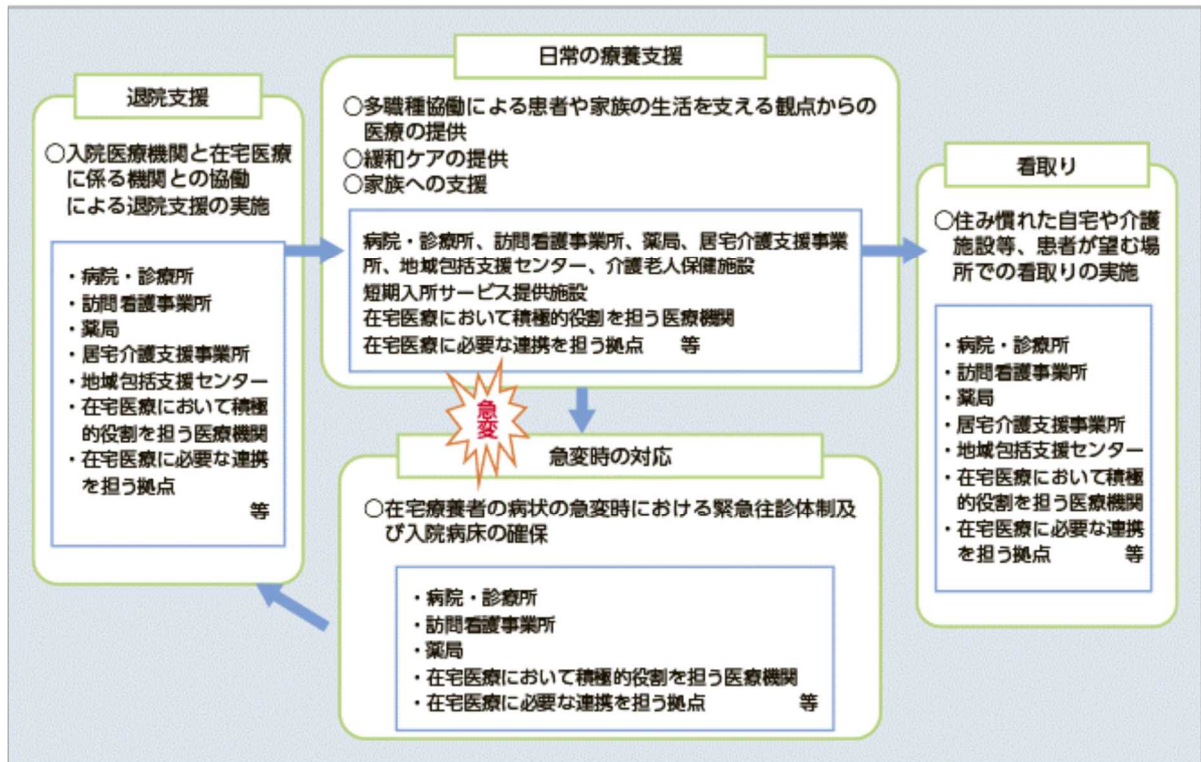
(4) 多様な県民ニーズに応じた支援体制づくり

- 多様な県民のニーズに応じた、包括的な支援体制づくりのための事業を進めます。

【主な事業例】

地域包括ケアに関する評価指標策定・管理、在宅医療介護連携に関する市町村支援、退院調整ルールの進行管理、小児等在宅医療連携拠点事業、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築 等

