

茨城県医師確保計画（素案）

計画期間 令和 2（2020）年度～令和 5（2023）年度

令和 2 年 月

茨 城 県

茨城県医師確保計画 目次

総論

第1章 計画策定の趣旨	1
1 第7次保健医療計画の推進	
2 国における医療提供体制改革	
3 医師確保計画の策定	
(1) 計画の性格	
(2) 計画期間	
(3) 計画の全体像	
第2章 本県の現状と課題	4
1 医師数	
2 医療施設	
3 患者の受療動向	
(1) 都道府県間の受療動向	
(2) 二次保健医療圏間の受療動向(病床別, 医療機能別)	
第3章 医師偏在指標と医師多数区域・医師少数区域, 目標医師数	21
1 医師偏在指標の考え方	
2 医師偏在指標と区域の分類	
3 本県の医師偏在指標と医師少数区域・医師多数区域の設定	
4 目標医師数	
第4章 本計画にける医師確保の方針と重点化の視点	26
1 県全体及び二次保健医療圏の医師確保の方針	
2 計画推進の重点化の視点	

各論

第1章 本計画の施策体系	28
第2章 医師の養成課程を通じた医師確保	29
第1節 国の医師需給推計と医師の養成課程	29
1 考え方	
2 医師の需給推計	
3 医師の養成課程の全体像	
第2節 各養成課程の現状と課題及び対策	31
1 高校生	31
(1) 現状と課題	
(2) 対策	
2 医学生	34
(1) 現状と課題	
医学部の入学定員	
地域枠制度	
(2) 対策	
地域枠による将来時点の不足医師の養成	

<ul style="list-style-type: none"> 医師修学資金制度 自治医科大学における医師の養成 県地域医療支援センターによる修学生等支援 	4 4
3 医師のキャリア形成	4 4
<ul style="list-style-type: none"> (1) 現状と課題 <ul style="list-style-type: none"> 医師臨床研修制度（臨床研修医） 新専門医制度（専攻医） (2) 対策 <ul style="list-style-type: none"> 茨城県医師臨床研修連絡協議会 キャリア形成プログラム キャリアアップ支援 	
第3章 医師の派遣調整	5 7
<ul style="list-style-type: none"> 1 考え方 2 本県における医師の派遣調整 	
第4章 県外からの医師確保	5 9
<ul style="list-style-type: none"> 1 考え方 2 対策 	
第5章 魅力ある環境づくり	6 0
第6章 茨城県地域医療支援センター	6 4
第7章 産科の医師確保	6 6
<ul style="list-style-type: none"> 1 現状と課題 2 小児科医師偏在指標と相対的小児科医師少数区域の設定 3 小児科の医師確保の方針 4 小児科の医師確保の施策 	
第8章 小児科の医師確保	8 1
<ul style="list-style-type: none"> 1 現状と課題 2 小児科医師偏在指標と相対的小児科医師少数区域の設定 3 小児科の医師確保の方針 4 小児科の医師確保の施策 	
第9章 計画の推進体制の各関係機関の役割	9 6

第1章 計画策定の趣旨

1 第7次茨城県保健医療計画の推進

本県では、2018（平成30）年度から2023（令和5）年度までを計画期間とする第7次茨城県保健医療計画により、「安心して医療を受けるための医療従事者の確保」、「行政，県民，医療機関等の協働による医療環境の向上」、「予防医学の推進による生涯にわたる健康づくりの推進」、「少子化・高齢化への対応と誰もが安心して暮らせる環境づくり」の4つの重点化の視点を設定し、基本理念として掲げた「活力があり，県民が日本一幸せな茨城」の実現を目指しているところです。

特に，本県の人口10万人対の医師数は全国でも低位にあり，二次保健医療圏の内，常陸太田・ひたちなか医療圏，鹿行医療圏，筑西・下妻医療圏は全国平均の半分に満たないなど，医師の不足や地域偏在が深刻な状況にあることに加え，産科や小児科等の医師が不足していることから，医師の確保については，最優先で取り組む県の重要な課題と位置付け，「茨城県医師不足緊急対策行動宣言」により，これまでの常識にとらわれず新たな発想により，あらゆる手段を講じ，県民一丸となって，医師の養成や県内定着，地域偏在や診療科偏在の解消に取り組むこととしています。

▷ 茨城県医師不足緊急対策行動宣言

- 高校生、医学生、研修医、医師の各段階に応じた総合的な医師確保対策に加え、新しい発想であらゆる方策を検討しながら医師確保に取り組むとともに、地域医療支援センターによる、若手医師等のキャリア形成支援などを通し、医師の県内定着や地域偏在の解消を図ります。
- 遠隔医療、在宅医療を推進するとともに、看護職員等の医療従事者の確保を図ります。

2 国における医療提供体制改革

こうした中，国では，団塊の世代が後期高齢者となる2025年（令和7年）を展望し，2013年（平成25年）12月に社会保障制度改革の全体像・進め方を明らかにする社会保障制度改革プログラム法が成立して以降，医療法・介護保険法等の改正等の法整備が進められており，2018年（平成30年）7月には，「医療法及び医師法の一部を改正する法律」（平成30年法律第79号）が公布され，都道府県は，医療法第30条の4第1項に規定する医療計画の中に新たに「医師確保計画」を策定することが規定されました。

【医療提供体制改革の経緯】

平成25年12月	社会保障改革プログラム法 ・少子化対策，医療制度，介護保険制度，公的年金制度の改革の全体像・進め方を明示
平成26年6月	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 新たな基金の創設と医療・介護の連携強化（地域介護施設整備促進法関係）

平成 30 年 7 月	<ul style="list-style-type: none"> ・病床の機能分化・連携，在宅医療・介護の推進のための新たな基金を都道府県に設置（地域医療介護総合確保基金）等 地域における効率的かつ効果的な医療提供体制の確保（医療法関係） ・医療機関が病床機能（高度急性期，急性期，回復期，慢性期）を都道府県に報告する仕組みを創設。都道府県はこれをもとに地域医療体制の将来のあるべき姿を医療計画において策定（地域医療構想） ・医師確保支援を行う地域医療支援センターの機能を法律に位置付け <p>医療法及び医師法の一部を改正する法律</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域間の医師偏在の解消等を通じ，地域における医療提供体制を確保するため，都道府県の医療計画における医師の確保に関する事項の策定（医師確保計画），臨床研修病院の指定権限及び研修医定員の決定権限の都道府県への移譲等を規定
-------------	---

3 医師確保計画の策定

これらを受けて，国において「医師確保計画策定ガイドライン」（「医療法及び医師法の一部を改正する法律の施行について」（平成 31 年 3 月 29 日付け厚生労働省医政局長通知），以下「ガイドライン」という）が示されたところであり，本県では，現在の医師の不足・偏在の状況や将来の需給推計等を踏まえ，県及び各二次保健医療圏の医師の確保の方針や目標とすべき医師数を定め，実効的な医師確保対策を進めていくため，「第 7 次茨城県保健医療計画」の一部として，「茨城県医師確保計画」を策定します。

（1）計画の性格

本計画は，医療法第 30 条の 4 第 1 項の規定に基づく「第 7 次茨城県保健医療計画」の各論第 1 章第 10 節「保健医療従事者の確保」のうち「1 医師」について，別に計画として策定するものです。

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

（2）計画期間

本計画の期間は，2020 年（令和 2 年）度から 2023 年（令和 5 年）度までの 4 か年とします。また，次期計画以降は，全国における医師偏在是正の目標年である 2036 年（令和 18 年）まで，3 年ごとに見直しを行うこととします。

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

(3) 計画の全体像

(図)

第2章 本県の現状と課題

1. 医師数

本県の人口 10 万対医師数は全国平均を大きく下回っており、県全体の医師数の増加を図る必要があります。

二次保健医療圏別にみると、つくばが全国平均を上回る一方、鹿行、筑西・下妻、常陸太田・ひたちなかは全国平均の半分以下となっていることから、医師不足が深刻な地域の医師の増加や県内の医師の地域偏在解消を図る必要があります。

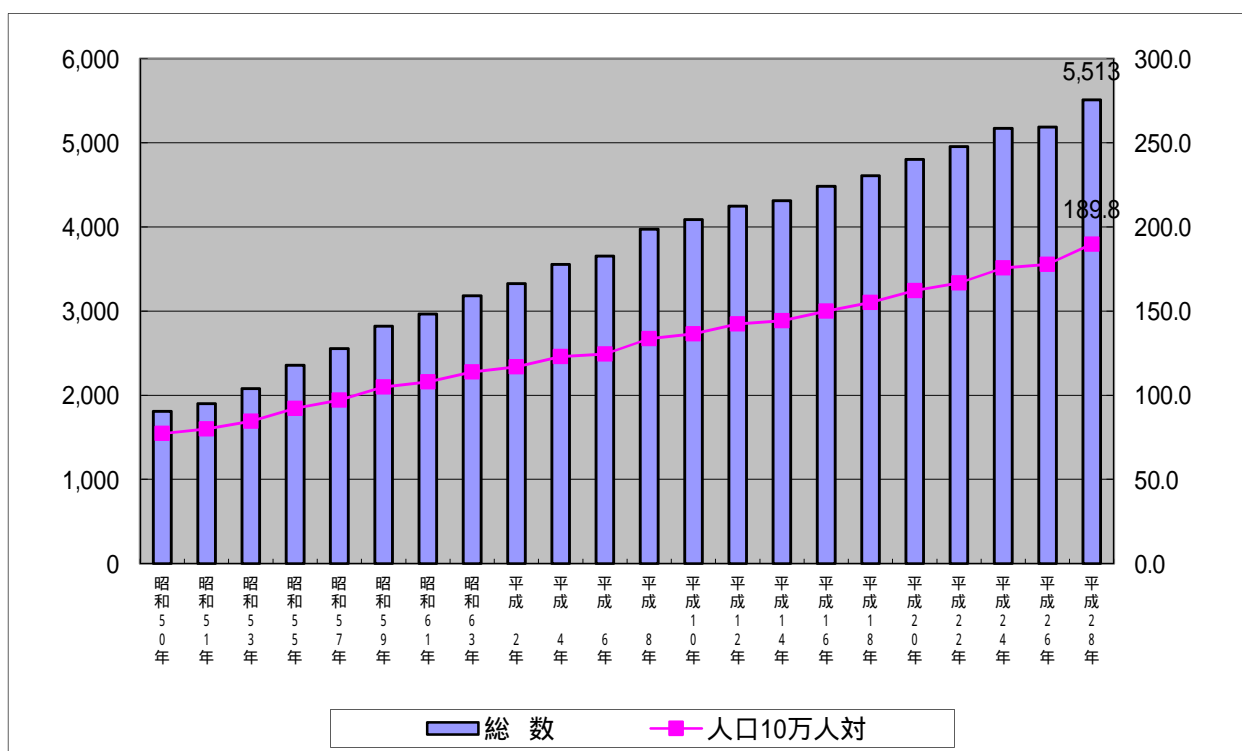
診療科別にみると、ほぼ全ての診療科で全国平均を下回り、特に内科が少なく、次いで精神科、外科、整形外科、小児科などが少ない状況です。

