

第9次群馬県保健医療計画の進捗管理について

- ・ 今回の計画から個別の指標とあわせて、「ロジックモデル※」による実績評価を開始。
- ・ ロジックモデルに基づき、「5疾病・6事業・在宅」の各分野に計21の最終目標を設定。
- ・ 最終目標に対する令和6年度実績を「有効、一部有効、課題あり、評価不可」で評価。
(今後、各部会で評価、検証を実施)

※ロジックモデル：施策が目標とする成果を達成するに至るまでの論理的な関係を体系的に図式化したもの

(ロジックモデルの例)

A 個別施策		B 目標		C 最終目標		
(1) たばこ対策 (2) 生活習慣対策 (3) 感染症対策 (4) がん検診 (5) がん検診の精度管理	①喫煙やがんに関連するウイルスの感染予防などがんのリスクを低減させること ほか	進捗	がんによる死亡が減少している	進捗	取組の評価 有効 課題の評価 課題の検証 ※課題ありの場合に記載	
	目標値		目標値			
	20歳以上の喫煙率	→	75歳未満年齢調整死亡率(人口10万対)	↑		
	がん検診受診率	↓				
	がん精密検査受診率	→				
達成	目標を達成				有効	取組を継続
↑	目標達成に向けて順調に推移				課題あり	課題の検証が必要
↗	目標達成に向けて前進しているが、更なる取組が必要				評価不可	当該年度の進捗確認不可
→	横ばいで推移又は当該年度の進捗確認不可					
↓	後退している					

各分野の最終目標

分野	最終目標	目標値
がん	がんによる死亡が減少している	<ul style="list-style-type: none"> 75歳未満年齢調整死亡率
	がん患者及びその家族等の療養生活の質を維持向上させる	<ul style="list-style-type: none"> 現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合
脳卒中	脳卒中による死亡が減少している	<ul style="list-style-type: none"> 脳血管疾患の年齢調整死亡率
	脳卒中患者が日常生活の場で質の高い生活を送ることができる	<ul style="list-style-type: none"> 健康寿命 在宅等の生活の場に復帰した脳卒中疾患患者の割合
心血管疾患	心血管疾患による死亡が減少している	<ul style="list-style-type: none"> 心疾患（高血圧性を除く）・虚血性心疾患・心不全・大動脈瘤及び解離の年齢調整死亡率
	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る	<ul style="list-style-type: none"> 健康寿命 在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患・大動脈疾患患者の割合
糖尿病	糖尿病による死亡が減少している	<ul style="list-style-type: none"> 糖尿病を直接死亡原因とした年齢調整死亡率 全死因の年齢調整死亡率
	糖尿病患者が日常生活の場で健康な方と同様の生活を送ることができる	<ul style="list-style-type: none"> 健康寿命
精神	精神障害者が安心してその人らしい地域生活を送ることができる。医療・福祉・介護等のサービスを切れ目なく受けられる	<ul style="list-style-type: none"> 精神障害者の精神病床から退院後1年以内の地域での平均生活日数（地域平均生活日数） 精神病床における新規入院患者の平均在院日数 精神病床における入院後3ヶ月時点の退院率 精神病床における入院後6ヶ月時点の退院率 精神病床における入院後12ヶ月時点の退院率
	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	<ul style="list-style-type: none"> 精神科救急医療機関数（基幹型、病院群輪番型、身体合併症対応施設（特例病床））
	「誰も自殺に追い込まれることのない群馬県」を実現する	<ul style="list-style-type: none"> 自殺死亡率
	平時から災害を念頭に置いた体制を整備する	<ul style="list-style-type: none"> 災害派遣精神医療チーム（DPAT）登録医療機関数 災害拠点精神科病院の指定数

各分野の最終目標

分野	最終目標	目標値
救急	早期医療介入による救命の向上	<ul style="list-style-type: none"> 心肺機能停止傷病者の1ヶ月後の予後（生存率）
災害	「避けられた災害死」を最小限にとどめるため、災害時の医療提供体制を確実に確保する	<ul style="list-style-type: none"> 医療機関の災害対応訓練の参加率
新興感染症	新興感染症発生・まん延時においても、県民が適切な医療を受けられる	（個別施策の目標値により評価）
へき地	へき地医療の医療連携体制構築	<ul style="list-style-type: none"> へき地診療所への自治医科大学卒業医師の派遣者数 へき地における群馬大学医学部地域医療卒卒業医師の勤務者数
	へき地における医療提供の支援	<ul style="list-style-type: none"> へき地医療拠点病院からへき地への巡回診療実施回数 へき地診療所における訪問診療、往診の実施回数
周産期	安全・安心な周産期医療体制の構築	<ul style="list-style-type: none"> 新生児死亡率
小児	安全・安心な小児医療体制の構築	<ul style="list-style-type: none"> 小児死亡率
在宅	在宅療養を希望する県民が、その状態に応じた療養生活を送ることが出来る	<ul style="list-style-type: none"> 退院支援（退院調整）を受けた患者数 訪問診療を受けた患者数
	患者(本人)の意思決定を支援し、在宅での看取りを含めたきめ細やかな対応が出来る	<ul style="list-style-type: none"> 在宅で亡くなる方の割合

第9次群馬県保健医療計画における取組の評価及び課題の検証状況（令和6年度実績）

進捗の記載要領

表示	内容	意味
達成	達成	目標を達成
↑	前進(i)	目標達成に向けて順調に推移
↗	前進(i, i)	目標達成に向けて前進しているが、更なる取組が必要
→	横ばい	計画策定時から横ばいで推移
↘	後退	計画策定時より後退している

評価の記載要領

内容	意味
有効	計画推進にあたり、取組を継続
課題あり	計画推進にあたり取組を継続あたり、課題の検証が必要
評価不可	取組実行中で、評価段階にない

がん ロジックモデル

	A 個別施策	B 目標	C 最終目標																			
予防・早期発見（検診）	<p>・がんの予防には、生活習慣の改善とウイルス感染予防が重要 ①喫煙はがんのリスク因子である ⇒禁煙支援、20歳未満の者に対する喫煙防止対策及び受動喫煙防止対策の強化が必要 ②食塩のとりすぎ、多量の飲酒、野菜・果物の摂取不足、運動不足ががんリスク因子としてあげられている ⇒引き続き、生活習慣の改善に関する取組が必要 ③ウイルス等の感染に起因するがんがある ⇒引き続き、子宮頸がん予防、肝炎対策、HTLV-1感染予防などのがん対策が必要</p> <p>・がんの早期発見・早期治療につなげるためには、科学的根拠を踏まえた正しい知識に基づくがん検診や精密検査の受診が重要 ④がん検診受診率は、概ね改善傾向にある ⇒「群馬県がん対策推進計画」の目標を60%とし、引き続き、受診率向上に向けた取組が必要 ⑤精密検査受診率は、第3期群馬県がん対策推進計画の目標100%に達していない ⇒引き続き、受診率向上に向けた取組が必要</p>	<p>1 (1)たばこ対策 (2)生活習慣対策 (3)感染症対策 (4)がん検診 (5)がん検診の精度管理</p>	<p>1 ①喫煙やがんに関連するウイルスの感染予防などがんのリスクを低減させること ②科学的根拠に基づくがん検診の実施、がん検診の精度管理・事業評価の実施及びがん検診受診率を向上させること</p> <table border="1"> <tr> <td>進捗</td> <td></td> </tr> <tr> <td>目標値</td> <td>20歳以上の喫煙率 →</td> </tr> <tr> <td></td> <td>がん検診受診率 ↘</td> </tr> <tr> <td></td> <td>がん精密検査受診率 →</td> </tr> </table>	進捗		目標値	20歳以上の喫煙率 →		がん検診受診率 ↘		がん精密検査受診率 →	<table border="1"> <tr> <td>進捗</td> <td>がんによる死亡が減少している</td> <td>進捗</td> <td>取組の評価</td> <td>課題の検証 ※左欄「課題あり」の場合のみ</td> </tr> <tr> <td>目標値</td> <td>75歳未満年齢調整死亡率(人口10万対) ↗</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	進捗	がんによる死亡が減少している	進捗	取組の評価	課題の検証 ※左欄「課題あり」の場合のみ	目標値	75歳未満年齢調整死亡率(人口10万対) ↗			
進捗																						
目標値	20歳以上の喫煙率 →																					
	がん検診受診率 ↘																					
	がん精密検査受診率 →																					
進捗	がんによる死亡が減少している	進捗	取組の評価	課題の検証 ※左欄「課題あり」の場合のみ																		
目標値	75歳未満年齢調整死亡率(人口10万対) ↗																					
医療	<p>・患者本位のがん医療が提供できる体制整備が必要 ①県内のどこにいても質の高い専門的ながん医療が受けられる体制整備が引き続き必要 ②小児・AYA世代、高齢者等、患者の特性に応じた適切ながん医療を提供する体制整備が必要 ③身体的・精神心理的な苦痛を抱えるがん患者が約2～3割(患者体験調査)いる ⇒診断時からの緩和ケアを推進するための取組が必要 ④相談内容が多様化し、科学的根拠に基づかないがん情報が混在している ⇒患者やその家族の状況に応じた相談支援や正確な情報提供が行える体制整備が必要</p>	<p>2 (1)手術療法・放射線療法・薬物療法 (2)チーム医療 (3)相談支援・情報提供</p>	<p>2 ①患者の状態やがんの病態に応じて、手術療法、放射線療法及び薬物療法等や、これらを組み合わせた集学的治療を実施すること ②がんと診断された時から緩和ケアを実施すること ③各職種の専門性を活かし、医療従事者間の連携と補完を重視した多職種でのチーム医療を実施すること ④相談支援の体制を確保し、情報の収集・発信、患者・家族の交流の支援等を実施していること</p> <table border="1"> <tr> <td>進捗</td> <td></td> </tr> <tr> <td>目標値</td> <td>重粒子線治療患者数(年間) 達成</td> </tr> <tr> <td></td> <td>骨髄バンクドナー登録数 ↗</td> </tr> <tr> <td></td> <td>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及び群馬県がん診療連携推進病院数 →</td> </tr> </table>	進捗		目標値	重粒子線治療患者数(年間) 達成		骨髄バンクドナー登録数 ↗		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及び群馬県がん診療連携推進病院数 →	<table border="1"> <tr> <td>進捗</td> <td>がん患者及びその家族等の療養生活の質を維持向上させる</td> <td>進捗</td> <td>取組の評価</td> <td>課題の検証 ※左欄「課題あり」の場合のみ</td> </tr> <tr> <td>目標値</td> <td>現在自分らしい日常生活を送れていると感ずるがん患者の割合 →</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	進捗	がん患者及びその家族等の療養生活の質を維持向上させる	進捗	取組の評価	課題の検証 ※左欄「課題あり」の場合のみ	目標値	現在自分らしい日常生活を送れていると感ずるがん患者の割合 →			
進捗																						
目標値	重粒子線治療患者数(年間) 達成																					
	骨髄バンクドナー登録数 ↗																					
	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及び群馬県がん診療連携推進病院数 →																					
進捗	がん患者及びその家族等の療養生活の質を維持向上させる	進捗	取組の評価	課題の検証 ※左欄「課題あり」の場合のみ																		
目標値	現在自分らしい日常生活を送れていると感ずるがん患者の割合 →																					
在宅療養支援	<p>・がんとともに安心して暮らせる地域社会の構築が必要 ①拠点病院等と地域の医療機関が連携し、切れ目のない医療・介護等を提供する体制整備が必要</p>	<p>3 (1)在宅医療・在宅緩和ケア (2)看取り</p>	<p>3 ①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こと ②在宅緩和ケアを実施すること</p> <table border="1"> <tr> <td>進捗</td> <td></td> </tr> <tr> <td>目標値</td> <td>二次保健医療圏の在宅がん医療総合診療科届出医療機関数(人口10万対) →</td> </tr> </table>	進捗		目標値	二次保健医療圏の在宅がん医療総合診療科届出医療機関数(人口10万対) →															
進捗																						
目標値	二次保健医療圏の在宅がん医療総合診療科届出医療機関数(人口10万対) →																					

第9次群馬県保健医療計画における取組の評価及び課題の検証状況（令和6年度実績）

進捗の記載要領

表示	内容	意味
達成	達成	目標を達成
↑	前進(i)	目標達成に向けて順調に推移
↗	前進(ii)	目標達成に向けて前進しているが、更なる取組が必要
→	横ばい	計画策定時から横ばいで推移
↘	後退	計画策定時より後退している

評価の記載要領

内容	意味
有効	計画推進にあたり、取組を継続
課題あり	計画推進にあたり取組を継続あたり、課題の検証が必要
評価不可	取組実行中で、評価段階にない

脳卒中 ロジックモデル

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る疾患で、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血に大別される。全国で年間約10万人が脳卒中で死亡し、死亡者数全体の7.3%を占め、死亡原因の第4位となっている。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8.0%を占め死亡原因の第4位となっている。また、介護が必要になった者の約16%は脳卒中が主な原因であり、他の疾病と比べて高い割合となっている。
 ②年齢調整死亡率：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、男女とも全国を上回っている。
 ③救急搬送：救急車で搬送された急病患者は、心疾患等を含む循環器系の割合が高くなっている。

○ 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に努めます。

	現状と課題	A 個別施策	B 目標	C 最終目標
予 防	発症の予防には適切な生活習慣を身につけることと健康状態の把握が重要 ①高血圧性疾患及び糖尿病の年齢調整外来受療率(人口10万対)は、全国に比べやや高い ⇒定期的な外来受診による生活習慣の改善指導や基礎疾患の管理が重要 ②特定健康診査実施率、特定保健指導の実施率は全国平均を下回っている ⇒健診後の保健指導を通じて医療機関への受診勧奨することが課題	1 (1)適切な生活習慣の普及啓発 (2)たばこ対策 (3)健診等の受診率の向上	1 脳卒中の発症を予防すること 進捗 目標値 特定健康診査の実施率 → 20歳以上の者の喫煙率 →	
救 護	脳卒中を疑うような症状が出現した場合、本人や家族等周囲にいる者は、速やかに専門の医療施設を受診できるよう行動することが重要 ○119番通報から病院収容までに要した時間は全国平均と比べて短い ⇒引き続き、消防機関と医療機関との連携体制の向上が重要	2 (1)初期症状出現時の対応 (2)搬送時間の短縮 (3)救命率の向上 (4)ドクターヘリ等の運用	2 脳卒中を疑われる患者が、発症後遅くとも3.5時間以内(超える場合でも、できるだけ早く)に専門的な診療が可能な医療機関に到着できること 進捗 目標値 脳血管疾患により救急搬送された患者数 ↓ 救急要請から医療機関への搬送までに要した平均時間 ↓	1 脳卒中による死亡が減少している 進捗 目標値 脳血管疾患の年齢調整死亡率(人口10万対) →
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。また、十分なリスク管理のもとにできるだけ発症後早期から積極的なリハビリテーションを行うことが勧められている。 ①脳神経外科医師、神経内科医師(人口10万対)は全国に対し、少ない ⇒専門医師の育成・確保が必要 ②急性期治療と並行して、集中的なリハビリテーションを実施できる脳卒中専用病室等を有する医療機関の体制整備が必要	3 (1)急性期の医療体制の確保 (2)専門医師の確保	3 ①患者の来院後1時間以内(発症後4.5時間以内)に専門的な治療を開始すること(血管内治療など高度に専門的な治療を行える施設では、発症後4.5時間を超えても高度専門治療の実施について検討すること) ②誤嚥性肺炎等の合併症の予防及び治療を行うこと ③廃用症候群を予防し、早期にセルフケアについて自立できるようにリハビリテーションを実施すること 進捗 目標値 t-PAによる血栓溶解療法が実施できる医療機関数 ↓ t-PAによる血栓溶解療法の実施件数 ↓ 脳血管内治療の実施件数 ↓ 脳神経外科医師数 ↗ 脳神経内科医師数 →	
回 復 期	在宅復帰率の向上のため、急性期医療機関と回復期リハビリテーションを行う医療機関との連携強化及び在宅医療提供体制の確保を図ることが必要 ①日常生活動作の向上等による社会復帰を促進するため、急性期リハビリテーションに継続して回復期リハビリテーションを行えるよう、医療提供体制の整備が必要 ②脳卒中の地域連携クリティカルパスの利用件数の増加や改良等による連携の一層の推進が必要 ③脳血管疾患治療後、在宅等生活の場に復帰できた患者は、全国を下回っている	4 (1)リハビリテーション支援体制の構築 (2)地域連携の促進及び地域連携クリティカルパスの普及	4 ①身体機能の早期改善のための集中的なリハビリテーションを実施すること ②回復期の医療機関における医療提供体制を強化すること ③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 ④誤嚥性肺炎等の合併症の予防を図ること 進捗 目標値 脳卒中における地域連携計画書作成等の実施件数 →	2 脳卒中患者が日常生活の場で質の高い生活を送ることができる 進捗 目標値 健康寿命(男) ↓ 健康寿命(女) ↓ 在宅等生活の場に復帰した脳卒中疾患患者の割合 →
維 持 期・生 活 期	在宅生活のための介護サービスを提供すること、及び患者の周囲にいる者に対し、適切に対応するための教育等を行うことが必要。急性期の医療機関と在宅への復帰が容易ではない患者を受け入れる医療機関等との連携強化も必要。 ①在宅医療の提供可能な医療機関等を整備するとともに、医療と福祉との関わり合いなどの多職種による連携を図ることが必要	5 (1)在宅医療の提供体制の充実	5 ①生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションを実施し、在宅等への復帰及び日常生活の継続を支援すること ②再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施すること ③誤嚥性肺炎等の合併症の予防を図ること 進捗 目標値 脳卒中における地域連携計画書作成等の実施件数【再掲】 →	

第9次群馬県保健医療計画における取組の評価及び課題の検証状況（令和6年度実績）

進捗の記載要領		
表示	内容	意味
達成	達成	目標を達成
↑	前進(i)	目標達成に向けて順調に推移
↗	前進(ii)	目標達成に向けて前進しているが、更なる取組が必要
→	横ばい	計画策定時から横ばいで推移
↓	後退	計画策定時より後退している

評価の記載要領	
内容	意味
有効	計画推進にあたり、取組を継続
課題あり	計画推進にあたり取組を継続あたり、課題の検証が必要
評価不可	取組実行中で、評価段階にない

心筋梗塞等の心血管疾患 ロジックモデル

方向性	現状と課題	A 個別施策	B 目標	C 最終目標		
				取組の評価	課題の検証 ※左欄「課題あり」の場合のみ	
方向性	<p>①心血管疾患とは：心疾患と血管疾患に大別。心疾患は、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。血管疾患は、動脈硬化や大動脈瘤、大動脈解離など</p> <p>②推計患者数：全国的に、虚血性心疾患は減少傾向だが、不整脈や心不全等その他の心疾患（高血圧性を除く）は増加傾向</p> <p>③死亡数：心疾患（高血圧性を除く）による年間死亡者は約4千人となっており、増加傾向。死亡原因の第2位</p> <p>④年間調整死亡率：心疾患（高血圧性を除く）や大動脈瘤及び解離の年間調整死亡率（人口10万対）は、男女ともに全国平均を上回る</p> <p>⑤救急搬送：救急車で搬送された重症患者うち、死亡に分類された者の疾患別割合は心疾患等が最も高い</p>	<p>○ 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。</p> <p>○ 患者が発生した場合において、速やかに専門的な医療に繋げる体制を確保します。</p> <p>○ 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。</p> <p>○ 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。</p> <p>○ かかりつけ医等と専門的医療を行う施設が連携して、維持期における治療及び疾病管理としての維持期リハビリテーション体制の整備を目指します。</p>				
	<p>発症の予防には自分の体の状態の把握と生活習慣の改善や適切な治療が重要</p> <p>①特定健康診査実施率、特定保健指導の実施率は全国平均を下回っている</p> <p>⇒健診等の受診率の向上や健診後の保健指導を通じて医療機関への受診を勧奨することが課題</p> <p>②高血圧疾患、脂質異常症及び糖尿病の年齢調整外来受療率（人口10万対）は全国に比べ高い</p> <p>⇒定期的な外来受診による生活習慣の改善指導、かかりつけ医を含む医療機関の連携等が重要</p>	<p>1</p> <p>(1)健康管理 (2)健診等の受診率の向上 (3)たばこ対策 (4)疾患等の知識の普及啓発、地域の連携促進</p>	<p>1</p> <p>心筋梗塞等の心血管疾患の発症を予防すること</p> <p>進捗</p> <p>特定健康診査の実施率 →</p> <p>特定保健指導の実施率 ↑</p> <p>20歳以上の者の喫煙率 →</p> <p>高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率※ →</p> <p>脂質異常症患者の年齢調整外来受療率※ →</p> <p>糖尿病患者の年齢調整外来受療率※ →</p> <p>心疾患（高血圧性を除く）受療率（入院）※ ↓</p> <p>心疾患（高血圧性を除く）受療率（外来）※ ↓</p> <p>虚血性心疾患受療率（入院）※ ↓</p> <p>虚血性心疾患受療率（外来）※ ↓</p> <p>心疾患等の救急搬送人員※ ↓</p>	<p>1</p> <p>心血管疾患による死亡が減少している</p> <p>進捗</p> <p>心疾患（高血圧性を除く）・虚血性心疾患・心不全・大動脈瘤及び解離の年齢調整死亡率※ →</p>	<p>取組の評価</p> <p>課題の検証 ※左欄「課題あり」の場合のみ</p>	
	<p>急性心筋梗塞や急性大動脈解離を疑うような症状等が出現した場合、本人や患者の周囲にいる者の速やかな救急要請や患者の迅速な搬送体制が必要</p> <p>①119番通報から病診収容までに要した時間は全国平均と比べ短い</p> <p>⇒引き続き、搬送機関と医療機関等との迅速な連携体制の維持・向上が重要</p> <p>②一般市民により除細動が実施された件数（人口10万対）は、全国に比べ少ない</p> <p>⇒AEDの使用や蘇生法等の適切な実施について県民に対する普及啓発を推進することが重要</p>	<p>2</p> <p>(1)救急搬送時間の短縮 (2)救命率の向上 (3)ドクターヘリ等の運用 (4)初期症状出現時の対応</p>	<p>2</p> <p>心筋梗塞等の心血管疾患の疑われる患者が、できるだけ早期に専門的な診療が可能な医療機関に到着できること</p> <p>進捗</p> <p>救急要請から医療機関への搬送までに要した平均時間 ↑</p> <p>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※ ↑</p>	<p>2</p> <p>健康寿命(男) ↓</p> <p>健康寿命(女) ↓</p> <p>在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患・大動脈疾患患者の割合 →</p>	<p>取組の評価</p> <p>課題の検証 ※左欄「課題あり」の場合のみ</p>	
	<p>施設毎の医療機能を明確にして、地域の状況等を踏まえた上で、地域に適したネットワークの構築が必要</p> <p>①循環器内科医師数、心臓血管外科医師数（人口10万対）は全国に対し、少ない</p> <p>⇒専門的な医療従事者の育成・確保が必要</p> <p>②急性心筋梗塞等に対する専門的治療は、二、五次保健医療圏では対応可能</p> <p>⇒速やかな専門的診療が実施できるよう、地域に適したネットワークの構築が必要</p>	<p>3</p> <p>(1)専門医師の確保 (2)急性期の医療機能の確保 (3)地域医療機関の診療機能の向上</p>	<p>3</p> <p>①患者の来院後速やかに初期治療を開始するとともに、30分以内に専門的な治療を開始すること</p> <p>②合併症や再発の予防、在宅復帰のための心血管疾患リハビリテーションを実施すること</p> <p>③再発予防の定期的専門的検査を実施すること</p> <p>進捗</p> <p>循環器内科医師数※ ↓</p> <p>心臓血管外科医師数※ ↑</p> <p>急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈インターベンションの実施件数 →</p> <p>虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数 →</p> <p>大動脈疾患患者に対する手術件数 →</p> <p>PCIを施行された急性心筋梗塞患者数のうち、来院後90分以内の冠動脈再開通割合 →</p> <p>入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数 →</p> <p>心疾患（高血圧性を除く）・虚血性心疾患の退院患者平均在院日数 ↓</p>	<p>2</p> <p>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る</p> <p>進捗</p> <p>健康寿命(男) ↓</p> <p>健康寿命(女) ↓</p> <p>在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患・大動脈疾患患者の割合 →</p>	<p>取組の評価</p> <p>課題の検証 ※左欄「課題あり」の場合のみ</p>	
	<p>回復期における治療、心血管疾患リハビリテーション体制の整備、及び急性期から回復期・維持期へ、一貫してリハビリを継続できるネットワークの整備が必要</p> <p>①心血管疾患リハビリテーションに対応可能な医療機関はほぼ横ばい</p> <p>⇒合併症や再発の予防、早期の在宅復帰等に資するため、心血管疾患リハビリテーションの体制整備が重要</p> <p>②心血管疾患における地域連携計画作成等の実施件数は年間数件</p> <p>⇒地域連携クリティカルパスの普及・改良等による連携の一層の推進が必要</p> <p>③在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合は約95%、大動脈疾患患者の割合は約74%</p> <p>⇒かかりつけ医を含む医療機関の連携体制や心血管疾患リハビリテーションの体制整備のほか、在宅等生活の場への復帰に係る連携体制の構築・支援が重要</p>	<p>4</p> <p>(1)心血管疾患リハビリテーションの充実 (2)地域の連携促進</p>	<p>4</p> <p>①再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施すること</p> <p>②合併症や再発の予防、在宅復帰のための心血管疾患リハビリテーションを入院又は通院により実施すること</p> <p>③在宅等生活及び就労の場への復帰を支援すること</p> <p>④患者に対し、再発予防などに関し必要な知識を教えること</p> <p>進捗</p> <p>心大血管リハビリテーション料(I)(II)届出施設数 ↑</p> <p>心血管疾患における地域連携計画作成等の実施件数 →</p> <p>外来心血管リハビリテーションの実施件数 →</p> <p>心血管疾患に対する療養・就労両立支援の実施件数 →</p>	<p>2</p> <p>健康寿命(男) ↓</p> <p>健康寿命(女) ↓</p> <p>在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患・大動脈疾患患者の割合 →</p>	<p>取組の評価</p> <p>課題の検証 ※左欄「課題あり」の場合のみ</p>	
<p>維持期における治療、及び心血管疾患リハビリテーション体制の整備による再発予防、基礎疾患・危険因子の管理が必要</p> <p>⇒在宅でのリハビリや再発予防のため、医療機関、訪問看護事業所及び薬局等の多職種が連携できる体制を構築することが重要</p> <p>⇒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</p>	<p>5</p> <p>(1)疾患等の知識の普及啓発、地域の連携促進（再掲）</p>	<p>5</p> <p>①再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施すること</p> <p>②在宅療養を継続できるよう支援すること</p> <p>進捗</p> <p>心血管疾患における地域連携計画作成等の実施件数【再掲】 →</p> <p>外来心血管リハビリテーションの実施件数【再掲】 →</p>	<p>2</p> <p>健康寿命(男) ↓</p> <p>健康寿命(女) ↓</p> <p>在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患・大動脈疾患患者の割合 →</p>	<p>取組の評価</p> <p>課題の検証 ※左欄「課題あり」の場合のみ</p>		

