

(平成 28 年度第 2 回茨城県医療審議会)

茨城県地域医療構想 (案)

平成 28 年 11 月

目 次

第1章 地域医療構想について.....	1
1. 策定の趣旨.....	1
(1) 我が国における高齢化の進展.....	1
(2) 社会保障制度改革推進法に基づく改革の流れ.....	2
(3) 地域医療構想の策定.....	3
2. 地域医療構想の概要.....	4
(1) 本県における構想区域の設定.....	4
(2) 本県における地域医療構想の検討体制.....	5
(3) 地域医療構想における医療需要及び必要病床数の推計方法.....	6
第2章 本県における医療提供体制の現状と予測される医療需要.....	11
1. 本県における医療提供体制の現状.....	11
(1) 病院・一般診療所の状況.....	11
(2) 在宅医療の状況.....	12
(3) 医療従事者の状況.....	13
2. 本県における医療需要の動向.....	14
(1) 人口動向.....	14
(2) 医療需要の推計.....	16
第3章 本県における将来の医療提供体制に関する構想.....	24
1. 平成37(2025)年における医療機能別の医療需要及び必要病床数.....	24
(1) 推計に当たっての考え方.....	24
(2) 必要病床数の推移と許可病床数との関係.....	26
2. 将来の医療需要に対応するための医療提供体制の現状と課題.....	27
(1) 入院医療における医療機能の分化・連携.....	27
(2) 在宅医療等の充実.....	28
(3) 医療従事者の養成・確保.....	29
(4) 茨城県保健医療計画の施策との調和.....	29

3.	課題解決に向けた施策及び今後の検討の方向性	30
(1)	入院医療における医療機能の分化・連携	30
(2)	在宅医療等の充実	31
(3)	医療従事者の養成・確保	32
(4)	その他医療機能の充実及び連携体制	34
(5)	施策の見直し	34
4.	地域医療構想の推進体制等	35
(1)	推進体制	35
(2)	各関係者等の役割	35
第4章	構想区域別地域医療構想	37
1.	水戸地域医療構想区域の概況	37
2.	日立地域医療構想区域の概況	53
3.	常陸太田・ひたちなか地域医療構想区域の概況	71
4.	鹿行地域医療構想区域の概況	88
5.	土浦地域医療構想区域の概況	105
6.	つくば地域医療構想区域の概況	124
7.	取手・竜ヶ崎地域医療構想区域の概況	141
8.	筑西・下妻地域医療構想区域の概況	162
9.	古河・坂東地域医療構想区域の概況	178

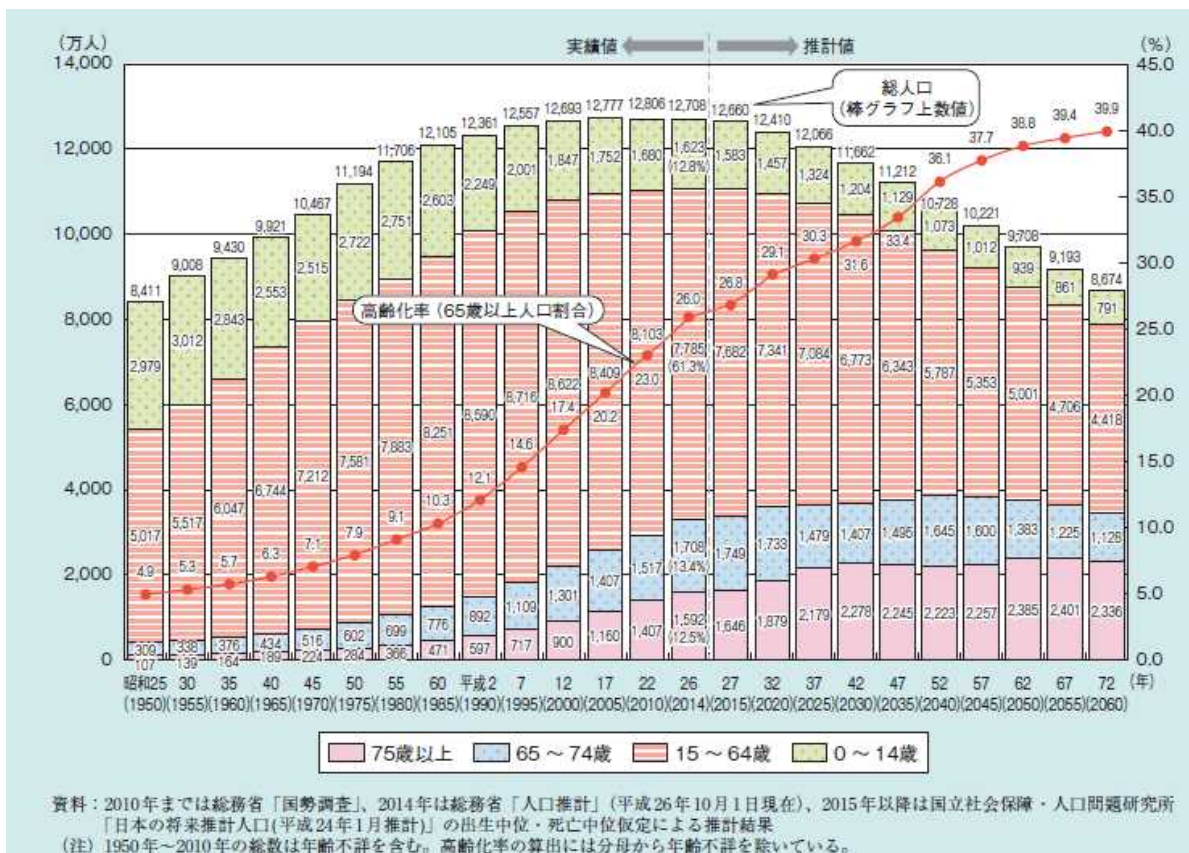
第1章 地域医療構想について

1 策定の趣旨

(1) 我が国における高齢化の進展

- 我が国は現在、総人口が長期の人口減少の局面に突入しているなかで、世界に類を見ないスピードで少子高齢化が進んでおり、平成27(2015)年9月の総人口1億2,688万人(対前年同月比▲0.13%)^{注1}のうち、65歳以上の高齢者人口は過去最高の3,379万人(高齢化率26.6%)に達したところです。
- 今後も総人口が減少するなかで高齢者が増加することにより高齢化率は上昇を続ける見込みであり、平成25(2013)年には高齢化率が25.1%と4人に1人が高齢者であったものが、平成47(2035)年には33.4%で3人に1人となります。また、高齢者人口が3,878万人でピークを迎える平成54(2042)年以降は、高齢者人口自体は減少に転じる一方で高齢化率は上昇を続けます。その結果、平成72(2060)年には総人口が9,000万人を割り込むとともに高齢化率は40%近い水準になり、国民の約2.5人に1人が高齢者となる社会が到来すると推計されています。

図表 1-1 高齢化の推移と将来推計



出典：「平成27年版高齢社会白書」内閣府

注1 「人口推計(平成28年2月報)」総務省統計局

(2) 社会保障制度改革推進法に基づく改革の流れ

- いわゆる「団塊の世代」が75歳以上となる平成37(2025)年には、医療・介護ニーズの増大が見込まれており、住み慣れた地域で安心して自分らしい暮らしを続けることができるよう、住民ニーズの変化に適切に対応した医療・介護提供体制の構築が課題となっています。とりわけ医療提供体制においては、限りある医療資源を最大限に活用していくことが求められます。
- こうした中、平成25(2013)年12月には、いわゆる「社会保障改革プログラム法」^{注2}が成立し、年金、医療、介護、少子化対策の4分野において講ずべき改革の措置等について方向性及びスケジュール等が規定されました。
- さらに、平成26(2014)年6月には、「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等に関する法律」が成立し、地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保の方向性が示されました。これによる改正医療法に基づき、「病床機能報告制度」が開始され、都道府県においては、それらをもとに「地域医療構想(将来の医療提供体制に関する構想)」を医療計画の一部として策定することが規定されました。

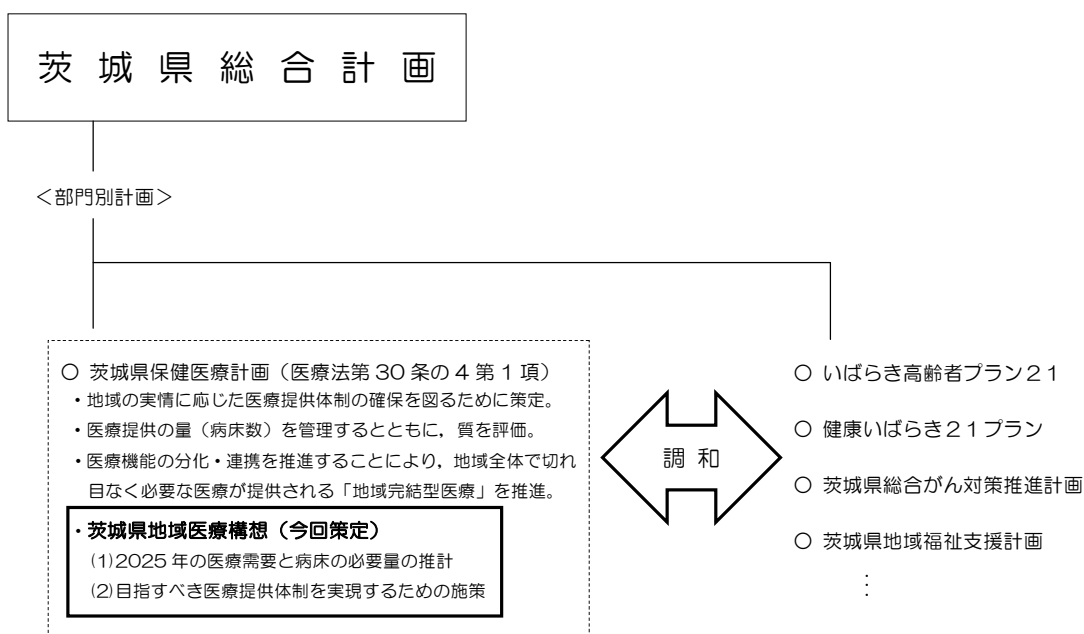
図表 1-2 医療法における「地域医療構想」の規定

第30条の4(略)
2 医療計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。
一～六(略)
七 地域における病床の機能の分化及び連携を推進するための基準として厚生労働省令で定める基準に従い定める区域(以下「構想区域」という。)における次に掲げる事項を含む将来の医療提供体制に関する構想(以下「地域医療構想」という。)に関する事項
イ 構想区域における厚生労働省令で定めるところにより算定された第三十条の第十三第一項に規定する病床の機能区分ごとの将来の病床数の必要量(以下単に「将来の病床数の必要量」という。)
ロ イに掲げるもののほか、構想区域における病床の機能の分化及び連携の推進のために必要なものとして厚生労働省令で定める事項
八～十四(略)
3～15(略)

^{注2} 「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」

(3) 地域医療構想の策定

- これらを受けて、本県では「茨城県地域医療構想」を「茨城県保健医療計画」の一部として策定し、平成37(2025)年における医療需要と将来の病床数の必要量(以下「必要病床数」といいます。)を病床機能区分ごとに示すとともに、その実現に向けた施策を記載しました。
- なお、「茨城県地域医療構想(以下「本構想」といいます。)」の実現に向けて、現行の「第6次茨城県保健医療計画」における5疾病5事業及び在宅医療の施策等を推進するとともに、地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の構築を目指すものとします。
- また、本構想については、毎年度、地域医療構想区域(以下「構想区域」といいます。)ごとに医療関係者、医療保険者その他の関係者で組織している「地域医療構想調整会議」において評価を行うものとしており、保健医療を取り巻く環境の変化など、策定後の状況に応じて必要な見直しを行うこととしています。
- さらに、本構想は、県政運営の指針である「茨城県総合計画 いばらき未来共創プラン」の部門別計画として位置づけられる「茨城県保健医療計画」の一部であるとともに、「いばらき高齢者プラン21」、「健康いばらき21」、「茨城県総合がん対策推進計画」、「茨城県地域福祉支援計画」等の関連諸計画との調和を図りながら進めるものとします。



2 地域医療構想の概要

(1) 本県における構想区域の設定

- 地域医療構想における構想区域とは、医療法^{注3}において、地域における病床機能の分化及び連携を推進するための基準として定められた区域です。
- また、構想区域の設定については、医療法施行規則^{注4}により、現行の二次保健医療圏を原則として、人口構造の変化の見通しその他の医療の需要の動向並びに医療従事者及び医療提供施設の配置の状況の見通しその他の事情を考慮して、一体の区域として地域における病床機能の分化及び連携を推進することが相当であると認められる区域を単位として設定することとされています。
- 地域特性を踏まえたバランスのとれた医療提供体制を構築するためには、医療のみならず地域包括ケア体制の構築等も同時に進める必要があり、老人福祉圏域、医療介護総合確保区域等と整合性を図る必要があることから、本県の構想区域は二次保健医療圏と同じ区域とします。
- ただし、構想区域については、今後、患者の受療動向や医療機関の整備などの医療環境の変化や、人口構造、交通アクセスなどの社会環境などに変化が生じた場合には、二次保健医療圏の設定とあわせて見直しをすることも検討します。

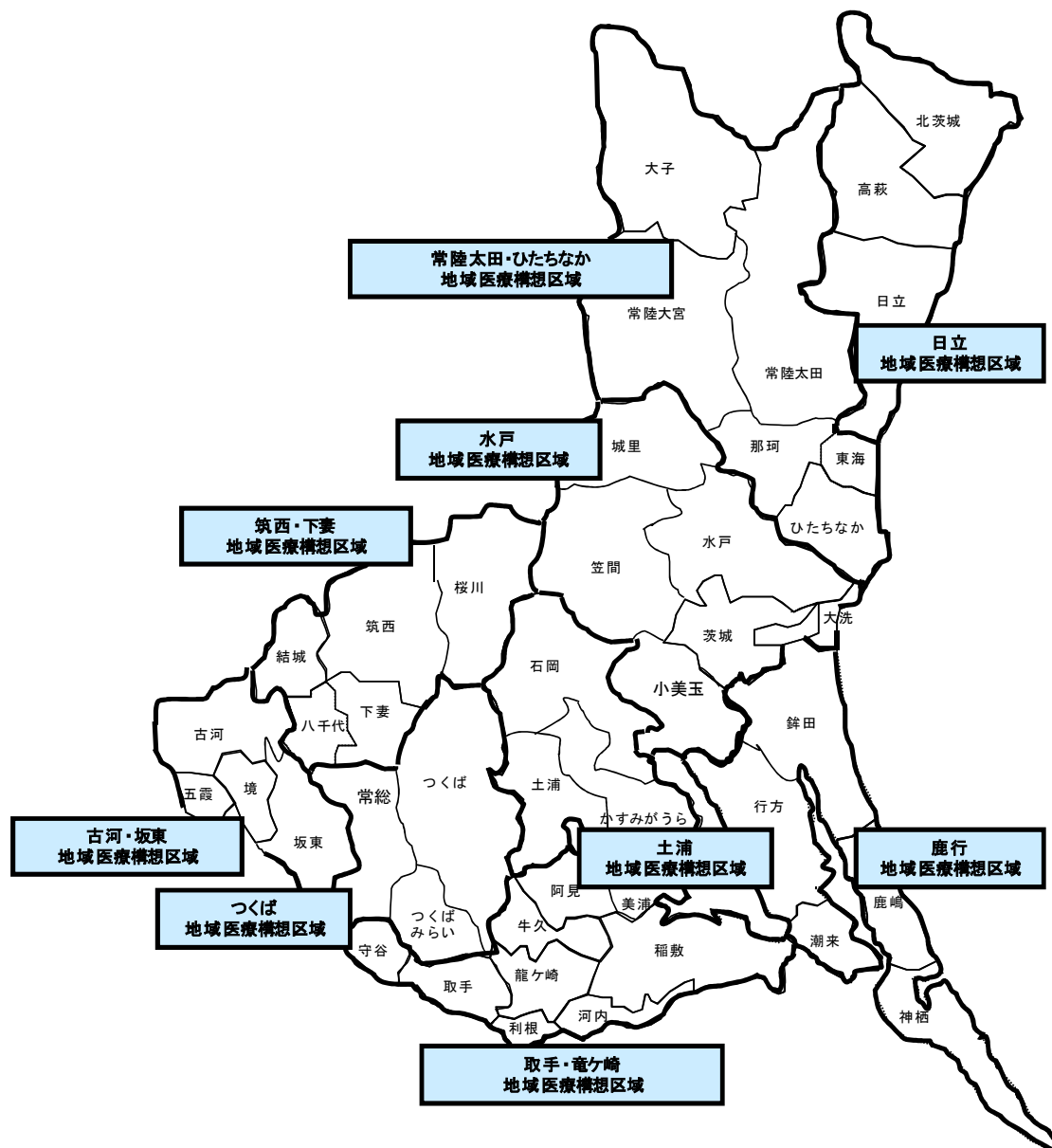
図表 1-3 地域医療構想区域の名称と構成市町村

名 称	市町村数	構成市町村	人口（人） ※H27.10.1 現在
水戸地域医療構想区域	6	水戸市，笠間市，小美玉市，茨城町，大洗町，城里町	468,131
日立地域医療構想区域	3	日立市，高萩市，北茨城市	259,248
常陸太田・ひたちなか地域医療構想区域	6	常陸太田市，ひたちなか市，常陸大宮市，那珂市，東海村，大子町	360,723
鹿行地域医療構想区域	5	鹿嶋市，潮来市，神栖市，行方市，鉾田市	274,643
土浦地域医療構想区域	3	土浦市，石岡市，かすみがうら市	259,121
つくば地域医療構想区域	3	つくば市，常総市，つくばみらい市	337,635
取手・竜ヶ崎地域医療構想区域	9	龍ヶ崎市，取手市，牛久市，守谷市，稲敷市，美浦村，阿見町，河内町，利根町	465,789
筑西・下妻地域医療構想区域	5	結城市，筑西市，下妻市，桜川市，八千代町	264,215
古河・坂東地域医療構想区域	4	坂東市，古河市，五霞町，境町	228,352
	44		2,917,857

注³ 医療法第30条の4第2項第7号

注⁴ 医療法施行規則第30の28の2

図表 1-4 茨城県の地域医療構想区域



(2) 本県における地域医療構想の検討体制

- 一般の地域医療構想の策定にあたっては、茨城県医療審議会において県全体の方向性について検討するとともに、診療に関する学識経験者の団体その他の医療関係者、医療保険者その他の関係者で構成され、地域医療構想の策定段階のみならず策定後においても地域医療構想の実現に向けた取組を協議することを目的とする「地域医療構想調整会議」^{注5}を構想区域ごとに設置し検討を行いました。今後も地域医療構想の達成を目指し、P D C Aの観点から継続的に検討を行う予定です。

^{注5} 医療法第30条の14第1項

(3) 地域医療構想における医療需要及び必要病床数の推計方法

- 地域医療構想の策定にあたっては、将来の医療需要を推計するため、国がレセプト情報・特定健診等情報データベース（以下「NDB（ナショナルデータベース）」という。）等のデータに基づき開発し、都道府県に配布した「地域医療構想策定支援ツール（以下「ツール」といいます。）」を活用しました。
- このツールでは、平成 37（2025）年における各医療機能別の医療需要が患者住所地及び医療機関所在地をベースに二次保健医療圏ごとに算出され、必要病床数等が表示されます。

図表 1-5 地域医療構想策定支援ツールによる推計される医療需要の種類

患者住所地ベース	<ul style="list-style-type: none"> ・ 平成 25（2013）年度の患者住所地における医療需要をベースに平成 37（2025）年度の推計人口で算出した医療需要
医療機関所在地ベース	<ul style="list-style-type: none"> ・ 平成 25（2013）年度の医療施設における医療供給をベースに平成 37（2025）年度の推計人口で算出した医療需要

※ 医療機関所在地ベースでは、平成 25（2013）年度の患者の流出入の状況が医療需要の推計に反映されます。

① 地域医療構想策定支援ツールの搭載データ

- ツールでは、平成 25（2013）年度における下記データを用いて推計処理を実施しています。なお、特定の個人が第三者に識別されること防ぐため、医療需要及び必要病床数等の数が二次保健医療圏にあつては 10 未満、市区町村にあつては 100 未満となる数値は、非表示となります。

図表 1-6 地域医療構想策定支援ツールの搭載データ

搭載データの種別			病名の有無
医療需要	①	NDB のレセプトデータ	あり
		上記のうち慢性期、回復期リハビリテーション病棟入院料	なし
	②	DPC データ	あり
	③	公費負担医療分医療需要（医療費の動向）	※
	④	医療扶助受給者数（被保護者調査）	※
	⑤	訪問診療受療者数（生活保護患者訪問診療レセプト数）	なし
	⑥	分娩数（人口動態調査）	あり
	⑦	介護老人保健施設の施設サービス受給者数（介護給付費実態調査）	なし
	⑧	労働災害入院患者数（労働災害入院レセプト数）	なし
⑨	自賠責保険入院患者数（自賠責保険請求データ）	なし	
人口	住民基本台帳年齢階級別人口		—
将来人口推計	国立社会保障・人口問題研究所 性・年齢階級別将来推計人口		—

※③・④については、①・②の二次医療圏、性・年齢階級、疾病による割合を用いて按分します。

② 医療機能の区分

- 地域医療構想は、図表 1-7 に示すように、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）を、主に「医療資源投入量」（患者に対して行われた診療行為について1日当たりの診療報酬の出来高点数の合計から入院基本料相当分・リハビリテーション料の一部を除いたもの）によって区分し、医療需要を推計します。
- ただし、診療報酬が包括算定される療養病床は医療資源投入量に応じた機能の区分が適用困難であることや、入院受療率の地域差を縮小する観点などから、慢性期及び在宅医療等の医療需要については、高度急性期、急性期、回復期とは異なる推計方法を用います。

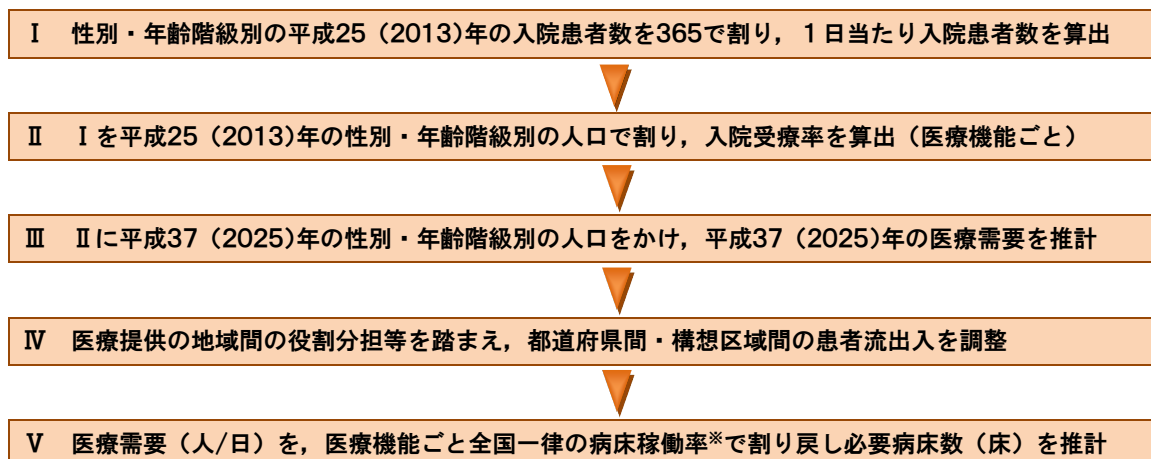
図表 1-7 地域医療構想における4つの医療機能の境界点の考え方

医療機能	医療資源投入量	境界点の基本的考え方
高度急性期	C 1 3,000 点/日	◇ 救命救急病棟やICU, HCU で実施するような重症者に対する診療密度が特に高い医療（一般病棟等で実施する医療も含む）から、一般的な標準治療へ移行する段階における医療資源投入量
急性期		C 2 600 点/日
回復期	◇ 急性期における医療が終了し、医療資源投入量が一定程度落ち着いた段階における医療資源投入量	
慢性期及び在宅医療等	C 3 225 点/日	◇ 在宅等においても実施できる医療やリハビリテーションの密度における医療資源投入量 ◇ ただし、境界点に達してから在宅復帰に向けた調整を要する幅の医療需要を見込み175点で推計します。

③ 必要病床数の推計手順

- ツールにおける医療需要及び必要病床数の推計方法は下記の通りです。

図表 1-8 医療需要及び必要病床数の推計方法



※ 病床稼働率は、高度急性期 75%、急性期 78%、回復期 90%、慢性期 92%で除して算出します。

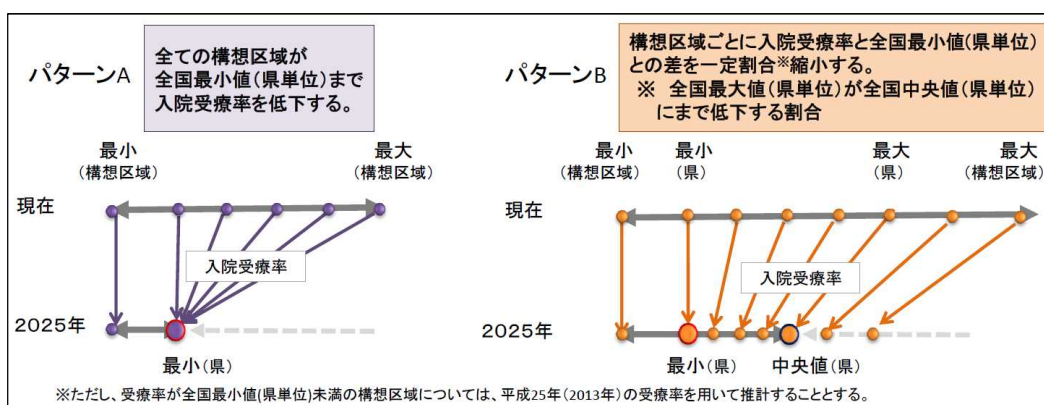
④ 慢性期及び在宅医療等の医療需要の推計

- 慢性期の医療需要^{注6}については、在宅医療等の需要と一体的に推計します。
- また、慢性期機能の医療需要推計については、平成25(2013)年度のNDBのレセプトデータによる療養病床の入院患者数のうち、「医療区分1」の患者の70%を在宅医療等に対応する患者数として見込んだ上で、その他の入院患者数については、入院受療率の地域差縮小を織り込み、下記のパターンA、パターンBのそれぞれについて算出します。なお、本県はより緩やかに在宅移行を行うパターンBを採用しました。

パターンA：全ての構想区域で全国の最小値(県単位)まで入院受療率が低下。

パターンB：構想区域ごとに入院受療率と全国最小値(県単位)との差を一定割合解消させることとするが、その割合については全国中央値(県単位)にまで低下する割合を一律に用います。

図表 1-9 慢性期の入院受療率の地域差の解消目標(パターンA・B)

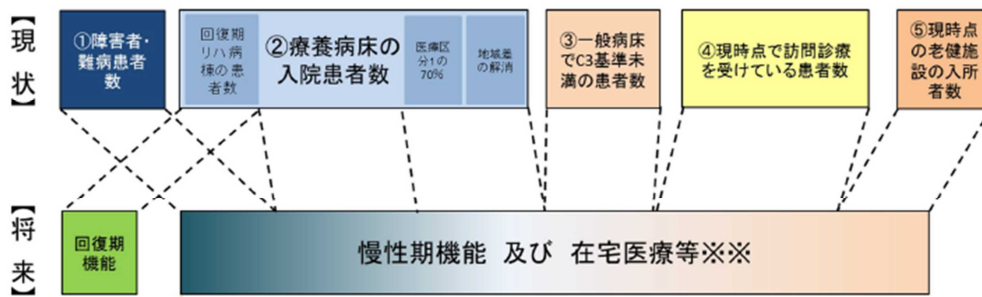


出典：「地域医療構想策定ガイドライン」(平成27年3月31日)

- 在宅医療等の医療需要については、下記の4つの医療需要を合計して推計しました。
 - ・慢性期の入院患者のうち、医療区分1の患者数の70%及び入院受療率の地域差を解消していくことで、将来的に在宅医療等に対応する患者数
 - ・一般病床の入院患者のうち、医療資源投入量が175点/日未満の患者数
 - ・平成25(2013)年に在宅患者訪問診療料を算定している患者数の性・年齢階級別の割合を算出し、これに当該構想区域の平成37(2025)年における性・年齢階級別人口を乗じて総和することによって推計される患者数
 - ・平成25(2013)年の老人保健施設の施設サービス受給者数の性・年齢階級別の割合を算出し、これに当該構想区域の平成37(2025)年における性・年齢階級別人口を乗じて総和することによって推計される患者数
- なお、在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指しており、現在の療養病床以外でも対応可能な患者の受け皿となることを想定しています。

^{注6} 慢性期の医療需要には、一般病床の障害者・難病患者(障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院料及び特殊疾患入院医療管理料を算定している患者)を含みます。

図表 1-10 慢性期機能及び在宅医療等の医療需要のイメージ



※ このイメージ図では将来の人口構成の変化を考慮していない。実際には地域における将来の人口構成によって幅の変化が起こる。
 ※※ 在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を送ることができる場所であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指し、現在の療養病床以外でも対応可能な患者の受け皿となることも想定。

出典：「地域医療構想策定ガイドライン」（平成 27 年 3 月 31 日）

⑤ 病床機能報告制度

- 平成 26（2014）年度から開始された病床機能報告制度では、一般病床又は療養病床を有する病院又は診療所が、その有する一般病床・療養病床において担っている医療機能の現状と今後の方向性について、病棟単位で図表 1-11 に示す「高度急性期機能」、「急性期機能」、「回復期機能」、「慢性期機能」の 4 区分から 1 つを選択し、その他の具体的な報告事項と合わせて都道府県知事に報告しています。
- 今後、地域医療構想調整会議では、病床機能報告制度において各医療機関から報告された内容と、地域医療構想で推計された必要病床数とを比較し、地域医療構想の実現に向けた協議を行います。病床機能報告制度によって、医療機関は、他の医療機関の医療機能の提供状況等の情報を共有することができ、地域における自院の相対的な位置づけを客観的に把握し、病床の機能分化・連携の自主的な取り組みを進めることが可能となります。

図表 1-11 病床機能報告制度における 4 つの医療機能の定義

高度急性期	<ul style="list-style-type: none"> 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。 <p>※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟</p>
急性期	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADL の向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）
慢性期	<ul style="list-style-type: none"> 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能。 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能。

図表 1-12 平成 27 年度病床機能報告制度集計結果（病院及び有床診療所）

県・二次医療圏	時 期	医療機能（病床数）						医療機能（割合）				
		合計	高 度 急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟中等 ※	高 度 急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟中等 ※
茨城県（全体）	H27.7.1 時点	26,073	1,999	13,951	1,950	6,508	1,665	7.7	53.5	7.5	25.0	6.4
	H33.7.1 時点(予定)	26,073	2,172	13,501	2,723	6,407	1,270	8.3	51.8	10.4	24.6	4.9
水戸	H27.7.1 時点	5,213	278	3,531	191	953	260	5.3	67.7	3.7	18.3	5.0
	H33.7.1 時点(予定)	5,213	320	3,351	331	1,059	152	6.1	64.3	6.3	20.3	2.9
日立	H27.7.1 時点	2,779	63	1,450	265	713	288	2.3	52.2	9.5	25.7	10.4
	H33.7.1 時点(予定)	2,779	73	1,495	356	725	130	2.6	53.8	12.8	26.1	4.7
常陸太田 ・ひたちなか	H27.7.1 時点	2,664	24	1,402	226	814	198	0.9	52.6	8.5	30.6	7.4
	H33.7.1 時点(予定)	2,664	24	1,370	336	755	179	0.9	51.4	12.6	28.3	6.7
鹿行	H27.7.1 時点	1,998	0	978	79	640	301	0.0	48.9	4.0	32.0	15.1
	H33.7.1 時点(予定)	1,998	63	875	288	534	238	3.2	43.8	14.4	26.7	11.9
土浦	H27.7.1 時点	2,262	736	958	90	412	66	32.5	42.4	4.0	18.2	2.9
	H33.7.1 時点(予定)	2,262	736	841	203	454	28	32.5	37.2	9.0	20.1	1.2
つくば	H27.7.1 時点	3,372	825	1,462	170	818	97	24.5	43.4	5.0	24.3	2.9
	H33.7.1 時点(予定)	3,372	825	1,521	170	818	38	24.5	45.1	5.0	24.3	1.1
取手・竜ヶ崎	H27.7.1 時点	3,897	26	2,214	526	897	234	0.7	56.8	13.5	23.0	6.0
	H33.7.1 時点(予定)	3,897	65	2,173	576	897	186	1.7	55.8	14.8	23.0	4.8
筑西・下妻	H27.7.1 時点	2,239	9	850	231	962	187	0.4	38.0	10.3	43.0	8.4
	H33.7.1 時点(予定)	2,239	9	807	291	866	266	0.4	36.0	13.0	38.7	11.9
古河・坂東	H27.7.1 時点	1,649	38	1,106	172	299	34	2.3	67.1	10.4	18.1	2.1
	H33.7.1 時点(予定)	1,649	57	1,068	172	299	53	3.5	64.8	10.4	18.1	3.2

※「休棟中等」には、休棟中、休棟後の再開の予定なし、休棟・廃止予定、無回答が該当します。

【参考】必要病床数と病床機能報告制度による病床数を比較する際の留意点

- 地域医療構想の必要病床数と病床機能報告制度による病床数を比較・分析する際には、以下の点に留意する必要があります。
 - ・平成 27（2015）年度の報告時点で、病床機能報告制度においては、高度急性期、急性期、回復期及び慢性期がどのような機能かを示す病床機能の定量的な基準がなく、病床機能の選択は医療機関の自主的な判断に基づく報告であること。
 - ・病床機能報告制度は病棟単位での報告となっており、1つの病棟が複数の医療機能を担っている場合は主に担っている機能を1つ選択して報告していること。
 - ・病床機能報告制度では、医療機関が自ら病床機能（高度急性期、急性期、回復期及び慢性期）を選択して報告した結果であるのに対し、地域医療構想において必要病床数を定めている病床機能（高度急性期、急性期、回復期及び慢性期）は、法令に基づいて診療報酬点数等をもとに区分されており、病床機能の捉え方が異なっていること。
 - ・地域医療構想における必要病床数は、政策的な在宅医療等への移行を前提とした推計となっていること。
- 病床機能報告制度と必要病床数の比較により、構想区域における病床機能の過不足が示されることとなりますが、比較結果については、構想区域ごとに設置している「地域医療構想調整会議」における協議等を通じた医療機関の自主的な病床機能の転換などにより、平成 37（2025）年度に向けて、あるべき医療提供体制の構築に取り組むうえでの参考とするものであることから、比較結果が「病床機能が過剰となる見込み」であることをもって、直ちに病床を削減するものではありません。

第2章 本県における医療提供体制の現状と予測される医療需要

1 本県における医療提供体制の現状

(1) 病院・一般診療所の状況

- 本県の医療機関の人口10万人当たり施設数をみると、病院、一般診療所、有床診療所はいずれも全国平均を下回っています。
- また、人口10万人病床数についても、病院の一般病床、療養病床、有床診療所の病床のいずれも全国平均を下回っています。

図表 2-1 病院数・病院病床数

		病院数・病床数			人口10万対		
		病院数	一般病床数	療養病床数	病院数	一般病床数	療養病床数
全国平均					6.7	706.3	259.2
茨城県		181	18,850	5,746	6.2	645.1	196.5
構 想 区 域	水戸	42	4,235	970	8.9	901.9	206.6
	日立	22	2,008	697	8.5	771.5	267.8
	常陸太田・ひたちなか	23	1,664	603	6.3	458.3	166.1
	鹿行	12	1,272	595	4.4	462.7	216.5
	土浦	17	1,636	437	6.5	626.4	167.3
	つくば	16	2,611	593	4.8	788.2	179.0
	取手・竜ヶ崎	23	3,032	646	4.9	645.1	136.6
	筑西・下妻	15	1,100	987	5.7	416.1	373.4
	古河・坂東	11	1,292	218	4.8	568.4	95.9

出典：「平成26年医療施設（静態・動態）調査」厚生労働省

人口10万対は「日本の地域別将来推計人口（平成25（2013）年3月推計）」国立社会保障・人口問題研究所の平成27（2015）年推計人口を用いて算出しています。

図表 2-2 一般診療所数・病床数

		一般診療所数・病床数			人口10万対		
		一般診療所数	有床診療所数	有床診療所の病床数	一般診療所数	有床診療所数	有床診療所の病床数
全国平均					79.1	6.6	88.4
茨城県		1,722	155	2,140	58.9	5.3	73.2
構 想 区 域	水戸	330	28	403	70.3	6.0	85.8
	日立	155	11	141	59.6	4.2	54.2
	常陸太田・ひたちなか	184	29	420	50.7	8.0	115.7
	鹿行	115	11	164	41.8	4.0	59.7
	土浦	180	21	249	68.9	8.0	95.3
	つくば	231	10	153	69.7	3.0	46.2
	取手・竜ヶ崎	258	20	264	54.9	4.3	56.2
	筑西・下妻	153	13	191	57.9	4.9	72.3
	古河・坂東	116	12	155	51.0	5.3	68.2

出典：「平成26年医療施設（静態・動態）調査」厚生労働省

人口10万対は「日本の地域別将来推計人口（平成25（2013）年3月推計）」国立社会保障・人口問題研究所の平成27（2015）年推計人口を用いて算出しています。

(2) 在宅医療の状況

- 本県の在宅療養支援診療所の人口 10 万人当たりの届出施設数をみると、全国平均 11.2 施設に対して本県は 6.8 施設と大きく下回っています。

図表 2-3 在宅療養支援診療所の届出状況

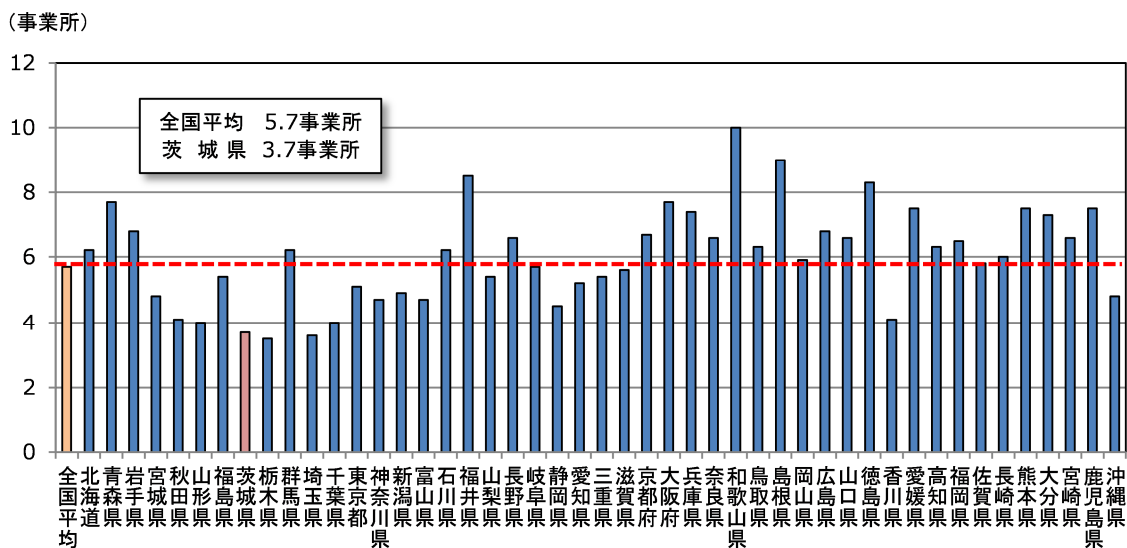
	在宅療養支援診療所数・患者数等			人口10万対			
	届出施設数	連携保険医療機関数	受け持つ在宅療養患者数	届出施設数	連携保険医療機関数	受け持つ在宅療養患者数	
全国平均				11.2	29.3	350.0	
茨城県	198	499	6,758	6.8	17.1	231.3	
構 想 区 域	水戸	32	59	966	6.8	12.6	205.7
	日立	4	8	378	1.5	3.1	145.2
	常陸太田・ひたちなか	21	42	820	5.8	11.6	225.8
	鹿行	17	26	97	6.2	9.5	35.3
	土浦	20	49	350	7.7	18.8	134.0
	つくば	40	126	1,858	12.1	38.0	560.9
	取手・竜ヶ崎	29	108	738	6.2	23.0	157.0
	筑西・下妻	23	41	779	8.7	15.5	294.7
	古河・坂東	12	40	772	5.3	17.6	339.6

出典：「平成 26 年医療施設（静態・動態）調査」厚生労働省

人口 10 万対は「日本の地域別将来推計人口（平成 25（2013）年 3 月推計）」国立社会保障・人口問題研究所の 2015 年推計人口を用いて算出しています。

- 本県の訪問看護ステーションの人口 10 万人当たりの事業所数をみると、全国平均 5.7 事業所に対して本県は 3.7 事業所と大きく下回っています。

図表 2-4 訪問看護ステーションの人口10万対事業所数の状況



出典：「平成 26 年介護サービス施設・事業所調査」厚生労働省

人口 10 万対は「日本の地域別将来推計人口（平成 25（2013）年 3 月推計）」国立社会保障・人口問題研究所の 2015 年推計人口を用いて算出しています。

(3) 医療従事者の状況

- 本県の医療施設に従事する主な医療従事者の人口10万人当たりの人数をみると、医師、歯科医師、薬剤師はいずれも全国平均を下回っています。
- 本県の就業看護職員（保健師、助産師、看護師、准看護師）の人口10万人当たりの人数をみると、全国平均1,187.7人に対して本県は1,009.6人と大きく下回っています。資格別にみると、保健師、助産師、看護師において全国平均を下回っています。

図表 2-5 医療施設に従事する医師数・歯科医師数・薬剤師数の状況

		医療施設の従事者数（人）			人口10万対（人）		
		医師数	歯科医師数	薬剤師数※	医師数	歯科医師数	薬剤師数
全国平均					233.6	79.4	170.0
茨城県		4,950	1,920	4,662	169.6	65.8	159.7
構 想 区 域	水戸	1,021	317	825	217.2	67.4	175.5
	日立	359	141	406	138.7	54.5	156.8
	常陸太田・ひたちなか	385	186	488	106.1	51.3	134.5
	鹿行	234	153	297	85.6	55.9	108.6
	土浦	503	204	461	192.8	78.2	176.7
	つくば	1,135	264	810	342.1	79.6	244.2
	取手・竜ヶ崎	764	315	732	163.2	67.3	156.3
	筑西・下妻	258	171	343	97.1	64.4	129.2
	古河・坂東	291	169	300	126.7	73.6	130.6

出典：「平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査」厚生労働省

※薬剤師数は、薬局従事者も含みます。

図表 2-6 就業看護職員数の状況

		就業看護職員数（人）				人口10万対（人）			
		保健師数	助産師数	看護師数	准看護師数	保健師数	助産師数	看護師数	准看護師数
全国平均						38.3	26.8	858.5	268.7
茨城県		1,097	642	19,675	8,056	37.5	22.0	673.4	275.7
構 想 区 域	水戸	177	126	4,533	1,421	37.7	26.8	965.4	302.6
	日立	104	58	1,784	901	40.0	22.3	685.4	346.2
	常陸太田・ひたちなか	134	40	1,673	938	36.9	11.0	460.8	258.3
	鹿行	104	33	1,104	696	37.8	12.0	401.6	253.2
	土浦	98	81	1,841	810	37.5	31.0	704.9	310.2
	つくば	140	103	3,234	610	42.3	31.1	976.3	184.1
	取手・竜ヶ崎	178	134	3,237	1,002	37.9	28.5	688.7	213.2
	筑西・下妻	86	36	1,090	913	32.5	13.6	412.3	345.4
	古河・坂東	76	31	1,179	765	33.4	13.6	518.7	336.6

出典：「平成26年衛生行政報告例」厚生労働省

人口10万対は「日本の地域別将来推計人口（平成25（2013）年3月推計）」国立社会保障・人口問題研究所の2015年推計人口を用いて算出しています。

2 本県における医療需要の動向

(1) 人口動向

- 本県の総人口は、平成 27 (2015) 年 1 月 1 日現在 2,919,202 人です。5 年ごとの人口増加率をみると、昭和 45 年 (1970) から昭和 50 年 (1975) の 9.3% をピークに鈍化傾向となり、平成 17 (2005) 年の国勢調査において減少に転じています。
- 国立社会保障・人口問題研究所の人口推計によると、本県の総人口は、平成 37 (2025) 年時点において 2,764,115 人、平成 52 (2040) 年時点で 2,422,744 人まで減少することが見込まれています。

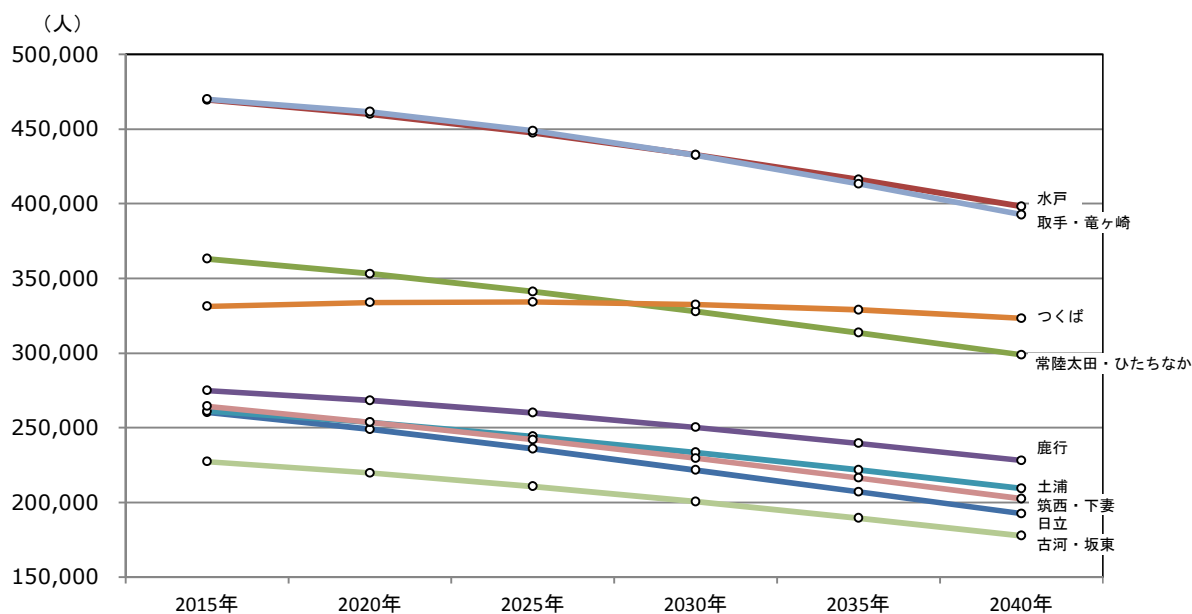
また、構想区域ごとにみると、つくば以外の構想区域は県全体と同様の減少傾向を辿るものと見込まれますが、つくばは平成 37 (2025) 年まで増加し、その後減少に転じるものと推計されます。

図表 2-7 茨城県の将来人口推計

	2015 年	2020 年	2025 年	2030 年	2035 年	2040 年	
全 国	126,660,501	124,128,185	120,699,960	116,670,319	112,185,503	105,790,693	
茨城県	2,921,890	2,852,547	2,764,115	2,661,094	2,546,159	2,422,744	
構想区域	水戸	469,549	459,945	447,379	432,716	416,233	398,117
	日立	260,271	248,933	235,892	221,687	206,981	192,453
	常陸太田・ひたちなか	363,084	353,117	341,119	327,875	313,678	298,826
	鹿行	274,886	268,295	259,918	250,250	239,563	228,049
	土浦	261,163	253,528	244,151	233,459	221,738	209,303
	つくば	331,267	333,829	334,161	332,520	328,880	323,255
	取手・竜ヶ崎	470,028	461,576	448,887	432,563	413,366	392,725
	筑西・下妻	264,342	253,637	241,947	229,519	216,331	202,409
	古河・坂東	227,300	219,687	210,661	200,505	189,389	177,607

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

図表 2-8 茨城県内の構想区域ごとの将来人口推計



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

第2章 本県における医療提供体制の現状と予測される医療需要

- また、本県の65歳以上の高齢化率は、平成37(2025)年時点で31.2%、平成52(2040)年時点では36.4%まで上昇することが見込まれています。

また、全ての構想区域において県全体と同様の上昇傾向が続くと見込まれており、平成52(2040)年時点で最も高齢化率が高いのは日立の40.2%、最も低いのがつくばの30.9%であるものと推計されます。

図表 2-9 茨城県の高齢化率の将来推計

		2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
全国平均		26.8%	29.1%	30.3%	31.6%	33.3%	36.0%
茨城県		26.6%	29.6%	31.2%	32.4%	33.9%	36.4%
構想区域	水戸	26.6%	29.4%	31.1%	32.5%	34.2%	36.7%
	日立	29.5%	32.6%	34.2%	35.6%	37.5%	40.2%
	常陸太田・ひたちなか	28.0%	30.7%	32.5%	34.0%	35.8%	38.5%
	鹿行	26.0%	29.3%	30.9%	31.7%	32.7%	34.7%
	土浦	27.8%	30.9%	32.4%	33.7%	35.5%	38.1%
	つくば	21.6%	23.9%	25.2%	26.3%	28.1%	30.9%
	取手・竜ヶ崎	26.8%	30.2%	31.6%	32.7%	34.0%	36.6%
	筑西・下妻	27.4%	30.9%	32.9%	34.0%	35.2%	37.4%
	古河・坂東	25.9%	29.5%	31.5%	32.7%	34.1%	36.5%

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

(2) 医療需要の推計

① 入院医療及び在宅医療等の医療需要

- 平成25(2013)年、平成37(2025)年、平成42(2030)年、平成47(2035)年、平成52(2040)年における入院医療及び在宅医療等の医療需要(医療機関所在地ベース^{注7)})を推計しました。
- それをみると、平成47(2035)年まで入院医療及び在宅医療等の医療需要は増加し続けるものと見込まれます。
- また、年齢階級別に平成25(2013)年を基準としてみた場合、15歳未満、15～64歳は減少傾向となりますが、65歳以上では平成37(2025)年には38.4ポイント、平成47(2035)年には60.4ポイントの上昇が見込まれます。特に、75歳以上の上昇が激しく、平成37(2025)年には45.3ポイント、平成47(2035)年には73.4ポイントの上昇が見込まれます。

図表 2-10 茨城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(人/日)	38,097.3	49,806.7	55,010.1	56,740.5	55,556.5
入院医療	15,989.1	18,459.7	19,589.2	19,829.4	19,421.4
水戸	3,359.5	3,756.7	3,929.1	3,974.7	3,914.1
日立	1,379.6	1,571.9	1,620.4	1,603.8	1,544.7
常陸太田・ひたちなか	1,638.1	1,808.7	1,908.1	1,936.6	1,906.6
鹿行	1,026.6	1,090.5	1,173.0	1,197.6	1,165.1
土浦	1,372.9	1,626.6	1,718.1	1,726.4	1,681.2
つくば	2,476.7	2,948.6	3,145.2	3,211.8	3,201.6
取手・竜ヶ崎	2,448.6	3,151.6	3,400.1	3,430.1	3,344.7
筑西・下妻	1,250.1	1,274.6	1,389.3	1,433.7	1,393.0
古河・坂東	1,037.1	1,230.6	1,305.8	1,314.7	1,270.2
在宅医療等	22,108.1	31,347.1	35,420.9	36,911.2	36,135.1

図表 2-11 年齢階級別にみた、茨城県の医療需要の将来推計(2013年を基準にした割合)

	2013年	2025年	2030年	2035年	2040年
医療需要	100.0%	130.7%	144.4%	148.9%	145.8%
15歳未満	100.0%	73.8%	68.9%	62.6%	59.2%
15～64歳	100.0%	86.2%	85.7%	82.8%	74.2%
65歳以上	100.0%	138.4%	154.6%	160.4%	158.1%
75歳以上	100.0%	145.3%	166.7%	173.4%	169.0%

^{注7} ツールでは、平成25(2013)年、平成37(2025)年、平成42(2030)年、平成47(2035)年、平成52(2040)年における医療需要の時系列推移は医療機関所在地ベースのみの推計です。

② 医療機能別にみた医療需要

- 医療機能別に入院医療及び在宅医療等の医療需要の将来推計について、平成 25 (2013) 年を基準としてみた場合、急性期については、平成 37 (2025) 年には 19.0 ポイント、平成 47 (2035) 年には 25.7 ポイントの上昇が見込まれ、回復期については、平成 37 (2025) 年には 23.9 ポイント、平成 47 (2035) 年には 33.5 ポイントの上昇が見込まれます。また、在宅医療等は平成 37 (2025) 年には 41.8 ポイント、平成 47 (2035) 年には 67.0 ポイントの上昇が見込まれます。

図表 2-12 医療機能別にみた茨城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（人/日）	38,097.3	49,806.7	55,010.1	56,740.5	55,556.5
高度急性期	1,495.1	1,633.6	1,652.3	1,636.8	1,600.2
急性期	4,879.7	5,806.9	6,089.9	6,134.0	6,008.7
回復期	5,168.1	6,405.5	6,810.9	6,901.8	6,758.7
慢性期	4,446.3	4,613.8	5,036.2	5,156.8	5,053.8
小計（入院医療）	15,989.1	18,459.7	19,589.2	19,829.4	19,421.4
在宅医療等	22,108.1	31,347.1	35,420.9	36,911.2	36,135.1

図表 2-13 医療機能別にみた茨城県の医療需要の将来推計（2013年を基準にした割合）

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

- さらに、医療機能別に入院医療の医療需要の将来推計について、各推計年次の構成割合をみると、平成 25 (2013) 年には高度急性期 9.4%、急性期 30.5%、回復期 32.3%、慢性期 27.8%であるのに対して、平成 37 (2025) 年にはそれぞれ 8.8%、31.5%、34.7%、25.0%と、急性期及び回復期の上昇、高度急性期及び慢性期の減少が見込まれます。

図表 2-14 医療機能別にみた茨城県の医療需要の将来推計（各年次の構成割合）

	2013年	2025年	2030年	2035年	2040年
医療需要（人/日）	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
高度急性期	9.4%	8.8%	8.4%	8.3%	8.2%
急性期	30.5%	31.5%	31.1%	30.9%	30.9%
回復期	32.3%	34.7%	34.8%	34.8%	34.8%
慢性期	27.8%	25.0%	25.7%	26.0%	26.0%

③ 主な疾患別にみた医療需要

- MDC^{注8}に基づく主要診断群別の医療需要の将来推計（慢性期についてはデータに病名が無いため含まれていません）についてみると、高齢化の進展に伴い、神経系疾患，呼吸器系疾患，循環器系疾患が増加傾向になります。

図表 2-15 主要診断群別にみた茨城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
神経系疾患	129.8	188.8	195.3	194.8	191.5
呼吸器系疾患	201.1	269.7	289.8	289.7	284.4
循環器系疾患	723.6	921.0	984.1	1,001.3	983.8
消化器系疾患	858.4	1,002.7	1,036.3	1,036.0	1,014.3
筋骨格系疾患	536.5	627.3	634.8	627.3	615.0
女性生殖器系疾患等*	428.5	396.4	389.5	383.0	366.2
外傷・熱傷・中毒	627.0	773.3	835.9	846.9	826.8

※ 女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩

図表 2-16 主要診断群別にみた茨城県の医療需要の将来推計（2013年を基準にした割合）

	2013年	2025年	2030年	2035年	2040年
神経系疾患	100.0%	145.5%	150.5%	150.1%	147.6%
呼吸器系疾患	100.0%	134.1%	144.1%	144.1%	141.4%
循環器系疾患	100.0%	127.3%	136.0%	138.4%	136.0%
消化器系疾患	100.0%	116.8%	120.7%	120.7%	118.2%
筋骨格系疾患	100.0%	116.9%	118.3%	116.9%	114.6%
女性生殖器系疾患等*	100.0%	92.5%	90.9%	89.4%	85.4%
外傷・熱傷・中毒	100.0%	123.3%	133.3%	135.1%	131.9%

※ 女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩

^{注8} Major Diagnostic Category の略で、レセプトデータ等で使われる主要診断群という、DPC (Diagnostic Procedure Combination) では、診断分類群の大分類に相当するもので、概ね臓器系統により 18 群に分類されています。

- 主な疾患別に入院の医療需要の将来推計（慢性期についてはデータに病名が無い
ため含まれていない）についてみると、高齢化の進展を背景として、大腿骨頸部骨
折、成人肺炎、脳卒中の順で増加傾向となります。

特に大腿骨頸部骨折の医療需要については、平成 37（2025）年において平成 25
（2013）年時点の 50.4 ポイントの上昇、平成 47（2035）年では 74.3 ポイントの上
昇が見込まれており、回復期機能の強化、並びに在宅医療等の受け皿拡大による円
滑な在宅移行体制の整備が求められるところです。

図表 2-17 主な疾患別にみた茨城県の医療需要の将来推計（2013 年を基準にした割合）

	2013 年	2025 年	2030 年	2035 年	2040 年
大腿骨頸部骨折	100.0%	150.4%	168.2%	174.3%	170.7%
高度急性期	-	-	-	-	-
急性期	100.0%	144.4%	161.8%	167.6%	164.1%
回復期	100.0%	156.6%	174.9%	181.1%	177.4%
成人肺炎	100.0%	136.6%	152.5%	157.6%	153.9%
高度急性期	100.0%	140.9%	150.8%	152.9%	149.8%
急性期	100.0%	134.3%	149.3%	153.8%	150.2%
回復期	100.0%	138.5%	155.9%	161.9%	158.1%
脳卒中	100.0%	125.9%	133.8%	135.4%	132.5%
高度急性期	100.0%	118.3%	122.4%	122.5%	120.1%
急性期	100.0%	125.5%	133.2%	134.7%	131.9%
回復期	100.0%	128.1%	137.1%	139.1%	136.1%
がん	100.0%	113.8%	113.9%	112.7%	111.2%
高度急性期	100.0%	108.5%	107.2%	105.6%	104.2%
急性期	100.0%	115.1%	115.2%	113.9%	112.4%
回復期	100.0%	115.2%	116.1%	115.2%	113.7%
急性心筋梗塞	100.0%	114.3%	114.7%	113.3%	111.3%
高度急性期	-	-	-	-	-
急性期	100.0%	114.3%	114.7%	113.3%	111.3%
回復期	-	-	-	-	-

④ 在宅医療等における医療需要

- 在宅医療等の医療需要の将来推計を構想区域別にみると、各構想区域において、現状の130～160%の在宅医療等の供給が必要となるものと見込まれます。
同様に、訪問診療についても、現状の120～160%の供給が必要となるものと見込まれます。

図表 2-18 在宅医療等及び訪問診療の医療需要の将来推計（構想区域別）

	在宅医療等の医療需要（人/日）			（うち）訪問診療分の医療需要（人/日）		
	2013年 (A)	2025年 (B)	伸び率 (B/A)	2013年 (C)	2025年 (D)	伸び率 (D/C)
水戸	3,631	5,057	139.3%	1,499	2,041	136.1%
日立	2,206	3,167	143.6%	941	1,326	141.0%
常陸太田・ひたちなか	2,861	3,827	133.8%	1,154	1,507	130.7%
鹿行	1,569	2,186	139.3%	532	699	131.3%
土浦	2,108	3,024	143.4%	978	1,413	144.5%
つくば	2,690	3,949	146.8%	1,647	2,386	144.9%
取手・竜ヶ崎	3,086	4,968	161.0%	1,374	2,187	159.2%
筑西・下妻	2,310	2,944	127.4%	962	1,172	121.8%
古河・坂東	1,648	2,225	135.0%	770	1,054	136.9%

- さらに、各構想区域において、在宅医療等のうち訪問診療分（平成25（2013）年の在宅患者訪問診療料の算定患者数の割合により推計）を除いた老人保健施設等分の医療需要についても、現状の130～160%の供給が必要となります。
- なお、平成37（2025）年の老人保健施設等分の医療需要から平成37（2025）年の老人保健施設の整備目標^{注9}と差をみると、各構想区域で357人/日～998人/日の不足が生じます。

図表 2-19 老人保健施設等分の医療需要の将来推計（構想区域別）

	（うち）老人保健施設等分の医療需要（人/日）			老人保健施設の定員整備目標（人）	
	2013年 (A)	2025年 (B)	伸び率 (B/A)	2025年 (C)	不足分 (B-C)
水戸	2,131	3,016	141.5%	2,508	508
日立	1,265	1,840	145.5%	880	960
常陸太田・ひたちなか	1,707	2,320	135.9%	1,493	827
鹿行	1,037	1,488	143.4%	1,016	472
土浦	1,130	1,611	142.5%	1,118	493
つくば	1,043	1,563	149.9%	993	570
取手・竜ヶ崎	1,712	2,781	162.5%	1,783	998
筑西・下妻	1,348	1,772	131.4%	1,195	577
古河・坂東	878	1,170	133.3%	813	357

出典：「地域医療構想策定支援ツール」, 「第6期いばらき高齢者プラン21」より作成

※ 在宅医療等には、サービス付き高齢者向け住宅を含む高齢者向け住宅（以下「高齢者向け住宅」という。）は含まれていないため、高齢者人口に対する高齢者向け住宅の割合を平成32(2020)年には3～5%に設定している住生活基本計画（全国計画）の整備状況等を踏まえた検討が必要になります。

（参考）サービス付き高齢者向け住宅情報提供システムによる茨城県の状況（構想区域別、戸数 H28.10末）
水戸：1,073、日立：367、常陸太田・ひたちなか：525、鹿行：250、土浦：787、つくば：249
取手・竜ヶ崎：822、筑西・下妻：263、古河・坂東：142 茨城県計：4,480

^{注9} 「第6期いばらき高齢者プラン21」より

- 茨城県における老人保健施設、訪問看護ステーションの平成26（2014）年時点の看護職員（保健師、助産師、看護師、准看護師）の実人数に、平成37（2025）年時点の老人保健施設の定員の増加割合、訪問看護の提供回数の増加割合をそれぞれ単純に乗じることにより、老人保健施設及び訪問看護ステーションにおいて必要となる看護職員数を推計したところ、老人保健施設では131人増、訪問看護ステーションでは790人増となり、合計921人の増加が必要と推計されました。

図表 2-20 在宅医療等の医療需要の将来推計

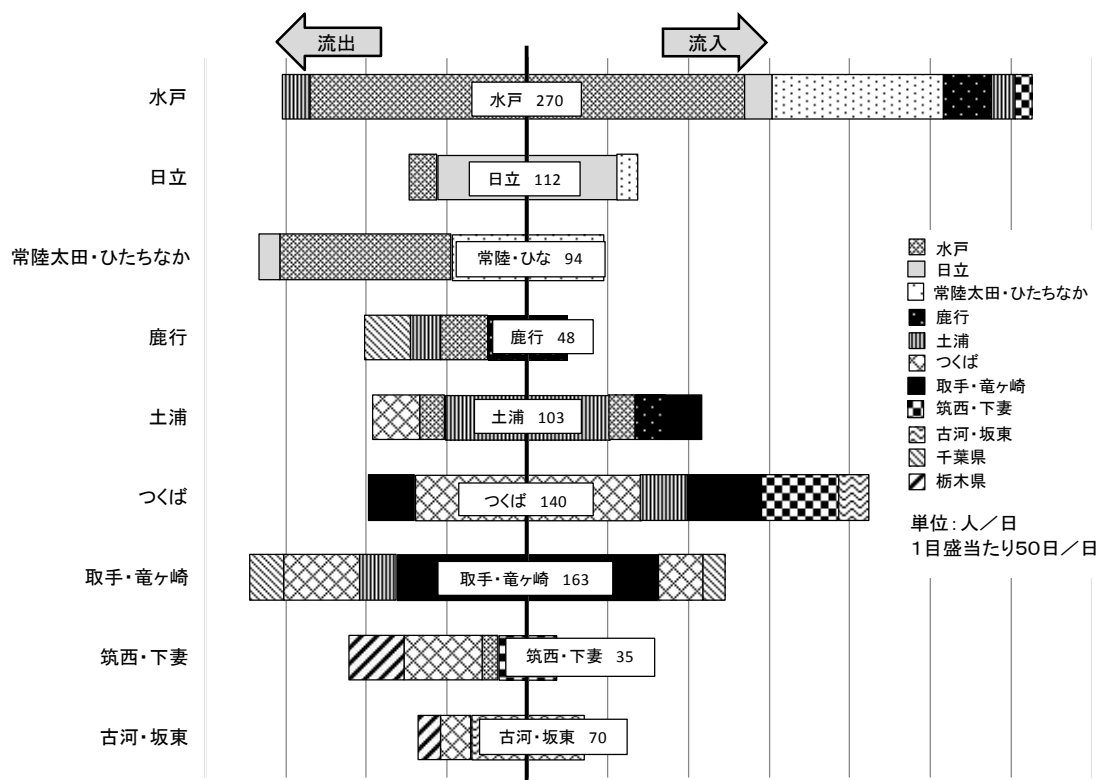
	2014年 (A)	2025年 (B)	増加分 (B-A)
老人保健施設	1,157	1,288	131
訪問看護ステーション	685	1,475	790
合計	1,842	2,763	921

出典：「平成26年介護サービス施設・事業所調査」，「第6期いばらき高齢者プラン21」より作成

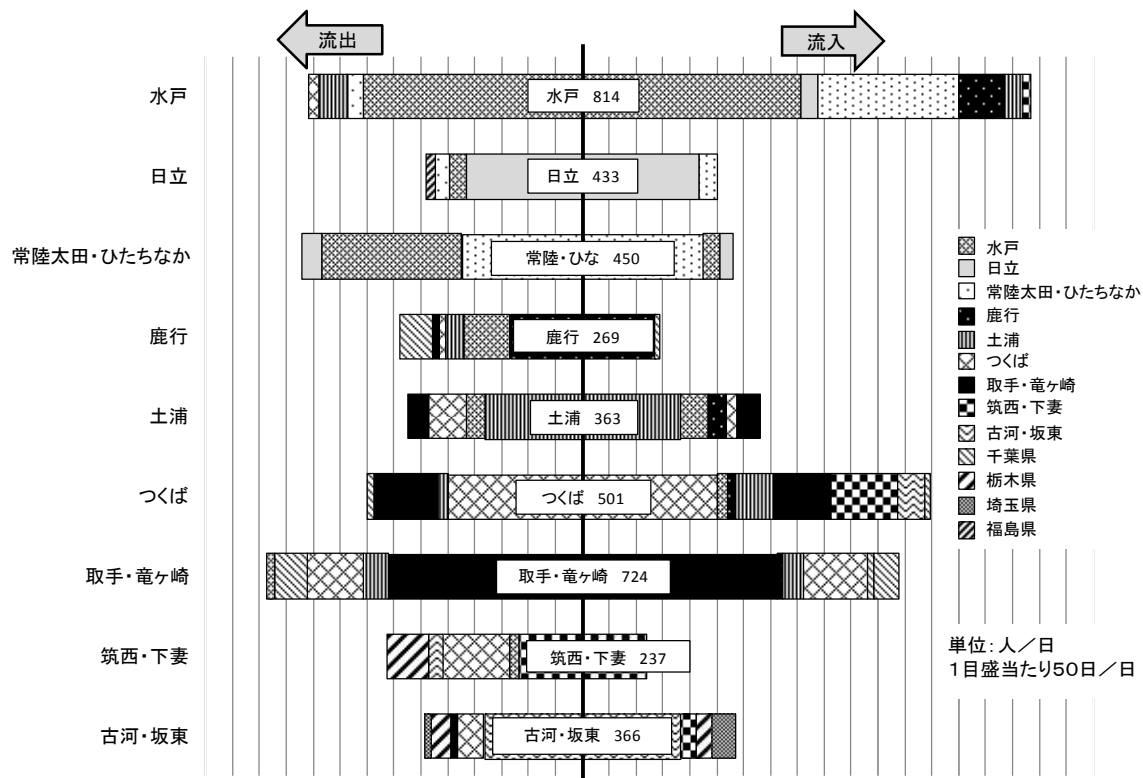
⑤ 都道府県間及び構想区域間の流出入の状況

- ツールにより推計される平成37（2025）年における患者の都道府県間及び構想区域間の流出入状況をみると、高度急性期については、つくば、水戸において他の構想区域からの流入過多である一方で、古河・坂東、筑西・下妻、鹿行、常陸太田・ひたちなかは流出過多であります。また、鹿行では千葉県への流出、筑西・下妻や古河・坂東では栃木県への流出がみられます。
- 急性期については、つくば、水戸において他の構想区域からの流入過多である一方で、筑西・下妻、鹿行、常陸太田・ひたちなかは流出過多となっています。また、日立では福島県への流出、鹿行や取手・竜ヶ崎では千葉県への流出、筑西・下妻では栃木県への流出、古河・坂東では栃木県や埼玉県への流出がみられます。
- 回復期については、取手・竜ヶ崎、つくば、水戸において他の構想区域からの流入過多である一方で、筑西・下妻、鹿行、常陸太田・ひたちなかは流出過多となっています。また、日立では福島県への流出、鹿行では千葉県への流出、筑西・下妻や古河・坂東では栃木県への流出がみられます。
- 慢性期については、筑西・下妻、つくばにおいて他の構想区域からの流入過多である一方で、土浦、常陸太田・ひたちなかは流出過多となっています。また、日立では福島県への流出、鹿行では千葉県からの流入、筑西・下妻や古河・坂東では栃木県からの流入がみられます。

