

# 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、1つの医療機関で対応することが難しくなっています。

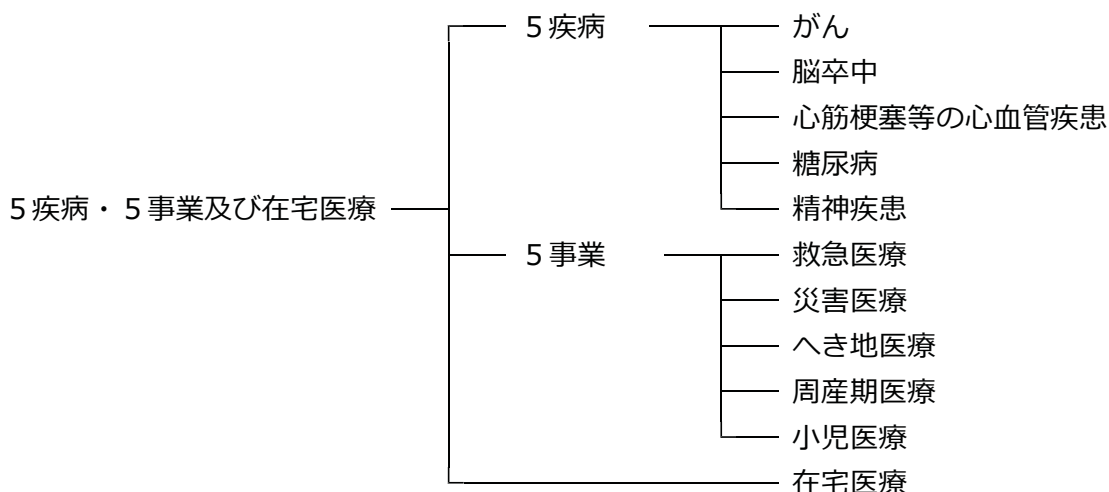
急性期など濃厚な治療を必要とする時期と、回復期や維持期などリハビリテーションや定期的な検査・指導等を必要とする時期などで、複数の医療機関等により医療が提供される場合が多くなっていることから、治療途中で転院等を行うこととなる患者の不安を軽減するためにも、医療機関同士が連携し、切れ目のない医療サービスを提供することが求められています。

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・5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、周産期医療及び小児医療の5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・5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。



### 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・事業ごとの求められる医療機能、医療機関の掲載基準、及び現状を把握するための指標も同様に掲載しています。

## 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。

#### 現状と課題

##### 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、基本的にはほぼ全ての臓器・組織で発生します。

#### (2) 罹患者数

県保健予防課「がん登録事業報告（平成25年）」によると、本県では、年間約1万3千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（平成28年）」によると、本県では、年間6千人弱の人が「がん」で亡くなり、死亡数全体の26.4%（全国28.5%）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（平成18年29.2%）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（平成28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69.8（全国76.1）であり、減少傾向にあります。

平成17年	平成18年	平成19年	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年
89.0	85.5	84.5	83.5	80.7	83.2	81.4	78.7	77.8	78.3	75.4	69.8

〔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2006－2008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62.2%であり、全国（62.1%）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る差は大きく、肺がん、膵臓がんの5年相対生存率はそれぞれ29.0%（全国31.9%）、6.2%（全国7.7%）となっています。

## 1 予防・早期発見（検診）

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

県保健予防課「県民健康・栄養調査（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ってい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、未成年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

県保健予防課「県民健康・栄養調査（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（平成28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は、胃がん41.3%（全国40.9%）、子宮頸がん43.1%（全国42.3%）、肺がん53.6%（全国46.2%）、乳がん43.3%（全国44.9%）、大腸がん40.3%（全国41.4%）となっており、概ね改善傾向にありますが、肺がん検診を除き、「群馬県がん対策推進計画」の目標である50%に達していないことから、引き続き、受診率向上に向けた取組が必要です。

イ 特に、乳がん及び子宮頸がんといった女性特有のがんに関する検診受診率は、乳がん43.3%（平成22年43.1%）、子宮頸がん43.1%（平成22年41.6%）と伸び悩んでおり、受診率向上に向けた対策の強化が必要です。

ウ 各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。

エ 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（平成28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は、胃がん検診88.3%（全国81.7%）、子宮頸がん検診76.4%（全国80.3%）、肺がん検診90.7%（全国83.5%）、乳がん検診93.6%（全国87.4%）、大腸がん検診77.6%（全国70.1%）となっており、子宮頸がん検診を除き全国を上回っています。しかし、早期発見・早期治療につながるためには、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

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、がん登録データが国立がん研究センターで一元的に管理されることとなり、今後はデータをどのように活用するかの検討が必要です。

## 2 治療

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緩和ケア、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9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、群馬大学医学部附属病院が、がん診療連携拠点病院と同等の診療機能を持つ病院として、群馬県がん診療連携中核病院に指定されているほか、がん診療連携拠点病院が未整備の吾妻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、7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。平成22年3月の治療開始から、平成30年3月までに延べ2,711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、群馬大学医学部附属病院並びに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38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・共有するための検討会である「がん診療連携拠点病院等」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した。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、多くの地域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。また、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す。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、全ての地域がん診療連携拠点病院等でがんサロンが開催されています。
- イ** 厚生労働科学研究費補助金がん政策研究事業「がん対策における進捗管理指標の策定と計測システムの確立に関する研究」によると、がん相談支援センターの利用率は7.7%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** 県保健予防課「がん登録事業報告（平成25年）」によると、本県で、がん罹患する人の27.9%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2006－2008年生存率報告」によると、本県のがんの5年相対生存率は、62.2%であり、患者・経験者が長期に生存し、働きながらか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3人に1人が離職しているとの研究結果もあり、治療と仕事の両立支援が求められています。
- オ** 本県では、平成25年度及び平成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。
- カ** 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。

## 3 在宅療養支援

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	14	0	1	2	5	0	2	1	2	0	1
診療所	110	32	7	6	27	8	0	3	3	11	13

〔資料〕県「医療施設機能調査（H28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**

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	55	10	2	8	15	1	3	1	1	4	10

※成人を対象とした実施状況。

〔資料〕県「医療施設機能調査（H28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	263	48	9	39	65	15	7	6	8	29	37

〔資料〕県「医療施設機能調査（H28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	81	17	8	7	11	7	1	3	5	6	16

〔資料〕県「医療施設機能調査（H28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（平成28年度）」によると、293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	26	1	0	4	7	2	1	1	3	2	5
診療所	267	59	11	37	67	13	8	8	5	18	41

※病院については、がん診療連携拠点病院等は除く。

〔資料〕県「医療施設機能調査（H28年度）」

**(2) 看取り**

ア 厚生労働省「人口動態調査(平成28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、13.3%(全国13.5%)となっており、増加傾向にあります(H23:9.6%)。一方、県「保健医療に関する県民意識調査(平成28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41.1%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	平成19年	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年
自宅	7.1%	7.2%	8.0%	7.7%	8.2%	9.0%	9.4%	9.1%	10.2%	10.2%
老人ホーム	0.6%	0.8%	1.0%	1.0%	1.4%	1.9%	1.8%	2.8%	2.9%	3.1%
計	7.7%	8.0%	9.0%	8.7%	9.6%	10.9%	11.2%	11.9%	13.1%	13.3%

〔資料〕厚生労働省「人口動態調査」

**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	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	10.3	19.4	13.8	7.2	10.6	14.2	9.4	3.4	4.6	7.7	6.1

〔資料〕厚生労働省「診療報酬施設基準の届出受理状況」（平成28年3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	25	4	2	2	8	0	1	1	2	1	4
診療所	144	37	8	10	38	12	2	4	4	15	14

〔資料〕県「医療施設機能調査（H28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**

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	131	23	6	15	30	5	5	3	9	13	22

※成人を対象とした実施状況。

〔資料〕県「医療施設機能調査（H28年度）」

**具体的施策**

**1 予防・早期発見（検診）**

**(1) たばこ対策**

- ・ 引き続き、禁煙支援、未成年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**

- ・ 節度ある飲酒、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）、肝がんに関連する肝炎ウイルス及びALT（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ワクチンの接種のあり方について、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、未成年者と若い女性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】

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。
- ・ 国が作成を予定している「職域におけるがん検診に関するガイドライン（仮称）」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】

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】

全国がん登録事業委託、がん登録審議会の運営 等

2 治療

(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、群馬県重粒子線治療資金利子補給制度 等

(2) チーム医療

- ・ 多職種参加型がんセンターボードの好事例の提供に努めるなど、多職種参加型がんセンターボードの普及と充実に努めます。
- ・ 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。
- ・ 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

### (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、医療介護連携調整実証事業（退院調整ルール策定） 等

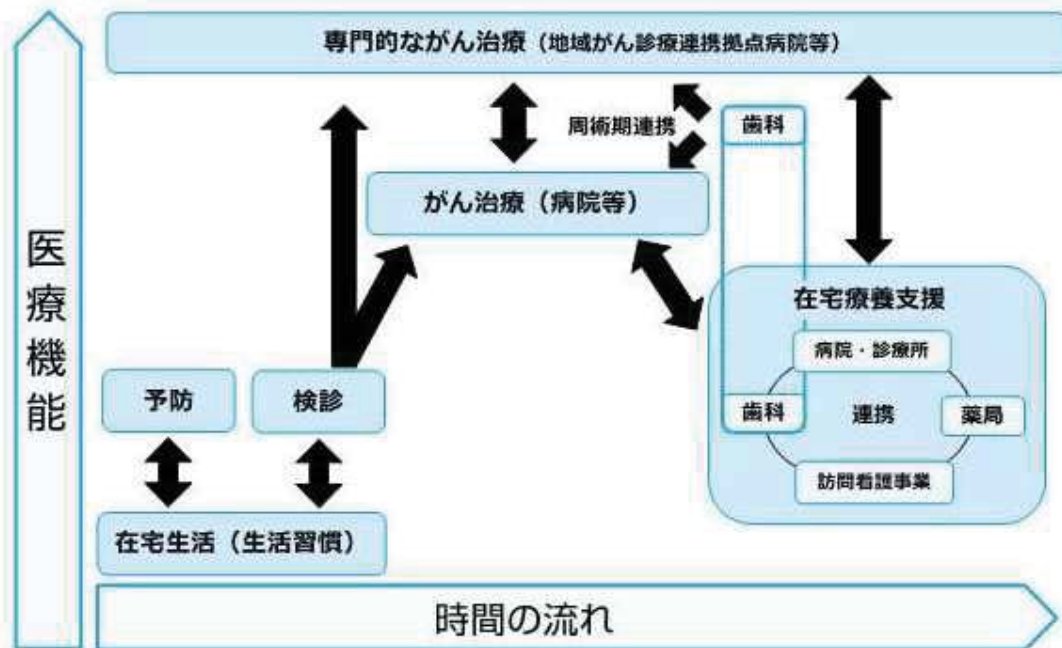
数値目標

No.	項目	現状		目標	
		数値	年次	数値	年次
1 予防・早期発見（検診）					
①	成人の喫煙率（男女計）	26.0%	H28	12.0%	R4
②	がん検診受診率 40歳～69歳				
	胃がん	41.3%			
	肺がん	53.6%			
	大腸がん	40.3%	H28	50%	R4
	子宮頸がん(20歳～69歳)(過去2年間)	43.1%			
	乳がん	43.3%			
2 治療					
③	がん診療連携拠点病院数	9病院	H28	10施設	R5
④	がん看護専門看護師を1名以上配置するがん診療連携拠点病院、群馬県がん診療連携推進病院数	9病院	H28	17病院	R5
⑤	ぐんまの安心がんサポートブック	毎年更新	H28	維持	R5
3 在宅療養支援					
⑥	二次保健医療圏の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）	P.31の表を参照	H27	全圏域が10.3以上	R5

※目標の根拠：①県健康増進計画、②～⑥県がん対策推進計画

※目標年次のR4は2022年、R5は2023年のこと

がんの医療連携体制





## 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】

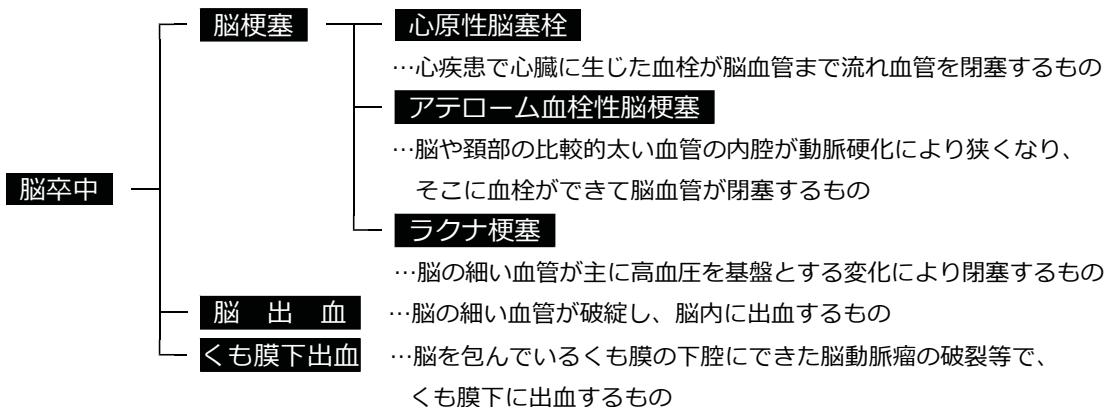
消防機関と医療機関との連携によって、(1) 救急隊が現場からいつでも迅速に医師に指示、指導及び助言を要請できる、(2) 救急活動の医学的判断、処置の適切性について医師による事後検証、(3) 救急救命士の資格取得後の定期的な病院実習などを行う体制のことで、本県では、県内全域の救急医療体制検討協議会を設置するとともに、県内11地域の協議会による体制を整備しています。

## 現状と課題

### 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（平成28年）」によると、全国で年間約11万人が脳卒中で死亡し、死亡者数全体の8.4%を占め、死亡原因の第4位となっています。本県では、脳卒中による死亡者数が年間約2千人となっており、死亡者数全体の9.4%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（平成28年）」によると、介護が必要になった者の約17%は脳卒中が主な原因であり、他の疾病と比べて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（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、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。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（平成29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、平成28年では全体の7.7%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

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（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。
- (2) 県保健予防課「県民健康・栄養調査（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) 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、平成25年9月時点と比較して24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（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 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処を行う必要があります。  
平成28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38.3分（統合型医療情報システム集計）となっており、全国の39.3分（総務省消防庁「救急・救助の現況（平成29年版）」）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-PA（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-plasminogenactivator））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-PA 適応外の場合やt-PA 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) 本県では平成21年2月からドクターヘリの運航を開始し、出動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。

### 3 急性期

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（平成28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17病院、1診療所となっています。このうち14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、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。

**脳梗塞に対する各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	吾妻・渋川・前橋	沼田	東部・伊勢崎
t-PA	18(14)	8(5)	5(5)	5(3)	2(1)	6(5)
脳血管内治療(虚血性)	17(12)	5(5)	6(4)	3(3)	2(1)	5(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（H28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（平成28年）」によると、本県の脳神経外科医師数は95人、神経内科医師数は57人です。  
人口10万対の医師数は、脳神経外科医師が4.8人（全国5.8人）、神経内科医師が2.9人（全国3.9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、神経内科）**

