

令和5年11月1日

第3回茨城県地域医療対策協議会資料

資料3

第8次(前期)茨城県医師確保計画素案 (令和6年度(2024年度)～令和8年度(2026年度))

茨城県保健医療部医療局医療人材課

第8次（前期）医師確保計画 計画の構成

○ 総論

構成		主なポイント・骨子案からの変更点等
第1章 計画策定の趣旨		
1	第8次保健医療計画の推進 <u>計画策定の経緯</u> <u>(1) これまでの本県の医師確保の取組</u> <u>(2) 国における医療提供体制改革</u>	<ul style="list-style-type: none"> 計画策定までの本県の取組を時系列で整理(p2)
	2 国における医療提供体制改革	
	3 2 第8次医師確保計画（前期）の策定 (1) 計画の性格 (2) 計画期間	<ul style="list-style-type: none"> 第8次保健医療計画の推進に言及（p3）
第2章 本県の現状と課題、 現 計画の評価・達成状況		
1	医師数 (1) 本県の医師数 <u>(2) 医師偏在指標</u> (3) 医療施設従事医師数	<ul style="list-style-type: none"> 三師統計公表後、データ更新予定（p5～p16） 医師偏在指標を第3章から移動（p5）
2	医療施設	
3	患者の受療動向	
4	地域医療構想	<ul style="list-style-type: none"> 「本県の状況」を追加（p36）
5	第7次医師確保計画の達成状況と <u>今後の課題</u>	<ul style="list-style-type: none"> 「今後の課題」を第3章へ移動(→p42)
第3章 <u>医師偏在指標と医師多数区域・医師少数区域</u>		<ul style="list-style-type: none"> 第2章へ移動(→p5)

第8次（前期）医師確保計画 計画の構成

○ 総論

構成		主なポイント・骨子案からの変更点等
第4章 本計画における医師確保の方針と重点化の視点		
1	県全体及び二次保健医療圏の医師確保の <u>基本</u> 方針	
	<u>2</u> 今後の課題	<ul style="list-style-type: none"> 第2章から移動し、重点化の視点との関係を明確化（p42）
	2 <u>3</u> 計画推進の重点化の視点	<ul style="list-style-type: none"> 視点2に「魅力ある環境づくり」を追加（p42）
第5章 本計画の数値目標		<ul style="list-style-type: none"> 数値目標については検討中(p44)

第8次（前期）医師確保計画 計画の構成

○ 各 論

構成		主なポイント・骨子案からの変更点等
第1章 医師の養成課程を通じた医師確保		
第1節	国の医師需給推計と医師の養成	
第2節	各養成課程の現状と課題及び対策	
1	高校生	
2	医学生	<ul style="list-style-type: none"> 地域枠のさらなる新增設は医師数の将来推計等を踏まえながら検討(p53) へき地医療支援機構と連携する旨を記載 (p60)
3	医師のキャリア形成	<ul style="list-style-type: none"> ○「対策」に以下を追加 水戸医療圏が医師不足地域外になることに伴うキャリア形成プログラムの見直し (p75) 各医療機関における魅力向上 (p76) 医師不足地域等における研修体制の整備(p77)
第2章 短期的な医師の確保		
第1節	医師の派遣調整	<ul style="list-style-type: none"> 医師派遣調整スキームにおいて「大学に加え、医師多数区域の医療機関」へ要請を行うことを記載(p78)
第2節	県外からの医師確保	<ul style="list-style-type: none"> 県外大学との連携プログラムの作成促進を追加(p82)

第8次（前期）医師確保計画 計画の構成

構成	主なポイント・骨子案からの変更点等
第3章 魅力ある環境づくり	<ul style="list-style-type: none"> 医師の働き方改革に係る対策（タスクシフト/シェアの推進、救急電話相談やかかりつけ医の活用等）を追加（p84）
第4章 茨城県地域医療支援センター	
第5章 産科の医師確保	
第1節 現状と課題 <ul style="list-style-type: none"> 1 本県の周産期医療圏 2 本県の産科・産婦人科医師数 <u>3 分娩取扱医師偏在指標</u> 3<u>4</u> 出生数の推移 4<u>5</u> 産科・産婦人科医師数と分娩件数 5<u>6</u> 本県の周産期医療提供体制における課題 	<ul style="list-style-type: none"> 分娩取扱医師偏在指標を第2節から移動(p91) 周産期医療部会における協議内容を反映(p100)
第2節 <u>分娩取扱医師偏在指標と相対的分娩取扱少数区域の設定</u>	<ul style="list-style-type: none"> 第1節へ移動(→p91)
第 3 <u>2</u> 節 産科の医師確保の方針	
第 4 <u>3</u> 節 産科の医師確保の施策	<ul style="list-style-type: none"> 地域の正常分娩体制の維持等に主体的に取り組む市町村への助言を追加（p103）

第8次（前期）医師確保計画 計画の構成

○ 各 論

構 成	主な変更点等
第6章 小児科における医師確保	
第1節 現状と課題 1 本県の小児医療圏 2 本県の小児科医師数 <u>3</u> <u>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</u> 3 <u>4</u> 年少人口の推計 4 <u>5</u> 性・年齢別の小児科医師数 5 <u>6</u> 本県の小児医療提供体制における課題	<ul style="list-style-type: none"> 小児科医師偏在指標を第2節から移動 (p107) 小児医療部会における協議内容を反映 (p115)
第2節 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	
第 3 <u>2</u> 節 小児科の医師確保の方針	
第 4 <u>3</u> 節 小児科の医師確保の施策	<ul style="list-style-type: none"> 重症心身障害児等への支援及び災害を見据えた小児医療体制の確保(p118)
第7章 計画の推進体制の各関係機関の役割	<ul style="list-style-type: none"> 各医療機関がみずからの役割や機能を踏まえ、主体的に医師確保に努めることを追加 (p120)

総論

第1章 計画策定の趣旨

1 計画策定の経緯

(1) これまでの本県の医師確保の取組

本県では、医師の不足や地域偏在の状況を踏まえ、最優先で取り組む重要な課題として、医師の確保に取り組んできました。

2004年の医師法改正により医師臨床研修制度が開始されたことを受け、県内臨床研修病院等と一体となって県内の研修体制の充実を図るべく、2007年には「茨城県臨床研修連絡協議会」を設立しました。

また、国の「緊急医師確保対策」に基づく医師養成増の取組（地域枠）に先立ち、2006年度に県独自の医師修学資金貸与制度を創設し、県内の医師不足地域で勤務する医師の養成に取り組むとともに、2012年には、修学資金や地域枠を活用している若手医師等のキャリア形成支援等のため、「茨城県地域医療支援センター」を設置しました。

さらに2018年2月には、「茨城県医師不足緊急対策行動宣言」を発出し、これまでの常識にとらわれない新たな発想により、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いたしました。

2018年からは、医師の質の一層の向上と偏在是正を目的に「新専門医制度」が開始されるとともに、国の指針において、都道府県は地域枠等の医師について「医師不足地域における医師の確保」と「医師不足地域に派遣される医師の能力開発・向上の機会の確保」の両立を目的としたキャリア形成プログラムを策定することとされたため、専門研修プログラムの責任者等と協議を重ね、臨床検査科を除く18の基本領域に係るモデルプログラムを整備しました。

【これまでの取組】

国の動き		本県の取組	
2004年	■医師臨床研修制度開始	2006年	■医師修学資金貸与制度
2006年	■新医師確保総合対策	2007年 2009年	■医師臨床研修連絡協議会設立
2007年	■緊急医師確保対策 ・2009年～医学部臨時定員増	2012年 2017年	■地域医療医師修学資金貸与制度 ■地域医療支援センター設置 ■海外対象医師修学研修資金貸与制度
2018年	新専門医制度開始 キャリア形成プログラム運用指針	2018年	■医師不足緊急対策行動宣言の発出 ■キャリア形成プログラム策定（以降、毎年度更新）

(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年を展望し、2013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、2018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）が公布されました。これにより、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、

2019年3月には、計画策定の指針となる「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）が示されました。

【医療提供体制改革の経緯】

2013年12月	<p>■社会保障改革プログラム法</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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
2014年6月	<p>■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</p> <p>①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）</p> <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 <p>②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）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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
2018年7月	<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

2 第8次医師確保計画（前期）の策定

本県では、2024年度から2029年度までを計画期間とする「第8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県」の実現を目指しているところです。

当該計画の一部として、「第8次茨城県医師確保計画（前期）」（2024～2026年度）を策定し、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8次茨城県保健医療計画」の各論第1章第9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、**2024年度から2026年度までの3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。

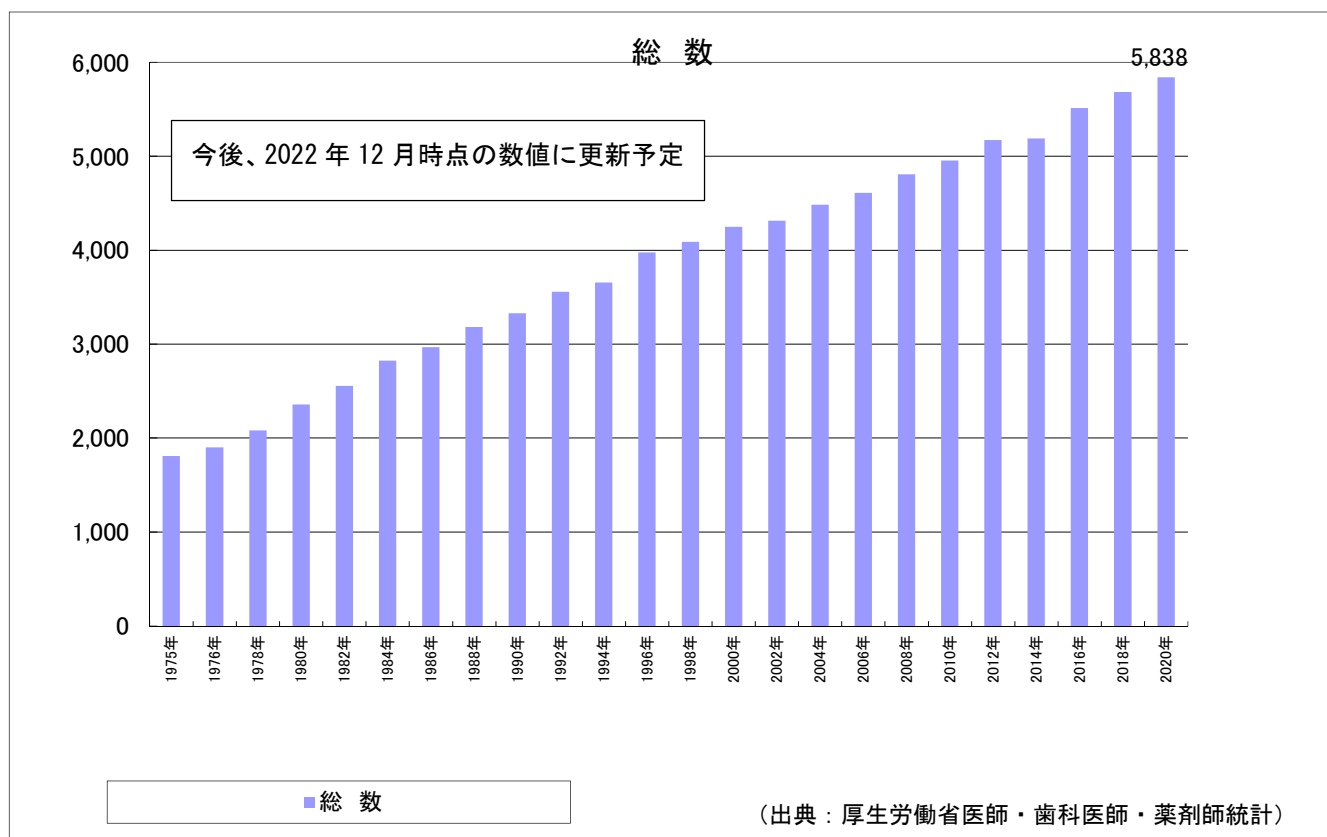
茨城県保健 医療計画	第7次 2018～2023年度	第8次 2024～2029年度		第9次 2030～2035年度	
茨城県 医師確保 計画	第7次 2020～ 2023年度	第8次前期 2024～ 2026年度	第8次後期 2027～ 2029年度	第9次前期 2030～2032 年度	第9次後期 2033～2035 年度

第2章 本県の現状

1 医師数

(1) 本県の医師数

- 本県の医師数は、2020年12月31日現在で5,838人であり、増加傾向にあります。



(2) 医師偏在指標

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10万人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かつ客観的に比較・評価するための指標として、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ています。
- 各都道府県は、医師偏在指標に基づき、医師多数区域・医師少数区域を設定し、これらの区域分類に応じて具体的な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3年ごとに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。
- なお、第8次医師確保計画（前期）からは、「医師・歯科医師・薬剤師統計」における医師届出票で「従たる従事先」を記載している医師については、その状況を加味し、主たる従事先で0.8人、従たる従事先で0.2人として算出することで、大学病院等から派遣される非常勤医師等の勤務実態が考慮されることとなりました。

■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。
- ・ 従来的人口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。

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

$$\begin{aligned} \text{標準化医師数} &= \sum \text{性年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}} \\ \text{地域の標準化受療率比} (\ast 1) &= \text{地域の期待受療率} \div \text{全国の期待受療率} (\ast 2) \\ \text{地域の期待受療率} (\ast 2) &= \frac{\sum (\text{全国の性年齢階級別受療率} \times \text{地域の性年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}} \end{aligned}$$

■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ますが、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、現在の患者の流出入の状況が今後も継続するものとして医療需要を見込むこととしました。
- ・ また、二次保健医療圏間の患者の流出入についても、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が継続するものとして医療需要を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%が医師多数に、下位 33.3%が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"> ・ <u>当該都道府県以外からの医師の確保は行わない。</u> ・ <u>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。</u>
中位 33.3%		<ul style="list-style-type: none"> ・ <u>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。</u>

<p><u>下位 33.3%</u></p>	<p><u>医師少数</u></p>	<p><u>・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。</u></p>
------------------------	--------------------	---

【二次保健医療圏の区分と医師確保の方針】

<p><u>区分割合</u></p>	<p><u>医師の多数・少数の区分</u></p>	<p><u>医師確保の方針</u></p>
<p><u>上位 33.3%</u></p>	<p><u>医師多数</u></p>	<p><u>・他の二次保健医療圏からの医師の確保は行わない。</u> <u>・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。</u></p>
<p><u>中位 33.3%</u></p>		<p><u>・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。</u></p>
<p><u>下位 33.3%</u></p>	<p><u>医師少数</u></p>	<p><u>・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。</u></p>

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

ア 三次保健医療圏（都道府県等）の医師偏在指標

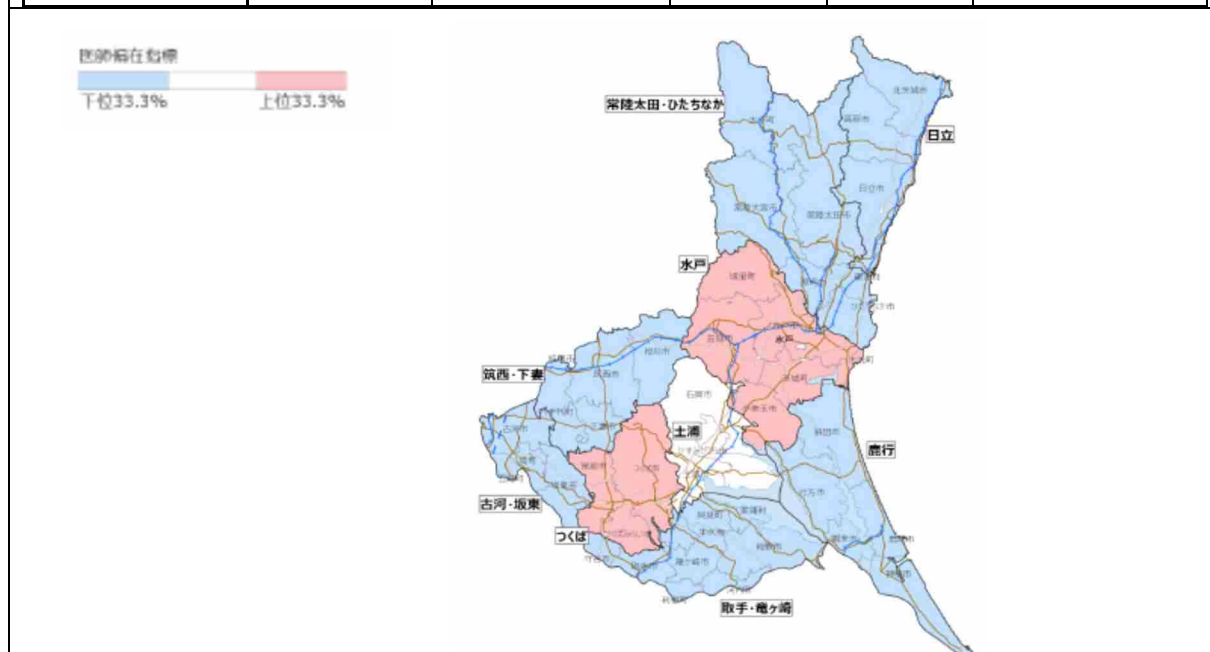
○ 本県は、全都道府県で第 43 位であり、下位 33.3%に含まれる医師少数県となっています。

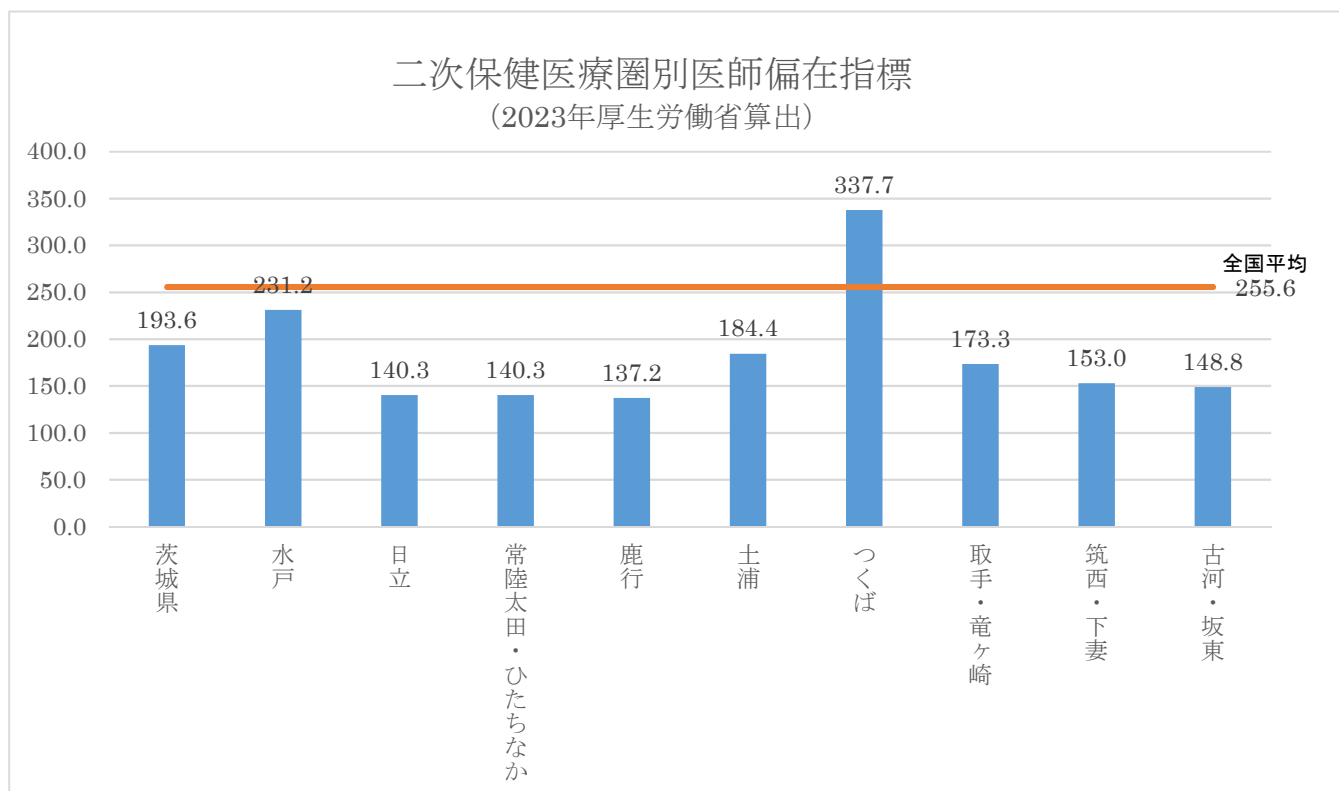
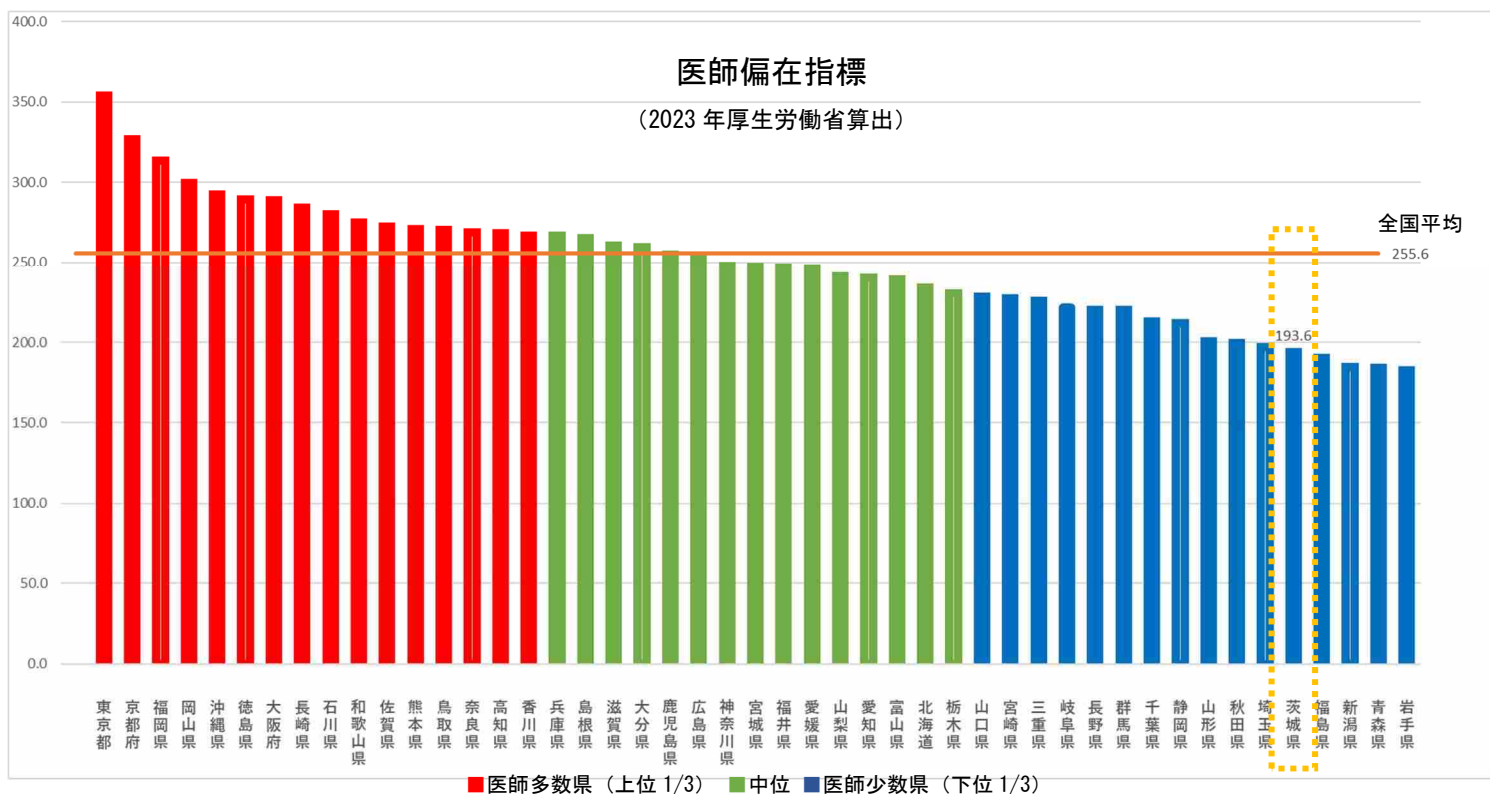
イ 二次保健医療圏の医師偏在指標と医師少数区域・医師多数区域の設定

○ 本県の二次保健医療圏の内、つくば、水戸が全国の上位 33.3%に含まれ、取手・竜ヶ崎、筑西・下妻、古河・坂東、日立、常陸太田・ひたちなか、鹿行が全国の下位 33.3%に含まれています。

○ 各都道府県は、この区分に基づき、医師多数区域及び医師少数区域を設定することとなっていることから、本計画では、つくば、水戸を医師多数区域に設定するとともに、筑西・下妻、古河・坂東、日立、常陸太田・ひたちなか、鹿行を医師少数区域に設定します。

三次医療圏、 二次医療圏	人口 (2021年1月1日時点、千人)	標準化医師数 (2020年、人)	医師偏在 指標	全国順位 (全335医療圏)	区域分類
茨城県	2,908	5,632	193.6		医師少数県
つくば	357	1,335	337.7	23	医師多数区域
水戸	464	1,214	231.2	94	医師多数区域
土浦	256	551	184.4	204	
取手・竜ヶ崎	465	827	173.3	236	医師少数区域
筑西・下妻	260	294	153.0	288	医師少数区域
古河・坂東	229	353	148.8	296	医師少数区域
日立	246	410	140.3	311	医師少数区域
常陸太田・ひたちなか	358	405	140.3	312	医師少数区域
鹿行	273	242	137.2	318	医師少数区域



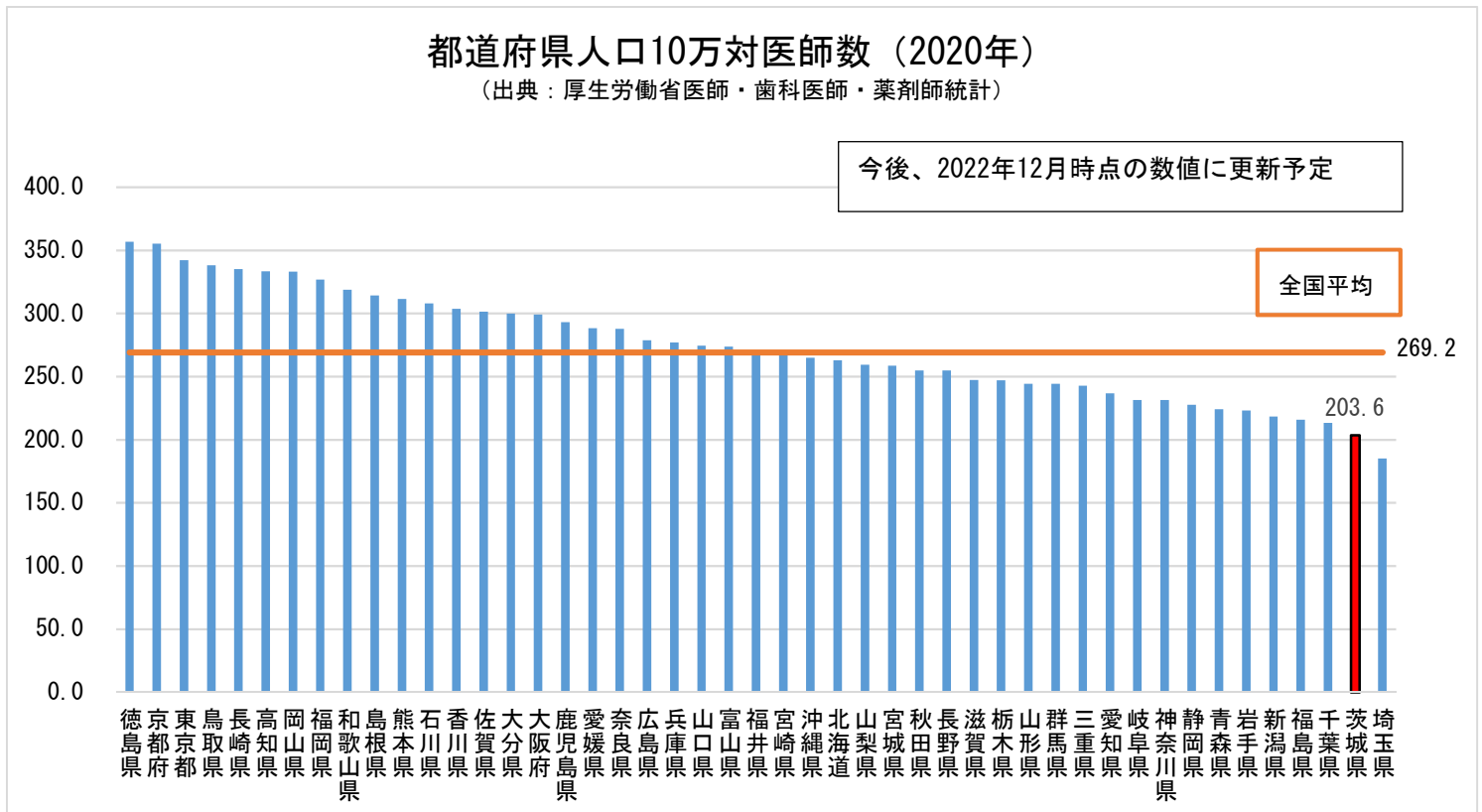


ウ 医師少数スポット

- 医師確保計画は、二次保健医療圏ごとに設定された医師少数区域及び医師少数都道府県の医師の確保を重点的に推進するものですが、実際の医師偏在対策の実施に当たっては、より細かい地域の医療ニーズに応じた対策も必要となる場合があることから、各都道府県は、必要に応じて二次保健医療圏よりも小さい単位の地域での施策を検討することができるものとし、局所的に医師が少ない地域を「医師少数スポット」として定め、医師少数区域と同様に取扱うことができるものとされています。
- 本県では、2022年10月31日時点で、医師少数区域以外の区域の内、水戸保健医療圏に無医地区が1区域、準無医地区が2区域ありますが、いずれも巡回診療の実施や患者輸送体制の整備がされていることから、本計画では、医師少数スポットを設定しないこととします。

<参考：人口10万人対医師数>

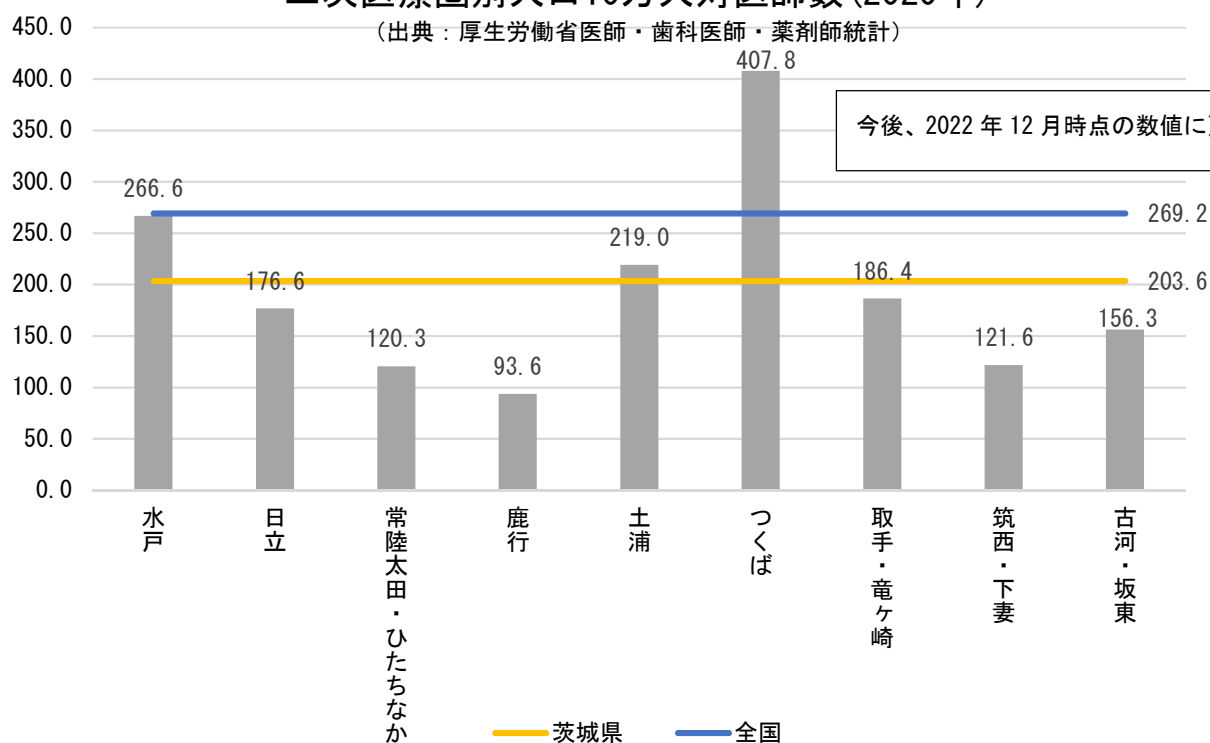
- 本県の人口10万人対医師数は203.6人と全国平均269.2人を下回り、都道府県別順位では全国第46位と下位にあります。



- 県内の二次保健医療圏別の人口10万人対医師数では、つくば保健医療圏が407.8人と全国平均269.2人を上回る一方、常陸太田・ひたちなか保健医療圏、鹿行保健医療圏、筑西・下妻保健医療圏では全国平均の半分以下となっています。

二次医療圏別人口10万人対医師数(2020年)

(出典：厚生労働省医師・歯科医師・薬剤師統計)

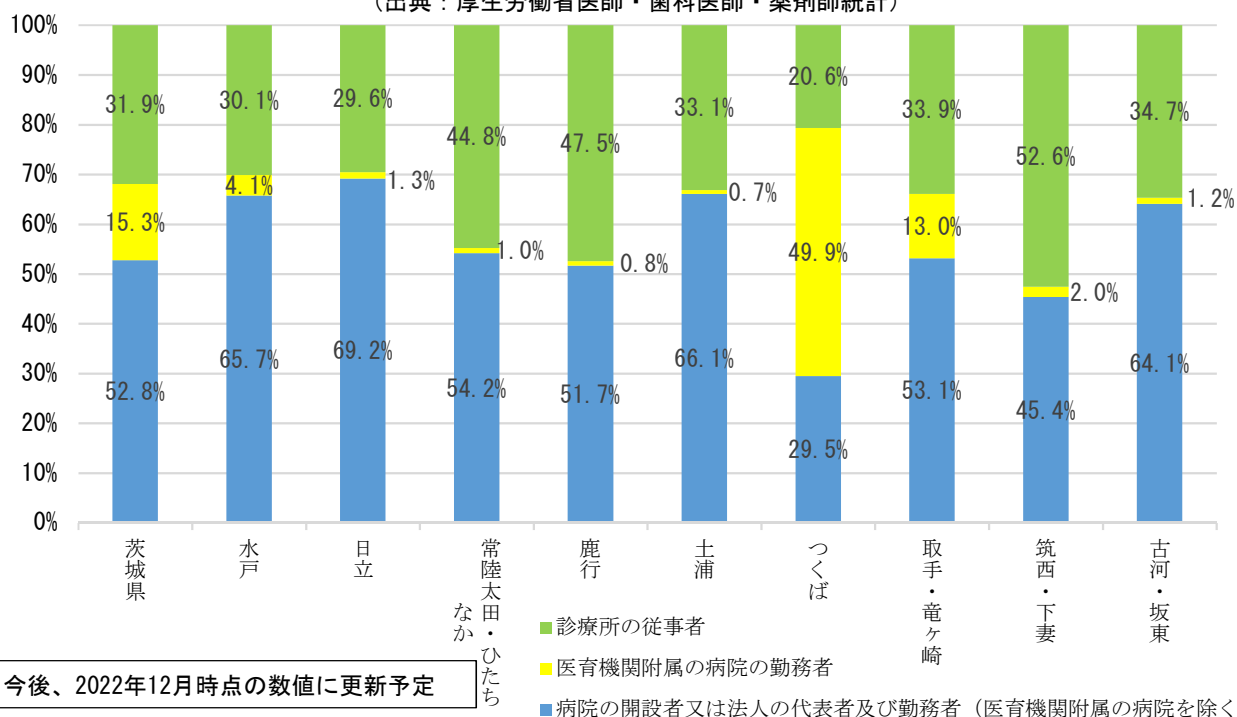


(4) 医療施設従事医師数

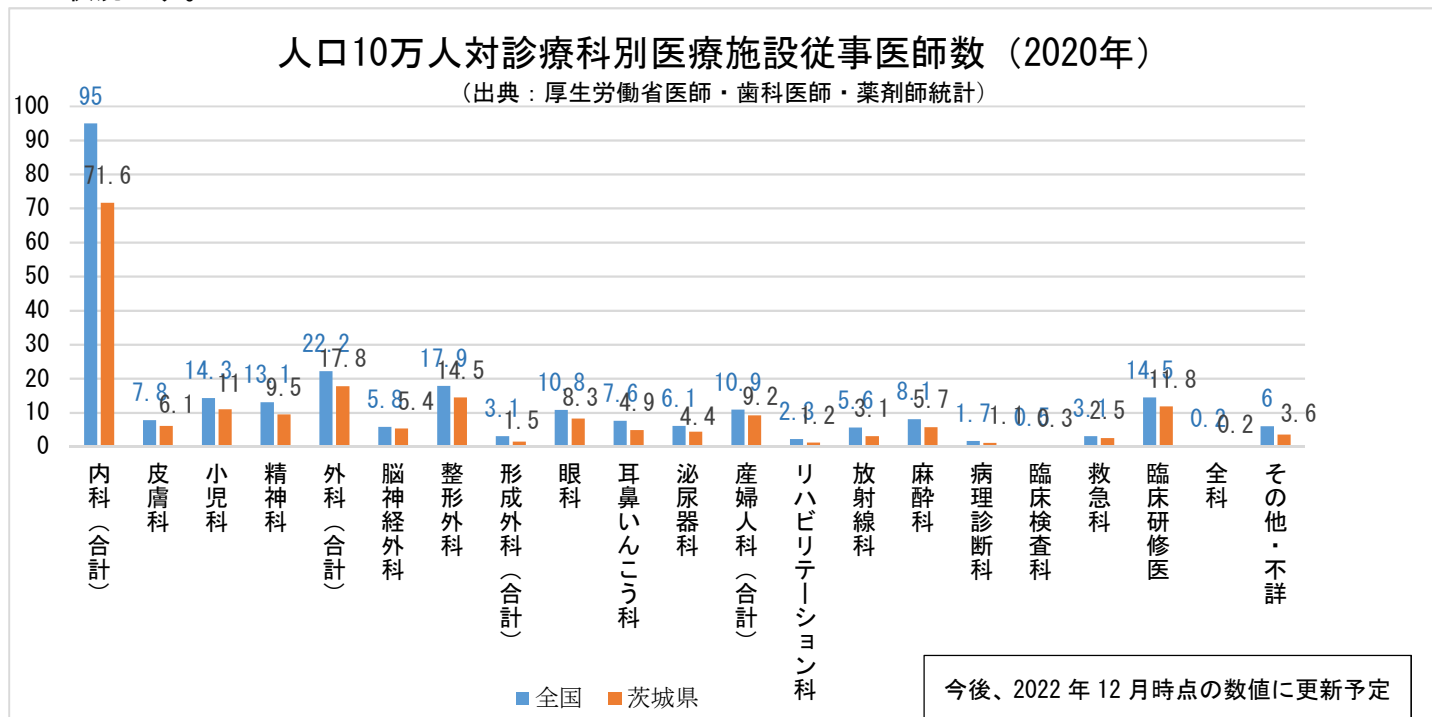
○ 医療施設別の医師数をみると、筑波大学附属病院が所在するつくば保健医療圏では、**医育機関**附属の病院の勤務者の割合が49.9%と最も高く、常陸太田・ひたちなか保健医療圏、鹿行保健医療圏、筑西・下妻保健医療圏などの医師**少数**地域では、診療所の従事者の割合が高い傾向にあります。

二次医療圏別・医療施設別の医師数の割合(2020年)

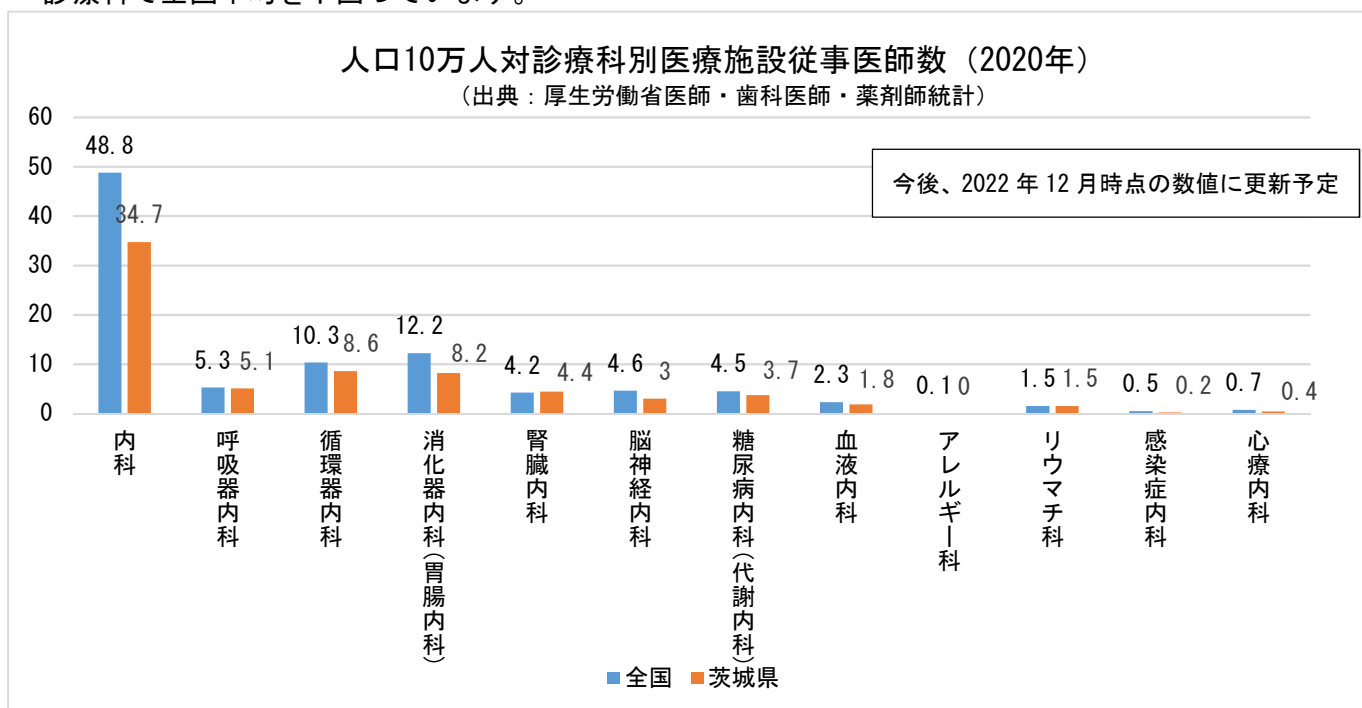
(出典：厚生労働省医師・歯科医師・薬剤師統計)



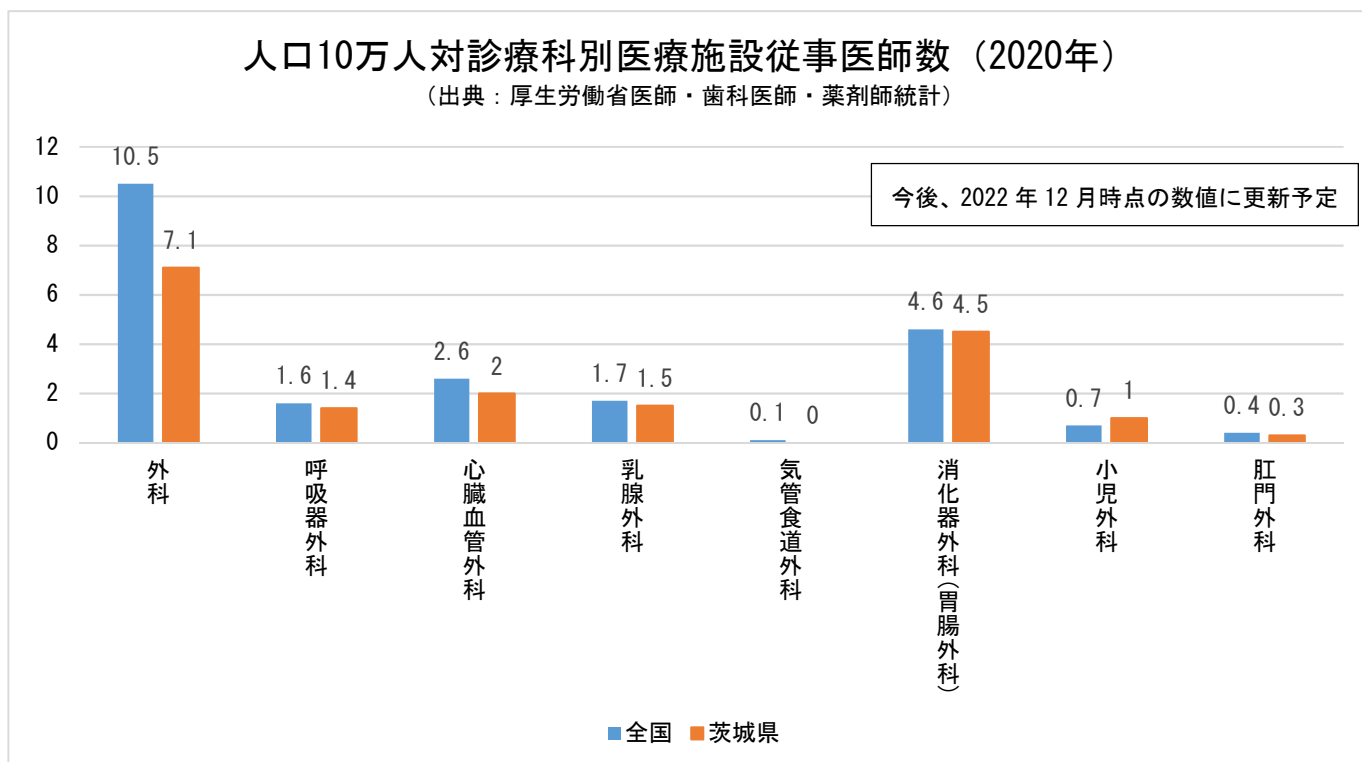
- 診療科別に人口10万人対医療施設従事医師数をみると、本県では、ほぼ全ての診療科で全国平均を下回り、特に内科（合計）、外科（合計）、精神科、整形外科、小児科が全国平均に比べ少ない状況です。



