

第 3 回保健医療計画策定ワーキンググループ会議における主な議論について

○小児医療

分野	主 な 議 論
小児医療	<p>(1) 小児医療体制図について</p> <ul style="list-style-type: none"> 小児救急の「入院小児救急医療」と小児医療の「地域小児連携病院」が同じ枠に入っているが、「地域小児連携病院」に現在常勤小児科医が不在で入院機能のない病院が含まれるなど、小児救急と小児医療のグレードにずれがみられる。1次（市町村）、2次（医療圏）、3次（全県）をカッコ書きで加えるなど、表記を工夫してはどうかとの意見が出された。 <p>→P7【図2】長野県小児医療体制のイメージへ反映させていただきました。</p> <ul style="list-style-type: none"> 機能別の病院の名称について、小児科学会や新しい専門医制度での呼称と整合性を図ったほうがよいとの意見があり、今後専門家と検討して決めることとした。 <p>→中沢委員と検討させていただき、P7【図2】へ反映させていただきました。</p> <p>(2) 二次医療圏相互の連携体制について</p> <ul style="list-style-type: none"> 小児地域医療センターのない木曾及び大北医療圏について、他の医療圏との連携について今後計画に記載することが同意された。 <p>→P7 小児医療体制の文中に反映させていただきました。</p> <p>(3) 施策の展開について</p> <ul style="list-style-type: none"> 「継続的な療養・療育支援体制」について、次期6年間のうちに「医療的ケア児」という名称が「高度医療依存児」という名称に変わるかもしれないので、併記しておくべきという意見が出された。 <p>→P6 及び P8P9 の文中に反映させていただきました。</p> <ul style="list-style-type: none"> 「災害時を見据えた小児医療体制」について、小児医療の項目であることから、「妊産婦・新生児」よりも在宅療育中の小児、医療的ケア児（高度医療依存児）を入れてほしいとの意見が出された。 <p>→P9 の文中に反映させていただきました。</p>

(4) 数値目標について

- ・ 医療体制図の療育・療養等の枠の中に介護及び福祉サービス、教育等とあるが、福祉事業所、児童発達支援センターや学校で働いている小児関係の医療職（看護師）の数の把握も数値目標もないため、実態を把握するとともに数値目標を設定して取り組んでほしいとの意見が出された。

→障がい者支援課において策定している「障がい者プラン」への掲載について検討していただいております。

- ・ 小児救急の数値目標で「小児初期救急医療体制として休日夜間急患センター等が整備された二次医療圏数」の設定が適切かどうかの議論がなされ、小児救急の目標設定を再考することとした。

→ご意見を参考に、本指標については、木曾及び北信医療圏を除く8圏域での整備を維持するとして修正させていただきました。

第 節 小児医療

第 1 現状と課題

1 小児医療をとりまく状況

(1) 小児の疾病構造

- 長野県の1日あたりの小児（0歳から14歳までを指す。以下同じ。）の推計入院患者数は、厚生労働省「平成26年患者調査」（1日の抽出調査）によると、約0.7千人、外来で約12.5千人となっています。
- 傷病分類別にみると、長野県では、患者数はいずれも、千人あたりおよそ0.1人となっていますが、周産期に発生した病態や先天奇形等での推計入院患者が多くなっており、全国と同様の傾向にあります。

【表1】 傷病分類別推計入院患者数（小児）（平成26年）

傷病分類	長野県		全国	
	患者数 (千人あたり)	割合 (%)	患者数 (千人あたり)	割合 (%)
周産期に発生した病態	0.13	21.9	6.5	23.1
先天奇形、変形及び染色体異常	0.09	16.4	3.1	11.0
神経系の疾患	0.08	13.7	2.8	10.0
呼吸器系の疾患	0.08	13.4	4.9	17.4

(厚生労働省「患者調査」)

- 傷病分類別の外来患者については、長野県、全国ともに呼吸器系の疾患が多くなっています。

【表2】 傷病分類別推計外来患者数（小児）（平成26年）

傷病分類	長野県		全国	
	患者数 (千人あたり)	割合 (%)	患者数 (千人あたり)	割合 (%)
呼吸器系の疾患	4.3	34.4	286.5	38.1
健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用	1.8	14.4	113.9	15.4
消化器系の疾患	1.7	13.6	93.8	12.7

注) 患者数については、小数点第2位以下四捨五入による

(厚生労働省「患者調査」)

