

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9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

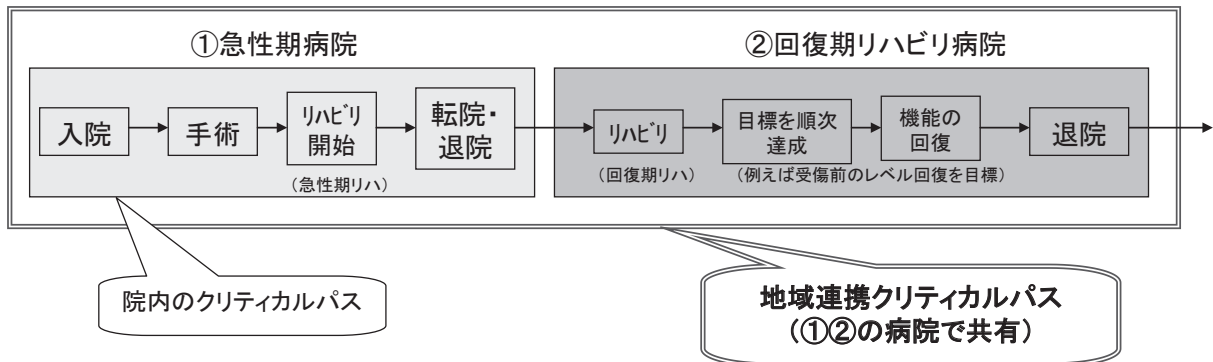
- ・地域の医療機関が、それぞれの特性に基づき機能を分担し、連携を推進するための有効な手段である地域連携クリティカルパス（発病から診断、治療、リハビリ、在宅療養まで、診療にあたる複数の医療機関が役割分担を含めて作成する一連の診療計画）については、急性期医療機

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

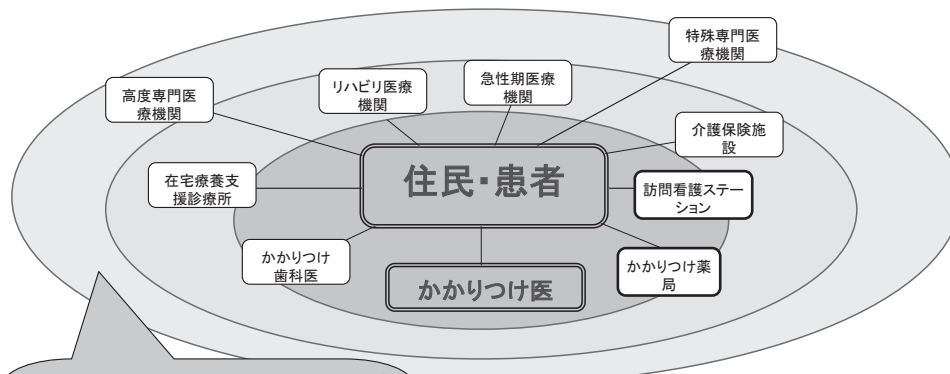
- ・地域医療支援病院と地域の診療所等の連携により、かかりつけ医となる診療所等への紹介患者に対する医療提供、医療機器の共同利用等の支援を通じて、身近な地域で医療を受けられる体制の確保を図る必要があります。

(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。

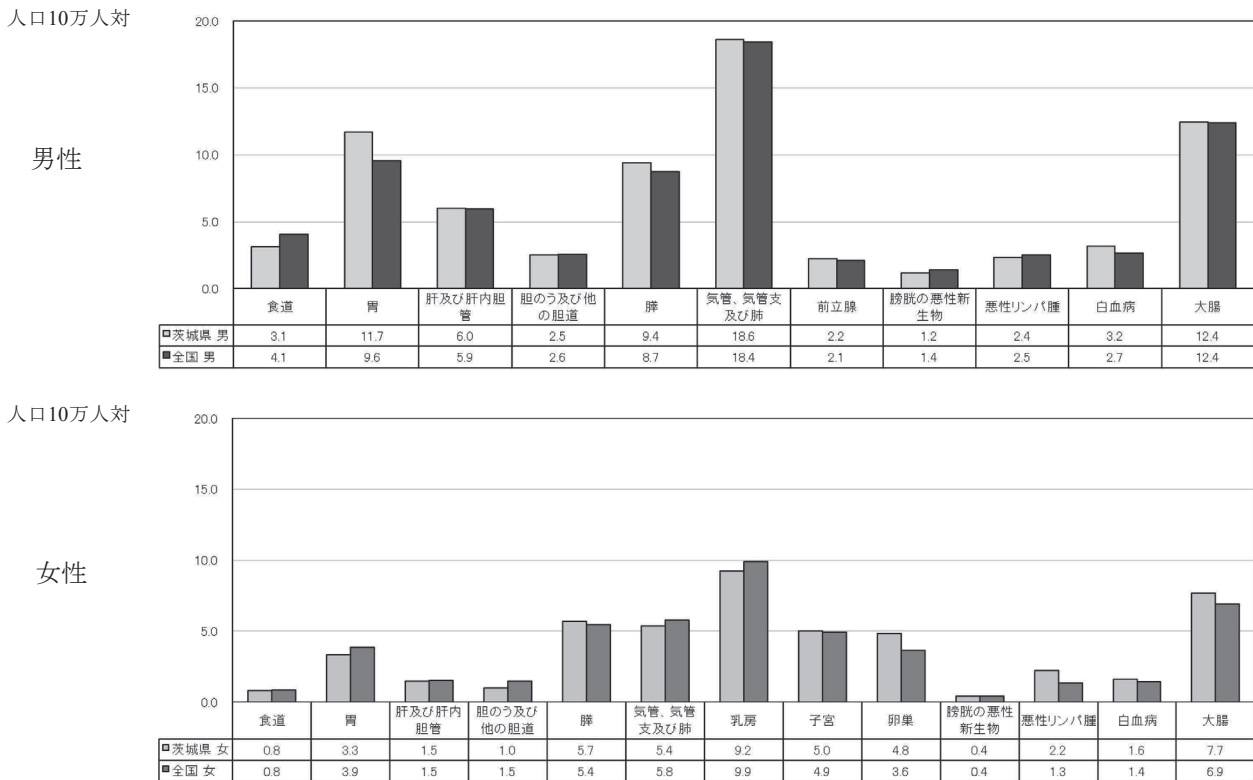
今後は、令和 5(2023)年 3 月に閣議決定された国の「がん対策推進基本計画」の見直しを踏まえて新たに策定した「第五次計画」に基づき、各種取組を推進します。