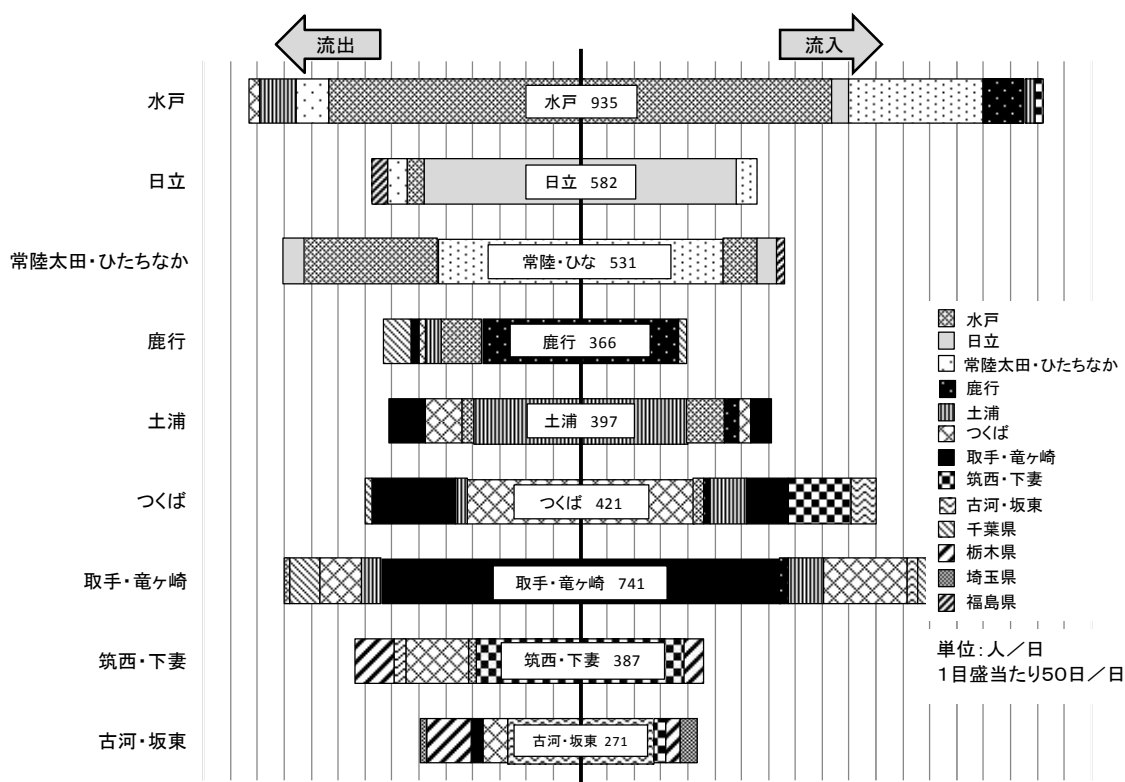
図表 2-21 2025 年の医療需要・患者の流出入の状況（高度急性期）



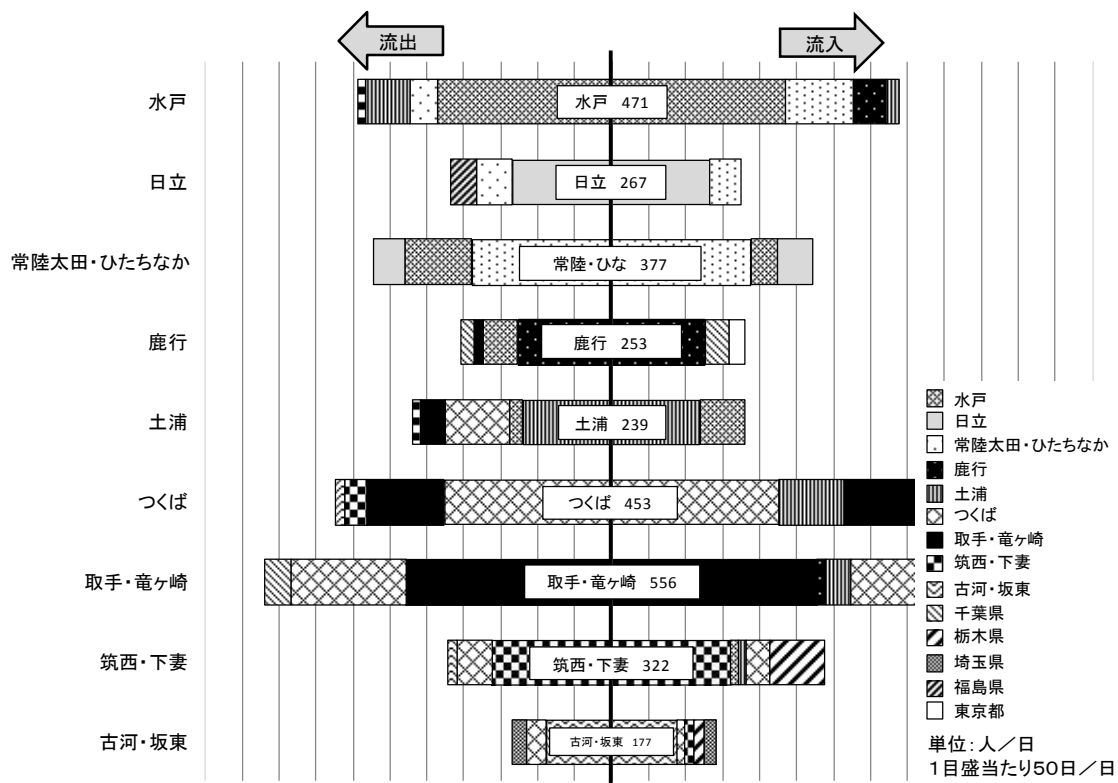
図表 2-22 2025 年の医療需要・患者の流出入の状況（急性期）



図表 2-23 2025 年の医療需要・患者の流出入の状況（回復期）



図表 2-24 2025 年の医療需要・患者の流出入の状況（慢性期）



第3章 本県における将来の医療提供体制に関する構想

少子高齢化に伴う医療需要の変化に適切に対応し、高度急性期から、急性期、回復期、慢性期及び在宅医療などまで、患者の病態にあった良質な医療を切れ目なく効率的に提供するために、各地域でバランスのとれた医療提供体制の構築を目指します。

1 平成37（2025）年における医療機能別の医療需要及び必要病床数

（1）推計に当たっての考え方

- 本県及び各構想区域の平成37（2025）年における医療需要と、将来の一般病床及び療養病床を合わせた必要量（以下「必要病床数」という。）を推計しました。
- 現状、県内の各構想区域において、他の構想区域との患者の流出入等を見込んだ医療機能が既に整備されています。また、患者住所地ベースでの医療需要に対応するための医療機能への転換を見込むことは、各医療機関に対して過度の経営方針の転換を促すことになることから、現状における各医療機関の既存の物的・人的な医療資源を最大限に有効活用します。
- 必要病床数の推計に当たり、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し定めることとなっており、厚生労働省通知により、10人以上の患者の流出入が協議の対象となっています。本県は、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、流出入の患者の医療需要については、「医療機関所在地ベース」の医療需要として推計することで調整しました。
- したがって、構想区域ごとの医療需要の推計については、高度急性期、急性期、回復期及び慢性期の4医療機能とも、現在の患者の流出入が今後も継続するものと考え、現段階では「医療機関所在地ベース」を基本として医療需要を推計することとしました。

留意点

- 必要病床数は、将来の提供体制について、医療関係者をはじめ、介護関係者や医療を受ける住民とともに考えるための参考値であり、病床の削減目標といった性格のものではありません。
- 必要病床数の都県間調整については、医療提供体制の整備状況等により、都県間において患者の受療動向の変化が著しく生じた場合には、見直しをすることを前提として調整しています。
- 本県では、高齢化の進展が平成37（2025）年以降も続くことから、医療需要のピークが平成47（2035）年になることに留意するとともに、医療提供体制の整備等による患者の受療動向の変化等を勘案し、次期保健医療計画の策定の際にも、医療需要及び必要病床数の見直しの必要性について検討します。

第3章 本県における将来の医療提供体制に関する構想

図表 3-1 平成 37 (2025) 年における医療需要と必要病床数 (構想区域別)

		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	21,033 (一般病床)	17,890	
	急性期	6,002	5,807	5,807	7,445			
	回復期	6,566	6,405	6,405	7,117			
	慢性期	4,425	4,614	4,614	5,015			5,951 (療養病床)
	小計	18,754	18,460	18,460	21,755			26,984
水戸	高度急性期	317.4	466.0	466.0	621	4,695 (一般病床)	3,482	
	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			995 (療養病床)
	小計	3,008.4	3,756.7	3,756.7	4,478			5,690
日立	高度急性期	150.6	128.9	128.9	172	2,154 (一般病床)	1,587	
	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			734 (療養病床)
	小計	1,740.5	1,571.9	1,571.9	1,850			2,888
ひたちなか 常陸太田	高度急性期	229.2	112.5	112.5	150	2,040 (一般病床)	1,806	
	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			671 (療養病床)
	小計	2,394.4	1,808.7	1,808.7	2,112			2,711
鹿行	高度急性期	158.1	52.6	52.6	70	1,427 (一般病床)	1,222	
	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			609 (療養病床)
	小計	1,627.8	1,090.5	1,090.5	1,265			2,036
土浦	高度急性期	164.5	176.8	176.8	236	1,915 (一般病床)	1,574	
	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			437 (療養病床)
	小計	1,676.9	1,626.6	1,626.6	1,930			2,352
つくば	高度急性期	191.2	327.0	327.0	436	2,765 (一般病床)	2,542	
	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			603 (療養病床)
	小計	2,145.9	2,948.6	2,948.6	3,489			3,368
竜ヶ崎 取手	高度急性期	282.8	230.1	230.1	307	3,314 (一般病床)	3,135	
	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			646 (療養病床)
	小計	3,065.1	3,151.6	3,151.6	3,704			3,960
筑西・下妻	高度急性期	145.3	40.4	40.4	54	1,276 (一般病床)	1,308	
	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			1,004 (療養病床)
	小計	1,714.3	1,274.6	1,274.6	1,458			2,280
古河・坂東	高度急性期	122.3	99.2	99.2	133	1,447 (一般病床)	1,234	
	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			252 (療養病床)
	小計	1,380.3	1,230.6	1,230.6	1,469			1,699

※必要病床数は、医療需要を高度急性期 75%、急性期 78%、回復期 90%、慢性期 92% で除して算出しています。

出典: 「地域医療構想策定支援ツール」より推計

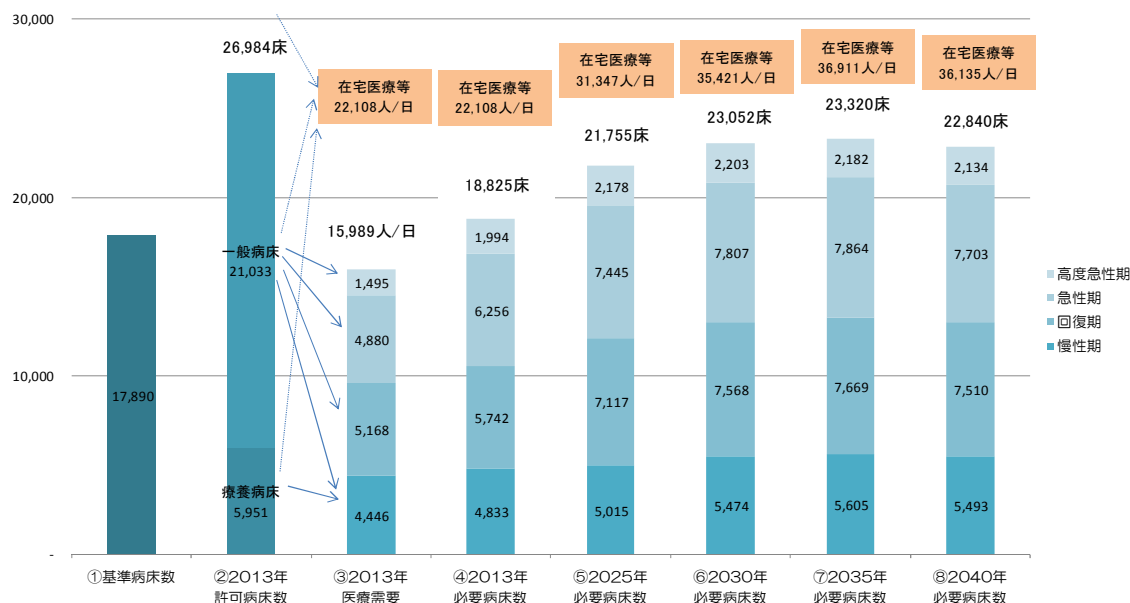
図表 3-2 【参考】平成 37（2025）年における医療需要と必要病床数（患者住所地ベース）

	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	1,761	2,349	21,033 （一般病床）
	急性期	6,002	5,807	6,002	7,694	
	回復期	6,566	6,405	6,566	7,296	
	慢性期	4,425	4,614	4,425	4,809	
	小計	18,754	18,460	18,754	22,148	5,951 （療養病床）
					26,984	17,890

（2）必要病床数の推移と許可病床数との関係

- 平成 25(2013)年の許可病床数を在宅医療等と 4 つの機能（高度急性期，急性期，回復期，慢性期）とに振り分けたものが平成 25(2013)年における必要病床数となります。平成 25(2013)年の必要病床数に人口の伸びを加味して，平成 37(2025)年から平成 52(2040)年までの必要病床数を推計しています。
- 本県の必要病床数は，平成 37(2025)年に 21,755 床となった後，平成 47(2035)年にピーク（23,320 床）に達します。
- なお，平成 37(2025)年必要病床数は，現在の許可病床数で対応している医療需要を基に算出しており，今後の人口推移や比較的症状の軽い入院患者等の在宅医療等へ移行等が，現時点の見込みどおりに進んだ場合の推計値となっています。

図表 3-3 【参考】必要病床数の推移と許可病床数との関係



2 将来の医療需要に対応するための医療提供体制の現状と課題

- 本県の医療需要は、平成 47（2035）年まで増加し続けるものと推計されます。平成 37（2025）年時点の必要病床数と、平成 27（2015）年の病床機能報告制度で報告された病床数を比較すると、総数では報告された病床数が必要病床数を上回っていますが、病床の医療機能別の内訳をみると、回復期のように、報告された病床数より必要病床数が大きく下回っている機能区分もあり、将来に向けたバランスのとれた医療機能を構築する必要があります。
- そのため、将来の医療需要の変化に対応した体制を効率的・効果的に構築するべく、現在の医療資源を最大限に活用しながら、急性期から回復期への病床機能の転換等の取組を促進する必要があります。
- また、慢性期及び在宅医療等については、入院医療の他、在宅医療や介護も含めた地域全体で支える体制づくりが求められることから、各構想区域の特性も踏まえながら、各構想区域の実情に合った提供体制の構築を図る必要があります。

（1）入院医療における医療機能の分化・連携

① 高度急性期

- 高度急性期については、将来の医療需要はほぼ横這いで推移しますが、医療機能の集約化や広域での連携体制の強化等を推進し、より効率的な医療提供体制の構築を図ることが求められます。
- 患者に必要な医療を適切に提供した後は、患者がより身近な地域で回復期、慢性期の医療を受けられるような連携体制の構築が必要となります。

② 急性期

- 急性期については、各構想区域における二次救急医療提供体制等を確保します。
- それぞれの医療機関が患者に必要な医療を適切に提供した後は、病態に応じて切れ目なく回復期、慢性期の医療へつなげていくことができるよう、医療機関相互の役割分担と連携等を促進していくことが求められます。

③ 回復期

- 回復期については、医療需要の伸びが大きく見込まれます。
- そのため、急性期を担う医療機関と連携し、より身近な地域で在宅への復帰に向けたリハビリテーション等が受けられる医療機能の充実を図る必要があります。

④ 慢性期

- 慢性期については、療養病床の受療率の地域差の縮小の方向性を踏まえつつ、病状は比較的安定していても継続して医療的ケアが必要な患者に対する適切な医療提供体制を患者の身近な地域で確保する必要があります。
- また、現在、厚生労働省の「療養病床の在り方等に関する検討会」において検討がなされた「新たな施設類型」等の報告書が公表されたところであり、地域全体で支えていく体制構築を図る上で、今後の検討状況を注視する必要があります。

⑤ その他

- 各構想区域において、将来の医療需要に対応した医療提供体制の構築にあたり、病床機能のバランスを考慮するだけでなく、産科病床や障害者施設等の特定の役割を担っている病床の維持確保にも努める必要があります。

(2) 在宅医療等の充実

① 在宅医療の提供基盤の強化

- 本県では、在宅療養支援診療所や訪問看護ステーション等の在宅医療の提供基盤が不足気味（図表 2-3、図表 2-4 を参照）であることから、各構想区域の実情に応じた基盤整備が必要です。

② 在宅医療を支える多職種の連携強化

- 在宅医療は、医師をはじめとして、歯科医師、訪問看護師、薬剤師等の様々な医療従事者と、ホームヘルパー等の介護従事者など、多職種による連携により提供されることから、これら関係者の連携強化を一層図る必要があります。

③ 介護保険施設等も含めた受け皿の強化・充実

- 居宅等で訪問診療を受けている在宅療養者や、介護老人保健施設で医療を受けている入所者等、療養の形態は様々であることから、増大する医療需要に対応するため、介護施設も含めた受け皿の整備が必要です。

④ 地域包括ケアシステム構築に向けた取組の調和

- 県内各市町においてそれぞれの地域事情に応じた地域包括ケアシステムの構築に向けた取組がなされているところであり、市町の介護施策やまちづくり施策と調和を図りながら在宅医療等の充実を図る必要があります。

(3) 医療従事者の養成・確保

① 将来の医療需要に対応した医療従事者の育成・確保

- 将来の医療需要の変化に対応した医療提供体制を充実させるためには、各医療機能に対応できる医師、歯科医師、薬剤師、看護師等の医療従事者の育成や確保が必要となります。

② 在宅医療に係る医療・介護従事者の育成・確保

- 訪問診療を担う医師をはじめ、それら医師と連携する歯科医師、訪問看護師、薬剤師等の人材不足が深刻である（図表 2-5～図表 2-7）ため、在宅医療を担う多様な医療従事者の育成を図る必要があります。
- また、地域で高齢者の療養生活等を支える介護人材の育成・確保も重要な課題となっています。

(4) 茨城県保健医療計画の施策との調和

- 「第6次茨城県保健医療計画」においては、5 疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患）・5 事業（救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児救急を含む小児医療）・在宅医療について、それぞれの医療連携体制の構築にかかる施策を推進することとしており、これらの施策を踏まえながら、構想区域における病床機能の分化・連携を図る必要があります。
- このうち、がん、脳卒中、急性心筋梗塞については、発生頻度が高いなどの理由から一般病床及び療養病床への入院に占める割合も比較的大きく、各構想区域の医療提供体制を検討する上で重要です。構想区域単位で必要な入院機能を確保するだけでなく、発症時の救急医療、専門的な診療の効率的な提供、在宅復帰に向けたリハビリテーション等の様々な機能を、医療機関へのアクセシビリティにも配慮しながら連携を促進する必要があります。
- また、5 事業のうち救急医療や周産期医療では、入院や搬送など必要な機能の確保や連携体制の構築等が進められており、これらの施策に留意しながら、将来の医療需要に対応する必要があります。
- 在宅医療では、退院支援、療養支援を行う各機関の連携体制の構築、急変時の入院対応や看取りなど、様々な施策が必要とされます。このため、各構想区域の地域事情を踏まえながら、介護を含めた慢性期の療養を支える体制全般の在り方について検討を進める必要があります。

3 課題解決に向けた施策及び今後の検討の方向性

(1) 入院医療における医療機能の分化・連携

① 病床機能の転換の促進

- 地域で不足している病床機能への転換を促進するため、転換に伴う施設・設備の整備や人材の養成などに対して支援します。

■ 主な施策

- ・回復期病床整備促進事業（H27～）
回復期病床の増につながる新築・増築・改修等を実施する医療機関に対する補助。

② 医療機関間の連携強化等

- 政策医療を担っている公的病院への支援や地域の医療提供体制の充実を図るため、各地域医療構想調整会議において、引き続き再編統合について検討してまいります。また、構想区域の各医療機関の役割をより明確にし、介護施設を含めた施設間の緊密な連携体制の構築を促進してまいります。
- 地域において救急医療を支えている民間病院に対して、公的病院と同様の支援について検討してまいります。

■ 主な施策

- ・地域医療構想調整会議の開催（H27～）
本構想策定後においても、PDCA サイクルにより見直しを図るとともに、構想区域における調整・連携を促進。
- ・茨城型地域包括ケアシステム推進事業（H26～）
地域ケアセンターの設置、地域ケアコーディネーターの配置等により、区域における連携体制の構築を促進。
- ・ICTを活用したネットワークの活用等
県医師会が展開するいばらき安心ネットの活用により、医療機関間の連携等を強化するほか、介護関係者との情報共有を進めるための整備等を実施。

③ 医療機能分化・連携に係る県民の理解促進

- 地域医療構想において目指す病床機能の分化・連携について、医療サービスの利用者である住民の理解を深め、適切な受療行動を促すための取組等を促進するため、地域医療構想調整会議等の検討内容等を県民に対して広く情報発信してまいります。

■ 主な施策

- ・地域医療構想調整会議の開催（再掲：H27～）
県民参加の推進について協議するとともに、議題等について広く募集等。

- ・ 県政出前講座
集会や職場などに訪問し、地域医療構想の達成に向けた取組み等について説明。

(2) 在宅医療等の充実

① 在宅医療の提供基盤の強化

- いばらき高齢者プラン 21 や新しいばらき障害者プラン等における施設・事業所等の整備計画と調和を図るとともに、サービス付き高齢者向け住宅の整備状況なども踏まえ、地域の実情にあった在宅医療の提供体制を整備してまいります。
- 介護との分担や連携も勘案しながら、在宅療養支援診療所や訪問看護ステーション等の在宅医療の提供基盤の整備を促進します。
- 訪問看護など在宅医療に関する人材を養成するとともに、退院調整技術の向上に向けた研修を実施することにより、在宅医療関係者との連携強化を図るなど、在宅医療の提供体制を強化してまいります。
- 高齢者のみならず、障害者などを含む全ての要援護者及び家族等に対し、地域ケアシステムの「コーディネート機能」や「多職種協働による支援機能」といったノウハウを活用しながら、医療、介護、予防、生活支援など様々なサービスを提供する「茨城型地域包括ケアシステム」について、市町村・関係団体と連携し構築してまいります。

■ 主な施策

- ・ 薬局における在宅医療推進事業（H26～）
在宅療養者への注射薬供給に対応するための無菌調剤研修及び無菌調剤室の共同利用の推進等。
- ・ 訪問看護支援事業（H21～）
訪問看護ステーション管理者へのマネジメント研修、訪問看護師の養成研修の実施等。
- ・ 茨城型地域包括ケアシステム推進事業（再掲：H26～）
訪問看護事業所等が在宅サービスで使用する機器の購入等に対して補助。

② 在宅医療を支える多職種の連携強化

- 在宅医療・介護連携拠点事業（平成25年度から平成27年度モデル事業として実施）成果を踏まえ、関係団体等と連携し、市町村が実施する在宅医療・介護連携推進事業に対し支援してまいります。
- 訪問診療を行う医師やホームヘルパー等の介護従事者など、在宅医療を支える各種専門職の連携体制を構築してまいります。

■ 主な施策

- ・在宅医療推進体制整備事業（H28～）
病院勤務看護師による訪問看護ステーション等への出向研修を支援することにより、病院における退院調整技術の向上及び在宅医療関係者との連携強化を図ります。
- ・在宅歯科医療推進事業（H26～）
在宅医療の関係者による協議会の開催や、在宅歯科医療認知度向上のためのガイドブックの作成等。
- ・ICTを活用したネットワークの活用等（再掲）
県医師会が展開するいばらき安心ネットの活用により、医療機関間の連携等を強化するほか、介護関係者との情報共有を進めるための整備等を実施。

③ 在宅医療に関する知識の普及啓発

- 医療機能情報提供制度の活用をはじめ、様々な広報媒体を通じ、在宅医療・介護に関する情報を、地域住民に対して適切に提供してまいります。

■ 主な施策

- ・医療機能情報提供制度の運用等（H19～）
在宅医療に係る医療機能を有する病院、診療所、歯科診療所の情報をわかりやすく公表等。
- ・県政出前講座（再掲）
集会や職場などに訪問し、在宅医療・介護に関する取組み等について説明。

(3) 医療従事者の養成・確保

① 医師の確保対策の推進

- 県内の医師不足、地域偏在の解消を図るため、地域医療支援センターを核として、高校生、医学生、研修医、医師のそれぞれの段階に応じた取組を推進します。
- 修学資金を活用した医師が各医療圏でバランスよく勤務できるよう、医師の派遣調整を進めます。

■ 主な施策

- ・地域医療支援センター事業（H18～）
修学生医師のキャリア形成支援や医師不足地域の中小病院への医師派遣調整等。
- ・医師修学資金貸与事業（H18～）
将来県内の医療機関で従事する意思のある医学生に対する修学資金の貸与。
- ・女性医師就業支援事業（H21～）
院内育児スペースの整備や育児中の医師に対する勤務条件の緩和など、働きやすい職場環境づくりに取り組む病院に対する補助等。

② 看護職の確保対策の推進

- 看護職の計画的な確保を図るため、看護職員の養成、県内定着促進、離職防止に資する取組を推進します。
- 県ナースセンターにおいて、潜在看護職員に対する就業相談、就業斡旋及び再就業支援研修を実施し、看護職員の再就業を推進します。

■ 主な施策

- ・ 看護師等養成所運営助成事業（S45～）
看護師等養成所の運営費に対する補助。
- ・ 看護師等修学資金貸付事業（S37～）
将来県内に就業しようとする看護学生に対する修学資金の貸与。
- ・ 看護職員確保対策事業（H21～）
離職中看護師に対する就職相談、マッチング及び再就業研修等を実施するナースセンターの運営。

③ 多様な専門職の育成支援

- 高齢化に伴う増加する疾患への対応や在宅医療等の充実を図るため、リハビリテーション関係職や在宅医療を担う医師、歯科医師、薬剤師等、多様な専門職の育成を支援します。

■ 主な施策

- ・ がん患者口腔管理体制強化事業（H28～）
医師、薬剤師、看護師、栄養士、介護士等に対する、がん患者に係る口腔ケア技術等に関する研修会の実施。
- ・ 地域リハビリテーション総合支援事業（H21～）
地域リハビリテーション推進拠点（医療機関、訪問看護ステーション、老健施設）が実施する情報提供事業や技術指導、在宅復帰支援事業等に対する補助。
- ・ 薬局における在宅医療推進事業（再掲：H26～）
在宅医療に取り組むための薬剤師のスキルアップ研修の実施等。
- ・ 訪問看護支援事業（H21～）
訪問看護ステーション等に勤務する看護師に対する、訪問看護の知識や技術等に関する研修会の実施。

④ 医療勤務環境改善の推進

- 医療従事者の確保・定着を図るため、医勤務環境改善支援センターにおいて、県内の医療機関における勤務環境改善の取組等を促進します。
- 病院内保育施設を設置する病院等に対し、その整備費及び運営費を助成することにより、出産・育児による離職を防止し職員の定着を図ります。

■ 主な施策

- ・医療勤務環境改善支援センター事業（H26～）
勤務環境改善に取り組む医療機関に対して、勤務環境改善計画の策定やファミリーサポートセンター等と連携した医師の就業支援等を実施。
- ・看護職員就労環境改善支援事業（H25～）
短時間正職員制度など多様な勤務形態の導入を図る病院等に対する補助。
- ・病院内保育所運営助成事業（S62～）
医療機関が運営する病院内保育所の運営費に対する補助。

（4）その他医療機能の充実及び連携体制

- 「第6次茨城県保健医療計画」においては、特に5疾病（がん，脳卒中，急性心筋梗塞，糖尿病，精神疾患）・5事業（救急医療，災害医療，へき地医療，周産期医療，小児救急を含む小児医療）・在宅医療について，数値目標を設定の上，PDCAサイクルにより関連施策を実施していることから，施策間の連携による効果的な運用を図ります。

（5）施策の見直し

- 本地域医療構想に記載した各施策の進捗状況を踏まえた追加的対応や，今後新たに生じる課題等に対応するため，これらの施策については，必要があると認められる場合には，柔軟に見直ししてまいります。

4 地域医療構想の推進体制等

(1) 推進体制

① 茨城県医療審議会

- 茨城県全体における病床機能報告結果の情報共有や、地域医療構想実現に向けた取組み等の進捗状況を評価し、更なる推進方策等の検討を行います。

② 地域医療構想調整会議

- 各構想区域における病床機能報告結果の情報共有や、地域医療構想実現に向けた取組み等の進捗状況を評価し、更なる推進方策等の検討を行います。

(2) 各関係者等の役割

① 県

- 県全体の良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の構築を目指し、他の計画と調和・連携を図りながら、本地域医療構想に記載された取組みを推進します。

② 保健所

- 地域医療構想調整会議等を運営し、構想区域内の医療機関等の医療機能分化・連携に係る自主的取組み等を促進します。

③ 市町村

- 地域医療構想調整会議等に参画し、医療機能分化・連携に向けた地域課題を共有するとともに、地域特性を活かした地域包括ケアシステムの構築を図ります。

④ 保険者

- 地域医療構想調整会議等に参画し、医療機能分化・連携に向けた地域課題を共有するとともに、加入者データの分析等による効果的な施策の提言や、加入者の健康づくりの啓発や適切な受療行動の促進に努めます。

⑤ 医療機関・医療関係者

- 地域の医療機能の分化・連携に関する課題を共有し、自ら機能・分化に取り組み、他の医療機関や介護施設等との連携を強化する等、将来の医療需要に対応したバラ

第2章 本県における医療提供体制の現状と予測される医療需要

ンスのとれた医療提供体制の構築に協力します。

⑥ 介護事業者等

- 地域の医療機能の分化・連携に係る地域課題を共有し、医療機関等との連携強化による介護サービスの充実等を図ります。

⑦ 県民

- 医療機関の役割等に関する理解を深め、適切な受療行動に努めます。

第4章 構想区域別地域医療構想

1 水戸地域医療構想区域の概況

(1) 人口動態

- 構成市町：水戸市，笠間市，小美玉市，茨城町，大洗町，城里町となります。
- 平成 37(2025)年には総人口は 447,379 人で，平成 27(2015)年時点と比較して 22,170 人減少します。一方で，65 歳以上人口は 139,210 人で，同 14,163 人増加。75 歳以上人口は 80,487 人で，同 18,612 人増加します。
- 65 歳以上人口は平成 52(2040)年にかけて増加し続ける。また，75 歳以上人口は平成 47(2035)年迄は急速に増加し，その後，やや減少する。そのため，医療需要が増加する 75 歳以上の高齢者の急増に対応した医療提供体制を整備する必要があります。

図表 4-1-1 将来人口推計 (2015 年-2040 年)

(単位：人)

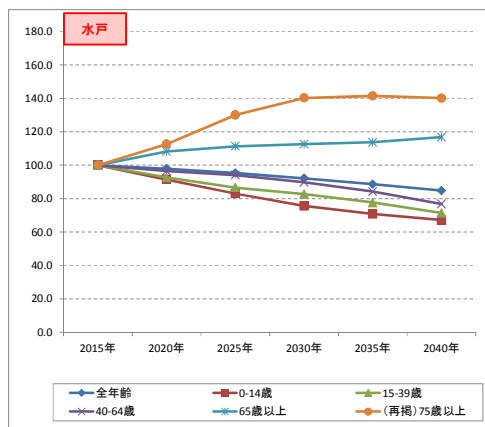
	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
総人口 (構想区域)	469,549	459,945	447,379	432,716	416,233	398,117
0-14歳	59,622	54,497	49,483	45,056	42,202	40,018
15-39歳	125,391	116,182	108,639	103,626	97,352	89,545
40-64歳	159,489	153,913	150,047	143,251	134,374	122,479
65歳以上	125,047	135,353	139,210	140,783	142,305	146,075
(再掲) 75歳以上	61,875	69,678	80,487	86,767	87,527	86,695

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（平成 25（2013）年 3 月推計）」

図表 4-1-2 2015 年の人口を 100 とした場合の各年の人口指数

	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
総人口 (構想区域)	100.0	98.0	95.3	92.2	88.6	84.8
0-14歳	100.0	91.4	83.0	75.6	70.8	67.1
15-39歳	100.0	92.7	86.6	82.6	77.6	71.4
40-64歳	100.0	96.5	94.1	89.8	84.3	76.8
65歳以上	100.0	108.2	111.3	112.6	113.8	116.8
(再掲) 75歳以上	100.0	112.6	130.1	140.2	141.5	140.1
総人口 (県全体)	100.0	97.6	94.6	91.1	87.1	82.9
65歳以上	100.0	108.7	111.0	111.0	111.2	113.6
(再掲) 75歳以上	100.0	115.3	136.2	147.0	145.9	141.8

図表 4-1-3 2015 年の人口を 100 とした場合の各年の人口指数 (グラフ)



(2) 医療資源の状況

ア) 病院病床数の状況

- 水戸構想区域には、県内の構想区域の中で最も多くの一般病床及び DPC 算定病床があります。
- また、人口 10 万人当たりの一般病床数（病院分）をみても、一般病床は県内で最も高い水準にあります。

図表 4-1-4 病院病床数の状況

(単位：床)

	病院病床数※1			人口10万人対病院病床数※2、※3		
	一般病床	DPC算定病床	療養病床	一般病床	DPC算定病床	療養病床
全国	894,216	483,499	328,144	706.3	381.9	259.2
茨城県	18,850	8,275	5,746	645.1	283.2	196.5
水戸	4,235	2,133	970	901.9 (1)	454.3 (2)	206.6 (4)
日立	2,008	615	697	771.5 (3)	236.3 (6)	267.8 (2)
常陸太田・ひたちなか	1,664	475	603	458.3 (8)	130.8 (7)	166.1 (7)
鹿行	1,272	158	595	462.7 (7)	57.5 (8)	216.5 (3)
土浦	1,636	1,022	437	626.4 (5)	391.3 (3)	167.3 (6)
つくば	2,611	1,729	593	788.2 (2)	521.9 (1)	179 (5)
取手・竜ヶ崎	3,032	1,416	646	645.1 (4)	301.3 (5)	136.6 (8)
筑西・下妻	1,100	0	987	416.1 (9)	0 (9)	373.4 (1)
古河・坂東	1,292	727	218	568.4 (6)	319.8 (4)	95.9 (9)

※1：「平成26年医療施設調査」厚生労働省、「平成26年度 DPC導入の影響評価に関する調査」厚生労働省
 ※2：国立社会保障・人口問題研究所は「日本の地域別将来推計人口（平成25（2013）年3月推計）」の2015年推計人口で算出したもの。
 ※3：構想区域ごとの人口10万人対病院病床数の数値横の（ ）内の数値は県内順位である。

イ) 一般診療所および病床数の状況

- 水戸構想区域には 330 の一般診療所があり、その病床数は 403 です。

図表 4-1-5 一般診療所および病床数

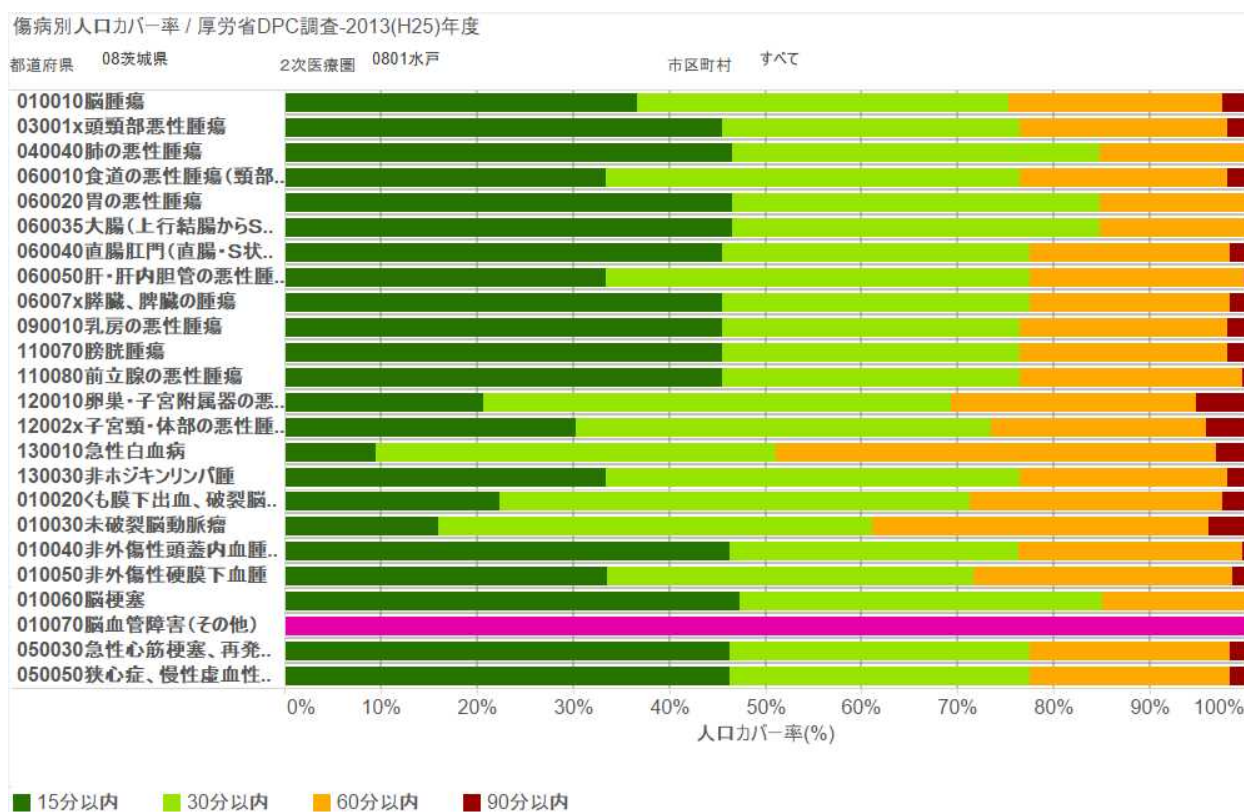
	一般診療所数・病床数			人口10万対		
	一般診療所数	有床診療所数	有床診療所の病床数	一般診療所数	有床診療所数	有床診療所の病床数
県全体	1,722	155	2,140	58.9	5.3	73.2
水戸医療圏	330	28	403	70.3	6.0	85.8
水戸市	242	21	290	89.5	7.8	107.2
笠間市	37	3	57	48.2	3.9	74.2
小美玉市	18	2	18	35.3	3.9	35.3
茨城町	15	2	38	44.5	5.9	112.8
大洗町	11	-	-	63.3	-	-
城里町	7	-	-	34.6	-	-

出典：「平成 26 年医療施設（静態・動態）調査」厚生労働省
 人口 10 万対は「日本の地域別将来推計人口（平成 25（2013）年 3 月推計）」国立社会保障・人口問題研究所の 2015 年推計人口を用いて算出したものです。

ウ) 傷病別人口カバー率(がん, 脳卒中, 心筋梗塞)

- がん, 脳卒中, 心筋梗塞について, 医療機関への到達時間が15分以内の人口カバー率は, 多くの疾患について40%前後となっています。ただし, 「130010 急性白血病」, 「010030 未破裂脳動脈瘤」など一部の傷病のように, 10~30%程度の人口カバー率にとどまっているものもみられます。
- 発症後, 早期に治療を開始することが望ましい脳卒中, 心筋梗塞については, 「010070 脳血管障害(その他)」を除いて30分以内で病院に到達可能な人口カバー率が概ね70%以上であり, 少なくとも現行の医療提供体制を維持することが望まれます。

図表 4-1-6 傷病別人口カバー率(がん, 脳卒中, 心筋梗塞)



出典: 「平成25年度DPC導入の影響評価に関する調査」厚生労働省

注1) 傷病別人口カバー率は, 傷病別に, 最寄りのDPC病院に到達できる構想区域内における人口割合を時間別(15分以内, 30分以内, ...)に示したものです。

注2) 図中のがん, 脳卒中, 心筋梗塞の傷病名:

がん: 010010 脳腫瘍~130030 非ホジキンリンパ腫

脳卒中: 010020 くも膜下出血~010070 脳血管障害(その他)

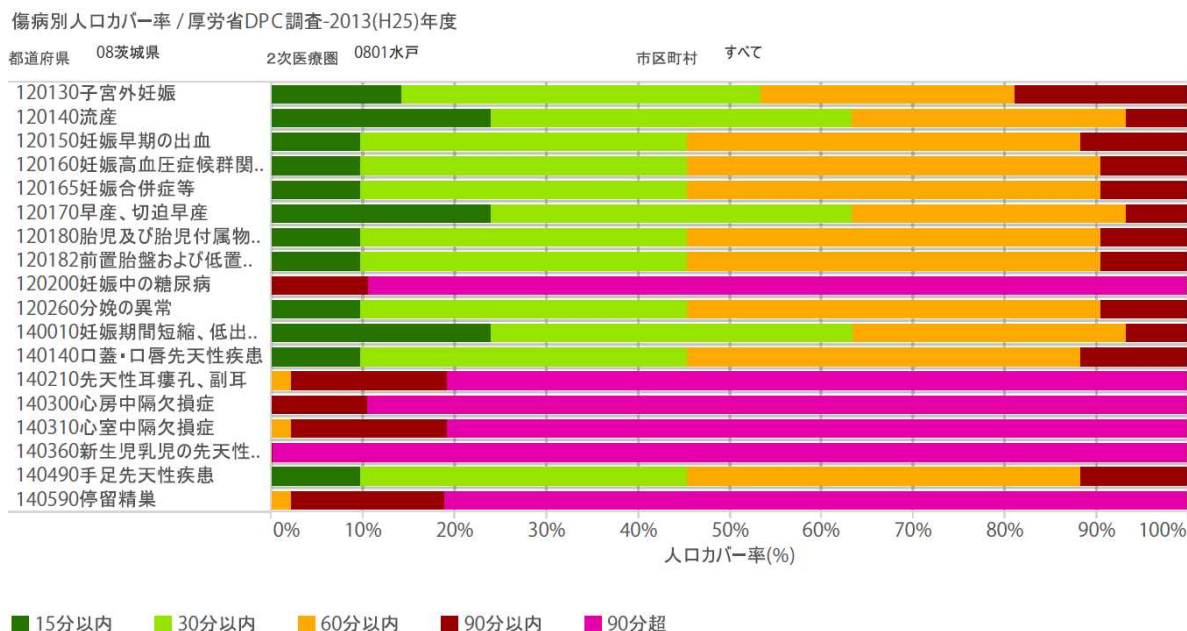
心筋梗塞: 050030 急性心筋梗塞~050050 狭心症

注3) 移動に係る交通手段について資料に明記はないが, 自動車交通によるものと想定されます。

エ) 傷病別人口カバー率（周産期）

- 周産期についてみると、医療機関への到達時間が30分以内の人口カバー率は、多くの疾患について50%前後となっているが、「120200 妊娠中の糖尿病」など一部の傷病については、30分以内では到達できず90分超える傷病（図表4-1-7）があります。
- 発症後、早期に治療を開始することが望ましい「120140 流産」、「120170 早産、切迫早産」、「140010 妊娠期間短縮、低出産体重に関連する障害」については30分以内で病院に到達可能な人口カバー率が60%を超えており、少なくとも現行の医療提供体制を維持することが望まれます。

図表 4-1-7 傷病別人口カバー率（周産期）



出典：「平成25年度DPC導入の影響評価に関する調査」厚生労働省

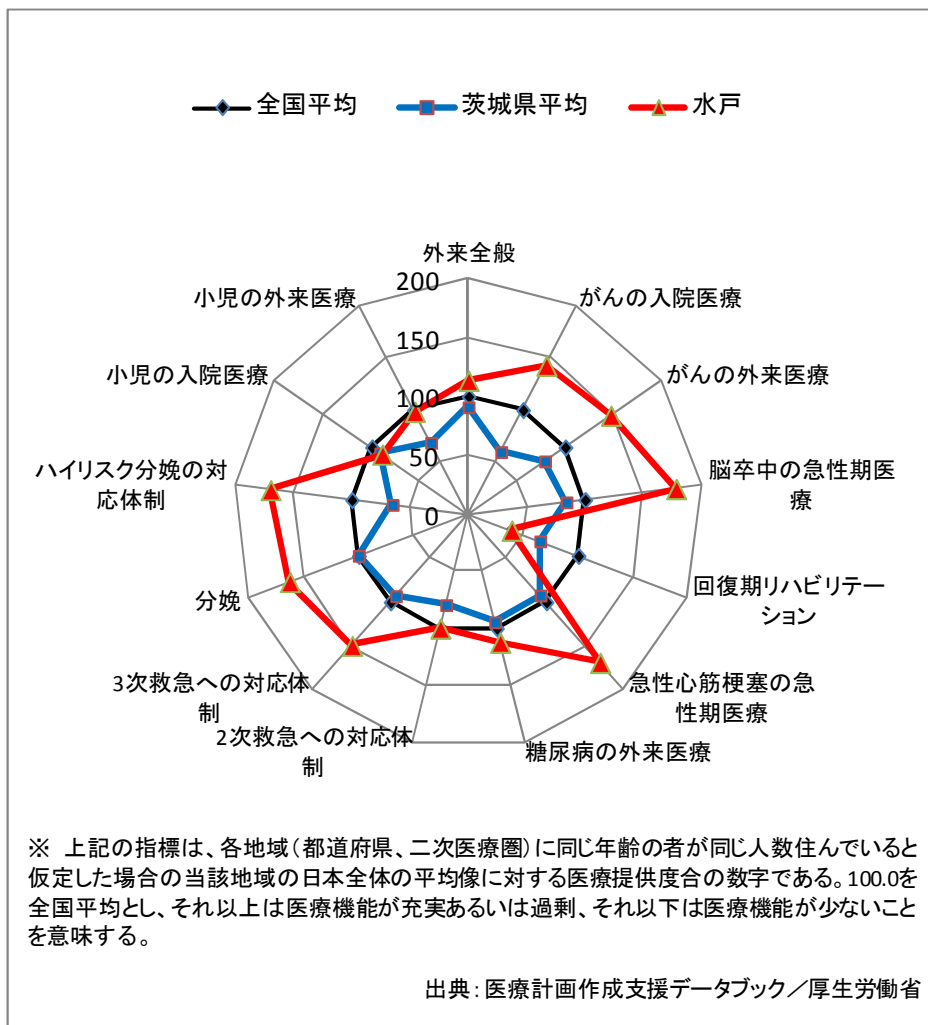
注1) 傷病別人口カバー率は、傷病別に、最寄りのDPC病院に到達できる構想区域内における人口割合を時間別（15分以内、30分以内、・・・）に示したものであります。

注2) 移動に係る交通手段について資料に明記はないが、自動車交通によるものと想定されます。

オ) 5 疾病 5 事業に係る医療提供体制

- 水戸構想区域は、がんの入院・外来医療，脳卒中，急性心筋梗塞の急性期医療，ハイリスク分娩・分娩，3次救急への対応体制などにおいて，全国平均，茨城県平均を上回っており充実しています。
- 回復期リハビリテーションについては茨城県平均を下回り，医療提供体制が不足しています。

図表 4-1-8 5 疾病 5 事業に係る医療提供体制



注) 上記の図表は5疾病5事業に係る医療提供体制の概略であり，下表の事項のみを用いて作成しています。

5疾病5事業の医療提供体制の指標		
事項		把握対象
外来全般	再診	再診料または外来診療料を算定した入院外レセプト数
がん	がんの入院医療	悪性腫瘍を主傷病とする患者の入院レセプト数
	がんの外来医療	悪性腫瘍を主傷病とする患者の入院外レセプト数
脳卒中	脳卒中の急性期医療	超急性期脳卒中加入を算定したレセプト数
	回復期リハビリテーション	回復期リハビリテーション病棟入院料を算定したレセプト数(注:大腿骨頭骨折によるリハビリも含まれる)
急性心筋梗塞	急性心筋梗塞の急性期医療	急性心筋梗塞を主傷病とする患者の入院レセプト数
糖尿病	糖尿病の外来医療	糖尿病を主傷病とする患者の入院外レセプト数
救急医療	2次救急への対応体制	救急医療管理加算または救急救命管理料を算定した入院レセプト数
	3次救急への対応体制	救命救急入院料を算定した入院レセプト数
周産期医療	分娩	帝王切開を実施した入院レセプト数
	ハイリスク分娩の対応体制	ハイリスク妊産婦共同管理料またはハイリスク分娩管理加算を算定した入院レセプト数
小児医療	小児の入院医療	小児入院管理料を算定した入院レセプト数
	小児の外来医療	乳幼児や小児にかかる初診料・再診料・外来診療料の加算または小児科外来診療料を算定した入院外レセプト数

力) 医療従事者数(医師数, 歯科医師数, 薬剤師数, 看護師数)

- 水戸構想区域における人口 10 万人当たりの医師数は県全体を上回っています。同人口 10 万人当たりの歯科医師数, 薬剤師数は県全体とほぼ同様です。
- 水戸構想区域の中では, 総数としては水戸市に医師, 歯科医師, 薬剤師が集中している状況で, 地域偏在があり, 構成市町により格差があります。人口 10 万人当たりの人数でみると, 水戸医療センターのある茨城町の医師数が高い水準となっています。

図表 4-1-9 医療従事者数(医師数, 歯科医師数, 薬剤師数)

	医療施設の従事者数(人)			人口10万対(人)		
	医師数	歯科医師数	薬剤師数※	医師数	歯科医師数	薬剤師数
県全体	4,950	1,920	4,662	169.6	65.8	159.7
水戸医療圏	1,021	317	825	217.2	67.4	175.5
水戸市	644	221	558	237.7	81.6	206.0
笠間市	210	47	124	271.5	60.8	160.3
小美玉市	36	16	38	70.2	31.2	74.1
茨城町	105	19	56	317.8	57.5	169.5
大洗町	17	8	30	99.4	46.8	175.3
城里町	9	6	19	44.3	29.5	93.4

出典:「平成 26 年医師・歯科医師・薬剤師調査」厚生労働省

※薬剤師数は, 薬局従事者も含まれます。

図表 4-1-10 医療従事者数(診療科別医師数)

(単位:人)

	医療施設従事者数	平成26年12月31日現在																					
		内科	呼吸器内科	循環器内科	消化器内科	腎臓内科	神経内科	糖尿病・代謝内科	血液内科	皮膚科	アレルギー科	リウマチ科	感染症内科	小児科	精神科	心療内科	外科	呼吸器外科	心臓血管外科	乳癌外科	気管食道外科	消化器外科	
県全体	4,950	1,577	246	376	519	111	132	136	39	302	102	78	13	623	253	90	543	46	59	53	20	177	
水戸医療圏	1,021	297	51	84	105	21	42	32	11	61	20	14	1	97	58	34	87	12	12	13	1	33	
水戸市	644	221	33	54	71	15	16	28	4	40	15	8	8	72	22	15	57	5	7	8	0	19	
笠間市	210	34	11	16	15	6	20	1	3	11	3	4	4	11	18	9	5	3	1	1	0	12	
小美玉市	36	15	1	5	7	3	10	0	1	5	1	2	2	5	9	4	2	1	1	0	0	6	
茨城町	105	42	3	14	19	3	6	2	4	3	1	1	1	25	14	8	14	2	3	3	1	3	
大洗町	17	10	5	7	10	4	1	1	4	3	1	1	1	12	11	13	2	1	3	1	1	1	
城里町	9	7	6	2	2	1	1	6	1	6	1	1	2	12	1	3	3	3	3	1	1	1	
	100%	78%	-	22%	-	11%	-	-	-	11%	-	11%	11%	22%	11%	-	33%	-	-	-	-	-	11%

	泌尿器科	肛門外科	脳神経外科	整形外科	形成外科	美容外科	眼科	耳鼻いんこう科	小児科	産婦人科	産科	婦人科	シヤビヨリテ科	放射線科	麻酔科	病理診断科	臨床検査科	救急科	臨床研修医	全科	その他	不詳
県全体	153	97	178	463	60	5	236	157	24	204	7	46	211	123	165	34	8	45	281	13	154	3
医療圏	30	15	36	83	19	1	45	26	11	45	0	8	36	19	39	7	3	11	69	1	70	1
水戸市	20	10	19	54	10	1	37	17	11	42	7	11	26	15	29	4	1	7	38	0	42	1
笠間市	5	2	3	15	6	0	4	3	2	3	0	6	5	2	6	2	1	1	21	0	27	0
小美玉市	1	2	7	2	2	0	1	2	0	1	0	2	3	1	3	1	0	0	10	1	13	0
茨城町	4	6	6	6	1	0	2	3	0	0	0	6	1	0	3	1	1	3	10	3	1	0
大洗町	4	1	6	6	1	0	2	3	0	0	0	1	0	1	1	1	1	3	10	0	1	0
城里町	1	1	6	3	0	0	1	6	0	0	0	0	1	1	6	0	0	0	0	0	0	0
	-	11%	-	33%	-	-	-	-	-	-	-	-	11%	11%	-	-	-	-	-	-	-	-

注: 1) 平成20年4月1日医療法施行令の一部改正により, 診療科目については, 従来, 省令に具体的名称を限定列挙して規程していた方式から, 身体部位や患者の疾患等, 一定の性質を有する名称を診療科目とする方式に改められた。
 2) 2つ以上の診療科に従事している場合, 各々の科に重複計上している。
 3) 心臓血管外科には循環器外科を含む。

- 人口 10 万人当たりの看護職員数の状況についてみると、看護師数、准看護師数については、全国、茨城県の人数を共に上回っていますが、保健師数は茨城県と同様全国を下回っています。

図表 4-1-11 医療従事者数（看護職員数）

（単位：人）

	就業看護職員数（人）				人口10万人対（人）			
	保健師数	助産師数	看護師数	准看護師数	保健師数	助産師数	看護師数	准看護師数
全国平均	48,452	33,956	1,086,779	340,153	38.3	26.8	858.5	268.7
茨城県全体	1,097	642	19,675	8,056	37.5	22.0	673.4	275.7
水戸	177	126	4,533	1,421	37.7	26.8	965.4	302.6

出典：「平成 26 年衛生行政報告例」厚生労働省

（3）患者の医療需要の動向

① 医療需要

- 患者の医療需要の推計結果についてみると、平成 25(2013)年は 3,359.5 人/日（高度急性期 445.9 人/日，急性期 1,097.4 人/日，回復期 1,135.6 人/日，慢性期 680.7 人/日）でしたが、平成 47(2035)年をピークに増加傾向を示しており、平成 47(2035)年には 3,974.7 人/日（高度急性期 461.3 人/日，急性期 1,321.8 人/日，回復期 1,452.6 人/日，慢性期 739.1 人/日）となる見込みです。
- 医療機能別の割合をみると、高度急性期の医療需要は茨城県全体（図表 2-12，図表 4-1-12）の約 30%を担い、将来推計（図表 4-1-12）でも漸増傾向にあります。
- すべての医療機能が漸増傾向となっています。

図表 4-1-12 医療需要の推計

		2013 年	2025 年	2030 年	2035 年	2040 年
実数 (人/日)	高度急性期	445.9	466.0	466.8	461.3	450.6
	急性期	1,097.4	1,267.9	1,313.2	1,321.8	1,300.8
	回復期	1,135.6	1,359.2	1,430.7	1,452.6	1,432.7
	慢性期	680.7	663.6	718.3	739.1	730.0
	合計	3,359.5	3,756.7	3,929.1	3,974.7	3,914.1
	高度急性期	100.0	104.5	104.7	103.5	101.1
	急性期	100.0	115.5	119.7	120.4	118.5
	回復期	100.0	119.7	105.3	127.9	126.2
	慢性期	100.0	97.5	105.5	108.6	107.2
	合計	100.0	111.8	117.0	118.3	116.5

② 流出入の状況（平成25(2013)年の時点）【流入の占める割合：31.6%】

- 日立、常陸太田・ひたちなか、鹿行、土浦、筑西・下妻の各構想区域からの流入があります。
- 常陸太田・ひたちなか、土浦、つくば、筑西・下妻構想区域に流出しています。
- 周産期、救急医療については図表 4-1-7、4-1-8 が示すように、当構想区域では充足しているが、近隣構想区域からの流入の占める割合が高くなっています。

図表 4-1-13 患者の流出入（入院医療）

(単位：人/日 括弧内は必要病床数※3)

		医療機関所在地										
		県内									合計	
		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		
患者居住地	県内	水戸	2,489.0 (2,953.2)	0.0	128.6 (147.3)	0.0	197.0 (230.0)	37.4 (45.0)	0.0	11.0 (12.0)	0.0	2,863.0 (3,387.5)
		日立	80.2 (98.3)	1,393.1 (1,640.3)	110.5 (125.8)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
		常陸太田・ひたちなか	708.1 (853.0)	127.4 (149.4)	1,451.0 (1,700.8)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
		鹿行	237.2 (283.6)	0.0	0.0	936.6 (1,091.4)	80.3 (99.2)	26.2 (31.4)	38.0 (43.7)	0.0	0.0	
		土浦	86.4 (104.5)	0.0	0.0	0.0	1,101.4 (1,302.8)	257.9 (303.3)	138.9 (160.0)	10.4 (11.3)	0.0	
		つくば	0.0	0.0	0.0	0.0	41.0 (48.7)	1,514.7 (1,788.8)	405.1 (474.1)	31.3 (34.1)	10.9 (11.9)	
		取手・竜ヶ崎	0.0	0.0	0.0	0.0	104.9 (129.2)	384.4 (451.9)	2,183.0 (2,572.1)	0.0	0.0	
		筑西・下妻	40.0 (49.5)	0.0	0.0	0.0	0.0	335.7 (403.8)	0.0	981.6 (1,131.2)	62.8 (74.3)	
		古河・坂東	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	141.3 (168.9)	32.9 (38.7)	0.0	884.0 (1,055.9)	
	合計	3,640.9 (4,342.2)										

※1：10人/日以下の地域については、マスキング処理により計上不能。以下同様。
 ※2：合計欄については、各医療圏の10人/日以上の数値の合計である。以下同様。
 ※3：必要病床数は、医療需要を病床稼働率（高度急性期0.75、急性期0.78、回復期0.9、慢性期0.92）で除算した値である。以下同様。

ア) 高度急性期【流入の占める割合：39.8%】

- 医療需要は、患者住所地でみると、水戸構想区域に全体の約4割（図表 4-1-14）が日立、常陸太田・ひたちなか、鹿行、土浦、筑西・下妻の各構想区域から流入しています。
- 土浦構想区域に流出しています。

図表 4-1-14 患者の流出入（高度急性期）

(単位：人/日)

		医療機関所在地										
		県内									合計	
		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		
患者居住地	県内	水戸	270.1 (360.1)	0.0	0.0	0.0	16.4 (21.8)	0.0	0.0	0.0	0.0	286.4 (381.9)
		日立	17.2 (23.0)	111.7 (149.0)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
		常陸太田・ひたちなか	106.6 (142.1)	12.8 (17.0)	93.8 (125.0)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
		鹿行	29.6 (39.4)	0.0	0.0	48.4 (64.6)	18.5 (24.6)	0.0	0.0	0.0	0.0	
		土浦	15.0 (20.0)	0.0	0.0	0.0	102.5 (136.6)	29.3 (39.0)	0.0	0.0	0.0	
		筑西・下妻	10.3 (13.7)	0.0	0.0	0.0	0.0	48.1 (64.1)	0.0	35.2 (47.0)	0.0	
	合計	448.8 (598.4)										

※1：10人/日以下の地域については、マスキング処理により計上不能となっています。
 ※2：合計欄については、各医療圏の10人/日以上の数値の合計です。
 ※3：必要病床数は、医療需要を病床稼働率（高度急性期0.75、急性期0.78、回復期0.9、慢性期0.92）で除算した値です。

イ) 急性期【流入の占める割合：34.4%】

- 日立，常陸太田・ひたちなか，鹿行，土浦，筑西・下妻の各構想区域からの流入があります。
- 土浦，常陸太田・ひたちなか，つくばの構想区域に流出しています。

図表 4-1-15 患者の流出入（急性期）

(単位：人/日)

		医療機関所在地										
		県内									合計	
		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		
患者居住地	県内	水戸	813.7 (1,043.2)	0.0	30.6 (39.2)	0.0	52.1 (66.8)	20.1 (25.7)	0.0	0.0	0.0	916.5 (1,174.9)
		日立	31.7 (40.7)	433.1 (555.3)	24.7 (31.6)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		
		常陸太田・ひたちなか	261.3 (335.0)	34.9 (44.8)	449.5 (576.3)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		
		鹿行	84.9 (108.9)	0.0	0.0	269.2 (345.2)	34.3 (43.9)	13.7 (17.5)	10.5 (13.5)	0.0	0.0	
		土浦	33.1 (42.4)	0.0	0.0	0.0	363.0 (465.4)	72.1 (92.5)	38.1 (48.9)	0.0	0.0	
		筑西・下妻	16.3 (20.9)	0.0	0.0	0.0	0.0	123.9 (158.9)	0.0	237.0 (303.8)	28.0 (36.0)	
	合計	1,241.1 (1,591.2)										

※1：10人/日以下の地域については、マスキング処理により計上不能となっています。
 ※2：合計欄については、各医療圏の10人/日以上の数値の合計です。
 ※3：必要病床数は、医療需要を病床稼働率（高度急性期0.75、急性期0.78、回復期0.9、慢性期0.92）で除算した値です。

ウ) 回復期【流入の占める割合：29.6%，流出の占める割合13.7%】

- 日立，常陸太田・ひたちなか，鹿行，土浦，筑西・下妻の各構想区域からの流入があります。
- 土浦，常陸太田・ひたちなか，つくばの各構想区域に流出しています。

図表 4-1-16 患者の流出入（回復期）

(単位：人/日)

		医療機関所在地										
		県内									合計	
		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		
患者居住地	県内	水戸	934.5 (1,038.3)	0.0	62.3 (69.2)	0.0	68.4 (76.0)	17.4 (19.3)	0.0	0.0	0.0	1082.5 (1,202.8)
		日立	31.2 (34.6)	581.5 (646.1)	37.1 (41.2)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
		常陸太田・ひたちなか	249.4 (277.1)	38.3 (42.5)	531.0 (590.0)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
		鹿行	77.3 (85.9)	0.0	0.0	365.7 (406.3)	27.6 (30.7)	12.5 (13.9)	15.1 (16.8)	0.0	0.0	
		土浦	21.0 (23.3)	0.0	0.0	0.0	397.0 (441.1)	69.0 (76.6)	67.1 (74.6)	0.0	0.0	
		筑西・下妻	13.5 (15.0)	0.0	0.0	0.0	0.0	117.1 (130.1)	0.0	387.2 (430.2)	22.3 (24.8)	
	合計	1,326.8 (1,474.2)										

※1：10人/日以下の地域については、マスキング処理により計上不能となっています。
 ※2：合計欄については、各医療圏の10人/日以上の数値の合計です。
 ※3：必要病床数は、医療需要を病床稼働率（高度急性期0.75、急性期0.78、回復期0.9、慢性期0.92）で除算した値です。

エ) 慢性期 【流入の占める割合：24.6%，流出の占める割合：18.5%】

- 常陸太田・ひたちなか，鹿行，土浦の各構想区域からの流入があります。
- 常陸太田・ひたちなか，土浦，筑西・下妻の各構想区域に流出しています。

図表 4-1-17 患者の流出入（慢性期）

（単位：人/日）

		医療機関所在地									合計	
		県内										
		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		
患者居住地	県内	水戸	470.7 (511.6)	0.0	35.7 (38.8)	0.0	60.1 (65.4)	0.0	0.0	11.0 (12.0)	0.0	577.6 (627.8)
		常陸太田・ひたちなか	90.8 (98.7)	41.5 (45.1)	376.8 (409.5)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
		鹿行	45.4 (49.3)	0.0	0.0	253.3 (275.3)	0.0	0.0	12.4 (13.4)	0.0	0.0	
		土浦	17.2 (18.7)	0.0	0.0	0.0	238.9 (259.7)	87.5 (95.1)	33.6 (36.5)	10.4 (11.3)	0.0	
	合計	624.1 (678.4)										

※1：10人/日以下の地域については、マスキング処理により計上不能となっています。

※2：合計欄については、各医療圏の10人/日以上の数値の合計です。

※3：必要病床数は、医療需要を病床稼働率（高度急性期0.75、急性期0.9、回復期0.9、慢性期0.92）で除算した値です。

【疾病別】

オ) がん

- がんの高度急性期，急性期，回復期のいずれについても他の構想区域から流入しています。流入元としては常陸太田・ひたちなか構想区域が多くなっています。

図表 4-1-18 がん患者の流出入

（単位：人/日）

	在住者(患者住所地)の医療需要(人/日)	流出者数...①(人/日)	医療機関(医療機関所在地)の医療需要(人/日)	流入者数...②(人/日)	流出入の差分(②-①)(人/日)
高度急性期	81.2	12.0	112.1	42.9	30.9
急性期	147.3	24.1	216.4	93.2	69.1
回復期	132.2	19.2	192.6	79.6	60.4
慢性期	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
在宅医療等	61.8	0.0	89.6	36.4	36.4
計	422.5	55.3	610.7	252.2	196.9

患者流出先構想区域（二次医療圏）TOP5

都道府県	二次医療圏	流出者数
1 茨城県	0805:土浦	18.2
2 茨城県	0806:つくば	15.7
3 茨城県	0803:常陸太田・ひたちなか	0.0
4 東京都	1301:区中央部	0.0
5 千葉県	1203:東葛北部	0.0

患者流入元構想区域（二次医療圏）TOP5

都道府県	二次医療圏	流入者数
1 茨城県	0803:常陸太田・ひたちなか	146.4
2 茨城県	0804:鹿行	48.7
3 茨城県	0802:日立	24.8
4 茨城県	0805:土浦	13.2
5 茨城県	0808:筑西・下妻	11.9

※ 10人/日以下の地域については、マスキング処理により計上不能となっています。

力) 脳卒中

- 脳卒中の急性期・回復期について他の構想区域から流入しています。流入元としては常陸太田・ひたちなか構想区域が多くなっています。

図表 4-1-19 脳卒中患者の流出入

(単位: 人/日)

	在住者(患者住所地)の医療需要(人/日)	流出者数...①(人/日)	医療機関(医療機関所在地)の医療需要(人/日)	流入者数...②(人/日)	流出入の差分(②-①)(人/日)
高度急性期	15.7	0.0	23.9	0.0	0.0
急性期	63.1	0.0	97.4	40.0	40.0
回復期	54.3	0.0	75.9	26.4	26.4
慢性期	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
在宅医療等	18.6	0.0	23.5	0.0	0.0
計	151.7	0.0	220.7	66.4	66.4

患者流出先構想区域(二次医療圏) TOP5

	都道府県	二次医療圏	流出者数
1	茨城県	0803:常陸太田・ひたちなか	0.0
2	茨城県	0805:土浦	0.0
3	茨城県	0806:つくば	0.0
4	茨城県	0802:日立	0.0
5	茨城県	0804:鹿行	0.0

患者流入元構想区域(二次医療圏) TOP5

	都道府県	二次医療圏	流入者数
1	茨城県	0803:常陸太田・ひたちなか	47.0
2	茨城県	0804:鹿行	13.6
3	茨城県	0805:土浦	10.9
4	茨城県	0808:筑西・下妻	0.0
5	茨城県	0802:日立	0.0

※ 10人/日以下の地域については、マスキング処理により計上不能となっています。

キ) 心筋梗塞

- 心筋梗塞については、流出入はあるものの、患者が10人/日未満のためマスキングされており、流出入はないものとして推計されます。

図表 4-1-20 心筋梗塞患者の流出入

(単位: 人/日)

	在住者(患者住所地)の医療需要(人/日)	流出者数...①(人/日)	医療機関(医療機関所在地)の医療需要(人/日)	流入者数...②(人/日)	流出入の差分(②-①)(人/日)
高度急性期	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
急性期	0.0	0.0	11.8	0.0	0.0
回復期	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
慢性期	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
在宅医療等	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
計	0.0	0.0	11.8	0.0	0.0

患者流出先構想区域(二次医療圏) TOP5

	都道府県	二次医療圏	流出者数
1	茨城県	0805:土浦	0.0
2	茨城県	0803:常陸太田・ひたちなか	0.0
3	茨城県	0806:つくば	0.0
4	茨城県	0807:取手・竜ヶ崎	0.0
5	群馬県	1004:藤岡	0.0

患者流入元構想区域(二次医療圏) TOP5

	都道府県	二次医療圏	流入者数
1	茨城県	0803:常陸太田・ひたちなか	0.0
2	茨城県	0804:鹿行	0.0
3	茨城県	0808:筑西・下妻	0.0
4	茨城県	0805:土浦	0.0
5	茨城県	0802:日立	0.0

※ 10人/日以下の地域については、マスキング処理により計上不能となっています。

(4) 平成37(2025)年における必要病床数と在宅医療等の必要量

ア) 必要病床数の推計結果

- 医療機関所在地ベースの平成37(2025)年の医療需要のうち、高度急性期・急性期・回復期の合計は3,758床であり、これに対し現在の一般病床(許可病床)4,695床が938床上回っています。また、慢性期についても平成37(2025)年の医療需要は721床となり、これに対し現在の療養病床995床が274床上回っています。医療機関所在地ベースの必要病床数は充足している状況にあります。

図表4-1-21 平成37(2025)年における医療需要の推計結果(医療機関所在地ベース)

	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)許可病床数 (単位:床)	(参考)基準病床数 (単位:床)
		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)		
高度急性期	317.4	466.0	466.0	621	(一般) 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) 995	3,482
合計	3,008.4	3,756.7	3,756.7	4,478	5,690	

※1: 上記の慢性期機能の医療需要推計については、パターンBを採用した場合の数値です。
 ※2: 許可病床数は一般病床、療養病床の2区分であるのに対し、2025年必要病床数は高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4区分であり、双方の区分が異なることから、差引欄、増減率欄の算出にあたっては、2025年必要病床数欄の数値のうち高度急性期、急性期、回復期の数値の合計値を一般病床の数値とみなし、慢性期の数値を療養病床の数値とみなして算出しています。