注1)表1及び2の傷病分類は、「疾病及び関連保健問題の国際統計分類(ICD)」の基本分類

注2)「呼吸器系の疾患」には、急性上顎洞炎、急性前頭洞炎、急性蝶形骨洞炎等が含まれる。

注3)「周産期に発生した病態」には、母体の高血圧性障害により影響を受けた胎児及び新生児、母体の腎及び尿路疾患により影響を受けた胎児及び新生児等が含まれる。

注4)「神経系の疾患」には、インフルエンザ菌性髄膜炎、肺炎球菌性髄膜炎、レンサ球菌性髄膜炎等が含まれる。

注5)「先天奇形、変形及び染色体異常」には、無脳症、頭蓋脊椎破裂、後頭孔脳脱出等が含まれる。

注6)「健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用」には、一般医学的検査、定型的小児健康診断、小児の急速成長期の検査等が含まれる。

(2) 死亡の状況

- 平成 28 年 (2016 年) の長野県の乳児死亡率 (出生千対) は 1.9、乳幼児死亡率 (5 歳未満、人口千対) は 0.5、小児死亡率 (15 歳未満、人口千対) は 0.2 となっており、全国とほぼ同じ水準となっています。

【表 3】 乳児死亡率等

年	長野県			全国		
	乳児死亡率 (出生千対)	乳幼児死亡率 (5 歳未満、 人口千対)	小児死亡率 (15 歳未満、 人口千対)	乳児死亡率 (出生千対)	乳幼児死亡率 (5 歳未満、 人口千対)	小児死亡率 (15 歳未満、 人口千対)
H18	2.1	0.5	0.2	2.6	0.7	0.3
H23	1.9	0.5	0.2	2.3	0.7	0.3
H28	1.9	0.2	0.2	2.0	0.5	0.2

(厚生労働省「人口動態統計」)

- 小児の主な死亡原因は、「不慮の事故」、「先天奇形、変形及び染色体異常」、「悪性新生物」となっています。

【表 4】 小児 (15 歳未満) の死因順位 (平成 28 年)

区分	死亡原因	長野県		全国	
		患者数(人)	割合(%)	患者数(人)	割合(%)
1 位	先天奇形、変形及び染色体異常	17	29.8	872	25.3
2 位	周産期に特異的な呼吸障害等	12	21.1	523	15.2
3 位	悪性新生物等	8	14.1	292	8.5
	不慮の事故	8	14.1	292	8.5

(厚生労働省「人口動態統計」)

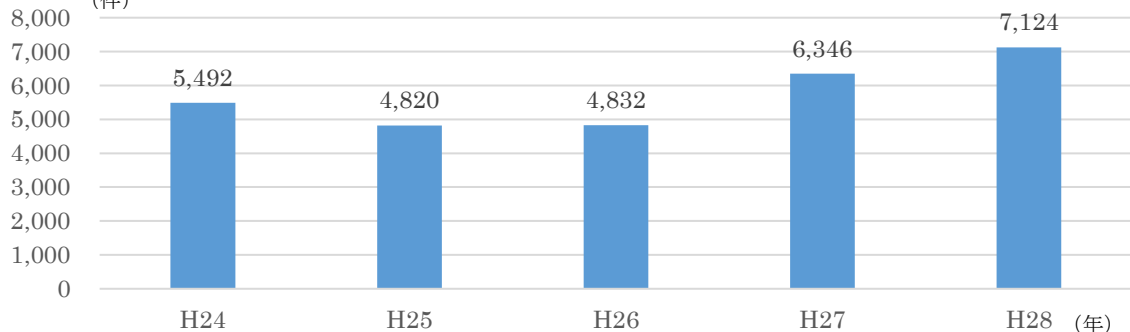
(3) 小児救急の現状

- 保護者が夜間・休日における子どもの急病や外傷等の対処に戸惑う時に、適切な受診につなげることを目的とした小児救急電話相談 (＃8000) は、平成 24 年度 (2012 年度) 5,492 件から平

成 28 年度 (2016 年度) は 7,124 件と増加しています。

○ 18 歳未満の救急搬送は、平成 18 年 (2006 年) の約 6,700 人から平成 27 年 (2015 年) は約 6,500 人に減少するとともに、軽症者の割合が約 70%から約 65%に低下しています。

【図1】 小児救急電話相談 (＃8000) 相談件数
(件)