■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）



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。

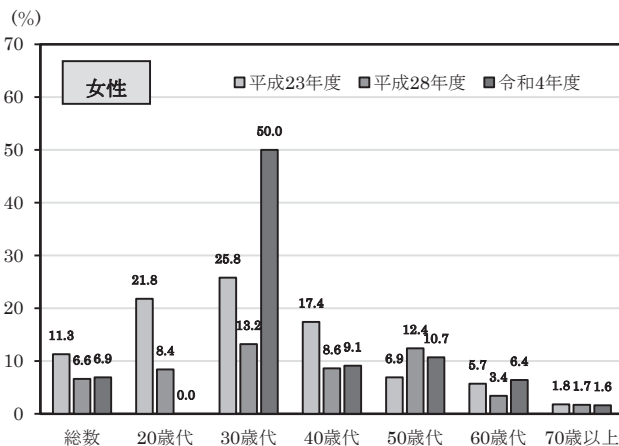
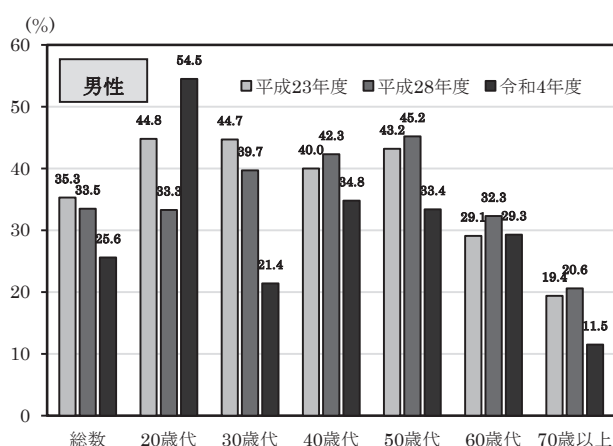
医療技術の進歩等により、がんを早期に発見し早期に治療を行えば、高い確率で完治することが可能になっていますが、依然として「がんは不治の病」や「がんになると痛みで苦しむ」といった思い込みが根強くあるものと考えられます。

(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）

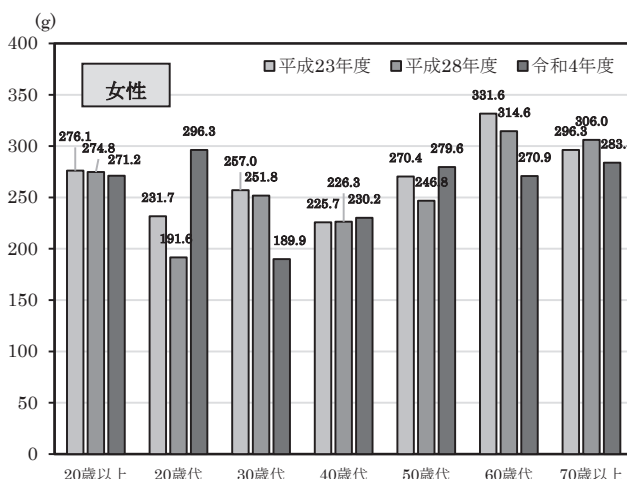
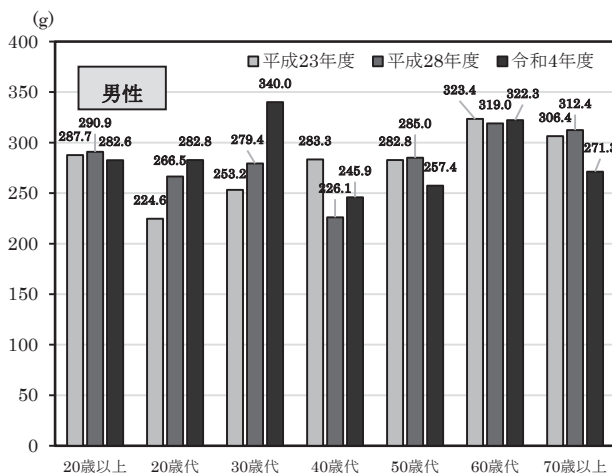
○県民の生活習慣の状況

【喫煙習慣のある人】（モニタリング調査による）

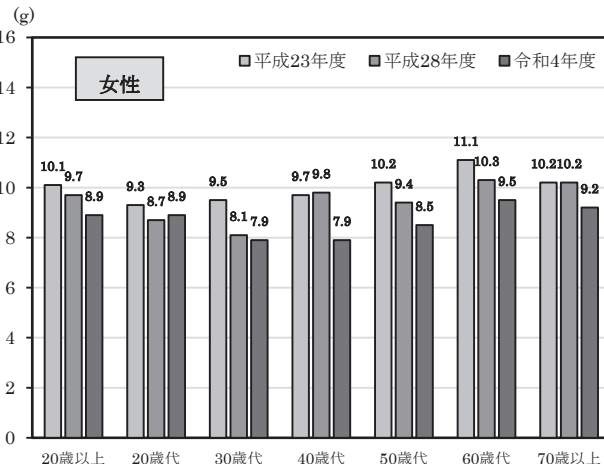
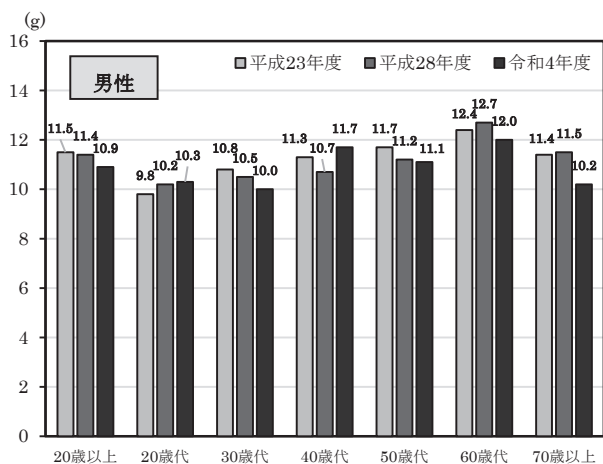
（調査期日前1ヶ月間に「毎日」又は「ときどき」吸う人）の割合推移



