

各論

第1章 県民の命を守る地域医療の充実

第1節 地域医療連携の推進

【現状】

近年の医療を取り巻く環境は、急速な超高齢社会の到来と少子化の進展、生活習慣病の増加による疾病構造の変化、医学・医術の進歩による医療の高度化・専門化の進展、ICT（情報通信技術）の飛躍的な発達等、大きな変化が見られます。

【課題】

(1) 医療機関の役割分担

「総論 第2章 第4節 保健医療の概況」で述べたように、平成28（2016）年9月に実施した県政世論調査によると、最初にかかる医療機関について、「医院（クリニック、診療所）」にかかるとする者が68.8%である一方、「比較的大きな病院」にかかるとする者が12.7%となっています。いわゆる大病院には、入院機能や紹介患者に対する高度先端医療など専門外来の役割が期待されていますが、必ずしも大病院と一次的な地域医療を担う診療所等との役割分担が図られておらず、病院の勤務医に過度の負担がかかるといった問題が生じています。

(2) 医療資源の不足

本県の医師数の状況は、「総論 第2章 第4節 保健医療の概況」で述べたように、平成28（2016）年12月末日現在5,513人で、人口10万対では189.8と全国平均251.7を大きく下回る全国46位となっており、医師確保が喫緊の課題となっています。本県内の人口10万対医師数を二次保健医療圏別に見ると、つくば保健医療圏は410.4と全国平均を上回っていますが、常陸太田・ひたちなか保健医療圏や鹿行保健医療圏、筑西・下妻保健医療圏では、全国平均の半分に満たない数となっており、地域間における偏在が見られます。

医師以外にも本県の歯科医師や薬局・医療施設従事薬剤師、看護職員の数が全国平均より少ないことは、既に述べたとおりです。（「総論 第2章 第4節 保健医療の概況」参照）

さらには、医師を始めとする医療従事者確保の難しさから、地域の医療機関の診療科の縮小や廃止等により、地域医療の確保が困難となっている地域もありますが、役割分担や協力体制づくりは必ずしも進んでいない状況にあります。

また、高齢者が自宅で最期を迎えることを希望しても、家族の負担や症状が急変した場合の懸念や、実際には在宅での看取りを支える診療所等が少ないなど、在宅療養を選択できない現状があり、在宅医療における連携や医療の提供に当たって、課題があります。

(3) 社会保障・税一体改革大綱と医療連携の推進

「社会保障・税一体改革大綱」（平成24（2012）年2月閣議決定）においては、2025年を目途に、疾病予防や介護予防を推進し、また病気になった場合に「治す医療」とその人らしく尊厳をもって生きられるよう「支える医療・介護」の双方を実現するため、急性期をはじめとする医療機能の強化、病院・病床機能の役割分担・連携の推進、在宅医療の充実等を内容とする医療サー

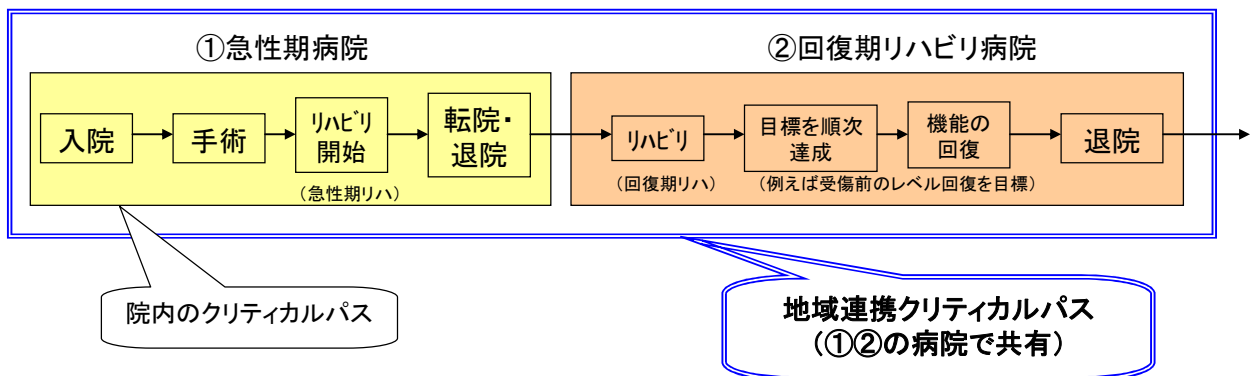
ビス提供体制の制度改革に取り組むとしております。

県としては、これまでも地域の各医療機関による役割分担と連携により、医療資源の有効活用と切れ目のない効率的で質の高い医療の実現を目指しており、特に、第5次医療法改正（平成18（2006）年）以降は、4疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞及び糖尿病）及び5事業（救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療（小児救急医療を含む。））の医療連携体制構築を進めてまいりましたが、「社会保障・税一体改革大綱」を踏まえた制度改正を踏まえ、前計画の期間である平成25（2013）年度からは、精神疾患と在宅医療について加えた5疾病5事業及び在宅医療の医療連携体制を構築してきました。

県境の地域においては、本県在住の患者が隣接県の医療機関を受診するなど、県域を越えた受療実態があることから、地域の実情に応じて、他県との協議を進め、関係機関と連携を図りながら体制の充実に努める必要があります。

また、地域の医療機関が、それぞれの特性に基づき機能を分担し、連携を推進するための有効な手段である地域連携クリティカルパス（発病から診断、治療、リハビリ、在宅療養まで、診療にあたる複数の医療機関が役割分担を含めて作成する一連の診療計画）については、急性期医療機関から回復期医療機関を経て在宅に戻るまで、医療機関相互の円滑な連携による継続的な医療の提供と患者の転院への不安解消などの効果が期待されています。

■地域連携クリティカルパス



(4) 5疾病5事業及び在宅医療に係る医療体制の整備

5疾病5事業の医療連携体制については、本章第2節に詳しく記載しています。

(5) 地域医療支援病院

地域医療支援病院は、他の医療機関からの紹介患者に対する医療提供や、医療機器等の共同利用等を通じて、かかりつけ医等を支援する能力を備えるものとして都道府県知事が承認した病院です。地域の医療機関との適切な役割分担と連携を図っていくことにより、地域医療の充実が期待されています。

本県には、平成30（2018）年4月現在、地域医療支援病院が14箇所あります。

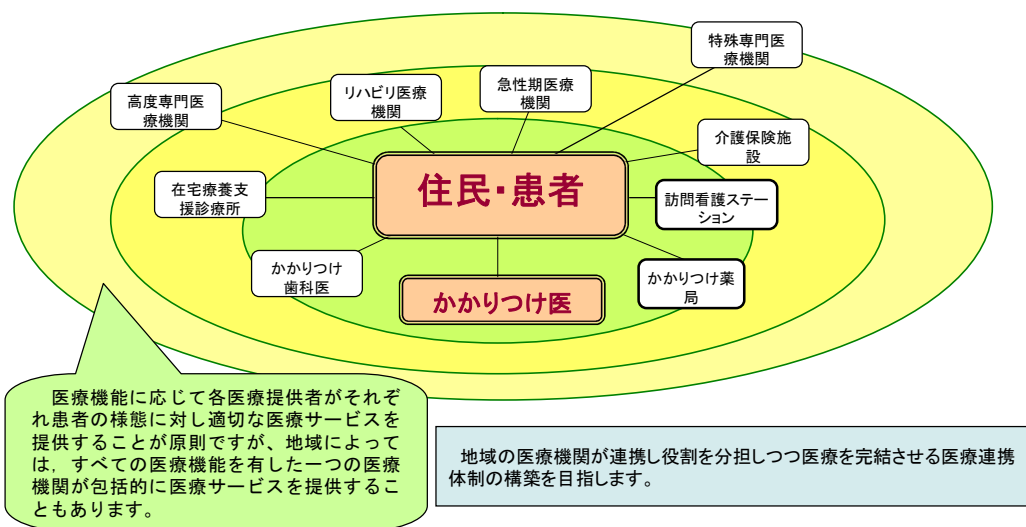
■県内の地域医療支援病院(平成 30 (2018) 年 4 月 1 日現在)

二次保健医療圏	病院名
水戸	独立行政法人国立病院機構水戸医療センター
	水戸赤十字病院
	水戸済生会総合病院
	茨城県立中央病院
日立	株式会社日立製作所日立総合病院
常陸太田・ひたちなか	独立行政法人国立病院機構茨城東病院
	株式会社日立製作所ひたちなか総合病院
土浦	独立行政法人国立病院機構霞ヶ浦医療センター
つくば	筑波メディカルセンター病院
	筑波記念病院
取手・竜ヶ崎	取手北相馬保健医療センター医師会病院
	J Aとりで総合医療センター
古河・坂東	友愛記念病院
	古河赤十字病院

【対策】

- (1) 地域の開業医など、日頃から患者の体質や病歴、健康状態を把握し、健康相談も行う「かかりつけ医」の県民への普及定着を図ります。
- (2) 地域の医療機関の機能分担と連携を進めるため、地域の医療機関等の協議の場を設置するとともに、地域連携クリティカルパスの普及を図ります。
- (3) 高度で専門的な医療を提供する医療機関、難病等の治療を行う特殊専門医療機関、急性期医療機関、リハビリテーション医療機関、介護保険施設、かかりつけ医等が医療ニーズに合わせた機能分担と連携強化を図ることによって、各地域においてより効果的・効率的に切れ目のない医療を提供する体制の整備を推進し、この体制の県民への普及定着を図ります。
- (4) 5 疾病 5 事業に係る医療体制の整備に併せて、医療ニーズの状態像に応じ医療・介護サービスの適切な機能分担をするとともに、居住系、在宅サービスの充実を図ります。(詳細は、「第 2 節 医療体制の確立」に記載。)

■地域の医療連携体制のイメージ



【目標】

目標項目	現況	目標値
最初にかかる医療機関のうち「医院（クリニック，診療所）」の割合	68.8%	80%

第2節 医療体制の確立

1 がん

対策詳細 ⇒「総合がん対策推進計画—第四次計画—」

がんは、全国では昭和 56（1981）年から、茨城県でも昭和 60（1985）年から死亡原因の第 1 位となっており、平成 27（2015）年の本県のがんによる死亡者数は 8,823 人で、全死亡者数の 28.5%（全国 28.7%）を占めています。県のがんによる人口 10 万対の年齢調整死亡率は、高い順から男性が全国 9 位、女性が全国 8 位となっています。また、本県のがん患者数は約 33,000 人と推計され（平成 26（2014）年患者調査（厚生労働省））、今後も人口の高齢化に伴い、ますます増加すると見込まれています。なお、平成 27（2015）年の本県の部位別の 75 歳未満のがん年齢調整死亡率をみると、男性では胃がん、肝がん、胆のうがん、膵がん、肺がん、悪性リンパ腫、大腸がんが、女性では胃がん、胆のうがん、膵がん、乳がん、卵巣がん、悪性リンパ腫、大腸がんが全国を上回っています。

本県のがん対策は、平成 2（1990）年に「茨城県総合がん対策推進計画」を策定し、予防から早期発見、高度専門的医療や緩和ケアの提供体制の整備など、総合的ながん対策をスタートさせ、その後、平成 15（2003）年に「第二次計画」を、平成 20（2008）年には、都道府県の「がん対策推進計画」として位置付けた「第二次後期計画」を、平成 25（2013）年には国の「がん対策推進基本計画」の見直しを受け、「第三次計画」を策定しています。

さらに、平成 27（2015）年 12 月に、「茨城県がん検診を推進し、がんと向き合うための県民参療条例」を制定し、さらなる対策の推進を図ったところです。

なお、この条例の名称にある「参療」とは、がんに関する正しい知識を習得し、自身に提供されるがん医療を決定できることについて自覚を持って、がん医療に主体的に参画することと定義されています。

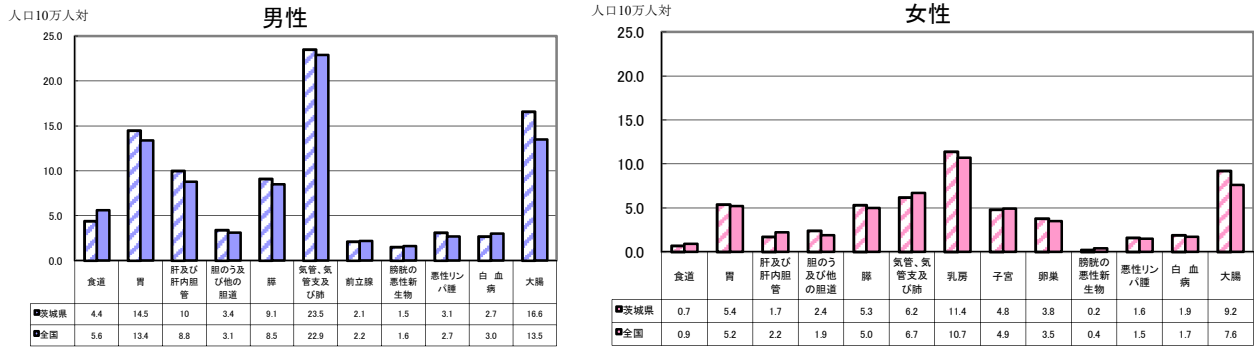
今後は平成 29（2017）年 10 月の国の「がん対策推進基本計画」の見直しや条例の趣旨を踏まえて新たに策定した「第四次計画」に基づき、各種取組を推進します。

■がんによる死亡者数の状況（平成 27（2015）年）

区 分	全 国			茨 城 県		
	総数	男	女	総数	男	女
総死亡（人）	1,290,444	666,707	623,737	31,025	16,189	14,836
悪性新生物（人）	370,346	219,508	150,838	8,823	5,372	3,451
総死亡に占める割合（%）	28.7	32.9	24.2	28.5	33.2	23.3
75 歳未満年齢調整死亡率	78.0	99.0	58.8	83.1	105.1	61.8

資料：厚生労働省「人口動態統計」

■がんの部位別 75 歳未満年齢調整死亡率（平成 27（2015）年）



出典：国立がん研究センターがん対策情報センターHP 資料から作成

(1) がん教育・がん検診

【現状】

ア がん教育(がんの予防)

がんの原因は、喫煙や食生活、運動等の生活習慣のほか、ウイルスや細菌への感染など、様々なものが関与しています。

平成 28（2016）年度に実施した「茨城県総合がん対策推進モニタリング調査^(注1)（以下「モニタリング調査」という。）によると、本県の成人の喫煙率は、男女とも減少傾向にあるものの、前計画の目標値(男：23%以下，女：6%以下)より高く、野菜や食塩摂取量についても、目標(野菜：350g 以上，食塩：男性 8.0g 未満，女性 7.0g 未満)を達成できていない状況となっています。

また、モニタリング調査によると、「がんは怖い病気だと思う」と答えた方の割合は、男女とも 9 割を超えており、この傾向は、前回（平成 23（2011）年度），前々回（平成 19（2007）年度）の結果と変わっていません。

医療技術の進歩等により、がんを早期に発見し早期に治療を行えば、高い確率で完治することができるようになっていますが、依然として「がんは不治の病」や「がんになると痛みで苦しむ」といった思い込みが根強くあるものと考えられます。

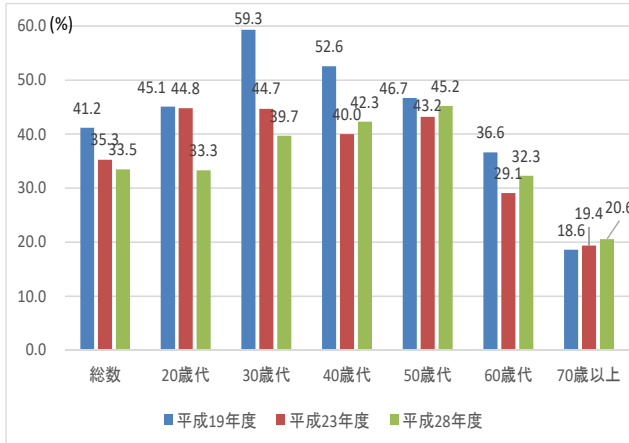
(注1) 茨城県総合がん対策推進モニタリング調査：県民の栄養摂取状況，生活習慣及びがんに関する意識・行動の実態把握のための県調査。(H28 年度調査協力数：396 世帯，872 人)

○県民の生活習慣の状況

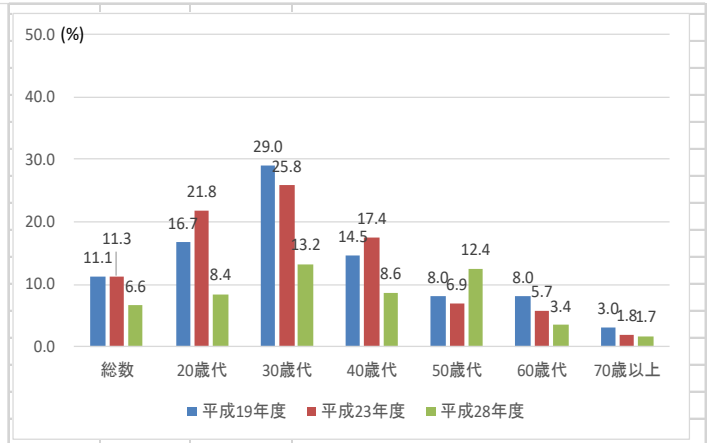
【喫煙習慣のある人】（モニタリング調査による）

（調査期日前1ヶ月間に「毎日」又は「ときどき」吸う人）の割合推移

男性

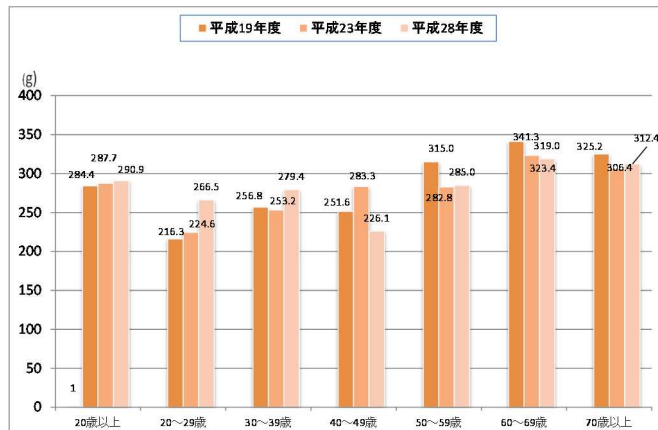


女性



【1日あたりの野菜摂取量の平均値の推移】（モニタリング調査による）

男性



女性



イ がん検診（がんの早期発見）

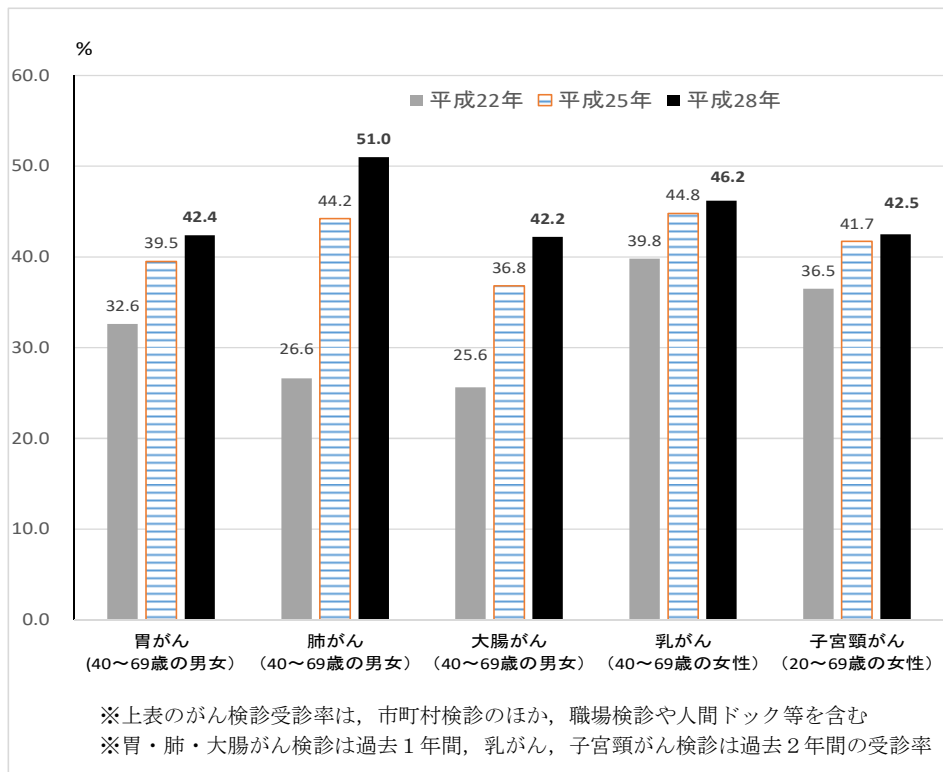
がん検診は、がんを早期に発見し、早期に治療を行うことで、がんによる死亡率を減少させることを目的に実施しており、受診率を向上させることが重要です。

条例では、県民が積極的かつ定期的ながん検診を受けるよう努めること、県及び関係機関が検診の普及啓発や環境整備の施策を講じる旨を規定しています。

しかし、本県のがん検診受診率は、平成28（2016）年の国民生活基礎調査によると、肺がん検診については初めて50%を超えたものの、胃がん、大腸がん、乳がん、子宮頸がん検診については、40%台に留まっています。

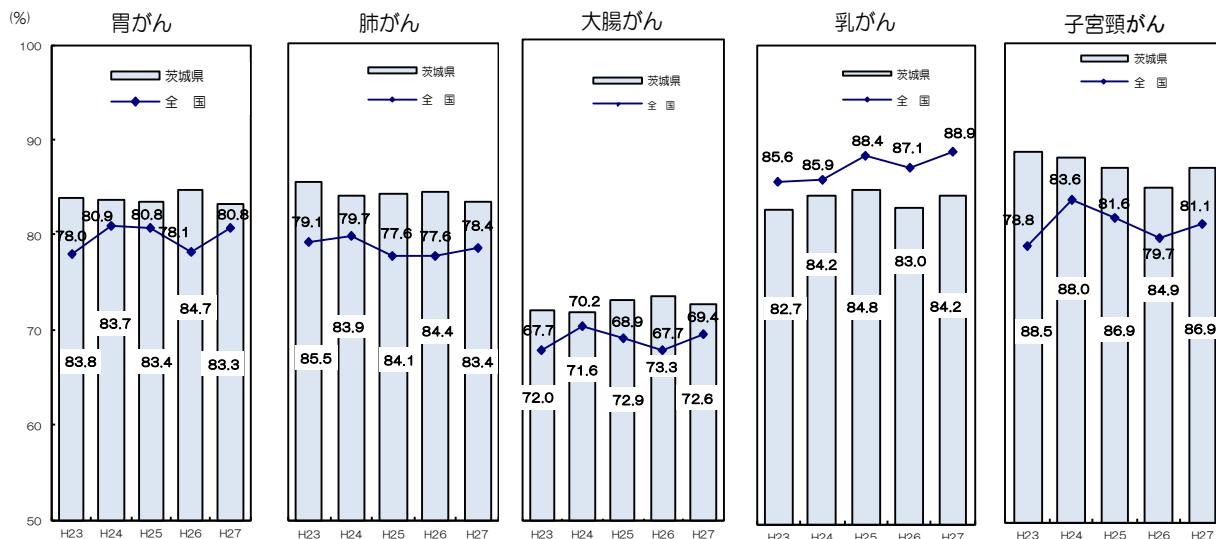
また、がん検診の結果、要精密検査と判定された者は、確実に精密検査を受診し、治療に繋げることが必要ですが、精密検査の受診率は70～80%を推移する状況が続いています。

【茨城県のがん検診受診率 H22 (2010)・H25 (2013)・H28 (2016) 年 経年比較】



資料：厚生労働省 平成 22, 25, 28 年「国民生活基礎調査」

▼市町村が実施するがん検診のがん種別、精密検査受診率の過去5年推移



茨城県データは「県内市町村がん検診実績」(茨城県保健予防課集計)より、全国データは「がん検診の実施状況」(公益財団法人 日本対がん協会集計)より
 ※上表の精密検査受診率は、市町村検診のみの値であり、職場検診や人間ドックなどは含まない

【課題】

ア がん教育(がんの予防)

がんは国民の2人に1人がかかる病気であり、がんについて正しく知り、がんになるリスクを減らすがんの一次予防の推進が求められています。

このため、科学的根拠に基づくがん予防法をはじめ、がんの症状や検査・診断・治療方法など、がんに関する正しい知識を普及することが重要です。

また、がんは特別な病気ではなく誰しもかかる可能性があること、がんになってしまったとしても早期に発見し治療に結び付けることが可能なことなど、がんを身近な問題として捉えられるよう、がんに対する理解を深める必要もあります。

これらは、成人だけでなく、子供たちも含めた「がん教育」として推進することが求められています。

さらに、がん予防の観点から、県民の生活習慣の改善やたばこ対策などを推進していく必要があります。

イ がん検診(がんの早期発見)

がん検診によって、がんによる死亡率を減少させるには、十分な受診率の確保が不可欠です。

このため、検診の重要性についての普及啓発や、効果的な受診勧奨の推進、がん検診を受けやすい環境の整備など、受診率向上のための対策を市町村や関係機関と協働で推進する必要があります。

また、検診受診率の向上と併せて、精密検査受診率の向上を図ることが重要であり、精密検査の重要性の周知や受診勧奨の促進等に取り組む必要があります。

さらに、がん検診の精度を維持し、質の高いがん検診を提供することも重要です。

本県では、国の「がん検診実施のための指針」を踏まえ、本県独自に策定した「茨城県がん検診実施指針」に基づき、茨城県生活習慣病検診管理指導協議会^(注1)の検討なども踏まえながら、検診精度の維持・向上に努める必要があります。

【対策】

ア がん教育(がんの予防)

(ア) 市町村やがん診療連携拠点病院、関係機関等と協力・連携して、正しいがん予防の知識や、がんの発生・治療・療養生活等に関して、県民への情報提供や啓発活動の充実を図ります。

併せて、成人のみでなく子供たちも含めて、がんの発生メカニズムやがんの症状、検査や診断の方法、治療の種類、その薬と副作用など、具体的な知識を周知するとともに、がん患者に対する理解を深めることができるよう「がん教育」を推進します。

これらにより、条例に基づく県民の「参療」を推進できるよう努めます。

(注1) 茨城県生活習慣病検診管理指導協議会：がん検診の実施方法及び精度管理のあり方などについて、専門的な見地から助言指導を行うために設置されている組織。

- (イ) 「健康いばらき 21 プラン」や「茨城県食育推進計画」と連携を図り、たばこ対策や食生活改善対策を推進するとともに、肝がん予防としての肝炎ウイルス検査の促進や、HTLV-1（ヒトT細胞白血病ウイルス-1型）の感染予防対策等に取り組みます。

イ がん検診(がんの早期発見)

- (ア) 国及び市町村への働きかけやモニタリング調査の実施により、県民のがん検診の受診状況の把握に努めます。
- (イ) がん検診受診率の向上を図るため、市町村や関係機関と連携して、がん検診の推進のための普及啓発や効果的な受診勧奨の推進、がん検診を受けやすい環境の整備に取り組みます。
- また、「がん検診受診率向上企業連携プロジェクト」により協定を締結した企業等と連携し、受診率向上のための普及啓発活動に取り組みます。
- (ウ) 茨城県生活習慣病検診管理指導協議会を通し、「がん検診追跡調査等事業」で得られる各検診機関の精度管理指標を精査し、必要に応じて、市町村や検診機関、精密検査医療機関に対し指導・助言を行い、検診精度の維持・向上に努めます。
- 特に、精密検査受診率については、県は、市町村や関係機関に対し、対象者への精密検査の重要性の周知や、精密検査の受診勧奨を推進するよう働きかけることにより精密検査受診率の向上に努めます。
- (エ) 新しい研究成果等の情報収集に努め、国の指針改正の動向を踏まえつつ、検診方法や項目、精度管理の方法等について、必要に応じ、見直し等の検討を行います。

(2) がんの医療体制

【現状】

ア がんの専門的な医療施設

本県では、可住地面積が広く住みやすい環境である一方、医療資源が分散するといった特徴があり、がん診療体制の整備にあたっては、この点を考慮する必要があります。そこで、新たになん治療だけを専門に行う病院を県内に1か所整備するのではなく、県民の利便性を考慮し、身近なところで質の高い専門的な治療を受けることができるよう、既存の総合病院に併設する形の、がん診療の拠点となる茨城県地域がんセンターを4か所整備しています。

この地域分散型のがんセンターの整備方式は、他県にはない、茨城県独自の特徴となっています。

また、がん治療だけを専門で行う単独のがんセンターは、がん患者の高齢化に伴う合併症への対応が必ずしも十分ではありません。本県が整備した地域がんセンターは、急性期医療を行っている総合病院に併設されているため、同一施設内で様々な臓器合併症や病態の変化に対して迅速に対応できる利点を有しています。

国では全国どこでも適切ながん医療が受けられる体制の整備に向けて、平成18(2006)年度に「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」を定め、都道府県の中心的な役割を担う「都道府県がん診療連携拠点病院」、二次保健医療圏におけるがん診療の中心的な役割を担う「地域

がん診療連携拠点病院」，がん診療連携拠点病院が未整備の二次保健医療圏において，がん診療連携拠点病院と連携して診療を行う「地域がん診療病院」や特定のがん種に特化した診療を行う「特定領域がん診療連携拠点病院」を指定しています。

本県では，都道府県がん診療連携拠点病院として県立中央病院を指定し，さらに地域がんセンターも含め，地域がん診療連携拠点病院として **8 病院**，地域がん診療病院として 1 病院が指定されています。これら **10 病院**は，9 保健医療圏のうちの 8 保健医療圏にあります。残る 1 つは，「筑西・下妻」保健医療圏となっており，この地域のがん患者は，隣接県や隣接保健医療圏の医療機関に受診している傾向があります。

そのため，隣接の保健医療圏で複数の医療機関をがん診療連携拠点病院として指定することでカバーする体制をとっています。

さらに小児がん医療については，茨城県立こども病院及び筑波大学附属病院が，診療や研究，教育等の連携体制を構築し，県内の基幹病院として小児白血病や固形がんの専門的な治療を提供しています。

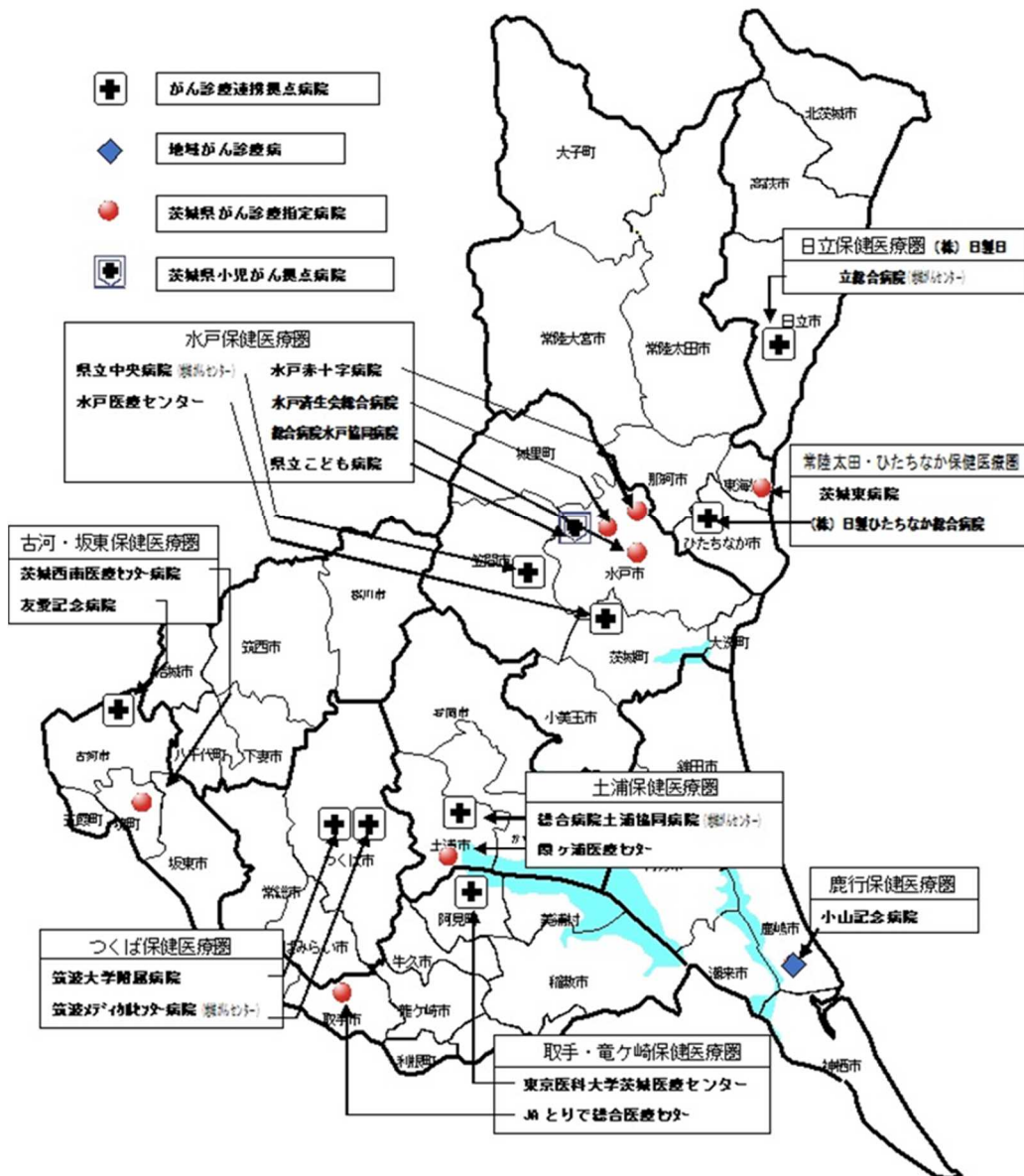
◆本県のがん専門医療体制

二次 保健医療圏	国指定	県指定		
	がん診療連携拠点病院等	県地域がんセンター	県小児がん拠点病院	県がん診療指定病院
水戸	県立中央病院★ (独)国立病院機構水戸医療センター	県立中央病院	県立こども病院	水戸済生会総合病院 水戸赤十字病院 総合病院水戸協同病院
日立	(株)日立製作所日立総合病院	(株)日立製作所日立総合病院		
常陸太田・ ひたちなか	(株)日立製作所ひたちなか総合病院			(独)国立病院機構茨城東病院
鹿行	小山記念病院○			
土浦	総合病院土浦協同病院	総合病院土浦協同病院		(独)国立病院機構霞ヶ浦医療センター
つくば	筑波メディカルセンター病院 筑波大学附属病院	筑波メディカルセンター病院		
取手 竜ヶ崎	東京医科大学茨城医療センター			J Aとりで総合医療センター
筑西・下妻				
古河・坂東	友愛記念病院			茨城西南医療センター病院

★：都道府県がん診療連携拠点病院

○：地域がん診療病院

茨城県のがん専門医療施設の整備状況



イ がんの医療機能

がんの主な治療法としては、手術療法、放射線療法、化学療法があり、がんの病態に応じ、それぞれを単独で行う治療や、これらの療法を組み合わせた集学的治療の提供が求められています。

これまで、県は、がん診療連携拠点病院と連携し、専門医等の配置に努めてきましたが、放射線治療医については、がん診療連携拠点病院 9か所のうち7施設、医学物理士の配置については、9か所のうち9施設となっています。

また、化学療法を担当するがん薬物療法専門医については、9か所のうち4施設、がん薬物療法認定薬剤師は、9か所のうち9施設、がん化学療法看護認定看護師については、すべての施設で配置されております。

ウ 在宅療養支援

本県では、がん患者の希望に応じて、可能な限り在宅で療養生活を送ることができるよう、外来通院による放射線治療や、外来での化学療法が受けられる診療体制の整備を進めています。

なお、平成 28 (2016) 年 3 月現在、県内の在宅療養支援病院は 15 施設 (人口 10 万人当たり 0.5 施設)、在宅療養支援診療所は 195 施設 (人口 10 万人当たり 6.6 施設) で、それぞれ人口 10 万人当たりの全国平均 (0.9 施設, 11.5 施設) を下回っています。

【課題】

ア がんの専門的な医療施設

国立がん研究センターがまとめた「がん診療連携拠点病院等院内がん登録 2015 年全国集計」によると、本県のがん患者が県外のがん診療連携拠点病院に受診した割合が約 2 割となっており、隣接している都県へ流出している状況がみられます。

この要因としては、がん診療連携拠点病院のない保健医療圏などから、交通アクセスが便利ながん診療連携拠点病院へ受診しているものと考えます。

そのため、がん診療連携拠点病院のない空白の保健医療圏でも質の高いがん診療が受けられる体制整備が課題となっています。

また、個人のゲノム情報に基づき、個人ごとの違いを考慮したゲノム医療の体制整備も課題となっております。

イ がんの医療機能

本県では手術療法や放射線療法、化学療法に専門的に携わる医師、看護師、薬剤師、診療放射線技師等の医療従事者が、十分に確保されていない状況であり、これら医療従事者の育成・確保が課題となっています。

また、がんと診断された時からの緩和ケアの提供、多職種で医療にあたるチーム医療の整備、働く世代や小児に加え、小児と成人領域の狭間で対応が十分にとれていなかった 15 歳から 40 歳未満の、いわゆる AYA (Adolescent and Young Adult) 世代 (思春期・若年成人) のがん患者に対するがん対策の充実など、がんの専門的な診療を行う医療機関には、様々な機能や体制の整備が求められています。

さらに、がん患者やその家族に対する相談支援体制の整備のほか、がん患者の就労を含めた社会的な問題などについても対応することが求められています。

ウ 在宅療養支援

外来通院による放射線治療や、外来で化学療法を受ける患者数については、病院間で差が見られ、患者が多い地域では、さらに外来診療の体制整備が必要です。

在宅療養での薬剤や医療機器の使い方、地域の医療・介護・福祉機関との調整、看取りなど、在宅療養を支援する地域の医師・看護師・薬剤師・介護福祉職等を対象とした多職種への研修を実施して、患者が安心して療養生活を過ごせるための支援を行うことが求められています。

さらに、病院の医療スタッフが、治療を継続するがん患者の退院支援・調整等を円滑に行うた

め、病院の医療スタッフが、相談支援センター及び地域医療連携の担当者を通じて、地域のかかりつけ医や訪問看護ステーション、薬局、歯科診療所等と十分な連携をとる体制の整備が求められています。

【対策】

ア がんの専門的な医療施設

(ア) 茨城県地域がんセンター、筑波大学附属病院(県全体をカバー)

病院名等	求められる医療機能
茨城県地域がんセンター ・茨城県立中央病院 ・(株)日立製作所日立総合病院 ・総合病院土浦協同病院 ・筑波メディカルセンター病院 筑波大学附属病院	<ul style="list-style-type: none"> ○ 我が国に多いがん(肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん及び乳がんをいう。以下同じ。)のほか、多臓器にまたがるがんや進行・再発を繰り返す難治性のがんについて、がん患者の病態に応じた集学的治療の提供や各学会の診療ガイドラインに準ずる標準的治療の提供。 ○ がんに関する高度な診断や治療法の研究を推進し、本県のがん診療レベルの向上に資する。 ○ 茨城県立中央病院や筑波大学附属病院等と協力し、希少がんに対する医療の提供体制を整備。 ○ 専門的な緩和ケアを提供する緩和ケアセンターの整備。 <p>【筑波大学附属病院(特定機能病院)】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 多様な新ニーズに対応する『がん専門医療人材(がんプロフェッショナル)』養成プランや放射線医療従事者の人材育成を目的に県が整備したテレビ会議システムを活用した、がん専門の医療従事者の教育と人材育成。 ○ 次世代がん治療(ホウ素中性子捕捉療法(BNCT))に関する研究など、先進的医療開発の取り組み強化。 ○ 陽子線治療についての利用促進。 ○ がんゲノム医療の体制整備

(イ) がん診療連携拠点病院(二次保健医療圏の中心的な医療機関)

病院名等	求められる医療機能
都道府県がん診療連携拠点病院 ・茨城県立中央病院(再掲) 地域がん診療連携拠点病院 ・(株)日立製作所日立総合病院(再掲) ・総合病院土浦協同病院(再掲) ・筑波メディカルセンター病院(再掲) ・筑波大学附属病院(再掲) ・東京医科大学茨城医療センター ・友愛記念病院 ・国立病院機構水戸医療センター ・(株)日立製作所ひたちなか総合病院 地域がん診療病院 ・小山記念病院	<ul style="list-style-type: none"> ○ 我が国に多いがんについて、患者の病態に応じた集学的治療や各学会の診療ガイドラインに準ずる標準的治療の提供。 ○ がん診療連携拠点病院が未指定の「筑西・下妻」保健医療圏について、隣接の保健医療圏等によるカバー体制の構築など、相互に補完し、質の高いがん診療を提供する。 ○ 放射線療法や化学療法、手術療法の各療法について、専門的な知識や技術を有する医師等の医療従事者の養成、確保。 ○ 様々な医療従事者が各職種の専門性を活かしつつ、互いに連携し、サポートしあって治療にあたるチーム医療の整備。 ○ 適切な口腔管理を行うための医科歯科連携の推進。 ○ がん患者の生活機能の低下を予防し、生活の質を維持・向上させるためのがんリハビリテーションの充実。 ○ がん患者の希望に応じて可能な限り在宅で療養生活を送ることができるよう、外来通院による放射線治療や化学療法が受けられる診療体制の整備、充実。 ○ がん患者の退院時の支援・調整を円滑に行うため、在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、薬局及び歯科診療所等との連携体制の整備。 <p>【都道府県がん診療連携拠点病院(茨城県立中央病院)】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 各がん診療連携拠点病院で実施されるPDCAサイクルを確保すること。 ○ 都道府県がん診療連携協議会の活動の充実と、各がん診療連携拠点病院の連携の促進。 ○ 国立がん研究センター等から得られるがんに関する最新の情報等について、各がん診療連携拠点病院等への提供。 ○ がんゲノム医療の体制整備

(ウ) 茨城県がん診療指定病院(身近な地域におけるがんの医療機関)

病院名等	求められる医療機能
水戸済生会総合病院 水戸赤十字病院 総合病院水戸協同病院 国立病院機構茨城東病院 国立病院機構霞ヶ浦医療センター JAとりで総合医療センター <u>茨城西南医療センター病院</u>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 各学会の診療ガイドラインに準じたがん治療を提供する。 ○ がん診療連携拠点病院と連携を図り、がん患者の病態に応じた最適な治療の提供。 ○ 我が国に多いがんにおいて、手術を担当する医師や放射線診断医、病理診断医などが参加して、治療方針を包括的に検討できるカンサーボードの整備、充実。 ○ がん患者の希望に応じて可能な限り在宅で療養生活を送ることができるよう、がん患者の退院時の支援・調整を円滑に行うため、がん診療連携拠点病院をはじめ、在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、薬局及び歯科診療所等との連携体制の整備。

(エ) 小児がんの診療を行う医療機関(県全体をカバー)

病院名等	求められる医療機能
茨城県立こども病院 筑波大学附属病院(再掲)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 小児がんに関する診療や教育などの連携体制を強化し、本県の小児がん医療の基幹病院として専門的な治療を提供。 ○ 治療後の再発腫瘍に対しても、それぞれの患者に応じた治療選択肢を提案し、患者が納得できる治療を提供。 ○ 小児がんに関する情報を県民にわかりやすく提供するとともに、小児がん患者が、慣れ親しんだ地域で長期的なフォローアップを受けつつ、復学や進学、社会的自立に向けた取り組みにも継続して参加できる体制を充実。 ○ 小児がん患者に対して適切な緩和ケアを提供できるチーム体制の整備。 ○ 筑波大学が茨城県立こども病院に設置した「筑波大学附属病院茨城県小児地域医療ステーション」を活用し、次世代の小児がん医療を担う人材育成のための教育・指導体制の構築。

イ がんの医療機能

(ア) 手術療法・放射線療法・化学療法の診療体制の充実

がん診療連携拠点病院は、専任の医学物理士について、1名以上の配置に努めます。また、化学療法の専門知識を持った医師(がん薬物療法専門医)やがん薬物療法認定薬剤師の配置、がん化学療法認定看護師のさらなる増員に努めます。さらに、将来、病気を克服した後に、子どもを持てる可能性を残す手法(妊孕性の確保)についても検討を進めます。

(イ) チーム医療の推進と小児がん対策等の充実

がん診療連携拠点病院は、手術療法、放射線療法、化学療法などにおいて、様々な医療従事者が各職種の専門性を活かしつつ、互いに連携し、サポートしあって治療にあたるチーム医療の提供体制を整備します。

また、がん診療連携拠点病院は、緩和ケアチーム、緩和ケア外来、緩和ケア病棟等の専門的な緩和ケアを統括する院内拠点組織である緩和ケアセンター等の整備に努めます。

さらに、本県の小児がんに係る医療体制については、茨城県立こども病院と筑波大学附属病院の連携をさらに強化し、専門的な治療の提供に努めます。

なお、AYA世代については、がん診療連携拠点病院と県立こども病院等が連携しながら、必要な情報提供等を進めます。

ウ 在宅療養支援

(ア) 在宅療養を支援する医療機関等(身近な地域で)

医療機関名等	求められる医療機能
かかりつけ医 かかりつけ歯科医 在宅療養支援病院 在宅療養支援診療所 緩和ケア病棟を有する病院 薬局 訪問看護ステーション 訪問介護事業所	○ 在宅療養を支援する医療機関等は、がん診療連携拠点病院と連携して、地域の実情に応じて在宅療養の支援体制（物品や機材の貸借体制等）を整備。 ○ 在宅療養と通院治療を並行して進めるため、かかりつけ医とがん診療連携拠点病院等の主治医との協力に加え、訪問看護師との連携体制を整備。 ○ 在宅緩和ケアの提供体制として、がん診療連携拠点病院は、かかりつけ医や在宅医療を提供する医療機関、薬局、訪問看護ステーションなど関係機関とさらに緊密に連携できるよう協議会等を開催する。

(イ) 推進方策

がん患者の希望に応じて可能な限り在宅で療養生活を行うことができるよう、がん診療連携拠点病院の医療スタッフが、治療を継続するがん患者の退院支援・調整などを円滑に行うため、相談支援センター及び地域医療連携等の担当者を通じて、在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、薬局及び歯科診療所などの具体的な活動内容を把握し、患者・家族の多様なニーズに対応できる体制の整備に努めます。

また、県は、筑波大学などの教育機関、医師会、薬剤師会、看護協会、がん診療連携拠点病院等が協力し、在宅医療に携わる医療従事者に対する研修会等を開催し、在宅療養を推進するために必要な人材育成を図ります。

(3) 生活支援体制

【現状】

がんになっても安心して暮らせる地域社会の構築のためには、医療以外の介護、福祉などの情報提供や相談支援について、病院単位ではなくがん患者の地域の実情に合わせた対応が求められています。

【課題】

がん診療連携拠点病院のがん相談支援センターに求められる役割は増えていますが、実際には、がん相談支援センターでは、病病連携や病診連携に関する医療情報を中心に対応していることから、それ以外の生活や介護、福祉に関する経験に基づく具体的な情報や、がん患者の就労に関する情報について、継続的、包括的に提供できていない状況となっています。

