

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行、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。

このような中、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十分に図られているとは言えない状況にあり、特に外来医療においては、情報が十分得られないことや、患者側にいわゆる大病院志向があることなどから、一部の医療機関に外来患者が集中し、待ち時間の増加や勤務医の外来負担等の増加等の問題も生じています。

また、先に総論において述べたとおり、本県の医師をはじめとする医療従事者の数は全国平均より少なくなっており、その確保の難しさから、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。

さらに、昨今の新型コロナウイルス感染症の感染拡大における経験等を踏まえて、新たな感染症の発生・まん延時や災害時等においても、必要な医療が提供できるよう地域医療連携を推進する必要性が高まっています。

【課題】

(1) 医療機関の機能分化等による医療連携の推進

- ・今後の人口減少・高齢化に伴う医療ニーズの質・量の変化や労働力人口の減少を見据え、限られた医療資源を有効に活用して、地域に必要となる医療機能等を確保するとともに、医療機関の拠点化・集約化と機能分化（役割分担）等による医療連携を推進することにより、質の高い医療を効率的に提供できる体制を構築する必要があります。
- ・特に、外来医療については、地域で医療資源を重点的に活用する外来を基幹的に担う医療機関を「紹介受診重点医療機関」と位置付け、かかりつけ医機能を担う医療機関との機能分化及び連携を促進することが重要です。

(2) 医療従事者等の医療資源の確保

- ・引き続き、医師をはじめとする医療従事者等の確保及び地域偏在の解消に努める必要があります。

（医療従事者等の確保については、本章第10節に詳しく記載しています。）

(3) 地域連携クリティカルパス及び地域包括ケアシステムの活用による医療連携の推進

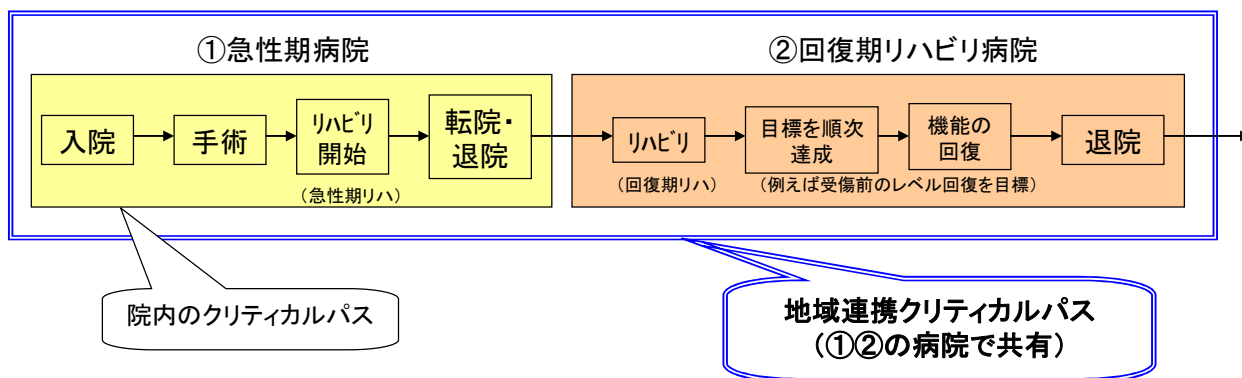
- ・地域の医療機関が、それぞれの特性に基づき機能を分担し、連携を推進するための有効な手段である地域連携クリティカルパス（発病から診断、治療、リハビリ、在宅療養まで、診療にあたる複数の医療機関が役割分担を含めて作成する一連の診療計画）については、急性期医療機

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。

- ・医療のみならず、介護、介護予防、住まい及び生活支援が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」による連携体制の構築も必要です。

(地域包括ケアシステムについては、第2章第1節に詳しく記載しています。)

■地域連携クリティカルパス



(4) 5 疾病 6 事業及び在宅医療に係る医療体制の整備

- ・5 疾病・6 事業及び在宅医療の各分野において必要となる医療提供体制の確保に努める必要があります。

(5 疾病 6 事業及び在宅医療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) 地域医療支援病院による地域連携

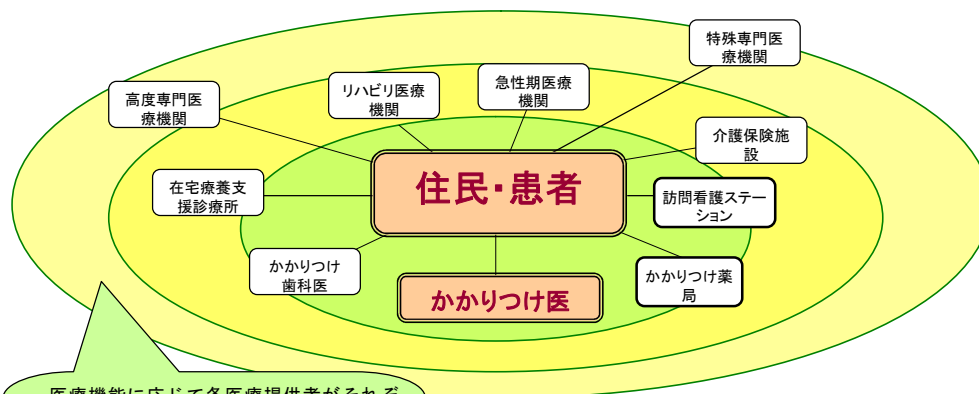
- ・地域医療支援病院と地域の診療所等の連携により、かかりつけ医となる診療所等への紹介患者に対する医療提供、医療機器の共同利用等の支援を通じて、身近な地域で医療を受けられる体制の確保を図る必要があります。

(地域医療支援病院については、本章第3節に詳しく記載しています。)

【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 6 事業及び在宅医療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



医療機能に応じて各医療提供者がそれぞれ患者の様態に対し適切な医療サービスを提供することが原則ですが、地域によっては、すべての医療機能を有した一つの医療機関が包括的に医療サービスを提供することもあります。

地域の医療機関が連携し役割を分担しつつ医療を完結させる医療連携体制の構築を目指します。

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—第五次計画—」）

がんは、茨城県において昭和60(1985)年から死亡原因の第1位となっており、令和3(2021)年の本県のがんによる死亡者数は8,920人で、全死亡者数の26.4%(全国26.5%)を占めています。県のがんによる75歳未満年齢調整死亡率(人口10万人対)は69.0(全国67.4)であり、全国と比べてがんによる死亡者が多い状況です。

また、本県の入院がん患者数は約23,000人、外来がん患者数は約38,000人と推計され(令和2(2020)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、令和3(2021)年の本県の部位別75歳未満がん年齢調整死亡率をみると、男性では胃がん、肝がん、膵がん、肺がん、前立腺がん、白血病が、女性では膵がん、子宮がん、卵巣がん、悪性リンパ腫、白血病、大腸がんが全国を上回っています。

本県では、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開始しました。その後、平成15(2003)年に「第二次計画」、平成20(2008)年に「第二次後期計画」、平成25(2013)年に「第三次計画」、平成30(2018)年に「第四次計画」を策定し、また、平成27(2015)年12月には、「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」(以下第2節第1項において「条例」という。)が制定され、更なる対策の推進を図ったところであります。

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、令和5(2023)年3月に閣議決定された国の「がん対策推進基本計画」の見直しを踏まえて新たに策定した「第五次計画」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(令和3(2021)年)

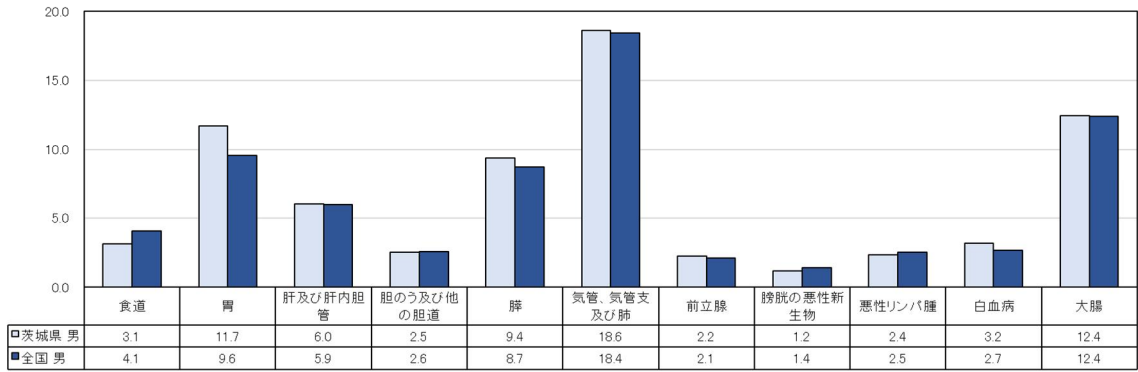
区分	全国			茨城県		
	総数	男	女	総数	男	女
総死亡(人)	1,439,856	738,141	701,715	33,814	17,752	16,062
悪性新生物(人)	381,505	222,467	159,038	8,920	5,391	3,529
総死亡に占める割合(%)	26.5	30.1	22.7	26.4	30.4	22.0
75歳未満年齢調整死亡率	67.4	82.4	53.6	69.0	84.6	54.5

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（令和 3（2021）年）

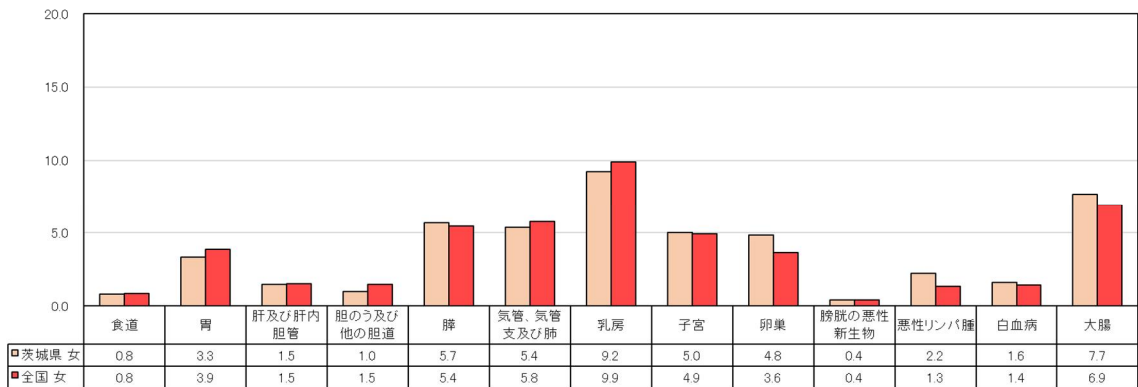
人口10万人対

男性



人口10万人対

女性



出典：国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」（厚生労働省人口動態統計）

(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。

令和 4（2022）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性では減少傾向にある一方、女性は横ばいとなっており、いずれも前計画の目標値(男性：25.5%以下、女性：4.0%以下)より高い状況です。また、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 28（2016）年度）、前々回（平成 23（2011）年度）の結果と変わっていません。

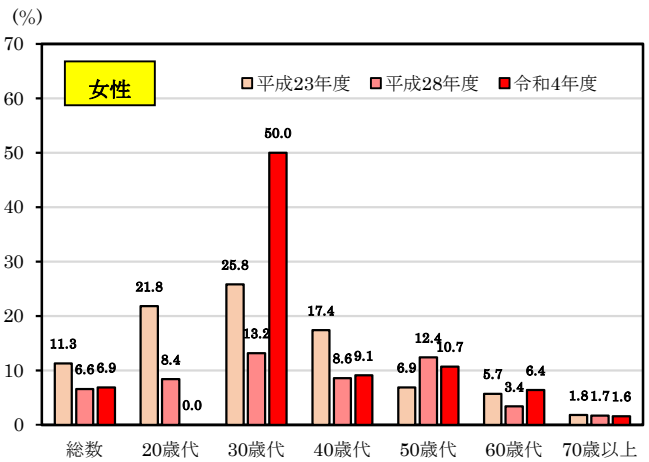
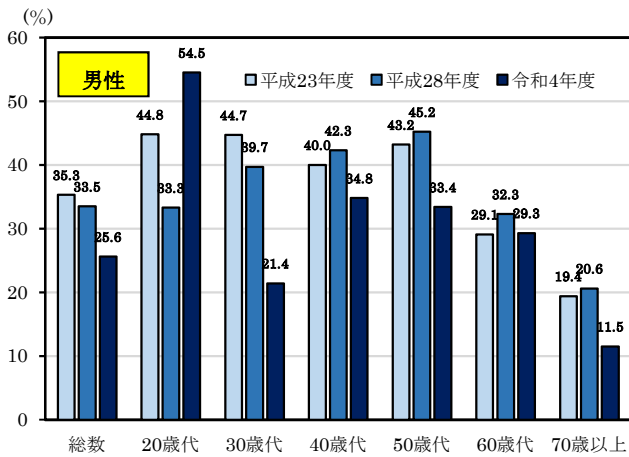
医療技術の進歩等により、がんを早期に発見し早期に治療を行えば、高い確率で完治することが可能になっていますが、依然として「がんは不治の病」や「がんになると痛みで苦しむ」といった思い込みが根強くあるものと考えられます。

(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（令和 4（2022）年度調査協力数：148 世帯、355 人）

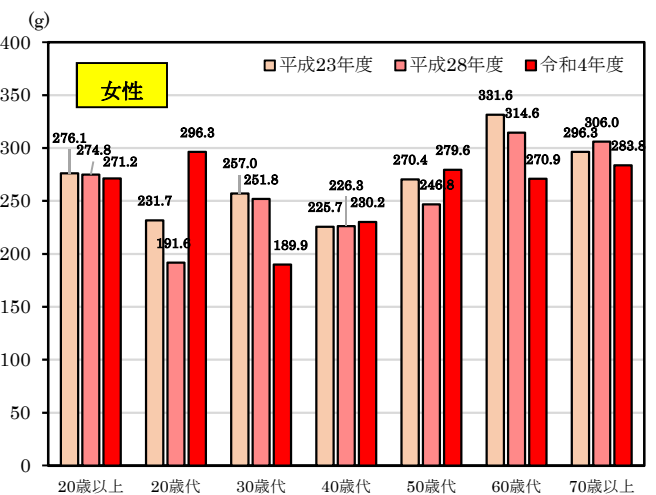
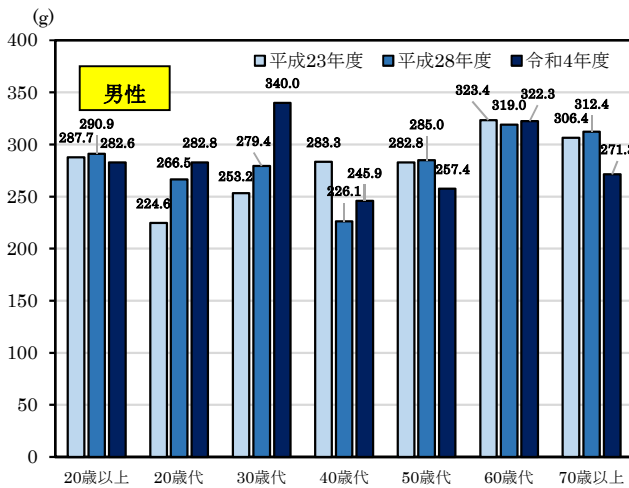
○県民の生活習慣の状況

【喫煙習慣のある人】（モニタリング調査による）

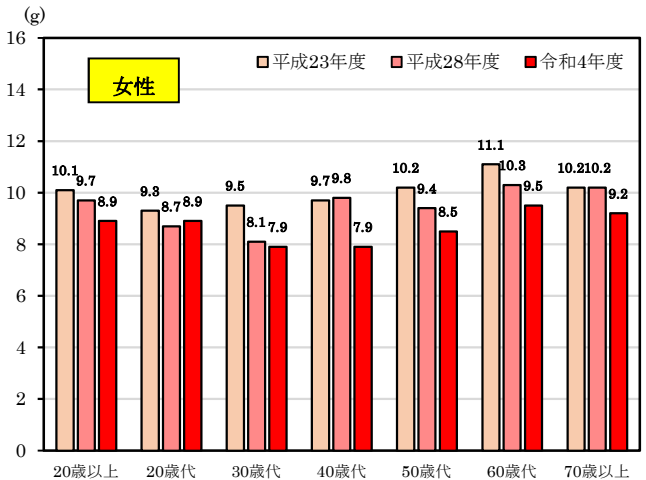
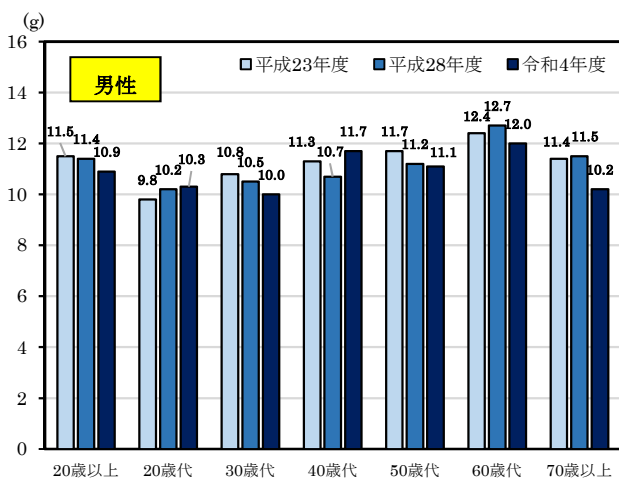
（調査期日前1ヶ月間に「毎日」又は「ときどき」吸う人）の割合推移



【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）



【1日あたりの食塩摂取量の平均値の推移】（モニタリング調査による）



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。

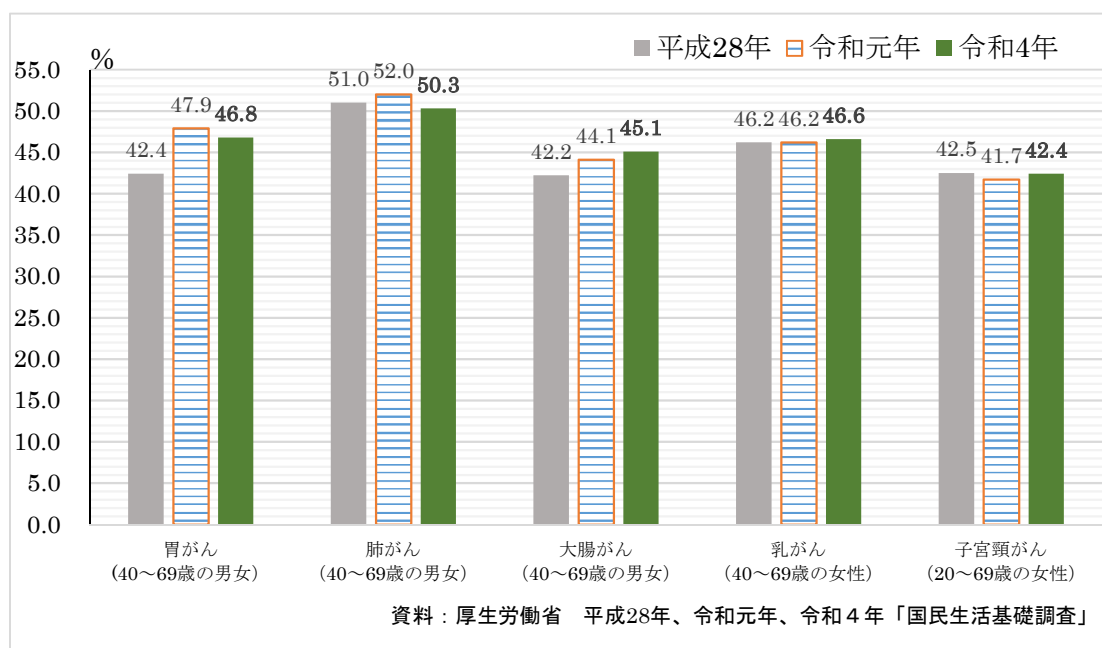
しかし、本県におけるがん検診受診率の推移をみますと、平成 28(2016)年度以降、一部のがん種において受診率が頭打ちになっており、令和 4 (2022)年に実施された国民生活基礎調査によると、本県のがん検診受診率は、大腸、乳、子宮で、前回調査時(令和元(2019)年)を上回る結果となりましたが、肺がんを除き目標としていたがん検診受診率の 50%には届きませんでした。

令和 4 (2022)年度「モニタリング調査」の結果、がん検診未受診の理由として、男性では「がん検診の受診の必要性を感じない」が 23.9%で最も多く、女性では「つい受けそびれる」が 34.2%という結果となり、今後も受診意欲を高める効果的な受診勧奨や普及啓発等の対策が必要と考えられます。

また、新型コロナウイルス感染症発生時に、一部の市町村において、がん検診の実施一時見合わせや規模縮小等の対応を取らざるを得なかった状況があり、受診機会の喪失や受診控えが受診率低下に影響を及ぼしたものと考えられます。

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 平成 28(2016)年・令和元(2019)年・令和 4(2022)年 経年比較】

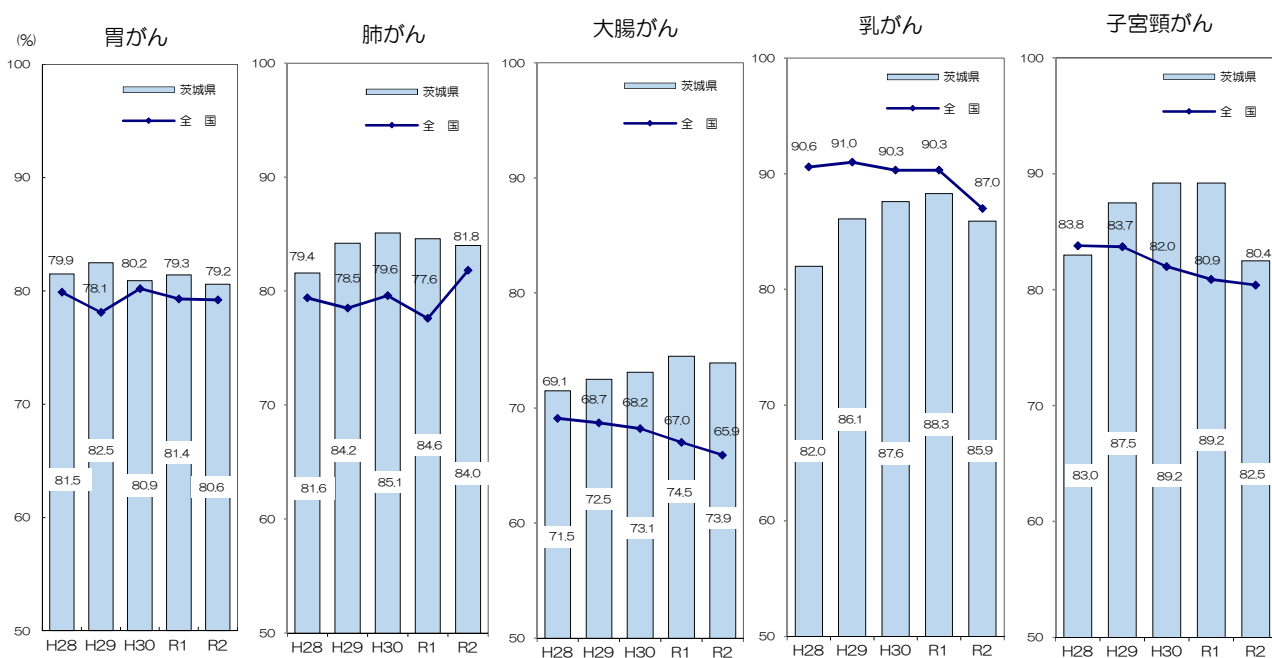


※上表のがん検診受診率は、市町村検診のほか、職場検診や人間ドック等を含む

※肺・大腸がん検診は過去 1 年間、乳・子宮頸がん検診は過去 2 年間の受診率

胃がんは、平成 28(2016)年は過去 1 年間、令和元(2019)年より過去 2 年間の受診率

【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」（茨城県健康推進課集計）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るとともに、感染症や災害等が発生した際においても、がん検診の実施体制を維持することが必要です。

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2)各がん部会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) 県は、たばこや飲酒、栄養バランスの取れた食生活など、がん予防に有効な知識や、がん検診の重要性について普及を行うがん予防推進員を養成し、県民への正しいがん予防の知識や情報の提供、啓発活動の充実を図ります。

併せて、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、県内小・中学校及び高等学校における「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。

(イ) 県は、「第4次健康いばらき21プラン」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、HPV(ヒトパピローマウイルス)ワクチンの接種勧奨、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めます。

イ がん検診(がんの早期発見)

(ア) 県は、国及び市町村への働きかけや県民へのアンケート調査実施等により、県民のがん検診受診状況の実態把握に努めます。

(イ) 県は、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、がん検診推進のための普及啓発、「ナッジ理論」に基づいた効果的な受診勧奨の推進及びがん検診を受けやすい環境の整備に取り組むほか、感染症や災害等が発生した際においても、がん検診の実施体制を維持できるよう、また一時的に受診率が低下した場合でも、速やかに受診者の受診行動を回復させることができるよう、平時より対応について検討していきます。

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めます。

(ウ) 県は、茨城県生活習慣病検診管理指導協議会の各がん部会を通し、「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。

(注2)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

- (エ) 県は、検診の精度向上のため、国の指針改正の動向を踏まえ、茨城県生活習慣病検診管理指導協議会各がん部会で協議の上、必要に応じ県指針に定める検診方法や項目・検診の精度管理の実施方法等について見直し・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、新たにが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（以下「地域がんセンター」という。）を4か所整備しています。

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、地域がん診療連携拠点病院（地域がんセンターを含む）として8病院、地域がん診療病院として1病院が指定されており、このうち3病院は、がんゲノム医療連携病院として、がんゲノム医療を提供しています。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、隣接保健医療圏や隣接県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取っています。また、がん診療連携拠点病院に準ずる機能を有する病院、特定領域のがん（肺がん・子宮がん）について顕著な実績を有する病院のうち、一定の要件を満たす7病院について、茨城県がん診療指定病院に指定しております。

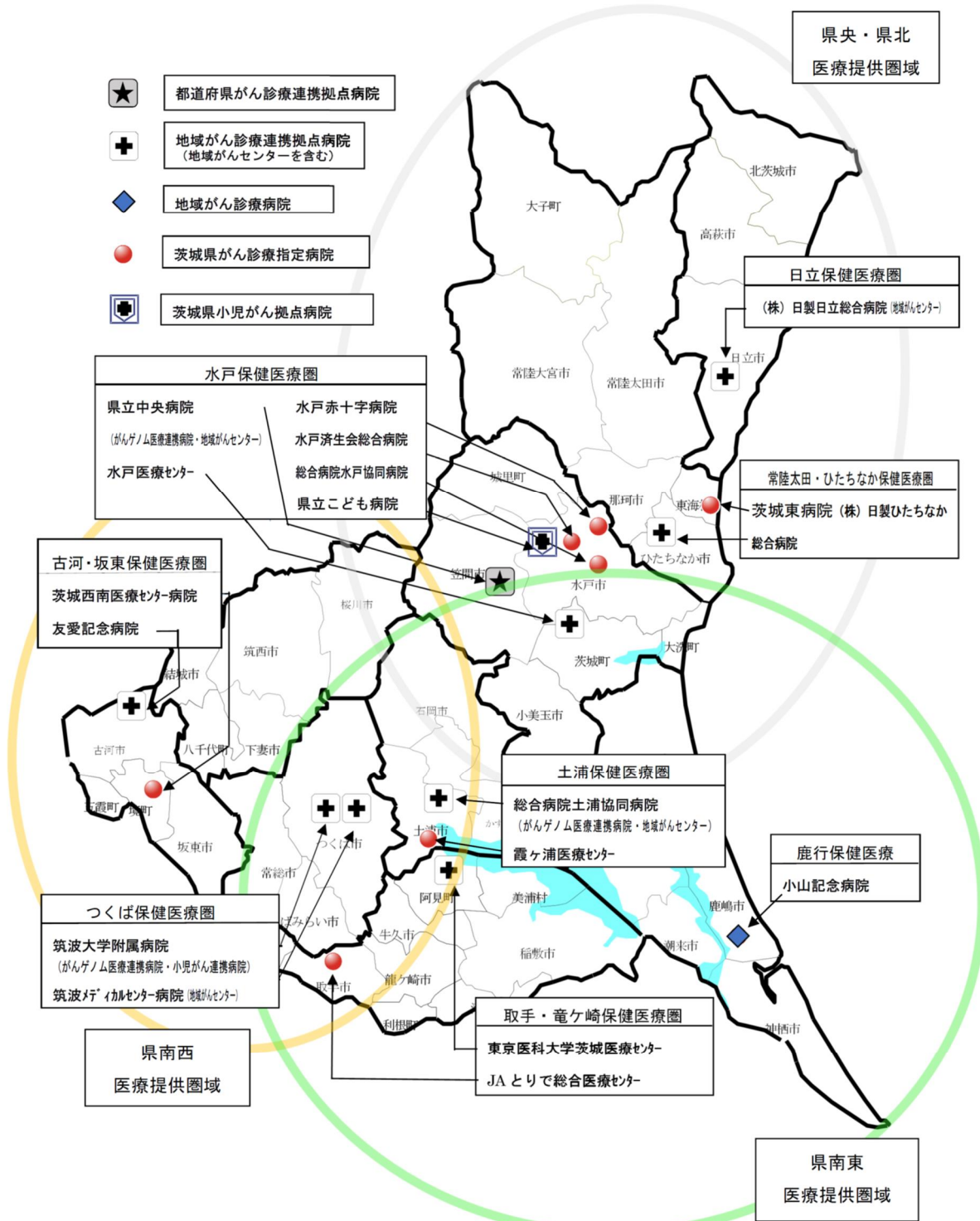
一方で、小児がん医療については、県立こども病院及び筑波大学附属病院が、それぞれ国立研究開発法人 国立成育医療研究センター（小児がん拠点病院）から小児がん連携病院に指定されており、小児白血病や固形がん等の専門的な治療を提供しています。

◆本県のがん専門医療体制

二次 保健医療圏	国指定	県指定		その他
	がん診療連携拠点病院等	地域がんセンター	県がん診療指定病院	がんゲノム医療連携病院 小児がん連携病院
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	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	県立こども病院◆※ 県立中央病院●
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◎		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	総合病院土浦協同病院●
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		筑波大学附属病院◆●
取手 竜ヶ崎	東京医科大学茨城医療センター◎		JA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、◎：地域がん診療連携拠点病院、○：地域がん診療病院、●：がんゲノム医療連携病院、◆：小児がん連携病院、※併せて、茨城県小児がん拠点病院に指定

茨城県のがん専門医療施設の整備状況



※上図に重ねて記載のある3つの圏域は、総論第4章第2節において設定する「医療提供圏域」を図示したものである。

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、薬物療法があり、がん診療連携拠点病院等においては、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を行っているほか、がん専門医療人材の育成・配置に努めております。

また、県内3か所のがんゲノム医療連携病院においては、がん細胞の遺伝子変異を調べて、患者ごとの体質や病状に合わせた治療を行うがんゲノム医療を提供しております。

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、外来での薬物療法が受けられる診療体制の整備を進めています。

なお、地域医療情報システム（日本医師会）によると、令和4（2022）年11月時点における県内の在宅療養支援病院は33施設（人口10万人当たり1.15施設）、在宅療養支援診療所は189施設（人口10万人当たり6.59施設）で、それぞれ人口10万人当たりの全国平均（1.35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

本県におけるがん医療提供体制は、地域がん診療連携拠点病院等10病院（うち地域がんセンター4病院）、地域がん診療連携拠点病院等と連携しながらがん医療の提供を行う茨城県がん診療指定病院7病院、小児がん診療を担う県立こども病院の計18病院が中心となって構成されています。

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。一方、課題として、分散型により高度専門的ながん治療の提供に対応しきれていないという意見もあり、地域がんセンターの体制及び機能と役割については、今後、見直し等も含めて検討していく必要があります。

さらに、医師をはじめとする医療従事者の不足、がん医療の高度化（高価な最先端診療機器の開発・普及等）、患者やその家族への相談支援対応のニーズの増大など、がん医療を取り巻く社会情勢の変化に伴い、全てのがん診療連携拠点病院等において同等の診療体制を維持することが困難となりつつあります。限られた医療資源を有効活用し、より効率的ながん医療体制の構築を目指すためには、診療機能の集約化等について協議を進めていく必要があります。

イ がんの医療機能

がんゲノム医療について、必要な患者が、適切なタイミングで検査及びその結果を踏まえた治療を受けられるよう、既存のがんゲノム医療連携病院におけるがん遺伝子パネル検査の出検数を増加させるほか、がんゲノム医療連携病院の指定を受けた病院数を増やすなどの体制整備を進めていく必要があります。

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充実、妊孕性温存療法の推進、小児・AYA（Adolescent and Young Adult）世代（思春期世代と若年成人

世代、15歳から40歳未満)のがん医療体制の整備など、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・充実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・薬物療法を受ける患者数は、病院間で差が見られ、患者が多い地域では、さらなる外来診療の体制整備が必要です。また、状態が不安定ながん患者の在宅での見守りや終末期がん患者の緩和ケアから看取りまでを行うことのできる医療機関が少ないことも課題です。

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、在宅での治療を希望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取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) 筑波大学附属病院（特定機能病院）

求められる医療機能
<ul style="list-style-type: none">○ がんプロフェッショナル養成基盤推進事業等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（Boron Neutron Capture Therapy、BNCT^(注3)）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。

(注3)がん細胞に選択的に取り込まれるホウ素薬剤を投与し、中性子線を照射することでホウ素が核分裂を起こすときに放出するα線等でがん細胞を破壊する治療法。

(イ) がん診療連携拠点病院等（二次保健医療圏の中心的な医療機関、地域がんセンターを含む）

病院名等	求められる医療機能
<p>都道府県がん診療連携拠点病院</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 県立中央病院★ <p>地域がん診療連携拠点病院</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ (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(再掲) ・ 東京医科大学茨城医療センター ・ 友愛記念病院 ・ 水戸医療センター ・ (株)日立製作所ひたちなか総合病院 <p>地域がん診療病院</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 小山記念病院 	<p>【都道府県がん診療連携拠点病院】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 茨城県がん診療連携協議会の活動を充実させるとともに、各がん診療連携拠点病院間の連携を促進する。また、各がん診療連携拠点病院で実施される事業等におけるPDCAサイクルの支援に努める。 ○ 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と共有する。 <p>【全ての医療機関】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 我が国に多いがん（大腸、肺、胃、乳、前立腺等）を中心とする幅広いがん種について、患者の病態に応じた治療や各学会の診療ガイドラインに準ずる標準的治療を提供する。 ○ 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。 ○ 放射線療法や薬物療法、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、確保に努める。 ○ 適切な口腔管理を行うための医科歯科連携等、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・サポートしながら治療にあたるチーム医療を整備、充実させる。 ○ がん患者に対し、がんと診断された時から専門的な緩和ケアの提供を行う。また、所在する二次医療圏の医療機関等と連携し、地域における緩和ケア医療の推進に努める。 ○ 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体制を充実させる。 ○ がん患者の希望に応じて可能な限り在宅で療養生活を送ることができるよう、外来通院による放射線治療や薬物療法が受けられる診療体制を充実させる。 ○ がん患者の退院時の支援・調整を円滑に行うため、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、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を充実させる。 ○ その他、「がん診療連携拠点病院等の整備について」（令和4（2022）年8月1日付け健発0801第16号厚生労働省健康局長通知）に記載されている都道府県（地域）がん診療連携拠点病院、もしくは地域がん診療病院の指定要件に対応する。

