

県民の命を守る医療に関する
調査特別委員会

調査結果報告書
(案)

令和 8 年 11 月

茨 城 県 議 会

令和8年11月18日

茨城県議会議長 舘 静馬 殿

県民の命を守る医療に関する調査特別委員会
委員長 西野 一

県民の命を守る医療に関する特別委員会調査結果報告書

令和8年第1回定例会において本委員会に付託された「県民の命を守る医療に関する諸方策の在り方」について、これまでの調査の経過及び結果を次のとおり報告する。

目 次

— はじめに —	1
○ 調査方針及び調査経過	2
○ 現状と課題	
1 医療提供体制（全体）	5
2 救急、小児、周産期の医療提供体制	10
3 がん・循環器病の現状と医療提供体制、予防対策	14
4 医療機関の再編、県立病院の現状と課題・今後の対応	18
5 医師をはじめとした医療従事者の確保、医師の地域偏在の解消	24
○ 県民の命を守る医療に関する諸方策の在り方（提言） 《重点的に取り組むべき事項》	
1 医療提供体制（全体）	30
2 救急、小児、周産期の医療提供体制	33
3 がん・循環器病の現状と医療提供体制、予防対策	34
4 医療機関の再編、県立病院の現状と課題・今後の対応	36
5 医師をはじめとした医療従事者の確保、医師の地域偏在の解消	38
— おわりに —	40
参考資料	
○ 調査に当たった委員	43
○ 活動経過	44
○ 関連資料	46

はじめに

県総合計画の基本理念である「活力があり、県民が日本一幸せな県」の実現の基礎となるのは、県民誰もが安心・安全に暮らすことのできる社会である。

その構築に向け、質の高い医療の提供はとりわけ重要であり、これまでも各地域における拠点病院の整備や救急医療等の政策医療の充実、医療従事者の確保などが図られてきた。

しかしながら、人口減少・少子高齢化の進展に伴う医療需要の変化や医師の働き方改革への対応、医療 DX の推進など、医療を取り巻く環境は大きく変化している。

このような中、将来にわたり県民が必要な医療を安心して受けられる体制を確保していくためには、地域医療が抱える諸課題を的確に把握し、解決に向けた取組を着実に進めていくことが求められている。

本県は可住面積が広く、医療資源が分散しており、地域によって医療提供体制の状況や抱える課題が大きく異なるため、各地域の実情を十分に踏まえた上で、それぞれに適切な対策を講じていく必要がある。

また、医療を提供する側である医療機関・医療従事者と、受ける側である患者やその家族、双方の視点から調査・検討を進めていくことが重要である。

そうした考え方の下、委員会としては、実効性があり未来に誇れる提言を打ち出すことを基本的な姿勢として議論に臨んだ。

執行部からは各調査項目に係る現状と課題、今後の対応等について詳細な説明をいただいたほか、委員会審議の充実を図るため現地調査を行うとともに、医療の学術的な領域や実際の現場に精通した有識者の皆様から貴重なご意見をいただきながら、精力的に調査・検討を進めてきた。

今般、本委員会における調査・検討の集大成として、委員会での審議結果を踏まえ、県民の命を守る医療に関する諸方策の在り方について、調査結果をここに報告するものである。

調査方針及び調査経過

1 調査方針

本委員会の設置経緯などを踏まえ、調査方針を次のとおり決定した。

(1) 調査目的

人口減少・少子高齢化の進展に伴い、高齢者医療の需要は増える一方、小児・周産期医療の需要は減少が見込まれるなど、医療需要は変化してきている。また、医師の働き方改革により従来の医療提供体制を維持することが難しくなっており、将来を見据えた医療体制の整備が求められている。

このような中、県民が地域において必要な医療を適切に受けられるためには、本県の懸案となっているがんや救急医療をはじめとした政策医療の体制整備や、医師の不足や地域偏在などの課題に早急に取り組んでいく必要がある。

そこで、県総合計画の基本理念である「活力があり、県民が日本一幸せな県」の実現に向け、県民がそれぞれの幸せの実現に向けて挑戦していくための基盤となる、「県民の命を守る医療に関する諸方策の在り方」について調査・検討を行う。

(2) 調査項目

- ①医療提供体制（全体）の現状と課題・今後の対応
- ②救急、小児、周産期の医療提供体制の現状と課題・今後の対応
- ③がん・循環器病の現状と医療提供体制、予防対策
- ④医療機関の再編、県立病院の現状と課題・今後の対応
- ⑤医師をはじめとした医療従事者の確保、医師の地域偏在の解消

(3) 調査期間

調査期間は、令和8年11月までの概ね7か月とし、令和8年第4回定例会の会期中に調査結果の報告を行う。

2 調査経過

本委員会は、令和8年3月24日の第1回定例会で設置され、5月15日の第1回委員会において調査方針を決定して以降、7回にわたり委員会を開催し、調査・検討を進めてきた。

第1回委員会では、千葉大学医学部附属病院次世代医療構想センター長の吉村健佑氏をお招きし、「医療提供体制の現状と課題・今後の対応 ～自治体×大学で進める偏在対策・病院再編の事例～」についてご意見をいただいた。

また、執行部から「医療提供体制（全体）の現状と課題・今後の対応」について説明を聴取し、議論を行った。

第2回委員会では、茨城県立こども病院病院長の新井順一氏をお招きし、「小児・周産期の医療提供体制の現状と課題」についてご意見をいただいた。

また、執行部から「救急、小児、周産期の医療提供体制の現状と課題・今後の対応」について説明を聴取し、議論を行った。

第3回委員会では、茨城県立中央病院名誉院長の永井秀雄氏をお招きし、「茨城県におけるがんの現状と対策」についてご意見をいただいた。

また、執行部から「がん・循環器病の現状と医療提供体制、予防対策」について説明を聴取し、議論を行った。

第4回委員会では、筑波大学附属病院病院長の平松祐司氏をお招きし、「水戸保健医療圏の病院再編に期待することー2040年を展望した医療提供体制構築（三位一体改革）の推進に絡めてー」についてご意見をいただいた。

また、執行部から「医療機関の再編、県立病院の現状と課題・今後の対応」について説明を聴取し、議論を行った。

現地調査では、福島県保健福祉部から、医師をはじめとする医療従事者の確保や医師の地域偏在の解消に向けた取組について説明を聴取した。

また、一般社団法人福島県医師会から、「福島県医業承継バンク」の概要について説明を聴取した。

第5回委員会では、一般社団法人茨城県医師会会長の松崎信夫氏をお招きし、「医師をはじめとした医療従事者の確保、医師の地域偏在の解消 ～地域医療を守る立場から～」についてご意見をいただいた。

また、執行部から「医師をはじめとした医療従事者の確保、医師の地域偏在の解消」について説明を聴取し、議論を行った。

第6回委員会では、これまでの調査・検討状況を踏まえ、提言の集約に向けた論点整理とともに、さらなる提言の追加など調査結果報告書案の検討を行った。

その後も、精力的に調査・検討を進め、11月に開催した第7回委員会において、本委員会の調査結果報告書を取りまとめたところである。

現状と課題 ※各委員会の開催時点における整理

1 医療提供体制（全体）

（１）疾病構造の変化を踏まえた目指すべき医療提供体制

① 人口減少を踏まえた新たな医療提供体制の構築

○現状

令和 22(2040)年頃にかけて、医療と介護の複合ニーズを抱える高齢者や認知症高齢者が増加することなどに伴い、医療需要も大きく変化することが見込まれている。

○課題

地域医療を取り巻く様々な変化に対応し、全ての地域・全ての世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院して、日常生活に戻るとともに、医療従事者も持続可能な働き方を確保できるよう、医療機関の連携・再編・集約化等を進めることにより、将来を見据えた効率的かつ効果的な医療提供体制を構築していく必要がある。

② 高齢者の増加に伴う医療需要の変化

○現状

高齢者においては、入院中に手術や処置が発生する患者の割合は年齢が上がるほど低下し、65 歳以上、75 歳以上では 40%程度である一方、85 歳以上では 30%程度となっている。

高齢者については、肺炎や骨折などの症例が多く見られ、これらに対する入院医療の需要は高まるものの、特に、85 歳以上の高齢者の場合、病気や外傷の発症直後の急性期における入院においては、若年者と比べ、手術を実施するものは少なく、疾患の種類は限定的で、比較的多くの病院で対応可能という特徴がある。

高齢者については、入院により ADL（人間が毎日の生活を送るための基本的動作群）が低下し、在宅復帰が遅くなる場合もあり、入院早期からリハビリテーション等を提供し、退院に向けて在宅医療や介護との連携も包括的に行うことが求められる。

こうしたことなどから、今後、高度な治療を要する急性期医療の需要は減少する一方、高齢者救急や在宅医療の需要が増加することなどが見込まれている。

○課題

今後、高齢者人口がピークを迎えることを踏まえ、医療従事者や医療機関、医療機器などの限られた医療資源で、増加が見込まれる高齢者救急や在宅医療の需要等に対応していくか検討する必要がある。

(2) 地域の医療機能の分化・連携

① 地域医療構想

○現状

現在の地域医療構想は、病床の機能分化・連携などを進めるため、医療機能ごとに令和7(2025)年の医療需要と病床の必要量を推計し、実現に向けた施策や方向性を定めるものとして、平成28(2016)年12月に策定された。

県では、これまで本構想に基づき、二次保健医療圏ごとに設置した地域医療構想調整会議において協議を重ね、各医療機関が担う役割や病床数等の具体的対応方針などをとりまとめてきた。

○課題

新たな地域医療構想では、これまでの病床の機能分化・連携に加え、医療機関機能（高齢者救急の受入、在宅医療の提供、救急・急性期の医療提供等）に着目し、地域の実情に応じて医療機関の役割分担を明確化するとともに、医療と介護との連携推進、医療従事者の人材確保、精神医療なども含めて、市町村や医療介護関係者など多様な主体の参画の下、地域医療構想調整会議において、各種データを踏まえ、対応方針を検討していく必要がある。

② 保健医療圏及び医療提供圏域の設定

○現状

「保健医療圏」は、医療資源の適正な配置と医療提供体制の体系化、保健・医療施策の効果的な展開などを図るための地域単位として、医療法に基づき、各都道府県が保健医療計画において定めることとされている。

特に、二次保健医療圏は、病院及び診療所における入院医療を提供する体制の確保などを目的に、地理的条件や日常生活の需要の充足、交通事情等の社会的条件を考慮した一体の区域として、現在、本県では、9つの医療圏が設定されている。

また、県では、人口減少、少子高齢化による患者の減少や医療ニーズの変化などを踏まえ、限られた医療資源を活用し、最大限に医療機能の効率化を図るため、独自の取組みとして、主に、高度医療に対する機能の集約化や、医療機関の機能分化・広域連携を推進するための圏域として、令和6(2024)年に策定した第8次茨城県保健医療計画から、3つの「医療提供圏域」を設定している。

○課題

限られた医療資源を最大限に活用し、医療機能の効率化を図るためには、新たな地域医療構想の策定に向けた議論を踏まえながら、これまで以上に医療機能の集約化及び医療機関相互の連携強化の取組を加速する必要がある。

（３）へき地医療への対応

○現状

県北山間地域には、地理的な条件等から保健医療サービスの利用が困難とされるへき地が存在している。

このため、へき地における医療提供体制の確保に向けては、へき地医療支援機構、へき地診療所、へき地医療拠点病院が連携し、へき地住民に対して医療を提供するとともに、民間医療機関による訪問診療や市町による乗合タクシー等の移動支援を行っている。

また、へき地医療支援機構の役割を担う県立中央病院は、へき地医療拠点病院や市町、医師会等の関係機関による会議の開催、へき地診療所への医師及び代診医の派遣調整等を通じて、広域的なへき地医療支援事業の企画・調整等を行っている。

○課題

へき地医療対策に係る施策を円滑に実施するとともに、継続的な医師派遣等の実施体制の維持・強化を図る必要がある。

（４）医療へのアクセス

① 県内市町村が運行する地域公共交通

○現状

少子高齢化やバス運転士の不足、利用者の減少等により、路線バスの減便や廃止が進むなど、地域の足である公共交通の維持・確保が課題となる中、市町村ではコミュニティバス、乗合タクシーなどを運行し、地域住民の移動手段を確保している。

○課題

運転免許証の自主返納などにより通院手段がない高齢者や公共交通が脆弱なへき地居住者をはじめとする「交通弱者」ととって、医療機関へのアクセス確保は喫緊の課題であることから、コミュニティバス等を運行する多くの市町村において、これらの者の通院移動ニーズに配慮した取組を進めていく必要がある。

② 在宅医療体制

○現状

高齢化に伴い在宅医療の需要が増加し、在宅患者数は令和 22(2040)年以降にピークを迎える一方で、生産年齢人口は減少することが見込まれており、限られた人材を有効に活用し、各職種が専門性を活かしながら連携して患者等をサポートする体制を構築することが必要とされている。

本県では、県医師会に「茨城県在宅医療推進センター」を設置し、在宅医療未経験の医師を対象とした訪問診療の体験研修や、各専門職の連携強化を図るシンポジウムの開催など、医師の参入促進と多職種連携を推進している。

また、在宅医療を提供するためには、各地域において医療と介護を切れ目なく連携させる仕組みを整備することが重要であることから、第 8 次茨城県保健医療計画において、在宅医療圏を市町村単位として設定するとともに、在宅医療圏ごとに「在宅医療において積極的役割を担う医療機関」(100 機関)及び「在宅医療に必要な連携を担う拠点」(73 機関)を選定したところである。

○課題

医療と介護の関係機関・団体と連携し、円滑な在宅医療提供体制を強化していく必要がある。

③ 遠隔医療の体制

○現状

国のガイドラインにおいて、遠隔医療とは、医師－医師間の診断補助のほか、医師－患者間の診察・処方（オンライン診療）を含む、「情報通信機器を活用した健康増進・医療に関する行為」とされている。

県では、医療機関相互の連携体制の強化に向けて、「遠隔画像診断治療補助システム (Join)」の推進に取り組んでおり、令和 8 年 5 月時点で、県内 41 医療機関に導入され、主に脳疾患の分野において利用が進んでいる。

また、オンライン診療は、自宅等にいる患者が、遠隔地の医療施設等にいる主治医とテレビ電話等で対話を行うもので、医療資源が不足している地域において、特に活用が期待されている。

一方、対面診察と比較して得られる情報や実施可能な検査が限られることから、安全性を確保するため、令和 7 (2025) 年 12 月には、オンライン診療の総体的な規定を設けた改正医療法が成立し、医師と患者の合意や本人確認、診療計画等、適切な推進に向けた制度が整備されたところである。

○課題

遠隔画像診断治療補助システム（Join）について、導入医療機関と利用件数の拡大に向けて、関係者会議の開催や個々の医療機関同士のマッチングの促進に加え、脳疾患分野以外にも心疾患や救急分野等、他の診療科への拡大を図る必要がある。

また、オンライン診療のさらなる活用については、訪問看護師がＩＣＴ技術を活用して効率的に医師の診療補助を行う医療機関を支援するとともに、国の動向や市町村・医療関係団体の意見を踏まえながら、適切な推進に取り組む必要がある。

2 救急、小児、周産期の医療提供体制

(1) 救急医療

① 医療需要への対応

○現状

本県の救急搬送件数は増加傾向にあり、令和 6 (2024) 年は 14 万 5 千件を超え、過去最多を更新している。

また、救急搬送件数全体における 65 歳以上の高齢者数は、10 年前の平成 26(2014) 年から約 1.5 倍に、20 年前の平成 16(2004) 年からは約 2.4 倍に増加しており、全体に占める高齢者の割合も、平成 16(2004) 年は約 4 割であったが、令和 6 (2024) 年は 6 割を超えている。傷病の区分別に見ると、65 歳以上高齢者の救急搬送では、65 歳未満成人と比較し、心疾患、脳疾患、呼吸器系、非開放性骨折が多く見られる。

65 歳以上高齢者の救急搬送は、65 歳未満成人と比べ、中等症以上が占める割合が高く、入院が長期化しやすい。

また、症度別に見ると、65 歳以上高齢者の救急搬送では、呼吸器系や非開放性骨折などにおいて、中等症以上が占める割合が高くなっている。

さらに、現場の救急隊から医療機関への照会が 4 回以上となり、かつ、現場滞在時間が 30 分以上となった救急搬送困難事案については、年間 1 万件に迫るとともに、現場の救急隊から医療機関への照会の結果、ベッド満床により受入れが不可となった不応需件数は、令和 3 (2021) 年は 4,961 件だったところ、令和 6 (2024) 年は 15,480 件となり、約 3 倍に増加している。

○課題

今後、高齢化の進展に伴い、医療・介護の複合ニーズを有する 85 歳以上の高齢者が増加することが見込まれており、国の年齢階級別の救急搬送件数の将来推計によると、令和 2 (2020) 年から令和 22(2040) 年にかけて、85 歳以上の救急搬送件数は約 75% 増加し、搬送件数全体に占める 65 歳以上高齢者が占める割合は、全体の約 7 割に達することが見込まれている。

こうした中、救急医療体制を維持していくためには、緊急度・重症度に応じた救急医療の適正利用の周知啓発、消防機関と医療機関の連携強化による救急搬送の効率化等をさらに進めていく必要がある。

② 医療提供体制の整備

○現状

救急医療資源に限りがある中、質の高い救急医療を提供するため、初期、二次、三次の各層の救急医療体制を総合的・体系的に整備している。

外来診療によって比較的軽症の救急患者の診療を行うための初期救急は、市町村が休日夜間急患センターや地域の開業医が当番制で診療を行う在宅当番医制により対応している。

入院治療を要する救急患者に対応するための二次救急は、県内を 11 の地域に分けて、水戸地域では 17 施設による「救急二次病院制」により、その他の各地域では医療機関が輪番制方式で実施する「病院群輪番制」により対応している。

重篤な救急患者に高度な医療を提供するための三次救急は、高度救命救急センター 1 施設、救命救急センター 6 施設を整備し、24 時間 365 日体制で対応している。

また、極めて緊急度が高い患者を迅速に搬送するため、ドクターヘリの運航や隣県ドクターヘリとの連携、消防防災ヘリコプターによる補完的運航により全県域をカバーしている。

さらに、救急患者の円滑な受入体制を確保するため、県内医療機関の応需情報等を集約した「茨城県救急医療情報システム」を整備・運用し、消防機関と医療機関の連携強化を図るとともに、救急搬送困難事案を減らすため、緊急度が高い患者等は、満床でも一旦対象医療機関に収容し、処置後に転送（又は転院搬送）する取組を試行的に運用している。

○課題

今後、入院が長期化しやすい高齢者の救急搬送が増加する中、地域全体で救急患者を受け入れていくための体制づくりが求められている。

（２）小児医療

① 医療需要への対応

○現状

本県における 15 歳未満の人口は、平成 22(2010)年に 40 万人を下回り、令和 2(2020)年には 33 万人になるなど、減少の一途をたどっており、今後も小児医療の需要は減少することが見込まれている。

また、医師の働き方改革への対応などにより、従来の医療提供体制を維持することが困難となっている。

○課題

特に、休日・夜間においては、小児救急外来を設けている医療機関に患者が集中し、軽症患者が救急患者の多くを占める傾向があることから、救急診療の適正利用を促すとともに、保護者の不安軽減・解消を図る必要がある。

② 医療提供体制の整備

○現状

本県では、重症度や必要とされる医療の専門性に応じて、初期救急、二次救急、三次救急の各段階に応じて体系的な体制の構築を推進している。

外来診療に対応する初期救急は、市町村が休日夜間急患センターや在宅当番医制により対応し、入院医療に対応する二次救急は、拠点病院方式や輪番制により休日・夜間の診療体制を構築している。

また、救命医療などの三次救急は、筑波大学附属病院の小児救命救急センターや県立こども病院などの小児救急中核病院において患者を受け入れている。

○課題

小児科医の不足等により初期救急医療体制が整備されていない地域では、二次救急や三次救急を担う医療機関の負担が大きくなっており、今後、各地域で必要な小児医療体制を維持していくためには、各医療機関の役割分担の明確化や相互の連携強化に向けた検討を進めていくことが求められている。

(3) 周産期医療

① 医療需要への対応

○現状

県内の出生数は減少傾向にあり、今後も周産期医療の需要は減少することが見込まれている。

また、高齢出産をはじめとするハイリスク分娩の割合は増加している。

○課題

合併症妊娠や胎児・新生児異常などに対応するためには、母体・胎児集中治療室（MFICU）、新生児集中治療室（NICU）、新生児回復室（GCU）など一定以上の設備や、医師・助産師などの医療従事者が常時対応する体制を維持していく必要がある。

一方、すべての地域で同様の体制を維持することは困難であることから、高度な周産期医療機能は集約するとともに、正常分娩の急変時には高次医療機関へ迅速に搬送できるよう、地域内で連携体制を整備し、高度な周産期医療の提供体制を維持していく必要がある。

② 医療提供体制

○現状

本県では、県内を3つのブロックに分け、各ブロックに総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター及び周産期救急医療協力病院を指定している。

また、各総合周産期母子医療センターに周産期搬送コーディネーターを配置することなどにより、地域の産婦人科医療機関、消防機関との連携を強化し、総合的な診療体制を確保している。

○課題

開業医の高齢化や後継者不足によって分娩取扱施設が減少しており、周産期母子医療センターなどへの負担が今後ますます増大することが見込まれており、各医療機関の役割分担の明確化や相互の連携強化が求められている。

3 がん・循環器病の現状と医療提供体制、予防対策

(1) がん

① り患状況と特徴

○現状

本県において、令和5(2023)年に新たに診断されたがんは、22,623例(上皮内がん、大腸の粘膜がんを除く。)で、人口の高齢化に伴い、り患件数は増加傾向にあり、令和6(2024)年のがんによる死亡数は9,193人と死亡総数の23.6%を占めている。

がんの死因別粗死亡率は、本県においても全国的にも上昇しており、県内の人口構成の高齢化を考慮すると、がんによる死亡者数は今後も増加していくことが予想される。

○課題

近年、日本人の約2人に1人が、生涯のうちに一度はがんにかかり、約3人に1人が、がんで死亡すると言われている。本県でも、昭和60(1985)年以降、がんが死亡原因の第1位となっており、死亡率の減少やがんになっても安心して暮らせる社会の構築が必要である。

② 予防対策

○現状

県では、「茨城県がん検診を推進し、がんと向き合うための県民参療条例」の理念のもと、がん患者を含めた県民自らが、がん医療に主体的に参画する「参療」の視点に立ったがん対策を進め、がんによる死者数を減少させるため、生活習慣の改善をはじめ、県民へのがんに関する正しい知識の普及啓発や、がん検診の受診促進に取り組んでいる。

○課題

がんによる死亡率を減少させるためには、がん検診においてがんを早期に発見し、早期に治療を行うことが重要である。

本県における近年のがん検診受診率は、3年ごとに実施される国民生活基礎調査における受診率と、毎年度確認できる国民健康保険の被保険者の受診率が、ともにそれぞれの受診率の目標値である60%、20%には届いておらず、検診の提供体制が住民の生活実態と十分に適合していないことや、がん検診の意義や検査内容等に関する正確な知識が十分に普及していないことも、受診行動を妨げる要因となっていると考えられることから、受診率向上に向けた取組のさらなる推進が

必要である。

③ 医療提供体制

○現状

本県では、平成 19(2007)年度施行の「がん対策基本法」に先んじて、平成 2(1990)年度に、がん対策推進計画を策定し、平成 15(2003)年度までに既存の総合病院に併設する形で、地域分散型の「茨城県地域がんセンター」を 4 か所整備した。

一方、国では、全国どこでも適切ながん医療が受けられる体制の整備に向けて、平成 18(2006)年度に「がん診療連携拠点病院の整備に関する指針」を定め、各都道府県で中心的役割を果たす「都道府県がん診療連携拠点病院」として、本県では茨城県立中央病院が指定されたほか、二次保健医療圏におけるがん診療の中心的な役割を担う「地域がん診療連携拠点病院」として 8 病院（地域がんセンター含む）、がん診療連携拠点病院のない二次保健医療圏において、がん診療連携拠点病院と連携して診療を行う「地域がん診療病院」として 1 病院が指定されている。

さらに、本県では、がん診療連携拠点病院に準ずる機能や特定領域のがんについて顕著な実績を有する病院、がん診療連携拠点病院が未整備の保健医療圏にある病院のうち、一定の要件を満たす病院について、「茨城県がん診療指定病院」として指定する制度を県独自で定め、7 病院を指定している。

加えて、近年のゲノム医療の進展に伴い、がんの遺伝子情報に基づき最適な治療を選択するがんゲノム医療を全国的に提供する体制の整備が進められており、本県においても、がんゲノム医療中核拠点病院等と連携して、遺伝子の変化を調べてがんの特徴を知るための遺伝子パネル検査の実施や最適な治療の検討を行う「がんゲノム医療連携病院」として 3 病院が指定されている。

○課題

県民が身近な地域で標準的ながん医療を受けられる体制を確保しつつ、希少がんやがんゲノム医療、小児・AYA世代のがん等の高度・専門的分野については、限られた医療資源を効果的に活用するため、医療機関の役割分担と連携を進め、標準的治療の均てん化と高度専門医療の集約化を組み合わせた、効率的かつ持続可能な体制を構築する必要がある。

(2) 循環器病

① り患状況

○現状

本県における循環器病の年齢調整死亡率（人口 10 万対）は、年々減少してはいるものの、依然として全国より高い傾向にある。

令和 2 (2020) 年における本県の年齢調整死亡率（人口 10 万対）は、脳血管疾患では、男性が 116.9 で全国 44 位、女性が 71.5 で全国 43 位、急性心筋梗塞では、男性が 54.2 で全国 44 位、女性が 23.0 で全国 41 位となっている。

○課題

脳血管疾患、急性心筋梗塞ともに、加齢に伴い死亡率が上昇する傾向があるが、より若年期からの長期的な生活習慣もこうした循環器病の発症に影響することが指摘されている。社会人になる前からバランスのとれた食生活や運動習慣、適切な歯科保健行動を身につけ維持することが予防に繋がることから、母子保健、学校保健、地域・職域保健が連携した、生涯を通じ、ライフステージに応じた健康管理への支援が必要である。

② 予防対策

ア 高血圧対策

○現状

日本における令和元(2019)年のがん、循環器病などの非感染性疾患と障害による成人死亡について、予防可能な危険因子別に死亡数を推計した研究報告によると、喫煙などの個人の生活習慣と、これらと密接に関係する高血圧などが上位となっている。

高血圧予防については、減塩や野菜摂取等の生活習慣の改善が重要であるが本県における食塩摂取量は、全国平均を上回る高い水準にあり、野菜の摂取量についても、国の定める野菜摂取量の目標である、1 日 350g 以上から乖離が大きい状況にある。

○課題

高血圧は自覚症状が乏しいまま進行し、重篤な循環器病の発症リスクを大きく高めることから、県民の健康寿命の延伸や循環器病の発症予防を図るうえで、高血圧対策に積極的に取り組む必要がある。

本県の特定健康診査において高血圧に該当して治療が必要な人のうち半数が未治療であるなど、高血圧を放置することのリスクに対する危機意識の低さも課題となっているため、重症化予防に向けた取組強化が必要である。

イ 特定健診受診率

○現状

定期的な健診により循環器病の発症リスクを把握し、生活習慣の改善や医療機関での継続的な管理につなげていくことは極めて重要であるが、本県の令和 5 (2023) 年度特定健康診査受診率は 57.0% となっており、新型コロナウイルス感染

症の影響により一時的に低下していた受診率が、概ねコロナ禍以前の水準まで回復してきているものの、全国平均をやや下回る状況にある。

○課題

目標値である受診率70%の目標達成に向け、医療保険者と連携し、受診勧奨の強化や未受診者への働きかけなど、受診率向上に向けた取組を進める必要がある。

③ 医療提供体制

○現状

脳卒中や急性心筋梗塞等の循環器病は、急性期において、患者が発症後に速やかに専門の医療機関を受診し、発症後早急に適切な治療を開始する必要がある。

脳卒中については、県内で、脳血栓溶解（t-P A）療法による血栓溶解を含む脳卒中診療を 24 時間 365 日実施できる施設として日本脳卒中学会が認定する「一次脳卒中センター（P S C）」が 25 施設あり、うち、6 施設が脳血栓回収療法を実施できる「一次脳卒中センター（P S C）コア」に認定されている。