（単位：人）

二. 五次保健医療圏	県計	中部	西部	吾妻・渋川・前橋	沼田	東部・伊勢崎
脳神経外科	95	43	28	32	7	28
神経内科	57	36	13	28	2	14

※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（H28年）」

- (3) 県「医療施設機能調査（平成28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55病院、9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。

#### 4 回復期（おおむね発症後2週間～6か月\*）

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（平成28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79病院、35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）

二. 五次保健医療圏	県計	中部	西部	吾妻・渋川・前橋	沼田	東部・伊勢崎
病院	79	22	27	20	7	25
診療所	35	11	9	12	4	10

※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（H28年度）」

- (2) 県「医療施設機能調査（平成28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48病院、67診療所です。今後導入を検討している医療機関は、14病院、88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）

二. 五次保健医療圏	県計	中部	西部	吾妻・渋川・前橋	沼田	東部・伊勢崎
病院	48	16	19	12	5	12
診療所	67	35	21	19	2	25

※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（H28年度）」

- (3) なお、厚生労働省「患者調査（平成26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55.9%となっており、全国（56.5%）を下回っています。



## 5 維持期（おおむね発症後6か月以降）

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（平成28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15施設、197施設、170施設となっています。また、訪問看護ステーションは152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。

## 具体的施策

### 1 予防

#### (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を行うとともに、社会環境の整備に取り組みます。

##### 【主な事業例】

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】

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】

特定健診・保健指導従事者向け研修の実施 等

## 2 救護

### (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（Gunma Stroke Emergency Network）。組織内を① t-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

### (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】**

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****(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】**

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****(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

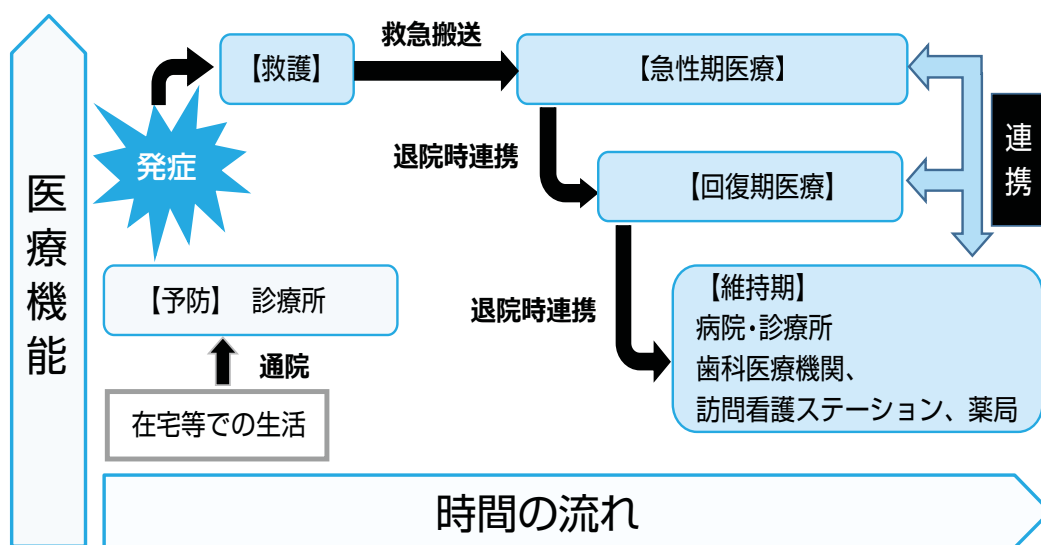
数値目標

No.	項目	現状		目標	
		数値	年次	数値	年次
1 予防					
①	特定健康診査の実施率	49.0%	H27	70%以上	H35
②	脳血管疾患の年齢調整死亡率（人口10万対）	男39.5	H27	男43.1	H34
		女23.5		女27.2	
③	成人の喫煙率	26.0%	H28	12.0%	H34
2 救護					
④	脳血管疾患により救急搬送された患者数	6,980件	H28	6,980件	H35
⑤	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）	38.3分	H28	38.3分	H35
3 急性期					
⑥	t-PAによる血栓溶解療法が実施できる医療機関数	18機関	H28	23機関	H35
⑦	t-PAによる血栓溶解療法の実施件数	312件	H28	375件	H35
⑧	脳血管内治療の実施件数	257件	H28	300件	H35
4 急性期・回復期					
⑨	退院患者平均在院日数	75.5日	H26	66.2日	H35
5 回復期・維持期					
⑩	地域連携クリティカルパス導入医療機関数	115機関	H28	166機関	H35

※目標の根拠：①県医療費適正化計画、②③県健康増進計画、④ H28 と同数、⑤現状を維持、⑥⑩県「医療施設機能調査（平成28年度）で今後導入したいと回答した医療機関の半数、⑦⑧現状の約 1.2 倍（⑥の増加率）、⑨過去 9 年間の推移率による

※目標年次の H34 は 2022 年、H35 は 2023 年のこと

脳卒中の医療連携体制





### 3 心筋梗塞等の心血管疾患の医療連携体制構築の取組

- 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。
- 患者が発生した場合において、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。

#### 現状と課題

##### 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（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（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（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（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（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。

なお、平成12年からの推移は、男女とも減少傾向にあります。

### (5) 救急搬送

総務省消防庁「救急・救助の現況（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、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

心血管疾患の危険因子は、高血圧、脂質異常症、糖尿病、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（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。

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。

(2) 厚生労働省「患者調査（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ります。

(3) 県保健予防課「県民健康・栄養調査（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) 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、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。

## 2 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（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AEDの使用が重要となっています。
- (3) 本県の公共施設へのAED設置台数は、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（平成28年）」によると、県民がAED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（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、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（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) 本県では平成21年2月よりドクターヘリの運航を開始し、出動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。

### 3 急性期

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（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分以内に専門的診療を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（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時間対応が可能です。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	婁・澁川・前橋	沼田	東部・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(H28年度)」



(5) 県「医療施設機能調査（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（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。

#### 4 回復期

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。

また、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（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	東部・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（H28年度）」

ウ 県「医療施設機能調査（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	東部・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（H28年度）」

エ 厚生労働省「患者調査（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・包括的なり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。

**5 再発予防**

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。

**具体的施策**

**1 予防**

**(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（予防共通）】**

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

**2 救護****(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****(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

##### (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) 地域連携クリティカルパスの普及

- ・ 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、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

- ・ 各期を通じ継続性のある医療が提供されるよう、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】

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

#### 数値目標

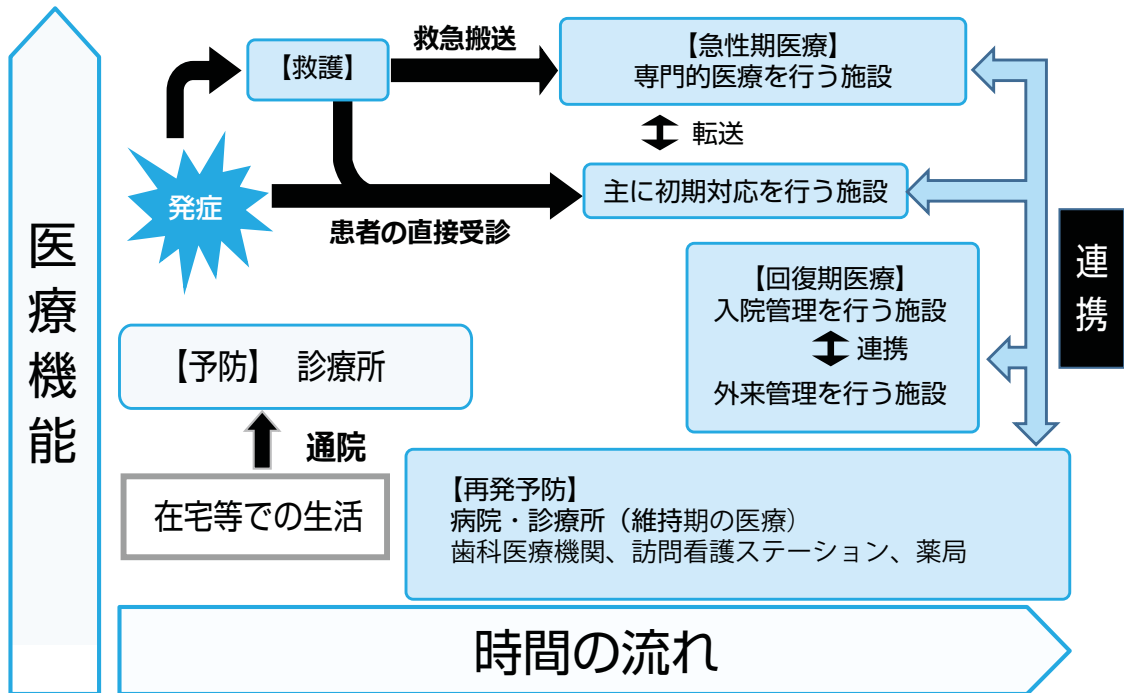
No.	項目	現状		目標	
		数値	年次	数値	年次
1 予防（概況を含む）					
①	特定健康診査の実施率	49.0%	H27	70%以上	H35
②	成人の喫煙率	26.0%	H28	12.0% 以下	H34
2 救護					
③	救急要請から医療機関への搬送までに要した平均時間	36.6分	H28	36.6分	H35
④	心肺機能停止疾病者全搬送人員のうち、一般市民により除細動が実施された件数	56件	H28	96件	H35
3 急性期					
⑤	急性心筋梗塞等の急性期患者に24時間対応又オンコール対応できる医療機関数	20施設	H28	20施設	H35



No.	項目	現状		目標	
		数値	年次	数値	年次
4 回復期					
⑥	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	23病院 30診療所	H28	28病院 36診療所	H35
⑦	地域連携クリティカルパス導入医療機関数	6病院 32診療所	H28	14病院 74診療所	H35
5 再発予防					
-	1 予防と同じ	-	-	-	-

※目標の根拠：①県医療費適正化計画、②県健康増進計画、③現状を維持、④全国の増加率（年1.08倍）を踏まえて算出、⑤現状を維持、⑥現状の1.2倍、⑦県「医療施設機能調査（平成28年度）」で、今後導入したいと回答した医療機関の半数の導入  
 ※目標年次のH34は2022年、H35は2023年のこと

心筋梗塞等の心血管疾患の医療連携体制





## 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診等の実施の支援に取り組みます。
- 長期的に良好な血糖コントロールができる医療連携体制の構築や専門職種によるチーム医療を促進するとともに、治療中断の防止に取り組みます。
- 慢性合併症の治療を促進するため、各専門治療を行う医療連携体制の整備促進を図ります。

### 現状と課題

#### 概況

##### (1) 糖尿病とは

糖尿病は、すい臓から分泌されるインスリンというホルモンの働きが悪くなったり、量が少なかったりすることが原因で、血液中のブドウ糖（身体を動かすエネルギー）が正常に利用されず、結果的に血糖値が高くなる病気です。

糖尿病は、インスリンを合成・分泌する細胞の破壊・消失による1型糖尿病と、過食、運動不足、肥満等が原因でインスリン作用不足が現れて高血糖になる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（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。

県保健予防課「県民健康・栄養調査（平成28年度）」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12.7%、女性が10.7%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6.8%、女性が6.5%となっており、県民の約5.5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（平成28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250人であり、死亡数全体の約1.1%を占めています。

また、厚生労働省「人口動態統計特殊報告（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。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 発症予防・早期発見

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（平成27年）」によると、本県の特定健康診査の受診率は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。

また、県「医療施設機能調査（平成28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91病院、590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（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。

## 2 初期・安定期治療

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（平成27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25.7%と最も大



きく、隣接する前橋保健医療圏への流出率（18.5%）が高くなっています。

一方、患者流入に関しては、藤岡保健医療圏において流入率が23.3%と最も大きく、特に県外からの流入率（9.9%）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	11.3%	25.7%	11.6%	9.2%	12.2%	8.6%	13.4%	4.7%	6.5%	3.8%
流入率	18.3%	18.6%	13.6%	12.6%	23.3%	12.1%	6.8%	2.8%	6.8%	8.8%

〔資料〕 県「患者調査（H27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（平成26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105.2人（平成23年99.2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、県保健予防課「県民健康・栄養調査（平成28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62.4%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ของทีม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。併せて、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	澁川・利根沼田	東部
日本糖尿病学会 専門医	78	41	24	36	13
日本糖尿病協会 療養指導医	57	29	18	24	9
日本糖尿病協会 登録医	38	16	9	14	11
日本糖尿病協会 歯科医師登録医	79	36	13	24	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（平成28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、224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、100 病院、663 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、33 病院、22 診療所となっています。

### 初期・安定期治療が可能な医療機関数

二. 五次保健医療圏	県計	中部	西部	吾妻・渋川・前橋	利根沼田	東部
病院	71	24	23	21	7	13
診療所	224	76	84	64	7	51

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 (H28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 (平成 28 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、10 病院、90 診療所あり、今後、導入を検討している医療機関は、16 病院、113 診療所あります。

### (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、歯科と医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 (平成 28 年度)」によると、県内には、糖尿病の入院患者に対する専門的な口腔ケア等を実施している歯科医療機関は 123 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 200 施設あります。また、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 226 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 241 施設あります。

### (5) 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ることから、かかりつけ薬剤師・薬局による服薬指導が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 (平成 28 年)」によると、かかりつけ薬剤師・薬局を決めている県民は 47.8% で、平成 25 年 (44.1%) と比べて増加しています。

### (6) 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に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。

## 3 専門治療

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（平成28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、18病院、4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、39病院、30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、29病院、4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、32病院、120診療所あります。

#### 専門治療に対応可能な医療機関数

二. 五次保健医療圏	県計	中部	西部	吾妻・渋川・前橋	利根沼田	東部
病院	18	7	6	6	2	2
診療所	4	1	2	0	0	1

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（H28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296人います（平成29年6月現在）。

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（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（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（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。

## 4 重症急性増悪時治療

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）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。

### （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（平成28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、15病院、2診療所となっています。

#### 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. 五次保健医療圏	県計	中部	西部	吾妻・渋川・前橋	利根沼田	東部
病院	15	6	5	5	2	2
診療所	2	1	1	0	0	0

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（H28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

ウ 県「医療施設機能調査（平成28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60施設で、このうち30施設が休日や夜間の受入に対応しています。



## 5 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、平成28年は5,926人（平成27年5,948人、平成26年5,790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、本県における平成27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16.2人で、全国（12.5人）と比べ、高くなっています。また、本県における平成27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45.2%で、全国（43.7%）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」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。

県「医療施設機能調査（平成28年度）」によると、透析予防外来を実施している医療機関は、22病院、22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（平成28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、27病院、24診療所あり、硝子体手術を実施している医療機関は、8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（平成28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、60病院、79診療所あり、フットケアを実施している医療機関は、49病院、109診療所となっています。

### (4) その他疾患との関連

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。

具体的施策

1 発症予防・早期発見

(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。併せて、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、県全体と地域別の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

(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體制の充実、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) 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除去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活用し、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。