図表4-1-22 【参考】平成37(2025)年における医療需要の推計結果(患者住所地ベース)

	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)許可病床数 (単位:床)	(参考)基準病床数 (単位:床)
		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)		
高度急性期	317.4	466.0	317.4	423	(一般) 4,695	
急性期	950.8	1,267.9	950.8	1,219		
回復期	1,128.0	1,359.2	1,128.0	1,253		
慢性期	612.2	663.6	612.2	665	(療養) 995	3,482
合計	3008.4	3756.7	3008.4	3,560	5,690	

図表4-1-23 【参考】平成27(2015)年度病床機能報告制度結果

(単位:床)

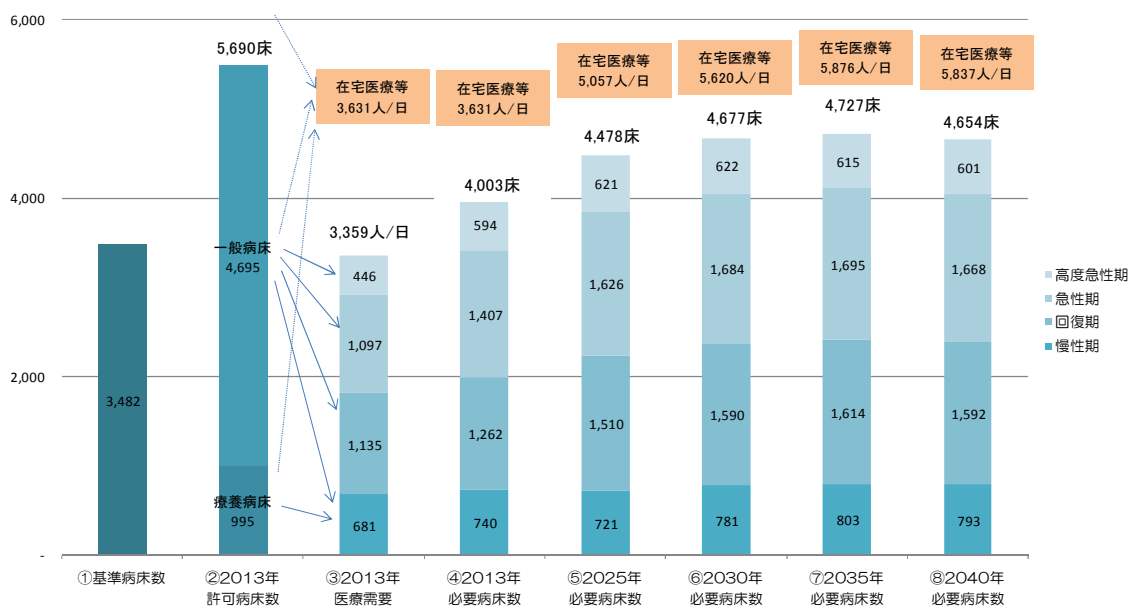
高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟中等※	計
278	3,531	191	953	260	5,213

※「休棟中等」には、休棟中、休棟後の再開の予定なし、休棟・廃止予定、無回答が該当。

イ) 必要病床数の推移と許可病床数との関係

- 平成25(2013)年の許可病床数を在宅医療等と4つの機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）とに振り分けたものが平成25(2013)年における必要病床数となります。平成25(2013)年の必要病床数に人口の伸びを加味して、平成37(2025)年から平成52(2040)年までの必要病床数を推計しています。
- 水戸構想区域における必要病床数は、平成37(2025)年に4,478床となった後、平成47(2035)年にピーク4,727床に達します。

図表 4-1-24 必要病床数の推移と許可病床数との関係



<重要>

- ・ 平成37(2025)年必要病床数は、現在の許可病床数で対応している医療需要を基に算出しており、今後の人口推移や比較的軽微な症状の入院患者等の在宅医療等へ移行等が、現時点の見込みどおりに進んだ場合の推計値です。
- ・ 県では、地域の医療機関の協議等により、在宅医療等への移行や、医療機能の役割分担などの医療提供体制の効率化等が進んでいく（すなわち2025年の医療需要への対応体制が整備されていく）ことで、現在の許可病床数が、9年間をかけて徐々に平成37(2025)年必要病床数へ近づいていくことを想定しており、現在の許可病床数を急激に削減することを意図するものではありません。
- ・ なお、推計の前提となっている現在の医療提供体制や、人口推移及び在宅医療等への移行等の見込みについては、当然、変化していくものであることから、県では、必要病床数の推計を固定的なものとは捉えないで、その推計方法を評価の上、見直しを図ってまいります。
例えば、在宅医療等への移行が見込みどおりに進まなかった場合には、在宅医療等への移行率について、地域の事情を踏まえた見直し等を図るよう、国へ協議する等の対応をしてまいります。

ウ) 在宅医療等の必要量

- 平成25(2013)年と地域医療構想策定支援ツールによって推計される平成37(2025)年時点の在宅医療等の医療需要は以下のとおりです。
- 水戸構想区域については、現状の139.3%の在宅医療等の供給が必要となります。そのうち、訪問診療については、現状の136.1%の供給が必要となります。
- また、在宅医療等のうち訪問診療分(2013年の在宅患者訪問診療料の算定患者数の割合により推計)を除いた老人保健施設等分の医療需要についても、現状の141.5%の供給が必要となります。
- なお、平成37(2025)年の老人保健施設等分の医療需要から平成37(2025)年の老人保健施設の整備目標と差をみると、508人/日の不足分が生じます。

図表 4-1-25 平成37(2025)年における在宅医療等の必要量

	在宅医療等の医療需要(人/日)			(うち)訪問診療分の医療需要(人/日)		
	2013年 (A)	2025年 (B)	伸び率 (B/A)	2013年 (C)	2025年 (D)	伸び率 (D/C)
水戸	3,631	5,057	139.3%	1,499	2,041	136.1%
日立	2,206	3,167	143.6%	941	1,326	141.0%
常陸太田・ひたちなか	2,861	3,827	133.8%	1,154	1,507	130.7%
鹿行	1,569	2,186	139.3%	532	699	131.3%
土浦	2,108	3,024	143.4%	978	1,413	144.5%
つくば	2,690	3,949	146.8%	1,647	2,386	144.9%
取手・竜ヶ崎	3,086	4,968	161.0%	1,374	2,187	159.2%
筑西・下妻	2,310	2,944	127.4%	962	1,172	121.8%
古河・坂東	1,648	2,225	135.0%	770	1,054	136.9%

	(うち)老人保健施設等分の医療需要(人/日)			老人保健施設の定員整備目標(人)	
	2013年 (A)	2025年 (B)	伸び率 (B/A)	2025年 (C)	不足分 (B-C)
水戸	2,131	3,016	141.5%	2,508	508
日立	1,265	1,840	145.5%	880	960
常陸太田・ひたちなか	1,707	2,320	135.9%	1,493	827
鹿行	1,037	1,488	143.4%	1,016	472
土浦	1,130	1,611	142.5%	1,118	493
つくば	1,043	1,563	149.9%	993	570
取手・竜ヶ崎	1,712	2,781	162.5%	1,783	998
筑西・下妻	1,348	1,772	131.4%	1,195	577
古河・坂東	878	1,170	133.3%	813	357

出典：「地域医療構想策定支援ツール」, 「第6期いばらき高齢者プラン21」より作成

(5) 医療提供体制の現状と課題

【流出入】

- 県内でも高い医療資源の水準にあるため、県内の他の構想区域からの患者流入が多くみられます。特に、全ての医療機能において隣接する常陸太田・ひたちなか構想区域からの流入が大きくなっています。(図表 4-1-13~16)。

【医療提供体制】

- 少子高齢化等による人口減少など将来の人口推計、医療水準等をふまえた医療の需要予測を行い、圏域内の充実を図る必要があります。
- 構想区域内で高度急性期は充実しており、将来の医療需要も漸増傾向にあります。他構想圏域の患者の占める割合が約4割となっており、広域での連携体制を確保する必要があります。
- がんの入院・外来医療、脳卒中、急性心筋梗塞の急性期医療、ハイリスク分娩、小児医療、3次救急への対応体制などにおいては、全国平均、茨城県平均を上回っていますが、他構想区域からの流入に対応するための体制の充実を図る必要があります。
- 3次救急は充実していますが、2次救急体制は十分とはいえないため、より一層の体制整備及び救急医療の利用について適正化を図る必要があります。
- 急性期機能を担う同規模・機能の医療機関が水戸市を中心に集中しています。
- 回復期リハビリテーションについては不足しているため、構想区域内で整備していく必要があります。(図表 4-1-8)。
- 在宅医療を支える訪問診療、訪問看護等の需要の伸びが大きくなることから、供給量をふまえた施設、体制整備等が必要になります。(図表 4-1-25)
- 医療資源は水戸市と水戸市以外で差があり、圏域内も偏在がみられます。

【医療需要】

- 必要病床数は、平成 37(2025)年に 4,478 床となった後、平成 47(2035)年にピーク 4,727 床に達します。(図表 4-1-24)。
- 平成 37(2025)年の医療需要の推計でみると慢性期以外の機能で医療需要が増加します。(図表 4-1-12)
- 平成 27(2015)年の病床機能報告で見ると平成 33(2021)年の推計では急性期以外は増加します。
- 在宅医療等の需要は 1.4 倍程度増加します。(図表 4-1-25)

(6) 課題解決に向けた施策及び今後の検討の方向性

【医療機能の分化・連携の促進】

- 水戸構想区域は、県内でも高い医療資源の水準にあり、他構想区域からの流入が多く周辺地域を支える役割を担うため、周辺構想区域とともに地域で完結できる医療体制の構築を図ります。
- 限られた医療資源の中で、より有機的な病病・病診連携体制の構築を指向し、より高度な医療機能、地域ニーズにこたえる医療機能が提供できる体制を、病院の再編・統合等も視野に入れながら検討してまいります。
- 周産期（ハイリスク分娩、新生児医療）、小児医療の機能維持及び体制整備を推進します。
- 救急医療の充実、適正化を推進するために医療機関、自治体等との連携及び住民等に対する啓発を図ります。
- 安定・持続的な医療提供体制構築のための施策の実現に向け、圏域内において協議会等の設置や支援方法など具体的方策について協議します。

【在宅医療等の充実】

- 在宅医療等の供給増（図表 4-1-25）を図るための取組として、病病連携、病診連携及び介護と連携し、在宅医療の支援体制強化を図ります。
- 在宅医療における、救急時の受入体制を整備するために医師会や自治体等関係機関の連携を含めた体制を構築するための検討を行います。
- 住民啓発及び介護資源の発掘、供給促進など、地域包括ケアシステムの構築を推進します。

【医療従事者等の養成・確保】

- 医師、看護師等の医療従事者の確保とともに、定着を図るために、指導者の育成を含めた教育システム、卒後支援システムなどの拡充を通して、働く環境の整備を図ります。
- 在宅医療、介護を担う人材の確保を図ります。

2 日立地域医療構想区域の概況

(1) 人口動態

- 構成市：日立市，高萩市，北茨城市となります。
- 平成 37(2025)年には総人口は 235,892 人で，平成 27(2015)年時点と比較して 24,379 人減少します一方で，65 歳以上人口は 80,679 人で，同 3,996 人増加します。75 歳以上人口は 48,176 人で，同 10,961 人増加します。
- 65 歳以上人口は平成 32(2020)年をピークに減少傾向に転じますが，75 歳以上人口は平成 42(2030)年まで急速に増加し，その後，減少傾向となります。そのため，医療需要が増加する 75 歳以上の高齢者の急増に対応した医療提供体制を整備する必要があります。

図表 4-2-1 将来人口推計（2015 年-2040 年）

（単位：人）

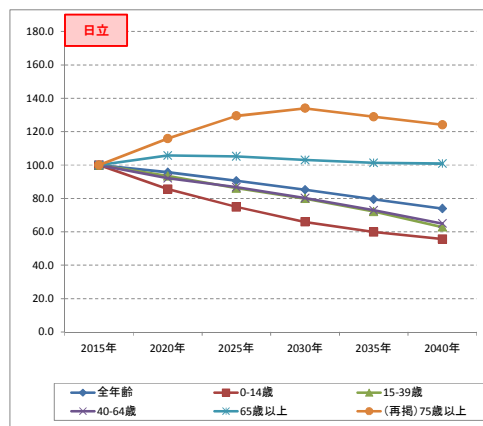
	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
総人口（構想区域）	260,271	248,933	235,892	221,687	206,981	192,453
0-14歳	30,972	26,511	23,207	20,423	18,558	17,229
15-39歳	64,287	60,072	55,451	51,377	46,374	40,449
40-64歳	88,329	81,284	76,555	70,880	64,378	57,399
65歳以上	76,683	81,066	80,679	79,007	77,671	77,376
(再掲) 75歳以上	37,215	43,149	48,176	49,883	47,987	46,179

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（平成 25（2013）年 3 月推計）」

図表 4-2-2 2015 年の人口を 100 とした場合の各年の人口指数

	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
総人口（構想区域）	100.0	95.6	90.6	85.2	79.5	73.9
0-14歳	100.0	85.6	74.9	65.9	59.9	55.6
15-39歳	100.0	93.4	86.3	79.9	72.1	62.9
40-64歳	100.0	92.0	86.7	80.2	72.9	65.0
65歳以上	100.0	105.7	105.2	103.0	101.3	100.9
(再掲) 75歳以上	100.0	115.9	129.5	134.0	128.9	124.1
総人口（県全体）	100.0	97.6	94.6	91.1	87.1	82.9
65歳以上	100.0	108.7	111.0	111.0	111.2	113.6
(再掲) 75歳以上	100.0	115.3	136.2	147.0	145.9	141.8

図表 4-2-3 2015 年の人口を 100 とした場合の各年の人口指数（グラフ）



(2) 医療資源の状況**ア) 病院病床数の状況**

- 日立構想区域の人口10万人当たりの一般病床数(病院分)は771.5床、療養病床は267.8床と、県内では前者は3番目(水戸、つくばに次ぐ)、後者は2番目(筑西・下妻に次ぐ)に高い水準にあります。

図表 4-2-4 病院病床数の状況

(単位:床)

	病院病床数※1			人口10万人対病院病床数※2、※3		
	一般病床	DPC算定病床	療養病床	一般病床	DPC算定病床	療養病床
茨城県	18,850	8,275	5,746	645.1	283.2	196.5
水戸	4,235	2,133	970	901.9 (1)	454.3 (2)	206.6 (4)
日立	2,008	615	697	771.5 (3)	236.3 (6)	267.8 (2)
常陸太田・ひたちなか	1,664	475	603	458.3 (8)	130.8 (7)	166.1 (7)
鹿行	1,272	158	595	462.7 (7)	57.5 (8)	216.5 (3)
土浦	1,636	1,022	437	626.4 (5)	391.3 (3)	167.3 (6)
つくば	2,611	1,729	593	788.2 (2)	521.9 (1)	179 (5)
取手・竜ヶ崎	3,032	1,416	646	645.1 (4)	301.3 (5)	136.6 (8)
筑西・下妻	1,100	0	987	416.1 (9)	0 (9)	373.4 (1)
古河・坂東	1,292	727	218	568.4 (6)	319.8 (4)	95.9 (9)

※1:「平成26年医療施設調査」厚生労働省、「平成26年度 DPC導入の影響評価に関する調査」厚生労働省

※2:国立社会保障・人口問題研究所は「日本の地域別将来推計人口(平成25(2013)年3月推計)」の2015年推計人口で算出したもの。

※3:構想区域ごとの人口10万人対病院病床数の数値横の()内の数値は県内順位である。

イ) 一般診療所および病床数の状況

- 日立構想区域には155の一般診療所があり、その病床数は141です。

図表 4-2-5 一般診療所および病床数

	一般診療所数・病床数			人口10万対		
	一般診療所数	有床診療所数	有床診療所の病床数	一般診療所数	有床診療所数	有床診療所の病床数
県全体	1,722	155	2,140	58.9	5.3	73.2
日立医療圏	155	11	141	59.6	4.2	54.2
日立市	117	7	99	62.7	3.8	53.0
高萩市	18	2	17	61.6	6.8	58.2
北茨城市	20	2	25	45.0	4.5	56.3

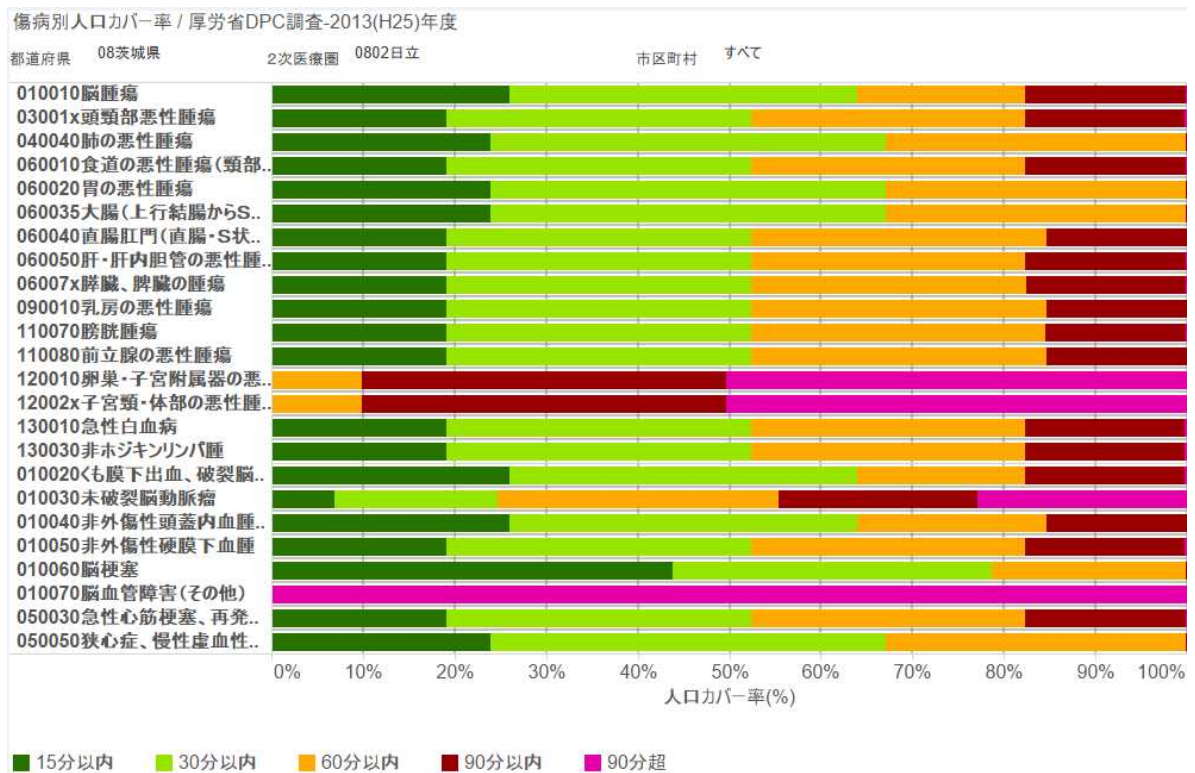
出典:「平成26年医療施設(静態・動態)調査」厚生労働省

人口10万人対は「日本の地域別将来推計人口(平成25(2013)年3月推計)」国立社会保障・人口問題研究所の2015年推計人口を用いて算出しています。

ウ) 傷病別人口カバー率（がん，脳卒中，心筋梗塞）

- 医療機関への到達時間についてみると、がんの 15 分以内の人口カバー率は、多くの疾患について 20%超となっていますが、「120010 卵巣・子宮附属器」，「12002x 子宮頸・体部」については 60 分以内の人口カバー率が 10%に留まり、また 90 分超の人口カバー率が 50%存在するなど、最寄りの DPC 病院までの移動に多くの時間を要しています。また、脳卒中，心筋梗塞については、医療機関への到達時間が 15 分以内の人口カバー率は、10%~40%程度までと傷病によりばらつきがあります。
- 発症後、早期に治療を開始することが望ましい脳卒中，心筋梗塞については、「010030 未破裂脳動脈瘤」と「010070 脳血管障害（その他）」を除いて 30 分以内で病院に到達可能な人口カバー率が概ね 50~70%程度であり、当該地域における急を要する疾病に対する医療提供体制を検討する必要があります。

図表 4-2-6 傷病別人口カバー率（がん，脳卒中，心筋梗塞）



出典：「平成 25 年度 DPC 導入の影響評価に関する調査」厚生労働省

注 1) 傷病別人口カバー率は、傷病別に、最寄りの DPC 病院に到達できる構想区域内における人口割合を時間別（15 分以内，30 分以内，・・・）に示したものです。

注 2) 図中のがん，脳卒中，心筋梗塞の傷病名：

がん：010010 脳腫瘍～130030 非ホジキンリンパ腫

脳卒中：010020 くも膜下出血～010070 脳血管障害（その他）

心筋梗塞：050030 急性心筋梗塞～050050 狭心症

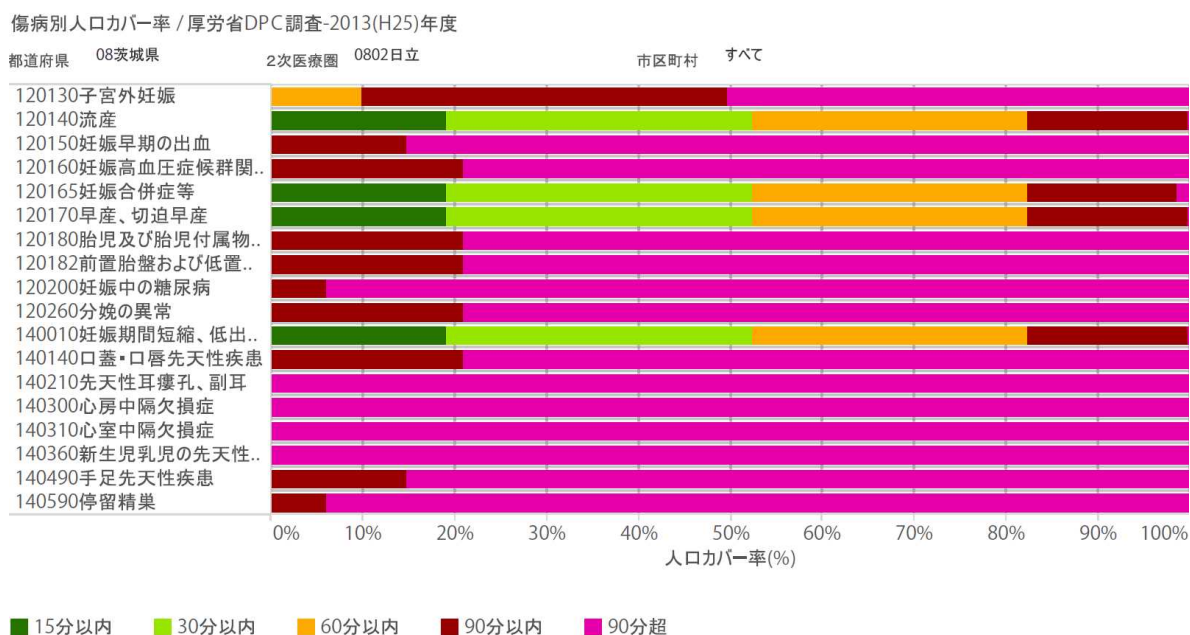
注 3) 移動に係る交通手段について資料に明記はないが、自動車交通によるものと想定されます。

2 日立地域医療構想区域の概況

エ) 傷病別人口カバー率（周産期）

- 周産期について、最寄りの医療機関に到達するまで 90 分超かかる疾患が多くなっています。
- 発症後、早期に治療を開始することが望ましい「120140 流産」, 「120165 妊娠合併症等」, 「120170 早産, 切迫早産」, 「140010 妊娠期間短縮, 低出産体重に関連する障害」, については 30 分以内で病院に到達可能な人口カバー率が 50%を超えており、少なくとも現行の医療提供体制を維持することが望まれます。

図表 4-2-7 傷病別人口カバー率（周産期）



出典：「平成 25 年度 DPC 導入の影響評価に関する調査」厚生労働省

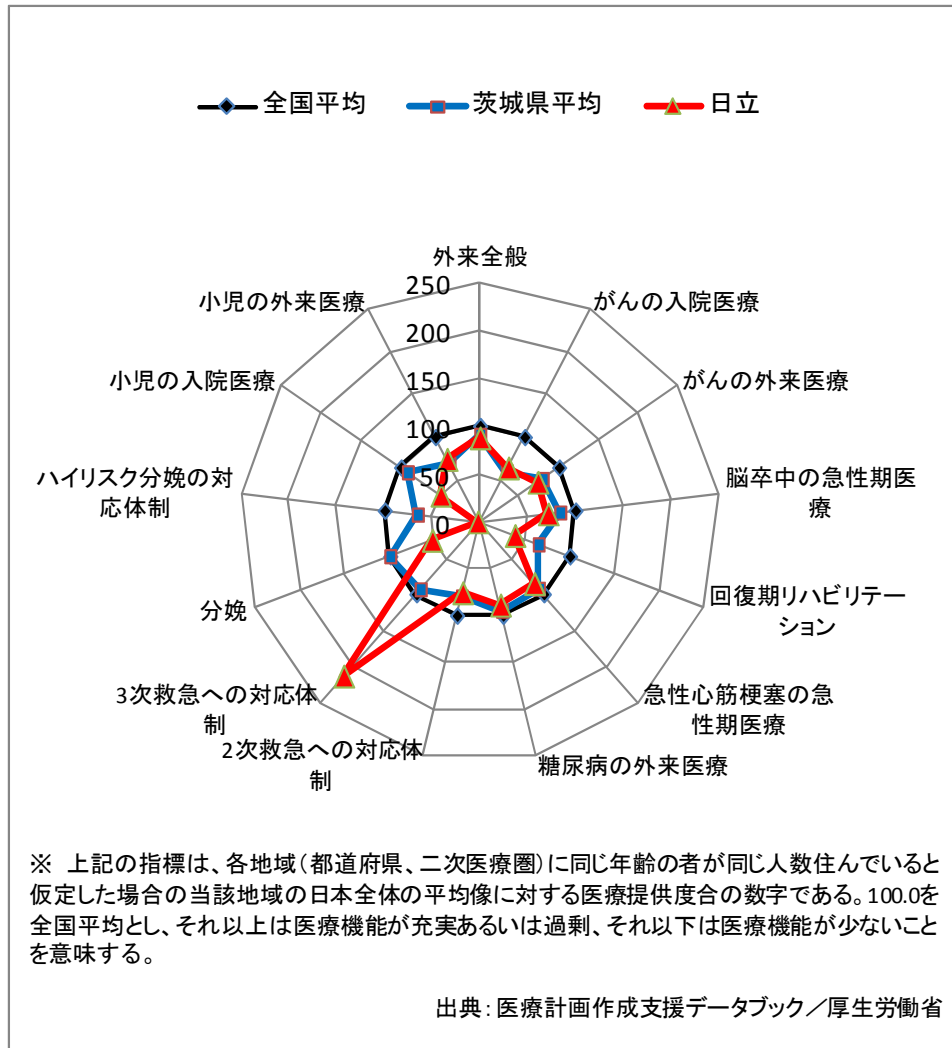
注 1) 傷病別人口カバー率は、傷病別に、最寄りの DPC 病院に到達できる構想区域内における人口割合を時間別（15 分以内、30 分以内、・・・）に示したものです。

注 2) 移動に係る交通手段について資料に明記はないが、自動車交通によるものと想定されます。

オ) 5 疾病 5 事業に係る医療提供体制

- 日立構想区域は、3 次救急への対応体制において、全国平均、茨城県平均を大幅に上回っており、充実しています。ハイリスク分娩の対応体制、分娩、回復期リハビリテーションは茨城県平均を下回っており、不足しています。その他の医療機能については、茨城県平均とほぼ同様です。

図表 4-2-8 5 疾病 5 事業に係る医療提供体制



注) 上記の図表は5 疾病 5 事業に係る医療提供体制の概略であり、下表の事項のみを用いて作成しています。

5疾病5事業の医療提供体制の指標		
事項		把握対象
外来全般	再診	再診料または外来診療料を算定した入院外レセプト数
がん	がんの入院医療	悪性腫瘍を主傷病とする患者の入院レセプト数
	がんの外来医療	悪性腫瘍を主傷病とする患者の入院外レセプト数
脳卒中	脳卒中の急性期医療	超急性期脳卒中加算を算定したレセプト数
	回復期リハビリテーション	回復期リハビリテーション病棟入院料を算定したレセプト数(注：大腿骨頭部骨折によるリハビリも含まれる)
急性心筋梗塞	急性心筋梗塞の急性期医療	急性心筋梗塞を主傷病とする患者の入院レセプト数
糖尿病	糖尿病の外来医療	糖尿病を主傷病とする患者の入院外レセプト数
	救急医療	2次救急への対応体制
周産期医療	3次救急への対応体制	救命救急入院料を算定した入院レセプト数
	分娩	帝王切開を実施した入院レセプト数
小児医療	ハイリスク分娩の対応体制	ハイリスク妊産婦共同管理料またはハイリスク分娩管理加算を算定した入院レセプト数
	小児の入院医療	小児入院管理料を算定した入院レセプト数
	小児の外来医療	乳幼児や小児にかかる初診料・再診料・外来診療料の加算または小児科外来診療料を算定した入院外レセプト数

2 日立地域医療構想区域の概況

カ) 医療従事者数（医師数，歯科医師数，薬剤師数，看護師数）

○ 日立構想区域における人口 10 万人当たりの医師数，歯科医師数，薬剤師数は，いずれも県全体を下回っています。日立構想区域の中では，人数ベースでは日立市の医療従事者数が多くなっています。人口 10 万人当たりの人数で見ると医師数，薬剤師数については日立市が多く，歯科医師数については高萩市が多くなっています。

図表 4-2-9 医療従事者数（医師数，歯科医師数，薬剤師数）

	医療施設の従事者数（人）			人口10万対（人）		
	医師数	歯科医師数	薬剤師数※	医師数	歯科医師数	薬剤師数
県全体	4,950	1,920	4,662	169.6	65.8	159.7
日立医療圏	359	141	406	138.7	54.5	156.8
日立市	285	104	306	153.9	56.2	165.2
高萩市	39	18	47	132.3	61.1	159.4
北茨城市	35	19	53	79.1	43.0	119.9

出典：「平成 26 年医師・歯科医師・薬剤師調査」厚生労働省

※薬剤師数は，薬局従事者も含まれます。

図表 4-2-10 医療従事者数（診療科別医師数）

	平成26年12月31日現在																									
	医師数	内科	呼吸器科	循環器科	消化器科 （胃腸内科）	腎臓科	神経科	糖尿病科 （代謝内科）	血液科	皮膚科	アレルギー科	リウマチ科	感染症科	小児科	精神科	心療内科	外科	呼吸器科	心臓血管科	乳がん科	気管食道科	消化器科 （胃腸外科）				
県全体	4,950	1,577	246	376	519	111	132	136	39	302	102	78	13	623	253	90	543	46	59	53	20	177				
日立医療圏	359	127	13	24	38	8	10	6	3	26	7	4	-	33	18	10	54	5	4	5	2	11				
日立市	285	94	12	19	32	6	7	5	3	20	7	3	3	25	14	7	40	5	4	5	2	11				
高萩市	39	14	1	1	5	-	2	2	1	3	-	-	-	4	2	2	7	-	-	-	-	-				
北茨城市	35	19	3	3	13	-	3	1	-	3	-	-	-	10	5	5	18	-	-	-	-	-				

	平成20年4月1日医療法施行令の一部改正により，診療科目については，従来，省令に具体的名称を限定列挙して規程していた方式から，身体部位や患者の疾患等，一定の性質を有する名称を診療科目とする方式に改められた。																					
	泌尿器科	肛門科	脳神経科	整形外科	形成科	美容科	眼科	耳鼻いんこう科	小児科	産婦人科	産科	婦人科	シリハビリンテ科	放射線科	麻酔科	病理診断科	臨床検査科	救急科	臨床研修医科	その他	不詳	
県全体	153	97	178	463	60	5	236	157	24	204	7	46	211	123	165	34	8	45	281	13	154	3
日立医療圏	20	10	20	46	3	-	18	7	1	11	1	7	15	7	11	-	-	5	11	-	4	-
日立市	15	9	17	37	3	-	12	5	1	5	1	5	9	6	10	-	-	4	11	-	3	-
高萩市	5	3	6	13	1	-	4	2	0	2	0	2	3	2	4	-	-	1	4	-	1	-
北茨城市	4	1	2	6	-	-	4	1	-	5	-	1	3	1	1	-	-	-	-	-	-	-

注：1) 平成20年4月1日医療法施行令の一部改正により，診療科目については，従来，省令に具体的名称を限定列挙して規程していた方式から，身体部位や患者の疾患等，一定の性質を有する名称を診療科目とする方式に改められた。
 2) 2つ以上の診療科に従事している場合，各々の科に重複計上している。
 3) 心臓血管外科には循環器外科を含む。

- 人口 10 万人当たりの看護職員数の状況についてみると、保健師数、准看護師数については、全国平均、茨城県の人数を共に上回っています。助産師数、看護師数は茨城県全体を上回っています。

図表 4-2-11 医療従事者数（看護職員数）

(単位：人)

	就業看護職員数（人）				人口10万人対（人）			
	保健師数	助産師数	看護師数	准看護師数	保健師数	助産師数	看護師数	准看護師数
全国平均	48,452	33,956	1,086,779	340,153	38.3	26.8	858.5	268.7
茨城県全体	1,097	642	19,675	8,056	37.5	22.0	673.4	275.7
日立	104	58	1,784	901	40.0	22.3	685.4	346.2

出典：「平成 26 年衛生行政報告例」厚生労働省

3) 患者の医療需要の動向

① 医療需要

- 患者の医療需要の推計結果についてみると、平成 25(2013)年は 1,379.6 人/日（高度急性期 118.7 人/日、急性期 411.3 人/日、回復期 507.3 人/日、慢性期 342.3 人/日）でしたが、平成 42(2030)年をピークに増加傾向を示しており、平成 42(2030)年には 1,620.4 人/日（高度急性期 127.6 人/日、急性期 491.0 人/日、回復期 667.3 人/日、慢性期 334.4 人/日）となる見込みです。
- 医療機能別の割合をみると、高度急性期の医療需要が漸減傾向にあるのに対して、回復期は漸増傾向となっています。

図表 4-2-12 医療需要の推計

		2013 年	2025 年	2030 年	2035 年	2040 年
実数 (人/日)	高度急性期	118.7	128.9	127.6	123.9	119.2
	急性期	411.3	482.6	491.0	483.7	466.6
	回復期	507.3	641.4	667.3	663.3	637.7
	慢性期	342.3	318.9	334.4	332.9	321.2
	合計	1,379.6	1,571.9	1,620.4	1,603.8	1,544.7
割合	高度急性期	8.6%	8.2%	7.9%	7.7%	7.7%
	急性期	29.8%	30.7%	30.3%	30.2%	30.2%
	回復期	36.8%	40.8%	41.2%	41.4%	41.3%
	慢性期	24.8%	20.3%	20.6%	20.8%	20.8%
	合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

2 日立地域医療構想区域の概況

② 流出入の状況（平成 25（2013）年の時点）

- 県内の常陸太田・ひたちなか構想区域から流入しています。
- 県内の水戸構想区域に流出しています。

図表 4-2-13 患者の流出入（入院医療）

（単位：人/日 括弧内は必要病床数※3）

		医療機関所在地											
		県内										福島県	合計
		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	いわき		
患者居住地	県内	日立	80.2 (98.3)	1,393.1 (1,640.3)	110.5 (125.8)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	81.2 (92.6)	1,665.0 (1,957.0)
		常陸太田・ひたちなか	708.1 (853.0)	127.4 (149.4)	1,451.0 (1,700.8)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
	合計		1,520.6 (1,789.7)										

※1：10人/日以下の地域については、マスキング処理により計上不能。以下同様。

※2：合計欄については、各医療圏の10人/日以上の数値の合計である。以下同様。

※3：必要病床数は、医療需要を病床稼働率（高度急性期0.75、急性期0.78、回復期0.9、慢性期0.92）で除算した値である。以下同様。

ア）高度急性期

- 県内の常陸太田・ひたちなか構想区域から流入しています。
- 県内の水戸構想区域に流出しています。

図表 4-2-14 患者の流出入（高度急性期）

（単位：人/日）

		医療機関所在地											
		県内										合計	
		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			
患者居住地	県内	日立	17.2 (23.0)	111.7 (149.0)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	129.0 (172.0)
		常陸太田・ひたちなか	106.6 (142.1)	12.8 (17.0)	93.8 (125.0)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
	合計		124.5 (166.0)										

※1：10人/日以下の地域については、マスキング処理により計上不能となっています。

※2：合計欄については、各医療圏の10人/日以上の数値の合計です。

※3：必要病床数は、医療需要を病床稼働率（高度急性期0.75、急性期0.78、回復期0.9、慢性期0.92）で除算した値です。

イ) 急性期

- 県内の常陸太田・ひたちなか構想区域から流入しています。
- 県内の水戸，常陸太田・ひたちなか構想区域，福島県のいわき構想区域に流出しています。

図表 4-2-15 患者の流出入（急性期）

(単位：人/日)

		医療機関所在地											
		県内										福島県	合計
		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	いわき		
患者居住地	県内	日立	31.7 (40.7)	433.1 (555.3)	24.7 (31.6)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	18.3 (23.5)	507.9 (651.2)
	常陸太田・ひたちなか	261.3 (335.0)	34.9 (44.8)	449.5 (576.3)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		
	合計		468.1 (600.1)										

※1：10人/日以下の地域については、マスキング処理により計上不能となっています。
 ※2：合計欄については、各医療圏の10人/日以上の数値の合計です。
 ※3：必要病床数は、医療需要を病床稼働率（高度急性期0.75、急性期0.78、回復期0.9、慢性期0.92）で除算した値です。

ウ) 回復期

- 県内の常陸太田・ひたちなか構想区域から流入しています。
- 県内の水戸，常陸太田・ひたちなか構想区域，福島県のいわき構想区域に流出しています。

図表 4-2-16 患者の流出入（回復期）

(単位：人/日)

		医療機関所在地											
		県内										福島県	合計
		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	いわき		
患者居住地	県内	日立	31.2 (34.6)	581.5 (646.1)	37.1 (41.2)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	28.3 (31.4)	678.0 (753.4)
	常陸太田・ひたちなか	249.4 (277.1)	38.3 (42.5)	531.0 (590.0)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		
	合計		619.8 (688.7)										

※1：10人/日以下の地域については、マスキング処理により計上不能となっています。
 ※2：合計欄については、各医療圏の10人/日以上の数値の合計です。
 ※3：必要病床数は、医療需要を病床稼働率（高度急性期0.75、急性期0.78、回復期0.9、慢性期0.92）で除算した値です。

2 日立地域医療構想区域の概況

エ) 慢性期

- 県内の常陸太田・ひたちなか構想区域から流入しています。
- 県内の常陸太田・ひたちなか構想区域、福島県のいわき構想区域に流出しています。

図表 4-2-17 患者の流出入（慢性期）

(単位：人/日)

		医療機関所在地												
		県内										福島県	合計	
		水戸	日立	常陸太田・ひたちなか	鹿行	土浦	つくば	取手・電ヶ崎	筑西・下妻	古河・坂東	いわき			
患者居住地	県内	日立	0.0	266.7 (289.9)	48.7 (52.9)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	34.6 (37.7)	350.1 (380.5)
	常陸太田・ひたちなか	90.8 (98.7)	41.5 (45.1)	376.8 (409.5)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		
	合計		308.2 (335.0)											

※1：10人/日以下の地域については、マスキング処理により計上不能となっています。

※2：合計欄については、各医療圏の10人/日以上の数値の合計です。

※3：必要病床数は、医療需要を病床稼働率（高度急性期0.75、急性期0.78、回復期0.9、慢性期0.92）で除算した値です。

オ) がん

- がんの急性期、回復期について他の構想区域へ流出しています。流出先としては水戸構想区域が多くなっています。

図表 4-2-18 がん患者の流出入

(単位：人/日)

	在住者(患者住所地)の医療需要(人/日)	流出者数...①(人/日)	医療機関(医療機関所在地)の医療需要(人/日)	流入者数...②(人/日)	流出入の差分(②-①)(人/日)
高度急性期	35.2	0.0	30.2	0.0	0.0
急性期	82.7	22.6	66.9	0.0	-22.6
回復期	58.6	18.4	44.8	0.0	-18.4
慢性期	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
在宅医療等	34.1	11.4	25.4	0.0	-11.4
計	210.7	52.4	167.4	0.0	-52.4

患者流出先構想区域（二次医療圏）TOP5

都道府県	二次医療圏	流出者数
1 茨城県	0801:水戸	24.8
2 茨城県	0803:常陸太田・ひたちなか	10.9
3 福島県	0707:いわき	10.3
4 茨城県	0806:つくば	0.0
5 東京都	1301:区中央部	0.0

患者流入元構想区域（二次医療圏）TOP5

都道府県	二次医療圏	流入者数
1 茨城県	0803:常陸太田・ひたちなか	13.6
2 福島県	0707:いわき	0.0
3 茨城県	0801:水戸	0.0
4 茨城県	0804:鹿行	0.0
5 茨城県	0806:つくば	0.0

※ 10人/日以下の地域については、マスキング処理により計上不能となっています。

カ) 脳卒中

- 脳卒中の急性期について他の構想区域から流入しています。流入元としては常陸太田・ひたちなか構想区域が多くなっています。

図表 4-2-19 脳卒中患者の流出入

(単位：人/日)

	在住者(患者住所地) の医療需要(人/日)	流出者数・・・① (人/日)	医療機関(医療機関所在地) の医療需要(人/日)	流入者数・・・② (人/日)	流出入の差分 (②-①)(人/日)
高度急性期	11.0	0.0	13.6	0.0	0.0
急性期	47.8	0.0	57.4	12.1	12.1
回復期	41.9	0.0	47.0	0.0	0.0
慢性期	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
在宅医療等	14.0	0.0	15.9	0.0	0.0
計	114.7	0.0	133.9	12.1	12.1

患者流出先構想区域(二次医療圏)TOP5

都道府県	二次医療圏	流出者数
1 茨城県	0801:水戸	0.0
2 茨城県	0803:常陸太田・ひたちなか	0.0
3 福島県	0707:いわき	0.0
4 千葉県	1203:東葛北部	0.0
5 茨城県	0806:つくば	0.0

患者流入元構想区域(二次医療圏)TOP5

都道府県	二次医療圏	流入者数
1 茨城県	0803:常陸太田・ひたちなか	21.2
2 福島県	0707:いわき	0.0
3 茨城県	0801:水戸	0.0
4 北海道	0109:西胆振	0.0
5 東京都	1304:区西部	0.0

※ 10人/日以下の地域については、マスキング処理により計上不能となっています。

キ) 心筋梗塞

- 心筋梗塞については、流出入はあるものの、患者が10人/日未満のためマスキングされており、流出入はないものとして推計されます。

図表 4-2-20 心筋梗塞患者の流出入

(単位：人/日)

	在住者(患者住所地) の医療需要(人/日)	流出者数・・・① (人/日)	医療機関(医療機関所在地) の医療需要(人/日)	流入者数・・・② (人/日)	流出入の差分 (②-①)(人/日)
高度急性期	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
急性期	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
回復期	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
慢性期	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
在宅医療等	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
計	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

患者流出先構想区域(二次医療圏)TOP5

都道府県	二次医療圏	流出者数
1 茨城県	0801:水戸	0.0
2 福島県	0707:いわき	0.0
3 茨城県	0803:常陸太田・ひたちなか	0.0
4 東京都	1309:南多摩	0.0
5 栃木県	0905:県南	0.0

患者流入元構想区域(二次医療圏)TOP5

都道府県	二次医療圏	流入者数
1 茨城県	0803:常陸太田・ひたちなか	0.0
2 福島県	0707:いわき	0.0
3 茨城県	0804:鹿行	0.0

※ 10人/日以下の地域については、マスキング処理により計上不能となっています。

2 日立地域医療構想区域の概況

(4) 平成 37 (2025) 年における必要病床数と在宅医療等の必要量

ア) 必要病床数の推計結果

- 医療機関所在地ベースの平成 37(2025)年の医療需要のうち、高度急性期・急性期・回復期の合計は 1,504 床となっており、これに対し現在の一般病床 2,154 床が 650 床上回っています。また、慢性期についても平成 37(2025)年の医療需要は 346 床となり、これに対し現在の療養病床 734 床が 388 床上回っています。医療機関所在地ベースの必要病床数は充足している状況にあります。

図表 4-2-21 平成 37 (2025) 年における医療需要の推計結果 (医療機関所在地ベース)

	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) 許可病床数 (単位: 床)	(参考) 基準病床数 (単位: 床)
		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)		
高度急性期	150.6	128.9	128.9	172	(一般) 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) 734	1,587
合計	1,740.5	1,571.9	1,571.9	1,850	2,888	

※1: 上記の慢性期機能の医療需要推計については、パターン B を採用した場合の数値です。
 ※2: 許可病床数は一般病床、療養病床の 2 区分であるのに対し、2025 年必要病床数は高度急性期、急性期、回復期、慢性期の 4 区分であり、双方の区分が異なることから、差引欄、増減率欄の算出にあたっては、2025 年必要病床数欄の数値のうち高度急性期、急性期、回復期の数値の合計値を一般病床の数値とみなし、慢性期の数値を療養病床の数値とみなして算出しています。

図表 4-2-22 【参考】平成 37 (2025) 年における医療需要の推計結果 (患者住所地ベース)

	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) 許可病床数 (単位: 床)	(参考) 基準病床数 (単位: 床)
		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)		
高度急性期	150.6	128.9	150.6	201	(一般) 2,154	
急性期	528.9	482.6	528.9	678		
回復期	696.1	641.4	696.1	773		
慢性期	364.8	318.9	364.8	397	(療養) 734	1,587
合計	1,740.4	1,571.8	1,740.4	2,049	2,888	

図表 4-2-23 【参考】平成 27 年度病床機能報告制度結果

(単位: 床)

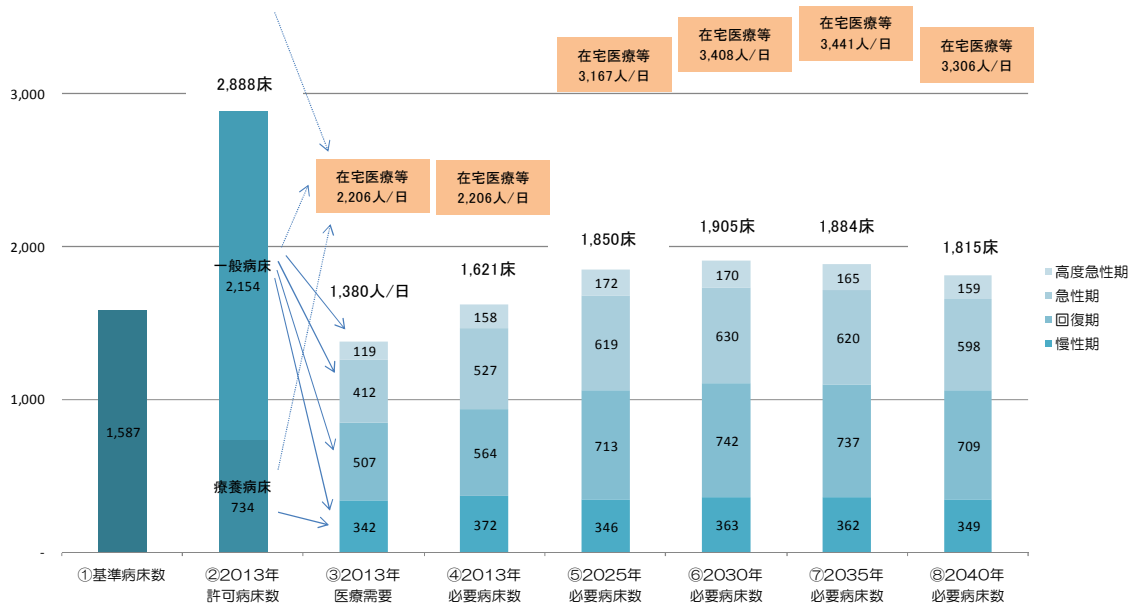
高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟中等※	計
63	1,450	265	713	288	2,779

※「休棟中等」には、休棟中、休棟後の再開の予定なし、休棟・廃止予定、無回答が該当します。

イ) 必要病床数の推移と許可病床数との関係

- 平成 25(2013)年の許可病床数を在宅医療等と 4 つの機能（高度急性期，急性期，回復期，慢性期）とに振り分けたものが平成 25(2013)年における必要病床数となります。平成 25(2013)年の必要病床数に人口の伸びを加味して，平成 37(2025)年から平成 52(2040)年までの必要病床数を推計しています。
- 日立構想区域における必要病床数は，平成 37(2025)年に 1,850 床となった後，平成 42(2030)年にピーク（1,905 床）に達します。

図表 4-2-24 必要病床数の推移と許可病床数との関係



<重要>

- ・平成37(2025)年必要病床数は，現在の許可病床数で対応している医療需要を基に算出しており，今後の人口推移や比較的症状の軽い入院患者等の在宅医療等へ移行等が，現時点の見込みどおりに進んだ場合の推計値です。
- ・県では，地域の医療機関の協議等により，在宅医療等への移行や，医療機能の役割分担などの医療提供体制の効率化等が進んでいく（すなわち2025年の医療需要への対応体制が整備されていく）ことで，現在の許可病床数が，9年間をかけて徐々に2025年必要病床数へ近づいていくことを想定しており，現在の許可病床数を急激に削減することを意図するものではありません。
- ・なお，推計の前提となっている現在の医療提供体制や，人口推移及び在宅医療等への移行等の見込みについては，当然，変化していくものであることから，県では，必要病床数の推計を固定的なものとは捉えないで，その推計方法を評価の上，見直しを図ってまいります。
例えば，在宅医療等への移行が見込みどおりに進まなかった場合には，在宅医療等への移行率について，地域の事情を踏まえた見直し等を図るよう，国へ協議する等の対応をしております。

2 日立地域医療構想区域の概況

ウ) 日立構想区域における将来の必要病床数について

- ア), イ) で示された必要病床数は、厚生労働省が NDB 等を使って開発した「地域医療構想策定支援ツール」によって算出されたものです。
- ここで示された急性期と慢性期機能の病床削減を行うためには、回復期病棟と在宅医療の提供体制を充実させることが必要条件となります。当構想区域では、現在においても、医師をはじめとする医療に従事する人材不足が深刻であるため、回復期と在宅の医療体制を整えるためには相当な困難を伴うことが予想されます。

また、在宅医療の増加に伴う介護サービスの提供体制についても、同様の人材不足が考えられるため、慢性機能病床の患者を家庭や施設で対応できる体制を地域で作ることには大変な困難が予想されます。
- さらに、地域医療構想策定支援ツールでは、平成 37(2025)年の医療需要推計を平成 25(2013)年のデータを用いて推計処理を行っていますが、平成 25(2013)年当時は、東日本大震災後ようやく 2 年を経過した時期であり、北茨城市立総合病院や㈱日立製作所日立総合病院など震災により甚大な被害を受けた医療施設の建て替えが済んでいない状況にありました。

そのため、平成 25(2013)年 10 月時点では北茨城市立総合病院で 39 床、㈱日立製作所日立総合病院では 151 床が休止状態にあり、当医療圏における本来の医療提供体制が整わず、患者が圏域外に流出していた可能性が高くなっています。一方、平成 26(2014)年 11 月には北茨城市民病院が新築され、平成 28(2016)年 7 月には日立総合病院本館棟が完成したことから、今後は医療提供体制が震災前の状況に復旧し、患者の受療動向にも変化が見られることが予想されます。
- こうしたことから、平成 30 (2018) 年を開始年度とする第 7 次医療計画の策定にあたっては、医療施設の復旧に伴う受療動向の変化等を考慮して、平成 37(2025)年の医療需要を改めて推計することが必要です。

エ) 在宅医療等の必要量

- 地域医療構想策定支援ツールによって推計される現状（平成 25(2013)年）と平成 37(2025)年時点の在宅医療等の医療需要は以下のとおりです。
- 日立構想区域については、現状の 143.6%の在宅医療等の供給が必要となります。そのうち、訪問診療については、現状の 141.0%の供給が必要となります。
- また、在宅医療等のうち訪問診療分（平成 25(2013)年の在宅患者訪問診療料の算定患者数の割合により推計）を除いた老人保健施設等分の医療需要についても、現状の 145.5%の供給が必要となります。
- なお、平成 37(2025)年の老人保健施設等分の医療需要から平成 37(2025)年の老人保健施設の整備目標と差をみると、960 の不足分が生じます。

図表 4-2-25 2025 年における在宅医療等の必要量

	在宅医療等の医療需要（人/日）			（うち）訪問診療分の医療需要（人/日）		
	2013年 (A)	2025年 (B)	伸び率 (B/A)	2013年 (C)	2025年 (D)	伸び率 (D/C)
水戸	3,631	5,057	139.3%	1,499	2,041	136.1%
日立	2,206	3,167	143.6%	941	1,326	141.0%
常陸太田・ひたちなか	2,861	3,827	133.8%	1,154	1,507	130.7%
鹿行	1,569	2,186	139.3%	532	699	131.3%
土浦	2,108	3,024	143.4%	978	1,413	144.5%
つくば	2,690	3,949	146.8%	1,647	2,386	144.9%
取手・竜ヶ崎	3,086	4,968	161.0%	1,374	2,187	159.2%
筑西・下妻	2,310	2,944	127.4%	962	1,172	121.8%
古河・坂東	1,648	2,225	135.0%	770	1,054	136.9%

	（うち）老人保健施設等分の医療需要（人/日）			老人保健施設の定員整備目標（人）	
	2013年 (A)	2025年 (B)	伸び率 (B/A)	2025年 (C)	不足分 (B-C)
水戸	2,131	3,016	141.5%	2,508	508
日立	1,265	1,840	145.5%	880	960
常陸太田・ひたちなか	1,707	2,320	135.9%	1,493	827
鹿行	1,037	1,488	143.4%	1,016	472
土浦	1,130	1,611	142.5%	1,118	493
つくば	1,043	1,563	149.9%	993	570
取手・竜ヶ崎	1,712	2,781	162.5%	1,783	998
筑西・下妻	1,348	1,772	131.4%	1,195	577
古河・坂東	878	1,170	133.3%	813	357

出典：「地域医療構想策定支援ツール」, 「第6期いばらき高齢者プラン21」より作成

(5) 医療提供体制の現状と課題

【流出入】

- 患者の流出入は全体としては少ないですが、水戸構想区域、いわき構想区域への流出、常陸太田・ひたちなか構想区域との流出入が若干みられます(図表 4-2-13~17)。
- 婦人科疾患や周産期医療については、最寄りの医療施設で治療ができずに隣接する構想区域の医療施設を利用することが多く、アクセス時間も長いので、患者の負担が大きい状況にあります。

【医療提供体制】

- 医療機関への到達時間についてみると、がん、脳卒中、心筋梗塞については、30分以内の人口カバー率が他構想区域と比べて低くなっています(図表 4-2-6)。
- 3次救急医療体制は充実していますが、ハイリスクを含む分娩の対応体制、回復期リハビリテーションは不足しています(図表 4-2-8)。
- 人口10万人対の医師数、歯科医師数、薬剤師数はいずれも県全体を下回っています(図表 4-2-9)。今後、高齢者が増加し、救急医療体制や在宅医療など医療体制の整備が必要とされる中で、医療従事者の確保は、喫緊の課題となっています。特に医師不足に加え、診療所医師の高齢化が進行しており、将来的にも在宅医療の医師不足が深刻化していくことが考えられます。

【医療需要】

- 2025年の医療需要をみると、急性期病床では大幅な減少、回復期病床では大幅な増加が求められます(図表 4-2-21, 4-2-23)。高齢者人口が増加していくため、在宅医療を支える回復期、慢性期の病床などを確保するため、在宅療養支援病院等の整備も必要です。
- 高齢者人口の増加とともに在宅療養者も増加していくことが見込まれるので、必要な在宅医療を提供できるようにする必要があります。(図表 4-2-25) また、在宅医療提供体制については、長期の療養生活を送る高齢者に対する「住まい」となる施設等の需要も含めて整備を検討していくことが必要です。

(6) 課題解決に向けた施策及び今後の検討の方向性

【医療機能の分化・連携の促進】

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

- 婦人科疾患の診療体制の整備
 婦人科がんの医療については、当面は水戸，つくば構想区域との連携を図りながら、構想区域外で手術等急性期の治療を終えた患者が、構想区域内で継続して医療が受けられる体制を整備します。将来的には、地域がん診療拠点病院である(株)日立製作所日立総合病院で、専門的な医療の提供ができるよう産婦人科医の確保に努めます。
- 周産期医療の提供体制の充実
 構想区域内で欠けているハイリスク分娩や新生児医療など周産期医療を提供できるように産婦人科医，小児科医を始めとする医療従事者の確保に努めます。
- 急性期病床から回復期病床への転換の促進
 高齢化による医療需要の変化に対応して、地域医療介護総合確保基金などを活用しながら、急性期病床から回復期病床への転換を促進します。
- 「地域医療構想調整会議」の開催
 急性期から回復期，慢性期，在宅医療までの効率的な医療提供体制を構築するための医療機関相互の役割分担・連携を協議します。また、当構想区域における在宅移行の困難な状況や地域包括システムの構築状況など地域の実情を踏まえながら、医療資源のより効果的，効率的な活用を推進していきます。
- 住民に対する情報提供
 医療の受け手である住民に対し、医療機関の役割分担の現状や適切な受療行動の必要性について情報提供・普及啓発に努めます。

【在宅医療等の充実】

- 在宅医療等の供給増に向けた体制整備
 当構想区域は南北に長く、訪問診療等の移動に時間を要することから、地域の実情を踏まえながら、在宅医療の効果的な展開に向けた整備を図っていきます。また、病院や診療所，歯科診療所，かかりつけ薬局，訪問看護ステーションなどの多職種・事業所と連携した体制の整備を進めていきます。
- 在宅医療を支える人材育成等
 医療従事者への研修の充実により、在宅医療に携わる医師，訪問看護師の人材育成に努めます。
 市町村で実施する地域支援事業などを通じて、かかりつけ医の在宅医療への参加を促進し、在宅療養支援診療所の増加に努めるとともに地域包括ケア病床など在宅医療の後方支援を行う病床の整備を推進します。
- 住民に対する情報提供
 医療の受け手になる住民に対し、在宅医療や看取りに関する情報提供・普及活動に努めます。

2 日立地域医療構想区域の概況

【医療従事者等の養成・確保】

○ 将来の医療，介護を担う人材の確保

高齢化に伴う医療・介護需要の増加に備え，特に若い医師や看護師等を確保するため，構想区域内の病院に魅力ある研修体制を整備し，卒後教育の充実を図ります。特に専門医制度の開始にあたり，大学等医育機関と連携を深めるとともに日立総合病院を中心とする教育研修システムを構築し，日立構想区域として医師確保対策に取り組めます。

看護職員の確保に関しては，看護師養成施設の設置を検討するなど養成体制の充実を図るほか，復職支援や勤務環境改善など離職防止・定着促進に向けた取り組みを進めていきます。

3 常陸太田・ひたちなか地域医療構想区域の概況

(1) 人口動態

- 構成市町村：常陸太田市，ひたちなか市，常陸大宮市，那珂市，大子町，東海村となります。
- 平成 37(2025)年には総人口は 341,119 人で，平成 27(2015)年時点と比較して 21,965 人減少します。一方で，65 歳以上人口は 110,698 人で，同 9,167 人増加します。75 歳以上人口は 64,185 人で，同 13,567 人増加します。
- 65 歳以上人口は平成 52(2040)年まで増加傾向を続けます。また，75 歳以上人口は平成 47(2035)年まで急速に増加し，その後，減少傾向となります。そのため，医療需要が増加する 75 歳以上の高齢者の急増に対応した医療提供体制を整備する必要があります。
- 人口の地域偏在があり，構成市町村により格差が大きくなっています。特に，構想区域の北部山間地の市町村の人口減少が著しく，平成 42(2030)年には平成 22(2010)年と比較して 30%以上人口が減少します。
- 65 歳以上人口は，人口が集中している構想区域のひたちなか市・東海村では，県平均より低く増加もゆるやかですが，構想区域北部の市町村においては，65 歳以上人口の増加が著しくなっています。

図表 4-3-1 将来人口推計 (2015 年-2040 年)

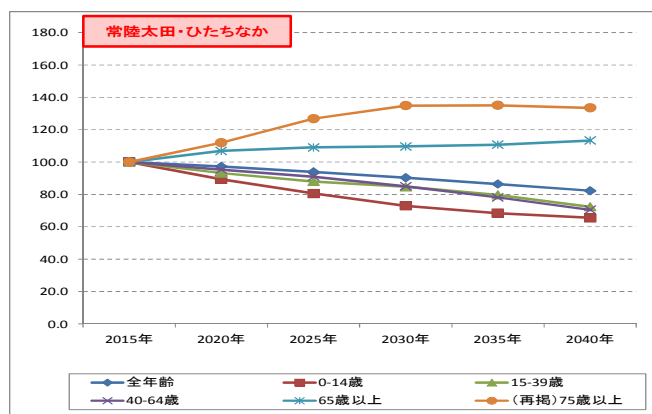
	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
総人口 (構想区域)	363,084	353,117	341,119	327,875	313,678	298,826
0-14歳	46,325	41,411	37,309	33,805	31,705	30,364
15-39歳	89,758	83,663	79,011	76,041	71,504	64,958
40-64歳	125,470	119,535	114,101	106,708	98,030	88,459
65歳以上	101,531	108,508	110,698	111,321	112,439	115,045
(再掲) 75歳以上	50,618	56,682	64,185	68,287	68,370	67,589

(単位：人) 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 (平成 25 (2013) 年 3 月推計)」

図表 4-3-2 2015 年の人口を 100 とした場合の各年の人口指数

	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
総人口 (構想区域)	100.0	97.3	94.0	90.3	86.4	82.3
0-14歳	100.0	89.4	80.5	73.0	68.4	65.5
15-39歳	100.0	93.2	88.0	84.7	79.7	72.4
40-64歳	100.0	95.3	90.9	85.0	78.1	70.5
65歳以上	100.0	106.9	109.0	109.6	110.7	113.3
(再掲) 75歳以上	100.0	112.0	126.8	134.9	135.1	133.5
総人口 (県全体)	100.0	97.6	94.6	91.1	87.1	82.9
65歳以上	100.0	108.7	111.0	111.0	111.2	113.6
(再掲) 75歳以上	100.0	115.3	136.2	147.0	145.9	141.8

図表 4-3-3 2015 年の人口を 100 とした場合の各年の人口指数 (グラフ)



3 常陸太田・ひたちなか地域医療構想区域の概況

(2) 医療資源の状況

ア) 病院病床数の状況

- 常陸太田・ひたちなか構想区域では、一般病床、DPC 算定病床、療養病床のいずれも、人口 10 万人当たりの病床数は県内で低い水準にあります。
- 構想区域の中では、人口が最も集中しているひたちなか市においても、一般病床、DPC 算定病床、療養病床数のいずれも人口 10 万人当たりの病床数が低い水準にあります。

図表 4-3-4 病院病床数の状況

(単位：床)

	病院病床数※1			人口10万人対病院病床数※2、※3		
	一般病床	DPC算定病床	療養病床	一般病床	DPC算定病床	療養病床
全国	894,216	483,499	328,144	706.3	381.9	259.2
茨城県	18,850	8,275	5,746	645.1	283.2	196.5
水戸	4,235	2,133	970	901.9 (1)	454.3 (2)	206.6 (4)
日立	2,008	615	697	771.5 (3)	236.3 (6)	267.8 (2)
常陸太田・ひたちなか	1,664	475	603	458.3 (8)	130.8 (7)	166.1 (7)
鹿行	1,272	158	595	462.7 (7)	57.5 (8)	216.5 (3)
土浦	1,636	1,022	437	626.4 (5)	391.3 (3)	167.3 (6)
つくば	2,611	1,729	593	788.2 (2)	521.9 (1)	179 (5)
取手・竜ヶ崎	3,032	1,416	646	645.1 (4)	301.3 (5)	136.6 (8)
筑西・下妻	1,100	0	987	416.1 (9)	0 (9)	373.4 (1)
古河・坂東	1,292	727	218	568.4 (6)	319.8 (4)	95.9 (9)

※1：「平成26年医療施設調査」厚生労働省、「平成26年度 DPC導入の影響評価に関する調査」厚生労働省

※2：国立社会保障・人口問題研究所は「日本の地域別将来推計人口（平成25（2013）年3月推計）」の2015年推計人口で算出したもの。

※3：構想区域ごとの人口10万人対病院病床数の数値横の（ ）内の数値は県内順位である。

イ) 一般診療所および病床数の状況

- 常陸太田・ひたちなか構想区域には 184 の一般診療所があり、その病床数は 420 です。
- 構想区域の中でも地域偏在があり、特に北部の山間地に少なくなっています。

図表 4-3-5 一般診療所および病床数

	一般診療所数・病床数			人口10万対		
	一般診療所数	有床診療所数	有床診療所の病床数	一般診療所数	有床診療所数	有床診療所の病床数
県全体	1,722	155	2,140	58.9	5.3	73.2
常陸太田・ひたちなか医療圏	184	29	420	50.7	8.0	115.7
常陸太田市	19	7	95	36.1	13.3	180.5
ひたちなか市	86	12	174	54.4	7.6	110.1
常陸大宮市	25	2	27	58.8	4.7	63.5
那珂市	33	4	62	62.1	7.5	116.7
東海村	16	1	19	41.5	2.6	49.2
大子町	5	3	43	27.6	16.5	237.0

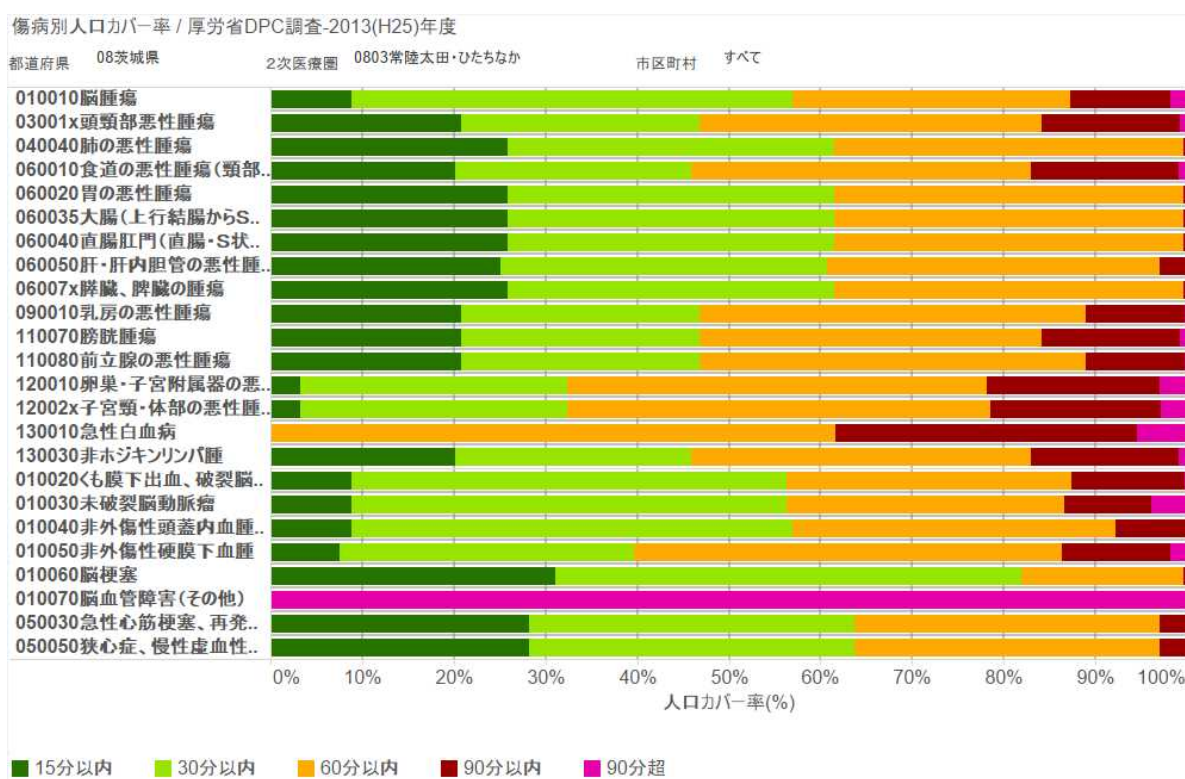
出典：「平成 26 年医療施設（静態・動態）調査」厚生労働省

人口 10 万人対は「日本の地域別将来推計人口（平成 25（2013）年 3 月推計）」国立社会保障・人口問題研究所の 2015 年推計人口を用いて算出しています。

ウ) 傷病別人口カバー率（がん，脳卒中，心筋梗塞）

- 医療機関への到達時間についてみると，がん，脳卒中，心筋梗塞について，15分以内の人口カバー率は多くても30%程度であり，傷病によっては90分超の人口カバー率が20%以上のものも散見され，傷病全般にわたり人口カバー率が低いです。
- 発症後，早期に診断・治療を開始することが望ましい脳卒中，心筋梗塞については，「010050 非外傷性硬膜下血腫」と「010070 脳血管障害（その他）」を除いて30分以内で病院に到達可能な人口カバー率が概ね50~60%程度であり，当該地域における急を要する状態に対する医療提供体制を検討する必要があります。

図表 4-3-6 傷病別人口カバー率（がん，脳卒中，心筋梗塞）



出典：「平成 25 年度 DPC 導入の影響評価に関する調査」厚生労働省

注 1) 傷病別人口カバー率は，傷病別に，最寄りの DPC 病院に到達できる構想区域内における人口割合を時間別（15 分以内，30 分以内，・・・）に示したものです。