急性心筋梗塞については、県内で、急性心筋梗塞の急性期医療を提供している医療機関は 29 機関あり、そのうち、24 時間急性心筋梗塞患者への経皮的冠動脈形成術（P C I）に対応している医療機関が 20 機関ある。

○課題

循環器病に関わる医療提供体制の構築に向けて、医療資源の有効活用に資する機能分化を図るほか、「脳卒中・心臓病等総合支援センター」を中心とした医療機関間の連携を推進し、切れ目のない医療提供体制の整備に取り組む必要がある。

あわせて、急性期治療の分野で専門的な治療を提供する医療機関と、地域の医療機関との間でMR I やC T等の医療画像を共有する「遠隔画像診断治療補助システム（Join）」のさらなる導入促進及び診療分野の拡大により、医療機関相互の連携強化に努める必要がある。

また、回復期においては、患者の日常生活への復帰や、再発・重症化予防の観点から、地域で生活する循環器病患者に対して、患者や患者家族に合わせた医療が切れ目なく提供される体制の整備を進める必要がある。

4 医療機関の再編、県立病院の現状と課題・今後の対応

(1) 医療機関の再編

① 医療機関再編の必要性

○現状

令和 22(2040)年頃にかけて、医療と介護の複合ニーズを抱える高齢者や認知症高齢者の増加と生産年齢人口の減少が一層見込まれ、医療従事者の確保がますます困難となることや、急性期医療需要は減少する一方で、高齢者救急・在宅医療の需要の増加が進むことが想定される。

また、特に人口が少ない地域においては、高齢者人口と生産年齢人口がともに急激に減少していくことが見込まれる。

○課題

地域医療を取り巻く様々な変化に対応し、全ての地域・全ての世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院して、日常生活に戻ることができるよう、医療機関の連携・再編・集約化等を進め、将来を見据えた効率的で持続可能な医療提供体制を構築していく必要がある。

さらに、地域によっては、人口の変化の度合いや医療資源のあり方は多様であることから、地域の事情を踏まえて課題を整理し、対応していく必要がある。

② 水戸保健医療圏における病院再編

○現状

水戸保健医療圏は、県庁所在地である水戸市が人口・交通の中心として発展する過程で、国、県、公的団体など異なる主体がそれぞれ独自に病院を設置・拡充してきた経緯があり、その結果として一定規模以上の総合病院が複数存在している。

各病院が設備や人材の充実に努めてきたものの、全国的な医療人材不足や医師の地域偏在の影響によって医師や看護師の確保が年々厳しさを増している中、医師をはじめとする医療資源の分散が課題となっていると同時に、病院によっては主要な建物が 1960 年代に整備されているなど老朽化・狭隘化による問題も発生し、今後の施設更新に係る費用負担も懸念されている。

また、令和 6(2024)年 4 月からは医師の働き方改革が始まり、主要な医師派遣元である筑波大学からも、従来どおり多数の病院への医師派遣を継続することは困難であり、派遣先の集約が必要であるとの意見が示されている。

加えて、病院間の機能分化や連携が十分に進んでいないことで、急性期病床が過剰である一方で、高度急性期病床や回復期病床が不足しているなど必要病床数

と実際の病床数に乖離が生じている状況にある。

○課題

人口減少や医療需要の変化も踏まえながら、より適切かつ効率的な医療提供体制を早急に構築していく必要がある。

このため、令和 7 (2025) 年 2 月に公表した「水戸保健医療圏の病院再編の方針」に基づき、「水戸医療圏 6 病院の再編統合のためのワーキング会議」において、「高度医療の集約化による医療機能強化」、「地域住民が必要な医療を変わず受けられる体制」を両立することを念頭に、連携病院も含めた各病院の役割分担・機能の具体化に向けて議論していく必要がある。

③ 新県立病院と公的拠点病院の検討状況

○現状

新県立病院の整備に向けては、令和 7 (2025) 年 6 月に新県立病院整備検討委員会を立ち上げ、令和 7 (2025) 年度に開催した 2 回の委員会の中で、基礎調査を踏まえ、新病院整備の方向性や基本構想骨子（案）に関する検討が行われた。令和 8 (2026) 年 7 月に開催した第 3 回委員会において、基本構想（素案）の検討を行い、同委員会の委員からご意見をいただいたところである。

公的拠点病院の検討状況については、各病院長を含む地域の医療関係者により構成される「水戸医療圏 6 病院の再編統合のためのワーキング会議」において、各病院が主体となって再編後の具体的な役割について議論が重ねられており、令和 7 (2025) 年度は、「水戸医療圏 6 病院の再編統合のためのワーキング会議」を 8 回開催し、2 つの拠点病院が担う高度医療機能として、「がん」「小児」「周産期」「脳卒中」「循環器」「救急」を想定して拠点病院の機能を補完する連携病院の役割も含め議論を進めてきたところである。

○課題

中央病院・こども病院を統合した新たな拠点病院の整備に向け、「新県立病院整備検討委員会」において基本構想・基本計画の検討を進めていくとともに、新県立病院については、令和 16 (2034) 年度までの開院を目指していることから、建設用地の取得に向けた測量・調査を実施していく必要がある。

また、公的拠点病院については、公的拠点病院を担う主体の検討のほか、拠点病院と連携病院の役割分担を明確にした上で、お互いが効果的に連携していくことが不可欠であることから、その連携の形についても併せて議論していく必要がある。

④ 県立中央病院・県立こども病院の跡地利用

○現状

現在の中央病院の敷地面積は約 8.4ha、本館は 6 階建て（延床面積 26,912 m²）、こども病院の敷地面積は約 3.9ha、本館は 3 階建て（延床面積 13,904 m²）であり、両病院ともに複数の施設が設置されている。

○課題

新県立病院は令和 16(2034)年度までの開院を目指して進めていることから、既存施設や跡地の利活用についても新病院の整備と併せて検討していく必要がある。

（２）県立病院の現状と課題・今後の対応

① 県立医療大学付属病院

○現状

県内におけるリハビリテーション医療の中核病院として、障害児病棟、障害者病棟及び回復期病棟の 3 病棟を有しており、重症患者などを積極的に受け入れ、高度で専門的なリハビリテーション医療を提供している。

患者数については、新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴い令和 2(2020)年度から減少が続いたが、延べ入院患者数及び延べ外来患者数ともに、近年増加傾向にあり、病床稼働率については、令和 7(2025)年度に過去最高を記録し、リハビリテーション単位数も、令和 5(2023)年度以降増加傾向に転じている。

また、リハビリテーション医療の中核病院として、大学をはじめ各種養成施設からの実習受入れを積極的に進めてきたところであり、実習受入者数の推移についても、令和 3(2021)年度以降は増加傾向にある。

経営状況については、患者数の増加及び病床稼働率の向上などにより、令和 7(2025)年度の医業収入は過去最高額を達成した一方、給与改定による人件費増や物価高騰の影響、公債費の増などにより、歳出が増加しており、令和 7(2025)年度の繰入金是对前年度で 7.3%の増加となっている。

○課題

質の高い医療人材の育成に向け、引き続き、実習受入れを積極的に推進する必要がある。

また、県立病院として更なる収支改善を図るため、引き続き、患者数の増加及び病床稼働率の向上に取り組むとともに、県立病院として、繰入金の縮減を図ることが重要であるため、更なる収入の確保及び経費削減に向けた取組を積極的に推進していく必要がある。

② 県立中央病院

○現状

茨城県病院事業の設置等に関する条例に基づき、県民の健康保持に必要な医療を提供するために設置されている施設であり、茨城県の中核的な総合病院として、がん医療、救急医療、周産期医療などをはじめとする高度・専門医療を提供している。

がん医療については、県内唯一の都道府県がん診療連携拠点病院として、手術、放射線治療、化学療法を組み合わせた質の高い集学的治療を提供するとともに、県内のがん診療連携拠点病院等のがん診療に携わる医療機関と連携しながら、各種研修会の開催や情報提供を行い、本県のがん診療の質の向上に寄与している。

救急医療については、全員参加型の救急医療に取り組んでおり、令和7(2025)年度は救急患者数11,227人（うち入院患者数3,956人）に対応し、県央地域の救急医療二次病院として重要な役割を果たしている。

周産期医療については、産婦人科医師や新生児科医師、助産師、薬剤師、看護師など多職種の医療スタッフで妊婦の妊娠分娩及び新生児に関する診療を行っている。

経営状況については、令和7(2025)年度は、入院患者数及び入院単価の増等により医業収益が増加した一方、人事委員会勧告を踏まえた給与改定に伴う給与費の増、物価高騰による経費の増等により医業費用が増加したため、収支状況は赤字となっており、令和7(2025)年度の病床稼働率は、72.3%となっている。

○課題

がん医療については、引き続き、質の高いがん医療を効率的かつ切れ目なく提供する体制を構築し、県内のがん診療のレベル向上を図る必要がある。

救急医療については、水戸保健医療圏においては、今後も救急患者の増加が予想されることから、救命救急センターを補完する役割を果たすなど、引き続き、救急医療体制の充実に努める必要がある。

周産期医療については、引き続き、地域の医療機関との連携強化を図りながら、周産期医療を守っていく必要がある。

県立病院は、不採算であっても必要な政策医療を提供している一方で、公営企業会計による独立採算制を導入していることから、必要な一般会計からの繰入れを受けつつ、地方公営企業として効率的な経営に努める必要がある。

③ 県立こころの医療センター

○現状

茨城県病院事業の設置等に関する条例に基づき、県民の健康保持に必要な医療を提供するために設置されている施設であり、茨城県の精神医療の基幹病院として、精神科救急医療や児童・思春期医療、依存症医療などの専門的な医療を提供

するとともに、患者が安心して地域で生活できるよう地域移行の促進に努めている。

精神科専門医療については、精神科医療の基幹病院として、統合失調症などの精神疾患に関する治療のほか、救急や児童・思春期精神疾患、依存症、睡眠障害、医療観察法対象者に対する精神科専門医療を提供しており、難治性疾患に対するクロザピンやmECTによる治療など、他の医療機関では実施困難な高度な精神科医療の提供を行っている。

救急医療については、全県域を対象に、精神科一般救急を継続しつつ、自傷他害のおそれのある場合における措置入院の受入れなど、精神科三次救急対応病院としての役割を担っている。

地域移行については、精神障害者の地域移行促進や地域生活支援のため、医師や看護師、精神保健福祉士等が地域に出向く取組などを実施しており、訪問看護、再入院防止に向けた支援や未受診者へのアプローチなどのアウトリーチ活動を行っている。

経営状況については、令和7(2025)年度は、人事委員会勧告を踏まえた給与改定に伴う給与費の増、物価高騰による経費の増等による医業費用の増加により、収支状況は赤字となっており、令和7(2025)年度の病床稼働率は、68.0%となっている。

○課題

精神科医療については、難治性疾患治療や専門医療の充実、地域移行の推進、患者サービスの向上など質の高い医療を展開する必要がある。

救急医療については、民間の医療機関では対応が難しい精神科医療を提供する役割を果たすことが求められている。

地域移行については、精神障害者が地域で安全に安心して暮らせるよう、地域移行の促進や地域生活支援の充実を図る必要がある。

県立病院は、不採算であっても必要な政策医療を提供している一方で、公営企業会計による独立採算制を導入していることから、必要な一般会計からの繰入れを受けつつ、地方公営企業として効率的な経営に努める必要がある。

④ 県立こども病院

○現状

茨城県病院事業の設置等に関する条例に基づき、県民の健康保持に必要な医療を提供するために設置されている施設であり、茨城県の小児医療の中核的な専門病院として、重篤・難治な患者を対象に、高度かつ専門的な医療を提供している。

小児医療については、小児医療の中核病院として、小児がんの集学的治療、白血病など血液免疫疾患に対する造血幹細胞移植や、先天性心疾患に対する開心術など、重篤・難治な小児疾患に対する高度かつ専門的な医療を提供している。

救急医療については、小児救急中核病院として、令和7(2025)年度は救急患者

数 5,631 人（うち入院患者数 1,317 人）に対応し、ドクターヘリ搬送を含む 24 時間 365 日の二次・三次救急患者の受入れや、積極的に水戸市の休日夜間診療所の当番を担うなど、地域に不足している深夜の初期救急体制を補完する役割を担っている。

経営状況については、令和 7 (2025) 年度は、人事委員会勧告を踏まえた給与改定に伴う給与費の増、物価高騰による経費の増等による医業費用の増加により、収支状況は赤字となっており、令和 7 (2025) 年度の病床稼働率は、85.1%となっている。

○課題

小児医療については、患者が必要とする医療を提供することができるよう、専門医を確保するなど、小児専門病院としての機能強化を図る必要がある。

救急医療については、地域の初期救急体制の整備が進んでいないことに加え、小児の入院可能な病院が少なくなっていることから、救急医療の更なる充実が必要となっている。

県立病院は、不採算であっても必要な政策医療を提供している一方で、公営企業会計による独立採算制を導入していることから、必要な一般会計からの繰入れを受けつつ、地方公営企業として効率的な経営に努める必要がある。

5 医師をはじめとした医療従事者の確保、医師の地域偏在の解消

(1) 医師の確保

① 本県の医師数推移及び医師需給推計

○現状

国が実施している「医師・歯科医師・薬剤師統計」によると、令和6(2024)年の本県の医師数は5,837人であり、平成26(2014)年から10年間で、649人増加している。

また、令和8(2026)年に国が示した「将来時点(2036年時点)における不足医師数等」によると、令和18(2036)年における本県の「必要医師数」は7,740人、「推計医師数」は8,209人とされており、県全体では「必要医師数」が充足する見込みであり、今後、地域枠修学生医師の増加なども見込まれることから、本県で勤務する医師数の増加速度は、速まるものと想定される。

なお、令和2(2020)年の国の推計では、全国的には、医師の労働時間を週60時間に制限した場合において、令和11(2029)年ごろに医師の需給が均衡するとされている。

加えて、出産や育児などのライフイベントの影響を受けやすい女性医師の割合は、年々増加しており、令和6(2024)年には医師全体の24.52%を占めている。

○課題

県全体では医師総数は確保される見込みである一方、医師の地域偏在が課題となっている。

② 地域偏在

○現状

令和8(2026)年に国が公表した新たな医師偏在指標においては、本県は、197.5で全国第46位となっている。二次保健医療圏別では、つくば保健医療圏が医師多数区域である一方、6つの二次保健医療圏が医師少数区域とされている。

また、県では、医療施設に従事する医師の配置状況を把握するため、1病床当たりの医師数を調査したところ、医師偏在指標と同様に、つくば保健医療圏が相対的に医師多数の状況であった。

一方、国が令和8(2026)年に医師偏在指標と併せて公表した、小児科医師偏在指標においては、本県は109.7で全国第42位ではあるものの、全ての医療圏において指標の改善が見られ、特に、鹿行南部小児医療圏が相対的医師少数区域外となったほか、分娩取扱医師偏在指標においても小児科医師偏在指標と同様に、全ての医療圏において指標の改善が見られ、本県は13.65で全国第16位となって

おり、特定の診療科別では、地域偏在是正の動きも見られる。

○課題

特定の診療科別では、地域偏在是正の動きも見られるが、引き続き、医師の地域偏在に対応していく必要がある。

③ 診療科偏在

○現状

主な診療科別の医師数の推移は、診療科によって大きく違いがあり、特に、ワークライフバランスを重視する若手医師の増加に伴い、時間外・休日労働時間が長時間となりやすい外科などの診療科を選択する医師の割合は減少傾向にある。

○課題

医師の診療科偏在にも対応していく必要がある。

④ 魅力ある勤務環境づくり

○現状

出産や育児などのライフイベントの影響を受けやすい女性医師の割合は、年々増加しており、令和6(2024)年には医師全体の24.52%を占めている。また、ワークライフバランスを重視する若手医師が増加している。

このような中、国においては、令和6(2024)年度から時間外労働の上限規制をはじめとした「医師の働き方改革」を進めている。

○課題

女性医師の増加を踏まえ、男性医師も含めて医師が働きやすい環境づくりにも取り組む必要がある。

(2) 看護職員の確保

① 看護職員の養成・確保

○現状

令和6(2024)年の本県の看護職員の就業者数は33,153人であり、平成26(2014)年からの10年間で3,683人増加している。

一方、国が令和元(2019)年に実施した令和7(2025)年時点の看護職員需給推計によると、本県の需要数37,549人に対し、供給数は37,912人と、供給が需要を上回ると推計されていたが、実際の看護職員就業者数の推移は、当時の供給推計を下回っており、供給推計と実績との間には乖離が生じている。

今後は、高齢化の進展に伴い、医療・介護分野での需要の増加が見込まれる一方、18歳人口の減少等を背景として看護師等養成所への入学者数が減少傾向にある。

また、看護職員については、国において、医師や薬剤師のような二次保健医療圏ごとの偏在指標は示されていないものの、人口10万人当たりの看護職員数で見ると、最多の水戸保健医療圏が1,608.0人であるのに対し、最少の鹿行保健医療圏は752.3人と、二次保健医療圏間で大きな差が生じている一方で、1病床当たりの看護職員数で見ると、水戸保健医療圏と鹿行保健医療圏はいずれも1.1人となるなど、人口当たりで見た場合と比べて二次保健医療圏間の差は小さい。

○課題

将来的な需要に対応するため、看護職員の安定的な養成・確保を図るとともに、病床数や医療機関の配置状況も踏まえた上で、地域の実情に応じた確保・定着を図ることが必要である。

② 看護職員の定着

○現状

(公社)日本看護協会の令和6(2024)年調査では、本県の看護職員の離職率は9.8%であり、全国平均11.0%を下回っている。

○課題

医療機関における新人看護職員の離職や、結婚、妊娠、出産、子育て等のライフイベントを契機とした離職は、看護職員の定着を図るうえでの課題であるが、特に、看護職員は女性の割合が高く、出産・育児等を契機として離職する場合があることから、看護職員がライフイベントと仕事を両立しながら、安心して働き続けられる職場環境を整備し、定着を促進する必要がある。

③ 潜在看護師の再就業

○現状

一旦離職した看護職員については、離職期間が長くなるほど、知識・技術面や職場復帰に対する不安等から再就業をためらう場合がある。

また、令和7(2025)年に県ナースセンターを通じて再就業した看護職員は約180人であるが、そのうち医療機関への就職割合は約30%となっている。

○課題

再就業を促進するためには、復職に不安を抱く潜在看護職員の離職期間への不安を払拭することや、再就業に当たり職場とのミスマッチが起こらないよう配慮することなど、潜在看護職員それぞれの希望や状況に応じたきめ細かな支援を行

う必要がある。

④ 看護職員の資質向上

○現状

高齢化の進展や医療の高度化・多様化のほか、医療従事者のタスク・シフト／シェアの推進等に伴い、看護職員には、これまで以上の高度な知識・技能と確かな実践力が求められている。

○課題

新人から管理職まで、キャリアの段階に応じた看護職員の継続的な資質向上を支援するとともに、特定行為研修を修了し、医師の判断を待たずに一定の診療の補助を行うことができる看護師の養成・確保を進める必要がある。

(3) 薬剤師の確保

① 薬剤師数と将来需要

○現状

国が実施している「医師・歯科医師・薬剤師統計」によると、全国の薬剤師数は、令和6(2024)年12月現在で約329,000人であり、これまで増加傾向で推移している。

今後の薬剤師の需給見込みについては、高齢化の進展や人口減少等の社会的要因に加え、薬剤師業務の変化等を考慮したうえで推計した結果、業務の充実により現在より需要が増えると仮定した場合であっても、令和27(2045)年頃には供給が需要を大きく上回ることが見込まれている。

一方、令和5(2023)年6月に厚生労働省が公表した薬剤師偏在指標によると、都市部に薬剤師が集中する傾向が見られ、地方において不足が深刻化している状況が示されており、また、業態別に見ると、薬局薬剤師が比較的充足している一方で、病院薬剤師は全国的に不足している。

○課題

将来(令和18(2036)年)の医療需要を反映させた偏在指標においても、今後、薬剤師数は全体として増加するものの、病院薬剤師の不足は解消されず、地域偏在や業態偏在の拡大が進むとされていることから、これらの偏在の解消を図っていく必要がある。

② 本県の実況

○現状

本県の実剤師数は、令和 6 (2024) 年 12 月現在で 6,475 人であり、そのうち、病院実剤師数は 1,037 人である。総数としては、これまで概ね増加傾向で推移しているが、全国の実況と同様に、業態及び県内地域間偏在がある。

実剤師偏在指標によると、現在、本県の実局実剤師については偏在指標が 0.99 であり、概ね充足していると考えられる一方、病院実剤師については偏在指標が 0.67 であり、特に病院において実剤師が不足している実況が明らかとなっている。令和 18(2036)年の推計偏在指標においても、実局実剤師が 1.16 と供給が上回る見込みである反面、病院実剤師は 0.68 と不足が続く見込みである。

また、病院実剤師の県内二次保健医療圏別の実況では、現在、つくば保健医療圏及び取手・竜ヶ崎保健医療圏が「少数でも多数でもない区域」、他の 7 医療圏が「少数区域」に該当しているが、令和 18(2036)年には取手・竜ヶ崎保健医療圏も「少数区域」となると推定されており、地域偏在が一層拡大すると見込まれている。

○課題

本県においても、実剤師の地域偏在や業態偏在が生じていることから、これらの偏在の解消を図る必要がある。

特に、病院実剤師の不足は、医療安全の確保やチーム医療の推進、医師の働き方改革にも影響を及ぼすため、早急な対応が必要である。

③ 病院実剤師の必要性

○現状

病院実剤師は、薬物療法の専門職として、外来や入院患者の調剤、入院時の持参薬確認、病棟における服薬指導、副作用の早期発見や医師への処方提案などを通じて、安全で質の高い薬物療法を提供する重要な役割を担っている。

また、高齢化の進展や医療の高度化・複雑化に伴い、多職種が連携して患者中心の医療を提供するチーム医療の重要性が高まっており、患者への最適な薬物療法の提供のため、高度な薬学的知識・技能をもつ病院実剤師の積極的な参画が求められている。

さらに、令和 6 (2024) 年 4 月から医師の時間外労働の上限規制が適用されたことから、医療機関では、医師の労働時間短縮に向けた取組として実剤師へのタスク・シフト／シェアが推進されている。

○課題

病院実剤師の確保は、単なる人員補充ではなく、医療安全の向上、質の高いチーム医療の実現、医師の働き方改革への対応を通じた持続可能な地域医療提供体

制の維持につながる重要な取組であることを踏まえ、引き続き確保に努めていく必要がある。

④ 病院薬剤師の確保対策

○現状

令和 5 (2023) 年 6 月に薬剤師偏在指標が公表され、病院薬剤師不足の状況が明らかになったことから、県では、同年 8 月に（公社）茨城県薬剤師会等の関係団体及び学識経験者からなる「茨城県薬剤師確保対策協議会」を設置し、茨城県内の病院薬剤師確保対策について協議・検討を開始した。

また、県では、令和 6 (2024) 年 3 月に策定した第 8 次茨城県保健医療計画において、令和 18 (2036) 年の病院薬剤師確保目標を 1,327 人と定め、令和 2 (2020) 年の 1,036 人から 291 人の病院薬剤師を増加させるため、「地域医療薬剤師修学資金貸与（地域枠事業）」「奨学金返済支援事業」「病院薬剤師キャリア相談会の開催支援」「魅力ある職場環境づくり」「復職・転職支援研修会の実施」「中高生向け病院薬剤師職場体験会、大学薬学部体験ツアーの実施」といった各種取組を進めている。

○課題

病院薬剤師の確保対策は、令和 6 (2024) 年下期から開始したばかりであり、学生等に対する経済的支援施策や就職支援、将来の薬剤師確保に向けた取組を着実に進めていくとともに、病院の人材育成体制の充実に向けた支援を引き続き行っていく必要がある。

県民の命を守る医療に関する諸方策の在り方（提言）

《重点的に取り組むべき事項》

1 医療提供体制（全体）

（１）2040 年を見据えた新たな地域医療構想の策定・推進

＜新たな地域医療構想に基づく医療提供体制の構築＞

- 2040 年に向けた新たな地域医療構想の策定にあたっては、改正医療法により医療計画の上位に位置付けられた趣旨を的確に反映し、従来の病床機能を中心とした枠組みにとどまらず、外来・在宅医療、介護との連携等を含めた地域全体の医療提供体制を再設計する必要がある。

その際、病床機能の区分のみに依拠するのではなく、各医療機関の強みや特徴に基づいた医療機関機能報告を踏まえ、地域における十分な議論を通じて役割を明らかにした上で、将来の医療需要等の推計や地域の実情を踏まえ、入院時から退院後までの患者の状態の変化や症状に応じた適切な医療提供体制を構築していく必要がある。

＜地域医療構想の策定における県の役割＞

- 新たな地域医療構想の策定にあたっては、構想の策定及び推進の主体である県がリーダーシップを発揮し、関係者間の合意形成を主導し、将来の医療需要の変化に対応した持続可能な連携体制を構築していく必要がある。

＜県境を越えた広域的な連携の推進＞

- 新たな地域医療構想の策定に当たっては、県境を越えた患者の移動実態の把握に努め、その動向を反映させた検討を進める必要がある。

また、近県との定期的な協議・意見交換の場を設けるなど、関係機関間の情報共有や連携を促進し、県境を越えた患者の受診にも対応できる広域的な医療提供体制の構築に向けた取組を推進していく必要がある。

(2) 地域の医療機能の分化・連携

＜地域の実情を考慮した医療資源の集約化と役割分担＞

- 各医療提供圏域における医療資源の集約化や役割分担を進めるに当たっては、地理的条件や交通の便を踏まえ、特に緊急的な対応が必要な疾患については各医療機関の役割分担を関係者間で明確化するなど、地域住民の医療アクセスへの不安に配慮し、将来にわたって地域に必要な医療が提供される体制を構築していく必要がある。

＜医療機関に対する財政的支援のあり方＞

- 医療機関に対する財政的支援に当たっては、設置主体にかかわらず、県全体で守るべき政策的医療を維持・確保するという観点から、民間医療機関を含めて既存の医療資源を有効に活用できるよう、各地域の実情を踏まえ、将来にわたり必要な医療提供体制を確保するための支援策を講じていく必要がある。

＜県民に対する情報発信の充実＞

- 持続可能な医療提供体制を構築するためには、県民の理解が不可欠であることから、県民が求める情報を丁寧に分かりやすく発信していく必要がある。

(3) 在宅医療体制

＜在宅医療を支える連携体制の構築＞

- 在宅医療の普及に当たっては、地域の実情に応じた支援の仕組みについて検討するとともに、在宅患者の急変時等に円滑に受け入れられる入院機能(バックベッド)の確保など、在宅医療を担う医療機関と地域の入院医療機関との連携体制の構築に向けた取組を進めていく必要がある。

＜在宅医療を支える訪問看護等の提供体制の充実＞

- 在宅医療を支える訪問看護の提供体制については、訪問看護事業所数や従事する看護師数が増加しているものの、全国平均を下回っている現状を踏まえ、地域の実情に応じた訪問看護の基盤整備を進める必要がある。また、在宅医療への医師の参入促進や、訪問看護師、医師、介護職等の多職種連携を推進するため、「茨城県在宅医療推進センター」等を活用し、他自治体の好事例や国の動向も踏まえた効果的な支援策を検討していく必要がある。

<医療と介護の切れ目ない連携>

- 新たな地域医療構想においては、医療と介護の複合的なニーズを抱える高齢者の増加を見据え、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、地域包括ケアシステムの理念を踏まえた支え合う医療と介護の実現に向け、切れ目のない連携の推進に取り組む必要がある。

(4) 医療へのアクセス

<医療へのアクセスの確保>

- 人口減少や高齢化が進展し、医療機関の役割分担や広域連携が進められる中、医療機関への通院等に必要な移動手段の確保は重要な課題となっている。

県は、地域公共交通の再編にあたっては、通院等の医療へのアクセスも重要な視点の一つと捉えたうえで、各地域の実情を踏まえながら、市町村単独では対応が困難な移動について広域的な観点から必要な助言・伴走支援を行うなど、市町村の取組を支援する必要がある。