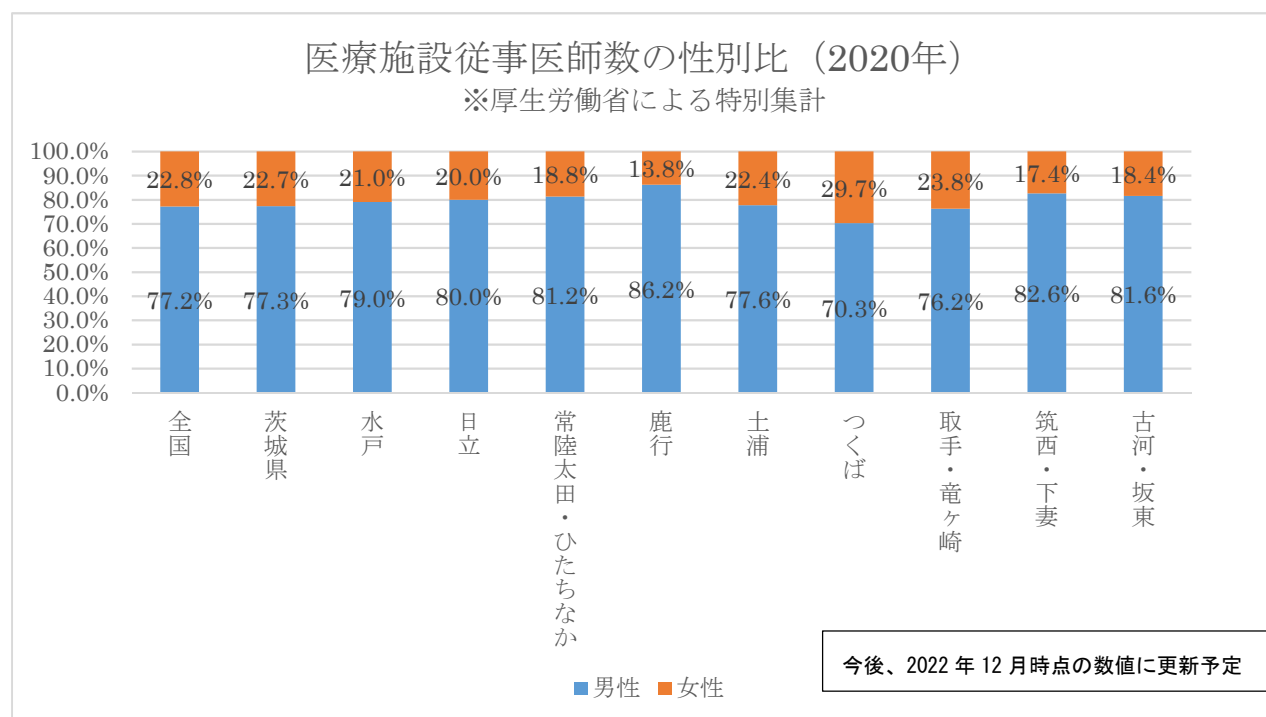
- 内科の人口10万人対医療施設従事医師数の内訳では、腎臓内科及びリウマチ科を除く全ての診療科で全国平均を下回っています。



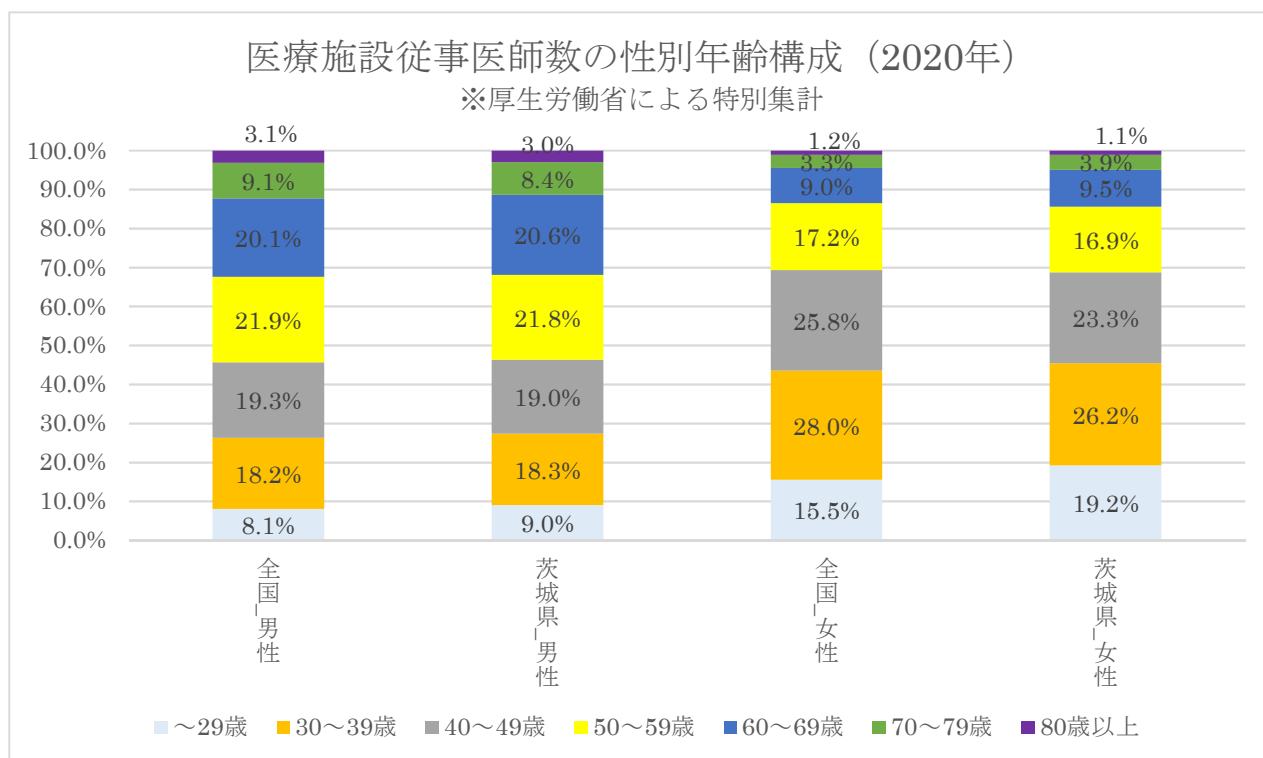
- 外科の人口10万人対医師数の内訳では、呼吸器外科や心臓血管外科、乳腺外科等が全国平均を下回っていますが、小児外科は全国平均を上回っています。



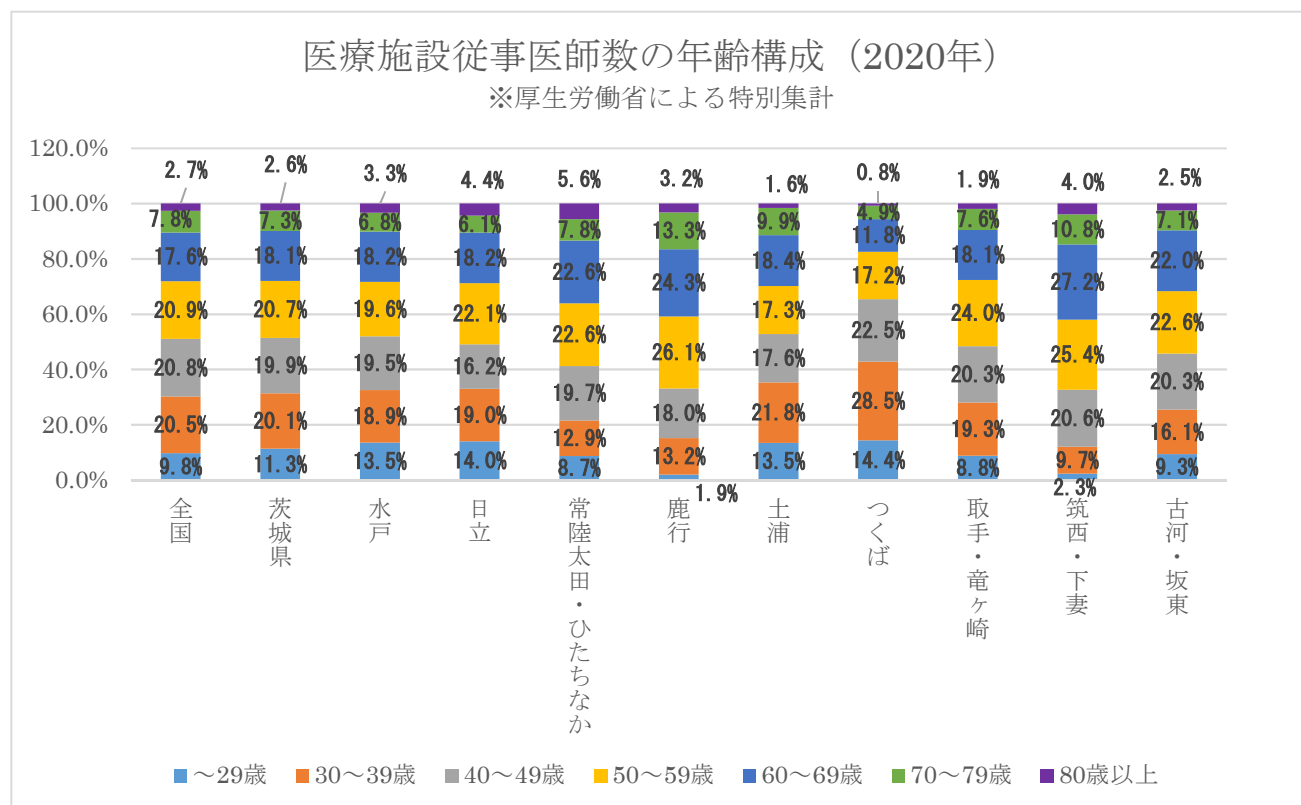
- 医療施設従事医師数を性別・年齢階級別にみると、男女比については、本県は全国平均と同程度となっていますが、二次保健医療圏別にみると、全国平均に比べ、つくば保健医療圏は女性の割合が高く、水戸保健医療圏、日立保健医療圏、常陸太田・ひたちなか保健医療圏、鹿行保健医療圏、筑西・下妻保健医療圏、古河・坂東保健医療圏は男性の割合が高くなっています。



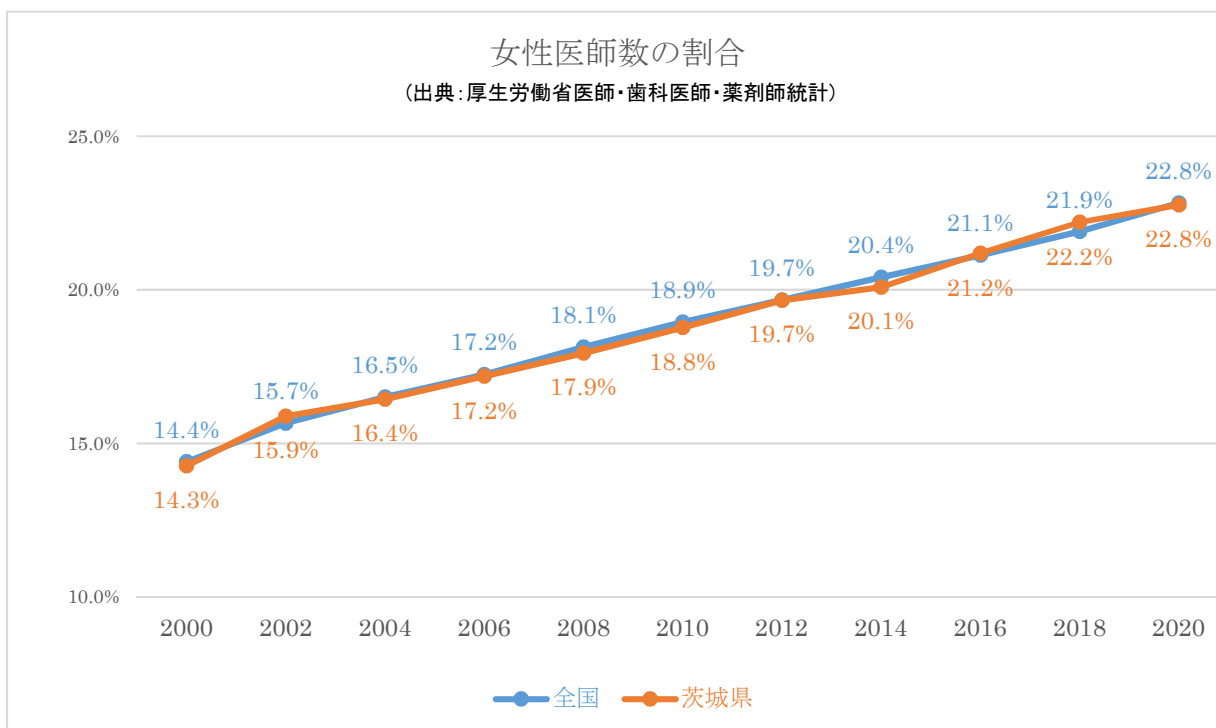
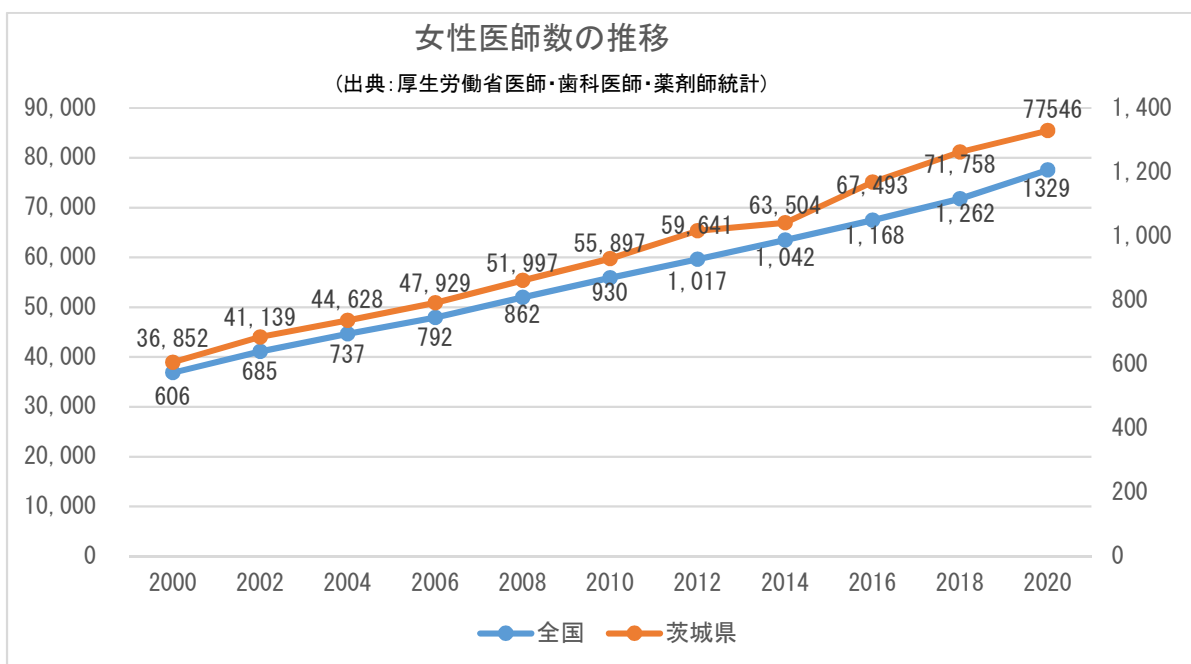
- 年齢階級別では、本県は男女ともに20代の医師の割合が全国平均を上回っている一方、女性医師については、30代及び40代の医師の割合が低くなっています。



- また、つくば保健医療圏や土浦保健医療圏、**水戸保健医療圏**は20代～30代の医師の割合が高く、常陸太田・ひたちなか保健医療圏や鹿行保健医療圏、筑西・下妻保健医療圏など、医師**少数**地域では、60代以上の医師の割合が高い傾向にあります。

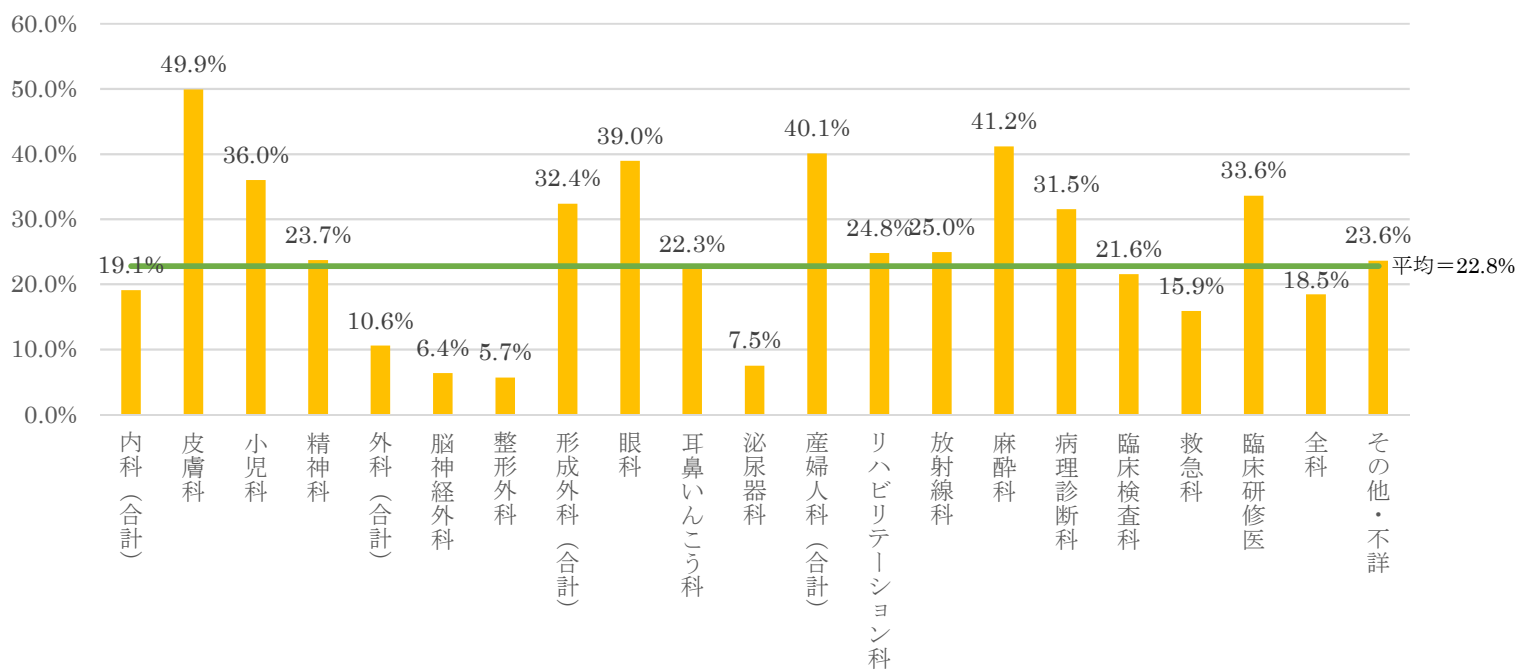


○ 女性医師数及び女性医師数の割合は全国・本県ともに増加傾向にあります。



全国の各診療科における医療施設従事女性医師の割合（2020年）

（出典：厚生労働省医師・歯科医師・薬剤師統計）

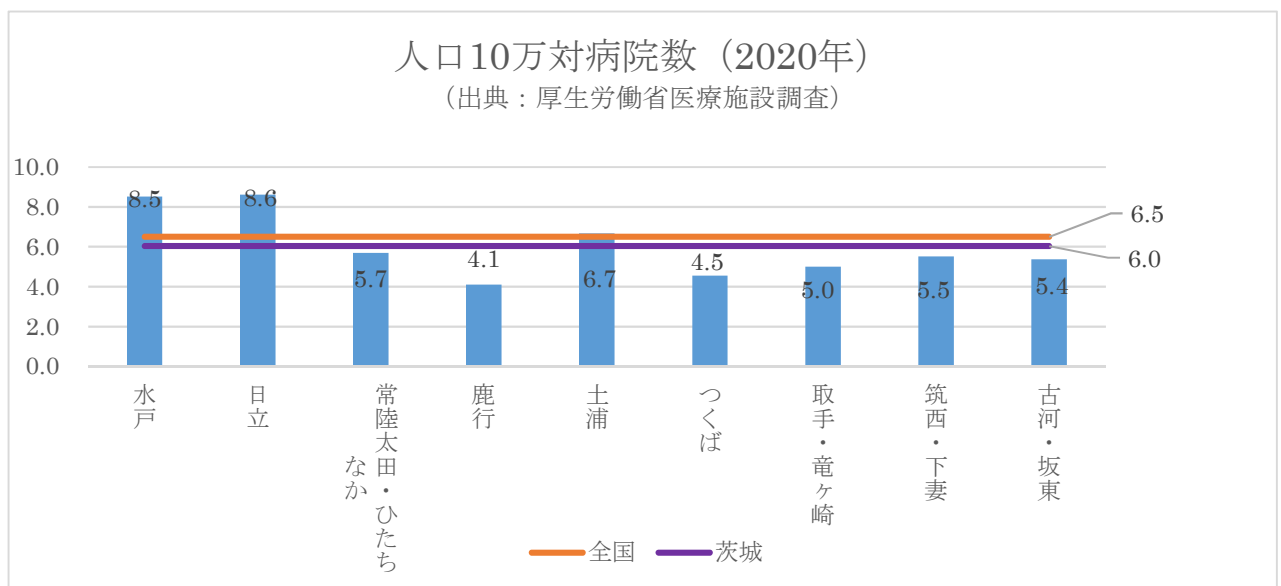


2 医療施設

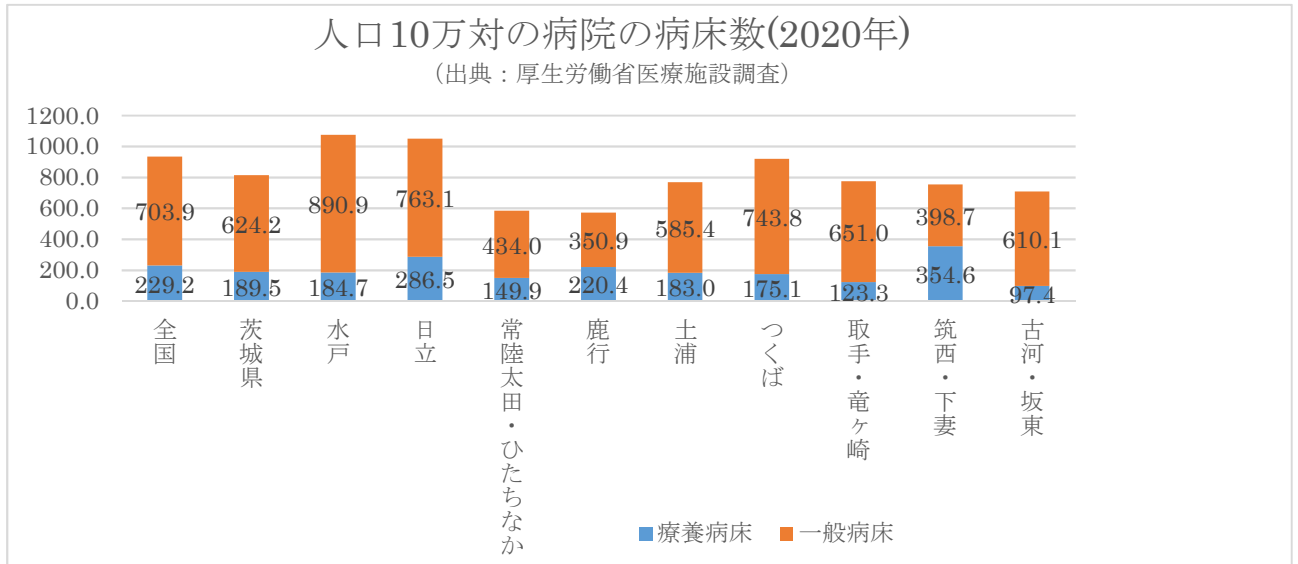
- 本県の人口10万対病院数及び病床数（一般病床、療養病床）は全国平均を下回っています。また、一般病院について、1病院当たりの従事者数及び100床当たりの従事者数をみると、医師をはじめ多くの職種で全国平均を下回っています。
- 人口10万対一般診療所数、有床診療所数及びその病床数は、いずれも全国平均を下回っています。
- 本県の病床利用率は一般病床・療養病床のいずれも全国平均を下回っています。
- 本県では、「茨城県地域医療構想」により、県内の医療資源を最大限に活用しながら、将来の医療需要の変化に対応した体制を効率的・効果的に構築するため、各地域の病床機能の分化及び連携を図っており、この方針等を踏まえ、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。

① 病院

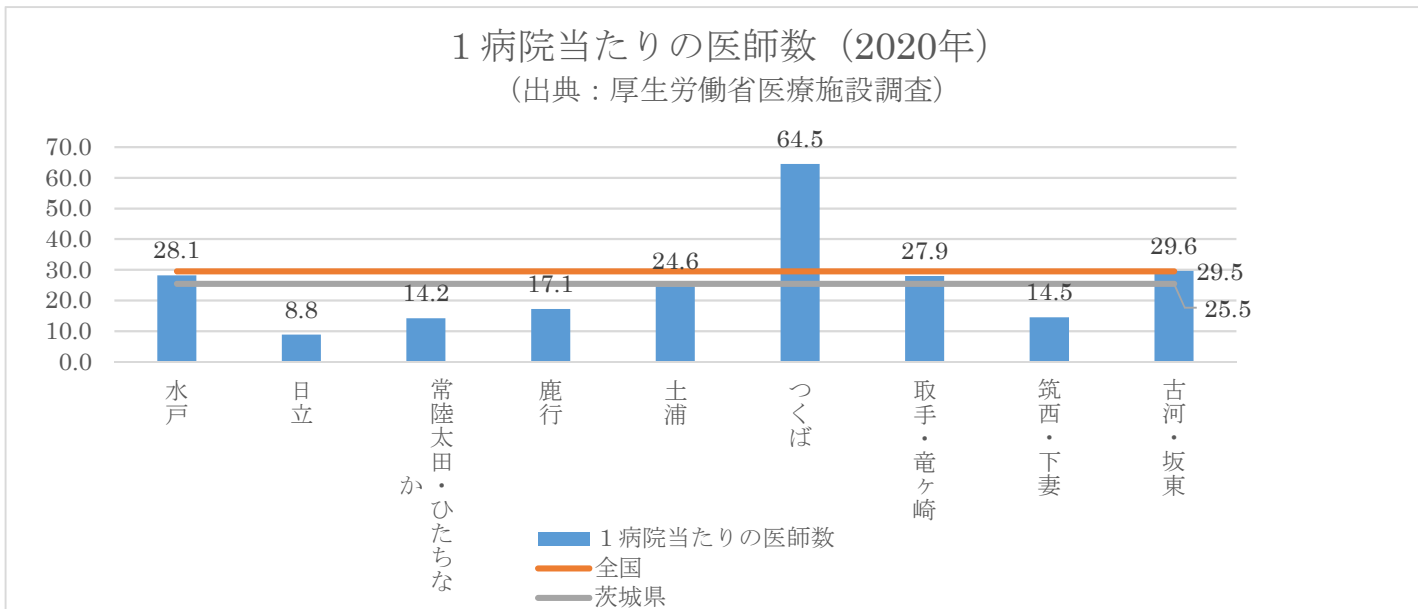
- 本県の人口10万対病院数は全国平均を下回っており、二次保健医療圏別にみると、特に鹿行、つくば、取手・竜ヶ崎、古河・坂東が全国平均を大きく下回っています。



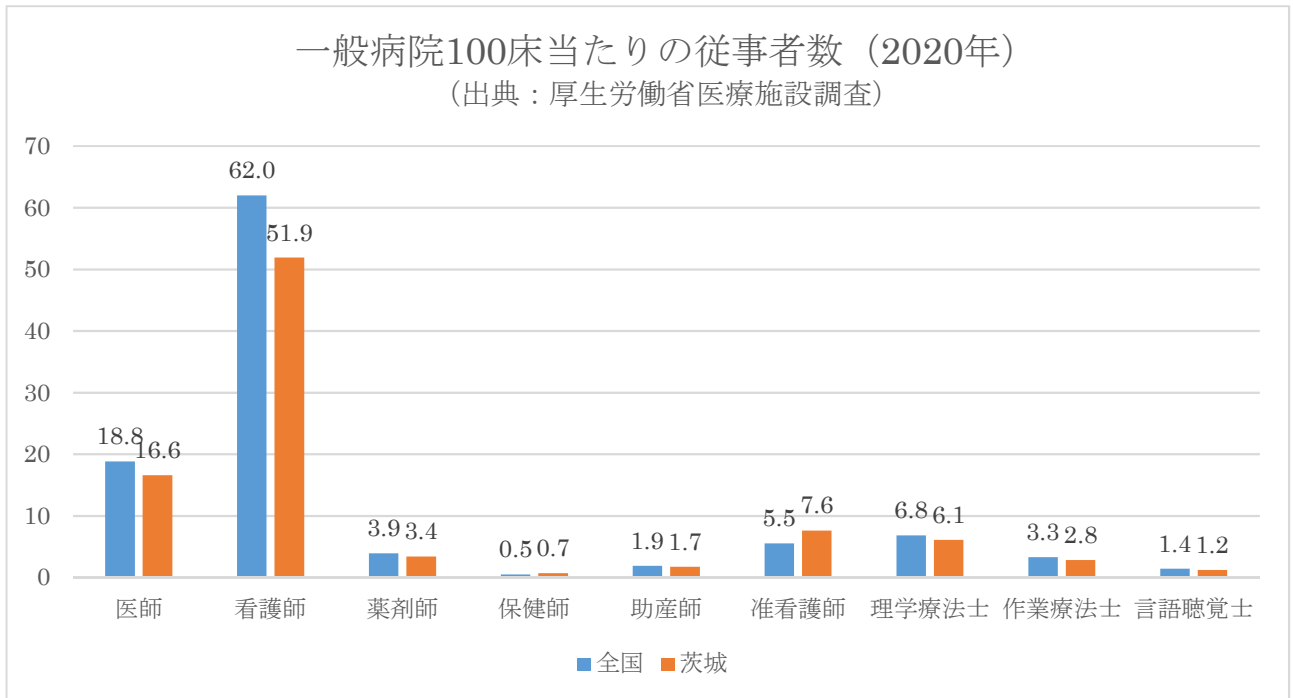
- また、本県の人口10万対の病院の病床数についても、一般病床、療養病床のいずれも全国平均を下回っています。二次保健医療圏別にみると、一般病床については、常陸太田・ひたちなか、鹿行、筑西・下妻が全国平均を大きく下回り、療養病床については、古河・坂東が全国平均を大きく下回っています。



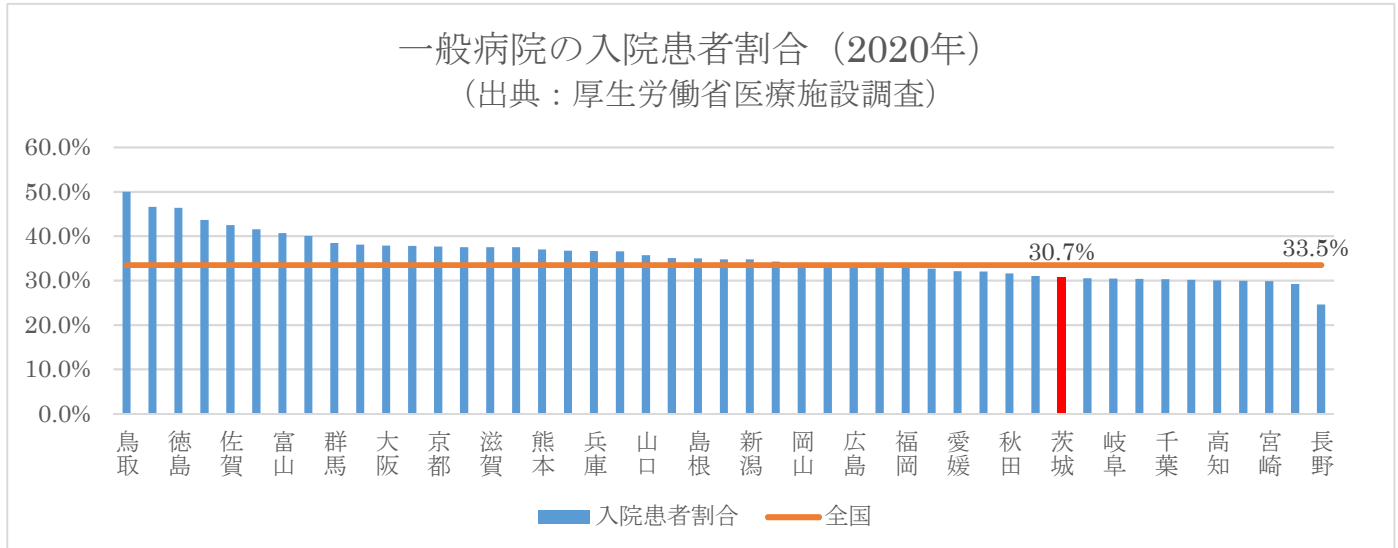
- 本県の一般病院について、1病院当たりの医師数は 25.5人であり、全国平均を下回っています。二次保健医療圏別では、筑波大学附属病院が所在するつくば保健医療圏が全国平均を大きく上回る一方、日立、常陸太田・ひたちなか、筑西・下妻、鹿行は全国平均・県平均を大きく下回っています。



- 本県の一般病院 100 床当たりの従事者数をみると、医師や看護師で全国平均との差がある状況です。

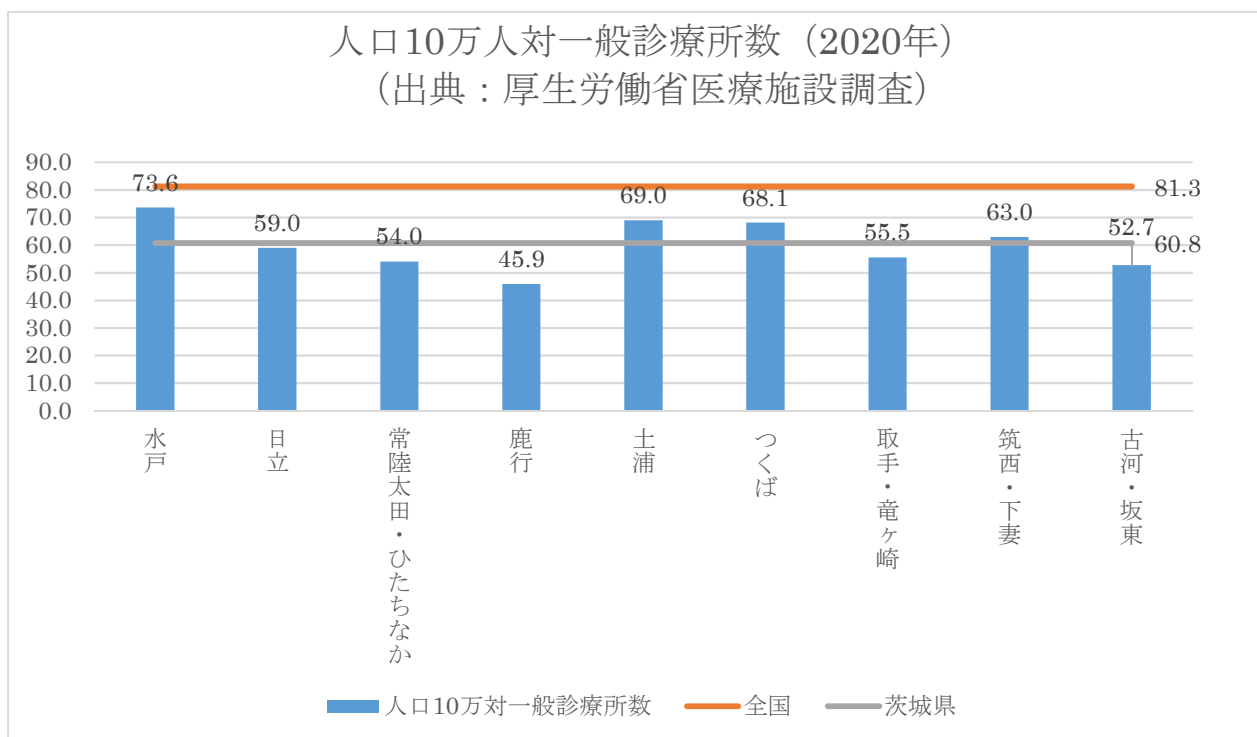


- また、一般病院の患者の内、入院患者の割合は 30.7%と全国平均を下回っています。

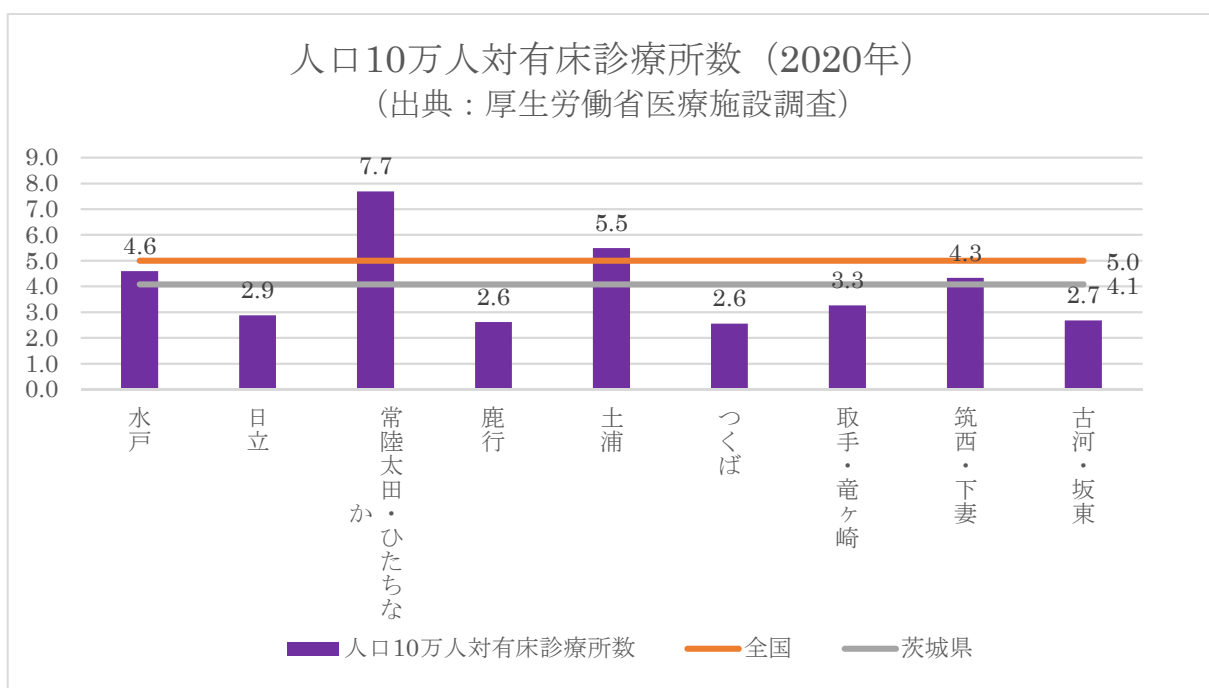


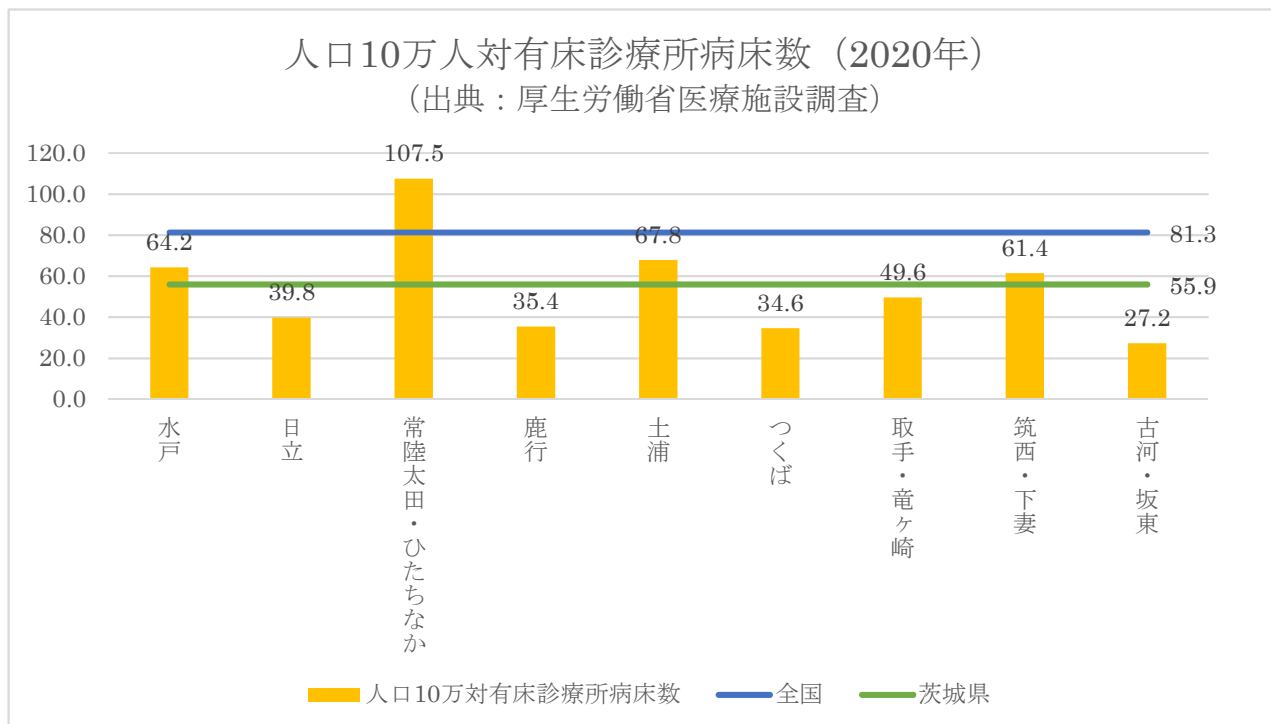
② 診療所

- 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所数が全国平均を下回っており、特に常陸太田・ひたちなか保健医療圏、鹿行保健医療圏、古河・坂東保健医療圏は全国平均を下回っています。



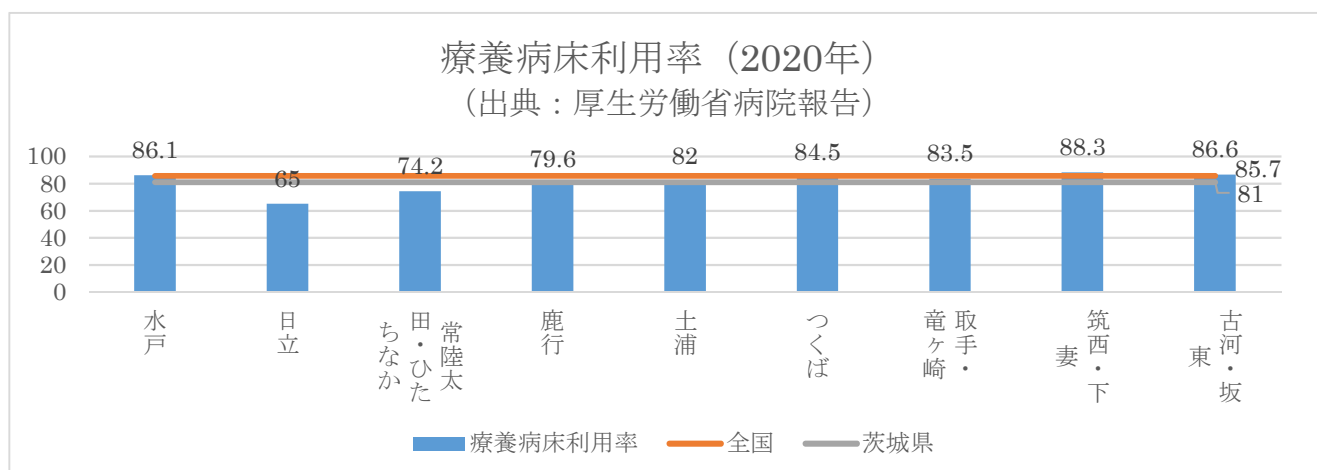
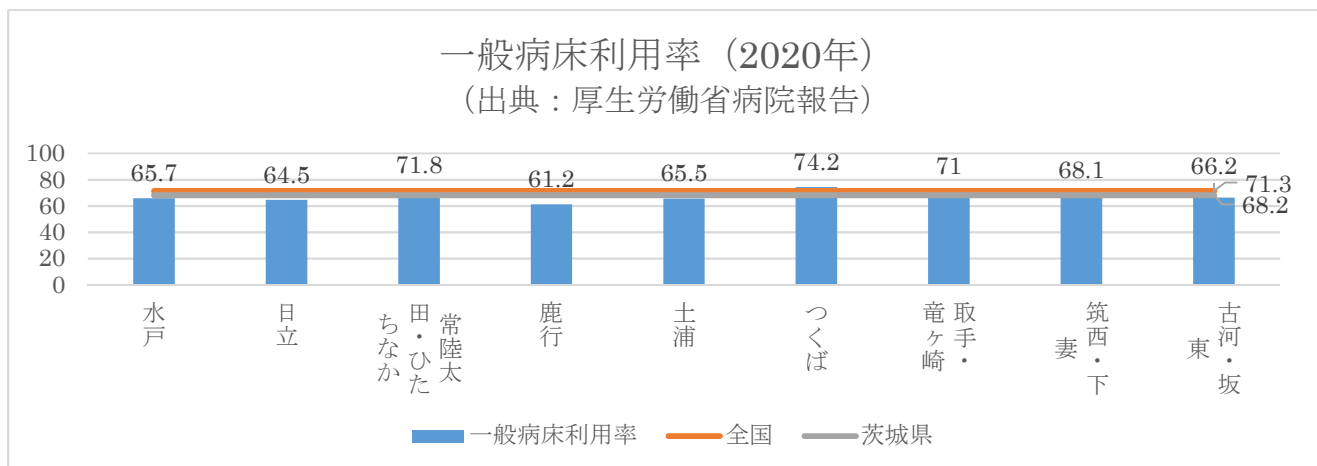
- また、本県の人口10万人当たりの有床診療所数及びその病床数は全国平均を下回っており、常陸太田・ひたちなか保健医療圏、土浦保健医療圏が多い傾向にある一方、鹿行保健医療圏やつくば保健医療圏、**古河・坂東保健医療圏**などが全国平均を下回っています。





③ 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、一般病床では水戸、日立、鹿行、**土浦**、筑西・下妻、**古河・坂東**が県平均を下回っており、療養病床では日立、常陸太田・ひたちなか、鹿行が県平均を下回っています。