注 2) 図中のがん，脳卒中，心筋梗塞の傷病名：

がん：010010 脳腫瘍～130030 非ホジキンリンパ腫

脳卒中：010020 くも膜下出血～010070 脳血管障害（その他）

心筋梗塞：050030 急性心筋梗塞～050050 狭心症

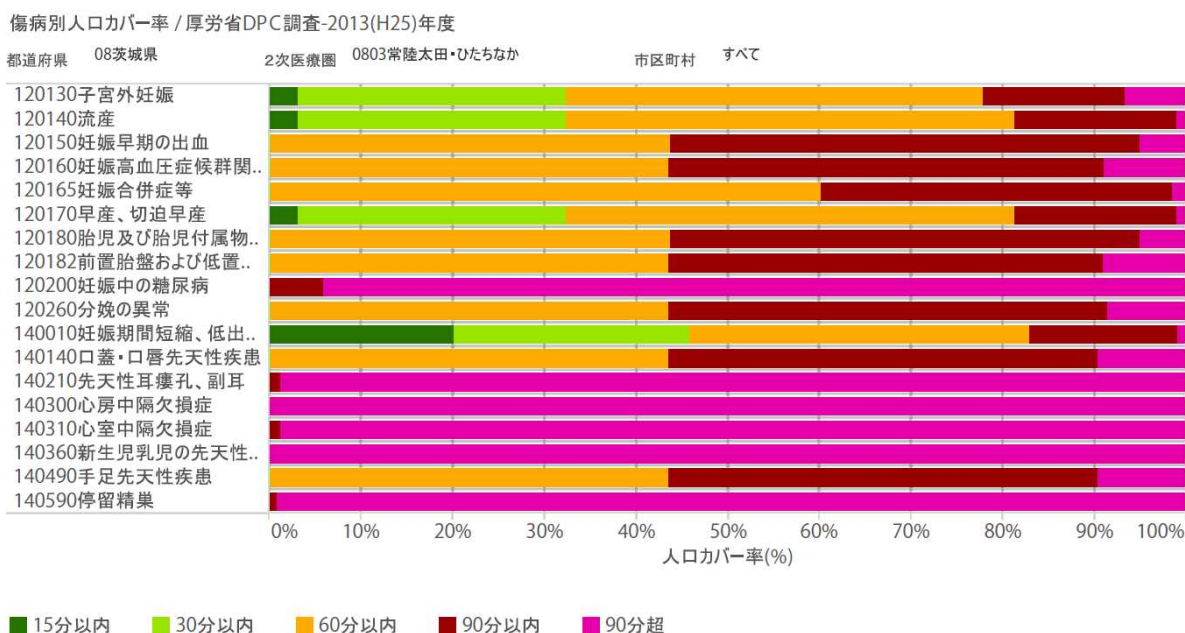
注 3) 移動に係る交通手段について資料に明記はありませんが，自動車交通によるものと想定されます。

3 常陸太田・ひたちなか地域医療構想区域の概況

エ) 傷病別人口カバー率（周産期）

- 周産期について、最寄りの医療機関に到達するまで 90 分超かかる疾患が多くなっています。
- 発症後、早期に治療を開始することが望ましい「120140 流産」、「120170 早産、切迫早産」、「140010 妊娠期間短縮、低出産体重に関連する障害」については 30 分以内で病院に到達可能な人口カバー率が 30～40%程度であり、当該地域における急を要する疾病に対する医療提供体制を検討する必要があります。

図表 4-3-7 傷病別人口カバー率（周産期）



出典：「平成 25 年度 DPC 導入の影響評価に関する調査」厚生労働省

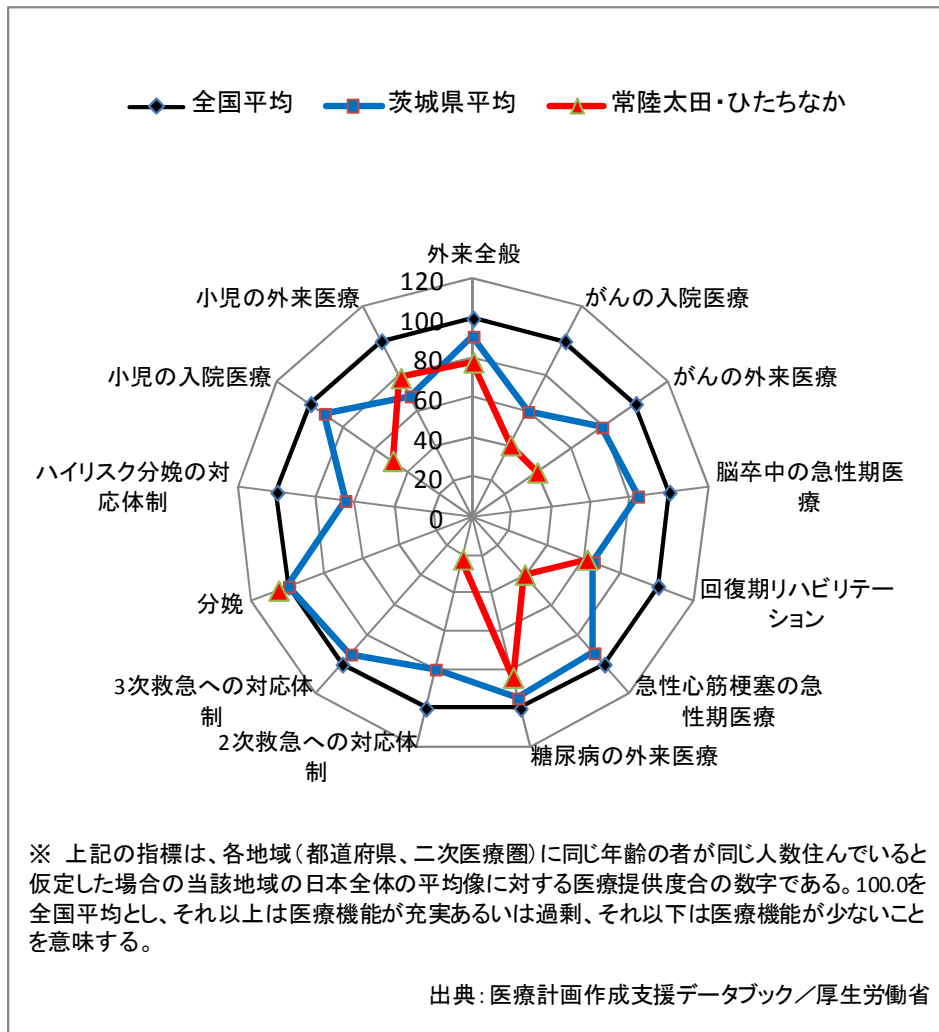
注 1) 傷病別人口カバー率は、傷病別に、最寄りの DPC 病院に到達できる構想区域内における人口割合を時間別（15 分以内、30 分以内、・・・）に示したものです。

注 2) 移動に係る交通手段について資料に明記はありませんが、自動車交通によるものと想定されます。

オ) 5 疾病 5 事業に係る医療提供体制

- 常陸太田・ひたちなか構想区域は、県平均を下回る項目が多くなっています。尚、図中に点（線）の無い指標がありますが、これは出典においてデータが存在しないためです。

図表 4-3-8 5 疾病 5 事業に係る医療提供体制



注) 上記の図表は 5 疾病 5 事業に係る医療提供体制の概略であり、下表の事項のみを用いて作成しています。

5疾病5事業の医療提供体制の指標		
事項		把握対象
外来全般	再診	再診料または外来診療料を算定した入院外レセプト数
がん	がんの入院医療	悪性腫瘍を主傷病とする患者の入院レセプト数
	がんの外来医療	悪性腫瘍を主傷病とする患者の入院外レセプト数
脳卒中	脳卒中の急性期医療	超急性期脳卒中加算を算定したレセプト数
	回復期リハビリテーション	回復期リハビリテーション病棟入院料を算定したレセプト数(注：大腿骨頭部骨折によるリハビリも含まれる)
急性心筋梗塞	急性心筋梗塞の急性期医療	急性心筋梗塞を主傷病とする患者の入院レセプト数
糖尿病	糖尿病の外来医療	糖尿病を主傷病とする患者の入院外レセプト数
救急医療	2次救急への対応体制	救急医療管理加算または救急救命管理料を算定した入院レセプト数
	3次救急への対応体制	救命救急入院料を算定した入院レセプト数
周産期医療	分娩	帝王切開を実施した入院レセプト数
	ハイリスク分娩の対応体制	ハイリスク妊産婦共同管理料またはハイリスク分娩管理加算を算定した入院レセプト数
小児医療	小児の入院医療	小児入院管理料を算定した入院レセプト数
	小児の外来医療	乳幼児や小児にかかる初診料・再診料・外来診療料の加算または小児科外来診療料を算定した入院外レセプト数

3 常陸太田・ひたちなか地域医療構想区域の概況

カ) 医療従事者数（医師数，歯科医師数，薬剤師数，看護師数）

○ 常陸太田・ひたちなか構想区域における人口 10 万人当たりの医師数，歯科医師数，薬剤師数は，いずれも県全体を下回っています。特に構想区域の北部で低く，医師の高齢化も進んでいます。

常陸太田市では，医師数，歯科医師数，薬剤師数のいずれもが，少なくなっています。また，大子町では，特に歯科医師数が少なくなっています（人口 10 万人当たりの人数）。

図表 4-3-9 医療従事者数（医師数，歯科医師数，薬剤師数）

	医療施設の従事者数（人）			人口10万対（人）		
	医師数	歯科医師数	薬剤師数※	医師数	歯科医師数	薬剤師数
県全体	4,950	1,920	4,662	169.6	65.8	159.7
常陸太田・ひたちなか医療圏	385	186	488	106.1	51.3	134.5
常陸太田市	34	25	58	64.2	47.2	109.5
ひたちなか市	197	87	226	125.7	55.5	144.2
常陸大宮市	40	20	51	93.1	46.6	118.7
那珂市	54	26	81	100.5	48.4	150.7
東海村	42	21	55	110.7	55.3	145.0
大子町	18	7	17	97.9	38.1	92.5

出典：「平成 26 年医師・歯科医師・薬剤師調査」厚生労働省

※薬剤師数は，薬局従事者も含まれます。

図表 4-3-10 医療従事者数（診療科別医師数）

（単位：人）

	医師施設従事者数	平成26年12月31日現在																				
		内科	呼吸器内科	循環器内科	消化器内科	腎臓内科	神経内科	代謝内科	糖尿病内科	血液内科	皮膚科	アレルギー科	リウマチ科	感染症内科	小児科	精神科	心療内科	外科	呼吸器外科	心臓血管外科	乳癌外科	食道外科
県全体	4,950	1,577	246	376	519	111	132	136	39	302	102	78	13	623	253	90	543	46	59	53	20	177
常陸太田・ひたちなか医療圏	385	181	36	31	47	3	6	10	3	36	15	10	1	63	15	10	51	4	3	2	5	15
常陸太田市	34	24	7	6	10	-	2	1	-	2	3	1	1	12	-	1	6	-	-	-	-	1
ひたちなか市	197	79	13	19	22	2	4	3	16	5	7	7	7	27	4	3	18	1	1	2	3	7
常陸大宮市	40	24	1	2	7	-	-	1	-	8	-	-	-	7	-	-	10	1	1	-	-	2
那珂市	54	35	4	4	7	1	-	5	-	7	4	-	-	5	7	2	8	-	-	-	-	4
東海村	42	13	11	-	1	-	-	-	-	3	7	2	2	10	-	-	4	1	1	-	-	1
大子町	18	6	-	-	-	-	-	-	-	7	7	5	5	24	-	-	10	2	2	-	-	2
	100%	33%	-	-	-	-	-	-	-	22%	22%	28%	6%	11%	22%	28%	6%	-	-	-	-	-

	泌尿器科	肛門外科	脳神経外科	整形外科	形成外科	美容外科	眼科	耳鼻いんこう科	小児科	産婦人科	婦人科	シリハビリンテ科	放射線科	麻酔科	病理診断科	臨床検査科	救急科	臨床研修医	全他科	その他	不詳	
																						数
県全体	153	97	178	463	60	5	236	157	24	204	7	46	211	123	165	34	8	45	281	13	154	3
常陸太田・ひたちなか医療圏	23	14	10	43	1	0	5	3	0	4	0	1	4	2	3	1	0	1	6	0	3	0
常陸太田市	6	4	3	11	0	-	5	3	-	3	1	2	7	3	2	0	0	0	6	0	2	-
ひたちなか市	13	2	4	20	-	-	10	7	-	10	4	5	14	5	5	1	1	-	22	-	7	-
常陸大宮市	7	1	2	10	-	-	5	4	-	5	2	3	7	3	3	1	1	-	11	-	4	-
那珂市	3	4	-	5	1	-	2	-	-	-	-	1	5	-	-	-	-	-	1	-	-	-
東海村	8	10	-	13	3	-	5	-	-	-	-	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
大子町	6	3	2	6	-	-	3	1	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
	11%	6%	4%	11%	-	-	6%	2%	-	-	-	6%	-	-	-	-	-	-	-	-	2%	-

注：1）平成20年4月1日医療法施行令の一部改正により，診療科目については，従来，省令に具体的名称を限定列挙して規程していた方式から，身体部位や患者の疾患等，一定の性質を有する名称を診療科目とする方式に改められた。
 2）2つ以上の診療科に従事している場合，各々の科に重複計上している。
 3）心臓血管外科には循環器外科を含む。

- 人口 10 万人当たりの看護職員数では、保健師数、助産師数、看護師数、准看護師数の全ての職種について、全国平均、茨城県の数を下回っています。特に助産師の不足度合が顕著です。

図表 4-3-11 医療従事者数（看護職員数）

（単位：人）

	就業看護職員数（人）				人口 10 万人対（人）			
	保健師数	助産師数	看護師数	准看護師数	保健師数	助産師数	看護師数	准看護師数
全国平均	48,452	33,956	1,086,779	340,153	38.3	26.8	858.5	268.7
茨城県全体	1,097	642	19,675	8,056	37.5	22.0	673.4	275.7
常陸太田・ひたちなか	134	40	1,673	938	36.9	11.0	460.8	258.3

出典：「平成 26 年衛生行政報告例」厚生労働省

（3）患者の医療需要の動向

① 医療需要

- 医療需要の推計では、平成 25(2013)年は 1,638.1 人/日（高度急性期 100.1 人/日，急性期 444.7 人/日，回復期 552.3 人/日，慢性期 541.0 人/日）でしたが，急性期・回復期を中心に増加し，平成 47(2035)年には 1,936.6 人/日（高度急性期 116.0 人/日，急性期 562.2 人/日，回復期 715.4 人/日，慢性期 542.9 人/日）とピークとなる見込みです。
- 医療機能別では，急性期，回復期の医療需要割合が漸増傾向にあるのに対して，慢性期は漸減傾向となっています。

図表 4-3-12 医療需要の推計

		2013 年	2025 年	2030 年	2035 年	2040 年
実数 (人/日)	高度急性期	100.1	112.5	115.7	116.0	114.2
	急性期	444.7	525.1	553.0	562.2	554.9
	回復期	552.3	664.4	703.2	715.4	705.9
	慢性期	541.0	506.6	536.3	542.9	531.7
	合計	1,638.1	1,808.7	1,908.1	1,936.6	1,906.6
割合	高度急性期	6.1%	6.2%	6.1%	6.0%	6.0%
	急性期	27.1%	29.0%	29.0%	29.0%	29.1%
	回復期	33.7%	36.7%	36.9%	36.9%	37.0%
	慢性期	33.0%	28.0%	28.1%	28.0%	27.9%
	合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

3 常陸太田・ひたちなか地域医療構想区域の概況

② 流出入の状況（平成 25 (2013) 年の時点）

- 県内外の他の構想区域からの流入患者はありません。
- 県内の水戸，日立構想区域に流出しています。

図表 4-3-13 患者の流出入（入院医療）

(単位：人/日 括弧内は必要病床数※3)

		医療機関所在地										
		県内										合計
		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		
患者居住地	県内	水戸	2,489.0 (2,953.2)	0.0	128.6 (147.3)	0.0	197.0 (230.0)	37.4 (45.0)	0.0	11.0 (12.0)	0.0	/
		日立	80.2 (98.3)	1,393.1 (1,640.3)	110.5 (125.8)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
		常陸太田・ひたちなか	708.1 (853.0)	127.4 (149.4)	1,451.0 (1,700.8)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
	福島県	県南	0.0	0.0	14.3 (15.9)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	/
	合計	/	/	1,704.4 (1,989.8)	/	/	/	/	/	/	/	

※1：10人/日以下の地域については、マスキング処理により計上不能。以下同様。

※2：合計欄については、各医療圏の10人/日以上の数値の合計である。以下同様。

※3：必要病床数は、医療需要を病床稼働率（高度急性期0.75、急性期0.78、回復期0.9、慢性期0.92）で除算した値である。以下同様。

ア) 高度急性期

- 県内外の他の構想区域からの流入患者はありません。
- 県内の水戸，日立構想区域に流出しています。

図表 4-3-14 患者の流出入（高度急性期）

(単位：人/日)

		医療機関所在地										
		県内										合計
		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		
患者居住地	県内	常陸太田・ひたちなか	106.6 (142.1)	12.8 (17.0)	93.8 (125.0)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	213.1 (284.2)
	合計	/	/	93.8 (125.0)	/	/	/	/	/	/	/	

※1：10人/日以下の地域については、マスキング処理により計上不能となっています。

※2：合計欄については、各医療圏の10人/日以上の数値の合計です。

※3：必要病床数は、医療需要を病床稼働率（高度急性期0.75、急性期0.78、回復期0.9、慢性期0.92）で除算した値です。

3 常陸太田・ひたちなか地域医療構想区域の概況

イ) 急性期

- 県内の水戸，日立構想区域から流入しています。
- 県内の水戸，日立構想区域に流出しています。

図表 4-3-15 患者の流出入（急性期）

(単位：人/日)

		医療機関所在地										
		県内									合計	
		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		
患者居住地	県内	水戸	813.7 (1,043.2)	0.0	30.6 (39.2)	0.0	52.1 (66.8)	20.1 (25.7)	0.0	0.0	0.0	
		日立	31.7 (40.7)	433.1 (555.3)	24.7 (31.6)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
		常陸太田・ひたちなか	261.3 (335.0)	34.9 (44.8)	449.5 (576.3)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	745.8 (956.1)
		合計			504.8 (647.2)							

※1：10人/日以下の地域については、マスキング処理により計上不能となっています。

※2：合計欄については、各医療圏の10人/日以上の数値の合計です。

※3：必要病床数は、医療需要を病床稼働率（高度急性期0.75、急性期0.78、回復期0.9、慢性期0.92）で除算した値です。

ウ) 回復期

- 県内の水戸，日立構想区域，福島県の県南構想区域からの流入があります。
- 県内の水戸，日立構想区域に流出があります。

図表 4-3-16 患者の流出入（回復期）

(単位：人/日)

		医療機関所在地										
		県内									合計	
		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		
患者居住地	県内	水戸	934.5 (1,038.3)	0.0	62.3 (69.2)	0.0	68.4 (76.0)	17.4 (19.3)	0.0	0.0	0.0	
		日立	31.2 (34.6)	581.5 (646.1)	37.1 (41.2)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
		常陸太田・ひたちなか	249.4 (277.1)	38.3 (42.5)	531.0 (590.0)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	818.7 (909.7)
	福島県	県南	0.0	0.0	14.3 (15.9)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
		合計			644.7 (716.4)							

※1：10人/日以下の地域については、マスキング処理により計上不能となっています。

※2：合計欄については、各医療圏の10人/日以上の数値の合計です。

※3：必要病床数は、医療需要を病床稼働率（高度急性期0.75、急性期0.78、回復期0.9、慢性期0.92）で除算した値です。

3 常陸太田・ひたちなか地域医療構想区域の概況

エ) 慢性期

- 県内の水戸，日立構想区域からの流入があります。
- 県内の水戸，日立構想区域に流出があります。

図表 4-3-17 患者の流出入（慢性期）

（単位：人/日）

		医療機関所在地									合計
		県内									
		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	
患者居住地	県内										
	水戸	470.7 (511.6)	0.0	35.7 (38.8)	0.0	60.1 (65.4)	0.0	0.0	11.0 (12.0)	0.0	
	日立	0.0	266.7 (289.9)	48.7 (52.9)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
	常陸太田・ひたちなか	90.8 (98.7)	41.5 (45.1)	376.8 (409.5)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	509.0 (553.3)
	合計			461.1 (501.2)							

※1：10人/日以下の地域については、マスキング処理により計上不能となっています。

※2：合計欄については、各医療圏の10人/日以上の数値の合計です。

※3：必要病床数は、医療需要を病床稼働率（高度急性期0.75、急性期0.78、回復期0.9、慢性期0.92）で除算した値です。

オ) がん

- がんについては、高度急性期，急性期，回復期のいずれについても他の構想区域へ流出しています。流出先としては水戸構想区域が多くなっています。

図表 4-3-18 がん患者の流出入

（単位：人/日）

	在住者（患者住所地） の医療需要（人/日）	流出者数・・・① （人/日）	医療機関（医療機関所在地） の医療需要（人/日）	流入者数・・・② （人/日）	流出入の差分 （②-①）（人/日）
高度急性期	47.0	30.7	20.0	0.0	-30.7
急性期	112.8	69.2	51.7	0.0	-69.2
回復期	99.9	58.6	49.5	0.0	-58.6
慢性期	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
在宅医療等	51.5	26.7	31.9	0.0	-26.7
計	311.2	185.1	153.2	0.0	-185.1

患者流出先構想区域（二次医療圏）TOP5

	都道府県	二次医療圏	流出者数
1	茨城県	0801:水戸	146.4
2	茨城県	0802:日立	13.6
3	茨城県	0806:つくば	0.0
4	千葉県	1203:東葛北部	0.0
5	東京都	1301:区中央部	0.0

患者流入元構想区域（二次医療圏）TOP5

	都道府県	二次医療圏	流入者数
1	茨城県	0802:日立	10.9
2	茨城県	0801:水戸	0.0
3	茨城県	0804:鹿行	0.0
4	福島県	0707:いわき	0.0
5	茨城県	0805:土浦	0.0

※ 10人/日以下の地域については、マスキング処理により計上不能となっています。

カ) 脳卒中

- 脳卒中の急性期・回復期について他の構想区域へ流出しています。流出先としては水戸，日立構想区域が多くなっています。

図表 4-3-19 脳卒中患者の流出入

(単位：人/日)

	在住者(患者住所地) の医療需要(人/日)	流出者数…① (人/日)	医療機関(医療機関所在地) の医療需要(人/日)	流入者数…② (人/日)	流出入の差分 (②-①)(人/日)
高度急性期	13.5	0.0	0.0	0.0	0.0
急性期	56.3	32.8	26.8	0.0	-32.8
回復期	48.3	23.3	28.8	0.0	-23.3
慢性期	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
在宅医療等	15.7	0.0	0.0	0.0	0.0
計	133.7	56.1	55.6	0.0	-56.1

患者流出先構想区域(二次医療圏) TOP5

	都道府県	二次医療圏	流出者数
1	茨城県	0801:水戸	47.0
2	茨城県	0802:日立	21.2
3	栃木県	0901:県北	0.0
4	茨城県	0806:つくば	0.0
5	福島県	0703:県南	0.0

患者流入元構想区域(二次医療圏) TOP5

	都道府県	二次医療圏	流入者数
1	茨城県	0801:水戸	0.0
2	茨城県	0802:日立	0.0
3	茨城県	0804:鹿行	0.0
4	福島県	0703:県南	0.0
5	茨城県	0805:土浦	0.0

※ 10人/日以下の地域については、マスキング処理により計上不能となっています。

キ) 心筋梗塞

- 心筋梗塞については、流出入はあるものの、患者が10人/日未満のためマスキングされており、流出入はないものとして推計されます

図表 4-3-20 心筋梗塞患者の流出入

(単位：人/日)

	在住者(患者住所地) の医療需要(人/日)	流出者数…① (人/日)	医療機関(医療機関所在地) の医療需要(人/日)	流入者数…② (人/日)	流出入の差分 (②-①)(人/日)
高度急性期	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
急性期	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
回復期	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
慢性期	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
在宅医療等	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
計	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

患者流出先構想区域(二次医療圏) TOP5

	都道府県	二次医療圏	流出者数
1	茨城県	0801:水戸	0.0
2	茨城県	0802:日立	0.0
3	栃木県	0901:県北	0.0
4	栃木県	0905:県南	0.0
5	茨城県	0805:土浦	0.0

患者流入元構想区域(二次医療圏) TOP5

	都道府県	二次医療圏	流入者数
1	茨城県	0801:水戸	0.0
2	茨城県	0802:日立	0.0
3	福島県	0703:県南	0.0
4	福島県	0706:相双	0.0
5	東京都	1312:北多摩北部	0.0

※ 10人/日以下の地域については、マスキング処理により計上不能となっています。

3 常陸太田・ひたちなか地域医療構想区域の概況

(4) 平成 37 (2025) 年における必要病床数と在宅医療等の必要量

ア) 必要病床数の推計結果

- 医療機関所在地ベースの平成 37(2025)年の医療需要のうち、高度急性期・急性期・回復期の合計は 1,561 床となり、現在の一般病床 2,040 床が 479 床上回っています。慢性期については、必要病床数 551 床に対し、現在の病床数 671 床が 120 床上回っています。

図表 4-3-21 平成 37 (2025) 年における医療需要の推計結果 (医療機関所在地ベース)

	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) 許可病床数 (単位: 床)	(参考) 基準病床数 (単位: 床)
		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)		
高度急性期	229.2	112.5	112.5	150	(一般) 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) 671	1,806
合計	2,394.4	1,808.7	1,808.7	2,112	2,711	

※1: 上記の慢性期機能の医療需要推計については、パターン B を採用した場合の数値です。
 ※2: 許可病床数は一般病床、療養病床の 2 区分であるのに対し、2025 年必要病床数は高度急性期、急性期、回復期、慢性期の 4 区分であり、双方の区分が異なることから、差引欄、増減率欄の算出にあたっては、2025 年必要病床数欄の数値のうち高度急性期、急性期、回復期の数値の合計値を一般病床の数値とみなし、慢性期の数値を療養病床の数値とみなして算出しています。

図表 4-3-22 【参考】平成 37 (2025) 年における医療需要の推計結果 (患者住所地ベース)

	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) 許可病床数 (単位: 床)	(参考) 基準病床数 (単位: 床)
		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)		
高度急性期	229.2	112.5	229.2	306	(一般) 2,040	
急性期	780.6	525.1	780.6	1,001		
回復期	847.9	664.4	847.9	942		
慢性期	536.8	506.6	536.8	583	(療養) 671	1,806
合計	2394.5	1808.6	2394.5	2,832	2,711	

図表 4-3-23 【参考】平成 27 年度病床機能報告制度結果

(単位: 床)

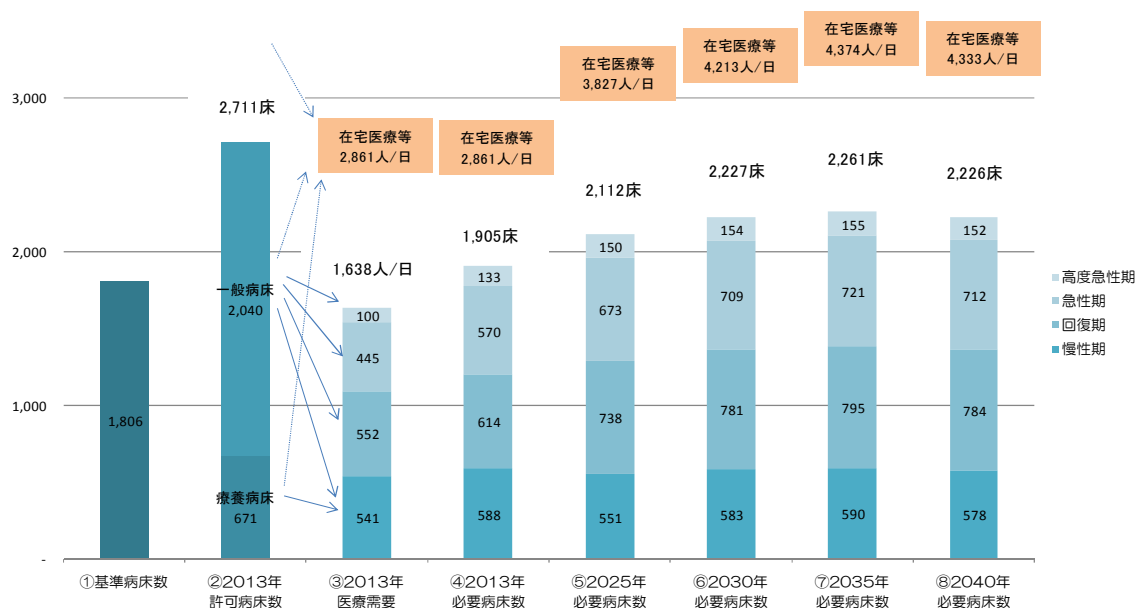
高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟中等※	計
24	1,402	226	814	198	2,664

※「休棟中等」には、休棟中、休棟後の再開の予定なし、休棟・廃止予定、無回答が該当します。

イ) 必要病床数の推移と許可病床数との関係

- 平成 25(2013)年の許可病床数を在宅医療等と 4 つの機能（高度急性期，急性期，回復期，慢性期）とに振り分けたものが平成 25(2013)年における必要病床数となります。平成 25(2013)年の必要病床数に人口動態の変化を加味して，平成 37(2025)年から平成 52(2040)年までの必要病床数を推計しています。
- 常陸太田・ひたちなか医療圏における必要病床数は，平成 37(2025)年に 2,112 床となった後，平成 47(2035)年にピーク（2,261 床）に達します。

図表 4-3-24 必要病床数の推移と許可病床数との関係



<重要>

- ・平成37(2025)年必要病床数は，現在の許可病床数で対応している医療需要を基に算出しており，今後の人口推移や比較的軽微な入院患者等の在宅医療等へ移行等が，現時点の見込みどおりに進んだ場合の推計値です。
- ・県では，地域の医療機関の協議等により，在宅医療等への移行や，医療機能の役割分担などの医療提供体制の効率化等が進んでいく（すなわち2025年の医療需要への対応体制が整備されていく）ことで，現在の許可病床数が，9年間をかけて徐々に平成(37)2025年必要病床数へ近づいていくことを想定しており，現在の許可病床数を急激に削減することを意図するものではありません。
- ・なお，推計の前提となっている現在の医療提供体制や，人口推移及び在宅医療等への移行等の見込みについては，当然，変化していくものであることから，県では，必要病床数の推計を固定的なものとは捉えないで，その推計方法を評価の上，見直しを図ってまいります。
例えば，在宅医療等への移行が見込みどおりに進まなかった場合には，在宅医療等への移行率について，地域の事情を踏まえた見直し等を図るよう，国へ協議する等の対応をしてまいります。

3 常陸太田・ひたちなか地域医療構想区域の概況

ウ) 在宅医療等の必要量

- 地域医療構想策定支援ツールによって推計される現状（平成 25(2013)年）と平成 37(2025)年時点の在宅医療等の医療需要（人/日）は以下のとおりです。
- 常陸太田・ひたちなかについては、現状の 133.8%の在宅医療等の供給が必要となります。そのうち、訪問診療については、現状の 130.7%の供給が必要となります。
- また、在宅医療等のうち訪問診療分（平成 25(2013)年の在宅患者訪問診療料の算定患者数の割合により推計）を除いた老人保健施設等分の医療需要についても、現状の 135.9%の供給が必要となります。
- なお、平成 37(2025)年の老人保健施設等分の医療需要から平成 37(2025)年の老人保健施設の整備目標と差をみると、827 人/日の不足が生じます。

図表 4-3-25 2025 年における在宅医療等の必要量

	在宅医療等の医療需要（人/日）			（うち）訪問診療分の医療需要（人/日）		
	2013年 (A)	2025年 (B)	伸び率 (B/A)	2013年 (C)	2025年 (D)	伸び率 (D/C)
水戸	3,631	5,057	139.3%	1,499	2,041	136.1%
日立	2,206	3,167	143.6%	941	1,326	141.0%
常陸太田・ひたちなか	2,861	3,827	133.8%	1,154	1,507	130.7%
鹿行	1,569	2,186	139.3%	532	699	131.3%
土浦	2,108	3,024	143.4%	978	1,413	144.5%
つくば	2,690	3,949	146.8%	1,647	2,386	144.9%
取手・竜ヶ崎	3,086	4,968	161.0%	1,374	2,187	159.2%
筑西・下妻	2,310	2,944	127.4%	962	1,172	121.8%
古河・坂東	1,648	2,225	135.0%	770	1,054	136.9%

	（うち）老人保健施設等分の医療需要（人/日）			老人保健施設の定員整備目標（人）	
	2013年 (A)	2025年 (B)	伸び率 (B/A)	2025年 (C)	不足分 (B-C)
水戸	2,131	3,016	141.5%	2,508	508
日立	1,265	1,840	145.5%	880	960
常陸太田・ひたちなか	1,707	2,320	135.9%	1,493	827
鹿行	1,037	1,488	143.4%	1,016	472
土浦	1,130	1,611	142.5%	1,118	493
つくば	1,043	1,563	149.9%	993	570
取手・竜ヶ崎	1,712	2,781	162.5%	1,783	998
筑西・下妻	1,348	1,772	131.4%	1,195	577
古河・坂東	878	1,170	133.3%	813	357

出典：「地域医療構想策定支援ツール」, 「第 6 期いばらき高齢者プラン 21」より作成

(5) 医療提供体制の現状と課題

【流出入】

- 医療資源が不足しており、傷病全般にわたり人口カバー率が低く、隣接する水戸・日立構想区域に多くの患者が流出しています（図表 4-3-6・4-3-13）。医療施設は、人口規模の大きいひたちなか市に多いものの、人口 10 万人当たりの病床数が低い水準にあることや、構想区域の北部山間地に極端に少ないことが要因と考えられます。
- 最寄りの医療施設で診断・治療ができずに隣接する構想区域の医療施設を利用することが多く、アクセス時間も長いので、発症後早期に治療することが望ましい疾患については、構想区域を越えた救急医療体制の検討が必要です。
- 構想区域内に少ない高度急性期や急性期の医療、また、特殊な医療については、隣接する構想区域との連携が必要です。一方、回復期や在宅医療を支える病床や在宅医療については、構想区域内で対応できるようにしていく必要があります。

【医療提供体制】

- 傷病全般にわたり人口カバー率が低く、特に緊急性の高い脳卒中、心筋梗塞について人口カバー率が低いので、高度急性期、急性期の医療については、救急医療体制の整備が必要です（図表 4-3-6）。また、回復期（特に地域包括ケア病床）や慢性期の医療については、構想区域内の最寄りの医療施設で対応できるような体制や在宅医療など医療体制の整備が必要です。
- 周産期にかかる人口カバー率が低く、周産期医療体制の整備が必要です（図表 4-3-7）。
- 医療資源が不足しており、5 疾病 5 事業に係る医療提供体制でも、大きく県全体を下回る指標が多くなっています（図表 4-3-8）。特に、医療資源の少ない構想区域の北部では、具体的な疾病ごとに必要な医療提供体制を検討していく必要があります。
- 高齢化が進む中、在宅療養を支える訪問診療や訪問看護など在宅医療体制の整備が必要ですが、特に急速に高齢化が進んでいる構想区域の北部では、医療資源が少ない地域でもあるので体制の整備が急務となっています。また、高齢者の増加とともに認知症の患者も増加すると考えられ、身体疾患を合併した認知症の患者の医療体制も検討していく必要があります。
- 人口 10 万人当たりの医療従事者数（医師数、歯科医師数、薬剤数、看護職員数）は、県平均を下回っています（図表 4-3-9・4-3-11）。今後、高齢者が急増し、ますます、救急医療体制や在宅医療など、様々な医療体制の整備が必要とされる中で、医療の担い手である医療従事者の確保は、喫緊の課題となっています。特に、医師不足の上に、在宅医療の担い手である診療所医師の高齢化が進行しており、将来的にも、担い手不足が深刻化していくと考えられます。

3 常陸太田・ひたちなか地域医療構想区域の概況

【医療需要】

- 構想区域の中で、人口が集中している地域では、今後も人口増加が見込まれ、高度急性期、急性期、回復期のバランスのとれた医療体制整備が必要です。また、65歳以上人口も増加していくため、生活習慣病などの疾患について、在宅医療を支える回復期、慢性期の病床など、在宅療養支援病院等の整備が必要です。
- 高齢者人口の増加と共に在宅医療を受ける在宅療養者も増加していくので、在宅療養を支える訪問診療や訪問看護など必要な在宅医療を提供できるようにする必要があります（図表 4-3-25）。また、医療や介護が必要な高齢者の在宅医療提供体制については、長期の療養生活を送る慢性期の高齢者に対する「住まい」となる施設等の需要も含めて整備を検討していくことが必要です。
- 構想区域内での地域差が極めて大きいため、よりきめ細やかに地域の状況に応じた将来の医療・介護連携体制を考えていく必要があります。

(6) 課題解決に向けた施策及び今後の検討の方向性

【医療機能の分化・連携の促進】

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

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

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

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

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

- 周産期医療体制の整備

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

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

【在宅医療等の充実】

- 在宅医療を支える在宅療養支援病院等の充実

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

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

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

【医療従事者等の養成・確保】

- 医師、看護師などの医療人材と共に在宅療養を支える介護人材の確保

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

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

4 鹿行地域医療構想区域の概況

(1) 人口動態

- 構成市町：鹿嶋市，潮来市，神栖市，行方市，銚田市となります。
- 平成 37(2025)年には総人口は 259,918 人で、平成 27(2015)年時点と比較して 14,968 人減少します。一方で、65 歳以上人口は 80,210 人で、同 8,759 人増加します。75 歳以上人口は 43,628 人で、同 11,115 人増加します。
- 65 歳以上人口は平成 37(2025)年をピークに減少傾向に転じ、75 歳以上人口も平成 42(2030)年まで急速に増加し、その後、減少傾向となります。そのため、医療需要が増加する 75 歳以上の高齢者の急増に対応した医療提供体制を整備する必要があります。

図表 4-4-1 将来人口推計 (2015 年-2040 年)

(単位：人)

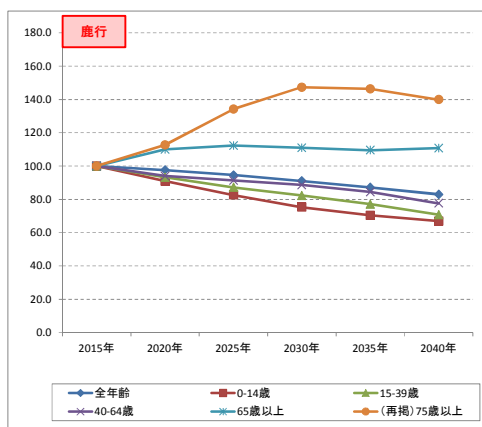
	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
総人口 (構想区域)	274,886	268,295	259,918	250,250	239,563	228,049
0-14歳	34,963	31,801	28,881	26,312	24,619	23,360
15-39歳	74,632	69,603	65,122	61,404	57,502	52,780
40-64歳	93,840	88,312	85,705	83,226	79,199	72,810
65歳以上	71,451	78,579	80,210	79,308	78,243	79,099
(再掲) 75歳以上	32,513	36,627	43,628	47,910	47,600	45,493

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（平成 25（2013）年 3 月推計）」

図表 4-4-2 2015 年の人口を 100 とした場合の各年の人口指数

	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
総人口 (構想区域)	100.0	97.6	94.6	91.0	87.1	83.0
0-14歳	100.0	91.0	82.6	75.3	70.4	66.8
15-39歳	100.0	93.3	87.3	82.3	77.0	70.7
40-64歳	100.0	94.1	91.3	88.7	84.4	77.6
65歳以上	100.0	110.0	112.3	111.0	109.5	110.7
(再掲) 75歳以上	100.0	112.7	134.2	147.4	146.4	139.9
総人口 (県全体)	100.0	97.6	94.6	91.1	87.1	82.9
65歳以上	100.0	108.7	111.0	111.0	111.2	113.6
(再掲) 75歳以上	100.0	115.3	136.2	147.0	145.9	141.8

図表 4-4-3 2015 年の人口を 100 とした場合の各年の人口指数 (グラフ)



(2) 医療資源の状況**ア) 病院病床数の状況**

- 鹿行構想区域は、人口 10 万人当たりの一般病床数（病院分）が 462.7 床、DPC 算定病床が 57.5 床と県内で低い水準にあります。
- 一方で、人口 10 万人当たりの療養病床数（病院分）は 216.5 床と、県内で相応に高い水準にあります。

図表 4-4-4 病院病床数の状況

(単位：床)

	病院病床数※1			人口10万人対病院病床数※2、※3		
	一般病床	DPC算定病床	療養病床	一般病床	DPC算定病床	療養病床
全国	894,216	483,499	328,144	706.3	381.9	259.2
茨城県	18,850	8,275	5,746	645.1	283.2	196.5
水戸	4,235	2,133	970	901.9 (1)	454.3 (2)	206.6 (4)
日立	2,008	615	697	771.5 (3)	236.3 (6)	267.8 (2)
常陸太田・ひたちなか	1,664	475	603	458.3 (8)	130.8 (7)	166.1 (7)
鹿行	1,272	158	595	462.7 (7)	57.5 (8)	216.5 (3)
土浦	1,636	1,022	437	626.4 (5)	391.3 (3)	167.3 (6)
つくば	2,611	1,729	593	788.2 (2)	521.9 (1)	179 (5)
取手・竜ヶ崎	3,032	1,416	646	645.1 (4)	301.3 (5)	136.6 (8)
筑西・下妻	1,100	0	987	416.1 (9)	0 (9)	373.4 (1)
古河・坂東	1,292	727	218	568.4 (6)	319.8 (4)	95.9 (9)

※1：「平成26年医療施設調査」厚生労働省、「平成26年度 DPC導入の影響評価に関する調査」厚生労働省

※2：国立社会保障・人口問題研究所は「日本の地域別将来推計人口（平成25（2013）年3月推計）」の2015年推計人口で算出したもの。

※3：構想区域ごとの人口10万人対病院病床数の数値横の（ ）内の数値は県内順位である。

イ) 一般診療所および病床数の状況

- 鹿行構想区域には 115 の一般診療所があり、その病床数は 164 です。

図表 4-4-5 一般診療所および病床数

	一般診療所数・病床数			人口10万対		
	一般診療所数	有床診療所数	有床診療所の病床数	一般診療所数	有床診療所数	有床診療所の病床数
県全体	1,722	155	2,140	58.9	5.3	73.2
鹿行医療圏	115	11	164	41.8	4.0	59.7
鹿嶋市	35	6	86	52.9	9.1	130.1
潮来市	14	-	-	47.8	-	-
神栖市	35	2	33	36.5	2.1	34.4
行方市	14	1	7	39.9	2.8	19.9
鉾田市	17	2	38	35.0	4.1	78.3

出典：「平成26年医療施設（静態・動態）調査」厚生労働省

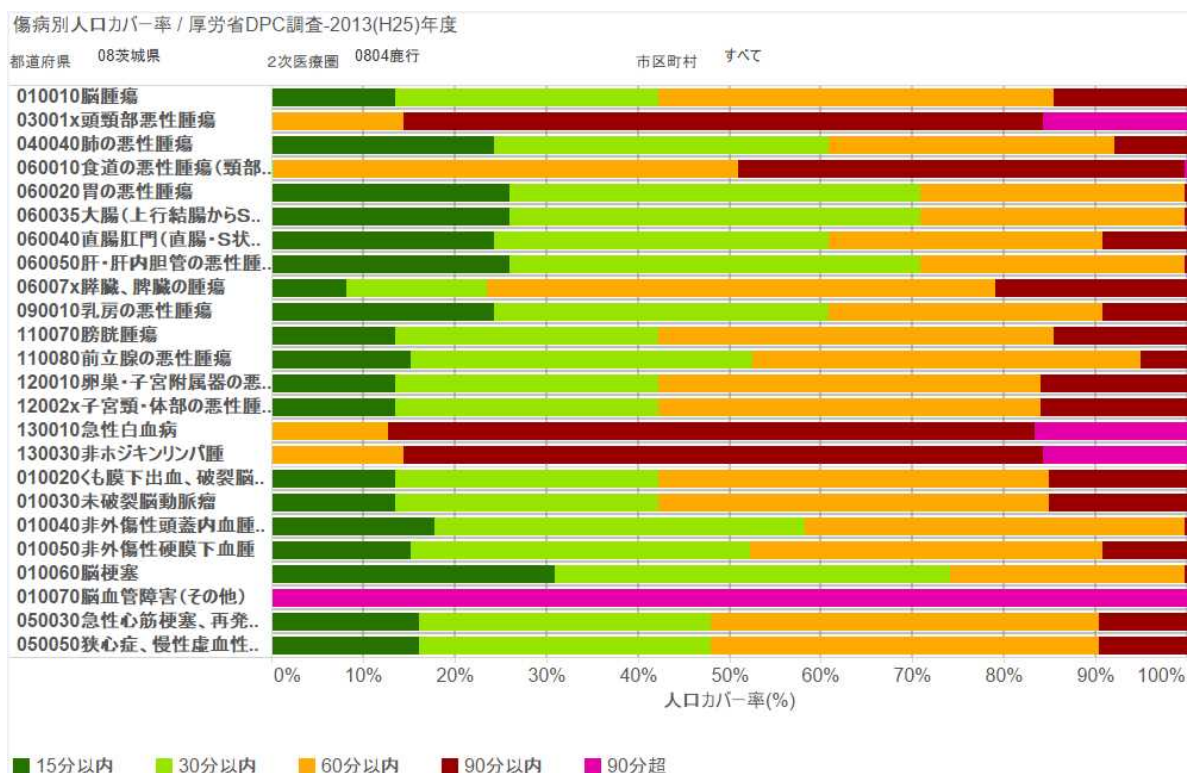
人口10万人対は「日本の地域別将来推計人口（平成25（2013）年3月推計）」国立社会保障・人口問題研究所の2015年推計人口を用いて算出しています。

4 鹿行地域医療構想区域の概況

ウ) 傷病別人口カバー率（がん，脳卒中，心筋梗塞）

- 医療機関への到達時間についてみると、がん，脳卒中，心筋梗塞について、15分以内の人口カバー率は多くても30%程度であり、傷病によっては90分超の人口カバー率が80%以上のものも散見され、傷病全般にわたり人口カバー率が低くなっています。
- 発症後、早期に治療を開始することが望ましい脳卒中，心筋梗塞については、「010050 非外傷性硬膜下血腫」と「010070 脳血管障害（その他）」を除いて30分以内で病院に到達可能な人口カバー率が概ね40~50%程度であり、当該地域における急を要する疾病に対する医療提供体制を検討する必要があります。

図表 4-4-6 傷病別人口カバー率（がん，脳卒中，心筋梗塞）



出典：「平成25年度DPC導入の影響評価に関する調査」厚生労働省

注1) 傷病別人口カバー率は、傷病別に、最寄りのDPC病院に到達できる構想区域内における人口割合を時間別(15分以内、30分以内、・・・)に示したものであります。

注2) 図中のがん，脳卒中，心筋梗塞の傷病名：

がん：010010脳腫瘍～130030非ホジキンリンパ腫

脳卒中：010020くも膜下出血～010070脳血管障害(その他)

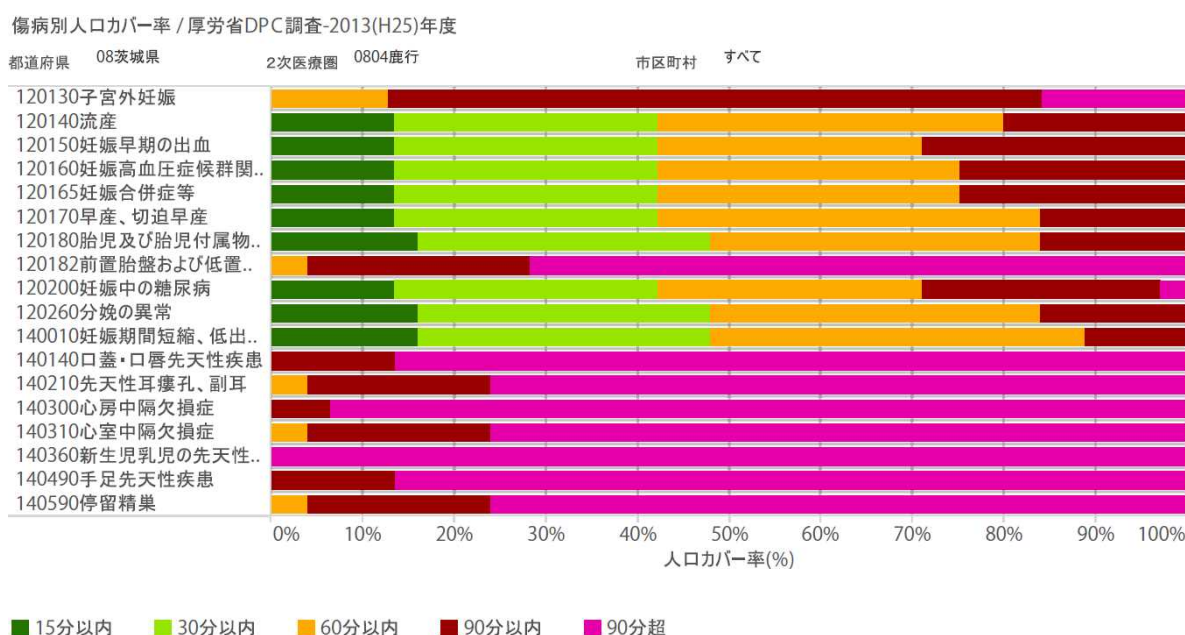
心筋梗塞：050030急性心筋梗塞～050050狭心症

注3) 移動に係る交通手段について資料に明記はないが、自動車交通によるものと想定されます。

エ) 傷病別人口カバー率（周産期）

- 周産期について、最寄りの医療機関に到達するまで 90 分超かかる疾患が多くなっています。
- 発症後、早期に治療を開始することが望ましい「120140 流産」、「120170 早産、切迫早産」、「140010 妊娠期間短縮、低出産体重に関連する障害」については 30 分以内で病院に到達可能な人口カバー率が 40～50%程度であり、当該地域における急を要する疾病に対する医療提供体制を検討する必要があります。

図表 4-4-7 傷病別人口カバー率（周産期）



出典：「平成 25 年度 DPC 導入の影響評価に関する調査」厚生労働省

注 1) 傷病別人口カバー率は、傷病別に、最寄りの DPC 病院に到達できる構想区域内における人口割合を時間別（15 分以内、30 分以内、・・・）に示したものです。

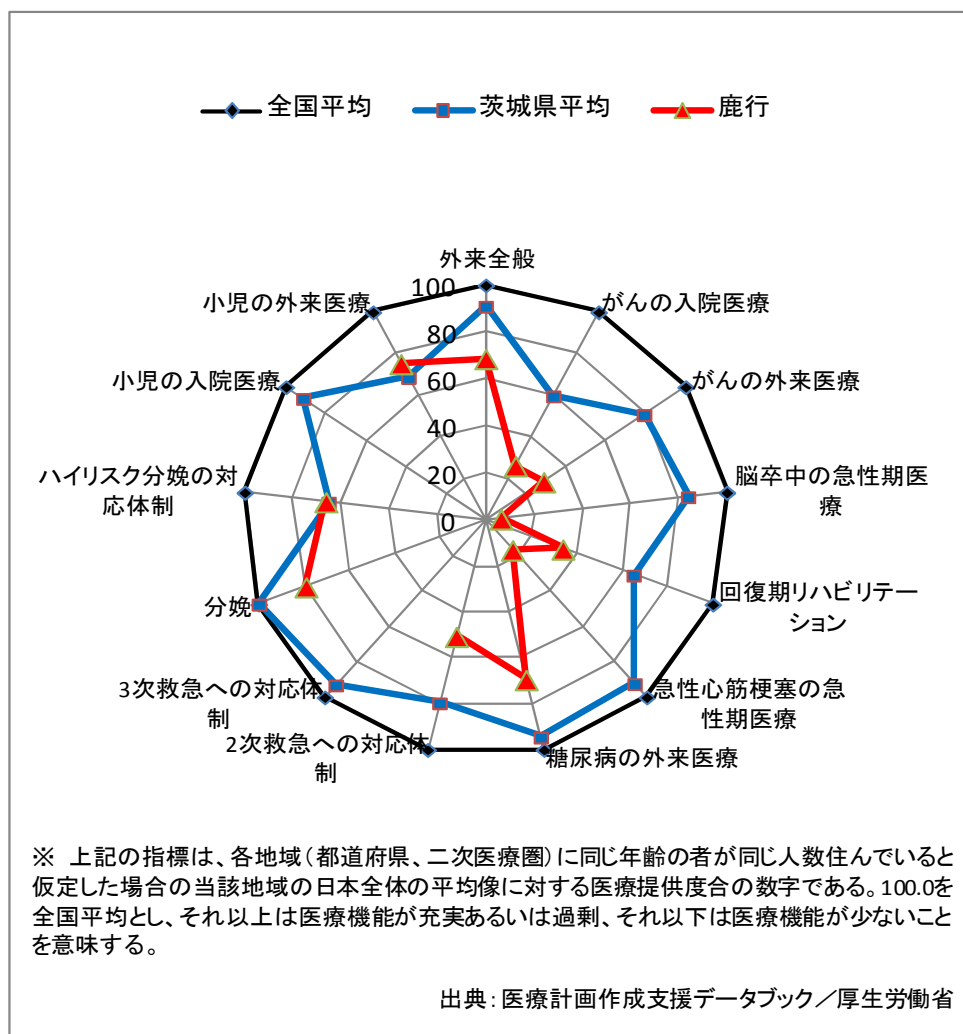
注 2) 移動に係る交通手段について資料に明記はないが、自動車交通によるものと想定されます。

4 鹿行地域医療構想区域の概況

オ) 5 疾病 5 事業に係る医療提供体制

- 鹿行構想区域は、脳卒中の急性期医療や急性心筋梗塞の急性期医療、がんの入院医療など茨城県平均を下回っている指標が多く、医療提供体制が不足しています。尚、3次救急への対応体制など表示のない指標がありますが、出典のデータベースにデータが存在していないためです。

図表 4-4-8 5 疾病 5 事業に係る医療提供体制



注) 上記の図表は5疾病5事業に係る医療提供体制の概略であり、下表の事項のみを用いて作成しています。

5疾病5事業の医療提供体制の指標		
事項		把握対象
外来全般	再診	再診料または外来診療料を算定した入院外レセプト数
がん	がんの入院医療	悪性腫瘍を主傷病とする患者の入院レセプト数
	がんの外来医療	悪性腫瘍を主傷病とする患者の入院外レセプト数
脳卒中	脳卒中の急性期医療	超急性期脳卒中加算を算定したレセプト数
	回復期リハビリテーション	回復期リハビリテーション病棟入院料を算定したレセプト数(注:大腿骨頭部骨折によるリハビリも含まれる)
急性心筋梗塞	急性心筋梗塞の急性期医療	急性心筋梗塞を主傷病とする患者の入院レセプト数
糖尿病	糖尿病の外来医療	糖尿病を主傷病とする患者の入院外レセプト数
	救急医療	2次救急への対応体制
	3次救急への対応体制	救命救急入院料を算定した入院レセプト数
周産期医療	分娩	帝王切開を実施した入院レセプト数
	ハイリスク分娩の対応体制	ハイリスク妊産婦共同管理料またはハイリスク分娩管理加算を算定した入院レセプト数
小児医療	小児の入院医療	小児入院管理料を算定した入院レセプト数
	小児の外来医療	乳幼児や小児にかかる初診料・再診料・外来診療料の加算または小児科外来診療料を算定した入院外レセプト数

力) 医療従事者数 (医師数, 歯科医師数, 薬剤師数, 看護師数)

○ 鹿行構想区域における人口 10 万人当たりの医師数, 歯科医師数, 薬剤師数は, いずれも県全体を下回っています。特に医師の不足が顕著です。鹿行構想区域の中で人材不足が顕著な市は, 医師については潮来市, 銚田市であり, 歯科医師については行方市であり, 薬剤師については潮来市, 銚田市となっています (人口 10 万人当たりの人数)。

図表 4-4-9 医療従事者数 (医師数, 歯科医師数, 薬剤師数)

	医療施設の従事者数 (人)			人口10万対 (人)		
	医師数	歯科医師数	薬剤師数※	医師数	歯科医師数	薬剤師数
県全体	4,950	1,920	4,662	169.6	65.8	159.7
鹿行医療圏	234	153	297	85.6	55.9	108.6
鹿嶋市	91	42	94	136.2	62.9	140.7
潮来市	14	19	14	47.9	65.0	47.9
神栖市	77	53	121	81.8	56.3	128.5
行方市	30	12	36	84.6	33.8	101.5
銚田市	22	27	32	46.0	56.5	66.9

出典:「平成 26 年医師・歯科医師・薬剤師調査」厚生労働省

※薬剤師数は, 薬局従事者も含まれます。

図表 4-4-10 医療従事者数 (診療科別医師数)

(単位: 人)

平成26年12月31日現在

	医師施設従事者数	診療科別医師数																				
		内科	呼吸器内科	循環器内科	(消化器内科) (胃腸内科)	腎臓内科	神経内科	(代謝内科) (内分泌内科)	血液内科	皮膚科	アレルギー科	リウマチ科	感染症内科	小児科	精神科	心療内科	外科	呼吸器外科	心臓血管外科	乳がん科	気管食道外科	(胃腸外科) (消化器外科)
県全体	4,950	1,577	246	376	519	111	132	136	39	302	102	78	13	623	253	90	543	46	59	53	20	177
鹿行医療圏	234	110	9	21	30	6	-	10	-	21	2	2	-	46	9	3	50	1	-	1	-	3
鹿嶋市	91	34	2	5	10	3	-	3	-	4	1	-	-	8	7	1	16	1	-	1	-	3
潮来市	14	9	1	4	3	1	-	1	-	1	1	1	1	4	1	1	2	-	-	-	-	-
神栖市	77	38	2	6	9	2	-	3	-	9	-	-	-	22	1	1	17	-	-	-	-	-
行方市	30	15	1	2	2	-	-	1	-	5	-	1	1	5	-	-	8	-	-	-	-	-
銚田市	22	14	3	4	6	-	-	2	-	2	-	-	-	7	-	-	7	-	-	-	-	-
	100%	64%	14%	18%	27%	-	-	9%	-	9%	-	-	-	32%	-	-	32%	-	-	-	-	-

	診療科別医師数																					
	泌尿器科	肛門科	脳神経外科	整形外科	形成科	美容科	眼科	耳鼻いんこう科	小児科	産婦人科	産科	産科	婦人科	シリハピリテ科	放射線科	麻酔科	病理診断科	臨床検査科	救急科	臨床研修医科	その他	不詳
県全体	153	97	178	463	60	5	236	157	24	204	7	46	211	123	165	34	8	45	281	13	154	3
鹿行医療圏	9	-	10	26	4	-	12	7	-	14	-	3	8	6	5	1	-	4	-	-	3	-
鹿嶋市	3	-	4	7	1	-	5	1	-	10	-	-	6	3	2	-	-	-	-	-	1	-
潮来市	-	-	-	1	-	-	-	2	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
神栖市	3	-	3	10	2	-	2	3	-	2	-	-	-	2	2	-	-	-	-	-	1	-
行方市	4	-	4	13	3	-	3	4	-	3	-	-	-	3	3	-	-	-	-	-	1	-
銚田市	3	-	3	4	1	-	2	-	-	1	-	-	-	1	1	1	-	2	-	-	1	-
	10%	-	10%	13%	3%	-	7%	-	-	3%	-	2	2	2	3%	3%	3%	-	7%	-	3%	-
	-	-	-	4	-	-	3	1	-	1	-	2	2	2	-	-	-	2	-	-	-	-
	-	-	-	18%	-	-	14%	5%	-	5%	-	9%	9%	-	-	-	-	9%	-	-	-	-

注: 1) 平成20年4月1日医療法施行令の一部改正により, 診療科目については, 従来, 省令に具体的な名称を限定列挙して規程していた方式から, 身体部位や患者の疾患等, 一定の性質を有する名称を診療科目とする方式に改められた。
 2) 2つ以上の診療科に従事している場合, 各々の科に重複計上している。
 3) 心臓血管外科には循環器外科を含む。

4 鹿行地域医療構想区域の概況

- 人口 10 万人当たりの看護職員数の状況についてみると、保健師数については茨城県を若干上回っているものの、助産師数、看護師数、准看護師数については、全国平均、茨城県の人数を共に下回っています。特に助産師数の不足度合が顕著です。

図表 4-4-11 医療従事者数（看護職員数）

（単位：人）

	就業看護職員数（人）				人口10万人対（人）			
	保健師数	助産師数	看護師数	准看護師数	保健師数	助産師数	看護師数	准看護師数
全国平均	48,452	33,956	1,086,779	340,153	38.3	26.8	858.5	268.7
茨城県全体	1,097	642	19,675	8,056	37.5	22.0	673.4	275.7
鹿行	104	33	1,104	696	37.8	12.0	401.6	253.2

出典：「平成 26 年衛生行政報告例」厚生労働省

（3）患者の医療需要の動向

① 医療需要

- 患者の医療需要の推計結果についてみると、平成 25(2013)年は 1,026.6 人/日（高度急性期 46.0 人/日、急性期 247.5 人/日、回復期 324.3 人/日、慢性期 408.8 人/日）であったが、平成 47(2035)年をピークに増加傾向を示しており、平成 47(2035)年には 1,197.6 人/日（高度急性期 54.6 人/日、急性期 316.0 人/日、回復期 438.5 人/日、慢性期 388.5 人/日）となる見込みです。
- 医療機能別の割合をみると、平成 42(2030)年以降、高度急性期と急性期が漸減傾向です。

図表 4-4-12 医療需要の推計

		2013 年	2025 年	2030 年	2035 年	2040 年
実数 (人/日)	高度急性期	46.0	52.6	54.6	54.6	53.0
	急性期	247.5	291.3	310.7	316.0	307.0
	回復期	324.3	398.3	429.8	438.5	426.3
	慢性期	408.8	348.3	377.9	388.5	378.9
	合計	1,026.6	1,090.5	1,173.0	1,197.6	1,165.1
割合	高度急性期	4.5%	4.8%	4.7%	4.6%	4.5%
	急性期	24.1%	26.7%	26.5%	26.4%	26.3%
	回復期	31.6%	36.5%	36.6%	36.6%	36.6%
	慢性期	39.8%	31.9%	32.2%	32.4%	32.5%
	合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

② 流出入の状況（平成 25（2013）年の時点）

- 千葉県の香取海匝医療圏，東京都の区東部構想区域から流入しています。
- 県内の水戸，土浦，千葉県の香取海匝の各構想区域に流出しています。

図表 4-4-13 患者の流出入（入院医療）

（単位：人/日 括弧内は必要病床数※3）

		医療機関所在地											
		県内										千葉県	合計
		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	香取海匝		
患者居住地	県内	鹿行	237.2 (283.6)	0.0	0.0	936.6 (1,091.4)	80.3 (99.2)	26.2 (31.4)	38.0 (43.7)	0.0	0.0	159.1 (193.1)	1,477.5 (1,742.4)
	千葉県	香取海匝	0.0	0.0	0.0	56.8 (64.1)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
	東京都	区東部	0.0	0.0	0.0	20.4 (22.1)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
	合計					1,013.8 (1,177.6)							

※1：10人/日以下の地域については、マスキング処理により計上不能。以下同様。
 ※2：合計欄については、各医療圏の10人/日以上の数値の合計である。以下同様。
 ※3：必要病床数は、医療需要を病床稼働率（高度急性期0.75、急性期0.78、回復期0.9、慢性期0.92）で除算した値である。以下同様。

ア) 高度急性期

- 県内の水戸，土浦，千葉県の香取海匝の各構想区域に流出しています。

図表 4-4-14 患者の流出入（高度急性期）

（単位：人/日）

		医療機関所在地											
		県内										千葉県	合計
		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	香取海匝		
患者居住地	県内	鹿行	29.6 (39.4)	0.0	0.0	48.4 (64.6)	18.5 (24.6)	0.0	0.0	0.0	0.0	28.6 (38.1)	125.0 (166.7)
	合計					48.4 (64.6)							

※1：10人/日以下の地域については、マスキング処理により計上不能となっています。
 ※2：合計欄については、各医療圏の10人/日以上の数値の合計です。
 ※3：必要病床数は、医療需要を病床稼働率（高度急性期0.75、急性期0.78、回復期0.9、慢性期0.92）で除算した値です。

4 鹿行地域医療構想区域の概況

イ) 急性期

- 千葉県香取海匠構想区域から流入しています。
- 県内の水戸、日立、つくば、取手・竜ヶ崎、千葉県の香取海匠の各構想区域に流出しています。

図表 4-4-15 患者の流出入（急性期）

（単位：人/日）

		医療機関所在地											
		県内										千葉県	合計
		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	香取海匠		
患者居住地	県内	鹿行	84.9 (108.9)	0.0	0.0	269.2 (345.2)	34.3 (43.9)	13.7 (17.5)	10.5 (13.5)	0.0	0.0	61.3 (78.6)	473.9 (607.5)
	千葉県	香取海匠	0.0	0.0	0.0	10.2 (13.1)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
	合計				279.4 (358.3)								

※1：10人/日以下の地域については、マスキング処理により計上不能となっています。

※2：合計欄については、各医療圏の10人/日以上の数値の合計です。

※3：必要病床数は、医療需要を病床稼働率（高度急性期0.75、急性期0.78、回復期0.9、慢性期0.92）で除算した値です。

ウ) 回復期

- 千葉県の香取海匠構想区域から流入しています。
- 県内の水戸、土浦、つくば、取手・竜ヶ崎、千葉県の香取海匠構想区域に流出しています。

図表 4-4-16 患者の流出入（回復期）

（単位：人/日）

		医療機関所在地											
		県内										千葉県	合計
		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	香取海匠		
患者居住地	県内	鹿行	77.3 (85.9)	0.0	0.0	365.7 (406.3)	27.6 (30.7)	12.5 (13.9)	15.1 (16.8)	0.0	0.0	50.1 (55.6)	548.4 (609.3)
	千葉県	香取海匠	0.0	0.0	0.0	13.4 (14.9)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
	合計				379.1 (421.2)								

※1：10人/日以下の地域については、マスキング処理により計上不能となっています。

※2：合計欄については、各医療圏の10人/日以上の数値の合計です。

※3：必要病床数は、医療需要を病床稼働率（高度急性期0.75、急性期0.78、回復期0.9、慢性期0.92）で除算した値です。

エ) 慢性期

- 千葉県の香取海匝構想区域、東京都の区東部構想区域から流入しています。
- 県内の水戸、取手・竜ヶ崎、千葉県の香取海匝構想区域に流出しています。

図表 4-4-17 患者の流出入（慢性期）

(単位：人/日)

		医療機関所在地											
		県内										千葉県	合計
		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	香取海匝		
患者居住地	県内	鹿行	45.4 (49.3)	0.0	0.0	253.3 (275.3)	0.0	0.0	12.4 (13.4)	0.0	0.0	19.1 (20.8)	330.2 (358.9)
	千葉県	香取海匝	0.0	0.0	0.0	33.2 (36.1)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
	東京都	区東部	0.0	0.0	0.0	20.4 (22.1)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
	合計				306.9 (333.5)								

※1：10人/日以下の地域については、マスキング処理により計上不能となっています。

※2：合計欄については、各医療圏の10人/日以上の数値の合計です。

※3：必要病床数は、医療需要を病床稼働率（高度急性期0.75、急性期0.78、回復期0.9、慢性期0.92）で除算した値です。

オ) がん

- がんについては、高度急性期、急性期、回復期、在宅医療のいずれについても他の構想区域へ流出しています。流出先としては水戸構想区域が多くなっています。

図表 4-4-18 がん患者の流出入

(単位：人/日)

	在住者(患者住所地)の医療需要(人/日)	流出者数...①(人/日)	医療機関(医療機関所在地)の医療需要(人/日)	流入者数...②(人/日)	流出入の差分(②-①)(人/日)
高度急性期	35.6	30.1	0.0	0.0	-30.1
急性期	78.6	59.5	20.3	0.0	-59.5
回復期	67.0	43.8	24.4	0.0	-43.8
慢性期	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
在宅医療等	31.4	21.1	10.8	0.0	-21.1
計	212.6	154.5	55.5	0.0	-154.5

患者流出先構想区域（二次医療圏）TOP5

都道府県	二次医療圏	流出者数
1 茨城県	0801:水戸	48.7
2 千葉県	1205:香取海匝	30.7
3 茨城県	0805:土浦	23.2
4 茨城県	0806:つくば	11.0
5 茨城県	0807:取手・竜ヶ崎	0.0

患者流入元構想区域（二次医療圏）TOP5

都道府県	二次医療圏	流入者数
1 千葉県	1205:香取海匝	0.0
2 千葉県	1203:東葛北部	0.0
3 茨城県	0801:水戸	0.0
4 茨城県	0807:取手・竜ヶ崎	0.0
5 東京都	1309:南多摩	0.0

※ 10人/日以下の地域については、マスキング処理により計上不能となっています。

4 鹿行地域医療構想区域の概況

カ) 脳卒中

- 脳卒中の急性期について他の構想区域へ流出しています。流出先としては水戸構想区域が多くなっています。

図表 4-4-19 脳卒中患者の流出入

(単位：人/日)

	在住者(患者住所地)の医療需要(人/日)	流出者数・・・①(人/日)	医療機関(医療機関所在地)の医療需要(人/日)	流入者数・・・②(人/日)	流出入の差分(②-①)(人/日)
高度急性期	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
急性期	38.3	13.6	27.2	0.0	-13.6
回復期	32.5	0.0	25.6	0.0	0.0
慢性期	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
在宅医療等	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
計	70.7	13.6	52.8	0.0	-13.6