…【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 及び 4 重症急性増悪時治療

#### (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

### 5 慢性合併症治療

#### (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】…

腎障害を示す所見や腎機能低下が慢性的に続く状態で、放置したままにしておくと、末期腎不全となって、人工透析や腎移植を受けなければ生きられなくなってしまいます。軽症なものも含めると成人の8人に1人の割合で慢性腎臓病になっていると言われています。

#### (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】

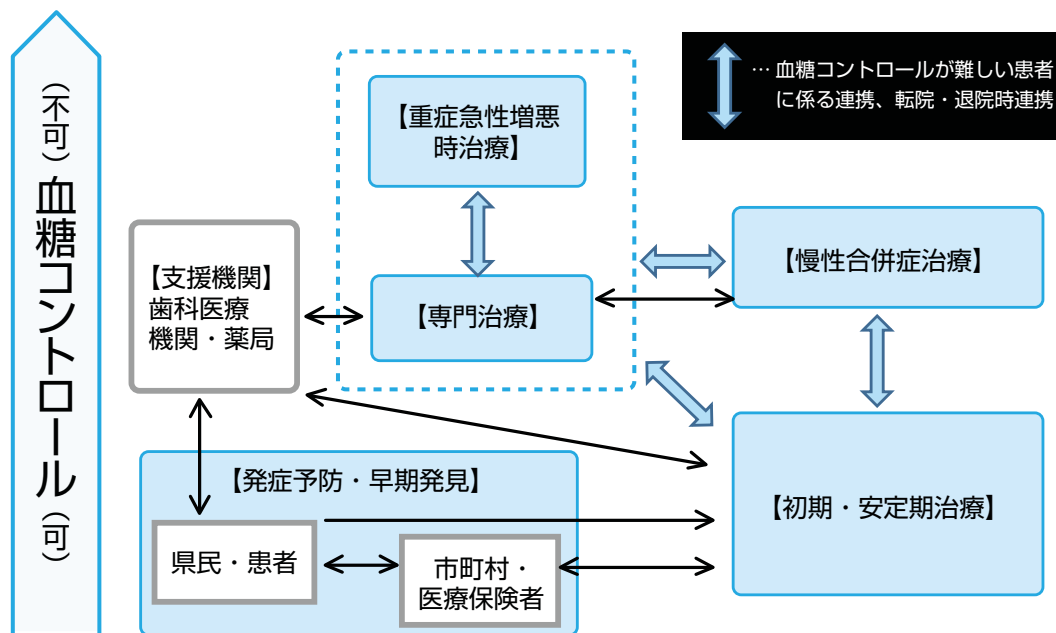
群馬県糖尿病対策推進協議会、群馬県慢性腎臓病対策推進協議会、健康フェスタ、県民公開講座、糖尿病病診連携推進事業 等

数値目標

No.	項目	現状		目標	
		数値	年次	数値	年次
①	特定健康診査の受診率の向上	49.0%	H27	70%以上	H35
②	特定保健指導の実施率の向上	13.6%	H27	45%以上	H35
③	治療継続者の割合の増加	62.4%	H28	80.0%	H34
④	地域連携クリティカルパス導入医療機関数	10病院 90診療所	H28	18病院 147診療所	H35
⑤	合併症（糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数）の減少	325人	H27	300人	H34

※目標の根拠：①②県医療費適正化計画、③⑤県健康増進計画、④県「医療施設機能調査（H28年度）」で、今後導入したいと回答した医療機関の半数の導入  
 ※目標年次のH34は2022年、H35は2023年のこと

糖尿病の医療連携体制



## 5 精神疾患の医療連携体制構築の取組

- 精神科医療機関、一般医療機関、保健所、市町村、地域援助事業者などとの機能分担と連携による総合的な支援体制の構築に努めます。
- 多様な精神疾患等に対応できる医療提供体制の構築に努めます。

### 現状と課題

#### 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他、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（平成26年）」によると、精神疾患の患者数は平成14年から平成17年に急増した後は、その後ほぼ横ばいで推移しており、本県における精神疾患の患者総数は約55千人となっています。

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	平成14年	平成17年	平成20年	平成23年	平成26年
精神疾患（※）	33	55	62	55	55
統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害	9	12	17	11	12
気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）	6	20	24	18	20
血管性及び詳細不明の認知症	2	2	2	2	1
アルツハイマー病	1	3	4	6	7
てんかん	5	4	2	4	5
その他	10	14	13	14	10

※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

〔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	平成14年	平成17年	平成20年	平成23年	平成26年
精神及び行動の障害	5.1	5.1	4.8	4.6	4.4
統合失調症，統合失調症型障害及び妄想性障害	3.8	3.7	3.5	3.1	3.1
気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）	0.4	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	0.1

〔資料〕厚生労働省「患者調査」

##### (3) 自殺者に関する状況

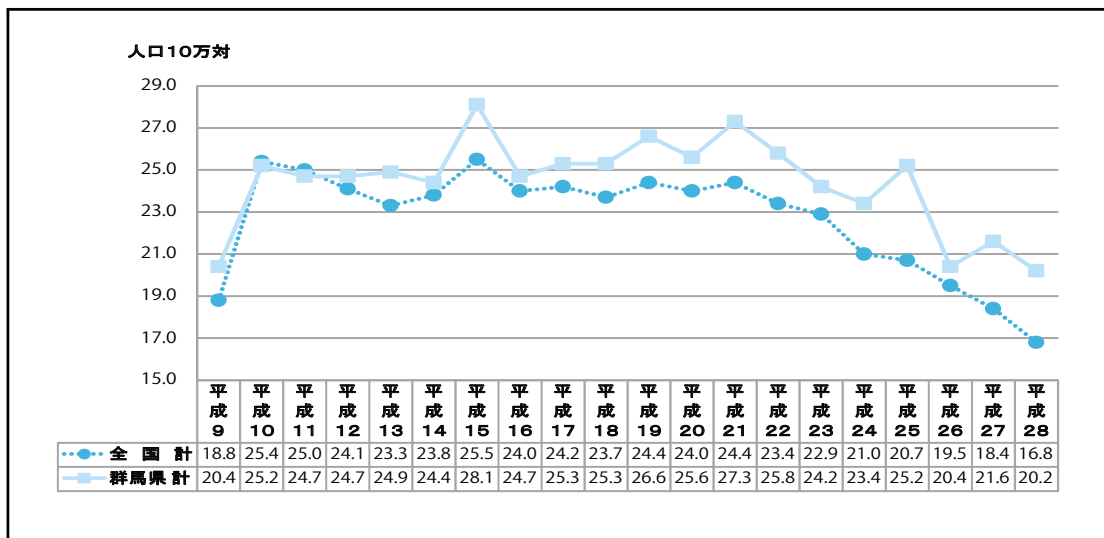
厚生労働省「人口動態調査（平成28年）」によると、本県における自殺死亡率（人口10万人当たり自殺者数）は20.2であり、全国平均の16.8を上回っています。

また、厚生労働省「平成28年中における自殺の状況」によると、自殺の原因・動



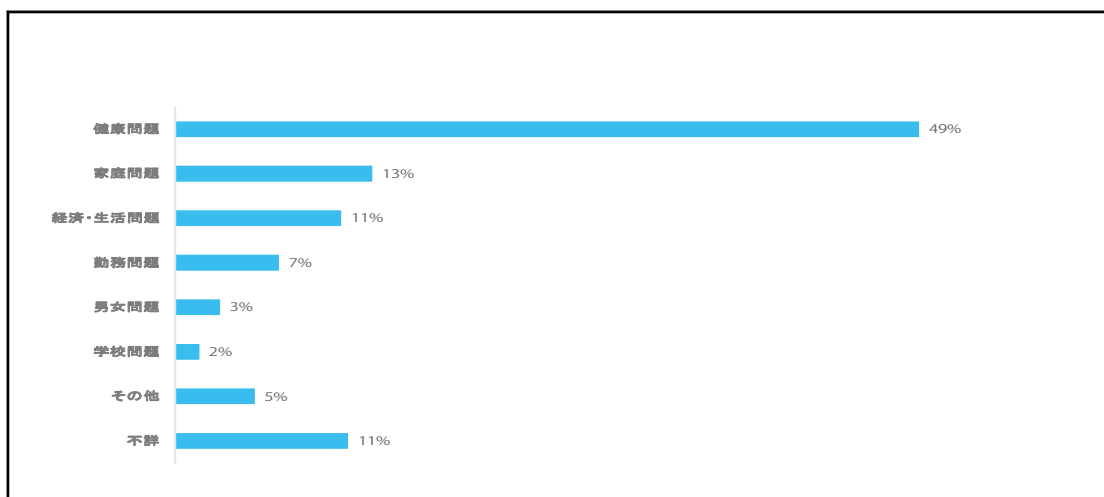
機は健康問題が約5割と最も多く、健康問題の中でもうつ病が4割程度を占めていることをはじめとして、他の精神疾患も広く関わっています。

### 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」及び健康福祉統計年報「人口動態統計」

### 平成28年 原因・動機別の自殺者の状況（群馬県）



※原因・動機特定者のうち3つまで計上可能

〔資料〕厚生労働省「地域における自殺の基礎資料」

#### (4) 精神疾患に関する課題

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。

#### 1 予防・アクセス

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やすくなります。

そのため、正確な診断等に基づく早期治療が重要となります。

- (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。
- (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（平成28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) 地域における予防・アクセスの課題を分析する必要があります。
- (5) 多様な精神疾患に関する状況は次のとおりであり、各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（平成26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（平成26年度）」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18.2%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（平成26年）」によると、本県における患者数は平成14年の約6千人から平成23年の約18千人で約3倍に増加し、平成26年も約20千人と増加傾向にあります。

また、厚生労働省「平成28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（平成26年）」によると、本県では平成11年で500人未満だった患者数は、約20千人と増加しています。

地域及び学校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（平成26年）」によると、全国のアルコール依存症患者数は約60千人、アルコール以外の薬物による依存患者数が約27千人となっており、いずれも増加傾向にあります。

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が必要となっています。

## オ 外傷後ストレス障害

厚生労働省「患者調査（平成26年）」によると、全国の外傷後ストレス障害の患者数は約3千人となっており、増加傾向にあります。

被災・被害時及びその後の継続したと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（平成26年度）をもとにした県介護高齢課の推計によると、本県では平成37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平成28年度末現在90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、平成30年度までに、全市町村で設置されます。

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、平成29年4月1日現在13か所（中核型：1、地域拠点型：11、連携型：1）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）

	平成27年	平成32年	平成37年	平成42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%

注・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口は、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（平成27年1月公表）

- (6) 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5か所となっています。

## 2 治療・回復・社会復帰

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) 厚生労働省「精神保健福祉資料（平成26年度）」によると、本県の精神科のデイケア利用者数（実人員）は1,158人で、人口10万人当たり58.6人（全国平均63.0人）、また、訪問看護利用者数（実人員）は701人で、人口10万人当たり35.5人（全国平均41.0人）となっており、ともに全国平均をやや下回っています。  
患者の地域生活を支える訪問診療、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を充実する必要があります。
- (3) 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。
- (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) 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。

## 3 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。
- (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。  
平成28年度の通報等の件数は444件であり、依然として件数が多いため、精神科救急体制の一層の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

平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
280	307	321	369	340	393	398	495	444

〔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。  
平成28年度の診療件数は874件、うち入院件数は470件となっています。



### 精神科救急医療診療等件数

区分	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
診療件数	711	944	666	630	569	628	600	789	874
うち入院件数	348	442	395	372	328	351	301	423	470

〔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。

#### 4 身体合併症対策

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。

#### 5 自殺対策

厚生労働省「人口動態調査（平成28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20.2であり、全国平均の16.8を上回っています。

また、厚生労働省「平成28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。

#### 6 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。

- (1) 平成28年度末時点で全国29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）のことです。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、精神保健福祉士や臨床心理技術者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。

**具体的施策****1 予防・アクセス****(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。

**【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、認知症コールセンター設置運営、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等専門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) 地域における精神疾患の予防・アクセスの課題分析

- ・ 地域（保健所・市町村・診療所等）で、精神疾患の予防・アクセスの課題を分析します。

(5) 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

(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

(2) 精神科デイケア及び訪問看護等の提供体制の充実

- ・ 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

(3) 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】

ピアサポート活用事業、家族教室

(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の整備

- ・ 各精神疾患ごと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) 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

### 3 精神科救急

#### (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。

##### 【主な事業例】

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

#### (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

#### (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。
- ・ 高度な専門医療を総合的に提供できる病院における精神病床の整備を促進します。

##### 【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

#### (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。

##### 【主な事業例】

自殺対策推進センターの設置、こころの元気サポーター養成、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

#### (1) 災害精神医療体制の整備

- ・ DPAT の派遣体制を整備します。
- ・ 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・多施設連携の推進を図ります。

##### 【主な事業例】

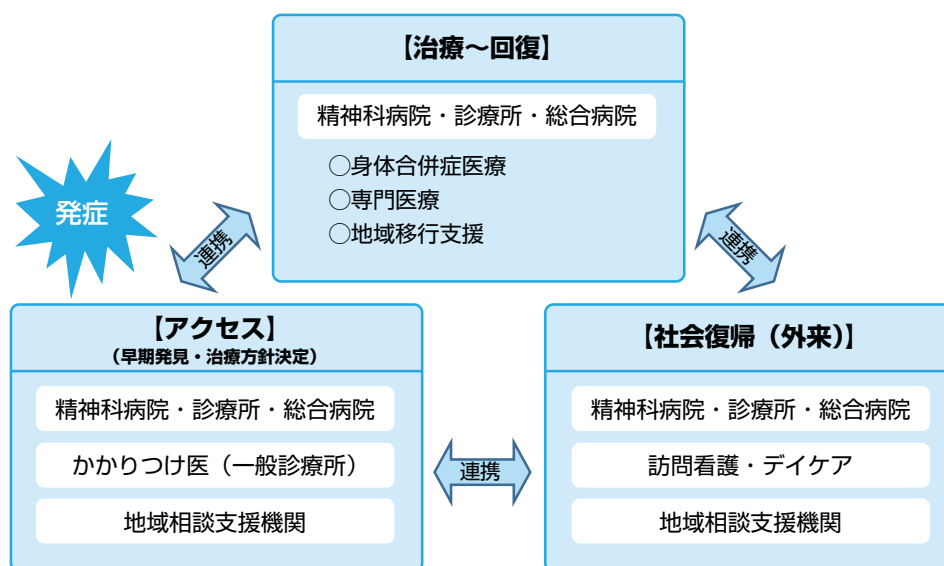
DPAT 研修、災害拠点精神科病院の整備 等

数値目標

No.	項目	現状		中間目標		目標	
		数値	年次	数値	年次	数値	年次
1 予防・アクセス							
①	かかりつけ医うつ病対応力向上研修参加者数	534人	H28			1,024人	H35
②	かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者数	584人	H28	1,150人	H32		
③	認知症サポート医養成研修修了者数	90人	H28	160人	H32		
2 治療・回復・社会復帰							
④	精神病床における急性期(3ヶ月未満)入院需要(患者数)	747人	H26	750人	H32	749人	H36
⑤	精神病床における回復期(3ヶ月以上1年未満)入院需要(患者数)	662人	H26	680人	H32	681人	H36
⑥	精神病床における慢性期(1年以上)入院需要(患者数)	3,259人	H26	2,656人	H32	1,859人	H36
⑦	精神病床における慢性期入院需要(65歳以上患者数)	1,763人	H26	1,549人	H32	1,119人	H36
⑧	精神病床における慢性期入院需要(65歳未満患者数)	1,496人	H26	1,107人	H32	740人	H36
⑨	精神病床における入院需要(患者数)	4,668人	H26	4,086人	H32	3,289人	H36
⑩	地域移行に伴う基盤整備量(利用者数)			625人	H32	1,398人	H36
⑪	地域移行に伴う基盤整備量(65歳以上利用者数)			343人	H32	755人	H36
⑫	地域移行に伴う基盤整備量(65歳未満利用者数)			282人	H32	643人	H36
⑬	精神病床における入院後3か月時点の退院率	66%	H26	69%	H32		
⑭	精神病床における入院後6か月時点の退院率	80%	H26	84%	H32		
⑮	精神病床における入院後1年時点の退院率	88%	H26	90%	H32		
3 精神科救急・身体合併症対策							
⑯	身体合併症対応施設(特例病床)	0か所	H28			1か所	H35
4 災害精神医療							
⑰	DPATチーム数	0チーム	H28			6チーム	H35
⑱	災害拠点精神科病院	0か所	H28			1か所	H35

