

令和6年1月22日  
第5回茨城県地域医療対策協議会資料

資料1-2

# 茨城県医師確保計画 (案)

計画期間 2024年度～2026年度

2024年●月

茨 城 県

## 茨城県医師確保計画 目次

### 総論

第1章 計画策定の趣旨	2
1 計画策定の経緯	
（1）これまでの本県の医師確保の取組	
（2）国における医療提供体制改革	
2 第8次医師確保計画（前期）の策定	
（1）計画の性格	
（2）計画期間	
第2章 本県の現状と第7次医師確保計画の評価・達成状況	8
1 医師数	
（1）本県の医師数	
（2）医師偏在指標	
（3）医療施設従事医師数	
2 医療施設	
3 患者の受療動向	
（1）都道府県間の受療動向	
（2）二次保健医療圏間の受療動向	
4 地域医療構想	
（1）概要	
（2）本県の状況	
5 第7次医師確保計画の達成状況	
第3章 本計画における医師確保の基本方針と重点化の視点	44
1 県全体及び各二次保健医療圏の医師確保の基本方針	
2 今後の課題	
3 計画推進の重点化の視点	

第4章 本計画の数値目標	47
--------------	----

### 各論

第1章 医師の養成課程を通じた医師確保	49
第1節 国の医師需給推計と医師の養成	49
第2節 各養成課程の現状と課題及び対策	50
1 高校生	50
（1）現状と課題	
（2）対策	
2 医学生	53
（1）現状と課題	
① 医学部の入学定員	
② 地域枠制度	

(2) 対策	
① 地域枠による将来時点の不足医師の養成	
② 医師修学資金貸与制度	
③ 自治医科大学における医師の養成	
④ 県地域医療支援センターによる修学生等支援	
3 医師のキャリア形成	66
(1) 現状と課題	
① 臨床研修医	
② 専攻医	
③ 修学生医師の勤務状況	
(2) 対策	
① 茨城県医師臨床研修連絡協議会	
② キャリア形成プログラム	
③ 医師のキャリアアップ支援	
④ 臨床研修医及び専攻医の採用者数増加のための取組	
⑤ 地域偏在・診療科偏在の是正	
第2章 短期的な医師の確保	83
第1節 医師の派遣調整	83
第2節 県外からの医師確保	86
第3章 魅力ある環境づくり	87
第1節 現状と課題	87
第2節 対策	88
第4章 茨城県地域医療支援センター	92
第5章 産科における医師確保	94
第1節 現状と課題	
第2節 産科の医師確保の方針	
第3節 産科の医師確保の施策	
第6章 小児科における医師確保	109
第1節 現状と課題	
第2節 小児科の医師確保の方針	
第3節 小児科の医師確保の施策	
第7章 計画の推進体制と関係機関の役割	124

# 総論

## 第1章 計画策定の趣旨

### 1 計画策定の経緯

#### (1) これまでの本県の医師確保の取組

本県では、医師の不足や地域偏在の状況を踏まえ、最優先で取り組む重要な課題として、医師の確保に取り組んできました。

2004年の医師法改正により医師臨床研修制度が開始されたことを受け2007年には「茨城県医師臨床研修連絡協議会」を設立して県内臨床研修病院等と一体となって県内の研修体制の充実を図ってきました。

また、国の「緊急医師確保対策」に基づく医師養成増の取組（地域枠：地域医療に従事する医師を養成することを主たる目的とした学生を選抜する枠）に先立ち、2006年に県独自の医師修学資金貸与制度を創設し、県内の医師不足地域で勤務する医師の養成に取り組むとともに、2012年には、修学資金や地域枠を活用している若手医師のキャリア形成支援等のため、「茨城県地域医療支援センター」を設置しました。

さらに2018年2月には、「茨城県医師不足緊急対策行動宣言」を発出し、これまでの常識にとられない新たな発想により、あらゆる手段を講じ、県民一丸となって、医師の養成や県内定着、地域偏在や診療科偏在の解消に取り組むことといたしました。

2018年からは、医師の質の一層の向上と偏在是正を目的に「新専門医制度」が開始されるとともに、国の指針において、都道府県は地域枠等の医師について「医師不足地域における医師の確保」と「医師不足地域に派遣される医師の能力開発・向上の機会の確保」の両立を目的としたキャリア形成プログラムを策定することとされたため、専門研修プログラムの責任者等と協議を重ね、臨床検査科を除く18の基本領域に係るモデルプログラムを整備しました。

#### 【これまでの取組】

国の動き		本県の取組	
2004年	■医師臨床研修制度開始		
2006年	■新医師確保総合対策公表	2006年	■医師修学資金貸与制度開始
2007年	■緊急医師確保対策公表 ・2009年～医学部臨時定員増	2007年	■医師臨床研修連絡協議会設立
		2009年	■地域医療医師修学資金貸与制度開始
		2012年	■地域医療支援センター設置
		2017年	■海外対象医師修学研修資金貸与制度開始
2018年	■新専門医制度開始 ■キャリア形成プログラム運用指針制定	2018年	■医師不足緊急対策行動宣言の発出 ■キャリア形成プログラム策定（以降、毎年度更新）

#### (2) 国における医療提供体制改革

こうした中、国では、団塊の世代が後期高齢者となる2025年を展望し、2013年12月に社会保障制度改革の全体像・進め方を明らかにする社会保障制度改革プログラム法が成立して以降、医療法・介護保険法等の改正等の法整備が進められ、2018年7月には、「医療法及び医師法の一部を改正する法律」（平成30年法律第79号）が公布されました。これにより、都道府県は、医療法第

30条の4第1項に規定する医療計画の中に新たに「医師確保計画」を策定することが規定され、2019年3月には、計画策定の指針となる「医師確保計画策定ガイドライン」（「医療法及び医師法の一部を改正する法律の施行について」（平成31年3月29日付け厚生労働省医政局長通知）、以下「ガイドライン」という）が示されました。

【医療提供体制改革の経緯】

2013年12月	<p>■ 社会保障改革プログラム法</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 少子化対策、医療制度、介護保険制度、公的年金制度の改革の全体像・進め方を明示</li> </ul>
2014年6月	<p>■ 地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備</p> <p>① 新たな基金の創設と医療・介護の連携強化（地域介護施設整備促進法関係）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進のための新たな基金を都道府県に設置（地域医療介護総合確保基金）等</li> </ul> <p>② 地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保（医療法関係）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療機関が病床機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）を都道府県に報告する仕組みを創設。都道府県はこれをもとに地域医療体制の将来のあるべき姿を医療計画において策定（地域医療構想）</li> <li>・ 医師確保支援を行う地域医療支援センターの機能を法律に位置付け</li> </ul>
2018年7月	<p>■ 医療法及び医師法の一部を改正する法律</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域間の医師偏在の解消等を通じ、地域における医療提供体制を確保するため、都道府県の医療計画における医師の確保に関する事項の策定（医師確保計画）、臨床研修病院の指定権限及び研修医定員の決定権限の都道府県への移譲等を規定</li> </ul>

2 第8次医師確保計画（前期）の策定

本県では、2024年度から2029年度までを計画期間とする「第8次茨城県保健医療計画」により、「安心して医療を受けるための医療従事者の確保」、「行政、県民、医療機関等の協働による医療環境の向上」、「予防医学の推進による生涯にわたる健康づくりの推進」、「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」の4つの重点化の視点を設定し、基本理念として掲げた「活力があり、県民が日本一幸せな県」の実現を目指しているところです。

当該計画の一部として、「第8次茨城県医師確保計画（前期）」（2024～2026年度）を策定し、現在の医師の不足・偏在の状況や将来の需給推計等を踏まえ、県及び各二次保健医療圏の医師の確保の方針及び目標を定め、実効的な医師確保対策を進めます。

（1）計画の性格

本計画は、医療法第30条の4第1項の規定に基づく「第8次茨城県保健医療計画」の各論第1章第9節「保健医療従事者の確保」のうち「1 医師」について、別に計画として策定するものです。

また、本計画は、県政運営の指針である「茨城県総合計画～『新しい茨城』への挑戦～」をはじめ、「茨城県地域医療構想」、「いばらき高齢者プラン21」、「健康いばらき21プラン」、「茨城県総合がん対策推進計画」等の関連諸計画との調和を図りながら、進めることとします。

(2) 計画期間

本計画の期間は、2024年度から2026年度までの3か年とします。

また、次期計画以降は、全国における医師偏在是正の目標年である2036年まで、3年ごとに見直しを行うこととします。

茨城県保健 医療計画	第7次 2018～2023年度	第8次 2024～2029年度		第9次 2030～2035年度	
茨城県 医師確保 計画	第7次 2020～2023 年度	第8次前期 2024～2026 年度	第8次後期 2027～2029 年度	第9次前期 2030～2032 年度	第9次後期 2033～2035 年度

# 茨城県医師確保計画の概要

計画の目的	現在の医師の不足や偏在の状況及び将来の需給推計等を踏まえ、県及び各二次保健医療圏の医師の確保の方針や目標を定め、実効的な医師確保対策を推進
計画の性格	医療法第30条の4第1項の規定に基づく「第8次茨城県保健医療計画」の一部として作成 茨城県地域医療構想との整合や県総合計画等との調和を図る
計画期間	第8次(前期):2024年度～2026年度(3年間) ※以降、3年ごとに見直し

## ■現状と課題

医師の地域偏在	医療資源の最適化	県内の受療動向
<b>医師偏在</b> ○ 本県の医師偏在指標は全国下位33.3%の医師少数県に含まれる ○ 二次保健医療圏では、つくば、水戸が上位33.3%の医師多数地域に含まれる ○ 取手・竜ヶ崎、筑西・下妻、古河・坂東、日立、常陸太田・ひたちなか、鹿行は全国下位33.3%の医師少数区域に含まれ、特に県北地域と鹿行地域の医師偏在指標が低い ○ 修学生医師について、研修可能な医療機関の少ない医療圏への配置が進んでいない状況	<b>病院・診療所</b> ○ 人口10万対病院数など多くの指標で全国平均を下回るものの、人口減少、少子高齢化による今後の医療需要を踏まえれば、新たな医療機関の開設の必要性は低い ○ 県内の医療資源を最大限に活用しながら、将来の医療需要の変化に対応した効率的な体制を構築するため、地域医療構想に基づく各地域の医療機能の分化・連携の方針等に沿った医師の配置が必要	<b>患者の流入・流出</b> ○ 医師不足地域である筑西・下妻、鹿行から、水戸、土浦、つくばに入院患者が流出傾向 ○ 筑西・下妻、鹿行、取手・竜ヶ崎は他県にも流出がみられる ○ 救急医療(二次、三次)、周産期医療、小児医療では、拠点病院が所在する水戸、土浦、つくばへ周辺地域から流入傾向

## 政策医療体制の確保

救急医療	周産期医療	小児医療
○ 鹿行地域や県北山間地域の救急搬送時間が全国平均を大きく超過 ○ 開業医の不足等により軽症患者が二次救急医療機関を直接受診し受入人数が増加 ○ 高齢化に伴う救急搬送の増加等により、三次救急医療機関をはじめとした高次の医療機関への搬送増加が懸念 ○ 救命救急センターから離れた地域では重篤患者に対する診療体制が脆弱	○ 開業医の高齢化や後継者不足により産科医療機関が減少。基幹分娩取扱病院への重点化・集約化が必要 ○ ハイリスク分娩等の需要の増大に伴い、負担が大きくなっている拠点病院への医師の適正配置や地域の産婦人科医療機関との連携強化を図る必要	○ 負担の重い拠点病院への医師の適正配置や地域の実情に応じた集約化・重点化、拠点となる病院における医療体制の確保を図る必要 ○ 医師の働き方改革に対応した小児医療体制の確保が必要

## ■医師偏在指標と医師少数・多数区域

- 医師偏在指標は全国ベースで医師の多寡を統一的・客観的に評価するため、地域の人口の性別・年齢構成や患者の流出入等の医療ニーズと医師数を考慮し国が算定
- 都道府県及び二次保健医療圏ごとに算定され、それぞれ全国上位1/3が医師多数、下位1/3が医師少数に区分される

二次・三次医療圏	医師偏在指標	全国順位(全330医療圏)	区域	標準化医師数※(2020年)	(参考数値) 全国下位33.3%の基準を脱するために必要となる医師数
全国平均	255.6	-	-	-	-
茨城県	193.6	43	少数	5,632	6,384
つくば	337.7	23	多数	1,335	-
水戸	231.2	94	多数	1,214	-
土浦	184.4	204	-	551	-
取手・竜ヶ崎	173.3	235	少数	827	836
筑西・下妻	153.0	284	少数	294	318
古河・坂東	148.8	292	少数	353	399
日立	140.3	308	少数	410	494
常陸太田・ひたちなか	140.3	309	少数	405	485
鹿行	137.2	315	少数	242	296

## ■本計画における数値目標

- 県民の安心・安全を確保するためには、地域住民に欠かすことのできない救急・小児・周産期などの政策医療を担う中核的な医療機関が、地域における役割分担に沿った機能を維持・発揮できるよう、適切に医師が配置されることが重要
- このことから、県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、政策医療提供体制を維持・強化するために、県が特に緊急的な対応が必要と判断したものを「最優先で医師確保に取り組む医療機関・診療科」として随時選定し、本計画の数値目標に設定
- 2年以内の必要医師数の確保に向け、県外医科大学との新たな協力関係の構築や寄附講座の設置など、あらゆる方策に取り組む

※ 標準化医師数は実際の医師数を性・年齢階級別に労働時間を勘案し、調整した医師数



## ■ 医師確保の方針と重点化の視点

- 本県は医師少数県であることから、医師の増加を図ることとし、医師の養成・定着や県外からの医師確保に取り組む。
- 特に県内の医師少数区域の医師の増加を図り、大学や医師多数区域の医療機関は県内医師少数区域への医師派遣に努める。
- 地域における救急、周産期、小児救急等の政策医療を担う中核的な医療機関が、役割分担に沿った医療機能を維持・発揮できるよう医師の確保に取り組む。

重点化

視点1

医療提供体制の充実

→ 全ての県民の安心・安全を守り、質の高い医療を提供

視点2

医志(※)の実現・キャリア形成と魅力ある環境づくり

→ 県内高校生の医学部進学と県内でのキャリアアップ、ライフステージに応じた働き方を支援

※医師を目指す志

視点3

関係機関の連携・協働

→ 県、大学、医療機関、関係団体等が議論を通じて医療資源の最適化を図る

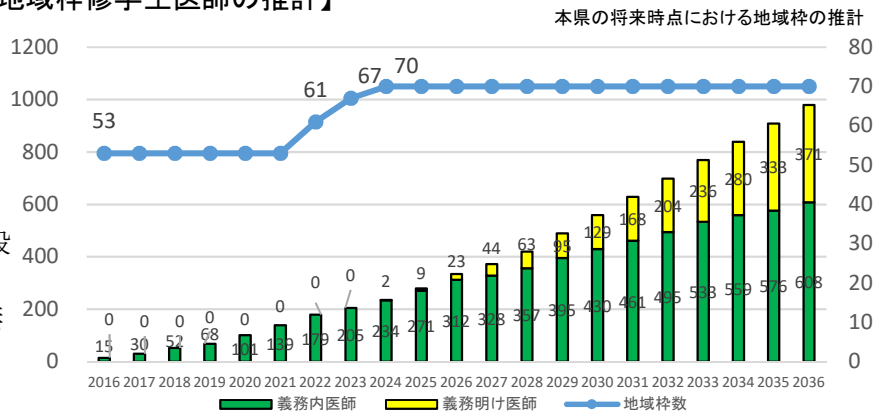
## ■ 医師確保の施策

### ① 医師養成課程を通じた医師確保

養成過程	現状・課題	施策
高校生	○ 医師の増加のためには県内高校生等の医学への興味と本県の医療状況への理解を深め、医学部進学者数を増やす必要	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 県内高等学校における医学コースの設置</li> <li>● 医学部進学者向け教育ローン利子補給</li> <li>● 医師の県内中学・高等学校等への訪問、地域枠説明会</li> </ul>
医学生	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ これまで、本県は地域枠等の設置・拡大により、将来、確実に医師不足地域に勤務する医師を養成・確保</li> <li>○ 国の医師需給推計・偏在指標により算定される将来時点の必要医師数に基づき、医師の養成を図る必要</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 各種修学資金貸与制度(地域枠、一般、海外、市町村)</li> <li>● 自治医科大学運営に対する支援</li> <li>● 地域医療支援センターによる修学生等支援</li> </ul>
キャリア形成 (臨床研修医、専攻医等)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 医師は臨床研修を行った都道府県に引き続き勤務する割合が高いことから、県内外から多くの研修医を採用する必要</li> <li>○ 修学生医師の増加や2020年度以降の入学から水戸保健医療圏が医師不足地域外となることを踏まえ、医師不足地域における研修体制を整備する必要</li> <li>○ 医師の診療科偏在が顕著であることから、本県で不足する診療科の専門医を養成する必要</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 県医師臨床研修連絡協議会を中心としたPR、指導体制の充実</li> <li>● キャリア形成プログラムの策定と魅力向上</li> <li>● 医師のキャリアアップ支援(専門医の認定支援、研修体制整備、海外派遣等)</li> <li>● 地域偏在のさらなる是正に向けた地域枠制度の抜本的な見直し</li> <li>● 医師修学資金貸与制度における「推奨診療科」の設定等による、将来不足が推計される各診療科への誘導</li> </ul>

### 【参考:本県の将来時点(2036年)における地域枠修学生医師の推計】

- 2024年度地域枠数の70人を維持した場合、2036年には義務内医師608人、義務明け医師が371人まで増加する見込み。
- 2023年に国が算出した年間不足養成数は48人と示されており、地域枠の更なる新増設については、必要に応じて検討。
- 一方、研修機能が脆弱な鹿行、筑西・下妻の勤務が進んでいない状況。
- そのため、地域枠制度の抜本的な見直しを行うとともに、県地域医療支援センターにおいて医師不足地域での勤務やキャリア形成を支援し、県内定着の促進を図る。



医師不足地域							その他の地域		合計
水戸	日立	常陸太田 ひたちみか	鹿行	取手 電カ崎	筑西 下妻	古河 坂東	土浦	つば	
56	21	15	2	32	0	11	8	49	194

## ② 短期的な医師の確保

現状・課題	施策
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 地域医療において、医師少数区域の中核病院や救急、周産期、小児救急等の政策医療機関の医師確保が重要</li> <li>○ 特に早急な対応が必要な医療機関・診療科はあらゆる方策やアプローチが必要</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 医師の派遣調整                     <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域医療構想調整会議との連携による医師配置調整</li> <li>・地域枠医師等へのキャリア形成プログラム適用</li> </ul> </li> <li>● 県外からの医師確保                     <ul style="list-style-type: none"> <li>・「いばらき医療大使」等による医科大学との新たな関係構築</li> <li>・ウェブサイト等を活用した県外医師への個別アプローチ、県内医療機関へのマッチングによるUIJターンの促進</li> <li>・寄附講座の設置、県外大学との連携プログラムの作成促進</li> <li>・海外研修費支援による医師個人へのインセンティブ</li> </ul> </li> </ul> <div style="text-align: center;"> <p><b>【医師の配置調整】</b></p> <p>②地域偏在、診療科偏在、政策医療機能等における必要性・重要性を審議</p> <p>茨城県地域医療対策協議会 茨城県地域医療支援センター</p> <p>①医師派遣を要望</p> <p>地域医療構想調整会議</p> <p>県内医療機関 (地域の中核病院、救急・小児・周産期等の政策医療機関)</p> <p>③医師の派遣を要請</p> <p>筑波大学等の医師派遣大学、医師多数区域の医療機関</p> <p>④医師を派遣</p> </div>

## ③ 魅力ある環境づくり

- 特定行為研修修了看護師の活用等によるタスクシフト/シェアを推進
- 医療勤務環境改善センター等において若手医師等の育児・就業や医療機関の勤務環境改善を支援し、県内定着を促進
- 医師の働き方改革を進めるため、県民へ救急電話相談やかかりつけ医の活用等を周知

## ④ 茨城県地域医療支援センター

- 2019年度より筑波大学内に分室を設置し体制を強化。本県地域医療のコントロールタワーの確立を目指す
  - ・キャリアコーディネーターや教育インストラクターによる修学生の卒前教育、キャリア形成支援
  - ・本県勤務の魅力など総合的な情報発信

## ⑤ 計画の推進体制

- 県・市町村、医師会等関係団体、医療機関、筑波大学、地域医療対策協議会・地域医療支援センターが役割を認識し、連携・協働して計画を推進

## ■ 産科・小児科の医師確保

※2 偏在対策基準医師数とは、計画期間終了時の偏在指標が下位33.3%に達することとなる医師数

周産期・三次医療圏	医師偏在指標	全国順位 ※1	区域	標準化分娩取扱医師数(人)	(参考)産科偏在対策基準医師数 ※2
全国平均	10.5	-	-	9,396	-
茨城県	9.8	28	-	205	162.8
県南・鹿行	9.9	104	-	57	36.3
つくば・県西	11.1	84	-	76	43.8
県央・県北	8.7	144	-	72	50.1

小児・三次医療圏	医師偏在指標	全国順位 ※3	区域	標準化小児医師数(人)	(参考)小児科偏在対策基準医師数 ※2
全国平均	115.1	-	-	17,634	-
茨城県	95.8	42	相対的少数	314	313
土浦広域	139.5	42	-	46	27
つくば市・筑西	110.2	135	-	83	60
茨城西南	94.0	193	-	22	19
県央・県北	90.0	214	相対的少数	94	84
常総	80.5	253	相対的少数	25	26
稲敷	70.6	276	相対的少数	20	23
鹿行南部	69.6	277	相対的少数	13	16
日立	55.8	295	相対的少数	11	15

- 本県は産科で相対的医師少数県を脱却し、周産期医療圏においても引き続き相対的医師少数区域は該当なし。
- 小児科では引き続き全国下位33.3%に含まれる相対的医師少数県であるものの、小児医療圏の茨城・西南が相対的医師少数区域から脱却。

