

第2章 健康でいきいきと生活し、活躍できる環境づくり

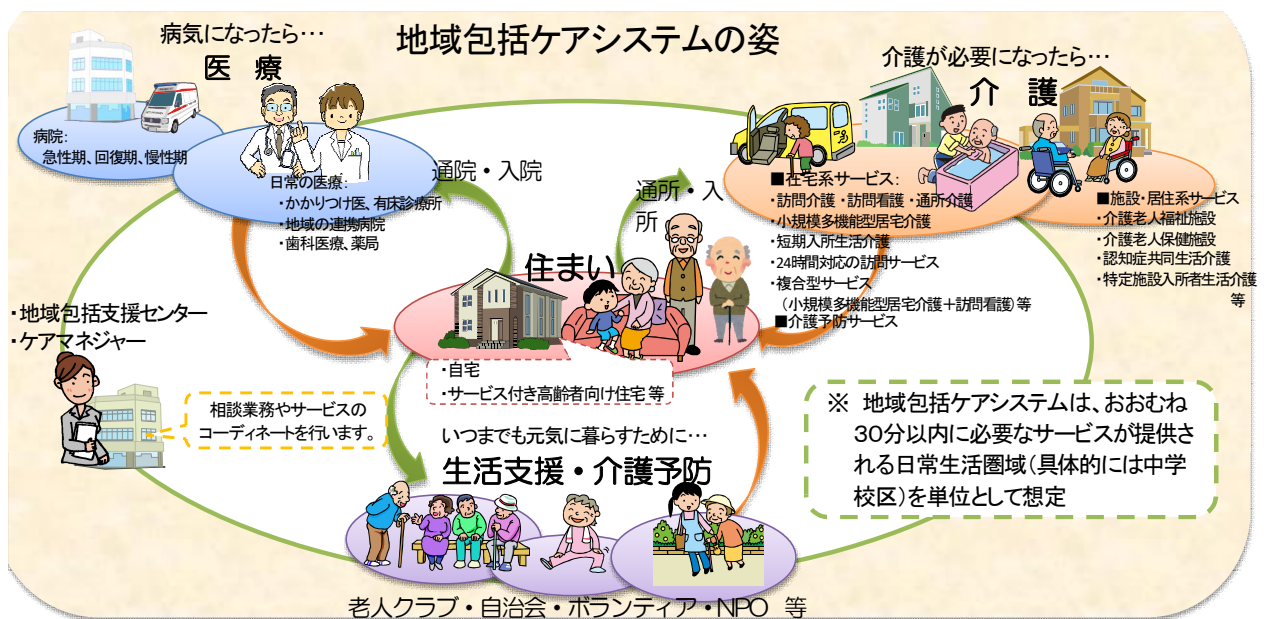
第1節 茨城型地域包括ケアシステムの構築

1 地域包括ケアシステムの構築

【現状】

令和4年（2022）10月1日現在、本県の65歳以上の人口は851,922人、高齢化率^{（注1）}は30.6%で全国平均の29.1%を1.5ポイント上回っています。本県の高齢化率の推移を見ますと、昭和55（1980）年（9.2%）から昭和60（1985）年（10.2%）の5年間ではわずか1ポイントの伸びでしたが、平成27（2015）年（26.8%）から令和2（2020）年（29.9%）の5年間では3.1ポイントの伸びとなっており、近年急速に高齢化が進んできている状況にあります。この傾向は今後も続き、2040年には高齢化率は38.2%、高齢者世帯については46.8%となることを見込まれています。また、全国で2040年には65歳以上の高齢者のうち5人に1人以上が認知症となることが推測されています。

このような超高齢社会に対し、国では、団塊の世代^{（注2）}全てが75歳以上となる2025年を目途に、要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることを目指し、医療、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社会の仕組みである「地域包括ケアシステム」の構築を推進してきました。



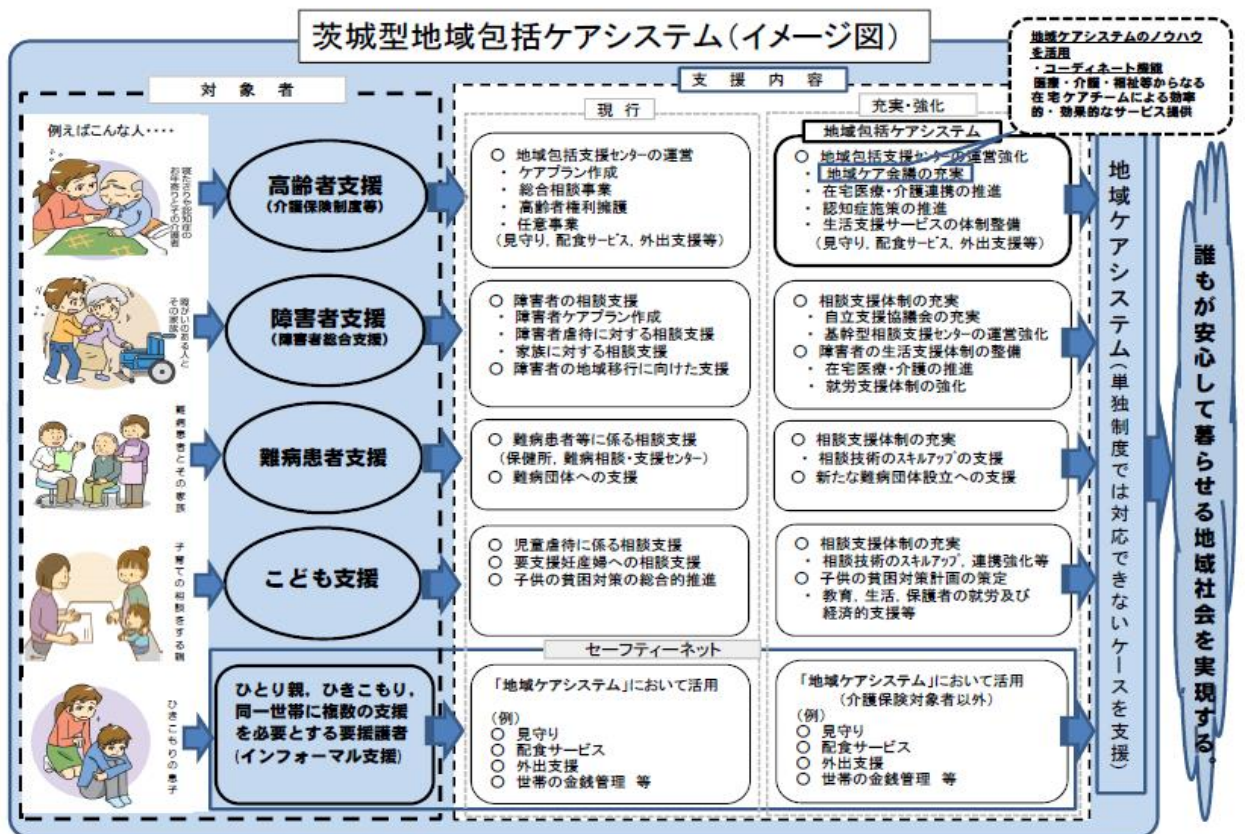
県内においては、地域包括ケアシステム構築・深化のため、市町村や地域包括支援センター（令和5年4月1日現在、44市町村92か所）が中心となり、地域ケア会議の開催や生活支援体制整備事業等に取り組んでいます。

地域ケア会議は、多職種連携・協働により高齢者個人に対する支援の充実とそれを支える社会基盤の整備を推進するために、県内全市町村で開催されています。地域ケア会議には、市町村職員だけでなく、多くの医療従事者や介護支援専門員、介護サービス事業所職員等の

介護・福祉専門職、民生委員を含む住民等が参加し、地域包括ケアシステムの実現による、地域住民の安心・安全と QOL 向上に共に取り組んでいます。

また、元気な高齢者をはじめ住民が担い手として参加する住民主体の活動や、NPO、社会福祉法人、社会福祉協議会、地縁組織、協同組合、民間企業、シルバー人材センター等の多様な主体による多様なサービスの提供体制を構築し、高齢者を支える地域の支え合いの体制づくりを推進する生活支援体制整備についても、各市町村で取組が進められています。

本県においては、平成6（1994）年度より、高齢者に限らず全ての要援護者を対象に、保健・医療・福祉等の関係者が一体となってサービスを提供するための体制を「茨城型地域包括ケアシステム」として国に先駆けて推進してきました。



【課題】

地域包括ケアシステムの実現に向けた社会基盤の整備を担う市町村においては、地域ケア会議で多職種連携・協働により個別の困難事例の検討から地域課題を把握し、地域の実情に応じて取り組むことが重要です。

また、今後の高齢者の増加と高齢者を支える担い手の減少に備え、引き続き高齢者が元気に暮らすための介護予防の推進や、住民が支え手となり地域で支え合う体制整備が必要です。地域の支え合いの体制づくりにおいては、住民が自分のこととして地域における自助・互助の必要性を認識することや、生活支援体制整備事業や支援の調整役である生活支援コーディネーターについて住民への周知を図ることも必要です。

【対策】

(1) 地域包括ケアシステム構築に係る市町村支援

県においては、市町村が地域の実情に応じて、多職種で連携し取り組んでいる地域包括ケアシステムの構築について、市町村担当者や地域包括支援センター職員、生活支援コーディネーター等への研修による資質向上に取り組めます。また、市町村担当者間の意見交換・情報交換の場を設けることにより、市町村の取組を後押しします。

(2) 地域包括ケアシステムの推進に携わる多職種連携支援

多様な専門職種の連携・協働と住民の主体的な取組の更なる推進のため、職能団体との連携や県民への地域包括ケアシステムの啓発について、茨城県地域包括ケア推進センターと連携し更なる充実を図ります。

また、高齢者は、近年増加している災害時において避難等に困難を抱える災害弱者になりやすいため、介護支援専門員等地域包括ケアシステムの推進を担う専門職に対する資質向上支援により、市町村の要援護者等の個別避難計画の実践において適切な災害ケアマネジメントを推進します。

(3) 茨城型地域包括ケアシステムの推進

今後もこれまで「茨城型地域包括ケアシステム」で築いてきたネットワークを活用し、高齢者・障害者・難病患者等を包含して支援するシステム構築を推進します。

(注1) 高齢化率：65歳以上の人口が総人口に占める割合。

(注2) 団塊の世代：昭和22年から昭和24年にかけて生まれた人口集団のことを指す。出生数は約800万人で、H29.10.1現在の県内の団塊の世代人口は、県人口の約5.2%に当たる約14万8千人。

(出典) 地域包括ケアシステム：厚生労働省ホームページ

2 地域リハビリテーションの充実

【現状】

リハビリテーションは、単に機能障害の改善や維持だけでなく、その人が再び自分らしく生きられるようになることも意味しております。そのため、県では全ての人が身近な地域で適切なリハビリテーションが受けられるよう、地域リハビリテーション支援体制の整備を行っています。

地域リハビリテーションは、「障害のある子供や成人・高齢者とその家族が、住み慣れたところで、一生安全に、その人らしくいきいきとした生活ができるよう、保健・医療・福祉・介護及び地域住民を含め生活にかかわるあらゆる人々や機関・組織がリハビリテーションの立場から協力し合って行う活動のすべて^(注1)」を言い、誰もが自分らしくいきいきとした生活を送る「ソーシャル・インクルージョン（社会的包摂）^(注2)」の達成を目指しています。

リハビリテーションの推進のためには、障害や要支援・要介護状態の発生を予防するためのリハビリテーションに始まり、脳卒中や骨折等による障害発生時においては急性期リハビリテーションが、その後の回復期リハビリテーション、病状安定期にある場合や生活不活発病に対しては生活期リハビリテーションというように、疾病や障害の各段階におけるリハビリテーションが必要であり、それぞれに対応できるリハビリテーション専門職が求められています。

さらに近年、地震や洪水などの自然災害が全国的に多発し、被害も激甚化する中、災害時におけるリハビリテーションの必要性が高まっているところです。

【課題】

「ソーシャル・インクルージョン」を達成していくためには、保健・医療・福祉・教育の各分野との連携方策を検討し、地域の実情にあった地域リハビリテーション体制を構築することが必要です。

また、地域包括ケアシステムの構築や、市町村の一般介護予防事業を中心とした地域支援事業の充実・強化等に向けて地域リハビリテーション支援体制の整備を図ることが重要です。

さらに、幅広いステージに適時・適切にリハビリテーションが提供できるリハビリテーション専門職の育成や、若手を含むリハビリテーション専門職の資質向上と指導者のマネジメント能力向上を図る必要があります。

さらに、避難所での生活不活発病防止など、災害時におけるリハビリテーション支援体制構築が必要になっています。

【対策】

(1) 地域リハビリテーション支援体制の充実

「県支援センター」である県立医療大学付属病院を核として、二次保健医療圏ごとに指

(注1) 一般社団法人 日本リハビリテーション病院・施設協会による地域リハビリテーションの定義

(注2) ソーシャル・インクルージョンは社会的包摂とも訳され、平成12年 厚生労働省「社会的な援護を要する人々に対する社会福祉のあり方に関する検討会」報告書では「全ての人々の孤独や孤立、排除や摩擦から援護し、健康で文化的な生活の実現につなげるよう、社会の構成員として包み支え合う」とことと定義している。

定する「広域支援センター」、「地域リハ・ステーション」及び「小児リハビリテーション支援センター」により、地域におけるリハビリテーションの関係機関や市町村等に対する支援を行い、保健・医療・福祉・教育等の連携強化と地域リハビリテーション支援体制の充実を図ります。

また、県内2か所に「研修支援センター」を指定し、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士等のリハビリテーション専門職をはじめ、地域リハビリテーションに関わる関係職種に対して行う研修体制の充実を図ります。

さらに、退院後も身近な地域で適切なリハビリテーションが受けられるよう、リハビリサービスを提供している医療機関、介護保険事業所、障害福祉事業所、教育・研究機関ならびに職能団体を、各市町村1か所以上「地域リハ・ステーション」に指定することを目指し、市町村の一般介護予防事業を中心とした地域支援事業への人的支援や、在宅療養者の日常生活を支える助言指導等の実施により、地域リハビリテーションサービスの充実を図ります。

また、地域リハビリテーション支援センターが中心となり、各広域支援センター、職能団体や市町村とも連携しながら、地域リハビリテーション支援体制を活用した災害時の連携体制の在り方について検討を行ってまいります。（各論第1章第2項「7 災害医療」参照）

なお、近年課題となっている高次脳機能障害への支援については、茨城県高次脳機能障害支援センターと情報共有等の連携強化を図り、充実したリハビリテーション環境の整備を推進します。

(2) リハビリテーション専門職の研修体制の充実

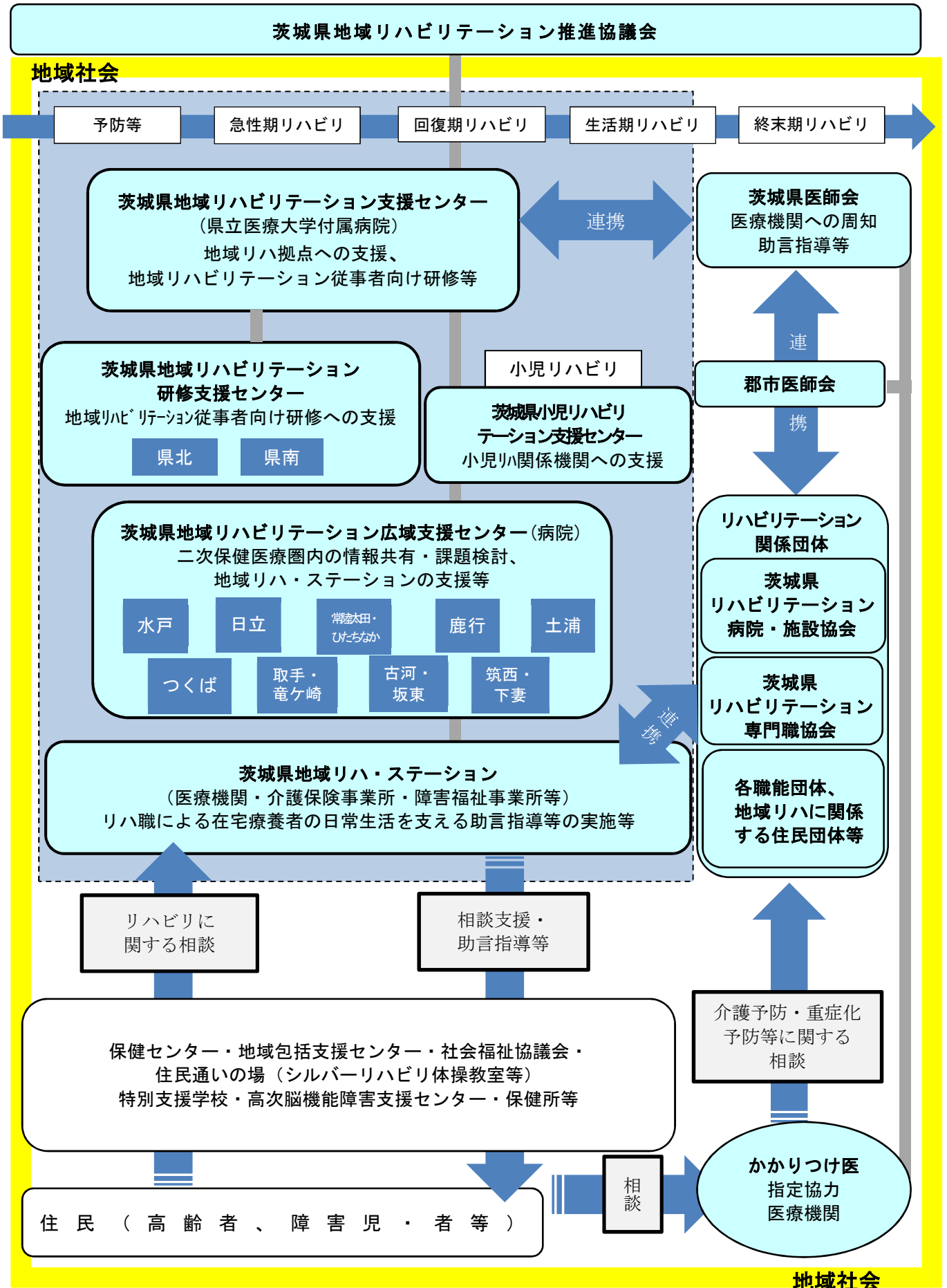
リハビリテーション専門職においては、医師や看護師の様に、養成校を卒業した後の体系的な臨床での研修体制が十分でないことや、医療機関等に勤務する若手職員が年々増加し、相対的に現場での指導的立場を担う職員が、不足する状況があることを踏まえ、幅広いリハビリテーションに対応できる人材の養成に資する研修を実施します。

また、リハビリテーション専門職に限らず、広く地域リハビリテーションに関わる医師、歯科医師、看護師、歯科衛生士、社会福祉士、介護支援専門員、介護福祉士、管理栄養士、ソーシャルワーカー等を対象に、地域リハビリテーションに関する様々な分野の研修を行い、地域リハビリテーションの普及・充実を図る人材を養成します。

(3) 市町村が行う地域支援事業（一般介護予防事業等）に対する支援

要支援状態になる主な原因は転倒、骨折や関節の病気等であり、運動器の障害のために立ったり歩いたりするための身体能力（移動機能）の低下をきたした状態（＝ロコモティブシンドローム）や、加齢による心身が古い衰えた状態（＝フレイル）を予防することは、非常に重要であるため、各市町村が高齢者を対象に行う訪問・通所型サービスや住民運営の通いの場、多職種協働の会議等にリハビリテーション専門職が積極的に関与できるよう支援してまいります。

■ 地域リハビリテーション支援体制図



3 今後高齢化に伴い増加する疾病等対策

【現状】

「フレイル」は年齢とともに身体的、社会的、精神的要因により心身の活力が低下した状態、「ロコモティブシンドローム」は運動器自体の疾患や加齢に伴って起こる運動器の障害のために身体能力が低下した状態を指します。加齢に伴い、これらのフレイルやロコモティブシンドロームに陥るリスクは高まりますが、そのままにしておくとう進行が加速し、骨粗しょう症による大腿骨頸部骨折や、歯と口腔機能の衰えの進行による低栄養や誤嚥性肺炎等疾患を発症し、要介護状態に移行する恐れがあります。

市町村における介護予防の取組については、平成 27（2015）年度に介護保険制度における予防給付の介護予防訪問介護、介護予防通所介護が市町村の地域支援事業に移行し、介護予防・日常生活支援総合事業として地域に根ざした事業が実施されています。さらに、平成 29（2017）年の介護保険法等の改正では、市町村による高齢者の自立支援・重度化防止の取組がより重視されているところです。

【課題】

今後、更なる高齢化に伴い、フレイル・ロコモティブシンドロームの状態を経て要介護状態へ陥る人々の増加が見込まれるため、フレイル・ロコモティブシンドロームの状態又は前段階からの予防の取組が重要となります。

「フレイル」「ロコモティブシンドローム」の概念の普及とともに、早期に運動機能の維持、低栄養の防止、口腔機能の維持、社会参加に取り組むよう啓発することが必要です。また、個人に対しては、適切な時期に適切な支援を提供するために、市町村による健康診断の情報や医療情報の一体的なアセスメントに基づくアプローチや、適切なケアマネジメントを提供するとともに、効果的な介護予防・重度化防止のサービスの提供が必要です。

【対策】

(1) 介護予防に携わる市町村職員の資質向上及び市町村支援

県においては、市町村による要介護状態の前段階であるフレイル・ロコモティブシンドロームの予防を踏まえた介護予防事業等の取り組みを支援するため、市町村担当者や介護予防事業従事者向けの研修等を実施することで、介護予防従事者の資質向上を推進します。また、市町村による要支援・要介護状態になる前段階の者を対象とした地域支援事業の推進、要支援者に対する介護予防サービスの基盤整備、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施、地域包括ケアシステムの推進に関する取組、リハビリテーション専門職派遣による介護予防事業の取組等を支援していきます。

(2) 適切な介護予防ケアマネジメントへの支援

個人の介護予防や要介護認定者の重度化防止に関するケアマネジメントに取り組む地域包括支援センターの職員や介護支援専門員に対し、研修を実施し適切なアセスメントを行えるよう支援します。また、リハビリテーションの導入により要介護者の重度化防止を図るため、リハビリテーション専門職によるリハビリ相談におけるケアプラン作成への助言等を進めます。

4 介護保険制度との連携

【現状】

このような超高齢社会にあっては、高齢者が社会を支える重要な一員として健康で元気に活躍できる環境づくりを進めるとともに、介護が必要となってもできる限り住み慣れた地域の中で、高齢者が尊厳を保持して暮らし続けることができる環境を整備していくことが求められます。

本県の65歳以上の人口は、令和4（2022）年10月1日現在851,922人であり、高齢化率^{（注1）}は令和4（2022）年には30.6%、令和7（2025）年には高齢化率は32%を超え、さらに令和22（2040）年には約4割（38.2%）になると予測されています。

介護保険制度は、平成12（2000）年4月から導入され、高齢者の介護を支える基幹的なシステムとして定着しております。本県の要介護認定率^{（注2）}は、令和4（2022）年9月末現在で16.5%となっており、全国で最も低い状況となっており介護予防の取組も進んでおりますが、平成12（2000）年10月の8.1%からは8.4ポイント増加しており、今後も上昇が見込まれます。

平成18（2006）年度には、介護保険制度に地域支援事業や予防給付が創設され、予防重視型システムへの転換がはかられ、平成27（2015）年度には予防給付の介護予防訪問介護、介護予防通所介護が市町村の地域支援事業に移行し、介護予防・日常生活支援総合事業として地域に根ざした事業が実施されています。更に、平成29（2017）年の介護保険法等の改正では、市町村による高齢者の自立支援・重度化防止の取組がより重視されているところです。

【課題】

今後も、高齢者等のニーズに応じた介護保険サービス基盤の整備や介護に関わる専門的な人材の養成・確保、サービスの質の向上に努めるとともに、制度の持続性を確保していくことも重要な課題となっています。

また、後期高齢者の割合の上昇に伴い医療と介護のニーズを併せ持つ高齢者が増加していく中、更なる多職種連携や医療介護連携体制の充実が必要です。また、要介護状態になっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを、人生の最後まで継続できるような体制の充実も必要です。

【対策】

県においては、市町村が取り組む地域支援事業の支援や介護予防推進の啓発などに取り組むとともに、高齢者の介護を支えるためのサービス基盤については、第9期いばらき高齢者プラン21に沿って取り組んでいきます。

また、医療と介護のニーズを併せ持つ高齢者の増加に伴い、医療・療養課題に対し適切に対応できる介護支援専門員等専門職の人材育成を行うとともに、多職種連携に関する研修会の開催、介護支援専門員とかかりつけ薬局との連携推進、「入退院支援連携ガイドライン」や「つながるシート」「適切なケアマネジメント手法の手引き」^{（注3）}の活用促進により、地域における医療介護連携の実践を支援していきます。

更に、県民が希望する医療やケアを受けながら、人生の最後まで住み慣れた地域で暮らしていけるよう、県民へ普及啓発を行うとともに、医療従事者や介護従事者等へ実践研修を開催する等人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）の推進を支援します。

（注1）高齢化率：65歳以上の人口が総人口に占める割合。

（注2）要介護認定率：第1号被保険者に占める要支援・要介護認定者の割合。

（注3）厚生労働省令和2（2020）年度老人保健健康増進等事業「適切なケアマネジメント手法の普及促進に向けた調査研究事業」により作成（事業実施主体：株式会社日本総合研究所）

5 認知症の方への支援

【現状】

我が国における認知症高齢者の数は、平成 27（2015）年 1 月の厚生労働省研究班の推計では、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令和 7（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。

【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、認知症の早期診断・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、退院・退所後もそのとき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できる循環型の仕組みを構築することが重要です。併せて、医療提供体制の充実を図り、認知症疾患医療センターの機能強化を図るとともに、地域における医療連携強化を図る必要があります。

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。

（1）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（M C I）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。

(2) 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（B P S D）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、歯科医師、薬剤師、看護職員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。

(3) 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（B P S D）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。

(4) 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（B P S D）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。

(5) 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。

(6) 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。

【目標】

目標項目	現状 (令和4(2022)年度)	目標 (令和8(2026)年度)
認知症サポート医養成人数(累計) ※再掲	196人	280人
かかりつけ医認知症対応力向上研修受講者数(累計) ※再掲	979人	1,240人
歯科医師認知症対応力向上研修受講者数(累計) ※再掲	615人	1,050人
薬剤師認知症対応力向上研修受講者数(累計) ※再掲	1,221人	2,020人
看護職員認知症対応力向上研修受講者数(累計) ※再掲	1,004人	1,700人
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) ※再掲	4,134人	6,200人
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) ※再掲	98人	460人

第2節 予防医学の知識の普及と健康づくりの推進

対策詳細 ⇒ 「第4次健康いばらき21プラン」

【現状】

健康寿命は、健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間のことで、本県の男性は72.71年（全国第10位）、女性は75.80年（全国第17位）^{（注1）}となっています。

県民の令和4（2023）年の総死亡者数のうち、生活習慣病による死亡者数は約5割^{（注2）}で、令和4年（2023）度の国民健康保険の加入者の総医療費に占める生活習慣病医療費の割合は、約3割^{（注3）}となっています。

【課題】

生活習慣病の発症及び重症化予防のためには、適正な食生活、適度な身体活動や運動習慣、禁煙、適正体重の維持など、日常生活で健康づくりに継続的に取り組むとともに、県民一人一人が、自身の健康に対する関心を持ち、日頃から健康状態をチェックして生活習慣の改善に努めることが必要です。

また、生活習慣病の予防・重症化予防のため、健康診査等を受診することが重要ですが、特定健康診査の実施率は全国と比べて低く、医療保険者や健診機関等と連携し、啓発推進の取り組みを強化し、実施率向上に努めることが必要です。

県民のメタボリックシンドローム該当者及び予備群の割合では、40～64歳の男女において全国と比較して高いことから、医療保険者による効果的な保健指導の実施や医療機関への受診が必要と判断された者等への受診勧奨の取り組みを支援していくことが必要です。

【対策】

県は、「第4次健康いばらき21プラン」に基づき、健康増進の基本要素である、栄養・食生活、身体活動・運動、飲酒、喫煙、休養などの個人の行動変容による健康状態の改善を働きかけるとともに、健康状態の改善を促す社会環境の質の向上による、自然に健康になれる環境づくりを進め、健康に関心の薄い者を含む幅広い県民に向けた予防・健康づくりの展開による県民総ぐるみの健康づくりに取り組みます。

