

第2回 県民の命を守る医療に関する調査特別委員会

小児・周産期の医療提供 体制の現状と課題

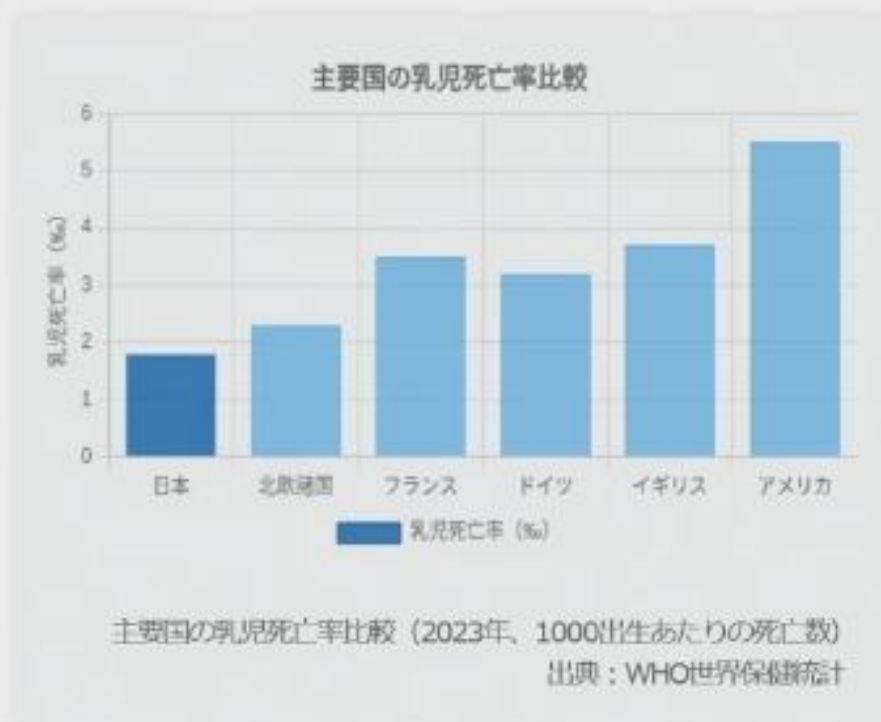
茨城県立こども病院
院長 新井 順一

本日の内容

1. 日本の小児医療の水準と当県の周産期医療
2. 当県の小児救急医療体制
3. 小児専門診療
4. 小児医療を取り巻く課題と小児科医の役割
5. 小児科の経営状況と医師数

日本の小児医療の水準と周産期医療

日本の小児医療の特徴



- **母子健康手帳 (MCH) :** 普及率ほぼ100%
1947年から続く世界的にも評価の高い健康管理システム

- **新生児・乳児死亡率 :**
新生児死亡率0.9%、乳児死亡率1.8%
(世界最低水準)

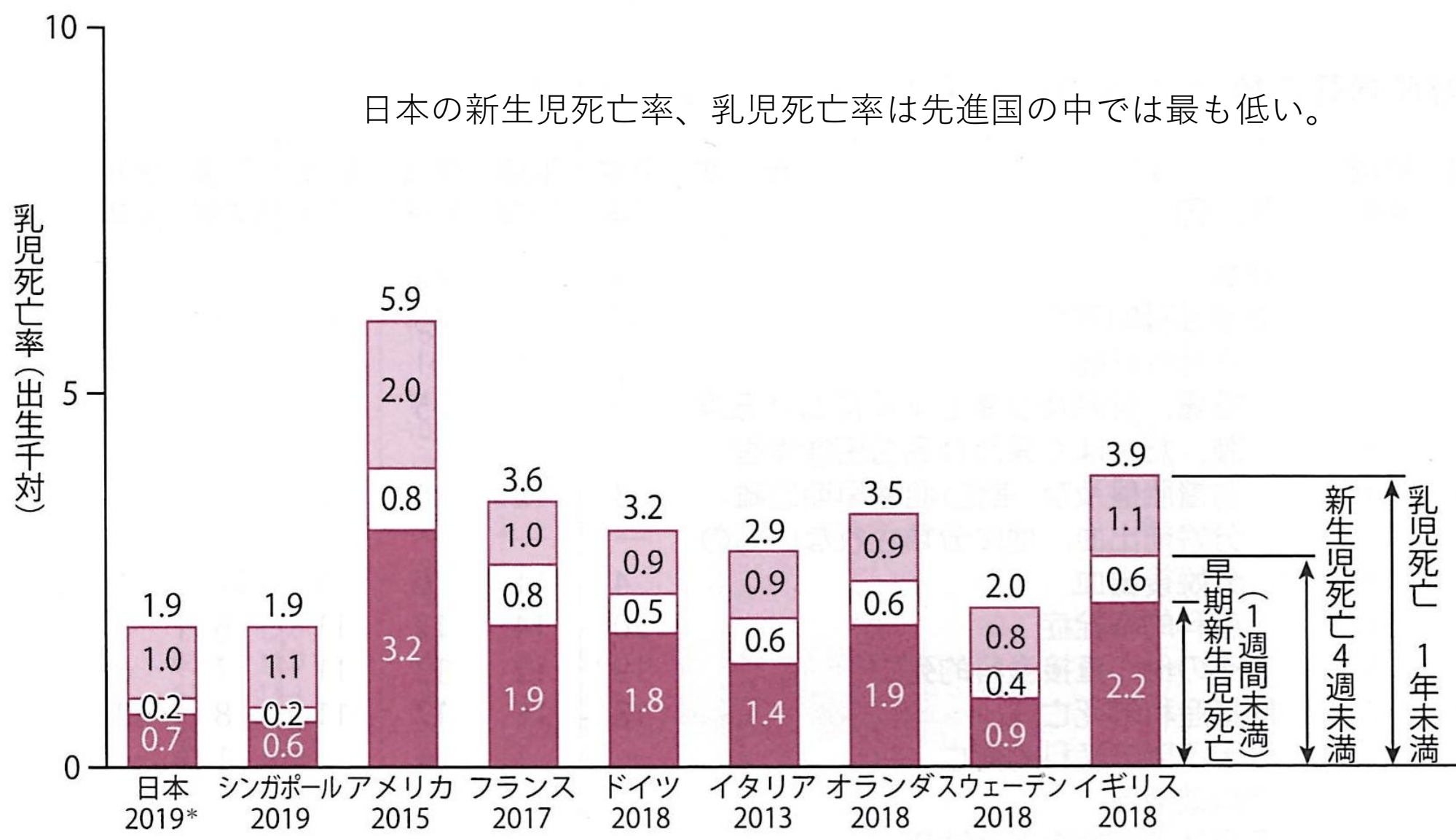


- **医療保障制度 :**
国民皆保険制度 (カバー率99.9%)
こども医療費助成 (自治体による)
小児慢性特定疾病医療費助成制度

- **予防医療と先進技術 :**
定期予防接種 (15種類以上)
乳幼児健診制度 (無料・義務化)
NICUなどの高度新生児医療

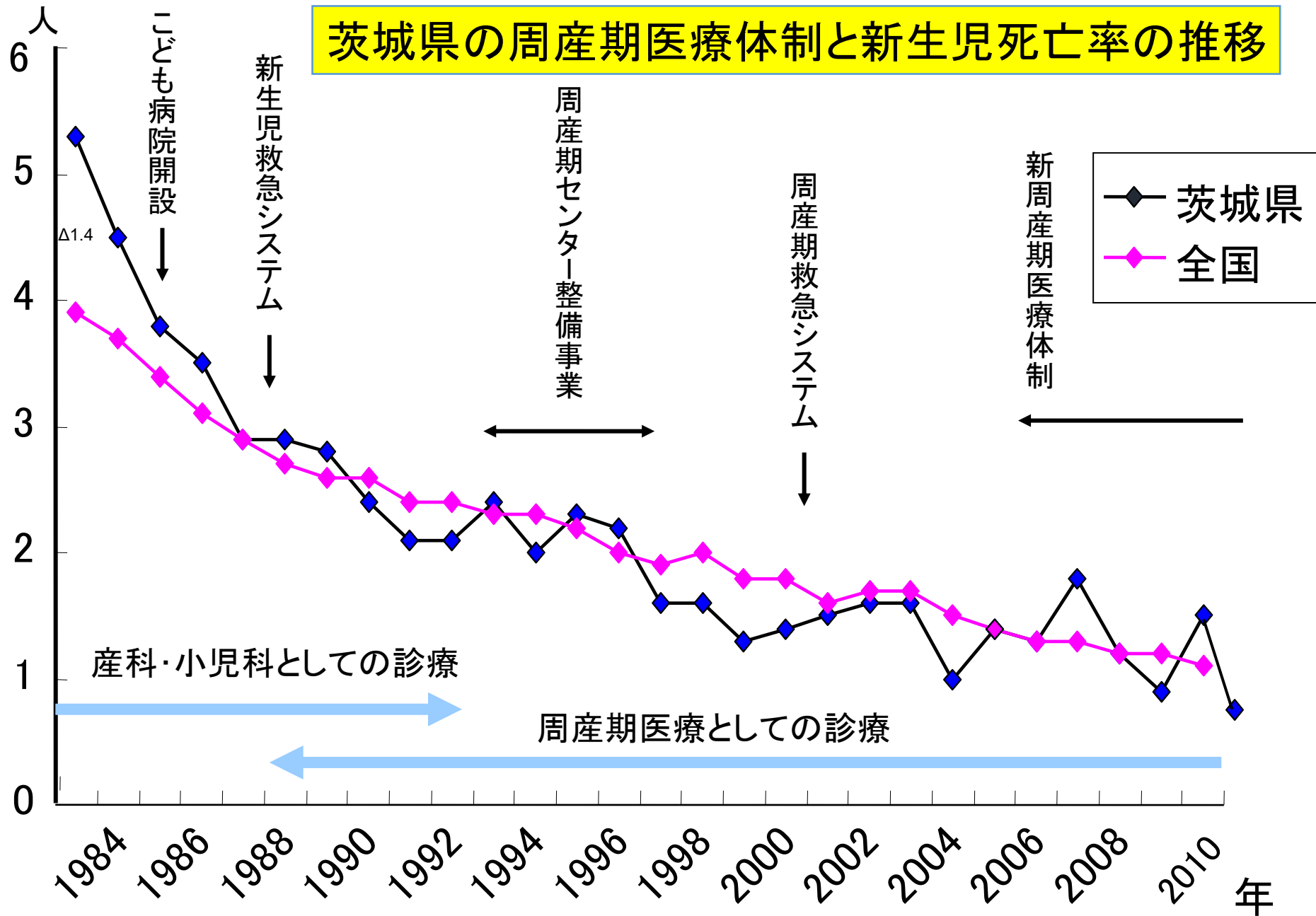


日本の新生児死亡率、乳児死亡率は先進国の中では最も低い。

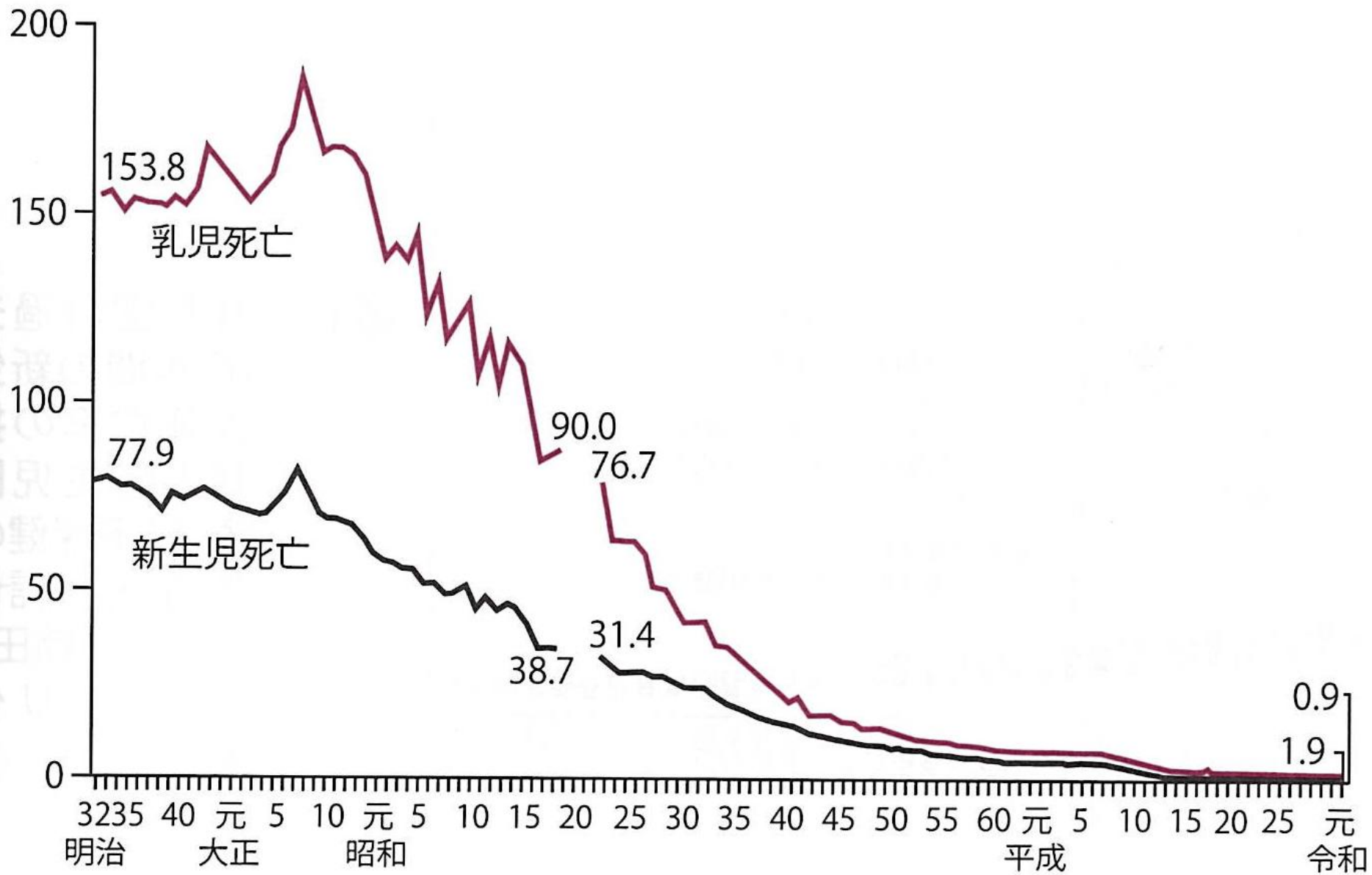


乳幼児死亡率の国際間比較 (母子保健の主なる統計 2021より)

茨城県の周産期医療体制と新生児死亡率の推移



↑新生児死亡率: 日齢28までに死亡する数を出生1000人あたりで表示



年次別にみた新生児死亡率、乳児死亡率の推移 (わが国の母子保健 2021より)

地域において、妊婦・出産から新生児にいたる周産期医療を適切に提供できるよう、県内を3つの地域に区分し、医療機関を整備しています。

- ◎ 総合周産期母子医療センター
 - ・専任医師：常勤勤務
 - ・MFICU:6床以上
 - ・NICU:9床以上
- 地域周産期母子医療センター
- 周産期救急医療協力病院



茨城県の周産期医療圏

<総合周産期母子医療センター>

- 茨城県立こども病院
- 水戸済生会総合病院
- 筑波大学附属病院
- 土浦協同病院

<地域周産期母子医療センター>

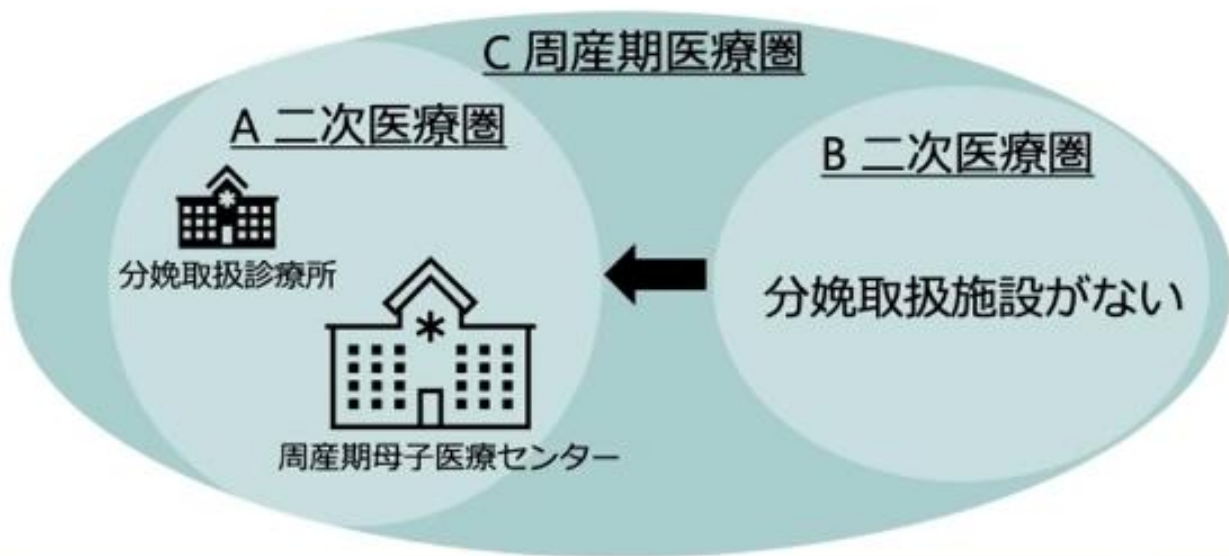
- (株)日立製作所日立総合病院
- 水戸赤十字病院
- JAとりで総合医療センター
- 茨城西南医療センター病院

<周産期救急医療協力病院>

周産期医療圏

令和7年10月1日 第1回小児医療及び周産期医療の提供体制に関するワーキンググループ 資料4

- 周産期医療体制については、二次医療圏を越えた圏域での整備が求められることが多いことから、二次医療圏と同一である場合も含め周産期医療の提供体制に係る圏域を「周産期医療圏」と呼称する。
- 産科医師や分娩取扱施設が存在しない周産期医療圏がないようにするという第7次医療計画中間見直しの際に示された方針に従って、二次医療圏にこだわらず周産期母子医療センターを基幹として集約化・重点化を行うなどにより、周産期医療圏を柔軟に設定し、必要な医療を確保する。



- 重症例（重症の産科疾患、重症の合併症妊娠、胎児異常症例等）を除く産科症例の診療が周産期医療圏で完結することを目安に、従来の二次医療圏にこだわらず地域の実情に応じて弾力的に設定し、必要な医療を確保する。
- 医師の勤務環境にも留意しつつ、医師の働き方改革、地域医療構想及び医師確保計画との整合性にも留意する。

周産期医療については、二次医療圏よりも広い圏域で対応する必要性が生じている。

二次医療圏：330力所

周産期医療圏：263力所

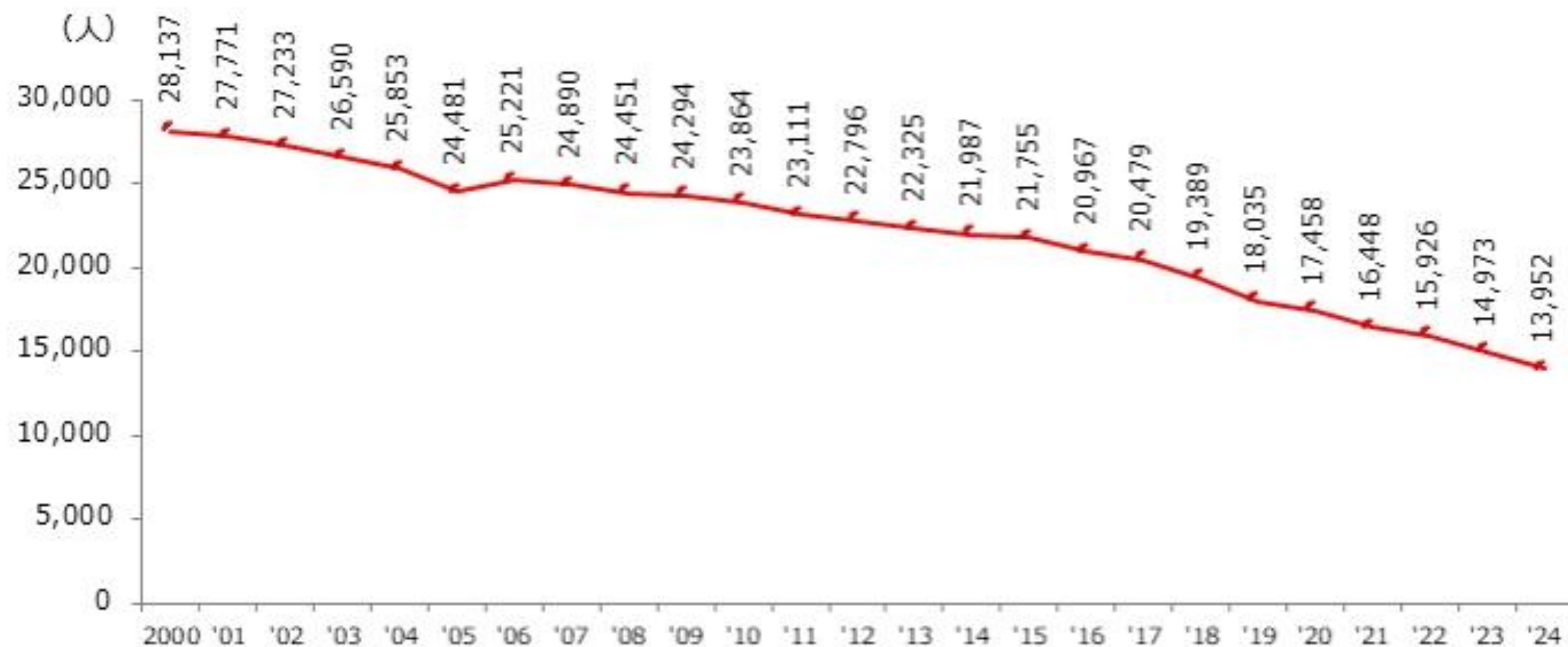
※19の都県において二次医療圏とは異なる周産期医療圏を設定している。

都道府県名	二次医療圏数	周産期医療圏数	都道府県名	二次医療圏数	周産期医療圏数
北海道	21	21	滋賀県	7	4
青森県	6	6	京都府	6	6
岩手県	9	4	大阪府	8	8
宮城県	4	4	兵庫県	8	7
秋田県	3	3	奈良県	5	5
山形県	4	4	和歌山県	7	5
福島県	6	6	鳥取県	3	3
茨城県	9	3	島根県	7	7
栃木県	6	5	岡山県	5	5
群馬県	10	4	広島県	7	7
埼玉県	10	10	山口県	8	5
千葉県	9	9	徳島県	3	3
東京都	13	9	香川県	3	3
神奈川県	9	6	愛媛県	6	4
新潟県	7	7	高知県	4	4
富山県	4	4	福岡県	13	4
石川県	4	4	佐賀県	5	5
福井県	4	2	長崎県	8	8
山梨県	4	2	熊本県	10	6
長野県	10	10	大分県	6	3
岐阜県	5	5	宮崎県	7	4
静岡県	8	3	鹿児島県	9	6
愛知県	11	11	沖縄県	5	5
三重県	4	4	計	330	263