## 産科・小児科の医師確保

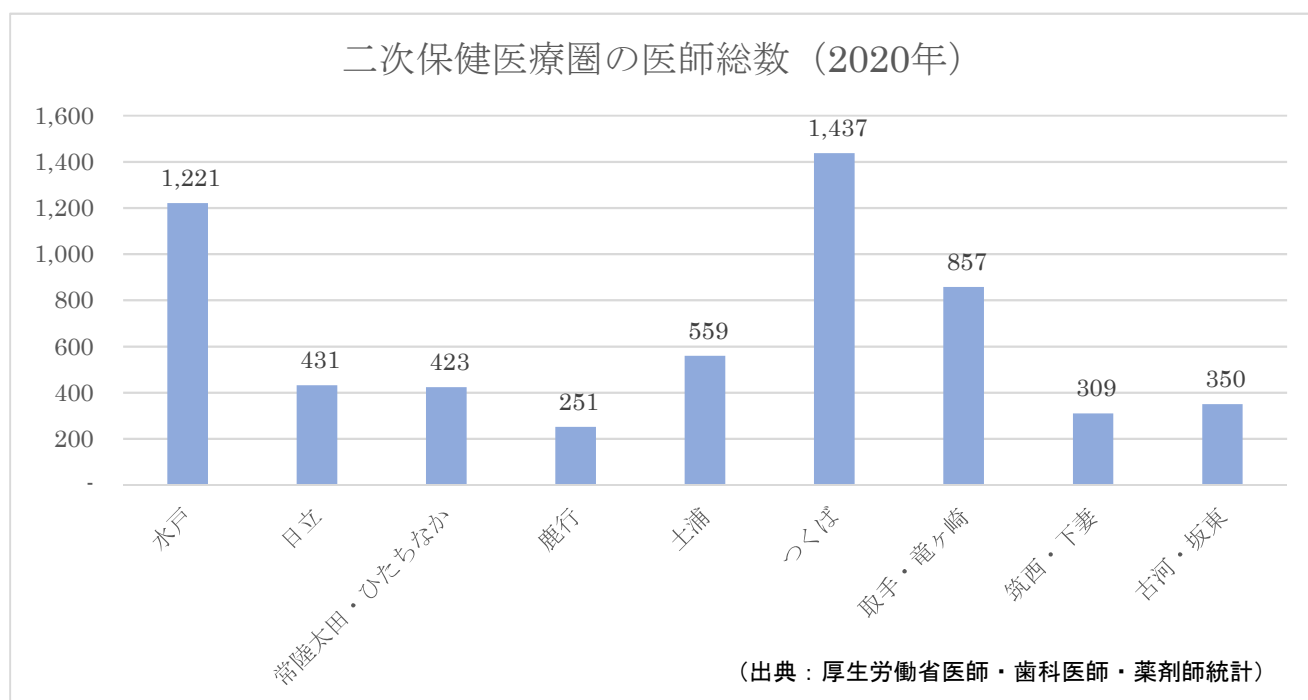
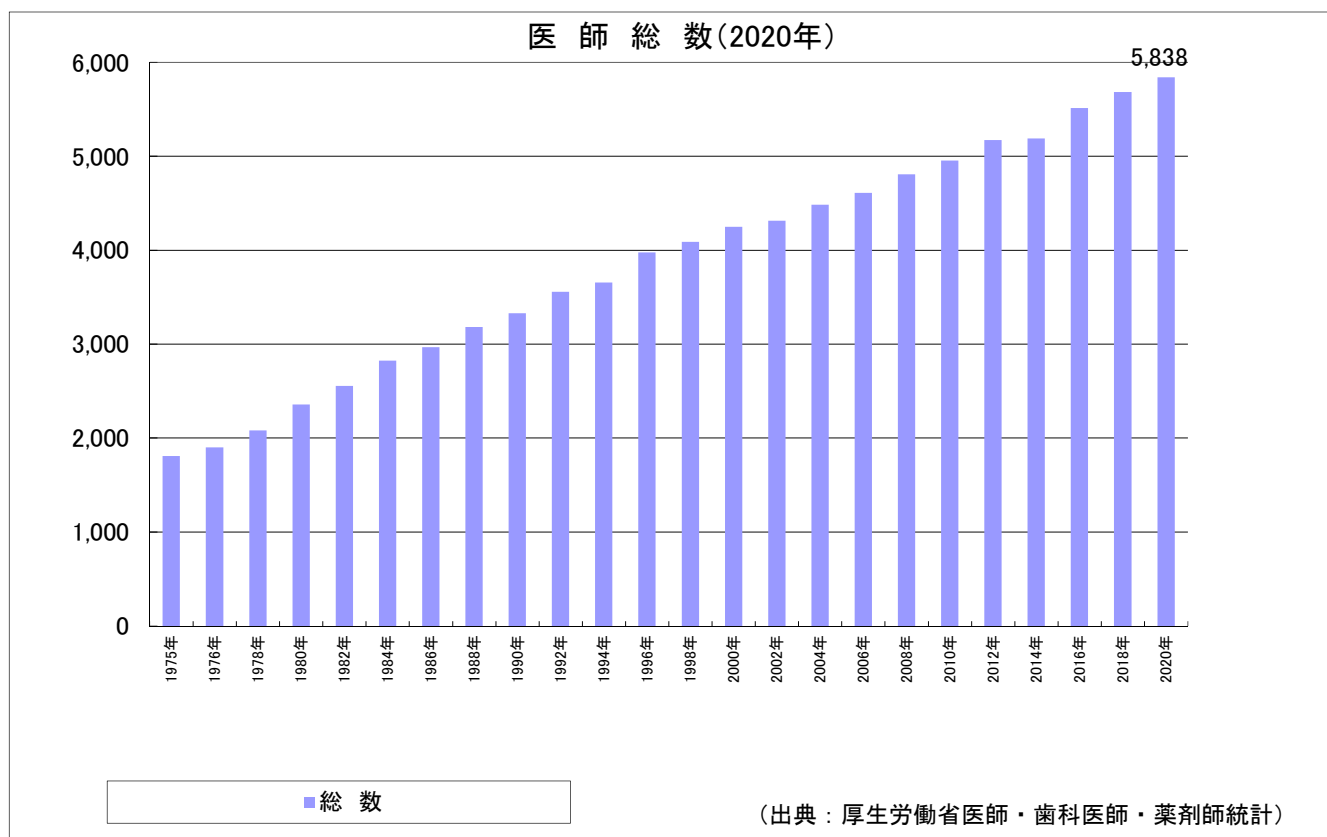
方針	産科	小児科
医療提供体制の充実・見直し等	<ul style="list-style-type: none"> <li>○各周産期医療圏で求められる医療機能の充実・強化や医療資源の集約化・重点化、連携体制の構築。                     <ol style="list-style-type: none"> <li>①正常分娩等を取り扱う医療機関</li> <li>②比較的高度な周産期医療を行う医療機関(地域周産期母子医療センター、周産期救急医療協力病院)</li> <li>③リスクの高い妊娠及び新生児に対する高度な周産期医療を行う医療機関(総合周産期母子医療センター)</li> </ol> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○医療機関の連携体制の構築により、初期、二次、三次の小児救急医療体制の充実を図るとともに、県保健医療計画における「小児救急医療圏構想」に基づく3広域小児医療圏への見直しと医療資源の集約化・重点化を図る。</li> <li>○小児在宅医療・小児がん医療の体制整備、児童虐待への対応、発達障害児の支援、難病対策、予防接種対策、アレルギー疾患対策、重症心身障害児等への支援、災害を見据えた小児医療提供体制の確保を図る。</li> </ul>
短期的な医師の確保	○三次保健医療圏、周産期医療圏及び小児医療圏の医療提供体制維持のために緊急的な対応が必要な医療機関については、医師の派遣調整や県外からの医師確保により、必要医師数の確保を図る。	
中・長期的な医師の養成	○将来の出生数や年少人口の減少と医師の需給を見据えた医師の養成・確保を行う必要があることから、国の「都道府県別診療科別ごとの将来必要な医師数の見直し」などを踏まえ、中・長期的な必要医師数の養成を図る。	

## 第2章 本県の現状と第7次医師確保計画の評価・達成状況

### 1 医師数

#### (1) 本県の医師数

- 本県の医師総数は、2020年12月31日現在で5,838人であり、増加傾向にあります。



(2) 医師偏在指標

① 医師偏在指標の考え方

- これまで、地域ごとの医師数の比較には人口10万人対医師数が一般的に用いられてきましたが、各都道府県が医師確保計画を策定するにあたって、全国ベースで医師数の多寡を統一的かつ客観的に比較・評価するための指標として、国において、地域ごとの医療ニーズや人口構成等を反映した医師偏在指標を算定しています。
- 各都道府県は、医師偏在指標に基づき、医師多数区域・医師少数区域を設定し、これらの区域分類に応じて具体的な医師確保対策を実施することとされています。
- また、医師偏在指標は次期以降の医師確保計画の改定に合わせて3年ごとに見直していくこととされており、これに伴い、医師多数区域・医師少数区域も改めて設定することとなります。
- なお、第8次医師確保計画（前期）からは、「医師・歯科医師・薬剤師統計」における医師届出票で「従たる従事先」を記載している医師については、主たる従事先で0.8人、従たる従事先で0.2人として算出することで、大学病院等から派遣される非常勤医師等の勤務実態が考慮されることとなりました。

■ 医師偏在指標で考慮される「5要素」

- ・ 医療需要（ニーズ）及び人口 ・ 人口構成とその変化
- ・ 患者の流出入等・へき地等の地理的条件 ・ 医師の性別・年齢分布
- ・ 医師偏在の種別（区域、診療科、入院／外来）

■ 医師偏在指標の算出式

・ 医師数は、性別ごとに20歳代、30歳代・・・60歳代、70歳以上に区分して、平均労働時間の違いを用いて調整する。

・ 従来の人口10万人対医師数をベースに、地域ごとに性年齢階級による受療率の違いを調整する。

$$\text{医師偏在指標} = \frac{\text{標準化医師数}}{\text{地域の人口} \div 10\text{万} \times \text{地域の標準化受療率比} (\ast 1)}$$

標準化医師数 =  $\sum \text{性年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$

地域の標準化受療率比( $\ast 1$ ) =  $\frac{\text{地域の期待受療率}}{\text{全国の期待受療率}} (\ast 2)$

地域の期待受療率( $\ast 2$ ) =  $\frac{\sum (\text{全国の性年齢階級別受療率} \times \text{地域の性年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}}$

■ 都道府県間及び二次保健医療圏間の患者の流出入調整

- ・ 医師偏在指標における医療需要の算定にあたり、都道府県間で患者の流出入がある場合は、当該都道府県間で協議の上、流出入数を調整することとなっていますが、本県では調整を要する関係都県（福島県、栃木県、千葉県、埼玉県、東京都）との協議により、現在の患者の流出入の状況が今後も継続するものとして医療需要を見込むこととしました。
- ・ また、二次保健医療圏間の患者の流出入についても、茨城県地域医療構想との整合を図り、患者の流出入の状況が継続するものとして医療需要を見込むこととしました。

②医師偏在指標と区域の分類

- 医師偏在指標は、三次保健医療圏（都道府県等）及び二次保健医療圏ごとに算定され、それぞれの上位 33.3%が医師多数に、下位 33.3%が医師少数に区分されるとともに、全国における医師の偏在解消を達成するため、この区分に応じた医師確保の方針が定められています。

【三次保健医療圏（都道府県等）の区分と医師確保の方針】

区分割合	医師の多数・少数の区分	医師確保の方針
上位 33.3%	医師多数	<ul style="list-style-type: none"> <li>・当該都道府県以外からの医師の確保は行わない。</li> <li>・また、都道府県内の医師の充足状況や他の都道府県からの医師の流入状況等を勘案し、医師少数都道府県への医師派遣についても検討を行う。</li> </ul>
中位 33.3%		<ul style="list-style-type: none"> <li>・都道府県内に医師少数区域が存在する場合、必要に応じて医師多数都道府県からの医師の確保ができる。</li> </ul>
下位 33.3%	医師少数	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師の増加を医師確保の基本方針とし、医師多数都道府県から医師の確保ができる。</li> </ul>

【二次保健医療圏の区分と医師確保の方針】

区分割合	医師の多数・少数の区分	医師確保の方針
上位 33.3%	医師多数	<ul style="list-style-type: none"> <li>・他の二次保健医療圏からの医師の確保は行わない。</li> <li>・また、これまでの既存の施策による医師の確保の速やかな是正を求めるものではないが、医師少数区域への医師派遣を行うことが求められる。</li> </ul>
中位 33.3%		<ul style="list-style-type: none"> <li>・必要に応じて、医師多数区域の水準に至るまでは、医師多数区域からの医師の確保が行える。</li> </ul>
下位 33.3%	医師少数	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師の増加を医師確保の基本方針とし、医師少数区域以外の二次保健医療圏からの医師の確保ができる。</li> </ul>

③本県の医師偏在指標と医師少数区域・医師多数区域の設定

ア 三次保健医療圏（都道府県等）の医師偏在指標

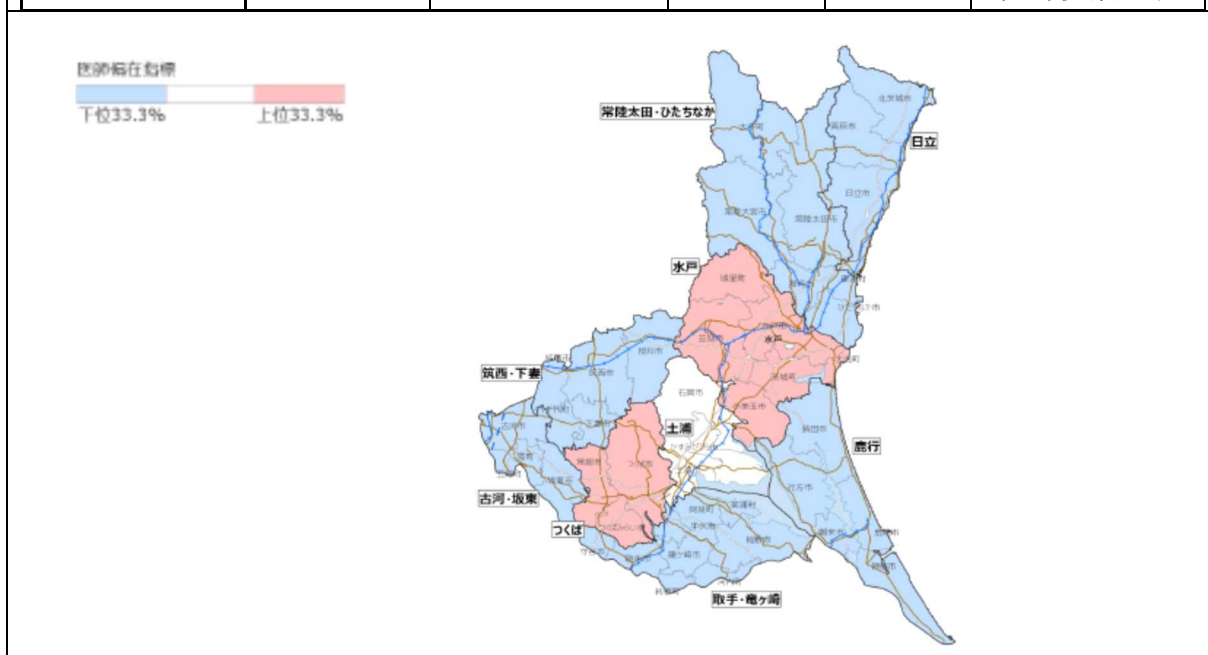
○ 本県は、全都道府県で第 43 位であり、下位 33.3%に含まれる医師少数県となっています。

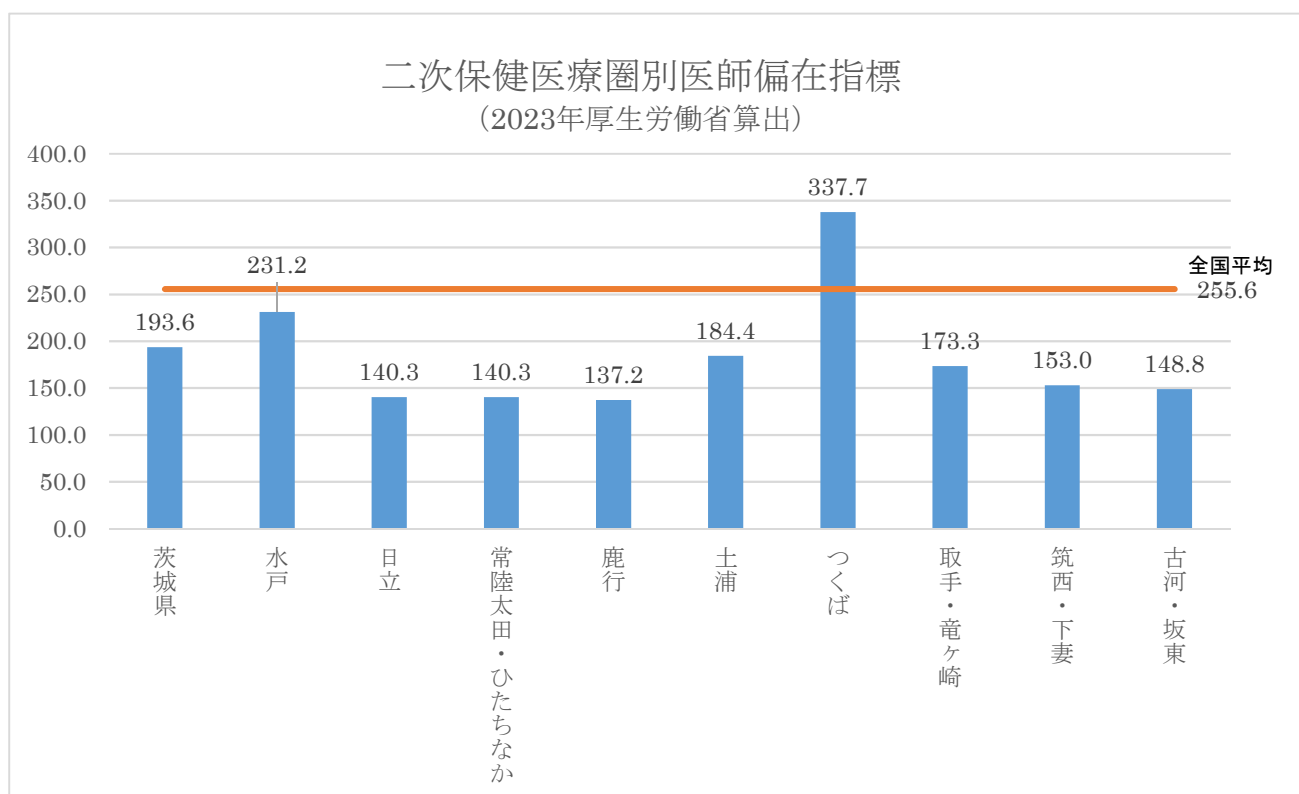
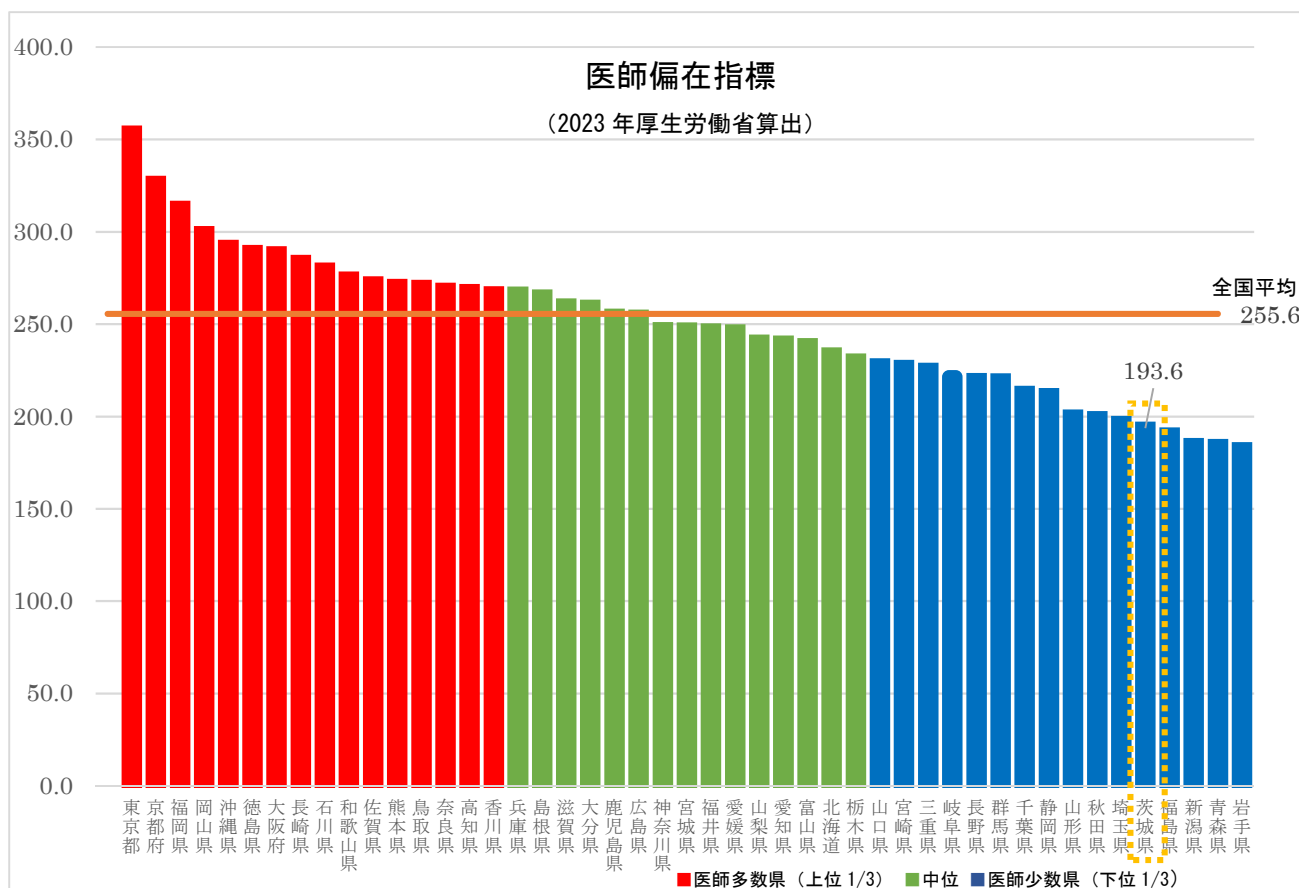
イ 二次保健医療圏の医師偏在指標と医師少数区域・医師多数区域の設定

○ 本県の二次保健医療圏の内、県内唯一の医育機関があるつくば及び県庁所在地がある水戸が全国の上位 33.3%に含まれる一方、取手・竜ヶ崎、筑西・下妻、古河・坂東、日立、常陸太田・ひたちなか、鹿行が全国の下位 33.3%に含まれています。

○ 各都道府県は、この区分に基づき、医師多数区域及び医師少数区域を設定することとなっていることから、本計画では、つくば、水戸を医師多数区域に設定するとともに、取手・竜ヶ崎、筑西・下妻、古河・坂東、日立、常陸太田・ひたちなか、鹿行を医師少数区域に設定します。

三次医療圏、二次医療圏	人口 (2021年1月1日時点、千人)	標準化医師数 (2020年、人)	医師偏在指標	全国順位 (全330医療圏)	区域分類
茨城県	2,908	5,632	193.6	43	医師少数県
つくば	357	1,335	337.7	23	医師多数区域
水戸	464	1,214	231.2	94	医師多数区域
土浦	256	551	184.4	204	
取手・竜ヶ崎	465	827	173.3	235	医師少数区域
筑西・下妻	260	294	153.0	284	医師少数区域
古河・坂東	229	353	148.8	292	医師少数区域
日立	246	410	140.3	308	医師少数区域
常陸太田・ひたちなか	358	405	140.3	309	医師少数区域
鹿行	273	242	137.2	315	医師少数区域