(保健・疾病対策課調べ)

【表5】 18 歳未満の救急搬送数

年	長野県			全国		
	搬送人数(人)	軽症者数	割合 (%)	搬送人数 (人)	軽症者数	割合 (%)
H18	6,766	4,702	69.5	494,257	377,765	76.5
H27	6,525	4,213	64.5	464,424	340,702	73.5

(消防庁「救急・救助の現況」)

【表6】 長野県の年齢区分別傷病程度別の救急搬送人員 (平成 27 年)

区分		新生児	乳幼児	少年	成人	高齢者	合計
死亡	人数 (人)	1	6	2	220	1,327	1,556
	構成比 (%)	(0.5)	(0.2)	(0.1)	(0.8)	(2.4)	(1.8)
重症	人数 (人)	15	53	88	1,858	7,122	9,136
	構成比 (%)	(6.8)	(1.6)	(2.9)	(7.1)	(12.8)	(10.3)
中等症	人数 (人)	178	1,039	912	10,499	30,749	43,377
	構成比 (%)	(80.4)	(31.8)	(30.0)	(40.0)	(55.4)	(49.2)
軽症	人数 (人)	26	2,159	2,028	13,579	16,248	34,040
	構成比 (%)	(11.8)	(66.1)	(66.7)	(51.8)	(29.2)	(38.5)
その他	人数 (人)	1	9	8	88	95	201
	構成比 (%)	(0.5)	(0.3)	(0.3)	(0.3)	(0.2)	(0.2)
合計	人数 (人)	221	3,266	3,038	26,244	55,541	88,310
	構成比 (%)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)

(消防庁「救急・救助の現況」)

2 小児医療の提供体制

(1) 小児医療に関わる医師の状況

- 平成 18 年（2006 年）から平成 26 年（2014 年）までの間に長野県の小児科医師数は 50 人増加、病院勤務医師数も平成 20 年（2008 年）から平成 26 年（2014 年）までに約 40 人増加しています。

【表 7-1】 医療施設に従事する小児科医師数 (単位：人)

年	長野県		全国	
	実人数	小児人口 1 万人あたり	実人数	小児人口 1 万人あたり
H18	237	7.5	14,700	8.8
H22	271	9.0	15,870	9.4
H26	287	10.3	16,758	10.3

(厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」)

【表 7-2】 小児医療に関わる病院勤務医師数 (単位：人)

年	長野県		全国	
	人数	小児人口 1 万人あたり	人数	小児人口 1 万人あたり
H20	170.2	5.7	8867.3	5.2
H23	206.8	7.1	9485.9	5.7
H26	209.6	7.6	10114.3	6.2

(厚生労働省「医療施設調査」)

(2) 医療施設の状況

- 平成 20 年（2008 年）から平成 26 年（2014 年）までの間に、小児科を標榜している病院は長野県では 2.7%減少しています。また、診療所の減少率は 15.5%と全国を上回っています。

【表 8】 小児科を標榜している医療施設数 (単位：施設)

区分	長野県			全国		
	H20	H26	増減	H20	H26	増減
病院	73	71	△2.7%	2,905	2,656	△8.6%
診療所	409	345	△15.5%	22,503	20,872	△7.2%

(厚生労働省「医療施設調査」)

(3) 小児救急医療体制の状況

- 初期小児救急医療体制は、平成 11 年度（1999 年度）以降、全国的に病院群輪番制の整備が推進されています。本県では、郡市医師会による在宅当番医制と、小児救急患者の受診が多い時間帯（18 時～22 時頃）に勤務医と開業医の当番制で運営（センター方式）する休日夜間急病センター等による体制整備をすすめています。

- 平成 29 年（2017 年）4 月現在、8 医療圏でセンター方式による初期小児救急体制が整備されています。
- 初期小児救急医療で対応が困難な患者の受け入れは、入院小児救急医療が担っています。
- 24 時間体制での小児救命救急医療については、小児中核病院（信州大学医学部附属病院、県立こども病院）が担うことで、小児救急医療体制が維持されています。