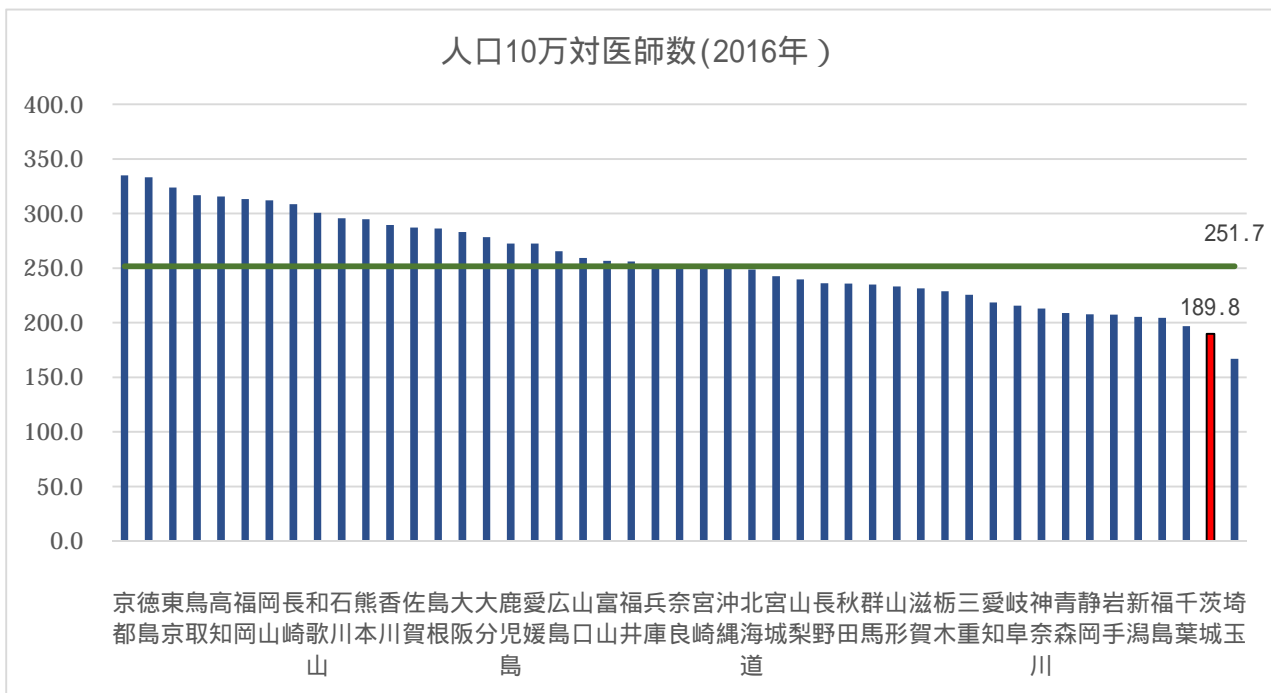
常陸太田・ひたちなか医療圏や鹿行医療圏、筑西・下妻医療圏など、医師不足が顕著な地域では、病院の勤務医の割合が少なく、また、医師の高齢化もみられることから、地域の医療提供体制を確保するため、医師の確保をはじめ、各医療機関の役割分担や連携を図る必要があります。

女性医師数及び割合が増加傾向にあることから、女性医師が働き続けやすい環境整備を図る必要があります。

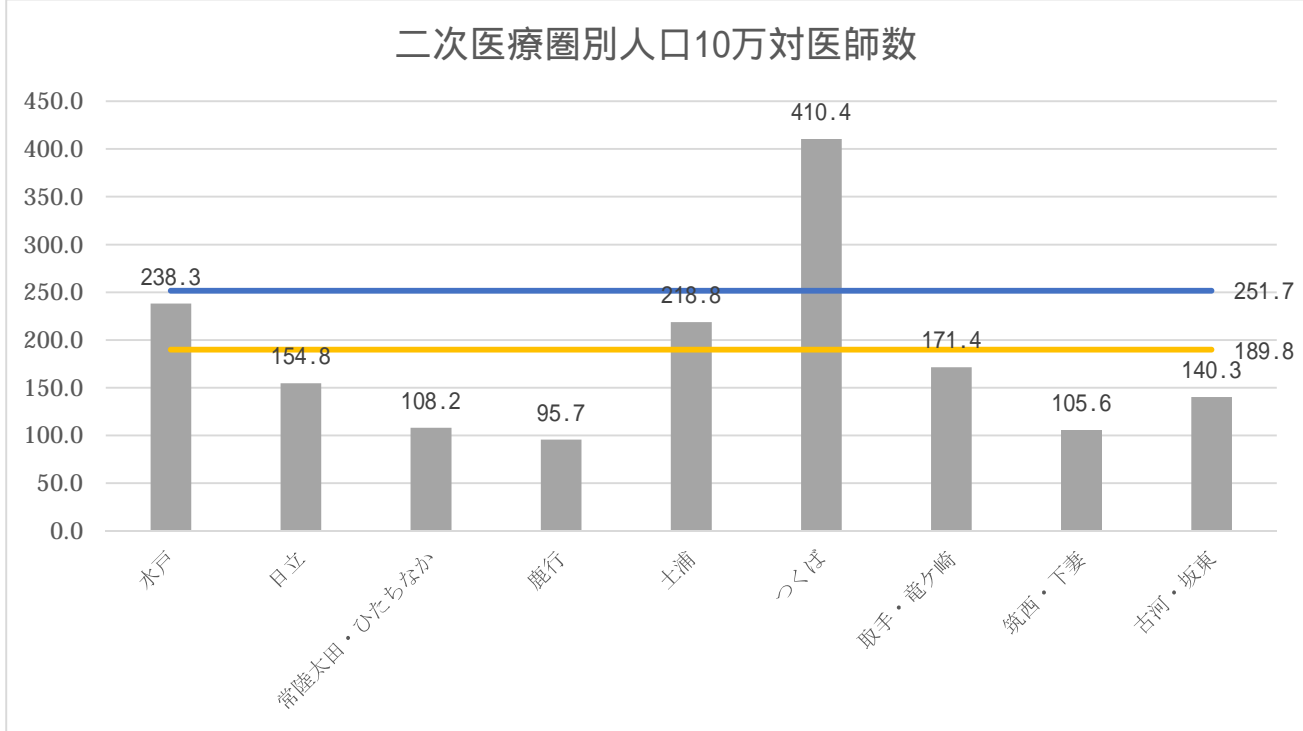
本県の医師数は、2016年（平成28）年12月31日現在で5,513人であり、増加傾向にあります。