(令和6年4月1日時点 地域医療計画課調べ) 8

茨城県の出生数の推移

(住民基本台帳ベース、日本人住民)



※1月1日から12月31日までの外国人を除く日本人住民の出生数。

※市区町村の場合は2025年1月1日時点の市区町村境界。

新生児集中治療室（NICU）整備の経緯と現状

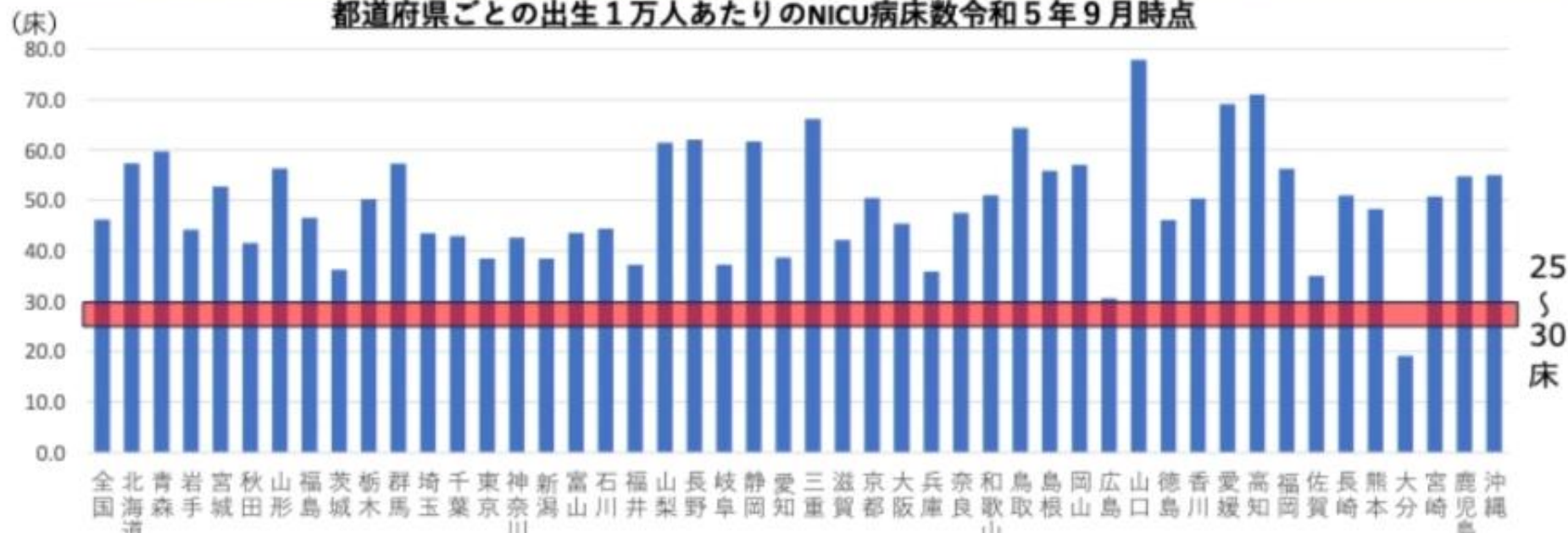
NICU病床の必要数推計

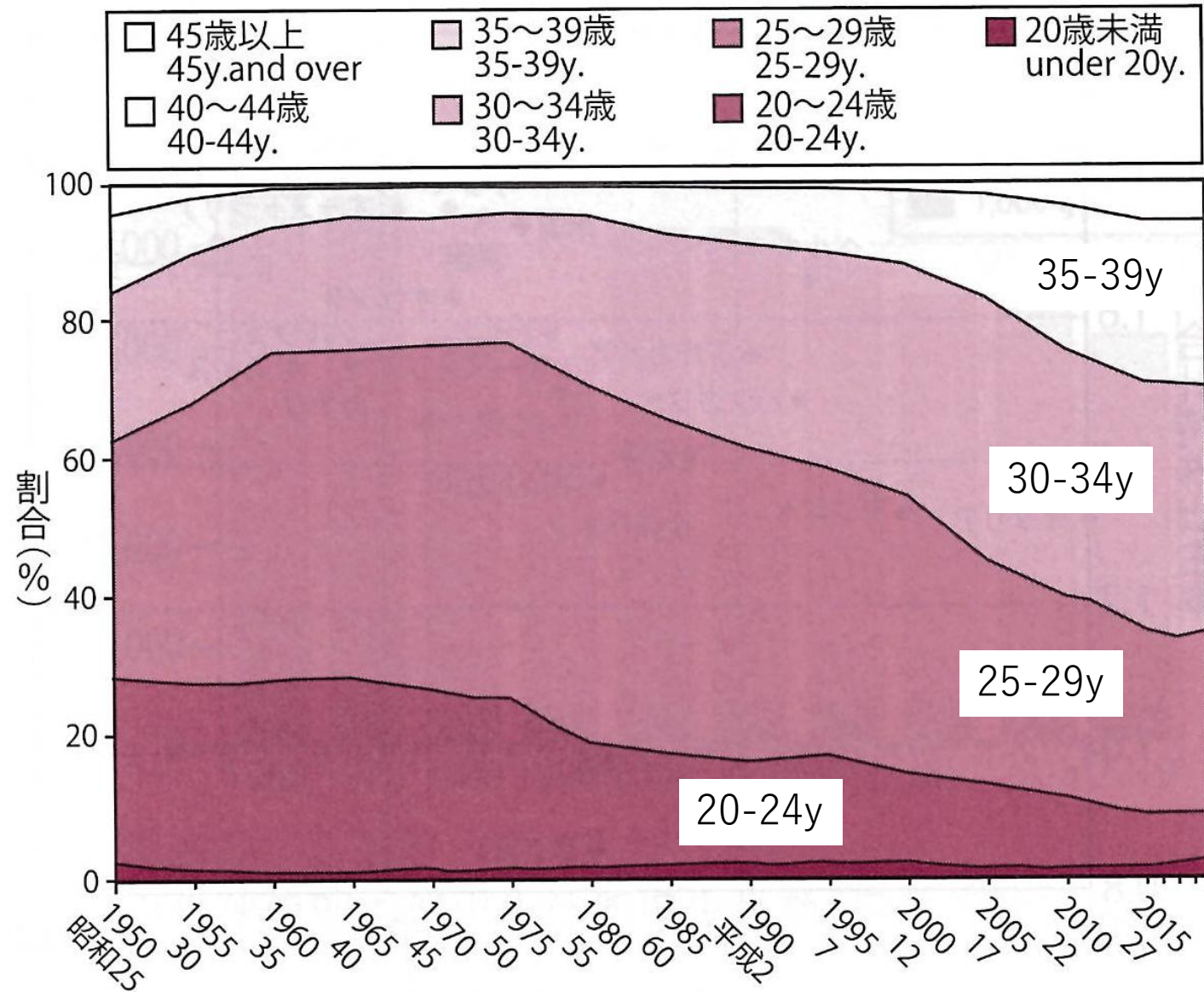
- 平成6年 出生千当たり2床と推計
厚生省心身障害研究「ハイリスク児の総合的ケアシステムに関する研究」（分担研究者 多田裕）
- 平成17年 ハイリスク新生児の増加、新生児死亡率の改善等を踏まえ、出生千当たり3床と再推計
厚生労働省子ども家庭総合研究「周産期母子医療センターネットワーク」による医療の質の評価と、フォローアップ・介入による改善・向上に関する研究」（研究代表者 藤村正哲）

NICU病床の整備目標

- 平成22年 「子ども・子育てビジョン」（閣議決定）
 - > 平成26年度までに全国平均で出生1万人当たり25～30床整備
- 平成26年 全国平均30.4床（6県が出生1万人当たり25床未満）
- 平成27年 「少子化社会対策大綱」（閣議決定）
 - > 平成31年度までに全都道府県で出生1万人当たり25～30床整備
- 平成29年 全都道府県において目標を達成。（全国平均34.8床）
目標を大きく上回る都道府県もある。

都道府県ごとの出生1万人あたりのNICU病床数令和5年9月時点

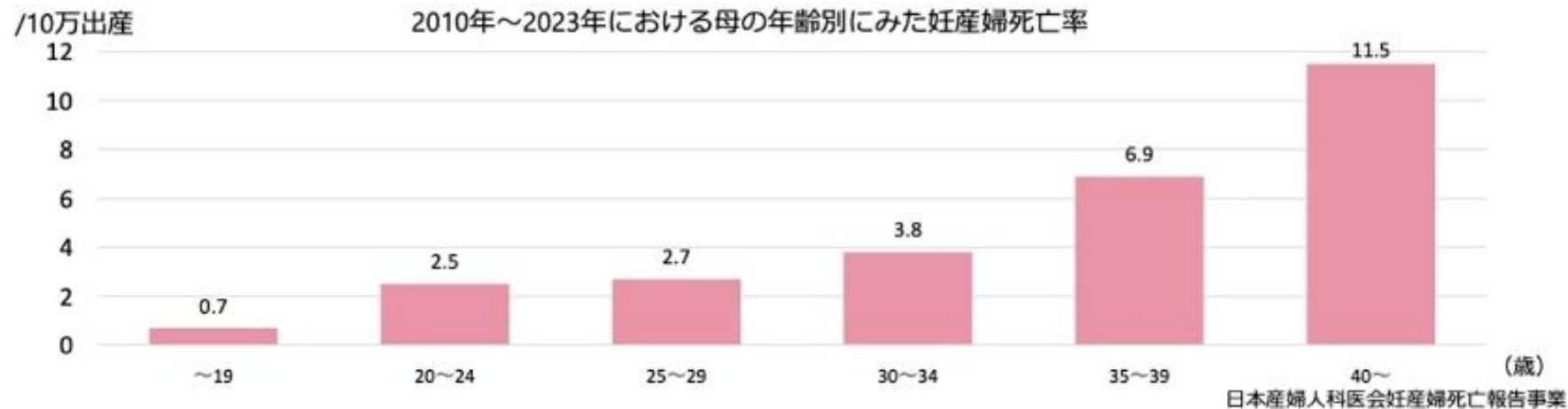
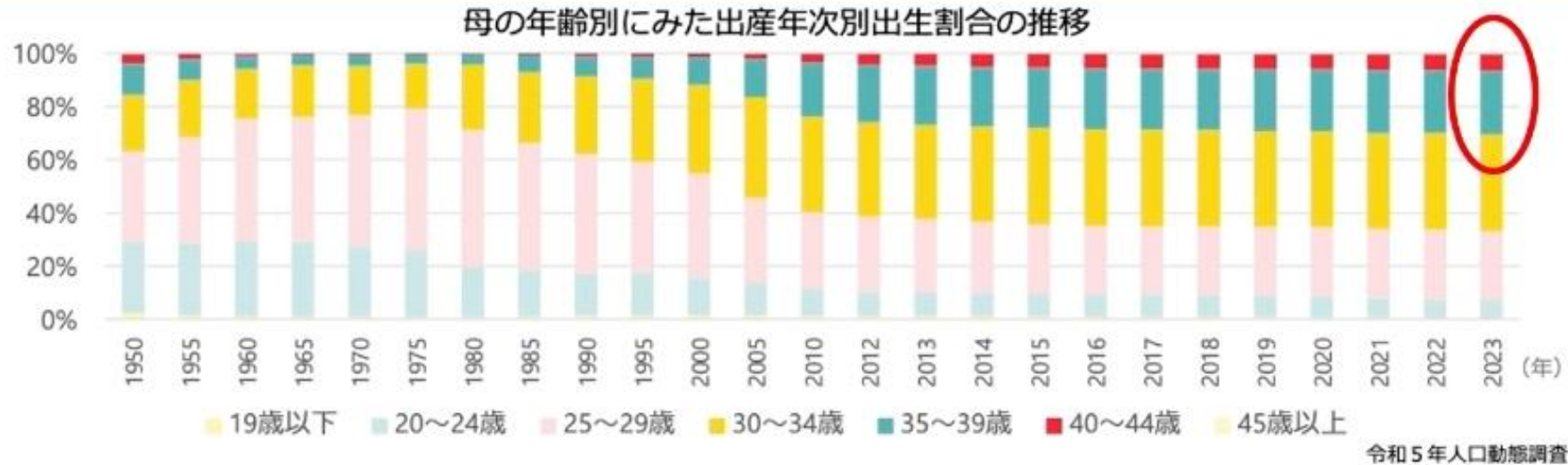




母の年齢別出生割合(母子保健の主なる統計, 2021¹⁾
p50より引用)

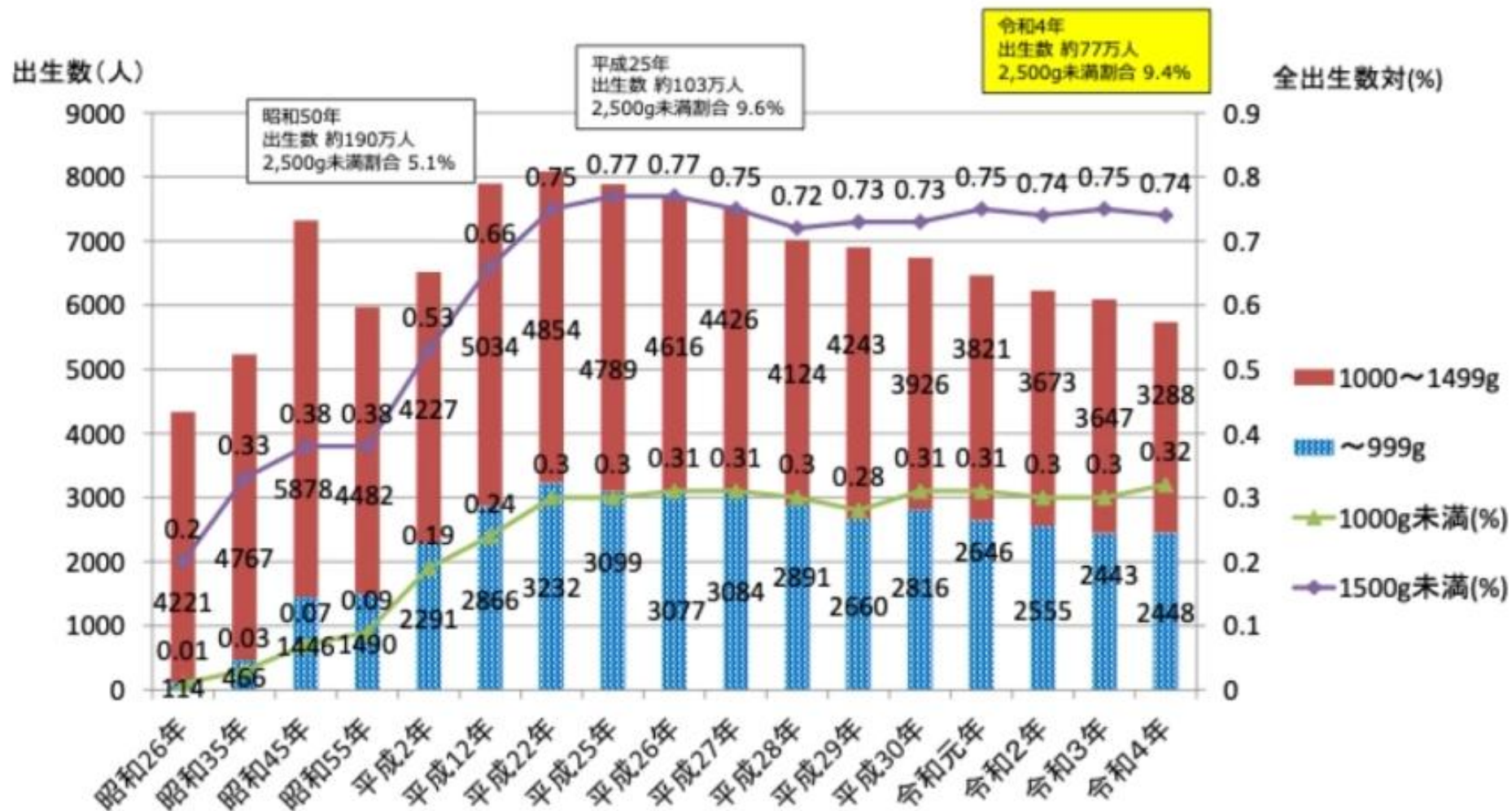
母体の年齢を考慮した周産期リスクについて

- 30歳未満の出生数の割合は減少傾向にあるが、35歳以上の母体からの出生数の割合は増加傾向にあり、2023年においては35歳以上の割合は30.4%である。
- 母体の年齢が高いほど妊産婦死亡率は高い。



出生時体重別出生数及び出生割合の推移

○ 昭和50年から平成25年までの約40年で、出生数は減少しているが極低出生体重児(1000g~1499g)、超低出生体重児(1000g未満)の割合が増加。→近年は横ばい傾向。