【対策】

がんになっても安心して暮らせる地域社会を構築するため、がん患者を地域での生活者と捉えて、それぞれの地域の実情に応じて、診断から在宅まで切れ目ないサポートを継続的に実施できる相談支援体制づくりを推進し、在宅療養や就労支援等に関する情報提供、ピアサポーター等による精神的・心理的な支援など、がん患者の様々なニーズに対応できる相談支援体制の充実に努めます。

【全体目標】

目標項目	平成 24 (2012) 年度	現況値	目標値
75 歳未満のがんによる年齢調整死亡率の減少 (人口 10 万対)	84.5 (平成 22(2010)年値)	83.1 (平成 27(2015)年値)	76.1 (2021 年値)

【個別目標】

(1) がん教育・がん検診

目標項目		平成 24 (2012) 年度	現況値 (平成 28(2016)年度末)	目標値 (2023 年度)
成人の喫煙率 (%) 注1	男性	35.3	33.5	25.5
	女性	11.3	6.6	4.0
未成年の喫煙率 (%) 注2	男性	12.2	3.5	0
	女性	3.8	2.5	0
1 日の野菜摂取量 (g) 注1		281.7	282.5	350
1 日の食塩摂取量 (g) 注1	男性	11.5	11.4	8.0
	女性	10.1	9.7	7.0
1 日あたりの果物 (ジャムを除く) 摂取量 100g 未満の者の割合 (%) 注1		57.9	64.2	48.2

目標項目			平成 25 (2013) 年度	現況値 (平成 28(2016)年度)	目標値 (2022 年度)
がん検診受診率 (%) 注3	胃がん	40~69 歳	39.5	42.4	50.0
	肺がん	40~69 歳	44.2	51.0	
	大腸がん	40~69 歳	36.8	42.2	
	乳がん	40~69 歳	44.8	46.2	
	子宮頸がん	20~69 歳	41.7	42.5	

目標項目		平成 24 (2012) 年度	現況値 (平成 28(2016)年度)	目標値 (2023 年度)
精密検査受診率 (%) 注4	胃がん	83.8	83.3	90.0
	肺がん	85.5	83.4	
	大腸がん	72.0	72.6	
	乳がん	82.7	84.2	
	子宮頸がん	88.5	86.9	

目標値：喫煙率から果物摂取量までは「健康いばらき 21 プラン」に準拠して設定

注 1 「茨城県総合がん対策推進モニタリング調査」より。

注 2 「茨城県民健康実態調査」より。

注 3 「国民生活基礎調査」(健康票)より。胃がんは、平成 25・28 年値については過去 1 年、**令和 4 年**値(目標値)については過去 2 年の受診率。肺・大腸がんは過去 1 年の受診率。乳、子宮頸がんは過去 2 年の受診率。

「国民生活基礎調査」は毎年実施されているが、がん検診受診率は、3 年に 1 度の大規模調査時のみ調査項目となるため目標値の最終確認は、計画最終年(**令和 5 年度**)ではなく、**令和 4 年**の値で行う予定。

注 4 県保健福祉部保健予防課の業務資料(各がん種別「がん検診実施年報」)より。

(2) がんの医療体制

目標項目	現況値 (平成 29 (2017) 年度)	目標値 (2023 年度)
がん診療連携拠点病院に放射線療法に携わる専門的な知識及び技能を有する専任の医学物理士の配置	9/10 病院	各拠点病院に 1 名以上
がん診療連携拠点病院に化学療法に携わる専門的な知識及び技能を有する医療従事者の配置		
医師 日本臨床腫瘍学会 がん薬物療法専門医	4/10 病院 (7 名)	各拠点病院に 1 名以上
薬剤師 がん薬物療法認定薬剤師	9/10 病院 (17 名)	各拠点病院に 1 名以上
看護師 がん化学療法看護認定看護師	2/10 病院 (13 名)	各拠点病院に 2 名以上
がん診療連携拠点病院にがんに係る 5 分野の認定看護師の育成・配置		
緩和ケア認定看護師	7/10 病院 (22 名)	各拠点病院に 2 名以上
がん化学療法看護認定看護師	2/10 病院 (13 名)	各拠点病院に 2 名以上
がん性疼痛看護認定看護師	3/10 病院 (4 名)	各拠点病院に 1 名以上
乳がん看護認定看護師	5/10 病院 (6 名)	各拠点病院に 1 名以上
がん放射線療法看護認定看護師	3/10 病院 (3 名)	各拠点病院に 1 名以上
がん診療連携拠点病院等における栄養サポートチームの整備 (加算取得)	7/11 病院	各拠点病院等に整備
がん診療連携拠点病院に医科歯科連携による口腔管理の提供体制の整備	9/10 病院	各拠点病院に整備
がん診療連携拠点病院, 地域がん診療病院, 県がん診療指定病院におけるがん患者リハビリテーション体制の整備 (加算取得)	16/17 病院	各医療機関に整備

(3) 生活支援体制

目標項目	目標年度
すべてのがん診療連携拠点病院, 地域がん診療病院, 県がん診療指定病院において患者サロンを設置	2023 年度
国立がん研究センターが実施する「相談支援センター相談員指導員研修会」を受講した相談員をがん診療連携拠点病院のがん相談支援センターに 1 名ずつ配置	2023 年度

2 脳卒中

【現状】

(1) 脳卒中（脳血管疾患）^(注1) の状況

脳卒中によって継続的に治療を受けている県内の患者数は、約 36,000 人と推計されます。^(注2) また、県内の脳卒中による死亡者数は年間 3,021 人で、死亡者数全体の 9.7%（全国：8.7%）を占め、全国と同様、死亡順位の第 4 位です。^(注3)

県の脳卒中による人口 10 万対の死亡率は、男性が 46.0（全国平均 37.8 で全国ワースト 6 位）、女性が 24.9（全国平均 21.0 で全国ワースト 10 位）となっています。^(注4)

(2) 予防

県内の特定健康診査の実施率は 49.8%（全国平均 50.1%、目標値 70%以上）、特定保健指導の実施率 16.7%（全国平均 17.5%、目標値 45%以上）と目標値を下回っています。^(注5)

また、県内における収縮期血圧の年齢調整平均値は男性が 125.7mmHg、女性が 119.7 mmHg であり、男性が高くなっています。^(注6)

(3) 医療及び療養体制

ア 病院前救護及び急性期医療

県内で、脳卒中の急性期医療・リハビリテーションを行っている医療機関は 33 機関であり、そのうち概ね 24 時間、脳梗塞患者への脳血栓溶解（t-P A）^(注7) 療法と脳血管内手術^(注8) 等の脳外科的手術に対応している医療機関は、19 機関、終日又は終日以外で脳血栓溶解（t-P A）のみに対応している医療機関は 14 機関です。^(注9)

また、平成 27（2015）年の本県内における救急要請から救急医療機関への搬送までに要した時間（平均所要時間）は 41.7 分（全国平均 39.4 分）と長く、平成 10 年と比較して 1.56 倍に増えています。^(注10)

(注 1) 脳卒中：「脳卒中」は一般的に使われる用語で、専門的には「脳血管疾患」という。

(注 2) 平成 26 年患者調査（厚生労働省）

(注 3) 平成 27 年人口動態統計（厚生労働省）

(注 4) 平成 27 年都道府県別年齢調整死亡率（業務・加工統計）（厚生労働省）

(注 5) 平成 27 年度特定健診・保健指導実施状況一覧（都道府県別）（厚生労働省保険局）

(注 6) 平成 28 年度市町村別特定健診データ集計結果（健康プラザ作成）

(注 7) t-P A（組織性プラスミノゲン活性化因子）は、血栓を溶かす薬であり、脳梗塞の発症後 4.5 時間以内に行う静注療法。

(注 8) 平成 26 年から 27 年に、脳梗塞に対する急性期血管内治療の科学的根拠が確立した、原則として発症 8 時間以内の患者において、血管内治療による血栓除去法が考慮される。

(注 9) 茨城県医療機能情報報告書（平成 29 年 10 月現在）、茨城県保健福祉部保健予防課調査（平成 29 年 10 月現在）

(注 10) 茨城県消防年報、救急・救助の現状（平成 27 年）

イ 回復期・維持期の医療及び療養

専門的リハビリテーションの医療機能がある医療機関^(注1)は29機関です。

県は、茨城県立医療大学附属病院を中心として、県内の医療機関等を広域支援センターや地域リハ・ステーション等に指定し、より身近な地域で適切なリハビリテーションサービスを受けることができるよう、リハビリテーションのネットワークづくりを推進しています。

【課題】

(1) 脳卒中（脳血管疾患）の状況

本県の脳卒中による死亡率は、男女ともに全国ワースト10位内と高くなっているとともに、今後、高齢人口の増加に伴い患者数の増加が予想されており、発症予防から一貫した医療提供体制の構築や県民への脳卒中に関する普及啓発が求められています。

脳卒中は生命が助かったとしても後遺症が残ることも多く、患者及び家族の生活の質（QOL）に大きな影響を与えます。

(2) 予防

脳卒中の最大の危険因子は高血圧であり、発症の予防には血圧のコントロールが重要です。その他、糖尿病、脂質異常症、不整脈、喫煙、睡眠時無呼吸症候群（SAS）なども危険因子であり、食生活、運動、禁煙などの生活習慣の改善に取り組むことが重要です。

また、健康診断などによって高血圧、脂質異常症、糖尿病、心房細動などの危険因子を早期に発見し、適切な治療を受けることが大切です。

県内の特定健康診査・特定保健指導の実施率は、目標値を下回っているため、実施率向上のための取組が必要です。

これらの生活習慣病を予防するためには、県民一人ひとりの主体的な健康づくりに加え、母子保健、学校保健、地域・職域保健が連携した、生涯を通じた健康管理への支援が必要です。

(3) 医療及び療養体制

ア 病院前救護及び急性期医療

脳卒中は、患者が発症後に速やかな受診をすることが重要であり、初期症状の知識や、早期受診の重要性について、普及啓発が必要です。

また、発症後の速やかな診断と治療開始には、急性期を担う医療機関への速やかな搬送と患者の迅速な受け入れ体制が必要であり、医療機関と搬送機関が連携した病院前救護体制の一層の充実が求められています。

県内の急性期医療を提供できる医療機関は、地域に偏在し、限られていることから、医療機能の実態を把握し、医療機関の連携体制を構築する必要があります。

(注1) 茨城県医療機能情報報告書（平成29年10月現在）

イ 回復期・維持期の医療及び療養

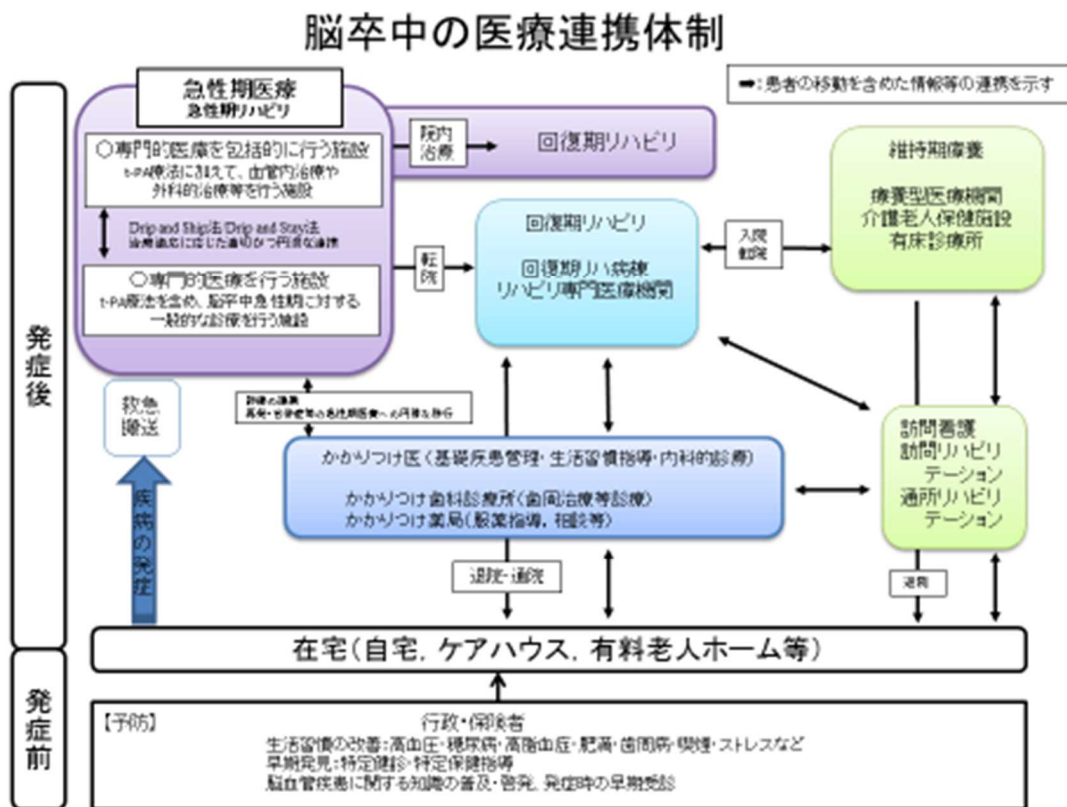
生活習慣病や合併症（誤嚥性肺炎）の予防，在宅療養支援などの観点から，医科と歯科など，多職種連携が求められています。

脳卒中の後遺症として身体活動・言語・摂食嚥下に障害が生じた場合であっても，住み慣れた地域で必要なリハビリテーションを継続して受けられ，生活の質（QOL）を低下させることなく，暮らしていける体制づくりが必要です。

【対策・目標】

(1) 求められる医療機能と連携

脳卒中については，生活習慣の改善による発症予防とともに，発症した場合には速やかに専門的な医療機関につながる体制，患者の状態に応じたリハビリテーションの継続的な実施，再発予防など，生活の質（QOL）の維持・改善に向けて，医療から介護に至るまでのサービスが連携して提供される体制づくりを推進します。



ア 発症予防の機能【予防】

目標	脳卒中の発症を予防する
医療機関に求められる事項	<ul style="list-style-type: none"> ○ 高血圧，糖尿病，脂質異常症などの基礎疾患及び危険因子（リスク）の管理が可能であること ○ 症状出現に備え，急性期を担う医療機関への受診等の対応について，本人及び家族等患者の周囲にいる者に対する教育・啓発を実施すること ○ 急性期・回復期・療養病床を有する医療機関等と連携していること
担当する医療機関	かかりつけ医療機関

イ 応急手当・病院前救護の機能【救護】

目標	脳卒中の疑われる患者が、発症後できるだけ早期に専門的な診療が可能な医療機関を受診できる
関係者に求められる事項	本人及び家族等周囲にいる者 <input type="checkbox"/> 発症後速やかに救急搬送の要請を行うこと 救急救命士等 <input type="checkbox"/> 地域メディカルコントロール協議会の定めた活動基準に沿って、脳卒中患者に対する適切な観察・判断・処置を行うこと <input type="checkbox"/> 急性期を担う医療機関へ迅速に搬送すること

ウ 発症後速やかに専門的診療を実施する救急医療の機能【急性期】

	専門的医療を包括的に行う施設	専門的医療を行う施設
目標	1 患者の来院後ただちに専門的な治療（t-PA療法）を開始する 2 発症後 4.5 時間を超えても血管内治療や外科治療など高度専門治療を開始する 3 廃用症候群や誤嚥性肺炎等の合併症予防、早期にセルフケアが自立できるようリハビリテーションを実施する	1 患者の来院後ただちに専門的な治療（t-PA療法）を開始する 2 廃用症候群や誤嚥性肺炎等の合併症予防、早期にセルフケアが自立できるようリハビリテーションを実施する
医療機関に求められる事項	<input type="checkbox"/> 血液検査や画像検査等の必要な検査及び専門的診療が 24 時間実施可能であること（画像伝送等の遠隔診断に基づく治療を含む） <input type="checkbox"/> 適応のある脳梗塞症例に対し、直ちに（発症後 4.5 時間以内）t-PA 療法が実施可能であること <input type="checkbox"/> 外科治療や脳血管内手術が、来院後速やかに治療可能又は実施可能な医療機関との連携体制がとれていること <input type="checkbox"/> 呼吸、循環、栄養等の全身管理及び合併症（特に誤嚥性肺炎）の予防に対する診療について、多職種が連携し、対応が可能であること <input type="checkbox"/> 病状に応じた適切なリハビリテーションが多職種で連携し、実施可能であること <input type="checkbox"/> 転院等に際し、回復期（あるいは維持期）リハビリテーションが提供できる医療機関等と必要な診療情報の共有を図ること	
担当する医療機関	脳卒中に対する急性期の専門的医療を担う病院又は診療所 医療機関名は、別冊及びホームページに掲載	

上記の基準に合致し、掲載の同意を得た医療機関

	専門的医療を包括的に行う施設	専門的医療を行う施設
医療提供体制	<input type="checkbox"/> 急性期医療の提供 ・脳血栓溶解（t-PA）療法 ・脳血管内手術 ・脳卒中に対する手術 （脳内血腫摘出術、脳動脈瘤クリッピング術など） <input type="checkbox"/> 急性期リハビリテーションの提供 （脳血管疾患等リハビリテーション）	<input type="checkbox"/> 急性期医療の提供 ・脳血栓溶解（t-PA）療法 <input type="checkbox"/> 急性期リハビリテーションの提供 （脳血管疾患等リハビリテーション）
人的体制	<input type="checkbox"/> 脳神経外科専門医、神経内科専門医等の配置	

エ 身体機能を回復させるリハビリテーションを実施する医療機能【回復期】

目標	<ol style="list-style-type: none"> 1 在宅等への復帰を目指し、身体機能を早期改善するための集中的なリハビリテーションを実施する 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 3 誤嚥性肺炎などの合併症の予防を図ること
医療機関に求められる事項	<ul style="list-style-type: none"> ○ 再発予防の治療、基礎疾患・危険因子（リスク）の管理、抑うつ状態や認知症などの脳卒中後の様々な合併症への対応が可能であること ○ 失語、歩行障害などの機能障害の改善及び日常生活動作の向上を目的とした、理学療法、作業療法、言語聴覚療法などのリハビリテーションが、専門医療スタッフにより集中的に実施可能であること ○ 急性期及び維持期の医療機関等と必要な診療情報の共有を図ること
担当する医療機関	回復期リハビリテーションを提供する病院又は診療所 医療機関名は、別冊及びホームページに掲載

上記の基準に合致し、掲載の同意を得た医療機関

医療提供体制	○ 回復期リハビリテーションの提供
人的体制	<ul style="list-style-type: none"> ○ 神経内科医等又はリハビリテーション専門医等の配置 ○ リハビリテーションの専門医療スタッフの配置

オ 生活機能の維持・向上、再発防止を含む診療を実施する医療機能【維持期】

目標	心身の機能を維持し、再発予防をしつつ、在宅等の適切な場での療養が継続できるよう、保健・福祉・介護サービスと連携して医療を実施する
医療機関に求められる事項	<ul style="list-style-type: none"> ○ 再発予防の治療、基礎疾患・危険因子（リスク）の管理、抑うつ状態への対応が可能であること ○ 生活機能の維持及び向上のためのリハビリテーション（訪問及び通所リハビリテーションを含む）が実施可能であること ○ かかりつけ医を中心として、多職種が連携し、通院困難な患者への医療や希望する患者への在宅での看取りを提供すること ○ 回復期（又は急性期）の医療機関等と必要な診療情報の共有を図ること ○ 介護支援専門員と連携するなど、自立生活又は在宅療養を支援するための居宅サービスを調整すること ○ 保健、医療、福祉等の関係機関と必要な情報を共有し連携すること
担当する医療機関等	介護老人保健施設、介護保険によるリハビリテーションを行う医療機関 診療所（内科、リハビリテーション科）等の医療機関等

(2) 対策

ア 予防

- 「第3次健康いばらき21プラン」、「茨城県食育推進計画（第3次）」に基づき、母子保健や学校保健と連携することにより、子どもの頃からの食育や運動の習慣化などを通じて、保護者自身も自分や家族の問題として生活習慣を見直すことができるよう生活習慣病予防対策を推進します。
- 特定健康診査・特定保健指導が効果的に実施できるよう、従事者向けの研修会を開催します。また、働く世代を中心とした特定健康診査・特定保健指導の実施率向上と事業所での健康づく

りを図る健康経営の推進に向けて、地域・職域連携推進協議会を活用し地域保健と職域保健の連携を図ります。

- さらに、健康診断による脳卒中の危険因子の早期発見と、健診後の保健指導を活用した生活習慣の改善や適切な医療機関への受診を勧奨します。

イ 病院前救護

- 県民が発症後に、速やかに救急要請や応急処置ができるよう、脳卒中の初期症状や心肺蘇生法などの適切な処置に関する普及啓発を図ります。
- 脳卒中の疑われる患者を速やかに専門的な診療が可能な医療機関に搬送できるよう、「茨城県傷病者の搬送及び受入れに関する実施基準」や「茨城県救急医療情報システム」の効果的・効率的な運用を行い、搬送機関と医療機関との迅速な連絡体制を整備します。

ウ 医療体制

- 限りある医療資源を効果的に提供するために、「専門的医療を包括的に行う施設」と「専門的医療を行う施設」、「回復期の施設」、「かかりつけ医」などが連携し、切れ目なく継続的に治療が行われる体制づくりを推進します。
また、医療機関の連携を推進するため、医療機関への定期的な実態調査を行い、公表を行います。
- 医療提供体制の地域格差を是正するために、遠隔医療を用いた診断の補助などを活用し、地域の実情に即した連携の仕組みづくりを推進します。
- 急性期から回復期、維持期を通じたリハビリテーションや合併症（誤嚥性肺炎など）を予防するため、医科と歯科の連携や、多職種連携体制づくりを推進します。
- 県内の医療機関等を広域支援センターや地域リハ・ステーション等に指定し、より身近な地域で適切なリハビリテーションを受けることができるよう、リハビリテーションのネットワークづくりを推進します。

(3) 目標

番号	目標項目	現状	目標
1	急性脳梗塞患者への血栓溶解（t-PA）療法の件数	410	増加
2	脳梗塞に対する脳血管治療（経皮的脳血栓回収術等）の実施件数	235	増加
3	訪問看護ステーション数	151	増加
4	成人の喫煙率 ※再掲	男性 33.5% 女性 6.6%	男性 25.5% 女性 4.0%
5	成人の1日当たり食塩平均摂取量	男性 11.4 g 女性 9.7 g	男性 8.0 未満 女性 7.0 未満
6	特定保健指導実施率(40～74歳)	16.7%	45%
7	脳血管疾患の年齢調整死亡率	男性 46.0 女性 24.9	現況の10%減少
8	脳血管疾患による退院患者平均在院日数	67.9	短縮

- 1・2 茨城県医療機能情報報告（平成29年10月）及び茨城県保健福祉部保健予防課調査
3 介護サービス施設・事業所調査（平成29年12月）
4・5 平成28年度茨城県総合がん対策推進モニタリング調査
6 平成27年度特定健診・保健指導実施状況一覧（都道府県別）（厚生労働省保険局）
7 平成27年度都道府県別年齢調整死亡率（業務・加工統計）（厚生労働省）
4, 5, 7の目標値は「第3次健康いばらき21プラン」で設定した数値目標
8 平成26年度患者調査（厚生労働省）

3 心筋梗塞等の心血管疾患

【現状】

(1) 心筋梗塞等の心血管疾患の状況

急性心筋梗塞を含む心疾患（高血圧性を除く、以下同じ）によって継続的に治療を受けている県内の患者数は、約 41,000 人^(注1)と推計されます。また、県内の心疾患による死亡者数は年間 4,719 人で、死亡者数全体の 15.2%（全国：15.2%）を占め、全国と同様、死亡順位の第 2 位となっています。このうち急性心筋梗塞による死亡者数は年間 1,306 人です。^(注2)

県の急性心筋梗塞による人口 10 万対の死亡率は、男性が 23.8（全国平均 16.2 で全国ワースト 6 位）、女性が 9.4（全国平均 6.1 で全国ワースト 5 位）となっています。^(注3) また、大動脈解離による人口 10 万対の死亡率は、男性が 6.1（全国平均 6.4 で全国ワースト 23 位）、女性が 4.1（全国平均 3.3 で全国ワースト 2 位）となっています。^(注3)

(2) 予防

県内の特定健康診査の実施率は 49.8%（全国平均 50.1%，目標値 70%以上）、特定保健指導の実施率 16.7%（全国平均 17.5%，目標値 45%以上）と目標値を下回っています。^(注4)

また、県内における収縮期血圧の年齢調整平均値は男性が 125.7mmHg、女性が 119.7 mmHg であり、男性が高くなっています。^(注5)

(3) 医療体制

ア 病院前救護

県内の公共施設における A E D^(注6) 設置施設数は、3,224 施設と平成 24 年 4 月（1,491 施設）から、約 2,000 施設増加しています。

また、平成 27（2015）年の本県内における救急要請から救急医療機関への搬送までに要した時間（平均所要時間）^(注7) は 41.7 分で、全国平均 39.4 分より長く、平成 10（1998）年と比較して 1.56 倍に増えています。

(注 1) 平成 26 年患者調査（厚生労働省）

(注 2) 平成 27 年人口動態統計（厚生労働省）

(注 3) 平成 27 年都道府県別年齢調整死亡率（業務・加工統計）

(注 4) 平成 27 年度特定健診・保健指導実施状況一覧（都道府県別）（厚生労働省保険局）

(注 5) 平成 28 年度市町村別特定健診データ集計結果（健康プラザ作成）

(注 6) A E D（自動体外式除細動器）

Automated External Defibrillator の略。心臓が小刻みに震えて血液を送り出すことができなくなる心室細動と呼ばれる症状による心肺停止者に対し、除細動が必要かどうかを自動的に判断し、心臓に電気ショックを与えて心臓の動きを正常に戻すための装置。救命のためであれば一般市民も使用することができる。

(注 7) 茨城県消防年報、救急・救助の現状（平成 27 年）

イ 急性期・回復期医療，再発予防

県内で，急性心筋梗塞の急性期医療・リハビリテーションを行っている医療機関は 29 機関であり，そのうち 24 時間，経皮的冠動脈形成術（P C I）に対応している医療機関は，19 機関です。また，開心術及び大動脈解離手術等の心臓血管外科治療に対応している医療機関は 13 機関であり，そのうち 24 時間対応している医療機関は 8 機関です。^{（注1）}

また，心臓リハビリテーション^{（注2）}については，急性期に加え回復期の通院に対応している医療機関は21機関です。^{（注1）}

【課題】

(1) 心筋梗塞等の心血管疾患の状況

本県の心疾患患者数は増加しており，急性心筋梗塞の死亡率においては，男女ともに全国ワースト 10 位内と高い状況から，本県の重要な健康課題として，対策の強化が求められています。

(2) 予防

心筋梗塞等の心血管疾患の危険因子は高血圧，脂質異常症，喫煙，糖尿病，睡眠時無呼吸症候群（S A S）などであり，発症の予防には，食生活，運動，禁煙などの生活習慣の改善に取り組むことが重要です。

また，健康診断などによって高血圧，脂質異常症，糖尿病などの危険因子を早期に発見し，適切な治療を受けることが大切です。

県内の特定健康診査・特定保健指導の実施率は，目標値を下回っているため，実施率向上のための取り組みが必要です。

これらの生活習慣病を予防するためには，県民一人ひとりの 体的な健康づくりに加え，母子保健，学校保健，地域・職域保健が連携した，生涯を通じた健康管理への支援が必要です。

(3) 医療体制

ア 病院前救護

急性心筋梗塞等の心血管疾患を疑うような症状が出現した場合，本人や家族など周囲にいる者が速やかに救急要請をするなど，専門医療機関を受診できるよう行動することが必要です。

また，急性心筋梗塞直後に心肺停止状態となった場合，救急現場に居合わせた人（バイスタンダー）や救急救命士等による心肺蘇生の実施やA E Dの使用によって，救命率の改善が見込まれます。そのため，県では，心肺停止患者の救命率を向上するため，A E D設置施設の公表や講習会の開催など普及啓発が求められています。

急性心筋梗塞等の心血管疾患患者が，発症後，速やかかつ適切な治療を開始できるよう，救急患者の迅速な受入れ体制や，専門医療機関と搬送機関とが連携した病院前救護体制の一層の充実が求められています。

（注1）茨城県医療機能情報報告書（平成 29 年 10 月現在），茨城県保健福祉部保健予防課調査（平成 29 年 10 月現在）

（注2）心臓リハビリテーション：心疾患に基づく身体的精神的影響の軽減や合併症及び再発予防を目的とした，運動処方，危険因子の管理，教育やカウンセリングなどの包括的なプログラムのこと。

イ 急性期・回復期医療，再発予防

県内の急性心血管疾患に対応できる医療機関は，地域に偏在し，限られていることから，医療機関の実態を把握し，医療機能に即した連携体制を構築する必要があります。

また，心筋梗塞等の心血管疾患発症後，合併症や再発予防，早期の在宅復帰及び社会復帰を目指して，患者の状態に応じ，治療当日から運動療法や食事療法などの心血管疾患リハビリテーションを行うことが重要です。

なお，心血管疾患リハビリテーションは，「心血管疾患の疾患管理プログラム」^(注1)として，多職種が連携し，提供することが求められています。

退院後も，かかりつけ医などによる基礎疾患や危険因子の継続的な管理が必要です。また，再発に備え，患者の周囲にいる者に対して適切な再発時の対応に関する教育等も重要です。

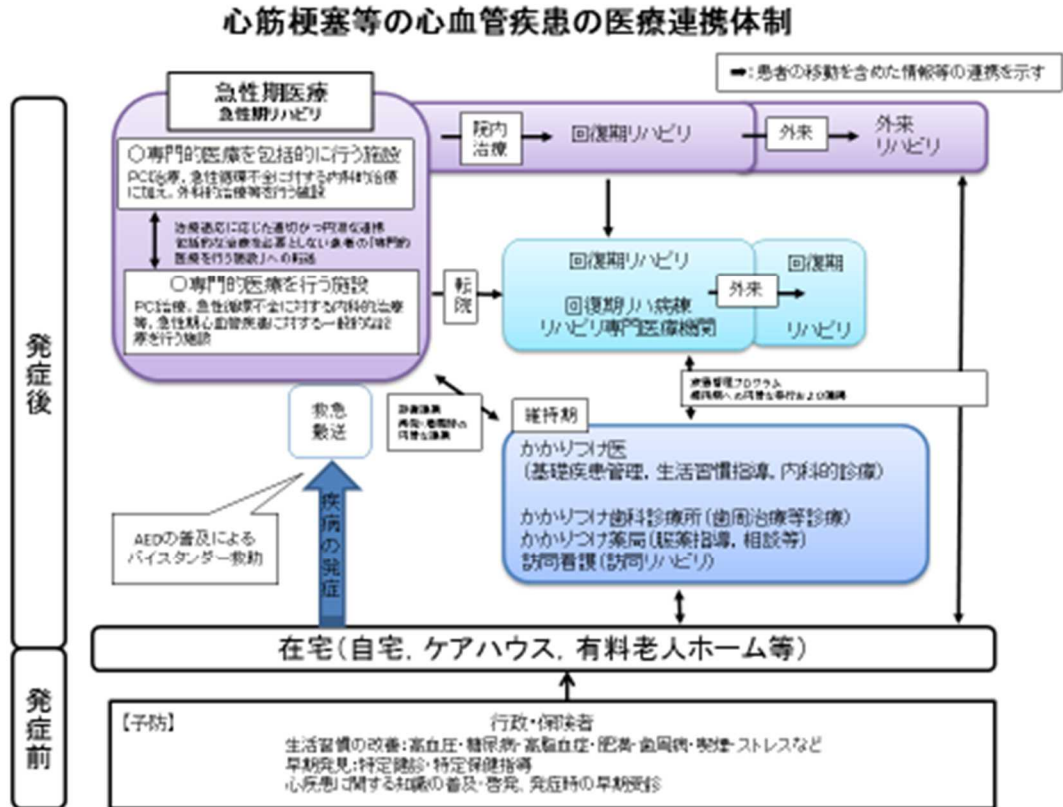
各医療機関がもつ機能に応じた役割分担により，急性期から回復期及び再発予防までの医療を連携して提供していく体制を整備することが重要です。

(注1) 心血管疾患の疾患管理プログラム：心血管疾患における多職種チームが退院前から退院後にわたり医学的評価・患者教育・生活指導を包括的かつ計画的に実施して再入院抑制を含む予後改善を目指す中～長期プログラムをいう。
出典：日本循環器学会「心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン：2012改訂版」（平成27年1月14日更新版）

【対策・目標】

(1) 求められる医療機能と連携

心筋梗塞等の心血管疾患は、発症後速やかに救急蘇生法などの適切な処置，専門医療機関への速やかな患者搬送と，適切な検査・治療が必要です。また，急性期の心血管疾患リハビリテーションなどを実施した後は，円滑な在宅復帰などを図ることも重要であることから，関係機関が相互に連携し，継続的な医療や多面的・包括的なリハビリテーションが提供される体制づくりを推進します。



ア 発症予防の機能【予防】

目標	心筋梗塞等の心血管疾患の発症を予防する
医療機関に求められる事項	<ul style="list-style-type: none"> ○ 高血圧，糖尿病，脂質異常症などの基礎疾患及び危険因子（リスク）の管理が可能であること ○ 症状出現に備え，急性期医療を担う医療機関への受診等の対応について，本人及び家族等患者の周囲にいる者に対する教育・啓発を実施すること ○ 健康手帳等を利用して，医療情報と健診等の保健情報についての必要な情報共有を図ること ○ 急性期・回復期の機能を担う医療機関等と連携していること
担当する医療機関	かかりつけ医療機関

イ 応急手当・病院前救護の機能【救護】

目標	心筋梗塞等の心血管疾患の疑われる患者が、発症後できるだけ早期に専門的な診療が可能な医療機関に受診できる
関係者に求められる事項	本人及び家族等周囲にいる者 <ul style="list-style-type: none"> ○ 発症後速やかに救急搬送の要請を行うこと ○ 心肺停止が疑われる者に対して、AEDの使用を含めた心肺蘇生法など適切な処置を実施すること 救急救命士等 <ul style="list-style-type: none"> ○ 地域メディカルコントロール協議会の定めた活動基準に則し、適切な観察・判断・救命処置を行うこと ○ 急性期を担う医療機関へ速やかに搬送すること

ウ 発症後速やかな専門的診療を実施する救急医療の機能【急性期】

	専門的医療を包括的に行う施設	専門的医療を行う施設
目標	<ol style="list-style-type: none"> 1 患者の来院後 30 分以内に専門的な治療（PCI 等）に加え外科的治療を開始する 2 合併症や再発の予防、在宅復帰のための多職種連携に基づく心血管疾患リハビリテーションを実施する 3 再発予防のための専門的な検査を定期的実施する 	<ol style="list-style-type: none"> 1 患者の来院後 30 分以内に専門的な治療（PCI 等）を開始する 2 合併症や再発の予防、在宅復帰のための多職種連携に基づく心血管疾患リハビリテーションを実施する 3 再発予防のための専門的な検査を定期的実施する
医療機関に求められる事項	<ul style="list-style-type: none"> ○ 血液検査や画像検査等の必要な検査及び専門的診療が 24 時間実施可能であること ○ ST 上昇型心筋梗塞の場合、適用があれば PCI を行い、来院後 90 分以内の冠動脈再疎通が可能であること ○ 呼吸、疼痛等の全身管理及び合併症に対する治療が可能であること ○ 冠動脈バイパス術や大動脈解離に対する大動脈人工血管置換術等の外科的治療が可能又は可能な医療機関と連携していること ○ 合併症や再発予防のためのリハビリテーションが実施可能であること ○ 回復期及び再発予防を担う医療機関と必要な診療情報の共有を図ること 	
担当する医療機関	心筋梗塞等の心血管疾患に対する急性期を担う病院又は診療所 医療機関名は、別冊及びホームページに掲載	

上記の基準に合致し、掲載の同意を得た医療機関

	専門的医療を包括的に行う施設	専門的医療を行う施設
医療提供体制	<ul style="list-style-type: none"> ○ 急性期医療の提供 <ul style="list-style-type: none"> ・経皮的冠動脈形成術（PCI）の提供 ・外科的治療 ・急性期の内科的治療 ○ 心血管疾患リハビリテーションの提供 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 急性期医療の提供 <ul style="list-style-type: none"> ・経皮的冠動脈形成術（PCI）の提供 ・急性期の内科的治療 ○ 心血管疾患リハビリテーションの提供
人的体制	<ul style="list-style-type: none"> ○ 循環器専門医の配置 ○ 心臓血管外科専門医の配置 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 循環器専門医等の配置

エ 身体機能を回復させる心臓リハビリテーションを実施する機能【回復期】

目標	<ol style="list-style-type: none"> 1 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を行う 2 合併症や再発の予防, 在宅復帰のための心血管リハビリテーションを入院又は通院により実施する 3 在宅等生活の場への復帰を支援すること 4 患者に対し, 再発予防などに関し必要な知識を教える
医療機関に求められる事項	<ul style="list-style-type: none"> ○ 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子（リスク）の管理, 抑うつ状態などの対応が可能であること ○ 急性増悪時に除細動などの対応が可能であること ○ 合併症併発時や再発時の治療が可能な医療機関と連携していること ○ 運動療法, 食事療法などの心血管リハビリテーションが実施可能であること ○ 再発時の適切な対応について, 患者及び家族への教育を行うこと ○ 急性期及び再発予防を担う医療機関と必要な診療情報の共有を図ること
担当する医療機関	回復期リハビリテーションを提供する病院又は診療所 医療機関名は, 別冊及びホームページに掲載

上記の基準に合致し, 掲載の同意を得た医療機関

医療提供体制	○ 回復期リハビリテーションの提供
人的体制	○ 循環器科医等又はリハビリテーション科医の配置

オ 再発予防の機能【再発予防】

目標	<ol style="list-style-type: none"> 1 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を行う 2 在宅療養を継続できるように支援する
医療機関に求められる事項	<ul style="list-style-type: none"> ○ 再発予防のための治療や基礎疾患・危険因子（リスク）の管理, 抑うつ状態への対応が可能であること ○ 急性増悪時に除細動などの対応が可能であること ○ 合併症併発時や再発時の治療が可能な医療機関と連携していること ○ 合併症や再発の予防のための治療について, 心血管疾患リハビリテーション実施医療機関, 訪問看護ステーション, 薬局等と連携し実施できること ○ 急性期の医療機関と診療情報を共有するなど連携していること
担当する医療機関等	かかりつけ医療機関

(2) 対策

ア 予防

- 「第3次健康いばらき21プラン」, 「茨城県食育推進計画（第3次）」に基づき, 母子保健や学校保健と連携することにより, 子どもの頃からの食育や運動の習慣化などを通じて, 保護者自身も自分や家族の問題として生活習慣を見直すことができるよう生活習慣病予防対策を推進します。
- 特定健康診査・特定保健指導が効果的に実施できるよう, 従事者向けの研修会を開催します。また, 働く世代を中心とした特定健康診査・特定保健指導の実施率向上と事業所で健康づくりを図る健康経営の推進に向けて, 地域・職域連携推進協議会を活用し地域保健と職域保健の連携を図ります。

- 健診による心筋梗塞等の心血管疾患の危険因子の早期発見と、健診後の保健指導を活用した生活習慣の改善や適切な医療機関への受診を勧奨します。

イ 病院前救護

- 県民が発症後に速やかな受診行動がとれるよう、初期症状の知識や、早期受診の重要性などの普及啓発を図ります。
- 県内公共施設へのAED設置を更に進め、設置施設を公表するとともに、発症後の速やかな救急要請と、心肺停止が疑われる者に対してのAEDの使用を含めた心肺蘇生法など適切な応急処置に関する普及啓発を図ります。
- 心筋梗塞等の心血管疾患の疑われる患者を速やかに専門的な診療が可能な医療機関に搬送できるよう、「茨城県傷病者の搬送及び受入れに関する実施基準」や「茨城県救急医療情報システム」の効果的・効率的な運用を行い、搬送機関と医療機関との迅速な連絡体制を整備します。

ウ 医療体制

- 限りある医療資源を効果的に提供するために、「専門的医療を包括的に行う施設」と「専門的医療を行う施設」、「回復期の施設」、かかりつけ医などの医療機関が連携し、切れ目なく継続的に治療が行われる体制づくりを推進します。
また、医療機関の連携を推進するため、医療機関への定期的な実態調査を行い、公表を行います。
- 医療提供体制の地域格差を是正するために、ICTを活用した遠隔医療などにより、地域の実情に即した連携の仕組みづくりを推進します。
- 急性期から回復期、維持期を通じた心血管疾患の疾患管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーションを多職種が連携して提供できる体制づくりを推進します。

(3) 目標

番号	目標項目	現状	目標
1	24時間体制で急性心筋梗塞に対する来院後90分以内の冠動脈再開通達成率が80%以上の医療機関数	8	増加
2	急性大動脈解離（スタンフォードA）に対する手術及び血管内治療件数	98	増加
3	心大血管疾患リハビリテーションを実施している医療機関数	35	増加
4	成人の喫煙率 ※再掲	男性 33.5% 女性 6.6%	男性 25.5% 女性 4.0%
5	メタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合（特定保健指導対象者の割合）（40～74歳）	男性 25.3% 女性 9.7%	現況の10%減少
6	収縮期血圧年齢調整平均値（40歳～74、内服者を含む）	男性 125.7 女性 119.7	男性 122.7 女性 116.1
7	特定保健指導実施率（全保険者）	16.7%	45%
8	虚血性心疾患による退院患者の平均在院日数	7	短縮
9	急性心筋梗塞の年齢調整死亡率	男性 23.8 女性 9.4	現況の10%減少
10	虚血性心疾患の年齢調整死亡率	男性 34.0 女性 13.2	現況の10%減少

1・2・3 茨城県医療機能情報報告（平成29年10月）および茨城県保健福祉部保健予防課調査（再調査予定）

4 平成28年度茨城県総合がん対策推進モニタリング調査

5・7 平成27年度特定健診・保健指導実施状況一覧（都道府県別）（厚生労働省保険局）

6 平成28年度市町村別特定健診データ集計結果（健康プラザ作成）

8 平成26年度患者調査（厚生労働省）

9・10 平成27年度都道府県別年齢調整死亡率（業務・加工統計）（厚生労働省）

4 糖尿病

【現状】

(1) 糖尿病の状況

糖尿病によって継続的に医療を受けている本県の患者数は約 95,000 人と推計されます。(注1)

平成 28 年度の県内における糖尿病有病者の割合(注2)は男性が 10.7%、女性が 5.2%となっており、平成 24 年度と比較して、増加しています。(注3)

県内の糖尿病による死亡者数は 370 人(注4)となっており、人口 10 万対の死亡率(注5)は、男性が 6.6 (全国平均 5.5 で全国ワースト 8 位)、女性が 3.2 (全国平均 2.5 で全国ワースト 5 位)となっています。

(2) 予防

県内の特定健康診査の実施率は 49.8% (全国平均 50.1%、目標値 70%以上)、特定保健指導の実施率は 16.7% (全国平均 17.5%、目標値 45%以上)と目標値を下回っています。(注6)

(3) 医療体制

県内の糖尿病専門医数(注7)は 89 人であり、人口 10 万人あたり 3.1 人(全国平均 4.3 人)となっています。合併症である糖尿病性腎症等の専門的管理を行う腎臓専門医数(注8)は 97 人であり、人口 10 万人あたり 3.3 人(全国平均 3.8 人)と、ともに少ない状況です。

県内において、合併症である糖尿病性腎症により、新たに人工透析を導入した患者は毎年 400 人以上であり、新規人工透析導入患者に占める割合(平成 27 (2015) 年)は 50.9% (全国 43.7%)となっています。(注9)

また、糖尿病網膜症による**視覚障害**により毎年 20~30 人程(注10)が新たに身体障害者手帳の交付を受けています。

(注1) 平成 26 年患者調査(厚生労働省)

(注2) 糖尿病有病者：市町村国保の特定健康診査受診者(40~74 歳)のうち空腹時血糖 126mg/dl 以上
随時血糖 126mg/dl 以上、または、HbA1c (NGSP 値) 6.5%以上に該当、
もしくは、インスリン注射または血糖を下げる薬服用者

(注3) 平成 28 年度市町村国民健康保険特定健康診査データ(茨城県立健康プラザ調べ)

(注4) 平成 27 年人口動態統計(厚生労働省)

(注5) 平成 27 年都道府県別年齢調整死亡率(業務・加工統計)(厚生労働省)

(注6) 平成 27 年度特定健診・保健指導実施状況一覧(都道府県別)(厚生労働省保険局)

(注7) (社)日本糖尿病学会(平成 29 年 6 月現在)

人口 10 万対比率算出に用いた人口は、総務省統計局発表「人口推計(平成 28 年 10 月 1 日現在)」

(注8) (社)日本腎臓病学会(平成 29 年 5 月現在)

人口 10 万対比率算出に用いた人口は、総務省統計局発表「人口推計(平成 28 年 10 月 1 日現在)」

(注9) わが国の慢性透析療法の現状((社)日本透析医学会)

(注10) 障害福祉課調べ

【課題】

(1) 糖尿病の状況

糖尿病は自覚症状がないまま病気が進行していることがあります。また、血糖、血圧、脂質異常などの管理不足から、心筋梗塞や脳梗塞などの心血管疾患のリスクを高めるだけでなく、神経障害、網膜症による失明、腎症による人工透析の導入、足病変による切断などの合併症により、生活の質（QOL）や医療費に大きな影響を及ぼします。

(2) 予防

糖尿病の発症予防には、代謝を促進し、内臓脂肪を減らすことが有効であり、食生活の改善、禁煙、適度な運動習慣、適正体重の維持が大切です。また、糖尿病をはじめとする生活習慣病を予防するためには、県民一人ひとりの主体的な健康づくりに加え、母子保健、学校保健、地域・職域保健が連携し、生涯を通じた健康管理への支援が必要です。

糖尿病は自覚症状がほとんどないため、高血糖や肥満、睡眠時無呼吸症候群（SAS）などの危険因子を早期発見し、改善していくことが重要です。そのため、定期的な健診受診や健診後の保健指導などを通じた生活習慣の改善、医療機関への受診勧奨を行うことが重要です。

また、県内の特定健康診査の実施率は全国平均を下回っているため、実施率向上のための取り組みが必要です。

(3) 医療体制

糖尿病による合併症は健康障害に直結することから、発症や重症化を防ぐことが必要です。そのため、適切な治療を継続して受けられる体制づくりが重要です。

糖尿病性腎症による人工透析導入患者や糖尿病網膜症による失明者を減少させるため、合併症の早期発見に必要な検査を行うとともに、各診療科が連携を図る必要があります。また、糖尿病と歯周病は相互に関係があることから、歯科との連携も重要です。

県内の糖尿病や腎臓病の専門医数は全国平均を下回っており、限られた医療資源の中で医療の提供体制を維持するためには、より専門的な治療を行う医療機関に初期や安定期の患者が集中することがないように、医療機関相互の役割分担と県民の適正受診が求められます。