【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。

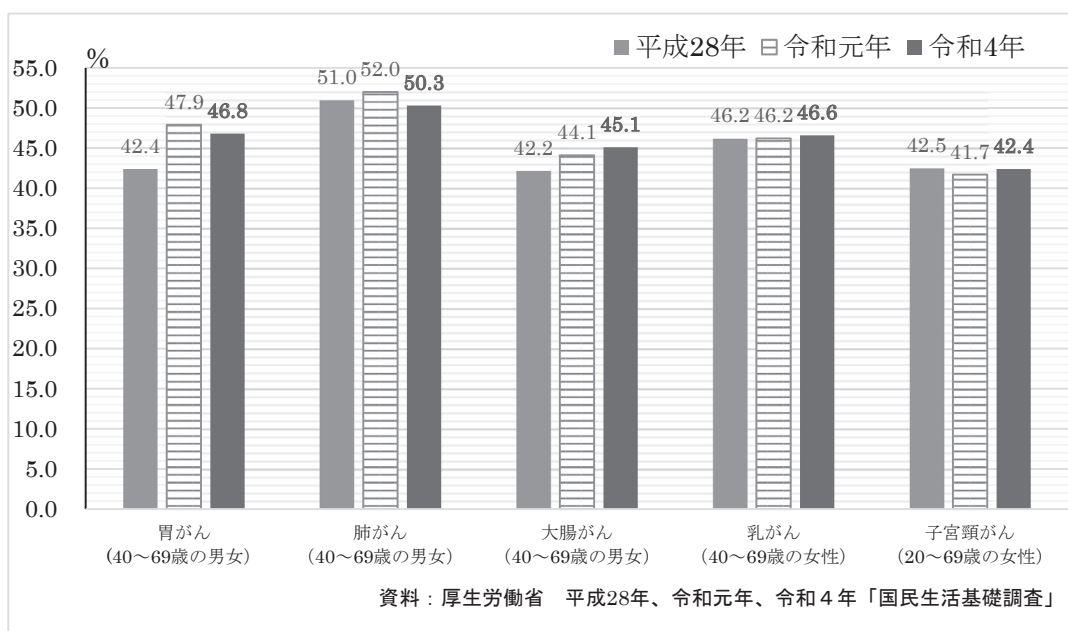
しかし、本県におけるがん検診受診率の推移をみますと、平成28(2016)年度以降、一部のがん種において受診率が頭打ちになっており、令和4(2022)年に実施された国民生活基礎調査によると、本県のがん検診受診率は、大腸、乳、子宮で、前回調査時(令和元(2019)年)を上回る結果となりましたが、肺がんを除き目標としていたがん検診受診率の50%には届きませんでした。

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。

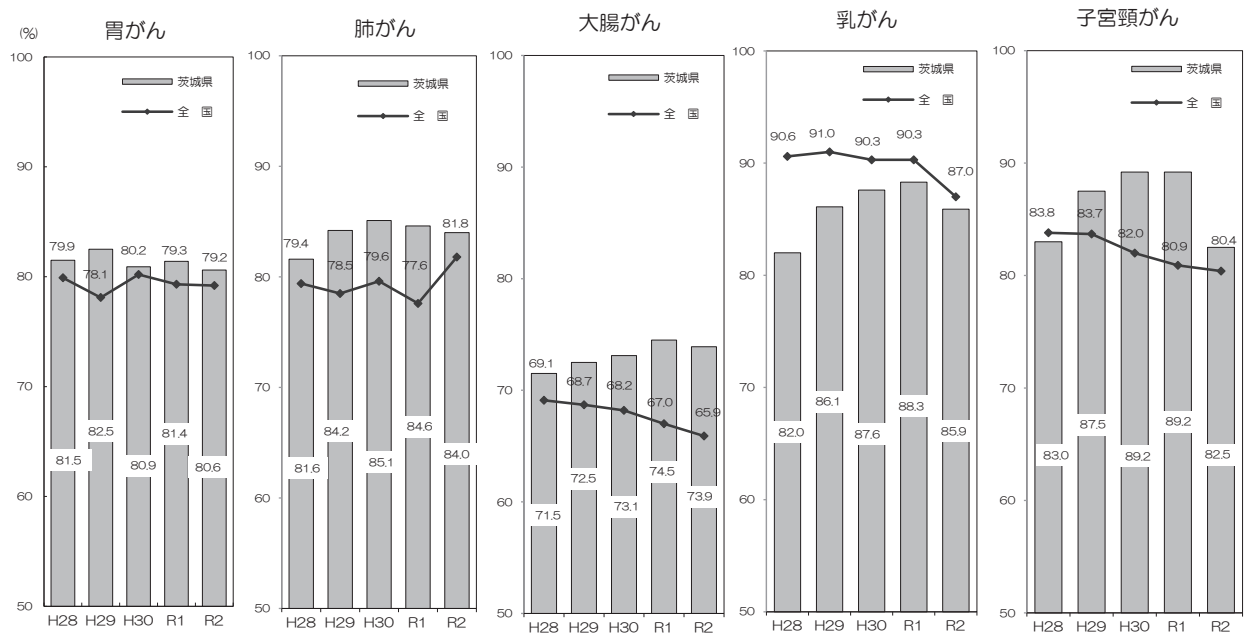
また、がん検診の結果、要精密検査と判定された者は、確実に精密検査を受診し、治療に繋げることが必要ですが、精密検査の受診率は70~80%を推移する状況が続いています。

【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みます。

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。

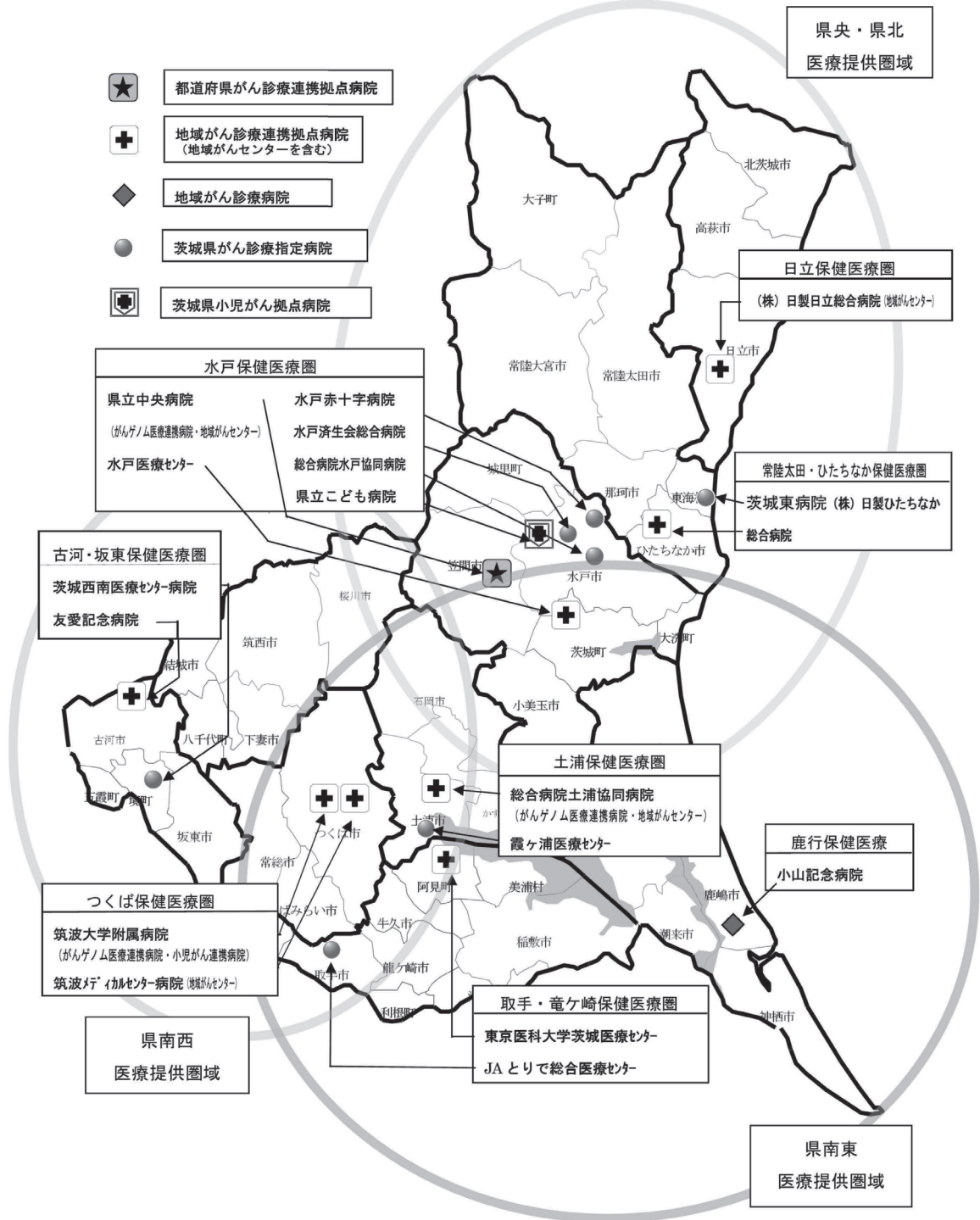
一方で、小児がん医療については、県立こども病院及び筑波大学附属病院が、それぞれ国立研究開発法人 国立成育医療研究センター（小児がん拠点病院）から小児がん連携病院に指定されており、小児白血病や固形がん等の専門的な治療を提供しています。