新生児医療の重要性

早産児（より未熟な児も救命できるようになってきた）

先天性疾患（ダウン症etcの染色体異常）

呼吸障害（未熟肺、気胸、肺の先天異常etc）

神経疾患（新生児仮死、脳出血、脳梗塞、水頭症etc）

低血糖、黄疸、重症感染症、

消化管奇形（食道閉鎖、十二指腸閉鎖、胆道閉鎖etc）

先天性心疾患（左心低形成、大動脈離断、肺動脈閉鎖etc）

脳奇形

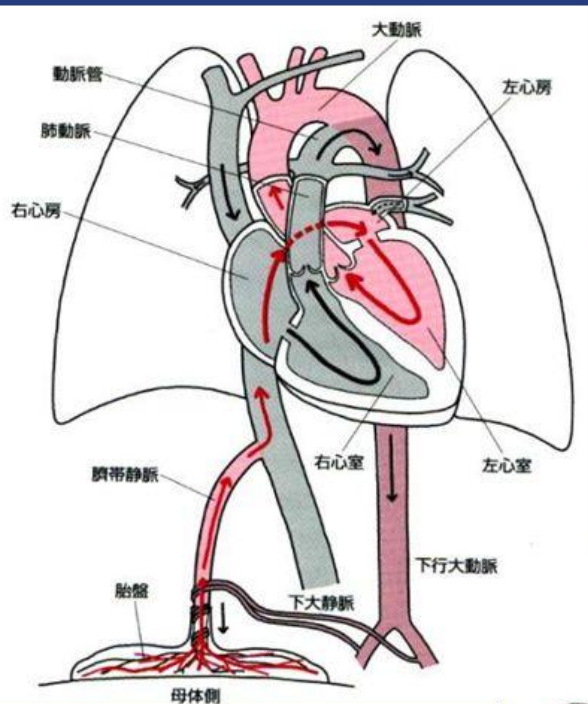
骨系統疾患（四肢短縮症など）、分娩外傷（大腿骨骨折etc）

重症度が高いものが多い。小児外科、心臓血管外科、整形外科医、脳外科医、血液腫瘍科医など、新生児以外の専門診療分野も必要。

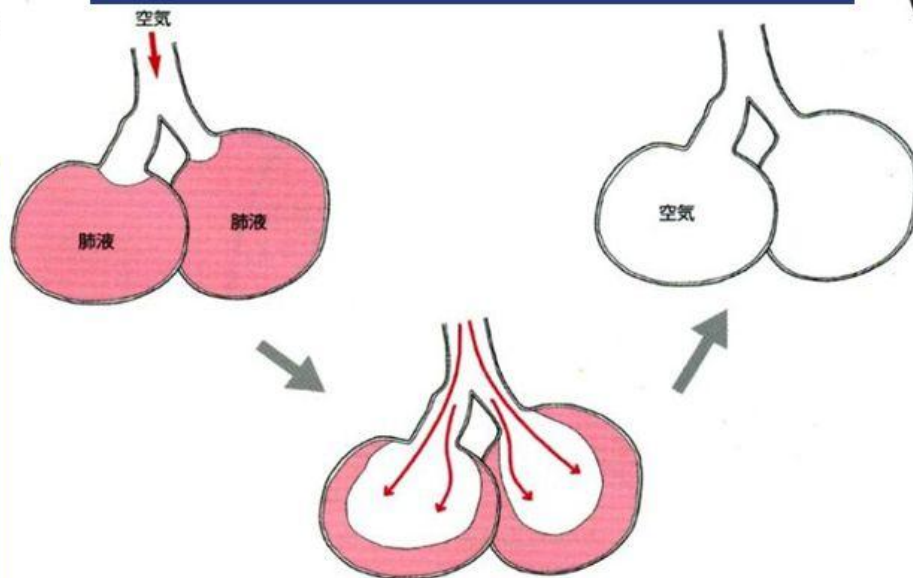
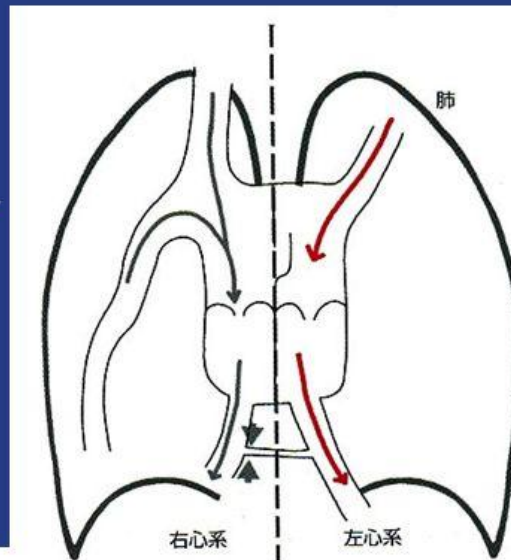
診断の遅れが、生命の危機に直結しやすい。救命できても脳障害をきたすことがある。

子宮内から子宮外への適応

一生の中で最も死の危険にさらされる瞬間



肺水の置換
肺血管抵抗の低下
胎児循環から成人循環へ





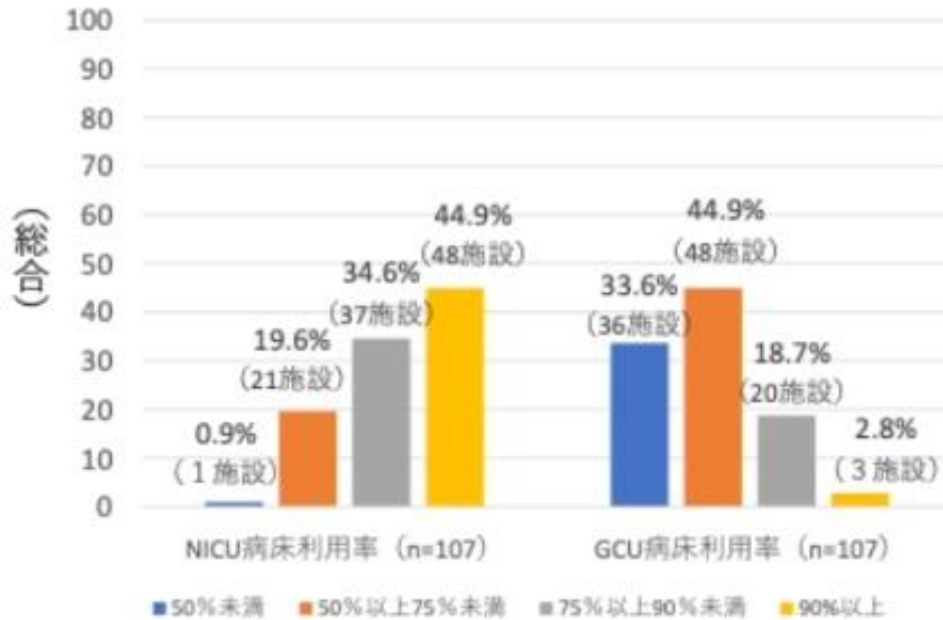
低体温療法施行中



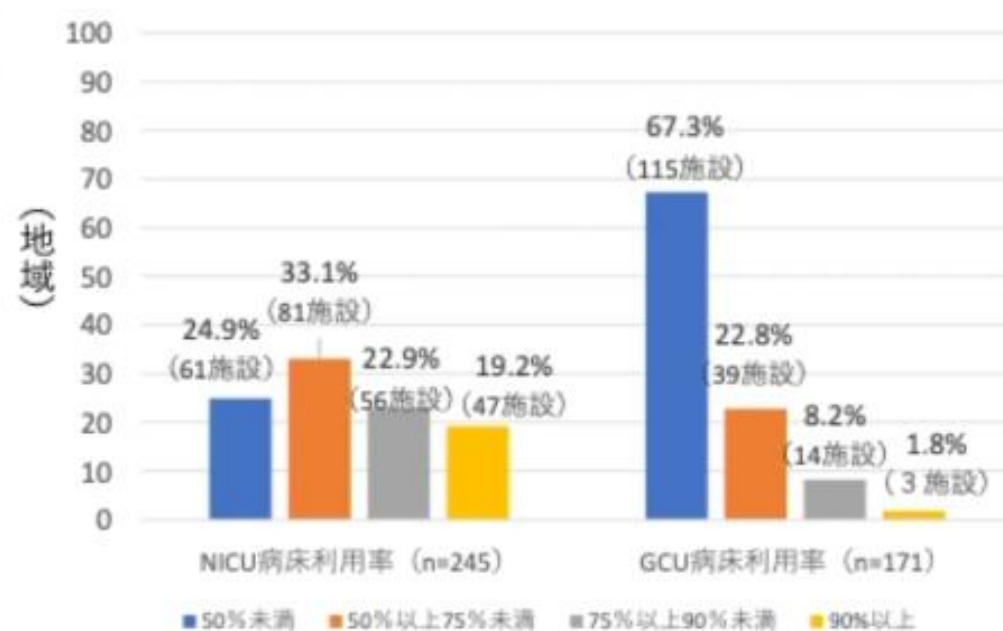
NICUの病床利用率

- 総合周産期母子医療センターでは多くの施設でNICUの病床利用率が75%以上だが、地域周産期母子医療センターは約半数の施設が75%未満である。
- GCUはNICUの2倍の病床数を有することが望ましいとされてきたが、その病床利用率は、総合周産期母子医療センターでは33.6%の施設、地域周産期母子医療センターでは67.3%の施設が50%未満である。

NICU・GCUの病床利用率別にみた施設数



NICU・GCUの病床利用率別にみた施設数



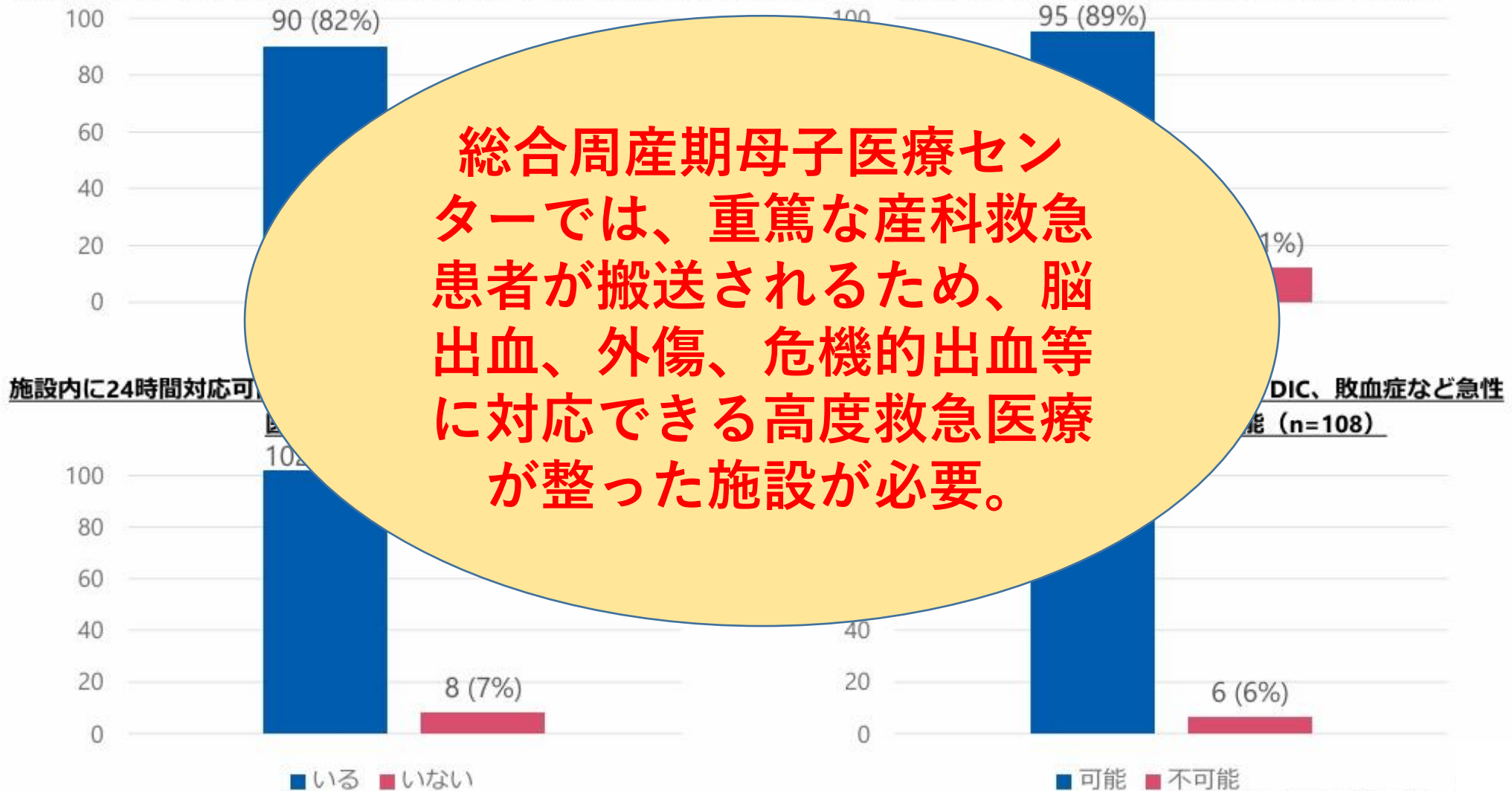
R5年の時点で既に67%のGCUが病床稼働率<50%。
NICU病床稼働率も地域周産期センターの約半数が<75%

周産期母子医療センターにおける他の診療科の対応（総合）

- 総合周産期母子医療センターのうち1割強は妊娠中の外傷患者に対応することが不可能である。
- また妊産婦の危機的出血、DIC、敗血症などの重症症例に対応不可能な施設も一定存在する。

施設内に24時間対応可能な外傷を診ることができる医師がいる (n=110)

自施設で妊娠中の外傷患者に対応可能 (n=107)



総合周産期母子医療センターでは、重篤な産科救急患者が搬送されるため、脳出血、外傷、危機的出血等に対応できる高度救急医療が整った施設が必要。

茨城県の小児救急医療について

- ★ 小児救命救急センター
- ⊗ 小児救急中核病院(群)
- 地域小児救急センター



茨城県の小児救急医療体制

	三次救急	二次救急
県央県北	県立こども病院	(株)日立製作所日立総合病院 (株)日立製作所ひたちなか総合病院
県南東部	土浦協同病院	JAとりで総合医療センター 神栖済生会病院
県南西部	筑波大学附属病院 筑波メディカルセンター	茨城西南医療センター

8つの二次医療圏を設定

一次救急は、準夜帯の一部のみの地域が多い。
二次救急 24時間対応できる施設は少ない

小児医療の体制

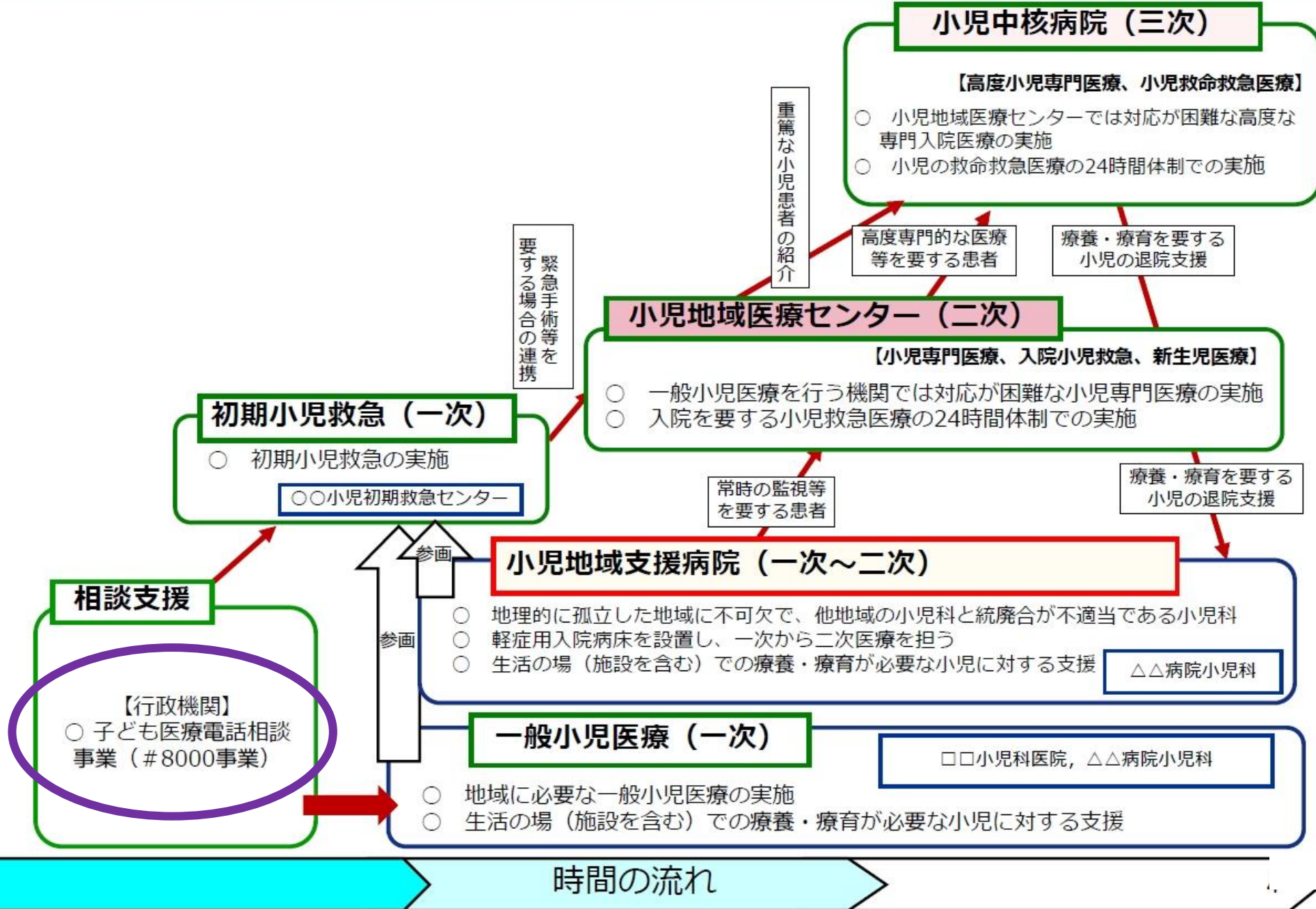
令和7年10月1日 第1回小児医療及び周産期医療の提供体制等に関するワーキンググループ 資料3

医療機能
(重症度)

小児科医
21人以上

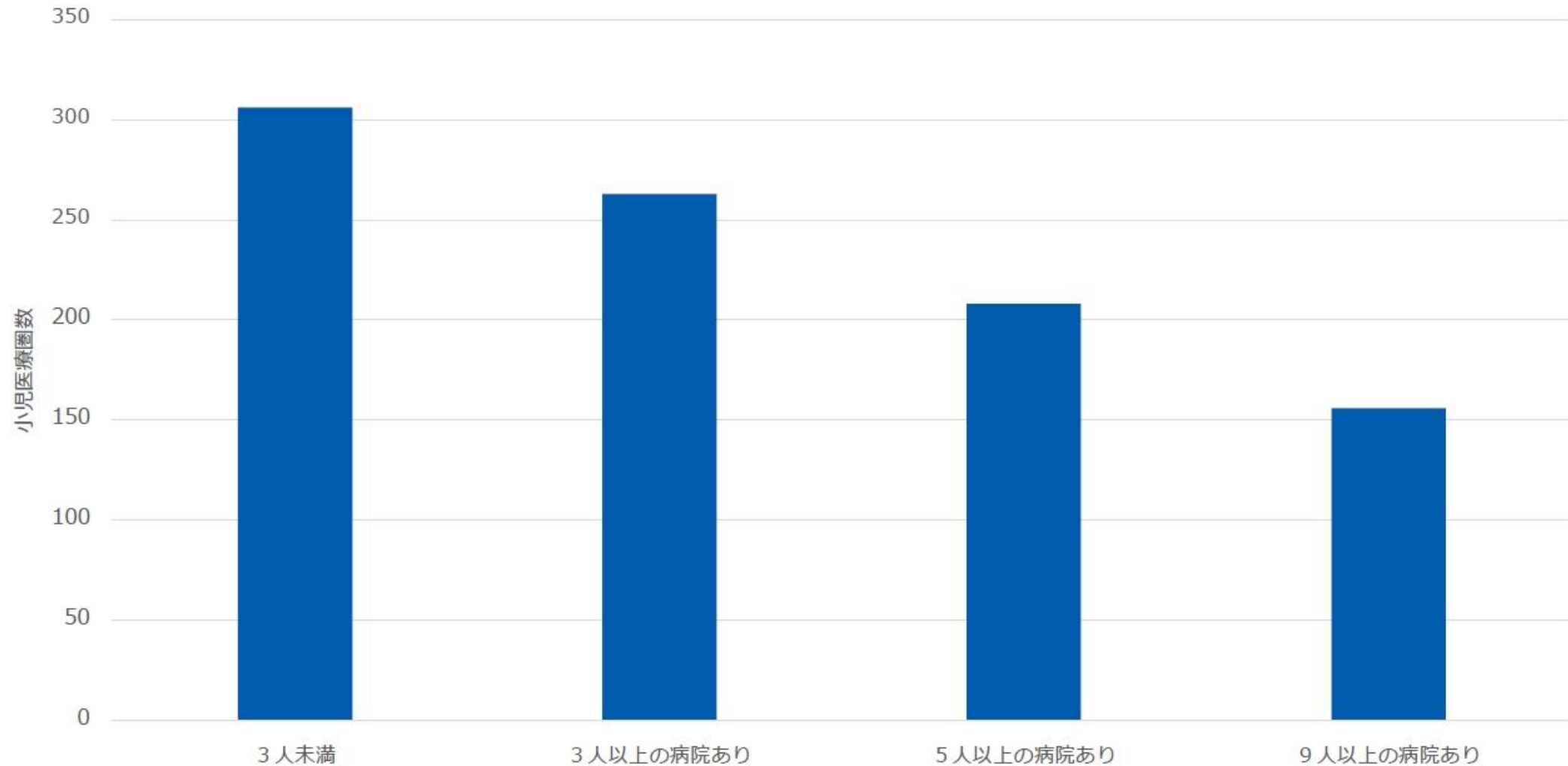
10人以上

4人以上



小児医療圏における、小児の入院実績がある病院の小児科常勤医師数

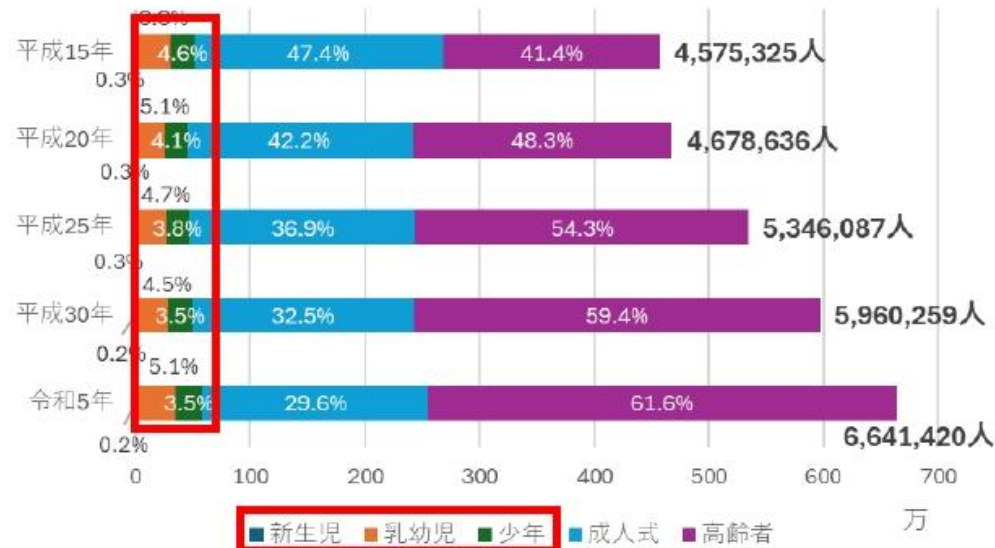
- 小児科常勤医師数が9人以上の病院（小児の入院実績あり）が配置されている小児医療圏は51%であり、3人未満の病院のみ配置されている小児医療圏が14%存在する。