また、人口10万対医師数は、189.8人であり、増加傾向にありますが、全国平均251.7人を大きく下回り、全国第46位と下位にあります。

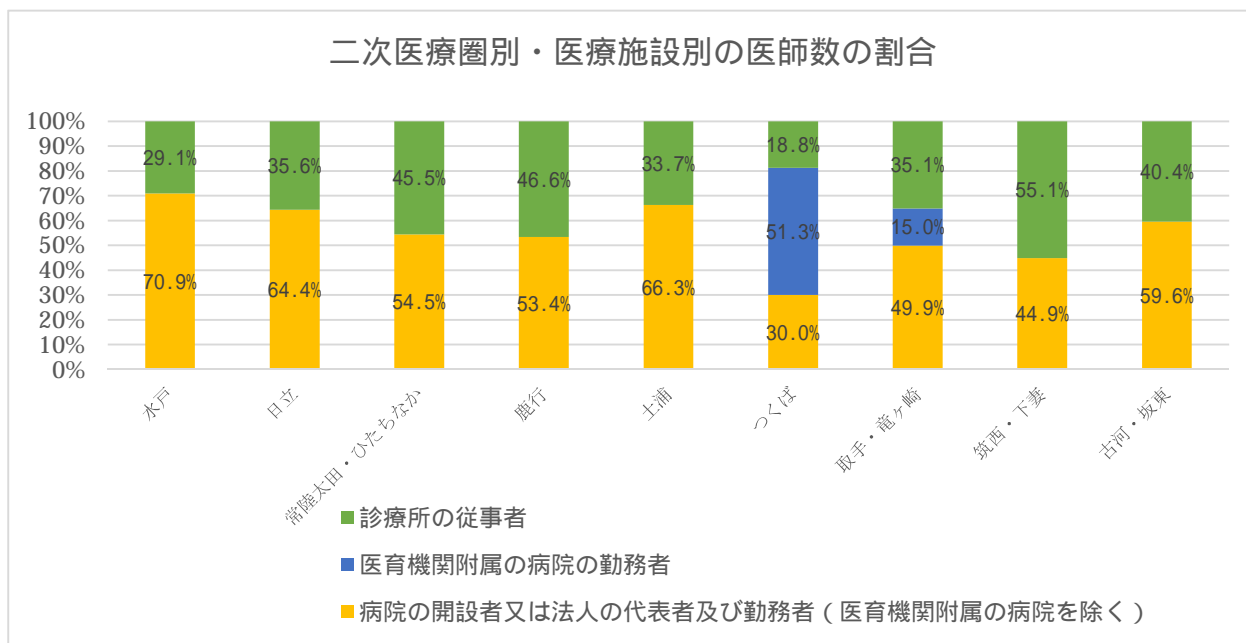




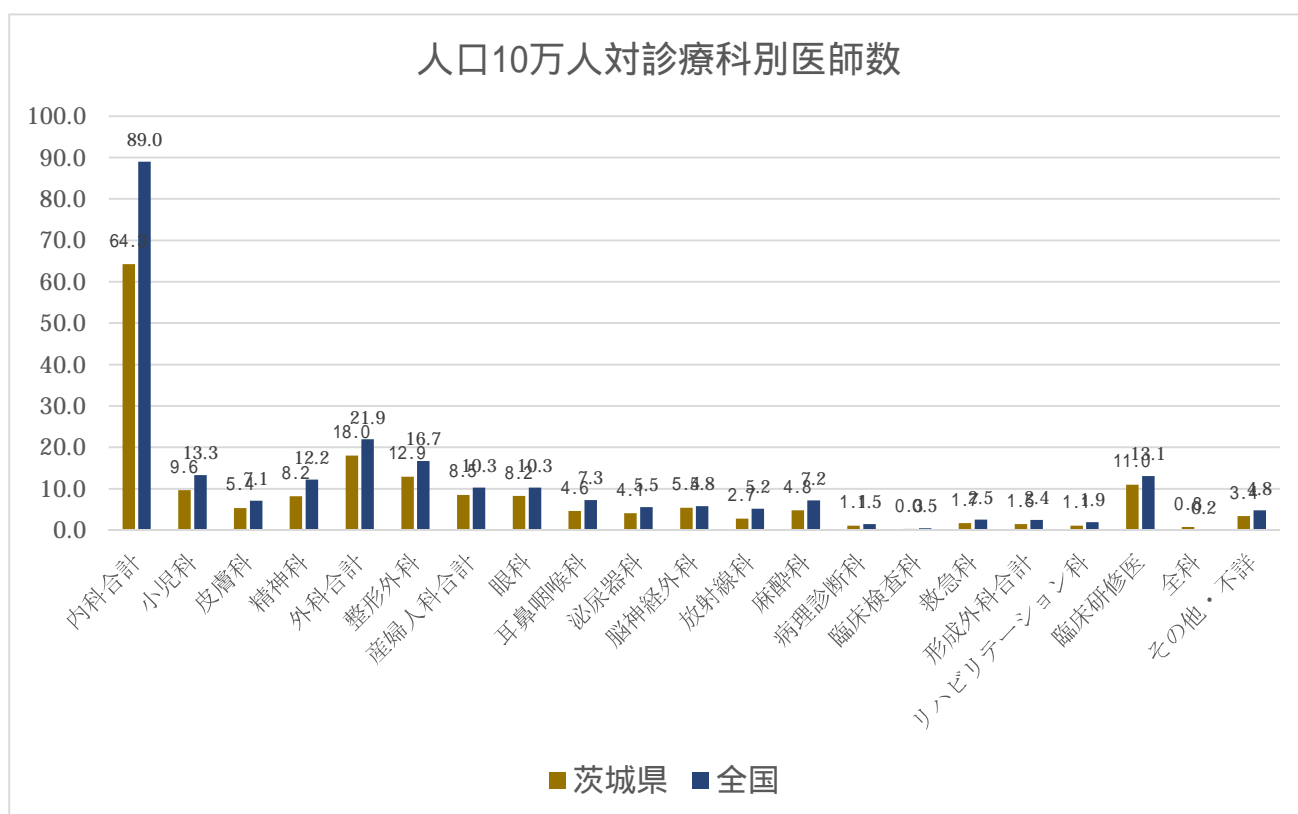
県内の二次保健医療圏別に人口10万対医師数をみると、つくば保健医療圏が410.4人と全国平均の251.7人を上回る一方、鹿行保健医療圏、筑西・下妻保健医療圏、常陸太田・ひたちなか保健医療圏では全国平均の半分に満たないなど、医師の地域偏在がみられます。



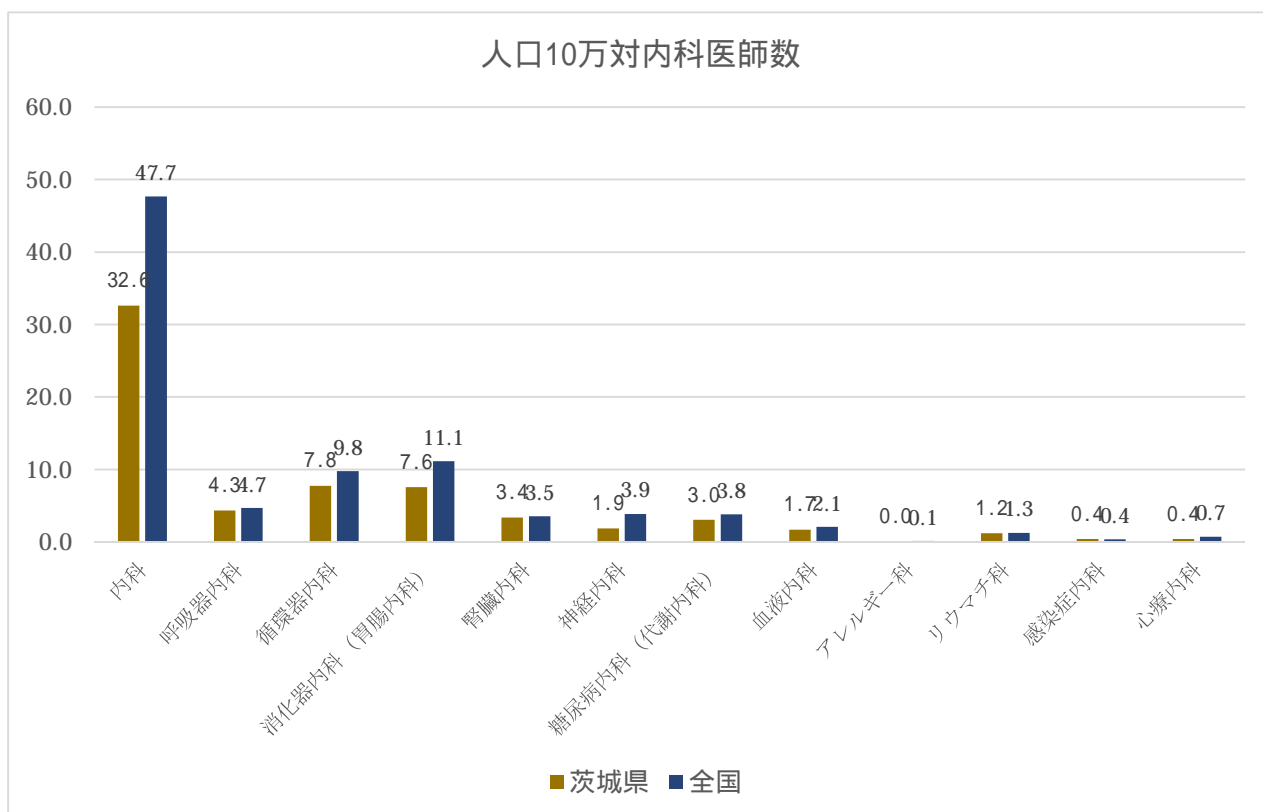
医療施設別の医師数をみると、筑波大学附属病院が所在するつくば保健医療圏では、医育機関附属の病院の勤務者の割合が51.3%と最も高く、筑西・下妻保健医療圏、鹿行保健医療圏、常陸太田・ひたちなか保健医療圏などの医師不足が顕著な地域では、診療所の従事者の割合が高い傾向にあります。



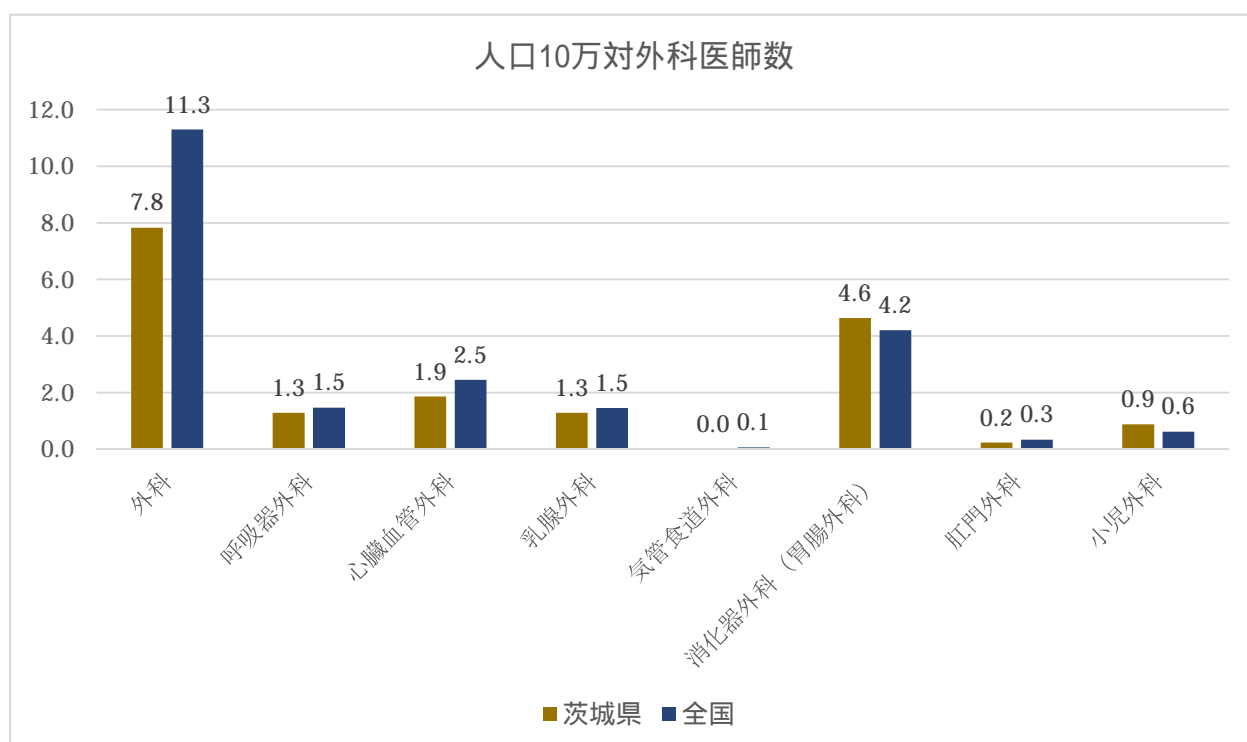
診療科別に人口10万対医師数をみると、本県では、ほぼ全ての診療科で全国平均を下回り、特に内科(合計)は全国平均に比べ約25人少なく、次いで、精神科、外科(合計)、整形外科、小児科が全国平均に比べ少ない状況です。