【表 9】 センター方式による初期小児救急医療体制の状況（平成 29 年 4 月 1 日現在）

医療圏	施設名称
佐久	佐久地域平日夜間急病診療センター
上小	上田市内科・小児科初期救急センター
諏訪	諏訪地区小児夜間急病センター
上伊那	伊那中央病院（地域救急医療センター）
飯伊	飯田市休日夜間急患診療所
松本	松本市小児科・内科夜間急病センター
	安曇野市夜間急病センター
木曽	—
大北	北アルプス平日夜間小児科・内科急病センター
長野	長野市民病院・医師会急病センター
	篠ノ井総合病院・医師会急病センター
	松代総合病院急病センター
北信	—

（4）小児医療体制の状況

- 本県の小児医療体制は、平成 17 年（2005 年）付けの厚生労働省の通知を受け、平成 18 年（2006 年）10 月に「長野県産科・小児科医療対策検討会」が設置され、県内の産科・小児科医療のあり方について、また、平成 19 年（2007 年）3 月には「長野県の産科・小児科医療のあり方に関する提言書」がとりまとめられ、医療資源の集約化・重点化の方向が示されました。
- 一般小児医療機関では対応が困難な患者の受け入れは、「地域小児連携病院」及び「小児地域医療センター」が相互に連携し担っています。「地域小児連携病院」は一般診療を行うとともに、地域の小児科医療体制の構築にあたるもの、また、「小児地域医療センター」は各地域において小児科医療の中心的な役割を果たす病院として、24 時間体制で入院が必要な二次医療と救急搬送等に対応しています。
- 高度な小児医療を提供する「小児中核病院」は、小児地域医療センターとしての機能に加え、三次救急医療、高度医療、先進的医療及び臨床研修を担う施設で信州大学医学部附属病院及び県立こども病院が担うことで、小児医療体制が維持されています。

※各医療圏における小児中核病院、小児地域医療センター及び地域小児連携病院については、7 ページ【表 10】のとおりです。

(5) 療養・療育の支援体制

- 人工呼吸器を装着している障がい児その他の日常生活を営むために医療を要する状態にある障がい児（以下「医療的ケア児（高度医療依存児）等」という。）については、状態に応じた望ましい療養・療育環境（在宅等）への移行や、成長に伴う成人期医療への円滑な移行といった課題があります。
- 平成23年度(2011年度)から、小児在宅医療において必要とされるスキルの向上を目的として、地域基幹病院・訪問看護ステーション等、地域の看護職向けの研修会を開催しています。
- 平成25年度(2013年度)から、在宅医療が必要な児について、こども病院、地域の医療機関教育機関等が遠隔で支援会議等を開催し情報共有できる「ICTネットワーク」の運用が開始され、全県への拡大を図っています。
- 平成27年度（2015年度）から、小児慢性特定疾病児童等の自立を図るため、「小児慢性特定疾病児童等自立支援員」を配置しました。
- 医療的ケア児（高度医療依存児）等の在宅療養・療育体制の整備ができるよう、医療、介護及び福祉サービスならびに教育が相互に連携した支援の実施について、さらに検討が必要です。

第2 目指すべき方向と医療連携体制

1 目指すべき方向

(1) 充実した相談体制

適切な受診行動を促すための医療相談や患者の家族に対する相談サポート体制を整備します。

(2) 患者の状態に応じた小児医療提供体制

患者の状態に応じて必要な医療を提供できるように、小児救急医療体制及び小児専門医療体制の維持に努めます。

(3) 地域の小児医療が確保される体制

小児医療に係る医師の確保が困難な地域についても、小児医療体制の連携を図ります。

(4) 継続的な療養・療育支援体制

医療的ケア児（高度医療依存児）等や小児慢性特定疾病等の患者が生活の場で療養・療育できるよう、医療、介護及び福祉サービスならびに教育が相互に連携し、継続的な支援を実施します。