（注1）厚生労働科学研究「健康日本21（第二次）の総合的評価と次期健康づくり運動に向けた研究」
分担研究報告書

（注2）厚生労働省「令和4年（2022）人口動態統計（確定数）の概況」

（注3）KDBシステム（疾病別医療費分析）

(1) 生活習慣の改善

(ア) 栄養・食生活

望ましい食習慣の定着を目指し、若い世代や働く世代が望ましい食習慣を実践できるよう、各種広報媒体を活用した食育に関する情報発信等を行い、適正な量と質の食事を摂取するための県民意識の醸成を図ります。

また、県は、適塩や適量の野菜を取り入れたヘルシーメニューの普及を図るとともに、健康に配慮されたメニューを提供する食品等事業者との連携を進め、食環境整備を推進します。

県は、茨城県食育推進計画（「第4次健康いばらき21プラン」第5章）に基づき、関係者と連携した食育推進取り組みによる健全な食生活の実現を目指します。

(イ) 身体活動・運動

日常生活において自分に適した身体活動・運動を定期的に行う県民を増やすため、運動等の意義や重要性に関する普及啓発を行うとともに、運動などの健康づくり活動にインセンティブを付与するヘルスケアポイントの仕組みを活用し、運動習慣の定着促進を図ります。

誰もが、いつでも、どこでも、いつまでも運動に親しむことができるよう、運動ができる場や施設などの情報を入手できる環境の整備や、住民主体のスポーツ運営に関わる指導者の資質向上、スポーツに触れる機会を増やすなど、運動習慣定着のための環境づくりを推進します。

(ウ) 飲酒

生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している人を減少させるため、適正な飲酒に関する普及啓発に努めるとともに、他人への飲酒の強要禁止や過剰飲酒を控えるなどの「節度ある適度な飲酒」に関する情報提供を行います。

また、20歳未満の者や妊産婦の飲酒の防止に向けた教育を推進します。

(エ) 喫煙

喫煙とがん、虚血性心疾患、脳卒中、糖尿病、COPD（慢性閉塞性肺疾患）、歯周病などの健康リスクに関する知識の普及啓発により喫煙者の割合を減らすとともに、喫煙をやめたい人がやめられることを支援するため、県は、関係機関と連携し、禁煙外来や禁煙支援相談を行う医療機関等の情報提供を行います。

望まない受動喫煙を防ぐため、県民や施設管理者等に対し、受動喫煙の健康影響や法律に準じた受動喫煙防止対策を推進します。

また、20歳未満に対する喫煙防止及び妊産婦に対する禁煙を推進します。

(オ) 休養

心身の健康を保つため、適切な休養を取ることは必要であり、十分な睡眠を取る

ことやストレスと上手に付き合うことはこころの健康にも欠かせない要素であることから、休養や睡眠の重要性に関する普及啓発を行います。

休養・睡眠時間を確保できる環境整備に向け、企業における働き方改革を促進し、ワーク・ライフ・バランスの実現を目指すため、県は、経済団体や労働団体と連携した取り組みを推進します。

(2) 生活習慣病の発症予防・重症化予防

(ア) 健康管理

望ましい生活習慣の実践に向け、健康に関する正しい知識の普及や健康意識の醸成を目的に市町村が実施する健康教育・健康相談、訪問指導等の事業を支援します。

生活習慣病の発症や重症化につながるリスクを低減させるため、医療保険者が行う特定健康診査・特定保健指導の受診率向上に向けた啓発の推進をはじめ、医療機関への受診が必要と判断された者等への受診勧奨の取り組みを支援します。

自主的、かつ継続的に介護予防に取り組める体制づくりを目指し、保健と福祉が連携した高齢者の自立支援・重度化防止事業の取り組み促進を支援します。

(イ) 脳卒中・心血管疾患

循環器疾患予防月間(9月)を中心に、脳卒中・心血管疾患の発症予防のため、肥満や過度の食塩摂取、運動不足、喫煙などの生活習慣の改善や動脈硬化の危険因子となる高血圧、脂質異常症、糖尿病、睡眠時無呼吸症候群(SAS)について情報発信に努めるとともに、発症後に正しい受診行動がとれるよう、初期症状や早期受診に関する正しい知識の普及啓発を図ります。

(ウ) 糖尿病

2型糖尿病の発症予防には適切な食生活、適度な身体活動や運動習慣、適正体重の維持が重要であり、高血糖や肥満などの危険因子の早期発見のため定期的に健診を受診すること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などによる発症予防・重症化予防に関する正しい知識の普及啓発に努めます。

また、糖尿病の可能性がありながら未治療者である者や、治療を中断している者を減少させるため、対象者が必要な治療を継続して受けられるよう、県は、医療保険者と医療機関等の連携強化を支援します。

(エ) がん

がん予防推進員による、がんに関する正しい知識の普及啓発とがん検診の受診勧奨などを行い、がん検診の受診率向上を図り、早期発見を推進します。

講演会や広報誌、ホームページなどを活用し、県民が目的に応じて、がんの情報にスムーズにアクセスできる環境の整備に努めます。

(オ) 慢性閉塞性肺疾患（COPD）

COPD の認知度を高めることにより発症予防や早期発見につなげるため、喫煙防止や禁煙支援の取組等を通じて COPD に関する普及啓発を行います。

また、県は、関係機関と連携し、喫煙防止や禁煙支援等の取組を行うことにより、COPD の発症予防及び重症化予防に努めます。

(3) 健康を支え、守るための社会環境の整備

(ア) 社会とのつながり・こころの健康

少子高齢化が急速に進展する中、高齢者一人一人が地域社会を支える重要な一員として健康づくりなどの活動に積極的に参加できるよう、ボランティア活動や地域支えあいの体制づくりの支援を行い、健康・生きがいがづくり活動を推進します。

また、県は、市町村や医療保険者、関係団体等を通じて、こころの健康等に関する正しい知識及び対応方法の普及を図るなどメンタルヘルス対策を推進します。

(イ) 健康づくり支援（体制・環境整備）

自ら健康づくりに積極的に取り組む者だけでなく、健康に関心の薄い者を含め、無理なく自然に健康な行動を取りやすくなるような環境を目指し、企業や事業所と連携し、従業員等の健康を後押しする健康経営に継続的に取り組める体制づくりを推進します。

また、安全性など一定の要件を満たしている道を「ヘルスロード」として指定し、ウォーキングの実践を支援するとともに、自転車の利用促進に向けた環境づくりにより、身体活動・運動に取り組みやすいまちづくりを推進します。

(ウ) 健康管理支援（人材育成）

県は、より身近なところで健康づくりを推進するため、ボランティア等の育成を支援し、その利活用を市町村等に働きかけるとともに、健康づくりに関わる保健・医療従事者の人材育成に努め、地域保健活動の活発化を図ります。

また、自分と家族の健康状態について相談できる「かかりつけ医」等を持つことの普及定着を図ります。

【目標】

個人の行動変容による健康状態の改善と、社会環境の質の向上により健康寿命の延伸を図り、全ての県民が健康で明るく元気に暮らせる社会の実現を目指します。

第3節 母子保健の推進

1 妊娠・出産にかかる支援

【現状】

全てのこどもが健やかに育つ社会の実現を目指し、成育基本法や、母子保健の国民運動である「健やか親子21」等を基盤とし、地域における妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援等を推進することが求められています。

また、核家族化が進み、地域のつながりも希薄となる中で、孤立感や不安感を抱く妊婦・子育て家庭も少なくない現状があります。このため、子育て世代の孤立防止のため、母子保健と児童福祉の連携を図る必要があります。

さらに、不妊の検査・治療の経験のあるカップルは、約4.4組に1組といわれるなど、結婚・出産年齢の上昇に伴って不妊治療のニーズが増大しており、令和4(2022)年4月からは標準的な不妊治療に対し、公的保険が適用拡大となりました。

【課題】

成育基本法の理念に基づき、関係機関が連携を図り、市町村の乳幼児健康診査等の母子保健事業の精度管理や広域的支援を推進するとともに、「健やか親子21」を通じた、県民への啓発と実施状況の評価の推進が必要となります。

また、子育て世代包括支援センターと子ども家庭支援拠点の機能を統合した「こども家庭センター」の設置推進と母子保健と児童福祉部門の連携強化が必要です。

さらに、妊娠・出産、産後の健康管理に係る支援や、予期せぬ妊娠等への適切な相談支援を行うため、男女ともに性や妊娠に関する正しい知識を身に付け、健康管理を行うよう促すことが必要です。

不妊症・不育症患者への支援として、医学的診療体制の充実に加え、安心して相談できる体制の充実を図るとともに、流産・死産を経験した方に対する支援が求められています。また、出生前遺伝学的検査(NIPT)について、適切な情報発信が必要です。

【対策】

(1) 市町村及び関係機関との連携

- ・保健所等の事業を通じて、市町村の乳幼児健康診査等の母子保健事業の精度管理や広域的支援を推進するとともに、成育過程にある者に適切な成育医療が提供されるよう、関係機関との連携を進めます。
- ・子育て世代包括支援センターと連携した乳幼児健康診査等の母子保健事業や、伴走型相談支援を活用した子育て支援、母子保健事業におけるオンライン化・デジタル化等に関する取組を支援します。
- ・市町村において設置が努力義務となった「こども家庭センター」の設置の推進について支援します。

(2) 思春期、妊娠、出産等の相談窓口の充実

- ・県は、「妊娠等専門相談窓口事業」により、思春期、妊娠、出産等の相談に応じる専門相談や、出前講座等による性と健康に関する教育を行います。
- ・男女を問わず、性や妊娠に関する正しい知識の普及啓発と、健康管理を促すプレコンセプションケアの推進に努めます。

(3) 妊婦への支援

- ・妊婦等に対する早期の妊娠届出の勧奨や妊婦健康診査の受診、禁煙指導やメンタルヘルスの保持増進に努めます。
- ・「母性健康管理指導事項連絡カード」の普及啓発を図り、働く妊婦等に対して就業を継続しつつ健康を管理するための支援を行います。

(4) 産後の支援

- ・県による広域的な連携支援の下、市町村において産後ケア事業の推進を図ります。
- ・研修会等を通じて、産婦を支援する保健師・助産師等の資質向上に努めます。
- ・県は、「助産師なんでも出張相談事業」において、産婦に対して訪問による相談事業を行います。

(5) 不妊症や不育症に関する支援

- ・不妊専門相談センター等で、流産・死産を経験した方に対する支援も含めた相談体制の充実と、不妊治療や、出生前遺伝学的検査（NIPT）等の正しい知識の普及啓発を図ります。

2 虐待防止

【現状】

児童虐待への対応については、平成 12（2000）年 11 月に「児童虐待の防止等に関する法律」が施行され、それ以降、制度改正や関係機関の体制強化などにより充実が図られてきましたが、深刻な児童虐待事件が後を絶たず、児童相談所における児童虐待相談対応件数も増加を続けており、依然として社会全体で取り組むべき重要な課題となっています。

全国の児童相談所における児童虐待相談対応件数は、令和 4（2022）年度は 219,170 件（速報値）となり、本県においても 4,033 件と過去最多となっています。

■児童相談所に寄せられた児童虐待相談件数 （単位：件）

年度	県内	全国
平成 30（2018）年度	2,687	159,838
令和元（2019）年度	3,181	193,780
令和 2（2020）年度	3,478	205,044
令和 3（2021）年度	3,743	207,660
令和 4（2022）年度	4,033	219,170 （速報値）

資料：児童相談所における児童虐待相談対応件数（厚生労働省）

【課題】

児童虐待から地域社会全体で子どもを守るため、県民への意識啓発を進めるとともに、複雑化・多様化する要保護児童に関する問題に適切に対応していくため、保健・医療、教育、警察などの関係機関との連携強化により、児童虐待の発生予防から発生時の迅速・的確な対応、自立支援まで一連の対策をさらに強化していく必要があります。

【対策】

(1) 児童虐待防止の普及啓発

平成 31（2019）年 4 月に施行された「茨城県子どもを虐待から守る条例」、児童相談所虐待対応ダイヤル「189（いちはやく）」、児童相談所相談専用ダイヤル「0120-189-783」及び令和 5（2023）年 2 月より開始した「親子のための相談 LINE」を広く県民に周知するなど、児童虐待防止の啓発活動を推進するとともに、平成 30（2018）年 1 月から取り組んでいる児童相談所及び警察による児童虐待案件（虐待が疑われる事案含む。）の相互情報共有により、児童虐待の未然防止・早期発見に努めます。

(2) 関係機関の連携強化

平成 23（2011）年度に設置した「茨城県要保護児童対策地域協議会」を中心に、児童虐待をはじめとする困難事例への対応を行う関係機関の円滑な連携を図り、要保護児童の適切な保護並びに要支援児童への適切な支援を行います。

(3) 児童虐待予防対策の強化

児童虐待予防として、妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援を行う体制を整えるほか、子どもの対応に苦慮している親に対し、ペアレント・トレーニングの手法を用いたプログラムを実施する等、きめ細やかな養育支援を行うとともに、児童虐待の再発防止、親子関係の改善、家族の再統合を図ることを目的に、精神科医等によるカウンセリングを実施します。

(4) 児童相談所及び市町村の体制強化

児童相談所の児童福祉司及び児童心理司を増員するなど、児童相談所の体制強化を図ります。また、市町村における「こども家庭センター」の設置を促進します。

【目標】

地域社会全体で子どもを守る支援体制を構築するため、地域住民への児童虐待防止の普及啓発に努めるとともに、児童相談所や市町村における親子再統合（親子関係再構築）支援の充実を図るなど、児童虐待防止を推進します。

3 疾病・障害の早期発見・早期支援

【現状】

疾病・障害を早期に発見し早期治療に結びつけることで、障害の発生が予防され児の心身の健全な発達を促すとともに、保護者の不安を軽減することができます。

また、発達障害等の疑いで育てにくさを感じている保護者への支援のために、小児科医等と連携した保健指導等や、関係機関との連携によるこどもの状態等に応じた適切な支援が求められています。

【課題】

新生児マス・スクリーニングにより疾病を早期に発見し、早期治療に結びつけることで、障害の発生が予防されるとともに、新生児聴覚スクリーニングによって発見された聴覚障害のある児に対する精密検査や療育指導の充実や、弱視を早期発見するための検査体制の整備を図ることが必要です。

また、乳幼児健康診査や、保育所・幼稚園等の集団生活の中で発育・発達等が気になる乳幼児と保護者等に対する、疾病の早期発見及び適切な指導や、市町村において発達障害児支援に携わる専門職に対して技術的支援による人材育成を行うことが必要です。

【対策】

- (1) 県は、新生児マス・スクリーニングにより、疾病の早期発見・早期治療に努めます。
- (2) 県は、早期発見・早期治療の重要性が高い新生児マス・スクリーニング追加検査の費用についても、地方交付税措置されるよう国に働きかけます。
- (3) 県は、産科医療機関における新生児聴覚スクリーニングの一層の普及促進を図り、聴覚の精密検査・療育指導の充実を図るとともに、弱視早期発見のため市町村の3歳児健康診査における目の屈折検査の支援を行います。
- (4) 県は、発達障害児の早期発見・早期支援について、母子保健センター事業において、専門職による発達相談、市町村に対する巡回相談、発達障害児指導者研修会、5歳児健診・相談事業に係る情報交換会を行います。

【目標】

- (1) 新生児マス・スクリーニング事業において、全ての新生児に検査を実施し、精密検査該当児及び治療が必要な児の状況を把握し、早期治療により障害の予防・軽減が期待される医療や療育支援を受けられるよう支援します。
- (2) 聴覚障害や弱視の早期発見のため、「茨城県新生児聴覚検査・療育マニュアル」に基づく体制の周知徹底を図るとともに、市町村が実施する3歳児健康診査における目の屈折検査の体制整備を支援します。

第4節 学校保健の推進

【現状】

学校保健は、児童生徒等自らが生涯にわたって心身ともに健康な生活を送るための知識の習得と実践力を育成する保健教育と、健康診断や健康相談等の活動を通して児童生徒及び教職員の健康の保持増進を図ることを目指す保健管理からなっています。

近年の都市化、少子高齢化、情報化、国際化などによる社会環境や生活環境の急激な変化は、子どもの心身の健康にも大きな影響を与えています。

また、学校生活においても、生活習慣の乱れ、いじめ、不登校、児童虐待などのメンタルヘルスに関する課題、アレルギー疾患、性に関する健康課題や薬物乱用、感染症など多くの課題が顕在化しています。

【課題】

学校における保健教育と保健管理が有機的に機能し、その成果を上げるには、校内において教職員の組織体制を確立することが必要です。

また、学校保健に関する組織活動が効果的に機能するためには、家庭や地域社会との連携が大切です。

学校と家庭、地域社会が一体となって児童生徒の健康についての指導体制を一層充実させ、児童生徒が望ましい生活習慣を身に付け、生涯を通じて自らの健康を適切に管理し改善していく資質や能力、すなわち実践力を育成することが必要です。

併せて、児童生徒の指導に当たる教職員の健康管理に留意することが大切です。

【対策】

学校においては、児童生徒が生涯を通じて健康・安全で活力ある生活を送るための基礎を培い、自らの健康の管理や生活行動及び環境の改善を適切に実践できる資質や能力の育成に努めます。

(1) 保健教育の充実

学校教育活動全体を通して、心の健康に関する教育や性に関する指導等を全職員の共通理解のもとで実施するため、学校保健計画へ確実に位置付けるなど保健教育の充実に努めます。

(2) 保健管理の充実

日常の健康観察及び運動器検診を含む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）及び関係機関と連携し、健康相談及び健康診断の事後措置の徹底、感染症予防対策及び学校環境衛生管理など、児童生徒及び教職員の保健管理の充実に努めます。

(3) 組織活動の充実

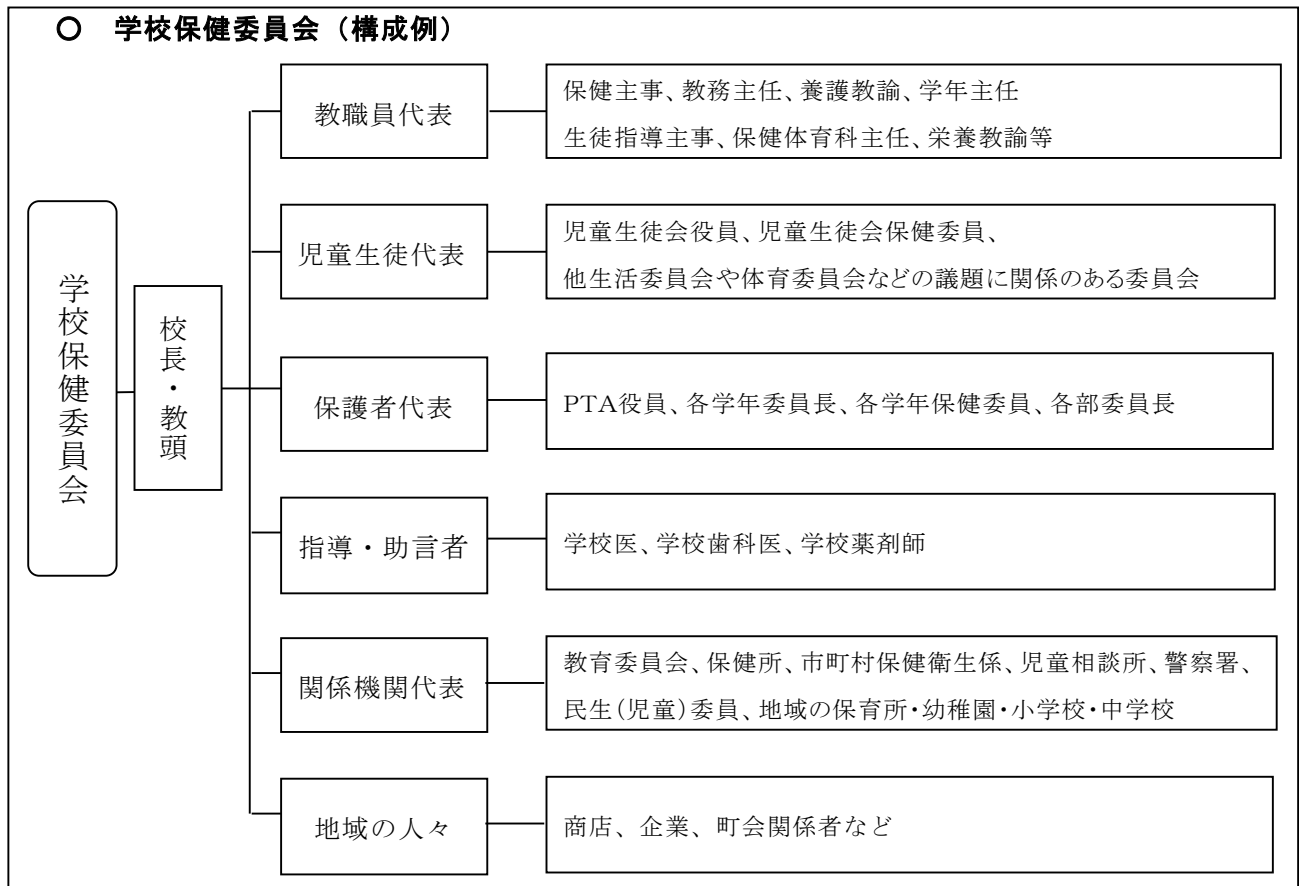
学校は、家庭、地域の保健関係機関等と連携して、学校保健委員会の活動を推進するとともに、その活性化を図り、学校保健組織活動の充実に努めます。

【目標】

目標項目	現状	目標
学校保健委員会の開催 1回以上開催した公立学校 (小・中・高・特別支援学校計 806 校)	96.8% (令和 4 (2022) 年度)	100.0%

(注) 学校保健委員会とは、学校における健康の問題を研究協議し、健康づくりを推進する組織です。様々な健康問題に適切に対処するため、家庭、地域社会等の教育力を充実する観点から、学校と家庭、地域社会を結ぶ組織として学校保健委員会を機能させることが求められています。

○ 学校保健委員会（構成例）



第5節 歯科口腔保健の推進

対策詳細⇒「第4次健康いばらき21プラン（第4章 歯科口腔保健）」

【現状】

歯と口腔の健康は生活の質や全身の健康と関連することが明らかになっており、生涯を通じた歯科口腔保健の推進が求められています。

県では「8020・6424（ハチマルニイマル・ロクヨンニイヨン）」^{（注1）}の目標を掲げ、「茨城県歯と口腔の健康づくり8020・6424運動推進条例」及び「健康いばらき21プラン」に基づき、平成27（2015）年4月に設置した「茨城県口腔保健支援センター」を中心に関係団体と連携しながら、県民の歯科口腔保健を推進しています。

8020・6424の達成には、むし歯や歯周病等の歯科疾患の予防が重要ですが、乳幼児期及び学齢期のむし歯のある者の割合は減少しているものの、全国平均と比べて高い状況が続いていることや、成人期の歯周病をもつ者の割合が増加している状況があります。

【課題】

むし歯や歯周病予防に重要である、正しい歯みがき、歯間部清掃用具（歯間ブラシやデンタルフロス）の使用、甘味食品・飲料の適正摂取、フッ化物応用などのむし歯予防対策を行う県民は増加していますが、特に、むし歯予防に科学的根拠のあるフッ化物応用を重点的に取り組む必要があります。また、歯周病は糖尿病や循環器疾患等の全身の健康と関連が報告されているため、適切な保健指導や歯科受診勧奨等、関係機関と連携した取組が必要です。

さらに、口腔には、食べ物を噛んで飲み込む（味わう）役割、言葉を伝える、笑うなどの表情をつくりコミュニケーションを図る役割などがあるため、乳幼児期から学齢期において、歯と口の発達状況に応じた適切な口腔機能を獲得することや、成人期から高齢期において、滑舌低下、食べこぼし、わずかなむせ、噛めない食品が増えるなどのささいな口腔機能の低下から始まるとされるオーラルフレイル対策の重要性について普及する必要があります。

【対策】

(1) 歯科疾患の予防

むし歯予防のために、正しい歯みがき、歯間部清掃用具の使用、甘味食品・飲料の適正摂取、小窩裂溝填塞法（シーラント）、フッ化物応用等について普及啓発します。また、むし歯予防及び地域格差の縮小のため、県は、市町村や関係団体等と連携し、就学前施設や学校等でのフッ化物洗口の実施を支援します。

歯周病予防のためには、歯みがきに加え、歯間部清掃用具の使用、歯科医院での歯石除去及び専門的な歯面清掃等が有効であること、喫煙、糖尿病、早産等との関連について普及啓発を行います。

（注1）8020・6424運動 80歳で20本以上の自分の歯を保つ、64歳で24本以上の自分の歯を保つという意味の県民運動。県の歯科保健目標は「8020・6424」である。

(2) 口腔機能の獲得・維持・向上

県は、乳幼児期から学齢期の適切な口腔機能の獲得を支援するため、関係機関と連携し、食育の機会を通じた離乳食・幼児食の食べ方や口腔習癖の予防・改善などに重点をおいた取組を推進します。また、成人期から高齢期の口腔機能低下や誤嚥性肺炎を予防するため、口腔管理の知識や義歯の手入れ方法の普及啓発に加え、オーラルフレイル対策について周知します。

(3) 定期的な歯科検診等を受けることが困難な者への歯科口腔保健

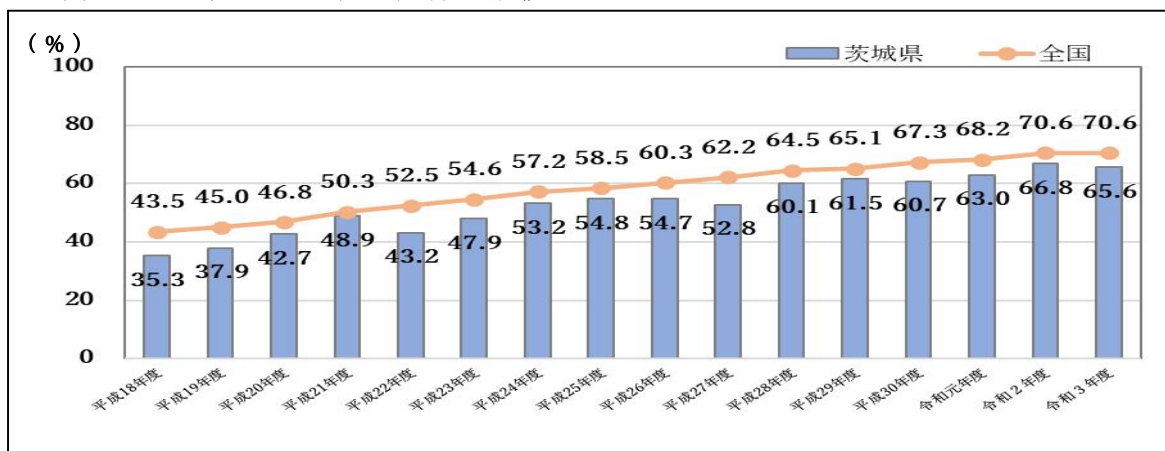
県は、障害（児）者入所施設、介護老人福祉施設などの職員等に対して、定期的な歯科検診の必要性を啓発するとともに、口腔管理の方法を普及します。

また、関係団体と連携し、障害者（児）入所施設、介護老人福祉施設・介護老人保健施設等で定期的な歯科検診の実施について働きかけます。

(4) 社会環境の整備

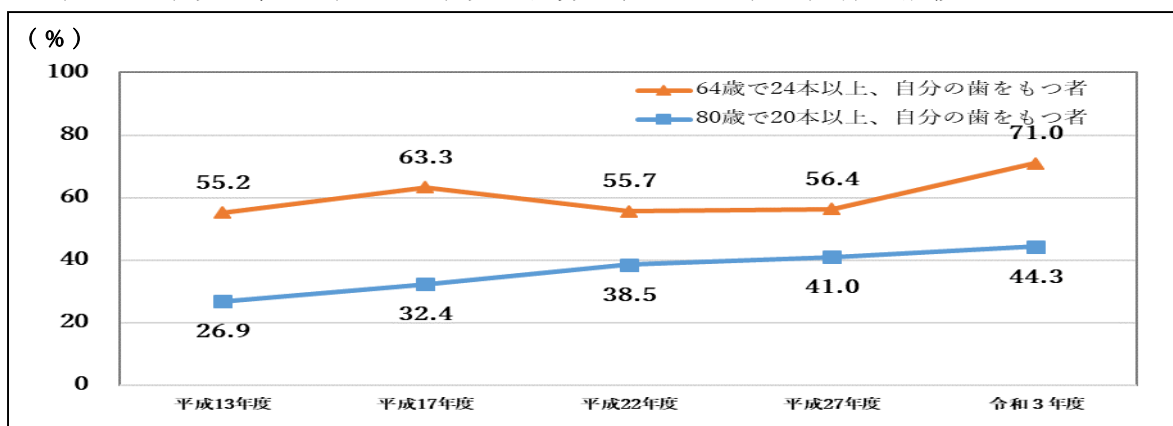
茨城県口腔保健支援センターを中心に、市町村や関係機関等に対して歯科口腔保健に関する現状等を情報提供するなど、歯科口腔保健に関する取組を支援するとともに、県民に対して、定期的な歯科検診の受診など、歯と口腔の健康に関する正しい情報を周知することなどにより、県民の主体的な取組を促進します。