また、在宅医療や遠隔診療など、患者に応じた医療アクセスを確保するため、その提供体制の充実を図る必要がある。

<ICT 活用による県民の受診機会の確保>

- 医師不足や地域偏在が課題となる中で、地理的制約を超えて、将来にわたり県民の受診機会を確保するため、人口が分散する地域におけるオンライン診療の活用などを中心に、地域の実情に合わせた ICT 活用について研究し、地域課題を解決する施策を検討していく必要がある。

2 救急、小児、周産期の医療提供体制

＜初期救急医療体制の確保に向けた支援＞

- 初期救急体制の確保が困難な地域においては、市町村による広域連携の推進に加え、他県の先進事例も参考に、今後の医療需要や地域の実情に応じた体制の在り方を検討する必要がある。

県は、初期救急医療体制の整備・運営を担う市町村に対して、関係者間の調整や情報提供、必要な助言等を行い、持続可能な体制の構築を支援していく必要がある。

＜県境地域における救急医療体制の構築＞

- 医療資源の集約化が進む中、県境地域においては、地理的条件や医療機関の配置等により、救急患者の搬送先が県内に限られず、隣接する他県の医療機関となる場合もある。

このため、県境地域における救急医療体制の確保に向け、他県の医療機関との連携状況を把握するとともに、近県との協力関係をより一層深め、地理的条件を踏まえたうえで、県民が迅速かつ適切な救急医療を受けられる体制の構築に向けた取組を推進していく必要がある。

＜救急医療体制の機能分化に対する県民理解の促進＞

- 救急医療体制の再編や機能分化を推進する上では、県民の理解と協力が不可欠である。

このため、県は、救急電話相談の活用等による県民の適切な受診行動の促進に加え、症状が安定した患者の後方支援医療機関への転院（下り搬送）の促進についても、多様な媒体を活用したきめ細かな情報発信を行うことで、本県の医療に対する県民の理解と信頼を深めながら、救急医療資源の適切な活用を推進していく必要がある。

＜医療体制を支える基盤整備のための庁内関係部局との連携＞

- 医療提供体制の整備に加えて、アクセスを支える道路網の整備も重要である。救急搬送の現状などをもとに庁内関係部局との横の連携を行っていく必要がある。

3 がん・循環器病の現状と医療提供体制、予防対策

(1) 予防対策

＜地域特性に応じた予防対策＞

- がんや循環器病の予防対策を効果的に実施するためには、レセプトデータを含む既存データや国の集計データ等の活用方法を検討し、市町村ごとの健康課題や受療動向を把握・分析した上で、地域特性に応じた積極的な予防対策を推進していく必要がある。

＜保健所を中心とした予防対策の推進＞

- 県は、保健所を中心に、市町村との具体的な連携・調整や必要な助言・支援を行い、市町村の取組を効果的に後押しすることにより、がんや循環器病の予防対策を全県的に推進する必要がある。

＜がん検診の受診率向上に向けた普及啓発と受診環境の整備＞

- がん検診の受診率向上が課題となっていることを踏まえ、県は、がん検診の実施主体である市町村と連携し、がん検診による早期発見の意義や重要性について県民の理解を深めるため、ホームページやリーフレットにとどまらず、県民に広く伝わる多様な媒体を活用した効果的な普及啓発を進める必要がある。

また、検診費用の負担軽減、休日検診の実施、予約手続の簡素化、検診会場の利便性向上など、市町村が行う受診しやすい環境づくりに対し、県は必要な情報提供や助言等を行い、がん検診受診率の向上につながる取組を進める必要がある。

＜がん経験者との協働による啓発活動の充実＞

- がん検診の受診を促すきっかけとなるよう、がん経験者の体験談を直接聞く機会を設けるなど、がん経験者や患者団体の協力を得た啓発活動を充実させ、がん予防や検診の重要性について県民の理解を深め、受診の促進につなげていく必要がある。

＜科学的根拠に基づいたがん予防・検診の推進＞

- がんの早期発見・予防を強化するため、死亡率の減少効果に関する科学的根拠や費用対効果、国の動向などを十分に精査した上で、胃内視鏡検査の普及をはじめとする最新の知見に基づいた実効性のある施策を積極的に推進していく必要がある。

＜がん検診受診率の向上に資する取組の横展開＞

- がん検診の受診率向上を図るため、検診費用の自己負担軽減などの取組や、市町村の保健師による受診勧奨等の活動を含む、受診率の高い市町村における好事例を把握・分析し、その成果や実施方法を県内に広く共有し、各市町村での実情に応じた活用を促進する必要がある。

（２）医療提供体制

＜がん患者の受療動向の分析と医療提供体制の整備＞

- 将来に向けて県民に対する適切ながん診療体制を確保するため、県外での受療を含むがん患者の受療動向等を分析する必要がある。

その上で、がん医療提供体制検討委員会における議論も踏まえ、高度医療の集約化の必要性や地理的条件等を考慮しながら、県内で機能分化・均てん化を図るべき医療と、県境を越えた広域連携により確保すべき医療を整理し、地域の実情に応じた持続可能ながん医療提供体制の整備を検討していく必要がある。

＜がん専門医療に関する情報提供の充実＞

- がん患者が必要ながん診療を受ける医療機関を検討できるよう、拠点病院等の指定状況だけでなく、各医療機関が対応できるがんの種類や治療内容、診療実績等の違いを、患者の視点に立って、できるだけ分かりやすく情報提供する取組を推進していく必要がある。

＜小児がん患者に対する支援の充実＞

- 小児がん連携病院では、長期入院により制約を受けている患者が、子どもらしい時間を過ごせる環境づくりの取組が様々な団体の協力により実施されている。

こうした取組の充実を図り、小児がん患者が「子どもらしく」いられる時間の一層の確保を図る必要がある。

＜有識者会議における意見のがん対策への反映＞

- 総合がん対策推進会議等における有識者の意見や、患者の声を反映した調査結果については、その内容を真摯に受け止めるとともに、十分検証したうえで、本県のがん対策に適切に反映し、必要な施策を着実に推進していく必要がある。

4 医療機関の再編、県立病院の現状と課題・今後の対応

(1) 医療機関の再編

＜水戸保健医療圏 6 病院の役割分担と再編に向けた合意形成＞

- 水戸保健医療圏 6 病院の再編に当たっては、新県立病院の基本計画策定のスケジュールを踏まえつつ、公的 4 病院についても、関係者間の合意形成を図りながら、各病院の役割分担を早期に明確化するよう努め、将来の医療需要を見据えた医療提供体制の構築を進める必要がある。

＜再編後の安定的な経営を見据えた支援＞

- 水戸保健医療圏 6 病院の再編に当たっては、各病院の役割分担を踏まえ、医療機能や病床の確保に加え、施設・設備の整備・更新費用等を含む将来の経営見通しを各病院において検証し、県も確認しながら進めていく必要がある。
その上で、県は、再編に必要な経費に対する国の支援制度等の活用も検討し、必要な医療提供体制の構築に向けた支援を行う必要がある。

＜水戸保健医療圏の拠点病院を核とした県全体の医療提供体制の確保＞

- 再編後の医療提供体制の状況や医療需要の動向を踏まえ、県北部や鹿行地域など医師不足地域を含む県全体の医療提供体制の確保に向け、将来的には、大学との連携の下、水戸保健医療圏の拠点病院が人材育成のハブ機能を担い、医師不足地域の医療機関に医師を派遣することを目指す必要がある。

＜地域の実情を踏まえた医療機関の再編等への県の関与＞

- 水戸保健医療圏以外の医療圏における医療機関の再編等については、運営主体や地域の関係者が主体となって検討することを基本としつつ、県は、政策医療を担う医療機関や地域の拠点となる医療機関の役割、地域の医療提供体制に与える影響等を踏まえ、地域医療構想調整会議等における助言や関係者間の調整を行うなど、適時適切な関与・支援を行う必要がある。

(2) 県立病院の今後の対応

＜県立病院の病床稼働率を踏まえた経営改善＞

- 県立病院の経営改善に当たっては、病床稼働率が重要な経営指標の一つであることを踏まえ、病院ごとの医療機能や地域の医療需要等に留意しながら、適切な目標を意識した経営に努め、収支改善に向けた取組を進める必要がある。

＜総合周産期母子医療センター整備に伴う救急医療機能の確保＞

- 総合周産期母子医療センターの整備に当たっては、母体救急について3次救急相当の受入れに対応できる機能が必要となることを踏まえ、必要な設備等の整備を進めるとともに、国庫補助金等活用できる財源を精査し、今後の新県立病院の計画に反映する必要がある。

＜新県立病院の最適な経営形態の検討＞

- 新県立病院の経営形態については、地方公営企業法の全部適用や地方独立行政法人など、それぞれの経営上の裁量や意思決定の迅速性、組織運営の柔軟性、県の関与の在り方等を比較検討するとともに、他自治体の事例や地域の特性を踏まえ、政策医療の確保と効率的な病院経営を両立できる最適な経営形態を検討する必要がある。

＜新県立病院における専門機能の明確化と情報発信＞

- 県立病院の統合に当たっては、両病院がこれまで担ってきた専門性や役割を継承し、患者や利用者の不安を招くことのないよう、新県立病院における専門機能の位置付けや名称・表示の在り方を分かりやすく示す必要がある。

その際、両病院の職員や患者の意見も踏まえながら、専門機能の継続と充実が県民に伝わる組織・運営の在り方を検討する必要がある。

＜新県立病院における遠隔医療支援体制の構築＞

- 他医療圏から水戸保健医療圏への患者の流入状況を踏まえ、県は、AI等を活用したDXの推進や、医師不足地域の医療機関を遠隔で支援する体制の構築など、地域の医療提供体制の確保に向けた支援を検討する必要がある。

5 医師をはじめとした医療従事者の確保、医師の地域偏在の解消

（１）医師の養成・確保と地域偏在への対応

＜医学部定員を踏まえた医師養成・確保の推進＞

- 医師不足や地域偏在の改善に向け、医学部定員は国の医師養成方針の下で決定されることを踏まえ、本県のような医師少数県において必要な医学部定員が維持されるよう国に働きかけるとともに、筑波大学と連携し、現在の医学部定員や地域枠等を生かした医師の養成・確保を進め、県内の医療機関への定着につなげる取組を推進する必要がある。

＜高校生の医学部進学に向けた支援の充実＞

- 医師の養成・確保につなげるため、医学コース設置校をはじめとした高等学校等への学校訪問による修学資金貸与制度の情報提供などにより、高校生の医学部進学を支援する取組を充実させる必要がある。

＜医師の地域偏在の是正に向けた総合的な取組の推進＞

- 医師の地域偏在を是正するため、地域枠制度や県・大学・医療機関の連携による医師確保の取組に加え、修学生医師のキャリア形成に向けた研修機会の確保、医療機関自らが取り組む勤務環境の改善等を一体的に進める必要がある。

（２）看護職員の確保・育成と役割発揮

＜看護職員の専門性向上とキャリア形成の支援＞

- 質の高い医療提供体制を確保するため、県立看護大学等における看護人材の養成に係る基礎教育の充実を図るとともに、県看護協会等と連携し、再就業支援や継続的な研修を推進するほか、看護職員が離職することなく専門性を高め、自己実現を図りながら、その能力を発揮できる環境づくりを進める必要がある。

＜看護職員の確保・定着に向けた環境の整備＞

- 地域医療を支える看護職員の確保・定着を図るため、妊娠・出産・子育て等のライフステージに応じて多様な働き方や就業先を選択しながら、能力を発揮し、看護職員として活躍し働き続けられる環境の整備を進める必要がある。

また、院内保育所の整備やＩＣＴ化等、医療機関の実情に応じた取組を支援する必要がある。

＜特定行為研修修了看護師の確保・活用＞

- 医師の負担軽減と質の高い医療提供体制を確保を図るため、看護師の特定行為研修の受講を促進し、修了者を増やすとともに、修了者がその専門性を発揮できるよう、医療機関や在宅医療等の場における活用を促進する必要がある。

＜地域完結型の医療提供体制構築に向けた看護職員の役割発揮支援＞

- 高齢者の医療需要の増加に対応し、入院から在宅療養まで切れ目のない地域完結型の医療提供体制を構築するため、看護職員が関係職種との連携を図りながら、病院、在宅医療等の各分野において専門性を発揮できるよう、支援していく必要がある。

（３）薬剤師の確保

＜病院薬剤師の確保に向けた奨学金返済支援の推進＞

- 病院薬剤師の確保に向け、奨学金返済支援事業について、薬学生や関係教育機関等への周知を強化し、応募状況や事業効果を検証しながら、より多くの薬学生等の応募・認定につながる取組を検討していく必要がある。

（４）医療人材の確保・育成に向けた関係部局の連携

＜医療人材の確保・育成に向けた関係部局間の連携＞

- 将来の医療人材の確保・育成に向け、早期から医療への関心を高める教育の必要性など、医療人材の育成に関する課題について、教育分野をはじめとする関係部局間で認識を共有し、連携して取組を進める必要がある。

おわりに

本委員会は、7か月間という短い期間で集中的に審議を行った。

県執行部からは、「医療提供体制（全体）の現状と課題・今後の対応」、「救急、小児、周産期の医療提供体制の現状と課題・今後の対応」、「がん・循環器病の現状と医療提供体制、予防対策」、「医療機関の再編、県立病院の現状と課題・今後の対応」、「医師をはじめとした医療従事者の確保、医師の地域偏在の解消」の各調査項目に沿って、現状と課題、今後の対応等に関する資料の提出及び詳細な説明がなされ、本委員会で十分な審議を尽くすことができた。ここに感謝申し上げます。

また、ご出席いただいた有識者の皆様（千葉大学医学部附属病院次世代医療構想センター長、茨城県立こども病院病院長、茨城県立中央病院名誉院長、筑波大学附属病院病院長、一般社団法人茨城県医師会会長）からは審議に資する貴重なご意見をいただいたほか、現地調査を実施した福島県保健福祉部、一般社団法人福島県医師会の皆様からは種々ご協力をいただき、厚く御礼を申し上げます次第である。

医療を巡っては、令和22（2040）年を見据えた新たな地域医療構想策定ガイドラインが国から示され、入院医療の機能分化にとどまらず、外来医療や在宅医療、介護との連携を含めた地域全体での医療提供体制の整備が求められている。本県においても、こうした方向性を踏まえ、持続可能な地域医療の実現に向けた取組を進めていく必要がある。

加えて、県民が居住する地域によって受けられる医療に大きな差が生じることのないよう、医療機関の役割分担の明確化と連携強化を進めていくことが不可欠である。

一方、AIをはじめとするデジタル技術及びそれらを活用した遠隔医療は、医療の質の向上や医療従事者の負担軽減、さらには医療へのアクセスなどの課題の解決に資することが期待されており、今後の医療提供体制を支える重要な要素となるものと考えられる。

本委員会における調査・検討を通じて、将来にわたり県民が必要な医療を安心して受けられるよう、限られた医療資源を有効に活用しながら、地域の実情に応じた医療提供体制を整備していくことの重要性を改めて認識したところである。

県執行部におかれては、本委員会の提言を真摯に受け止めるとともに、医療を取り巻く環境の変化に的確に対応しながら、本県医療が直面する諸課題の解決に向けた取組が着実に推進されていくことを期待して、本委員会の報告とする。

参 考 資 料

○ 調査に当たった委員	4 3
○ 活動経過	4 4
○ 関連資料	
1 医療提供体制（全体）	4 6
2 救急、小児、周産期の医療提供体制	5 2
3 がん・循環器病の現状と医療提供体制、予防対策	6 0
4 医療機関の再編、県立病院の現状と課題・今後の対応	7 2
5 医師をはじめとした医療従事者の確保、医師の地域偏在の解消	8 0

調査に当たった委員 (令和8年3月24日～令和8年11月18日)

委員長 西 野 一

副委員長 金 子 晃 久

委 員 小 川 一 成

委 員 川 口 政 弥

委 員 村 田 康 成

委 員 塚 本 一 也

委 員 裕 田 千 春

委 員 小 泉 周 司

委 員 木 本 信太郎

委 員 八 島 功 男

委 員 二 川 英 俊

委 員 玉 造 順 一

委 員 江 尻 加 那

委 員 う の のぶこ

委 員 秋 山 政 明

活動経過

回	開催日	審議事項等
1	令和8年 5月15日（金）	○ 調査方針及び調査活動計画の決定 ○ 医療提供体制（全体）の現状と課題・今後の対応 【有識者意見聴取】 「医療提供体制の現状と課題・今後の対応 ～自治体×大学で進める偏在対策・病院再編の事例～」 千葉大学医学部附属病院次世代医療構想センター センター長 よしむら けんすけ 吉村 健佑 氏 【執行部説明聴取】
2	6月12日（金） ＜定例会中＞	○ 救急、小児、周産期の医療提供体制の現状と課題・今後の対応 【有識者意見聴取】 「小児・周産期の医療提供体制の現状と課題」 茨城県立こども病院 病院長 あらい じゅんいち 新井 順一 氏 【執行部説明聴取】
3	7月9日（木）	○ がん・循環器病の現状と医療提供体制、予防対策 【有識者意見聴取】 「茨城県におけるがんの現状と対策」 茨城県立中央病院 名誉院長 ながい ひでお 永井 秀雄 氏 【執行部説明聴取】
4	8月20日（木）	○ 医療機関の再編、県立病院の現状と課題・今後の対応 【有識者意見聴取】 「水戸保健医療圏の病院再編に期待すること －2040年を展望した医療提供体制（三位一体改革）構築の推進に絡めて－」 筑波大学附属病院 病院長 ひらまつ ゆうじ 平松 祐司 氏 【執行部説明聴取】

回	開催日	審議事項等
現地調査	8月31日（月）	○ 医療従事者の確保、医師の地域偏在対策の取組の概要 ・ 福島県保健福祉部地域医療課、同課医療人材対策室 ・ 福島県保健福祉部薬務課 ○ 福島県医業承継バンクの概要 ・ 一般社団法人福島県医師会
5	9月25日（金） ＜定例会中＞	○ 医師をはじめとした医療従事者の確保、医師の地域偏在の解消 【有識者意見聴取】 「医師をはじめとした医療従事者の確保、医師の地域偏在の解消 ～地域医療を守る立場から～」 一般社団法人茨城県医師会 会長 松崎^{まつざき} 信夫^{のぶお} 氏 【執行部説明聴取】
6	10月20日（火）	○ 調査結果報告書案の検討
7	11月17日（火） ＜定例会中＞	○ 調査結果報告書の決定
	11月18日（水）	○ 第4回定例会 本会議調査結果報告

関連資料

1 医療提供体制（全体）

（１）疾病構造の変化を踏まえた目指すべき医療提供体制

＜本県における高齢人口の将来予測＞

（単位：千人、％）

	2020 年	2025 年	2030 年	2035 年	2040 年	2045 年	2050 年
茨城県人口	2,867	2,783	2,688	2,584	2,473	2,359	2,245
高齢人口（65 歳以上）	851	874	879	889	919	917	899
高齢人口割合	29.7	31.4	32.7	34.4	37.2	38.9	40.0

出典：国立社会保障・人口問題研究所

「日本の地域別将来推計人口（令和 5（2023）年推計）」

＜85 歳以上の急性期の入院患者数上位の疾患＞

傷病名	入院患者数全体 に占める割合	手術の 有無
食物及び吐物による肺臓炎	5.8%	なし
うっ血性心不全	5.1%	なし
コロナウイルス感染症 2019	3.6%	なし
肺炎、詳細不明	2.7%	なし
転子貫通骨折 閉鎖性	2.4%	あり
尿路感染症、部位不明	2.3%	なし
大腿骨頸部骨折 閉鎖性	2.0%	あり

※急性期入院医療等を算定する病棟における傷病名。2023 年 D P C データ。

出典：地域医療構想及び医療計画等に関する検討会資料（厚生労働省）

(2) 地域の医療機能の分化・連携

＜平成 25（2013）年を基準にした場合の各年の医療需要の割合＞

単位：％	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%

出典：第 8 次茨城県保健医療計画

＜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

出典：第 8 次茨城県保健医療計画

※病床機能報告制度における 4 つの医療機能の定義

医療機能の名称	医療機能の内容
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。
慢性期	長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能。

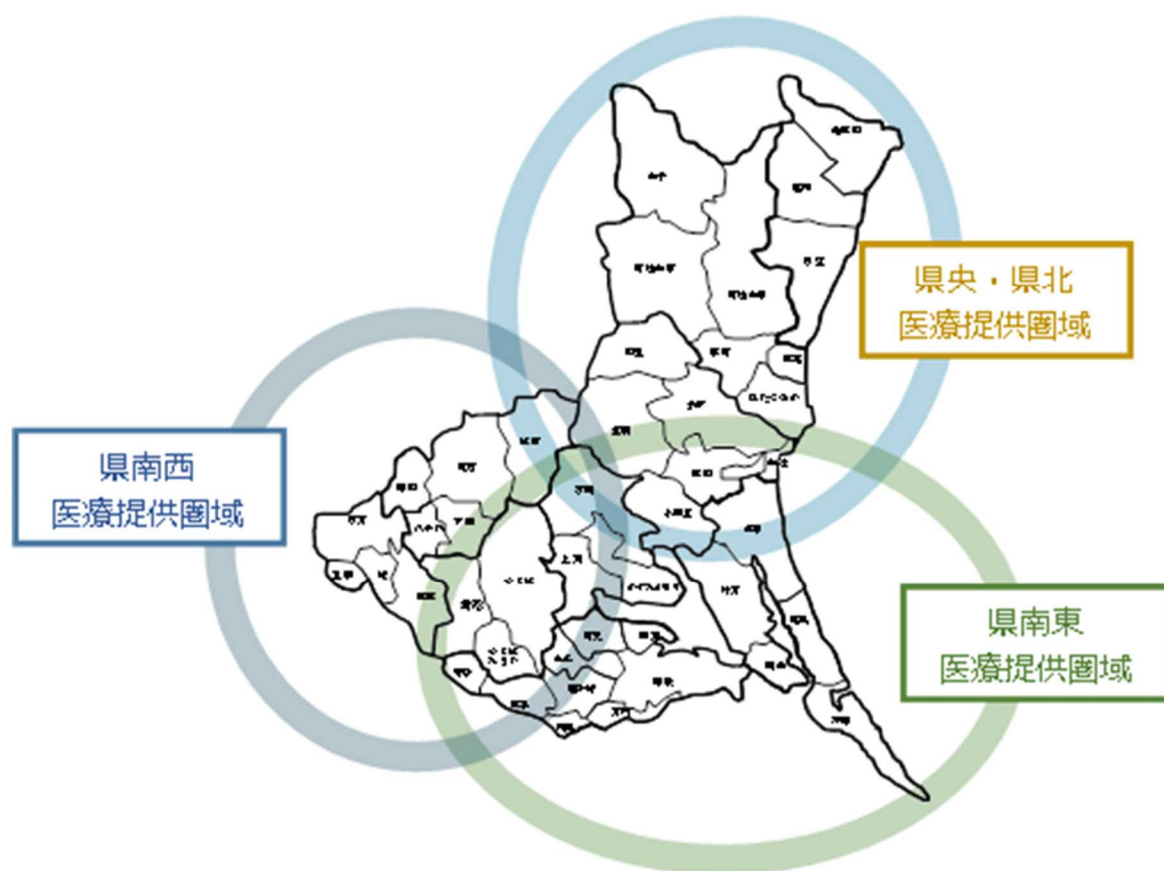
出典：茨城県地域医療構想

<医療圏及び医療提供圏域の分類>

区分	概要
一次保健医療圏 (市町村単位)	県民一人ひとりの健康状態に応じた健康管理、健康教育、保健指導、日常生活に密着した医療サービスが提供され、かかりつけ医を中心としたプライマリ・ケアの確保を図る基本的単位
二次保健医療圏 (9圏域)	地理的条件等の自然的条件や日常生活の需要の充足状況、交通事情等の社会的条件を考慮して、一体の区域として病院及び診療所における入院に係る医療を提供する体制の確保を図る区域
三次保健医療圏 (県全域)	二次保健医療圏の保健医療機能を支援し、特殊な診断又は治療を必要とする医療を提供するための圏域
医療提供圏域 (3圏域)	人口減少・少子高齢化や医師の働き方改革等を踏まえ、限られた医療資源を最大限活用し、医療の高度化・複雑化に対応するため、主に高度医療に対する機能の集約化及び各医療機関における役割分担の明確化をより強力に推進するための圏域

出典：第8次茨城県保健医療計画

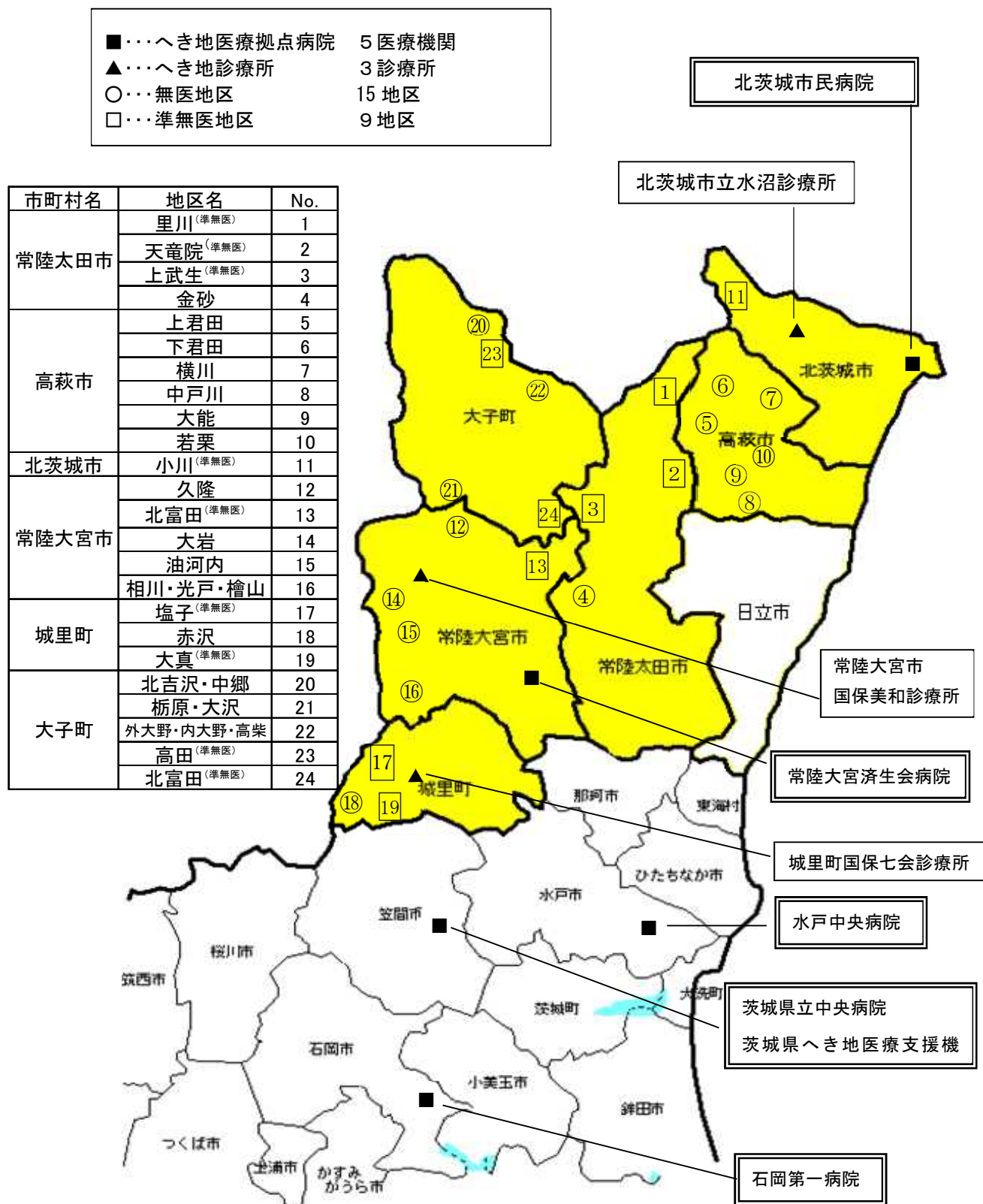
<医療提供圏域の圏域図>



出典：第8次茨城県保健医療計画

(3) へき地医療への対応

< 無医地区等位置図 >



令和6 (2024) 年4月1日時点

出典：第8次茨城県保健医療計画

※へき地：

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

分類	定義	地区数
無医地区	医療機関のない地域で概ね半径 4km 区域内に 50 人以上が居住している地区であって、容易に医療機関を利用することができない地区	15
準無医地区	無医地区には該当しないが、無医地区に準じた医療の確保が必要と知事が判断した場合、厚生労働大臣が適当と認めた地区	9

