

議題（２）

◆ 次期福島県医療計画等について

資料 3

◆ 次期福島県医療計画の 基本的内容について（各論）

1 現 状

①主要死因別死亡率・年齢調整死亡率

②部位別のがん死亡割合（最新値のみ）

③がん検診受診率の推移

④がんの部位別罹患割合

⑤医療提供体制

医療圏	都道府県がん診療連携拠点病院（施設数）	地域がん診療連携拠点病院（施設数）	がん診療連携推進病院（施設数）	地域の小児がん診療を行う連携病院（施設数）	がんゲノム医療連携病院（施設数）
県北	1			1	1
県中		2	1		
県南		1			
会津・南会津		1			
相双					
いわき		1	1		
計	1	5	2	1	1

2 課 題

- (1) 年齢調整死亡率は減少傾向にあるが、がんの死亡率減少に向け更なる取組みが必要。

(2) がん予防のため、禁煙の推進や運動、望ましい食生活など、生活習慣病対策や感染症対策が必要。

(3) 全てのがん検診の受診率が目標未達成のため、引き続き受診率向上の取組みが必要。

(4) がん医療提供体制の確保

(5) 患者支援の充実

3 目指す姿・目標

- (1) がんの死亡率が減少すること。

(2) 生活習慣の改善やワクチン接種等の感染症対策によりがんを予防し、罹患率が減少すること。

(3) がん検診の受診率を向上させることで早期発見、早期治療につなぐこと。

(4) がん診療連携拠点病院を中心として医療提供体制を均てん化すること。

(5) 県内でも専門的かつ特化したがん医療を受けることができること。

(6) がん患者支援の治療との両立・社会参加の促進をすること。

4 必要となる医療機能

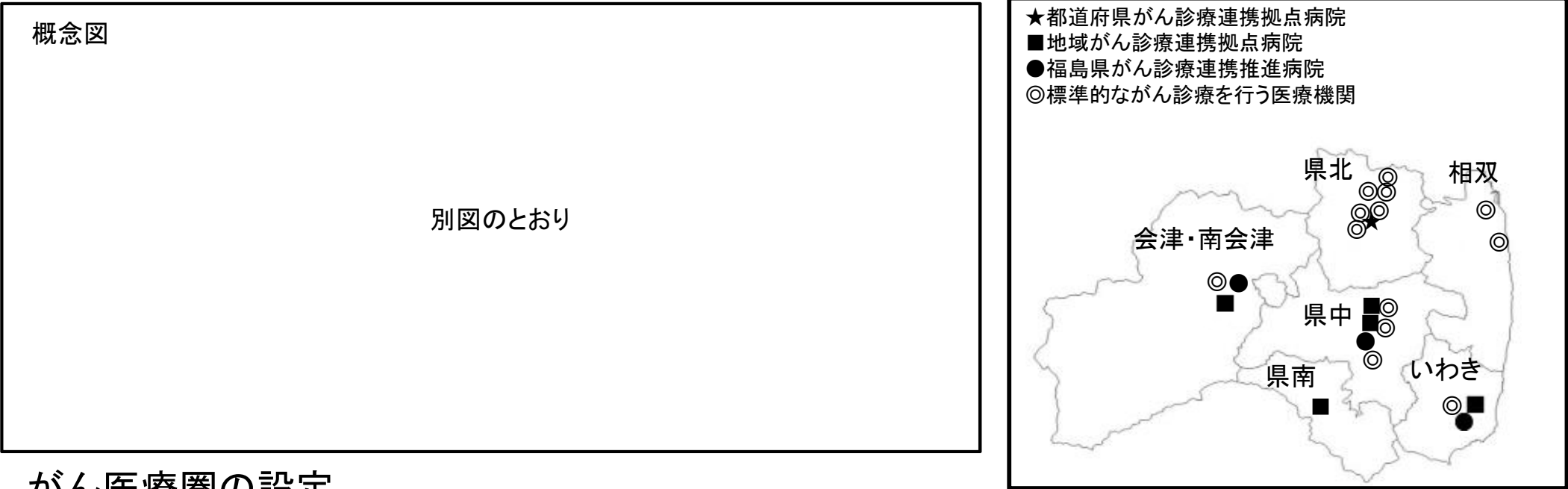
- (1) がん診療の均てん化に向けた病院間の連携体制の確保

(2) 専門的・特化したがん医療を県内で受けられる体制

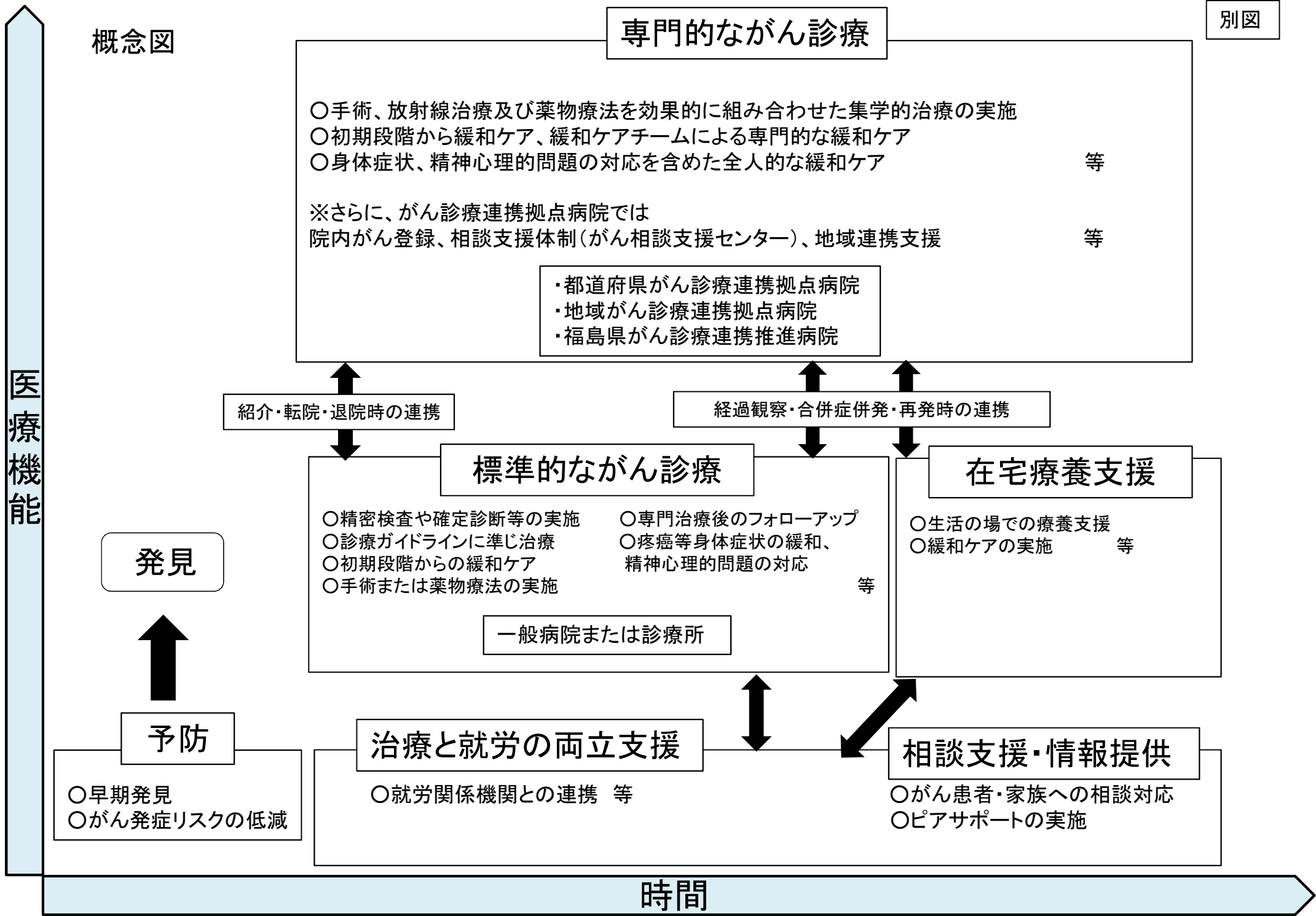
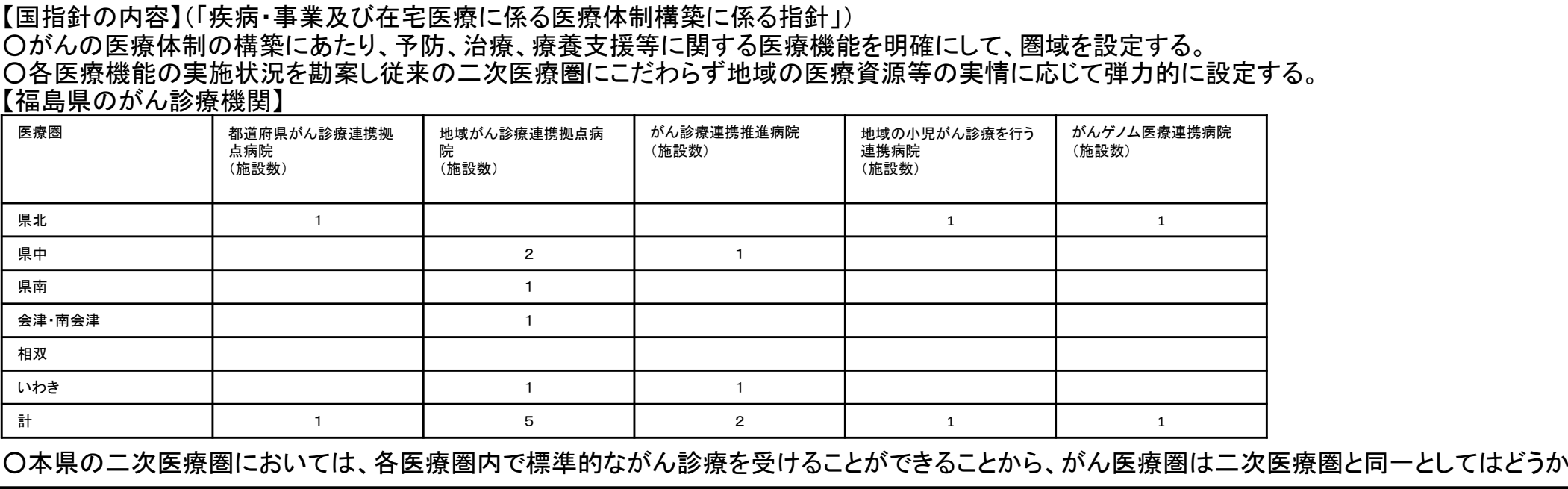
(3) 県民へのがん予防支援

(4) がん患者支援（療養支援、両立支援）の充実

5 各医療機能を担う医療機関の連携体制



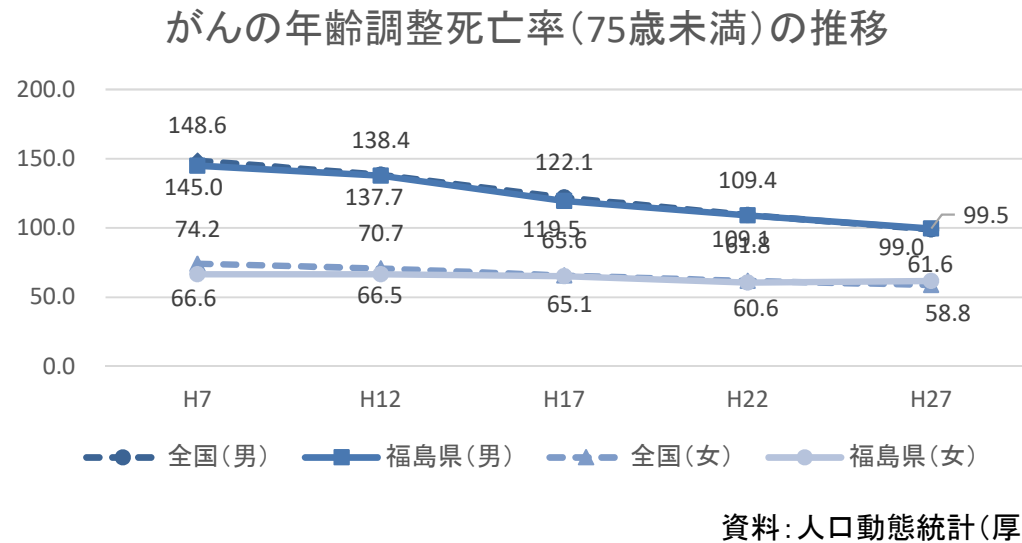
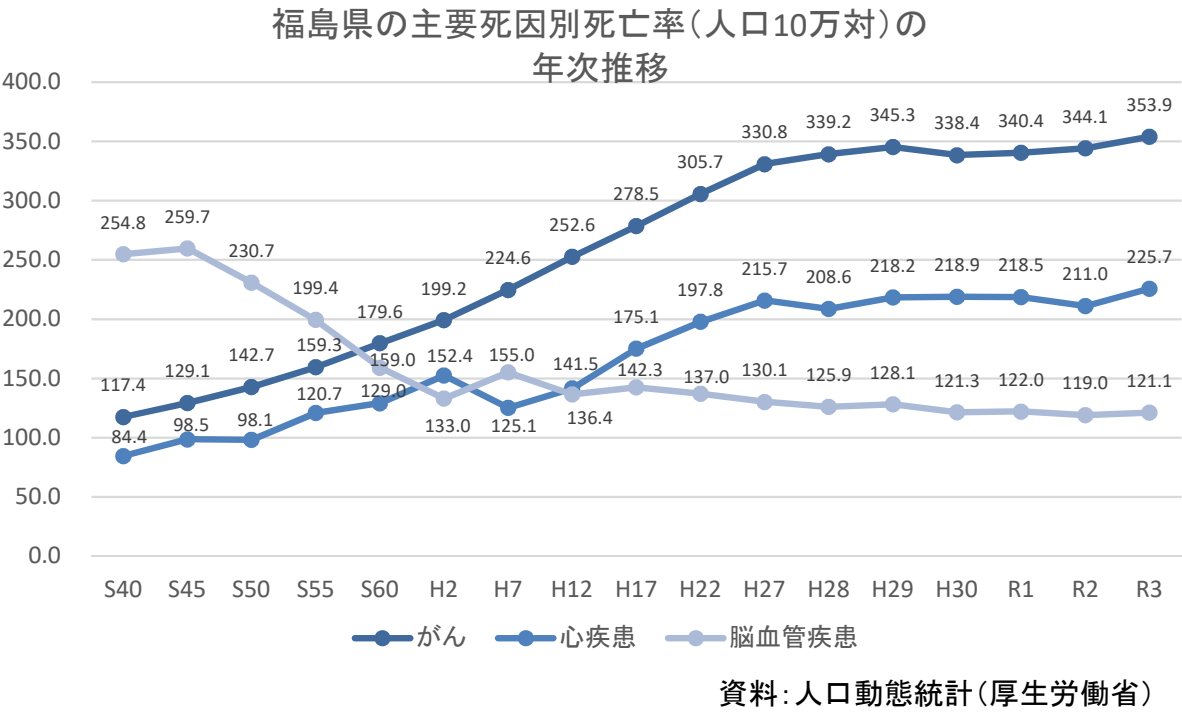
6 がん医療圏の設定



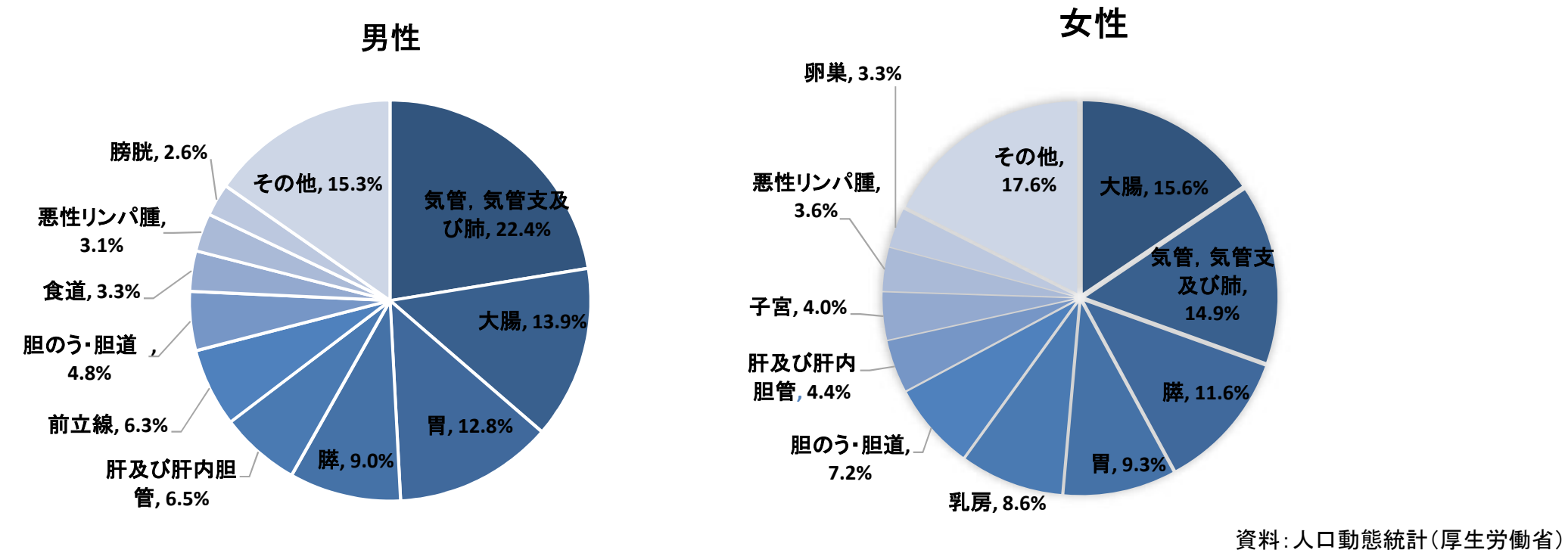
7 主な具体的施策

- (1)がん予防の推進
 - ・生活習慣の改善
 - ・感染症対策の推進
- (2)がん検診の推進
 - ・がん検診受診率向上させるための取組
 - ・がん検診の精度管理の向上
- (3)がん診療の均てん化に向けた病院間の連携体制の確保
 - ・県内の各地域にて標準的ながん診療を受けられること
 - ・各医療圏にがん診療を受けることができる病院（連携推進病院、標準的ながん診療を行う医療機関）があること
- (4)県内でも専門的かつ特化したがん医療を受けられること
 - ・AYA世代を対象とした妊孕性温存療法
 - ・がんゲノム医療といった専門的ながん医療を受けられること
 - ・アルファ線放出核種等を用いた新たなRI医薬品の開発（福島県立医科大学、福島国際研究教育機構）
- (5)患者支援
 - ・アピアランスケアや妊孕性温存療法の支援
 - ・がん診療連携病院等に配置されるがん相談支援センター
 - ・患者支援団体への支援
 - ・在宅療養支援（在宅緩和ケアや在宅ターミナルケア）

