

茨城県地域医療構想

平成28年12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
○	参考資料	
・	茨城県地域医療構想策定の経過	194
・	茨城県医療審議会委員名簿	196
・	茨城県地域医療構想調整会議委員名簿	197
・	構想区域別「地域医療構想調整会議」委員名簿	198

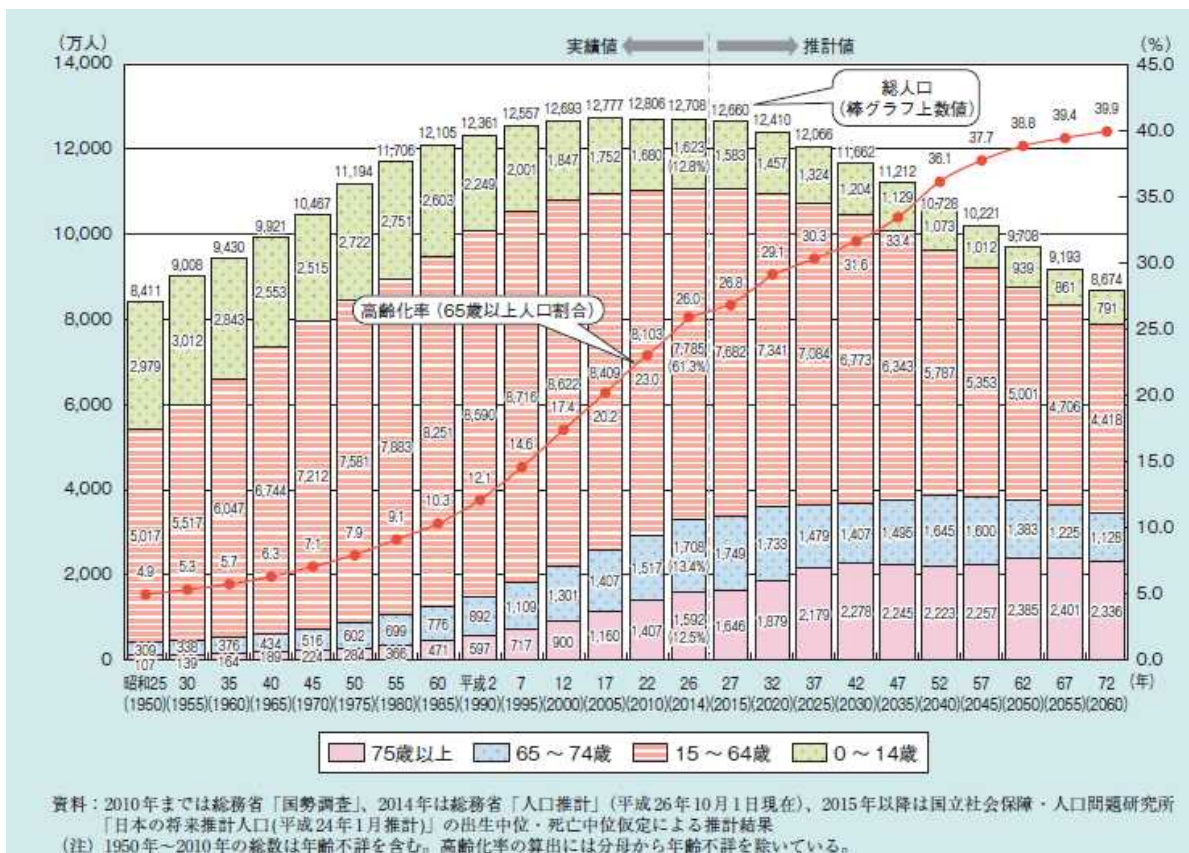
第1章 地域医療構想について

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、総人口が長期の減少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、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人となる見込みです。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、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。