◆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線等の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>【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。
<p>地域がん診療病院</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 小山記念病院 	

★：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	○ 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開催し、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みます。
- ・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) 年度)	69.0 (令和 3 (2021) 年度)	60.6 (令和 9 (2027) 年度)
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) 年度については過去 1 年、令和 4 (2022) 年度・令和 10 (2028) 年度 (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、茨城県立医療大学付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り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

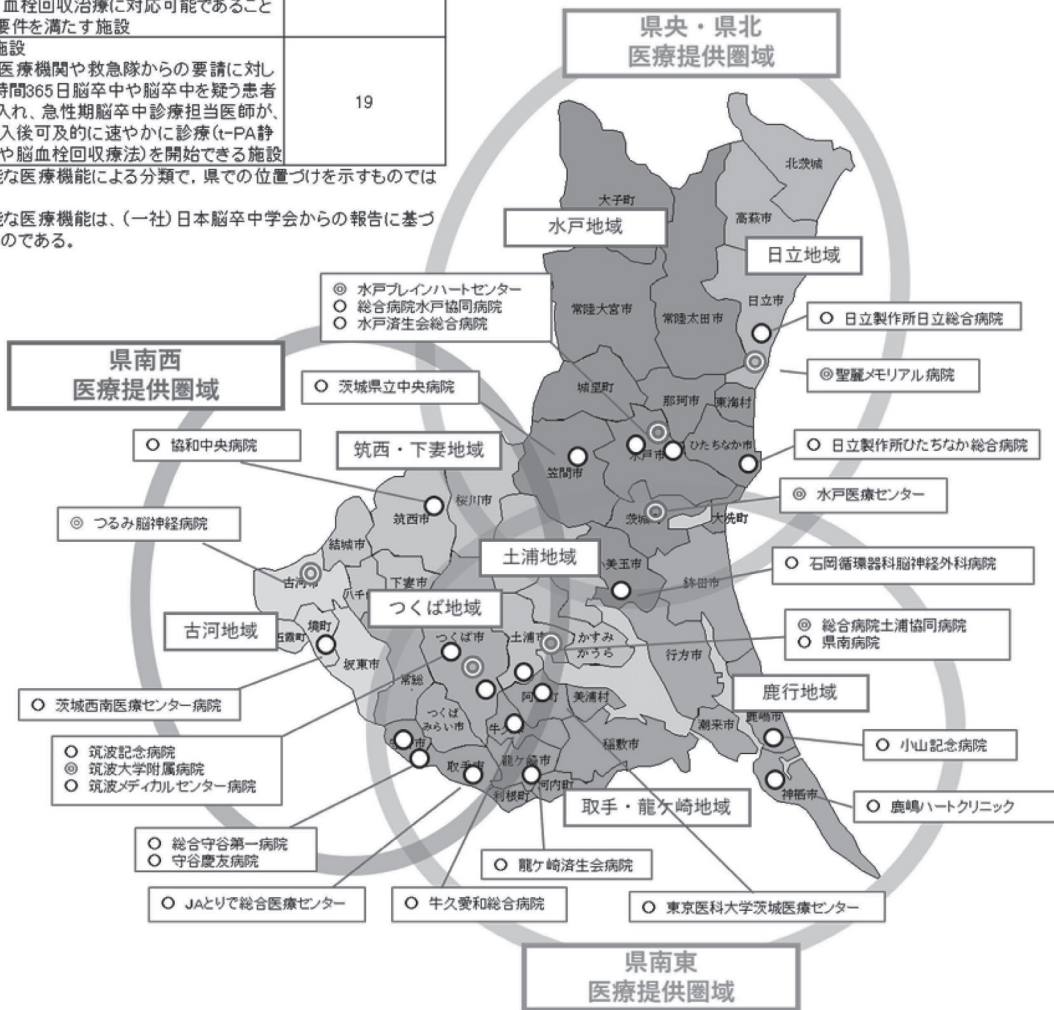
番号	目標項目	現状	目標
1	成人の1日当たり食塩平均摂取量	男性 10.9 g 女性 8.9 g	男性 8.0 g 女性 7.0 g
2	脳血管疾患による退院患者平均在院日数	66.2	短縮
3	脳血管疾患の年齢調整死亡率	男性 116.9 女性 71.5	現況の10%減少

- 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（rt-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）