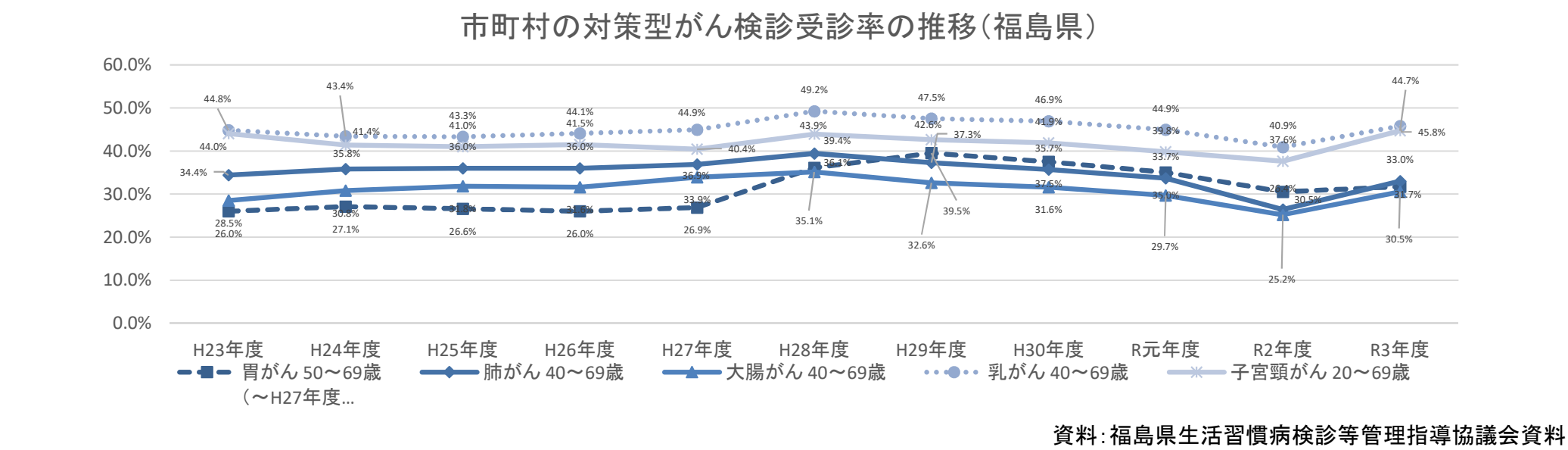
①主要死因別死亡率・年齢調整死亡率



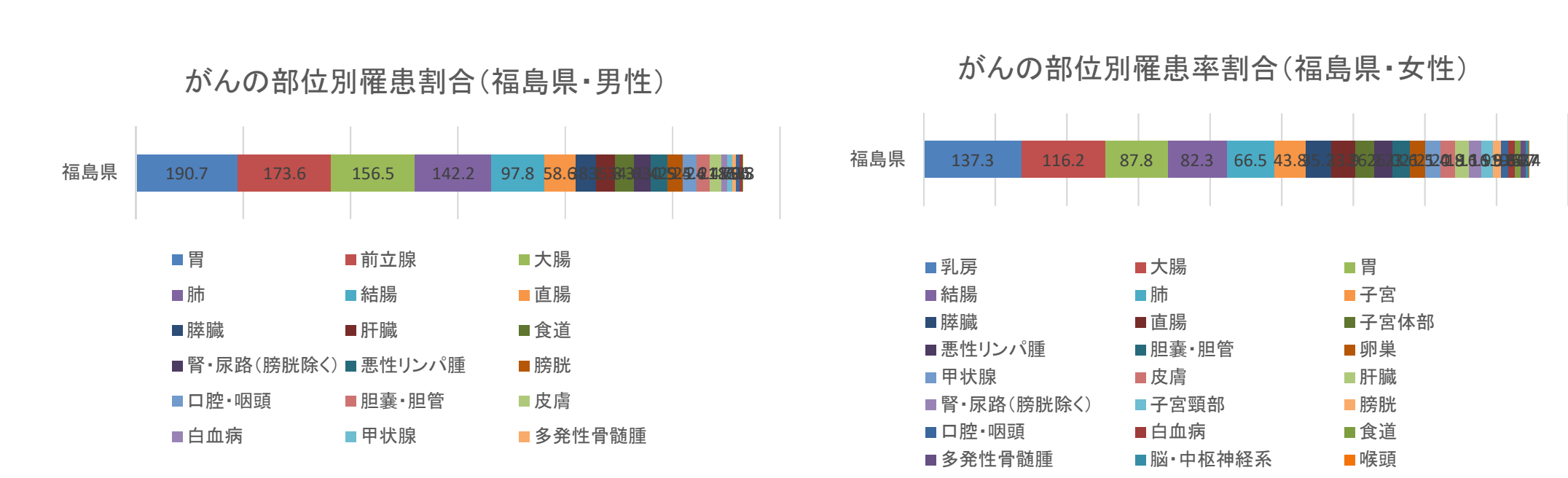
②部位別のがん死亡割合（令和3年）



③がん検診受診率の推移



④がんの部位別罹患割合（令和元年）



1 現 状

【分野アウトカム】（※注1）

① 脳血管疾患の年齢調整死亡率

【分野アウトカム No.1】

○本県の脳血管疾患の年齢調整死亡率は平成27年で男性43.7、女性27.4であり、全国平均よりも高くなっている。

② 健康寿命

【分野アウトカム No.2】

○本県の健康寿命は平成28年で男性71.54年、女性75.05年であり、全国平均よりも低くなっている。

【注釈】

※注1【分野アウトカム】と注2【初期アウトカム】の出典

○福島県循環器病対策推進計画48ページ〈資料編〉の脳卒中ロジックモデルより転載。また各項目の「No.」表記はロジックモデルの指標番号と対応している。

【初期アウトカム】（※注2）

① 脂質異常症の者の割合

【初期アウトカム No.3】

○LDLコレステロール160mg/dl以上の者が多い

（男性12.1%、女性12.7%
※R元年度 NDBオープンデータ）

② 高血圧診断基準以上の者の割合

【初期アウトカム No.4】

○収縮期血圧140mmHg以上の者の割合が全国より高い
（男性21.0%、女性16.1%
※R元年度 NDBオープンデータ）

○拡張期血圧90mmHg以上の者の割合が全国より高い
（男性17.4%、女性8.2%
※R元年度 NDBオープンデータ）

③ メタボリックシンドローム該当者の割合

【初期アウトカム No.7】

○メタボリックシンドローム該当者及び予備軍が多い

（31.9% ※R3年度特定健康診査・特定保健指導に関するデータ）

④ 喫煙率の割合

【初期アウトカム No.8】

○喫煙率が高い
（21.4% 全国ワースト1位
※R4年国民生活基礎調査）

1 現 状

⑤特定健診及び特定保健指導の実施率

【初期アウトカム】

【初期アウトカム No.12】

○循環器疾患の予防や早期発見につながる特定健診の実施率や特定保健指導の実施率は全国と比較し高いものの、更に向上させるための取組が必要。
（特定健診実施率56.3%、特定保健指導実施率27.1%）

※R3年度特定健康診査・特定保健指導に関するデータ）

⑥t-PAによる脳血栓溶解療法実施機関

【初期アウトカム No.15】

アルテプラゼ(t-PA)による先進医療を実施している県内の医療機関は16機関。各医療圏毎に1病院以上所在しており、全国平均並みである。

（人口10万人あたりt-PA実施医療機関 0.9機関、全国0.8機関）
※R5.4月地方厚生局届出受理）

⑦回復期リハビリテーション病棟入院料届出医療機関

【初期アウトカム No.22】

脳卒中の回復期を担う「脳血管疾患等リハビリテーション料」を届出している医療機関は全国と比較し少ない。

（人口10万人あたり脳卒中リハビリテーションが可能名医療機関 5.8機関、全国6.4機関）
※R5.4月地方厚生局届出受理）

⑧医療提供体制

図表2-4-2-4 急性期の医療機関（平成29年度）			図表2-4-2-5 回復期の医療機関（平成29年度）		
地域	医療機関名	t-PAによる脳血栓溶解療法実施機関	地域	医療機関名	回復期リハビリテーション病棟入院料届出医療機関
県北	福島赤十字病院	○	県北	福島第一病院	
	一般財団法人脳神経疾患研究所附属南東北福島病院	○		医療生協わたり病院	○
	あづま脳神経外科病院	○		一般財団法人脳神経疾患研究所附属南東北福島病院	○
	公立大学法人福島県立医科大学附属病院	○		あづま脳神経外科病院	○
	公立藤田総合病院	○		しのぶ病院	○
県中	医療法人辰星会耕記念病院	○	県中	一般財団法人大原記念財団大原医療センター	○
	公益財団法人湯浅報恩会寿泉堂総合病院	○		北福島医療センター	○
	公益財団法人聖隷総合病院	○		公立藤田総合病院	
	一般財団法人太田総合病院附属太田西ノ内病院	○		医療法人辰星会耕記念病院	
	一般財団法人脳神経疾患研究所附属南東北病院	○	県中	一般財団法人太田総合病院附属太田熱海病院	○
県南	福島県厚生農業協同組合連合会白河厚生総合病院	○		公益財団法人湯浅報恩会寿泉堂香久山病院	○
	医療法人社団恵周会白河病院	○		医療法人社団新生会南東北第二病院	○
				一般財団法人太田総合病院附属太田西ノ内病院	
会津・南会津	竹田総合病院	○	県中	南東北春日リハビリテーション病院	○
	会津中央病院	○		ひらた中央病院	
相双	南相馬市立総合病院	○	県中	三春町立三春病院	○
	いわき市立総合警域共立病院	○	県南	福島県厚生農業協同組合連合会白河厚生総合病院	
いわき	医療法人社団正風会石井脳神経外科・眼科病院	○		公益財団法人会田病院	○
				竹田総合病院	○

（注）急性期を担う医療機関には、以下の全ての項目を満たす病院を掲載しています（福島県調べ）。

- 脳卒中急性期患者の受入れが可能であること。
- 脳卒中急性期の放射線等機器検査が24時間対応可能であること。
- 脳卒中急性期の臨床検査が24時間対応可能であること。
- 脳卒中急性期の治療（開頭手術、脳血管手術等）が24時間対応であること。

（注）回復期を担う医療機関には、以下のいずれかの項目を満たす病院を掲載しています（福島県調べ）。

- 脳卒中回復期患者の受入れが可能で、回復期リハビリテーション病棟入院料の届出があること。
- 脳卒中回復期患者の受入れが可能で、脳血管疾患等リハビリテーション料（I）の届出があること。

【初期アウトカム No.15】

【初期アウトカム No.22】

※七次計画策定時の図表「急性期の医療機関」及び「回復期の医療機関」の一覧を八次計画版に時点修正予定。

（七次医療計画策定時点の医療機関数）
○急性期の医療機関：16機関
○回復期の医療機関：26機関

2 課 題

<p>本県の脳血管疾患の年齢調整死亡率は男女ともに年々低下してるが、常に全国平均を上回っている。中でも脳梗塞の年齢調整死亡率は全国平均と比較し高い状況である。</p> <p>(1) 予防</p> <ul style="list-style-type: none">○ 虚血性心疾患の発症を予防するため、脂質異常や高血圧、喫煙、メタボリックシンドロームなど、循環器疾患の危険因子を低減するための取組が必要である。○ 早期発見・早期治療につながる特定健診、特定保健指導の実施率を更に向上させる必要がある。 <p>(2) 救護</p> <ul style="list-style-type: none">○ 本県は、高齢化の進展とともに救急搬送件数が増大し、救急搬送に占める高齢者の割合の増加傾向が見られる。○ 本県は救急要請(覚知)から医療機関への収容までに要する平均時間が全国平均を上回っている。 <p>(3) 急性期</p> <ul style="list-style-type: none">○ 急性期においては脳梗塞患者が症状に応じた専門的な治療を受けることができる医療提供体制の強化が必要である。 <p>(4) 回復期</p> <ul style="list-style-type: none">○ 回復期においては、機能回復や日常生活動作(ADL)の向上を目的として効果的なリハビリテーションが必要である。 <p>(5) 維持期・生活期</p> <ul style="list-style-type: none">○ 維持期・生活期においては、日常生活への復帰と日常生活の維持を目的とするリハビリテーションを行う必要がある。
--

3 目指す姿・目標

<p>【目指す姿】</p> <p>1 脳卒中による死亡が減少している。 福島県の脳血管疾患年齢調整死亡率を減少させる。</p> <p>2 脳血管疾患患者が日常生活の場で質の高い生活を送ることができている。 福島県の健康寿命が延伸する。</p>
<p>【目指す姿の実現に向けた目標】</p> <p>(1) 予防</p> <ul style="list-style-type: none">○ 心血管疾患の予防や正しい知識の普及啓発及び健診の普及や取組の推進を図る。<ul style="list-style-type: none">・脳血管疾患のリスクとなるメタボリックシンドローム等の予防に向けた取組を推進する。・早期発見・早期治療につながる特定健診・特定保健指導の実施率向上及び人材育成に取り組む。 <p>(2) 救護</p> <ul style="list-style-type: none">○ 脳卒中患者の人命救助及び後遺症のリスク軽減のため、救急機関による覚知から収容までの時間を短縮し、発症から4. 5時間以内に医療機関において専門的な治療を開始できるよう迅速な搬送体制の構築を図る。 <p>(3) 急性期</p> <p>急性期の家庭における対処方法(FAST)が県民に十分に普及し、発症から病院着までの時間短縮がなされる。また、医療機関において超急性期血栓溶解療法(t-PA療法)や血管内治療(機械的血栓改修療法)が適応患者に対して適当に処置される。</p> <p>(4) 回復期</p> <p>回復期における集中的なリハビリテーションにより再発予防や基礎疾患・危険因子の管理及び合併症予防がなされ、さらに脳血管疾患の退院患者の平均在院日数の短縮が実現する。</p> <p>(5) 維持期・生活期</p> <p>維持期における継続的なリハビリテーションにより再発予防や基礎疾患・危険因子の管理及び合併症 予防とともに、在宅等での生活復帰が実現する。</p>

4 必要となる医療機能

- (1) 予防
- 脳卒中の発症を予防するため、高血圧や脂質異常症等の危険因子の管理がされること。

○ 初期症状出現時に、急性期医療を担う医療機関へ受診勧奨の指示を行うこと。
- (2) 救護

○ 発症後4.5時間以内に専門的な治療が可能な医療機関へ搬送できる機能。
- (3) 急性期

○ 脳卒中治療ガイドラインに準じた治療ができる機能。

・ 脳梗塞の発症後4.5時間以内に超急性期血栓溶解療法（t-PA療法）、発症6時間以内に血管内治療（機械的血栓回収療法）等、専門的治療を実施できる機能。

・ 単一の医療機関または複数の医療機関が連携し、24時間体制での急性期治療ができる機能。
- (4) 回復期

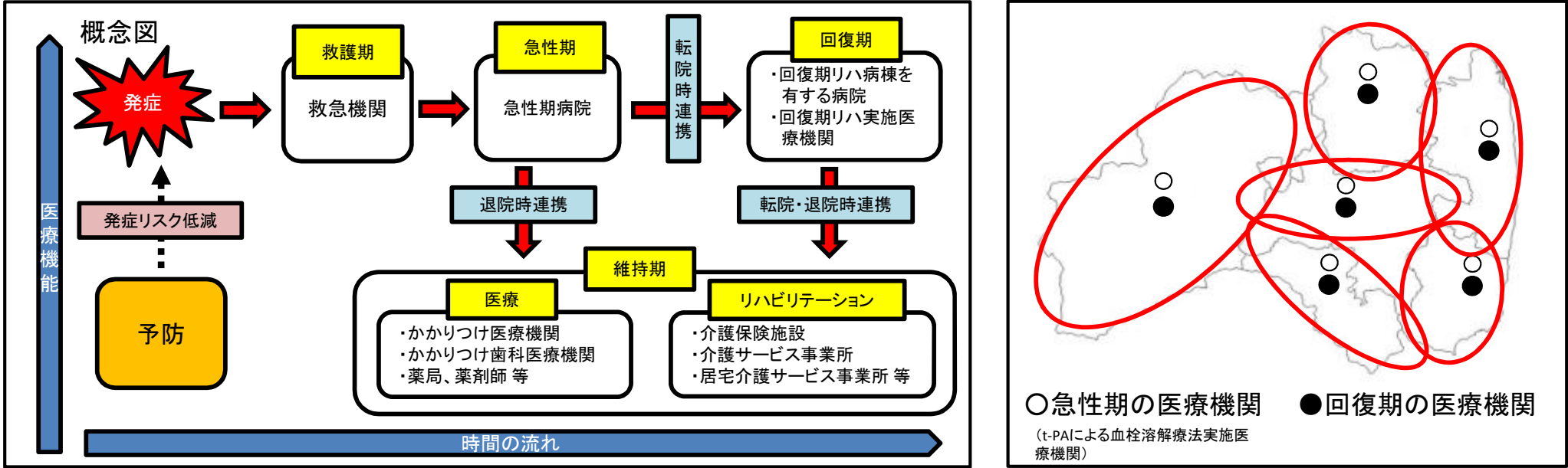
○ 回復期リハビリテーション病棟があり、急性期の医療機関と連携しながら脳卒中治療ガイドラインに則した治療を実施できる機能。

○ 急性期及び回復期の医療機関と、診療情報やリハビリテーションを含む治療計画を共有するなど連携しながら脳卒中治療ガイドラインに則した治療を実施できる機能。
- (5) 維持期・生活期

○ 生活機能の維持及び向上のためのリハビリテーションが実施可能であり、脳卒中治療ガイドラインに則した治療を実施できる機能。

○ 在宅等への復帰及び日常生活の継続を支援する機能。

5 各医療機能を担う医療機関の連携体制



6 脳卒中对策に係る医療圏の設定

- 【国指針の内容】（「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」）
- 医療機能を明確化するに当たって、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの施設が複数の機能を担うこともあり得る。逆に、圏域内に機能を担う施設が存在しない場合には、圏域の再設定を行うこともあり得る。

○ 圏域を設定するに当たっては、脳梗塞に対する超急性期の再開通治療の有用性が確認されている現状に鑑みて、それらの恩恵を住民ができる限り公平に享受できるよう、従来の二次医療圏にこだわらず、メディカルコントロール体制が実施されている搬送体制の状況等、地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定すること。
- 【医療圏の設定】
- 脳卒中急性期患者及び回復期患者の受入可能な医療機関が各医療圏に1機関以上分布することから本県の脳卒中对策に係る医療圏は二次医療圏と同一としてはどうか。

7 主な具体的施策

- (1) 予防
- 市町村や関係機関と連携し、栄養や食生活、喫煙など、脳血管疾患病の予防や正しい知識の普及啓発を行う。
 - 脳血管疾患の危険因子となる高血圧、脂質異常症、糖尿病等の生活習慣病を早期発見する特定健診の受診率を向上させる取組を行う。併せて、特定保健指導実施率の向上のための取組や、効果的な指導につながるよう保健指導従事者の人材育成に努める。
 - 糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき、未治療者や治療中断者に対する保健指導や受診勧奨の標準化を図るとともに、かかりつけ医や専門医との連携体制の構築を推進する。
- (2) 救護
- 脳梗塞が疑われる患者が速やかに専門の医療機関に搬送されるよう、福島県救急医療対策協議会や福島県メディカルコントロール協議会などを活用し、消防機関と医療機関の連携強化を推進する。
 - 電話相談窓口の設置等による救急車の適正利用の推進や公立大学法人福島県立医科大学附属病院のドクターヘリの運営を支援し、患者の搬送から医療機関での治療までの時間を短縮を図る。
 - 急性心筋梗塞を発症した疑いがある患者の搬送から医療機関での治療までの時間を短縮することができる12誘導心電図伝送システムを整備する。
- (3) 急性期
- 治療においては、急性期を担う医療機関の医療機能の充実強化を進め、機械的血栓回収療法が実施可能な医療機関の増加を推進する。
 - 本県の神経内科医及び脳神経外科医は、ともに全国平均より少ない状況であることから医師の育成・確保を進める。
- (4) 回復期
- 急性期と回復期の医療機関の連携体制の強化を進め、退院調整部門の設置に対する支援(補助)を行うとともに、脳卒中地域連携クリニカルパスを導入している医療機関の増加を推進する。
- (5) 維持期・生活期
- 廃用症候群の予防、日常生活への早期復帰、再発予防、合併症の予防のためのリハビリテーションを実施するため、医療機関や関係団体と連携を強化することで、リハビリテーションが実施可能な医療機関の確保する。
 - 早期の在宅復帰を促進するため、在宅医療・介護連携支援センターの整備支援等により、医療と介護サービスの連携強化を進めるとともに、在宅医療を担う医師や看護師、歯科衛生士等に対する研修等により在宅医療の体制整備を進める。