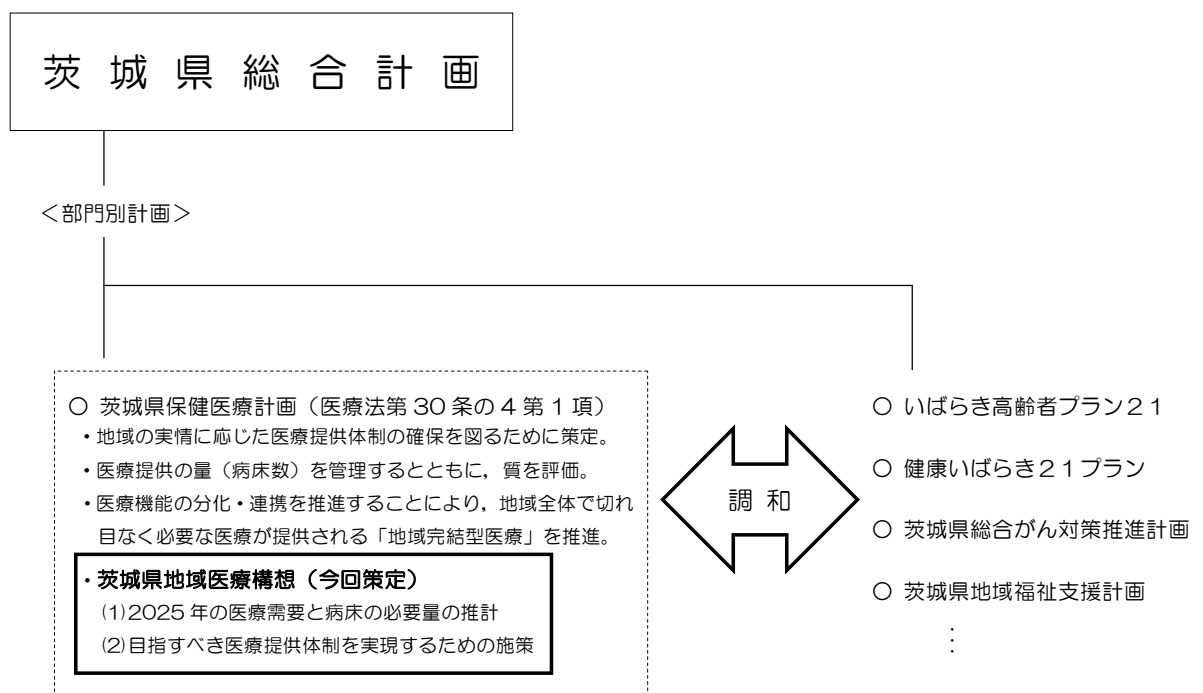
図表 1-2 医療法における「地域医療構想」の規定

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及び今後の検討の方向性を記載しました。
- なお、「茨城県地域医療構想」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。
 - ※ 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
- 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 プラン」、「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こととします。