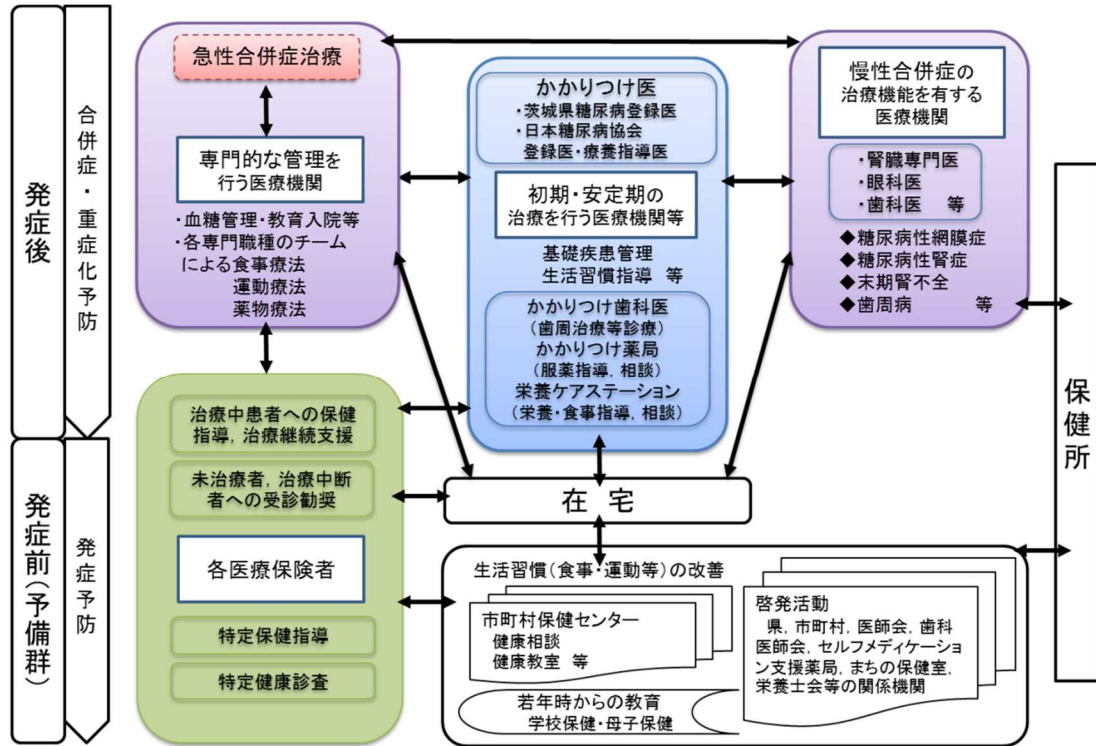
さらに、かかりつけ医と専門的医療機関との連携を基盤とし、医療保険者や関係機関等の多職種と連携した地域ぐるみの糖尿病診療体制の構築が必要です。

【対策・目標】

(1) 求められる医療機能と連携

糖尿病は発症後、長期にわたって生活習慣の改善も含めた治療が必要となる一方、重症化した場合の合併症が多岐にわたることから、適切な医療提供体制の確保が必要です。

そのため、各医療機能を担う医療機関、医師会をはじめとする関係団体等の連携により、保健及び医療サービスが切れ目なく提供される体制づくりを推進し、糖尿病の発症及び重症化の予防を目指します。



ア 初期・安定期の治療を行う機能【初期・安定期治療】

目標	<ol style="list-style-type: none"> 1 糖尿病の診断及び生活習慣の指導を実施する 2 良好な血糖コントロールを目指した治療を実施し、重症化を予防する
医療機関に求められる事項	<ul style="list-style-type: none"> ○ 糖尿病の診断に必要な検査及び診断が可能であること ○ 専門的指導（食事療法，運動療法及び薬物療法）による血糖コントロールが可能であること ○ 定期的に必要な合併症のチェックを行い，必要があれば，専門医療機関へ紹介し，初期の合併症の発症や進行を見逃さないようにすること ○ 低血糖時などの対応が可能であること ○ 専門治療及び慢性合併症（眼科，腎臓内科，歯科など）の治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなど連携していること
担当する医療機関	<p>かかりつけ医療機関 (茨城県糖尿病登録医，日本糖尿病協会登録医・療養指導医を含む)</p>

イ 血糖コントロールが困難な患者の治療を行う機能【専門治療】

目標	血糖コントロール指標を改善するための教育入院等の集中的な治療や急性合併症の治療を実施する
医療機関に求められる事項	<ul style="list-style-type: none"> ○ 糖尿病の専門的な検査及び診断，管理が可能であること ○ 糖尿病専門医，糖尿病療養指導士，管理栄養士等が連携した専門チームにより，食事療法，運動療法，薬物療法等を組み合わせた教育入院等の集中的な治療が実施可能であること ○ 糖尿病昏睡等急性合併症の治療が実施可能であること ○ 初期・安定期治療及び慢性合併症の治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなど連携していること
担当する医療機関	病院又は診療所 医療機関名は，別冊及びホームページに掲載

■掲載基準

以下の基準に合致し，掲載の同意を得た医療機関

医療提供体制	<ul style="list-style-type: none"> ○ 各専門職種チームによる教育入院又は日帰り教育の提供 ○ 糖尿病の急性合併症の治療の提供
人的体制	○ 常勤の糖尿病専門医（（一社）日本糖尿病学会認定）の配置

ウ 糖尿病の慢性合併症の治療を行う機能【慢性合併症治療】

目標	糖尿病の慢性合併症の治療を実施する
医療機関に求められる事項	<ul style="list-style-type: none"> ○ 糖尿病の慢性合併症（糖尿病網膜症，糖尿病性腎症，糖尿病性神経障害等）について，それぞれ専門的な検査・治療が実施可能であること （一つの医療機関ですべての治療が可能である必要はありません） ○ 初期・安定期及び専門治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなど連携していること
担当する医療機関等	病院又は診療所 医療機関名は，別冊及びホームページに掲載

■掲載基準

以下の基準に合致し，掲載の同意を得た医療機関

病名	提供可能な医療等
糖尿病網膜症	○ 網膜光凝固術（網膜剥離術）又は硝子体手術の提供
糖尿病性腎症	○ 腎臓専門医（（社）日本腎臓学会認定）の配置
末期腎不全	<ul style="list-style-type: none"> ○ 透析専門医（（一社）日本透析医学会認定）の配置 ○ 血液透析又は腹膜透析の提供
歯周病	○ （社）日本糖尿病協会歯科医師登録医の配置
脳卒中	先述の脳卒中を参照
心筋梗塞	先述の急性心筋梗塞を参照

(2) 対策

ア 予防

- 「第3次健康いばらき21プラン」,「茨城県食育推進計画(第3次)」に基づき,県民一人ひとりの主体的な健康づくりの取組を,健康アプリの活用なども図り,支援するとともに,母子保健や学校保健と連携し,子どもの頃からの食育や運動の習慣化などを通じて,保護者自身も自分や家族の問題として生活習慣を見直すことができるよう生活習慣病予防対策を推進します。
- 健診による糖尿病の危険因子の早期発見とともに,健診後の保健指導を通じて生活習慣の改善や適切な医療機関への受診を勧奨します。また,関係機関と連携した啓発により健診の受診率向上を図るとともに,セルフメディケーション支援薬局等を活用した簡易検査や相談等により,適正な受診につなげます。
- 健診後の保健指導が効果的に実施できるよう,従事者向けの研修会を開催するほか,現役世代を中心とした特定健康診査・特定保健指導の受診率向上と効果的な健康づくり事業の展開に向けて,健康経営に取り組む認定事業所を増やしていくとともに,地域・職域連携推進協議会を活用し地域保健と職域保健の連携を図り,取組みを推進します。

イ 医療体制

- 糖尿病の重症化を予防するため,茨城県糖尿病対策推進会議や構成団体との連携強化を図り,対象者が継続して治療を受けられるよう,各医療保険者とかかりつけ医を中心とする医療機関等が相互連携して支援する体制づくりを推進します。
- 合併症の早期発見のため,尿検査や眼底検査等の必要な検査を行うとともに,糖尿病の診断時から診療科間が連携できる体制づくりを推進します。また,限られた医療資源の中で医療の提供体制を維持していくため,かかりつけ医と糖尿病,合併症などの専門的な管理を行う医療機関の役割分担,相互連携が行われる体制づくりを推進します。
- さらに,茨城県糖尿病性腎症重症化予防プログラム等を活用し,糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関の未受診者・受診中断者,通院患者等への適切な受診勧奨,保健指導を行うため,関係機関等の連携体制づくりを推進します。

ウ 普及啓発

- 症状の進行抑制に向け,糖尿病やその合併症に関する正しい知識の啓発に努めるとともに,糖尿病の可能性がありながら未治療である者や治療を中断している者を減少させるため,糖尿病の継続治療の重要性に関する教育を推進します。
- 糖尿病の専門的な管理を行う医療機関に初期・安定期の患者が集中することのないよう,医療機能の分化と適切な利用に関する県民への啓発に努めます。

(3) 目標

番号	目標項目	現状	目標	
1	特定健康診査実施率(40～74歳) 全保険者	49.8%	70%	
2	特定保健指導実施率(40～74歳) 全保険者	16.7%	45%	
3	糖尿病有病者の割合(40～74歳)	男性	10.7%	減少
		女性	5.2%	
4	糖尿病網膜症による新規身体障害者手帳 <u>交付者数</u> <u>(うち1級交付者数)</u>	<u>30人</u> <u>(8人)</u>	現状維持	
5	糖尿病網膜症の手術数	2,947件	現状維持	
6	糖尿病性腎症による新規人工透析導入者数	416人	現状維持	
7	糖尿病の年齢調整死亡率	男性	6.6	現況の10%減少
		女性	3.2	

- 1・2 平成27年度特定健診・保健指導実施状況一覧(都道府県別)(厚生労働省保険局)
 3 平成28年度市町村国民健康保険特定健康診査データ(茨城県立健康プラザ調べ)
 4 障害福祉課調べ(平成28年度)
 5 平成27年度NDBデータ(厚生労働省)
 6 わが国の慢性透析療法の現況 平成27年12月31日現在(日本透析医学会), 引用不可
 7 平成27年度都道府県別年齢調整死亡率(業務・加工統計)(厚生労働省)

5 精神疾患

精神疾患は、近年その患者数が急増しており、平成 26（2014）年には全国で 390 万人を超える水準となっています^(注 1)。国の調査結果では、国民の 4 人に 1 人（25%）が生涯でうつ病等の気分障害、不安障害及び物質関連障害のいずれかを経験していることが明らかとなっており、誰もが罹患する可能性のある病気です^(注 2)。

本県における精神疾患の入院患者数は 5,898 人（平成 28（2016）年 6 月末現在）で、通院患者数は 36,130 人（平成 29（2017）年 3 月末現在）となっています。入院患者数は減少傾向ですが、通院患者数は年々増加しています。

通院患者数の疾病別の内訳では、統合失調症が 13,297 人（36.8%）で最も多く、次いでうつ病等の気分障害が 12,632 人（35.0%）となっていますが、うつ病等の気分障害は急増しており、また、高齢化に伴い認知症も増加しています。

また、全国の自殺者数は平成 10（1998）年以降 14 年連続で 3 万人を超える水準でしたが、平成 24（2012）年に 3 万人を下回って以降は減少傾向を示しています。しかし、自殺死亡率は主要国の中で高い水準にあり、依然として厳しい状況にあります。

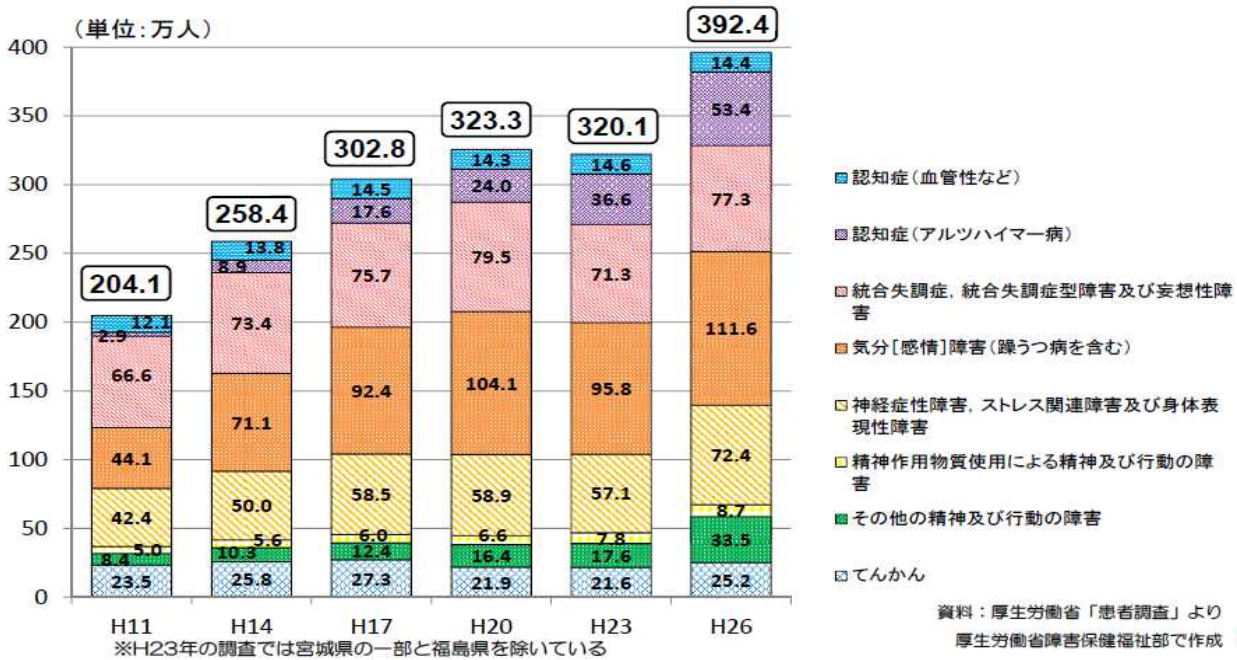
本県における自殺死亡率（人口 10 万対）は、年々減少傾向にありますが、平成 28（2016）年は 17.1 となっており、全国平均の 16.8 よりも高い水準で推移しています^(注 3)。

（注 1）厚生労働省「患者調査」（平成 26 年）

（注 2）厚生労働科学研究「こころの健康についての疫学調査に関する研究」（研究代表 川上憲人）（平成 18 年度）

（注 3）厚生労働省「人口動態統計」（平成 28 年）

■全国の精神疾患の患者数（医療機関に受診する患者の疾病別内訳）（図1）



(注)この統計は、医療機関に受診している(入院・外来を含む)患者数を推計したものです。ここでの精神疾患には、ICD-10で「精神及び行動の障害」に分類されるもののほか、てんかん・アルツハイマー病を含みます。
出典：患者調査

■本県の精神疾患の通院患者数及び精神科病院入院患者数（単位：人）（表1）

年度	24	25	26	27	28
通院患者数(※1)	29,690	31,606	34,015	34,692	36,130
認知症等器質性精神障害(再掲)	964	1,077	1,231	1,201	1,272
統合失調症(再掲)	12,428	12,838	13,398	13,373	13,297
うつ病等の気分障害(再掲)	9,578	10,463	11,610	11,993	12,632
入院患者数(※2)	6,262	6,268	6,208	6,054	5,898
認知症等器質性精神障害(再掲)	878	859	886	883	877
統合失調症(再掲)	4,376	4,327	4,317	4,132	4,033
うつ病等の気分障害(再掲)	383	441	410	422	420

※1 出典 福祉行政報告例(厚生労働省)(各年度3月末現在)
 ※2 出典 精神保健福祉資料(厚生労働省)(各年度6月末現在)
 但し、平成27年度、28年度は暫定値

(1) 精神科医等の人材確保と育成

ア 精神科医の確保

【現状】

本県の医療施設に従事する精神科医師は平成 28（2016）年 12 月末現在 241 人で、人口 10 万人あたり 8.3 人となり、全国平均の 12.3 を大きく下回り、全国順位は 47 位となっています^(注 1)。また、平成 26 年 6 月現在精神保健指定医^(注 2)は、常勤の指定医が 134 人（人口 10 万人あたり 4.6 人）で、人口 10 万人あたりの全国平均(5.8 人)より低くなっています^(注 3)。

■圏域ごとの医療機関数（精神科，心療内科を標榜）

精神科医師数，心療内科医師数

（表 2）

二次医療圏	管内人口※1	精神科病院数※2	精神科標榜の一般病院※2	診療所※2	精神科医師数※3	心療内科医師数※3
水戸	459,462	4	6	18	54	3
日立	253,905	6	1	9	20	2
常陸太田・ひたちなか	356,738	2	2	7	13	3
鹿行	267,647	1	0	8	7	1
土浦	252,828	5	0	8	28	0
つくば	325,260	3	2	12	46	2
取手・竜ヶ崎	457,169	6	4	11	36	1
筑西・下妻	256,923	3	0	4	14	0
古河・坂東	223,351	3	1	2	23	0
	2,853,283	33	17	79	241	12

（出典：平成 28 年 ※1 人口動態統計，※2 精神保健福祉資料，※3 医師・歯科医師・薬剤師調査）

■本県の精神科医師，心療内科医師，精神保健指定医数の推移（単位：人）

（表 3）

	平成 22 年	平成 24 年	平成 26 年	平成 28 年
精神科医師数 ^(注 4)	232	237	226	241
心療内科医師数 ^(注 4)	11	10	10	12
精神保健指定医数 ^(注 5)	120	129	134	141

（注 1）平成 28 年「医師・歯科医師・薬剤師調査」

診療科名（主たる）・従業地別 医療施設従事医師数

（注 2）精神保健指定医とは、精神保健福祉法第 18 条に基づく、医療実務経験 5 年以上、精神科実務経験 3 年以上を有し、必要な研修を終了した医師で、患者本人の意思によらない入院や行動制限の判定を行う者として、厚生労働大臣が指定する制度。

（注 3）平成 26 年度精神保健福祉資料

（注 4）平成 22，24，26，28 年「医師・歯科医師・薬剤師調査」

（注 5）平成 22，24，26，28 年度精神保健福祉資料の 33 精神科医療機関の精神保健指定医数

【課題】

精神科医療においても医師の確保は重要な課題であり、限られた人員で、良質かつ適正な医療を提供することが求められています。

筑波大学, 県医師会, 県精神科病院協会, 県精神神経科診療所協会等と連携協力し、人材の確保及び離職防止・定着促進に努めていくことが必要です。

【対策】

「第1章 第10節 保健医療従事者の確保 1 医師」に掲載

イ かかりつけ医の重要性

【現状】

平成24(2012)年3月に厚生労働省から示された「精神科救急医療体制の整備に関する指針」において、「自院のかかりつけ患者」については、①夜間・休日においても対応できる体制②対応が困難な場合は依頼先となる連携医療機関を確保③継続診療している自院患者の照会の際には対応方法, 受診の要否等の相談に応じる等の対応強化が求められています。

県内の精神科病院に対しては, 精神科病院事務長会議, 精神科病院実地指導等を通じ, 夜間・休日のかかりつけ患者への相談・診療の協力依頼を行っています。

【課題】

夜間・休日は主治医や精神保健指定医の不在等により, かかりつけ患者の相談・診療等に適切に対応できていない医療機関があり, 引き続き, 対応の強化について, 理解と協力を得ていく必要があります。

【対策】

精神科病院協会と連携のうえ, 各病院に対し, 精神科病院事務長会議及び精神科病院実地指導等を通じて, かかりつけ医として必要な対応について理解・協力を求めてまいります。

また, 精神神経科診療所協会と連携のうえ, 各診療所に対し, 精神科救急医療体制の現状及びかかりつけ医として必要な対応等について理解・協力を求めるとともに, 精神科一般救急医療相談窓口や精神科病院との連携を強化できるよう, 周知等の機会を設けます。

ウ その他医療従事者（看護師, 精神保健福祉士, 臨床心理技術者, 作業療法士, 栄養士等）の確保・育成

【現状】

本県の精神科病院に勤務する看護師, 精神保健福祉士, 臨床心理技術者, 作業療法士数は, 年々増加しています。

【課題】

精神科医療に精通した看護師，精神保健福祉士，臨床心理技術者，作業療法士，栄養士等のコメディカルの確保・育成は重要な課題であり，限られた人員で，良質かつ適正な医療を提供できる体制整備が求められています。

県精神科病院協会，県精神神経科診療所協会，県内医療系大学，県看護協会等団体と連携協力し，人材の確保及び離職防止・定着促進に努めていくことが必要です。

【対策】

(7) 精神保健福祉士の確保・育成

精神保健福祉士は，精神障害者に対する各種相談・支援や，退院支援計画の作成など，地域移行・地域定着において重要な役割を担います。

このため，県精神保健福祉士会や県精神科病院協会，県精神神経科診療所協会等と連携し，人材の確保や研修等による人材の育成に努めていくことが必要です。

(4) 臨床心理技術者の確保・育成

臨床心理技術者は，精神障害者等の心理検査・分析や，心理カウンセリング等を行います。

国では公認心理師法が平成 29（2017）年 9 月に施行され，資格試験が実施されるため，臨床心理技術者の育成機関や，県精神科病院協会，県精神神経科診療所協会等と連携し，人材の確保・育成に努めていくことが必要です。

(7) 看護師，薬剤師，栄養士等の確保・育成

「第 1 章 第 10 節 保健医療従事者の確保 4 看護職員 及び 5 その他の医療従事者」に掲載

(2) 精神疾患等の現状と課題

ア 統合失調症

【現状】

精神病床における入院患者 6,208 人のうち，統合失調症の患者は 4,317 人^(注 1)で 69.5%を占めており，また，入院の長期化や高齢化が進んでいます。

長期入院患者の中には，複数の抗精神病薬を十分投与しても改善が認められない難治性の重症な統合失調症患者がいます。県内で治療抵抗性統合失調症治療薬^(注 2)を精神病床で使用している病院数は，平成 26 年度の時点で 3 か所であり，統合失調症患者に対する使用率は 0.10%となっています。

(注 1) 平成 26 年度精神保健福祉資料

(注 2) 治療抵抗性統合失調症に唯一有効な抗精神病薬。クロザピン。

【課題】

統合失調症患者の入院の長期化及び高齢化が進んでおり、退院に向けた支援体制、地域の受入体制の整備が必要です。

難治性の重症な統合失調症患者に対して、治療抵抗性統合失調症治療薬やmECT^(注2)等の専門的治療を行う医療機関とその他の医療機関の地域連携体制を整備していく必要があります。

【対策】

(7) 求められる医療機能

- ① 外来，入院，訪問診療における，薬物療法，精神療法，作業療法，精神科デイ・ケアなど，適切な精神科医療を，精神科医，薬剤師，看護師，作業療法士，精神保健福祉士，臨床心理技術者等の多職種チームの支援体制により提供できること。
- ② 入院医療においては，入院初期からの服薬指導や精神科作業療法等の実施，相談支援事業者等との連携により，早期退院に向けた支援をすること。
長期入院患者の地域移行を推進するため，精神科病院は地域移行推進窓口を設置し，患者・家族，地域の関係機関との連携を強化すること。
特に，高齢者の退院支援にあたっては，地域包括支援センター等との連携体制を強化すること。
- ③ 精神科医療機関は，一般（身体科）のかかりつけ医や地域の医療機関，薬局と連携していること。
- ④ 薬局は，抗精神病薬の適正な薬物療法を推進するため，医療機関と連携し服薬指導を行うこと。
- ⑤ 難治性の重症な統合失調症に対応できる医療機関は，その他の精神科医療機関と治療抵抗性統合失調症治療薬やmECTによる治療に関する連携を確保すること。

(4) 推進方策

a 精神障害者の地域移行・地域定着の推進

- ① 県，保健所圏域，市町村に，退院可能な精神疾患患者の地域移行及び地域で生活している精神障害者の地域定着の促進のための協議の場を設け，支援体制を整備します。
併せて，医療・保健・福祉の関係職員の支援の充実を図るための研修を実施します。
- ② 精神疾患患者の退院促進を図るため，施設整備の助成等により退院後の住まいの場（グループホームやケアホーム）の確保，障害者支援施設及び介護保険施設等との連携強化に努めます。
- ③ 精神疾患患者の治療中断等による再入院を防止し，地域生活を継続するため，精神保健福祉センター，保健所，市町村，精神科医療機関，訪問看護ステーション，相談支援事業所，薬局等が連携し，困難事例への対応等を検討する機会を設けます。また，訪問支援（アウトリーチ）の活動を促進します。

(注1) 修正型電気刺激療法。脳に短時間の電氣的刺激を行うことで，脳波上げいれん波が起これり，脳内の化学変化により精神症状を緩和します。気分障害（うつ病，躁うつ病），統合失調症など多くの精神疾患の治療に利用されます。

b 治療抵抗性統合失調症地域連携体制の整備

治療抵抗性統合失調症患者に対して、治療抵抗性統合失調症治療薬やm E C T等による専門的治療ができるよう、地域連携体制を整備していきます。

イ うつ病・躁うつ病

【現状】

うつ病・躁うつ病等の気分障害で通院している患者は、急増しています。

不眠や食欲不振、疲労等の身体症状から、初期には、一般（身体科）のかかりつけ医や産業医を受診することが多く、また、がんや脳卒中、睡眠時無呼吸症候群（S A S）などの睡眠障害等でも、うつ状態となることがあります。

このため、早期に適切な診断・精神科医療につながるよう、かかりつけ医等を対象に、うつ病の知識・診断・治療技術に係る研修を実施しています。

また、平成22（2010）年度から、うつ病等を対象とした認知行動療法が診療報酬上評価されたことから、精神保健福祉センターの専門職向け研修において、普及を図っています。

【課題】

うつ病・躁うつ病に対応できる医療機関の明確化と認知行動療法を行っている医療機関情報を提供していく必要があります。

一般（身体科）のかかりつけ医等に対する研修を継続し、うつ病等の早期診断、専門医療への紹介等連携体制を整備していく必要があります。

また、うつ病と自殺には密接な関係があり、自殺時に向精神薬等の過量服薬を行っていた例が多くみられるとの研究報告があることから、医師と薬剤師間の連携を強化する必要があります。

さらに、治療に加え復職等の社会復帰への取組が必要となります。

【対策】

うつ病の正確な診断ができ、患者の状態に応じた医療の提供や就職・復職等に向けた支援の充実が必要です。

(7) 求められる医療機能

a 一般(身体科)の医療機関

- ① うつ病等の可能性について判断でき、症状が軽快しない場合等^(注1)に適切に紹介できる精神科医療機関と連携していること。
- ② 患者の状態に応じ、生活習慣などの環境調整等を助言できること。
- ③ うつ病等に対する対応力向上のための研修等に参加すること。
- ④ 一般(身体科)の医師・救急医・産業医等は、精神科医との連携会議等へ参画すること。

(注1) S S R I などの抗うつ薬で4週間経過しても改善が見られない場合、他の精神疾患との鑑別が必要と思われる場合、双極性障害が疑われる場合、自殺念慮が強い場合など。

b 精神科医療機関

- ① うつ病と躁うつ病等のうつ状態を伴う他の精神疾患の鑑別診断や、うつ病と他の精神障害や身体疾患との合併などを、多面的に評価できること。
- ② 患者の状態に応じ、薬物療法及び精神療法(認知行動療法等)、その他の非薬物療法を含む適切な精神科医療を提供でき、必要に応じて、他の医療機関と連携できること。
- ③ 患者の状態に応じ、生活習慣などの環境調整等を助言できること。
- ④ 一般(身体科)のかかりつけ医や地域の医療機関、薬局と連携していること。
- ⑤ 産業医等を通し事業者との連携や、公共職業安定所(ハローワーク)、茨城障害者職業センター、相談支援事業所等との連携により、患者の就職や復職等に必要な支援を行うこと。

c 薬局

向精神薬の適正な薬物療法を推進するため、医療機関と連携し服薬指導を行うこと。

(4) 推進方策

- ① うつ病診療にあたる医療機関等の医療従事者に対し、薬物療法、認知行動療法等のうつ病治療や精神科との連携方法に関する研修会を開催し、うつ病の診療技術の向上及び一般(身体科)のかかりつけ医と精神科医療機関との連携の強化を図ります。
- ② 向精神薬の過量服薬防止を図るため、一般(身体科)のかかりつけ医、精神科医師と薬剤師の連携の強化並びに「向精神薬の服薬指導マニュアル」の活用を図ります。
- ③ 患者が就職や復職に必要な支援を受けられるよう、公共職業安定所(ハローワーク)や茨城障害者職業センター、地域の障害者就業・生活支援センターなど障害者雇用の支援窓口に関する情報を提供します。

ウ 認知症

【現状】

我が国における認知症の人の数は2025年には約700万人前後に達する見込みで、高齢者の約5人に1人と推計されています。これをもとに本県の認知症高齢者数を算出すると、約16万4千人～17万8千人となり、高齢化の進展に伴いますます増加することが予想されます^(注1)。

認知症は治療方法が確立されていませんが、初期の段階で診断を受け、適切な治療を早期に開始することで、進行を遅らせることが可能であることから、発症予防・軽度認知障害(MCI)に関する知識の普及啓発を進めることが重要です。そのため、9月を「茨城県認知症を知る月間」とし、啓発活動や認知症フォーラム、認知症サポーターの養成、認知症の気づきチェックシートの配布等を実施しています。

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

また、認知症の早期診断・早期対応のために、平成18（2006）年度からかかりつけ医の認知症対応力向上研修や、かかりつけ医の認知症診断等に関する相談役等を担う認知症サポート医を養成しています。

認知症に係る専門医療機関として認知症疾患医療センターを指定し、早期相談・早期診断できる医療連携体制を整備してきたところです。

【課題】

認知症は、治療方法は確立されていませんが、初期の段階で診断を受け、適切な治療を早期に開始することで、進行を遅らせることが可能な病気です。

また、認知症は、初期症状が現れていても、症状の現れ方に個人差があり、また、医療機関を受診することへの抵抗感から、症状が進行し重症化してから受診するケースも多く見られます。

このため、早期診断・早期対応を軸とし、行動・心理症状（BPSD）や身体合併症等が見られた場合にも、医療機関・介護施設等での対応が固定化されないように、認知症の容態にもっともふさわしい場所で適切なサービスを提供できる循環型の仕組みを構築することが重要です。

認知症サポート医の養成やかかりつけ医・歯科医師・薬剤師・看護職員等の医療従事者を対象に認知症対応力向上研修等を行い、早期診断及び地域連携体制を推進していく必要があります。

また、若年性認知症については、企業や医療・看護・介護・福祉の分野でも認識が不足しており、福祉サービスも高齢者向けに設定されているものが多いことから、若年性認知症についての普及啓発を進め早期発見・早期対応へと繋げていく必要があります。

【対策】

認知症を早期発見・早期診断し、医療・介護が有機的に連携し、認知症の容態の変化に応じた適時・適切に切れ目なく、そのときの容態にもっともふさわしい場所で提供される仕組みを構築することが必要です。

(7) 求められる医療機能

- ① 認知症の症状や発症予防、軽度認知障害(MCI)に関する知識の普及啓発を行っていること。
- ② かかりつけ医による健康管理やかかりつけ歯科医師による口腔機能の管理、かかりつけ薬局による服薬指導など、認知症の疑いがある人に早期に気づき適切に対応していくことができる体制を構築していること。
- ③ かかりつけ医の認知症診断等に関する相談役等の役割を担う認知症サポート医の養成を行っていること。
- ④ 認知症疾患医療センターの体制を維持するとともに、機能評価を行うことでPDCAサイクルにより機能強化を図っていること。
- ⑤ 認知症の早期診断後の認知機能障害を基盤とした生活機能障害を改善する認知症リハビリテーションを推進していること。

- ⑥ 行動・心理症状(B P S D)については、医療機関・介護施設等での対応が固定化されないように、円滑な退院・対処や在宅復帰の支援を行っていること。
- ⑦ 認知症の方の身体合併症等への対応を行う医療機関に対し、認知症対応力向上研修を行うとともに、入院・外来・訪問等に関わる看護職員に認知症への対応に必要な知識・技能を修得する研修を実施していること。
- ⑧ 若年性認知症の人やその家族からの相談窓口を設置し、そこに若年性認知症の人の自立支援に関わる関係者のネットワークを担う者（若年性認知症支援コーディネーター）を配置することで、若年性認知症の人の視点に立った対策を推進していること。

(4) 推進方策

- ① 認知症の症状や発症予防、軽度認知障害(MC I)に関する知識の普及啓発を推進します。
- ② かかりつけ医・歯科医・薬剤師に認知症対応力向上研修を実施し、認知症の早期発見の体制整備を図ります。
- ③ 認知症サポート医を養成し、医療連携強化を図ります。
- ④ 認知症疾患医療センターの体制を維持するとともに、P D C Aサイクルによる機能強化を図ります。
- ⑤ 認知症の早期診断後の認知症リハビリテーションの推進を図ります。
- ⑥ 行動・心理症状(B P S D)については、容態にもっともふさわしい場所で適切なサービスができる循環型の仕組みを構築します。
- ⑦ 一般医療機関勤務の医療従事者や看護職員が、認知症への対応に必要な知識・技能を修得することで、身体合併症等への適切な対応を図ります。
- ⑧ 若年性認知症の人については、就労や生活費、子どもの教育費等の経済的な問題が大きく、また主介護者が配偶者となる場合が多く、時に本人や配偶者の親等の介護と重なる複数介護になるなどの特徴があることから、居場所づくりや就労・社会参加支援等の様々な分野にわたる支援を総合的に講じていきます。

エ 児童・思春期精神疾患

【現状】

継続的に受療している20歳未満の精神疾患総患者数は全国で27.0万人（平成26（2014）年度）おり、増加傾向にあります。

精神疾患の多くが児童青年期に発症し、中学生までに半数、20代半ばまでに4分の3が発症すると言われており、早期発見・早期治療が望まれます。

また、幼年期の児童虐待、不登校、家庭内暴力など、児童・思春期のこころの問題は多様化しており、医療の支援を必要とする事例も増えています。

10代の自殺死亡率は他年代に比べて十分に改善しておらず、一層の取り組みが求められています。

本県では、診療報酬において児童・思春期精神科入院医療管理料の施設基準の届出をしている医療機関として、県立こころの医療センターがあります。

【課題】

児童生徒の心身の健康問題が多様化していることや医療の支援を必要とする事例も増えていることから、こころの健康に関する保健教育や健康相談、普及啓発等の実施のほか、地域の関係機関とも連携して、早期に精神科医療に繋げていく必要があります。

児童・思春期精神科の専門医は限られることから、小児科医等のかかりつけ医や身近な精神科医との役割分担・連携を進める必要があります。

また、教員や保育士等の精神疾患に関する理解を深めるなど、支援体制の充実を図る必要があります。

【対策】

(7) 求められる医療機能

- ① 適切な診断・検査・治療等を行える体制を有すること。
- ② 一般(身体科)のかかりつけ医や他の精神科医療機関、学校・幼稚園・保育所、市町村、児童相談所、保健所、精神保健福祉センター等の関係機関、関係団体等と連携していること。
- ③ こころの健康づくりのための普及啓発を行うとともに、学校・市町村・保健所が行う健康教育等に協力すること。
- ④ 児童・思春期精神科医療に係る医療従事者や教育関係者等の知識や対応力の向上を図るための研修等を実施すること。

(1) 推進方策

a 相談体制等

児童相談所や精神保健福祉センターにおいて、相談や家族教室等を実施します。また、保健所においても相談等に対応します。

学校において、学校教育活動全体を通して、こころの健康に関する教育等を実施するため、学校における指導計画の改善や指導体制の整備及び教員の資質向上と指導方法の改善・充実を図ります。

また、日常の健康観察及び健康診断等により児童生徒等の健康状態を把握するとともに、学校、家庭、学校三師(学校医、学校歯科医、学校薬剤師)等及び関係機関と連携し、健康相談及び事後指導の徹底等、保健管理の充実に努めます。

b 普及啓発

精神科医療機関や関係機関・団体等と連携して児童・思春期のこころの問題や精神疾患についての正しい知識の普及啓発を図ります。

c 連携体制の構築

一般(身体科)のかかりつけ医や他の精神科医療機関との役割分担と連携を推進します。

医療機関と学校・幼稚園・保育所、市町村、児童相談所、保健所、精神保健福祉センター等の関係機関・団体等の連携を推進します。

d 人材育成等

市町村、保健所、学校関係者等の精神保健の担当者等に対し、児童・思春期の

こころの問題や精神疾患等についての理解や支援技術の向上を図るための研修を実施します。

発達障害を含む児童・思春期精神科医療に係る医療従事者の診療技術や対応力の向上を図るための研修の実施等，人材育成を推進します。

オ 依存症（アルコール，薬物，ギャンブル等）

【現状】

統合失調症との重複などを含めた，アルコール，薬物，ギャンブル等依存症への対応が重要となっております。

アルコール依存症により継続的に受療している総患者数は，全国で4.9万人^{（注1）}ですが，アルコール依存症の生涯経験者は100万人を超え，また，アルコール依存症を現在有する者は推計58万人になるとの報告があります。^{（注2）}

大麻や麻薬，シンナーなどの薬物を繰り返し使用してしまう薬物依存症により，継続的に受療している総患者数は全国で3千人^{（注1）}います。

ギャンブル等依存に関する実態を把握するため，平成29年度全国調査を実施した結果，これまでの生涯でギャンブル依存症が疑われる状態になったことがある人は約320万人（成人の3.6%），最近1年間に依存症が疑われる状態だった人は約70万人（成人の0.8%）と推計されています^{（注3）}。

【課題】

依存症患者やその家族等に対して適切な支援ができるよう，相談から治療，回復支援に至る切れ目のない支援体制を整備する必要があります。

アルコールによる健康リスクや，アルコール，薬物，ギャンブル等の依存症に係る正しい知識の普及啓発等を進める必要があります。

依存症の専門的治療を行う医療機関は限られることから，専門的医療機関と地域の一般（身体科）のかかりつけ医等との連携を確保する必要があります。

【対策】

（ア）求められる医療機能

行政や回復支援施設，一般（身体科）のかかりつけ医等の依存症治療を専門としない医療機関等と適切に連携すること。

各依存症の専門的治療やリハビリテーションに関わる医療従事者を育成するとともに，保健所・市町村の保健指導担当者等の育成に協力すること。

依存症に関する正しい知識の普及啓発に取り組むこと。

（注1）厚生労働省「患者調査」（平成26年）

（注2）厚生労働科学研究「WHO世界戦略を踏まえたアルコールの有害使用対策に関する総合的研究」（平成25年）

（注3）障害者対策総合研究開発事業「ギャンブル障害の疫学調査，生物学的評価，医療・福祉・社会的支援のありかたについての研究」（平成29年）

(イ) 推進方策

a 普及啓発・相談等

アルコールについては、特に注意を要する者（未成年者、妊産婦、若い世代）を重点に、学校・市町村・保健所などの関係機関等と連携して、飲酒に伴う健康リスク等に関する教育・啓発を図ります。

また併せて、アルコール、薬物、ギャンブル等依存症に関する正しい知識の普及啓発を図ります。

精神保健福祉センターや保健所において、アルコール、薬物、ギャンブル等に係る当事者や家族等に対する専門相談や家族教室を実施するとともに、相談窓口の周知を図ります。

b 医療の充実

アルコール依存症の専門治療が受けられるよう、国の定める要件を備えた専門医療機関及び治療拠点機関を指定します。

c 相談等から治療、回復支援に至る切れ目のない支援体制の整備

依存症の当事者や家族等に対する相談、市町村や職域の健康診断・保健指導によるスクリーニングと医療機関への受診勧奨、依存症の専門的治療を行う医療機関とその他医療機関との連携体制の確保、自助グループや回復施設等の回復・社会復帰支援団体に対する支援と連携体制の確保を図り、相談から治療、回復支援に至る切れ目のない支援体制の整備を推進します。

d アルコール依存症等の者の治療・支援に関わる人材育成の推進

アルコール依存症等の者の治療に関わる医療従事者や、保健所・市町村の保健指導担当者等の介入・対応力の向上を図ります。

薬物依存症患者に対する回復プログラム（SMARPPなど）の普及を図ります。

カ 発達障害

【現状】

発達障害とは、自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥・多動性障害その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するものです。

発達障害の症状は様々ですが、知的障害を伴わない発達障害者に見られる、強いこだわりや一方的な会話等の特性はしばしば周囲から誤解を受け、学校教育や就労等の社会生活で困難に遭う場合が多いと考えられます。

特に、適切な発達支援を受けることなく成長し、社会生活上の困難に遭った方々の中には、二次的障害として「うつ」のような症状や自傷・他害などの行動障害が生じるケースもあります。

【課題】

発達障害については、早期に発見し、適切な医療及び発達支援を早い段階から各ライフステージに応じて継続的に行う必要があります。

発達障害者が生涯を通じて、社会生活等に必要な成長・発達を遂げ、安定した生活

ができるよう、当事者やその家族等を、地域・社会全体で支援する体制の整備が必要です。

【対策】

(ア) 求められる医療機能

- ① 発達障害について適切な診断・検査・治療等を行えること。
- ② 一般（身体科）のかかりつけ医や他の精神科医療機関、学校・幼稚園・保育所、市町村、県発達障害者支援センター、児童相談所、精神保健福祉センター等の関係機関、関係団体等と連携していること。
- ③ 発達障害に関する正しい知識の普及啓発に努めるとともに、学校・市町村・保健所等が行う発達障害に関する教育や担当職員等の人材育成に協力すること。

(イ) 推進方策

a 「発達障害の早期発見と支援システム」の構築・強化，人材育成

- ① 発達障害を早期発見・早期支援する体制を整備するため、「発達障害の発見と支援システム」を構築・強化し、市町村、保育所、幼稚園及び学校などにおける早期の気づき及び保健所、母子保健センター、児童相談所、発達障害者支援センターにおける二次スクリーニング機能の充実強化、その後の医療支援及び地域における療育支援体制の充実に努めます。
- ② 県に専門家からなる「発達障害者支援地域協議会」を設置し、発達障害者に対する支援体制の充実や連携体制の強化、人材育成及び発達障害に関する正しい知識の普及啓発を促進します。
- ③ 県内どの地域でも適切な相談を受けられるよう、保健所・市町村の相談窓口機能の強化や県発達障害者支援センターの市町村支援体制等の充実・強化を図ります。

b 県発達障害者支援センターによる相談・支援の充実，人材育成

- ① 県発達障害者支援センターにおいて、本人やその家族等からの相談に応じて専門的な指導又は助言を行うとともに、医療機関・市町村等との連携を図り、発達障害者を総合的に支援する体制を確保します。
- ② 市町村の相談支援体制の充実強化のため、巡回指導や職員向けの研修会等を実施し、市町村発達障害者支援員の養成等人材育成を図ります。また、家族支援を行うペアレントメンターの養成等を進めます。
- ③ 福祉、保健、医療、教育、就労等の専門家からなる「発達障害者支援連絡協議会」において、支援方法等について検討するとともに、関係機関等の連携促進、発達障害に関する正しい知識の普及啓発を図ります。

c 学校における相談・支援の充実

学校教育活動全体を通して、こころの健康に関する教育等を実施するため、学校における指導計画の改善や指導体制の整備及び教員の資質向上と指導方法の改善・充実に努めます。

また、日常の健康観察及び健康診断等により児童生徒等の健康状態を把握するとともに、学校、家庭、学校三師（学校医、学校歯科医、学校薬剤師）等及び関

係機関と連携し、健康相談及び事後指導等、保健管理の充実に努めます。

d 連携体制の構築

- ① 発達障害の専門的治療を行う医療機関とその他の一般科医療機関等との連携のほか、学校・幼稚園・保育所、県発達障害者支援センター、市町村、児童相談所、保健所、精神保健福祉センター等の関係機関・団体等との連携を推進します。
- ② 発達障害について、最初に相談を受け、又は診療することの多い小児科医などのかかりつけ医等の医療従事者に対して、発達障害対応力向上研修を実施し、県内どの地域においても一定水準の診療・対応体制の確保を図ります。

キ 高次脳機能障害

【現状】

交通事故や転倒などによる外傷性脳損傷や脳卒中・脳炎・低酸素脳症などの疾患により脳が損傷を受け、記憶・注意・感情などの「高次な」脳機能に障害が現れることがあります。これらの障害を「高次脳機能障害」といいます。

この障害は外見上は分かりにくく、周囲の理解を得られにくいという特性があり、障害の内容によっては、本人でも気づきにくいこともあることから、生活や仕事に支障が出たり、対人関係に問題が出る場合があります。

高次脳機能障害は、身体障害や知的障害とは異なる種類の障害のため、支援制度の枠組みに収まりにくく、また、一般的によく知られているとは言えないため、支援の手が十分届いているとはいえないのが現状です。

高次脳機能障害がある人の数は、厚生労働省が平成 13 (2001) 年度～平成 17 (2005) 年度に行った高次脳機能障害支援モデル事業において、全国で約 27 万人と推計されている（国立障害者リハビリテーションセンターより）ことから、茨城県内では約 6,200 人程度いると考えられます。

高次脳機能障害の診断治療は、脳神経外科、神経内科、精神科等の複数の診療科で行われていることから、各診療科間における連携が必要となります。

本県では、平成 19 年度から県立リハビリテーションセンターを支援拠点として位置づけ、高次脳機能障害の正しい理解のための普及啓発、専門電話相談、支援技術に関する研修等を実施してきました。平成 30 年度に県立リハビリテーションセンターを廃止した後は、茨城県高次脳機能障害支援センターが支援拠点として、引き続き支援を行っています。

なお、家族会である「高次脳機能障害友の会・いばらき」では、家族交流会等を定期的に行っています。

【課題】

高次脳機能障害に関わる医療、リハビリ、地域生活、就労等の各段階において、障害の特性に合った支援が提供されるよう、早期診断・治療拠点となる医療機関を明確にするとともに、県民の理解を深め、支援拠点を中心とした支援体制を広く整備していくことが必要です。

【対策】

(ア) 求められる医療機能

高次脳機能障害は「見えない障害」とも言われ、医療従事者にも見落とされやすいことから、以下の医療機能が求められます。

- ① 障害の特性を理解し診断を行うこと。
- ② 学術的研究が発展途上であることから、診断方法を研究し確立することが可能であること。
- ③ 症状の改善を目指すための医学的なりハビリテーションプログラムを提供すること。
- ④ 高次脳機能障害者にみられる社会的行動障害に対応するための精神科医療機能を有すること。

(イ) 推進方策

高次脳機能障害に関する早期診断・治療拠点となる医療機関を明確にするとともに、高次脳機能障害のある方及びその家族に対する支援が身近な地域で提供できる体制づくりに向け、支援拠点を中心に関係機関や当事者団体等と連携し推進してまいります。

- ① 当事者、病院や施設の職員及び行政職員等を対象とする研修会を開催します。
- ② パンフレットやホームページ等を活用した県民への普及啓発を推進してまいります。
- ③ 支援コーディネーターを配置し、高次脳機能障害のある方及びその家族等に対する相談支援、地域の関係機関との調整等を実施してまいります。
- ④ 医療、福祉、就労等の関係各分野の支援機関のネットワークを構築してまいります。

ク てんかん

【現状】

てんかんとは、発作を繰り返し起す脳の慢性疾患で、乳幼児期から老年期まで幅広く発症する病気です。

てんかんの治療は、精神科の他、小児科、神経内科、脳神経外科等の複数の診療科で行われていることから、各診療科間における連携が必要となります。

日本てんかん学会ではてんかんの臨床専門医を認定していますが、本県においては認定を受けた専門医は少ない状況です。また、土浦協同病院、筑波大学附属病院が、それぞれ全国てんかんセンター協議会登録のてんかんセンター、てんかんセンター（準）として機能しています。その他、てんかんの専門医療情報サイトとして、全国てんかん診療ネットワーク^(注1)が立ち上がっており、県内の医療機関も登録されています。