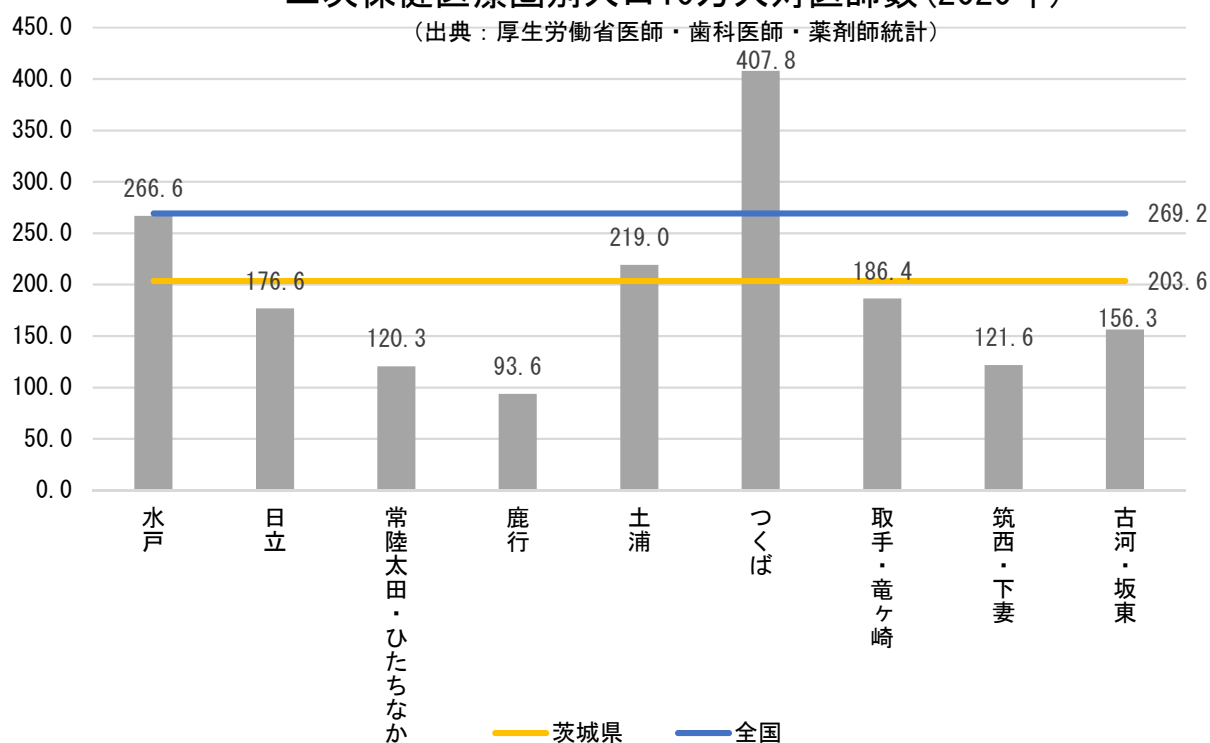






### 二次保健医療圏別人口10万人対医師数(2020年)

(出典：厚生労働省医師・歯科医師・薬剤師統計)

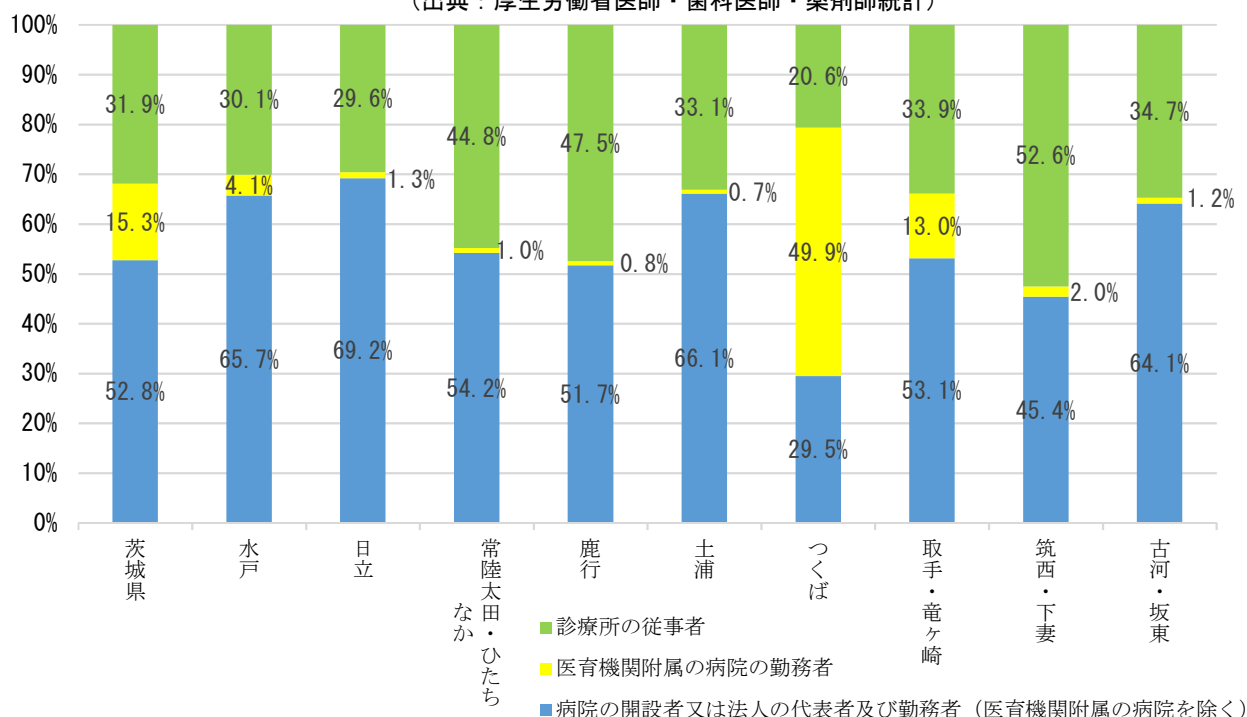


### (3) 医療施設従事医師数

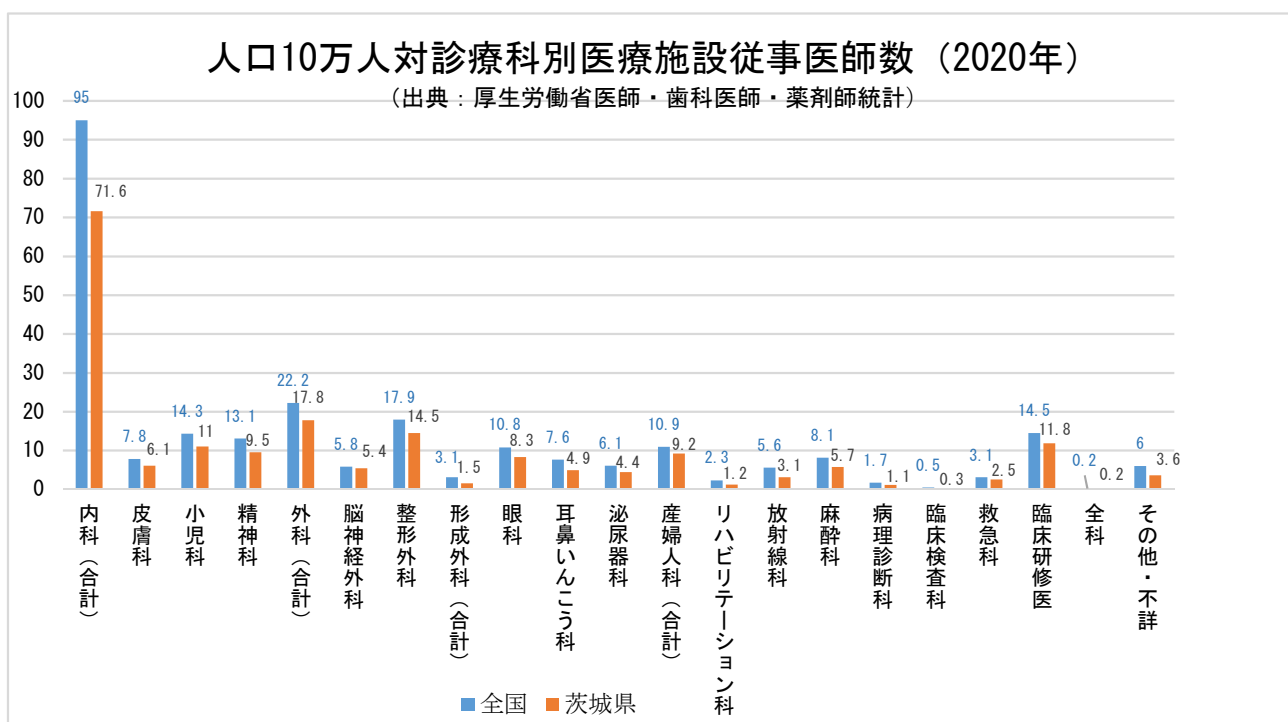
○ 医療施設別の医師数をみると、筑波大学附属病院が所在するつくば保健医療圏では、医育機関附属の病院の勤務者の割合が49.9%と最も高く、常陸太田・ひたちなか保健医療圏、鹿行保健医療圏、筑西・下妻保健医療圏などの医師少数区域では、診療所の従事者の割合が高い傾向にあります。

### 二次保健医療圏別・医療施設別の医師数の割合(2020年)

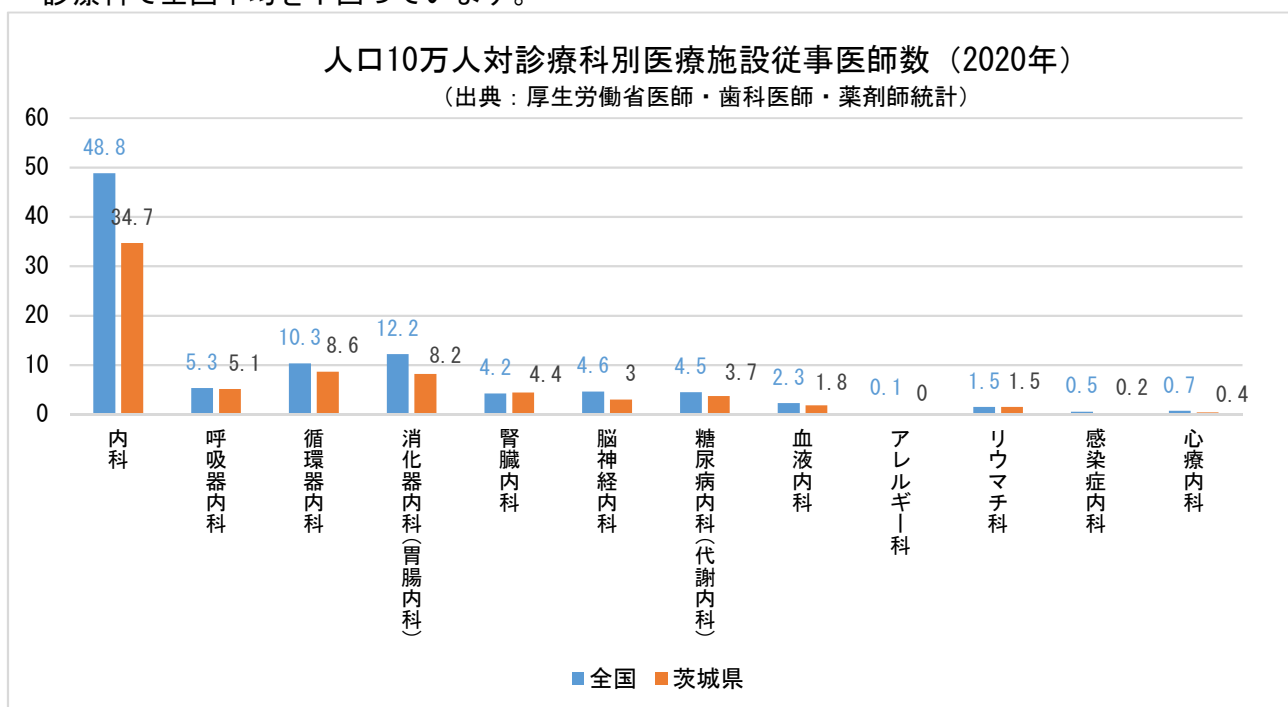
(出典：厚生労働省医師・歯科医師・薬剤師統計)



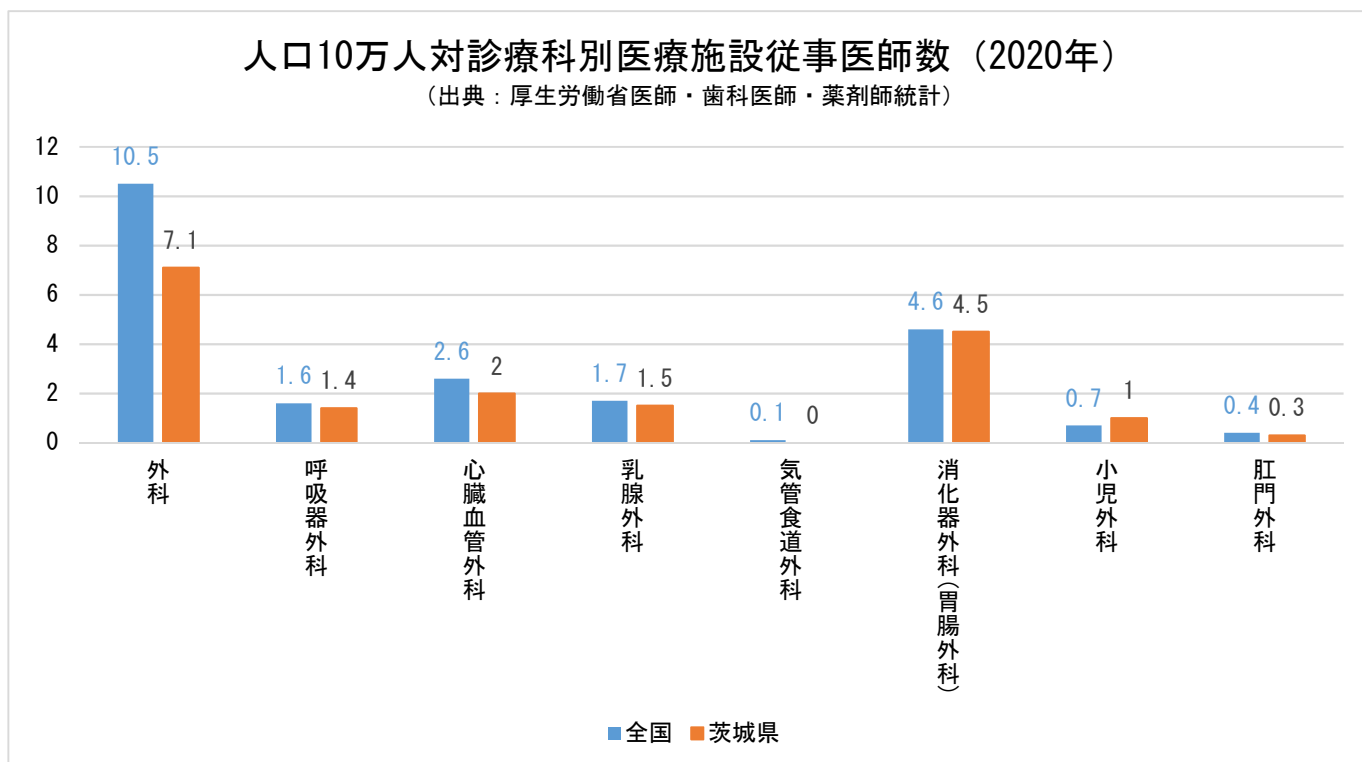
- 診療科別に人口10万人対医療施設従事医師数をみると、本県では、ほぼ全ての診療科で全国平均を下回り、特に内科（合計）、外科（合計）、精神科、整形外科、小児科が全国平均に比べ少ない状況です。



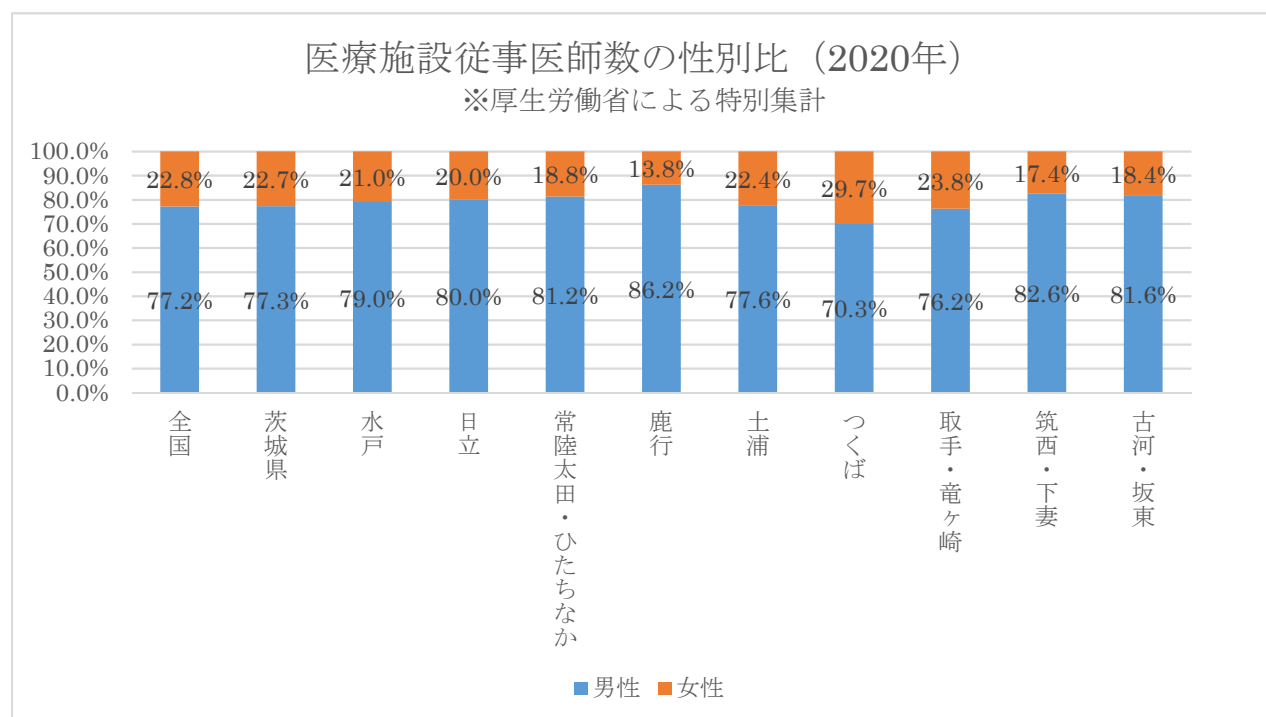
- 内科の人口10万人対医療施設従事医師数の内訳では、腎臓内科及びリウマチ科を除く全ての診療科で全国平均を下回っています。



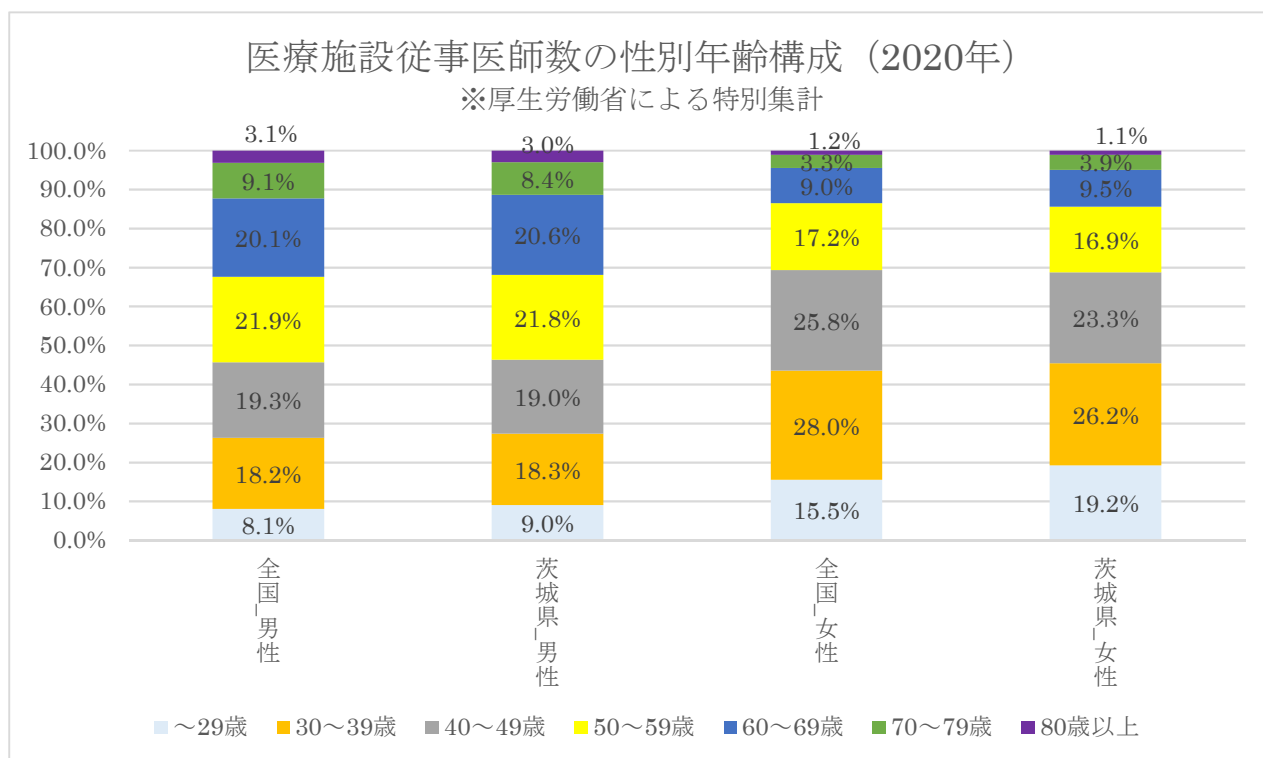
- 外科の人口10万人対医師数の内訳では、呼吸器外科や心臓血管外科、乳腺外科等が全国平均を下回っていますが、小児外科は全国平均を上回っています。