※目標の根拠：①参加実績をもとに設定、②③認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）による本県の数値目標、④～⑮厚生労働省指針において定める数値目標（※今後も県内の実態に合わせて施策を検討する。）、⑯新たに1か所整備、⑰初動期から応急期の活動を想定したチーム数、⑱新たに1か所整備  
 ※目標年次のH32は2020年、H35は2023年、H36は2024年のこと

精神疾患の医療連携体制



## 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、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。

## 現状と課題

### 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（平成28年）」では、県民が不足していると考えられる医療分野として「救急医療」が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（病院前救護活動）

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

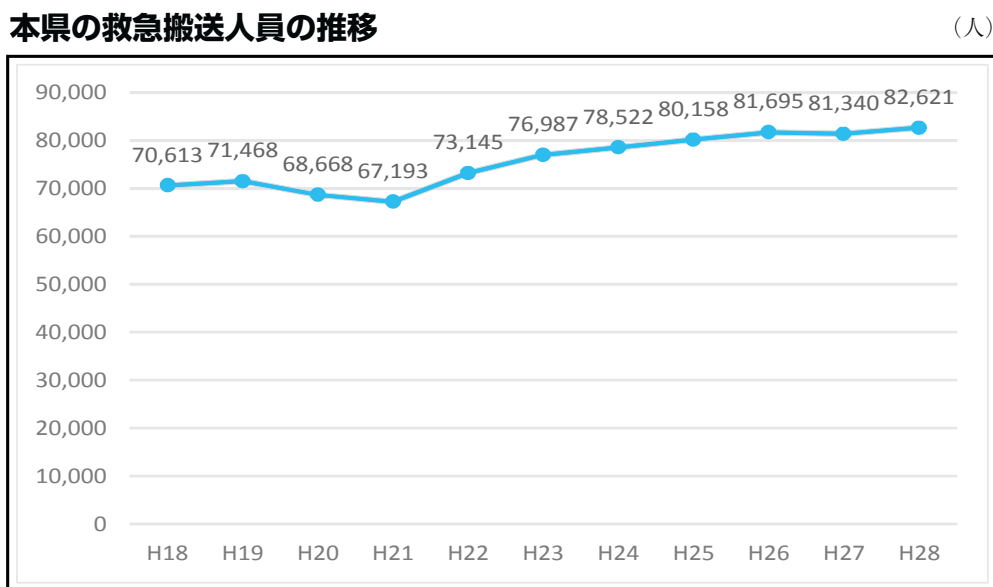
消防機関・保健所・医療機関・日本赤十字社・民間団体等の関係機関により、自動体外式除細動器（AED）の使用も含めた心肺蘇生法の知識・実技を広めるため、講習会開催等の普及活動が行われています。

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（平成 28 年）」によると 48.2% 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。平成 29 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 2,555 台（設置率 99.5%）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（平成 29 年版）」によると、本県における救急搬送人員は、平成 21 年から増加傾向にあり、平成 28 年には 82,621 人となっています。



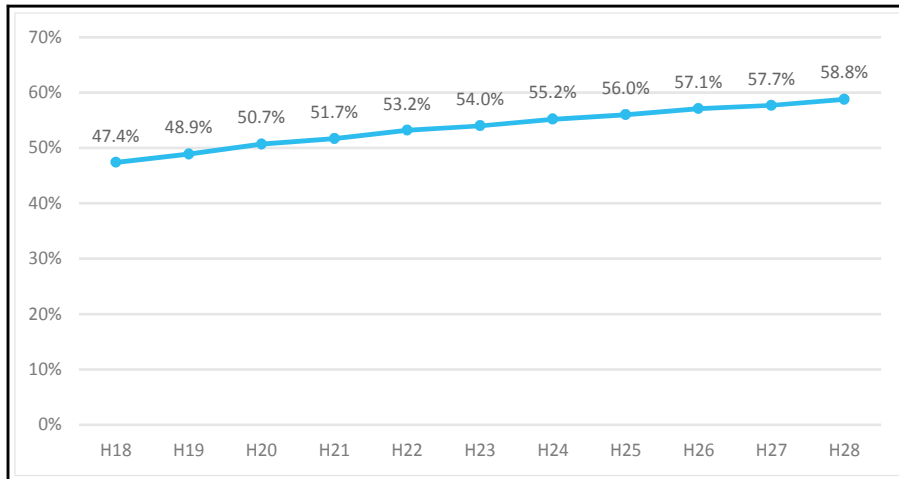
〔資料〕総務省消防庁「救急・救助の現況」

#### (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、平成 18 年の 33,466 人から平成 28 年には 48,573 人となり、救急搬送人員全体に占める割合も 47.4% から

58.8%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うち高齢者の占める割合

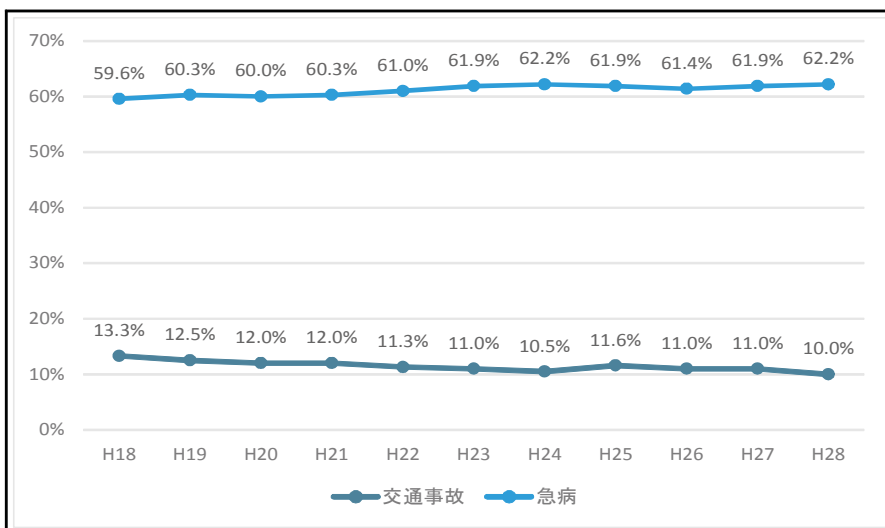


〔資料〕 総務省消防庁「救急・救助の現況」

### (4) 疾病構造の変化

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11%程度、急病による傷病者の占める割合が62%程度で推移しています。本県では、平成18年に59.6%であった急病による傷病者の占める割合が平成28年には62.2%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



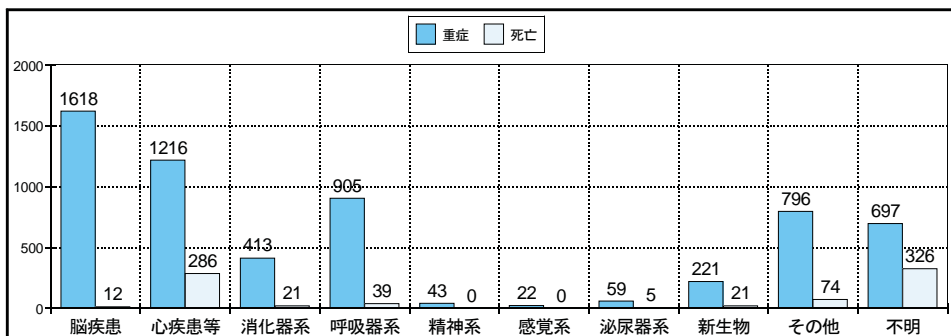
〔資料〕 総務省消防庁「救急・救助の現況」

### (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13.0%、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7.7%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」（286人、死亡全体の36.5%）、重症では「脳疾患」（1,618人、重症全体の27.0%）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（H28）



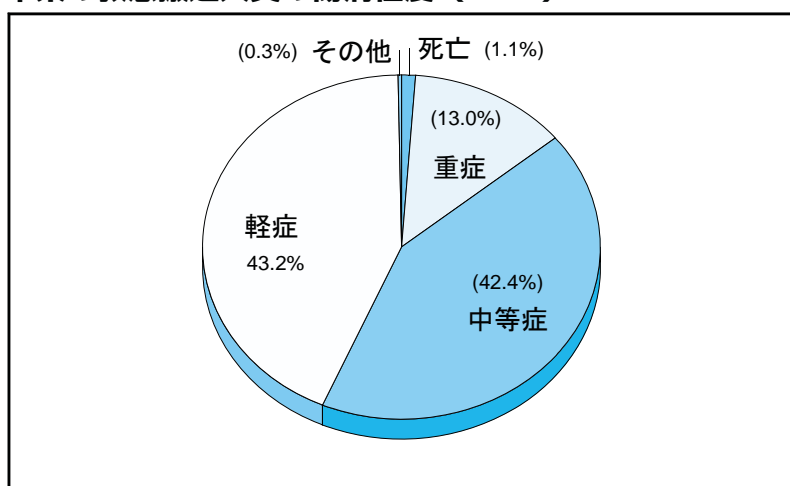
〔資料〕総務省消防庁「救急・救助の現況」

### （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43.2%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（H28）



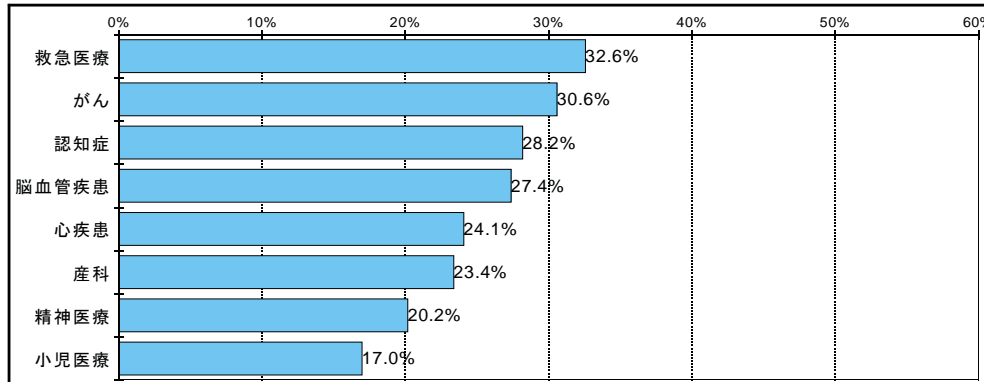
〔資料〕総務省消防庁「救急・救助の現況」

### （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（平成28年）」では、「不足している医療分野」として32.6%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（H28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、平成21年2月からドクターヘリの運航を開始し、出動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的運用や茨城県、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。

平成28年度のドクターヘリ出動件数は776件であり、平成24年度からの5年間では800件前後で推移しています。なお、ドクターカーの出動件数との合計では年々増加しています。

### ドクターヘリ出動状況

出動区分	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度	25年度	26年度	27年度	28年度	合計
救急現場	17	229	406	521	607	673	647	630	564	4,294
転院搬送	7	80	68	81	69	56	63	61	59	544
キャンセル等	2	14	49	74	94	114	171	178	153	849
出動件数合計	26	323	523	676	770	843	881	869	776	5,687

### ドクターカー出動状況

区分	24年度	25年度	26年度	27年度	28年度	合計
出動件数	前橋	4	34	109	104	610
	高崎	—	169	363	407	1,378
	計	4	203	472	511	1,988

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、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、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、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。

## 2 救命医療（第三次救急医療）

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。

## 3 入院救急医療（第二次救急医療）

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ます。

- (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。

## 4 初期救急医療

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。

## 5 救命期後医療

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。

## 6 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」(平成29年版)によると、平成28年の本県における急病のうち精神系の疾患の人数は1,394人(2.7%)であり、平成23年の1,628人(3.4%)から若干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。

## 具体的施策

### 1 救護

- (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事業、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）**

- (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）**

- (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**

- (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**

- (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」に取り組めます。

**【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**

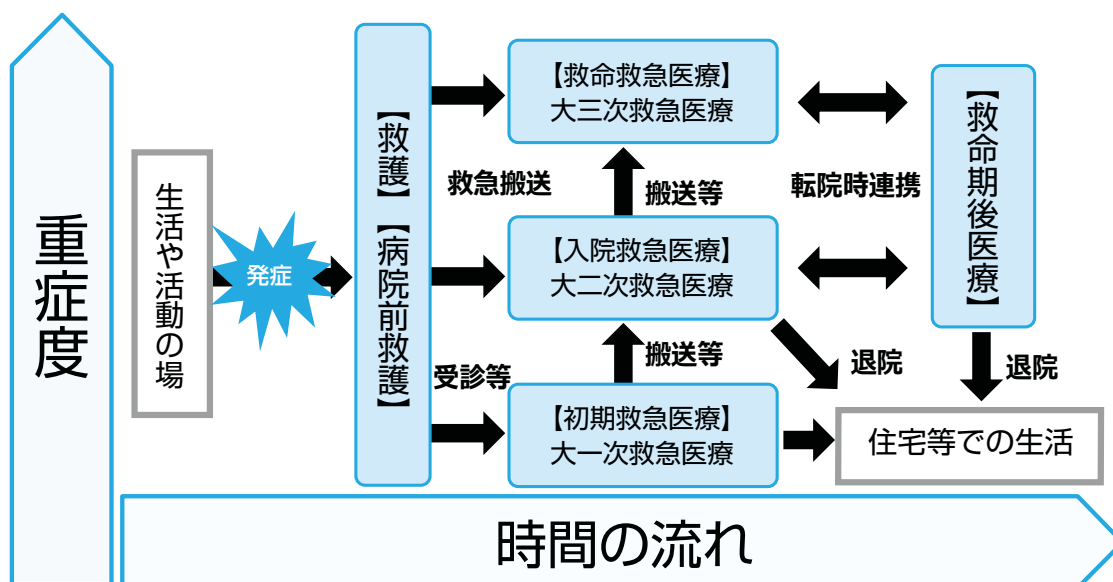
第4章2節5「精神疾患」参照

数値目標

No.	項目	現状		目標	
		数値	年次	数値	年次
1 救護					
①	住民の救急蘇生法講習の受講率(人口1万人対)	94人	H28	94人	H35
2 救護・救命医療					
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	36.6分	H28	36.6分	H35
3 救命医療					
③	救命救急センターの数	4か所	H29	4か所	H35
④	救命救急センターの充実度評価A以上の割合	100.0%	H29	100.0%	H35
4 救護・救命医療・入院救急医療					
⑤	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)	151件 (1.8%)	H27	150件 (1.8%)	H35
5 救護・救命医療・入院救急医療・初期救急医療・救命後の医療					
⑥	心肺機能停止傷病者の1ヶ月後の予後(生存率)	13.6%	H28	13.6%	H35