■ 12歳児でむし歯のない者の割合の推移



出典：「学校保健統計調査」（文部科学省）

■ 64歳で24本以上、80歳で20本以上自分の歯をもつ者の割合の推移



出典：「県民歯科保健基礎調査」（茨城県）

第6節 難病等対策の推進

1 難病等対策

【現状】

原因が不明で治療方法が確立されていない難病は、療養生活が長期にわたるため、患者及びその家族は、治療や介護の問題など様々な悩みを抱えて、身体的・精神的及び経済的な負担が大きいという特徴があり、患者等に対する支援の充実が求められています。

指定難病については、「難病の患者に対する医療等に関する法律」に基づき、厚生労働省が定めた疾病を対象に医療費助成を行っております。県内の受給者数は、令和4（2022）年度末で21,843人となっており、医療費助成の対象疾病の増加や、高齢社会、医療の進歩とともに、年々増加しています。

県では、2か所の難病診療連携拠点病院、2か所の難病医療指導機関、21か所の難病医療協力病院を指定し、医療提供体制の整備を図っています。また、保健所や難病相談支援センターを中心に相談事業や支援体制の整備を実施しています。

また、小児慢性特定疾病対策においても、対象疾病が見直され「児童福祉法」に基づく、県内の受給者数は、令和4（2022）年度末で1,968人となっており、医療費の負担軽減を図るとともに、患者家族等の不安軽減のため、保健所等で自立支援相談事業を実施しています。また、近年の小児医療の進歩により、小児慢性特定疾病児童等も成人期を迎える患者が多くなってきています。

【課題】

(1) 公平・安定的な公費負担の実施

医療費助成の対象となる指定難病や小児慢性特定疾病の拡大に伴い、治療を必要としている多くの方が医療費助成の対象となるため、患者や各医療機関等への周知を徹底していく必要があります。

(2) 地域の関係機関等と連携した療養生活の支援

住み慣れた地域で療養する難病患者や小児慢性特定疾病児童及びその家族への支援を行うため、医療・介護・福祉等の各関係機関との連携を強化し、患者等への適切な支援を行うとともに、在宅療養に携わる支援者の資質の向上を図っていく必要があります。

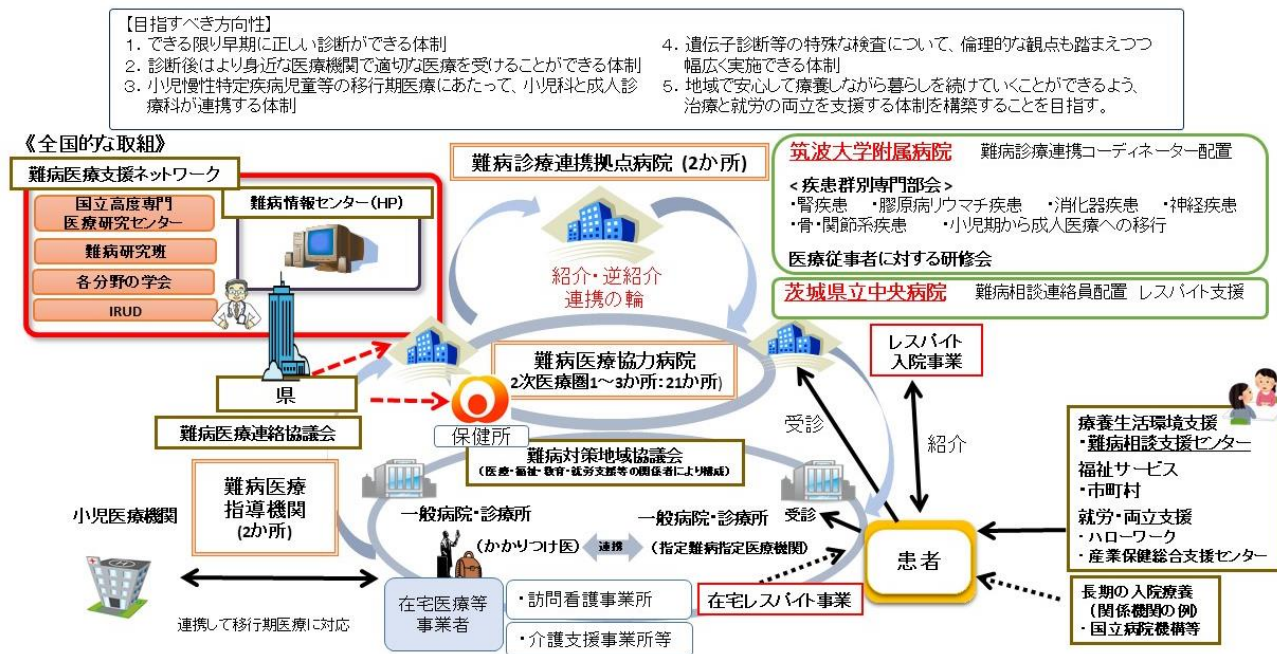
また、在宅人工呼吸器装着難病患者及び小児慢性特定疾病重症患者、透析患者の避難行動要支援者については、市町村や関係機関と連携し、感染症発生時や災害時に備えた体制の整備を図っていく必要があります。

(3) 難病の医療提供体制の整備

難病は、発症してから確定診断までに時間を要する機会が多いことから、できる限り早期に正しい診断ができる体制を構築するとともに、診断後は身近な医療機関で適切な医療を受けることが出来る体制を確保するため、難病指定医等の増加が必要です。また、難病の診断及び治療には、多くの医療機関や診療科等が関係するため、医療機関相互の連携強化が必要です。

成人期を迎える小児慢性特定疾病児童等に対し、適切な医療を継続して提供できるよう医療機関の連携体制を整備するとともに、移行期医療相談の充実を図る必要があります。

■本県の難病医療提供体制



■本県の難病医療費助成制度の認定状況

(件)

区分	H30.3 末	H31.3 末	R2.3 末	R3.3 末	R4.3 末	R5.3 末
認定件数（指定難病別）	18,277	18,620	19,577	21,466	21,412	22,294
受給者証交付件数	17,997	18,320	19,243	21,079	20,996	21,843

【対策】

(1) 公平・安定的な公費負担の実施

県は、指定難病や小児慢性特定疾病の対象疾病及び申請手続きの周知を行うとともに、対象疾病の患者に対して、医療費の助成を行い、経済的負担の軽減を図ります。

(2) 地域の関係機関等と連携した療養生活の支援

- ① 難病相談支援センターにおいて、各種相談・情報発信及び研修会等を行い、難病患者・家族や医療従事者等関係者に対する支援を図るとともに、患者に対する患者会への参加支援や治療と就労の両立支援を行うなど、社会参加の向上を図ります。
- ② 保健所を中心とした地域支援ネットワークの構築として、難病対策地域協議会を設置し、地域で生活する難病患者等が安心して療養できるよう、地域の実情に応じた支援体制の整備を推進します。

- ③ 県は、患者等のニーズに適切に応えられるよう、医療従事者等を対象とする研修会を開催し、難病に関する正しい知識を持った人材を育成していきます。
- ④ 県は、重症の在宅難病患者等の介護者の休息等を確保するため、在宅難病患者一時入院事業及び難病患者在宅レスパイト事業を実施し、安定した療養生活が送れるよう支援します。また、難病診療連携拠点病院である県立中央病院に難病相談連絡員を配置し、レスパイト事業の円滑な利用を図ります。
- ⑤ 茨城県難病団体連絡協議会をはじめとする患者団体と連携して、患者同士の交流や一般県民への啓発等を促進します。
- ⑥ 在宅人工呼吸器装着難病患者及び小児慢性特定疾病重症患者、透析患者の避難行動要支援者について、感染症の発生時や災害時等に備えて、関係機関と連携し、支援体制を整備します。また、透析医療については茨城透析医災害対策連絡協議会や保健所、市町村と連携し、患者教育及び透析医療の確保に努めます。

(3) 難病の医療提供体制の整備

- ① 県は、難病診療連携拠点病院及び難病医療協力病院、難病医療指導機関、難病指定医療機関（かかりつけ医）との連携を強化し、難病の医療提供体制を整備します。
- ② 県は、難病の診断及び治療には、多くの医療機関や診療科等が関係することを踏まえ、難病診療連携拠点病院である筑波大学附属病院に設置された疾患群ごとの専門部会を中心に、医療機関相互の連携強化を図ります。
- ③ 小児慢性特定疾病児童等に対して、成人後も必要な医療等を切れ目なく提供することができる移行期医療を推進するため、小児期及び成人期を担当する医療従事者間の連携体制を整備していきます。

(4) 小児慢性特定疾病児童等の療養支援の充実

- ① 小児慢性特定疾病児童等及びその保護者からの相談に応じるとともに、講演会や家族会の開催、ピア相談の更なる活用を図ります。
- ② 県は、成人期に向けた自立支援を一層促進するため、移行先である成人科の情報収集・提供など関係医療機関との移行期医療提供体制の充実を図るとともに、患者に対する療養の継続や就労など自立支援相談の強化に努めます。

【目標】

- (1) 指定難病及び小児慢性特定疾病への医療費助成を引き続き実施し、患者及び家族の経済的負担の軽減を図ります。
- (2) 住み慣れた地域において、安心して暮らすことができるよう、難病相談支援センターや保健所等を通じて、患者とその家族を多方面から支える関係機関の連携を推進します。
- (3) 早期に正しい診断ができ、診断後は身近な医療機関で適切な医療が受けることができる体制並びに小児慢性特定疾病児童等の移行期医療にあたって、小児科と成人診療科が連携する体制を整備します。

2 アレルギー疾患対策

【現状】

アレルギー疾患で治療している茨城県内の患者数は、食物アレルギーは 28,670 人～57,340 人^(注1)、気管支ぜん息 50,000 人^(注2)、アレルギー性鼻炎 32,000 人^(注2)、アトピー性皮膚炎 15,000 人^(注2)、結膜炎 6,000 人^(注2)と推計されます。

その患者数は近年増加傾向にあり、重大な問題となっています。アレルギー疾患の中には、急激な症状の悪化を繰り返したり、重症化により死に至ったりするものがあり、職場、学校等のあらゆる場面で日常生活に多大な影響を及ぼしています。

また、インターネット等にはアレルギー疾患の原因やその予防法など、膨大な情報があふれており、その中から適切な情報を選択することは困難になっています。適切でない情報を選択したがるゆえに、症状が悪化する場合も少なくありません。

県では、平成 30 (2018) 年度に筑波大学附属病院をアレルギー疾患医療拠点病院に指定し、アレルギー疾患医療における連携体制を整備するとともに、県民が適切な医療を受けることができるよう医療情報の提供を行っております。

【課題】

アレルギー疾患は全身的な疾患であるため、再燃又は増悪を防ぐためには、主たる診療科のみならず、診療科を超えた連携を強化する必要があります。

アレルギー疾患の重症化予防のため、患者・家族への自己管理に係る知識の普及や、関係部署と連携し、食品のアレルギー表示、花粉症対策等、生活環境の改善に関する適切な情報提供を行う必要があります。

また、アレルギー疾患は妊娠期から乳児、幼児、学童、成人と全世代に関わることから、生活の質の維持向上のための相談体制と、学校などの関係機関と連携した支援体制の整備が求められています。

更には、災害時の備えに関する知識の普及や、アレルギーに配慮した食料の備蓄などの支援体制の整備も必要です。

【対策】

(1) 医療提供体制の確保

アレルギー疾患医療拠点病院である筑波大学附属病院と、医療連携病院の筑波メディカルセンター病院が連携し、拠点病院を中心とした診療連携会議を開催し、地域の実情に応じたアレルギー疾患の医療提供体制の整備に努めます。医療機関の連携を推進するため、アレルギー疾患診療や、専門的な検査を行う医療機関情報をホームページで情報提供します。

また、アレルギー非専門医や歯科医師等の医療従事者がアレルギー疾患治療等の最新情報を得ることができるよう教育研修を開催するなど、人材育成に努めます。

(2) 情報提供・普及啓発

アレルギー疾患の重症化予防には、日常の自己管理が重要であるため、ホームペ

ージの活用や住民向け講習会の開催などにより、患者やその家族、地域住民に対しアレルギー疾患に関する適切な知識の普及啓発、専門的な検査等を行う医療機関情報の提供に努めます。

また、県はアレルギー疾患医療連絡協議会を通じ関係団体等と連携し、食品のアレルギー表示、花粉症対策などの生活環境の改善に関する取組について、適切な情報提供に努めます。

(3) 生活の質の維持向上を支援する体制の整備

県は、アレルギーに関する研修会に保健師等を派遣し、当該疾患の相談員の養成を行うとともに、保健所、市町村、教育機関等における関係職員の知識向上を図り、地域における相談体制の充実に努めます。

また、関係部署や市町村と連携し、保育所、幼稚園、小学校、中学校、高等学校、大学、福祉施設等の職員等が、緊急時に適切に対応できるよう組織的な取組への支援体制を整備します。

更には、アレルギー疾患を有する者が平時から災害時の備えや、発災時の対応等ができるようホームページや研修会等での普及啓発に努めるとともに、避難所におけるアレルギー食の備蓄や生活上の配慮など、関係機関と連携し、災害時の支援体制を整備してまいります。

【目標】

適切なアレルギー疾患医療を受けるための医療提供体制の整備、アレルギー疾患の予防のための知識の普及啓発、アレルギー疾患を有する者の生活の質の維持向上を支援する体制の整備に努めます。

(注1)「食物アレルギーの診療の手引き 2020」の有病率から推計

(注2)「令和2年度患者調査」より

3 慢性閉塞性肺疾患（COPD）

【現状】

慢性閉塞性肺疾患（COPD）は、咳・痰・息切れを主な症状として緩やかに呼吸障害が進行する肺の炎症性疾患で、令和4（2022）年の死亡者数は386人（注1）となっています。

主な原因は長期にわたる喫煙習慣であり、喫煙者では20～50%がCOPDを発症するとされています。発症予防には禁煙が重要であることから、禁煙外来のほか、歯科診療所や薬局で相談を受けられるような環境整備を行っています。

【課題】

COPDによる死亡者の9割以上を70歳以上の高齢者が占めており、急速に高齢化が進む中、今後も対策を進めていく必要があります。また、症状が進行すると、患者は酸素吸入が必要になるなど、生活に影響をきたすため、適切な治療により重症化を防止することが重要です。

COPDの発症予防や重症化予防のため、COPDに関する普及啓発を行うとともに、禁煙支援等の取組が必要です。

【対策】

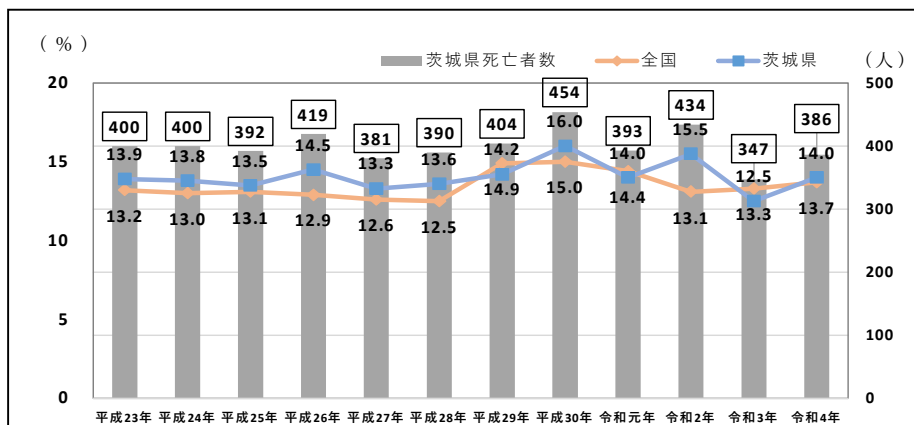
(1) COPDに関する普及啓発

COPDの認知度を高めることにより発症予防や早期発見につなげるため、喫煙防止や禁煙支援の取組等を通じてCOPDに関する普及啓発を行います。

(2) COPDの発症予防及び重症化予防の推進

県は、関係機関と連携し、喫煙防止や禁煙支援等の取組を行うことにより、COPDの発症予防及び重症化予防に努めます。

■ COPDの死亡率の推移



出典：厚生労働省「人口動態統計」

（注1）令和4（2022）年人口動態統計（厚生労働省）

第7節 市販薬の適正使用の推進

【現状】

急速な高齢化の進展や生活習慣病の増加に伴い、自分自身の健康に対する関心が高まっており、「自分自身の健康に責任を持ち、軽度な身体の不調は自分で手当てする」（セルフメディケーション）という考え方が広がってきています。

厚生労働省は「患者のための薬局ビジョン」を策定し、かかりつけ薬剤師・薬局の機能に加え、国民による主体的な健康の保持増進、すなわちセルフメディケーションを積極的に支援する薬局として健康サポート薬局制度を創設しました。

また、セルフメディケーションを的確に推進するため、医薬品を選択する際の目安として市販薬（要指導医薬品及び一般用医薬品）のリスク区分の表示が義務づけられており、薬局や医薬品販売店舗においては、リスクに応じて専門家の相談応需体制が規定されています。

一方で、近年、若年者を中心に、社会的不安や好奇心などから身近に入手できる市販薬を濫用（過量服薬・オーバードーズ）する事例が増加しています。この一因には、濫用のおそれのある医薬品^{（注1）}を若年者に販売する際のルール^{（注1）}の遵守が徹底されていない実態があります。

【課題】

市販薬を活用したセルフメディケーションの推進にあたっては、副作用が起きる危険性を回避し、使用者が適切な医薬品を選択するために、薬剤師、登録販売者による使用者の状況に応じた個別の情報提供及び指導が必要です。

市販薬のリスク区分については、医薬品の販売制度に関する検討会において、より簡明で分かりやすく実効性のある販売区分へと見直す必要があるとされています。

また、医薬品の適正使用の重要性と濫用の危険性を啓発するとともに、薬剤師、登録販売者が若年者に対して濫用のおそれのある医薬品を販売する際には、氏名・年齢のほか、他店での購入状況や購入目的を確認するなど、濫用を未然に防ぐ対応が求められます。

【対策】

(1) くすりの相談体制の充実

薬局や医薬品販売店舗において、くすりの購入相談などを通して日常の健康管理への適切な助言を行うことができるよう、県では関係団体と連携して薬剤師等への研修を実施します。

また、(公社)茨城県薬剤師会と連携して、県民からのくすりに関する質問にもお答えします。

（注1）以下に掲げるもの、その水和物及びそれらの塩類を有効成分として含有する製剤
エフェドリン、コデイン、ジヒドロコデイン、プロモバレリル尿素、プソイドエフェドリン、
メチルエフェドリン

(2) くすりの適正使用の推進

県は、（公社）茨城県薬剤師会等薬業関係団体と連携し、「薬と健康の週間」（10月17～23日）を中心に、県内各所において開催されるイベントに併せて、街頭「くすりの相談所」を開設するなど、くすりを正しく使用することの大切さ、そのために薬剤師等の専門家の果たす役割について、積極的な啓発活動を行います。

また、高齢者等を対象に講習会を通して「くすりの正しい知識」を普及啓発します。

(3) 「セルフメディケーション」の啓発

県民に対して、「セルフメディケーション」の考え方を薬局の店頭や各種講習会等により周知するとともに、薬局等において健康管理に対する助言を受けられるようにします。また、健康サポート薬局は地域住民からの健康相談に応じる機能を備えているため、研修会等で健康サポート薬局の利用を促進することで、セルフメディケーションを推進します。

また、市販薬のリスク分類や販売制度に関する内容も広く啓発します。

(4) 市販薬適正使用の啓発と販売体制の確保

県は、県民に対して、市販薬の濫用の危険性など、正しい知識を SNS の活用などにより啓発するとともに、薬局や医薬品販売店舗に対して、濫用のおそれのある医薬品の適切な販売体制の確保の徹底を図ります。

なお、濫用のおそれのある医薬品の販売体制については、医薬品の販売制度に関する検討会において、より実効性のある方策がとりまとめられたところであり、市販薬のリスク区分の見直し等に併せて、今後の国の動向を注視し、速やかに対応してまいります。

【目標】

- (1) 薬局等において、専門家が適切な助言を行うことにより、県民の市販薬の適切な選択と適正な使用を支援します。
- (2) 県民に対する、くすりの適正使用にかかる情報提供・相談を通じて、県民がより安心、安全にくすりを使用できる体制を充実させます。

第3章 健康で安全な生活を支える取組の推進

第1節 健康危機管理の推進

1 健康危機管理体制の整備

【現状】

県健康危機管理基本指針（平成10（1998）年10月）において健康危機管理とは、「化学物質、食中毒、感染症、飲料水その他何らかの原因により生じる県民の生命、健康の安全を脅かす事態に対して行われる健康被害の発生予防、拡大防止、原因究明、治療等に関する業務」とされ、本県ではこれまで、JCO東海事業所核燃料加工施設における臨界事故（平成11（1999）年）や神栖市における有機ヒ素化合物による地下水汚染（平成15（2003）年）など、様々な健康危機が発生しています。

昨今の健康危機といえば、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の世界的な感染拡大です。保健所は、地域における感染症対策の中核的機関としてその対応を行ってきましたが、有事に対応するための余力が乏しく、感染拡大のたびに業務がひっ迫したこと、また、本庁への業務集約、外部委託の活用、他部署からの職員動員などを進めましたが、その準備に時間を要したとともに、保健所における応援者の受入れ体制が十分に構築されておらず、体制強化が円滑に進まなかったこと等が課題となりました。

これらの課題は、新興・再興感染症の感染拡大以外の健康危機やこれらが複合的に発生した場合への対応にも通じるものであり、さらに、健康危機に備えた計画的な体制整備を推進するため「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」が令和5年3月に改正されるなど、健康危機管理体制の整備は重要です。

【課題】

健康危機発生時においても、保健所は地域における健康危機管理の拠点として、また、衛生研究所は科学的かつ技術的中核機関として健康危機に対応すると同時に、地域における健康づくりなどの地域住民に必要な地域保健対策全般の業務についても適切に実施できるよう、平時から健康危機発生時に備えて計画的な体制整備を行う必要があります。

【対策】

(1) 健康危機対処計画の充実

保健所及び衛生研究所において、他の計画等との整合性を確保して「健康危機対処計画」を整備し、計画に基づき平時から体制整備に取り組みます。併せて、その内容を随時検証するとともに、充実に努めます。

(2) 健康危機対応訓練の実施

健康危機発生時には初動対応が重要であるため、保健所ごとに訓練を実施し、健康危機対処計画をより実行性のあるものとします。

(3) 健康危機管理のための人材育成

健康危機管理体制を強化するため、県は地域のニーズ等を踏まえた研修を実施し、保健所及び衛生研究所の職員の資質向上を図ります。

(4) 関係資機材の配備

県は、防護マスクや防護衣、検査機器など、健康危機管理に必要な資機材を保健所及び衛生研究所に配備し、適切に対応できるよう有事に備えます。

(5) 迅速な調査と原因究明

健康危機発生時、保健所や衛生研究所など関係機関が連携して迅速な調査と原因究明に努め、被害の拡大防止を図ります。

2 原子力災害医療体制の強化

【現状】

本県では、平成 11（1999）年 9 月に発生した JCO 東海事業所核燃料加工施設における臨界事故を契機とした災害対策基本法の見直しや原子力災害対策特別措置法の制定を受け、放射線測定器等の資機材整備や計画的な研修・訓練等を行い、原子力災害医療体制の充実に努めてきました。

しかし、平成 23（2011）年 3 月に発生した東日本大震災と東京電力福島第一原子力発電所事故により、複合災害や広域にわたる被ばく医療の対応などに備えた体制整備などが必要になったことから、原子力規制委員会が平成 24（2012）年 10 月に「原子力災害対策指針」を策定し、原子力災害対策重点区域（PAZ^{（注1）}・UPZ^{（注2）}）の設定やEAL^{（注3）}・OIL^{（注4）}に基づく防護措置の導入、安定ヨウ素剤の事前配布や服用の明確化を図るなど新たな方針を示しました。さらに、平成 27（2015）年 8 月に指針を改正し、原子力災害拠点病院等の整備など原子力災害医療体制に関する具体的な方針を示しました。本県では、指針に基づき、平成 27（2015）年度から PAZ 内の日立市、那珂市、東海村の住民を対象として、安定ヨウ素剤の事前配布を開始しました。

さらに、平成 29（2017）年 3 月に水戸医療センター、県立中央病院、筑波大学附属病院の 3 病院を原子力災害拠点病院として指定するとともに、原子力災害医療協力機関として医療機関や大学など計 12 か所を登録するなど、原子力災害医療体制の整備を進めています。

また、令和 4（2022）年 7 月に指針を一部改正し、OIL に基づく防護措置として避難又は一時移転を指示された地域に居住する住民等であって、19 歳未満・妊婦・授乳婦を基本とした対象者について、県が主体となって甲状腺被ばく線量モニタリング（以下「モニタリング」という。）を実施することとなりました。

【課題】

原子力災害時に迅速かつ適切な対応が行えるよう、平時より、関係自治体、原子力事業所、原子力災害拠点病院等との情報交換、訓練、研修等を通じて協力体制を構築する必要があります。UPZ 内にはモニタリング対象者となり得る方が推定 20 万人と多数であるため、効率的にモニタリングを実施できる体制の構築が困難な状況です。また、UPZ 外への住民避難を想定した医療救護体制の整備や、PAZ 内の住民に対する安定ヨウ素剤の事前配布を継続的に実施していく必要があります。さらに、UPZ 内の住民に対しては、緊急時に安定ヨウ素剤を適切に配布できる体制の整備が必要です。

（注 1） PAZ：放射線被ばくによる確定的影響を回避するため、予防的に防護措置を準備する区域（PAZ：Precautionary Action Zone）である。なお、発電用原子炉施設に係る PAZ の具体的な範囲については、「原子力施設からおおむね半径 5 km」を目安としている。

（注 2） UPZ：確定的影響リスクを最小限に抑えるため、緊急防護措置を準備する区域（UPZ：Urgent Protective Action Planning Zone）である。なお、発電用原子炉施設に係る UPZ の具体的な範囲については、「原子力施設からおおむね半径 30km」を目安としている。

（注 3） EAL：緊急時活動レベル（EAL：Emergency Action Level）とは、緊急事態区分に該当する状況であるか否かを原子力事業者が判断するための基準として原子力施設の状態等に基づき設定するもの。

（注 4） OIL：運用上の介入レベル（OIL：Operational Intervention Level）とは、全面緊急事態に至った場合に、原子力事業者、国、地方公共団体が防護措置の実施を判断する基準として、空間放射線量率や環境試料中の放射性物質の濃度等の原則計測可能な値で、原子力災害対策指針において示された基準である。

【対策】

(1) 関係自治体、原子力事業所、原子力災害拠点病院等の連携強化

関係自治体、原子力事業所関係者、原子力災害拠点病院等との連携・協力体制を確立するため、情報交換、医療処置訓練や研修会等を計画的に開催し、連携強化に努めます。

(2) 原子力災害医療体制の整備

放射線医学総合研究所や原子力安全研究協会等が開催する専門研修への職員の派遣に加え、筑波大学が実施する「放射線災害の全時相に対応できる人材養成」の履修証明プログラム（医師、看護師等の医療従事者向け）を活用し、原子力災害に携わる人材の育成を図ります。

また、UPZ外の医療救護体制を強化するため、UPZ外の管轄保健所による救護所訓練の実施やUPZ外の原子力災害拠点病院を中心とした原子力災害医療体制の構築に努めます。

(3) 安定ヨウ素剤の配備

市・村及び関係団体（医師会、薬剤師会等）と連携を図りながら、PAZ内の住民に対し、安定ヨウ素剤の事前配布を行います。さらに、県は、全面緊急事態等の緊急時にUPZ内の住民に対し、状況に応じて安定ヨウ素剤を配布できるよう、市町村と連携しながら緊急時配布の体制を構築します。