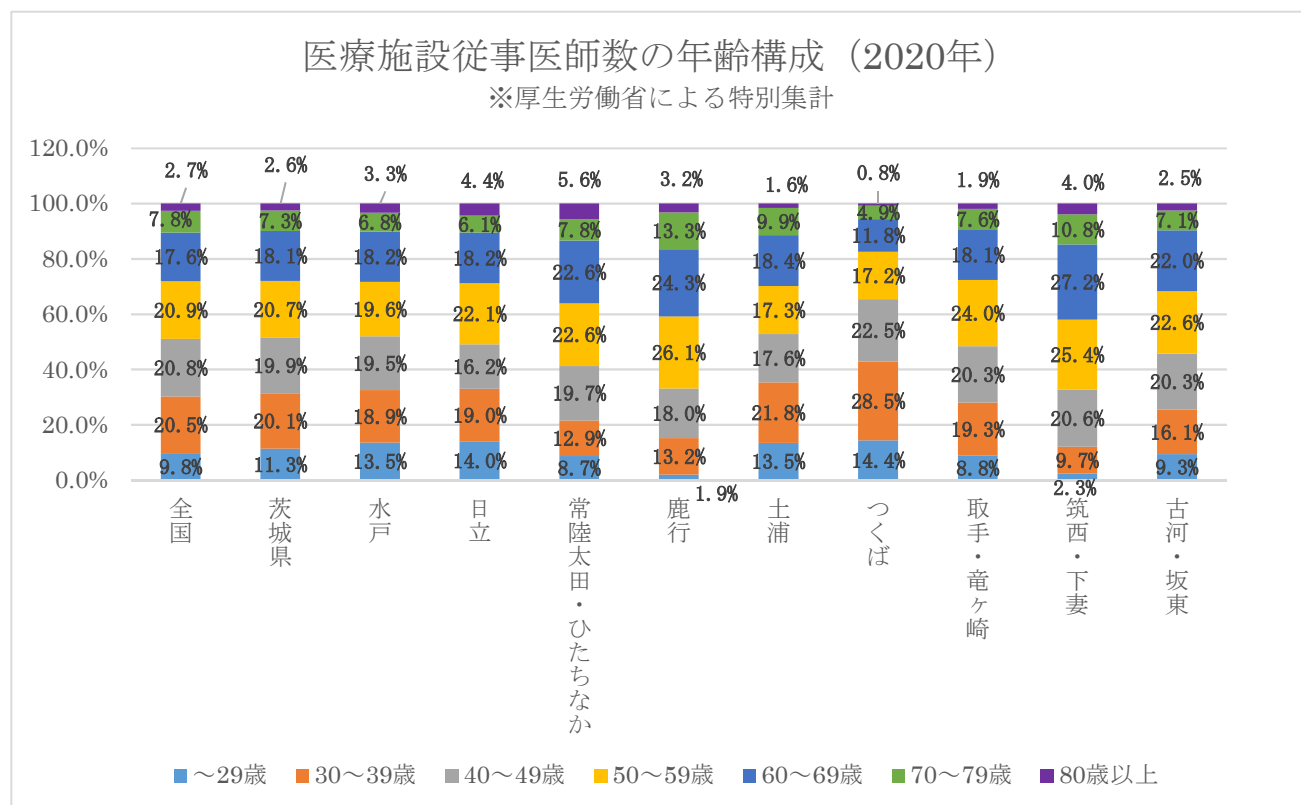
- 医療施設従事医師数を性別・年齢階級別にみると、男女比については、本県は全国平均と同程度となっていますが、二次保健医療圏別にみると、全国平均に比べ、つくば保健医療圏は女性の割合が高く、水戸保健医療圏、日立保健医療圏、常陸太田・ひたちなか保健医療圏、鹿行保健医療圏、筑西・下妻保健医療圏、古河・坂東保健医療圏は男性の割合が高くなっています。



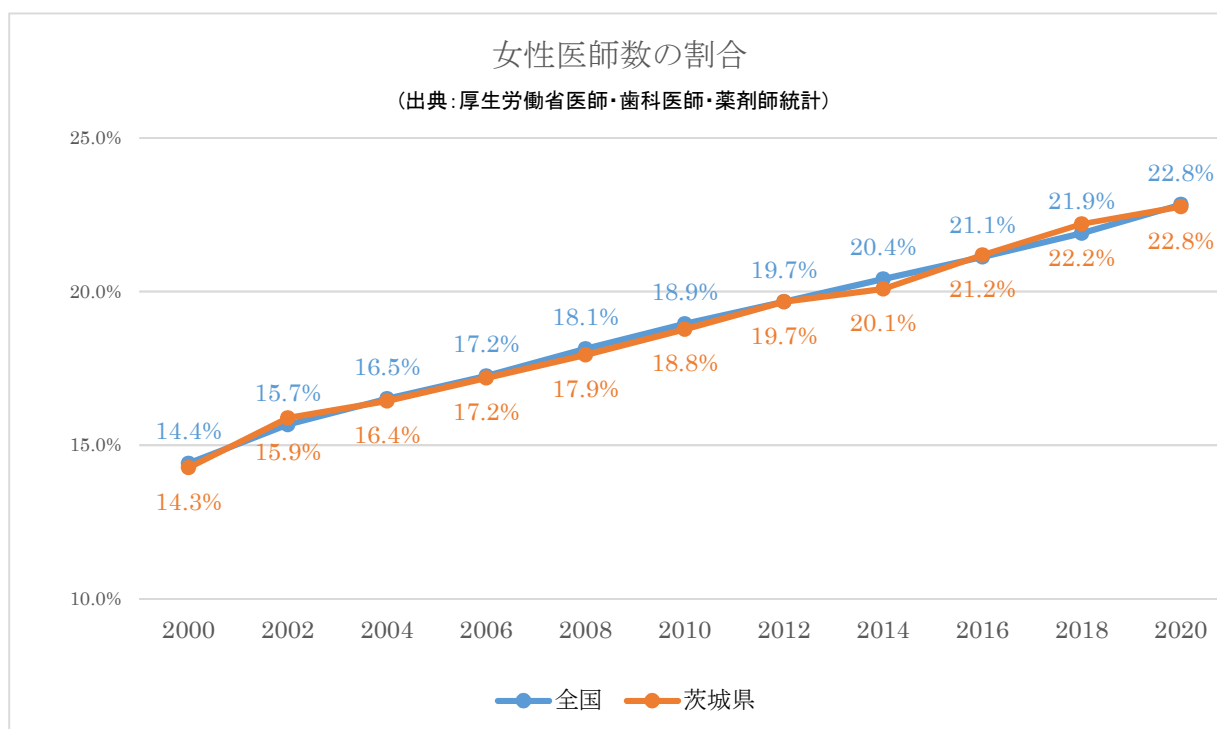
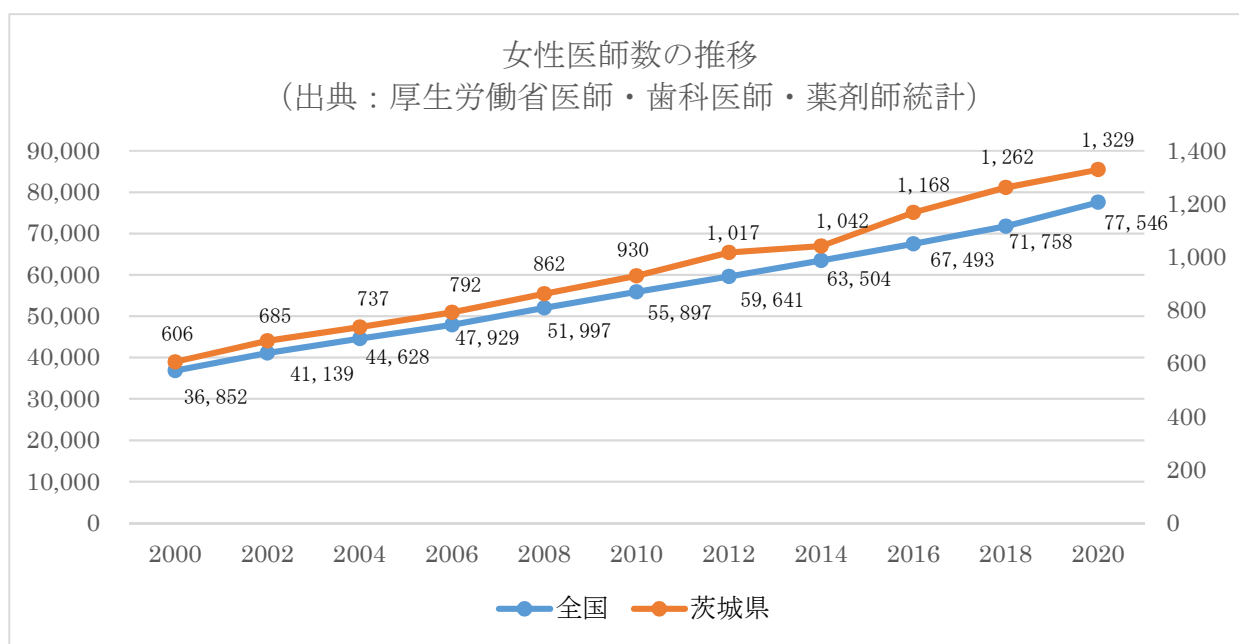
- 年齢階級別では、本県は男女ともに20代の医師の割合が全国平均を上回っている一方、女性医師については、30代及び40代の医師の割合が低くなっています。



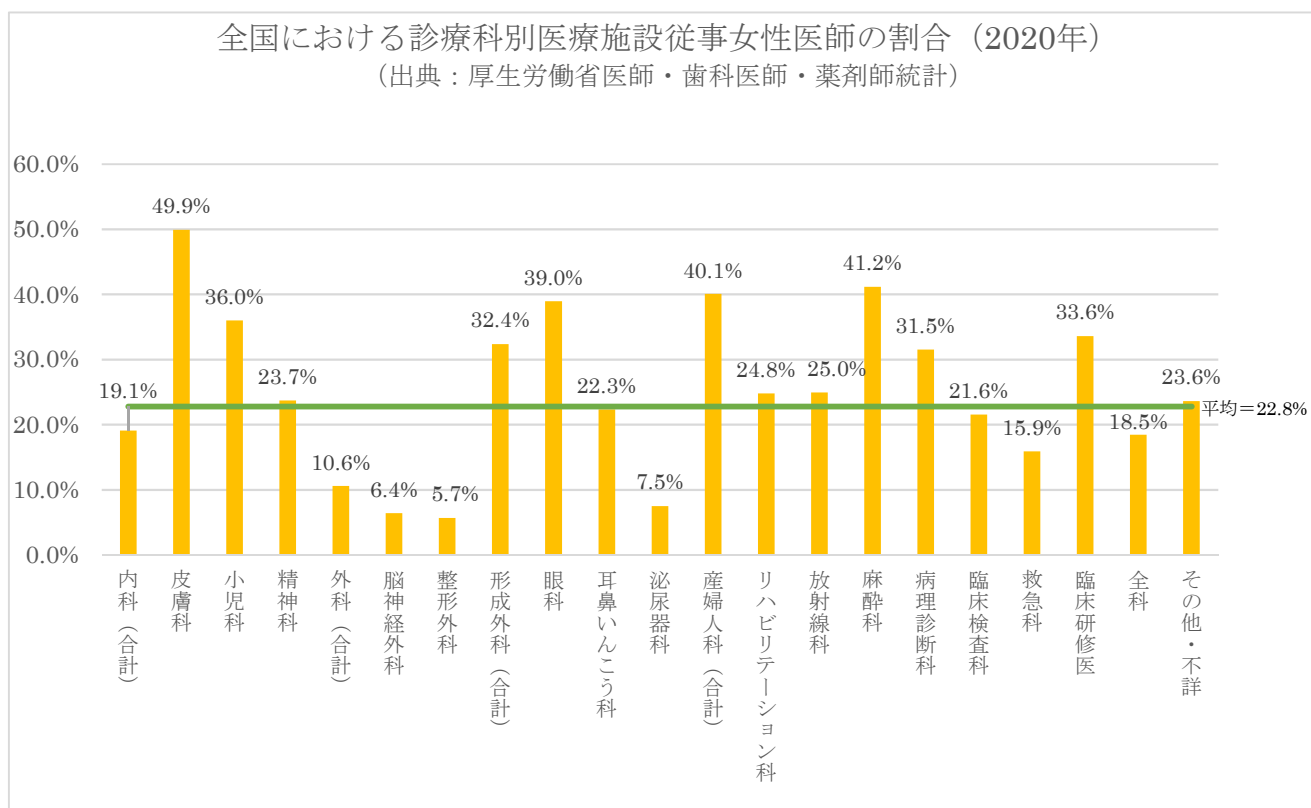
- また、水戸保健医療圏や土浦保健医療圏、つくば保健医療圏は20代～30代の医師の割合が高く、常陸太田・ひたちなか保健医療圏や鹿行保健医療圏、筑西・下妻保健医療圏など、医師少数区域では、60代以上の医師の割合が高い傾向にあります。



○ 女性医師数及び女性医師数の割合は全国・本県ともに増加傾向にあります。



- なお、診療科ごとの女性医師の割合を全国ベースで見ると、皮膚科、小児科、眼科、産婦人科（合計）、麻酔科等が、全診療科平均を上回っています。

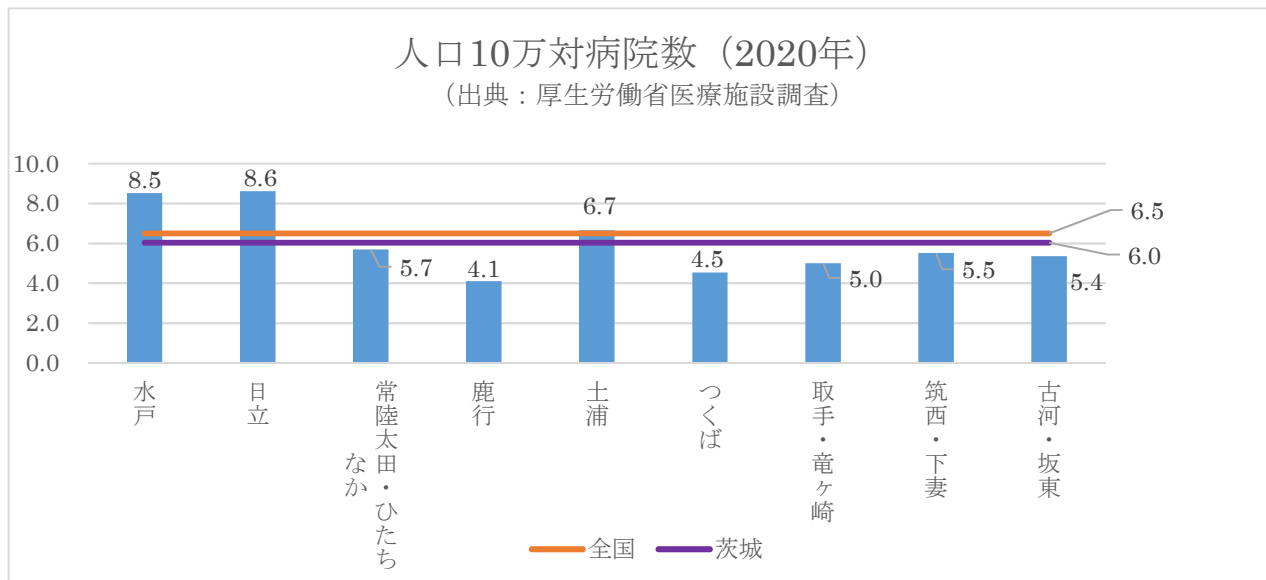


## 2 医療施設

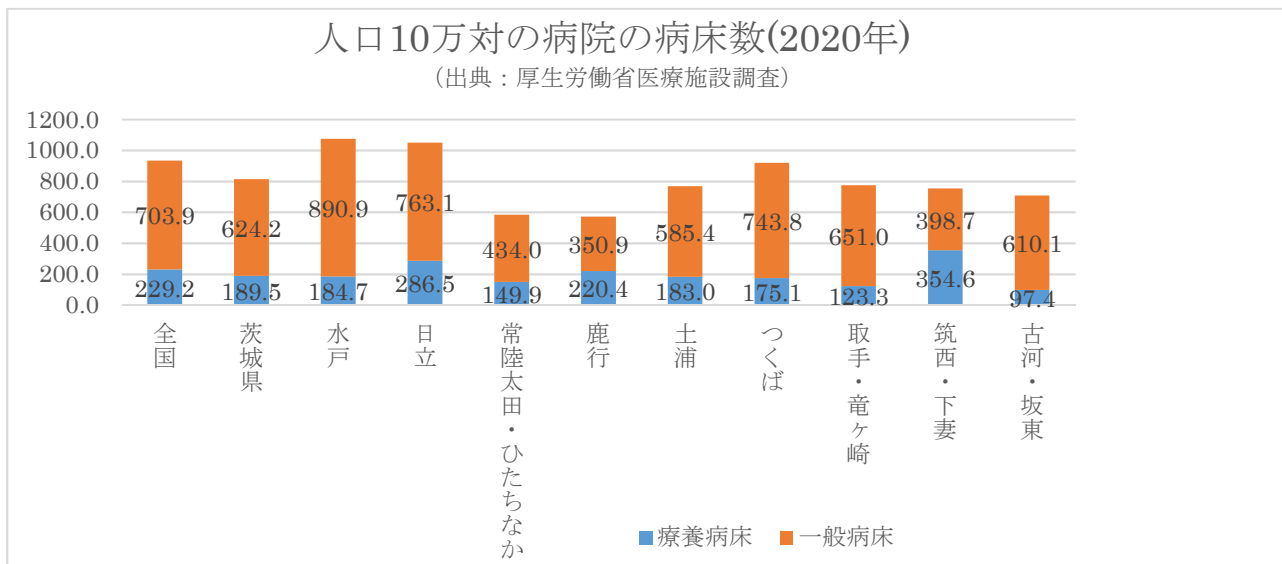
- 本県の人口10万対病院数及び病床数（一般病床、療養病床）は全国平均を下回っています。また、一般病院について、1病院当たりの従事者数及び100床当たりの従事者数をみると、医師をはじめ多くの職種で全国平均を下回っています。
- 人口10万対一般診療所数、有床診療所数及びその病床数は、いずれも全国平均を下回っています。
- 本県の病床利用率は一般病床・療養病床のいずれも全国平均を下回っています。
- 本県では、「茨城県地域医療構想」により、県内の医療資源を最大限に活用しながら、将来の医療需要の変化に対応した体制を効率的・効果的に構築するため、各地域の病床機能の分化及び連携を図っており、この方針等を踏まえ、各医療機能に対応できる医師をはじめとする医療従事者の育成や確保を図っていく必要があります。

### ① 病院

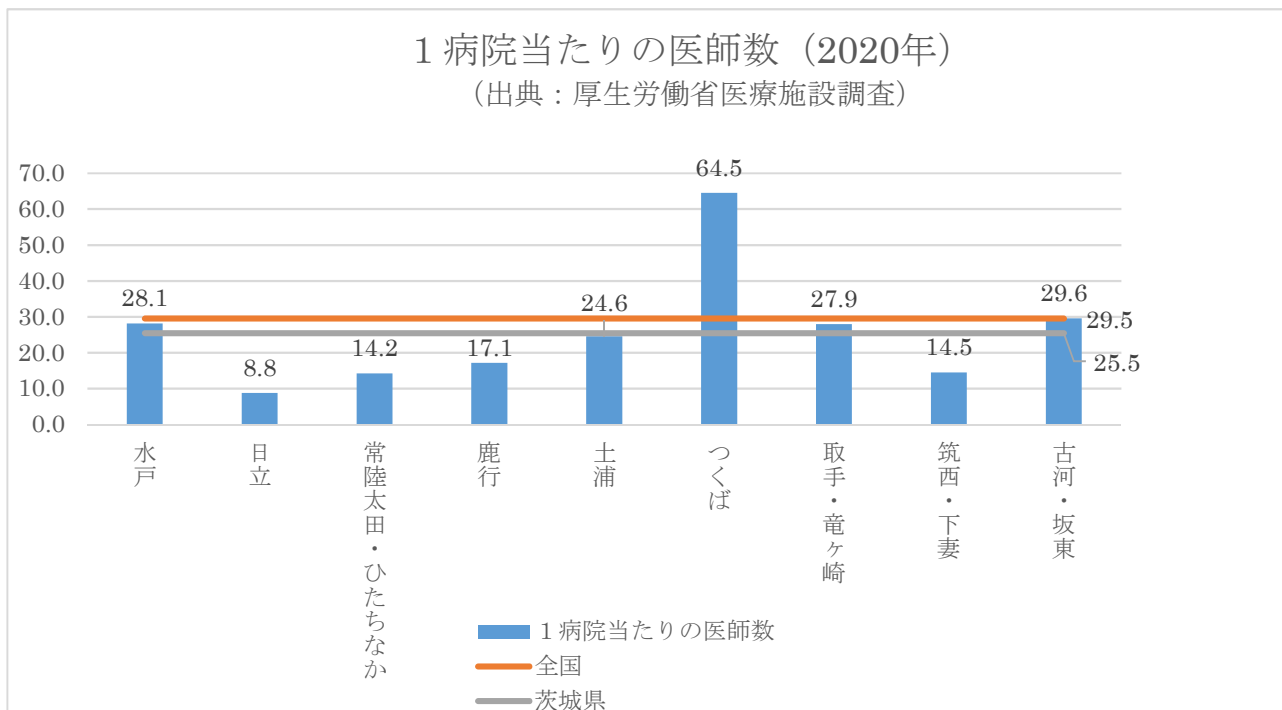
- 本県の人口10万対病院数は全国平均を下回っており、二次保健医療圏別にみると、特に鹿行、つくば、取手・竜ヶ崎、古河・坂東が全国平均を大きく下回っています。



- また、本県の人口10万対の病院の病床数についても、一般病床、療養病床のいずれも全国平均を下回っています。二次保健医療圏別にみると、一般病床については、常陸太田・ひたちなか、鹿行、筑西・下妻が全国平均を大きく下回り、療養病床については、古河・坂東が全国平均を大きく下回っています。

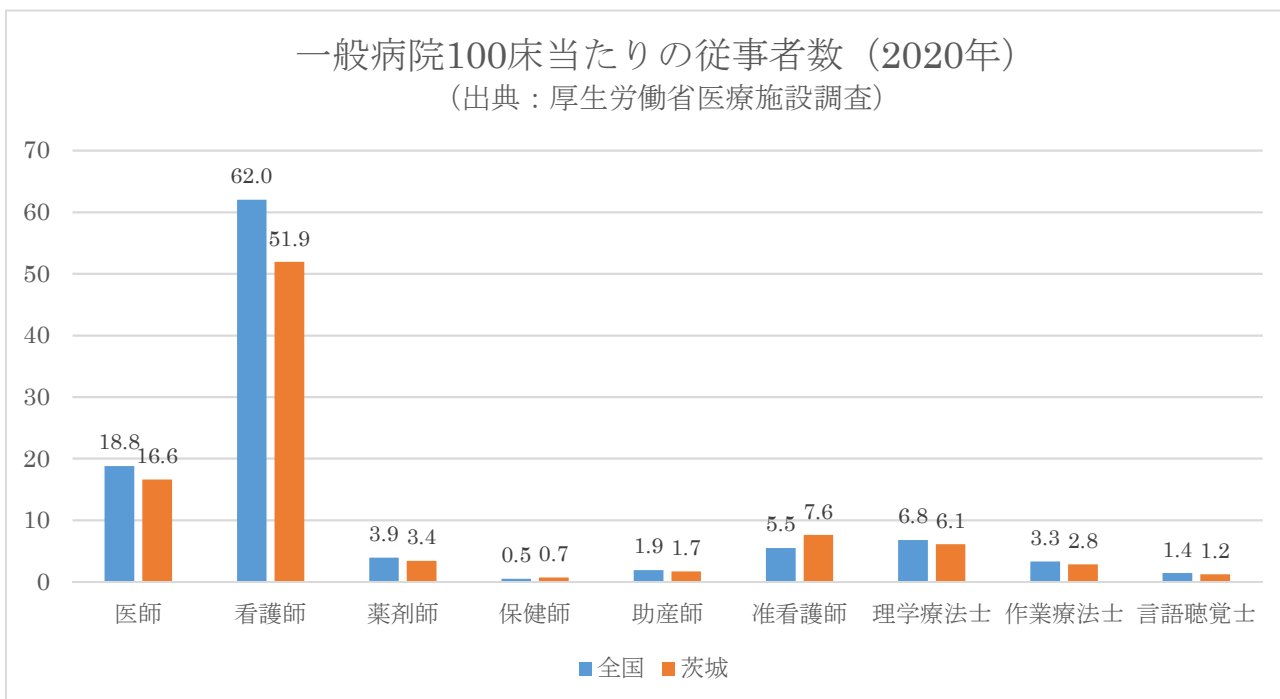


- 本県の一般病院について、1病院当たりの医師数は25.5人であり、全国平均を下回っています。二次保健医療圏別では、筑波大学附属病院が所在するつくばが全国平均を大きく上回る一方、日立、常陸太田・ひたちなか、鹿行、筑西・下妻は全国平均・県平均を大きく下回っています。