※：人口10万対換算

第9次群馬県保健医療計画における取組の評価及び課題の検証状況（令和6年度実績）

進捗の記載要領

表示	内容	意味
達成	達成	目標を達成
↑	前進(i)	目標達成に向けて順調に推移
↗	前進(i i)	目標達成に向けて前進しているが、更なる取組が必要
→	横ばい	計画策定時から横ばいで推移
↘	後退	計画策定時より後退している

評価の記載要領

内容	意味
有効	計画推進にあたり、取組を継続
課題あり	計画推進にあたり取組を継続あたり、課題の検証が必要
評価不可	取組実行中で、評価段階にない

糖尿病 ロジックモデル

概況	<p>①糖尿病とは：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源)が正常に利用されず、結果的に血糖値が高くなる病気。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る</p> <p>②推計患者数・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</p> <p>③死亡数：本県の糖尿病を直接死亡原因とした死亡数は全体の約1.1%を占める</p> <p>④地域における連携：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を行うなど、地域における連携が求められている。</p>
----	--

方向性	<ul style="list-style-type: none"> ○ 糖尿病の発症予防を推進するため、適切な生活習慣や糖尿病に関する知識の普及と特定健康診査等の実施の支援に取り組みます。 ○ 糖尿病の治療・重症化予防を推進するため、生活習慣等の指導の実施、良好な血糖コントロールを目指した治療に取り組みます。 ○ 医療連携体制の構築や専門職種によるチーム医療を推進し、妊娠糖尿病等専門的な治療や、急性合併症の治療に取り組みます。 ○ 慢性合併症の発症予防・治療・重症化予防が可能な体制構築を図ります。 ○ 他疾患の治療のために入院中の患者の血糖管理を行える体制構築を図ります。 ○ 糖尿病であっても健康な方と同様の生活ができるよう、受療の確保等を行い医療機関の体制構築を図ります。
-----	--

	現状と課題	A 個別施策	B 目標	C 最終目標																					
予防	<p>糖尿病の発症予防対策を強化することや、重症化する前に早期に糖尿病の診断につなげることが重要</p> <p>①日頃から適切な栄養・食生活、適度な運動習慣、節酒などを心がけることが重要 →栄養・食生活、運動、喫煙、飲酒などの生活習慣の改善について健康教育を推進することが必要</p> <p>②定期健康診査等を受診し、糖尿病が疑われれば、早期に適切な医療機関を受診することが重要</p> <p>③特定健康診査実施率、特定保健指導の実施率は全国平均を下回っている →診察後の保健指導を通じて医療機関への受診を勧奨することが必要</p> <p>④地域保健と職場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重要</p>	<p>1</p> <p>(1)糖尿病の知識の普及 (2)特定健康診査等の効果的な実施 (3)地域特性に基づく対策の推進</p>	<p>1</p> <p>①生活習慣の改善等により糖尿病発症リスクを低減させること ②特定健康診査・特定保健指導や検診後の受診勧奨を実施すること</p> <table border="1"> <tr><td>メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の人数</td><td>→</td></tr> <tr><td>特定健康診査の実施率</td><td>→</td></tr> <tr><td>特定保健指導の実施率</td><td>↗</td></tr> <tr><td>特定健康診査での受診勧奨により実際に医療機関へ受診した糖尿病未治療患者の割合</td><td>↘</td></tr> <tr><td>糖尿病有病者数</td><td>→</td></tr> </table>	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の人数	→	特定健康診査の実施率	→	特定保健指導の実施率	↗	特定健康診査での受診勧奨により実際に医療機関へ受診した糖尿病未治療患者の割合	↘	糖尿病有病者数	→												
メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の人数	→																								
特定健康診査の実施率	→																								
特定保健指導の実施率	↗																								
特定健康診査での受診勧奨により実際に医療機関へ受診した糖尿病未治療患者の割合	↘																								
糖尿病有病者数	→																								
安定初期治療	<p>治療中断者を減少させるとともに、適切な生活習慣に対する患者教育を行い、長期的に血糖コントロールを良好にすることが重要</p> <p>①自覚症状がなくても定期的な外来受診が必要</p> <p>②各専門職種のチーム医療による医療サービスを提供できる体制の構築が必要</p> <p>③医療機関・行政機関・関係職種や団体が連携する体制を整備することが必要</p> <p>④低血糖やシックデイの症状や正しい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必要</p>	<p>2</p> <p>(1)医療連携体制の構築 (2)歯科医療機関・薬局との連携 (3)治療中断の防止</p>	<p>2</p> <p>①糖尿病の診断及び生活習慣の指導を実施すること ②良好な血糖コントロールを目指した治療を実施すること</p> <table border="1"> <tr><td>ぐんまちゃんの糖尿病支援手帳導入医療機関数</td><td>→</td></tr> <tr><td>地域連携クリティカルパス導入医療機関数</td><td>→</td></tr> <tr><td>治療継続者の割合の増加</td><td>→</td></tr> <tr><td>糖尿病治療を主にした入院の発生(DKA・昏睡・低血糖などに限定)(糖尿病患者1年当たり)</td><td>↘</td></tr> <tr><td>重症低血糖の発生(糖尿病患者1年当たり)</td><td>↗</td></tr> <tr><td>低血糖及びシックデイ時の対応ができる医療機関数</td><td>→</td></tr> </table>	ぐんまちゃんの糖尿病支援手帳導入医療機関数	→	地域連携クリティカルパス導入医療機関数	→	治療継続者の割合の増加	→	糖尿病治療を主にした入院の発生(DKA・昏睡・低血糖などに限定)(糖尿病患者1年当たり)	↘	重症低血糖の発生(糖尿病患者1年当たり)	↗	低血糖及びシックデイ時の対応ができる医療機関数	→	<table border="1"> <tr><td>糖尿病による死亡が減少している</td><td>進捗</td></tr> <tr><td>糖尿病を直接死亡原因とした年齢調整死亡率(人口10万対)</td><td>→</td></tr> <tr><td>全死因の年齢調整死亡率(人口10万対)</td><td>→</td></tr> </table> <p>*合併症も含めた糖尿病患者の年齢調整死亡率が確認できないため、糖尿病を直接原因とした年齢調整死亡率、全死因の年齢調整死亡率を記載</p>	糖尿病による死亡が減少している	進捗	糖尿病を直接死亡原因とした年齢調整死亡率(人口10万対)	→	全死因の年齢調整死亡率(人口10万対)	→	<table border="1"> <tr> <td>取組の評価</td> <td>課題の検証 ※左欄「課題あり」の場合のみ</td> </tr> </table>	取組の評価	課題の検証 ※左欄「課題あり」の場合のみ
ぐんまちゃんの糖尿病支援手帳導入医療機関数	→																								
地域連携クリティカルパス導入医療機関数	→																								
治療継続者の割合の増加	→																								
糖尿病治療を主にした入院の発生(DKA・昏睡・低血糖などに限定)(糖尿病患者1年当たり)	↘																								
重症低血糖の発生(糖尿病患者1年当たり)	↗																								
低血糖及びシックデイ時の対応ができる医療機関数	→																								
糖尿病による死亡が減少している	進捗																								
糖尿病を直接死亡原因とした年齢調整死亡率(人口10万対)	→																								
全死因の年齢調整死亡率(人口10万対)	→																								
取組の評価	課題の検証 ※左欄「課題あり」の場合のみ																								
専門治療	<p>血糖コントロールが難しい患者に対しては、より専門的な治療により血糖コントロールを良好にすることが重要</p> <p>①かかりつけ医と専門医が連携して糖尿病の進行を防ぐことが必要</p> <p>②各専門職種のチーム医療による医療サービスを提供できる体制の構築が必要</p> <p>③教育入院等の集中的な治療を行うためには医師、歯科医師、薬剤師、保健師、看護師、管理栄養士等の育成や資質の向上が必要</p>	<p>3</p> <p>(1)かかりつけ医と専門的な医療機関の連携の促進 (2)医療従事者の育成</p>	<p>3</p> <p>①血糖コントロール指標を改善するために、教育入院等の集中的な治療を実施すること ②1型糖尿病や妊娠糖尿病・糖尿病合併妊娠に対する専門的な治療を実施すること</p> <table border="1"> <tr><td>教育入院を行う医療機関数</td><td>→</td></tr> <tr><td>1型糖尿病に対する専門的治療を行う医療機関数</td><td>→</td></tr> <tr><td>妊娠糖尿病・糖尿病合併妊娠に対する専門的治療を行う医療機関数</td><td>↗</td></tr> <tr><td>退院患者平均在院日数(糖尿病)</td><td>↘</td></tr> <tr><td>糖尿病患者の下肢切断の発生(糖尿病患者1年当たり)</td><td>↘</td></tr> </table>	教育入院を行う医療機関数	→	1型糖尿病に対する専門的治療を行う医療機関数	→	妊娠糖尿病・糖尿病合併妊娠に対する専門的治療を行う医療機関数	↗	退院患者平均在院日数(糖尿病)	↘	糖尿病患者の下肢切断の発生(糖尿病患者1年当たり)	↘												
教育入院を行う医療機関数	→																								
1型糖尿病に対する専門的治療を行う医療機関数	→																								
妊娠糖尿病・糖尿病合併妊娠に対する専門的治療を行う医療機関数	↗																								
退院患者平均在院日数(糖尿病)	↘																								
糖尿病患者の下肢切断の発生(糖尿病患者1年当たり)	↘																								
急性合併症	<p>生命に危険が及ぶ急性合併症(高血糖又は低血糖等による意識障害等)に対応可能な医療体制の充実が重要</p> <p>①糖尿病昏睡等の急性合併症について、救急搬送及び24時間体制の専門医療機関での対応が必要</p>		<p>4</p> <p>糖尿病昏睡等急性合併症の治療を実施すること</p> <table border="1"> <tr><td>糖尿病昏睡等の急性合併症の治療に対応可能な医療機関数</td><td>→</td></tr> <tr><td>糖尿病患者の救急搬送の受け入れが可能な医療機関数</td><td>→</td></tr> <tr><td>24時間急性合併症の治療に対応可能な医療機関数</td><td>→</td></tr> </table>	糖尿病昏睡等の急性合併症の治療に対応可能な医療機関数	→	糖尿病患者の救急搬送の受け入れが可能な医療機関数	→	24時間急性合併症の治療に対応可能な医療機関数	→																
糖尿病昏睡等の急性合併症の治療に対応可能な医療機関数	→																								
糖尿病患者の救急搬送の受け入れが可能な医療機関数	→																								
24時間急性合併症の治療に対応可能な医療機関数	→																								
慢性合併症治療	<p>合併症の専門治療を行う医療体制の充実が重要</p> <p>①眼科・皮膚科等の専門医を有する医療機関や人工透析を実施する医療機関が相互に連携して必要な治療を実施することが必要</p> <p>②歯科医療機関と連携し、歯周病等の口腔疾患の治療や専門的口腔ケアに取り組むことが必要</p>	<p>4</p> <p>(1)慢性腎臓病対策の推進 (2)糖尿病合併症に対する健康教育の推進 (3)医療連携体制の構築</p>	<p>5</p> <p>①糖尿病の慢性合併症の専門的な治療を実施すること ②糖尿病の慢性合併症の発症予防・重症化予防のための検査・指導実施すること</p> <table border="1"> <tr><td>糖尿病性腎症に対する人工透析実施件数(レセプト件数)</td><td>→</td></tr> <tr><td>糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数</td><td>↗</td></tr> <tr><td>糖尿病合併症管理料のレセプト件数</td><td>↘</td></tr> <tr><td>眼底検査の実施割合</td><td>↗</td></tr> <tr><td>治療が必要な糖尿病性網膜症の発生(糖尿病患者1年当たり)</td><td>→</td></tr> <tr><td>糖尿病入院患者に対する専門的な口腔ケアの実施可能な医療機関数</td><td>→</td></tr> </table>	糖尿病性腎症に対する人工透析実施件数(レセプト件数)	→	糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数	↗	糖尿病合併症管理料のレセプト件数	↘	眼底検査の実施割合	↗	治療が必要な糖尿病性網膜症の発生(糖尿病患者1年当たり)	→	糖尿病入院患者に対する専門的な口腔ケアの実施可能な医療機関数	→	<table border="1"> <tr><td>糖尿病患者が日常生活の場で健康な方と同様の生活を送ることができる</td><td>進捗</td></tr> <tr><td>健康寿命(男)</td><td>↘</td></tr> <tr><td>健康寿命(女)</td><td>↘</td></tr> </table> <p>*糖尿病患者のみの健康寿命が確認できないため、県民の健康寿命を記載</p>	糖尿病患者が日常生活の場で健康な方と同様の生活を送ることができる	進捗	健康寿命(男)	↘	健康寿命(女)	↘	<table border="1"> <tr> <td>取組の評価</td> <td>課題の検証 ※左欄「課題あり」の場合のみ</td> </tr> </table>	取組の評価	課題の検証 ※左欄「課題あり」の場合のみ
糖尿病性腎症に対する人工透析実施件数(レセプト件数)	→																								
糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数	↗																								
糖尿病合併症管理料のレセプト件数	↘																								
眼底検査の実施割合	↗																								
治療が必要な糖尿病性網膜症の発生(糖尿病患者1年当たり)	→																								
糖尿病入院患者に対する専門的な口腔ケアの実施可能な医療機関数	→																								
糖尿病患者が日常生活の場で健康な方と同様の生活を送ることができる	進捗																								
健康寿命(男)	↘																								
健康寿命(女)	↘																								
取組の評価	課題の検証 ※左欄「課題あり」の場合のみ																								
他疾患治療中	<p>各専門職種による、食事療法、運動療法、薬物療法等を組み合わせた血糖管理が重要</p> <p>①かかりつけ医と専門医が連携して糖尿病の進行を防ぐことが必要</p> <p>②医療機関・行政機関・関係職種や団体が連携する体制を整備することが必要</p>	<p>5</p> <p>(1)医療連携体制の構築 (2)医療従事者の育成</p>	<p>6</p> <p>周術期や感染症入院時等、他疾患の治療のために入院中の患者の血糖値を把握し適切な血糖値管理を行うための体制整備を行うこと</p> <table border="1"> <tr><td>地域において、糖尿病に関する病診連携を実施している医療機関数</td><td>→</td></tr> <tr><td>ぐんまちゃんの糖尿病支援手帳導入医療機関数(再掲)</td><td>→</td></tr> <tr><td>地域連携クリティカルパス導入医療機関数(再掲)</td><td>→</td></tr> </table>	地域において、糖尿病に関する病診連携を実施している医療機関数	→	ぐんまちゃんの糖尿病支援手帳導入医療機関数(再掲)	→	地域連携クリティカルパス導入医療機関数(再掲)	→																
地域において、糖尿病に関する病診連携を実施している医療機関数	→																								
ぐんまちゃんの糖尿病支援手帳導入医療機関数(再掲)	→																								
地域連携クリティカルパス導入医療機関数(再掲)	→																								

第9次群馬県保健医療計画における取組の評価及び課題の検証状況（令和6年度実績）

進捗の記載要領

表示	内容	意味
達成	達成	目標を達成
↑	前進(i)	目標達成に向けて順調に推移
↗	前進(i, j)	目標達成に向けて前進しているが、更なる取組が必要
→	横ばい	計画策定時から横ばいで推移
↓	後退	計画策定時より後退している

評価の記載要領

内容	意味
有効	計画推進にあたり、取組を継続
課題あり	計画推進にあたり取組を継続あたり、課題の検証が必要
評価不可	取組実行中で、評価段階にない

精神疾患 ロジックモデル

概況	<p>(1)精神疾患の範囲 ・広く住民に関わる疾患。精神疾患には、統合失調症、うつ病等の気分障害のほか、発達障害、児童・思春期精神疾患、依存症、認知症疾患等も含まれる。</p> <p>(2)精神疾患に関する状況 ・本県の精神疾患の患者総数は約105千人。</p> <p>(3)精神疾患の医療体制 ・精神科医療提供体制は、地域的な偏在、外来医療提供体制の整備・把握が不十分、初診の受診に時間がかかる、総合病院における身体合併症対応が不十分ななどの課題がある。 ・専門的な精神医療（児童・思春期精神医療、依存症等）では、診断や治療を行う医療機関が限られている。</p> <p>(4)精神疾患のある人の人権や差別に関する問題 ・正しい理解等の普及啓発を通じた偏見・差別解消の取組が必要。 ・医療・保護を図る上でやむを得ない措置として、措置入院や医療保護入院等の入院形態、行動制限が定められているが、権利擁護に対しては、特に慎重な取扱いや配慮が必要。 ・さらに、質の向上を図るため、精神回復を担う人材の育成と確保も重要な課題。</p>
----	---