1 現 状

【分野アウトカム】（※注1）

① 心疾患の年齢調整死亡率	② 虚血性心疾患の年齢調整死亡率	③ 心不全の年齢調整死亡率	④ 健康寿命
<div>【分野アウトカム No.1】</div> <div>○本県の心疾患の年齢調整死亡率は平成27年で男性79. 2、女性41. 1であり、全国平均よりも高くなっている。</div>	<div>【分野アウトカム No.1】</div> <div>○本県の虚血性心疾患の年齢調整死亡率は平成27年で男性43. 2、女性18. 5であり、全国平均よりも高くなっている。</div>	<div>【分野アウトカム No.1】</div> <div>○本県の心不全の年齢調整死亡率は平成27年で男性17. 7、女性13. 5であり、全国平均よりも高くなっている。</div>	<div>【分野アウトカム No.2】</div> <div>○本県の健康寿命は平成28年で男性71. 54年、女性75. 05年であり、全国平均よりも低くなっている。</div>

【初期アウトカム】（※注2）

① 脂質異常症の者の割合	② 高血圧診断基準以上の者の割合	③ メタボリックシンドローム該当者の割合	④ 喫煙率の割合
<div>【初期アウトカム No.3】</div> <div>○LDLコレステロール160mg/dl以上の者が多い (男性12.1%、女性12.7% ※R元年度 NDBオープンデータ)</div>	<div>【初期アウトカム No.4】</div> <div>○収縮期血圧140mmHg以上の者の割合が全国より高い (男性21.0%、女性16.1% ※R元年度 NDBオープンデータ) ○拡張期血圧90mmHg以上の者の割合が全国より高い (男性17.4%、女性8.2% ※R元年度 NDBオープンデータ)</div>	<div>【初期アウトカム No.7】</div> <div>○メタボリックシンドローム該当者及び予備軍が多い (31.9% ※R3年度特定健康診査・特定保健指導に関するデータ)</div>	<div>【初期アウトカム No.8】</div> <div>○喫煙率が高い (21.4% 全国ワースト1位 ※R4年国民生活基礎調査)</div>

1 現 状

⑤ 特定健診及び特定保健指導の実施率	⑥ 心肺機能停止傷病者全搬送人数のうち一般市民により除細動(AED)が実施された件数	⑦ 心大血管リハビリテーションが実施可能な医療機関
<div>【初期アウトカム No.12】</div> <div>○循環器疾患の予防や早期発見につながる特定健診の実施率や特定保健指導の実施率は全国と比較し高いものの、更に向上させるための取組が必要。 (特定健診実施率56.3%、特定保健指導実施率27.1% ※R3年度特定健康診査・特定保健指導に関するデータ)</div>	<div>【初期アウトカム No.13】</div> <div>○心肺機能停止傷病者全搬送人数のうち一般市民により除細動(AED)が実施された件数は全国と比較して低いため、救急蘇生法を県民に広く普及させる必要がある。 (R4福島県除細動実施率1.3%、全国除細動実施率1.4% ※R4年版消防庁救急救助の現況)</div>	<div>【初期アウトカム No.16、20】</div> <div>○回復期における心大血管リハビリテーションを実施している医療機関数は全国と比較して少ないため、救急蘇生法を県民に広く普及させる必要がある。 (R5年度 人口10万人あたりの心大血管リハビリテーション実施医療機関 福島県0.7機関、全国1.2機関 ※R5.4月地方厚生局届出受理)</div>

【注釈】

※注1【分野アウトカム】と注2【初期アウトカム】の出典

○福島県循環器病対策推進計画49ページ〈資料編〉の心疾患ロジックモデルより転載。また各項目の「No.」表記はロジックモデルの指標番号と対応している。

⑧医療提供体制

【初期アウトカム No.15】

(七次医療計画策定時点の医療機関数)

○ 急性心筋梗塞の急性期を担う医療機関:20機関

○ 急性大動脈解離の急性期を担う医療機関:10機関

○ 慢性心不全の急性期を担う医療機関:28機関

○ 心筋梗塞の専用病室(CCU)を有する病院・病床数:6病院、28床

○ 回復期の医療機関:15機関

2 課 題

<div><div>(1) 予防</div><div>○ 虚血性心疾患の発症を予防するため、脂質異常や高血圧、喫煙、メタボリックシンドロームなど、循環器疾患の危険因子を低減するための取組が必要である。</div><div>○ 早期発見・早期治療につながる特定健診、特定保健指導の実施率を更に向上させる必要がある。</div></div> <div><div>(2) 救護</div><div>○ 本県は、高齢化の進展とともに救急搬送件数が増大し、救急搬送に占める高齢者の割合の増加傾向が見られる。</div><div>○ 本県は救急養成(覚知)から医療機関への収容までに要する平均時間が全国平均を上回っている。</div></div> <div><div>(3) 急性期</div><div>・急性期においては心血管疾患患者が症状に応じた専門的な治療を受けることができる医療提供体制の強化が必要である。</div><div>・急性期の医療を担う医師数について、人口当たりの心臓血管外科医師数は全国平均並みだが、循環器内科医師数は全国以下となっている。</div></div> <div><div>(4) 回復期</div><div>回復期においては、合併症や再発の予防、在宅復帰のための心臓リハビリテーションが必要となる。</div></div> <div><div>(5) 慢性期・再発予防</div><div>○ 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施すること、在宅療養を継続できるような診療体制を構築する必要がある。</div></div>

3 目指す姿・目標

<div><div>【目指す姿】</div><div>1 心血管疾患による死亡が減少している。 福島県における心疾患・虚血性心疾患・心不全の年齢調整死亡率を減少させる。</div><div>2 心血管疾患患者が日常生活の場で質の高い生活を送ることができている。 福島県の健康寿命が延伸する。</div></div>
<div><div>【目指す姿の実現に向けた目標】</div><div>(1) 予防</div><div>○ 心血管疾患の予防や正しい知識の普及啓発及び健診の普及や取組の推進を図る。 ・虚血性心疾患のリスクとなるメタボリックシンドローム等の予防に向けた取組を推進する。 ・早期発見・早期治療につながる特定健診・特定保健指導の実施率向上及び人材育成に取り組む。</div><div>(2) 救護</div><div>○ 心血管疾患の救命率改善のため、覚知から収容までの時間を短縮するとともに、発症現場での救急蘇生法等の適切な実施、その後の医療機関での救命処置が迅速に連携して実施される搬送体制の構築を図る。</div><div>○ 急性心筋梗塞、急性大動脈解離、慢性心不全など疾患毎に必要とされる治療内容が異なるため、対応疾患に応じた治療が可能な医療機関への搬送体制の構築を図る。</div><div>(3) 急性期</div><div>急性期においては心血管疾患患者ができるだけ早期に専門的な診療が可能な医療機関に到着し、病院到着後30分以内にPCIや外科的治療など疾患に応じた専門的な治療が開始される。</div><div>(4) 回復期</div><div>回復期においては早期の心臓リハビリテーションやかかりつけ医による基礎疾患や危険因子の管理の実施が実施される。</div><div>(5) 慢性期・再発予防</div><div>慢性期においては医療機関と訪問看護ステーション、かかりつけ薬剤師等が連携して心血管疾患患者に対する在宅での運動療法、再発予防のための管理を実施する。</div></div>

4 必要となる医療機能

- (1) 予防
- 心筋梗塞等の心血管疾患の発症を予防するため、高血圧や脂質異常症等の危険因子の管理がされること。

○ 初期症状出現時に、急性期医療を担う医療機関へ受診勧奨の指示を行うこと。
- (2) 救護

○ 心肺停止が疑われる者に対して、AEDの使用を含めた救急蘇生法等適切な処置を実施されること。

○ 地域メディカルコントロール協議会のプロトコール(活動基準)に則した救急蘇生法等の適切な観察・判断・処置が実施されること。

(3) 急性期

○ 心疾患の診療ガイドラインに準じた治療ができる機能。

・ 急性心筋梗塞、急性大動脈解離、慢性心不全など幅広い心血管疾患に対する検査及び処置が24時間対応できること。

・ 心血管疾患が疑われる患者について、専門的な診療を行う医師等が 24時間対応できること。

(4) 回復期

○ 急性期の医療機関や二次予防の医療機関と連携しながら心疾患の診療ガイドラインに則した治療を実施できること。

・ 心電図検査、電氣的除細動等急性増悪時の対応が可能であること。

・ 運動療法、食事療法、患者教育等の心血管疾患リハビリテーションが実施可能であること。

(5) 慢性期・再発予防

○ 在宅医療を実施する医療機関や訪問看護ステーション、かかりつけ薬局などと連携しながら心疾患の診療ガイドラインに則した治療を実施できること。

・ 再発予防のための治療や基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態などへの対応が可能であること。

・ 急性期の医療機関や介護保険サービス事業者等と再発予防のための診療情報、治療計画等を共有し連携している。

各論

第8章 5疾病・6事業及び在宅医療の体制

第3節 心筋梗塞等の心血管疾患対策⑥

5 各医療機能を担う医療機関の連携体制

概念図

発症

救護期

急性期

回復期

慢性期

再発予防

予防

医療機能

時間の流れ

◎急性心筋梗塞の急性期を担う医療機関

○急性大動脈解離の急性期を担う医療機関

●慢性心不全の急性期を担う医療機関

★回復期の医療機関

6 心血管疾患対策に係る医療圏の設定

【国指針の内容】(「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」)

○医療機能を明確化するに当たって、地域によっては、医療資源の制約等によりひとつの施設が複数の機能を担うこともあり得る。逆に、圏域内に機能を担う施設が存在しない場合には、圏域の再設定を行うこともあり得る。

○圏域を設定するに当たって、心筋梗塞等の心血管疾患は、自覚症状が出現してから治療が開始されるまでの時間によって予後が大きく変わることとを勘案し、住民が可能な限り公平に医療を享受できるよう、従来の二次医療圏にこだわらず、メディカルコントロール体制の下実施されている搬送体制の状況等、地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定すること。また、疾患により主に必要とされる急性期の治療が異なることを勘案する必要もある。

【医療圏の設定】

○急性期患者及び回復期患者の受入可能な医療機関が存在する圏域を設定することを基本とし、復興途上の相双地域以外の二次医療圏には急性期及び回復期の受け入れ機関が整備されていることから、本県の心血管疾患対策に係る医療圏は二次医療圏と同一としてはどうか。

7 主な具体的施策

- (1) 予防
 - 市町村や関係機関と連携し、栄養や食生活、喫煙など、心血管疾患病の予防や正しい知識の普及啓発を行う。
 - 心血管疾患の危険因子となる高血圧、脂質異常症、糖尿病等の生活習慣病を早期発見する特定健診の受診率を向上させる取組を行う。併せて、特定保健指導実施率の向上のための取組や、効果的な指導につながるよう保健指導従事者の人材育成に努める。
 - 糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき、未治療者や治療中断者に対する保健指導や受診勧奨の標準化を図るとともに、かかりつけ医や専門医との連携体制の構築を推進する。
- (2) 救護
 - 心筋梗塞等の心血管疾患が疑われる患者が速やかに専門の医療機関に搬送されるよう、福島県救急医療対策協議会や福島県メディカルコントロール協議会など活用し、消防機関と医療機関の連携強化を推進する。
 - 急性心筋梗塞を発症した疑いがある患者の搬送から医療機関での治療までの時間を短縮することが出来る12誘導心電図伝送システムを整備する。
 - 電話相談窓口の設置等による救急車の適正利用の推進や公立大学法人福島県立医科大学附属病院のドクターヘリの運営を支援し、患者の搬送から医療機関での治療までの時間を短縮を図る。
- (3) 急性期

急性期を担う医療機関の医療機能の強化を図り、救急医療提供体制の充実強化を図る。
- (4) 回復期
 - 急性期と回復期の医療機関の連携体制の強化を進めるため、退院調整部門の設置に対する支援（補助）を行うとともに、急性心筋梗塞地域連携クリニカルパスの導入をしている医療機関の増加を推進する。
また、今後も増加が見込まれる心不全については、発症予防対策をはじめ、心不全地域連携クリニカルパスによる医療機関の連携強化等の検討を進める。
- (5) 慢性期・再発予防
 - 在宅療養が可能となる体制を構築するため、合併症や再発を予防するための治療、基板疾患や危険因子の管理、再発予防のための定期的専門検査の実施等を進める。

1 現 状

①救急搬送人数

本県の救急車による救急搬送人数は増加傾向にあり、令和4年（速報値）は81,512人であり、平成29年から5,506人増、7.2%増となっている。

事故種別で見ると、交通事故による搬送が減少傾向にあり、急病及び一般負傷による搬送が増加傾向にある。

※グラフは別紙のとおり

②救急搬送の傷病者程度別割合

救急搬送の状況を傷病者程度別に見ると、令和4年（速報値）では、重症患者が10.2%、中等症患者が40.2%、軽症患者が47.0%であった。

※グラフは別紙のとおり

③救急搬送困難案件

令和3年の「重症以上の傷病者の搬送において、医療機関に4回以上受入の照会を行った割合」は、県全体で6.8%、「現場滞在時間30分以上の割合」は10.5%であり、それぞれ全国平均の4.3%、7.7%を上回る状況となっている。

※グラフは別紙のとおり

④救急隊等の状況

本県の「常時救急車に乗車する救急救命士（運用救命士）」数は、令和4年4月1日現在535名と平成29年から104名増加しており、全救急隊のうち救命士を常時運用している救急隊割合は、令和4年4月1日現在で85.0%と、平成29年の77.3%から7.7%増加している。

また、救急車台数に占める高規格救急車台数は、令和4年4月1日現在で90.4%と、平成29年の83.3%から7.1%増となっている。

※グラフは別紙のとおり

⑤医療提供体制

【第三次救急医療】		【第二次救急医療】				【初期救急医療】				
医療圏	(高度)救命救急センター (施設数)	医療圏	病院群輪番制 (施設数)	救急告示病院 (施設数)	救急協力病院・診療所 (施設数)	医療圏	在宅当番医制 (医師会、歯科医師会数)		休日夜間急患センター (施設数)	
							医科	歯科	医科	歯科
県北・相馬	1(高度)	県北	18	16	0	県北	3	1	1	1
県中・県南	1	県中	10	10	2	県中	3	0	3	1
会津・南会津	1	県南	4	4	0	県南	2	1	1	0
双葉・いわき	1	会津・南会津	6	7	2	会津・南会津	4	1	1	0
計	4	相双	6	8	0	相双	2	2	2	0
		いわき	14	6	5	いわき	1	0	1	1
		計	62	51	9	計	15	5	9	3

※診療所を補完する体制として休日夜間急患センターが設置されています。

2 課 題

- (1)搬送患者が年々増加傾向にある中、軽症患者の割合が多い
- (2)複数の救急医療機関に電話等で問い合わせしても受入医療機関が決まらない、搬送困難事案が発生している
- (3)重症度・緊急度に応じた医療が提供可能な体制が必要
- (4)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」が発生している
- (5)コロナまん延時において、救急外来や入院病床における複合的な要因によって、救急患者の受入れが困難になる事案が増加し、救急医療における様々な課題が顕在化した

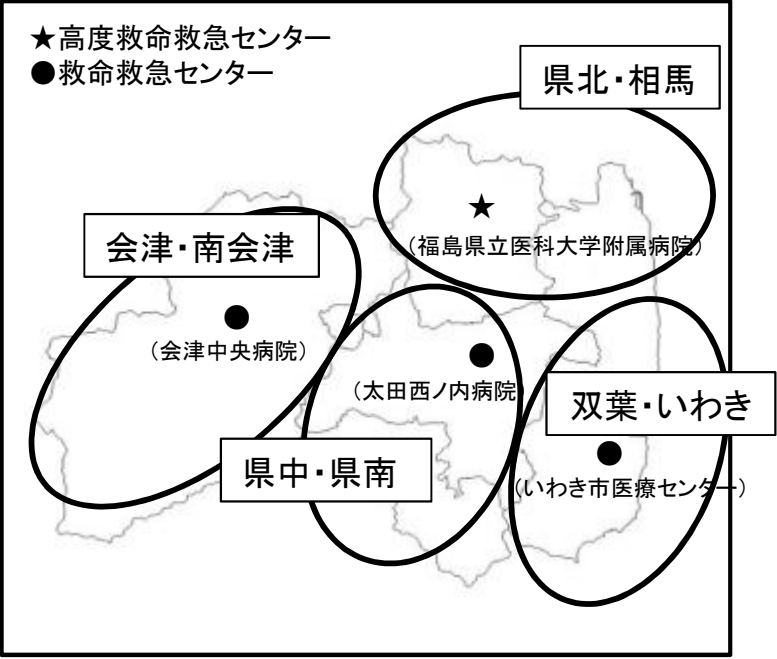
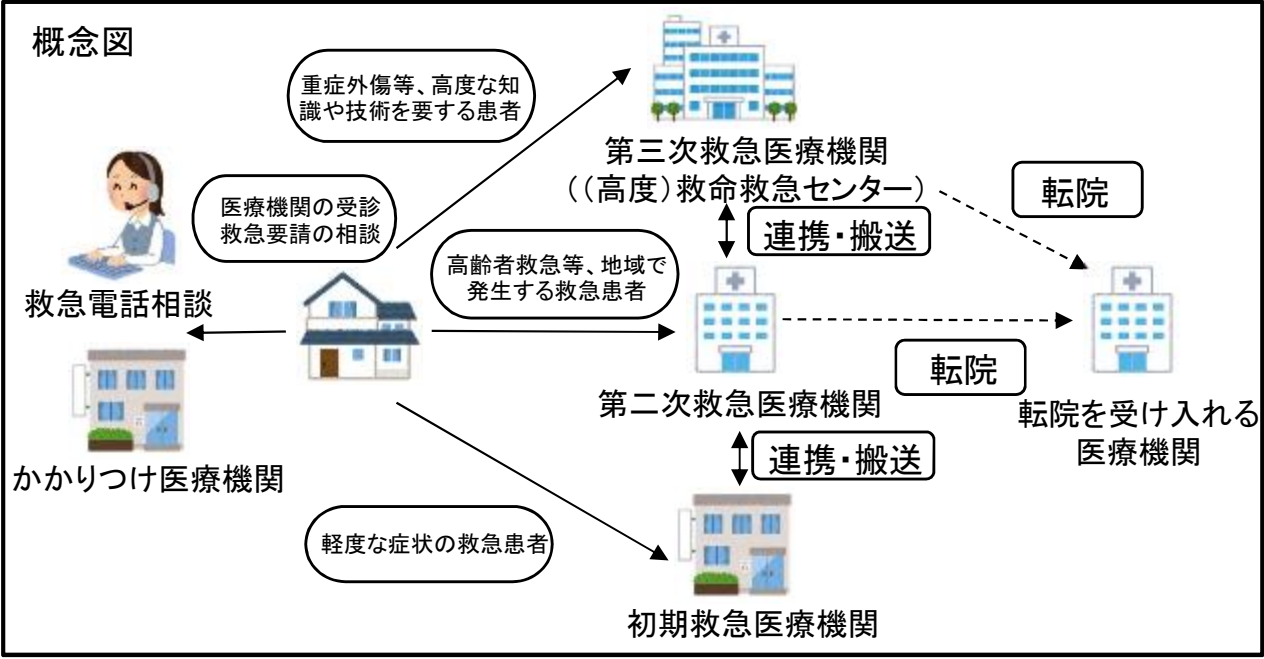
3 目指す姿・目標

- (1)電話相談窓口の充実により、適切な医療機関の受診や救急車の要請ができる体制
- (2)適切な搬送受入体制の構築
- (3)救急医療体制の充実
 - ・初期救急医療:未設置市の解消
 - ・第二次救急医療:病院群輪番制病院等の充実
 - ・第三次救急医療:救命救急センターの充実
 - ・精神科救急医療:精神科医療体制と一般救急医療機関等との連携
- (4)救急医療機関から療養の場へ円滑な移行が可能な体制
- (5)新興感染症の発生・まん延時における救急医療体制の構築(地域全体で対応できる連携体制や人材育成など)

4 必要となる医療機能

- 相談機能
 - ・福島県救急電話相談(＃7119)、福島県子ども救急電話相談(＃8000)、福島県精神科救急情報センター、かかりつけ医
- 救護
 - ・12誘導心電図伝送システム
- 初期救急医療
 - ・在宅当番医制、休日・夜間急患センター
- 入院救急医療(第二次救急医療)
 - ・病院群輪番制、救急告示病院、救急協力病院・診療所
- 救命医療(第三次救急医療)
 - ・(高度)救命救急センター
- 精神科救急医療
 - ・精神科救急医療システム
 - ・精神科救急連携病院
- 救命後の医療
 - ・救急医療機関からの転院を受け入れる医療機関等