在宅医療の医療連携体制



第 4 章 疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

ロジックモデル

現状と課題		番号	A 個別施策
退院支援	在宅医療は、慢性期や回復期の入院患者の受け皿としての機能を期待しており、円滑な在宅療養に移行するためには、入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援が重要。 ①退院調整支援担当者を配置している病院数は全国平均を上回っているが、まだ配置されていない病院もある。 ⇒退院調整支援担当者を配置している病院の更なる確保が必要となっている。 ②在宅での療養へ移行する際に希望することとして「退院後の治療のことや生活・費用などの相談」を望んでいる人が多くなっている。 ⇒相談窓口の周知やかかりつけ医との連携など退院支援の充実が課題となっている。	1	(1) 入院医療機関と在宅療養を担う関係機関との連携推進 (2) 退院調整ルールの進行管理 (3) 在宅療養への円滑な移行支援
	高齢者人口割合が上昇し、在宅療養を希望する人が増えていく中で、日常の療養支援の充実に向けた在宅医療の提供体制の一層の推進が必要。 ①R2年度の調査より、在宅療養支援診療所届出数は人口10万人当たり12.8か所(全国平均11.5か所)、また、R3年度の調査より、訪問看護事業所数は人口10万人当たり11.8か所(全国平均11.0か所)で、在宅療養支援診療所数や訪問看護事業所数は全国を上回っているが、地域毎の実施件数に差が生じている。 ⇒更なる在宅医療の実施体制の充実及び地域差の解消が課題となっている。 ②医療保険等による在宅サービスを実施している歯科診療所数は341か所(R2)、医療の在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局は826か所(R4.4)、令和5年3月31日時点での健康サポート薬局届出件数は46件(中核市設置薬局を含む)、訪問リハビリテーション事業所数は70か所(R3)、栄養ケア・ステーション数は7か所(R5)となっている。 ⇒訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導の充実・利用促進に向けた取組が必要となっている。	2	(1) 在宅医療の充実 (2) 訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、訪問リハビリテーション、訪問栄養指導の充実
急変時の対応	「自宅療養が実現困難な理由」について「症状が急に悪くなったときに対応に自分も家族も不安である」が35.5%、「往診してくれるかかりつけの医師がいない」が35.1%となっていることなどから、急変時の対応についての体制整備が必要。 ①往診実施医療機関数は人口10万人当たり19.1か所(全国平均16.5か所)、往診を実施した件数は人口10万人当たり179.8件(全国平均169.4件)となっている。 ⇒往診の提供体制の充実が課題となっている。 ②24時間対応を行う医療機関等は55病院・223診療所で、24時間対応体制加算の届け出を行う訪問看護ステーションは204か所となっている。 ⇒急変時に24時間対応する医療機関等は限られていることから、24時間対応可能な連携体制や病状急変時の円滑な受入れ体制の構築が必要となっている。	3	(1) 在宅医療を担う病院・診療所、訪問看護事業所及び入院機能を有する病院・診療所とのとの円滑な診療及び連携体制の確保
看取り	「もし治る見込みのない病気になる場合、死期が近くなった場合」について「主に苦しみや痛みを緩和する医療を受けたい」人が61.8%、「もし治る見込みのない病気になった場合、最期を迎えたい場所」について「自宅」が45.4%となっている一方で、「ご自身の死期に近い場合に受けたい医療を受けたくない医療について、周りの人等と話し合ったこと」が「ない」という人は67.2%となっている。専門職向けの研修や県民向け普及啓発など、患者(本人)の意思決定を支援する取組が必要。 在宅(自宅及び老人ホーム)での死亡率は27.6%(全国平均27.2%)となっている。 ⇒在宅で亡くなる方の増加や在宅療養への期待の高まりから、在宅医療に係る関係機関が介護施設等による看取りを必要に応じて積極的に支援することが課題となっている。	4	(1) 看取りに対応できる医療機関の充実及び関係者相互の連携体制の構築 (2) 人生の最終段階における患者(本人)の意思決定支援の促進
医療と介護の連携	市町村が取り組む「在宅医療・介護連携推進事業」について、関係機関の連携のもと、多職種との協働により推進する体制づくりが求められている。 ⇒治療や療養を必要とする人が、住み慣れた地域で必要な医療・介護サービスを安心して受けられるよう、医療・介護等の関係機関が各々の専門性を生かした連携体制を構築することが求められている。 災害時においても、医療機関間や訪問看護事業所間等、また、医療機関、薬局、訪問看護事業所、居宅介護支援事業所等の関係機関間、さらに市町村や県との連携が重要になる。 ⇒関係機関や市町村、県で平時から連携を進めるとともに、業務継続計画(BCP)の策定を推進する必要がある。	5	(1) 在宅医療推進部会の設置・運営 (2) 市町村が取り組む「在宅医療・介護連携推進事業」の取組支援 (3) 災害時における医療・介護連携の取組支援 (4) 多様な県民ニーズに応じた支援体制づくり

