



もくじ CONTENTS

地域医療の充実と地域の医療機関との連携

水戸赤十字病院 院長 満川 元一 …… 3

<資 料>

- 「地域医療構想について」(厚生労働省) …… 9
- 「経済財政運営と改革の基本方針 2016
～600兆円経済への道筋～」(平成28年6月2日閣議決定：抜粋)
(内閣府) …… 10
- 「茨城県保健医療計画(第6次)
計画期間 平成25年～平成29年(ダイジェスト版)」(茨城県) …… 14
- 「二次医療圏別「地域医療構想調整会議」における意見概要」(茨城県) …… 26
- 「茨城県地域医療構想(素案)の概要」(茨城県) …… 30

地域医療の充実と地域の医療機関との連携

水戸赤十字病院 院長 満川 元一

このたびは茨城の地域医療を考える会の学習会にお呼びいただきありがとうございます。このような皆様の前で「地域医療の充実と地域の医療機関との連携」との大変な演題で、ご期待にこたえられるかどうか不安です。また随所に釈迦に説法が出てまいるかと思いますがお許し願えればと思います。

地域医療の充実は大変重要な課題であります。国を始めとする行政が考えること、医療機関が考えること、患者や住民が考えることなど立場によって変わることは当然です。またそれらが合同で考え、事にあたることも大切になります。そんなわけで今日はまず私の所属する水戸赤十字病院産婦人科のお話からしたいと思います。

私は紹介にありましたように昭和60年に昭和大学の講師で医局長の時に水戸赤十字病院に私を含め4名の産婦人科の第一部長として赴任しました。わたしが赴任した時には水戸赤十字病院産婦人科には古くからいる私より年長の日本医大出身の木村喜三先生がおられました、今は亡くなられましたが大変良い方で、第二部長としてよく私を支え、部下を指導、教育していただき定年を迎えていただきました。

当時の昭和大学産婦人科教室は20を超える関連病院を持っており入局者も多数おりました。しかしその後は診療実績の少ない関連病院から徐々に医師の引き上げが始まりました、しかし水戸赤十字病院産婦人科は患者さんも、症例も多いことから、むしろ医師が増員され、医師が増えれば外来枠を増やし、病床を増やし、手術枠を増やしてきました。一時は常勤医だけで9名、現在は8名で産婦人科病床を86床持っております。

この間に近隣の総合病院だけでも、水戸協同病院、県立中央病院、日製ひたちなか病院、日製日立病院、国立水戸医療センター、の産婦人科医師が引き上げられ休診を余儀なくされました。その影響たるや皆様想像できるでしょうか？

その後、県立中央病院で婦人科が再開し、日製日立病院で正常分娩だけの対応が再開しました。平成26年には昭和大学江東豊洲病院が開院しその影響で当院産婦人科医師も2名減となりました。27年には小規模ながらも県立中央病院で分娩が再開され、最近、日製ひたちなか病院でも産婦人科医が採用されたと聞いております。

これらの状況から水戸赤十字病院に患者さんが増え、医師も増員されてきたわけです。それでもなお、外来の待ち時間は2から4時間、手術は半年待ちとなり、日立など県北方面の患者さんをさらにつくばや土浦、東京方面に再紹介しなければならない異常事態が続いております、その間私の役目は一生懸命教え、すべて責任を取る、けして後ろを見せないでした、それが指導者の、また医師確保の基本であると思うからです。一時期、大学の産婦人科医局の医師達か

らは水戸赤十字への出張が決まると、「忙しいけど勉強になる、食べ物ほうまい」と他の医師からうらやましがられる状況が続きました。現在まで私とともに水戸赤十字病院産婦人科で働いた医局員は76名を数えます。

しかし最近の様相が変わってきました。当院からの出張帰りの医師達のヒアリングから水戸は過剰労働であるとの声があり、昭和大学からこの状態を変革しなければ医師派遣に障害を生ずるとの指導を受けました。確かに当院の産婦人科医師の時間外労働時間は公にするのをはばかられ、平均でも過労死の基準とされる80時間に迫ります。さらに当直回数も以前は月に6～7回でした。現在はこれら過剰労働の指摘を踏まえ、非常勤医師を導入して3～4回になっております。さらに夜間や休日は当直医以外に拘束医を決めており、研修医が当直の時は専門医が拘束、専門医が当直の時は研修医が拘束をしており常に二人体制を保って異常分娩や救急手術に対応しております。

全国の大学の中でも入局者の多かった昭和大学産婦人科も退職や大都市志向が強くなり、また女性医師が多くなり、産休、育休、キャリアダウン、短時間労働などに対応が必要で多くの関連病院から医師の引き上げが続いております。当院も例外ではなく、昨年第二部長が昭和大学江東豊洲病院へ転職し、その後の後任が決まらず、以前に当院で研修を受けた医師達の好意で半年の短期交代で第二部長として来てもらっている状態です。今年3月には板垣第一部長が体調を壊して退職しましたがやはりいまだに後任が決まりません。

皆様ご承知のように院長の仕事は多岐にわたりますが中でも大事なものは経営収支改善と医師確保です。当院全体においても医師不足は顕著でそのため、特に救急医療に大きな支障を生じております。医師確保のために筑波大学、昭和大学、慶応大学はじめいくつもの大学を訪問しておりますがなかなか困難です。昭和大学の産婦人科医局からは私の退職後の医師派遣は約束できないと言われており、それではこの地区の産婦人科医療にとって大変なことです。現在行政にもその危機を訴えており、対策を検討中です。

しかし昭和大学は4つの附属病院を持ち医局はその医師確保が最優先であります。なおこれらの附属病院では過重労働をなくすべく医師を増やしておりますし、医師達の大都市志向も相まって附属病院に医師が集まっております。特に2年前に開院した豊洲病院は医師の勤務を2交代制として休日、祭日も通常診療を掲げてやっておりますので多くの医師を必要とします。そこで当院産婦人科でも大学の医師負担軽減の意向に沿うべく非常勤医を増やし、主治医型の外来をやめて紹介型の外来として紹介状のない患者さんは極力、近隣の診療所を受診していただき、必要なら紹介状を持参のうえ受診していただくように外来やホームページで案内して勤務医の負担軽減の改革を進めております。これにより外来の負担を減らし、医師が減っても入院や手術に支障が少ないように重点を移してゆく方針です。産婦人科医師や日赤病院内の医師の充実ですらこの困難さですので、地域全体の医師不足への対応はとて私の手におえることではありません。以前にこの会でもお話しいただいたようですが、橋本知事の話に尽きると思います。茨城県は医学部が一つしかないのも苦しいのです。修学生貸付制度や地域枠など行政の力に期待したいと思います。

1994年から2014年の20年間の勤務医師数の変化は、医師の総数は増えていますが外科、小児科、産婦人科医の減少が目立ちます。それをみると、当直が大変な科が敬遠されているのがわかります。この医師の診療科偏在、地域偏在の解決には最近政府も考えている保険医の定数制などの「規制的手法」が効果的であります。しかし職業選択の自由社会においては簡単なことではなく、政府の示したこの規制的手法の表現さえも問題視され、「実効性のある手法」に修正されたほど難しいことなのです。しかしかなり思い切ったことをしなければこの問題の解決は難しいと思います。

後ほどお話ししますが国はこれからの高齢化社会の医療に対応するため地域医療構想を策定しており、その実現のために地域医療介護総合確保基金を予算化しております。27年度は1628億円が各県に配分されます。茨城県には41.2億円です。2014年のデータですが、茨城県の人口10万人に対する医師数は全国45位です。42位の静岡県は医師確保対策が大変進んでいると思われ、26年度の基金の使い道を詳しくホームページで公表しています。それによると医師確保に9億5022万円使っております。特に臨床指導医に対する手当や、分娩手当なども見られます。支給方法まではわかりませんが病院に補助するだけでは、病院は多くの職種の協力で成り立っていることから医師個人への支給は難しい面があります。

では茨城県はどうでしょうか？どのようなことにお金が必要かの申請要請は病院にも来ましたが、何に、どのくらいが使われたか、使われるかなどは少なくともホームページでは公表されておりませんが、わたしは県が、本当に医師不足で住民が困っている病院に赴任した医師にはこの基金から直接奨励金を支出するのはどうか？とっておりますが皆様どうでしょうか。

現在も周産期医療や救急医療、小児医療などの充実に対して補助金をいただいておりますが、病院にたいして出された補助金ではそれを医師個人に支給するのは困難です。水戸赤十字病院では周産期医療を守ること、少ない医師で救急を受け入れていることなどから産婦人科医師や当直医の救急応需、臨床研修指導医、緩和ケア指導医などには医師個人に手当を出しております。私も医師ですので手前味噌となり、つらいところはありますがとにかく医師がいなければ病院は収入にならない現実を見据えなくてはならないのです。

医師が少なくなることが残った医師を苦しめ、さらに医師が少なくなる悪循環をなんとか打ちきらねばならないのです。

当院の地域医療連携ですが当院は地域医療支援病院として地域の331の診療所、416名の医師と連携を結んでおり27年度の紹介率は53.4%、逆紹介率は74.8%で要件基準の紹介率50%以上、逆紹介率70%以上を満たしております。

内閣府の調査によると60歳以上の男女の介護を受けたい場所は、願望もあるのでしょうか自宅が最も多く次いで医療機関や介護施設であり、最後を迎えたい場所は圧倒的に自宅が多く次いで医療機関です、これらを踏まえかつ医療費抑制も踏まえて国の施策は在宅療養の充実に向かっており、訪問診療所が増えてきていますし、今年度から在宅療養支援診療所が認められましたので、それらの先生からの診療や入院要請にもこたえねばならないと思っております。当院で本年4月から開設した地域包括ケア病棟はその対応に対しても有用になると思います。

国の地域医療構想ですが国の方針に基づき県は 10 年後を見据えた医療供給体制を構築するため医療圏ごとに地域医療構想会議を立ち上げ協議しております。私も水戸保健医療圏の委員になっており会議に参加しております。今後日本は高齢化社会になることはご存じと思います、総人口は 26 年から減少しますが、65 歳以上は 2040 年まで増え続ける予想です、これには大きな誤差はないのではないかと思います。そしてまた国がこの高齢化社会への対応として医療体制の整備をすることは大変有意義なことでもあります。しかし国がその地域医療構想で求めているものは病床全体を削減し特に急性期病床を削減し、回復期病床を増やせとの指導です。しかし急性期病床を減らされて総合病院はやってゆけるのだろうか？救急患者対応はどうなるのだろうか？という不安が増しております。

高齢化社会になると急性期疾患は少なくなるのでしょうか？とんでもないことです。むしろ合併症を抱えたむずかしい救急疾患患者が増えるはずです。高齢者には高度医療を施さなくてよいのでしょうか？とんでもないことです。茨城県を見ても県の 2013 年の病床は 26984 床ですが 2025 年における必要病床数の推定は 21755 床で約 5000 床少なくてよいとの推定です。

水戸医療圏では、高度急性期病床数は 683 から 621 床へ、急性期病床数は 3185 から 1626 床へ、回復期病床数は 319 から 1510 床へ、慢性期病床数は 870 から 771 床へ、合計 5057 床から 4478 床へ削減との試算です、しかし水戸医療圏へは県北や鹿行地区から特に高度急性期、急性期の患者さんが多数流入しております。特に赤十字病院は地理的な関係もあり水戸市以外からの患者さんが 60% を占めます。患者さんの他の医療圏からの流出入を地理的な特徴も踏まえて加味した詳細な予測と検討をすることが重要です。茨城県の医療状況は漠然と考えても県央、県北よりも県南地区が充実しているように感じます。実際、日立、常陸太田ひたちなか、水戸、鹿行の医療圏が高度急性期と報告している病床は 854 床、筑西下妻、土浦、古河坂東、つくば、取手龍ヶ崎の医療圏が高度急性期と報告している病床は 2124 床です。これに各医療圏の人口を加味しますと県南部は 735 人に 1 床の高度急性期病床があるのに県央、県北は 1596 人に 1 床しかありません。いいかえれば県北地区の住民は県南地区に比べ十分に高度急性期医療を受けられていないことを示しています。こんなに医療情勢が違うのに医療圏ごとに病床削減構想を決めてよいのでしょうか？

県内の救急搬送数は年々増えております、半数近くが軽傷の搬送であることや頻回に救急車を利用する方などの問題も議論されておりますが、注目すべきは 65 歳以上の患者の比率の急上昇です。これは全国統計でも同様です。これからは確実に高齢の救急患者が増え、高齢であるがゆえに糖尿病や高血圧、心疾患、認知症などの合併症を持った患者が確実に増えます。その時高齢者だからといって救命救急しなくて良いことにはけしてなりません、これらを踏まえたとき県央、県北地区には是非とも、自信をもって高度急性期、救命救急ができる病院がこれから必要だと私は考えるのです。水戸市の病院は比較的規模が同等ですすべての診療科に医師が十分にそろっている病院はありません、当院も現在糖尿病専門医は不在で循環器内科医、脳神経外科医は 1 名です。これでは自信をもって救急患者を診ることはできません。

そこで私は当院とは車で5分ときわめて近隣にある水戸協同病院との病院対病院の連携を強めて病院の機能を高める必要があることを痛感しました。27年8月、当時の水戸協同病院平野院長と面談し、これらの危惧と構想が両者で一致しまして両病院の連携を強化することになりました。

両施設を比較しますと平成26年の統計ですが許可病床は日赤483床と協同401床、稼働病床は377床と312床ですが協同にはICUが6床あります。日赤にも重症管理病床が4床ありますが、ICU基準には達していません。日赤は27年から主にがんの末期管理を行う緩和ケア病棟20床を開設し、本年四月からは急性期病棟と在宅への橋渡しを行う地域包括ケア病棟45床を開設しました。これは国の言っている回復期病棟にも合致してその方針にも沿う形となります。

標榜科の比較ですが協同病院に在って当院にないのが総合診療科、呼吸器外科、救急部、感染症科、歯科口腔外科で日赤病院に在って協同病院にないのが小児科、病理診断科、産婦人科です。産婦人科は協同病院には婦人科の非常勤がいるだけです。両者の得意分野を26年度の疾患別退院数で見ますと、協同病院は耳鼻咽喉科が多く、特に27年度には日赤病院は耳鼻科の常勤医が不在となりましたのでさらに差が出ております、さらに循環器、内分泌、外傷、熱傷の症例が多く、日赤病院は消化器系とくに消化器外科、腎尿路、女性生殖器、小児の症例が多く分娩は日赤だけです。