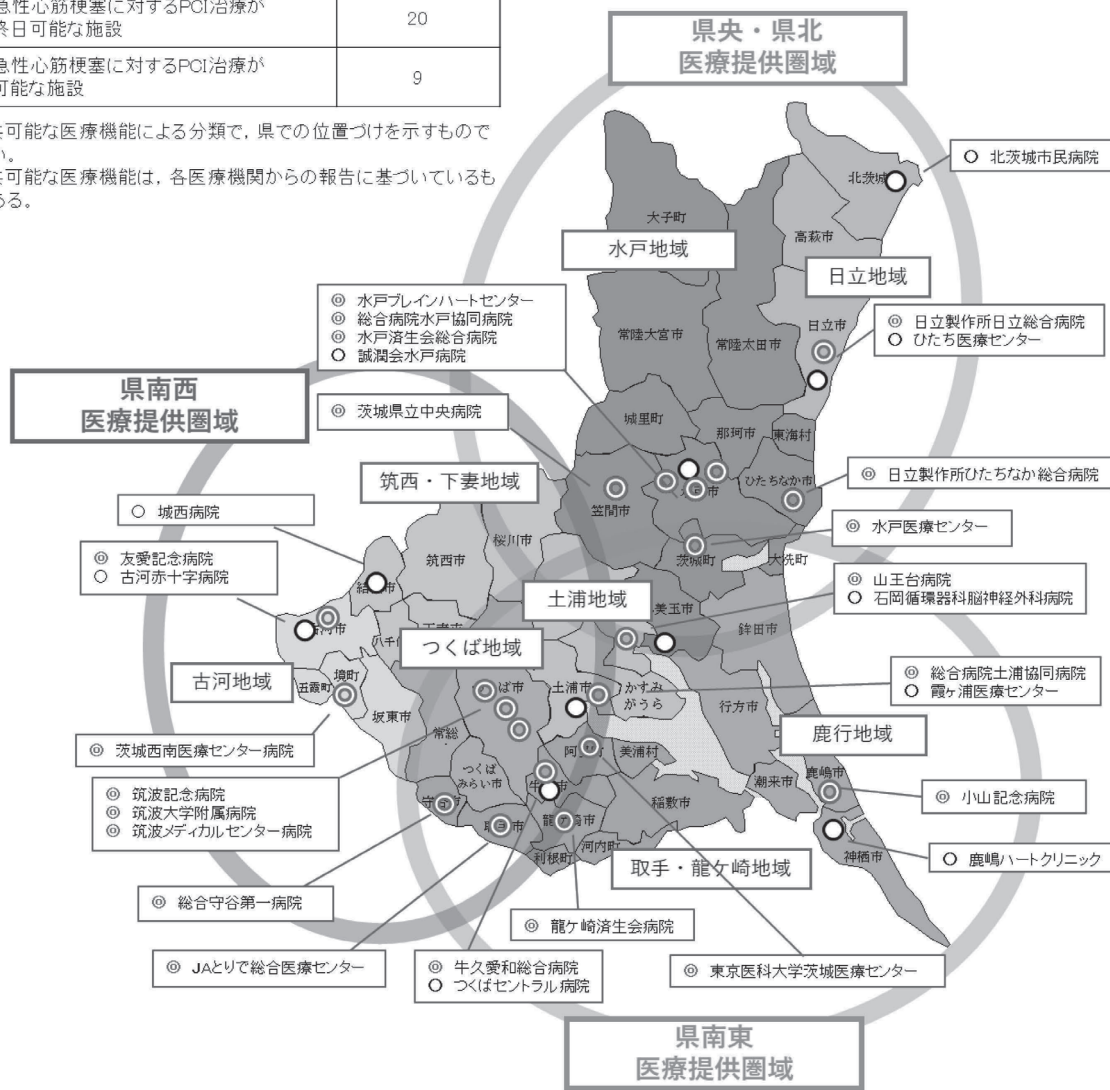
3 心大血管疾患リハビリテーション料（Ⅰ、Ⅱ）の届出施設数（令和5（2023）年4月時点）（関東信越厚生局）

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）

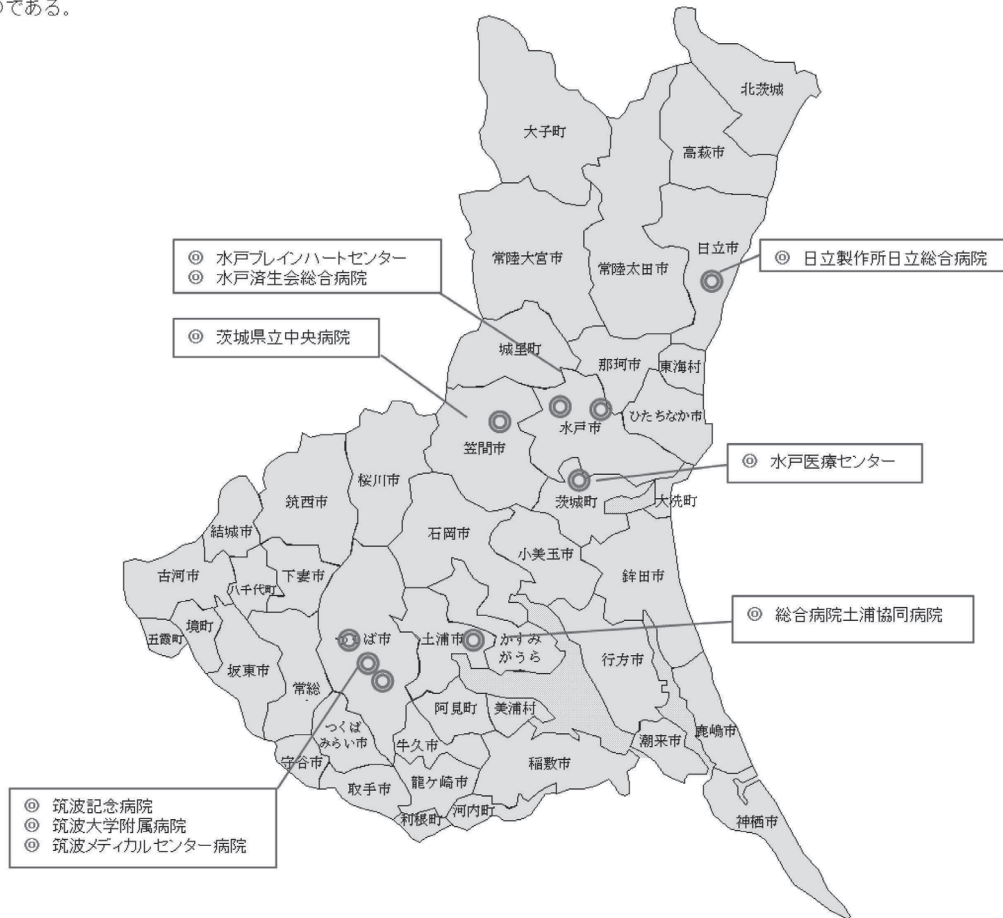
※上記の圏域図に重ねて記載のある3つの圏域は、総論第4章第2節において設定する「医療提供圏域」を図示したものである。

■ 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	<ol style="list-style-type: none"> 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	<p>(行政・医療保険者)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 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	<p>行政、医療保険者 病院又は診療所</p>

(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	<p>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</p>
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	○ 各専門職種チームによる教育入院又は日帰り教育の提供 ○ 糖尿病の急性合併症の治療の提供
人的体制	○ 常勤の糖尿病専門医の配置

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	○ 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） ○ 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