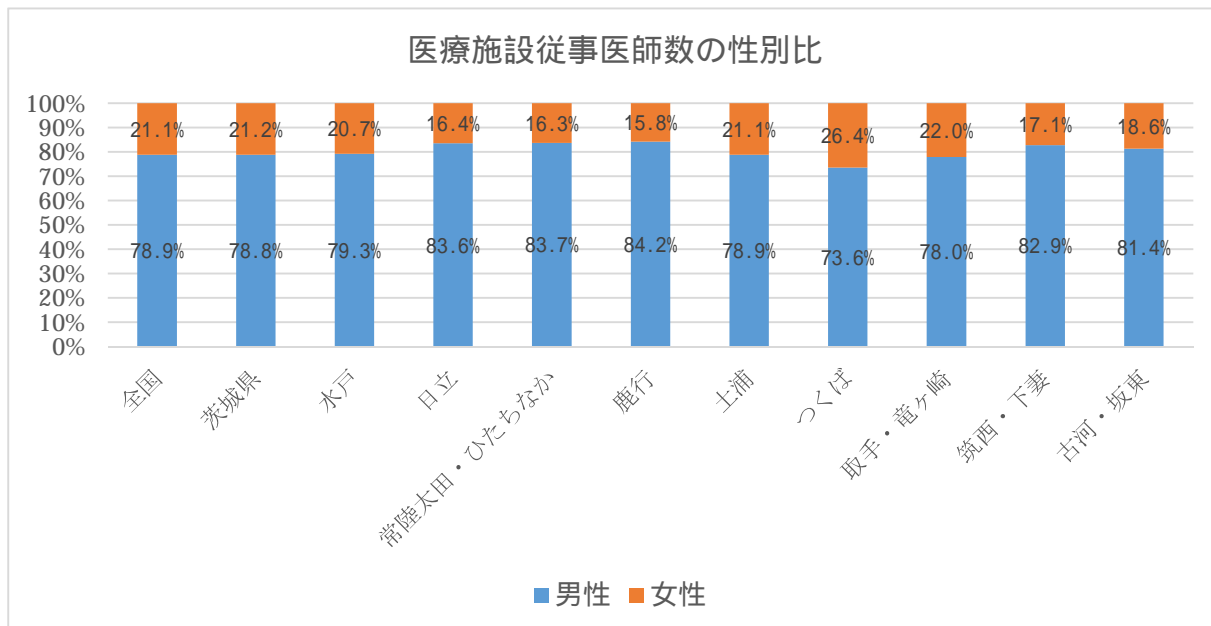
内科の人口10万対医師数の内訳では、全ての診療科で全国平均を下回っています。



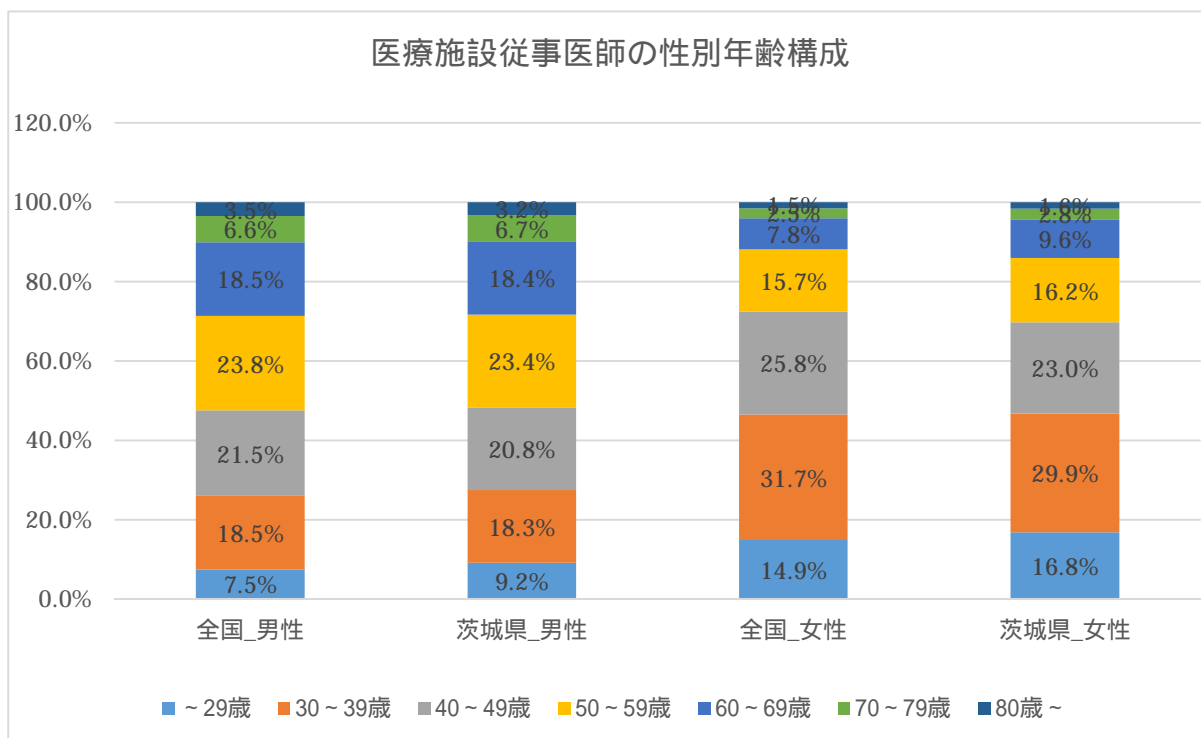
外科の人口10万対医師数の内訳では、呼吸器外科や心臓血管外科、乳腺外科等が全国平均を下回っています。



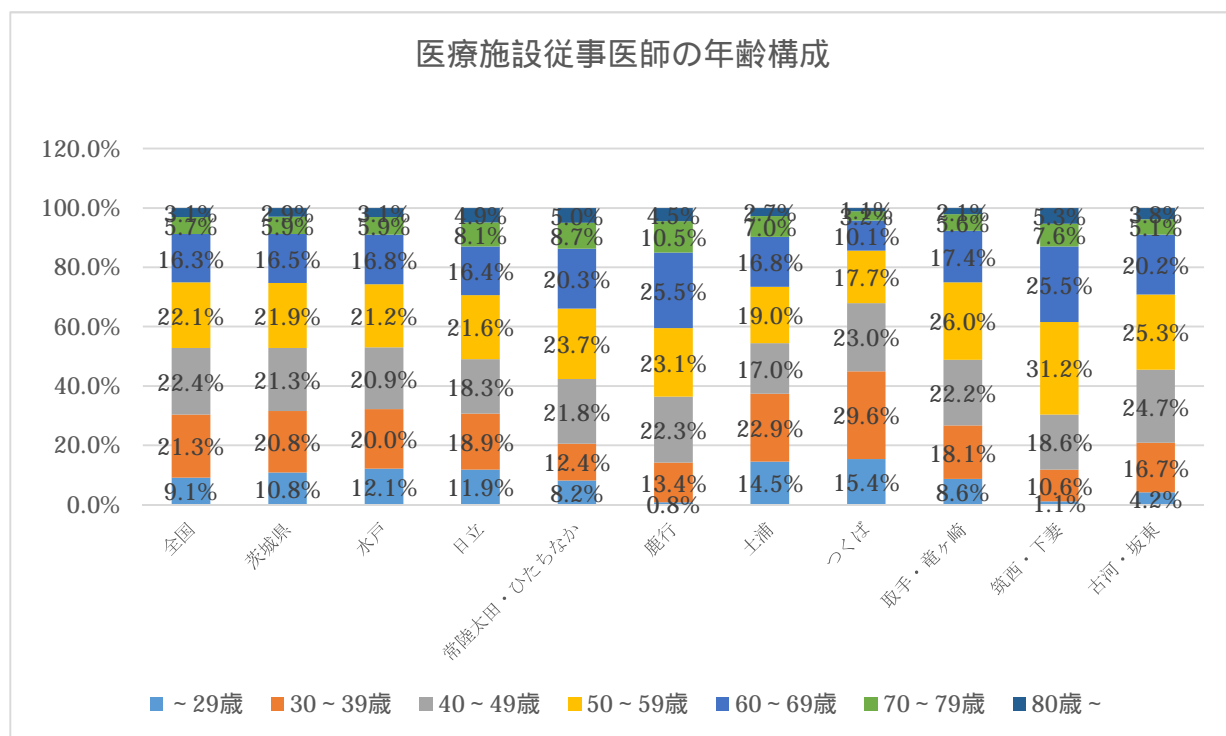
医療施設従事医師数を性別・年齢階級別にみると、男女比については、本県は全国平均と同様の割合となっていますが、二次保健医療圏別にみると、全国平均に比べ、つくば保健医療圏は女性の割合が高く、日立保健医療圏、常陸太田・ひたちなか保健医療圏、鹿行保健医療圏、筑西・下妻保健医療圏、古河・坂東保健医療圏は男性の割合が高くなっています。



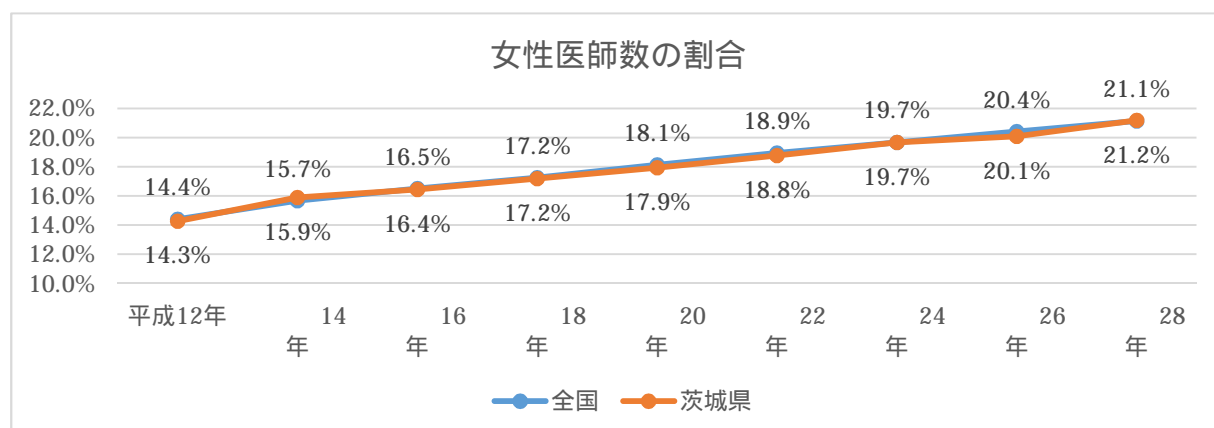
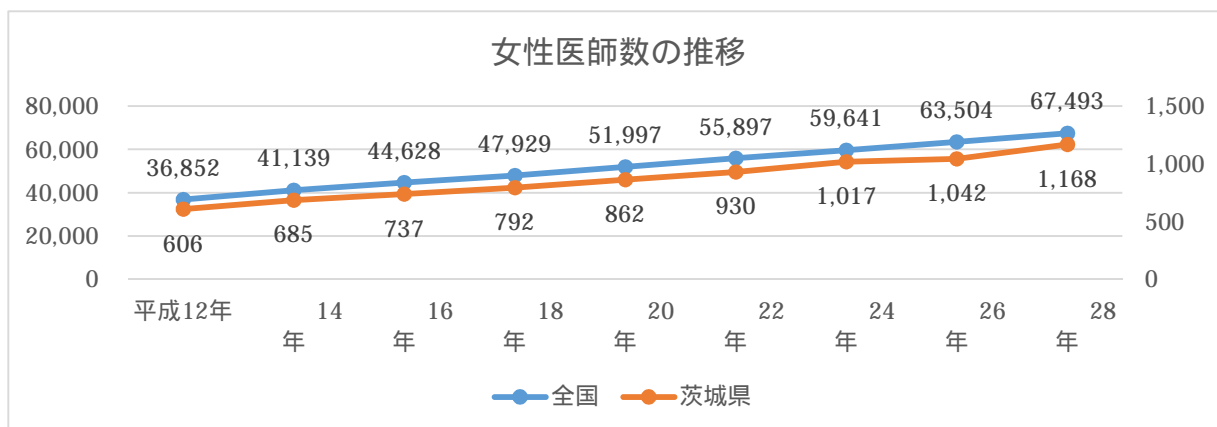
また年齢階級別では、本県は男女ともに20代の医師の割合が全国平均を上回っている一方、女性医師については、30代及び40代の医師の割合が低くなっています。