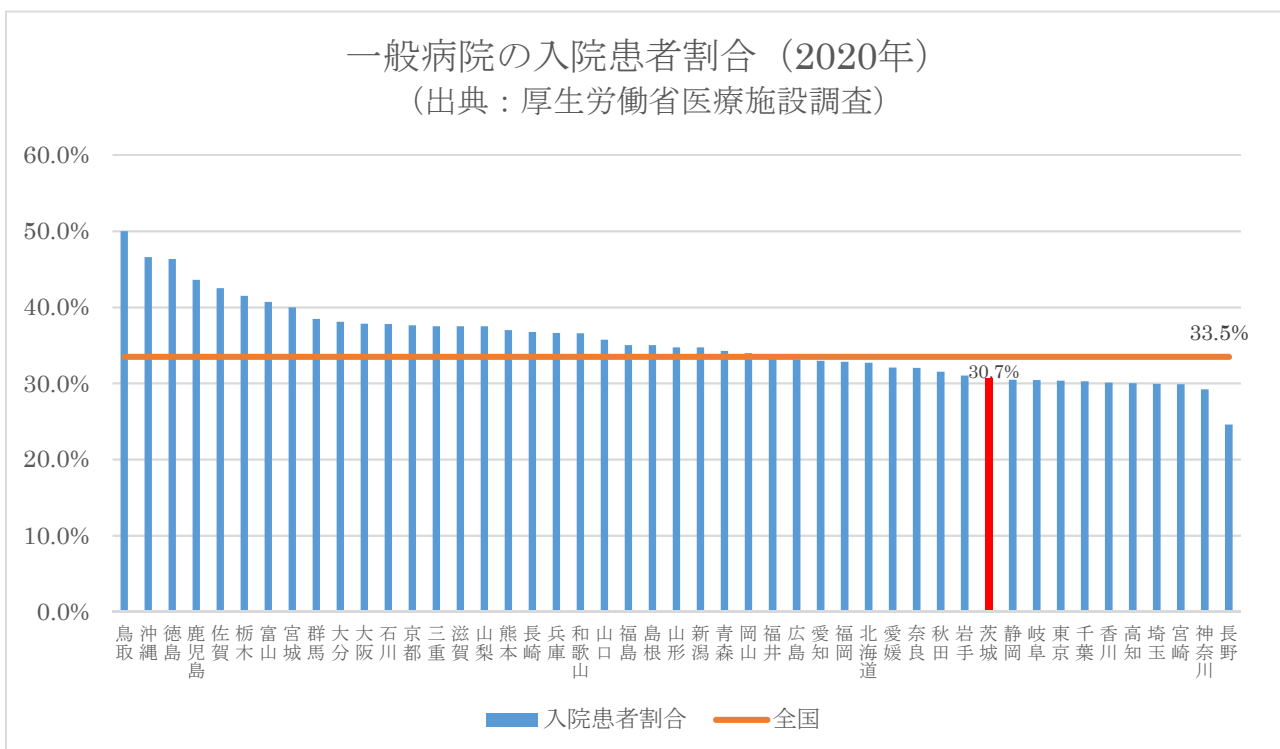




- 本県の一般病院 100 床当たりの従事者数をみると、医師や看護師で全国平均との差がある状況です。

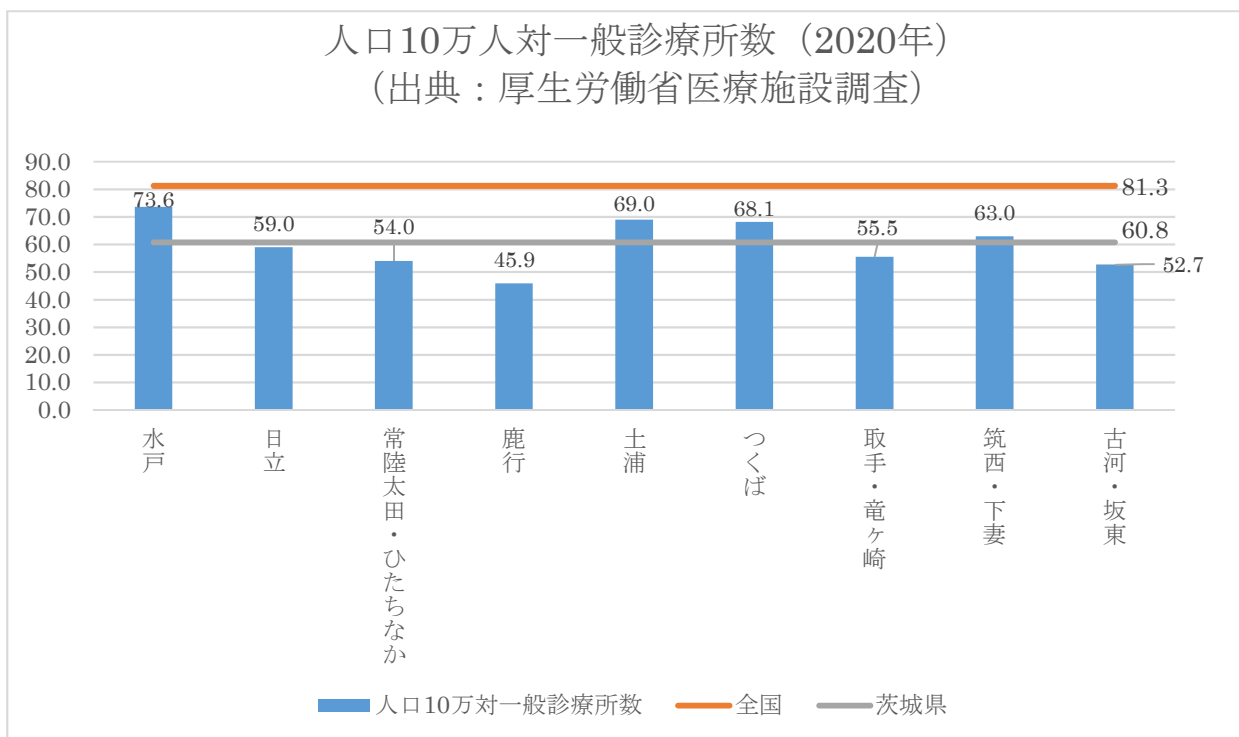


- また、一般病院の患者の内、入院患者の割合は 30.7%と全国平均を下回っています。

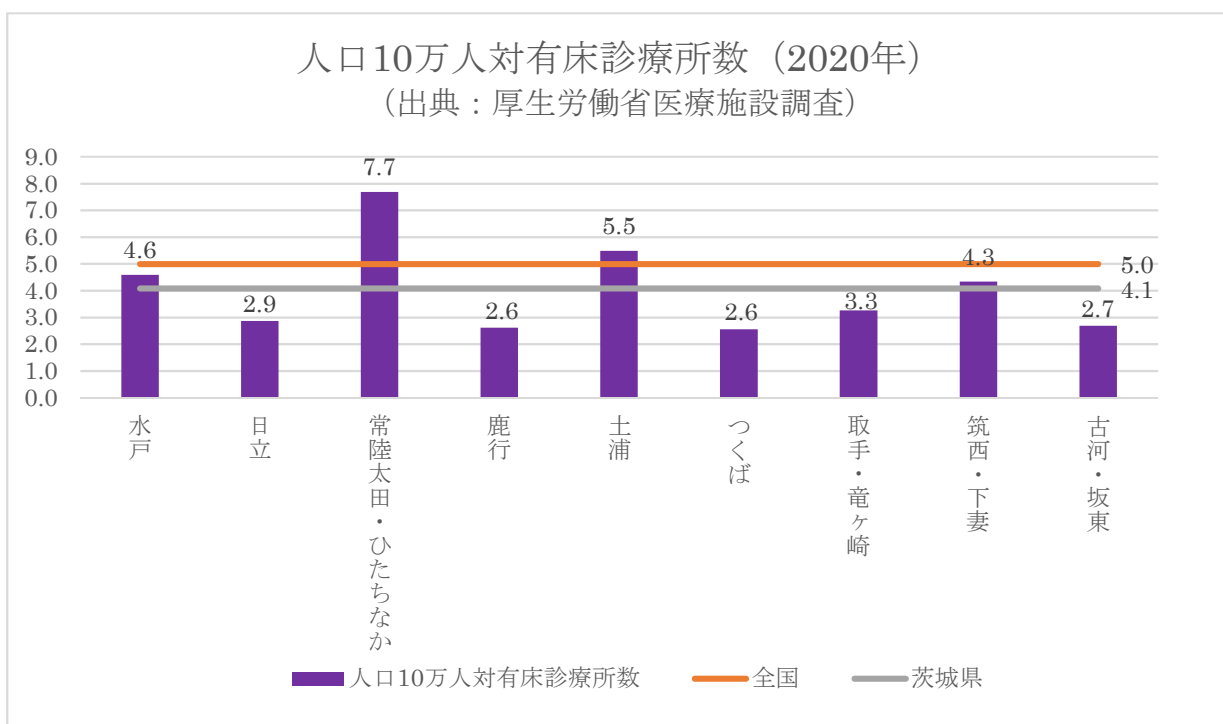


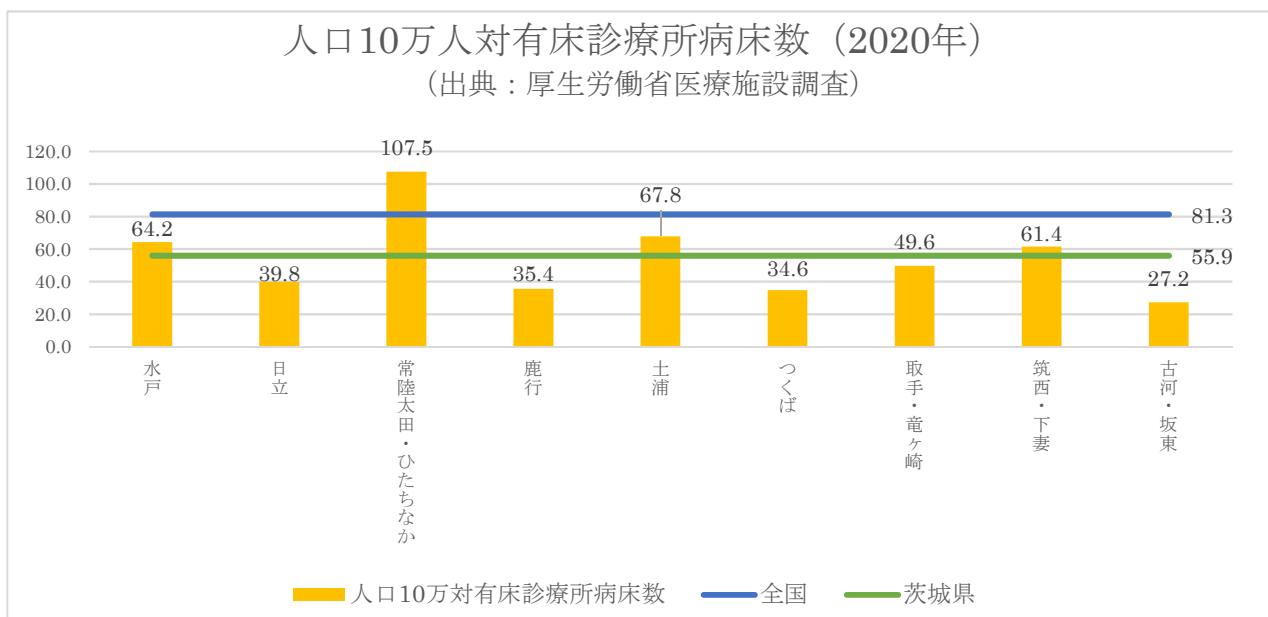
② 診療所

- 本県は、全ての二次保健医療圏で人口10万人当たりの一般診療所数が全国平均を下回っており、特に常陸太田・ひたちなか、鹿行、古河・坂東は全国平均を大きく下回っています。



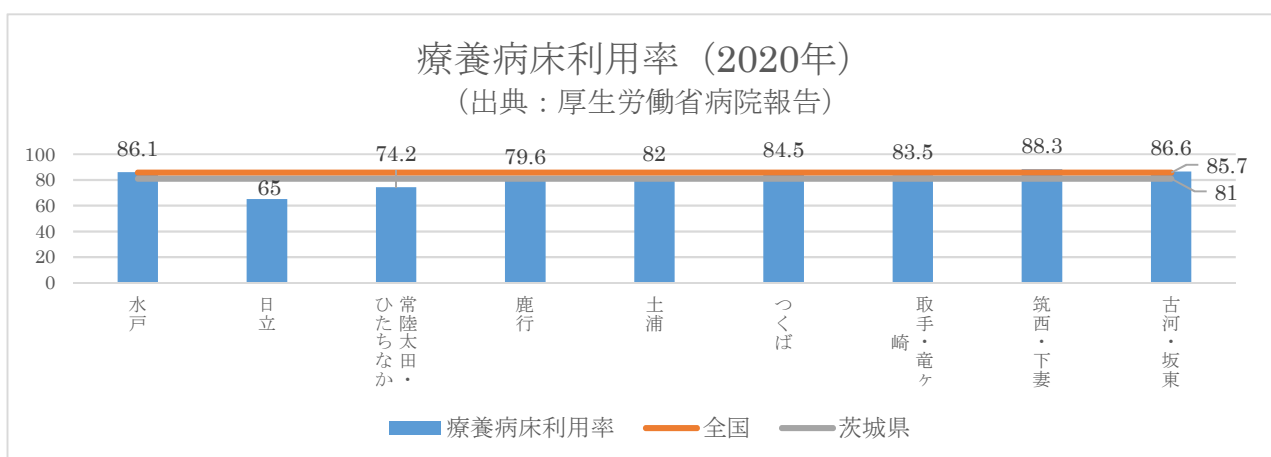
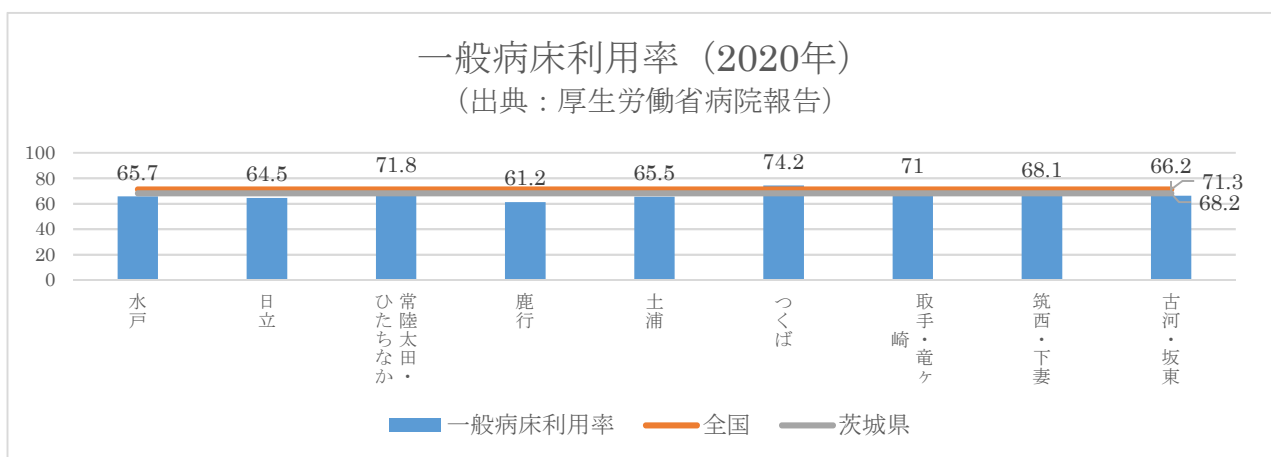
- また、本県の人口10万人当たりの有床診療所数及びその病床数は全国平均を下回っており、常陸太田・ひたちなか、土浦が多い傾向にある一方、鹿行やつくば、古河・坂東などが全国平均を下回っています。





### ③ 病床利用率

- 本県の病床利用率は、一般病床及び療養病床のいずれも全国平均を下回っています。
- 二次保健医療圏別にみると、一般病床では水戸、日立、鹿行、土浦、筑西・下妻、古河・坂東が県平均を下回っており、療養病床では日立、常陸太田・ひたちなか、鹿行が県平均を下回っています。







(2) 二次保健医療圏間の受療動向

- 入院患者については、医師が不足する地域からの流出が多くみられ、また、水戸保健医療圏、土浦保健医療圏、つくば保健医療圏への流入が多くみられます。
- 鹿行保健医療圏では千葉県へ、筑西・下妻保健医療圏及び古河・坂東保健医療圏では栃木県や埼玉県への流出がみられます。
- 医療機能別にみると、救急医療（二次、三次、小児）、周産期医療については、各医療機能を担う拠点病院が所在する水戸保健医療圏、土浦保健医療圏、つくば保健医療圏へ周辺地域からの流入が多くみられます。

【診療科別の医師数と受療動向】

二次保健医療圏	受療動向
水戸	・慢性期、周産期、救命救急について、圏域内医療機関への受入患者数は県内最多。特に常陸太田・ひたちなかからの流入が顕著。
日立	・圏域内外との流出入が比較的少ない。 ・周産期、小児の圏域内患者数（住民）が県内最少。 ・3次救急の圏域内患者数（住民）、医療機関の受入患者数が多い。
常陸太田・ひたちなか	・高度急性期、救命・救急について、圏域内患者数（住民）の半数近くが水戸、日立に流出。 ・周産期の圏域内患者数（住民）は約71%が水戸に流出。
鹿行	・高度急性期小児、救命・救急について、圏域内患者（住民）の水戸、土浦への流出が顕著。千葉県への流出もみられる。
土浦	・周産期について、鹿行、取手・竜ヶ崎からの患者流入があり、基本診療、小児、救命・救急については、加えて水戸からの患者流入がある。
つくば	・基本診療（特に高度急性期、慢性期）、周産期（特に新生児の管理）、小児医療、救命・救急（特に3次救急）について、圏域内医療機関への受入患者数が多い。 ・全体的に筑西・下妻、取手・竜ヶ崎からの流入が多い。
取手・竜ヶ崎	・回復期について、圏域内の患者（住民）及び医療機関への受入患者がいずれも県内最多。 ・小児について、圏域内の患者（住民）が県内最多。 ・二次救急の圏域内の患者（住民）は水戸に次いで多い。
筑西・下妻	・基本診療（特に高度急性期）、周産期、小児、救命・救急について、つくばへの流出が顕著。栃木県・埼玉県への流出もみられる。
古河・坂東	・基本診療（特に高度急性期）、小児、救命・救急について、つくばへの流出がみられる。また、栃木県や埼玉県、東京都への流出もみられる。

① 入院患者の病床別の受療動向

ア 一般病床

- 本県を住所地とする患者の内、一般病床への推計入院患者数は13,800人となっています。
- 二次保健医療圏別にみると、筑西・下妻、鹿行、土浦の圏域外への患者の流出割合が高くなっています。また、つくば、水戸、土浦、取手・竜ヶ崎は周辺の圏域から患者が流入しています。
- また、鹿行から千葉県への流出が見られ、筑西・下妻は栃木県との流出入、取手・竜ヶ崎は千葉県との流出入、古河・坂東は栃木県への流出及び埼玉県との流出入がみられます。

病院の推計入院患者数（一般病床） ※出典：厚生労働省患者調査（2020年） (千人)

(患者住所地)		(施設所在地)														
都道府県 二次保健医療圏	合計	茨城県	水戸	日立	常陸太田・ ひたちなか	鹿行	土浦	つくば	取手・ 竜ヶ崎	筑西・ 下妻	古河・ 坂東	福島県	栃木県	埼玉県	千葉県	東京都
茨城県	13.8	12.5	2.6	1.3	1.2	0.6	1.1	2.2	2	0.7	0.8	0.1	0.4	0.1	0.5	0.2
水戸	2.1	2.1	1.8	0	0.1	0	0.1	0	0	-	-	0	0	0	0	0
日立	1.3	1.3	0.1	1.2	0	-	0	0	0	-	-	0	-	0	0	0
常陸太田・ ひたちなか	1.8	1.7	0.5	0.1	1.1	0	0	0	0	-	-	0	0	0	0	0
鹿行	1.2	1	0.1	0	0	0.5	0.2	0.1	0	-	-	-	-	-	0.2	0
土浦	1.1	1.1	0.1	-	-	0	0.6	0.3	0.1	0	-	0	-	0	0	0
つくば	1.4	1.3	0	-	0	-	0.1	1	0.3	0	0	-	0	0	0	0
取手・竜ヶ崎	2.2	2	0	-	-	0	0.1	0.3	1.5	0	-	0	0	0	0.2	0
筑西・下妻	1.4	1.1	0	-	0	-	0	0.3	0	0.7	0	-	0.3	0	-	0
古河・坂東	1.2	1	-	-	-	-	-	0.1	0	0	0.8	0	0.1	0.1	0	0
福島県	10.2	0	0	0	0	-	-	0	-	-	-	9.8	0	0	0	0
栃木県	8.7	0.1	0	-	-	0	0	0	0	0.1	0	0	8.3	0	0	0.1
埼玉県	31.3	0.1	0	-	-	-	0	0	0	0	0.1	0	0.1	27.3	0.3	2.6
千葉県	26.4	0.2	0	-	-	0	-	0	0.1	-	0	0	0	0.2	24.4	1.3
東京都	53.2	0.1	0	0	-	0	0	0	0	0	0	0	0.1	1.2	0.7	48.9

病院の推計入院患者数（一般病床） ※出典：厚生労働省患者調査（2020年） (割合)