5 各医療機能を担う医療機関の連携体制



6 救急医療圏の設定

【国指針の内容】(「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」)

- 重症度・緊急度に応じた医療機能を明確にして、圏域を設定する。
- 救命救急医療について、一定のアクセス時間内に当該医療機関に搬送できるように圏域を設定する。

【福島県の救急医療機関】

第三次救急医療機関: 福島県立医科大学附属病院(県北・相馬)、太田西ノ内病院(県中・県南)、会津中央病院(会津・南会津)、いわき市医療センター(双葉・いわき)

第二次救急医療機関: 病院群輪番制(62医療機関)、救急告示病院(51医療機関)、救急協力病院・診療所(9医療機関)

初期救急医療機関: 在宅当番医制(15医師会、5歯科医師会)、休日夜間急患センター(9施設)

○初期救急対応患者から重症対応患者全てに対応できる必要があることから、救急医療圏は第三次救急医療機関が設置されている、県北・相馬地域、県中・県南地域、会津・南会津地域、双葉・いわき地域の4圏域としてはどうか。

7 主な具体的施策

○相談機能

- ・福島県救急電話相談(＃7119)、福島県子ども救急電話相談(＃8000)、福島県精神科救急情報センターによる相談窓口の利用促進を図る。

○救護

- ・メディカルコントロール体制の整備による救急救命士等の活動の適切な実施。
- ・県内全域への12誘導心電図伝送システム導入による救急搬送体制の整備を実施。

○初期救急医療

- ・休日夜間急患センター等の施設設備整備を支援する。

○入院救急医療(第二次救急医療)

- ・県土が広大な本県においては、特に二次救急医療機関の果たす役割が重要であることから、病院群輪番制病院等の施設設備等を支援する。

○救命医療(第三次救急医療)

- ・救命救急センターの施設設備の充実や運営を支援するとともに、ドクターヘリの運航を支援する。

○精神科救急医療

- ・夜間・休日において、各ブロックごとに精神科救急医療機関を確保し、診療応需体制を整備する。
- ・救急指定病院と精神科救急の連携を促進する精神科救急連携病院(モデル事業)について、実績を踏まえた県全体への拡充。

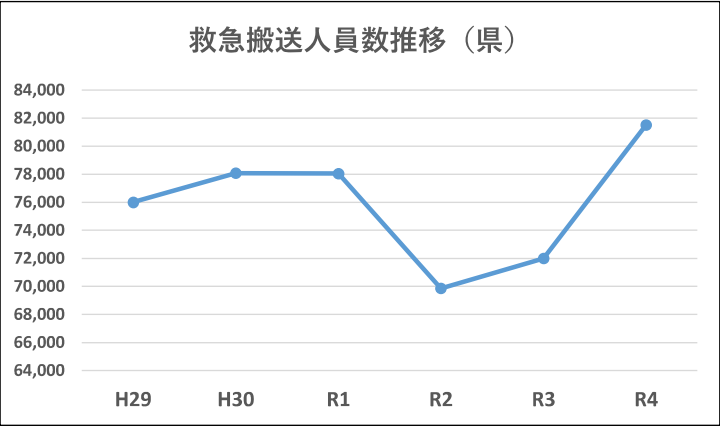
○救命後の医療

- ・地域医療構想による医療機能分化の推進や地域包括ケアの推進を実施する。

救急搬送人員数 （単位：人）

年	福島県
H29	76,006
H30	78,086
R1	78,051
R2	69,855
R3	71,999
R4	81,512

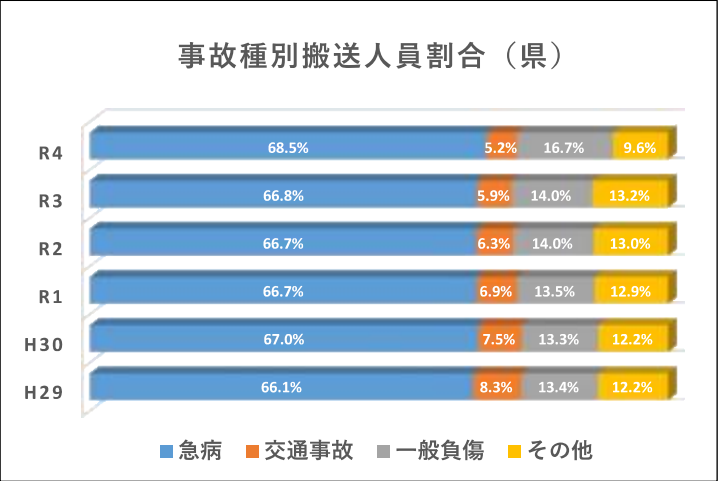
※R4は速報値



事故種別搬送人員割合 （単位：％）

年	福島県			
	急病	交通事故	一般負傷	その他
H29	66.1%	8.3%	13.4%	12.2%
H30	67.0%	7.5%	13.3%	12.2%
R1	66.7%	6.9%	13.5%	12.9%
R2	66.7%	6.3%	14.0%	13.0%
R3	66.8%	5.9%	14.0%	13.2%
R4	68.5%	5.2%	16.7%	9.6%

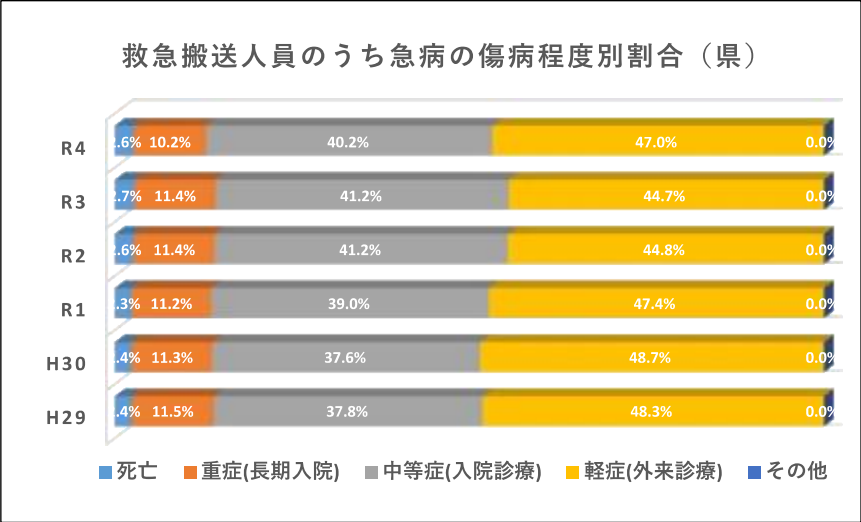
※R4は速報値



急病の傷病程度別搬送人員割合 （単位：％）

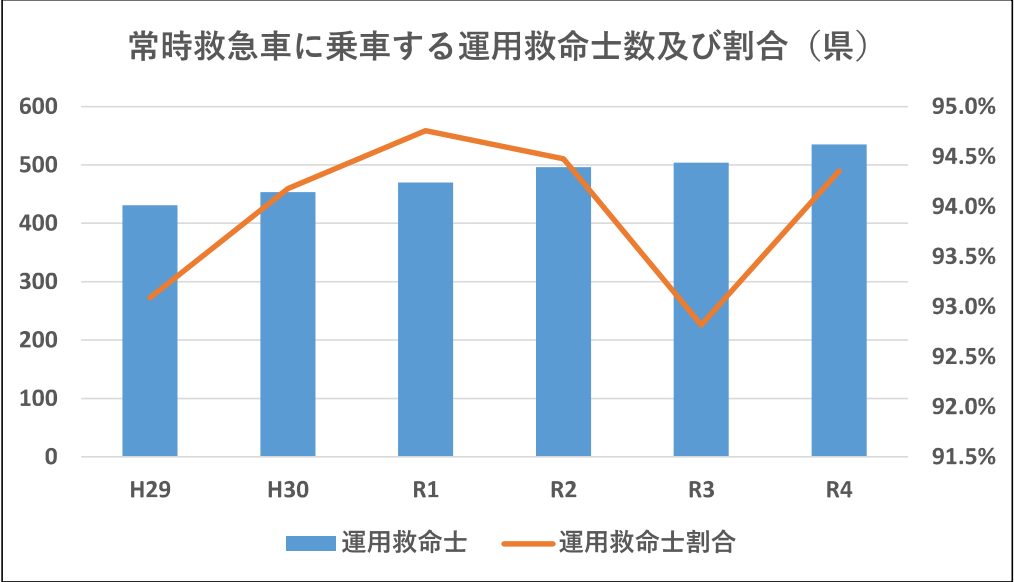
福島県					
年	死亡	重症(長期入院)	中等症(入院診療)	軽症(外来診療)	その他
H29	2.4%	11.5%	37.8%	48.3%	0.0%
H30	2.4%	11.3%	37.6%	48.7%	0.0%
R1	2.3%	11.2%	39.0%	47.4%	0.0%
R2	2.6%	11.4%	41.2%	44.8%	0.0%
R3	2.7%	11.4%	41.2%	44.7%	0.0%
R4	2.6%	10.2%	40.2%	47.0%	0.0%

※R4は速報値



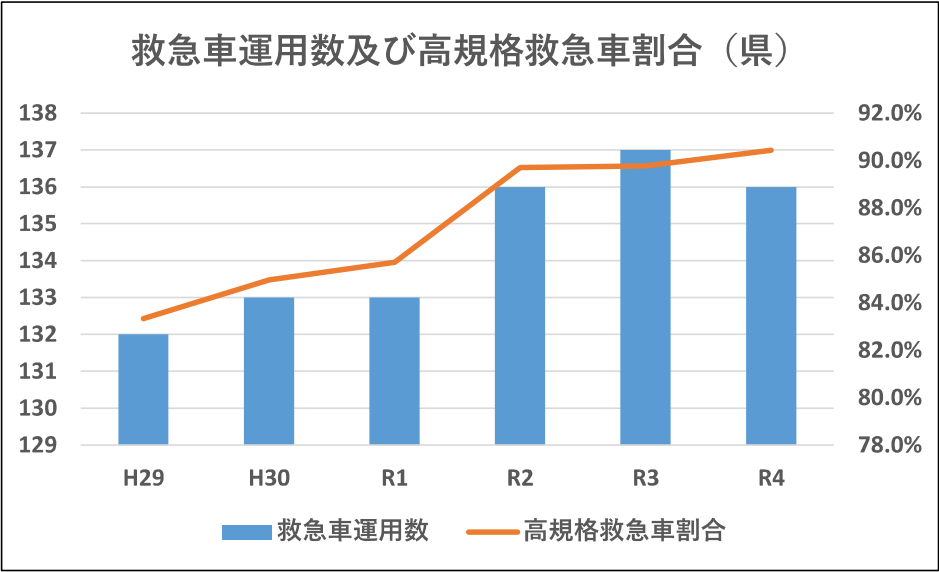
救急救命士数 （単位：人、％）

年	福島県				
	救急隊員数	救急隊救命士	運用救命士	運用救命士割合	救命士有資格者
H29	1,527	463	431	93.1%	587
H30	1,597	481	453	94.2%	609
R1	1,490	496	470	94.8%	646
R2	1,527	525	496	94.5%	680
R3	1,603	543	504	92.8%	690
R4	1,523	567	535	94.4%	704



救急車運用数 （単位：台）

年	救急車運用数	高規格救急車運用数	高規格救急車割合
H29	132	110	83.3%
H30	133	113	85.0%
R1	133	114	85.7%
R2	136	122	89.7%
R3	137	123	89.8%
R4	136	123	90.4%

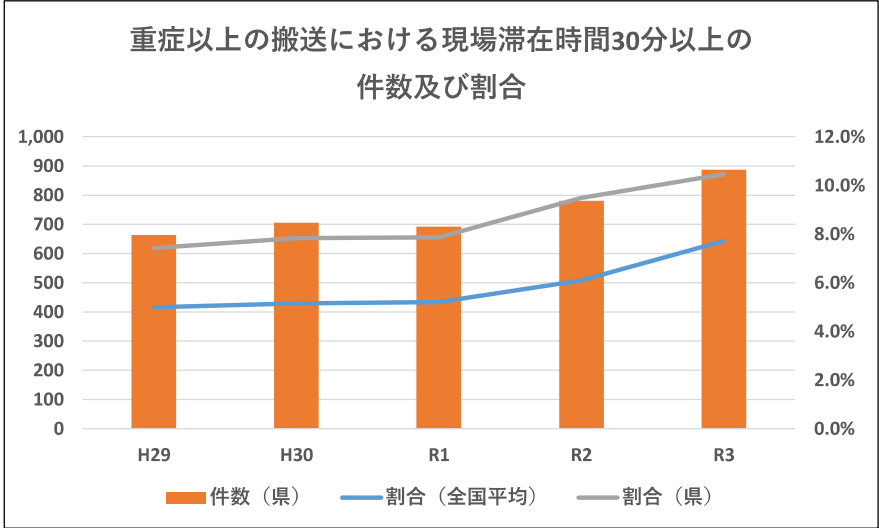
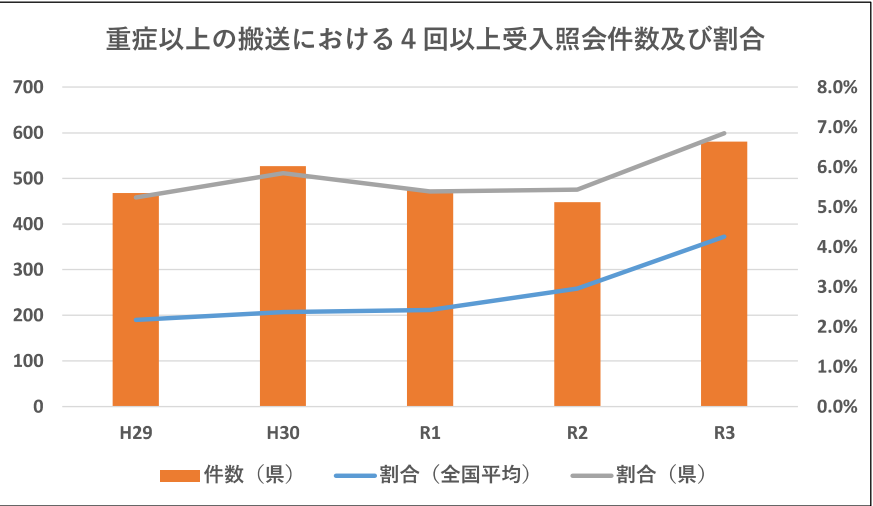


重症以上の搬送における４回以上受入照会件数、割合（単位：人、％）

年	全国		福島県	
	件数（全国）	割合（全国平均）	件数（県）	割合（県）
H29	9,834	2.2%	468	5.2%
H30	10,861	2.4%	527	5.8%
R1	11,067	2.4%	475	5.4%
R2	12,998	3.0%	448	5.4%
R3	19,174	4.3%	581	6.8%

重症以上の搬送における現場滞在時間３０分以上の件数、割合（人、％）

年	全国		福島県	
	件数（全国）	割合（全国平均）	件数（県）	割合（県）
H29	22,620	5.0%	663	7.4%
H30	23,643	5.1%	706	7.8%
R1	23,790	5.2%	692	7.9%
R2	26,807	6.1%	781	9.5%
R3	34,709	7.7%	887	10.5%



1 現 状

①災害拠点病院数			②DMATチーム数/DPAT派遣病院等			③コーディネーター数/リエゾン数				④BCP策定率	
	7次	現状		7次	現状			7次	現状		現状
基幹	1	1	DMAT指定医療機関数	6	16	災害医療コーディネーター数	統括	6	13	災害拠点病院	100%
地域	7	11	DMATチーム数	26	42		地域	5	15	災害拠点病院以外(174医療機関を対象に調査)	30. 5%
計	8	12	DPAT派遣協定締結病院数	6	12	災害時小児周産期リエゾン数	統括	6※注	13	全国	25% (平成30年12月1日)
						※災害時小児周産期リエゾンは、令和2年度から委嘱開始					

⑤医療提供体制

医療圏	災害拠点病院数	DMAT指定医療機関数	DMATチーム数	DPAT派遣協定締結病院数	災害医療コーディネーター数	災害時小児周産期リエゾン(コーディネーター)数
	(基幹) 1				(統括) 13	(統括) 13
県北	2	5	19	2	4	1
県中	3	3	6	5	5	4
県南	1	1	2	0	1	1
会津・南会津	2	3	6	2	2	1
相双	2	2	3	0	1	1
いわき	1	2	6	3	2	1
計	12	16	42	12	28	22

2 課 題

- (1)災害拠点病院が設置されていない消防本部管内がある。
- (2)被災地での精神医療の提供を担う災害時精神医療体制が十分に確保されていない。
- (3)急性期の応援派遣 多数傷病者への対応に必要なDMATチーム数/DPATチーム数が確保されていない。
- (4)中長期の応援派遣 急性期から中長期へ移行段階における保健医療活動チームへの連携機能の充実が必要
- (5)地域の災害医療コーディネート体制が十分に整っていない。
- (6)災害拠点病院以外のBCP策定率が低い。

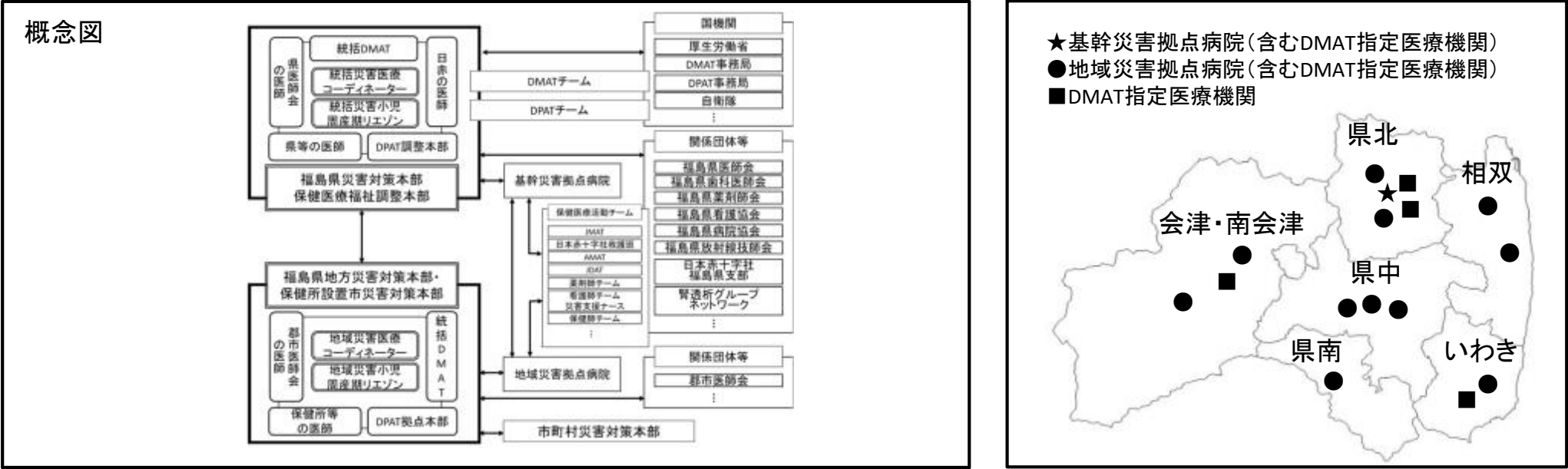
3 目指す姿・目標

- (1)災害拠点病院が各二次医療圏に2病院以上整備されている。災害拠点病院が各消防本部管内に1病院以上設置されている。
- (2)災害時精神科病院が必要数整備されており、DPATチームによる被災地での精神医療体制が構築できている。
- (3)DMAT指定医療機関が各二次医療圏に2医療機関以上整備されている。
- (4)JMAT,災害支援ナース等による保健医療活動チーム体制が整備されている。
- (5)地域災害医療コーディネーター及び地域小児周産期リエゾンが各二次医療圏に2名以上の体制が整っている。
- (6)災害拠点病院以外の有床診療所を除く一般病院のBCP策定率が100%である。