患者流出先構想区域(二次医療圏) TOP5

	都道府県	二次医療圏	流出者数
1	茨城県	0801:水戸	13.6
2	千葉県	1205:香取海匝	0.0
3	茨城県	0805:土浦	0.0
4	茨城県	0807:取手・竜ヶ崎	0.0
5	千葉県	1204:印旛	0.0

患者流入元構想区域(二次医療圏) TOP5

	都道府県	二次医療圏	流入者数
1	千葉県	1205:香取海匝	0.0
2	茨城県	0801:水戸	0.0
3	千葉県	1201:千葉	0.0
4	東京都	1304:区西部	0.0
5	埼玉県	1107:西部	0.0

※ 10人/日以下の地域については、マスキング処理により計上不能となっています。

キ) 心筋梗塞

- 心筋梗塞については、流出入はあるものの、患者が10人/日未満となっています。

図表 4-4-20 心筋梗塞患者の流出入

(単位：人/日)

	在住者(患者住所地)の医療需要(人/日)	流出者数・・・①(人/日)	医療機関(医療機関所在地)の医療需要(人/日)	流入者数・・・②(人/日)	流出入の差分(②-①)(人/日)
高度急性期	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
急性期	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
回復期	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
慢性期	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
在宅医療等	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
計	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

患者流出先構想区域(二次医療圏) TOP5

	都道府県	二次医療圏	流出者数
1	千葉県	1205:香取海匝	0.0
2	茨城県	0805:土浦	0.0
3	茨城県	0801:水戸	0.0
4	千葉県	1204:印旛	0.0
5	茨城県	0806:つくば	0.0

患者流入元構想区域(二次医療圏) TOP5

	都道府県	二次医療圏	流入者数
1	埼玉県	1108:利根	0.0

※ 10人/日以下の地域については、マスキング処理により計上不能となっています。

(4) 平成 37 (2025) 年における必要病床数と在宅医療等の必要量

ア) 必要病床数の推計結果

- 医療機関所在地ベースの平成 37(2025)年の医療需要のうち、高度急性期・急性期・回復期の合計は 886 床となり、現在の一般病床 1,427 床が 541 床の余剰となっています。慢性期については 379 床が必要となるが、現在の療養病床 609 床が 230 床の余剰となっています。

図表 4-4-21 平成 37 (2025) 年における医療需要の推計結果 (医療機関所在地ベース)

	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) 許可病床数 (単位: 床)	(参考) 基準病床数 (単位: 床)
		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)		
高度急性期	158.1	52.6	52.6	70	(一般) 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) 609	
合計	1,627.8	1,090.5	1,090.5	1,265	2,036	1,222

※1: 上記の慢性期機能の医療需要推計については、パターン B を採用した場合の数値です。

※2: 許可病床数は一般病床、療養病床の 2 区分であるのに対し、2025 年必要病床数は高度急性期、急性期、回復期、慢性期の 4 区分であり、双方の区分が異なることから、差引欄、増減率欄の算出にあたっては、2025 年必要病床数欄の数値のうち高度急性期、急性期、回復期の数値の合計値を一般病床の数値とみなし、慢性期の数値を療養病床の数値とみなして算出しています。

図表 4-4-22 【参考】平成 37 (2025) 年における医療需要の推計結果 (患者住所地ベース)

	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) 許可病床数 (単位: 床)	(参考) 基準病床数 (単位: 床)
		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)		
高度急性期	158.1	52.6	158.1	211	(一般) 1,427	
急性期	518.9	291.3	518.9	665		
回復期	587.7	398.3	587.7	653		
慢性期	363.1	348.3	363.1	395	(療養) 609	
合計	1,627.8	1,090.5	1,627.8	1,924	2,036	1,222

図表 4-4-23 【参考】平成 27 年度病床機能報告制度結果

(単位: 床)

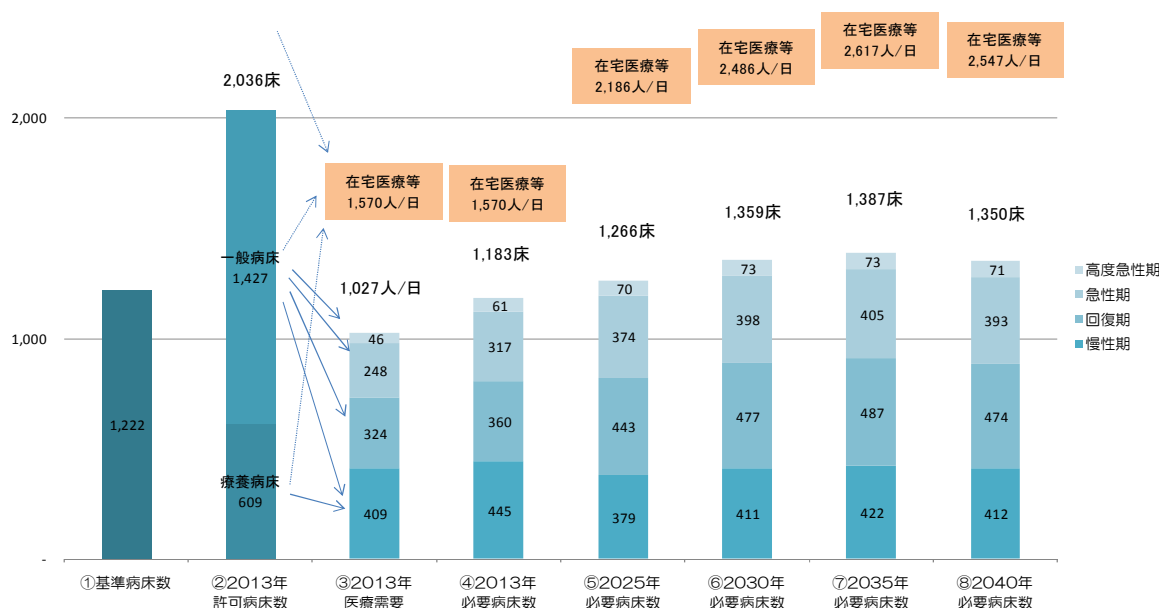
高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟中等※	計
0	978	79	640	301	1,998

※「休棟中等」には、休棟中、休棟後の再開の予定なし、休棟・廃止予定、無回答が該当します。

イ) 必要病床数の推移と許可病床数との関係

- 平成 25(2013)年の許可病床数を在宅医療等と 4 つの機能（高度急性期，急性期，回復期，慢性期）とに振り分けたものが平成 25(2013)年における必要病床数となります。平成 25(2013)年の必要病床数に人口の伸びを加味して，平成 37(2025)年から平成 52(2040)年までの必要病床数を推計しています。
- 鹿行構想区域における必要病床数は，平成 37(2025)年に 1,266 床となった後，平成 47(2035)年にピーク（1,387 床）に達します。

図表 4-4-24 必要病床数の推移と許可病床数との関係



<重要>

- 平成37(2025)年必要病床数は，現在の許可病床数で対応している医療需要を基に算出しており，今後の人口推移や比較的軽微な症状の軽い入院患者等の在宅医療等へ移行等が，現時点の見込みどおりに進んだ場合の推計値です。
- 県では，地域の医療機関の協議等により，在宅医療等への移行や，医療機能の役割分担などの医療提供体制の効率化等が進んでいく（すなわち2025年の医療需要への対応体制が整備されていく）ことで，現在の許可病床数が，9年間をかけて徐々に平成37(2025)年必要病床数へ近づいていくことを想定しており，現在の許可病床数を急激に削減することを意図するものではありません。
- なお，推計の前提となっている現在の医療提供体制や，人口推移及び在宅医療等への移行等の見込みについては，当然，変化していくものであることから，県では，必要病床数の推計を固定的なものとは捉えないで，その推計方法を評価の上，見直しを図ってまいります。
例えば，在宅医療等への移行が見込みどおりに進まなかった場合には，在宅医療等への移行率について，地域の事情を踏まえた見直し等を図るよう，国へ協議する等の対応をしてまいります。

ウ) 在宅医療等の必要量

- 地域医療構想策定支援ツールによって推計される現状（平成 25(2013)年）と平成 37(2025)年時点の在宅医療等の医療需要（人/日）は以下のとおりです。
- 鹿行については、現状の 139.3%の在宅医療等の供給が必要となります。そのうち、訪問診療については、現状の 131.3%の供給が必要となります。
- また、在宅医療等のうち訪問診療分（平成 25(2013)年の在宅患者訪問診療料の算定患者数の割合により推計）を除いた老人保健施設等分の医療需要についても、現状の 143.4%の供給が必要となります。
- なお、平成 37(2025)年の老人保健施設等分の医療需要から平成 37(2025)年の老人保健施設の整備目標との差をみると、472 人/日の不足分が生じます。

図表 4-4-25 2025 年における在宅医療等の必要量

	在宅医療等の医療需要（人/日）			（うち）訪問診療分の医療需要（人/日）		
	2013年 (A)	2025年 (B)	伸び率 (B/A)	2013年 (C)	2025年 (D)	伸び率 (D/C)
水戸	3,631	5,057	139.3%	1,499	2,041	136.1%
日立	2,206	3,167	143.6%	941	1,326	141.0%
常陸太田・ひたちなか	2,861	3,827	133.8%	1,154	1,507	130.7%
鹿行	1,569	2,186	139.3%	532	699	131.3%
土浦	2,108	3,024	143.4%	978	1,413	144.5%
つくば	2,690	3,949	146.8%	1,647	2,386	144.9%
取手・竜ヶ崎	3,086	4,968	161.0%	1,374	2,187	159.2%
筑西・下妻	2,310	2,944	127.4%	962	1,172	121.8%
古河・坂東	1,648	2,225	135.0%	770	1,054	136.9%

	（うち）老人保健施設等分の医療需要（人/日）			老人保健施設の定員整備目標（人）	
	2013年 (A)	2025年 (B)	伸び率 (B/A)	2025年 (C)	不足分 (B-C)
水戸	2,131	3,016	141.5%	2,508	508
日立	1,265	1,840	145.5%	880	960
常陸太田・ひたちなか	1,707	2,320	135.9%	1,493	827
鹿行	1,037	1,488	143.4%	1,016	472
土浦	1,130	1,611	142.5%	1,118	493
つくば	1,043	1,563	149.9%	993	570
取手・竜ヶ崎	1,712	2,781	162.5%	1,783	998
筑西・下妻	1,348	1,772	131.4%	1,195	577
古河・坂東	878	1,170	133.3%	813	357

出典：「地域医療構想策定支援ツール」, 「第 6 期いばらき高齢者プラン 21」より作成

(5) 医療提供体制の現状と課題

【流出入】

- 高度急性期については、隣接する水戸，土浦，千葉県香取海匝の各医療圏へ多くの患者が流出しています。また急性期においても水戸，土浦，つくば，取手・竜ヶ崎，千葉県香取海匝の各医療圏に流出しています。

【医療提供体制】

- 脳卒中，急性心筋梗塞の患者が水戸，土浦，千葉県香取海匝の各医療圏に患者が流出している現状にあり，急性期の医療提供体制のなお一層の充実・強化が必要です。
- 医師，歯科医師，薬剤師，看護師が不足しており，特に医師不足が顕著です。
- 深刻な医師不足を背景に公的病院が休眠病床を抱え，本来果たすべき二次救急医療を十分に担えていない現状があります。特に鹿行南部地域は，二次救急医療体制の低下が著しく，白十字総合病院および小山記念病院への救急医療の負担が大きい現状にあります。
- 救急搬送に時間がかかっています。

(6) 課題解決に向けた施策及び今後の検討の方向性

【医療機能の分化・連携の促進】

- 高度急性期
高度急性期については，医療の高度化に対応するために，既存の二次医療圏単位ではなく，県全体として複数の医療圏にわたる構想区域によって，医療提供体制を推進する必要があります。そのためには圏域を超えた広域連携として，隣接する水戸および土浦医療圏との連携を強化するとともに，千葉県の香取海匝医療圏など，県域を越えた円滑な病院間の連携を推進する必要があります。今後，隣接医療圏の情報把握に努め，圏内各病院の将来構想などを踏まえつつ，鹿行医療圏として担える診療分野，広域連携の課題分析と対策等を地域医療構想調整会議で協議する必要があります。
- 急性期
鹿行地域の二次救急医療機関においては，鹿行南部地区夜間初期救急センターや当直医の情報共有を図るなどの地元病院間の協力体制を強固にして，救急患者を確実にファーストタッチできる体制を確保します。その上で，さらに高次の医療を要すると判断された場合は，近隣医療圏へ速やかに搬送できるような連携体制を確保していきます。今後，公的病院の休眠病床については，「鹿島労災病院と神栖済生会病院の今後のあり方検討委員会（小松会長）」の報告書等をふまえ，地域医療構想調整会議等においても協議していきます。

○ 回復期

鹿行医療圏の平成 37(2025)年の医療需要の推計では、443 床必要とされ、現在大幅に不足している回復期病床（回復期リハ、地域包括ケア）については、急性期からの転換を促進する等により、病床の確保に努め、急性期から回復期、さらに在宅に向けた医療を整備していきます。また、圏域外の急性期病院との連携体制の構築にも努め、急性期から回復期に移行した患者を地元で受け入れられるような医療体制を確保していく必要があります。

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

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

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

【在宅医療等の充実】

○ 慢性期については、療養病床への転換、介護老人福祉施設等の整備について、関係者と協議し、必要な受け入れ体制の整備に努めます。また、鹿島医師会、水郷医師会、鹿行歯科医師会及び関係機関により実施された「在宅医療・介護連携拠点事業」の実績を踏まえ、平成 28 年度からは、各市が実施する地域支援事業を展開する中で、在宅医療・介護連携体制の整備を図っていきます。

○ 鹿行管内 5 市（行方市、銚田市、鹿嶋市、潮来市、神栖市）の地域包括ケアシステム構築に向けた取組状況、圏域内の医師会・歯科医師会・病院・介護保険施設・居宅介護支援事業所等の関係者による意見などを踏まえて、病院・施設から在宅療養に切れ目なく移行できる体制を推進していきます。また、在宅療養に移行後の急変時に対応できるような地元病院との連携による急変時医療の確保に努める必要があります。

○ 健康の保持・増進および在宅療養に係る住民啓発

市行政による疾病の一次予防や介護予防を推進するとともに、かかりつけ医を持つことを住民に啓発し、住民の疾病の自己管理能力を高め、適正な医療のかかり方を促すと共に、休日夜間の救急センターや救急車の利用方法など、上手な医療のかかり方を住民に啓発します。

また、在宅医療が推進される中で、在宅での看取りを希望される患者さんも徐々

4 鹿行地域医療構想区域の概況

に増えつつあります。病や老いの後に来る「人生の最期」を「どのように迎えたいか」ということについて、自分自身の考えを家族と共有しておくことの重要性を啓発していく必要があります。

地域の関係者の協力のもとに、「地域包括ケアシステム」の構築にむけて、在宅医療・介護の連携を推進する際には住民ニーズを踏まえ、住民の相談窓口を周知し、住民と一体となって推進することが必要です。

【医療従事者等の養成・確保】

○ 医師の確保

鹿行地域の病院へ地元の筑波大学や自治医科大学卒業生、茨城県地域卒卒業生及び修学資金貸与者である医師を受け入れることができるよう必要な体制整備を図ります。

また、鹿行地域医療構想調整会議では、圏域において、今後どのような診療科の医師がどの程度必要かという分析を行い、地域卒を有する大学等との連携を図るなど、計画的な医師の人材確保を県に要望していきます。

【今後の対応】

- 当該施策等については医療体制の変化に応じて、随時速やかに見直しを図ることといたします。

5 土浦地域医療構想区域の概況

(1) 人口動態

- 構成市：土浦市，石岡市，かすみがうら市になります。
- 平成 37(2025)年には総人口は 244,151 人で，平成 27(2015)年時点と比較して 17,012 人減少します。一方で，65 歳以上人口は 79,143 人で，同 6,479 人増加します。75 歳以上人口は 46,650 人で，同 12,304 人増加します。
- 65 歳以上人口は平成 37(2025)年をピークにいったん減少傾向になるものの，平成 47(2035)年以降また増加に転じます。75 歳以上人口も平成 42(2030)年まで急速に増加し，その後，減少傾向となります。そのため，医療需要が増加する 75 歳以上の高齢者の急増に対応した医療提供体制を整備する必要があります。

図表 4-5-1 将来人口推計（2015 年-2040 年）

（単位：人）

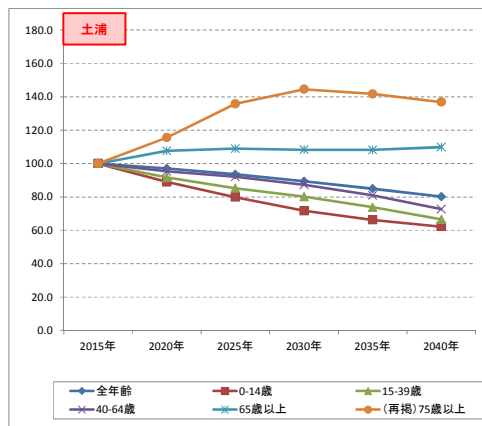
	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
総人口（構想区域）	261,163	253,528	244,151	233,459	221,738	209,303
0-14歳	31,659	28,185	25,292	22,695	20,981	19,701
15-39歳	68,569	62,900	58,450	54,977	50,622	45,632
40-64歳	88,271	84,216	81,266	77,081	71,470	64,130
65歳以上	72,664	78,227	79,143	78,706	78,665	79,840
(再掲) 75歳以上	34,346	39,709	46,650	49,654	48,680	47,011

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（平成 25（2013）年 3 月推計）」

図表 4-5-2 2015 年の人口を 100 とした場合の各年の人口指数

	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
総人口（構想区域）	100.0	97.1	93.5	89.4	84.9	80.1
0-14歳	100.0	89.0	79.9	71.7	66.3	62.2
15-39歳	100.0	91.7	85.2	80.2	73.8	66.5
40-64歳	100.0	95.4	92.1	87.3	81.0	72.7
65歳以上	100.0	107.7	108.9	108.3	108.3	109.9
(再掲) 75歳以上	100.0	115.6	135.8	144.6	141.7	136.9
総人口（県全体）	100.0	97.6	94.6	91.1	87.1	82.9
65歳以上	100.0	108.7	111.0	111.0	111.2	113.6
(再掲) 75歳以上	100.0	115.3	136.2	147.0	145.9	141.8

図表 4-5-3 2015 年の人口を 100 とした場合の各年の人口指数（グラフ）



(2) 医療資源の状況**ア) 病院病床数の状況**

- 土浦構想区域の人口 10 万人当たりの DPC 算定病床は県内では相応に高い水準にあります。
- 一方で、人口 10 万人当たりの療養病床数（病院分）は県内でやや低い水準にあります。

図表 4-5-4 病院病床数の状況

(単位：床)

	病院病床数※1			人口10万人対病院病床数※2、※3		
	一般病床	DPC算定病床	療養病床	一般病床	DPC算定病床	療養病床
全国	894,216	483,499	328,144	706.3	381.9	259.2
茨城県	18,850	8,275	5,746	645.1	283.2	196.5
水戸	4,235	2,133	970	901.9 (1)	454.3 (2)	206.6 (4)
日立	2,008	615	697	771.5 (3)	236.3 (6)	267.8 (2)
常陸太田・ひたちなか	1,664	475	603	458.3 (8)	130.8 (7)	166.1 (7)
鹿行	1,272	158	595	462.7 (7)	57.5 (8)	216.5 (3)
土浦	1,636	1022	437	626.4 (5)	391.3 (3)	167.3 (6)
つくば	2,611	1,729	593	788.2 (2)	521.9 (1)	179 (5)
取手・竜ヶ崎	3,032	1,416	646	645.1 (4)	301.3 (5)	136.6 (8)
筑西・下妻	1,100	0	987	416.1 (9)	0 (9)	373.4 (1)
古河・坂東	1,292	727	218	568.4 (6)	319.8 (4)	95.9 (9)

※1：「平成26年医療施設調査」厚生労働省、「平成26年度 DPC導入の影響評価に関する調査」厚生労働省
 ※2：国立社会保障・人口問題研究所は「日本の地域別将来推計人口（平成25（2013）年3月推計）」の2015年推計人口で算出したもの。
 ※3：構想区域ごとの人口10万人対病院病床数の数値横の（ ）内の数値は県内順位である。

イ) 一般診療所および病床数の状況

- 土浦構想区域には 180 の一般診療所があり、その病床数は 249 です。

図表 4-5-5 一般診療所および病床数

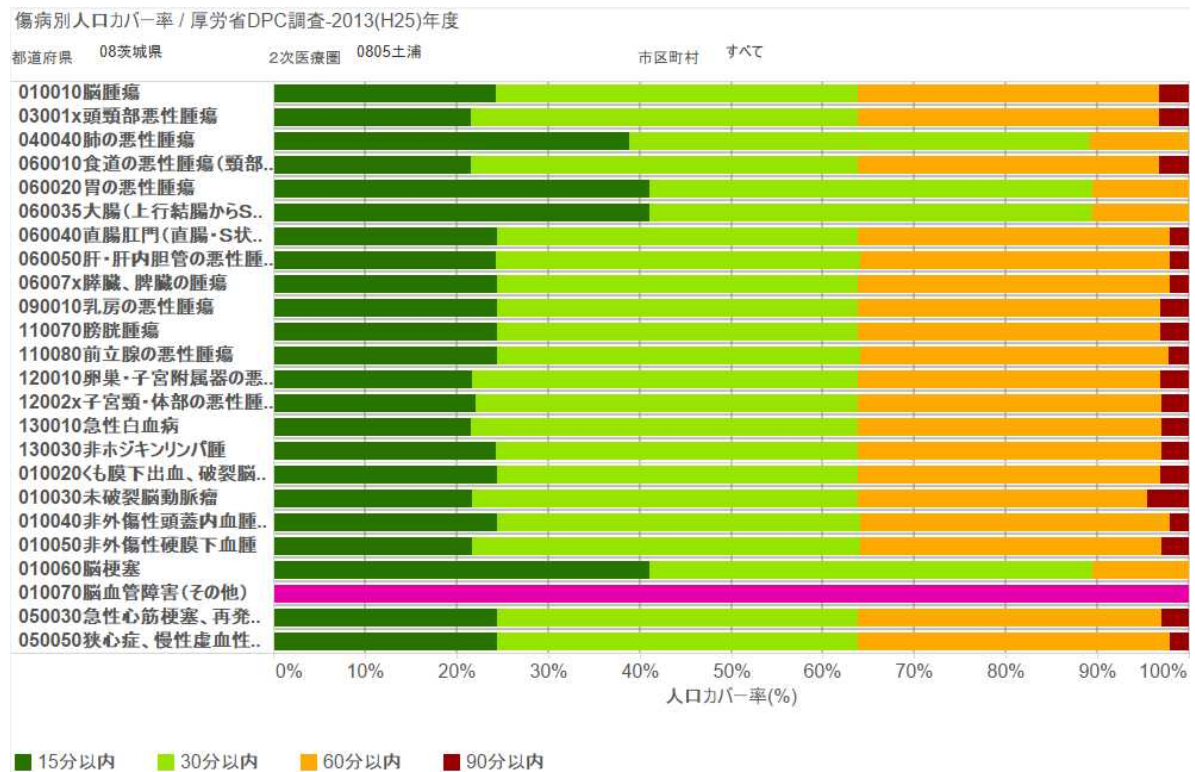
	一般診療所数・病床数			人口10万対		
	一般診療所数	有床診療所数	有床診療所の病床数	一般診療所数	有床診療所数	有床診療所の病床数
県全体	1,722	155	2,140	58.9	5.3	73.2
土浦医療圏	180	21	249	68.9	8.0	95.3
土浦市	111	12	153	78.2	8.5	107.8
石岡市	48	8	94	62.3	10.4	122.1
かすみがうら市	21	1	2	49.8	2.4	4.7

出典：「平成26年医療施設（静態・動態）調査」厚生労働省
 人口10万人対は「日本の地域別将来推計人口（平成25（2013）年3月推計）」国立社会保障・人口問題研究所の2015年推計人口を用いて算出しています。

ウ) 傷病別人口カバー率(がん, 脳卒中, 心筋梗塞)

- 医療機関への到達時間についてみると、がん, 脳卒中, 心筋梗塞の多くの疾患で、15分以内の人口カバー率は20%程度と傷病全般にわたり人口カバー率は低いものの、30分以内でみると「010070 脳血管障害(その他)」を除く全ての疾患で60%以上となっています。
- 発症後、早期に治療を開始することが望ましい脳卒中, 心筋梗塞については、「010070 脳血管障害(その他)」を除いて30分以内で病院に到達可能な人口カバー率が概ね60~70%程度であり、少なくとも現行の医療提供体制を維持することが望まれます。

図表 4-5-6 傷病別人口カバー率(がん, 脳卒中, 心筋梗塞)



出典:「平成25年度DPC導入の影響評価に関する調査」厚生労働省

注1) 傷病別人口カバー率は、傷病別に、最寄りのDPC病院に到達できる構想区域内における人口割合を時間別(15分以内, 30分以内, ...)に示したものです。

注2) 図中のがん, 脳卒中, 心筋梗塞の傷病名:

がん: 010010 脳腫瘍~130030 非ホジキンリンパ腫

脳卒中: 010020 くも膜下出血~010070 脳血管障害(その他)

心筋梗塞: 050030 急性心筋梗塞~050050 狭心症

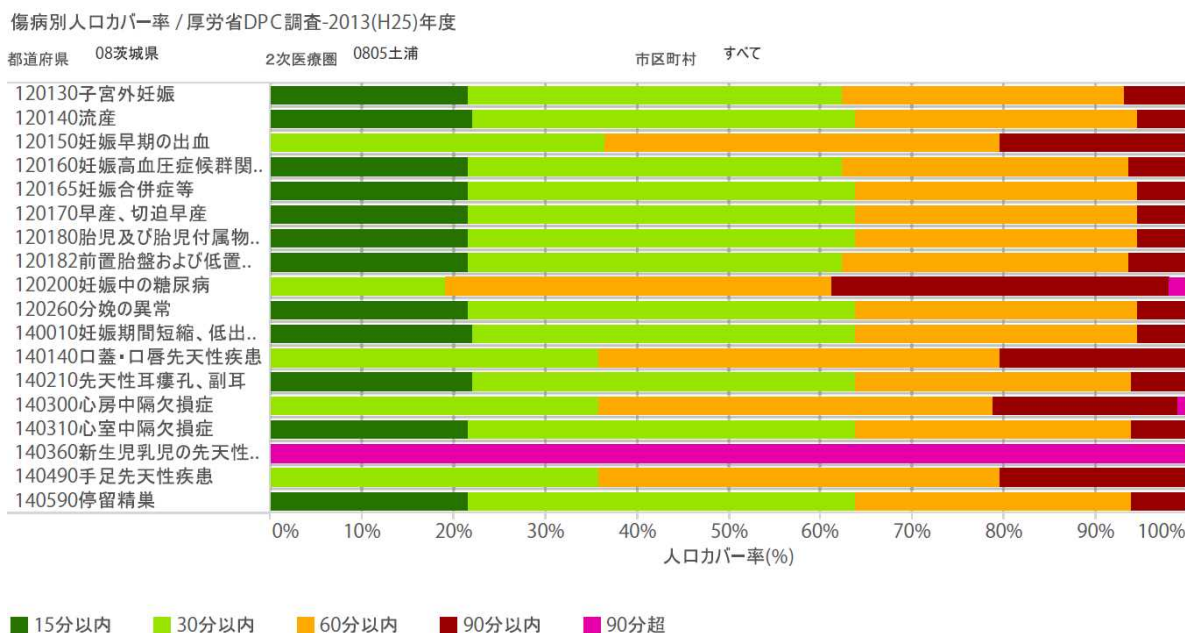
注3) 移動に係る交通手段について資料に明記はありませんが、自動車交通によるものと想定されます。

5 土浦地域医療構想区域の概況

エ) 傷病別人口カバー率（周産期）

- 周産期についてみると、医療機関への到達時間が 30 分以内の人口カバー率は、多くの疾患について 60～70%程度となっていますが、「120200 妊娠中の糖尿病」など一部の傷病については、30 分以内では到達できず 90 分超かかる人口が多くみられます。
- 発症後、早期に治療を開始することが望ましい「120140 流産」、「120170 早産、切迫早産」、「140010 妊娠期間短縮、低出産体重に関連する障害」については 30 分以内で病院に到達可能な人口カバー率が 60%を超えており、少なくとも現行の医療提供体制を維持することが望まれます。

図表 4-5-7 傷病別人口カバー率（周産期）



出典：「平成 25 年度 DPC 導入の影響評価に関する調査」厚生労働省

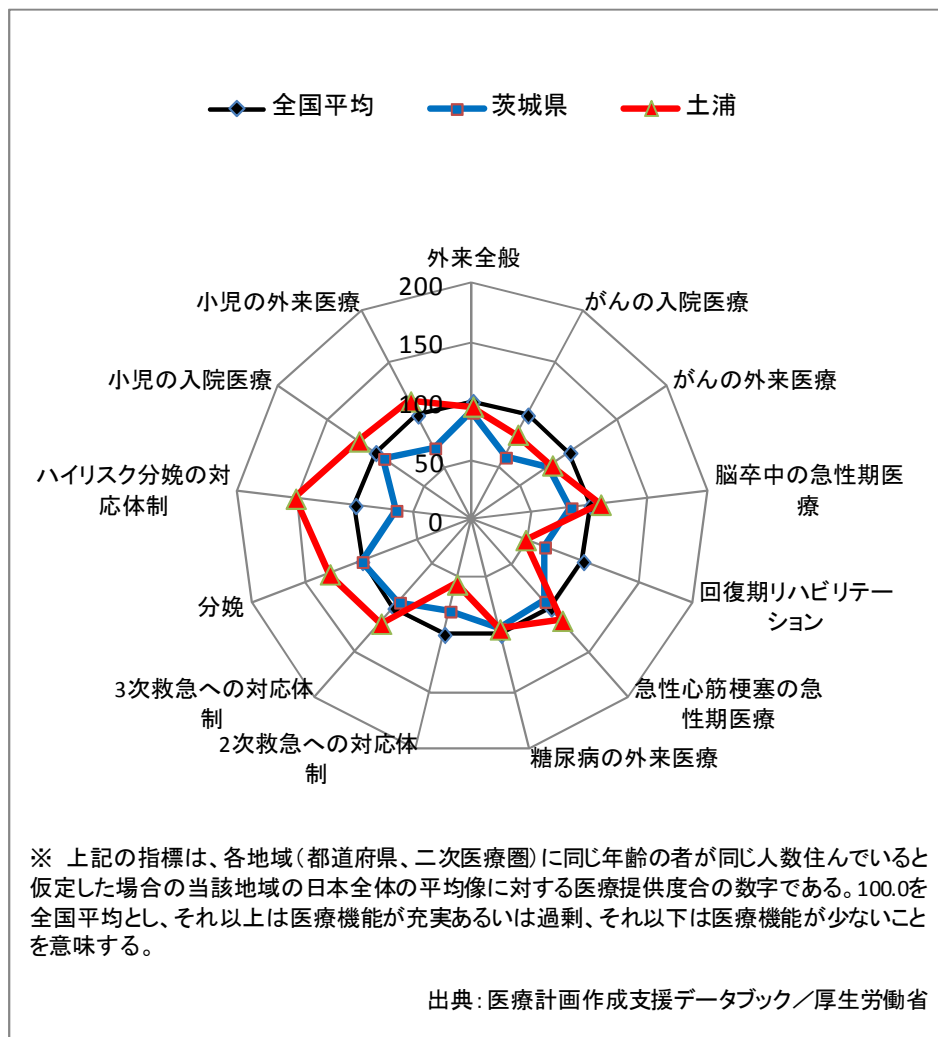
注 1) 傷病別人口カバー率は、傷病別に、最寄りの DPC 病院に到達できる構想区域内における人口割合を時間別（15 分以内、30 分以内、・・・）に示したものです。

注 2) 移動に係る交通手段について資料に明記はありませんが、自動車交通によるものと想定されます。

オ) 5 疾病 5 業に係る医療提供体制

- 土浦構想区域は、ハイリスク分娩の対応体制、分娩について、全国平均、茨城県平均を上回っており、充実しています。その他の医療機能については、茨城県平均を上回っているものが増えていますが、回復期リハビリテーション、2次救急への対応体制については茨城県平均を下回り、また、がんの入院医療、外来医療については全国平均を下回り、医療提供体制が不足しています。

図表 4-5-8 5 疾病 5 事業に係る医療提供体制



注) 上記の図表は5疾病5事業に係る医療提供体制の概略であり、下表の事項のみを用いて作成しています。

5疾病5事業の医療提供体制の指標		
事項		把握対象
外来全般	再診	再診料または外来診療料を算定した入院外レセプト数
がん	がんの入院医療	悪性腫瘍を主傷病とする患者の入院レセプト数
	がんの外来医療	悪性腫瘍を主傷病とする患者の入院外レセプト数
脳卒中	脳卒中の急性期医療	超急性期脳卒中加入を算定したレセプト数
	回復期リハビリテーション	回復期リハビリテーション病棟入院料を算定したレセプト数(注:大腿骨頭部骨折によるリハビリも含まれる)
急性心筋梗塞	急性心筋梗塞の急性期医療	急性心筋梗塞を主傷病とする患者の入院レセプト数
糖尿病	糖尿病の外来医療	糖尿病を主傷病とする患者の入院外レセプト数
救急医療	2次救急への対応体制	救急医療管理加算または救急救命管理料を算定した入院レセプト数
	3次救急への対応体制	救命救急入院料を算定した入院レセプト数
周産期医療	分娩	帝王切開を実施した入院レセプト数
	ハイリスク分娩の対応体制	ハイリスク妊産婦共同管理料またはハイリスク分娩管理加算を算定した入院レセプト数
小児医療	小児の入院医療	小児入院管理料を算定した入院レセプト数
	小児の外来医療	乳幼児や小児にかかる初診料・再診料・外来診療料の加算または小児科外来診療料を算定した入院外レセプト数

5 土浦地域医療構想区域の概況

カ) 医療従事者数（医師数，歯科医師数，薬剤師数，看護師数）

○ 土浦構想区域における人口 10 万人当たりの医師数，歯科医師数，薬剤師数は，いずれも県全体をやや上回っています。土浦構想区域の中では，土浦市に医師，歯科医師，薬剤師が集中している状況です（人口 10 万人当たりの人数）。

図表 4-5-9 医療従事者数（医師数，歯科医師数，薬剤師数）

	医療施設の従事者数（人）			人口10万対（人）		
	医師数	歯科医師数	薬剤師数※	医師数	歯科医師数	薬剤師数
県全体	4,950	1,920	4,662	169.6	65.8	159.7
土浦医療圏	503	204	461	192.8	78.2	176.7
土浦市	396	126	343	278.8	88.7	241.4
石岡市	91	58	105	118.6	75.6	136.9
かすみがうら市	16	20	13	38.0	47.5	30.9

出典：「平成 26 年医師・歯科医師・薬剤師調査」厚生労働省

※薬剤師数は，薬局従事者も含まれます。

図表 4-5-10 医療従事者数（診療科別医師数）

（単位：人）

平成26年12月31日現在

	医師施設従事者数	内科	呼吸器内科	循環器内科	（消化器内科） （胃腸内科）	腎臓内科	神経内科	（代謝内科） （糖尿病内科）	血液内科	皮膚科	アレルギー科	リウマチ科	感染症内科	小児科	精神科	心療内科	外科	呼吸器外科	心臓血管外科	乳がん科	気管食道外科	（消化器外科） （胃腸外科）
県全体	4,950	1,577	246	376	519	111	132	136	39	302	102	78	13	623	253	90	543	46	59	53	20	177
土浦医療圏	503	152	23	41	48	11	19	12	4	27	9	6	-	65	31	3	57	5	6	2	3	10
土浦市	396	90	21	35	33	10	14	10	3	16	7	4	4	51	17	3	36	4	5	1	2	5
石岡市	91	52	1	5	13	1	4	1	1	7	1	1	1	10	14	-	20	1	1	1	1	5
かすみがうら市	16	10	1	1	2	-	1	1	-	4	1	1	1	4	-	-	1	-	-	-	-	-
	100%	63%	6%	6%	13%	-	6%	6%	-	25%	6%	6%	6%	25%	-	-	6%	-	-	-	-	-

	泌尿器科	肛門科	脳神経外科	整形外科	形成外科	美容外科	眼科	耳鼻いんこう科	小児科	産婦人科	産科	婦人科	シリハビリンテ科	放射線科	麻酔科	病理診断科	臨床検査科	救急科	臨床研修医科	全科	その他	不詳
県全体	153	97	178	463	60	5	236	157	24	204	7	46	211	123	165	34	8	45	281	13	154	3
土浦医療圏	12	11	17	47	5	1	21	19	2	29	-	1	25	8	18	5	1	3	29	-	2	-
土浦市	8	5	15	35	4	1	14	15	2	27	-	1	17	8	17	5	1	3	29	-	2	-
石岡市	2	1	4	9	1	0	4	4	1	7	-	0	4	2	4	1	0	1	6	-	1	-
かすみがうら市	4	6	2	11	1	-	6	2	-	2	-	-	7	-	1	-	-	-	-	-	-	-
	4%	7%	2%	12%	1%	-	7%	2%	-	2%	-	-	8%	-	1%	-	-	-	-	-	-	-

注：1）平成20年4月1日医療法施行令の一部改正により，診療科目については，従来，省令に具体的名称を限定列挙して規程していた方式から，身体部位や患者の疾患等，一定の性質を有する名称を診療科目とする方式に改められた。
 2）2つ以上の診療科に従事している場合，各々の科に重複計上している。
 3）心臓血管外科には循環器外科を含む。

- 人口 10 万人当たりの看護職員数の状況についてみると、保健師数は茨城県と同等であるものの、助産師数、看護師数、准看護師数については、茨城県の人数を上回っています。

図表 4-5-11 医療従事者数（看護職員数）

（単位：人）

	就業看護職員数（人）				人口 10 万人対（人）			
	保健師数	助産師数	看護師数	准看護師数	保健師数	助産師数	看護師数	准看護師数
全国平均	48,452	33,956	1,086,779	340,153	38.3	26.8	858.5	268.7
茨城県全体	1,097	642	19,675	8,056	37.5	22.0	673.4	275.7
土浦	98	81	1,841	810	37.5	31.0	704.9	310.2

出典：「平成 26 年衛生行政報告例」厚生労働省

（3）患者の医療需要の動向

① 医療需要

- 患者の医療需要の推計結果についてみると、平成 25(2013)年は 1,372.9 人/日（高度急性期 169.1 人/日、急性期 450.0 人/日、回復期 457.6 人/日、慢性期 296.2 人/日）でしたが、平成 47(2035)年をピークに増加傾向を示しており、平成 47(2035)年には 1,726.4 人/日（高度急性期 173.9 人/日、急性期 561.3 人/日、回復期 621.3 人/日、慢性期 369.8 人/日）となる見込みです。
- 医療機能別の割合をみると、高度急性期の医療需要が漸減傾向にあるのに対して、回復期は漸増傾向となっています。

図表 4-5-12 医療需要の推計

		2013 年	2025 年	2030 年	2035 年	2040 年
実 数 (人 / 日)	高度急性期	169.1	176.8	176.7	173.9	169.1
	急性期	450.0	536.1	560.3	561.3	546.8
	回復期	457.6	577.6	615.4	621.3	605.2
	慢性期	296.2	336.1	365.8	369.8	360.1
	合 計	1,372.9	1,626.6	1,718.1	1,726.4	1,681.2
割 合	高度急性期	12.3%	10.9%	10.3%	10.1%	10.1%
	急性期	32.8%	33.0%	32.6%	32.5%	32.5%
	回復期	33.3%	35.5%	35.8%	36.0%	36.0%
	慢性期	21.6%	20.7%	21.3%	21.4%	21.4%
	合 計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

5 土浦地域医療構想区域の概況

② 流出入の状況（平成 25（2013）年の時点）

- 県内の取手・竜ヶ崎，鹿行，水戸の構想区域から流入しています。
- 県内の水戸，つくば構想区域に流出しています。

図表 4-5-13 患者の流出入（入院医療）

（単位：人/日 括弧内は必要病床数※3）

			医療機関所在地										
			県内									合計	
			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		
患者居住地	県内	水戸	2,489.0 (2,953.2)	0.0	128.6 (147.3)	0.0	197.0 (230.0)	37.4 (45.0)	0.0	11.0 (12.0)	0.0		
		鹿行	237.2 (283.6)	0.0	0.0	936.6 (1,091.4)	80.3 (99.2)	26.2 (31.4)	38.0 (43.7)	0.0	0.0		
		土浦	86.4 (104.5)	0.0	0.0	0.0	1,101.4 (1,302.8)	257.9 (303.3)	138.9 (160.0)	10.4 (11.3)	0.0		1,594.9 (1,881.9)
		つくば	0.0	0.0	0.0	0.0	41.0 (48.7)	1,514.7 (1,788.8)	405.1 (474.1)	31.3 (34.1)	10.9 (11.9)		
		取手・ 竜ヶ崎	0.0	0.0	0.0	0.0	104.9 (129.2)	384.4 (451.9)	2,183.0 (2,572.1)	0.0	0.0		
	合計					1,524.5 (1,809.9)							

※1：10人/日以下の地域については、マスキング処理により計上不能。以下同様。

※2：合計欄については、各医療圏の10人/日以上の数値の合計である。以下同様。

※3：必要病床数は、医療需要を病床稼働率（高度急性期0.75、急性期0.78、回復期0.9、慢性期0.92）で除算した値である。以下同様。

ア）高度急性期

- 県内の取手・竜ヶ崎，鹿行，水戸の構想区域から流入しています。
- 県内の水戸，つくば構想区域に流出しています。

図表 4-5-14 患者の流出入（高度急性期）

（単位：人/日）

			医療機関所在地										
			県内									合計	
			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		
患者居住地	県内	水戸	270.1 (360.1)	0.0	0.0	0.0	16.4 (21.8)	0.0	0.0	0.0	0.0		
		鹿行	29.6 (39.4)	0.0	0.0	48.4 (64.6)	18.5 (24.6)	0.0	0.0	0.0	0.0		
		土浦	15.0 (20.0)	0.0	0.0	0.0	102.5 (136.6)	29.3 (39.0)	0.0	0.0	0.0		146.8 (195.7)
		取手・ 竜ヶ崎	0.0	0.0	0.0	0.0	22.8 (30.4)	46.6 (62.1)	162.9 (217.3)	0.0	0.0		
	合計					160.1 (213.5)							

※1：10人/日以下の地域については、マスキング処理により計上不能となっています。

※2：合計欄については、各医療圏の10人/日以上の数値の合計です。

※3：必要病床数は、医療需要を病床稼働率（高度急性期0.75、急性期0.78、回復期0.9、慢性期0.92）で除算した値です。

イ) 急性期

- 県内の水戸，取手・竜ヶ崎，鹿行，つくばの各構想区域から流入しています。
- 県内のつくば，取手・竜ヶ崎，水戸の各構想区域に流出しています。

図表 4-5-15 患者の流出入（急性期）

(単位：人/日)

		医療機関所在地										
		県内									合計	
		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		
患者居住地	県内	水戸	813.7 (1,043.2)	0.0	30.6 (39.2)	0.0	52.1 (66.8)	20.1 (25.7)	0.0	0.0	0.0	
		鹿行	84.9 (108.9)	0.0	0.0	269.2 (345.2)	34.3 (43.9)	13.7 (17.5)	10.5 (13.5)	0.0	0.0	
		土浦	33.1 (42.4)	0.0	0.0	0.0	363.0 (465.4)	72.1 (92.5)	38.1 (48.9)	0.0	0.0	506.4 (649.2)
		つくば	0.0	0.0	0.0	0.0	18.8 (24.1)	500.8 (642.1)	119.0 (152.6)	0.0	0.0	
		取手・竜ヶ崎	0.0	0.0	0.0	0.0	44.3 (56.8)	106.5 (136.6)	723.7 (927.9)	0.0	0.0	
	合計					512.5 (657.0)						

※1：10人/日以下の地域については、マスキング処理により計上不能となっています。
 ※2：合計欄については、各医療圏の10人/日以上の数値の合計です。
 ※3：必要病床数は、医療需要を病床稼働率（高度急性期0.75、急性期0.78、回復期0.9、慢性期0.92）で除算した値です。

ウ) 回復期

- 県内の水戸，取手・竜ヶ崎，鹿行，つくばの各構想区域から流入しています。
- 県内のつくば，取手・竜ヶ崎，水戸の各構想区域に流出しています。

図表 4-5-16 患者の流出入（回復期）

(単位：人/日)

		医療機関所在地										
		県内									合計	
		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		
患者居住地	県内	水戸	934.5 (1,038.3)	0.0	62.3 (69.2)	0.0	68.4 (76.0)	17.4 (19.3)	0.0	0.0	0.0	
		鹿行	77.3 (85.9)	0.0	0.0	365.7 (406.3)	27.6 (30.7)	12.5 (13.9)	15.1 (16.8)	0.0	0.0	
		土浦	21.0 (23.3)	0.0	0.0	0.0	397.0 (441.1)	69.0 (76.6)	67.1 (74.6)	0.0	0.0	554.1 (615.6)
		つくば	0.0	0.0	0.0	0.0	22.2 (24.6)	420.7 (467.4)	155.3 (172.5)	0.0	0.0	
		取手・竜ヶ崎	0.0	0.0	0.0	0.0	37.8 (41.9)	76.9 (85.4)	740.8 (823.1)	0.0	0.0	
	合計					552.9 (614.3)						

※1：10人/日以下の地域については、マスキング処理により計上不能となっています。
 ※2：合計欄については、各医療圏の10人/日以上の数値の合計です。
 ※3：必要病床数は、医療需要を病床稼働率（高度急性期0.75、急性期0.78、回復期0.9、慢性期0.92）で除算した値です。

5 土浦地域医療構想区域の概況

エ) 慢性期

- 県内の水戸構想区域から流入しています。
- 県内のつくば，取手・竜ヶ崎，水戸，筑西・下妻構想区域に流出しています。

図表 4-5-17 患者の流出入（慢性期）

（単位：人/日）

		医療機関所在地										
		県内										合計
		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		
患者居住地	県内	水戸	470.7 (511.6)	0.0	35.7 (38.8)	0.0	60.1 (65.4)	0.0	0.0	11.0 (12.0)	0.0	
	土浦	17.2 (18.7)	0.0	0.0	0.0	238.9 (259.7)	87.5 (95.1)	33.6 (36.5)	10.4 (11.3)	0.0	387.7 (421.4)	
	合計					299.1 (325.1)						

※1：10人/日以下の地域については，マスキング処理により計上不能となっています。

※2：合計欄については，各医療圏の10人/日以上の数値の合計です。

※3：必要病床数は，医療需要を病床稼働率（高度急性期0.75，急性期0.78，回復期0.9，慢性期0.92）で除算した値です。

オ) がん

- がんの高度急性期，急性期，回復期については流入，流出数はほぼ同水準です。
- 在宅医療について，他の構想区域から流入しています。

図表 4-5-18 がん患者の流出入

（単位：人/日）

	在住者(患者住所地)の医療需要(人/日)	流出者数...①(人/日)	医療機関(医療機関所在地)の医療需要(人/日)	流入者数...②(人/日)	流出入の差分(②-①)(人/日)
高度急性期	34.9	15.0	34.2	14.3	-0.7
急性期	74.2	27.4	77.2	30.4	3.0
回復期	57.2	20.1	59.7	22.7	2.5
慢性期	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
在宅医療等	32.2	0.0	41.5	18.4	18.4
計	198.4	62.5	212.6	85.9	23.3

患者流出先構想区域（二次医療圏）TOP5 患者流入元構想区域（二次医療圏）TOP5

都道府県	二次医療圏	流出者数
1 茨城県	0806:つくば	35.6
2 茨城県	0801:水戸	13.2
3 茨城県	0807:取手・竜ヶ崎	12.9
4 千葉県	1203:東葛北部	0.0
5 東京都	1301:区中央部	0.0

都道府県	二次医療圏	流入者数
1 茨城県	0807:取手・竜ヶ崎	26.5
2 茨城県	0804:鹿行	23.2
3 茨城県	0801:水戸	18.2
4 茨城県	0806:つくば	0.0
5 茨城県	0808:筑西・下妻	0.0

※ 10人/日以下の地域については，マスキング処理により計上不能となっています。

カ) 脳卒中

- 脳卒中の急性期について他の構想区域へ流出しています。流出先としては水戸構想区域が多くなっています。

図表 4-5-19 脳卒中患者の流出入

(単位：人/日)

	在住者(患者住所地) の医療需要(人/日)	流出者数・・・① (人/日)	医療機関(医療機関所在地) の医療需要(人/日)	流入者数・・・② (人/日)	流出入の差分 (②-①)(人/日)
高度急性期	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
急性期	38.4	12.8	33.0	0.0	-12.8
回復期	27.5	0.0	24.0	0.0	0.0
慢性期	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
在宅医療等	10.5	0.0	0.0	0.0	0.0
計	76.5	12.8	57.1	0.0	-12.8

患者流出先構想区域（二次医療圏）TOP5 患者流入元構想区域（二次医療圏）TOP5

	都道府県	二次医療圏	流出者数
1	茨城県	0801:水戸	10.9
2	茨城県	0807:取手・竜ヶ崎	0.0
3	茨城県	0806:つくば	0.0
4	千葉県	1203:東葛北部	0.0
5	東京都	1301:区中央部	0.0

	都道府県	二次医療圏	流入者数
1	茨城県	0807:取手・竜ヶ崎	0.0
2	茨城県	0801:水戸	0.0
3	茨城県	0804:鹿行	0.0
4	茨城県	0806:つくば	0.0
5	福島県	0706:相双	0.0

※ 10人/日以下の地域については、マスキング処理により計上不能となっています。

キ) 心筋梗塞

- 心筋梗塞については、流出入はあるものの、10人/日未満のためマスキングされており、確認することはできません。

図表 4-5-20 患者の流出入

(単位：人/日)

	在住者(患者住所地) の医療需要(人/日)	流出者数・・・① (人/日)	医療機関(医療機関所在地) の医療需要(人/日)	流入者数・・・② (人/日)	流出入の差分 (②-①)(人/日)
高度急性期	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
急性期	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
回復期	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
慢性期	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
在宅医療等	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
計	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

患者流出先二構想区域（二次医療圏）TOP5 患者流入元構想区域（二次医療圏）TOP5

	都道府県	二次医療圏	流出者数
1	茨城県	0801:水戸	0.0
2	茨城県	0807:取手・竜ヶ崎	0.0
3	茨城県	0806:つくば	0.0
4	東京都	1311:北多摩南部	0.0
5	東京都	1303:区西南部	0.0

	都道府県	二次医療圏	流入者数
1	茨城県	0804:鹿行	0.0
2	茨城県	0807:取手・竜ヶ崎	0.0
3	茨城県	0801:水戸	0.0
4	茨城県	0806:つくば	0.0
5	茨城県	0809:古河・坂東	0.0

※ 10人/日以下の地域については、マスキング処理により計上不能となっています。

(4) 平成 37 (2025) 年における必要病床数と在宅医療等の必要量

ア) 必要病床数の推計結果

- 医療機関所在地ベースの平成 37(2025)年の医療需要のうち、高度急性期・急性期・回復期の合計は 1,565 床に対し、現在の一般病床 1,915 床が上回り、充足している状況にあります。慢性期については 365 床に対し、現在の病床数が 437 床と上回っている状況にあります。

図表 4-5-21 平成 37 (2025) 年における医療需要の推計結果 (医療機関所在地ベース)

	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) 許可病床数 (単位: 床)	(参考) 基準病床数 (単位: 床)
		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)		
高度急性期	164.5	176.8	176.8	236	(一般) 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) 437	
合計	1,676.9	1,626.6	1,626.6	1,930	2,352	1,574

※1: 上記の慢性期機能の医療需要推計については、パターン B を採用した場合の数値です。
 ※2: 許可病床数は一般病床、療養病床の 2 区分であるのに対し、2025 年必要病床数は高度急性期、急性期、回復期、慢性期の 4 区分であり、双方の区分が異なることから、差引欄、増減率欄の算出にあたっては、2025 年必要病床数欄の数値のうち高度急性期、急性期、回復期の数値の合計値を一般病床の数値とみなし、慢性期の数値を療養病床の数値とみなして算出しています。

図表 4-5-22 【参考】平成 37 (2025) 年における医療需要の推計結果 (患者住所地ベース)

	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) 許可病床数 (単位: 床)	(参考) 基準病床数 (単位: 床)
		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)		
高度急性期	164.5	176.8	164.5	219	(一般) 1,915	
急性期	528.1	536.1	528.1	677		
回復期	574.6	577.6	574.6	638		
慢性期	409.7	336.1	409.7	445	(療養) 437	
合計	1,676.9	1,626.6	1,676.9	1,980	2,352	1,574

図表 4-5-23 【参考】平成 27 年度病床機能報告制度結果

(単位: 床)

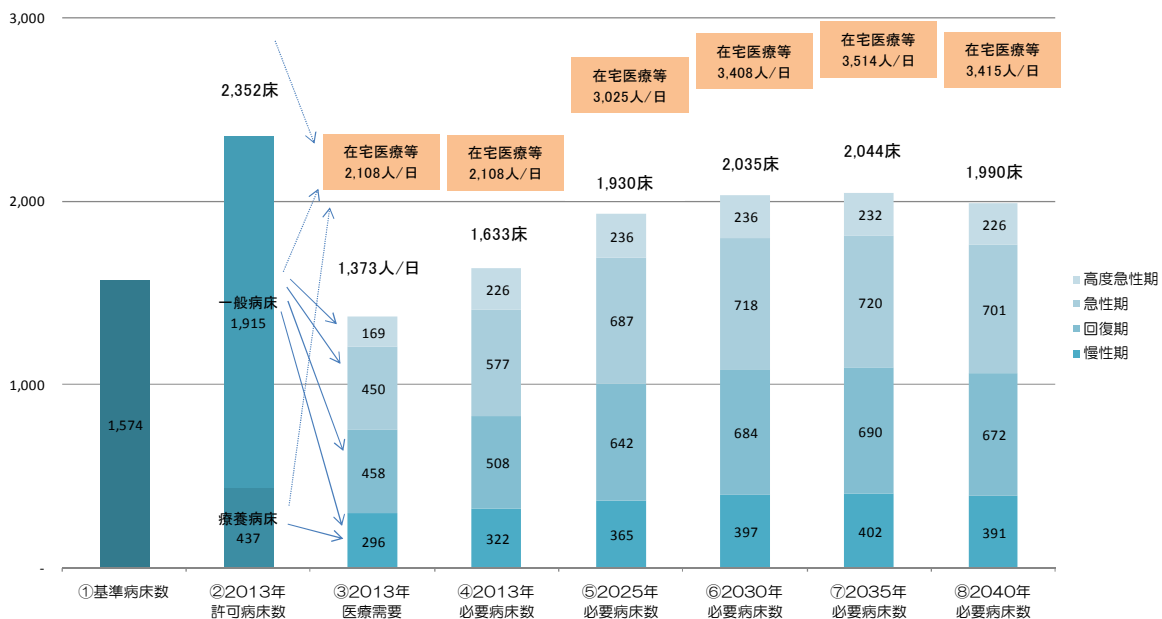
高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟中等※	計
736	958	90	412	66	2,262

※「休棟中等」には、休棟中、休棟後の再開の予定なし、休棟・廃止予定、無回答が該当します。

イ) 必要病床数の推移と許可病床数との関係

- 平成 25(2013)年の許可病床数を在宅医療等と 4 つの機能（高度急性期，急性期，回復期，慢性期）とに振り分けたものが平成 25(2013)年における必要病床数となります。平成 25(2013)年の必要病床数に人口の伸びを加味して，平成 37(2025)年から平成 52(2040)年までの必要病床数を推計しています。
- 土浦医療圏における必要病床数は，平成 37(2025)年に 1,930 床となった後，平成 47(2035)年にピーク（2,044 床）に達します。

図表 4-5-24 必要病床数の推移と許可病床数との関係



<重要>

- ・ 平成37(2025)年必要病床数は，現在の許可病床数で対応している医療需要を基に算出しており，今後の人口推移や比較的軽微な症状の入院患者等の在宅医療等へ移行等が，現時点の見込みどおりに進んだ場合の推計値です。
 - ・ 県では，地域の医療機関の協議等により，在宅医療等への移行や，医療機能の役割分担などの医療提供体制の効率化等が進んでいく（すなわち2025年の医療需要への対応体制が整備されていく）ことで，現在の許可病床数が，9年間をかけて徐々に平成37(2025)年必要病床数へ近づいていくことを想定しており，現在の許可病床数を急激に削減することを意図するものではありません。
 - ・ なお，推計の前提となっている現在の医療提供体制や，人口推移及び在宅医療等への移行等の見込みについては，当然，変化していくものであることから，県では，必要病床数の推計を固定的なものとは捉えないで，その推計方法を評価の上，見直しを図ってまいります。
- 例えば，在宅医療等への移行が見込みどおりに進まなかった場合には，在宅医療等への移行率について，地域の事情を踏まえた見直し等を図るよう，国へ協議する等の対応をしてまいります。

5 土浦地域医療構想区域の概況

ウ) 在宅医療等の必要量

- 地域医療構想策定支援ツールによって推計される現状（平成 25(2013)年）と平成 37(2025)年時点の在宅医療等の医療需要（人/日）は以下のとおりです。
- 土浦については、現状の 143.4%の在宅医療等の供給が必要となります。そのうち、訪問診療については、現状の 144.5%の供給が必要となります。
- また、在宅医療等のうち訪問診療分（平成 25(2013)年の在宅患者訪問診療料の算定患者数の割合により推計）を除いた老人保健施設等分の医療需要についても、現状の 142.5%の供給が必要となります。
- なお、平成 37(2025)年の老人保健施設等分の医療需要から平成 37(2025)年の老人保健施設の整備目標と差をみると、493 人/日の不足分が生じます。

図表 4-5-25 2025 年における在宅医療等の必要量

	在宅医療等の医療需要（人/日）			（うち）訪問診療分の医療需要（人/日）		
	2013年 (A)	2025年 (B)	伸び率 (B/A)	2013年 (C)	2025年 (D)	伸び率 (D/C)
水戸	3,631	5,057	139.3%	1,499	2,041	136.1%
日立	2,206	3,167	143.6%	941	1,326	141.0%
常陸太田・ひたちなか	2,861	3,827	133.8%	1,154	1,507	130.7%
鹿行	1,569	2,186	139.3%	532	699	131.3%
土浦	2,108	3,024	143.4%	978	1,413	144.5%
つくば	2,690	3,949	146.8%	1,647	2,386	144.9%
取手・竜ヶ崎	3,086	4,968	161.0%	1,374	2,187	159.2%
筑西・下妻	2,310	2,944	127.4%	962	1,172	121.8%
古河・坂東	1,648	2,225	135.0%	770	1,054	136.9%

	（うち）老人保健施設等分の医療需要（人/日）			老人保健施設の定員整備目標（人）	
	2013年 (A)	2025年 (B)	伸び率 (B/A)	2025年 (C)	不足分 (B-C)
水戸	2,131	3,016	141.5%	2,508	508
日立	1,265	1,840	145.5%	880	960
常陸太田・ひたちなか	1,707	2,320	135.9%	1,493	827
鹿行	1,037	1,488	143.4%	1,016	472
土浦	1,130	1,611	142.5%	1,118	493
つくば	1,043	1,563	149.9%	993	570
取手・竜ヶ崎	1,712	2,781	162.5%	1,783	998
筑西・下妻	1,348	1,772	131.4%	1,195	577
古河・坂東	878	1,170	133.3%	813	357

出典：「地域医療構想策定支援ツール」, 「第 6 期いばらき高齢者プラン 21」より作成

(5) 医療提供体制の現状と課題

【流出入】

- 入院医療については、隣接する水戸、つくば、取手・竜ヶ崎の各構想区域との患者の流出入が多く（図表 4-5-13）、がんはつくば構想区域への流出が多く、取手・竜ヶ崎構想区域からの流入が多くなっています（図表 4-5-18）。また、総合病院土浦協同病院の移転により、新たな流入が予測されます。

【医療提供体制】

- 二次救急体制については救急医療管理加算等を算定したレセプト数に基づく数値であり、茨城県平均を下回りますが、救急搬送に要する時間（覚知から収容）では34.8分と県内で一番短くなっており、救急搬送体制は充実しています。
- 土浦構想区域における救急医療体制（搬送）におきましては、全体で見ると、第三次救急医療機関（総合病院土浦協同病院）に50%弱、第二次救急医療機関（東京医科大学茨城医療センター、霞ヶ浦医療センター、石岡循環器科脳神経外科病院、山王台病院）、神立病院への搬送が多くなっています。
- 回復期リハビリテーションについては茨城県平均を下回るなど医療提供体制が不足しています（図表 4-5-8）。
- がんについては、つくば構想区域への流出が多く、取手・竜ヶ崎構想区域からの流入が多くなっています。また、がんの入院医療及び外来医療については医療提供体制が不足しています（図表 4-5-8、図表 4-5-18）。
- 総合病院土浦協同病院（地域がん診療連携拠点病院）は上部及び下部消化管内視鏡的切除術・胆道がん・膀胱がん等、山王台病院は上部及び下部消化管内視鏡的切除術・大腸がん等、霞ヶ浦医療センター（茨城県がん診療指定病院）は子宮がん・胃がん等、野上病院は大腸がん・下部消化管内視鏡的切除術等、石岡第一病院は上部及び下部消化管内視鏡的切除術・大腸がん等、石岡市医師会病院は下部消化管内視鏡的切除術、県南病院は脳腫瘍となっています。
- 脳血管障害、そのうちの脳卒中に関しては水戸構想区域への流出が多くなっています（図表 4-5-19）。脳血管障害においては、総合病院土浦協同病院、県南病院、山王台病院において治療を行っています。
- 心疾患については、総合病院土浦協同病院及び霞ヶ浦医療センターで治療を行っています。
- 土浦地域及び石岡地域に所在する医療資源に差異があるため、二次医療圏での連携を図る必要があります。
- 分娩を取り扱う医療機関につきましては、病院は総合病院土浦協同病院及び霞ヶ浦医療センターで変更ありませんが、有床診療所は、平成27年7月には5診療所（63床）であったものが、平成29年1月時点では2診療所（25床）となる予定で

5 土浦地域医療構想区域の概況

す。また、分娩取扱い数は、平成 26 年度のデータでみてみますと平成 29 年 1 月では分娩の取り扱いを中止する医療機関があるため、1,170 件の減少となる予定です。身近なところで安心して出産できる体制が確保されていません。

- 精神疾患を有する患者が、緊急重篤でない合併症の身体的な治療を受ける場合に二次救急病院での受入が円滑でない場合があります。
- 在宅医療の充実を図るためには、多職種（医療職や福祉職等）による連携、かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬局の充実、医療従事者の不足解消、地域医療支援病院との連携が必要になります。

また、訪問看護ステーションの果たす役割が多いが、管内には訪問看護ステーション設置されていない市町村があります。

【医療需要】

- 平成 37 年（2025）年の医療需要をみますと、回復期が現状（90 床）の 7 倍程度（642 床）必要になります。（図表 4-5-21、図表 4-5-23）
- 平成 37 年（2025）年の認知症高齢者が県内では約 17 万人（65 歳以上人口の 5 人に 1 人）になると予測されます。

精神疾患を有する患者の地域移行が進むことにより、身体合併症（生活習慣病等）に罹患している患者の増加が予測されます。

- 現状の病床数及び医療機能分類は、平成 27（2015）年の病床機能報告（グラフ C）によりますと、高度急性期が 736 床、急性期が 958 床、回復期が 90 床、慢性期が 412 床となっています。

また、平成 37（2025）年の必要病床数（グラフ B）は、高度急性期が 236 床、急性期が 687 床、回復期が 642 床、慢性期が 365 床となっており、平成 27（2015）年の病床機能報告と平成 37（2025）年の必要病床数を比較するとかなりの差があります。

そこで、管内病院の協力を得てアンケート調査を行い、平均在院日数及び稼働病床により医療機能を分類してみました。ここでは、平均在院日数 8 日未満及び I C U・M F I C U等を「高度急性期」、8 日以上 19 日未満を「急性期」、19 日以上 90 日未満を「回復期」、90 日以上及び療養病床を「慢性期」と区分しました。その結果、平均在院日数等（グラフ A）は、高度急性期が 299 床、急性期が 954 床、回復期が 329 床、慢性期が 367 床となっています。

平成 37（2025）年の必要病床数（グラフ B）と平均在院日数等による病床（グラフ A）を比較してみると、将来的には急性期が過剰、回復期が不足することになります。

一般病床及び療養病床にかかる病床の状況と必要病床数との比較（精神科病床は除く）

	8日未満 ICU,NICU等 (高度急性期)	8日以上19日未満 (急性期)	19日以上90日 未満 (回復期)	90日以上 (慢性期)	休棟・未稼働病床 未報告	合計
A 平均在院(棟) 日数等 (平成28年7月)	299	954	329	367	220	2,169
B 2025年における 必要病床数 (医療機関所 在地ベース)	236 (高度急性期)	687 (急性期)	642 (回復期)	365 (慢性期)		合計 1,930
C 2015年の病院機能 報告における病床数 (平成27年 7月現在)	736 (高度急性期)	958 (急性期)	90 (回復期)	412 (慢性期)	98 (休棟・休床・ 未報告)	合計 2,294

(注) 未稼働病床は以下の算出において、算定しました。

$$\text{未稼働病床} = (\text{病床稼働率} - \text{基準病床稼働率}) \times \text{稼働病床}$$

※1 病床稼働率が基準病床稼働率を下回る場合を未稼働病床とします。

2 基準病床稼働率は、高度急性期：0.75、急性期：0.78、
回復期：0.9、慢性期：0.92となっています。

(6) 課題解決に向けた施策及び今後の検討の可能性

【医療機能の分化・連携の促進】

- 平均在院日数等の調査と平成37(2025)年の必要病床数を比較したところ、急性期病床から回復期病床への転換を図る必要があります。病床の転換を進めるためには、茨城県回復期病床整備促進事業を活用して、地域包括ケア病棟又は回復期リハビリテーション病棟の整備を促進します。

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

そのような状況を踏まえて、病院としての将来像を各病院で検討していく必要があります。また、地域での連携については地域医療構想調整会議で検討していきます。

- 流出入が発生している又は発生が予想される隣接医療圏（つくば、取手・竜ヶ崎、鹿行）と高度急性期を中心に広域的な連携について地域医療構想調整会議において協議していきます。
- 二次医療圏内（土浦地域と石岡地域）における医療資源の差異については、引き

5 土浦地域医療構想区域の概況

続き地域医療構想調整会議において協議します。

- 救急搬送が第三次救急医療機関（総合病院土浦協同病院）に集中しないように、第二次救急医療機関（病院群輪番制：霞ヶ浦医療センター，東京医科大学茨城医療センター，石岡市医師会病院，石岡第一病院，山王台病院，石岡循環器科脳神経外科病院，美浦中央病院）及び第一次救急医療機関（休日夜間急患センター，在宅当番制医療機関，救急告示・協力医療機関）による症状に応じた救急患者の更なる受入等の役割分担・連携について，地域医療構想調整会議及び地区ごとに設置されているメディカルコントロール協議会等で検討していく必要があります。
- がんについては，入院及び外来に関する医療提供体制不足を解消するために，都道府県がん診療連携拠点病院（茨城県立中央病院），土浦構想区域に設置されている地域がん診療連携拠点病院（総合病院土浦協同病院）及び茨城県がん診療指定病院（霞ヶ浦医療センター，子宮がん治療で指定），隣接構想区域に設置されている地域がん診療連携拠点病院（東京医科大学茨城医療センター，筑波大学附属病院，筑波メディカルセンター病院）における役割分担・連携について，土浦地域医療構想調整会議及び隣接の地域医療構想調整会議との合同会議で検討していく必要があります。
- 脳血管障害については，高度な専門医療を行う機関（24時間体制で血管内治療・外科治療・t P A療法を実施。総合病院土浦協同病院及び県南病院），専門的医療を行う機関（24時間体制でt P A療法を実施。山王台病院），初期治療を行う機関間の役割分担・連携について，地域医療構想調整会議において検討していきます。
- 心疾患については，高度な専門的医療を行う機関（24時間体制でバルーン等の再灌流療法，外科手術を実施。総合病院土浦協同病院），専門的医療を行う機関（24時間体制でバルーン等の再灌流療法を実施。霞ヶ浦医療センター），初期治療を行う機関間の役割分担・連携について，地域医療構想調整会議において検討していきます。
- 分娩については，身近なところで出産できる体制の整備が重要となります。そのためには，地域医療構想調整会議等において，総合周産期母子医療センター（総合病院土浦協同病院，筑波大学附属病院），地域周産期母子医療センター（J Aとりで総合医療センター），周産期救急医療協力病院（東京医科大学茨城医療センター，筑波学園病院），産科医療機関（有床，無床，病院）間の役割分担・連携・支援について，検討していく必要があります。