★：地域がんセンター

(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 水戸協同病院 水戸赤十字病院 茨城東病院 霞ヶ浦医療センター JAとりで総合医療センター 茨城西南医療センター病院	<ul style="list-style-type: none"> ○ 日本に多いがんを中心とする幅広いがん種について、がん診療連携拠点病院と連携を図りながら、がん患者の病態に応じた治療や各学会の診療ガイドラインに準ずる標準的治療を提供する。 ○ 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を整備・充実させる。 ○ 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、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、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を整備・充実させる。

県は、茨城県がん診療連携協議会と協議しながら、効率的かつ持続的ながん医療提供体制の構築に向けて、本県におけるがん罹患状況、厚生労働省が定める「がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針」に規定される指定要件の内容、各医療機関が有する医療資源（医療人材、診療機器等）の状況等に加え、「医療提供圏域」（総論第4章第2節参照）を踏まえ、がん診療連携拠点病院等（地域がんセンターを含む）におけるがん診療の役割分担及び拠点形成についての検討を進めていきます。

また、県は、議論の結果、診療拠点と位置付けられた医療機関について、県民や関係機関に広く周知することで、がん医療のアクセシビリティ向上を図ります。

さらに、県は、感染症発生・まん延時や災害時等においても、がん医療を止めることなく提供できるよう、茨城県がん診療連携協議会と協議しながら、診療機能の役割分担、人材育成、応援体制の構築等、連携体制を整備していきます。

(エ) がんゲノム診療連携病院

病院名等	求められる医療機能
筑波大学附属病院（再掲） 県立中央病院（再掲） 総合病院土浦協同病院（再掲）	<ul style="list-style-type: none"> ○ がんゲノム医療中核拠点病院等と連携して、必要な患者が、適切なタイミングでがん遺伝子パネル検査等及びその結果を踏まえた治療を受けられるよう、がんゲノム医療が提供できる体制を整備・充実させる。 ○ ゲノム情報による不当な差別を防止するため、がんゲノム医療の研究及び情報提供において得られたゲノム情報の保護を十分に図る。

(オ) 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
県立こども病院 筑波大学附属病院（再掲）	<ul style="list-style-type: none"> ○ 小児がん連携病院として、標準的治療が確立し、均てん化が可能ながん種について、小児がん拠点病院と同等程度の適切な医療提供を行う。 ○ 緊急対応が必要な患者や合併症を持ち、高度な管理が必要な患者に対して、小児がん拠点病院やがん診療連携拠点病院等と連携し、適切ながん医療を提供する。 ○ 適切な緩和ケアを提供できるチーム体制を整備・充実させる。 ○ 小児がんに関する情報を県民に分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組にも継続して参加できる体制を充実させる。 ○ 「筑波大学附属病院茨城県小児地域医療教育ステーション」と連携し、後期研修プログラムの充実に取り組み、院内における症例検討会や学術報告会を開催するなど、小児科専門医の養成に努める。

イ がんの医療機能

(ア) がんゲノム医療提供体制の充実

- ・がんゲノム医療連携病院は、必要とする患者に適切ながんゲノム医療を提供するため、更なる体制の整備に努めます。
- ・がんゲノム医療連携病院以外のがん診療連携拠点病院等においても、がん遺伝子パネル検査の適応がある、または希望する患者を、がんゲノム医療連携病院に積極的に紹介するよう努めます。また、がんゲノム医療に対応可能な一部のがん診療連携拠点病院等については、新たにがんゲノム医療連携病院の指定を目指し、必要な体制を整備していきます。

(イ) チーム医療の推進

- ・がん診療連携拠点病院は、手術療法、放射線療法、薬物療法等において、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・サポートしながら治療にあたるチーム医療の提供体制を整備します。
- ・がん診療連携拠点病院にがん病態栄養専門管理栄養士を配置し、栄養サポートチーム体制の更なる充実を目指します。
- ・がん診療連携拠点病院は、緩和ケアチーム活動の推進、多種職連携カンファレンスの開催、地域における緩和ケア医療ネットワークの構築、各種研修会の開催による緩和ケア医療人材育成等を通じて、県内における緩和ケア医療を推進します。

(ウ) 小児・AYA世代のがん対策等の充実

- ・AYA世代のがん患者への対応を行えるよう、県内のがん診療連携拠点病院及び関東甲信越ブロック内の小児がん拠点病院との診療連携を一層深めます。
- ・小児がん拠点病院が行う小児がん患者の長期フォローアップについて、小児がん連携病院やがん診療連携拠点病院と連携体制を構築し、支援体制の周知を図ります。
- ・小児がん経験者には長期フォローアップ支援ツール（NPO 法人日本小児がん研究グループの長期フォローアップ手帳アプリなど）の活用について周知を図り、自身のリスクを知り、合併症の早期発見、予防、小児科から成人診療科への円滑な移行につなげるようにします。

(エ) 妊孕性温存療法等の推進

- ・がん診療連携拠点病院及び小児がん連携病院等は、県内のがん・生殖医療ネットワークに加入し、がん医療と生殖医療の連携の下、がん治療が妊孕性に与える影響に関する説明と、妊孕性温存療法及びがん治療後の生殖補助医療に関する情報提供を対象となるがん患者全員に行います。
- ・県は、適切ながん・生殖医療の提供を推進し、長期にわたる情報提供・相談に対応するため、県内のがん・生殖医療ネットワーク等と連携して啓発を図ります。

ウ 在宅療養支援

(ア) 在宅療養を支援する医療機関等(がん患者の住所地付近)

医療機関名等	求められる医療機能
がん診療連携拠点病院等 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 無菌調剤設備を有する薬局 訪問看護ステーション 訪問介護事業所 居宅介護支援事業所 ヘルパーステーション 看護小規模多機能型居宅事業所	<ul style="list-style-type: none"> ○ 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。 ○ がん診療連携拠点病院は、所在する各二次保健医療圏において、緩和ケア病棟や緩和ケアチームスタッフ、診療所医師、訪問看護師、薬剤師等が参加する多種職連携カンファレンスを定期的に行い、活動報告や最新情報の共有、困難事例の相談等を行うことで、地域における緩和ケア連携体制の強化を図る。

(イ) 推進方策

- ・ 県は、在宅医療従事者等に必要な専門的・基礎的知識及び技術が習得できるよう、医師、歯科医師、在宅訪問薬剤師、訪問看護師、訪問リハビリテーション専門職、訪問介護専門職等に対する研修の充実を図ります。さらに、県民に在宅療養に対する正しい理解が進むよう、普及啓発に努めます。
- ・ がん診療連携拠点病院等は、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、訪問看護ステーション、薬局（専門医療機関連携薬局を含む）、保健所、居宅介護支援事業所、市町村地域包括支援センター等の関係機関とともに、地域包括ケアシステムにおける在宅医療・介護連携推進事業の仕組みを活用して、地域における在宅療養の支援体制（外来薬物療法、緩和ケアの提供などを含めた支援体制）、医療機関間の連携・協力体制（不在時や休日の業務の調整など）の整備や社会的支援や困難事例等への対応に取り組めます。
- ・ がん診療連携拠点病院等は、在宅での治療を希望するがん患者の退院支援・調整を円滑に行うため、在宅療養を支援する医療機関等の具体的な活動内容を把握するよう努めます。
- ・ 県及びがん診療連携拠点病院は、引き続き、がん診療に携わる医師等の医療従事者に対して、緩和ケア研修会を受講するよう働きかけるとともに、医師会等関係団体と連携して、がん診療連携拠点病院以外の病院や診療所に勤務する医師に対して受講を促すよう努めます。

(3) 生活支援体制

【現状】

がん患者支援においては、がんを患った生活者がどの時期に、どんなサポートを得られれば、より良い生活を送ることができるかを考えていくことが重要です。本県では、がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院、茨城県がん診療指定病院、茨城県小児がん拠点病院の計 18 病院に、がん患者やその家族、地域の医療機関等からの相談に対応する窓口としてがん相談支援センターを設置しているほか、県看護協会内に「いばらき みんなのがん相談室」を設置し、がん患者からの幅広い相談に対応しています。

また、がん診療連携拠点病院等では、専門の相談員や医療従事者だけでは解決できない悩みに対応するため、ピアサポート事業を実施しているほか、がん患者や家族が、心の悩みや体験等を語り合うことのできる場である「がんサロン」の設置を進めています。

【課題】

がん診療連携拠点病院等に設置されているがん相談支援センターでは、がん患者及びその家族の療養上の医療技術や制度等の多種多様な相談に適切に対応するため、引き続き相談員の質の向上を図る必要があります。また、患者サロンについては、全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設置することが必要です。

さらに、AYA世代のがん患者については、就学・就労・妊娠等、個々の状況に応じた多様なニーズに対応できるよう、情報提供、支援体制、相談体制（各診療科間の連携等）の整備等が求められています。

【対策】

- ・全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のがん相談支援センターに、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1名ずつ配置します。
- ・全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、患者サロンの設置を目指します。
- ・AYA世代のがん患者の多様なニーズに対応するため、全てのがん診療連携拠点病院において、多職種からなるAYA世代支援チームを設置することを目指します。

【全体目標】

目標項目	平成 29 (2017) 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 万人対)	83.1 (平成 27 (2015) 年値)	69.0 (令和 3 (2021) 年値)	60.6 (令和 9 (2027) 年値)
現在自分らしい日常生活を送れていると感じるがん患者の割合 (%)	—	67.8 (平成 30 (2018) 年度)	80.0

【個別目標】

(1) がん教育・がん検診

目標項目	平成 29 (2017) 年度	現況値 (令和 4 (2022) 年度)	目標値
がん予防推進員の養成	8,154 名	8,772 名	10,000 名 (令和 10 (2028) 年度末)

目標項目			平成 28 (2016) 年度	現況値 (令和 4 (2022) 年度)	目標値 (令和 10 (2028) 年度)
がん検診受診率 (%) 注1	胃がん	40～69 歳	42.4	46.8	60.0
	肺がん	40～69 歳	51.0	50.3	
	大腸がん	40～69 歳	42.2	45.1	
	乳がん	40～69 歳	46.2	46.6	
	子宮頸がん	20～69 歳	42.5	42.4	

目標項目			平成 27 (2015) 年度	現況値 (令和 3 (2021) 年度)	目標値 (令和 9 (2027) 年度)
精密検査受診率 (%) 注2	胃がん		83.3	84.3	90.0
	肺がん		83.4	85.7	
	大腸がん		72.6	72.9	
	乳がん		84.2	88.9	
	子宮頸がん		86.9	86.7	

注1 「国民生活基礎調査」より。胃がんは、平成 28 (2016) 年値については過去 1 年、令和 4 (2022) 年値・令和 10 (2028) 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 11 (2029) 年度) ではなく、令和 10 (2028) 年の値で行う予定

注2 県保健医療部健康推進課の業務資料 (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 (令和 4 (2022) 年度)	目標値 (令和 11 (2029) 年度)
がん遺伝子パネル検査の出検数	261 検体	550 検体 (令和 10 (2028) 年度)
がん診療連携拠点病院にがん病態栄養専門管理栄養士を配置	5/9 病院 (9 名)	9/9 病院 (令和 10 (2028) 年度)
がん診療連携拠点病院・地域がん診療病院以外の医療機関に所属する医師の茨城県緩和ケア研修会受講者数	763 人	1,000 人

(3) 生活支援体制

目標項目	現況値 (令和 4 (2022) 年度)	目標値 (令和 10 (2028) 年度)
がん相談支援センター相談員指導者研修を受講した相談員がいるがん相談支援センター数 (人数)	13/17 病院 (20 名)	17/17 病院 (24 名)
多職種からなるAYA支援チームを設置しているがん診療連携拠点病院数	1/9 病院	9/9 病院
患者サロンの設置医療機関数	14 病院 (令和 4 (2022) 年 8 月時点)	17 病院

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 30,000 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 3,056 人で、死亡者数全体の 8.2%（全国平均：6.9%）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 116.9（全国平均 93.8 で全国ワースト 4 位）、女性が 71.5（全国平均 56.4 で全国ワースト 5 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 54.8%（全国平均 56.2%、目標値 70%以上）、特定保健指導の実施率は 22.7%（全国平均 24.7%、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 127.8mmHg、女性が 123.5mmHg であり、平成 12（2000）年度以降低下を続けていましたが、平成 27（2015）年度より下がり止まっている状況です。^(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、脳血栓溶解（t-PA）療法による血栓溶解を含む脳卒中診療を 24 時間 365 日実施できる施設として日本脳卒中学会が認定する「一次脳卒中センター(PSC)」^(注7) は、25 施設となっており、うち 6 施設が常時血栓回収治療を実施できる「一次脳卒中センター(PSC)コア」に認定されています。^(注8)

また、令和 3（2021）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 44.9 分（全国平均 42.8 分）と長く、年々遅延している状況にあります。^(注9)

イ 回復期・維持期の医療及び療養

県内で脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ）の届出を行っている施設は 141 機関です。^(注10)

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。

(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) 令和 2（2020）年患者調査（厚生労働省）

(注 3) 令和 4（2022）年人口動態統計（厚生労働省）

(注 4) 令和 2（2020）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) 令和 3（2021）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) 令和 5（2023）年茨城県市町村別健康指標

(注 7) PSC：Primary Stroke Center の略。日本脳卒中学会が認定する一次脳卒中センター。

(注 8) 日本脳卒中学会（令和 5（2023）年 4 月 1 日現在）

(注 9) 茨城県消防防災年報、救急・救助の現状（令和 4（2022）年）

(注 10) 脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ）の届出施設数（令和 5（2023）年 4 月時点）（関東信越厚生局）

【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）^(注1) 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見出し、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、県民一人一人の主体的な健康づくりに加え、母子保健、学校保健及び地域・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。

(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。

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。

(注1) QOL: Quality of Life の略。

【対策・目標】

脳卒中对策に関する事項として都道府県保健医療計画において定めることとされている以下の事項については、別に「茨城県循環器病対策推進計画」で定めることとします。

「茨城県循環器病対策推進計画」において対応する箇所を以下に示します。

(1) 求められる医療機能と連携

対応する箇所：第Ⅳ章 分野毎の現状・課題、これまでの取組等

第3節 ■循環器病対策に求められる医療・介護機能と連携

ア 発症予防の機能【予防】

イ 応急手当・病院前救護の機能【救護】

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】

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】

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】

(2) 対策

ア 予防

対応する箇所：第Ⅳ章 分野毎の現状・課題、これまでの取組等

第2節 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発

(1) 循環器病を予防する生活習慣の取組の推進

イ 病院前救護

対応する箇所：第Ⅳ章 分野毎の現状・課題、これまでの取組等

第3節 保健・医療及び介護に関するサービスの提供体制の充実

(2) 救急搬送体制の整備・救急医療体制の確保

ウ 医療体制

対応する箇所：第Ⅳ章 分野毎の現状・課題、これまでの取組等

第3節 保健・医療及び介護に関するサービスの提供体制の充実

(3) 急性期から維持期・生活期まで切れ目のない医療・介護提供体制の構築

(3) 目標

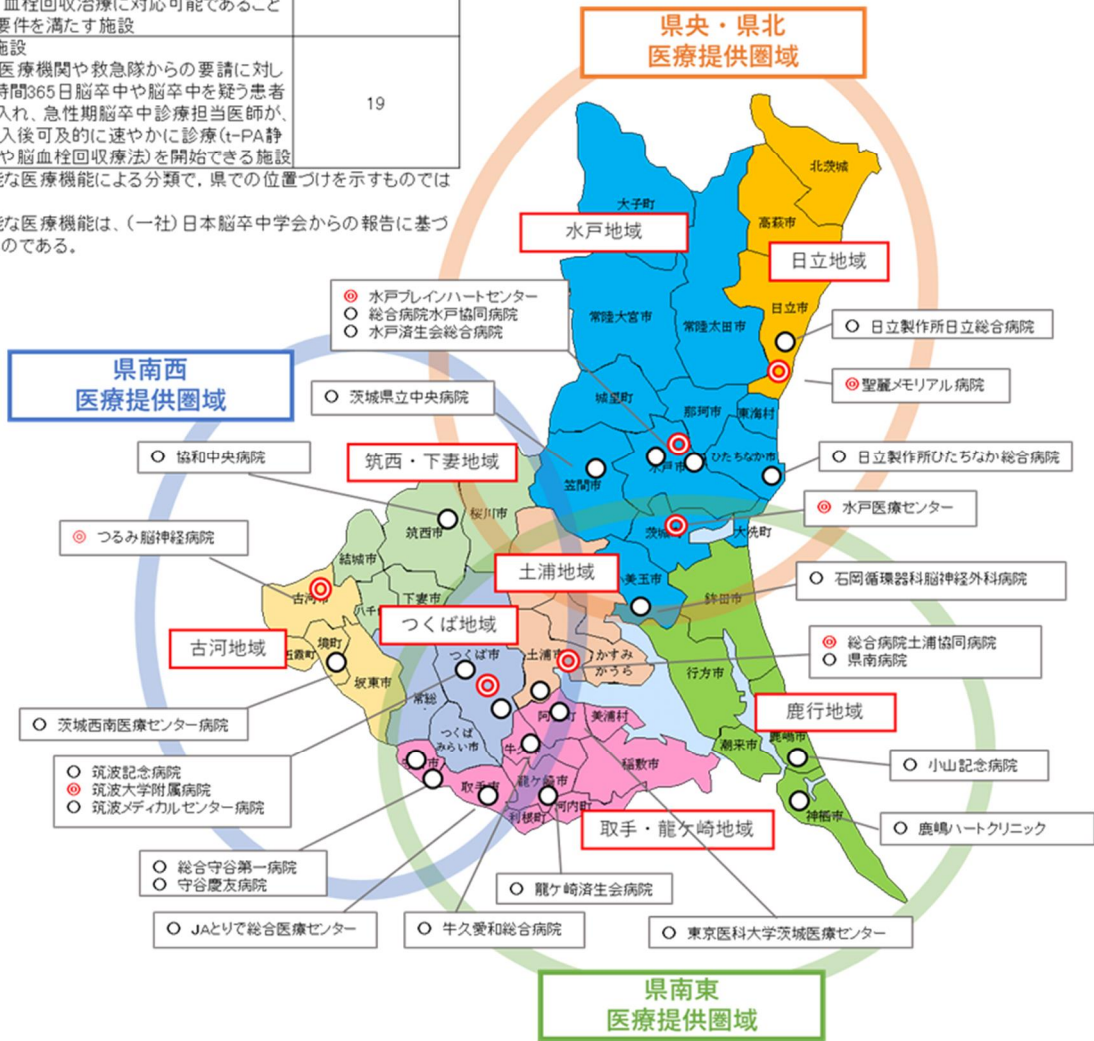
番号	目標項目	現状	目標
1	成人の1日当たり食塩平均摂取量	男性 10.9g 女性 8.9g	男性 8.0未満 女性 7.0未満
2	脳血管疾患による退院患者平均在院日数	66.2	短縮
3	脳血管疾患の年齢調整死亡率	男性 116.9 女性 71.5	現況の10%減少

- 1 令和4（2022）年度茨城県総合がん対策推進モニタリング調査
- 2 令和2（2020）年患者調査（厚生労働省）
- 3 令和2（2020）年都道府県別年齢調整死亡率（業務・加工統計）（厚生労働省）

■ 脳卒中医療提供体制図

急性期の専門的医療*が提供可能な医療機関	医療機関数 (計25医療機関)
◎…PSCコア施設 ※ PSCに認定されており、脳血管内治療専門医と脳血栓回収療法実施医が合計して常勤3名以上であること、自施設において24時間365日、血栓回収治療に対応可能であることなどの要件を満たす施設	6
○…PSC施設 ※ 地域の医療機関や救急隊からの要請に対して、24時間365日脳卒中や脳卒中を疑う患者を受け入れ、急性期脳卒中診療担当医師が、患者搬入後可及的に速やかに診療(t-PA静注療法や脳血栓回収療法)を開始できる施設	19

提供可能な医療機能による分類で、県での位置づけを示すものではない。
 提供可能な医療機能は、(一社)日本脳卒中学会からの報告に基づいているものである。



令和6(2024)年1月1日現在の情報をもとに作成しています。
 (日本脳卒中学会) ※PSC 認定期間: 2023/4/1~2024/3/31

※ **一次脳卒中センター(PSC)**
 (一社)日本脳卒中学会が認定する「地域の医療機関や救急隊からの要請に対して、24時間365日脳卒中患者を受け入れ、急性期脳卒中診療担当医師が、患者搬入後可及的に速やかに診療(rt-PA静注療法を含む)を開始できる施設」

※ **一次脳卒中センター(PSC)コア施設**
 一次脳卒中センターのうち、24時間血栓回収治療に対応可能であるなどの要件を満たして認定された施設

※上記の圏域図に重ねて記載のある3つの圏域は、総論第4章第2節において設定する「医療提供圏域」を図示したものである。

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 76,000 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 5,460 人で、死亡者数全体の 14.7%（全国平均：14.8%）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 1,090 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 54.2（全国平均 32.5 で全国ワースト 4 位）、女性が 23.0（全国平均 14.0 で全国ワースト 7 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 54.8%（全国平均 56.2%、目標値 70%以上）、特定保健指導の実施率は 22.7%（全国平均 24.7%、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 127.8mmHg、女性が 123.5mmHg であり、平成 12（2000）年度以降低下を続けていましたが、平成 27（2015）年度より下がり止まっている状況です。^(注5)

(3) 医療体制

ア 病院前救護及び急性期医療

県内で、急性心筋梗塞の急性期医療を提供している医療機関は 29 機関であり、そのうち 24 時間、経皮的冠動脈形成術（PCI）^(注6)に対応している医療機関は 20 機関です。また、急性大動脈解離（スタンフォード A）に対する心臓血管外科治療に対応している医療機関は 9 機関であり、そのうち 24 時間対応している医療機関は 7 機関です。^(注7)

また、令和 3（2021）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 44.9 分（全国平均 42.8 分）と長く、年々遅延している状況にあります。^(注8)

イ 回復期・維持期の医療及び療養

県内で心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ、Ⅱ）の届出を行っている施設は 35 機関です。^(注9)

（注 1）令和 2（2020）年患者調査（厚生労働省）

（注 2）令和 4（2022）年人口動態統計（厚生労働省）

（注 3）令和 2（2020）年都道府県別年齢調整死亡率（業務・加工統計）

（注 4）令和 3（2021）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）令和 5（2023）年度茨城県市町村別健康指標

（注 6）PCI：Percutaneous Coronary Intervention の略。

（注 7）令和 6（2024）年茨城県保健医療部健康推進課調査

（注 8）茨城県消防年報、救急・救助の現状（令和 4（2022）年）

（注 9）心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ、Ⅱ）の届出医療機関数（令和 5（2023）年 4 月時点）（関東信越厚生局）

【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。

急性大動脈解離は、死亡率が高く予後不良な疾患であり、発症後の死亡率は1時間毎に1～2%ずつ上昇するといわれています。そのため、急性大動脈解離の予後改善のためには、迅速な診断と治療が重要です。

慢性心不全は、増悪による再入院を繰り返しながら身体機能が悪化することが特徴であり、今後の患者数増加が予想されています。

(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(SAS)^(注1)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、県民一人一人の主体的な健康づくりに加え、母子保健、学校保健及び地域・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。

(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AED^(注2)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の向上に寄与するため、AED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) SAS : Sleep Apnea Syndrome の略。

(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。

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。

各医療機関が有する機能に応じて役割分担を行うことにより、急性期・回復期から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。

【対策・目標】

心筋梗塞等の心血管疾患対策に関する事項として都道府県保健医療計画において定めることとされている以下の事項については、別に「茨城県循環器病対策推進計画」で定めることとします。

「茨城県循環器病対策推進計画」において対応する箇所を以下に示します。

(1) 求められる医療機能と連携

対応する箇所：第IV章 分野毎の現状・課題、これまでの取組等

第3節 ■循環器病対策に求められる医療・介護機能と連携

ア 発症予防の機能【予防】

イ 応急手当・病院前救護の機能【救護】

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】

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】

(2) 対策

ア 予防

対応する箇所：第IV章 分野毎の現状・課題、これまでの取組等

第2節 循環器病の予防や正しい知識の普及啓発

(1) 循環器病を予防する生活習慣の取組の推進

イ 病院前救護

対応する箇所：第IV章 分野毎の現状・課題、これまでの取組等

第3節 保健・医療及び介護に関するサービスの提供体制の充実

(2) 救急搬送体制の整備・救急医療体制の確保

ウ 医療体制

対応する箇所：第IV章 分野毎の現状・課題、これまでの取組等

第3節 保健・医療及び介護に関するサービスの提供体制の充実

(3) 急性期から維持期・生活期まで切れ目のない医療・介護提供体制の構築

(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：2021改訂版」

(3) 目標

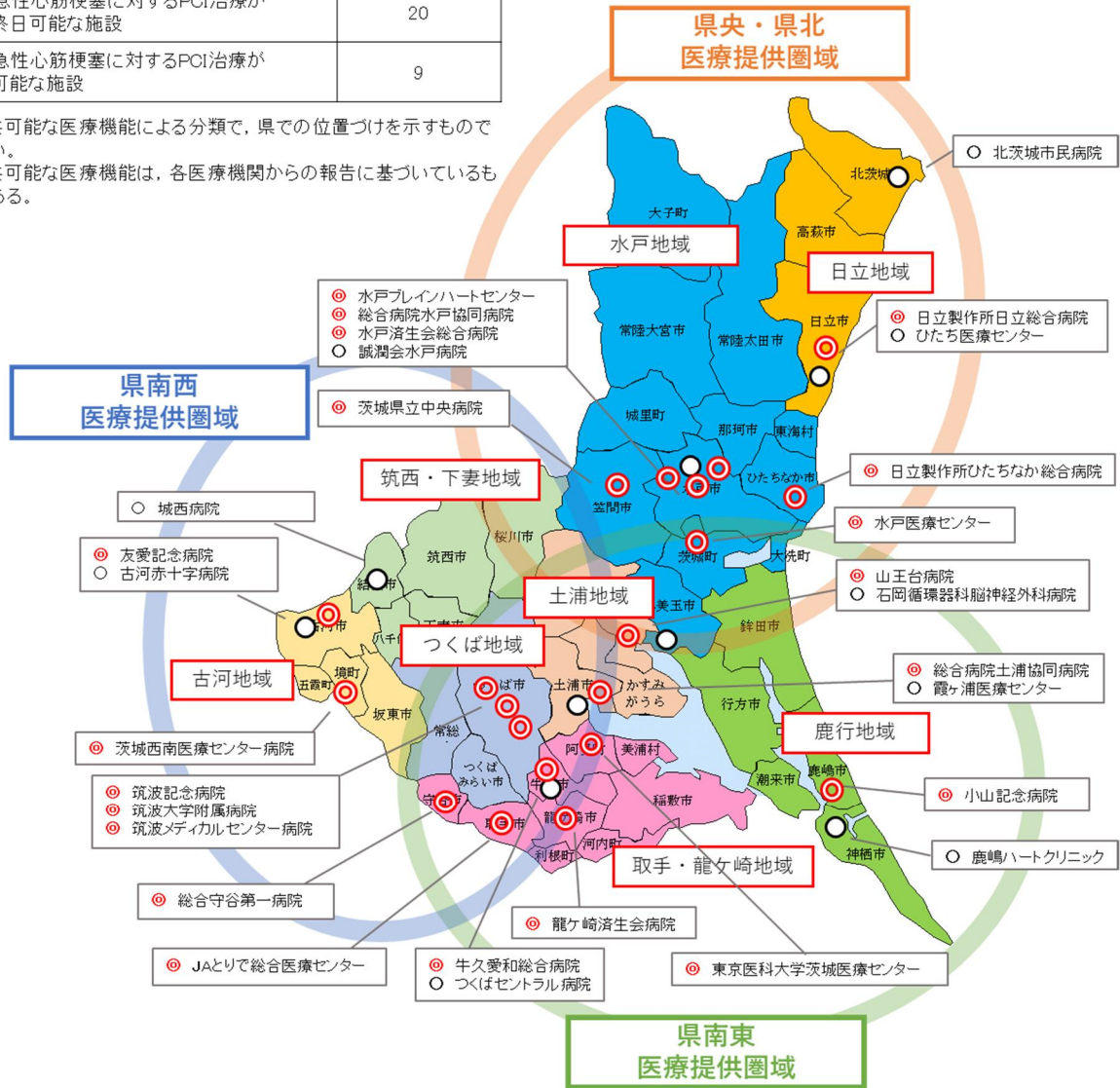
番号	目標項目	現状	目標
1	24時間PCIが可能な医療機関数	19	現状維持
2	PCIを施行された急性心筋梗塞患者のうち、来院後90分以内の冠動脈再開通達成率	50.5%	増加
3	心大血管疾患リハビリテーションが可能な医療機関数	35	増加
4	虚血性心疾患の年齢調整死亡率	男性 83.8 女性 35.0	現況の10%減少
5	急性心筋梗塞の年齢調整死亡率	男性 54.2 女性 23.0	現況の10%減少

- 1 令和4（2022）年度心筋梗塞等の心血管疾患に関する治療状況調査（茨城県保健医療部健康推進課）
- 2 厚生労働省「NDB（National Data Base）」（令和2（2020）年度診療分）
- 3 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ、Ⅱ）の届出施設数（令和5（2023）年4月時点）（関東信越厚生局）
- 4・5 令和2（2020）年都道府県別年齢調整死亡率（業務・加工統計）（厚生労働省）

■ 急性心筋梗塞医療提供体制図

急性期の専門的医療が提供可能な医療機関	医療機関数 (計29医療機関)
◎…急性心筋梗塞に対するPCI治療が終日可能な施設	20
○…急性心筋梗塞に対するPCI治療が可能な施設	9

提供可能な医療機能による分類で、県での位置づけを示すものではない。
提供可能な医療機能は、各医療機関からの報告に基づいているものである。



令和6（2024）年1月1日現在の情報をもとに作成しています。
（令和6年茨城県県保健医療部健康推進課調査）

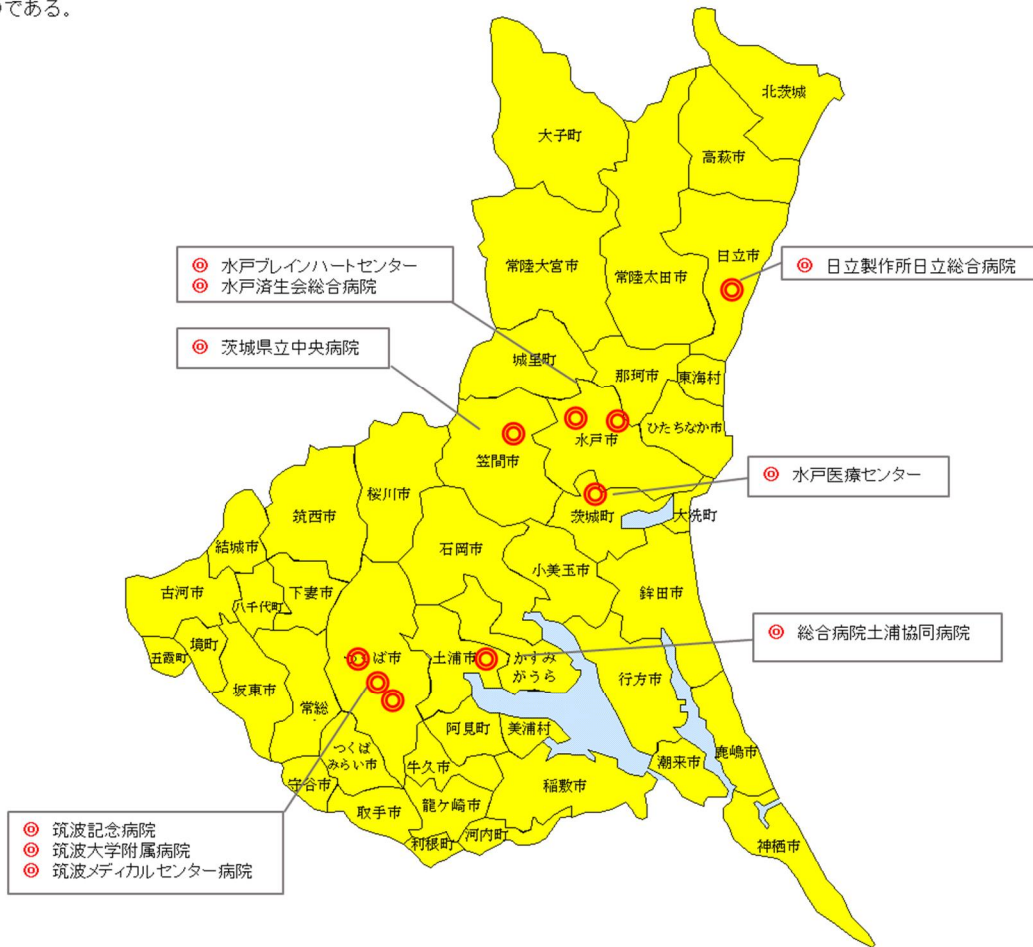
※上記の圏域図に重ねて記載のある3つの圏域は、総論第4章第2節において設定する「医療提供圏域」を図示したものである。

■ 大動脈緊急症医療提供体制図

急性期の専門的医療が提供可能な医療機関	医療機関数
◎…急性大動脈解離(スタンフォードA)に対する 心臓血管外科手術が可能な医療機関	9

提供可能な医療機能による分類で、県での位置づけを示すものではない。

提供可能な医療機能は、各医療機関からの報告に基づいているものである。



令和6（2024）年1月1日現在の情報をもとに作成しています。
（令和6年茨城県県保健医療部健康推進課調査）

4 糖尿病

【現状】

(1) 糖尿病について

糖尿病は、インスリン作用の不足による慢性の高血糖状態を主な特徴とする代謝疾患群で、インスリンを合成・分泌する細胞の破壊によるインスリン作用不足を主要因とする「1型糖尿病」と、インスリン分泌低下・抵抗性等をきたす遺伝因子に、過食、運動不足、肥満等の環境因子及び加齢が加わり発症する「2型糖尿病」に大別されます。

インスリン作用不足により高血糖状態になると口渇、多飲、多尿、体重減少等の症状がみられ、高血糖状態が持続することにより合併症の発症リスクが高まります。合併症の発症により生活の質（QOL）を著しく低下させるだけでなく、医療費の負担を増加させるため、その予防が重要です。

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 91,000 人^(注1)と推計されます。

令和3（2021）年度の県内における糖尿病有病者の割合^(注2)は男性が 14.0%、女性が 6.7%^(注3)となっており、微増傾向にあります。

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 人前後と減少傾向にあり、新規人工透析導入患者に占める割合（令和3（2021）年）は 42.6%（全国 40.2%）^(注4)と全国より高いものの、減少傾向にあります。また、糖尿病網膜症による視覚障害により毎年 20 人程度^(注5)が新たに身体障害者手帳の交付を受けています。

県内の糖尿病による死亡者数は 431 人^(注6)となっており、人口 10 万対の死亡率は、男性が 16.1（全国平均 13.9 で全国ワースト 12 位）、女性が 8.0（全国平均 6.9 で全国ワースト 14 位）^(注7)となっています。

(2) 予防

2型糖尿病は、適切な食生活、適度な身体活動や運動習慣、適正体重の維持などによる生活習慣の改善により発症予防が期待できます。また、2型糖尿病に限らず、糖尿病は発症しても血糖コントロールなどを適切に行うことにより、合併症（糖尿病網膜症、糖尿病性腎症、糖尿病性神経障害、脳卒中、心血管疾患、糖尿病足病変等）の発症を予防することが可能です。

糖尿病発症リスクであるメタボリックシンドローム予備群及び該当者を早期に把握し、保健指導等により疾病の発症予防を目指すために実施される特定健康診査・保健指導の実施率は、特定健康診査が 54.8%（全国平均 56.2%、目標値 70%以上）、特定保健指導が 22.7%（全国平均 24.7%、目標値 45%以上）^(注8)と目標値を下回っています。