両者の職員数の比較ですが協同病院は稼働病床が312床と日赤病院の377床より少ないのに医師数は日赤の65人に対して協同は105名と大変多く、しかし看護師は日赤の336名に対し協同は244名と少ないのです。これは筑波大学の教育センターとして大学から教員が派遣され特に総合診療科には多くの医師と臨床研修医がいるからです。

したがって協同病院は救急初期対応に優れており、事実27年度の救急車受け入れ件数は日赤病院の1543台に対し協同病院は4508台を受け入れております。このように両者の医療機能の長所と短所を考えたとき、医療連携、医療機能分担を強力に推進すれば病院の機能が充実し地域医療への貢献、患者さんへの貢献は計り知れないと考えるのです。

その後も両病院で医療機能連携会議を重ね、本年3月には医療機能連携協定書および、その運用覚書を交わし、その登録証を院内に掲示することにいたしました。この連携のもと、筑波大学付属病院を核として水戸協同病院内にある水戸地域医療教育センター、水戸協同病院、水戸赤十字病院間の連携強化をはかり、相互に得意分野の協力を積極的に行うことで患者さんの利益に供することを第一として、医師、看護師など職員の相互交流、相互研修、相互派遣や医療機器の相互利用、初期臨床研修プログラムの共有化、両院間のホットラインの設置、相互乗り入れバスの運用、ICU、緩和ケア病棟、地域包括ケア病棟の有効利用など今後この医療連携、機能分担をさらに実のあるものにすることが、地域医療に貢献しそして地域の患者さんの幸せにつながることでありと確信しております。今後もその実現に向かって努力いたしますので皆様のご理解とご助力をいただければ幸いです。

ご清聴ありがとうございました。

<資 料>

現在、県においては 2025 年度を目標年度とする「地域医療構想」の策定作業が、2018 年度からの計画実施に向けて進められています。

地域医療構想においては、医療・介護の体制の見直しと医療費の適正化を一体的に行うことを目指しており、検討結果は県の第 7 次「保健医療計画」に盛り込まれることとなります。

地域医療構想と新たな保健医療計画の検討の一助として、公表されている資料の中から今回は以下の資料を掲載しました。

1. 「地域医療構想について」(厚生労働省)

地域医療構想のイメージを簡略化したもの(厚労省 HP)。

* 「地域医療構想ガイドライン」(平成 27 年)については厚労省の HP を参照してください。

2. 「経済財政運営と改革の基本方針 2016 ～ 600 兆円経済への道筋～」

(平成 28 年 6 月 2 日閣議決定：抜粋)(内閣府 HP)

なぜ骨太方針においてここまで踏み込んで、と思う方もいるかと思いますが、地域医療構想の策定の背景には医療費抑制という国家財政上の喫緊の課題があるという問題意識が明確に述べられています。

3. 「茨城県保健医療計画(第 6 次)」

計画期間 平成 25 年～平成 29 年(ダイジェスト版)(茨城県 HP)

スタートから早くも 3 年半が経過した現行計画ですが、地域医療構想策定、第 7 次保健医療計画策定にあたってのベースになる計画です。

4. 「二次医療圏別「地域医療構想調整会議」における意見概要」(茨城県 HP)

第 3 回茨城県地域医療構想調整会議(平成 28 年度第 1 回茨城県医療審議会保健医療計画部会)

平成 28 年 5 月 19 日開催

地域医療構想は二次医療圏単位に作成されるため、医療圏ごとに意見集約が行われます。圏域の特徴が反映された概要となっています。

5. 「茨城県地域医療構想(素案)の概要」(茨城県 HP)

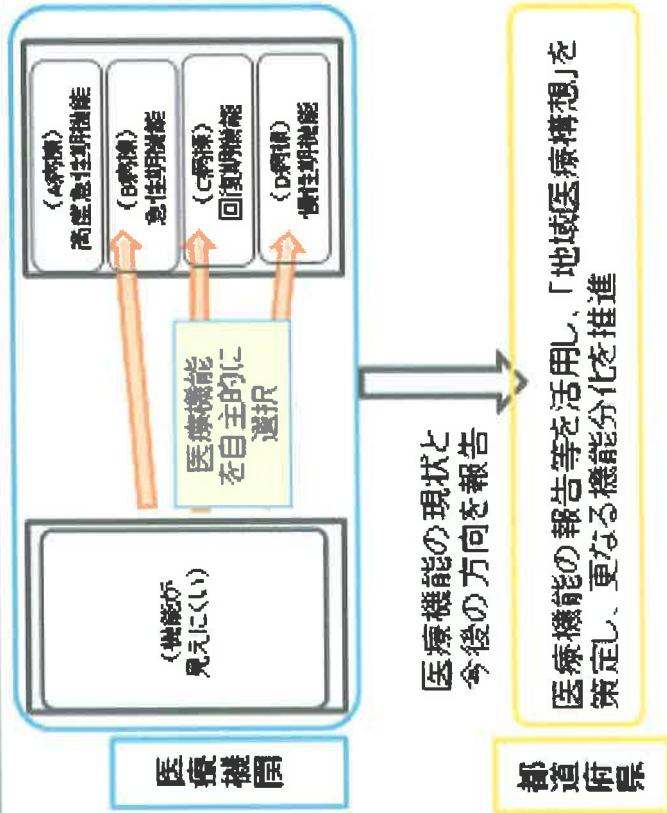
第 4 回茨城県地域医療構想調整会議(平成 28 年度第 1 回茨城県医療審議会平成 28 年 8 月 8 日開催) * 合同開催

* 「茨城県地域医療構想(素案)」

パブリックコメントに付された「素案」の全文は県の HP を参照してください。

地域医療構想について

- 平成26年の通常国会で成立した「医療介護総合確保推進法」により、平成27年4月より、都道府県が「地域医療構想」を策定。(法律上は平成30年3月までであるが、平成28年半ば頃までの策定が望ましい。)
※ 「地域医療構想」は、2次医療圏単位での策定が原則。
- 「地域医療構想」は、2025年に向け、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。
- 都道府県が「地域医療構想」の策定を開始するに当たり、厚生労働省で推計方法を含む「ガイドライン」を作成。平成27年3月に発出。



（「地域医療構想」の内容）

1. 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4機能ごとに推計
 - ・ 都道府県内の構想区域(2次医療圏が基本)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
 - 例) 医療機能の分化・連携を進めるための施設設備、医療従事者の確保・養成等

- 機能分化・連携については、「地域医療構想調整会議」で議論・調整。

5. 主要分野ごとの改革の取組

(1) 社会保障

① 基本的な考え方

社会保障分野においては、世界に冠たる国民皆保険・皆年金を維持し、これを次世代に引き渡すことを目指し、「経済・財政再生計画」に掲げられた医療・介護提供体制の適正化、インセンティブ改革、公的サービスの産業化、負担能力に応じた公平な負担、給付の適正化、薬価・調剤等の診療報酬及び医薬品等に係る改革、年金、生活保護等に係る 44 の改革項目について、改革工程表に沿って着実に改革を実行していく。

その中で、以下のような取組を推進する。

② 「見える化」の更なる深化とワイズ・スペンディング

改革工程表に基づく改革の推進に当たっては、医療・介護分野等における給付の実態やその地域差等を明らかにする「見える化」を徹底して行うことで、保険者や行政はもちろん、サービス利用者であると同時に費用負担者でもある国民や、サービス提供者である医療・介護等関係者が自らの行動を見つめ直す契機とすることが重要である。それが、「見える化」に基づいて実施される適切な施策とあいまって、国民一人ひとりのより望ましい選択・行動につながることで、医療・介護等の効率的な給付が実現し、限られた財源が賢く活用されることとなる。

以上の観点に立って、以下の取組を推進する。

i) 医療

(医療費適正化計画の策定、地域医療構想の策定等による取組推進)

「経済・財政再生計画」が目指す医療費の地域差の半減に向け、医療費適正化基本方針に係る追加検討を進め、地域医療構想に基づく病床機能の分化及び連携の推進の成果等を反映させる入院医療費の具体的な推計方法や、医療費適正化の取組とその効果に関する分析を踏まえた入院外医療費の具体的な推計方法及び医療費適正化に係る具体的な取組内容を、本年夏頃までに示す。医療費適正化計画においては、後発医薬品の使用割合を 80%以上とすることに向けた後発医薬品の使用促進策について記載するとともに、重複投薬の是正に関する目標やたばこ対策に関する目標、予防接種の普及啓発施策に関する目標等の設定を行い、取組を推進する。

医薬品の適正使用の観点から、複数種類の医薬品処方 of 適正化の取組等を実施する。また、費用対効果評価の導入と併せ、革新的医薬品等の使用の最適化推進を図るとともに、生活習慣病治療薬等の処方の在り方等について本年度より検討を開始し、平成 29 年度中に結論を得る。

地域医療構想については、本年度末までに全ての都道府県で策定が完了するよう、研修会の開催などの都道府県への支援を行うとともに、地域医療介護総合確保基金のメリハリある

配分等により、病床の機能分化・連携を推進する。

医療計画・介護保険事業（支援）計画との整合性やこれまでの議論の内容に十分留意しつつ、介護療養病床等の効率的なサービス提供体制への転換について検討し、本年末までに結論を得る。

医療従事者の需給の見通し、地域偏在対策等について検討を進め、本年内に取りまとめを行う。特に医師については、地域医療構想等を踏まえ、実効性のある地域偏在・診療科偏在対策を検討する。

（医療費の増加要因や地域差の更なる分析、医療・介護データを連結した分析等）

高齢化などの人口要因や診療報酬改定等による影響を取り除いた医療の伸び（「その他」を要因とする伸び）など医療費の増加要因や、診療行為の地域差を含む地域差について、更なる分析を進める。医療保険者によるレセプト等の分析による医療の実態把握や、レセプト情報の活用による医療の質の評価の検討を行うとともに、分析結果等について医療専門職との情報共有を進めることで質の改善につながる仕組みについて検討を行う。医療・介護の総合的な対策を推進するために、双方のデータを連結した分析を進める。また、今後更に増大する施策や研究利用のニーズに対応するため、拡充したNDB 79のサーバーの活用等を進める。

（データヘルスの強化等）

データ分析に基づき、被保険者の個々の状態像に応じた適切な対策を実施することで、効果的なデータヘルスを実現するとともに、健康維持率等の継続的把握により、各保険者の取組状況や効果を測定する。診療報酬と保健事業の役割分担等について検討しつつ、合併症予防を含む重症化予防等の取組を進める。

また、保険者によるデータの集約・分析や保健事業の共同実施等を支援する。ICTとビッグデータを最大限活用し、保険者によるデータヘルスや医療の質の評価・向上を通じて「医療の質を創る」ための新たな保険者支援サービス

80について、ICT時代にふさわしい審査支払機関の在り方の議論を踏まえて検討する。

データヘルスの好事例の全国展開に向け、国レベルでの医療関係団体とのプログラムの共同作成や、先進的なデータヘルス事業の体系的な整理・パッケージ化を行うとともに、平成30年度からのインセンティブ改革を本年度から一部前倒しで実施し、取組を行う自治体のインセンティブを導入する。インセンティブの指標の設定に当たっては、医療費適正化に資するよう、その内容を明確に提示するものとする。また、企業による健康経営の取組とデータヘルスとの更なる連携を図る。

データヘルス事業に十分な資源を投入できない保険者に対し、事業導入に係る初期費用の

レセプト情報・特定健診等情報データベースの呼称（ナショナル・データベース（National Data Base）の略）。厚生労働大臣が医療保険者等から収集する診療報酬明細書及び調剤報酬明細書に関する情報（レセプト情報）並びに特定健康診査・特定保健指導に関する情報（特定健診等情報）をNDBに格納し管理している。

補助を含めた支援を行うとともに、保険者と民間企業等のマッチングを促進する。

(健康づくり・疾病予防・重症化予防等の取組推進)

日常生活の動線の中で健康づくり・疾病予防ができる環境を地域ぐるみ・企業ぐるみの取組により整備する。平成 29 年 6 月に見直す予定の次期「がん対策推進基本計画」の策定に向け議論を進め、がん検診受診率の更に高い目標を設定し、特に、国際的にも受診率の低い女性特有のがん等に関する検診の受診率向上を図るとともに、がん検診と特定健診の同時実施等による健診のアクセス向上等により特定健診受診率の大幅な向上を図る。かかりつけ医等とも連携しつつ、健康づくりや疾病予防、重症化予防等への効果的な誘導を実現する。高齢者のフレイル 81 対策については、保険者が参照するガイドラインの作成・周知や先駆的な好事例を踏まえた効果的な事業の全国展開等により、更に推進する。予防・健康づくり等の取組に係る共通のインセンティブ指標を踏まえつつ、保険者努力支援制度や後期高齢者支援金の加算・減算制度等について具体的な指標を検討し、疾病予防・健康づくり等に関するインセンティブ強化を実現する。メンタルヘルスなど精神医療の質の向上を図る。

(人生の最終段階における医療の在り方)

人生の最終段階における医療の在り方については、その実態把握を行うとともに、国民的な議論を踏まえながら、地域包括ケアシステムの体制整備を進めつつ、医療従事者の育成研修の全国的な実施や国民への情報提供等により、医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされた上で、患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本として人生の最終段階における医療を進めるプロセスの普及を図る。

ii) 介護

介護分野においては、地域包括ケアシステムの一層の推進を図るとともに、地域差の縮小も実現する。そのために、要介護度別認定率や一人当たり介護費等の地域差を各保険者が自ら分析できるよう、地域包括ケア「見える化」システム 82 の開発・活用を推進する。これにより、各保険者の給付実態を明らかにし、それぞれの課題に応じた効果的な施策実施につなげていく。

市町村や都道府県による取組の好事例等について、全国展開を推進する。介護保険事業計画の P D C A サイクル強化や、保険者機能の強化、市町村による高齢者の自立支援・介護予防等を通じた給付の適正化に向けた取組へのインセンティブ付け等に係る制度的枠組み等について検討し、本年末までに結論を得る。

行政が求める帳票等の文書量の半減や介護ロボット・I C T 等の次世代型介護技術の活用による介護の質・生産性の向上を進める。

iii) その他

保険者が医療や健康管理に関する積極的な情報提供等を行うことにより国民が主体的により質の高い医療を選びとることができるよう、保険者の効果的なデータヘルス事業等を支援するサービス。