※目標の根拠：現状を維持  
 ※目標年次のH35は2023年のこと

救急医療の医療連携体制



## 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。

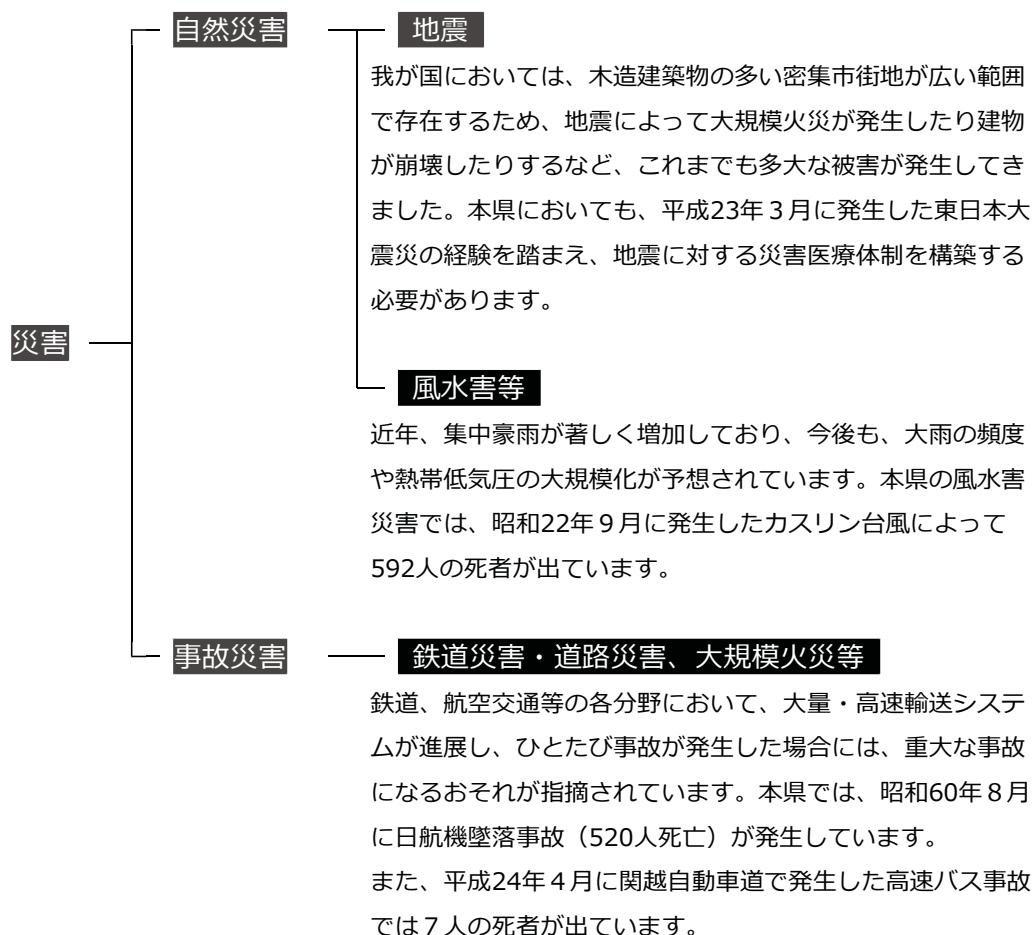
### 現状と課題

#### 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

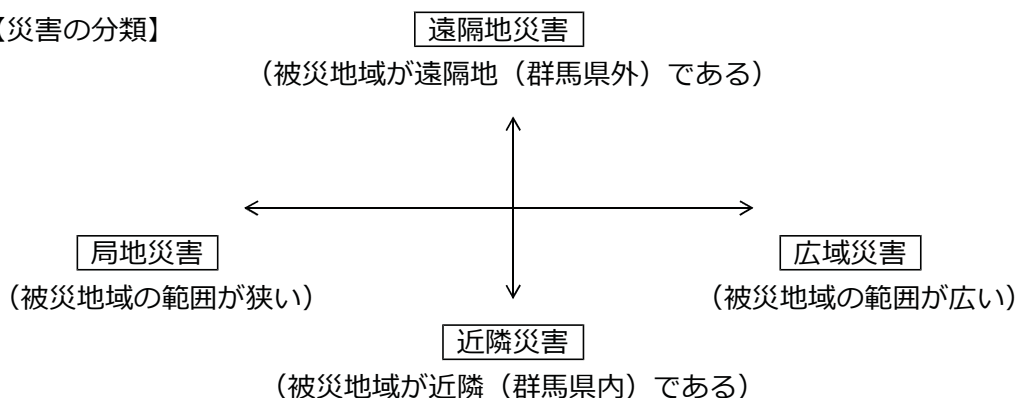
災害は、地震、風水害、火山災害、雪害等などの自然災害と、航空災害、鉄道災害、道路災害、大規模火災などの事故災害（人為災害）に分類されます。





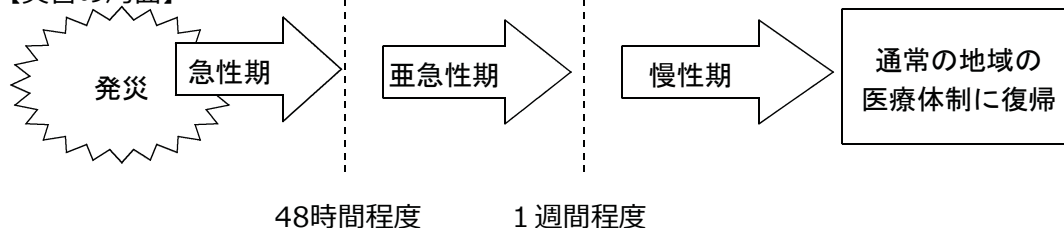
また、災害は、発生場所によって遠隔地災害と近隣災害に、被災地の範囲によって広域災害と局地災害に分類されます。

【災害の分類】



このほか、発災時からの時間経過による災害の局面〈フェーズ〉として、急性期、亜急性期、慢性期に分けられます。

【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	大正12年 9月	7.9	4	負傷者9人
西埼玉地震	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	平成16年10月	6.8	5	負傷者6人
東北地方太平洋沖地震	平成23年 3月	9.0	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	昭和22年 9月	死者592人、負傷者1,231人
キティ台風	昭和24年 8月	死者44人、負傷者89人
台風7号	昭和34年 8月	死者7人、負傷者26人
伊勢湾台風	昭和34年 9月	死者10人、負傷者27人
台風26号	昭和41年 9月	死者15人、負傷者92人
台風15号	昭和56年 8月	死者1人、負傷者2人
台風10号	昭和57年 7月	死者5人、負傷者52人
台風15号	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	昭和7年10月	死者2人、負傷者7
浅間山 噴火	昭和22年 8月	死者11人
浅間山 噴火	昭和36年 8月	死者1人
草津白根山（本白根山） 噴火	平成30年 1月	死者1人 (平成30年1月末時点)

## 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	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	昭和59年12月	死者1人、負傷者131人
上野村御巢鷹の尾根旅客機墜落	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	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	平成24年 4月	死者7人、負傷者39人

## 1 災害拠点病院

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。

- (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
- ・ DMAT、医療救護班等の受入れ機能及びDMAT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】

(平成29年3月31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 を保有していること
- ・ 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
- ・ 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) 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、平成28年度末時点で50チームの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: 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	15
群馬大学医学部附属病院	4
群馬県済生会前橋病院	3
JCHO院病央中馬群	1
渋川医療センター	2
伊勢崎市民病院	2
伊勢崎佐波医師会病院	1
高崎総合医療センター	3
日高病院	2
公立藤岡総合病院	2
公立富岡総合病院	2
沼田病院	1
沼田脳神経外科循環器科病院	1
利根中央病院	2
原町赤十字病院	1
桐生厚生総合病院	2
太田記念病院	4
館林厚生病院	2
合 計	50

(チーム数は平成 29 年 3 月 31 日現在)

- (2) 厚生労働省「災害拠点病院の現況調査（平成 28 年度）」によると、本県の災害拠点病院における業務継続計画の策定率は 23.5%（全国平均約 45%）となっており、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。
- (3) 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。
- (4) 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。

**2 災害拠点病院以外の病院**

- (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ります。

**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
平成26年 9 月	113	83	73.4%
平成27年 9 月	114	86	75.4%
平成28年 9 月	113	88	77.9%

厚生労働省「病院の耐震改修の状況の調査」



- (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 (平成 28 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 9.7% 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。

### 3 県

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
- ・ DMAT 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つたため、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）】** ……………  
ディーエーヒート  
 DHEAT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、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、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（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。
- (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。
- (7) 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。  
 より効果的・効率的に広域医療搬送を行うために、新たに広域医療搬送拠点の追加設置を検討することが重要です。
- (8) 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

- (9) 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。

**具体的施策****1 災害拠点病院****(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

### (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

- ・ EMIS 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 EMIS の操作を含む研修・訓練を実施 等

### (3) 業務継続計画の整備

- ・ 業務継続計画を未策定の病院に対し、策定を支援します。

…【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

## 3 県

### (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

数値目標

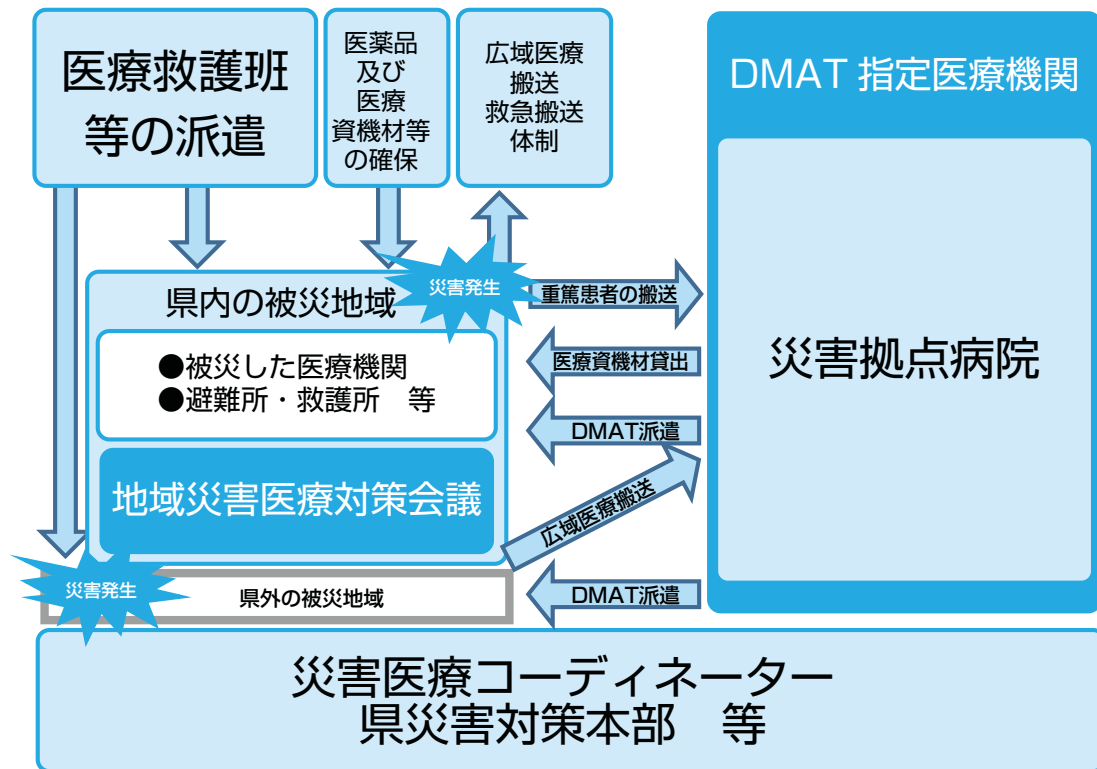
No.	項目	現状		目標	
		数値	年次	数値	年次
1 災害拠点病院					
①	業務継続計画を策定している病院の割合	23.5%	H28	100%	H30
②	災害時の医療チーム等の受入を想定し、関係機関・団体等との連携の上、保健所管轄区域や市町村単位等での地域災害医療対策会議のコーディネート機能の確認を行う訓練の実施回数	0回	H28	11回	H35
③	被災した状況を想定した災害実働訓練を実施した病院の割合	88.2%	H28	100%	H35
2 災害拠点病院以外の病院					
④	病院の耐震化率	77.9%	H28	90.2%	H35
⑤	業務継続計画を策定している病院の割合	9.7%	H28	50%	H35
⑥	EMISの操作を含む研修・訓練を実施している病院の割合	45.1%	H28	100%	H35
⑦	②に同じ	0回	H28	11回	H35
3 県					
⑧	DMATチーム数	50チーム	H28	64チーム	H35
⑨	災害拠点精神科病院の数	0病院	H28	1病院	H35
⑩	DPATチーム数	0チーム	H28	6チーム	H35
⑪	②に同じ	0回	H28	11回	H35
⑫	広域医療搬送拠点臨時医療施設の数	1か所	H28	2か所	H35

※目標の根拠：①災害拠点病院の指定要件、②⑦⑩全11地域で実施、③全ての災害拠点病院で実施、④1年に2病院増加、⑤全体の半数の病院、⑥全病院が実施、⑧1年に2チーム増加、⑨新たに1か所整備、⑩初動期から応急期の活動を想定したチーム数、⑫現状から1か所増加

※目標年次のH30は2018年、H35は2023年のこと



災害医療の医療連携体制



## 8 へき地医療の医療連携体制構築の取組

- へき地医療を担う医師等の育成・確保に取り組みます。
- へ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。
- へ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。

### 現状と課題

#### 概況

#### (1) へき地とは

本計画において「へき地」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) へき地医療の現状

へ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) 本県のへき地

県「無医地区等調査（平成29年7月）」によると、県内には、7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、5か所の準無歯科医地区、9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					
高崎・安中	高崎市		川浦・権田		川浦・権田		
藤岡	神流町		八倉・橋倉・山室				
	上野村					村内全域	
富岡	南牧村		村内全域		村内全域		
吾妻	中之条町					四万 旧六合村	
	長野原町				応桑・北軽井沢	応桑・北軽井沢	
	嬭恋村	万座			万座		
		浅間開拓			浅間開拓		
		中原・山梨・大平					
	高山村					村内全域	
東吾妻町		高日向		高日向			
沼田	沼田市	穴原		穴原			
	みなかみ町	赤谷		赤谷			
		入須川		入須川			
			藤原		藤原		
						笠原	
						東峰	
				恋越			
6医療圏	12市町村	7地区 無医地区等 計12地区	5地区	5地区 無歯科医地区等 計10地区	5地区	9地区	