4 必要となる医療機能

- (1)災害拠点病院 重篤患者の救命医療等の高度な診療機能、被災地からの患者の受入機能、広域医療搬送機能
- (2)災害精神科拠点病院 精神疾患を有する患者の受入機能、DPATの派遣に係る対応機能
- (3)災害拠点病院以外 BCPに基づく災害時対応機能(浸水対策等)、EMISによる情報共有機能
- (4)保健医療活動チーム 避難所や救護所等に避難した住民等に対する健康管理機能
- (5)広域派遣 県内、県外からの受入機能、県外への派出機能

5 各医療機能を担う医療機関の連携体制



6 災害時医療圏の設定

<国の指針>
原則として都道府県全体を圏域として、災害拠点病院が災害時に担うべき役割を明確にするとともに、大規模災害を想定し、自らが被災した場合に医療チーム等を受け入れる受援体制や、都道府県にまたがる広域搬送等の支援体制からなる広域連携体制について定めること。

区分	地域	医療機関名	DMAT整備チーム数
地域災害拠点病院	県北	公立大学法人福島県立医科大学附属病院	10
		福島赤十字病院	4
		医療法人辰星会枳記念病院	3
	県中	一般財団法人太田綜合病院附属太田西ノ内病院	2
		一般財団法人脳神経疾患研究所附属総合南東北病院	2
		公立岩瀬病院	2
区分	地域	医療機関名	DMAT整備チーム数
地域災害拠点病院	県南	福島県厚生農業協同組合連合会 白河厚生総合病院	2
	会津・南会津	会津中央病院	4
		福島県立南会津病院	1
	相双	南相馬市立総合病院	2
		福島県ふたば医療センター附属病院	1
	いわき	いわき市医療センター附属病院	5

広域支援・受援体制を踏まえ県全域を災害時医療圏としてはどうか

7 主な具体的施策

- (1)災害拠点病院の機能強化
- (2)災害精神科拠点病院の整備
- (3)災害拠点病院以外の機能強化
 - ・BCP策定
 - ・浸水対策
 - ・災害対応訓練
- (4)派遣応援の体制整備
 - ・DMAT養成/DPAT養成
 - ・コーディネーター養成/リエゾン養成
 - ・保健医療活動チーム(JMAT、災害支援ナース等)
 - ・職能団体との協定
- (5)地域コーディネート体制の強化
 - ・地域災害医療コーディネーター
 - ・地域災害小児周産期リエゾン
- (6)広域連携協定
 - ・「北海道・東北8道県相互応援に関する協定」...北海道、青森県、岩手県、宮城県、秋田県、山形県、福島県、新潟県
 - ・「5県相互応援に関する協定」...福島県、茨城県、栃木県、群馬県、新潟県

1 現 状

①原子力災害拠点病院等			②資機材配備			③ヨウ素剤配備													
	7次	現状	<div>・個人線量計、サーベイメーター、防護服等、高級救護用医薬品、医療資機材等を保健所、拠点病院、医療協力機関に一定数配備</div> <div>・個人線量計、サーベイメーターは、年1回の校正点検を実施</div>			<table><tr><td></td><td>5km圏 (PAZ)</td><td>30km圏 (UPZ)</td><td>30~50 km圏</td><td>50km超</td></tr><tr><td>第一原発</td><td colspan="2" rowspan="2">役場等への配備 (各保健所、災害拠点病院等分散配備)</td><td colspan="2" rowspan="5">国による配備 (全国5か所に配備拠点を設置)</td></tr><tr><td>第二原発</td></tr></table>				5km圏 (PAZ)	30km圏 (UPZ)	30~50 km圏	50km超	第一原発	役場等への配備 (各保健所、災害拠点病院等分散配備)		国による配備 (全国5か所に配備拠点を設置)		第二原発
	5km圏 (PAZ)	30km圏 (UPZ)	30~50 km圏	50km超															
第一原発	役場等への配備 (各保健所、災害拠点病院等分散配備)		国による配備 (全国5か所に配備拠点を設置)																
第二原発																			
拠点病院	3	3																	
協力機関	5	9																	
計	8	12			<div>PAZ=予防的防護措置を準備する区域</div> <div>UPZ=緊急的防護措置を準備する区域</div>														

④				
医療圏	高度被ばく医療支援センター(国)	原子力災害医療・総合支援センター(国)	原子力災害拠点病院(県)	原子力災害医療協力機関(県)
県北	1	1	2	2
県中				1
県南				1
会津・南会津				2
相双			1	1
いわき				2
県外	4	3	—	—
計	5	4	3	9

2 課 題

- (1)原子力災害医療提供...多数傷病者に対応できる原子力災害医療機関の体制が十分でない(県中・県南、二次医療圏間連携及び広域連携)
- (2)避難帯域時検査の備え...検査場所への資機材の配置等が直ちにできる体制が必要である。
- (3)ヨウ素剤の備え...円滑に安定ヨウ素剤の配布・服用方法ができる体制が必要である。
- (4)リスクコミュニケーション...放射線等に関する知識が、防災業務従事者、一般病院の医療従事者及び住民の理解が十分に浸透していない。

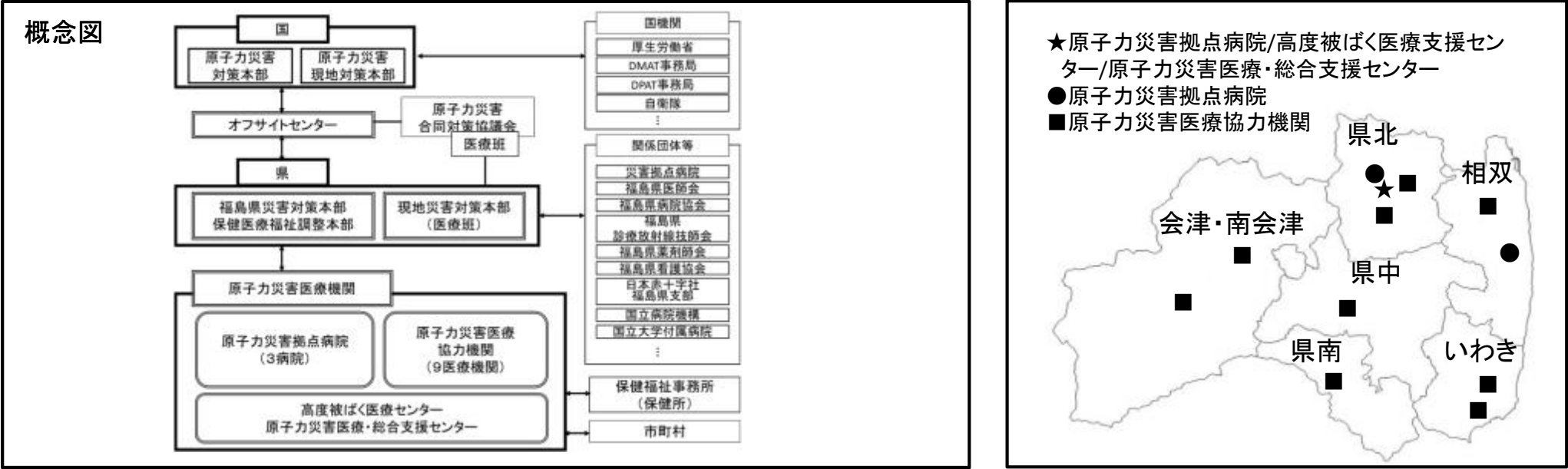
3 目指す姿・目標

- (1)原子力災害医療機関が各二次医療圏に2カ所以上整備されている。また、広域連携・受援体制が構築できている。
- (2)避難帯域時検査用資機材が避難帯域時検査場所等に迅速に配置され、県内外からの検査人員の受入体制が整っている。
- (3)安定ヨウ素剤の住民への配布・服用等について、行政が速やかに対応できる体制ができている。
- (4)原子力災害医療機関以外の医療機関に、スクリーニングレベル以下と判断された傷病者の受入体制ができている。

4 必要となる医療機能

- (1)初動対応 オフサイトセンター 関係機関との連携体制
- (2)原子力災害医療機関に必要な機能
原子力災害拠点病院(汚染の有無にかかわらず傷病者に対する高度診療など)
原子力災害医療協力機関(被ばく傷病者等の診療、放射線物質による汚染の測定など)
- (3)原子力災害医療機関以外の災害拠点病院や一般病院に必要な機能
スクリーニングレベル以下と判断された傷病者の診療、緊急的に避難をした入院患者の受け入れ
- (4)行政の対応
保健所 避難者の健康管理等
市町村 ヨウ素剤、ヨウ素剤の備蓄、服用の指示体制の明確化、ヨウ素剤服用の住民の理解醸成
県 情報共有、資機材の整備・管理、避難帯域時検査場の整備、検査要員の確保

5 各医療機能を担う医療機関の連携体制



6 原子力災害医療圏の設定

<国の指針> なし

区分	医療機関	区分	医療機関
原子力災害拠点病院	公立大学法人福島県立医科大学附属病院	原子力災害医療協力機関	福島県ふたば医療センター附属病院
	福島赤十字病院		(公社)福島県診療放射線技師会
	南相馬市立総合病院		日本赤十字福島県支部
原子力災害医療協力機関	福島県厚生農業協同組合連合会白河厚生総合病院		一般財団法人脳神経疾患研究所附属総合南東北病院
	会津中央病院	高度被ばく医療支援センター	独立行政法人放射線医学総合研究所、公立大学法人福島県立医科大学附属病院、国立大学法人弘前大学、国立大学法人広島大学、国立大学法人長崎大学
	福島県立南会津病院		
	いわき市医療センター附属病院	原子力災害医療・総合支援センター	公立大学法人福島県立医科大学附属病院、国立大学法人弘前大学、国立大学法人広島大学、国立大学法人長崎大学
	福島労災病院		

広域支援・受援体制を踏まえ、県全域を原子力災害医療圏としてはどうか

7 主な具体的施策

【1 計画等の整備】
原子力災害医療対策協議会を活用し、『原子力災害医療行動計画』の改定を行う。
【2 原子力災害医療機関の充実】
(1) 県中・県南の医療圏に、原子力災害医療機関をそれぞれ新たに1機関指定する。
(2) 原子力災害医療機関の機能のさらなる充実を図る。原子力災害医療機関以外の機能を整備する。
【3 広域連携と受援体制の整備】
原発での労働災害の多数傷病者発生や大規模な原子力災害に対応できる広域連携・受援体制を構築する。連携・協定等の締結を図る。
【4 避難退域時検査・医療中継拠点】
(1) 『避難退域時検査実施要領』の改定を行う。
(2) 13市町村の避難経路に基づき、複数の避難退域時検査場所及び医療中継拠点設置場所の計画を策定する。
(3) 避難待機時検査用資機材を整備する。避難退域時検査場所の配置に基づき、避難退域時検査用資機材の保管倉庫を整備する。
(4) 資機材の集中管理と分散配置の併用により原子力災害医療機能の迅速な展開を実現する。
【5 安定ヨウ素剤】
災害対応関係者、医療従事者等への安定ヨウ素剤の配布体制を整備する。住民等への安定ヨウ素剤の配布体制を整備する。
【6 訓練・研修等】
(1) 原子力災害医療機関の医療従事者に対し、高度で専門的な研修を実施する。
(2) 原子力災害医療機関以外の災害医療担当の医療従事者に対し、放射線防護や原子力災害医療に関する研修や講習会等を実施する。
(3) 行政、住民、関係機関等に対し、放射線等に関する知識の普及啓蒙活動を実施する。

①無医地区等

①無医地区等

(令和5年1月現在)

- 無医地区(2市町4地区)
- 準無医地区(3市町5地区)
 - ・令和元年調査から5地区増加(うち前回の記載漏れが4地区、帰還困難区域解除等による住民増加が1地区)
- 無歯科医地区(4市町村6地区)
- 準無歯科医地区(2市5地区)
 - ・令和元年調査から6地区増加(うち前回の記載漏れが4地区、交通の便の悪化が1地区、帰還困難区域解除等による住民増加が1地区)、1地区減少(交通の便の改善)

②医療支援

(令和4年度実績)

○へき地医療支援システムによる医療支援

- ・ 県立医大→会津医療センター、1拠点病院
- ・ 会津医療センター→2拠点病院、5診療所
- ・ 宮下病院→1診療所
- ・ 南会津病院→1診療所

③へき地診療所

(令和4年4月現在)
○19市町村27診療所

二次医療圏	へき地診療 所数
県北	4
県中	2
県南	1
会津・ 南会津	15
相双	4
いわき	1
計	27

○常勤医師
(20診療所、25人)
・第7次医療計画記載
時点(平成29年1月)
から5人増加

④医療提供体制

○へき地医療支援システム（医師派遣）

- ・ 県立医大 → 会津医療センター → へき地医療拠点病院 → 各診療所
→ 南会津病院 → 各診療所
- ・ 各診療所から代診医派遣要請依頼 → 代診医の派遣調整 → 代診医の派遣

(1) 帰還困難

- (1) 帰還困難区域解除等による住民増加により準無医地区が1地区増加している
- (2) 医師少数区域などにおいて、複数の疾患の初期診断等に対応できる「総合診療医」の養成
- (3) 医師少数区域における修学資金貸与医師や自治医大卒医師の配置の継続
- (4) へき地医療支援システムによる医療支援の継続

(1)「 \wedge 」表地圖

- (1)「へき地医療等医師確保修学資金」制度等の運用により、引き続き医師少数区域における医師の養成・確保を図ることにより県民が安心して生活できる医療提供の向上を図る
- (2)へき地医療支援システムや代診医派遣による医師少数区域の医療支援を継続することで地域住民の医療の確保を図る
- (3)ドクターヘリやドクターカーの有効活用による医師少数区域における救急医療の確保を図る
- (4)情報通信技術などを活用した医療情報連携システムの整備促進や初期診療向上のための医療機器等の整備支援

(1) 診療機能

- (1) 診療機能(地域住民の医療を確保するとともに、専門的な医療や高度な医療へ搬送する体制整備などの機能の確保)
- (2) 診療支援機能(医師少数区域の医療機関の医療支援を行うための機能の確保)
- (3) 保健指導機能(無医地区等において保健指導を提供するための機能の確保)
- (4) 行政機関等による支援(へき地診療所等からの医師派遣要請時の調整、へき地医療に従事する医師のキャリア形成などの支援の確保)

1 現 状

①出生数・合計特殊出生率

②低出生体重児割合

③周産期死亡率・新生児死亡率

④県内の産婦人科医師数

・本県の出生数は減少しており、令和3年は11,000人を切っている。
・合計特殊出生数も全国平均の1.3より高い1.36ではあるが、割合は減少している。

・低出生体重児の割合は、平成28年以降は減少傾向であり、令和3年は8.9%で全国平均の9.4%よりも低い。

・周産期死亡率は減少傾向であるものの、令和3年は4.1で、全国平均の3.4より高い。
・新生児死亡率は概ね全国平均と近似値で推移している。

・県内の産婦人科医師数は令和2年は137人で、増加傾向である。医師全体に占める産婦人科の割合は平成22年以降は3. 5%前後を推移している。
・本県の人口10万対の医療施設従事医師数は全国より低く、令和2年度の全国順位は43位。県北地区以外は全国値を下回っており、相双は全国値の半分以下の4.4。

⑤医療提供体制

医療圏	総合周産期母子医療センター （施設数）	地域周産期母子医療センター （施設数）	周産期医療協力施設 （施設数）	分娩取扱施設 （施設数）
県北	1	1		8
県中		1	3	9
県南			1	3
会津・南会津		1		2
相双			1	2
いわき		1		5
計	1	4	5	29

2 課 題

- (1)周産期死亡率が全国平均を上回っている
- (2)周産期医療提供システムの維持
- (3)産科医・産婦人科医、NICU担当医師数の確保
- (4)周産期医療の機能の集約化・重点化が進む中での妊産婦への支援
- (5)災害時の小児周産期リエゾンの体制が十分に整っていない。

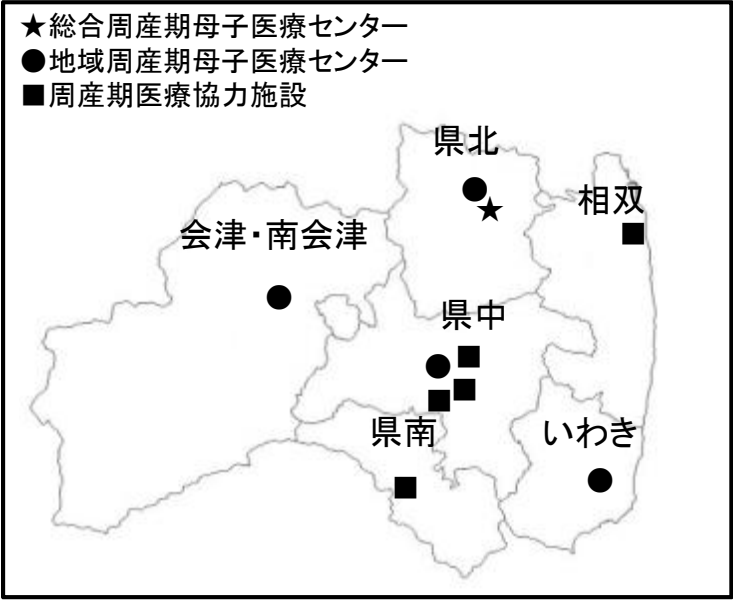
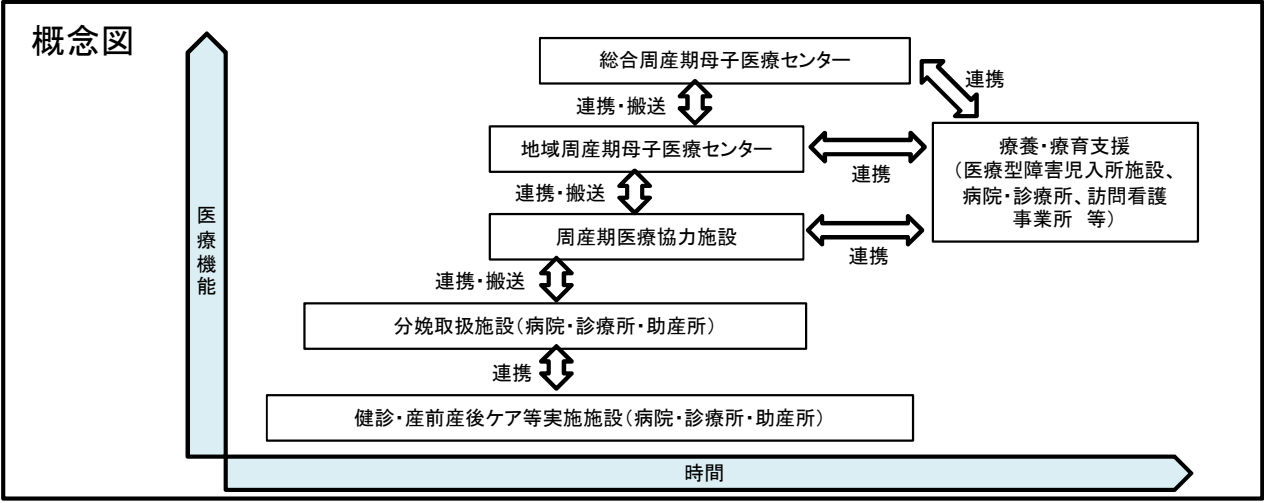
3 目指す姿・目標

- (1)妊産婦死亡率、新生児死亡率、周産期死亡率が全国平均を下回ること。
- (2)周産期医療システムを維持確保すること
 - ・必要なMFICUやNICUの病床を確保すること
 - ・減少する分娩施設の分娩数を支える地域の周産期医療センターを目指すこと
 - ・分娩施設の施設や設備の充実を支援すること
- (3)産科医・産婦人科医、NICU担当医を育成・確保すること
- (4)県内のどこにいても安心して生み育てることができること
- (5)災害時の小児周産期リエゾンが十分に確保されていること