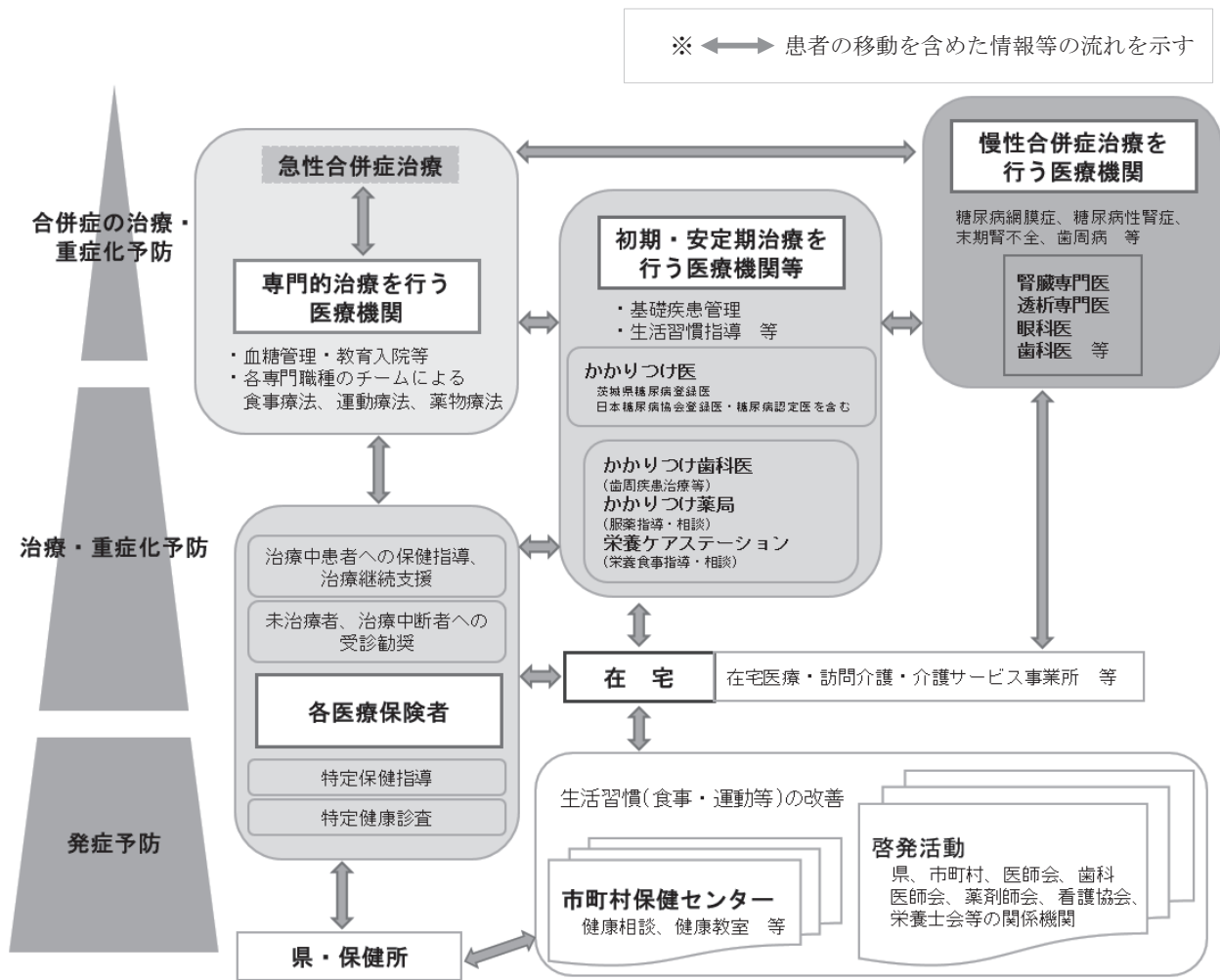
病名	提供可能な医療等
糖尿病性腎症	○ 常勤の腎臓専門医又は糖尿病専門医の配置
末期腎不全	○ 常勤の腎臓専門医又は透析専門医の配置 ○ 血液透析又は腹膜透析の提供
糖尿病網膜症	○ 網膜光凝固術（網膜剥離術）又は硝子体手術の提供
フットケア	○ 糖尿病専門医及び糖尿病療養指導士又は糖尿病認定看護師若しくは必要な研修を修了した看護師の配置 ○ 糖尿病患者に対するフットケアの提供
血管内治療	○ 血管外科医、循環器医、放射線医等の配置 ○ 下肢血流改善を図るための血管内治療の提供

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	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	○ 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 ○ 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 ○ 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 ○ 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

各論

第1章



【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	減少
		女性	
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	現状の10%減少
		女性	

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になっており、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。

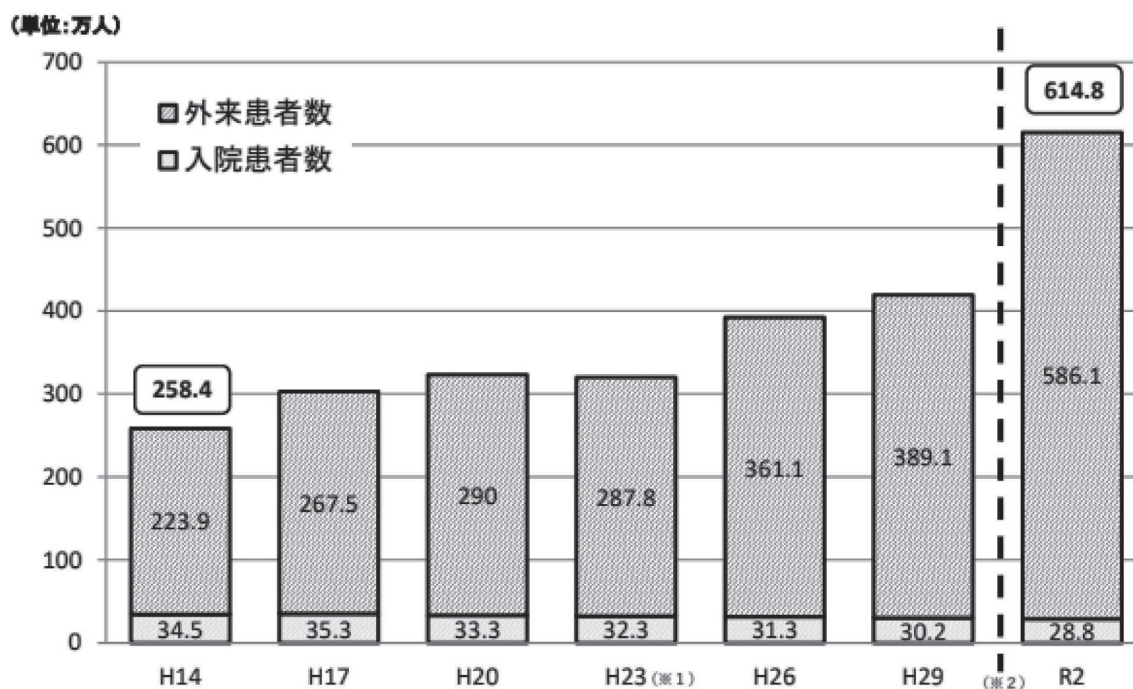
本県における自殺死亡率(人口10万人対)は、年々減少傾向にありましたが、全国と同様に令和2(2020)年に増加に転じ、令和4(2022)年は18.1となっており、全国平均の17.4よりも高い水準で推移しています^(注3)。