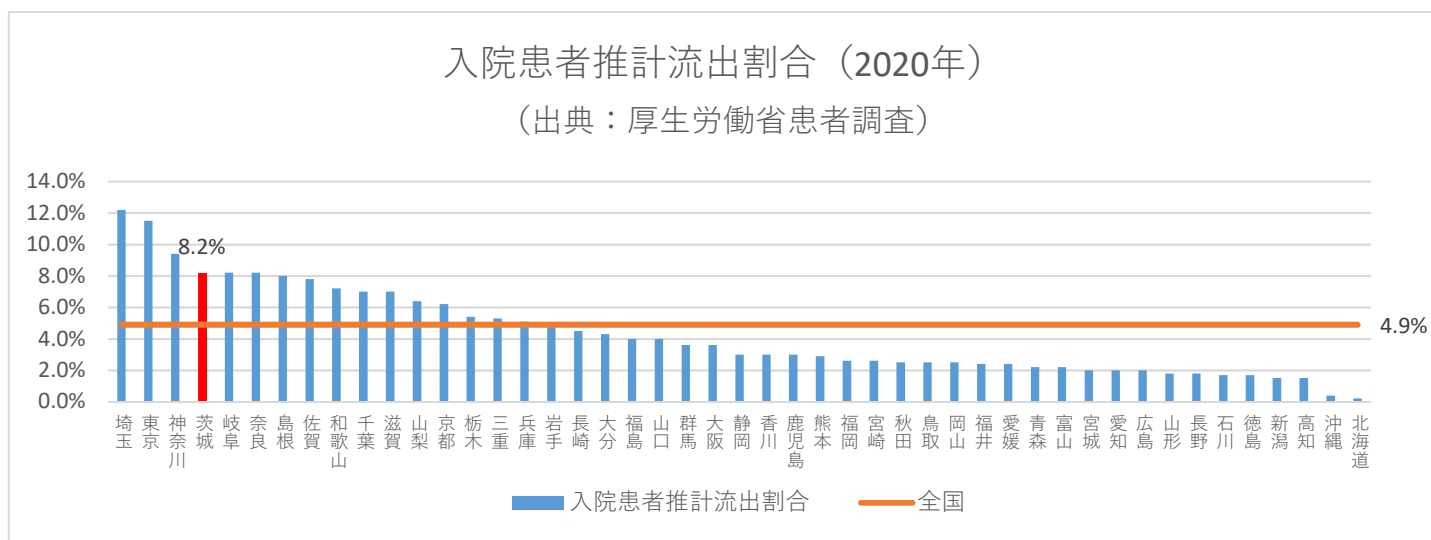


3 患者の受療動向

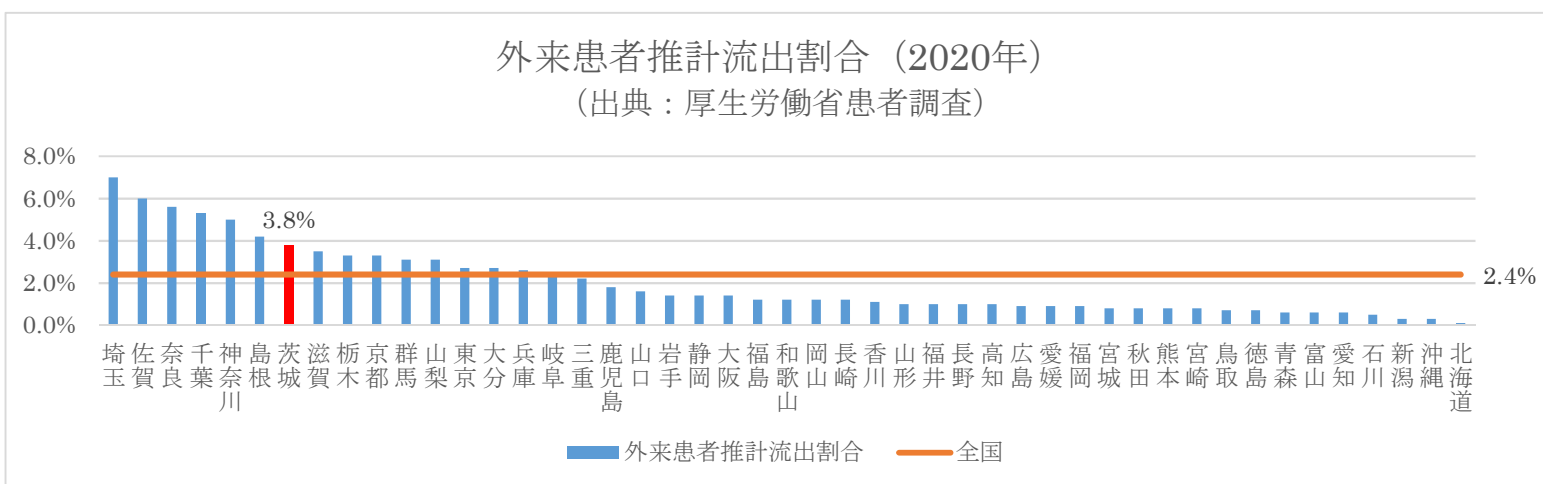
(1) 都道府県間の受療動向

- 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ほぼ等しくなっており、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。

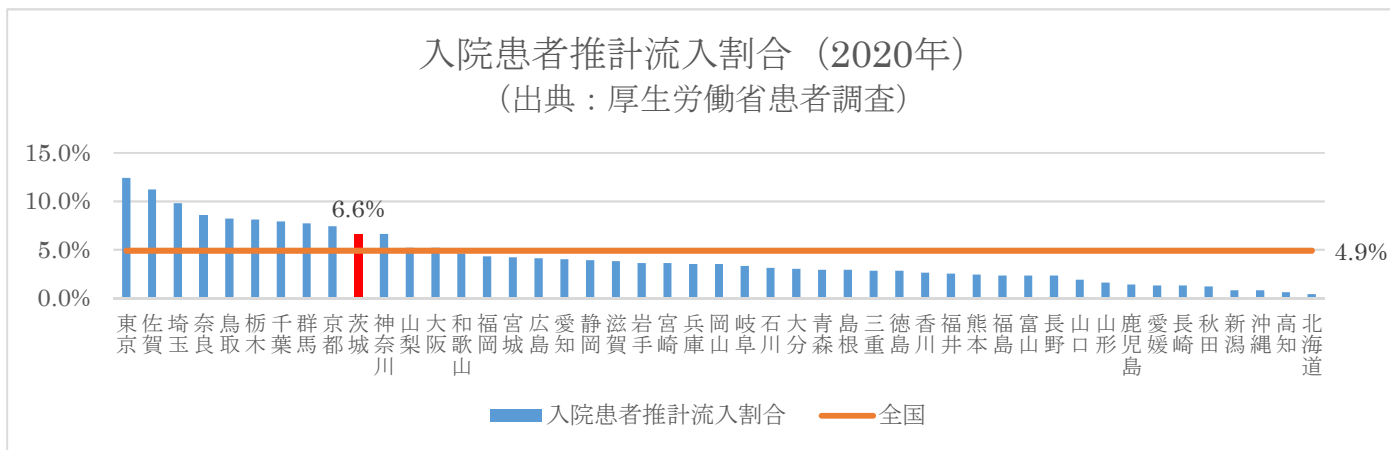
- 2020年患者調査によると、調査日(※)において、本県を住所地とする患者の推計数は、入院が 24,200 人、外来が 148,200 人となっています。
- ※病院については、2020年10月20日(火)～22日(木)の3日間のうち病院ごとに指定した1日、診療所については、2020年10月20日(火)、21日(水)、23日(金)の3日間のうち診療所ごとに指定した1日。
- 入院患者については、県外への推計流出数が 2,000 人で県全体に占める割合が 8.2% となり、全国平均の 4.9% を上回っています。



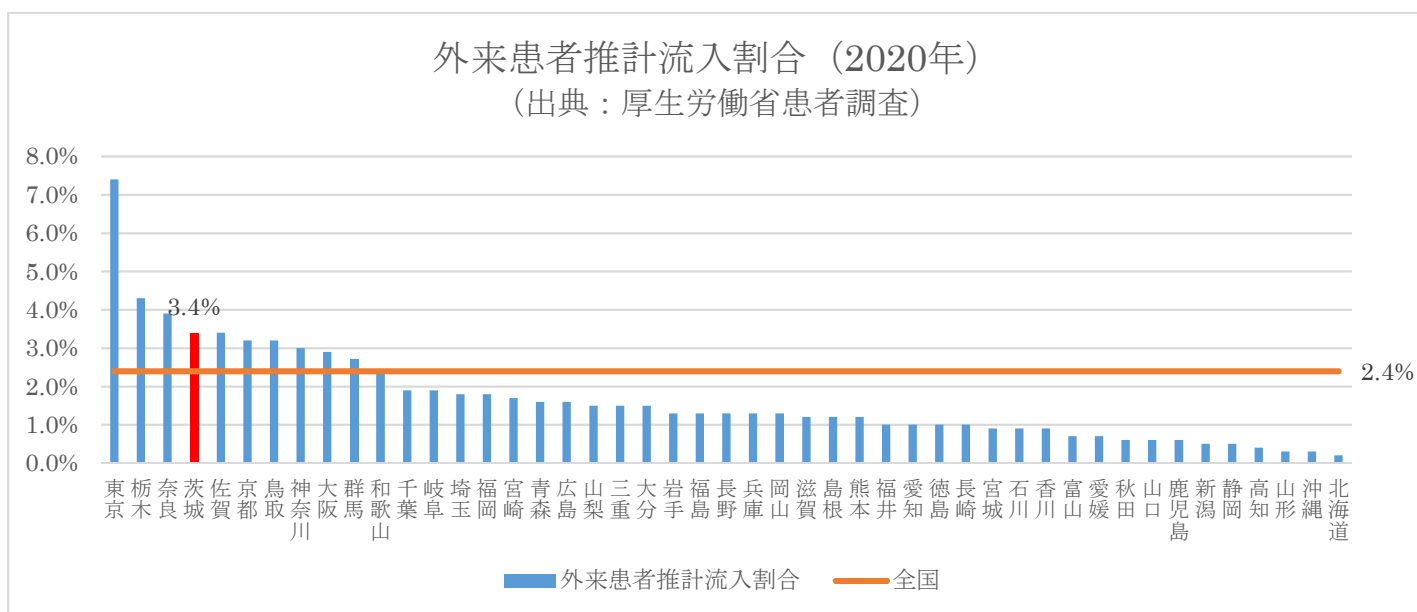
- 外来患者については、県外への推計流出数が 5,600 人で県全体に占める割合が 3.8% となり、全国平均の 2.4% を上回っています。



- 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 23,800 人、外来が 148,800 人となっています。
- 入院患者については、推計流入数が 1,600 人で県全体に占める割合が 6.6% となっており、全国平均の 4.9% を上回っています。



- 外来患者については、推計流入数が 5,100 人で県全体に占める割合が 3.4% となっており、全国平均の 2.4% を上回っています。



(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。

未更新

【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、求人数も多い。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、圏域内医療機関へ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が、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、半数近くが水戸、日立に流出。 ・周産期の圏域内患者数（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）、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。千葉県への流出もみられる。
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、圏域内医療機関へ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）、医療機関への受入患者のいずれも水戸に次いで多い。特に回

		<ul style="list-style-type: none"> 復期についてはいずれも県内最多。 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。栃木県・埼玉県への流出もみられる。
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。また、栃木県や埼玉県への流出もみられる。

① 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 **13,800人** となっています。
- 二次保健医療圏別にみると、筑西・下妻、鹿行、土浦、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が**見られ**、筑西・下妻は**栃木県との流出入**、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。

(千人)

（患者住所地）		（施設所在地）															
都道府県 二次医療圏	合計	茨城県	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	福島県	栃木県	埼玉県	千葉県	東京都	
茨城県	13.8	12.5	2.6	1.3	1.2	0.6	1.1	2.2	2	0.7	0.8	0.1	0.4	0.1	0.5	0.2	
水戸	2.1	2.1	1.8	0	0.1	0	0.1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
日立	1.3	1.3	0.1	1.2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
常陸太田・ひたちなか	1.8	1.7	0.5	0.1	1.1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
鹿行	1.2	1	0.1	0	0	0.5	0.2	0.1	0	0	0	0	0	0	0.2	0	
土浦	1.1	1.1	0.1	0	0	0	0.6	0.3	0.1	0	0	0	0	0	0	0	
つくば	1.4	1.3	0	0	0	0	0.1	1	0.3	0	0	0	0	0	0	0	
取手・竜ヶ崎	2.2	2	0	0	0	0	0.1	0.3	1.5	0	0	0	0	0	0.2	0	
筑西・下妻	1.4	1.1	0	0	0	0	0	0.3	0	0.7	0	0	0.3	0	0	0	
古河・坂東	1.2	1	0	0	0	0	0	0.1	0	0	0.8	0	0.1	0.1	0	0	
福島県	10.2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9.8	0	0	0	0	
栃木県	8.7	0.1	0	0	0	0	0	0	0	0.1	0	0	8.3	0	0	0.1	
埼玉県	31.3	0.1	0	0	0	0	0	0	0	0	0.1	0	0.1	27.3	0.3	2.6	
千葉県	26.4	0.2	0	0	0	0	0	0	0.1	0	0	0	0	0.2	24.4	1.3	
東京都	53.2	0.1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.1	1.2	0.7	48.9	

（患者住所地）		（施設所在地）															
都道府県 二次医療圏	合計	茨城県	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	福島県	栃木県	埼玉県	千葉県	東京都	
茨城県	100%	91%	19%	9%	9%	4%	8%	16%	14%	5%	6%	1%	3%	1%	4%	1%	
水戸	100%	100%	86%	0%	5%	0%	5%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
日立	100%	100%	8%	92%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
常陸太田・ひたちなか	100%	94%	28%	6%	61%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
鹿行	100%	83%	8%	0%	0%	42%	17%	8%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	17%	0%	
土浦	100%	100%	9%	0%	0%	0%	55%	27%	9%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
つくば	100%	93%	0%	0%	0%	0%	7%	71%	21%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
取手・竜ヶ崎	100%	91%	0%	0%	0%	0%	5%	14%	68%	0%	0%	0%	0%	0%	9%	0%	
筑西・下妻	100%	79%	0%	0%	0%	0%	0%	21%	0%	50%	0%	0%	21%	0%	0%	0%	
古河・坂東	100%	83%	0%	0%	0%	0%	0%	8%	0%	0%	67%	0%	8%	8%	0%	0%	
福島県	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	96%	0%	0%	0%	0%	
栃木県	100%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	95%	0%	0%	1%	
埼玉県	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	87%	1%	8%	
千葉県	100%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	92%	5%	
東京都	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2%	1%	92%	

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 **3,900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、常陸太田・ひたちなか、土浦、つくば、取手・竜ヶ崎は周辺の圏域から患者の流入がみられます。
- また、千葉県から鹿行への流入、栃木県及び東京都から筑西・下妻への流入がみられます。

（患者所在地）		（施設所在地）														
都道府県 二次医療圏	合計	茨城県	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	福島県	栃木県	埼玉県	千葉県	東京都
茨城県	3.9	3.6	0.6	0.3	0.4	0.4	0.4	0.5	0.5	0.5	0.1	0.0	0.1	0.0	0.1	0.0
水戸	0.6	0.6	0.4	0.0	0.1	-	0.1	0.0	0.0	0.0	-	-	-	0.0	-	-
日立	0.3	0.3	0.0	0.3	0.0	-	-	-	0.0	-	-	0.0	-	0.0	0.0	0.0
常陸太田・ひたちなか	0.4	0.4	0.1	0.0	0.3	-	0.0	-	-	0.0	-	0.0	0.0	-	0.0	-
鹿行	0.5	0.5	0.0	-	-	0.4	0.0	0.0	0.0	0.0	-	-	0.0	0.0	0.1	-
土浦	0.3	0.3	0.0	-	-	-	0.2	0.0	0.0	0.0	-	-	-	-	-	-
つくば	0.3	0.3	-	-	-	-	0.0	0.2	0.1	0.0	0.0	-	-	0.0	0.0	0.0
取手・竜ヶ崎	0.5	0.4	-	-	-	-	0.0	0.1	0.3	0.0	0.0	-	-	0.0	0.0	0.0
筑西・下妻	0.6	0.5	0.0	-	-	-	0.0	0.1	0.0	0.4	0.0	-	0.1	-	-	0.0
古河・坂東	0.2	0.2	-	-	-	-	-	0.0	0.0	0.0	0.1	-	0.0	0.0	0.0	-
福島県	2.3	0.0	0.0	0.0	-	-	-	0.0	-	-	-	2.3	0.0	0.0	0.0	0.0
栃木県	2.9	0.1	0.0	-	-	-	-	-	-	0.1	0.0	-	2.7	0.0	-	0.0
埼玉県	9.6	0.1	-	-	-	0.0	-	0.0	0.0	0.0	0.0	-	0.0	8.6	0.1	0.8
千葉県	8.9	0.1	0.0	0.0	-	0.1	-	0.0	0.0	0.0	-	-	0.0	0.1	8.3	0.2
東京都	19.7	0.2	-	-	-	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.8	0.3	17.3

（患者所在地）		（施設所在地）														
都道府県 二次医療圏	合計	茨城県	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	福島県	栃木県	埼玉県	千葉県	東京都
茨城県	100%	92%	15%	8%	10%	10%	10%	13%	13%	13%	3%	0%	3%	0%	3%	0%
水戸	100%	100%	67%	0%	17%	-	17%	0%	0%	0%	-	-	-	-	-	-
日立	100%	100%	0%	100%	0%	-	-	-	0%	-	-	0%	-	-	-	-
常陸太田・ひたちなか	100%	100%	25%	0%	75%	-	0%	-	-	0%	-	-	0%	-	-	-
鹿行	100%	100%	0%	-	-	80%	0%	0%	0%	0%	-	-	0%	0%	20%	-
土浦	100%	100%	0%	-	-	-	67%	0%	0%	0%	-	-	-	-	-	-
つくば	100%	100%	-	-	-	-	0%	67%	33%	0%	0%	-	-	0%	-	0%
取手・竜ヶ崎	100%	80%	-	-	-	-	0%	20%	60%	0%	-	-	-	-	0%	0%
筑西・下妻	100%	83%	-	-	-	-	0%	17%	0%	67%	0%	-	17%	-	-	-
古河・坂東	100%	100%	-	-	-	-	-	0%	0%	0%	50%	-	0%	0%	-	-
福島県	100%	0%	-	0%	-	-	-	-	-	-	-	100%	0%	0%	0%	0%
栃木県	100%	3%	-	-	-	-	-	-	-	3%	0%	-	93%	-	-	0%
埼玉県	100%	1%	-	-	-	0%	-	-	0%	0%	0%	-	0%	90%	1%	8%
千葉県	100%	1%	-	0%	-	1%	-	0%	0%	0%	-	-	0%	1%	93%	2%
東京都	100%	1%	-	-	-	0%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	4%	2%	88%

② 入院患者の医療機能別の受療動向

未更新

ア 高度急性期

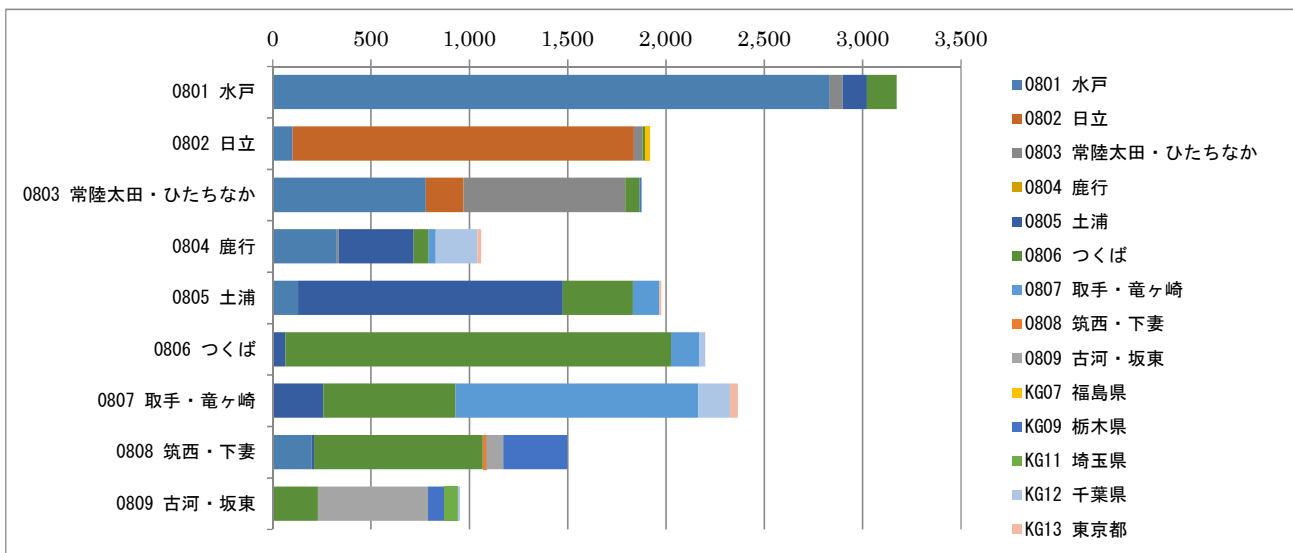
○ 「医療計画策定支援データブック 2016」(※)によると、二次保健医療圏の内、鹿行、筑西・下妻、常陸太田・ひたちなか、取手・竜ヶ崎、古河・坂東について、他の圏域への患者の流出が多くなっています。

※各都道府県の医療計画・地域医療構想の策定を支援するため、NDB データによる受療動向の可視化を行うために国が提供する分析ツール

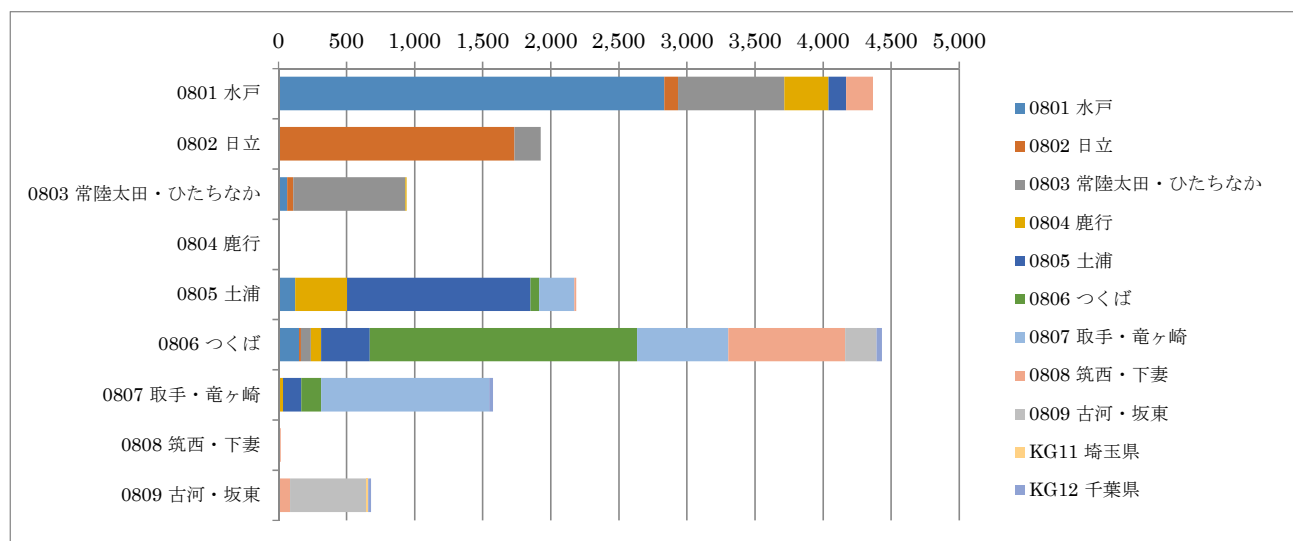
○ 特に鹿行、筑西・下妻は患者の流出が顕著であり、鹿行は千葉県へ、筑西・下妻は栃木県への流出も多くみられます。

○ 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。

高度急性期の入院患者の受療動向（患者住所地ベース）



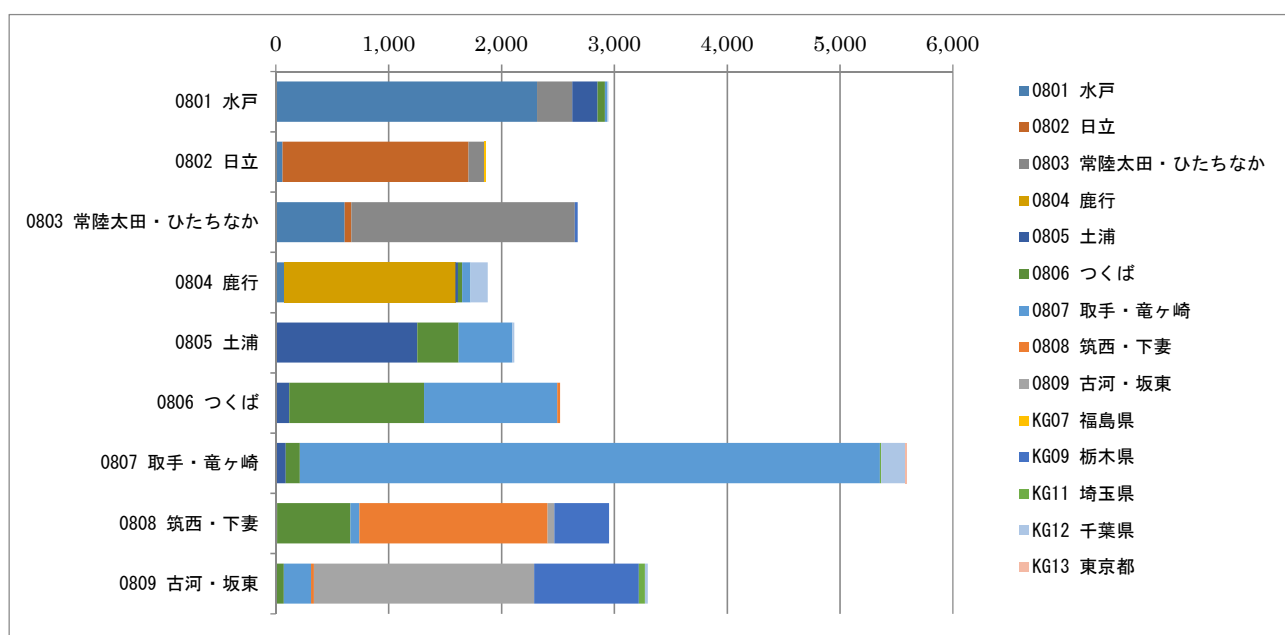
高度急性期の入院患者の受療動向（医療機関所在地ベース）



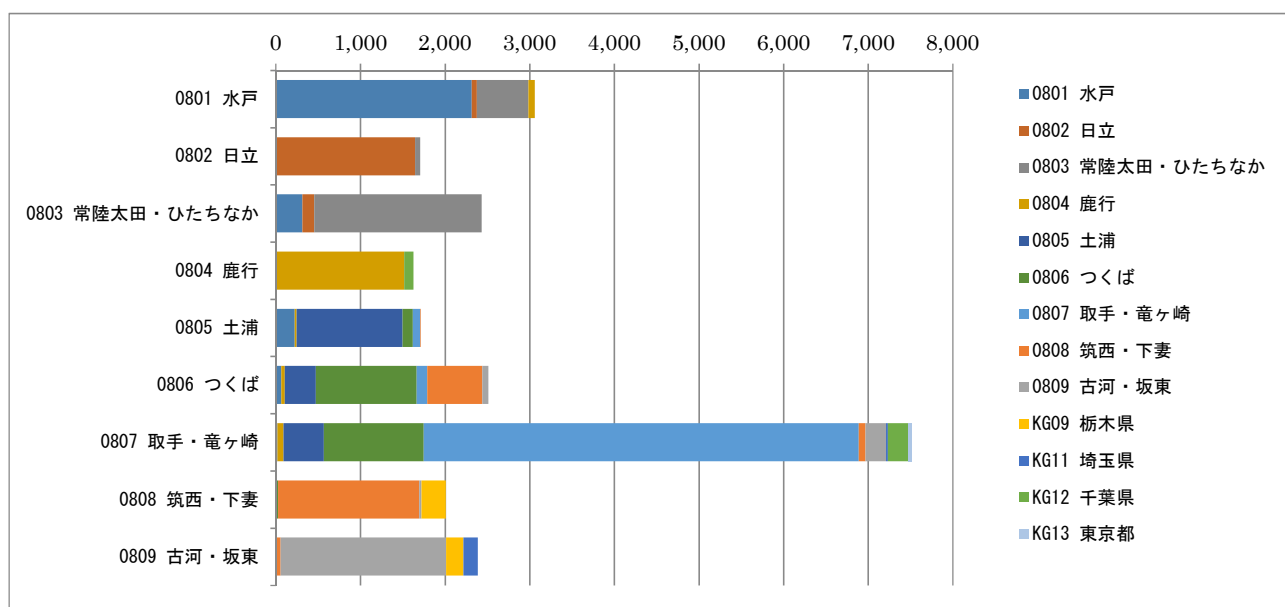
イ 回復期

- 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。

回復期の入院患者の受療動向（患者住所地ベース）



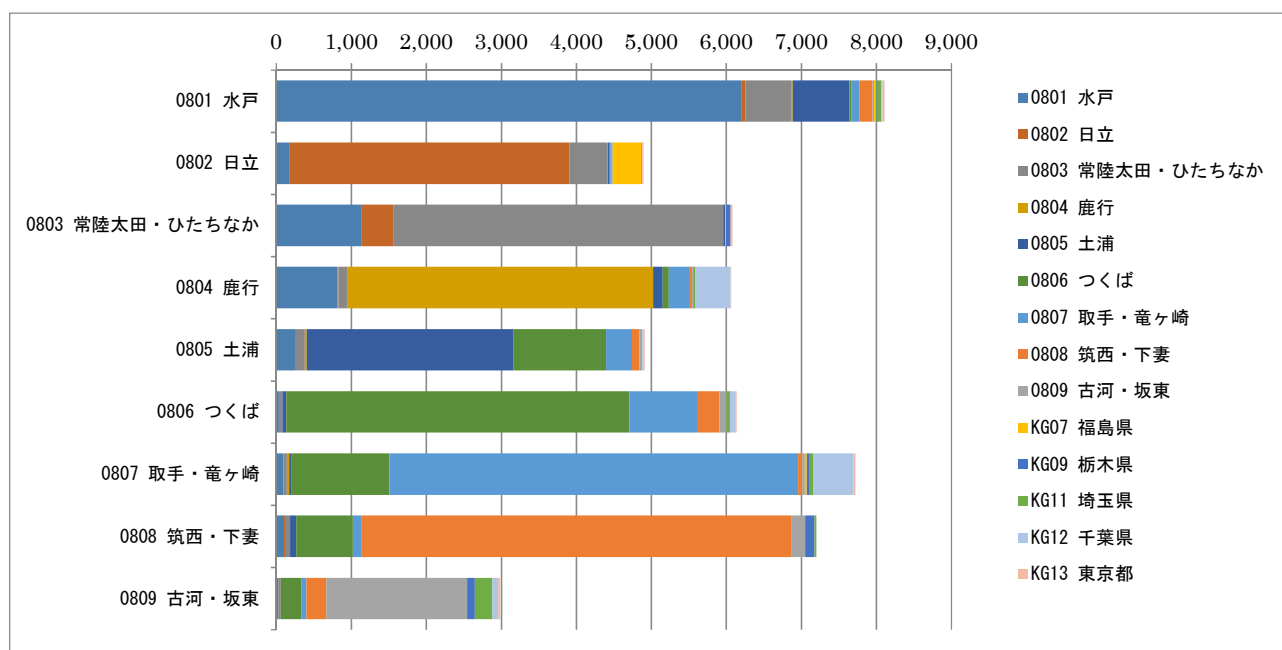
回復期の入院患者の受療動向（医療機関所在地ベース）



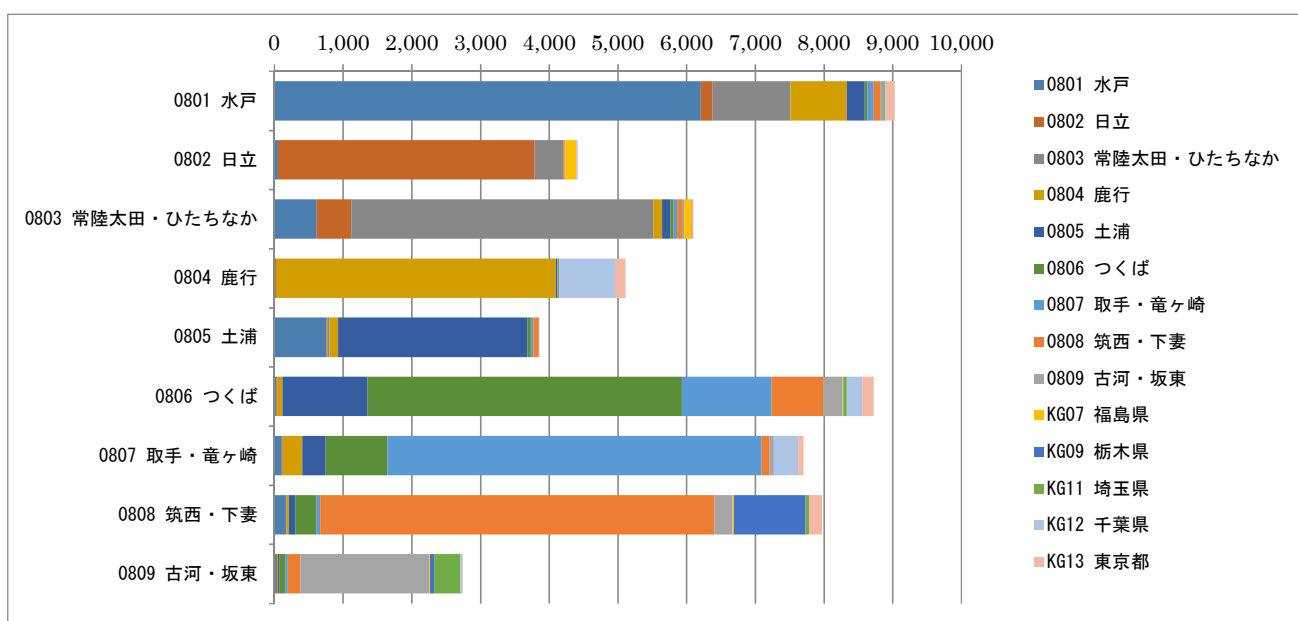
ウ 慢性期

- 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。

回復期の入院患者の受療動向（患者住所地ベース）



回復期の入院患者の受療動向（医療機関所在地ベース）

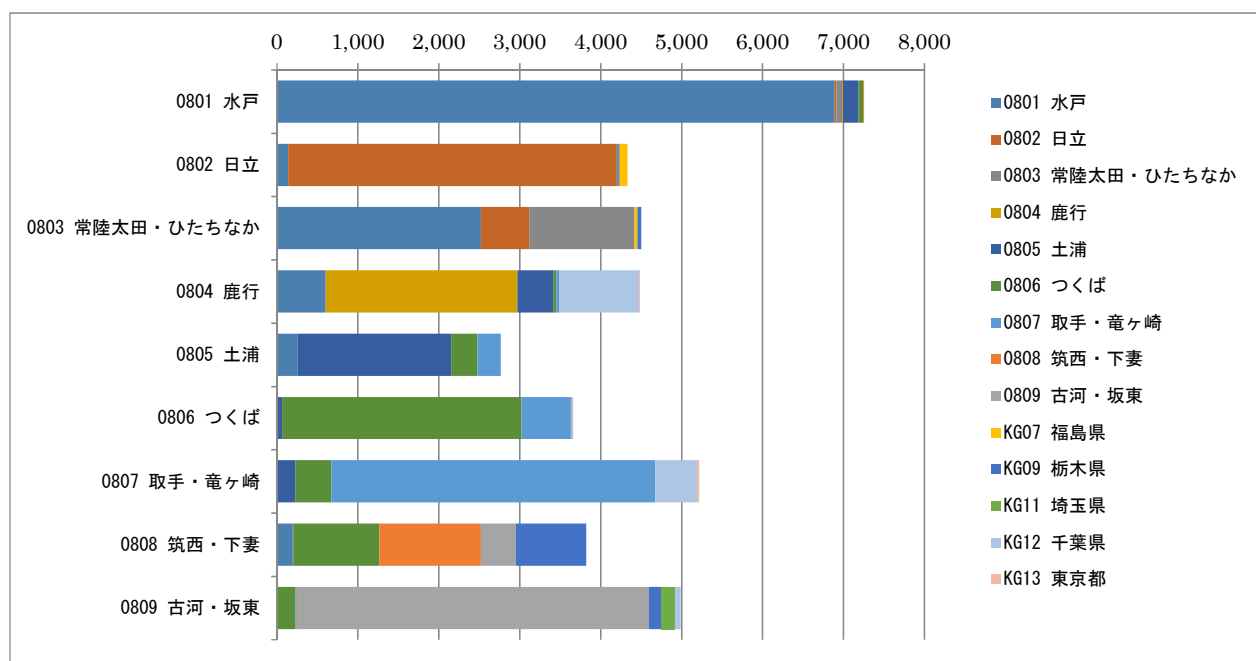


エ 救急医療

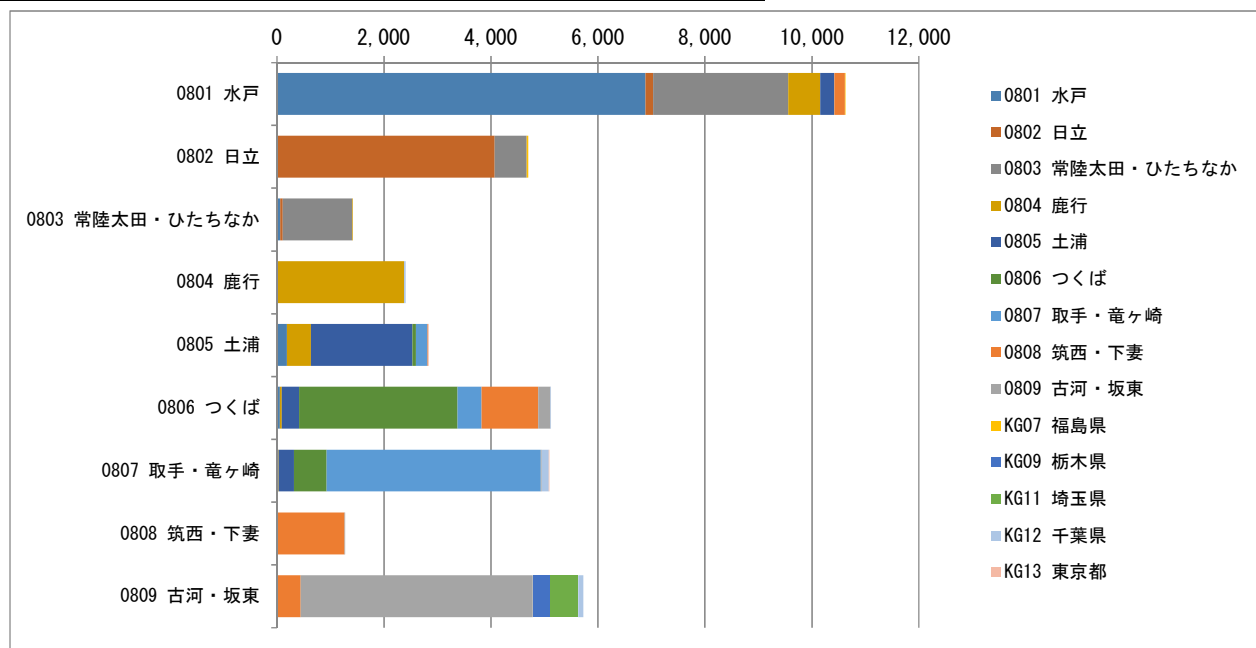
2次救急

- 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。

2次救急の入院患者の受療動向（患者住所地ベース）



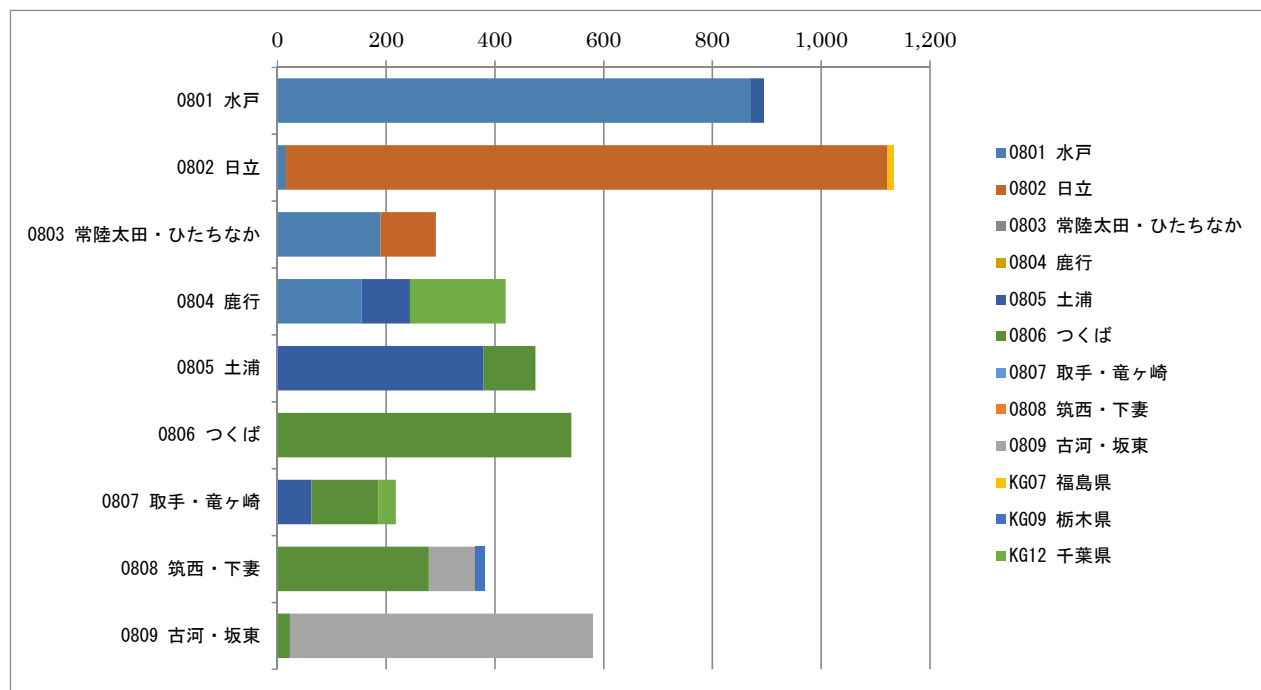
2次救急の入院患者の受療動向（医療機関所在地ベース）



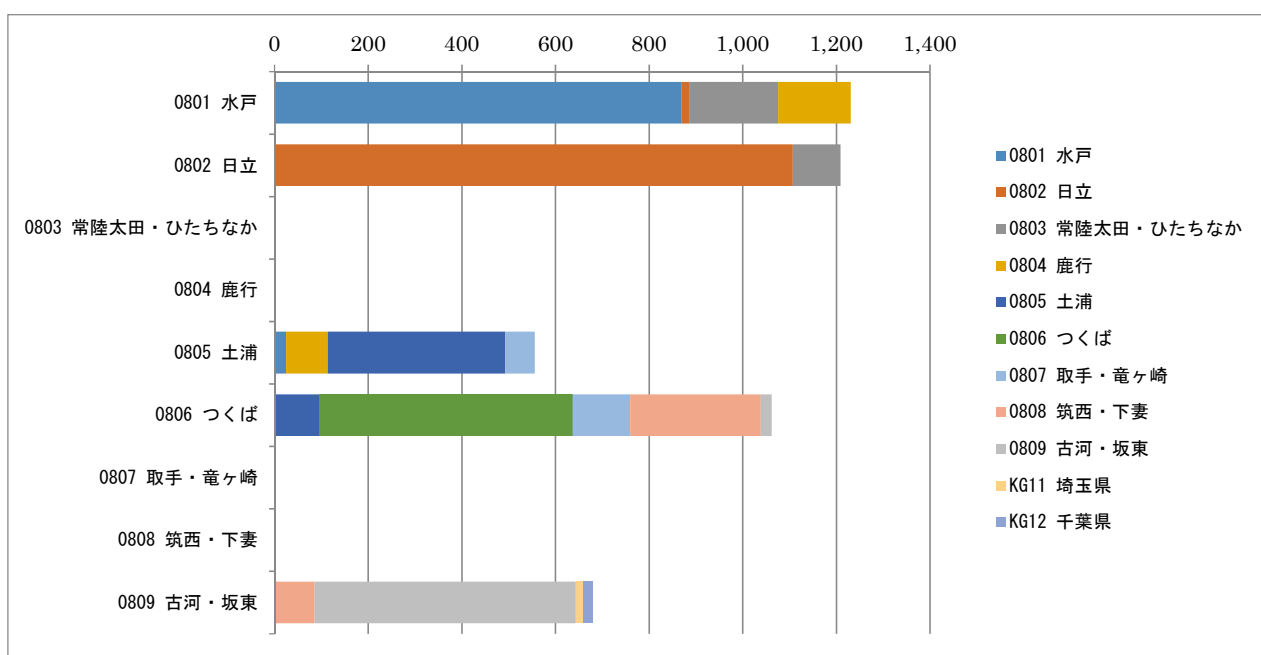
3次救急

- 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。

3次救急の入院患者の受療動向（患者住所地ベース）



3次救急の入院患者の受療動向（医療機関所在地ベース）



【本県の救急医療体制】

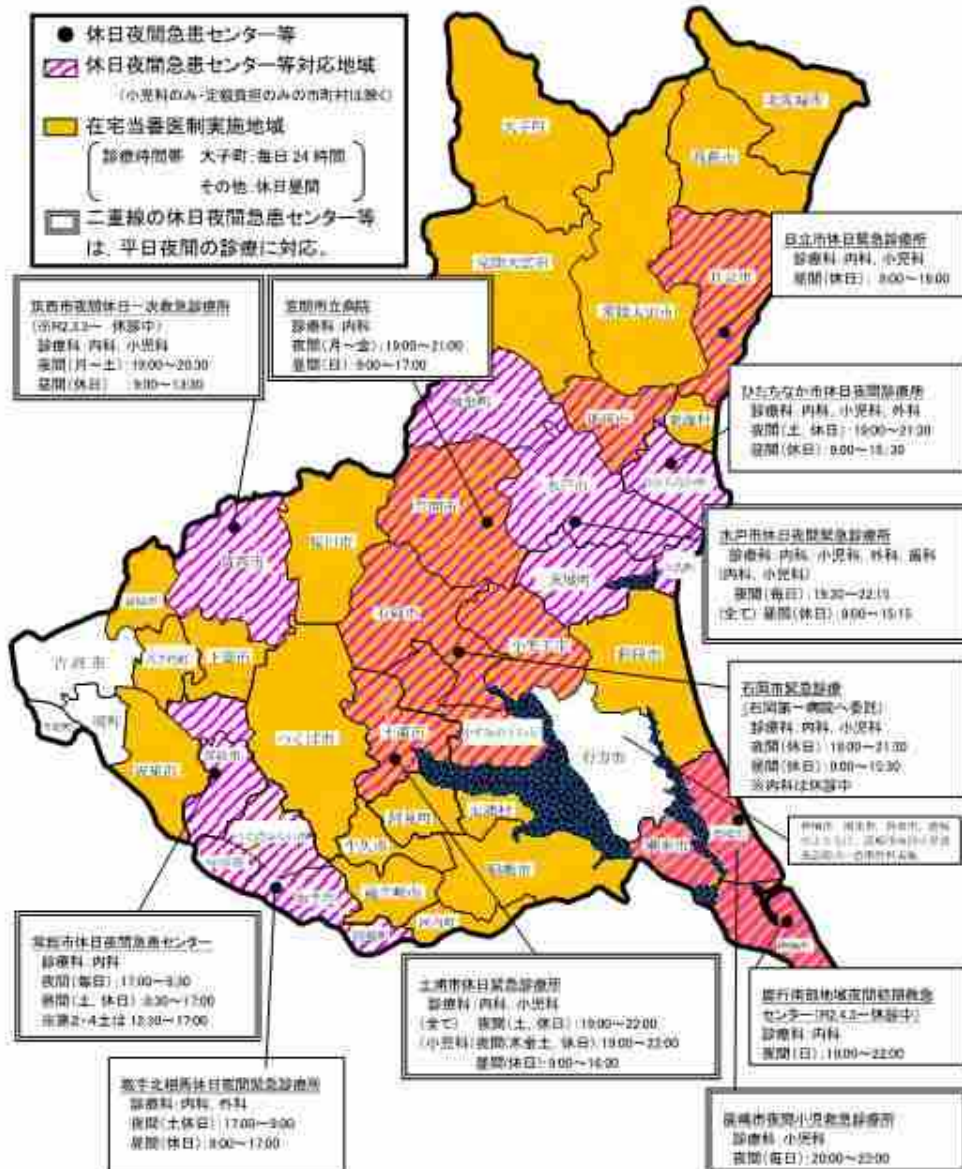
○ 本県では、救命救急センター等の救急医療機関が地域的に偏在しているため、第8-7次茨城県保健医療計画において、二次保健医療圏と併せて救急医療圏（初期、二次・三次）を設定し、医療機関のより適切な連携を図り、救急医療体制の総合的、体系的な整備を図っています。