#### (4) へき地医療体制

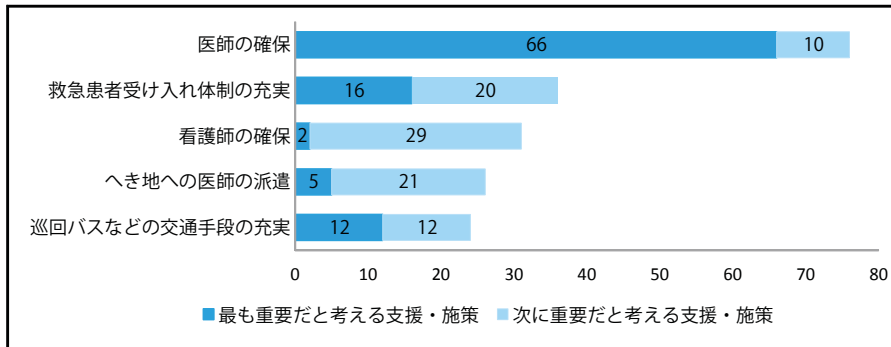
県内には、9か所のへき地診療所と3か所のへき地歯科診療所、3か所のへき地医療拠点病院が存在し、へき地診療やへき地診療への支援を行っています。

### 1 へき地における医師等の確保

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となっています。

- (1) 県「医療施設機能調査（平成28年度）」によると、「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「救急患者受け入れ体制の充実」、「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 (H28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（平成28年）」によると、本県の就業看護職員数（人口10万対）は1,371.9人と、全国平均（1,228.7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。

### 2 へき地における保健指導

高齢化が進むへき地にあっては、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。

### 3 へき地における医療提供

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となっています。

#### (1) へき地診療所等

へき地診療所とは、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、かつそのへ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、県内にへき地診療所が9か所、へき地歯科診療所（へ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	S51.5
	安中市	公立碓氷病院入山出張診療所	S36.8
藤岡	上野村	上野村へき地診療所	S44.7
	神流町	万場診療所	S61.7
	神流町	神流町国民健康保険直営中里診療所	S27.5
吾妻	中之条町	四万へき地診療所	S51.4
	中之条町	六合診療所	S37.5
	長野原町	長野原町へき地診療所	S48.2
	東吾妻町	東吾妻町国民健康保険診療所	S27.1

#### 〈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	S51.5
	神流町	神流町歯科診療所	H25.8
吾妻	中之条町	六合診療所	H7.9

- (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（平成28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。

#### 4 へき地における医療提供の支援

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す。

##### (1) へき地医療拠点病院

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しています。県内には3か所のへ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	へき地医療活動	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	・上野村へき地診療所 ・神流町国保中里診療所 ・万場診療所 ・四万へき地診療所 ・六合診療所 ・長野原町へき地診療所 ・東吾妻町国保診療所 等
沼田	沼田病院	・へき地への巡回診療	・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	・へき地への巡回診療	・みなかみ町（旧新治村） 赤谷地区、藤原地区 等

##### (2) へき地医療を支援する機関等

###### ア へき地医療支援機構

へき地保健医療政策の中心的機関として、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・調整等を行っています。

###### イ へき地保健医療対策に関する協議の場

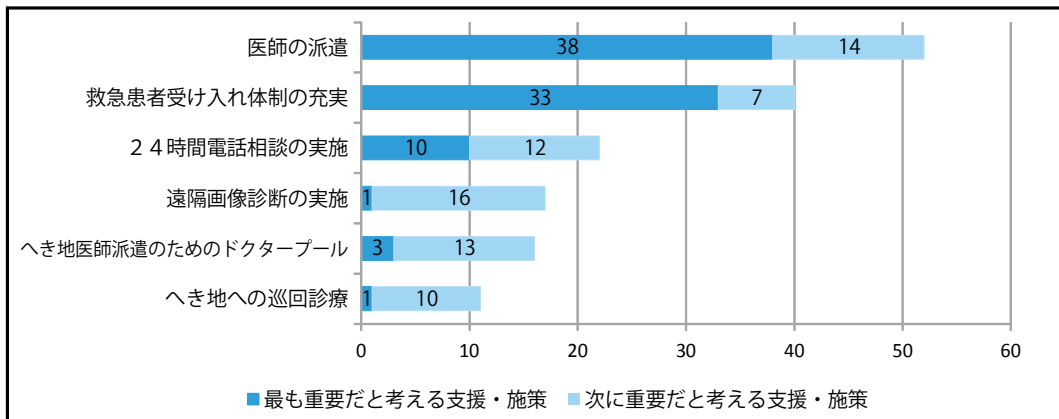
へき地医療支援機構の専任担当医師、へき地医療拠点病院、県医師会、関係市町村、大学医学部関係者等により構成し、へき地保健医療対策にかかる総合的な意見交換・調整等を実施しています。



(3) 県「医療施設機能調査（平成28年度）」によると、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、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による搬送体制の充実が必要となっています。

**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（H28年度）」

**具体的施策**

**1 へき地における医師等の確保**

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) へき地医療を担う医師の動機付け

- ・ 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の周知活動を推進し、へ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、自治医科大学学外体験実習 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 へき地における保健指導

(1) へ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

- ・ へ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 へき地における医療提供

(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】

へき地診療所運営費補助、医療施設・設備整備費補助 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】

群馬縣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】**

へき地歯科診療所運営費補助、医療施設・設備整備費補助 等

**4 へき地における医療提供の支援****(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。
- ・ 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。

**【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、へき地保健医療対策にかかる協議会の開催 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】

ドクターヘリ運航経費補助の実施、症例検討会 等

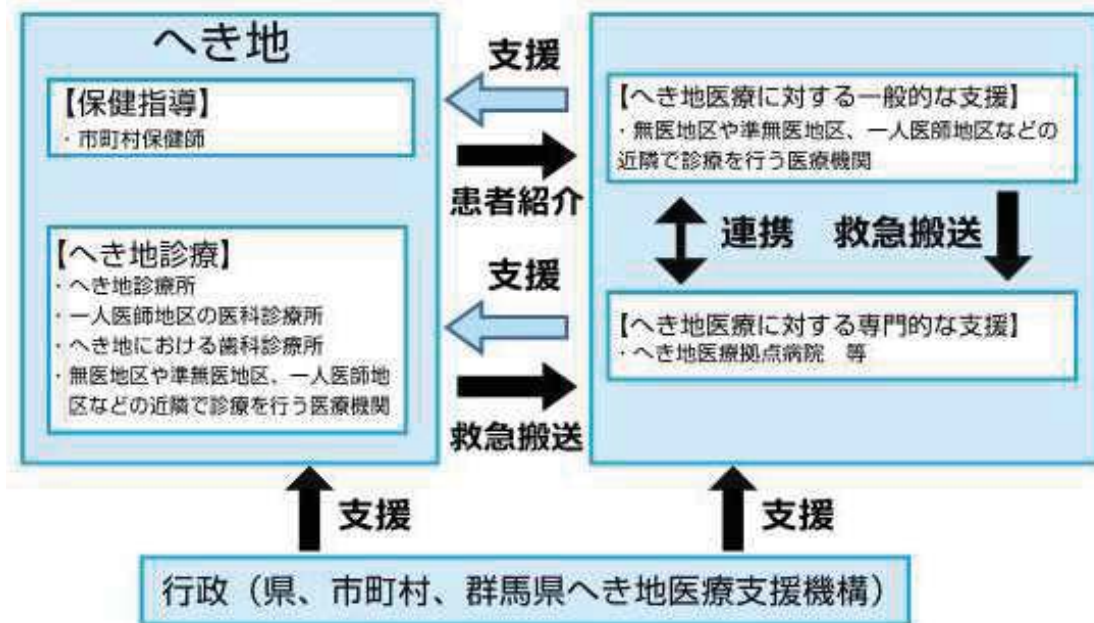
数値目標

No.	項目	現状		目標	
		数値	年次	数値	年次
1	へき地における医師等の確保				
①	へき地診療所への派遣医師数	6人	H28	6人	R5
2	へき地における医療提供				
②	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%	R1	100%	R5
3	へき地における医療提供の支援				
③	へき地医療拠点病院からへき地への巡回診療実施回数	155回/年	H28	155回/年	R5
④	代診医師派遣要請に対する応需率	100%	H28	100%	R5

※目標の根拠：①～④現状維持

※目標年次のR5は2023年のこと

へき地医療の医療連携体制



## 9 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。
- NICU 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。

### 現状と課題

#### 概況

##### (1) 分娩件数

厚生労働省「人口動態調査（平成 28 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 13,817 件で、6 年前の 16,251 件と比べ 15.0% 減少しています。また、県「医療施設機能調査（平成 28 年度）」によると、平成 27 年度に県内の医療機関が取り扱った分娩件数は 15,409 件で、人口動態調査結果（平成 27 年、14,425 件）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（平成 28 年）」によると、出生の場所は、病院 50.9%、診療所 48.8% で、6 年前（病院 48.7%、診療所 51.0%）と比べ、病院での出生の割合が増加しています。

複産の割合は、1.2%（単産 13,644 件、複産 172 件）で、6 年前の 1.0%（単産 16,082 件、複産 169 件）とほぼ同じです。

県「医療施設機能調査（平成 28 年度）」によると、平成 27 年度の帝王切開術の割合は 19.4%（2,992 件）となっています。

##### (2) 出産年齢

厚生労働省「人口動態調査（平成 28 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 3,633 人（26.6%）で、6 年前の 3,659 人（22.8%）と比べ、出生数（総数）が減少する中でも数は減少しておらず、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（平成 28 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 1,234 人（9.0%）で、6 年前の 1,503 人（9.4%）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（平成28年）」によると、周産期死亡率（出産千対）は3.5で、減少傾向にあり、全国（3.6）を下回っています。

周産期死亡のうち、妊娠22週以降の死産率は2.8（全国2.9）、早期新生児死亡率は0.7（全国0.7）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（平成28年）」によると、妊産婦死亡は、直近では平成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、平成29年4月現在39施設であり、平成19年の50施設から11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（平成28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152人で、6年前の162人と比べ、6.2%減少しています。このうち、病院勤務医師数は91人で、6年前の87人と比べ、4.6%増加しています。

ただし、県「医療施設機能調査（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（平成28年）」によると、県内の医療施設に従事する小児科医師数は293人で、6年前の274人と比べ、6.9%増加しています。このうち、病院勤務医師数は154人で、6年前の130人と比べ、18.5%増加しています。

ただし、県「医療施設機能調査（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（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（平成28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416人で、6年前の350人と比べ、18.9%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、6年前の19人と比べ、10.5%増加しています。

### (11) 救急搬送数

総務省消防庁「平成27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（平成27年）は81,340件で、平成23年の76,987件と比べ、5.7%増加しています。このうち、産科・周産期傷病者は632件（救急搬送数に占める割合0.8%）で、平成23年の576件（同0.7%）と比べ、数・率ともに増加しています。また、産科・周産期傷病者の転院搬送は389件（産科・周産期傷病者の搬送数に占める割合61.6%）で、平成23年の373件（同64.8%）と比べ、数は増加していますが、率は減少しています。

### (12) 県民ニーズ

県「保健医療に関する県民意識調査（平成28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23.4%が「産科」と回答しています。特に20代女性では46.4%、30代女性では53.4%と、同年代の回答のトップとなっています。

## 1 一般分娩取扱医療機関

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、平成29年4月現在27施設（うち助産所2施設）であり、平成19年の38施設（うち助産所2施設）から11施設減少しています。また、県「群馬県の周産期医療に係る調査（平成26年）」では、平成37年（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施設あり、（うち2施設は平成29年4月現在、分娩中止）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。

## 2 地域周産期母子医療センター

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、本県独自の体制として、協力医療機関に認定しています。

- (2) 地域周産期母子医療センター7施設のNICU43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3施設の27床であり、残り4施設の16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。

### 3 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課題です。

- (1) 本県では県立小児医療センターにMFICU（母体・胎児集中治療室）6床、NICU15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。

### 4 療養・療育支援、妊産婦支援

NICU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NICUの稼働率（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（県医務課調べ）は平成28年3月現在118施設、訪問看護事業所は88施設ありますが、うち平成28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（平成27年度）」によると、分娩後の妊娠届出者数（未受診妊婦）は18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（平成28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352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。

## 具体的施策

### 1 一般分娩取扱医療機関

#### (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

#### (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**

(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****(1) 療養・療育環境及び小児等在宅医療への移行支援**

- ・ 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】**

NICU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】**

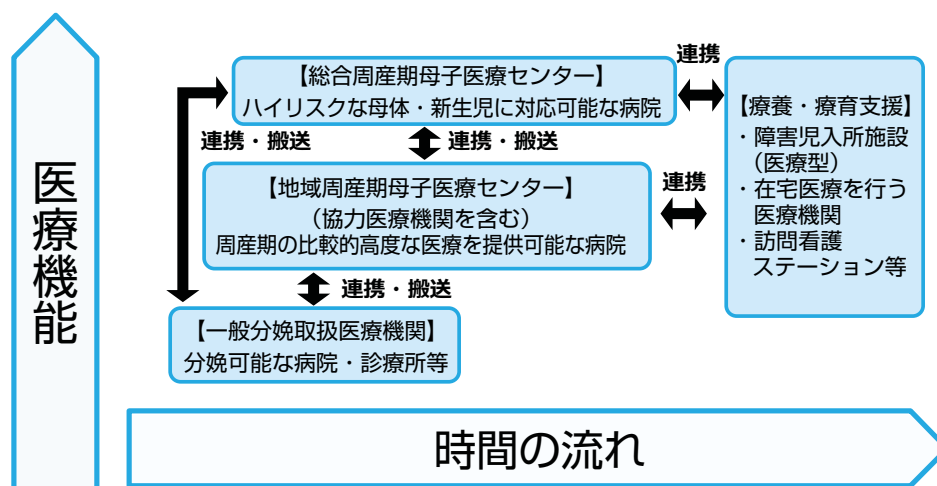
群馬県妊産婦支援事業、産後ケア事業の実施 等

数値目標

No.	項目	現状		目標	
		数値	年次	数値	年次
1 一般分娩取扱医療機関					
①	一般分娩取扱施設数（助産所を含む）	27か所	H29	23か所以上	H35
2 地域周産期母子医療センター・総合周産期母子医療センター					
②	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）	4.3人	H27	5人以上	H35
③	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）	4.2人	H27	5人以上	H35
④	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	4件	H27	3件以下	H35
⑤	周産期死亡率	3.5	H28	3.5以下	H35
3 総合周産期母子医療センター					
⑥	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）	0床	H29	6床	H35
4 療養・療育支援、妊産婦支援					
⑦	在宅医療未熟児等一時受入日数（のべ日数）	132日	H28	150日以上	H35

※目標の根拠：①過去10年間と比べ減少率を低減、②増加、③増加、④減少、⑤減少又は現状を維持、⑥総合周産期母子医療センターに求められる病床数、⑦概ね10%の増加  
 ※目標年次のH35は2023年のこと

周産期医療の医療連携体制



## 10 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。

### 現状と課題

#### 概況

##### (1) 推計患者数

厚生労働省「患者調査（平成26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12,600人（入院500人、外来12,100人）で、6年前の12,900人（入院500人、外来12,400人）と比べ、2.3%減少しています。