加齢とともに、心身の活力が低下し、生活機能障害、要介護状態、死亡等の危険性が高くなった状態。

平成 28 年度診療報酬改定の影響について、調査・検証を行う。特に、かかりつけ薬剤師による服薬状況の一元的・継続的把握、服薬指導等への評価の新設を含む調剤報酬については、患者本位の医薬分業の実現の観点から、改定内容の「見える化」や効果の検証等を実施する。

生活保護制度における医療扶助の地域差やその要因等の分析を進め、医療扶助の特性も踏まえつつ、適正化に向けた取組を推進する。後発医薬品の使用促進や頻回受診の適正化のため、各自治体において計画を策定し、取組を推進する。

社会保障関係費の増加要因について、エビデンス・ベースで検証を行う。中長期的な医療・介護費等の見通しを集中改革期間内に作成するとともに、改革の成果を把握・検証する。

③ 潜在需要の顕在化

600 兆円経済の実現に向け、社会保障分野においても、民間の資金や知恵を活用することで健康長寿分野における多様な需要を顕在化させ、消費・投資市場を拡大させていく。

民間企業も活用した保険者による重症化予防等のデータヘルス及び健康経営の推進は、医療費の適正化、国民の生活の質（QOL；Quality of Life）の向上、健康長寿分野での潜在需要の顕在化、企業における生産性向上にもつながるものであり、好事例を参考としつつ、強力な推進策を講ずる。健康機器等を活用したデータヘルスの推進等により、健康関連産業の育成を図るとともに、医療系ベンチャーの振興を図る。

介護分野において個々の状態やニーズに応じた多様なサービス提供を実現する観点から、介護保険外サービスの活用促進を含め、多様な生活支援サービスの利用を推進する。電子版お薬手帳の活用による様々な健康情報等とリンクした薬局の総合的な健康サポート機能の充実を図る。

介護保険に関連する情報（介護給付費請求情報や要介護認定情報等）をはじめ、地域包括ケアシステムの構築に関する様々な情報（人口推計等）を一元化し、これらの情報をグラフ等を用いて見やすい形で市町村等や国民に広く共有するためのシステム。

茨城県保健医療計画

計画期間 平成25年度～平成29年度
(ダイジェスト版)

○ はじめに

県では、平成20年4月に第5次茨城県保健医療計画(平成20～24年度)を策定し、保健医療体制の充実に努めてきました。

しかし、産科や小児科等の医師不足のほか、医師や診療科の地域偏在など、依然として多くの課題があります。

また、保健医療を取り巻く環境は大きく変化しており、母子保健医療の充実やワークライフバランスの実現による少子化対策、超高齢社会の到来により増大する医療や介護のニーズへの対応、県民の健康づくりや生活習慣病の予防の推進などが求められています。

さらに、平成23年3月に発生した東日本大震災は、本県に甚大な被害をもたらすとともに、災害時における医療体制のあり方などに課題を残しました。

こうした中、本県では、このような課題等に対応するため、平成25年度から29年度までを計画期間とする第6次茨城県保健医療計画を策定することとし、「誰もが安心して健やかに暮らすことができる『住みよいいばらき』」を基本理念として、安心して医療を受けられる体制の整備や保健サービスの充実、健康で安全な生活を支える取組の推進を図ることとしました。

本計画では、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患の5疾病及び救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療の5事業、さらには、超高齢社会を迎え、ニーズが高まると予想される在宅医療について、医療体制のより一層の充実を図るとともに、地域医療連携の推進や医師・看護師等の医療従事者の確保、健康づくりの推進、健康危機管理体制の充実などに取り組んでまいります。

このパンフレットは、第6次計画における医療提供体制に関する施策等を中心に、ダイジェスト版として取りまとめたものです。ご活用ください。



茨城県

I 茨城県保健医療計画の基本理念と基本方向

第6次茨城県保健医療計画の全体像

基本理念

誰もが安心して健やかに暮らすことができる『住みよい いばらき』

(将来像)

- 医療・保健・福祉サービスや子育て支援が充実し、安心して暮らせる県
- 県民の暮らしの安全が確保された県

3つの基本方向

○基本理念の実現に向け、施策を具体化・体系化するための3つの柱

1 安心して医療を受けられる体制の整備

- ① 地域医療連携の推進
- ② 5 疾病・5 事業及び在宅医療に係る医療体制の確立
- ③ 公的病院等の役割
- ④ 県立病院の役割
- ⑤ 筑波大学の役割（筑波大学と県との連携）
- ⑥ 薬局機能の充実
- ⑦ 地域リハビリテーションの充実
- ⑧ 移植医療対策の推進
- ⑨ 保健医療従事者の確保
- ⑩ 医療安全対策等の充実
- ⑪ 医療情報の提供等
- ⑫ 医療教育の推進

2 誰もが安心して暮らせる保健サービスの充実

- ① 予防医学の知識の普及と健康づくりの推進
- ② 母子保健の推進
- ③ 学校保健の推進
- ④ 歯科口腔保健の推進
- ⑤ 高齢者保健福祉対策の推進
- ⑥ 精神保健対策の推進
- ⑦ 障害者支援の推進
- ⑧ 難病等対策の推進
- ⑨ 市販薬の適正使用の推進

3 健康で安全な生活を支える取組の推進

- ① 健康危機管理の推進
- ② 感染症対策の推進
- ③ 食の安全と安心の確保対策の推進
- ④ 生活衛生対策の推進
- ⑤ 飲料水の安全確保対策の推進
- ⑥ 薬物乱用防止対策の推進

計画全体に共通する4つの重点化の視点

○3つの基本方向に基づく施策の展開や推進にあたって横断的かつ重点的に対応

視点1：行政、県民、医療機関等の協働による医療環境の向上

- ・医療資源を有効活用するため、地域の医療機能の適切な分化と連携及び地域間連携や隣接県との連携の促進、補完体制の充実を図り、地域の実情に応じた効率的・効果的かつ切れ目のない医療提供体制を構築
- ・救急医療や小児医療、周産期医療、在宅医療など、多くの分野に関わる内容について横断的な対応や連携の促進を図る
- ・医療教育を推進し、県民に病気の発症予防や早期発見、治療への積極的参加を促すとともに、県民の医療に関する知識の向上による医療の効率化及びレベルの向上を図る

視点2：予防医学の推進による県民の健康寿命の延伸

- ・健康増進や疾病の予防、早期発見、適切な治療、リハビリテーションなど、予防医学を推進し、医療と健康づくりの関連性・重要性を啓発するとともに、保険事業者と医療機関等との連携や医科歯科連携等を促進することにより、県民の健康寿命の延伸を図る

視点3：少子化・高齢化への対応と誰もが安心して暮らせる環境づくり

- ・結婚・子育てに夢や希望が持てる社会の実現と活力ある地域づくりに向け、結婚から妊娠、出産、子育ての一連の過程における母子保健医療の充実やワークライフバランスの実現など、総合的な少子化対策を推進
- ・超高齢社会における医療・介護ニーズの増大に対応するため、医療と介護の連携を強化し、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で自分らしい生活が送れるよう、「地域包括ケア体制」を推進
- ・障害者支援の充実や精神保健対策、難病等対策等による、誰もが安心できる保健・福祉サービスの提供

視点4：広域・激甚な自然災害等に備えた災害に強い医療体制・健康危機管理体制の充実

- ・東日本大震災を教訓とした施設の耐震化や備蓄体制の充実など、災害に強い医療体制づくり
- ・化学物質や感染症、原子力災害、自然災害等から県民の生命、健康を守るため、健康危機管理マニュアルの充実や訓練等の実施など、健康危機管理体制を強化

Ⅱ 二次保健医療圏と基準病床数

1 二次保健医療圏

自然的条件や入院患者の受療動向などの社会的条件等を考慮し、主として病院及び診療所における入院医療（特殊な診断又は治療を必要とする医療を除く）を提供する体制の確保を図る区域として、下図のとおり二次保健医療圏を設定します。（これまでの圏域と変更はありません。）

5疾病・5事業及び在宅医療については、各疾病・事業の医療体制に求められる医療機能の特性や医療資源の有無などを踏まえ、二次保健医療圏にこだわらず、地域の実情に応じて弾力的に設定します。

【本計画で二次保健医療圏と併せて設定する医療圏】

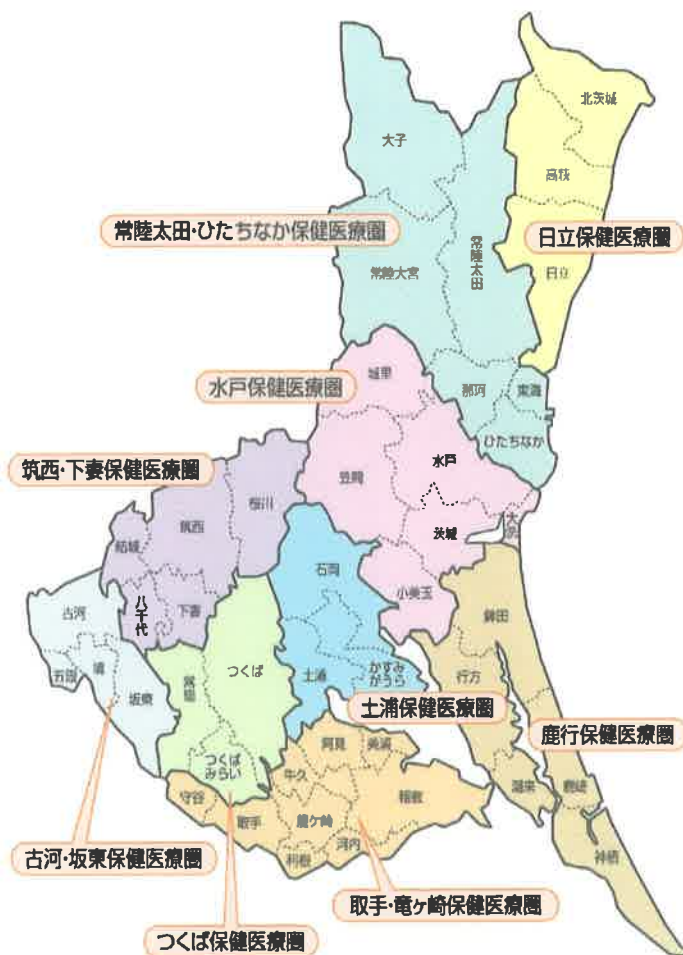
救急医療圏（初期，二次・三次），小児救急医療圏（初期，二次・三次），集約化・重点化による小児救急医療圏構想，周産期医療圏，精神科救急医療圏，在宅医療圏（今後検討予定）

2 基準病床数

療養病床及び一般病床については二次保健医療圏ごと、精神病床、結核病床及び感染症病床については県全域を単位として、次のとおり定めます。

(単位:床)

病床種別	基準病床数
療養病床及び一般病床	
水戸保健医療圏	3,482
日立保健医療圏	1,587
常陸太田・ひたちなか保健医療圏	1,806
鹿行保健医療圏	1,222
土浦保健医療圏	1,574
つくば保健医療圏	2,542
取手・竜ヶ崎保健医療圏	3,135
筑西・下妻保健医療圏	1,308
古河・坂東保健医療圏	1,234
計	17,890
精神病床(県全域)	5,770
結核病床(県全域)	60
感染症病床(県全域)	48



Ⅲ 施策の主な概要

1 安心して医療を受けられる体制の整備

(1) 地域医療連携の推進

限られた医療資源を最大限に有効活用し、地域の医療機能の適切な分化・連携をより一層進めるとともに、平坦な地形や広域交通ネットワークの整備進展を活かし、他の二次保健医療圏や隣接県との連携や補完体制づくり
に努めることにより、効率的・効果的かつ切れ目のない
医療提供体制を整備します。

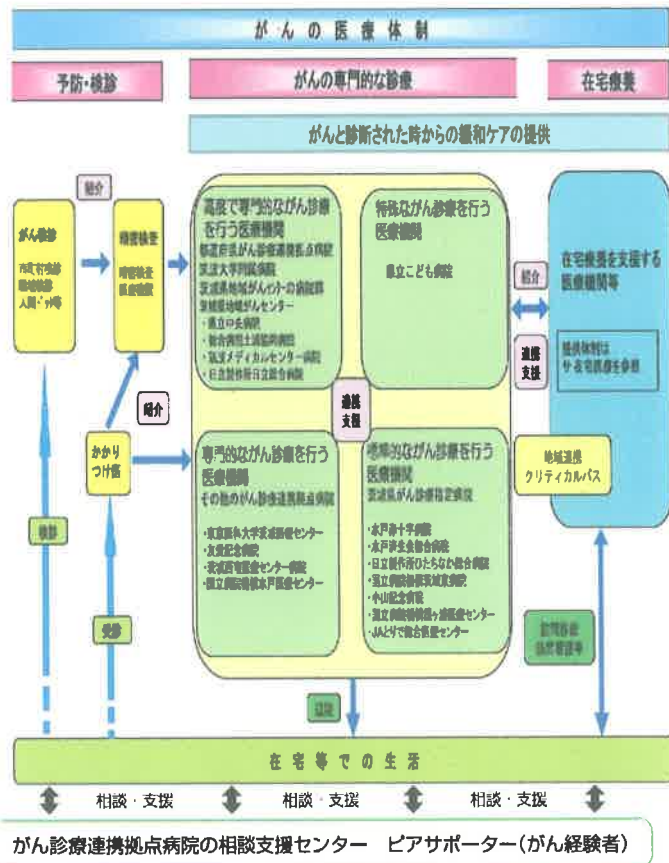
主な目標項目	現況値	目標値
最初にかかる医療機関のうち医院（クリニック、診療所）の割合	62.5%	80%
地域医療支援病院の整備	5保健医療圏	9保健医療圏すべて

(2) 5疾病・5事業及び在宅医療の医療体制

各疾病・事業に求められる医療機能を示し、地域の医療関係者等の協力の下に、医療機関が機能分担及び連携することにより、切れ目なく医療を提供する体制の構築を目指します。