(患者住所地)		(施設所在地)															流出割合
都道府県 二次保健医療圏	合計	茨城県	水戸	日立	常陸太田・ ひたちなか	鹿行	土浦	つくば	取手・ 竜ヶ崎	筑西・ 下妻	古河・ 坂東	福島県	栃木県	埼玉県	千葉県	東京都	
茨城県	100%	91%	19%	9%	9%	4%	8%	16%	14%	5%	6%	1%	3%	1%	4%	1%	-
水戸	100%	100%	86%	0%	5%	0%	5%	0%	0%	-	-	0%	0%	0%	0%	0%	14%
日立	100%	100%	8%	92%	0%	-	0%	0%	0%	-	-	0%	-	0%	-	0%	8%
常陸太田・ ひたちなか	100%	94%	28%	6%	61%	0%	0%	0%	0%	-	-	0%	0%	0%	0%	0%	39%
鹿行	100%	83%	8%	0%	0%	42%	17%	8%	0%	-	-	-	-	-	17%	0%	58%
土浦	100%	100%	9%	-	-	0%	55%	27%	9%	0%	-	0%	-	-	0%	0%	45%
つくば	100%	93%	0%	-	0%	-	7%	71%	21%	0%	0%	-	0%	0%	0%	0%	29%
取手・竜ヶ崎	100%	91%	0%	-	-	0%	5%	14%	68%	0%	-	0%	0%	0%	9%	0%	32%
筑西・下妻	100%	79%	0%	-	0%	-	0%	21%	0%	50%	0%	-	21%	0%	-	0%	50%
古河・坂東	100%	83%	-	-	-	-	-	8%	0%	0%	67%	0%	8%	8%	0%	0%	33%
福島県	100%	0%	0%	0%	0%	-	-	0%	-	-	-	96%	0%	0%	0%	0%	4%
栃木県	100%	1%	0%	-	-	-	-	-	0%	1%	0%	0%	95%	0%	0%	1%	5%
埼玉県	100%	0%	0%	-	-	-	0%	0%	0%	-	0%	0%	0%	87%	1%	8%	13%
千葉県	100%	1%	0%	-	-	0%	-	0%	0%	-	0%	0%	0%	1%	92%	5%	8%
東京都	100%	0%	0%	-	-	0%	0%	0%	0%	-	0%	0%	0%	2%	1%	92%	8%

イ 療養病床

- 本県を住所地とする患者の内、療養病床への推計入院患者数は3,900人となっています。
- 二次保健医療圏別にみると、古河・坂東の圏域外への患者の流出割合が高くなっています。また、水戸、常陸太田・ひたちなか、土浦、つくば、取手・竜ヶ崎は周辺の圏域から患者の流入がみられます。
- また、千葉県から鹿行への流入、栃木県及び東京都から筑西・下妻への流入がみられます。

病院の推計入院患者数（療養病床※出典：厚生労働省患者調査（2020年））

（千人）

(患者所在地)	(施設所在地)																
	都道府県 二次医療圏	合計	茨城県	水戸	日立	常陸太田・ ひたちなか	鹿行	土浦	つくば	取手・ 竜ヶ崎	筑西・ 下妻	古河・ 坂東	福島県	栃木県	埼玉県	千葉県	東京都
茨城県	3.9	3.6	0.6	0.3	0.4	0.4	0.4	0.4	0.5	0.5	0.5	0.1	0.0	0.1	0.0	0.1	0.0
水戸	0.6	0.6	0.4	0.0	0.1	-	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	-	-	-	0.0	-	-
日立	0.3	0.3	0.0	0.3	0.0	-	-	-	0.0	-	-	-	0.0	-	0.0	0.0	0.0
常陸太田・ ひたちなか	0.4	0.4	0.1	0.0	0.3	-	0.0	-	-	0.0	-	-	0.0	0.0	-	0.0	-
鹿行	0.5	0.5	0.0	-	-	0.4	0.0	0.0	0.0	0.0	-	-	-	0.0	0.0	0.1	-
土浦	0.3	0.3	0.0	-	-	-	0.2	0.0	0.0	0.0	-	-	-	-	-	-	-
つくば	0.3	0.3	-	-	-	-	0.0	0.2	0.1	0.0	0.0	-	-	-	0.0	0.0	0.0
取手・竜ヶ崎	0.5	0.4	-	-	-	-	0.0	0.1	0.3	0.0	0.0	-	-	-	0.0	0.0	0.0
筑西・下妻	0.6	0.5	0.0	-	-	-	0.0	0.1	0.0	0.4	0.0	-	0.1	-	-	-	0.0
古河・坂東	0.2	0.2	-	-	-	-	-	0.0	0.0	0.0	0.1	-	0.0	0.0	0.0	0.0	-
福島県	2.3	0.0	0.0	0.0	-	-	-	0.0	-	-	-	-	2.3	0.0	0.0	0.0	0.0
栃木県	2.9	0.1	0.0	-	-	-	-	-	-	0.1	0.0	-	-	2.7	0.0	-	0.0
埼玉県	9.6	0.1	-	-	-	0.0	-	0.0	0.0	0.0	0.0	-	0.0	8.6	0.1	0.8	
千葉県	8.9	0.1	0.0	0.0	-	0.1	-	0.0	0.0	0.0	-	-	-	0.0	0.1	8.3	0.2
東京都	19.7	0.2	-	-	-	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	-	0.0	0.0	0.8	0.3	17.3

病院の推計入院患者数（療養病床※出典：厚生労働省患者調査（2020年））

（割合）

(患者所在地)	(施設所在地)																流出割合
	都道府県 二次医療圏	合計	茨城県	水戸	日立	常陸太田・ ひたちなか	鹿行	土浦	つくば	取手・ 竜ヶ崎	筑西・ 下妻	古河・ 坂東	福島県	栃木県	埼玉県	千葉県	
茨城県	100%	92%	15%	8%	10%	10%	10%	13%	13%	13%	3%	0%	3%	0%	3%	0%	-
水戸	100%	100%	67%	0%	17%	-	17%	0%	0%	0%	-	-	-	-	-	-	33%
日立	100%	100%	0%	100%	0%	-	-	-	0%	-	-	0%	-	-	-	-	0%
常陸太田・ ひたちなか	100%	100%	25%	0%	75%	-	0%	-	-	0%	-	-	0%	-	-	-	25%
鹿行	100%	100%	0%	-	-	80%	0%	0%	0%	0%	-	-	0%	0%	20%	-	20%
土浦	100%	100%	0%	-	-	-	67%	0%	0%	0%	-	-	-	-	-	-	33%
つくば	100%	100%	-	-	-	-	0%	67%	33%	0%	0%	-	-	0%	-	0%	33%
取手・竜ヶ崎	100%	80%	-	-	-	-	0%	20%	60%	0%	-	-	-	-	0%	0%	40%
筑西・下妻	100%	83%	-	-	-	-	0%	17%	0%	67%	0%	-	17%	-	-	-	33%
古河・坂東	100%	100%	-	-	-	-	-	0%	0%	0%	50%	-	0%	0%	-	-	50%
福島県	100%	0%	-	0%	-	-	-	-	-	-	-	100%	0%	0%	0%	0%	0%
栃木県	100%	3%	-	-	-	-	-	-	-	3%	0%	-	93%	-	-	0%	7%
埼玉県	100%	1%	-	-	-	0%	-	-	0%	0%	0%	-	0%	90%	1%	8%	10%
千葉県	100%	1%	-	0%	-	1%	-	0%	0%	0%	-	-	0%	1%	93%	2%	7%
東京都	100%	1%	-	-	-	0%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	4%	2%	88%	12%



② 医療機能別の入院患者の受療動向

ア 高度急性期

○ 「医療計画策定支援データブック 2022」(※)によると、二次保健医療圏の内、常陸太田・ひたちなか、鹿行、取手・竜ヶ崎、筑西・下妻、古河・坂東について、他の圏域への患者の流出が多くなっています。

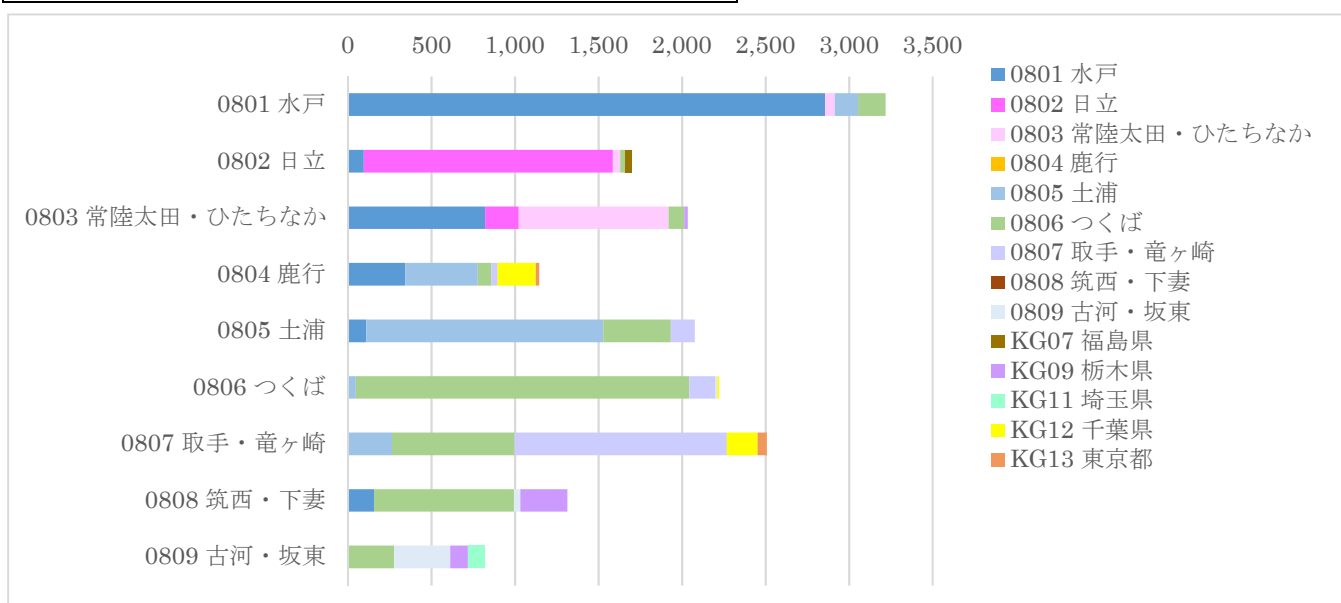
※各都道府県の医療計画・地域医療構想の策定を支援するため、NDB データによる受療動向の可視化を行うために国が提供する分析ツール

○ 特に鹿行、筑西・下妻は患者の流出が顕著であり、鹿行は千葉県へ、筑西・下妻は栃木県への流出が多くみられます。

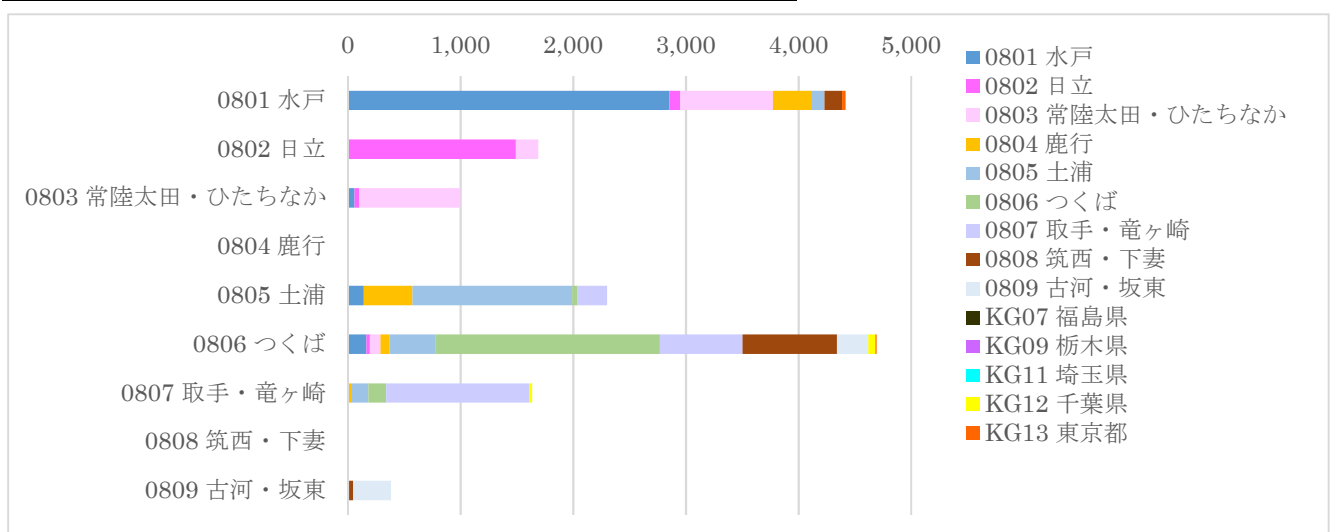
○ また、水戸、つくばは他の圏域からの流入が多く、特につくばは他の圏域からの患者が約57%と半数以上を占めています。なお、本県を住所地とする患者の内、約53%が水戸、つくばの医療機関に入院しています。

高度急性期の入院患者の受療動向（患者住所地ベース）

単位：レセプト件数



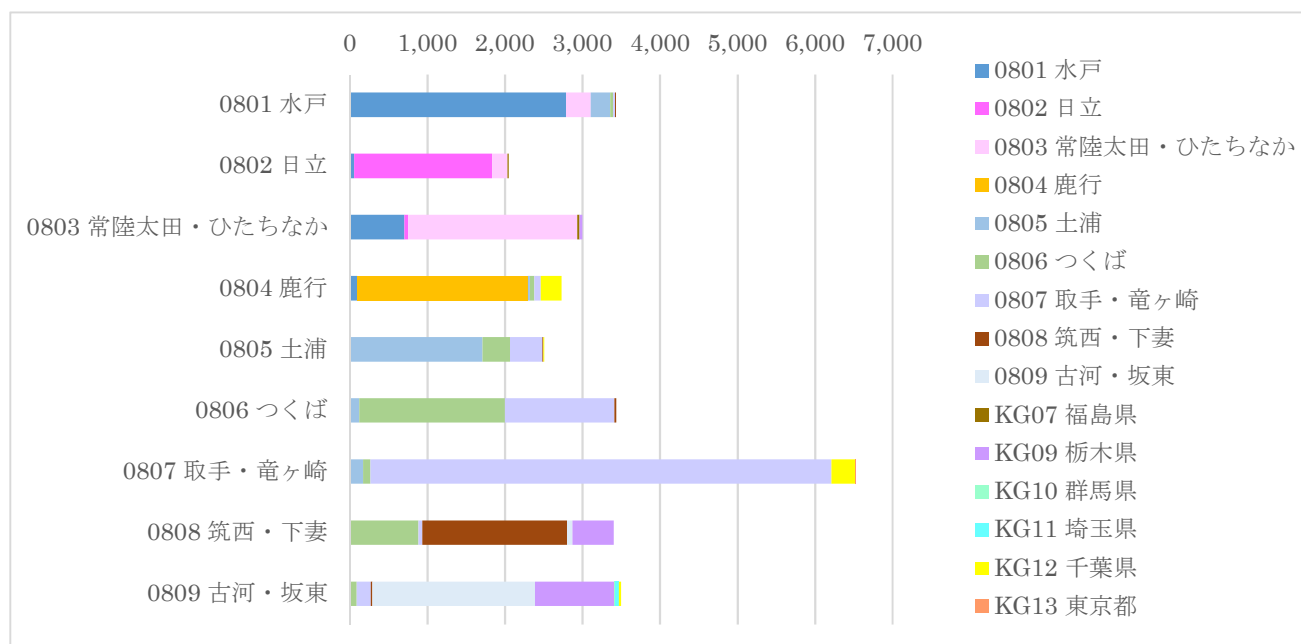
高度急性期の入院患者の受療動向（医療機関所在地ベース）



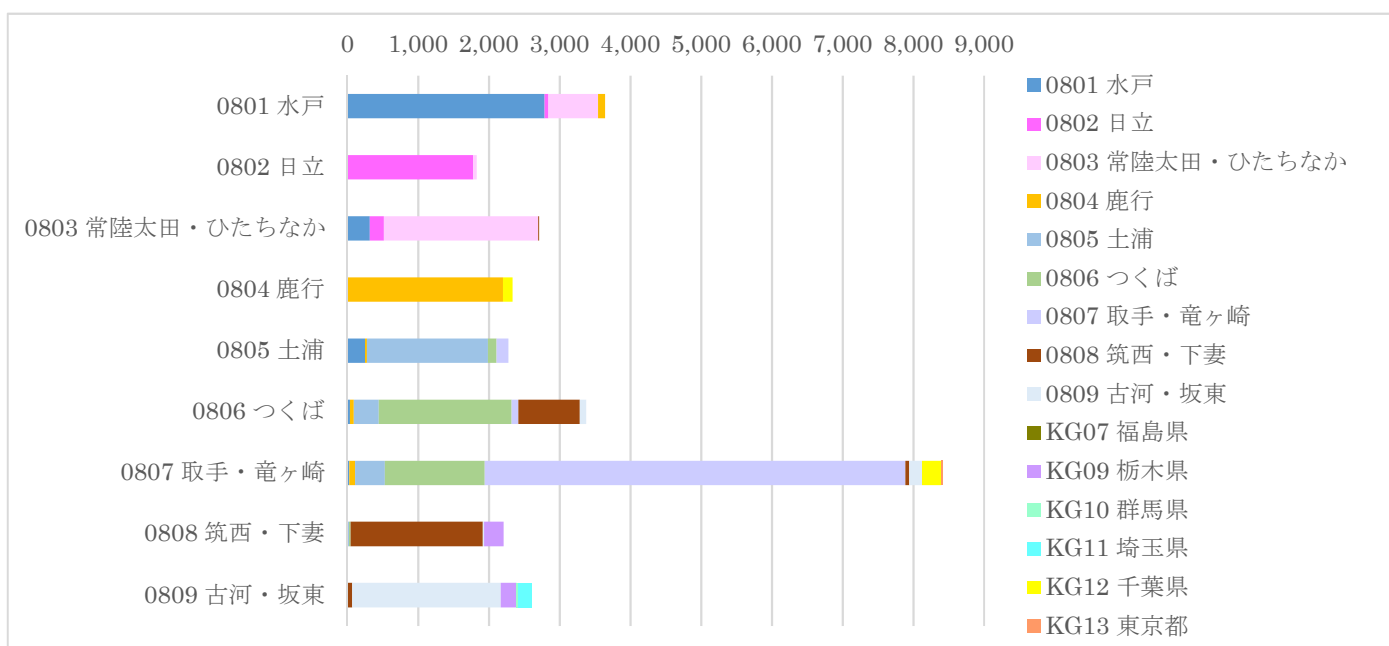
イ 回復期

- 二次保健医療圏の内、土浦、つくば、筑西・下妻、古河・坂東について、他の圏域への患者の流出が多くなっており、筑西・下妻、古河・坂東は栃木県へ、鹿行、取手・竜ヶ崎は千葉県への流出がみられます。
- また、取手・竜ヶ崎は圏域内の患者数、圏域外からの流入患者数のいずれも多く、本県を住所地とする患者の約27%が取手・竜ヶ崎の医療機関に入院しています。
- なお、鹿行と取手・竜ヶ崎には千葉県から、筑西・下妻には栃木県から、古河・坂東には栃木県及び埼玉県からの流入がみられます。

回復期の入院患者の受療動向（患者住所地ベース）



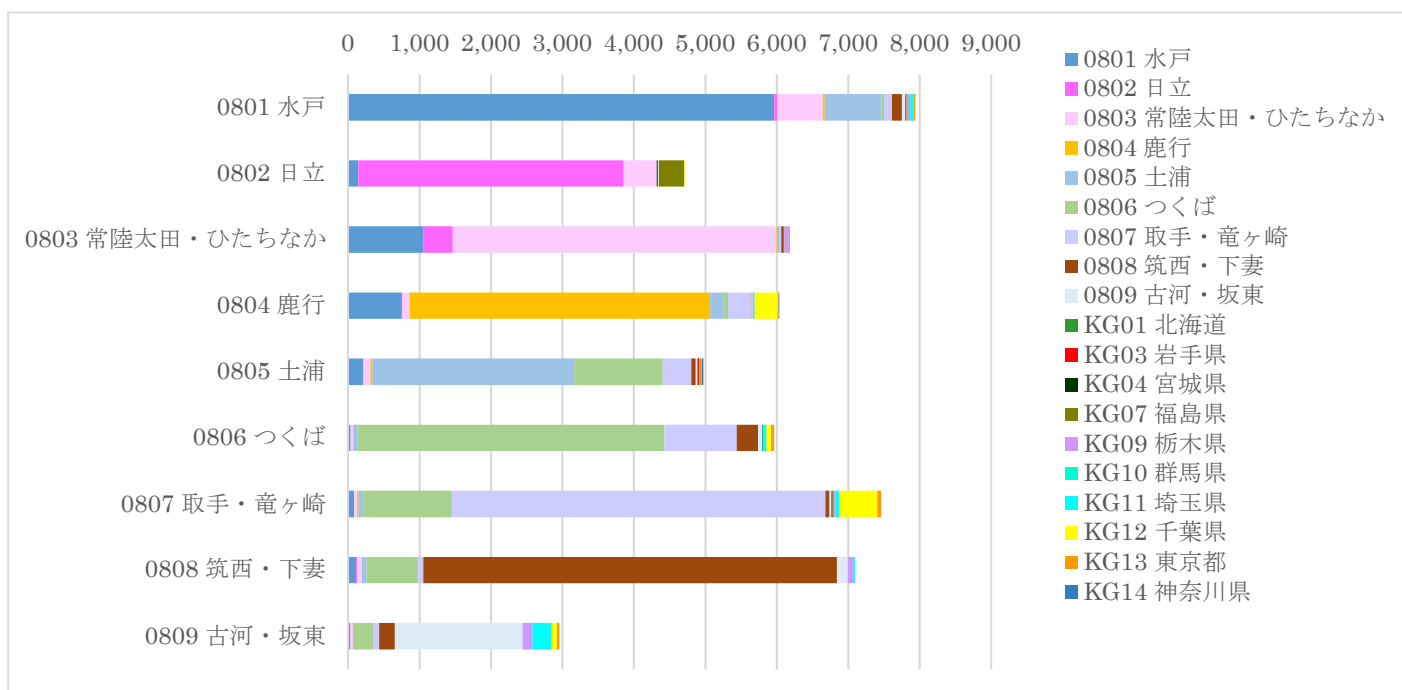
回復期の入院患者の受療動向（医療機関所在地ベース）



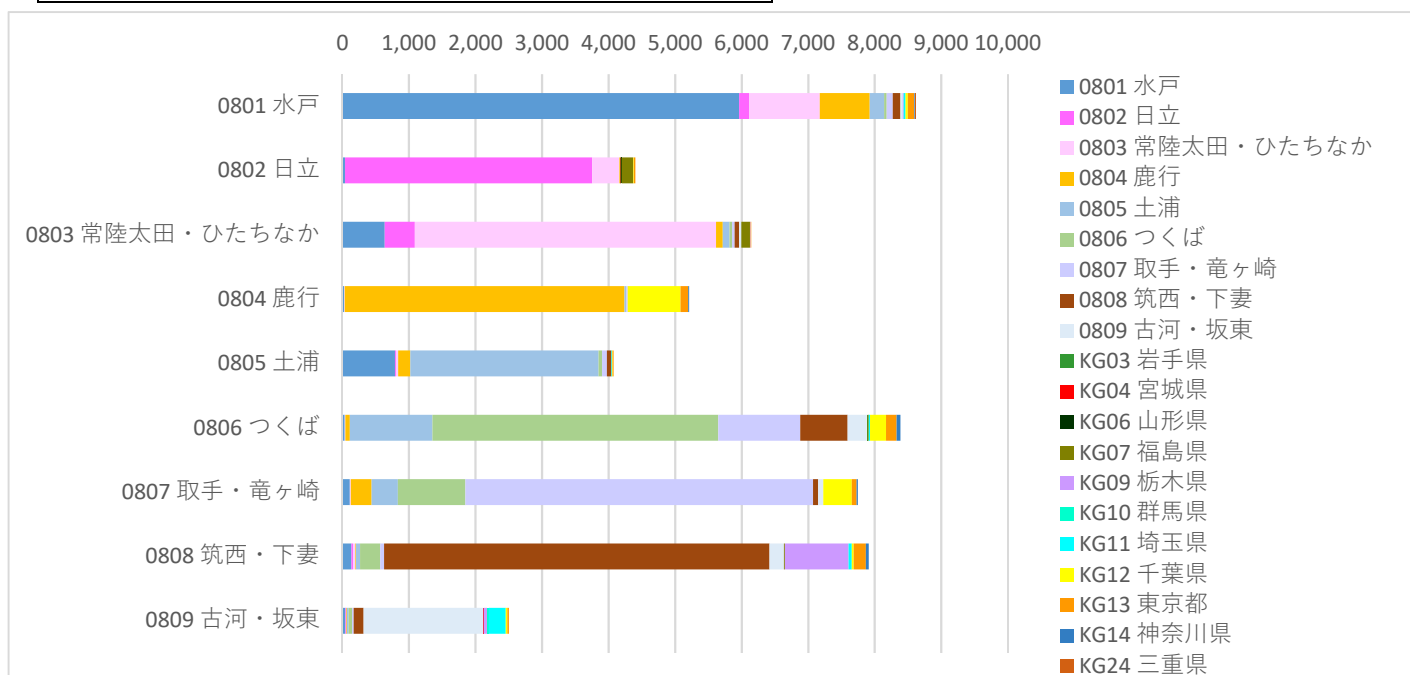
ウ 慢性期

- 二次保健医療圏の内、鹿行、土浦、取手・竜ヶ崎、古河・坂東について、他の圏域への患者の流出が多くなっています。
- また、日立は福島県へ、鹿行及び取手・竜ヶ崎は千葉県へ、筑西・下妻は栃木県へ、古河・坂東は埼玉県及び栃木県への流出がみられます。
- なお、つくばは他の圏域からの患者の流入割合が多く、また、鹿行と取手・竜ヶ崎は千葉県から、筑西・下妻は栃木県から、古河・坂東は埼玉県からの流入がみられます。