(5) 災害時を見据えた小児医療体制

災害時を見据えて、医療的ケア児（高度医療依存児）等に対する医療・福祉関係者等が連携し災害医療体制の構築を図ります。

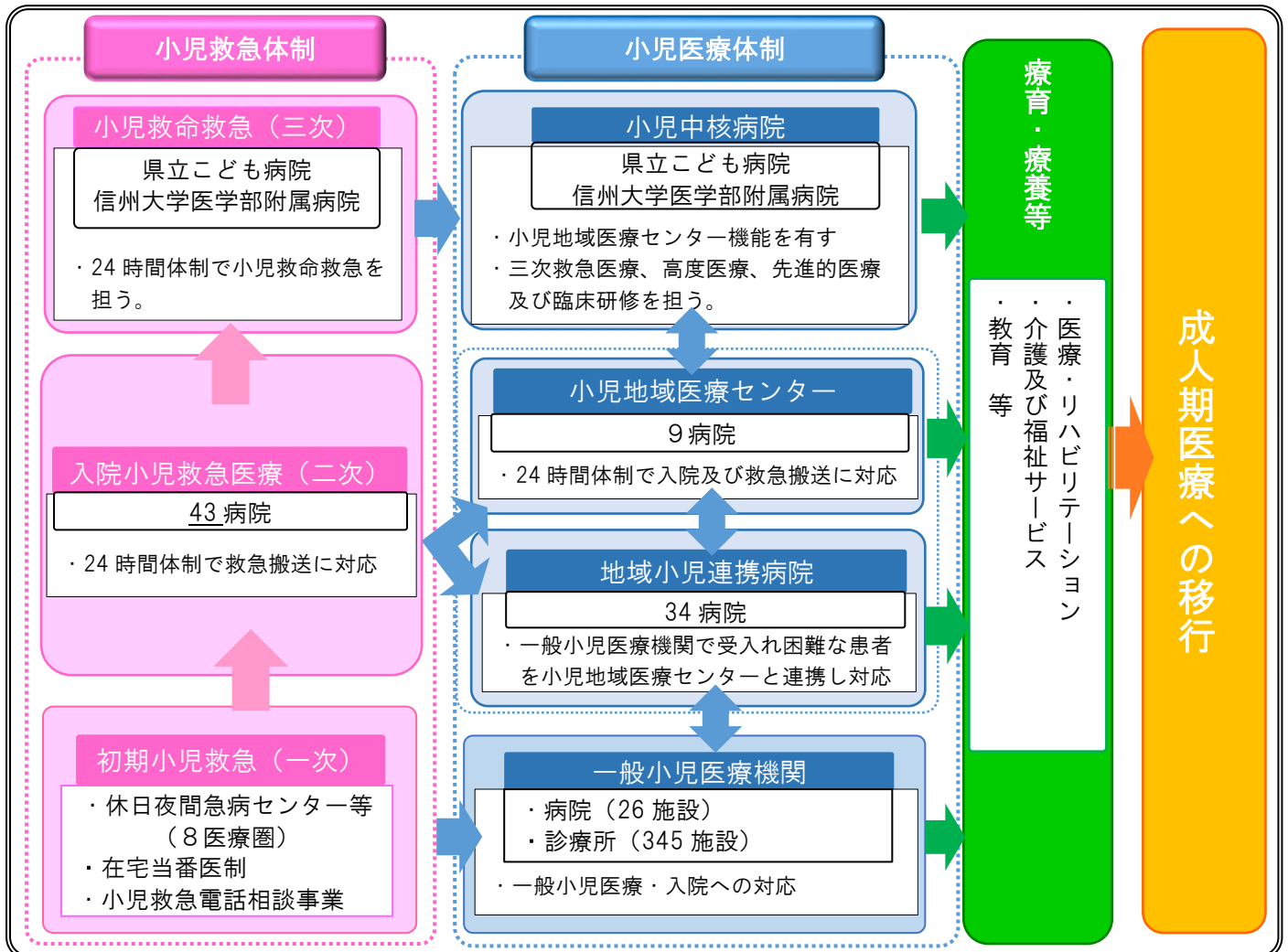
2 小児医療体制

小児医療体制に関するイメージ図は以下のとおりです。

小児地域医療センター未設置の医療圏については、隣接する医療圏と連携することで確保しています。

【図2】長野県小児医療体制のイメージ

(平成29年10月現在)



【表10】小児医療体制の状況 (平成29年10月現在)

小児救命救急 (三次救急)	小児中核病院	(全県)	県立こども信大附属
入院小児救急 (二次救急)	小児地域医療センター	(佐久) 佐久医療センター (上小) 信州上田 (諏訪) 諏訪赤十字 (上伊那) 伊那中央 (飯伊) 飯田市立 (木曾) --- (松本) 中信松本 (大北) --- (長野) 長野赤十字・篠ノ井総合 (北信) 北信総合	
	地域小児連携病院	(佐久) 小諸厚生・国保浅間・町立千曲・国保軽井沢 (上小) 東御市民・国保依田窪 (諏訪) 岡谷市民・諏訪中央・信濃医療・富士見高原 (上伊那) 昭和伊南・町立辰野 (飯伊) 健和会・下伊那赤十字・県立阿南 (木曾) 県立木曾 (松本) 相澤・城西・松本協立・松本市立・塩尻協立・中村・安曇野赤十字 (大北) 市立大町・あづみ (長野) 新町・松代総合・長野市民・長野中央・東長野・県立信州医療センター・稲荷山・新生 (北信) 飯山赤十字	
初期小児救急 (一次救急)	一般小児医療機関		その他病院 診療所 センター方式による初期救急医療