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

	現状と課題	A 個別施策	B 目標	C 最終目標																									
予防・アクセス	<p>精神疾患は、早期の診断と適切な医療に結びつけることが重要。 ①精神保健福祉センター、保健所、市町村の精神保健相談実績は全国平均を下回る。 →この病気の病状、相談窓口の普及啓発、相談体制の充実が必要。 →精神保健に課題を抱える者に対する相談支援体制の整備・拡充の必要性も増している。 ②精神科医療提供の資源が不足。 →身近な地域で適切な精神科医療の提供のため精神科の医療機関・医師の確保が課題。 ③精神疾患の診療を行っていない医療機関と、連携のとれる精神科医がいる医療機関は約1割。 →かかりつけ医と精神科医との連携をさらに推進する必要がある。 ④多様な精神疾患ごとの各医療機関の医療機能を明確化する必要がある。</p>	<p>1</p> <p>(1)普及啓発・相談体制の充実 (2)精神科医療提供体制・医師等の確保 (3)医療機関等の連携強化 (4)医療機関の医療機能の明確化</p>	<p>1</p> <p>①精神的に不調のある人がいつでも相談できる環境を整備すること ②精神疾患で受診が必要となったとき、初診の患者が速やかに受診できる体制を整備すること ③精神科医療機関と地域の保健・医療・福祉サービス等との連携を進めること ④多様な精神疾患に対応できる医療体制を確保すること</p> <table border="1"> <tr><td>精神保健福祉の相談支援の実施件数</td><td>↓</td></tr> <tr><td>かかりつけ医うつ病対応力向上研修参加者数</td><td>↗</td></tr> <tr><td>かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者数</td><td>↗</td></tr> <tr><td>認知症サポート医養成研修修了者数</td><td>↗</td></tr> <tr><td>県連携拠点医療機関を指定した疾患数</td><td>↗</td></tr> </table>	精神保健福祉の相談支援の実施件数	↓	かかりつけ医うつ病対応力向上研修参加者数	↗	かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者数	↗	認知症サポート医養成研修修了者数	↗	県連携拠点医療機関を指定した疾患数	↗	<p>精神障害者が安心してその人らしい地域生活を送ることができ医療・福祉・介護等のサービスを切れ目なく受けられる</p> <table border="1"> <tr><td>精神障害者の精神病床から退院後1年以内の地域での平均生活日数(地域平均生活日数)</td><td>↓</td></tr> <tr><td>精神科における新規入院患者の平均在院日数</td><td>↓</td></tr> <tr><td>精神科における入院後3ヶ月時点の退院率</td><td>↓</td></tr> <tr><td>精神科における入院後6ヶ月時点の退院率</td><td>↓</td></tr> <tr><td>精神科における入院後12ヶ月時点の退院率</td><td>↓</td></tr> </table>	精神障害者の精神病床から退院後1年以内の地域での平均生活日数(地域平均生活日数)	↓	精神科における新規入院患者の平均在院日数	↓	精神科における入院後3ヶ月時点の退院率	↓	精神科における入院後6ヶ月時点の退院率	↓	精神科における入院後12ヶ月時点の退院率	↓	<table border="1"> <tr> <th>取組の評価</th> <th>課題の検証 ※左欄「課題あり」の場合のみ</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>	取組の評価	課題の検証 ※左欄「課題あり」の場合のみ		
精神保健福祉の相談支援の実施件数	↓																												
かかりつけ医うつ病対応力向上研修参加者数	↗																												
かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者数	↗																												
認知症サポート医養成研修修了者数	↗																												
県連携拠点医療機関を指定した疾患数	↗																												
精神障害者の精神病床から退院後1年以内の地域での平均生活日数(地域平均生活日数)	↓																												
精神科における新規入院患者の平均在院日数	↓																												
精神科における入院後3ヶ月時点の退院率	↓																												
精神科における入院後6ヶ月時点の退院率	↓																												
精神科における入院後12ヶ月時点の退院率	↓																												
取組の評価	課題の検証 ※左欄「課題あり」の場合のみ																												
治療・回復・社会復帰	<p>精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して暮らすことができるような地域づくりを進める必要がある。地域の実情に応じた医療・行政・関係機関との機能分担、連携による総合的な支援が必要。 ①地域的な偏在がある。専門的な精神科医療は、診断や治療を行う医療機関は限られている。 →医療提供体制の充実、保健・福祉等の関係機関と医療機関との連携が不可欠。 ②本県は長期入院患者が多い。 →長期入院患者の早期退院に向けた治療、精神的な退院支援の提供が求められている。 ③多様な精神疾患ごとの各医療機関の医療機能を明確化する必要がある。 ④多様な精神疾患等ごとに対応できる専門職の養成、多職種連携・多施設連携推進のための医療体制を整備する必要がある。 ⑤訪問診療、訪問看護、アウトリーチ（訪問支援）等、地域生活を支える在宅医療、支援体制を充実する必要がある。 ⑥精神疾患の人と家族を地域全体で支援する体制を構築する必要がある。 ⑦医療観察法に基づく医療機関は指定入院医療機関：1か所、指定通院医療機関：7か所。 →指定通院医療機関の整備、難治性統合失調症に対する薬物治療を普及していく必要がある。</p>	<p>2</p> <p>(1)各領域の専門医療を提供する医療機関と行政機関、関係機関との重層的な連携推進 (2)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 (3)医療機関の医療機能の明確化 (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 (5)在宅医療、支援体制の充実 (6)精神疾患の人と家族を地域全体で支援する体制の構築 (7)虐待防止、権利擁護の取組の推進 (8)医療観察法指定通院医療機関の確保</p>	<p>2</p> <p>①精神障害者の精神疾患の状態やその家族の状況に応じていつでも必要な精神科医療、保健医療サービス、福祉サービスを提供できる体制を確保すること ②早期の退院に向けて病状が安定するための退院支援を提供すること ③患者ができるだけ長く、地域生活を継続できること ④多様な精神疾患に対応できる医療体制を確保すること ⑤精神障害者の精神疾患の状態や特性に応じた精神科の機能分化を進めること ⑥入院医療も含めた医療提供体制の充実や保健・福祉等の関係機関と医療機関との連携を図ること ⑦精神障害者の虐待防止、権利擁護の取組を推進すること ⑧医療観察法の通院処遇対象者に医療を提供する指定通院医療機関を確保すること</p> <table border="1"> <tr><td>県連携拠点医療機関を指定した疾患数</td><td>↑</td></tr> </table>	県連携拠点医療機関を指定した疾患数	↑	<p>精神障害者が安心してその人らしい地域生活を送ることができ医療・福祉・介護等のサービスを切れ目なく受けられる</p>	<table border="1"> <tr> <th>取組の評価</th> <th>課題の検証 ※左欄「課題あり」の場合のみ</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>	取組の評価	課題の検証 ※左欄「課題あり」の場合のみ																				
県連携拠点医療機関を指定した疾患数	↑																												
取組の評価	課題の検証 ※左欄「課題あり」の場合のみ																												
精神科救急	<p>緊急な医療を必要とする全ての精神障害者が、迅速かつ適正な医療を受けられるよう、精神科救急医療体制の確保に努める必要がある。 ①精神科救急医療施設の状態 県立病院・国立病院：2か所、指定病院：14か所、応急入院指定病院：2か所、特別措置を採ることができる応急入院指定病院：5か所、特定病院：5か所 ②自傷他害のおそれのある警察官通報件数は全国でも極めて低い水準 →時間帯に関わらず適切に対応できる体制、地域の外来医療の体制の整備・拡充が必要。 ③夜間・休日の精神科救急医療は、精神科救急医療施設16施設（基幹型、病院群輪番型）で対応。 ④地域での連携等により24時間対応できる体制を有する医療機関は1割強。 →夜間・休日の緊急時の対応・相談体制など、地域生活を支える体制の整備が課題。</p>	<p>3</p> <p>(1)精神科救急体制の一層の充実 (2)地域生活を支える体制の整備</p>	<p>3</p> <p>24時間365日、精神科救急医療を提供できること</p> <table border="1"> <tr><td>精神科救急医療機関数(基幹型、病院群輪番型、身体合併症対応施設(特例病床))</td><td>→</td></tr> </table>	精神科救急医療機関数(基幹型、病院群輪番型、身体合併症対応施設(特例病床))	→	<p>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</p> <table border="1"> <tr><td>精神科救急医療機関数(基幹型、病院群輪番型、身体合併症対応施設(特例病床))</td><td>→</td></tr> </table>	精神科救急医療機関数(基幹型、病院群輪番型、身体合併症対応施設(特例病床))	→	<table border="1"> <tr> <th>取組の評価</th> <th>課題の検証 ※左欄「課題あり」の場合のみ</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>	取組の評価	課題の検証 ※左欄「課題あり」の場合のみ																		
精神科救急医療機関数(基幹型、病院群輪番型、身体合併症対応施設(特例病床))	→																												
精神科救急医療機関数(基幹型、病院群輪番型、身体合併症対応施設(特例病床))	→																												
取組の評価	課題の検証 ※左欄「課題あり」の場合のみ																												
身体合併症対策	<p>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、一般病院・総合病院の精神科医療提供体制の強化等が求められている。 ①身体疾患を合併する精神疾患患者に対する医療提供のため、一般の医療機関と精神科医療機関の診療協力体制の整備が必要。 ②幅広い患者に対し、高度な専門医療を総合的に提供できる一般病院における精神疾患を合併した患者への医療提供体制の充実が課題。 ③身体合併症患者に対する適切な精神科救急医療の提供が課題。自殺未遂者の再発の自殺を図を防ぐため、救急医療と精神科医療との連携強化が必要。</p>	<p>4</p> <p>(1)一般の医療機関と精神科医療機関の診療体制の整備</p>	<p>4</p> <p>①24時間365日、身体合併症を有する精神科救急患者に適切な救急医療を提供できること ②専門的な身体疾患を合併する精神疾患患者に対して、医療体制を確保すること</p> <table border="1"> <tr><td>身体合併症対応施設(特例病床)</td><td>→</td></tr> </table>	身体合併症対応施設(特例病床)	→	<p>精神障害者が安心してその人らしい地域生活を送ることができ医療・福祉・介護等のサービスを切れ目なく受けられる</p>	<table border="1"> <tr> <th>取組の評価</th> <th>課題の検証 ※左欄「課題あり」の場合のみ</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>	取組の評価	課題の検証 ※左欄「課題あり」の場合のみ																				
身体合併症対応施設(特例病床)	→																												
取組の評価	課題の検証 ※左欄「課題あり」の場合のみ																												
自殺対策	<p>本県の人口10万人当たり自殺者数(自殺死亡率)は18.7、全国平均17.4を上回る。 自殺の原因・動機は健康問題が最多、うつ病、統合失調症、依存症等の精神疾患が広く関わる。 ①早期発見、早期治療に結びつける取組、精神科医療体制の充実、地域の精神科医療機関を含めた関係機関等のネットワークの構築が必要。 ②かかりつけ医等の精神疾患診断、治療技術の向上、かかりつけ医から専門医につなげる医療連携体制の整備が必要。</p>	<p>5</p> <p>(1)早期発見、早期治療の取組及び精神医療体制の充実や関係機関との連携 (2)かかりつけ医等との連携</p>	<p>5</p> <p>①精神疾患を発症してから精神科医を受診できるまでの期間をできるだけ短縮すること ②かかりつけ医等による精神疾患の診断・治療技術の向上及び専門医へつなげる医療連携体制の整備を図ること</p> <table border="1"> <tr><td>ゲートキーパー研修受講者数</td><td>↗</td></tr> <tr><td>かかりつけ医うつ病対応力向上研修参加者数</td><td>↗</td></tr> </table>	ゲートキーパー研修受講者数	↗	かかりつけ医うつ病対応力向上研修参加者数	↗	<p>「誰も自殺に追い込まれることのない群馬県」を実現する</p> <table border="1"> <tr><td>自殺死亡率(人口10万対)</td><td>→</td></tr> </table>	自殺死亡率(人口10万対)	→	<table border="1"> <tr> <th>取組の評価</th> <th>課題の検証 ※左欄「課題あり」の場合のみ</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>	取組の評価	課題の検証 ※左欄「課題あり」の場合のみ																
ゲートキーパー研修受講者数	↗																												
かかりつけ医うつ病対応力向上研修参加者数	↗																												
自殺死亡率(人口10万対)	→																												
取組の評価	課題の検証 ※左欄「課題あり」の場合のみ																												
災害精神医療	<p>自然災害等の集団災害が発生した場合、被災地域の精神保健医療機能が一時的に低下し、さらに災害ストレス等により新たに精神的問題が生じる等、精神保健医療への需要が拡大するため、災害時のこころのケアが必要とされる。 ①DPATの整備、災害発生時の迅速かつ適正な連絡調整等の体制整備が必要。 ②災害時における精神疾患医療体制確保のため、災害拠点精神科病院の整備が必要。 県内の災害発生を想定して、平時から医療・行政が一体となって連携できる体制の整備が必要。</p>	<p>6</p> <p>(1)災害派遣精神医療チーム(DPAT)の整備 (2)災害時の医療連携体制の強化</p>	<p>6</p> <p>①災害発生時の迅速な連絡調整、被災者支援ができる体制を整備すること ②災害精神医療に対応できる医療体制を整備すること</p> <table border="1"> <tr><td>災害派遣精神医療チーム(DPAT)登録医療機関数</td><td>↗</td></tr> <tr><td>災害拠点精神科病院の指定数</td><td>↑</td></tr> </table>	災害派遣精神医療チーム(DPAT)登録医療機関数	↗	災害拠点精神科病院の指定数	↑	<p>平時から災害を念頭に置いた体制を整備する</p> <table border="1"> <tr><td>災害派遣精神医療チーム(DPAT)登録医療機関数</td><td>↗</td></tr> <tr><td>災害拠点精神科病院の指定数</td><td>↗</td></tr> </table>	災害派遣精神医療チーム(DPAT)登録医療機関数	↗	災害拠点精神科病院の指定数	↗	<table border="1"> <tr> <th>取組の評価</th> <th>課題の検証 ※左欄「課題あり」の場合のみ</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>	取組の評価	課題の検証 ※左欄「課題あり」の場合のみ														
災害派遣精神医療チーム(DPAT)登録医療機関数	↗																												
災害拠点精神科病院の指定数	↑																												
災害派遣精神医療チーム(DPAT)登録医療機関数	↗																												
災害拠点精神科病院の指定数	↗																												
取組の評価	課題の検証 ※左欄「課題あり」の場合のみ																												

第9次群馬県保健医療計画における取組の評価及び課題の検証状況（令和6年度実績）

進捗の記載要領

表示	内容	意味
達成	達成	目標を達成
↑	前進(i)	目標達成に向けて順調に推移
↗	前進(ii)	目標達成に向けて前進しているが、更なる取組が必要
→	横ばい	計画策定時から横ばいで推移
↘	後退	計画策定時より後退している

評価の記載要領

内容	意味
有効	計画推進にあたり、取組を継続
課題あり	計画推進にあたり取組を継続あたり、課題の検証が必要
評価不可	取組実行中で、評価段階にない

救急医療

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患は、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(令和4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34.9%と最も回答が多くなっており、救急医療体制の充実が求められています。
----	--

方向性	○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。
-----	--

	現状と課題	A 個別施策	B 目標	C 最終目標
救護	県民に対する心肺蘇生法の普及と AED の設置・利用促進、メディカルコントロール体制の充実、また、救急車の適正利用と救急医療機関の適正受診の推進が必要 ①一般市民による心肺蘇生法実施は救急傷病者の救命率向上に寄与している。 ⇒引き続き、AEDの設置場所の周知や使用方法について普及啓発が必要 ②定期的な通院等でタクシー代わりに救急車を利用する傷病者や軽症にもかかわらず診療時間外に救急医療機関を受診する傷病者が存在する。 ⇒救急車の適正利用と救急医療機関の適正受診が必要	1 (1)県民に対する救急蘇生法の普及啓発、AED設置状況調査の実施及び公表 (2)メディカルコントロール体制の充実 (3)ドクターヘリの効果的な運航 (4)ドクターカーの円滑な運用を支援 (5)統合型医療情報システムの運営	1 患者あるいは周囲の者が、必要に応じて、速やかに救急要請及び救急蘇生法を実施すること 進捗 1 住民の救急蘇生法講習の受講率(人口1万人当たり) ↗ 目標値 救急要請(覚知)から医療機関への搬送までに要した平均時間 → 心肺機能停止傷病者の1ヶ月後の予後(生存率) ↘	
救命医療	多発外傷患者のような複数の診療科領域にわたる重篤な救急患者に対する医療提供体制として、救命救急センターを設置する前橋赤十字病院、群馬大学医学部附属病院、高崎総合医療センター、太田記念病院を第三次救命救急医療機関として位置付けている。 ①重症の救急患者に脳卒中や心血管疾患の患者が多い ⇒脳卒中や心血管疾患の救命医療に関する研修を実施 ②発症から医療機関で診療を受ける時間が短いほど、救命率の向上や後遺症の軽減につながる。	2 (1)救命救急センターの施設整備及び設備整備に対する支援	2 ①24時間365日、救急搬送の受入れに応じること ②患者の状態に応じた適切な情報や救急医療を提供すること 進捗 2 救命救急センターの数 → 救命救急センターの充実度評価A以上の割合 → 目標値 心肺機能停止傷病者の1ヶ月後の予後(生存率) ↘	
入院救急医療	地域の入院機能を担う救急医療機関を確保することを目的として、病院群輪番制病院や救急告示医療機関を第二次救命救急医療機関として位置付けている。 ①救急車の受入実績や診療体制に差が見られる ⇒第二次救命救急医療機関が担う本来の機能を果たすとともに、多様化する地域の救急医療需要に対応する	3 (1)救急告示医療機関等の制度の適切な運営と病院群輪番制病院の施設整備等を支援 (2)統合型医療情報システムの機能強化	3 ①24時間365日、救急搬送の受入れに応じること ②患者の状態に応じた適切な情報や救急医療を提供すること 進捗 3 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) ↘ 目標値 心肺機能停止傷病者の1ヶ月後の予後(生存率) ↘	1 早期医療介入による救命の向上 進捗 1 目標値 心肺機能停止傷病者の1ヶ月後の予後(生存率) →
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る。 ①救急車で搬送される患者の約半数が軽症患者である ⇒初期救急医療機関では救急搬送を必要としない救急患者の診療を担っており、適正受診の推進が必要	4 (1)軽症患者の適正受診の啓発 (2)休日・夜間急患センターの設置に対する支援	4 患者の状態に応じた適切な救急医療を提供すること 進捗 4 目標値 心肺機能停止傷病者の1ヶ月後の予後(生存率) ↘	
救命後医療	救急医療機関が新たな救急患者を受け入れることが困難になる、いわゆる救急医療機関の「出口の問題」が指摘されている。 ①急性期を乗り越えたものの、救命救急センター等の病棟から転床できず、新たな重症患者を受け入れることができない。 ⇒救急患者退院コーディネーターの救急医療機関への設置等を推進	5 (1)転院搬送ガイドライン (2)病院救急車の活用 (3)救急患者退院コーディネーターの設置	5 ①合併症、後遺症のある患者に対して慢性期の医療を提供すること ②在宅等での療養を望む患者に対し医療機関からの退院を支援すること 進捗 5 目標値 救急医療機関間の転院搬送件数 ↘	
精神科救急医療	緊急な医療を必要とする全ての精神障害者が、迅速かつ適正な医療を受けられるよう、精神科救急医療体制の確保に努める必要がある。 また、身体疾患を合併する精神疾患患者に対する医療については、一般の医療機関と精神科医療機関の診療協力体制の整備等が求められている。	6 (1)精神科救急体制の一層の充実 (2)地域生活を支える体制の整備	6 24時間365日、精神科救急医療を提供できること 進捗 6 目標値 精神科救急医療機関数(基幹型、病院群輪番型、身体合併症対応施設(特例病床)) →	

取組の評価	課題の検証 ※左欄「課題あり」の場合のみ

第9次群馬県保健医療計画における取組の評価及び課題の検証状況（令和6年度実績）

進捗の記載要領

表示	内容	意味
達成	達成	目標を達成
↑	前進(i)	目標達成に向けて順調に推移
↗	前進(ii)	目標達成に向けて前進しているが、更なる取組が必要
→	横ばい	計画策定時から横ばいで推移
↓	後退	計画策定時より後退している

評価の記載要領

内容	意味
有効	計画推進にあたり、取組を継続
課題あり	計画推進にあたり取組を継続あたり、課題の検証が必要
評価不可	取組実行中で、評価段階にない

災害医療

概況	<p>①災害時における医療:災害発生時の医療提供体制を確保するため、平時から災害を念頭に置いた体制を整備しておくことが重要。</p> <p>②災害拠点病院:各二次医療圏に1病院以上指定済(計17病院)。令和6年度より「浸水への備え」が指定要件に加わり、浸水想定区域内の病院は浸水対策が必要となる。</p> <p>③災害拠点病院以外の病院:業務継続計画(BCP)は策定率全国で35位と低水準。耐震化率は全国平均よりやや高いが、ここ数年は横ばい。</p> <p>④群馬県:災害時における保健分野、福祉分野との連携、活動調整が求められており、既に県防災計画に反映し、活動方針を策定済。今後は具体的な連携のための体制整備が求められる。</p>	方向性	<p>○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。</p> <p>○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、浸水対策を推進します。また、災害時の対応に必要な訓練・研修を実施します。</p> <p>○災害時に迅速かつ適切に医療救護活動が行えるよう災害医療体制を強化するとともに、災害時に保健分野・福祉分野で活動するチームとの連携を強化し、災害時の健康危機管理活動が効果的にいえるよう体制を整備します。</p>
----	---	-----	---

現状と課題		A 個別施策	B 目標	C 最終目標
災害拠点病院	<p>災害時における医療を確保することを目的に、災害拠点病院として17か所指定。被災後、診療機能を維持できるよう、業務継続計画(BCP)の整備を行うことや、地域災害医療対策会議のコーディネート機能の確認を行う訓練を実施している。</p> <p>①すべての災害拠点病院が被災後の診療体制継続のための業務継続計画(BCP)を策定済 ⇒引き続き、業務継続計画(BCP)の見直しや訓練の実施が必要</p> <p>②各保健所管轄区域等、地域単位での災害時の連携体制の強化が必要 ⇒引き続き、地域災害医療対策会議の開催及び事業の実施により、コーディネート機能の確認を行うことが重要</p> <p>③浸水想定区域内の災害拠点病院については、新たに水害発生時の浸水対策が指定要件に加わる ⇒止水板の設置、医療用設備や電気設備の移設、排水ポンプ・確水貯留槽の設置など、浸水対策事業への支援が必要</p>	<p>(1)業務継続計画の整備・見直し</p> <p>(2)地域の災害医療体制の充実</p> <p>(3)耐震化、浸水対策の推進</p>	<p>災害拠点病院が、災害時においても診療機能を維持できる体制を整備する</p> <p>1 業務継続計画(BCP)に基づいた災害対応訓練を実施している災害拠点病院の割合 →</p> <p>目標値 災害医療の医療チーム等の受入を想定し、関係機関・団体等と調整の上、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や研修などの実施回数1(2)、(3(2)指標) ↓</p> <p>浸水想定区域に所在する災害拠点病院で、浸水被害への対策を行っている病院の割合 →</p>	
災害拠点病院以外の病院	<p>災害拠点病院以外の病院も、医療提供体制の継続のため、業務継続計画(BCP)の策定、訓練の実施や、病院耐震化等、災害対策を実施している。</p> <p>①本県の病院(災害拠点病院以外)の耐震化率は83.6%(2022年9月時点) ⇒耐震化改修工事のほか、ブロック塀の強化、各種浸水対策事業等、ハード対策への支援を行うことが必要</p> <p>②各医療機関との情報伝達及び共有のための体制を整備することが必要 ⇒引き続き、広域災害救急医療情報システム(EMIS)等を活用した訓練の実施が必要</p> <p>③本県の病院(災害拠点病院以外)の業務継続計画(BCP)は31.8%(2024年3月時点) ⇒引き続き、業務継続計画(BCP)研修の実施等、計画策定のための機会の創出が必要</p>	<p>(1)耐震化、浸水対策の推進</p> <p>(2)災害時における情報連絡体制の強化</p> <p>(3)業務継続計画の整備</p>	<p>災害拠点病院以外の病院等が、被災をしても早期に診療機能を回復できるよう、平時からの備えを講じている</p> <p>2 災害拠点病院以外の病院の耐震化率 →</p> <p>目標値 EMISの操作を含む研修・訓練を実施している医療機関の割合 ↗</p> <p>災害拠点病院以外の病院における業務継続計画(BCP)を策定している病院の策定率 ↗</p>	<p>「避けられた災害死」を最小限にとどめるため、災害時の医療提供体制を確実に確保する</p> <p>1 医療機関の災害対応訓練の参加率 ↓</p>
群馬県	<p>県としての災害医療体制の充実の他、各種医療チームの被災地派遣確保、保健分野、福祉分野との災害時の連携強化を図る。</p> <p>①災害医療コーディネーター制度に基づく災害医療の体制整備 ⇒引き続き、災害医療コーディネーターの知識・技能を向上させるための研修等の開催により、連携体制を確保することが重要</p> <p>②各保健所管轄区域等、地域単位での災害時の連携体制の強化が必要 ⇒引き続き、地域災害医療対策会議の開催及び事業の実施に対する支援が必要</p> <p>③災害派遣医療チームの充実、強化 ⇒研修等を通じ、DMAT、DPAT等災害時に活動する医療チーム数を増加させることが必要</p> <p>④災害拠点精神科病院が未設置のため、指定を検討することが必要</p> <p>④保健医療福祉調整本部として活動するための保健・医療・福祉分野の連携 ⇒現行の計画・方針に基づき、行政・DMAT・DPAT・DHEAT等、災害時の健康管理に携わるチームの連携を確保することが必要</p>	<p>(1)災害医療コーディネーター体制の充実</p> <p>(2)地域の保健医療体制の充実</p> <p>(3)DMAT体制の強化</p> <p>(4)災害時における精神保健医療体制の整備</p> <p>(5)災害医療と保健、福祉分野との連携</p>	<p>災害時に医療分野で活動するチームの強化と、保健分野、福祉分野で活動するチームとの連携を強化する</p> <p>3 災害時の医療チーム等の受入を想定し、都道府県災害対策本部で関係機関(消防、警察、保健所、市町村等)公共輸送機関等との連携の確認を行う災害訓練の実施回数 →</p> <p>目標値 災害派遣医療チーム(DMAT)チーム数 ↗</p> <p>災害派遣精神医療チーム(DPAT)登録医療機関数 ↗</p> <p>災害拠点精神科病院の指定数 ↗</p> <p>災害時保健医療福祉調整本部における医療・保健・福祉分野の連携強化を目的とした研修・訓練の実施回数 →</p>	