(注1) 令和2（2020）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、又は、HbA1c（NGSP 値）6.5%以上に該当、
若しくは、インスリン注射または血糖を下げる薬服用者

(注3) 令和5（2023）年茨城県市町村別健康指標

(注4) わが国の慢性透析療法の現況（（一社）日本透析医学会）

(注5) 茨城県福祉部障害福祉課調べ

(注6) 令和4（2022）年人口動態統計（厚生労働省）

(注7) 令和5（2023）年度人口動態統計特殊報告（厚生労働省）

(注8) 令和3（2021）年度特定健康診査・特定保健指導に関するデータ（厚生労働省保険局）

(3) 医療体制

県内で血糖コントロール不良患者への治療提供が可能な医療機関は22施設^(注1)あり、糖尿病療養指導士をはじめとした専門職種による教育入院等が実施されているほか、糖尿病専門医又は腎臓専門医による糖尿病性腎症（末期腎不全を除く）に対する治療を72施設で行っています。

県内の糖尿病専門医数は110人^(注2)であり、人口10万人あたり3.9人（全国平均5.4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は130人^(注3)であり、人口10万人あたり4.6人（全国平均4.9人）と、ともに少ない状況です。そのため県では、茨城県医師会と連携し、県独自の対策として「茨城県糖尿病登録医」を207名^(注4)養成するなど、地域における糖尿病診療の窓口として糖尿病治療の標準化及び円滑な医療連携を目指した取り組みを推進しています。

【課題】

(1) 予防

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ることから、糖尿病のリスクである高血糖や肥満、睡眠時無呼吸症候群（SAS）、運動不足（日常活動度の低下）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とともに、受診勧奨後の医療機関への受診状況の確認を行うなど、保健と医療の連携が重要です。

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。

(2) 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、発症や重症化を防ぐことが必要であり、治療の中断者を減らすため、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。

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。

また、糖尿病合併症の早期発見・重症化予防のためには、診断時から、かかりつけ医と専門的医療機関との連携を基盤とした、多職種による地域ぐるみの糖尿病診療体制の構築が重要です。加えて、糖尿病と歯周病は相互に関係があることから、歯科との連携を図ることも重要です。

特に高齢者については、年齢、認知機能、身体活動、フレイル、がんや心不全等の併発疾患、重症低血糖リスク等も考慮して、個別に血糖コントロール目標を設定する必要があることから、在宅診療を受けている高齢者糖尿病に関しては、在宅医療や訪問看護、介護サービス等を行う事業者と医療機関との連携による支援が重要です。

(注1) 令和5（2023）年度医療機能・連携調査（茨城県）

(注2) (一社)日本糖尿病学会（令和5（2023）年8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（令和4（2022）年10月1日現在）」

(注3) (一社)日本腎臓病学会（令和5（2023）年7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（令和4（2022）年10月1日現在）」

(注4) (一社)茨城県医師会（令和5（2023）年4月1日現在）

【対策】

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、医療保険者と各医療機能を担う医療機関の連携により、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。

(1) 予防

県は、「第4次健康いばらき 21 プラン」に基づき、適切な食習慣、適度な身体活動や運動習慣、適正体重の維持の大切さなどの生活習慣病予防について普及啓発を図り、県民一人一人の主体的な健康づくりの取り組みを推進します。

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医療機関への適切な受診を勧奨します。また、行政、医療保険者及び健診機関が協力し、受診率向上に向けた普及啓発に取り組むとともに、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、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、地域・職域連携推進事業を活用し、地域保健サービスの利活用促進を図ります。

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。

また、糖尿病の重症化及び慢性合併症の発症を予防するためには治療の継続が重要であることから、県は事業所等に対し、患者である労働者の申し出に基づき産業医等と連携して治療と仕事の両立支援に取り組めるよう、情報提供に努めます。

糖尿病を予防する機能【予防】

目標	1 生活習慣の改善等により糖尿病発症のリスクを低減させる 2 特定健康診査・特定保健指導や健診後の受診勧奨を実施する
関係者に求められる事項	(行政・医療保険者) ○ 生活習慣の改善等により糖尿病発症のリスクを低減させる取り組みを実施すること ○ 県民に対し、糖尿病や合併症に関する情報発信や、正しい知識の普及啓発を行うこと ○ 医療保険者は特定健康診査・特定保健指導を実施すること ○ 受診勧奨により対象者が確実に医療機関を受診するよう地域連携体制を構築すること(病院又は診療所) ○ 健診受診後の受診勧奨等により医療機関を受診した者に対し、適切な検査や糖尿病発症予防のための指導を行うこと
担当する関係者	行政、医療保険者 病院又は診療所

(2) 医療体制

県は、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及び構成団体との関係強化を図るとともに、市町村及び医療保険者が地域の医師会や医療機関等と連携し、茨城県糖尿病性腎症重症化予防プログラム等を活用した、糖尿病が重症化するリスクの高い医療機関の未受診者・受診中断者及び通院患者等へ適切な受診勧奨や保健指導を行う取り組みの推進を支援します。

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。

糖尿病の診断時から専門治療及び慢性合併症治療等の各医療機能の切れ目のない提供を目指し、かかりつけ医と専門的な管理を行う医療機関の連携による、合併症の早期発見・重症化予防を推進します。

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 ○ 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 ○ 健診受診後の受診勧奨により医療機関を受診した対象者に対する適切な対応等、発症予防の取り組みと連携した医療を行うこと ○ 在宅診療を受けている高齢者糖尿病の管理に関しては、必要時、在宅医療や訪問看護、介護サービス等を行う事業者との連携が可能であること
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・糖尿病認定医を含む）</p>

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、糖尿病療養指導士及び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 ○ 在宅診療を受けている高齢者糖尿病の管理に関しては、在宅医療や訪問看護、介護サービス等を行う事業者との連携が可能であること
担当する医療機関	<p>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</p>

■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	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 糖尿病の急性合併症の治療の提供
人的体制	<input type="checkbox"/> 常勤の糖尿病専門医の配置

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	<input type="checkbox"/> 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 （一つの医療機関で全ての治療が可能である必要はありません） <input type="checkbox"/> 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

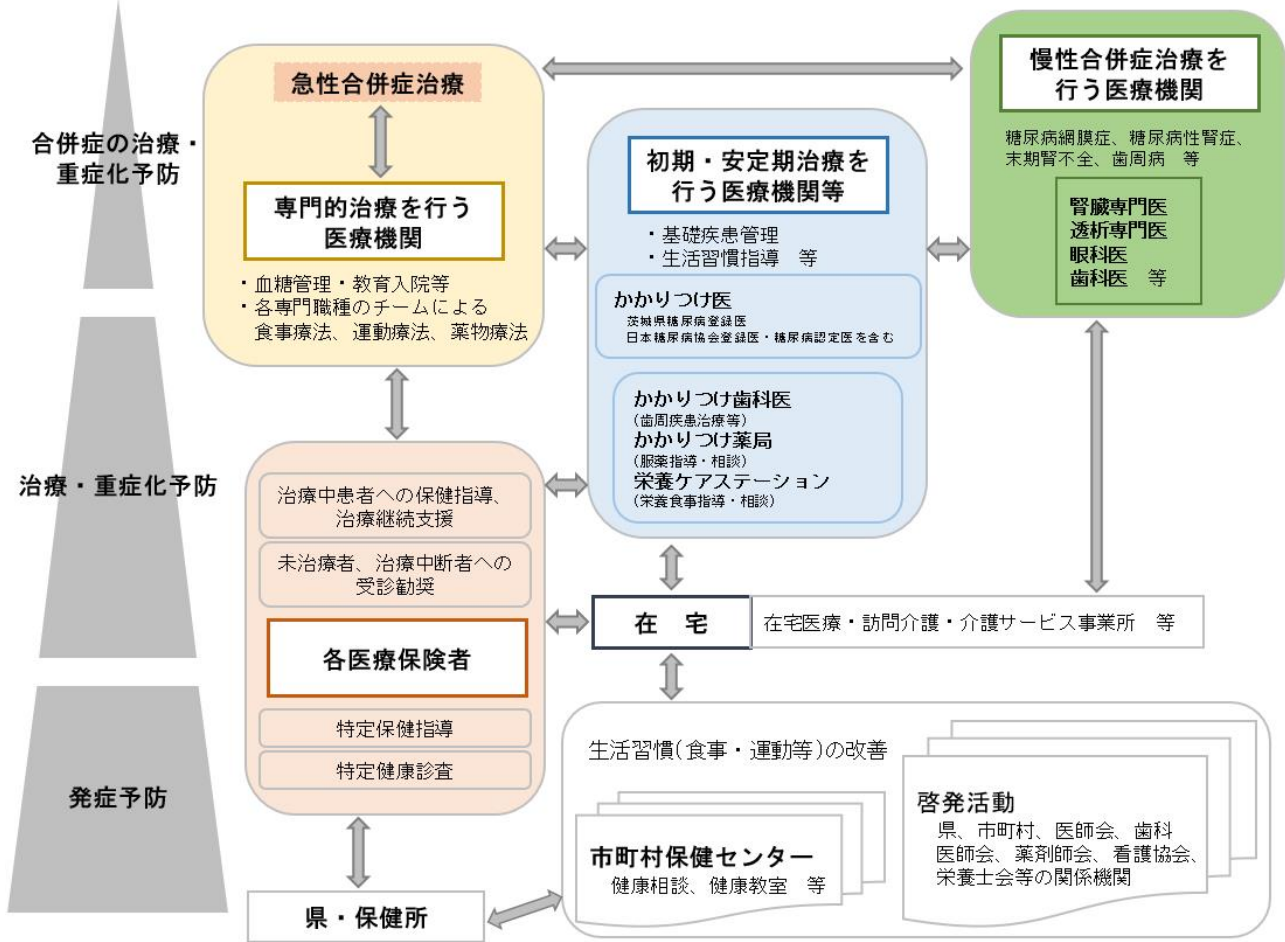
以下の基準に合致し、掲載の同意を得た医療機関

病名	提供可能な医療等
糖尿病性腎症	<input type="checkbox"/> 常勤の腎臓専門医又は糖尿病専門医の配置
末期腎不全	<input type="checkbox"/> 常勤の腎臓専門医又は透析専門医の配置 <input type="checkbox"/> 血液透析又は腹膜透析の提供
糖尿病網膜症	<input type="checkbox"/> 網膜光凝固術（網膜剥離術）又は硝子体手術の提供
フットケア	<input type="checkbox"/> 糖尿病専門医及び糖尿病療養指導士又は糖尿病認定看護師若しくは必要な研修を修了した看護師の配置 <input type="checkbox"/> 糖尿病患者に対するフットケアの提供
血管内治療	<input type="checkbox"/> 血管外科医、循環器医、放射線医等の配置 <input type="checkbox"/> 下肢血流改善を図るための血管内治療の提供

感染症流行時等の非常時に対応する機能【感染症流行時等への対応】

目標	<ol style="list-style-type: none"> 1 感染症流行時等の非常時においても、切れ目なく適切な医療を受けられる体制整備を進める 2 多施設・多職種による発症予防・重症化予防のための介入を継続できる体制整備を進める
医療機関に求められる事項	<input type="checkbox"/> 感染症自体の特性やフェーズに合わせた体制により、糖尿病の治療中断とならないよう、かかりつけ医療機関で適切な感染症対策を講じ、診療継続が可能であること <input type="checkbox"/> 感染症に罹患した場合でも、糖尿病の治療中断とならないよう、平時から感染症指定医療機関等と連携を図ること <input type="checkbox"/> 在宅医療や訪問看護を行う事業者と連携できることが望ましい <input type="checkbox"/> オンライン診療などの ICT の利活用が望ましい
担当する医療機関等	病院又は診療所

※ ←→ 患者の移動を含めた情報等の流れを示す



【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	54.8%	70%	
2	特定保健指導実施率(40～74歳) 全保険者	22.7%	45%	
3	市町村国民健康保険加入者で、特定健康診査を受診した者のうち、糖尿病有病者の割合(40～74歳)	男性	14.0%	減少
		女性	6.7%	
4	糖尿病網膜症による新規身体障害者手帳交付者数	20人	現状維持	
5	糖尿病性腎症による新規人工透析導入者数	383人	364人	
6	糖尿病の年齢調整死亡率	男性	16.1	現状の10%減少
		女性	8.0	

1・2 令和3(2021)年度特定健康診査・特定保健指導に関するデータ(厚生労働省保険局)

3 令和5(2021)年茨城県市町村別健康指標

4 障害福祉課調べ(令和3(2021)年度)

5 わが国の慢性透析療法の現況 令和3(2021)年12月31日現在((一社)日本透析医学会)、引用不可

6 令和5(2023)年度人口動態統計特殊報告(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、令和2(2020)年には全国で614万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5,514人(令和4(2022)年6月末現在)で、通院患者数は49,485人(令和5(2023)年3月末現在)となっており、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うつ病等の気分障害が18,398人(37.2%)で最も多く、次いで統合失調症が13,853人(28.0%)、となっています。特に、うつ病等の気分障害は急増しており、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3万人前後で推移していましたが、平成22(2010)年以降は減少を続け、令和元(2019)年は19,425人となりました。しかし、令和2(2020)年は新型コロナウイルス感染症拡大の影響等で、11年ぶりに増加に転じました。日本の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。

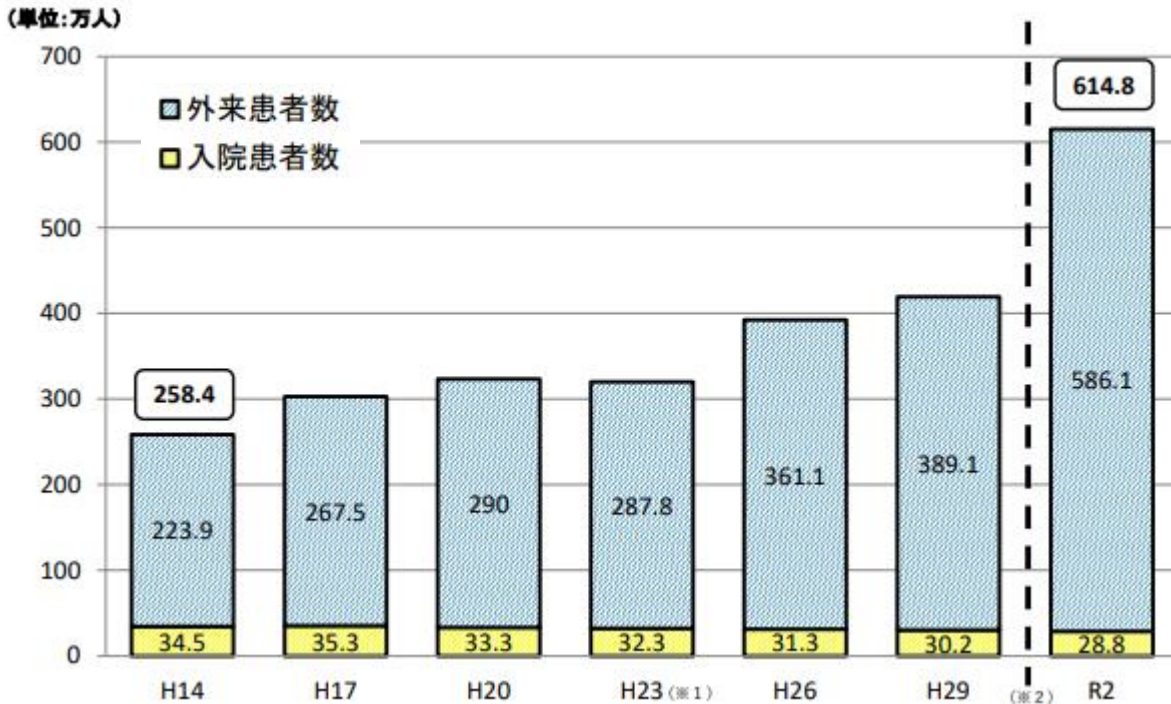
本県における自殺死亡率(人口10万人対)は、年々減少傾向にありましたが、全国と同様に令和2(2020)年に増加に転じ、令和4(2022)年は18.1となっており、全国平均の17.4よりも高い水準で推移しています^(注3)。

(注1) 厚生労働省「患者調査」(令和2(2020)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(2006)年度)

(注3) 厚生労働省「人口動態統計」(令和4(2022)年)

■全国の精神疾患を有する総患者数の推移 (図1)



※1) H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

※2) R2年から総患者数の推計方法を変更している。具体的には、推計に用いる平均診療間隔の算出において、前回診療日から調査日までの算定対象の上限を変更している (H29年までは31日以上を除外していたが、R2年からは99日以上を除外して算出)。

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	H30 (2018)	R1 (2019)	R2 (2020)	R3 (2021)	R4 (2022)
通院患者数 (※1) (※3)	41,320	43,080	24,447	47,878	49,485
認知症等器質性精神障害(再掲)	1,460	1,583	939	1,716	1,734
統合失調症(再掲)	13,804	13,831	7,479	13,856	13,853
うつ病等の気分障害(再掲)	14,910	15,679	8,861	17,419	18,398
入院患者数 (※2)	5,550	5,708	5,772	5,696	5,514
認知症等器質性精神障害(再掲)	781	844	1,009	1,017	989
統合失調症(再掲)	3,774	3,831	3,720	3,682	3,535
うつ病等の気分障害(再掲)	427	436	444	411	416

※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)

※3 令和2(2020)年度は経過措置があったため参考値

(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令和2（2020）年12月末現在272人で、人口10万人あたり9.5人となり、全国平均の13.1人を大きく下回り、全国順位は46位となっています^(注1)。また、令和2（2020）年6月現在精神保健指定医^(注2)は、常勤の指定医が142人（人口10万人あたり5.0人）で、人口10万人あたりの全国平均（6.1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	450,728	4	7	21	72	2
日立	241,706	6	1	8	24	2
常陸太田・ひたちなか	348,660	2	2	8	12	3
鹿行	260,636	1	0	6	9	0
土浦	248,610	5	0	11	32	0
つくば	337,612	3	2	15	49	3
取手・竜ヶ崎	450,806	6	5	17	33	1
筑西・下妻	245,775	3	1	4	12	0
古河・坂東	217,107	3	2	2	29	0
	2,801,640	33	20	92	272	11

出典：令和2（2020）年 ※1 人口動態統計、※2 精神保健福祉資料、※3 医師・歯科医師・薬剤師統計

■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26年 (2014)	平成28年 (2016)	平成30年 (2018)	令和2年 (2020)
精神科医師数 ^(注4)	226	241	262	272
心療内科医師数 ^(注4)	10	12	9	11
精神保健指定医数 ^(注5)	134	141	126	142

出典：医師・歯科医師・薬剤師統計、精神保健福祉資料

(注1) 令和2（2020）年「医師・歯科医師・薬剤師統計」

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) 令和2（2020）年度精神保健福祉資料

(注4) 平成26(2014)、28(2016)、30(2018)、令和2(2020)年「医師・歯科医師・薬剤師統計」

(注5) 平成26(2014)、28(2016)、30(2018)、令和2(2020)年度精神保健福祉資料

【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、県精神科病院協会及び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】

県は、精神科病院協会と連携の上、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上、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、県看護協会等の団体と連携協力し、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。

このため、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 5,772 人のうち、統合失調症の患者は 3,720 人^(注1)で 64.4%を占めており、年々、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。本県の統合失調症患者における治療抵抗性統合失調症治療薬^(注2)の使用率は令和2(2020)年度に0.51%で、全国の0.79%より低く推移しています。

【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。

(注1) 令和2(2020)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。

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m E C T^(注1)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、訪問診療において、薬物療法、精神療法、作業療法、精神科デイ・ケアなどの、適切な精神科医療を、精神科医、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士及び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m E C T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、相談支援事業所及び薬局等が連携し、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。

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。

(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、脳波上けいれん波が起これ、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。

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、早期の適切な診断・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。

【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の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見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、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が可能で、症状が軽快しない場合等^(注1)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。

b 精神科医療機関

- ① うつ病や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。

(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。

- 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及び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。

(1) 推進方策

- ① 県は、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)、茨城障害者職業センター及び地域の障害者就業・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高齢者の数は、調査研究による推計では、平成 24 (2012) 年時点で、65 歳以上高齢者の約 7 人に 1 人に当たる約 462 万人、さらに認知機能低下のある人(軽度認知障害(MCI))と推計される約 400 万人合わせると、65 歳以上高齢者の約 4 人に 1 人が認知症又は予備軍とも言われています。また、高齢化の進展に伴い令和 7 (2025) 年には約 700 万人前後、高齢者の約 5 人に 1 人に上昇すると見込まれています。これを基に本県の認知症高齢者数を算出すると 2025 年には、県内の認知症高齢者数は、約 16 万 8 千人前後(65 歳以上高齢者の約 19.2%)に達すると推計されます^(注 1)。

【課題】

「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」の基本理念に基づき、認知症の人が尊厳を保持しつつ希望を持って暮らすことができるよう、総合的かつ計画的に施策を推進することが求められています。

そのため、地域の高齢者等の保健医療・介護等に関する相談窓口である地域包括支援センター、地域支援体制づくりや相談対応等を行う認知症地域支援推進員及び認知症の人の日常診療・相談を担うかかりつけ医等が、関係機関のネットワークの中で、認知症疾患医療センター等の専門機関と連携し、認知症の疑いのある人に早期に気づ

(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 (2014) 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。

き本人が安心して暮らしていけるよう適切に対応するとともに、診断された後の本人・家族等を支援に繋げることが重要です。

また、早期診断・早期対応を軸に、医療・介護等の有機的連携により、認知症の行動・心理症状（B P S D）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。

このため、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の普及啓発を進め、若年性認知症の人が発症初期の段階から、症状・社会的立場や生活環境等の特性を踏まえ、認知機能が低下してもできることを可能な限り続けながら適切な支援を受けられる体制を整備していく必要があります。

【対策】

認知症の人や家族等の視点を重視しながら、「共生社会」の実現の推進という基本的な考えの下、認知症を早期発見・早期診断し、認知症の人の意向を尊重しつつ、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の実現に向けた取組を推進してまいります。

(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(MC I)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類型毎の役割を踏まえた上で、相談及び診断後支援等の体制を含めた機能の充実及びP D C Aサイクルによる質の向上・維持を図っていること。
- 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 認知症の行動・心理症状（B P S D）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、認知症の行動・心理症状（B P S D）に影響を与えるさまざまな要因を理解し適切に対応することで、円滑な退院・対処や在宅復帰の支援を行っていること。
- ⑦ 認知症の人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。
- ⑨ 新薬等新たな治療方法を行うにあたり、認知症疾患医療センターと他の地域医療機関が、患者の紹介等を通じて診療連携・医療連携の体制を構築していること。

(1) 推進方策

a 早期診断・早期対応のための体制整備

認知症の症状や認知症の早期発見・早期対応、軽度認知障害(MCI)に関する正しい知識及び認知症の人に関する正しい理解を深められるよう普及啓発を推進し、本人や家族等が速やかに適切な機関に相談できる体制を整備してまいります。

県においては、認知症疾患医療センターとかかりつけ医や地域包括支援センター等の関係機関が連携し、速やかな鑑別診断、診断後の本人・家族等の支援、症状増悪期や身体合併症に対する急性期医療等のための継続した医療・ケア体制を整備してまいります。

- ① 認知症の症状や認知症予防、軽度認知障害に関する普及・啓発の推進
- ② かかりつけ医、歯科医師、薬剤師、看護師等に対する認知症対応力向上研修
- ③ 市町村における認知症初期集中支援チームの取組推進
- ④ 認知症疾患医療センターのPDCAサイクルによる機能充実・強化

b 医療従事者等の認知症対応力向上の促進

認知症の疑いがある人への早期の気づき、認知症の行動・心理症状(BPSD)への対応等認知症の適切な対応力の向上を図る必要があるため、県は、認知症の早期発見・早期対応、医療の提供などのための地域のネットワークの中で重要な役割を担う、かかりつけ医等医療従事者に対する認知症対応力向上研修、かかりつけ医を適切に支援する認知症サポート医養成を実施してまいります。

- ① 認知症サポート医養成研修
- ② かかりつけ医、歯科医師、薬剤師、看護師等に対する認知症対応力向上研修
- ③ 一般病院勤務の医療従事者、病院勤務以外の看護師等認知症対応力向上研修

c 医療・介護等の有機的な連携の推進

認知症の人の意向を十分に尊重しつつ、認知症の人に認知症の行動・心理症状(BPSD)や身体合併等が見られた場合にも、医療機関等で適切な治療やリハビリテーションが実施されるとともに、退院後も認知症の人の容態にもっともふさわしい場所で適切なサービスが提供される循環型の仕組みを構築します。

- ① 認知症地域支援推進員の取組の推進
- ② 認知症ケアパスの活用及び普及

d 認知症の人の生活を支える良質な介護を担う人材の確保

認知症の人の介護にあたっては、認知症を理解し、本人主体の介護を行うことで、できる限り認知症の進行を緩徐化させ、認知症の行動・心理症状（BPSD）を予防できるような形でサービスを提供できる、良質な介護を担う人材を質・量ともに確保してまいります。

- ① 認知症介護等研修の実施
- ② 認知症介護指導者の養成及びスキルアップ

e 若年性認知症の人や家族等の支援

県は、若年性認知症の人が、発症初期の段階から、その症状・社会的立場や生活環境などの特徴を踏まえ、認知機能が低下してきてもできることを可能な限り続けながら適切な支援を受けられるよう、医療分野による支援だけでなく、若年性認知症の人やその家族等を支援する関係者のネットワークを構築するとともに、居場所づくりや就労・社会参加支援等、様々な分野にわたる支援を総合的に講じていきます。

- ① 若年性認知症支援コーディネーターの配置
- ② 自立支援ネットワーク会議及び研修会
- ③ 若年性認知症当事者及び家族支援

f 認知症の人の生活におけるバリアフリー化の推進

認知症の人が自立して、かつ、安心して地域の人々とともに暮らすことのできる安全な地域づくりの推進を図るため、地域において認知症の人を見守るための体制を整備してまいります。

- ① 認知症サポーターの養成
- ② 成年後見制度の利用促進
- ③ 認知症に関する取組を実施している事業所等の認定

エ 児童・思春期精神疾患

【現状】

継続的に受療している20歳未満の精神疾患を有する総患者数（発達障害を含む）は全国で約60万人（令和2（2020）年）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、診療体制を整備するとともに、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、保健所及び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。

(4) 推進方策

a 相談体制の充実

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、日常の健康観察や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 診療・連携体制の構築

児童・思春期精神科医と一般（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。また、県は、厚生労働省主催「思春期精神保健研修」への受講について、行政機関や精神科医療機関等への働きかけを

強化します。

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

県は、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を実施する等、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】

アルコール依存症の生涯経験者は全国で推計 54 万人^(注1)を超え、アルコール依存症を現在有する者は 25 万人にのぼるとの報告がありますが、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 5.2 万人^(注2)となっています。

大麻や麻薬、シンナーなどの薬物使用の生涯経験者は全国で推計 216 万人^(注3)、過去 1 年の経験者は 32 万 6 千人にのぼるとの報告がありますが、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 5 千人^(注2)となっています。

ギャンブル等依存症については、令和 2（2020）年度の全国調査で、過去 1 年における「ギャンブル等依存が疑われる者」の割合は成人の 2.2%^(注4)と推計されていますが、継続的に受療している総患者数は全国で 3 千人^(注2)となっています。

【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

- ① 行政をはじめ、回復支援施設や家族会、自助グループ等の民間団体、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。

(注 1) 国立研究開発法人日本医療研究開発機構「アルコール依存症の実態把握、地域連携による早期介入・回復プログラム開発に関する研究」(平成 28～30 (2016～2018) 年)

(注 2) 厚生労働省「患者調査」(令和 2 (2020) 年)

(注 3) 薬物使用に関する全国住民調査(令和 3 (2021) 年度)

(注 4) 独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター「ギャンブル障害およびギャンブル関連問題の実態調査」(令和 2 (2020) 年度)

- ② 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。
- ③ 依存症に関する正しい知識の普及啓発に取り組むこと。

(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

県は、アルコール、薬物、ギャンブル等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、家族会や自助グループ、回復支援施設等の回復・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、薬物、ギャンブル等依存症の者の治療・支援に関わる人材育成の推進

県は、アルコール、薬物、ギャンブル等依存症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。

アルコール依存症、薬物依存症の患者に対する回復プログラム（S M A R P P）、ギャンブル等依存症患者に対する回復プログラム（S A T - G）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】

(7) 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及び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。

(4) 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するなど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や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、健康相談や事後指導等、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、保健所及び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 県は、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。

この障害は外見上では分かりにくく、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、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 (2007) 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 (2018) 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リ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見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

県は、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や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、発作を繰り返し起こす脳の慢性疾患で、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、全国てんかんセンター協議会登録のてんかんセンター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（2020）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。

【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

県は、茨城県てんかん支援拠点病院^(注2)である筑波大学附属病院、てんかん診療を行う医療機関や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】

令和2（2020）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4万人います。^(注3)

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。

(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・都道府県及びてんかん学会・てんかん協会・全国てんかんセンター協議会の支援の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。

(注2) 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3) 厚生労働省「患者調査」（令和2（2020）年）

【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・技術の普及啓発や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下、適切な診断・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、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のほか、家族と協力しながら治療を進めるとともに、家族に対しても支援を行うこと。
- 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及び家族会の整備について検討します。

また、摂食障害に関して、パンフレットやホームページ等を活用し、県民への普及啓発を推進するとともに、教員等の学校関係者への理解を深める機会を設けます。

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】

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

また、当事者や家族等に対し、相談窓口の周知を図るとともに、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。

さらに、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)

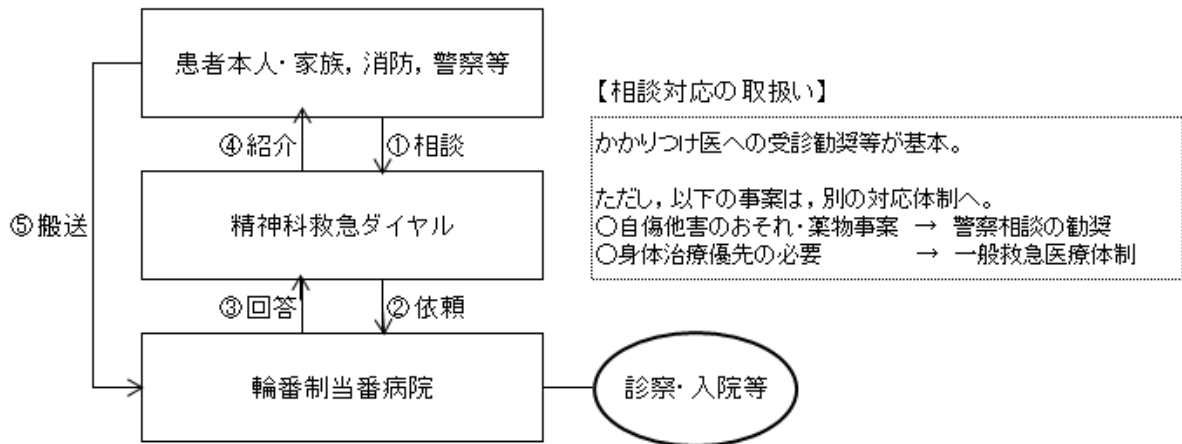
(4) 精神科一般救急（精神科二次救急）医療体制

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（17:00～22:00） ※21:00受付終了※3	輪番制・1床	
	水・木・金・休日（22:00～翌8:30）	水・木・金：当番病院 金・休日：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、平日昼間に精神障害者や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。また、県では平日 22 時まで及び休日に精神障害者及びその家族が相談できる窓口を設置しています。

【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。

(才) 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。

県においては、平日夜間に対応できておらず、市町村においては、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】

県は、精神科救急患者に対し、緊急度に応じた救急医療等を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】

(7) 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。

(4) 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。

(7) 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、精神科病床がないため、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、単独での受入れが難しい状況にあります。

【課題】

(7) 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。

- (4) 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。
- (5) 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）の確保について推進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、救急医療機関や搬送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について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。又は、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又は一般（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又は精神科医療機関の診療協力関係を有すること。

e 新興感染症等発生・まん延時に必要な医療を提供できる機能

- ① 感染症発生・まん延時においても、必要な感染症対策を実施し、適切な精神科医療を提供できること。
- ② 精神疾患を有する患者が新興感染症に罹患した場合、県や関係機関と連携し必要な医療を提供すること。

(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、精神疾患や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）の確保について推進していきます。
- ⑧ 身体症状が安定化した後に精神科病院が速やかに受け入れるなど、精神科医療機関と一般（身体科）医療機関との連携の仕組みについて検討します。
- ⑨ 「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。
- ⑩ 精神疾患を有する患者が新興感染症に罹患した場合でも、適切な医療が受けられるよう、精神科病院に対し研修会を開催するなど、平時より感染症対策の実施を促すと共に、関係機関との連携について検討していきます。
- ⑪ 新興感染症発生・まん延時には、関係機関と連携し、精神科領域における課題解決に向け、県全体として対応の検討を行います。

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例とされています。そのうち、40～60%は0歳児であり、その半数近くが生後1か月未満の事例です。令和4（2022）年度の報告では、加害者の約60%は実母が関わり、心中以外の虐待死では、実母に「産後うつ」「精神障害」がそれぞれ約10%あったと報告されています。

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、平成28（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スに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ます。そのため、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す。また、産科、小児科医療機関及び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。
又は、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なが等地域との連携を図ること。

(4) 推進方策

- ① 県は、産科、小児科医療機関及び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や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）年度から筑波大学附属病院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（令和 5（2023）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 チーム編成や派遣数・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として指定する必要があります。

災害時において、連携した精神保健医療活動を行えるよう、日本赤十字社こころのケアチーム、D M A T、D H E A T、J M A T、J R A T 等関係機関との連携強化が必要です。

【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（B C P）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、通信等のライフラインの強化を図ること。

(4) 推進方策

- ① 県は、災害拠点精神科病院を指定します。また、定期的な訓練・研修の実施、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。

（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。

- 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、訓練・研修を通じて県精神科病院協会、日本赤十字社こころのケアチーム、DMAT、DHEAT、JMAT、JRAT等との連携促進を図ります。

ソ 自殺対策

【現状】

全国の自殺者数は、平成 18（2006）年に「自殺対策基本法」が制定され、国を挙げて自殺対策を総合的に推進した結果、3万人台から1万9千人台に減少しました。しかし、新型コロナウイルス感染症拡大の影響等で、令和 2（2020）年の全国における自殺者数は11年ぶりに増加に転じました。このため、国では令和 4（2022）年10月に、社会の変化により顕在化してきた課題への対応を盛り込んだ大綱を5年ぶりに見直したところです。

本県では、平成 31（2019）年3月に「茨城県自殺対策計画」を策定し、総合的に自殺対策に取り組んできたことにより、本県の自殺者数は、ピーク時の平成 19（2007）年の770人と比べると、令和元（2019）年には470人と約39%減少しましたが、全国と同様に令和 2（2020）年に増加に転じ、令和 4（2022）年の自殺者数は502人で全国ワースト11位、自殺死亡率（人口10万人対）は18.1で全国ワースト19位と全国平均を上回っています。（令和 4（2022）年厚生労働省「人口動態統計」）

【課題】

自殺は、その多くが追い込まれた末の死であると言われており、その背景には、精神保健上の問題だけでなく、過労、生活困窮、育児や介護疲れ、いじめや孤立などの様々な社会的要因があるため、個々人が自殺に追い込まれないよう、保健、医療、福祉、教育、労働、その他の関連施策との包括的な連携を図ることによって、「生きることへの包括的な支援」として総合的に実施する必要があります。