4 必要となる医療機能

- (1)正常分娩を扱う機能(各地域の分娩取扱施設の支援)
- (2)比較的高度な周産期医療を行うことができる機能(地域母子周産期センター)
- (3)ハイリスクな妊娠に対する医療及び高度な新生児医療等の周産期医療を行うことができる機能(総合周産期母子医療センター)
- (4)災害時も周産期医療を迅速かつ的確に提供できるよう調整する機能

5 各医療機能を担う医療機関の連携体制



6 周産期医療圏の設定

【国指針の内容】(「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」)
○周産期医療圏の設定においては、産科医師や分娩取扱施設が存在しない周産期医療圏がないようにする。
○周産期医療圏の設定に当たっては、重症例(重症の産科疾患、重症の合併症妊娠、胎児以上症例等)を除く産科症例の診療が周産期医療圏で完結することを目安に、従来の二次医療圏にこだわらず地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定する。
【福島県の周産期医療機関】

医療圏	総合周産期母子医療センター (施設数)	地域周産期母子医療センター (施設数)	周産期医療協力施設 (施設数)
県北	1	1	
県中		1	3
県南			1
会津・南会津		1	
相双			1
いわき		1	
計	1	4	5

医療圏	分娩取扱施設(施設数)			
	病院	診療所	助産所	合計
県北	4	4	0	8
県中	4	5	0	9
県南	2	1	0	3
会津・南会津	2	0	0	2
相双	1	1	0	2
いわき	1	3	1	5
計	14	14	1	29

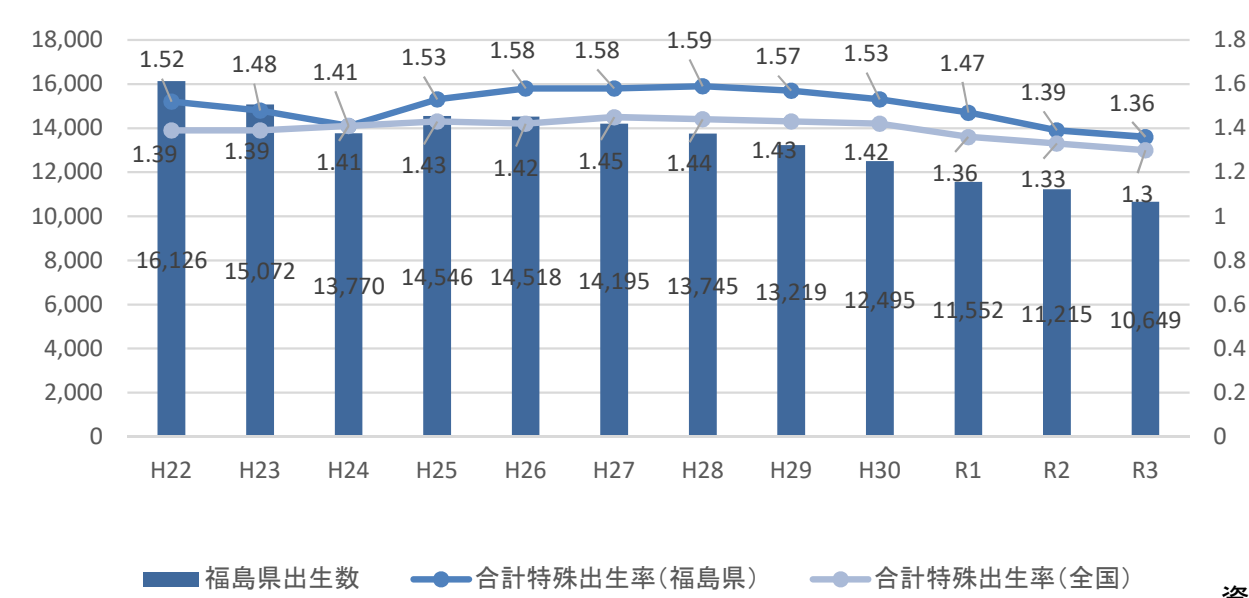
○本県の二次医療圏においては、上記のように無産科周産期医療圏がないことから、周産期医療圏は二次医療圏と同一としてはどうか。

7 主な具体的施策

- 周産期医療体制の整備
 - ・分娩施設の施設設備整備支援
 - ・地域周産期医療センターと総合周産期医療センター間の役割分担
 - ・分娩施設で対応できない分娩数や案件を周産期医療センターが補完
- 周産期医療(産科・産婦人科、NICU、MFICU)に係る人材確保と育成
 - ・福島医大(産科婦人科学講座、小児科学講座、ふくしま子ども・女性医療センター)の人材育成と各病院への医師の供給
 - ・修学資金貸与支援の継続
 - ・助産師へのタスク・シフト/シェア
- 妊産婦への支援
 - ・早期の妊娠届出や定期的な妊婦健康診査の受診に関する普及啓発
 - ・医療機関と市町村との連携した妊産婦支援を実施するための妊婦連絡票の活用支援
 - ・市町村における妊娠期からの伴走型支援の確実な実施の支援
 - ・母子保健、子育て支援、児童福祉の一体的な支援を行うこども家庭センターの設置促進
 - ・市町村母子保健担当者等を対象とした妊産婦支援に関する研修の実施
- 周産期医療関連施設を退院した障がい児等への支援
 - ・入院児医療コーディネーターの配置
 - ・福島県医療的ケア児支援センターを中心とした地域の相談・支援体制の整備
- 災害時の周産期医療の提供に備える
 - ・各医療圏に2人以上のリエゾン配置を目指す
 - ・災害対応の技能維持を図るため、各種研修や訓練への参加

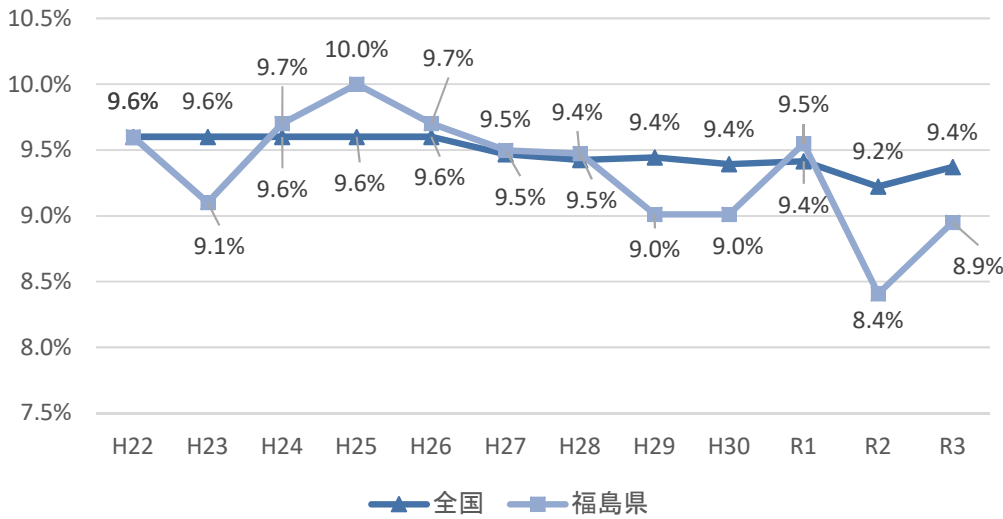
各種グラフ

①出生数と合計特殊出生率の推移



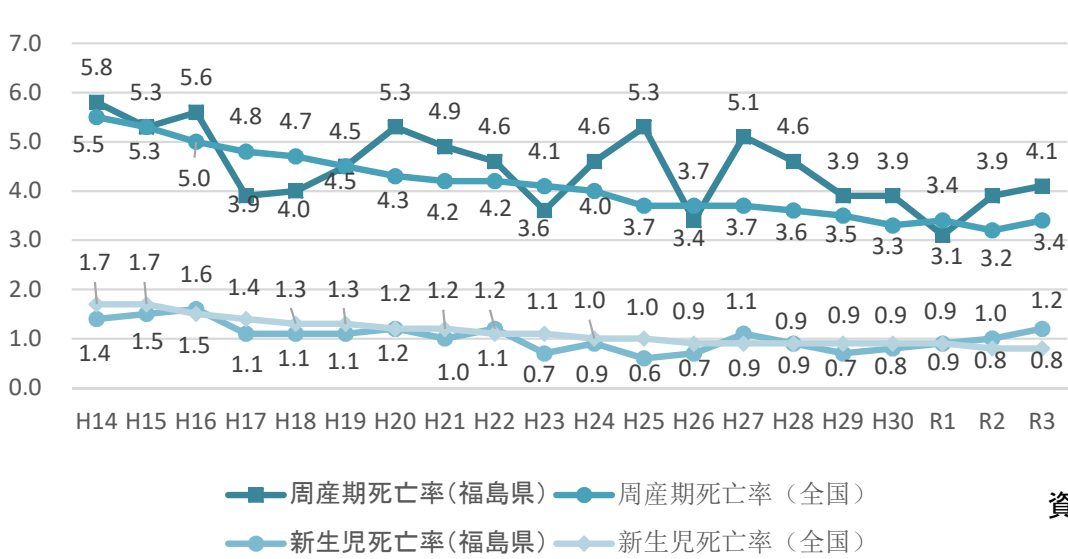
資料:人口動態統計(厚生労働省)

②全出生数に対する低出生体重児の割合



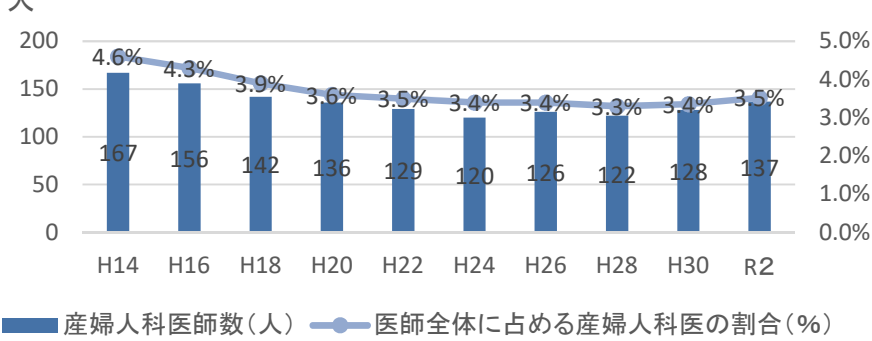
資料:人口動態統計(厚生労働省)

③周産期死亡率及び新生児死亡率の推移



資料:人口動態統計(厚生労働省)

④福島県の産婦人科医師数と割合の推移



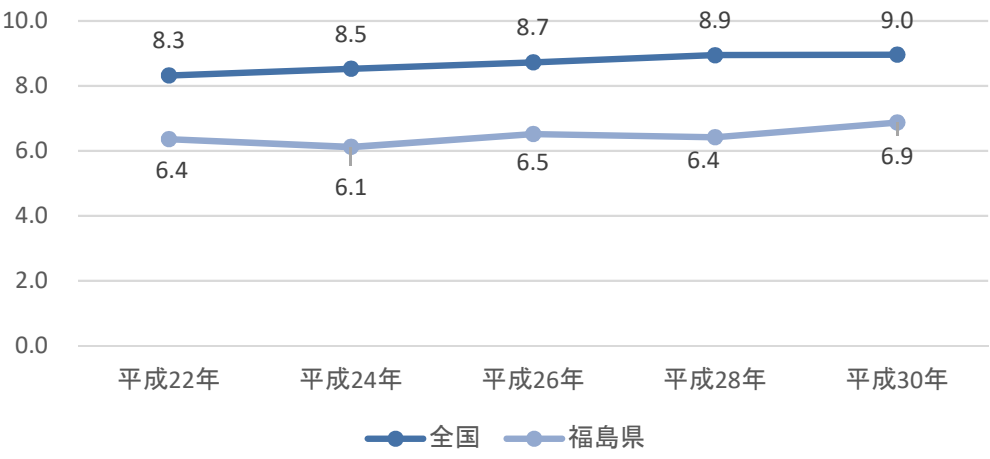
地域別の産婦人科(産科)医師数(出生千対)

地域	県北	県中	県南	会津・南会津		相双	いわき	県全体
				会津	南会津			
産婦人科医の割合	19.3	10.5	8.6	11.9	0	7.6	10.3	12.4

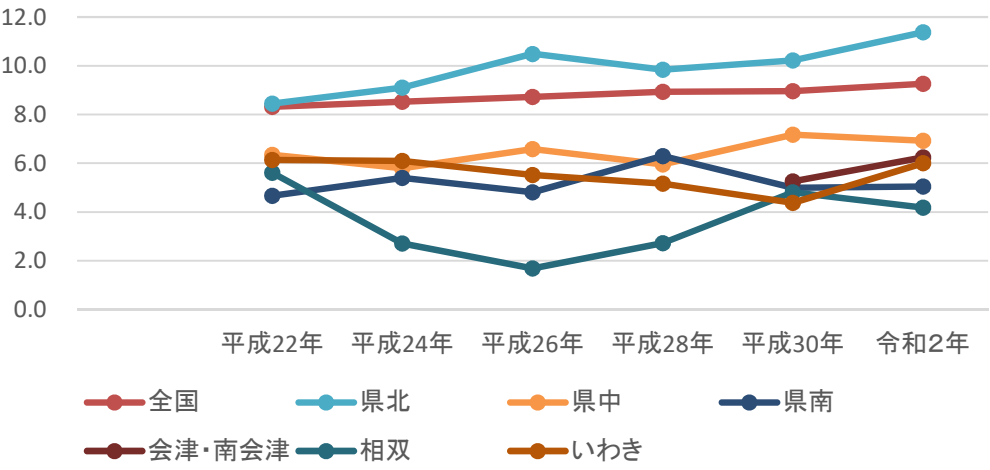
資料:医師・歯科医師・薬剤師統計(厚生労働省)(令和2年)

資料:医師・歯科医師・薬剤師調査(平成28年まで)(厚生労働省)
医師・歯科医師・薬剤師統計(平成29年から令和2年まで)(厚生労働省)

④ 産婦人科 医療施設従事医師数
(人口10万対)



④ 産婦人科 医療施設従事医師数
(医療圏別・人口10万対)



			人口10万対医師数					
産婦人科・産科	地域		平成22年	平成24年	平成26年	平成28年	平成30年	令和 2 年
	全国		8.3	8.5	8.7	8.9	9.0	9.3
	福島県		6.4	6.1	6.5	6.4	6.9	7.5
		全国順位	46位	46位	46位	46位	45位	43位
	医療圏別	県北	8.5	9.1	10.5	9.8	10.2	11.4
		県中	6.3	5.8	6.6	6.0	7.2	6.9
		県南	4.7	5.4	4.8	6.3	5.0	5.0
		会津・南会津					5.3	6.2
		うち会津	5.0	4.7	5.2	4.9	(5.8)	(6.9)
		うち南会津	0.0	0.0	0.0	0.0	(0.0)	(0.0)
		相双	5.6	2.7	1.7	2.7	4.8	4.2
		いわき	6.1	6.1	5.5	5.2	4.4	6.0

資料: 医師・歯科医師・薬剤師調査(平成28年まで)(厚生労働省)
医師・歯科医師・薬剤師調査(平成29年から令和2年まで)(厚生労働省)

1 現 状

①乳児・乳幼児・小児死亡率の推移

・乳児死亡率は、令和3年は2.3で、全国平均の1.7を上回っている。

・乳幼児死亡率は、令和3年は0.62で、全国平均の0.41を上回っている。

・小児死亡率の推移は、令和3年は0.25で、全国平均の0.17を上回っている。

②小児科標榜医療機関数

・県内の小児科を標榜する一般病院は減少傾向であるものの、近年は35施設を確保している。

③小児科医師数

・県内の医師全体に占める小児科医師数の割合は令和2年は5.5で、平成30年より減少している。

・人口10万対の医療施設従事医師数は本県は11.7で、全国14.3より低く、令和2年度の全国順位は42位。県北地区以外は全国値を下回り、相双は全国値の半分以下の6.7である。

④予防接種率、健診受診率

・麻しん風しんワクチン接種率は、1歳児に行う第Ⅰ期は令和3年は93.1で、全国平均の93.5より低い。

・福島県は、1歳半健診受診率は96.6%、全国平均95.2%。3歳児健診受診率は、96.1%、全国平均は94.6%で、小児の健診受診率は全国平均を上回っている。

⑤医療提供体制

医療圏	小児地域支援病院	小児地域医療センター	小児中核病院
県北		1	1
県中		1	
県南	1		
会津・南会津		1	
相双	1		
いわき		1	
計	2	4	1

医療圏	小児初期救急医療	
	在宅当番医制	休日夜間急患センター
県北	○	○
県中	○	○
県南	○	○
会津・南会津	○	○
相双		○
いわき	○	○

2 課 題

<div>(1)乳幼児死亡率は、全国平均を上回っている。</div> <div>(2)小児科標榜病院は10年前と比較すると減少している。</div> <div>(3)人口に対する小児科医師数は減少傾向である。</div> <div>(4)近年の乳幼児の救急搬送について、搬送の原因が急病によるもので、軽傷だった場合の救急搬送率は50%前後を推移している。</div> <div>(5)乳幼児の健康診査・予防接種の推進</div> <div>(6)災害時の小児周産期リエゾンの体制が十分に整っていない。</div> <div>(7)全国的に増加する医療的ケア児への支援充実が必要である。</div>
--

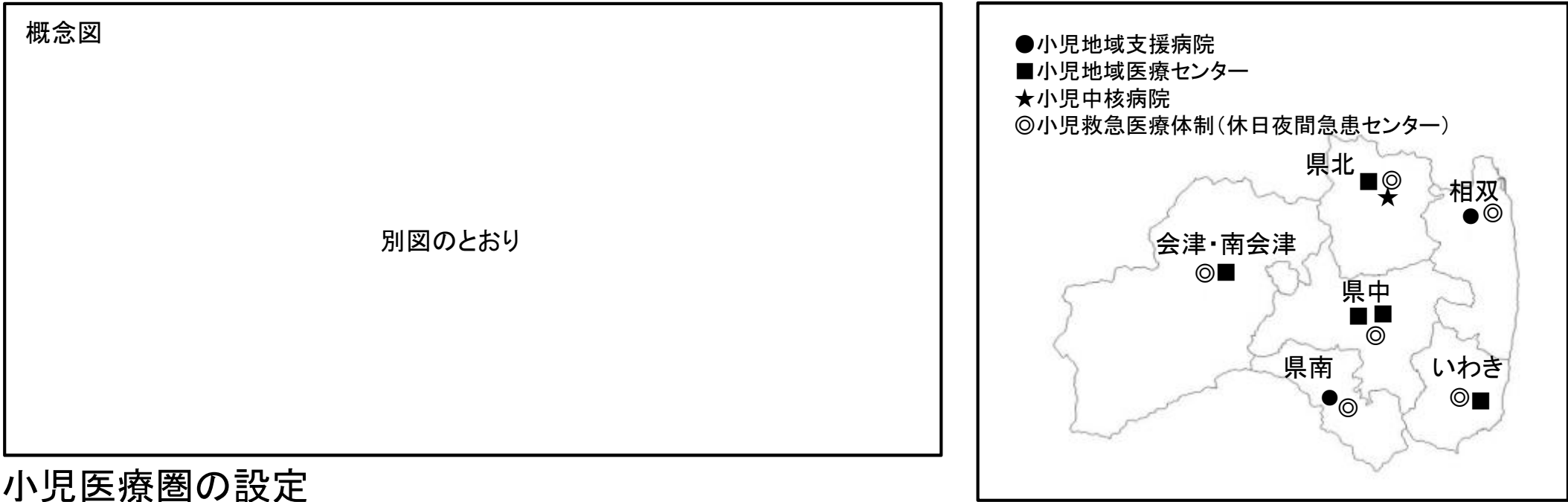
3 目指す姿・目標

<div>(1)小児医療提供体制が確保できていること（PICUやNICU病床の確保、小児初期救急の確保、周産期医療とのつながり）</div> <div>(2)小児科標榜病院が減少する中での地域の小児医療提供体制が確保できていること</div> <div>(3)病院勤務の小児科医師数が確保できていること</div> <div>(4)＃8000の推進をすること</div> <div>(5)乳幼児の健康診査・予防接種率が向上すること</div> <div>(6)災害時の小児周産期リエゾンが十分に確保されていること</div> <div>(7)医療的ケア児支援体制を確保すること</div>
--