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。

茨城県救急医療体制図（初期）

休日夜間急患センター・在宅当番医制 実施状況

令和4年6月1日



令和5年6月1日

茨城県救急医療体制図（二次・三次）

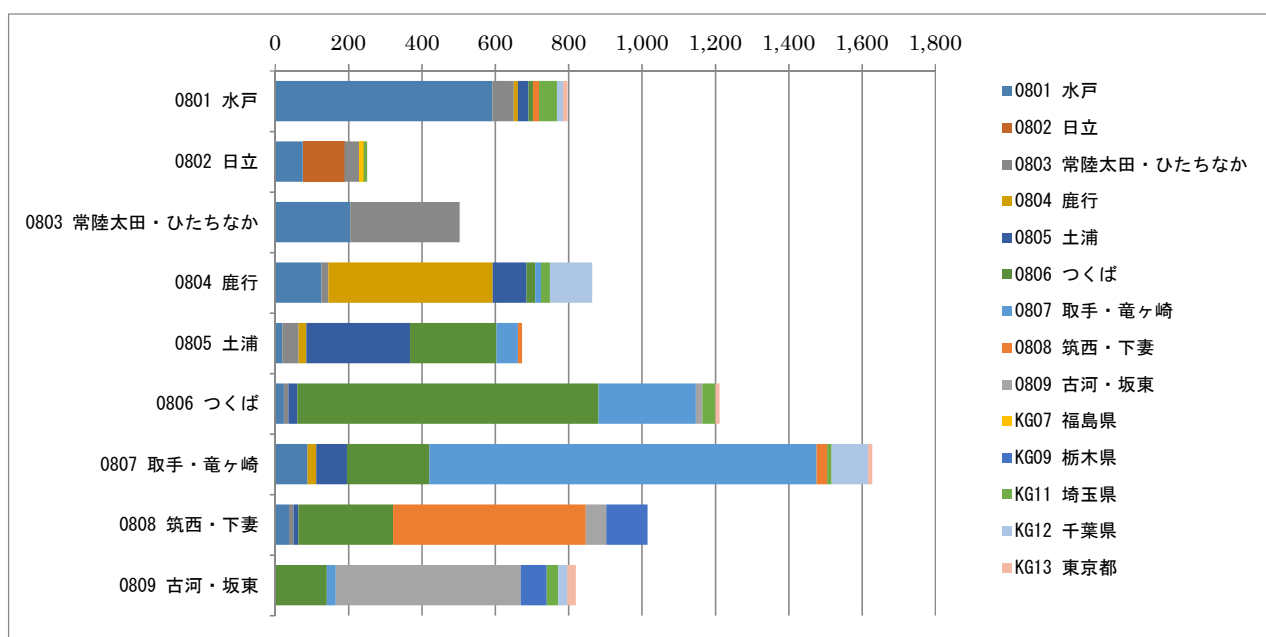


オ 小児医療

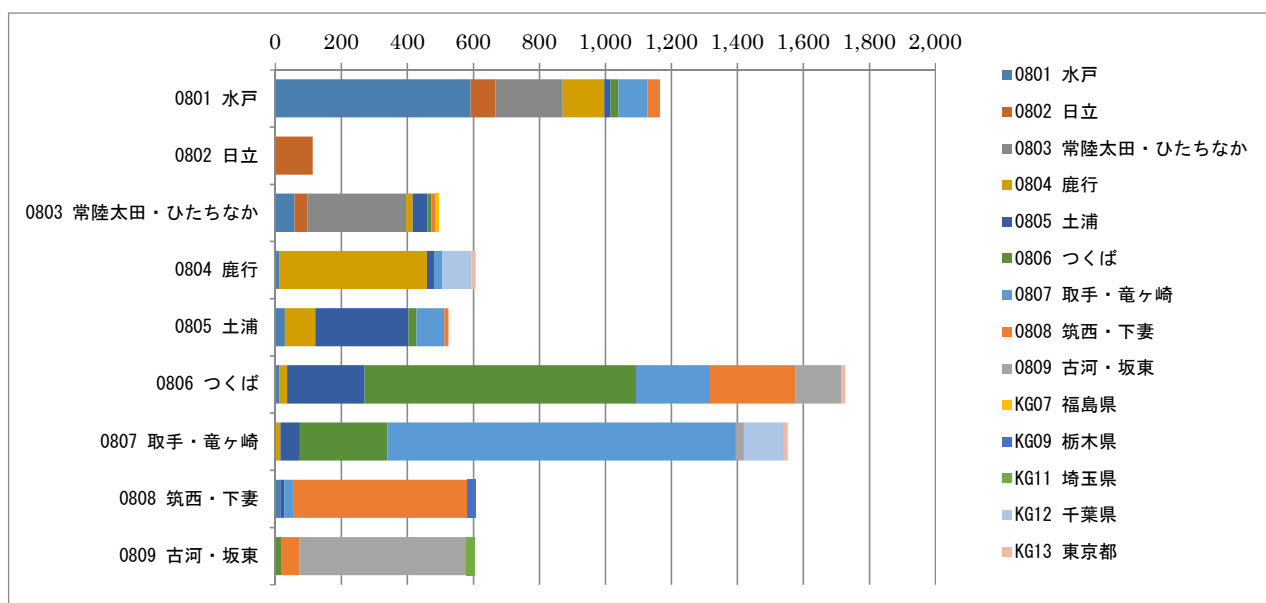
入院医療

- 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。

小児医療の入院患者の受療動向（患者住所地ベース）



小児医療の入院患者の受療動向（医療機関所在地ベース）

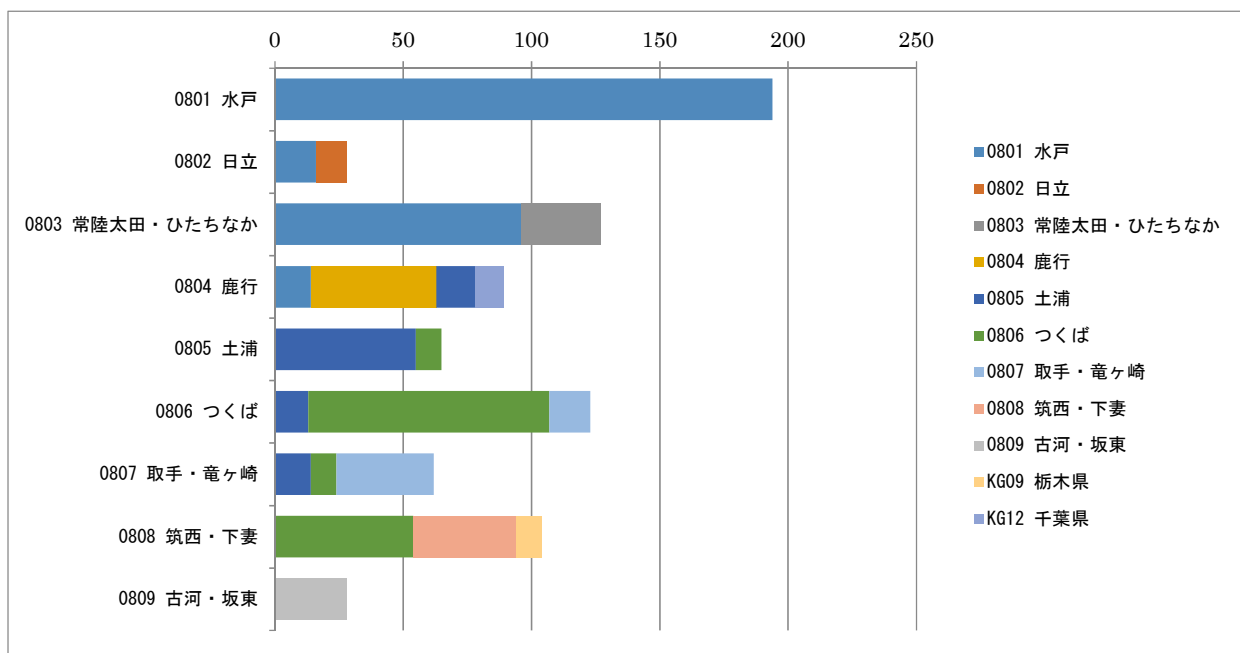


カ 周産期医療

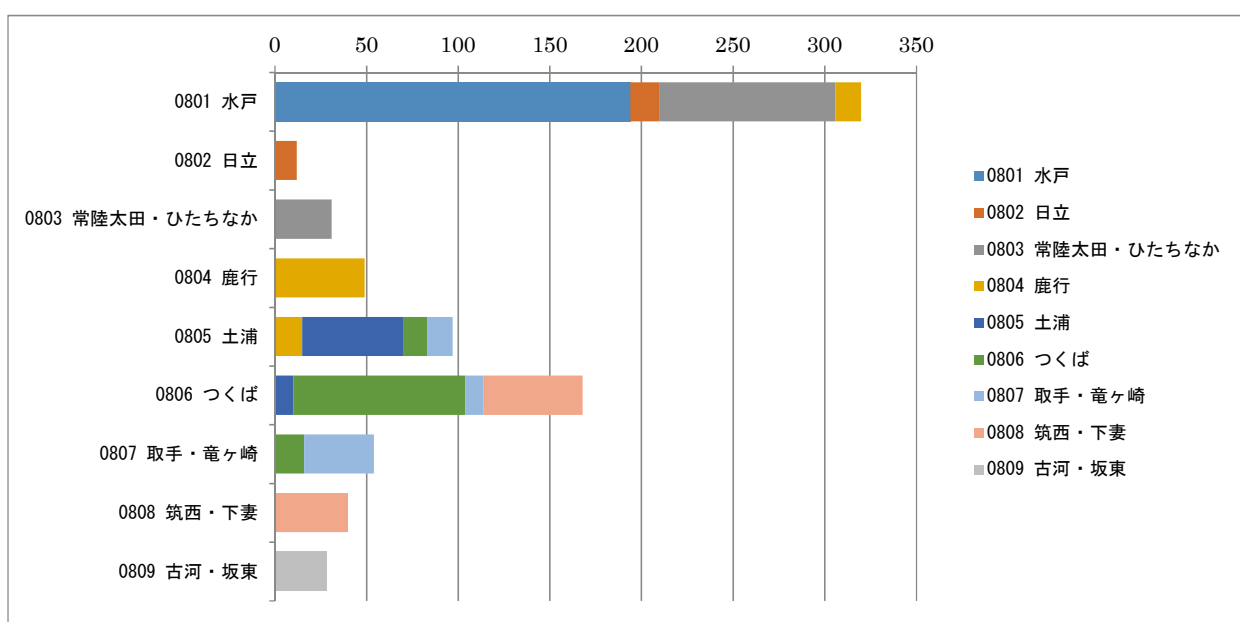
入院医療

- 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。

周産期医療の入院患者の受療動向（患者住所地ベース）



周産期医療の入院患者の受療動向（医療機関所在地ベース）



4 地域医療構想

(1) 概要

- ・2025年における医療需要と将来の病床数の必要量を、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66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（医療ニーズに応じたヒト、モノの配置）

現在

機軸の重視
都市部集中

◆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
◆後継した医療現場は医療安全への不安にも直結

2040年

かかりつけ医が役割を果す
連携できる適切なオンライン診療等診療アクセス確保
地域医療連携専門
コンサルテーション
連携による医師確保
ICT等の活用による負担軽減
情報ネットワーク
整備
機軸の集約化
総合的な診療能力を有する医師の確保

どこにいても必要な医療を最適な形で

- ・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**

三位一体で推進

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

(2) 本県の状況

○茨城県地域医療構想の主な内容は以下のとおりとなっています。

①2025年の医療需要と病床の必要量

- ・高度急性期、急性期、回復期、慢性期の医療機能ごとに医療需要を推計
- ・都道府県内の構想区域単位で推計

②目指すべき医療提供体制を実現するための施策の方向性

- ・医療機能の分化・連携を促すための施策
- ・在宅医療等の充実を図るための施策
- ・医療従事者の確保、養成のための施策 等

- 2025年の医療需要については、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して「医療機関所在地ベース」を基本に推計し、国が算定する必要病床数については、将来の医療提供体制を検討するための参考値として取り扱うこととしています。

- また、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には、現在の医療資源を最大限に活用し、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ることから、各地域医療構想調整会議において、再編統合を含めた構想区域内の医療機関の拠点化・集約化や役割分担の明確化を図っているところです。

- さらに、高齢化社会を見据え、医療機関や介護施設等の緊密な連携体制の構築を促進するとともに、在宅医療・介護に関する情報を地域住民に適切に提供するなど、在宅医療等の提供体制の充実を進めていくこととしています。

■令和7（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化し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）	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 5,951 26,984	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		
	小計	18,754	18,460	18,460	21,755		
水戸	高度急性期	317.4	466.0	466.0	621	4,695 995 5,690	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		
	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	2,154 734 2,888	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		
	小計	1,740.5	1,571.9	1,571.9	1,850		
常陸太田・ ひたちなか	高度急性期	229.2	112.5	112.5	150	2,040 671 2,711	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		
	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	1,427 609 2,036	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		
	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	1,915 437 2,352	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		
	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	2,765 603 3,368	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		
	小計	2,145.9	2,948.6	2,948.6	3,489		
取手・ 竜ヶ崎	高度急性期	282.8	230.1	230.1	307	3,314 646 3,960	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		
	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	1,276 1,004 2,280	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		
	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	1,447 252 1,699	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		
	小計	1,380.3	1,230.6	1,230.6	1,469		

5 第7次医師確保計画の達成状況

- 本県の地域医療の確保、充実を図るためには、各二次保健医療圏の実情をより詳細に分析した上で、優先的に医師を確保すべき医療機関や診療科を明確にし、早急かつきめ細かに対応することが重要であるため、第7次計画においては、「重点化の視点」を踏まえ、救急・小児・周産期などの政策医療の維持・強化のため特に早急な対応が必要なものとして選定した「最優先で医師確保に取り組む医療機関・診療科」における必要医師数を数値目標として設定いたしました。
- 第1次目標については14.1名の目標値に対して13.1名を、また、第2次目標では、目標値7.5名に対して7.2名の医師を確保いたしました。
- 第2次目標で未確保となった常陸大宮済生会病院の循環器内科0.8名については、第8次計画においても引き続き確保に取り組んでまいります。

【第1次目標（2018年9月～2020年9月）】

医療機関	診療科	必要医師数	確保済	未確保
日立総合病院	産婦人科	4	4	済
	小児科	2	2	済
常陸大宮済生会病院	内科（救急）	3	3.6	済
神栖済生会病院	整形外科	3	1.5	1.5
土浦協同病院	産婦人科	2	2	済
JAとりで総合医療センター	小児科	(2→0)	＝	＝
計		14	13.1	1.5

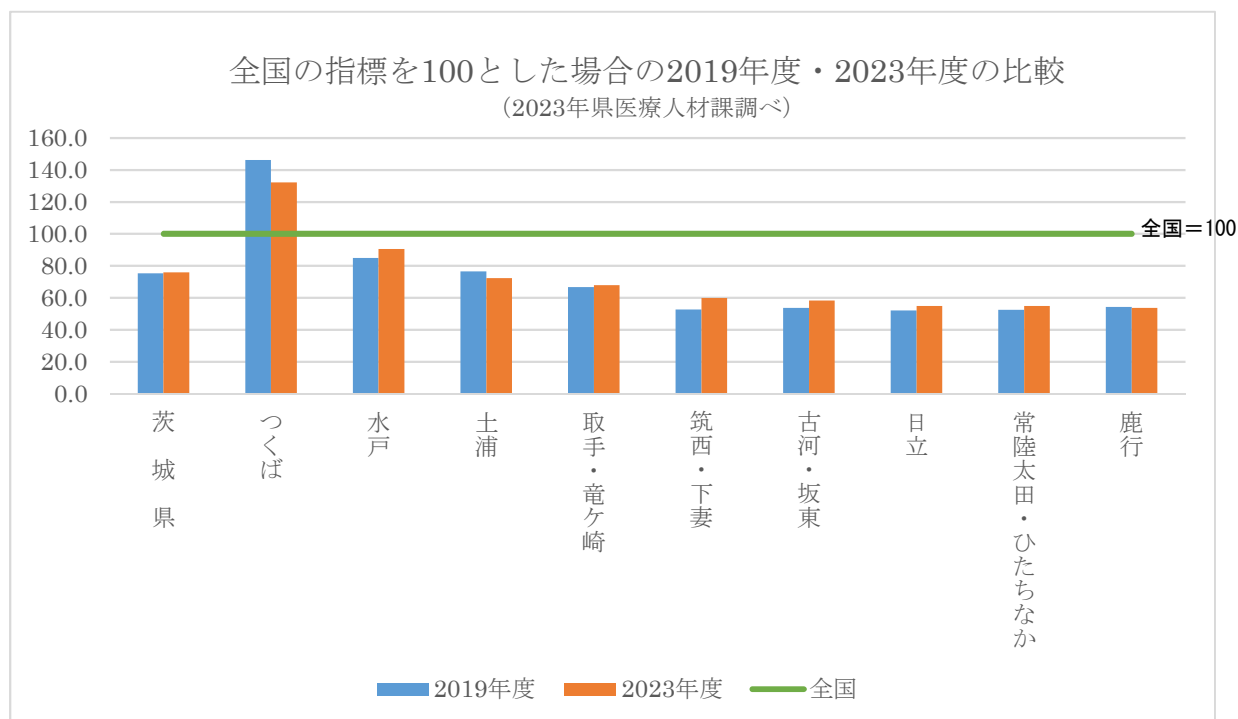
【第2次目標（2021年2月～2023年3月）】

医療機関	診療科	必要医師数	確保済	未確保
常陸大宮済生会病院	循環器内科	1	0.2	0.8
小山記念病院	産婦人科	2	2	済
	循環器内科	2	2	済
神栖済生会病院	整形外科	1.5	2	済
茨城県西部メディカルセンター	循環器内科	1	1	済
計		7.5	7.2	0.8

○ 2019年度及び2023年度に算出された医師偏在指標について、それぞれ全国の医師偏在指標を100として本県及び各二次保健医療圏の指標と比較すると、土浦保健医療圏と鹿行保健医療圏以外の医療圏で、全国との差が縮小しました。

○ なお、指標の算出にあたって、大学病院等から派遣される非常勤医師の取扱いが異なっていることに留意する必要があります。

区域等	2019年度		2023年度	
	旧 医師偏在指標	全国を100と した場合の比較	新 医師偏在指標	全国を100と した場合の比較
全国	239.8	100	255.6	100
茨城県	180.3	75.2	193.6	75.7
つくば保健医療圏	350.3	146.1	337.7	132.1
水戸保健医療圏	203.5	84.9	231.2	90.5
土浦保健医療圏	183.5	76.5	184.4	72.1
取手・竜ヶ崎保健医療圏	159.9	66.7	173.3	67.8
筑西・下妻保健医療圏	125.9	52.5	153.0	59.9
古河・坂東保健医療圏	128.4	53.5	148.8	58.2
日立保健医療圏	124.9	52.1	140.3	54.9
常陸太田・ひたちなか保健医療圏	125.6	52.4	140.3	54.9
鹿行保健医療圏	130.1	54.3	137.2	53.7



第3章 本計画における医師確保の基本方針と重点化の視点

1 県全体及び各二次保健医療圏の医師確保の**基本**方針

- 本県は全国の下位 33.3%に含まれる医師少数県であることから、医師の増加を基本方針とします。
- 各二次保健医療圏については、医師の多数・少数の区域分類ごとに医師確保の基本方針を定めます。
- また、茨城県保健医療計画や茨城県地域医療構想との整合を図るとともに、受療動向や拠点病院の機能などを踏まえ、各疾病・事業等の医療提供体制の確立に向け、各二次保健医療圏で必要となる医師の確保に取り組みます。

区 域 等	区域の分類	医師確保の 基本 方針	
茨城県全体	医師少数県	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師の増加を医師確保の基本方針とし、県内での医師の養成・定着を図る。 ・ 医師多数都道府県、大学及び医師多数区域の医療機関への医師の派遣要請や、研修医・専攻医の採用などにより、県外からの医師確保を図る。 	
二次保健医療圏			
つくば保健医療圏	医師多数区域	<ul style="list-style-type: none"> ・ 他の二次保健医療圏からの積極的な医師確保は行わないこととし、かつ、県内医師少数区域への医師派遣に努める。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 県保健医療計画や県地域医療構想との整合を図り、各地域や各疾病・事業の医療体制に求められる医療機能や、その分化・連携の方針等に基づき、必要となる医師の確保を図る。
水戸保健医療圏			
土浦保健医療圏	—	<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を図る。 	
取手・竜ヶ崎保健医療圏	医師少数区域	<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及び県外からの医師の確保を図る。 	
筑西・下妻保健医療圏			
古河・坂東保健医療圏			
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			

2 今後の課題

- 限られた医療資源の中で良質な医療を提供するためには、地域医療構想に基づく各医療機関の役割や機能を踏まえながら、医療提供体制の維持・強化に資する医師の確保に取り組む必要があります。
- 特に、救急、周産期、小児救急等の政策医療を担う地域の拠点となる医療機関については、県民の安心・安全の確保のために最優先で医師確保に取り組む必要があるとともに、二次保健医療圏を超えた医療機能の分化・連携の方針を踏まえた医師の配置を検討する必要があります。
- また、医師は研修を行った都道府県の医療機関に引き続き勤務する傾向にあることから、さらなる医師数増に向けては、県内医療機関における臨床研修及び専門研修プログラムの採用人数を増やす必要があります。
- 一方で、2009年度以降、地域枠を順次拡大してきたことにより、今後、医師不足地域で一定期間勤務する義務のある修学生医師が増加していくことから、医師不足地域における教育研修体制を充実させていく必要があります。
- さらに、2024年4月から適用開始となる医師の時間外・休日労働時間の上限規制などの医師の働き方改革に対応しながら、地域の医療提供体制を維持していく必要があります。

3 計画推進の重点化の視点

- 上記の課題を踏まえ、本計画では、3つの重点化の視点を設定し、これを県や市町村、医療機関、関係団体等と共有しながら、政策・施策を推進します。

視点1 医療提供体制の充実

- 全ての県民の安心・安全を守り、質の高い医療を提供します。
 - ・ 救急や周産期、小児等の政策医療を担う地域の拠点病院の不足診療科の医師確保に取り組み、政策医療分野の医療提供体制の充実を図ります。
 - ・ 医療の高度化・専門化の進展など、多様化する医療ニーズへ対応した質の高い医療の実現を図ります。
 - ・ ICT、AIを活用した遠隔医療や在宅医療を推進しながら、地域の医療機関の機能分化と連携を促進し、限られた医療資源を有効に活用することにより、地域で切れ目なく必要な医療を提供する体制の整備を図ります。

視点2：医志の実現・キャリア形成と魅力ある環境づくり

- 県内高校生の医学部進学や医師のキャリア形成、地域やライフステージに応じた医師の働き方を支援し、医師が集まる県を目指します。
 - ・ 高校生、医学生、研修医、専攻医等の各段階に応じたきめ細かな支援に取り組み、県内における医師の養成と定着を図ります。
 - ・ 医育機関や医療機関において、研修プログラムや指導体制の充実を図り、若手医師にとって魅力ある環境整備を図ります。
 - ・ 医師の働き方改革への対応など、医師が健康を確保しながら仕事と育児等を両立できるよう、魅力的な勤務環境の整備を図ります。

視点3：関係機関の連携・協働

- 県や市町村、大学、医療機関、医師会等関係団体、県民が一体となった「オールいばらき」の体制により、医療資源の最適化を図ります。
 - ・ 地域医療の確保・充実を図るため、地域医療対策協議会において、地域医療構想に沿った医師の配置調整等の実効的な医師確保対策を推進します。
 - ・ 地域医療支援センターを核とし、若手医師のキャリア形成や総合的な情報発信など、地域医療のコントロールタワーの確立を目指します。
 - ・ 全国の医科大学とも協力関係を構築し、県内医療機関との連携プログラムの作成支援などにより、県外からの医師確保に取り組めます。

第4章 本計画の数値目標（検討中）

（1）考え方

（2）

（参考：計画期間における本県の必要医師数）

- ・国では、2036年に全国の医師需給均衡を実現するため、2026年に医師少数区域及び医師少数都道府県が計画期間開始時点の医師偏在指標の下位33.3%の基準を脱する（すなわち、その基準に達する）ために要する医師数を算定しており、本計画では、これを本県で医師の養成・確保に取り組むにあたっての参考数値とします。

区域等	区域の分類	標準化医師数 (2022年時点)	全国下位33.3%の基準を脱するために必要となる医師数 (2026年)
全国	-	323,700	-
茨城県	医師少数県	5,632	6,384
つくば	医師多数区域	1,335	-
水戸	医師多数区域	1,214	-
土浦	-	551	-
取手・竜ヶ崎	医師少数区域	827	836
筑西・下妻	医師少数区域	294	318
古河・坂東	医師少数区域	353	399
日立	医師少数区域	410	494
常陸太田・ひたちなか	医師少数区域	405	485
鹿行	医師少数区域	242	296

※出典：厚生労働省医師・歯科医師・薬剤師統計

各 論

第1章 医師の養成課程を通じた医師確保

第1節 国の医師需給推計と医師の養成

- 医学部の定員数や地域枠等の医師の養成に係る中長期的な施策は、国の医師需給推計に基づき、全国的な方針が定められています。
- 国では、今後の人口の減少や高齢化による人口構成の変化等を踏まえ、医師の労働時間数の仮定に応じて3ケースの医師の需要を推計しており、これを医師の供給推計と比較した場合、最も医師の需要が大きくなると仮定したケース1では **2032年頃**に、医師の働き方改革等により医師の時間外・休日労働時間が**年960時間**程度に制限されると仮定したケース2では **2029年頃**に医師の需給が均衡すると推計しています。

医療従事者の需給に関する検討会
第35回医師需給分科会
(2020年8月31日)資料1

令和2年度 医師の需給推計について(案)

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

・供給推計 今後の医学部定員を令和2年度の9,330人として推計。

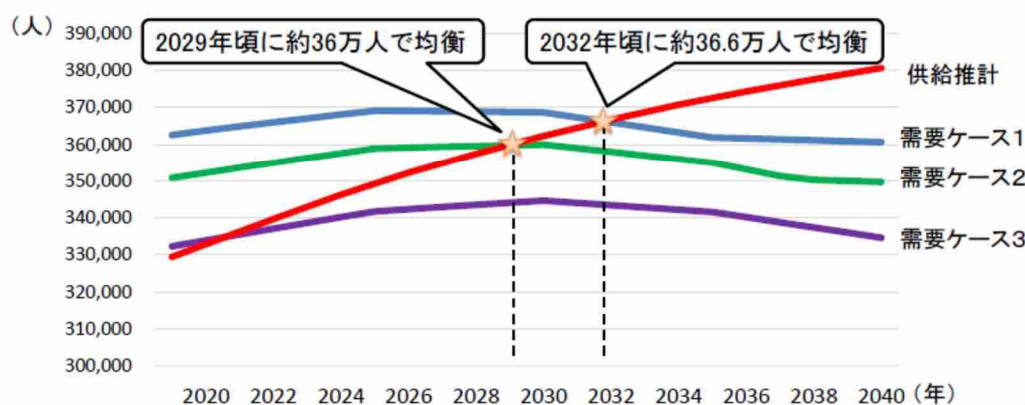
※ 性年齢階級別に異なる勤務時間を考慮するため、全体の平均勤務時間と性年齢階級別の勤務時間の比を仕事率とし、仕事量換算した。

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

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

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

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



36

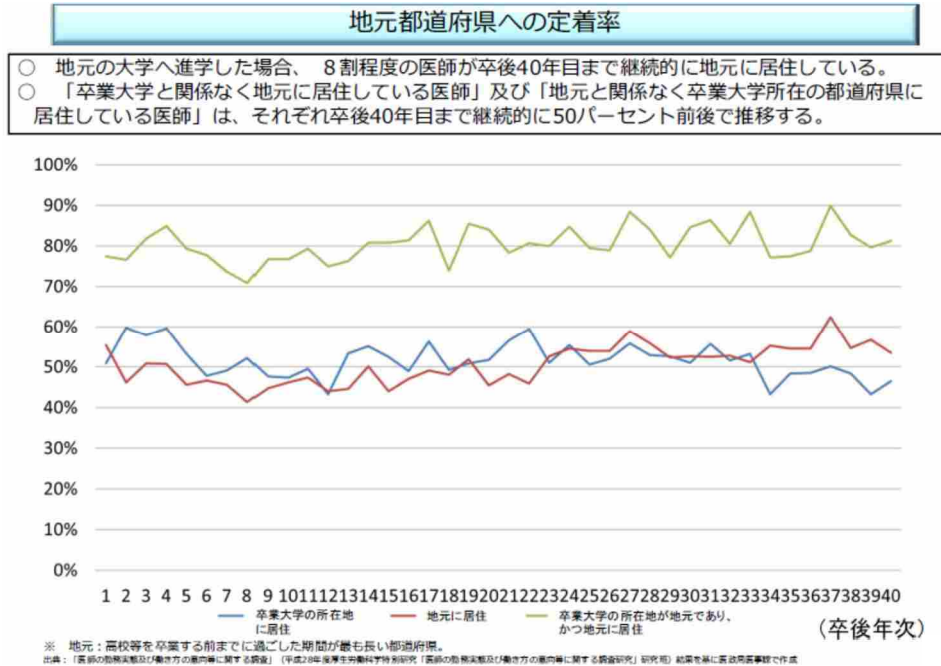
- また、これまでに養成した医師の都道府県への定着状況等から将来の都道府県別の医師の供給数を推計することにより、将来時点において各都道府県で確保が必要な医師数を算出し、養成することとしており、都道府県が医師確保計画に基づき実施する医学部の地域枠等の施策の効果が2036年に最大になることから、国では、医師の需給推計結果も踏まえ、全国における長期的な医師偏在解消の目標年を2036年としています。
- 医師の養成にあたっては、医学や医療技術を習得し、専門性を高めることにより、医師としてのキャリアを形成することはもとより、我が国における健康・福祉の確保という医師の社会的使命を認識し、地域医療の確保をはじめとした国民が求める多様なニーズに貢献できるよう、高校生、医学生、臨床研修医、専攻医といった医師養成の各段階に応じたきめ細かな対策に取り組む必要があります。

第2節 各養成課程の現状と課題及び対策

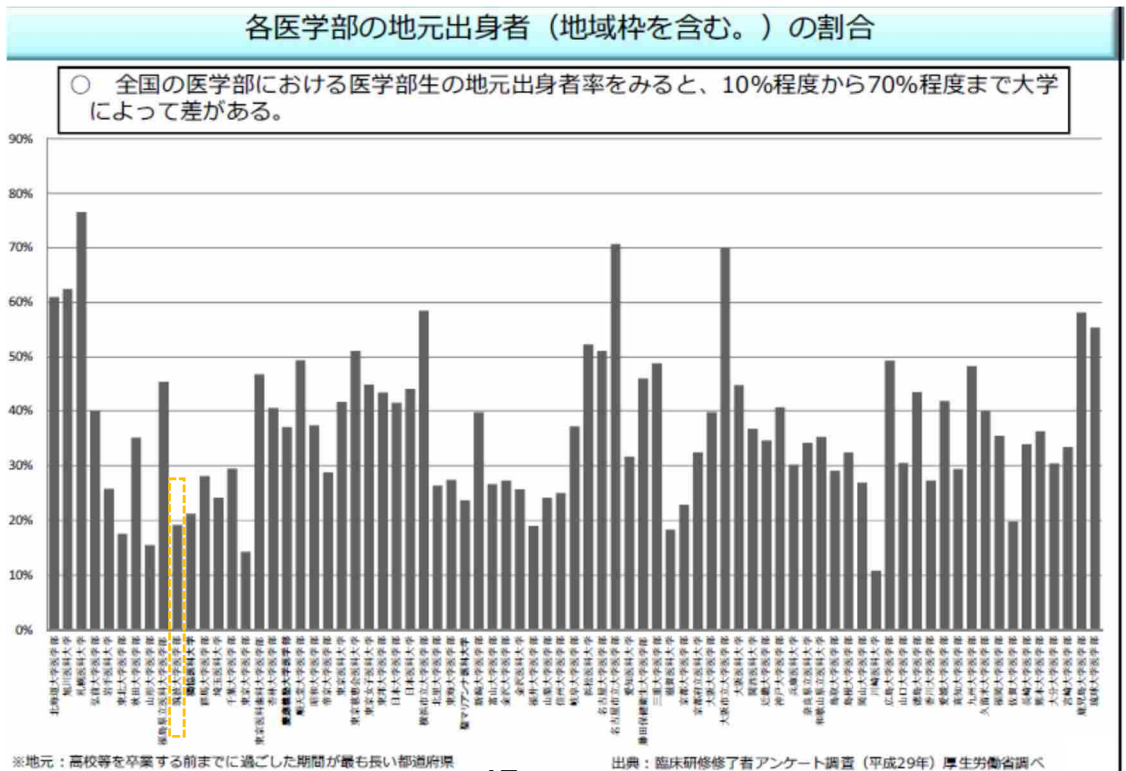
1 高校生

(1) 現状と課題

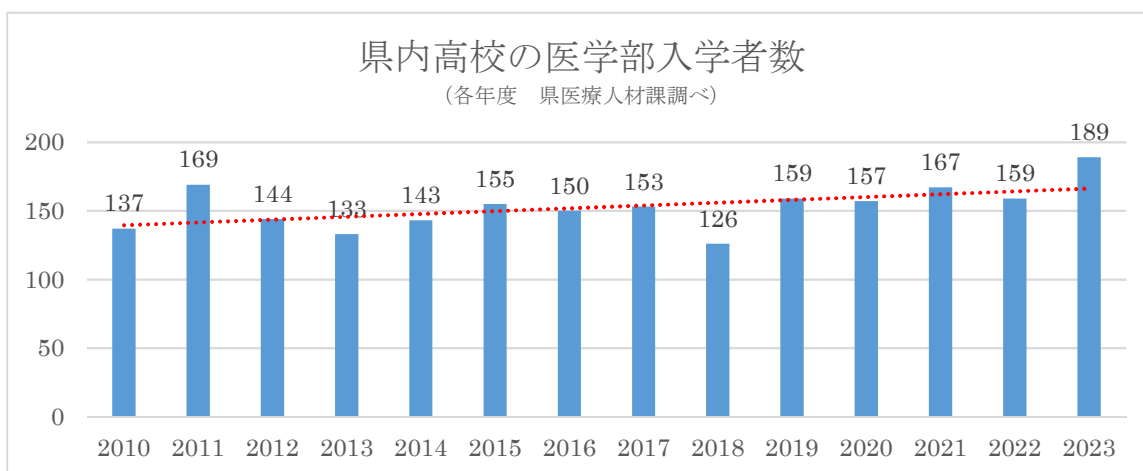
- 国の調査によると、「卒業大学と関係なく地元に住んでいる医師」及び「地元と関係なく卒業大学所在の都道府県に住んでいる医師」は、それぞれ卒業後40年目までに継続的に50%で推移している一方、高校生が地元の医科大学等へ進学した場合、8割程度の医師が卒業後40年目まで継続的に地元に住居しています。



- 一方、全国の医学部における医学部生の地元出身率をみると、10%程度から70%程度まで、大学によって差がありますが、本県の筑波大学は20%弱となっており、全国で見ると少ない割合となっています。



- また、県内高校からの医学部入学者数は、年度により差があるものの、徐々に増えており、**2023年の入学者数は過去最高の189人となりました**。本県の医師数を増やし、定着率をより高めるためには、県内高校生の医学部進学者数を**さらに**増やしていくことが必要です。



(2) 対策

- 県内高校生等の医学への興味と本県の医療状況への理解を深めるとともに、県立高等学校等において医学コースを設置し、県内高校生等の医学部進学希望者を支援することにより、**医学部進学者数**の増加を図ります。

ア 県立高等学校等における医学コース設置

- ・ 県立高等学校等に医学コースを設置し、医師を志す若者の医学部進学の夢を応援し、将来の茨城の医療を担う医師養成を図ります。

茨城県立高校・中等教育学校に
医学コースを設置!!!

「医志」を持つ者、来たれ!

水戸一高

土浦一高

日立一高

並木中等教育学校

古河中等教育学校

今よりさらに力をつける
習熟度別授業

モチベーションを高める
医学に関する研究会

主な取組

医療をテーマとした
充実した授業

医学部進学対策を充実
面接・小論文指導

茨城県教育委員会
Ibaraki Prefectural Board of Education

県立高校等における医学コースの設置について

○対象

日立第一、水戸第一、土浦第一、並木中等、古河中等の2019年度入学生（中等は後期課程進級生）から

○医学コース設置のねらい

2年生から医学部進学希望者が共に学ぶ学級を編制

⇒ 高い目的意識をもって活動

・ 医師という職業の理解や使命感を育成

※ 高校2年の学年へ進級する際に、医学コースを選択できます。

※ 入学者選抜、高校1年の学年のクラス編制は、従前のとおりです。

○医学部進学の夢を実現するための主な取組

医学に関する研究会の開催（高校1年の学年から）

病院や大学等との連携による体験実習や講演会

⇒ 豊かな人間性と高い倫理観を育成

・ 茨城の地域医療を担う人材を育成

外部連携による充実したサポート

予備校等と連携した面接・小論文指導等

⇒ 医学部進学指導体制の確立

習熟度別指導等の実施

⇒ より高いレベルの学力を育成

イ 医学部進学者向け教育ローン利子補給

- ・金融機関から医学部進学のための教育資金の融資を受けた者に対して、当該金融機関からの融資に係る利子を補給し、県内高等学校等から医学部へ進学する者の保護者の経済的な負担を軽減することにより、より多くの県内高校生が医学部に進学できるよう支援します。
- ・**2023 年度以降の進学者からは、順次拡大している全国対象の地域枠の修学生も修学資金と併用できるよう、利子補給の対象を県外出身者（県の修学資金貸与者に限る）にも拡大しています。**

茨城県

医師を志す
お子さまの
未来のために

**令和6年度 医学部進学者向け
教育ローン利子補給事業**

茨城県では、県内金融機関と連携して、医学部進学者向けに在学中「実質金利0%」の教育ローン制度を設けています。

**茨城県の医師修学資金と併用が可能！
県外にお住まいの方でもご利用が可能！***

**在学中
実質金利 0%**

POINT 1 在学中に金融機関に返すのは利子分のみ。さらに、毎年支払う利子分を県が全額補助します。

POINT 2 金融機関から借りたお金（元本）は、医師になってから自分で返せます。

POINT 3 医師になってから5年以内に2年間、県内で勤務する必要があります。

茨城県 保健医療部 医療局
医療人材課 医師確保グループ
029-301-3191 (直線)
1doctor@pref.ibaraki.jp

令和6年度 医学部進学者向け 教育ローン利子補給事業 概要
下記対象の方が借入対象金融機関に支払う利子について補給金を交付します。

区分	対象要件
県内出身者	以下のいずれかに該当する ①医学部進学（予定）者が、県内の高等学校等を卒業している（卒業見込みである） ②卒業後、利子補給の交付申請をする日において、引当額が3年以上満期に住所を有している
その他	「県内出身者」の区分の対象要件を満たさず、医学部進学（予定）者が、 茨城県の医師修学資金* の貸与を受けている（貸与予定である） ※1 茨城県医師会受取、茨城県医師会協賛学校受取、茨城県医師会協賛学校受取受取（イ）イ、イイ

県外の方も、ご利用可能になりました！*

※2 医師修学資金（地域枠）の貸与を受けている者、または、医師修学資金（地域枠）の貸与を受けていないが、医師修学資金（地域枠）の貸与を受けている者の配偶者である者には、本事業の対象外です。

対象人数	年額50名程度
対象借入限度額	3,000万円 ※茨城県の医師修学資金（地域枠）を併用する場合は、茨城県医師会医師修学資金および医師修学資金（地域枠）の貸与を受けている額以上、対象借入限度額は、2,000万円とします。
利子補給率	100%（保証料含む）
利子補給期間	正統の修学期間以内（最大6年間）
保証金融機関	株式会社常陽銀行 株式会社筑波銀行 茨城銀行信用組合 水戸信用金庫 結城信用金庫

その他注意事項

- ※申請書提出後、保証金融機関に審査の上、返済計画が承認された場合は、利子補給金を送金いたします。
- ※申請書提出後、保証金融機関から返済計画が承認された場合は、利子補給金を送金いたします。
- ※保証金融機関から返済計画が承認された場合は、保証料を支払う必要があります。
- ※保証金融機関から返済計画が承認された場合は、保証料を支払う必要があります。
- ※保証金融機関から返済計画が承認された場合は、保証料を支払う必要があります。

茨城県地域医療 医師修学資金（地域枠） と併用すると	修学資金（A） 1,800万円	教育ローン（B） 1,400万円	学費（C） 3,200万円	不足額（D-A+B） 0円
----------------------------------	--------------------	---------------------	------------------	------------------

茨城県の地域枠進学大学【11大学計70校以上】
茨城大学、東京医科歯科大学、東京歯科大学、日本歯科大学、信州大学、東京大学、北里大学、順天閣大学、南都大学、日本大学、聖徳大学

手続きの流れ

ウ 医師の県内中・高校への訪問

- ・筑波大学の医師や県地域医療支援センターのキャリアコーディネーター・教育インストラクターが県内高等学校等に赴き、講演やグループディスカッションを通じて中・高校生の医学への興味と本県の地域医療への理解を深めるとともに、高校生や保護者に対し、修学資金制度や医学部進学者向け教育ローン利子補給などの各種支援制度の周知を図ります。

エ 地域枠説明会の開催

- ・医学部進学を希望する受験生・保護者を対象とし、地域枠を設置する大学による説明会を開催することにより、制度の理解を深めるとともに、将来、県内で医師の業務に従事することへの意欲の向上を図ります。

2 医学生

(1) 現状と課題

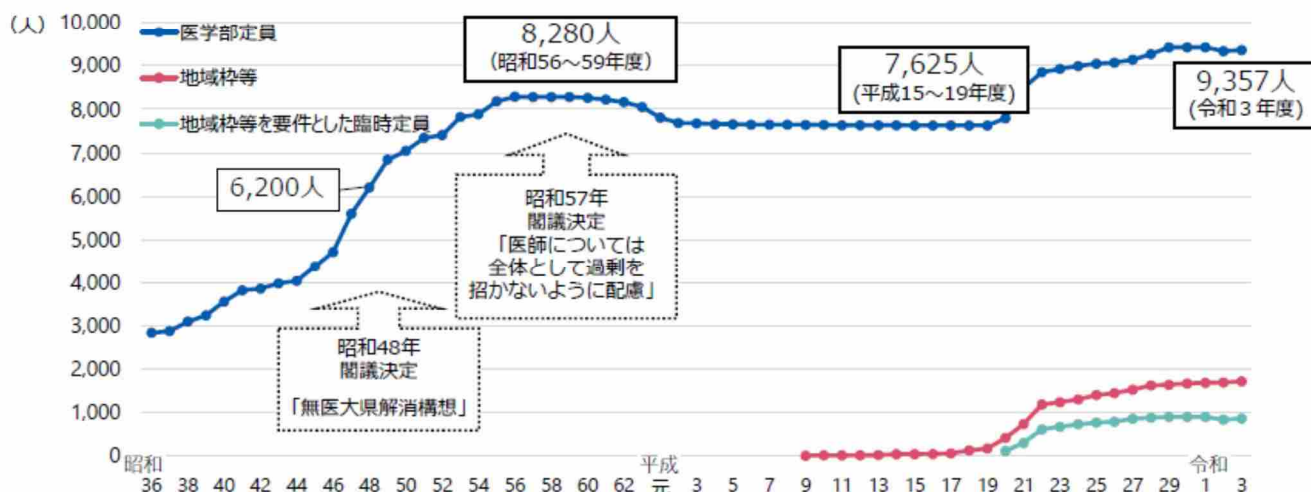
① 医学部の入学定員

- 国では、2008 年度以降、医学部の入学定員を増員し、2019 年度には合計 9,420 人に達しました。
- しかしながら、入学定員を増員は、主に地域の医師確保の観点から臨時的に行われたものであり、大学への地域枠（地域医療に従事する医師を養成することを主たる目的とした学生を選抜する枠）の設置を要件としています。
- 2020 年度以降の入学定員については、2019 年度の定員を超えない範囲で暫定的に維持されておりますが、2025 年度以降については改めて検討することとされています。

医学部入学定員と地域枠の年次推移

第 6 回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ
令和 4 年 8 月 1 0 日 1

- 平成20年度以降、医学部の入学定員を過去最大規模まで増員。
- 医学部定員に占める地域枠等*の数・割合も、増加してきている。（平成19年度173人（2.3%）→令和3年1723人（18.7%））
※地域枠等：地域医療に従事する医師を養成することを主たる目的とした学生を選抜する枠