第9次群馬県保健医療計画における取組の評価及び課題の検証状況（令和6年度実績）

進捗の記載要領

表示	内容	意味
達成	達成	目標を達成
↑	前進(i)	目標達成に向けて順調に推移
↗	前進(ii)	目標達成に向けて前進しているが、更なる取組が必要
→	横ばい	計画策定時から横ばいで推移
↘	後退	計画策定時より後退している

評価の記載要領

内容	意味
有効	計画推進にあたり、取組を継続
課題あり	計画推進にあたり取組を継続あたり、課題の検証が必要
評価不可	取組実行中で、評価段階にない

新興感染症発生・まん延時の医療連携体制構築

状況	現状と課題	A 個別施策	B 目標	C 最終目標
<p>病床確保</p> <p>発熱外来</p> <p>自宅療養者等への医療</p> <p>後方支援</p> <p>人材派遣関係</p>	<p>新興感染症発生・まん延時に必要な病床を確保するためには、平時に県と医療機関の間で医療措置協定を締結することにより、限られた病床を有効に活用し、必要な医療を提供できる体制を整備することが必要</p> <p>(1)入院医療の中核的役割を担う感染症指定医療機関のみでは、急増する感染症患者へ十分に対応できず、入院病床が不足した</p> <p>また、一般の病院が、通常医療を制限してでも病床確保をする必要が生じたが、そうした事態における具体的な対応を想定していなかったため、体制の整備に時間がかかった</p> <p>ア 新型コロナウイルス感染症の重症者の受入れに当たり、一般医療における重症者への医療提供のため、病床の確保や医療従事者の調整に苦慮した</p> <p>イ 特に配慮が必要な患者が受入れについて、対応できる医療機関が限定されており、患者急増時には病床が逼迫した</p> <p>(2)入院調整について、入院勧告に付随する業務として各保健所が対応していたが、感染症患者が急増する中で、特定の医療機関における医療の逼迫が想定された</p>	<p>1 (1)感染症患者を入院させる病床の確保</p> <p>ア 発生段階ごとの対応</p> <p>イ 重症者用病床の確保</p> <p>ウ 特に配慮が必要な患者の病床の確保</p> <p>(2)入院調整体制の整備</p>	<p>1 流行初期及び流行初期以降に感染症患者を入院させる病床を確保する。</p> <p>進捗</p> <p>達成</p> <p>目標値</p> <p>(内数)重症者を対応する病床数</p> <p>↗</p> <p>(内数)精神疾患を有する患者を対応する病床数</p> <p>達成</p> <p>(内数)妊産婦を対応する病床数</p> <p>↗</p> <p>(内数)小児を対応する病床数</p> <p>↗</p> <p>(内数)透析患者を対応する病床数</p> <p>達成</p>	<p>1 新興感染症発生・まん延時においても、県民が適切な医療を受けられる。</p> <p>進捗</p> <p>↑</p>
	<p>新興感染症発生・まん延時において、疑い患者等の検査や診療を行う医療提供体制を整備することが必要</p> <p>(1)感染症患者の検査や診療のための感染対策等が十分にできないなどの理由で、対応する医療機関数が不十分であった</p> <p>(2)感染症患者の急増時に入院が必要な疑い患者を救急搬送する際に、受入れ先の調整に苦慮した事例があった</p>	<p>2 (1)疑い患者等の外来診療を行う医療の提供体制の整備</p> <p>(2)救急医療機関における受入体制の整備</p>	<p>2 流行初期及び流行初期以降に疑い患者等の外来診療を行う医療の提供体制を確保する。</p> <p>進捗</p> <p>達成</p> <p>目標値</p> <p>協定締結医療機関(発熱外来)の機関数</p>	
	<p>新型コロナウイルス感染症対応を踏まえ、自宅療養者等に対する医療提供体制を整備することが必要</p> <p>・ 新興感染症の患者は入院医療が前提となっており、自宅療養者等に対する医療の提供の仕組みがなかった</p> <p>・ 自宅や宿泊施設等を療養先としたが、健康観察や、基礎疾患のある者等、重症化リスクが高い患者等について容体の急変等に対応するために、多くの人員を必要とした</p>	<p>3 (1)自宅療養等に対する医療提供体制の整備</p> <p>(2)高齢者施設等に対する医療支援体制の整備</p>	<p>3 自宅療養者等に対する医療の提供体制を確保する。</p> <p>進捗</p> <p>達成</p> <p>目標値</p> <p>協定締結医療機関(自宅療養者等への医療を提供する医療機関)の機関数</p> <p>(内数)病院・診療所の数</p> <p>達成</p> <p>(内数)訪問看護事業所の数</p> <p>達成</p> <p>(内数)薬局の数</p> <p>達成</p>	
	<p>緊急時に対応可能な入院病床を確保するためには、地域の関係機関間で役割分担を行うことが重要であり、病床確保等を行う協定締結医療機関を後方支援することにより、協定締結医療機関が新興感染症患者に効率的に対応できる体制を整備することが必要</p> <p>・ 入院患者の転院や後方施設での受入れが試行されたが、多様な要因により、必ずしもスムーズに行なわれなかった</p> <p>・ 転出側においては、患者・病院スタッフ等の理解を得ることが困難だった。受入れ側においては、院内感染のリスクや風評被害の懸念等があった</p> <p>・ 重症患者の入院日数が長期化したことも、医療機関の病床逼迫の一因とされた</p>	<p>4 後方支援を行う医療の提供体制の整備</p>	<p>4 後方支援を行う医療の提供体制を確保する。</p> <p>進捗</p> <p>達成</p> <p>目標値</p> <p>協定締結医療機関(後方支援)の機関数</p>	
	<p>新興感染症が急激に拡大した場合や施設内等でクラスターが発生した場合に備え、新興感染症に対応する医療従事者をあらかじめ確保し、医療機関その他の機関に派遣することが必要</p> <p>・ 緊急時の医療人材派遣について、感染症危機を想定した制度は存在しなかった</p> <p>・ 医療機関や施設内でのクラスター発生や、医療従事者の感染等により、一部の医療機関等で人員等に不足が生じ、医療従事者に過剰な負担が生じることがあった</p> <p>・ 高齢者施設等の施設内における適切な感染症対策を行うことができず、クラスターの規模が拡大したり、長期化したりする事例があった</p>	<p>5 医療人材派遣の体制の整備</p>	<p>5 医療人材派遣に体制を確保する。</p> <p>進捗</p> <p>達成</p> <p>目標値</p> <p>他の入院医療機関等に一定期間派遣可能な人数</p> <p>↗</p> <p>感染制御等を支援するための高齢者施設等へ派遣可能な人数</p> <p>↗</p>	

取組の評価	課題の検証 ※左欄「課題あり」の場合のみ

第9次群馬県保健医療計画における取組の評価及び課題の検証状況（令和6年度実績）

進捗の記載要領

表示	内容	意味
達成	達成	目標を達成
↑	前進(i)	目標達成に向けて順調に推移
↗	前進(ii)	目標達成に向けて前進しているが、更なる取組が必要
→	横ばい	計画策定時から横ばいで推移
↘	後退	計画策定時より後退している

評価の記載要領

内容	意味
有効	計画推進に当たり、取組を継続
課題あり	計画推進に当たり取組を継続あたり、課題の検証が必要
評価不可	取組実行中で、評価段階にない

へき地医療

状況	現状と課題	方向性							
		A 個別施策	B 目標	C 最終目標					
現状	<p>①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</p> <p>②へき地医療の現状：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</p> <p>③本県のへき地：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</p> <p>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実施</p>	<p>○ へき地医療を担う医師等の育成・確保に取り組みます。</p> <p>○ 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。</p> <p>○ 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。</p>							
医師等の確保	<p>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</p> <p>①「へき地医療に関与している医療機関が行政に期待する支援・施策」としては、「医師の確保」、「巡回バス等交通手段の充実」、「看護師の確保」の回答数が多い</p> <p>⇒医師や看護師等の確保及び交通手段の確保が課題</p> <p>②県内には9か所のへき地診療所が設置され、うち6か所に自治医科大学卒業医師を派遣</p> <p>⇒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</p> <p>③患者の全身の状態を踏まえ、必要に応じて専門医につなぐことのできる体制整備が必要</p> <p>⇒地域医療の担い手としての総合診療医の育成が必要</p>	<p>1 (1)自治医科大学卒業医師の派遣 (2)地域医療を担う医師の養成と確保 (3)へき地医療を担う医師の動機付け (4)看護職員の確保と資質向上</p>	<p>1 無医地区等のへき地医療を担う医師及び看護師等を確保すること</p> <p>目標値 へき地診療所への自治医大卒業医師派遣応需率 達成 へき地における学生を対象としたセミナー・実習の実施回数 達成</p>	<p>1 へき地医療の医療連携体制構築 進捗</p> <p>目標値 へき地診療所への自治医科大学卒業医師の派遣者数 達成 へき地における群馬大学医学部地域医療卒業医師の勤務者数 →</p>	<table border="1"> <tr> <td>取組の評価</td> <td>課題の検証 ※左欄「課題あり」の場合のみ</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>	取組の評価	課題の検証 ※左欄「課題あり」の場合のみ		
取組の評価	課題の検証 ※左欄「課題あり」の場合のみ								
保健指導	<p>高齢化が進むへき地にあつては、生活習慣病予防や高齢者の健康管理が地域の健康維持に大きく寄与しているため、保健指導体制の充実が重要</p> <p>①無医地区等においては、市町村保健師や都市医師会が情報共有等を行いながら、地区の状況を踏まえた保健指導を提供することが必要</p> <p>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</p>	<p>2 (1)へき地における保健指導の支援 (2)保健師等の確保及び資質向上に係る支援</p>	<p>2 無医地区等において、保健指導を提供すること</p> <p>目標値 へき地医療従事者研修の実施回数 →</p>	<p>1 へき地における医療提供の支援 進捗</p> <p>目標値 へき地医療拠点病院からへき地への巡回診療実施回数 達成 へき地診療所における訪問診療、往診の実施回数 →</p>	<table border="1"> <tr> <td>取組の評価</td> <td>課題の検証 ※左欄「課題あり」の場合のみ</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>	取組の評価	課題の検証 ※左欄「課題あり」の場合のみ		
取組の評価	課題の検証 ※左欄「課題あり」の場合のみ								
医療提供	<p>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</p> <p>①へき地では、へき地診療所を設置運営するほか、在宅の高齢者等を対象とした訪問診療等を行い、住民が医療を受ける機会を確保</p> <p>②へき地診療所において、へき地の住民に対し必要な医療サービスを継続して提供できる体制を構築するため、医療機器等の整備が必要</p> <p>③へき地では、医療機関までの移動に相当の時間を要する地域が存在するなどの問題が生じており、住民の医療機関へのアクセスの確保が必要</p> <p>④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必要</p> <p>⑤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</p> <p>⑥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が重要</p>	<p>3 (1)へき地診療所の施設・整備の充実 (2)医療機関へのアクセスの確保 (3)在宅医療等の提供体制の充実 (4)へき地における歯科医療提供体制の充実</p>	<p>3 無医地区等において、地域住民の医療を確保すること</p> <p>目標値 へき地診療所における通院から訪問診療への切り替え患者の応需率 達成</p>	<p>2 へき地における医療提供の支援 進捗</p> <p>目標値 へき地医療拠点病院からへき地への巡回診療実施回数 達成 へき地診療所における訪問診療、往診の実施回数 →</p>	<table border="1"> <tr> <td>取組の評価</td> <td>課題の検証 ※左欄「課題あり」の場合のみ</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>	取組の評価	課題の検証 ※左欄「課題あり」の場合のみ		
取組の評価	課題の検証 ※左欄「課題あり」の場合のみ								
医療提供の支援	<p>へき地では医療資源が不足しているため、診療を支援する医療機関の医療機能の維持・充実に加えて、広域的な連携により、24時間365日急患や重篤な患者に対応できる医療提供体制の充実が必要である他、オンライン診療を含む遠隔医療を活用したへき地医療支援も求められている。</p> <p>①へき地医療拠点病院は、無医地区等において、群馬県へき地医療支援機構の指導・調整の下に、巡回診療、へき地診療所等への医師派遣や代診医派遣等を実施</p> <p>⇒これらの拠点病院の医療機能の維持・充実が必要</p> <p>②へき地保健医療政策の中心的機関として、へき地医療支援機構が、へき地診療所等への代診医派遣調整等広域的なへき地医療支援事業の企画・調整等を実施</p> <p>③県内の医療機関による「へき地医療機関を支援できる医療機関に期待する機能」としては、「医師の派遣」、「救急患者受け入れ体制の充実」の回答数が多い</p> <p>⇒医師の派遣やへき地の医療機関では対応が困難な救急患者等の受入体制、ドクターヘリの活用や救急車による搬送体制の充実が必要</p>	<p>4 (1)へき地医療拠点病院による支援 (2)へき地医療支援機構による支援 (3)救急患者等の搬送体制等の充実</p>	<p>4 へき地において、広域的な連携により24時間365日急患や重篤な患者に対応できる医療提供体制を充実すること</p> <p>目標値 へき地医療拠点病院からへき地への巡回診療応需率 達成 代診医師派遣要請に対する応需率 達成</p>	<p>2 へき地における医療提供の支援 進捗</p> <p>目標値 へき地医療拠点病院からへき地への巡回診療実施回数 達成 へき地診療所における訪問診療、往診の実施回数 →</p>	<table border="1"> <tr> <td>取組の評価</td> <td>課題の検証 ※左欄「課題あり」の場合のみ</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>	取組の評価	課題の検証 ※左欄「課題あり」の場合のみ		
取組の評価	課題の検証 ※左欄「課題あり」の場合のみ								

第9次群馬県保健医療計画における取組の評価及び課題の検証状況（令和6年度実績）

進捗の記載要領

表示	内容	意味
達成	達成	目標を達成
↑	前進(i)	目標達成に向けて順調に推移
↗	前進(i,i)	目標達成に向けて前進しているが、更なる取組が必要
→	横ばい	計画策定時から横ばいで推移
↓	後退	計画策定時より後退している

評価の記載要領

内容	意味
有効	計画推進にあたり、取組を継続
課題あり	計画推進にあたり取組を継続あたり、課題の検証が必要
評価不可	取組実行中で、評価段階にない

周産期医療の医療連携体制構築の取組

概況	<p>○県内の分娩件数は減少傾向。母体の高齢化等により、合併症妊娠等のリスク増加 ○低出生体重児は、数は減少したが、割合は横ばい ○県内の周産期死亡率、妊娠22週以降の死産率、早期新生児死亡率は全国と同程度。 ○県内の分娩取扱施設(助産所を含む)は減少傾向。 ○県内医療施設に従事する産婦人科医師数は、前計画策定時よりも微増。このうち、病院勤務医師数も微増 ○県内医療施設に従事する小児科医師数は、減少増加だが、病院勤務医師は微増。周産期母子医療センター等におけるNICU等の当直体制の確保は厳しい状況 ○産婦人科医師・小児科医に占める女性の割合は増加傾向。これを踏まえた医師確保対策が必要 ○県内医療施設に従事する助産師数は増加傾向 ○救急搬送数における産科・周産期傷病者は、数は増加したが、率は減少 ○保健医療に関する県民意識調査で(R4年度)は、全体の26.4%が、不足している医療分野として産科を回答</p>	方向性	<p>○ 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する。 ○ 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る。 ○ NICU等入院児の退院支援・退院後の療養・療育支援にかかる体制及び妊産婦の支援体制を整備する。</p>
----	--	-----	---

	現状と課題	A 個別施策	B 目標	C 最終目標
一般分娩取扱	<p>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 ①一般分娩取扱施設(助産所を含む)の減少 (H29年度:27施設(助産所2施設)→R5年度:24施設(うち助産所2施設)) 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</p>	<p>1 (1)一般分娩取扱医療機関への支援 (2)母体や新生児のリスクに応じた搬送体制等の整備 (3)周産期医療従事者の確保</p>	<p>1 <分娩を取り扱う医療機関> ①正常分娩に対応すること ②妊婦健診等を含めた分娩前後の診療を行うこと ③周産期母子医療センター等との連携により、リスクの低い帝王切開術に対応すること <分娩を取り扱わない医療機関> ①妊婦健診や産前・産褥管理・産後ケアの実施</p> <p>目標値 一般分娩取扱施設数(助産所を含む) ↓</p>	
地域周産期母子	<p>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 ①地域周産期母子医療センターに、7医療機関施設を認定 ②比較的軽度な異常のある妊娠・分娩・新生児の管理を行える医療機関3施設を、協力医療機関に認定 ③地域周産期母子医療センター7施設のNICU51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6施設の48床であり、残り1施設の3床は基準を満たす医師の配置ができていない ④地域の周産期医療の拠点となる施設の医療の質や安全性を確保するため、当直可能な産婦人科医師及び小児科医師等を必要数配置することが課題</p>	<p>2 (1)地域周産期母子医療センターへの支援 (2)母体や新生児のリスクに応じた搬送体制等の整備 (3)周産期医療従事者の確保 (4)中長期を見据えた周産期医療体制の整備</p>	<p>2 <協力医療機関> ①異常のある妊娠・分娩・新生児の治療管理を行うこと ②比較的軽度な異常を伴う妊婦・新生児又は周産期母子医療センターから回復した妊婦・新生児の受入れ <地域周産期母子医療センター> ①周産期に係る比較的高度な医療行為の実施 ②24時間体制での周産期救急医療(緊急帝王切開術、その他の緊急手術を含む。)に対応すること</p> <p>目標値 周産期母子医療センター等における当直可能な常勤産婦人科医師数(1施設あたり) 達成 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) 達成 周産期救急搬送症例のうち受入困難事例(搬送先の照会回数が4回以上)の件数 → 周産期死亡率(出産千対)(周産期死亡数を併記) →</p>	<p>1 安全・安心な周産期医療体制の構築 進捗</p> <p>目標値 新生児死亡率(出生千対)(新生児死亡数を併記) →</p>
総合周産期母子	<p>リスクの高い妊娠に対する医療及び高度な新生児医療が提供できる総合周産期母子医療センターの整備が必要 ①総合周産期母子医療センターに、県立小児医療センターを認定(MFICU(母体・胎児集中治療室)6床、NICU15床を整備) ②本県のMFICUは、専任の医師を常駐させる等の基準を満たしていない ③県立小児医療センターは子ども専門病院という特性上、母体の合併症(精神疾患を含む)の治療ができないため、地域周産期母子医療センターと連携を図りながら対応 ④総合周産期母子医療センターが本来持つべき、ハイリスクな母体及び新生児に対して総合的な診療が可能な機能の整備が必要</p>	<p>3 (1)総合周産期母子医療センターへの支援 (2)母体や新生児のリスクに応じた搬送体制等の整備 (3)周産期医療従事者の確保 (4)災害時の搬送体制等の整備 (5)中長期を見据えた周産期医療体制の整備</p>	<p>3 ①合併症妊娠、胎児・新生児異常等母体又は児にリスクの高い妊娠に対する医療、高度な新生児医療等を行うことができることと、必要に応じて当該施設の関係診療科又は他の施設と連携し、産科合併症以外の合併症を有する母体に対応すること ②周産期医療体制の中核として地域周産期医療関連施設等との連携を図ること</p> <p>目標値 MFICU病床数(専任の医師を常駐させる等の基準を満たす病床) →</p>	
療養・療育支援、妊産婦支援	<p>小児が地域の療養・療育環境や在宅医療にスムーズに移行できる支援体制や受入体制などの環境整備が必要 ①周産期母子医療センターにおけるNICUの稼働率(R4年度)は、総合で83.8%、地域(基準を満たす病床)で54.2%。 ②重症心身障害児や肢体不自由児への療養・療育支援を実施:5施設(R5年3月) ③小児等の在宅医療に対応できる医療機関163施設、歯科診療所は142施設、訪問看護事業所は103施設(R5年3月) ④小児等の在宅医療等について、関係者の理解の促進や患者・家族等の負担軽減を図ることが必要。 ⑤分娩後の妊娠届出者数(未受診妊婦):4人(R3年度) 医療機関から県内市町村へ支援依頼のあった妊産婦の数は:855人(R3年度) ⑥令和5年4月に群馬県医療的ケア児等支援センターを設置</p>	<p>4 (1)療養・療育環境及び小児等在宅医療への移行支援 (2)関係機関の連携による早期からの妊産婦支援</p>	<p>4 ①周産期医療関連施設を退院した医療的ケア児、障害児等が生活の場(施設を含む。)で療養・療育できる体制を提供すること(地域の保健・福祉との連携等) ②在宅において療養・療育を行っている児の家族に対する支援の実施</p> <p>目標値 小児等在宅医療に対応した医療機関数 達成 小児等在宅医療に対応した訪問看護事業所数 達成 在宅医療未熟児等一時受入日数(のべ日数) 達成</p>	

第9次群馬県保健医療計画における取組の評価及び課題の検証状況（令和6年度実績）

進捗の記載要領

表示	内容	意味
達成	達成	目標を達成
↑	前進(i)	目標達成に向けて順調に推移
↗	前進(i i)	目標達成に向けて前進しているが、更なる取組が必要
→	横ばい	計画策定時から横ばいで推移
↘	後退	計画策定時より後退している