出典：第 8 次茨城県保健医療計画

※へき地医療支援機構：

へき地診療所等への代診医派遣調整等広域的なへき地医療支援事業の企画・調整等を行い、へき地医療政策の各種事業を円滑かつ効率的に実施することを目的として、都道府県等に設置。本県では、県立中央病院に設置

※へき地診療所：

無医地区等において設置しようとする場所を中心としておおむね半径 4 km の区域内に他に医療機関がなく、その区域内の人口が原則として人口 1,000 人以上であり、かつ、当該診療所から最寄りの医療機関まで通常の交通機関を利用して 30 分以上要する等の診療所、無医地区等における地域住民へ医療を提供

※へき地医療拠点病院：

無医地区等において、へき地医療支援機構の指導・調整の下に、巡回診療、へき地診療所等への医師派遣や代診医派遣等を実施した実績を有する又はこれらの事業を当該年度に実施できると認められ、都道府県が指定する病院

(4) 医療へのアクセス

＜在宅患者訪問診療料の年間レセプト件数（茨城県）＞

（単位：件）

	2019 年度	2020 年度	2021 年度	2022 年度	2023 年度
実数 (順位)	126,863 (18 位)	135,268 (18 位)	144,723 (18 位)	154,479 (18 位)	166,868 (16 位)
人口 10 万人当たり (順位)	4,342 (42 位)	4,652 (42 位)	5,007 (40 位)	5,364 (39 位)	5,823 (39 位)

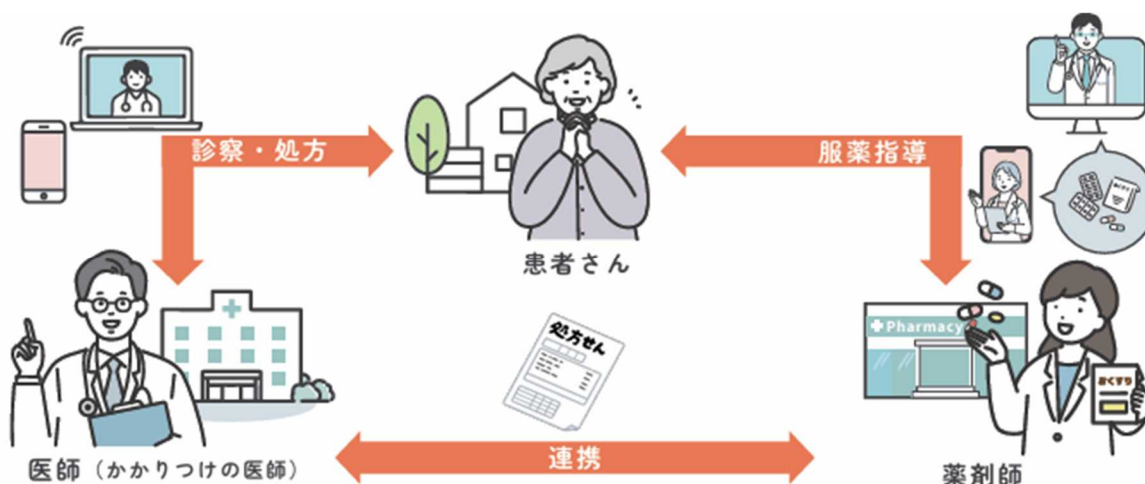
出典：地域医療構想・医療計画データブック

＜遠隔医療の仕組み＞



出典：厚生労働省「遠隔医療モデル参考書」

＜オンライン診療の仕組み＞

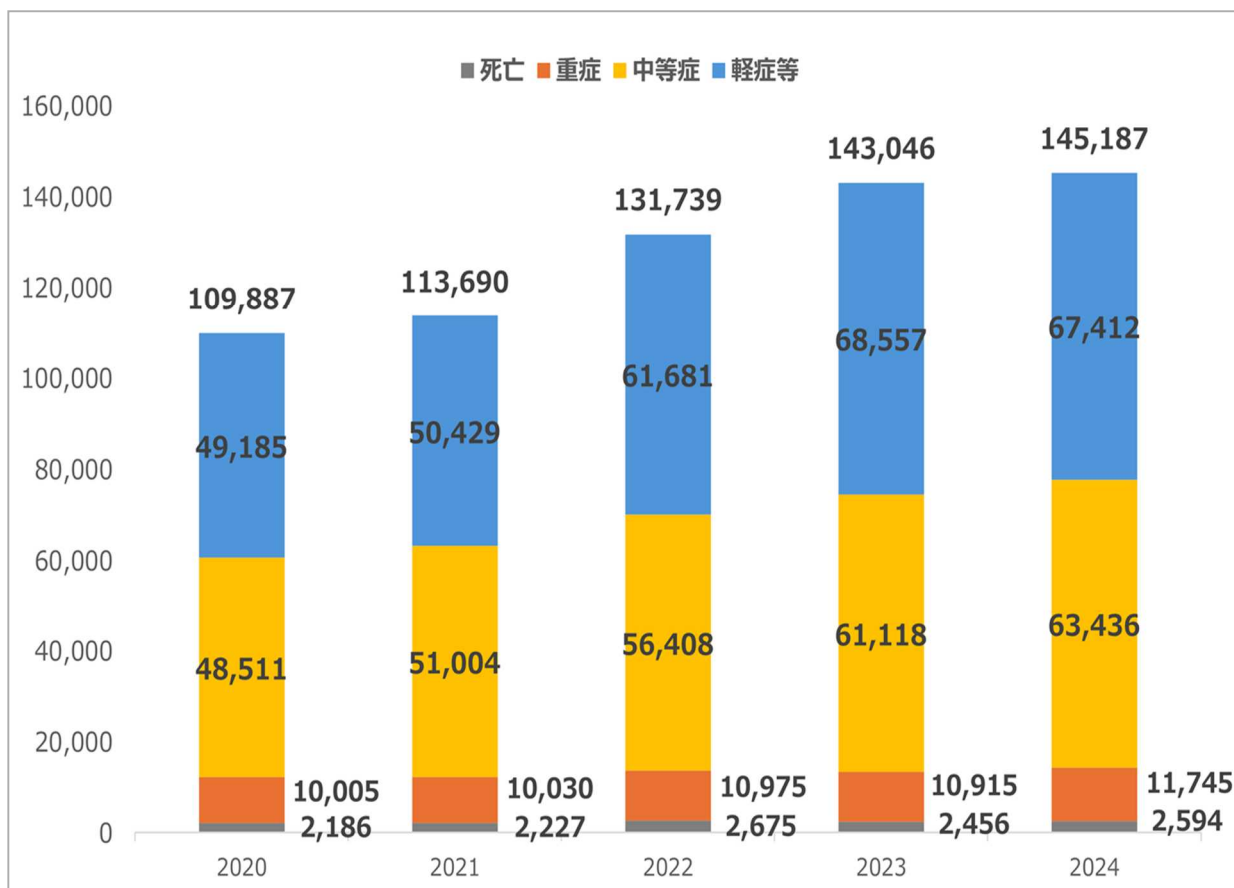


出典：厚生労働省リーフレット「オンライン診療を利用する皆様へ」

2 救急、小児、周産期の医療提供体制

(1) 救急医療

＜救急搬送件数及び症度別件数＞



出典：県内各消防本部（局）報告

注 症度は、救急搬送後に医師が診断した結果による

「死亡」：診断時に死亡が確認されたもの

「重症」：3週間以上の入院を必要とするもの

「中等症」：3週間未満の入院を必要とするもの

「軽症等」：入院を必要としないもの及び医師の診断がないもの等の計

＜65歳以上高齢者の救急搬送件数＞

年齢区分	2004年	2014年	2024年		
				2004年比	2014年比
救急搬送件数（人）	93,305	110,938	145,187	1.6	1.3
うち18歳以上65歳未満成人 （救急搬送件数に占める割合％）	44,847 (48.1)	40,777 (36.8)	43,002 (29.6)	1.0	1.0
うち65歳以上高齢者数 （救急搬送件数に占める割合％）	37,282 (40.0)	59,576 (53.7)	89,763 (61.8)	2.4	1.5

出典：県内各消防本部（局）報告

<救急搬送における高齢者に多い傷病の状況（令和6（2024）年）>

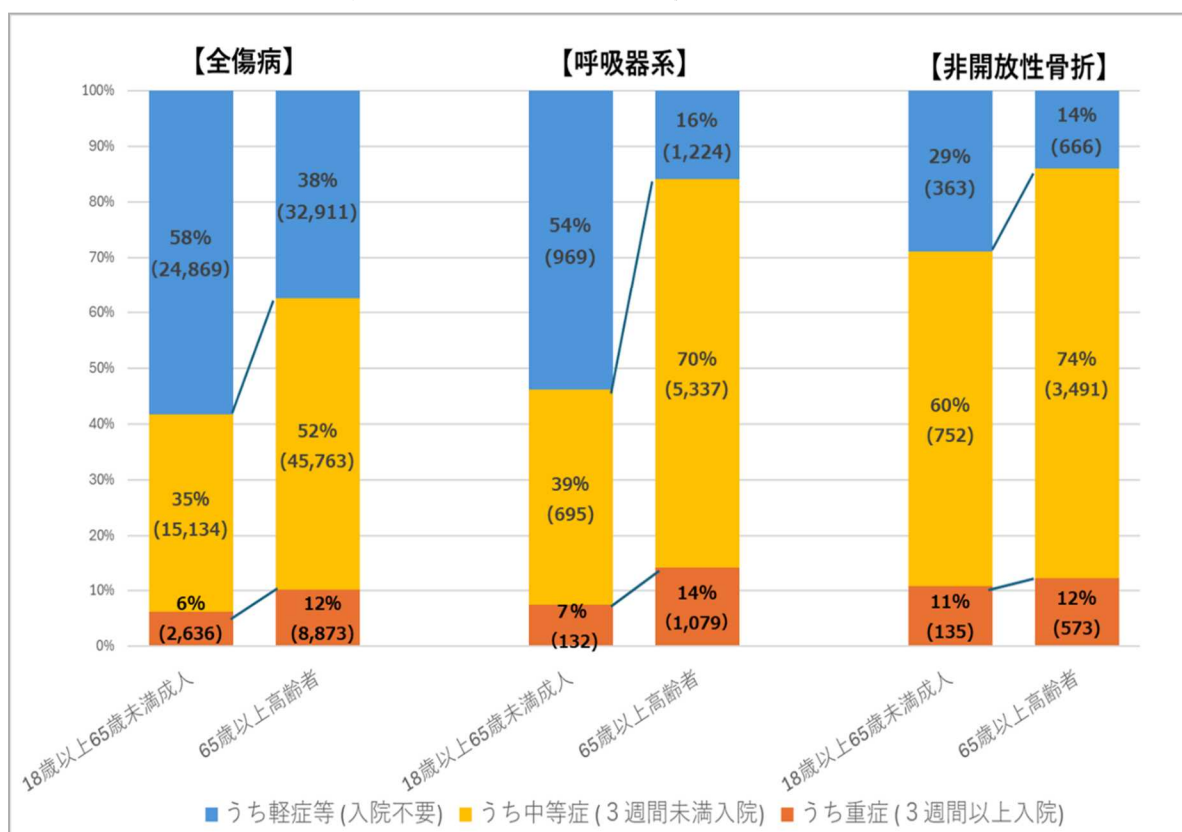
傷病区分	65歳未満成人※		65歳以上高齢者		b/a
	人数	10万人あたり(a)	人数	10万人あたり(b)	
2025年 全体（人）	1,613,047		873,717		
2024年 全傷病（人）	43,002	2,666	89,763	10,274	3.9
うち心疾患	1,969	122	7,462	854	7.0
うち脳疾患	1,572	97	5,561	636	6.5
うち呼吸器系	1,797	111	7,662	877	7.9
うち非開放性骨折	1,251	78	4,731	541	7.0

出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（令和5（2023）年推計）」

県内各消防本部（局）報告

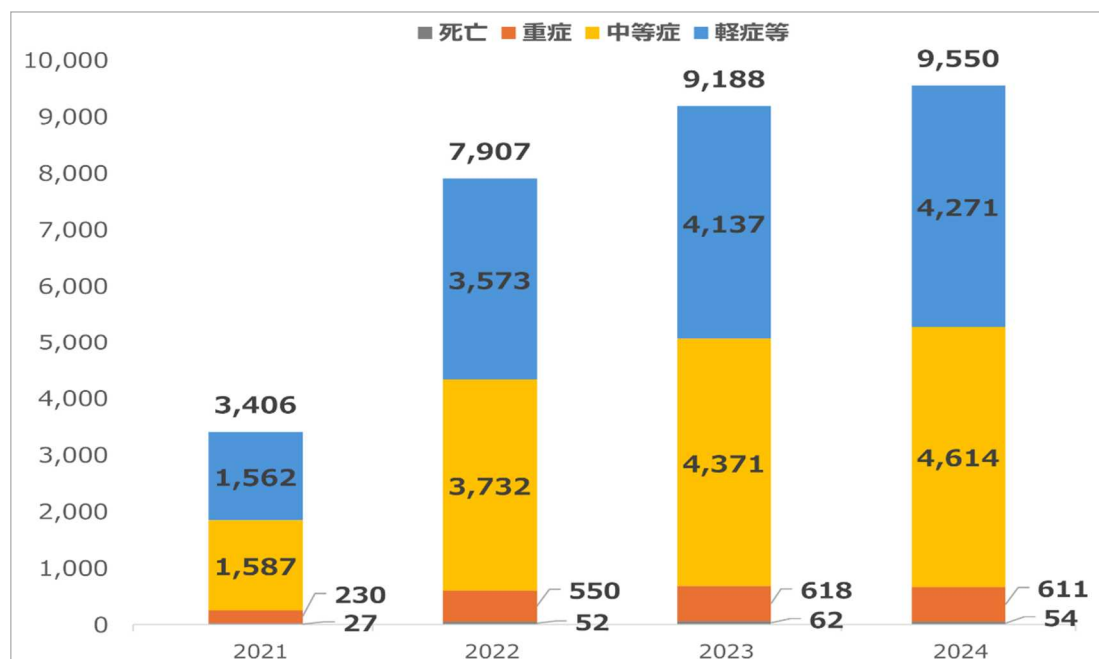
※65歳未満成人：「全体（人）」は15歳以上、「全傷病（人）」は18歳以上を表す

<救急搬送における重症、中等症及び軽症等の状況（令和6（2024）年）>



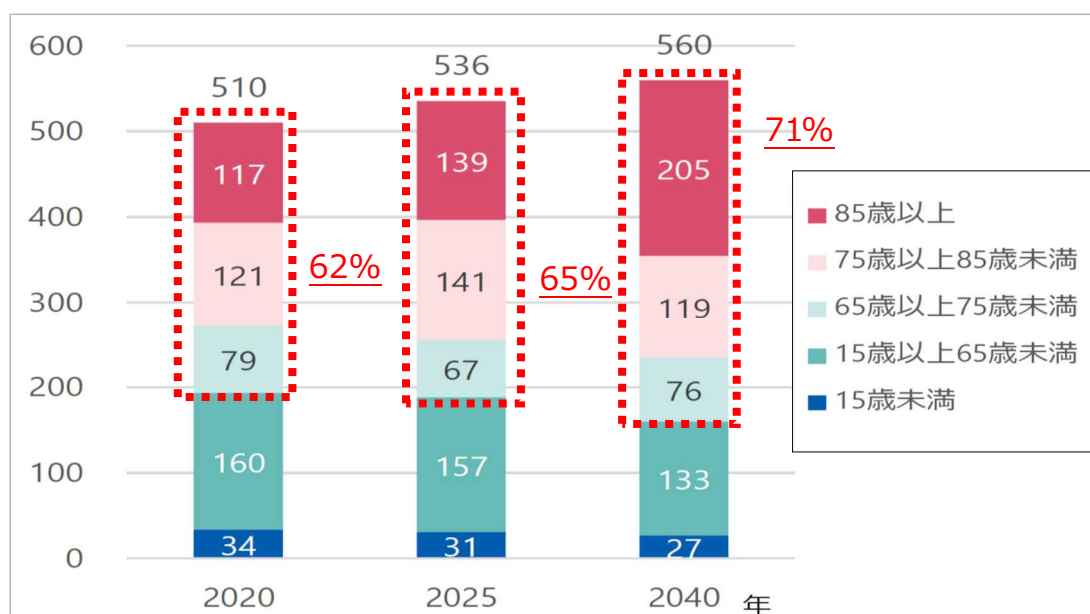
出典：県内各消防本部（局）報告

<救急搬送困難事案数>



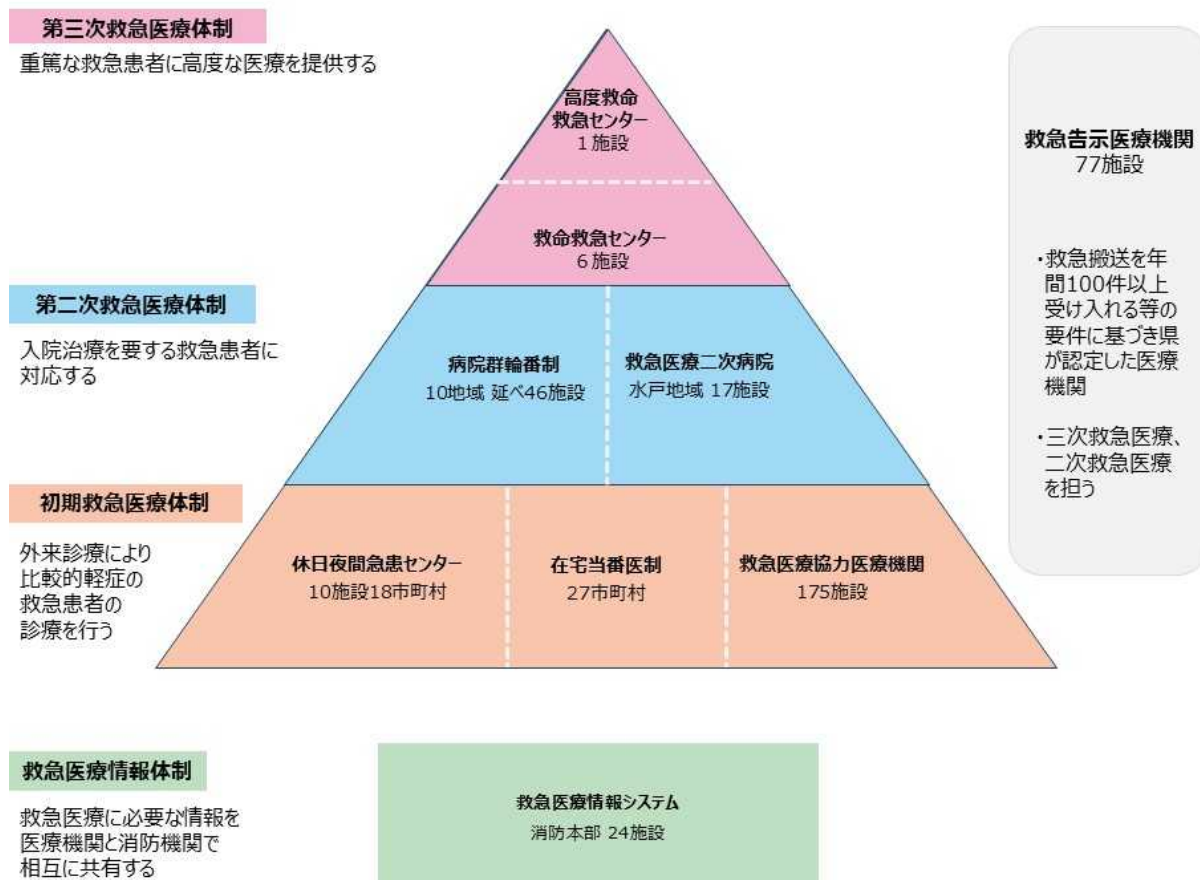
出典：県内各消防本部（局）報告

<全国における年齢階級別救急搬送件数の将来推計>



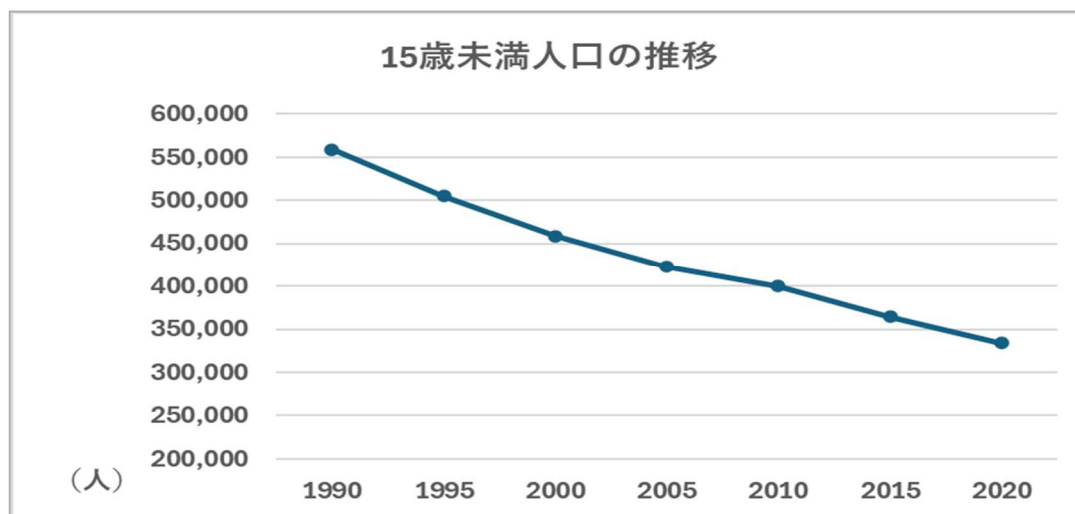
出典：厚生労働省・第8回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会資料を一部加工