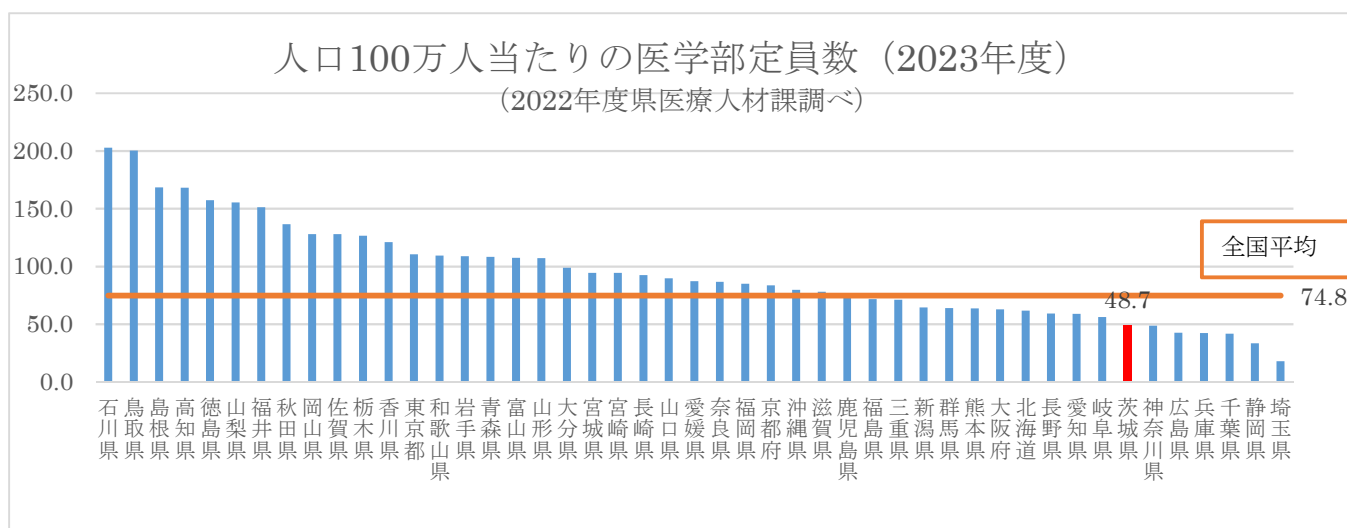


	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3
医学部定員	7625	7793	8486	8846	8923	8991	9041	9069	9134	9262	9420	9419	9420	9330	9357
医学部定員（自治医科大学を除く）	7525	7683	8373	8733	8810	8868	8918	8946	9011	9139	9297	9296	9297	9207	9234
地域枠等	173	418	736	1186	1242	1304	1406	1450	1531	1627	1645	1674	1687	1695	1723
地域枠等の割合	2.3%	5.4%	8.8%	13.6%	14.1%	14.7%	15.8%	16.2%	17.0%	17.8%	17.7%	18.0%	18.1%	18.4%	18.7%
地域枠等を要件とした臨時定員	0	118	304	617	676	731	770	794	858	886	904	903	904	840	865
地域枠等を要件とした臨時定員の割合	0%	1.5%	3.6%	7.1%	7.7%	8.2%	8.6%	8.9%	9.5%	9.7%	9.7%	9.7%	9.7%	9.1%	9.4%

※自治医科大学は、設立の趣旨に鑑み地域枠等からは除く。

（地域枠等及び地域枠等を要件とした臨時定員の人数について、令和4年文部科学省医学教育課調べ）

- 本県では、唯一の医育機関である筑波大学医学部の入学定員が **2023年度は139人**（うち地域枠36人）であり、人口100万人当たりの**医学部定員数は全国平均を下回る48.7人で、全国第41位**となっています。



- 現在の国の方針では、医科大学の新設は認められておらず、また、長期的には全国で医師の供給が需要を上回ると推計されていることから、**将来的な医学部定員の減員を検討することとしています。**
- このため、**国の方針において、**都道府県は、国の医師需給推計から算定される都道府県及び二次医療圏ごとの将来時点における医師の必要数、供給数及び不足数・過剰数に基づき、必要に応じて地域枠等の設置や増員により、医師の養成と確保さらには県内定着を図っていくこととされています。
- ② 地域枠制度

ア 制度の概要

- 地域枠制度は、各都道府県が大学の入学定員に地域枠を設置した上で、この地域枠に入学した**医学生**に対して修学資金を貸与し、卒業後に都道府県内の特定の地域における診療義務を返還免除の条件とするなどして、地域医療を担う医師を養成することを目的とした制度です。
- 国の調査における大学卒業者の定着状況によると、**臨床研修終了後に出身大学と同じ都道府県に勤務する割合が高いのは、地域枠の入学者と地域枠以外の入学者でかつ地元出身者（大学と出身地が同じ都道府県の者）となっています。**
- このため、地域枠制度は、特定地域における診療義務により、都道府県内における二次医療圏間の医師の偏在を調整するとともに、臨時定員の増員等と組み合わせた地域枠については、医師の少ない都道府県において医師を充足させ、都道府県間の医師の偏在を是正することが期待されています。

地域枠と地域枠以外の地元出身者の定着割合

医療従事者の需給に関する検討会
第12回 医師需給分科会
2017年10月11日

- 地域枠の入学者と、地域枠以外の地元出身者（大学と出身地が同じ都道府県の者）において、臨床研修修了後に出身大学と同じ都道府県に勤務する割合が高い。

地域枠*：地域医療等に従事する明確な意思をもった学生の選抜枠であり、奨学金の有無を問わない。

	臨床研修を行った 主たる都道府県		臨床研修修了後に 勤務する都道府県	
	A県/卒業生		A県/卒業生	
	人数	割合	人数	割合
A県地域枠※1	418/504	83%	404/504	80%
地域枠以外・ 出身地A県・大学A県	1452/1871	78%	1461/1871	78%
地域枠以外・ 出身地B県・大学A県	1483/3707	40%	1418/3707	38%

※1 出身地又は大学が海外の場合及び当該項目について無回答の場合は除外。

※2 出身地：高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県。

※3 防衛医科大学及び産業医科大学は除外。自治医科大学については地域枠についてのみ除外。

※4 A県は任意の都道府県。B県はA県以外の都道府県。

イ 本県の地域枠

- 本県では、2007年の国の「緊急医師確保対策」等に基づく医学部定員の臨時定員増が実施されたことにより、2009年度から筑波大学や県外の大学への地域枠の設置及び定員の拡大を図っており、2024年度には全国トップクラスの11大学に合計70名の地域枠を設置しています。うち62名が、国の「緊急医師確保対策」等に基づく医学部定員の臨時定員増により認められた地域枠定員となります。
- また、近年では、県内外から広く優秀な学生を募るため、「全国対象」の地域枠として新增設を進めています。

<臨時定員増による地域枠定員（うち全国対象）>

筑波大学：36名（10）、東京医科歯科大学：5名（3）、東京医科大学：5名（0）、
北里大学：4名（0）、帝京大学：2名（2）、昭和大学：4名（4）、順天堂大学：2名（2）、
日本大学：3名（3）、獨協医科大学：2名（2）

大 学 (最新年度の臨時/恒久)	(単位：人)															
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
筑波大学 (臨時定員36名)	5	7	9	11	13	22	28 (6)	36 (10)	36 (10)	36 (10)	36 (10)	36 (10)	36 (10)	36 (10)	36 (10)	36 (10)
東京医科歯科大学 (臨時定員5名) ※R4までは臨時2名		2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	5	5
東京医科大学 (臨時定員5名、 恒久定員3名)		5	7	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
杏林大学 (恒久定員2名) ※H30までは臨時2名		1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
日本医科大学 (恒久定員2名)				2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
北里大学 (臨時定員4名) ※R3までは2名					2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	4	4
帝京大学 (臨時定員1名、 恒久定員1名)								1	1	1	1	1	1	1	1	2
昭和大学 (臨時定員4名)														4	4	4
順天堂大学 (臨時定員2名)														2	2	2
日本大学 (臨時定員3名)															3	3
獨協医科大学 (臨時定員2名)																2
計	1大学 5人	4大学 15人	4大学 20人	5大学 25人	6大学 29人	6大学 38人	6大学 44人	7大学 53人						9大学 61人	10大学 67人	11大学 70人

※ ()は全国対象（内数）

ウ 国における 2025 年度以降の地域枠設定等の考え方

- 今後の医学部臨時定員について、2024 年度は 2019 年度の医学部総定員数（9,420 人）を上限に地域における医師の確保に必要な範囲で設置が認められることとされ、令和 7 年度以降については「第 8 次医療計画等に関する検討会」等における議論の状況を踏まえ検討することとされたものの、**未だ**明確な方針は示されていません。
- 一方、医学部定員の減員に向けた検討が進められてきた中、都道府県には、安定した医師確保を行うため、大学の恒久定員内に、地域枠に加え、柔軟に運用できる地元出身者枠を設置することについて、積極的に大学と調整を行うことが求められています。

最終稿で確認

【参考：用語の説明】

	地域枠	地元出身者枠
対象	<u>地元出身者（一定期間当該都道府県に住所を有した者）もしくは全国より選抜</u>	<u>地元出身者（一定期間当該都道府県に住所を有した者）より選抜する。</u>
選抜方式	<u>別枠方式</u>	<u>問わない</u>
協議の場	<u>地域医療対策協議会で協議の上、設定</u>	
同意手法 方式	<u>志願時に、都道府県と本人と保護者もしくは法定代理人が従事要件・離脱要件に書面同意している。</u>	<u>問わない</u>
従事要件	<u>①卒直後より当該都道府県内で 9 年間以上従事する。</u> <u>②将来のキャリア形成に関する意識の向上に資する都道府県のキャリア形成プログラムに参加すること。</u>	<u>問わない</u>
奨学金貸与	<u>問わない</u>	

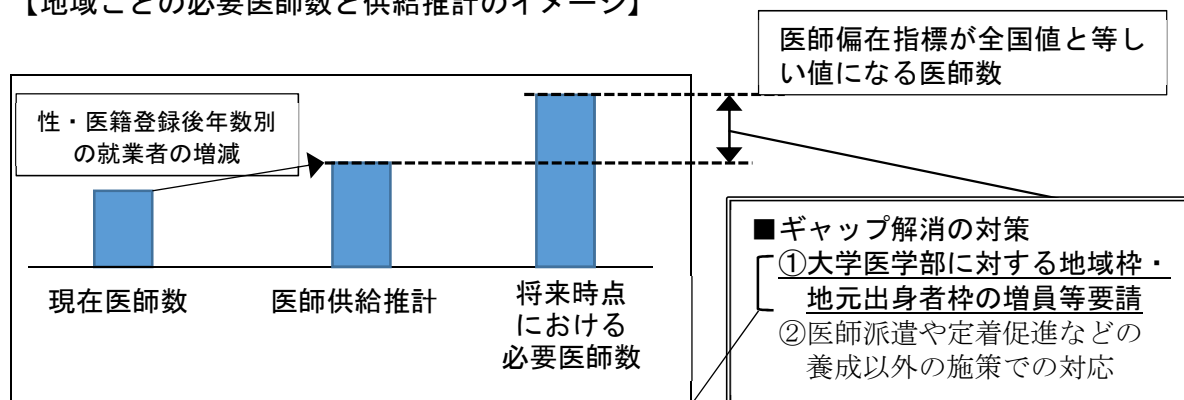
出典：令和 4 年 4 月 18 日厚労労働省医政局医事課長事務連絡「令和 5 年度以降の地域枠等の定義について」

■「医師確保計画策定ガイドライン」における将来時点（2036年）の必要医師数、地域枠・地元出身者枠の設定の考え方

【定義】

必要医師数	将来時点（2036年）において全国の医師数が全国の医師需要に一致する場合の医師偏在指標の値（全国値）と医療圏ごとの医師偏在指標が等しい値になるために必要となる医師数。
地域枠	都道府県内の特定地域での診療義務があることから、 <u>二次医療圏間の地域偏在を調整する機能がある</u> とともに、（特定の診療科での診療義務がある場合には）診療科間の偏在を調整する機能がある。
地元出身者枠	大学の所在地である都道府県内に、長期間にわたり8割程度の定着が見込まれているが、特定地域等での診療義務があるものではないため、直接的には都道府県内における二次医療圏間の偏在調整の機能はなく、都道府県間の偏在を調整する機能がある。

【地域ごとの必要医師数と供給推計のイメージ】



【都道府県に要請権限のイメージ】

	医師が少数の県（本県）	医師が少数の県以外
医師が少数の二次医療圏のある県（本県）	<ul style="list-style-type: none"> ○地域枠の設置・増員の要請 ○地元出身者枠の設置・増員の要請 ○地域枠（臨時定員）の設置・増員の要請 	<ul style="list-style-type: none"> ○地域枠の設置・増員の要請 ×地元出身者枠の設置・増員の要請 ×地域枠（臨時定員）の設置・増員の要請
医師が少数の二次医療圏のない県		<ul style="list-style-type: none"> ×地域枠の設置・増員の要請 ×地元出身者枠の設置・増員の要請 ×地域枠（臨時定員）の設置・増員の要請

○ また、地域枠学生の選抜は、原則、一般枠と別枠の募集定員を設ける「別枠方式」によることとし、地域医療対策協議会の協議を経た上で、大学に対して地域枠の設置を要請することとされています。

エ 地域枠医師の義務履行と県内定着

- 地域枠は地域医療を担う医師を養成し、医師の不足や偏在の解消に資することを目的としていることから、定員充足率の向上のほか、卒後の地域枠医師の義務履行や県内定着に向けた支援を行うことが重要です。
- このため、地域枠制度は、地域枠修学生にとって、学部教育のみならず、卒後のキャリア形成においても魅力的であることが重要であり、優秀な学生をより多く集め、地域医療への意欲・興味を涵養することはもとより、各医療機関における指導体制の充実や専門医資格の取得支援、さらには勤務環境の改善や地域での生活支援など、多岐にわたる切れ目のない支援体制が求められます。
- なお、2023年4月1日時点の修学生医師の義務明け後の定着率は、一般修学資金貸与制度が67.9%、海外対象医師修学研修資金貸与制度が33.3%、自治医科大学卒業医師が65.4%となっており、地域枠の修学生医師については2024年度に初めて義務明けとなる医師が出ることとなります。

【修学資金貸与制度別の義務明け後の定着率（2023.4.1現在）】

区分	義務明け 医師 (A)	義務明け後の 県内勤務人数 (B)	義務明け後の 定着率 (B/A)
地域医療医師修学資金（地域枠）	＝	＝	＝
医師修学資金（一般）	53人	36人	67.9%
海外対象医師修学研修資金（海外）	3人	1人	33.3%
自治医科大学	78人	51人	65.4%
合計	134人	88人	65.7%

(2) 対策

① 地域枠による将来時点の不足医師の養成

○ 2019年3月に開催された医師需給分科会において、暫定的なものとして国が算出した「将来時点（2036年時点）における不足医師数等」が示されました。

○ これによると、本県では、2036年時点において県全体としては医師の不足はないものの、医療圏別にみると、日立、常陸太田・ひたちなか、鹿行、取手・竜ヶ崎、筑西・下妻、古河・坂東の6医療圏について、医師数（上位推計）が必要医師数に満たず、当該医療圏の不足医師数の合計が1,402人となっており、2036年に向けた医師の年間不足養成数（＝地域枠必要数）は81人となっています。

	医師多数・少数区域	必要医師数	供給推計				不足医師数・過剰医師数				年間不足養成数・過剰養成数			H31臨時定員(地域枠関係)
					供給-必要数(都道府県)		供給-必要数(二次医療圏)合計		都道府県		二次医療圏			
			上位	下位	上位推計	下位推計	上位推計	下位推計	上位推計	下位推計	上位推計			
					不足医師数(供給上位△必要)	過剰医師数(供給下位△必要)	不足医師数※医師少数二次医療圏の合計	過剰医師数※医師多数二次医療圏の合計	不足養成数	過剰養成数	不足養成数			
茨城県	少数	7,519	7,721	5,143	202	-2,376	-1,402	400	0	0	-81	47		
水戸	多数	1,252	1,583	1,055	331	-197								
日立	少数	646	540	360	-106	-280								
常陸太田・ひたちなか	少数	941	540	359	-401	-682								
鹿行	少数	658	341	227	-317	-431								
土浦		658	809	539	151	-119								
つくば	多数	927	1,993	1,327	1,066	400								
取手・竜ヶ崎	少数	1,246	1,102	734	-144	-512								
筑西・下妻	少数	669	363	242	-306	-427								
古河・坂東	少数	577	449	299	-128	-278								

出典：国が暫定的に算出した「将来時点（2036年時点）における不足医師数等」（H31.3.29 医師需給分科会）

※不足医師数：医師の供給が上位推計するケースにおいて、医師が不足する二次医療圏の不足数の合計とする。

※過剰医師数：医師の供給が下位推計するケースにおいて、医師が過剰となる二次医療圏の過剰数の合計とする。

○ 医師確保計画ガイドラインにおいては、「地域ごとの医師の需給推計から算出された、都道府県ごとの地域枠等の必要数を、別途厚生労働省から提供予定」であり、都道府県は、「その数値等を踏まえて、今後大学医学部に対し、地域枠・地元出身者枠の要請を行うこと」とされていますが、現時点においても未だ暫定値しか示されていません。

○ このため、本県では、この暫定値を目安に筑波大学や県外の大学に対して地域枠の設置を要請し、2024年度には70人まで拡大しました。

○ 一方で、急速な人口減少により医療需要の減少が見込まれることから、地域枠の更なる新增設については、各修学資金貸与制度による医師数の将来推計などを踏まえながら、必要に応じて検討することとします。

イ 地域枠等の設置の考え方

■医師確保計画ガイドラインにおける地域枠等の設定の考え方

- 二次医療圏で不足養成数がある場合は都道府県内の大学医学部における恒久定員の枠内での地域枠設置を要請する。また、都道府県で不足養成数がある場合は恒久定員の枠内での地元出身者枠設置を要請する。
- 恒久定員の5割程度の地域枠等を設置してもなお地域枠等の確保が不十分である場合、都道府県は地域枠の設置を要件とする臨時定員の設置を要請できることとし、その際には、将来の医師多数都道府県に所在する大学医学部における都道府県をまたいだ地域枠の創設又は増員を要請することもできる。
- なお、大学の状況等により、恒久定員の5割程度の地域枠の設置を要請しない場合については、地域において不足する医師を確保するために大学等からの医師派遣等、これに代替する実効的な医師偏在対策の実施等について、地域医療対策協議会等の場で検討する必要がある。

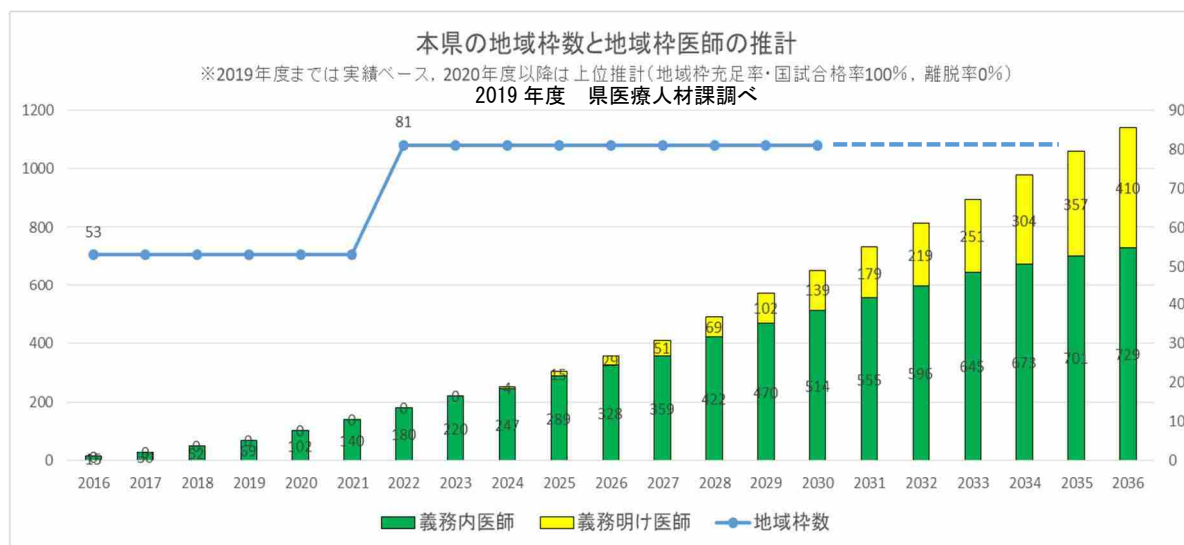
■恒久定員と臨時定員

- ガイドラインにおいて地域枠・地元出身者枠の設置にあたり、都道府県内への定着率は一般枠0.5、地元出身者枠0.8、地域枠1と設定されていることから、不足養成数の3.3倍が恒久定員内地元出身者枠換算の必要数、2倍が恒久定員内地域枠換算の必要数、1倍が地域枠設置を要件とする臨時定員換算の必要数となります。
- このため、本県の年間不足養成数81人を達成するため、ガイドラインの考え方にに基づき、筑波大学の恒久定員103人の中に地域枠を50設置すると仮定した場合、筑波大学又は他の地域枠設置大学に対し、臨時定員により56の地域枠の設置を要請できることとなります。
 - ・筑波大学恒久定員内の地域枠設置の施策効果（不足養成数の確保数）
 $50 \times 1 (\text{地域枠定着率}) - 50 \times 0.5 (\text{一般枠定着率}) = 25 \text{ 人}$
 - ・臨時定員による地域枠の必要数 $81 \text{ 人} - 25 \text{ 人} = 56 \text{ 人}$

【参考：将来時点（2036年時点）における不足医師数等（暫定版）に基づく本県の地域枠の推計】

- ・国の暫定数値に基づき地域枠数を設置した場合、上位の推計では、本県は2036年に義務内医師729人、義務明け医師が410人まで増加する見込みとなります。

未



② 医師修学資金貸与制度

- 本県では、医師修学資金貸与制度（2006年度～）及び地域医療医師修学資金貸与制度（地域枠、2009年度～）を実施し、医師が不足する地域を中心に医師の確保を図っています。さらに、2017年度からは、海外の医科大学の進学者に対し、修学資金や医師国家試験受験のための研修資金を貸与する制度を実施しています。
- また、2023年度現在で、**県内5市1町**（水戸市、北茨城市、常陸大宮市、筑西市、神栖市、**大子町**）において、公立病院等の勤務医や小児科・産婦人科・救急科などの不足診療科の医師の確保を図るため、修学資金貸与制度等を設けています。
- 引き続き、将来、本県の地域医療への従事に意欲のある医学生に対し、各修学資金貸与制度による支援を行い、医師の不足する地域を中心に医師の確保を図ります。

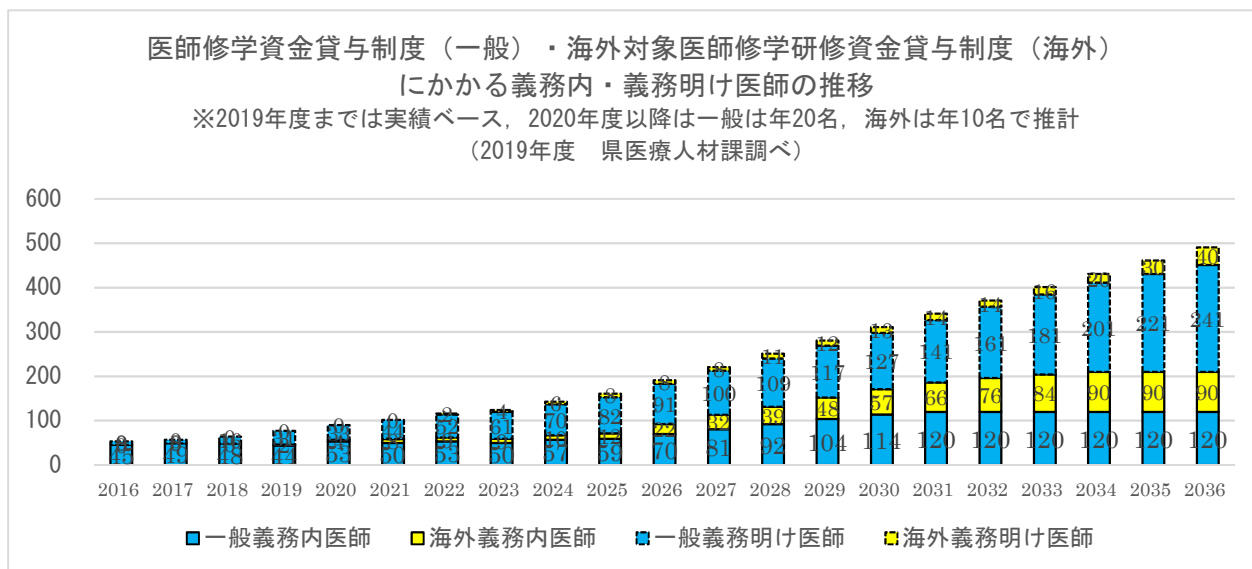
要確認

項目	地域医療医師修学資金貸与制度（地域枠）	医師修学資金貸与制度	海外対象医師修学研修資金貸与制度
概要	医師不足地域の医療機関に勤務意思を有する者に地域枠設置大学にて選抜試験を実施。入学者に修学資金を貸与（地域枠入学者に貸与）	医師不足地域の医療機関に勤務意思を有する者に修学資金を貸与	外国の医学校を卒業後、日本の医師免許を取得し、茨城県内に勤務意思を有する者に修学資金（在学中）及び日本の医師国家試験合格のための研修資金（外国の医師免許取得後）を貸与
貸与条件	県内高校卒業者又は県内居住者の子	・ 県内高校卒業者又は県内居住者の子 ・ 筑波大学医学類生（県外出身も可）	外国の医学校に進学した者（県外出身も可）
貸与額	国立大学 月 20 万円 （年 240 万円／6 年計 1,440 万円） 私立大学 月 25 万円 （年 300 万円／6 年計 1,800 万円）	月 15 万円 （年 180 万円／6 年計 1,080 万円）	修学資金：月 15 万円 （年 180 万円／6 年計 1,080 万円） 研修資金：150 万円
貸与期間	正規の修学期間	正規の修学期間	正規の修学期間
返還免除	知事が指定する医療機関で9年間勤務（9年のうち1/2以上は医師不足地域に勤務）	県内医師不足地域で貸与期間と同期間勤務（貸与期間が3年未満の場合は3年）	知事が指定する医療機関で修学資金貸与期間（研修資金の貸与を受けた場合は、当該期間に1年を加えた期間）の2分の3の勤務期間（義務期間が3年未満の場合は3年、9年を超える場合は9年）

【参考：本県の医師修学資金貸与制度による医師数の推計】

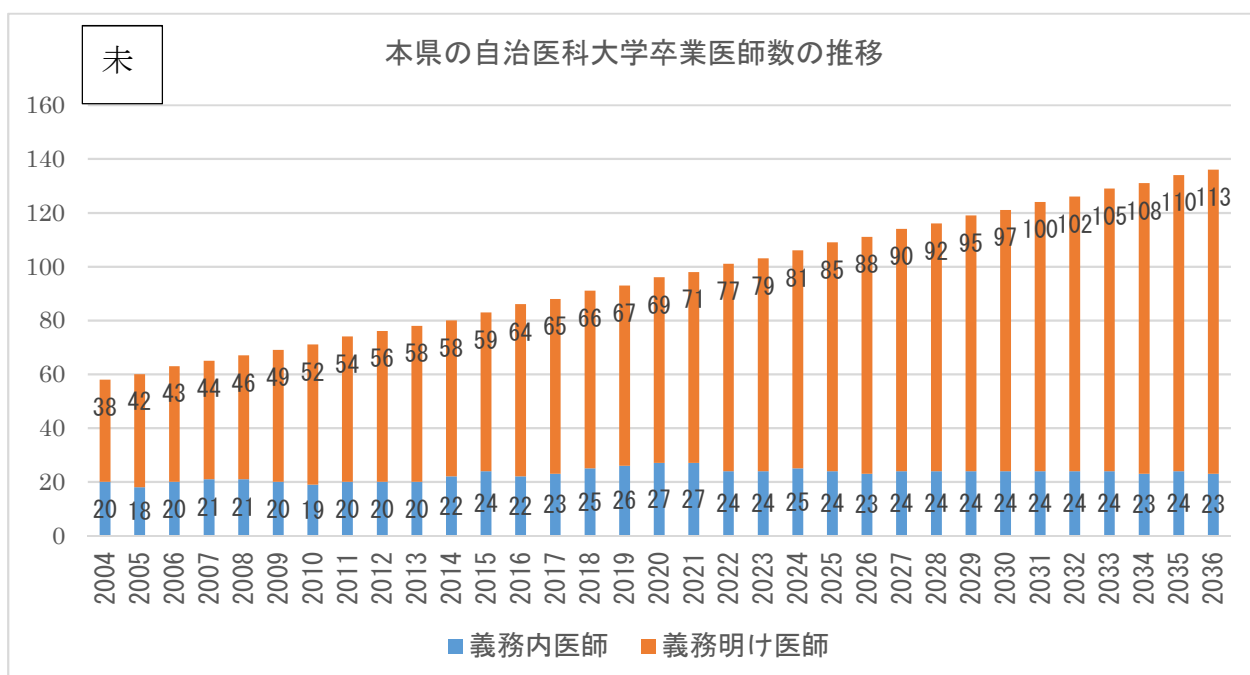
未

・本県の医師修学資金貸与制度及び海外対象医師修学研修資金貸与制度により医師の養成・確保を図ることにより、2036年に義務内医師210人、義務明け医師が281人まで増加する見込みです。



③ 自治医科大学における医師の養成

- 本県の県北山間地域などのへき地診療所や、無医地区等への巡回診療等を行うへき地医療拠点病院に勤務する医師を養成する自治医科大学の運営費を負担するとともに、へき地医療支援機構とも連携しながら、卒業後の医師を医師の確保が難しいへき地の公的病院等に派遣します。
- また、修学資金等の返還免除要件である勤務期間が終了した卒業医師や修学生医師の県内医療機関への勤務を促進します。



④ 県地域医療支援センターによる修学生等支援

- 地域枠等の修学生や自治医科大学生が県内地域医療への意欲と熱意を持ち続けられるよう、個別面談により本県でのキャリア形成を支援するとともに、各種セミナー等を開催します。

ア キャリアコーディネーター等による修学生への個別支援

- 本県の医療に精通したベテラン医師である県地域医療支援センターのキャリアコーディネーターとの面談や各種相談、教育インストラクターによる症例発表やレポートに対するアドバイスなど、在学中から卒後のキャリア形成まで、修学生が夢や希望を持って本県の地域医療に貢献できるよう、きめ細かにサポートします。

イ 修学生セミナー等の開催

- 修学生等が、県内各地域を訪れ、じかに地域の状況を学び、また、互いに交流を深め、仲間をつくることにより、将来、本県の医師不足地域等で働くことへの不安を解消するとともに、地域医療への意欲を醸成するため、県地域医療支援センターと県内医療機関の連携を図り、修学生セミナーや地域医療研修会、修学生の集い、新入生オリエンテーション等を開催します。

3 医師のキャリア形成

(1) 現状と課題

① 臨床研修医

ア 臨床研修制度

- 医師国家試験に合格し、診療に従事しようとする医師は、医師法に基づき、医学部を置く大学に附属する病院又は都道府県知事が指定する病院において、臨床研修を受けることとなっています。
- 臨床研修は、医師が医師としての人格を涵養し、将来専門とする分野に関わらず、医学及び医療の果たすべき社会的役割を認識し、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、基本的な診療能力を身に付けることを目的としています。
- 臨床研修制度は、2004年の医師法改正により必修化されて以降、専門医等のキャリアパスへの円滑な移行や受入病院の指導体制の格差等の課題をふまえ、国において研修プログラムの弾力化や臨床研修病院の指定基準の見直しが行われてきました。
- また、募集定員倍率（全国の臨床研修募集定員数／全国の臨床研修希望者数）が最大で1.35倍まで拡大するなど、研修医が都市部に集中する傾向が続いたことから、2010年度から人口分布や医学部定員数、過去の採用実績に基づき都道府県別に上限が設けることにより、募集定員倍率の縮小と都市部への集中の抑制が図られています。さらに、2018年の医療法等の改正により、都道府県の格差是正のため、2020年度から臨床研修病院の指定や都道府県の募集定員の設定に係る権限が国から都道府県に移譲されました。

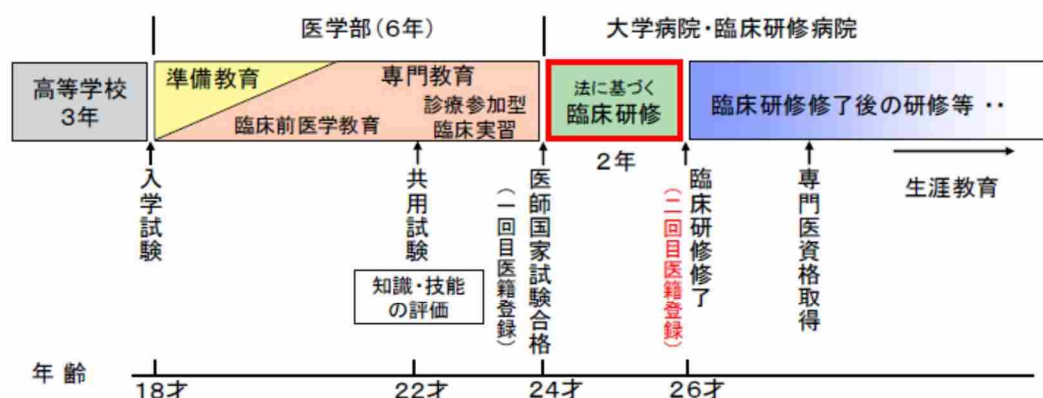
臨床研修制度の概要

第3回医療政策研修会
第2回地域医療構想アドバイザー会議
(2019年2月15日)資料4

1. 医学教育と臨床研修

○ 法に基づく臨床研修(医師法第十六条の二)

診療に従事しようとする医師は、二年以上、医学部を置く大学に附属する病院又は厚生労働大臣の指定する病院において、臨床研修を受けなければならない。



2. 臨床研修の基本理念(医師法第十六条の二第一項に規定する臨床研修に関する省令)

臨床研修は、医師が、医師としての人格をかん養し、将来専門とする分野にかかわらず、医学及び医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、基本的な診療能力を身に付けることのできるものでなければならない。

権限移譲後の国と都道府県の役割分担について

医師法の改正趣旨等

- 医療法及び医師法の一部を改正する法律（平成30年第79号）の成立に伴い、平成32年(2020年)4月より、国から各都道府県に臨床研修病院の指定権限及び研修医定員の設定権限の移譲等がなされ、各都道府県は、これらの制度の活用を通じ、地域における医療提供体制を整備する取組が求められる。
- これらの権限移譲により、各都道府県においては、都道府県地域医療対策協議会の審議のもと、臨床研修病院の指定や、医師少数区域に配慮した定員の設定など、地域の実情に応じたきめ細かな医師偏在対策が可能となる。
- これまで全て国の事務とされていた臨床研修制度に関する事務については、以下のとおりの役割分担となり、都道府県を行う医師偏在対策の強化に資する。

臨床研修制度に関する主な事務と分担

	国、地方厚生局	都道府県
	(考え方) 臨床研修制度の設計、研修の質の確保	(考え方) 個別病院の指定、定員設定事務
臨床研修病院の指定、取消	○ (指定基準の策定) (※)	◎ (個別病院の指定)
臨床研修病院の定員設定	○ (都道府県上限の設定)	◎ (個別病院の定員設定)
年次報告の受理	— (※)	◎
研修プログラム変更等の受理	— (※)	◎
指定継続にかかる訪問調査	— (※)	◎
報告の徴収及び指示	◎	◎
研修医等からの相談対応	◎	○
都道府県間の調整	◎	—
臨床研修の質の観点からの調査	◎	—
補助金の執行	◎	—
臨床研修修了登録	◎	—

※必要に応じ地方自治法第245条の4に基づく技術的助言を行う。

イ 臨床研修と地域における医師確保

- 国の調査によると、臨床研修を出身大学と同じ都道府県で実施した場合、臨床研修後、大学と同じ都道府県で勤務する割合は85%と高い一方、臨床研修を出身大学と異なる都道府県で実施した場合、研修終了後、大学と異なる都道府県で勤務する割合が84%と高くなっています。

大学が所在する都道府県で臨床研修を行ったときの定着割合

平成29年9月13日 第11回
医師需給分科会 資料

- 初期臨床研修を出身大学と同じ都道府県で実施した場合、臨床研修修了後、大学と同じ都道府県で勤務する割合が高い(85%)。一方、初期臨床研修を出身大学と異なる都道府県で実施した場合、研修修了後、大学と異なる都道府県で勤務する割合が高い(84%)。

	臨床研修	臨床研修修了後に勤務する都道府県			
		A県		A県以外	
大学	臨床研修	人数	割合	人数	割合
A県	A県	5164	85%	938	15%
A県	B県	905	16%	4677	84%

- ※1 出身地又は大学が海外の場合及び当該項目について無回答の場合は除外。
 ※2 出身地：高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県。
 ※3 A県は任意の都道府県。B県はA県以外の都道府県。

- また、出身地の大学に進学し、その後、同じ都道府県で臨床研修を行った場合、臨床研修終了後、出身地の都道府県で勤務する割合が 90%と最も高く、出身地以外の大学に進学した場合であっても、臨床研修を出身地と同じ都道府県で実施した場合、出身地の都道府県で勤務する割合は 79%と高くなっています。一方、出身地の大学に進学しても、臨床研修を別の都道府県で行うと、臨床研修終了後、出身地で勤務する割合は 36%と低くなります。

出身都道府県で臨床研修を行ったときの定着割合			平成29年9月13日 第11回 医師需給分科会 資料			
○ 出身地の大学に進学し、その後、同じ都道府県で臨床研修を行った場合、臨床研修終了後、出身地の都道府県で勤務する割合が最も高い(90%)。出身地以外の大学に進学した場合であっても、臨床研修を出身地と同じ都道府県で実施した場合、臨床研修終了後、出身地の都道府県で勤務する割合は高い(79%)。						
○ 出身地の大学に進学しても、臨床研修を別の都道府県で行うと、臨床研修終了後、出身地で勤務する割合は低い(36%)。						

			臨床研修終了後に勤務する都道府県			
			A県		A県以外	
出身地	大学	臨床研修	人数	割合	人数	割合
A県	A県	A県	2776	90%	304	10%
A県	A県	B県	321	36%	567	64%
A県	B県	A県	2001	79%	543	21%
A県	B県	C県	474	9%	4578	91%

<参考>

			臨床研修終了後に勤務する都道府県			
			A県		A県以外	
出身地	大学	臨床研修	人数	割合	人数	割合
B県	A県	A県	2347	79%	617	21%

※1 出身地又は大学が海外の場合及び当該項目について無回答の場合は除外。 出典：臨床研修終了者アンケート調査（平成27
 ※2 出身地：高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県。 厚生労働省調べ
 ※3 A県は任意の都道府県。B県、C県はA県以外の都道府県。（C県はB県と一致する場合も含む）

- このため、出身地及び出身大学の県内・県外に関わらず、医師は臨床研修を行う都道府県に勤務する割合が高くなっており、本県においても、医師の確保を図るためには、県内外からより多くの臨床研修医を採用することが重要です。

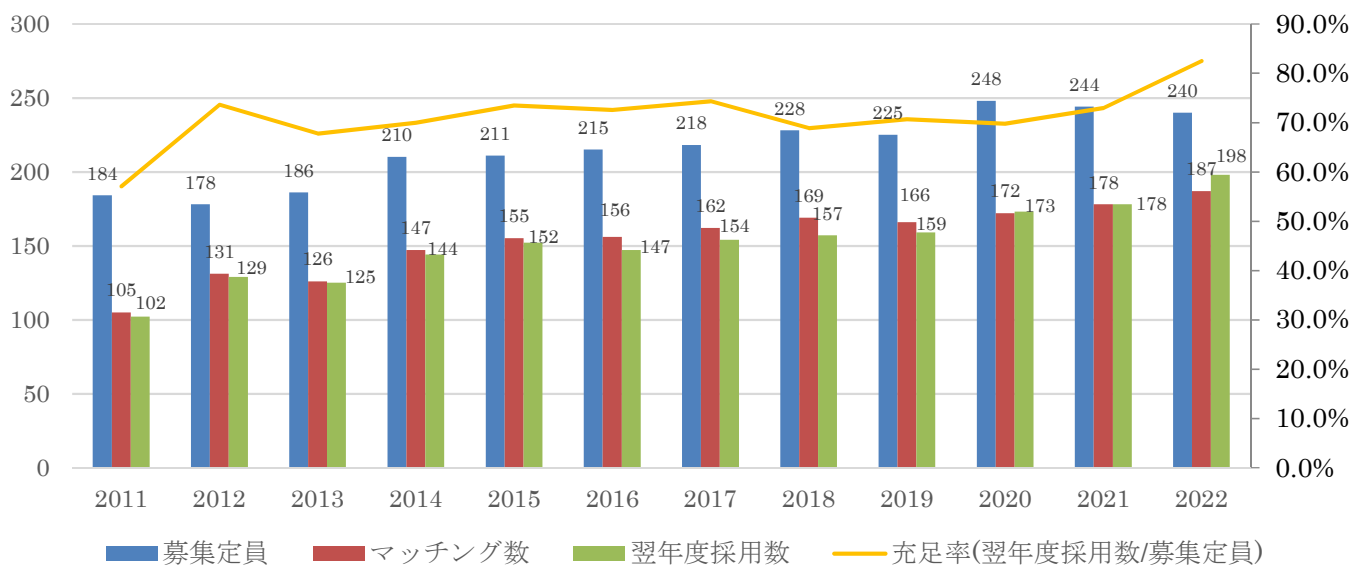
ウ 臨床研修医の採用状況

- 臨床研修医の採用マッチングは、医師臨床研修マッチング協議会により実施され、研修希望者と臨床研修病院の希望を踏まえ、一定の規則（アルゴリズム）に従い、コンピュータにより組み合わせが決定されます。
- 本県では、制度が必修化された 2004 年度以降、マッチング者数は増加傾向にあり、2022 年度の マッチ率（マッチ者数／募集定員）は 77.9%で全国第 18 位となりました。採用者数も 過去最高の 198 人となりましたが、募集定員の 8 割強に留まっていることから、さらに増加させ、定員充足率を高めていくことが必要です。

2023年度のデータに更新予定

本県の臨床研修医のマッチング数・採用数の推移

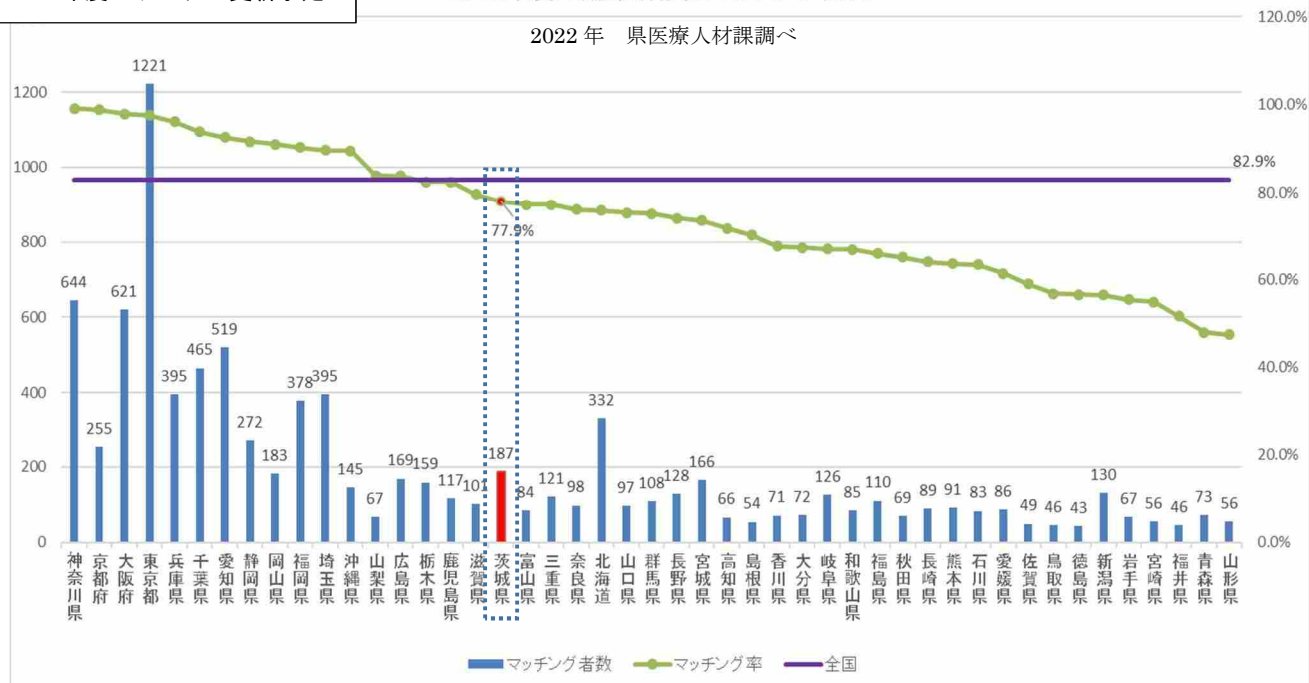
(2022年 県医療人材課調べ)



2023年度のデータに更新予定

2022年度の臨床研修医マッチング状況

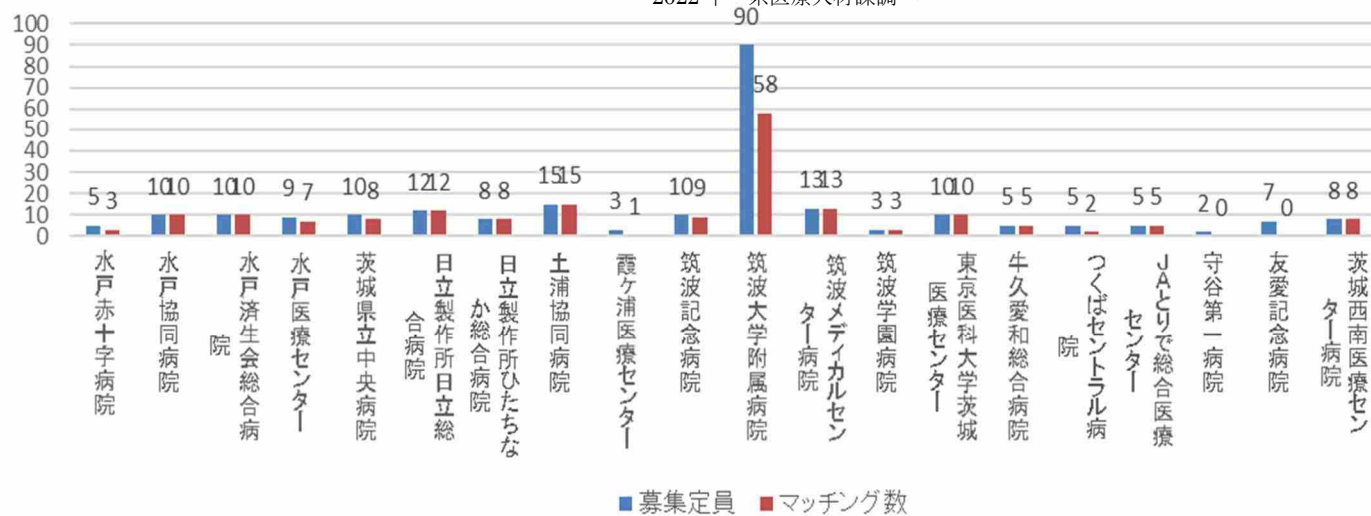
2022年 県医療人材課調べ



2023年度のデータに更新予定

2022年度臨床研修医マッチング状況

2022年 県医療人材課調べ

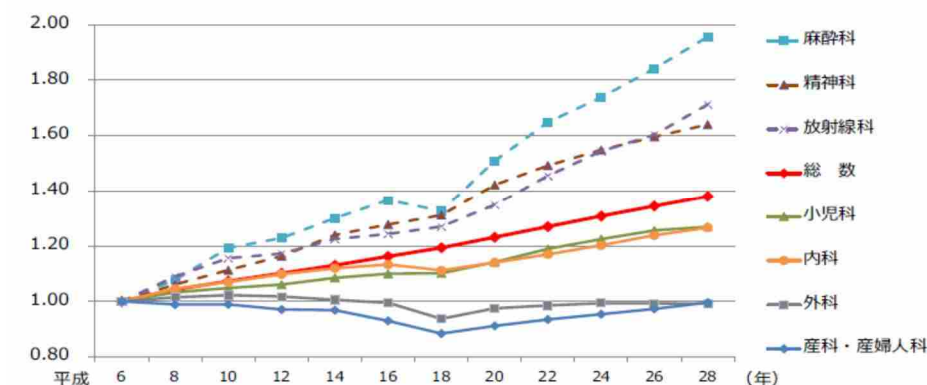


② 専攻医

ア 新専門医制度

- 医師の9割以上が専門医資格の取得を希望している中、これまで、各学会の独自の方針で制度を設けることにより、専門医を養成してきましたが、各学会の認定基準が統一されていないことから、専門医の質の担保が懸念されるとともに、近年、医師の地域偏在及び診療科偏在が医療をめぐる重要な課題となっていました。