また、つくば保健医療圏や水戸保健医療圏は20代～30代の医師の割合が高く、鹿行保健医療圏や筑西・下妻保健医療圏、常陸太田・ひたちなか保健医療圏やなど、医師不足が顕著な地域では、60代以上の医師の割合が高い傾向にあります。



女性医師数及び女性医師数の割合は全国・本県ともに増加傾向にあります。



2 医療施設

本県の人口10万対病院数及び病床数（一般病床，療養病床）は全国平均を下回っています。また，一般病院について，1病院当たりの従事者数及び100床当たりの従事者数をみると，医師をはじめ多くの職種で全国平均を下回っています。

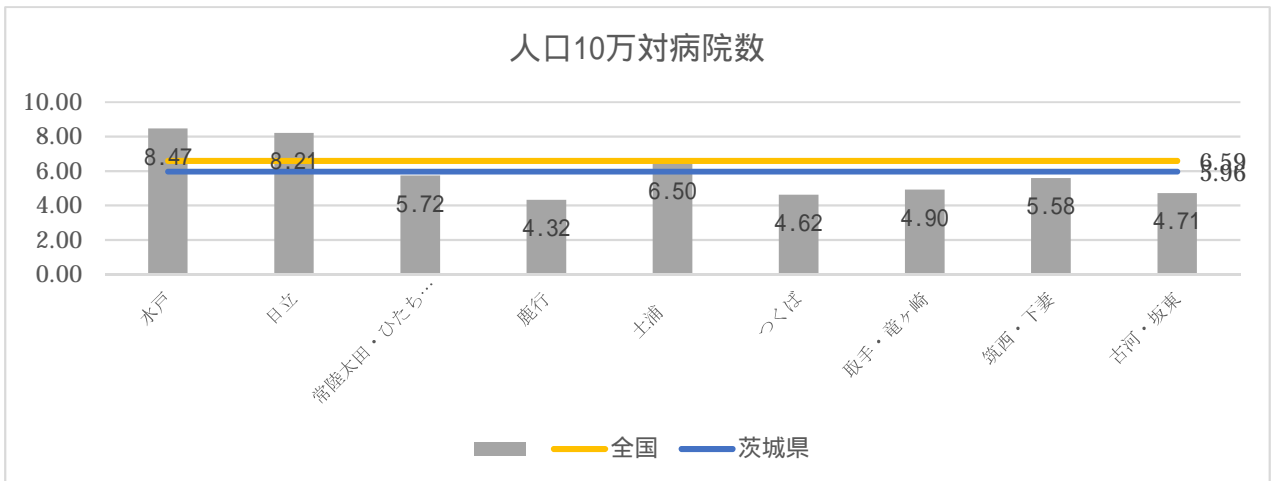
人口10万対一般診療所数，有床診療所数及びその病床数は，いずれも全国平均を下回っています。

本県の病床利用率は一般病床・療養病床のいずれも全国平均を下回っています。

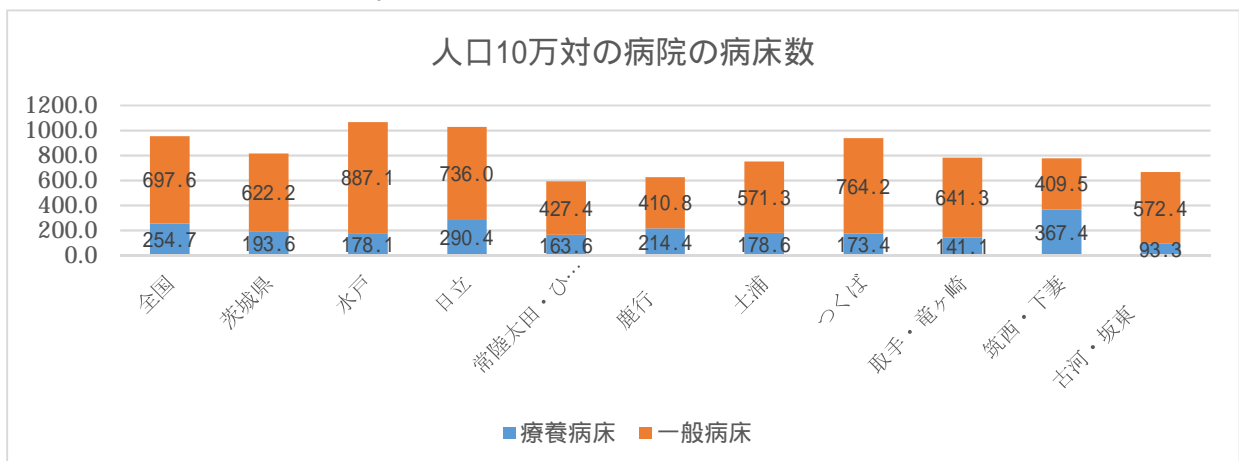
本県では，「茨城県地域医療構想」により，県内の医療資源を最大限に活用しながら，将来の医療需要の変化に対応した体制を効率的・効果的に構築するため，各地域の病床機能の分化及び連携を図っており，この方針等を踏まえ，各医療機能に対応できる医師をはじめとする医療従事者の育成や確保を図っていく必要があります。

病院

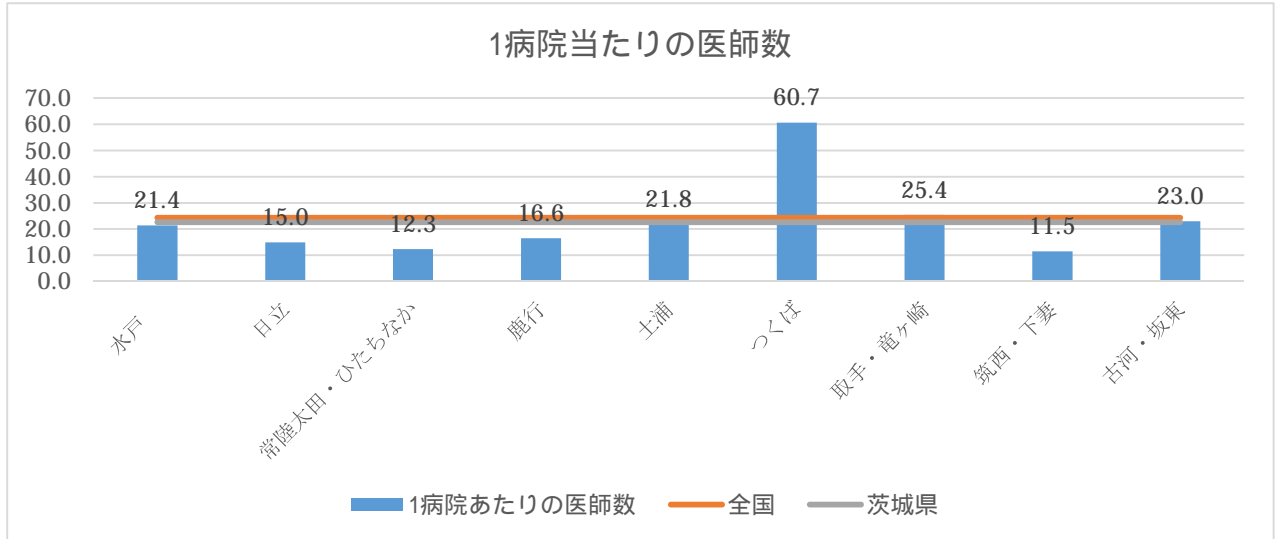
本県の人口10万対病院数は全国平均を下回っており，二次保健医療圏別にみると，特に鹿行，つくば，古河・坂東，取手・竜ヶ崎，古河・坂東が全国平均を大きく下回っています。



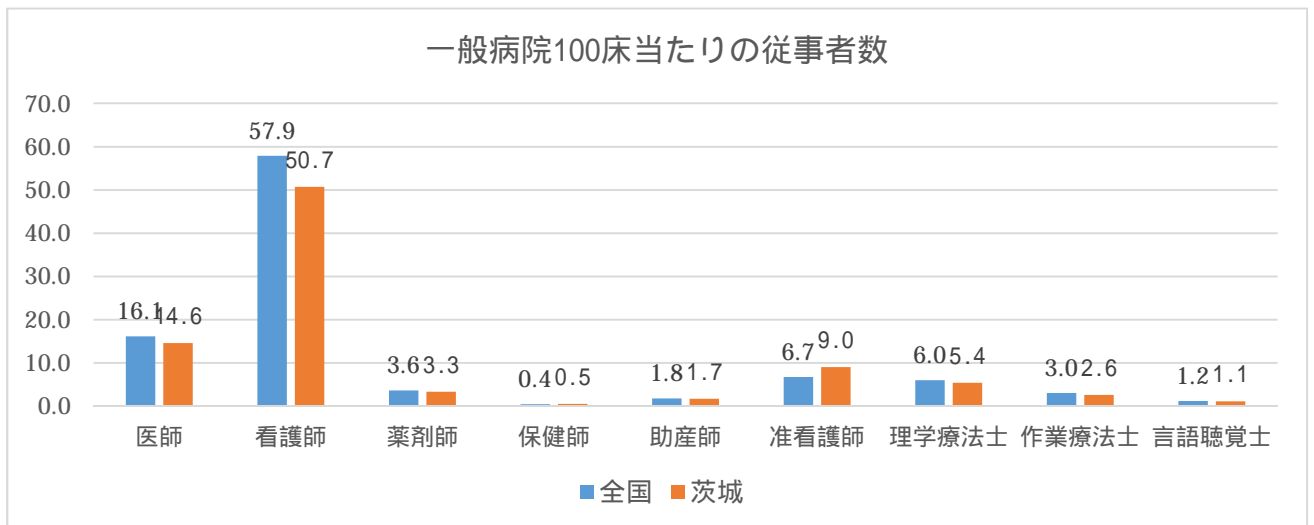
また，本県の人口10万対の病院の病床数についても，一般病床，療養病床のいずれも全国平均を下回っています。二次保健医療圏別にみると，一般病床については，筑西・下妻，鹿行，常陸太田・ひたちなかが全国平均を大きく下回り，療養病床については，古河・坂東が全国平均を大きく下回っています。