4 必要となる医療機能

<div>(1)相談支援（＃8000）</div> <div>(2)一般小児医療と小児初期救急</div> <div>(3)小児地域医療センター</div> <div>(4)小児中核病院</div> <div>(5)障がい児や医療的ケア児の療養・療育支援</div> <div>(6)災害時小児周産期リエゾンの確保</div>

5 各医療機能を担う医療機関の連携体制



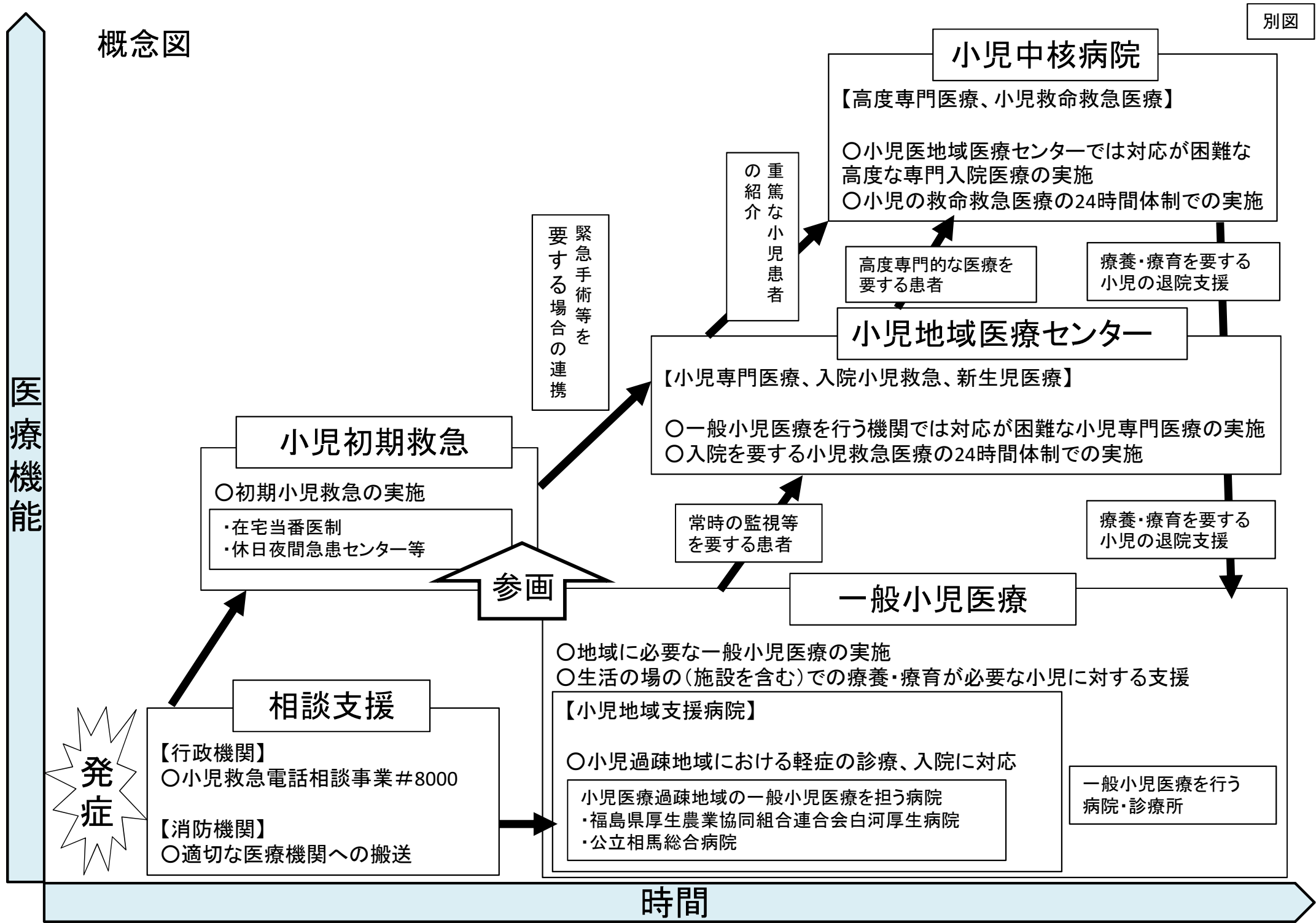
6 小児医療圏の設定

【国指針の内容】

- 一般小児医療、小児地域支援病院、小児地域医医療センター、小児中核病院といった各機能を明確にして小児医療圏を設定すること。
- 地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定すること。
- 周産期の連携の下、小児医療圏と小児救急医療圏を一本化すること。

別表のとおり。

- 本県の二次医療圏において、小児初期救急医療及び入院を要する小児救急医療の受入が体制が確保されていること、
- また、周産期医療との連携を考慮し、小児医療圏は二次医療圏と同一としてはどうか。



核となる小児医療機関

別表

医療圏	小児地域支援病院	小児地域医療センター	小児中核病院
県北		一般財団法人 大原記念財団大原総合病院	公立大学法人 福島県立医科大学附属病院
県中		一般財団法人 太田総合病院附属太田西ノ内病院	
県南	福島県厚生農業協同組合連合会 白河厚生総合病院		
会津・南会津		竹田総合病院	
相双	公立相馬病院		
いわき		いわき市医療センター	

小児救急医療体制

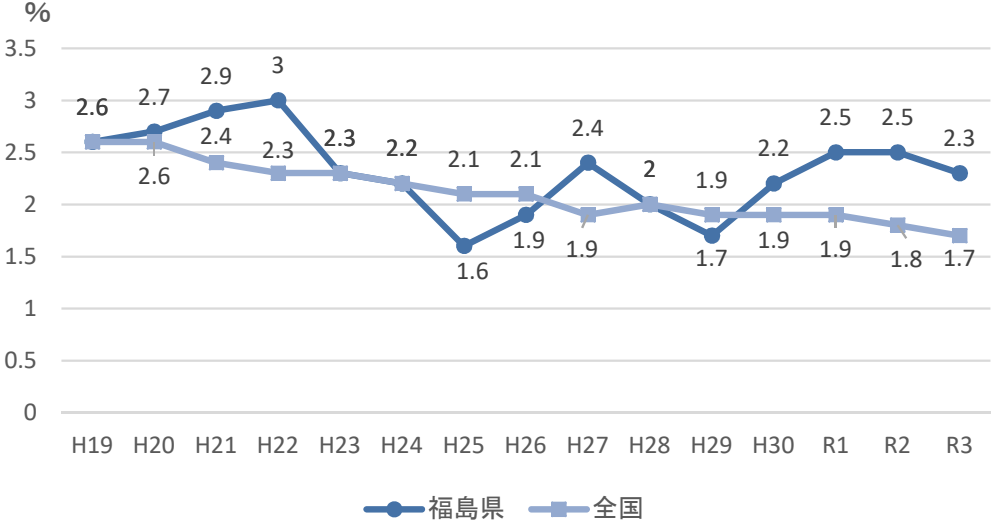
医療圏	小児初期救急医療		入院を要する 小児救急医療	小児救命救急医療
	在宅当番医制	休日夜間急患センター等		
県北	福島市医師会 安達医師会	福島市夜間急病診療所	福島市	公立大学法人 福島県立医科大学附属病院
県中	郡山医師会	郡山市休日・夜間急患センター 須賀川地方夜間急病診療所 田村地方夜間診療所	郡山市	一般財団法人 太田総合病院附属太田西ノ内病院
県南	白河医師会	福島県厚生農業協同組合連合会白河厚生 生病院（白河医師会）	郡山市・福島市以外の入院を 要する小児救急医療は、 通常の二次救急医療体制で 対応。	
会津・南会津	会津若松医師会	会津若松夜間急病センター		竹田総合病院
相双		公立相馬総合病院（相馬郡医師会） 医療法人相雲会小野田病院 （南相馬市）		公立大学法人 福島県立医科大学附属病院
いわき	いわき市医師会	いわき市休日夜間急病診療所		いわき市医療センター

各論 第8章 5疾病・6事業及び在宅医療の体制 第11節 小児医療④

7 主な具体的施策

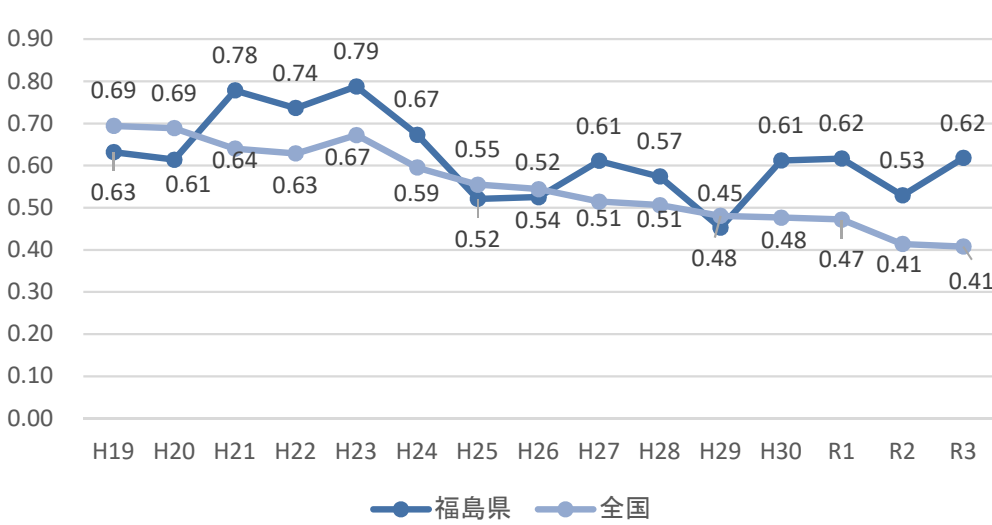
- (1)小児医療提供体制の確保
 - ・小児医療の施設設備整備支援
 - ・各小児医療病院間の役割分担
- (2)初期小児救急医療の確保
 - ・休日夜間急患センター
- (3)小児科医にかかる人材育成
 - ・福島医大（小児科学講座・ふくしま子ども・女性医療センター）での人材育成と各病院への医師の供給
- (4)子どもの医療の相談支援
 - ・＃8000の応答率の向上、質の確保
- (5)災害時への対応
 - ・各医療圏に2人リエゾンが配置されることを目指す
 - ・災害対応の技能維持を図るため、各種研修や訓練への参加
- (6) 医療的ケア児支援体制の確保
 - ・医療的ケア児支援センターを中心とした地域の相談・支援体制整備
 - ・支援人材の育成
 - ・医療・福祉関係機関による協議の場の開催
 - ・児童発達支援センター等における療育水準の引き上げ

①ー1 乳児死亡率の推移



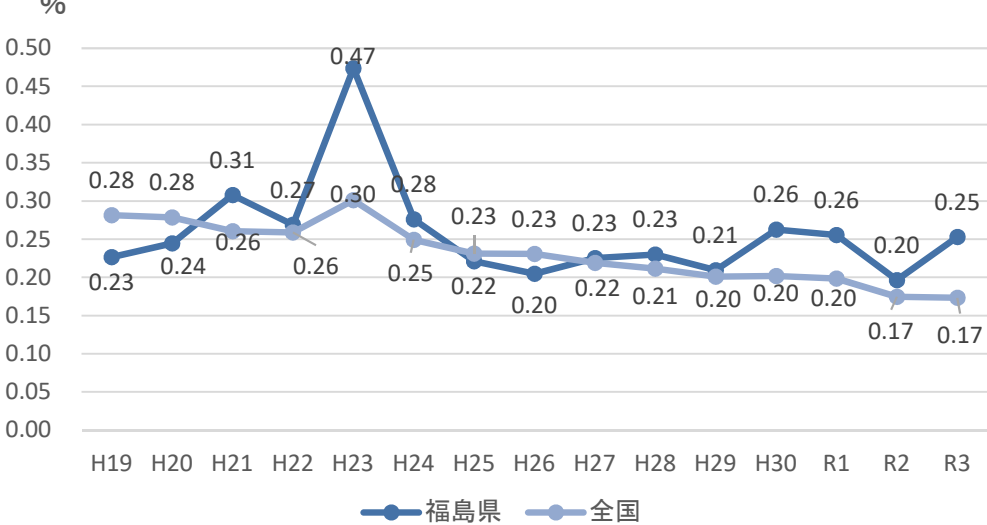
資料:人口動態統計(厚生労働省)

①ー2 乳幼児死亡率の推移



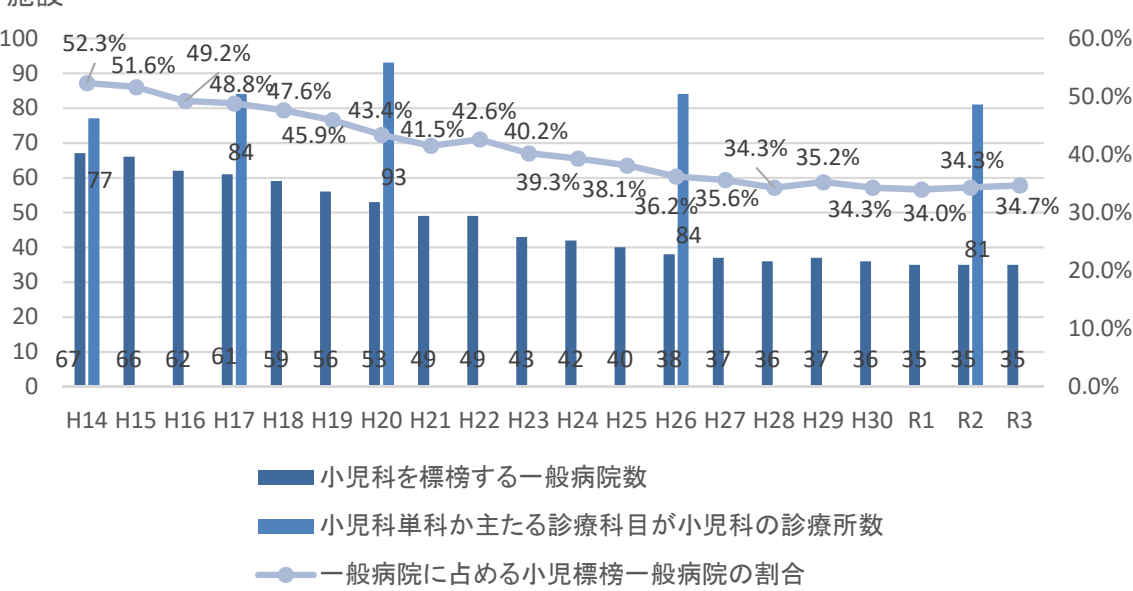
資料:人口動態統計(厚生労働省)

①ー3 小児死亡率の推移



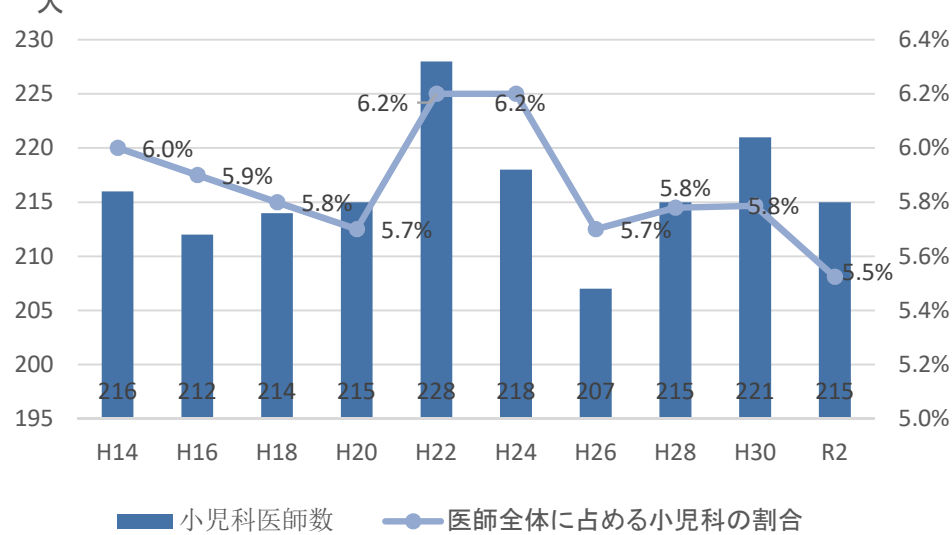
資料:人口動態統計(厚生労働省)

②小児科を標榜する医療機関数の推移(福島県)



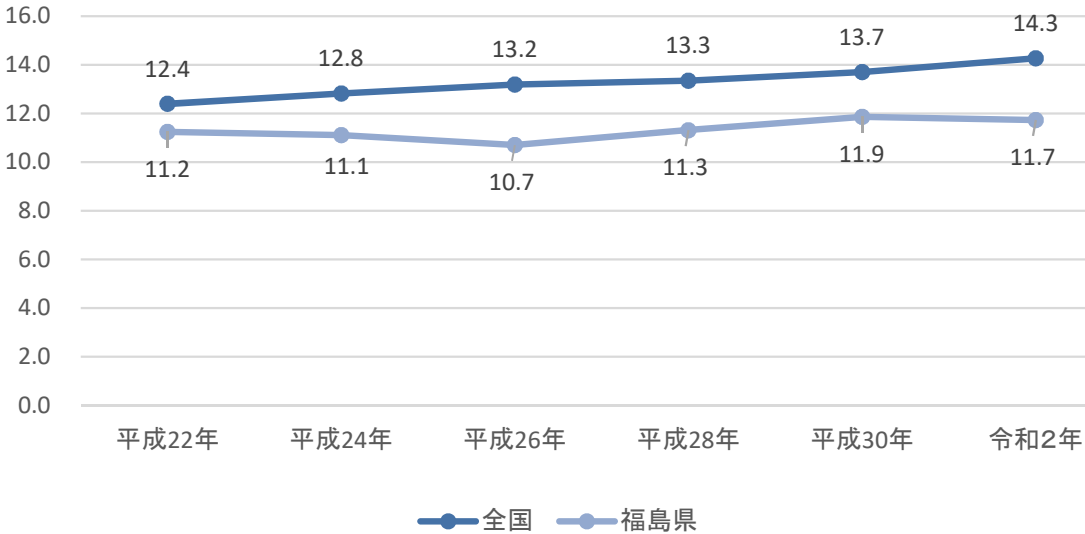
資料:医師・歯科医師・薬剤師調査(平成28年まで)(厚生労働省)
医師・歯科医師・薬剤師調査(平成29年から令和2年まで)(厚生労働省)

③ 小児科医師数(福島県)



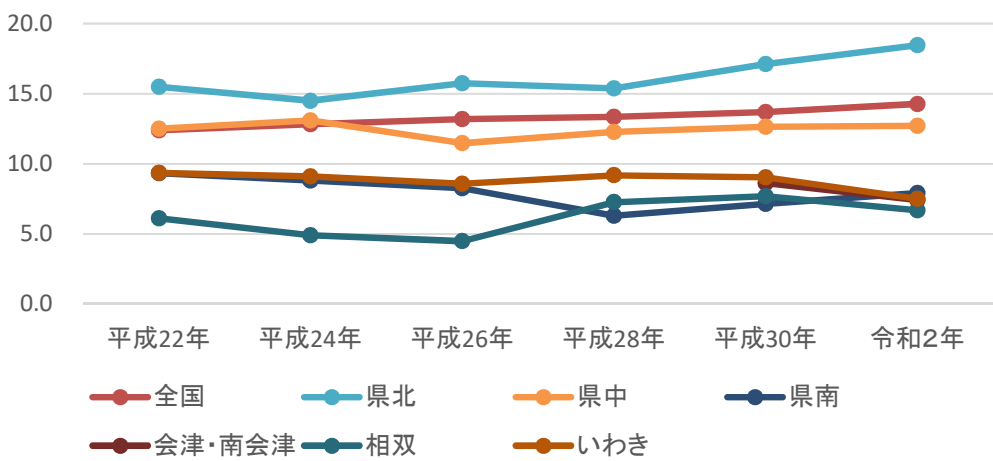
資料:医師・歯科医師・薬剤師調査(平成28年まで)(厚生労働省)
医師・歯科医師・薬剤師調査(平成29年から令和2年まで)(厚生労働省)