<p>診療科別医師数の推移（平成6年を1.0とした場合）</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 多くの診療科で医師は増加傾向にある。 ○ 減少傾向にあった産婦人科・外科においても、増加傾向に転じている。 	<p>医療従事者の需給に関する検討会 第28回 医師需給分科会 2019年2月18日</p>
--	--

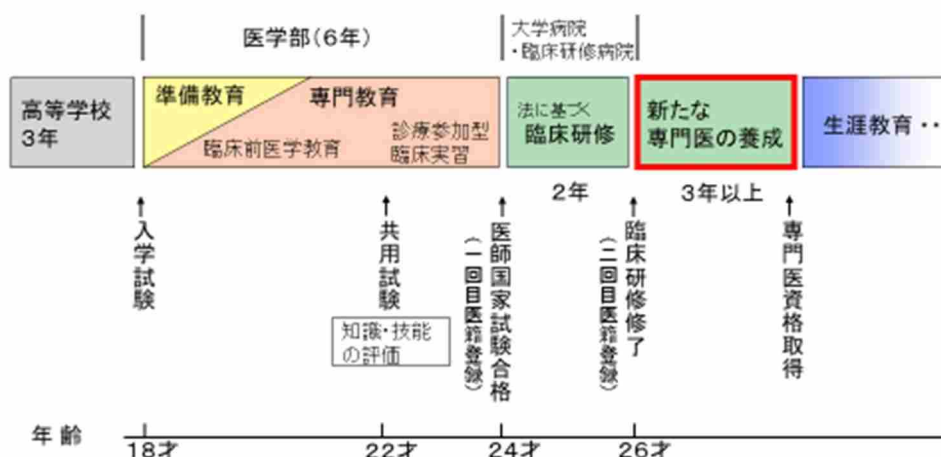


※内科・・・（平成8～18年）内科、呼吸器科、循環器科、消化器科（胃腸科）、神経内科、アレルギー科、リウマチ科、心療内科
（平成20～28年）内科、呼吸器科、循環器科、消化器科、腎臓科、糖尿病、血液、感染症、アレルギー、リウマチ、心療内科、神経内科
※外科・・・（平成6～18年）外科、呼吸器外科、心臓血管外科、気管食道科、小児外科
（平成20～28年）外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳癌外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科
※平成18年度調査から「研修医」という項目が新設された

出典：平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査 33

- このため、国において、医師の質の一層の向上及び医師の偏在是正を図ることを目的として、新たな専門医の仕組みの検討を進め、2014年に専門医の認定と養成プログラムの評価・認定を行う中立的な第三者機関として（一社）日本専門医機構を設立するとともに、2018年度からは総合診療も含めた全基本領域（19領域）で新専門医制度が始まりました。
- 専門研修は、（一社）日本専門医機構が指導医数、症例数、研究業績等の基準を満たす研修プログラムを認定し、専攻医は認定プログラムの基幹施設・連携病院をローテートしながら研修を実施します。

<p>新たな専門医の養成について</p>	<p>第44回社会保障審議会医療部会 2016年2月18日</p>
-----------------------------	---------------------------------------



専門医の領域、認定・更新 専門医の在り方に関する検討会報告書(平成25年4月22日)より

- 専門医の領域は、基本領域の専門医を取得した上でサブスペシャリティ領域の専門医を取得する二段階制を基本とする。
- 専門医の認定は、経歴症例数等の活動実績を要件とし、また、生涯にわたって標準的な医療を提供するため、専門医取得後の更新の際にも、各領域の活動実績を要件とする。
- 広告制度(医師の専門性に関する資格名等の広告)を見直し、基本的に、第三者機関が認定する専門医を広告可能とする。

新たな専門医制度の基本設計

サブスペシャリティ領域 (29 領域)

消化器病、循環器、呼吸器、血液、内分泌代謝、糖尿病、腎臓、肝臓、アレルギー、感染症、老年病、神経内科、消化器外科、呼吸器外科、心臓血管外科、小児外科、リウマチ、小児循環器、小児神経、小児血液・がん、周産期、婦人科腫瘍、生殖医療、頭頸部がん、放射線治療、放射線診断、手外科、脊椎脊髄外科、集中治療

基本領域 (19 領域)

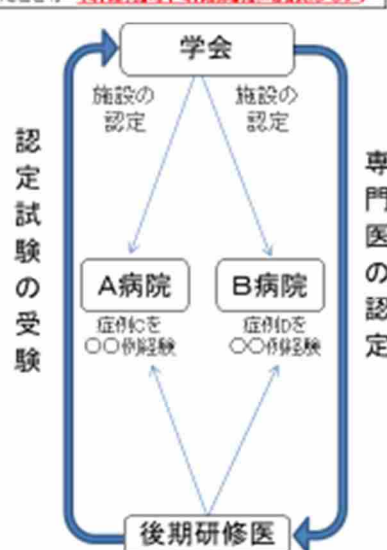
内科 小児科 皮膚科 精神科 外科 整形外科 産婦人科 眼科 耳鼻咽喉科 泌尿器科 脳神経外科 放射線科 麻酔科 病理 臨床検査 救急科 形成外科 リハビリテーション科 **総合診療**

従来の専門医認定と新たな専門医認定の比較(イメージ)

従来の専門医認定(カリキュラム制)

学会が、一定の基準を満たす病院を研修施設として認定し、研修医は個別の研修施設を選択して研修

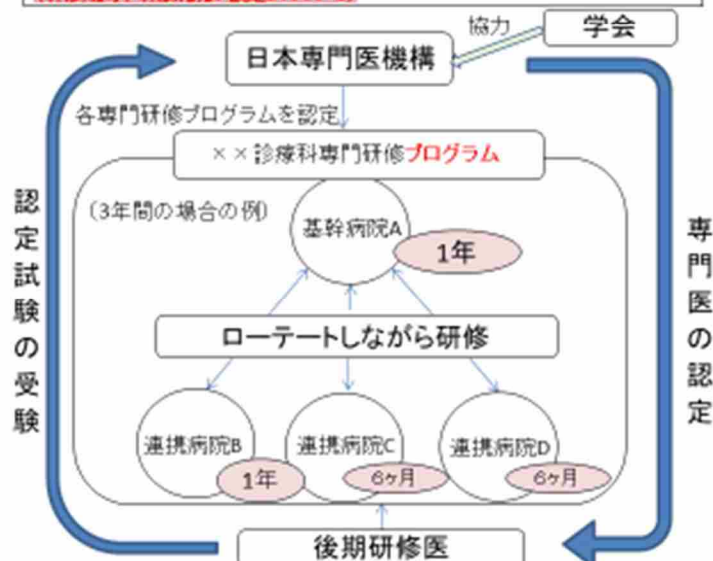
【受験資格】症例を〇〇例、症例を〇〇例経験したこと等 (研修期間や研修病院に制限はない)



新たな専門医認定(プログラム制)

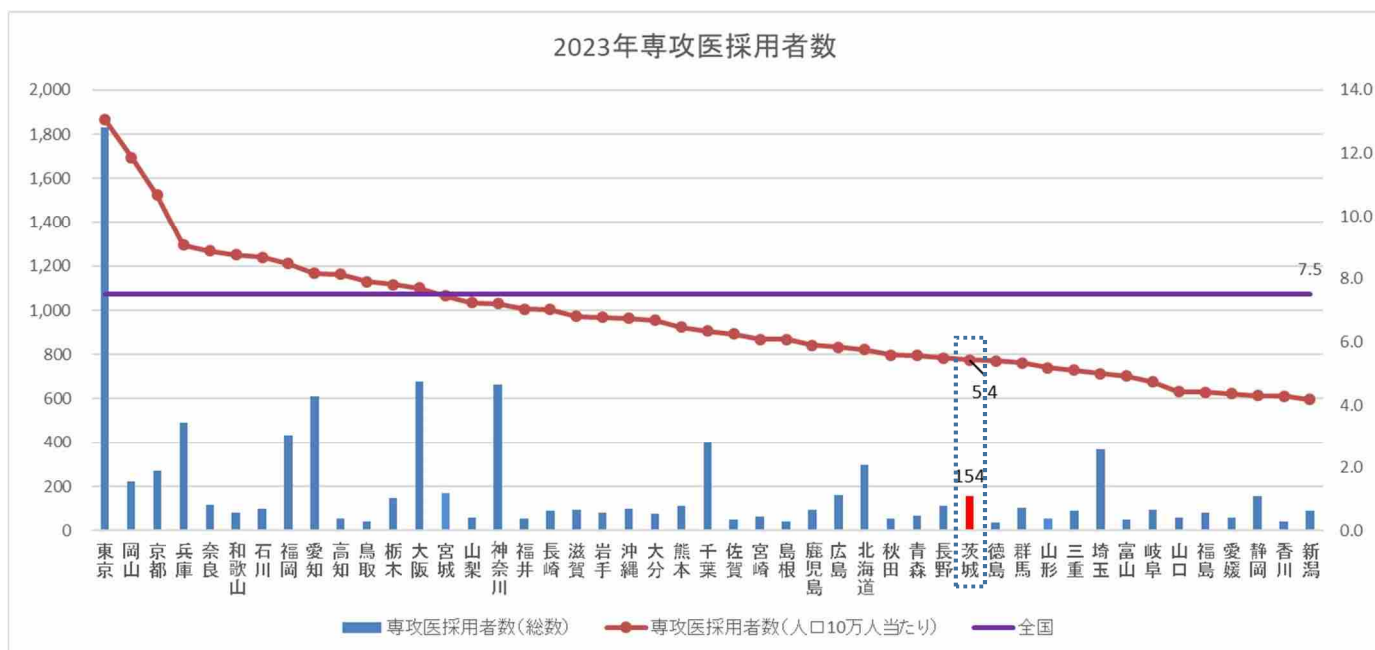
日本専門医機構が、指導医数、症例数、研究業績等の基準を満たす研修プログラムを認定し、研修医は基幹施設・連携病院をローテートして研修

【受験資格】プログラムに基づき、症例を経験しから研修施設をローテートすること等 (研修期間や研修病院が認定されている)



イ 専門研修プログラムと専攻医採用数

- 2023年度の全国の専攻医採用数は 9,325 人で本県は 154 人となっています。また、人口10万人当たりの採用数は 5.4 人であり、全国第 34 位となっています。



- 診療領域別の専攻医の人口10万対採用数では、本県は内科、小児科、外科、麻酔科及び救急科の採用数が全国平均に比べ少ない状況です。



- 本県では、2023年度は県内の 19 医療機関を基幹施設として、19基本領域の内、臨床検査科を除く18診療科の専門研修プログラムが認定されており、募集定員数 327 人に対し、154 人が採用されていますが、全体の充足率は 47.1 %であり、診療領域により差が大きい状況です。

診療領域	基幹施設	2023年			2022年 採用者数
		募集定員	R5専攻医 採用者数	定員充足率	
内科 (13)	水戸協同病院	8	2	25.0%	3
	水戸済生会総合病院	4	4	100.0%	1
	水戸医療センター	4	0	0.0%	2
	県立中央病院	6	3	50.0%	4
	日立総合病院	5	1	20.0%	1
	ひたちなか総合病院	5	2	40.0%	1
	土浦協同病院	7	2	28.6%	2
	筑波記念病院	3	1	33.3%	0
	筑波大学附属病院	36	33	91.7%	27
	筑波メディカルセンター病院	3	1	33.3%	2
	東京医大茨城医療センター	5	2	40.0%	2
	JAとりで総合医療センター	3	3	100.0%	2
	牛久愛和総合病院	3	1	33.3%	-
合計	92	55	59.8%	47	
小児科 (3)	県立こども病院	5	3	60.0%	3
	土浦協同病院	6	0	0.0%	2
	筑波大学附属病院	10	3	30.0%	5
	合計	21	6	28.6%	10
皮膚科 (2)	筑波大学附属病院	8	5	62.5%	5
	東京医大茨城医療センター	2	0	0.0%	0
	合計	10	5	50.0%	5
精神科 (4)	筑波大学附属病院	7	7	100.0%	6
	県立こころの医療センター	2	0	0.0%	0
	栗田病院	2	2	100.0%	1
	丸山荘病院	4	0	0.0%	0
	合計	15	9	60.0%	7
外科 (6)	水戸医療センター	6	1	16.7%	0
	県立中央病院	1	1	100.0%	0
	日立総合病院	2	2	100.0%	1
	土浦協同病院	3	0	0.0%	0
	筑波記念病院	2	1	50.0%	1
	筑波大学附属病院	20	10	50.0%	10
	合計	34	15	44.1%	12
整形外科 (3)	水戸協同病院	3	0	0.0%	0
	土浦協同病院	3	1	33.3%	0
	筑波大学附属病院	17	11	64.7%	5
	合計	23	12	52.2%	5
産婦人科 (2)	土浦協同病院	3	1	33.3%	0
	筑波大学附属病院	15	6	40.0%	5
	合計	18	7	38.9%	5
眼科 (2)	筑波大学附属病院	6	3	50.0%	5
	東京医大茨城医療センター	2	1	50.0%	3
	合計	8	4	50.0%	8
耳鼻咽喉科 (1)	筑波大学附属病院	6	0	0.0%	2
	合計	6	0	0.0%	2
泌尿器科 (1)	筑波大学附属病院	7	7	100.0%	3
	合計	7	7	100.0%	3
脳神経外科 (2)	土浦協同病院	5	0	0.0%	0
	筑波大学附属病院	8	2	25.0%	2
	合計	13	2	15.4%	2
放射線科 (1)	筑波大学附属病院	16	6	37.5%	0
	合計	16	6	37.5%	0
麻酔科 (2)	筑波大学附属病院	13	2	15.4%	6
	東京医大茨城医療センター	2	0	0.0%	0
	合計	15	2	13.3%	6
病理 (1)	筑波大学附属病院	4	3	75.0%	1
	合計	4	3	75.0%	1
臨床検査 (0)	合計	0	0		0
救急科 (3)	筑波大学附属病院	9	4	44.4%	7
	筑波メディカルセンター病院	3	0	0.0%	0
	筑波記念病院	2	0	0.0%	1
	合計	14	4	28.6%	8
形成外科 (1)	筑波大学附属病院	4	3	75.0%	3
	合計	4	3	75.0%	3
リハビリテーション (2)	筑波大学附属病院	5	4	80.0%	5
	筑波記念病院	2	1	50.0%	2
	合計	7	5	71.4%	7
総合診療 (4)	城南病院	2	0	0.0%	0
	筑波大学附属病院	10	8	80.0%	7
	筑波メディカルセンター病院	2	0	0.0%	0
	北茨城市民病院	2	0	0.0%	0
	東京医大茨城医療センター	4	1	25.0%	-
合計	20	9	45.0%	7	
茨城県合計		327	154	47.1%	138

○ また、定員上は、今後修学生医師が増加しても受け入れられる枠がありますが、診療領域によっては、修学生医師が一部の医師不足地域の病院（連携施設）に集まり、その病院の専攻医定員数を超える可能性があることから、医師不足地域における連携施設の増が課題となっています。

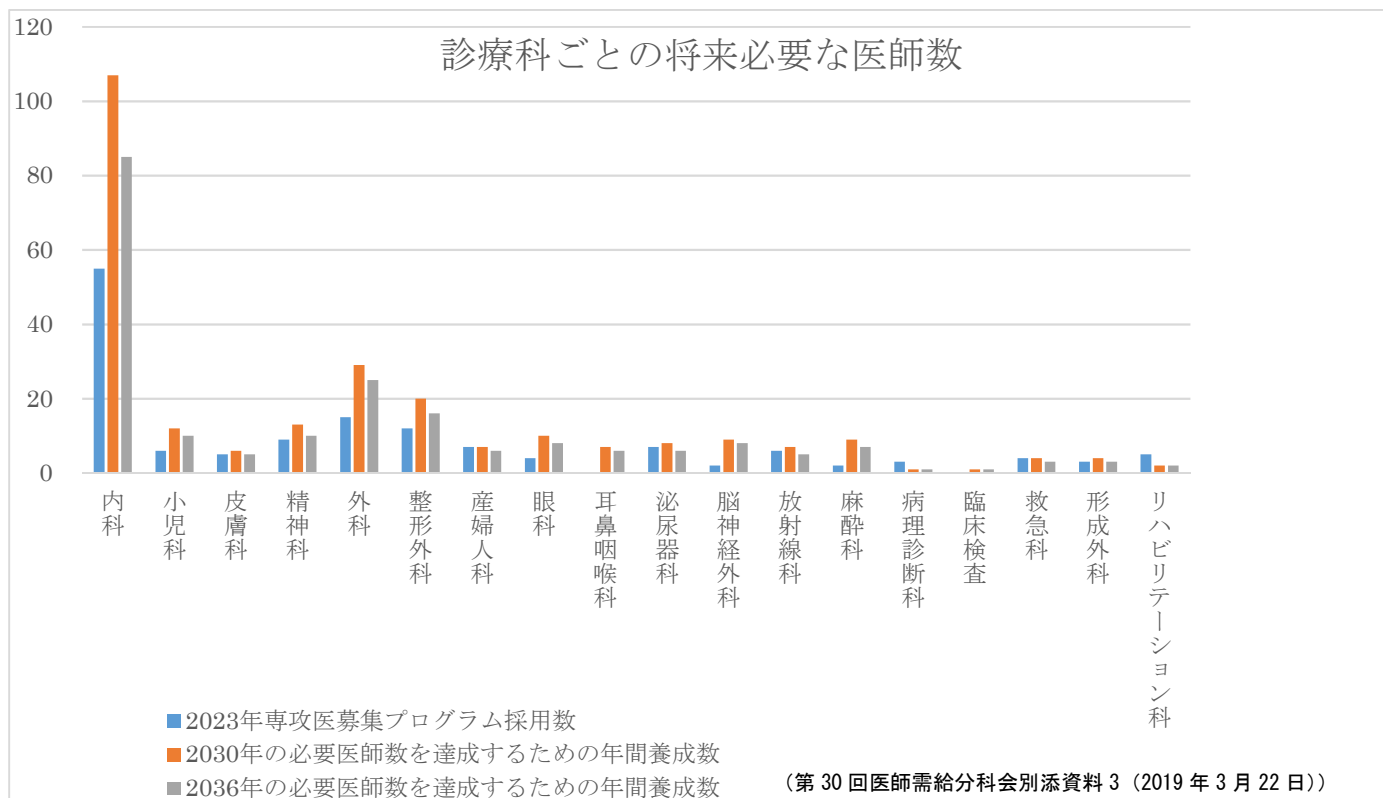
ウ 診療科ごとの将来必要な医師数の見通しと新専門医制度における地域偏在及び診療科偏在の解消

○ 医師の総数は増加傾向にあるものの、その増加分は一部の診療科に集中していることから、国では、将来の診療科別の医療ニーズを見据え、医師が適切に診療科を選択することや、各都道府県における適切な医師派遣調整、専門医制度におけるシーリング設定等にあたり、エビデンスとして活用されることを目的として、各都道府県別に将来必要な診療科ごとの医師数の見通し及びこれを達成するための1年あたりの養成数を算出し、2019年に公表しました。

○ 本県の2023年の専攻医募集プログラム採用数を見ると、2030年必要医師数を達成するための年間養成数との比較では産婦人科、病理診断科、救急科及びリハビリテーション科が、2036年の必要医師数を達成するための年間養成数との比較では、上記4診療科に加えて皮膚科、泌尿器科、放射線科及び形成外科が、国の算出値を満たしています。

○ しかし、内科や外科を含め、その他の診療科については、2030年及び2036年の必要医師数を達成するための年間養成数を満たしていない状況です。

○ このため、本県では、短期的・長期的な見通しを踏まえ、不足診療科の医師確保を図るため、専門医の養成・定着を図る必要があります。

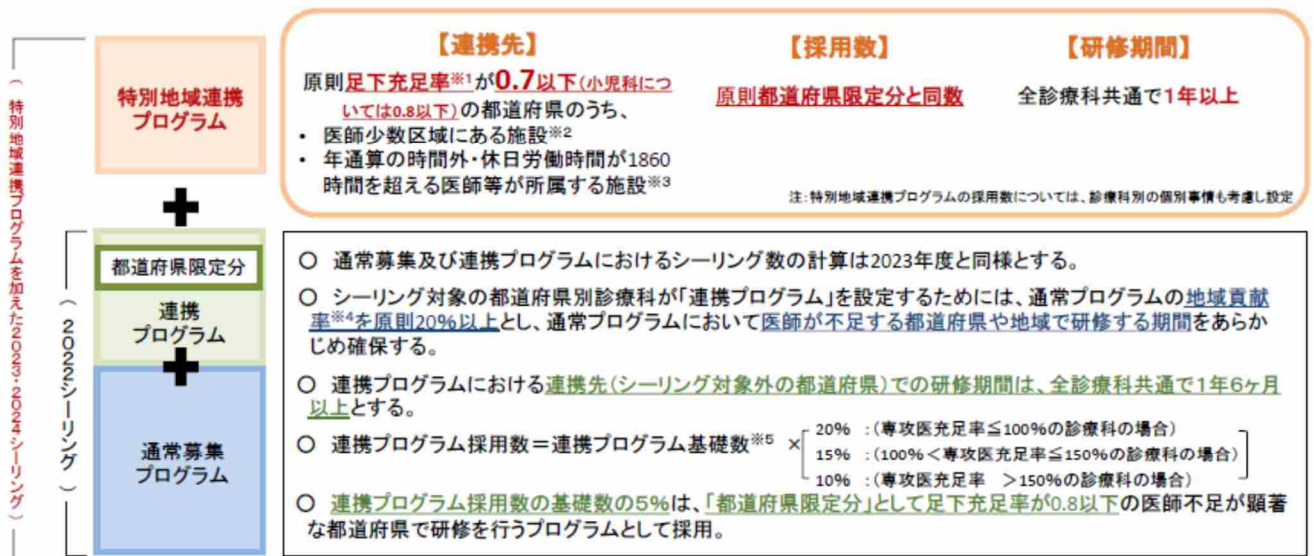


- また、国及び日本専門医機構ではこの推計を踏まえ、新専門医制度における各診療科の都道府県別の専攻医募集シーリングの設定などにより、地域偏在及び診療科偏在の解消を図ることとしています。
- あわせて、シーリング対象の都道府県診療科において、シーリング対象外の都道府県と連携したプログラムを作成し、シーリング対象外の都道府県での専門研修実施を促進するなど、地域医療への貢献を図ることとしており、2023年度の募集からは、足下医師充足率の特に低い都道府県内の医師少数区域に所在する施設を連携先とする「特別地域連携プログラム」が新たにシーリング枠外に設けられました。

2024年度専攻医募集におけるシーリング(案)の基本的な考え方

令和5年度第1回 医道審議会
医師分科会 医師専門研修部会
令和5年6月22日
資料1
(日本専門医機構資料)

- 2023年度同様、足下医師充足率が低い都道府県のうち、医師少数区域等にある施設を1年以上連携先とする特別地域連携プログラムを通常募集プログラム等のシーリングの枠外として別途設ける。



※1 足下充足率=2016足下医師数/2024必要医師数、もしくは、2016足下医師数/2024必要医師数

※2 小児科については小児科医師確保指標に基づく相対的医師少数区域にある施設

※3 宿直許可の取得、タスクシフト/シェアの推進などの取組を行ってもなお、地域医療を維持するために年通算の時間外・休日労働時間が1860時間を超えるもしくは超えるおそれがある医師が所属する施設であって、指導医・指導体制が確保され、かつ、適切な労働時間となるように、研修・労働環境が十分に整備されている施設。なお、その際、年通算の時間外・休日労働時間が1860時間を超える又は超えるおそれがある医師の労働時間の短縮に資する分野の専攻医が連携先において研修を行う場合に限り設置可能とする。

※4 地域貢献率= $\frac{\text{各専攻医が「シーリング対象外の都道府県」および「当該都道府県の医師少数区域」で研修を実施している期間}}{\text{各専攻医における専門研修プログラムの総研修期間}}$

※5 連携プログラム基礎数=(過去3年の平均採用数-2024年の必要医師数を達成するための年間養成数)

③ 修学生医師の勤務状況

- 2023年4月1日時点で、地域枠修学生医師205名のうち約7割（137名）が医師不足地域内に勤務していますが、そのうちの約4割が水戸保健医療圏での勤務です。
- 特に、研修可能な医療機関の少ない鹿行医療圏及び筑西・下妻医療圏への配置が進んでいない状況にあります。
- 地域枠の拡大等により今後医師不足地域での勤務義務のある修学生医師の増加が見込まれることに加え、2020年度以降の入学者については水戸医療圏が医師不足地域外となることから、その他の医師不足地域における教育・研修体制を充実させていく必要があります。

【地域枠修学生医師の勤務先（2023.4.1現在）】

（単位：人）

区分	二次保健医療圏	1～5年目	6～9年目	計	
医師不足地域	水戸	46	10	56	137名(67%) ※水戸除き81名 (40%)
	日立	15	6	21	
	常陸太田・ひたちなか	14	1	15	
	鹿行	0	2	2	
	取手・竜ヶ崎	22	10	32	
	筑西・下妻	0	0	0	
	古河・坂東	10	1	11	
その他の地域	土浦	7	1	8	57名(27%)
	つくば	37	12	49	
猶予（県外研修、育児休業等）		8	3	11	11名(6%)
合計		159(78%)	46(22%)	205	

(2) 対策

① 茨城県医師臨床研修連絡協議会

- 本県では、医師臨床研修において、臨床研修病院をはじめ関係機関が一体となった協力体制を構築し、県内の臨床研修体制の整備促進と充実を図るため、2007年に茨城県臨床研修連絡協議会を設立しました。
- 各臨床研修病院においてプログラムの充実や情報発信に取り組むとともに、協議会において、臨床研修病院の合同説明会の開催やパンフレットの作成等によるPR、指導医養成講習会の開催による指導体制の充実を支援することにより、県内外からの臨床研修医の増加を図ります。

② キャリア形成プログラム

要更新

- キャリア形成プログラムは、医師が不足する地域における医師の確保と派遣される医師の能力開発・向上の機会の確保の両立を目的として、地域枠等の修学生医師の義務年限中におけるキャリア形成を支援するため、就業先となる医療機関等と専門医資格の取得に向けたプログラムを様々なコースとして示したもので、本県では、2023年度現在、18の基本領域において46のプログラムを作成しています。

【本県の専門研修における各診療領域の研修プログラム基幹施設一覧】

【内科】		【外科】		【放射線科】	
筑波大学附属病院		筑波大学附属病院		(放射線治療)	
水戸協同病院		水戸医療センター		筑波大学附属病院	
水戸済生会総合病院		県立中央病院		(放射線診断)	
水戸医療センター		日立総合病院		筑波大学附属病院	
県立中央病院		土浦協同病院			
日立総合病院		筑波記念病院		【麻酔科】	
ひたちなか総合病院				筑波大学附属病院	
土浦協同病院		【整形外科】		東京医科大茨城医療センター	
東京医科大茨城医療センター		筑波大学附属病院			
筑波記念病院		水戸協同病院		【病理診断科】	
		土浦協同病院		筑波大学附属病院	
【小児科】					
筑波大学附属病院		【産婦人科】		【救急科】	
土浦協同病院		筑波大学附属病院		筑波大学附属病院	
県立こども病院		土浦協同病院		筑波メディカルセンター病院	
【皮膚科】		【眼科】		【形成外科】	
筑波大学附属病院		筑波大学附属病院		筑波大学附属病院	
東京医科大茨城医療センター		東京医科大茨城医療センター			
				【リハビリテーション科】	
【精神科】		【耳鼻咽喉科】		筑波大学附属病院	
筑波大学附属病院		筑波大学附属病院			
県立こころの医療センター				【総合診療】	
栗田病院		【泌尿器科】		筑波大学附属病院	
		筑波大学附属病院		北茨城市民病院	
		【脳神経外科】			
		筑波大学附属病院			
		土浦協同病院			

- プログラムの設計にあたっては、「キャリア形成プログラム運用指針」（平成 30 年 7 月 25 日付け医政発 0725 第 17 号厚生労働省医政局長通知別添）を踏まえ、地域枠等のプログラム対象者が一定期間、確実に医師少数区域等に派遣されることや、医師少数区域等においても十分な指導体制が構築され、当該地域の不足診療科に従事できることが必要です。
- また、本県が実施した専門研修プログラムに関するアンケート結果によれば、募集定員の充足に向けては、プログラムの魅力向上や指導体制の充実、勤務環境の向上を求める声が多くなっており、こうしたニーズに対応していくことが必要です。
- このことから、プログラム対象者の離脱の防止や地域へ定着を促進し、より多くの専攻医を確保するため、大学医学部や専門研修プログラムを作成する医療機関等との十分な合意形成を図りながら、魅力的かつ地域の実情に合ったキャリア形成プログラムを策定するとともに、県地域医療支援センターにおいて、キャリアコーディネーターによる個別面談や生涯を通じたキャリアパスの作成、専門医・認定医資格の取得支援などに取り組み、若手医師の主体的なキャリア形成を支援します。
- なお、2020 年度以降入学者から、水戸保健医療圏が医師不足地域外となることにより、一部の診療科においては医師不足地域での従事義務を果たしながらの専門医資格取得・維持が難しくなることから、地域医療対策協議会において必要性が認められたものに限り、従事義務のカウント等について例外的な取扱いをすることとします。また、修学生医師の研修先の地域間のバランスを保つため、研修環境の充実に図ります。

■ 専門研修プログラムに関するアンケート結果（2019 年 8 月実施）

1 調査対象

- ア 県内専門研修プログラム基幹施設（施設長及び専門研修 PG 責任者）
- イ 県内基幹型臨床研修病院（臨床研修 PG 責任者）
- ウ 県内の臨床研修病院で研修中の初期臨床研修医
- エ 県内基幹施設において専門研修中の専攻医
- オ 臨床研修を修了し、県外基幹施設において専門研修中の専攻医

2 アンケート回答者数

- ア 27 名、イ 7 名、ウ 49 名、エ 63 名、オ 7 名

3 アンケート結果

医療機関の回答	研修医・専攻医の回答
募集定員が充足しない理由	県内 PG を選択しない理由
<ul style="list-style-type: none"> ・プログラムの知名度・魅力が不足 ・生活環境としての茨城県の魅力が不足 ・新専門医制度により都市部の大学病院・大病院へ人気が集 	<ul style="list-style-type: none"> ・県内に研修を行いたい基幹施設がない ・実家や親戚の家が他県にある ・茨城県は住みにくい（交通の便、街の規模等）
募集定員充足のための方策	基幹施設の利用において重視すること
<ul style="list-style-type: none"> ・プログラムの魅力を PR し、知名度を上げる ・指導医の育成、研修施設を整備し、研修内容を充実させる ・各プログラムならではの特色を出す ・セミナーや学会で学ぶ機会を十分に与え 	<ul style="list-style-type: none"> ・指導医の人柄や能力 ・病院や職員の雰囲気 ・症例数が多い ・待遇・処遇（給与）
	茨城県に足りないと思うもの
	・研修医が海外研修に行ける環境

<ul style="list-style-type: none"> る、参加費用の援助 ・きちんと働き、きちんと休む体制の構築 ・教育スタッフの増員 ・専門研修を終えてスタッフとして残った医師へのサポート 	<ul style="list-style-type: none"> ・研修医の学会参加費用の補助 ・医師や看護師、その他医療スタッフの、周囲の人に対する優しさ ・利便性
---	--

③ 医師のキャリアアップ支援

- 専門医の認定促進や診療技術・指導力の向上などを図り、県内に勤務する医師のキャリアアップを支援します。

ア 専門医の養成

- 専門医の認定促進や専門医の質の一層の向上、さらには医療提供体制の充実を図るため、地域医療に配慮した専門研修プログラムの策定を行う医療機関や、医師不足地域の研修医療機関に対して指導医を派遣する医療機関、へき地等の医療機関において総合診療研修を行う医療機関を支援し、研修機会の確保を図ります。

イ 魅力ある研修体制の整備

- 県内に勤務する医師等を対象に、最先端機器によるシミュレーショントレーニングや緊急を要する急病患者への対応を学ぶJMECC講習会、著名な講師による県内若手医師への診療技術指導など、診療技術や指導力の向上を目的とした講習会の開催及び研修機会の提供を行い、キャリアアップを支援します。

ウ 医師の海外派遣

- 県内医療機関に勤務する指導医等を海外の世界標準の先進的な指導及び教育に取り組んでいる医療現場に派遣し、診療技術や指導能力向上を図ります。
- 若手医師を欧米等の医療現場へ最大2年間派遣し、本県の地域医療水準の高度化を図ります。

エ 医師少数区域経験認定医師への支援

- 医師少数区域等に所在する医療機関で6か月以上勤務し、厚生労働省の認定を受けることで地域医療支援病院の管理者となることができる「医師少数区域経験認定医師制度」の周知を図るとともに、認定医師のスキルアップを目的として研修費等を支援します。

④ 臨床研修医及び専攻医の採用者数増加のための取組

- 各医療機関において、教育研修体制や勤務環境を充実させ、魅力向上に努めていただくとともに、地域医療支援センターにおいても、SNSやホームページを活用し、医学生や研修医に向けて地域や病院、研修プログラムの魅力をPRします。

⑤ 医師不足地域等における研修体制の整備

- 臨床研修や専門研修の基幹施設が少ない医師不足地域においても研修が可能となるよう、各医療機関の意向も踏まえながら、研修に必要な体制の整備を支援します。

第2章 短期的な医師の確保

第1節 医師の派遣調整

1 考え方

- 地域における医師の不足や偏在の解消にあたっては、医師少数区域に所在する医療機関をはじめ、救急医療、小児医療、周産期医療等の政策医療を担う医療機関に適切に医師が派遣されることが必要です。
- このため、本計画では、各二次保健医療圏における医療提供体制の課題及び「重点化の視点」を踏まえ、短期的な医師確保対策として、医師の派遣調整を実施します。
- 医師の派遣は、茨城県保健医療計画における各疾病・事業等の医療体制に求められる医療機能や、茨城県地域医療構想における各二次保健医療圏の医療機能の分化・連携の方針との整合を図ることが重要です。

■医療法に基づく地域医療対策協議会による医師の派遣調整

- 都道府県が設置する地域医療対策協議会は、医療法第30条の23の規定に基づき、医師の派遣に関する事項の協議を行うこととされており、地域における医師の確保のため、都道府県内の各医療機関へ医師を派遣する必要性を慎重に検討した上で、派遣期間及び人数を協議することとされています。
- また、都道府県は、地域医療対策協議会において協議が整った事項に基づき、医師派遣に関する事務等を実施し、協議会構成員は、地域医療対策協議会で協議が整った事項に基づき、都道府県から医師確保対策の実施に協力を要請された際は、これに応じることとされています。

2 本県における医師の派遣調整

- 本計画では、医療法等に基づき、地域枠医師等（大学医学部において、卒業後に一定期間、都道府県内で医師として就業する意思を有するものとして選抜され、その旨の契約を都道府県等と締結した医師）に対するキャリア形成プログラムの適用及び地域医療対策協議会における医師配置調整スキームにより、医師の派遣を実施します。

【本県の医師の派遣調整の考え方】

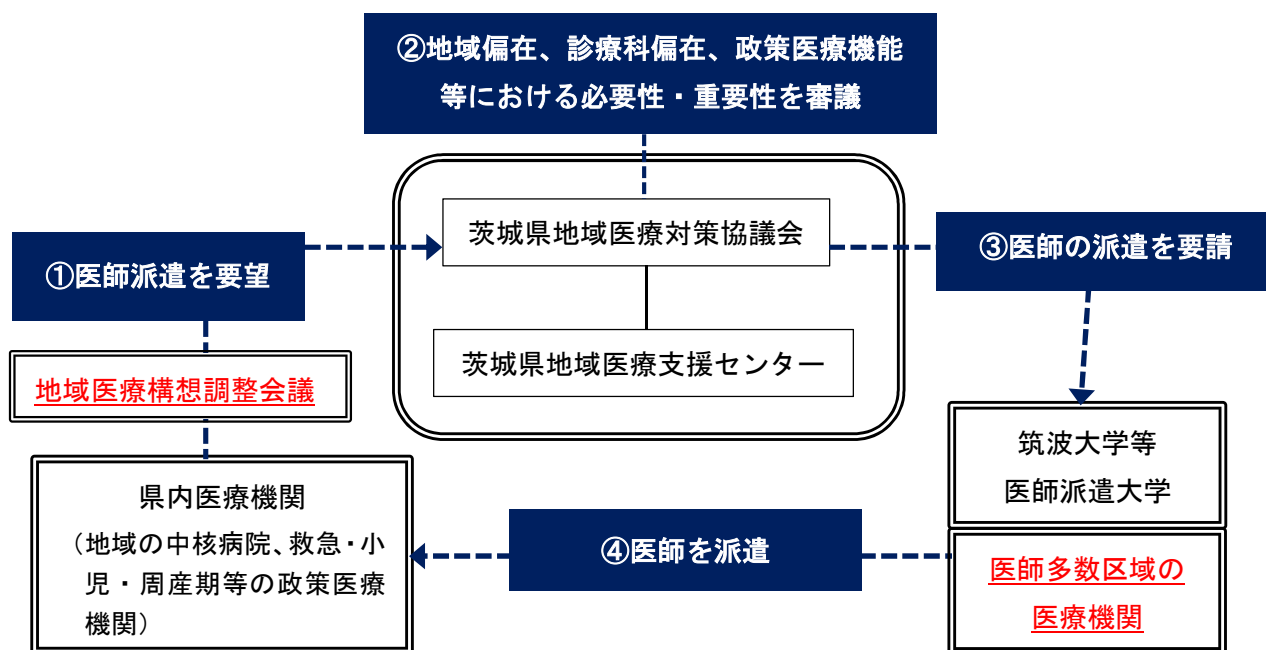
対象医師	派遣等の方法	地域医療対策協議会の役割
① 地域枠等医師 <ul style="list-style-type: none"> ・ 県が修学資金を貸与した修学生医師 ・ 自治医科大学を卒業した医師 ・ その他キャリア形成プログラムの適用を希望する医師 	キャリア形成プログラムの適用	プログラムの協議 (プログラム責任者、対象医療機関、コース等)
② ①以外	<u>医師配置調整スキーム</u>	<u>県内医療機関の配置要望リスト案の協議・決定、大学や医師多数地域の医療機関への要請、医師配置案の決定等</u>

		※ <u>地域医療構想調整会議との連携により、実効性の高い派遣調整を実施</u>
--	--	--

<医師派遣調整スキームについて>

- 本県では、2020 年度より県、大学、県内医療機関等が一体となって政策医療を担う医療機関に医師を派遣する「医師配置調整スキーム」に取り組んでいます。
- 限られた医療資源を最大限活用するためには、地域医療構想に基づく各医療機関の機能分化・連携等の方針に沿った医師の配置が必要なことから、2022 年度からは、二次保健医療圏ごとに設置する地域医療構想調整会議に対して医師派遣の要望を調査することとしています。
- また、国の医師確保計画ガイドラインを踏まえ、2024 年度からは、筑波大学等の医師派遣大学に加え、医師多数区域の医療機関に対しても医師派遣の要請を行うこととします。

【医師派遣の体制】



2024年度以降の医師配置調整スキーム(イメージ)				
【基本的な考え方】				
○ 医師の配置については、各大学の人事を基本とするが、大学と地域医療支援センターが連携し、医師確保計画の趣旨に沿った(医師少数区域の医師確保に配慮した)配置原案を作成				
○ 地域医療対策協議会は、大学と地域医療支援センターが作成した配置原案を基に、県内の医師確保が必要な地域に適切に医師が配置されるよう協議のうえ、医師の配置案を決定				
(医師配置調整スキーム)				
項目	時期	地域医療対策協議会	地域医療支援センター	大学・医師多数区域の医療機関
(1) 要望調査、要望リスト作成	4月～8月頃		① 県内医療機関(地域医療構想調整会議)への配置要望調査・集計	
		② 各地域医療構想調整会議からプレゼンテーション実施 ③ 要望に対する評価を実施	④ 診療科別・病院別の配置要望リスト案作成	
(2) 配置原案作成	10月～11月頃	⑤ 配置要望リスト案を協議・決定		配置要望リスト
(3) 追加調査	11月～12月頃		⑥ 緊急に対応すべき配置要望調査・集計	
		⑦ 追加配置要望リスト案を協議・決定		配置要望リスト
			医師配置原案	⑧ 配置要望リストを踏まえ、医師配置原案を作成
(4) 協議・調整	1月～2月頃	⑨ 医師配置原案を協議・調整		
(5) 配置案決定	3月頃	⑩ 医師配置案決定		医師配置手続き

○ 2020年度から2022年度の3年間で、これまでに計31.9名の医師派遣が実現しました。

○ 一方で、派遣元大学からは以下のとおり意見をいただいていることから、地域医療構想調整会議とも連携しながら、より実効性のある医師派遣調整としていくことが求められています。

【年度別・二次保健医療圏別の実績】

(単位：人)

二次保健医療圏	2020(2021 派遣)	2021(2022 派遣)	2022(2023 派遣)	2020～2022 計
つくば	1.0	2.0	1.0	4.0
水戸	0.0	3.0	4.0	7.0
土浦	-	1.0	0	1.0
取手・竜ヶ崎	-	-	2.0	2.0
鹿行	2.0	1.6	1.0	4.6
古河・坂東	-	0.0	0.0	0.0
筑西・下妻	0.2	2.5	1.0	3.7
常陸太田・ひたちなか	1.2	2.2	2.2	5.6
日立	2.0	-	2.0	4.0
計	6.4	12.3	13.2	31.9

【派遣元大学からの意見】

- ① 地域医療構想調整会議で【選択と集中】の議論を行い、地域における医療機関の役割分担の明確化と将来の方向性の共有に係る協議を促進すること
- ② 指導医を含む複数人体制で配置する医療機関を選定し、新専門医制度に対応した教育・臨床研修体制を確保すること
- ③ 働き方改革への対応など、派遣医師に配慮した生活等各種環境の整備を推進すること

第2節 県外からの医師確保

1 考え方

- 本県の医師偏在指標は全国第 43 位であり、下位 33.3%に含まれる医師少数県であることから、本計画では、医師の増加を基本方針としています。
- 医師の確保は、地域枠等による医師の養成を基本としますが、医師の養成には時間がかかることから、本計画では、政策医療を担う地域の拠点病院や不足診療科の医師を確保するため、短期的な対策として県外からの医師確保に取り組みます。

2 対策

- 医師確保の優先度が高い、政策医療等を担う医療機関・診療科を中心に、医科大学との新たな協力関係の構築や、本県にゆかりのある医師のU I Jターンの促進、寄附講座の設置など、県外からの医師確保を図ります。
- 政策医療の確保に向け、特に早急な対応が必要な医療機関・診療科については、必要に応じて随時「最優先で医師を確保すべき医療機関・診療科」として選定し、目標期限を設定した上で、あらゆる方策やアプローチにより、医師の確保に取り組みます。

(1) 医科大学との新たな関係構築

- ・国内外で活躍し、豊富な人脈を持つ著名な医師等を「いばらき医療大使」として委嘱し、その人脈を活用した本県での就業に興味を持つ医師の紹介などを通じて県外医師の県内就業を図ります。
- ・医師多数都道府県等の医科大学を訪問し、不足診療科の医師派遣に向けた関係構築を図ります。

(2) ウェブサイト等を活用した県ゆかりの県外医師への個別アプローチ

- ・県地域医療支援センターウェブサイトのU I Jターン専用ページにアクセスのあった医師の希望に基づく県内医療機関とのマッチングや、本県にゆかりのある県外医師等への個別訪問などにより、U I Jターンを促進します。

(3) 寄附講座の設置

- ・新たに関係を構築する医科大学も含め、県が大学に寄附講座を設置し、県内医療機関をフィールドとして教育及び研究に取り組むこと等により、「最優先で医師確保に取り組む医療機関・診療科」に選定した医師の確保を図ります。

(4) 県外大学との連携プログラムの作成支援

- ・地域枠設置大学などの県外大学に対して、臨床研修及び専門研修における県内医療機関との連携プログラムの作成を促進することで、医師不足地域等への医師の確保を図ります。

(5) 循環器内科医海外研修費支援事業

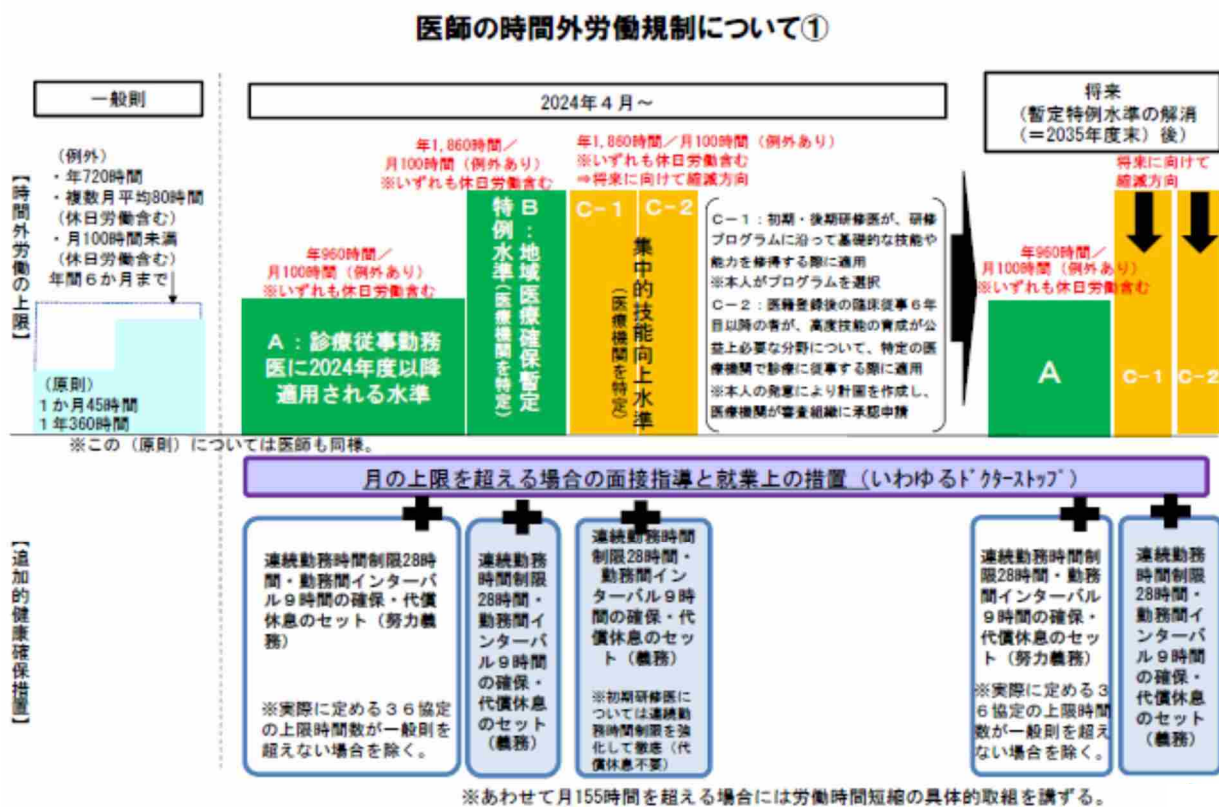
- ・「最優先で医師確保に取り組む医療機関・診療科」に選定した医師を確保するため、当該医療機関診療科に一定期間勤務した医師に対して海外研修に係る経費を支援するなど、医師個人へのインセンティブにより医師の確保を行います。