評価の記載要領

内容	意味
有効	計画推進にあたり、取組を継続
課題あり	計画推進にあたり取組を継続あたり、課題の検証が必要
評価不可	取組実行中で、評価段階にない

小児医療の医療連携体制構築の取組

相談支援等	<p>○県内の小児(0歳から14歳)の推計患者数は、減少傾向。 ○小児人口10万人当たりの推計患者数(総数)全国値を下回っている。 ○前回の計画策定時と比較し、小児死亡率は微増し、全国値を上回っている。 ○新生児死亡率、乳児死亡率、幼児死亡率は、新生児死亡率を除き、全国値以上。 ○小児科を標榜する医療機関数は、減少傾向。 ○県内の医療施設に従事する小児科医師数は減少傾向だが、病院勤務医師は微増。 ○救急搬送のうち、18歳未満の件数は減少傾向であるが、総数に占める18歳未満の割合は、わずかに全国値を上回っている。</p>	方向性	<p>○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む ○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る ○小児等の療養・療育及び在宅医療の環境整備に取り組む</p>
-------	--	-----	--

	現状と課題	A 個別施策	B 目標	C 最終目標
相談支援等	<p>保護者への相談支援等を実施し、適正な受療行動を推進する必要がある。 ①小児地域医療センターの休日・夜間における小児救急患者の多くが軽症患者である。 ②子ども医療電話相談の相談件数は、平成30年度をピークに減少傾向(R4年度:19,801件) ③休日・夜間における小児救急患者数は減少(H22年度:21,645人→R4年度:9,684人)</p>	<p>1 (1)小児救急電話相談の実施 (2)小児救急にかかる適正受診の啓発</p>	<p>子どもの急病時の対応等を支援すること</p> <p>1 目標値 小児救急電話相談件数(小児人口千人対) ↗ 小児救急医療支援事業取扱患者数(小児人口千人対) →</p>	
小児初期医療	<p><一般小児医療、小児地域医療支援病院> 地域において、かかりつけ医として日常的な小児医療を提供するとともに、休日・夜間の初期救急医療を担う体制の確保が必要。 ①保護者の8割が小児のかかりつけ医を決めており、その決定には地理的条件が影響している。 ②小児科を標榜する医療機関は減少傾向。医療施設に従事する小児科医師数・うち診療所勤務医師数ともに減少。 ③休日夜間急患センターは9施設あり、地域医師会による在宅当番医制が12地区で構築されているが、休日夜間急患センターが未開設の地域や、毎日診療していない地域がある。 ④小児地域医療センターのない二次保健医療圏等においては、小児地域支援病院の確保が課題。</p>	<p>2 (1)小児初期救急医療体制の充実支援 (2)小児科医師の確保</p>	<p>①一般小児医療:地域に必要な一般小児医療を実施すること ②休日夜間小児初期救急:休日夜間の小児初期医療を実施すること ③小児地域支援病院:地域に必要な一般小児医療や、軽症患者の入院医療を実施すること</p> <p>2 目標値 休日・夜間急患センター等の施設数 達成</p>	
小児二次医療	<p><小児地域医療センター> 24時間365日の重症の小児救急患者の受入体制を維持していくため、当直可能な医師を必要数配置するとともに、対応する医師の負担を軽減していくことが課題。 【小児救急支援事業の状況】 ①県内4ブロックで24時間365日の受入体制の構築。 ②参加する11病院の当直可能な常勤の小児科医師数が増加しない。 ③群馬県小児救急医療支援事業の取扱患者数は減少傾向だが、このうち重症患者(入院患者)については横ばいであり、限られた医師数で対応している中、依然として軽症患者が多く受診している状況。</p>	<p>3 (1)小児二次救急医療体制の整備 (2)小児地域医療センター(小児二次医療)の負担軽減 (3)小児科医師の確保</p>	<p>①一般の小児医療を行う医療機関では対応が困難な患者に対する医療を実施すること ②入院を要する小児救急医療を24時間体制で実施すること</p> <p>3 目標値 小児救急搬送症例のうち受入困難事例(搬送先の照会件数が4回以上)の件数 達成 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 ↗</p>	<p>1 安全・安心な小児医療体制の構築 進捗</p> <p>1 目標値 小児死亡率(人口10万対)(小児死亡数を併記) ↘</p>
小児三次医療	<p><小児中核病院> 高度で専門的な医療提供体制の維持・充実は課題。 ①小児三次医療は、群馬大学医学部附属病院及び県立小児医療センターが担っている。 ・NICU(診療報酬上の届出をしたもの):63床(7病院) ・PICU:8床(県立小児医療センター) ②県内の小児慢性特定疾患医療受給者証の所持者数は762人(令和3年度)。</p>	<p>4 (1)小児中核病院(小児三次医療)の機能充実 (2)小児科医師の確保 (3)災害時の搬送体制等の整備</p>	<p>①地域小児科センターでは対応が困難な患者に対する高度な専門入院医療を実施すること ②小児の救命救急医療を24時間体制で実施すること ③医療従事者への教育や研究を実施すること</p> <p>4 目標値 乳児死亡率(出生千対)(乳児死亡数を併記) ↘</p>	
療養・療育支援等	<p><療養・療育支援等・小児等在宅医療> 小児が地域の療養・療育環境や在宅医療にスムーズに移行できる支援体制や受入体制などの環境整備が必要。 ・在宅で療養している重症心身障害児(者)の数:484人(R3年度末) ・在宅で療養している医療的ケアを要する小児等の数:403人(R5年3月末) ・重症心身障害児や肢体不自由児への療養・療育支援を実施している医療型障害児入所施設:5施設(R5年3月) ・小児を受入可能な家族のレスパイトのための医療型短期入所施設:8施設(R5年3月) ・小児等の在宅医療に対応できる医療機関163施設、歯科診療所は142施設、訪問看護事業所は103施設(R5年3月) ・令和5年4月に群馬県医療的ケア児等支援センターを設置。</p>	<p>5 (1)療養・療育及び小児等在宅医療にかかる環境整備</p>	<p>生活の場(施設を含む)での療養・療育が必要な小児等に対し支援を実施すること</p> <p>5 目標値 小児等在宅医療に対応した医療機関数 達成 小児等在宅医療に対応した訪問看護事業所数 達成</p>	

第9次群馬県保健医療計画における取組の評価及び課題の検証状況（令和6年度実績）

進捗の記載要領

表示	内容	意味
達成	達成	目標を達成
↑	前進(i)	目標達成に向けて順調に推移
↗	前進(i i)	目標達成に向けて前進しているが、更なる取組が必要
→	横ばい	計画策定時から横ばいで推移
↓	後退	計画策定時より後退している

評価の記載要領

内容	意味
有効	計画推進にあたり、取組を継続
課題あり	計画推進にあたり取組を継続あたり、課題の検証が必要
評価不可	取組実行中で、評価段階にない

在宅医療 ロジックモデル

概況	<p>①自宅での療養を望む人の割合: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割を下回っている。</p> <p>②高齢者人口割合の上昇:群馬県の高齢化率は、第8次計画策定時のH30年度時点で29.4%、R4年度時点で31.0%となっており、今後も上昇が見込まれる。</p> <p>③要介護(要支援)認定者数の増加:R2年度時点で、群馬県の65歳以上の要介護(要支援)認定者数は約10万3千人となっているが、県介護高齢課調べでは、R7年(2025年)には約11万1千人、R22年(2040年)には約13万5千人に達すると推計されている。</p> <p>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求められている。</p>	方向性	<p>○ 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する。</p> <p>○ 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る。</p> <p>○ 患者(本人)の意思決定を支援し、在宅での看取りを含めたきめ細やかな対応を推進する。</p>
----	---	-----	--

現状と課題	番号 A 個別施策	番号 B 目標	番号 C 最終目標	取組の評価	課題の検証 ※左欄「課題あり」の場合のみ
退院支援	<p>在宅医療は、慢性期や回復期の入院患者の受け皿としての機能を期待しており、円滑な在宅療養に移行するためには、入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援が重要。</p> <p>①退院調整支援担当者配置している病院数は全国平均を上回っているが、まだ配置されていない病院もある。</p> <p>⇒退院調整支援担当者配置している病院の更なる確保が必要となっている。</p> <p>②在宅での療養へ移行する際に希望することとして「退院後の治療のことや生活・費用などの相談」を望んでいる人が多くなっている。</p> <p>⇒相談窓口の周知やかかりつけ医との連携など退院支援の充実が課題となっている。</p>	<p>1 (1)入院医療機関と在宅療養を担う関係機関との連携推進 (2)退院調整ルールの進行管理 (3)在宅療養への円滑な移行支援</p>	<p>1 住み慣れた場所に安心して戻り、暮らし続けるための退院支援の充実</p> <p>目標値 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 ↗ 退院調整ルールに係る退院調整漏れ率 ↑</p>	<p>1 在宅療養を希望する県民が、その状態に応じた療養生活を送ることが出来る。</p> <p>目標値 退院支援(退院調整)を受けた患者数 ↗ 訪問診療を受けた患者数 ↗</p>	<p>取組の評価</p> <p>課題の検証 ※左欄「課題あり」の場合のみ</p>
日常の療養支援	<p>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。</p> <p>①R2年度の調査より、在宅療養支援診療所届出数は人口10万人当たり12.8か所(全国平均11.5か所)、また、R3年度の調査より、訪問看護事業所数は人口10万人当たり11.8か所(全国平均11.0か所)で、在宅療養支援診療所数や訪問看護事業所数は全国を上回っているが、地域毎の実施件数に差が生じている。</p> <p>⇒更なる在宅医療の実施体制の充実及び地域差の解消が課題となっている。</p> <p>②歯科訪問診療料を算定している医療機関数は288か所(R2)、令和5年3月31日時点での地域連携薬局届出件数は47件(中核市設置薬局を含む)、訪問リハビリテーション事業所数は70か所(R3)、栄養ケア・ステーション数は7か所(R5)となっている。</p> <p>⇒訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導の充実・利用促進に向けた取組が必要となっている。</p>	<p>2 (1)在宅医療の充実 (2)訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、訪問リハビリテーション、訪問栄養指導の充実</p>	<p>2 日常の療養支援の充実に向けた在宅医療の提供体制の充実</p> <p>目標値 訪問診療を実施している病院・診療所数 ↓ 訪問診療を実施している病院・診療所1箇所当たりの患者数 達成 在宅療養支援診療所数 ↗ 訪問歯科診療(居宅又は施設)を実施している診療所数 ↗ 訪問口腔衛生指導を実施している病院・診療所数 ↓ 訪問看護事業所数 達成 地域連携薬局数 ↗</p>	<p>1 在宅療養を希望する県民が、その状態に応じた療養生活を送ることが出来る。</p> <p>目標値 退院支援(退院調整)を受けた患者数 ↗ 訪問診療を受けた患者数 ↗</p>	<p>取組の評価</p> <p>課題の検証 ※左欄「課題あり」の場合のみ</p>
急変時の対応	<p>「自宅療養が実現困難な理由」について「症状が急に悪くなったときに対応に自分も家族も不安である」が35.5%、「往診してくれるかかりつけの医師がいない」が35.1%となっていることなどから、急変時の対応についての体制整備が必要。</p> <p>①往診実施医療機関数は人口10万人当たり19.1か所(全国平均16.5か所)、往診を実施した件数は人口10万人当たり179.8件(全国平均169.4件)となっている。</p> <p>⇒往診の提供体制の充実が課題となっている。</p> <p>②24時間対応を行う医療機関等は55病院・223診療所で、24時間対応体制加算の届け出を行う訪問看護ステーションは204か所となっている。また、夜間・休日において在宅医療患者へ対応している薬局は392か所となっている。</p> <p>⇒急変時に24時間対応する医療機関等は限られていることから、24時間対応可能な連携体制や病状急変時の円滑な受入れ体制の構築が必要となっている。</p>	<p>3 (1)在宅医療を担う病院・診療所、薬局、訪問看護事業所及び入院機能を有する病院・診療所との円滑な診療及び連携体制の確保</p>	<p>3 在宅での看取りに向けた急変時の対応についての体制整備の確保</p> <p>目標値 往診を実施している病院・診療所数 ↓ 24時間体制を取っている訪問看護ステーション数 達成</p>	<p>2 患者(本人)の意思決定を支援し、在宅での看取りを含めたきめ細やかな対応が出来る。</p> <p>目標値 在宅で亡くなる方の割合(老人ホーム及び自宅) ↑</p>	<p>取組の評価</p> <p>課題の検証 ※左欄「課題あり」の場合のみ</p>
看取り	<p>「もし治る見込みのない病気にかかり、死期が近くなった場合」について「主に苦しみや痛みを緩和する医療を受けたい」人が61.8%、「もし治る見込みのない病気になる場合、最期を迎えたい場所」について「自宅」が45.4%となっている一方で、「ご自身の死期が近い場合に受けたい医療や受けたくない医療について、周りの人等と話し合ったこと」が「ない」という人は67.2%となっている。専門職向けの研修や県民向け普及啓発など、患者(本人)の意思決定を支援する取組が必要。</p> <p>在宅(自宅及び老人ホーム)での死亡率は27.6%(全国平均27.2%)となっている。</p> <p>⇒在宅で亡くなる方の増加や在宅療養への期待の高まりから、在宅医療に係る関係機関が介護施設等による看取りを必要に応じて積極的に支援することが課題となっている。</p>	<p>4 (1)看取りに対応できる医療機関の充実及び関係者相互の連携体制の構築 (2)人生の最終段階における患者(本人)の意思決定支援の促進</p>	<p>4 在宅での看取りの充実に向けた体制整備の確保</p> <p>目標値 在宅看取りを実施(ターミナルケア加算等を算定)している病院・診療所数 ↗</p>	<p>2 患者(本人)の意思決定を支援し、在宅での看取りを含めたきめ細やかな対応が出来る。</p> <p>目標値 在宅で亡くなる方の割合(老人ホーム及び自宅) ↑</p>	<p>取組の評価</p> <p>課題の検証 ※左欄「課題あり」の場合のみ</p>
医療と介護の連携	<p>市町村が取り組む「在宅医療・介護連携推進事業」について、関係機関の連携のもと、多職種との協働により推進する体制づくりが求められている。</p> <p>⇒治療や療養を必要とする人が、住み慣れた地域に必要な医療・介護サービスを安心して受けられるよう、医療・介護等の関係機関が各々の専門性を生かした連携体制を構築することが求められている。</p> <p>災害時においても、医療機関や訪問看護事業所間等、また、医療機関、薬局、訪問看護事業所、居宅介護支援事業所等の関係機関間、さらに市町村や県との連携が重要になる。</p> <p>⇒関係機関や市町村、県で平時から連携を進めるとともに、業務継続計画(BCP)の策定を推進する必要がある。</p>	<p>5 (1)在宅医療推進部会の設置・運営 (2)市町村が取り組む「在宅医療・介護連携推進事業」の取組支援 (3)災害時における医療・介護連携の取組支援 (4)多様な県民ニーズに応じた支援体制づくり</p>	<p>5 医療・介護の連携に向けた体制整備の確保</p> <p>目標値 1~4と同様</p>	<p>2 患者(本人)の意思決定を支援し、在宅での看取りを含めたきめ細やかな対応が出来る。</p> <p>目標値 在宅で亡くなる方の割合(老人ホーム及び自宅) ↑</p>	<p>取組の評価</p> <p>課題の検証 ※左欄「課題あり」の場合のみ</p>

5 疾病・6 事業及び在宅医療等の取組状況（令和6年度）

疾病・事業名	がん	担当課	健康福祉課、感染症・疾病対策課、健康長寿社会づくり推進課、医務課
計画の記載内容【P】	現状と課題		具体的施策
	<p>・本県では、年間約1万4千人を超える人が新たにがんにかかっている。</p> <p>・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。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。</p> <p>・県内のどこに住んでいても、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。</p> <p>・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必要。</p>		<p>【予防・早期発見（検診）】</p> <p>・たばこ対策、生活習慣対策、感染症対策、がん検診の受診率向上対策推進及び精度管理、がん登録データの活用</p> <p>【治療】</p> <p>・手術療法・放射線療法・薬物療法の更なる充実、チーム医療の推進、相談支援・情報提供</p> <p>【在宅療養支援】</p> <p>・看取りを含めた在宅医療・在宅緩和ケアの推進</p>
令和6年度の主な取組【D】	<p>【予防・早期発見（健診）】</p> <p>《喫煙対策》</p> <ul style="list-style-type: none"> ○世界禁煙デー・禁煙週間等における広報、普及啓発活動 ○受動喫煙防止及び禁煙に関する健康動画の作成・配信 ○開催禁煙ポスターコンクール入賞作品を活用した普及啓発を実施 ○未成年者や学生に対する喫煙防止講習会の実施 ○県民公開講座の実施（1回） <p>《生活習慣対策》</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ぐんま元気（GENKI）の5か条の普及啓発 ○健康づくり協力店制度の推進 ○特定健診・保健指導従事者向け研修の実施（1回） <p>《感染症対策》</p> <ul style="list-style-type: none"> ○肝炎ウイルス検査の無料実施（R56年度受検者数1,159人：中核市保健所、県による委託医療機関含む） ○HTLV-1に関する普及啓発 ○HPVワクチン解説動画の配信 ○ショッピングモールにおけるHPVワクチン接種特設会場の設置（令和6年9月22日） ○HPVワクチン接種医療機関における接種時間の延長（17施設） ○HPVワクチン理解促進事業の県内統一ロゴ・キャッチコピーの作成 ○HPVワクチン啓発用リーフレットの作成・配布 ○HPVワクチンLINE相談窓口・メール相談窓口の開設 ○HPVワクチン接種医療機関マッピングサイトの開設 <p>《がん検診受診率向上対策推進及び精度管理》</p> <ul style="list-style-type: none"> ○群馬県がん対策連携企業（R7.3.31時点49企業・団体） ○学生等に対する子宮頸がん啓発講演会の実施（2回） ○各種リーフレットによるがん検診等啓発活動 ○がん対策推進動画による普及啓発 ○生活習慣病検診等管理指導協議会の開催（5回）（※群馬県がん対策推進協議会の一部再掲） ○がん検診等従事者講習会実施（県医師会、県放射線技師会に委託） ○がん検診受診率向上キャンペーンの実施 <p>《がん登録の推進》</p> <ul style="list-style-type: none"> ○がん登録事業の実施、医療従事者向けがん登録研修会の開催（1回） <p>【治療】</p> <p>《がん医療提供体制の整備》</p> <ul style="list-style-type: none"> ○群馬県がん診療連携協議会との連携 ○がん診療連携拠点病院・群馬県がん診療連携推進病院運営への財政的支援 ○医療従事者向け緩和ケア研修会実施 <p>《重粒子線治療の推進》</p> <ul style="list-style-type: none"> ○保険適用拡大に向けて、全国粒子線治療促進協議会を通じた国への要望活動の実施。 ○重粒子線治療資金の借入に対する利子補給（令和2年度から新規受付を終了） ○一般向けがん重粒子線治療施設見学会を群馬大学と共催で実施。（R6.10.5） ○重粒子線治療の対象部位の保険適用が拡大。 <p>【在宅療養支援】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○在宅療養支援診療所等の設備整備補助（19件） ○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、在宅医療・介護連携支援パンフレットの配布）の実施 ○市町村、地域包括支援センター等に対する支援及び会議の実施 ○在宅療養支援診療所・薬局調査 ○若年がん患者在宅療養支援事業（10市町、18件）、介護支援専門員向け若年がん患者在宅療養支援事業研修会実施（4回） <p>【その他】</p> <p>《がん対策の施策の推進・評価》</p> <ul style="list-style-type: none"> ○群馬県がん対策推進協議会の開催（8回：部会分科会含む） <p>《相談支援・情報提供体制の充実》</p> <ul style="list-style-type: none"> ○がんピアサポーター養成研修（1回） ○ぐんまの安心がんサポートブックの作成（1.5万部）、がん対策HPの運営 ○妊孕性温存療法助成事業（8件） 		

分類 B：目標 C：最終	番号		指標 -：未公表 *：個人情報保護の観点で非開示	策定時		直近値		目標	
				数値	年次	数値	年次	数値	年次
B	1	①	20歳以上の者の喫煙率	13.1%	2021	-	-	10.2%	2028
B	1	②	がん検診受診率（胃がん）	42.6%	2022	-	-	60%	2029
B	1	②	がん検診受診率（肺がん）	55.7%	2022	-	-	60%	2029
B	1	②	がん検診受診率（大腸がん）	46.3%	2022	-	-	60%	2029
B	1	②	がん検診受診率（子宮頸がん）	42.5%	2022	-	-	60%	2029
B	1	②	がん検診受診率（乳がん）	47.9%	2022	-	-	60%	2029
B	1	③	がん精密検査受診率（胃がん）	93.3%	2021	-	-	100%	2029
B	1	③	がん精密検査受診率（肺がん）	92.0%	2021	-	-	100%	2029
B	1	③	がん精密検査受診率（大腸がん）	78.9%	2021	-	-	100%	2029
B	1	③	がん精密検査受診率（子宮頸がん）	91.2%	2021	-	-	100%	2029
B	1	③	がん精密検査受診率（乳がん）	95.3%	2021	-	-	100%	2029
B	2	①	重粒子線治療患者数（年間）	875人	2022	868人	2024	800人程度を維持	2029
B	2	②	骨髄バンクドナー登録数	6,698人	2023	7,490人	2024	8,200人	2029
B	2	③	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及び群馬県がん診療連携推進病院数	12病院	2022	17病院	2024	17病院	2029
B	3	①	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10万対）	10.3以上の圏域は5か所	2022	-	-	全二次保健医療圏が10.3以上	2029
C	1	①	75歳未満年齢調整死亡率（人口10万対）	65.1%	2021	63.6%	2023	全国平均以下	2029
C	2	①	現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合	70.3%	2018	-	-	100%	2029
目標値【C】	課題			今後の取組					
	・がん検診受診率の目標値を60%に引き上げたため、受診率向上のため、より一層推進していく必要がある。			・新規受診者や受診の継続性の確保を図り、受診率向上につなげるため、引き続き、市町村や民間企業、関係団体と連携し、市町村がん検診担当者等を対象とした研修会や若年女性を対象とした子宮頸がん講演会、がん予防標語コンクール等を開催する。また、がん検診受診機会の拡大と受診者の利便性向上のため、保険者間と複数市町村間の連携によるがん検診を実施するよう、両者間のコーディネートを行う。					
課題と今後の取組【A】									