また，今後は助産師と産婦人科医との役割分担・連携により，分娩を担う必要があります。

- 身体科救急医療（救急指定病院）と精神科救急医療（こころの医療センター等）の連携による精神科救急医療体制の充実を図ります。

また，身体合併症対策として，精神科医療機関と連携した身体科入院医療を実施するための医療提供体制（茨城県立中央病院，身体科病院）の整備・拡充・連携強化を図ります。

【在宅医療等の充実】

- 土浦保健所管内の市町村，医療・介護関係者等をメンバーとした広域連携の会議を開催することにより，在宅医療・介護連携，認知症施策，介護予防・日常生活支援事業等に関する情報共有を行い，広域的な課題について検討していきます。
- かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬局につきましては，地区医師会・地区歯科医師会・地区薬剤師会との連携により充実を図ります。
- 地域医療支援病院（霞ヶ浦医療センター）等と地域の診療所の病診連携，各病院間における病病連携を図ることが必要になります。
- 訪問看護ステーションについては，茨城型地域包括ケアシステム推進基盤整備事業を活用して，新たな設置及び既存事業所の業務拡充を図る必要があります。
- 認知症施策としては第6期いばらき高齢者プラン（平成27年度から平成29年度）に基づき，認知症サポーター及び認知症サポート医の養成を図る必要があります。また，かかりつけ医及び一般病院勤務の医療従事者向けの対応力研修の実施，新たに設置された認知症疾患医療センターとの連携，認知症初期集中支援チームの設置を促進するなど精神科医療との連携を図ります。
- 精神疾患を有する患者の地域生活を支えるために，一般医療と精神科外来医療・精神科入院医療の連携を図ります。

【医療従事者等の養成・確保】

- 看護師については「看護師等の人材確保の促進に関する法律」によりナースセンターへの届出制度（医療機関を退職した場合に登録する。努力義務規定）が平成27年10月から開始されたため，制度を利用して人材確保を図ります。そのためにも，各医療機関等においては届出制度が機能するように対応する必要があります。

【今後の対応】

- 地域医療構想については，医療提供体制等の変化に応じて地域医療構想調整会議で検討を行い，見直しを行うこととします。

6 つくば地域医療構想区域の概況

(1) 人口動態

- 構成市：つくば市，つくばみらい市，常総市になります。
- 平成 37(2025)年には総人口は 334,161 人で，平成 27(2015)年時点と比較して 2,894 人増加します。65 歳以上人口は 84,109 人で，同 12,393 人増加します。75 歳以上人口は 47,225 人で，同 14,728 人増加します。また，40-64 歳人口は 114,315 人で，同 5,578 人増加します。
- 65 歳以上人口，75 歳以上人口ともに平成 52(2040)年まで増加傾向を続けます。そのため，医療需要が増加する 65 歳以上の高齢者の増加に対応した医療提供体制を整備する必要があります。

図表 4-6-1 将来人口推計（2015 年-2040 年）

（単位：人）

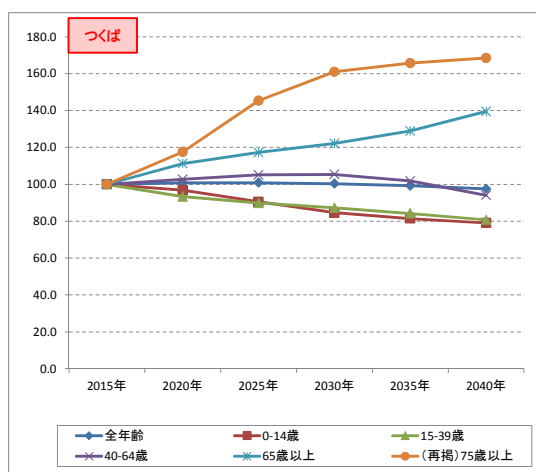
	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
総人口（構想区域）	331,267	333,829	334,161	332,520	328,880	323,255
0-14歳	47,346	45,817	42,851	40,099	38,552	37,415
15-39歳	103,468	96,545	92,886	90,216	87,132	83,507
40-64歳	108,737	111,704	114,315	114,586	110,743	102,295
65歳以上	71,716	79,763	84,109	87,619	92,453	100,038
（再掲）75歳以上	32,497	38,219	47,225	52,335	53,847	54,751

（単位：人） 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（平成 25（2013）年 3 月推計）」

図表 4-6-2 2015 年の人口を 100 とした場合の各年の人口指数

	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
総人口（構想区域）	100.0	100.8	100.9	100.4	99.3	97.6
0-14歳	100.0	96.8	90.5	84.7	81.4	79.0
15-39歳	100.0	93.3	89.8	87.2	84.2	80.7
40-64歳	100.0	102.7	105.1	105.4	101.8	94.1
65歳以上	100.0	111.2	117.3	122.2	128.9	139.5
（再掲）75歳以上	100.0	117.6	145.3	161.0	165.7	168.5
総人口（県全体）	100.0	97.6	94.6	91.1	87.1	82.9
65歳以上	100.0	108.7	111.0	111.0	111.2	113.6
（再掲）75歳以上	100.0	115.3	136.2	147.0	145.9	141.8

図表 4-6-3 2015 年の人口を 100 とした場合の各年の人口指数（グラフ）



(2) 医療資源の状況

ア) 病院病床数の状況

- つくば構想区域の人口10人当たりの一般病床数(病院分)は788.2床と県内で高い水準にあり、特にDPC算定病床は521.9床と県内で最も高い水準にあります。
- 一方で、人口10万人当たりの療養病床数(病院分)は県内でやや低い水準にあります。

図表 4-6-4 病院病床数の状況

(単位:床)

	病院病床数※1			人口10万人対病院病床数※2、※3		
	一般病床	DPC算定病床	療養病床	一般病床	DPC算定病床	療養病床
全国	894,216	483,499	328,144	706.3	381.9	259.2
茨城県	18,850	8,275	5,746	645.1	283.2	196.5
水戸	4,235	2,133	970	901.9 (1)	454.3 (2)	206.6 (4)
日立	2,008	615	697	771.5 (3)	236.3 (6)	267.8 (2)
常陸太田・ひたちなか	1,664	475	603	458.3 (8)	130.8 (7)	166.1 (7)
鹿行	1,272	158	595	462.7 (7)	57.5 (8)	216.5 (3)
土浦	1,636	1,022	437	626.4 (5)	391.3 (3)	167.3 (6)
つくば	2,611	1,729	593	788.2 (2)	521.9 (1)	179 (5)
取手・竜ヶ崎	3,032	1,416	646	645.1 (4)	301.3 (5)	136.6 (8)
筑西・下妻	1,100	0	987	416.1 (9)	0 (9)	373.4 (1)
古河・坂東	1,292	727	218	568.4 (6)	319.8 (4)	95.9 (9)

※1:「平成26年医療施設調査」厚生労働省、「平成26年度DPC導入の影響評価に関する調査」厚生労働省
 ※2:国立社会保障・人口問題研究所は「日本の地域別将来推計人口(平成25(2013)年3月推計)」の2015年推計人口で算出したもの。
 ※3:構想区域ごとの人口10万人対病院病床数の数値横の()内の数値は県内順位である。

イ) 一般診療所および病床数の状況

- つくば構想区域には231の一般診療所があり、その病床数は153です。

図表 4-6-5 一般診療所および病床数

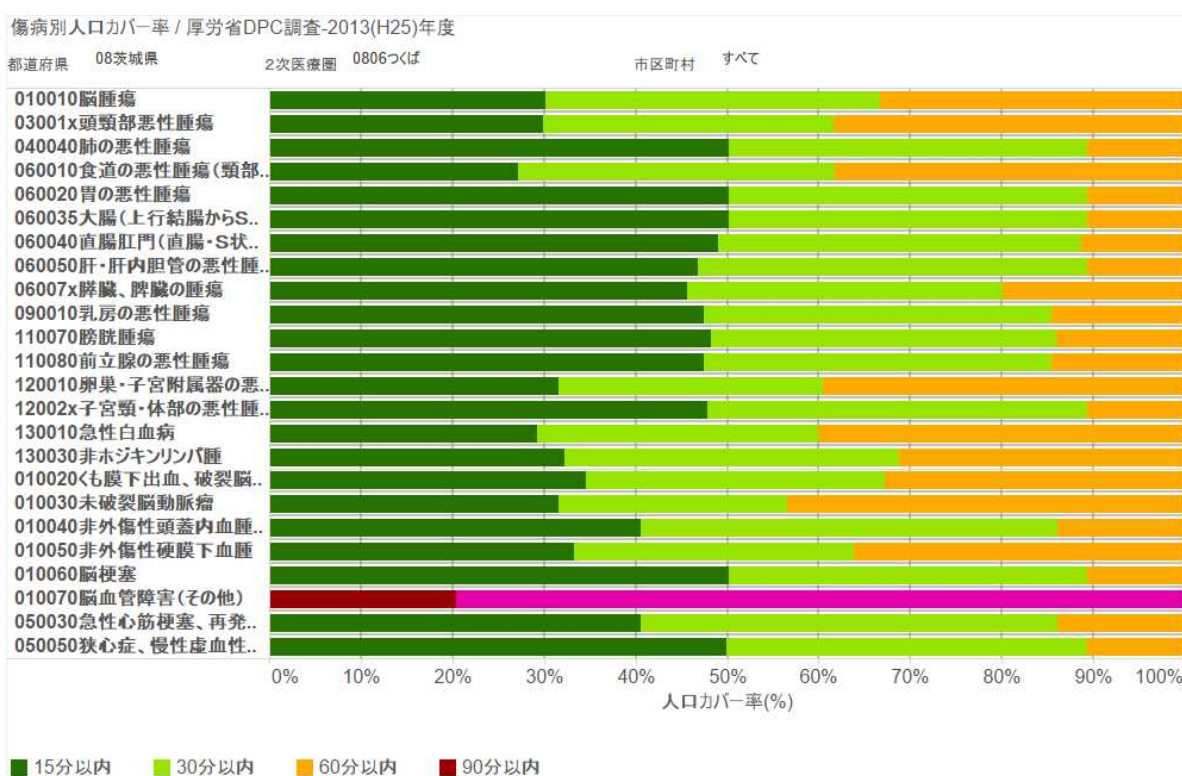
	一般診療所数・病床数			人口10万対		
	一般診療所数	有床診療所数	有床診療所の病床数	一般診療所数	有床診療所数	有床診療所の病床数
県全体	1,722	155	2,140	58.9	5.3	73.2
つくば医療圏	231	10	153	69.7	3.0	46.2
つくば市	174	10	153	77.7	4.5	68.4
つくばみらい市	21	-	-	47.9	-	-
常総市	36	-	-	56.6	-	-

出典:「平成26年医療施設(静態・動態)調査」厚生労働省
 人口10万対は「日本の地域別将来推計人口(平成25(2013)年3月推計)」国立社会保障・人口問題研究所の2015年推計人口を用いて算出しています。

ウ) 傷病別人口カバー率(がん, 脳卒中, 心筋梗塞)

- 医療機関への到達時間についてみると, がん, 脳卒中, 心筋梗塞の多くの疾患で, 15分以内の人口カバー率は30~50%程度と傷病全般にわたり人口カバー率は高くなっています。
- 発症後, 早期に治療を開始することが望ましい脳卒中, 心筋梗塞については, 「010070 脳血管障害(その他)」を除いて30分以内で病院に到達可能な人口カバー率が概ね60~80%程度であり, 少なくとも現行の医療提供体制を維持することが望まれます。

図表 4-6-6 傷病別人口カバー率(がん, 脳卒中, 心筋梗塞)



出典: 「平成 25 年度 DPC 導入の影響評価に関する調査」厚生労働省

注 1) 傷病別人口カバー率は, 傷病別に, 最寄りの DPC 病院に到達できる構想区域内における人口割合を時間別(15分以内, 30分以内, ...)に示したものです。

注 2) 図中のがん, 脳卒中, 心筋梗塞の傷病名:

がん: 010010 脳腫瘍~130030 非ホジキンリンパ腫

脳卒中: 010020 くも膜下出血~010070 脳血管障害(その他)

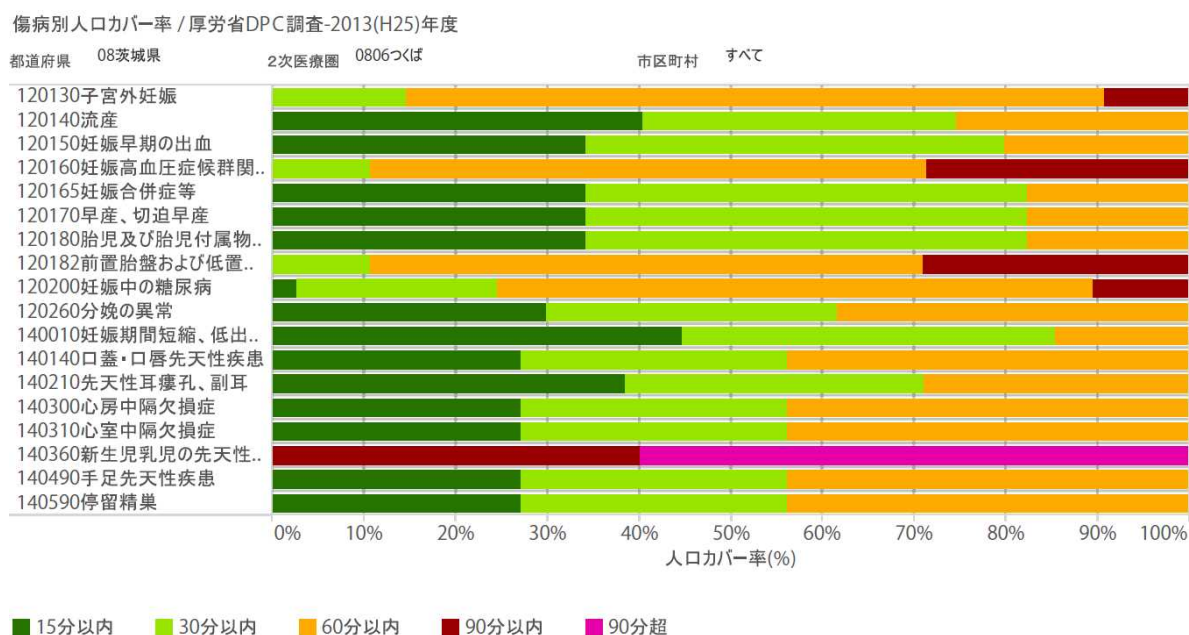
心筋梗塞: 050030 急性心筋梗塞~050050 狭心症

注 3) 移動に係る交通手段について資料に明記はありませんが, 自動車交通によるものと想定されます。

エ) 傷病別人口カバー率（周産期）

- 周産期についてみると、医療機関への到達時間が 30 分以内の人口カバー率は、多くの疾患について 50～80%程度となっています。
- 発症後、早期に治療を開始することが望ましい「120140 流産」、「120170 早産、切迫早産」、「140010 妊娠期間短縮、低出産体重に関連する障害」については 30 分以内で病院に到達可能な人口カバー率が 70～80%程度であり、少なくとも現行の医療提供体制を維持することが望まれます。

図表 4-6-7 傷病別人口カバー率（周産期）



出典：「平成 25 年度 DPC 導入の影響評価に関する調査」厚生労働省

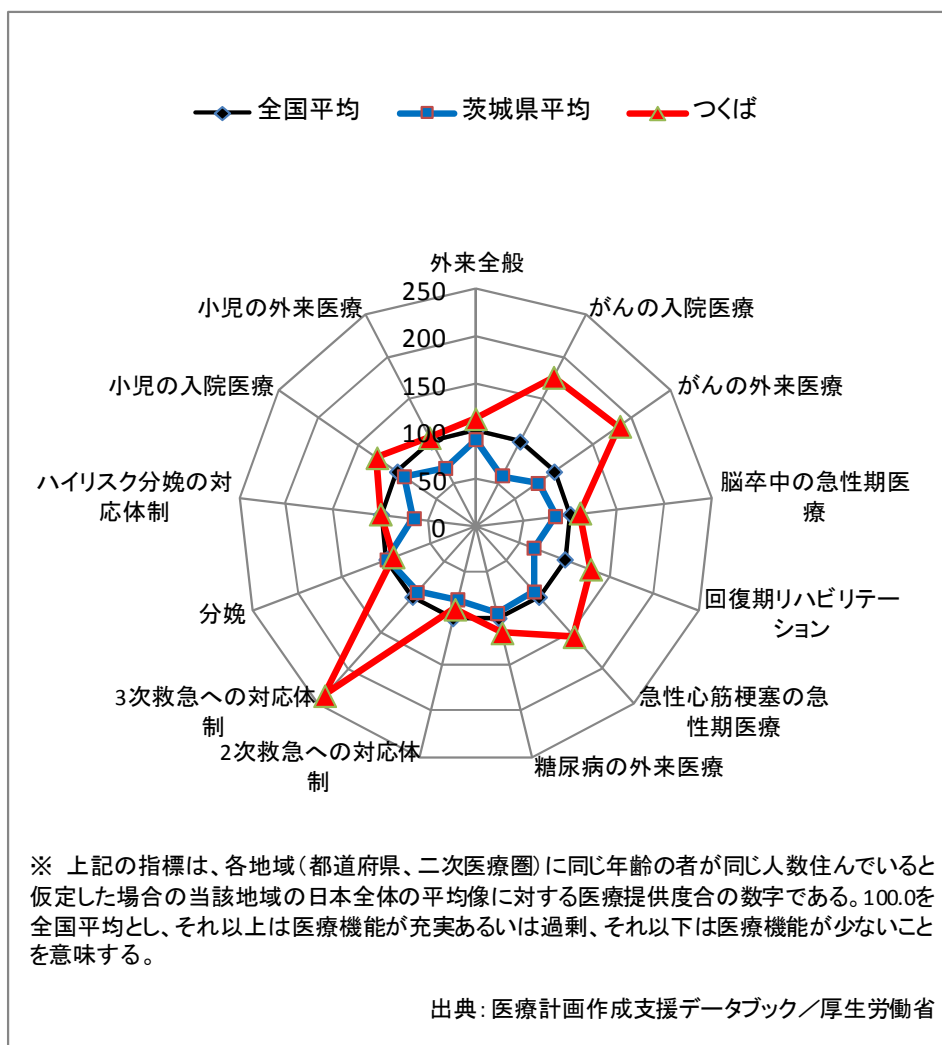
注 1) 傷病別人口カバー率は、傷病別に、最寄りの DPC 病院に到達できる構想区域内における人口割合を時間別（15 分以内、30 分以内、・・・）に示したものです。

注 2) 移動に係る交通手段について資料に明記はありませんが、自動車交通によるものと想定されます。

オ) 5 疾病 5 事業に係る医療提供体制

- つくば構想区域は、がんの入院医療、がんの外来医療、急性心筋梗塞の急性期医療の医療提供体制が、全国平均、茨城県平均を大きく上回っており、充実しています。その他の医療機能についても全国平均、茨城県平均をほぼ上回っており、全般的に医療提供体制が充実していることを表しています。

図表 4-6-8 5 疾病 5 事業に係る医療提供体制



注) 上記の図表は5疾病5事業に係る医療提供体制の概略であり、下表の事項のみを用いて作成しています。

5疾病5事業の医療提供体制の指標		
事項		把握対象
外来全般	再診	再診料または外来診療料を算定した入院外レセプト数
がん	がんの入院医療	悪性腫瘍を主傷病とする患者の入院レセプト数
	がんの外来医療	悪性腫瘍を主傷病とする患者の入院外レセプト数
脳卒中	脳卒中の急性期医療	超急性期脳卒中加算を算定したレセプト数
	回復期リハビリテーション	回復期リハビリテーション病棟入院料を算定したレセプト数(注:大腿骨頭部骨折によるリハビリも含まれる)
急性心筋梗塞	急性心筋梗塞の急性期医療	急性心筋梗塞を主傷病とする患者の入院レセプト数
糖尿病	糖尿病の外来医療	糖尿病を主傷病とする患者の入院外レセプト数
	救急医療	2次救急への対応体制
周産期医療	3次救急への対応体制	救命救急入院料を算定した入院レセプト数
	分娩	帝王切開を実施した入院レセプト数
小児医療	ハイリスク分娩の対応体制	ハイリスク妊産婦共同管理料またはハイリスク分娩管理加算を算定した入院レセプト数
	小児の入院医療	小児入院管理料を算定した入院レセプト数
	小児の外来医療	乳幼児や小児にかかる初診料・再診料・外来診療料の加算または小児科外来診療料を算定した入院外レセプト数

カ) 医療従事者数（医師数，歯科医師数，薬剤師数，看護師数）

○ つくば構想区域における人口10万人当たりの医師数，歯科医師数，薬剤師数は，いずれも県全体を上回っており充実しています。つくば構想区域の中では，つくば市に医師，歯科医師，薬剤師が集中している状況です。

図表 4-6-9 医療従事者数（医師数，歯科医師数，薬剤師数）

	医療施設の従事者数（人）			人口10万対（人）		
	医師数	歯科医師数	薬剤師数※	医師数	歯科医師数	薬剤師数
県全体	4,950	1,920	4,662	169.6	65.8	159.7
つくば医療圏	1,135	264	810	342.1	79.6	244.2
つくば市	1,056	204	670	477.6	92.3	303.0
つくばみらい市	18	27	52	37.8	56.7	109.1
常総市	61	33	88	96.9	52.4	139.8

出典：「平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査」厚生労働省
 ※薬剤師数は，薬局従事者も含まれます。

図表 4-6-10 医療従事者数（診療科別医師数）

（単位：人）

平成26年12月31日現在

	医療施設従事者数	内科	呼吸器内科	循環器内科	消化器内科（胃腸内科）	腎臓内科	神経内科	糖尿病内科（代謝内科）	血液内科	皮膚科	アレルギー科	リウマチ科	感染症内科	小児科	精神科	心療内科	外科	呼吸器外科	心臓血管外科	乳癌外科	気管食道外科	（胃腸外科）	（消化器外科）
		県全体	4,950	1,577	246	376	519	111	132	136	39	302	102	78	13	623	253	90	543	46	59	53	20
つくば医療圏	1,135	222	47	64	89	24	21	26	15	38	21	25	7	117	43	10	68	11	22	15	5	52	
つくば市	1,056	190	44	60	77	23	20	25	15	35	20	25	25	98	35	10	54	11	22	15	5	46	
つくばみらい市	18	10	1	-	4	-	1	-	-	3	-	-	-	5	1	-	4	-	-	-	-	-	
常総市	61	22	2	4	8	1	-	1	-	-	1	-	-	14	7	-	10	-	-	-	-	6	
	100%	36%	3%	7%	13%	2%	-	2%	-	-	2%	-	-	23%	11%	-	16%	-	-	-	-	10%	

	泌尿器科	肛門外科	脳神経外科	整形外科	形成外科	美容外科	眼科	耳鼻いんこう科	小児科	産婦人科	産科	婦人科	シリハビリンテ科	放射線科	麻酔科	病理診断科	臨床検査科	救急科	臨床研修医科	全科	その他	不詳
		県全体	153	97	178	463	60	5	236	157	24	204	7	46	211	123	165	34	8	45	281	13
つくば医療圏	23	17	30	83	18	2	51	35	8	35	2	10	26	41	52	18	1	19	119	9	39	2
つくば市	23	15	28	75	17	2	46	30	8	34	2	6	24	40	50	18	1	19	119	9	38	1
つくばみらい市	-	-	-	3	2	0	4	3	1	3	0	1	2	4	5	2	0	2	11	1	4	0
常総市	-	2	2	5	-	-	4	3	-	1	-	3	-	1	1	-	-	-	-	-	-	1
	-	3%	3%	8%	-	-	7%	5%	-	2%	-	5%	-	2%	2%	-	-	-	-	-	-	2%

注：1）平成20年4月1日医療法施行令の一部改正により，診療科目については，従来，省令に具体的な名称を限定列挙して規程していた方式から，身体部位や患者の疾患等，一定の性質を有する名称を診療科目とする方式に改められた。
 2）2つ以上の診療科に従事している場合，各々の科に重複計上している。
 3）心臓血管外科には循環器外科を含む。

6 つくば地域医療構想区域の概況

- 人口 10 万人当たりの看護職員数の状況についてみると、保健師数、助産師数、看護師数については、全国平均、茨城県の人数を上回っています。准看護師数は全国平均、茨城県全体を下回っていますが、全看護職員数では双方を上回っています。

図表 4-6-11 医療従事者数（看護職員数）

（単位：人）

	就業看護職員数（人）				人口10万人対（人）			
	保健師数	助産師数	看護師数	准看護師数	保健師数	助産師数	看護師数	准看護師数
全国平均	48,452	33,956	1,086,779	340,153	38.3	26.8	858.5	268.7
茨城県全体	1,097	642	19,675	8,056	37.5	22.0	673.4	275.7
つくば	140	103	3,234	610	42.3	31.1	976.3	184.1

出典：「平成 26 年衛生行政報告例」厚生労働省

（3）患者の医療需要の動向

① 医療需要

- 患者の医療需要の推計結果についてみると、平成 25(2013)年は 2,476.7 人/日（高度急性期 304.4 人/日，急性期 813.2 人/日，回復期 661.1 人/日，慢性期 698.0 人/日）ですが増加傾向を示しており，ピーク時の平成 47(2035)年には 3,211.8 人/日（高度急性期 326.9 人/日，急性期 993.4 人/日，回復期 870.5 人/日，慢性期 1,020.9 人/日）となる見込みです。
- 医療機能別の割合をみると，高度急性期，急性期の医療需要が漸減傾向にあるのに対して，回復期は横ばい，慢性期は漸増傾向となっています。

図表 4-6-12 医療需要の推計

		2013 年	2025 年	2030 年	2035 年	2040 年
実数 (人/日)	高度急性期	304.4	327.0	328.6	326.9	323.7
	急性期	813.2	942.8	982.1	993.4	989.4
	回復期	661.1	805.9	853.7	870.5	869.0
	慢性期	698.0	872.9	980.9	1,020.9	1,019.5
	合計	2,476.7	2,948.6	3,145.2	3,211.8	3,201.6
割合	高度急性期	12.3%	11.1%	10.4%	10.2%	10.1%
	急性期	32.8%	32.0%	31.2%	30.9%	30.9%
	回復期	26.7%	27.3%	27.1%	27.1%	27.1%
	慢性期	28.2%	29.6%	31.2%	31.8%	31.8%
	合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

② 流出入の状況（平成 25（2013）年の時点）

- 水戸，鹿行，土浦，取手・竜ヶ崎，筑西・下妻，古河・坂東，千葉県の上葛北部，東京都の区東部の構想区域から流入しています。
- 土浦，取手・竜ヶ崎，筑西・下妻，古河・坂東，千葉県の上葛北部構想区域に流出しています。
- 全体としては流入が流出を上回っています。

図表 4-6-13 患者の流出入（入院医療）

（単位：人/日 括弧内は必要病床数※3）

		医療機関所在地											
		県内									千葉県	合計	
		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	東葛北部		
患者居住地	県内	水戸	2,489.0 (2,953.2)	0.0	128.6 (147.3)	0.0	197.0 (230.0)	37.4 (45.0)	0.0	11.0 (12.0)	0.0	0.0	
		鹿行	237.2 (283.6)	0.0	0.0	936.6 (1,091.4)	80.3 (99.2)	26.2 (31.4)	38.0 (43.7)	0.0	0.0	0.0	
		土浦	86.4 (104.5)	0.0	0.0	0.0	1,101.4 (1,302.8)	257.9 (303.3)	138.9 (160.0)	10.4 (11.3)	0.0	0.0	
		つくば	0.0	0.0	0.0	0.0	41.0 (48.7)	1,514.7 (1,788.8)	405.1 (474.1)	31.3 (34.1)	10.9 (11.9)	23.5 (28.0)	2,026.5 (2,385.6)
		取手・竜ヶ崎	0.0	0.0	0.0	0.0	104.9 (129.2)	384.4 (451.9)	2,183.0 (2,572.1)	0.0	0.0	161.9 (192.2)	
		筑西・下妻	40.0 (49.5)	0.0	0.0	0.0	0.0	335.7 (403.8)	0.0	981.6 (1,131.2)	62.8 (74.3)	0.0	
		古河・坂東	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	141.3 (168.9)	32.9 (38.7)	0.0	884.0 (1,055.9)	0.0	
	千葉県	東葛北部	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	47.2 (53.4)	143.3 (169.5)	0.0	0.0	0.0	
	東京都	区東部	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	12.3 (13.3)	0.0	0.0	0.0	0.0	
	合計							2,757.0 (3,259.9)					

※1：10人/日以下の地域については、マスクング処理により計上不能。以下同様。
 ※2：合計欄については、各医療圏の10人/日以上の数値の合計である。以下同様。
 ※3：必要病床数は、医療需要を病床稼働率（高度急性期0.75、急性期0.78、回復期0.9、慢性期0.92）で除算した値である。以下同様。

ア) 高度急性期

- 土浦，取手・竜ヶ崎，筑西・下妻，古河・坂東の各構想区域から流入しています。
- 取手・竜ヶ崎構想区域に流出しています。

図表 4-6-14 患者の流出入（高度急性期）

（単位：人/日）

		医療機関所在地										
		県内								合計		
		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	
患者居住地	県内	土浦	15.0 (20.0)	0.0	0.0	0.0	102.5 (136.6)	29.3 (39.0)	0.0	0.0	0.0	
		つくば	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	140.4 (187.2)	27.8 (37.1)	0.0	0.0	168.2 (224.2)
		取手・竜ヶ崎	0.0	0.0	0.0	0.0	22.8 (30.4)	46.6 (62.1)	162.9 (217.3)	0.0	0.0	
		筑西・下妻	10.3 (13.7)	0.0	0.0	0.0	0.0	48.1 (64.1)	0.0	35.2 (47.0)	0.0	
		古河・坂東	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	18.7 (24.9)	0.0	0.0	69.5 (92.7)	
	合計						283.0 (377.3)					

※1：10人/日以下の地域については、マスクング処理により計上不能となっています。
 ※2：合計欄については、各医療圏の10人/日以上の数値の合計です。
 ※3：必要病床数は、医療需要を病床稼働率（高度急性期0.75、急性期0.78、回復期0.9、慢性期0.92）で除算した値です。

6 つくば地域医療構想区域の概況

イ) 急性期

- 水戸，鹿行，土浦，取手・竜ヶ崎，筑西・下妻，古河・坂東，千葉県東葛北部の各構想区域から流入しています。
- 土浦，取手・竜ヶ崎，千葉県東葛北部の各構想区域に流出しています。

図表 4-6-15 患者の流出入（急性期）

(単位：人/日)

			医療機関所在地										合計
			県内									千葉県	
			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	東葛北部	
患者居住地	県内	水戸	813.7 (1,043.2)	0.0	30.6 (39.2)	0.0	52.1 (66.8)	20.1 (25.7)	0.0	0.0	0.0	0.0	
		鹿行	84.9 (108.9)	0.0	0.0	269.2 (345.2)	34.3 (43.9)	13.7 (17.5)	10.5 (13.5)	0.0	0.0	0.0	
		土浦	33.1 (42.4)	0.0	0.0	0.0	363.0 (465.4)	72.1 (92.5)	38.1 (48.9)	0.0	0.0	0.0	
		つくば	0.0	0.0	0.0	0.0	18.8 (24.1)	500.8 (642.1)	119.0 (152.6)	0.0	0.0	11.0 (14.2)	649.7 (832.9)
		取手・竜ヶ崎	0.0	0.0	0.0	0.0	44.3 (56.8)	106.5 (136.6)	723.7 (927.9)	0.0	0.0	50.0 (64.1)	
		筑西・下妻	16.3 (20.9)	0.0	0.0	0.0	0.0	123.9 (158.9)	0.0	237.0 (303.8)	28.0 (36.0)	0.0	
		古河・坂東	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	49.2 (63.1)	12.6 (16.2)	0.0	365.9 (469.2)	0.0	
	千葉県	東葛北部	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	11.1 (14.2)	46.3 (59.4)	0.0	0.0	0.0	
合計							897.4 (1,150.5)						

※1：10人/日以下の地域については、マスキング処理により計上不能となっています。
 ※2：合計欄については、各医療圏の10人/日以上の数値の合計です。
 ※3：必要病床数は、医療需要を病床稼働率（高度急性期0.75、急性期0.78、回復期0.9、慢性期0.92）で除算した値です。

ウ) 回復期

- 水戸，鹿行，土浦，取手・竜ヶ崎，筑西・下妻，古河・坂東の各構想区域から流入しています。
- 土浦，取手・竜ヶ崎，千葉県東葛北部の各構想区域に流出しています。

図表 4-6-16 患者の流出入（回復期）

(単位：人/日)

			医療機関所在地										合計
			県内									千葉県	
			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	東葛北部	
患者居住地	県内	水戸	934.5 (1,038.3)	0.0	62.3 (69.2)	0.0	68.4 (76.0)	17.4 (19.3)	0.0	0.0	0.0	0.0	
		鹿行	77.3 (85.9)	0.0	0.0	365.7 (406.3)	27.6 (30.7)	12.5 (13.9)	15.1 (16.8)	0.0	0.0	0.0	
		土浦	21.0 (23.3)	0.0	0.0	0.0	397.0 (441.1)	69.0 (76.6)	67.1 (74.6)	0.0	0.0	0.0	
		つくば	0.0	0.0	0.0	0.0	22.2 (24.6)	420.7 (467.4)	155.3 (172.5)	0.0	0.0	12.5 (13.9)	610.6 (678.4)
		取手・竜ヶ崎	0.0	0.0	0.0	0.0	37.8 (41.9)	76.9 (85.4)	740.8 (823.1)	0.0	0.0	55.6 (61.8)	
		筑西・下妻	13.5 (15.0)	0.0	0.0	0.0	0.0	117.1 (130.1)	0.0	387.2 (430.2)	22.3 (24.8)	0.0	
		古河・坂東	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	46.6 (51.8)	20.3 (22.5)	0.0	271.4 (301.6)	0.0	
	合計							760.1 (844.6)					

※1：10人/日以下の地域については、マスキング処理により計上不能となっています。
 ※2：合計欄については、各医療圏の10人/日以上の数値の合計です。
 ※3：必要病床数は、医療需要を病床稼働率（高度急性期0.75、急性期0.78、回復期0.9、慢性期0.92）で除算した値です。

エ) 慢性期

- 土浦, 取手・竜ヶ崎, 筑西・下妻, 古河・坂東, 千葉県東葛北部, 東京都の区東北部の各構想区域から流入しています。
- 取手・竜ヶ崎, 筑西・下妻, 古河・坂東の各構想区域に流出しています。

図表 4-6-17 患者の流出入 (慢性期)

(単位: 人/日)

		医療機関所在地										
		県内										合計
		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		
患者居住地	県内	土浦	17.2 (18.7)	0.0	0.0	0.0	238.9 (259.7)	87.5 (95.1)	33.6 (36.5)	10.4 (11.3)	0.0	
		つくば	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	452.8 (492.2)	103.0 (111.9)	31.3 (34.1)	10.9 (11.9)	598.0 (650.0)
		取手・竜ヶ崎	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	154.4 (167.8)	555.5 (603.8)	0.0	0.0	
		筑西・下妻	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	46.7 (50.7)	0.0	322.2 (350.2)	12.5 (13.6)	
		古河・坂東	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	26.8 (29.1)	0.0	0.0	177.1 (192.5)	
	千葉県	東葛北部	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	36.1 (39.2)	28.9 (31.4)	0.0	0.0	
	東京都	区東北部	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	12.3 (13.3)	0.0	0.0	0.0	
	合計							816.6 (887.6)				

※1: 10人/日以下の地域については、マスキング処理により計上不能となっています。
 ※2: 合計欄については、各医療圏の10人/日以上の数値の合計です。
 ※3: 必要病床数は、医療需要を病床稼働率(高度急性期0.75、急性期0.78、回復期0.9、慢性期0.92)で除算した値です。

オ) がん

- がんについては、高度急性期, 急性期, 回復期のいずれについても他の構想区域からの流入が多くなっています。流入元としては筑西・下妻, 取手・竜ヶ崎からの流入が多くなっています。

図表 4-6-18 がん患者の流出入

(単位: 人/日)

	在住者(患者住所地)の医療需要(人/日)	流出者数...①(人/日)	医療機関(医療機関所在地)の医療需要(人/日)	流入者数...②(人/日)	流出入の差分(②-①)(人/日)
高度急性期	44.7	11.5	95.9	62.7	51.2
急性期	108.2	27.1	202.0	121.0	93.8
回復期	73.2	20.9	130.3	78.1	57.2
慢性期	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
在宅医療等	24.7	11.1	28.8	15.3	4.1
計	250.8	70.7	457.1	277.0	206.3

患者流出先構想区域 (二次医療圏) TOP5

都道府県	二次医療圏	流出者数
1 茨城県	0807:取手・竜ヶ崎	34.4
2 千葉県	1203:東葛北部	14.5
3 茨城県	0805:土浦	0.0
4 東京都	1301:区中央部	0.0
5 茨城県	0809:古河・坂東	0.0

患者流入元構想区域 (二次医療圏) TOP5

都道府県	二次医療圏	流入者数
1 茨城県	0808:筑西・下妻	70.6
2 茨城県	0807:取手・竜ヶ崎	70.1
3 茨城県	0805:土浦	35.6
4 茨城県	0809:古河・坂東	30.8
5 茨城県	0801:水戸	15.7

※ 10人/日以下の地域については、マスキング処理により計上不能となっています。

6 つくば地域医療構想区域の概況

カ) 脳卒中

○ 脳卒中の回復期について筑西・下妻構想区域からの流入が多くなっています。

図表 4-6-19 脳卒中患者の流出入

(単位：人/日)

	在住者(患者住所地) の医療需要(人/日)	流出者数・・・① (人/日)	医療機関(医療機関所在地) の医療需要(人/日)	流入者数・・・② (人/日)	流出入の差分 (②-①)(人/日)
高度急性期	10.6	0.0	14.9	0.0	0.0
急性期	39.1	13.8	45.3	19.9	6.2
回復期	23.9	0.0	27.8	12.3	12.3
慢性期	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
在宅医療等	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
計	73.5	13.8	88.0	32.2	18.5

患者流出先構想区域（二次医療圏）TOP5

	都道府県	二次医療圏	流出者数
1	茨城県	0807:取手・竜ヶ崎	23.0
2	茨城県	0805:土浦	0.0
3	茨城県	0809:古河・坂東	0.0
4	千葉県	1203:東葛北部	0.0
5	東京都	1301:区中央部	0.0

患者流入元構想区域（二次医療圏）TOP5

	都道府県	二次医療圏	流入者数
1	茨城県	0808:筑西・下妻	14.7
2	茨城県	0807:取手・竜ヶ崎	0.0
3	茨城県	0805:土浦	0.0
4	茨城県	0809:古河・坂東	0.0
5	茨城県	0801:水戸	0.0

※ 10人/日以下の地域については、マスキング処理により計上不能となっています。

キ) 心筋梗塞

○ 心筋梗塞については、流出入はあるものの、10人/日未満のためマスキングされており、確認することはできません。

図表 4-6-20 心筋梗塞患者の流出入

(単位：人/日)

	在住者(患者住所地) の医療需要(人/日)	流出者数・・・① (人/日)	医療機関(医療機関所在地) の医療需要(人/日)	流入者数・・・② (人/日)	流出入の差分 (②-①)(人/日)
高度急性期	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
急性期	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
回復期	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
慢性期	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
在宅医療等	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
計	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

患者流出先構想区域（二次医療圏）TOP5

	都道府県	二次医療圏	流出者数
1	茨城県	0807:取手・竜ヶ崎	0.0
2	茨城県	0805:土浦	0.0
3	茨城県	0809:古河・坂東	0.0
4	埼玉県	1107:西部	0.0
5	神奈川県	1401:横浜北部	0.0

患者流入元構想区域（二次医療圏）TOP5

	都道府県	二次医療圏	流入者数
1	茨城県	0808:筑西・下妻	0.0
2	茨城県	0807:取手・竜ヶ崎	0.0
3	茨城県	0809:古河・坂東	0.0
4	茨城県	0805:土浦	0.0
5	千葉県	1204:印旛	0.0

※ 10人/日以下の地域については、マスキング処理により計上不能となっています。

(4) 平成 37 (2025) 年における必要病床数と在宅医療等の必要量

ア) 必要病床数の推計結果

- 医療機関所在地ベースの推計（図表 4-6-21）をみると、病床の必要量は高度急性期，急性期，回復期の合計が 2,540 床となり，現在の一般病床 2,765 床を下回り充足している状況にあります。

一方で，慢性期については，必要病床数 949 床が許可病床数 603 床を上回り，不足が見込まれます。

図表 4-6-21 平成 37 (2025) 年における医療需要の推計結果（医療機関所在地ベース）

	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） 許可病床数 （単位：床）	（参考） 基準病床数 （単位：床）
		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）		
高度急性期	191.2	327.0	327.0	436	（一般） 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）603	
合計	2,145.9	2,948.6	2,948.6	3,489	3,368	2,542

※1：上記の慢性期機能の医療需要推計については，パターン B を採用した場合の数値です。

※2：許可病床数は一般病床，療養病床の 2 区分であるのに対し，2025 年必要病床数は高度急性期，急性期，回復期，慢性期の 4 区分であり，双方の区分が異なることから，差引欄，増減率欄の算出にあたっては，2025 年必要病床数欄の数値のうち高度急性期，急性期，回復期の数値の合計値を一般病床の数値とみなし，慢性期の数値を療養病床の数値とみなして算出しています。

図表 4-6-22 【参考】平成 37 (2025) 年における医療需要の推計結果（患者住所地ベース）

	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） 許可病床数 （単位：床）	（参考） 基準病床数 （単位：床）
		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）		
高度急性期	191.2	327.0	191.2	255	（一般） 2,765	
急性期	681.5	942.8	681.5	874		
回復期	639.7	805.9	639.7	711		
慢性期	633.6	872.9	633.6	689	（療養）603	
合計	2,145.9	2,948.6	2,145.9	2,528	3,368	2,542

図表 4-6-23 【参考】平成 27 年度病床機能報告制度結果

（単位：床）

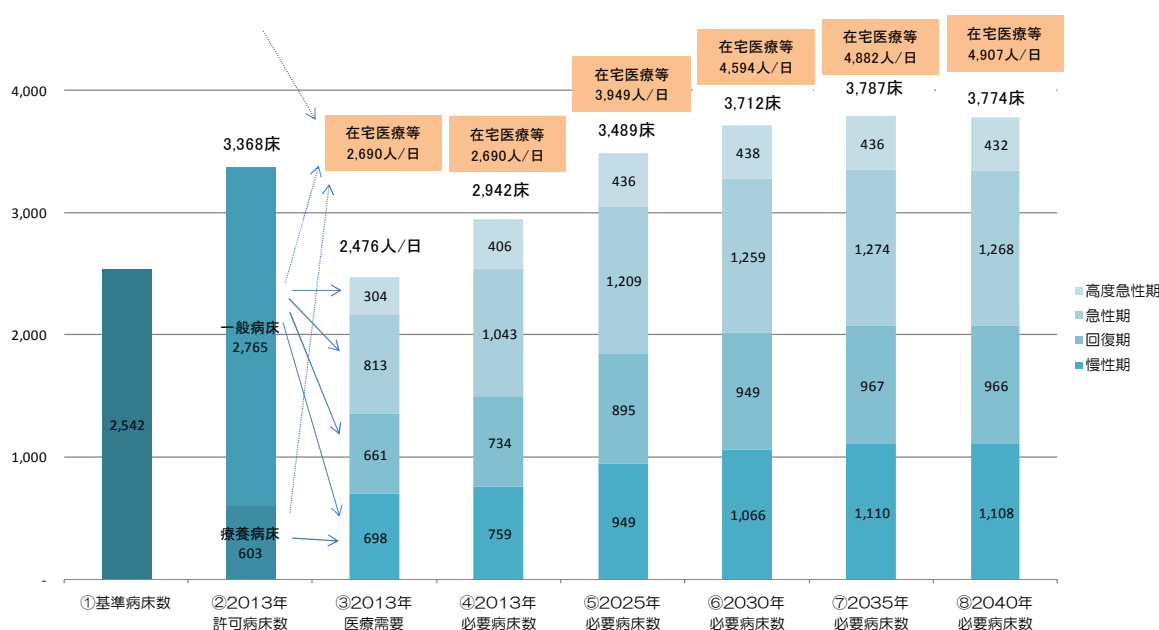
高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟中等※	計
825	1,462	170	818	97	3,372

※「休棟中等」には，休棟中，休棟後の再開の予定なし，休棟・廃止予定，無回答が該当します。

イ) 必要病床数の推移と許可病床数との関係

- 平成 25(2013)年の許可病床数を在宅医療等と 4 つの機能（高度急性期，急性期，回復期，慢性期）とに振り分けたものが平成 25(2013)年における必要病床数となります。平成 25(2013)年の必要床数に人口の伸びを加味して，平成 37(2025)年から平成 52(2040)年までの必要病床数を推計しています。
- つくば構想区域における必要病床数は，平成 37(2025)年に 3,489 床となった後，平成 47(2035)年にピーク（3,787 床）に達し平成 37(2025)年では 121 床，平成 47(2035)年では 419 床の不足が見込まれます。

図表 4-6-24 必要病床数の推移と許可病床数との関係



<重要>

- ・ 平成37(2025)年必要病床数は，現在の許可病床数で対応している医療需要を基に算出しており，今後の人口推移や比較的症状の軽い入院患者等の在宅医療等への移行等が，現時点の見込みどおりに進んだ場合の推計値です。
- ・ 県では，地域の医療機関の協議等により，在宅医療等への移行や，医療機能の役割分担などの医療提供体制の効率化等が進んでいく（すなわち2025年の医療需要への対応体制が整備されていく）ことで，現在の許可病床数が，9年間をかけて徐々に平成37(2025)年必要病床数へ近づいていくことを想定しています。県内の他構想区域において許可病床数が必要病床数を上回っているのに対し，つくば構想区域は，唯一下回っており，周辺の構想区域との増減調整を進めていく方向付けとなります。
- ・ なお，推計の前提となっている現在の医療提供体制や，人口推移及び在宅医療等への移行等の見込みについては，当然，変化していくものであることから，県では，必要病床数の推計を固定的なものとは捉えないで，その推計方法を評価の上，見直しを図ってまいります。
例えば，在宅医療等への移行が見込みどおりに進まなかった場合には，在宅医療等への移行率について，地域の事情を踏まえた見直し等を図るよう，国へ協議する等の対応をしてまいります。

ウ) 在宅医療等の必要量

- 地域医療構想策定支援ツールによって推計される現状（平成 25(2013)年）と平成 37(2025)年時点の在宅医療等の医療需要（人/日）は以下のとおりです。
- つくばについては、現状の 146.8%の在宅医療等の供給が必要となります。そのうち、訪問診療については、現状の 144.9%の供給が必要となります。
- また、在宅医療等のうち訪問診療分（2013 年の在宅患者訪問診療料の算定患者数の割合により推計）を除いた老人保健施設等分の医療需要についても、現状の 149.9%の供給が必要となります。
- なお、平成 37(2025)年の老人保健施設等分の医療需要と平成 37(2025)年の老人保健施設の定員整備目標との差をみると、570 人/日の不足分が生じます。

図表 4-6-25 2025 年における在宅医療等の必要量

	在宅医療等の医療需要（人/日）			（うち）訪問診療分の医療需要（人/日）		
	2013年 (A)	2025年 (B)	伸び率 (B/A)	2013年 (C)	2025年 (D)	伸び率 (D/C)
水戸	3,631	5,057	139.3%	1,499	2,041	136.1%
日立	2,206	3,167	143.6%	941	1,326	141.0%
常陸太田・ひたちなか	2,861	3,827	133.8%	1,154	1,507	130.7%
鹿行	1,569	2,186	139.3%	532	699	131.3%
土浦	2,108	3,024	143.4%	978	1,413	144.5%
つくば	2,690	3,949	146.8%	1,647	2,386	144.9%
取手・竜ヶ崎	3,086	4,968	161.0%	1,374	2,187	159.2%
筑西・下妻	2,310	2,944	127.4%	962	1,172	121.8%
古河・坂東	1,648	2,225	135.0%	770	1,054	136.9%

	（うち）老人保健施設等分の医療需要（人/日）			老人保健施設の定員整備目標（人）	
	2013年 (A)	2025年 (B)	伸び率 (B/A)	2025年 (C)	不足分 (B-C)
水戸	2,131	3,016	141.5%	2,508	508
日立	1,265	1,840	145.5%	880	960
常陸太田・ひたちなか	1,707	2,320	135.9%	1,493	827
鹿行	1,037	1,488	143.4%	1,016	472
土浦	1,130	1,611	142.5%	1,118	493
つくば	1,043	1,563	149.9%	993	570
取手・竜ヶ崎	1,712	2,781	162.5%	1,783	998
筑西・下妻	1,348	1,772	131.4%	1,195	577
古河・坂東	878	1,170	133.3%	813	357

出典：「地域医療構想策定支援ツール」, 「第 6 期いばらき高齢者プラン 21」より作成

(5) 医療提供体制の現状と課題

【流出入】

- 医療資源については県内でも高い水準にあるため、県内の他の構想区域（医療圏）からの流入が多くみられ、入院患者の流出入状況については全体として流入超過です。特に、取手・竜ヶ崎構想区域との流出入、筑西・下妻構想区域からの流入が大きくなっています（図表 4-6-13～17）。

構想区域内の DPC 4 病院への他構想区域からの流入患者数は別紙グラフのとおりですが、隣接する土浦、取手・竜ヶ崎、筑西・下妻及び古河・坂東構想区域からの流入が多く、特定機能病院である筑波大学附属病院では、つくば構想区域以外の患者が 7 割を占め、県境に位置していないにもかかわらず、県外からの患者が 1 割あることが特徴的です。筑波メディカルセンター病院及び筑波記念病院については、つくば構想区域の患者が 1/2、筑西・下妻構想区域からの流入が 1/4 前後となっています。筑波学園病院については、つくば構想区域の患者が 2/3 となっています。

【医療提供体制】

- 医療提供体制については、高度急性期・急性期医療は充足しており、がんの入院医療・外来医療、急性心筋梗塞の医療体制が充実しています（図表 4-6-8）。

つくば構想区域内には、県内唯一の特定機能病院である筑波大学附属病院をはじめ、筑波メディカルセンター病院・筑波記念病院・筑波学園病院のあわせて 4 つの DPC 病院があり、5 疾病 5 事業にかかる医療提供体制は全般的に充実しています。

なお、高度急性期については不足する近隣の構想区域と調整を図る必要があります。

【医療需要】

- 平成 25(2013)年現在の許可病床 3,368 床に対し、平成 37(2025)年の医療機関所在地ベースの必要病床数は、3,489 床と 121 床の不足と推計されています。（図表 4-6-21）

必要病床数の推移をみると、平成 37(2025)年に 3,489 床となった後、平成 47(2035)年に 3,787 床とピークに達すると推計され、許可病床のうち現在稼働していない病床を全て使用しても平成 25(2013)年の必要病床数 2,942 床に対しては 547 床の不足となります。このため病床の過剰が見込まれる近隣の構想区域との調整が必要となります。（図表 4-6-24）

平成 37(2025)年の在宅医療等の必要量は平成 25(2013)年の 2,690 件に対し 3,949 件と 146.8%の供給が必要となり、そのうち、訪問診療については平成 25(2013)年の 1,647 件に対し平成 37(2025)年の必要量は 2,386 件と 144.9%の供給が必要となります。（図表 4-6-25）

(6) 課題解決に向けた施策及び今後の検討の方向性

【医療機能の分化・連携の促進】

- 高度急性期への周辺構想区域からの流入については、特定機能病院である筑波大学附属病院を中心として構想区域を越えた広域での対応の方向付けとし、医療資源の不足する周辺の構想区域のために高度急性期医療を提供する機能を相応の水準で維持しつつ、高度急性期病床から急性期病床の転換を検討していきます。

また、高度急性期の見直しでさらに増えることが予想される急性期については、回復期機能病床や慢性期機能病床への移行を進める方向付けが必要であり、医療機関の病床機能の変更について茨城県回復期病床整備促進事業（地域医療介護総合確保基金）の活用などによる支援を行っていきます。

【在宅医療等の充実】

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

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

また、構想区域内では既に二つの地域医療支援病院（筑波メディカルセンター病院、筑波記念病院）がありますが、今後さらに地域との連携を進めることで地域医療の充実を図っていきます。

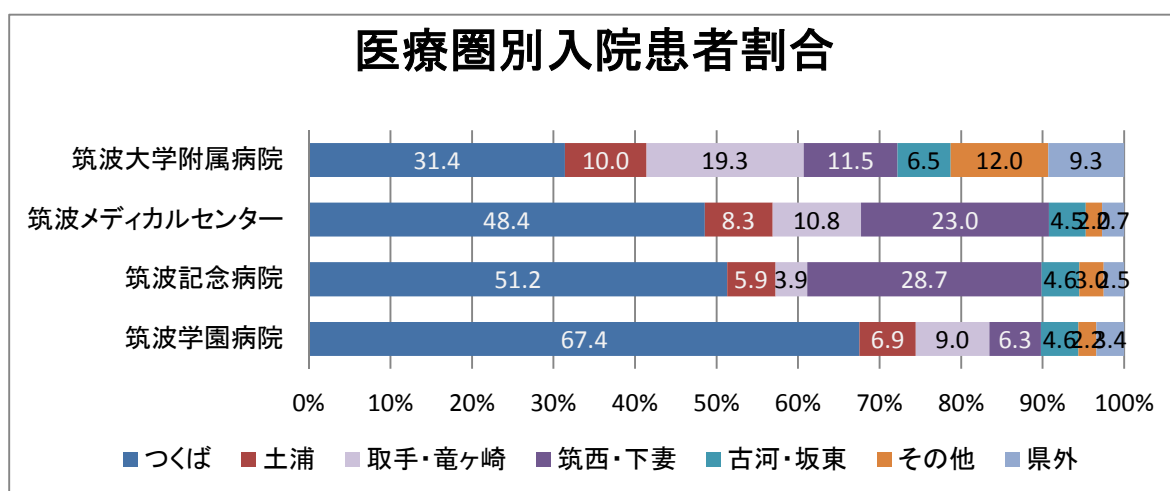
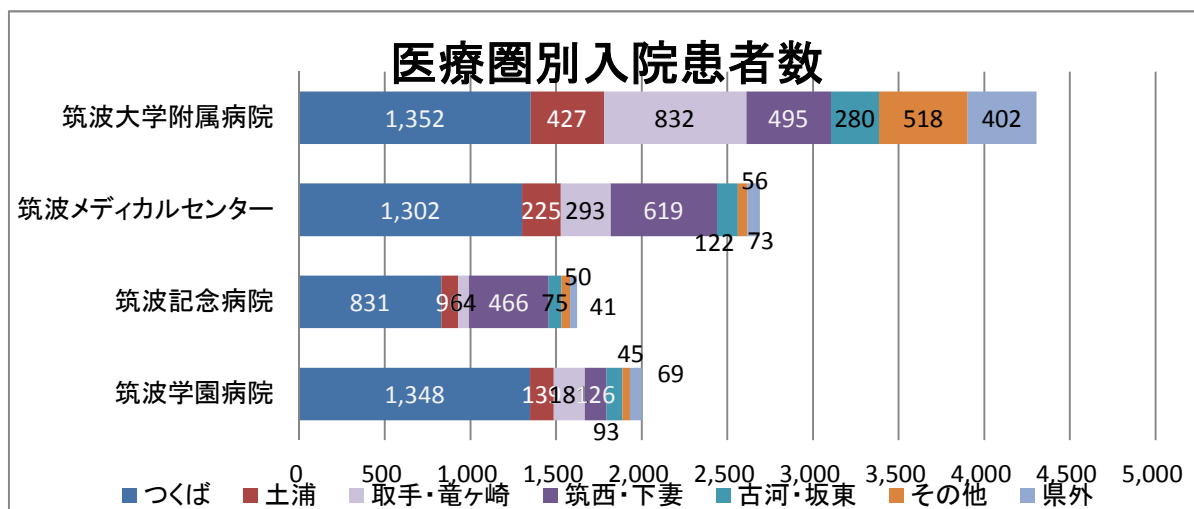
- つくば構想区域では、つくば市医師会が平成 25 年度から、常総市が平成 27 年度から在宅医療・介護連携拠点事業を実施しています。市民への啓発事業や専門職種の資質向上の研修会等の開催や、多職種連携による在宅医療・介護サービスの提供モデル事業等を通じ、退院支援・在宅療養支援・急変時対応・在宅の看取り等の推進を図っているところです。

なお、在宅医療・介護連携推進事業については、常総市は継続して、つくば市はつくば市医師会の拠点事業を引継ぎ平成 28 年度から実施しており、平成 29 年度からはつくばみらい市が実施する予定です。

【医療従事者等の養成・確保】

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

[参考] つくば構想区域への周辺構想区域等からの患者流入状況



7 取手・竜ヶ崎地域構想区域の概況

(1) 人口動態

- 構成市町村：龍ヶ崎市，取手市，牛久市，守谷市，稲敷市，美浦村，阿見町，河内町，利根町の9市町村になります。
- 平成37(2025)年には総人口は448,887人で，平成27(2015)年時点と比較して21,141人減少します。一方で，65歳以上人口は142,011人で，同16,182人増加。75歳以上人口は82,514人で，同31,197人増加します。
- 65歳以上人口は平成37(2025)年をピークにいったん減少傾向になるものの，平成47(2035)年以降また増加に転じます。75歳以上人口も平成42(2030)年まで急速に増加し，その後，減少傾向となります。そのため，医療需要が増加する75歳以上の高齢者の急増に対応した医療提供体制を整備する必要があります。

図表 4-7-1 将来人口推計（2015-2040年）

（単位：人）

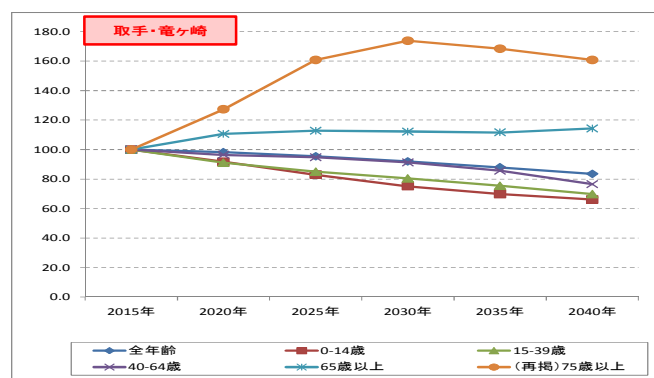
	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
総人口（構想区域）	470,028	461,576	448,887	432,563	413,366	392,725
0-14歳	58,268	53,481	48,332	43,783	40,730	38,522
15-39歳	126,050	114,720	107,076	101,468	95,150	88,042
40-64歳	159,881	154,131	151,468	146,070	137,091	122,337
65歳以上	125,829	139,244	142,011	141,242	140,395	143,824
（再掲）75歳以上	51,317	65,325	82,514	89,137	86,438	82,439

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（平成25（2013）年3月推計）」

図表 4-7-2 2015年の人口を100とした場合の各年の人口指数

	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
総人口（構想区域）	100.0	98.2	95.5	92.0	87.9	83.6
0-14歳	100.0	91.8	82.9	75.1	69.9	66.1
15-39歳	100.0	91.0	84.9	80.5	75.5	69.8
40-64歳	100.0	96.4	94.7	91.4	85.7	76.5
65歳以上	100.0	110.7	112.9	112.2	111.6	114.3
（再掲）75歳以上	100.0	127.3	160.8	173.7	168.4	160.6
総人口（県全体）	100.0	97.6	94.6	91.1	87.1	82.9
65歳以上	100.0	108.7	111.0	111.0	111.2	113.6
（再掲）75歳以上	100.0	115.3	136.2	147.0	145.9	141.8

図表 4-7-3 2015年の人口を100とした場合の各年の人口指数（グラフ）



(2) 医療資源の状況

ア) 病院病床数の状況

- 取手・竜ヶ崎構想区域の人口 10 万人当たりの一般病床数（病院分）、DPC 算定病床は県内で中間の水準にあります。
- 一方で、人口 10 万人当たりの療養病床数（病院分）は県内で低い水準です。

図表 4-7-4 病院病床数の状況

(単位：床)

	病院病床数※1			人口10万人対病院病床数※2、※3		
	一般病床	DPC算定病床	療養病床	一般病床	DPC算定病床	療養病床
全国	894,216	483,499	328,144	706.3	381.9	259.2
茨城県	18,850	8,275	5,746	645.1	283.2	196.5
水戸	4,235	2,133	970	901.9 (1)	454.3 (2)	206.6 (4)
日立	2,008	615	697	771.5 (3)	236.3 (6)	267.8 (2)
常陸太田・ひたちなか	1,664	475	603	458.3 (8)	130.8 (7)	166.1 (7)
鹿行	1,272	158	595	462.7 (7)	57.5 (8)	216.5 (3)
土浦	1,636	1,022	437	626.4 (5)	391.3 (3)	167.3 (6)
つくば	2,611	1,729	593	788.2 (2)	521.9 (1)	179 (5)
取手・竜ヶ崎	3,032	1416	646	645.1 (4)	301.3 (5)	136.6 (8)
筑西・下妻	1,100	0	987	416.1 (9)	0 (9)	373.4 (1)
古河・坂東	1,292	727	218	568.4 (6)	319.8 (4)	95.9 (9)

※1：「平成26年医療施設調査」厚生労働省、「平成26年度 DPC導入の影響評価に関する調査」厚生労働省

※2：国立社会保障・人口問題研究所は「日本の地域別将来推計人口（平成25（2013）年3月推計）」の2015年推計人口で算出したもの。

※3：構想区域ごとの人口10万人対病院病床数の数値横の（ ）内の数値は県内順位である。

イ) 一般診療所および病床数の状況

- 取手・竜ヶ崎構想区域には 258 の一般診療所があり、その病床数は 264 です。

図表 4-7-5 一般診療所および病床数

	一般診療所数・病床数			人口10万対		
	一般診療所数	有床診療所数	有床診療所の病床数	一般診療所数	有床診療所数	有床診療所の病床数
県全体	1,722	155	2,140	58.9	5.3	73.2
取手・竜ヶ崎医療圏	258	20	264	54.9	4.3	56.2
龍ヶ崎市	45	5	58	56.0	6.2	72.1
取手市	57	4	51	53.3	3.7	47.7
牛久市	55	3	56	65.4	3.6	66.6
守谷市	42	4	43	65.2	6.2	66.8
稲敷市	18	1	19	40.9	2.3	43.2
美浦村	4	-	-	24.2	-	-
阿見町	26	3	37	54.8	6.3	78.0
河内町	3	-	-	31.9	-	-
利根町	8	-	-	47.6	-	-

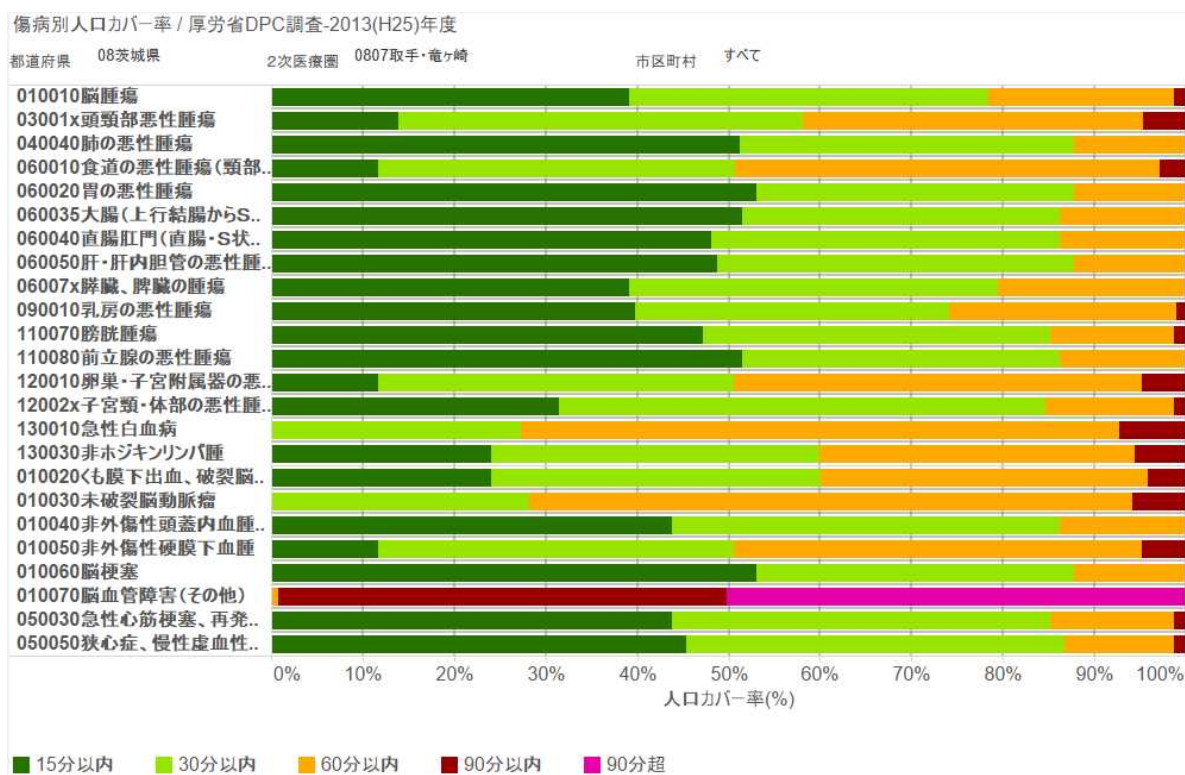
出典：「平成 26 年医療施設（静態・動態）調査」厚生労働省

人口 10 万人対は「日本の地域別将来推計人口（平成 25（2013）年 3 月推計）」国立社会保障・人口問題研究所の 2015 年推計人口を用いて算出しています。

ウ) 傷病別人口カバー率(がん, 脳卒中, 心筋梗塞)

- がん, 脳卒中, 心筋梗塞について, 医療機関への到達時間が 15 分以内の人口カバー率は, 多くの疾患について 40~50%前後となっています。ただし, 「03001x 頭頸部悪性腫瘍」など一部の傷病のように, 0~10%程度の人口カバー率にとどまっているものもみられます。
- 発症後, 早期に治療を開始することが望ましい脳卒中, 心筋梗塞については, 「010030 未破裂脳動脈瘤」と「010070 脳血管障害(その他)」を除いて 30 分以内で病院に到達可能な人口カバー率が概ね 50~80%程度であり, 少なくとも現行の医療提供体制を維持することが望まれます。

図表 4-7-6 傷病別人口カバー率(がん, 脳卒中, 心筋梗塞)



出典：「平成 25(2013)年度 DPC 導入の影響評価に関する調査」厚生労働省

注 1) 傷病別人口カバー率は, 傷病別に, 最寄りの DPC 病院に到達できる構想区域内における人口割合を時間別(15 分以内, 30 分以内, ...) に示したものであります。

注 2) 図中のがん, 脳卒中, 心筋梗塞の傷病名:

がん: 010010 脳腫瘍~130030 非ホジキンリンパ腫

脳卒中: 010020 くも膜下出血~010070 脳血管障害(その他)

心筋梗塞: 050030 急性心筋梗塞~050050 狭心症)

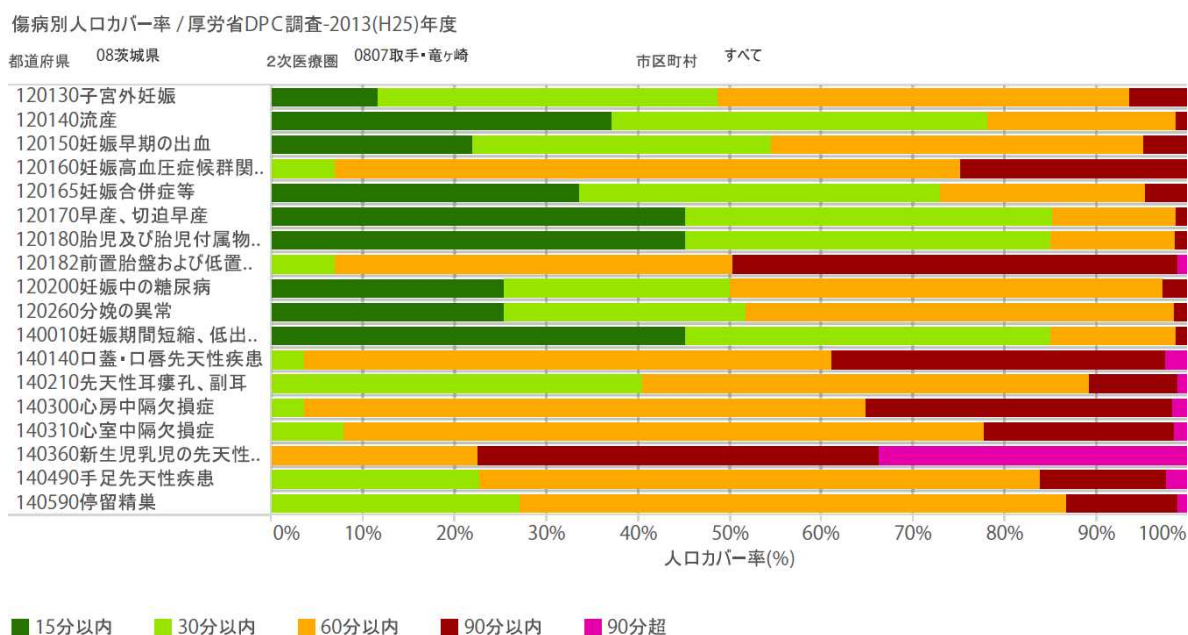
注 3) 移動に係る交通手段について資料に明記はないが, 自動車交通によるものと想定されます。

7 取手・竜ヶ崎地域構想区域の概況

エ) 傷病別人口カバー率(周産期)

- 周産期についてみると、医療機関への到達時間が 30 分以内の人口カバー率は疾患によってばらつきがみられます。
- 発症後、早期に治療を開始することが望ましい「120140 流産」, 「120170 早産, 切迫早産」, 「140010 妊娠期間短縮, 低出産体重に関連する障害」については 30 分以内で病院に到達可能な人口カバー率が 70~80%程度であり, 少なくとも現行の医療提供体制を維持することが望まれます。

図表 4-7-7 傷病別人口カバー率(周産期)