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。

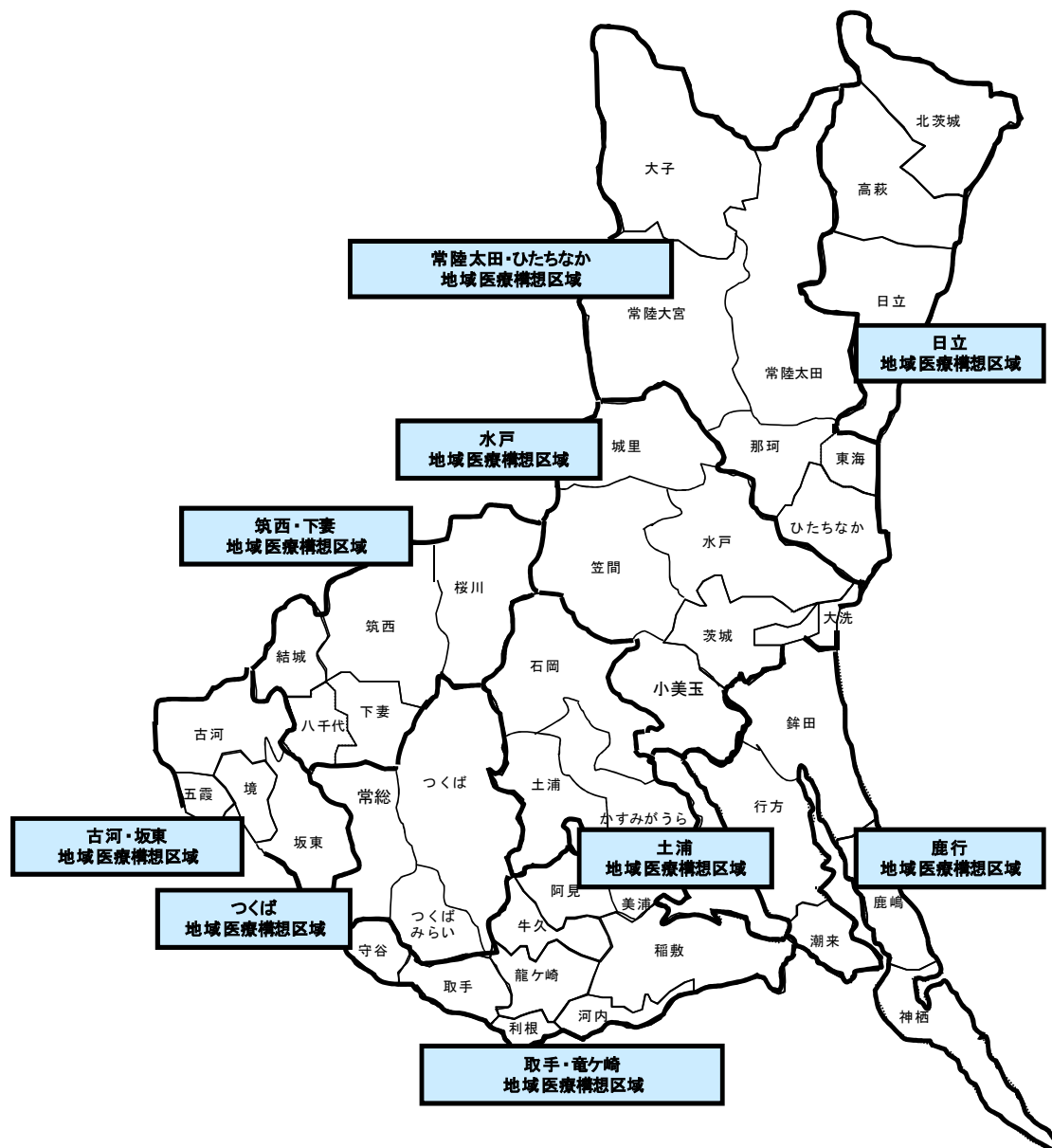
図表 1-3 地域医療構想区域の名称と構成市町村

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	468,040
日立地域医療構想区域	3	日立市，高萩市，北茨城市	259,104
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	360,612
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	274,568
土浦地域医療構想区域	3	土浦市，石岡市，かすみがうら市	258,971
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	337,582
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	465,650
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	264,113
古河・坂東地域医療構想区域	4	坂東市，古河市，五霞町，境町	228,336
計	44		2,916,976

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条の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当たっては、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を行うとともに、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、PDCA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当たっては、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）」といいます。）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り推計される医療需要の種類

患者住所地ベース	・ 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	・ 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を防ぐため、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及び④については、①及び②の二次保健医療圏、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。

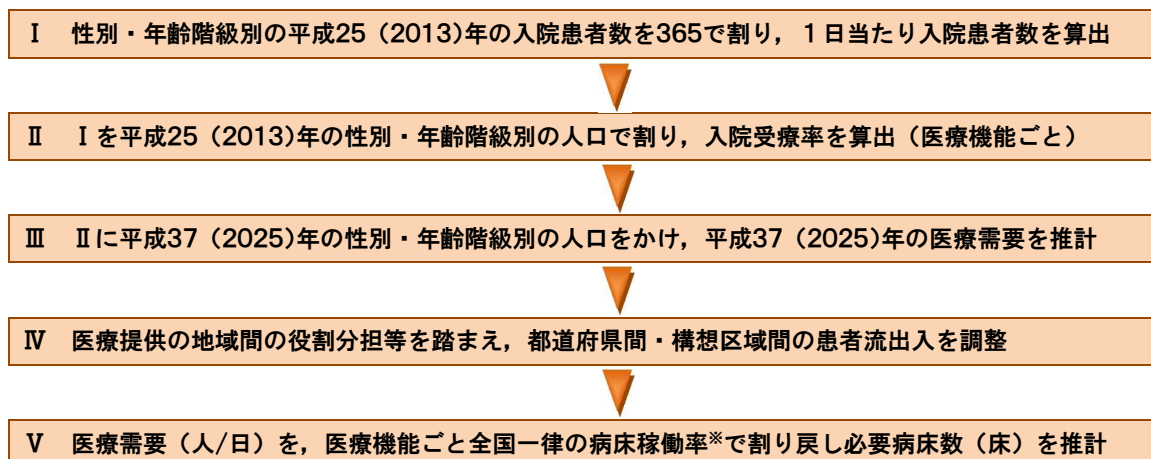
図表 1-7 地域医療構想における4つの医療機能の境界点の考え方

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		◇ 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
回復期	C 2 600 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。
慢性期及び在宅医療等	C 3 225 点/日	