＜本県の救急医療体制＞



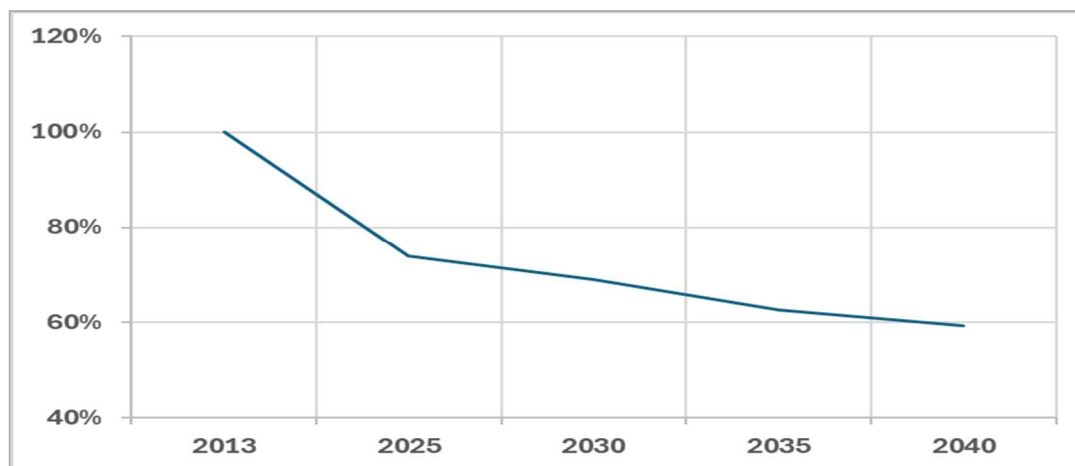
(2) 小児医療

＜本県の小児人口の推移＞



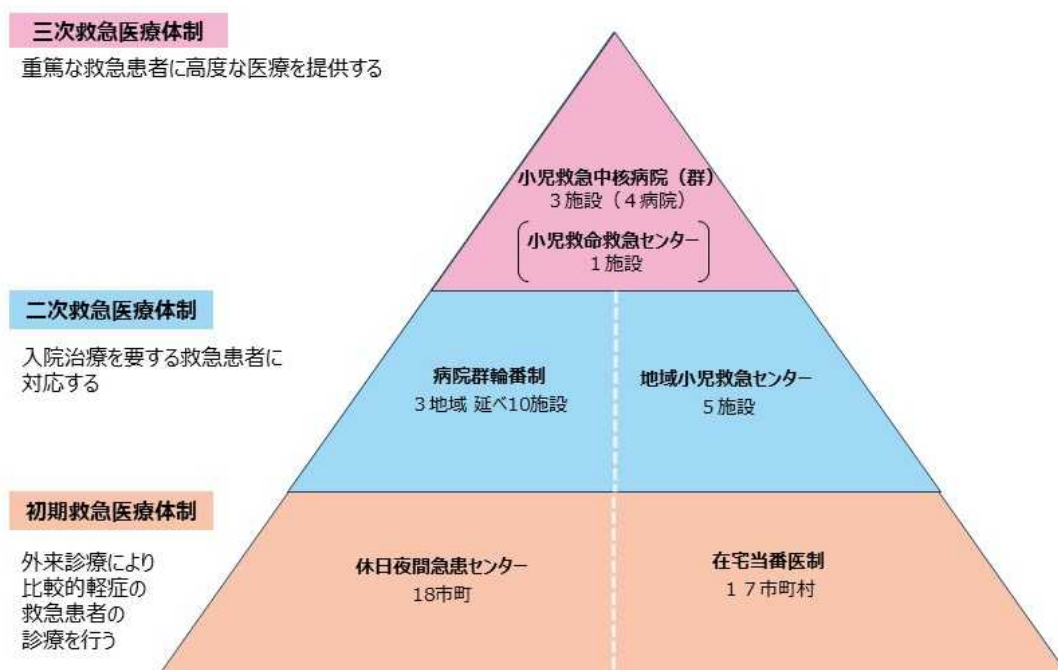
出典：国勢調査（総務省）

＜平成 25（2013）年を基準にした場合の小児医療需要の将来推計＞

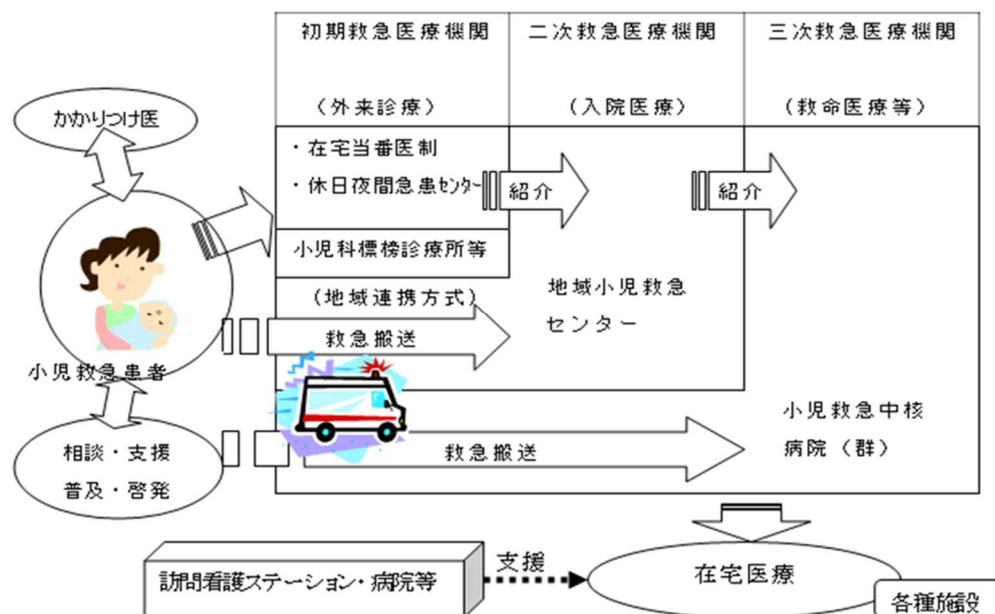


出典：茨城県地域医療構想（平成 28（2016）年）

＜本県の小児救急医療体制＞

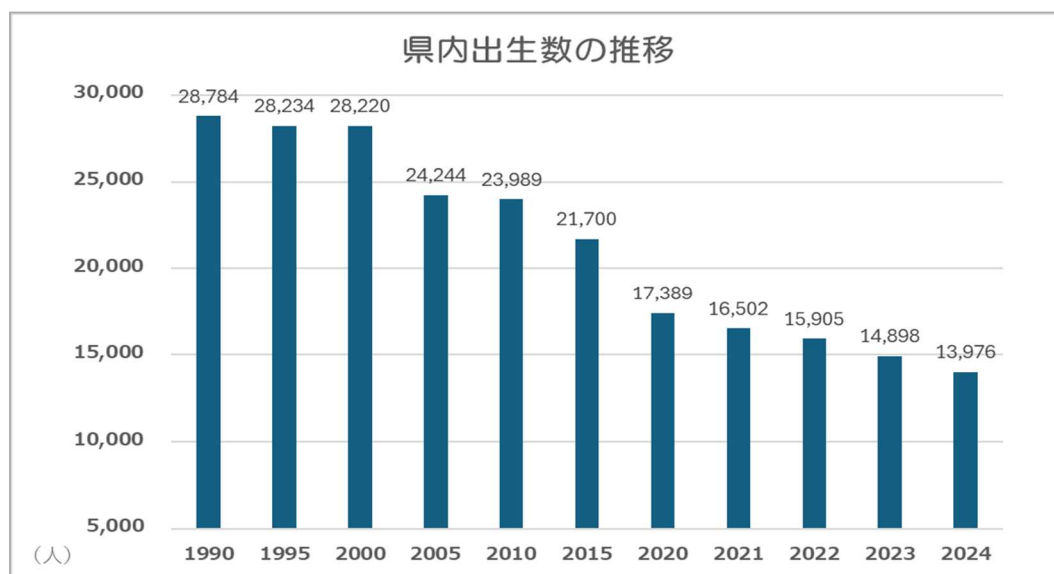


＜医療連携体制図＞



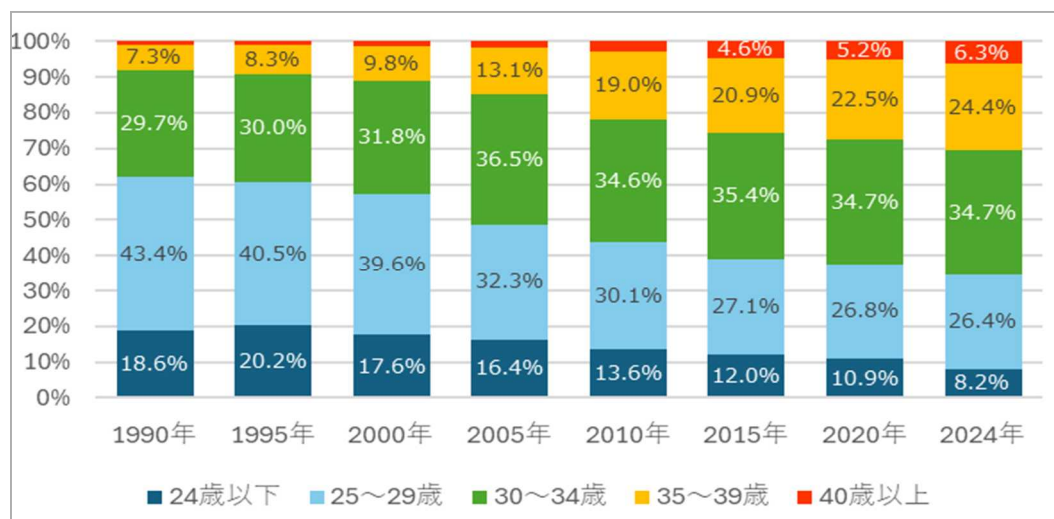
(3) 周産期医療

＜本県における出生数の推移＞



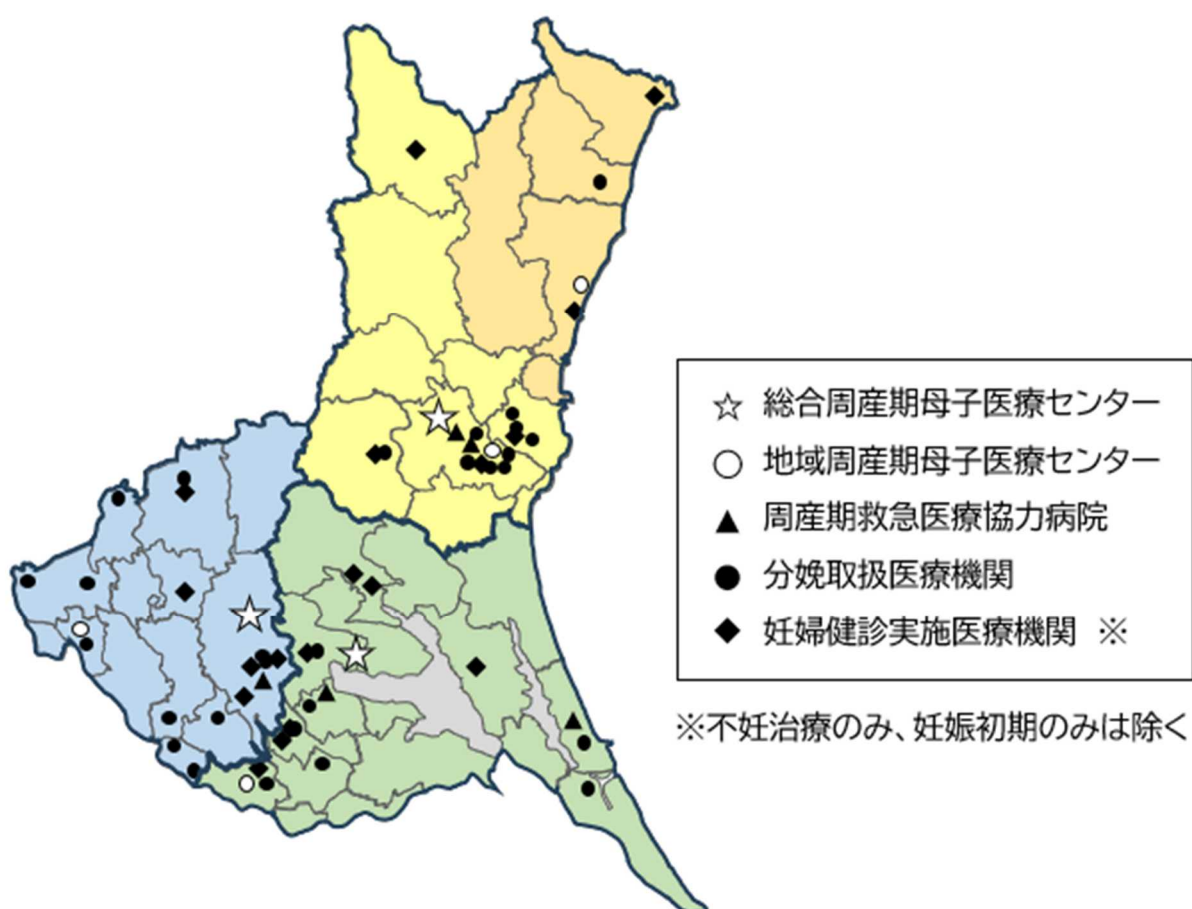
出典：人口動態統計（厚生労働省）

＜本県における出生時における母の年齢別割合の推移＞

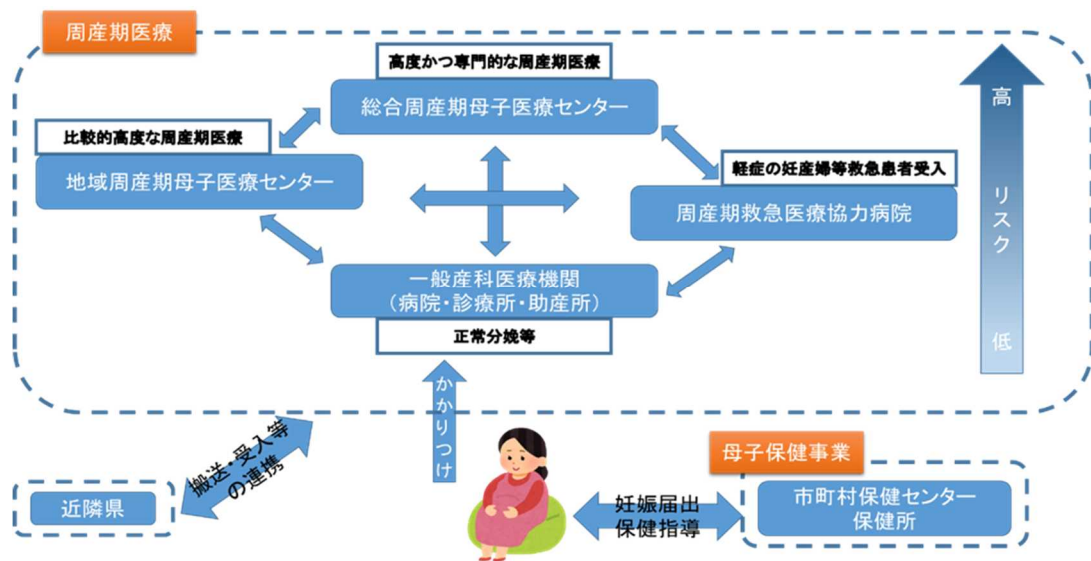


出典：人口動態統計（厚生労働省）

＜本県の産科医療機関の分布図＞

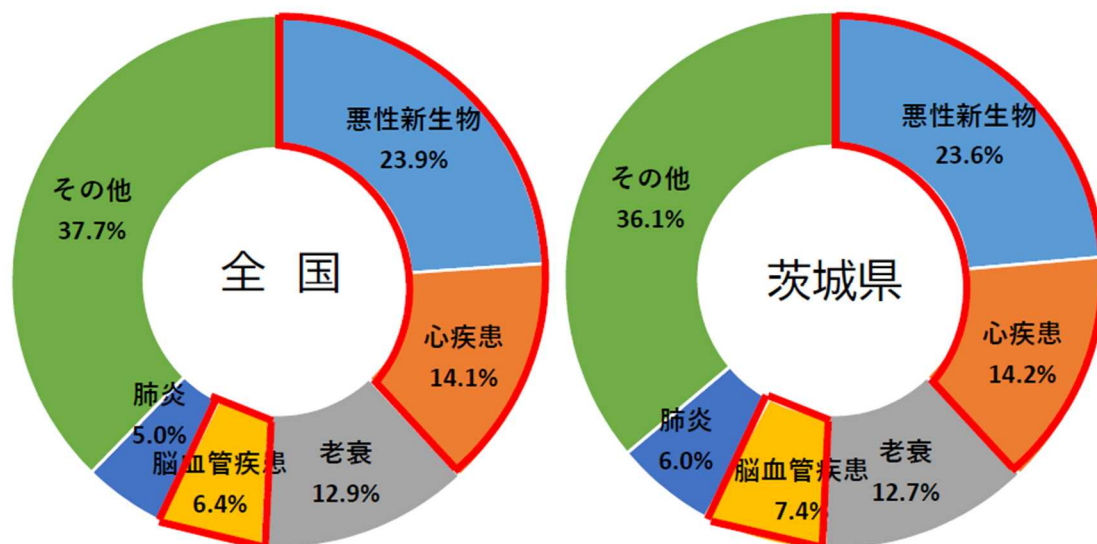


<周産期医療連携体制図>



3 がん・循環器病の現状と医療提供体制、予防対策

＜総死亡に占める死亡原因の割合（令和6（2024）年）＞



出典：「人口動態統計の概要」（厚生労働省）

（１）がん

＜茨城県におけるがんり患数（上皮内がん・大腸粘膜がんを除く）＞ [単位：件]

年次 がん種	2017 年 (H29)	2018 年 (H30)	2019 年 (R1)	2020 年 (R2)	2021 年 (R3)	2022 年 (R4)	2023 年 (R5)
全部位	21,753	22,019	22,276	21,186	22,255	22,490	22,623
胃	2,963	2,905	2,907	2,472	2,553	2,546	2,455
大腸	3,541	3,487	3,521	3,488	3,714	3,652	3,664
肺	2,707	2,717	2,791	2,635	2,761	2,811	2,759
乳	2,040	2,050	2,156	2,068	2,164	2,258	2,352
子宮頸部	268	253	227	219	241	217	262

出典：「全国がん登録 罹患数・率報告」（厚生労働省）

＜がんによる死亡者数（令和 6（2024）年）＞

	茨城			全国		
	総数	男	女	総数	男	女
総死亡（人）	38,942	20,447	18,495	1,605,378	819,709	785,669
悪性新生物による死亡（人）	9,193	5,553	3,640	384,111	221,786	162,325
総死亡に占める割合（％）	23.6	27.2	19.7	23.9	27.1	20.7
75 歳未満年齢調整死亡率	67.0	81.2	53.8	64.7	77.6	52.9

出典：人口動態統計（厚生労働省）

＜茨城県がん検診実施指針に基づくがん検診＞

種類	検査項目	対象年齢	受診間隔
胃がん検診	胃エックス線検査 または胃内視鏡検査	50 歳以上	2 年に 1 回 (X 線のみ年 1 回も可)
大腸がん検診	便潜血検査	40 歳以上	年 1 回
肺がん検診	胸部エックス線検査	40 歳以上	年 1 回
乳がん検診	乳房エックス線検査(マンモグラフィ) 又は 乳房エックス線検査(マンモグラフィ) ＋超音波検査	40 歳以上	2 年に 1 回
子宮頸がん検診	子宮頸部の細胞診	20 歳以上	年 1 回

注) 胃エックス線検査は 40 歳以上も可

＜がん検診受診率（全体）＞

目標値	肺		胃		大腸		乳		子宮頸部	
	茨城	全国	茨城	全国	茨城	全国	茨城	全国	茨城	全国
60.0%										
2022 年	50.3%	49.7%	46.8%	48.0%	45.1%	45.9%	46.6%	47.4%	42.4%	43.6%
2019 年	52.0%	49.4%	47.9%	48.8%	44.1%	44.2%	46.2%	47.4%	41.7%	43.7%
2016 年	51.0%	46.2%	42.4%	40.9%	42.2%	41.4%	46.2%	44.9%	42.5%	42.3%

出典：国民生活基礎調査（厚生労働省）

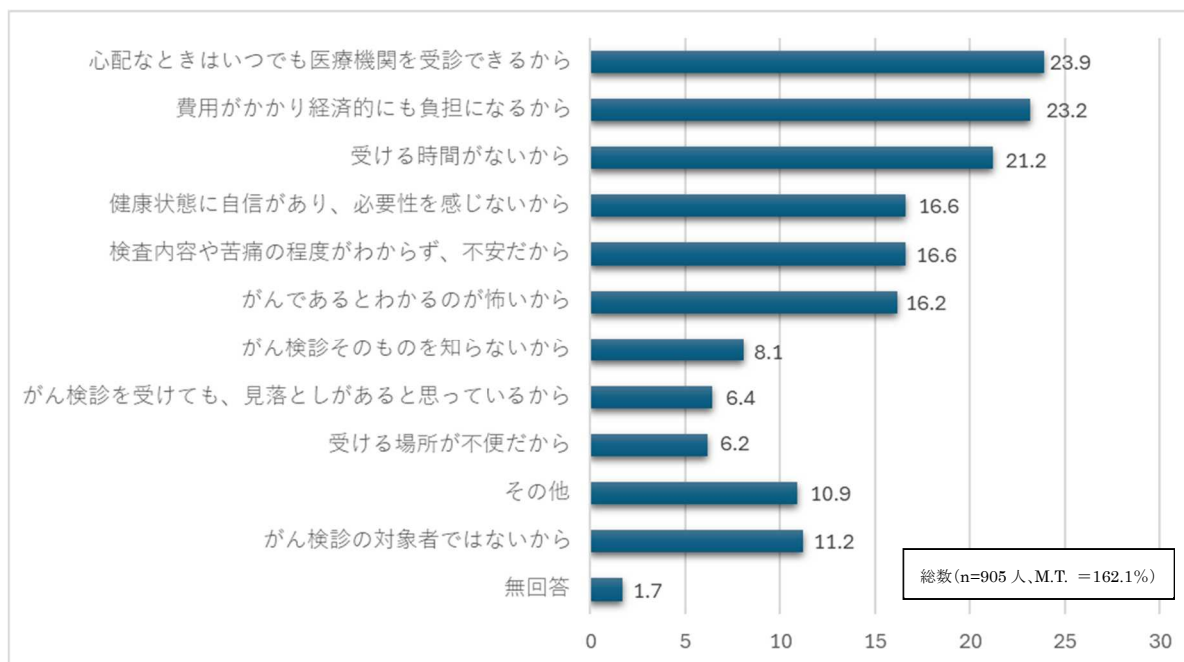
＜がん検診受診率（市町村が実施する住民検診における国民健康保険被保健者）＞

目標値	肺		胃		大腸		乳		子宮頸部	
	茨城	全国	茨城	全国	茨城	全国	茨城	全国	茨城	全国
20.0%										
2024 年度	20.3%	16.1%	9.9 %	12.9%	16.5%	16.9%	17.3%	19.8%	16.4%	17.5%
2023 年度	20.0%	15.9%	9.9 %	13.0%	16.0%	16.7%	16.8%	19.6%	15.9%	17.1%
2022 年度	19.2%	15.7%	9.8 %	13.1%	15.2%	16.3%	16.7%	19.5%	15.3%	17.0%

出典：地域保健・健康増進事業報告（厚生労働省）

＜がん検診を受診していない理由＞

〔 がんの予防・早期発見のために胃の内視鏡検査やマンモグラフィ撮影などによるがん検診を「2年前に受診した」、「今までがん検診をうけたことはない」と答えた者に、複数回答 〕

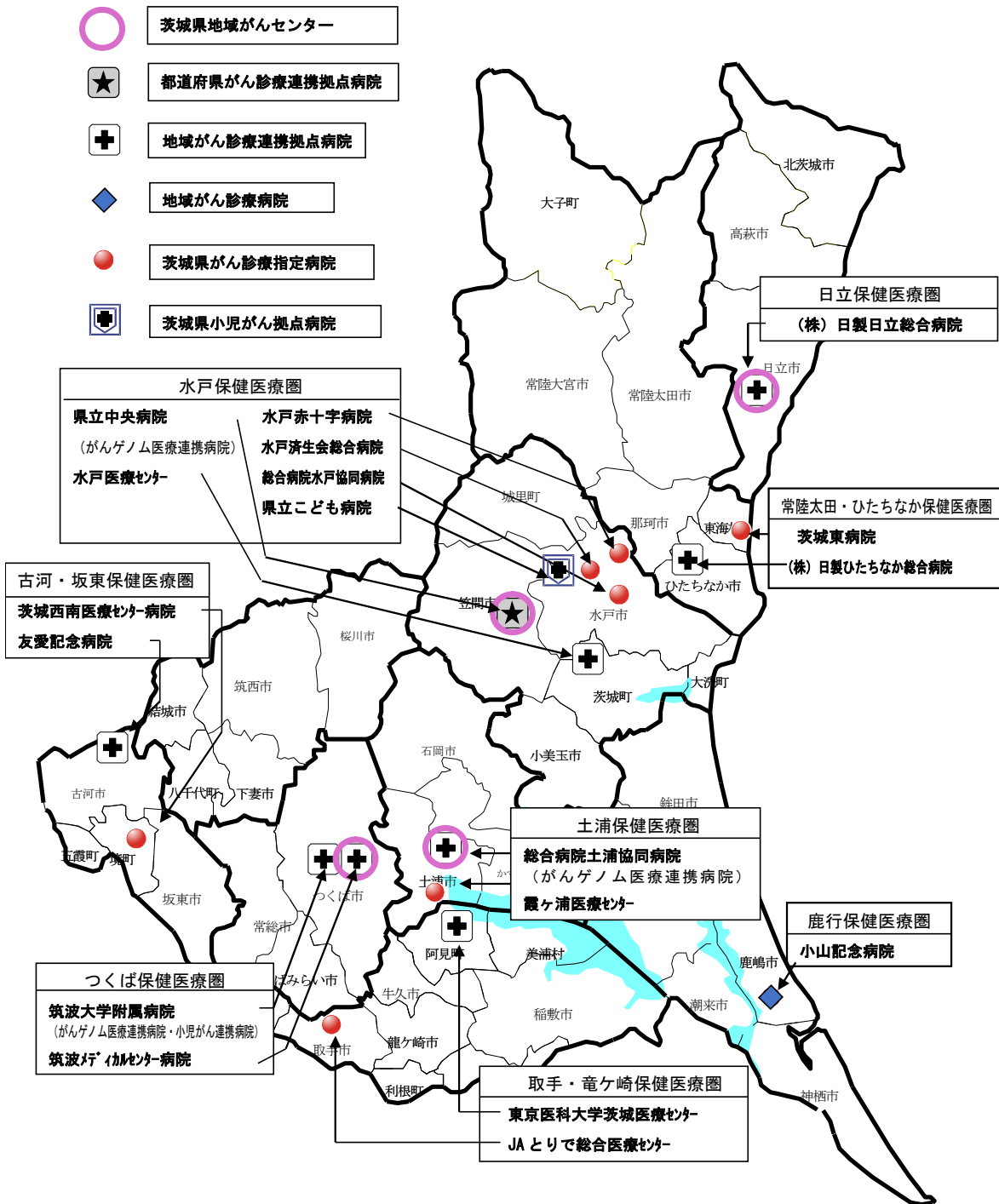


出典：内閣府世論調査「がん対策に関する世論調査（令和5（2023）年7月調査）」（内閣府）

＜本県のがん専門医療体制＞

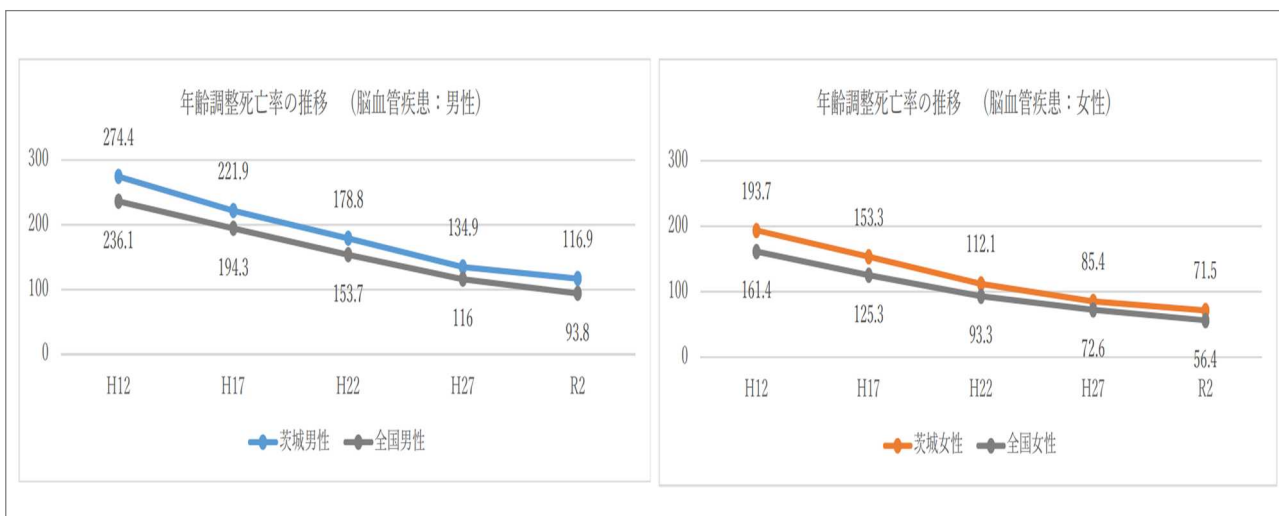
二次保健 医療圏	医療機関名	茨城県 地域がん センター	都道府県 がん診療連携 拠点病院	地域がん 診療連携 拠点病院	地域がん 診療病院	茨城県 がん診療 指定病院	がんゲノム 医療連携病院
水戸	茨城県立中央病院	○	○				○
	(独)国立病院機構 水戸医療センター			○			
	水戸済生会総合病院					○	
	水戸赤十字病院					○	
	総合病院水戸協同病院					○	
日立	(株)日立製作所 日立総合病院	○		○			
常陸太田・ ひたちなか	(株)日立製作所 ひたちなか総合病院			○			
	(独)国立病院機構 茨城東病院					○	
鹿行	小山記念病院				○		
土浦	総合病院土浦協同病院	○		○			○
	(独)国立病院機構 霞ヶ浦医療センター					○	
つくば	筑波メディカルセンター 病院	○		○			
	筑波大学附属病院			○			○
取手・ 竜ヶ崎	東京医科大学 茨城医療センター			○			
	JA とりで総合医療 センター					○	
筑西・ 下妻							
古河・ 坂東	友愛記念病院			○			
	茨城西南医療センター病院					○	

＜本県のがん専門医療施設の整備状況＞



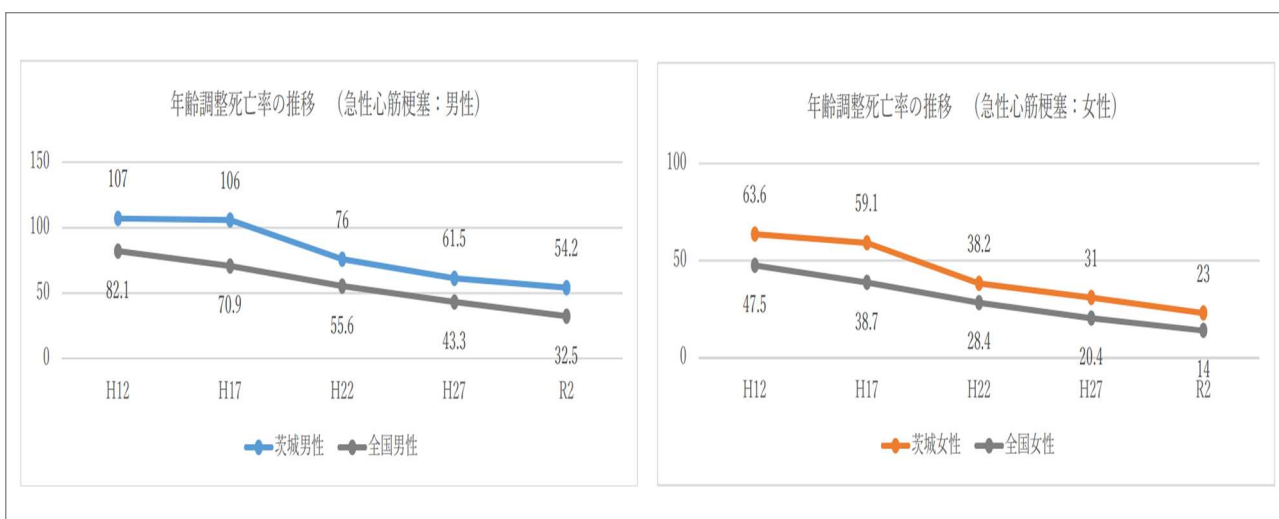
(2) 循環器病

<年齢調整死亡率の推移（脳血管疾患）>



出典：「人口動態統計特殊報告」（厚生労働省）

<年齢調整死亡率の推移（急性心筋梗塞）>



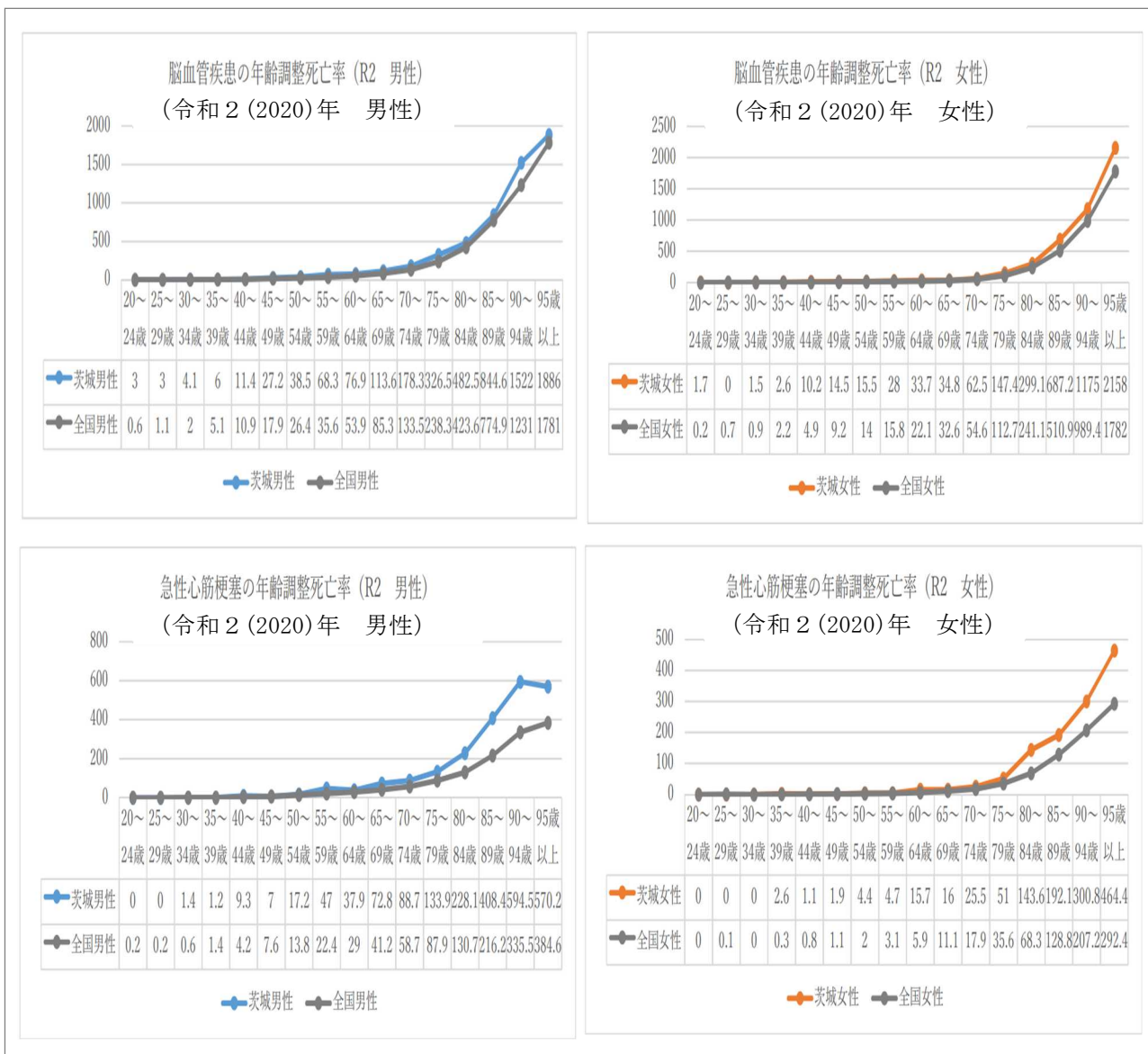
出典：「人口動態統計特殊報告」（厚生労働省）

<令和2（2020）年都道府県別年齢調整死亡率（人口10万対）>

疾患名	男性		女性	
	() 内は全国値	全国順位	() 内は全国値	全国順位
脳血管疾患	116.9 (93.8)	44 位	71.5 (56.4)	43 位
心疾患	194.7 (190.1)	28 位	116.0 (109.2)	31 位
（うち急性心筋梗塞）	54.2 (32.5)	44 位	23.0 (14.0)	41 位
（うち虚血性心疾患）	83.8 (73.0)	39 位	35.0 (30.2)	36 位