(4) 甲状腺被ばく線量モニタリングの実施体制

国が実施するモニタリング検査のモデル事業等の結果を踏まえ、モニタリングの実施にあたる測定要員や放射線測定器の確保、場所の整備等モニタリング体制の構築に努めます。

【目標】

- (1) 原子力災害医療に関する専門研修会への職員の派遣や、筑波大学の人材育成プログラムを活用して、人材育成を図るとともに、関係医療機関及び消防機関等との患者搬送や医療処置に関する実動訓練を計画的に実施し、原子力災害医療の実効性を高めます。
- (2) 緊急被ばく医療関連情報連絡会等を通じ、関係自治体、関係機関、原子力事業所等関係者のネットワークの構築と、相互の協力体制の充実に努めます。
- (3) 発災時に、必要に応じて住民が速やかに安定ヨウ素剤を服用できるよう体制を確保します。
- (4) UPZ内のモニタリング対象者に対する的確なモニタリング実施体制を構築するため、関係機関の協力を得ながら、有効性のある実施計画の作成を推進します。

第2節 感染症対策の推進

1 結核等の感染症対策

【現状】

新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置付けが、令和5（2023）年5月8日に季節性インフルエンザなどと同様の「5類」へ移行しました。法律に基づいた外出自粛の要請はなくなり、感染対策は個人の判断に委ねられるほか、幅広い医療機関での患者の受入れを行うこととなるなど、国内での発生から3年余り続いたコロナ対策は大きな節目を迎えました。

一方、本県における結核の感染状況について、近年、新登録結核患者数は減少傾向にありますが、人口10万人あたりの全結核罹患率は令和4（2022）年に全国平均を上回りました。また、外国生まれの新登録結核患者の割合は増加傾向にあるなど、結核への対策が一層重要となっています。

また、1980年代以降、人に対する抗微生物薬の不適切な使用等を背景として、病院内を中心に新たな薬剤耐性菌（VRE：バンコマイシン耐性腸球菌、CRE：カルバペネム耐性腸内細菌目細菌など）が確認され、医療機関において大きな問題になっています。

【課題】

感染症対策については、県民の生命や健康を守るため、感染症の発生状況や動向及び原因に関する情報の収集・分析と、その分析結果の公表を通じた個人予防の推進や感染症患者に対する人権に配慮した適切な医療の提供、防疫措置を講ずることができる体制整備が求められています。

特に、結核については、外国生まれの新登録結核患者の割合が増加傾向にあり、全国平均を上回るなどの現状を踏まえ、結核対策を一層強化することが求められています。

さらに、抗菌薬などの抗微生物薬の不適切な使用等により、細菌感染症に対して、本来効果のある抗微生物薬が効かなくなる又は効きにくくなる「薬剤耐性（Antimicrobial Resistance：AMR）」が世界的な問題となっています。

令和5（2023）年4月、国は国際的に脅威となる薬剤耐性の対策強化のため、「薬剤耐性（AMR）対策アクションプラン（2023-2027）」を取りまとめ、令和9（2027）年までの成果指標が示されました。

また、国民に向けた薬剤耐性に係る啓発活動や、医療機関等における感染予防・管理、医療機関や薬局等の関係機関間の連携推進の必要性も示されています。

■ 感染症（一類・二類・三類）患者発生状況（茨城県） (人)

区分	疾患名	平成30年 (2018年)	令和元年 (2019年)	令和2年 (2020年)	令和3年 (2021年)	令和4年 (2022年)
三類	細菌性赤痢	0	2	10	0	1
	腸管出血性大腸菌感染症	67	104	58	117	85
	腸チフス	0	3	3	0	0

※一類感染症及び二類感染症（結核を除く）の発生はない。

参考：茨城県衛生研究所「茨城県感染症発生動向調査事業年報」

■ 結核患者数等の推移

		平成30年 (2018年)	令和元年 (2019年)	令和2年 (2020年)	令和3年 (2021年)	令和4年 (2022年)
茨城県	新登録患者数（人）	304	299	287	221	248
	年末時登録者数（人）	682	636	628	580	542
	全結核罹患率(人口10万対)	10.6	10.5	10.0	7.7	8.7
	新登録結核患者中外国出生者数（人）	37	43	47	46	公表前
	新登録結核患者中外国出生割合(%)	12.2	14.4	16.4	20.8	公表前
	結核死亡者数（人）	61	43	46	30	43
	結核死亡率（人口10万対）	2.2	1.5	1.6	1.1	1.6
全 国	新登録患者数（人）	15,590	14,460	12,739	11,519	10,235
	年末時登録者数（人）	37,134	34,523	31,551	27,754	24,555
	全結核罹患率(人口10万対)	12.3	11.5	10.1	9.2	8.2
	新登録結核患者中外国出生者数（人）	1,667	1,541	1,411	1,313	1,214
	新登録結核患者中外国出生割合(%)	10.7	10.7	11.1	11.4	11.9
	結核死亡者数（人）	2,204	2,087	1,909	1,845	1,664
	結核死亡率（人口10万対）	1.8	1.7	1.5	1.5	1.4

参考：厚生労働省「結核登録者情報調査年報」／茨城県衛生研究所「茨城の結核統計」

【対策】

(1) 感染症発生情報の収集と提供

感染症の発生情報の正確な把握と分析は、感染症対策の基本であることから、医療関係者等の更なる協力を得て情報収集や病原体検査の充実に努めます。

また、感染症のまん延防止に当たっては、感染症発生情報の公表や県民の感染症についての知識向上も不可欠であるため、県感染症情報センターのホームページやその他の広報媒体を積極的に活用し注意喚起を図るとともに、保健所における相談体制の強化に努めます。

(2) 防疫措置の実施

必要に応じ、患者・感染者に対し入院勧告等を行い適切な医療を提供するほか、

接触者に対する健康診断の実施、疫学調査による感染源の把握、更には病原体に汚染されたと考えられる物品や設備等の消毒を行い、感染症のまん延防止に努めます。

なお、これらの防疫措置を講ずるに当たっては、市町村等関係機関との連携を強化し、一方では患者等の人権を侵すことのないよう配慮します。

さらに、保健所や市町村の感染症担当職員を対象とした研修や各種訓練の実施に取り組み、職員の資質向上に努めます。

(3) 感染症指定医療機関との連携

県内13の感染症指定医療機関において、感染症発生時の患者受入れ、医療提供がより円滑に行われるよう、保健所において患者移送・受入訓練を行うなど、連携強化を図ります。

また、新興感染症発生・まん延時には、結核病床を有する感染症指定医療機関において、必要な結核病床数の保持に努めます。

(4) 直接服薬確認療法（DOTS）による確実な治療体制の整備

直接服薬確認療法（DOTS）は、結核患者の治療を完了することや、潜在性結核感染症（LTBI）の登録者の将来的な発症を防ぐことを目的としており、結核対策として重要です。保健所が地域におけるDOTSの拠点となって関係機関との調整を図り、確実な治療体制の整備に努めます。

(5) 外国生まれの結核患者対応に係る体制整備

新登録結核患者に占める割合が増加傾向にある外国生まれの患者に対応するため、関係機関と連携し、正しい知識の普及啓発や、コミュニケーションの円滑化を図る翻訳機器や医療通訳の活用を図るなど、患者の早期発見、感染拡大防止及び治療完遂に資する包括的な体制整備に努めます。

(6) 薬剤耐性菌感染症の多面的な対策

地域における薬剤耐性菌感染症の発生状況を把握するために、衛生研究所において、詳細な解析に努めます。

また、衛生研究所が中心となり運営している薬剤耐性対策推進会議において、具体的な取り組みを検討し、その結果を基に、抗微生物薬の適切な使用に関する情報発信を県民や医療機関に向けて行います。

さらに、薬剤耐性菌感染症の発生に備え、医療機関や保健所等に向けた研修会等を実施すると共に、情報共有のネットワーク体制を整備します。

【目標】

- (1) 感染症の情報、分析結果を県民や医療従事者へ分かりやすく迅速に提供し、個人予防の推進を図ります。
- (2) 保健所や市町村の感染症担当職員の資質向上に努め、適切な防疫措置を講じ、感

染症のまん延防止に努めます。

- (3) 感染症指定医療機関において、感染症発生時の患者受入れ、医療提供がより円滑に行われるよう、体制の整備に努めます。
- (4) 結核患者及び潜在性結核感染症（L T B I）の登録者への直接服薬確認療法（D O T S）について、保健所が地域の拠点となり、確実な治療体制の整備に努めます。
- (5) 外国生まれの患者に対応するため、関係機関と連携し、正しい知識の普及啓発や、翻訳機器や医療通訳の活用など、患者の早期発見、感染拡大防止及び治療完遂に資する包括的な体制整備を図ります。
- (6) 抗微生物薬の適正使用に係る啓発活動の実施、薬剤耐性菌感染症の発生状況の把握及び薬剤耐性菌感染症の発生に備えた体制の整備を図ります。

2 エイズ・性感染症対策

【現状】

全国の新規の HIV 感染者^{※1}・エイズ患者^{※2}の報告数は、平成 20（2008）年をピークに、令和 3（2021）年は約 1,000 件程度で推移し、感染経路別では、同性間性的接触が半数以上を占めている状況です。また、近年の抗 HIV 療法の進歩により、感染者等の生命予後が改善した一方で、エイズを発症した状態で HIV 感染が判明した例（以下、「いきなりエイズ」という。）の割合が、依然として約 3 割と高い水準となっています。

本県においては、新規の HIV 感染者・エイズ患者の報告数は、平成 19（2007）年以降は概ね 10～20 件で推移しており、令和 3（2021）年の報告数は 17 件となっています。特に、20～40 代の日本人男性の同性間接触による感染の報告が多く、いきなりエイズの割合も約 3 割となっている状況です。

また、全国的に梅毒の報告数の増加が指摘されており、本県も同様の傾向にあります。

※ 1：HIV（ヒト免疫不全ウイルス）に感染した者。

※ 2：HIV に感染し、後天性免疫不全症候群（エイズ）を発症した者。

■本県の HIV 感染者の報告数

（単位：件）

		昭和 62～平成 28 年	平成 29 年	平成 30 年	令和元年	令和 2 年	令和 3 年	累計
日本人	男性	205	7	7	4	11	6	240
	女性	43	0	0	0	0	0	43
外国人	男性	57	1	4	0	0	1	63
	女性	232	1	0	0	0	3	236
計		537	9	11	4	11	10	582

■本県のエイズ患者の報告数

（単位：件）

		昭和 62～平成 28 年	平成 29 年	平成 30 年	令和元年	令和 2 年	令和 3 年	累計
日本人	男性	223	1	4	2	4	3	237
	女性	19	0	0	0	1	1	21
外国人	男性	45	0	0	0	1	1	47
	女性	39	2	2	0	0	2	45
計		326	3	6	2	6	7	350

参考：厚生労働省健康局結核感染症課「感染症発生動向調査事業」

【課題】

エイズ・性感染症の感染予防や感染拡大防止を図るため、県民に対し、普及啓発活動を継続して実施するほか、感染拡大の危険性が高く、普及啓発が行き届いていない対象者（男性間で性的接触を行う者等）を把握し、その層に対しても、正しい知識の普及啓発及び相談や指導を効果的に行っていく必要があります。

また、感染者の早期発見・早期治療を図る為、感染に不安のある者への検査体制の充実、感染している可能性がある者への受診勧奨が必要です。

HIV感染者・エイズ患者が安心して診療が受けられる診療体制の充実や療養期間の長期化に伴う介護・福祉サービスとの連携した包括的な長期療養・在宅療養支援体制の整備が必要です。

性感染症についても、医療従事者に対して、性感染症の標準的な診断や治療について情報提供を行うなど、普及啓発を図る必要があります。

【対策】

(1) 正しい知識の普及啓発と相談体制の充実

地域・職域・学校等と連携した各種啓発研修会等の開催やリーフレット等の配布、ホームページ・SNS等の各種媒体を活用した広報活動により、正しい知識の普及啓発を図ります。

また、感染に不安のある者等に適切に対応できるよう、保健所における相談を継続して実施します。

(2) 検査・診療体制の充実

感染に不安のある者が、安心して検査が受けられるよう、保健所における無料の匿名検査を継続して実施するとともに、検査体制の拡充を図るため、検査の外部委託を検討するなど、HIV感染者の早期発見・早期治療を推進します。

また、感染者・患者の診療において中心的役割を担うエイズ治療（中核）拠点病院及びエイズ診療協力病院の連携を促進し、診療体制の充実を図るとともに、悪性腫瘍等の合併症の対応や介護・福祉サービスとの連携体制を確保していきます。

(3) 対策の推進体制の充実

県は、エイズ・性感染症対策を効果的に進めるため、行政、医療、地域、職域、学校等の関係機関・団体を構成員とする委員会を開催し、対策を推進するために連携・協力体制の充実を図ります。

【目標】

- (1) 感染拡大の懸念があり、普及啓発が行き届いていない対象者に対し、正しい知識の普及啓発を推進します。

- (2) 保健所における相談・無料匿名検査の実施や、検査体制の拡充により、感染者の早期発見・早期治療に努めます。
- (3) エイズ治療拠点病院等と慢性期病院、介護・福祉サービス事業所等との連携体制を構築し、HIV感染者・エイズ患者の長期療養・在宅療養支援体制の整備に努めます。

■本県のエイズ治療拠点病院

(中核拠点病院)

筑波大学附属病院

(拠点病院)

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

東京医科大学茨城医療センター、県立中央病院

国立病院機構水戸医療センター、国立病院機構茨城東病院

水戸赤十字病院、茨城西南医療センター病院

3 肝炎対策（茨城県肝炎対策指針）

県では、肝炎対策基本法及び国の「肝炎対策の推進に関する基本的な指針」に基づいて「茨城県肝炎対策指針」を制定し、指針に基づいた肝炎対策を実施しています。本計画は茨城県肝炎対策指針を兼ねるものであり、この指針に定められた取組の状況は、県に設置する茨城県肝炎対策協議会に定期的に報告するとともに、助言を求めることとします。

本県の肝硬変及び肝がんの死亡者数は755人（令和元（2019）年）、肝がんの75歳未満年齢調整死亡率は3.69%（令和3（2021）年）となっております。また、本県のウイルス性肝炎（以下、「肝炎」）の肝炎治療費助成事業の認定者数は、令和4（2022）年度は、B型1,118人、C型330人となっており、（平成28（2016）年度）のB型1,066人、C型1,606人と比べ、認定者数全体としては減少傾向にあります。しかし、C型は減少していますが撲滅にはいたっておらず、B型もウイルス排除をもたらす治療法がないため、今後も中長期的な対策が必要であることから、以下のような施策に取り組みます。

(1) 肝炎の予防のための施策

【現状】

ウイルス性肝炎は感染時期が明確ではないことや自覚症状がないことが多いため、適切な時期に治療を受ける機会がなく、本人が気づかないうちに肝硬変や肝がんへ移行する感染者が多く存在することが問題となっています。

また、妊婦健康診査時の肝炎ウイルス検査の受検奨励などの母子感染予防策に加え、平成28（2016）年10月から開始された生後1歳に至るまでの乳児に対するB型肝炎ワクチンの定期予防接種を促進しています。

【課題】

令和12（2030）年度までにC型肝炎を撲滅することがWHOの目標となっており、本県の肝炎治療費助成事業の認定者数も減少しておりますが、撲滅にはいたっていません。

【対策】

- ・ 県は、県民に対し、肝炎についての正しい知識と感染経路、検査の必要性などについて県ホームページへの掲載やリーフレット作成、県民講座、広報紙等により周知し、理解促進に努めます。
- ・ 県民に肝炎ウイルス検査の受診を奨励し、自身が持続感染者※か否かを知ることの重要性を周知します。 ※ほぼ生涯にわたり感染が持続する方
- ・ 持続感染者に対して、家族や性パートナーへの肝炎ウイルス検査の受検を推奨します。また、その家族や感染リスクの高い医療従事者等に、B型肝炎ワクチンの有効性、安全性に関する情報提供を行い、ワクチン接種を勧奨します。
- ・ 母子感染の予防のため、妊婦に対し妊婦健康診査の受診勧奨を行う等、肝炎ウイルス検査の受検を奨励します。また、乳児を持つ保護者等に、B型肝炎ワクチンの接種時期や効果等に関する情報提供を行うなど、市町村が実施するB型肝炎ワクチンの定期接種が円滑に行われるよう支援します。

(2) 肝炎ウイルス検査の実施体制の充実

【現状】

肝炎ウイルスの感染の早期発見、肝硬変や肝がんへの進展の防止等を図るため、肝炎ウイルス検査を全ての県民が少なくとも一回は受けられるよう、保健所や市町村健診、職域、妊婦健診でのウイルス検査を実施しています。

新型コロナウイルス感染症の影響により、保健所の肝炎ウイルス検査件数は、B型1,351件、C型1,344件（平成28（2016）年度）からB型肝炎検査437件、C型肝炎検査437件（令和4（2022）年度）と減少しています。また、市町村の40歳健診での肝炎ウイルス検査の受験率についても、7.3%（平成28（2016））から6.2%（令和4（2022）年度）と減少しています。

職場においては、健康診断や医療機関に委託して行う人間ドックなどにおいて、肝炎ウイルス検査が実施されていますが、その実施状況や検査後の陽性者への対応については、把握できていない状況です。

また、医療機関で手術前等に行われる感染症の血液検査等において肝炎ウイルス感染が判明した場合、必ずしも患者に十分に説明されていない場合があります。

【課題】

保健所・市町村の検査件数が減少しているため、更なる検査の推進が必要となっています。また、職域における肝炎対策の理解を深め、検査後の陽性者への対応など、陽性者を確実に医療につなげる取組みが必要となります。

更には、医療機関で手術前等に行われる感染症の血液検査等の検査結果について、受検者各自が正しく認識できるよう情報提供を行う必要があります。

【対策】

- ・ 保健所では、B型・C型肝炎ウイルスそれぞれの年間の検査数1,500件以上を目指し啓発を行います。
- ・ 県は、市町村に対し、妊婦健診等の検査の新規陽性者の医療機関受診率70%以上、40歳健診及び41歳以上未受検者の肝炎ウイルス検査受検率の向上を目指し勧奨を行うよう推進します。
- ・ 県は、職域で健康管理に携わる者や、医療従事者、事業主等の関係者を通じ、従業員等に対して肝炎ウイルス検査の勧奨が行われるよう、関係機関と連携し、普及啓発物の作成や各種会議での周知などを行い、より一層の推進を図ります。
- ・ 県は、医療機関に対し、手術前等に行われる肝炎ウイルス検査の結果について、受検者に適切な説明を行うよう要請します。
- ・ 県・市町村・職域等では肝炎ウイルス陽性者に対し、肝炎の病態、治療方法、医療に関する情報を提供し、医療機関への受診勧奨を徹底するよう働きかけていきます。
- ・ 県は、県・市町村・職域等で肝炎ウイルス検査を受けた状況の把握と分析を行い、ナッジ理論を用いた受診勧奨など、効果的に肝炎ウイルス検査を勧める方法を検討します。

(3) 肝炎医療を提供する体制の確保

【現状】

本県では、これまでも肝炎が肝硬変や肝がんへと重篤な病態へ移行していくことを鑑み、県及び市町村は、肝炎ウイルス検査の結果、陽性となった者に対し、受診勧奨を行ってきました。市町村健診で陽性となった方の医療機関受診率は41.5%（平成28（2016）年度）から68.1%（令和4（2022）年度）まで改善され、陽性者に対する受診勧奨を行うフォローアップ体制の構築に努めています。

また、（株）日立製作所日立総合病院（県北地区）及び東京医科大学茨城医療センター（県南地区）2箇所の肝疾患診療連携拠点病院を中心とし、肝疾患専門医療機関、地域の医療機関等と連携して肝疾患に関する正しい情報の提供、地域医療の充実等を図るための体制づくりを進め、肝炎ウイルス検査の結果が陽性である肝炎患者が、良質かつ適切な肝炎治療を受けられるよう、体制の整備に取り組んでいます。更には、肝がん治療が必要な患者が適切な治療を受けられるよう、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の周知に取り組んでいます。

【課題】

引き続き肝炎医療提供体制の整備を推進するほか、医療機関で実施する手術前検査等で実施する肝炎ウイルス検査については、陽性・陰性を問わず文書での結果の告知が徹底されるよう理解と周知が必要です。

また、肝炎検査陽性者が医療機関を受診するようフォローアップ体制の構築を図る必要があり、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の更なる周知が必要です。

【対策】

- ・ 肝炎ウイルス検査陽性者が確実に精密検査を受診するよう啓発に取り組みます。
- ・ C型肝炎患者のインターフェロンフリー治療の推進に引き続き取り組みます。
- ・ 県は、全ての市町村が、検査陽性者に対し健康増進事業によるフォローアップ事業を行うよう勧奨します。
- ・ 県は、医療機関を対象に肝炎治療費助成制度の活用を図るため、制度周知を強化します。
- ・ 県は、肝炎治療費助成制度や肝炎等精密検査費助成制度の仕組みや申請の方法等を県ホームページに分かりやすく掲載します。また、制度の変更や拡充の際には医療機関への情報提供について関係機関に協力を求めることとします。
- ・ 県は、拠点病院や医療機関、医師会等と連携を図り、各種情報の発信や研修会の開催等に協力します。
- ・ 県は、肝炎患者が働きながら継続的に治療を受けることができるよう、事業主や職域の健康管理に携わる者等に対して、関係機関と連携し肝炎に関する理解を促進します。
- ・ 県は、医療機関に対し、手術前等に行われる肝炎ウイルス検査の結果に基づき、受検者に適切な医療を提供する体制を要請します。
- ・ 拠点病院は、他の専門医療機関やかかりつけ医と連携しつつ、肝炎患者が地域で良質かつ適切な肝炎医療を受けられるとともに、災害時においても医療が継続できるような環境整備に取り組み、県はこうした取り組みに対し支援を行います。

(4) 肝炎予防及び肝炎医療に関する人材の育成

【現状】

本県では、県内の日本肝臓学会肝臓専門医に加えて、肝炎患者等が身近な医療機関でも肝炎治療費助成における診断や治療が受けられるよう、「茨城県医療研修会」を実施し、肝臓専門医以外でも肝炎治療費助成における診断書に記載が可能な医師を増やし、肝炎医療提供体制の整備を行っており、延べ 733 人（令和 4（2022）年度）の受講修了医師がいます。

また、肝炎ウイルスの感染予防や感染後に適切な医療に結びつけるため、地域（県や市町村）、職域、医療現場等において、肝炎に関する普及啓発、受検勧奨や肝炎ウイルス検査後のフォローアップ等の支援を行う茨城県肝炎医療コーディネーター（以下「肝炎コーディネーター」という）を育成しており、養成数は 1,081 人（令和 5（2023）年 4 月現在）となっています。

【課題】

- ・ 肝炎コーディネーター養成者数及び配置率は増加しましたが、様々な立場に応じた活動を活性化する必要があります。
- ・ 職域分野における肝炎予防対策を強化するため、各種講習会の周知などが必要です。

【対策】

- ・ 県は、肝炎患者等が個々の病態に応じた適切な肝炎医療が継続できるよう、市町村、地域医療機関や職域分野を対象に、肝炎コーディネーターの育成を推進します。
- ・ 県は、肝炎コーディネーターの配置について、全ての拠点病院及び肝疾患専門医療機関、保健所、市町村に配置し、人材の育成に取り組んでいきます。
- ・ 肝炎コーディネーターの活動内容を共有し、その活動を支援します。

(5) 肝炎に関する啓発及び肝炎患者等の人権の尊重とその支援

【現状】

県民の肝炎に関する正しい理解と適切な対応を促進するため、正しい知識について県ホームページへの掲載を行っています。加えて、肝疾患診療連携拠点病院では、肝炎患者の相談窓口となる肝疾患相談センターの設置及び肝炎に関する知識や助成制度の普及啓発物を作成し、関係機関に周知しています。

また、肝炎患者等一人一人の人権を尊重し、不当な差別・偏見を受けないよう普及啓発活動や相談体制の充実など、様々な支援を行い、安心して暮らせる社会環境づくりに取り組んでいます。取組の一環として、令和 4（2022）年度からは肝炎対策協議会の委員に患者代表委員を追加し、患者の意見を施策に反映できるよう努めています。

【課題】

- ・ 様々な場にいる肝炎コーディネーターの活動を支援するため、ニーズに即した活動媒体の作成が必要です。
- ・ 肝炎に関する正しい知識の普及啓発を強化する肝臓週間について、関係機関が一体的に啓発活動として実施する必要があります。

- ・ 肝炎に対する正しい情報が伝わっていないことが原因で、将来に不安を感じたり、不当な差別・偏見を受けることがないよう、引き続き相談体制の充実を図る必要があります。また、肝炎治療は長期間に及ぶこと等から治療費の負担のほか、就労等の問題が生じることもあります。

【対策】

- ・ 肝炎医療コーディネーターの活動状況及び活動に資する啓発資材のニーズを把握し、効果的な啓発資材を作成します。
- ・ 感染者・患者が医療機関で継続的に治療が行われるよう、医療保険者、医師その他の医療従事者の団体、職域において健康管理に携わる者の団体等の協力を得て、誰もが肝炎ウイルスに感染する可能性があることや肝炎検査と早期受診の必要性等、肝炎についての基本的な理解を得られるように取組を行います。また、肝臓週間には各関係機関と連携し、これらの取組を集中的に実施します。
- ・ 県は、心身等への負担がより少ない治療が可能になったことを踏まえ、働きながら適切な肝炎治療を受けることができるよう、必要に応じて職域において健康管理に携わる者等の協力も受けながら、事業主に対して肝炎に関する啓発等を行います。
- ・ 県は、肝炎患者が気軽に相談することができるよう、肝炎医療コーディネーター及び拠点病院の肝疾患相談センターを周知するための普及啓発を行います。また、肝疾患相談センターの相談支援体制の充実を図ります。
- ・ 県は、肝炎患者との会合を持つ等して意見交換を行い、最新情報等を提供することにより不安の解消に努めます。また、患者から行政への要望等を吸い上げ、必要な施策の実現に努めます。
- ・ 県は、肝炎患者が不当な差別・偏見を受けることが無いよう、全県民に対し、学校等の関係機関と連携し、肝炎に関する正しい知識の普及を図ります。

【目標】

番号	目標項目	現状値	目標値	
1	肝がん75歳未満年齢調整死亡率（人口10万対）	3.69	2.3以下	
2	肝炎ウイルス検査受検機会の拡大			
	保健所（年間件数）	B型肝炎ウイルス検査	437件	1,500件
		C型肝炎ウイルス検査	437件	1,500件
3	市町村	40歳の受検率	6.2%	10.0%
4	肝疾患専門医療機関における肝炎ウイルス検査結果の文書での告知率	5/27 (18.5%)	全数	
5	市町村検査における新規陽性者の医療機関受診率	68.1%	70%	
6	肝炎医療コーディネーターの配置			
	保健所	88.8% (8/9保健所)	全数 (9/9保健所)	
	市町村肝炎担当部署	88.6% (39/44市町村)	全数 (44/44市町村)	

- 1 国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」（人口動態統計）（令和3（2021）年）
- 2、3、5、6 茨城県健康推進課「肝炎ウイルス陽性者フォローアップ状況調査」（令和4（2022）年度）
- 4 茨城県健康推進課「肝炎ウイルス検査結果の告知に関するアンケート」（令和5（2023）年7月）

4 予防接種対策

【現状】

定期予防接種は、感染症の発生とまん延の予防を目的に、乳幼児などを対象とした麻しん・風しん、百日せきなどの14疾病と、高齢者を対象としたインフルエンザ、肺炎球菌感染症の2疾病、計16疾病を対象に市町村が実施しています。

なお、令和2（2020）年10月1日にロタウイルス感染症が対象疾病に追加されました。

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。

予防接種がより安全かつ有効に実施されるよう、平成20（2008）年4月に、予防接種センターを県立こども病院内に設置し、予防接種の実施に際し注意を要する予防接種要注意者等への予防接種の実施、予防接種に関する知識や情報の提供、市町村や医療機関からの相談対応、医療従事者等を対象とした研修を実施しています。

また、予防接種の利便性の向上を図るため、県民が居住市町村に限らず、全県下の医療機関で、定期予防接種を受けることができる「定期予防接種の広域化」の制度を整備し、平成26（2014）年10月に導入しています。

なお、令和4（2022）年4月に、ヒトパピローマウイルスワクチン接種の積極的な勧奨が再開されました。

【課題】

感染症の発生及びまん延防止の観点から、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さらに推進する必要があります。