地域全体が、「普及啓発」、「相談体制の強化」、「人材の養成」を施策の柱とし、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。

【対策】

(7) 求められる医療機能

自殺未遂者が救急医療を受診後、地域で必要な精神科医療を継続して受けられるよう、救急医療機関と精神科医療機関との連携強化を図ること。

かかりつけ医等において、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

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気軽に相談ができるよう、精神保健福祉センターによる面接相談・電話相談（いばらきこころのホットライン）や各保健所による「こころの健康相談」を実施します。

県は、これまでの面談や電話による相談に加え、若者にコミュニケーション手段として広く普及している SNS 等を活用した相談窓口を整備し、相談体制の充実・強化を図ります。

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。

c 人材の養成

県民一人一人が、身近な方の自殺企図の危険性に気づき、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)の役割を担う人材を養成するとともに、ゲートキーパーを育成するための指導的立場の人材を養成します。

県は、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。

d 自殺対策の推進体制

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を支援・推進します。

市町村、支援機関、医療機関や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 ひきこもり対策

【現状】

ひきこもりとは、様々な要因の結果として社会的参加（義務教育を含む就学、非常勤職を含む就労、家庭外での交遊など）を回避し、原則的には6ヵ月以上にわたって概ね家庭にとどまり続けている状態（他者と交わらない形での外出をしてもよい）と定義され、ひきこもりの者は県内に約33,000人いると推計されます。

ひきこもりとなった原因は、不登校、受験や就職活動の失敗、人間関係、病気など

(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

様々ですが、ひきこもり者の状況に応じ、社会参加に向けてきめ細かく継続的に支援していく必要があります。

県では、平成 23（2011）年 6 月にひきこもり対策の中核機関として設置した「ひきこもり相談支援センター」を中心に、「知識の普及・啓発」、「相談体制の充実・強化」、「社会参加の促進」、「関係機関との連携強化」の四つを柱に、ひきこもり対策を推進しています。

■ひきこもり相談件数

（単位：件）

		令和元年度 (2019)	令和 2 年度 (2020)	令和 3 年度 (2021)	令和 4 年度 (2022)
ひきこもり相談 支援センター	実	541	597	728	690
	延	1,717	4,078	5,305	4,293
保健所	延	741	325	208	192

【課題】

ひきこもり推計者数に対して相談件数が極めて少ない状況です。

就労関係や人間関係でのつまづきのために、ひきこもりの状態にある者が多く見られることから、これらに対する適切な支援・再チャレンジできる場の提供が必要です。

【対策】

（ア） 求められる医療機能

ひきこもり者の背景等も含め理解し、必要に応じて関係機関と連携した支援ができること。

（イ） 推進方策

a ひきこもりに関する知識の普及・啓発

ホームページや広報紙・リーフレットの配布、研修会や講演会の開催等により、一般県民に対してひきこもりの理解促進や知識の普及、ひきこもり者へ相談窓口の周知を行います。併せて、相談に至っていないひきこもり者の減少を図ります。

b 相談体制の充実・強化

① ひきこもりに関する相談・訪問指導等

本人やその家族等に対し必要な支援を行うため、ひきこもり相談支援センター及び保健所において、電話相談、面接相談及び訪問指導等を行います。

② 専門相談

精神障害者又は精神障害が疑われる場合には、必要に応じて精神科医師等による相談を実施します。

③ 家族教室

ひきこもりに対する理解を深めるとともに、それぞれの状況にあった解決方法を探るため、当事者家族によるグループ・ミーティングやフリートークを行います。

④ 研修会

精神保健福祉センターは、市町村や民間支援団体の担当者等を対象とした研修を行い、相談対応力の向上を図ります。

c ひきこもり者の社会参加の促進

社会参加のきっかけづくりや対人関係・その他の社会的スキルの学びの場等として、ひきこもり者の「居場所づくり」や「活躍の場づくり」を推進します。

d 関係機関との連携強化

保健所において地域連携会議等を開催することにより、市町村や学校、民間支援団体の連携を強化し、地域におけるひきこもり者や家族等の支援体制の充実・強化を図ります。

チ 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」という。）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、21 の医療機関（令和 5（2023）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を使用可能な指定通院医療機関の確保が必要です。

【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、保健所及び市町村等と連携すること。

(4) 推進方策

- ① 県は、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、令和5（2023）年6月現在、精神科病院（精神病床あり）33施設、精神科・心療内科等を標榜している一般病院（精神病床なし）20施設、精神科・心療内科等を標榜する診療所99施設において、精神科医療が提供されています^{（注1）}。

【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、診療所及び訪問看護ステーション等の役割分担・連携を強化する必要があります。

【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。

（注1）障害福祉課調べ。休床中・休診中含む。

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①～③の機能を担うとともに更に、以下の機能を担う。

- ・ 積極的な情報発信及び研修(個別事例の検討、多種職研修など)を企画・実施すること。
- ・ 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 県は、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。

イ 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築

【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令和4(2022)年6月30日現在、2,655人(全入院の48.2%)で、家族等の同意による医療保護入院は2,789人(50.6%)、知事の権限による措置入院は50人(0.9%)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、令和元(2020)年6月に新規入院した患者のうち、62.6%は入院後3か月未満で、78.0%は6か月未満で、86.3%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。

本県の令和4(2022)年度の長期(1年以上)入院患者の割合は、全入院患者の68.8%を占め、5年以上は39.3%でいずれも全国平均より多い状況です(表5)。平均在院日数も371.5日と全国平均より長く推移しており、また、年々長くなっています(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。一方、本県の精神病床における地域平均生活日数は、令和2(2020)年

度には 327.1 日、全国では 327.0 日となっています（注 1）。

■入院形態別入院患者数 (表 4)

入院形態	令和元年度 (2019)		令和 2 年度 (2020)		令和 3 年度 (2021)		令和 4 年度 (2022)	
	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	53	0.8	46	0.9	51	0.9	50
医療保護入院	45.1	2,575	47.1	2,717	49.2	2,803	50.6	2,789
任意入院	53.6	3,058	51.7	2,987	49.5	2,821	48.2	2,655
その他	0.4	22	0.4	22	0.4	21	0.4	20
計	100.0	5,708	100.0	5,772	100.0	5,696	100.0	5,514

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	1,718	1,627	805	1,364	5,514
	全国	98,610	81,251	34,646	44,412	258,920
割合 (%)	茨城県	31.2	29.5	14.6	24.7	100.0
	全国	38.1	31.4	13.4	17.2	100.0

出典 令和 4 (2022) 年度精神保健福祉資料(厚生労働省)(令和 4 (2022) 年 6 月末現在)

■平均在院日数 (単位：日) (表 6)

	平成 30 年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和 2 年度 (2020)	令和 3 年度 (2021)
茨城県	339.6	339.9	358.7	371.5
全国	265.8	265.8	277.0	275.1

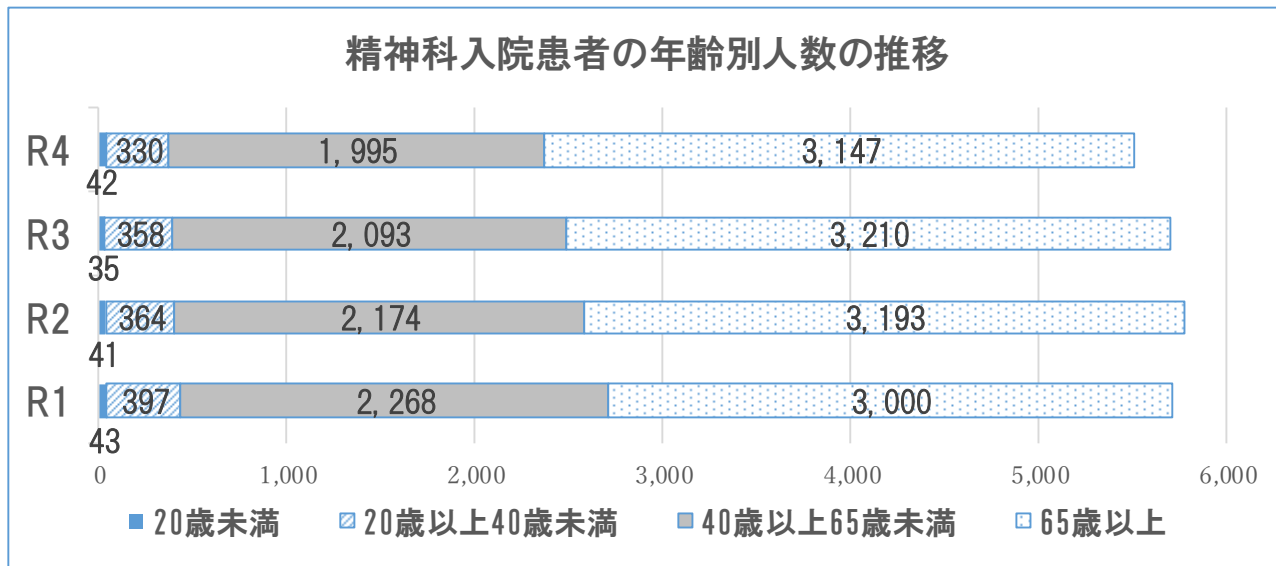
出典：病院報告

(注 1) 令和 2 (2020) 年精神保健福祉資料

地域平均生活日数とは、精神病床から地域に退院した 1 年未満在院の患者のうち、退院後 1 年以内の地域での生活日数の平均をいう。

■精神科病院入院患者の年齢別人数の推移(単位：人)

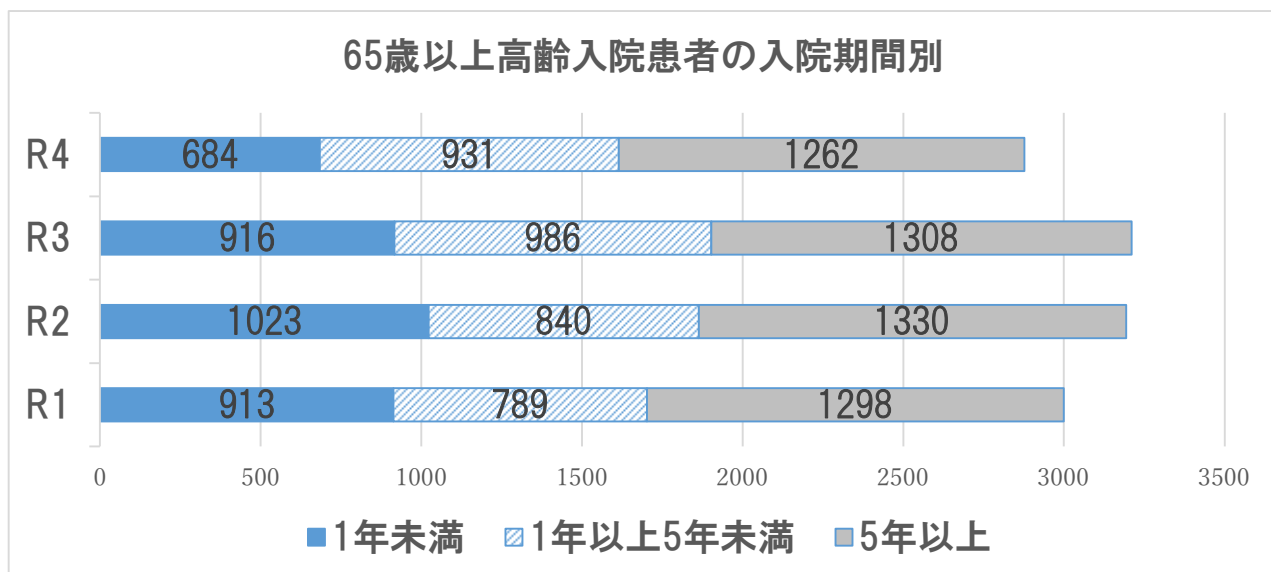
(図2)



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 地域移行・地域定着を推進するためには、医療機関からの退院支援と地域の支援体制整備の両方が必要になります。そのため、県では県全体の課題解決を目的に保健・医療・福祉による協議の場である茨城県自立支援協議会地域移行支援部会を開催しています。同様に、保健所においても協議の場を開催しています。

また、関係者に対し、精神障害者への支援の理解と地域の受皿を広げる目的で、研修会を開催しています。

その他、「精神医療福祉マップ」及び相談支援者のための「精神医療福祉相談支援の手引き」と、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す。本県においては精神科病院の精神科デイ・ケア実施率、訪問看護ステーションにおける精神科訪問看護実施率は、全国に比べ高くなっており、精神科病院の訪問看護実施率は全国に比べ低い状況です。(表8)

【課題】

- ① 入院患者の高齢化が進んでおり、かつ入院期間も長期化の傾向にあるため、高齢者支援部門と連携した支援体制、地域の受入態勢の整備が必要です。また、長期入院中の方の中には、退院意欲が持てない方もいます。
- ② 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムは、市町村が主体となり実施し、精神保健医療福祉上の課題を抱える方が、その意向やニーズに応じ切れ目なくサービスを利用し、安心してその人らしい地域生活を送ることができるよう、地域における多種職・多機関が有機的に連携する体制を整備するものです。しかし、協議の場は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、県、保健所及び市町村のそれぞれに設置している協議の場が連動し、課題を解決する仕組みが必要です。
- ③ 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、これらの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
入院後3か月時点の退院率 (%)	62.6	66.0	令和2(2020)年度精神保健福祉資料
入院後6か月時点の退院率 (%)	78.0	83.3	令和2(2020)年度精神保健福祉資料
入院後1年時点の退院率 (%)	86.3	90.6	令和2(2020)年度精神保健福祉資料
1年以上の在院患者数 (人)	3,678	2,832	令和4(2022)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 (%)	65.6	65.4	令和4(2022)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	51.3	令和4(2022)年度精神保健福祉資料
訪問看護ステーションの精神科訪問看護実施率 (%)	60.2	40.1	令和4(2022)年度精神保健福祉資料

【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・家族や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 県自立支援協議会地域移行支援部会、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等との連携を確保し、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 令和6（2024）年4月施行の精神保健福祉法改正に伴い、市町村等が実施する精神保健に関する相談支援について、精神障害者のほか精神保健に課題を抱える者も対象となります。そのため、県では市町村の相談支援体制整備に向け、必要な援助を行うよう努めます。
- ③ 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。
- ④ 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。

ウ 精神科病院における人権擁護と虐待防止

【現状】

(ア) 精神科病院における処遇

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、患者や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。

(イ) 医療従事者からの虐待防止

精神保健福祉法の改正（令和6（2024）年4月1日施行）により、精神科病院において、従事者等への研修、普及啓発等を行うことや、従事者による虐待を発見した場合に都道府県等に通報する仕組みが整備され、精神科病院において医療を受ける精神障害者に対する虐待防止のための取組の推進が求められています。

【課題】

精神科病院において、医療を受ける精神障害者に対する虐待防止に関する、意識の向上のための措置や、業務従事者に対する研修の実施及び普及啓発を推進する必要があります。

【対策】

(ア) 求められる医療機能

- ① 精神保健福祉法を遵守するとともに、人権への配慮、患者や家族等の意思を最大限に尊重し適正な医療を提供すること。
- ② 精神科病院において、医療を受ける精神障害者に対する虐待を防止するために、精神障害者の医療及び保護に係る業務に従事する者やその他関係者に対する研修の実施及び普及啓発と、患者の虐待に関する相談に係る体制整備等、必要な措置を講ずること。

(イ) 推進方策

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。

精神科病院における虐待の通報窓口を周知し、早期発見、迅速な対応及びその後の適切な支援等に努めます。

虐待の事実が認められた場合は、立入調査等監督権限の適切な行使等により対応します。

目標



番号	目標項目	現状	目標値 (R11(2029)年度)
1	入院後3か月時点の退院率	62.6% (R2(2020))	68.9% (R8(2026))
2	入院後6か月時点の退院率	78.0% (R2(2020))	84.5% (R8(2026))
3	入院後1年時点の退院率	86.3% (R2(2020))	91.0% (R8(2026))
4	慢性期入院患者数(1年以上)	3,678人 (R4(2022))	2,967人 (R8(2026))
5	退院後1年以内の地域平均生活日数	327.1日 (R2(2020))	330.2日 (R8(2026))
6	精神科一般救急(入院)対応時間 (輪番制当番病院)	<ul style="list-style-type: none"> ・(月)(火)夜間 17:00～21:00 ・(水)(木) 第1,2(金)夜間 17:00～翌8:30 ・休日昼間 8:30～17:00 ・休日夜間 17:00～21:00 	24時間365日入院可能な体制整備を目指す
7	自殺死亡率(人口10万あたり)	18.1 (R4(2022))	10.4 (R7(2025))
8	かかりつけ医等対応力向上研修 受講者数 (うつ病)	349人 (H30(2018)～R4(2022))	574人 (R6(2024)～R11(2029))
9	認知症疾患医療センターの整備	13箇所	13箇所
10	認知症サポート医養成人数(累計)	196人 (R4(2022))	280人 (R6(2024)～R8(2026))
11	かかりつけ医認知症対応力向上研修受講者数 (累計)	979人 (R4(2022))	1,240人 (H18(2006)～R8(2026))
12	歯科医師認知症対応力向上研修受講者数 (累計)	615人 (R4(2022))	1,050人 (H29(2017)～R8(2026))
13	薬剤師認知症対応力向上研修受講者数 (累計)	1,221人 (R4(2022))	2,020人 (H29(2017)～R8(2026))
14	看護職員認知症対応力向上研修受講者数 (累計)	1,004人 (R4(2022))	1,700人 (H28(2016)～R8(2026))
15	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)	4,134人 (R4(2022))	6,200人 (H27(2015)～R8(2026))

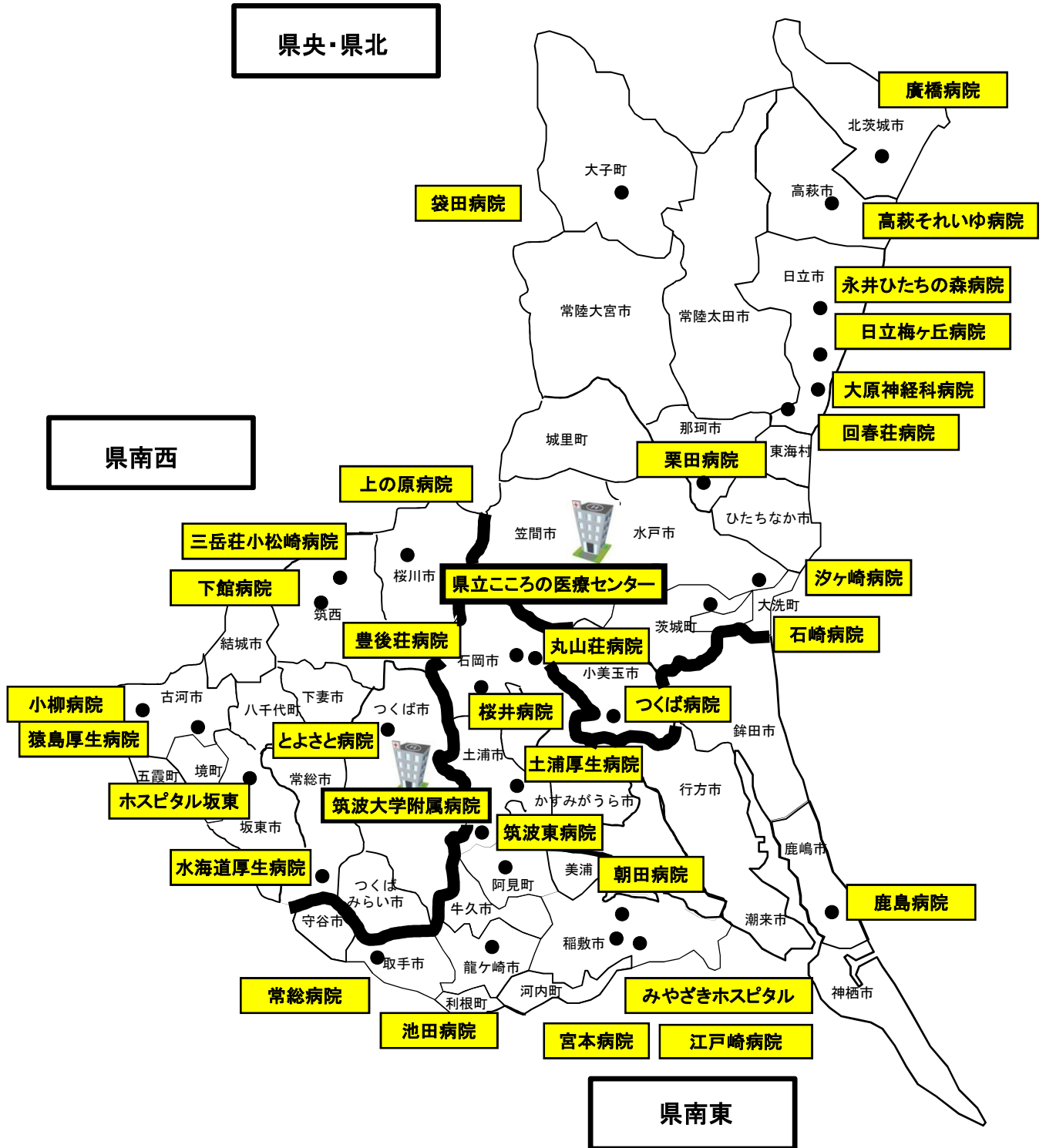
目標

番号	目標項目	現状	目標値 (R11(2029)年度)
16	病院勤務以外の看護師等認知症対応力向上研修受講者数(累計)	98人 (R4(2022))	460人 (R4(2022)~R8(2026))
17	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	16箇所 (R4(2022))	32箇所
18	高次脳機能障害の知識と支援についての研修受講者数	2,692人 (H30(2018)~R5(2023))	3,000人
19	高次脳機能障害支援機関数	4箇所	6箇所
20	医療観察法指定通院医療機関数	21施設	25施設

精神医療提供体制図

R6.4.1時点

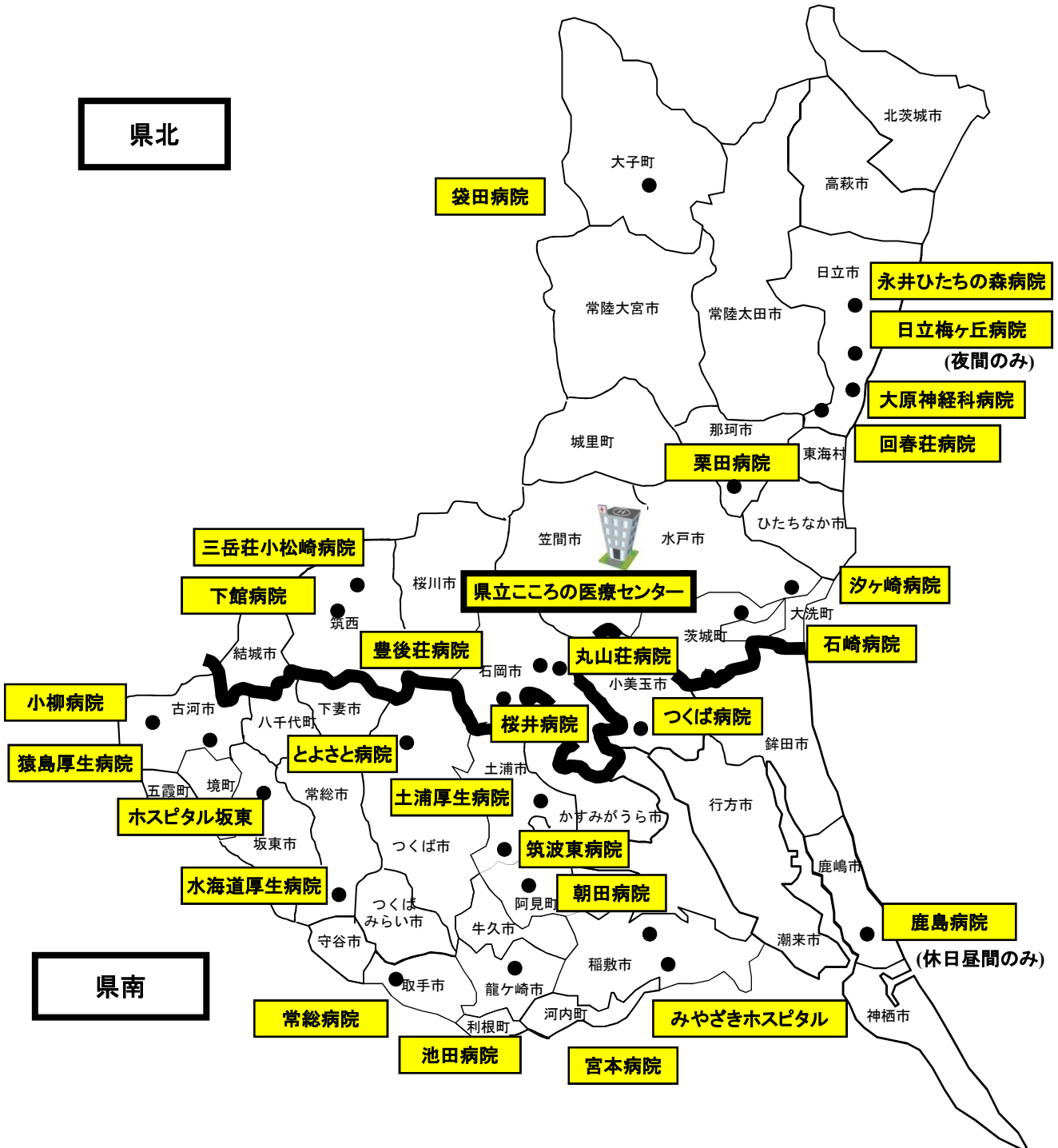
 : 県立こころの医療センター
 : 筑波大学附属病院
 : 県内精神科病院 31病院



精神科救急医療提供体制図

R6.4.1時点

	県立こころの医療センター (夜間・休日措置入院対応)	1施設
●	病院群輪番型精神科病院	27施設
夜間は全県1圏域で対応 (17:00~21:00 1病院/日・圏域)		
休日昼間は2圏域で対応 (8:30~17:00 1病院/日・圏域)		



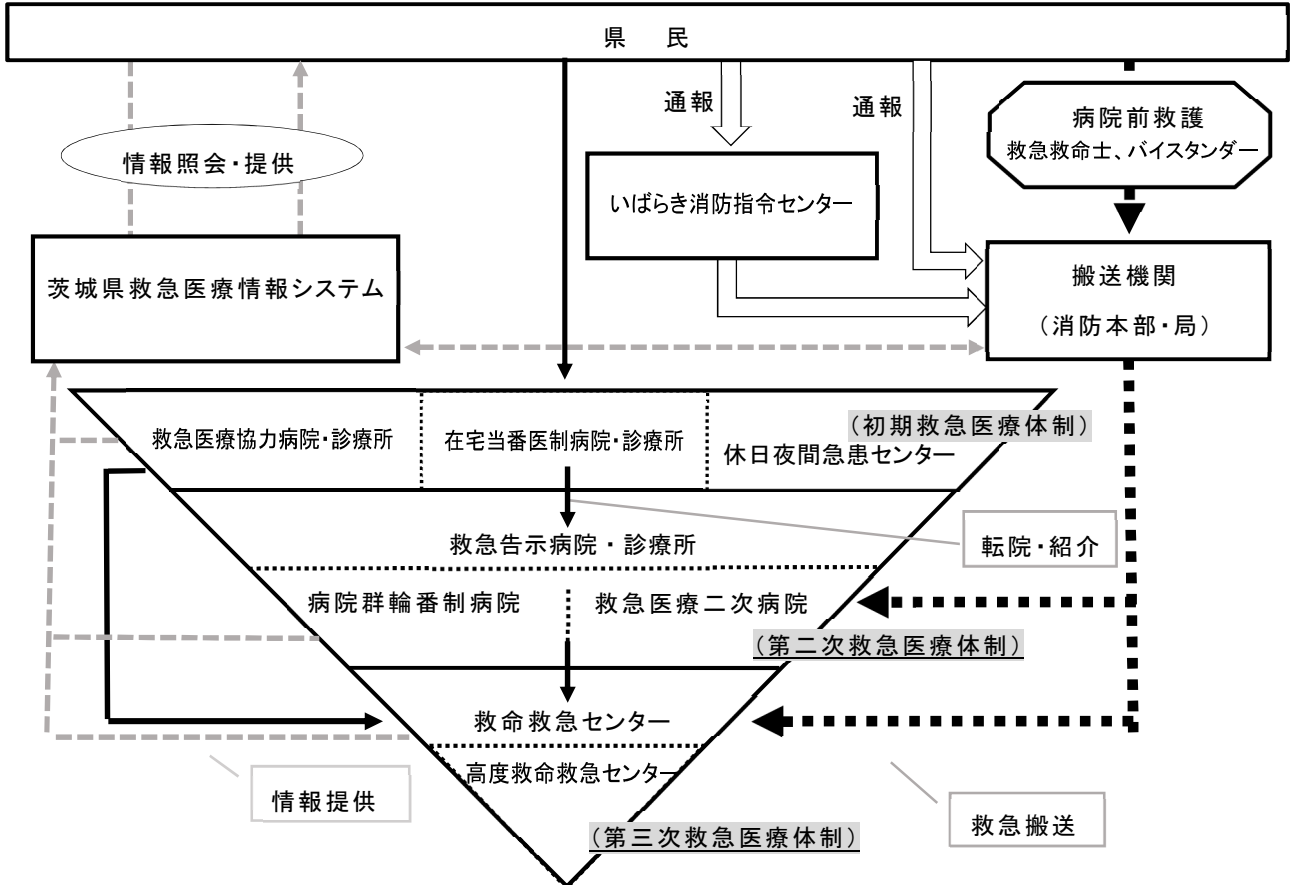
6 救急医療

(1) 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システム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1施設、救命救急センター6施設において、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及び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。また、ドクターカー（ラピッドカー含む）が10施設で運行されております。

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、市町村によって対応が一律ではありません。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

- ・ 救急患者の受入れ人数が増える一方、施設数は減少傾向にあり、医療機関の負担が増えており、今後も高齢化に伴う救急搬送の増加や医師の働き方改革への対応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入れることができない地域があり、医師の働き方改革への対応によって、さらに受入れが厳しくなる恐れがあります。
- ・ 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。
- ・ 今後は特に増加が見込まれる高齢者救急についても、主な受入先としての役割を担う必要があります。

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。
- ・ 緊急度の高い患者を迅速に搬送するための救急受入体制の構築と、超急性期・急性期を脱した後の患者を重症度に応じて適正な医療機関等へ再搬送・再配置する体制^(注1)の構築が必要です。

エ 救命後の医療

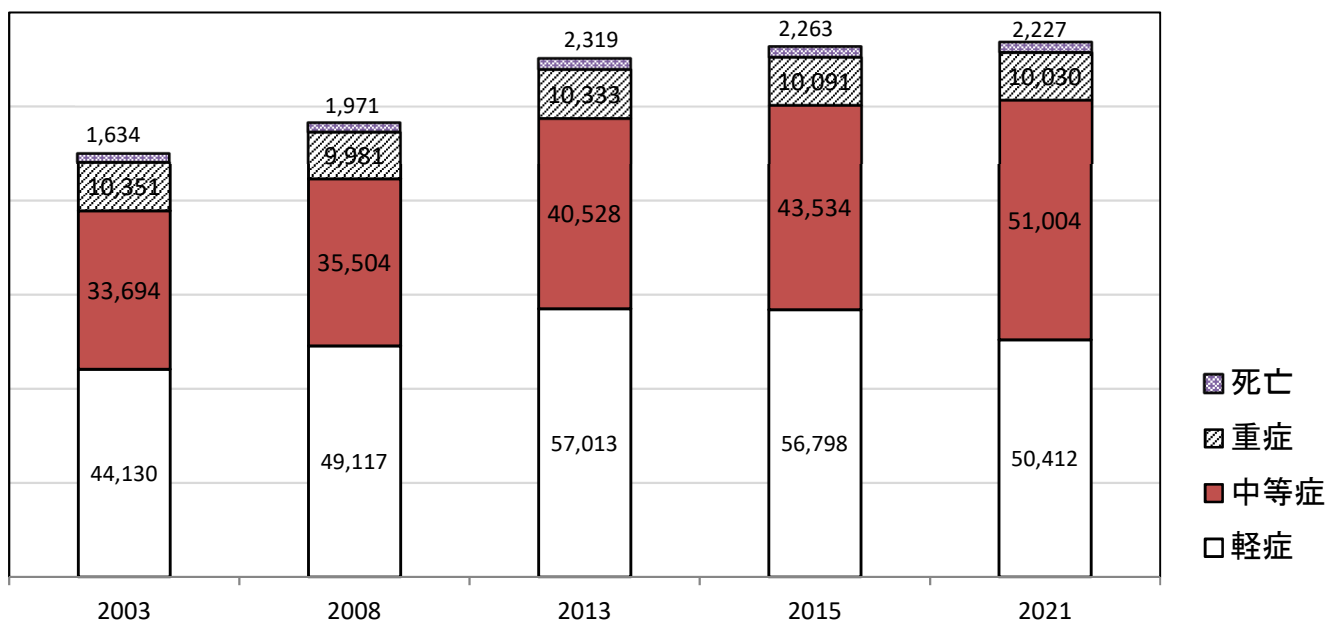
- ・ 受入医療機関の選定困難事案の原因のひとつに、「ベッド満床」が挙げられて

(注1) 再搬送・再配置する体制：緊急度の高い患者を迅速に受け入れ診療した後、重症度に応じて速やかに救急外来等から再度搬送する、あるいは、医療機関に限定せずに介護施設等も含めて適切に再配置する体制のこと。

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。

- ・ さらに、高齢化に伴う救急搬送の増加等により、第三次救急医療機関をはじめとした高次の医療機関への搬送の増加が進む可能性があり、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。
- ・ また、患者やその家族等が、人生の最終段階においてどのような医療・ケアを望むかについて日頃から話し合うよう、アドバンス・ケア・プランニング（人生会議。以下「ACP」という。）を促進していく必要があります。

■ 症状程度別搬送人員



(注) グラフには、「その他」を表記していないため、合計は合致しない。

■ 救急搬送人員

区分	2003	2008	2013	2015	2019	2021
茨城県	90,081	96,681	110,273	112,774	124,004	113,690

(出典：茨城県消防防災年報)

■ 救急医療機関数

区分	2003	2008	2013	2017	2021	2023
救急告示医療機関数	105	104	95	94	84	76
救急協力医療機関数	255	240	214	191	184	188

(出典：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

- ・ 救急搬送の3R (right patient、to the right place、in the right time) を意識して、適切な患者を適切な施設に適切な時間内に搬送する体制の構築と、状態に応じた速やかな再搬送・再配置を実施する体制の構築を目指します。
- ・ 高齢化に伴う救急搬送の増加に対応するため、重症度・緊急度が高い救急患者を受け入れる医療機関と役割分担し、早期の在宅復帰等が見込まれる高齢患者については、リハビリテーション、栄養管理、入退院支援、在宅復帰等の機能を包括的に担う病棟を有する医療機関が中心となって受け入れる体制の構築を目指します。
- ・ 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・急性心筋梗塞等の心血管疾患・重症外傷などの、それぞれの疾患に応じた医療体制の構築を目指します。
- ・ 複数診療科の介入を要する症例や診断が難しい症例、特に配慮を要する患者等、他の医療機関では治療の継続が困難な救急患者を受け入れる体制を目指します。
- ・ 超急性期・急性期を乗り越えた救命救急センターの患者を、医療機能の分化・連携により地域の他の医療機関に転院させ、又は一般病棟へ円滑に転棟させることが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、後遺症のある患者等について、高次の救急医療施設から適切な医療機関への必要な転院搬送ができる体制の構築を目指します。
- ・ 県民や医療関係者、介護関係者等に向けて、ACPの普及啓発を行う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及び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、急性心筋梗塞等の心血管疾患などに対する医療等、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、急性心筋梗塞等の心血管疾患や、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。
- ・ 患者やその家族等が、人生の最終段階においてどのような医療・ケアを望むかについて日頃から話し合うよう、ACP の普及啓発を行うこと。