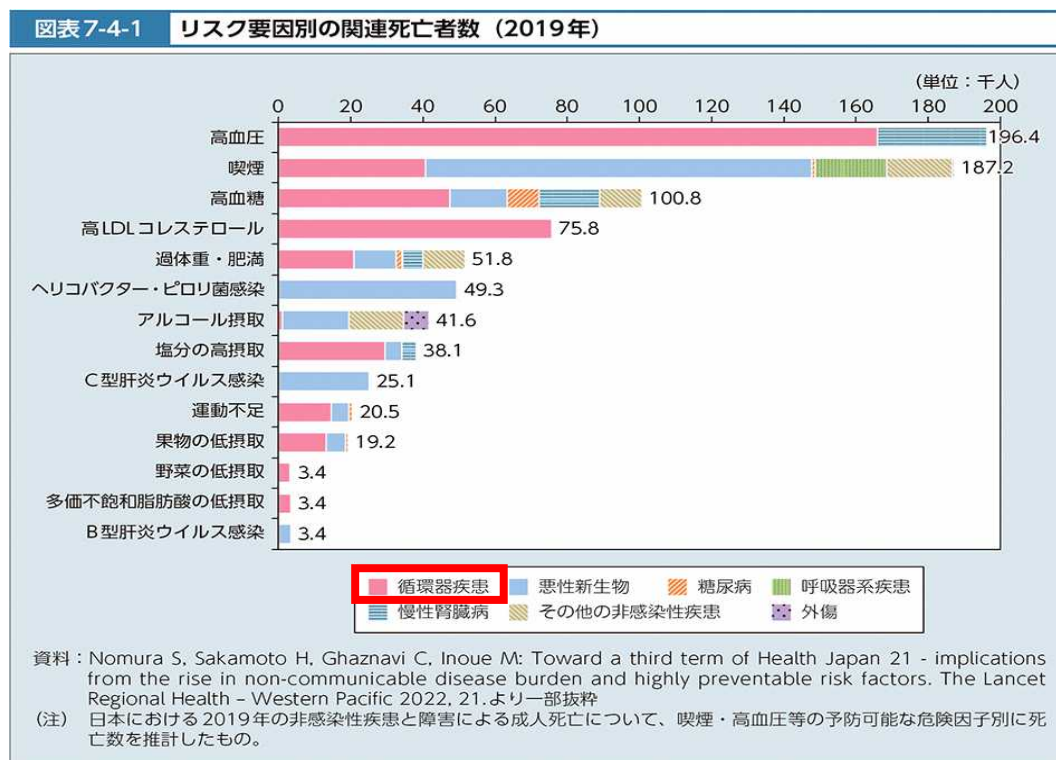
出典：「人口動態統計特殊報告・都道府県別年齢調整死亡率」（厚生労働省）

<年齢階級別脳血管疾患及び急性心筋梗塞の年齢調整死亡率（令和2（2020）年）>



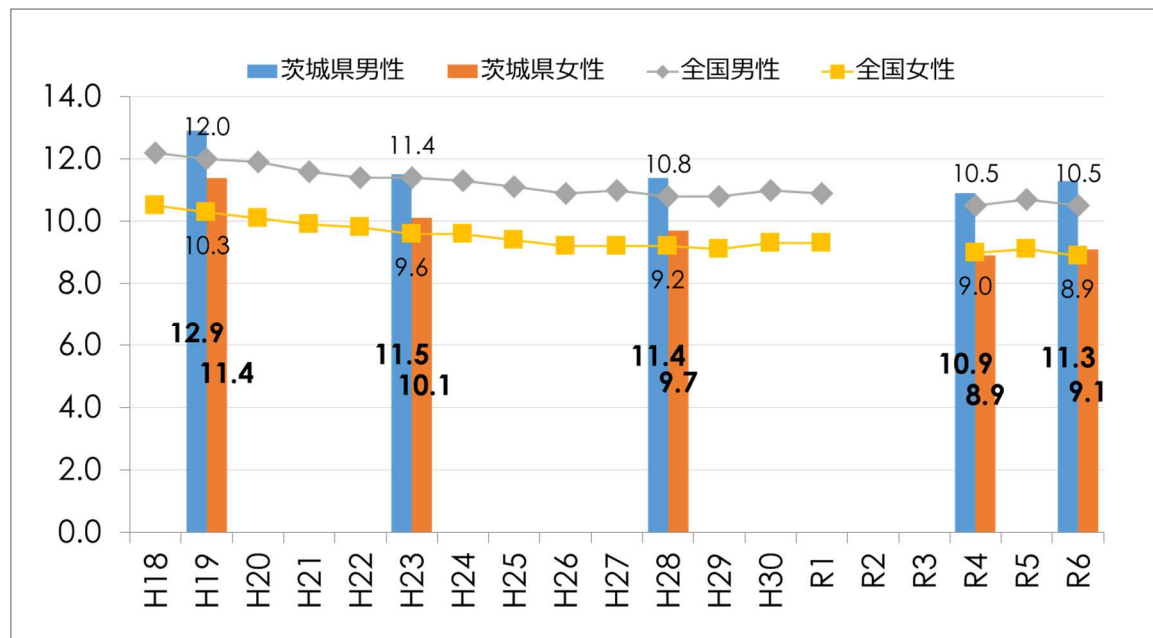
出典：「人口動態統計特殊報告」（厚生労働省）

<危険因子別の死亡者数>



出典：令和7（2025）年版厚生労働白書（厚生労働省）

<20歳以上の1日あたりの食塩平均摂取量の推移（全国比較）>

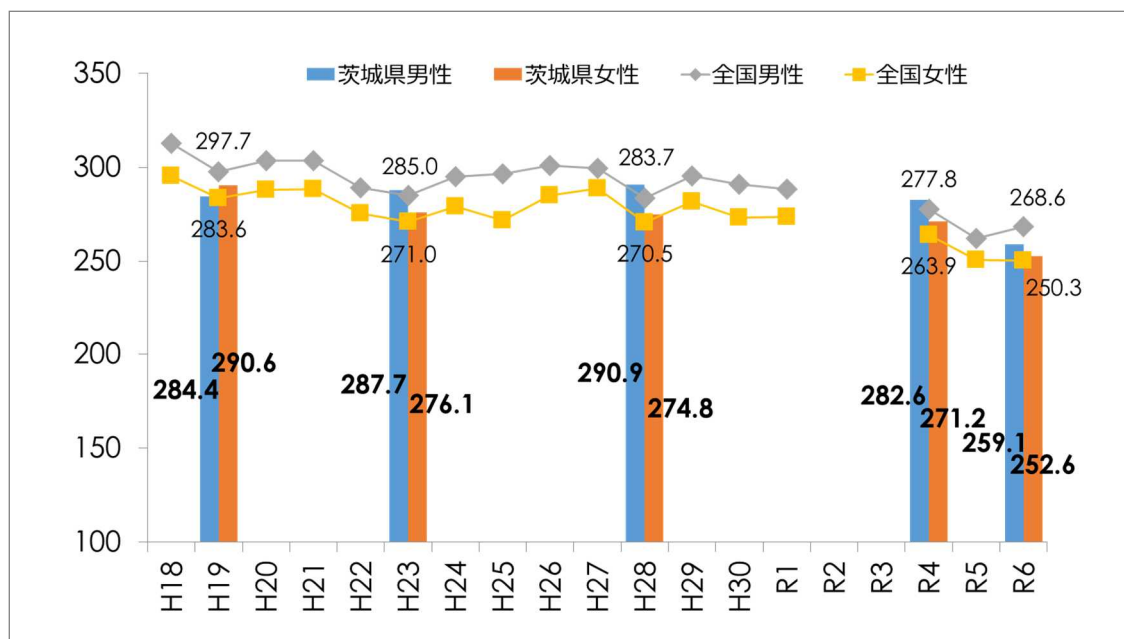


出典：（全 国）国民健康・栄養調査報告（厚生労働省）

（茨城県）茨城県総合がん対策推進モニタリング調査、

国民健康・栄養調査（二次利用による県独自集計）

<20 歳以上の 1 日あたりの野菜平均摂取量の推移（全国比較）>



出典：（全 国）国民健康・栄養調査報告（厚生労働省）

（茨城県）茨城県総合がん対策推進モニタリング調査、

国民健康・栄養調査（二次利用による県独自集計）

<本県の特定健康診査で高血圧と判定された人の治療状況>

区分	男女計
治療中	49.7%
未治療	50.3%

出典：K D B 補完システムから抽出

注）令和 5（2023）年度特定健康診査（国民健康保険加入者）を対象

<本県の正常血圧の人の全循環器死亡を 1.0 とした時の死亡リスク>

区分	男性	女性
正常血圧	1.0	1.0
高血圧で未治療	1.5	1.3
高血圧で治療中だが管理不良	1.8	1.6

出典：令和 4（2022）年健診受診者生命予後追跡調査事業報告書

<特定健康診査受診率>

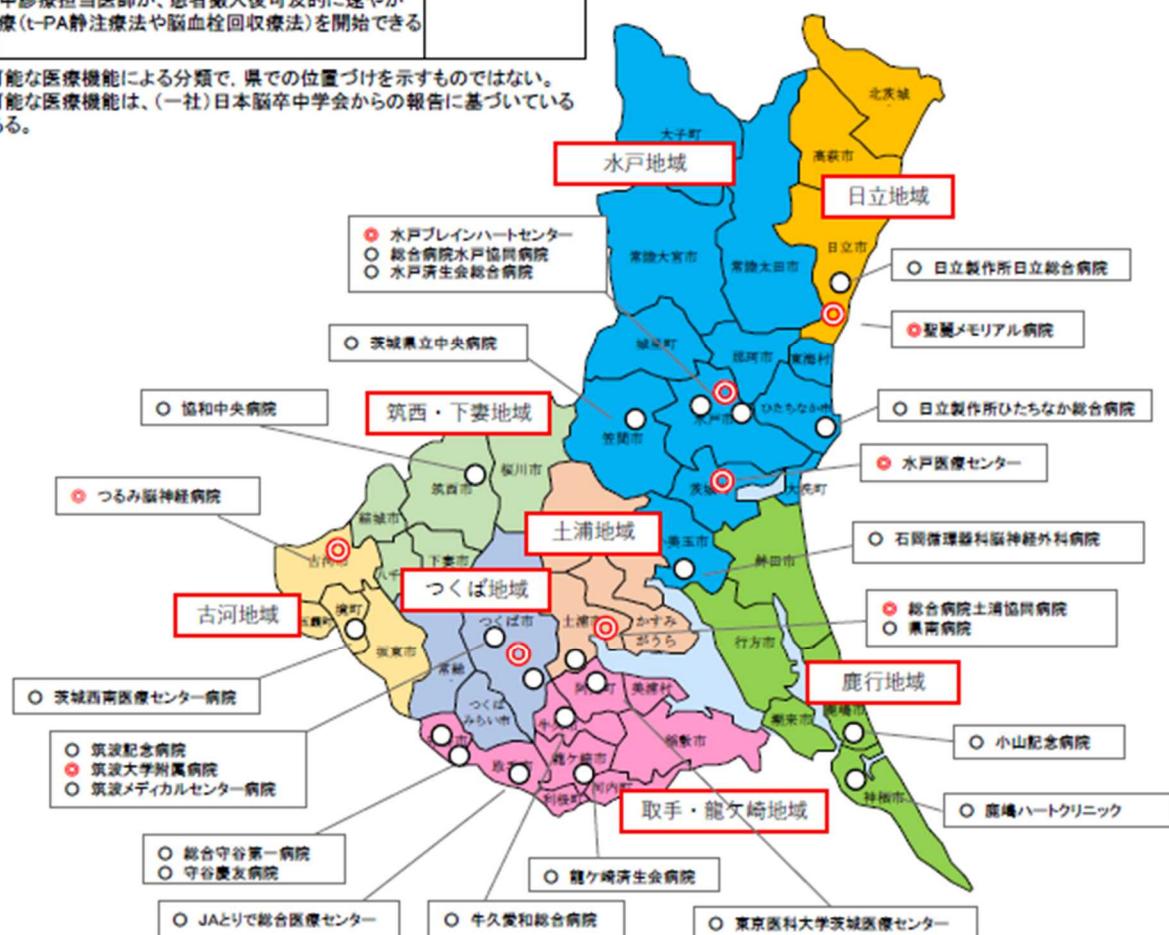
目標値 70.0%	2018 年度	2019 年度	2020 年度	2021 年度	2022 年度	2023 年度
茨城	54.9%	55.4%	49.9%	54.8%	55.4%	57.0%
全国	54.4%	55.3%	53.1%	56.2%	57.8%	59.7%

出典：厚生労働省「特定健康診査・保健指導について」

<脳卒中における急性期医療の提供体制>

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

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

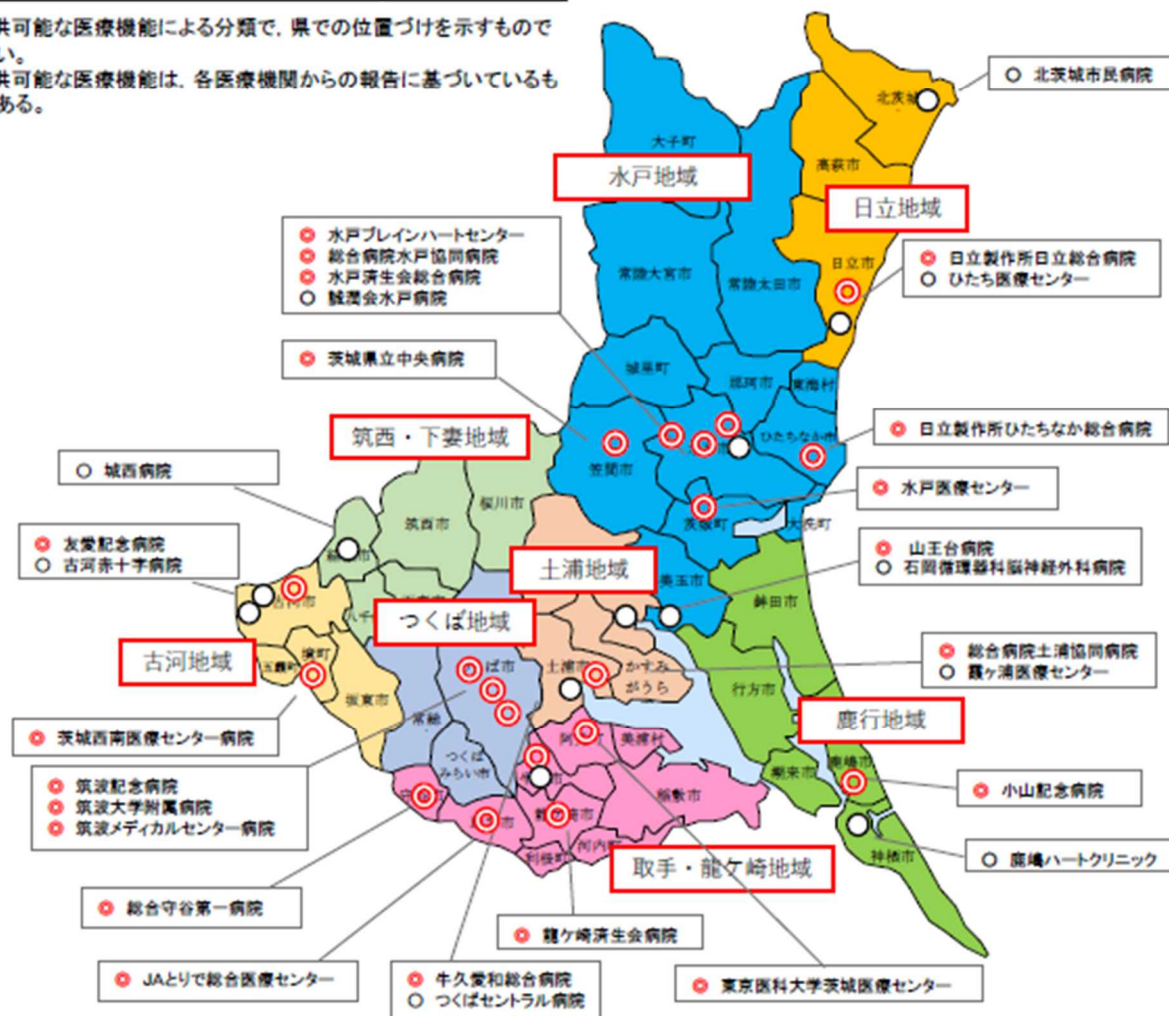


出典：第2期茨城県循環器病対策推進計画

<急性心筋梗塞における急性期医療の提供体制>

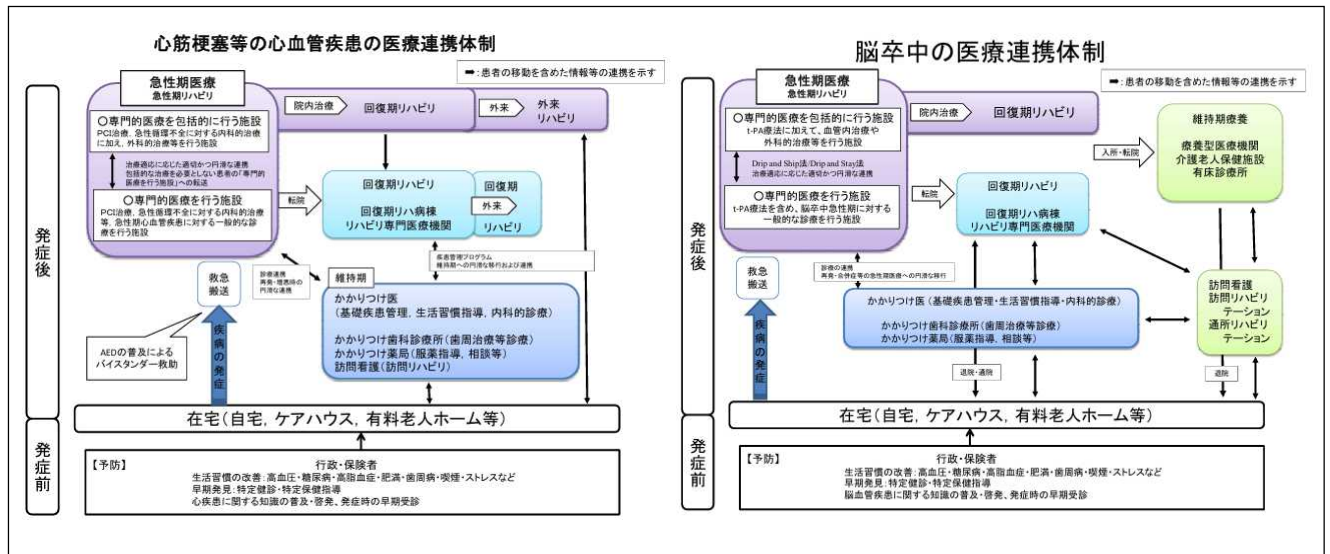
急性期の専門的医療が提供可能な医療機関	医療機関数 (計29医療機関)
●…急性心筋梗塞に対するPCI治療が 終日可能な施設	20
○…急性心筋梗塞に対するPCI治療が 可能な施設	9

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



出典：第2期茨城県循環器病対策推進計画

<脳卒中及び心血管疾患に係る医療連携体制>

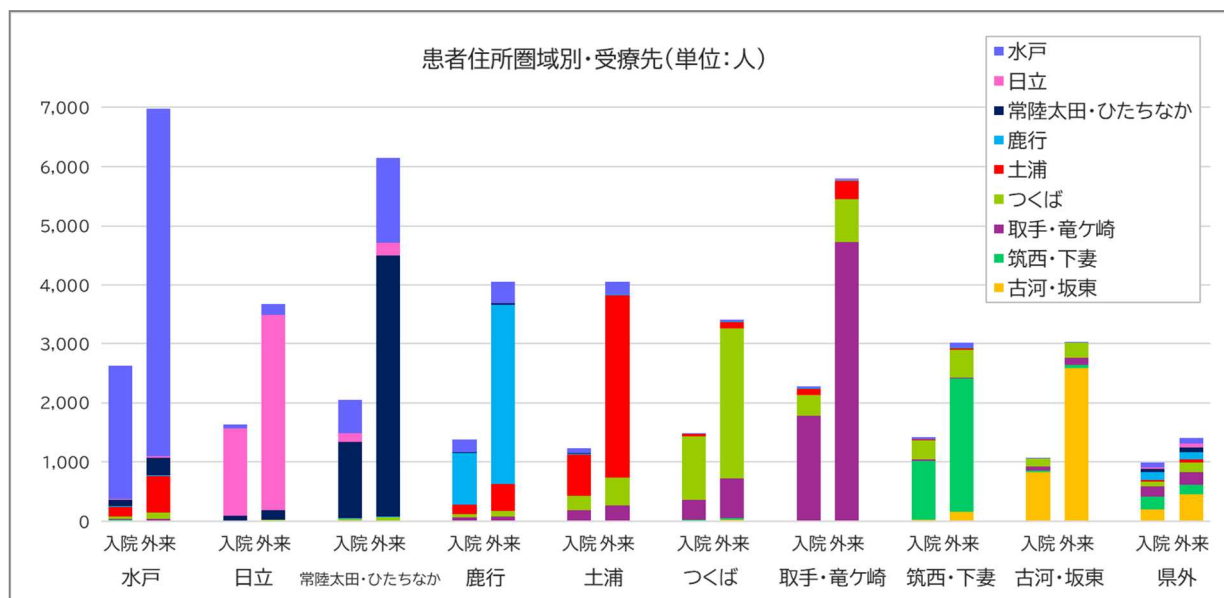


出典：第2期茨城県循環器病対策推進計画

4 医療機関の再編、県立病院の現状と課題・今後の対応

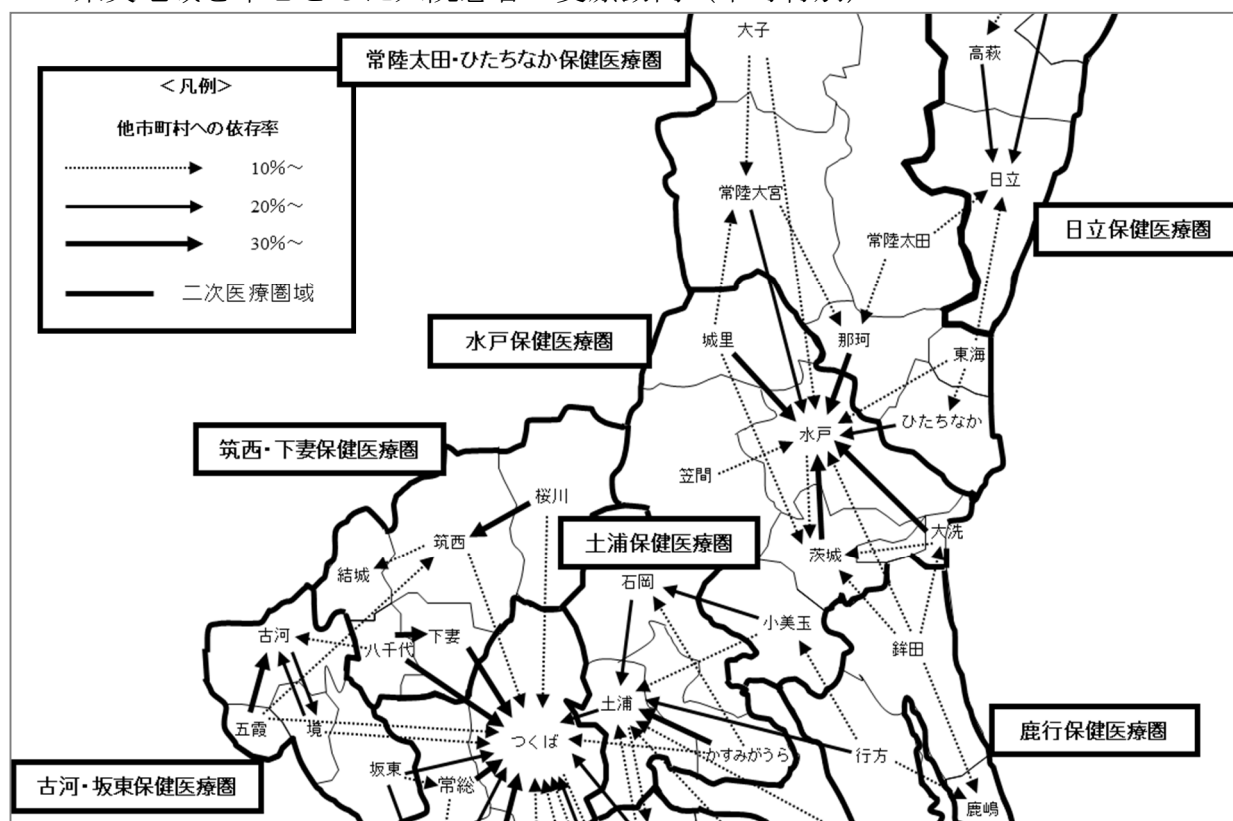
(1) 医療機関の再編

＜患者の住所別受療動向（医療圏別）＞



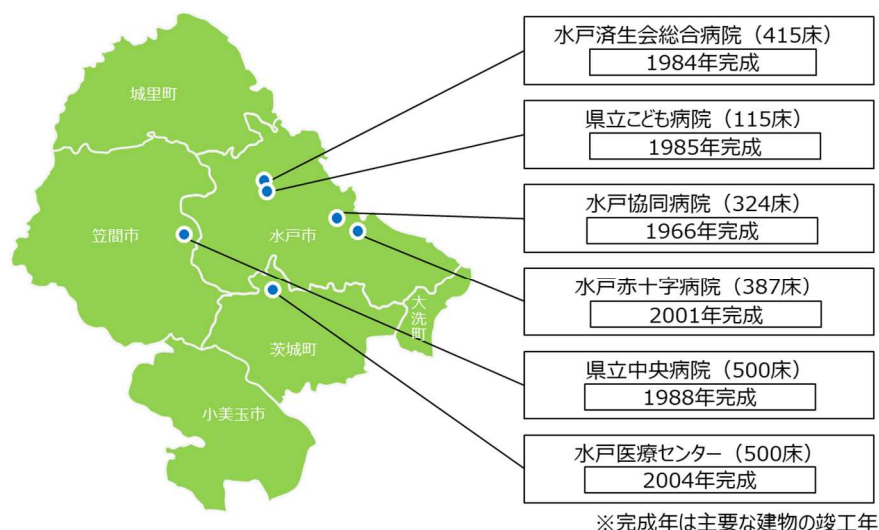
出典：第8次茨城県保健医療計画より作成（令和3（2021）年茨城県受療動向調査）