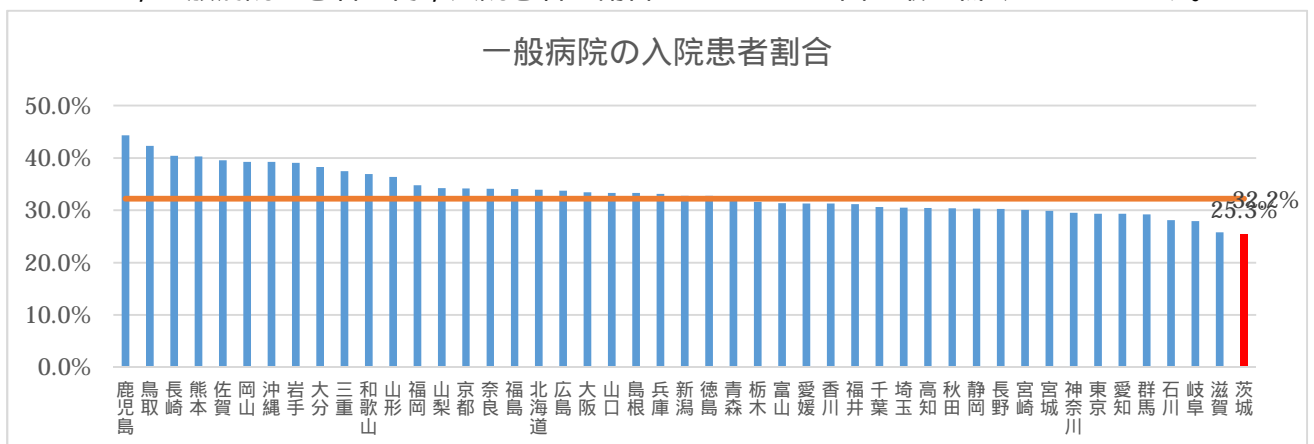
本県の一般病院について、1病院当たりの医師数は25.3人であり、全国平均を下回っています。二次保健医療圏別では、筑波大学附属病院が所在するつくば医療圏が全国平均を大きく上回る一方、日立、常陸太田・ひたちなか、筑西・下妻は全国平均・県平均を大きく下回っています。



本県の一般病院 100 床当たりの従事者数をみると、医師・看護師をはじめ多くの職種で全国平均を下回っています。

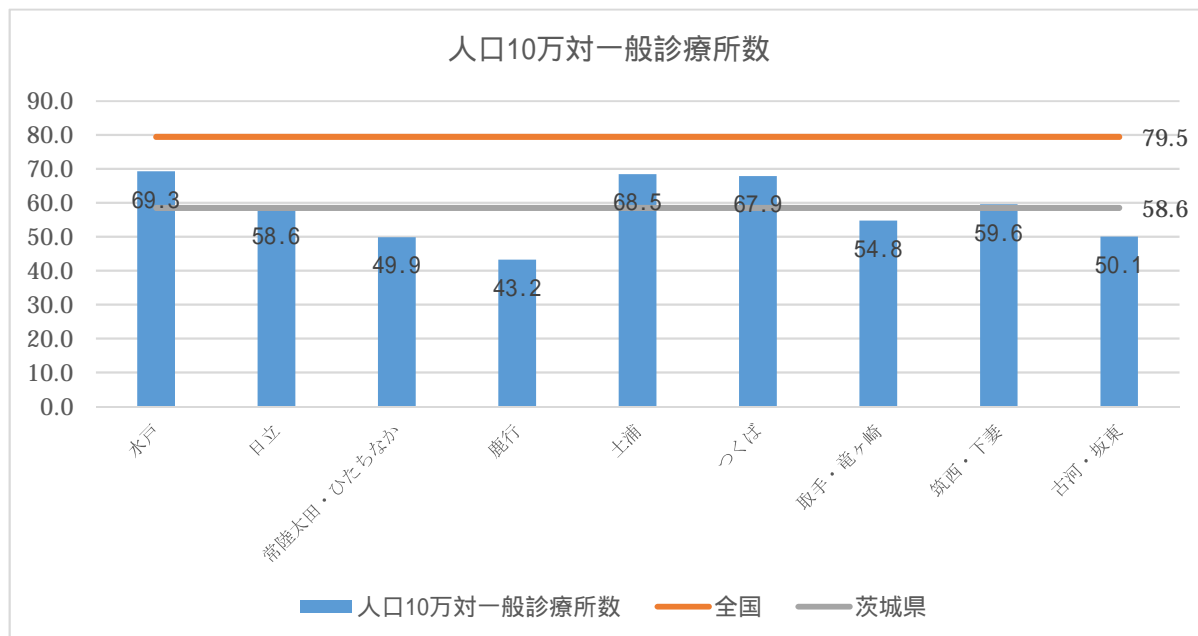


また、一般病院の患者の内、入院患者の割合は23.3%と全国で最も低くなっています。

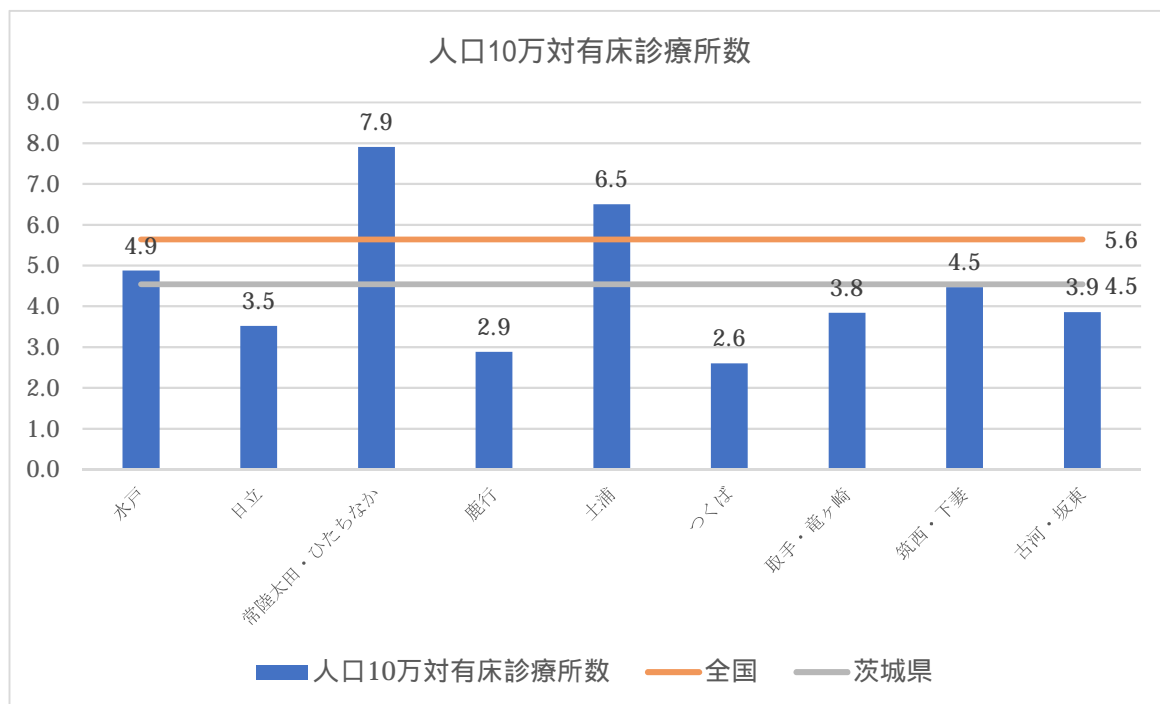


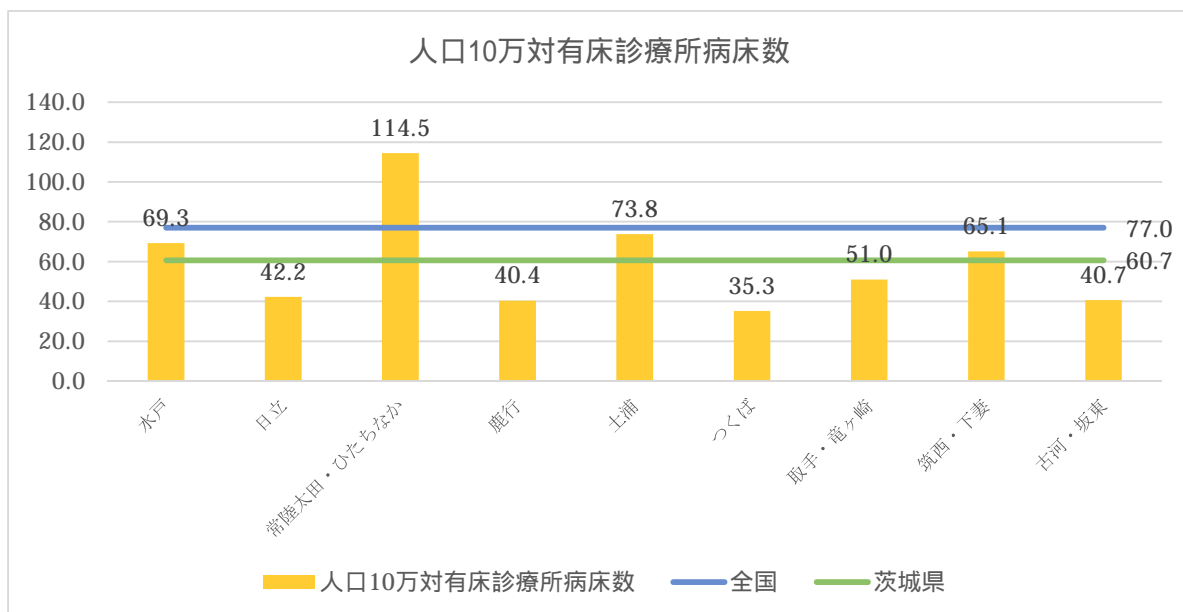
診療所

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



また、本県の人口10万人当たりの有床診療所数及びその病床数は全国平均を下回っており、常陸太田・ひたちなか医療圏、土浦医療圏が多い傾向にある一方、つくば医療圏や鹿行医療圏などが全国平均を大きく下回っています。