本県では、令和2年度から茨城県てんかん支援拠点病院として筑波大学附属病院を指定しました。

(注1) てんかん支援ネットワーク (ESN-Japan) は、てんかんの地域診療連携の推進を目的として、厚生労働省・都道府県およびてんかん学会・てんかん協会・全国てんかんセンター協議会の支援を下にてんかん地域診療連携体制整備事業により運営されています。

【課題】

成人を対象としたてんかんの専門医の数は少なく、また神経内科、脳神経外科、精神科のいずれの診療科がてんかんを担当するのも不明確なため、地域の一般診療医から専門医につながる一貫したてんかん診療モデルが形成されていないのが現状です。

てんかんに関わる種々の課題を解決するには、地域の一般診療医とてんかん専門医が効果的に連携できる「てんかん診療の仕組み」を早急に整備することが求められています。

【対策】

(ア) 求められる医療機能

てんかんの診療を行う医療機関は、適切な診断・検査・治療を提供すること。

(イ) 推進方策

てんかん支援拠点病院^(注1)に指定した、筑波大学附属病院、てんかん診療を行う医療機関及び関係団体等と連携し、てんかんに関する知識の普及啓発を推進します。

また、支援拠点病院が運営する、茨城県てんかん治療医療連携協議会において、事業計画の策定及び事業効果の検証、対策等に係る問題点の抽出などを行い、てんかん診療体制の整備等について検討します。

ケ 摂食障害

【現状】

平成 26 (2014) 年に医療機関を継続的に受療している摂食障害の総患者数は約 1.0 万人います。^(注2)

摂食障害は現代社会において増加している疾患で、日常生活に支障をきたし、しばしば身体合併症状により生命の危険を伴うこともあります。

筑波大学附属病院では県内で初めて摂食障害の専門外来を実施しています。

【課題】

摂食障害に対応できる医療機関を明確にする必要があります。

また、摂食障害に関する知識・技術の普及啓発及び他医療機関への研修・技術的支援等を実施できるよう地域の診療拠点となる医療機関の体制を整備していく必要があります。

【対策】

(ア) 求められる医療機能

① 摂食障害の診療を行う医療機関は、多職種によるチーム医療のもと、適切な診

(注1) てんかん支援拠点病院は、てんかんの治療を専門的に行っている医療機関のうち、専門的な相談支援、他の医療機関、自治体等や患者の家族との連携・調整を図る機関として、県が指定するもの。

(注2) 厚生労働省「患者調査」(平成 26 年)

断・検査・治療を提供すること。

- ② 急性期の患者に対しては、身体合併症状に係る救急医療を含めた総合的な対応を行うこと。または他診療科との連携等により、適切な対応を行うこと。
- ③ 患者へのカウンセリングや患者家族に対して支援を行うこと。
- ④ 学校・市町村等や他医療機関と連携を図り、専門的助言・指導等の支援や摂食障害に関する普及啓発等を行うこと。

(イ) 推進方策

県連携拠点機能を担う医療機関を明確にし、摂食障害に対応できる専門職を養成するとともに、患者の病態や重症度等に応じて適切な医療機関を受診する地域医療ネットワークの整備について検討します。

また、パンフレットやホームページ等を活用し、摂食障害に関する県民への普及啓発を推進します。

コ 外傷性ストレス障害（PTSD）

【現状】

PTSD（Post Traumatic Stress Disorder：心的外傷後ストレス障害）は、強烈なショック体験、強い精神的ストレスが、こころのダメージとなって、時間がたってからも、その経験に対して強い恐怖を感じる障害です。震災などの自然災害、火事、事故、暴力や犯罪被害などが原因になるといわれています。

災害・事件・事故等によるPTSDへの心のケアの重要性が高まっており、精神保健福祉センターでは、災害時のこころのケア研修会を開催しています。

また、犯罪被害者支援のためにいばらき被害者支援センターが研修会や相談対応をしています。

【課題】

PTSDに対応できる医療機関を明確にする必要があります。

PTSDに対応できる専門職の養成や医療・警察・教育・行政等が連携し、相談体制や継続した支援体制を構築していく必要があります。

【対策】

厚生労働省主催「PTSD対策専門研修」への受講について、行政機関及び精神科医療機関等への働きかけを強化してまいります。

当事者や家族等に対し、相談窓口の周知を図ってまいります。また、一般県民に対し、パンフレットやホームページ等を活用して普及啓発を推進します。

医療機関や学校、施設の職員及び行政職員等を対象とした研修会を開催します。

サ 精神科救急医療体制

【現状】

(7) 措置入院等（精神科三次救急医療）体制

入院させなければ、精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼす（自傷他害）おそれのある精神障害者に対し、精神保健福祉法第29条に基づく入院措置を行うため、24時間365日対応可能な精神科救急医療体制を整備しています。

	診察方法・受入病院	対応窓口
平日 昼間※1	・措置診察 ・指定病院	保健所
休日※2 昼間	・措置診察 ・県立こころの医療センター	精神科救急コールセンター (精神保健福祉センター)
夜間 (17:15～翌8:30)	・緊急措置診察 ・県立こころの医療センター	

※1 昼間：8:30～17:15

※2 休日は、土・日・祝日・年末年始(12/29～1/3)

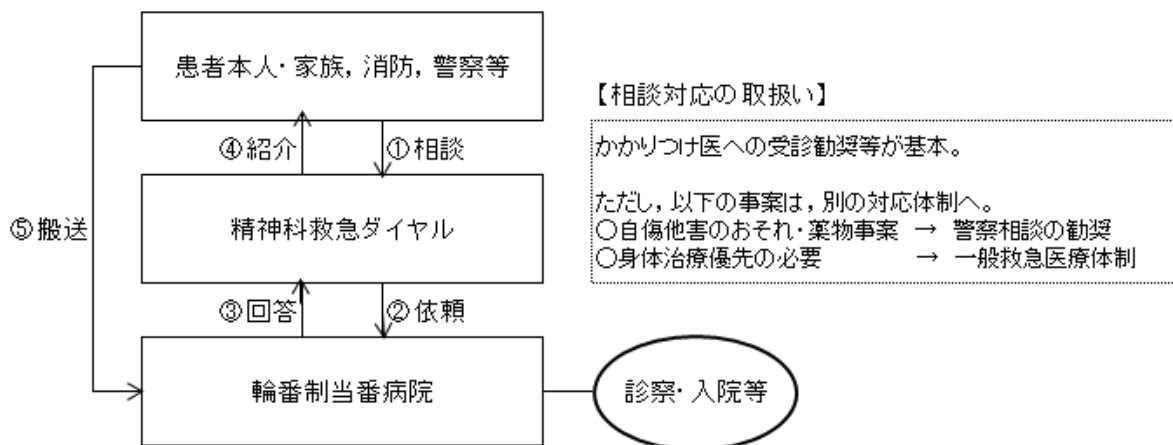
(4) 精神科一般救急（精神科二次救急）医療体制

自傷他害の恐れはないが、緊急な入院治療を必要とする精神障害者に対し、迅速かつ適正な医療を受けられるようにするため、精神科一般救急医療体制を整備しています。

受入時間	受入体制	相談窓口
休日昼間（8:30～17:00）	輪番制・2床	精神科救急ダイヤル (精神科救急情報センター)
夜間 毎日（17:00～21:00）※3	輪番制・1床	
金・休日（22:00～翌8:30）	受入協力病院	

※3 年末年始(12/29～1/3)及びゴールデンウィーク(5/3～5)を除く

■精神科一般救急(精神科二次救急)医療体制フロー図



(ウ) 精神科初期救急医療体制

現状では、外来診療に対応する精神科救急医療体制は整備されていません。

(I) 精神科ミクロ救急体制

継続して診療している自院のかかりつけ患者であっても、時間外の救急時において、相談等に応じるなどの適切な対応がとれていない事例が生じております。

(オ) 精神医療相談体制

保健所・精神保健福祉センター及び市町村では、平日昼間に精神障者及びその家族等からの相談に対応するとともに、必要に応じて受診指導や医療機関の紹介を行っています。

【課題】

(ア) 精神科三次救急医療（措置入院等）体制

引き続き、24時間365日対応可能な精神科救急医療体制の整備・充実を図る必要があります。

(イ) 精神科一般救急（精神科二次救急）医療体制

対応可能な時間帯が限定されているため、24時間365日対応できるよう、引き続き、精神科一般救急医療体制の整備に努めていく必要があります。

(ウ) 精神科初期救急医療体制

診療申込みから初診までの間に症状が悪化するなどして、精神科救急の受診等となる例も多く見られることから、早期に初診受診が可能となる体制づくりを含め、できるだけ身近な地域で、外来診療に対応できる精神科救急医療体制の整備について、検討する必要があります。

(I) 精神科ミクロ救急体制

継続して診療している自院のかかりつけ患者に対する各精神科医療機関の対応の強化を図る必要があります。

(オ) 精神医療相談体制

精神科救急の受診希望者においては、適切な相談・助言によって、症状の緩和等が図られるなどして緊急に受診する必要がなくなる例も多く見られるため、精神医療相談は救急医療の一つとして重要な役割があります。

保健所・精神保健福祉センター及び市町村では、休日・夜間に対応できていないため、休日・夜間を含め24時間365日対応できる精神医療相談体制を整備する必要があります。

【対策】

精神科救急患者に対し、緊急度に応じた救急医療等が円滑に提供できる体制の整備を目指します。

(7) 求められる医療機能

a 精神科救急医療機関の機能

- ① 精神科救急患者の入院に対応可能な保護室、検査・看護体制や退院支援体制等を備えること。
- ② 隔離・身体拘束等の行動制限に係る評価指標の導入や外部評価を通じて、医療の質の向上とその標準化を図ること。
- ③ 初診の精神科救急患者に対しても適切に対応すること。
- ④ 他の精神科救急医療機関の後方支援として、急性期後の精神疾患患者の受入等に協力すること。
- ⑤ 身体合併症に適切に対応するため、一般医療機関との連携等を確保すること。

b 全ての精神科医療機関の機能

- ① 県の精神科救急医療体制に参画・協力すること。
- ② 継続して診療している自院のかかりつけ患者やその関係者からの相談等について、時間外においても適切に対応すること。
- ③ 精神科救急コールセンター等からの問合せに対し、時間外においても適切に対応すること。
- ④ 一般医療機関と連携して精神疾患のある救急患者に対応すること。

(4) 推進方策

a 精神科救急医療体制連絡調整委員会の設置

精神科救急医療体制の整備並びにその円滑な運営を図るため、県、県医師会、県精神科病院協会、県精神神経科診療所協会、警察・消防機関、一般救急医療機関等の関係者からなる委員会を設置し、必要な協議・評価等を行います。

b 措置入院等（精神科三次救急医療）体制の整備

- ① 措置診察・受入体制の充実・強化を図ります。
- ② 精神保健福祉センター・保健所の通報対応や退院支援体制の充実・強化及び円滑な運用の確保を図ります。
- ③ 警察・市町村等の関係機関との連携・協力体制の強化・充実及び円滑化を図ります。

c 精神科一般救急（精神科二次救急）医療体制の整備

受入体制や相談・調整体制の充実・強化など、24時間365日対応可能な精神科一般救急医療体制の整備を図ります。

d 精神科初期救急医療体制の整備

- ① 保健所の精神医療相談等の結果、入院治療は要しないが速やかに診察につなげる必要があると認める対象者を、身近な地域で診察できる体制の整備について検討を進めます。

② 休日・夜間を含めた 24 時間 365 日相談可能な体制を整備します。

e ミクロ救急体制の確保

県精神科病院協会や県精神神経科診療所協会等の関係団体と連携・協力し、各精神科医療機関に対し、県の精神科救急医療体制への積極的な参画・協力等、求められる医療機能の確保について啓発等を進めます。

f 精神科救急医療に係る普及啓発・周知等

- ① 精神障害者やその関係者等においては、通常の診療時間帯のうちから、症状の悪化等を予想している場合も多いことから、診療時間内の相談の勧奨等について、普及啓発を進めます。
- ② 精神医療相談窓口について、周知・広報します。
- ③ 精神科救急医療体制の整備状況等について公表・周知します。

シ 身体合併症対策

【現状】

- (ア) 近年、うつ病や認知症の増加により、第二次救急医療機関等に搬送された患者で精神科治療が必要な場合や、精神科医療機関の入院患者で身体疾患を合併した場合など、精神疾患と身体疾患を合併する患者の割合が増加しています。

特に救命救急センターでは、入院患者のうち 12%に精神科治療の必要性があり、2.2%が身体疾患と精神疾患ともに入院治療が必要であるとの報告があります。

- (イ) 本県では、精神科病床を有する病院が 33 あり、そのうち精神科以外の病床を併設する病院は 13 ありますが、そのほとんどが内科など一部の診療科に限られることから、精神科医療機関と一般（身体科）医療機関の連携強化が不可欠です。

このため、県医師会と協力して、「精神科医療機関と一般（身体科）医療機関の連携基盤強化事業」を実施し、相互理解、連携の強化を図っています。

- (ウ) 現在、県では、精神科病院に入院中に身体疾患を合併し、治療が必要になった患者について、県立中央病院で治療対応する「精神科患者身体合併症医療事業」を実施し、身体合併症のある精神疾患患者へ対応するとともに、県立こころの医療センターと連携し、県立中央病院の患者に対し、精神科リエゾンチームによる回診を実施しています。

しかし、県立中央病院においては、重症な身体疾患と入院治療を要する精神疾患を合併している患者については、精神科病床がないため、単独での受け入れが難しい状況にあります。

【課題】

- (ア) メディカルコントロール地区ごとに、一般（身体科）医療機関と精神科医療機関との医療連携体制を整備していく必要があります。

- (イ) 一般（身体科）医療機関におけるリエゾンチームによる回診体制の普及・促進を図る必要があります。

- (ウ) 救命救急センター又はそれに準じた医療機関における精神身体合併症に対応した病床（MPU：Medical Psychiatry Unit）の確保について検討していく必要があります。

【対策】

(7) 求められる機能

a 病院前救護活動の機能

消防、警察等に対する精神科救急に係る研修等を通じ連携を図ること。

b 精神科救急ダイヤル（精神科救急情報センター）の機能

精神科救急ダイヤル（精神科救急情報センター）は、救急医療機関や消防機関等からの要請に対し、緊急に治療を必要とする精神障害者の受入先医療機関の紹介等迅速に対応すること。

c 身体合併症の救急医療を担う医療機関の機能

身体疾患を合併した精神疾患患者に対応する救急医療機関は、身体疾患と精神疾患の双方について適切に診断・治療できること。または、他の医療機関との連携により、適切に診断・治療ができること。

d 他医療機関からの転院を受け入れる機能

- ① 身体疾患を合併する精神疾患患者を精神科病院で治療する場合は、身体疾患に対応できる医師または一般（身体科）医療機関の診療協力関係を有すること。
- ② 身体疾患を合併する精神疾患患者を一般（身体科）医療機関で治療する場合は、精神科リエゾンチームまたは精神科医療機関の診療協力関係を有すること。

(4) 推進方策

- ① 一般（身体科）医療機関、警察、消防等関係機関に対する研修を実施し、精神疾患及び精神科救急医療体制等の理解促進・連携を図ります。
- ② 精神障害者及び家族等からの相談に24時間対応する医療相談窓口を整備するとともに緊急に入院治療を必要とする場合の受入先医療機関の調整等を行う精神科一般救急医療相談体制を整備します。
- ③ 県立中央病院は引き続き「精神科患者身体合併症医療事業」により、精神・身体合併症患者の治療を実施します。
- ④ 精神科を標榜する一般（身体科）医療機関の精神疾患患者受入体制の整備と精神科医療機関の身体合併症患者の受入体制の整備に努めます。
- ⑤ 県医師会と協力し、精神科医療機関と身体科医療機関の連携基盤強化事業（連携体制の検討、研修、事例検討等）を実施し、連携強化を図ります。
また、県立こころの医療センターが実施する「こころとからだの事例検討会」との連携を図ります。
- ⑥ 県立こころの医療センターと県立中央病院は連携して、県立中央病院の患者に対し精神科のリエゾンチームによる回診を実施します。
また、他の医療機関における精神科リエゾンチームによる回診の促進を図ります。
- ⑦ 救命救急センター又はそれに準じた医療機関における精神身体合併症に対応した病床（MPU）の確保について検討していきます。
- ⑧ 「精神科救急医療体制連絡調整委員会」を開催し、精神科救急医療体制の整備や精神科救急の円滑な運営を図っていきます。

ス 周産期メンタルヘルス

【現状】

社会保障審議会の専門委員会の報告によると、子どもの虐待による死亡事例のうち心中以外の虐待死はここ数年、年間40～60例とされているが、そのうち、40～60%は0歳児であり、しかもその半数近くが生後1か月未満の事例です。加害者のほとんどは実母であり、平成21年以降の統計では、心中以外の虐待死の約3割、心中による虐待死（未遂含む）の約半数の母親に精神疾患があると診断されています。

また、妊産婦死亡の原因として産後うつ病をはじめとする精神疾患による自殺が少なくないことが、2016年に東京都監察医務院と順天堂大学との共同研究で報告されています。

筑波大学附属病院の産科では、精神疾患やメンタルヘル스에課題のある妊産婦の分娩・出産を受け入れており、精神科と連携し対応しています。

【課題】

子どもの発達にも重大な影響を及ぼす可能性がある周産期の母親の精神疾患は、早期にリスクを発見して適切なケアに結びつけることで予防できる可能性があり、周産期管理の中に精神面でのスクリーニングや啓発活動を取り入れることが重要で、産科及び小児科医療機関と精神科医療機関との連携及び母子保健と精神保健福祉との連携体制を充実させていく必要があります。

【対策】

(7) 求められる医療機能

- ① 総合周産期母子医療センターや地域周産期母子医療センターに精神科リエゾン診療体制又は精神科医療機関との連携が整備されていること。

または、産科医療機関と精神科医療機関の連携体制が整備されていること。

- ② 産科医療機関は、妊産婦の精神疾患既往やうつ病等についてスクリーニングでき、必要時精神科医療機関と連携が取れること。

小児科医療機関は、子どもの発育を通して、親の精神面に配慮し、必要時精神科医療機関と連携が取れること。

精神科医療機関は、妊産婦の精神疾患に対応でき、適切な治療ができること。

- ③ 保健所・市町村等と情報共有して個別訪問の依頼や退院後の産後ケア事業につながる地域との連携を図ること。

(4) 推進方策

- ① 産科及び小児科医療機関と精神科医療機関が相互理解・協力関係を深めるための研修を実施し、地域における連携体制を促進するための機能が担えるよう、県連携拠点機能としての医療機関を整備してまいります。

- ② 保健所における要支援妊産婦支援体制整備事業を活用し、市町村及び保健所の母子保健と精神保健福祉との連携及び多機関多職種連携が促進できる体制を整備します。

セ 災害精神医療体制

【現状】

災害精神医療体制については平成 23（2011）年の東日本大震災における精神保健医療活動支援を通じて、指揮命令系統の改善、被災精神科医療機関への支援の強化等の課題が明らかとなり、平成 24（2012）年度に「災害派遣精神医療チーム（D P A T : Disaster Psychiatric Assistance Team）」の仕組みが創られました。

本県においては、平成 27（2015）年度から筑波大学や県立こころの医療センター、精神保健福祉センターと設置に向けた検討を進め、平成 28（2016）年度に茨城県災害派遣精神医療チーム（以下、「茨城 D P A T」という。）を結成しました。

また、茨城 D P A T 運営検討委員会を設置し、茨城 D P A T 活動マニュアルの作成や先遣隊チーム登録、茨城 D P A T 隊員研修等を行い、災害時精神科医療体制の整備を図っています。

■ D P A T 協定医療機関，協力医療機関（平成 30（2018）年 3 月末現在）

○災害派遣精神医療チーム（茨城 D P A T）協定医療機関

区分	医療機関名	備考
先遣隊 ^(注1)	県立こころの医療センター	1 チーム
	筑波大学附属病院	1 チーム
後続隊	県立こころの医療センター	
	筑波大学附属病院	
	一般社団法人茨城県精神科病院協会	県内 30 精神科病院が加入

■災害派遣精神医療チーム（茨城 D P A T）協力医療機関^(注2)：4 機関

【課題】

D P A T 隊員研修の実施及び防災訓練への参加により、隊員数の確保と隊員の技術向上を図っていく必要があります。特に、チームの円滑な活動に重要な役割を果たす業務調整員（ロジスティックス）の育成が必要です。

災害時派遣体制として、被災地が県外の場合と県内の場合の D P A T チーム編成及び派遣数・派遣期間等を整備していく必要があります。

災害時における精神科医療で中心的な役割を担う精神科病院を、災害拠点精神科病院に指定する必要があります。

(注 1) 都道府県等 D P A T を構成する班のうち、発災から概ね 48 時間以内に、被災した都道府県等において活動できる班を先遣隊と定義する。

(注 2) 後続隊のメンバーとして、茨城 D P A T 隊員となっている職員の派遣に協力する医療機関。

【対策】

(7) 求められる医療機能

- ① 災害時においても、医療保護入院、措置入院等の精神科医療を行うための診療機能を有すること。
- ② 災害時においても、精神疾患を有する患者の受入れや、一時的避難所としての機能を有すること。
- ③ D P A T等の派遣機能若しくは活動拠点の機能を有すること。
- ④ 被災時においても、診療機能等を早期に回復できるよう、業務継続計画（BCP）の整備をはじめ、食料や飲料水、医薬品、医療器材等の備蓄や電気等のライフラインの強化を図ること。

(4) 推進方策

- ① 災害拠点精神科病院を指定します。
また、他の医療機関のD P A T等の医療チームの活動拠点として受入れ体制の構築等を推進します。
- ② 災害時における精神科医療に精通した医療従事者の育成を推進します。
- ③ 災害時においても円滑に精神保健医療活動を行えるよう、県精神科病院協会、日本赤十字社こころのケアチーム、保健師チーム、D M A T、J M A T等と連携した定期的な訓練の実施等を推進します。

ソ 自殺対策

【現状】

全国の自殺者数は、平成10（1998）年の急増以降年間3万人超と高止まっていますが、平成22（2010）年以降7年連続して減少し、平成27（2015）年には平成10（1998）年の急増前以来の水準となっており、本県においてもピーク時の平成19（2007）年と比較すると平成28（2016）年で約6割以下に減少しています。

しかし、全国の年齢階級別死亡率を見ると、自殺は若い世代（15～39歳の各年代）における死因の第1位（平成27年厚生労働省「人口動態統計」）であり、深刻な状況にあります。

本県の自殺者数は488人、自殺死亡率は17.1となっており（厚生労働省人口動態統計、平成28年）、年々減少しているものの、全国の16.8と比べて高い状況にあります。

警察庁データで見ると、平成28（2016）年の本県の自殺者数は482人（男性347人、女性135人）となっております。

年齢別では、40歳代、30歳代、60歳代の順に多く、職業別では無職者が半数以上の57.5%を占めており、原因・動機別では、多い順に「健康問題」、「家庭問題」、「経済・生活問題」となっています。^{（注1）}

（注1）厚生労働省人口動態調査は、対象者が日本人に限られ、自殺者の住所地で人数を集計。自殺、他殺、事故死のいずれか不明の場合には、自殺以外で集計。
警察庁データは、外国人を含み、発見地で集計。

本県の自殺死亡率について、平成 21（2009）年と平成 28（2016）年を比較してみると、20 歳未満の自殺死亡率だけが上がっています。

国では自殺対策基本法（平成 18（2006）年）及び自殺総合対策大綱（平成 19（2007）年制定、平成 29（2017）年見直し）を制定し、国を挙げて自殺対策を推進することとしています。

自殺は、その多くが追い込まれた末の死であるとともに、防ぐことができる社会的な問題であると言われていています。また、自殺を考えている人は、何らかのサインを発していることが多いとも言われています。

【課題】

個々人が自殺に追い込まれないよう、ハイリスク者に対して自殺企図の要因となる失業・倒産、多重債務、長時間労働や人間関係などの社会的問題等や、身体やうつ病等のこころの健康問題等の諸問題を包括的に解決できるよう、各種相談・支援機関等が連携・協働して総合的に支援する必要があります。

また、地域全体が、「相談支援体制の強化」、「人材の養成」、「普及啓発」を柱に、自殺防止対策を総合的に推進する一方、地域の自殺の実態に応じた実践的な取り組みや、若年層や自殺未遂者等に対する重点的な対策が求められています。

特に若年層に関しては、それぞれの属性に応じて、学校・職域や産科医療機関等と連携・協働して、自殺防止対策を充実・強化する必要があります。

【対策】

(7) 求められる医療機能

かかりつけ医等においても、うつ病等の精神障害に係る診療知識・技術の向上を図るとともに、精神科医との連携強化を図ること。必要に応じて、各種相談窓口等への相談を勧奨又は紹介すること。

(4) 推進方策

a 自殺対策の普及啓発等

ホームページや広報紙・リーフレット等の様々な手段により、自殺予防やその対策について普及啓発を図るとともに、各種問題に応じた相談窓口の周知に努めます。

b 相談体制の充実強化

県民ができるだけ早期に身近なところで気軽に相談ができるよう、学校・職域・地域における相談体制の充実・強化を図ります。

また、精神保健福祉センターが行う面接相談・電話カウンセリング（「いばらきこころのホットライン」）や各保健所が行う「こころの健康相談」の充実・強化を図ります。

c 「いのちの電話」の周知・活動支援

精神的危機に直面している人の相談に応じる「いのちの電話」について広く県民に周知を図るとともに、社会福祉法人茨城いのちの電話が行う電話相談活動を支援します。

d 各種相談窓口・支援機関等の連携強化

県・市町村・民間団体等の各種相談窓口や支援機関等のネットワークを構築・強化し、自殺企図のハイリスク者に対し、複数分野の専門家・相談員等が相互に連携・協働しながら諸問題の包括的な解決を図る支援体制づくりを推進します。

e ゲートキーパーの養成・普及啓発

県民一人ひとりが、身近な方の自殺企図の危険性に気付き、声掛けや見守りなどの必要な対応を適切に行うことができるよう、ゲートキーパー^(注1)の養成と普及啓発を図ります。

f かかりつけ医の精神疾患に係る対応力向上の推進

自殺企図のハイリスク者は、うつ状態や精神疾患の自覚がないまま、頭痛・食欲不振等の症状により一般科を受診する場合があることから、かかりつけ医等に対し精神疾患に関する研修会を実施し、うつ病等の精神障害に係る診療知識・技術の向上を図るとともに、精神科医との連携強化を図ります。

g 自殺対策の推進体制

平成 28 (2016) 年 8 月に精神保健福祉センターに設置した「地域自殺対策推進センター」を中心に、市町村や関係団体等の自殺対策の取組みを支援・推進します。

「県自殺対策連絡協議会」を通じて、市町村・支援機関・医療機関及び自殺対策関係団体等の連携・協力体制を確保し、自殺企図のハイリスク者に対する包括的な支援体制の構築・強化や、総合的な自殺対策を推進します。

タ 医療観察法における対象者への医療

【現状】

平成 17 (2005) 年 7 月に「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」(以下「医療観察法」)が施行され、重大な他害行為を行ったが心神喪失又は心神耗弱を理由に不起訴処分、無罪判決又は量刑の減刑を受けた精神疾患患者に対しては、必要な医療を確保し病状の改善を図り社会復帰を促進することとされています。

本県の医療観察法の指定医療機関については、平成 23 (2011) 年 10 月に入院医療機関として県立こころの医療センターに医療観察病棟を整備し、通院医療機関については、現在、20の精神科病院(令和 3 (2021) 年 3 月末現在)が指定されています。

【課題】

指定通院医療機関は地域に偏在しており、医療観察法制度対象患者の継続的かつ適切な医療の提供や社会復帰の早期実現を図るため、対象患者の居住地に近い精神科病院の確保が必要です。

また、入院医療において治療抵抗性統合失調症治療薬を使用している対象者が円滑に退院できるように、治療抵抗性統合失調症治療薬の使用可能な指定通院医療機関の確保が必要です。

(注 1) ゲートキーパーとは、悩んでいる人に気づき、声をかけ、話を聴いて、必要な支援につなげ、見守る人

【対策】

(7) 求められる医療機能

- ① 指定入院医療機関は、公共性及び専門性が高く、ノーマライゼーションの観点も踏まえ患者の社会復帰を早期に実現すること。また、多職種によるチーム医療の提供及びプライバシー等人権に配慮しつつ、保護観察所、保健所、市町村、地域援助事業者等と連携すること。
- ② 指定通院医療機関は、個別の治療計画を作成し、各ガイドライン（入院処遇、指定通院医療機関運営、通院処遇）に基づき、必要な医療の提供を行うとともに、保護観察所、保健所、市町村等と連携すること。

(4) 推進方策

- ① 厚生局、保護観察所と連携し、指定通院医療機関の確保に努めます。
- ② 保護観察所、指定医療機関と連携し、医療観察法に関する理解を促進するための協議会、研修会等を実施します。患者が地域で安心して生活が送れるよう、医療・保健・福祉が連携して支援する体制を推進します。

(3) 医療体制の構築に必要な事項

ア 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築

【現状】

本県では、平成 29（2017）年 4 月 1 日現在、精神科病院（精神病床あり）33 施設、精神科を標榜している一般病院（精神病床なし）17 施設、精神科・神経科の診療所（精神病床なし）64 施設、心療内科を標榜する医療機関（一般病院 2 施設、診療所 16 施設）において、精神科医療が提供されています^{（注 1）}。

また、精神疾患患者については、本人の意思によらない入院や行動の制限が行われる場合もあることから、精神保健福祉法を遵守するとともに、人権への配慮、患者及び家族等の意思を最大限に尊重し適正な医療を提供する必要があります。

県では、精神医療審査会を設置し、入院患者からの退院請求等の審査を行うとともに、精神科病院に対する実地指導等を行い、患者の人権に配慮した適正な医療の提供及び確保に努めています。

【課題】

多様な精神疾患等ごとに、患者の状態に応じた質の高い精神科医療を提供できる体制の整備が必要です。

また、病院、診療所、訪問看護ステーション等の役割分担・連携を推進する必要があります。

（注 1）厚生総務課調べ。休床中・休診中含む。

【対策】

(7) 求められる医療機能

a 県連携拠点医療機関

- ① 患者の状況に応じて、適切な精神科医療（入院・外来医療，訪問診療）を提供するとともに，精神症状悪化時等の緊急時の対応体制やかかりつけ医などの地域の医療機関，薬局等と連携体制を確保すること。
- ② 精神科医，薬剤師，看護師，作業療法士，精神保健福祉士，臨床心理技術者等の多職種チームによる支援体制を作ること。
- ③ 医療機関（救急医療，周産期医療含む），障害福祉サービス事業所，相談支援事業所，居宅介護支援事業所，地域包括支援センター等と連携し，生活の場で必要な支援を提供すること。
- ④ 積極的な情報発信及び専門職に対する研修プログラムを提供すること。
- ⑤ 地域連携拠点機能を担う医療機関等からの相談対応や，処遇困難事例の受入対応を行うこと。

b 地域連携拠点医療機関

県連携拠点医療機関と密に連携を図り，上記①～④の機能を担うとともに更に，以下の機能を担う。

地域精神科医療提供機能を担う医療機関からの相談対応や，処遇困難事例の受入対応を行うこと。

c 地域精神科医療提供機能を担う医療機関

地域における精神科医療のかかりつけ医としての役割を担い，上記①～③の機能を担う。

d 薬局

向精神薬の適正な薬物療法を推進するため，医療機関と連携し服薬指導を行うこと。

(1) 推進方策

- ① 多様な精神疾患等ごとに，県連携拠点機能，地域連携拠点機能，地域精神科医療提供機能を担う精神科医療機関（病院，診療所），一般医療機関（病院，診療所）の機能の明確化及び地域連携体制を整備していきます。
- ② これら医療機能を検討するための協議の場を設け，地域における相談・診療窓口の明確化や早期に受診ができ，病状に応じた適切な治療が受けられる日常診療体制の強化を推進していきます。
- ③ 精神医療審査会における退院請求等の審査や精神科病院に対する指導等により，人権に配慮した適正な医療の提供及び確保に努めます。

(7) 医療機関名（別冊，ホームページで公表）

精神科病院，精神科・神経科診療所，精神科訪問看護を行う訪問看護ステーション（医療保険における精神科訪問看護基本療養費に係る届出をしている施設）

イ 茨城型地域包括ケアシステムの推進（精神障害者の地域移行・地域定着）

【現状】

(7) 精神科病院の入院患者の状況

入院形態別では、本人の意思による任意入院患者数は平成 27（2015）年 6 月 30 日現在、3,527 人（全入院の 58.3%）で、家族等の同意による医療保護入院は 2,467 人（40.7%）、知事の権限による措置入院は 40 人（0.7%）で、措置入院は横ばいですが、医療保護入院の割合は微増の傾向です。（表 4）

また、平成 27（2015）年 6 月に新規入院した患者のうち、60.1%は入院後 3 か月未満で、81.9%は 6 か月未満で、89.8%は 1 年未満で退院しています。いずれも、全国平均より若干低い状況ですが、入院期間の短縮化が図られてきています。

本県の平成 26（2014）年度の長期（1 年以上）入院患者の割合は、全入院患者の 68.6%を占め、5 年以上は 43.3%でいずれも全国より多い状況です。（表 5）平均在院日数も 328.2 日と全国より長く推移しています。（表 6）

入院患者総数は減少傾向であるものの（表 4、図 2）、65 歳以上の高齢入院患者は増加傾向にあり、そのうち入院 5 年以上の高齢入院患者が、約半数（図 3）となっています。

■入院形態別入院患者数

（表 4）

入院形態	24		25		26		27	
	構成割合	入院患者数	構成割合	入院患者数	構成割合	入院患者数	構成割合	入院患者数
措置入院	0.9	54	0.7	47	0.8	47	0.7	40
医療保護入院	39.4	2,466	40.4	2,533	40.6	2,522	40.7	2,467
任意入院	59.5	3,726	58.5	3,671	58.3	3,620	58.3	3,527
その他	0.2	16	0.3	17	0.3	19	0.3	20
計	100.0	6,262	100.0	6,268	100.0	6,208	100.0	6,054

出典 精神保健福祉資料（各年度 6 月末現在 単位：人，%，厚生労働省）

■精神科病院の入院患者の入院年数状況

（表 5）

		1 年未満	1 年以上 5 年未満	5 年以上 10 年未満	10 年以上	総数
入院患者数 (人)	茨城県	1,948	1,568	891	1,801	6,208
	全国	103,441	85,292	39,885	61,019	289,637
割合 (%)	茨城県	31.4	25.3	14.3	29.0	100.0
	全国	35.7	29.4	13.8	21.1	100.0

出典 平成 26 年度精神保健福祉資料（厚生労働省）（平成 26 年 6 月末現在）

■ 平均在院日数

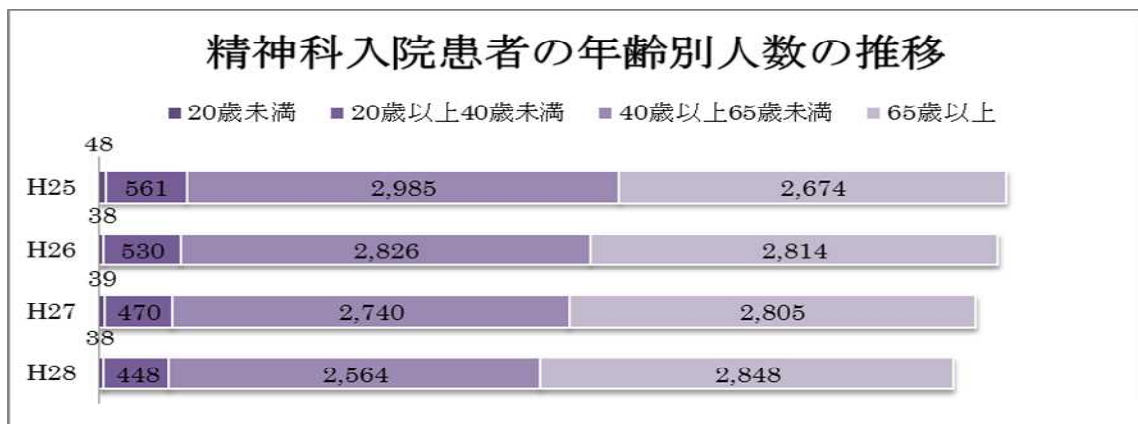
(表 6)

(日)	平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度
茨城県	343.1	328.6	324.1	328.2
全国	291.9	284.7	281.2	274.7

(出典：病院調査)

■ 精神科病院入院患者の年齢別人数の推移(単位：人)

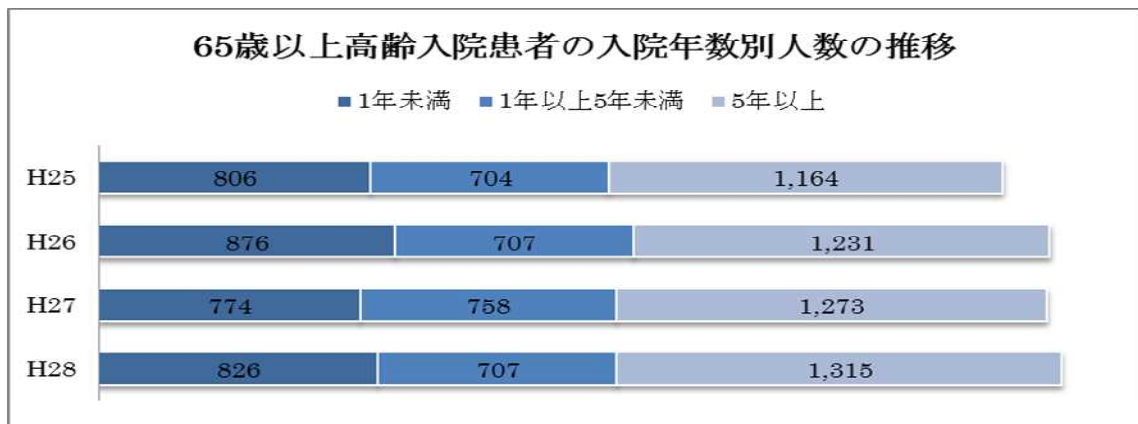
(図 2)



出典 精神保健福祉資料(厚生労働省)

■ 高齢入院患者の人数の推移(単位：人)

(図 3)



出典 精神保健福祉資料(厚生労働省)

(イ) 精神障害者の地域移行・地域定着

① 県は、平成 25 (2013) 年度から精神障害者の地域移行支援を推進するために、保健所圏域毎に県、市町村、精神科病院の職員、福祉サービス事業者、訪問看護ステーション職員等で構成した協議会を設置しています。

また、これら関係者に対し、精神障害者への支援の理解と地域の受け皿を広げる目的で、研修会を開催しています。相談支援者に活用してもらうために「精神医療福祉マップ」及び「精神医療福祉相談支援の手引き」を作成し、活用を促進しています。

その他に、当事者が地域で安心した生活が継続できるよう、当事者と支援者間の連絡ツール「こころの生活支援手帳－地域連携パス－」を作成し、活用を促進しています。

- ② 患者が治療を中断することなく外来通院治療や地域での生活を継続するためには、精神科病院が行う往診、訪問看護等の訪問支援並びに精神科デイ・ケア等による支援が必要であり、本県においては精神科病院の訪問看護や精神科デイ・ケアを実施している機関数、精神科訪問看護を行う訪問看護ステーションの機関数は平成 21 年度調査と比べて増加しています。

(ウ) 茨城型地域包括ケアシステムの推進（詳細は第 2 章 第 1 節に掲載）

本県の地域包括ケアシステムは精神障害者も含めた検討ができる体制となっています。

【課題】

- ① 入院患者は高齢化が進んでおり、かつ高齢者の入院期間も長期化の傾向にあるため、退院に向けた支援体制、地域の受入態勢の整備が必要です。

- ② 保健所圏域毎に設置している地域移行支援連絡協議会と県自立支援協議会・市町村自立支援協議会との連携強化が必要です。

また、精神障害者の地域移行を推進していくためには、医療・保健・福祉の関係者が共通の認識を持つ必要があるため、協議の場を確保していく必要があります。

- ③ 地域包括ケアシステムは市町村が主体となり実施していますが、市町村によって開催頻度や対象ケース、検討内容等にばらつきがあるのが現状です。

また、当事者が生きがいを持って地域で生活するためには、就労等の場や生活訓練の場などの確保が必要ですが、これら社会資源が不足しているのが現状です。

■精神科病院の退院状況

(表 7)

区 分	茨城県	目標値	備 考
入院 3 か月時点の退院率 (%)	60.1	62.5	平成 28 年度精神保健福祉資料
入院後 6 か月時点の退院率 (%)	81.9	-	平成 28 年度精神保健福祉資料
入院後 1 年時点の退院率 (%)	89.8	90.0	平成 28 年度精神保健福祉資料
1 年以上の在院患者数 (人)	4,104	4,164	平成 28 年度精神保健福祉資料

■在宅精神患者への医療提供状況

(表 8)

区 分	茨城県	全国	備 考
精神科病院のデイ・ケア実施率 (%)	66.7	65.7	平成 26 年度精神保健福祉資料
精神科病院の訪問看護実施率 (%)	48.5	65.6	平成 26 年度精神保健福祉資料
訪問看護ステーションにおける精神科訪問看護実施率 (%)	71.6	-	平成 29 年度障害福祉課調べ (111/155 訪問看護事業所)

【対策】

(7) 求められる医療機能

- ① 入院医療においては、入院初期から、服薬指導や精神科作業療法等を実施するほか、相談支援事業者等と連携し、早期の退院を支援すること。
長期入院患者の地域移行を推進するため、精神科病院は地域移行推進窓口を設置し、患者・家族、地域の関係機関との連携を強化すること。
特に、高齢者の退院支援にあたっては、地域包括支援センター等との連携体制を強化すること。
- ② 精神科医による往診・訪問診療、看護師等による訪問看護、訪問看護ステーションによる精神科訪問看護など患者のニーズに応じた訪問支援（アウトリーチ）を提供できること。
- ③ 患者が生活の場で必要とする福祉サービスを受けられるよう、市町村や、相談支援事業所、障害福祉サービス事業所、地域包括支援センター等と連携すること。
- ④ 患者が復職や就職等に必要な支援を受けられるよう、精神科医療機関は障害福祉サービス事業所、公共職業安定所（ハローワーク）、茨城障害者職業センター等と連携すること。

(4) 推進方策

- ① 県自立支援協議会、保健所精神障害者地域移行支援連絡協議会、市町村自立支援協議会の連携を確保し、退院可能な精神疾患患者に対して退院及び地域生活の継続のための支援体制を整備します。
併せて、医療・保健・福祉の関係職員の対応力の向上を図るための研修を実施します。
- ② 精神障害者の退院促進を図るため、施設整備の助成等により退院後の住まいの場（グループホームやケアホーム）の確保、障害者施設及び介護保険施設等との連携強化に努めます。
- ③ 精神疾患患者の治療中断等による再入院を防止し、地域生活を継続するため、精神保健福祉センター、保健所、市町村、精神科医療機関、訪問看護ステーション、相談支援事業所、薬局等が連携し、困難事例への対応等を検討する機会を設けます。また、訪問支援（アウトリーチ）の活動を促進します。

目標

番号	目標項目	現状 (平成29(2017)年度)	目標値 <u>(2023年度)</u>
1	入院後3か月時点の退院率	60.1% (平成28(2016)年度)	<u>69.0%</u>
2	入院後6か月時点の退院率	81.9% (平成28(2016)年度)	<u>86.0%</u>
3	入院後1年時点の退院率	89.8% (平成28(2016)年度)	<u>92.0%</u>
4	慢性期入院患者数(1年以上)	4,009人	<u>2,658人</u>
5	地域移行に伴う基盤整備量 (地域サービス等利用者数)	—	<u>1,264人</u>
<u>6</u>	<u>退院後1年以内の地域平均生活日数</u>	<u>317日</u>	<u>317日</u>
<u>7</u>	精神科一般救急(入院)対応時間 (輪番制当番病院)	夜間:17:00~21:00 休日昼間:8:30~17:00	24時間365日入院可能な体制整備を目指す
<u>8</u>	自殺死亡率(人口10万あたり)	17.1 (平成28(2016)年)	<u>15.2</u> <u>(令和4(2022)年)</u>
<u>9</u>	かかりつけ医等対応力向上研修 受講者数 (うつ病)	422人 (平成28(2016)年度)	<u>238人</u>
<u>10</u>	発達障害について専門相談窓口を設置している市町村数	12か所	32か所
<u>11</u>	高次脳機能障害の知識と支援についての研修 受講者数	1,071人	1,800人
<u>12</u>	高次脳機能障害支援機関数	1か所	3か所
<u>13</u>	医療観察法指定通院医療機関数	<u>20施設</u> <u>(令和2(2020)年度)</u>	<u>21施設</u>

目標

番号	目標項目	現状 (平成29(2017)年度)	目標値 (2023年度)
<u>14</u>	認知症疾患医療センターの整備	13か所	<u>13か所</u>
<u>15</u>	認知症サポート医養成人数 (累計)	64人 (平成28(2016)年度)	<u>240人</u>
<u>16</u>	かかりつけ医認知症対応力向上研修受講者数 (累計)	804人 (平成28(2016)年度)	<u>940人</u>
<u>17</u>	歯科医師認知症対応力向上研修受講者数 (累計)	-	<u>700人</u>
<u>18</u>	薬剤師認知症対応力向上研修受講者数 (累計)	-	<u>1,300人</u>
<u>19</u>	看護職員認知症対応力向上研修受講者数 (累計)	186人 (平成28(2016)年度)	<u>1,350人</u>
<u>20</u>	一般病院勤務の医療従事者認知症対応力向上 研修受講者数(累計)	947人 (平成28(2016)年度)	<u>3,600人</u>
<u>21</u>	妊娠届出時にアンケートを実施する等して妊 婦の身体的・精神的。社会的状況について把握 している市町村数	43か所	44か所
<u>22</u>	妊娠中の保健指導において、産後のメンタルヘ ルスについて妊婦とその家族に伝える機会を 設けている市町村数	28か所	44か所
<u>23</u>	産後1か月でEPDSが9点以上を示した人へ のフォロー体制がある市町村数	15か所	40か所

6 救急医療

(1) 救急医療の確保

【現状】

- ・ 本県の医師数は、平成30（2018）年12月末現在（医師・歯科医師・薬剤師統計）で5,682人となっており、人口10万対197.5と全国平均の258.8を大きく下回り、全国46位と低位の状況にあります。
- ・ また、医師の診療科偏在が全国的な問題になっており、救急科の人口10万対医師数は、全国的にみて低位の状況にあります。

【課題】

- ・ 地域医療を担う人材の養成及び確保を進める必要があります。
- ・ また、今後増加する修学生医師の義務明け後の県内定着を促進する必要があります。
- ・ 救急専門医だけでなく、他領域の専門医等も含めた全員参加型の救急医療を目指す必要があります。