医療的ケア児と在宅医療

「医療的ケア児」とは、人工呼吸器、気管切開、経管栄養、胃ろうといった医療的ケアを日常的に必要とする子ども達のことを言います。

厚生労働省の調査では、出生数が年々減少しているにもかかわらず、医療的ケア児の数はこの10年間で約2倍に増えていることがわかりました。

つまり、高度医療によって命は救われたけれども、重い後遺症を抱えて生きている子どもが年々増えているということになります。

医療的ケア児も「わが家で暮らしたい」、家族も「わが家で子どもを育てたい」、その気持ちは皆同じです。その手助けをするのが「在宅医療」です。

しかし、高度医療に依存する子どもを一般家庭で育てることは容易なことではないことから、医療、福祉、教育、そして地域が一体となって医療的ケア児及び家族をサポートする必要があります。

第3 施策の展開

1 充実した相談体制

- 夜間や休日等の子どもの急病等の際に家族への相談支援を行うため、現在の小児救急電話相談（＃8000）の体制を維持するとともに、周知の徹底を図ります。
- 不慮の事故防止対策、緊急時における家族による救急蘇生法、急病への対応法等の啓発を行います。
- 慢性疾患児や障がい児、心の問題がある児の家族に対する精神的サポート等を実施します。

2 患者の状態に応じた医療提供体制

- 小児患者に必要かつ十分な救急医療が提供できるよう、休日夜間急病センターの利用等を含めた適切な受療行動について啓発します。
- 小児救急医療においては、初期小児救急（一次救急）、小児地域医療センター及び地域小児連携病院による入院小児救急医療（二次救急）、小児中核病院による小児救命救急医療（三次救急）により、救急医療の提供体制を維持します。
- 小児医療は、一般小児医療機関及び地域小児連携病院による一次医療、小児地域医療センターによる二次医療、小児中核病院による三次医療の提供体制を維持します。

3 地域の小児医療が確保される体制

- 医療資源の有効活用により、小児専門医療を担う病院が確保されるよう努めます。
- 小児医療に係る医師等の確保が困難な地域についても、医療の連携を図ることで、対応できる体制を維持します。

4 継続的な療養・療育支援体制

- 医療的ケア児（高度医療依存児）等の状況に応じた望ましい療養・養育環境への移行を図るため

の検討・協議を進めるとともに、生活の場で療養・療育できるよう、医療、保健、福祉及び教育が相互に連携し、継続的な支援を実施します。

○ 小児慢性特定疾病等の患者について、「小児慢性特定疾病児童等自立支援員」によるフォローアップ体制づくりや関係機関との連絡調整など、利用者の環境等に応じた支援を行います。

※ 発達障がいについては、「第（）編 第（）節 精神疾患対策」で整理し記載しています。

5 災害時を見据えた小児医療体制

○ 災害時において、特に医療のサポートが必要となる、医療的ケア児（高度医療依存児）等に対する災害医療体制の構築を図り、災害時小児周産期リエゾンの養成を推進します。

○ 災害時における医療的ケア児（高度医療依存児）等への支援体制については、医療・保健・福祉・教育機関の連携により検討を進めます。

※ 災害時の医療的ケア児（高度医療依存児）等に対する支援については、「第（）編 第（）節 「災害時における医療」、「長野県障がい者プラン」」に記載しています。

成人期医療への移行

全国的に、小児期に発症した疾患の成人期の医療への移行が課題となっており、国において都道府県における移行期医療支援体制に関する検討が始まっています。

移行期医療では、疾患の性質や重症度、重複する疾患の有無、地域性等を考慮した多職種による包括的支援が必要となり、特に以下のような医療体制の充実が急務となっています。

- ① 本人及び家族への啓発
- ② 治療を引き継ぐ成人診療科医師への小児疾患等に対する知識・経験の蓄積
- ③ 小児科医と成人診療科医の連携
- ④ 妊娠・出産・遺伝カウンセリングを含む生殖医療の拡充
- ⑤ 知的障がい・発達障がいを有する成人に対する対応