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とおりです。

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。

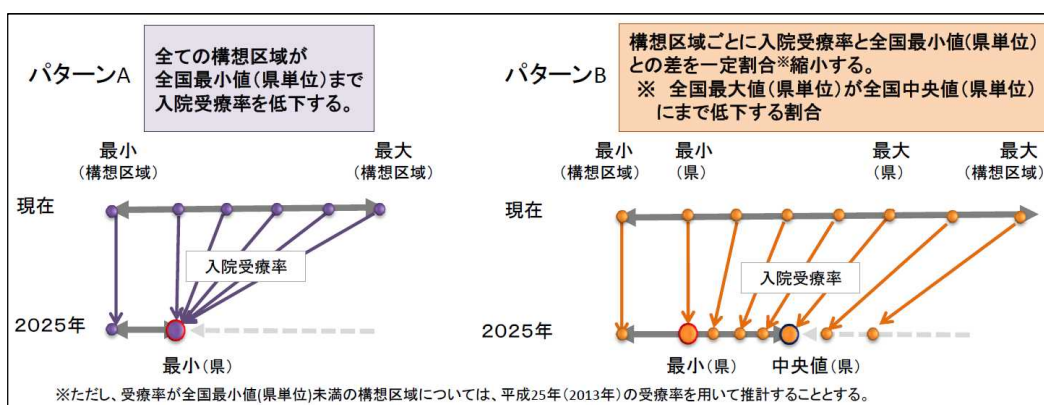
④ 慢性期及び在宅医療等の医療需要の推計

- 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）

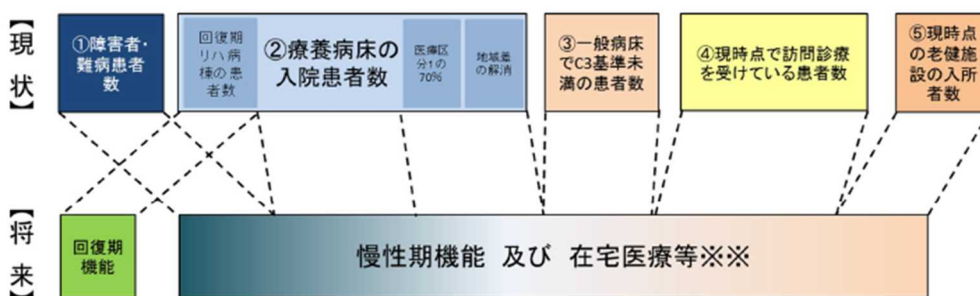


出典：「地域医療構想策定ガイドライン」（平成27年3月31日）

- 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。
 - ①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
 - ②一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
 - ③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
 - ④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、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・連携の自主的な取組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。 ※ 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
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10万人当たりの施設数をみると、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10万人当たりの病床数についても、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	5,742	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	642	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

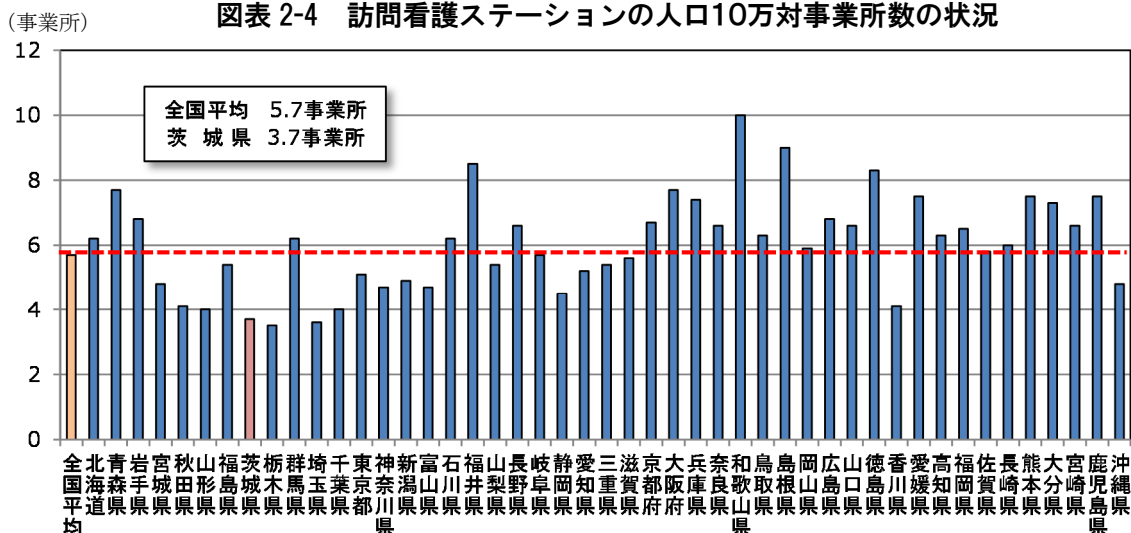
	在宅療養支援診療所数・患者数等			人口10万対			
	届出施設数	連携保険医療機関数	受け持つ在宅療養患者数	届出施設数	連携保険医療機関数	受け持つ在宅療養患者数	
全国平均				11.2	29.3	350.0	
茨城県	198	499	6,758	6.8	17.1	231.3	
構 想 区 域	水戸	32	59	966	6.8	12.6	205.7
	日立	4	8	378	1.5	3.1	145.2
	常陸太田・ひたちなか	21	42	820	5.8	11.6	225.8
	鹿行	17	26	97	6.2	9.5	35.3
	土浦	20	49	350	7.7	18.8	134.0
	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、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、薬局従事者も含まれます。

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 人となっています。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。