【対策】

ア 目指すべき方向

本県では、「第7次茨城県保健医療計画」の一部として、令和2年3月に「茨城県医師確保計画」を策定し、当該計画に基づき、医師確保対策を推進することとしています。

(ア) 医師確保の方針

本県は、医師少数県であることから、医師の増加を基本方針とします。また、短期的又は中・長期的な視点による施策により、医師の確保を図ります。

(イ) 医師確保計画推進の重点化の視点

a 医療提供体制の充実

全ての県民の安心・安全を守り、質の高い医療を提供するため、地域の拠点病院の勤務医や不足診療科の確保に取り組み、政策医療体制の充実を図ります。

b 医志の実現とキャリア形成

県内高校生の医学部進学や医師のキャリア形成、地域やライフステージに応じた医師の働き方を支援し、医師が集まる県を目指します。

c 関係機関の連携・協働

県や市町村、大学、医療機関、医師会等関係団体、県民が一体となった「オールいばらき」の体制により、新しい発想、あらゆる方策にチャレンジします。

イ 対策

(ア) 医師の養成課程を通じた医師確保

医師の絶対数の確保と地域偏在の解消を図るため、茨城県地域医療支援センターを核として高校生、医学生、研修医、医師のそれぞれの段階に応じた総合的な医師確保対策を実施します。

- ・ 県立高等学校等への医学コースの設置や県内中・高校への訪問等により、県内高校生の医学への興味と本県の医療状況への理解を深めるとともに、医学部

進学希望者を支援します。

- 地域医療医師修学資金貸与制度や医師修学資金貸与制度などの各種修学資金貸与制度を活用し、医師が不足する地域を中心に医師の確保を図ります。
- 自治医科大学卒業後の医師について、キャリア形成を支援しつつ、へき地診療所やへき地医療拠点病院等へ派遣し、県内医療機関への勤務を促進します。
- 地域医療の現場に触れる修学生セミナーや、修学生の集いを開催し、地域医療に従事する医学生や医師を支援します。
- 修学生等が、地域医療の現場に触れ、互いの交流を深めるとともに、地域医療への意欲と熱意を継続できるよう、修学生セミナーや修学生の集い等を開催します。
- 魅力的かつ地域の実情に合ったキャリア形成プログラムを策定し、県地域医療支援センターのキャリアコーディネーターや教育インストラクター等との個別面談や各種相談により、修学生の在学中から卒後のキャリア形成を支援します。
- 県臨床研修連絡協議会を中心とし、臨床研修病院の情報を積極的に発信するとともに、指導体制の充実を図ります。
- 専門医の認定促進や診療技術・指導力の向上などを図り、県内に勤務する医師のキャリアアップを支援します。
- 初期臨床研修や他領域専門医等を対象とした救急医療に係る研修機会を提供すること等により、県内に勤務する医師全体の救急対応力を強化します。

(イ) 医師派遣調整

- 地域枠医師等に対するキャリア形成プログラムの適用や地域医療対策協議会における医師配置調整スキームにより、救急、小児、周産期医療等政策医療を担う医療機関・診療科を中心に医師の派遣調整を実施します。

(ウ) 県外からの医師確保

- 政策医療等を担う医療機関・診療科を中心に、医科大学と連携した寄附講座の設置など、県外からの医師確保を強化します。

(エ) 魅力ある環境づくり

- 茨城県医師会と協力し、医療勤務環境改善支援センターにおいて、医療従事者の勤務環境改善に取り組む医療機関に対して、医業経営面、労務管理面の専門的な支援を行います。
- 特に、女性医師は今後増加傾向にあることから、保育・就業等に係る相談に対応する総合相談窓口を設置・運営するとともに、子どもの急な体調不良時等でも安心して勤務できるよう、民間シッター等を活用した保育支援体制の構築に取り組みます。

(オ) 医師の養成・確保のための規制緩和等に係る要望活動

- 医師の養成・確保のための抜本的な課題解決が図れるよう、国に対し、医師不足が顕著な地域を優先し、地域偏在や診療科偏在の解消につながる制度の見直し、都道府県への財政支援などを講ずるよう要望していきます。

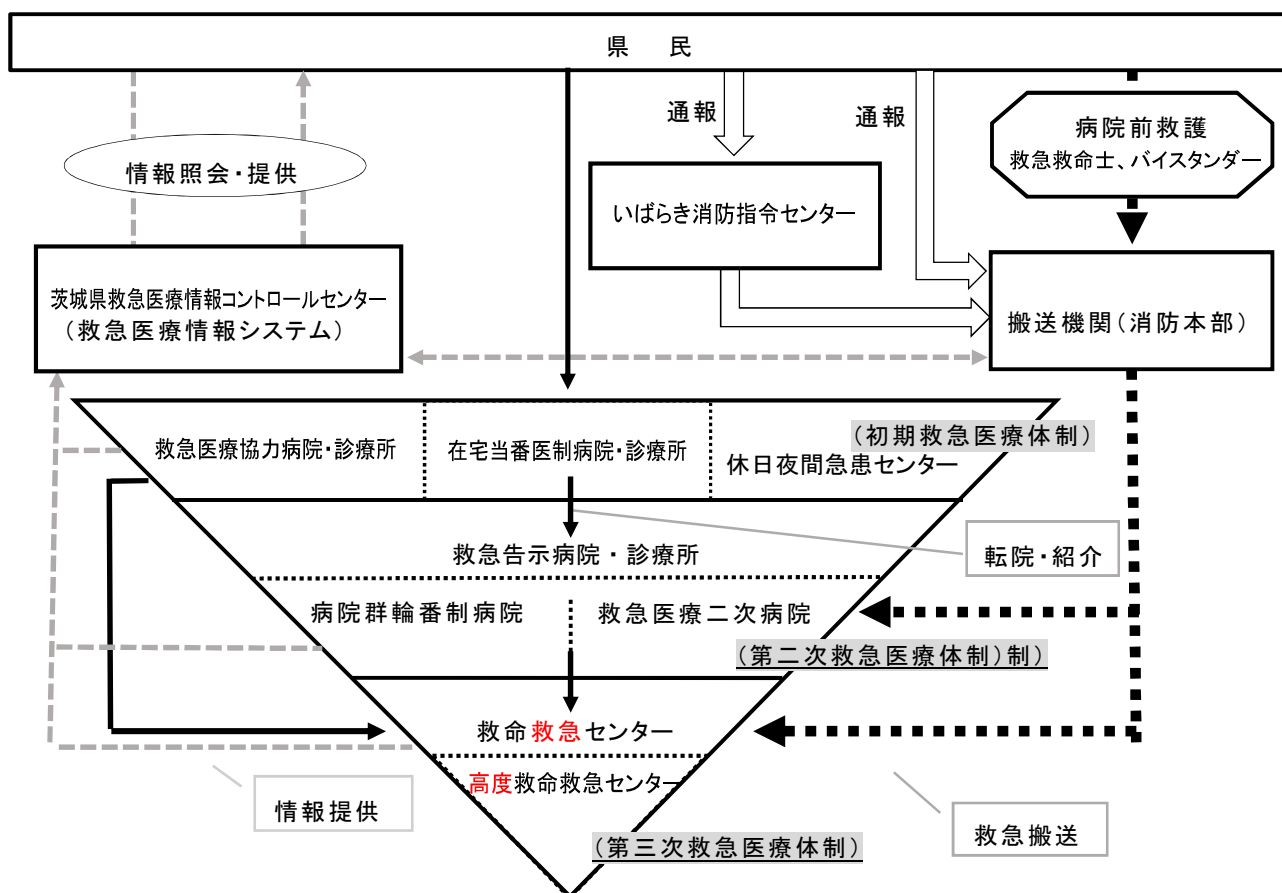
(2) 救急医療体制の整備

■ 受入体制

【現状】

- ・ 本県においては、初期、第二次、第三次救急医療機関と救急医療情報コントロールセンターによる救急医療体制を総合的、体系的に整備してきました。
- ・ 初期救急医療は、外来診療によって救急医療を行う地域に最も密着した医療であり、比較的軽症の救急患者に対応するため、11か所の休日夜間急患センターや地域の開業医が当番制で診療を行う在宅当番医制病院等により、市町村単位で実施しています。
- ・ 第二次救急医療は、入院治療を必要とする重症救急患者に対応するための医療であり、県内を11の地域に分けて地域内の病院が輪番制方式により実施する病院群輪番制と、水戸地域の救急医療二次病院による二次救急医療体制を基本に実施しています。
- ・ 第三次救急医療は、第二次救急医療では対応困難な重篤な救急患者に対応するため、高度救命救急センターや救命救急センターにおいて、24時間365日体制で受入れ高度な医療を提供するとともに、本県独自のドクターヘリ運航や隣県ドクターヘリとの連携によって、救急患者の救命率の向上と後遺障害の軽減を図っています。

茨城県救急医療体制図



【課題】

ア 初期救急医療体制

- ・ 比較的軽症な患者に対する救急医療の需要は見込まれるものの、参加医の高齢化や開業医の確保が難しく、平日や休日の夜間を含め恒常的に診察できる体制が十分に取れておらず、また、参加医療機関の診療科によって受診が制約されるなど、十分に対応できていません。このため、多くの軽症患者が第二次救急医療機関を直接受診する機会が増え、結果として、第二次救急医療以上の救急医療機関に負担がかかっています。

イ 第二次救急医療体制

- ・ 救急患者の受け入れ人数が増える一方、施設数はほぼ横ばいで推移し、医療機関の負担が増えており、今後も救急搬送の増などによって負担がさらに増える見込みです。
- ・ また、医師不足等によって地域内の救急患者を十分に受け入れることができない地域があり、特に、救急医療を担う医療機関が少なく、最寄りの救命救急センターから離れた地域では、救急患者に対する診療体制が脆弱であります。
- ・ 「茨城県救急医療情報システム」について、救急隊等から、医療機関の受け入れ可否等の救急医療情報がリアルタイムに更新されておらず、システムの救急医療情報が実際と異なる場合があるなどの課題が提起されています。
- ・ 救急医療機関において救急患者の受入件数に開きがあり、特定の医療機関に救急患者が集中する傾向があります。

ウ 第三次救急医療体制

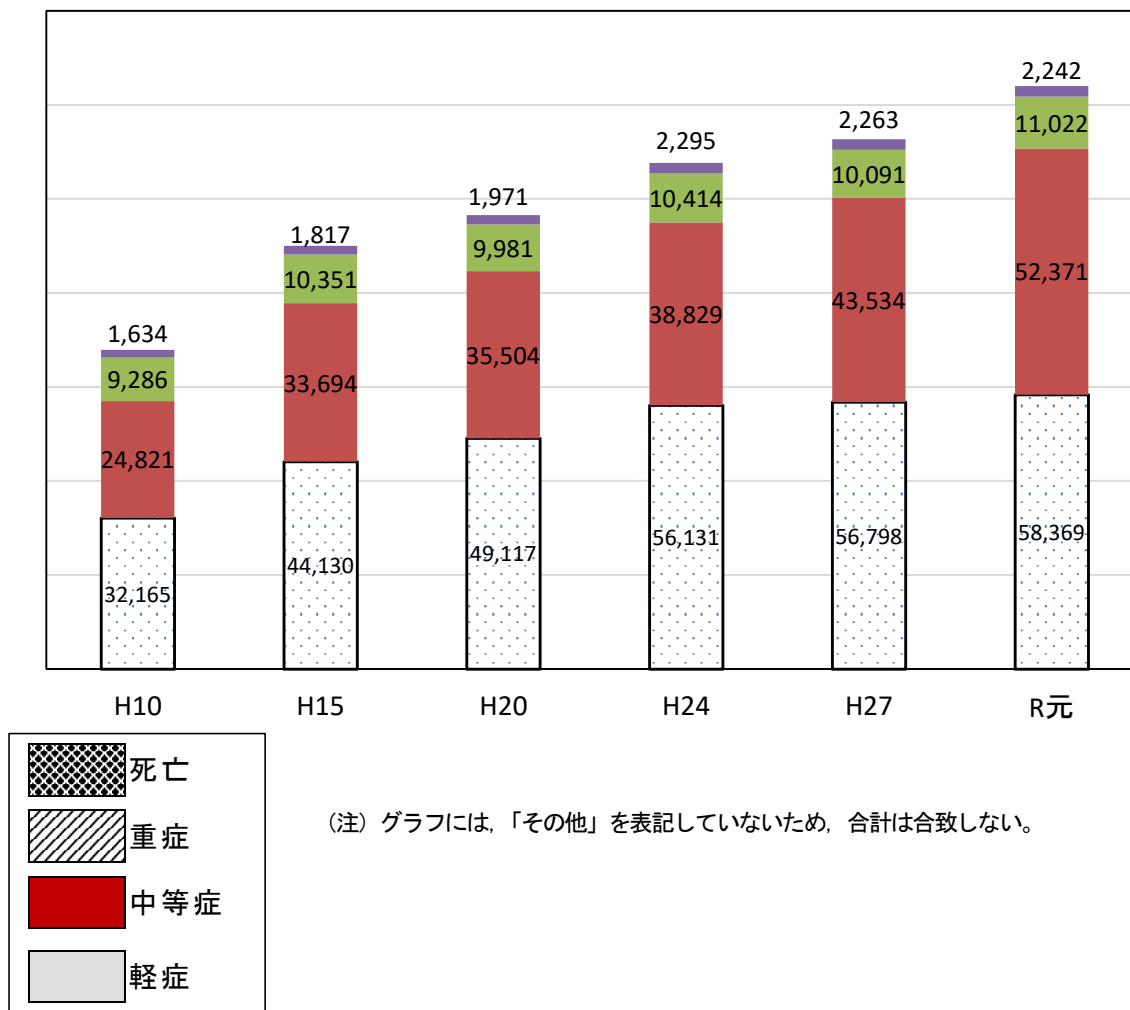
- ・ 救命救急センターが地域的に偏在しているため、最寄りの救命救急センターから離れた地域では、重篤な救急患者に対する診療体制が脆弱であります。
- ・ ドクターカーはドクターヘリと異なり悪天候時や夜間においても運行が可能であるなど、ドクターヘリを補完する役割が期待されますが、ドクターカーの運行範囲や運行時間のさらなる拡大・拡充にあたっては、同乗する医師や看護師などの確保やドクターカーが搬送してきた患者を受け入れる医療機関の診療体制の充実が課題となっています。

エ 救命後の医療

- ・ 受入医療機関の選定困難事案の原因のひとつに、「ベッド満床」が挙げられており、その背景として、救急医療機関（特に第三次救急医療機関）に搬入された患者が救命期を脱した後も救急医療用の病床を長期間使用することで、救急医療機関が新たな救急患者を受け入れることが困難になるとの指摘があります。

急性期を脱した患者で、重度の後遺症等の理由で在宅への復帰が容易でない患者を受け入れる医療機関や介護施設等、あるいは、院内の連携強化が必要です。

■ 症状程度別搬送人員



■ 救急搬送人員

区分	H10	H15	H20	H24	H27	R元
茨城県	67,934	90,081	96,681	107,756	112,774	<u>124,004</u>

(出典：茨城県消防防災年報)

■ 救急医療機関数

区分	H10	H15	H20	H24	H29	R3
救急告示医療機関数	120	105	104	95	94	<u>84</u>
救急協力医療機関数	300	255	240	219	191	<u>184</u>

(出展：県医療政策課調べ)

【対策】

ア 目指すべき方向

(ア) 重症度・緊急度に応じた医療が提供可能な体制

- ・ 患者の状態に応じた適切な救急医療の提供を目指します。
- ・ 救急医療に係る資源の効率的な配置とアクセス時間を考慮した整備を目指します。
- ・ 必要に応じて、より高度・専門的な救急医療機関へ速やかに紹介できる連携

体制の構築を目指します。

- ・ 脳卒中・急性心筋梗塞・重症外傷等の、それぞれの疾患に応じた医療体制の構築を目指します。
- ・ 急性期を乗り越えた救命救急センターの患者を一般病棟へ円滑に転棟できる体制の構築を目指します。

(イ) 救急医療機関等から療養の場へ円滑な移行が可能な体制

- ・ 救命期を脱するも、重度の合併症、後遺症のある患者が、救急医療施設から適切な医療機関に転院できる体制の構築を目指します。

イ 求められる機能

(ア) 初期救急医療体制

- ・ 主に外来診療によって休日・夜間の比較的軽症な患者に対し医療を提供すること。
- ・ 病態に応じて速やかに患者を紹介できるよう、近隣の医療機関や精神科救急医療体制等と連携すること。

(イ) 第二次救急医療体制

- ・ 手術や入院治療を必要とする重症救急患者に 24 時間 365 日体制で医療を提供すること。
- ・ 初期救急医療機関、第二次救急医療機関相互、第三次救急医療機関、精神科救急医療体制並びに搬送機関と連携を図り、救急患者の受入、転送を行うこと。
- ・ 第二次救急医療体制の地域ごとに重症救急患者を地域内で受け入れること。
- ・ 脳卒中、急性心筋梗塞等に対する医療等、自施設で対応可能な範囲内において、高度な専門的診療を担い、対応困難な救急患者は、必要な救命処置を行った後、速やかに、第三次救急医療機関へ紹介すること。

(ウ) 第三次救急医療体制

- ・ 第二次救急医療機関では対応困難な重篤な救急患者に 24 時間 365 日体制で高度な医療を総合的に提供すること。
- ・ 初期救急医療機関、第二次救急医療機関、精神科救急医療体制並びに搬送機関と連携を図り、救急患者の受入、転送を行うこと。
- ・ 緊急性・専門性の高い脳卒中、急性心筋梗塞等や、重症外傷等の複数の診療科領域にわたる疾病等、幅広い疾患に対して、高度な専門的医療を総合的に実施すること。
- ・ 救急救命士等へのメディカルコントロール^(注1)や、救急医療従事者への教育を行う拠点となること。

・ 災害時に備え、自家発電機(備蓄する燃料を含む。)、受水槽(備蓄する飲料水を含む。)を保有すること。

(エ) 救命期後の医療

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

(注1) メディカルコントロール：救急現場から医療機関へ搬送されるまでの間において救命救急士等が行う救急救命処置について、医師が指示又は指導・助言、事後検証及び再教育を行い、質を保証することである。

ウ 対策

(ア) 救急医療体制整備の基本的な考え方

- ・ 県民誰もが安心して適切な救急医療を受けることができるよう、県、市町村、県医師会、市郡医師会及び医療機関などの関係者が協力しながら、各種施策に取り組めます。

(イ) 初期救急医療体制

- ・ 事業主体である市町村が中心となって、全ての県民が身近な医療機関で初期救急医療を受けられるよう、また、第二次救急医療機関や第三次救急医療機関の負担軽減につながるよう体制整備を図るとともに、診療時間の延長や診療科目の充実、在宅当番医制に参加する医療機関の拡充を図ります。
- ・ 市町村内に医療機関が少ないなど市町村単独による整備が困難な場合は、近隣市町村との共同運用も含め、地域の実情に応じた初期救急医療体制の整備に努めてまいります。

(ウ) 第二次救急医療体制

- ・ 入院治療が必要な重症救急患者に対する休日・夜間の救急医療に対応するため、病院群輪番制病院の参加医療機関の確保や充実に努めます。
- ・ 水戸地域の休日・夜間の救急医療については、地域の実情に即し、医療体制の更なる充実に努めます。
- ・ 医師不足等によって地域内の救急患者を十分に受け入れることができない地域では、地域医療構想調整会議での協議等を通して、地域の実情に応じた、診療科ごとの機能分担や地元の開業医の出務による診療などの連携等を進め、医療資源の効率的な活用を図り、体制の維持と強化に努めます。
- ・ 脳卒中等の急性期治療の分野で、専門的な治療を提供する医療機関と地域の医療機関が、MRIやCT等の医療画像を共有する「遠隔画像診断治療補助システム」のさらなる導入促進及び診療分野の拡大により、県北山間地域等の医療資源が乏しい地域においても良質な医療が提供できる体制を構築するなど、医療機関相互の連携強化に努めます。
- ・ 緊急性・専門性の高い脳卒中、急性心筋梗塞等への救急対応や機能分担のあり方について検討し、医療機関の適正配置に努めます。
- ・ 「茨城県傷病者の搬送及び受入れに関する実施基準」に基づき、救急医療を必要とする患者が、迅速かつ円滑に医療機関に受け入れられるよう、搬送機関と医療機関の連携を強化します。
- ・ 第二次救急医療機関に受け入れられた患者の容態急変時に第三次救急医療機関に円滑な転院搬送が行なえるよう、地域の実情に応じた連携を推進します。
- ・ 他県の医療機関との連携も図りながら、これまで以上に県境地域の医療体制の充実に努めます。
- ・ 「茨城県救急医療情報システム」において、搬送先選定に必要な情報の提供機能を充実させ、システムの利便性の向上を図ります。
- ・ 救急患者の受け入れ増につながるよう、救急告示医療機関の搬送実績の公表等の方策について検討を進めます。

(エ) 第三次救急医療体制

- ・ ドクターヘリの有効活用による救命率の向上や後遺障害の軽減に努めるとともに、県内における本県のドクターヘリや他県のドクターヘリの運航実績を踏まえて、隣接県との広域連携の拡充を検討します。
- ・ ドクターヘリの検証をさらに進め、適切な要請体制の確保や運航基準の改善に努めるとともに、ドクターヘリが安全に運行できるようにランデブーポイントの確保に努めます。
- ・ ヘリコプターの持つ高い機動性を活用し、第三次救急医療体制の更なる充実を図るため、令和元年7月に開始した消防防災ヘリコプターによるドクターヘリの補完的運航の効果検証をさらに進め、ドクターヘリとの連携強化に努めます。
- ・ 緊急性・専門性の高い脳卒中、急性心筋梗塞等や、重症外傷等の複数の診療科領域にわたる疾病等に常時対応できる体制整備に努めるとともに、第三次救急医療機関間での連携体制の強化に努めます。
- ・ ドクターカーについて、関係者による情報共有の場を設けるとともに、医療機関の協力を得ながら、ドクターカーが運行していない地域への運行拡大や夜間など運行時間の拡充を図ることができるよう努めます。
- ・ 自家発電機（備蓄する燃料含む）や、受水槽（備蓄する飲料水含む。）を保有し、被災時においても高度な医療を提供できるよう努めます。

(オ) 救命期後の医療

- ・ 急性期を脱した救急患者の転床や転院を促進させるため、医療ソーシャルワーカー、退院支援看護師の増員や退院調整を行う「救急患者退院コーディネーター」の救急医療機関への設置推進に努めます。

■在宅医療との連携体制

【現状】

- ・ 在宅医療は、通院困難者、退院後に治療が必要な人が対象となり、慢性期や回復期患者の医療提供体制の基盤のひとつとして期待されています。
- ・ 在宅医療においては、救急医療機関などの入院医療機関と在宅医療に係る機関との連携による退院支援や患者や家族の生活を支える観点からの日常の療養支援、症状の急変時における緊急往診体制、在宅療養支援病院等における夜間対応の支援や急変時の入院受け入れ、入院病床の確保及び患者を支える家族のレスパイト支援^(注1)などが重要になっています。
- ・ これらの局面において、各関係機関や関係機関相互が連携することにより、在宅医療を望む人に円滑に医療提供される体制を構築することが必要となります。

(注1) レスパイト支援：乳幼児や障害者・児、高齢者などを在宅でケアしている家族を癒すため、一時的にケアを代替し、リフレッシュを図ってもらう家族支援サービスのことである。

【課題】

- ・ 自宅での療養を希望していてもそれが実現できない理由として、急変時の対応に関する患者の不安や家族への負担への懸念が挙げられますことから、こうした不安や負担の軽減が、在宅での療養を継続するために必要です。
- ・ そのため、24時間いつでも往診や訪問看護の対応が可能な連携体制や、入院医療機関における円滑な受入れといった後方支援体制の構築が求められています。
- ・ 患者・家族に対し、日頃から急変が起こり得ることや、終末期に希望する医療・ケアについてあらかじめ話し合うことの必要性等を説明し、その時の対応について関係者間で話し合うことなど、県民の意識啓発を進めていくことが必要です。

【対策】

ア 目指すべき方向

(ア) 救急医療機関等から療養の場へ円滑な移行が可能な体制

- ・ 急性期を脱するも、重度の合併症、後遺症のある患者が、救急医療施設体制から適切な医療機関に転院できる体制の構築を目指します。
- ・ 重度の合併症、後遺症のある患者が、介護施設・在宅で療養を行う際に、医療及び介護サービスが相互に連携できる体制の構築を目指します。
- ・ 地域包括ケアシステムの構築に向け、救急医療機関の機能と役割を明確にし、地域で連携したきめ細やかな取組を行うことができる体制の構築を目指します。

イ 求められる機能

- (ア) 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。
- (イ) 通院困難な患者の場合、訪問看護ステーション、薬局等と連携して在宅医療を実施すること、また居宅看護サービスを調整すること。
- (ウ) 救急医療機関及び在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院等と診療情報や治療計画を共有し、タイムリーに連携していること。

ウ 対策

- ・ 在宅医療に新規参入する医療機関を支援するとともに、在宅医療に取り組む診療所等の医師が不在の場合でも、患者の急変に円滑に対応できるよう、複数の診療所等による連携体制を構築します。
- ・ 患者や家族が希望した場合に、自宅で最期を迎えることを可能とする医療及び介護体制の構築を図っていきます。
- ・ 併せて、急変時や看取りなどを受け入れることに対する心理的抵抗を和らげることが重要であることから、急変時や看取り時の対応に関する県民への普及啓発活動を推進していきます。

■精神科救急医療との連携体制

【現状】

- ・ 近年、うつ病や認知症の増加等により、第二次救急医療機関等に搬送された患者で精神科治療が必要な場合や、精神科医療機関の入院患者で身体疾患を合併した場合など、精神疾患と身体疾患を合併する患者の割合が増加しています。
- ・ 特に救命救急センターの入院患者のうち12%に精神科医療の必要性があり、2.2%が身

体疾患と精神疾患ともに入院治療が必要であるとの報告^(注1)があります。

- ・ 本県では、精神科病床を有する病院が33あり、そのうち精神科以外の病床を併設する病院は13ありますが、そのほとんどが内科など一部の診療科に限られることから、精神科医療機関と一般（身体科）医療機関の連携強化が不可欠です。
- ・ このため、県医師会と協力して、「精神科医療機関と一般（身体科）医療機関の連携基盤強化事業」を実施し、相互理解、連携の強化を図っています。
- ・ 現在、県では、精神科病院に入院中に身体疾患を合併し、治療が必要になった患者について、県立中央病院で治療対応する「精神科患者身体合併症医療事業」を実施し、身体合併症のある精神疾患患者へ対応するとともに、県立こころの医療センターと連携し、県立中央病院の患者に対し、精神科リエゾンチーム^(注2)による回診を実施しています。
- ・ しかし、県立中央病院においては、身体疾患と入院治療を要する精神疾患を合併している患者については、精神科病棟がないため、単独での受け入れが難しい状況にあります。

【課題】

- ・ メディカルコントロール地区ごとに一般（身体科）医療機関と精神科医療機関との医療連携体制を整備していく必要があります。
- ・ 一般（身体科）医療機関におけるリエゾンチームによる回診体制の普及・促進を図る必要があります。
- ・ 救命救急センター又はそれに準じた医療機関における精神身体合併症に対応した病床（MPU：Medical Psychiatry Unit）の確保について検討していく必要があります。

【対策】

ア 目指すべき方向

(ア) 適切な病院前救護活動が可能な体制

- ・ 消防、警察等に対する精神科救急に係る研修等を通じた連携の強化を目指します。
- ・ 精神障害者及び家族等からの相談に応じ、適切な治療につなげられるように、24時間対応する医療相談窓口の整備を目指します。
- ・ 精神科救急医療体制連絡調整委員会の開催や各地区のメディカルコントロール協議会との連携体制を構築し、医療機関における受け入れの迅速化を目指します。

イ 求められる機能

(ア) 病院前救護活動の機能

- ・ 消防、警察等に対する精神科救急に係る研修等を通じ連携を図ること。

(イ) 精神科救急ダイヤル（精神科救急情報センター）の機能

- ・ 精神科救急ダイヤル（精神科救急情報センター）は、救急医療機関や消防機関等からの要請に対し、緊急に治療を必要とする精神障害者の受入先医療機関の紹介等迅速に対応すること。

(ウ) 身体合併症の救急医療を担う医療機関の機能

- ・ 身体疾患を合併した精神疾患患者に対応する救急医療機関は、身体疾患と精神疾

(注1) 厚生労働科学研究「精神医療，とくに身体疾患や認知症疾患合併症例の対応に関する研究」（主任研究者 黒澤尚）（平成19（2007）年）

(注2) 精神科リエゾンチーム：精神科医，薬剤師，看護師，作業療法士，精神保健福祉士等からなるチーム。一般病棟に入院しているうつ若しくはせん妄を有する患者，精神疾患を有する患者又は自殺企図により入院した患者に対して，精神症状の評価を行い，精神療法や薬物療法等の診療計画の作成，退院後の調整等を行う。

患の双方について適切に診断・治療できること。または、他の医療機関との連携により、適切に診断・治療ができること。

(エ) 他医療機関からの転院を受け入れる機能

- ・ 身体疾患を合併する精神疾患患者を精神科病院で治療する場合は、身体疾患に対応できる医師または一般（身体科）医療機関の診療協力関係を有すること。
- ・ 身体疾患を合併する精神疾患患者を一般（身体科）医療機関で治療する場合は、精神科リエゾンチームまたは精神科医療機関の診療協力関係を有すること。

ウ 対策

- (ア) 一般（身体科）医療機関、警察、消防等関係機関に対する研修を実施し、精神疾患及び精神科救急医療体制等の理解促進・連携を図ります。
- (イ) 精神障害者及び家族等からの相談に24時間対応する医療相談窓口を整備するとともに緊急に入院治療を必要とする場合の受入先医療機関の調整等を行う精神科一般救急医療相談体制を整備します。
- (ロ) 県立中央病院は引き続き「精神科患者身体合併症医療事業」により、精神・身体合併症患者の治療を実施します。
- (ハ) 精神科を標榜する一般（身体科）医療機関の精神疾患患者受入体制の整備と精神科医療機関の身体合併症患者の受入体制の整備に努めます。
- (ニ) 県医師会と協力し、精神科医療機関と身体科医療機関の連携基盤強化事業（連携体制の検討、研修、事例検討等）を実施し、連携強化を図ります。また、県立こころの医療センターが実施する「こころとからだの事例検討会」との連携を図ります。
- (ホ) 県立こころの医療センターと県立中央病院は連携して、県立中央病院の患者に対し精神科のリエゾンチームによる回診を実施します。また、他の医療機関における精神科リエゾンチームによる回診の促進を図ります。
- (ヘ) 救急医療機関における精神身体合併症に対応した病床（MPU）の確保について検討していきます。
- (ト) 「精神科救急医療体制連絡調整委員会」を開催し、精神科救急医療体制の整備や精神科救急の円滑な運営を図っていきます。

■救急搬送体制

【現状】

ア 病院前救護

- ・ 本県では、24消防本部 151隊の救急隊 （令和2（2020）年4月現在）が救急搬送を実施しており、救急隊1隊あたりに1人以上の救急救命士が配置できるよう救急救命士を養成しています。
- ・ バイスタンダー^{（注1）}が心肺蘇生やAED^{（注2）}の使用ができるよう、各消防本部に

（注1）バイスタンダー：救急現場に居合わせた人（発見者、同伴者等）のことで、救急隊が到着するまでの間に、救命のための心肺蘇生法等の応急手当を適切に行う人員のこと。

（注2）AED（自動体外式除細動器）：Automated External Defibrillatorの略。心臓が小刻みに震えて血液を送り出すことができなくなる心室細動と呼ばれる症状による心肺停止患者に対し、除細動が必要かどうかを自動的に判断し、心臓に電気ショックを与えて心臓の動きを正常に戻すための装置。救命のためであれば一般市民も使用することができる。

において、一般市民を対象に応急手当講習会を開催しています。

- ・ 本県の救急車の出動件数は、平成 21（2009）年の 102,021 件から令和元（2019）年は 136,467 件と、この 10 年間で約 34,000 件（約 34%）増加し、約 3.9 分に 1 回の割合で出動しています。そのような中で、速やかな搬送及び受入体制を構築するため、「茨城県傷病者の搬送及び受入れに関する実施基準」を策定し、平成 23（2011）年 4 月から運用していますが、新型コロナウイルス感染症の影響により、救急受入所要時間及び救急搬送困難事案の増加が懸念されます。

- ・ A E Dについては、「茨城県 A E D 等の普及促進に関する条例」の施行を受けて、多くの県民が利用する県立施設全てに A E D を設置しています。
- ・ また、県ホームページや県デジタルマップを活用し、県内の A E D 設置施設を公開するとともに、「茨城県 A E D 設置施設登録制度」によって A E D の利用促進を図っています。

イ メディカルコントロール体制

- ・ 本県及び県内 8 地区あるメディカルコントロール協議会が連携し、救急救命士が医師より指示をもらうためのルール（プロトコル）の整備及び 24 時間体制での指示体制の運営、事後検証、救急救命士への再教育等、メディカルコントロール体制の整備推進を図っています。
- ・ メディカルコントロールに従事する者の資質向上及びメディカルコントロール体制の本来の目的の達成のために、メディカルコントロール従事者に対し医師等指導者研修等を実施しています。
- ・ 平成 28（2016）年 6 月から、20 消防本部（33 市町）が共同運用する「いばらき消防指令センター」が本格稼働しています。

【課題】

ア 病院前救護

- ・ 令和 2（2020）年 4 月現在で、全救急隊 151 隊で救急救命士を運用しておりますが、今後も搬送中の傷病者に対して医師の指示のもとに高度な処置（救急救命処置）を行うためには、全ての救急隊での救急救命士の運用を継続する必要があります。

- ・ 救急受入所要時間について、年々遅延している状況であります。

- ・ 新型コロナウイルスの感染を疑う傷病者の搬送及び受入体制を整備する必要があります。

- ・ 一般市民により心原性心肺機能停止の時点が目撃された症例の 1 ヶ月後の生存率及び社会復帰率（令和元（2019）年中）について、本県は全国平均を下回っています。
- ・ 一般市民による除細動の実施は、救命率の向上に役立ちますが、その実施は少ない状況であります。
- ・ 県内における A E D の設置登録数は増えてきましたが、全体の施設数に比べて民間施設での設置登録数が少なくなっています。
- ・ A E D の故障や耐用期限の経過等によって使用できない事態が起こり得ます。

イ メディカルコントロール体制

- ・ 気管挿管や薬剤投与等の救急救命士ができる処置範囲の拡大に伴い、救急業務にお

けるメディカルコントロール体制の充実・強化や、救急救命士へ指示を出す医師を養成していくことが必要です。

- ・ いばらき消防指令センターにおいては、令和2(2020)年度末現在、県内24消防本部中、4消防本部が運営協議会に参加していないため、県内全ての消防本部が無線や指令体系などの共同運用ができるよう、その効果をより高める必要があります。

■救急受入所要時間（平均）

区 分	H10	H15	H20	H24	H27	R 元
茨城県	26.7	31.0	37.5	40.2	41.7	<u>43.3</u>
全 国	26.7	29.4	35.0	38.7	39.4	<u>39.5</u>

（出典：茨城県消防防災年報）

■心原性でかつ一般市民により心肺機能停止の時点が目撃された症例の1ヶ月後の生存率

区 分	H17	H20	H24	H27	R 元
茨城県	4.4	6.5	7.5	9.5	<u>11.3</u>
全 国	7.2	10.4	11.5	13.0	<u>13.9</u>

（出展：救急救助の現況（総務省消防庁））

■心原性でかつ一般市民により心肺機能停止の時点が目撃された症例の1ヶ月後の社会復帰率

区 分	H17	H20	H24	H27	R 元
茨城県	1.8	3.8	4.2	6.8	<u>8.0</u>
全 国	3.3	6.2	7.2	8.6	<u>9.0</u>

（出展：救急救助の現況（総務省消防庁））

【対策】

ア 目指すべき方向

(ア) 適切な病院前救護活動が可能な体制

- ・ 本人及びバイスタンダーによる必要に応じた速やかな救急要請及び救急蘇生法の実施を目指します。
- ・ メディカルコントロール体制の整備による救急救命士等の適切な活動の実施を目指します。
- ・ 「茨城県傷病者の搬送及び受入れに関する実施基準」に基づく適切な傷病者の搬送及び医療機関の受入れを目指します。
- ・ 地域住民の救急医療への理解を深める取組の実施を目指します。

イ 求められる機能

- (ア) 本人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。
- (イ) メディカルコントロール体制の整備により、救急救命士等の活動が適切に実施されること。

- (ウ) 「茨城県傷病者の搬送及び受入れに関する実施基準」の運用により、傷病者の搬送及び医療機関への受入れが適切に実施されること。

ウ 対策

(ア) 病院前救護

- ・ 全ての救急車に救急救命士が同乗できるよう救急救命士を養成します。
- ・ 消防本部等の関係機関と連携し、心肺蘇生やAEDの使用方法を学ぶことができる応急手当講習を実施し、救命措置ができるバイスタンダーの養成を促進します。
- ・ 「茨城県傷病者の搬送及び受入れに関する実施基準」を運用し、救急受入体制の充実を図っていきます。
- ・ 救急隊と医療機関が傷病者の新型コロナウイルスの感染危険度を共有するトリアージシートや、感染症指定医療機関による輪番制などを活用し、感染を疑う傷病者の救急受入体制の充実を図っていきます。
- ・ 地域ごとの一般市民により心原性心肺機能停止の時点が目撃された症例の1ヵ月後生存率ならびに社会復帰率のデータを踏まえ、県民に対し、心肺蘇生の必要性を呼びかけるとともに、生存率が高い地域での応急手当講習の取組みを生存率が低い地域に紹介する等、地域差を踏まえた対策を実施します。
- ・ 県内公共施設へのAED設置を更に進めるとともに、民間事業者に対しAED設置登録を呼びかけ、民間施設の設置登録を促進させます。
- ・ AED設置施設を公表・周知します。
- ・ 故障や耐用年限の経過等によってAEDを使用できない事態を防ぐため、特に県立施設において、AEDの適切な管理及び点検を徹底させます。
- ・ 県民に対しAEDや心肺蘇生法の普及啓発に取り組みます。

(イ) メディカルコントロール体制

- ・ 救急活動の事後検証や救急救命士の再教育等を継続的に実施します。
- ・ いばらき消防指令センターの共同運用に参加していない消防本部へ参加を働きかけていきます。
- ・ いばらき消防指令センターに救急救命士への特定行為の指示等ができる医師を常駐させることを検討します。
- ・ いばらき消防指令センターの共同運用に参加している消防本部に対して、直近指令（救急現場に最先着できる隊に対して管轄内外に関わらず出動指令を行うこと）による部隊運用を働きかけます。
- ・ いばらき消防指令センターの通信指令員に対し、緊急性の高い病態について理解を深めるとともに、口頭指導の技術向上等を図るための研修を実施し、通信指令員のスキルアップを図ります。

■救急医療の情報提供及び周知啓発

【現状】

- ・ 「茨城県救急医療情報システム」により、医療機関の診療可否等の情報を搬送機関や県民に情報提供するとともに、救急電話相談（#7119, #8000）を24時間365日体制で実施し、「救急の日」などの機会を捉え県民に対し、救急医療や救急車の適正利用について、広報啓発を行っています。

- ・ また、「茨城県AED設置登録制度」により、県民に対して、インターネット等を通じてAEDの設置場所を情報提供しています。

【課題】

ア 茨城県救急医療情報システム

(再掲)

- ・ 「茨城県救急医療情報システム」について、救急隊等から、医療機関の受け入れ可否等の救急医療情報がリアルタイムに更新されておらず、システムの救急医療情報が実際と異なる場合があるなどの課題が提起されています。

イ 救急医療の周知啓発

- ・ 救急搬送人員の半数以上が軽症患者であり、その中には不要不急の患者が少なからず含まれていることから、引き続き、市町村や関係機関を通じて、救急医療の適正利用を県民に対し周知、啓発を図ります。

【対策】

ア 目指すべき方向

(ア) 県民等への救急医療情報の提供

- ・ 「茨城県救急医療情報システム」についての的確で即時性のある情報提供体制の構築を目指します。

(イ) 県民の救急医療への理解

- ・ 県民に対して、救急医療機関への適正な利用の啓発を目指します。

イ 求められる機能

(ア) 茨城県救急医療情報システム

「茨城県救急医療情報システム」により、医療機関の受け入れ可否等の救急医療情報を的確かつ即時に収集し、救急搬送や初期救急医療機関の案内を容易にするために搬送機関や県民に情報を提供すること。

(イ) 救急医療の周知啓発

救急医療に係る情報の提供及び周知啓発を図ること。

ウ 対策

(ア) 茨城県救急医療情報システム

(再掲)

- ・ 「茨城県救急医療情報システム」において、搬送先選定に必要な情報の提供機能を充実させ、システムの利便性の向上を図ります。
- ・ 県民自らが受診先を選択できるよう、診療科目、診療時間等の医療機関の情報をインターネットで提供します。

(イ) 救急医療の周知啓発

- ・ 市町村や関係機関と協力して、救急医療の適正利用を県民に普及啓発します。
- ・ 民間救急車による搬送サービスをより丁寧に県民に周知します。

・ 救急電話相談（#7119，#8000）の認知度向上に向け、県民に対し普及啓発に取り組みます。

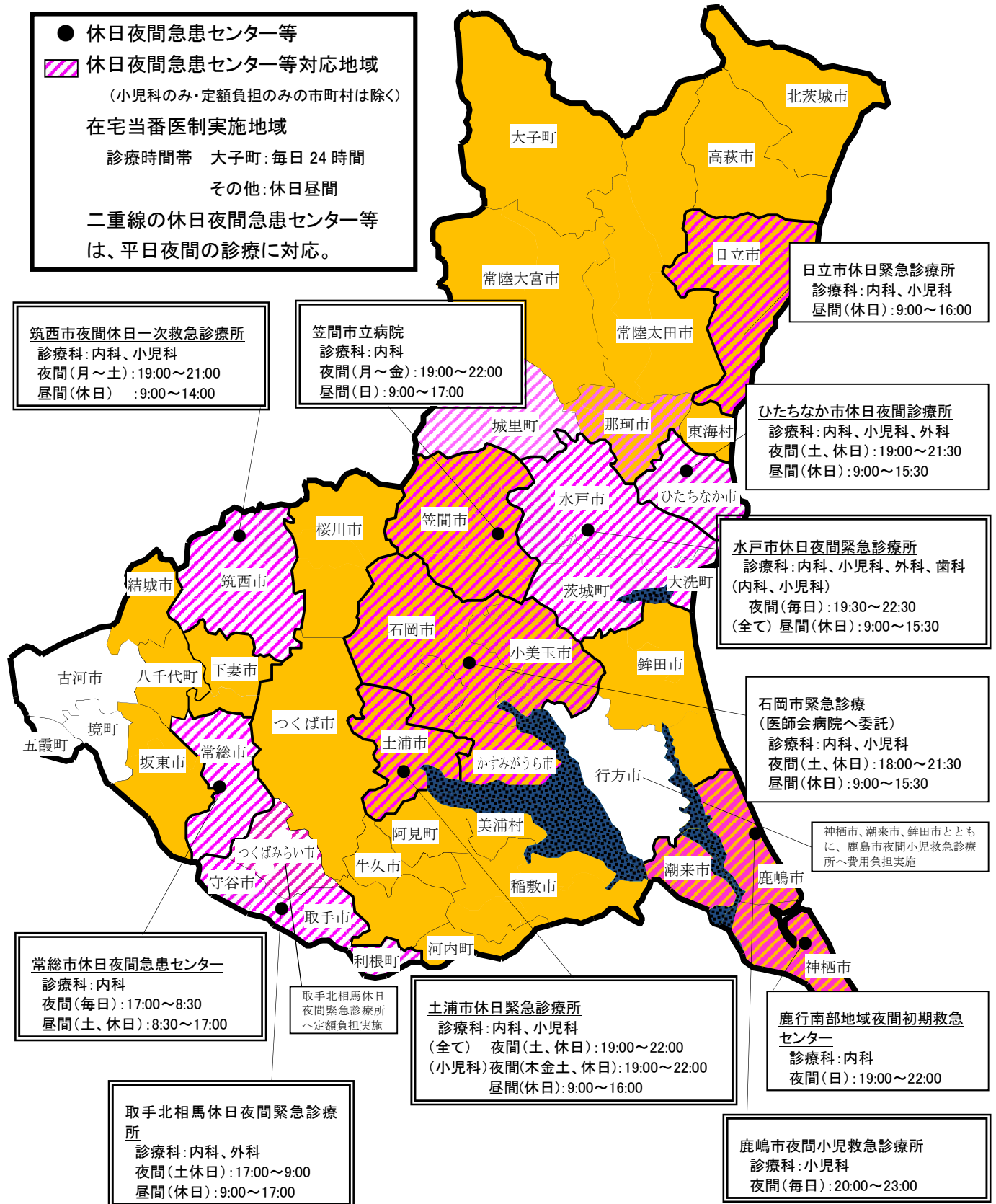
- ・ A E D設置施設を公表・周知するとともに，県民に対しA E Dや心肺蘇生法の普及啓発に取り組みます。

【目標】

番号	目標項目	現状	目標
1	心原性でかつ一般市民により心肺機能停止の時点が目撃された症例の1ヵ月後生存率	H27：9.5%	全国平均以上 13.0% (H27)
2	心原性でかつ一般市民により心肺機能停止の時点が目撃された症例の1ヵ月後社会復帰率	H27：6.8%	全国平均以上 8.6% (H27)
3	救急要請（覚知）から救急医療機関への搬送までに要した時間（死亡）	茨城県平均 H27：37.3分	全国平均以下 35.1分 (H27)
4	救急要請（覚知）から救急医療機関への搬送までに要した時間（重症）	茨城県平均 H27：43.3分	全国平均以下 40.1分 (H27)
5	救急要請（覚知）から救急医療機関への搬送までに要した時間（中等症）	茨城県平均 H27：42.5分	全国平均以下 39.7分 (H27)
6	全ての県民が身近な医療機関で初期救急医療を受けられる体制の整備	39市町村	全ての地域
7	救急搬送人員に占める軽症者の割合	H27：50.4%	全国平均以下 49.4% (H27)
8	心肺機能停止傷病者に対してバイスタンダーが応急手当（胸骨圧迫・人工呼吸・A E Dによる除細動）を実施した割合	H27：42.9%	全国平均以上 48.1% (H27)

■救急医療圏（初期）

休日夜間急患センター・在宅当番医制 実施状況



令和3(2021)年4月1日現在

■救急医療圏（二次・三次）

二次救急
 輪番制実施 水戸地域を除く 10 地域
 輪番制病院 49 施設
 水戸地域（11 市町村）
 救急医療二次病院 18 施設

三次救急
 高度救命救急センター ◎ 1 施設
 救命救急センター ○ 6 施設

日立地域
 ○日製日立総合病院
 ①ひたち医療センター
 ②久慈茅根病院
 ③高萩協同病院
 ④北茨城市民病院
 ⑤日立おおみか病院（輪番休止中）
 ⑥やすらぎの丘温泉病院（輪番休止中）

水戸済生会総合病院救命救急センター（H22.4～）

水戸医療センター救命救急センター（S56.4～）

日立総合病院救命救急センター（H24.10～）

つくば地域
 ○筑波メディカルセンター病院
 ①筑波学園病院
 ②つくば双愛病院
 ③いちはら病院
 ④筑波記念病院

石岡地域
 ①石岡第一病院
 ②石岡循環器科脳神経外科病院
 ③山王台病院

水戸地域
 ○水戸医療センター
 ○水戸済生会総合病院
 ①水戸赤十字病院
 ②水府病院
 ③水戸中央病院
 ④水戸協同病院
 ⑤誠潤会水戸病院
 ⑥県立中央病院
 ⑦茨城東病院
 ⑧大洗海岸病院
 ⑨日製ひたちなか総合病院
 ⑩常陸大宮済生会病院
 ⑪保内郷メディカルクリニック
 ⑫慈泉堂病院
 ⑬久保田病院
 ⑭水戸グレイハートセンター
 ⑮勝田病院
 ⑯西山堂