第4章 疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

番号	B 目標
----	------

1	住み慣れた場所に安心して戻り、暮らし続けるための退院支援の充実	
	目標	退院支援を実施(退院支援加算を算定)している病院・診療所数
	値	退院調整ルールに係る退院調整漏れ率

2	日常の療養支援の充実に向けた在宅医療の提供体制の充実	
	目標値	訪問診療を実施している病院・診療所数
		訪問診療を実施している病院・診療所1箇所当たりの患者数
		訪問歯科診療(居宅又は施設)を実施している診療所数
		健康サポート薬局数
		訪問看護事業所数
		地域連携薬局数

3	在宅での看取りに向けた急変時の対応についての体制整備の確保	
	目標	往診を実施している病院・診療所数
	値	24時間体制を取っている訪問看護ステーション数

4	在宅での看取りの充実に向けた体制整備の確保	
	目標値	在宅看取りを実施(ターミナルケア加算等を算定)している病院・診療所数

5	医療・介護の連携に向けた体制整備の確保	
	目標値	1～4と同様

番号	C 最終目標
----	--------

1	在宅療養を希望する県民が、その状態に応じた療養生活を送ることが出来る。	
	目標	退院支援(退院調整)を受けた患者数
	値	訪問診療を受けた患者数

2	患者(本人)の意思決定を支援し、在宅での看取りを含めたきめ細やかな対応が出来る。	
	目標値	在宅死亡者数(老人ホーム及び自宅)

第4章 疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

目標値一覧

分類 B：目標 C：最終	番号	指標	現状		目標	
			数値	年次	数値	年次
B	1 ①	退院支援を実施（退院支援加算を算定）している病院・診療所数		2023		2029
B	1 ②	退院調整ルールに係る退院調整漏れ率		2023		2029
B	2 ①	訪問診療を実施している病院・診療所数		2023		2029
B	2 ②	訪問診療を実施している病院・診療所1か所当たりの患者数（1か月あたりレセプト数）		2023		2029
B	2 ③	訪問歯科診療（居宅又は施設）を実施している診療所数		2023		2029
B	2 ④	訪問口腔衛生指導を実施している病院・診療所数		2023		2029
B	2 ⑤	健康サポート薬局数		2023		2029
B	2 ⑥	訪問看護事業所数		2023		2029
B	2 ⑦	地域連携薬局数		2023		2029
B	3 ①	往診を実施している病院・診療所数		2023		2029
B	3 ②	24時間体制をとっている訪問看護ステーション数		2023		2029
B	4 ①	在宅看取りを実施（ターミナルケア加算等を算定）している病院・診療所数		2023		2029
B	5 ①	在宅療養支援診療所数		2023		2029
C	1 ①	退院支援（退院調整）を受けた患者数（レセプト件数、年間）		2023		2029
C	2 ①	訪問診療を受けた患者数（レセプト件数、年間）		2023		2029
C	4 ①	在宅死亡者数（老人ホーム及び自宅）		2023		2029

3 介護サービスの体制整備

県全域及び各圏域ごとに、平成30年度から32年度（2020年度）までに必要な介護サービス量を見込むとともに、団塊の世代が75歳以上となり介護需要の増大が見込まれる平成37年度（2025年度）に必要なサービス量を見込み、適切なサービスの確保に努めます。

高齢化が一層進展する中で、重度の要介護状態や認知症になっても、住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、居宅サービスや地域密着型サービスの提供体制整備を推進します。

また、在宅での生活が困難な要介護高齢者に対する介護保険施設（特別養護老人ホーム等）の整備など、多様な福祉・介護サービス基盤の整備を計画的に推進します。

なお、病床の機能分化・連携により新たに生じる介護需要についても、居宅、地域密着型及び施設・居住系の各サービス量に見込みます。

1 居宅サービス

現状と課題

- （1）多くの居宅サービスにおいて指定事業者は増加していますが、圏域によって要介護者等の増加状況には違いがあることなどから、事業者の増加についても地域差が現れてきています。