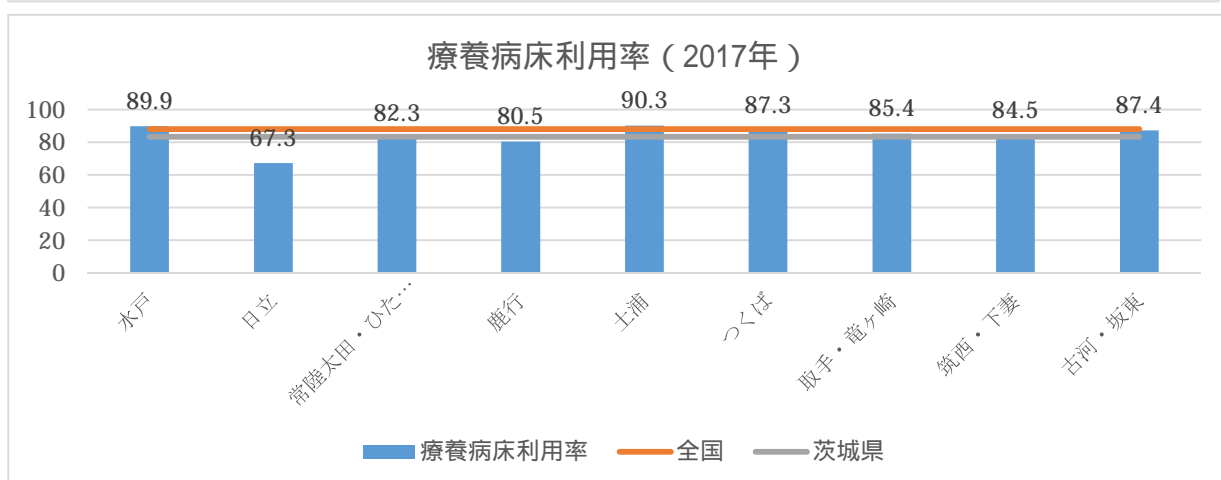
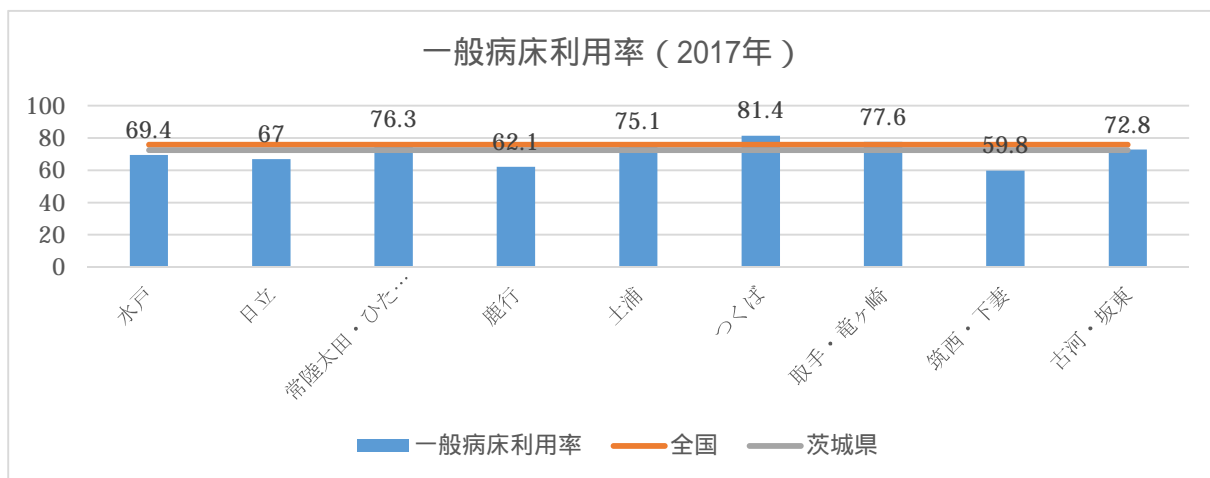




病床利用率

本県の病床利用率は、一般病床及び療養病床のいずれも全国平均を下回っています。

二次保健医療圏別にみると、一般病床では筑西・下妻，鹿行，水戸が県平均を下回っており，療養病床では日立，鹿行，常陸太田・ひたちなが県平均を下回っています。



【茨城県地域医療構想】

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

2040年を展望した医療提供体制の改革について（イメージ）

平成31年4月24日

第86回社会保障審議会医療部会

資料1-1

- 医療提供体制の改革については2025年を目指した地域医療構想の実現等に取り組んでいるが、2025年以降も少子高齢化の進展が見込まれ、さらに人口減に伴う医療人材の不足、医療従事者の働き方改革といった新たな課題への対応も必要。
- 2040年の医療提供体制の展望を見据えた対応を整理し、地域医療構想の実現等だけでなく、医師・医療従事者の働き方改革の推進、実効性のある医師偏在対策の着実な推進が必要。

2040年の医療提供体制（画像ニーズに応じたヒト、モノの配置）

現在 機軸の置換 都市部集中

2040年 円滑なチーム医療 連携等による医師確保 ICT等の活用による負担軽減

かかりつけ医が役割を果すことができる適切なオンライン診療等医療アクセス確保

地域医療連携専門コンサルテーション

情報ネットワーク整備

総合的な診療能力を有する医師の確保

医療機能の集約化

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

どこにいても必要な医療を最速な形で

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

医師・医療従事者の働き方改革で、より質が高く安全で効率的な医療へ

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

現在 → 2040年
 2025年までに着手すべきこと

2040年を展望した2025年までに着手すべきこと

地域医療構想の実現等

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

三位一体で推進

医師・医療従事者の働き方改革の推進

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

実効性のある医師偏在対策の着実な推進

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

3. 患者の受療動向

(1) 都道府県間の受療動向

入院患者については、県外への流出数と県内への流入数が等しくなっており、主に千葉県や栃木県との間で流出入が多くみられます。

外来患者については、県外への流出数が県内への流入数を大きく上回っており、千葉県、栃木県、東京都への流出が多くみられます。

平成 29 年患者調査によると、調査日（ ）において、本県を住所地とする患者の推計数は、入院が 25,600 人、外来が 149,300 人となっています。

病院については、平成 29 年 10 月 17 日（火）～19 日（木）の 3 日間のうち病院ごとに指定した 1 日とし、診療所については、平成 29 年 10 月 17 日（火）、18 日（水）、20 日（金）の 3 日間のうち診療所ごとに指定した 1 日としている。

入院患者については、県外への推計流出数が 1,900 人で県全体に占める割合が 7.5% となっており、全国平均の 5.2% を上回っています。

外来患者については、県外への推計流出数が 7,000 人で県全体に占める割合が 4.7% となっており、全国平均の 2.7% を上回っています。

図表 3 - 1 : 本県の推計患者数（患者住所地）

本県に所在する施設で受け入れた患者の推計数は、入院が 25,600 人、外来が 147,000 人となっています。

入院患者については、推計流入数が 1,900 人で県全体に占める割合が 7.3% となっており、全国平均の 5.2% を上回っています。

外来患者については、推計流入数が 2,900 人で県全体に占める割合が 2.0% となっており、全国平均の 2.7% を下回っています。

図表 3 - 2 : 本県の推計患者数（施設所在地）

(2) 二次保健医療圏間の受療動向

入院患者については、医師が不足する地域からの流出が多くみられ、また、水戸保健医療圏、土浦保健医療圏、つくば保健医療圏への流入が多くみられます。

また、鹿行保健医療圏では千葉県へ、筑西・下妻保健医療圏及び古河・坂東保健医療圏では栃木県や埼玉県への流出がみられます。

医療機能別にみると、救急医療（初期，二次，三次，小児），周産期医療については、各医療機能を担う拠点病院が所在する水戸保健医療圏，土浦保健医療圏，つくば保健医療圏へ周辺地域からの流入が多くみられます。

【診療科別の医師数と受療動向】

医療圏	診療科別の医師数等	受療動向
水戸	<ul style="list-style-type: none"> 内科以外の診療科は全国平均及び2024必要医師数に近い値。 内科は全国平均を下回っており、求人も多い。求人が満たされた場合、全国平均に達する。 	<ul style="list-style-type: none"> 基本診療，周産期，救命救急について，圏域内医療機関の受入患者数は県内最多。特に常陸太田・ひたちなかからの流入が顕著。
日立	<ul style="list-style-type: none"> 内科は全国平均を大きく下回り，求人が満たされたとしてもなお大きく不足。 	<ul style="list-style-type: none"> 圏域内外との流出入が比較的少ない。 周産期，小児の圏域内患者数（住民）が県内最少。 3次救急の圏域内患者数（住民），医療機関の受入患者数が多い。
常陸太田・ひたちなか	<ul style="list-style-type: none"> 内科，外科，整形外科，産婦人科，眼科などが全国平均を大きく下回り，特に内科の医師不足が顕著。 不足が顕著な診療科での求人割合が大きい，求人が満たされたとしてもなお不足する状況。 	<ul style="list-style-type: none"> 基本診療，救命・救急の圏域内患者数（住民）は水戸，取手・竜ヶ崎に次いで多いが，半数近く水戸，日立に流出。 周産期の圏内患者数（住民）は水戸に次いで多いが，約76%が水戸に流出。
鹿行	<ul style="list-style-type: none"> ほぼ全ての診療科で県平均，全国平均を下回り，特に内科，外科，整形外科の医師不足が顕著。 不足が顕著な診療科での求人割合が大きい，多くの診療科で求人が満たされたとしてもなお大きく不足する状況。 	<ul style="list-style-type: none"> 基本診療（特に高度急性期），周産期，小児，救命・救急について，圏域内患者（住民）の水戸，土浦への流出が顕著。
土浦	<ul style="list-style-type: none"> 内科・外科を除く診療科で全国平均及び2024必要医師数に近い値。 内科・外科の求人が多く，求人が満たされた場合，全国平均に近い値となる。 	<ul style="list-style-type: none"> 基本診療，周産期，小児，救命・救急について，水戸，取手・竜ヶ崎，鹿行からの患者流入がある。
つくば	<ul style="list-style-type: none"> ほぼ全ての診療科で県平均，全国平均及び2024必要医師数を上回り，特に他の医療圏で不足する内科，外科の医師が多い。 	<ul style="list-style-type: none"> 基本診療（特に高度急性期，慢性期），周産期（特に新生児の管理），小児医療，救命・救急（特に3次救急）について，圏域内医療機関の受入患者数が多い。 全体的に筑西・下妻，取手・竜ヶ崎からの流入が多い。
取手・竜ヶ崎	<ul style="list-style-type: none"> 内科，外科，整形外科は全国平均を下回り，求人が満たされたとしてもなお不足する状況。 	<ul style="list-style-type: none"> 基本診療について，圏域内の患者（住民），医療機関の受入患者のいずれも水戸に次いで多い。特に回復