筑西地域
 ①茨城県西部メディカルセンター
 ②協和中央病院
 ③結城病院
 ④城西病院

筑波大学附属病院
 高度救命救急センター
 （R2.4～）

茨城西南医療センター病院
 救命救急センター（H12.4～）

茨城西南地域
 ○茨城西南医療センター病院
 ①友愛記念病院
 ②平間病院
 ③古河赤十字病院
 ④ホスピタル坂東
 ⑤木根瀬外科胃腸科病院
 ⑥古河総合病院
 ⑦つるみ脳神経病院

土浦・阿見地域
 ○土浦協同病院
 ①霞ヶ浦医療センター
 ②東京医大茨城医療センター

鉾田地域
 ○土浦協同病院
 ①鉾田病院
 ②小美玉市医療センター
 ③高須病院

稲敷地域
 ①牛久愛和総合病院
 ②つくばセントラル病院
 ③美浦中央病院
 ④龍ヶ崎済生会病院

鹿行南部地域
 ①小山記念病院
 ②白十字総合病院
 ③神栖済生会病院

土浦協同病院救命救急センター（H2.4～）

病院群輪番制の実施状況

実施地域	開始時期	市町村数	病院数
土浦・阿見	S56.8.1	3	3
筑西	S59.9.1	3	4
常総	S61.4.1	5	8
茨城西南	H2.4.1	7	8
つくば	H9.4.3	1	5
鹿行南部	H9.6.1	3	3
石岡	H10.4.1	3	3
稲敷	H10.4.1	5	4
鉾田	H10.4.1	3	4
日立	H11.4.1	3	7
10地域		33市町村	49

常総地域
 ①宗仁会病院
 ②JAとりで総合医療センター
 ③取手北相馬保健医療センター医師会病院
 ④きぬ医師会病院
 ⑤総合守谷第一病院
 ⑥東取手病院
 ⑦水海道さくら病院
 ⑧守谷慶友病院

筑波メディカルセンター病院救命救急センター（S60.2～）

令和3（2021）年4月1日現在

7 災害医療

【現状】

災害医療については、平成 7（1995）年の阪神淡路大震災を契機とし、全国的に災害拠点病院の整備、災害派遣医療チーム（以下「DMAT^{（注1）}」という。）等の体制整備、広域災害救急医療情報システム（以下「EMIS^{（注2）}」という。）の整備等が進められてきたところであり、平成 18（2006）年の医療法改正により、医療計画の記載事項に追加されたことを受け、本県では平成 20（2008）年策定の第 5 次茨城県保健医療計画から、災害時における医療体制の整備を本格的に推進してきました。

本県においては、これまでに、すべての二次保健医療圏に災害拠点病院を指定するとともに、DMAT 隊員養成及び DMAT 指定医療機関の指定による医療提供体制の強化推進や、EMIS に全病院の登録を完了させ、情報共有体制を強化してまいりました。また、災害医療コーディネーター^{（注3）}の設置により、被災地に派遣される様々な医療チームの調整機能を整備し、災害時における医療提供体制の強化を推進してきたところです。

平成 27（2015）年 9 月に発生した関東・東北豪雨災害では、警戒段階から県内医療機関の情報収集を開始し、迅速な DMAT 派遣要請や、搬送が必要な病院の患者搬送等を行い、多くの人的被害を防止することができました。また、平成 27（2015）年 7 月に設置した災害医療コーディネーターが現地で医療救護に係るコーディネートを行い、一定の成果を上げることができたことから、地域の実情に応じた派遣調整機能が必要であることを認識し、平成 29（2017）年 6 月に地域で活動する災害医療コーディネーターを設置しました。さらに、平成 28（2016）年からは、国の災害時健康危機管理支援チーム（以下「DHEAT^{（注4）}」という。）養成研修に参加し、被災地の保健医療調整本部や保健所へ応援派遣される職員を養成しています。

その他、災害派遣精神医療チーム（以下「DPAT^{（注5）}」という。）、日本医師会災害医療チーム（以下「JMAT^{（注6）}」という。）、大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会（以下「JRAT^{（注7）}」という。）などの医療救護チームの活動体制についても整備が進められているところです。

（注 1）DMAT（Disaster Medical Assistance Team）：地震及び航空機・列車事故等による大規模な災害の急性期（概ね発災後 48 時間）における被災地での救出・治療を行う災害派遣医療チームである。

（注 2）EMIS（Emergency Medical Information System）：災害時に被災した都道府県を越えて、医療機関の稼動状況（患者受入可否、被災やライフラインの状況等）など災害医療に関わる情報を共有し、被災地域での迅速且つ適切な医療・救護に関わる各種情報を集約・提供するシステムである。

（注 3）災害医療コーディネーター：大規模災害が発生した際に、地域内の医療情報を集約・一元化し、適切な医療体制の構築を助言したり、医療機関への傷病者の受け入れ調整などの業務を行う医師。

（注 4）DHEAT（Disaster Health Emergency Assistance Team）：健康危機管理に必要な情報収集・分析や全体調整などの専門的研修・訓練を受けた都道府県及び指定都市の医師・保健師・薬剤師等の職員によって組織された災害時健康危機管理支援チーム。被災自治体による災害時の指揮調整機能を補佐する。

（注 5）DPAT（Disaster Psychiatric Assistance Team）：平成 23 年の東日本大震災の教訓から、地震及び航空機・列車事故等による大規模な災害の後に、被災者及び支援者に対して、精神科医療及び精神保健活動の支援を行うための専門的な精神医療チームである。

（注 6）JMAT（Japan Medical Association Team）：日本医師会により組織される災害医療チームであり、主に災害急性期以降の避難所等における医療・健康管理活動を担う。

（注 7）JRAT（Japan Rehabilitation Assistance Team）：大規模災害時において、リハビリテーションによる生活支援等により、生活不活発病等の災害関連死を防ぐことを目的とする、大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会による支援チームである。

【課題】

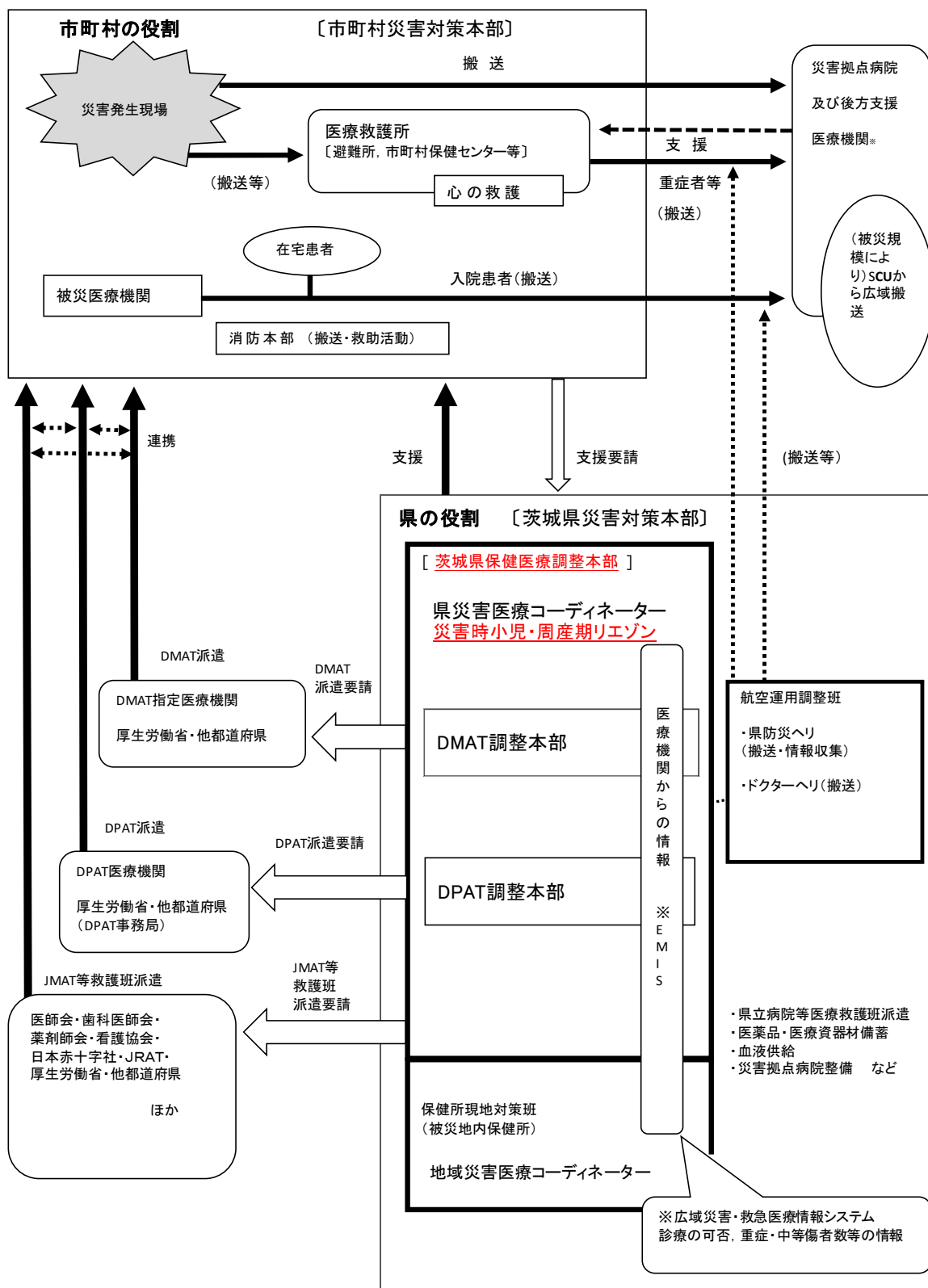
災害時には、医療機関の通常に対応能力を上回る規模の医療需要が、電気・水道などのインフラ設備が機能しない中で発生することも想定されるため、平時より医療資源の充実、強化を推進するとともに、関係機関が連携して、的確で迅速な医療提供体制を確保しておくことが重要となります。

このため、被災した病院が自らの診療体制を早期に回復できるよう、業務継続計画（BCP^(注1)）の策定や、災害時には、情報の発信及び収集が重要であることから、EMISに登録された全医療機関が迅速に入力する体制を整備しておくこと等、医療機関における取り組みの強化が求められるとともに、平時から災害医療コーディネーターと、DMAT、DPAT、JMATやJRATなどの医療救護チームと連携を強化し、より効果的な医療支援体制を構築しておくことなどが必要と考えられます。

（注1）BCP（Business Continuity Plan）：災害などの緊急時において、事業を可能な限り少ない損害にとどめて継続、復旧させるために、平常時に行うべき活動や緊急時における事業継続のための方法、手段などを取り決めておく計画である。

【対策】

(1) 医療連携体制図（医療救護活動の流れ）



※後方支援医療機関：災害拠点病院，救命救急センター，救急告示医療機関及びその他の病院で被災を免れた全医療機関である。

(2) 災害時に拠点となる病院

① 災害拠点病院

ア 求められる医療機能

- (ア) 大規模災害の発生時においても高度な診療機能を維持するために必要な施設・設備・医療従事者を確保し、傷病者等の受入れを行うこと。
- (イ) 日頃からの実働訓練等により、地域の第二次救急医療機関や消防機関、地域医師会等との連携を図るとともに、災害時には地域の医療機関へ支援を行うための体制を整えていること。

イ 対策

- (ア) 被災時においても、診療機能等を早期に回復できるよう、業務継続計画（BCP）の整備をはじめ、食料や飲料水、医薬品、医療器材等の備蓄や電気等のライフラインの強化を図るとともに、活動拠点として他の医療機関のDMAT等の医療チームの受入れ体制の構築等を推進します。
- (イ) 地域の医療機関を支援するため、応急用医療資機材の貸出し要件等の整備を推進します。
- (ウ) 災害時に円滑に行動ができるよう、関係機関と連携した防災訓練の実施とともに、基幹災害拠点病院を中心として、災害医療に精通した医療従事者育成のための専門研修の実施を推進します。
- (エ) 基幹災害拠点病院については地域バランス等を考慮しながら、必要数の整備を推進するとともに、地域災害拠点病院については、すべての二次保健医療圏ごとに最低1カ所の指定を維持しながら、地域の実情を踏まえ、必要数の整備を推進します。

■災害拠点病院（令和3（2021）年3月末現在）

区分	医療圏	医療機関名
基幹	全県	水戸赤十字病院
基幹	全県	独立行政法人国立病院機構水戸医療センター
地域	水戸	茨城県立中央病院
地域	水戸	水戸済生会総合病院
地域	常陸太田・ひたちなか	株式会社日立製作所ひたちなか総合病院
地域	日立	株式会社日立製作所日立総合病院
<u>地域</u>	<u>鹿行</u>	<u>医療法人社団善仁会小山記念病院</u>
<u>地域</u>	<u>鹿行</u>	<u>神栖済生会病院</u>
地域	土浦	総合病院土浦協同病院
地域	つくば	筑波メディカルセンター病院
地域	つくば	筑波大学附属病院
<u>地域</u>	<u>つくば</u>	<u>筑波記念病院</u>
地域	取手・竜ヶ崎	J A とりで総合医療センター
<u>地域</u>	<u>取手・竜ヶ崎</u>	<u>つくばセントラル病院</u>
<u>地域</u>	<u>取手・竜ヶ崎</u>	<u>牛久愛和総合病院</u>
地域	筑西・下妻	<u>茨城県西部メディカルセンター</u>
地域	古河・坂東	古河赤十字病院
地域	古河・坂東	茨城西南医療センター病院
合計 <u>18</u> （基幹 2 地域 <u>16</u> ）		

② 災害拠点精神科病院

ア 求められる医療機能

- (ア) 災害時においても、医療保護入院、措置入院等の精神科医療を行うための診療機能を有すること。
- (イ) 災害時においても、精神疾患を有する患者の受入れや、一時的避難所としての機能を有すること。
- (ウ) D P A T等の派遣機能若しくは活動拠点の機能を有すること。

イ 対策

- (ア) 被災時においても、診療機能等を早期に回復できるよう、業務継続計画（BCP）の整備をはじめ、食料や飲料水、医薬品、医療機材等の備蓄や電気等のライフラインの強化を図るとともに、活動拠点として他の医療機関のD P A T等の医療チームの受入れ体制の構築等を推進します。
- (イ) 災害時における精神科医療に精通した医療従事者の育成を推進します。
- (ウ) 災害時においても円滑に精神保健医療活動を行えるよう、県精神科病院協会、日本赤十字社こころのケアチーム、保健師チーム、D M A T、J M A T等と連携した定期的な訓練の実施等を推進します。

(3) 災害時に拠点となる病院以外の医療機関

（救命救急センターを有する病院、第二次救急医療機関等）

ア 求められる医療機能

災害拠点病院で医療活動が困難となった場合に被災者を受け入れること。

イ 対策

- (ア) 被災しても、早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画（BCP）の整備を含め、施設の耐震化やライフラインの強化等を推進します。
- (イ) 被災状況を想定した防災訓練等の実働訓練を推進します。

(4) 災害医療救護体制

ア 求められる医療機能

- (ア) 災害急性期の医療を担うD M A Tを迅速に派遣し、適切な医療活動及び患者搬送を行うこと。
- (イ) 災害発生後の局面に応じて、D P A T、J M A T、J R A T、歯科医師チームなどの被災者が必要とする医療を担う医療救護チームや保健師チームを適切に派遣すること。

イ 対策

- (ア) 災害発生時に迅速かつ確実に医療救護体制が確保できるよう、DMAT 隊員（日本DMAT隊員^(注1)、茨城地域DMAT隊員^(注2)）及び統括DMAT^(注3)の養成及びDMAT指定医療機関^(注4)の確保に努めます。
- (イ) DMATの技能向上や関係機関との連携を図るため、日本DMATインストラクター（医師）の確保及び定期的な訓練実施や各種会議の開催などを推進します。
- (ウ) 被災地域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、DPATの隊員養成及び定期的な訓練を実施し、技能向上や関係機関との連携促進に努めます。
- (エ) 急性期から中長期にわたって切れ目ない医療・保健・福祉を提供できるよう、災害医療コーディネーターと、各医療救護チームや保健師チームとの連携による医療の継続に努めます。
- (オ) 広範囲に及ぶ大規模災害において、広域的な医療搬送に適切に対応できるよう、航空自衛隊百里基地に設置する航空搬送拠点臨時医療施設（SCU）^(注5)をDMAT指定医療機関の協力を得て運営する訓練を実施するほか、ドクターヘリ等を活用した航空医療搬送体制の充実を推進します。
- (カ) 災害時には、被災自治体の指揮調整機能が混乱するおそれがあるため、被災保健所等の情報収集、分析評価、連絡調整等のマネジメント業務を支援する、DHEATの体制を整備し、災害医療コーディネーターや関係団体との連携強化を図っていきます。

(注1) 日本DMAT隊員：厚生労働省の実施する研修・訓練を修了した者で、広域医療搬送、域内搬送、病院支援、現場活動などを行う。

(注2) 茨城地域DMAT隊員：県の実施する研修を終了した者で、主に地域内の災害に対応する。

(注3) 統括DMAT：厚生労働省が実施する統括DMAT研修を終了した者で、災害時に各DMAT本部の責任者として活動する資格を持つ。

(注4) DMAT指定医療機関：県が指定し、派遣協定を結んだDMATを有する医療機関である。

(注5) 航空搬送拠点臨時医療施設（SCU（Staging Care Unit））：航空搬送拠点におかれ、患者の症状の安定化を図り、搬送時のトリアージを実施するための臨時の医療施設である。

ウ 医療機関名

■DMAT指定医療機関（令和3（2021）年3月末現在）

医療機関名	DMAT数(チーム)	統括DMAT(名)
筑波メディカルセンター病院	5	3
茨城県立中央病院	3	1
J Aとりで総合医療センター	2	—
取手北相馬保健医療センター医師会病院	1	1
茨城西南医療センター病院	4	3
水戸済生会総合病院	4	1
独立行政法人国立病院機構水戸医療センター	4	3
水戸赤十字病院	2	2
総合病院土浦協同病院	2	1
筑波大学附属病院	5	3
株式会社日立製作所日立総合病院	2	—
総合病院水戸協同病院	1	—
古河赤十字病院	1	—
株式会社日立製作所ひたちなか総合病院	1	—
<u>茨城県西部メディカルセンター</u>	1	1
筑波記念病院	2	—
城西病院	2	—
<u>医療法人社団善仁会小山記念病院</u>	1	—
<u>神栖済生会病院</u>	1	1
<u>つくばセントラル病院</u>	1	—
<u>牛久愛和総合病院</u>	1	—
合計 <u>21 医療機関</u>	<u>46 チーム</u>	<u>20 名</u>

■DPAT協定医療機関、協力医療機関（平成30（2018）年3月末現在）

災害派遣精神医療チーム（茨城DPAT）協定医療機関

区分	医療機関名	備考
先遣隊（注1）	茨城県立こころの医療センター	1 チーム
	筑波大学附属病院	1 チーム
後続隊	茨城県立こころの医療センター	
	筑波大学附属病院	
	茨城県精神科病院協会	県内 30 精神科病院が加入

災害派遣精神医療チーム（茨城DPAT）協力医療機関（注2）：4 機関

（注1）先遣隊：都道府県等DPATを構成する班のうち、発災から概ね48時間以内に、被災した都道府県等において活動できる班を先遣隊と定義する。（平成29年5月2日障精発0502第1号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課長通知「災害派遣精神医療チーム（DPAT）活動要領」）

（注2）災害派遣精神医療チーム（茨城DPAT）協力医療機関：後続隊のメンバーとして、茨城DPAT隊員となっている職員の派遣に協力する医療機関。

(5) 広域災害救急医療情報システム（EMIS）

ア 求められる医療機能

DMAT等による医療救護活動を円滑に実施するため、迅速かつ的確な災害医療情報の収集・提供を行うこと。

イ 対策

- (ア) 災害時に災害医療情報の収集・提供が迅速かつ的確に行えるよう、定期的なEMISの入力及び運用訓練を実施します。
- (イ) 休日、夜間、災害担当者が不在の時等に発災した場合においても、EMISに遅滞なくデータを入力し情報提供を行う体制の整備を推進します。
- (ウ) 医療機関自らが被災し、EMISを運用できない場合には、保健所により被災状況確認、代行入力を実施します。

(6) 災害医療コーディネーター体制

ア 求められる医療機能

- (ア) 茨城県保健医療調整本部において、県災害医療コーディネーターがJMAT、DPAT、JRAT、歯科医師チーム等の医療救護チーム及び保健師チームの派遣調整及び情報共有を行うこと。
- (イ) 被災地の保健所において、地域災害医療コーディネーターが、医療救護チーム及び保健師チームの派遣先を地域の実情に応じて調整すること。

イ 対策

- (ア) 災害医療コーディネーターへの研修を実施し、能力の向上に努めます。
- (イ) 災害医療コーディネーターの業務が円滑・効率的に機能するよう業務調整員の配置を推進します。
- (ウ) 小児・周産期医療に特化した調整役として、災害医療コーディネーターをサポートする「災害時小児・周産期リエゾン^(注1)」を委嘱し、養成を推進します。

(注1) 災害時小児・周産期リエゾン：災害時に治療が必要な小児・妊産婦の情報を集め、被災地内外の医療機関につなげる役割を担う。

【目標】

番号	目標項目	現状	目標
1	業務継続計画（BCP）を整備している病院の数	40	県内すべての病院で整備
2	DMA T 指定医療機関における複数DMA T の保有	9 / 18 医療機関	全指定医療機関
3	広域搬送拠点臨時医療施設（SCU）を用いた災害実動訓練の実施回数	年 1 回	年 2 回
4	災害医療コーディネーター研修の実施回数	年 1 回 (5 名程度)	年 2 回 (うち 1 回は全コーディネーター参加)
5	EMIS 入力訓練時における医療機関の入力率	約 90%	100%
6	精神疾患を有する患者の受入や一時避難に対応する場所の確保等に中心的な役割を担う災害拠点精神科病院数	0	4
7	DPAT 協定医療機関における DPAT のチーム数	5 (県立こころの医療センター1, 筑波大学附属病院 2, 茨城県精神科病院協会 2)	各機関 5 チーム 全 15 チーム
<u>8</u>	<u>災害医療コーディネーター任命者数</u>	<u>県：5 名</u> <u>地域：8 / 9</u> <u>(二次医療圏)</u>	<u>県：5 名</u> <u>地域：各二次医療圏に</u> <u>2 名以上</u>
<u>9</u>	<u>災害時小児・周産期リエゾン任命者数</u>	<u>20 名</u>	<u>20 名</u>

8 へき地の医療

(1) へき地医療に従事する医師等の確保

【現状】

本県の医師数は、平成30(2018)年12月末現在（医師・歯科医師・薬剤師統計）で5,682人となっており、人口10万対197.5と全国平均の258.8を大きく下回り、医師不足の状況にあります。このため、へき地保健医療を担う医師等の医療従事者の確保は困難な状況にあります。

【課題】

へき地^(注1)医療に従事する医師等の医療従事者の養成・確保を進めるとともに、今後増加する修学生医師の、義務明け後の県内定着を促進する必要があります。

【対策】

ア 目指すべき方向

(ア) 医療を確保する体制

へき地の医療を支える総合診療・プライマリケアを実施する医療従事者（医師、歯科医師、看護師、薬剤師等）の確保のための施策を実施します。

(イ) 医師確保の方針

本県では、「第7次茨城県保健医療計画」の一部として、令和2年3月に「茨城県医師確保計画」を策定し、当該計画に基づき、医師確保対策を推進することとしています。本県は、医師少数県であることから、医師の増加を基本方針とし、短期的又は中・長期的な視点による施策により、医師の確保を図ります。

(ウ) 医師確保計画推進の重点化の視点

a 医療提供体制の充実

全ての県民の安心・安全を守り、質の高い医療を提供するため、地域の拠点病院の勤務医や不足診療科の確保に取り組み、政策医療体制の充実を図ります。

b 医志^(注2)の実現とキャリア形成

県内高校生の医学部進学や医師のキャリア形成、地域やライフステージに応じた医師の働き方を支援し、医師が集まる県を目指します。

c 関係機関の連携・協働

県や市町村、大学、医療機関、医師会等関係団体、県民が一体となった「オールいばらき」の体制により、新しい発想、あらゆる方策にチャレンジします。

イ 対策

(ア) 医師の養成課程を通じた医師確保

医師の絶対数の確保と地域偏在の解消を図るため、茨城県地域医療支援センターを核として高校生、医学生、研修医、医師のそれぞれの段階に応じた総合的な医師確保対策を実施します。

- ・ 県立高等学校等への医学コースの設置や県内中・高校への訪問等により、県内高校生の医学への興味と本県の医療状況への理解を深めるとともに、医学部進学希望者を支援します。
- ・ 地域医療医師修学資金貸与制度や医師修学資金貸与制度などの各種修学資金貸与制度を活用し、本県のへき地医療に従事する医師を養成し、医師不足地域の病院等への派遣調整を行います。
- ・ 自治医科大学卒業後の医師を県内医師不足地域の病院等へ派遣し、県内医療機関への勤務を促進します。

(注1) へき地：無医地区、準無医地区その他へき地診療所が設定されている等、へき地保健医療対策の対象とされている地域。

(注2) 医志：医師を目指す志

- ・ 修学生等が、地域医療の現場に触れ、互いの交流を深めるとともに、地域医療への意欲と熱意を継続できるよう、修学生セミナーや修学生の集い等を開催します。
- ・ 魅力的かつ地域の実情に合ったキャリア形成プログラムを策定し、県地域医療センターのキャリアコーディネーターや教育インストラクター等との個別面談や各種相談により、修学生の在学中から卒後のキャリア形成を支援します。
- ・ 県臨床研修連絡協議会を中心とし、臨床研修病院の情報を積極的に発信するとともに、指導体制の充実を図ります。
- ・ 専門医の認定促進や診療技術・指導力の向上など図り、県内に勤務する医師のキャリアアップを支援します。

(イ) 医師派遣調整

- ・ 地域枠医師等に対するキャリア形成プログラムの適用や地域医療対策協議会における医師配置調整スキームにより、救急、小児、周産期医療等政策医療を担う医療機関・診療科を中心に医師の派遣調整を実施します。

(ウ) 県外からの医師確保

- ・ 政策医療等を担う医療機関・診療科を中心に、医科大学と連携した寄附講座の設置など、県外からの医師確保を強化します。

(エ) 魅力ある環境づくり

- ・ 茨城県医師会と協力し、医療勤務環境改善支援センターにおいて、医療従事者の勤務環境改善に取り組む医療機関に対して、医業経営面、労務管理面の専門的な支援を行います。
- ・ 特に、女性医師は今後増加傾向にあることから、保育・就業等に係る相談に対応する総合相談窓口を設置・運営するとともに、子どもの急な体調不良時等でも安心して勤務できるよう、民間シッター等を活用した保育支援体制の構築に取り組みます。

(2) へき地の医療提供体制の整備

【現状】

県北山間地域では、地理的な条件等から保健医療サービスの利用が困難な無医地区・準無医地区となっているところや過疎地域等の指定を受けている地域があります。

へき地を含んだこれらの地域における医療提供体制を確保するため、へき地診療所^(注1)、へき地医療支援機構^(注2)、へき地医療拠点病院^(注3)及び市町が連携して、へき地保健医療体制の整備に努めています。

また、一部の地域では、民間医療機関がへき地住民等に対して健康診断や巡回診療を行い、へき地の医療提供体制において大きな役割を果たしています。

(表1) 無医地区^(注4)数・準無医地区^(注5)数の推移

	平成6年度	平成11年度	平成16年度	平成21年度	平成26年度	令和元年度
無医地区数(A)	21	23	23	20	19	18
準無医地区数(B)	0	0	1	1	2	6
合計(A+B)	21	23	24	21	21	24

(出典) 厚生労働省「無医地区等調査」

(表2) 無歯科医地区^(注4)数・準無歯科医地区^(注5)数の推移

	平成6年度	平成11年度	平成16年度	平成21年度	平成26年度	令和元年度
無歯科医地区数(A)	23	22	25	21	21	19
準無歯科医地区数(B)	0	0	0	1	2	6
合計(A+B)	23	22	25	22	23	25

(出典) 厚生労働省「無歯科医地区等調査」

(注1) へき地診療所：無医地区等において整備しようとする場所を中心としておおむね半径4kmの区域内に他に医療機関がなく、その区域内の人口が原則として人口1,000人以上であり、かつ、当該診療所から最寄りの医療機関まで通常の交通機関を利用して30分以上要する等の診療所。無医地区等における地域住民へ医療を提供。

(注2) へき地医療支援機構：へき地診療所等への代診医派遣調整等広域的なへき地医療支援事業の企画・調整等を行い、へき地医療政策の各種事業を円滑かつ効率的に実施することを目的として、都道府県等に設置。本県では、茨城県立中央病院に設置。

(注3) へき地医療拠点病院：無医地区等において、へき地医療支援機構の指導・調整の下に、巡回診療、へき地診療所等への医師派遣や代診医派遣等を実施した実績を有する又は当該年度に実施できると認められ、都道府県が指定する病院。

(注4) 無医地区・無歯科医地区：医療機関（歯科医療機関も含む。）がない地域で当該地区の中心的な場所を起点としておおむね半径4kmの範囲内に50人以上居住している地域でかつ容易に医療機関を利用できない地区。

(注5) 準無医地区・準無歯科医地区：無医地区・無歯科医地区には該当しないが、無医地区・無歯科医地区に準じた医療の確保が必要な地区と都道府県が判断し、厚生労働省に協議することができる地区。

【課題】

へき地における保健医療の現状は、必ずしも十分とはいえないことから、一般地域との保健医療水準の格差を縮小させ、県民が等しく適切な保健医療を受けられるよう、へき地保健医療体制を充実させる必要があります。

ア へき地医療支援機構

- ・ へき地医療支援機構において、へき地医療対策に係る施策を円滑に実施するため、一元的に施策を企画・調整する必要があります。
- ・ 地域医療支援センターとの連携を強化し、医師確保、キャリア形成支援を進める必要があります。

イ へき地診療所

- ・ 医師不足により、へき地診療所を十分に運営できる体制にあるとは言えない状況にあり、へき地医療に従事する医師等を確保することが課題となっています。
- ・ へき地診療所の1日の平均外来患者数が年々減少傾向にあり、診療収入が減少する中、へき地診療所を持続的に運営していくため、運営費の確保が課題となっています。

ウ へき地医療拠点病院

- ・ へき地診療所における継続的な診療体制を確保するため、継続的な医師派遣及び代診医派遣を実施する体制を維持・強化する必要があります。

エ その他の医療機関

- ・ へき地住民の医療を確保するため、民間医療機関との連携方策について検討する必要があります。

オ へき地における患者輸送体制

- ・ へき地には、最寄りの医療機関への通院手段を持たない高齢者が多くいます。
- ・ へき地では医療資源が乏しいため、へき地においても迅速に第三次救急医療を受けられるよう救急搬送体制の充実が課題となっています。

カ その他

- ・ 高齢化の進展により医療需要が増加していくと考えられることから、へき地保健医療対策の実施に加えて、疾病予防等の対策を実施する必要があります。
- ・ へき地以外の地域で医療資源に乏しい過疎地域等においても、地域医療の確保を図るため、保健医療計画の対象として施策を講じる必要があります。

【対策】

ア 目指すべき方向

○ 医療を支援する体制

- ・ へき地医療支援機構の役割の強化と機能の充実を図ります。
- ・ へき地保健医療対策に係る協議会において協議を行います。
- ・ へき地医療拠点病院からの代診医派遣等の機能強化に努めます。
- ・ ICT（情報通信技術）やドクターヘリ等を活用します。

イ 求められる機能

(ア) へき地医療支援機構

- ・ へき地診療所から代診医派遣、医師派遣の要請があった場合の調整と、へき地医療拠点病院等への派遣要請を行うこと。
- ・ 地域医療支援センターとのより緊密な連携や一体化を進め、へき地医療の支援策の総合的な企画・

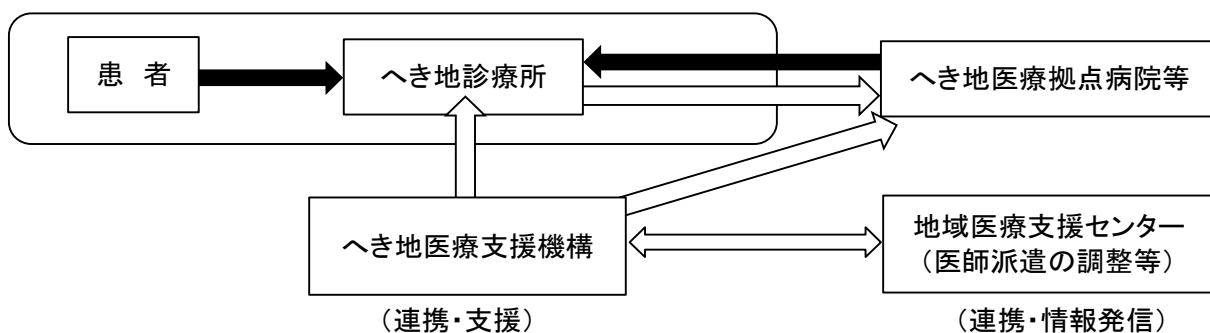
調整を行うこと。

- (イ) へき地診療所
 - ・ へき地に暮らす住民へ適切な医療を提供していること。
 - ・ プライマリケアの診療が可能な医師等がいること又は巡回診療を実施していること。
- (ウ) へき地医療拠点病院
 - ・ へき地医療支援機構の下でへき地診療所への代診医等の派遣及び技術指導・援助を行うこと。
 - ・ へき地医療拠点病院については、その主たる事業である巡回診療，医師派遣，代診医派遣を，いずれか月1回以上あるいは年12回以上実施することが望ましいこと。
- (エ) その他医療機関
 - ・ 高度な診療機能を有し，へき地医療拠点病院やへき地診療所の診療活動等を支援すること。
- (オ) へき地における患者輸送体制
 - ・ 専門的な医療機関や高度な医療機関へ搬送する体制を整備すること。
- (カ) その他
 - ・ 住民に対する健康づくりに関する啓発を実施すること。

ウ 対策

- (ア) へき地医療提供体制整備の基本的な考え方
 - ・ 県民が等しく適切な保健医療を受けることができるよう，県，市町，へき地医療支援機構，へき地診療所及びへき地医療拠点病院等の関係機関は，協力しながら各種施策に取り組みます。

(参考) 医療連携体制図



- (イ) へき地医療支援機構
 - ・ へき地における総合的な診療支援を計画的に実施するため，毎年度へき地医療支援計画を策定します。
 - ・ へき地医療拠点病院によるへき地診療所への医師派遣，無医地区への巡回診療の企画・調整を行います。
 - ・ 医師不足地域への医師の派遣調整機能を担う地域医療支援センターとの連携を強化し，へき地医療に従事する医師等の確保に努めます。
- (ウ) へき地診療所
 - ・ へき地診療所に対して，国の補助金を活用し，運営費及び施設・設備整備費を補助します。
 - ・ ICT（情報通信技術）を活用し，医療提供体制やニーズ等を踏まえ，必要に応じ遠隔診療によ

る専門医療の提供体制の整備を推進します。

- (エ) へき地医療拠点病院
 - ・ へき地医療拠点病院からへき地診療所への医師派遣や代診医派遣を行います。
 - ・ へき地医療拠点病院に対して、国の補助金を活用し、運営費及び施設・設備整備費を補助します。
- (オ) その他の医療機関
 - ・ へき地住民の医療を確保するため、地域医療構想調整会議等において、市町村、医療機関等を交えて、民間医療機関との連携方策について検討します。
- (カ) へき地における患者輸送体制
 - ・ へき地住民の通院手段を確保するため、市町において実施している患者の輸送体制を引き続き維持します。
 - ・ 迅速に第三次救急医療を受けられるよう県北山間地域における本県のドクターヘリや他県のドクターヘリの運航実績を踏まえて、隣接県との広域連携の拡充を検討します。
 - ・ ドクターヘリの運航していない時間帯をカバーすることができるドクターカーについて、関係者による情報共有の場を設けるとともに、医療機関の協力を得ながら、ドクターカーが運行していない地域への運行拡大や夜間など運行時間の拡充を図ることができるよう努めます。
 - ・ 県境における救急患者の搬送については、各消防本部間の相互応援協定により、相互の連携を図りながら実施します。
- (キ) その他
 - ・ 在宅医療に係わる関係機関が連携して、へき地の実情に応じた継続的な在宅医療の提供体制の充実を図ります。
 - ・ 県歯科医師会等関係団体と連携して、無歯科医地区の歯科医療の提供を図ります。
 - ・ 疾病予防等のため、市町では、住民に対する健康づくりに関する啓発を実施するとともに、健康診断や健康相談の充実を検討します。

【目標】

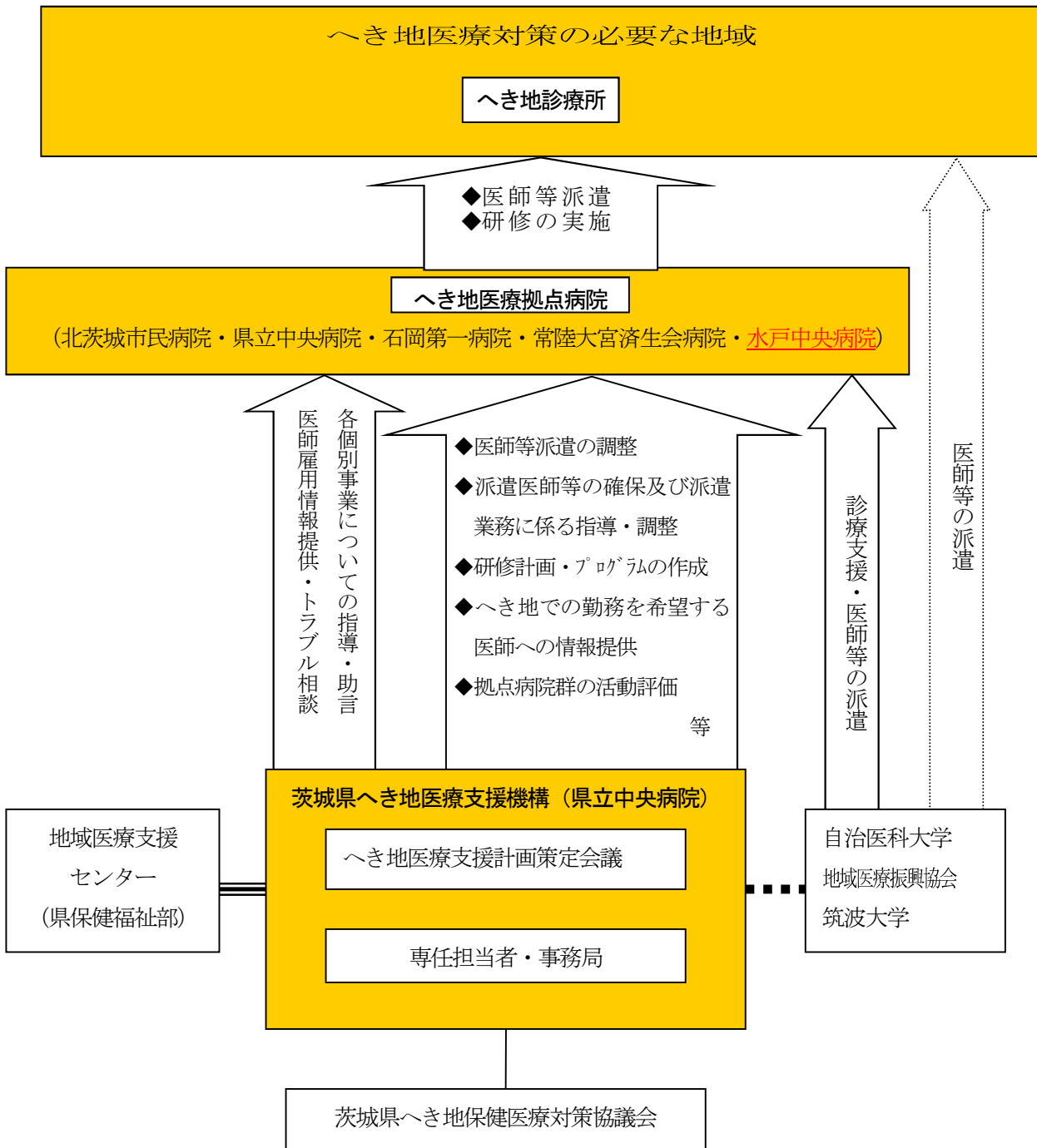
番号	目標項目	現状	目標
1	へき地診療所数	3	3
2	巡回診療が実施されている又は患者輸送体制が整備されている無医地区・準無医地区の割合	100%	100%
3	へき地医療拠点病院の中で主要3事業 ^(注1) の年間実績が合算で12回以上の医療機関の割合	100%	100%
4	へき地医療拠点病院の中で、へき地医療拠点病院の必須事項 ^(注2) の実施回数が年間1回以上の医療機関の割合	100%	100%

(注1) 主要3事業：へき地医療拠点病院におけるへき地への巡回診療、へき地診療所等への医師派遣及び代診医派遣

(注2) へき地医療拠点病院の必須事項：へき地医療拠点病院の事業の内、いずれかは必須で実施すべきとされている以下の事業

- ・ 巡回診療等によるへき地住民の医師確保に関すること。
- ・ へき地診療所等への代診医等の派遣（継続的な医師派遣も含む）及び技術指導、援助に関すること。
- ・ 遠隔医療等の各種診療支援に関すること

茨城県へき地医療支援体制図

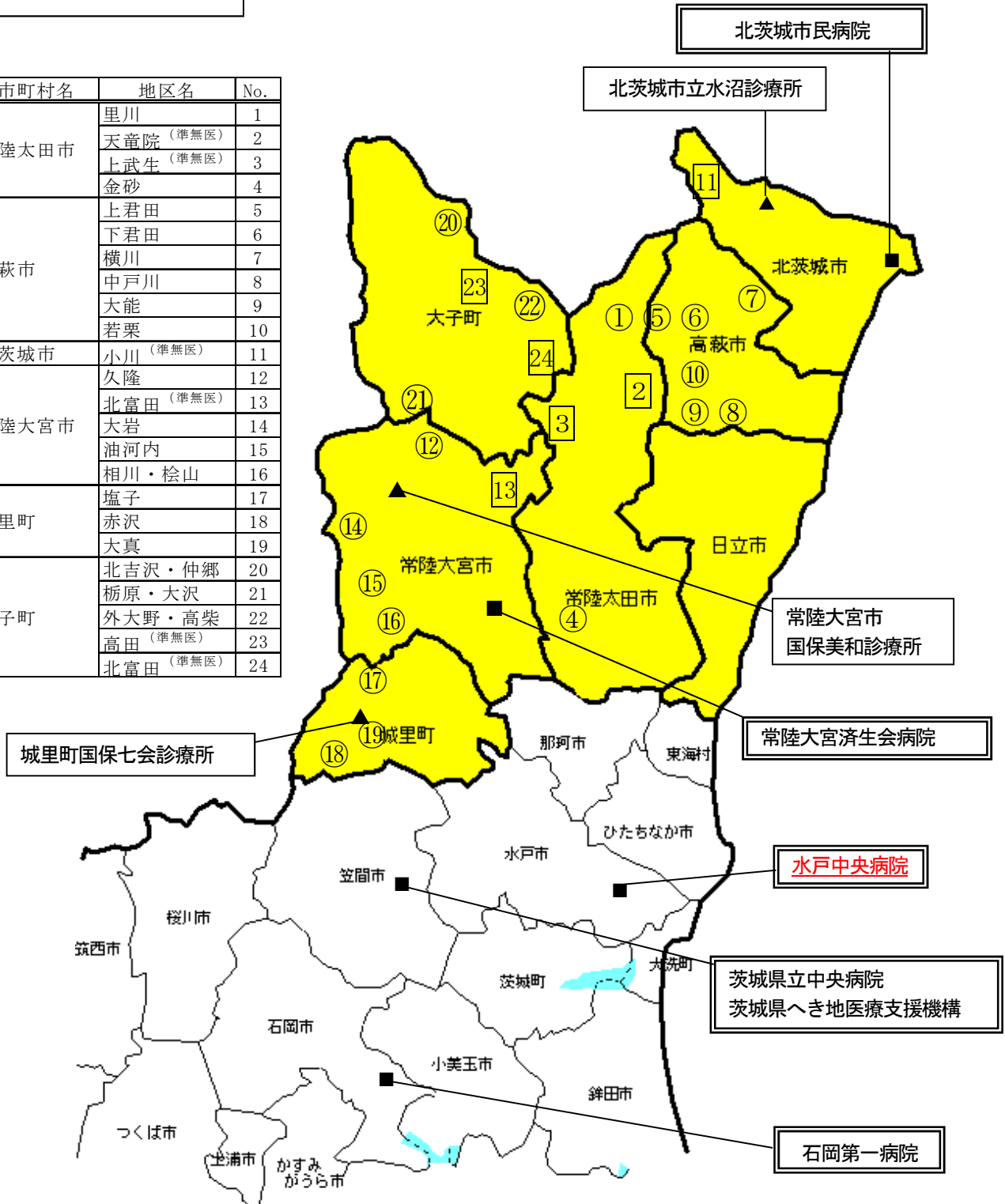


凡例

- ・・・へき地医療拠点病院
- ▲・・・へき地診療所

無医地区等位置図

市町村名	地区名	No.
常陸太田市	里川	1
	天童院 (準無医)	2
	上武生 (準無医)	3
	金砂	4
高萩市	上君田	5
	下君田	6
	横川	7
	中戸川	8
	大能	9
	若栗	10
北茨城市	小川 (準無医)	11
常陸大宮市	久隆	12
	北富田 (準無医)	13
	大岩	14
	油河内	15
城里町	相川・桧山	16
	塩子	17
	赤沢	18
大子町	大真	19
	北吉沢・仲郷	20
	栃原・大沢	21
	外大野・高柴	22
	高田 (準無医)	23
	北富田 (準無医)	24



令和3年4月1日時点

※網掛けは、無医地区を有する市町、過疎地域、振興山村に指定された市町を表す。

9 周産期医療

(1) 産婦人科医、小児科医（新生児科医）の確保

【現状】

本県の産婦人科医数は、平成 30 (2018) 年 12 月末現在（医師・歯科医師・薬剤師統計）で 214 人 となっており、人口 10 万対 7.4 と全国平均の 9.0 を下回り、全国 第 42 位 と低位の状況にあります。

また、小児科医数は、平成 30 (2018) 年 12 月末現在（同統計）で 291 人 となっており、人口 10 万対 10.1 と全国平均 13.7 を下回り、全国最下位の状況にあります。

【課題】

産婦人科医や新生児集中治療を担う新生児科医、小児科医の不足が生じていることから、集約化を進め、地域の拠点病院の医師の確保を進めていく必要があります。

また、これらの診療科は女性医師の割合が高いことから、女性医師の継続的な就業支援や、病児保育体制の構築などによる子育て中の医師への支援を推進していく必要があります。