③ 小児科 医療従事者医師数の状況
(人口10万対)



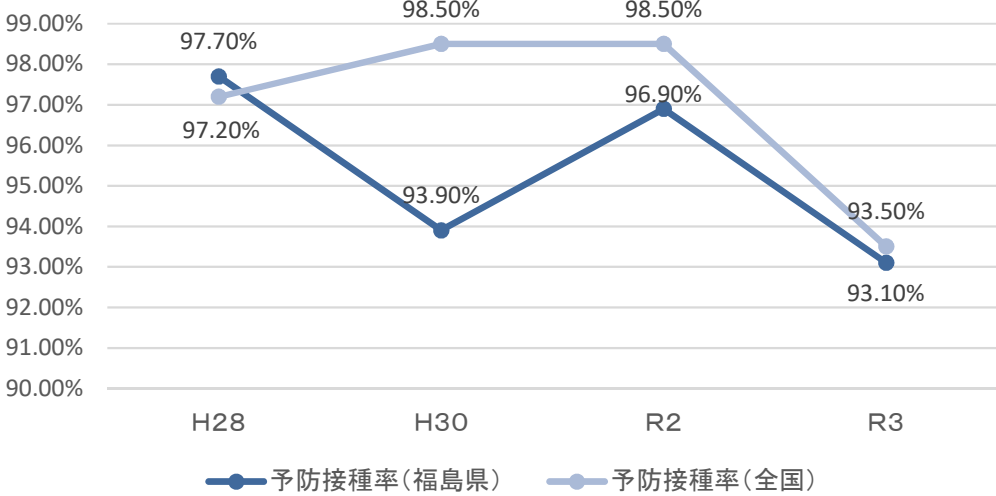
			人口10万対医師数					
地域			平成22年	平成24年	平成26年	平成28年	平成30年	令和 2 年
全国			12.4	12.8	13.2	13.3	13.7	14.3
福島県			11.2	11.1	10.7	11.3	11.9	11.7
		全国順位	34位	38位	43位	41位	40位	42位
小児科 医療圏別	県北		15.5	14.5	15.7	15.4	17.1	18.5
	県中		12.5	13.1	11.5	12.3	12.6	12.7
	県南		9.3	8.8	8.3	6.3	7.1	7.9
	会津・南会津						8.6	7.4
	うち会津		8.4	8.6	8.0	8.5	(8.3)	(7.3)
	うち南会津		6.7	13.8	10.8	15.1	(11.9)	(8.2)
	相双		6.1	4.9	4.5	7.3	7.7	6.7
	いわき		9.4	9.1	8.6	9.2	9.0	7.5

③ 小児科 医療従事医師数の状況
(医療圏別・人口10万対)

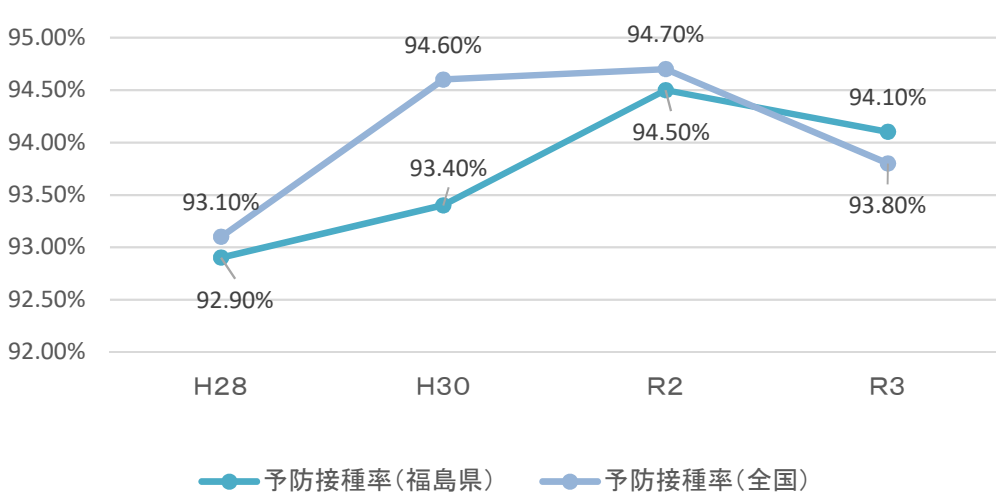


資料: 医師・歯科医師・薬剤師調査(平成28年まで)(厚生労働省)
医師・歯科医師・薬剤師調査(平成29年から令和2年まで)(厚生労働省)

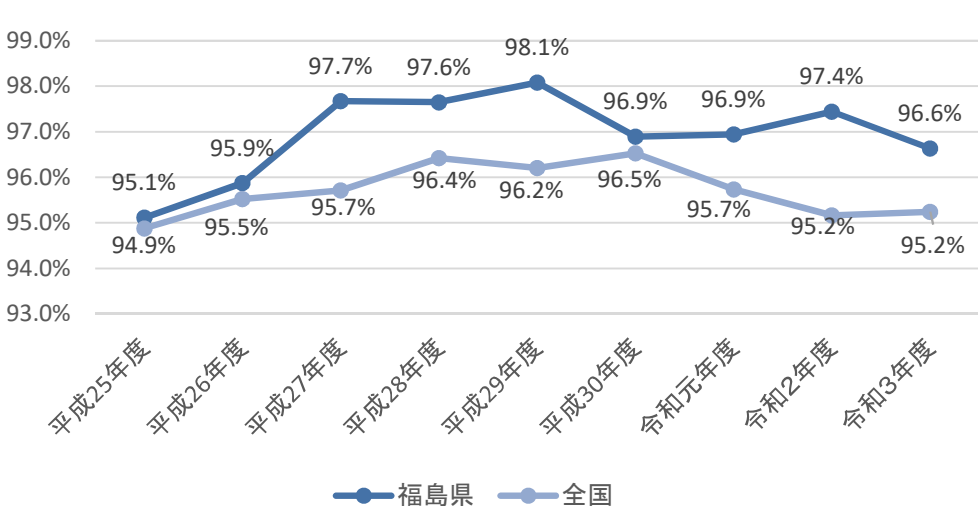
④ 麻しん・風しん予防接種率(第Ⅰ期)



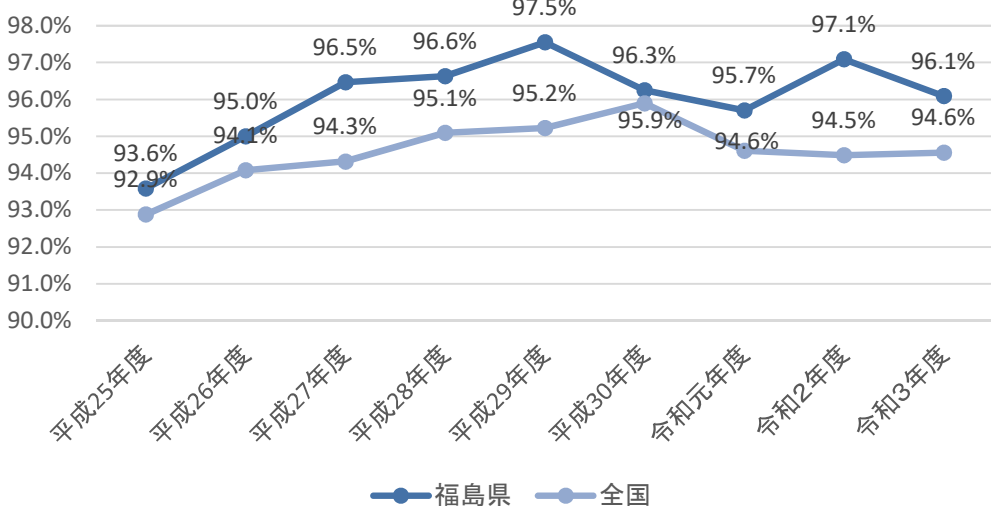
④ 麻しん・風しん予防接種率(第Ⅱ期)



④ 1歳児半健康診査受診率(福島県・全国)

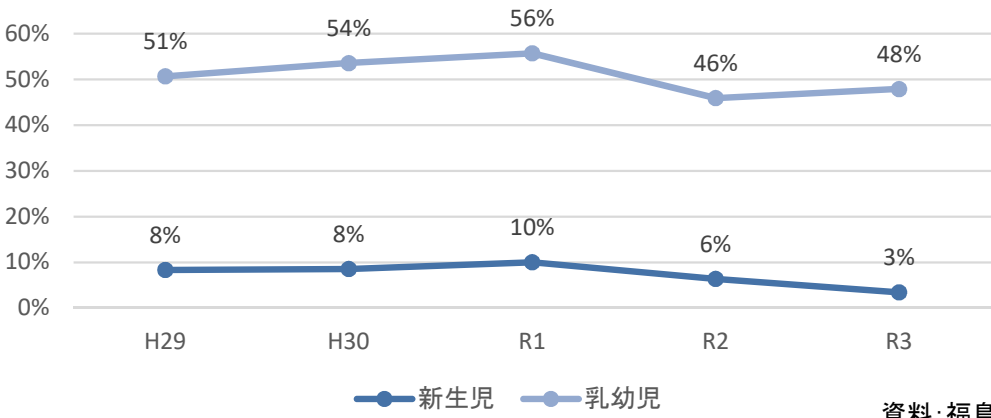


④ 3歳児健康診査受診率(福島県・全国)



資料: 地域保健・健康増進事業報告

(参考)
救急搬送された乳幼児のうち、搬送原因が急病
で、症状が軽傷だったケースの割合推移



資料: 福島県消防保安課データより作成

1 現 状

①65歳以上の高齢人口・高齢化率	②訪問診療及び往診を行う医療機関数	③訪問診療及び往診を受けた患者数	④看取り数・在宅死亡割合
本県の65歳以上の高齢人口は令和4年現在、578,120人であり、65歳以上の高齢化率は32.9%に上る。高齢化率の全国平均が令和4年度現在、29.1%のため、本県は全国平均よりやや高い。	本県で令和3年度に訪問診療を実施している病院は271機関、診療所は40機関である。また、往診を実施している診療所数は令和3年度で432機関である。	本県で令和3年度に訪問診療を受けた患者数は102,083人である。また、往診を受けた患者数は17,384人である。 (※NDBのレセプトデータ等の基礎データに基づき算出)	本県の令和3年度の看取り数は3,893件である。また在宅医療死亡数は7,427件、在宅死亡率にすると29%となっている。 (※NDBのレセプトデータ等の基礎データに基づき算出)

⑤在宅医療の医療提供体制

R3年3月末 時点 (出典: NDBデータ等)	医療圏	機能強化型 在宅療養支援 病院数(施設数)	在宅療養 支援病院数 (施設数)	機能強化型 在宅療養支援 診療所数(施設数)	在宅療養 支援診療所数 (施設数)	在宅医療・介護連携 支援センター (施設数)
	県北	2	1	14	49	2
	県中	3	4	10	43	3
	県南	0	0	0	8	1
	会津・南会津	0	0	0	15	2
	相双	1	0	0	5	0
	いわき	1	1	7	16	1
	計	31	6	31	136	9

2 課 題

①訪問診療を実施する病院・医科診療所の数は全国平均並みだが、在宅医療の提供件数が全国平均より少ない。また、訪問歯科診療や訪問看護、薬局の数は全国平均を下回る。 ②地域包括ケアの充実のため、他職種協働による在宅医療・介護を一体的に提供できる体制構築を一段と推進する必要がある。 ③看取りに対応する施設や在宅死亡の割合は全国平均並みだが、老人ホーム等において連携する医療機関が看取りに対応できないために救急車で病院まで搬送している。
--

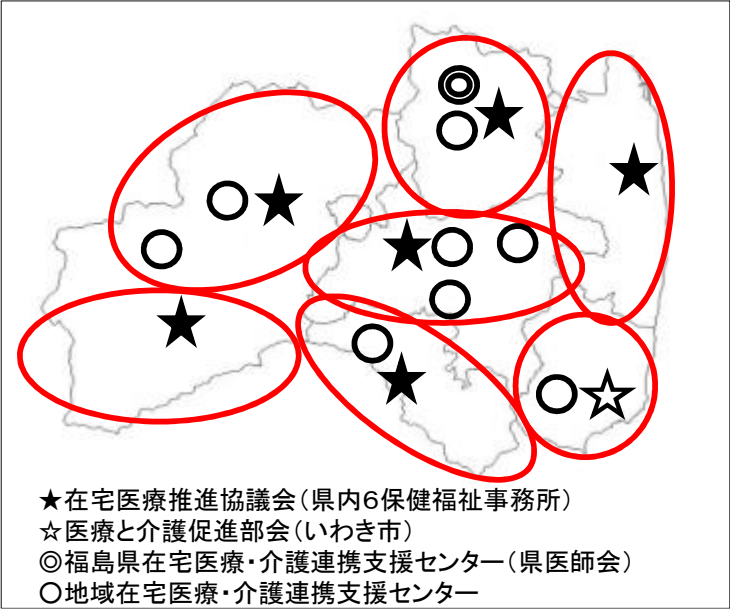
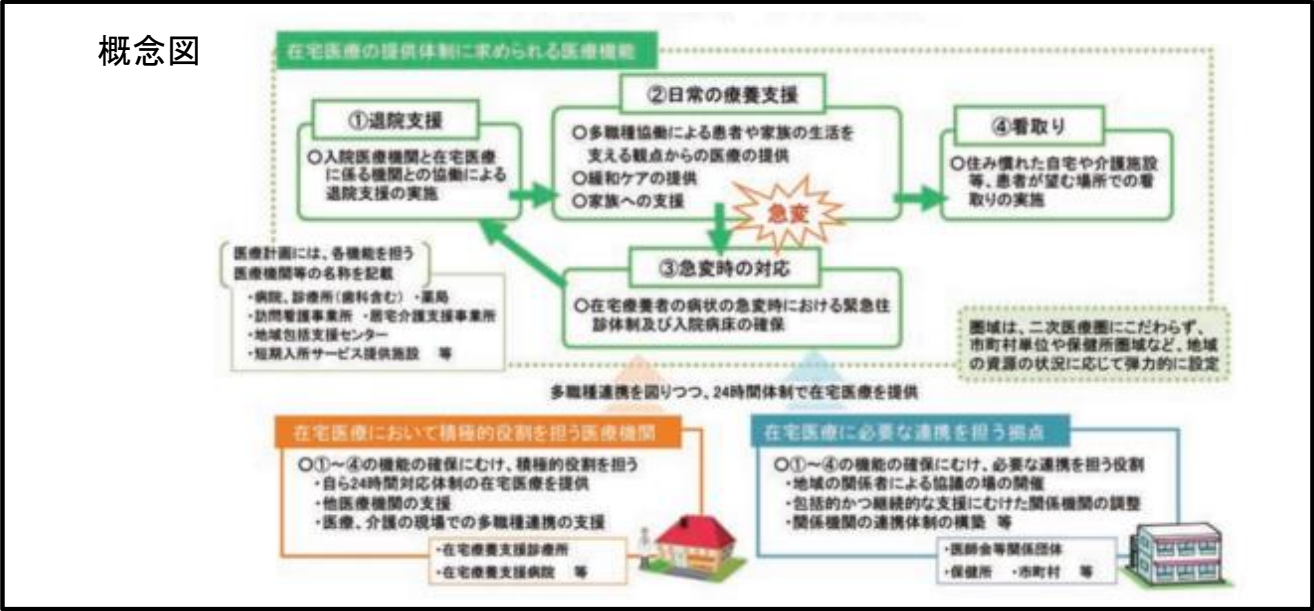
3 目指す姿・目標

①在宅療養患者に対する医療提供体制の充実のため、訪問診療、往診を実施する病院・医科診療所をはじめとした在宅医療を提供する医療機関の人口対施設数を増やすとともに、24時間365日対応可能な機能を有する在宅療養支援病院・診療所数を拡大させる。 さらに医師をはじめ、歯科医師、訪問看護師、薬剤師、栄養士、理学療法士など在宅医療に携わる医療従事者を育成や連携を図る。 ②在宅療養患者に対して地域の実情を踏まえた住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される在宅医療・介護連携支援センターが全市町村に設置される。 ③在宅療養患者が住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りを行うことができる。また、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)※の普及により患者や家族等が希望する医療・ケアについて必要な時に確認できる。 (※ACP定義:将来の変化に備え、将来の医療及びケアについて、本人を主体に、そのご家族や近い人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、本人による意思決定を支援する取り組みのこと。)

4 必要となる医療機能

①退院支援 入院医療機関が退院支援担当者を配置し、入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援を実施する機能。 ②日常の療養支援 医療から介護までの多職種連携により患者のニーズに対応した包括的なサービスが提供される機能。 ③症状急変時の対応 24時間対応が可能な体制を確保するとともに、在宅医療に係る機関で対応できない場合に備え搬送先として想定される入院医療機関と連携し入院病床を確保する機能。 ④看取り 住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りを行うことができる機能。

5 各医療機能を担う医療機関の連携体制



6 在宅医療圏の設定

【国指針の内容】（「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」）

○在宅医療圏の設定においては、従来の二次医療圏にこだわらず、できる限り急変時の対応体制や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう設定する。

○市町村単位や保健所圏域等の地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定する。

○「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を圏域内に少なくとも1つは設定する。

⇒「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」は各圏域内の在宅療養病院または在宅療養診療所を設定予定。「在宅医療に必要な連携を担う拠点」は県医師会、各保健所、在宅医療・介護連携支援センターを設定予定。

【福島県の在宅医療関係機関】

○在宅医療推進協議会（地方）：6機関	〔県内6保健福祉事務所〕、医療と介護促進部会：1機関〔いわき市〕
○在宅医療・介護連携支援センター（県・地域）：9機関	〔県医師会・8自治体〕
○在宅療養支援病院数	：13機関〔うち機能強化型在宅療養支援病院数 7機関〕（R3年度）
○在宅療養支援診療所数	：167機関〔うち機能強化型在宅療養支援病院数 31機関〕（R3年度）

※在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所がいずれも所在しないのは県内30自治体（町・村）

○地域の在宅医療行政の中核となる在宅医療推進協議会（県6保健福祉事務所）及び医療と介護促進部会（いわき市）に設置されていることから在宅医療圏は生活圏（7方部）としたい。地域在宅医療・介護連携センターや在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所が所在しない自治体への広域的な支援に関しては、まず各地域の協議会や部会において議論を行う体制としたい。

7 主な具体的施策

- ①福島県医師会と連携し、在宅医療に取り組む医療従事者のための同行訪問研修や看取りに対応できる医師、看護職員、介護関係者等を養成する研修の開催を支援する。
- ②効率的・効果的な在宅医療が行えるように、医科・歯科訪問診療、訪問看護に必要な医療機器等の整備を推進する。
- ③他職種協働による地域包括ケアシステムの構築のため、福島県医師会内に福島県在宅医療・介護連携支援センターを設置し、郡市医師会等が設置する各地域の在宅医療・介護連携支援センターに対する連携支援及び在宅医療・介護連携支援センターの設置を検討している市町村に対して開設に向けた総合的な支援を行う。
- ④在宅歯科医療における医科や介護等の他分野との連携体制を推進するため、福島県歯科医師会内に在宅歯科医療連携室を設置し、在宅歯科診療等が必要な者の把握、訪問歯科診療所等の紹介・派遣などを実施する。
- ⑤地域の実情に応じた在宅医療の施策を検討するため、在宅医療推進協議会を本庁主催の全体会議に加え、県内各保健所において協議会や部会を実施する。
- ⑥医療・介護サービスの向上のため、「キビタン健康ネット」等のICT（情報通信技術）を活用した病院、医科・歯科診療所、訪問看護ステーション、薬局、介護施設等の連携を促進し、24 時間365日対応の在宅医療体制の構築を推進する。
- ⑦在宅医療・介護分野でのアドバンス・ケア・プランニング（ACP）の必要性を医療・介護関係者、県民等に対して普及啓発を行う。