小児救急医療の特徴

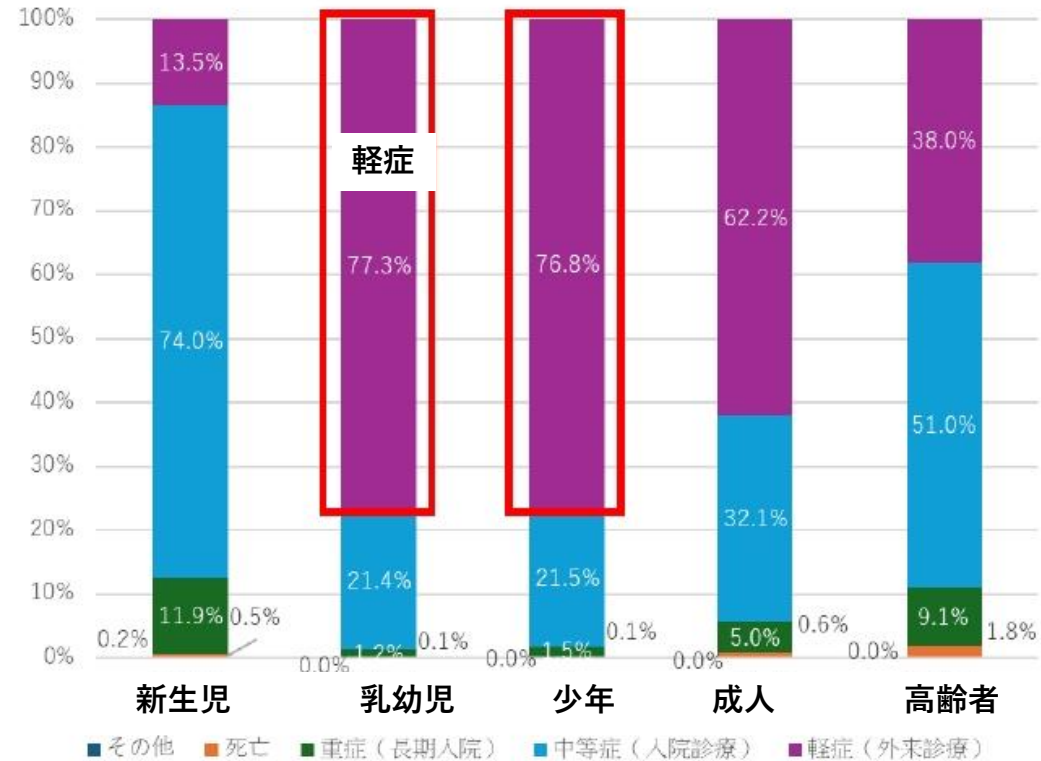
- 小児人口の減少にかかわらず小児の搬送件数は横ばいである一方で、救急搬送された成人と比較し、乳幼児・少年の多くは入院とならない。
- また、休日夜間の初期救急を受診した小児の95%以上は、高次医療機関への転送を要しておらず、小児救急においては、地域の初期救急体制の充実が重要。

年齢区分別の搬送人員と5年ごとの構成比の推移



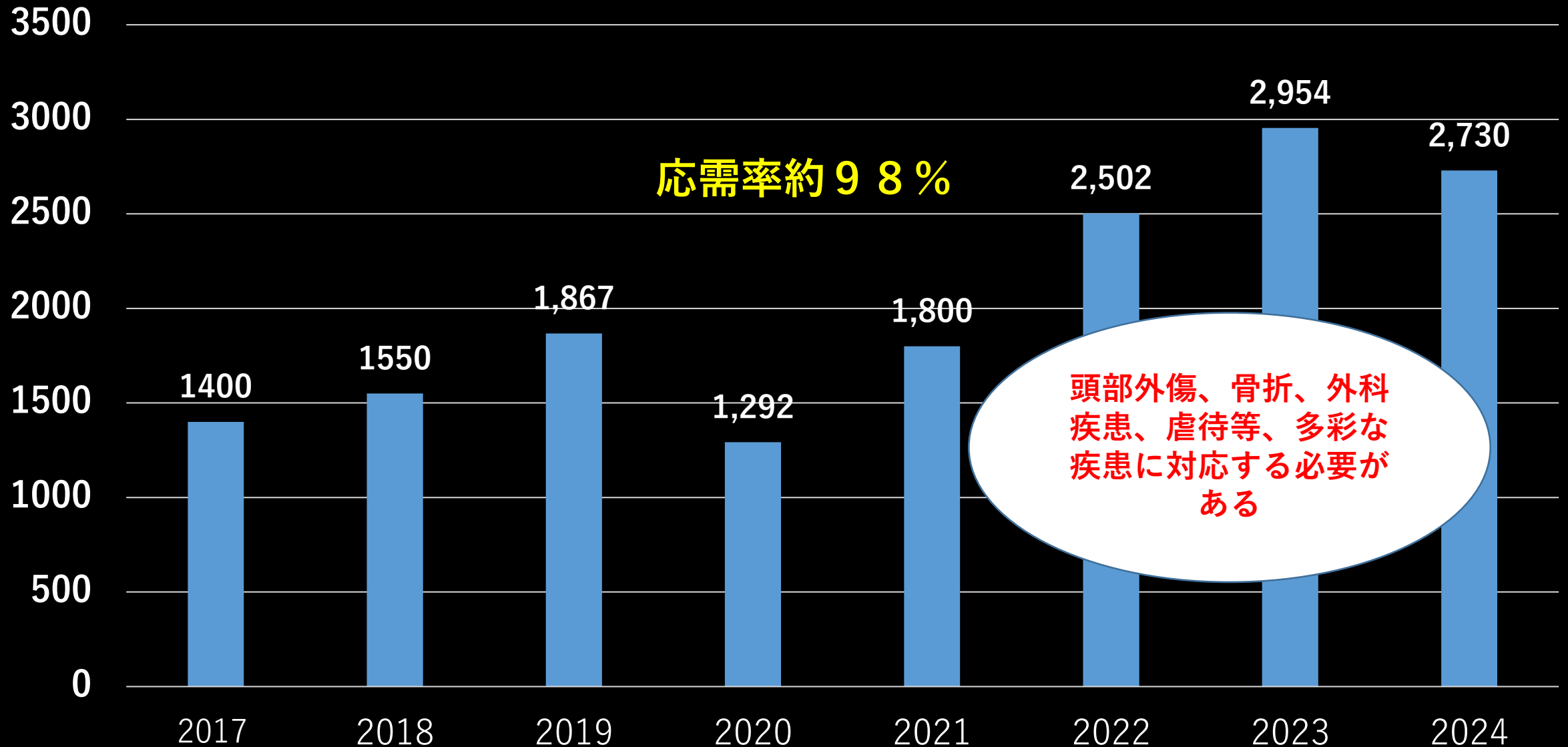
※ 新生児：生後28日未満の者
 乳幼児：生後28日以上満7歳未満の者
 少年：満7歳以上満18歳未満の者

傷病程度別の年齢区分別の搬送人員



小児初期救急センター、休日夜間急患センターを受診した小児のうち、高次医療機関へ紹介・転送となったのは、約2.1%。(医政局地域医療計画課調べ)

こども病院の救急車受入数



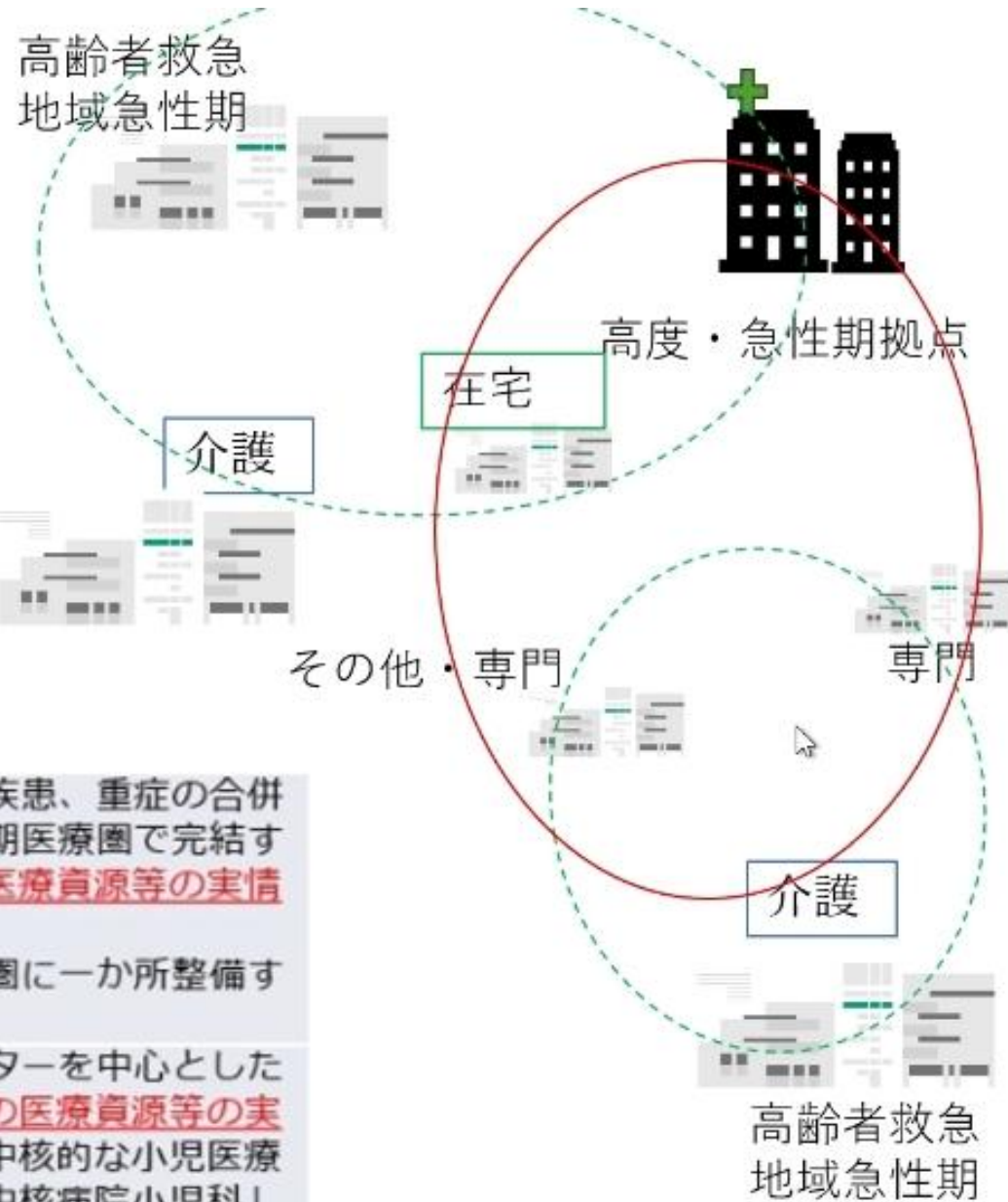
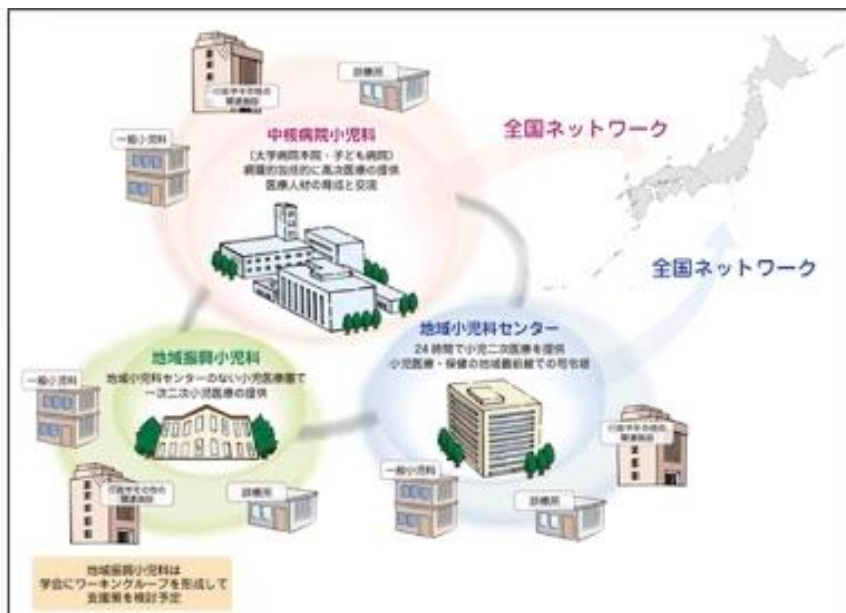
小児医療及び周産期医療（新生児医療）の提供体制等について

厚労省ワーキンググループ

2025年7月の意見

- ◆小児救急医療について・小児科では、救急受診は多いが入院するケースは多くないというデータがあったが、夜間に子供が急変することもあり、家族は本当に不安が強く、24時間相談でききる体制が必要。 # 8000や救急車の適正利用に基づく救急アプリの活用や、地元の夜間の救急体制の情報を得られるような体制を構築してほしい。・熱性けいれんで搬送され、数時間で自宅に帰れたとしても、搬送中は意識がなくけいれんを起こしているわけで、これは誰が見ても重症である。また、外傷については時間外に対応できる施設が限られ、# 8000でも誘導に困っているのが現状。小児救急については、小児の疾患の特性や、小児の外因系疾患を診療する病院等のネットワーク、連携というものも十分考慮する必要がある

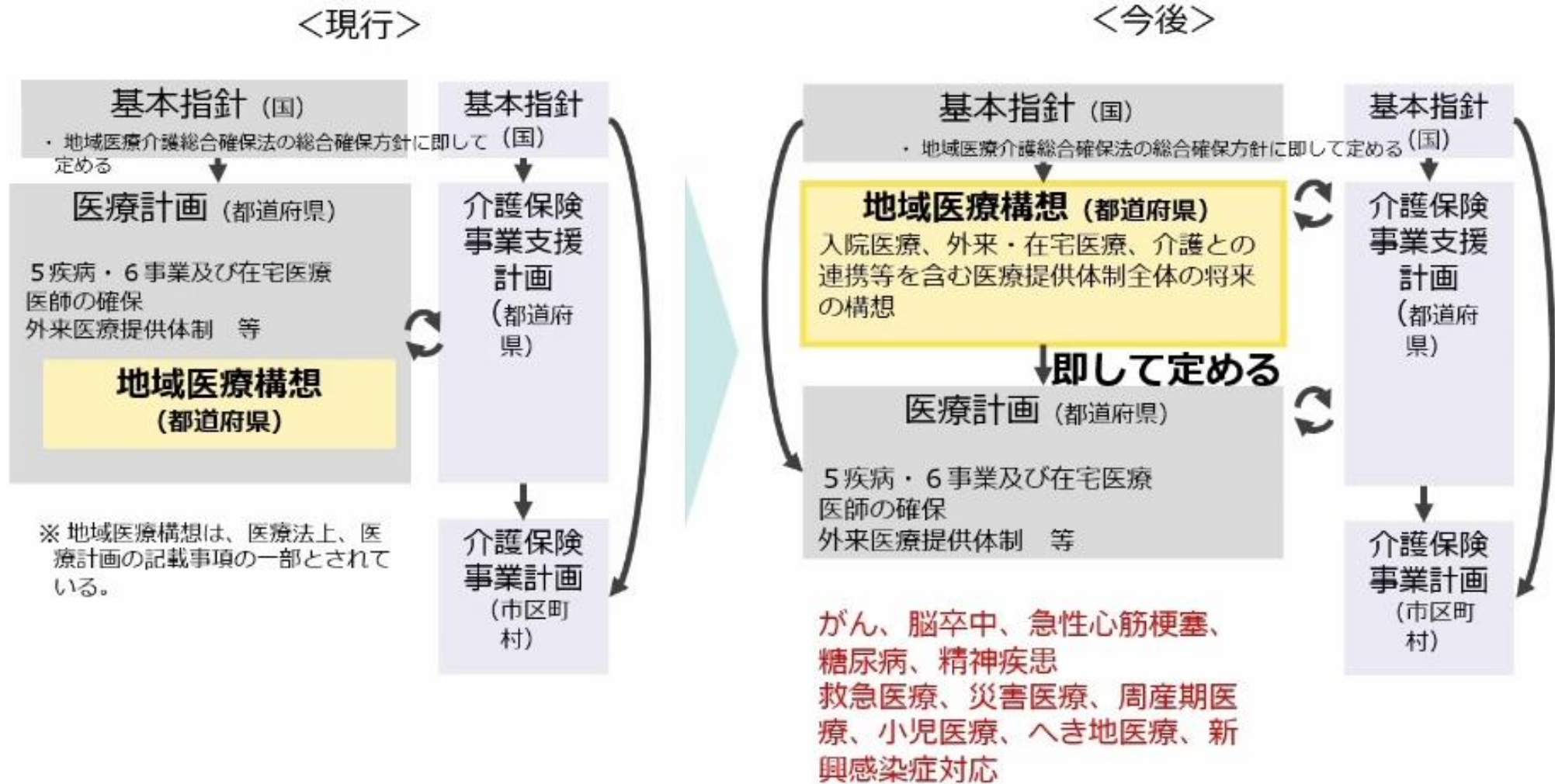
- 茨城県の小児救急体制は、8つの二次医療圏で構築されているが、一部の医療圏では医師不足のため時間帯によって他の医療圏への搬送を余儀なくされている。
- 現在、県央・県北、県南西、県南東の3つのワーキンググループで、地域の小児医療について話し合う機会を設けている。
- 今後の医師充足状況、小児人口動態をみて、医療圏の在り方や小児医療の提供方法について議論していく予定である。



5 疾病・6 事業における圏域等の考え方

<p>周産期医療</p>	<p>周産期医療圏の設定に当たっては、重症例（重症の産科疾患、重症の合併症妊娠、胎児異常症例等）を除く産科症例の診療が周産期医療圏で完結することを目安に、<u>従来の二次医療圏にこだわらず地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定</u>する。</p> <p>総合周産期母子医療センターは、原則として、三次医療圏に一か所整備すること。</p>
<p>小児医療</p>	<p>小児医療圏を設定するに当たっては、小児地域医療センターを中心とした診療状況を勘案し、<u>従来の二次医療圏にこだわらず地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定</u>する。（*三次医療圏において中核的な小児医療を実施する機能【小児中核病院】（日本小児科学会の「中核病院小児科」に相当するもの）を確保）</p>