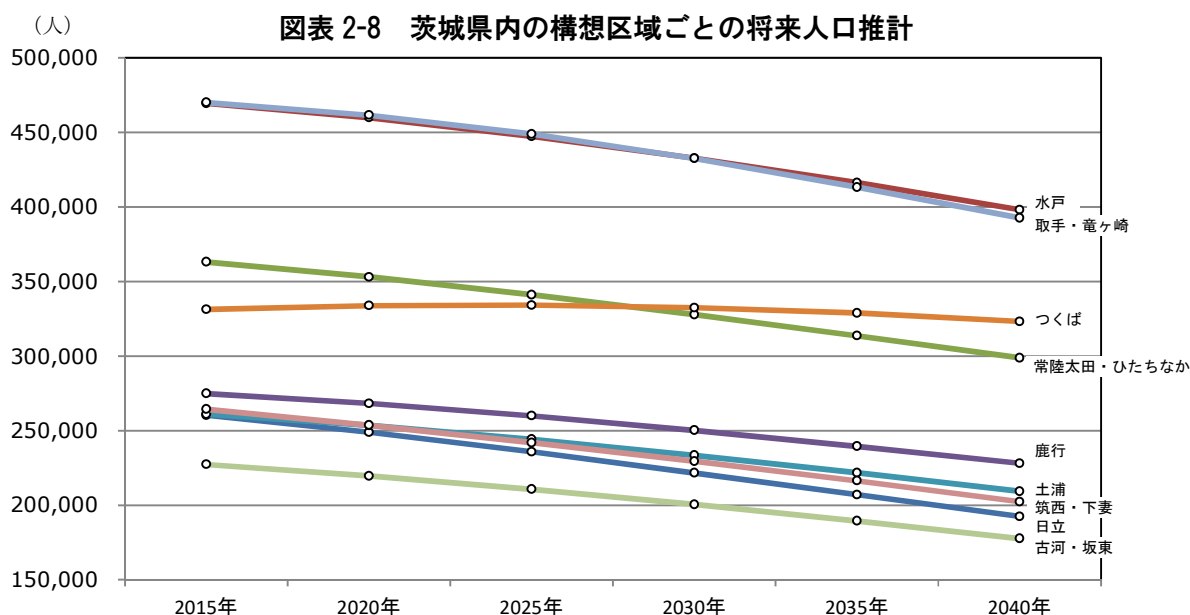
図表 2-7 茨城県の将来人口推計

(単位:人)

	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

- 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} 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推計については, ツールでは医療機関所在地ベースのみの対応となっています。

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）については、高齢化の進展に伴い、神経系疾患，呼吸器系疾患，循環器系疾患は高い増加傾向を示しています。

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のことです。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。

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

- 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
ため含まれていません）についてみると、高齢化の進展を背景として、大腿骨頸部
骨折の増加傾向が最も高く、順に成人肺炎、脳卒中となっています。

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ています。

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}との差をみると、各構想区域で357人/日～998人/日の不足が見込まれます。

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」といいます。）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：1,075，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す。

図表 2-20 在宅医療等の医療需要の将来推計 (単位:人)

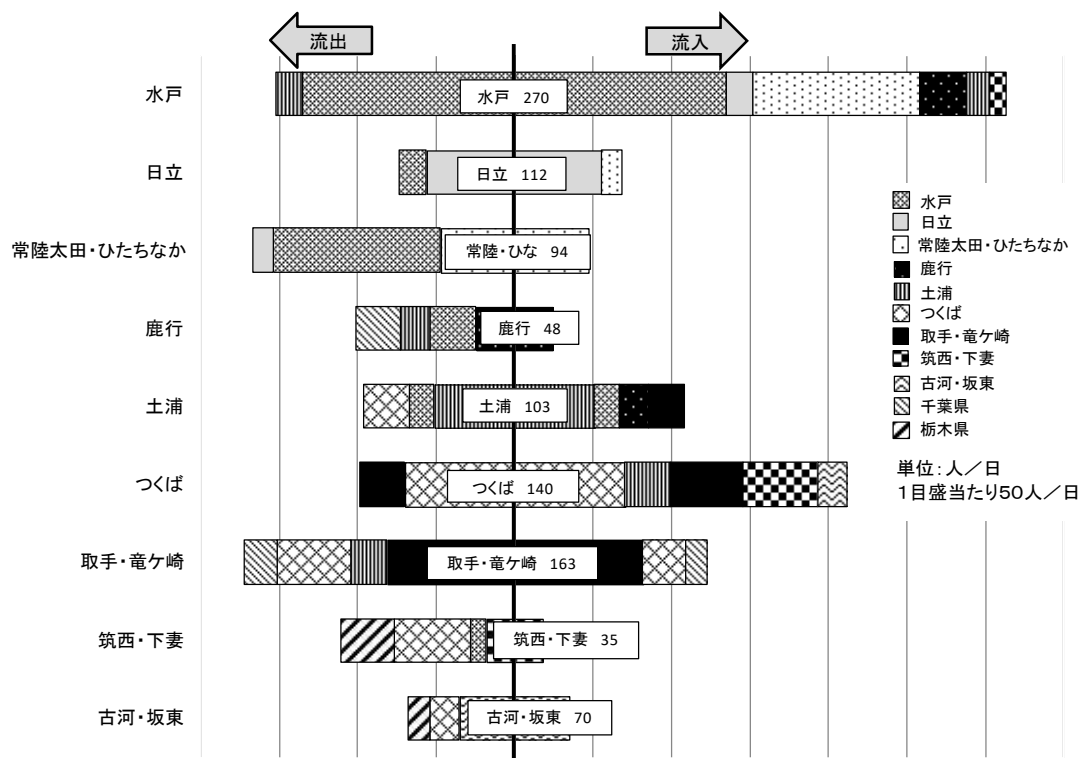
	2014年 (A)	2025年 (B)	増加分 (B-A)
老人保健施設	1,157	1,288	131
訪問看護ステーション	685	1,475	790
合計	1,842	2,763	921