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、郡市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、郡市医師会の協力を得ながら、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。
- ・ また、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

- ・ 第二次救急医療機関は、高齢者など地域で発生する救急患者の初療治療と入院治療を主に担います。
- ・ 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

(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命救命処置について、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。

め、病院群輪番制病院及び水戸地域救急医療二次病院の充実が図られるよう、事業主体である市町村と連携し、地域の実情に即した病院群輪番制等のあり方などを検討していきます。

- ・ 医師不足や医師の働き方改革への対応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、増加する高齢者救急を受入れる医療機関の位置付け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。
- ・ 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ため、脳卒中等の急性期分野で、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」による連携拡大など、デジタル技術を活用した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、急性心筋梗塞などの心血管疾患等への救急対応や機能分担のあり方について検討を進めます。
- ・ 県は、「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するとともに、指導救命士等を活用して実施基準の運用実績について検証し、実績に基づく実用的な実施基準への見直しを行ってまいります。
- ・ 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。
- ・ 県は、「茨城県救急医療情報システム」の更新に合わせて、現場の医師や指導救命士などの意見等を聞き、医療機関と搬送機関の円滑な情報共有等について検討を進め、システムの利便性の向上を図ります。
- ・ 高次の救急医療機関に搬送された患者を、状態に応じて、適切な時期に適切な地域の医療機関への転院を促進するため、患者情報や空床情報の共有、民間救急車の活用など、円滑な転院搬送の仕組みを検討します。

(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、救急搬送の3Rの実現を目標とした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航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（2019）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進め、安全を重視した上で運航促進に努

めます。

- ・ ドクターカーについて、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。
- ・ また、厚生労働省が実施する調査や、調査に基づき作成されたマニュアルを参考にしながら、ドクターカー情報交換会などを通じて、より効果的な活用を検討します。
- ・ 第三次救急医療機関は、緊急性・専門性の高い脳卒中、急性心筋梗塞等の心血管疾患や、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構築について検討を進めます。
- ・ また、地域における重篤患者を集中的に受け入れる役割を担うため、平時から、重症外傷等の特に高度で専門的な知識や技術を要する患者へ対応可能な医師・看護師等の人材の育成・配置、院内の体制整備を行います。加えて、厚生労働省が実施する外傷外科医等養成研修事業を活用して、テロ災害発生時等における銃創や爆傷等にも対応できる体制を構築します。
- ・ 休日や夜間など時間外の救急搬送困難事案^(注1)は、医師の働き方改革への対応等も考慮し、第三次救急医療機関をはじめとした地域の中核となる医療機関に一時収容し、診断と安定化を図った上で、その日ないし翌日には患者の状態に応じた適切な医療機関に転院するなど、全県的に救急搬送困難事案を削減するための体制構築を検討します。
- ・ 第三次救急医療機関は、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^(注2)」の救急医療機関への設置推進に努めます。
- ・ 高次の救急医療機関に搬送された患者を、状態に応じて、適切な時期に適切な地域の医療機関への転院を促進するため、患者情報や空床情報の共有、民間救急車の活用など、円滑な転院搬送の仕組みを検討します。（再掲）
- ・ 地域医療構想による病床機能の分化・連携の取組などを通じ、救急医療機関における患者の重症度・緊急度に応じた役割分担と連携に係る検討を進めます。
- ・ 患者やその家族等が、人生の最終段階においてどのような医療・ケアを望むかについて日頃から話し合うよう促すとともに、県民や医療関係者、介護関係者等に向けて、ACPの普及啓発を行います。

(注1) 救急搬送困難事案：総務省消防庁は、新型コロナウイルス感染症に伴う救急搬送困難事案について、救急隊による「医療機関への受入れ照会回数4回以上」かつ「現場滞在時間 30 分以上」の事案としている。

(注2) 救急患者退院コーディネーター：救急医療用病床を有効に活用するため、急性期を脱した救急患者の円滑な転床・転院を促進する、地域の実情に精通した看護師、社会福祉士等の医療従事者

(2) 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入れ、入院病床の確保及び自宅等の患者が望む場所での看取りが可能な体制の確保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。

【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ることから、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

(7) 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、後遺症のある患者について、高次の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・在宅で療養を行えるよう、急変時の対応を含め、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。
- ・ 高齢患者が受診後に安心して生活できるよう、生活上の留意点に関する指導を行い、必要な支援へつなぐ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。
- ・ ACPを普及啓発し、患者の希望する医療・ケアについて必要な時に確認できる体制の構築を目指します。

イ 求められる機能

(7) 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

- ・ 県は、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、入院受入れを含めた複数の医療機関等による連携体制の構築を促進し、後方支援体制の充実を図ります。
- ・ 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。
- ・ 患者やその家族等が、人生の最終段階においてどのような医療・ケアを望むかについて日頃から話し合うよう促すとともに、県民や医療関係者、介護関係者等に向けて、ACPの普及啓発を行います。（再掲）
- ・ 自治体、医療関係者、介護関係者等は患者や家族等へACPを促し、地域包括ケアシステムやACPに関する議論の場等において、患者の希望する医療・ケアについて必要な時に確認できる方法について検討します。
- ・ ACPに関する議論や救急現場における心肺蘇生を望まない心肺停止患者への対応方針等は、例えば、救急医療の関係者や地域包括ケアの医療・介護関係者、消防関係者等地域の関係者がそれぞれ実施する会議を合同で開催することなどにより、地域の実情に応じ地域の多様な関係者が協力して検討します。

(3) 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。
- ・ 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1)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、精神科病床がないため、単独での受入れが難しい状況にあります。

(注1) 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。

【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）の確保について推進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、救急医療機関や搬送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、身体疾患と精神疾患の双方について適切に診断・治療できること又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又は一般（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又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。

(ウ) 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。

- (エ) 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。
- (オ) 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。
- (カ) 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。
- (キ) 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）の確保について推進していきます。
- (ク) 身体症状が安定化した後に精神科病院が速やかに受け入れるなど、精神科医療機関と一般（身体科）医療機関との連携の仕組みについて検討します。
- (ケ) 「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。

(4) 救急搬送体制

【現状】

ア 病院前救護

- ・ 本県では、24 消防本部・局 152 隊の救急隊（令和 4（2022）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消防本部・局に所属する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 A E D^{（注 2）}の使用ができるよう、各消防本部において、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 23（2011）年の 117,233 件から令和 3（2021）年は 126,114 件と、この 10 年間で約 8,900 件（約 8 %）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。
- ・ 「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に情報提供しています。
- ・ 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、茨城県 A E D普及啓発サイトなどを通じて、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。

（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）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。

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・局（33 市町）が「いばらき消防指令センター」を共同運用しています。

【課題】

ア 病院前救護

- ・ 令和 4（2022）年 4 月現在で、全救急隊 152 隊で救急救命士を運用しておりますが、うち 23 隊で常時運用ができていない状況です。
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、全ての救急隊で救急救命士を常時運用できるよう、消防本部・局に所属する救急救命士の養成を行うとともに、救急業務の質の向上を図っていく必要があります。
- ・ 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。
- ・ 「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。（再掲）
- ・ 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 3（2021）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

- ・ 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 4（2022）年度末現在、県内 24 消防本部・局中、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・局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	2003	2008	2013	2015	2019	2021
茨城県	31.0	37.5	40.5	41.7	43.3	44.9
全 国	29.4	35.0	39.3	39.4	39.5	42.8

（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	2008	2013	2015	2019	2021
茨城県	6.5	8.9	9.5	11.3	6.8
全 国	10.4	11.9	13.0	13.9	11.1

（出典：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	2008	2013	2015	2019	2021
茨城県	3.8	5.5	6.8	8.0	5.1
全 国	6.2	7.9	8.6	9.0	6.9

（出典：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。
- ・ 「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共有体制の構築を目指します。
- ・ 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消防本部・局に所属する救急救命士

を養成するとともに、指導救命士を活用しながら、救急業務の質の向上を図っていきます。

- ・ 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。
- ・ 県は、「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するとともに、指導救命士等を活用して実施基準の運用実績について検証し、実績に基づく実用的な実施基準への見直しを行ってまいります。
(再掲)
- ・ 「茨城県救急医療情報システム」の更新に合わせて、現場の医師や指導救命士などの意見等を聞き、医療機関と搬送機関の円滑な情報共有等について検討を進め、システムの利便性の向上を図ります。(再掲)
- ・ 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ヵ月後生存率並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を生存率が低い地域に紹介するなど、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。
- ・ 県は、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・県医師会・講習団体・消防関係・介護福祉団体・販売事業者等で構成する「AED普及推進連絡協議会」や茨城県AED普及啓発サイトを通じて、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について、指導救命士を活用しながら、継続的に実施していきます。
- ・ 県は、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。
- ・ 県は、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・局に対して、ゼロ隊運用（出動可能な救急隊がなくなった場合に、他の消防本部の救急隊に自動的に出動指令を行うこと）や、直近指令（現場に最先着できる救急隊に自動的に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。
- ・ 救急搬送困難事案を削減するため、救急搬送困難事案の具体的な解析を進め、指導救命士などを活用し、救急搬送体制の見直しを検討します。

(5) 救急医療の情報提供及び周知啓発

【現状】

- ・ 県民に救急医療情報を提供するとともに、救急電話相談（#7119、#8000）を24時間365日体制で実施し、「救急の日（9月9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 救急医療の周知啓発

- ・ 救急搬送人員の半数程度が軽症患者であり、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、医療機関を受診した方がよいのか、医療機関に行くなら急いだ方がよいのか、救急車を呼んだ方がよいのかなど、救急医療の適正利用を県民に対し周知啓発を図っていく必要があります。
- ・ また、患者やその家族等が、人生の最終段階においてどのような医療・ケアを望むかについて日頃から話し合うよう、ACPを促進していく必要があります。（再掲）

【対策】

ア 目指すべき方向

(ア) 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。
- ・ 県民や医療関係者、介護関係者等に向けて、ACPの普及啓発を行う体制の構築を目指します。（再掲）

イ 求められる機能

(ア) 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。
- ・ 患者やその家族等が、人生の最終段階においてどのような医療・ケアを望むかについて日頃から話し合うよう、ACPの普及啓発を行うこと。（再掲）

ウ 対策

(ア) 救急医療の周知啓発

- ・ 県は、真に救急対応が必要な方に救急医療を提供できるよう、総務省消防庁が作成した緊急度等を自身で判定する「救急受診ガイド」や「救急車利用マニュアル」などを活用し、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。
- ・ 県は、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。
- ・ 県は、救急電話相談（#7119、#8000）の充実を図るとともに、認知度向上に向け市町村や関係機関と協力して、県民に対し普及啓発に取り組みます。

- ・ また、県民自らが受診先を選択できるよう、市町村や関係機関と協力して、医療情報ネット^(注1)の周知に取り組みます。
- ・ AED設置施設を公表・周知するとともに、県民に対しAEDや心肺蘇生法の普及啓発に取り組みます。
- ・ 患者やその家族等が、人生の最終段階においてどのような医療・ケアを望むかについて日頃から話し合うよう促すとともに、県民や医療関係者、介護関係者等に向けて、ACPの普及啓発を行います。(再掲)

(6) 新興感染症の発生・まん延時における救急医療体制

【現状】

- ・ 新型コロナウイルス感染症まん延時等においては、新型コロナウイルス感染症患者受入専用の初療室を確保したことによる救急初療室の減少、新型コロナウイルス感染症疑い患者を救急外来で隔離するために同時に受入れが可能な救急患者数が減少したこと、入院が必要な患者に対する新型コロナウイルス感染症のスクリーニングによる待機時間の発生などが生じたことから、救急外来の機能が制限されました。
- ・ 新型コロナウイルス感染症患者を受け入れる病床を確保するために相対的に一般病床が減少したこと、医療従事者が濃厚接触や感染によって出勤できなくなるケースが増加したことによる人員不足、さらに、退院や転院が滞ることによる出口問題などが生じたことから、入院病床の機能も制限されました。

【課題】

- ・ 救急外来や入院病床における複合的な要因によって、救急患者の受入れが困難になる事案が増加し、救急医療における様々な課題が顕在化したことから、新興感染症の発生・まん延時において、感染症対応と通常の救急医療を両立できるような体制を構築していく必要があります。

【対策】

ア 目指すべき方向

(ア) 新興感染症の発生・まん延時の患者受入れ体制の整備

- ・ 平時から新興感染症の発生・まん延時の患者受入れ体制について検討します。

(イ) 相談体制整備

- ・ 救急医療のひっ迫回避のため相談体制の整備を図ります。

(ウ) 感染対策人材の育成体制整備

- ・ 救急患者を受け入れるために必要な感染対策を講じる人材を平時から育成する体制を検討します。

イ 求められる機能

(ア) 新興感染症の発生・まん延時の患者受入れ体制を整えること。

(イ) 新興感染症の発生・まん延時の救急搬送体制を整えること。

(注1) 医療情報ネット:厚生労働省が運営する医療機能情報提供制度の全国統一的な情報提供システム。診療科目や診療時間など医療機関の情報をインターネットにより提供するもの。(令和6(2024)年4月稼働予定)

(ウ) 救急外来を受診しなくても済むよう、相談体制を整えること。

(エ) 感染対策人材の育成体制を整備すること。

ウ 対策

(ア) 新興感染症の発生・まん延時の患者受入れ体制の整備

- ・ 救急医療機関が、通常の救急患者に対しても適切な医療を提供できるよう、第二次救急医療機関や第三次救急医療機関及び地域全体において対応できる体制の整備を検討します。
- ・ 外来機能に特化した医療機関の整備や、患者や医療人材を集めて対応する大規模な医療機関の整備、第二次救急医療機関や第三次救急医療機関に患者を分散して対応する体制等、地域の実情に応じて、精神疾患を有する患者、障害者、小児、妊婦、透析患者等、特に配慮を要する患者を含め患者等を受け入れる医療機関をあらかじめ検討し、新興感染症の発生・まん延時の患者受入れ体制の整備に努めます。
- ・ 医療機関において、救急外来の需要が急増した際に外来機能を拡充する方法について平時から検討する体制の整備に努めます。

(イ) 新興感染症の発生・まん延時の救急搬送体制の整備

- ・ 救急隊と医療機関が傷病者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を中心とする輪番制の活用など、新興感染症の発生・まん延時の救急搬送体制について、県及び地区メディカルコントロール協議会等において検討します。
- ・ 搬送機関が各医療機関の受入れ可否等の情報を収集し、救急搬送先の円滑な選定ができるよう、厚生労働省による「医療機関等情報支援システム（G-MIS）」や、「茨城県救急医療情報システム」を活用します。

(ウ) 相談体制等の整備

- ・ 救急外来を受診しなくても済むよう、電話等による相談体制（#7119、#8000等）及びオンライン診療を実施する体制を平時から充実させ、適切に周知を図ることで、新興感染症のまん延により救急外来の需要が急増した際にも対応できる体制の整備に努めます。

(エ) 感染対策のための研修会

- ・ 救急患者を受け入れるために必要な感染対策を講じる人材を平時から育成するため、救急対応を行う医療機関においても、感染対策に係る研修の実施等を行います。

【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ヵ月後社会復帰率	R3 (2021) : 5.1%	全国平均以上 6.9% (R3 (2021))
2	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 R3 (2021) : 38.9分	全国平均以下 38.8分 (R3 (2021))
3		重症 茨城県平均 R3 (2021) : 46.6分	全国平均以下 43.4分 (R3 (2021))
4		中等症 茨城県平均 R3 (2021) : 45.6分	全国平均以下 43.5分 (R3 (2021))
5		全症度 茨城県平均 R3 (2021) : 44.9分	全国平均以下 42.8分 (R3 (2021))
6	現場到着から現場出発までの時間	全症度 茨城県平均 R3 (2021) : 18.2分	全国平均以下 19.0分 (R3 (2021))
7	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
8	救急搬送人員に占める軽症者の割合	R3 (2021) : 44.3%	全国平均以下 44.8% (R3 (2021))
9	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・AEDによる除細動）を実施した割合	R3 (2021) : 48.8%	全国平均以上 50.6% (R3 (2021))
10	重症救急搬送患者の医療機関への受入照会の割合	4回以上 R3 (2021) : 4.7%	全国平均以下 4.3% (R3 (2021))
11		30分以上 R3 (2021) : 7.5%	全国平均以下 7.7% (R3 (2021))
12	救急隊における救急救命士の常時運用の割合	R4 (2022) : 84.9%	100.0%

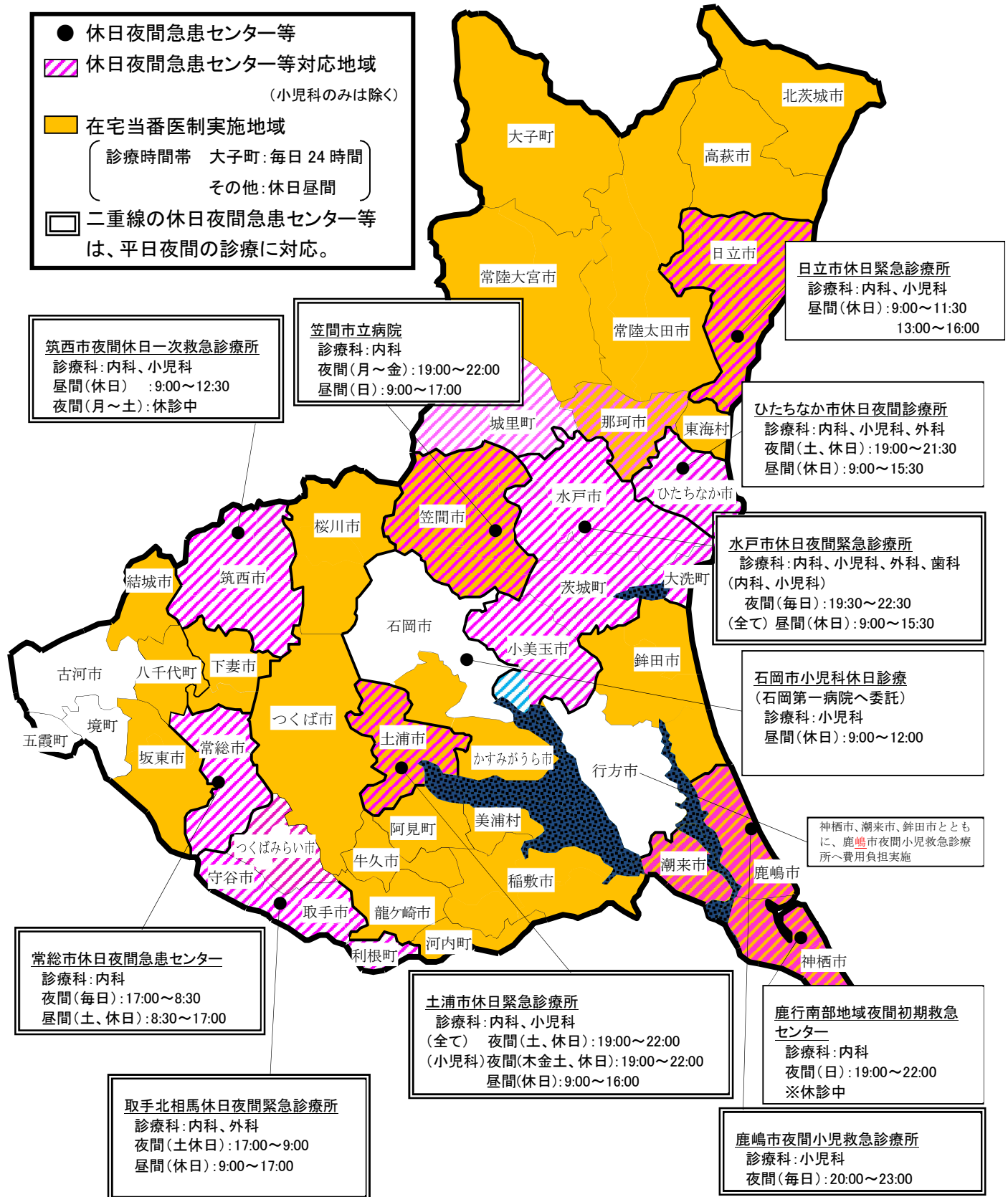
傷病程度の定義（総務省消防庁より）

- ・死亡 : 初診時において死亡が確認されたもの
- ・重症（長期入院）：傷病程度が3週間以上の入院加療を必要とするもの
- ・中等症（入院診療）：傷病程度が重症又は軽症以外のもの
- ・軽症（外来診療）：傷病程度が入院加療を必要としないもの
- ・その他 : 医師の診断がないもの及び傷病程度が判明しないもの、その他の場所に搬送したもの

※傷病程度は入院加療の必要程度を基準に区分しているため、軽症の中には早期に病院での治療が必要だったものや通院による治療が必要だったものも含まれている。

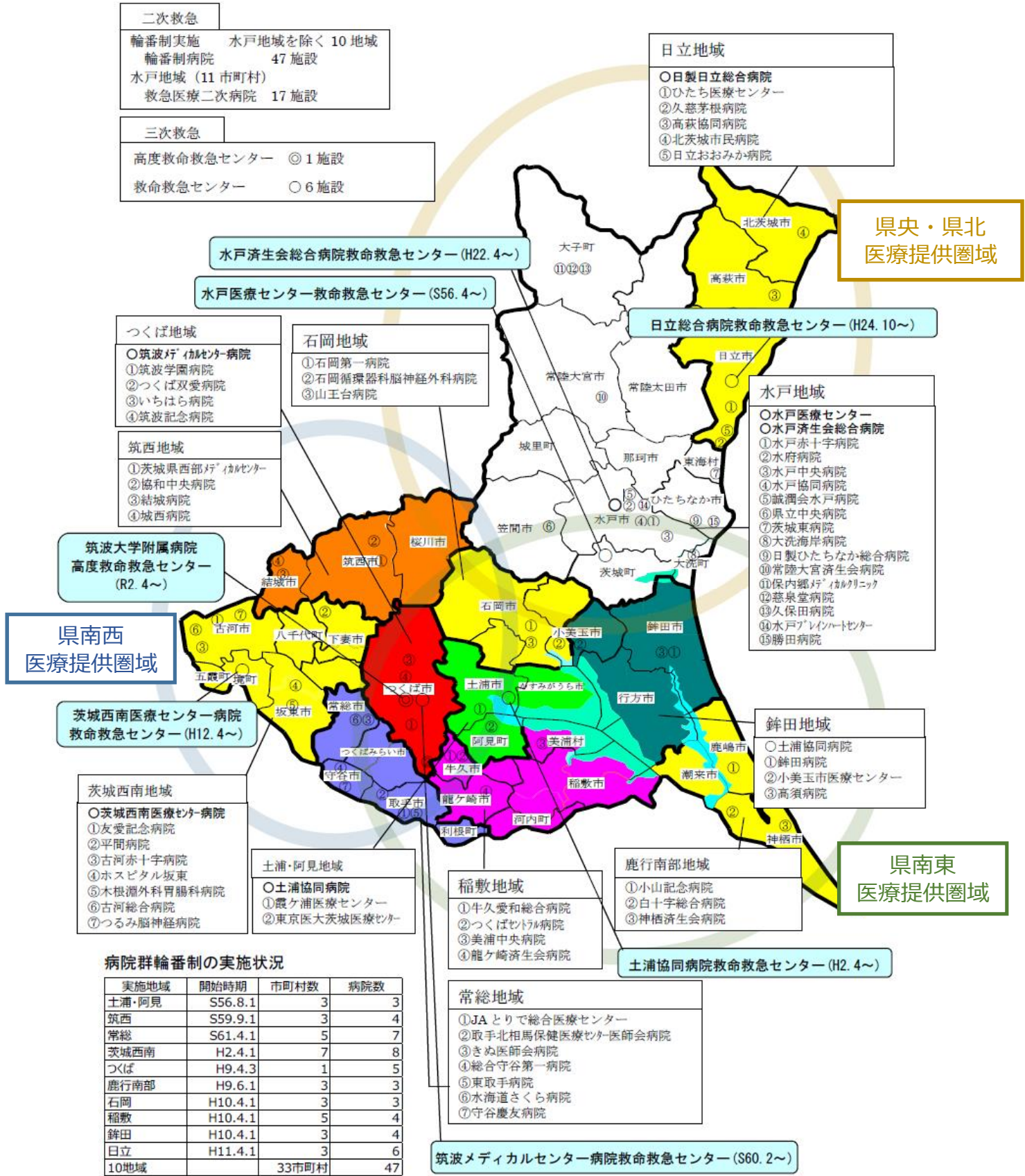
■救急医療提供体制図（初期）

休日夜間急患センター・在宅当番医制 実施状況



令和6(2024)年4月1日現在

■救急医療提供体制図（二次・三次）



令和 6 (2024) 年 4 月 1 日現在

※上記の医療提供体制図に重ねて記載のある3つの圏域は、総論第4章第2節において設定する「医療提供圏域」を図示したものである。

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」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」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、全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に全病院と一部有床診療所の登録を完了させ、情報共有体制を強化してきました。また、災害医療コーディネーターの設置により、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総合調整を担い、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」という。）養成研修に参加し、被災地の保健所等へ応援派遣される職員を養成しています。

令和3（2021）年には、災害等により大規模な人的被害が発生した場合において、必要とされる小児周産期医療が迅速かつ的確に提供できる体制の構築を図るため、災害時小児・周産期リエゾンを任命しました。さらに、避難所、救護所における健康管理を主に担う看護師等の派遣について、災害支援ナースを養成する茨城県看護協会との間で協定を締結しました。

また、世界的に流行した新型コロナウイルス感染症に際しては、災害医療の経験を生かして、各都道府県のDMATが感染症の専門家とともに活動し、その実績を踏まえ、令和4年度より新興感染症に際してのDMATとしての活動が、明確に位置付けられました。

その他、令和5年度より被災地の薬事・衛生面に関する情報の把握や、医薬品や薬剤師のマッチング等を行う災害薬事コーディネーターを設置したほか、災害派遣精神医療チーム（以下「DPAT」という。）、日本医師会災害医療チーム（以下「JMAT」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」という。）、日本赤十字社救護班（以下「日赤救護班」という。）、全日本病院医療支援班（以下「AMAT」という。）等の協力を得て、医療・保健・福祉分野

の横断的な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。

【課題】

災害時においては、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、通信等のライフラインが途絶えた中で発生することも想定されます。

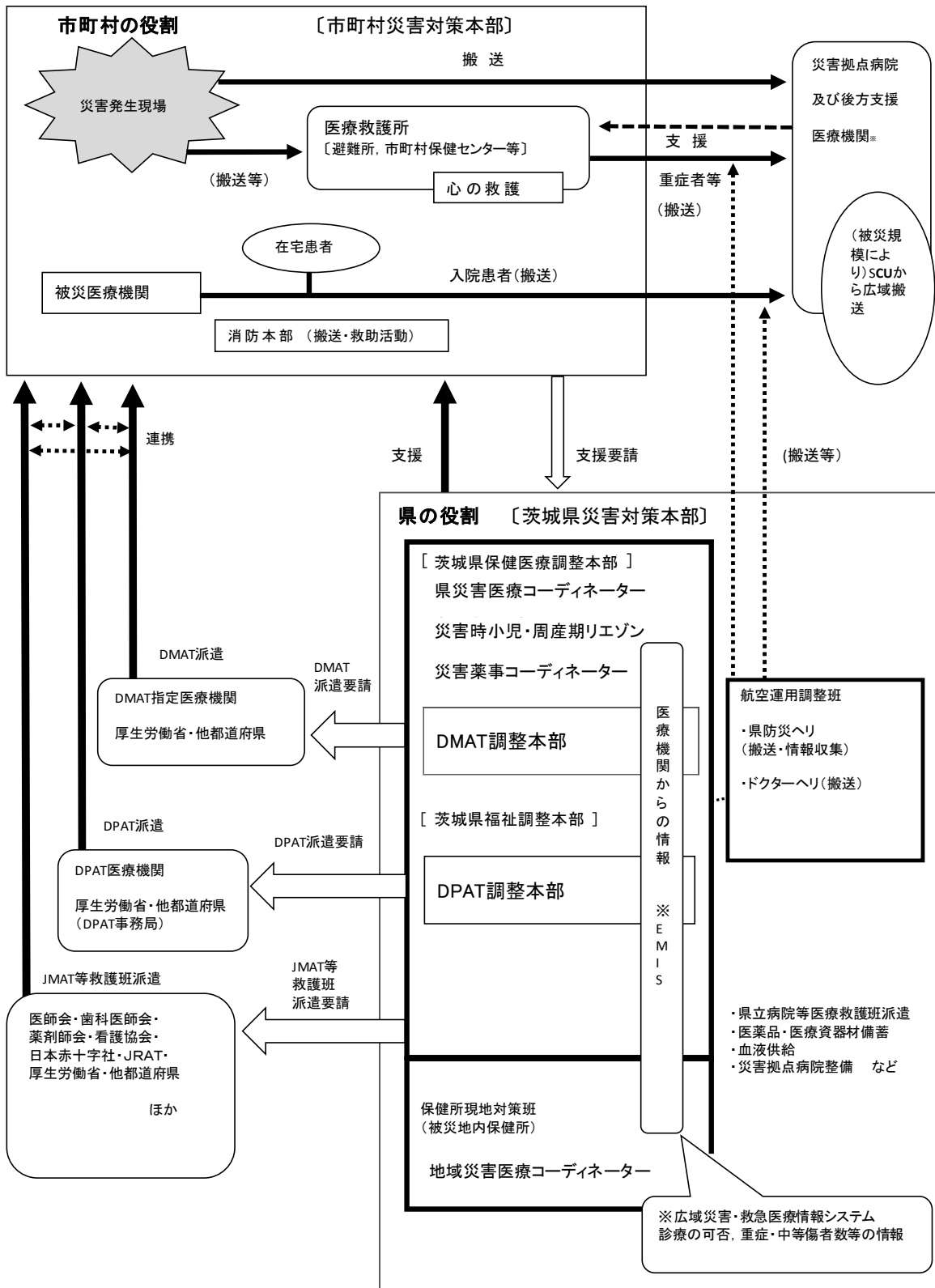
このため、医療機関においては平時より、インフラ設備、医療資源の充実・強化に取り組み、業務継続計画（BCP）の策定を通じて、診療機能の維持、又は中断しても可能な限り短い期間で回復できるよう、努めることが重要となります。

また、災害時にはDMAT、DPAT、JMAT、日赤救護班、AMATやJRAT、歯科医師チーム、災害支援ナース等による様々な保健医療活動が行われるため、平時から訓練や研修を通じて、関係機関間での情報共有、発信、連携の体制を確保するとともに、より効果的な支援体制を構築しておくことが必要と考えられます。

さらに、令和2（2020）年の新型コロナウイルス感染症の流行を受け、将来の新興感染症への対策も視野に入れ、その妥当性と改善方策を平時、有事に検証する場を積極的に構築していく必要があります。

【対策】

(1) 医療連携体制図（医療救護の活動の流れ）



(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) 災害拠点病院については、全ての二次保健医療圏ごとに1か所以上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。
- (イ) 災害時に円滑に行動ができるよう、DMAT訓練をはじめとして、茨城県又は政府が実施する研修や訓練に積極的な参画を進め、災害医療に精通した医療従事者の一層の育成に努めるとともに、医療機関への支援を行うための連携強化を推進します。
- (ウ) 被災時においても、訓練等を通じた業務継続計画（BCP）の不断の見直しを進め、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、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^(注1)を推進します。
- (エ) 風水害が生じた際の被災を軽減するため、浸水想定区域や津波災害警戒区域に所在する災害拠点病院への止水板等の設置、自家発電機等の電気設備の高所移設、排水ポンプの設置等による浸水対策を推進します。

(注1) 給電車や給水車、医療コンテナ等を保有する業者との協定締結等を含む

■災害拠点病院（令和6（2024）年4月末現在）

区分	二次保健医療圏	医療機関名
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	水戸赤十字病院
地域	水戸	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
地域	鹿行	医療法人社団善仁会小山記念病院
地域	鹿行	神栖済生会病院
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
地域	つくば	筑波記念病院
地域	取手・竜ヶ崎	J Aとりで総合医療センター
地域	取手・竜ヶ崎	つくばセントラル病院
地域	取手・竜ヶ崎	牛久愛和総合病院
地域	筑西・下妻	茨城県西部メディカルセンター
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 18 （ 基幹 1 地域 17 ）		

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) 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、通信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、D M A T、D H E A T、J M A T、J R A T等と連携した定期的な訓練、研修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

(ア) 災害時には災害時に拠点となる病院とともに、その機能や地域における役割に応じた医療の提供に努めること。

(イ) 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) 国などが実施する研修等への参加を通じ、新興感染症対策を含む業務継続計画（BCP）の整備と検証を推進します。

(イ) 医療機関が所在する地域の特性に即した、施設の耐震化、浸水対策、ライフラインの強化等の整備を推進します。

(ウ) E M I S等を用いて、発災時に自らの被災情報を発信できる体制の構築を徹底し、災害時には災害時に拠点となる病院、県機関等の関係機関と情報を共有し、被災状況を想定した訓練等への参画や企画を通じ、その機能や地域における役割に応じた医療の提供を行えるよう推進します。

(4) 災害医療救護及びコーディネート体制

ア 求められる医療機能

(ア) 災害発生後の局面に応じて、DMAT、DPAT、JMAT、日赤救護班、AMATやDHEAT、JRAT、歯科医師チーム、災害支援ナース等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等を適切に派遣し、保健・医療・福祉分野が横断的に連携した支援体制を構築すること。

(イ) 県、地域災害医療コーディネーター、災害時小児・周産期リエゾン及び災害薬事コーディネーター等の協力の下、関係機関との相互の状況把握に努め、適切な役割・連携による、地域の実情に応じた災害時の医療提供体制を構築すること。

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、茨城地域DMAT隊員及び統括DMAT）の養成、技能維持と向上、及びDMAT指定医療機関の確保を推進します。

(イ) DMATの技能向上や関係機関との連携を図るため、日本DMATインストラクターの養成及び定期的な訓練実施や各種会議の開催等を推進します。

(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強化を推進します。

- (エ) 被災地の保健医療分野の拠点となる保健所の活動体制を確保するため、保健所の情報収集、分析評価、連絡調整等のマネジメント業務を支援するDHEATの体制整備を推進します。
- (オ) 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や災害時小児・周産期リエゾン等の研修を実施し、能力の向上や連携を強化し、各医療救護チームや保健師チームとの連携による継続可能な医療体制の構築を推進します。
- (カ) 被災地の薬事・衛生面に関する情報の把握や、医薬品や薬剤師のマッチング等を行う災害薬事コーディネーターの養成及びその能力向上に務めます。
- (キ) 各地域、又は県の関係機関が参画する訓練や研修、会議等を実施するほか、政府等が主催する大規模訓練等に積極的に参画し、他都道府県を含む関係機関の連携強化を推進します。
- (ク) 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）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。