【対策】

ア 目指すべき方向

本県では、「第 7 次茨城県保健医療計画」の一部として、令和 2 年 3 月に「茨城県医師確保計画」を策定し、当該計画に基づき、医師確保対策を推進することとしています。

(イ) 医師確保の方針

本県の出生数や年少人口の変化と医師の需給を踏まえ、医師確保対策を実施します。

(i) 医師確保計画推進の重点化の視点

a 医療提供体制の充実

全ての県民の安心・安全を守り、質の高い医療を提供するため、地域の拠点病院の勤務医や不足診療科の確保に取り組み、政策医療体制の充実を図ります。

b 医志^(注1)の実現とキャリア形成

県内高校生の医学部進学や医師のキャリア形成、地域やライフステージに応じた医師の働き方を支援し、医師が集まる県を目指します。

c 関係機関の連携・協働

県や市町村、大学、医療機関、医師会等関係団体、県民が一体となった「オールいばらき」の体制により、新しい発想、あらゆる方策にチャレンジします。

(ii) 産科・産婦人科医師の養成・確保の短期及び中・長期的な方針

本県では、将来の周産期医療の需要の推計を踏まえて産科・産婦人科の専攻医の養成を図ることにより、中・長期的（2030年・2036年）な必要医師数の確保を図ります。

また、短期的（2024年）な医療需要に対しては、三次保健医療圏及び周産期医療圏の医療提供の体制の確保の方針を踏まえ、医師の派遣調整や県外からの医師確保により必要医師数の確保を図ります。

(注1) 医志：医師を目指す志

■本県の将来の産婦人科医の必要医師数(暫定)(H31.3.22第30回医師需給分科会資料) (人)

必要医師数				左記の各年の必要医師数を達成するための年間医師養成数		
2016年	2024年	2030年	2036年	2024年	2030年	2036年
299	272	255	238	9	7	6

※ 必要医師数は、勤務時間調整後の人数

※ 2016年を基準とする。

イ 施策

(ア) 医師の養成課程を通じた医師確保

医師の絶対数の確保と地域偏在の解消を図るため、茨城県地域医療支援センターを核として高校生、医学生、研修医、医師のそれぞれの段階に応じた総合的な医師確保対策を実施します。

- ・ 県立高等学校等への医学コースの設置や県内中・高校への訪問等により、県内高校生の医学への興味と本県の医療状況への理解を深めるとともに、医学部進学希望者を支援します。
- ・ 地域医療医師修学資金貸与制度や医師修学資金貸与制度などの各種修学資金貸与制度を活用し、医師が不足する地域を中心に医師の確保を図ります。
- ・ 自治医科大学卒業後の医師について、キャリア形成を支援しつつ、へき地診療所やへき地医療拠点病院などへ派遣し、県内医療機関への勤務を促進します。
- ・ 地域医療の現場に触れる修学生セミナーや、修学生の集いを開催し、地域医療に従事する医学生や医師を支援します。
- ・ 魅力的かつ地域の実情に合ったキャリア形成プログラムを策定し、県地域医療支援センターのキャリアコーディネーターや教育インストラクター等との個別面談や各種相談により、修学生の在学中から卒後のキャリア形成を支援します。
- ・ 専門医の認定促進や、地域医療に配慮した専門研修プログラムの策定を行う医療機関や医師不足地域の研修医療機関に対して指導医を派遣する医療機関等を支援することにより専門医の認定を促進し、県内に勤務する医師のキャリアアップを支援します。
- ・ 県臨床研修連絡協議会を中心とし、臨床研修病院の情報を積極的に発信するとともに、指導体制の充実を図ります。
- ・ 専門医の認定促進や診療技術・指導力の向上など図り、県内に勤務する医師のキャリアアップを支援し、将来の周産期医療の需要推計を踏まえて、産科・産婦人科、小児科及び周産期(母体・胎児、新生児)の専攻医の養成を図ります。
- ・ 初期臨床研修期間の早い時期に産婦人科、小児科を経験するようなプログラム作成を各臨床研修病院に働きかけます。

(イ) 医師派遣調整

- ・ 地域枠医師等に対するキャリア形成プログラムの適用や地域医療対策協議会における医師配置調整スキームにより、救急、小児、周産期等の政策医療を担う医療機関・診療科を中心に医師の派遣調整を実施します。

(ウ) 県外からの医師確保

- ・ 政策医療等を担う医療機関・診療科を中心に、医科大学と連携した寄附講座の設置など、県外からの医師確保を強化します。

(エ) 魅力ある環境づくり

- ・ 茨城県医師会と協力し、医療勤務環境改善支援センターにおいて、医療従事者の勤務環境改善に取り組む医療機関に対して、医業経営面、労務管理面の専門的な支援を行います。
- ・ 特に、女性医師は今後増加傾向にあることから、保育・就業等に係る相談に対応する総合相談窓口を設置・運営するとともに、子どもの急な体調不良時等でも安心して勤務できるよう、民間シッター等を活用した保育支援体制の構築に取り組みます。

(オ) 医師の養成・確保のための規制緩和等に係る要望活動

- ・ 医師の養成・確保のための抜本的な課題解決が図れるよう、国に対し、医師不足が顕著な地域を優先し、地域偏在や診療科偏在の解消につながる制度の見直し、都道府県への財政支援などを講ずるよう要望していきます。

(2) 周産期医療体制の整備

【現状】

本県では、周産期医療体制の充実を図るため、県内を3つのブロックに分け、各ブロックに総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター及び周産期救急医療協力病院を指定し、周産期医療体制の整備を図るとともに、各総合周産期母子医療センターに妊産婦搬送コーディネーターを配置するなど、地域の産婦人科医療機関、搬送機関との連携を強化した総合的な診療体制を確保してきました。

また、平成21年より休止していた県北の地域周産期母子医療センターについては、令和3年4月から再開され、まずはリスクのある新生児の搬送受入を開始しております。

一方で、周産期医療体制を取り巻く環境は、高齢出産による低体重児出生割合の増加など、高度な周産期医療の需要が増大しているにも関わらず、産婦人科医や小児科医、新生児科医などの医療スタッフの不足、分娩取扱施設の減少や地域偏在の問題が山積みし、大変厳しい状況となっています。

【課題】

ア 正常分娩等を取り扱う医療機関

開業医の高齢化や後継者不足等により、今後ますます地域の産科医療機関の減少や体制の縮小が見込まれており、正常分娩をできる場所の確保や医師の負担軽減を図るための施策、基幹分娩取扱病院への重点化・集約化が必要となっています。

また、産前産後は精神的に不安定な時期であり、産後うつをはじめとした精神疾患の発症や悪化のリスクを抱えていることから、早期にサポートする連携体制を構築することが求められます。

イ 比較的高度な周産期医療を行う医療機関（地域周産期母子医療センター、周産期救急医療協力病院）

高齢出産によるハイリスク分娩の割合の増加に伴い、高度な周産期医療の需要増大のほか、医師不足による地域周産期母子医療センターや周産期救急医療協力病院の機能低下が見られることから、安定した周産期医療体制の充実・強化を図る必要があります。

ウ リスクの高い妊娠及び新生児に対する高度な周産期医療を行う医療機関（総合周産期母子医療センター）

高齢出産の増加による高度周産期医療の需要が拡大している一方で、新生児集中治療室（NICU）などの周産期関連病床や医師等の医療スタッフの不足、分娩施設の減少や地域偏在が顕著

となっています。また、正常分娩を取り扱う医療機関の減少や比較的高度な周産期医療を行う医療機関の機能低下によって、正常分娩や比較的低リスクの低い患者に対応する機会が増加しており、総合周産期母子医療センターの負担が大きくなっています。

さらに、新生児集中治療室（NICU）などに入院する患者が急性期を脱した後の受け皿となる病床や在宅医療を支援する体制を整備する必要があります。

■出生数

	S55年	H1年	H10年	H20年	H25年	H26年	H27年
出生数	36,369	29,214	28,602	24,592	22,358	21,873	21,700
うち低出生体重児数	—	1,726	2,293	2,350	2,172	2,075	2,101
割合	—	5.9	8.0	9.6	9.7	9.5	9.7

(出典) 厚生労働省「人口動態調査」

■周産期死亡率（出産千対）

	S55年	H1年	H10年	H20年	H25年	H26年	H27年
茨城県	14.4	6.3	6.1	4.8	4.2	4.4	4.2
全 国	11.7	6.3	6.2	4.3	3.7	3.7	3.7

(出典) 厚生労働省「人口動態調査」

■妊産婦死亡率（出産10万対）

	S55年	H2年	H12年	H22年	H25年	H26年	H27年
茨城県	21.2	3.3	10.3	—	8.7	8.9	—
全 国	19.5	8.2	6.3	4.1	3.4	2.7	3.8

(出典) 厚生労働省「人口動態調査」

■新生児死亡率（出産千対）

	S55年	H1年	H10年	H20年	H25年	H26年	H27年
茨城県	6.6	2.8	1.6	1.2	1.4	1.4	1.0
全 国	4.9	2.6	2.0	1.2	1.0	0.9	0.9

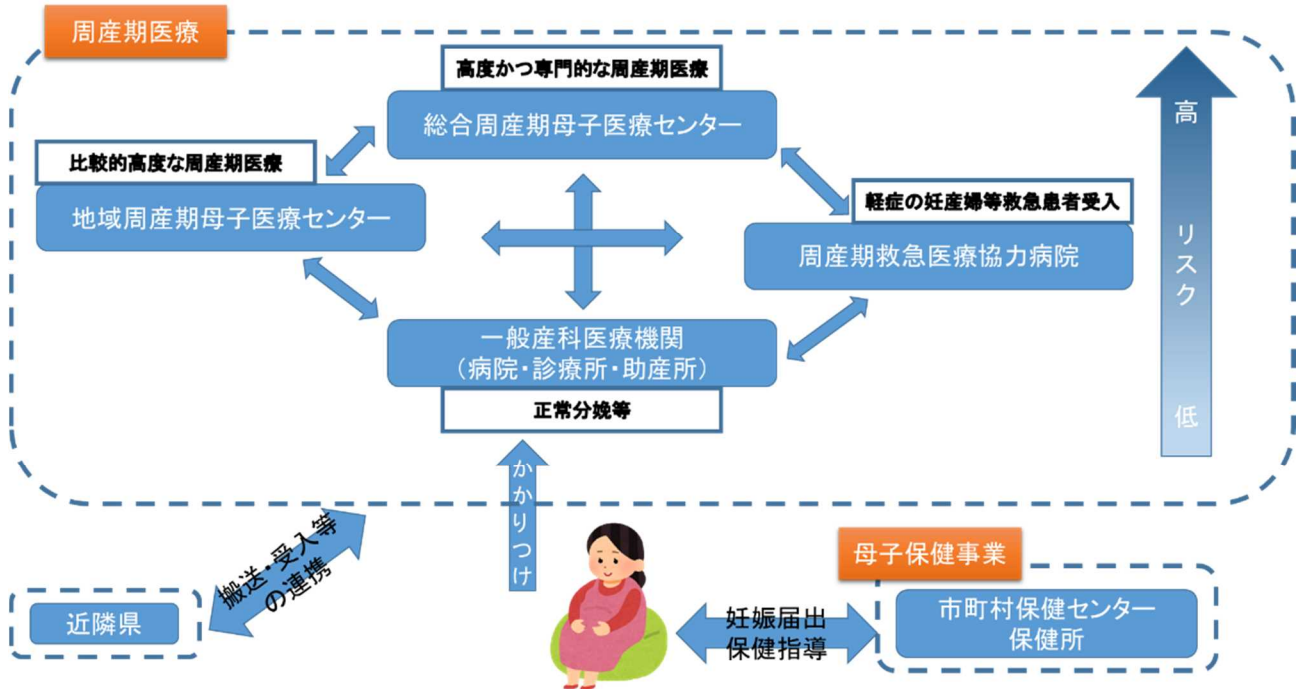
(出典) 厚生労働省「人口動態調査」

■産科・産婦人科標榜一般病院数

	H14年	H16年	H18年	H20年	H25年	H26年	H27年
茨城県	37	37	36	30	29	29	30
全 国	1,750	1,666	1,576	1,496	1,375	1,361	1,353

(出典) 厚生労働省「医療施設調査」

【医療連携体制図】



【対策】

ア 正常分娩等を取り扱う医療機関

(ア) 目指すべき方向

- ・ 正常分娩や妊婦健診等を含めた分娩前後の診療を安全に実施可能な体制の整備を目指します。
- ・ ハイリスク分娩や急変時に、総合及び地域周産期母子医療センター等へ迅速に搬送可能な体制の整備を目指します。

(イ) 求められる機能

- ・ 正常分娩に対応すること。
- ・ 妊婦健診等を含めた分娩前後の診療を行うこと。
- ・ 他の医療機関との連携により、リスクの低い帝王切開術に対応すること。

・ 産婦人科と産婦人科以外の診療科との連携

(ウ) 対策

- ・ 分娩を取りやめる医療機関の防止を図るとともに、助産師等を育成するための研修などを行うことができる医療機関の確保に努めます。
- ・ 分娩取扱施設における、医師確保のための支援などについて検討し、医療機関が安定的な運営ができる医療体制の確保に努めます。
- ・ パースセンター^(注1)の活用などによる産婦人科医の負担軽減や、正常分娩について集約化、広域化に向けての体制づくりを促進します。
- ・ 妊産婦の容態悪化時に、速やかに適切な医療機関に搬送できるよう、妊産婦搬送コーディネーターを含む、高次の医療機関との連携体制を強化します。

(注1) パースセンター：助産師が中心となってお産を担当し、異常発生時には医師が介入する院内助産システム

- ・産後うつになるリスクの高い妊産婦を早期に発見できるよう産婦人科医と精神科医の連携強化に努めます。
- ・産婦健診、乳児訪問等により、産後うつを早期発見し、適切な産後ケアや早期の精神科受診につなげるよう、産婦人科医、精神科医、臨床心理技術者、精神保健従事者等との連携強化に努めます。
- ・産科医の大きな負担となっている当直勤務について、非常勤医師を確保した際の経費への補助を行い、夜間における周産期医療の受入れ体制を強化するよう努めます。
- ・産婦人科と産婦人科以外の診療科との連携体制を推進し、妊産婦の診療を地域で支える体制を構築することができるよう努めます。

イ 比較的高度な周産期医療を行う医療機関（地域周産期母子医療センター、周産期救急医療協力病院）

(ア) 目指すべき方向

- ・地域周産期母子医療センター及びそれに準ずる施設を中心とした周産期母子医療体制による24時間対応可能な周産期の救急対応を行うこと。

(イ) 求められる機能

- ・産科、小児科を備え、周産期に係る比較的高度な医療を実施すること。
- ・24時間体制での周産期救急医療に対応すること。
- ・地域の産婦人科医療機関や総合周産期母子医療センターと連携を図ること。

(ウ) 対策

- ・地域周産期母子医療センター及び周産期救急医療協力病院の役割を明確にし、機能の分担を図り、安定的に運営できるよう支援し、適切な周産期医療提供体制の確保に努めます。
- ・地元開業医との連携など地域周産期母子医療センターや周産期救急医療協力病院の機能維持と強化に努めます。
- ・総合周産期母子医療センターでの急性期管理が終了した患者の受け皿となり、小児在宅医療への移行を促進する連携体制の強化と機能充実に努めます。

ウ リスクの高い妊娠及び新生児に対する高度な周産期医療を行う医療機関（総合周産期母子医療センター）

(ア) 目指すべき方向

- ・新生児搬送や新生児集中治療室（NICU）の後方病床を含めた新生児医療の提供が可能な体制を整備すること。
- ・周産期医療連携施設を退院した障害児が生活の場で療養・療育できるよう、医療、保健及び福祉サービスが総合的に連携した支援をすること。

(イ) 求められる機能

- ・高度な周産期医療の提供や母体及び新生児搬送を受け入れる体制を有すること。
- ・母体、胎児集中治療室（MFICU）を備え、妊娠合併症など母体におけるリスクの高い妊娠に対する医療を実施すること。
- ・新生児集中治療室（NICU）、新生児回復室（GCU）を備え、胎児、新生児異常など児における高度な新生児医療を実施すること。
- ・災害時においても、災害時小児・周産期リエゾンと連携しながら高度な周産期医療を提供できる体制を構築すること。
- ・地域の周産期医療のレベル向上のため、周産期医療従事者や救急隊への教育を行うこと。

(ウ) 対策

- ・ 総合周産期母子医療センターが安定的に運営できるよう支援し、高度で専門的な周産期医療の提供に努めます。
- ・ 産婦人科医、小児科医及び新生児科医の確保、女性医師の継続的な就業支援に取り組み、総合周産期母子医療センターに勤務する医師の確保に努めるとともに医師1人当たりの負担軽減を図ります。
- ・ 新生児集中治療室（NICU）等から退院していく医療的ケア児が小児在宅医療に移行することを促進する体制整備に努めます。
- ・ 円滑な転院が図られるよう、地域周産期母子医療センター、周産期救急医療協力病院との連携体制を強化します。
- ・ 被災時においても、診療機能等を早期に回復できるよう、業務継続計画（BCP）の策定を推進します。
- ・ 被災時に、災害時小児・周産期リエゾンと連携しながら、母体・胎児・新生児の安全確保に努めます。
- ・ 全ての総合周産期母子医療センターにおいて、災害拠点病院と同等な施設を備えるよう推進します。
- ・ 県内の周産期医療従事者や救急隊員に対する教育活動に努めます。

【目標】

番号	目標項目	現状	目標
1	新生児死亡率（出生千対）	H28：1.0人	全国平均以下 0.9人（H28）
2	周産期死亡率（出生千対）	H28：4.0人	全国平均以下 3.6人（H28）
3	県域を越えた搬送を含む連携体制の整備	1箇所	2箇所
4	総合周産期母子医療センター産科医師1人あたりに対するハイリスク分娩数	25.1件	13.1件
5	新生児集中治療室（NICU）の病床数	42床	57床

(3) 新型コロナウイルス感染症への対応

【現状】

妊産婦が新型コロナウイルスに感染した場合の臨床経過は、同年齢の女性と変わらないとされていますが、強い不安を抱えている場合があります。

【課題】

妊産婦や出生したばかりの新生児が感染した場合でも、安心して出産や治療が受けられる医療体制の整備が必要です。

【対策】

- ・ 新型コロナウイルスに感染した妊産婦で、産科的な緊急処置が必要な患者を確実に受け入れるための病床を、各総合周産期母子医療センターに確保します。
- ・ 新型コロナウイルスに感染した妊産婦の入院受け入れを行う医療機関を指定し、当該医療機関の応需可否について県内各消防機関等と随時共有するとともに、周産期の専門医との入院調整に係る相談体制を整えることにより、新型コロナウイルスに感染した妊産婦や新生児の受入体制の充実に図ります。

茨城県周産期医療圏

平成 30 (2018) 年 3 月 1 日現在

- 【凡 例】**
- 《総合周産期母子医療センター》
- 3施設
 - ・ 1ブロック1施設指定
 - ・ 専任医師：常時勤務
 - ・ MFICU：6床以上
 - ・ NICU：9床以上
 - ・ 周産期医療情報システムの運営
 - ・ 周産期医療関係者研修の実施
- 《地域周産期母子医療センター等》
- 地域周産期母子医療センター（中核）
 - ▲ 地域周産期母子医療センター
 - ◆ 周産期救急医療協力病院

水戸済生会総合病院（周産期）
県立こども病院（新生児）
 (H17. 6. 29 指定)

(株)日製日立総合病院（休止）
 (H18. 3. 30 指定, H21. 4. 1 休止)

県央・県北ブロック

石渡産婦人科病院
 (H22. 1. 22 指定)

水戸赤十字病院
 (H18. 3. 30 指定)

江幡産婦人科・内科病院
 (H22. 1. 22 指定)

つくば・県西ブロック

土浦協同病院
 (H17. 8. 31 指定)

茨城西南医療センター病院
 (H18. 3. 30 指定)

県南・鹿行ブロック

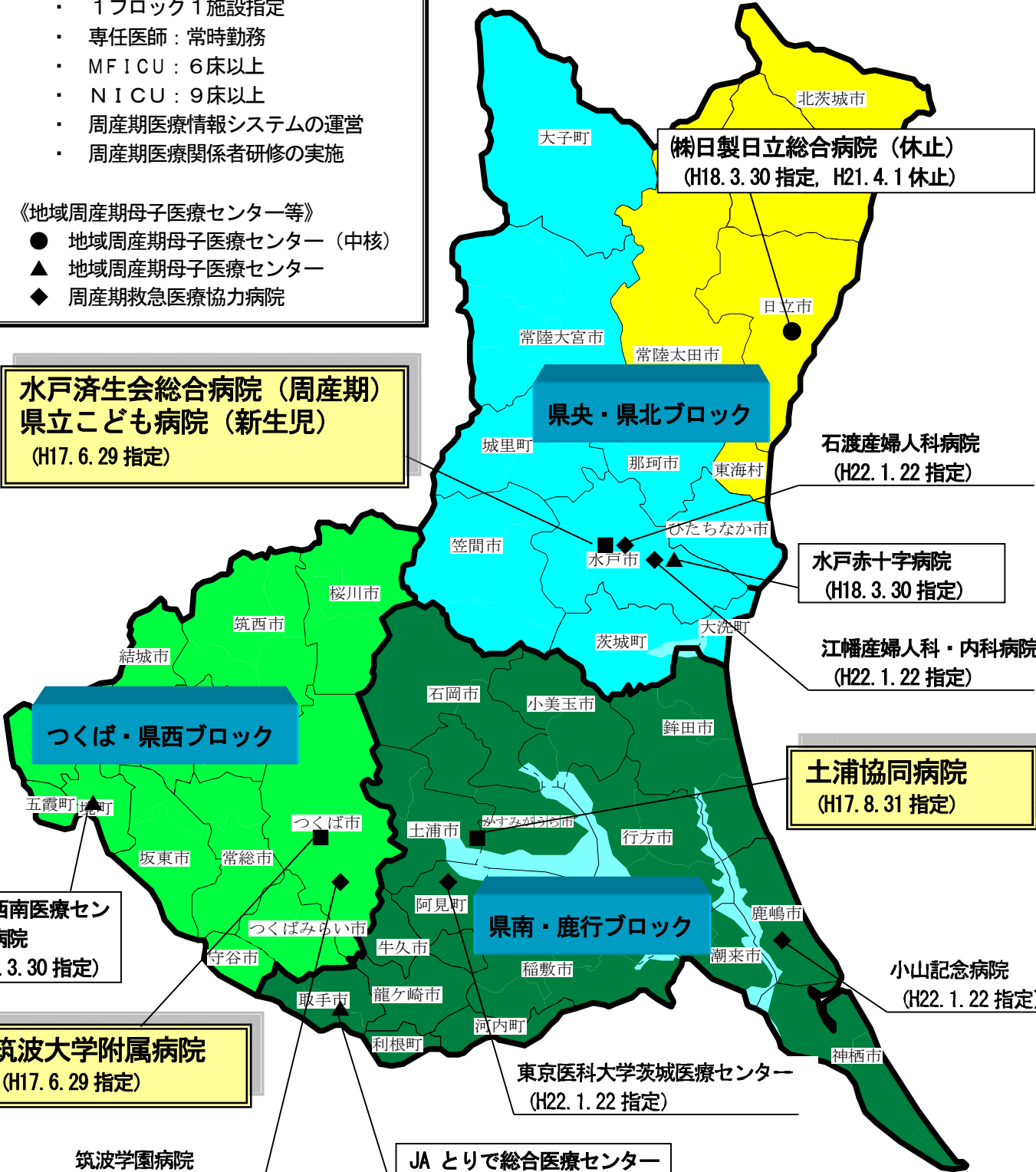
小山記念病院
 (H22. 1. 22 指定)

筑波大学附属病院
 (H17. 6. 29 指定)

東京医科大学茨城医療センター
 (H22. 1. 22 指定)

筑波学園病院
 (H22. 1. 22 指定)

JA とりで総合医療センター
 (H18. 3. 30 指定)



10 小児医療

(1) 小児科医の確保

【現状】

本県の小児科医数は、平成 30 (2018) 年 12 月末現在（医師・歯科医師・薬剤師統計）で 291 人 となっており、人口 10 万対 10.1 人 と全国平均 13.7 を下回り、全国最下位となっています。

また、小児科・産科医師は、全国的の傾向と同様、本県においても地域偏在が見られます。

【課題】

全ての医療圏において小児外科医、小児科医及び新生児科医の育成・確保が必要であり、特に負担の重い拠点病院への適正な医師の配置を図る必要があります。

また、小児科は女性医師の割合が高いことから、女性医師の継続的な就業支援や、病児保育体制の構築などによる子育て中の医師への支援を推進していく必要があります。

【対策】

ア 目指すべき方向

本県では、「第 7 次茨城県保健医療計画」の一部として、令和 2 年 3 月に「茨城県医師確保計画」を策定し、当該計画に基づき、医師確保対策を推進することとしています。

(ア) 医師確保の方針

本県は、小児科医師の絶対数が少ない状況であることから、小児外科医、小児科医及び新生児科医の増加を基本的な方針とし、医師の需給を踏まえ、医師確保対策を実施します。

(イ) 医師確保計画推進の重点化の視点

a 医療提供体制の充実

全ての県民の安心・安全を守り、質の高い医療を提供するため、地域の拠点病院の勤務医や不足診療科の確保に取り組み、政策医療体制の充実を図ります。

b 医志^(注1)の実現とキャリア形成

県内高校生の医学部進学や医師のキャリア形成、地域やライフステージに応じた医師の働き方を支援し、医師が集まる県を目指します。

c 関係機関の連携・協働

県や市町村、大学、医療機関、医師会等関係団体、県民が一体となった「オールいばらき」の体制により、新しい発想、あらゆる方策にチャレンジします。

(ウ) 小児科医師の養成・確保の短期及び中・長期的な方針

本県では、将来の小児医療の需要の推計を踏まえて小児科専攻医の養成を図ることにより、中・長期的（2030 年・2036 年）な必要医師数の確保を図ります。

また、短期的（2024 年）な医療需要に対しては、三次医療圏及び小児医療圏の医療提供の体制の確保の方針を踏まえ、医師の派遣調整や県外からの医師確保により必要医師数の確保を図ります。

(注 1) 医志：医師を目指す志

■本県の将来の小児科の必要医師数（暫定）（H31. 3. 22 第 30 回医師需給分科会資料） (人)

必要医師数				左記の各年の必要医師数を達成するための年間医師養成数		
2016年	2024年	2030年	2036年	2024年	2030年	2036年
395	372	355	337	18	12	10

※ 必要医師数は、勤務時間調整後の人数

※ 2016年を基準とする。

イ 施策

(ア) 医師の養成課程を通じた医師確保

医師の絶対数の確保と地域偏在の解消を図るため、茨城県地域医療支援センターを核として高校生、医学生、研修医、医師のそれぞれの段階に応じた総合的な医師確保対策を実施します。

- ・ 県立高等学校等への医学コースの設置や県内中・高校への訪問等により、県内高校生の医学への興味と本県の医療状況への理解を深めるとともに、医学部進学希望者を支援します。
- ・ 地域医療医師修学資金貸与制度や医師修学資金貸与制度などの各種修学資金貸与制度を活用し、医師が不足する地域を中心に医師の確保を図ります。
- ・ 自治医科大学卒業後の医師について、キャリア形成を支援しつつ、へき地診療所やへき地医療拠点病院等へ派遣し、県内医療機関への勤務を促進します。
- ・ 地域医療の現場に触れる修学生セミナーの開催や、修学生の集いを開催し、地域医療に従事する医学生や医師を支援します。
- ・ 魅力的かつ地域の実情に合ったキャリア形成プログラムを策定し、県地域医療支援センターのキャリアコーディネーターや教育インストラクター等との個別面談や各種相談により、修学生の在学中から卒後のキャリア形成を支援します。
- ・ 県臨床研修連絡協議会を中心とした臨床研修病院のPRや指導体制の充実により、県内外からの研修医の増加を図ります。
- ・ 専門医の認定促進や診療技術・指導力の向上など図り、県内に勤務する医師のキャリアアップを支援し、将来の小児医療の需要推計を踏まえて、小児科の専攻医の養成を図ります。
- ・ 初期研修期間の早い時期に小児科を経験するようなプログラム作成を、各臨床研修病院に働きかけます。

(イ) 医師派遣調整

地域枠医師等に対するキャリア形成プログラムの適用や地域医療対策協議会における医師配置調整スキームにより、救急、小児、周産期等の政策医療を担う医療機関・診療科を中心に医師の派遣調整を実施します。

(ウ) 県外からの医師確保

政策医療等を担う医療機関・診療科を中心に、医科大学と連携した寄附講座の設置など、県外からの医師確保を強化します。

(エ) 魅力ある環境づくり

- ・ 茨城県医師会と協力し、医療勤務環境改善支援センターにおいて、医療従事者の勤務環境改善に取り組む医療機関に対して、医業経営面、労務管理面の専門的な支援を行います。
- ・ 特に、女性医師は今後増加傾向にあることから、保育・就業等に係る相談に対応する総合

相談窓口を設置・運営するとともに、子どもの急な体調不良時等でも安心して勤務できるよう、民間シッター等を活用した保育支援体制の構築に取り組みます。

(オ) 医師の養成・確保のための規制緩和等に係る要望活動

- ・ 医師の養成・確保のための抜本的な課題解決が図れるよう、国に対し、医師不足が顕著な地域を優先し、地域偏在や診療科偏在の解消につながる制度の見直し、都道府県への財政支援などを講ずるよう要望していきます。

(2) 小児医療体制の整備

① 小児救急医療

【現状】

近年、少子化や核家族化の進行、女性の社会進出に伴う夫婦共働きの進行などにより、子育て環境が大きく変化する中で、保護者の子どもを大切に育てたいとの意識の高まりとともに、専門医志向、病院志向の傾向が強まっており、小児医療体制の整備は、喫緊の課題となっています。特に、休日・夜間においては、小児救急外来を設けている病院に患者が集中して、その救急患者の多くを軽症患者が占める傾向にあります。

また、小児救急電話相談（いわゆる「#8000」）の件数も年々増加傾向にあり、**令和2年度実績では、約 56,000 件**にものぼっています。

【課題】

本県における小児救急医療体制は、県北県央、県南東、県南西の広域3医療圏にそれぞれ、小児救急中核病院（群）各1病院と地域小児救急センター1から2病院を配置していますが、二次医療圏においては、小児科医の不足や地域偏在のため、休日・夜間における小児の初期救急医療体制が未整備の地域があるほか、二次や三次救急医療を担う医療機関が初期救急医療についても担っており、当該医療機関の負担が大きくなっており、二次救急医療機関の診療体制の充実を図るため、広域的な対応が必要となっています。

また、三次救急医療機関においては、**小児救命救急センター**を中心とした24時間365日の体制を確保するとともに、小児集中治療センター（PICU）病床を持たない小児救急中核病院の人材育成や病院間の連携などの体制強化を図る必要があります。

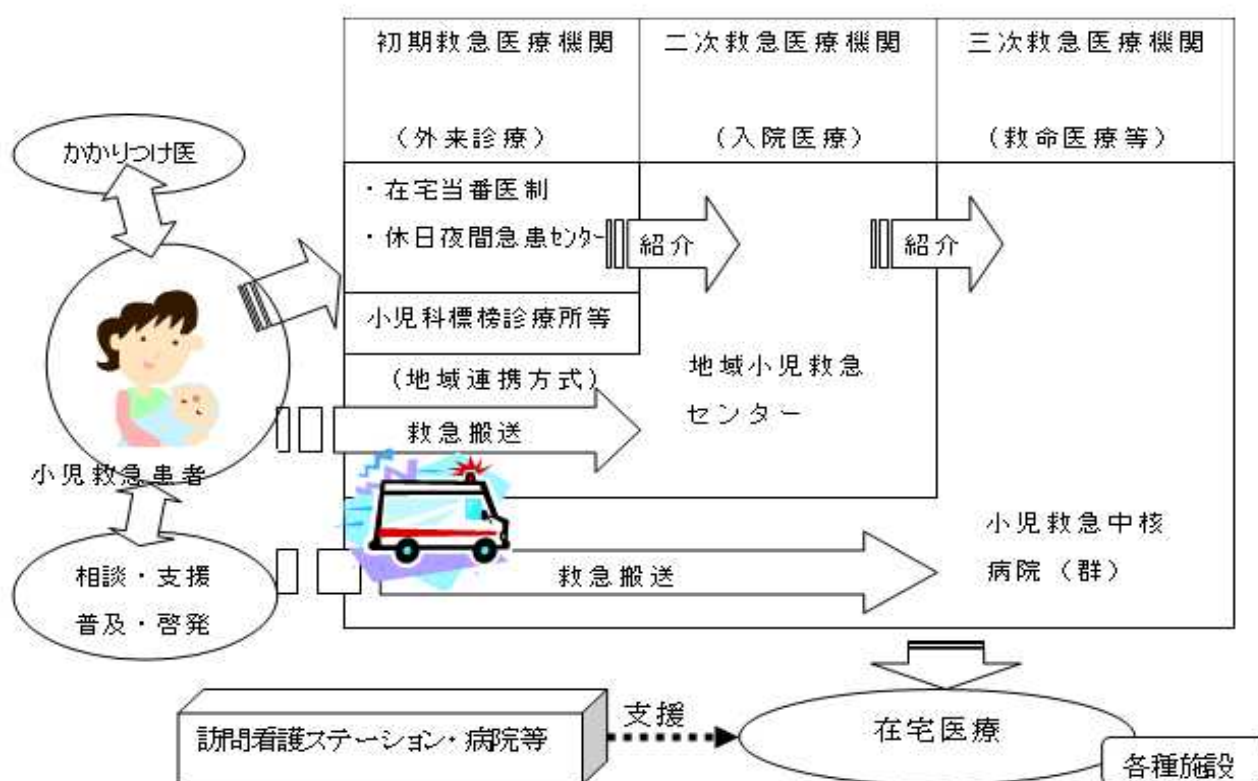
このようなことから、休日や夜間においても、患者の重症度・緊急度に応じて適切に小児救急医療が提供できるよう、地域の実情に応じて集約化・重点化を進めるとともに、医師不足地域の小児医療機能を改善するために、広域の小児医療連携体制をさらに発展させることが必要です。

■一般病院数、小児科標榜病院数の推移

区 分		H10年	H14年	H16年	H18年	H20年	H22年	H24年	H26年	H28年
茨城県	一般病院数	196	184	181	181	171	164	162	161	158
	小児科標榜病院数	104	96	91	92	86	81	78	73	72
全 国	一般病院数	8,266	8,116	7,999	7,870	7,714	7,587	7,493	7,426	7,380
	小児科標榜病院数	3,720	3,359	3,231	3,075	2,905	2,808	2,702	2,656	2,618

出典：医療施設調査・病院報告(厚生労働省)

【医療連携体制図】



【対策】

ア 目指すべき方向

(7) 小児患者に対し、その症状に応じた対応が可能な体制

- ・ 地域において、初期救急医療を含め一般的な小児医療を実施する体制の構築を目指します。
- ・ 二次医療圏において、高度な専門医療又は入院を要する小児救急医療を提供する体制の構築を目指します。
- ・ 三次医療圏において、高度な専門医療又は重篤な小児患者に対する救命医療を提供する体制の構築を目指します。

(4) 地域の小児医療が確保される体制

- ・ 医療機関における勤務環境の改善、医療機関までのアクセス支援等も視野に入れつつ、医療資源の集約化・重点化の実施により、小児専門医療を担う病院が確保される体制の構築を目指します。
- ・ 小児医療に係る医師の確保が著しく困難な地域については、医療の連携の構築を図ることで、地域全体で対応できる体制の構築を目指します。

(ウ) 子どもの健康を守るために、家族を支援する体制

- ・ 急病時の対応等について、健康相談・支援を実施可能な体制の構築を目指します。
- ・ 家族による救急蘇生法等、不慮の事故や急病への対応が可能な体制の構築を目指します。

イ 求められる機能

(7) 初期救急医療機関

- ・ 休日・夜間における小児の初期救急医療を実施すること。

- ・ 一般的な小児科に必要とされる検査・診断・治療を実施すること。
- ・ 緊急手術や入院等を要する場合に備え、対応可能な二次救急医療機関等と連携していること。

(イ) 二次救急医療機関

- ・ 入院診療を要する小児救急医療を 24 時間 365 日体制で実施すること。
- ・ 初期救急医療機関及び搬送機関からの救急患者を受け入れること。
- ・ 高度の診断・検査・治療や勤務医の専門性に応じた専門治療を実施すること。
- ・ 初期救急医療機関では対応が困難な患者や、常時監視・治療の必要な患者に対する入院診療を実施すること。

(ロ) 三次救急医療機関

- ・ 小児の救命救急医療を 24 時間 365 日体制で実施すること。
- ・ 初期救急医療機関及び二次救急医療機関からの紹介患者や搬送機関からの救急患者を受け入れること。
- ・ 必要に応じて、小児の集中治療を専門的に実施できる診療体制（小児集中治療センター（PICU）等）を確保すること。

(エ) 相談・支援、普及・啓発

- ・ 休日・夜間等に子どもの急病等に関する相談体制を確保すること。
- ・ 小児の受療動向に基づき、急病等の対応等について啓発を実施すること。

ウ 対策

(ア) 初期救急医療機関

- ・ 地元医師会等関係機関の連携・協力のもと、地域の実情を踏まえた広域化・集約化も含め、休日・夜間の小児の初期救急体制の充実を図ります。
- ・ 地域医療構想調整会議などにおいて、地域救急医療の課題等について協議し、小児救急医療体制の強化に努めます。
- ・ 地域の内科医、看護師、救急救命士を対象に小児救急診療における研修機会を提供し、不足する小児科医の負担軽減を図ります。

(イ) 二次救急医療機関

- ・ 圏域内で小児救急医療に係る入院診療を 24 時間 365 日体制で確保できない地域では、深夜帯について最寄りの三次救急医療機関との連携によって救急患者を受け入れるなど、広域医療圏で対応し、県内どこでも安心して医療を受けることができる体制を整備します。
- ・ 地域の入院診療や救急医療を担う中核的な医療機関を地域小児救急センターや小児救急中核病院に位置付け、十分な診療機能を確保できるよう、関係機関の連携・協力のもと検討を進めます。

また、地域小児救急センター及び小児救急中核病院（群）における地域連携方式（地域の開業医による出務）導入に向けた具体的方策についても検討を進め、集約化・重点化を推進します。

- ・ 関係機関と連携して小児救急トリアージナースの育成・確保に努めるとともに、院内小児救急トリアージの実施や緊急度の沿った救急対応を行う体制の整備を図ります。
- ・ 他県の医療機関との連携を図りながら、県境地域の医療体制の充実にも努めます。
- ・ 地域医療構想調整会議などにおいて、地域救急医療の課題等について協議し、小児救急

医療体制の強化に努めます。

(ウ) 三次救急医療機関

- ・ 筑波大学の「小児集中治療センター」を中心に、小児救急中核病院（群）の集中治療室（ICU）の小児集中治療病床を救命の輪で継ぎ、ドクターヘリや防災ヘリの活用によって診療機能に応じた全県的な24時間365日受け入れ可能な体制の充実に努めます。
- ・ 「茨城県傷病者の搬送及び受け入れに関する実施基準」に基づき、重篤な小児救急患者の適切かつ迅速な受け入れを促進します。
- ・ 小児救命救急センターを中心とした効率的かつ安心な24時間365日の医療体制の充実に努めます。
- ・ 他県の医療機関との連携も図りながら、これまで以上に県境地域の医療体制の充実に努めます。
- ・ 重篤な小児患者の受入を円滑にするため、小児救急中核病院間の連携を進めるとともに、安定期に至った患者が円滑に慢性期へ移行できるような体制整備を図ります。

(エ) 相談・支援、普及・啓発

- ・ 茨城子ども救急電話相談事業における相談件数も年々増加傾向にあることから応答率等の把握を行い適切なサービス維持に努め、引き続き子育て中の保護者の不安軽減、解消を図るほか、病児・病後児保育の充実など安心して子育てができる体制整備を図ります。
- ・ 「茨城県救急医療情報システム」による受診可能な医療機関等の救急医療情報の提供の充実に努めます。
- ・ 子どもの急病時における救急診療の適正利用を促すため、保護者に対し、家庭での応急処置や受診の日安等を記したパンフレット等を活用した広報強化を図るほか、インターネットでの情報収集が迅速にできるようなホームページの構築に努めます。
- ・ 小児救急医療研修について、地域の内科医等に対する小児救急の理解促進を図るため、より充実した研修内容と受講者数の増加に向けた取り組みを検討します。

② 小児在宅医療の整備

【現状】

- ・ 在宅医療を受ける小児の数は増えており、在宅人工呼吸、在宅酸素、経管栄養、中心静脈栄養、人工肛門、胃瘻、自己導尿などの管理を要する患者の割合が高くなっております。
- ・ 在宅医療を受ける小児は、成長に伴い病態が変化したり、病状が急変するなどの特徴がありますので、小児在宅医療の担い手となる在宅訪問医や訪問看護師には、小児の特徴を踏まえた医療知識や技術が求められています。
- ・ 継続的な医療的ケアを必要とする小児が急増しており、在宅療養中に医療的ケアを担う家族に過重な負担がかかっております。
- ・ 在宅医療を受ける小児が成長して成人年齢に至るまでの期間、小児が入院していた医療機関において、在宅ケアの指導や緊急時の対応を行っています。

【課題】

- ・ 小児在宅医療を支える病院、診療所、訪問看護ステーションや医師、看護師などの医療従事者が少ないなど、小児在宅医療の受入体制が必ずしも十分ではありません。

- ・ また、介護保険における介護支援専門員のような役割を担う相談支援専門員がおりますが、小児の経験が少ないため、小児在宅医療についての適切な相談体制がない状況です。
- ・ 継続的な医療的ケアを必要とする小児は、病院主治医と関係が構築されておりますが、地域とのつながりが希薄であるケースがみられます。
- ・ 家族の過重な介護負担を軽減するためのレスパイトや一時あずかりの体制が不足しております。
- ・ 在宅医療を受ける小児が抱える様々な問題解決のため、医療、行政、福祉、教育、保健など支援を行う機関の連携が必要ですが、体制が不十分です。
- ・ 地域の小児科医の多くは在宅医療の経験がなく、また、日々の診療に忙しく、24時間対応などの在宅医療に取り組むことが難しくなっています。

【対策】

ア 目指すべき方向

- ・ 小児病棟や新生児集中治療室（NICU）、小児集中治療センター（PICU）等で入院中の小児が生活の場で療養・養育できるよう、医療、介護及び福祉サービスが相互に連携した支援の実施を目指します。

イ 求められる機能

- ・ 小児病棟や新生児集中治療室（NICU）、小児集中治療センター（PICU）等から退院するに当たり、生活の場（施設を含む。）での療養・療育が必要な小児に対して支援すること。
- ・ 訪問看護ステーション、福祉サービス事業者及び行政等との連携によって、医療、介護及び福祉サービス（レスパイトを含む。）を調整すること。
- ・ 家族に対する身体的及び精神的サポート等を支援すること。
- ・ 専門医療を担う地域の病院と診療情報や治療計画を共有するなどの連携を図ること。

ウ 対策

- (ア) 「茨城型地域包括ケアシステム」の理念のもと、行政・医療・教育・福祉など関係者による連携体制を構築するとともに、施策の実現に向けた具体的な工程表を作成し、医療的ケアの必要な小児が、安心して暮らせる支援体制づくりを推進します。
- (イ) 新生児集中治療室（NICU）等に長期入院している小児が在宅や重症心身障害児施設に円滑に移行することを促進する体制整備に努めます。
- (ウ) 退院後の医療的ケアを継続的に支援する役割を担う訪問看護ステーションや訪問看護師の確保、内科及び小児科をはじめとする在宅訪問医師、相談支援専門員などの人材育成を進めます。
- (エ) 小児の療養・養育などの在宅医療に係る支援体制を構築するため、小児在宅医療に焦点を当てた検討を行うとともに、地域の実情を踏まえて、高度な医療機能を備える医療機関と連携し、介護者への負担を軽減できるレスパイトや医療型障害児入所施設、通所施設のより一層の確保を図ります。
- (オ) 医療的ケア児及びその家族、その他関係者からの専門的な相談に応じ、情報提供、助言等を行うとともに、関係する業務に従事する者に対して、情報提供や研修等を行う「医療的ケア児支援センター」を設置し、在宅医療の充実等を含めた支援体制の強化に努めます。

【目標】

番号	目標項目	現状	目標
1	乳児死亡率（出生千対）	1.9人（H28）	全国平均以下 2.0人（H28）
2	幼児・小児死亡率（小児人口10万対）	20.7人（H28）	全国平均以下 22.1人（H28）
3	小児対応訪問看護ステーションにおける機能強化型訪問看護ステーションの割合	12.5%	25.0%

③ その他の小児医療

【現状と課題】

■小児がん医療

小児がん医療については、県立こども病院及び筑波大学附属病院が、診療や研究、教育などの連携体制を構築し、県内の小児がん連携病院として、小児白血病や固形がんなどの専門的な治療を提供しています。

小児がん長期生存者が増加している中で、晩期障害への対応、就学や就労の支援体制の整備が求められていることから、医療関係者、事業者、教育委員会など関係機関と連携した支援を図っていく必要があります。

■児童虐待への対応

児童相談所における児童虐待相談対応件数は、年々増加の一途をたどっており、令和元年度は全国で193,780件、本県でも3,181件と、いずれも過去最多となっています。

虐待を受けた子どもは、身体や心に傷を負うばかりでなく、生命の危機にさらされる場合もあるので、医療機関を含めた関係機関が連携し、児童虐待の未然防止や早期発見に努めていく必要があります。

■発達障害児の支援

発達障害を持つ子どもたちが、将来自立した社会生活を営むことができるよう、どの地域においても、早期に発達障害を発見し、それぞれの障害の特性に応じて早期から適切な支援を受けられる体制を整備することが必要です。

しかし、発達障害の専門医等がいる医療機関は限られるため、どの地域でも一定水準の発達障害の診療・対応が可能となるよう、地域の小児科医などのかかりつけ医等の対応力を高めるとともに、専門医等をはじめ臨床心理士等多職種との連携の確保等を図る必要があります。

■難病対策

原因が不明で治療方法が確立されていない難病をもつ患者及びその家族は様々な悩みを抱えています。このような中、本県の令和2年度末の小児慢性特定疾病の医療受給者数は2,474人に上っております。

在宅で療養する小児慢性特定疾病患者への支援を行うため、医療・介護・福祉サービスとの連携を強化し、患者への適切な支援等を行っていく必要があります。

■予防接種対策

小児を対象とした定期予防接種は、令和2年10月1日からロタウイルス感染症が対象疾病に追加され、市町村が実施主体となり、麻しん風しん、百日せき等の 14 疾病などについて行っております。

さらに、任意予防接種であるおたふくかぜについては、現在、国において定期予防接種化に向けた検討が行われています。

このような予防接種は、感染症の発生とまん延防止の観点から高い接種率が求められており、市町村、関係機関、関係団体と連携し、県民に対し、接種時期や効果など、予防接種に関する正しい情報の普及啓発を推進する必要があります。

■アレルギー疾患対策

近年、アレルギー疾患は増加傾向にあり、症状によっては、日常生活に多大な影響を及ぼすこともあります。

このため、医療機関や関係団体等と連携し、地域の実情に応じたアレルギー疾患対策を充実させていく必要があります。

■重症心身障害児等への支援

近年、医療技術の進歩等を背景に重症心身障害児（重度の知的障害と重度の肢体不自由が重複している子ども）を含む高度な医学的管理が必要な障害児が増加する傾向にあります。