新たな地域医療構想と医療計画の関係の整理



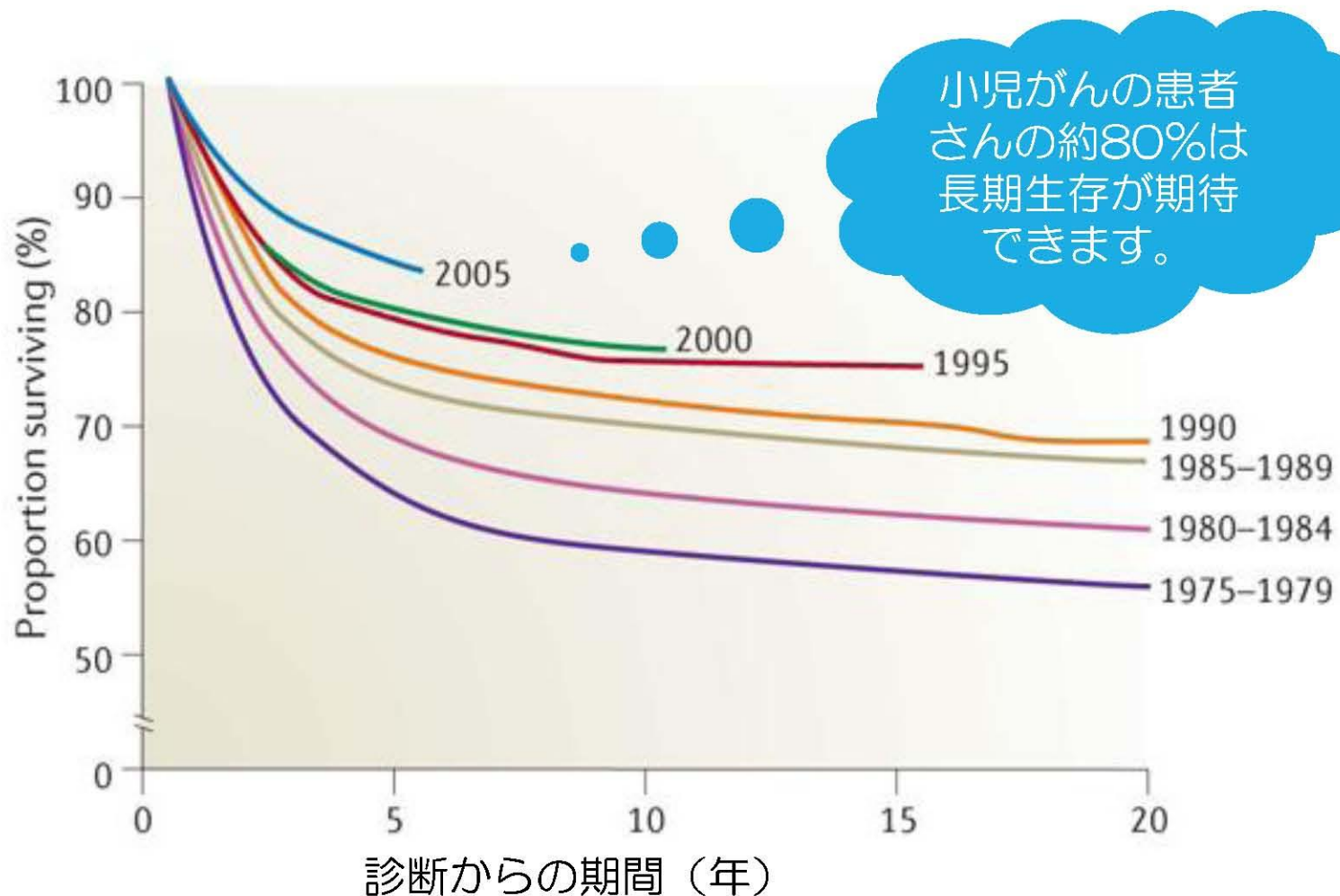
小児専門診療について

当院における主な医療

- 新生児医療（新生児科） 年間300-350人の入院
常勤医師10名程度
- 心臓病（小児循環器科、心臓血管外科）
小児循環器科医 4名 心臓血管外科 2名
- 小児がん、白血病など血液疾患（血液腫瘍科）
小児血液腫瘍科医師 4-5名
- てんかん、発達障害、脳炎脳症（神経精神発達科）
小児神経科医 4名
- 感染症（1名）、内分泌疾患（2名）、腎臓病（非常勤1名）、
消化器病（2名）、アレルギー（非常勤3名）、救急医療（常
勤医数名+専攻医）、虐待（総合診療科）
- 小児外科・小児泌尿器科（7名）
- 小児脳神経外科（1名）
- 小児整形外科（1名）、小児形成外科（非常勤1名）
- 成育・在宅支援、医療的ケア児支援、虐待対応

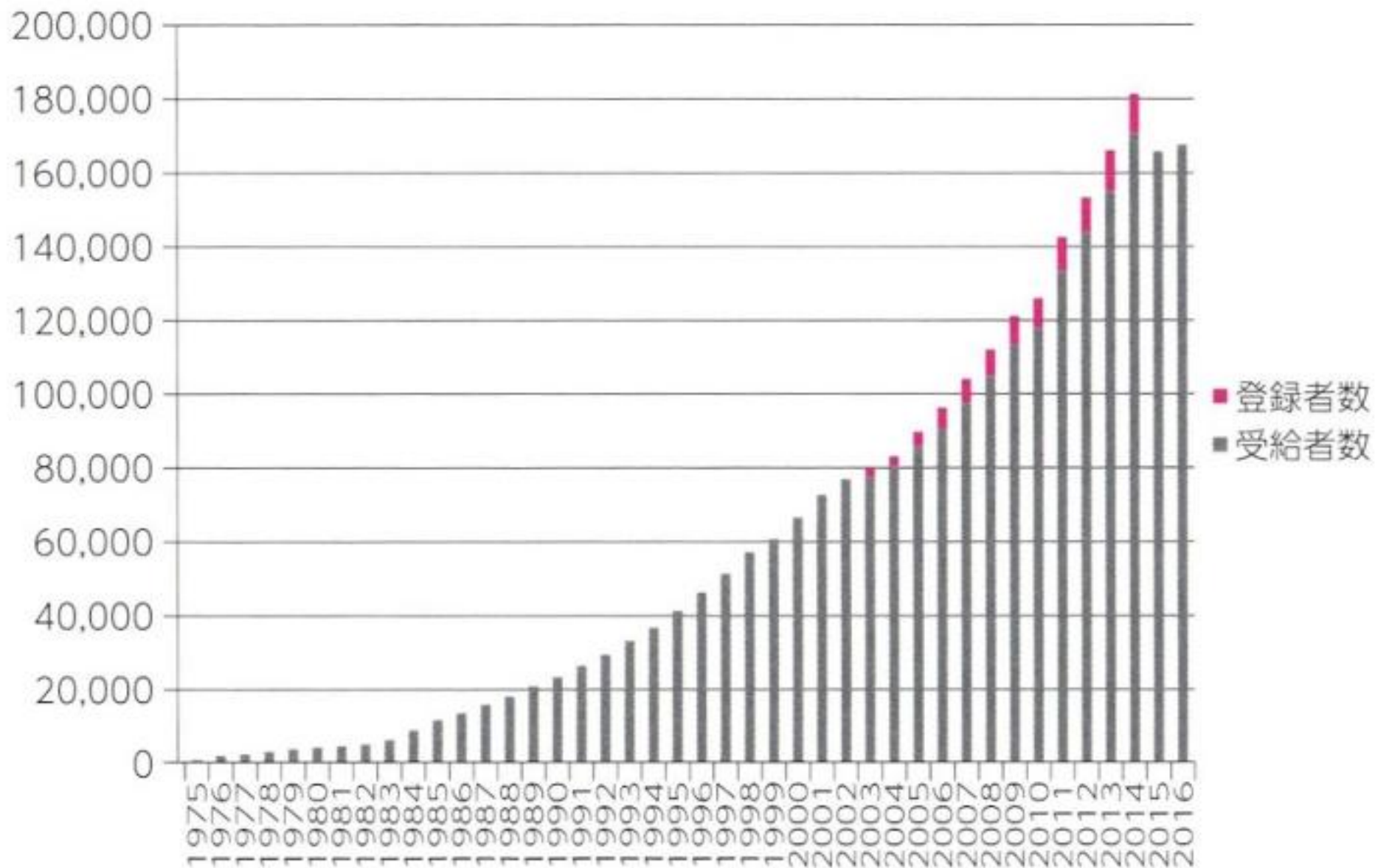
年代別小児がんの治療成績

b

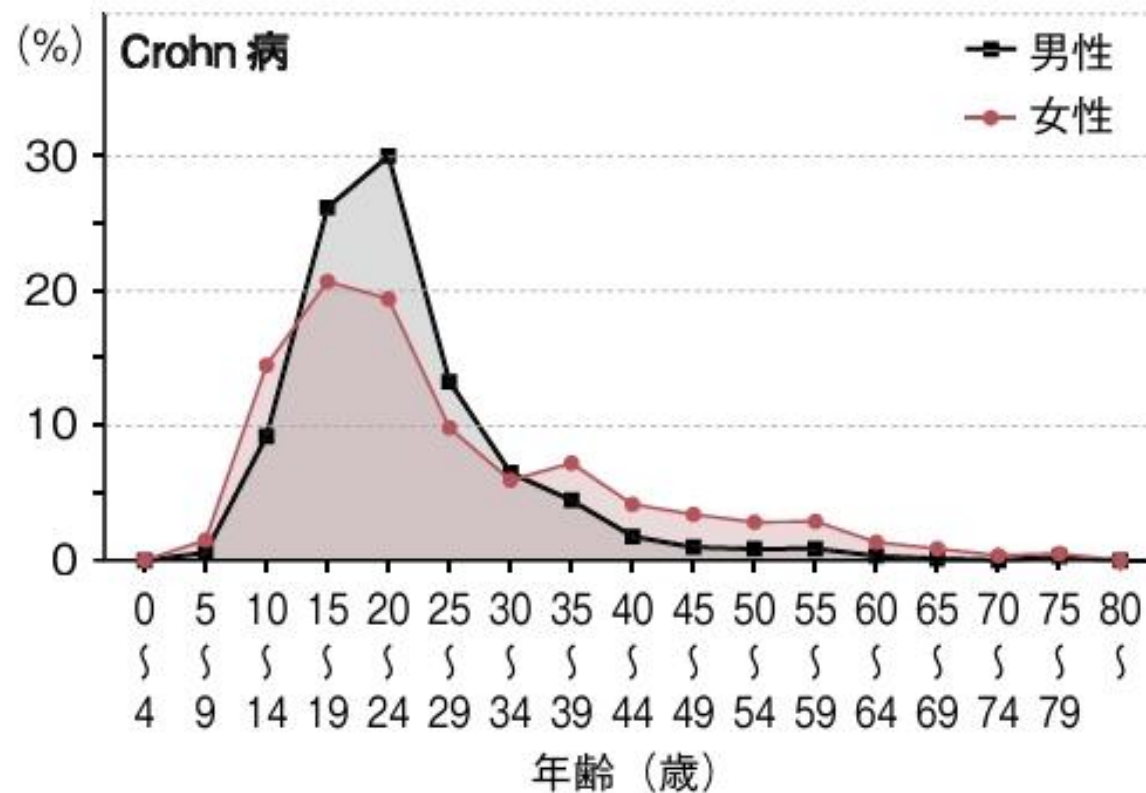
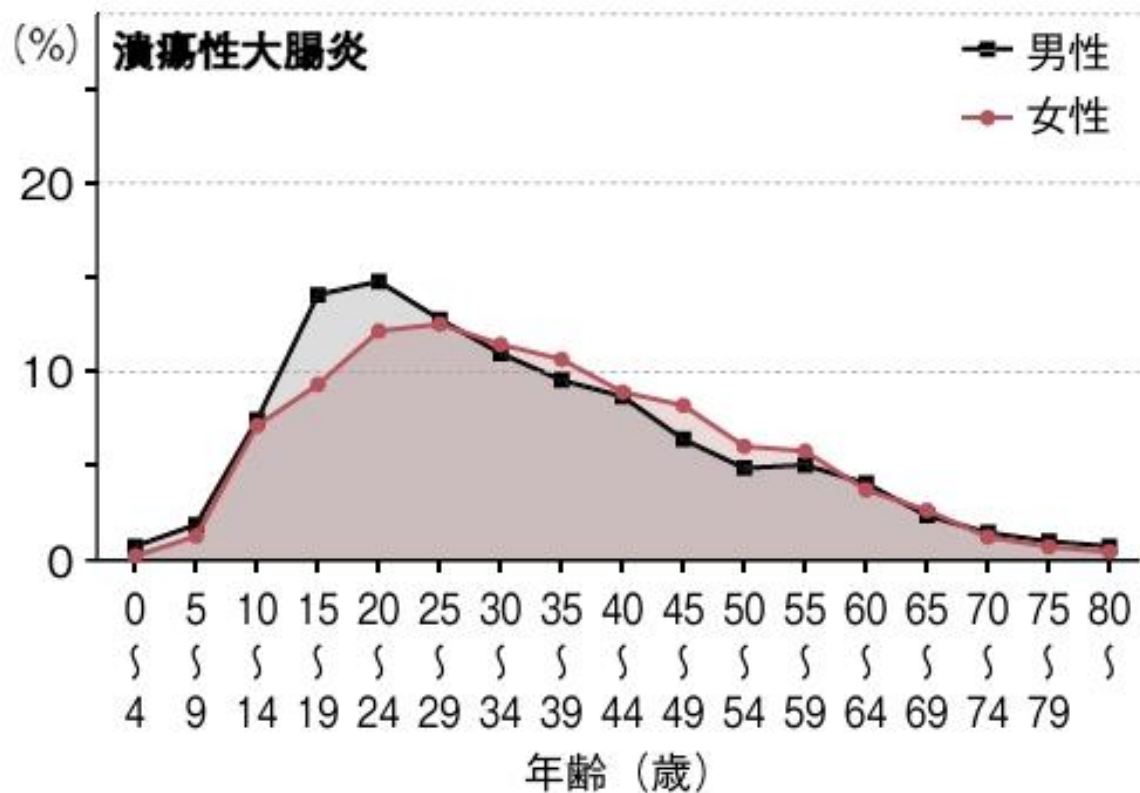


茨城県立友部東特別支援学校 訪問学級





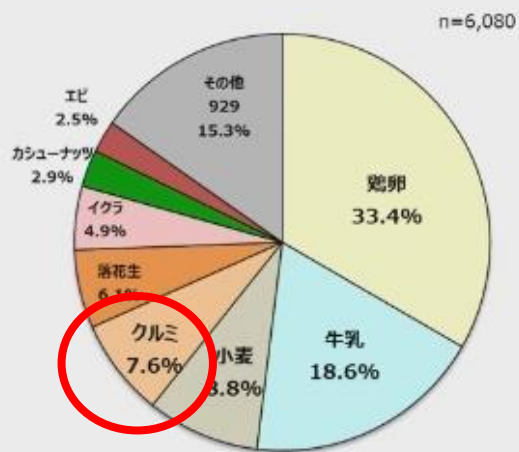
わが国での潰瘍性大腸炎医療受給者証交付件数の推移



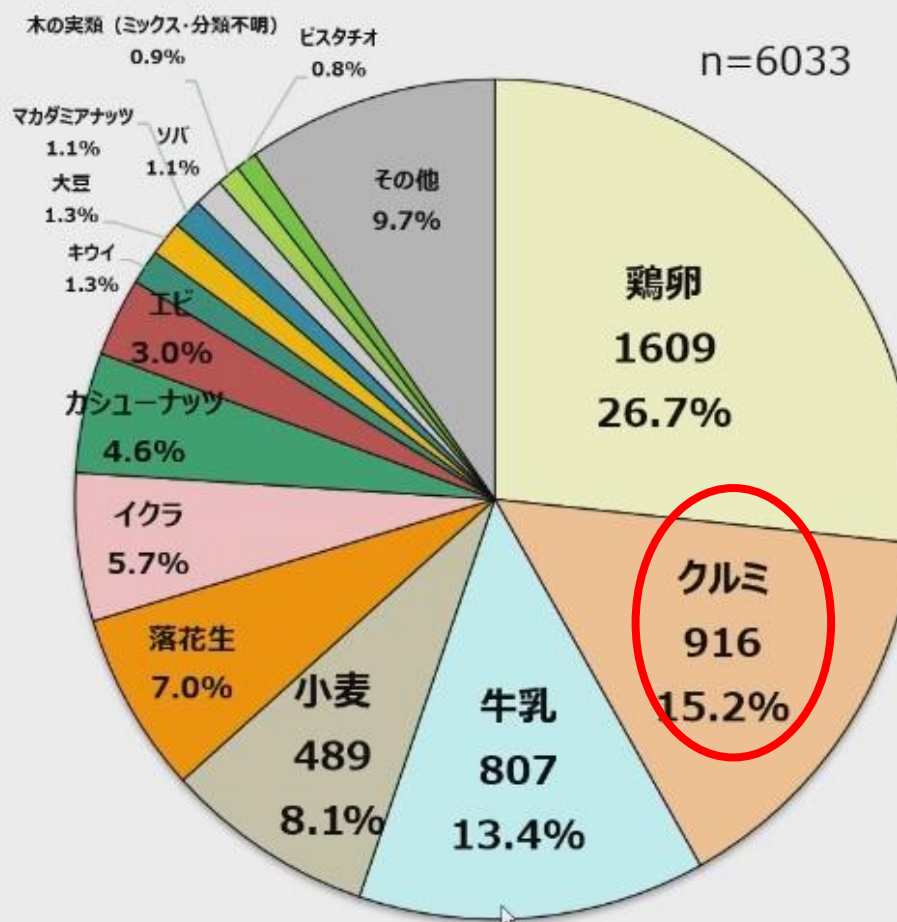
わが国の IBD の推定発症年齢

即時型食物アレルギーの原因食物（品目別）

【2020年調査】



【2023年調査】



小児専門医療について

- 小児医療分野は、成人と同様に高度専門化している。
- 各分野に小児の専門医がいて、主に中核病院で総合的に診療している。
- 多くの専門医が連携しないと診療できない複雑な疾病患者が少なくない。
- 小児では、遺伝子治療も急速に進歩しており治療薬も数億のものも出現し、県内では対応できないものもある。