積極的勧奨が再開したヒトパピローマウイルスワクチン接種については、接種後に症状が生じた方への相談支援体制・医療体制等の強化が必要となっています。

また、麻しん・風しんの予防接種については、「麻しんに関する特定感染症予防指針」及び「風しんに関する特定感染症予防指針」に基づき、予防接種率95%以上を達成し、それを維持することが求められています。

さらに、緊急時におけるワクチンの円滑な供給の確保及び連絡調整が必要です。

【対策】

(1) 予防接種の普及啓発の推進

市町村や医師会と連携を図り、接種対象者及びその保護者に対して予防接種制度の概要、予防接種の効果及び副反応、健康被害救済制度等について、ホームページや各種媒体を活用して周知徹底を図ります。

また、市町村に対し、関係機関や関係団体と連携して、接種漏れ者への対策を充実するよう促します。

(2) 接種体制の充実

県立こども病院内に設置している予防接種センターにおいて、平日時間外や休日の予防接種の実施、予防接種に関する知識や情報の提供及び予防接種に関する医療相談の充実に努めます。

また、心臓血管系疾患を有するなど予防接種の実施に際し十分な注意を要する者に対し、専門的な医療機関を紹介する制度を充実させ、予防接種の安全確保を図ります。

(3) 相談支援体制・医療体制の強化

ヒトパピローマウイルスワクチン接種前の相談対応に関する市町村担当者への研修や、接種後に症状が生じた方を診察する医師向けの研修を行うなど、相談支援体制・医療体制の強化を図ります。

(4) ワクチンの円滑な供給の確保

緊急時におけるワクチンを円滑に供給できる体制を確保するため、平時から関係機関・関係団体との連絡調整を十分図ります。

【目標】

- (1) 県民に対し、予防接種の効果や副反応等に関する正しい情報の普及啓発を推進します。
- (2) 接種体制の充実や、ワクチンの円滑な供給の確保等により予防接種制度の円滑な運営に努めます。

第3節 食の安全と安心の確保対策の推進

【現状】

食品の安全性の確保は、県民が安心して健康的な生活を送る上で大変重要なものです。

しかし、ノロウイルスやカンピロバクター等による食中毒の発生、食品の偽装表示事件など、食品の安全性や信頼性を揺るがす事件が相次ぎ、消費者の食の安全・安心に対する関心は依然として高い状況にあります。

また、と畜場や食鳥処理場における腸管出血性大腸菌 0157 やカンピロバクター等の微生物による枝肉等の汚染や、家畜等の飼育段階で使用される動物用医薬品等の食肉等への残留を防止し、安全な食肉を供給するための継続的な対策が必要です。

さらに、高病原性インフルエンザや豚熱対策では、食品衛生上の問題は極めて低いものの、引き続き家畜衛生部門との緊密な連携や搬入される獣畜への検査体制を充実する必要があります。

県では、平成 21（2009）年に、「茨城県食の安全・安心推進条例」を制定し、本条例に基づいた「茨城県食の安全・安心確保基本方針」及び、その基本方針の行動計画である「茨城県食の安全・安心確保アクションプラン」を策定し、全庁的な食の安全と安心確保の総合的対策に取り組むとともに、年度ごとに策定している食品衛生法に基づく「茨城県食品衛生監視指導計画」により、食品等事業者だけでなく、と畜場、大規模食鳥処理場及び小規模食鳥処理場に対する監視指導、食品等の試験検査、リスクコミュニケーション^{（注1）}等の推進を図り、誰もが安心して健やかに食生活を営むことができるよう食の安全・安心の確保に努めています。

【課題】

食品等事業者やと畜場、食鳥処理場に対し、H A C C P（ハサップ）^{（注2）}に沿った衛生管理が適切に実施されているか監視指導等を通じて確認を行い、必要に応じて指導・助言等を行う必要があります。特に、中小規模事業者については、H A C C P に沿った衛生管理の適切な運用に向けたフォローアップが必要とされています。

【対策】

- (1) 食品等事業者に対する監視指導については、食中毒等の食品衛生上の危害の発生状況等を考慮し、重点的、効率的かつ効果的な監視指導を実施します。また、不適正な食品表示を防止するため、関係部局が連携して食品等事業者の監視指導を強化します。
- (2) 県は食品中の残留農薬、輸入食品の食品添加物等の試験検査を実施するとともに、引き続き、輸入食品を含めた県内に流通する食品の試験検査を実施します。
また、と畜場や食鳥処理場においても枝肉等の微生物検査や残留有害物質及び残留抗菌性物質検査を実施します。

(3) 県は食中毒発生時に、茨城県食中毒対策要綱等に基づき、迅速、かつ、的確な調査を行い、原因食品、病因物質等の究明に努めるとともに、事故の拡大及び再発防止に努めます。

また、必要に応じ感染症対策関係機関との連携を図り調査を実施します。

(4) 食品等事業者が自ら実施する衛生管理を推進するため、中小規模事業者等が取り組みやすいHACCPの考え方に基づく衛生管理の適切な運用に向けた支援を行い、安全で安心な食品の供給体制を構築します。

(5) 県は県民の意見を聴取し、食品の安全性確保に反映させるため、消費者、食品等事業者、行政が参画する「食の安全・安心意見交換会」を開催し、リスクコミュニケーションの推進を図ります。

(6) 県は食品の安全性確保に関する施策について、県のホームページ、SNS 等や各種広報媒体等を活用し、県民に迅速な情報提供に努めていきます。

(7) 高病原性インフルエンザや豚熱対策として、家畜衛生部門と連携した警戒態勢の維持に努めます。

(注1) リスクコミュニケーション：市民、企業、行政機関等の全ての人々が、リスクに関する正確な情報を共有しつつ、相互に意思疎通を図ること。

(注2) HACCP（ハサップ）：米国航空宇宙局（NASA）により開発された宇宙食製造のための衛生管理手法。この手法は、食品の製造業者が食品の製造・加工工程のあらゆる段階で発生するおそれのある微生物汚染等の危害を、予め調査・分析（Hazard Analysis）し、この分析結果に基づいて、製造工程全般を通じ管理上重要な段階に、遵守すべき基準を設け、常時監視することにより、製品の安全性を確保するシステム。

第4節 生活衛生対策の推進

1 生活衛生の確保

【現状】

理容業、美容業、クリーニング業、興行場営業、旅館業、公衆浴場業などの生活衛生関係営業や特定建築物、遊泳用プールは、県民の日常生活に極めて密着したサービスを提供しており、各業界とも衛生の確保に努めています。しかし、入浴施設については、浴槽や配管設備等の不十分な衛生管理によるレジオネラ症の原因となるレジオネラ属菌の発生が確認される状況にあります。また、知識不足や誤った認識による規範意識の低下が問題となっています。

■県内の生活衛生関係営業施設等

(各年度末：箇所)

	平成31年度 (2019年度)	令和2年度 (2020年度)	令和3年度 (2021年度)	令和4年度 (2022年度)
理容所	3,584	3,286	3,243	3,166
美容所	6,257	5,569	5,665	5,669
クリーニング所	1,904	1,614	1,552	1,498
興行場	98	89	85	83
旅館業	1,130	1,047	1,054	1,032
公衆浴場	461	407	404	406
特定建築物	832	709	719	722
遊泳用プール	154	143	142	144

【課題】

生活衛生関係営業について、県民が安心して利用できるよう、施設の衛生水準の維持向上や規範意識の醸成を図ることが必要です。特に入浴施設については、レジオネラ症の発生防止対策やコンプライアンス遵守の徹底など、衛生確保に向けた一層の取組が求められています。

【対策】

- (1) 生活衛生関係営業施設について計画的な監視指導を実施するとともに、営業者に対する講習等を実施し、衛生水準の維持向上や規範意識の醸成を図ります。
- (2) 特に公衆浴場、旅館については、レジオネラ症の発生を防止するため、浴槽水の水質検査を実施し、併せて、監視指導の強化を図ります。
また、講習会等による啓発を通じて、営業者の自主衛生管理の徹底や浴槽水の自主検査の促進を図ります。
- (3) 県は(公財)茨城県生活衛生営業指導センターと連携し、生活衛生関係営業の公衆衛生の向上を図ります。

【目標】

県民が快適で衛生的なサービスを受けられるよう、生活衛生関係営業施設等の衛生確保に努めます。

2 動物由来感染症対策

【現状】

(1) 狂犬病の予防

日本では昭和 32 (1957) 年以降狂犬病の発生がないものの、世界では年間 50,000 人が狂犬病で死亡しています。

一方、県内では令和 3 (2021) 年度末時点で約 163,000 頭の犬が登録されていますが、狂犬病予防法に基づく犬の狂犬病予防注射率が全国平均より低い状況にあります。

■犬の登録頭数等の推移

(参考) 令和 3 (2021) 年度の予防注射率全国平均 70.9%

項目	平成 29 年度 (2017 年度)	平成 30 年度 (2018 年度)	令和元年度 (2019 年度)	令和 2 年度 (2020 年度)	令和 3 年度 (2021 年度)
犬登録頭数	169,557	169,835	167,083	164,760	162,615
予防注射率 (%)	66.7	63.1	62.9	60.1	67.1
犬による咬傷事故件数	89	80	77	88	68

(2) その他の動物由来感染症の予防

近年のペットブームに伴い犬や猫に加えて、飼育経験の少ない輸入野生動物が一般家庭でも飼育される等、ペットの多様化が進んでいます。

また、少子高齢化の進展や生活様式の変化とともに、ペットを室内で飼う家庭が増える等、動物由来感染症の要因となる人と動物が濃厚に接触する機会も高まっています。

【課題】

(1) 狂犬病の予防

国内への狂犬病の侵入に備え、低い状況にある犬の狂犬病予防注射率を高めるとともに、防疫体制を維持強化する必要があります。

(2) その他の動物由来感染症の予防

動物の飼い主や動物取扱業者を対象に、動物由来感染症に関する正しい知識と予防方策を普及する必要があります。

【対策】

(1) 狂犬病の予防

県は市町村及び(公社)茨城県獣医師会(以下「県獣医師会」という。)と連携を強化し、狂犬病防疫体制を維持強化するとともに、犬の登録と狂犬病予防注射のより一層の促進を図ります。

(2) その他の動物由来感染症の予防

県は動物の飼い主や動物取扱業者に対して、各種広報媒体や研修会等を活用し、

動物由来感染症の正しい知識と予防方策について普及啓発に努めます。

【目標】

(1) 狂犬病の予防

地域の実情に合わせた効果的な業務を推進するため、地域ごとに県、市町村及び県獣医師会による狂犬病予防業務推進会議を開催し、連携強化を図ります。

(2) その他の動物由来感染症の予防

(ア) ペットショップ等の動物取扱責任者に対する講習会や小学生を対象とした「動物ふれあい教室」等において、動物由来感染症に関する知識普及に努めます。

(イ) 県獣医師会及び教育機関と連携し、学校における動物飼育研修会等を通じて、教職員等に対し、動物由来感染症に関する知識普及に努めます。

第4章 地域医療構想

詳細 ⇒ 「茨城県地域医療構想」

第1節 地域医療構想の概要

地域医療構想は、令和7（2025）年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）ごとに令和7（2025）年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるものです。

本県では、「茨城県地域医療構想」を「茨城県保健医療計画」の一部として、平成28（2016）年12月に策定し、茨城県地域医療構想の実現に向けて、「茨城県保健医療計画」における5疾病5事業及び在宅医療の施策等を推進するとともに、地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の構築を目指すものとします。

茨城県地域医療構想の主な内容は以下のとおりです。

- ① 令和7（2025）年の医療需要と病床の必要量
 - ・高度急性期、急性期、回復期、慢性期の医療機能ごとに医療需要を推計
 - ・都道府県内の構想区域単位で推計
- ② 目指すべき医療提供体制を実現するための施策の方向性
 - ・医療機能の分化・連携を促すための施策
 - ・在宅医療等の充実を図るための施策
 - ・医療従事者の確保、養成のための施策 等

なお、新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた今後の地域医療構想の推進については、厚生労働省より令和2（2020）年12月14日の「医療計画の見直し等に関する検討会」による「新型コロナウイルス感染症対応を踏まえた今後の医療提供体制の構築に向けた考え方」が示されています。

この中では、新型コロナウイルス感染症への対応が続く間も、人口減少や高齢化は着実に進む中、質が高く、効率的な医療提供体制を維持していくためには、医療機能の分化・連携の取組が必要不可欠であることから、地域医療構想については、その基本的な枠組み（病床の必要量の推計・考え方など）を維持しつつ、引き続き、着実に取組を進めていく必要があるとされています。

このことを踏まえ、本県では引き続き、地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の構築に向けて、地域医療構想の推進に取り組んでまいります。

第2節 本県における将来の医療提供体制に関する構想

1 令和7（2025）年における医療機能別の医療需要及び必要病床数

本県及び各地域医療構想区域^(注1)の令和7（2025）年における医療需要と将来の病床数の必要量を病床機能区分ごとに推計しました。

現状、県内の各構想区域においては、他の構想区域との患者の流出入等を見込んだ医療機能が既に整備されています。また、患者住所地ベースでの医療需要に対応するための医療機能への転換を見込むことは、各医療機関に対して過度の経営方針の転換を促すことになることから、各医療機関の既存

(注1) 医療法において、地域における病床機能の分化連携を推進するための基準として定められた区域をいう。本県の構想区域は、二次保健医療圏と一致

の物的・人的な医療資源を最大限に有効活用することとしました。

このため、高度急性期、急性期、回復期及び慢性期の4医療機能とも、現在の患者の流入が今後も継続するものと見込み、「医療機関所在地ベース」を基本として医療需要を推計しました。

なお、必要病床数は、将来の提供体制について、医療関係者をはじめ、介護関係者や医療を受ける住民とともに考えるための参考値であり、病床の削減目標といった性格のものではありません。

2 本県の医療需要に対応した医療提供体制の方向性

本県の医療需要は、令和17(2035)年まで増加し続けるものと推計されることから、将来に向けたバランスのとれた医療機能を構築する必要があります。

そのため、将来の医療需要の変化に対応した体制を効率的・効果的に構築するためには、現在の医療資源を最大限に活用し、急性期から回復期への病床機能の転換等の取組を促進する必要があります。

また、慢性期の療養については、入院医療のほか、在宅医療や介護も含めた地域全体で支える体制づくりが求められます。加えて、各構想区域の特性や地域の実情はそれぞれ異なることから、地域住民のニーズも踏まえながら、各構想区域の実情に合った提供体制の構築を図る必要があります。

(1) 入院医療における医療機能の分化・連携

- 地域で不足している病床機能への転換を促進するため、転換に伴う施設・設備や人材の養成などに対して支援します。
- 政策医療を担っている公的病院への支援や地域の医療提供体制の充実を図るための、各地域医療構想調整会議において、引き続き再編統合について検討します。また、構想区域の各医療機関の役割分担をより明確にし、介護施設を含めた施設間の緊密な連携体制の構築を促進します。
- 地域において救急医療を支えている民間病院に対して、公的病院と同様の支援について検討します。
- 地域医療構想において目指す病床機能の分化・連携について、医療サービスの利用者である住民の理解を深め、適切な受療行動を促すための取組等を促進するため、地域医療構想調整会議等の検討内容を県民に対して広く情報発信します。

(2) 在宅医療等の充実

- いばらき高齢者プラン21や新しいばらき障害者プラン等における施設・事業所等の整備計画と調和を図るとともに、サービス付き高齢者向け住宅の整備状況なども踏まえ、地域の実情にあった在宅医療の提供体制を整備します。
- 訪問看護など在宅医療に関する人材を養成するとともに、退院調整技術の向上に向けた研修を実施することにより、在宅医療関係者間の連携強化を図るなど、在宅医療の提供体制を強化します。
- 高齢者のみならず、障害者などを含む全ての要援護者及び家族等に対し、地域ケアシステムの「コーディネート機能」や「多職種協働による支援機能」といったノウハウを活用しながら、医療、介護、予防、生活支援など様々なサービスを提供する「茨城型地域包括ケアシステム」について、市町村・関係団体と連携し構築します。
- 在宅医療・介護連携拠点事業(平成25(2013)年度から平成27(2015)年度モデル事業とし

て実施) 成果を踏まえ、関係団体等と連携し、市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業に対し支援します。

- 在宅医療・介護に関する情報を、地域住民に対して適切に提供します。

(3) 医療従事者の養成・確保

- 県内の医師不足、地域偏在の解消を図るため、地域医療支援センターを核として、高校生、医学生、研修医、医師のそれぞれの段階に応じた取組を推進します。
- 修学資金を活用した医師が各医療圏でバランスよく勤務できるよう、医師の派遣調整を進めます。
- 看護職員の計画的な確保を図るため、養成、県内定着促進、離職防止、再就業促進に資する各種の取組を推進するとともに、各種専門研修等を通じて資質向上を推進します。
- 高齢化に伴い増加する疾患への対応や在宅医療等の充実を図るため、リハビリテーション関係職や在宅医療を担う医師、歯科医師、薬剤師等、多様な専門職の育成を支援します。
- 県内の医療機関における勤務環境改善の取組等を促進します。

【本章の掲載内容に係る見直しについて】

地域医療構想については、「医療計画作成指針」（令和5年5月26日付け医政発0526第8号厚生労働省医政局長通知「医療計画について」別紙）において、「地域医療構想策定ガイドライン」（平成27年3月31日付け医政発0331第53号厚生労働省医政局長通知別添1）及び「地域医療構想の推進について」（平成30年2月7日付け医政発0207第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）等を踏まえることとされており、これらを踏まえて平成28（2016）年12月に策定された「茨城県地域医療構想」については、令和7（2025）年までの取組を内容としているため、同構想の概要を掲載している本章についても、原則として、令和8（2026）年度に予定される本計画の中間見直しの際に、記載内容を大幅に更新することとなる予定です。

もっとも、「茨城県地域医療構想」の策定以後に生じた各地域の実情等を踏まえながら、地域ごとの医療提供体制に関する検討を引き続き進めていくため、「第3節 構想区域別地域医療構想」については、各地域医療構想調整会議における協議等により、「今後の対応」の項目を中心に、次期地域医療構想策定までの間における地域医療構想の推進に向けて必要となる方針等を整理することといたします。

■令和7（2025）年における医療需要と必要病床数（医療機関所在地ベース）

構想区域	令和7（2025）年における医療需要（当該構想区域に居住する患者の医療需要） （単位：人/日）	令和7（2025）年における医療供給（医療提供体制）				【参考】		
		現在の医療提供体制が変わらないと仮定した場合の他の構想区域に所在する医療機関により供給される量を増減したもの （単位：人/日）	将来のあるべき医療提供体制を踏まえ、他の構想区域に所在する医療機関により供給される量を増減したもの（①） （単位：人/日）	病床の必要量（必要病床数）①を基に病床利用率等により算出される病床数 （単位：床）	許可病床数 （平成25 （2013）年10月） （単位：床）	基準病床数 （平成25 （2013）年4月） （単位：床）		
全県	高度急性期	1,761	1,634	1,634	2,178	21,033 (一般病床)	17,890	
	急性期	6,002	5,807	5,807	7,445			
	回復期	6,566	6,405	6,405	7,117			
	慢性期	4,425	4,614	4,614	5,015			(療養病床) 5,951
	小計	18,754	18,460	18,460	21,755			(単位：床) 26,984
水戸	高度急性期	317.4	466.0	466.0	621	(一般病床)	3,482	
	急性期	950.8	1,267.9	1,267.9	1,626	4,695		
	回復期	1,128.0	1,359.2	1,359.2	1,510	(療養病床) 995		
	慢性期	612.2	663.6	663.6	721			
	小計	3,008.4	3,756.7	3,756.7	4,478			(単位：床) 5,690
日立	高度急性期	150.6	128.9	128.9	172	(一般病床)	1,587	
	急性期	528.9	482.6	482.6	619	2,154		
	回復期	696.1	641.4	641.4	713			
	慢性期	364.8	318.9	318.9	346			(療養病床) 734
	小計	1,740.5	1,571.9	1,571.9	1,850	(単位：床) 2,888		
常陸太田・ ひたちなか	高度急性期	229.2	112.5	112.5	150	(一般病床)	1,806	
	急性期	780.6	525.1	525.1	673	2,040		
	回復期	847.9	664.4	664.4	738			
	慢性期	536.8	506.6	506.6	551			(療養病床) 671
	小計	2,394.4	1,808.7	1,808.7	2,112	(単位：床) 2,711		
鹿行	高度急性期	158.1	52.6	52.6	70	(一般病床)	1,222	
	急性期	518.9	291.3	291.3	373	1,427		
	回復期	587.7	398.3	398.3	443			
	慢性期	363.1	348.3	348.3	379			(療養病床) 609
	小計	1,627.8	1,090.5	1,090.5	1,265	(単位：床) 2,036		
土浦	高度急性期	164.5	176.8	176.8	236	(一般病床)	1,574	
	急性期	528.1	536.1	536.1	687	1,915		
	回復期	574.6	577.6	577.6	642			
	慢性期	409.7	336.1	336.1	365			(療養病床) 437
	小計	1,676.9	1,626.6	1,626.6	1,930	(単位：床) 2,352		
つくば	高度急性期	191.2	327.0	327.0	436	(一般病床)	2,542	
	急性期	681.5	942.8	942.8	1,209	2,765		
	回復期	639.7	805.9	805.9	895			
	慢性期	633.6	872.9	872.9	949			(療養病床) 603
	小計	2,145.9	2,948.6	2,948.6	3,489	(単位：床) 3,368		
取手・ 竜ヶ崎	高度急性期	282.8	230.1	230.1	307	(一般病床)	3,135	
	急性期	990.8	996.9	996.9	1,278	3,314		
	回復期	972.8	1,117.7	1,117.7	1,242			
	慢性期	818.6	806.9	806.9	877			(療養病床) 646
	小計	3,065.1	3,151.6	3,151.6	3,704	(単位：床) 3,960		
筑西・ 下妻	高度急性期	145.3	40.4	40.4	54	(一般病床)	1,308	
	急性期	510.1	262.5	262.5	337	1,276		
	回復期	644.2	463.5	463.5	515			
	慢性期	414.7	508.2	508.2	552			(療養病床) 1,004
	小計	1,714.3	1,274.6	1,274.6	1,458	(単位：床) 2,280		
古河・ 坂東	高度急性期	122.3	99.2	99.2	133	(一般病床)	1,234	
	急性期	511.8	501.8	501.8	643	1,447		
	回復期	475.0	377.3	377.3	419			
	慢性期	271.1	252.3	252.3	274			(療養病床) 252
	小計	1,380.3	1,230.6	1,230.6	1,469	(単位：床) 1,699		

第3節 構想区域別地域医療構想

【各構想区域における「課題解決に向けた施策及び今後の検討の方向性」】

(1) 水戸地域医療構想区域

【医療機能の分化・連携の促進】

- 水戸地域医療構想区域は、入院・外来患者数ともに他構想区域からの流入も多く、周辺地域を支える役割を担うため周辺構想区域とともに地域で完結できる医療連携体制の構築を図ります。
- 限られた医療資源の中で、医療人材の確保と医療の質の確保及び効率的な病院運営を高次元でバランスさせるため、病院機能の再編や統合等の検討を推進し、地域医療ニーズにあった有機的な病病・病診連携体制の構築を目指します。
- 周産期（ハイリスク分娩、新生児医療）、小児医療の機能維持及び体制整備を推進します。
- 救急医療の充実や適正化を推進するために、医療機関や自治体等との連携及び住民等に対する啓発を推進します。
- これらの施策の実現に向け、行政や地域において関係者による協議会等を設置するなど、継続的に協議してまいります。

【在宅医療等の充実】

- 地域包括ケアシステムの構築を推進し、在宅医療等の供給増を図るための取組として、病病連携、病診連携及び介護と連携し、在宅医療の支援体制強化を図ります。
- 在宅医療を支援するため、急変時の受入整備や医師会、自治体等関係機関との支援等を含めた体制を構築するための検討を行います。
- 在宅医療を支援する訪問看護、訪問介護、訪問リハビリテーション等事業の充実及び連携の場について検討を行います。
- 家族構成変化や首都圏からの移住者増加等への対応など、在宅介護を行う家族のために、看取りを含めた支援体制の充実や住民への啓発を推進してまいります。

【医療従事者等の養成・確保】

- 病院勤務医師、看護師等の医療従事者等の人材の確保と定着化を図るため、指導者の育成を含めた教育システムの整備、勤務環境の改善などあらゆる方策を関係機関と連携しつつ展開いたします。
- 同様に、在宅医療、介護を担う人材の確保と定着を図ります。

【今後の対応】

- 地域医療支援病院である本構想区域内の6病院（水戸済生会総合病院、水戸赤十字病院、水戸協同病院、県立中央病院、水戸医療センター及び県立こども病院）を対象とした再編統合及び高度急性期医療を担う特定機能病院を目指せるようなフラッグシップホスピタルの設置等について、県及び県医師会とも連携しながら、水戸地域医療構想調整会議において、引き続き具体的に検討していきます。

- 上記医療機能の分化・連携を促進するため、地域において行政や有識者等のワーキンググループの設置等を通じて協議を加速してまいります。
- 再編の検討においては、厚生労働省の「再編検討区域」（再編の検討の初期段階における複数医療機関の再編を検討する区域）としての支援を受けるなどして、専門家の意見を踏まえた地域の医療提供体制の分析等を進めてまいります。

(2) 日立地域医療構想区域

【医療機能の分化・連携の促進】

- 医療機関の連携強化による地域的偏在の解消

緊急性の高い脳卒中や心筋梗塞などの救急医療については、(株)日立製作所日立総合病院と他の医療機関、消防との連携を図り、構想区域内での提供体制の整備に努めます。構想区域内の3市が協定を結び、ラピッド方式ドクターカーを運用することにより、救急患者への医療提供までの時間短縮を図り、更なる救命率の向上を図ります。
- 婦人科疾患の診療体制の充実

婦人科がんの医療については、他のがん診療と同様に地域がん診療拠点病院である(株)日立製作所日立総合病院で手術、化学療法等専門的な医療の提供体制を維持していきます。
- 周産期医療の提供体制の充実

ハイリスク分娩や新生児医療など周産期医療の提供については、令和4(2022)年度から(株)日立製作所日立総合病院において地域周産期母子医療センターが全面再開し、水戸構想区域と連携を図りながら周産期医療の提供に努めます。
- 急性期病床から回復期病床への転換の促進

高齢化による医療需要の変化に対応して、地域医療介護総合確保基金などを活用しながら、急性期病床から回復期病床への転換を促進します。
- 「地域医療構想調整会議」の開催

急性期から回復期、慢性期、在宅医療までの効率的な医療提供体制を構築するための医療機関相互の役割分担・連携を協議します。また、当構想区域における在宅移行の困難な状況や地域包括ケアシステムの構築状況など地域の実情を踏まえながら、医療資源のより効果的、効率的な活用を推進していきます。
- 住民に対する情報提供

医療の受け手である住民に対し、医療機関の役割分担の現状や適切な受療行動の必要性について情報提供・普及啓発に努めます。

【在宅医療等の充実】

- 在宅医療等の供給増に向けた体制整備

当構想区域は南北に長く、訪問診療等の移動に時間を要することから、地域の実情を踏まえながら、在宅医療の効果的な展開に向けた整備を図っていきます。また、病院や診療所、歯科診療所、かかりつけ薬局、訪問看護ステーションなどの多職種・事業所と連携した体制の整備を進めていきます。

- 在宅医療を支える人材育成等
医療従事者への研修の充実により、在宅医療に携わる医師、訪問看護師の人材育成に努めます。
市町村で実施する地域支援事業などを通じて、かかりつけ医の在宅医療への参加を促進し、在宅療養支援診療所の増加に努めるとともに地域包括ケア病床など在宅医療の後方支援を行う病床の整備を推進します。
- 住民に対する情報提供
医療の受け手になる住民に対し、在宅医療や看取りに関する情報提供・普及活動に努めます。

【医療従事者等の養成・確保】

- 将来の医療・介護を担う人材の確保
高齢化に伴う医療・介護需要の増加に備え、特に若い医師や看護師等を確保するため、構想区域内の病院に魅力ある研修体制を整備し、卒後教育の充実を図ります。特に専門医制度の開始にあたり、大学等医育機関と連携を深めるとともに(株)日立製作所日立総合病院を中心とする教育研修システムを構築し、日立構想区域として医師確保対策に取り組みます。
看護職員の確保に関しては、看護師養成施設の設置を検討するなど養成体制の充実を図るほか、復職支援や勤務環境改善など離職防止・定着促進に向けた取組を進めていきます。