慢性期の入院患者の受療動向（患者住所地ベース）



慢性期の入院患者の受療動向（医療機関所在地ベース）

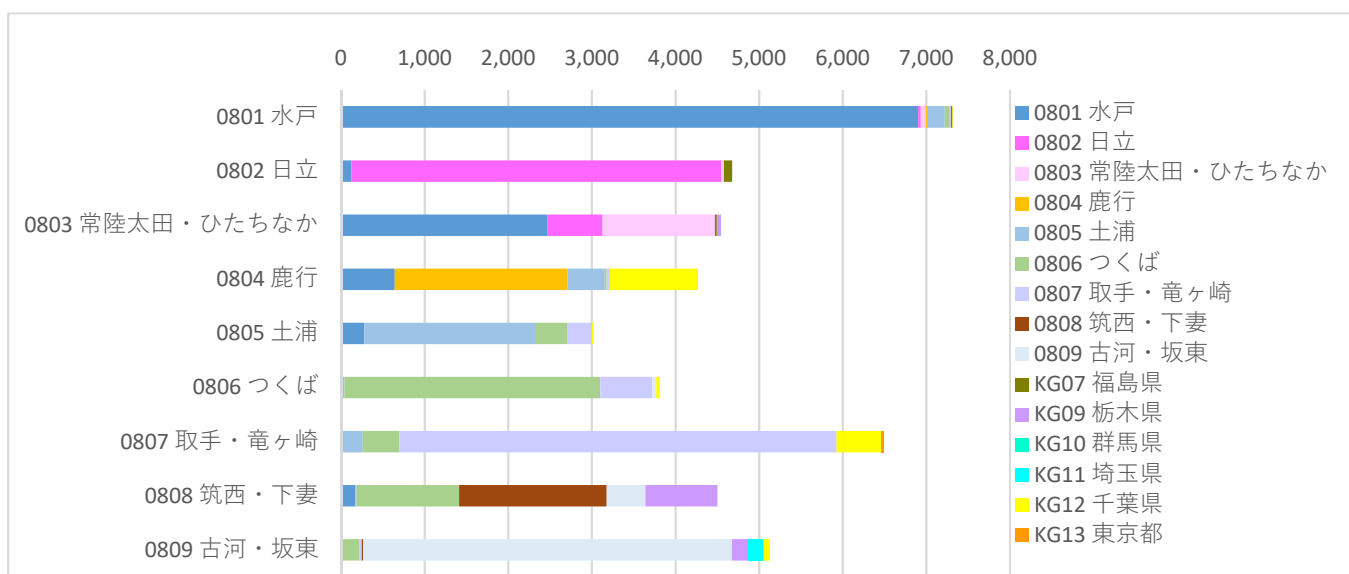


③ 救命・救急の入院患者の受療動向

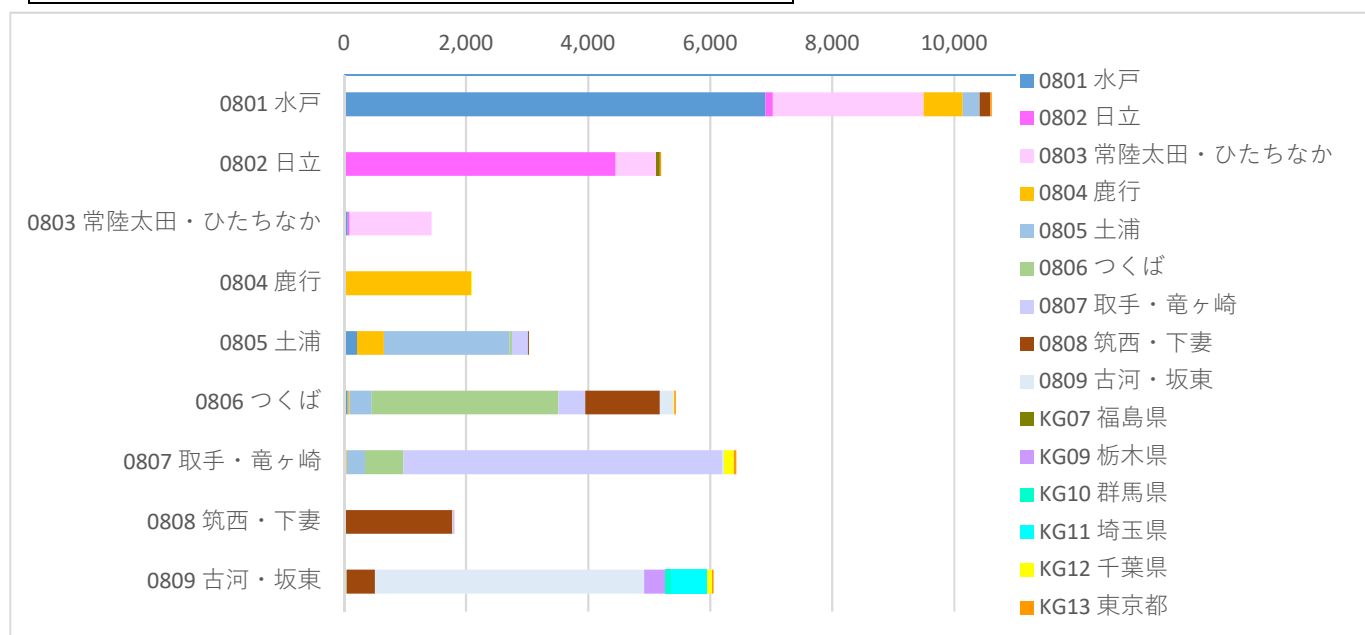
2次救急

- 二次保健医療圏の内、常陸太田・ひたちなか、鹿行、筑西・下妻について、他の圏域への患者の流出が多くなっています。
- また、鹿行は千葉県へ、筑西・下妻は栃木県への流出が多く、取手・竜ヶ崎は千葉県への流出がみられます。
- 水戸、土浦、つくばは他の圏域からの患者の流入割合が多く、また、古河・坂東は栃木県及び埼玉県からの流入がみられます。

2次救急の入院患者の受療動向（患者住所地ベース）



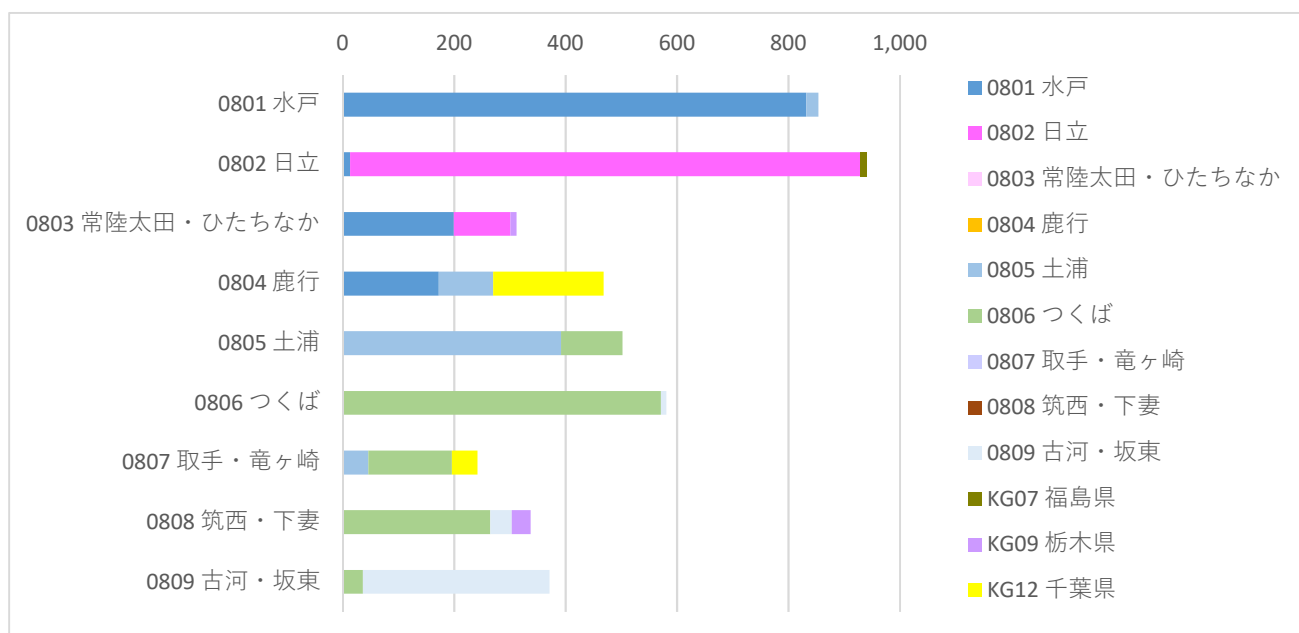
2次救急の入院患者の受療動向（医療機関所在地ベース）



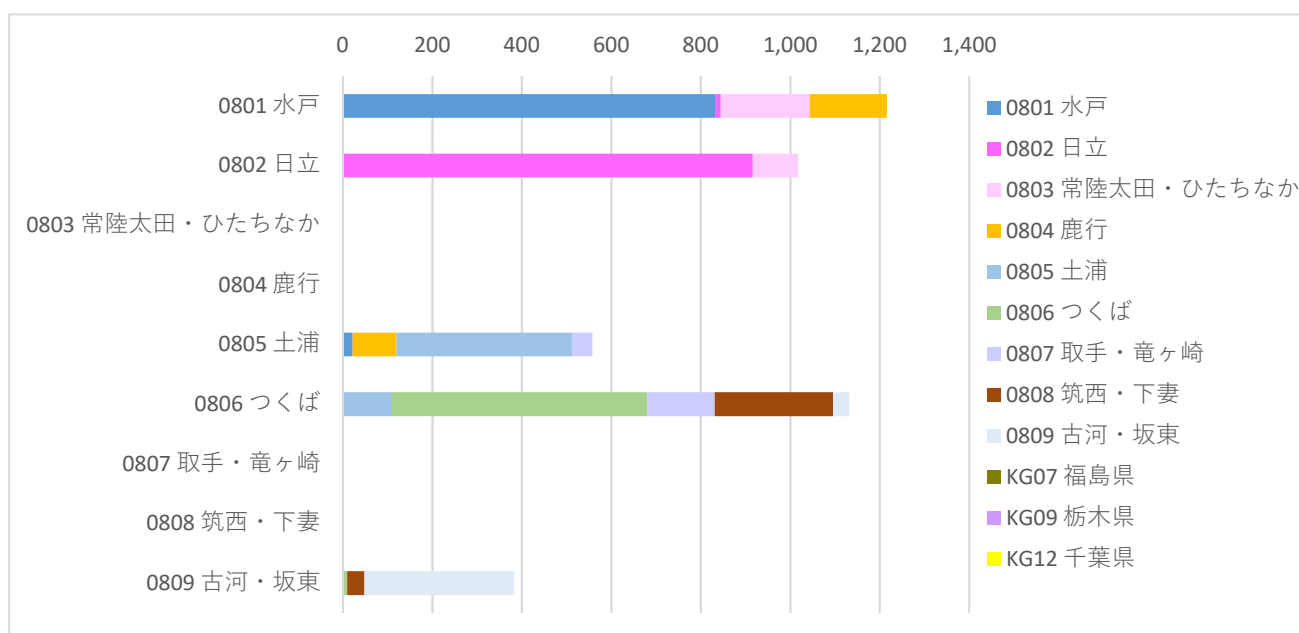
3次救急

- 二次保健医療圏の内、救命救急センターがない常陸太田・ひたちなか、鹿行、取手・竜ヶ崎、筑西・下妻は全ての患者が他の圏域へ流出しています。
- また、鹿行は約 42%、取手・竜ヶ崎は約 19%が千葉県へ流出しています。
- 水戸、土浦、つくばは他の圏域からの患者の流入割合が多くみられます。

3次救急の入院患者の受療動向（患者住所地ベース）



3次救急の入院患者の受療動向（医療機関所在地ベース）





### 茨城県救急医療体制図（二次・三次）



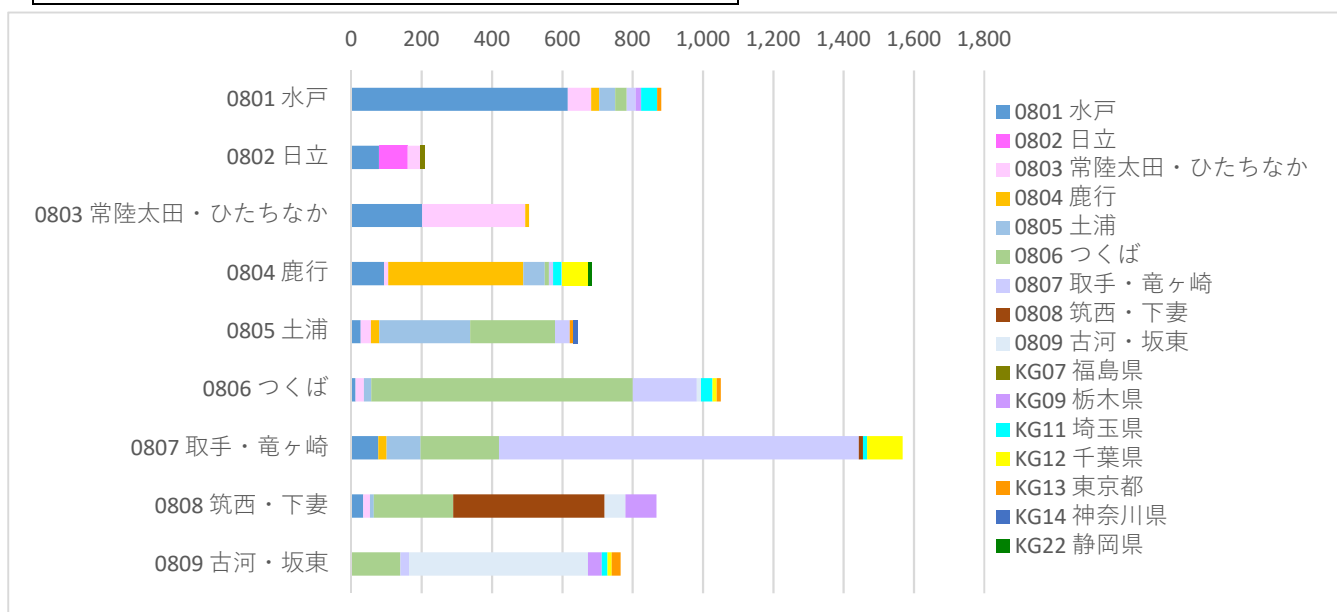
2023年12月1日現在

④ 小児医療の入院患者の受療動向

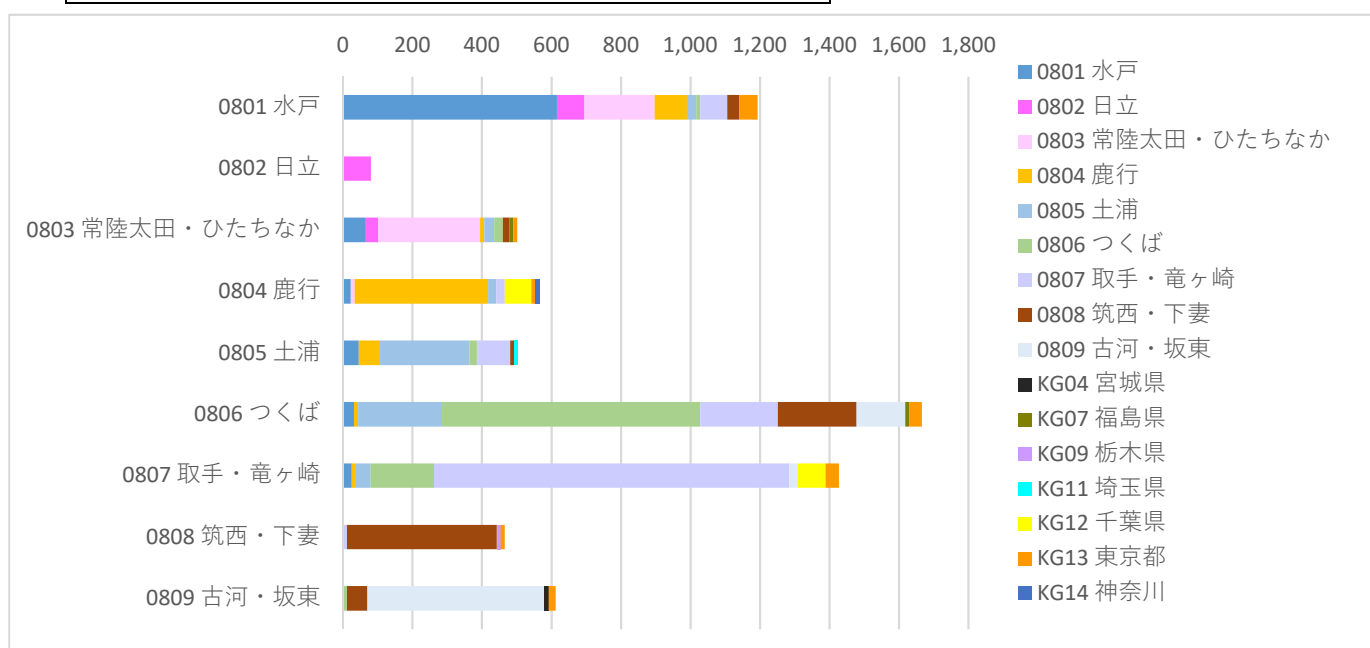
入院医療

- 二次保健医療圏の内、日立、常陸太田・ひたちなか、鹿行、土浦、筑西・下妻について、他の圏域への患者の流出が多くなっています。
- また、鹿行及び取手・竜ヶ崎は千葉県へ、筑西・下妻は栃木県への流出があり、古河・坂東は栃木県や埼玉県等への流出がみられます。
- 水戸、土浦、つくばは他の圏域からの患者の流入割合が多く、また、鹿行及び取手・竜ヶ崎は千葉県からの流入がみられます。

小児医療の入院患者の受療動向（患者住所地ベース）



小児医療の入院患者の受療動向（医療機関所在地ベース）





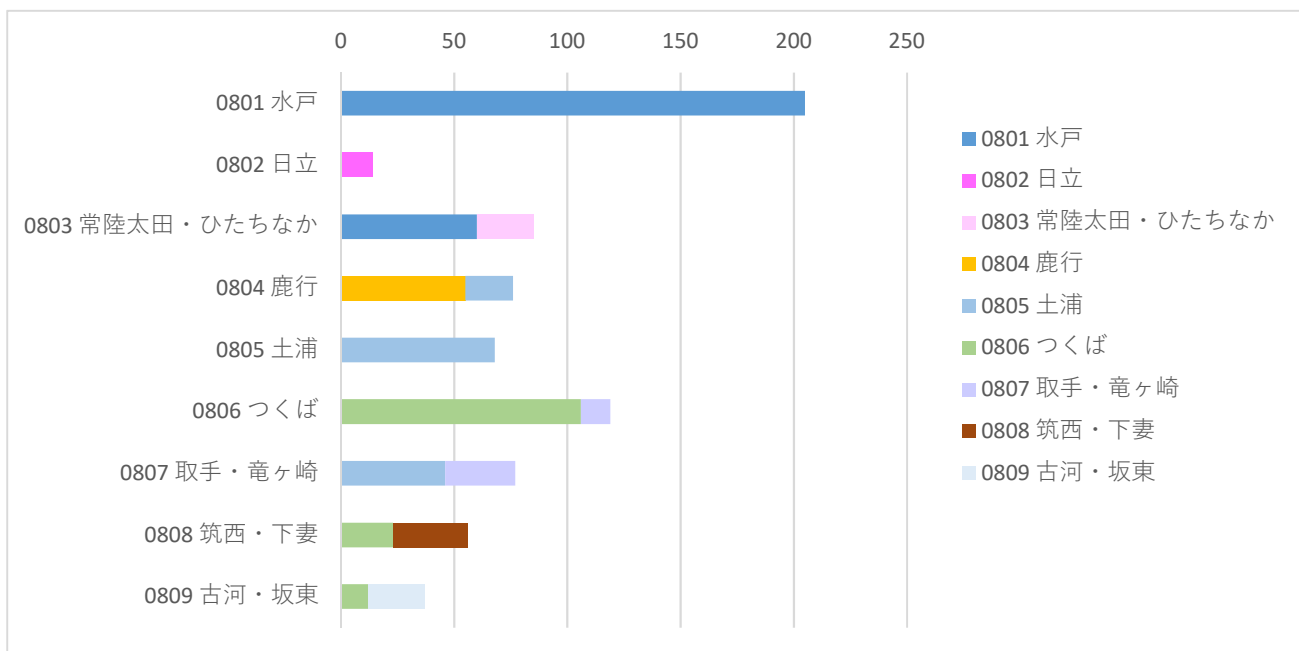
⑤ 周産期医療の入院患者の受療動向

入院医療

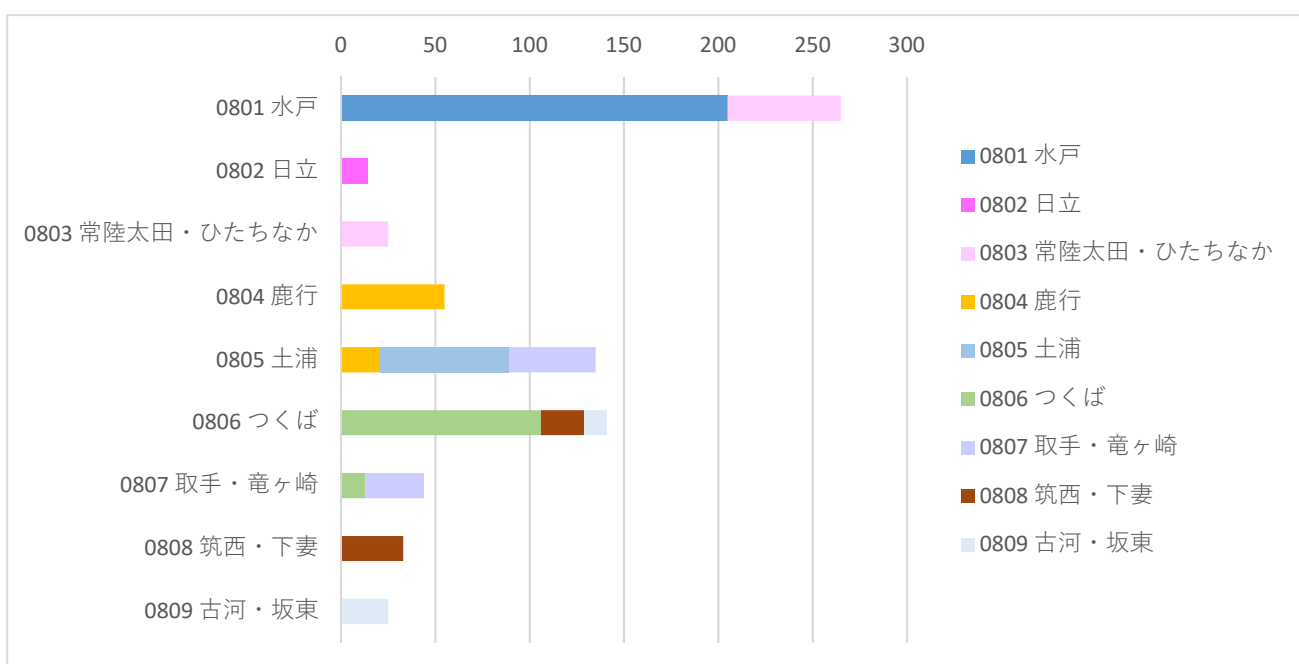
○ 二次保健医療圏の内、常陸太田・ひたちなか、取手・竜ヶ崎、筑西・下妻について、他の圏域への患者の流出が多くなっています。