＜県央地域を中心とした入院患者の受療動向（市町村別）＞



出典：第8次茨城県保健医療計画より引用・一部編集（令和3（2021）年茨城県受療動向調査）

<水戸保健医療圏の6病院の位置、病床、主要建物の竣工年>



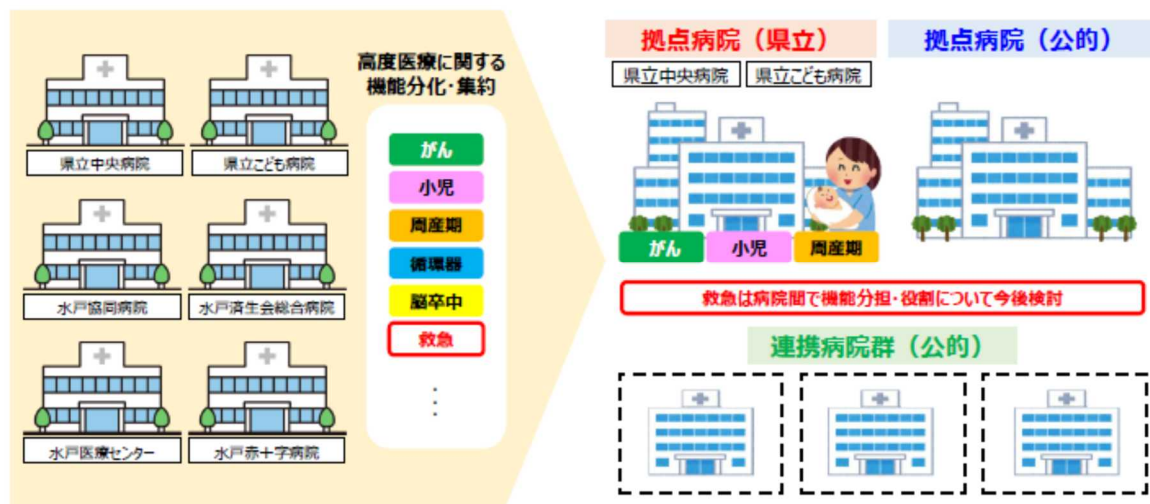
出典：令和6(2024)年度病床機能報告等より医療政策課作成

<水戸保健医療圏の2025年における病床数の必要量(推計)と現状値>

	現状(2024年7月)	2025年の必要病床数	過不足
高度急性期	290床	621床	331床 不足
急性期	2,623床	1,626床	997床 超過
回復期	774床	1,510床	736床 不足
慢性期	917床	721床	196床 超過
全体	4,604床 (+休棟中341床)	4,478床	

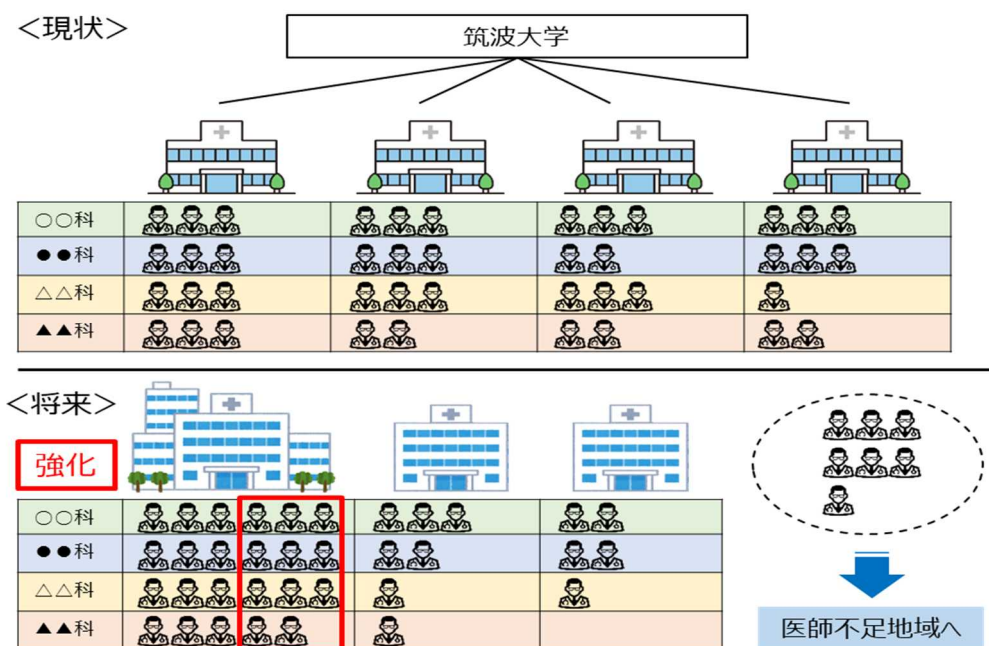
出典：第8次茨城県保健医療計画、令和6(2024)年度病床機能報告

<水戸保健医療圏6病院の再編イメージ>



出典：知事記者会見報道発表資料(令和7(2025)年2月19日)

<医師派遣先の集約イメージ>



出典：知事記者会見報道発表資料（令和7（2025）年2月19日）

（2）県立病院の現状と課題・今後の対応

① 県立医療大学付属病院

<実習受入者数の推移（延べ人数）>

（単位：人）

年度	R 1 (2019)	R 2 (2020)	R 3 (2021)	R 4 (2022)	R 5 (2023)	R 6 (2024)	R 7 (2025)
実習受入者数	367	355	457	517	475	489	545

<患者数及び病床稼働率の推移>

（単位：人、％）

年度	入院			外来		
	患者数		病床稼働率	患者数		1日あたり患者数
	新規入院	延べ人数		新規外来	延べ人数	
R1	538	37,407	85.2	931	23,054	96.1
R2	500	35,175	80.3	730	18,840	77.5
R3	516	33,173	75.7	1,323	19,228	79.5
R4	561	32,861	75.0	1,267	17,265	71.1
R5	570	37,062	84.4	753	17,213	70.8
R6	595	36,906	84.3	614	17,134	70.5
R7	618	37,388	85.4	861	18,255	75.4

＜リハビリテーション単位数＞

(単位：単位)

年度	R 1 (2019)	R 2 (2020)	R 3 (2021)	R 4 (2022)	R 5 (2023)	R 6 (2024)	R 7 (2025)
単位数	213,303	203,154	199,479	188,731	222,831	233,896	229,088

＜付属病院の収支の推移＞

(単位：千円)

年度	歳入計						歳出計				収支 (A－B)
	(A)	収入	繰越金	繰入金		(B)	人件費	一般 管理費	公債費		
				運営費分	償還分						
R1	2,806,088	1,580,356	51,515	1,174,217	710,469	463,748	2,684,572	1,392,315	828,509	463,748	121,516
R2	2,907,732	1,527,982	121,516	1,258,234	781,323	476,911	2,861,172	1,441,164	943,097	476,911	46,560
R3	2,910,498	1,496,514	46,560	1,367,424	882,830	484,594	2,877,896	1,459,909	933,393	484,594	32,602
R4	3,011,836	1,462,489	32,602	1,516,745	1,018,340	498,405	2,942,027	1,468,284	975,338	498,405	69,809
R5	3,006,407	1,637,069	69,809	1,299,529	791,139	508,390	2,879,871	1,491,611	879,870	508,390	126,536
R6	3,156,921	1,680,473	126,536	1,349,912	833,970	515,942	3,072,916	1,617,485	939,489	515,942	84,005
R7	3,296,315	1,762,739	84,005	1,449,571	845,562	604,009	3,226,483	1,663,006	959,468	604,009	69,832

注) 県債収入及びそれに対応する支出を除く。

② 県立中央病院

＜がん医療実績＞

(単位：件、人)

年度 区分	R 2 (2020)	R 3 (2021)	R 4 (2022)	R 5 (2023)	R 6 (2024)
がん手術件数	900	871	903	1,004	993
ロボット支援手術件数	75	91	150	178	146
放射線治療延べ患者数	562	532	462	535	577
うちIMRT件数	158	168	127	172	201
薬物療法延べ患者数	1,789	1,778	2,035	1,535	1,726

注 IMRT：腫瘍の形に適した放射線治療を行う照射方法。正常組織への照射を減らし、がん病巣に適切な照射が可能

＜救急医療実績＞

(単位：人、件)

年度 区分	R 3 (2021)	R 4 (2022)	R 5 (2023)	R 6 (2024)	R 7 (2025)
救急患者受入数	12,158	11,889	10,604	10,580	11,227
うち入院患者数	3,164	3,248	3,357	3,525	3,956
救急車搬送件数	3,561	4,160	4,451	4,173	3,945

＜周産期医療実績＞

(単位：件)

年度 区分	R 3 (2021)	R 4 (2022)	R 5 (2023)	R 6 (2024)	R 7 (2025)
分べん件数	204	221	199	227	370

＜中央病院の収支の推移＞

(単位：千円、税抜)

年度	収益 (A)	うち入院・ 外来 収益	うち繰入金	費用 (B)	うち給与費	うち材料費	うち経費	収支 (A-B)
R1	18,715,519	15,307,589	2,208,213	18,774,588	9,080,181	5,114,085	2,564,036	△ 59,069
R2	20,330,523	13,607,026	2,355,747	19,032,475	9,707,899	4,645,260	2,506,972	1,298,048
R3	22,099,785	14,207,545	2,389,645	19,073,637	9,753,296	4,823,160	2,430,809	3,026,148
R4	21,243,473	14,874,747	2,297,572	19,814,383	9,905,602	5,091,325	2,548,794	1,429,090
R5	19,076,484	15,538,787	2,205,814	19,072,573	9,477,562	5,133,505	2,484,895	3,911
R6	19,273,551	15,794,947	2,444,156	20,729,147	10,479,183	5,566,100	2,688,790	△ 1,455,596
R7 (速報)	20,435,838	16,830,347	2,534,283	21,887,951	11,007,683	5,929,846	2,833,369	△ 1,452,113

＜中央病院の利用状況＞

(単位：人、％)

年 度	入院			外来		
	患者数		病床 稼働率	患者数		1 日あたり 患者数
	新規入院	延べ人数		新規外来	延べ人数	
R1	10, 835	144, 600	79. 0	19, 883	245, 095	1, 006
R2	8, 895	114, 355	62. 7	15, 703	211, 252	864
R3	9, 195	115, 234	63. 1	18, 568	231, 533	957
R4	9, 166	122, 390	67. 1	18, 567	238, 330	981
R5	9, 530	121, 564	66. 4	18, 297	218, 203	898
R6	10, 106	127, 739	70. 0	16, 834	217, 273	894
R7	10, 786	131, 877	72. 3	15, 935	219, 236	906

注 病床稼働率は、許可病床（500 床）ベースで算出

③ 県立こころの医療センター

<精神科専門医療実績>

(単位：人、件)

区分 \ 年度	R 3 (2021)	R 4 (2022)	R 5 (2023)	R 6 (2024)	R 7 (2025)
統合失調症外来患者実人数	4,662	4,681	4,720	4,682	4,560
児童・思春期新規外来患者数	318	364	418	395	434
依存症外来患者実人数	356	341	342	324	336
m E C T実施件数	384	354	372	330	456

<救急医療実績>

(単位：人)

区分 \ 年度	R 3 (2021)	R 4 (2022)	R 5 (2023)	R 6 (2024)	R 7 (2025)
救急患者数	894	640	832	697	806
うち措置入院患者数	43	66	43	53	52

<地域移行に係る取組実績>

(単位：件)

区分 \ 年度	R 3 (2021)	R 4 (2022)	R 5 (2023)	R 6 (2024)	R 7 (2025)
訪問看護件数	2,797	2,710	3,695	4,784	4,900
アウトリーチ件数	67	87	124	172	127

<こころの医療センターの収支の推移>

(単位：千円、税抜)

年度	収益 (A)	うち入院・ 外来 収益	うち繰入金	費用 (B)	うち給与費	うち材料費	うち経費	収支 (A-B)
R1	3,864,653	2,629,873	993,594	3,961,008	2,725,633	151,924	621,567	△ 96,355
R2	4,064,120	2,642,833	969,591	3,997,062	2,753,026	153,539	632,280	67,058
R3	4,332,422	2,539,536	1,023,280	4,122,235	2,866,518	149,592	620,422	210,187
R4	3,689,339	2,360,529	1,027,545	3,972,516	2,734,546	152,959	632,261	△ 283,177
R5	3,749,823	2,512,131	1,015,688	3,850,809	2,690,206	162,976	596,662	△ 100,986
R6	3,964,508	2,539,470	1,231,293	4,080,082	2,883,399	157,118	612,424	△ 115,574
R7 (速報)	4,004,000	2,480,605	1,193,807	4,212,054	2,995,124	156,933	655,261	△ 208,054

＜こころの医療センターの利用状況＞

(単位：人、％)

年度	入院			外来		
	患者数		病床稼働率	患者数		1日あたり患者数
	新規入院	延べ人数		新規外来	延べ人数	
R1	841	79,243	78.4	1,649	71,517	296
R2	902	78,661	78.1	1,584	70,814	291
R3	779	73,258	72.7	1,726	68,826	284
R4	733	67,995	67.5	1,446	68,050	280
R5	773	72,032	71.3	1,593	68,420	282
R6	717	69,373	68.9	1,452	70,148	289
R7	734	68,546	68.0	1,234	69,219	286

注 病床稼働率は、運用病床（276床）ベースで算出

④ 県立こども病院

＜小児専門医療実績＞

(単位：件、人)

区分 \ 年度	R 3 (2021)	R 4 (2022)	R 5 (2023)	R 6 (2024)	R 7 (2025)
小児がん手術件数	18	9	5	5	5
造血幹細胞移植件数	9	12	8	7	12
心臓血管外科手術件数	49	65	50	49	57
低出生体重児受入数	192	177	173	165	148

＜救急医療実績＞

(単位：人、件、回)

区分 \ 年度	R 3 (2021)	R 4 (2022)	R 5 (2023)	R 6 (2024)	R 7 (2025)
救急患者数	5,141	5,965	6,643	6,166	5,631
うち入院患者数	1,057	1,096	1,257	1,382	1,317
救急搬送件数	1,800	2,502	2,954	2,730	2,674
水戸市休日夜間診療所当番回数	185	218	265	263	299

<こども病院の収支の推移>

(単位：千円、税抜)

年度	収益 (A)	うち入院・ 外来 収益		費用 (B)	うち給与費 うち材料費 うち経費			収支 (A-B)
		うち入院・ 外来 収益	うち繰入金		うち給与費	うち材料費	うち経費	
R1	6,346,768	4,847,977	1,030,076	6,158,068	3,168,851	1,395,369	1,040,199	188,700
R2	6,712,203	5,047,941	1,034,816	6,507,082	3,233,305	1,568,977	1,149,430	205,121
R3	6,318,866	4,497,555	1,019,446	6,132,139	3,188,110	1,266,375	1,100,825	186,727
R4	6,519,007	4,640,343	982,647	6,108,049	3,180,334	1,189,703	1,144,881	410,958
R5	5,863,367	4,366,438	985,643	6,101,355	3,363,687	1,093,447	1,105,559	△ 237,988
R6	6,383,611	4,828,770	1,104,886	6,319,128	3,426,597	1,268,579	1,146,474	64,483
R7 (速報)	6,437,761	4,715,702	1,261,899	6,538,008	3,690,959	1,213,046	1,172,648	△ 100,247

<こども病院の利用状況>

(単位：人、%)

年度	入院			外来		
	患者数		病床 稼働率	患者数		1日あたり 患者数
	新規入院	延べ人数		新規外来	延べ人数	
R1	2,822	37,306	88.6	3,200	44,859	187
R2	2,549	35,421	84.4	2,709	38,911	160
R3	2,856	32,974	78.6	3,717	44,569	184
R4	2,821	32,850	78.3	3,685	44,884	185
R5	3,240	32,194	76.5	3,771	45,892	189
R6	3,380	35,578	84.8	3,427	46,072	190
R7	5,805	35,713	85.1	3,689	47,507	196

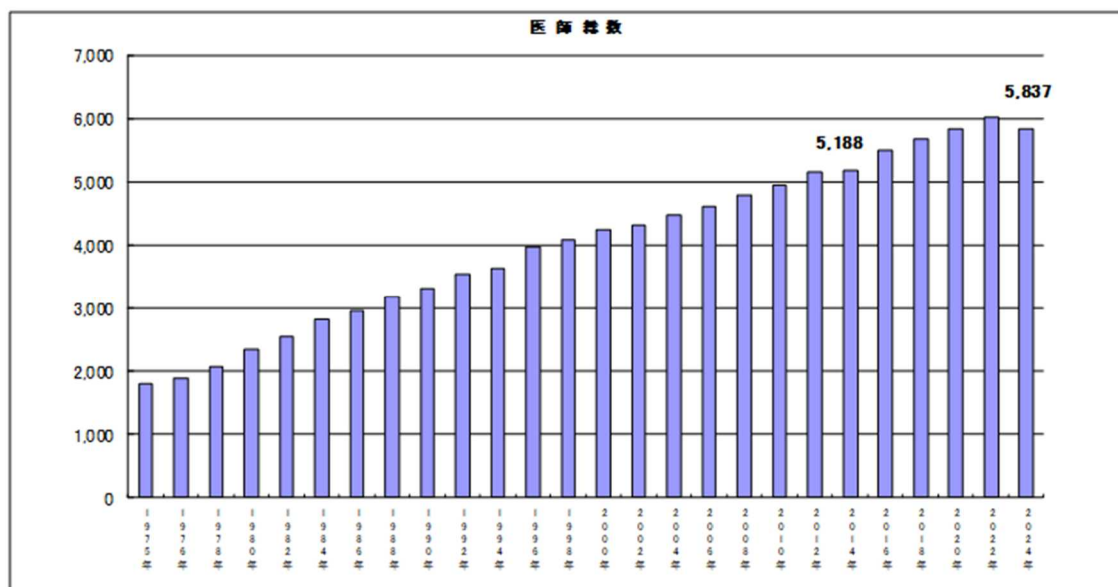
注 病床稼働率は、許可病床（115床）ベースで算出

5 医師をはじめとした医療従事者の確保、医師の地域偏在の解消

(1) 医師の確保

＜本県医師総数の推移＞

(単位：人)



出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

注：令和6(2024)年における医師総数については、「医師・歯科医師・薬剤師統計」が令和6(2024)年から原則オンラインによる届出となったところ、オンラインによる届出の取扱いが医療機関側に十分に浸透しておらず、一定数の届出漏れが生じている。

＜令和2(2020)年 医師の需給推計＞

医師需給は、労働時間を週60時間程度に制限する等の仮定をおく「需要ケース2」において、2023年(令和5年)の医学部入学者が医師となると想定される2029年(令和11年)頃に均衡すると推計される。

・供給推計 今後の医学部定員を令和2年度の9,330人として推計。

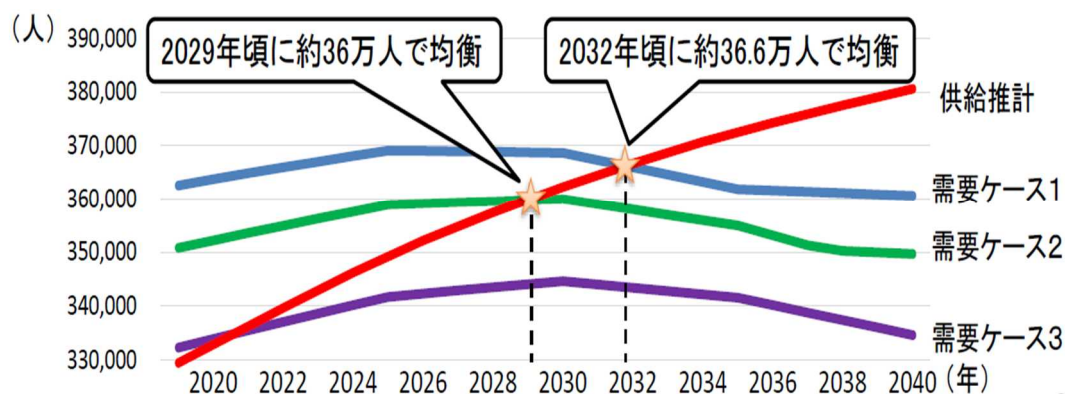
※ 性年齢階級別に異なる勤務時間を考慮するため、全体の平均勤務時間と性年齢階級別の勤務時間の比を仕事率とし、仕事量換算した。

・需要推計 労働時間、業務の効率化、受療率等、一定の幅を持って推計を行った。

・ケース1(労働時間を週55時間に制限等) ≒年間720時間の時間外・休日労働に相当)

・ケース2(労働時間を週60時間に制限等) ≒年間960時間の時間外・休日労働に相当)

・ケース3(労働時間を週78.75時間に制限等) ≒年間1860時間の時間外・休日労働に相当)



出典：厚生労働省「第35回医師需給分科会」令和2(2020)年8月31日

<女性医師の割合の推移>

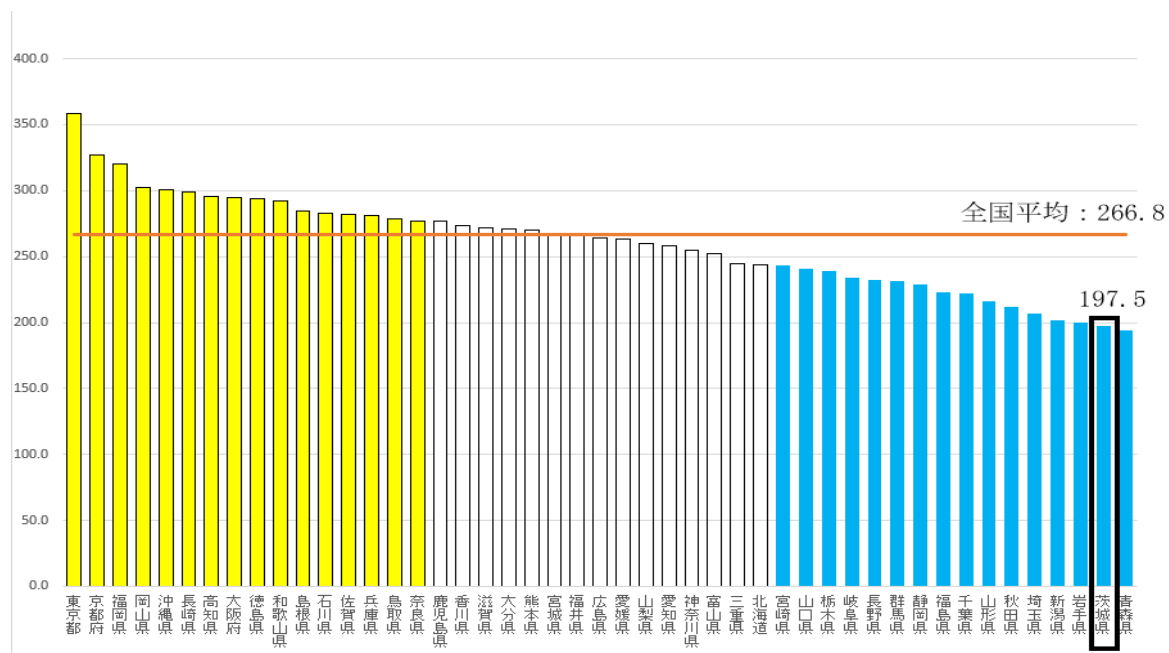
(単位：人、%)

茨城	医師総数	女性医師数	割合
平成12年	4,248	606	14.27
14年	4,312	685	15.89
16年	4,483	737	16.44
18年	4,609	792	17.18
20年	4,805	862	17.94
22年	4,954	930	18.77
24年	5,172	1,017	19.66
26年	5,188	1,042	20.08
28年	5,513	1,168	21.19
30年	5,682	1,262	22.21
令和2年	5,838	1,329	22.76
令和4年	6,029	1,396	23.15
令和6年	5,837	1,431	24.52

全国	医師総数	女性医師数	割合
平成12年	255,792	36,852	14.41
14年	262,687	41,139	15.66
16年	270,371	44,628	16.51
18年	277,927	47,929	17.25
20年	286,699	51,997	18.14
22年	295,049	55,897	18.94
24年	303,268	59,641	19.67
26年	311,205	63,504	20.41
28年	319,480	67,493	21.13
30年	327,210	71,758	21.93
令和2年	339,623	77,546	22.83
令和4年	343,275	81,139	23.64
令和6年	347,772	80,792	23.23

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

<医師偏在指標（令和8（2026）年公表）>



<医師の地域偏在（医師偏在指標）>

区域	二次・三次保健医療圏	旧指標 (2023 年度公表)	新指標 (2026 年度公表)
全国平均		255.6	266.8
少数	茨城県	193.6	197.5
多数	つくば	337.7	367.5
	水戸	231.2	234.0
	土浦	184.4	196.4
少数	取手・竜ヶ崎	173.3	160.0
	筑西・下妻	153.0	157.5
	鹿行	137.2	145.2
	古河・坂東	148.8	144.4
	日立	140.3	132.3
	常陸太田・ひたちなか	140.3	130.4

注：医師偏在指標においては、上位 1／3 を「医師多数区域」、下位 1／3 を「医師少数区域」として区分

<二次保健医療圏別の 1 病床当たりの「医療施設に従事している」医師数>

(単位：人)

二次保健医療圏	医療施設に従事 している医師数 (2024 年公表) ①	病床数計 ②	1 病床当たりの 医師数 ①／②
つくば	1,519	3,931	0.39
水戸	1,177	6,277	0.19
土浦	517	3,248	0.16
取手・竜ヶ崎	757	4,861	0.16
筑西・下妻	296	2,365	0.13
鹿行	248	1,799	0.14
古河・坂東	322	2,589	0.12
日立	361	3,644	0.10
常陸太田・ ひたちなか	362	2,638	0.14
合計	5,559	31,352	0.18

出典：厚生労働省医療施設調査から医療人材課調

＜小児科医師偏在指標（令和 8（2026）年公表）＞

区域	小児・三次保健医療圏	旧指標 (2023 年度公表)	新指標 (2026 年度公表)
全国平均		115.1	126.0
少数	茨城県	95.8	109.7
	土浦広域	139.5	161.1
	つくば・筑西	110.2	123.3
	鹿行南部	69.6	105.6
	茨城西南	94.0	105.0
少数	県央・県北	90.0	98.9
	常総	80.5	88.0
	稲敷	70.6	73.3
	日立	55.8	72.0