小児人口10万人当たりの推計患者数は、4,890人（入院194人、外来4,696人）で、6年前の4,531人（入院176人、外来4,355人）と比べ、総数で7.9%増加しています。また、全国（4,766人（入院195人、外来4,343人））を総数で2.6%上回っています。

##### (2) 小児の死亡率

厚生労働省「人口動態調査（平成28年）」によると、本県の小児の死亡率（人口10万対）は19.5で、6年前の26.9と比べ減少しています。また、全国（22.1）を下回っています。

なお、新生児死亡率（生後4週未満、出生千対）は0.9、乳児死亡率（1歳未満、出生千対）は1.6、幼児死亡率（5歳未満、人口10万対）は42.8で、6年前（新生児死亡率1.1、乳児死亡率2.2、幼児死亡率61.1）と比べ、全て減少しています。また、全国（新生児死亡率0.9、乳児死亡率2.0、幼児死亡率53.5）を全て下回っています。

##### (3) 小児科を標榜する医療機関数

県「医療施設機能調査（平成28年度）」によると、本県の小児科を標榜する医療機関は356施設（病院40施設、診療所316施設）で、平成20年の368施設（病院44施設、診療所324施設）と比べ、3.3%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（平成28年）」によると、県内の医療施設に従事する小児科医師数は293人で、6年前の274人と比べ、6.9%増加しています。

このうち、病院勤務医師数は154人で、6年前の130人と比べ、18.5%増加していますが、県「医療施設機能調査（平成28年度）」によると、小児二次医療を担う地域小児科センターに従事する当直可能な常勤の小児科医師数は66人で、平成20年度（66人）から増えていません。

### (5) 救急搬送数

総務省消防庁「救急・救助の現況（平成29年度版）」によると、本県の救急搬送数（平成28年）は82,621件で、平成23年の76,987件と比べ、7.3%増加しているものの、18歳未満では7,252件で、平成23年の7,493人と比べ、3.2%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8.8%で、全国（8.6%）を上回っています。

## 1 相談支援等

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（平成28年度）によると、重症の小児救急患者に対応する地域小児科センター（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88.8%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、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、受付時間の拡充等に伴い増加傾向にあります（平成22年度：13,412件→平成28年度：24,476件）。電話が繋がらない（通話中となる）場合があるため、必要な回線数（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（平成22年度：21,645人→平成28年度：14,701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よう、広く周知していくことが必要です。

## 2 一般小児医療（小児初期医療）

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（平成28年）」によると、保護者の76.8%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。  
また、かかりつけ医の83.1%が診療所の医師となっています。
- (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、地域小児科センター（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（地域振興小児科）の確保が課題です。

### 3 地域小児科センター（小児二次医療）

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（平成28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(12病院)の当直可能な常勤の小児科医師数は66人で、平成20年度(13病院で66人)から増えていません。
- (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。

### 4 中核病院小児科（小児三次医療）

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) 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（平成27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862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。



## 5 療養・療育支援、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) 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、平成28年度末現在434人、経管栄養や口腔・鼻腔内吸引等の医療的ケアが必要な幼児・児童・生徒の数（県教育委員会調べ、特別支援学校在籍者（訪問教育を含む）の数）は平成28年5月現在147人となっています。
- (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（県医務課調べ）は平成28年3月現在118施設、訪問看護事業所は88施設ありますが、うち平成28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。

### 具体的施策

#### 1 相談支援等

##### (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）

##### (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

**3 地域小児科センター（小児二次医療）****(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) 地域小児科センター（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、地域小児科センター（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**

- ・ 地域小児科センター（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 中核病院小児科（小児三次医療）****(1) 中核病院小児科（小児三次医療）の機能充実**

- ・ 中核病院小児科（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）、地域小児科センター（小児二次医療）、療養・療育支援及び小児等宅医療、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**

- ・ 中核病院小児科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。
- ・ 中核病院小児科及び地域小児科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

(1) 療養・療育及び小児等在宅医療にかかる環境整備

- ・ 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】

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、県ホームページによる小児等在宅医療に対応可能な医療機関等の情報提供など）の実施、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

数値目標

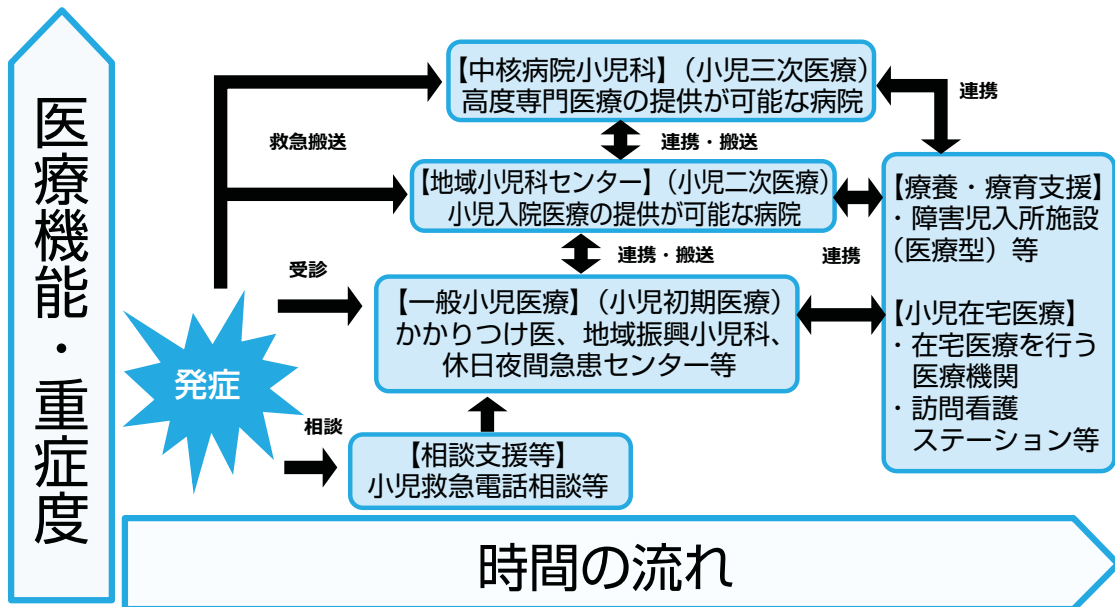
No.	項目	現状		目標	
		数値	年次	数値	年次
1 相談支援等					
①	小児救急電話相談の相談件数（小児人口千対）	99.4件	H28	110件以上	H35
②	小児救急医療支援事業取扱患者数（小児人口千対）	59.7人	H28	55人以下	H35
2 一般小児医療（小児初期医療）					
③	休日・夜間急患センター等の診療に参加した小児科診療を行う医療機関数	206か所	H27	206か所以上	H35
3 地域小児科センター（小児二次医療）					
④	小児救急搬送症例のうち受入困難事例（搬送先の照会回数が4回以上）の件数	80件	H27	79件以下	H35
⑤	地域小児科センター（小児二次医療）における当直可能な常勤小児科医師数	66人	H28	67人以上	H35

No.	項目	現状		目標	
		数値	年次	数値	年次
4	中核病院小児科（小児三次医療）				
⑥	乳児死亡率（出生千対）	1.6	H28	1.6未満	H35
5	療養・療育支援、小児等在宅医療				
⑦	小児等在宅医療に対応した医療機関数	19か所	H28	30か所以上	H35
⑧	小児等在宅医療に対応した訪問看護事業所数	24か所	H28	30か所以上	H35

※目標の根拠：① 10% の増加、② 10% の減少、③ 現状を維持、④ 減少、⑤ 増加、⑥ 減少、⑦ 50% の増加、⑧ 25% の増加

※目標年次の H35 は 2023 年のこと

小児医療の医療連携体制







## 第3節 地域包括ケアシステムの推進

### 1 地域包括ケアシステムの推進

#### (1) 総論

##### 背景

本県の65歳以上の人口は、県統計課「年齢別人口統計調査（平成28年）」によると、55.2万人、高齢化率（総人口に占める65歳以上の高齢者数の割合）は28.3%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（平成25年）」によると、平成37年（2025年）には58.3万人、高齢化率は31.3%になり、約3人に1人が高齢者になることが推計されています。

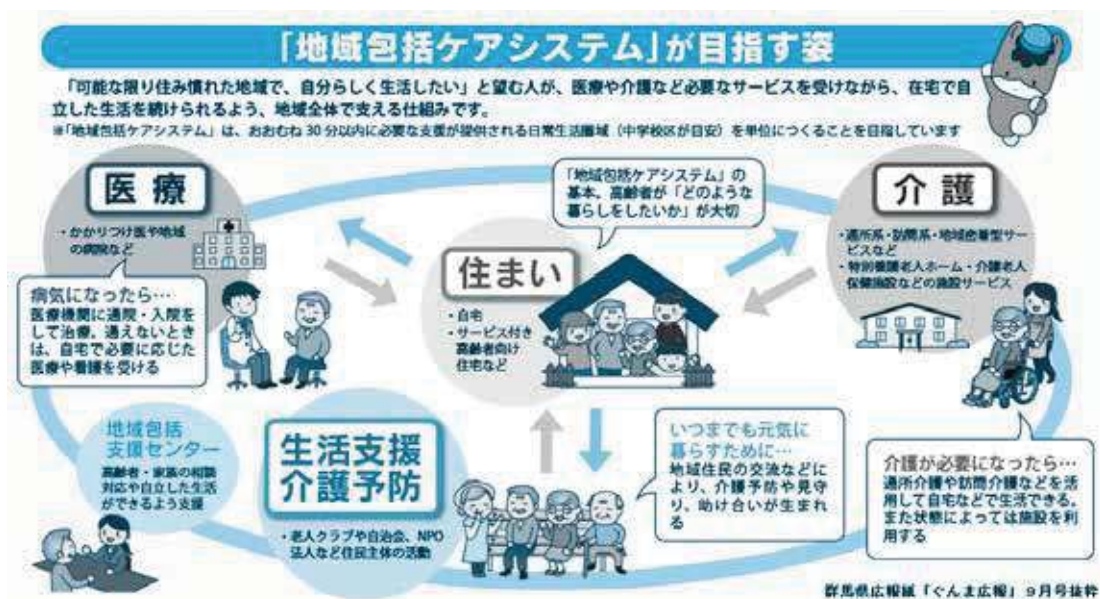
特に、団塊の世代全てが75歳以上となる平成37年（2025年）には、75歳以上の人口が34.4万人になると推計されており、これに伴い、認知症高齢者、ひとり暮らし高齢世帯等が急増することから、医療・介護や生活支援の需要がさらに高まると見込まれています。

一方、県「保健医療に関する県民意識調査（平成28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、全体の6割を超えています。

##### 地域包括ケアシステムの推進

団塊の世代が75歳以上となる平成37年（2025年）を目途に、重度の要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、医療・介護・介護予防・住まい・生活支援の5つのサービスが切れ目なく提供される地域包括ケアシステムを構築し、推進していきます。

また、今後、この考え方を深化させ、制度・分野ごとの縦割りや「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が「我が事」として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて「丸ごと」つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく「地域共生社会」を実現していく必要があります。



（出典：群馬県広報誌「ぐんま広報」平成27年9月号抜粋）

## 取組の方向性

地域包括ケアシステムの構築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) 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、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）等の介護関係職種の間が多職種連携を推進します。

### (2) 介護予防の推進

高齢者ができる限り要介護状態にならず、健康を維持しながら自立した生活を送るため、また、要介護状態等になった場合であっても、その状態を悪化させないようするための介護予防の取組は、高齢者個人の生活の質（クオリティ・オブ・ライフ）を高めるだけでなく、社会全体にとっても重要な課題です。

このため、リハビリテーション専門職等を生かした、地域リハビリテーションの推進、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) 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

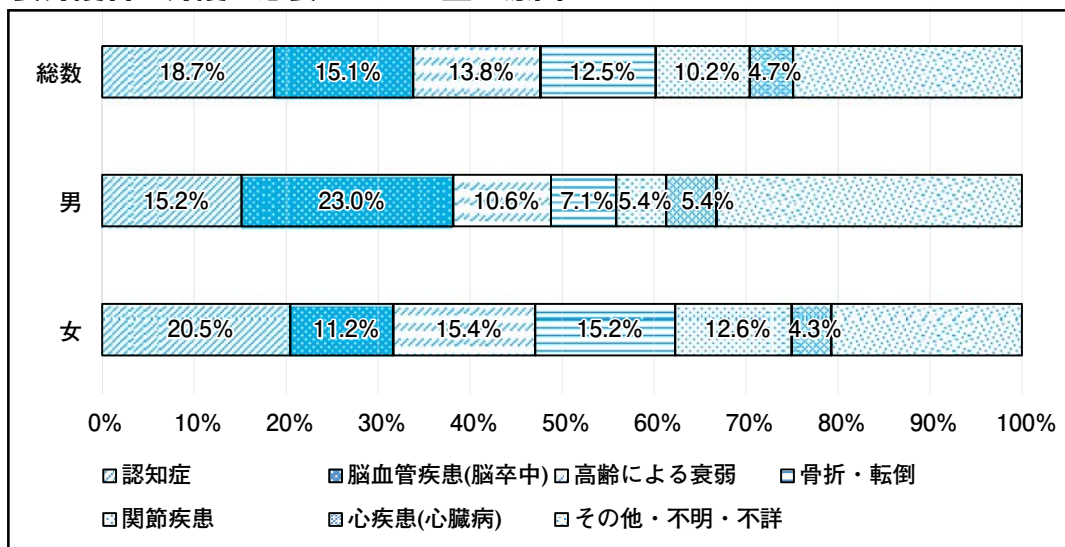
現状と課題

ア 介護保険法の改正により、全市町村が保険者機能を発揮し、自立支援・重度化防止に取り組む仕組みの構築が求められています。

イ 厚生労働省「国民生活基礎調査（平成28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18.7%と最も多く、次いで「脳血管疾患」15.1%、「高齢による衰弱」13.8%、「骨折・転倒」12.5%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36.5%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19.8%となっており、予防可能と思われる原因が56.3%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(H28年)」

ウ 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サポーターは、平成28年度末現在9,200人養成されています。

施策の方向

ア 高齢者が要介護状態になることを予防するとともに、要介護状態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ための体制整備を進めます。

高齢者のフレイルやロコモティブシンドローム等の介護予防対策、生活習慣病予防対策を強化するため、栄養管理や咀嚼、嚥下等歯科口腔機能の向上のため多職種連携に努めます。

イ 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の支援を行うとともに、多職種協働による自立支援型地域ケア個別会議が円滑に開催できるよう体制整備を進めます。

ウ 地域における介護予防の取組を機能強化するために、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、住民主体の通いの場等へのリハビリテ



ション専門職等の関与を促進します。

### (3) 地域リハビリテーション

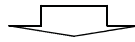
#### 現状と課題

- ア 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)
- イ 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、在宅療養の各ステージごとに、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。
- ウ 厚生労働省「医療施設（静態）調査（平成26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86施設、一般診療所は128施設となっています。
- また、平成29年4月1日現在、介護保険指定事業所は、(介護予防)訪問リハビリテーション事業所が150施設、(介護予防)通所リハビリテーション事業所が195施設あります。
- エ 厚生労働省「病院報告（平成28年）」によると、県内の病院に勤務している理学療法士は1,149.0人、作業療法士は676.1人、言語聴覚士は251.6人となっています。(いずれも常勤換算数)
- オ 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。(平成30年3月1日現在)
- カ 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。
- キ 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）の考え方に基づき、「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。
- ク 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。
- ケ 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。
- コ 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**