施策の方向

- （1）一人暮らし高齢者や高齢者のみの世帯の増加もあり、家庭の状況を踏まえ、在宅での生活が続けられるよう、訪問介護や訪問看護、通所サービスや短期入所サービスなど、必要なサービス量の確保に努めます。

また、高齢者の生活支援については、専門職だけでなく、互助も含めて生活支援の充実を図るための組織である、協議体や生活支援コーディネーターの設置について、研修や情報提供等により市町村を支援します。

2 地域密着型サービス

現状と課題

- （1）地域密着型通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護及び地域密着型特別養護老人ホームは指定が進んでいます。しかし、定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び看護小規模多機能型居宅介護は十分とはいえない状況です。

施策の方向

- （1）小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護や定期巡回・随時対応型訪問介護看護は、住み慣れた地域で暮らし続けるために重要なサービスであり、その整備にあたる市町村に対する積極的支援を行います。

3 施設・居住系サービス

現状と課題

- (1) 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）及び介護老人保健施設については、順調に整備が進んでいます。
- (2) 介護関連職種では、他産業に比べて有効求人倍率が大幅に高くなっており、介護職員の確保が施設運営上の課題となっています。

施策の方向

(1) 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）

家庭の状況により、在宅での介護が困難になるケースの増加が見込まれており、特別養護老人ホームは中重度の要介護高齢者の受入施設として、必要な整備を行います。

(2) 介護老人保健施設

心身の状態に応じて、適切なリハビリテーション等を提供することにより、心身機能の回復を図り、できる限り住み慣れた地域での生活を支える施設として、地域の実情に応じた整備を図ります。

(3) 介護医療院

日常的な医学管理や看取り・ターミナルケア等の機能と生活施設としての機能を備えた、新たな介護保険施設である「介護医療院」について、療養病床からの転換を考慮し、情報提供等に努めます。

(4) 介護療養型医療施設

介護療養型医療施設については、平成35年度末まで延長された設置期限までに、介護医療院等への転換などの再編成に取り組みます。

(5) 特定施設入居者生活介護

地域の実情と高齢者の多様なニーズに対応するため、介護専用型及び混合型特定施設の基準を満たした有料老人ホームや軽費老人ホーム等の指定を行います。

(6) その他施設

有料老人ホームについては、高齢者の権利擁護やサービスの質の維持・向上を図るため、適切な指導・監督に努めるとともに、未届のまま運営されている有料老人ホームの実態把握及び届出指導に努めます。

また、サービス付き高齢者向け住宅については住宅部局と連携し、サービスの質の向上に向けて適切な指導・監督に努めます。

4 福祉サービスの基盤整備

現状と課題

- (1) 高齢化が一層進展する中で、できる限り住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、相談窓口の設置をはじめとした、住民に身近な市町村における取組を総合的に支援するとともに、経済的な理由等で地域での生活が困難な高齢者のための生活の場所を確保することも求められます。

施策の方向

(1) 地域包括支援センター

地域包括ケアシステムの中核を担う地域包括支援センターの充実・強化のため、研修や情報提供を実施します。

(2) 地域支援事業の推進

地域に暮らす、すべての高齢者を対象に介護予防から生活支援まで幅広くサービスができるよう市町村の取組を支援します。

(3) 養護老人ホーム、軽費老人ホーム

経済理由や家庭環境により居宅での生活が困難な高齢者を受け入れる施設として重要な役割を担っていますが、現状は定員を下回っている施設も多く、入所対象となる高齢者の把握と、入所が必要な方の確実な措置が求められています。

本県における整備状況は、ともに65歳以上人口10万人当たりの定員数が近県では最も多いことから、基本的には現状の定員を維持しながら、地域の実情に応じて弾力的な対応を行うこととします。

第 4 章 疾病・事業ごとの医療連携体制の構築

(空白)