出典：「平成 25 年度 DPC 導入の影響評価に関する調査」厚生労働省

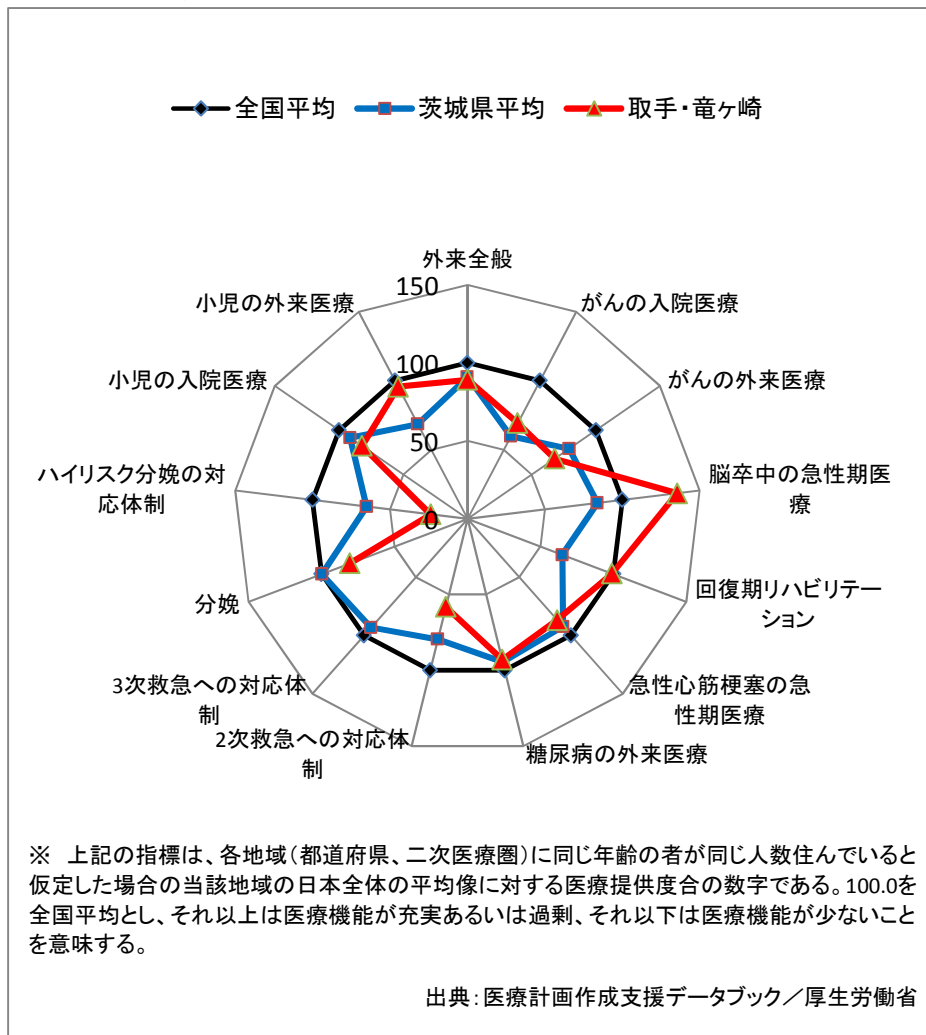
注 1) 傷病別人口カバー率は、傷病別に、最寄りの DPC 病院に到達できる構想区域内における人口割合を時間別(15分以内, 30分以内, ...)に示したものです。

注 2) 移動に係る交通手段について資料に明記はないが、自動車交通によるものと想定されます。

オ) 5 疾病 5 事業に係る医療提供体制

- 取手・竜ヶ崎構想区域は、脳卒中の急性期医療の対応体制について、全国平均、茨城県平均を上回っており、充実しています。ハイリスク分娩の対応体制については、茨城県平均を大幅に下回り、不足しています。その他の医療機能については、茨城県平均とほぼ同等の水準となっています。

図表 4-7-8 5 疾病 5 事業に係る医療提供体制



注) 上記の図表は 5 疾病 5 事業に係る医療提供体制の概略であり、下表の事項のみを用いて作成しています。

5疾病5事業の医療提供体制の指標		
事項		把握対象
外来全般	再診	再診料または外来診療料を算定した入院外レセプト数
がん	がんの入院医療	悪性腫瘍を主傷病とする患者の入院レセプト数
	がんの外来医療	悪性腫瘍を主傷病とする患者の入院外レセプト数
脳卒中	脳卒中の急性期医療	超急性期脳卒中加算を算定したレセプト数
	回復期リハビリテーション	回復期リハビリテーション病棟入院料を算定したレセプト数(注:大腿骨頭部骨折によるリハビリも含まれる)
急性心筋梗塞	急性心筋梗塞の急性期医療	急性心筋梗塞を主傷病とする患者の入院レセプト数
糖尿病	糖尿病の外来医療	糖尿病を主傷病とする患者の入院外レセプト数
	救急医療	2次救急への対応体制
周産期医療	3次救急への対応体制	救命救急入院料を算定した入院レセプト数
	分娩	帝王切開を実施した入院レセプト数
小児医療	ハイリスク分娩の対応体制	ハイリスク妊産婦共同管理料またはハイリスク分娩管理加算を算定した入院レセプト数
	小児の入院医療	小児入院管理料を算定した入院レセプト数
	小児の外来医療	乳幼児や小児にかかる初診料・再診料・外来診療料の加算または小児科外来診療料を算定した入院外レセプト数

7 取手・竜ヶ崎地域構想区域の概況

力) 医療従事者数(医師数, 歯科医師数, 薬剤師数, 看護師数)

○ 取手・竜ヶ崎構想区域における人口 10 万人当たりの医師数, 薬剤師数は県全体をやや下回っています。歯科医師数は県全体をやや上回っています。市町村別にみると, 人口 10 万人当たりの医師数, 歯科医師数, 薬剤師数は東京医科大学茨城医療センター(稼働病床数 389 床)の所在する阿見町が最も多くなっています。

図表 4-7-9 医療従事者数(医師数, 歯科医師数, 薬剤師数)

	医療施設の従事者数(人)			人口10万対(人)		
	医師数	歯科医師数	薬剤師数※	医師数	歯科医師数	薬剤師数
県全体	4,950	1,920	4,662	169.6	65.8	159.7
取手・竜ヶ崎医療圏	764	315	732	163.2	67.3	156.3
龍ヶ崎市	111	50	119	140.6	63.3	150.7
取手市	188	63	157	175.7	58.9	146.7
牛久市	153	61	171	182.2	72.7	203.7
守谷市	113	65	125	176.1	101.3	194.8
稲敷市	34	20	37	77.6	45.6	84.4
美浦村	8	8	16	49.2	49.2	98.3
阿見町	148	40	102	308.4	83.3	212.5
河内町	1	3	-	10.7	32.1	0.0
利根町	8	5	5	48.0	30.0	30.0

出典:「平成 26(2014)年医師・歯科医師・薬剤師調査」厚生労働省

※薬剤師数は, 薬局従事者も含まれます。

図表 4-7-10 医療従事者数(診療科別医師数)

(単位:人)

		平成26年12月31日現在																						
		医師数	内科	呼吸器科	循環器科	(消化器科)	腎臓科	神経科	(代謝科)	糖尿病科	血液科	皮膚科	アレルギー科	リウマチ科	感染症科	小児科	精神科	心療内科	外科	呼吸器科	心臓血管科	乳癌科	気管食道科	(消化器科)
県	全	4,950	1,577	246	376	519	111	132	136	39	302	102	78	13	623	253	90	543	46	59	53	20	177	
	取手・竜ヶ崎医療圏	764	246	40	59	83	26	19	28	3	52	19	8	2	0	13	5	2	11	1	1	0	4	
	龍ヶ崎市	111	32	5	8	11	3	2	4	0	7	2	1	0	12	5	2	10	1	1	1	0	4	
	取手市	188	30	6	9	17	1	1	5	-	11	2	-	-	14	12	1	14	-	-	-	-	5	
	牛久市	153	58	12	19	17	7	7	4	1	15	5	3	3	25	3	-	16	-	2	-	-	5	
	守谷市	113	31	6	10	9	4	4	2	1	8	3	2	2	13	2	-	9	-	1	-	-	3	
	稲敷市	34	5	8	13	20	8	2	10	2	11	2	1	1	13	2	3	19	-	1	3	-	6	
	美浦村	8	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	阿見町	148	24	8	9	10	6	6	5	-	5	4	1	1	10	5	5	5	4	-	4	1	10	
	河内町	1	16	5	6	7	4	4	3	-	3	3	1	1	7	3	3	3	3	3	-	3	7	
	利根町	8	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	

注: 1) 平成20年4月1日医療法施行令の一部改正により, 診療科目については, 従来, 省令に具体的名称を限定列挙して規程していた方式から, 身体部位や患者の疾患等, 一定の性質を有する名称を診療科目とする方式に改められた。
 2) 2つ以上の診療科に従事している場合, 各々の科に重複計上している。
 3) 心臓血管外科には循環器外科を含む。

- 人口 10 万人当たりの看護職員数の状況についてみると、保健師数、助産師数、看護師数については、茨城県の数を上回っています。准看護師数については茨城県全体を下回っています。

図表 4-7-11 医療従事者数（看護職員数）

(単位：人)

	就業看護職員数（人）				人口 10 万人対（人）			
	保健師数	助産師数	看護師数	准看護師数	保健師数	助産師数	看護師数	准看護師数
全国平均	48,452	33,956	1,086,779	340,153	38.3	26.8	858.5	268.7
茨城県全体	1,097	642	19,675	8,056	37.5	22.0	673.4	275.7
取手・竜ヶ崎	178	134	3,237	1,002	37.9	28.5	688.7	213.2

出典：「平成 26 年衛生行政報告例」厚生労働省

(3) 患者の医療需要の動向

① 医療需要

- 患者の医療需要の推計結果についてみると、平成 25(2013)年は 2,448.5 人/日（高度急性期 186.7 人/日，急性期 767.6 人/日，回復期 828.4 人/日，慢性期 665.8 人/日）でありましたが、平成 47(2035)年をピークに増加傾向を示しており、平成 47(2035)年には 3,430.1 人/日（高度急性期 237.8 人/日，急性期 1,072.5 人/日，回復期 1,218.3 人/日，慢性期 901.5 人/日）となる見込みです。

図表 4-7-12 医療需要の推計

		2013 年	2025 年	2030 年	2035 年	2040 年
実数 (人/日)	高度急性期	186.7	230.1	238.7	237.8	233.0
	急性期	767.6	996.9	1,065.9	1,072.5	1,046.9
	回復期	828.4	1,117.7	1,206.1	1,218.3	1,189.6
	慢性期	665.8	806.9	889.4	901.5	875.1
	合計	2,448.5	3,151.6	3,400.1	3,430.1	3,344.6
割合	高度急性期	7.6%	7.3%	7.0%	6.9%	7.0%
	急性期	31.3%	31.6%	31.3%	31.3%	31.3%
	回復期	33.8%	35.5%	35.5%	35.5%	35.6%
	慢性期	27.2%	25.6%	26.2%	26.3%	26.2%
	合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

7 取手・竜ヶ崎地域構想区域の概況

② 流出入の状況（平成 25（2013）年の時点）

- 県内のつくば、千葉県東葛北部の各構想区域から流入しています。
- 県内のつくば、土浦、千葉県東葛北部の各構想区域に流出しています。

図表 4-7-13 患者の流出入（入院医療）

(単位：人/日 括弧内は必要病床数※3)

		医療機関所在地													合計
		県内										千葉県		東京都	
		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	東葛北部	印旛	区中央部		
患者居住地	県内	鹿行	237.2 (283.6)	0.0	0.0	936.6 (1,091.4)	80.3 (31.4)	26.2 (43.7)	38.0 (43.7)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
		土浦	86.4 (104.5)	0.0	0.0	0.0	1,101.4 (1,302.8)	257.9 (303.3)	138.9 (160.0)	10.4 (11.3)	0.0	0.0	0.0	0.0	
		つくば	0.0	0.0	0.0	0.0	41.0 (48.7)	1,514.7 (1,788.8)	405.1 (474.1)	31.3 (34.1)	10.9 (11.9)	23.5 (28.0)	0.0	0.0	
		取手・竜ヶ崎	0.0	0.0	0.0	0.0	104.9 (129.2)	384.4 (451.9)	2,183.0 (2,572.1)	0.0	0.0	161.9 (192.2)	10.6 (13.6)	24.8 (29.9)	2869.6 (3,388.9)
		古河・坂東	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	141.3 (168.9)	32.9 (38.7)	0.0	884.0 (1,055.9)	0.0	0.0	0.0	
	千葉県 東葛北部	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	47.2 (53.4)	143.3 (169.5)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		
	合計							2,941.2 (3,458.1)							

※1：10人/日以下の地域については、マスキング処理により計上不能。以下同様。
 ※2：合計欄については、各医療圏の10人/日以上の数値の合計である。以下同様。
 ※3：必要病床数は、医療需要を病床稼働率（高度急性期0.75、急性期0.78、回復期0.9、慢性期0.92）で除算した値である。以下同様。

ア) 高度急性期

- 県内のつくば、千葉県東葛北部の各構想区域から流入しています。
- 県内のつくば、土浦、千葉県東葛北部の各構想区域に流出しています。

図表 4-7-14 患者の流出入（高度急性期）

(単位：人/日)

		医療機関所在地											合計
		県内										千葉県	
		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	東葛北部		
患者居住地	県内	つくば	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	140.4 (187.2)	27.8 (37.1)	0.0	0.0	0.0	
		取手・竜ヶ崎	0.0	0.0	0.0	0.0	22.8 (30.4)	46.6 (62.1)	162.9 (217.3)	0.0	0.0	20.8 (27.7)	253.1 (337.5)
	千葉県 東葛北部	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	13.7 (18.2)	0.0	0.0	0.0		
	合計							204.4 (272.5)					

※1：10人/日以下の地域については、マスキング処理により計上不能となっています。
 ※2：合計欄については、各医療圏の10人/日以上の数値の合計です。
 ※3：必要病床数は、医療需要を病床稼働率（高度急性期0.75、急性期0.78、回復期0.9、慢性期0.92）で除算した値です。

イ) 急性期

- つくば, 土浦, 古河・坂東, 鹿行, 千葉県の東葛北部の各構想区域から流入しています。
- つくば, 土浦, 千葉県の東葛北部, 印旛, 東京都の区中央部の各構想区域に流出しています。

図表 4-7-15 患者の流出入 (急性期)

(単位: 人/日)

		医療機関所在地													
		県内											千葉県	東京都	合計
		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	東葛北部	印旛	区中央部		
患者居住地	県内	鹿行	84.9 (108.9)	0.0	0.0	269.2 (345.2)	34.3 (43.9)	13.7 (17.5)	10.5 (13.5)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
		土浦	33.1 (42.4)	0.0	0.0	0.0	363.0 (465.4)	72.1 (92.5)	38.1 (48.9)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
		つくば	0.0	0.0	0.0	0.0	18.8 (24.1)	500.8 (642.1)	119.0 (152.6)	0.0	0.0	11.0 (14.2)	0.0	0.0	
		取手・竜ヶ崎	0.0	0.0	0.0	0.0	44.3 (56.8)	106.5 (136.6)	723.7 (927.9)	0.0	0.0	50.0 (64.1)	13.8 (17.7)	949.0 (1,216.7)	
		古河・坂東	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	49.2 (63.1)	12.6 (16.2)	0.0	365.9 (469.2)	0.0	0.0	0.0	
	千葉県	東葛北部	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	11.1 (14.2)	46.3 (59.4)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
合計								950.3 (1,218.4)							

※1: 10人/日以下の地域については、マスキング処理により計上不能となっています。

※2: 合計欄については、各医療圏の10人/日以上の数値の合計です。

※3: 必要病床数は、医療需要を病床稼働率(高度急性期0.75, 急性期0.78, 回復期0.9, 慢性期0.92)で除算した値です。

ウ) 回復期

- つくば, 土浦, 古河・坂東, 鹿行, 千葉県の東葛北部の各構想区域から流入しています。
- つくば, 土浦, 千葉県の東葛北部, 東京都の区中央部の各構想区域に流出しています。

図表 4-7-16 患者の流出入 (回復期)

(単位: 人/日)

		医療機関所在地													
		県内											千葉県	東京都	合計
		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	東葛北部	区中央部			
患者居住地	県内	鹿行	77.3 (85.9)	0.0	0.0	365.7 (406.3)	27.6 (30.7)	12.5 (13.9)	15.1 (16.8)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
		土浦	21.0 (23.3)	0.0	0.0	0.0	397.0 (441.1)	69.0 (76.6)	67.1 (74.6)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
		つくば	0.0	0.0	0.0	0.0	22.2 (24.6)	420.7 (467.4)	155.3 (172.5)	0.0	0.0	12.5 (13.9)	0.0	0.0	
		取手・竜ヶ崎	0.0	0.0	0.0	0.0	37.8 (41.9)	76.9 (85.4)	740.8 (823.1)	0.0	0.0	55.6 (61.8)	11.0 (12.2)	922.0 (1,024.5)	
		古河・坂東	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	46.6 (51.8)	20.3 (22.5)	0.0	271.4 (301.6)	0.0	0.0	0.0	
	千葉県	東葛北部	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	54.4 (60.5)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
合計								1,053.1 (1,170.1)							

※1: 10人/日以下の地域については、マスキング処理により計上不能となっています。

※2: 合計欄については、各医療圏の10人/日以上の数値の合計です。

※3: 必要病床数は、医療需要を病床稼働率(高度急性期0.75, 急性期0.78, 回復期0.9, 慢性期0.92)で除算した値です。

7 取手・竜ヶ崎地域構想区域の概況

エ) 慢性期

- 県内のつくば、土浦、鹿行、千葉県東葛北部の各構想区域から流入しています。
- 県内のつくば、千葉県東葛北部の各構想区域に流出しています。

図表 4-7-17 患者の流出入（慢性期）

(単位：人/日)

		医療機関所在地											
		県内										千葉県	合計
		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	東葛北部		
患者居住地	県内	鹿行	45.4 (49.3)	0.0	0.0	253.3 (275.3)	0.0	0.0	12.4 (13.4)	0.0	0.0	0.0	
		土浦	17.2 (18.7)	0.0	0.0	0.0	238.9 (259.7)	87.5 (95.1)	33.6 (36.5)	10.4 (11.3)	0.0	0.0	
		つくば	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	452.8 (492.2)	103.0 (111.9)	31.3 (34.1)	10.9 (11.9)	0.0	
		取手・竜ヶ崎	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	154.4 (167.8)	555.5 (603.8)	0.0	0.0	35.5 (38.6)	745.4 (810.3)
	千葉県	東葛北部	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	36.1 (39.2)	28.9 (31.4)	0.0	0.0	0.0	
	合計							733.3 (797.1)					

※1：10人/日以下の地域については、マスキング処理により計上不能となっています。

※2：合計欄については、各医療圏の10人/日以上の数値の合計です。

※3：必要病床数は、医療需要を病床稼働率（高度急性期0.75、急性期0.78、回復期0.9、慢性期0.92）で除算した値です。

オ) がん

- がんについては、高度急性期、急性期、回復期のいずれについても他の構想区域への流出が多くなっています。

図表 4-7-18 がん患者の流出入

(単位：人/日)

	在住者(患者住所地)の医療需要(人/日)	流出者数...①(人/日)	医療機関(医療機関所在地)の医療需要(人/日)	流入者数...②(人/日)	流出入の差分(②-①)(人/日)
高度急性期	64.4	36.5	39.8	12.0	-24.6
急性期	149.3	74.9	106.4	31.9	-43.0
回復期	118.5	50.0	96.6	28.1	-21.9
慢性期	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
在宅医療等	61.7	21.5	59.9	19.7	-1.8
計	393.9	183.0	302.6	91.7	-91.3

患者流出先構想区域（二次医療圏）TOP5

都道府県	二次医療圏	流出者数
1 茨城県	0806:つくば	70.1
2 千葉県	1203:東葛北部	44.7
3 茨城県	0805:土浦	26.5
4 東京都	1301:区中央部	14.6
5 千葉県	1204:印旛	0.0

患者流入元構想区域（二次医療圏）TOP5

都道府県	二次医療圏	流入者数
1 茨城県	0806:つくば	34.4
2 千葉県	1203:東葛北部	18.3
3 茨城県	0805:土浦	12.9
4 茨城県	0804:鹿行	0.0
5 茨城県	0809:古河・坂東	0.0

※ 10人/日以下の地域については、マスキング処理により計上不能となっています。

カ) 脳卒中

- 脳卒中の急性期、回復期について他の構想区域からの流入が多くなっています。

図表 4-7-19 脳卒中患者の流出入

(単位：人/日)

	在住者(患者住所地) の医療需要(人/日)	流出者数…① (人/日)	医療機関(医療機関所在地) の医療需要(人/日)	流入者数…② (人/日)	流出入の差分 (②-①)(人/日)
高度急性期	15.9	0.0	16.7	0.0	0.0
急性期	70.5	10.9	85.2	25.5	14.6
回復期	49.9	0.0	59.8	16.3	16.3
慢性期	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
在宅医療等	20.0	0.0	27.3	0.0	0.0
計	156.3	10.9	189.0	41.8	30.9

患者流出先構想区域（二次医療圏）TOP5

	都道府県	二次医療圏	流出者数
1	茨城県	0806:つくば	0.0
2	茨城県	0805:土浦	0.0
3	千葉県	1203:東葛北部	0.0
4	千葉県	1205:香取海匝	0.0
5	千葉県	1204:印旛	0.0

患者流入元構想区域（二次医療圏）TOP5

	都道府県	二次医療圏	流入者数
1	茨城県	0806:つくば	23.0
2	茨城県	0805:土浦	0.0
3	千葉県	1203:東葛北部	0.0
4	茨城県	0808:筑西・下妻	0.0
5	茨城県	0809:古河・坂東	0.0

※ 10人/日以下の地域については、マスキング処理により計上不能となっています。

キ) 心筋梗塞

- 心筋梗塞については、流出入はあるものの、患者が10人/日未満のためマスキングされており、流出入はないものとして推計されます。

図表 4-7-20 心筋梗塞患者の流出入

(単位：人/日)

	在住者(患者住所地) の医療需要(人/日)	流出者数…① (人/日)	医療機関(医療機関所在地) の医療需要(人/日)	流入者数…② (人/日)	流出入の差分 (②-①)(人/日)
高度急性期	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
急性期	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
回復期	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
慢性期	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
在宅医療等	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
計	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

患者流出先構想区域（二次医療圏）TOP5

	都道府県	二次医療圏	流出者数
1	茨城県	0806:つくば	0.0
2	茨城県	0805:土浦	0.0
3	千葉県	1203:東葛北部	0.0
4	東京都	1301:区中央部	0.0
5	愛知県	2304:尾張東部	0.0

患者流入元構想区域（二次医療圏）TOP5

	都道府県	二次医療圏	流入者数
1	茨城県	0806:つくば	0.0
2	茨城県	0805:土浦	0.0
3	千葉県	1203:東葛北部	0.0
4	東京都	1301:区中央部	0.0
5	東京都	1306:区東北部	0.0

※ 10人/日以下の地域については、マスキング処理により計上不能となっています。

(4) 平成 37 (2025) 年における必要病床数と在宅医療等の必要量

ア) 必要病床数の推計結果

- 医療機関所在地ベースの平成 37 (2025) 年の医療需要のうち、高度急性期・急性期・回復期の合計は 2,827 床に対し、現在の一般病床 3,314 床が上回っており、充足しています。慢性期については、必要病床数 877 床に対し、許可病床数 646 床と不足しています。

図表 4-7-21 平成 37 (2025) 年における医療需要の推計結果 (医療機関所在地ベース)

	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) 許可病床数 (単位: 床)	(参考) 基準病床数 (単位: 床)
		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)		
高度急性期	282.8	230.1	230.1	307	(一般) 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) 646	
合計	3,065.0	3,151.6	3,151.6	3,704	3,960	3,135

※1: 上記の慢性期機能の医療需要推計については、パターン B を採用した場合の数値です。
 ※2: 許可病床数は一般病床、療養病床の 2 区分であるのに対し、2025 年必要病床数は高度急性期、急性期、回復期、慢性期の 4 区分であり、双方の区分が異なることから、差引欄、増減率欄の算出にあたっては、2025 年必要病床数欄の数値のうち高度急性期、急性期、回復期の数値の合計値を一般病床の数値とみなし、慢性期の数値を療養病床の数値とみなして算出しています。

図表 4-7-22 【参考】平成 37 (2025) 年における医療需要の推計結果 (患者住所地ベース)

	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) 許可病床数 (単位: 床)	(参考) 基準病床数 (単位: 床)
		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)		
高度急性期	282.8	230.1	282.8	377	(一般) 3,314	
急性期	990.8	996.9	990.8	1,270		
回復期	972.8	1,117.7	972.8	1,081		
慢性期	818.6	806.9	818.6	890	(療養) 646	
合計	3,065.0	3,151.6	3,065.0	3,618	3,960	3,135

図表 4-7-23 【参考】平成 27 年度病床機能報告制度結果

(単位: 床)

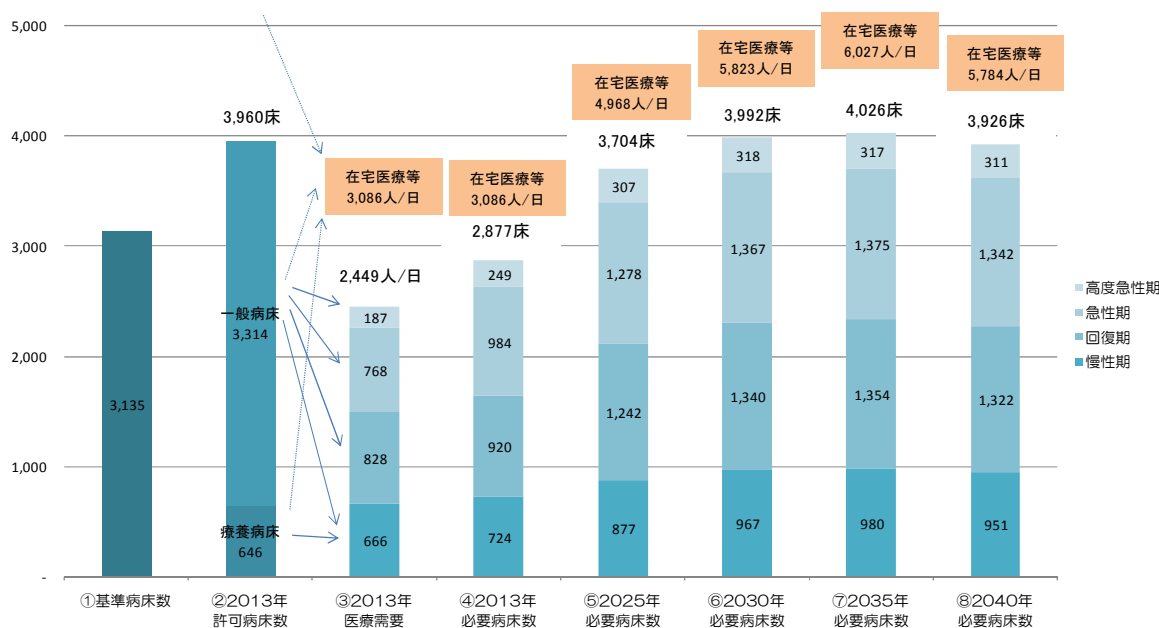
高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟中等※	計
26	2,214	526	897	234	3,897

※「休棟中等」には、休棟中、休棟後の再開の予定なし、休棟・廃止予定、無回答が該当。

イ) 必要病床数の推移と許可病床数との関係

- 平成 25(2013)年の許可病床数を在宅医療等と 4 つの機能（高度急性期，急性期，回復期，慢性期）とに振り分けたものが平成 25(2013)年における必要病床数となります。平成 25(2013)年の必要病床数に人口の伸びを加味して，平成 37(2025)年から平成 52(2040)年までの必要病床数を推計しています。
- 取手・竜ヶ崎医療圏における必要病床数は，平成 37(2025)年に 3704 床となった後，平成 47(2035)年にピーク（4,026 床）に達します。

図表 4-7-24 必要病床数の推移と許可病床数との関係



<重要>

- 平成37(2025)年必要病床数は，現在の許可病床数で対応している医療需要を基に算出しており，今後の人口推移や比較的症状の軽い入院患者等の在宅医療等へ移行等が，現時点の見込みどおりに進んだ場合の推計値です。
- 県では，地域の医療機関の協議等により，在宅医療等への移行や，医療機能の役割分担などの医療提供体制の効率化等が進んでいく（すなわち2025年の医療需要への対応体制が整備されていく）ことで，現在の許可病床数が，9年間をかけて徐々に平成37(2025)年必要病床数へ近づいていくことを想定しており，現在の許可病床数を急激に削減することを意図するものではありません。
- なお，推計の前提となっている現在の医療提供体制や，人口推移及び在宅医療等への移行等の見込みについては，当然，変化していくものであることから，県では，必要病床数の推計を固定的なものとは捉えないで，その推計方法を評価の上，見直しを図ってまいります。
例えば，在宅医療等への移行が見込みどおりに進まなかった場合には，在宅医療等への移行率について，地域の事情を踏まえた見直し等を図るよう，国へ協議する等の対応をしてまいります。

ウ) 在宅医療等の必要量

- 地域医療構想策定支援ツールによって推計される現状（平成 25(2013)年）と平成 37(2025)年時点の在宅医療等の医療需要（人/日）は以下のとおりです。
- 取手・竜ヶ崎については、現状の 161.0%の在宅医療等の供給が必要となります。そのうち、訪問診療については、現状の 159.2%の供給が必要となります。
- また、在宅医療等のうち訪問診療分（2013 年の在宅患者訪問診療料の算定患者数の割合により推計）を除いた老人保健施設等分の医療需要についても、現状の 162.5%の供給が必要となります。
- なお、平成 37(2025)年の老人保健施設等分の医療需要から平成 37(2025)年の老人保健施設の整備目標との差をみると、998 人/日の不足分が生じます。

図表 4-7-25 2025 年における在宅医療等の必要量

	在宅医療等の医療需要（人/日）			（うち）訪問診療分の医療需要（人/日）		
	2013年 (A)	2025年 (B)	伸び率 (B/A)	2013年 (C)	2025年 (D)	伸び率 (D/C)
水戸	3,631	5,057	139.3%	1,499	2,041	136.1%
日立	2,206	3,167	143.6%	941	1,326	141.0%
常陸太田・ひたちなか	2,861	3,827	133.8%	1,154	1,507	130.7%
鹿行	1,569	2,186	139.3%	532	699	131.3%
土浦	2,108	3,024	143.4%	978	1,413	144.5%
つくば	2,690	3,949	146.8%	1,647	2,386	144.9%
取手・竜ヶ崎	3,086	4,968	161.0%	1,374	2,187	159.2%
筑西・下妻	2,310	2,944	127.4%	962	1,172	121.8%
古河・坂東	1,648	2,225	135.0%	770	1,054	136.9%

	（うち）老人保健施設等分の医療需要（人/日）			老人保健施設の定員整備目標（人）	
	2013年 (A)	2025年 (B)	伸び率 (B/A)	2025年 (C)	不足分 (B-C)
水戸	2,131	3,016	141.5%	2,508	508
日立	1,265	1,840	145.5%	880	960
常陸太田・ひたちなか	1,707	2,320	135.9%	1,493	827
鹿行	1,037	1,488	143.4%	1,016	472
土浦	1,130	1,611	142.5%	1,118	493
つくば	1,043	1,563	149.9%	993	570
取手・竜ヶ崎	1,712	2,781	162.5%	1,783	998
筑西・下妻	1,348	1,772	131.4%	1,195	577
古河・坂東	878	1,170	133.3%	813	357

出典：「地域医療構想策定支援ツール」, 「第 6 期いばらき高齢者プラン 21」より作成

(5) 医療提供体制の現状と課題

【流出入】

- 高度急性期については、隣接する「千葉県東葛北部」, 「つくば」, 「土浦」への流出が多くなっており, 「千葉県東葛北部」, 「つくば」からのそれぞれの医療構想区域からの流入があります。(図表 4-7-14)
- 急性期については, 「つくば」への流出が特に多く, 次いで「千葉県東葛北部」, 「土浦」への流出があります。また, 「土浦」, 「東葛北部」, 「つくば」からの流入が多くなっています。(図表 4-7-15)
- 回復期の流出入については, 「つくば」, 「東葛北部」, 「土浦」といった隣接する医療構想圏との患者の移動が多くなっています。(図表 4-7-16)
- 慢性期については, 「つくば」との流出入が特に多くなっています。(図表 4-7-17)
- 疾病別にみると, がんについては, 「つくば」, 「東葛北部」との流出入が多くなっています。また, 脳卒中に関しては「つくば」からの流入が多くなっています。(図表 4-7-18, 図表 4-7-19, 図表 4-7-20)

【医療提供体制】

- 当該構想区域は, 医療資源や受領動向により「取手・守谷地区」「龍ヶ崎・牛久地区」, 「阿見・美浦地区」「稲敷地区」と大きく4つに分けられます。それぞれの地区の医療提供体制や医療資源に偏在があります。
 構想区域が東西に長い地理的条件のため, 稲敷市及び美浦村においては, 幹線道路(国道125号線バイパス)で結ばれている阿見町及び「土浦構想区域」と, 守谷市周辺においては都市高速鉄道「つくばエクスプレス」により「つくば構想区域」との繋がりが強くなっています。
- 構想権区域内の人口10万人当たりの歯科医師数, 看護職員数については茨城県平均を上回っておりますが, 医師数, 薬剤師数については茨城県平均を下回り不足しています。(図表 4-7-9, 図表 4-7-11)
- 小児の外来医療については, 茨城県平均を上まわっていますが, 休日及び夜間帯に関しては, 病院の救急対応時間等に差があるため, 一部の小児科を標榜している病院への集中が激しく, 患者の長時間の受診待ちや, 医療従事者の長時間労働による疲弊が激しくなっています。
- 高齢者の増加とともに, 認知症の患者も増加すると考えられ, 身体疾患を合併した認知症患者の医療体制も検討していく必要があります。
- 5疾病5事業※にかかる医療提供体制について, 脳卒中の急性期医療については全国平均, 県平均を上まわっております。ハイリスク分娩に関しては, 全国平均, 県平

7 取手・竜ヶ崎地域構想区域の概況

均を下回っており不足しています。

その他の医療機能については、茨城県平均とほぼ同等の水準となっています。

(図表 4-7-8)

※ 5 疾病 5 事業 「第 6 次茨城県保健医療計画」における、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患の 5 疾病と救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児救急を含む小児医療の 5 事業及び在宅医療

- がん、脳卒中、急性心筋梗塞についての医療機関への到着時間 15 分以内の人口カバー率は、多くの疾患は 40～50%となっています。(図表 4-7-6, 図表 4-7-7)
- 取手・竜ヶ崎構想区域内における救急医療体制については、救急救命センターを有する 3 次救急病院がありませんので、重症患者については、つくば医療圏及び土浦医療圏にある救命救急センターへ搬送されています。

2 次救急体制(牛久愛和総合病院, つくばセントラル病院, 東京医科大学茨城医療センター, 美浦中央病院, 龍ヶ崎済生会病院, 宗仁会病院, J A とりで総合医療センター, 取手北相馬保健医療センター医師会病院, 総合守谷第一病院, 東取手病院, 守谷慶友病院)については、主に構想区域内の中央部から西部に遍在しています。

- がんの治療については、他の構想区域への流出が多くなっていますが、構想圏内では東京医科大学茨城医療センター(地域がん診療拠点病院)では上部および下部消化管がん, 膀胱がん, 乳がん等, J A とりで総合医療センター(茨城県がん診療指定病院)においては、上部および下部消化管がん, 膀胱がん, 前立腺がん等, 龍ヶ崎済生会病院においては上部及び下部消化管がん対応, 牛久愛和総合病院においては皮膚がん, 上部および下部消化管がん, 膀胱がん等が, 総合守谷第一病院においては、上部及び下部消化管がん, 子宮がん, 膀胱がん治療が, つくばセントラル病院では膀胱がん, 腎臓がん, 乳がん治療が多くなっています。

同時に、がん患者とその家族が、可能な限り質の高い治療・療養生活を送れるように、身体的症状の緩和や精神心理的な問題などへの援助が、終末期だけでなく、がんと診断された時からがん治療と同時に行われることが求められおり、構想区域内では、つくばセントラル病院に緩和ケア病床が設けられています。

- 脳卒中に関しては、他構想区域からの流入が多くなっており(図表 4-7-19)、高度急性期の脳血栓溶解(t-PA)療法に関しては、東京医科大学茨城医療センター, 牛久愛和総合病院, 総合守谷第一病院が実施しています。手術に関しては、東京医科大学茨城医療センター, J A とりで総合医療センター, 牛久愛和総合病院, 龍ヶ崎済生会病院, 総合守谷第一病院, つくばセントラル病院, などが対応しています。

回復期リハビリテーションに関しては、上記のほか美浦中央病院, 茨城県立医療大学付属病院, 取手北相馬保健医療センター医師会病院, 宮本病院, ハートフルふじしろ病院, 宗仁会病院, 牛尾病院などが実施しています。

- 心筋梗塞の急性期対応に関しては、東京医科大学茨城医療センター, J A とりで総合医療センター, 東取手病院, 龍ヶ崎済生会病院, 牛久愛和総合病院, 総合守谷第一病院がカテーテル処置やステント対応を実施しています。

- 分娩を取り扱う医療機関については、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、つくばセントラル病院、龍ヶ崎済生会病院、総合守谷第一病院の病院及び秋田医院、かんの産婦人科クリニック、椎名産婦人科、まつばらウイメンズクリニック、篠崎医院の各診療所が取り扱っています。

JAとりで総合医療センターには新生児集中治療室（NICU）が6床設置されていますが、構想区域内の全てに対応できず、近隣構想区域の総合周産期母子医療センターへも搬送されています。

【医療需要】

- 必要病床数は、平成37（2025）年に3,704床となった後、平成47（2035）年にピーク（4,026床）に達します。（図表4-7-24）
- 平成37（2025）年の医療需要をみると、高度急性期病床が平成26（2014）年の病床機能報告における病床数の約19倍程度（307床）、回復期病床が現状の約3倍程度（1,242床）必要になります。（図表4-7-21、図表4-7-23）
- 地域医療構想調整会議において、平均在棟日数等に関する調査を実施しました。

平成26（2014）年の病院及び有床診療所からの報告のあった、病床機能報告制度（グラフC）においては、高度急性期が16床、急性期が2,420床、回復期が393床、慢性期が916床となっています。

この平成26（2014）年病床機能報告と、平成37（2025）年の必要病床数（グラフB）は、高度急性期が307床、急性期1,278床、回復期1,242床、慢性期877床とかなりの差があります。

そこで、病棟ごとの平均在院日数により医療機能を分類してみる方法をとってみました。

ここで仮に平均在院（棟）日数8日未満を「高度急性期」、8日以上19日未満を「急性期」、19日以上90日未満を「回復期」、90日以上及び療養病床については「慢性期」と区分したうえで、病床利用率も考慮して平成37（2025）年における必要病床数との比較を行いました。

このように仮定すると、平均在棟日数の調査結果（グラフA）は、高度急性期299床、急性期1,462床、回復期912床、慢性期は976床になります。

7 取手・竜ヶ崎地域構想区域の概況

実際の病床稼働に基づいた一般病床及び療養病床にかかる病床の状況と必要病床数の比較（精神病床は除く）

A	平均在院（棟） 日数 （平成28（2016） 年7月）	8日以内 ICU, HCU等 （高度 急性期） 299	8日以上 19日未満 （急性期） 1,462	19日以上 90日未満 （回復期） 912	90日以上, 療養病棟 （慢性期） 976	合計 3,649	未報告, 未 稼働及び準 ずるもの ※ 266	
	B	平成37(2025)年 における必要病床 数 （医療機関所在地 ベース）	高度急性期 307	急性期 1,278	回復期 1,242	慢性期 877	合計 3,704	
		C	平成26(2014)年 の病床機能報告 における病床数 （平成26(2014)年 7月現在）	高度 急性 期 16	急性期 2,420	回復期 393	慢性期 916	合計 3,745

※・病床機能報告の病床数 42 床、休止病床数 159 床、病床稼働率が病床稼働率一律値未満の病床 65 床

・病床稼働率一律値未満病床数は以下の計算式で算定した。

$$\text{【病床稼働率一律値未満病床数} = (\text{病床稼働率} - \text{病床稼働率一律値}) \times \text{稼働病床】}$$

・病床稼働率一律値は病床機能ごとに以下のとおり（高度急性期 0.75 急性期 0.78 回復期 0.9 慢性期 0.92）

【在宅医療等】

- 近年、疾病構造の変化や高齢化、QOL（生活の質）の向上を重視した医療への期待の高まり、さらには、医療技術の進歩による在宅で実施が可能な医療の拡充などにより、在宅医療のニーズは増加し、また多様化しています。このため、病気や障害をもつ人たちが安心して住み慣れた場所で自分らしい生活を送るため、医療・介護・福祉が連携し、地域の実情に応じた包括的かつ継続的なサービスの提供が求められています。
- 平成25（2013）年度から平成27（2015）年度にかけて、市町村や職能団体によってモデル的に実施された「在宅医療・介護連携拠点事業」で得られたノウハウをもとに、平成30（2018）年4月から全ての市町村において取り組むこととされましたが、各市町村の取組状況には差があります。
- 構想区域内の平成 37（2025）年の 65 歳以上の人口は 142,011 人で、構想区域内総人口（448,887 人）に占める割合は 31.6%となり、急激に高齢化が進みます。このため、医療需要の増加する高齢者の急増に対応した医療提供体制の整備が必

要になります。（図表 4-7-1）

- また急激な高齢化により、在宅医療等についても現状の 1.6 倍の供給が必要になってきます。（図表 4-7-25）
- なお、平成 37（2025）年の老人保健施設等の整備目標については構想圏区域の急激な高齢化に追いつかず、998 人／日が不足することになります。（図表 4-7-25）

（6）課題解決に向けた施策及び今後の検討の方向性

【医療提供体制】

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

【医療機能の分化・連携の促進】

- 平均在院（棟）日数の調査をもとに区分した病床数と平成 37（2025）年の必要病床数を比較したところ，比較的近接していますが，今後の高齢化にともなう医療需要の変化に対応して，急性期病床から回復期病床へのさらなる転換を図る必要があります。
病床の転換を進めるためには，茨城県回復期病床整備促進事業（地域医療介護総合確保基金）を活用して地域包括ケア病棟又は回復期リハビリテーション病棟の整備を促進していきます。
- 患者の流出入が発生している隣接の構想区域との広域連携について検討を行います。
- 4 つの医療機能分類（高度急性期，急性期，回復期，慢性期）について連携を図るため，医師会を中心に関係機関（病院，消防本部，自治体や介護支援事業所等行政）が参加した会議を開催して連携を進めます。
- 今後，高齢者が増加していくにあたり，在宅復帰に向けて回復期リハビリが重要となってきますので，回復期病床の整備促進が必要になってきます。そのような状

7 取手・竜ヶ崎地域構想区域の概況

況を踏まえ、病院としての将来像を各病院で検討していく必要があります。

- がんについては、地域がん診療連携拠点病院（東京医科大学茨城医療センター）、及び茨城県がん診療指定病院（JAとりで総合医療センター）と、かかりつけ医との役割分担と連携を図るため、取手・竜ヶ崎医療構想調整会議、および隣接する地域医療構想会議の合同会議で検討していく必要があります。
- 脳卒中については、発症後の急性期を担う医療機関とリハビリテーション病院、かかりつけ医などの連携を図り、切れ目のない医療を提供するため、地域連携パスの活用を推進していきます。同時に再発防止の目的から、基礎疾患管理や生活習慣指導、生活相談を行える体制づくりのため、かかりつけ医や市町村保健師、ケアマネージャー等が連携を図り、患者が安心して在宅生活できる体制を構築していくことが必要です。
- 心筋梗塞の急性期医療に関しては、発症後の専門的医療を行う機関と、リハビリテーション病院との連携を図り、早期に在宅復帰できる体制をはかっていく必要があります。脳卒中と同様に、再発防止の観点から、多職種による患者フォローを図っていく必要があります。
- 2次救急医療についてはそれぞれの地区で輪番制をとっていますので、これらの2次救急医療機関と一次救急医療体制（取手北相馬休日夜間診療所、在宅当番医制実施市町村、救急告示・協力医療機関）による救急患者および地区ごとに設置されているメディカルコントロール協議会等で検討していく必要があります。
- 小児救急医療については、現在実施されている小児病院輪番制の見直しや、さらなる小児救急医療の集約化、広域化なども考慮しながら、新たな体制を構築する必要があります。初期救急医療対策として、保護者等に対するパンフレット『子どもの救急ってどんなとき？』の配布や、子育て中の保護者等の不安軽減・解消のため、#8000「茨城子ども救急電話相談」の周知を図ります。地域の内科医師等を対象とした小児救急医療研修の実施などにより、小児科以外の医師の小児救急医療への理解・協力を促進し、在宅当番医制や休日夜間急患センター等における初期救急医療体制の連携強化を検討していきます。
- 周産期医療については、隣接構想区域の総合周産期母子医療センターと構想区域内の地域周産期母子医療センター、周産期救急医療協力病院及び構想区域内の産科を扱う病院・診療所との間の役割分担、連携について今後検討、調整していく必要があります。
- 認知症施策については、第6期いばらき高齢者プラン（平成27（2015）年度～平成29（2017）年度計画）に基づいた認知症医療センターの整備、充実を進めてまいります。
また、地域における認知症の退院支援や地域連携パスによる精神病院からの円滑な退院や在宅復帰の支援を図っていきます。
そのほか、一般病院従事者向けに認知症身体合併の基礎知識や医療・介護の連携等に関する研修会を開催し、認知症に関する正しい知識の普及を検討していきます。

【在宅医療等の充実】

- 在宅医療における多職種（医師，歯科医師，薬剤師，看護師，栄養士，作業療法士，理学療法士，言語聴覚士，歯科衛生士，ケアマネージャー等）の連携を進めるために，介護保険法に基づく地域支援事業（在宅医療，介護連携）を活用して連携を強化していきます。
- 地域医療支援病院を中心とする病院とかかりつけ診療所との連携（病診連携），診療所間の連携（診診連携）を推進し，安心して在宅復帰ができる体制の構築を検討していきます。
- 在宅療養後方支援病院や地域包括ケア病棟の拡充と，在宅療養支援診療所の設置届出の促進を図り，連携の強化を検討します。
- 在宅医療に従事する多職種の人材の確保と育成に加え，多職種の効果的・効率的な連携のための教育研修会や「顔の見える関係づくり」が不可欠であるので，各職種の専門性の相互理解を深める場を設けていきます。
また，在宅医療について「積極的役割を担う医療機関」及び「連携を担う拠点」において，在宅医療やそれに従事する職種の機能や役割を広く地域住民に紹介し，地域に浸透させるための講演会等の開催，パンフレットの発行等を通じ，在宅医療の普及・啓発を図っていきます。

【医療従事者等の養成・確保】

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

【今後の対応】

- この地域医療構想については，地域医療構想調整会議において毎年評価を行うこととしており，保健医療を取り巻く環境の変化など，策定後の状況に応じて対応について検討し，必要な見直しを行うこととします。

8 筑西・下妻構想区域の概況

(1) 人口動態

- 構成市町：結城市，下妻市，筑西市，桜川市，八千代町になります。
- 平成 37(2025)年には総人口は 241,947 人で，平成 27(2015)年時点と比較して 22,395 人減少します。一方で，65 歳以上人口は 79,615 人で，同 7,227 人増加します。75 歳以上人口は 43,765 人で，8,658 人増加します。
- 65 歳以上人口は平成 37(2025)年をピークに減少傾向になります。また，75 歳以上人口は平成 47(2035)年まで急速に増加し，その後，減少傾向となります。そのため，医療需要が増加する 75 歳以上の高齢者の急増に対応した医療提供体制を整備する必要があります。

図表 4-8-1 将来人口推計 (2015 年-2040 年)

(単位：人)

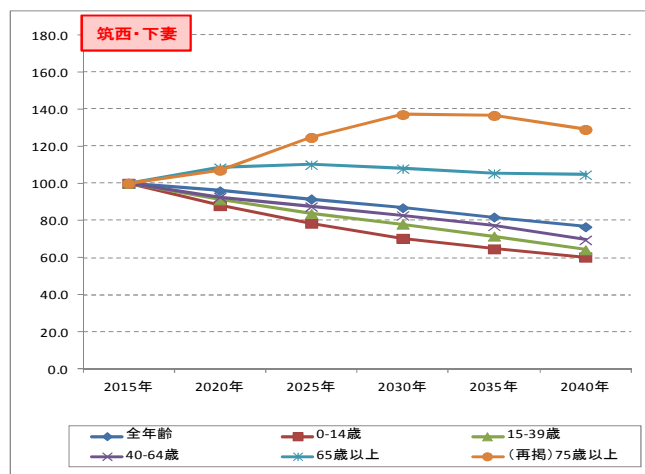
	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
総人口 (構想区域)	264,342	253,637	241,947	229,519	216,331	202,409
0-14歳	32,697	28,736	25,665	23,007	21,156	19,707
15-39歳	68,581	62,471	57,381	53,518	49,087	43,988
40-64歳	90,676	83,976	79,286	74,944	69,851	63,028
65歳以上	72,388	78,454	79,615	78,050	76,237	75,686
(再掲) 75歳以上	35,107	37,557	43,765	48,097	47,925	45,280

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（平成 25（2013）年 3 月推計）」

図表 4-8-2 2015 年の人口を 100 とした場合の各年の人口指数

	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
総人口 (構想区域)	100.0	96.0	91.5	86.8	81.8	76.6
0-14歳	100.0	87.9	78.5	70.4	64.7	60.3
15-39歳	100.0	91.1	83.7	78.0	71.6	64.1
40-64歳	100.0	92.6	87.4	82.7	77.0	69.5
65歳以上	100.0	108.4	110.0	107.8	105.3	104.6
(再掲) 75歳以上	100.0	107.0	124.7	137.0	136.5	129.0
総人口 (県全体)	100.0	97.6	94.6	91.1	87.1	82.9
65歳以上	100.0	108.7	111.0	111.0	111.2	113.6
(再掲) 75歳以上	100.0	115.3	136.2	147.0	145.9	141.8

図表 4-8-3 2015 年の人口を 100 とした場合の各年の人口指数 (グラフ)



(2) 医療資源の状況

ア) 病院病床数の状況

- 筑西・下妻構想区域には DPC 算定病床がなく、人口 10 万人当たりの一般病床数（病院分）は県内で最も低い水準にあります。
- 一方で、人口 10 万人当たりの療養病床数（病院分）は県内で最も高い水準にあります。

図表 4-8-4 病院病床数の状況

(単位：床)

	病院病床数※1			人口10万人対病院病床数※2、※3		
	一般病床	DPC算定病床	療養病床	一般病床	DPC算定病床	療養病床
全国	894,216	483,499	328,144	706.3	381.9	259.2
茨城県	18,850	8,275	5,746	645.1	283.2	196.5
水戸	4,235	2,133	970	901.9 (1)	454.3 (2)	206.6 (4)
日立	2,008	615	697	771.5 (3)	236.3 (6)	267.8 (2)
常陸太田・ひたちなか	1,664	475	603	458.3 (8)	130.8 (7)	166.1 (7)
鹿行	1,272	158	595	462.7 (7)	57.5 (8)	216.5 (3)
土浦	1,636	1,022	437	626.4 (5)	391.3 (3)	167.3 (6)
つくば	2,611	1,729	593	788.2 (2)	521.9 (1)	179 (5)
取手・竜ヶ崎	3,032	1,416	646	645.1 (4)	301.3 (5)	136.6 (8)
筑西・下妻	1,100	0	987	416.1 (9)	0 (9)	373.4 (1)
古河・坂東	1,292	727	218	568.4 (6)	319.8 (4)	95.9 (9)

※1：「平成26年医療施設調査」厚生労働省、「平成26年度 DPC導入の影響評価に関する調査」厚生労働省

※2：国立社会保障・人口問題研究所は「日本の地域別将来推計人口（平成25（2013）年3月推計）」の2015年推計人口で算出したもの。

※3：構想区域ごとの人口10万人対病院病床数の数値横の（ ）内の数値は県内順位である。

イ) 一般診療所および病床数の状況

- 筑西・下妻構想区域には 153 の一般診療所があり、その病床数は 191 です。

図表 4-8-5 一般診療所および病床数

	一般診療所数・病床数			人口10万対		
	一般診療所数	有床診療所数	有床診療所の病床数	一般診療所数	有床診療所数	有床診療所の病床数
県全体	1,722	155	2,140	58.9	5.3	73.2
筑西・下妻医療圏	153	13	191	57.9	4.9	72.3
結城市	29	4	52	56.1	7.7	100.6
下妻市	24	2	30	55.3	4.6	69.2
筑西市	75	7	109	72.1	6.7	104.8
桜川市	20	-	-	46.5	-	-
八千代町	5	-	-	22.4	-	-

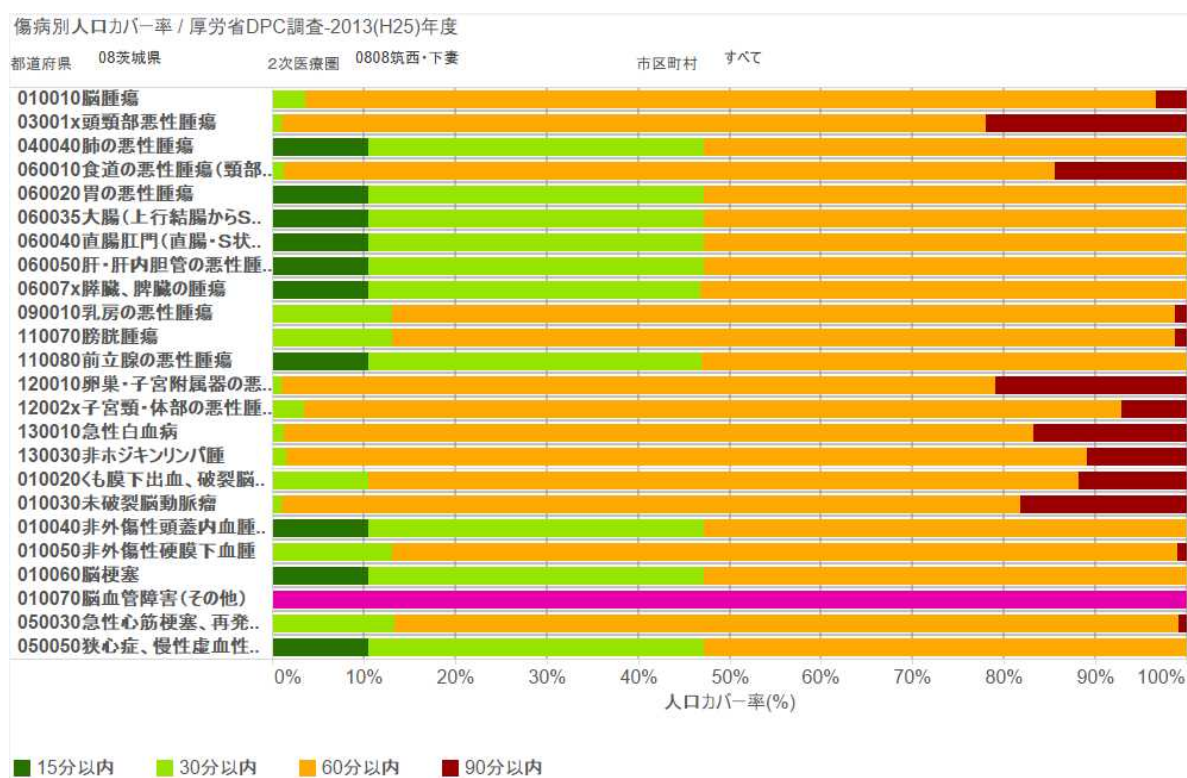
出典：「平成26年医療施設（静態・動態）調査」厚生労働省

人口10万人対は「日本の地域別将来推計人口（平成25（2013）年3月推計）」国立社会保障・人口問題研究所の2015年推計人口を用いて算出しています。

ウ) 傷病別人口カバー率（がん，脳卒中，心筋梗塞）

- がん，脳卒中，心筋梗塞について，医療機関への到達時間が 15 分以内の人口カバー率は，多くの疾患で 0%と非常に低い状況にあります。
- 発症後，早期に治療を開始することが望ましい脳卒中，心筋梗塞については，30 分以内で病院に到達可能な人口カバー率が 50%程度のもは僅かであり，当該地域における急を要する疾病に対する医療提供体制を検討する必要があります。

図表 4-8-6 傷病別人口カバー率（がん，脳卒中，心筋梗塞）



出典：「平成 25 年度 DPC 導入の影響評価に関する調査」厚生労働省

注 1) 傷病別人口カバー率は，傷病別に，最寄りの DPC 病院に到達できる構想区域内における人口割合を時間別（15 分以内，30 分以内，・・・）に示したものです。

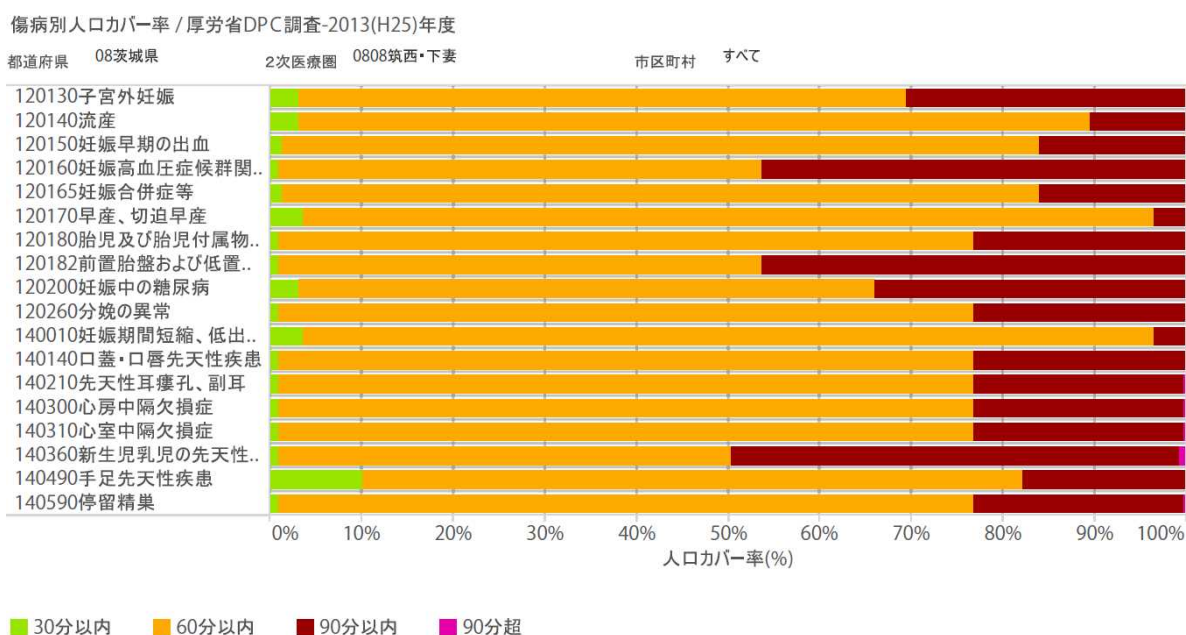
注 2) 図中のがん，脳卒中，心筋梗塞の傷病名：
 がん：010010 脳腫瘍～130030 非ホジキンリンパ腫
 脳卒中：010020 くも膜下出血～010070 脳血管障害（その他）
 心筋梗塞：050030 急性心筋梗塞～050050 狭心症

注 3) 移動に係る交通手段について資料に明記はないが，自動車交通によるものと想定されます。

エ) 傷病別人口カバー率（周産期）

- 周産期についてみると、医療機関への到達時間が 30 分以内の人口カバー率はほとんどの疾患で 5%以下と非常に低く、当該地域における急を要する疾病に対する医療提供体制を検討する必要があります。

図表 4-8-7 傷病別人口カバー率（周産期）



出典：「平成 25 年度 DPC 導入の影響評価に関する調査」厚生労働省

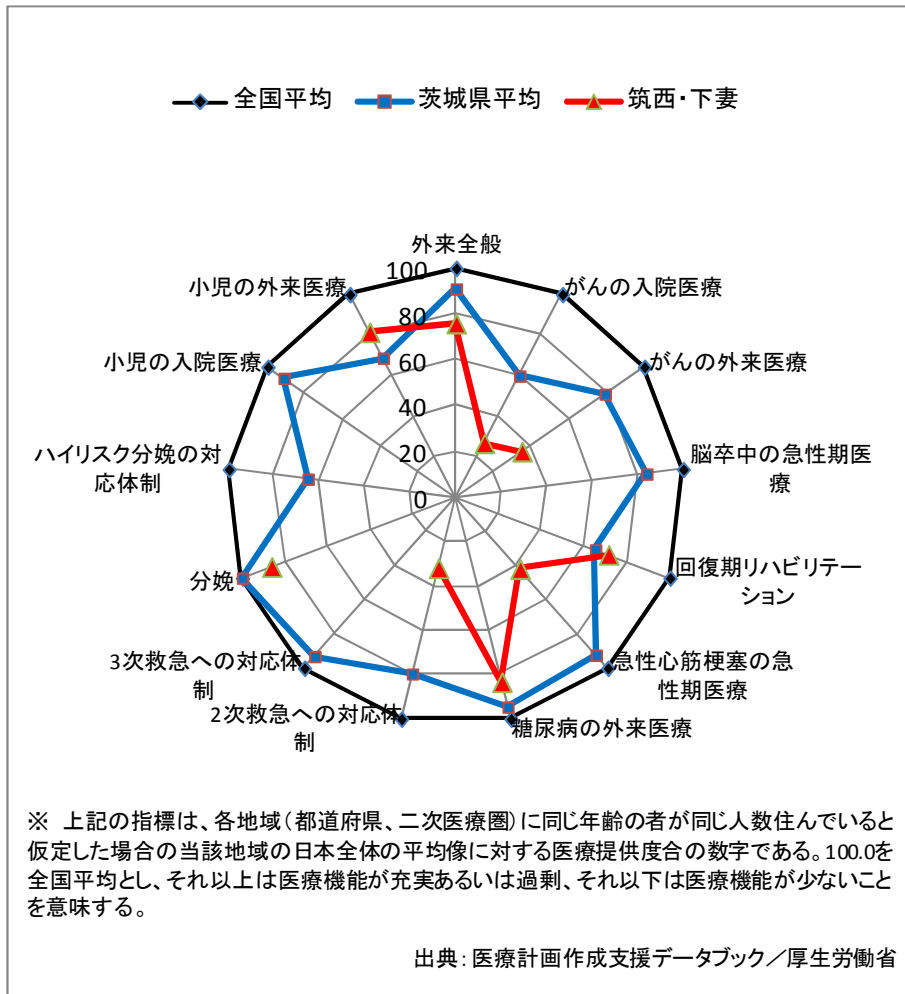
注 1) 傷病別人口カバー率は、傷病別に、最寄りの DPC 病院に到達できる構想区域内における人口割合を時間別（15 分以内、30 分以内、・・・）に示したものです。

注 2) 移動に係る交通手段について資料に明記はないが、自動車交通によるものと想定されます。

オ) 5 疾病 5 事業に係る医療提供体制

○ 筑西・下妻構想区域は、茨城県平均と比較し、小児の外来医療、回復期リハビリテーション、分娩、糖尿病の外来医療の医療提供体制についてはほぼ同等の水準となっていますが、がんの入院医療、外来医療、急性心筋梗塞の急性期医療、2次救急への対応体制については下回っており、不足しています。なお、脳卒中の急性期医療など表示のない指標がありますが、出典のデータベースにデータが存在していないためです。

図表 4-8-8 5 疾病 5 事業に係る医療提供体制



注) 上記の図表は5疾病5事業に係る医療提供体制の概略であり、下表の事項のみを用いて作成しています。

5疾病5事業の医療提供体制の指標

事項	把握対象
外来全般	再診料または外来診療料を算定した入院外レセプト数
がん	がんの入院医療 悪性腫瘍を主傷病とする患者の入院レセプト数
	がんの外来医療 悪性腫瘍を主傷病とする患者の入院外レセプト数
脳卒中	脳卒中の急性期医療 超急性期脳卒中加入を算定したレセプト数
	回復期リハビリテーション 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定したレセプト数(注:大腿骨頭部骨折によるリハビリも含まれる)
急性心筋梗塞	急性心筋梗塞の主傷病とする患者の入院レセプト数
糖尿病	糖尿病を主傷病とする患者の入院外レセプト数
救急医療	2次救急への対応体制 救急医療管理加算または救急救命管理料を算定した入院レセプト数
	3次救急への対応体制 救命救急入院料を算定した入院レセプト数
周産期医療	分娩 帝王切開を実施した入院レセプト数
	ハイリスク分娩の対応体制 ハイリスク妊産婦共同管理料またはハイリスク分娩管理加算を算定した入院レセプト数
小児医療	小児の入院医療 小児入院管理料を算定した入院レセプト数
	小児の外来医療 乳幼児や小児にかかる初診料・再診料・外来診療料の加算または小児科外来診療料を算定した入院外レセプト数

カ) 医療従事者数（医師数，歯科医師数，薬剤師数，看護師数）

○ 筑西・下妻構想区域における人口 10 万人当たりの医師数，歯科医師数，薬剤師数は，いずれも県全体を下回っています。特に医師がかなり不足しています。筑西・下妻構想区域の中では，八千代町，下妻市の医師数が極端に不足しています（人口 10 万人当たりの人数）。

図表 4-8-9 医療従事者数（医師数，歯科医師数，薬剤師数）

	医療施設の従事者数（人）			人口10万対（人）		
	医師数	歯科医師数	薬剤師数※	医師数	歯科医師数	薬剤師数
県全体	4,950	1,920	4,662	169.6	65.8	159.7
筑西・下妻医療圏	258	171	343	97.1	64.4	129.2
結城市	65	32	69	125.9	62.0	133.6
下妻市	30	25	60	68.9	57.5	137.9
筑西市	114	75	144	108.6	71.5	137.2
桜川市	43	29	57	99.6	67.1	132.0
八千代町	6	10	13	27.0	44.9	58.4

出典：「平成 26 年医師・歯科医師・薬剤師調査」厚生労働省

※薬剤師数は，薬局従事者も含まれます。

図表 4-8-10 医療従事者数（診療科別医師数）

（単位：人）

平成26年12月31日現在

	医療施設従事者数	診療科別医師数																				
		内科	呼吸器内科	循環器内科	（消化器内科）	腎臓内科	神経内科	（代謝病内科）	血液内科	皮膚科	アレルギー科	リウマチ科	感染症内科	小児科	精神科	心療内科	外科	呼吸器外科	心臓血管外科	乳癌外科	気管食道外科	（胃腸外科）
県全体	4,950	1,577	246	376	519	111	132	136	39	302	102	78	13	623	253	90	543	46	59	53	20	177
筑西・下妻医療圏	258	144	17	27	48	3	7	9	—	26	6	5	1	70	16	4	47	1	1	3	—	15
結城市	65	33	3	6	7	—	—	2	—	5	2	—	—	12	1	—	9	—	—	—	—	—
下妻市	30	19	—	1	7	1	—	1	—	2	1	1	1	10	—	—	9	—	—	1	—	5
筑西市	114	61	12	12	29	1	4	5	—	11	1	2	2	28	10	2	22	—	—	1	—	6
桜川市	43	27	1	7	5	1	3	1	—	8	—	—	—	18	5	2	6	—	1	1	—	3
八千代町	6	4	1	1	—	—	—	—	—	2	2	2	—	2	2	—	1	1	—	—	—	1
	100%	67%	17%	17%	—	—	—	—	—	33%	33%	33%	33%	—	—	—	17%	17%	—	—	—	17%
	泌尿器科	肛門科	脳神経外科	整形外科	形成外科	美容科	眼科	耳鼻いんこう科	小児科	産婦人科	産科	婦人科	シリョビリテ科	放射線科	麻酔科	病理診断科	臨床検査科	救急科	臨床研修医	全科	その他	不詳
県全体	3	2	4	9	1	0	5	3	0	4	—	1	4	2	3	1	0	1	6	0	3	0
筑西・下妻医療圏	7	11	9	31	2	—	11	13	1	8	—	5	18	16	6	—	—	—	—	—	3	—
結城市	3	4	3	12	1	—	4	5	0	3	—	2	7	6	2	—	—	—	—	—	1	—
下妻市	2	—	3	10	—	—	2	3	1	3	—	4	1	3	1	—	—	—	—	—	2	—
筑西市	3	—	5	15	—	—	3	5	2	5	—	6	2	5	2	—	—	—	—	—	3	—
桜川市	1	3	—	7	—	—	1	3	—	2	—	—	4	3	1	—	—	—	—	—	—	—
八千代町	2	10	—	23	—	—	3	10	—	7	—	—	13	10	3	—	—	—	—	—	—	—
	2	5	6	10	2	—	6	7	—	3	—	1	10	8	3	—	—	—	—	—	1	—
	2	4	5	9	2	—	5	6	—	3	—	1	9	7	3	—	—	—	—	—	1	—
	2	2	—	3	—	—	2	—	—	—	—	—	3	2	1	—	—	—	—	—	—	—
	5	5	—	7	—	—	5	—	—	—	—	—	7	5	2	—	—	—	—	—	—	—
	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	—	17%	—	17%	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

注：1）平成20年4月1日医療法施行令の一部改正により，診療科目については，従来，省令に具体的な名称を限定列挙して規程していた方式から，身体部位や患者の疾患等，一定の性質を有する名称を診療科目とする方式に改められた。
 2）2つ以上の診療科に従事している場合，各々の科に重複計上している。
 3）心臓血管外科には循環器外科を含む。

8 筑西・下妻構想区域の概況

- 人口 10 万人当たりの看護職員数の状況についてみると、保健師数、助産師数、看護師数については、全国平均、茨城県の人数を共に下回っています。准看護師数は全国平均、茨城県全体を上回っています。