ア がん

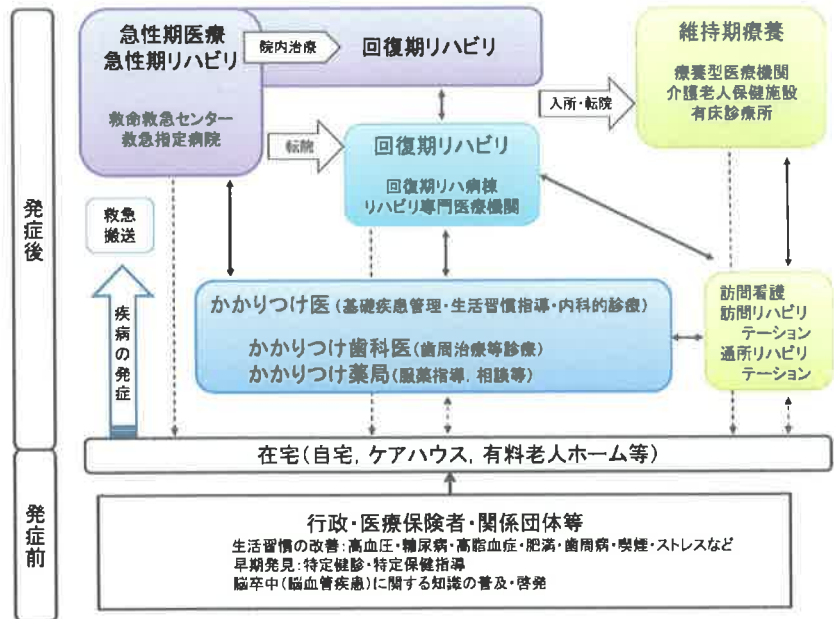
- 茨城県総合がん対策推進計画－第三次計画－に基づき、総合的ながん対策を推進します。
- がんに関する正しい知識を普及させるための「がん教育」を推進します。
- がん検診の受診率向上とがん検診の精度の維持・向上に努めます。
- 手術療法・放射線療法・化学療法の診療体制の充実やチーム医療の推進、小児がん対策の充実など、がんの医療体制の整備・充実を図ります。
- がん患者の生活支援体制の充実に努めます。



主な目標項目	現況値	目標値	
がん検診	胃がん (40～69歳)	32.6%	50.0以上 70歳未満の受診率 ※調査実施年の割合から平成29年を目標年とする。
	肺がん (40～69歳)	26.6%	
	大腸がん (40～69歳)	25.6%	
	乳がん (40～69歳)	39.8%	
	子宮がん (20～69歳)	36.4%	
精密検査受診率	胃がん	83.8%	100
	肺がん	85.5%	
	大腸がん	72.0%	
	乳がん	82.8%	
子宮がん	88.5%		
がん診療連携拠点病院に放射線療法に携わる専門的な知識及び技術を有する専任の医学物理士の配置	6/9病院	各拠点病院に1名以上	
医療体制	医師（日本臨床腫瘍学会がん薬物療法専門医）	2/9病院(3名)	各拠点病院に1名以上
	薬剤師（がん薬物療法認定薬剤師）	7/9病院(15名)	各拠点病院に1名以上
	看護師（がん化学療法看護認定看護師）	8/9病院(9名)	各拠点病院に1名以上
	がん診療連携拠点病院にがんに係る5分野の認定看護師の育成・配置	4分野…1/9病院(6名) (がんに係る5分野)緩和ケア(22名)	各拠点病院に各分野1名以上を育成・配置
	がん化学療法看護	2分野…2/9病院(4名)	
	がん性疼痛看護、乳がん看護、がん放射線療法看護	0分野…1/9病院(1名)	
がん診療連携拠点病院にチーム医療体制を整備		各拠点病院に整備(平成27年度)	

イ 脳卒中

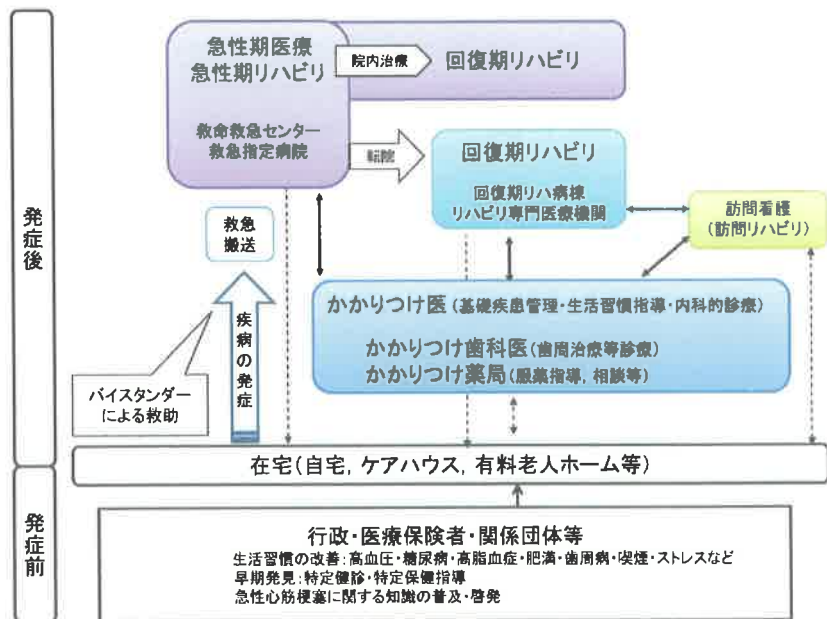
- 第2次健康いばらき21プラン、茨城県食育推進計画（第2次）による生活習慣病予防対策を推進します。
- 特定健康診査、特定保健指導の実施率向上に向け、地域保健と職域保健の連携を推進します。
- 速やかな救急要請や応急処置に関する普及・啓発を図ります。
- 搬送機関と専門的な医療機関との迅速な連絡体制を整備します。
- 専門的治療を行う医療機関、リハビリテーションを行う施設、かかりつけ医などの在宅医療を行う医療機関が連携し、切れ目なく継続的に治療が行われる体制づくりを推進します。



主な目標項目		現況値	目標値
24時間、脳血栓溶解（t-PA）療法に対応している医療機関のある医療圏数		6	すべての医療圏（9）
脳血管疾患 年齢調整死亡率	男性	58.0	現況の10%減少
	女性	32.7	

ウ 急性心筋梗塞

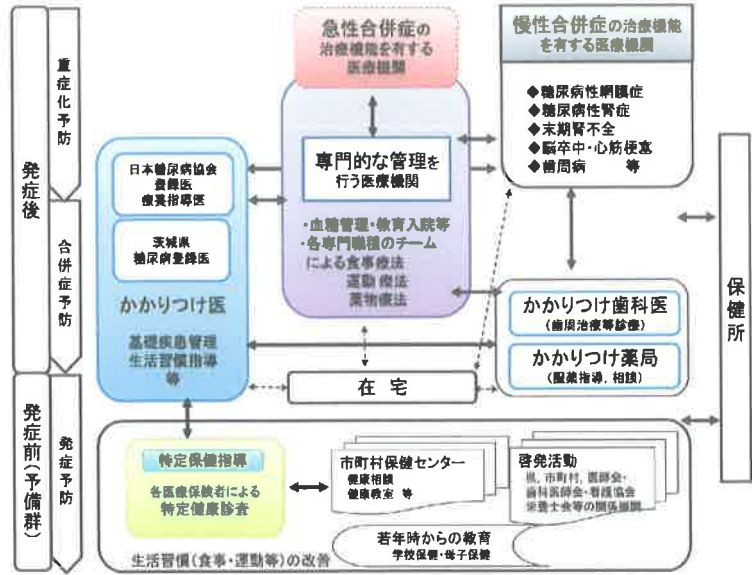
- 第2次健康いばらき21プラン、茨城県食育推進計画（第2次）による生活習慣病予防対策を推進します。
- 特定健診・特定保健指導の実施率向上等に向け、地域保健と職域保健の連携を推進します。
- 公共施設へのAED設置を進め、設置施設を公表するとともに、速やかな救急要請と適切な応急処置に関する普及・啓発を図ります。
- 搬送機関と専門的な医療機関との迅速な連絡体制を整備します。
- 急性期から回復期を担う医療機関、かかりつけ医などの医療機関が互いに紹介等を通して連携し、切れ目なく継続的に治療が行われる体制づくりを推進します。



主な目標項目		現況値	目標値
経皮的冠動脈形成術（PCI）に対応している医療機関のある医療圏数		8	すべての医療圏（9）
急性心筋梗塞 年齢調整死亡率	男性	26.4	現況の10%減少
	女性	11.4	

工 糖尿病

- 第2次健康いばらき21プラン、茨城県食育推進計画（第2次）による生活習慣病予防対策を推進します。
- 特定健診・特定保健指導の実施率向上等に向け、地域保健と職域保健の連携を推進します。
- 健診による早期発見と、保健指導を通じた生活習慣の改善や適切な受診を勧奨します。
- かかりつけ医と糖尿病の専門的な管理を行う医療機関の役割分担、相互連携が行われる体制づくりを推進します。
- 重症化予防のため、対象者が継続して治療を受けられるよう、支援体制づくりを推進します。
- 糖尿病や合併症、継続治療の重要性に関する教育を推進します。

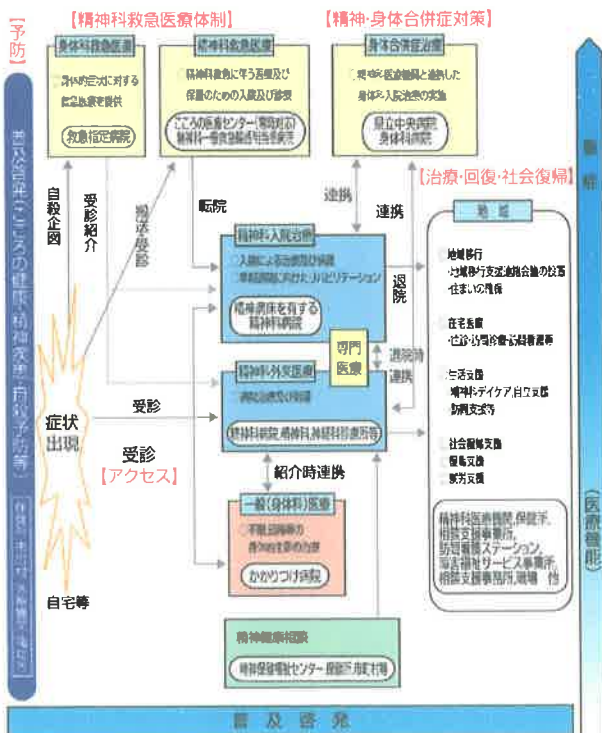


主な目標項目	現況値	目標値	
糖尿病有病者の割合 (40~74歳)	男性	13.7%	現状維持
	女性	7.0%	
糖尿病網膜症による新規身体障害者手帳1級交付者数	21人	現状維持	
糖尿病性腎症による新規人工透析導入者数	436人	現状維持	

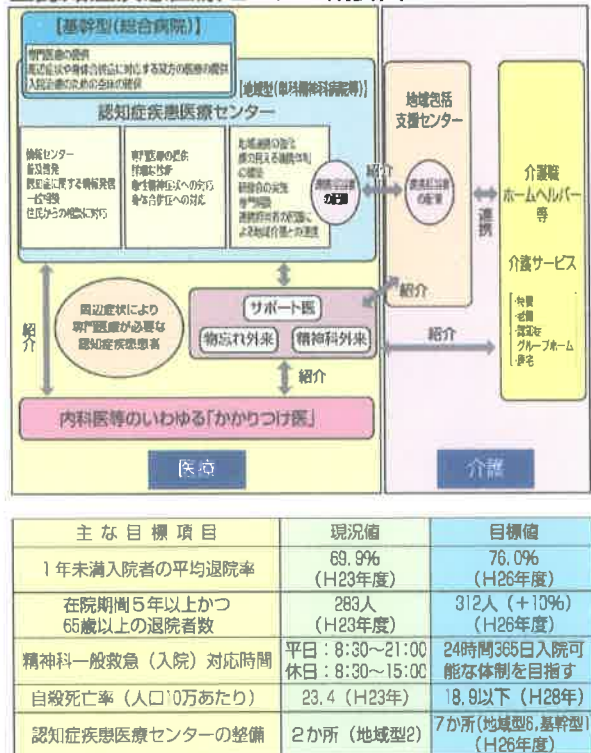
オ 精神疾患

- 精神疾患の予防・アクセスの充実を図ります。
- 治療・回復・社会復帰のための保健・医療・福祉の連携体制の整備を図ります。
- 精神救急医療体制の整備を図ります。
- 身体疾患を合併した精神疾患患者症に対応した医療体制の整備・拡充、連携強化を図ります。
- 専門医療（児童・思春期精神疾患、アルコール、薬物依存症、てんかん等）、うつ病、認知症の医療体制の整備を図ります。

■精神疾患の医療連携体制図



■認知症疾患医療センター概要図

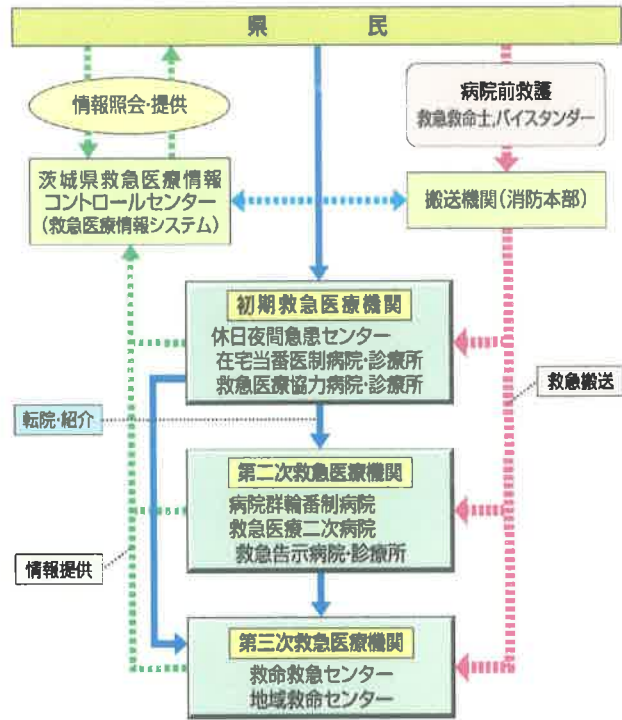


主な目標項目	現況値	目標値
1年未満入院者の平均退院率	69.9%	76.0%
在院期間5年以上かつ65歳以上の退院者数	283人	312人 (+10%)
精神科一般救急(入院)対応時間	平日: 8:30~21:00 休日: 8:30~15:00	24時間365日入院可能な体制を目指す
自殺死亡率(人口10万あたり)	23.4 (H23年)	18.9以下 (H28年)
認知症疾患医療センターの整備	2か所(地域型2)	7か所(地域型6,基幹型1) (H26年度)