現在、長野県では信州大学医学部附属病院と県立こども病院との連携により、小児期に発症した心臓疾患を有する方の診療連携を開始しています。

より広く県民の皆さんへの「小児期発症疾患を有する患者の成人期医療への移行」の現状の周知と民間活動を含む社会全体での支援が求められています。

第4 数値目標

区分	指標	現状 (H29)	目標 (H35)	目標数値の考え方	備考 (出典等)
0	乳児死亡率(出生千対)	<u>1.9</u> (H28)	<u>1.9</u>	現在の水準を維持する。	厚生労働省 「人口動態統計」

区分	指 標	現状 (H29)	目標 (H35)	目標数値の考え方	備考 (出典等)
O	乳幼児死亡率(5歳未満人口千対)	<u>0.5</u> (H28)	<u>0.5</u>	現在の水準を維持する。	厚生労働省「人口動態統計」
O	小児の死亡率 (15歳未満人口千対)	<u>0.2</u> (H28)	<u>0.2</u>	現在の水準を維持する。	厚生労働省「人口動態統計」
S	小児救急電話相談回線数	2回線	2回線	<u>現状を維持する。</u>	保健・疾病対策課調査
S	<u>医療施設に従事する小児科 医師数</u>	<u>287人</u> (H26)	<u>287人以上</u>	<u>現在の水準以上を目指す。</u>	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」
S	小児医療に係る病院勤務医数	209.6人 (H26)	209.6人以上	現在の水準以上を目指す。	厚生労働省「医療施設調査」
S	小児初期救急医療体制として休日夜間急患センター等が整備された二次医療圏数	<u>8医療圏</u>	<u>8医療圏</u>	<u>現在の水準を維持する。</u>	医療推進課調査
S	一般小児医療を担う診療所数(人口10万人当たり)	3.0箇所 (H26)	3.0箇所	現在の水準を維持する。	厚生労働省「医療施設調査」
S	一般小児医療を担う病院数(人口100万人当たり)	33.5病院 (H26)	33.5病院	現在の水準を維持する。	厚生労働省「医療施設調査」

注) 「区分」欄 S(ストラクチャー指標): 医療サービスを提供する物的・人的資源及び組織体制等を測る指標
P(プロセス指標): 実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標
O(アウトカム指標): 医療サービスの結果として住民の健康状態や患者の状態を測る指標

小児慢性特定疾病児童等自立支援

小児慢性特定疾病は、症状や治療が長期にわたって生活の質を低下させる疾病で、現在 14 疾患群 722 疾病が対象となっており、長野県では 1,872 人(平成 29 年 3 月末現在)が認定されています。

平成 27 年 1 月 1 日の児童福祉法の一部を改正する法律の施行により、小児慢性特定疾病児童等自立支援事業が法定化され、関係機関との連絡調整等を実施し、自立・就労の円滑化を図るための「小児慢性特定疾病自立支援員」の配置が盛り込まれました。

長野県では平成 27 年 4 月 1 日から保健・疾病対策課内に 1 名を配置し、保健福祉事務所及び市町村の保健師あるいは学校関係者等と連携し、本人・家族への相談事業等を行っています。

小児慢性特定疾病児童等にとって最も大切なことは、ライフステージに応じた生活の質の向上です。医療・保健・福祉・教育等の関係機関が連携し、保育園等への入園、小中学校等への入学、また就職、結婚などのライフイベントで本人の持つ力を最大限に発揮できるよう、将来を見据えた切れ目のない支援体制づくりを進めています。

小児医療における圏域の設定及び二次医療圏相互の連携体制(案)

		第6次	第7次
	区分	小児医療	小児医療
東信圏域	佐久	○	○
	上小	○	○
南信圏域	諏訪	○	○
	上伊那	○	○
	飯伊	○	○
中信圏域	木曾	■ (松本)	■ (松本)
	松本	●	●
	大北	■ (松本)	■ (松本)
北信圏域	長野	○	○
	北信	○	○

注)各欄の凡例

○印: 当該二次医療圏内で対応する医療圏

●印: 他の二次医療圏と連携し、連携の中心となる医療圏

■印: 他の二次医療圏と連携する医療圏

()内は、連携の中心となる二次医療圏の名称