(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。

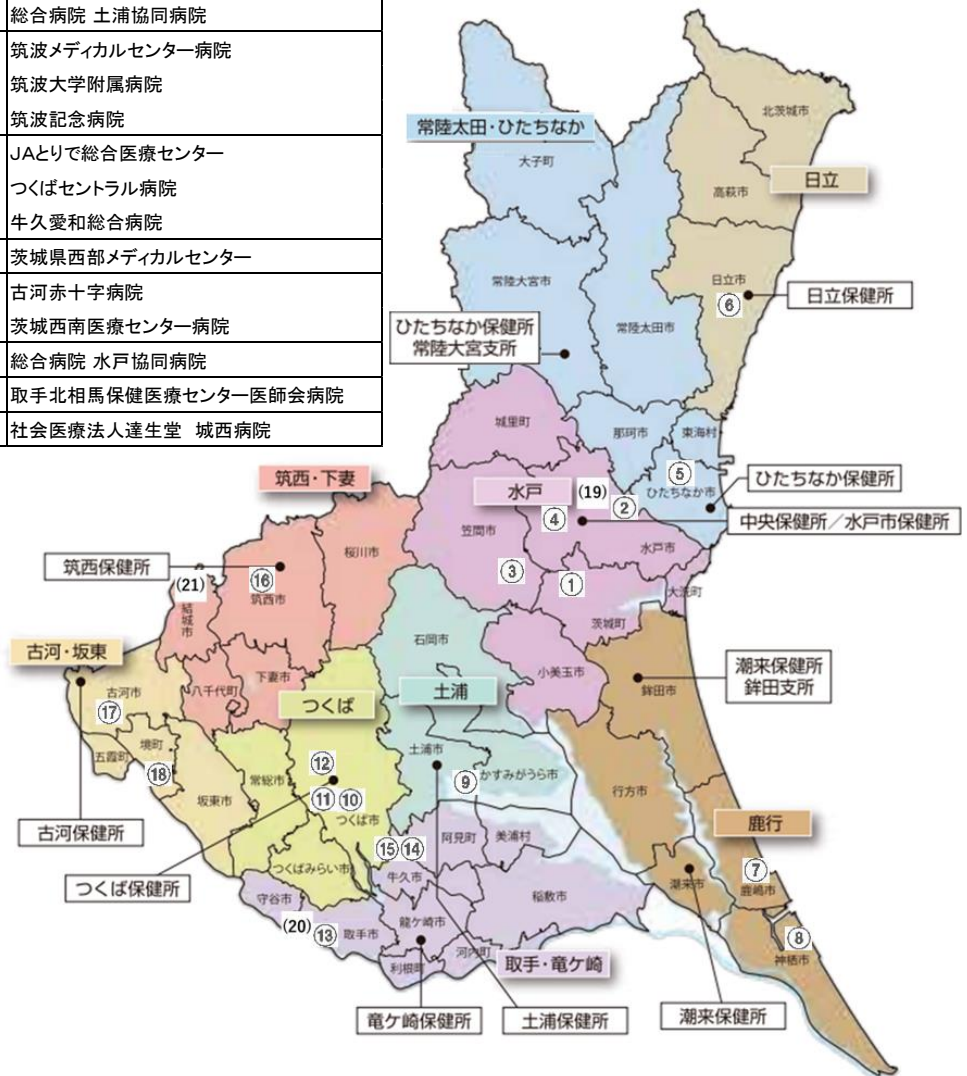
イ 対策

- (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の実施を推進します。
- (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、保健所等により被災状況を確認する体制構築を推進します。

■ 災害拠点病院・DMAT指定医療機関位置図

令和6年4月1日現在

凡例	区分	二次保健医療圏	医療機関名
①	基幹	全県	独立行政法人国立病院機構水戸医療センター
②	地域	水戸	水戸赤十字病院
③	地域	水戸	茨城県立中央病院
④	地域	水戸	水戸済生会総合病院
⑤	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
⑥	地域	日立	株式会社日立製作所日立総合病院
⑦	地域	鹿行	医療法人社団善仁会 小山記念病院
⑧	地域	鹿行	神栖済生会病院
⑨	地域	土浦	総合病院 土浦協同病院
⑩	地域	つくば	筑波メディカルセンター病院
⑪	地域	つくば	筑波大学附属病院
⑫	地域	つくば	筑波記念病院
⑬	地域	取手・竜ヶ崎	JAとりで総合医療センター
⑭	地域	取手・竜ヶ崎	つくばセントラル病院
⑮	地域	取手・竜ヶ崎	牛久愛和総合病院
⑯	地域	筑西・下妻	茨城県西部メディカルセンター
⑰	地域	古河・坂東	古河赤十字病院
⑱	地域	古河・坂東	茨城西南医療センター病院
(19)	DMAT指定医療機関		総合病院 水戸協同病院
(20)	DMAT指定医療機関		取手北相馬保健医療センター医師会病院
(21)	DMAT指定医療機関		社会医療法人達生堂 城西病院



8 新興感染症発生・まん延時における医療

対策詳細 ⇒ 「茨城県感染症予防計画」

【現状】

本県では、令和2（2020）年に県内初の新型コロナウイルス感染症患者の発生を確認して以降、関係機関の連携協力により、病床確保や検査体制などをはじめとする保健医療提供体制の強化を図ってきました。

例えば、医療機関間の役割分担の下、後方支援を担う医療機関の設定、一般の救急受入体制の確保及び入院病床の拡充（最大1,224床（うち、重症80床））や弾力的な即応病床の運用などを通じて、新型コロナウイルス感染症の入院患者に適切な医療を提供しました。

また、発熱患者の受入れに対応すべく、茨城県医師会をはじめ医療機関の協力を得ながら、受診及び検査できる体制を整備し、発熱患者に対応可能な診療・検査医療機関数を最大829医療機関まで拡充するなど、感染の拡大状況に応じた計画的な発熱外来等の確保等を進めてきました。

【課題】

新型コロナウイルス感染症対策では、幾度となく性状が変化する新型コロナウイルス感染症の特性に合わせた機動的な対応が求められました。

新型インフルエンザ等感染症、指定感染症又は新感染症（以下「新興感染症」という。）の発生・まん延時のように、刻々と変化する状況に対応するためには、関係機関との密な連携を図りながら、平時から入院・外来・在宅にわたる医療機能の分化・強化と連携を図ることにより、地域医療全体を視野に入れて必要な医療を提供していくなど、絶えず対策の充実を図ることが重要です。

また、令和4（2022）年12月に成立した改正感染症法等においては、平時にあらかじめ都道府県と医療機関がその機能・役割に応じた協定を締結し、新興感染症の発生・まん延時にはその協定に基づいて医療を提供する仕組み等が法定化されました。

新興感染症の発生・まん延時においては、医療機関の通常に対応能力を上回る規模の医療需要が発生することも想定されるため、平時から医療資源の充実・強化を推進するとともに、医療機関だけでなく、県や保健所設置市、保健所や検査機関等が連携して、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。

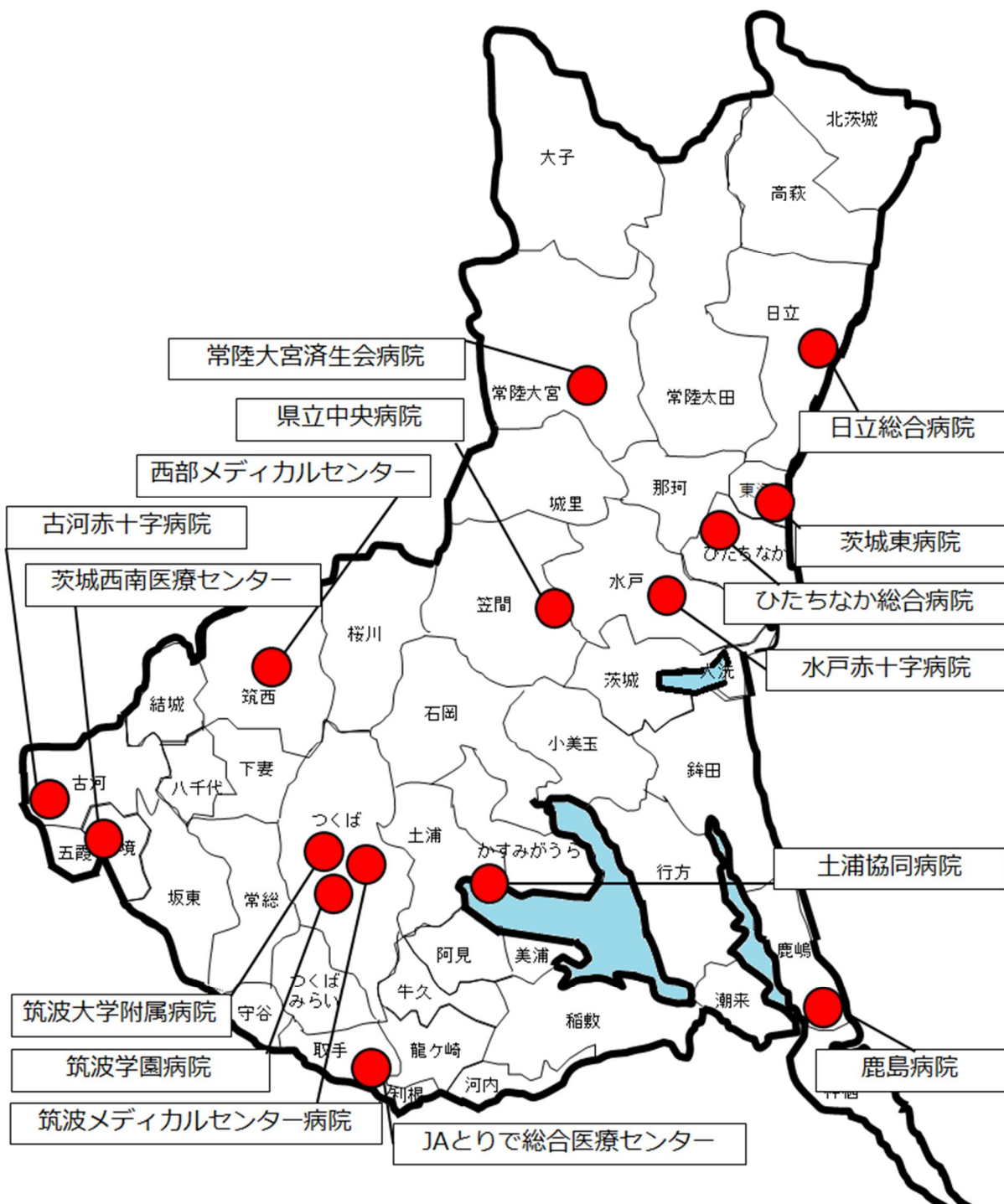
なお、体制の構築に当たっては、感染症法に基づく予防計画や、新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づく行動計画等の関連諸計画等との整合性を図ることも重要となります。

【対策】

○感染症に係る医療を提供する体制の確保に関する事項

■新興感染症流行初期医療提供体制図（病床確保）

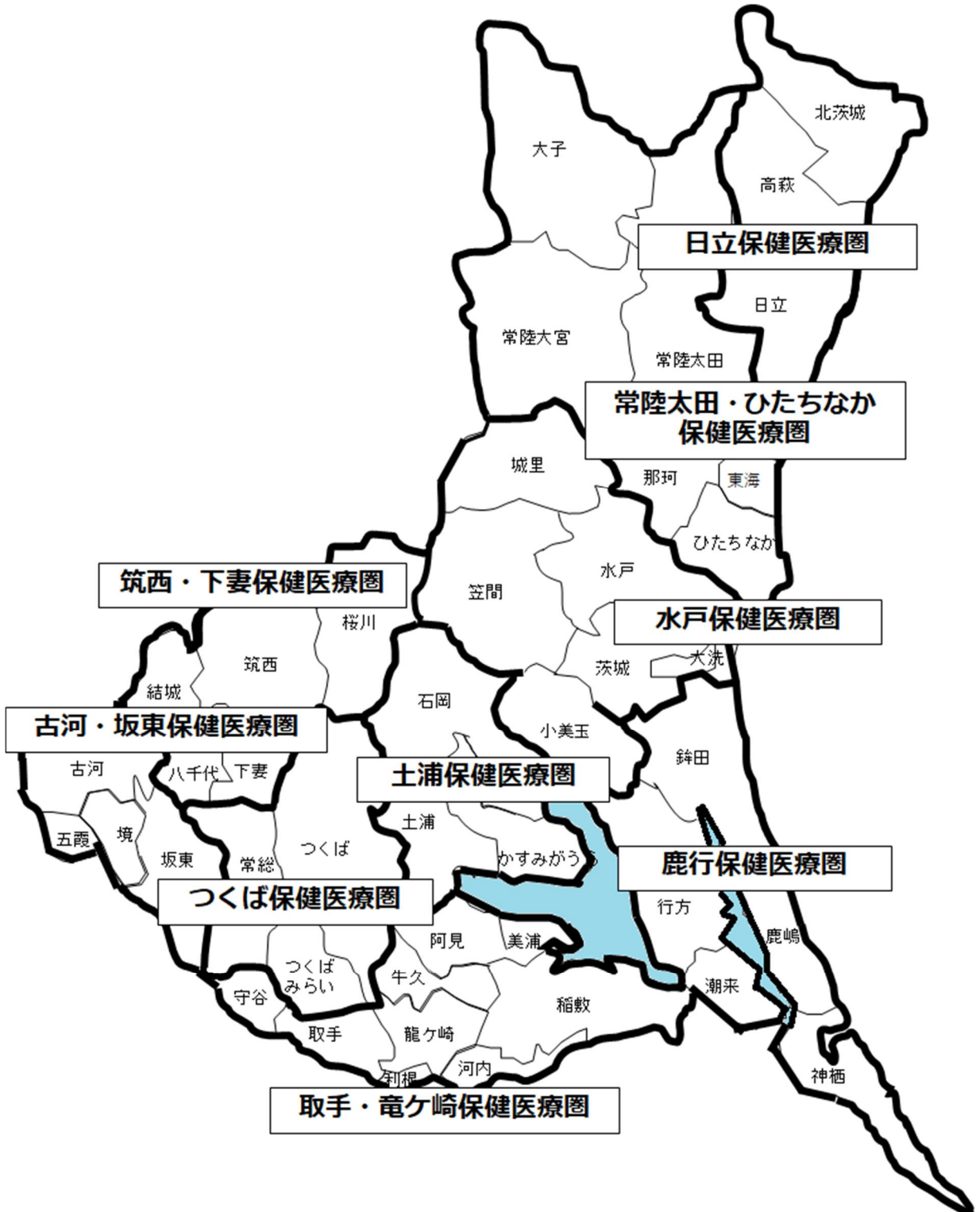
- ・緊急対応を要する患者の入院調整を迅速に行う必要があるため、都道府県単位の医療提供体制で対応
- ・感染症指定医療機関（1種、2種、結核）と特定機能病院である筑波大学附属病院の15医療機関を流行初期に入院対応を行う医療機関として想定
- ・新興感染症の性状等に応じ、協定指定医療機関を中心に段階的に体制を拡充



令和6（2024）年4月1日現在

■新興感染症流行初期医療提供体制図（外来対応）

- ・患者の移動距離を必要最小限とするため、保健医療の基本単位である二次保健医療圏を新興感染症流行初期の医療提供体制として設定
- ・同体制における第二種協定指定医療機関の指定状況に応じて拠点となり得る基幹医療機関を検討
- ・新興感染症の性状等に応じ、協定指定医療機関を中心に段階的に体制を拡充



令和6（2024）年4月1日現在

(1) 基本的な考え方

① 感染症の患者に対する医療

- ・ 感染症の患者等に対して早期に良質かつ適切な医療を提供し、重症化を防ぐとともに、病原体の感染力を減弱又は消失させることにより感染症のまん延を防止することを基本とします。
- ・ 実際の医療現場においては、感染症の性状に応じて、感染症に係る医療は特殊なものではなく、まん延防止を担保しながら、一般医療の延長線上において行われるべきものとの認識の下、特に感染症指定医療機関等においては、感染症の患者等に対して、感染症のまん延の防止のための措置をとった上で、良質かつ適切な医療を提供します。
- ・ 具体的には、できる限り感染症以外の患者と同様の療養環境において医療を提供し、通信の自由が実効的に担保されるよう必要な措置を講ずるとともに、患者等がいたずらに不安に陥らないように、患者等の心身の状況を踏まえつつ、十分な説明及びカウンセリング（相談）等を実施します。

② 感染症指定医療機関

- ・ 改正感染症法により、特定感染症指定医療機関、第一種感染症指定医療機関、第二種感染症指定医療機関及び結核指定医療機関に加え、新興感染症の発生・まん延に備え、県が医療措置協定を締結した後に指定する第一種協定指定医療機関及び第二種協定指定医療機関の区分が創設されました。

(ア) 「第一種感染症指定医療機関」及び「第二種感染症指定医療機関」

- ・ 第一種感染症指定医療機関及び第二種感染症指定医療機関は、その機能に応じてそれぞれの役割を果たすとともに、相互の連携体制や国立感染症研究所及び国立研究開発法人国立国際医療研究センター等との連携体制を構築していきます。
- ・ また、新興感染症の発生・まん延時に想定されるように、刻々と変化する状況に対応するため、機能強化や役割分担の見直しなどを検討していきます。

(イ) 「第一種協定指定医療機関」及び「第二種協定指定医療機関」

- ・ 改正感染症法により、県には平時に、新興感染症の対応を行う医療機関と協議を行い、感染症対応に係る協定（i）病床確保、（ii）発熱外来、（iii）自宅療養者等に対する医療の提供（高齢者施設等の入所者を含む。）、（iv）後方支援、（v）人材派遣のいずれか1種類以上）を締結することが求められ、当該協定には個人防護具の備蓄状況を盛り込むこともできるとされています。
- ・ 協定指定医療機関（上記（i）を担う医療機関は「第一種協定指定医療機関」と、上記（ii）、（iii）のいずれか又は両方を担う医療機関は「第二種協定指定医療機関」という。）は、知事の要請に応じて、新興感染症の発生等の公表が行われたときから新興感染症と認められなくなった旨の公表等が行われるまでの間、締結した医療措置協定に基づき必要な医療を提供する体制を確保します。

(2) 国による医療の提供体制

- ・ 新感染症等の所見がある者の入院を担当させる医療機関「特定感染症指定医療機関」の指定（県外）を国では行っており、新感染症等の患者等が発生した際には当該機関を活用します。

(3) 県内の医療の提供体制

① 「第一種感染症指定医療機関」及び「第二種感染症指定医療機関」

ア 求められる機能

- ・ 第一種感染症指定医療機関及び第二種感染症指定医療機関は、その機能に応じてそれぞれの役割を果たすこと。

また特に、国の特定感染症指定医療機関とともに、新興感染症等の発生時に初期対応に当たること。

イ 対策

(ア) 第一種感染症指定医療機関

- ・ 一類感染症、二類感染症又は新型インフルエンザ等感染症の患者等の入院を担当させる第一種感染症指定医療機関については、県内に1カ所県が指定します。（表1参照）

表1 第一種感染症指定医療機関（令和6（2024）年4月1日現在）

医療機関名	病床数
J Aとりで総合医療センター	2床

(イ) 第二種感染症指定医療機関

- ・ 二類感染症又は新型インフルエンザ等感染症の患者等の入院を担当させる第二種感染症指定医療機関については、茨城県保健医療計画に定める二次保健医療圏ごとに、原則として、居住人口に応じた病床数を県が指定します。（表2参照）

表2 第二種感染症指定医療機関（令和6（2024）年4月1日現在）

二次保健医療圏	圏内人口 (千人)	病床数	医療機関名（病床数）
水戸保健医療圏	450	6	水戸赤十字病院（6）
日立保健医療圏	234	4	（株）日立製作所日立総合病院（4）
常陸太田・ひたちなか 保健医療圏	343	6	（株）日立製作所ひたちなか総合病院（2） 常陸大宮済生会病院（4）
鹿行保健医療圏	261	4	（公財）鹿島病院（4）
土浦保健医療圏	251	6	総合病院土浦協同病院（6）
つくば保健医療圏	364	6	（一財）筑波学園病院（3） 筑波メディカルセンター病院（3）

取手・竜ヶ崎 保健医療圏	455	6	JA とりで総合医療センター（6）
筑西・下妻 保健医療圏	247	4	水戸赤十字病院（3） 茨城県西部メディカルセンター（1）
古河・坂東 保健医療圏	220	4	古河赤十字病院（2） 茨城西南医療センター病院（2）
計	2,828	46	

※ 出典：茨城県常住人口調査結果（令和5年4月1日現在）。端数処理（千人未満切捨て）のため、表中の計と各圏内人口の合計は一致しない。

- ② 「第一種協定指定医療機関」及び「第二種協定指定医療機関」
- ・ 再掲（(1) ②(イ)）

（4） 協定締結に基づく医療の提供

① 基本的な考え方

- ・ 新興感染症が発生した際に、患者に速やかに外来診療、入院、自宅療養者等への医療等が提供できるよう、平時から計画的な準備を行うとともに、茨城県感染症対策連携協議会（以下「連携協議会」という。）や茨城県医療審議会等において、医師会等の関係者や関係機関と協議の上、当該感染症に対応する医療機関等と当該感染症以外に対応する医療機関等の役割分担が図られるよう調整します。
- ・ また、全国的かつ急速なまん延が想定される新興感染症については、入院患者数及び外来受診者の急増が想定されることから、平時から、感染症法第36の3第1項に基づき締結する医療措置協定等により、当該感染症患者の入院体制、外来体制及び当該感染症の後方支援体制を迅速に確保できるよう体制を整備します。
- ・ また、特に配慮が必要な患者（精神疾患を有する患者、妊産婦、小児、透析患者、障害者児、高齢者、認知症である者、がん患者、外国人等）、感染症以外の患者への対応を含めて切れ目のない医療提供体制を整備します。

② 第一種協定指定医療機関

ア 求められる機能

- (ア) 新興感染症の発生等公表期間に新興感染症の病床確保を担当すること。
- (イ) 流行初期医療確保措置の対象となる医療機関については、新興感染症が発生した際に、流行初期の段階から入院対応を行うこと。

イ 対策

県は平時に、病床確保を担当する医療機関と医療措置協定を締結した上で、当該医療機関を第一種協定指定医療機関に指定します。また同協定において、新興感染症が発生した際に、流行初期の段階から入院対応を行う旨の措置について定めます。

③ 第二種協定指定医療機関等

ア 求められる機能

- (ア) 新興感染症の発生等の公表期間に新興感染症の発熱外来、自宅療養者等への医療の提供を担当すること。
- (イ) 流行初期医療確保措置の対象となる医療機関については、新興感染症が発生した際に、流行初期の段階から発熱外来対応を行うこと。
- (ウ) 新興感染症の発生等公表期間に入院、発熱外来、自宅療養者等への医療提供を担う医療機関に代わって患者を受入れ(いわゆる後方支援)を行うこと。
- (エ) 新興感染症の発生等公表期間に入院、発熱外来、自宅療養者等への医療提供を担う医療機関に感染症医療担当従事者等を派遣すること。

イ 対策

県は平時に、発熱外来、自宅療養者等への医療の提供を担当する病院・診療所、薬局、訪問看護ステーション等と医療措置協定を締結し、当該医療機関を第二種協定指定医療機関に指定します。また同協定において、新興感染症が発生した際に、流行初期の段階から発熱外来対応を行う旨の措置について定めます。

④ 公的医療機関等の対応

公的医療機関等、特定機能病院及び地域医療支援病院については、各地域におけるその機能や役割を踏まえ、新興感染症の発生等公表期間に新興感染症に係る医療を提供する体制の確保に必要な措置を講じることが義務付けられます。

(5) その他の医療の提供体制

① その他の医療提供体制の確保

ア 求められる機能

- (ア) 一般の医療機関における感染症医療
- (イ) 保健所圏内の連携
- (ウ) 医師会等の医療関係団体との連携
- (エ) 高齢者等福祉施設に対する医療

イ 対策

- (ア) 医師会、薬剤師会、看護協会等の医療機関団体との連携を通じて、一般の医療機関との有機的な連携を図ります。
- (イ) 保健所においては、感染症指定医療機関や地域の郡市医師会、薬剤師会、看護協会等の医療関係団体と緊密な連携の下、感染症対策を推進します。
- (ウ) 良質かつ適切な医療の提供がなされるよう、県は医師会、薬剤師会、看護協会、消防機関等の医療関係団体等と緊密な連携を図ります。
- (エ) 感染症発生時において協力医療機関が入居者や利用者等に診療・治療を

行うなど、的確に連携・対応できる体制を構築します。また、連携協議会や茨城県医療審議会等を通じ、平時から、高齢者等福祉施設等の関係団体や障害者施設等の関係団体等とも連携し、新興感染症の発生等公表期間における医療提供体制を検討します。

② 移送体制の確保

ア 求められる機能

入院勧告により入院する患者等の医療機関への移送体制を確保すること。

イ 対策

- (ア) 県及び保健所設置市による移送を原則としつつも、当該移送能力を考慮しながら、平時から関係機関と連携し、役割分担、人員体制を整備するとともに、連携協議会等において、消防機関と連携し、感染症の患者の及び感染症の特性を踏まえた安全な移送体制の確保について、地域の救急搬送体制の確保の観点にも十分留意して役割分担を協議し、協定を締結します。
- (イ) 一類感染症、二類感染症、新興感染症の発生に備え、県は移送に必要な車両の確保、民間移送機関や民間救急等との役割分担を協議し、協定を締結するとともに、県の区域を越えた移送が必要な緊急時における対応方法について、あらかじめ近隣の各都県と協議します。
- (ウ) 平時から、関係者を含めた移送訓練や个人防护具の着脱訓練等を定期的に計画し、実施します。
- (エ) 保健所等との協定に基づき消防機関と連携する場合、茨城県感染症入院等調整本部や茨城県メディカルコントロール協議会連絡会などの助言等を得ながら、円滑な移送が行われるよう努めるとともに、ICT を活用しながら、平時から消防機関に対して医療機関の受入体制の情報を共有する枠組みを整備します。
- (オ) 消防機関が搬送した傷病者が、感染症法第12条第1項第1号等に規定する患者等であると医療機関が判断した場合には、医療機関から消防機関に対して、当該感染症等に関し適切に情報等を提供します。

③ 宿泊療養施設の確保

ア 求められる機能

自宅療養者等の家庭内感染等や医療体制のひっ迫を防ぐ等の観点から、宿泊療養施設の体制を整備すること。

イ 対策

- (ア) 県は、民間宿泊業者等と新興感染症の発生・まん延時の宿泊療養の実施に関する宿泊施設確保措置協定を締結すること等により、平時から宿泊療養施設の確保を行います。
- (イ) 入所者の症状等に応じた柔軟な療養環境を整備するため、公的施設の活

用も併せて検討します。

- (ウ) 入所者の自宅から宿泊療養施設への移動等に配慮し、立地条件を加味した検討を行うとともに、入所者の移動手段等についても検討します。
- (エ) 県は、近隣の医療機関と連携し、オンコールやカルテ回診等の診療体制を構築するとともに、平時から計画的な訓練を実施します。

④ 外出自粛対象者の療養生活の環境整備

ア 求められる機能

- (ア) 外出自粛対象者に対しては、体調悪化時等に、適切な医療に繋げることができる健康観察の体制を整備すること。
- (イ) 外出自粛により生活上必要な物品等の物資の入手が困難になることから、当該対象者に対して生活上の支援を行うこと。
- (ウ) 外出自粛対象者が高齢者等福祉施設、障害者施設等において過ごす場合は、施設内で感染がまん延しないような環境を構築すること。

イ 対策

- (ア) 医療機関、医師会、薬剤師会、看護協会や民間事業者への委託等や市町村の協力を得ながら、外出自粛対象者の健康観察の体制を確保します。
- (イ) 宿泊施設の運営に係る体制確保の方策を平時から検討し、新興感染症の発生・まん延時には、医療体制の状況を踏まえつつ、迅速に職員、資機材等を確保する等、円滑な宿泊施設の運営体制の構築、実施を図ります。
- (ウ) 外出自粛対象者が外出しなくとも生活できるよう、食料品等の生活必需品等を支給するなどの支援を行うとともに、必要な医薬品を支給できる体制等を確保します。
- (エ) 高齢者等福祉施設に対して、保健所や茨城県クラスター対策ネットワークを中心に、医療措置協定を締結した医療機関と連携しながら、感染対策の中でも、適切なタイミングでの手指衛生、手指衛生を盛り込んだ个人防护具の装着脱の実施やゾーニング、換気・清掃等を含む環境管理対策等の感染対策の助言を行う体制を構築します。
- (オ) 福祉ニーズのある外出自粛対象者が適切な支援を受けられるよう、介護サービス事業者、障害福祉サービス事業者等と連携を図ります。

⑤ 臨時医療施設の確保

ア 求められる機能

新興感染症の発生・まん延時に、病床を最大限に確保するための措置を講ずること。

イ 対策

県は、医療資源の効率化・集約化等の観点から、入院が必要な方が入院できるよう、必要に応じ臨時の医療施設の設置について検討します。

【目標】

(1) 第一種協定指定医療機関における確保可能病床数（重症患者及び特に配慮が必要な患者の病床を含む）

項目	目標値	
	【流行初期以降】 (発生公表後6か月まで)	【流行初期】 (発生公表後3か月まで)
確保病床数	661	279
うち、重傷者病床	31	18

(2) 第二種協定指定医療機関（発熱外来）

項目	目標値	
	【流行初期以降】 (発生公表後6か月まで)	【流行初期】 (発生公表後3か月まで)
医療機関数	800	650

(3) 第二種協定指定医療機関（自宅療養者等への医療の提供）

項目		目標値 【流行初期以降】 (発生公表後6か月まで)
自宅療養者等向け健康観察等医療機関数		232
機関種別	病院	232
	診療所	
	薬局	995
	訪問看護ステーション	5

9 へき地の医療

へき地の医療提供体制の整備

【現状】

県北山間地域には、地理的な条件等から保健医療サービスの利用が困難とされる、へき地^(注1)があります。

へき地における医療提供体制を確保するため、へき地診療所^(注2)、へき地医療支援機構^(注3)、へき地医療拠点病院^(注4)、県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訪問診療等を行うなど、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。

■無医地区数・準無医地区数の推移

	平成 11 年度 (1999 年)	平成 16 年度 (2004 年)	平成 21 年度 (2009 年)	平成 26 年度 (2014 年)	令和元年度 (2019 年)	令和 4 年度 (2022 年)
無医地区数(A)	23	23	20	19	18	15
準無医地区数 (B)	0	1	1	2	6	9
合計(A+B)	23	24	21	21	24	24

(出典) 厚生労働省「無医地区等調査」

■無歯科医地区数・準無歯科医地区数の推移

	平成 11 年度 (1999 年)	平成 16 年度 (2004 年)	平成 21 年度 (2009 年)	平成 26 年度 (2014 年)	令和元年度 (2019 年)	令和 4 年度 (2022 年)
無歯科医地区数 (A)	22	25	21	21	19	16
準無歯科医地区数 (B)	0	0	1	2	6	10
合計 (A+B)	22	25	22	23	25	26

(出典) 厚生労働省「無歯科医地区等調査」

【課題】

へき地における保健医療の現状は、必ずしも十分とは言えないことから、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。

(注1) へき地：無医地区*、準無医地区**などのへき地保健医療対策を実施することが必要とされている地域。

* 原則として医療機関のない地域で、当該地区の中心的な場所を起点としておおむね半径4kmの区域内に50人以上が居住している地区であって、かつ容易に医療機関を利用することができない地区。

** 無医地区ではないが、これに準じて医療の確保が必要と都道府県知事が判断し、厚生労働大臣が適当と認めた地区。

(注2) へき地診療所：無医地区等において設置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3) 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、県立中央病院に設置。

(注4) 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これらの事業を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。

- ・ 地域医療支援センター^(注1)との連携を強化し、へき地医療を担う医師の確保及び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
- ・ へき地医療を支える総合診療・プライマリケアを志向する医療従事者の不足により、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であっても、へき地診療所が持続可能となるよう、運営費を確保する必要があります。
- ウ へき地医療拠点病院
- ・ へき地診療所における診療体制を確保するため、継続的に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具体的に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も多いことから、市町における患者の輸送体制を維持する必要があります。
 - ・ 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
- ・ 少子高齢化の進展等に、限られた医療資源で対応するためには、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。

【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に努めます。
- ・ 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に、へき地医療拠点病院と医師派遣要請等の調整を行うこと。
- ・ 医師確保計画とへき地の医療計画を連動させるため、地域医療支援センターとの連携を強化し、へき地の医療体制についての総合的な企画・調整を行うこと。

(イ) へき地診療所

- ・ へき地に暮らす地域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。

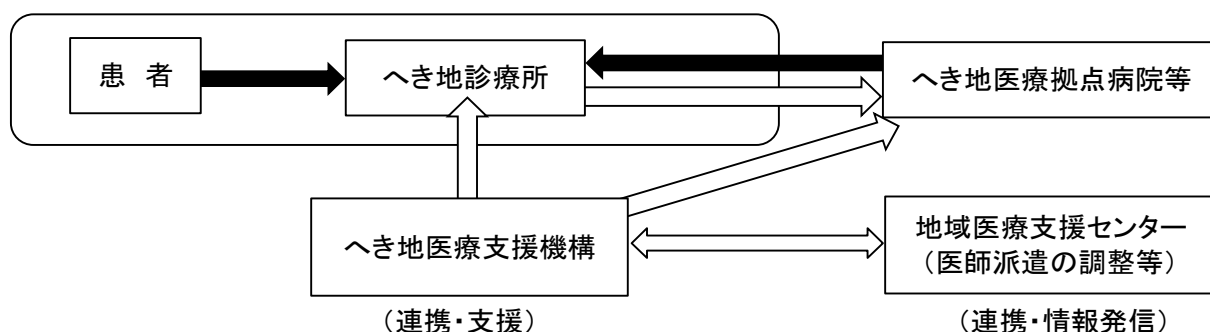
(注1) 地域医療支援センター：修学生のキャリア形成支援や医師不足地域の医療機関への医師派遣等、地域医療対策協議会における協議に基づき具体的な医師確保対策を実施する組織。

- (ウ) へき地医療拠点病院
 - ・ へき地医療支援機構の指導・調整の下で、へき地診療所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（主要3事業^(注1)）を、いずれか月1回以上又は年12回以上実施することが望ましいこと（なお、巡回診療、代診医派遣については、オンライン診療を活用して行った場合にも、実績に含めることが可能）。
- (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。
 - ・ 地域医療支援センターとの連携を強化し、学生の段階から地域医療の現場に触れる機会の創出などにより、へき地医療の魅力の発信に努めるとともに、へき地に勤務しながら医師としての能力を開発・向上できるようキャリア形成を支援することで、へき地医療に従事する医師の確保を図ります。

(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。

- (ウ) へき地診療所
 - ・ 県は、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
 - ・ へき地診療所への医師派遣及び代診医派遣等を行います。
 - ・ 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、民間医療機関との具体的な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、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。
 - ・ また、厚生労働省が実施する調査及び調査に基づき作成されたマニュアルを参考にしながら、ドクターカー情報交換会などを通じて、より効果的な活用を検討します。
 - ・ 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。