○ 水戸、土浦、つくば、取手・竜ヶ崎は他の圏域からの患者の流入が見られます。

周産期医療の入院患者の受療動向（患者住所地ベース）



周産期医療の入院患者の受療動向（医療機関所在地ベース）



## 4 地域医療構想

### (1) 概要

- ・2025年における医療需要と将来の病床数の必要量を、4つの医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期及び在宅医療等）の区分ごとに示すとともに、その実現に向けた施策及び今後の検討の方向性を示したものです。
- ・2040年の医療提供体制の展望を見据え、医師偏在対策（都道府県の医師確保計画）及び医師・医療従事者の働き方改革とともに、三位一体での推進が必要です。

2040年を展望した医療提供体制の改革について（イメージ）

2019年4月24日  
 第66回社会保障審議会医療部会 資料 1-1

○医療提供体制の改革については2025年を目指した地域医療構想の実現等に取り組んでいるが、2025年以降も少子高齢化の進展が見込まれ、さらに人口減に伴う医療人材の不足、医療従事者の働き方改革といった新たな課題への対応も必要。

○2040年の医療提供体制の展望を見据えた対応を整理し、地域医療構想の実現等だけでなく、医師・医療従事者の働き方改革の推進、実効性のある医師偏在対策の着実な推進が必要。

2040年の医療提供体制（医療ニーズに応じたヒト、モノの配置）

**現在**

機能の重複  
都市部集中

- ◆医療資源の分散・偏在
  - 都市部での類似の医療機能を持つ医療機関の林立により医療資源の活用が非効率に
  - 医師の少ない地域での医療提供量の不足・医師の過剰な負担
- ◆疲弊した医療現場は医療安全への不安にも直結

2025年までに着手すべきこと

2040年

どこにいても必要な医療を最適な形で

- ・限られた医療資源の配置の最適化（医療従事者、病床、医療機器）
  - 医療計画に「地域医療構想」「医師確保計画」が盛り込まれ、総合的な医療提供体制改革が可能に
- ・かかりつけ医が役割を發揮するための医療情報ネットワークの整備による、地域医療連携や適切なオンライン診療の実施

医師・医療従事者の働き方改革で、より質が高く安全で効率的な医療へ

- ・人員配置の最適化やICT等の技術を活用したチーム医療の推進と業務の効率化
- ・医療の質や安全の確保に資する医療従事者の健康確保や負担軽減
- ・業務の移管や共同化（タスク・シフティング、タスク・シェアリング）の浸透

2040年を展望した2025年までに着手すべきこと

地域医療構想の実現等

- ①全ての公立・公的医療機関等における具体的対応方針の合意形成
- ②合意形成された具体的対応方針の検証と地域医療構想の実現に向けた更なる対策
- ③かかりつけ医が役割を發揮するための医療情報ネットワークの構築や適切なオンライン診療等を推進するための適切なルール整備 等

三位一体で推進

実効性のある医師偏在対策の着実な推進

- ①地域医療構想や2040年の医療提供体制の展望と整合した**医師偏在対策**の施行
  - ・医師偏在指標に基づく医師確保計画の策定と必要な施策の推進
  - ・将来の医療ニーズに応じた地域枠の設定・拡充
  - ・地域ごとに異なる人口構成の変化等に対応した将来の診療科別必要医師数を都道府県ごとに算出
- ②総合的な診療能力を有する医師の確保等のプライマリ・ケアへの対応

医師・医療従事者の働き方改革の推進

- ①医師の労働時間管理の徹底
- ②医療機関内のマネジメント改革（管理者・医師の意識改革、業務の移管や共同化（タスク・シフティングやタスク・シェアリング）、ICT等の技術を活用した効率化 等）
- ③**医師偏在対策**による地域における医療従事者等の確保（地域偏在と診療科偏在の是正）
- ④地域医療提供体制における機能分化・連携、集約化・重点化の推進（これを推進するための医療情報の整理・共有化を含む）⇒ **地域医療構想の実現**

### (2) 本県の状況

○茨城県地域医療構想の主な内容は以下のとおりとなっています。

#### ①2025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

- 2025年の医療需要については、4医療機能とも現在の患者の流出入が今後も継続するものとして「医療機関所在地ベース」を基本に推計し、国が算定する必要病床数については、将来の医療提供体制を検討するための参考値として取り扱うこととしています。
- また、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ことから、各地域医療構想調整会議において、再編統合を含めた構想区域内の医療機関の拠点化・集約化や役割分担の明確化を図っているところです。
- さらに、高齢化社会を見据え、医療機関や介護施設等の緊密な連携体制の構築を促進するとともに、在宅医療・介護に関する情報を地域住民に適切に提供するなど、在宅医療等の提供体制の充実を進めていくこととしています。

■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	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）	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 （2013年10月）  （単位：床）	基準病床数 （2013年4月）  （単位：床）	
全県	高度急性期	1,761	1,634	1,634	2,178	(一般病床)	21,033
	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)	
	小計	18,754	18,460	18,460	21,755		
水戸	高度急性期	317.4	466.0	466.0	621	(一般病床)	4,695
	急性期	950.8	1,267.9	1,267.9	1,626		
	回復期	1,128.0	1,359.2	1,359.2	1,510		
	慢性期	612.2	663.6	663.6	721	(療養病床)	
	小計	3,008.4	3,756.7	3,756.7	4,478		
日立	高度急性期	150.6	128.9	128.9	172	(一般病床)	2,154
	急性期	528.9	482.6	482.6	619		
	回復期	696.1	641.4	641.4	713		
	慢性期	364.8	318.9	318.9	346	(療養病床)	
	小計	1,740.5	1,571.9	1,571.9	1,850		
ひたちなか 常陸太田	高度急性期	229.2	112.5	112.5	150	(一般病床)	2,040
	急性期	780.6	525.1	525.1	673		
	回復期	847.9	664.4	664.4	738		
	慢性期	536.8	506.6	506.6	551	(療養病床)	
	小計	2,394.4	1,808.7	1,808.7	2,112		
鹿行	高度急性期	158.1	52.6	52.6	70	(一般病床)	1,427
	急性期	518.9	291.3	291.3	373		
	回復期	587.7	398.3	398.3	443		
	慢性期	363.1	348.3	348.3	379	(療養病床)	
	小計	1,627.8	1,090.5	1,090.5	1,265		
土浦	高度急性期	164.5	176.8	176.8	236	(一般病床)	1,915
	急性期	528.1	536.1	536.1	687		
	回復期	574.6	577.6	577.6	642		
	慢性期	409.7	336.1	336.1	365	(療養病床)	
	小計	1,676.9	1,626.6	1,626.6	1,930		
つくば	高度急性期	191.2	327.0	327.0	436	(一般病床)	2,765
	急性期	681.5	942.8	942.8	1,209		
	回復期	639.7	805.9	805.9	895		
	慢性期	633.6	872.9	872.9	949	(療養病床)	
	小計	2,145.9	2,948.6	2,948.6	3,489		
竜ヶ崎 取手	高度急性期	282.8	230.1	230.1	307	(一般病床)	3,314
	急性期	990.8	996.9	996.9	1,278		
	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)	
	小計	3,065.1	3,151.6	3,151.6	3,704		
筑西 下妻	高度急性期	145.3	40.4	40.4	54	(一般病床)	1,276
	急性期	510.1	262.5	262.5	337		
	回復期	644.2	463.5	463.5	515		
	慢性期	414.7	508.2	508.2	552	(療養病床)	
	小計	1,714.3	1,274.6	1,274.6	1,458		
古河 坂東	高度急性期	122.3	99.2	99.2	133	(一般病床)	1,447
	急性期	511.8	501.8	501.8	643		
	回復期	475.0	377.3	377.3	419		
	慢性期	271.1	252.3	252.3	274	(療養病床)	
	小計	1,380.3	1,230.6	1,230.6	1,469		

5 第7次医師確保計画の達成状況

- 本県の地域医療の確保、充実を図るためには、各二次保健医療圏の実情をより詳細に分析した上で、優先的に医師を確保すべき医療機関や診療科を明確にし、早急かつきめ細かに対応することが重要であるため、第7次計画においては、「重点化の視点」を踏まえ、救急、周産期、小児救急などの政策医療の維持・強化のため特に早急な対応が必要なものとして選定した「最優先で医師確保に取り組む医療機関・診療科」における必要医師数を数値目標として設定いたしました。
- 第1次目標については14名の目標値に対して13.1名を、また、第2次目標では、目標値7.5名に対して7.2名の医師を確保いたしました。
- 第2次目標で未達成であった常陸大宮済生会病院の循環器内科0.8名の医師確保については、第8次計画においても引き続き取り組むことといたします。

【第1次目標（2018年9月～2020年9月）】

医療機関	診療科	必要医師数	確保済	未確保
日立総合病院	産婦人科	4	4	済
	小児科	2	2	済
常陸大宮済生会病院	内科（救急）	3	3.6	済
神栖済生会病院	整形外科	3	1.5	1.5
土浦協同病院	産婦人科	2	2	済
JAとりで総合医療センター	小児科	(2→0) <sup>※</sup>	-	-
計		14	13.1	1.5

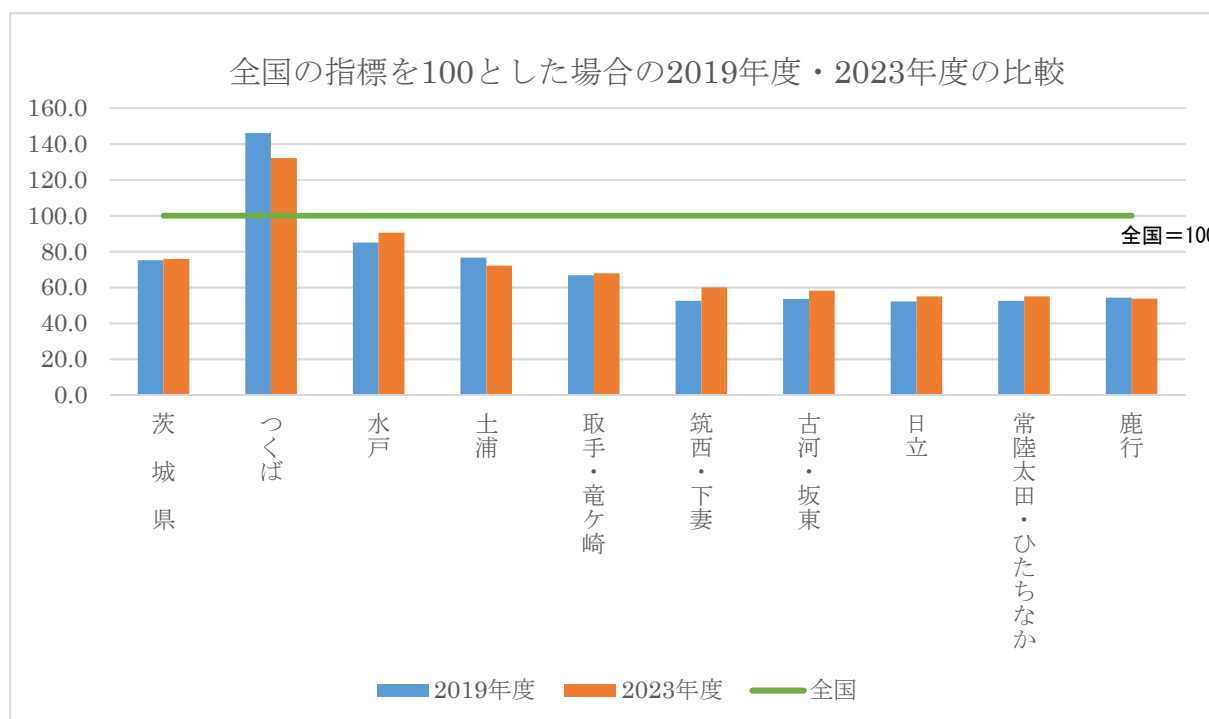
※新型コロナウイルス感染症の影響により、外来患者数・入院患者数ともに大幅減となったため目標から削除

【第2次目標（2021年2月～2023年3月）】

医療機関	診療科	必要医師数	確保済	未確保
常陸大宮済生会病院	循環器内科	1	0.2	0.8
小山記念病院	産婦人科	2	2	済
	循環器内科	2	2	済
神栖済生会病院	整形外科	1.5	2	済
茨城県西部メディカルセンター	循環器内科	1	1	済
計		7.5	7.2	0.8

- 2019年度及び2023年度に算出された医師偏在指標について、それぞれ全国の医師偏在指標を100として本県及び各二次保健医療圏の指標と比較すると、土浦保健医療圏と鹿行保健医療圏以外の医療圏で、全国との差が縮小しました。
- なお、指標の算出にあたって、それぞれの年度で大学病院等から派遣される非常勤医師の取扱いが異なっていることに留意する必要があります。

区 域 等	2019 年度		2023 年度		
	旧 医師偏在指標	全国を100 とした場合	新 医師偏在指標	全国を100 とした場合	
全国	239.8	100	255.6	100	
茨 城 県	180.3	75.2	193.6	75.7	
二 次 保 健 医 療 圏	つくば	350.3	146.1	337.7	132.1
	水戸	203.5	84.9	231.2	90.5
	土浦	183.5	76.5	184.4	72.1
	取手・竜ヶ崎	159.9	66.7	173.3	67.8
	筑西・下妻	125.9	52.5	153.0	59.9
	古河・坂東	128.4	53.5	148.8	58.2
	日立	124.9	52.1	140.3	54.9
	常陸太田・ひたちなか	125.6	52.4	140.3	54.9
	鹿行	130.1	54.3	137.2	53.7



### 第3章 本計画における医師確保の基本方針と重点化の視点

#### 1 県全体及び各二次保健医療圏の医師確保の基本方針

- 本県は全国の下位 33.3%に含まれる医師少数県であることから、医師の増加を基本方針とします。
- 各二次保健医療圏については、医師の多数・少数の区域分類ごとに医師確保の基本方針を定めます。
- また、県民の安心・安全を確保するためには、地域において住民に欠かすことのできない医療提供体制が守られていく必要があるため、地域における救急、周産期、小児救急等の政策医療を担う中核的な医療機関が、役割分担に沿った医療機能を維持・発揮できるよう医師の確保に取り組みます。

区 域 等	区域の分類	医師確保の基本方針	
茨城県全体	医師少数県	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医師の増加を医師確保の基本方針とし、県内での医師の養成・定着を図る。</li> <li>・ 医師多数都道府県、大学及び医師多数区域の医療機関への医師の派遣要請や、研修医・専攻医の採用などにより、県外からの医師確保を図る。</li> </ul>	
二次保健医療圏			
つくば	医師多数区域	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 他の二次保健医療圏からの積極的な医師確保は行わないこととし、かつ、県内医師少数区域への医師派遣に努める。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 県保健医療計画や県地域医療構想との整合を図り、各地域や各疾病・事業の医療体制に求められる医療機能や、その分化・連携の方針等に基づき、必要となる医師の確保を図る。</li> </ul>
水戸			
土浦	—	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 必要に応じて、医師多数区域の水準に至るまでは、医師多数区域からの医師の確保を図る。</li> </ul>	
取手・竜ヶ崎	医師少数区域	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医師の増加を医師確保の基本方針とし、医師少数区域以外の二次保健医療圏及び県外からの医師の確保を図る。</li> </ul>	
筑西・下妻			
古河・坂東			
日立			
常陸太田・ひたちなか			
鹿行			

## 2 今後の課題

- 限られた医療資源の中で良質な医療を提供するためには、地域医療構想に基づく各医療機関の役割や機能を踏まえながら、医療提供体制の維持・強化に資する医師の確保に取り組む必要があります。
- 特に、救急、周産期、小児救急等の政策医療を担う中核的な医療機関については、県民の安心・安全の確保のために最優先で医師確保に取り組む必要があるとともに、二次保健医療圏を超えた医療機能の分化・連携の方針を踏まえた医師の配置を検討する必要があります。
- なお、周産期、小児科については、少子化による医療需要及び医療提供体制の変化を見据えながら医師の確保を図ります。
- また、医師は研修を行った都道府県の医療機関に引き続き勤務する傾向にあることから、さらなる医師数増に向けては、県内医療機関における臨床研修及び専門研修プログラムの採用人数を増やす必要があります。
- 一方で、2009年度以降、地域枠を順次拡大してきたことにより、今後、医師不足地域で一定期間勤務する義務のある修学生医師が増加していくことから、医師不足地域における教育研修体制を充実させていく必要があります。
- さらに、2024年4月から適用開始となる医師の時間外・休日労働時間の上限規制などの医師の働き方改革に対応しながら、地域の医療提供体制を維持していく必要があります。

## 3 計画推進の重点化の視点

- 上記の課題を踏まえ、本計画では、3つの重点化の視点を設定し、これを県や市町村、医療機関、関係団体等が共有しながら、政策・施策を推進します。

### 視点1 医療提供体制の充実

- 全ての県民の安心・安全を守り、質の高い医療を提供します。
  - ・ 救急や周産期、小児救急等の政策医療を担う中核的な病院の不足診療科の医師確保に取り組み、政策医療分野の医療提供体制の充実を図ります。
  - ・ 医療の高度化・専門化の進展など、多様化する医療ニーズへ対応した質の高い医療の実現を図ります。
  - ・ ICT、AIを活用した遠隔医療や在宅医療を推進しながら、地域の医療機関の機能分化と連携を促進し、限られた医療資源を有効に活用することにより、地域で切れ目なく必要な医療を提供する体制の整備を図ります。

### 視点2：医志の実現・キャリア形成と魅力ある環境づくり

- 県内高校生の医学部進学や医師のキャリア形成、地域やライフステージに応じた医師の働き方を支援し、医師が集まる県を目指します。
  - ・ 高校生、医学生、研修医、専攻医等の各段階に応じたきめ細かな支援に取り組み、県内における医師の養成と定着を図ります。
  - ・ 地域枠等の修学生医師について、義務明け後の県内定着に向け、医療機関との連携を図ります。
  - ・ 医育機関や医療機関において、研修プログラムや指導体制の充実を図り、若手医師にとって魅力ある環境整備を図ります。
  - ・ 医師の働き方改革への対応など、医師が健康を確保しながら仕事と育児等を両立できるよう、魅力的な勤務環境の整備を図ります。



**視点3：関係機関の連携・協働**

- 県や市町村、大学、医療機関、医師会等関係団体、県民が一体となった「オールいばらき」の体制により、医療資源の最適化を図ります。
  - ・ 地域医療の確保・充実を図るため、地域医療対策協議会において、地域医療構想に沿った医師の配置調整等の実効的な医師確保対策を推進します。
  - ・ 地域医療支援センターを核とし、若手医師のキャリア形成や総合的な情報発信など、地域医療のコントロールタワーの確立を目指します。
  - ・ 全国の医科大学とも協力関係を構築し、県内医療機関との連携プログラムの作成促進などにより、県外からの医師確保に取り組みます。

#### 第4章 本計画の数値目標

- 県民の安心・安全を確保するためには、地域住民に欠かすことのできない救急、周産期、小児救急等の政策医療を担う中核的な医療機関が、地域における役割分担に沿った機能を維持・発揮できるよう、適切に医師が配置されることが重要です。
- このため、本計画における「重点化の視点」を踏まえ、県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、政策医療提供体制を維持するために、県が特に緊急的な対応が必要と判断したものを「最優先で医師確保に取り組む医療機関・診療科」として随時、目標にすることとし、2年以内の達成に向けて重点的な医師確保に取り組みます。
- なお、第2次目標（2021年2月～2023年3月）で未達成であった常陸大宮済生会病院の循環器内科0.8名についても、引き続き確保に取り組みます。

（国が算出した計画期間における本県の必要医師数）

- ・国では、2036年に全国の医師需給均衡を実現するため、2026年に医師少数区域及び医師少数都道府県が計画期間開始時点の医師偏在指標の下位33.3%の基準を脱する（すなわち、その基準に達する）ために要する医師数を算定しています。

・本計画では、これを本県における医師確保の状況把握のための数値として活用いたします。

区域等	区域の分類	標準化医師数 (2020年時点)	全国下位33.3%の基準を脱するために必要となる医師数 (2026年)	
全国	-	323,700	-	
茨城県	医師少数県	5,632	6,384	
二次保健医療圏	つくば	医師多数区域	-	
	水戸	医師多数区域	-	
	土浦	-	551	
	取手・竜ヶ崎	医師少数区域	827	836
	筑西・下妻	医師少数区域	294	318
	古河・坂東	医師少数区域	353	399
	日立	医師少数区域	410	494
	常陸太田・ひたちなか	医師少数区域	405	485
	鹿行	医師少数区域	242	296

※出典：厚生労働省医師・歯科医師・薬剤師統計