5 疾病・6 事業及び在宅医療等の取組状況（令和6年度）

疾病・事業名	脳卒中	担当課	医務課、健康福祉課、消防保安課
計画の記載内容【P】	現状と課題		具体的施策
	<p>・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、男女ともに全国を上回っている。</p> <p>・最大の危険因子は高血圧であり、高血圧のコントロールが重要。その他、糖尿病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。</p> <p>・救命率の向上のため、発症後、速やかな専門的診療が可能な体制が必要。</p> <p>・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。</p>	<p>【予防】</p> <ul style="list-style-type: none"> 適切な生活習慣の普及啓発、たばこ対策、健診等の実施の推進 <p>【救護】</p> <ul style="list-style-type: none"> 初期症状出現時の対応に関する情報の普及啓発、搬送時間の短縮、救命率の向上に向けた体制強化、ドクターヘリ等の運用支援 <p>【急性期】</p> <ul style="list-style-type: none"> 急性期の医療体制の確保、専門医師の確保 <p>【回復期】</p> <ul style="list-style-type: none"> リハビリテーション支援体制の構築、地域連携クリティカルパスの普及 <p>【維持期】</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅医療の提供体制の充実 	
令和6年度の主な取組【D】	<p>【予防】</p> <ul style="list-style-type: none"> ラジオ等による広報活動、元気に“動こう・歩こう”プロジェクトの展開 ぐんま健康ポイント制度群馬県公式アプリ「G-WALK+」の運用 特定健診・保健指導従事者向け研修の実施（1回） 世界禁煙デー・禁煙週間等における広報、普及啓発活動 受動喫煙防止及び禁煙に関する健康動画の作成・配信 禁煙ポスターコンクール入賞作品を活用した普及啓発を実施 未成年者や学生に対する喫煙防止講習会の実施 県民公開講座の実施（1回） <p>【救護】</p> <ul style="list-style-type: none"> 市民公開講座等（啓発）（コロナ対策のため中止）（GSENによる開催） 脳卒中ノートの作成、配布 統合型医療情報システムの運用 実施基準の運用 群馬脳卒中救急医療ネットワーク（GSEN）全体会の共催（1回） ドクターヘリの新潟県との広域連携協定の締結（令和元年度から運用開始） <p>【急性期】</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域医療支援センターの運営による専門医師の育成・確保 <p>【回復期】</p> <ul style="list-style-type: none"> 脳卒中ノートの作成、配布 地域連携クリティカルパスの活用促進 医療機関の急性期等の病床から回復期病床への転換に係る施設整備等を補助 <p>【維持期】</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅療養支援診療所等の設備整備補助（19件） 在宅医療に係る人材育成・多職種連携等に係る研修及び補助（19件）、人生の最終段階における本人の意思決定支援に関する研修（3回） 在宅医療・介護連携支援パンフレットの配布（12,000部） 県内12か所の在宅医療・介護支援センターへ在宅医療・介護連携推進に係る現状、課題等の聞き取り 		

分類 B:目標 C:最終	番号		指標 -:未公表 *:個人情報保護の観点で非開示	策定時		直近値		目標	
				数値	年次	数値	年次	数値	年次
B	1	①	特定健康診査の実施率	55.9%	2021	-	-	70%以上	2029
B	1	②	20歳以上の者の喫煙率	13.1%	2022	-	-	10.2%	2028
B	2	①	脳血管疾患により救急搬送された患者数	4,669人	2021	-	-	-	2029
B	2	②	救急要請から医療機関への搬送までに要した平均時間	39.4分 関東最短	2021	41.9分 関東最短	2023	関東最短	2029
B	3	①	t-PAによる血栓溶解療法が実施できる医療機関数	17機関	2021	16機関	2024	現状維持	2029
B	3	②	t-PAによる血栓溶解療法の実施件数	324件	2021	307件	2023	324件以上	2029
B	3	③	脳血管内治療の実施件数	301件	2021	258件	2023	301件以上	2029
B	3	④	脳神経外科医師数	91人	2020	106人	2022	91人以上	2028
B	3	⑤	脳神経内科医師数	73人	2020	80人	2022	73人以上	2028
B	4	①	脳卒中における地域連携計画書作成等の実施件数	773件	2021	766-774件	2023	773件以上	2029
B	5	①	脳卒中における地域連携計画書作成等の実施件数【再掲】	773件	2021	766-774件	2023	773件以上	2029
C	1	①	脳血管疾患の年齢調整死亡率（人口10万対）	(男)101.1 (女)59.7	2020	(男)97.9 (女)99.0	2023	(男)101.1以下 (女)59.7以下	2029
C	2	①	健康寿命（男）	73.41年	2019	(男)73.37	2022	①平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加かつ ②73.57年以上	2028
C	2	②	健康寿命（女）	75.80年	2019	(女)75.54	2022	①平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加かつ ②76.70年以上	2028
C	2	③	在宅等生活の場に復帰した脳卒中疾患患者の割合	51.9%	2020	-	-	51.9%以上	2029
課題と今後の取組【A】	課題			今後の取組					
	<p>・特定健康診査の実施率については、年々増加傾向にあるが、目標を達成するために、より一層の取組が必要であると考えられる。</p> <p>・救急要請から医療機関への搬送までに要した平均時間が延伸しており、主な理由としては、新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響や高齢化等による救急搬送件数の増加等によるものと考えられる。</p>			<p>・特定健診、特定保健指導を効果的に実施するため、引き続き、生活習慣病対策に携わる保健医療従事者研修を実施するとともに、各種普及啓発活動を行う。</p> <p>・引き続き、消防・医療機関・保健所など関係機関との連携を密にし、搬送先の選定及び搬送の迅速化を図る。</p>					

5 疾病・6 事業及び在宅医療等の取組状況（令和6年度）

疾病・事業名	心筋梗塞等の心血管疾患	担当課	健康福祉課、医務課、健康長寿社会づくり推進課、消防保安課
計画の記載内容【P】	現状と課題	具体的施策	
	<p>・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。また、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。</p> <p>・食生活を含めた生活習慣を改善して高血圧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。</p> <p>・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。</p> <p>・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リハビリテーション体制の整備が必要。</p>	<p>【予防】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・予防に対する普及啓発、特定健診・保健指導、喫煙対策 <p>【救護】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・基盤整備、救護に対する普及啓発、ドクターヘリの運用 <p>【急性期】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・人材確保・育成 <p>【回復期】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療提供体制の充実 <p>【再発予防】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・再発予防に向けた普及啓発、在宅医療提供体制の充実 	
令和6年度の主な取組【D】	<p>【予防】</p> <p>《予防に対する普及啓発》</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ラジオ等による広報活動、元気に“動こう・歩こう”プロジェクトの展開 ○ぐんま健康ポイント制度群馬県公式アプリ「G-WALK+」の運用 ○心不全健康管理手帳の作成・配布、公開講座の開催（群馬心不全地域連携協議会） <p>《特定健診・保健指導》</p> <ul style="list-style-type: none"> ○特定健診・保健指導従事者向け研修の実施（1回） <p>《喫煙対策》</p> <ul style="list-style-type: none"> ○世界禁煙デー・禁煙週間等における広報、普及啓発活動 ○受動喫煙防止及び禁煙に関する健康動画の作成・配信 ○禁煙ポスターコンクール入賞作品を活用した普及啓発を実施 ○未成年者や学生に対する喫煙防止講習会の実施 ○県民公開講座の実施（1回） <p>【救護】</p> <p>《基盤整備》</p> <ul style="list-style-type: none"> ○統合型医療情報システムの運用 <p>《救護に対する普及啓発》</p> <ul style="list-style-type: none"> ○応急手当講習会の開催（各消防本部・日本赤十字社群馬県支部） <p>《ドクターヘリの運用》</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ドクターヘリ運航経費補助の実施 <p>【急性期】</p> <p>《人材確保・育成》</p> <ul style="list-style-type: none"> ○群馬県医師確保修学研修資金貸与制度により、県内の特定病院において、特に充実する必要がある診療科（外科）に将来従事しようとする研修医等に対して、修学又は研修に要する資金を貸与 <p>【回復期】</p> <p>《在宅医療提供体制の充実》</p> <ul style="list-style-type: none"> ○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 <p>【再発予防】</p> <p>《再発予防に向けた普及啓発》</p> <ul style="list-style-type: none"> ○心不全健康管理手帳の作成・配布（群馬心不全地域連携協議会） <p>《在宅医療提供体制の充実》</p> <ul style="list-style-type: none"> ○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（再掲） 		

分類 B: 目標 C: 最終	番号		指標 -: 未公表 *: 個人情報保護の観点で非開示	策定時		直近値		目標	
				数値	年次	数値	年次	数値	年次
B	1	①	特定健康診査の実施率	55.9%	2021	55.9%	2022	70%以上	2029
B	1	②	特定保健指導の実施率	19.7%	2021	20.6%	2022	45%以上	2029
B	1	③	20歳以上の者の喫煙率	13.1%	2022	-	-	10.2%	2028
B	1	④	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率	275.5	2020	-	-	-	2029
B	1	⑤	脂質異常症患者の年齢調整外来受療率※	72.0	2020	-	-	-	2029
B	1	⑥	糖尿病患者の年齢調整外来受療率※	96.3	2020	-	-	-	2029
B	1	⑦	心疾患（高血圧性のものを除く）受療率（入院）※	52.0	2020	43.0	2023	-	2029
B	1	⑧	心疾患（高血圧性のものを除く）受療率（外来）※	161.0	2020	99.0	2023	-	2029
B	1	⑨	虚血性心疾患受療率（入院）	11.0	2020	7.0	2023	-	2029
B	1	⑩	虚血性心疾患受療率（外来）	79.0	2020	44.0	2023	-	2029
B	1	⑪	心疾患等の救急搬送人員	263.8人	2021	123.2	2023	-	2029
B	2	①	救急要請から医療機関への搬送までに要した平均時間	39.4分 関東最短	2021	41.9分 関東最短	2023	関東最短	2029
B	2	②	心肺機能停止疾病者全搬送人員のうち、一般市民により除細動が実施された件数※	1.19件	2021	2.20件	2023	全国平均以上	2029
B	3	②	心臓血管外科医師数	1.9人	2020	2.0人	2022	全国平均以上	2028
B	3	③	急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈インターベンションの実施件数（レセプト件数）	4,002件	2021	-	-	-	2029
B	3	④	虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数（レセプト件数）	*	2021	*	2024	-	2029
B	3	⑤	大動脈疾患患者に対する手術件数（レセプト件数）	*	2021	325件	2024	-	2029
B	3	⑥	PCIを施行された急性心筋梗塞患者数のうち、来院後90分以内の冠動脈再開通割合	65.5%	2021	*	2023	65.5%	2029
B	3	⑦	入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数（レセプト件数）	4,511件	2021	*	2023	-	2029
B	3	⑧	心疾患（高血圧性を除く）の退院患者平均在院日数	14.9日	2020	17.8日	2023	14.9日	2029
B	3	⑨	虚血性心疾患の退院患者平均在院日数	5.9日	2020	6.3日	2023	5.9日	2029
B	4	①	心大血管リハビリテーション料（Ⅰ）（Ⅱ）届出施設数	21施設	2023	22施設	2024	21施設以上	2029
B	4	②	心血管疾患における地域連携計画作成等の実施件数	*	2021	*	2023	現状より増加 （除秘匿データ）	2029
B	4	③	外来心血管リハビリテーションの実施件数（レセプト件数）	3,946件	2021	3,632件	2023	-	2029

目標値【C】

分類 B:目標 C:最終	番号		指標 -:未公表 *:個人情報保護の観点で非開示	策定時		直近値		目標	
				数値	年次	数値	年次	数値	年次
B	4	④	心血管疾患に対する療養・就労両立支援の実施件数（レセプト件数）	*	2021	*	2023	現状より増加	2029
B	5	①	心血管疾患における地域連携計画作成等の実施件数（レセプト件数）【再掲】	*	2021	*	2023	現状より増加 (除秘匿データ)	2029
B	5	②	外来心血管リハビリテーションの実施件数（レセプト件数）【再掲】	3,946件	2021	3,632件	2023	-	2029
C	1	①	心疾患（高血圧性を除く）の年齢調整死亡率（男）	203.8	2020	-	-	全国平均以下	2029
C	1	②	心疾患（高血圧性を除く）の年齢調整死亡率（女）	117.6	2020	-	-	全国平均以下	2029
C	1	③	虚血性心疾患の年齢調整死亡率（男）	52.8	2020	-	-	52.8以下	2029
C	1	④	虚血性心疾患の年齢調整死亡率（女）	22.1	2020	-	-	22.1以下	2029
C	1	⑤	心不全の年齢調整死亡率（男）	68.0	2020	-	-	68.0以下	2029
C	1	⑥	心不全の年齢調整死亡率（女）	50.8	2020	-	-	全国平均以下	2029
C	1	⑦	大動脈瘤及び解離の年齢調整死亡率（男）	19.0	2020	-	-	全国平均以下	2029
C	1	⑧	大動脈瘤及び解離の年齢調整死亡率（女）	12.1	2020	-	-	全国平均以下	2029
C	2	①	健康寿命（男）	73.41年	2019	73.37年	2022	①平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加かつ ②73.57年以上	2028
C	2	②	健康寿命（女）	75.80年	2019	75.54年	2022	①平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加かつ ②76.70年以上	2028
C	2	③	在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合	94.5%	2020	-	-	94.5%	2029
C	2	④	在宅等生活の場に復帰した大動脈疾患患者の割合	74.3%	2020	-	-	74.3%以上	2029

目標値【C】

	課 題	今後の取組
<p>課題と今後の取組【A】</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・救急要請から医療機関への搬送までに要した平均時間が延伸しており、主な理由としては、新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響や高齢化等による救急搬送件数の増加等によるものと考えられる。 ・また、一般市民によるAEDの使用回数は、新型コロナウイルス感染症の感染拡大時に大きく減少したが、現状は回復傾向にある。しかし、策定時の数値まで使用回数は戻っていない。 ・急性心筋梗塞等の急性期患者に24時間対応又はオンコール対応できる医療機関数が1施設減少している。該当施設における医師の減員が理由となっている。 ・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は、病院・診療所ともに減少している。なお、心大血管疾患リハビリテーション料の届出施設数は策定時から増加（H29.4：16施設→R6.4：22施設）している。 ・地域連携クリティカルパス導入医療機関数は、病院では増えているが、診療所ではやや減少している。 	<p>今後の取組</p> <ul style="list-style-type: none"> ・引き続き、消防・医療機関・保健所など関係機関との連携を密にし、搬送先の選定及び搬送の迅速化を図るとともに、AEDの使用など応急手当の普及啓発活動を推進する。 ・二、五次保健医療圏の中で対応可能施設が連携しながら対応しており、引き続き広域的な医療連携体制を構築する。また、群馬大学等の関係機関とも連携し、群馬大学医学部地域医療枠の設置や各種修学資金の貸与など、引き続き医師確保に向けた取組を進めていく。 ・関係機関等と連携し、各種研修会の開催等を通じて心血管疾患リハビリテーション体制を維持するとともに、心不全健康管理手帳や地域連携クリティカルパスの普及促進により、各医療機関の連携や多職種連携の強化を図る。 ・関係機関等と連携し、地域連携クリティカルパスの導入促進を行うとともに、心不全健康管理手帳の普及促進や各種研修会の開催等を通じて、各医療機関の連携や多職種連携の強化を図る。

5 疾病・6 事業及び在宅医療等の取組状況（令和6年度）

疾病・事業名	糖尿病	担当課	医務課、健康長寿社会づくり推進課、国保医療課
計画の記載内容【P】	現状と課題		具体的施策
	<p>・本県では、県民の約5.1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る。</p> <p>・糖尿病の発症予防対策の強化や、重症化する前に早期に糖尿病の診断につなげることが重要。</p> <p>・治療中断者を減少させるとともに、適切な生活習慣について患者教育を行い、長期的に血糖コントロールを良好にすることが必要。</p> <p>・合併症の専門治療を行う医療体制の充実が課題。</p>		<p>【発症予防・早期発見】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病の知識の普及、特定健康診査・特定保健指導等の支援、地域特性に基づく対策 <p>【初期・安定期治療】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療連携体制の構築、歯科医療機関・薬局との連携、治療中断の防止 <p>【専門治療・重症急性増悪時治療】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ医と専門的な医療機関の連携促進、医療従事者の育成 <p>【慢性合併症治療】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・慢性腎臓病対策の推進、糖尿病合併症に対する健康教育の推進
令和6年度の主な取組【D】	<p>【発症予防・早期発見】</p> <p>《予防に対する普及啓発》</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ぐんま健康ポイント制度群馬県公式アプリ「G-WALK+」の運用 ○ラジオ等による広報活動、元気に“動こう・歩こう”プロジェクトの展開 <p>《特定健診・保健指導》</p> <ul style="list-style-type: none"> ○特定健診・保健指導従事者向け研修の実施（1回） ○国保特定健診対象者向け普及啓発動画の作成 <p>《喫煙対策》</p> <ul style="list-style-type: none"> ○世界禁煙デー・禁煙週間等における広報、普及啓発活動 ○受動喫煙防止及び禁煙に関する健康動画の作成・配信 ○禁煙ポスターコンクール入賞作品を活用した普及啓発を実施 ○未成年者や学生に対する喫煙防止講習会の実施 ○県民公開講座の実施（1回） <p>《糖尿病対策推進》</p> <ul style="list-style-type: none"> ○群馬県糖尿病対策推進協議会の開催（2回） ○「群馬県糖尿病予防指導プログラム」の普及推進 ○「群馬県糖尿病予防指導プログラム推進部会」の開催（2回） ○保健医療従事者向け研修会「糖尿病予防研修会」の開催（1回） ○世界糖尿病デーにおける普及啓発 <p>【初期・安定期治療】・【専門治療・重症急性増悪時治療】</p> <p>《病診連携体制推進》</p> <ul style="list-style-type: none"> ○県医師会による「群馬糖尿病地域連携ネット（群馬DMNet）」の運営支援 ○「ぐんまちゃんの糖尿病支援手帳」の普及促進 <p>【慢性合併症治療】</p> <p>《合併症対策の推進》</p> <ul style="list-style-type: none"> ○群馬県慢性腎臓病対策推進協議会の開催（1回） ○慢性腎臓病予防研修会の開催（基礎編1回、栄養指導編1回、行政事例編1回） ○世界腎臓デーに係る普及啓発 ○一般県民向けに県民公開講座の開催（1回） ○「群馬県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラム」の改訂に向けた検討 ○「群馬県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラム」説明会の開催（県医師会員、県保健福祉事務所、市町村向け） ○群馬県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラム推進会議の開催（1回） 		

分類 B:目標 C:最終	番号		指標 -:未公表 *:個人情報保護の観点で非開示	策定時		直近値		目標	
				数値	年次	数値	年次	数値	年次
B	1	①	メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の人数	(該当者) 83,081人 (予備群) 60,088人	2021	(該当者) 84,611人 (予備群) 60,459人	2023	(該当者) 62,000人 (予備群) 45,000人	2029
B	1	②	特定健康診査の実施率	55.9%	2021	55.9%	2022	70%	2029
B	1	③	特定保健指導の実施率	19.7%	2021	20.6%	2022	45%	2029
B	1	④	特定健康診査での受診勧奨により実際に医療機関へ受診した糖尿病未治療患者の割合	16.5%	2021	16.2%	2022	27.2%	2029
B	1	⑤	糖尿病有病者数	91,000人	2021	-	-	109,000人	2029
B	2	①	ぐんまちゃん糖尿病支援手帳導入医療機関数	267機関	2022	-	-	320機関	2028
B	2	②	地域連携クリティカルパス導入医療機関数	91機関	2022	-	-	95機関	2028
B	2	③	治療継続者の割合の増加	70.5%	2022	-	-	75%	2028
B	2	④	糖尿病治療を主にした入院の発生(DKA・昏睡・低血糖などに限定)(糖尿病患者1年当たり)	222件	2021	238件	2023	213件	2029
B	2	⑥	低血糖及びシックデイ時の対応ができる医療機関数	510機関	2022	-	-	510機関	2028
B	3	①	教育入院を行う医療機関数	39機関	2022	-	-	45機関	2028
B	3	②	1型糖尿病に対する専門的治療を行う医療機関数	26機関	2021	26機関	2023	30機関	2028
B	3	③	妊娠糖尿病・糖尿病合併妊娠に対する専門的治療を行う医療機関数	19機関	2021	21機関	2023	19機関	2029
B	3	④	退院患者平均在院日数(糖尿病)	17.2日	2021	19.7日	2023	17.2日	2029
B	3	⑤	糖尿病患者の下肢切断の発生(糖尿病患者1年当たり)	64件	2021	68件	2023	61件	2029
B	4	①	糖尿病昏睡等の急性合併症の治療が対応可能な医療機関数	16機関	2022	-	-	16機関	2028
B	4	②	糖尿病患者の救急搬送の受け入れが可能な医療機関数	69機関	2022	-	-	69機関	2028
B	4	③	24時間急性合併症の治療が対応可能な医療機関数	41機関	2022	-	-	41機関	2028
B	5	①	糖尿病性腎症に対する人工透析実施件数〔レセプト件数〕	42,577件	2021	-	-	42,577件	2029
B	5	②	糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数	324人	2021	296人	2023	290人	2029
B	5	③	糖尿病合併症管理料のレセプト件数	5,193件	2021	5,928件	2023	5,193件	2029
B	5	④	眼底検査の実施割合	38.5%	2021	38.7%	2023	40%	2029
B	5	⑤	治療が必要な糖尿病性網膜症の発生(糖尿病患者1年当たり)	1.8%	2021	1.8%	2023	1.5%	2029
B	5	⑥	糖尿病入院患者に対する専門的な口腔ケアの実施可能な医療機関数	35機関	2022	-	-	35機関	2028
B	6	①	地域において、糖尿病に関する病診連携を実施している医療機関数	116機関	2022	-	-	150機関	2028

目標値【C】

分類 B:目標 C:最終	番号		指標 -:未公表 *:個人情報保護の観点で非開示	策定時		直近値		目標	
				数値	年次	数値	年次	数値	年次
C	1	①	糖尿病を直接死亡原因とした年齢調整死亡率（人口10万対）	(男)17.5 (女)8.1	2020	-	-	(男)13.9 (女)8.1	2029
C	1	②	全死因の年齢調整死亡率（人口10万対）	(男) 1378.6 (女) 762.3	2020	-	-	(男) 1328.7 (女) 722.1	2029
C	2	①	健康寿命（男）	73.41年	2019	73.37年	2022	①平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加かつ ②73.57年以上	2028
C	2	②	健康寿命（女）	75.80年	2019	75.54年	2022	①平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加かつ ②76.70年以上	2028
課 題				今後の取組					
課題と今後の取組【A】	<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診、特定保健指導の実施率は、年々増加傾向ではあるが、目標値には達していないため、取組の強化が必要である。 ・地域連携クリティカルパス導入医療機関数は、病院では増えているが、診療所では減少している。 ・糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数は、目標を達成したものの、継続した減少か確認する必要がある。また、人口10万人対の数値（15.3）は全国（11.5）と比較して高いため、重症化予防をより一層進める必要がある。 			<ul style="list-style-type: none"> ・特定健診、特定保健指導を効果的に実施するため、引き続き、生活習慣病対策に携わる保健医療従事者研修を実施するとともに、各種普及啓発活動を行う。また、ぐんま健康ポイント制度の群馬県公式アプリ「G-WALK+」を活用した啓発を実施し、特定健診・保健指導の実施率向上を図る。 ・地域連携クリティカルパスに限らず、県医師会等と連携し糖尿病支援手帳等の普及促進を行うほか、各種研修会等を実施することにより、各医療機関の連携や多職種連携の強化を図る。 ・「群馬県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラム」について、保健医療従事者が積極的に活用できるよう「群馬県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラム保健指導マニュアル」の改訂を図る。 ・県保健福祉事務所に対して、市町村の相談・支援を実施できる体制を整えるため、人材育成を目的とした「モデル事業」をR6に開始。R7も継続して実施する。 					