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

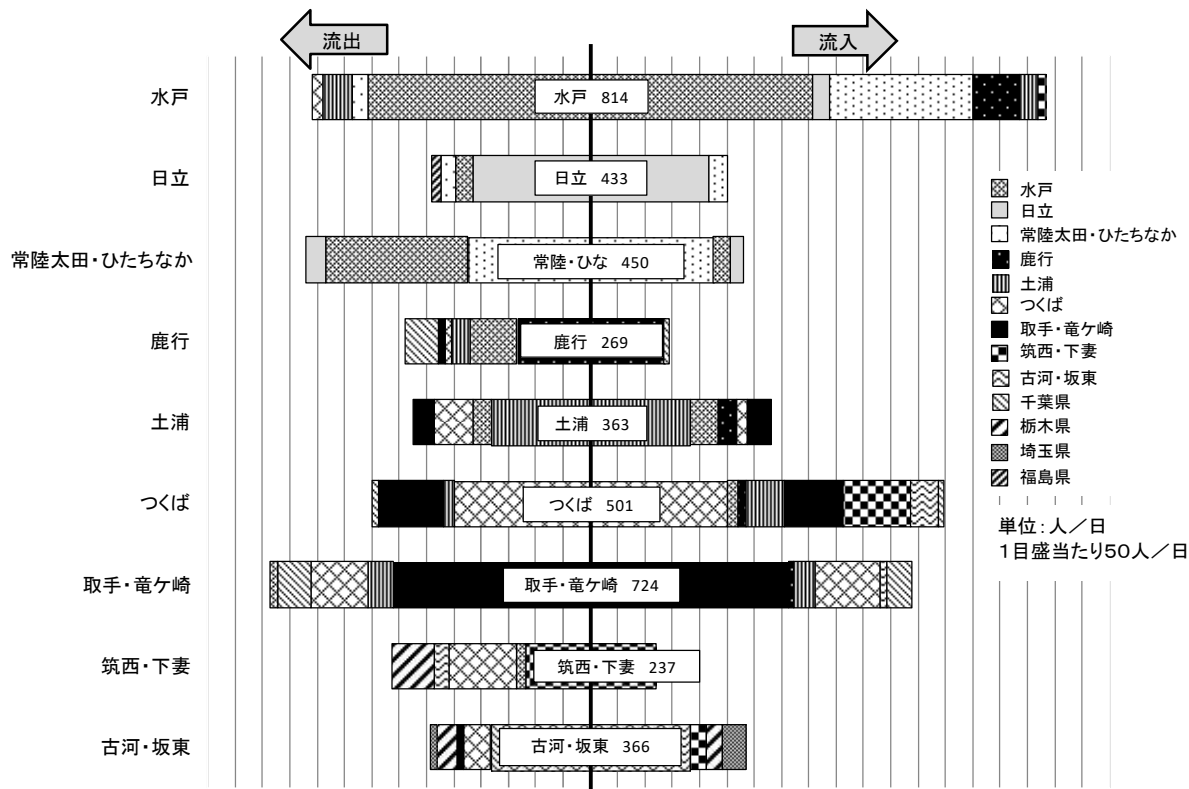
⑤ 都道府県間及び構想区域間の流出入の状況

- 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の状況をみると、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となっています。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。