カ 救急医療

- 救急医の確保や診療科偏在の解消を図ります。
- 救急医療体制（初期、第二次、第三次）の整備を図ります。
- 在宅医療や精神科医療との連携を図ります。
- 迅速・適切な救急搬送体制（病院前救護、メディカルコントロール体制）の整備を図ります。
- 「茨城県救急医療情報システム」の利用促進や利便性の向上を図ります。
- 救急医療の適正利用を県民に普及啓発します。

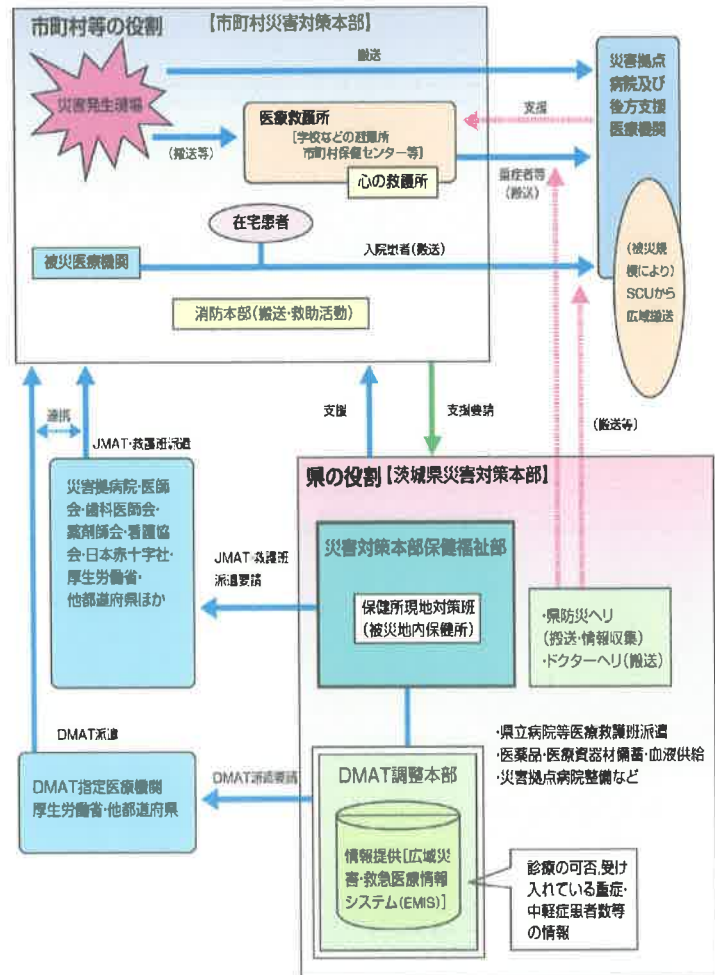
主な目標項目	現況値	目標値
救急要請（覚知）から救急医療機関への搬送までに要した時間	茨城県平均 H22：38.9分	全国平均以下 H22：37.4分



キ 災害時における医療

- 全保健医療圏で災害拠点病院の指定、救急告示病院等のEMISへの登録、DMAT養成及びDMAT指定医療機関の確保など、災害に強い体制づくりを推進します。
- 東日本大震災の教訓を踏まえ、被災状況の把握などの情報の収集・共有、医療機関の耐震化や災害時における備蓄体制などの強化を図ります。
- 東日本大震災を踏まえた訓練の実施や、広範囲の大規模災害での広域搬送拠点臨時医療施設（SCU）の設置を促進します。
- 県内病院を対象にEMIS（広域災害救急医療情報システム）への登録を進めます。
- 被災者への中長期の医療支援のため、医療関係団体等との連携・協力体制の強化を図ります。

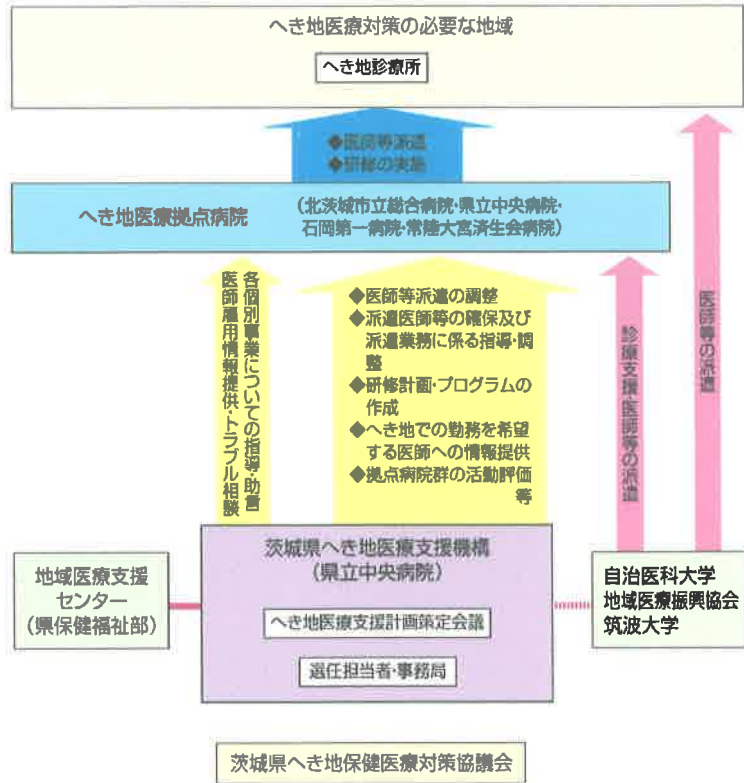
主な目標項目	現況値	目標値
傷病者が多数発生した場合を想定した災害実働訓練（地域の二次救急病院とともに）を実施している災害拠点病院の数	11病院のうち9病院で実施	全ての災害拠点病院で実施
広域災害救急医療情報システムの導入病院数	94病院	全ての県内病院



ク ヘキ地の医療

- 医師等の医療従事者の確保を図ります。
- ヘキ地医療支援機構・ヘキ地医療拠点病院による総合的な診療支援を実施します。
- ヘキ地診療所への医師派遣、無医地区への巡回診療を実施します。
- ヘキ地における患者輸送体制の確保を図ります。

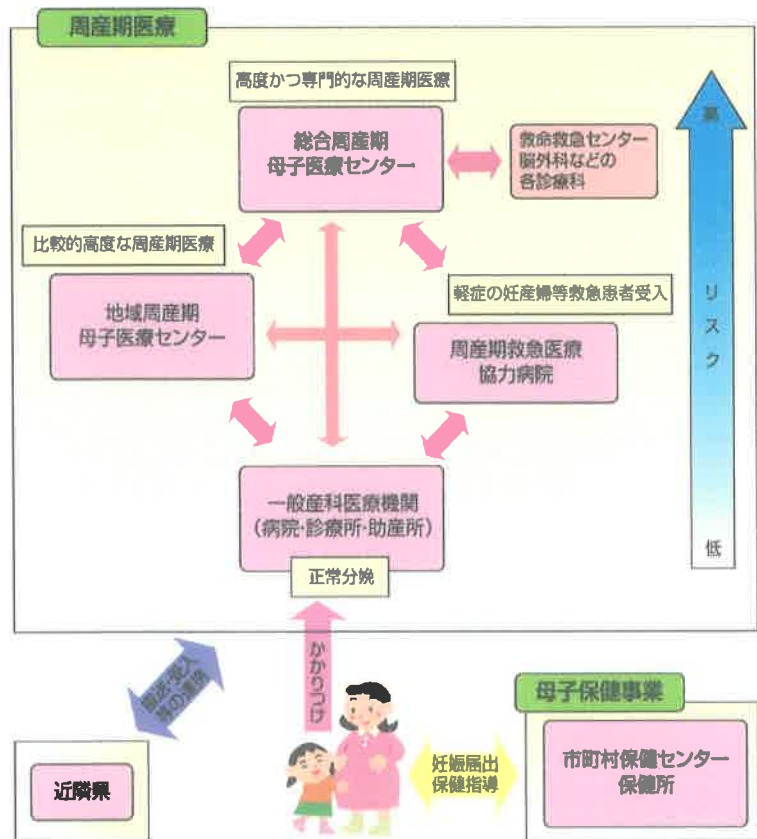
主な目標項目	現況値	目標値
ヘキ地診療所数	3施設	3施設



ケ 周産期医療

- 産婦人科医、小児科医、新生児科医の養成・確保を図るとともに、女性医師の継続的な就業を支援します。
- 正常分娩、比較的高度な医療を必要とする症例、妊産婦や新生児に対する高度症例などに応じ、機能分担と緊密な連携体制の充実を図ります。
- 県境地域における近隣県との広域搬送・相互支援体制の充実を図ります。
- 県北地域の周産期医療体制の充実を図ります。
- MFICU（母体・胎児集中治療室）、NICU（新生児集中治療室）、GCU（新生児治療回復室）など重症患者のための病床整備に取り組みます。

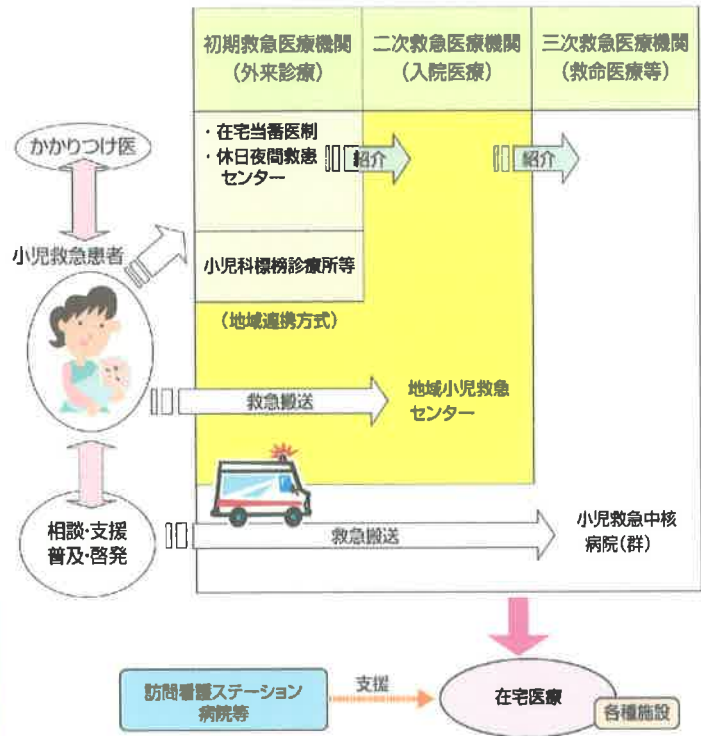
主な目標項目	現況値	目標値
院内助産システムの設置数	1箇所	3箇所
重・中等症病床数を必要数整備しているブロック数	0ブロック	3ブロック



コ 小児医療

- 小児科医の養成・確保を図るとともに、女性医師の継続的な就業を支援します。
- 地域の実情に応じた初期・二次・三次の小児救急医療体制を整備します。
- 「茨城子ども救急電話相談」の充実や小児救急医療の周知・啓発を図ります。
- 小児在宅医療への対応検討や、小児がん、児童虐待、障害児、難病などにおける関係機関との連携強化を図ります。
- 筑波大学の「小児集中治療センター」を中心とした全県的な24時間365日受け入れ可能な体制の充実に努めます。

主な目標項目	現況値	目標値
24時間365日体制で入院を要する小児救急医療が確保されている小児救急医療圏数	7圏域/ 12小児救急医療圏	12圏域/ 12小児救急医療圏
診療報酬上の基準において、ICUの小児加算又はPICU（小児集中治療室）加算を取得している病院数	2病院	4病院

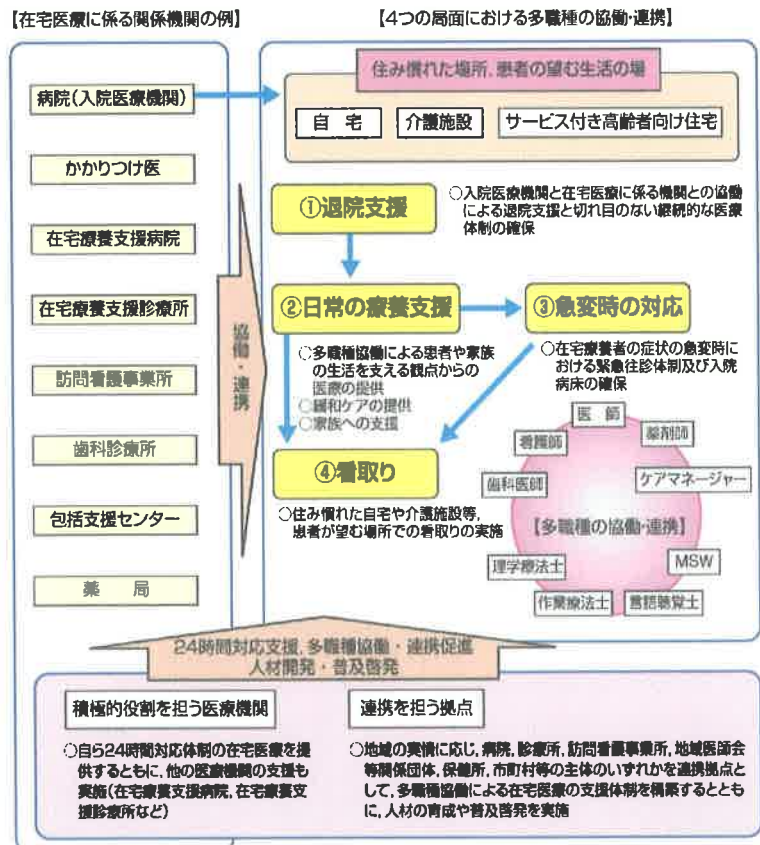


サ 在宅医療

- 在宅医療の4つの局面（退院支援、日常の療養生活支援、急変時の対応、看取り）に対応した切れ目のない体制づくりを図ります。
- かかりつけ医の在宅医療への参加や、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション等の整備の促進を図ります。
- 患者・家族のQOLの向上を図るため、緩和ケアや歯科口腔ケア、家族のレスパイトケアなど、医療・福祉・保健の多岐にわたるサービスの充実と連携を図ります。
- 在宅医療を担う人材の育成や、在宅医療への理解を深めるための広報・啓発を図ります。

主な目標項目	現況値	目標値
在宅療養支援診療所数（人口10万あたり）	5.8箇所	10.2箇所
在宅療養支援歯科診療所数（人口10万あたり）	1.1箇所	3.2箇所
訪問看護ステーションの看護師数（人口10万あたり）	14.5人	22.7人
訪問薬剤指導を実施する薬局数（人口10万あたり）	31.1箇所	32.4箇所
在宅死亡者数（人口10万あたり）	137.7人	150.6人