第3章 魅力ある環境づくり

1 現状と課題

(1) 医師の働き方改革と勤務環境改善支援

- 医師の労働時間短縮・健康確保と必要な医療の確保の両立という観点から、2024年4月より医師の時間外・休日労働時間の上限規制が適用されることとなりました。
- 医療機関が地域医療提供体制の確保や臨床研修・専門研修中の医師の研鑽、高度技能の育成など、所属する医師にやむなく長時間労働を行わせる必要がある場合は、その理由に応じて都道府県知事から特定労務管理対象機関（地域医療確保暫定特例水準（B水準、連携B水準）及び集中的技能向上水準（C-1水準、C-2水準））の指定を受ける必要があります。この指定を受けた医療機関は、医師の健康を守る働き方の新ルールとして、終業時刻から次の始業時刻の間に、一定時間以上の休息時間を確保する「勤務間インターバル制度」を設定することが義務づけられています。
- このため、各医療機関においては、医師事務作業補助者の確保やタスクシフトの推進等による医師に対する負担の集中の軽減等、勤務医が健康を確保しながら働くことができるよう、環境整備を図る必要があります。
- なお、地域医療確保暫定特例水準は、2035年度末までに縮減・解消することが目標とされています。





(2) 魅力的な医療勤務環境の整備

- 本県における医師の確保と定着を図るためには、医師が仕事と育児等を両立できる環境を整備し、就業を継続することができるよう支援するとともに、研修体制の充実など魅力的な医療勤務環境づくりを進める必要があります。

2 対策

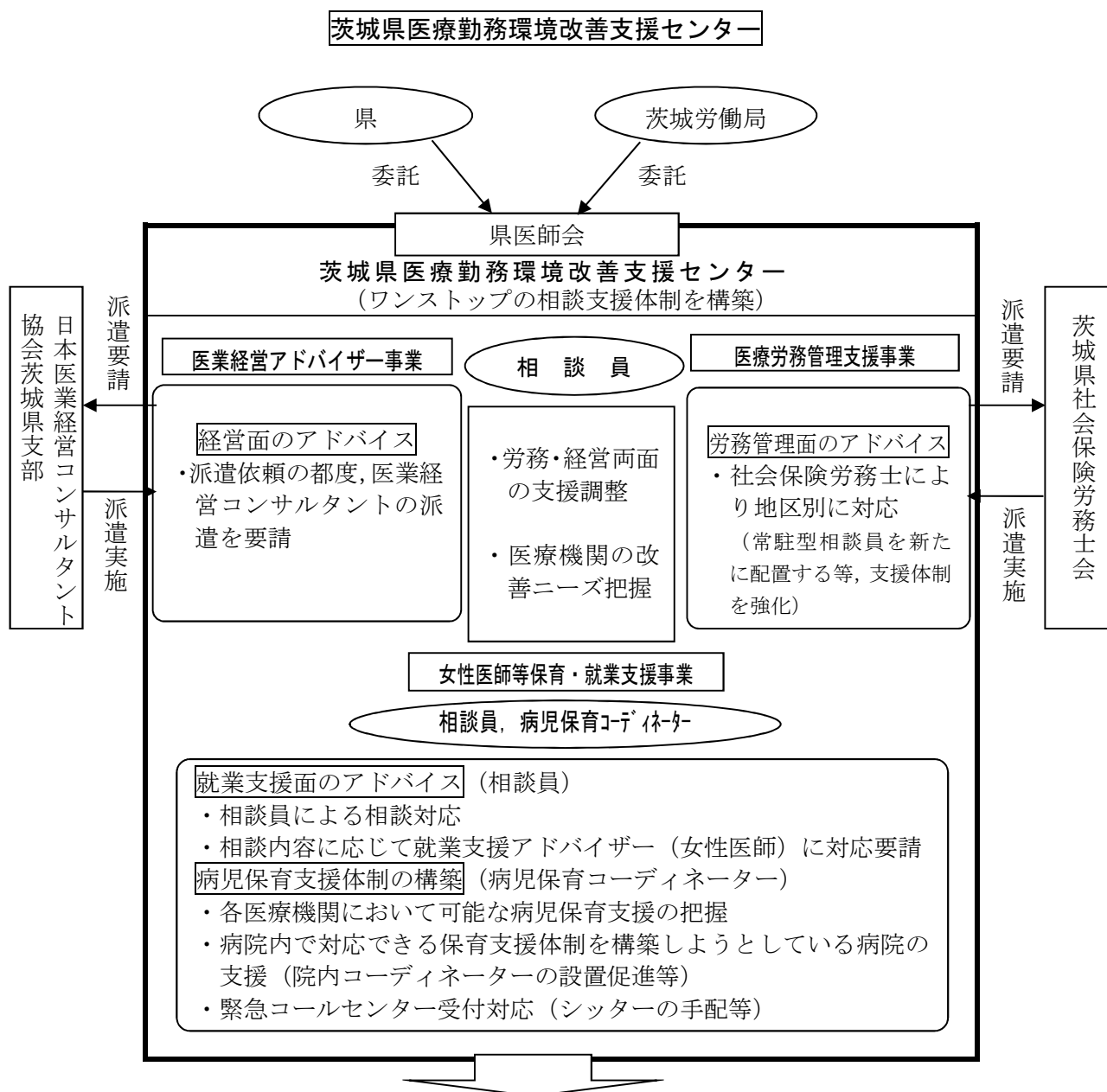
- 茨城県医師会 及び茨城労働局と協力し、医療勤務環境改善支援センターにおいて、医療従事者の勤務環境改善に取り組む医療機関に対して、医業経営面、労務管理面の専門的な支援を行います。
- 医師の時間外・休日労働時間の上限規制を踏まえ、医療機関における時間外・休日の労働状況を把握するとともに、宿日直許可の取得や特定労務管理対象機関の指定に向けた取組等を支援します。
- 特定行為研修を修了した看護師の活用等によるタスクシフト/シェアを推進し、医師の業務負担軽減を図ります。
- 医師の働き方改革への対応にあたって、病院への受診集中緩和や救急車の適正利用に関する県民の理解と協力が必要なことから、茨城県救急電話相談やかかりつけ医の活用等を周知します。
- 妊娠中及び子育て世代の医師の保育・就業等に係る相談に対応する窓口を設置・運営するとともに、子どもの急な体調不良時等でも安心して勤務できるよう、民間シッター等を活用した

病児保育支援体制の構築に取り組みます。

- 救急医療機関等の勤務医の働き方改革を推進するため、地域医療において特別な役割があり、かつ労務環境改善に取り組む医療機関における、勤務医の労働時間短縮に向けた体制整備を支援します。

【医療勤務環境改善支援センター】

- ・ 医療法に基づき、勤務環境改善に取り組む県内医療機関に対して、ワンストップで総合的・専門的な支援を行うためにセンターを設置・運営し、医師・看護師等の医療従事者の離職防止・定着促進を図ります。



【医療勤務環境改善支援センターの主な事業】

運営委員会	○センターの運営方針の決定 ○県、医師会、看護協会、病院協会、社労士会、労働局等で構成
導入支援相談	○コーディネーター、各アドバイザーが直接医療機関等を訪問。医療従事者の勤務環境改善に当たり、職員満足度調査等の実施により、課題の把握から現状分析までの支援を行う
看護協会との連携	○看護協会が行う研修会、相談会、訪問指導等において社労士が担う部分について講師として派遣し、支援する
女性医師等への保育・就業支援	○医師からの相談を受け、アドバイザーとともに就業支援を行う ○各医療機関において可能な病児保育支援を把握し、病児保育システムを構築。医療機関個別に病児保育支援を行う
その他	○研修会 ○周知・広報 ○調査・情報収集

茨城県医師会 女性医師等就業支援相談窓口

☎ 0120-107-467

受付時間 月曜～金曜 9:00～17:00



茨城県で働く医師の仕事と生活の両立を応援します!!



茨城県医師会では女性医師が活躍できる 育児支援体制づくりに取り組む医療機関をサポートしています

市町村ファミリーサポートセンターと連携した病児保育支援 水戸協同病院モデル

プロジェクトの流れ Project

水戸協同病院は、茨波大学附属病院水戸地域医療教育センターとして多くの女性医師が重要な役割を担っており、ライフステージにおいては結婚、出産の時期を迎えています。そこで、あらゆるステージにおいても女性医師が活躍することができるように、行政や県医師会、医療機関の多主体協働による育児支援プロジェクトを立ち上げました。

経緯



経緯



みんなの声 Our Voice

保育ルームに関する方々の声を集めました。

女性医師が自らのキャリア形成を含めて、働きを無理し全休を余らざる働きをすることは政府の責務です。水戸協同病院では約20名の女性医師が勤務し、出産育児をする方も多くあります。女性医師の出産育児の身体的負担と心身のストレス、育児復帰へのハードルを軽減するために院内にファミリーサポート委員会を設置し育児支援も積極的に行なっています。出産育児は女性だけの問題ではなく、家庭、職場の課題として取り組むべき名称「ファミリーサポート」といたしました。

産科 産科部長 渡邊 敬太郎
消化器科 産科有馬 真菜

水戸協同病院や茨城県医師会をはじめとする方々の声、医療界と積極的な連携により、本事業が実現したことに感謝申し上げます。女性医師の皆さんが仕事と子育てを両立しながら十分に能力を発揮し続けられる環境を整えることは、医師不足の解消とともに、市民が安心して医療を受けられる体制づくりにも大きく寄与するものです。今後も、しっかりと連携し、ワーク・ライフ・バランスの促進と子育て支援の充実に努めてまいります。

水戸市子ども子育て支援課 斎藤 健一さん 神本 理絵さん

水戸市ファミリーサポート・センターアドバイザー 渡邊 敬太郎さん 青木 由紀子さん

お母さんから聞かれる心配しているお子さんが、少しでも安心して過ごせるように働きがいを発揮する皆さんの声に感謝です。病児スタッフの資質に添われ、保育ルームでの見守りに添って働けてます。利用者の方には、保育ルームを活用していただきありがとうございます。大切にしていきたいです。大切なお子さんをお預かりすることの重みと責任を常に意識し、協力体制の向上に努め、困った時に頼られる存在でありたいと思っています。

水戸市ファミリーサポート・センターアドバイザー 渡邊 敬太郎さん 青木 由紀子さん

私の所属は、優秀な女性医師の集結と、積極的な連携により、本事業が実現したことに感謝申し上げます。女性医師の皆さんが仕事と子育てを両立しながら十分に能力を発揮し続けられる環境を整えることは、医師不足の解消とともに、市民が安心して医療を受けられる体制づくりにも大きく寄与するものです。今後も、しっかりと連携し、ワーク・ライフ・バランスの促進と子育て支援の充実に努めてまいります。

水戸市子ども子育て支援課 斎藤 健一さん 神本 理絵さん

私は出産後、子どもが病児保育施設に入所し、専業主婦になりました。育児と仕事の両立が難しく、子育てが困難になりました。しかし、産後の生活が安定し、子育てが楽になりました。病児保育施設のおかげです。病児保育施設は、子育てが楽になりました。病児保育施設は、子育てが楽になりました。病児保育施設は、子育てが楽になりました。

病児保育施設 斎藤 健一さん 神本 理絵さん

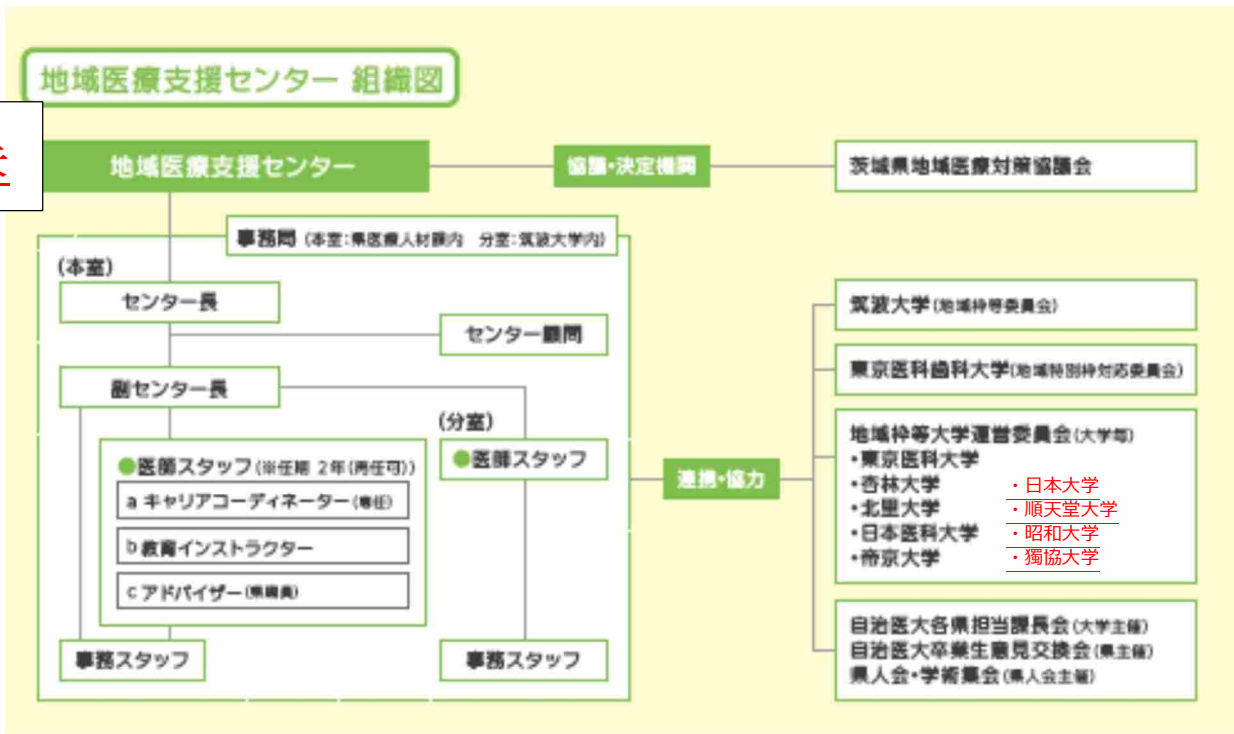
勤務中以外に子育てや家事など、負担が大きい時期があります。その時に子どもが病児保育施設に入所し、子育てが楽になりました。病児保育施設は、子育てが楽になりました。病児保育施設は、子育てが楽になりました。病児保育施設は、子育てが楽になりました。

病児保育施設 斎藤 健一さん 神本 理絵さん

第4章 茨城県地域医療支援センター

- 県内で医師を養成・確保するためには、卒後の若手医師が確実にキャリアアップできる体制を構築しながら、地域の医療体制の確保を図る必要があり、若手医師の研修制度の充実と医師不足地域での医療の高度化、医師の適正配置に取り組むことが重要です。
- このため、本県では、若手医師の研修体制の充実、キャリア形成支援を目的として、2012年に茨城県地域医療支援センターを設立し、県と筑波大学等の医育機関、地域の医療機関、関係団体等が一体となった「オールいばらき」の体制により、若手医師が県内で安心して研修を受けられるように教育システムや研修環境の整備を図ってきました。
- 2018年には、医療法の改正により、地域医療対策協議会と地域医療支援センターの関係・役割が明確化され、地域医療支援センターは地域医療対策協議会において協議が整った医師派遣等の事務の実施拠点として位置づけられました。
- 本県では、2019年度に新たに県内唯一の医育機関である筑波大学内に分室を設置することにより体制を強化し、本県の医療に精通したベテラン医師であるキャリアコーディネーターとの面談や情報提供、各種相談などによるキャリア形成支援や、地域医療対策協議会の協議事項に基づく医師派遣事務等を実施することにより、本県の地域医療のコントロールタワーの確立を目指しています。

未



茨城県地域医療支援センターが育成する医師像

プライマリケアに広い知識・経験を有し、全ての医療場面において指導的立場から茨城の地域医療に貢献できる医師を育成する。

到達目標設定

- 1) 2年終了時
あらゆる疾患に対する初期対応(問診、診察、検査、処置、治療、上級医への相談)ができる。また、初期研修医への適切な指導ができる。
- 2) 4年終了時
全ての初診および救急患者に対する初期対応に加えて、患者のかかえる問題を解決するための検査、治療計画を自ら立案できる。
- 3) 6年終了時
救急を含む全てのコンプレックスに適切に対応し、チーム医療の中心的役割を果たすことができる。また、自らの専門領域においても適切な検査、処置、治療を行うことができ、なおかつ高度医療に貢献できる。
- 4) 9年終了時
優れた指導能力を有するとともに、今後の医師としてのキャリアの中で、茨城県の医療にどのような形で貢献できるのか、自らの将来計画を具体的に描くことができる。

茨城県地域医療支援センターの取り組み

- 1) 地域枠医師等のキャリア形成支援
キャリアコーディネーターとの個別面談や情報提供を通じ、キャリアパスの作成・提示、専門医・認定医資格の取得支援等
- 2) 医師不足地域の病院等への医師の派遣事務
修学生医師、地域医療に従事する希望のある医師の派遣事務
- 3) 地域医療に従事する医学生・医師の支援
地域医療の現場に触れる修学生セミナーや修学生の集いの開催
- 4) 総合相談窓口の設置と情報発信
県内医療事情の紹介や相談など総合相談窓口の設置
- 5) 指導医の養成と研修体制の整備
指導医の養成支援、地域医療に従事するために必要な技術取得のための研修会等
- 6) 地域医療関係者との意見調整
県内医療関係者が一体となって取り組むための意見調整

茨城県地域医療支援センターのキャリア支援制度

地域医療支援センターでは、医学の道を目指す高校生、医学の道へ進む医学生、地域医療に従事する若手医師を様々な支援制度で全面的にバックアップします。



高校生

● 医学への興味喚起

- 高校訪問(高校への医師派遣)
- 大学訪問会/自治体・協賛校(大学・修学生養成医学生説明会)



医学生

● 医学部進学に対する支援

- 医学部進学基礎講座
- 地域医療官職修習講座
- 海外研修医学生修習講座
- 医学部進学説明会(教育ローン)申し込み講座

● 一般医学生対象事業

- キャリア相談
- 研修会
- 臨床研修医職合同説明会



医師

● 一般若手医師対象事業

- キャリア形成に係る相談、支援等
- 医師海外派遣事業(短期・中・長期)
- シミュレーショントレーニング事業
- 実力講師による診療技術指導(教育回診)
- 指導医養成講習会
- 医療技術研修会
- ・ JMECC講習会
- ・ エコーハンズオントレーニング
- ・ 救急ライセンス研修

● 修学資金を受けている若手医師対象事業

- 個別面談(必須)・キャリア形成支援
- 修学生の集い・症例発表会(必修)
- ※その他、一般若手医師対象事業への参加も可能

第5章 産科における医師確保

第1節 現状と課題

1 本県の周産期医療圏

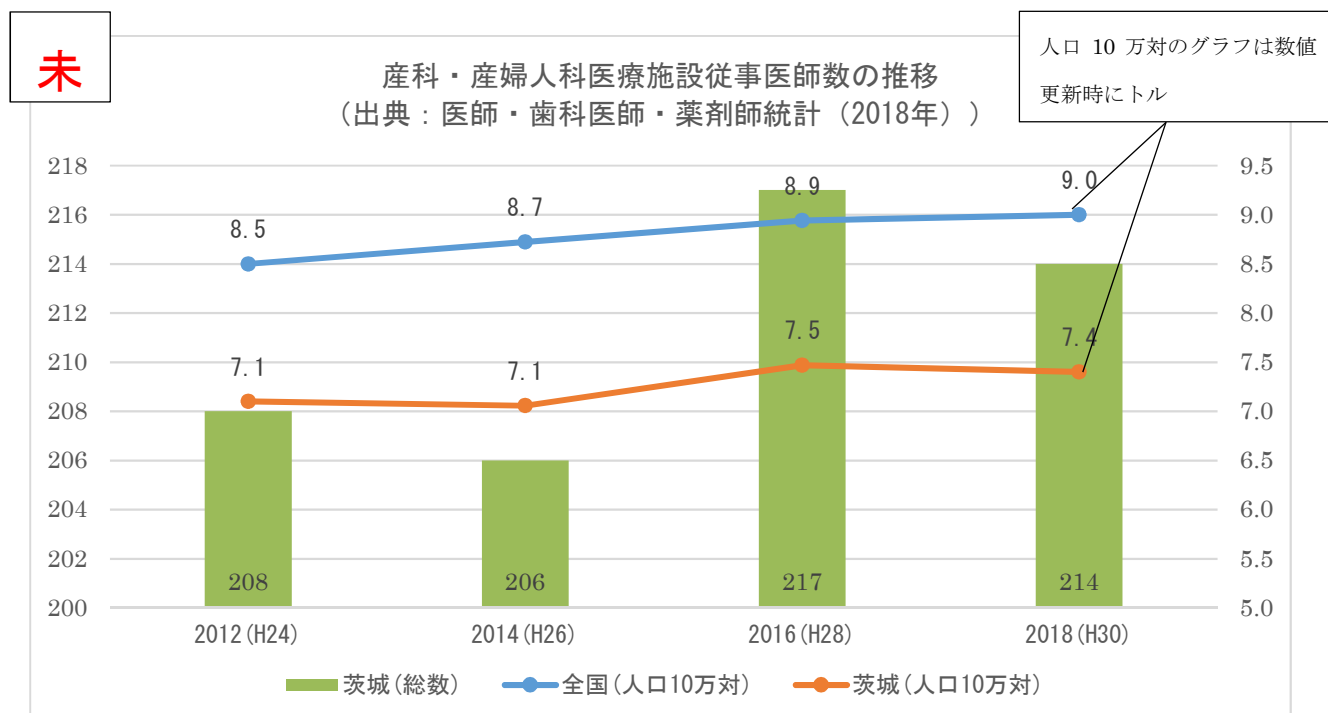
- 本県では、県内を3つのブロックに分け、各ブロックに総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター及び周産期医療協力病院を指定し、周産期医療体制の整備を図るとともに、地域の産婦人科医療機関、搬送機関との連携を強化した総合的な診療体制の確保を図っています。



区分	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	周産期救急医療協力病院
県央・県北	水戸済生会総合病院（周産期） 県立こども病院（新生児科）	(株) 日立製作所日立総合病院 水戸赤十字病院	石渡産婦人科病院 江幡産婦人科・内科病院
県南・鹿行	土浦協同病院	JAとりで総合医療センター	小山記念病院 東京医科大学茨城医療センター
つくば・県西	筑波大学附属病院	茨城西南医療センター病院	筑波学園病院

2 本県の産科・産婦人科医師数

- 本県の産科・産婦人科医療施設従事医師数は、2018 年年 12 月 31 日時点（医師・歯科医師・薬剤師統計）で 214 人です。



3 分娩取扱医師偏在指標

(1) 考え方

- 国においては、三次保健医療圏（都道府県など）、周産期医療圏ごとに、産科における医師の偏在の状況を客観的に示すため、地域ごとに、分娩数や分娩を取り扱う産科・産婦人科・婦人科の性年齢階級別の医師数を踏まえ、産科における医師偏在指標（分娩取扱医師偏在指標）を算定しており、都道府県はこの指標に基づき、相対的医師少数区域及び偏在対策基準医師数を設定するとともに、これらの区域分類に応じた産科の医師確保対策を実施することとされています。
- 三次保健医療圏（都道府県等）ごと及び周産期医療圏ごとの分娩取扱医師偏在指標を全国と比較し、下位 33.3%に該当する医療圏を相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域と設定することとされています。

■分娩取扱医師偏在指標の設計

- ・医療需要については、「里帰り出産」等の妊婦の流出入の実態を踏まえた「医療施設調査」における「分娩数」を用いる。
- ・患者の流出入については、妊婦の場合「里帰り出産」等の医療提供体制とは直接関係しない流出入があるが、現時点で妊婦の住所地と分娩が実際に行われた医療機関の所在地の両方を把握できる調査はないため、医療需要として、分娩が実際に行われた医療機関の所在地が把握可能な「医療施設調査」における「分娩数」を用いる。
- ・医師供給については、「医師・歯科医師・薬剤師統計」における「過去2年間以内に分娩の取扱いあり」と回答した医師のうち、産婦人科・産科・婦人科を主たる診療科と回答した医師数（分娩取扱医師数）を用いる。医師届出票において、「従たる従事先」に記載された医療機関が主たる従事先と異なる医療圏である場合、医師数を主たる従事先では0.8人、従たる従事先では0.2人として算出する。
- ・医師の性別・年齢別分布については、医師全体の性・年齢階級別労働時間を用いて調整する。

※第7次医師確保計画では、医師供給について「医師・歯科医師・薬剤師統計」における「産科医師数」と「産婦人科医師数」の合計値を用いた「産科医師偏在指標」が算定されていたが、産科の医師偏在指標は実際に分娩を取り扱う医師とすることが望ましいことから、第8次医師確保計画から「分娩取扱医師偏在指標」に変更された。

■分娩取扱医師偏在指標の算出式

$$\text{分娩取扱医師偏在指標} = \frac{\text{標準化分娩取扱医師数} \quad (\ast 1)}{\text{分娩件数} \quad (\ast 2) \div 1000\text{件}}$$

第4回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ 資料1
令和4年5月11日

(※1)

○分娩取扱医師数 = 三師統計において過去2年以内に分娩の取扱いありと回答した医師のうち、産婦人科・産科・婦人科を主たる診療科と回答した医師

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

(※2) 医療施設調査の分娩数は9月中の分娩数であることから、人口動態調査の年間出生数を用い調整

(2) 県の分娩取扱医師偏在指標と相対的産科医師少数区域の設定

① 三次保健医療圏（都道府県等）の分娩取扱医師偏在指標

○ 2019年度に算定された「産科医師偏在指標」においては、本県は全国第41位の相対的医師少数県でしたが、2023年度に新たに算定された分娩取扱医師偏在指標では全国順位が第28位となり、相対的医師少数県を脱却しました。

② 周産期医療圏の分娩取扱医師偏在指標と相対的産科医師少数区域の設定

○ 本県の周産期医療圏は、全て全国の下位33.3%に含まれていないことから、本計画では、相対的産科医師少数区域を設定しません。

○ なお、相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域については、画一的に医師の確保を図るべき医療圏と考えるのではなく、当該医療圏内において産科医師が少ないことを踏まえ、周産期医療の提供体制の整備について特に配慮が必要な医療圏とされています。

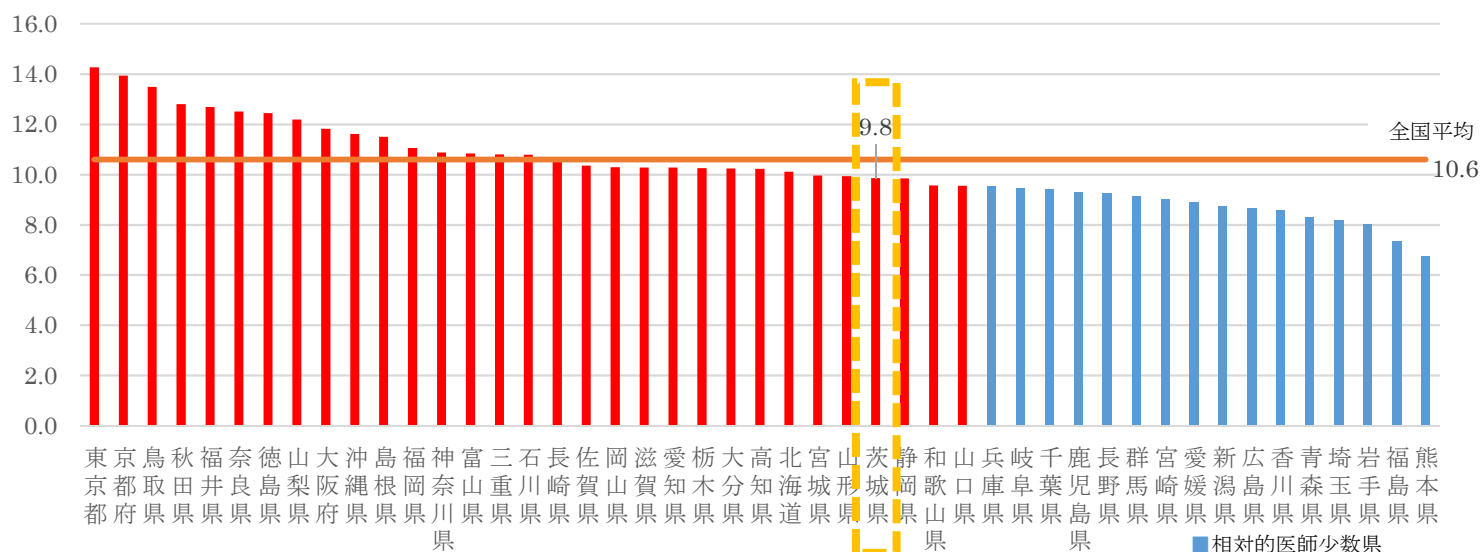
圏域名	標準化分娩取扱 医師数 (2020年12月31日、人)	分娩取扱医師 偏在指標	全国順位	区分	(参考)産科 偏在対策基準 医師数 (2026年)
全国	9,396	10.6	—	—	—
茨城県	205	9.8	28	—	162.8
県央・県北	72	8.7	150	—	50.1
県南・鹿行	57	9.9	110	—	36.3
つくば・県西	76	11.1	90	—	43.8

※全都道府県の周産期医療圏の合計数は284

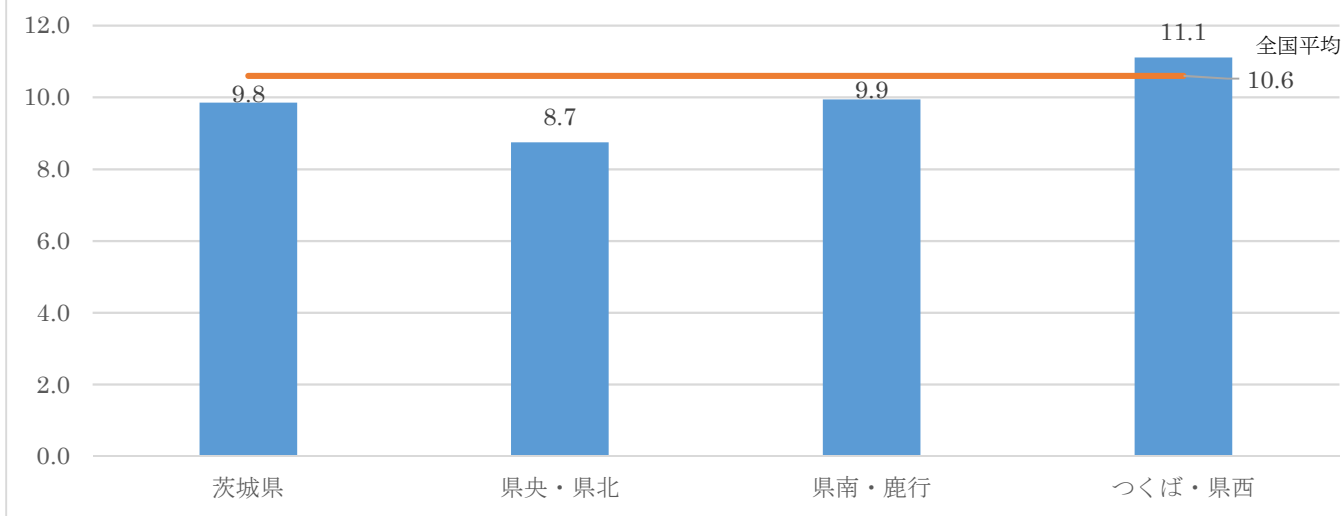
(参考：産科偏在対策基準医師数)

- ・国では、計画期間終了時の分娩取扱医師偏在指標が、計画期間開始時の相対的産科医師少数区域等の基準値（下位33.3%）に達することとなる医師数を、産科における偏在対策基準医師数として算出しています。
- ・産科偏在対策基準医師数は、国において、医療需要に応じて機械的に算出したものであり、確保すべき医師数の目標ではないとされていることから、本計画においては、参考数値とします。

分娩取扱医師偏在指標
(2023年厚生労働省算出)

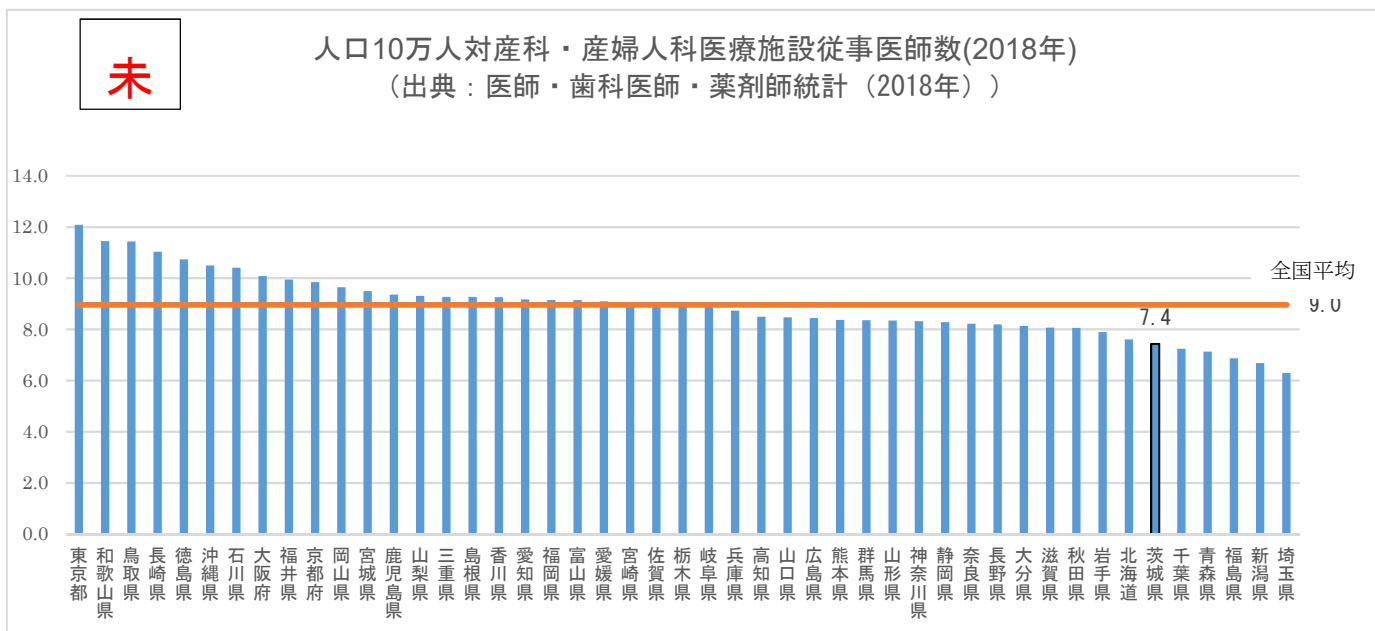


周産期医療圏別分娩取扱医師偏在指標
(2023年厚生労働省算出)

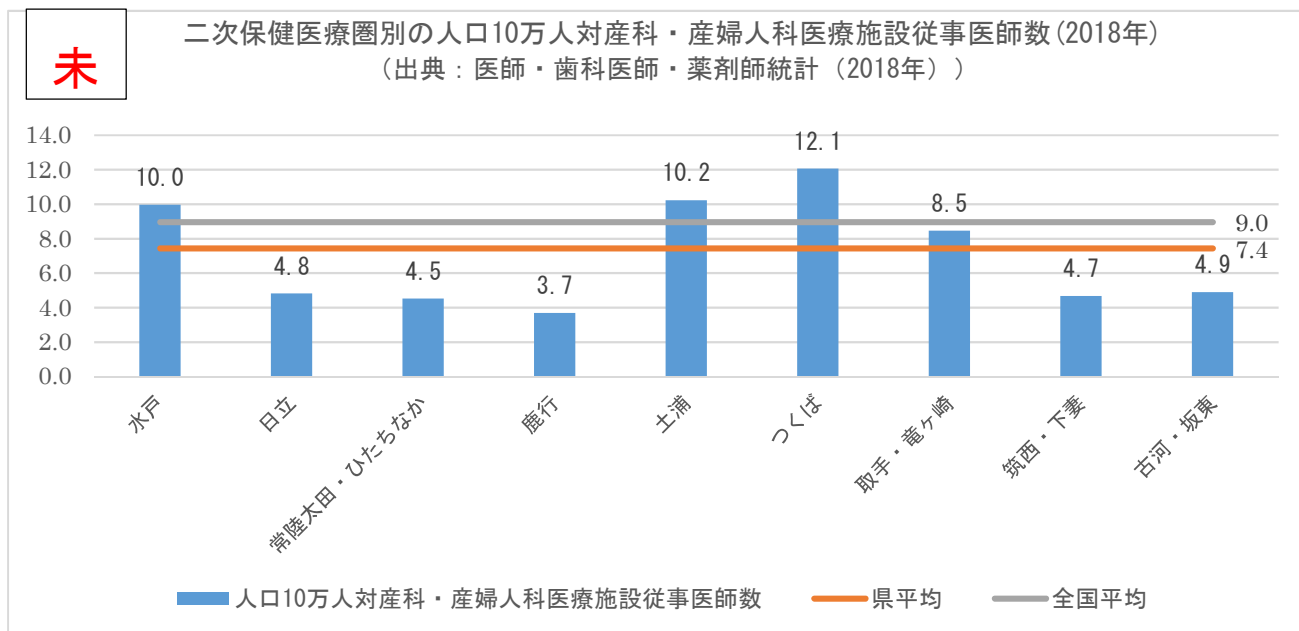


<参考：人口10万人対産科・産婦人科医師数>

○ 人口10万人対医師数は7.4人で全国第42位と下位となっています。

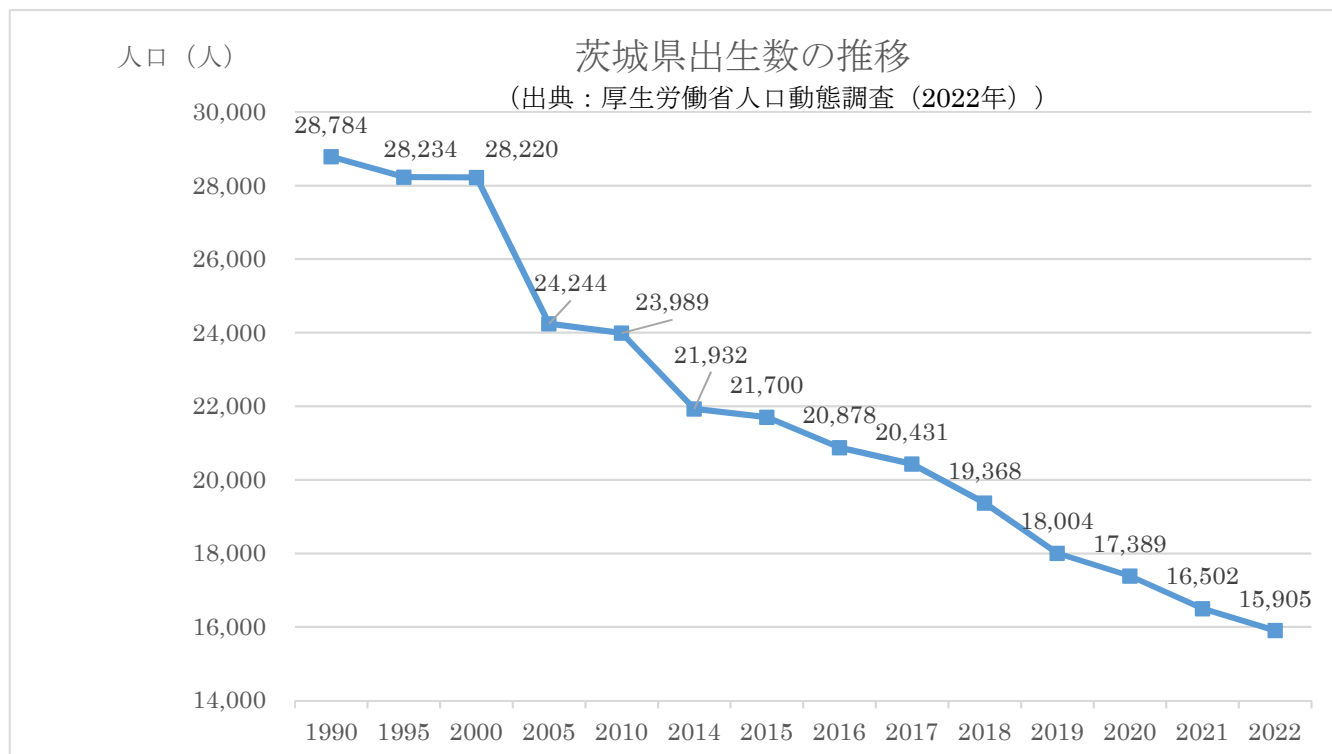


○ 県内の二次保健医療圏別に人口10万人対産科・産婦人科医師数をみると、つくば、土浦、水戸が全国平均を上回る一方、その他の医療圏は全国平均を下回り、特に鹿行は全国平均の半分に満たないなど、地域偏在がみられます。

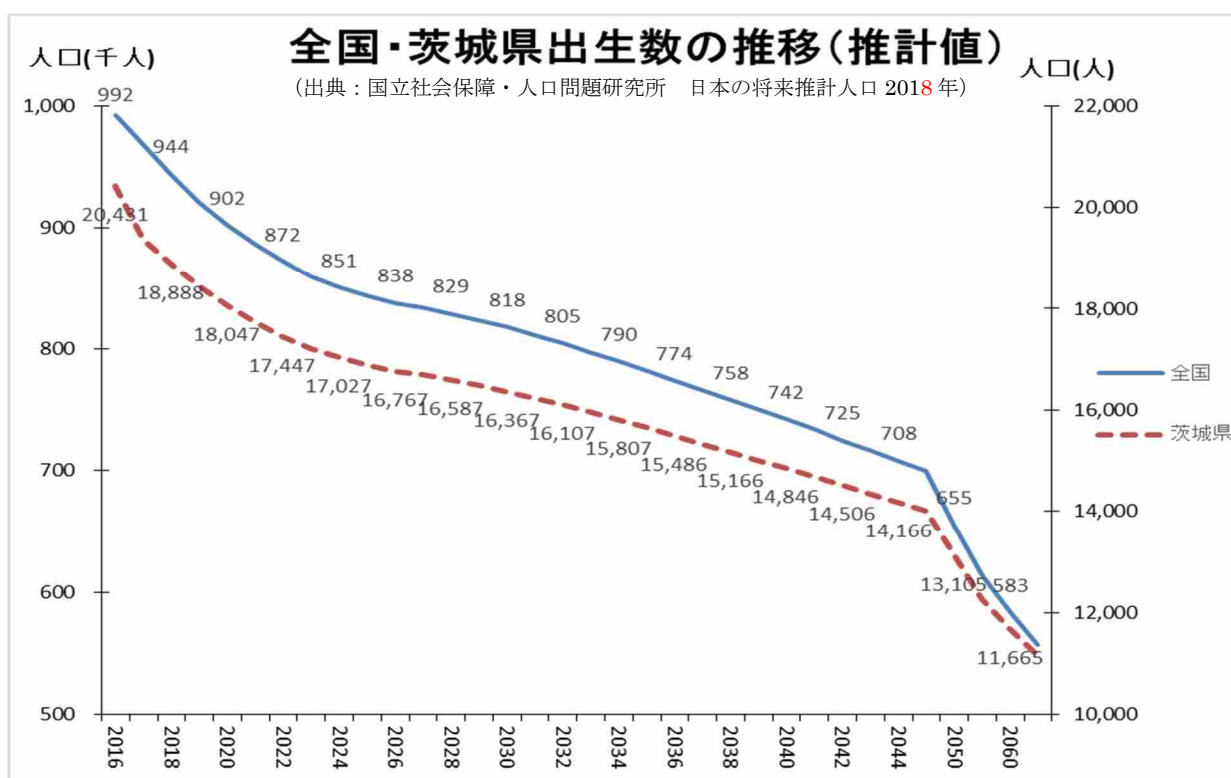


4 出生数の推移

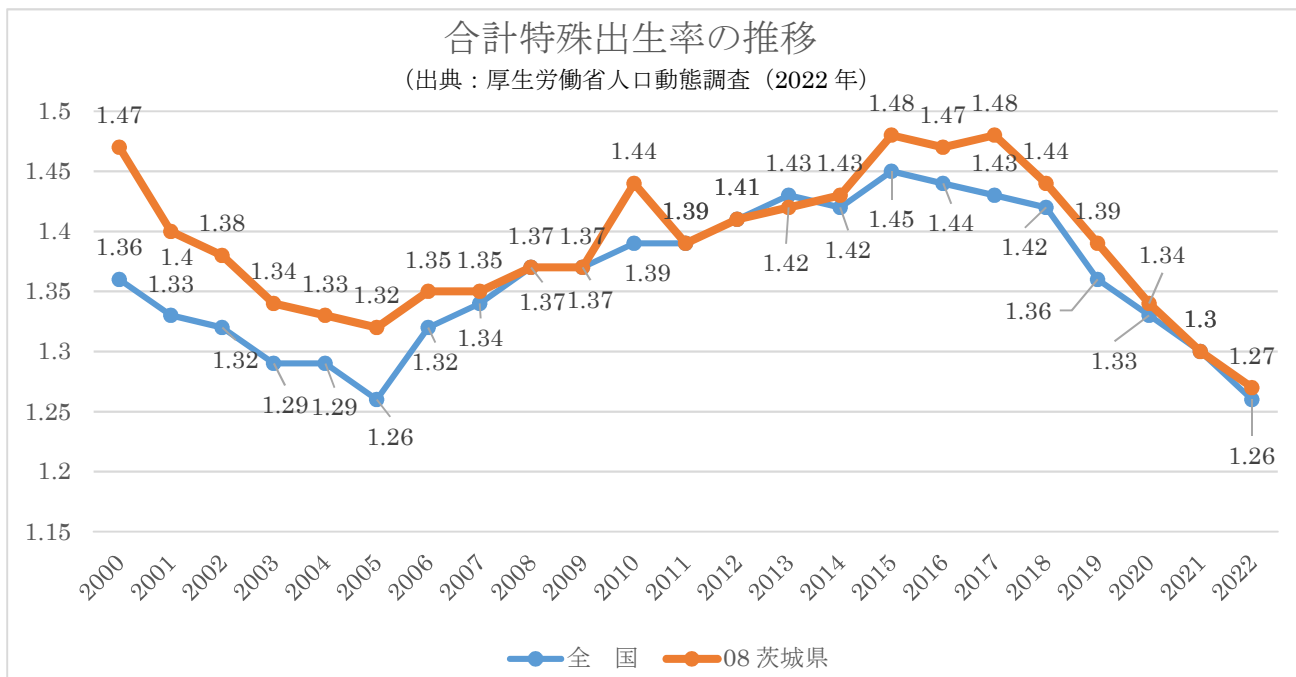
- 本県における出生数は、戦後の第一次ベビーブームを過ぎた 1950 年頃から減少が始まり、第二次ベビーブームにより、1973 年には約 4 万 2 千人まで回復したものの、以降、再び減少傾向となり、2018 年に初めて 2 万人を下回り、**2022 年には 15,905 人まで減少**しました。
- 出生数の推計では、全国及び県のいずれも今後も減少傾向が続き、2018 年との比較では、