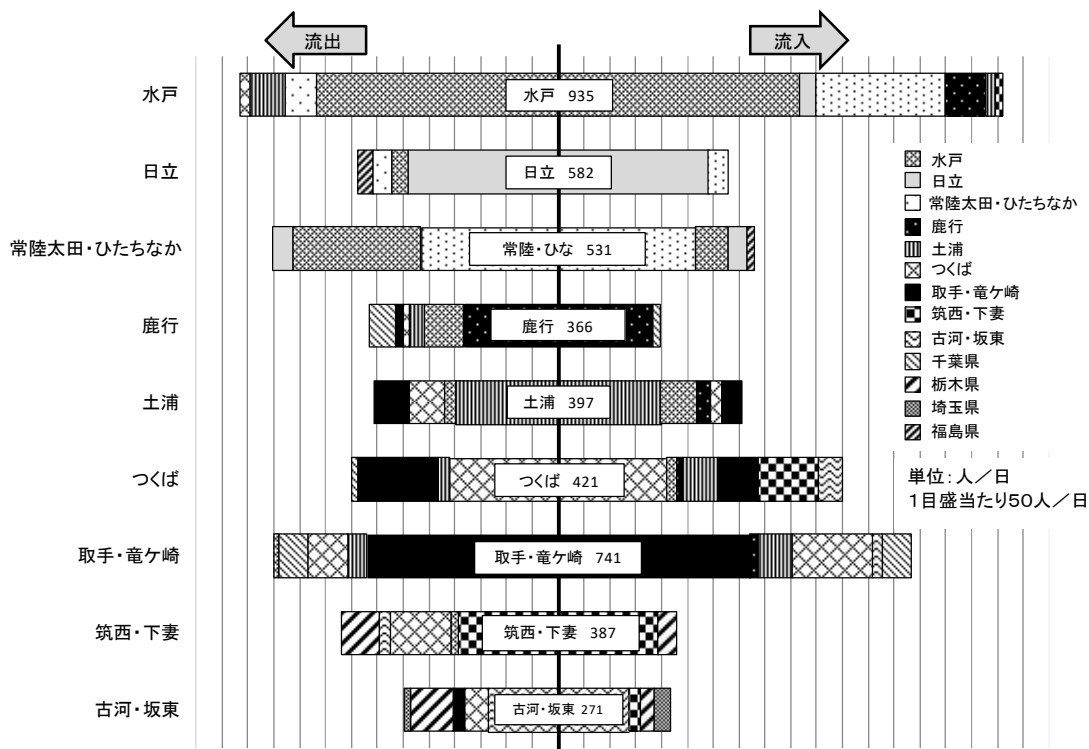
図表 2-21 2025 年の医療需要・患者の流出入の状況（高度急性期）



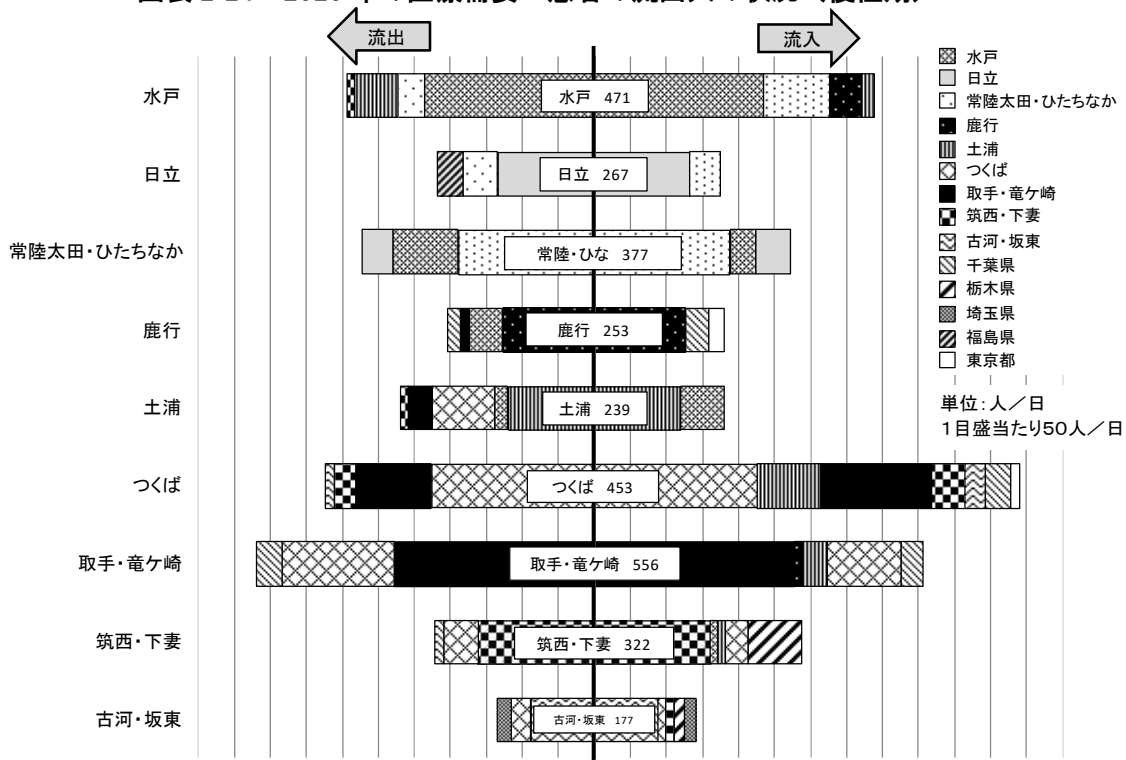
図表 2-22 2025 年の医療需要・患者の流出入の状況（急性期）



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、急性期、回復期、慢性期等、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ること、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することとしました。
- 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（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）し定めることとなっていることから、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に著しい変化が生じた場合には、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 (医療機関所在地ベース)