■在宅医療の提供体制（イメージ）



(3) 保健医療従事者の確保

ア 医師

- 医師の絶対数の確保と地域偏在の解消を図るため、高校生、医学生、研修医、医師のそれぞれの段階に応じた総合的な医師確保対策の一層の充実を図ります。特に、地域医療医師修学資金制度（地域枠）の定員拡大などに努めるとともに、新たに設置した地域医療支援センターによるキャリア形成支援などを通じて、県内への定着の促進と、医師不足地域の医療機関へのバランスの良い配置を行います。
- 震災の影響による本県の医療環境のイメージダウンを払拭するため、地域医療の魅力向上を図り、全国へ発信するとともに、女性医師が働き続けられるよう、就業環境の改善に取り組みます。
- 総合的な診療能力を有する医師など各診療科の医師の確保に取り組みます。
- 医師の養成・確保のための規制緩和等に係る要望活動を行っていきます。

主な目標項目	現況値	目標値
県内医師数	4,954人 (H22.12)	5,700人
初期臨床研修医の県内臨床研修病院へのマッチング者数	557人 (H20-24累計)	新たに670人
本県高校出身の医学部進学者数	689人 (H20-24累計)	新たに880人

イ 看護師

- 教育環境の充実などにより、看護職員の養成確保を図るとともに、働き続けられる魅力ある職場環境づくりを支援し、看護職員の定着促進に努めます。また、きめ細かい再就業支援を通して、潜在看護職員の再就業を促進します。
- 高度医療・安全な医療を提供できる確かな看護技術の習得や、専門看護師・認定看護師の育成を推進するとともに、病院・老人保健施設・社会福祉施設、在宅ケアなど、幅広い分野で看護を実践できる看護師の育成を図ります。

目標項目	現況値	目標値
看護職員数	27,156人 (H22年末)	30,044人

(4) 医療安全対策

- 医療法に基づく立入検査等を通じて医療安全管理体制の整備を図るとともに、医療安全研修会の開催により安全対策や院内感染症対策、意識啓発を働きかけます。
- 医薬品等の安全確保を推進します。
- 献血者の確保や血液製剤の使用適正化など、献血対策を推進します。
- 医療に関する苦情・相談への対応や患者・家族への医療に関する情報提供などを行う「医療安全相談センター」の充実を図ります。

主な目標項目	現況値	目標値	
若年層における献血率 (献血者数/人口)	10代	6.9% (H23年度)	7.2%
	20代	5.4% (H23年度)	5.7%

(5) 医療情報の提供等

- 県民・患者が必要としている医療に関する情報の把握に努め、インターネット等を利用して適切な情報提供を行うとともに、病院、診療所、助産所及び薬局に対しても県民・患者への積極的な情報提供を促します。
- 県民が「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、病気に罹った場合には、病状を正しく理解し、治療に積極的に参加していくことが求められていることから、関係団体の協力による教育プログラムの開発や教育者及びリーダーの育成、がん教育、救急医療の適正利用に関する普及啓発等の医療教育を推進し、医療の効率化とレベルの向上を図ります。

主な目標項目	現況値	目標値
いばらき医療機能情報ネットへのアクセス数	4,066件/月	6,000件/月

主な目標項目	現況値	目標値
救急搬送人員のうち入院加療を要しない軽傷者等の割合	50.7% (H22年)	現状より減少

2 誰もが安心して暮らせる保健サービスの充実

(1) 予防医学の知識の普及と健康づくりの推進

「第2次健康いばらき21プラン」及び「茨城県食育推進計画（第2次）」を推進し、健康の増進を形成する基本要素となる、栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙などの生活習慣改善と健康管理の重要性に関する啓発を積極的に展開し、県民の健康づくりの取組を促進します。

(2) 母子保健の推進

国の国民運動計画「健やか親子21」に基づく市町村母子保健事業の支援や母子保健医療対策及び不妊治療への支援、虐待防止、疾病・障害の早期発見・早期支援等を体系的に実施することにより、妊娠・出産・育児の一連の過程における母子保健医療体制や、経済的負担の軽減を推進します。

(3) 学校保健の推進

保健教育・保健管理の充実を図り、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。

(4) 歯科口腔保健の推進

8020・6424運動の推進等により歯科疾患の予防や口腔機能の維持向上を啓発するとともに、医科と歯科の連携を推進します。

(5) 高齢者保健福祉対策の推進

介護予防、介護サービス基盤づくり、サービスの質の確保等を推進するとともに、保健・医療・福祉の各種サービスが包括的かつ継続的に提供される「地域包括ケア体制」を推進します。

また、認知症高齢者への支援の充実を図ります。

(6) 精神保健対策の推進

こころの健康づくりの推進、自殺対策の推進、ひきこもり対策の推進を図ります。

(7) 障害者支援の推進

高次脳機能障害をもつ人の支援、発達障害者への支援、虐待防止を推進します。

(8) 難病等対策の推進

難病等対策、アレルギー性疾患対策等、原爆被爆者対策を推進します。

(9) 市販薬の適正使用の推進

県民の健康に対する関心が高まっていることから、一般用医薬品（市販薬）の役割と、その適正使用について、県民に広く啓発するとともに、「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こと」（セルフメディケーション）について理解を求めていきます。

主な目標項目			現況値	目標値
第1節 予防医学の知識の普及と健康づくりの推進	1 健康づくりの推進	メタボリックシンドローム予備群の割合（40～74歳）	男性 18.9%（H23） （市町村国保）	現況の10%減
			女性 5.6%（H23） （市町村国保）	現況の10%減
		メタボリックシンドローム該当者の割合（40～74歳）	男性 28.7%（H23） （市町村国保）	現況の10%減
			女性 9.5%（H23） （市町村国保）	現況の10%減
	2 健康を支え、守るための環境の整備	健康増進計画及び食育推進計画を策定している市町村の割合	47.7% （H23）	100.0%
		シルバーリハビリ体操指導士の養成数	4,709人 （H23）	10,000人
第2節 母子保健の推進	1 市町村母子保健事業の支援	紅潮満1週以下の紅潮届出率	92.2%	94.2%
		養育支援訪問事業実施率	37市町村 84.1%	44市町村 100.0%
	2 母子保健医療対策及び不妊治療への支援	健労妊婦の「母性健康管理指導事項連絡カード」の認識率	45.8%	80%
第3節 学校保健の推進		学校保健委員会の開催割合 1回以上開催した公立学校	93.2% （H23年度）	100.0%
第4節 歯科口腔保健の推進		12歳児の一人平均むし歯数	1.5本	1.0本
		64歳で24本以上、自分の歯のある人の割合	55.7%	70%
		90歳で20本以上、自分の歯を持つ人の割合	38.4%	45%
第5節 高齢者保健福祉対策の推進	1 介護保険の推進	シルバーリハビリ体操指導士の養成数	4,709人 （H23）	10,000人
		地域包括支援センター数	56か所 （H23年度）	87か所 （H26年度）
	2 認知症高齢者への支援	認知症サポート医養成人数	18人 （H16～24累計）	25人 （H26年度）
		認知症サポーター養成人数	89,750人 （H16～24累計）	93,000人 （H26年度）
		認知症介護アドバイザー数	665人 （H16～24累計）	870人 （H26年度）
第6節 精神保健対策の推進	2 自殺対策の推進	自殺死亡率（人口10万あたり）の減少（※再掲）	22.4 （H23年）	18.0以下 （H28年）

3 健康で安全な生活を支える取組の推進

(1) 健康危機管理の推進

化学物質や感染症などから県民の生命、健康を守るため、健康危機管理マニュアルの充実や健康危機管理対策訓練等の実施により、健康危機管理体制の強化を図ります。また、緊急被ばく医療体制の整備を図ります。

(2) 感染症対策の推進

新型インフルエンザ・結核等の感染症発生情報の収集と提供、防疫措置の実施、院内感染対策の充実などにより、危機管理体制の充実強化を図ります。また、エイズ・性感染症（STD）対策、肝炎対策、予防接種対策を推進します。

主な目標項目	現況値	目標値
麻しんの予防接種率	第1期：94.7% 第2期：94.1% (H23年度)	95%以上 (国の目標)

(3) 食の安全と安心の確保対策の推進

農作物等の生産から消費に至るまでの各段階における総合的な食品の安全性を確保するため、「茨城県食の安全・安心確保基本方針」及び「茨城県食の安全・安心確保アクションプラン」等に基づき、食の安全と安心確保の総合的対策に取り組みます。

主な目標項目	現況値	目標値
食品営業施設等への立入検査目標回数に対する実施率	103.1%	100%(単年度)

(4) 生活衛生対策の推進

生活衛生関係営業施設(興行場営業、旅館業、理容業、美容業、クリーニング業など)に対する計画的な監視指導、狂犬病等の動物由来感染症対策や「茨城県動物愛護推進計画」に基づく動物の適正飼養管理対策を推進します。

(5) 飲料水の安全確保対策の推進

水道水の安定供給や飲用井戸の衛生確保等の飲料水の安全確保対策を推進します。

主な目標項目	現況値	目標値
水道普及率	93.0%	98.3%

(6) 薬物乱用防止対策の推進

「茨城県薬物乱用防止五か年戦略」に基づく薬物乱用防止対策を推進します。

4 計画の推進体制と評価

○ 県の役割

- ・分野毎の専門委員会や協議会等を活用し、施策の実施状況等について必要な協議を実施します。
- ・二次保健医療圏ごとに保健・医療・福祉関係者、行政関係者、住民代表等で組織している「保健医療福祉協議会」において広く意見聴取し、関係者の協力を得て計画を推進します。
- ・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、医療提供体制の確保等に関する重要事項については、「茨城県医療審議会」に諮りながら本計画を推進します。

○ 市町村及び医療関係団体等の役割

- ・市町村は、県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、本計画の推進に協力します。
- ・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。

○ 県民の役割

- ・「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。さらに、病気に罹った場合には、病状を正しく理解し、治療への積極的な参加が求められます。
- ・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、地域の医療の体制づくりに参加していくことが期待されます。

二次医療圏別「地域医療構想調整会議」における意見概要

各医療圏に設置した地域医療構想調整会議において、地域医療構想（素案）等について検討いただき、多くのご意見をいただいている。主な意見は以下のとおり。

圏域名	主な意見
水戸	<ul style="list-style-type: none"> ・地域医療構想は医療圏域だけで解決できないし、解決するものではない。 ・病床をどのようにするのか、構想区域編の必要病床数と病床機能報告の結果と比較、医療需要について議論すべきである。 ・急性期から回復期へなど病院自らが機能の選択を考えていかなければならない。 ・医療機能は4つでなく在宅を含め5つではないか。病院内外、地域の縦、横の連携が大切になる。地域包括ケアシステムと茨城型地域包括ケアシステムはどう連携していくのか。 ・医療依存度の高い在宅患者が増加している。また、高齢者のみではなく小児の慢性期も増加している。 ・訪問看護ステーションの数は増加（現在140）しているが、小規模の事業所が多く、機能強化型が少ない。 ・在宅復帰への努力はしているが、老人保健施設は「みとり」の場ともなっており現実との差に矛盾を感じる。 ・人材を養成するだけでなく、どのようにして地域にとどめておくかも考える必要がある。 ・2025年の目標、第7次医療計画に向け議論を継続し、中長期的に考えて、マンパワー、診療科の偏在など将来に向けて改善策を見据えた協議をしていきたい。 ・支払い側として、医療提供を考える体制、保険者機能を強化し、質の高い医療を確保し、患者負担を軽減させ、バランスのとれた体制を作してほしい。
日立	<ul style="list-style-type: none"> ・住民の納得が前提。住民は構想を知らないのではないか。 ・機能別病床数の調整(削減)は、病院の自主性では進まない。指針の提示を。 ・<u>地域医療の根幹となる大事な構想には、もっと時間をかけて丁寧に議論を重ねるべき。</u> ・机上の理屈（必要病床数）と現場は違う。国の言いなりではなく、住民や病院の側に立って考えるべき。 ・構想が出来れば医療機関等地域に大きな影響が出て、結局患者が振り回されることになる。何故病床数を急に变えるのか、努力していることを認めないのか。 ・構想（素案）に掲げる必要病床数が、実現できるとは到底思えない。必要病床数を掲げるのは、医療費削減のためではないのか。必要病床数を掲げれば、国は「あなたたちが決めた数値」と言うに決まっている。構想（素案）には、必要病床数を入れなくてもよいのではないか。 ・慢性期病床数の削減分は在宅医療でということだろうが、受人態勢が不十分で実現性は大きい疑問。結局、この地域の医療を誰が責任をもって行うかが大事。

	<ul style="list-style-type: none"> ・そもそも、必要病床数算出の前提となるデータが正しいのか疑問。2013年のデータを用いた推計では、東日本大震災で甚大な被害を受けた当地域の実情が反映されていない。
常陸太田・ひたちなか	<ul style="list-style-type: none"> ・常陸太田・ひたちなか医療圏では、現状でも将来的にも地域包括ケア（すべての医療機能を自己圏域で賄う）というのは無理がある。<u>水戸医療圏など近隣医療圏を含めて考えていくべきである。</u> ・医療圏域の見直しを実施すべきである。人口の増加しているひたちなか市や東海村と、過疎で医師不足の常陸太田市や常陸大宮市、大子町を一緒に考えていくには違和感がある。 ・「多くの要素が複合的にあるため、必要な医療体制を今決めるのは難しい」、「<u>たった2回で構想が作成できるのか</u>」、「<u>基本的に話し合いが足りない</u>」という意見や、「ワーキンググループを開催し現場サイドでもっと話し合うべき」という意見もある。 ・高度急性期は水戸医療圏に任せるとして、当圏域の大きい病院、総合病院関係は、急性期が中心の医療になる。回復期、在宅医療を二次医療圏域でどうしていくか検討が必要である。 ・ある程度の医師の受け皿をつくらなければ、医療機関での医療ばかりか在宅医療もできない。
鹿行	<ul style="list-style-type: none"> ・2013年の病床機能報告制度のデータは無回答が多いことや各機能の認識の違いなど、問題があったにもかかわらず、本構想策定における必要病床数の推計値と比較すること自体問題である。 ・2025年の必要病床数は2013年のデータに基づいた推計値であり、これらの推計値ありきで議論が進められ、本来の目的である医療機関同士の自主的な協議には至っていない。 ・専門性の高い医療や高次医療機能などは、本来二次医療圏を越えた広域での議論が必要である。しかし、全体の構想が示されない状況下で狭い圏域（構想区域<二次医療圏>）での議論に留まっているため、広域の議論ができていない。 ・医療構想策定にあたり、構想区域を二次医療圏として進めているが、二次医療圏が設定されてから人口動態・交通事情も変化しており、住民の受療動向・生活圏の実態と適合していない。 ・地域医療構想は抽象的な作文にとどまらず、<u>具体的な検討（病院同士の機能分担・病床機能の分化）に踏み込まなければ意味がない。</u>
土浦	<ul style="list-style-type: none"> ・高度急性期については二次医療圏を越えて協議する必要がある。 ・認知症の患者が今後増えてくるので、認知症の人へのサポートが重要になる。 ・地域医療構想についても、一番大切なのは人員の確保だと考える。潜在的な看護師の活用などソフト面での支援を県ではどのように考えているのか。 ・医師についてもどのように考えているのか、各地域への将来の配分・きめ細かな事業をどの程度考えているのか。 ・土浦地域と石岡地域は事情（医療資源）も違うので、一緒に考えるのはどうかと思う。