【今後の対応】

- 日立製作所日立総合病院を拠点としながら、救急医療体制の機能に応じた役割分担について検討を継続するとともに、急性期から回復期、慢性期、在宅医療までの効率的な医療提供体制を構築するために医療機関相互の役割分担・連携を引き続き協議してまいります。

(3) 常陸太田・ひたちなか地域医療構想区域

【医療機能の分化・連携の促進】

- 構想区域内における医療提供体制の維持・確保
構想区域内では、全体的に医療資源が不足しており、特に北部の山間地では極端に少ない状況ではありますが、どこに居ても必要な医療を受けることができるようにする必要があります。
そのため、個々の疾病や医療機能に応じた医療施設間の役割分担、提供体制の整備などについて、多職種との協働の視点も踏まえ、構想区域内の地域医師会や病院・診療所などの医療機関、市町村その他関係機関と連携して推進します。
- 人口集積地での高度急性期・急性期病院の整備と他の構想区域との連携の推進
人口が集中しているひたちなか市周辺市街地の高度急性期・急性期病院の救急医療体制の整備については、現状の救急医療機能の充実と共に、隣接する構想区域（特に水戸構想区域）の高度急性期、急性期病院との医療機能ごとの役割分担や具体的な協力体制について検討し整備する必要があります。
また、人口が少なく医療施設も少ない構想区域北部での救急医療体制は、隣接する水戸構想区域や日立構想区域の高度急性期・急性期病院と協力した広域的な救急医療体制を、搬送体制を含めて整備する必要があります。

そのため、水戸構想区域や日立構想区域の地域医療構想調整会議やその関係機関と協力して検討し連携を推進します。

- 地域包括ケアを支える病院・診療所、在宅医療を支えるかかりつけ医の充実と地域医療連携の推進

地域包括ケアを実現していくためには、それを支える医療機能を持つ病院や診療所、在宅医療を支えるかかりつけ医の充実が必要です。

各医療施設が、その医療施設ごとの医療機能を認識し、その役割に基づく医療の提供を行い、在宅医療も含めた医療について円滑な協力体制を整備する必要があります。

そのため、情報の相互共有や、在宅医療も含めた標準診療計画の共有など、医療施設同士の連携体制を積極的に推進します。

- 周産期医療体制の整備

周産期に対応する医療施設が少ないので、医療を受けることができるよう、緊急性が高い分娩（ハイリスク分娩も含む）について対応できる医療体制を整備する必要があります。また、分娩後、新生児に医療が必要な場合も多いことから、小児の入院医療体制も整備する必要があります。

特に、構想区域の北部では、周産期に係る医療施設が少ないので、周産期医療体制を整備する必要があります。

【在宅医療等の充実】

- 在宅医療を支える在宅療養支援病院等の充実

構想区域内で、在宅医療を支える在宅療養支援病院等を増やしていくと共に、在宅医療を行うかかりつけ医を支援する協力医療機関の充実を図ります。

医療資源の少ない地域なので、構想区域内各地域の医療提供状況に応じ、在宅医療の効果的な提供方法や役割分担について、在宅医療や療養生活を支える訪問看護や介護関係者なども含めて検討し、在宅療養の支援の充実を図ります。特に、医療機関の少ない構想区域北部は、在宅医療の提供が難しいため、病院や有床診療所の入院機能も活用し、地域性に応じた医療の提供体制を整備します。

また、長期の療養生活を送る慢性期の高齢者の在宅医療に対しては、医療や介護が提供できる「住まい」となる施設等の整備を含めて検討し充実を図ります。

【医療従事者等の養成・確保】

- 医師、看護師などの医療人材と共に在宅療養を支える介護人材の確保

地域包括ケアを支える医療人材の確保と、療養生活を支える介護人材を確保していく必要があります。

医療・介護従事者の養成やその定着について積極的に協力や支援を図ってまいります。

【今後の対応】

- 同医療圏南部では、ひたちなか総合病院を拠点としながら、現状の急性期及び救急機能の充実（圏域内救急医療 HUB 機能の強化）を図ります。また、同構想区域北部においては、常陸大宮済生会病院が地域医療支援病院となって、急性期及び救急医療等の体制整備を確立するべく、関

係者による協議会等を設置し、地域医療支援病院の承認要件を満たせるよう、その実現に向けて地域の医療機関の役割分担と連携体制を具体的に構築いたします。

(4) 鹿行地域医療構想区域

【医療機能の分化・連携の促進】

○ 高度急性期

高度急性期については、医療の高度化に対応するために、既存の二次保健医療圏単位ではなく、県全体として複数の医療圏にわたる構想区域によって、医療提供体制を推進する必要があります。そのためには圏域を超えた広域連携として、隣接する水戸及び土浦医療圏との連携を強化するとともに、千葉県の香取海匝医療圏など、県域を越えた病院間の円滑な連携を推進する必要があります。今後、隣接医療圏の情報把握に努め、圏内各病院の将来構想などを踏まえつつ、鹿行医療圏として担える診療分野、広域連携の課題分析と対策等を地域医療構想調整会議で協議する必要があります。

○ 急性期

鹿行地域の二次救急医療機関においては、鹿行南部地区夜間初期救急センターや当直医の情報共有を図るなどの地元病院間の協力体制を強固にして、救急患者を確実にファーストタッチできる体制を確保します。その上で、さらに高次の医療を要すると判断された場合は、近隣医療圏へ速やかに搬送できるような連携体制を確保していきます。今後、公的病院の休眠病床については、「鹿島労災病院と神栖済生会病院の今後のあり方検討委員会（小松会長）」の報告書等をふまえ、地域医療構想調整会議等においても協議していきます。

○ 回復期

鹿行構想区域の令和 7（2025）年の医療需要の推計では、443 床必要とされ、現在大幅に不足している回復期病床（回復期リハ、地域包括ケア）については、急性期からの転換を促進する等により、病床の確保に努め、急性期から回復期、さらに在宅に向けた医療を整備していきます。また、圏域外の急性期病院との連携体制の構築にも努め、急性期から回復期に移行した患者を地元で受け入れられるような医療体制を確保していく必要があります。

○ 鹿行地域の南北に長い地理的条件を考慮し、水戸及び土浦構想区域や千葉県や東京都など他都県との広域連携の強化に努め、救急車両のほかにヘリコプターによる搬送なども含め、円滑な救急搬送体制を図っていきます。

○ 広域的な病院間の連携を円滑に図るためのツール（情報共有のための連携パスやICT活用など）の開発・整備が必要であり、鹿行地域医療構想調整会議として、県全体の施策として講じられるよう要望していく必要があります。また、病院と在宅医療との連携については、平成 27（2015）年度に鹿島医師会の拠点事業で作成した「病院と在宅医療との連携パス」を参考に円滑な連携が図れるよう取り組む必要があります。

○ 急性期から回復期、回復期から慢性期に移行する患者の医療が病院間及び病院と地域包括支援センター間で円滑に共有され、切れ目のない医療が提供されるよう、課題の有無を把握し地域医療構想調整会議等で解決策を協議していく必要があります。

【在宅医療等の充実】

- 慢性期については、療養病床への転換、介護老人福祉施設等の整備について、関係者と協議し、必要な受入れ体制の整備に努めます。また、鹿島医師会、水郷医師会、鹿行歯科医師会及び関係機関により実施された「在宅医療・介護連携拠点事業」の実績を踏まえ、平成 28（2016）年度からは、各市が実施する地域支援事業を展開する中で、在宅医療・介護連携体制の整備を図っていきます。
- 鹿行管内 5 市（鹿嶋市、潮来市、神栖市、行方市、銚田市）の地域包括ケアシステム構築に向けた取組状況、区域内の医師会・歯科医師会・病院・介護保険施設・居宅介護支援事業所等の関係者による意見などを踏まえて、病院・施設から在宅療養に切れ目なく移行できる体制を推進していきます。また、在宅療養に移行後の急変時に対応できるような地元病院との連携による急変時医療の確保に努める必要があります。
- 健康の保持・増進及び在宅療養に係る住民啓発
市行政による疾病の一次予防や介護予防を推進するとともに、かかりつけ医を持つことを住民に啓発し、住民の疾病の自己管理能力を高め、適正な医療のかかり方を促すと共に、休日夜間の救急センターや救急車の利用方法など、上手な医療のかかり方を住民に啓発します。
また、在宅医療が推進される中で、在宅での看取りを希望される患者さんも徐々に増えつつあります。病や老いの後に来る「人生の最期」を「どのように迎えたいか」ということについて、自分自身の考えを家族と共有しておくことの重要性を啓発していく必要があります。
地域の関係者の協力の下に、「地域包括ケアシステム」の構築にむけて、在宅医療・介護の連携を推進する際には住民ニーズを踏まえ、住民の相談窓口を周知し、住民と一体となって推進することが必要です。

【医療従事者等の養成・確保】

- 医師の確保
鹿行地域の病院へ地元の筑波大学や自治医科大学卒業生、茨城県地域卒卒業生及び修学資金貸与者である医師を受け入れることができるよう必要な体制整備を図ります。
また、鹿行地域医療構想調整会議では、圏域において、今後どのような診療科の医師がどの程度必要かという分析を行い、地域卒を有する大学等との連携を図るなど、計画的な医師の人材確保を県に要望していきます。

【今後の対応】

- 心血管疾患以外の救急について、地域全体での搬送受入件数を増加させるため、各医療機関が必要な体制整備に取り組むとともに、調整会議においては、当該体制整備に向けて各医療機関が必要とする医師の派遣について、地域医療対策協議会を通じて要望してまいります。

(5) 土浦地域医療構想区域

【医療機能の分化・連携の促進】

- 平均在院日数等の調査と令和 7（2025）年の必要病床数を比較したところ、急性期病床から回

回復病床への転換を図る必要があります。そのため、茨城県病床機能転換等促進事業を活用し、医療機関に対して、転換等に必要な施設、設備等を支援することなどにより、急性期病床から回復期病床への転換を促進します。

また、高齢化の進展により、入院中に身体機能が低下する高齢者の増加が予想されるため、在宅復帰に向けた回復期リハビリテーションの充実及び療養環境の整備を図ることが必要になります。さらに、脳血管障害及び心疾患のリハビリテーションにおいても、回復期リハビリテーション病棟が必要になることから、地域包括ケア病棟又は回復期リハビリテーション病棟の整備促進が重要になります。

そのような状況を踏まえて、各医療機関において当該医療機関としての将来像を検討していくとともに、地域内での連携について地域医療構想調整会議（以下「調整会議」とする。）で検討していきます。

- 流出入が発生している又は発生が予想される隣接医療圏（つくば、取手・竜ヶ崎、水戸、鹿行）と、高度急性期を中心とした広域的な連携について、調整会議において協議していきます。
- 二次保健医療圏内（土浦地域と石岡地域）における医療資源の偏在については、引き続き調整会議において協議します。

旧石岡市医師会病院（現石岡共立病院）から山王台病院への病床再編による拠点化・集約化を行い、石岡地域の医療提供体制の充実を図ります。

- 救急搬送が第三次救急医療機関（総合病院土浦協同病院）に集中しないように、第二次救急医療機関（病院群輪番制：独立行政法人国立病院機構霞ヶ浦医療センター、東京医科大学茨城医療センター、公益社団法人地域医療振興協会石岡第一病院、山王台病院、石岡循環器科脳神経外科病院、医療法人美湖会美浦中央病院）及び第一次救急医療機関（休日夜間急患センター、在宅当番医制医療機関、救急告示・協力医療機関）による症状に応じた救急患者の更なる受入等の役割分担・連携について、調整会議及び地区ごとに設置されているメディカルコントロール協議会等で検討していく必要があります。
- がんについては、入院及び外来に関する医療提供体制不足を解消するために、本構想区域に設置されている地域がん診療連携拠点病院（総合病院土浦協同病院）及び茨城県がん診療指定病院（独立行政法人国立病院機構霞ヶ浦医療センター）といった拠点病院における医療提供体制を確保していくほか、都道府県がん診療連携拠点病院（県立中央病院）や隣接構想区域に設置されている地域がん診療連携拠点病院（東京医科大学茨城医療センター、筑波大学附属病院、筑波メディカルセンター病院）との役割分担・連携についても、本構想区域及び隣接構想区域の調整会議との間で検討していく必要があります。
- 脳血管障害については、高度な専門的医療を行う機関（24時間体制で血管内治療・外科治療・tPA療法を実施。総合病院土浦協同病院及び医療法人財団県南病院）、専門的医療を行う機関（24時間体制でtPA療法を実施。山王台病院）、初期治療を行う機関、回復期リハビリテーションを行う機関（土浦リハビリテーション病院）との間の役割分担・連携について、調整会議において検討していきます。
- 心疾患については、高度な専門的医療を行う機関（24時間体制でバルーン等の再灌流療法、外科手術を実施。総合病院土浦協同病院）、専門的医療を行う機関（24時間体制でバルーン等の再

灌流療法を実施。独立行政法人国立病院機構霞ヶ浦医療センター)、初期治療を行う機関との間の役割分担・連携について、調整会議において検討していきます。

- 周産期医療については、分娩を取り扱う有床診療所が相次いで廃止及び休止されている状況から、本構想区域内の総合周産期母子医療センター（総合病院土浦協同病院）及び分娩取扱医療機関（独立行政法人国立病院機構霞ヶ浦医療センター）を拠点とした医療提供体制を構築していくほか、隣接構想区域の総合周産期母子医療センター（筑波大学附属病院）、地域周産期母子医療センター（JAとりで総合医療センター）、周産期救急医療協力病院（東京医科大学茨城医療センター、筑波学園病院）及び産科医療機関との役割分担・連携についても、本構想区域及び隣接構想区域の調整会議との間で検討していく必要があります。

また、出産後間もない時期の産婦については、産後うつ予防等を図る観点から産婦健康診査で心身の健康状態や生活環境等の把握を行うことにより、産後の初期段階における支援を強化する必要があります。

- 身体科救急医療（救急指定病院）と精神科救急医療（県立こころの医療センター等）の連携による精神科救急医療体制の充実を図ります。また、身体合併症対策として、精神科医療機関と連携した身体科入院治療を実施するための医療提供体制（県立中央病院、身体科病院）の整備・拡充・連携強化を図ります。

【在宅医療等の充実】

- 土浦保健所管内の市、医療・介護関係者等をメンバーとした広域連携の会議を開催することにより、在宅医療・介護連携、認知症施策、介護予防・日常生活支援事業等に関する情報共有を行い、広域的な課題について検討していきます。
- 在宅医療圏（土浦保健所管内市）ごとに「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」を設置し、今後見込まれる在宅医療の需要の増加に向けた体制整備を進めていきます。
- かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬局につきましては、地区医師会・地区歯科医師会・地区薬剤師会との連携により充実を図ります。
- 地域医療支援病院（独立行政法人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）等と地域の診療所の病診連携、各病院間における病病連携を図ることが必要になります。
- 訪問看護ステーションについては、茨城型地域包括ケアシステム推進基盤整備事業を活用して、新たな設置及び既存事業所の業務拡充を図る必要があります。
- 認知症施策としては第8期いばらき高齢者プラン21（令和3（2021）年度から令和5（2023）年度）に基づき、認知症サポーター及び認知症サポート医の養成を図る必要があります。

また、かかりつけ医及び一般病院勤務の医療従事者向けの対応力研修の実施、新たに設置された認知症疾患医療センターとの連携、認知症初期集中支援チームの設置を促進するなど精神科医療との連携を図ります。

- 精神疾患を有する患者の地域生活を支えるために、一般医療と精神科外来医療・精神科入院医療の連携を図ります。

【医療従事者等の養成・確保】

- 医師については、医師配置調整スキームに基づく医師派遣要望や、地域枠・奨学金制度等の活用により地域で働く医師の確保を図ります。また、看護職員については、看護職員確保対策事業等により、就業者の定着や、潜在する未就業者の再就業等を促進します。

【今後の対応】

- 脳卒中、心血管疾患、がん、救急医療、周産期医療などについてはすでに拠点化、集約化が進んでいることから、これらの拠点病院における医療提供体制の確保を図るとともに、医療提供体制等の変化に応じて調整会議で検討を行い、見直しを行うこととします。
- これまでの調整会議において協議を行ってきた各医療機関の今後の方向性を基に、本構想区域における令和7（2025）年に向けた具体的対応方針を策定し、今後の地域医療体制等について引き続き協議してまいります。

(6) つくば地域医療構想区域

【医療機能の分化・連携の促進】

- 令和7（2025）年の高度急性期の必要病床数（平成28（2016）年策定の茨城県地域医療構想による）は、436床に対し、公的医療機関等2025プラン（同プランに平成28（2016）年病床機能報告における令和4（2022）年の病床数を加味した数）では625床となっております。この過剰分については、特定機能病院である筑波大学附属病院を中心に高度急性期病床が少ない近隣構想区域からの流入を受入れ、医療資源の不足する周辺の構想区域のために高度急性期医療を提供する機能を相応の水準で維持していきます。

また、急性期の必要病床数は1,209床に対し2025プランでは1,743床と過剰、回復期は895床に対し183床、慢性期は949床に対し766床といずれも不足しています。

回復期病床及び慢性期病床の不足分については、今後、茨城県病床機能転換等促進事業の活用等により、回復期の増床を図る必要があります。慢性期病床については、高度急性期機能を受け入れた分を近隣構想区域に受け入れてもらう方向付けとなります。

【在宅医療等の充実】

- 在宅医療の需要増大に対応するため構想区域内の市・医師会等と緊密に連携し、地域の医療・介護の関係機関の連携を進めるとともに、継続的な在宅医療・介護の提供を行うため茨城型地域包括ケアシステム推進事業との連携を進め、訪問看護ステーションの増設や医療機関と多職種間の連携体制の構築などの取組を進めていきます。

平成29（2017）年度からは、つくば市医師会及びきぬ医師会を中心に複数の医療機関の連携を推進する「医療提供施設等グループ化推進事業」を実施し、在宅医療への参入又は拡充に取り組む医療機関の連携を図り、地域で支え合う体制の構築を図っています。

在宅療養には、かかりつけ医やかかりつけ薬局制度の充実が求められますが、制度についての医療機関・住民の理解を深め、さらに、病院と診療所の機能分担を明確にするとともに相互の連携（病診連携）を図っていきます。

また、構想区域内では既に2つの地域医療支援病院（筑波メディカルセンター病院、筑波記念病院）がありますが、今後さらに地域との連携を進めることで地域医療の充実を図っています。

- 在宅医療・介護連携拠点事業については、市民への啓発事業や専門職種の資質向上の研修会等の開催や、多職種連携による在宅医療・介護サービスの提供モデル事業等を通じ、退院支援・在宅療養支援・急変時対応・在宅の看取り等の推進を図っているところです。つくば市においては、つくば市医師会が平成25（2013）年度から実施し、平成28（2016）年度からはつくば市が引き継いで実施しています。また、常総市は平成27（2015）年度から、つくばみらい市は平成29（2017）年度から実施しています。

【医療従事者等の養成・確保】

- 県内唯一の医師養成機関である筑波大学を擁する当地域は、質、量ともに医療従事者に恵まれております。つくば構想区域における人口10万人あたりの医師数、歯科医師数、薬剤師数及び保健師数、助産師数、看護師数については、いずれも県全体を上回っており、充実しています。

【今後の対応】

- 高度急性期病床については、特定機能病院である筑波大学附属病院を中心に近隣構想区域からの流入を受け入れ、医療資源の不足する周辺の構想区域のために高度急性期医療を提供する機能を相応の水準で維持するとともに、不足する回復期病床及び慢性期病床については、回復期病床の増床に努め、慢性期病床の近隣構想区域との連携を進めてまいります。

(7) 取手・竜ヶ崎地域医療構想区域

【医療提供体制】

- 当構想区域内（取手・守谷地区、龍ヶ崎・牛久地区、阿見・美浦地区、稲敷地区）の医療資源や医療提供体制に偏在があるため、構想区域内での調整を図るとともに、患者の受療動向のある土浦構想区域と、つくば構想区域との連携の推進を地域医療関係者により、意見交換を行い検討していきます。
- 当構想区域で全国平均、県平均を下回っているハイリスク分娩、高度急性期及び三次救急体制については、これらの医療機能が充実しているつくば構想区域、土浦構想区域と連携した広域対応を検討していきます。
- 県民の医療機関受診の際の参考として、医療法第6条の3に基づく医療機能情報提供制度等により、医療機能を有する病院、診療所、歯科診療所の情報を県民や医療従事者に対して分かりやすく公表します。

【医療機能の分化・連携の促進】

- 平均在院（棟）日数の調査を基に区分した病床数と、令和7（2025）年の必要病床数を比較したところ、比較的近接していますが、今後の高齢化にともなう医療需要の変化に対応して、急性期病床から回復期病床への転換を基本としながら、医師の働き方改革に伴う二次救急医療体制への影響も考慮した病床転換を図る必要があります。

病床の転換を進めるためには、茨城県回復期病床整備促進事業（地域医療介護総合確保基金）を活用して、地域包括ケア病棟又は回復期リハビリテーション病棟の整備を促進していきます。

- 患者の流入が発生している隣接の構想区域との、広域連携について検討を行います。
- 4つの医療機能分類（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）について連携を図るため、医師会を中心に関係機関（病院、消防本部、自治体や介護支援事業所等）が参加した会議を開催して連携を進めます。
- 今後、高齢者が増加していくにあたり、在宅復帰に向けて回復期リハビリが重要となってきますので、回復期病床の整備促進が必要になってきます。そのような状況を踏まえ、病院としての将来像を各病院で検討していく必要があります。
- がんについては、地域がん診療連携拠点病院（東京医科大学茨城医療センター）、及び茨城県がん診療指定病院（JAとりで総合医療センター）と、かかりつけ医との役割分担と連携を図るため、取手・竜ヶ崎地域医療構想調整会議、及び隣接する地域医療構想調整会議の合同会議で検討していく必要があります。
- 脳卒中については、発症後の急性期を担う医療機関とリハビリテーション病院、かかりつけ医などの連携を図り、切れ目のない医療を提供するため、地域連携パスの活用を推進していきます。同時に再発防止の目的から、基礎疾患管理や生活習慣指導、生活相談を行える体制づくりのため、かかりつけ医や市町村保健師、ケアマネジャー等が連携を図り、患者が安心して在宅生活できる体制を構築していくことが必要です。
- 心筋梗塞の急性期医療に関しては、発症後の専門的医療を行う機関とリハビリテーション病院との連携及び心臓リハビリテーションの拡充により、早期に在宅復帰できる体制を目指します。脳卒中と同様に、再発防止の観点から、多職種による患者フォローを図っていく必要があります。
- 二次救急医療についてはそれぞれの地区で輪番制をとっていますので、これらの二次救急医療機関と初期救急医療体制（取手北相馬休日夜間診療所、在宅当番医制実施市町村、救急告示・協力医療機関）による救急患者、及び地区ごとに設置されているメディカルコントロール協議会等で検討していく必要があります。
- 小児救急医療については、現在実施されている小児病院輪番制の見直しや、さらなる小児救急医療の集約化、広域化なども考慮しながら、新たな体制を構築する必要があります。初期救急医療対策として、保護者等に対するパンフレット『子どもの救急ってどんなとき？』の配布や、子育て中の保護者等の不安軽減・解消のため、＃8000「茨城子ども救急電話相談」の周知を図ります。地域の内科医師等を対象とした小児救急医療研修の実施などにより、小児科以外の医師の小児救急医療への理解・協力を促進し、在宅当番医制や休日夜間急患センター等における初期救急医療体制の連携強化を検討していきます。
- 周産期医療については、隣接構想区域の総合周産期母子医療センターと構想区域内の地域周産期母子医療センター、周産期救急医療協力病院及び構想区域内の産科を扱う病院・診療所との間の役割分担、連携について今後検討、調整していく必要があります。
- 認知症施策については、第7期いばらき高齢者プラン（平成30（2018）年度～令和2（2020）年度計画）に基づいた認知症医療センターの整備、充実を進めてまいります。また、地域における認知症の退院支援や地域連携パスによる精神病院からの円滑な退院や在宅復帰の支援を図る

ていきます。

そのほか、一般病院従事者向けに認知症身体合併の基礎知識や医療・介護の連携等に関する研修会を開催し、認知症に関する正しい知識の普及を検討していきます。

【在宅医療等の充実】

- 在宅医療における多職種（医師、歯科医師、薬剤師、看護師、栄養士、作業療法士、理学療法士、言語聴覚士、歯科衛生士、ケアマネジャー等）の連携を進めるために、介護保険法に基づく地域支援事業（在宅医療、介護連携）を活用して連携を強化していきます。
- 地域医療支援病院を中心とする病院とかかりつけ診療所との連携（病診連携）、診療所間の連携（診診連携）を推進し、安心して在宅復帰ができる体制の構築を検討していきます。
- 在宅療養後方支援病院や地域包括ケア病棟の拡充と、在宅療養支援診療所の設置届出の促進を図り、連携の強化を検討します。
- 在宅医療に従事する多職種の人材の確保と育成に加え、多職種の効果的・効率的な連携のための教育研修会や「顔の見える関係づくり」が不可欠であるので、各職種の専門性の相互理解を深める場を設けていきます。

また、在宅医療について「積極的役割を担う医療機関」及び「連携を担う拠点」において、在宅医療やそれに従事する職種の機能や役割を広く地域住民に紹介し、地域に浸透させるための講演会等の開催、パンフレットの発行等を通じ、在宅医療の普及・啓発を図っていきます。

【医療従事者等の養成・確保】

- かかりつけ医、かかりつけ薬局については、地域医師会及び地域薬剤師会が実施する研修会等を活用して普及を図っていきます。
- 看護師については「看護師等の人材確保の促進に関する法律」によるナースセンターへの届出制度を活用して、人材確保を図っていきます。各医療機関においては、届出制度が機能するように協力をお願いします。
- 教育機関と連携し、将来の看護師等の確保に努めます。

【今後の対応】

- 今後の地域としての対応方針については、高度・専門的な治療や手術を行っている医療機関を中心に拠点化・集約化を検討するとともに、地域医療構想調整会議において毎年評価を行う際に、保健医療を取り巻く環境の変化など、策定後の状況に応じた対応について検討し、必要な見直しを行うこととします。

(8) 筑西・下妻地域医療構想区域

【医療機能の分化・連携の促進】

- 将来の医療ニーズに対応した医療提供体制を構築します（急性期病床を回復期病床に転換します）。

今後の医療ニーズの増加や変化に対応するには、患者の状態に見合った病床で、より良質な医

療サービスを提供できる体制を構築する必要があります。

令和 7（2025）年には、人口の高齢化に伴い回復期機能を持つ病床が不足すると考えられることから、急性期機能の病床を回復期に移行することについて検討する必要があります。

また、筑西・桜川地域において、医療機関の再編統合により、平成 30（2018）年 10 月に茨城県西部メディカルセンター及びさくらがわ地域医療センターが開設され、医療提供体制に変化が生じたので、今後、必要病床数について再検討します。

- 他構想区域と連携した医療提供体制（高度急性期及び急性期機能の医療提供体制について）
高度急性期及び急性期機能の医療提供体制については、周辺構想区域と連携していく必要があります。
- がんの入院医療・外来医療、急性心筋梗塞の急性期医療、2次救急医療への対応体制を充実していきます。

【在宅医療等の充実】

- 各医療・介護関係機関や多職種間の連携体制を構築します。
在宅医療の需要増大に対応するために、在宅医療・介護を支える多職種の人材育成、医療機関と多職種間の連携体制の構築などの取組が必要です。
- 管内各市それぞれの事情に応じた地域包括ケアシステムを構築します。
現在各市が取り組んでいる、健康づくり・介護予防及び、住み慣れた地域で最期まで過ごすことのできる地域包括ケアシステムの構築に向けた取組とまちづくり施策との調和を図りながら在宅医療等の充実を図る必要があります。

【医療従事者等の養成・確保】

- 医療・介護従事者の確保に努めます。
看護職・介護職確保のための教育・研修事業や退職者有資格者等の人材の掘り起こし等の活用を図る必要があります。
医療・介護と住宅施策を連動した地域包括ケアシステムの構築などについて検討していく必要があります。

【今後の対応】

- 高度急性期について、隣接するつくば構想区域等と連携する方針を維持しながら、地域内での医療提供体制についても検討してまいります。

(9) 古河・坂東地域医療構想区域

【医療機能の分化・連携の促進】

- 三次救急も含めた、地域の住民に対する医療の提供体制の充実を継続して進めるとともに、高度急性期病床の不足については、つくば構想区域、栃木県の県南構想区域等と共に広域的に対応してまいります。
- ハイリスク分娩への対応を円滑に行うため、関係者間で平時より情報共有が行える協力体制の