小児医療を取り巻く課題と小児科医の役割

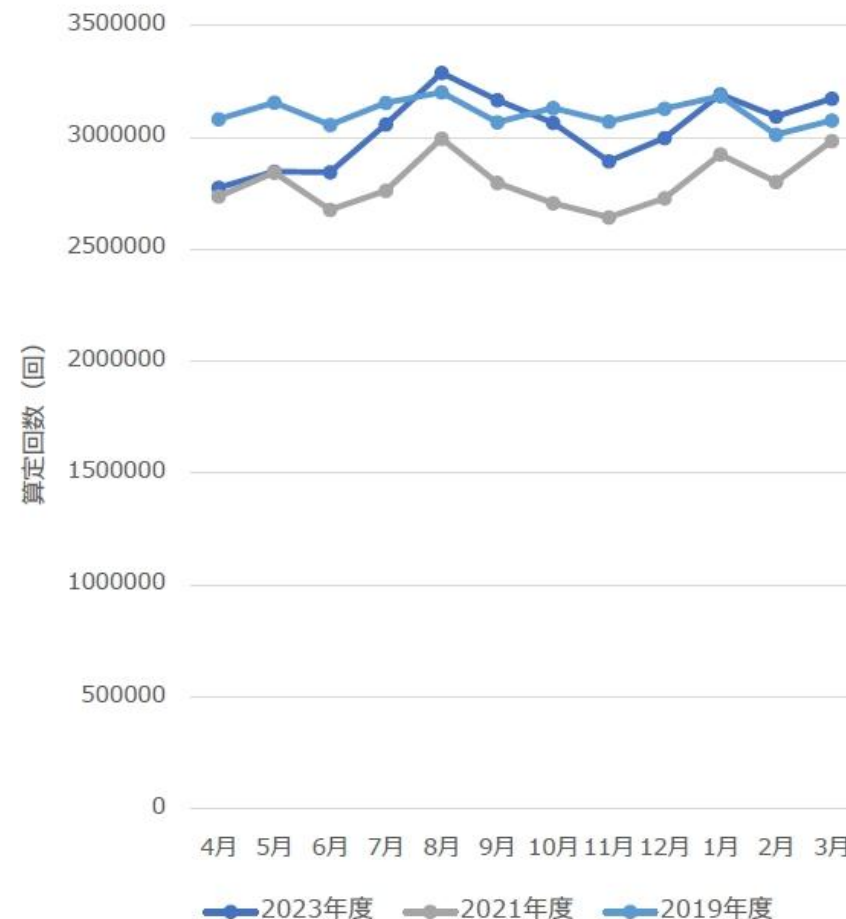
小児入院患者数の年別・月別推移

○ 小児入院患者数は、年度毎・月毎の変動が大きく、感染症の流行等の影響を受けやすいと考えられる。

小児入院医療管理料の算定回数



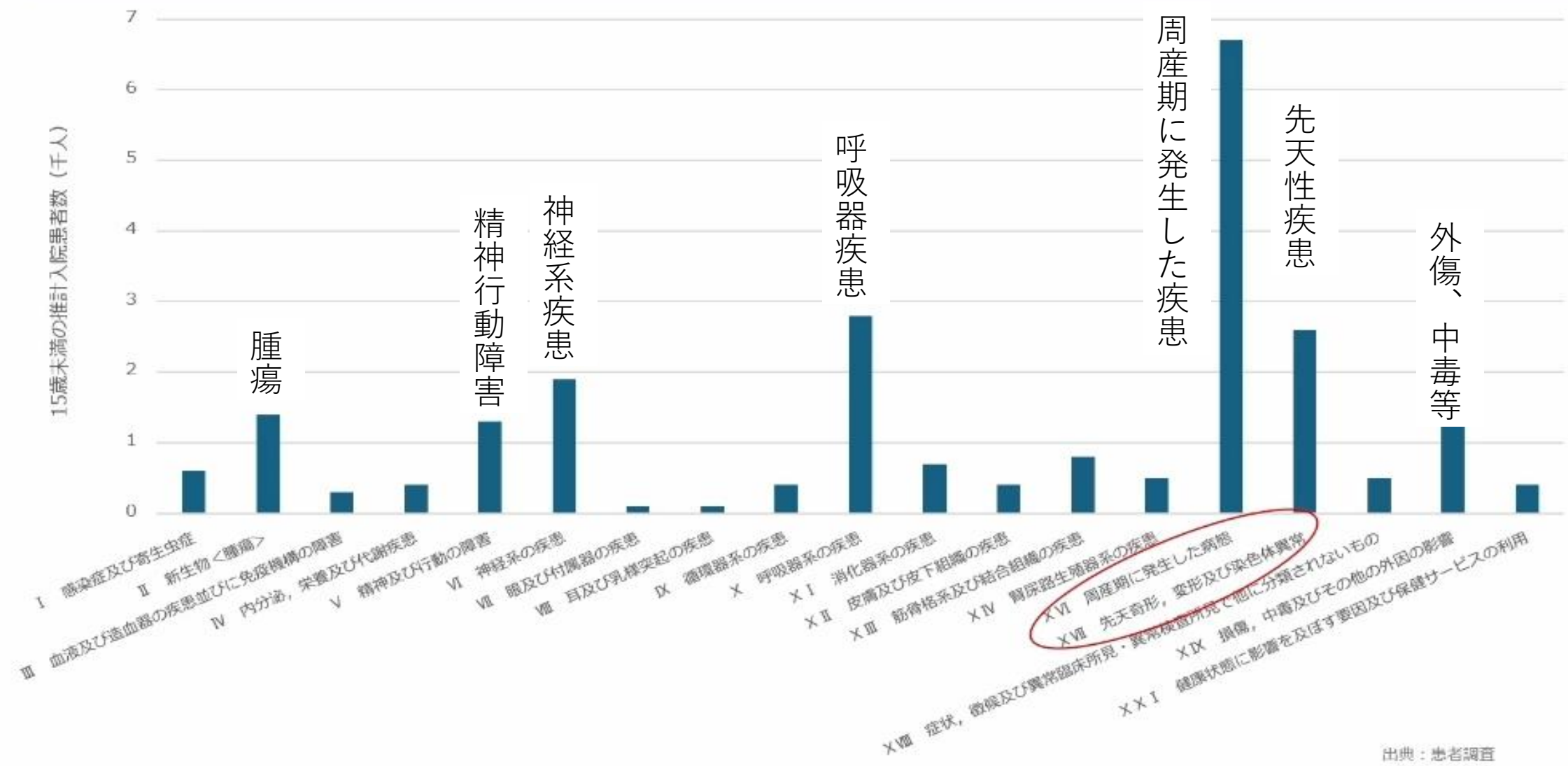
(参考) 急性期一般入院料の算定回数



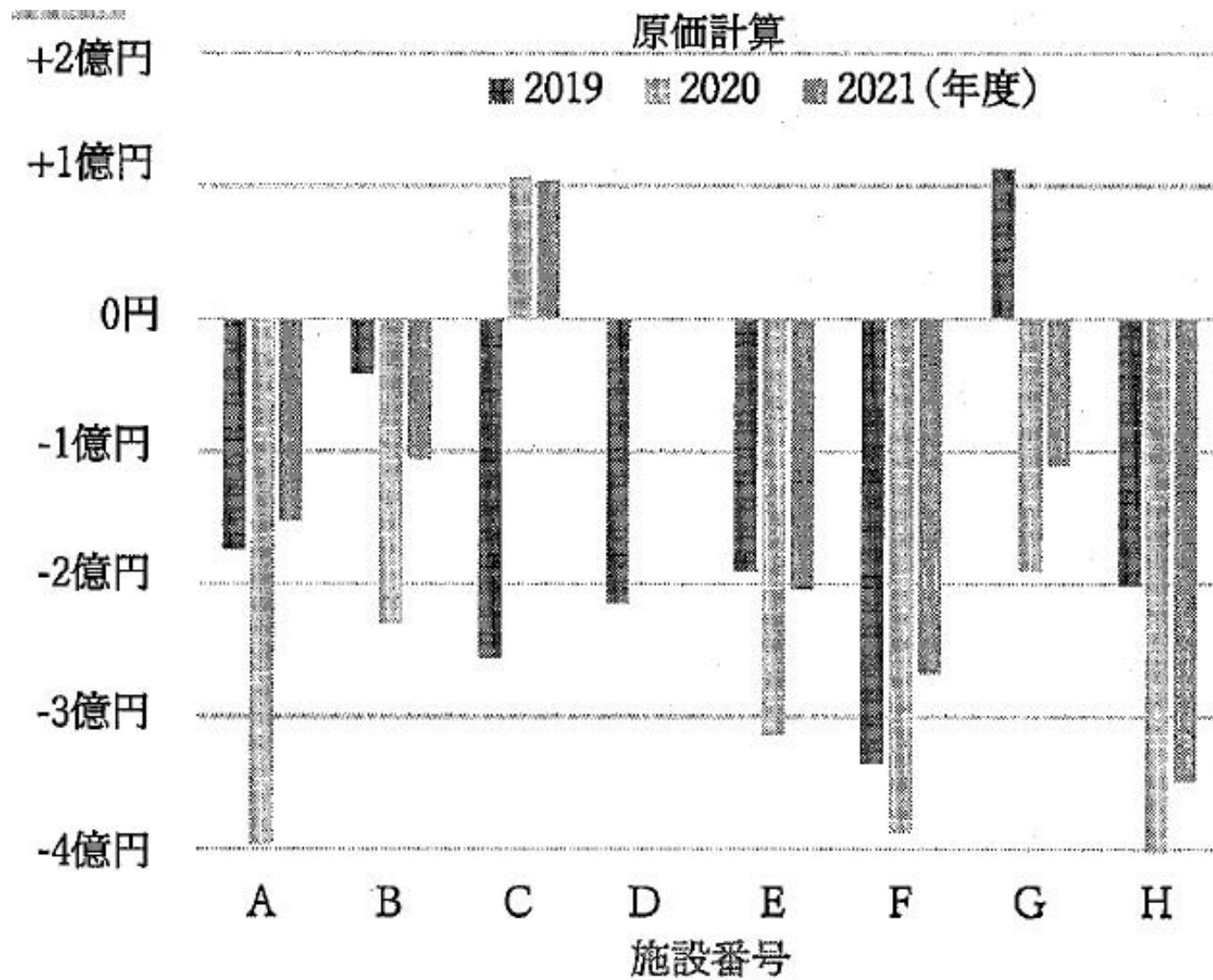
出典：第6、8、10回NDBオープンデータ

傷病分類別 小児推計入院患者数 (2023年)

○ 小児入院医療においては、感染症や臓器別疾患に加え、新生児疾患や先天性疾患など、幅広い専門性が求められる。

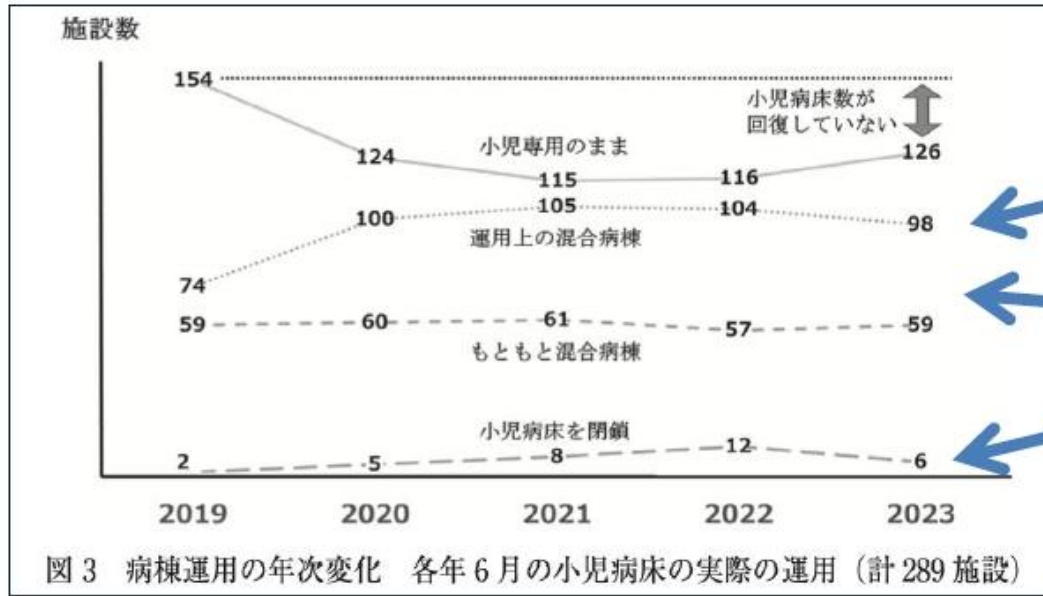


神奈川県 6 病院の小児科部門の原価計算



伊藤秀一 他
日児誌 2026:130:31-40

COVID-19の流行を機に病棟を縮小 現状復帰していない



日誌128(12), 2024 : 1576-1584 より作図

小児専用病床の減少

混合病棟が増加したまま

小児病床の閉鎖

図3 病棟運用の年次変化 各年6月の小児病床の実際の運用 (計289施設)



図14 夜間・休日における小児救急外来受診者数 (中央値)



図15 小児救急車応需数 (中央値)

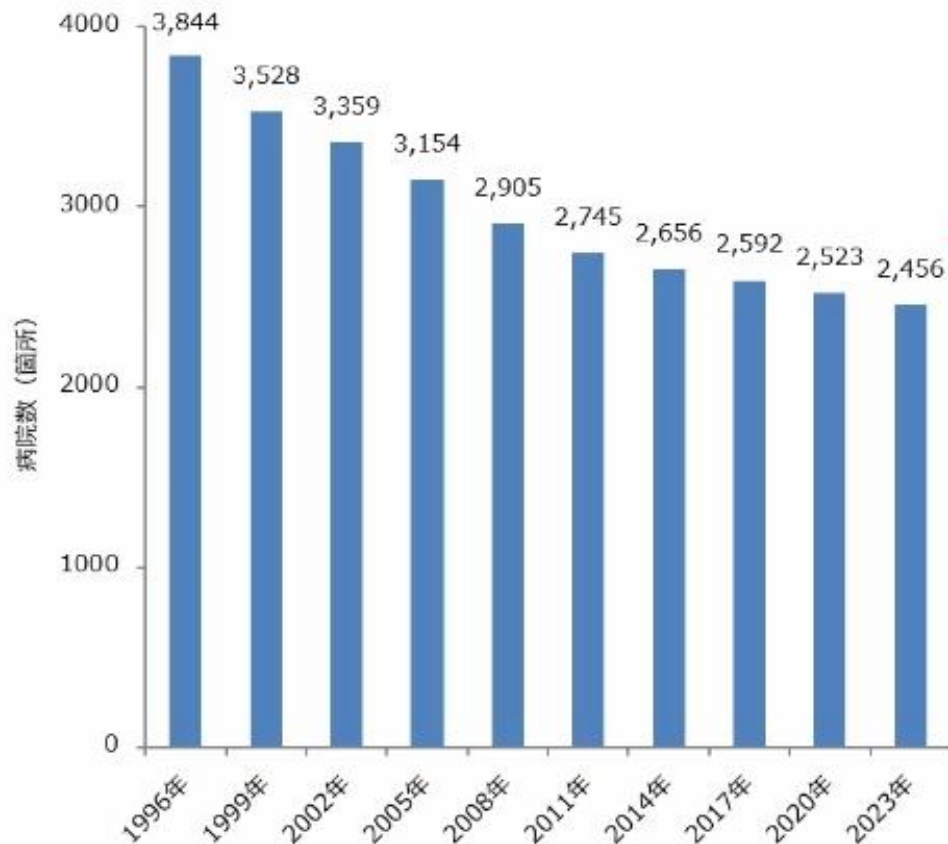
● 小児病床は減少したが、時間外受診や救急車要請は増えている

「第2回 小児医療及び周産期医療の提供体制等に関するワーキンググループ」より

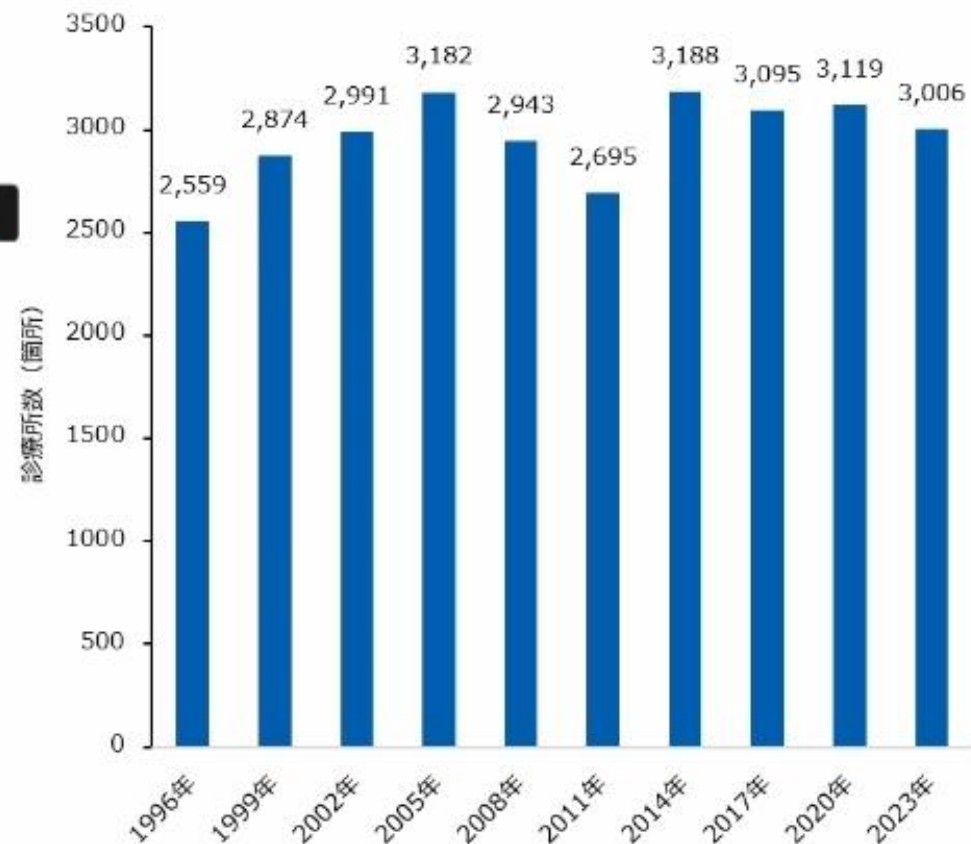
小児科を標ぼうする病院数と主たる診療科が小児科の診療所数の推移

- 小児科を標ぼうする病院数は減少している。一方、主たる診療科が小児科の診療所数は横ばいである。

病院数

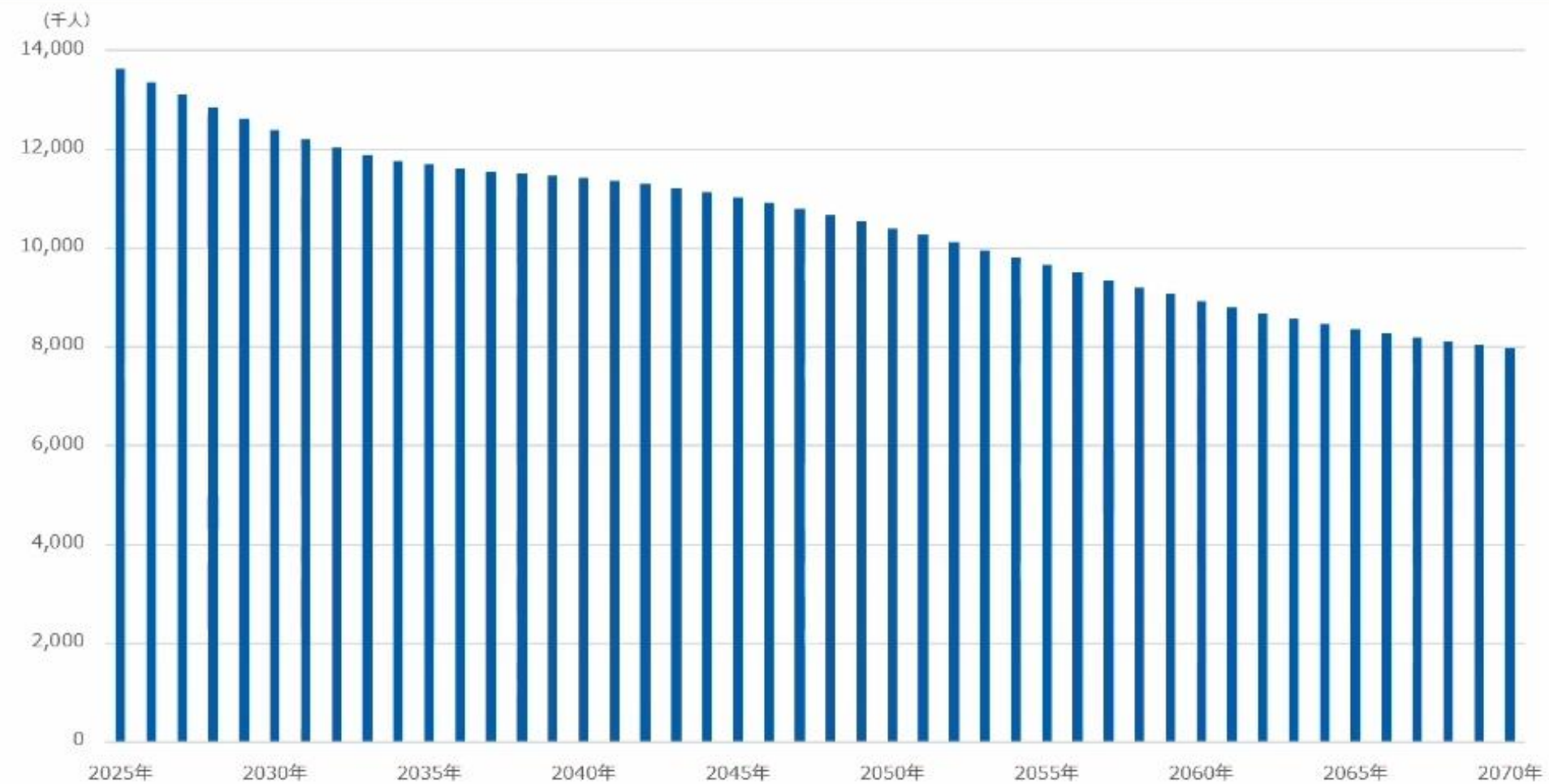


主たる診療科が小児科の診療所数



15歳未満人口の見通し

○ 15歳未満の人口は2025年以降も減少し続ける見通しであり、2040年には約1,140万人となり、この先の15年間で2割程度減少することが見込まれている。



出典)「日本の将来推計人口(2023年推計)」(国立社会保障・人口問題研究所)

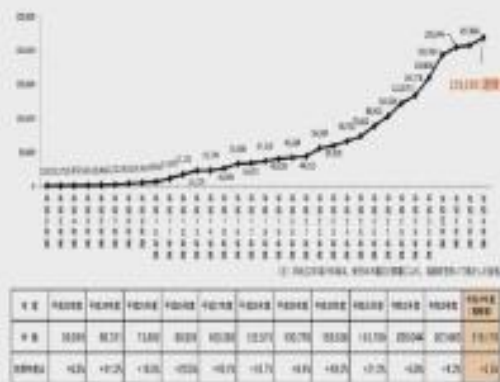
- 小児科診療は、少子化、ワクチンの普及などにより入院患者は減少している。
- 感染症の流行などにより、病床稼働率には波があり、多くの病院の小児科は赤字部門である。
- 小児科を標榜する病院は減少傾向にあるが、感染症流行時にはベッドが必要となるため安易に小児科病床を減らせない。

小児医療を取り巻く課題

少子高齢化の進行



児童虐待件数の増加



小・中・高生の自殺件数の増加



Common disease
小児患者の減少

超低出生体重児と医療ケア児の増加

小児慢性疾患、難病のキャリアの増加

疾患構造の変化

生まれた子どもを失わない、心身ともに
健やかな成長を支援する必要性

健康管理・予防医学

1か月、5歳児健診の
健康診査支援事業化

拡大新生児マス
スクリーニング

Teensの個別化健診
メンタルヘルスケア

難病・がんの治療法の開発

医療ケア児、難病のキャリアの支援の必要性

小児科独自の医療スキル

益々高まる小児科医のニーズ

小児医療を取り巻く課題

1. 少子化,common diseaseの減少
2. 医療的ケア児の増加→移行期支援の必要性
3. 小児虐待の増加
4. 小中高生の自殺の増加
5. 発達障害、精神行動障害患者の増加
6. 慢性疾患、難病キャリアの増加→支援
7. 乳幼児健診、学校健診への積極的関与の必要性