5疾病・6事業及び在宅医療等の取組状況(令和6年度)

疾病・事業名	精神疾患	担当課	介護高齢課、医務課、障害政策課
計画の記載内容【P】	現状と課題		具体的施策
	<p>・本県における精神疾患の患者総数は約4万人。精神及び行動の障害による入院患者のうち、統合失調症、統合失調型障害及び妄想性障害が約7割を占める。</p> <p>・症状が多様で自覚しにくいという特徴があり、正確な診断等に基づく早期治療が重要。</p> <p>・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統合的な支援が必要。</p>		<p>【予防・アクセス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・普及啓発・相談体制の充実、精神科医療機関及び医師等の確保、医療機関等の連携強化 等 <p>【治療・回復・社会復帰】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療・行政・関係機関との重層的な連携推進 等 <p>【精神科救急】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・精神科救急体制の一層の充実 等 <p>【身体合併症対策】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・一般医療機関と精神科医療機関の診療体制の整備 <p>【自殺対策】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 <p>【災害精神医療】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・災害精神医療体制の整備
令和6年度の主な取組【D】	<p>【予防・アクセス】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○こころの健康に関する県民講座の開催、相談窓口等に関するリーフレットの作成等 ○精神保健相談、多重債務者相談会の「こころの相談」等の実施 ○県連携拠点医療機関の指定(5疾患等) ○認知症初期集中支援チーム員、認知症地域支援推進員研修に係る受講料一部補助 ○認知症疾患医療センター運営(県内13箇所の病院へ委託) ○チームオレンジコーディネーター研修の開催(1回) ○認知症サポート医養成(12人)、認知症サポート医フォローアップ研修会の開催(1回) ○認知症対応力向上研修を各専門職向けに実施(医師、病院勤務の医療従事者向け、歯科医師、薬剤師、看護職員、病院勤務以外の看護師等) 		
	<p>【治療・回復・社会復帰】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○精神科訪問看護基本療養費算定要件研修会への補助 ○精神障害者地域移行支援事業(ピアサポート活用事業等) ○自立支援協議会サブ協議会(退院促進支援部会)(入院者訪問支援事業推進会議)の開催(2回) ○精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの構築 ○若年性認知症支援コーディネーター設置(県内13箇所の病院(認知症疾患医療センター)へ委託) <p>【精神科救急】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○精神科症状悪化等の緊急時に患者を移送し救急医療を提供できる体制の整備 ○夜間・休日に精神科救急情報センター等からの問い合わせに協力できる体制の推進 <p>【身体合併症対策】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○前橋赤十字病院の身体合併症特例病床の運営に対する補助 ○精神科と他の診療科の連携を推進するための研修会(PEECコース)の開催(2回) <p>【自殺対策】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○第4次群馬県自殺総合対策行動計画－自殺対策アクションプラン－の推進 ○市町村における自殺対策計画推進支援、こころの健康統一ダイヤルの運営、SNS相談「こころのオンライン相談@ぐんま」の運営、ゲートキーパー研修等の実施 <p>【災害精神医療】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○緊急時における精神科医療及び精神保健活動の支援を行うための体制の構築 ○群馬県立精神医療センターを災害拠点精神科病院として指定(R6.4.1指定) 		

分類 B:目標 C:最終	番号		指標 -:未公表 *:個人情報保護の観点で非開示	策定時		直近値		目標	
				数値	年次	数値	年次	数値	年次
B	1	①	精神保健福祉の相談支援の実施件数	32,942件	2021	29,034件	2023	33,330件	2029
B	1	②	かかりつけ医うつ病対応力向上研修参加者数	906人	2022	996人	2024	1,326人	2029
B	1	③	かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者数	943人	2022	1053人	2024	1,200人	2026
B	1	④	認知症サポート医養成研修修了者数	214人	2022	235人	2024	265人	2026
B	1	⑤	県連携拠点医療機関を指定した疾患数	3疾患	2022	8疾患	2024	8疾患	2029
B	2		県連携拠点医療機関を指定した疾患数【再掲】	3疾患	2022	8疾患	2024	8疾患	2029
B	3		精神科救急医療機関数(基幹型、病院群輪番型、身体合併症対応施設(特例病床))	17か所	2023	17か所	2024	17か所	2029
B	4		身体合併症対応施設(特例病床)	1か所	2023	1か所	2024	1か所	2029
B	5	①	ゲートキーパー研修受講者数	809人 (2019~ 2022累計 3,102人)	2022	1,476人 (2024~ 2028累計 1,476人)	2024	730人 (2024~ 2028累計 3,650人)	2028
B	5	②	かかりつけ医うつ病対応力向上研修参加者数【再掲】	906人	2022	996	2024	1,326人	2029
B	6	①	災害派遣精神医療チーム(DPAT)登録医療機関数	13か所	2022	14か所	2024	16か所	2029
B	6	②	災害拠点精神科病院の指定数	0か所	2022	1か所	2024	2か所	2029
C	1	①	精神障害者の精神病床から退院後1年以内の地域での平均生活日数(地域平均生活日数)	324.8日	2020	315.5日	2023	325.3日	2026
C	1	②	精神病床における新規入院患者の平均在院日数	107.7日	2020	114.7日	2023	96.5日	2026
C	1	③	精神病床における入院後3ヶ月時点の退院率	63.9%	2020	61.9%	2023	68.9%	2026
C	1	④	精神病床における入院後6ヶ月時点の退院率	80.1%	2020	77.8%	2023	84.5%	2026
C	1	⑤	精神病床における入院後12ヶ月時点の退院率	87.0%	2020	86.3%	2023	91.0%	2026
C	2		精神科救急医療機関数(基幹型、病院群輪番型、身体合併症対応施設(特例病床))【再掲】	17か所	2023	17か所	2024	17か所	2029
C	3		自殺死亡率(人口10万対)	18.7	2022	18.6	2023	14.9	2028
C	4	①	災害派遣精神医療チーム(DPAT)登録医療機関数【再掲】	13か所	2022	14か所	2024	16か所	2029
C	4	②	災害拠点精神科病院の指定数【再掲】	0か所	2022	1か所	2024	2か所	2029

目標値【C】

	課 題	今後の取組
課題と今後の取組【A】	<ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者数が目標値に達していない。 ・精神病床における入院需要(患者数)のうち、一部の入院治療期間・年代で患者数が増加している。 ・精神病床における退院率が計画策定時より後退しており、精神障害のある人が地域で安心して自分らしく生活を送るための支援体制の構築が必要。 	<ul style="list-style-type: none"> ・引き続き、かかりつけ医認知症対応力向上研修を開催するとともに、受講者の増加を図るため、関係機関と連携し、研修の周知を行う。 ・入院中の精神障害者の地域生活への移行を促進するため、保健、医療、福祉の関係者などで地域の課題を協議し、精神障害に対応した地域包括ケアシステムを構築する。

5 疾病・6 事業及び在宅医療等の取組状況（令和6年度）

疾病・事業名	救急医療	担当課	医務課、消防保安課、障害政策課
計画の記載内容 【P】	現状と課題	具体的施策	
	<ul style="list-style-type: none"> ・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年には約8.2万人。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見込み。 ・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・利用促進が必要であり、メディカルコントロール体制の充実も重要。 ・重篤な救急患者に対する医療提供体制として、第三次救急医療機関を位置付け、地域の入院機能を担う救急医療機関として、第二次救急医療機関を位置付け。 	<ul style="list-style-type: none"> 【救護（病院前救護活動）】 ・県民への心肺蘇生法の普及とAEDの設置 ・疾病者の搬送及び疾病者の受入れの実施に関する基準の策定と実施 等 【救命医療（第三次救急医療）】 ・アクセス時間を考慮した体制の整備 等 【入院救急医療（第二次救急医療）】 ・統合型医療情報システムの運用体制の改善 等 【初期救急医療】 ・統合型医療情報システム等の活用による適正受診の推進 【救命期後医療】 ・転院搬送ガイドラインの適切な運用及び病院救急車の運用支援 等 【精神科救急医療】 ・一般・精神医療機関の診療協力体制の整備 等 	
令和6年度の主な取組 【D】	【救護（病院前救護活動）】		
	<ul style="list-style-type: none"> ○応急手当講習会の開催（各消防本部・日本赤十字社（前橋赤十字病院）等） ○救急救命士の気管挿管病院実習・薬剤投与病院実習実施に向けた調整 ○AED設置状況調査の実施及び公表 ○ドクターヘリ症例検討会の実施（2回） 【救命医療（第三次救急医療）】 ○救命救急センター運営費補助の実施（2か所） ○ドクターヘリの「栃木県・茨城県」「埼玉県」「新潟県」との広域連携協定による運用 【入院救急医療（第二次救急医療）】 ○救急告示医療機関へのタブレット端末の配置 ○救急告示医療機関等の指定、更新（適宜） ○統合型医療情報システムの運用 【初期救急医療】 ○統合型医療情報システムの運用 ○救急テレホンサービスや子ども医療電話相談「#8000」の実施 【救命期後医療】 ○転院搬送ガイドラインの運用及び病院救急車の運用に対する支援 【精神科救急医療】 ○精神疾患のシートを参照 		

分類 B:目標 C:最終	番号		指標 -:未公表 *:個人情報保護の観点で非開示	策定時		直近値		目標	
				数値	年次	数値	年次	数値	年次
B	1	①	住民の救急蘇生法講習の受講率（人口1万人当たり）	29.7人	2022	58.2人	2023	94人	2029
B	1	②	救急要請（覚知）から医療機関への搬送までに要した平均時間	39.4分 関東最短	2021	42.9 関東最短	2023	関東最短	2029
B	1	③	心肺機能停止傷病者の1ヶ月後の予後（生存率）	12.0%	2021	11.9%	2023	12.8%	2029
B	2	①	救命救急センターの数	4	2023	4	2024	4	2029
B	2	②	救命救急センターの充実度評価A以上の割合	100%	2022	100%	2024	100%	2029
B	2	③	心肺機能停止傷病者の1ヶ月後の予後（生存率）【再掲】	12.0%	2021	11.9%	2023	12.8%	2029
B	3	①	重症以上傷病者の受入れ困難事例の件数（救急車で搬送する病院が決定するまでに、4機関以上に要請を行った件数の全搬送件数に占める割合）	2.1%	2021	1.65%	2023	1.8%	2029
B	3	②	心肺機能停止傷病者の1ヶ月後の予後（生存率）【再掲】	12.0%	2021	11.9%	2023	12.8%	2029
B	4	①	心肺機能停止傷病者の1ヶ月後の予後（生存率）【再掲】	12.0%	2021	11.9%	2023	12.8%	2029
B	5	①	救急医療機関間の転院搬送件数	4,703	2021	3,122	2023	8,583	2029
B	6	①	精神科救急医療機関数（基幹形、病院群輪番型、身体合併症対応施設（特例病床））	17か所	2023	17か所	2024	17か所	2029
C	1	①	心肺機能停止傷病者の1ヶ月後の予後（生存率）【再掲】	12.0%	2021	11.9%	2023	12.8%	2029
課題				今後の取組					
課題と今後の取組【A】	<ul style="list-style-type: none"> 住民の救急蘇生法講習の受講率（人口1万人対）が後退しているが、新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴い、多数の講習会の開催が見送られ、受講機会が減少したことが主な原因と考えられる。 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）、救急要請から医療機関への搬送までに要した平均時間が後退している。明確な理由は不明だが、新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響により、増加したと考えられる。 心肺機能停止傷病者の1ヶ月後の予後（生存率）が後退しており、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も減少している。 			<ul style="list-style-type: none"> 住民の救急蘇生法講習の受講率（人口1万人対）を増加させるために、国や救命講習を実施する消防本部と情報共有を行い、感染症等の状況に配慮しながら、応急手当の普及啓発活動を推進する。 重症以上傷病者の受入れ困難事例の件数を減少、救急要請から医療機関への搬送までに要した平均時間を適正な水準で維持するために、引き続き消防・医療機関・保健所など関係機関の連携を密にし、搬送先の選定及び搬送の迅速化を図る。 心肺機能停止傷病者の1ヶ月後の予後（生存率）を増加させるためには、①心停止の予防、②早期認識と通報、③一次救命処置（心肺蘇生とAED）、④二次救命処置と心拍再開後の集中治療の4つが繋がると救命効果が高まるため、住民の救急蘇生法講習の受講率（人口1万人対）の増加、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の適正な水準の維持、AED設置状況調査の実施及び設置場所等の公表により、AEDの設置及び利用の促進を図る。 					

5 疾病・6 事業及び在宅医療等の取組状況（令和6年度）

疾病・事業名		災害医療		担当課		医務課、障害政策課				
計画の記載内容【P】	現状と課題			具体的施策						
	<p>・県内に17か所の災害拠点病院を指定。 ・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。 ・災害時における医療提供体制を確保するため、病院の耐震化、業務継続計画策定の推進が必要。 ・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。</p>			<p>【災害拠点病院】 ・地域の災害医療体制の充実 【災害拠点病院以外の病院】 ・耐震化の推進、災害時における情報連絡体制の強化、業務継続計画の整備 【県】 ・災害医療コーディネーター体制の充実、地域の災害医療体制の充実、DMAT体制の強化、災害時における精神保健医療体制の整備</p>						
令和6年度の主な取組【D】	<p>【災害拠点病院】 ○県DMAT研修の実施（計1回） ○災害医療研修・実動訓練の実施（計1回） ○災害拠点病院の施設設備、DMAT資機材の整備に対する支援</p> <p>【災害拠点病院以外の病院】 ○保健所管轄区域単位での関係機関情報伝達訓練の実施（計9回）</p> <p>【県】 ○災害医療コーディネート研修の実施（計1回） ○BHELP研修の実施（計1回） ○二次医療圏単位での地域災害医療対策会議の実施（計9回） ○県内の13精神科病院との協定により、緊急時における精神科医療及び精神保健活動の支援を行うための体制を強化した。 ○災害支援ナースの所属医療機関（45施設）との協定により、災害等発生時に災害支援ナースを被災地等へ派遣する体制を整備した。</p>									
	分類 B：目標 C：最終	番号	指標 -：未公表 *：個人情報保護の観点で非開示	策定時		直近値		目標		
			数値	年次	数値	年次	数値	年次		
目標値【C】	B	1 ①	業務継続計画（BCP）に基づいた災害対応訓練を実施している災害拠点病院の割合	目標値	2023	-	-	今後5年間 予定あり	2029	
	B	1 ② 3 ②	災害医療の医療チーム等の受入を想定し、関係機関・団体等と調整の上、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や研修などの実施回数（1-（2）、3-（2））	9	2023	9	2024	11	2029	
	B	1 ③	浸水想定区域に所在する災害拠点病院で、浸水被害への対策を行っている病院の割合	10%	2023	26%	2024	100%	2029	
	B	2 ①	災害拠点病院以外の病院の耐震化率	83.6%	2023	85.9%	2024	86.4%	2029	
	B	2 ②	EMISの操作を含む研修・訓練を実施している医療機関の割合	87.3%	2023	88.2%	2024	0.0%	2029	
	B	2 ③	業務継続計画（BCP）を策定している病院の割合	31.8%	2023	31.8%	2024	全国平均より向上	2029	
	B	3 ①	災害時の医療チーム等の受入を想定し、都道府県災害対策本部で関係機関（消防、警察、保健所、市町村等）公共輸送機関等との連携の確認を行う災害訓練の実施回数	2	2023	2	2024	3	2029	
	B	3 ②	災害派遣医療チーム（DMAT）チーム数	70	2023	78	2024	72	2029	
	B	3 ③	災害派遣精神医療チーム（DPAT）登録医療機関数	13	2023	14	2024	16	2029	

分類 B:目標 C:最終	番号		指標 -:未公表 *:個人情報保護の観点で非開示	策定時		直近値		目標	
				数値	年次	数値	年次	数値	年次
B	3	④	災害拠点精神科病院の指定数	0	2023	1	2024	2	2029
B	3	⑤	災害時保健医療調整本部における医療・保健・福祉分野の連携強化を目的とした研修、訓練の実施回数	0	2023	1	2024	1	2029
C	1	①	県内医療機関の災害対応訓練の参加率	87.4%	2023	75.9%	2024	95.7%	2029
目標値【C】	課 題			今後の取組					
	<p>【災害拠点病院】</p> <ul style="list-style-type: none"> 各市保健所、各保健福祉事務所と連携した医療圏単位での災害医療活動について、令和6年度中に計6回の研修・訓練を実施した。目標値には到達していないため、今後も継続して目標達成に努めたい。 <p>【災害拠点病院以外の病院】</p> <ul style="list-style-type: none"> BCP策定研修（年1回開催）を実施。業務継続計画を策定している病院の割合は計画策定時から前進しているが、目標達成に向けて更なる取組が必要。 			<p>【災害拠点病院】</p> <ul style="list-style-type: none"> 会議、研修、訓練等の災害医療対策事業を各保健所で1年に1回以上実施することを目標に、令和6年度未実施の保健所に対して、研修講師の派遣や予算の配布等により活動を支援する。 <p>【災害拠点病院以外の病院】</p> <ul style="list-style-type: none"> 県主催の研修（県DMAT隊員養成研修、BCP策定研修等）について、協力団体と連携により、募集方法・開催形態を工夫し、更なる参加者増を図る。 					
課題と今後の取組【A】									

5 疾病・6 事業及び在宅医療等の取組状況（令和6年度）

疾病・事業名	新興感染症	担当課	感染症・疾病対策課
計画の記載内容【P】	現状と課題		具体的施策
	<p>・新興感染症発生・まん延時の病床提供について、受入れ体制の整備に時間を要すること、また、重症者や要配慮者の病床は限定されることから、病床のひっ迫が予想される。</p> <p>・特に新興感染症発生初期において、疑い患者の診療や検査に対応できる医療機関を十分確保する必要がある。</p> <p>・従前は新興感染症患者は入院医療が前提で、自宅療養者等に対する医療提供体制が整備されていなかったため、新たに医療提供体制を整備することが必要。</p> <p>・新興感染症が急拡大した場合や施設内クラスター発生に備え、医療従事者等の派遣体制を整備することが必要。</p>		<p>【病床確保】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・感染症患者の入院病床を確保（重症者、要配慮者病床含む） <p>【発熱外来】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・疑い患者等の外来診療を行う医療機関と協定を締結し、ホームページ等で公表 <p>【自宅療養者等への医療提供】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病院、診療所に加え、薬局や訪問看護事業所と協定を締結。 <p>【医療人材派遣】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・他の入院医療機関や臨時の医療施設等、並びに高齢者施設等に派遣することができる医療機関と協定を締結。
令和6年度の主な取組【D】	<p>【病床確保】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○流行初期（感染症の公表から3ヶ月） 協定締結数：430床 ○流行初期以降（3ヶ月～6ヶ月） 協定締結数：670床 <p>【発熱外来】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○流行初期（感染症の公表から3ヶ月） 協定締結数：726機関 ○流行初期以降（3ヶ月～6ヶ月） 協定締結数：802機関 <p>【自宅療養者等への医療提供】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○流行初期以降 協定締結数（病院・診療所）：625機関 協定締結数（訪問看護）：73機関 協定締結数（薬局）：698機関 <p>【後方支援】※病床確保を行う医療機関からの転院等を受け入れる医療機関</p> <ul style="list-style-type: none"> ○流行初期（感染症の公表から3ヶ月） 協定締結数：84機関 ○流行初期以降（3ヶ月～6ヶ月） 協定締結数：95機関 <p>【医療人材派遣】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○他の医療機関等へ派遣可能 協定締結数：55人 ○高齢者施設等へ派遣可能 協定締結数：156人 		

分類 B:目標 C:最終	番号	指標	直近値		目標		
			数値	年次	数値	年次	
【流行初期】							
B	1	①	●協定締結医療機関（入院）における確保可能病床数	430床	2024	283床	2029
B	1	②	（内数）重症者に対応する病床数	29床	2024	34床	2029
B	1	③	（内数）精神疾患を有する患者に対応する病床数	23床	2024	14床	2029
B	1	④	（内数）妊産婦に対応する病床数	10床	2024	3床	2029
B	1	⑤	（内数）小児に対応する病床数	36床	2024	13床	2029
B	1	⑥	（内数）透析患者に対応する病床数	28床	2024	15床	2029
B	2	①	●協定締結医療機関（発熱外来）の機関数	726機関	2024	471機関	2029
【流行初期以降】							
B	1	①	●協定締結医療機関（入院）における確保可能病床数	670床	2024	633床	2029
B	1	②	（内数）重症者に対応する病床数	30床	2024	37床	2029
B	1	③	（内数）精神疾患を有する患者に対応する病床数	32床	2024	21床	2029
B	1	④	（内数）妊産婦に対応する病床数	12床	2024	22床	2029
B	1	⑤	（内数）小児に対応する病床数	38床	2024	39床	2029
B	1	⑥	（内数）透析患者に対応する病床数	50床	2024	38床	2029
B	2	①	●協定締結医療機関数（発熱外来）の機関数	802機関	2024	792機関	2029
B	3	①	●協定締結医療機関数（自宅療養者等への医療を提供する医療機関）の機関数	1396機関	2024	490機関	2029
B	3	②	（内数）病院・診療所の数	625機関	2024	268機関	2029
B	3	③	（内数）訪問看護事業所の数	73機関	2024	52機関	2029
B	3	④	（内数）薬局の数	698力所	2024	170か所	2029
B	4	①	●協定締結医療機関数（後方支援）の機関数	95機関	2024	68機関	2029

目標値【C】

分類 B:目標 C:最終	番号		指標	直近値		目標		
				数値	年次	数値	年次	
目標値【C】	B	5	①	●他の入院医療機関等に一定期間派遣可能な人数（医師、看護師、その他）	55人	2024	49人	2029
	B	5	①	（内数）県外派遣可能	27人	2024	34人	2029
	B	5	①	（内数）感染症医療担当従事者	19人	2024	17人	2029
	B	5	①	（内数）感染症予防業務対応関係者	14人	2024	9人	2029
	B	5	①	（内数）DMAT	13人	2024	13人	2029
	B	5	①	（内数）DPAT	9人	2024	9人	2029
	B	5	②	●感染制御等を支援するための高齢者施設等へ派遣可能な人数（医師、看護師、その他）	156人	2024	157人	2029
	B	5	②	（内数）感染症医療担当従事者	43人	2024	42人	2029
	B	5	②	（内数）感染症予防業務対応関係者	32人	2024	29人	2029
	B	5	②	（内数）DMAT	56人	2024	59人	2029
	B	5	②	（内数）DPAT	15人	2024	15人	2029
	課題と今後の取組【A】	課題			今後の取組			
		<p>・医療措置協定の各項目の県全体の目標値は超えているが、重症患者や要配慮者等に対応する病床について、新興感染症発生時にはひっ迫も予想される。</p> <p>・発熱外来等の協定については、地域ごとの偏在も見られることから、少ない地域において、引き続き医療機関と協定の協議を進める必要がある。</p>				<p>・引き続き医療機関等と協議を行い、重症者や要配慮者等に対応可能な病床の確保に努める。</p> <p>・保健所や医師会等とも連携し、地域差無く発熱患者等に医療が提供できるよう、医療機関との協議を進める。</p>		