構築に努めてまいります。

- 病床の運用状況を下に急性期病床から回復期病床への転換を図ります。

【在宅医療等の充実】

- 在宅医療推進協議会等の開催により、在宅医療に係る多職種連携を深めてまいります。
- 在宅療養支援病院の設置届出の促進等により、在宅医療を担う診療所等を後方支援する体制の構築を推進します。

【医療従事者等の養成・確保】

- 医師については、奨学金制度等の活用により地域で働く医師を確保し、また、看護師については、看護職員確保対策事業等により潜在する未就業者看護職員の再就業を促進します。

【今後の対応】

- 本構想区域の具体的対応方針については、各医療機関の今後の方向性を基に検討を進めてまいります。

第5章 外来医療に係る医療提供体制の確保

外来医療に係る医療提供体制を確保するため、地域ごとに課題を共有し、解決に向けた協議を行う必要があります。そこで、外来医療機能に関する情報等に基づいて地域偏在状況を可視化し、初期救急医療や在宅医療など不足している外来医療機能を明らかにして、地域における協議に活用します。

また、人口減少が見込まれ、効率的な医療提供体制を構築する必要がある中、検査等に使用する高額な医療機器についても効率的に活用することが求められており、各医療機関が保有する医療機器の共同利用の協議を進めていく必要があります。そこで、医療機器の配置・利用状況を、各医療機関が把握できるよう必要な情報を提供します。

第1節 外来医療に関する協議の場の設置等

1 対象区域

外来医療が一定程度完結する区域単位で外来医療に係る医療提供体制の確保に関する取組を具体化するとともに、外来医師偏在指標などに基づく全国統一的な基準による外来医療提供体制の確保を行うため、本県の対象区域は、二次保健医療圏とします。

2 協議の場の設置

(1) 協議の場の設置

外来医療に係る医療提供体制の確保については、郡市医師会等の学識経験者や病院・診療所の管理者、医療保険者、市町村等幅広く関係者の理解を得て推進する必要があるとともに、病床の機能分化・連携など地域医療構想との整合が不可欠となります。

このため、本県の外来医療に係る医療提供体制に関する協議の場(以下「協議の場」という。)は、地域医療構想調整会議(以下「調整会議」という。)を活用することとします。

(2) 合意の方法及び実効性の確保

ア 合意の方法

調整会議において合意された事項には医療機関の経営を左右する事項が含まれている場合が想定されることから、合意にあたっては、県と関係者の間で丁寧かつ十分な協議を行います。

イ 実効性の確保

外来医療計画の偏在対策の実行性を確保するため、調整会議において結論を得た方針に沿わない医療機関については、医療計画の見直し時に合わせて医療審議会に報告し、意見を聴取するなどの一定の確認を行います。

第2節 外来医療の提供体制の確保

1 外来医師偏在指標と外来医師多数区域の設定

(1) 外来医師偏在指標

外来医師偏在指標は、二次保健医療圏ごとの外来医療機能の偏在・不足等の状況を可視化するために、人口 10 万人あたりの診療所医師数を指標化したものです。医療需要と人口構成、医師の性別・年齢区分、病院と診療所の外来医療に関する対応割合等を勘案して、厚生労働省が示す全国一律の計算式により算定されます。

(2) 外来医師多数区域の設定

外来医師偏在指標の値が全ての二次保健医療圏（330 医療圏）の中で上位 33.3%に該当する二次保健医療圏を、外来医師多数区域として設定することとされています。

本県の状況は下表のとおりで、外来医師多数区域として設定する二次保健医療圏はありません。

(二次保健医療圏における外来医師偏在指標及び外来医師多数区域の状況)

対象区域	外来医師偏在指標	全国順位（330 医療圏）	外来医師多数区域
全国平均	112.2	—	—
茨城県	88.2	(47 都道府県中 44 位)	—
水戸	99.0	173 位	非該当
日立	68.4	320 位	非該当
常陸太田・ひたちなか	73.4	306 位	非該当
鹿行	80.3	281 位	非該当
土浦	96.6	190 位	非該当
つくば	100.5	159 位	非該当
取手・竜ヶ崎	86.1	254 位	非該当
筑西・下妻	99.4	171 位	非該当
古河・坂東	79.1	287 位	非該当

※令和 5（2023）年 11 月厚生労働省提供

2 外来医療の状況

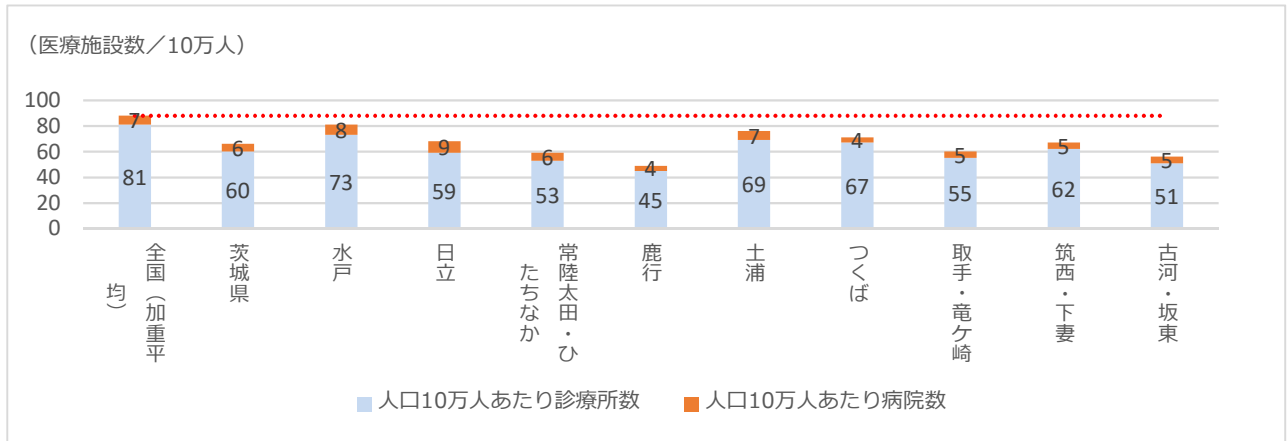
(1) 医療施設の整備及び外来患者の状況

本県の人口 10 万人あたりの病院数及び診療所数（66 施設）は、地域偏在等を背景として全国平均（88 施設）よりも少ない状況にあります。特に、診療所数はいずれの二次保健医療圏においても全国平均より少なくなっています。

人口 10 万人あたりの通院外来患者数は、水戸（1,247,325 人）を除いて全国平均（1,193,070 人）よりも少ない状況にあり、医療施設の少ない鹿行（769,480 人）が最も少なくなっています。

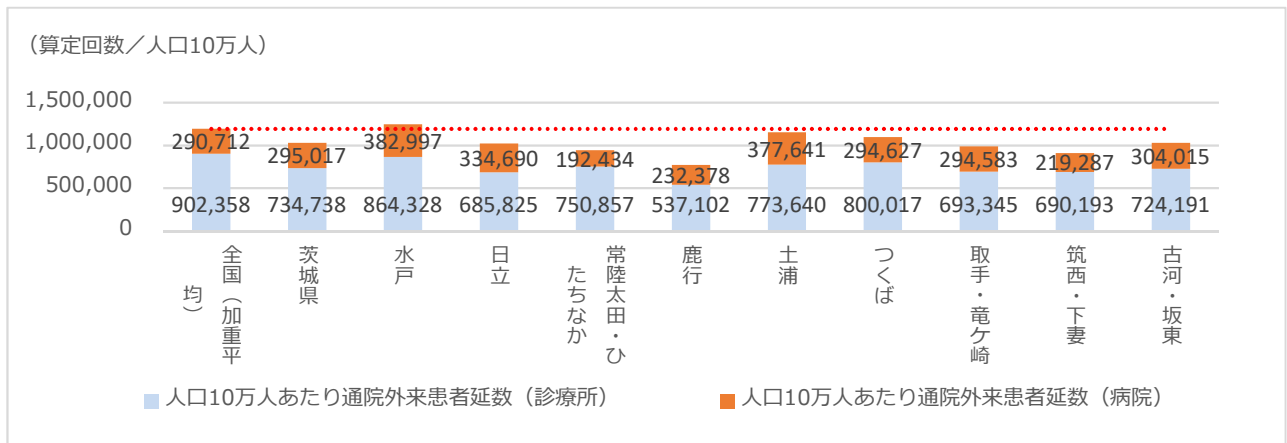
病院及び診療所における対応割合を見ると、いずれの二次保健医療圏においても診療所が受け入れる割合が高く、60%以上が診療所において対応されています。

(人口 10 万人あたり医療施設数)



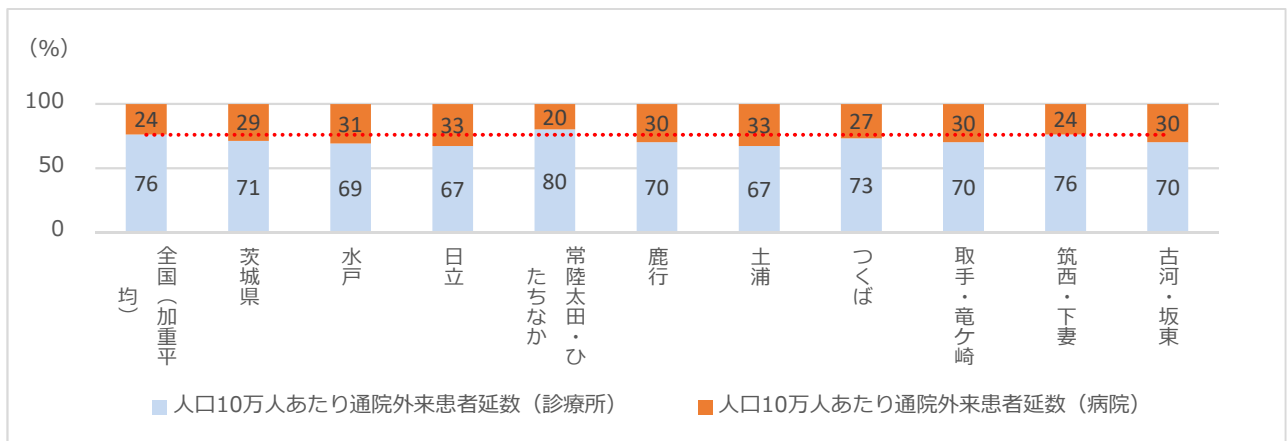
出典 外来医師偏在指標に係るデータ集・グラフ (厚生労働省)

(人口 10 万人あたり通院外来患者数)



出典 外来医師偏在指標に係るデータ集・グラフ (厚生労働省)

(通院外来患者の対応割合)



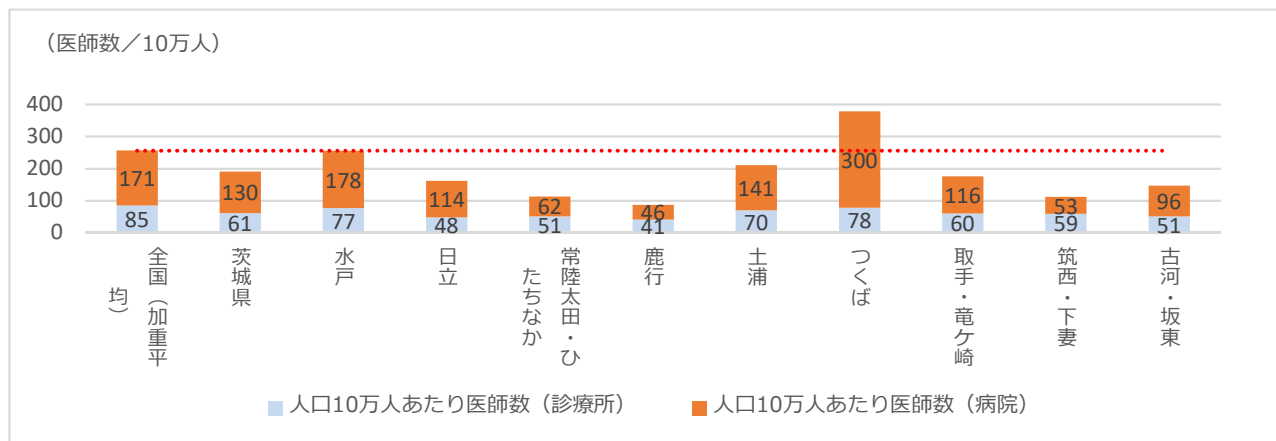
出典 外来医師偏在指標に係るデータ集・グラフ (厚生労働省)

(2) 医療施設従事医師数

本県の人口 10 万人あたりの医師数 (191 人) は、全国平均 (256 人) より少ない状況であり、二

次保健医療圏別にみると、つくば（378人）を除いて全国平均より少なくなっています。特に、常陸太田・ひたちなか（113人）、鹿行（87人）、筑西・下妻（112人）の医師数は全国平均の半数以下に留まるなど、偏在がみられます。

（人口10万人あたり医師数）



出典 外来医師偏在指標に係るデータ集・グラフ（厚生労働省）

3 現時点で不足している外来医療機能

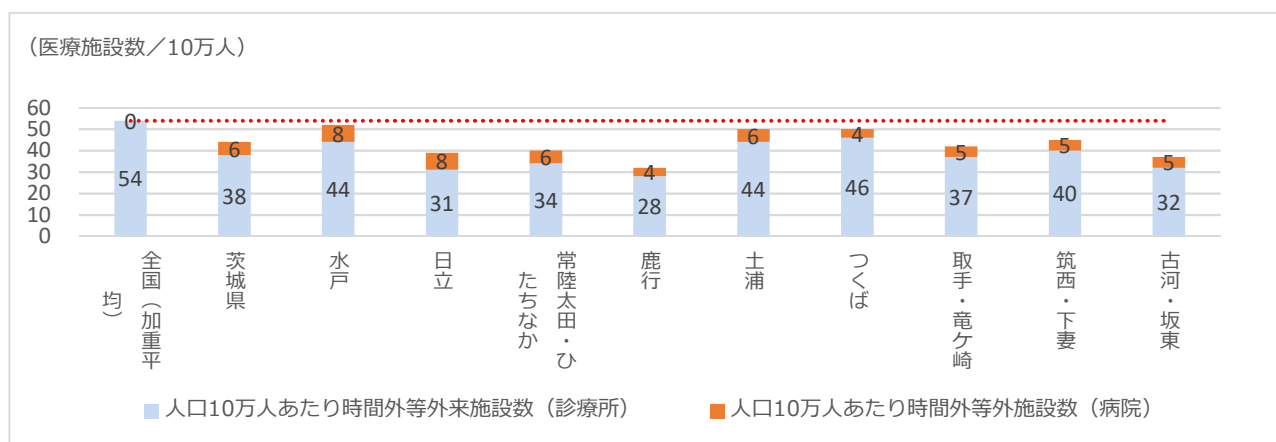
(1) 初期救急医療

本県の人口10万人あたりの時間外等外来医療施設数（44施設）は、全国平均（54施設）より少ない状況にあり、いずれの二次保健医療圏においても全国平均より少なくなっています。

また、人口10万人あたりの時間外等外来患者延数は、水戸（51,550人）及びつくば（59,199人）を除いて、全国平均（51,538人）より少なくなっています。

このように、夜間・休日等における地域の初期救急医療体制は十分とは言えないことから、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、近接医療圏を含めた第二次救急医療機関等と連携し、体制の充実を図る必要があります。

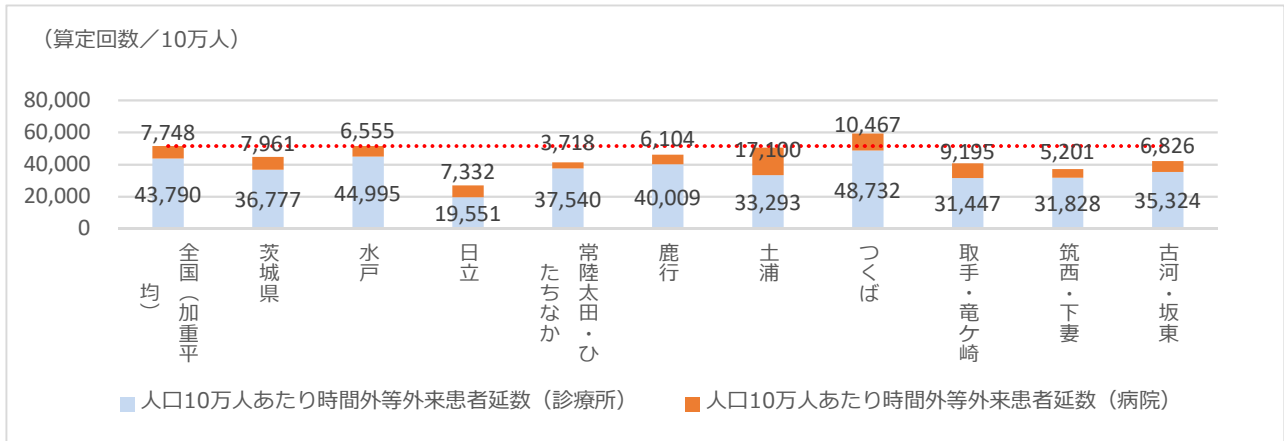
（人口10万人あたり時間外等外来医療施設数）



※全国平均の病院数は非公表のためゼロ扱い

出典 外来医師偏在指標に係るデータ集・グラフ（厚生労働省）

(人口 10 万人あたり時間外等外来患者数)



出典 外来医師偏在指標に係るデータ集・グラフ (厚生労働省)

(2) 在宅医療

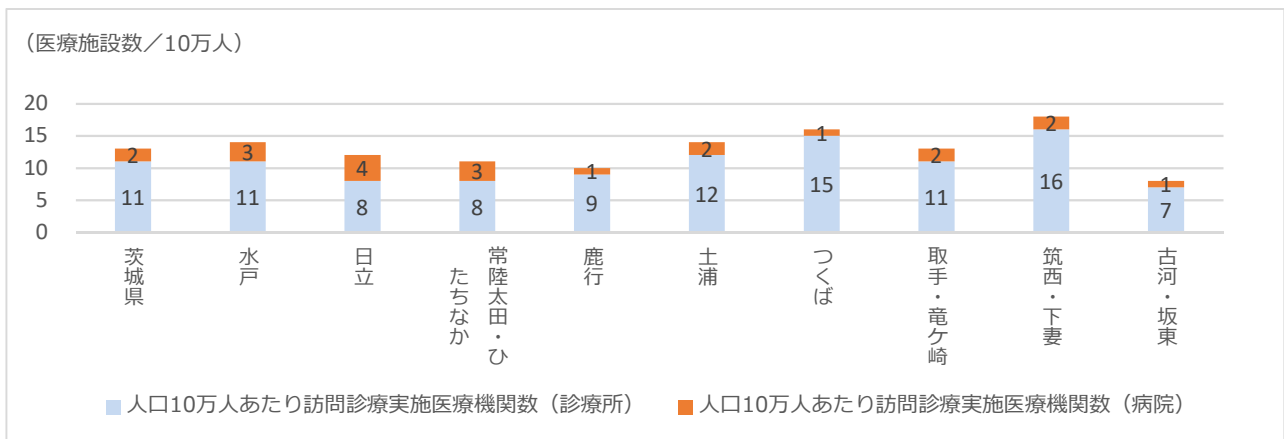
ア 訪問診療の状況

人口 10 万人あたりの訪問診療を実施している医療機関数をみると、筑西・下妻 (18 施設) が最も多く、次いでつくば (16 施設) となります。一方、古河・坂東 (8 施設) は最も少なく、筑西・下妻の半数以下に留まります。

人口 10 万人あたりの訪問診療患者数は、つくば (26,080 人) が最も多く、次いで土浦 (16,454 人) となります。一方、鹿行 (3,887 人) が最も少なく、つくばと 6 倍以上の差が生じています。

訪問診療を実施している 1 診療所あたりの訪問診療患者数をみると、つくば (1,761 人) が最も多く、次いで日立 (1,146 人)、古河・坂東 (1,041 人)、土浦 (992 人) となります。一方、それ以外の医療圏では、つくばの半数 (約 880 人) に満たない状況となります。

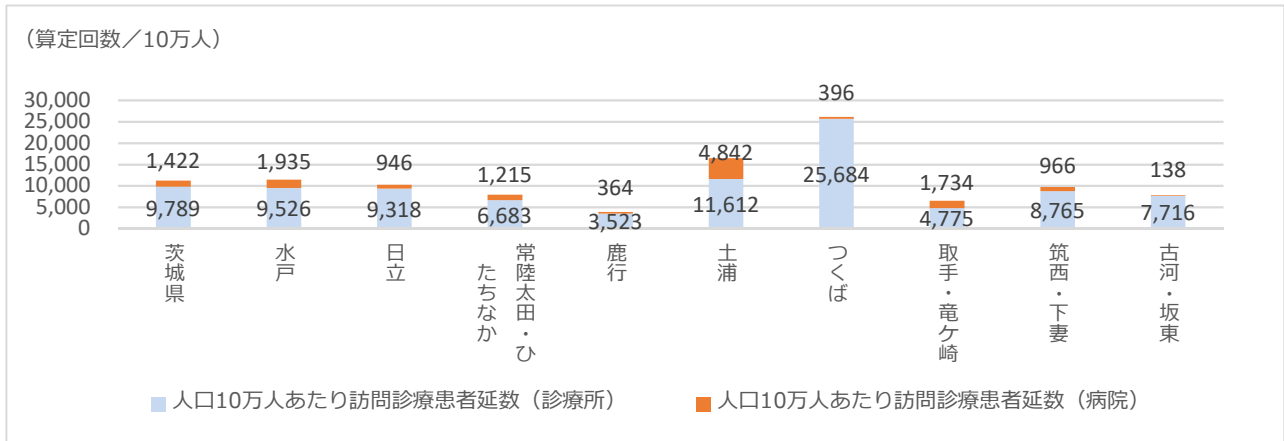
(人口 10 万人あたり訪問診療実施医療機関数)



※全国平均は非公表のため掲載なし

出典 外来医師偏在指標に係るデータ集・グラフ (厚生労働省)

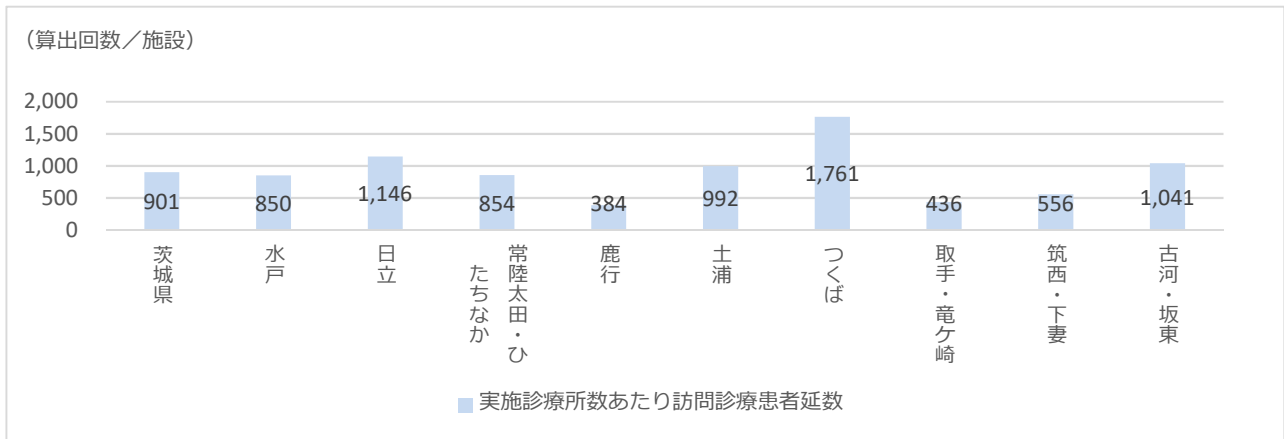
(人口 10 万人あたり訪問診療患者数)



※全国平均は非公表のため掲載なし

出典 外来医師偏在指標に係るデータ集・グラフ (厚生労働省)

(実施診療所 1 施設あたり訪問診療患者延数)



※全国平均は非公表のため掲載なし

出典 外来医師偏在指標に係るデータ集・グラフ (厚生労働省)

イ 往診の状況

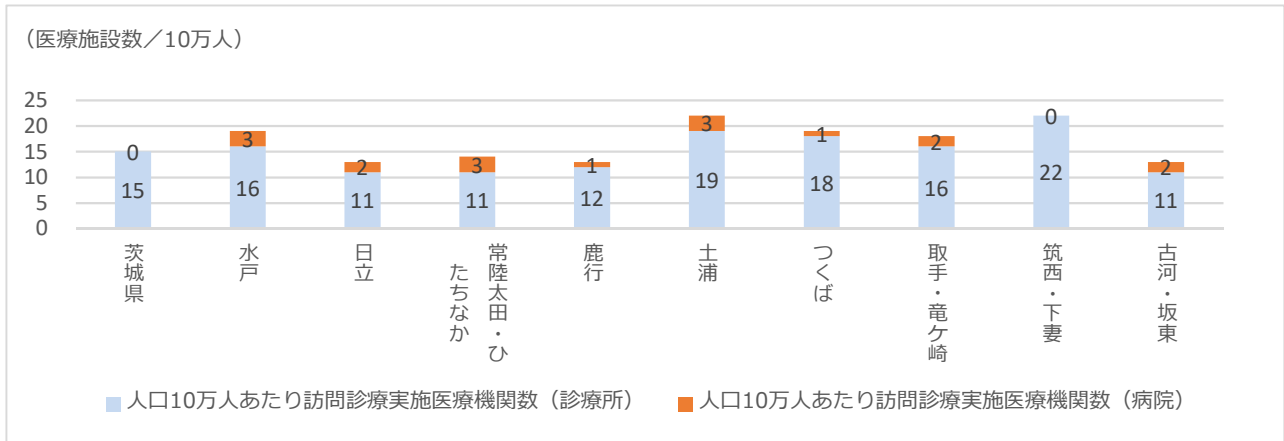
人口 10 万人あたりの往診を実施している医療機関数をみると、土浦及び筑西・下妻 (22 施設) が最も多く、次いで水戸及びつくば (19 施設) となります。一方、日立、鹿行及び古河・坂東 (各 13 施設) は最も少ない状況にあります。

人口 10 万人あたり往診患者数をみると、古河・坂東 (3,776 人) が最も多く、次いでつくば (1,616 人) となります。一方、取手・竜ヶ崎 (560 人) は最も少なく、古河・坂東と 6 倍以上の差が生じています。

往診を実施している 1 診療所あたりの往診患者数をみると、古河・坂東 (331 人) が最も多く、次いでつくば (89 人) となります。一方、取手・竜ヶ崎 (30 人)、筑西・下妻 (47 人) においては、古河・坂東の 7 倍以上の差が生じています。

このように、訪問診療のほか往診についても地域偏在が見られることから、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の充実を図る必要があります。

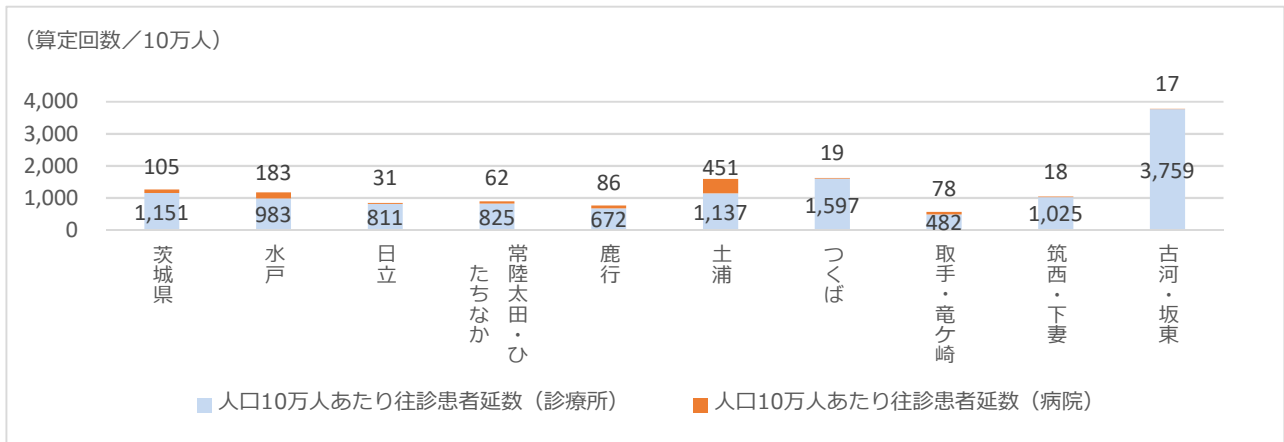
(人口 10 万人あたり往診実施医療機関数)