(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 9 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て、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。

(ウ) 看護師、薬剤師、栄養士等の確保・育成

「第1章 第9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、脳波上げいれん波が起り、脳内の化学変化により精神症状を緩和します。気分障害（うつ病、躁うつ病）、統合失調症など多くの精神疾患の治療に利用されます。

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（SAS）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) SSRI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。

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

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(MCI)に関する知識の普及啓発を行っていること。
- ② かかりつけ医による健康管理やかかりつけ歯科医師による口腔機能の管理、かかりつけ薬局による服薬指導など、認知症の疑いがある人に早期に気づき適切に対応していくことができる体制を構築していること。
- ③ かかりつけ医の認知症診断等に関する相談役等の役割を担う認知症サポート医の養成を行っていること。
- ④ 認知症疾患医療センターの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PDCA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（BPSD）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（BPSD）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。

(イ) 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。

(4) 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（SMARPP）、ギャンブル等依存症患者に対する回復プログラム（SAT-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開催しています。

【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必要があります。

【対策】

(7) 求められる医療機能

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

- ① 障害の特性を理解し診断を行うこと。
- ② 学術的研究が発展途上であることから、診断方法を研究し確立することが可能であること。
- ③ 症状の改善を目指すための医学的なりハビリテーションプログラムを提供すること。
- ④ 高次脳機能障害者に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。

(4) 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大脳の慢性疾患で、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】

(7) 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。

(4) 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】

(7) 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。

(4) 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、時間がたってからも、その経験に対して強い恐怖を感じる障害です。震災などの自然災害、火事、事故、暴力や犯罪被害などが原因になるといわれています。

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

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

【課題】

PTSDに対応できる医療機関を明確にする必要があります。

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

【対策】

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)

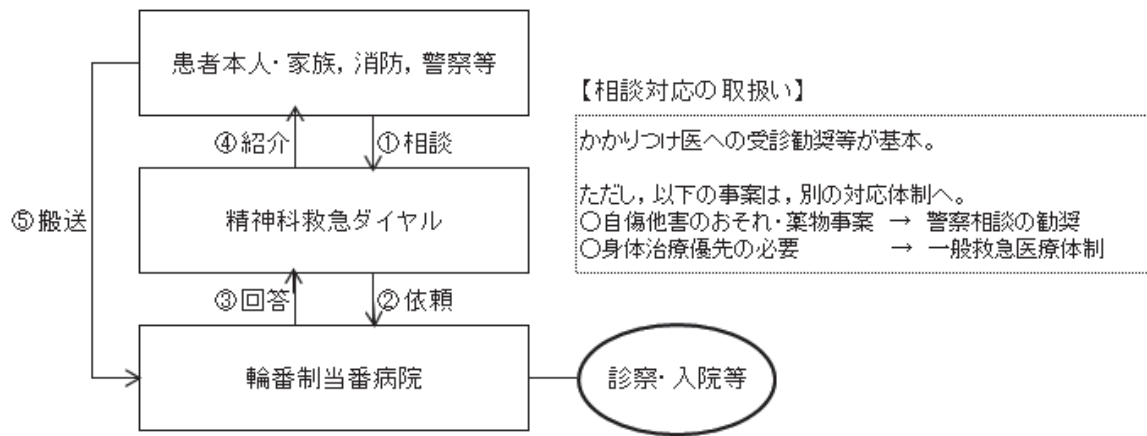
(4) 精神科一般救急（精神科二次救急）医療体制

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)
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。

(イ) 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。

- (イ) 一般（身体科）医療機関におけるリエゾンチームによる回診体制の普及・促進を図る必要があります。
- (ウ) 救命救急センター又はそれに準じた医療機関における精神身体合併症に対応した病床（MPU：Medical Psychiatry Unit）の確保について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。

(1) 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つながる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。

(イ) 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】

（ア）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。

(1) 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可能性があることから、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】

(ア) 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。

(イ) 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 合 割	入 院 患 者 数	構 成 合 割	入 院 患 者 数	構 成 合 割	入 院 患 者 数	構 成 合 割	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）

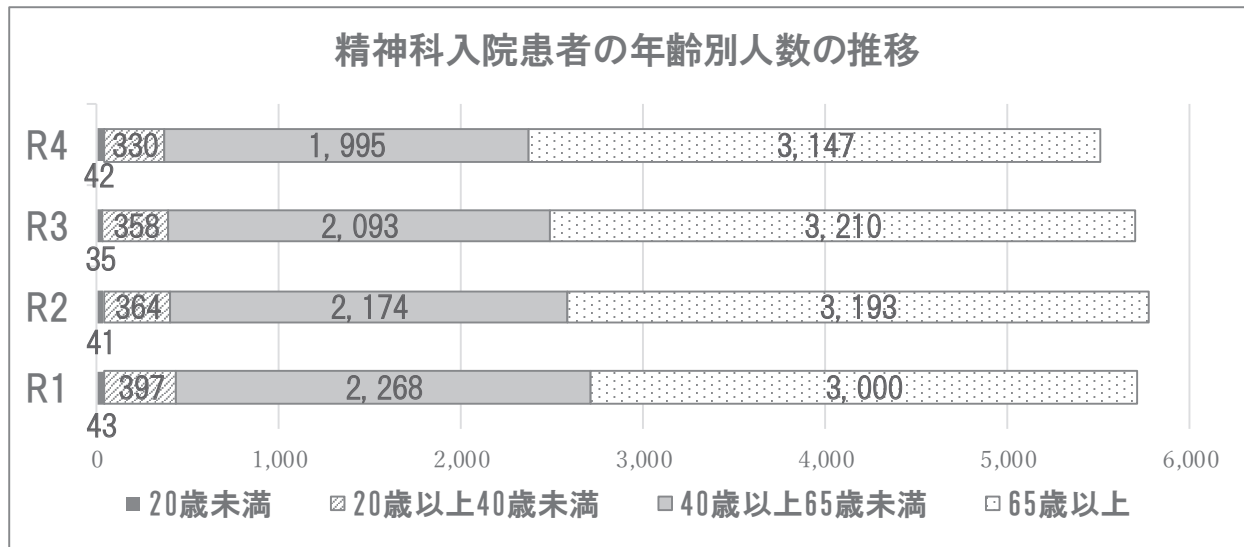
	平成 30 年度 (2018)	令和元年度 (2019)	令和 2 年度 (2020)	令和 3 年度 (2021)
茨城県	339.6	339.9	358.7	371.5
全国	265.8	265.8	277.0	275.1