	<ul style="list-style-type: none"> ・慢性期の病床を減らすということは、やはり慢性期の長期入院を減らして在宅化を進めるということか。 ・県内でも地域により在宅医療ができてないところもある、その辺も考慮しなければならない。 ・精神科においても入院から地域へと言っているが中間的なものがないので、殆ど進んでいない。 ・土浦医療圏でどこに在宅の療養を受け入れてくれる診療所があるか把握することが必要。 ・患者の流川の多さは、水戸医療圏等に比べて診療所が少ないことが影響しているのではないか。その辺も考慮して検討する必要がある。 ・療養病床については、厚労省の在り方検討会の動向をみながら検討しなければならないと考えている。
つくば	<ul style="list-style-type: none"> ・今後の地域医療構想の策定スケジュールで、計画の見直しは何年ごとと考えているか。 ・高度急性期については、医師、施設の集約化をしないと「よい医療」が提供できない。特定機能病院については、単なる二次医療圏や県単位ではなく特定機能病院の特徴を考慮して欲しい。 ・高度急性期が過剰であるというデータが無視するわけにはいかないが、特定機能病院については県単位あるいは関東圏単位といった広い面で考えていかなければならない。 ・病院の医療機能について、国は区分する何らかの視点、ノウハウがあるのだろうが、病床機能報告では自由に報告しなさいというのが今回の結果の乖離につながっている。 ・入院患者のデータを集約して欲しい。範囲についてはDPC病院でないのとれないと思う。
取手・竜ヶ崎	<ul style="list-style-type: none"> ・スケジュールがこんなに早く進行しているとは思わなかった。これは確定したものか。 2025年まで9年かけて協議すれば良いと考えていた。 ・この医療圏の中でこれから307の高度急性期病院を作っていくとかなり大変なのではないか。高度急性期については広域対応を考えるべきなのでは。 ・高度急性期とは大学病院とか考えられるが、急性期病院の中でもここに入るのが考えられるのではないかと判断して良いのか？ ・2014年のデータで高度急性期は16床、あまりにも現実離れしている。もう一度統計を取り直せば、この地域では100くらいあるのではないか。
筑西・下妻	<ul style="list-style-type: none"> ・10年後に状況が急激に好転しているとは考えにくい。医療圏内での改善努力は必要であるが、高度急性期、急性期への対応は、近隣医療圏（県内外）との連携を含めた現在の協力関係の維持協力関係が必要であり、それを含めた計画、構想にならざるを得ないと考えられる。 ・平成30年10月開院予定の新中核病院とさくらがわ地域医療センター（桜川市立病院仮称）が機能すれば、高度急性期や急性期の近隣医療圏への流出は改善されると思われるが、

	<p>圏域内完結には遠く及ばないと考えられる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・現在の医療提供体制や医療従事者不足を、今後の医療需要の変更に对应して改善，工夫して効率的で有効な方策を実施していく必要がある。特に病床数の見直しには，それに必要な人材確保，在宅医療供給体制の充実が必要である。 ・在宅医療は非効率的で，ホーム等のデイサービスやショートステイ拡充が有効と考える ・機能別病床数の推計や在宅医療の推計に基き，目標に向かっての努力は必要であるが，現実問題として，その増減や供給に伴う，人的資源（医師・看護師・介護士等）は一朝一夕に改善できるとは思わない， ・回復期病床の機能を一般病床で行っているのが現状。いずれ一般病床から回復病床へ移転させることになるかと考える。回復期病床が増加することは自然なことである。 ・介護職については，今の労働環境を改善していかなければ，その確保は難しいと考える。 ・医療従事者不足については，人材育成はもちろん，退職有資格者等，既にいる人材の掘り起こしなどの活用も考えられる。 ・人口構成が将来更に高齢者社会に変移するので，労働人口が極端に減少し，医療・介護関係は他産業と従業員の争奪となる。従業員が確保されなければ，施設は稼働しない。既に東京都内の介護施設はそのために閉鎖が相次いでいると聞いている。 ・病棟や病床の機能を地域の実情に合わせ効率的に柔軟に対応できる機能分化・連携体制が可能かについて検討することや，病床機能と在宅医療等の関係について，この圏域における受け皿となる在宅医療等の実現性について関係者との協議検討を進めていただきたいと思う。 ・平成 30 年に開院予定の新中核病院，桜川市立病院の実情により，患者動向や医療提供体制の変化が予想されるため，計画構想の見直しは必要である。 ・高齢者の受入れは，様々な施設，職種が協力して地域で包括的に行うべきである。
古河・坂東	<ul style="list-style-type: none"> ・2015 年急性期の必要病床数が，1204→643 と著しく減少になっているが，この地区の医療体制が維持されるか懸念されるところである。 ・老人保健施設では，疾病のある患者を受入れるのが困難である。圏域内は，急性期病床は過剰だが，療養病床は不足しているので介護施設への申込みが増加している。老健の本来の目的である在宅復帰は，在宅支援の慢性的不足や家族の不安による受入れ拒否のため，非常に低率である。そのため，回復期病床増加とともに療養病床（慢性期病床）の増加が必要である。また，早急に在宅医療支援病院への補助等も含め，在宅支援の医療体制の構築が必要である。 ・病院の重点診療科とそうでない科で医師数でなく診療時間対応に不安があり，地域の医療機関の充実も大きな課題である。 ・在宅医療の需要が増えれば救急車の出動も増えるので，救急搬送体制の充実も必要である。

1 地域医療構想について

(1) 地域医療構想の概要

- 我が国は現在、総人口が長期の人口減少の局面に突入しているなかで、世界に類を見ないスピードで少子高齢化が進んでおり、2015年9月の総人口1億2,688万人のうち、65歳以上の高齢者人口は過去最高の3,379万人（高齢化率26.6%）に達したところ。今後、総人口は減少しながらも高齢化率は上昇を続け、2060年には総人口が9,000万人を割り込むとともに、高齢化率は40%近い水準に達する見通し。
- 今後の医療介護需要の増大と疾病構造の変化に対応するため、限られた医療資源を効率的かつ効果的に活用することや、医療と介護の連携の必要性が高まっている。

地域医療構想とは	地域医療構想の内容
<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域医療構想は、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2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるもの。 ○ 将来の医療需要の推計にあたっては、国がレセプト情報・特定健診等情報データベース等のデータに基づき開発した「地域医療構想策定支援ツール」を活用した。 	<p>① 2025年の医療需要と病床の必要量</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高度急性期、急性期、回復期、慢性期の各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 <p>② 目指すべき医療提供体制を実現するための施策</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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

(2) 2025年の医療需要及び必要病床数の推計方法

《医療需要の算定》

- 医療需要は法令で定められた算定方法に従って算出する。

$$\text{医療需要 (人/日)} = \text{2013年度の性・年齢別の入院受療率} \times \text{2025年性・年齢別の推計人口}$$

《必要病床数の算定》

- 必要病床数は、医療需要を医療機能ごとに全国一律の病床稼働率*で割り戻して算出する。

*病床稼働率（高度急性期0.75 急性期0.78 回復期0.9 慢性期0.92）

(3) 病床機能報告制度について

- 平成26（2014）年度から開始された病床機能報告制度では、一般病床又は療養病床を有する病院又は診療所が、その有する一般病床・療養病床において担っている医療機能の現状と今後の方向性について、病棟単位で「高度急性期機能」、「急性期機能」、「回復期機能」、「慢性期機能」の4区分から1つを選択し、その他の具体的な報告事項と合わせて都道府県知事に報告している。
- 今後、地域医療構想調整会議では、病床機能報告制度において各医療機関から報告された内容と、地域医療構想で推計された必要病床数とを比較し、地域医療構想の実現に向けた協議を行う。病床機能報告制度によって、医療機関は、他の医療機関の医療機能の提供状況等の情報を共有することができ、地域における自院の相対的な位置づけを客観的に把握し、病床の機能分化・連携の自主的な取り組みを進めることが可能となる。
- ただし、地域医療構想の必要病床数と病床機能報告制度による病床数を比較・分析する際には、双方の病床機能の捉え方が異なることや、地域医療構想における必要病床数が政策的な在宅医療等への移行を前提とした推計となっていることに留意する必要がある。

病床機能報告制度における4つの医療機能の定義

高度急性期	・急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能。
急性期	・急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能。
回復期	・急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ・特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）
慢性期	・長年にわたり療養が必要な患者を入院させる機能。 ・長年にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能。

想（素案）の概要

(平成28年8月8日時点)

資料 2-1

2 本県における地域医療構想

(1) 本県における地域医療構想区域の設定

- 地域医療構想における構想区域は、地域における病床機能の分化及び連携を推進するための基準として定められた区域である。地域特性を踏まえたバランスのとれた医療提供体制を構築するためには、医療のみならず地域包括ケア体制の構築等も同時に進める必要があり、老人福祉圏域、医療介護総合確保区域等と整合性を図る必要がある。そのため、**本県における構想区域は二次保健医療圏と同じ区域とした。**

名称	市町村数	構成市町村	人口(人) ※2014.10.1
水戸	6	水戸市、笠岡市、小栗玉市、表碓町、大洗町、誠聖町	468,131
日立	3	日立市、高萩市、北茨城市	259,248
常陸太田・ひたちなか	6	常陸太田市、ひたちなか市、常陸大宮市、那珂市、東郷村、大子町	360,723
鹿行	5	鹿嶋市、潮来市、神栖市、行方市、鉾田市	274,643
土浦	3	土浦市、石岡市、かすみがうら市	259,121
つくば	3	つくば市、常総市、つくばみらい市	337,635
取手・鴨ヶ崎	9	龍ヶ崎市、取手市、牛久市、守谷市、稲敷市、美浦村、阿見町、河内町、利根町	465,789
筑西・下妻	5	筑西市、筑西市、下妻市、桜川市、八千代町	264,215
古河・坂東	4	坂東市、古河市、五霞町、旗町	228,352
	44		2,917,857



※ 今後、患者の受療動向や医療機関の整備などの医療環境の変化や、人口構造、交通アクセスなどの社会環境などに変化が生じた場合には、二次保健医療圏の設定とあわせて見直しをすることも検討する。

(2) 本県における人口動向

- 社会保障・人口問題研究所の人口推計によると、本県の総人口は、2025年時点において2,764,115人、平成2040年時点で2,422,744人まで減少することが見込まれている。
- 本県の65歳以上の高齢化率は、平成37(2025)年時点で31.2%、平成52(2040)年時点では36.4%まで増加することが見込まれている。



出典：「日本の地域別総人口推計(平成25(2013)年3月推計)」国立社会保障・人口問題研究所より作成

(3) 本県における医療需要の動向

- 地域医療構想策定支援ツール2013年、2025年、2030年、2035年、2040年における入院医療及び在宅医療等の医療需要(医療機関所在地ベース※)を推計した。
- ※ 地域医療構想策定支援ツールによる推計される医療需要の種類
 - ・患者住所地ベース：2013年度の患者住所地における医療需要をベースに2025年度の推計人口で算出した医療需要
 - ・医療機関所在地ベース：2013年度の医療施設における医療供給をベースに2025年度の推計人口で算出した医療需要
- 医療機能別に入院医療及び在宅医療等の医療需要の将来推計について、2013年を基準としてみた場合、在宅医療等は2025年には41.8ポイント、2035年には67.0ポイントの増加が見込まれる。また、急性期については、2025年には19.0ポイントの増加、回復期については、2025年には23.9ポイントの増加が見込まれる。

本県の医療需要の将来推計

単位：人/日	2013年	2025年	2030年	2035年	2040年
医療需要	38,097	49,807	55,010	56,741	55,557
高度急性期	1,495	1,634	1,652	1,637	1,600
急性期	4,880	5,807	6,090	6,134	6,009
回復期	5,168	6,405	6,811	6,902	6,759
慢性期	4,446	4,614	5,036	5,157	5,054
小計(入院医療)	15,989	18,460	19,589	19,829	19,421
在宅医療等	22,108	31,347	35,421	36,911	36,135

2013年を基準にした場合の各年の医療需要の割合

	2013年	2025年	2030年	2035年	2040年
医療需要	100.0%	130.7%	144.4%	148.9%	145.8%
高度急性期	100.0%	109.3%	110.5%	109.5%	107.0%
急性期	100.0%	119.0%	124.8%	125.7%	123.1%
回復期	100.0%	123.9%	131.8%	133.5%	130.8%
慢性期	100.0%	103.8%	113.3%	116.0%	113.7%
小計(入院医療)	100.0%	115.5%	122.5%	124.0%	121.5%
在宅医療等	100.0%	141.8%	160.2%	167.0%	163.4%

(4) 2025年における医療機能別の医療需要及び必要病床数

- 現状、県内の各構想区域において、他の構想区域との患者の流入等を見込んだ医療機能が既に整備されている。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りことから、現状における各医療機関の既存の物的・人的な医療資源を最大限に有効活用する。
- したがって、構想区域ごとの医療需要の推計について、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考え、「医療機関所在地ベース」を基本として医療需要を推計した。
- 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ない。