※全国平均は非公表のため掲載なし。茨城県、筑西・下妻の病院数は非公表のためゼロ扱い

出典 外来医師偏在指標に係るデータ集・グラフ (厚生労働省)

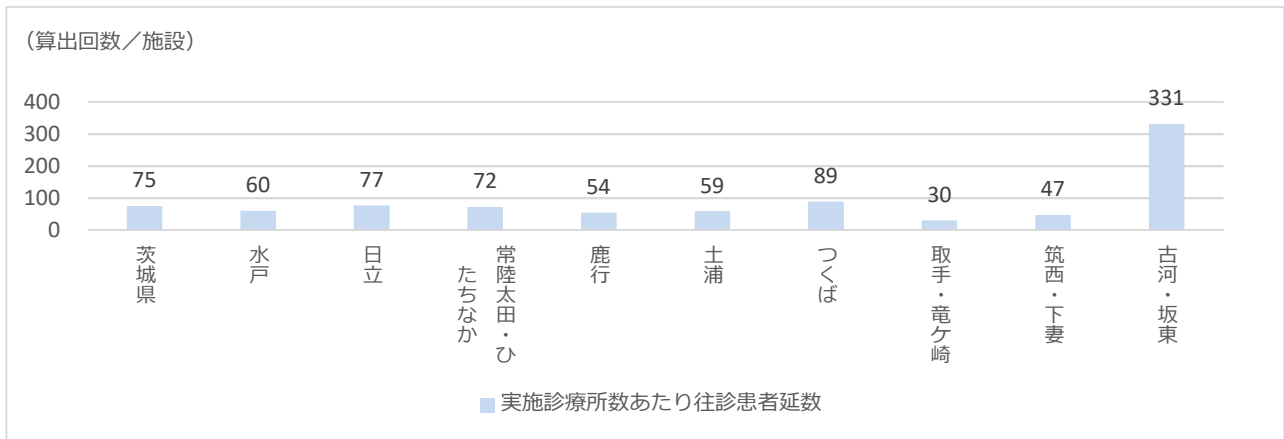
(人口 10 万人あたり往診患者数)



※全国平均は非公表のため掲載なし

出典 外来医師偏在指標に係るデータ集・グラフ (厚生労働省)

(実施診療所 1 施設あたり往診患者延数)



※全国平均は非公表のため掲載なし

出典 外来医師偏在指標に係るデータ集・グラフ (厚生労働省)

4 地域における外来医療の機能分化及び連携

医療機関の選択にあたって、外来機能の情報が十分得られないこと、また、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課題が生じています。

このため、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」として明確化することで、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します。

なお、紹介受診重点医療機関は、医療法第30条の18の2及び第30条の18の3の規定により実施される外来機能報告の結果に基づき、毎年度協議の場において協議を行うこととされていることから、最新の情報は、茨城県ホームページで公表します。

【紹介受診重点医療機関（令和5（2023）年8月1日現在）】

No	二次保健医療圏	医療機関
1	水戸	総合病院水戸協同病院
2	水戸	水戸赤十字病院
3	水戸	水戸済生会総合病院
4	水戸	県立中央病院
5	水戸	独立行政法人国立病院機構水戸医療センター
6	水戸	県立こども病院
7	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
8	鹿行	医療法人社団善仁会 小山記念病院
9	鹿行	鹿嶋ハートクリニック
10	取手・竜ヶ崎	東京医科大学茨城医療センター
11	取手・竜ヶ崎	つくばセントラル病院
12	取手・竜ヶ崎	龍ヶ崎済生会病院
13	取手・竜ヶ崎	J Aとりで総合医療センター
14	取手・竜ヶ崎	取手北相馬保健医療センター医師会病院
15	取手・竜ヶ崎	牛久愛和総合病院
16	土浦	総合病院土浦協同病院
17	土浦	独立行政法人国立病院機構 霞ヶ浦医療センター
18	つくば	筑波大学附属病院
19	つくば	医療法人社団 筑波記念会 筑波記念病院
20	つくば	筑波メディカルセンター病院
21	つくば	大見クリニック
22	古河・坂東	茨城西南医療センター病院
23	古河・坂東	古河赤十字病院

5 新規開業者等に対する情報提供等

外来医療提供体制について、全ての二次保健医療圏で偏在が進むことなく確保されるよう、新規開業希望者における自主的な行動変容が求められていることから、外来医師偏在指標や医療機関のマッピングに関する情報を茨城県ホームページに公表し、新規開業希望者に対して情報発信を行います。

また、本県に外来医師多数区域はありませんが、「外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン」では、外来医師多数区域以外の区域において、又は新規開業者以外の者に対しても、地域の実情に応じて、地域で不足する医療機能を担うよう求めることができるとされています。

このため、これらの者に対しても情報を提供するとともに、県、市町村、県医師会及び郡市医師会等が、様々な機会を捉えて、周知に努めます。

なお、周知にあたっては、金融機関、医薬品卸売販売業者、医療機器販売業者、薬局等に対する情報提供を行うことも有効と考えられますので、新規開業等に間接的に関わる者に対しても様々な機会を捉えて周知に努めます。

第3節 医療機器の効率的な活用

医療機器については、人口あたりの台数に地域差があり、また、医療機器ごとに地域差の状況が異なっています。人口減少が見込まれる中、将来に向け効率的な医療提供体制を構築するためには、医療機器の効率的な活用が必要であり、医療機器の効率的な活用に向けて、医療機器の共同利用が重要となります。

このため、地域の医療ニーズを踏まえた二次保健医療圏ごとの医療機器の配置状況を可視化する指標及び医療機器を有する医療機関をマッピング（地図情報として可視化）した情報を、新規購入希望者に対して提供するとともに、協議の場である調整会議において、共同利用計画等について確認を行います。

1 医療機器の配置状況に関する情報の可視化（医療機器の配置状況に関する指標）

医療機器の配置状況に関する指標は、厚生労働省において算定した医療機器の項目ごと及び性・年齢構成を調整した人口あたり機器数を用いることとします。

なお、対象とする医療機器の項目は、「外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン」に例示されている、CT、MRI、PET、マンモグラフィ、放射線治療（体外照射）とします。

本県の医療機器の配置状況に関する指標等は次の表のとおりとなります。

CTは、水戸（15.3台）、日立（12.4台）、常陸太田・ひたちなか（11.6台）及びつくば（11.9台）を除いて、調整人口あたりの機器の台数は全国平均（11.5台）を下回っています。

MRIは、水戸（6.8台）、つくば（7.7台）及び取手・竜ヶ崎（5.8台）を除いて、調整人口あたりの機器の台数は全国平均（5.7台）を下回っています。

PETは、つくば（0.7台）を除いて、調整人口あたりの機器の台数は全国平均（0.5台）を下回っており、常陸太田・ひたちなか、鹿行、取手・竜ヶ崎、筑西・下妻及び古河・坂東には配置されていません。

マンモグラフィは、古河・坂東（3.6台）を除いて調整人口あたりの機器の台数は全国平均（3.4台）を下回っています。

放射線治療（体外照射）は、水戸（1.5台）、土浦（1.1台）、つくば（1.0台）及び古河・坂東（0.9台）を除いて、調整人口あたりの機器の台数は全国平均（0.8台）を下回っています。なお、鹿行及び筑西・下妻には配置されていません。

(人口あたりの台数)

対象区域	医療機器の配置状況に関する指標 (調整人口あたり台数)					人口 10 万人対医療機器台数 (台/10 万人)				
	C T	M R I	P E T	マン モ グ ラ フ イ	放射 線 治療 (体外 照射)	C T	M R I	P E T	マン モ グ ラ フ イ	放射 線 治療 (体外 照射)
全国	11.5	5.7	0.5	3.4	0.8	11.5	5.7	0.5	3.4	0.8
茨城県	10.9	5.5	0.1	2.5	0.7	11.1	5.5	0.1	2.4	0.7
水戸	15.3	6.8	0.2	2.4	1.5	15.5	6.9	0.2	2.4	1.5
日立	12.4	4.8	0.4	2.9	0.4	13.8	5.3	0.4	2.8	0.4
常陸太田・ ひたちなか	11.6	5.4	0.0	0.9	0.5	12.3	5.6	0.0	0.8	0.6
鹿行	9.1	4.3	0.0	1.9	0.0	9.2	4.4	0.0	1.8	0.0
土浦	9.0	4.9	0.4	3.2	1.1	9.4	5.1	0.4	3.1	1.2
つくば	11.9	7.7	0.7	2.7	1.0	10.1	6.7	0.6	2.5	0.8
取手・竜ヶ崎	7.9	5.8	0.0	2.8	0.6	8.2	6.0	0.0	2.8	0.6
筑西・下妻	11.1	3.7	0.0	2.8	0.0	11.5	3.8	0.0	2.7	0.0
古河・坂東	8.7	3.9	0.0	3.6	0.8	8.7	3.9	0.0	3.5	0.9

※調整人口あたり台数とは、人口 10 万人対医療機器台数をベースに、地域ごとの性・年齢階級による検査率の違いを調整したもの。

出典 医療機器の調整人口あたり台数に係るデータ集・グラフ（厚生労働省）を県独自に補正

(医療機器稼働率)

対象区域	医療機器稼働率（機器1台あたり件数）（件数／台）									
	病院					一般診療所				
	C T	M R I	P E T	マン モ グ ラ フ イ	放射 線 治療 （ 体外 照射）	C T	M R I	P E T	マン モ グ ラ フ イ	放射 線 治療 （ 体外 照射）
全国	2,188	1,814	*	*	2,718	*	*	*	*	6,925
茨城県	2,315	1,756	2,528	454	3,431	576	1,926	1,935	*	—
水戸	2,105	1,981	2,637	958	3,076	519	1,457	—	276	—
日立	2,169	2,403	962	404	5,742	276	1,412	—	262	—
常陸太田・ ひたちなか	1,813	1,082	—	190	1,858	471	2,154	—	—	—
鹿行	2,696	1,507	—	350	—	781	2,225	—	—	—
土浦	3,261	2,044	1,456	396	2,289	490	2,295	—	46	—
つくば	2,689	1,735	—	434	6,315	1,111	1,424	1,935	728	—
取手・竜ヶ崎	2,505	1,692	—	500	2,696	570	1,820	—	195	—
筑西・下妻	1,312	1,416	—	202	—	461	2,690	—	85	—
古河・坂東	2,959	1,493	—	377	1,868	465	6,744	—	—	—

※「-」は台数が無い場合、「0」は台数があっても検査件数がない場合。「*」はデータ秘匿マーク。
出典 医療機器の調整人口あたり台数に係るデータ集・グラフ（厚生労働省）を県独自に補正

2 医療機器の保有状況等に関する情報提供

既に存在する医療機器の共同利用による効率的な活用を進めるためには、医療機器の購入を検討している医療機関が、近隣の医療機関で保有している共同利用可能な医療機器の配置状況及び利用状況を把握できる環境を整えることが重要となります。

このため、医療機器の配置状況に関する指標や医療機器を有する医療機関のマッピングに関する情報を茨城県ホームページに掲載し、医療機器の購入を検討している医療機関に対し情報提供を行います。

なお、当該情報が更新された場合は、随時更新の上情報提供を行います。

(医療機器の保有状況)

対象区域	病院保有台数					一般診療所保有台数				
	C T	M R I	P E T	マン モ グ ラ フ イ	放射 線 治 療 (体 外 照 射)	C T	M R I	P E T	マン モ グ ラ フ イ	放射 線 治 療 (体 外 照 射)
茨城県	163	111	2	53	20	160	50	2	18	0
水戸	41	25	1	7	7	31	7	0	4	0
日立	17	10	1	3	1	17	3	0	4	0
常陸太田・ ひたちなか	16	10	0	3	2	28	10	0	0	0
鹿行	11	8	0	5	0	14	4	0	0	0
土浦	14	10	1	7	3	10	3	0	1	0
つくば	16	14	0	7	3	20	10	2	2	0
取手・竜ヶ崎	23	18	0	8	3	15	10	0	5	0
筑西・下妻	15	8	0	5	0	15	2	0	2	0
古河・坂東	10	8	0	8	2	10	1	0	0	0

出典 医療機器の調整人口あたり台数に係るデータ集・グラフ（厚生労働省）を県独自に補正

3 共同利用の方針

県内の二次保健医療圏においては、次に掲げる医療機器を共同利用の対象とし、医療機関が対象とする医療機器を購入（更新を含む。）する場合は、原則、医療機器の共同利用に係る計画（以下「共同利用計画」という。）を作成することとします。

また、当該医療機器を新規購入した医療機関に対しては、医療機器の稼働状況について報告を求めることとします。なお、外来機能報告対象医療機関は、外来機能報告による報告をもって当該利用件数の報告に替えることができるものとします。

＜共同利用の対象とする医療機器＞

- ① C T（全てのマルチスライスC T及びマルチスライスC T以外のC T）
- ② M R I（1.5テスラ未満、1.5テスラ以上3.0テスラ未満及び3.0テスラ以上のM R I）
- ③ P E T（P E T及びP E T-C T）
- ④ マンモグラフィ
- ⑤ 放射線治療（リニアック及びガンマナイフ）

4 共同利用計画の記載事項

共同利用計画は、次に掲げる事項を記載するものとします。

- (1) 共同利用の対象とする医療機器
- (2) 共同利用の相手方となる医療機関
- (3) 保守、整備等の実施に関する方針
- (4) 画像診断等の検査機器については画像情報及び画像診断情報の提供に関する方針

5 共同利用計画の確認手順

作成した共同利用計画は、調整会議において、以下の手順で確認を行い、調整会議において確認した結果は、医療審議会に報告し、情報共有を図ります。

また、共同利用を行わない場合は、その理由について、調整会議において確認します。

- (1) 作成した共同利用計画は、医療機関が所在する構想区域を所管する保健所へ提出する。
- (2) 共同利用計画の提出を受けた保健所は、共同利用計画書を調整会議に報告する。
- (3) 調整会議において、必要事項が記載されているか確認する。

【目標】

目標項目	現状	目標値
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（再掲）	40 市町村	全ての地域
訪問診療を実施している診療所・病院数（人口 10 万人あたり）（再掲）	12.6 箇所	13.6 箇所

第6章 計画の推進体制と評価

第1節 計画の推進体制

1 県

県は、本計画を推進するため、各分野に設置している専門委員会や協議会等を活用して、施策の実施状況等について必要な協議を行います。

また、二次保健医療圏域ごとに保健・医療・福祉関係者、行政関係者、住民代表等で構成される「保健医療福祉協議会」を開催して広く意見を聴取し、関係者の協力を得て計画を推進します。

さらに、構想区域（二次保健医療圏と同一）ごとに、医療関係団体や基幹病院、市町村、住民代表等で構成される「地域医療構想調整会議」を開催して、医療機能の分化・連携など、各構想区域における地域医療構想の実現に向けた協議を行います。

県は、本計画の目標の達成状況など計画全体の進行管理を行うとともに、本県の医療提供体制の確保に関する重要事項については、「茨城県医療審議会」に諮りながら計画を推進します。

2 市町村及び医療関係団体等

- (1) 本計画を推進するためには、住民に一番近い存在である市町村の協力が必要不可欠です。

市町村は、県（関係部局及び保健所）と連携し、初期救急医療体制の確保、保健指導、福祉サービスなど保健医療福祉の充実に努め、計画の推進に協力します。

- (2) 医師会、歯科医師会、薬剤師会及び看護協会等の医療関係団体などは、茨城県医療審議会等に参画するとともに、医療連携体制の構築を進めるなど、本計画の推進に協力します。

第2節 関係者の役割

本計画（地域医療構想を含む。）を推進していくためには、計画の基本的な方向や施策について、県のほか、県民、保健・医療機関、関係団体、市町村等がそれぞれの役割を認識し、相互に連携を図りつつ、主体的に保健・医療分野の取組みを進めることが必要です。

① 県民の役割

- ア 「自らの健康は自分で守る」という視点に立ち、規則正しい生活習慣を身につけること、定期的に健康診査を受け健診結果を理解し病気の発症予防と早期発見に努めることは勿論、さらに、病気にかかった場合には、病状を正しく理解し、自身に提供される医療の決定などを含めて、医療に主体的に参画することが求められています。
- イ 医療への理解に努めるとともに、安全で質が高く、効率的な医療の実現に関心を持ち、例えば、救急医療の適正利用を図るなど、限られた医療資源の効率的な活用による地域の医療体制づくりに参画していくことが期待されます。

② 医療機関の役割

- ア 県民の身近な存在である診療所の医師・歯科医師は、かかりつけ医（歯科医）として、適切に医療・健康相談を受け付け、必要があれば専門医の紹介に努めるとともに、インフォームド・コンセントの充実など、医師と患者の信頼関係を確立していくことが求められます。
- イ 病院は、地域医療体制のネットワークを目指す観点から、地域において患者の視点に立った医療提供施設相互間における機能の分担及び業務の連携を進めるとともに、医療事故の防止や診療情報の提供に努め、良質で安全な医療を提供することが求められます。

③ 薬局の役割

薬局は、医薬分業により、地域住民のかかりつけ薬局として、病院や診療所と連携し、重複投薬や薬剤の相互作用による副作用の未然防止、患者への処方内容の開示及び服用や薬剤についての適切な情報提供など、安全で適切な医薬品の提供を推進することが求められます。

④ 保健医療関係団体（医師、歯科医師、薬剤師、看護師関係団体など）の役割

保健医療関係団体は、医療機関や県、市町村等と連携して、かかりつけ医（歯科医）、地域医療連携、かかりつけ薬局、医薬分業などを推進することにより、県民の健康づくりを支援するとともに、医療従事者の資質向上に努めるなど、各種保健医療事業に取り組むことが期待されます。

⑤ 行政機関の役割

ア 市町村は、住民に最も身近な行政主体として、住民ニーズを的確に把握し、地域の実情に応じた初期救急医療体制の整備や医療と連携した保健・福祉サービスの提供などに努めることが求められます。また、公立病院・診療所の運営を行う市町村は、果たすべき公的役割を検証しながら、適切な医療を提供するとともに、公立病院経営強化ガイドラインを踏まえた適切な対応が求められます。

イ 県は、保健医療関係機関や県民に広く計画の内容を周知し、計画の進捗状況や県民ニーズを的確に把握しながら、安全で質が高く、効率的な医療を提供するための施策に積極的に取り組むことが求められます。

第3節 評価と見直し

(1) 本計画については、毎年度、茨城県医療審議会において、進捗状況を確認し、計画の推進に努めます。また、分野ごとに設置している専門委員会や協議会、あるいは二次保健医療圏ごとに保健・医療・福祉関係者、行政関係者、住民代表等で構成される「保健医療福祉協議会」や構想区域（二次保健医療圏と同一）ごとに、医療関係団体や基幹病院、市町村、住民代表等で構成される「地域医療構想調整会議」を活用し、計画推進のため、評価体制の強化を図ります。

(2) 特に、5疾病・6事業及び在宅医療については、現状の把握や課題の抽出、課題を解決するにあたっての数値目標の設定とその目標を達成するための施策等を策定など、計画の実効性を一層高めるための政策循環の仕組み（PDCAサイクル）を強化します。

※ PDCA：plan（計画）- do（実行）- check（評価）- action（改善）

(3) 本計画の目標達成状況について、調査、分析及び評価を行い、必要があると認めたときは計画の見直しを行います。

なお、在宅医療、医師の確保及び外来医療に関する事項については、3年ごとに調査、分析及び評価を行い、必要がある場合、計画を変更するものとします。

■数値目標一覧

章	節	項	項目名	通番	目標項目	現況値	目標値
1	県民の命を守る地域医療の充実						
	2	医療体制の確立					
1	がん	1	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）			69.0	60.6
		2	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%	80%
		3	がん予防推進員の養成			8,772名	10,000名
		4	がん検診受診率 胃がん（40～69歳） 肺がん（40～69歳） 大腸がん（40～69歳） 乳がん（40～69歳） 子宮頸がん（20～69歳）			46.8% 50.3% 45.1% 46.6% 42.4%	60.0%
		5	精密検査受診率 胃がん 肺がん 大腸がん 乳がん 子宮頸がん			81.5% 85.7% 72.9% 88.9% 86.7%	90.0%
		6	がん遺伝子パネル検査の出検数			261検体	550検体
		7	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
		8	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次城県緩和ケア研修会受講者数			763人	1,000人
		9	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)
		10	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
		11	患者サロンの設置医療機関数			14病院	17病院
2	脳卒中	12	成人の一日当たりの食塩平均摂取量			男性 10.9g 女性 8.9g	男性 8.0g 女性 7.0g
		13	脳血管疾患による退院患者平均在院日数			66.2日	短縮
		14	脳血管疾患の年齢調整死亡率 男性 女性			男性 116.9 女性 71.5	現況の10%減少
3	心筋梗塞等の心血管疾患	15	24時間PCIが可能な医療機関数			19医療機関	現状維持
		16	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
		17	心大血管疾患リハビリテーションを実施している医療機関数			35医療機関	増加
		18	虚血性心疾患の年齢調整死亡率 男性 女性			男性 83.8 女性 35.0	現況の10%減少
		19	急性心筋梗塞の年連調整死亡率 男性 女性			男性 54.2 女性 23.0	現況の10%減少
4	糖尿病	20	特定健康診査実施率 ※全保険者			54.8%	70%
		21	特定保健指導実施率 ※全保険者			22.7%	45%
		22	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			男性 14.0% 女性 6.7%	減少
		23	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
		24	糖尿病性腎症による新規人工透析導入患者数			383人 ※引用不可	364人 ※引用不可
		25	糖尿病の年齢調整死亡率			男性 16.1 女性 6.7	現状の10%減少

章	節	項	項目名	通番	目標項目	現況値	目標値
1 県民の命を守る地域医療の充実							
2 医療体制の確立							
5	精神疾患	26	入院後3か月時点の退院率			62.6%	68.9%
		27	入院後6か月時点の退院率			78.0%	84.5%
		28	入院後1年時点の退院率			86.3%	91.0%
		29	慢性期入院患者数(1年以上)			3,678人	2,967人
		30	退院後1年以内の地域平均生活日数			327.1日	330.2日
		31	精神科一般救急(入院)対応時間(輪番制当番病院)			・(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 可能な体制を目指す
		32	自殺死亡率(人口10万あたり)			18.1	10.4
		33	かかりつけ医等対応力向上研修受講者数(うつ病)			349人	574人
		34	認知症疾患医療センターの整備			13箇所	13箇所
		35	認知症サポート医養成人数(累計)			196人	280人
		36	認知症対応力向上研修受講者数(累計) かかりつけ医			979人	1,240人
		37	認知症対応力向上研修受講者数(累計) 歯科医師			615人	1,050人
		38	認知症対応力向上研修受講者数(累計) 薬剤師			1,221人	2,020人
		39	認知症対応力向上研修受講者数(累計) 看護職員			1,004人	1,700人
		40	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	6,200人
		41	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	460人
		42	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	32箇所
		43	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	3,000人
44	高次脳機能障害支援機関数			4箇所	6箇所		
45	医療観察法指定通院医療機関数			21施設	25施設		

章	節	項	項目名	通番	目標項目	現況値	目標値
1 県民の命を守る地域医療の充実							
2 医療体制の確立							
6	救急医療	46	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	5.1%	全国平均以上6.9%(R3)		
		47	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)	38.9分	全国平均以下38.8分(R3)		
		48	救急要請(覚知)から救急医療機関への搬送までに要した時間(重症)	46.6分	全国平均以下43.4分(R3)		
		49	救急要請(覚知)から救急医療機関への搬送までに要した時間(中等症)	45.6分	全国平均以下43.5分(R3)		
		50	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		
		51	救急搬送人員に占める軽症者の割合	44.3%	全国平均以下44.8%(R3)		
		52	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	48.8%	全国平均以上50.6%(R3)		
		53	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(全症度)	44.9分	全国平均以下42.8分(R3)		
		54	重症救急搬送患者の医療機関への受入割合が4回以上となってしまう割合	4.7%	全国平均以下4.3%(R3)		
		55	重症救急搬送患者の医療機関への受入割合が30分以上となってしまう割合	7.5%	全国平均以下7.7%(R3)		
		56	現場到着から現場出発までの時間	18.2分	全国平均以下R3:19.0分		
		57	救急隊における救急救命士の常時運用の割合	84.9%	100.0%		
		7	災害医療	58	業務継続計画(BCP)を整備している病院の数	127病院	県内すべての病院で整備
59	災害拠点病院における複数DMATの保有			10/18医療機関	全災害拠点病院		
60	災害拠点精神科病院数			2病院	4病院		
61	DPAT数			22チーム	25チーム		
8	新興感染症発生・まん延時における医療について	62	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)	—	流行初期以降661		
		63	第二種協定指定医療機関(発熱外来)の数	—	流行初期以降800		
		64	第二種協定指定医療機関(自宅療養者等(自宅・宿泊療養者・高齢者施設での療養者等)への医療の提供)の数	—	流行初期以降232		
9	へき地医療	65	へき地診療所数	3施設	3施設		
		66	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%		
		67	へき地医療拠点病院の中で主要3事業(注1)の年間実績が合算で12回以上の医療機関の割合	100%	100%		
		68	へき地医療拠点病院の中で、へき地医療拠点病院の必須事項(注2)の実施回数が年間1回以上の医療機関の割合	100%	100%		

章	節	項	項目名	通番	目標項目	現況値	目標値
1 県民の命を守る地域医療の充実							
2 医療体制の確立							
10	周産期医療	69	新生児死亡率（出生千対）			1.3人	全国平均以下 0.8人（R3）
		70	周産期死亡率（出生千対）			4.6人	全国平均以下 3.4人（R3）
11	小児医療	71	乳児死亡率（出生千対）			2.2人	全国平均以下 1.7人（R3）
		72	幼児・小児死亡率（小児人口10万対）			24.0人	全国平均以下 18.0人（R3）
12	在宅医療	73	退院支援を実施している診療所・病院数 （人口10万人あたり）			2.1箇所	3.6箇所
		74	訪問診療を実施している診療所・病院数 （人口10万人あたり）			12.6箇所	13.6箇所
		75	訪問看護事業所数（人口10万人あたり）			8.1箇所	8.7箇所
		76	訪問薬剤管理指導を実施している薬局数 （人口10万人あたり）			20.8箇所	22.5箇所
		77	在宅療養支援歯科診療所数（人口10万人あたり）			4.2箇所	4.5箇所
		78	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届出機関数 （人口10万人あたり）			2.04箇所	2.20箇所
		79	看取り数（死亡診断のみの場合を含む） （人口10万人あたり）			142.2人	189.1人
7	薬局機能の充実	80	24時間対応薬局数（人口10万人あたり）			15.0箇所	19.2箇所
9 保健医療従事者の確保							
1	医師	81	「最優先で医師確保に取り組む医療機関・診療科」の 必要医師数			—	地域医療対策協議会において医師確保の必要性が認められたもののうち、政策医療の維持のために県が特に緊急的な対応が必要と判断した医療機関・診療科の必要医師数の確保
3	薬剤師	82	県内病院薬剤師数			1,036人	1,181人
4	看護職員	83	看護職員数			32,639人	増を目標
		84	特定行為研修を修了した看護師数			252人	662人
10 医療安全対策等の充実							
1	医療安全対策	85	医療事故情報収集事業参加病院			44病院	107病院(100床以上)
4	医療安全相談センターの充実	86	相談センター窓口における問題解決率			82.9%	85%

章	節	項	項目名	通番	目標項目	現況値	目標値
2 健康でいきいきと生活し、活躍できる環境づくり							
1	3		今後高齢化に伴い増加する疾患等対策	87	令和8（2026）年の第1号被保険者認定者に占める要介護度4以上の割合	21.6%	21.3%
4			学校保健の推進	88	学校保健委員会の開催割合（1回以上開催した公立学校）	96.8%	100%
3 健康で安全な生活を支える取組の推進							
2 感染症対策の推進							
3 肝炎対策				89	肝がんによる75歳未満年齢調整死亡率（人口10万対）	3.69	2.3以下
				90	肝炎ウイルス検査受検機会の拡大 保健所：B型肝炎ウイルス検査 保健所：C型肝炎ウイルス検査 市町村：40歳の受検率	437件 437件 6.2%	1,500件 1,500件 10.00%
				91	肝疾患専門医療機関における肝炎ウイルス検査結果の文書での告知率（入院患者）	18.5%	全数
				92	市町村検査における新規陽性者の医療機関受診率	68.1%	70%
				93	肝炎医療コーディネーターの配置 保健所 市町村肝炎担当部署	88.9% 88.6%	全数（9/9保健所） 全数（44/44市町村）