		<p>期についてはいずれも県内最多。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・小児について、圏域内の患者（住民）が県内最多であり、つくば、土浦、水戸への流出がみられる。 ・救命・救急の圏域内の患者（住民）は水戸に次いで多い。
筑西・下妻	<ul style="list-style-type: none"> ・ほぼ全ての診療科で県平均，全国平均を下回り，特に内科，外科，整形外科，産婦人科の医師不足が顕著。 ・多くの診療科で求人が満たされたとしてもなお大きく不足する状況。 	<ul style="list-style-type: none"> ・基本診療（特に高度急性期），周産期，小児，救命・救急について，つくばへの流出が顕著。
古河・坂東	<ul style="list-style-type: none"> ・多くの診療科で全国平均及び 2024 必要医師数を下回り，特に内科の医師不足が顕著。 ・内科の求人が多いが，多くの診療科で求人が満たされたとしてもなお大きく不足する状況。 	<ul style="list-style-type: none"> ・基本診療（特に高度急性期），小児，救命・救急について，つくばへの流出がみられる。

入院患者の病床別の受療動向

ア 一般病床

本県を住所地とする患者の内，一般病床への推計入院患者数は 14,400 人となっています。

二次保健医療圏別にみると，筑西・下妻，常陸太田・ひたちなか，鹿行，土浦，古河・坂東の圏域外への患者の流出割合が高くなっています。また，つくば，水戸，取手・竜ヶ崎は周辺の圏域から患者が流入しています。

また，鹿行から千葉県への流出，筑西・下妻から栃木県への流出がみられ，取手・竜ヶ崎は千葉県との流出入，古河・坂東は栃木県及び埼玉県との流出入がみられます。

図表 3 - 4：一般病床の入院患者の受療動向

イ 療養病床

本県を住所地とする患者の内，療養病床への推計入院患者数は 4,200 人となっています。

二次保健医療圏別にみると，古河・坂東の圏域外への患者の流出割合が高くなっています。また，水戸，鹿行，つくば，筑西・下妻，常陸太田・ひたちなか，土浦は周辺の圏域から患者の流入がみられます。

また，千葉県及び東京都から鹿行への流入，栃木県及び東京都から筑西・下妻への流入がみられます。

図表 3 - 5：療養病床の入院患者の受療動向

入院患者の医療機能別の受療動向

ア 高度急性期

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

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

また、水戸、つくばは他の圏域からの流入が多く、特につくばは他の圏域からの患者が約56%と半数以上を占めています。なお、本県を住所地とする患者の内、約52%が水戸、つくばの医療機関に入院しています。

図表3-6-1：高度急性期の入院患者の受療動向（流出）

図表3-6-2：高度急性期の入院患者の受療動向（流入）

イ 回復期

二次保健医療圏の内、つくば、筑西・下妻、古河・坂東、土浦について、他の圏域への患者の流出が多くなっており、筑西・下妻、古河・坂東は栃木県へ、鹿行は千葉県への流出がみられます。

また、取手・竜ヶ崎は圏域内の患者数、圏域外からの流入患者数のいずれも多く、本県を住所地とする患者の約3割が取手・竜ヶ崎の医療機関に入院しています。

なお、鹿行には千葉県から、筑西・下妻には栃木県から、古河・坂東には栃木県及び埼玉県からの流入がみられます。

図表3-7-1：回復期の入院患者の受療動向（流出）

図表3-7-2：回復期の入院患者の受療動向（流入）

ウ 慢性期

二次保健医療圏の内、土浦、古河・坂東、鹿行について、他の圏域への患者の流出が多くなっています。

また、日立は福島県へ、鹿行と取手・竜ヶ崎は千葉県へ、古河・坂東は埼玉県及び栃木県への流出がみられます。

なお、つくばは他の圏域からの患者の流入割合が多く、また、鹿行は千葉県から、筑西・下妻は栃木県から、古河・坂東は埼玉県からの流入がみられます。

図表3-8-1：回復期の入院患者の受療動向（流出）

図表3-8-2：回復期の入院患者の受療動向（流入）

エ 救急医療

2次救急

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

また、鹿行は千葉県へ、筑西・下妻は栃木県への流出が多く、取手・竜ヶ崎は千葉県への流出がみられます。

つくば、水戸、土浦は他の圏域からの患者の流入割合が多く、また、古河・坂東は栃木県及び埼玉県からの流入がみられます。

図表 3 - 9 - 1 : 2次救急の入院患者の受療動向(流出)

図表 3 - 9 - 2 : 2次救急の入院患者の受療動向(流入)

3次救急

二次保健医療圏の内、救命救急センターがない常陸太田・ひたちなか、鹿行、取手・竜ヶ崎、筑西・下妻は全ての患者が他の圏域へ流出しています。

また、鹿行は約42%、取手・竜ヶ崎は約15%が千葉県へ流出しています。

つくば、土浦、水戸、は他の圏域からの患者の流入割合が多く、また、古河・坂東は栃木県及び埼玉県からの流入がみられます。

図表 3 - 10 - 1 : 3次救急の入院患者の受療動向(流出)

図表 3 - 10 - 2 : 3次救急の入院患者の受療動向(流入)

【本県の救急医療体制】

本県では、救命救急センター等の救急医療機関が地域的に偏在しているため、第7次茨城県保健医療計画において、二次保健医療圏と併せて救急医療圏(初期、二次・三次)を設定し、医療機関のより適切な連携を図り、救急医療体制の総合的、体系的な整備を図っています。

初期	地域の医師会等と連携し、在宅当番制や休日夜間急患センター等により実施しています。
二次	県内を11の地域に分け、病院群輪番制及び救急医療二次病院制により実施しています。
三次	救命救急センター6箇所、地域救命センター1箇所により全県をカバーしています。

図表 3 - 11 - 1 : 救急医療圏(初期)

図表 3 - 11 - 2 : 救急医療圏(二次・三次)

オ 小児医療

入院医療

二次保健医療圏の内、土浦、日立、筑西・下妻、鹿行について、他の圏域への患者の流出が多くなっています。

また、鹿行は千葉県へ、筑西・下妻は栃木県への流出があり、古河・坂東は栃木県や埼玉県等への流出がみられます。

つくば、水戸、土浦は他の圏域からの患者の流入割合が多く、また、鹿行及び取手・竜ヶ崎は千葉県からの流入がみられます。

図表 3 - 12 - 1 : 小児医療の入院患者の受療動向(流出)

図表 3 - 12 - 2 : 小児医療の入院患者の受療動向(流入)

【本県の小児救急体制】

本県では、休日・夜間における小児の初期救急医療体制が未整備の地域があるため、第7次茨城県保健医療計画において、二次保健医療圏と併せて小児救急医療圏(二次・三次)を設定し、拠点病院及び病院群輪番制より対応しています。

このほか、県内を3広域圏に分け、それぞれに小児救急中核病院(群)及び地域小児救急センターを配置し、小児救急医療に係る機能や資源の有効活用及び集約化・重点化を進めています。

図表3-14-1：小児救急医療圏(初期)

図表3-14-2：小児救急医療圏(二次・三次)

図表3-14-3：集約化・重点化による小児救急医療圏構想

カ 周産期医療

入院医療

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

また、鹿行は千葉県へ、筑西・下妻は栃木県への流出がみられます。

つくば、土浦、水戸、取手・竜ヶ崎は他の圏域からの患者の流入が多くなっています。

図表3-13-1：周産期医療の入院患者の受療動向(流出)

図表3-13-2：周産期医療の入院患者の受療動向(流入)

【本県の周産期医療体制】

本県では、県内を3つのブロックに分け、各ブロックに総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター及び周産期医療協力病院を指定し、周産期医療体制の整備を図るとともに、地域の産婦人科医療機関、搬送機関との連携を強化した総合的な診療体制の確保を図っています。

図表3-15：周産期医療圏

第3章 医師偏在指標と医師多数区域・医師少数区域，目標医師数

1 医師偏在指標の考え方

これまで，地域ごとの医師数の比較には人口 10 万対医師数が一般的に用いられてきましたが，各都道府県が医師確保計画を策定するにあたって，全国ベースで医師数の多寡を統一的かつ客観的に比較・評価するための新たな指標として，国において，地域ごとの医療ニーズや人口構成等を反映した医師偏在指標を算定しました。

各都道府県内において，医師偏在指標に基づき，医師多数区域・医師少数区域及び目標医師数を設定するとともに，これらの区域分類に応じて医師確保対策を実施することとされています。

また，医師偏在指標は次期以降の医師確保計画の改定に合わせて見直していくこととされており，これに伴い，医師多数区域・医師少数区域も改めて設定することとなります。

医師偏在指標で考慮される「5要素」

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

医師偏在指標の算出式

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

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

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

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

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

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

(出典) 性年齢階級別医師数：平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査
 平均労働時間：「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」（平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班）
 性年齢階級別受療率：平成26年患者調査 及び 平成27年住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査
 人口：平成29年住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数調査
 ※患者流出入は、流出入発生後のデータ（診療行為発生地ベース）を分母で用いることにより、加味している（平成26年患者調査より）

10

都道府県間及び二次保健医療圏間の患者の流出入調整

- ・医師偏在指標における医療需要の算定にあたり，都道府県間で患者の流出入がある場合は，当該都道府県間で協議の上，流出入数を調整することとなっていることから，本県では，調整を要する関係都県（福島県，栃木県，千葉県，埼玉県，東京都）との協議により，患者の流出入の状況を全て医療需要として見込むことで調整しました。
- ・また，二次保健医療圏間の患者の流出入については，茨城県地域医療構想との整合を図り，患者の流出入の状況を全て医療需要として見込むこととしました。

2 医師偏在指標と区域の分類

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

【三次保健医療圏（都道府県等）の区分と医師確保の方針】

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

【二次保健医療圏の区分と医師確保の方針】

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