- ア** 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から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整備を推進します。
- イ** 地域リハビリテーションの実践には、保健・医療・福祉・介護等の多職種による連携が不可欠であるため、関係機関・団体に対し、地域リハビリテーションの重要性を周知し、連携強化を図ります。
- ウ** 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。
- エ** 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アプローチを推進します。
- オ** 健康増進や介護予防の取組が、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「介護予防サポーター」等のボランティアの養成や活動を支援します。
- カ** 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。
- キ** 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) 総合的な認知症施策

##### 現状と課題

---

- ア 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、本県では平成37年には11万人以上（高齢者の5人に1人）になるとしています。
- イ 認知症サポート医は平成28年度末現在90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ます。
- ウ 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平成29年4月1日現在13か所（中核型：1、地域拠点型：11、連携型：1）で、県内全域に設置されています。
- エ 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。

##### 施策の方向

---

- ア 早期発見・早期対応を軸とした医療・介護等の有機的連携による「認知症になっても住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができる社会」を目指した施策に取り組みます。
- イ 認知症に対する理解の促進と家族に対する支援として、市町村による認知症サポーター養成支援や本人と家族の会への支援を行います。
- ウ 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。
- エ 若年性認知症施策の強化のため、若年性認知症支援事業を行います。
- オ 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。

## 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。

### 現状と課題

#### 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（平成28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（令和元年）」及び県「年齢別人口統計調査（令和元年）」によると、本県の高齢者人口割合は29.8%（分母から年齢不詳の数を除いている）（全国28.4%）、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年）」及び「日本の地域別将来推計人口（平成30年）」によると、令和7年（2025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（平成30年度暫定値）」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9万8千人ですが、県介護高齢課調べでは、令和7年（2025年）には約11万6千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

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（平成29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58か所であり、人口10万人当たりの数は3.0か所（全国2.9か所）で全国平均を上回っていますが、第7次群馬県保健医療計画で定めた目標（86か所）には達していません。

厚生労働省「レセプト情報・特定健診等情報データベース（平成30年度）」によ

ると、退院支援を実施（入退院支援加算を算定）している病院・診療所数は53か所以上です。

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。県地域包括ケア推進室調べ（令和元年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13.2%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（平成28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90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85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（平成28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

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、進行管理を行います。

- ・H27年度策定：渋川保健福祉事務所 1地域
- ・H28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
- ・H29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（ア）から（ク）の取組を実施しており、以下の特に（エ）及び（ク）の項目について推進するため、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】

- （ア）地域の医療・介護資源の把握
- （イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
- （ウ）切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進

- (エ) 医療・介護関係者の情報共有の支援
- (オ) 在宅医療・介護連携に関する相談支援
- (カ) 医療・介護関係者の研修
- (キ) 地域住民への普及啓発
- (ク) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

(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います。

県は、市町村における事業の円滑な実施のため、広域調整など、市町村の支援に取り組みます。

## 2 日常の療養支援

**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（平成30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487か所以上です。

厚生労働省「医療施設静態調査（平成29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17,889件で、人口10万人当たり912.7件（全国平均969.2件）となっています。

また、平成29年の同調査において、平成29年10月1日現在の本県の在宅療養支援診療所届出数は231か所（全国13,445か所）で人口10万人当たり11.8か所（全国平均10.6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、訪問診療の実施件数は下回っているほか、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、平成29年の同調査において訪問診療を実施している病院数は40か所、診療所数は387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（令和元年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3,081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159.0人（全国平均228.9人）となっています。

厚生労働省「介護給付費等実態統計（平成30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12,400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635.9人（全国平均652.1人）となっています。

平成30年度と同調査では、訪問看護事業所数は200か所、人口10万人当たりの訪問看護事業所数は10.3か所（全国平均9.3か所）となっています。

訪問看護ステーション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・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「医療施設静態調査（平成29年）」によると、訪問歯科診療（居宅又は施設）を実施している歯科診療所数は183か所で、前回調査（平成26年）の200か所と比べて減少しています。

一方で、訪問歯科診療を実施している病院・診療所数のうち、訪問口腔衛生指導を実施している病院・診療所数の割合は約4分の1となっていることから、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

薬の飲み忘れや誤った服薬のほか重複投与による相互作用を防止するため、薬歴管理の一元化、服薬指導、薬剤の保管状況の管理が求められています。

県では、これらのことを適切に行うため、日常生活圏域に1か所以上の健康サポート薬局を設置し、効率的に患者の服薬指導等を実施できる体制を整備しています。

令和2年9月の在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局は794か所、令和2年3月31日時点での健康サポート薬局届出件数は27件（中核市設置薬局を含む）となっています。

薬歴管理の一元化、服薬指導、薬剤の保管状況の管理など、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、かかりつけ薬局の普及推進が課題となっています。

#### 【健康サポート薬局について】

##### 1 位置づけ

医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施行規則第1条第5項第10号に規定



## 2 概要

かかりつけ薬剤師・薬局の基本的な機能を有し、地域住民による主体的な健康の維持・増進を支援する機能を合わせ持った薬局

### ○かかりつけ薬剤師・薬局の基本的な機能

- ・服薬情報の一元的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導
- ・在宅医療への対応、24時間の対応
- ・かかりつけ医を始めとした医療機関等との連携

### ○地域住民の健康をサポートする機能

- ・地域における医療関係多職種との連携
- ・健康相談の受付や受診勧奨・関係機関の紹介
- ・医薬品や健康食品等の安全かつ適正な使用に関する助言

## (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（平成30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55か所となっています。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。

## 3 急変時の対応

県「保健医療に関する県民意識調査（平成28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35.9%、「往診してくれるかかりつけの医師がいない」が32.3%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（平成30年度）」によると、往診を実施している病院・診療所数は660か所以上です。

厚生労働省「医療施設静態調査（平成29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3,425件で、人口10万人当たり174.8件（全国平均164.4件）となっています。

また、平成29年の同調査において、1か月間（9月中）に往診を実施した病院数は23か所（全国1,661か所）、診療所数は388か所（全国20,851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21.0か所（全国平均17.8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) 24時間対応の訪問看護ステーション、緊急時の受入れ病床

県「医療施設機能調査（平成28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71病院・261診療所で、厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査（平成30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161か所となっています。

また、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。

#### 4 看取り

県「保健医療に関する県民意識調査（平成28年）」によると、「もし治る見込みのない病気がかり、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60.9%、「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41.1%、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58.8%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（平成30年）」によると、在宅（自宅及び老人ホーム）での死亡数は4,780人、死亡率は20.8%（全国平均21.7%）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（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（平成30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206か所以上です。

厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査（平成30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156か所で、人口10万人当たりで見ると8.0か所と全国平均（7.1か所）を上回っています。

県「医療施設機能調査（平成28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342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、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（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たい医療や受たくない医療、最期を迎えたい場所などについて身近な人と繰り返し話し合い、必要に応じて書面に残すなどのアドバンス・ケア・プランニング（愛称：人生会議）の普及啓発を図り、患者（本人）の意思決定を支援する体制の構築を進めていく必要があります。

#### 【アドバンス・ケア・プランニングについて】

##### 1 もしものときのために

誰でも、いつでも、命に関わる大きな病気やケガをする可能性があります。

命の危険が迫った状態になると、約70%の方が、医療やケアなど自分で決めたり望みを人に伝えたりすることができなくなると言われています。

もしものときのために、自らが望む医療やケアについて、前もって考え、繰り返し話し合い共有する取組を「アドバンス・ケア・プランニング（ACP）」と言います。

本人の心身の状態に応じて、かかりつけ医等から本人や家族等へ適切な情報の提供と説明がなされることが重要です。

##### 2 「人生会議」について

厚生労働省では、より馴染みやすい言葉となるよう、アドバンス・ケア・プランニング（ACP）を「人生会議」という愛称で呼ぶことにしました。また、11月30日（いい看取り・看取られ）を「人生会議の日」とし、人生の最終段階における医療・ケアについて考える日としています。

本県においても、県民に、「人生会議」の浸透を図ります。

## 5 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・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「(ウ)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「(オ)在宅医療・介護連携に関する相談支援」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) 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。

## 具体的施策

### 1 退院支援

#### (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（専門研修・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

#### (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、地域の実情に応じた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。
- 近年の災害の発生状況や、感染症の流行を踏まえ、災害・感染症発生時も、在宅医療を受けられるよう体制整備を進めるとともに、在宅医療に係る関係機関における支援・応援体制の構築に努めます。



## 【主な事業例】

在宅医療等基盤整備事業（専門研修・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 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等の充実**

- ・ 訪問歯科診療の充実に向けた取組とともに、訪問歯科診療や訪問口腔衛生指導の利用促進に向け、介護従事者も含め、普及啓発に取り組みます。
- ・ 薬歴管理の一元化、服薬指導、薬剤の保管状況の管理など、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、かかりつけ薬局の普及推進に取り組みます。
- ・ 訪問リハビリテーション等の充実に向けた取組とともに、訪問リハビリテーション等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****(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、退院調整ルールの進行管理 等

**4 看取り****(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、人生会議の県民向け普及啓発 等



**5 在宅医療・介護の連携体制及び在宅医療提供体制の構築推進**

**(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) 感染症対策における医療・介護連携の推進**

- 地域において、医療と介護の連携によって高齢者施設等における感染症の予防・対策を行うための仕組みづくりを支援します。

**(3) 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。

**(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、医療介護連携による感染症の予防・対策、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、ICTを活用した在宅医療・介護連携推進、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

**数値目標**

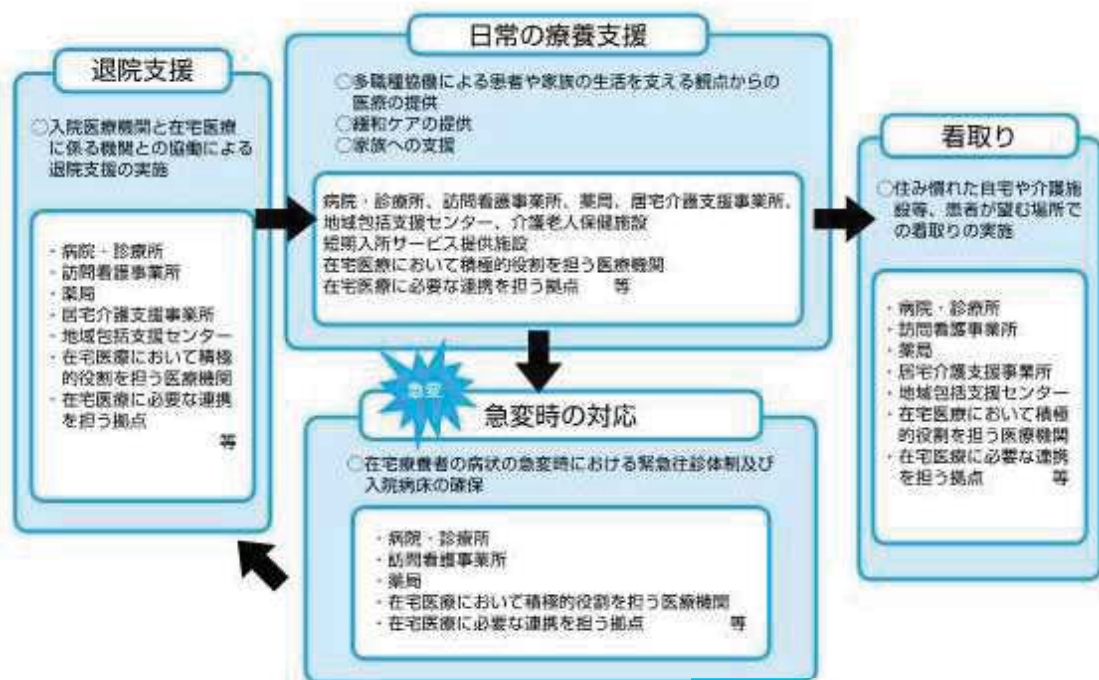
No.	項目	現状		目標	
		数値	年次	数値	年次
<b>1 退院支援</b>					
①	退院支援を実施（退院支援加算を算定）している病院・診療所数	53 か所以上	H30	62 か所以上	R5
②	退院調整ルールに係る退院調整漏れ率	13.2%	R1	10%未満	R5
<b>2 日常の療養支援</b>					
③	訪問診療を実施している病院・診療所数	487 か所以上	H30	519 か所	R5
④	訪問診療を実施している病院・診療所 1 か所当たりの患者数（1 か月当たりレセプト数）	19.1 人	H30	20.4 人	R5
⑤	訪問歯科診療（居宅又は施設）を実施している診療所数	183 か所	H29	234 か所	R5
⑥	訪問口腔衛生指導を実施している病院・診療所数	71 か所以上	H30	146 か所以上	R5
⑦	健康サポート薬局数	27 か所	R1	103 か所	R5
⑧	訪問看護事業所数	200 か所	R1	213 か所	R5

No.	項目	現状		目標	
		数値	年次	数値	年次
3 急変時の対応					
⑨	往診を実施している病院・診療所数	660 か所以上	H30	829 か所	R5
⑩	24 時間体制をとっている訪問看護ステーション数	161 か所	H30	187 か所	R5
4 看取り					
⑪	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	206 か所以上	H30	240 か所	R5
5 1～4 全般に関わる目標					
⑫	在宅療養支援診療所数	245 か所	R1	250 か所	R5

※目標の根拠：①1.24 倍（地域医療構想における「訪問診療」の令和 7 年（2025 年）の医療需要に、同構想の進展に伴い生じる追加的需要を加えた値(a)と、同構想の推計時点（平成 25 年度）の医療需要(b)とを比較し、年度推移を等比的に按分して算出した、平成 27 年度から令和 5 年度（2023 年度）までの伸び率）、②現状値未滿、③令和 2 年度(2020 年度)目標値を据え置き（平成 27 年度から令和 5 年度(2023 年度)までの伸び率 1.07 倍）、④1.24 倍（①と同率）を 1.07 倍（③と同率）で除した 1.16 倍(令和 3 年度から出典を変更し改めて設定)、⑤令和 2 年度(2020 年度)目標値を据え置き、⑥訪問歯科診療を実施している病院・診療所数に対する割合 50%、⑦令和 7 年（2025 年）に 141 か所（県内全ての日常生活圏域に 1 か所）、⑧1.20 倍（①と同様の考え方で算出した、平成 28 年度から令和 5 年度（2023 年度）までの伸び率）、⑨令和 2 年度(2020 年度)目標値を据え置き、⑩⑧の訪問看護事業所数に対する割合 88%、⑪1.24 倍（①と同率）、⑫第 7 次計画の目標値を据え置き

※目標年次の R5 は 2023 年のこと

在宅医療の医療連携体制



(出典：平成 28 年度厚生労働白書)

### 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

ア 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

ア 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

ア 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介護老人福祉施設（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

ア 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

- ア 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。
- イ 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

##### ア 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。

##### イ 介護老人保健施設

心身の状態に応じて、適切なり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。

##### ウ 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。

##### エ 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。

##### オ 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。

##### カ 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

---

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

---

###### ア 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。

###### イ 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。

###### ウ 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。