5 疾病・6 事業及び在宅医療等の取組状況（令和6年度）

疾病・事業名		へき地医療		担当課		医務課、健康福祉課				
計画の記載内容【P】	現状と課題			具体的施策						
	<p>・県内には、3か所の無医地区、5か所の準無医地区、5か所の無歯科医地区、4か所の準無医科医地区、16か所の一人医師地区が存在。</p> <p>・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を設置。</p> <p>・高齢化が進むへき地においては、保健指導体制の充実が必要。</p> <p>・へき地では、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。また、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日急患等に対応できる医療提供体制の充実が必要。</p>			<p>【へき地における医師等の確保】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自治医科大学卒業医師の派遣、地域医療を担う医師の養成と確保、看護職員の確保と資質向上 等 <p>【へき地における保健指導】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・へき地における保健指導の支援、保健師等の確保及び資質向上に係る支援 <p>【へき地における医療提供】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・へき地診療所の施設・整備の充実、医療機関へのアクセスの確保、在宅医療等の提供体制の充実 等 <p>【へき地における医療提供の支援】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・へき地医療拠点病院及びへき地医療支援機構による支援、救急患者等の搬送体制等の充実 等 						
令和6年度の主な取組【D】	<p>【へき地における医師等の確保】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○へき地における医師確保のため、新たに2名の医師をへき地診療所等へ派遣 ○ナースセンター事業を群馬県看護協会に委託し、就業に関する相談や職業紹介、看護力再開講講習会・潜在看護職員復職支援研修等の開催による看護職員の確保 ○看護職員の資質向上のため、各種研修会や講習会を開催 ○市町村保健師採用情報を県HPに掲載 <p>【へき地における保健指導】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○資質の向上のため、県及び市町村保健師を対象とした、各種研修等を実施 <p>【へき地における医療提供】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○へき地診療所に対する施設・設備整備のための補助 ○在宅医療に係る人材育成、多職種連携、普及啓発等を行う事業に対する補助（19件） ○退院調整状況調査の実施（全県） ○県内12か所の在宅医療・介護支援センターへ在宅医療・介護連携推進に係る現状、課題等の聞き取り ○市町村、保健福祉事務所職員向け会議を開催（1回） ○人生の最終段階における本人の意思決定支援に関する研修（3回） ○訪問看護に従事する看護職員を確保するため、病院や診療所等に勤務する看護職員を対象に「訪問看護研修（入門プログラム）」を開催 <p>【へき地における医療提供の支援】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○へき地医療拠点病院による巡回診療を確保するための巡回診療に要する経費に対する補助 ○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、ドクターヘリ等の効果的な運用 ○へき地診療所に対する施設・設備整備のための補助（再掲） ○へき地医療拠点病院によるへき地診療所への代診医派遣 									
	目標値【C】	分類	番号	指標 -未公表 *：個人情報保護の観点で非開示	策定時		直近値		目標	
B：目標 C：最終		数値			年次	数値	年次	数値	年次	
B		1	①	へき地診療所への自治医大卒業医師派遣応需率	100%	2022	100%	2024	100%	2029
B		1	②	へき地における学生を対象としたセミナー・実習の実施回数	2回/年	2022	2回/年	2024	2回/年	2029
B		2	①	へき地医療従事者研修の実施回数	-	2022	-	2024	1回/年	2029
B		3	①	へき地診療所における通院から訪問診療への切り替え患者の応需率	100%	2022	100%	2024	100%	2029
B		4	①	へき地医療拠点病院からへき地への巡回診療応需率	100%	2022	100%	2024	100%	2029
B		4	②	代診医師派遣要請に対する応需率	100%	2022	100%	2024	100%	2029
C		1	①	へき地診療所への自治医科大学卒業医師の派遣者数	6人/年	2022	6人/年	2024	6人/年	2029
C		1	②	へき地における群馬大学医学部地域医療卒卒業医師の勤務者数	-	2022	-	2024	2人	2029
C	2	①	へき地医療拠点病院からへき地への巡回診療実施回数	156回/年	2022	156回/年	2023	156回/年	2029	
C	2	②	へき地診療所における訪問診療、往診の実施回数	1,693回/年	2022	1,034回/年	2023	1,764回/年	2029	

	課 題	今後の取組
課題と今後の取組【A】	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・地区の状況を踏まえた保健指導を行うため、保健師等の人材確保と資質の向上を図る必要がある。 ・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。特に訪問診療や往診については、地域の特性や診療所の体制によって、継続してサービスを提供することが難しい面もある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・へき地医療拠点病院との広域的な連携による急患や重篤な患者に対応できる医療提供体制の検討。 ・看護職員の確保及び定着を図るための対策を実施。看護職ポータルサイトを立ち上げ、就学及び就業に関する情報などを集約し、人材確保に活用する。 ・地域医療支援センターと連携したキャリアパスの見直しに向けての検討や地域医療体験セミナーの実施。 ・県及び市町村保健師を対象とした、階層別研修や人材育成研修等の実施。 ・市町村が保健師を確保できるよう、県・市町村合同の就職ガイダンスを実施するとともに、市町村がインターンシップを実施できるよう支援する。 ・在宅医療や看取りのできる体制を構築するための人材育成や研修会等を実施。 ・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、医療施設や設備整備に対して補助。 ・へき地医療拠点病院による巡回診療を確保するための巡回診療等に要する経費に対する補助。 ・へき地の診療を担う医療機関では対応できない急患や重篤な患者に対するドクターヘリ等の効果的な運用。

5 疾病・6 事業及び在宅医療等の取組状況（令和6年度）

疾病・事業名		周産期医療		担当課		医務課、児童福祉課				
計画の記載内容【P】	現状と課題			具体的施策						
	<ul style="list-style-type: none"> ・本県の分娩件数は13,817件で、6年前の16,251件と比べ15.0%減少(厚生労働省「人口動態調査(平成28年度)」)。 ・分娩件数に応じた、低リスク分娩を担う一般分娩取扱医療機関の確保が必要。 ・地域周産期母子医療センターは、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。 ・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。 			<ul style="list-style-type: none"> 【一般分娩取扱医療機関】 ・施設・設備整備補助、母子のリスクに応じた搬送体制等の整備、周産期医療従事者の確保 【地域周産期母子医療センター】 ・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】 ・災害時の搬送体制等の整備、中長期を見据えた周産期医療体制の整備 【療養・療育支援、妊産婦支援】 ・療養・療育環境及び小児等在宅医療への移行支援、関係機関の連携による早期からの妊産婦支援 						
令和6年度の主な取組【D】	<ul style="list-style-type: none"> 【一般分娩取扱医療機関】 ○分娩取扱医療機関に対する施設・設備整備補助を実施 ○周産期医療対策協議会において、周産期医療に関する諸課題について検討（2回） ○専門的・基礎的知識及び技術の習得を目的として、周産期医療関連施設等の医療従事者等に対し、新生児蘇生法研修会を開催（5回） ○群馬県医師確保研修資金により、県内の特定病院において、特に充実する必要がある診療科（産婦人科）に将来従事しようとする研修医等に対して、修学又は研修に要する資金を貸与 ○周産期医療情報システムや新生児搬送用保育器の運用、また、周産期緊急搬送補助システムの整備による、迅速で安全な母体・新生児搬送体制の整備 【地域周産期母子医療センター】 ○地域周産期母子医療センターの運営や設備整備を補助し、高度な周産期医療の提供を支援 ○医療機関への安全な搬送を目的として、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（5回） 【総合周産期母子医療センター】 ○総合周産期母子医療センターの運営を補助し、高度な周産期医療の提供を支援 ○母体・新生児搬送に関する調整を行うため、総合周産期母子医療センターに搬送コーディネーターを配置 ○周産期母子医療センターに従事する医師を、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 【療養・療育支援・妊産婦支援】 ○医療的ケア児等支援における関係者の連携体制を構築 ○県医療的ケア児等支援センターを県内3カ所に設置し、医療的ケア児等家族や支援者の相談について総合的に対応 ○「在宅医療未熟児等一時受入事業」を行い、在宅療養児の定期的医学管理や保護者の一時支援を実施 									
	目標値【C】	分類 B：目標 C：最終	番号	指標 -：未公表 *：個人情報保護の観点で非開示	策定時		直近値		目標	
				数値	年次	数値	年次	数値	年次	
B		1	① 一般分娩取扱施設数（助産所を含む）	24か所	2022	23か所	2024	23か所以上	2029	
B		2	① 周産期母子医療センター等における当直可能な常勤産婦人科医師数（1施設あたり）	5.5人	2022	4.8人	2023	6人以上	2029	
B		2	② 周産期母子医療センター等における当直可能な常勤小児科医師数（1施設あたり）	6.4人	2021	6.4人	2023	7人以上	2029	
B	2	③ 周産期救急搬送症例のうち受入困難事例（搬送先の照会回数が4回以上）の件数	3件	2021	9件	2022	3件以下	2029		

分類 B:目標 C:最終	番号		指標 -:未公表 *:個人情報保護の観点で非開示	策定時		直近値		目標		
				数値	年次	数値	年次	数値	年次	
目標値【C】	B	2	④	周産期死亡率（出産千対） （周産期死亡数を併記）	3.4 (40人)	2022	4.2	2023	3.5以下 (42人以下)	2029
	B	3	①	M F I C U病床数（専任の医師を 常駐させる等の基準を満たす病 床）	0床	2023	0床	2024	6床	2029
	B	4	①	小児等在宅医療に対応した医療機 関数	34か所	2023	-	-	33か所 以上	2029
	B	4	②	小児等在宅医療に対応した訪問看 護事業所数	55か所	2023	-	-	38か所 以上	2029
	B	4	③	在宅医療未熟児等一時受入日数 （のべ日数）	206日	2023	310日	2023	180日以上	2029
	C	1	①	新生児死亡率（出生千対） （新生児死亡数を併記）	0.6 (9人)	2022	1.2	2023	0.9以下 (11人以下)	2029
課題と今後の取組【A】	課題			今後の取組						
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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）の前進に向けた取組について、課題がある。 ・ 医師の働き方改革の施行に合わせて、持続可能な周産期医療体制のあり方を関係者で再検討していく必要がある。 				<ul style="list-style-type: none"> ・ 基準を満たす M F I C U病床数を増加させるために、中長期的な周産期医療体制整備を検討する。 ・ 周産期医療対策協議会を開催し、周産期医療体制の再構築について議論を深める。 ・ 群馬県医師確保修学研修資金により、県内の特定病院において、特に充実する必要がある診療科（産婦人科・小児科）に将来従事しようとする研修医等に対して、引き続き、修学又は研修に要する資金を貸与する。 ・ さらなる周産期死亡数の減少のため、医療従事者や救急救命士・救急隊員に向けた分娩介助研修・新生児蘇生法研修等の開催を一層推進する。 					

5 疾病・6 事業及び在宅医療等の取組状況（令和6年度）

疾病・事業名		小児医療		担当課	医務課、健康長寿社会づくり推進課					
計画の記載内容【P】	現状と課題			具体的施策						
	<p>・本県の小児人口10万人当たりの推計患者数(調査当日の受療患者の推計数)は4,890人で、6年前の4,531人と比べ7.9%増加(厚生労働省「患者調査(平成26年度)」)。</p> <p>・限られた医療資源で小児医療を提供するため、適正な受療行動を推進することが必要。</p> <p>・休日・夜間の初期救急医療を担う体制の確保が必要。</p> <p>・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。</p> <p>・高度な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。</p>			<p>【相談支援等】</p> <ul style="list-style-type: none"> 子ども医療電話相談の実施、小児救急にかかる適正受診の啓発 <p>【一般小児医療(小児初期医療)】</p> <ul style="list-style-type: none"> 小児初期救急医療体制の充実支援 等 <p>【地域小児科センター(小児二次医療)】</p> <ul style="list-style-type: none"> 小児二次救急医療体制の整備 等 <p>【中核病院小児科(小児三次医療)】</p> <ul style="list-style-type: none"> 中核病院小児科(小児三次医療)の機能充実 <p>【療養・療育支援、妊産婦支援】</p> <ul style="list-style-type: none"> 療養・療育環境及び小児等在宅医療にかかる環境整備 						
令和6年度の主な取組【D】	<p>【相談支援等】</p> <ul style="list-style-type: none"> 子ども医療電話相談事業(＃8000)を継続して実施及び広報媒体、チラシやパンフレットの配布などによる啓発 休日や夜間の子どもの急病時の対処法や適切な受診先などについて、保護者に対する啓発パンフレットの配布 <p>【一般小児医療(小児初期医療)】</p> <ul style="list-style-type: none"> 群馬県医師確保研修資金貸与制度により、県内の特定病院において、特に充実する必要のある診療科(小児科)に将来従事しようとする研修医等に対して、修学又は研修に要する資金を貸与 <p>【地域小児科センター(小児二次医療)】</p> <ul style="list-style-type: none"> 県内4ブロックに地域小児救急医療対策協議会を設置し、関係機関が連携を図ることにより、地域小児科センター(小児二次医療)の支援体制を整備 小児救急医療支援事業を継続実施し、休日・夜間の小児二次救急医療の運営を支援 子ども医療電話相談事業(＃8000)、広報啓発による適正受診の推進による初期救急の充実により、二次救急病院の負担軽減 <p>【中核病院小児科(小児三次救急)】</p> <ul style="list-style-type: none"> 中核病院小児科の医療機関が、その機能の発揮に専念できるよう、環境整備(相談支援から地域小児科センターまでの各支援)を実施 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 <p>【療養・療育支援、妊産婦支援】</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療的ケア児等支援協議会を開催(2回)し、医療的ケア児等支援における関係者の連携体制を構築 小児等在宅医療の対応が可能な医療機関の拡大を図るため、関係団体が行う多職種向け研修に補助を実施 「在宅医療未熟児等一時受入事業」を行い、在宅療養児の定期的医学管理や保護者の一時支援を実施 									
	目標値【C】	分類 B:目標 C:最終	番号	指標 -:未公表 *:個人情報保護の観点で非開示	策定時		直近値		目標	
				数値	年次	数値	年次	数値	年次	
B		1	①	小児救急電話相談件数(小児人口千人対)	92.6件	2022	120.6件	2023	120件以上	2029
B		1	②	小児救急医療支援事業取扱患者数(小児人口千人対)	45.3人	2022	52.9件	2023	52人以下	2029
B		2	①	休日・夜間急患センターの施設数	9施設	2023	9施設	2023	9施設	2029
B		3	①	小児救急搬送症例のうち受入困難事例(搬送先の照会件数が4回以上)の件数	39件	2021	61件	2022	75件以下	2029
B		3	②	地域小児科センター(小児二次医療)における当直可能な常勤小児科医師数	56人	2022	56人	2024	67人以上	2029
B	4	①	乳児死亡率(小児三次医療)(出生千対)(乳児死亡数を併記)	1.6 (17人)	2022	2.1 (21人)	2023	1.6未満 (22人未満)	2029	
B	5	①	小児等在宅医療に対応した医療機関数	34か所	2023	-	-	33か所以上	2029	

分類 B:目標 C:最終	番号		指標 -:未公表 *:個人情報保護の観点で非開示	策定時		直近値		目標	
				数値	年次	数値	年次	数値	年次
目標値【C】	B	5 ②	小児等在宅医療に対応した訪問看護事業所数	55か所	2023	-	-	38か所以上	2029
	C	1 ①	小児死亡率（人口10万対） （小児死亡数を併記）	17.3 (37人)	2022	24.3	2023	18.1未満 (43人未満)	2029
課題と今後の取組【A】	課題			今後の取組					
	<ul style="list-style-type: none"> ・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が後退しており、直接的な原因は不明であるが、休日・夜間等に働くことができる医師が不足していると考えられる。 ・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）の件数が後退しているが、新型コロナウイルス感染症の感染拡大の影響により、増加したと考えられる。 ・小児二次医療における当直可能な常勤小児科医師の確保が求められる。 ・乳児死亡率が後退しているが、年度毎にばらつきがあり、小児二次医療圏における当直可能な常勤小児科医師の確保等、小児救急医療体制の強化が必要である。 			<ul style="list-style-type: none"> ・子ども医療電話相談事業（#8000）を継続して実施するとともに、広報媒体、チラシやパンフレットの配布などによる啓発を行う。 ・休日・夜間急患センター等に診察できる医師の確保に努めるとともに、必要がある患者を受け入れる体制の支援等を行っていく。 ・消防・医療機関・保健所など関係機関の連携を密にし、搬送先の選定及び搬送の迅速化を図る。 ・群馬県医師確保修学研修資金貸与制度により、県内の特定病院において、特に充実する必要がある診療科（小児科）に将来従事しようとする研修医等に対して、引き続き、修学又は研修に要する資金を貸与する。 					

5 疾病・6 事業及び在宅医療等の取組状況（令和6年度）

疾病・事業名		在宅医療		担当課		健康福祉課			
計画の記載内容【P】	現状と課題			具体的施策					
	<ul style="list-style-type: none"> ・県「保健医療に関する県民意識調査(平成28年度)」によると、自宅で療養を「望む」又は「条件が整えば望む」という人が約6割超だが、自宅で療養が「実現可能である」とした人は2割弱。 ・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。 ・入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援が重要。 ・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。 ・医療と介護の連携について、多職種との協働により推進する体制づくりが重要。 			<ul style="list-style-type: none"> 【退院支援】 ・退院調整ルール の進行管理 等 【日常の療養支援】 ・在宅医療の充実 等 【急変時の対応】 ・関係機関との円滑な診療及び連携体制の確保 【看取り】 ・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 等 【在宅医療・介護の連携体制等の構築推進】 ・「在宅医療・介護連携推進事業」の取組支援 等 					
令和6年度の主な取組【D】	<ul style="list-style-type: none"> 【退院支援】 ○退院調整状況調査の実施（全県） 【日常の療養支援】・【急変時の対応】・【看取り】・【在宅医療・介護の連携体制等の構築推進】 《人材育成》 ○在宅医療に係る人材育成、多職種連携、普及啓発等を行う事業に対する補助（19件） 《基盤整備》 ○在宅医療介護連携拠点事業に対する補助（1件） ○在宅療養支援診療所等の設備整備に対する補助（19件） ○訪問看護事業所支援事業（訪問看護技術等について実地に指導する「訪問看護支援ステーション」を6か所指定し、県内の訪問看護事業所を支援） ○那市歯科医師会が実施する在宅歯科医療連携室整備に対する補助（運営費：7か所、設備整備：1か所） 《普及啓発》 ○人生の最終段階における本人の意思決定支援に関する研修（3回） 《検討組織・現状把握等》 ○群馬県保健医療計画会議在宅医療推進部会の開催（2回） ○退院調整状況調査の実施（全県） ○県内12か所の在宅医療・介護支援センターへ在宅医療・介護連携推進に係る現状、課題等の聞き取り ○市町村、保健福祉事務所職員向け会議の開催（1回） ○市町村等在宅医療・介護連携推進事業研修会（2回） 								
	目標値【C】	分類 B：目標 C：最終	番号	指標 -：未公表 *：個人情報保護の観点で非開示	策定時		直近値		目標
				数値	年次	数値	年次	数値	年次
B		1	① 退院支援を実施（退院支援加算を算定）している病院・診療所数	62～69か所	2021	67～76か所	2023	78か所	2026
B		1	② 退院調整ルールに係る退院調整漏れ率	15.5%	2021	12.4%	2024	10%未満	2026
B		2	① 訪問診療を実施している病院・診療所数	480～503か所	2021	475～502か所	2023	519か所	2026
B		2	② 訪問診療を実施している病院・診療所1か所当たりの患者数（1か月あたりレセプト数）	28.7～30.0人	2021	32.6～34.4人	2023	31.4人	2026
B		2	③ 在宅療養支援診療所数	256か所	2023	257か所	2025	274か所	2026
B		2	④ 訪問歯科診療（居宅又は施設）を実施している診療所数	266～281か所	2021	271～285か所	2023	318か所	2026
B		2	⑤ 訪問口腔衛生指導を実施している病院・診療所数	65～74か所	2021	58～69か所	2023	84か所	2026
B		2	⑥ 訪問看護事業所数	228か所	2022	265か所	2024	251か所	2026
B		2	⑦ 地域連携薬局数	47か所	2023	61か所	2024	141か所	2026
B		3	① 往診を実施している病院・診療所数	583～602か所	2021	583～596か所	2023	602か所	2026
B		3	② 24時間体制をとっている訪問看護ステーション数	204か所	2021	249か所	2023	231か所	2026
B		4	① 在宅看取りを実施（ターミナルケア加算等を算定）している病院・診療所数	237～259か所	2021	245～264か所	2023	293か所	2026
C		1	① 退院支援（退院調整）を受けた患者数（レセプト件数、年間）	56,819件※	2021	81,466件	2023	74,798件	2026
C	1	② 訪問診療を受けた患者数（レセプト件数、年間）	132,166件※	2021	152,309件※	2023	195,540件	2026	
C	2	① 在宅で亡くなる方の割合（老人ホーム及び自宅）	27.6%	2021	29.3%	2023	30%	2026	

課題と今後の取組【A】	課 題	今後の取組
	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問口腔衛生指導を実施している病院・診療所数が減少している。 ・往診を実施している病院・診療所数が減少している。 	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅歯科医療室連携整備事業により、在宅歯科医療の推進や他分野との連携体制構築を図る。 ・在宅療養支援診療所、在宅療養支援歯科診療所等の新規開設等に伴う設備整備に対し補助を行う。 ・在宅医療に係る人材育成、多職種連携、普及啓発等を行う事業に対し補助を行う。

5疾病・6事業及び在宅医療以外の目標値

	項目	2024	2025	2026	2027	2028	2029	目標値	比較結果
1	医療施設従事医師数(人口10万対)	未発表	未発表					241人以上	—
2	臨床研修医の採用人数	113人	111人					119人以上	↗
以下、医療費適正化計画の目標値									
3	健康寿命(男)	未発表	未発表					①平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加かつ ②73.57年以上	—
4	健康寿命(女)	未発表	未発表					①平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加かつ ②76.70年以上	—
5	特定保健指導対象者の減少(2008年度と比較)	未発表	未発表					25%減少	—
6	特定健康診査受診率	未発表	未発表					70%以上	—
7	特定保健指導実施率	未発表	未発表					45%以上	—
8	20歳以上の者の喫煙率	未発表	未発表					10.2%	—