疾患構造の変化

メンタルヘルスケア
の
重要性

小児科医の役割が広範に
なっている

児童相談所における児童虐待相談対応件数とその推移

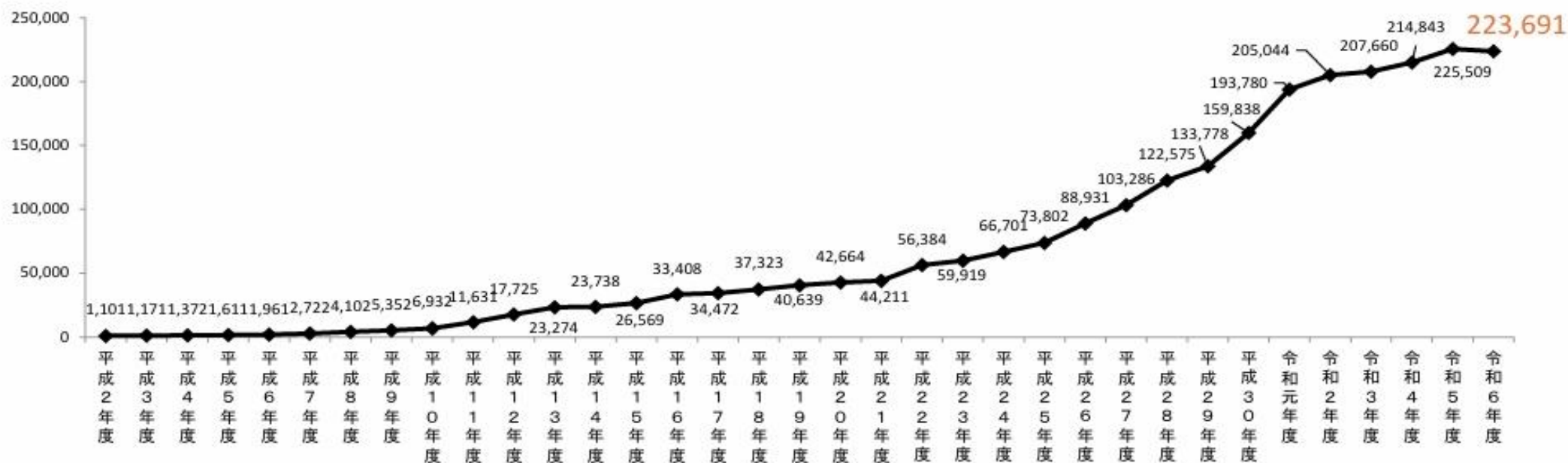
○全国236か所の児童相談所における令和6年度の児童虐待相談対応件数は 223,691件。

※ 対前年度比▲0.8%(1,818件の減少)(令和5年度:対前年度比+5.0%(10,666件の増加))

※ 児童相談所における児童虐待相談対応件数とは、児童相談所が相談を受け、援助方針会議等の結果、児童虐待と判断して指導や措置等を行った件数。

【主な傾向】

- 心理的虐待に係る対応件数が依然として最も多く、全体の6割近くを占めている。(令和5年度:134,948件(59.8%)→令和6年度:133,024件(59.5%))
- 相談経路は警察等からが最も多く、全体の半数以上を占めている。(令和5年度:116,649件(51.7%)→令和6年度:115,644件(51.7%))
- また、近隣・知人からの通告等による対応件数は減少(令和5年度:22,112件→令和6年度:19,841件(▲2,271件))している一方、学校からの通告等による対応件数は増加(令和5年度:16,583件→令和6年度:17,924件(+1,341件))している。



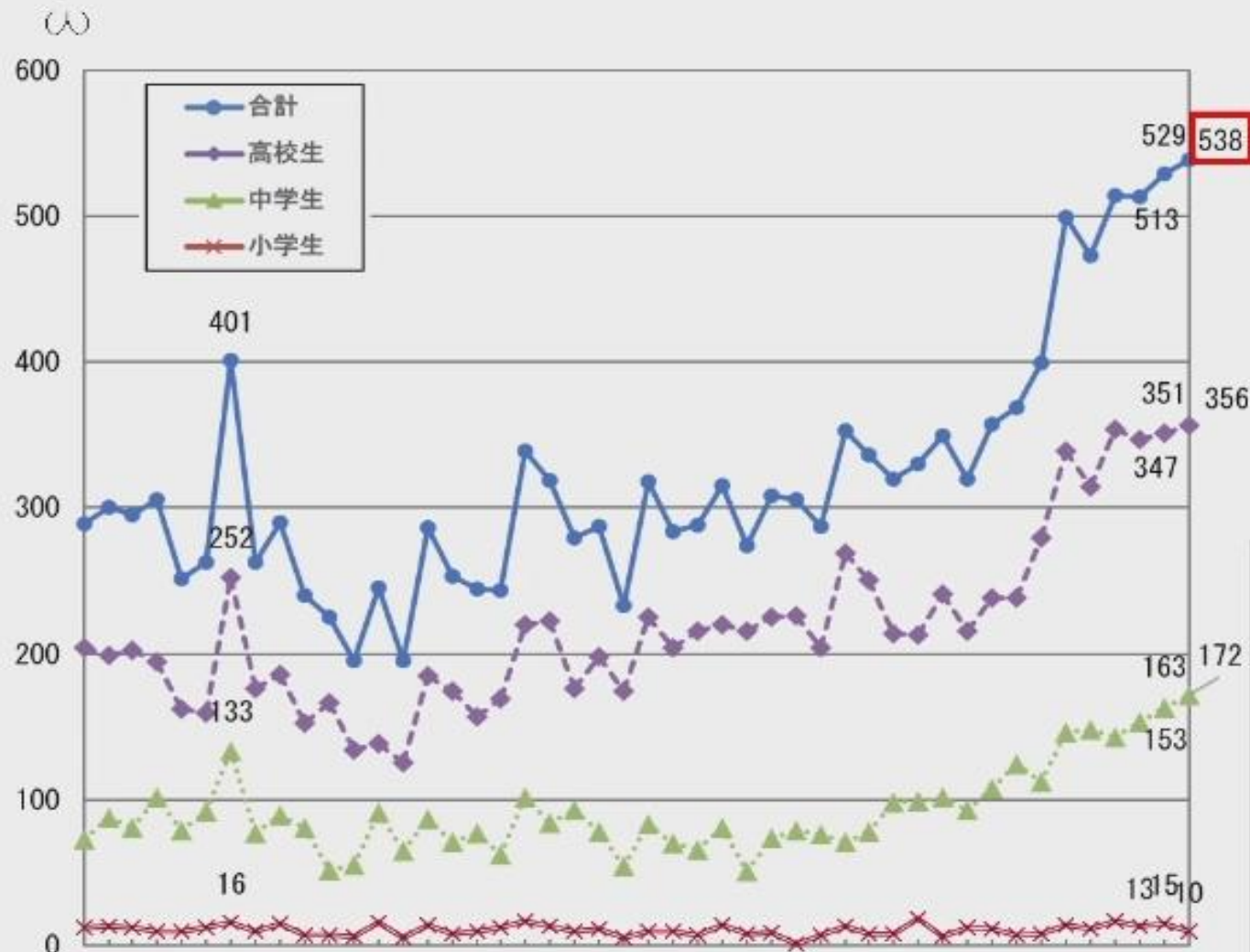
(注) 平成22年度の件数は、東日本大震災の影響により、福島県を除いて集計した数値。

平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度	令和6年度
73,802	88,931	103,286	122,575	133,778	159,838	193,780	205,044	207,660	214,843	225,509	223,691
+10.6%	+20.5%	+16.1%	+18.7%	+9.1%	+19.5%	+21.2%	+5.8%	+1.3%	+3.5%	+5.0%	-0.8%

【令和7年（確定値）】小中高生の自殺者数年次推移

令和8年3月27日現在

○小中高生の自殺者数は、近年増加傾向が続き、令和7年（確定値）では538人と、統計のある1980（昭和55）年以降で最多となっている。



【令和6年、令和7年】
小中高生の自殺者数年次比較

	令和6年	令和7年	対前年増減数 (R7-R6)
合計	529人	538人	9
小学生	15人	10人	-5
中学生	163人	172人	9
高校生	351人	356人	5

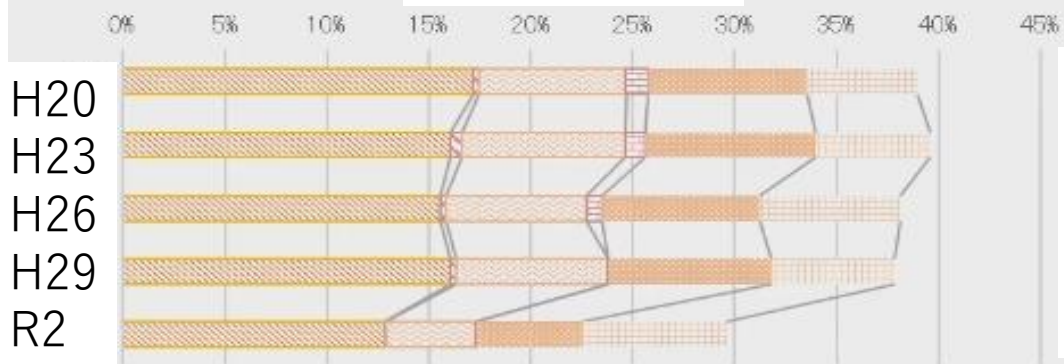
資料：警察庁自殺統計原票データより厚生労働省自殺対策推進室作成

0～14歳における推計患者数※1の疾病大分類ごとの割合※2の推移(外来)

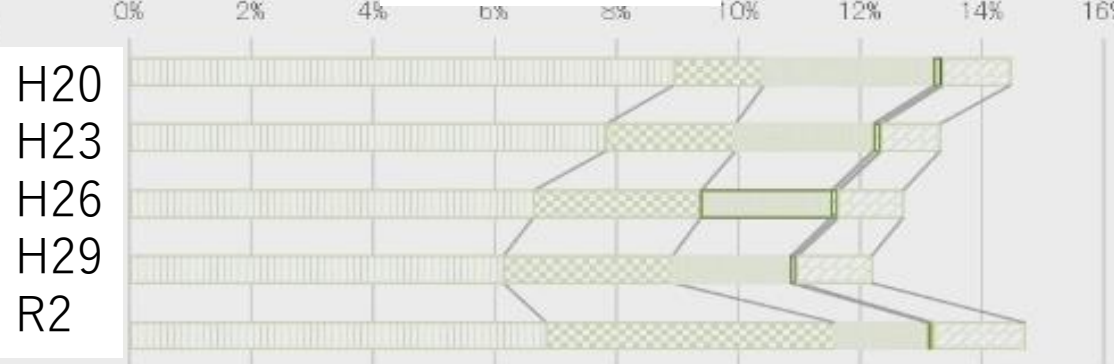
○ 精神及び行動の障害において、知的障害を含むその他の精神及び行動の障害が増加している。

中医協 総-2
5. 8. 2

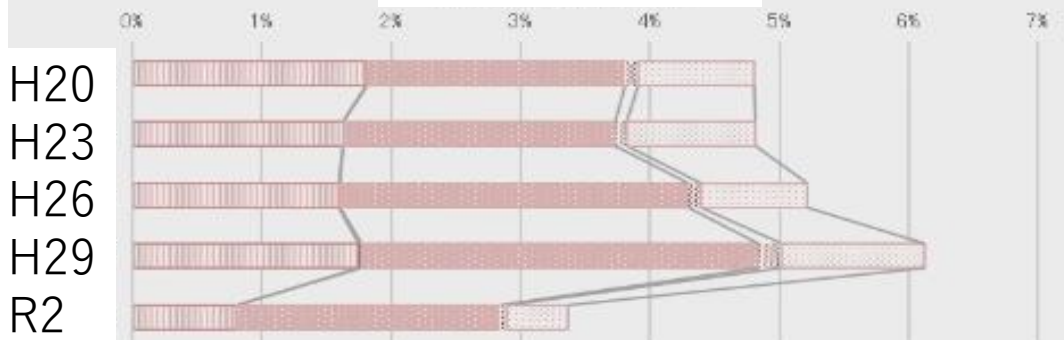
呼吸器系の疾患



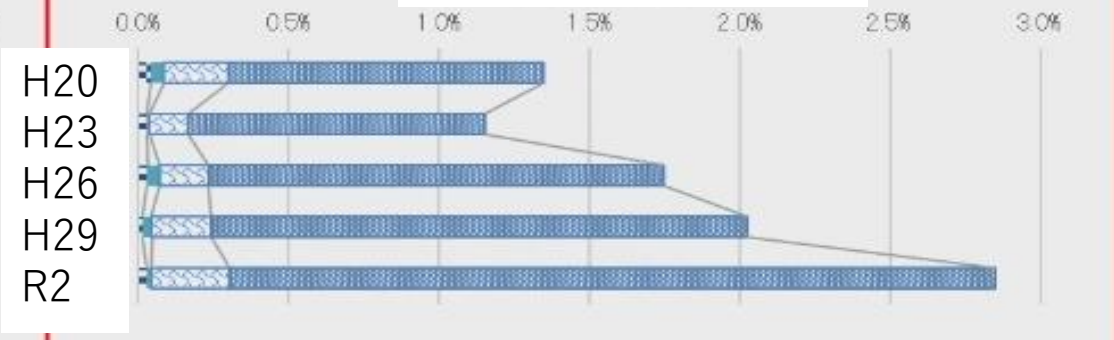
消化器系の疾患



感染症及び寄生虫



精神および行動の障害



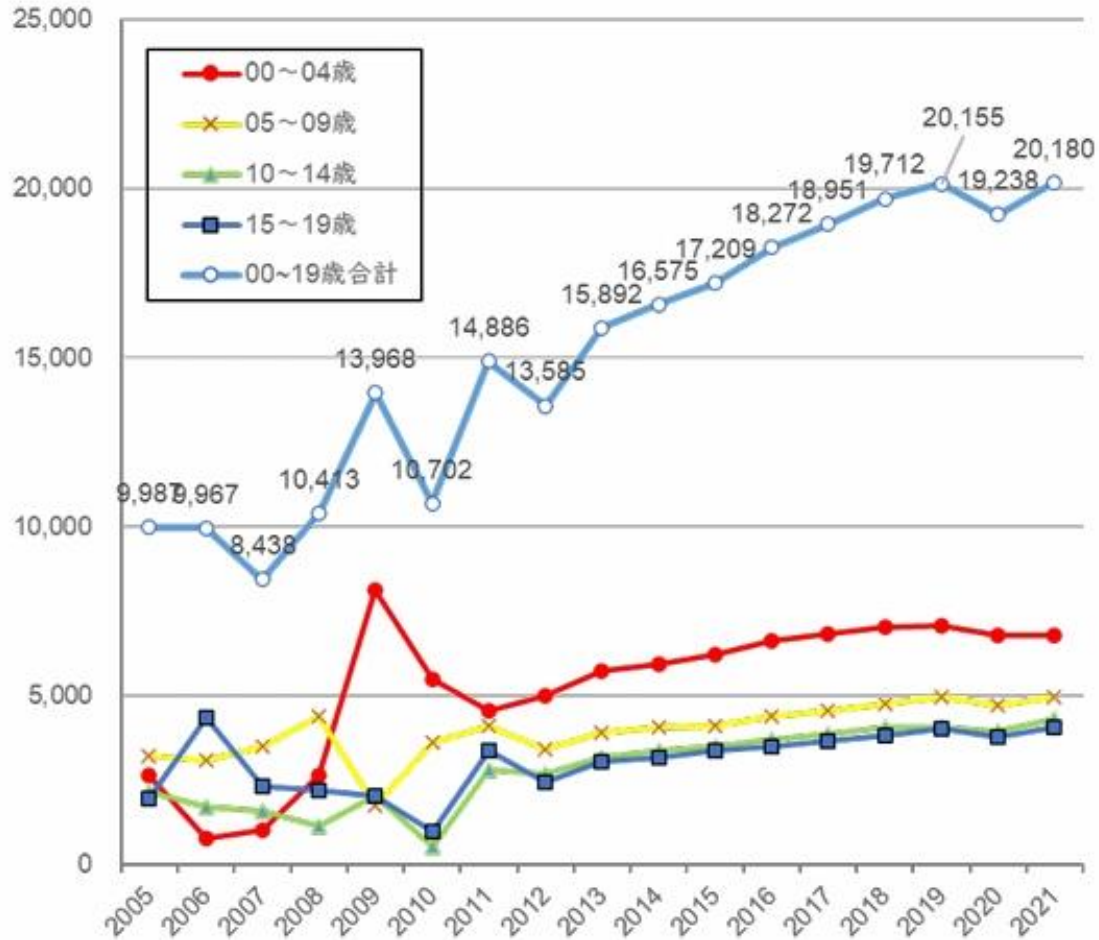
出典: 患者調査(調査月: 10月)

※1 調査日当日に、病院、一般診療所、歯科診療所で受療した患者の推計数である。
 ※2 推計外来患者の総数に対する割合

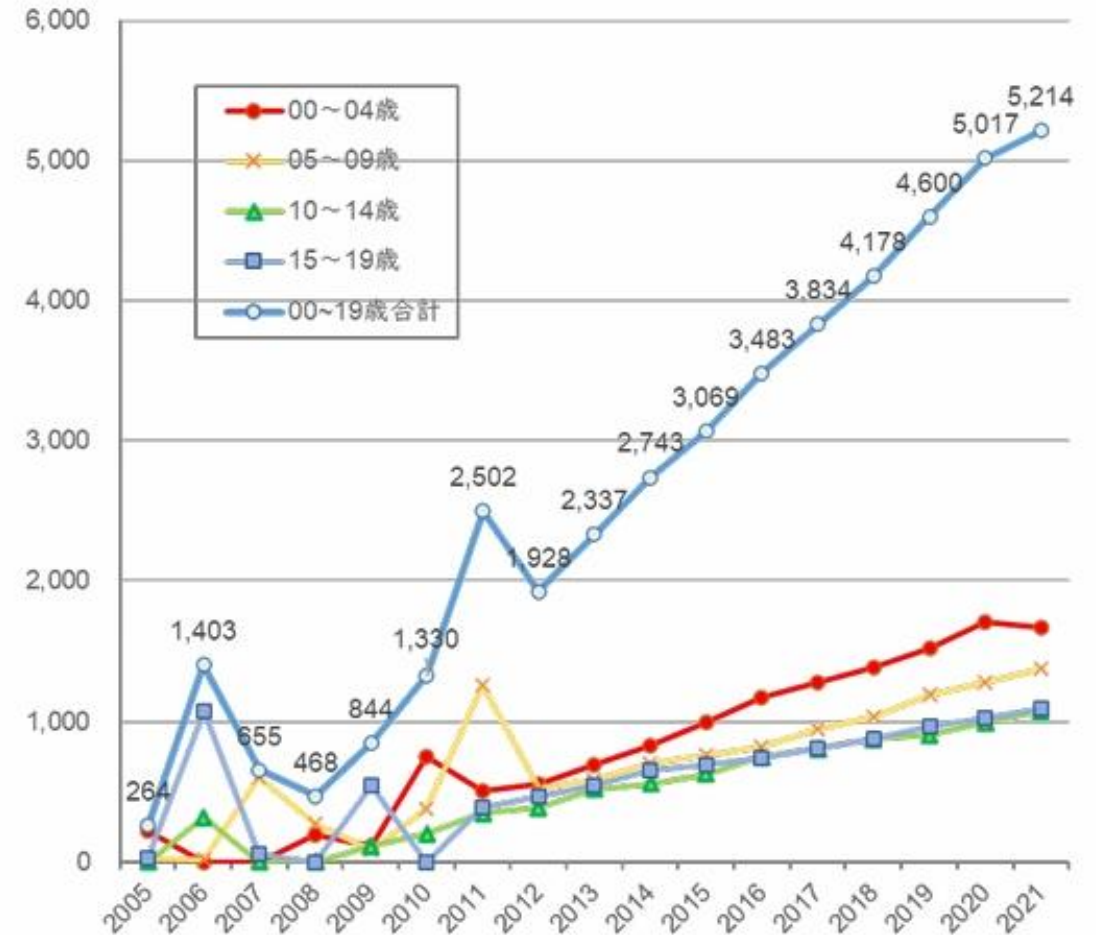
特別支援学校等における児童生徒の増加状況

	平成26年	令和6年	
義務教育 全児童数	1,019万	927万	0.9倍
特別支援教育	34万	68万	2倍
特別支援学校	6.9万	8.7万	1.3倍
特別支援学級	18.7万	39.5万	2.1倍
通常の学級（通級による指導）	8.4万	19.6万	2.3倍