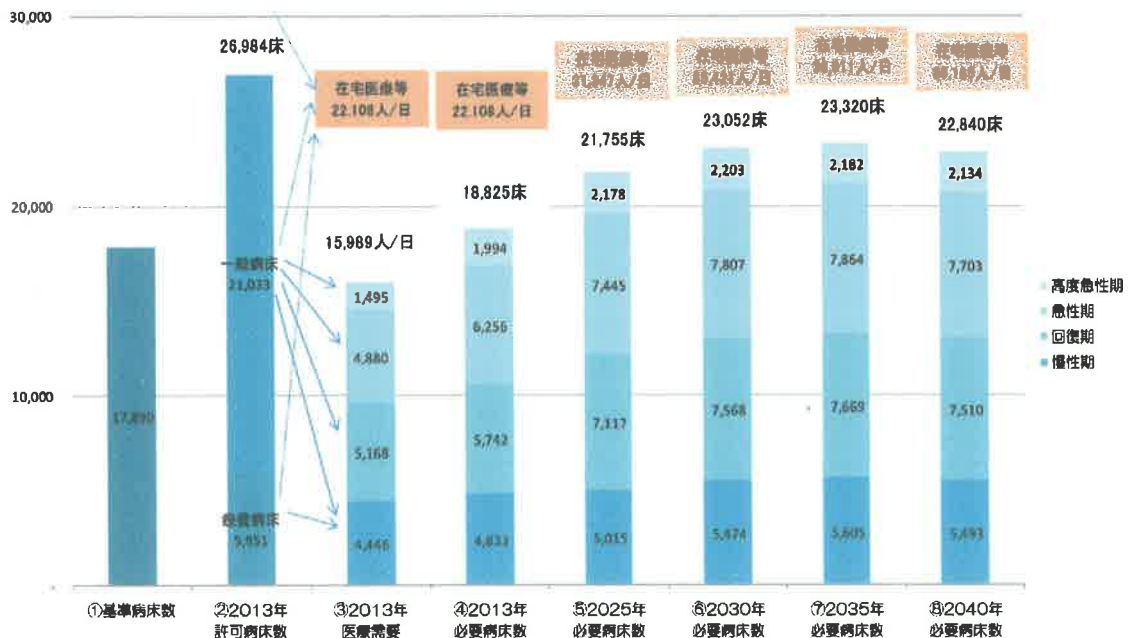
本県における2025年における必要病床数

	2025年における医療供給（医療提供体制）		【参考】	
	医療需要（人/日）	必要病床数（床）	許可病床数（床） （2013年10月）	基準病床数（床） （2013年4月）
全県	高度急性期	1,634	21,033 （一般病床）	17,890
	急性期	5,807		
	回復期	6,405		
	慢性期	4,614		
	合計	18,460	26,984 （療養病床）	

《医療需要及び必要病床数について》

- 高齢化の進展が2025年以降も続くことから、医療需要のピークが平成47（2035）年になることに留意するとともに、患者の受療動向の変化や隣接県における医療提供体制の整備状況等を勘案し、次期保健医療計画の策定の際にも、医療需要及び必要病床数の見直しの必要性について検討する。

【参考】必要病床数の推移と許可病床数との関係



- 2025年必要病床数は、現在の許可病床数で対応している医療需要を基に算出しており、今後の人口推移や比較的軽微な症状の軽い入院患者等の在宅医療等へ移行等が、現時点の見込みどおりに進んだ場合の推計値。
- 県では、地域の医療機関の協議等により、在宅医療等への移行や、医療機能の役割分担などの医療提供体制の効率化等が進んでいく（すなわち2025年の医療需要への対応体制が整備されていく）ことで、現在の許可病床数が、9年間をかけて徐々に2025年必要病床数へ近づいていくことを想定している。

(5) 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、2035年まで増加し続けるものと推計される。2025年時点の必要病床数と、2014年の病床機能報告で報告された病床数を比較すると、総数では報告された病床数が必要病床数を上回っているが、病床の医療機能別の内訳をみると、報告された病床数より必要病床数が上回っている機能区分もあり、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る。
- 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る。
- また、慢性期の療養については、入院医療の他、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る。加えて、各構想区域の特性や地域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る。

〈施策の方向性〉

(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・設備の整備等を支援。
- ・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再編統合について検討。
- ・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。
- ・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。
- ・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。

(2) 在宅医療等の充実

- ・介護との分担や連携も勘案しながら、在宅療養支援診療所や訪問看護ステーション等の在宅医療の提供基盤の整備を促進。
- ・訪問診療を行う医師やホームヘルパー等の介護従事者など、在宅医療を支える各種専門職の連携体制の構築を推進。
- ・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。

(3) 医療従事者の養成・確保

- ・県内の医師不足、地域偏在の解消に向けた取組を推進。
- ・看護職の計画的な確保を図るため、看護職員の養成、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看護職の資質向上を推進。
- ・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。
- ・県内の医療機関における勤務環境改善の取組等を促進。

(6) 本県の地域医療構想の検討体制

- 地域医療構想の策定にあたっては、茨城県医療審議会において県全体の方向性について検討するとともに、医師会をはじめとする医療関係者、医療保険者その他の関係者で構成され、地域医療構想の策定段階のみならず策定後においても地域医療構想の実現に向けた取組を協議することを目的とする「地域医療構想調整会議」を各構想区域ごとに設置し検討を行った。
今後も地域医療構想の達成を目指し、PDCAの観点から継続的に検討を行う予定である。

3 構想区域ごとの地域医療構想

【水戸】

＜現状と課題＞

- 他構想区域からの流入が多いため、医療提供体制の充実を図る必要がある。
- 回復期リハビリテーションの整備が必要である。
- ＜施策の方向性＞
 - ・他構想区域との連携体制強化。
 - ・疾病連携、病診連携体制及び病院の再編統合等の地域ニーズにあった医療提供体制の構築。
 - ・回復期（ハイリスク分科、新生児医療）小児医療の機能維持及び体制整備。
 - ・在宅医療等の供給増を図るため、病診連携、介護連携との連携強化を積極的に取る。
 - ・施設表裏に向け、協議会等の協議や支援方法など具体的な方策について協議。

医療機関	医師数 (人/日)	必要病床数 (床)	許可病床数 (床) (2013年10月)	標準病床数 (床) (2013年4月)
高松地区	489.0	621	1,008	4,005
高 専 科	207.9	1,608	4,005	
高 専 科	599.2	1,510		
高 専 科	653.6	721		
合 計	3,795.7	4,478	5,590	3,482

【鹿行】

＜現状と課題＞

- 高度急性期および急性期の患者が隣接医療圏に流出している。
- 医師等の不足が顕著であり、救急搬送に時間がかかり、公的病院は休館床を拘え、二次救急医療が十分担えていない。
- ＜施策の方向性＞
 - ・高度急性期の広域連携に係る協議。
 - ・急性期患者を確保し、ファーストタッチできる体制と近隣医療圏との連携体制の構築、公的病院の休館病床の確保、救急搬送にヘリの活用。
 - ・急性期から回復期への病床転換促進。
 - ・在宅医療等の供給増を図り、地域包括ケアシステムの推進。
 - ・県地域枠等の医師の受け入れ体制整備。

医療機関	医師数 (人/日)	必要病床数 (床)	許可病床数 (床) (2013年10月)	標準病床数 (床) (2013年4月)
高松地区	52.6	70	1,427	
高 専 科	297.3	374		
高 専 科	598.3	443		
高 専 科	348.3	379		
合 計	1,296.5	1,265	2,056	1,222

【取手・竜ヶ崎】

＜現状と課題＞

- 当構想区域は、東西及び南北に広く、医療提供体制に差異がある。
- 高齢な高齢化に伴い、医療提供体制や在宅医療等の整備が必要である。
- ＜施策の方向性＞
 - ・構想区域内での連携促進。
 - ・ハイリスク分科の近隣医療圏を求めた広域連携体制の整備。
 - ・急性期病床から回復期病床の転換の促進。
 - ・在宅医療等の供給増を図るための取組の推進。

医療機関	医師数 (人/日)	必要病床数 (床)	許可病床数 (床) (2013年10月)	標準病床数 (床) (2013年4月)
高松地区	220.1	297	1,427	
高 専 科	865.9	1,278		
高 専 科	620.7	677		
高 専 科	3,115.18	3,704	3,683	3,135

【甲府】

＜現状と課題＞

- ハイリスク分科の対応体制、分科、回復期リハビリテーションが不足している。
- 10万人対の医師、歯科医師、薬剤師数は県全体を下回っている。
- ＜施策の方向性＞
 - ・医療機関の連携強化による地域的職任の解消。
 - ・婦人科疾患及び回復期の医療提供体制の整備、充実。
 - ・急性期病床から回復期病床の転換の促進。
 - ・在宅医療等の供給増を図るための取組の推進。
 - ・将来の医療、介護を担う人材の確保。

医療機関	医師数 (人/日)	必要病床数 (床)	許可病床数 (床) (2013年10月)	標準病床数 (床) (2013年4月)
高松地区	129.9	172	1,008	2,134
高 専 科	452.9	919	2,134	
高 専 科	647.4	913		
高 専 科	1,371.9	1,890	2,688	1,657

【土浦】

＜現状と課題＞

- 隣接構想区域からの流入が多い。また、総合病院土浦協同病院の移転により新たな流入が予測される。
- 土浦地域及び石岡地域に所在する医療資源に差異がある。
- ＜施策の方向性＞
 - ・高度急性期病床や急性期病床から回復期病床への転換を促進。
 - ・流出が予測されている又は生じている又は予測される構想区域との連携促進。
 - ・区域内の医療資源の偏りに対する医療提供体制の整備促進。

医療機関	医師数 (人/日)	必要病床数 (床)	許可病床数 (床) (2013年10月)	標準病床数 (床) (2013年4月)
高松地区	179.8	238	1,011	
高 専 科	532.3	647		
高 専 科	577.8	642		
高 専 科	3,561.1	3,965	4,571	2,752
合 計	1,274.9	1,692	2,752	1,574

【筑西・下妻】

＜現状と課題＞

- 高度急性期及び急性期が他県へ流出している。
- 10万人対の医師、歯科医師、薬剤師数は県全体を下回っている。
- ＜施策の方向性＞
 - ・がん、急性心筋梗塞などに対応できる急性期医療の提供体制の充実。
 - ・急性期病床から回復期病床の転換の促進。
 - ・在宅医療等の供給増を図るための取組の推進。
 - ・医療、介護を担う人材の確保。

医療機関	医師数 (人/日)	必要病床数 (床)	許可病床数 (床) (2013年10月)	標準病床数 (床) (2013年4月)
高松地区	40.4	54	1,011	
高 専 科	292.5	336	1,276	
高 専 科	483.3	915		
高 専 科	5,962.2	5,962	1,004	1,908
合 計	1,274.9	1,458	2,286	1,908

【常陸太田・ひたちなか】

＜現状と課題＞

- 圏内全域で医療資源が不足し、隣接構想区域へ多くの患者が流出している。
- 圏内での地域医療が極めて大まかいため、よりきめ細やかに地域医療に即した将来の医療・介護連携体制を考へる必要がある。
- 医療従事者の不足、高齢化も懸念される。
- ＜施策の方向性＞
 - ・人口増加に伴う高度急性期・急性期病床の確保と、他の構想区域との連携の推進。
 - ・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及び、在宅医療支援体制等の充実。
 - ・回復期医療体制の整備。
 - ・医師、看護師などの医療人材及び在宅医療を支える介護人材の確保。

医療機関	医師数 (人/日)	必要病床数 (床)	許可病床数 (床) (2013年10月)	標準病床数 (床) (2013年4月)
高松地区	112.5	150	2,040	
高 専 科	505.1	673		
高 専 科	984.4	788		
高 専 科	500.6	551		
合 計	1,202.7	2,112	2,711	1,838

【つくば】

＜現状と課題＞

- 人口は2025年まで増加。必要病床数も2025年まで増加し許可病床数は不足となる。
- 医療資源は高い水準にあり、他の構想区域からの流入が多い。
- 在宅医療等の必要量は大幅に増加する。
- ＜施策の方向性＞
 - ・高度急性期急性期病床及び不足する病床については、隣接する構想区域との連携を検討。
 - ・在宅医療については、地域の医療・介護の連携体制の構築を促進。

医療機関	医師数 (人/日)	必要病床数 (床)	許可病床数 (床) (2013年10月)	標準病床数 (床) (2013年4月)
高松地区	327.0	438	2,705	
高 専 科	542.8	1,208		
高 専 科	3,035.9	895		
高 専 科	872.9	949		
合 計	2,048.6	3,489	3,688	2,542

【古河・坂東】

＜現状と課題＞

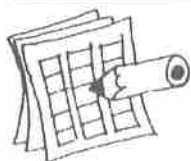
- ハイリスク分科、発症中の急性期医療について、対応体制が不足している。
- 在宅医療支援病院が当該区域には整備されていない。
- ＜施策の方向性＞
 - ・高度急性期に即して、他圏域とともに広域的に対応。
 - ・ハイリスク分科に即する協力体制の構築。
 - ・在宅医療支援病院など、在宅医療を担う診療所等を後方支援する体制を構築。
 - ・医師、看護師などの医療人材の確保。

医療機関	医師数 (人/日)	必要病床数 (床)	許可病床数 (床) (2013年10月)	標準病床数 (床) (2013年4月)
高松地区	90.2	133	1,447	
高 専 科	501.8	643		
高 専 科	377.3	419		
高 専 科	250.3	274		
合 計	1,269.6	1,469	1,693	1,294

公益社団法人茨城県地方自治研究センター役員・研究員体制

理事長	吉成好信(代表理事)	監事	木村重雄
副理事長	鈴木博久	監事	飯田正美
副理事長	帯刀治	研究員	岡野孝男
専務理事	黒江正臣	研究員	波多昭治
理事	堀良通	研究員	柴山章
理事	佐川泰弘	研究員	菅谷毅
理事	菊池正則	研究員	大高みよ
理事	石松俊雄	研究員	有賀絵理
理事	今井路江	研究員	本田佳行

編集後記



講演録「地域医療の充実と地域の医療機関との連携」について

この講演は、「茨城の地域医療を考える会」が開催した学習会において、水戸赤十字病院の満川元一院長が行ったものです(2016年6月4日)。

講演では、県内でも比較的医療環境が整っているとされている水戸医療圏の実情をふまえて、策定作業が進む地域医療構想の中で水戸医療圏はどのような課題に向き合うことになるのかが述べられました。

当センターの研究テーマの一つである地域医療の体系は、地域医療構想の内容によっては大きく変わることが予想されることから、今後の研究の基礎的な資料として満川院長に掲載のお願いをしました。

自治権いばらき

No.122 2016年11月30日発行

発行所 公益社団法人 茨城県地方自治研究センター
 水戸市桜川2-3-30 自治労会館内
 TEL 029-224-0206
 編集・発行人 吉成好信
 印刷 凸紋字
 水戸市栗崎町1242 TEL 029-269-2307