図表 4-8-11 医療従事者数（看護職員数）

（単位：人）

	就業看護職員数（人）				人口 10 万人対（人）			
	保健師数	助産師数	看護師数	准看護師数	保健師数	助産師数	看護師数	准看護師数
全国平均	48,452	33,956	1,086,779	340,153	38.3	26.8	858.5	268.7
茨城県全体	1,097	642	19,675	8,056	37.5	22.0	673.4	275.7
筑西・下妻	86	36	1,090	913	32.5	13.6	412.3	345.4

出典：「平成 26 年衛生行政報告例」厚生労働省

（3）患者の医療需要の動向

① 医療需要

- 患者の医療需要の推計結果についてみると、平成 25(2013)年は 1,250.1 人/日（高度急性期 36.6 人/日、急性期 230.7 人/日、回復期 394.9 人/日、慢性期 588.0 人/日）でしたが、平成 47(2035)年をピークに増加傾向を示しており、平成 47(2035)年には 1,433.7 人/日（高度急性期 42.4 人/日、急性期 285.2 人/日、回復期 515.5 人/日、慢性期 590.7 人/日）となる見込みです。
- 医療機能別の割合をみると、高度急性期はほぼ一定の割合です。急性期、回復期の医療需要は平成 37(2025)年にかけて増加し、その後、漸減傾向を示します。慢性期の医療需要は平成 37(2025)年にかけて減少し、その後、漸増傾向を示します。

図表 4-8-12 医療需要の推計

		2013 年	2025 年	2030 年	2035 年	2040 年
実数 (人/日)	高度急性期	36.6	40.4	42.2	42.4	40.8
	急性期	230.7	262.5	280.2	285.2	275.9
	回復期	394.9	463.5	502.0	515.5	499.4
	慢性期	588.0	508.2	564.9	590.7	576.9
	合計	1,250.1	1,274.6	1,389.3	1,433.7	1,393.0
割合	高度急性期	2.9%	3.2%	3.0%	3.0%	2.9%
	急性期	18.5%	20.6%	20.2%	19.9%	19.8%
	回復期	31.6%	36.4%	36.1%	36.0%	35.9%
	慢性期	47.0%	39.9%	40.7%	41.2%	41.4%
	合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

② 流出入の状況（平成 25（2013）年の時点）

- 県内外の他の構想区域からの流入患者はありません。
- 県内のつくば構想区域や水戸構想区域、栃木県の県南構想区域に流出しています。

図表 4-8-13 患者の流出入（入院医療）

（単位：人/日 括弧内は必要病床数※3）

		医療機関所在地										合計	
		県内									栃木県		
		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	県南		
患者居住地	県内	水戸	2,489.0 (2,953.2)	0.0	128.6 (147.3)	0.0	197.0 (230.0)	37.4 (45.0)	0.0	11.0 (12.0)	0.0	0.0	
		土浦	86.4 (104.5)	0.0	0.0	0.0	1,101.4 (1,302.8)	257.9 (303.3)	138.9 (160.0)	10.4 (11.3)	0.0	0.0	
		つくば	0.0	0.0	0.0	0.0	41.0 (48.7)	1,514.7 (1,788.8)	405.1 (474.1)	31.3 (34.1)	10.9 (11.9)	0.0	
		筑西・ 下妻	40.0 (49.5)	0.0	0.0	0.0	0.0	335.7 (403.8)	0.0	981.6 (1,131.2)	62.8 (74.3)	185.5 (227.0)	1,605.7 (1,885.8)
	栃木県	県東	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	21.5 (23.4)	0.0	0.0	
	栃木県	県南	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	89.8 (98.5)	69.9 (82.4)	0.0	
合計									1,145.7 (1,310.4)				

※1：10人/日以下の地域については、マスキング処理により計上不能。以下同様。

※2：合計欄については、各医療圏の10人/日以上の数値の合計である。以下同様。

※3：必要病床数は、医療需要を病床稼働率（高度急性期0.75、急性期0.78、回復期0.9、慢性期0.92）で除算した値である。以下同様。

ア) 高度急性期

- 県内外の他の構想区域からの流入患者はありません。
- つくば構想区域や水戸構想区域、栃木県の県南構想区域に流出しています。

図表 4-8-14 患者の流出入（高度急性期）

（単位：人/日）

		医療機関所在地										合計	
		県内									栃木県		
		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	県南		
患者居住地	県内	筑西・ 下妻	10.3 (13.7)	0.0	0.0	0.0	0.0	48.1 (64.1)	0.0	35.2 (47.0)	0.0	34.3 (45.7)	127.9 (170.5)
	合計								35.2 (47.0)				

※1：10人/日以下の地域については、マスキング処理により計上不能となっています。

※2：合計欄については、各医療圏の10人/日以上の数値の合計です。

※3：必要病床数は、医療需要を病床稼働率（高度急性期0.75、急性期0.78、回復期0.9、慢性期0.92）で除算した値です。

8 筑西・下妻構想区域の概況

イ) 急性期

- 県内外の他の構想区域からの流入患者はありません。
- つくば構想区域，古河・坂東構想区域，水戸構想区域，栃木県の県南構想区域に流出しています。

図表 4-8-15 患者の流出入（急性期）

（単位：人/日）

			医療機関所在地										合計
			県内									栃木県	
			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	県南	
患者居住地	県内	筑西・下妻	16.3 (20.9)	0.0	0.0	0.0	0.0	123.9 (158.9)	0.0	237.0 (303.8)	28.0 (36.0)	77.6 (99.5)	482.9 (619.1)
	合計								237.0 (303.8)				

※1：10人/日以下の地域については，マスキング処理により計上不能となっています。

※2：合計欄については，各医療圏の10人/日以上の数値の合計です。

※3：必要病床数は，医療需要を病床稼働率（高度急性期0.75，急性期0.78，回復期0.9，慢性期0.92）で除算した値です。

ウ) 回復期

- 県内の他の構想区域からの流入患者はありませんが，栃木県の県南構想区域からの流入患者がみられます。
- つくば構想区域，古河・坂東構想区域，水戸構想区域，栃木県の県南構想区域に流出しています。なお，栃木県の県南構想区域については，流入患者数（36.3人/日）と，流出患者数（73.6人/日）の差引で，流出患者が過剰となっています。

図表 4-8-16 患者の流出入（回復期）

（単位：人/日）

			医療機関所在地										合計
			県内									栃木県	
			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	県南	
患者居住地	県内	筑西・下妻	13.5 (15.0)	0.0	0.0	0.0	0.0	117.1 (130.1)	0.0	387.2 (430.2)	22.3 (24.8)	73.6 (81.7)	613.6 (681.7)
	栃木県	県南	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	36.3 (40.3)	26.5 29.4	0.0	
	合計									423.5 (470.5)			

※1：10人/日以下の地域については，マスキング処理により計上不能となっています。

※2：合計欄については，各医療圏の10人/日以上の数値の合計です。

※3：必要病床数は，医療需要を病床稼働率（高度急性期0.75，急性期0.78，回復期0.9，慢性期0.92）で除算した値です。

エ) 慢性期

- つくば構想区域，水戸構想区域，土浦構想区域，栃木県の県南構想区域，県東構想区域からの流入患者がみられます。
- つくば構想区域，古河・坂東構想区域に流出していますが，県外への流出患者はありません。

図表 4-8-17 患者の流出入（慢性期）

(単位：人/日)

		医療機関所在地									合計	
		県内										
		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		
患者居住地	県内	水戸	470.7 (511.6)	0.0	35.7 (38.8)	0.0	60.1 (65.4)	0.0	0.0	11.0 (12.0)	0.0	
		土浦	17.2 (18.7)	0.0	0.0	0.0	238.9 (259.7)	87.5 (95.1)	33.6 (36.5)	10.4 (11.3)	0.0	
		つくば	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	452.8 (492.2)	103.0 (111.9)	31.3 (34.1)	10.9 (11.9)	
		筑西・ 下妻	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	46.7 (50.7)	0.0	322.2 (350.2)	12.5 (13.6)	
	栃木県	県東	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	21.5 (23.4)	0.0	
		県南	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	53.5 (58.1)	13.7 14.9	
	合計									450.0 (489.1)		

※1：10人/日以下の地域については，マスキング処理により計上不能となっています。
 ※2：合計欄については，各医療圏の10人/日以上の数値の合計です。
 ※3：必要病床数は，医療需要を病床稼働率（高度急性期0.75，急性期0.78，回復期0.9，慢性期0.92）で除算した値です。

オ) がん

- がんについては，高度急性期，急性期，回復期のいずれについても他の構想区域へ流出しています。流入先としてはつくば構想区域が多くなっています。

図表 4-8-18 がん患者の流出入

(単位：人/日)

	在住者(患者住所地) の医療需要(人/日)	流出者数...① (人/日)	医療機関(医療機関所在地) の医療需要(人/日)	流入者数...② (人/日)	流出入の差分 (②-①)(人/日)
高度急性期	34.8	32.6	0.0	0.0	-32.6
急性期	77.3	67.4	10.6	0.0	-67.4
回復期	63.8	49.8	15.0	0.0	-49.8
慢性期	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
在宅医療等	21.7	11.8	10.6	0.0	-11.8
計	197.6	161.6	36.2	0.0	-161.6

患者流出先構想区域（二次医療圏）TOP5

都道府県	二次医療圏	流出者数
1 茨城県	0806:つくば	70.6
2 栃木県	0905:県南	55.3
3 茨城県	0801:水戸	11.9
4 茨城県	0809:古河・坂東	10.7
5 栃木県	0904:県東	0.0

患者流入元構想区域（二次医療圏）TOP5

都道府県	二次医療圏	流入者数
1 栃木県	0905:県南	0.0
2 茨城県	0801:水戸	0.0
3 茨城県	0809:古河・坂東	0.0
4 茨城県	0806:つくば	0.0
5 栃木県	0904:県東	0.0

※ 10人/日以下の地域については，マスキング処理により計上不能となっています。

8 筑西・下妻構想区域の概況

カ) 脳卒中

- 脳卒中の急性期について他の構想区域へ流出しています。流出先としてはつくば構想区域が多くなっています。

図表 4-8-19 脳卒中患者の流出入

(単位：人/日)

	在住者(患者住所地)の医療需要(人/日)	流出者数・・・①(人/日)	医療機関(医療機関所在地)の医療需要(人/日)	流入者数・・・②(人/日)	流出入の差分(②-①)(人/日)
高度急性期	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
急性期	36.6	19.1	18.7	0.0	-19.1
回復期	26.9	0.0	19.2	0.0	0.0
慢性期	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
在宅医療等	10.8	0.0	0.0	0.0	0.0
計	74.2	19.1	37.9	0.0	-19.1

患者流出先構想区域(二次医療圏) TOP5

都道府県	二次医療圏	流出者数
1 茨城県	0806:つくば	14.7
2 茨城県	0809:古河・坂東	0.0
3 栃木県	0905:県南	0.0
4 茨城県	0801:水戸	0.0
5 茨城県	0807:取手・竜ヶ崎	0.0

患者流入元構想区域(二次医療圏) TOP5

都道府県	二次医療圏	流入者数
1 栃木県	0905:県南	0.0
2 茨城県	0809:古河・坂東	0.0
3 宮城県	0403:仙台	0.0
4 茨城県	0801:水戸	0.0
5 茨城県	0806:つくば	0.0

※ 10人/日以下の地域については、マスキング処理により計上不能となっています。

キ) 心筋梗塞

- 心筋梗塞については、流出入はありますが、患者が10人/日未満のためマスキングされており、流出入はないものとして推計されます。

図表 4-8-20 心筋梗塞患者の流出入

(単位：人/日)

	在住者(患者住所地)の医療需要(人/日)	流出者数・・・①(人/日)	医療機関(医療機関所在地)の医療需要(人/日)	流入者数・・・②(人/日)	流出入の差分(②-①)(人/日)
高度急性期	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
急性期	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
回復期	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
慢性期	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
在宅医療等	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
計	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

患者流出先構想区域(二次医療圏) TOP5

都道府県	二次医療圏	流出者数
1 茨城県	0806:つくば	0.0
2 栃木県	0905:県南	0.0
3 茨城県	0801:水戸	0.0
4 茨城県	0809:古河・坂東	0.0
5 栃木県	0901:県北	0.0

患者流入元構想区域(二次医療圏) TOP5

都道府県	二次医療圏	流入者数
1 茨城県	0801:水戸	0.0
2 神奈川県	1401:横浜北部	0.0
3 東京都	1306:区東北部	0.0
4 茨城県	0809:古河・坂東	0.0

※ 10人/日以下の地域については、マスキング処理により計上不能。

(4) 平成 37(2025)年における必要病床数と在宅医療等の必要量

ア) 必要病床数の推計結果

- 医療機関所在地ベースの推計をみると、平成 37(2025)年の必要病床数のうち、高度急性期(54床)、急性期(337床)、回復期(515床)の合計は906床となり、現在の一般病床1,276床のうち、370床の減床が推計されます。また、慢性期については、452床の減床が推計されます。
- ただし、新たに設置される(仮称)新中核病院及びさくらがわ地域医療センターの整備により、急性期・回復期・慢性期の医療需要について、栃木県への患者の流出に歯止めがかかることが予想されるため、必要病床数の推計には栃木県との調整結果を踏まえる必要があります。

図表 4-8-21 平成 37(2025)年における医療需要の推計結果(医療機関所在地ベース)

	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)許可病床数 (単位:床)	(参考)基準病床数 (単位:床)
		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)		
高度急性期	145.3	40.4	40.4	54	(一般)	
急性期	510.1	262.5	262.5	337	1,276	
回復期	644.2	463.5	463.5	515	(療養)1,004	
慢性期	414.7	508.2	508.2	552		
合計	1,714.3	1,274.6	1,274.6	1,458	2,280	1,308

※1:上記の慢性期機能の医療需要推計については、パターンBを採用した場合の数値です。

※2:許可病床数は一般病床、療養病床の2区分であるのに対し、2025年必要病床数は高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4区分であり、双方の区分が異なることから、差引欄、増減率欄の算出にあたっては、2025年必要病床数欄の数値のうち高度急性期、急性期、回復期の数値の合計値を一般病床の数値とみなし、慢性期の数値を療養病床の数値とみなして算出しています。

図表 4-8-22 【参考】平成 37(2025)年における医療需要の推計結果(患者住所地ベース)

	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)許可病床数 (単位:床)	(参考)基準病床数 (単位:床)
		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)		
高度急性期	145.3	40.4	145.3	194	(一般)	
急性期	510.1	262.5	510.1	654	1,276	
回復期	644.2	463.5	644.2	716	(療養)1,004	
慢性期	414.7	508.2	414.7	451		
合計	1,714.3	1,274.6	1,714.3	2,015	2,280	1,308

図表 4-8-23 【【参考】平成 27 年度病床機能報告制度結果

(単位:床)

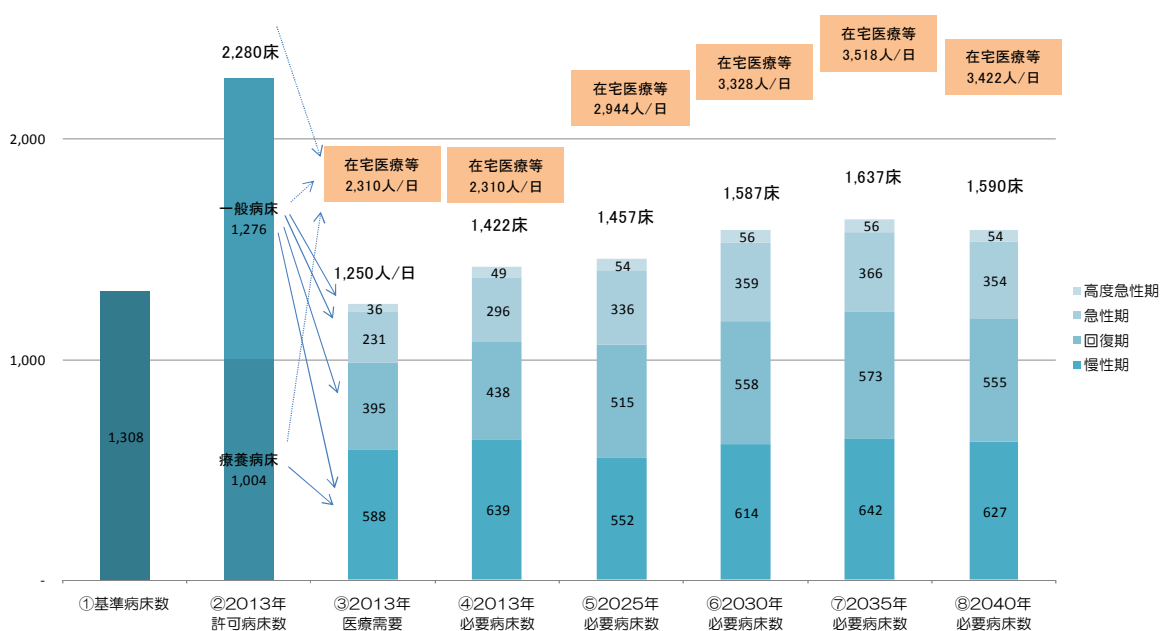
高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟中等※	計
9	850	231	962	187	2,239

※「休棟中等」には、休棟中、休棟後の再開の予定なし、休棟・廃止予定、無回答が該当します。

イ) 必要病床数の推移と許可病床数との関係

- 平成 25(2013)年の許可病床数を在宅医療等と 4 つの機能（高度急性期，急性期，回復期，慢性期）とに振り分けたものが平成 25(2013)年における必要病床数となります。平成 25(2013)年の必要病床数に人口の伸びを加味して，平成 37(2025)年から平成 52(2040)年までの必要病床数を推計しています。
- 筑西・下妻構想区域における必要病床数は，平成 37(2025)年に 1,457 床となった後，平成 47(2035)年にピーク（1,637 床）に達します。

図表 4-8-24 必要病床数の推移と許可病床数との関係



<重要>

- ・ 平成37(2025)年必要病床数は，現在の許可病床数で対応している医療需要を基に算出しており，今後の人口推移や比較的軽微な入院患者等の在宅医療等へ移行等が，現時点の見込みどおりに進んだ場合の推計値です。
- ・ 県では，地域の医療機関の協議等により，在宅医療等への移行や，医療機能の役割分担などの医療提供体制の効率化等が進んでいく（すなわち2025年の医療需要への対応体制が整備されていく）ことで，現在の許可病床数が，9年間をかけて徐々に平成37(2025)年必要病床数へ近づいていくことを想定しており，現在の許可病床数を急激に削減することを意図するものではありません。
- ・ なお，推計の前提となっている現在の医療提供体制や，人口推移及び在宅医療等への移行等の見込みについては，当然，変化していくものであることから，県では，必要病床数の推計を固定的なものとは捉えないで，その推計方法を評価の上，見直しを図ってまいります。

例えば，在宅医療等への移行が見込みどおりに進まなかった場合には，在宅医療等への移行率について，地域の事情を踏まえた見直し等を図るよう，国へ協議する等の対応をしてまいります。

ウ) 在宅医療等の必要量

- 地域医療構想策定支援ツールによって推計される現状（平成 25(2013)年）と平成 37(2025)年時点の在宅医療等の医療需要（人/日）は以下のとおりです。
- 筑西・下妻については、現状の 127.4%の在宅医療等の供給が必要となります。そのうち、訪問診療については、現状の 121.8%の供給が必要となります。
- また、在宅医療等のうち訪問診療分（2013 年の在宅患者訪問診療料の算定患者数の割合により推計）を除いた老人保健施設等分の医療需要についても、現状の 131.4%の供給が必要となります。
- なお、平成 37(2025)年の老人保健施設等分の医療需要から平成 37(2025)年の老人保健施設の整備目標との差をみると、577 人/日の不足分が生じます。

図表 4-8-25 2025 年における在宅医療等の必要量

	在宅医療等の医療需要（人/日）			（うち）訪問診療分の医療需要（人/日）		
	2013年 (A)	2025年 (B)	伸び率 (B/A)	2013年 (C)	2025年 (D)	伸び率 (D/C)
水戸	3,631	5,057	139.3%	1,499	2,041	136.1%
日立	2,206	3,167	143.6%	941	1,326	141.0%
常陸太田・ひたちなか	2,861	3,827	133.8%	1,154	1,507	130.7%
鹿行	1,569	2,186	139.3%	532	699	131.3%
土浦	2,108	3,024	143.4%	978	1,413	144.5%
つくば	2,690	3,949	146.8%	1,647	2,386	144.9%
取手・竜ヶ崎	3,086	4,968	161.0%	1,374	2,187	159.2%
筑西・下妻	2,310	2,944	127.4%	962	1,172	121.8%
古河・坂東	1,648	2,225	135.0%	770	1,054	136.9%

	（うち）老人保健施設等分の医療需要（人/日）			老人保健施設の定員整備目標（人）	
	2013年 (A)	2025年 (B)	伸び率 (B/A)	2025年 (C)	不足分 (B-C)
水戸	2,131	3,016	141.5%	2,508	508
日立	1,265	1,840	145.5%	880	960
常陸太田・ひたちなか	1,707	2,320	135.9%	1,493	827
鹿行	1,037	1,488	143.4%	1,016	472
土浦	1,130	1,611	142.5%	1,118	493
つくば	1,043	1,563	149.9%	993	570
取手・竜ヶ崎	1,712	2,781	162.5%	1,783	998
筑西・下妻	1,348	1,772	131.4%	1,195	577
古河・坂東	878	1,170	133.3%	813	357

出典：「地域医療構想策定支援ツール」、「第 6 期いばらき高齢者プラン 21」より作成

(5) 医療提供体制の現状と課題

【流出入】

- 一般病床の医療資源の水準が低いこともあり、高度急性期及び急性期については他の医療圏からの流入は少なく、つくばや水戸構想区域への流出傾向にあります（図表 4-8-14, 4-8-15）。

【医療提供体制】

- 医療提供体制についてみると、がんの入院医療・外来医療、急性心筋梗塞の急性期医療、2次救急への対応体制は不足しています（図表 4-8-8）。

一般病床の医療資源水準が低いことから、高度急性期及び急性期については、県内外の周辺圏域との連携が必要です。

建設予定の（仮称）新中核病院が開設する平成 30 年 10 月以降は、受療動向の変化に応じた機能別必要病床数の見直しを行う必要があります。

- 人口 10 万人当たりの医療従事者（医師、歯科医師、薬剤師）数は、県平均を下回っています。特に医師がかなり不足しています。特に八千代町、下妻市の不足が顕著です（図表 4-8-9）。現在も医療従事者が不足している状況であります。今後は、さらに人口減少に伴い 30 代～50 代の就労年齢層の人口が、高齢者人口に比して増えない状況が予想されます。需要が増大する後期高齢者のケアニーズを支える若年層の人材確保及び育成が必要となっております。

【医療需要】

- 平成 37(2025)年の医療需要をみると、回復期が現状の 4 倍程度必要となり、不足が生じる回復期病床の確保が必要となっております（図表 4-8-16）。
- 平成 37(2025)年の在宅医療需要は現在の 127.4%の供給が必要と推計されています。増加する需要と不足する供給にどのように対応すべきか検討していく必要があります。

(6) 課題解決に向けた施策及び今後の検討の方向性

【医療機能の分化・連携の促進】

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

今後の医療ニーズの増加や変化に対応するには、患者の状態に見合った病床で、より良質な医療サービスを提供できる体制を構築する必要があります。

平成 37(2025)年には、人口の高齢化に伴い回復期機能を持つ病床が不足すると考えられることから、急性期機能の病床を回復期に移行することについて検討する必要があります。

また、将来、筑西・桜川地域において、（仮称）新中核病院及びさくらがわ地域医療

センターが開設されるなど、医療提供体制に変化が生じた場合は、必要病床数について再検討します。

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

【在宅医療等の充実】

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

【医療従事者等の養成・確保】

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

9 古河・坂東構想区域の概況

(1) 人口動態

- 構成市町：古河市，坂東市，五霞町，境町となります。
- 平成 37(2025)年には総人口は 210,661 人で，平成 27(2015)年時点と比較して 16,639 人減少します。
 一方で，65 歳以上人口は 66,373 人で，同 7,399 人増加します。75 歳以上人口は 36,382 人で，同 9,966 人増加します。
- 65 歳以上人口は平成 37(2025)年をピークに減少傾向になります。また，75 歳以上人口は平成 47(2035)年まで急速に増加し，その後，減少傾向となります。そのため，医療需要が増加する 75 歳以上の高齢者の急増に対応した医療提供体制を整備する必要があります。

図表 4-9-1 将来人口推計 (2015 年-2040 年)

(単位：人)

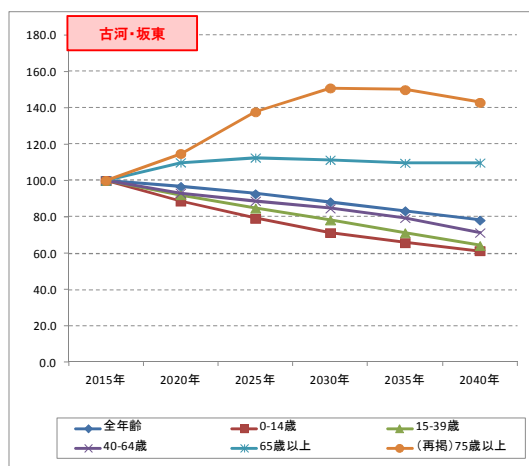
	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
総人口 (構想区域)	227,300	219,687	210,661	200,505	189,389	177,607
0-14歳	28,173	24,993	22,316	20,091	18,533	17,286
15-39歳	61,175	56,332	51,878	47,912	43,567	39,244
40-64歳	78,978	73,553	70,094	66,861	62,650	56,338
65歳以上	58,974	64,809	66,373	65,641	64,639	64,739
(再掲) 75歳以上	26,416	30,322	36,382	39,837	39,591	37,746

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（平成 25（2013）年 3 月推計）」

図表 4-9-2 2015 年の人口を 100 とした場合の各年の人口指数

	2015年	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年
総人口 (構想区域)	100.0	96.7	92.7	88.2	83.3	78.1
0-14歳	100.0	88.7	79.2	71.3	65.8	61.4
15-39歳	100.0	92.1	84.8	78.3	71.2	64.2
40-64歳	100.0	93.1	88.8	84.7	79.3	71.3
65歳以上	100.0	109.9	112.5	111.3	109.6	109.8
(再掲) 75歳以上	100.0	114.8	137.7	150.8	149.9	142.9
総人口 (県全体)	100.0	97.6	94.6	91.1	87.1	82.9
65歳以上	100.0	108.7	111.0	111.0	111.2	113.6
(再掲) 75歳以上	100.0	115.3	136.2	147.0	145.9	141.8

図表 4-9-3 2015 年の人口を 100 とした場合の各年の人口指数 (グラフ)



(2) 医療資源の状況

ア) 病院病床数の状況

- 古河・坂東構想区域は人口 10 万人当たりの一般病床数（病院分）、DPC 算定病床は県内でほぼ中間の水準にあります。
- 一方で、人口 10 万人当たりの療養病床数（病院分）は県内で最も低い水準にあります。

図表 4-9-4 病院病床数の状況

(単位：床)

	病院病床数※1			人口10万人対病院病床数※2、※3		
	一般病床	DPC算定病床	療養病床	一般病床	DPC算定病床	療養病床
茨城県	18,850	8,275	5,746	645.1	283.2	196.5
水戸	4,235	2,133	970	901.9 (1)	454.3 (2)	206.6 (4)
日立	2,008	615	697	771.5 (3)	236.3 (6)	267.8 (2)
常陸太田・ひたちなか	1,664	475	603	458.3 (8)	130.8 (7)	166.1 (7)
鹿行	1,272	158	595	462.7 (7)	57.5 (8)	216.5 (3)
土浦	1,636	1,022	437	626.4 (5)	391.3 (3)	167.3 (6)
つくば	2,611	1,729	593	788.2 (2)	521.9 (1)	179 (5)
取手・竜ヶ崎	3,032	1,416	646	645.1 (4)	301.3 (5)	136.6 (8)
筑西・下妻	1,100	0	987	416.1 (9)	0 (9)	373.4 (1)
古河・坂東	1,292	727	218	568.4 (6)	319.8 (4)	95.9 (9)

※1：「平成26年医療施設調査」厚生労働省、「平成26年度 DPC導入の影響評価に関する調査」厚生労働省
 ※2：国立社会保障・人口問題研究所は「日本の地域別将来推計人口（平成25（2013）年3月推計）」の2015年推計人口で算出したもの。
 ※3：構想区域ごとの人口10万人対病院病床数の数値横の（ ）内の数値は県内順位である。

イ) 一般診療所および病床数の状況

- 古河・坂東構想区域には 116 の一般診療所があり、その病床数は 155 です。

図表 4-9-5 一般診療所および病床数

	一般診療所数・病床数			人口10万対		
	一般診療所数	有床診療所数	有床診療所の病床数	一般診療所数	有床診療所数	有床診療所の病床数
県全体	1,722	155	2,140	58.9	5.3	73.2
古河・坂東構想区域	116	12	155	51.0	5.3	68.2
古河市	74	7	83	53.1	5.0	59.5
坂東市	27	4	62	49.9	7.4	114.5
五霞町	4	-	-	44.7	-	-
境町	11	1	10	44.4	4.0	40.3

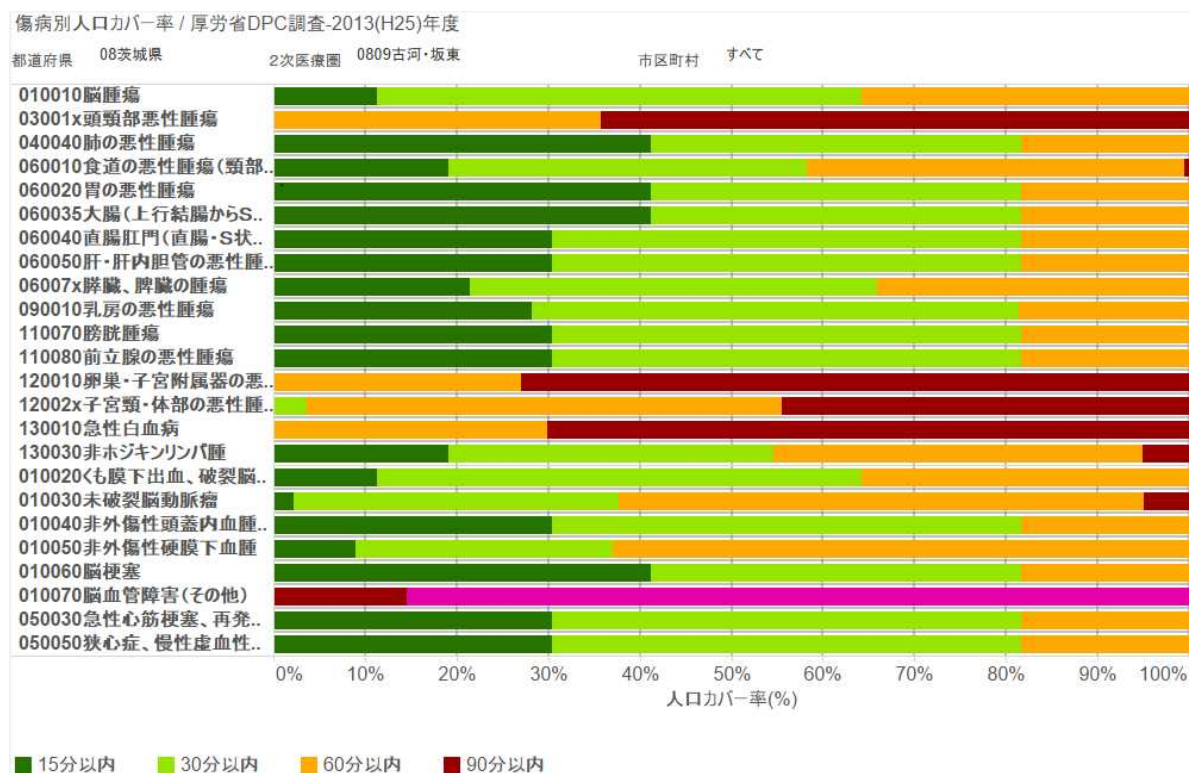
出典：「平成 26 年医療施設（静態・動態）調査」厚生労働省
 人口 10 万人対は「日本の地域別将来推計人口（平成 25（2013）年 3 月推計）」国立社会保障・人口問題研究所の 2015 年推計人口を用いて算出しています。

9 古河・坂東構想区域の概況

ウ) 傷病別人口カバー率(がん, 脳卒中, 心筋梗塞)

- がん, 脳卒中, 心筋梗塞について, 医療機関への到達時間が 15 分以内の人口カバー率は, 多くの疾患について 40~50%前後となっています。ただし, 「03001x 頭頸部悪性腫瘍」など一部の傷病のように, 15 分以内の人口カバー率が 0%にとどまっているものもみられます。
- 発症後, 早期に治療を開始することが望ましい脳卒中, 心筋梗塞については, 「010030 未破裂脳動脈瘤」, 「010050 非外傷性硬膜下血腫」, 「010070 脳血管障害(その他)」を除いて 30 分以内で病院に到達可能な人口カバー率が概ね 60~80%程度であり, 少なくとも現行の医療提供体制を維持することが望まれます。

図表 4-9-6 傷病別人口カバー率(がん, 脳卒中, 心筋梗塞)



出典: 「平成 25 年度 DPC 導入の影響評価に関する調査」厚生労働省

注 1) 傷病別人口カバー率は, 傷病別に, 最寄りの DPC 病院に到達できる構想区域内における人口割合を時間別(15 分以内, 30 分以内, ...) に示したものです。

注 2) 図中のがん, 脳卒中, 心筋梗塞の傷病名:

がん: 010010 脳腫瘍~130030 非ホジキンリンパ腫

脳卒中: 010020 くも膜下出血~010070 脳血管障害(その他)

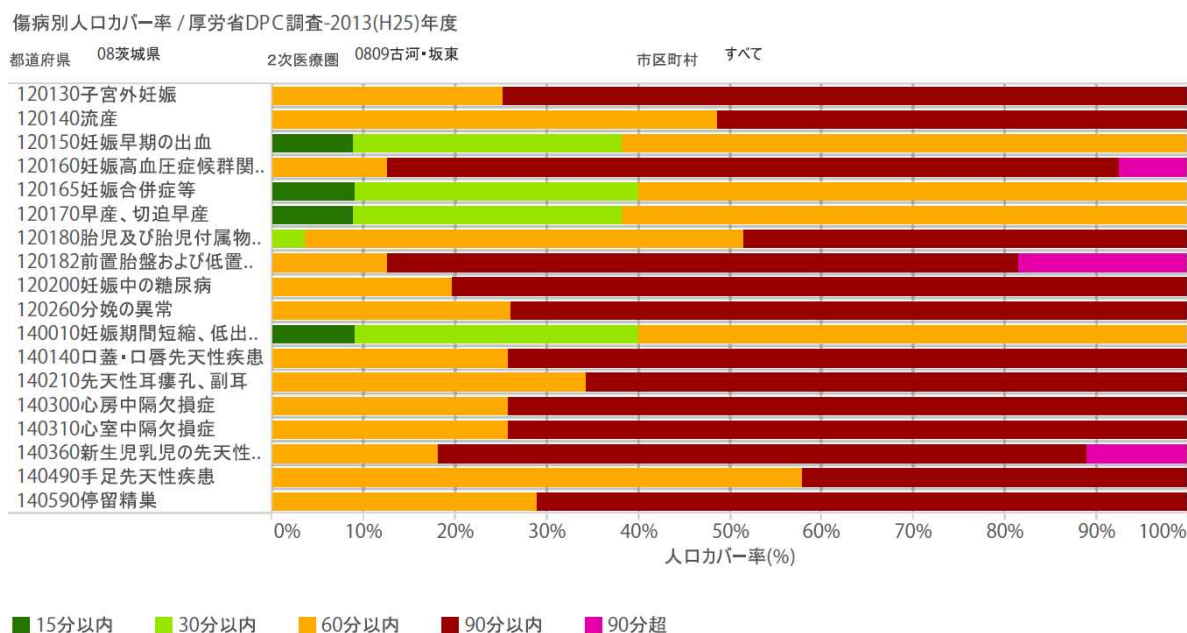
心筋梗塞: 050030 急性心筋梗塞~050050 狭心症)

注 3) 移動に係る交通手段について資料に明記はありませんが, 自動車交通によるものと想定されます。

エ) 傷病別人口カバー率（周産期）

- 周産期についてみると、医療機関への到達時間が30分以内の人口カバー率はほとんどの疾患で0%と非常に低くなっています。特に発症後、早期に治療を開始することが望ましい「120140 流産」では30分以内の人口カバー率が0%、「120170 早産、切迫早産」や「140010 妊娠期間短縮、低出産体重に関連する障害」では40%程度にとどまっており、当該地域における急を要する疾病に対する医療提供体制を検討する必要があります。

図表 4-9-7 傷病別人口カバー率（周産期）



出典：「平成25年度DPC導入の影響評価に関する調査」厚生労働省

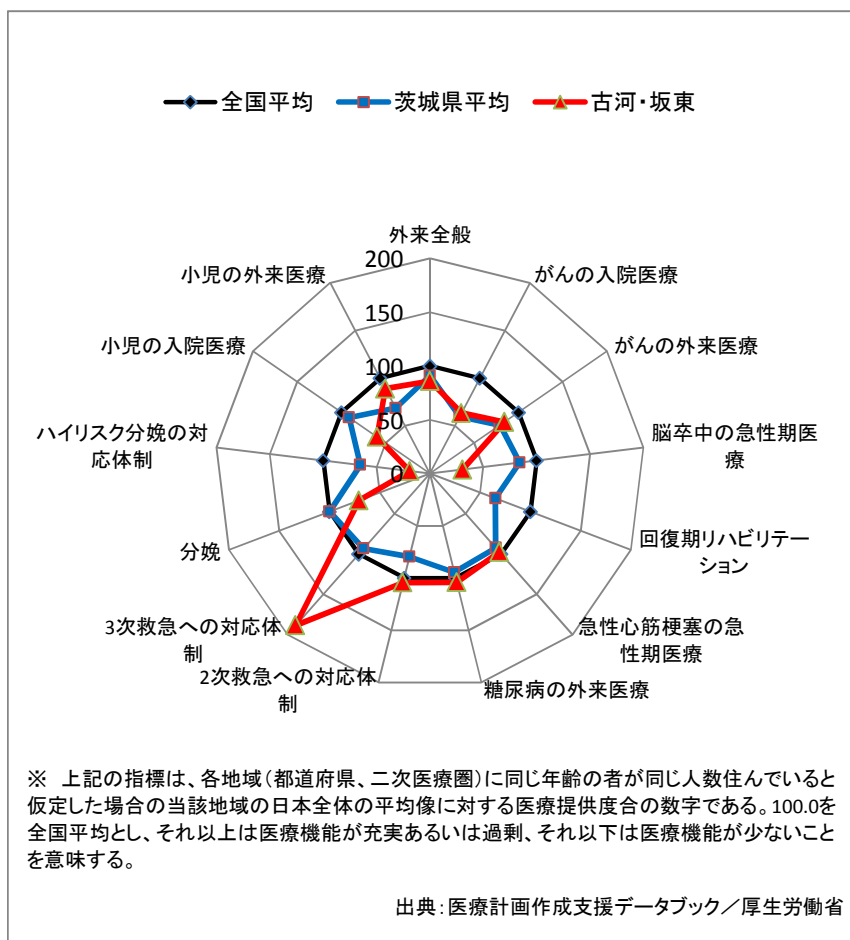
注1) 傷病別人口カバー率は、傷病別に、最寄りのDPC病院に到達できる構想区域内における人口割合を時間別（15分以内、30分以内、・・・）に示したものであります。

注2) 移動に係る交通手段について資料に明記はありませんが、自動車交通によるものと想定されます。

オ) 5 疾病 5 事業に係る医療提供体制

- 古河・坂東構想区域は、3 次救急への対応体制は、全国平均、茨城県平均を大きく上回っており、充実しています。ハイリスク分娩の対応体制、脳卒中の急性期医療については、全国平均、茨城県平均を大きく下回っており、かなり不足しています。その他医療機能については、全国平均、茨城県平均とほぼ同様の水準であります。尚、回復期リハビリテーションについては、出典のデータベースにデータが存在していないため、非表示としています。

図表 4-9-8 5 疾病 5 事業に係る医療提供体制



注) 上記の図表は 5 疾病 5 事業に係る医療提供体制の概略であり、下表の事項のみを用いて作成しています。

5疾病5事業の医療提供体制の指標		
事項	把握対象	把握対象
外来全般	再診	再診料または外来診療料を算定した入院外レセプト数
がん	がんの入院医療	悪性腫瘍を主傷病とする患者の入院レセプト数
	がんの外来医療	悪性腫瘍を主傷病とする患者の入院外レセプト数
脳卒中	脳卒中の急性期医療	超急性期脳卒中加算を算定したレセプト数
	回復期リハビリテーション	回復期リハビリテーション病棟入院料を算定したレセプト数(注:大腿骨頭部骨折によるリハビリも含まれる)
急性心筋梗塞	急性心筋梗塞の急性期医療	急性心筋梗塞を主傷病とする患者の入院レセプト数
糖尿病	糖尿病の外来医療	糖尿病を主傷病とする患者の入院外レセプト数
	救急医療	救急医療管理加算または救急救命管理料を算定した入院レセプト数
救急医療	3次救急への対応体制	救命救急入院料を算定した入院レセプト数
	2次救急への対応体制	救命救急入院料を算定した入院レセプト数
周産期医療	分娩	帝王切開を実施した入院レセプト数
	ハイリスク分娩の対応体制	ハイリスク妊産婦共同管理料またはハイリスク分娩管理加算を算定した入院レセプト数
小児医療	小児の入院医療	小児入院管理料を算定した入院レセプト数
	小児の外来医療	乳幼児や小児にかかる初診料・再診料・外来診療料の加算または小児科外来診療料を算定した入院外レセプト数

カ) 医療従事者数（医師数，歯科医師数，薬剤師数，看護師数）

- 古河・坂東構想区域における人口 10 万人当たりの医師数，薬剤師数は，いずれも県全体を下回っています。歯科医師数については県全体を上回っています。
- 古河・坂東構想区域の中では，五霞町の医師数，歯科医師数，薬剤師数がいずれも少なくなっています。境町の医師数が多くなっています（いずれも人口 10 万人当たりの人数）。

図表 4-9-9 医療従事者数（医師数，歯科医師数，薬剤師数）

	医療施設の従事者数（人）			人口10万対（人）		
	医師数	歯科医師数	薬剤師数※	医師数	歯科医師数	薬剤師数
県全体	4,950	1,920	4,662	169.6	65.8	159.7
古河・坂東構想区域	291	169	300	126.7	73.6	130.6
古河市	180	117	207	127.5	82.9	146.6
坂東市	40	32	49	73.0	58.4	89.5
五霞町	2	3	3	22.4	33.5	33.5
境町	69	17	41	278.3	68.6	165.3

出典：「平成 26 年医師・歯科医師・薬剤師調査」厚生労働省

※薬剤師数は，薬局従事者も含まれます。

図表 4-9-10 医療従事者数（診療科別医師数）

（単位：人）

	平成26年12月31日現在																					
	医師数	内科	呼吸器内科	循環器内科	（消化器内科） （胃腸内科）	腎臓内科	神経内科	（代謝内科） （糖尿病内科）	血液内科	皮膚科	アレルギー科	リウマチ科	感染症内科	小児科	精神科	心療内科	外科	呼吸器外科	心臓血管外科	乳癌科	気管食道外科	（消化器外科） （胃腸外科）
県全体	4,950	1,577	246	376	519	111	132	136	39	302	102	78	13	623	253	90	543	46	59	53	20	177
古河・坂東医療圏	291	98	10	25	31	9	8	3	—	15	3	4	—	43	22	3	54	3	3	4	1	7
古河市	180	63	2	13	18	7	6	3	—	10	3	3	3	19	14	3	35	2	—	3	1	4
坂東市	40	23	3	5	7	—	2	—	—	4	—	1	1	12	8	—	9	—	—	1	—	2
五霞町	2	2	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
境町	69	10	5	6	5	2	—	—	—	1	—	—	—	11	—	—	10	1	3	—	—	1
	153	97	178	463	60	5	236	157	24	204	7	46	211	123	165	34	8	45	281	13	154	3
	泌尿器科	肛門外科	脳神経外科	整形外科	形成外科	美容外科	眼科	耳鼻いんこう科	小児科	産婦人科	産科	婦人科	シリハビリテ科	放射線科	麻酔科	病理診断科	臨床検査科	救急科	臨床研修科	その他	不詳	
県全体	153	97	178	463	60	5	236	157	24	204	7	46	211	123	165	34	8	45	281	13	154	3
古河・坂東医療圏	3	2	4	9	1	0	5	3	0	4	0	1	4	2	3	1	0	1	6	0	3	0
古河市	2	2	5	12	1	—	7	3	—	4	—	1	5	1	1	—	—	1	3	0	2	—
坂東市	2	2	4	12	1	—	7	5	—	3	—	1	4	1	2	—	—	—	2	—	3	—
五霞町	1	—	1	6	—	—	3	1	—	—	—	—	2	1	—	—	—	—	1	1	1	—
境町	3	—	3	15	—	—	8	3	—	—	—	3	5	3	—	—	—	—	3	3	3	—
	2	2	6	8	1	—	3	—	—	6	—	—	4	1	—	—	—	2	4	—	—	—
	3	3	9	12	1	—	4	—	—	9	—	—	6	1	—	—	—	3	6	—	—	—

注：1）平成20年4月1日医療法施行令の一部改正により，診療科目については，従来，省令に具体的名称を限定列挙して規程していた方式から，身体部位や患者の疾患等，一定の性質を有する名称を診療科目とする方式に改められた。
 2）2つ以上の診療科に従事している場合，各々の科に重複計上している。
 3）心臓血管外科には循環器外科を含む。

9 古河・坂東構想区域の概況

- 人口 10 万人当たりの看護職員数の状況についてみると、保健師数、助産師数、看護師数については、全国平均、茨城県の人数を共に下回っています。准看護師数は全国平均、茨城県全体を上回っています。

図表 4-9-11 医療従事者数（看護職員数）

（単位：人）

	就業看護職員数（人）				人口10万人対（人）			
	保健師数	助産師数	看護師数	准看護師数	保健師数	助産師数	看護師数	准看護師数
全国平均	48,452	33,956	1,086,779	340,153	38.3	26.8	858.5	268.7
茨城県全体	1,097	642	19,675	8,056	37.5	22.0	673.4	275.7
古河・坂東	76	31	1,179	765	33.4	13.6	518.7	336.6

出典：「平成 26 年衛生行政報告例」厚生労働省

（3）患者の医療需要の動向

① 医療需要

- 患者の医療需要の推計結果についてみると、平成 25(2013)年は 1,037.1 人/日（高度急性期 87.6 人/日，急性期 417.5 人/日，回復期 306.6 人/日，慢性期 225.4 人/日）であったが、平成 47(2035)年をピークに増加傾向を示しており、平成 47(2035)年には 1,314.7 人/日（高度急性期 100.1 人/日，急性期 538.0 人/日，回復期 406.2 人/日，慢性期 270.4 人/日）となる見込みです。
- 医療機能別の割合をみると、高度急性期、慢性期の医療需要が漸減傾向にあるのに対して、急性期、回復期は漸増傾向となっています。

図表 4-9-12 医療需要の推計

		2013 年	2025 年	2030 年	2035 年	2040 年
実数 (人/日)	高度急性期	87.6	99.2	101.4	100.1	96.6
	急性期	417.5	501.8	533.4	538.0	520.4
	回復期	306.6	377.3	402.7	406.2	392.8
	慢性期	225.4	252.3	268.3	270.4	260.5
	合計	1,037.1	1,230.6	1,305.8	1,314.7	1,270.2
割合	高度急性期	8.4%	8.1%	7.8%	7.6%	7.6%
	急性期	40.3%	40.8%	40.9%	40.9%	41.0%
	回復期	29.6%	30.7%	30.8%	30.9%	30.9%
	慢性期	21.7%	20.5%	20.5%	20.6%	20.5%
	合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

② 流出入の状況（平成 25（2013）年の時点）

- 県内のつくば、筑西・下妻、栃木県の県南、埼玉県の利根構想区域から流入しています。
- 県内のつくば、栃木県の県南の各構想区域に流出しています。

図表 4-9-13 患者の流出入（入院医療）

（単位：人/日 括弧内は必要病床数※3）

			医療機関所在地												
			県内									栃木県	埼玉県	合計	
			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	県南	利根		
患者居住地	県内	つくば	0.0	0.0	0.0	0.0	41.0 (48.7)	1,514.7 (1,788.8)	405.1 (474.1)	31.3 (34.1)	10.9 (11.9)	0.0	0.0	/	
		筑西・下妻	40.0 (49.5)	0.0	0.0	0.0	0.0	335.7 (403.8)	0.0	981.6 (1,131.2)	62.8 (74.3)	185.5 (227.0)	0.0		/
		古河・坂東	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	141.3 (168.9)	32.9 (38.7)	0.0	884.0 (1,055.9)	134.4 (158.6)	42.2 (48.7)		
	栃木県	県南	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	89.8 (98.5)	69.9 (82.4)	0.0	0.0	/	
	埼玉県	利根	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	92.4 (109.8)	0.0	0.0	/	
合計		/	/	/	/	/	/	/	/	1,120.0 (1,334.3)	/	/	/		

※1：10人/日以下の地域については、マスキング処理により計上不能。以下同様。

※2：合計欄については、各医療圏の10人/日以上の数値の合計である。以下同様。

※3：必要病床数は、医療需要を病床稼働率（高度急性期0.75、急性期0.78、回復期0.9、慢性期0.92）で除算した値である。以下同様。

ア) 高度急性期

- 県内外の他の構想区域からの流入患者はありません。
- 県内のつくば、栃木県の県南の各構想区域に流出しています。

図表 4-9-14 患者の流出入（高度急性期）

（単位：人/日）

			医療機関所在地										
			県内									栃木県	合計
			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	県南	
患者居住地	県内	古河・坂東	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	18.7 (24.9)	0.0	0.0	69.5 (92.7)	14.3 (19.1)	102.5 (136.7)
		合計	/	/	/	/	/	/	/	/	69.5 (92.7)	/	/

※1：10人/日以下の地域については、マスキング処理により計上不能となっています。

※2：合計欄については、各構想区域の10人/日以上の数値の合計です。

※3：必要病床数は、医療需要を病床稼働率（高度急性期0.75、急性期0.78、回復期0.9、慢性期0.92）で除算した値です。

9 古河・坂東構想区域の概況

イ) 急性期

- 県内の筑西・下妻，栃木県の県南，埼玉県の利根の各構想区域から流入しています。
- 県内のつくば，取手・竜ヶ崎，栃木県の県南，埼玉県の利根の各構想区域に流出しています。

図表 4-9-15 患者の流出入（急性期）

(単位：人/日)

			医療機関所在地											
			県内									栃木県	埼玉県	合計
			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	県南	利根	
患者居住地	県内	筑西・下妻	16.3 (20.9)	0.0	0.0	0.0	0.0	123.9 (158.9)	0.0	237.0 (303.8)	28.0 (36.0)	77.6 (99.5)	0.0	
		古河・坂東	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	49.2 (63.1)	12.6 (16.2)	0.0	365.9 (469.2)	35.8 (45.9)	13.0 (16.7)	476.6 (611.0)
	栃木県	県南	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	29.7 (38.1)	0.0	0.0	
	埼玉県	利根	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	44.0 (56.4)	0.0	0.0	
	合計										467.7 (599.6)			

※1：10人/日以下の地域については、マスキング処理により計上不能となっています。
 ※2：合計欄については、各構想区域の10人/日以上の数値の合計です。
 ※3：必要病床数は、医療需要を病床稼働率（高度急性期0.75、急性期0.78、回復期0.9、慢性期0.92）で除算した値です。

ウ) 回復期

- 県内の筑西・下妻，栃木県の県南，埼玉県の利根構想区域から流入しています。
- 県内のつくば，取手・竜ヶ崎，栃木県の県南，埼玉県の利根構想区域に流出しています。

図表 4-9-16 患者の流出入（回復期）

(単位：人/日)

			医療機関所在地											
			県内									栃木県	埼玉県	合計
			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	県南	利根	
患者居住地	県内	筑西・下妻	13.5 (15.0)	0.0	0.0	0.0	0.0	117.1 (130.1)	0.0	387.2 (430.2)	22.3 (24.8)	73.6 (81.7)	0.0	
		古河・坂東	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	46.6 (51.8)	20.3 (22.5)	0.0	271.4 (301.6)	84.3 (93.6)	11.0 (12.2)	433.6 (481.8)
	栃木県	県南	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	36.3 (40.3)	26.5 (29.4)	0.0	0.0	
	埼玉県	利根	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	32.8 (36.5)	0.0	0.0	
	合計										353.0 (392.2)			

※1：10人/日以下の地域については、マスキング処理により計上不能となっています。
 ※2：合計欄については、各構想区域の10人/日以上の数値の合計です。
 ※3：必要病床数は、医療需要を病床稼働率（高度急性期0.75、急性期0.78、回復期0.9、慢性期0.92）で除算した値です。

エ) 慢性期

- 県内のつくば、筑西・下妻、栃木県の県南、埼玉県のリ根構想区域から流入しています。
- 県内のつくば、埼玉県のリ根構想区域に流出しています。

図表 4-9-17 患者の流出入（慢性期）

(単位：人/日)

			医療機関所在地										合計	
			県内											埼玉県
			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	利根		
患者居住地	県内	つくば	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	452.8 (492.2)	103.0 (111.9)	31.3 (34.1)	10.9 (11.9)	0.0		
		筑西・下妻	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	46.7 (50.7)	0.0	322.2 (350.2)	12.5 (13.6)	0.0		
		古河・坂東	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	26.8 (29.1)	0.0	0.0	177.1 (192.5)	18.2 (19.8)	222.1 (241.4)	
	栃木県	県南	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	53.5 (58.1)	13.7 (14.9)	0.0		
		埼玉県	利根	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	15.5 (16.9)	0.0		
	合計										229.8 (249.8)			

※1：10人/日以下の地域については、マスキング処理により計上不能となっています。
 ※2：合計欄については、各構想区域の10人/日以上の数値の合計です。
 ※3：必要病床数は、医療需要を病床稼働率（高度急性期0.75、急性期0.78、回復期0.9、慢性期0.92）で除算した値です。

オ) がん

- がんについては、高度急性期、急性期、回復期のいずれについても他の構想区域へ流出しています。流出先としてはつくば構想区域が多くなっています。

図表 4-9-18 がん患者の流出入

(単位：人/日)

	在住者(患者住所地)の医療需要(人/日)	流出者数...①(人/日)	医療機関(医療機関所在地)の医療需要(人/日)	流入者数...②(人/日)	流入者の差分(②-①)(人/日)
高度急性期	25.3	14.2	16.1	0.0	-14.2
急性期	70.7	33.1	54.4	16.8	-16.3
回復期	57.4	25.5	45.9	14.1	-11.4
慢性期	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
在宅医療等	22.5	0.0	20.4	0.0	0.0
計	175.8	72.8	136.8	30.9	-41.9

患者流出先構想区域（二次医療圏）TOP5

都道府県	二次医療圏	流出者数
1 茨城県	0806:つくば	30.8
2 栃木県	0905:県南	19.9
3 千葉県	1203:東葛北部	0.0
4 茨城県	0807:取手・竜ヶ崎	0.0
5 東京都	1301:区中央部	0.0

患者流入元構想区域（二次医療圏）TOP5

都道府県	二次医療圏	流入者数
1 栃木県	0905:県南	13.8
2 茨城県	0808:筑西・下妻	10.7
3 埼玉県	1108:利根	10.6
4 茨城県	0806:つくば	0.0
5 群馬県	1010:太田・館林	0.0

※ 10人/日以下の地域については、マスキング処理により計上不能となっています。

9 古河・坂東構想区域の概況

カ) 脳卒中

- 脳卒中の急性期について他の構想区域から流入しています。

図表 4-9-19 脳卒中患者の流出入

(単位：人/日)

	在住者(患者住所地) の医療需要(人/日)	流出者数・・・① (人/日)	医療機関(医療機関所在地) の医療需要(人/日)	流入者数・・・② (人/日)	流出入の差分 (②-①)(人/日)
高度急性期	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
急性期	34.4	0.0	38.9	11.7	11.7
回復期	25.0	0.0	28.4	0.0	0.0
慢性期	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
在宅医療等	10.2	0.0	12.5	0.0	0.0
計	69.6	0.0	79.8	11.7	11.7

患者流出先構想区域（二次医療圏）TOP5

都道府県	二次医療圏	流出者数
1 茨城県	0806:つくば	0.0
2 栃木県	0905:県南	0.0
3 茨城県	0807:取手・竜ヶ崎	0.0
4 埼玉県	1108:利根	0.0
5 千葉県	1203:東葛北部	0.0

患者流入元構想区域（二次医療圏）TOP5

都道府県	二次医療圏	流入者数
1 茨城県	0808:筑西・下妻	0.0
2 埼玉県	1108:利根	0.0
3 栃木県	0905:県南	0.0
4 千葉県	1203:東葛北部	0.0
5 東京都	1306:区東北部	0.0

※ 10 人/日以下の地域については、マスキング処理により計上不能となっています。

キ) 心筋梗塞

- 心筋梗塞については、流出入はあるものの、患者が 10 人/日未満のためマスキングされており、流出入はないものとして推計されます。

図表 4-9-20 患者の流出入

(単位：人/日)

	在住者(患者住所地) の医療需要(人/日)	流出者数・・・① (人/日)	医療機関(医療機関所在地) の医療需要(人/日)	流入者数・・・② (人/日)	流出入の差分 (②-①)(人/日)
高度急性期	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
急性期	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
回復期	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
慢性期	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
在宅医療等	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
計	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

患者流出先構想区域（二次医療圏）TOP5

都道府県	二次医療圏	流出者数
1 茨城県	0806:つくば	0.0
2 埼玉県	1108:利根	0.0
3 栃木県	0905:県南	0.0
4 茨城県	0807:取手・竜ヶ崎	0.0
5 千葉県	1203:東葛北部	0.0

患者流入元構想区域（二次医療圏）TOP5

都道府県	二次医療圏	流入者数
1 埼玉県	1108:利根	0.0
2 茨城県	0808:筑西・下妻	0.0
3 栃木県	0905:県南	0.0
4 千葉県	1203:東葛北部	0.0
5 群馬県	1010:太田・館林	0.0

※ 10 人/日以下の地域については、マスキング処理により計上不能となっています。

(4) 平成 37 (2025) 年における必要病床数と在宅医療等の必要量

ア) 必要病床数の推計結果

- 医療機関所在地ベースの平成 37(2025)年の医療需要のうち、高度急性期・急性期・回復期の合計は 1,195 床に対し、現在の一般病床 1,447 床が上回っており、充足しています。慢性期については医療機関所在地ベースの必要病床数 274 床に対し、現在の許可病床数 252 床と不足しています。

図表 4-9-21 平成 37 (2025) 年における医療需要の推計結果 (医療機関所在地ベース)

	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) 許可病床数 (単位: 床)	(参考) 基準病床数 (単位: 床)
		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)		
高度急性期	122.3	99.2	99.2	133	(一般) 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		
合計	1,380.2	1,230.6	1,230.6	1,469	1,699	1,234

※1: 上記の慢性期機能の医療需要推計については、パターン B を採用した場合の数値です。

※2: 許可病床数は一般病床、療養病床の 2 区分であるのに対し、2025 年必要病床数は高度急性期、急性期、回復期、慢性期の 4 区分であり、双方の区分が異なることから、差引欄、増減率欄の算出にあたっては、2025 年必要病床数欄の数値のうち高度急性期、急性期、回復期の数値の合計値を一般病床の数値とみなし、慢性期の数値を療養病床の数値とみなして算出しています。

図表 4-9-22 【参考】平成 37 (2025) 年における医療需要の推計結果 (患者住所地ベース)

	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) 許可病床数 (単位: 床)	(参考) 基準病床数 (単位: 床)
		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)		
高度急性期	122.3	99.2	122.3	163	(一般) 1,447	
急性期	511.8	501.8	511.8	656		
回復期	475.0	377.3	475.0	528		
慢性期	271.1	252.3	271.1	295		
合計	1380.2	1,230.6	1380.2	1,642	1,699	1,234

図表 4-9-23 【参考】平成 27 年度病床機能報告制度結果

(単位: 床)

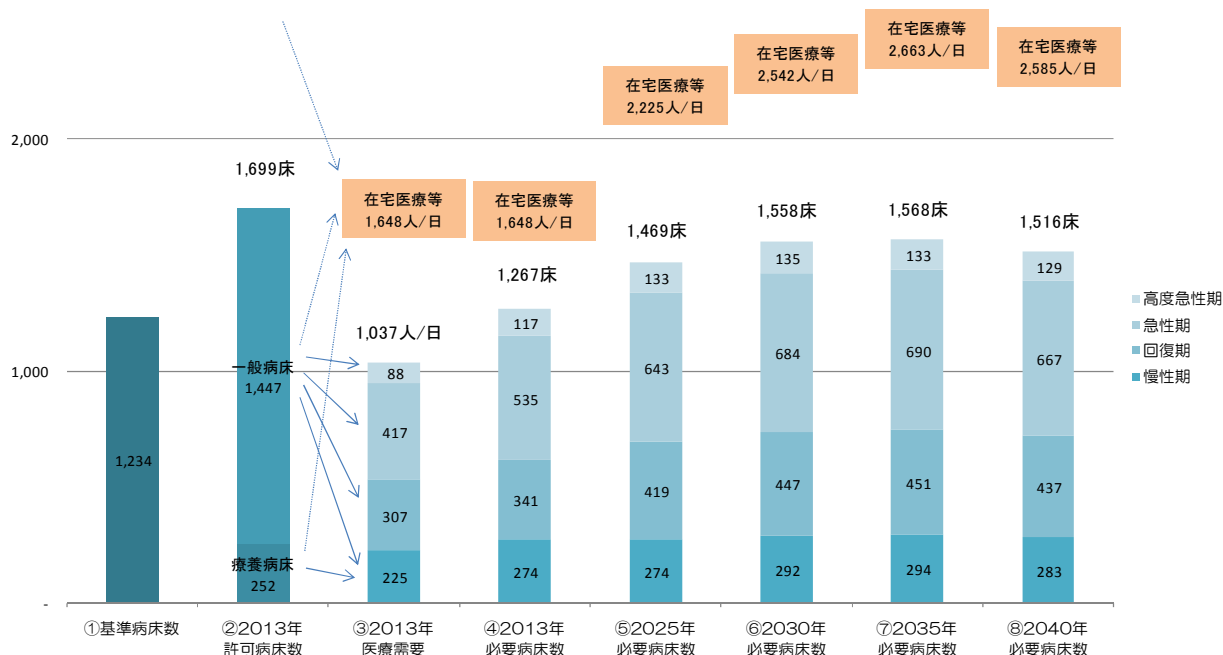
高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟中等※	計
38	1,106	172	299	34	1,649

※「休棟中等」には、休棟中、休棟後の再開の予定なし、休棟・廃止予定、無回答が該当。

イ) 必要病床数の推移と許可病床数との関係

- 平成 25(2013)年の許可病床数を在宅医療等と 4 つの機能（高度急性期，急性期，回復期，慢性期）とに振り分けたものが平成 25(2013)年における必要病床数となります。平成 25(2013)年の必要病床数に人口の伸びを加味して，平成 37(2025)年から平成 52(2040)年までの必要病床数を推計しています。
- 古河・坂東構想区域における必要病床数は，平成 37(2025)年に 1,469 床となった後，平成 47(2035)年にピーク（1,568 床）に達します。

図表 4-9-24 必要病床数の推移と許可病床数との関係



<重要>

- 平成37(2025)年必要病床数は，現在の許可病床数で対応している医療需要を基に算出しており，今後の人口推移や比較的症状の軽い入院患者等の在宅医療等へ移行等が，現時点の見込みどおりに進んだ場合の推計値です。
- 県では，地域の医療機関の協議等により，在宅医療等への移行や，医療機能の役割分担などの医療提供体制の効率化等が進んでいく（すなわち2025年の医療需要への対応体制が整備されていく）ことで，現在の許可病床数が，9年間をかけて徐々に平成37(2025)年必要病床数へ近づいていくことを想定しており，現在の許可病床数を急激に削減することを意図するものではありません。
- なお，推計の前提となっている現在の医療提供体制や，人口推移及び在宅医療等への移行等の見込みについては，当然，変化していくものであることから，県では，必要病床数の推計を固定的なものとは捉えないで，その推計方法を評価の上，見直しを図ってまいります。
例えば，在宅医療等への移行が見込みどおりに進まなかった場合には，在宅医療等への移行率について，地域の事情を踏まえた見直し等を図るよう，国へ協議する等の対応をしてまいります。

ウ) 在宅医療等の必要量

- 地域医療構想策定支援ツールによって推計される現状（平成 25(2013)年）と平成 37(2025)年時点の在宅医療等の医療需要（人/日）は以下のとおりです。
- 現状の 135.0%の在宅医療等の供給が必要となります。そのうち、訪問診療については、現状の 136.9%の供給が必要となります。
- また、在宅医療等のうち訪問診療分（2013 年の在宅患者訪問診療料の算定患者数の割合により推計）を除いた老人保健施設等分の医療需要についても、現状の 133.3%の供給が必要となります。
- なお、平成 37(2025)年の老人保健施設等分の医療需要から平成 37(2025)年の老人保健施設の整備目標と差をみると、357 人/日の不足分が生じます。

図表 4-9-25 2025 年における在宅医療等の必要量

	在宅医療等の医療需要（人/日）			（うち）訪問診療分の医療需要（人/日）		
	2013年 (A)	2025年 (B)	伸び率 (B/A)	2013年 (C)	2025年 (D)	伸び率 (D/C)
水戸	3,631	5,057	139.3%	1,499	2,041	136.1%
日立	2,206	3,167	143.6%	941	1,326	141.0%
常陸太田・ひたちなか	2,861	3,827	133.8%	1,154	1,507	130.7%
鹿行	1,569	2,186	139.3%	532	699	131.3%
土浦	2,108	3,024	143.4%	978	1,413	144.5%
つくば	2,690	3,949	146.8%	1,647	2,386	144.9%
取手・竜ヶ崎	3,086	4,968	161.0%	1,374	2,187	159.2%
筑西・下妻	2,310	2,944	127.4%	962	1,172	121.8%
古河・坂東	1,648	2,225	135.0%	770	1,054	136.9%

	（うち）老人保健施設等分の医療需要（人/日）			老人保健施設の定員整備目標（人）	
	2013年 (A)	2025年 (B)	伸び率 (B/A)	2025年 (C)	不足分 (B-C)
水戸	2,131	3,016	141.5%	2,508	508
日立	1,265	1,840	145.5%	880	960
常陸太田・ひたちなか	1,707	2,320	135.9%	1,493	827
鹿行	1,037	1,488	143.4%	1,016	472
土浦	1,130	1,611	142.5%	1,118	493
つくば	1,043	1,563	149.9%	993	570
取手・竜ヶ崎	1,712	2,781	162.5%	1,783	998
筑西・下妻	1,348	1,772	131.4%	1,195	577
古河・坂東	878	1,170	133.3%	813	357

出典：「地域医療構想策定支援ツール」, 「第 6 期いばらき高齢者プラン 21」より作成

(5) 医療提供体制の現状と課題

【流出入】

- 患者の流出入については、当構想区域からつくば、栃木県の県南への流出、筑西・下妻、栃木県の県南、埼玉の利根から当構想区域への流入が大きくなっています(図表 4-9-13~20)。

【医療提供体制】

- 3次救急病院があるため、3次救急への対応体制は充実していますが、ハイリスク分娩体制、脳卒中の急性期医療については、対応体制がかなり不足しています(図表 4-9-8)。
- 人口10万人当たりの医師数、薬剤師数、看護師数が県全体を下回っています(図表 4-9-9~11)。

【医療需要】

- 必要病床数は、平成37(2025)年に1,469床となった後、平成47(2035)年にピーク(1,568床)に達します。(図表 4-9-24)。
- 平成37(2025)年の医療機関所在地ベースの必要病床数に対し、平成27(2015)年の病床数(病床機能報告)は、高度急性期は95床、回復期は247床不足します。それに対し、急性期は463床、慢性期は25床の過剰となります(図表 4-9-21)。
- 平成25(2013)年10月現在の許可病床数1,699床に対し、平成37(2025)年の医療機関所在地ベースの必要病床数は1,469床であり、230床の過剰となります(図表 4-9-21)。
- 平成37(2025)年における在宅医療等の必要量は、平成25(2013)年と比較すると135.0%(1,648人/日→2,225人/日)うち訪問診療136.9%(770人/日→1,054人/日)と推計されます。(図表 4-9-25)
- 現在、在宅療養支援診療所が12診療所、在宅療養支援歯科診療所が5歯科診療所、訪問看護ステーションが9ヶ所ありますが、在宅療養支援病院はありません。在宅医療・介護を支える人材については、開業医の高齢化の課題、訪問スタッフ(医師、歯科医師、看護師、薬剤師等)の人材育成等の課題があります。

(6) 課題解決に向けた施策及び今後の検討の方向性

【医療機能の分化・連携の促進】

- 3次救急も含めた、地域の住民に対する医療の提供体制の充実を継続して進めるとともに、高度急性期病床の不足については、つくば構想区域、栃木県の県南構想区域等と共に広域的に対応してまいります。

- ハイリスク分娩への対応を円滑に行うため、関係者間で平時より情報共有が行える協力体制の構築に努めてまいります。
- 病床の運用状況をもとに急性期病床から回復期病床への転換を図ります。

【在宅医療等の充実】

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

【医療従事者等の養成・確保】

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