②年齢階級別の医療的ケア児数の年次推移<推計値>

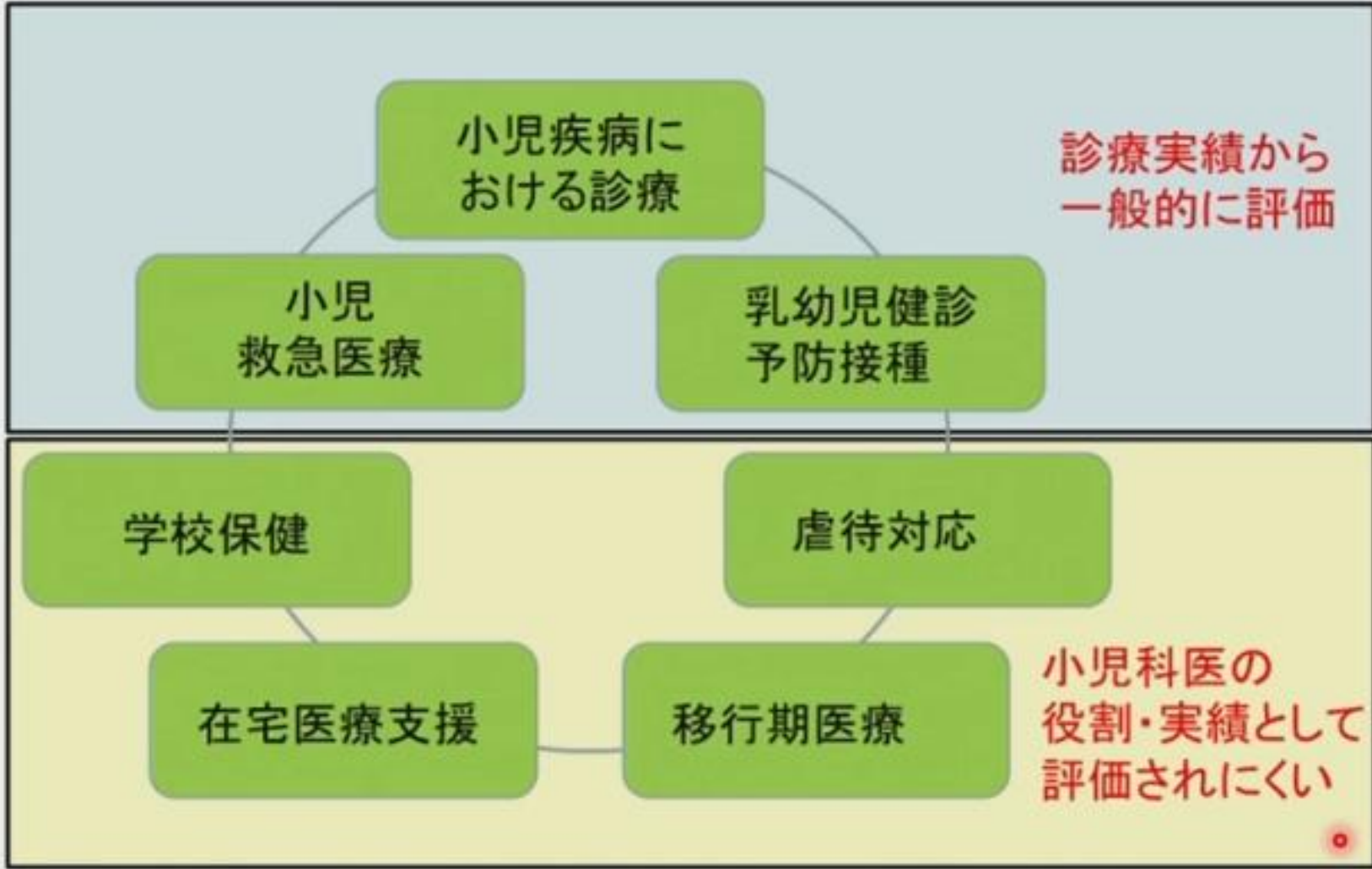


③年齢階級別の人工呼吸器を必要とするこどもの数の推移<推計値>



資料：厚生労働科学研究費補助金障害者政策総合研究事業「医療的ケア児に対する実態調査と医療・福祉・保健・教育等の連携に関する研究（田村班）」の協力のもと障害福祉課障害児・発達障害者支援室で作成

小児科医の役割

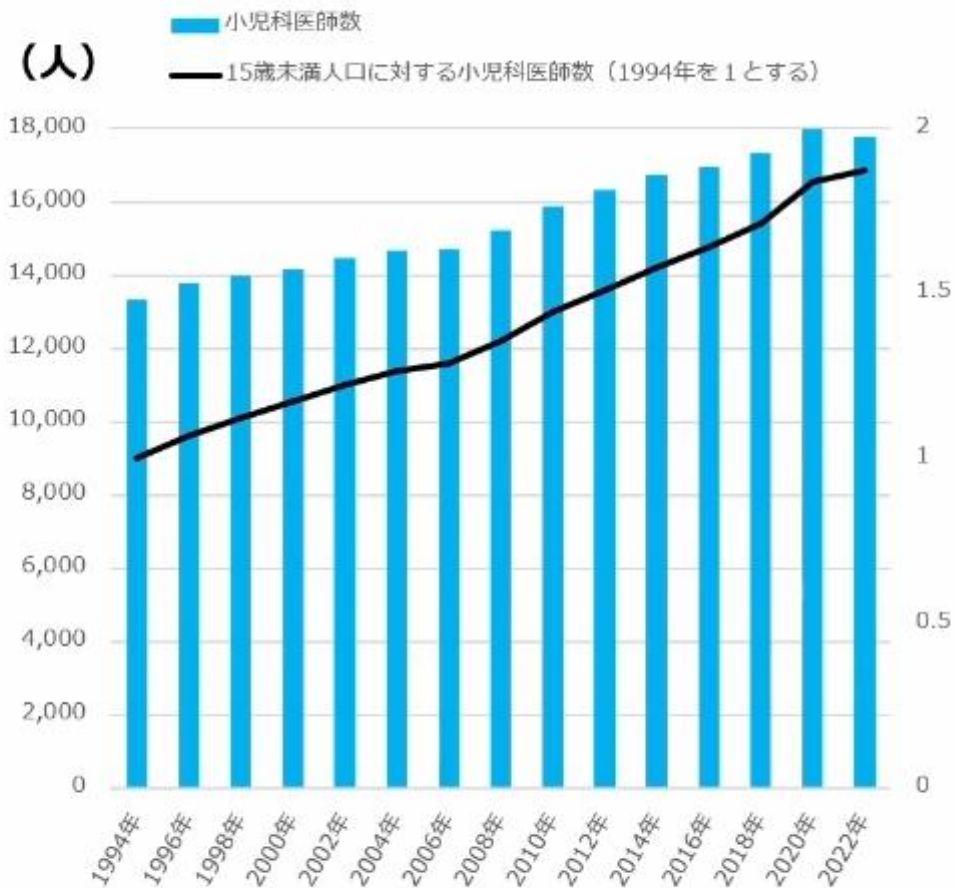


病棟での診療のみではなく、様々な社会的な役割を担っている

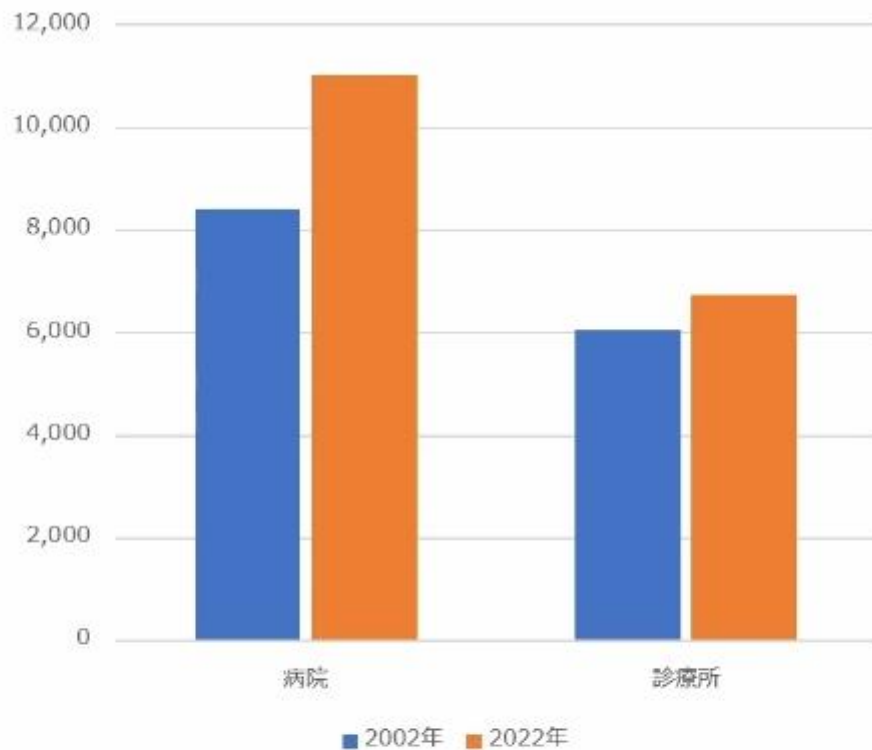
(平山 小児科UP-to-DATE, 2024)

小児科医師数の推移

○ 15歳未満人口に対する小児科医師数、病院・診療所に勤務する小児科医師数は、増加している。

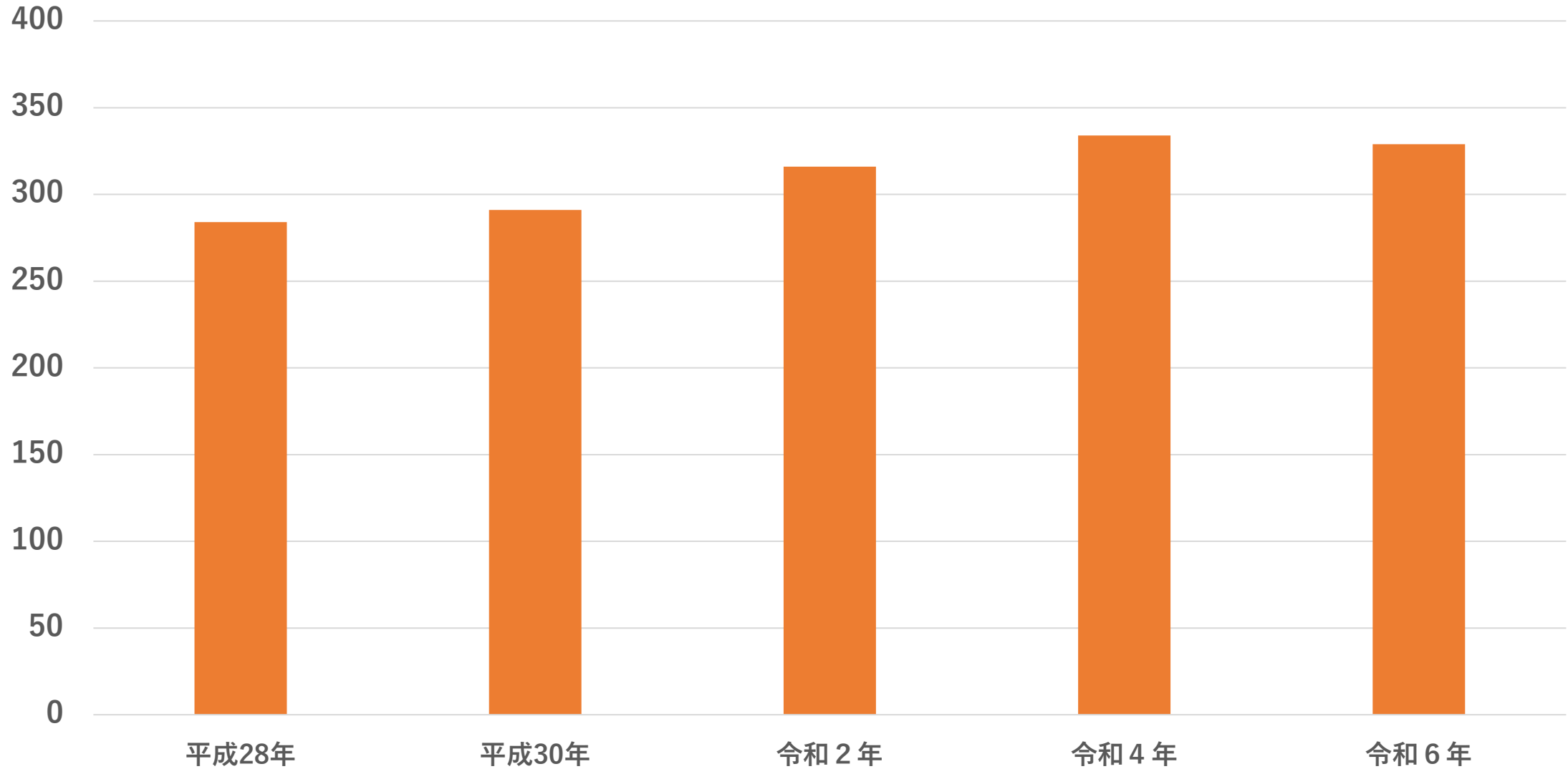


病院、診療所に勤務する小児科医師数



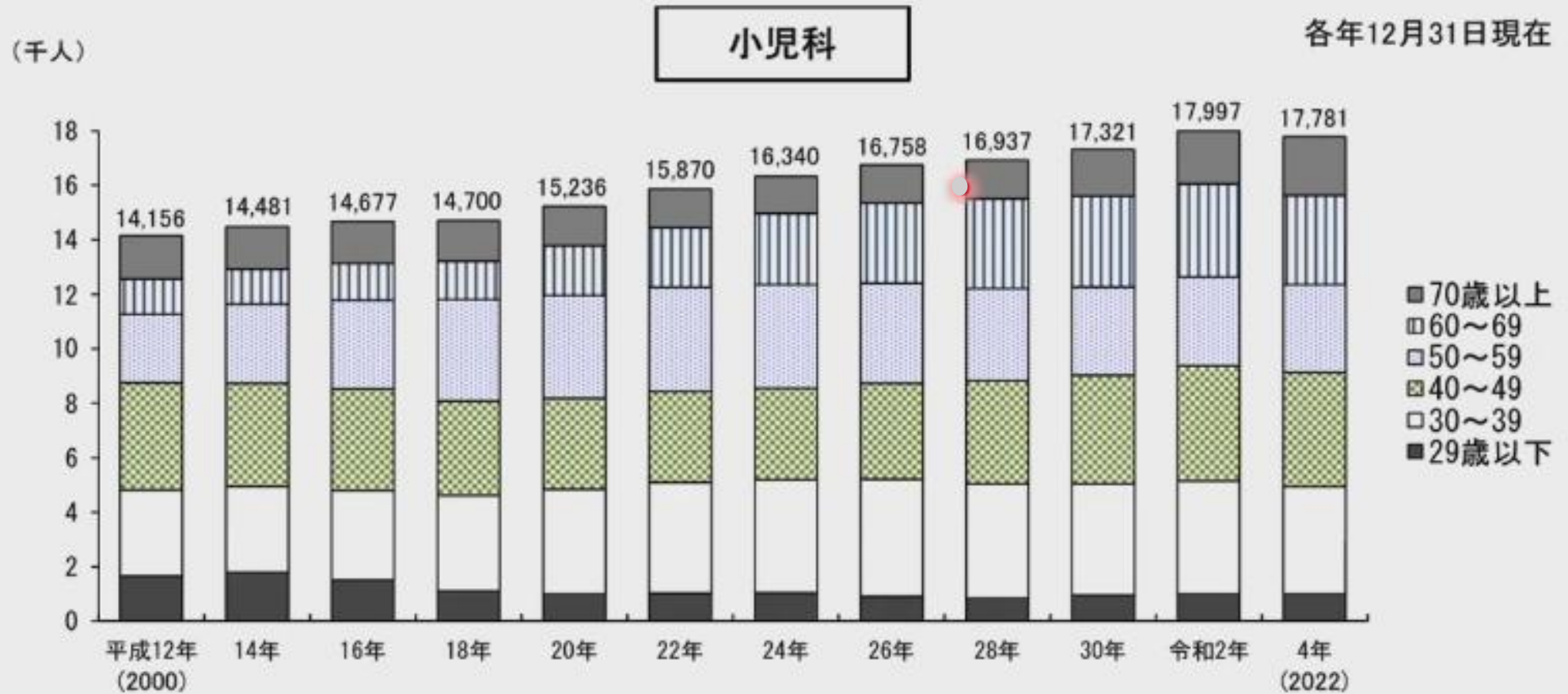
※1・・・各年の人口は、総務省統計局発表の10月1日現在推計人口を、2000年・2010年・2020年については国勢調査を用いた
 ※2・・・平成18年に「臨床研修医」という項目が新設された

茨城県の小児科医師数



出典：医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）

小児科医師数の年齢別推移



小児科医師数の増加の主たる要因は、60-69歳、70歳以上の年齢層の増加29歳以下はむしろ低下

○二次医療圏別の小児科医の年齢構成（単位：歳）

・令和6年小児医療実態調査

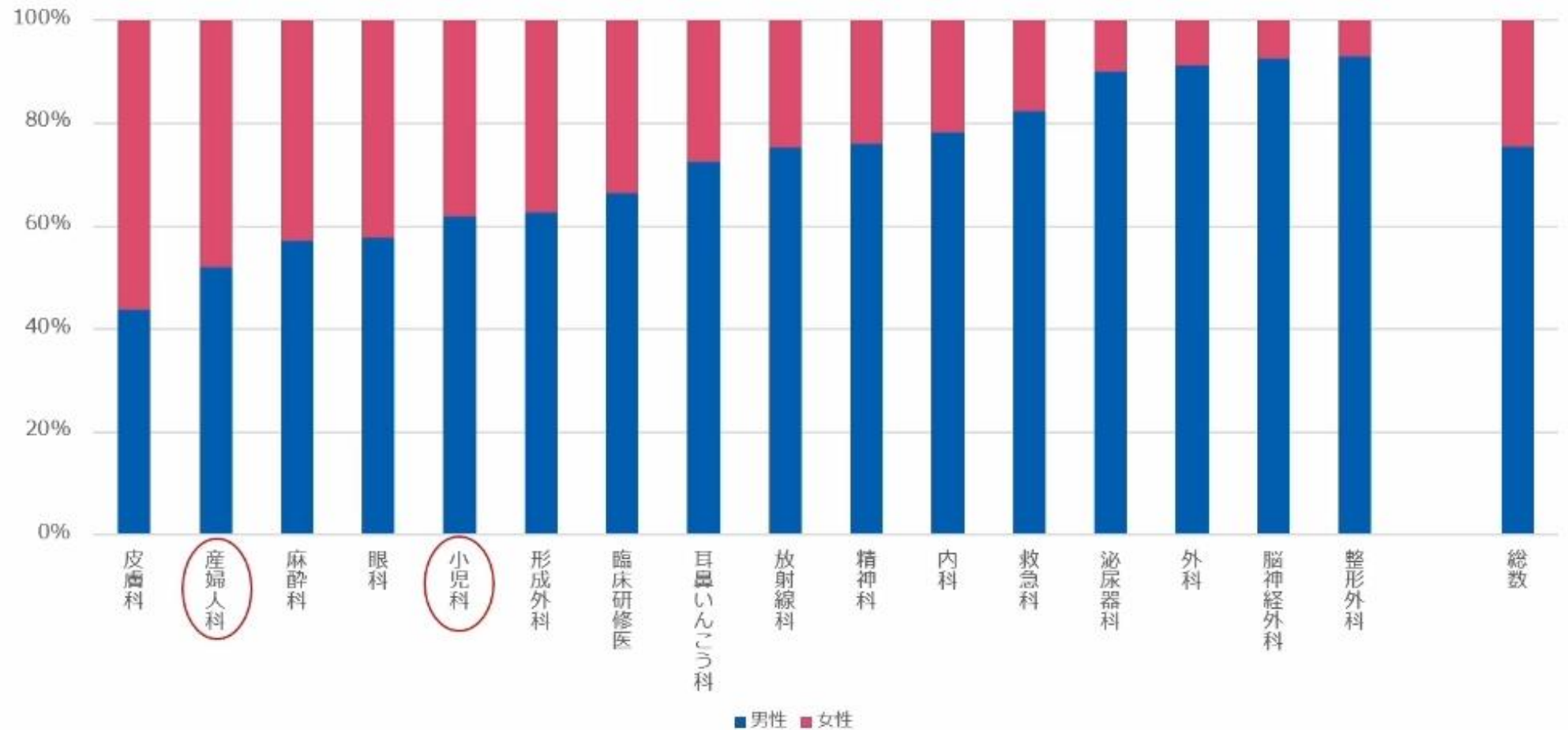
・全国平均は、「令和6年医師・歯科医師・薬剤師統計の概況」（厚生労働省）

保健医療圏	常勤	非常勤	常勤＋非常勤
水戸	44.6	46.0	45.2
日立	49.3	53.0	51.0
常陸太田・ひたちなか	54.1	50.9	52.1
鹿行	44.4	43.5	43.8
土浦	40.9	48.2	44.2
つくば	40.4	47.8	43.8
取手・竜ヶ崎	42.3	45.8	44.7
筑西・下妻	68.0	45.7	58.4
古河・坂東	46.2	47.8	47.0
全域	51.6	48.3	50.3
全国平均	51.3		

主に病院に勤務する小児科医師の特徴（性別）

- 主に病院に勤務する小児科医師のうち、約4割が女性であり、他の診療科と比較して女性の割合が高い。

主に病院に勤務する医師の割合（診療科別・性別）



小児科の医師偏在指標

小児・三次医療圏	医師偏在指標	全国順位	区域
全国平均	115.1	—	—
茨城県	95.8	42	相対的少数
土浦広域	139.5	42	—
つくば市・筑西	110.2	135	—
茨城西南	94.0	193	—
県央・県北	90.0	214	相対的少数
常総	80.5	253	相対的少数
稲敷	70.6	276	相対的少数
鹿行南部	69.6	277	相対的少数
日立	55.8	295	相対的少数

※全都道府県の小児医療圏の合計数は303