構想区域		2025 年における医療需要 (当該構想区域に居住する患者の医療需要) (単位: 人/日)	2025 年における医療供給 (医療提供体制)				【参考】	
			現在の医療提供体制が変わらないと仮定した場合の他の構想区域に所在する医療機関により供給される量を増減したもの (単位: 人/日)	将来のあるべき医療提供体制を踏まえ、他の構想区域に所在する医療機関により供給される量を増減したもの (①) (単位: 人/日)	病床の必要量 (必要病床数) (①) を基に病床利用率等により算出される病床数 (単位: 床)	許可病床数 (2013 年 10 月) (単位: 床)	基準病床数 (2013 年 4 月) (単位: 床)	
全県	高度急性期	1,761	1,634	1,634	2,178	(一般病床)	21,033	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	(療養病床)		
	小計	18,754	18,460	18,460	21,755			
水戸	高度急性期	317.4	466.0	466.0	621	(一般病床)	4,695	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	(療養病床)		
	小計	3,008.4	3,756.7	3,756.7	4,478			
日立	高度急性期	150.6	128.9	128.9	172	(一般病床)	2,154	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	(療養病床)		
	小計	1,740.5	1,571.9	1,571.9	1,850			
ひたちなか 常陸太田	高度急性期	229.2	112.5	112.5	150	(一般病床)	2,040	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	(療養病床)		
	小計	2,394.4	1,808.7	1,808.7	2,112			
鹿行	高度急性期	158.1	52.6	52.6	70	(一般病床)	1,427	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	(療養病床)		
	小計	1,627.8	1,090.5	1,090.5	1,265			
土浦	高度急性期	164.5	176.8	176.8	236	(一般病床)	1,915	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	(療養病床)		
	小計	1,676.9	1,626.6	1,626.6	1,930			
つくば	高度急性期	191.2	327.0	327.0	436	(一般病床)	2,765	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	(療養病床)		
	小計	2,145.9	2,948.6	2,948.6	3,489			
竜ヶ崎 取手	高度急性期	282.8	230.1	230.1	307	(一般病床)	3,314	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	(療養病床)		
	小計	3,065.1	3,151.6	3,151.6	3,704			
筑西 下妻	高度急性期	145.3	40.4	40.4	54	(一般病床)	1,276	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	(療養病床)		
	小計	1,714.3	1,274.6	1,274.6	1,458			
古河 坂東	高度急性期	122.3	99.2	99.2	133	(一般病床)	1,447	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	(療養病床)		
	小計	1,380.3	1,230.6	1,230.6	1,469			

※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）

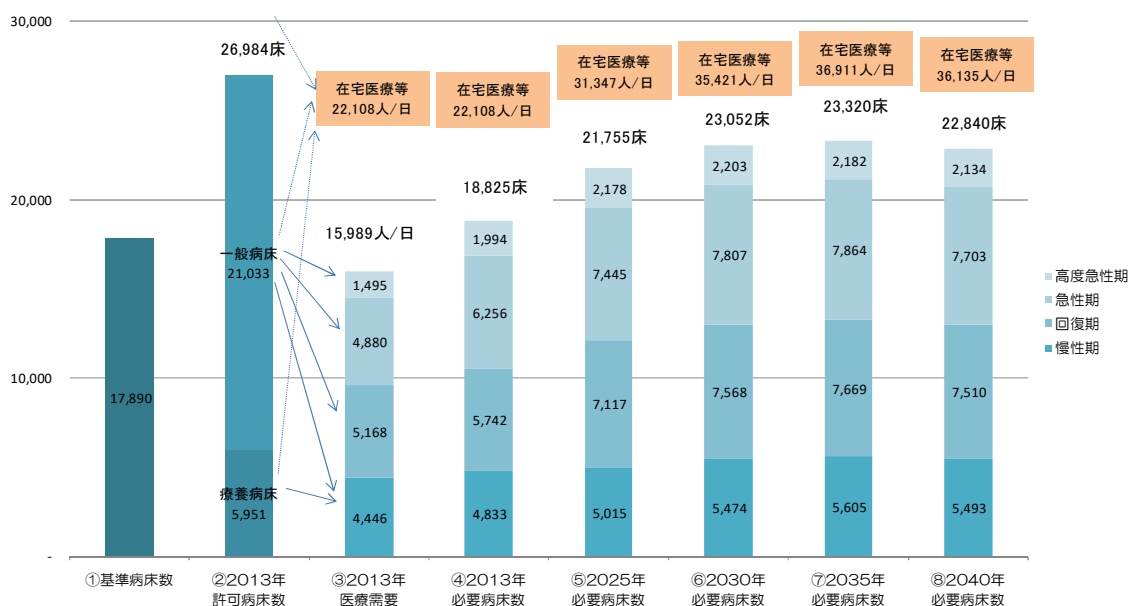
	2025 年における医療需要（当該構想区域に居住する患者の医療需要） （単位：人/日）	2025 年における医療供給（医療提供体制）			【参考】	
		現在の医療提供体制が変わらないと仮定した場合の他の構想区域に所在する医療機関により供給される量を増減したもの（①） （単位：人/日）	将来のあるべき医療提供体制を踏まえ、他の構想区域に所在する医療機関により供給される量を増減したもの（①） （単位：人/日）	病床の必要量（必要病床数）（①を基に病床利用率等により算出される病床数） （単位：床）	許可病床数（2013 年 10 月） （単位：床）	基準病床数（2013 年 4 月） （単位：床）
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

出典：「地域医療構想策定支援ツール」より推計

（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、将来を見据えて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、入院医療のほか、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ばいで推移しますが、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の確保が必要です。
- 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当たり、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 介護保健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、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

- 県内各市町村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、市町村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 2-6 を参照）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、引き続き各地域医療構想調整会議において、再編統合等を含めた医療機能の分化・連携について検討します。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いきます。

■ 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、在宅医療関係者間の連携強化を図るなど、在宅医療の提供体制を強化します。
- 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ます。

■ 主な施策

- ・ 在宅医療推進体制整備事業（H28～）
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るため、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等を支援。
- ・ 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（再掲：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、医療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制度の結果の情報共有や、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制度の結果の情報共有や、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3章 本県における将来の医療提供体制に関する構想

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。