出典：病院報告

（注 1）令和 2（2020）年精神保健福祉資料

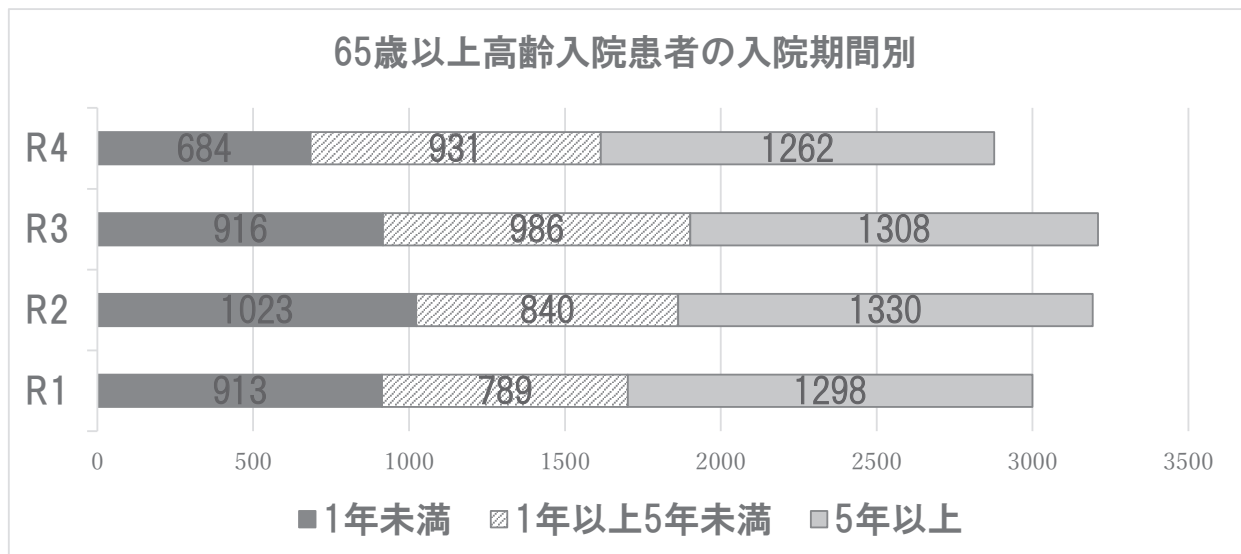
地域平均生活日数とは、精神病床から地域に退院した 1 年未満在院の患者のうち、退院後 1 年以内の地域での生活日数の平均をいう。

■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(2016))
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(2016))
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(2016))

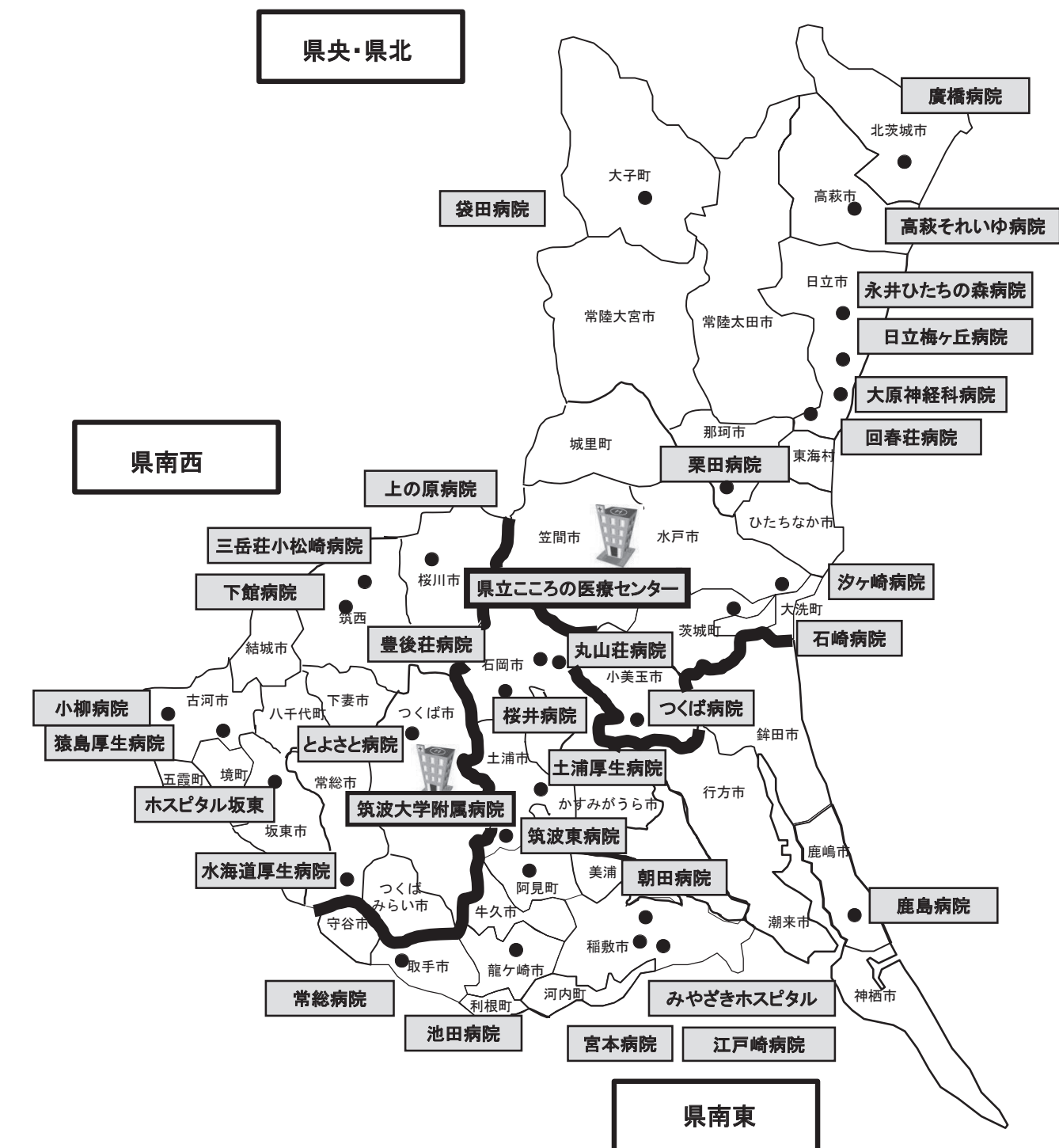
目標

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 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)	27施設