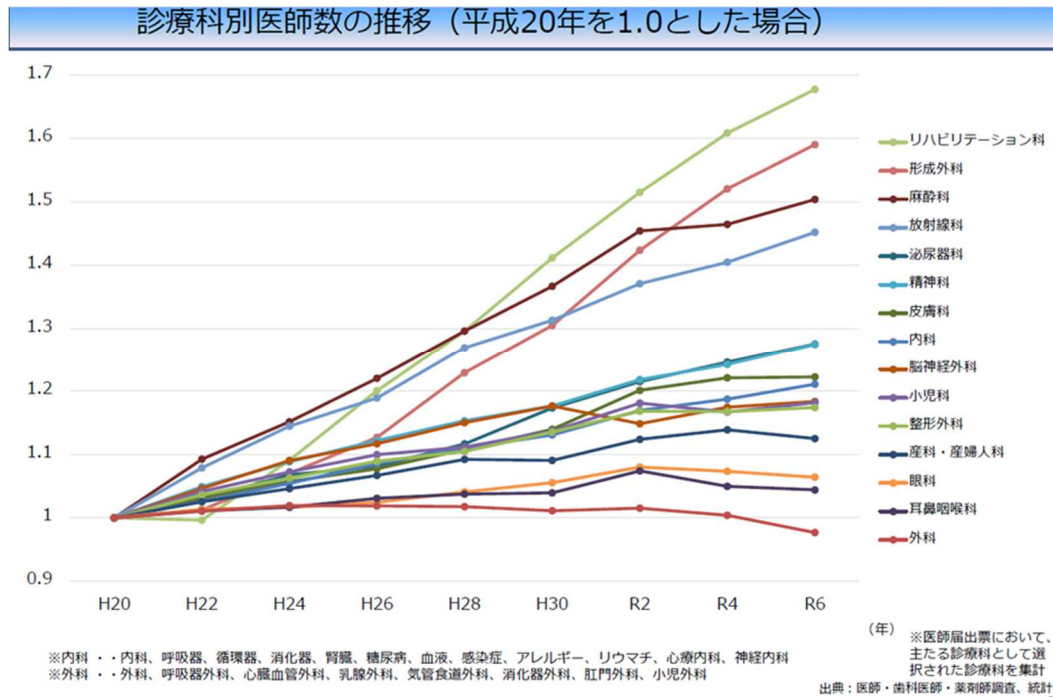
注：小児科医師偏在指標では、下位 1／3 を「相対的医師少数区域」として区分

＜分娩取扱医師偏在指標（令和 8（2026）年公表）＞

区域	周産期・三次保健医療圏	旧指標 (2023 年度公表)	新指標 (2026 年度公表)
全国平均		10.5	13.39
	茨城県	9.8	13.65
	県南東	9.9	17.54
	県南西	11.1	12.46
	県央・県北	8.7	12.25

注：分娩取扱医師偏在指標では、下位 1／3 を「相対的医師少数区域」として区分

＜診療科別医師数の推移＞



出典：厚生労働省「第13回医師養成課程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会」
(令和8(2026)年2月25日)

＜本県の診療科別の医師数及び専攻医採用数＞

区分	平成20(2008)年 医師数 ①	令和6(2024)年 医師数 ②	増加率 ②／①	参考：直近5年間 (2022～2026) 専攻医採用数
内科（系）	1,686人	2,037人	1.21	259人
外科（系）	514人	483人	0.94	59人
救急科	23人	86人	3.74	24人
小児科	245人	329人	1.34	41人
産婦人科等	223人	243人	1.09	31人
総合診療科 ^注	—	—	—	42人
医師数計	4,805人	5,837人	1.21	

出典（医師数）：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

出典（専攻医採用数）：医療人材課調

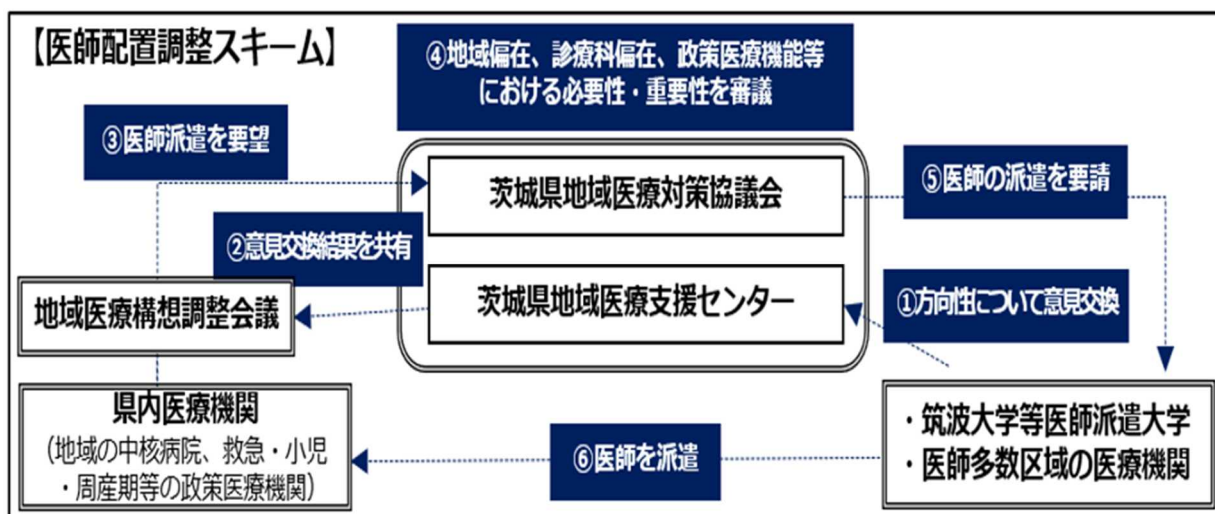
注：総合診療科は、「医師・歯科医師・薬剤師統計」に区分なし

<最優先で医師確保に取り組む医療機関・診療科（１次目標・２次目標）>

（単位：人）

医療圏	医療機関名	診療科	必要 医師数	確保医師数	
				常勤	非常勤
日立	(株)日立製作所 日立総合病院	産婦人科	4	4	—
		小児科	2	2	—
常陸太田・ ひたちなか	常陸大宮 済生会病院	内科(救急科)	3	3	0.6
		循環器内科	1	1	0.2
鹿行	神栖済生会病院	整形外科	3	3	0.5
	小山記念病院	産婦人科	2	2	—
		循環器内科	2	2	—
筑西・下妻	県西部メディカル センター	循環器内科	1	1	—
土浦	総合病院 土浦協同病院	産婦人科	2	2	—
計			20	20	1.3

<医師配置調整スキーム>



<医師配置調整スキームの実績>

(単位：人)

二次保健 医療圏	R 2年度 (2020)	R 3年度 (2021)	R 4年度 (2022)	R 5年度 (2023)	R 6年度 (2024)	R 7年度 (2025)	計
水戸	-	3.0	4.0	5.0	3.0	3.1	18.1
日立	2.0	-	2.0	3.4	4.0	0.5	11.9
常陸太田・ ひたちなか	1.2	2.2	2.2	0.8	1.0	2.0	9.4
鹿行	2.0	1.6	1.0	0.5	-	-	5.1
土浦	-	1.0	-	-	-	1.5	2.5
つくば	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	0.3	6.3
取手・竜ヶ崎	-	-	2.0	1.0	1.0	1.0	5.0
筑西・下妻	0.2	2.5	1.0	1.0	-	-	4.7
古河・坂東	-	-	-	2.7	0.8	3.1	6.6
計	6.4	12.3	13.2	15.4	10.8	11.5	69.6

<本県の地域枠制度の概要（令和 8（2026）年度）>

貸与額	・国立大学：月額 20 万円（6 年総額 1,440 万円） ・私立大学：月額 25 万円（6 年総額 1,800 万円）
返還免除要件	・医学部卒業後、県内の医療機関で 9 年以上勤務すること ・上記のうち、臨床研修を除く期間で 4.5 年以上を医師不足地域の医療機関で勤務すること
定員	11 大学 70 名 （内訳） 筑波大学 36、東京科学大学 5、東京医科大学 8、杏林大学 2、 日本医科大学 2、北里大学 4、帝京大学 2、昭和医科大学 4、 順天堂大学 2、日本大学 3、獨協医科大学 2

<地域枠修学生医師数の現状・推計>

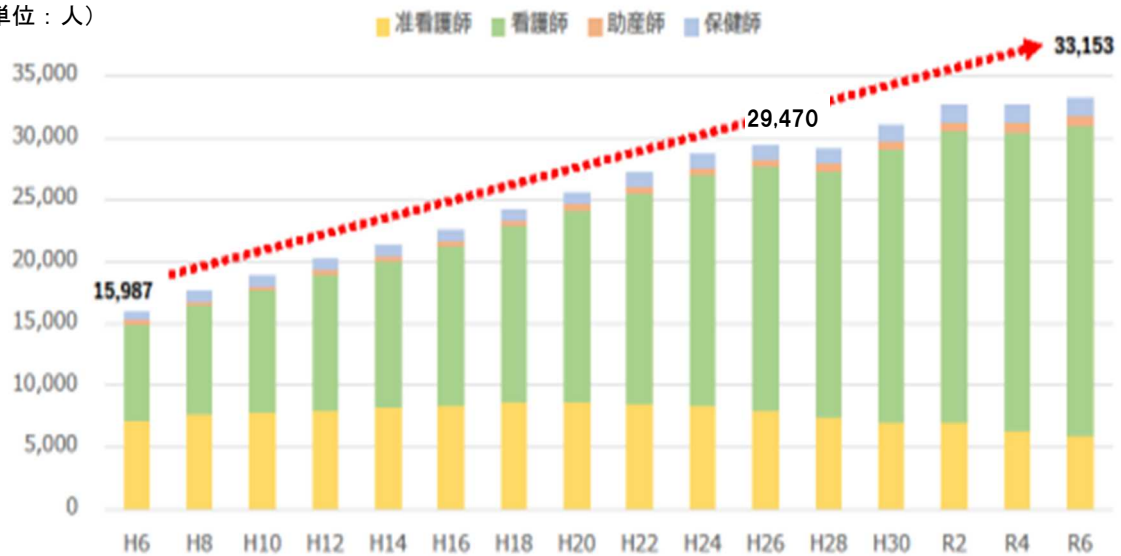
区 分	R 8 年度 (2026) 実績	R 10 年度 (2028) 推計	R 12 年度 (2030) 推計	R 14 年度 (2032) 推計	R 16 年度 (2034) 推計	R 18 年度 (2036) 推計
義 務 内	309 名	358 名	417 名	472 名	530 名	581 名
義務 明け	21 名	54 名	116 名	195 名	277 名	366 名
計	330 名	412 名	533 名	667 名	807 名	947 名

出典：医療人材課調

(2) 看護職員の確保

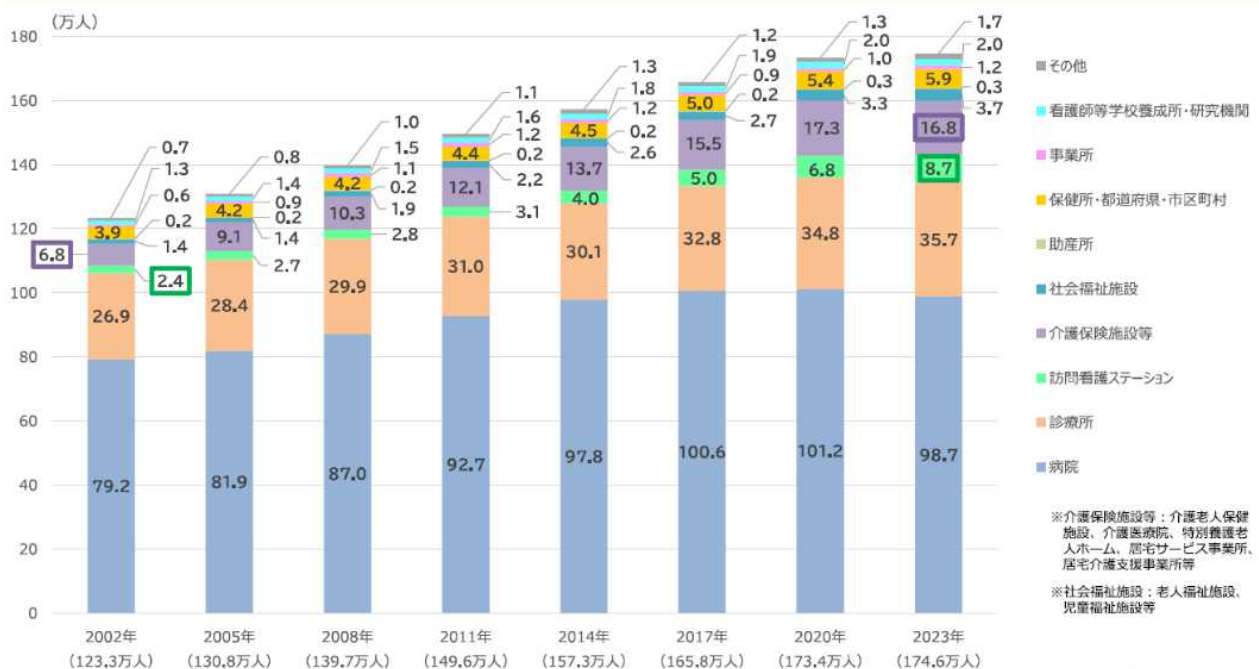
＜本県の看護職員就業者の推移＞

(単位：人)



(出典：厚生労働省 令和6(2024)年衛生行政報告例)

＜看護職員就業者の就業先の推移＞



出典：厚生労働省 第3回 2040年に向けた看護職員の養成・確保の在り方に関する検討会

＜県内養成施設の入学状況の推移＞

(単位：人、％)

	入学 年次	課程 数	入学 定員 (A)	応募者 数	受験者 数(B)	合格者 数(C)	入学者 数(D)	競争率 (B/C)	充足率 (D/A)
大学	R1	5	360	1,020	929	548	390	1.7	108.3
	R4	5	360	1,024	945	593	365	1.6	101.4
	R7	5	360	768	757	479	336	1.6	93.3
3年 課程	R1	15	750	1,465	1,385	798	695	1.7	92.7
	R4	16	790	1,319	1,255	831	712	1.5	90.1
	R7	16	720	763	743	587	535	1.3	74.3
准看護 師課程	R1	4	240	226	212	192	187	1.1	77.9
	R4	4	240	180	174	162	154	1.1	64.2
	R7	4	240	89	87	81	77	1.1	32.1
助産師 課程	R1	3	55	127	120	54	50	2.2	90.9
	R4	3	55	135	166	62	52	2.7	94.5
	R7	3	55	145	142	44	41	3.2	74.5

出典：厚生労働省 看護師等学校養成所入学状況及び卒業生就業状況調査

＜二次医療圏別の1病床あたりの看護職員数と対10万人比＞ (単位：人、床)

二次医療圏名	看護職員数	病床数計	1病床あたりの 看護職員数	対10万人
水戸	7,176	6,277	1.1	1,608.0
つくば	5,103	3,931	1.3	1,379.6
日立	2,999	3,644	0.8	1,315.1
土浦	3,042	3,248	0.9	1,215.7
取手・竜ヶ崎	5,115	4,861	1.1	1,125.8
古河・坂東	2,197	2,589	0.8	1,001.1
筑西・下妻	2,385	2,365	1.0	976.9
常陸太田・ひたちなか	3,186	2,638	1.2	941.2
鹿行	1,950	1,799	1.1	752.3
合計	33,153	31,352	1.1	1,181.4

出典：厚生労働省 就業動向調査（令和6(2024)年12月31日時点）、
医療施設調査（令和6(2024)年10月1日時点）

<看護職員の離職率の推移>

(単位：％)

年度		R1 (2020年 調査)	R2 (2021年 調査)	R3 (2022年 調査)	R4 (2023年 調査)	R5 (2024年 調査)	R6 (2025年 調査)
看護職員 全体	全 国	11.5	10.6	11.6	11.8	11.3	11.0
	茨城県	12.1	10.7	10.7	10.7	10.1	9.8
新人 看護職員	全 国	8.6	8.2	10.3	10.2	8.8	8.4
	茨城県	8.8	7.8	8.0	13.0	5.4	8.0

出典：公益社団法人日本看護協会 病院看護実態調査

<退職の理由>

	全体 n=34,197	%	20代 n=2,577	%	30代 n=5,835	%	40代 n=8,450	%	50代 n=9,599	%	60代 n=7,733	%
1位 子育て	10.9	10.9	自分の健康（主に精神的理由）	14.5	子育て	16.2	子育て	17.3	親族の健康・介護	13.8	定年	26.6
2位 結婚	10.5	10.5	転居	13.9	結婚	15.9	結婚	12.8	自分の健康（主に身体的理由）	11.7	親族の健康・介護	10.8
3位 転居	9.5	9.5	結婚	11.4	妊娠・出産	15.6	妊娠・出産	12.3	子育て	10.0	自分の健康（主に身体的理由）	9.0
4位 自分の健康（主に身体的理由）	9.5	9.5	看護職の他の職場への興味	10.2	転居	14.5	転居	10.3	結婚	9.3	転居	5.4
5位 親族の健康・介護	8.4	8.4	夜勤の負担が大きい	8.3	配偶者の転勤	10.6	自分の健康（主に身体的理由）	9.1	転居	7.9	結婚	4.9
6位 妊娠・出産	8.3	8.3	自分の適性・能力への不安	8.2	看護職の他の職場への興味	9.0	配偶者の転勤	8.1	看護職の他の職場への興味	7.1	看護職の他の職場への興味	4.1
7位 看護職の他の職場への興味	7.1	7.1	勤務時間が長い・超過勤務が多い	8.1	自分の健康（主に身体的理由）	7.5	看護職の他の職場への興味	7.4	妊娠・出産	6.4	勤務時間が長い・超過勤務が多い	3.6
8位 配偶者の転勤	6.3	6.3	自分の健康（主に精神的理由）	7.8	自分の健康（主に精神的理由）	6.8	勤務時間が長い・超過勤務が多い	6.2	配偶者の転勤	6.1	子育て	3.2
9位 定年	6.2	6.2	責任の重さ・医療事故への不安	7.4	夜勤の負担が大きい	6.7	家事と両立しない	6	勤務時間が長い・超過勤務が多い	5.9	雇用者側の都合	3.2
10位 勤務時間が長い・超過勤務が多い	5.7	5.7	上司（看護管理者等）との関係	6.2	勤務時間が長い・超過勤務が多い	6.5	夜勤の負担が大きい	5.7	雇用者側の都合	5.1	休暇がとれない	2.4

資料出所：「2024（令和6）年度ナースセンター登録データに基づく看護職の求人・求職・就職に関する分析報告書」（日本看護協会 中央ナースセンター）

18

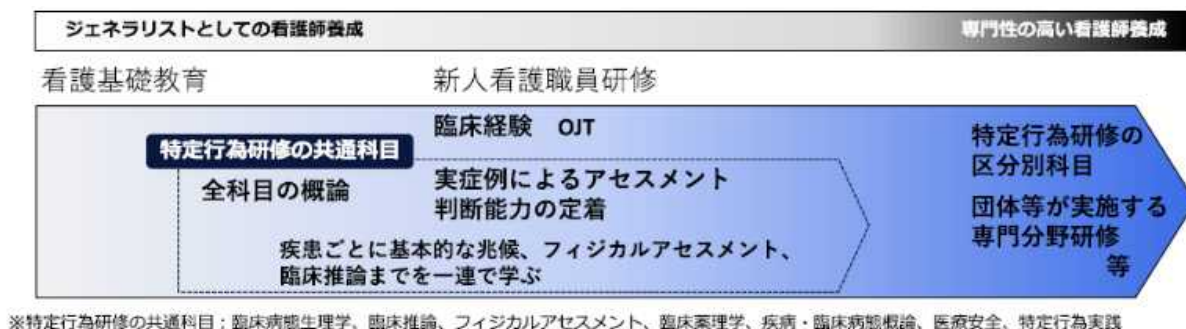
<ブランク期間と再就職意向>

再就職意向	ブランク期間		
	2年未満	2年以上～5年未満	5年以上
再就職したくない	71人 (55.0%)	63人 (65.6%)	63人 (77.8%)
再就職したい	58人 (45.0%)	33人 (34.4%)	18人 (22.2%)
合計	129人 (100.0%)	96人 (100.0%)	81人 (100.0%)

出典：厚生労働省科学研究費補助金「看護職員の需給推計方法検討のための研究（令和7年度）

潜在看護師の再就職に影響を与える要因の分析（研究代表者 小林美亜）」

＜看護職員の目指すべき方向性＞



出典：厚生労働省 第3回 2040年に向けた看護職員の養成・確保の在り方に関する検討会

(3) 薬剤師の確保

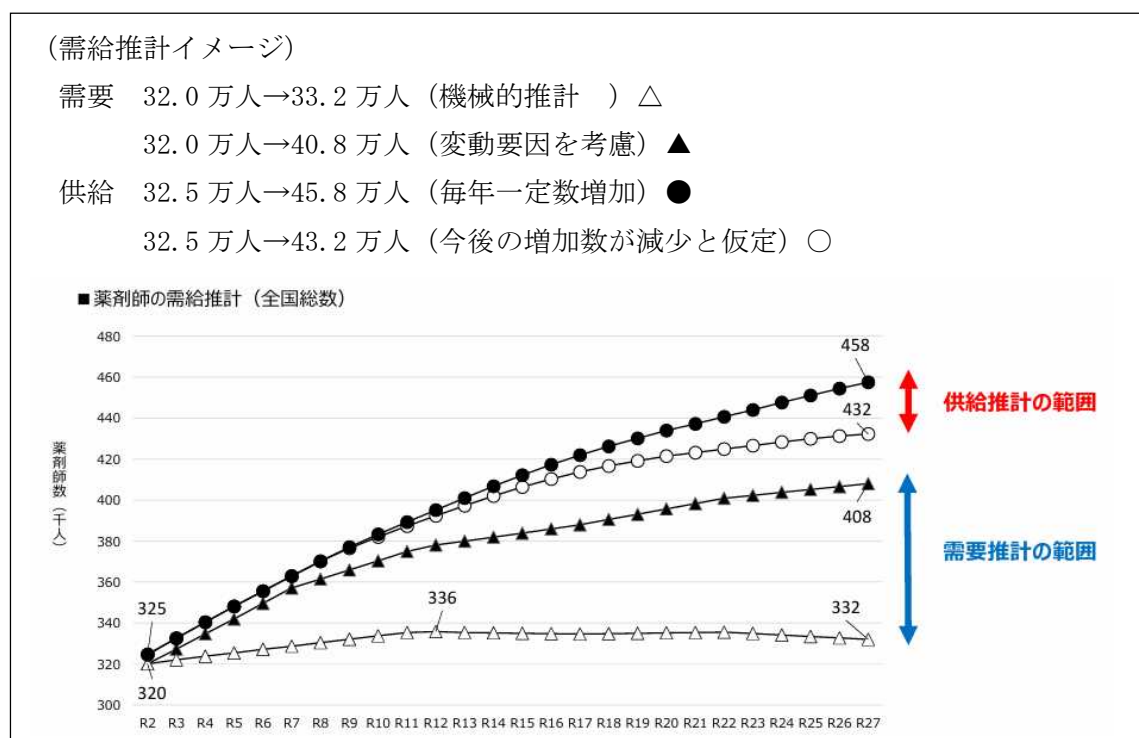
＜薬剤師数年次推移（各年12月31日現在）＞

(単位：人)

年	H26 (2014)	H28 (2016)	H30 (2018)	R 2 (2020)	R 4 (2022)	R 6 (2024)
全 国	288,151	301,323	311,289	321,982	323,690	329,045

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

＜薬剤師の需給推計（推計期間 令和2(2020)年～令和27(2045)年）＞



出典：厚生労働省「第8回薬剤師の養成および資質向上等に関する検討会」

(令和3(2021)年4月26日開催) 資料1の一部加工

＜茨城県薬剤師数年次推移（各年 12 月 31 日現在）＞

（単位：人）

年	H26 (2014)	H28 (2016)	H30 (2018)	R 2 (2020)	R 4 (2022)	R 6 (2024)
総数	6,385	6,605	6,604	6,704	6,709	6,475
うち病院薬剤師数	932	979	987	1,036	1,058	1,037

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

注：令和 6（2024）年の薬剤師総数の減少は、医薬品関係企業の部署再編が主な要因として考えられる。また、令和 6（2024）年における病院薬剤師数については、「医師・歯科医師・薬剤師統計」が令和 6（2024）年から原則オンラインによる届出となったところ、オンラインによる届出の取扱いが医療機関側に十分に浸透しておらず、一定数の届出漏れが生じている。

＜薬剤師偏在指標（令和 5（2023）年 6 月厚生労働省公表）＞

茨城県	偏在指標		区域分類
	現在 (2023)	将来 (2036)	
病院薬剤師	0.67	0.68	少数県
薬局薬剤師	0.99	1.16	現在：少数でも多数でもない県 将来：多数県

注：「調整薬剤師労働時間」と「薬剤師の推計業務量」が等しくなるとき偏在指標は「1.0」となり、偏在指標が「1.0」より高い二次保健医療圏及び都道府県を「薬剤師多数区域（都道府県）」とし、「1.0」より低い場合、そのうち上位 1／2 を「薬剤師少数でも多数でもない区域（都道府県）」、下位 1／2 を「薬剤師少数区域（都道府県）」とする

＜二次保健医療圏別病院薬剤師偏在指標（令和 5（2023）年 6 月厚生労働省公表）＞

二次保健医療圏	偏在指標		区域分類
	現在 (2023)	将来 (2036)	
水戸	0.73	0.73	少数区域
日立	0.64	0.70	少数区域
常陸太田・ひたちなか	0.54	0.58	少数区域
鹿行	0.52	0.55	少数区域
土浦	0.55	0.59	少数区域
つくば	0.97	0.84	少数でも多数でもない区域
取手・竜ヶ崎	0.75	0.74	現在：少数でも多数でもない区域 将来：少数区域
筑西・下妻	0.46	0.51	少数区域
古河・坂東	0.55	0.58	少数区域

< 常勤薬剤師の累積年収（病院・薬局別） >

（単位：万円）

	病院		薬局
20 代	2,280	<	2,580
30 代	7,280	<	7,880
40 代	13,280	<	13,880
50 代	20,280	>	19,880
60 代	23,280	>	22,768

出典：厚生労働省委託事業「薬剤師確保のための調査・検討事業薬剤師確保計画策定
ガイドライン作成のための調査・検討事業報告書」（令和 5（2023）年 3 月公表）

< 常勤薬剤師の年代別平均年収（病院・薬局別） >

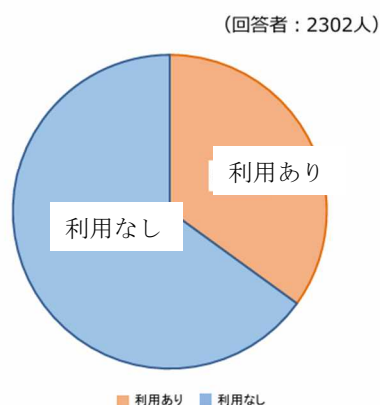
（単位：万円）

	病院		薬局
20 代	380	<	430
30 代	500	<	530
40 代	600	=	600
50 代	700	>	600
60 代	600	>	577.5

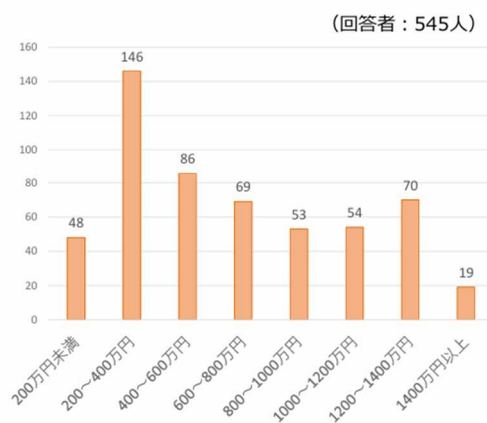
出典：厚生労働省委託事業「薬剤師確保のための調査・検討事業薬剤師確保計画策定
ガイドライン作成のための調査・検討事業報告書」（令和 5（2023）年 3 月公表）

< 学生の奨学金利用状況（薬学 5・6 年生アンケート） >

● 奨学金の利用状況



● 奨学金等返済予定総額



出典：厚生労働省「第 12 回薬剤師の養成および資質向上等に関する検討会」
（令和 4（2022）年 7 月 13 日開催）資料 2 を一部加工

<病院薬剤師数確保目標値>

【目標】

目標項目	現状	目標値
県内の病院薬剤師数	1,036 人 (令和 2(2020)年)	1,181 人 (令和 12(2030)年) ※最終目標は令和 18(2036)年までに 1,327 人

出典：第 8 次茨城県保健医療計画