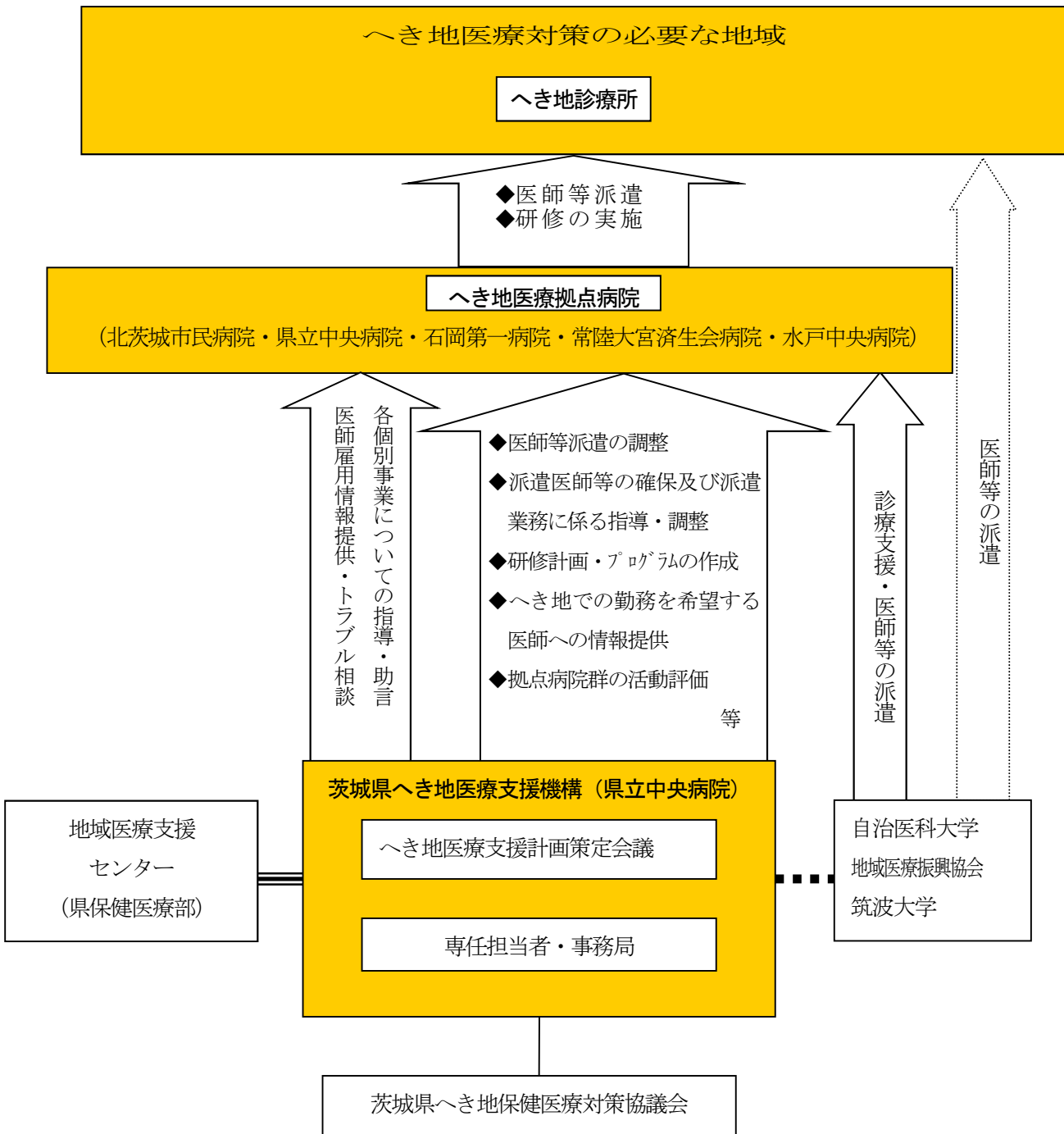
【目標】

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業 ^(注1) の実施回数が年間1回以上の医療機関の割合	100%	100%

(注1) へき地医療拠点病院の必須事業：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事。
- ・ 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）、技術指導及び援助に関する事。
- ・ 遠隔医療等の各種診療支援に関する事。

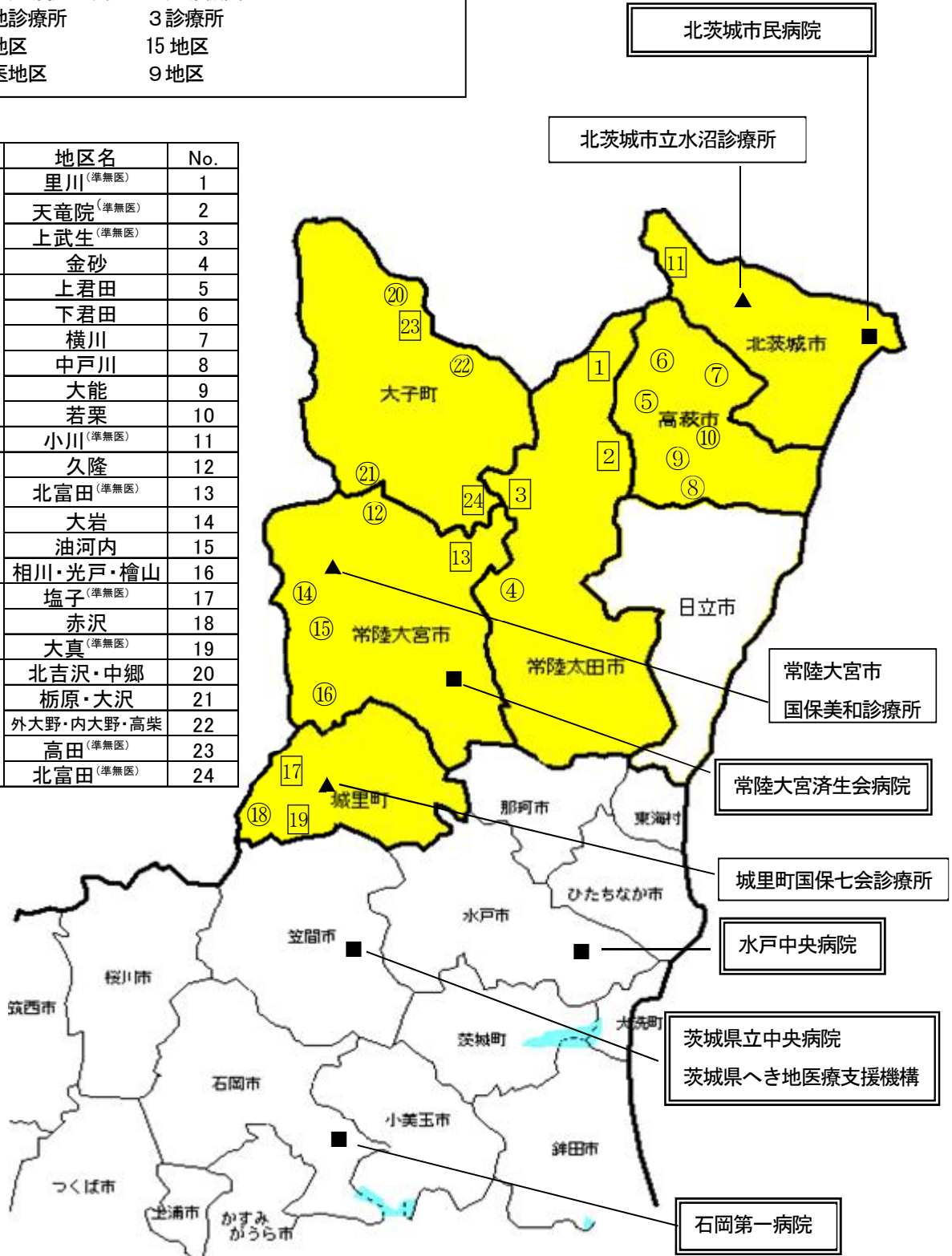
茨城県へき地医療支援体制図



無医地区等位置図

■・・・へき地医療拠点病院	5 医療機関
▲・・・へき地診療所	3 診療所
○・・・無医地区	15 地区
□・・・準無医地区	9 地区

市町村名	地区名	No.
常陸太田市	里川 <small>(準無医)</small>	1
	天竜院 <small>(準無医)</small>	2
	上武生 <small>(準無医)</small>	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
北茨城市	若栗	10
	小川 <small>(準無医)</small>	11
常陸大宮市	久隆	12
	北富田 <small>(準無医)</small>	13
	大岩	14
	油河内	15
	相川・光戸・檜山	16
城里町	塩子 <small>(準無医)</small>	17
	赤沢	18
	大真 <small>(準無医)</small>	19
大子町	北吉沢・中郷	20
	栃原・大沢	21
	外大野・内大野・高柴	22
	高田 <small>(準無医)</small>	23
	北富田 <small>(準無医)</small>	24



令和6（2024）年4月1日時点

10 周産期医療

(1) 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。

一方、出生数は減少傾向にあるにも関わらず、高齢出産などリスクの高い分娩に対応する高度な周産期医療の需要の増大や、開業医の高齢化・後継者不足による分娩取扱施設の減少など、周産期医療を取り巻く環境は、厳しい状況となっており、今後は、周産期医療に携わる医師の働き方改革も進めつつ、各地域の周産期医療体制を維持していく必要があります。

【課題】

ア 正常分娩等を取り扱う医療機関

- ・ 人口減少や少子高齢化、医師の勤務環境の改善等の社会情勢の変化に対応するため、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。
- ・ 医療資源の重点化・集約化により分娩取扱医療機関までのアクセスが悪化した地域の対策の必要性も高まっています。
- ・ 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する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。
- ・ より安心・安全な周産期医療を確保するため、地域の医療従事者を含め、周産期医療に精通した医療従事者等の育成の強化、安全な分娩の実施等の対応が必要となっています。
- ・ 母子の心身の安定・安全を図る観点から、産科区域の特定^{注1}が求められています。
- ・ 分娩を取り扱わないことになった場合においても、妊婦健診等の分娩前後の診療やセミオープンシステム^{注2}等を活用するなど、地域全体で周産期医療を支えることが必要となっています。

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）

- ・ 高齢出産などリスクの高い分娩に対応する高度な周産期医療の需要の増大のほか、分娩取扱医療機関の減少等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への負担が増加することが想定されることから、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。
- ・ 周産期医療に携わる医師の働き方改革を進める観点から、院内助産や助産師外来の活用など、産科医師から助産師へのタスク・シフト／シェアを推進することも必要となっています。

(注1) 産科区域の特定：産科混合病棟において病床の区域特定（ユニット化・区域管理）をすること。院内助産・助産師外来や医療機関における産後ケア事業の実施、また、母子保健や福祉に関する事業と連携する機能を包括的に実施する機能をもつ病棟の概念を含む。

(注2) セミオープンシステム：妊婦健診をたとえば9ヶ月位まで診療所で診療所の医師が行い、その後は提携病院へ患者を送る。

オープンシステム：妊婦健診は診療所で行い、分娩は診療所の医師自身が連携病院に赴いて行う。

- ・ 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する精神疾患の発症や悪化のリスクを抱えているため、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。
 - ・ より安心・安全な周産期医療を確保するため、地域の医療従事者を含め、周産期医療に精通した医療従事者等の育成の強化、安全な分娩の実施等の対応が必要となっています。
 - ・ 母子の心身の安定・安全を図る観点から、産科区域の特定が求められています。
- 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）
- ・ 高齢出産などリスクの高い分娩に対応する高度な周産期医療の需要の増大のほか、分娩取扱医療機関の減少等に伴い、正常分娩や比較的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ることが想定されることから、地域の実情に応じた対応が必要となっています。
 - ・ 新生児集中治療室（NICU）の長期入院児等が自宅に退院する前に、一般病棟や地域の医療施設等への移動の段階を経ることにより、自宅退院後に家族等が在宅ケアを行うための手法の習得や環境の整備を設けることで、医療的ケア児の生活の場における療養・養育への円滑な移行を支援する体制が必要となっています。
 - ・ 周産期医療に携わる医師の働き方改革を進める観点から、院内助産や助産師外来の活用など、産科医師から助産師へのタスク・シフト／シェアを推進することも必要となっています。
 - ・ 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する精神疾患の発症や悪化のリスクを抱えているため、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。
 - ・ より安心・安全な周産期医療を確保するため、地域の医療従事者を含め、周産期医療に精通した医療従事者等の育成の強化、安全な分娩の実施等の対応が必要となっています。
 - ・ 母子の心身の安定・安全を図る観点から、産科区域の特定が求められています。

■出生数

（単位：人、％）

区分	S55年 (1980年)	H10年 (1998年)	H20年 (2008年)	H25年 (2013年)	H30年 (2018年)	R2年 (2020年)	R3年 (2021年)
出生数	36,369	28,602	24,592	22,358	19,368	17,389	16,502
うち低出生体重 児数	—	2,293	2,350	2,172	1,830	1,668	1,588
割合	—	8.0	9.6	9.7	9.5	9.6	9.6

（出典）厚生労働省「人口動態調査」

■周産期死亡率（出産千対）

（単位：人）

区分	S55年 (1980年)	H10年 (1998年)	H20年 (2008年)	H25年 (2013年)	H30年 (2018年)	R2年 (2020年)	R3年 (2021年)
茨城県	14.4	6.1	4.8	4.2	4.8	2.5	4.6
全 国	11.7	6.2	4.3	3.7	3.4	3.2	3.4

（出典）厚生労働省「人口動態調査」

■妊産婦死亡率（出産10万対）

（単位：人）

区分	S55年 (1980年)	H12年 (2000年)	H22年 (2010年)	H25年 (2013年)	H30年 (2018年)	R2年 (2020年)	R3年 (2021年)
茨城県	21.2	10.3	—	8.7	—	—	11.9
全 国	19.5	6.3	4.1	3.4	3.3	2.7	2.5

（出典）厚生労働省「人口動態調査」

■新生児死亡率（出産千対）

（単位：人）

区分	S55年 (1980年)	H10年 (1998年)	H20年 (2008年)	H25年 (2013年)	H30年 (2018年)	R2年 (2020年)	R3年 (2021年)
茨城県	6.6	1.6	1.2	1.4	1.2	0.8	1.3
全 国	4.9	2.0	1.2	1.0	0.9	0.8	0.8

（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

（単位：か所又は機関）

区分	H14年 (2002年)	H18年 (2006年)	H20年 (2008年)	H25年 (2013年)	H30年 (2018年)	R2年 (2020年)	R3年 (2021年)
茨城県	37	36	30	29	29	28	28
全 国	1,750	1,576	1,496	1,375	1,307	1,291	1,283

（出典）厚生労働省「医療施設調査」

■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

（単位：件）

区分	H25年 (2013年)	H29年 (2017年)	H30年 (2018年)	R1年 (2019年)	R2年 (2020年)	R3年 (2021年)
茨城県	25.1	22.1	22.3	19.3	19.6	17.3

（出典）茨城県医療政策課調べ

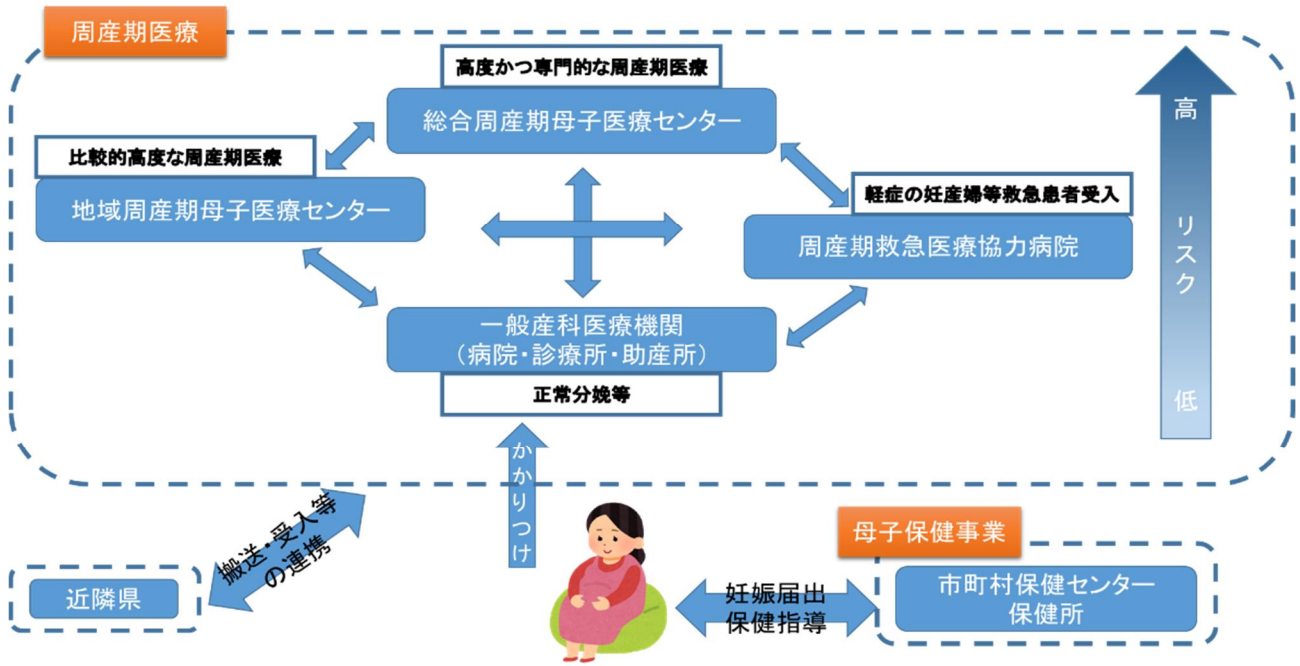
■新生児集中治療室（NICU）の病床数

（単位：床）

区分	H28年 (2016年)	H29年 (2017年)	H30年 (2018年)	R1年 (2019年)	R2年 (2020年)	R3年 (2021年)
茨城県	42	45	45	45	45	45

（出典）茨城県医療政策課調べ

【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。
- ・ 産科区域の特定や安全な分娩の実施等の対応が可能な体制の整備を目指します。

(イ) 求められる機能

- ・ 正常分娩や妊婦健診等を含めた分娩前後の診療を行い、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。また、産婦人科と産婦人科以外の診療科との連携を図ること。
- ・ 医療資源の重点化・集約化により分娩施設までのアクセスが悪化した地域に居住する妊産婦に対し、地域の実情に応じて対策を検討すること。
- ・ 分娩を取り扱わないことになった場合においても、妊婦健診や産前・産褥管理・産後ケアを実施すること。

(ウ) 対策

- ・ 周産期医療に携わる医師の働き方改革を進めつつ、地域において必要な医療を維持・確保するため、基幹施設を中心とした重点化・集約化を検討するとともに、分娩取扱医療機関の減少によりアクセスが悪化した地域の対策（ICTの活用や宿泊施設の整備等）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、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。
- ・ 妊産婦の容体悪化時に、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。

- ・ 産後うつをはじめとする精神疾患の発症や悪化のリスクが高い妊産婦を早期に発見できるよう、拠点病院を中核としたネットワーク体制の構築を検討し、産婦人科医、精神科医及び母子保健従事者等との連携を強化するなど、産婦人科以外の診療科との連携体制も推進し、妊産婦の診療を地域で支える体制を構築できるよう努めます。
- ・ より安心・安全な周産期医療の確保を推進するため、県は、県産婦人科医会が実施する県内の周産期医療従事者や救急隊員等に対する研修等を支援し、教育活動の充実を図ります。
- ・ 母子に配慮した周産期医療体制の整備を進めるため、産科区域の特定など各医療機関の実情を踏まえた適切な対応を図ります。
- ・ 分娩を取り扱わないことになった場合においても、妊婦健診等の分娩前後の診療、セミオープンシステム等を活用し、分娩取扱医療機関との連携により、分娩以外の産科診療への対応を推進します。

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。
- ・ 院内助産や助産師外来の活用を進めることにより、産科医師から助産師へのタスク・シフト／シェアを推進すること。

(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が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を確保します。
- ・ 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を図ります。
- ・ 院内助産や助産師外来の活用を進め、産科医師から助産師へのタスク・シフト／シェアを推進するとともに、助産師が主体となってローリスクの分娩を取扱うことのできる施設（パースセンター^(注1)等）、地域の診療所及び助産所等と連携したセミオープンシステム等の活用など、周産期医療に携わる医師の働き方改革を進めつつ、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推進します。
- ・ 産後うつをはじめとする精神疾患の発症や悪化のリスクが高い妊産婦を早期に発見できるよう、拠点病院を中核としたネットワーク体制の構築を検討し、産婦人科医、精神科医及び母子保健従事者等との連携を強化するなど、産婦人科以外の診療科との連携体制も推進し、妊産婦の診療を地域で支える体制を構築できるよう努めます。
- ・ より安心・安全な周産期医療の確保を推進するため、県は、県産婦人科医会が実施する県内の周産期医療従事者や救急隊員等に対する研修等を支援し、教育活動の充実を図ります。

(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

- ・ 母子に配慮した周産期医療体制の整備を進めるため、産科区域の特定など各医療機関の実情を踏まえた適切な対応を図ります。

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）

(ア) 目指すべき方向

- ・ 高度専門人材の集約化・重点化等を通じて、総合周産期母子医療センターを中心に、必要に応じて協力医療施設を定め、精神疾患を含めた合併症妊娠等、リスクが高い妊娠に対応する体制を整備すること。
- ・ 総合周産期母子医療センターは、地域の医療従事者への研修を含め、周産期医療に精通した指導的役割を持つ医療従事者育成の役割を担うこと。
- ・ 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。
- ・ NICU長期入院児等が自宅に退院する前に、一般病棟や地域の医療施設等への移動の段階を経ることにより、自宅退院後に家族等が在宅ケアを行うための手技の習得や環境の整備を設けることで、医療的ケア児の生活の場における療養・養育への円滑な移行を支援する体制を整備すること。

(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。
- ・ 院内助産や助産師外来の活用を進めることにより、産科医師から助産師へのタスク・シフト／シェアを推進すること。
- ・ 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等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るとともに、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。
- ・ 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人あたりの負担軽減を図ります。
- ・ 一般病棟や地域の医療施設との連携体制を構築し、医療的ケア児の生活の場における療養・養育への円滑な移行を支援する体制の強化に努めます。
- ・ 院内助産や助産師外来の活用を進め、産科医師から助産師へのタスク・シフト／シェアを推進するとともに、助産師が主体となってローリスクの分娩を取扱うことのできる施設（ベースセンター等）、地域の診療所及び助産所等と連携したセミオープンシステム等の活用など、周産期医療に携わる医師の働き方改革を進めつつ、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推進します。

- ・ 産後うつをはじめとする精神疾患の発症や悪化のリスクが高い妊産婦を早期に発見できるよう、拠点病院を中核としたネットワーク体制の構築を検討し、産婦人科医、精神科医及び母子保健従事者等との連携を強化するなど、産婦人科以外の診療科との連携体制も推進し、妊産婦の診療を地域で支える体制を構築できるよう努めます。
- ・ 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、災害時には、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。
- ・ より安心・安全な周産期医療の確保を推進するため、県は、県産婦人科医会が実施する県内の周産期医療従事者や救急隊員等に対する研修等を支援し、教育活動の充実を図ります。
- ・ 母子に配慮した周産期医療体制の整備を進めるため、産科区域の特定など各医療機関の実情を踏まえた適切な対応を図ります。

(2) 新興感染症の発生・まん延時に備えた周産期医療体制の整備について

【現状】

新型コロナウイルス感染症の流行時においては、感染した妊産婦の入院受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、周産期医療体制の整備を図ったところです。

新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置付けが5類に移行後は、原則、かかりつけの産科医療機関において分娩対応等を行っています。

【課題】

新興感染症の発生・まん延時においても、可能な限り身近な地域でその後の治療や分娩が継続できるよう、通常の周産期医療と感染症対応を両立できるような体制の構築が必要となっています。

【対策】

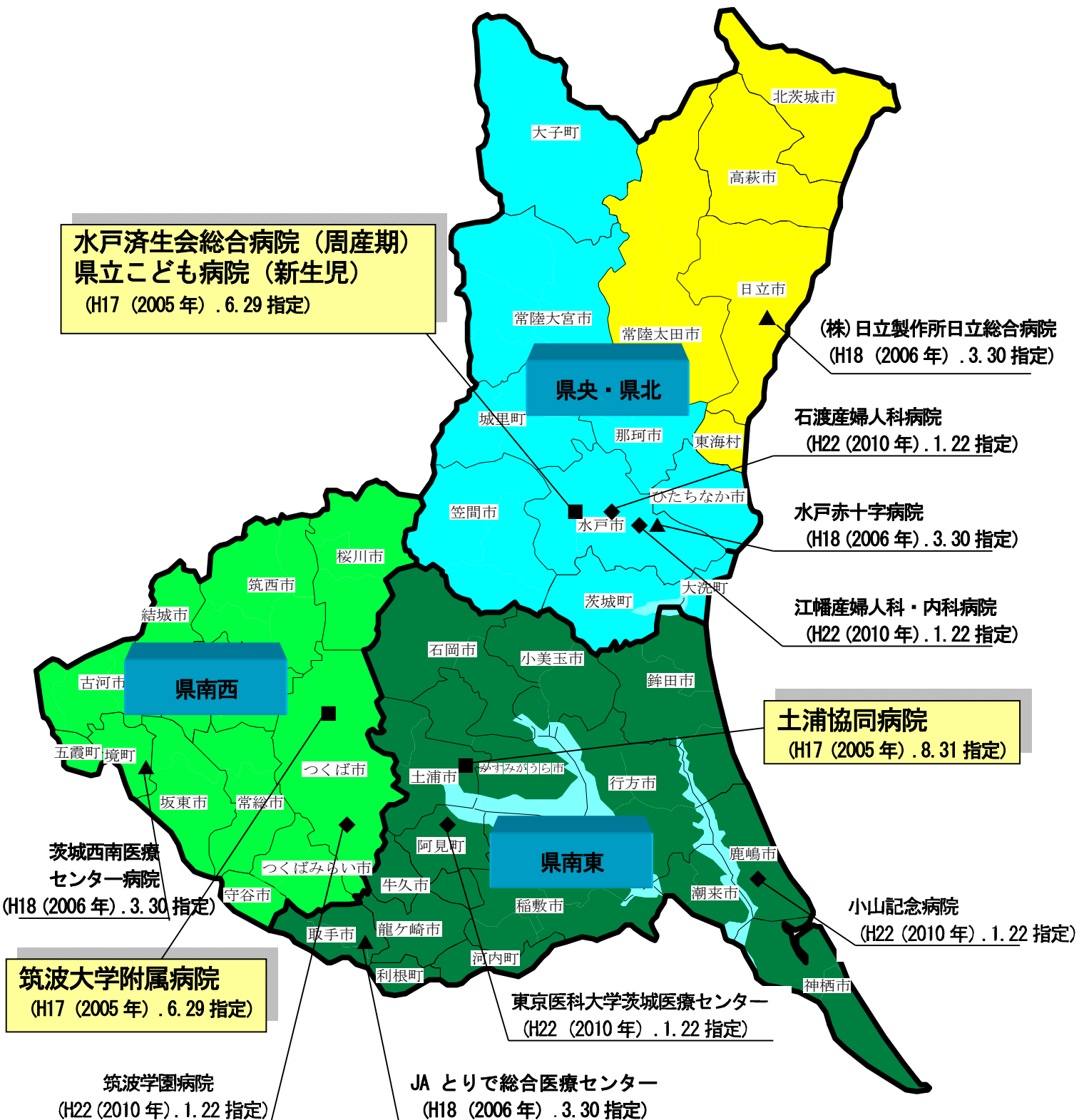
- ・ 新興感染症の発生・まん延時においても、地域で周産期医療を確保するため、感染症の罹患又は罹患が疑われる妊婦に対して産科的緊急症を含む産科診療を実施する医療機関など、新興感染症の発生・まん延時の周産期医療体制について、周産期医療部会等において検討します。
- ・ 適切に妊婦のトリアージや入院等に係るコーディネートを行う災害時小児周産期リエゾン等の人材を養成するとともに、その活用について平時から検討します。

【目標】

番号	目標項目	現状	目標
1	新生児死亡率（出生千対）	令和3年（2021年）：1.3人	全国平均以下 0.8人（令和3年（2021年））
2	周産期死亡率（出生千対）	令和3年（2021年）：4.6人	全国平均以下 3.4人（令和3年（2021年））

周産期医療提供体制図

令和6年(2024年)1月1日



区分	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	周産期救急医療協力病院
県央・県北	水戸済生会総合病院 (周産期) 県立こども病院 (新生児科)	(株) 日立製作所日立総合病院 水戸赤十字病院	石渡産婦人科病院 江幡産婦人科・内科病院
県南東	土浦協同病院	JAとりで総合医療センター	小山記念病院 東京医科大学茨城医療センター
県南西	筑波大学附属病院	茨城西南医療センター病院	筑波学園病院

11 小児医療

(1) 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が高まるとともに、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4（2022）年度実績では、約71,000件にもものぼっています。

【課題】

本県における小児救急医療体制は、県央・県北、県南東部、県南西部の広域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、二次小児救急医療圏においては、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ります。そのほか、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いますが、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。

さらに、小児医療に携わる医師の働き方改革を進めつつ、各地域の小児医療体制を維持していく必要があります。

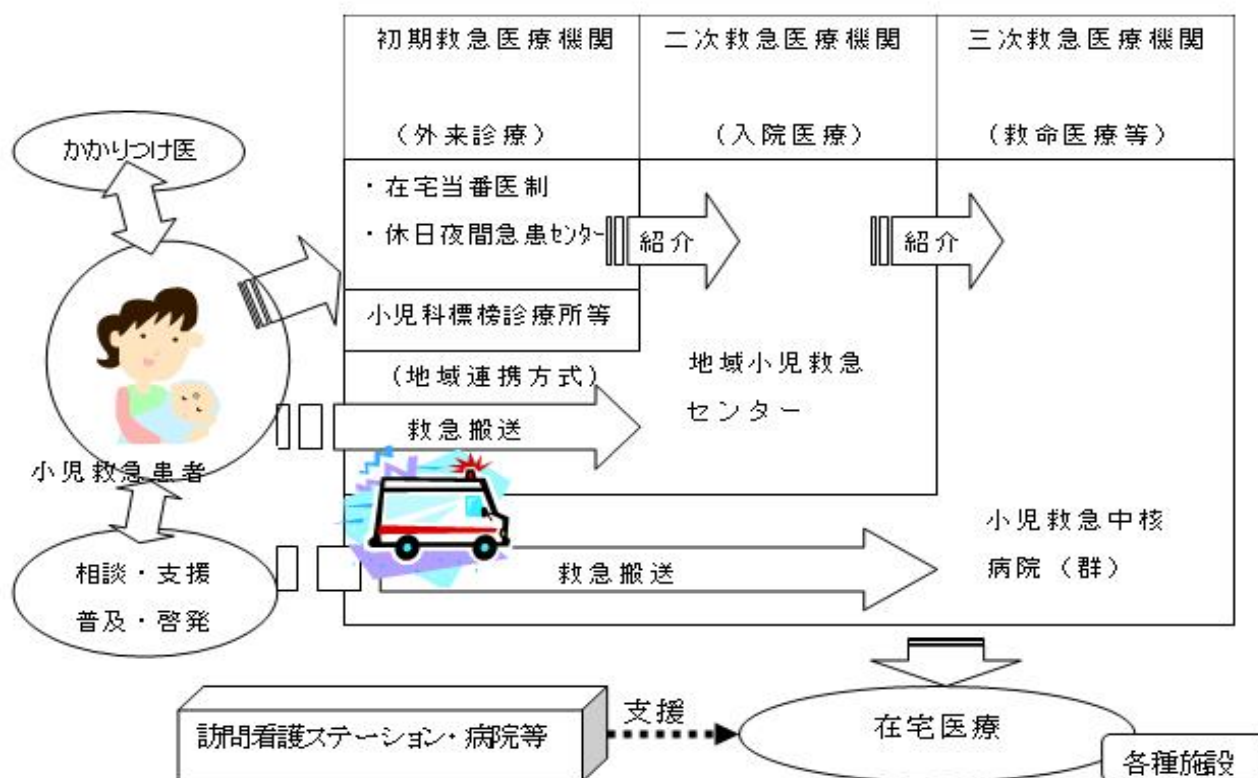
茨城県子ども救急電話相談の相談件数も年々増加傾向にあり、時期や時間帯によってはつながりにくくなることもあるほか、軽症者の救急受診割合が高い水準にとどまっており、救急医療の適正利用についての普及啓発を図る必要があります。

■一般病院数、小児科標榜病院数の推移

区 分		H16年 (2004年)	H18年 (2006年)	H20年 (2008年)	H22年 (2010年)	H24年 (2012年)	H26年 (2014年)	H28年 (2016年)	H30年 (2018年)	R2年 (2020年)
茨城県	一般病院数	181	181	171	164	162	161	158	153	153
	小児科標榜病院数	91	92	86	81	78	73	72	69	70
全 国	一般病院数	7,999	7,870	7,714	7,587	7,493	7,426	7,380	7314	7179
	小児科標榜病院数	3,231	3,075	2,905	2,808	2,702	2,656	2,618	2567	2523

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。
- ・ 二次小児救急医療圏において、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。
- ・ 三次小児救急医療圏において、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。
- ・ 医療資源の集約化・重点化により小児医療へのアクセスが悪化する地域に居住する小児に対する医療の確保のため、対面診療を適切に組み合わせてオンライン診療を行う体制の構築を目指します。

(5) 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

(ア) 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。
- ・ 地域における医療と保健・福祉・教育との連携を促進すること。

(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。
- ・ 療養・療育支援を担う施設と連携し、医療的ケア児や慢性疾患児の急変等に対応すること。

(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。
- ・ 療養・療育支援を行う施設と連携し、医療的ケア児や慢性疾患児の急変等に対し救命医療を実施すること。

(ハ) 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。特に、県は、茨城県子ども救急電話相談について、応答率等を確認し、回線数を増やすなどの改善の必要性を適宜検討するとともに、#8000 対応者研修事業等を活用し相談者への応答の質の向上を図ること。
- ・ さらに、相談体制を補完するものとして、小児救急に関するウェブ情報についても周知を行うこと。
- ・ 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。
- ・ 地域において、子どもの心の問題や児童虐待に対応するため、子どもの心の診療ネットワーク事業や児童虐待防止医療ネットワーク事業の実施等により、医療・保健・福祉の関係者間の連携体制を構築すること。

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・協力の下、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・協力の下検討を進めます。

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れを円滑にするため、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) 医師の働き方改革への対応、医療資源の集約化・重点化

- ・ 小児医療に携わる医師の働き方改革を進めつつ、各地域で必要な小児医療体制を維持できるよう、地域医療構想や医師確保計画との整合に留意しつつ、医療機関・機能の集約・重点化等を検討していきます。
- ・ 集約化・重点化による広域化を進めるにあたっては、各地域の中核的な医療機関に過度な負担が集中することのないよう、広域的な医療機関間の連携に留意し、開業医も含め、各小児科医の役割分担について検討します。
- ・ 医療資源の集約化・重点化により小児医療へのアクセスが悪化する地域に居住する小児に対する医療の確保のため、対面診療を適切に組み合わせてオンライン診療を行う体制の整備を検討します。

(オ) 相談・支援、普及・啓発

- ・ 茨城県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、県は、応答率等の把握を行い、必要に応じて回線数の見直し等の改善策を講じることで、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。
- ・ 茨城県子ども救急電話相談による医療機関案内や、医療情報ネット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を図ります。
- ・ 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目安等を記したパンフレット等を活用した広報や、小児救急に関するホームページの情報発信の取り組みを進めます。
- ・ 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るため、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います。
- ・ 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いますが、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見られます。
- ・ 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います。
- ・ 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、保健などの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）等から退院するにあたり、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。
- ・ 医療的ケア児、慢性疾患児や障害児、心の問題のある児の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。
- ・ 医療的ケア児が入院する医療機関において、児の入院後、現在の病状及び今後予想される状態等について家族等と話し合いを開始し、退院後の療養上必要な事項について説明するとともに、退院・転院後の療養生活を担う医療機関や訪問看護事業所等との連絡や調整、福祉サービスの導入に係る支援等を行うこと。
- ・ 退院後の医療的ケア児等の緊急入院に対応できること。
- ・ 退院後の医療的ケア児等の保護者の負担を軽減するための、レスパイト等の受入れ体制を整備すること。
- ・ 医療的ケア児支援センターを中心とした、医療的ケア児及びその家族への支援体制を構築し、医療機関の参画を促すこと。