また、急性期を脱したものの、障害程度が重く、高度な医療的ケアが必要な障害児については、退院後、医療型障害児入所施設等に円滑に移行できる体制整備が求められています。

このため、こうした障害児に対応できる受入れ体制を整えられるよう、医療型障害児入所施設等における医療従事者の確保・育成等を図る必要があります。

■災害を見据えた小児医療体制

これまでの震災の研究や検討から、現状の災害医療体制では小児・周産期医療に関して準備不足であることが指摘されています。

小児に対応する医療機関は、平時から訓練等に協力するとともに、災害時には小児・周産期リエゾンと連携し、子どもの安全確保に努める必要があります。

【対策】

■小児がん医療

「第1章 第2節 がん」に掲載

■児童虐待への対応

「第2章 第3節 虐待防止」に掲載

■発達障害児の支援

「第1章 第2節 精神疾患」に掲載

■難病対策

「第2章 第3節 疾病・障害の早期発見・早期支援」

「第2章 第8節 難病等対策」に掲載

■予防接種対策

「第3章 第2節 予防接種対策」に掲載

■アレルギー疾患対策

「第2章 第8節 アレルギー疾患対策」に掲載

■重症心身障害児等への支援

「第2章 第7節 障害者の特性に対応可能な医療機関の確保」に掲載

■災害を見据えた小児医療体制

「第1章 第2節 災害医療」に掲載

(3) 新型コロナウイルス感染症への対応

【現状】

新型コロナウイルス感染症の小児例は、成人例に比較して症例数が少なく、また無症状者・軽症者が多い傾向にあります。

また、感染力が高まった変異株が確認されるなど、新型コロナウイルス感染症に係る子どもを取り巻く環境は刻一刻と変化しています。

【課題】

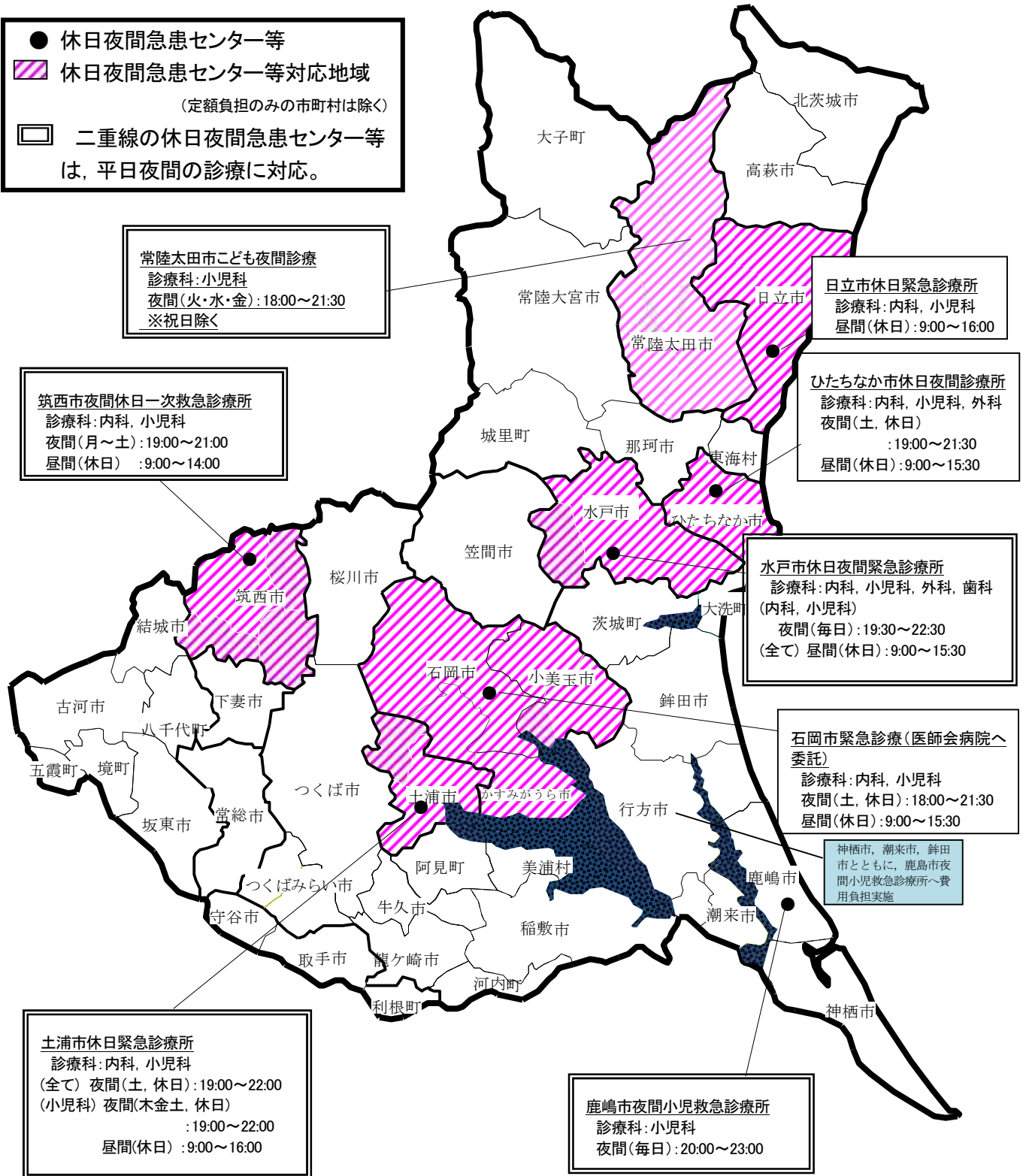
感染力や重症化リスクの変化などを考慮しつつ入院加療や自宅療養のフォローが必要な場合に備えて、体制の整備が必要です。

【対策】

あらかじめ入院を受入れる医療機関を指定するとともに、入院調整本部等が小児科医と相談できる体制を整えます。

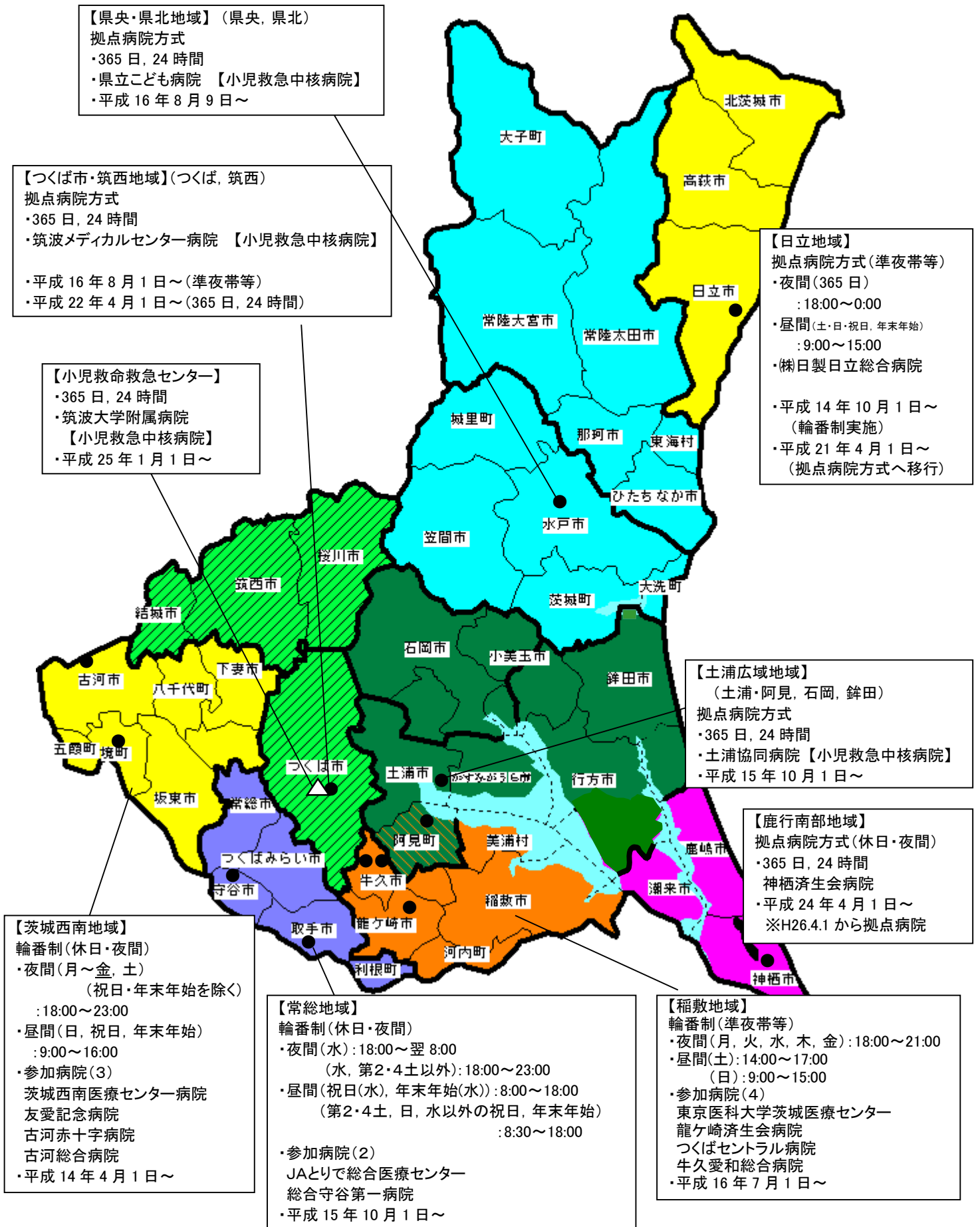
■小児救急医療圏（初期）

休日夜間急患センター等における小児科への対応状況



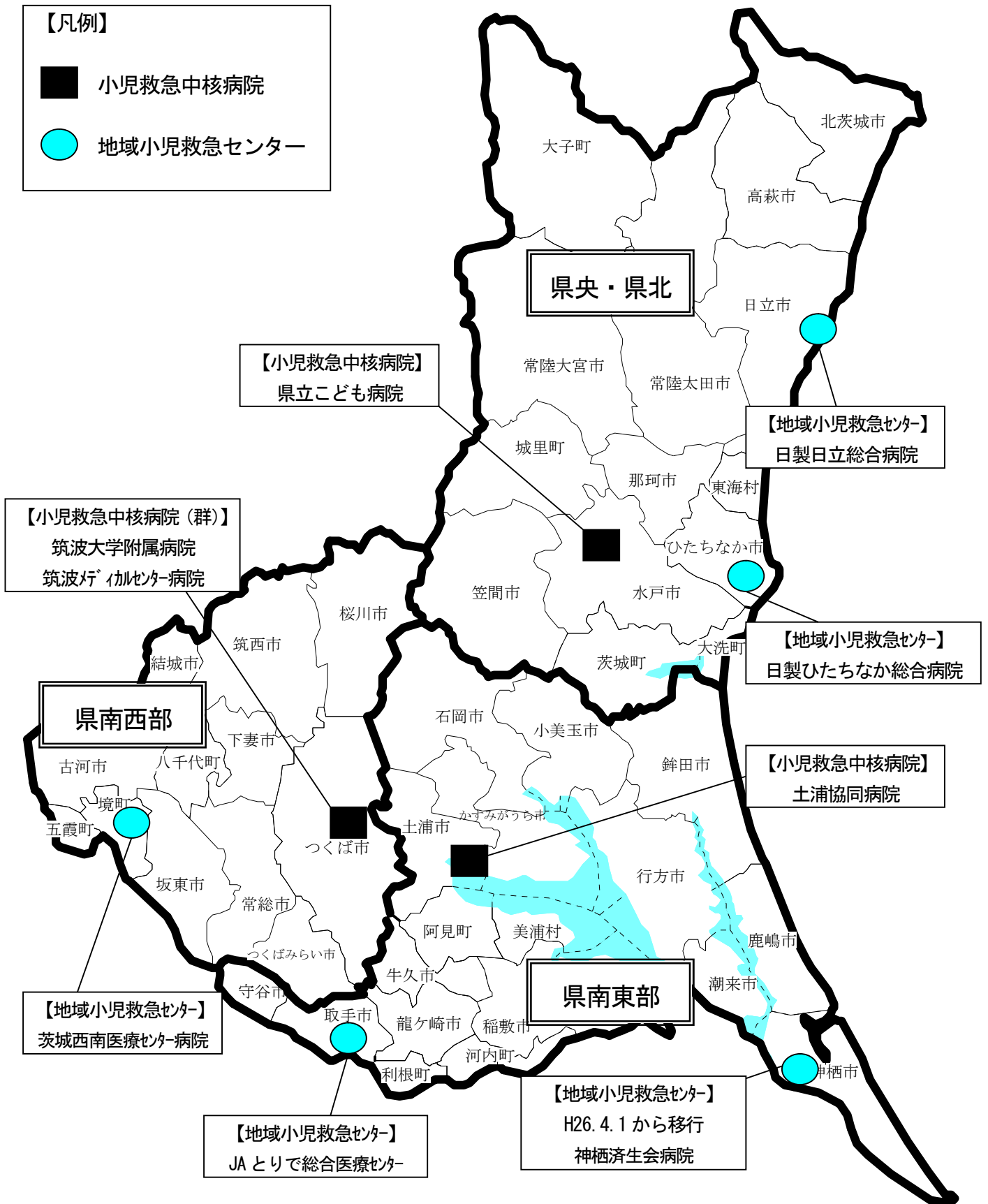
平成 30(2018)年3月1日現在

■小児救急医療圏（二次・三次）



平成30(2018)年3月1日現在

■集約化・重点化による小児救急医療圏構想



11 在宅医療

【在宅医療とは】

在宅医療は、医師、歯科医師、薬剤師、看護職員（保健師、助産師、看護師、准看護師）、管理栄養士・栄養士、作業療法士、理学療法士、言語聴覚士、介護支援専門員などの多職種が連携し、住み慣れた自宅や介護施設、サービス付き高齢者住宅等、患者が望む生活の場において、看取りまでを含む医療を提供するものです。

また、在宅医療は、高齢者のみならず、病気や障害を持つ小児・若年層や難病患者、あるいは通院が困難な患者等、あらゆる年代の人たちを対象とします。

近年、疾病構造の変化や高齢化、QOL（生活の質）の向上を重視した医療への期待の高まり、さらには、医療技術の進歩による在宅で実施が可能な医療の拡充などにより、在宅医療のニーズは増加し、多様化しています。

このため、病気や障害を持つ人たちが安心して住み慣れた場所で自分らしい生活を送るため、医療・介護・福祉が連携し、地域の実情に応じた包括的かつ継続的なサービスの提供が求められています。

なお、取組にあたっては、「県地域医療構想」や「いばらき高齢者プラン 21」等の関連諸計画等との整合性を図りながら進めることとします。

【現状】

- ・ 我が国の平成 30 (2018) 年における 65 歳以上の高齢者人口は、3,542 万人ですが^(注1)、令和 24 (2042) 年には 3,953 万人となりピークを迎え、同年の 75 歳以上の人口割合は、14%から 20%に増加し、死亡総数は約 136 万人から約 167 万人に増加する見込みです^(注2)。
- ・ 本県においても、総人口は平成 17 (2005) 年の国勢調査において減少に転じているうちに、高齢者人口は年々増加し続け、平成 17 (2005) 年に約 27 万人であった後期高齢者人口 (75 歳以上) は 2035 年には 53 万人に倍増する見込みとなっています^(注1)。
- ・ 令和 2 (2020) 年度のネットリサーチでは、「在宅医療の希望と実現の可能性」として、「希望するが、実現は難しい」が38.9%と最も高く、「希望するし、実現可能である」が10.8%であり、在宅医療を希望する方は 49.7%でした。一方、「希望しない」が21.4%という結果でした。また、「希望するが、実現は難しい」、あるいは「希望しない」と回答した方にその理由を聞いたところ、「家族に負担をかけるため」が71.3%と最も高く、次いで「経済的な負担が大きいため」が43.6%、「介護してくれる人がいないため」が26.9%、「急に症状が変わったときの対応が不安のため」が23.7%となっています（別表1参照）。
- ・ このように、ネットリサーチの結果から、多くの県民は、自宅での介護や在宅医療を希望しているものの、実現が難しいと考えており、その理由として、家族への負担、経済的な負担、急変時の対応への不安、介護者の不在などが挙げられていることから、今後、これらの課題に対する積極的な取り組みが求められています。
- ・ 本県の在宅医療に関する現状把握のための指標は、訪問診療を実施している診療所・病院数、訪問看護事業所数、在宅療養支援歯科診療所数などを定めており、他県と比較が可能な指標は全国平均を下回っている状況であり、特に、在宅医療の成果指標である在宅死亡者数については全国でも下位に位置しています。(在宅医療に係る指標については別表 2 を参照)

(注1) 厚生労働省「人口動態調査統計（各定数）」（平成 30 年）

(注2) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（1月推計）」（平成 29 年）

- ・ 疾病構造の変化や高齢化の進展，医療技術の進歩，QOL向上を重視した医療への期待の高まり等により，在宅医療のニーズは増加し，多様化しています。
- ・ 多くの県民が，自宅等住み慣れた環境での療養を望む中，「治す医療」だけでなく「治し，支える医療」が重要になっています。
- ・ 今後増大する慢性期の医療ニーズに対し，在宅医療はその受け皿として，看取りを含む医療提供体制の基盤の一つとなるものです。そのため，各関係機関が相互に連携することで，在宅医療を望む人に対し，円滑に医療を提供できる体制を構築することが必要です。

【課題】

(1) 在宅医療の4つの局面に対応した切れ目のない体制づくり

在宅医療を推進するためには，「退院支援」，「日常の療養生活支援」，「急変時の対応」，「看取り」の4つの局面において，医療と介護のサービスが包括的かつ継続的に提供されることが重要です。

【退院支援】

- ・ 在宅医療に円滑に移行するためには退院前カンファレンスの充実が不可欠であり，特に医療・介護度の高い事例では，関係多職種が参集し，共通認識を持つ必要があります。
- ・ 特に医療依存度が高い場合，医療機関は介護支援専門員だけでなく訪問看護と十分に連携することが重要であり，退院前には，訪問看護を交えたカンファレンスを開いて，退院後に向けた支援の在り方を検討することが求められます。
- ・ 近年，人工呼吸器やその他何らかの医療処置を必要とする人が，在宅医療を選択する事例が増えてきたことから，医療の継続性を確保するとともに，退院に伴って新たに生じる心理的・社会的問題の予防とその円滑な対応に向け，入院初期段階から，退院後の生活を見据えた退院支援を行っていくことが重要となります。

【日常の療養生活の支援】

- ・ 医師・看護師不足の地域などでは，開業医の高齢化もみられるなど，医療資源に地域差があることから，地域の実情に合わせた対応が求められています。
- ・ 病院，診療所を対象とした調査によると，在宅医療を実施する上で，74%が24時間対応の困難さを挙げていることから^(注1)，医師と訪問看護ステーションが連携することで医師の24時間対応の負担が軽減されることを病院・診療所に対して啓発していく必要があります。
また，切れ目のない医療と介護の連携体制の構築が求められています。
- ・ 訪問看護・訪問によるリハビリテーションにおいては，規模の大きな看護ステーションほど，難病や末期の悪性腫瘍等の利用者が多く，また緊急の訪問が多い実態があります。
- ・ 訪問看護ステーションは，看取りや重症度の高い利用者に対し，安定的な訪問看護サービスを提供するため，関係機関との連携や，人員等の規模の拡大等を図るこ

(注1) 日本医師会総合政策研究機構「かかりつけ医機能と在宅医療についての診療所調査結果（平成29年）

とが求められています。特に少人数の訪問看護ステーションでは、他の訪問看護ステーションとの連携を進めることが必要です。

- ・ 訪問歯科診療においては、患者の歯科治療の必要性について、多職種の気づきがあり、その受け皿（訪問歯科診療）があっても、その両者がスムーズにつながっていないことから、医療機関等との連携を更に推進するとともに、在宅療養者の生活上の情報を最もよく知る介護支援専門員との連携を推進する必要があります。また、経口摂取支援には多職種連携が必要であり、その中でも歯科医師や歯科衛生士などは重要な役割を担うことが求められています。
- ・ 在宅患者訪問薬剤管理指導届出薬局は薬局全体の8割以上であり、受け入れ態勢はおおむね構築されているが、訪問薬剤管理指導を実施している薬局は約4割程度となっているため、薬剤師の訪問を必要とする患者がいた場合は、薬局に訪問の指示を出すよう、更なる医療機関への働きかけが必要です。
- ・ 訪問栄養指導においては、病院、診療所を対象とした調査では、管理栄養士・栄養士配置率が13%と少なく、そのうち在宅患者訪問栄養食事指導を実施している医療機関は非常に少ないことから、患者への適切な栄養・食生活を支援する体制の構築が求められています。

【急変時の対応】

- ・ 自宅での療養を希望していてもそれが実現できない理由として、急変時の対応に関する患者の不安や家族への負担への懸念が挙げられます。こうした不安や負担の軽減が、在宅での療養を継続するための重要な課題です。
- ・ そのため、24時間いつでも往診や訪問看護の対応が可能な連携体制や、入院医療機関における円滑な受入れといった後方支援体制の構築が求められています。
- ・ 患者・家族に対し、日頃から急変が起こり得ることを説明し、その時の対応について関係者間で話し合うことなど、県民の意識啓発を進めていくことが必要です。

【在宅での看取り】

- ・ 医療機関での死亡率が高いことから、患者や家族が希望した場合には、自宅で最期を迎えることを可能にする医療及び介護体制の構築が求められています。
- ・ そのため、24時間365日対応の訪問看護を増やし、それをもとにして在宅医を増やしていくことが重要です。
- ・ 県民に対する啓発により、在宅での看取りなどを受け入れることに対する心理的抵抗を和らげることも必要です。

(2) 人材の確保と育成

- ・ 在宅医療では、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士・栄養士、作業療法士、理学療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、介護支援専門員、社会福祉士などの医療福祉従事者がお互いの専門性を活かしながらチームとして患者・家族をサポートしていく体制の構築が求められています。
- ・ また、少ない人材を有効に活用する工夫が必要です。
- ・ 地域包括ケアは、在宅医療を進めていくための重要な要であるため、医療や介護のみならず地域住民を巻き込んだシステムを構築していくことが必要です。

(3) 広報・啓発

- ・ 在宅医療の推進にあたっては、地域住民や医療従事者に対し、地域の在宅医療に関する理解を深め、関係者の合意形成や、在宅での看護や看取りに対する不安の解消を図ることが重要です。
- ・ 患者がどのような医療を望むのか、自ら考え、意思表示をする等、県民が在宅医療に主体的に参加するための啓発の機会の充実が求められています。
- ・ 県民に対する公開講座などの普及啓発活動は各地で行われていますが、参加者の多くは健康に関する意識が高い元気な高齢者であることや、医療・介護資源の状況など地域の状況が異なることから、地域特性に応じた県民の意識啓発を図ることが求められています。

【対策】

(1) 在宅医療の4つの局面に対応した切れ目のない体制づくり

ア 4つの局面における、課題に対応する施策の方向性

4つの局面	課題に対応する施策の方向性
退院支援	<ul style="list-style-type: none"> ・ 退院前カンファレンスの充実 ・ 情報共有システムづくり ・ 入院前の段階からの退院後の生活を見据えた支援体制の構築
日常の療養生活の支援	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療資源不足の地域への人材確保 ・ 地域における在宅医療・介護の提供体制の構築 ・ 在宅医療への参入促進 ・ 在宅医療に取り組む診療所等の連携体制（主治医・副主治医制など）の構築 ・ 在宅医療に取り組む診療所等の後方支援を担う地域の中核病院との連携体制の構築 ・ 訪問看護ステーション間の連携体制の構築 ・ 訪問歯科診療を行う歯科診療所と医療機関等の連携の推進 ・ 在宅医療に必要な機器等の整備促進 ・ 地域リハビリテーション体制の積極的活用 ・ 訪問によるリハビリテーション機能の拡充 ・ レスパイトケア体制の充実等、介護者支援策の推進 ・ 疾病の重症化予防や低栄養の予防・改善のための管理栄養士・栄養士の活用促進 ・ 訪問歯科診療を必要な患者に適切な医療に提供するための多職種連携による、普段から顔の見える関係の構築 ・ 県民や医療・介護の関係機関からの歯科相談や訪問歯科診療を提供する歯科診療所を紹介する在宅歯科医療連携室の利活用促進 ・ 診療所と訪問看護の連携 ・ 訪問看護業務・訪問薬剤管理業務の多職種への理解促進 ・ 地域における栄養・食生活の支援体制の構築 ・ 在宅医療に取り組む診療所等と <u>栄養ケア・ステーション</u> ^(注1) 間の連携体制の構築
急変時の対応	<ul style="list-style-type: none"> ・ 急変に円滑に対応するための診療所等の連携体制の構築 ・ 急変時の対応に関する県民への啓発の取組
在宅での看取り	<ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅看取り医の確保 ・ 訪問看護の充実 ・ 看取り時の変化とその対応に関する県民への啓発の取組 ・ 介護との連携強化 ・ 家族レスパイト ・ 家族の精神的支え

(注1) 栄養ケアを地域住民の日常生活の場で実施提供する仕組みとそのための拠点のこと

イ 遠隔医療技術を活用した在宅医療支援

- ・ 今後、需要の増加が見込まれる在宅療養者への支援の充実を図るため、遠隔医療技術を活用し、生活の中で孤立しがちな高齢者でも診療や見守りなどの生活支援を受けられるよう、その活用を推進していきます。

ウ 在宅医療に求められる医療機能を担う医療機関等の情報提供

- ・ 在宅医療が切れ目なく円滑に提供される体制の構築に向け、4つの局面における医療・サービスの提供体制に求められる医療機能及び各医療機能を担う関係機関等の例を別表3により示すこととし、地域の医療資源等の実情を考慮した上で、各医療機能を担う関係機関等の名称を本計画の別冊に記載することにより、患者や県民に分かりやすい情報提供に努めます。

エ 在宅医療に係る圏域の設定

- ・ 在宅医療に係る圏域は、市町村単位を基礎として設定し、連携体制の構築を図ります。
- ・ ただし、在宅医療に係る医療資源の整備状況や関係者の連携の在り方は地域によって異なっており、特に資源の不足する地域においては、より広域での連携が必要となることから、地域の実情に応じ弾力的に設定することとします。

オ 在宅医療に関わる他の疾病の医療体制や事業・サービス等との連携

- ・ 在宅医療は多様な疾病・病態を対象とし、小児医療・救急医療等の政策医療にも密接に関係していることから、各疾病・事業に対応した体制づくりを図ります。(本項以外の各論において、在宅医療に関して記載した項目については別表4を参照)
- ・ また、患者のQOLの向上を図るため、緩和ケアや歯科口腔ケア、栄養管理、薬剤管理指導、リハビリテーション、介護者への負担を軽減できる家族のレスパイトケアの確保など、医療・福祉・保健の多岐にわたるサービスの充実と連携を図り、在宅医療に係る包括的かつ継続的な支援体制の構築に努めます。
- ・ 連携体制の構築にあたっては、地域包括ケアシステムや地域リハビリテーションなど、在宅医療に関わる関連制度との役割分担や連携を促進し、効果的かつ効率的なサービスの提供を図ります。

(2) 人材の確保と育成

- ・ 限られた人材を有効に活用するための多職種の効果的・効率的な連携体制の構築を図り各職種の専門性を超えた幅広い役割を担う人材の育成に努めます。
- ・ 専門職種間の相互理解の促進、地域ケア会議の充実を図ります。
- ・ 在宅医療従事者に必要な専門的・基礎的知識及び技術を習得させるため、医師、歯科医師、在宅訪問薬剤師、訪問看護、訪問リハビリ、訪問介護専門職等に対する研修の充実を図ります。
- ・ 超高齢社会の進展により、今後ますます需要が見込まれる在宅医療の現場や地域の中小病院・中核病院など地域医療の第一線において、かかりつけ医として総合的な診療能

力を有する医師の養成に、医師会等の協力を得ながら取り組みます。

(3) 広報・啓発

- ・ 医療法第6条の3に基づく医療機能情報提供制度等により、県民のニーズに応じた在宅医療に係る医療機能を有する病院、診療所、歯科診療所、薬局の情報を県民や医療従事者に対して分かりやすく公表します。
- ・ 急変時の対応（救急車）、在宅看取りに対する意識の啓発に努めます。
- ・ 多職種が口腔について理解するため、ガイドブック等を用いた知識の普及を図ります。
- ・ 経口摂取支援のために歯科医師や歯科衛生士などの果たす役割について、関係団体等への普及を促進します。
- ・ 適切な口腔管理が誤嚥性肺炎の発症予防につながるなど、口腔と全身との関係について、広く普及啓発を図ります。
- ・ 人生の最終段階において本人が希望する医療・ケアを受けられるよう、医療・ケア従事者に対して「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等への理解が深まるよう努めることに加えて、住民に対して、市民公開講座等を用いて、人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）等について普及・啓発を行います。

【いばらき医療機関情報ネット（茨城県医療機能情報・薬局機能情報提供システム）】

県内で在宅医療に対応可能な医療機関を機能別（61項目）に検索することができます。また、県内の薬局に関し、在宅訪問など対応可能な機能（35項目）を掲載しています。

<https://www.ibaraki-medinfo.jp/>

【保健医療福祉施設等一覧】

県内に所在する地域包括支援センター等の老人福祉施設、介護老人保健施設、訪問看護ステーションなどの保健・医療・福祉に関する施設を掲載しています。

リンク先：茨城県ホームページ > 茨城で暮らす > 保健・医療 > 保健医療政策

(4) PDCA（plan(計画)-do(実行)-check(評価)-action(改善)）サイクルの推進

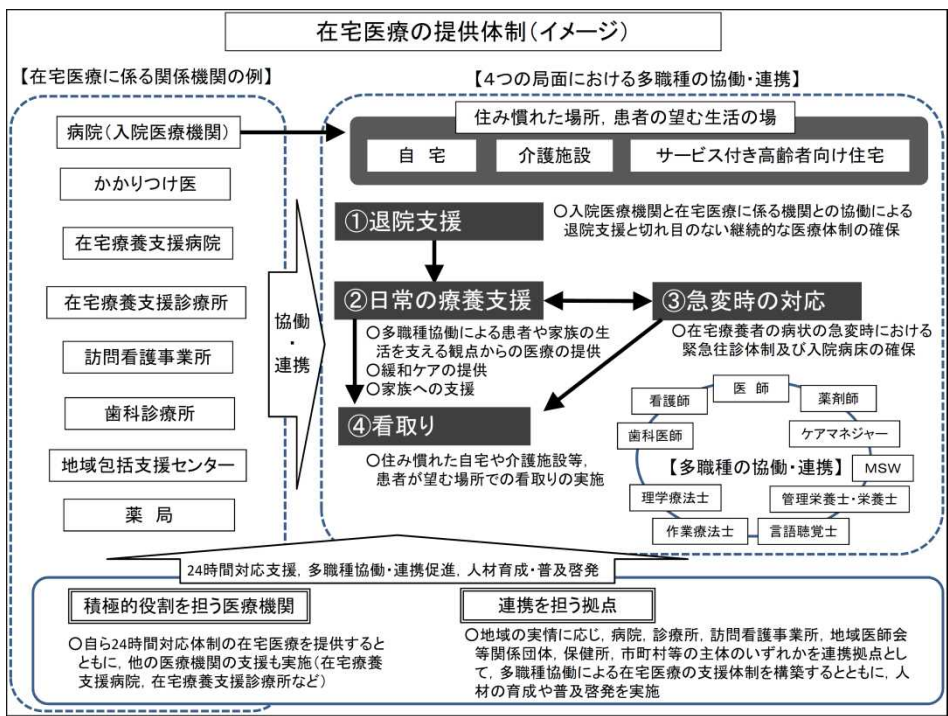
- ・ 在宅医療の提供体制の実効性を高めるため、各地域において、行政、関係団体・機関、県民等を含む評価体制を整備し、課題の抽出や対応策の検討、関係機関との調整等に努めます。
- ・ また、県においては、各医療圏及び県全体での評価や、課題の解決に向けた協議等を実施する体制を整備し、関係団体・機関への働きかけや調整・支援を図ります。

(5) 関係者の役割

- ・ 在宅医療を推進していくためには、各地域において医療と介護を切れ目なく連携させる仕組みを整備することが重要であり、そのためには、基礎自治体である市町村が、県

や医師会等の関係機関・団体と緊密に連携し、医療と介護の連携促進や調整を図っていくことが必要であるとともに、保健・医療・福祉の各分野における関係機関・団体等は、それぞれの役割を認識し、互いの職務・職能に対する理解を深めながら相互に連携を図りつつ、主体的に取組を進めることが重要です。

- また、県は、各医療圏及び県全体での課題を把握するとともに、広域的な課題解決に向け、保健所等を通じた支援や関係団体・機関の調整や働きかけ、連携拠点等の整備に向けた支援、モデルとなる連携体制の検討や普及を促進します。



【目標】

目標項目	現状 (人口10万人あたり※) <u>(2020年度)</u>	目標 (人口10万人あたり※) <u>(2023年度)</u>
退院支援を実施している診療所・病院数	2.0 箇所	<u>2.2 箇所</u>
訪問診療を実施している診療所・病院数	<u>359 箇所</u>	<u>388 箇所</u>
訪問看護事業所数	<u>8.4 箇所</u>	<u>13.4 箇所</u>
在宅療養支援歯科診療所数	<u>4.3 箇所</u>	4.8 箇所
在宅訪問実施薬局数	<u>18.5 箇所</u>	<u>20.6 箇所</u>
在宅療養後方支援病院の届出機関数	<u>0.3 箇所</u>	<u>0.9 箇所</u>
看取り数 (死亡診断のみの場合を含む)	<u>95.8 人</u>	<u>103.5 人</u>

※訪問診療を実施している診療所・病院数は、実数

数値目標については、今後、各地域において在宅医療を推進する、あるいは在宅医療のあり方を検討していく上で、PDCAサイクルの推進を図ります。

【別表 1：ネットリサーチ（県政世論調査）における在宅医療に関する県民の意識】

●平成 29（2017）年度県政世論調査，令和 2（2020）年度ネットリサーチ

：在宅医療の希望と実現の可能性

問 1：あなたは、脳卒中やがんなどで長期の療養が必要になった場合、在宅医療を希望しますか。 また、その実現は可能だと思いますか。次の中から 1 つだけ選んでください。		
	平成 29 年度	令和 2 年度
希望するが、実現は難しい	56.4%	38.9%
希望しない	23.8%	21.4%
希望するし、実現可能である	7.5%	10.8%
現在、在宅医療を受けている	0.2%	0.1%
わからない・無回答	12.2%	28.8%
問 2：（問 1 で「希望するが、実現は難しい」か「希望しない」と回答した方のみ）在宅医療の実現が 難しい、または希望しない理由はなんですか。次の中から 3 つまで選んでください。		
	平成 29 年度	令和 2 年度
家族に負担をかけるため	85.7%	71.3%
経済的な負担が大きい	49.5%	43.6%
急に症状が変わったときの対応が不安なため	29.2%	23.7%
介護してくれる人がいないため	24.9%	26.9%
療養できる部屋やトイレなど住環境が整っていないため	21.6%	22.2%
訪問看護や介護の体制が不十分であるため	14.0%	9.5%
往診などしてくれる医者がいないため	12.8%	9.6%
医師や看護師の訪問が精神的な負担になるため	5.2%	4.3%
その他	1.4%	1.2%

【別表 2 (令和 2 年度) : 在宅医療体制構築に係る現状把握のための指標】

No	区分	指標名	茨城県		全国 (平均)	
			実数	人口 10 万人 当たり(順位)	実数	人口 10 万人 当たり
1	退院支援	退院支援担当者を配置している医療機関数	77	2.6 (38位)	90	4.0
2		退院支援担当者を配置している病院数	73	2.5 (37位)	79	3.4
3		退院支援担当者を配置している診療所数	4	0.1 (32位)	11	0.7
4		退院支援を実施している診療所・病院数	59	2.0	—	—
5	日常の療養支援	訪問診療を実施している診療所・病院数	359	12.3	—	—
6		訪問看護事業所数	244	8.4	—	—
7		機能強化型の訪問看護ステーション数	17	0.6 (15位)	13.5	0.5
8		歯科訪問診療を実施している診療所数	321	11.0	—	—
9		訪問口腔衛生指導を実施している診療所・病院数	123	4.2	—	—
10		在宅で活動する栄養サポートチーム(NST)と連携する歯科医療機関数	8	0.3	—	—
11		歯科衛生士を帯同した訪問歯科診療を受けた患者数	74,683	2,556.0	—	—
12		訪問口腔衛生指導を受けた患者数	93,357	3,195.6	—	—
13		訪問診療を受けた患者数	126,863	4,342.0 (42位)	194,422	6,630
14		訪問看護利用者数(受給者数)	11,942	408.8	—	—
15		訪問看護ステーションの従事者数(看護師)	698	23.9 (47位)	1,070	38.9
16		急変時の対応	在宅療養支援歯科診療所数	121	4.3	—
17	往診を実施している診療所・病院数		489	16.7	—	—
18	在宅療養後方支援病院の届出機関数		9	0.3 (23位)	9	0.3
19	24時間体制を取っている訪問看護ステーション従事者数		983	33.6 (46位)	1,525	54.7
20	看取り	在宅看取り(ターミナルケア)を実施している医療機関数	133	4.6	—	—
21		在宅看取り(ターミナルケア)を実施している病院数	118	4.0	—	—
22		在宅看取り(ターミナルケア)を実施している診療所数	15	0.5	—	—
23		ターミナルケアを実施している訪問看護ステーション数	133	4.6 (46位)	188	7.2
24		在宅ターミナルケアを受けた患者数	1,691	57.9	—	—
25		看取り数(死亡診断のみの場合を含む)	2,799	95.8	—	—
26		在宅死亡者数	7,125	243.9 (40位)	7,267	291.4

【別表3：在宅医療の4つの局面における関係機関と求められる機能】

局面	退院支援	日常の療養支援	急変時の対応	看取り
目標	<ul style="list-style-type: none"> 入院医療機関と、在宅医療に係る機関の円滑な連携により、切れ目のない継続的な医療体制を確保すること 	<ul style="list-style-type: none"> 患者の疾患、重症度に応じた医療（緩和ケアを含む。）が多職種協働により、できる限り患者が住み慣れた地域で継続的、包括的に提供されること 	<ul style="list-style-type: none"> 患者の病状急変時に対応できるよう、在宅医療を担う病院・診療所、訪問看護事業所及び入院機能を有する病院・診療所との円滑な連携による診療体制を確保すること 	<ul style="list-style-type: none"> 住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を確保すること
関係機関の例	<ul style="list-style-type: none"> 病院・診療所 訪問看護事業所 薬局 居宅介護支援事業所 地域包括支援センター 基幹相談支援センター・相談支援事業所 	<ul style="list-style-type: none"> 病院・診療所 訪問看護事業所 薬局 居宅介護支援事業所 地域包括支援センター 介護老人保健施設 短期入所サービス提供施設 基幹相談支援センター・相談支援事業所 	<ul style="list-style-type: none"> 病院・診療所 訪問看護事業所 薬局 	<ul style="list-style-type: none"> 病院・診療所 訪問看護事業所 薬局 居宅介護支援事業所 地域包括支援センター 基幹相談支援センター・相談支援事業所
	在宅医療において積極的役割を担う医療機関、在宅医療に必要な連携を担う拠点			
求められる機能	<p>【入院医療機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> 退院支援の際には、患者の住み慣れた地域に配慮した在宅医療サービスの調整を十分図ること <p>【在宅医療に係る機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> 患者のニーズに応じて、医療や介護、障害福祉サービスを包括的に提供できるように調整すること 高齢者のみではなく、小児や若年層の患者に対する訪問診療、訪問看護、訪問薬剤管理指導、訪問栄養・食事指導等にも対応できるように体制を確保すること 	<p>【在宅医療に係る機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> 相互の連携により、患者のニーズに対応した医療や介護、障害福祉サービスが包括的に提供される体制を確保すること 地域包括支援センター等と協働しつつ、在宅療養に必要な医療や介護、障害福祉サービス、家族の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること 医薬品や医療・衛生材料等の供給を円滑に行うための体制を整備すること 	<p>【在宅医療に係る機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> 病状急変時における連絡先をあらかじめ患者やその家族に提示し、また、求めがあった際に24時間対応が可能な体制を確保すること 24時間対応が自院で難しい場合も、近隣の病院や診療所、訪問看護事業所等との連携により24時間対応が可能な体制を確保すること <p>【入院医療機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅療養支援病院、有床診療所、在宅療養後方支援病院、二次救急医療機関等において、連携している医療機関（特に無床診療所）が担当する在宅療養者の病状が急変した際に、必要に応じて受入れを行うこと 重症等で対応できない場合は、他の適切な医療機関と連携する体制を構築すること 	<p>【在宅医療に係る機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> 人生の最終段階に出現する症状に対する患者や家族の不安を解消し、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を構築すること 患者や家族に対して、自宅や住み慣れた地域で受けられる医療及び介護や、障害福祉サービスや看取りに関する適切な情報提供を行うこと 介護施設等による看取りを必要に応じて支援すること <p>【入院医療機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅医療に係る機関で看取りに対応できない場合について、病院・有床診療所で必要に応じて受け入れること
	<p>【在宅医療において積極的役割を担う医療機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療機関（特に一人の医師が開業している診療所）が必ずしも対応しきれない夜間や医師不在時、患者の病状の急変時等における診療の支援を行うこと 臨床研修制度における地域医療研修において、在宅医療の現場での研修を受ける機会等の確保に努めること 災害時等にも適切な医療を提供するための計画（人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送等に係る計画を含む。）を策定し、他の医療機関等の計画策定等の支援を行うこと 地域包括支援センター等と協働しつつ、療養に必要な医療及び介護、障害福祉サービスや家族の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること 入院機能を有する医療機関においては、患者の病状が急変した際の受入れを行うこと 			
	<p>【在宅医療に必要な連携を担う拠点】</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域の医療及び介護、障害福祉関係者による会議を定期的に開催し、在宅医療における連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を実施すること 地域の医療及び介護、障害福祉サービスについて、所在地や機能等を把握し、地域包括支援センターや障害者相談支援事業所等と連携しながら、退院時から看取りまでの医療や介護、障害福祉サービスにまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供するように、関係機関との調整を行うこと 質の高い在宅医療をより効率的に提供するため、関係機関の連携による24時間体制の構築や多職種による情報共有の促進を図ること 在宅医療に関する人材育成及び普及啓発を実施すること 			

※病院・診療所には歯科を標榜するものを含む

【別表 4：本項以外の各論において、在宅医療に関して記載した項目】

章-節	項目	関連する内容や本計画における対策	
1-1	地域医療連携の推進	<ul style="list-style-type: none"> 地域の医療機関の機能分担と連携を進めるため、地域の医療機関等の協議の場を設置するとともに、地域連携クリティカルパスの普及を図る。 	
1-2	医療体制の確立	がん	<ul style="list-style-type: none"> がん患者の希望に応じて可能な限り在宅で療養生活を送ることができるよう、外来通院による放射線治療や外来での化学療法が受けられる診療体制の整備を進めている。 がん患者の希望に応じて可能な限り在宅で療養生活を行うことができるよう、がん診療連携拠点病院の医療スタッフが、治療を継続するがん患者の退院支援・調整などを円滑に行うため、相談支援センター及び地域医療連携等の担当者を通じて、在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、薬局及び歯科診療所などの具体的な活動内容を把握し、患者・家族の多様なニーズに対応できる体制の整備に努める。また、県は、筑波大学などの教育機関、医師会、看護協会、がん診療連携拠点病院等が協力し、在宅医療に携わる医療従事者に対する研修会等を開催し、在宅療養を推進するために必要な人材育成を図る。
		脳卒中	<ul style="list-style-type: none"> 生活習慣病や合併症（誤嚥性肺炎）の予防、在宅療養支援などの観点から、医科と歯科など、多職種連携が求められている。 限りある医療資源を効果的に提供するために、「専門的医療を包括的に行う施設」と「専門的医療を行う施設」、「回復期の施設」、「かかりつけ医」などの各医療機関が連携し、切れ目なく継続的に治療が行われる体制づくりを推進する。
		心筋梗塞等の心血管疾患	<ul style="list-style-type: none"> 心筋梗塞等の心血管疾患発症後、合併症や再発予防、早期の在宅復帰及び社会復帰を目指して、患者の状態に応じ、治療当日から運動療法や食事療法などの心血管疾患リハビリテーションを行うことが重要。 限りある医療資源を効果的に提供するために、「専門的医療を包括的に行う施設」と「専門的医療を行う施設」、「回復期の施設」、「かかりつけ医」などの各医療機関が連携し、切れ目なく継続的に治療が行われる体制づくりを推進する。
		精神疾患	<ul style="list-style-type: none"> 精神疾患患者の治療中断等による再入院を防止し、地域生活を継続するため、精神保健福祉センター、保健所、市町村、精神科医療機関、訪問看護ステーション、相談支援事業所、薬局等が連携し、困難事例への対応等を検討する機会を設けます。また、訪問支援（アウトリーチ）の活動を促進します。
		救急医療	<ul style="list-style-type: none"> 在宅医療に取り組む診療所等が医師不在の場合等でも、患者の急変に円滑に対応できる体制を整備するため、複数の診療所等による連携（グループ）の構築を支援する。 患者や家族が希望した場合に、自宅で最期を迎えることを可能とする医療及び介護体制の構築を図っていく。 併せて、看取りなどを受け入れることに対する心理的抵抗を和らげることが重要であることから、看取り時の対応に関する市民への普及啓発活動を推進していく。
小児医療	<ul style="list-style-type: none"> 「茨城県型地域包括ケアシステム」の理念のもと、行政・医療・教育・福祉など関係者による連携体制を構築するとともに、施策の実現に向けた具体的な工程表を作成し、医療的ケアの必要な小児が、安心して暮らせる支援体制づくりを推進する。 新生児集中治療室（NICU）等に長期入院している小児が在宅や重症心身障害児施設に円滑に移行することを促進する体制整備に努める。 退院後の医療的ケアを継続的に支援する役割を担う訪問看護ステーションや訪問看護師の確保、内科及び小児科をはじめとする在宅訪問医師、相談支援専門員などの人材育成を進める。 小児の療養・養育などの在宅医療に係る支援体制を構築するため、地域の実情を踏まえて、介護者への負担を軽減できるレスパイトや短期入所施設、通所施設のより一層の確保を図る。 		

章-節	項 目	関連する内容や本計画における対策
1-4	県立病院の役割	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域医療支援病院として，地域の医療機関との連携を進めるとともに，在宅療養支援診療所，訪問看護ステーション及び地域包括ケアシステムの後方支援に積極的に取り組み，在宅医療の充実に貢献する。 ・ 小児在宅医療を支えるため，地域の医療機関との密接な連携による県内小児医療ネットワークを構築するとともに，在宅医療に関わる福祉関係機関との連携や訪問看護ステーションへの技術支援を強化する。
1-7	薬局機能の充実	<ul style="list-style-type: none"> ・ 県薬剤師会等と連携し，多職種連携の会議や技術研修会の開催などにより薬剤師の資質向上を図り，薬局が在宅医療に参画するための体制整備を支援する。