ウ 対策

- (ア) 「茨城型地域包括ケアシステム」の理念の下、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) 医療的ケア児が入院する医療機関において、退院後の療養上必要な事項について説明するとともに、退院・転院後の療養生活を担う医療機関や訪問看護事業所等との連絡や調整、福祉サービスの導入に係る支援等を行うなど、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) 小児在宅医療に係る研修事業や、医療的ケア児の支援者への研修により、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、通所支援事業所等の支援従事者などの人材育成を進めます。
- (エ) 医療的ケア児の支援を総合調整するコーディネーターの養成を推進します。
- (オ) 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。

- (カ) 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、地域において医療的ケア児とその家族が安心して暮らせるよう、茨城県医療的ケア児支援センターを中心に、相談等に対応できる体制づくりを進めます。
- (キ) 医療的ケア児や慢性疾患児の急変等に対し、必要な医療を提供できる体制整備に努めます。

【目標】

番号	目標項目	現状	目標
1	乳児死亡率（出生千対）	2.2人（R3（2021））	全国平均以下 1.7人（R3（2021））
2	幼児・小児死亡率（小児人口10万対）	24.0人（R3（2021））	全国平均以下 18.0人（R3（2021））

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。

小児がんの治癒率が向上している中で、晩期合併症等や二次がんのリスクへの対応、移行期医療や診療の継続、就学や就労の支援体制の整備が求められており、医療関係者、事業者、教育委員会など関係機関と連携した長期にわたる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4（2022）年度は全国で219,170件、本県でも4,033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ため、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 4（2022）年度末の小児慢性特定疾病の医療受給者数は 1,968 人となっております。

小児慢性特定疾病児童及びその家族に対し、医療費助成制度の活用による経済的負担の軽減を図るとともに、様々な悩みや不安に対応できるよう相談体制の充実を図る必要があります。児童等への適切な療養支援を行うためには、医療・介護・福祉サービスとの連携の強化が重要です。

また、成人期を迎える小児慢性特定疾病児童等に対し、円滑な医療が継続されるよう相談体制の充実や、小児科と成人科との連携を強化するため、移行期医療の連携体制を推進する必要があります。

■予防接種対策

小児を対象とした定期予防接種は、令和 2（2020）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、麻疹風しん、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及び帯状疱疹については、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、アレルギー疾患医療拠点病院である筑波大学附属病院を中心とした医療連携の強化や、関係団体等と連携した適切な情報提供、生活の質の維持向上を支援する体制の整備など、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、高度な医療的ケアを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・周産期医療体制

これまでの災害対応の検証を通じ、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、災害時小児・周産期リエゾンの重要性が指摘されています。

小児・周産期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、発災時には災害

時小児・周産期リエゾンと連携し、適切な医療の提供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3期新しいばらき障害者プラン」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

(2) 新興感染症の発生・まん延時の小児医療体制

【現状】

- ・ 新型コロナウイルス感染症への対応においては、既存の小児医療体制を基本に、小児患者を受入れるための医療機関を予め指定しました。
- ・ 入院調整困難事例への対応のため、保健所・県入院等調整本部から各地域の小児救急中核病院に配置した小児入院調整コーディネーター支援員に相談可能な体制を構築しました。
- ・ 5類移行後も、引き続き、小児救急中核病院や地域小児救急センターを中心に小児入院患者の受入病床を確保するとともに、医療機関間の入院調整が難航した場合には、小児入院調整コーディネーター支援員に相談できる体制を維持しています。
- ・ 総合病院の小児科減少により小児が入院可能な病床が不足しており、感染症流行時に入院対応が困難になりつつあります。
- ・ 新型コロナウイルス感染症流行時の入院調整困難事例の多くは、病床数が限られている重症例や養育者の付き添い困難例でした。

【課題】

- ・ 新興感染症により、地域によっては小児医療のひっ迫が生じるおそれがあることから、医療需要が増加した場合でも、感染症への対応と通常医療が両立できるような体制を構築する必要があります。
- ・ 容態が急変しやすい小児患者については、容態に応じて迅速かつ適切に入院の可否の判断や入

院先の調整を行う仕組みを整える必要があります。

- ・ 新興感染症の発生・まん延時には、感染隔離可能な重症病床や、養育者の付き添いなしで入院対応できる病床が一定数必要となります。

【対策】

ア 目指すべき方向・求められる機能

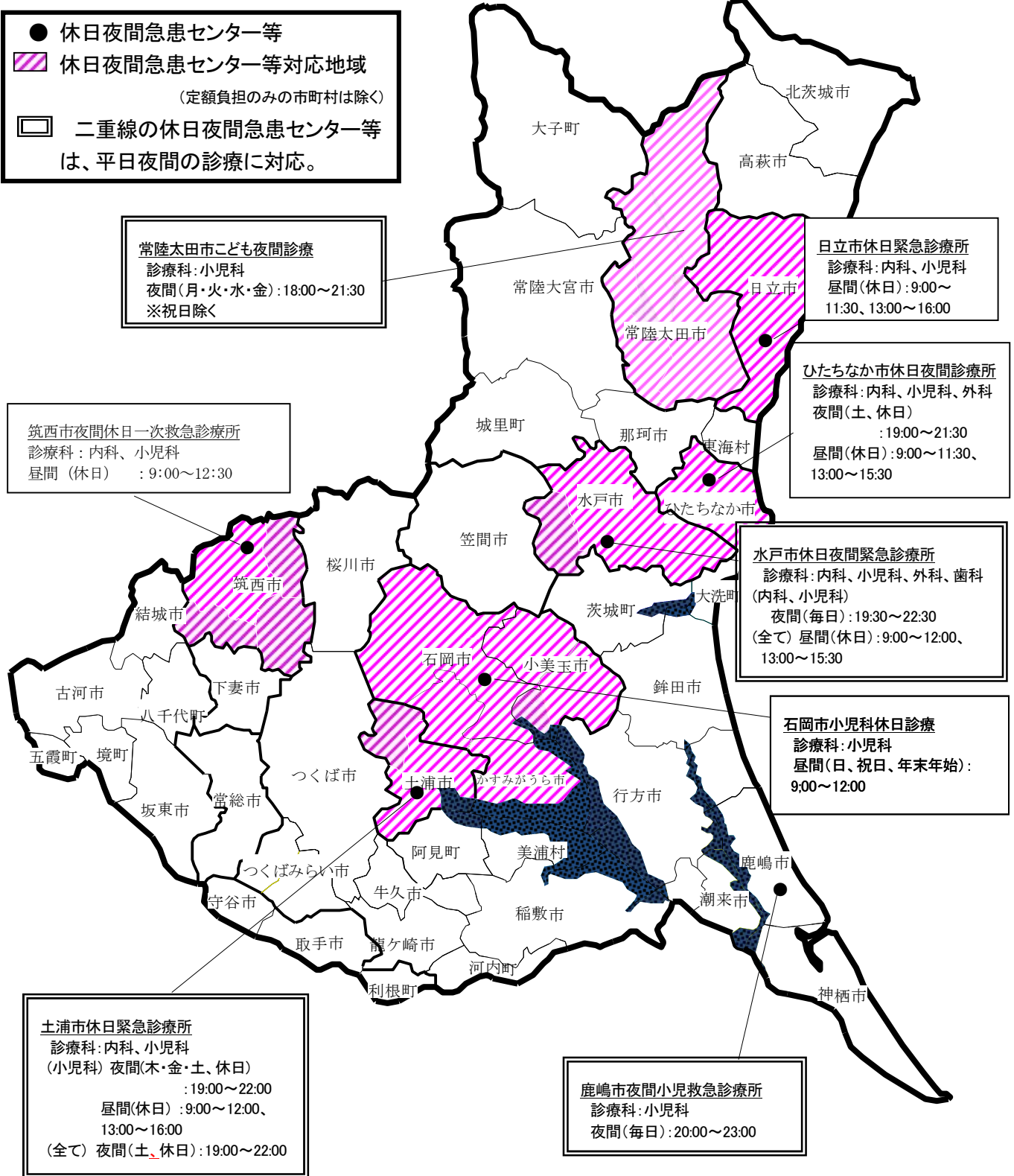
- ・ 新興感染症の発生・まん延時においても、地域で小児医療を確保するため、感染症の罹患又は罹患が疑われる小児に対して救急医療を含む小児医療を実施する医療機関について、地域の小児医療に関する協議会等においてあらかじめ協議すること。
- ・ また、適切に小児のトリアージや入院等に係るコーディネートをを行う災害時小児周産期リエゾン等の人材を、災害時小児周産期リエゾン養成研修事業を活用し養成するとともに、平時からその活用について検討すること。
- ・ さらに、新興感染症の発生・まん延時に対面診療が困難となる場合に備えて、平時からオンライン診療の導入について検討すること。

イ 対策

- (ア) 感染症の罹患又は罹患が疑われる小児に対して救急医療を含む小児医療を実施する医療機関について、小児医療部会等においてあらかじめ協議します。協議にあたっては、感染隔離可能な重症病床や、養育者の付き添いなしで入院対応できる病床をはじめ、必要な病床数が確保されるよう配慮します。
- (イ) 災害時小児周産期リエゾン等の人材の養成を進めるとともに、リエゾンが平時から小児の入院困難事例等への対応の助言やコーディネートをを行う体制を構築します。
- (ウ) 新興感染症の発生・まん延時に対面診療が困難となる場合に備えて、オンライン診療の導入について検討します。

■小児救急医療提供体制図（初期）
（小児救急医療圏（初期））

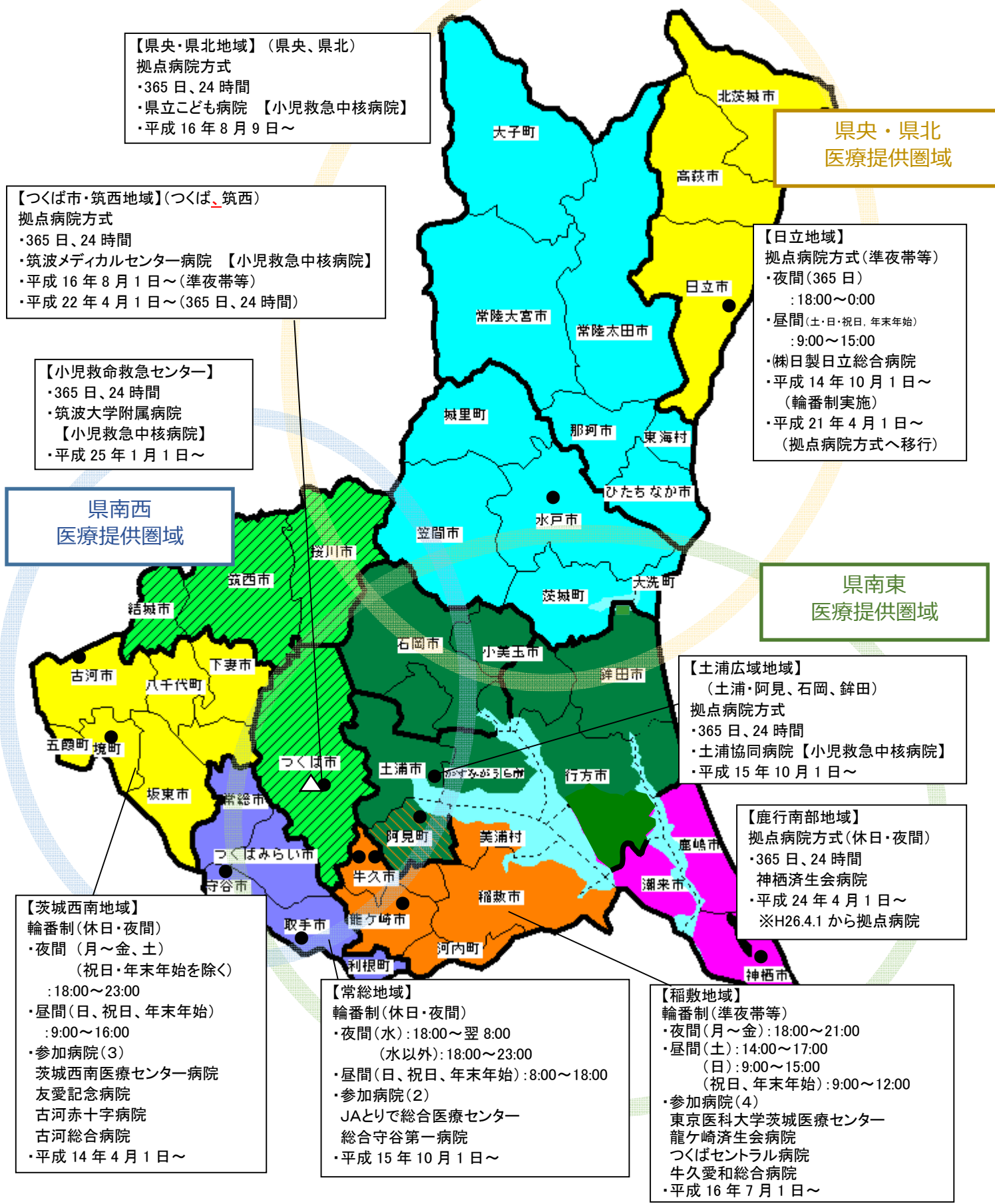
休日夜間急患センター等における小児科への対応状況



令和6(2024)年1月1日現在

■小児救急医療提供体制図（二次・三次）

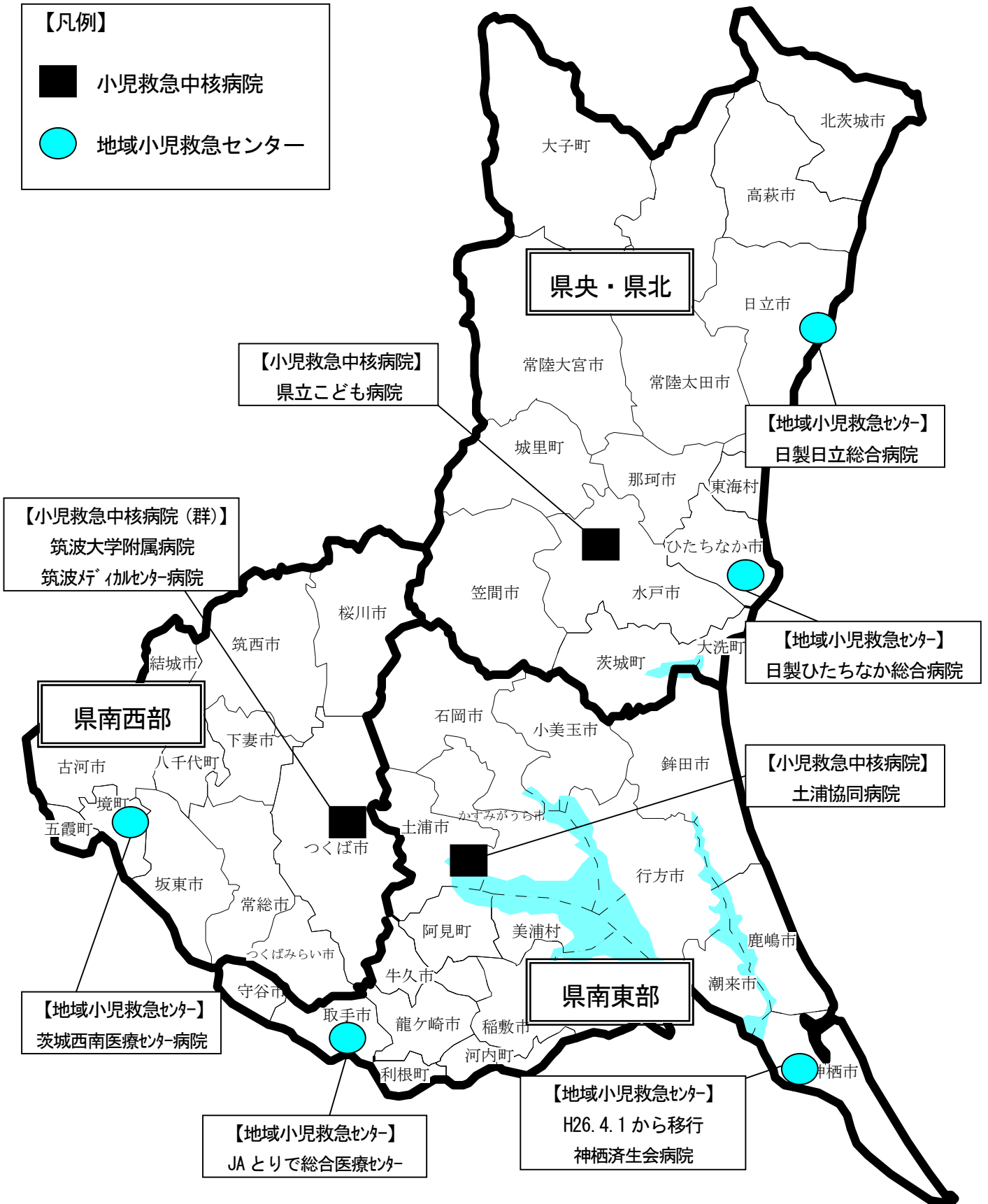
（小児救急医療圏（二次・三次））



※上記の医療提供体制図に重ねて記載のある3つの圏域は、総論第4章第2節において設定する「医療提供圏域」を図示したものである。

令和6（2024）年1月1日現在

■集約化・重点化による小児救急医療提供体制構想



12 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、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、介護支援専門員、社会福祉士、精神保健福祉士、介護福祉士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】

- ・ 我が国の令和 4（2022）年における 65 歳以上の高齢者人口は、約 3,603 万人ですが^{（注1）}、令和 25（2043）年には約 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、15.5%から 20.3%に増加し、死亡総数は約 153 万人から約 166 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上に、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）は令和 22（2040）年には 53 万人に倍増する見込みとなっています^{（注3）}。
- ・ 令和 4（2022）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39.9%と最も高く、「希望するし、実現可能である」が12.0%であり、在宅医療を希望する方は51.9%でした。一方、「希望しない」が19.9%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70.4%と最も高く、次いで「経済的な負担が大きい」が46.3%、「介護してくれる人がいないため」が26.4%、「急に症状が変わったときの対応が不安なため」が24.1%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

（注1）厚生労働省「人口動態調査統計（確定数）」（令和 4（2022）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（令和 5 年（2023）推計）」（出生中位（死亡中位））

（注3）国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成 30（2018）年推計）」

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)

- ・ 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・訪問薬剤師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・訪問薬剤師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】

- ・ 外来診療を受けていた方がフレイル等を要因として通院困難となった場合に、速やかに在宅医療に移行できるよう体制を整備する必要があります。
- ・ 医師・看護師不足の地域などでは、開業医の高齢化も見られるなど、医療資源に地域差があることから、今後も需要の増加が見込まれる在宅医療の体制整備に向け、医療機関間の連携強化等による対応力強化や医療機関の訪問診療の参入促進を行う等、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)、医療機関間の連携体制の構築や、情報通信機器の活用等による対応力の強化が求められています。

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。

(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(2017)年)

- ・ 訪問看護ステーションは、退院に向けた医療機関との共同指導、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を図り、情報通信機器の活用等による業務効率化による安定的な訪問看護サービスの提供体制を整備するこ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、口腔の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指摘されており、患者の歯科治療の必要性や口腔管理の重要性が高まっているため、医療機関等との医科歯科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。
- ・ 訪問薬剤管理指導を実施している薬局数は年々増加しているものの、薬局全体では約5割程度となっているため、実施薬局数を増やしていく必要があります。
- ・ 訪問リハビリテーションについては、医療機関におけるリハビリテーション（急性期・回復期）から、地域における居住生活の維持向上を目指す生活期リハビリテーションまで切れ目なく提供できる体制の整備が求められています。
- ・ 訪問栄養指導においては、管理栄養士が所属する地域密着型の拠点である栄養ケア・ステーション^(注1)等の活用も含めた体制整備を行うことや、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】

- ・ 人生の最期を迎えるとき、どのような場所で生活したいかについて、令和4(2022)年度のネットリサーチでは51.9%の方が在宅医療を希望しているものの、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日対応の訪問看護体制の整備を行うとともに、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。

(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

(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、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、介護支援専門員、社会福祉士、精神保健福祉士、介護福祉士などの医療・介護・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。
- ・ 在宅医療を進めていくためには、医療や介護のみならず地域住民を巻き込んだ地域包括ケア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 ・ 「入退院支援連携ガイドライン」の利用促進^(注1)
日常の療養生活の支援	<ul style="list-style-type: none"> ・ 新規に開業する医療機関や、これまで外来診療のみを行っていた医療機関に対する、訪問診療への参入促進 ・ 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 ・ 在宅医療に必要な機器等の整備促進 ・ 歯科専門職や関係多職種への研修、多職種への口腔知識の普及 ・ 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 ・ 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

(注1) 地域支援において病院と在宅の切れ目のない連携を目指し、特に患者の入退院時に必要な連携の手法等について本県で作成したガイドライン。

<p>日常の療養生活の支援</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・「つながるシート」の利用促進^(注1) ・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栄養ケア・ステーション間の連携体制の構築 ・各医療機関と在宅医療に必要な連携を担う拠点^(注2)等における患者の急変時や災害時を見据えた平時からの連携強化
<p>急変時の対応</p>	<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 ・入院受入れを含めた連携の構築の促進と、後方支援体制の充実 ・各医療機関と在宅医療に必要な連携を担う拠点等における災害時等の業務継続計画策定の推進
<p>在宅での看取り</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅看取り医の確保 ・訪問看護の充実 ・介護との連携強化 ・家族のレスパイト支援 ・家族の精神的支え ・患者やその家族が、人生の最終段階においてどのような医療・ケアを望むかについて日頃から話し合うように促す ・県民や医療関係者、介護関係者等に向けて人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）^(注3)の普及啓発を行う。

イ ICT 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、遠隔医療技術やオンライン診療等の ICT 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 在宅医療を担う医療機関等の情報提供

- ・ 県では、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、「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」^(注4)及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」を本計画に位置づけるとともに、ホームページ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。

(注1) 介護支援専門員が、『主治医意見書・認定調査票』の情報を下^(注1)に、医療との連携を必要とする項目をチェックするためのシート。医療専門職に相談し、ケアプラン作成に活用するため本県で作成したシート。

(注2) 地域の実情に応じ、病院、診療所、訪問看護事業所、地域医師会等関係団体、市町村等で、在宅医療に必要な連携を担う拠点として医療計画に位置づけたもの。

(注3) もしものときのために、患者本人が望む医療やケアについて前もって考え、家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合い、共有する取組のこと。

(注4) 自ら24時間対応体制の在宅医療を提供するとともに、ほかの医療機関の支援も行いながら、医療や介護、障害福祉現場での多職種連携の支援を行う病院・診療所を、在宅医療において積極的役割を担う医療機関として医療計画に位置づけたもの。

エ 在宅医療に係る圏域の設定

- ・ 在宅医療に係る圏域は、原則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・介護・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互いの専門性を理解し、チームとして患者・家族をサポートできる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、訪問リハビリテーション、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や在宅医に必要な知識を持つ医師の養成に、医師会等の協力を得ながら取り組みます。

(3) 広報・啓発

- ・ 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。
- ・ 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。

【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

【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】

本計画に位置づけた在宅医療において積極的役割を担う医療機関や、在宅医療に必要な連携を担う拠点について掲載しています。

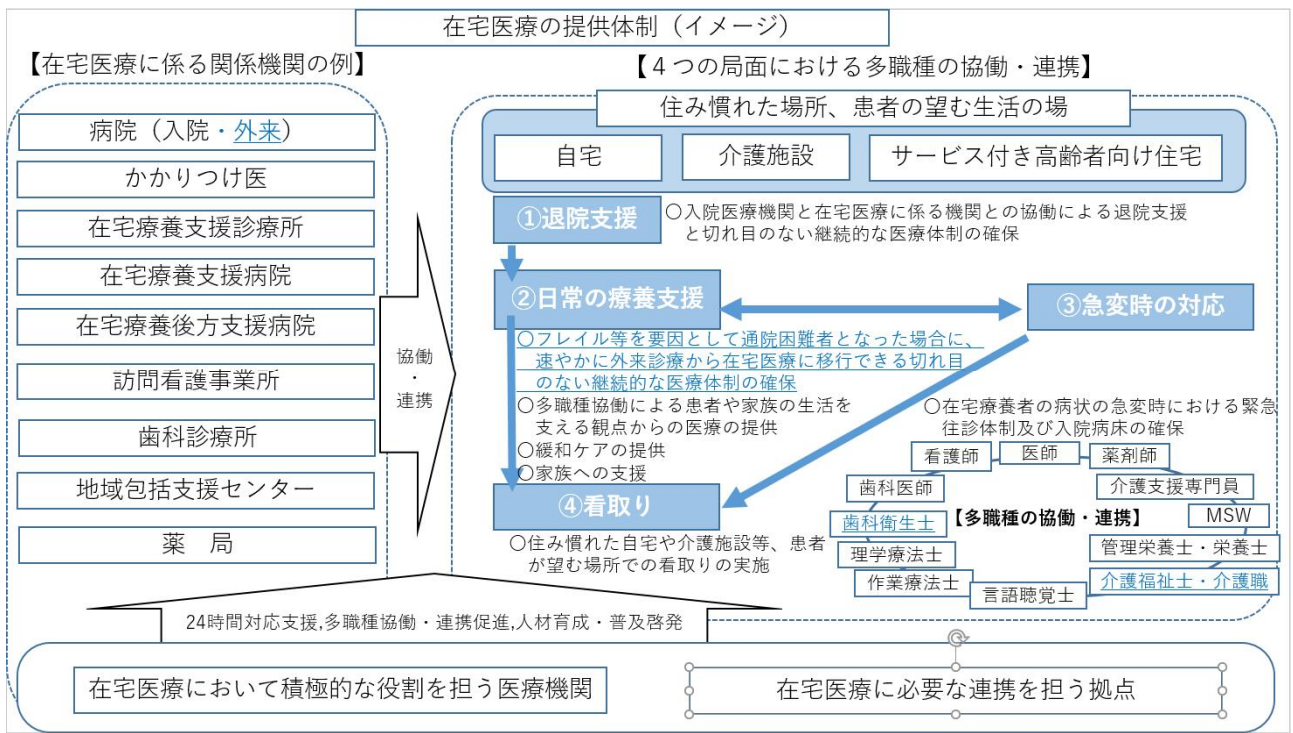
リンク先：茨城県ホームページ > 茨城で暮らす > 保健・医療 > 保健医療政策

(4) PDCA（plan(計画)-do(実行)-check(評価)-action(改善)）サイクルの推進

- ・ 各在宅医療圏域において、行政、関係団体・機関、地域住民等を含む関係者で、課題の抽出や対応策の検討、関係機関との調整等を行い、在宅医療の提供体制を整備します。
- ・ 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、主体的に取り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各市町村、医師会等関係団体・機関の調整や働きかけ、在宅医療において積極的役割を担う医療機関及び在宅医療に必要な連携を担う拠点に求められる機能の強化を促進します。なお、医療資源の整備状況が地域によって大きく異なることを勘案し、在宅医療において積極的役割を担う医療機関以外の診療所及び病院についても、地域の実情に応じて、引き続き、地域における在宅医療において必要な役割を担っていきます。



【目標】

目標項目	現状（人口10万人あたり）	目標（人口10万人あたり） 令和8（2026）年度
退院支援を実施している診療所・病院数	2.1 箇所	3.6 箇所
訪問診療を実施している診療所・病院数	12.6 箇所	13.6 箇所
訪問看護事業所数	8.1 箇所	8.7 箇所
訪問薬剤管理指導を実施している薬局数	20.8 箇所	22.5 箇所
在宅療養歯科診療所数	4.2 箇所	4.5 箇所
在宅療養支援診療所（機能強化型）、在宅療養支援病院（機能強化型）及び在宅療養後方支援病院の数（人口10万人あたり）	2.04 箇所	2.20 箇所
看取り数	142.2 人	189.1 人

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】

●令和 2（2020）年度ネットリサーチ、令和 4（2022）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。		
	令和 2(2020) 年度	令和 4(2022) 年度
希望するが、実現は難しい	38.9%	39.9%
希望しない	21.4%	19.9%
希望するし、実現可能である	10.8%	12.0%
現在、在宅医療を受けている	0.1%	0.0%
わからない・無回答	28.8%	28.2%
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。		
	令和 2(2020) 年度	令和 4(2022) 年度
家族に負担をかけるため	71.3%	70.4%
経済的な負担が大きい	43.6%	46.3%
介護してくれる人がいないため	26.9%	26.4%
急に症状が変わったときの対応が不安なため	23.7%	24.1%
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	22.2%	21.4%
往診などしてくれる医者がいないため	9.6%	9.9%
訪問看護や介護の体制が不十分であるため	9.5%	7.0%
医師や看護師の訪問が精神的な負担になるため	4.3%	3.7%
その他	1.2%	1.0%

【別表 2 (令和 4 (2022) 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 万人あたり(順位)	実数	人口 10 万人あたり
1	退院支援	退院支援担当者を配置している医療機関数	83	2.9 (38 位)	97	4.4
2		退院支援担当者を配置している病院数	79	2.7 (39 位)	88	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)	9	0.5
4		退院支援を実施している診療所・病院数	60	2.1	—	—
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	364	12.6	—	—
6		訪問看護事業所数	233	8.1	—	—
7		従事者数 (看護師)	973	—	—	—
8		従事者数 (准看護師)	95	—	—	—
9		従事者数 (理学療法士)	142	—	—	—
10		従事者数 (作業療法士)	61	—	—	—
11		機能強化型の訪問看護ステーション数	25	0.9 (7 位)	17.1	0.6
12		歯科訪問診療を実施している診療所数	292	10.1	—	—
13		訪問口腔衛生指導を実施している診療所・病院数	111	3.8	—	—
14		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	5	0.2	—	—
15		訪問薬剤管理指導を実施している薬局数	591	20.8	—	—
16		歯科衛生士を帯同した訪問歯科診療を受けた患者数	82,853	2,867	—	—
17		訪問口腔衛生指導を受けた患者数	95,115	3,291	—	—
18		訪問診療を受けた患者数	144,723	5,007 (40 位)	223,448	7,597
19	訪問看護利用者数(受給者数)	13,990	484	—	—	
20	訪問看護ステーションの従事者数(看護師数)	977	33.8 (46 位)	1,463	51.8	
21	訪問リハビリテーションを実施している診療所・病院・介護老人保健施設・介護医療院	23	—	—	—	
22	訪問栄養食事指導を実施している診療所・病院数	13	—	—	—	

No	区分	指標名	茨城県		全国（平均）	
			実数	人口10万人あたり(順位)	実数	人口10万人あたり
23	急変時の対応	在宅療養支援歯科診療所数	122	4.2	—	—
24		往診を実施している診療所・病院数	476	16.5	—	—
25		在宅療養支援診療所（機能強化型）、在宅療養支援病院（機能強化型）及び在宅療養後方支援病院の数（人口10万人あたり）	59	2.04	—	—
26		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	1,297	44.9 (44位)	2,112	73.0
27	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	149	5.2	—	—
28		在宅看取り（ターミナルケア）を実施している病院数	21	0.7	—	—
29		在宅看取り（ターミナルケア）を実施している診療所数	128	4.4	—	—
30	看取り	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	168	5.8 (44位)	227	8.5
31		在宅ターミナルケアを受けた患者数	2,593	89.7 (34位)	3,446	110.9
32		看取り数(死亡診断のみの場合を含む)	4,110	142.2 (42位)	5,102	189.1
33		在宅死亡者数	8,663	299.7 (42位)	9,416	351.5

出典：厚生労働省 令和4年度版医療計画作成支援データブック

【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に、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及び介護、障害福祉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な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>（特に入院時の対応）</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅療養支援診療所（有床診療所）、在宅療養支援病院、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>（特に入院時の対応）</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在宅療養支援診療所（有床診療所）、在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院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 在宅での療養に移行する患者にとって必要な医療及び介護、障害福祉サービスが十分に確保できるよう、関係機関に働きかけること 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、在宅医療における提供状況の把握、災害時対応を含む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 地域包括ケアシステムを踏まえた在宅医療の提供体制を整備する観点から、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できるよう、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 在宅医療に係る医療及び介護、障害福祉関係者に必要な知識・技能に関する研修の実施や情報の共有を行うこと 在宅医療に関する地域住民への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"> 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、在宅医療提供体制の充実が求められている。 県は、訪問看護師の育成と質の向上を図るため、教育機関や医師会、看護協会、がん診療連携拠点病院等と協力して在宅医療を提供する医療機関で働く新たな人材を育成し、地域の実情にあったサービスが提供できる体制の整備を進める。 がん診療連携拠点病院等は、在宅療養を支援する医療機関等とともに、地域包括ケアシステムの仕組みも踏まえつつ、地域における在宅療養の支援体制、診療所間の連携・協力体制の整備や社会的支援や困難事例等への対応に取り組む。 また、在宅での治療を希望するがん患者の退院支援・調整を円滑に行うため、在宅療養を支援する医療機関等の具体的な活動内容を把握するよう努める。
		脳卒中	<ul style="list-style-type: none"> 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。 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する。
		心筋梗塞等の心血管疾患	<ul style="list-style-type: none"> 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"> 県は、在宅医療を受けている患者の急変に円滑に対応できる体制を整備するため、入院受入れを含めた複数の医療機関等による連携体制の構築を促進し、後方支援体制の充実を図る。 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。 患者やその家族等が、人生の最終段階においてどのような医療・ケアを望むかについて日頃から話し合うよう促すとともに、県民や医療関係者や介護関係者等に向けて、アドバンス・ケア・プランニング(人生会議)の普及啓発を行う。 自治体、医療関係者、介護関係者等は患者や家族等へACPを促し、地域包括ケアシステムやACPに関する議論の場等において、患者の希望する医療・ケアについて必要な時に確認できる方法について検討する。 ACPに関する議論や救急現場における心肺蘇生を望まない心肺停止患者への対応方針等は、例えば、救急医療の関係者や地域包括ケアの医療・介護関係者、消防関係者等地域の関係者がそれぞれ実施する会議を合同で開催することなどにより、地域の実情に応じ地域の多様な関係者が協力して検討する。

章-節	項 目	関連する内容や本計画における対策
	小児医療	<ul style="list-style-type: none"> ・「茨城型地域包括ケアシステム」の理念の下、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。 ・医療的ケア児が入院する医療機関において、退院後の療養上必要な事項について説明するとともに、退院・転院後の療養生活を担う医療機関や訪問看護事業所等との連絡や調整、福祉サービスの導入に係る支援等を行うなど、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。 ・小児在宅医療に係る研修事業や、医療的ケア児の支援者への研修により、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、通所支援事業所等の支援従事者などの人材育成を進める。 ・医療的ケア児の支援を総合調整するコーディネーターの養成を推進する。 ・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。 ・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、地域において医療的ケア児とその家族が安心して暮らせるよう、茨城県医療的ケア児支援センターを中心に、相談等に対応できる体制づくりを進める。 ・医療的ケア児や慢性疾患児の急変等に対し、必要な医療を提供できる体制整備に努める。
1-4	県立病院の役割	<ul style="list-style-type: none"> ・医療的ケア児を支援するため、在宅医療に関わる福祉関係機関や訪問看護ステーション、医療的ケア児支援センターとの連携を強化します。
1-7	薬局機能の充実	<ul style="list-style-type: none"> ・県では、県薬剤師会等と連携し、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。
5-2	外来医療の提供体制の確保	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問診療や往診を実施する医療機関数や患者数などに地域偏在が見られるため、地域の医療機関等による協議を行い、各地域において在宅医療の体制整備を図る。