本県は 10 年後の 2028 年に 87.8%、20 年後の 2038 年には 80.3%まで減少する見込みです。

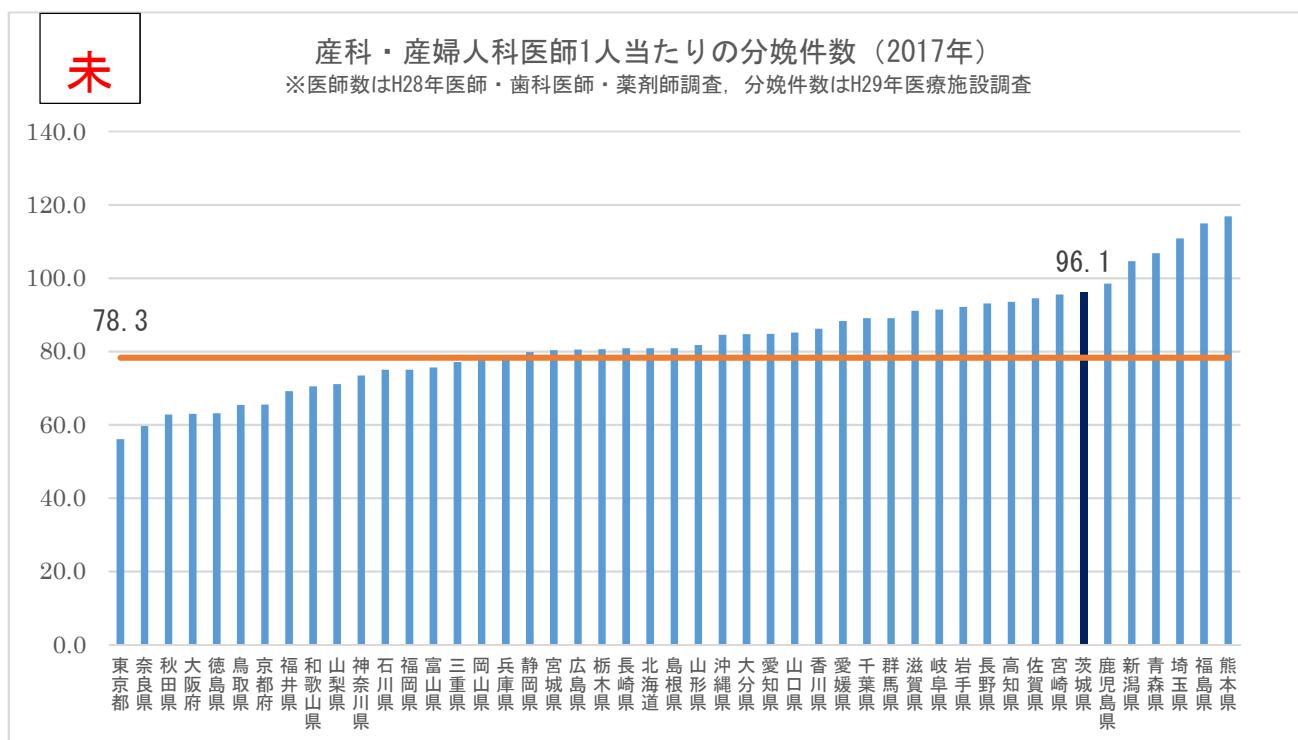


- 合計特殊出生率については、本県は2005年以降回復傾向にありましたが、2017年から減少に転じ、2022年には過去最低の1.27にまで低下いたしました。



5 産科・産婦人科医師数と分娩件数等

- 産科・産婦人科医師1人当たりの分娩件数では、本県は96.1件と全国平均の78.3件を上回っており、全国第7位と上位にあります。

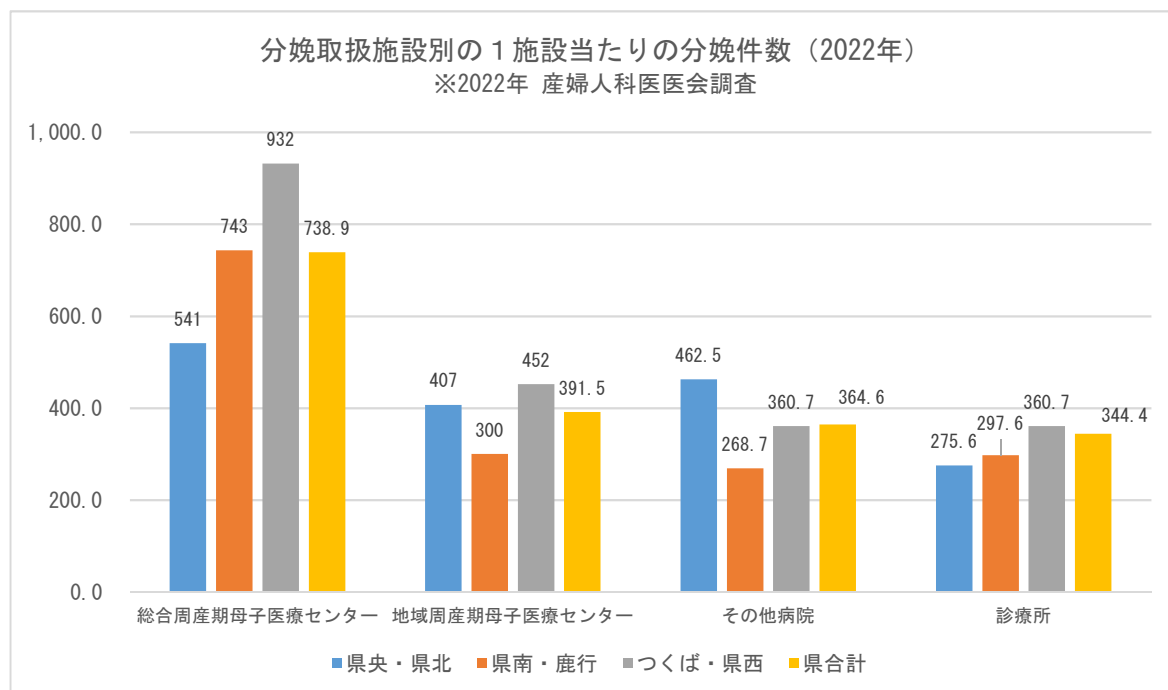


- 周産期医療圏別では、分娩取扱い医療施設数、分娩取扱い産科・産婦人科医師数、分娩件数の全てについて、県央・県北医療圏が最も多くなっています。
- 年間分娩件数について、県央・県北、県南・鹿行では病院での分娩が6割を超えるのに対し、つくば・県西では病院での分娩が約4割となっており、診療所での分娩割合が高くなっています。

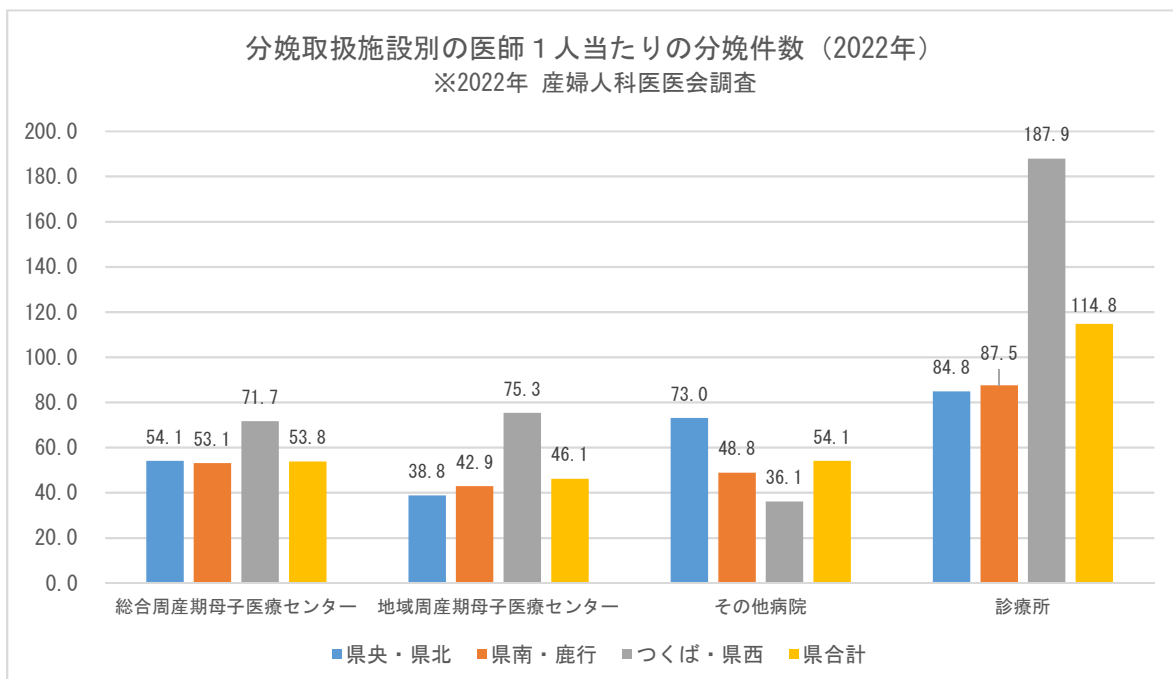
		合計	病院				診療所
			計	周産期母子医療センター		その他病院	
				総合	地域		
県央・県北	分娩取扱い施設数	17	9	1	2	6	8
	分娩取扱い医師数	95	69	10	21	38	26
	年間分娩件数	6,335	4,130	541	814	2,775	2,205
県南・鹿行	分娩取扱い施設数	13	8	1	1	6	5
	分娩取扱い医師数	71	54	14	7	33	17
	年間分娩件数	4,143	2,655	743	300	1,612	1,488
つくば・県西	分娩取扱い施設数	12	5	1	1	3	7
	分娩取扱い医師数	66	49	13	6	30	17
	年間分娩件数	5,661	2,466	932	452	1,082	3,195
県合計	分娩取扱い施設数	42	22	3	4	15	20
	分娩取扱い医師数	232	172	37	34	101	60
	年間分娩件数	16,139	9,251	2,216	1,566	5,469	6,888

※2022年産婦人科医会調査

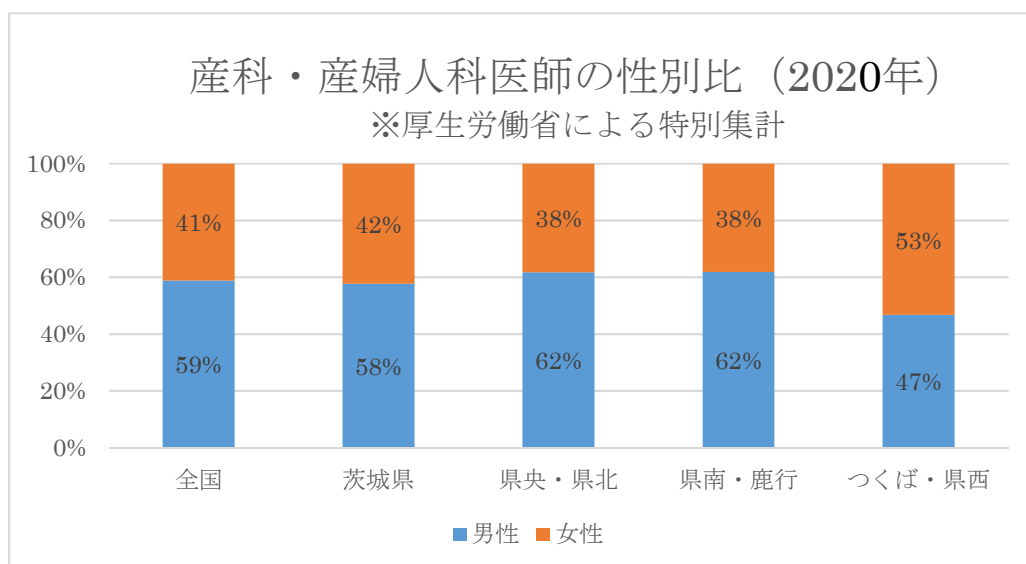
- また、分娩取扱い医療施設別の1施設当たりの分娩件数では、いずれの医療圏においても総合周産期母子医療センターが多くなっています。



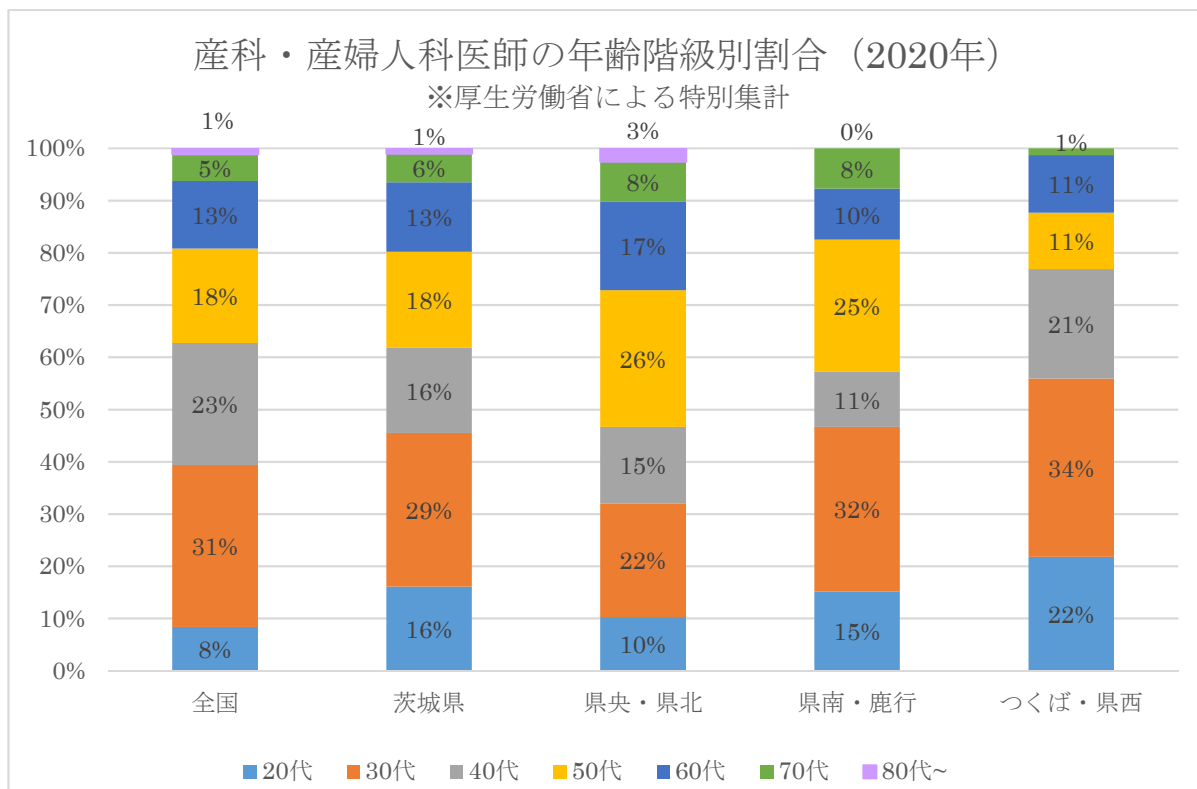
- 一方、分娩取扱い医療施設別の医師1人当たりの分娩件数では、いずれの医療圏においても診療所が多くなっています。



- 性別の産科・産婦人科医師の数を見るとは、全国、本県全体、県央・県北医療圏及び県南・鹿行医療圏の男女比は概ね6：4となっていますが、つくば・県西医療圏では女性が約53%と高くなっています。



- 産科・産婦人科医師の年齢階級別の割合では、本県は全国に比べ、**20代**の割合が高くなっています。周産期医療圏別にみると、県央・県北は50代以上の割合が**54%**と高い一方、つくば・県西では40代までが**77%**と高く、特に**20代**が**22%**となっており、全国平均を大きく上回っています。



6 本県の周産期医療提供体制における課題

- 高齢出産などリスクの高い分娩に対応する高度な周産期医療の需要が増大しています。
- 開業医の高齢化や後継者不足等により、今後ますます地域の産科医療機関の減少や体制の縮小が見込まれており、正常分娩をできる場所の確保や医師の負担軽減を図るための施策、基幹分娩取扱病院への重点化・集約化が必要となっています。

【最優先課題】

- ◎ 周産期母子医療センター等の拠点病院への医師の適正配置
- ◎ 周産期母子医療センター等に過度に負担が集中しないよう、地域の拠点となる病院の医療体制確保や地域の産婦人科医療機関との連携強化

第2節 産科の医師確保の方針

1 国の考え方

- 産科医師が相対的に少なくない医療圏においても、その労働環境を鑑みれば産科医師が不足している可能性があることを踏まえ、国において、相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域について、相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域以外の医療圏からの医師派遣のみにより産科医師の地域偏在の解消を目指すことは適当ではないとされています。
- また、偏在指標の値が大きい医療圏においても、実態としては医師が多施設に分散して一施設毎の医師数が少ない場合もあることに留意が必要とされています。
- 産科においては、医療圏の見直し、医療圏を超えた連携、医療機関の再編統合を含む集約化等を行ってきたことから、相対的医師少数区域においては、外来医療と入院医療の機能分化・連携に留意しつつ、必要に応じて、医療圏の見直しや医療圏を超えた連携によって、産科医師の地域偏在の解消を図ることを検討することとされています。
- なお、医療圏の見直しや医療圏を超えた連携、医療機関の再編統合を含む集約化等によってもなお相対的医師少数であり、産科の医師偏在が解消されない場合は、医師を増やす（確保する）ことによって医師の地域偏在の解消を図ることとされており、医師の派遣調整や専攻医の確保等の短期的な施策と産科医の養成数の増加等の長期的な施策を組み合わせることで実施することとされています。

【国の産科医師確保の方針と対策】

医師確保の方針	対 策
① 周産期医療の提供体制等の見直し	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医療圏の統合を含む周産期医療圏の見直し ○ 医療機関の再編統合を含む集約化・重点化や各医療機関における機能分化・連携、<u>医師の働き方改革の推進</u> ○ 医療機関の集約化・重点化に伴う、医療機関までのアクセスに時間がかかる地域への支援
② 医師の派遣調整	<ul style="list-style-type: none"> ○ ①に掲げる対策を行った上で、なお十分な医療提供がなされない場合には、産科における医師の派遣調整を行う。 ○ 派遣調整に当たっては、地域医療対策協議会において、都道府県と大学、医師会等の連携を図ることとし、派遣先の医療機関の選定に当たっては、当該医療機関が所在する医療圏の分娩数と見合った数の産科医師数が確保されるように派遣を行う。 ○ 少人数による過酷な労働環境とならないよう、派遣先の医療機関を重点化するとともに、当該医療機関における医師の時間外労働の短縮のための対策を行う。
③ 産科医師の勤務環境改善	<ul style="list-style-type: none"> ○ 産科医師が研修や休暇を取ることができるよう、代診医の確保や女性医師にも対応した勤務環境改善や、タスク<u>シフト</u>/シェアの促進のための支援を行う。
④ 産科医師の養成数を増やすための施策	<ul style="list-style-type: none"> ○ 専攻医の確保や離職防止を含む産科医師の確保・保持のための施策を行う。特に、医学生に対する必要な情報提供や円滑な情報交換等を行うとともに、専攻医の確保に必要な情報提供、指導体制を含む環境整備等を行う。 ○ 産科医師におけるキャリア形成プログラムの充実化 <ul style="list-style-type: none"> ・地域で勤務する産科医師が専門的な技術・知識を獲得し、適切な臨床経験を積むことができるよう、キャリア形成プログラムの充実化を行う。

2 本県の産科の医師確保の方針

- 本県は、分娩取扱医師偏在指標の全国順位が第28位となり、相対的医師少数県を脱却いたしましたが、開業医の高齢化や後継者不足による産科医療機関の減少や、高度周産期医療の需要増大への対応が課題となっています。
- しかしながら、周産期医療では、少子高齢化が進む中において、急速な医療需要の変化が見込まれることから、医師の需給の観点から将来を見据えた上で、医師の確保を行っていく必要があります。
- 特に、保健医療計画及び地域医療構想における周産期医療体制の医療資源の集約化・重点化や各医療機関における機能分化・連携の方針等を踏まえ、周産期母子医療センター等の拠点病院への医師の適正配置や、分娩の集約化と地域の拠点病院の医療体制の確保など、効果的な産科医師の養成・確保を行っていく必要があります。
- 一方で、開業医の高齢化や後継者不足により産科医療機関が減少する中、拠点病院の負担を軽減するためにも、地域の正常分娩体制の維持や構築に主体的に取り組む市町村をサポートしていく必要があります。

R2 三師統計の産科医：7名、産婦人科医：233名、婦人科医：26名（計266名）
/2024年必要医師数272人

(1) 本県の将来の産科の医療需要と必要医師数

- 国が2019年に試算した「都道府県別診療科ごとの将来必要な医師数の見通し」によると、本県の産婦人科医師（「医師・歯科医師・薬剤師統計」における医師届出票で主たる診療科が産婦人科、産科、婦人科の医師）について、2024年の必要医師数は272人であり、2024年、2030年、2036年のそれぞれの時点における必要医師数を達成するための今後の年間養成数はそれぞれ9人、7人、6人となっています。
- 2020年12月31日時点の産婦人科医師数（同上）の合計266人に、本県の専攻医募集プログラムにおける、2021年から2023年の産婦人科の採用数18人を加えると284人となり、2024年の必要医師数272人を超過している状況ですが、地域の正常分娩体制の維持にも配慮していく必要があります。

(2) 産科医師の養成・確保の短期及び中・長期的な方針

- 本県では、将来の周産期医療の需要の推計を踏まえて産科・産婦人科の専攻医の養成を図ることにより、中・長期的（2030年、2036年）な必要医師数の確保を図ります。
- また、三次保健医療圏及び周産期医療圏の医療提供体制の確保のために緊急的な対応が必要な医療機関については、医師の派遣調整や県外からの医師確保により、必要医師数の確保を図ります。

第3節 産科の医師確保の施策

1 周産期医療の提供体制の充実

- 茨城県保健医療計画により、周産期医療体制の整備を図ります。
 - ・ 正常分娩等を取り扱う医療機関、比較的高度な周産期医療を行う医療機関（地域周産期母子医療センター、周産期救急医療協力病院）、リスクの高い妊産婦や新生児に対する高度な周産期医療を行う医療機関（総合周産期母子医療センター）のそれぞれに求められる医療機能の充実・強化や医療資源の集約化・重点化、連携体制の構築等を図ることにより、周産期医療体制の充実を図ります。
- 茨城県地域医療構想により、医療機能の分化・連携を促進し、各地域医療構想区域における通常分娩やハイリスク分娩、新生児集中治療等の周産期医療体制の整備を推進します。
- 拠点病院の負担を軽減するために、地域の正常分娩体制の維持や構築に主体的に取り組む市町村に対して助言等の支援を行います。

2 医師の養成課程を通じた医師確保（再掲）

3 医師の派遣調整（再掲）

4 県外からの医師確保（再掲）

5 魅力ある環境づくり（再掲）

第6章 小児科における医師確保

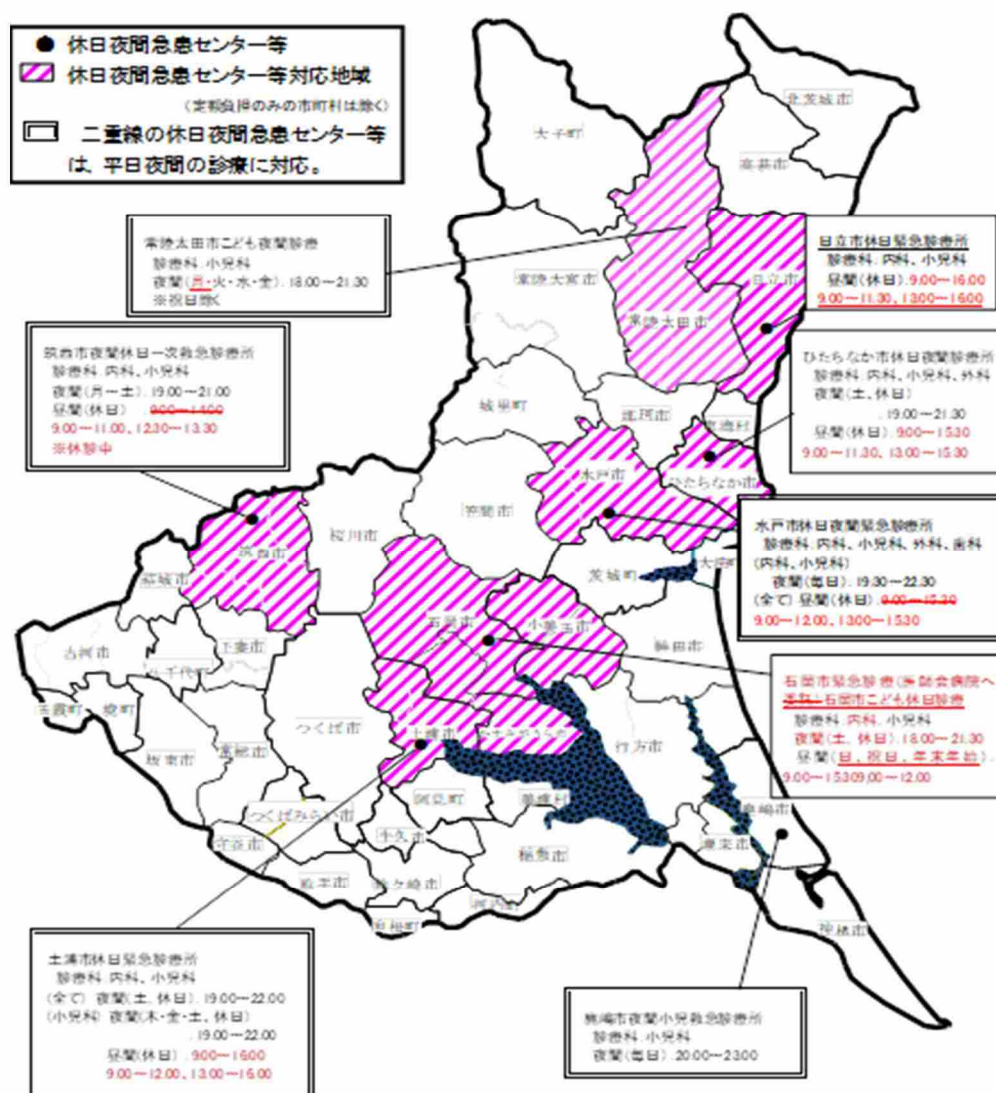
第1節 現状と課題

1 本県の小児医療圏

- 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、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に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。

小児救急医療圏（初期）

休日夜間急患センター等における小児科への対応状況



平成30(2018)年3月1日現在
 令和〇()年〇月〇日現在

小児救急医療圏（二次・三次）

<二次救急> 地域小児救急センター 5箇所 日立総合、ひたちなか総合、 JAとりで、神栖済生会、茨城西南	<三次救急> 小児救急中核病院（群） 4箇所 県立こども、土浦協同、筑波大、 筑波メディカル
---	---

【県央・県北地域】（県央、県北）
 拠点病院方式
 ・365日、24時間
 ・県立こども病院【小児救急中核病院】
 ・平成16年8月9日～

【つくば市・筑西地域】（つくば、筑西）
 拠点病院方式
 ・365日、24時間
 ・筑波メディカルセンター病院【小児救急中核病院】
 ・平成16年8月1日～（準夜帯等）
 ・平成22年4月1日～（365日、24時間）

【小児救命救急センター】
 ・365日、24時間
 ・筑波大学附属病院
 【小児救急中核病院】
 ・平成25年1月1日～

【日立地域】
 拠点病院方式（準夜帯等）
 ・夜間（365日）
 : 18:00～0:00
 ・昼間（土・日・祝日、年末年始）
 : 9:00～15:00
 ・（株）日立総合病院
 ・平成14年10月1日～
 （輪番制実施）
 ・平成21年4月1日～
 （拠点病院方式へ移行）

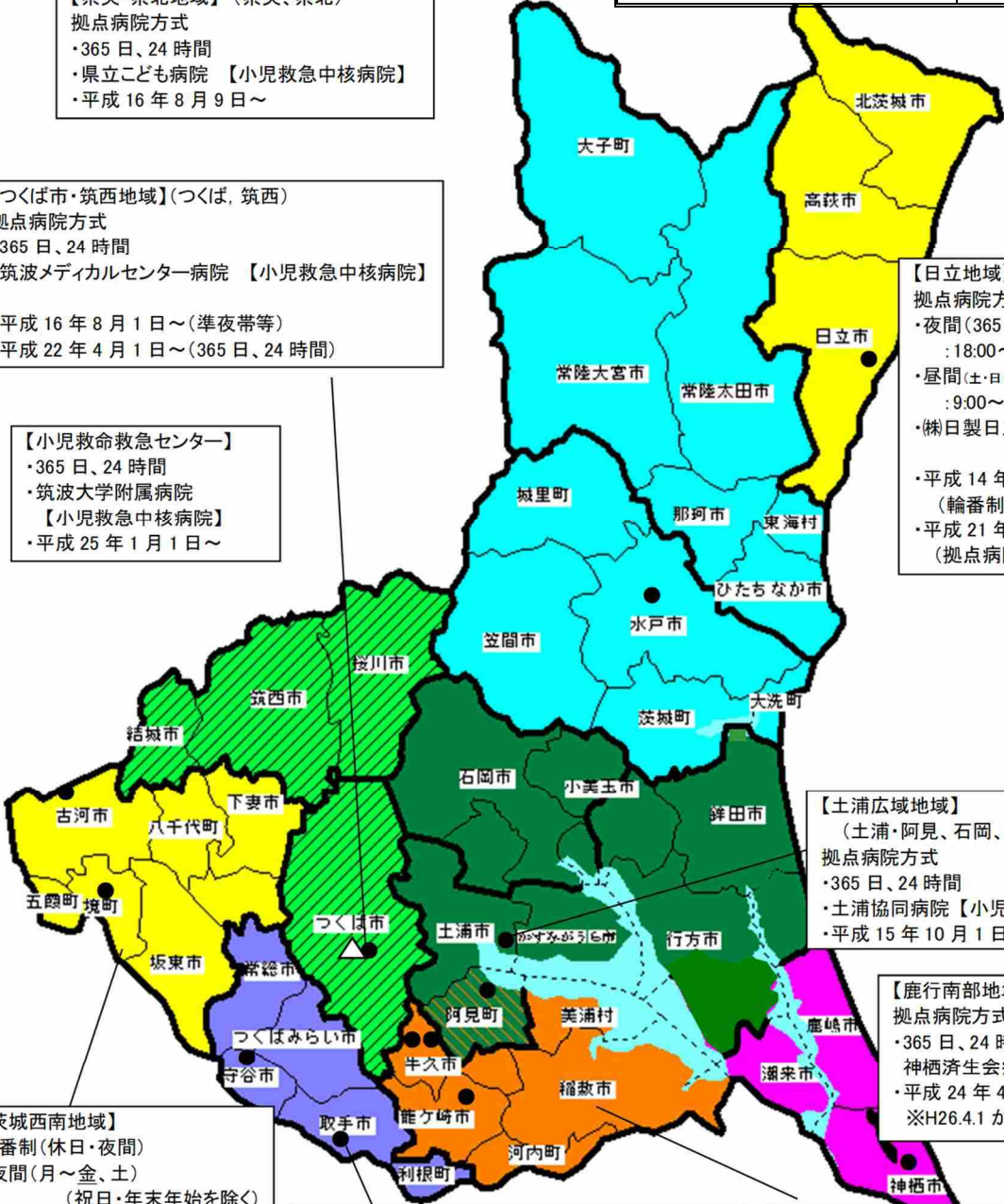
【土浦広域地域】
 （土浦・阿見、石岡、鉾田）
 拠点病院方式
 ・365日、24時間
 ・土浦協同病院【小児救急中核病院】
 ・平成15年10月1日～

【鹿行南部地域】
 拠点病院方式（休日・夜間）
 ・365日、24時間
 神栖済生会病院
 ・平成24年4月1日～
 ※H26.4.1から拠点病院

【茨城西南地域】
 輪番制（休日・夜間）
 ・夜間（月～金、土）
 （祝日・年末年始を除く）
 : 18:00～23:00
 ・昼間（日、祝日、年末年始）
 : 9:00～16:00
 ・参加病院（3）
 茨城西南医療センター病院
 友愛記念病院
 古河赤十字病院
 古河総合病院
 ・平成14年4月1日～

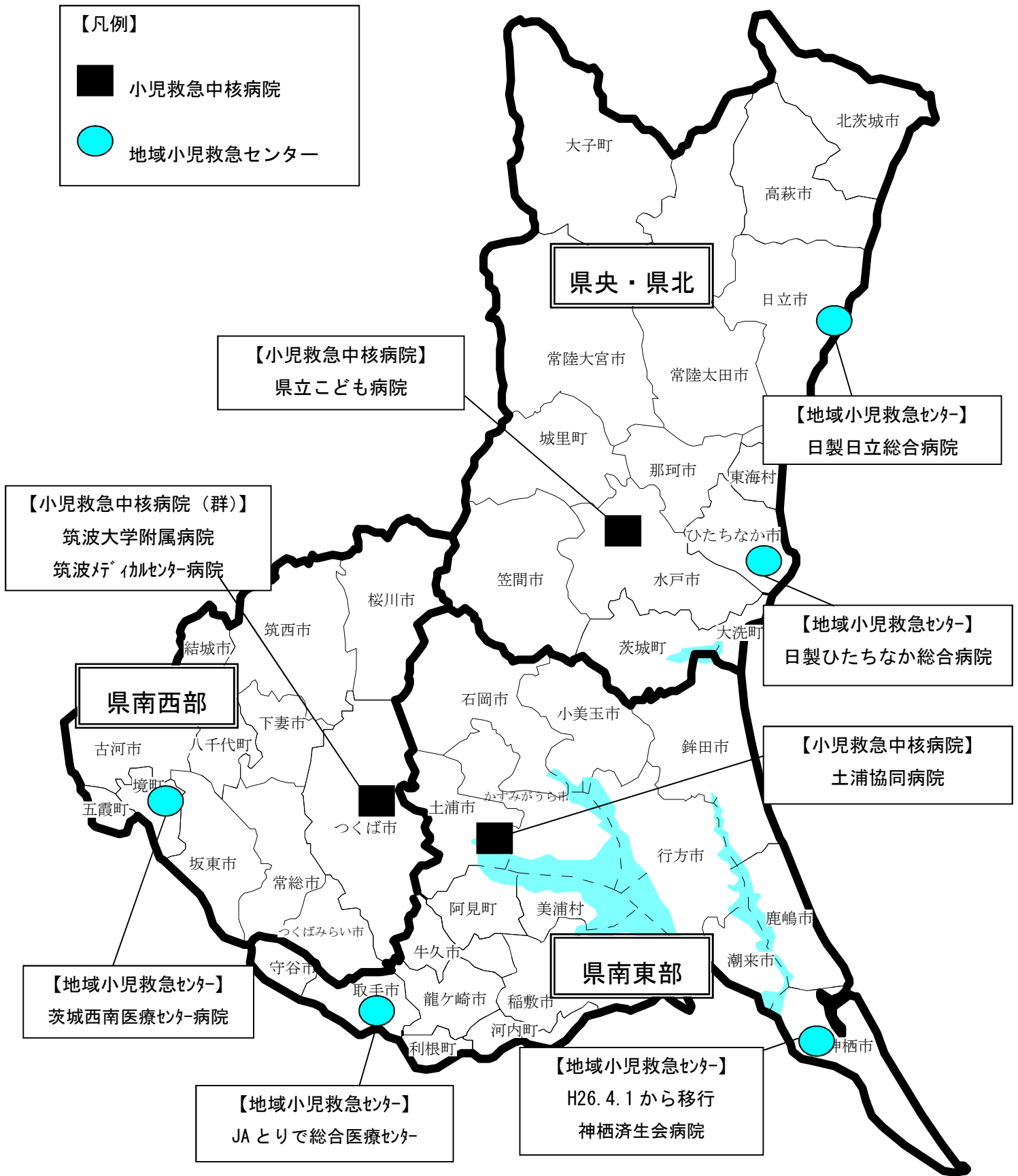
【常総地域】
 輪番制（休日・夜間）
 ・夜間（水）: 18:00～翌8:00
 （水、第2・4主以外）: 18:00～23:00
 ・昼間（日、祝日、年末年始祝日（水）、年末年始（水））: 8:00～18:00
 （土第2・4主、日、水以外の祝日、年末年始）
 : 12:30～18:00
 ・参加病院（2）
 JAとりで総合医療センター
 総合守谷第一病院
 ・平成15年10月1日～

【稲敷地域】
 輪番制（準夜帯等）
 ・夜間（月、火、水、木、金）: 18:00～21:00
 ・昼間（土）: 14:00～17:00
 （日）: 9:00～15:00
 （祝日、年末年始）: 9:00～12:00
 ・参加病院（4）
 東京医科大学茨城医療センター
 龍ヶ崎済生会病院
 つくばセントラル病院
 牛久愛和総合病院
 ・平成16年7月1日～



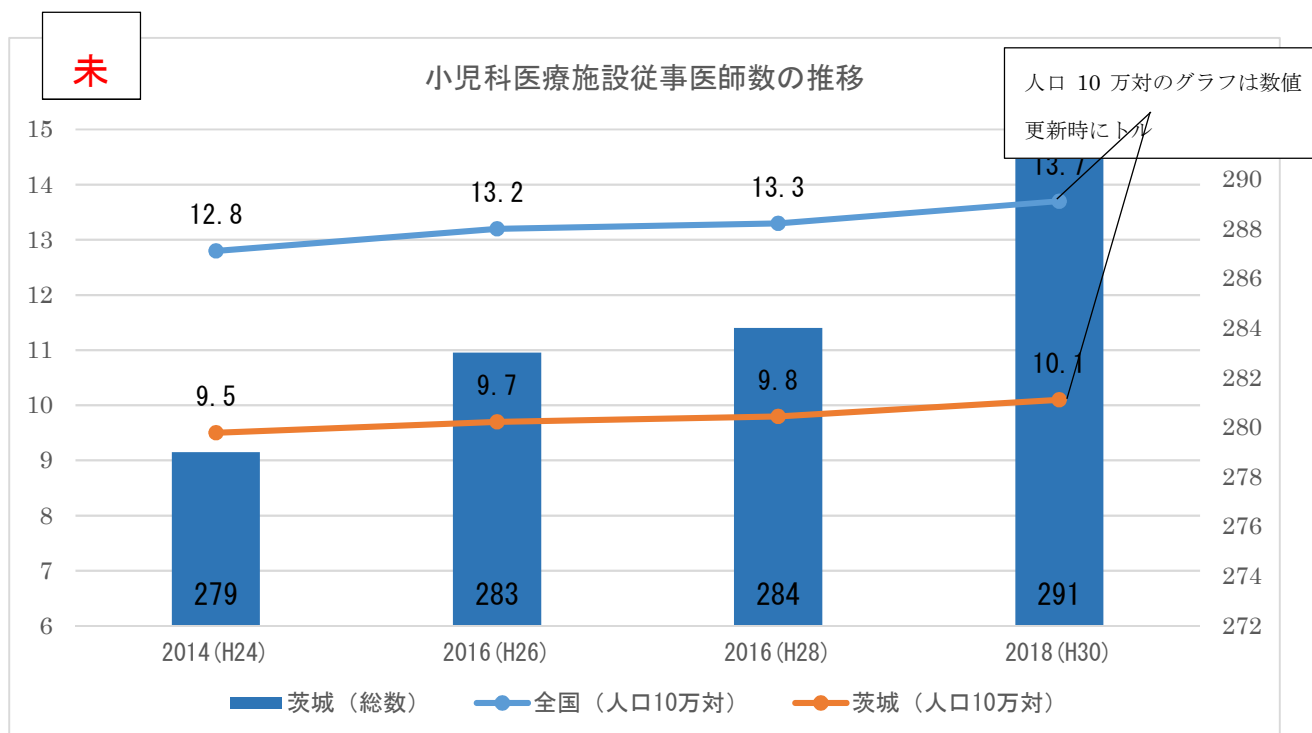
平成30(2018)年3月1日現在
 令和〇()年〇月〇日現在

集約化・重点化による小児救急医療圏構想



2 本県の小児科医師数

- 本県の小児科医師数は、2018年12月31日時点（医師・歯科医師・薬剤師調査）で291人です。



3 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

(1) 考え方

- 三次保健医療圏（都道府県など）、小児医療圏ごとに、小児科における医師の偏在の状況を客観的に示すため、地域ごとに、医療ニーズや医師の年齢構成等を踏まえ、国において、小児科における医師偏在指標を算定することとし、都道府県は小児科医師偏在指標に基づき、相対的医師少数区域及び偏在対策基準医師数を設定するとともに、これらの区域分類に応じた小児科の医師確保対策を実施することとされています。
- 小児科医師偏在指標は、三次医療圏（都道府県）ごと及び小児医療圏ごとに全国で比較し、下位33.3%に該当する医療圏を相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域と設定することとされています。

■小児科医師偏在指標の設計

- ・医療需要については、15歳未満の人口を「年少人口」と定義し、小児医療圏ごとの小児の人口構成の違いを踏まえ、性・年齢階級別受療率を用いて年少人口を調整したものを用いる。
- ・患者の流出入については、既存の調査の結果により把握可能な小児患者の流出入の実態を踏まえ、都道府県間調整を行う。
- ・医師供給については、「医師・歯科医師・薬剤師統計」における「小児科医師数」を用いる。医師届出票において、「従たる従事先」に記載された医療機関が主たる従事先と異なる医療圏である場合、医師数を主たる従事先では0.8人、従たる従事先では0.2人として算出する。
- ・医師の性別・年齢別分布については、医師全体の性・年齢階級別労働時間を用いて調整する。

■小児科医師偏在指標の算出式

小児科における医師偏在指標について

- ・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。
- ・医療需要は、15才未満の年少人口に、地域ごとに性年齢階級による受療率の違いを調整する。

$$\text{小児科における医師偏在指標} = \frac{\text{標準化小児科医師数}}{\text{地域の年少人口} \div 10\text{万} \times \text{地域の標準化受療率比}(\ast 1)}$$

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

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

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

注1) 「主たる診療科」が「小児科」ではない医師も、小児に対する医療を一定程度提供している場合がある。
 注2) 患者の流出入に関しては、患者住所地を基準に流出入実態を踏まえ、都道府県間調整を行うこととする。

(2) 本県の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

① 三次医療圏（都道府県など）の小児科医師偏在指標

○ 本県の全国順位は42位であり、相対的小児科医師少数県となっています。

② 小児医療圏の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

○ 本県の小児医療圏のうち、日立地域、県央・県北地域、鹿行南部地域、稲敷地域、常総地域が全国の下位33.3%に含まれていることから、本計画では、当該小児医療圏を相対的小児科医師少数区域に設定します。

○ なお、相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域については、画一的に医師の確保を図るべき医療圏と考えるのではなく、当該医療圏内において小児科医師が少ないことを踏まえ、小児医療の提供体制の整備について特に配慮が必要な医療圏とします。

圏域名	年少人口 (2021年1月1日、千人)	標準化小児科医師数 (2020年12月31日、人)	小児科医師偏在指標	順位	区分	(参考)小児科偏在対策基準医師数 (2026年)
全国	15,318	17,634	115.1	—	—	—
茨城県	344	314	95.8	42	相対的医師少数県	313
日立地域	25	11	55.8	299	相対的医師少数区域	15
県央・県北地域	91	94	90.0	219	相対的医師少数区域	84
土浦広域地域	42	46	139.5	42	—	27
鹿行南部地域	24	13	69.6	281	相対的医師少数区域	16
稲敷地域	31	20	70.6	279	相対的医師少数区域	23
常総地域	38	25	80.5	256	相対的医師少数区域	26
茨城西南地域	34	22	94.0	196	—	19
つくば市・筑西地域	60	83	110.2	135	—	60

※全都道府県の小児医療圏の合計数は307

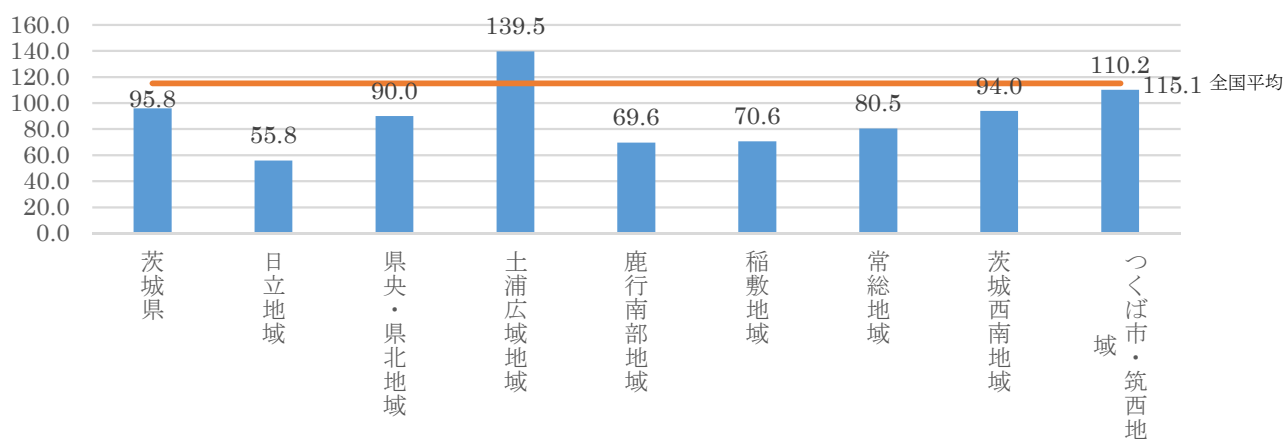
(参考：小児科偏在対策基準医師数)

- ・国では、計画期間終了時の小児科医師偏在指標が、計画期間開始時の相対的小児科医師少数区域等の基準値（下位33.3%）に達することとなる医師数を、小児科における偏在対策基準医師数として算出しています。
- ・小児科偏在対策基準医師数は、国において、医療需要に応じて機械的に算出したものであり、確保すべき医師数の目標ではないとされていることから、本計画においては、参考数値とします。

小児科医師偏在指標
(2023年厚生労働省算出)

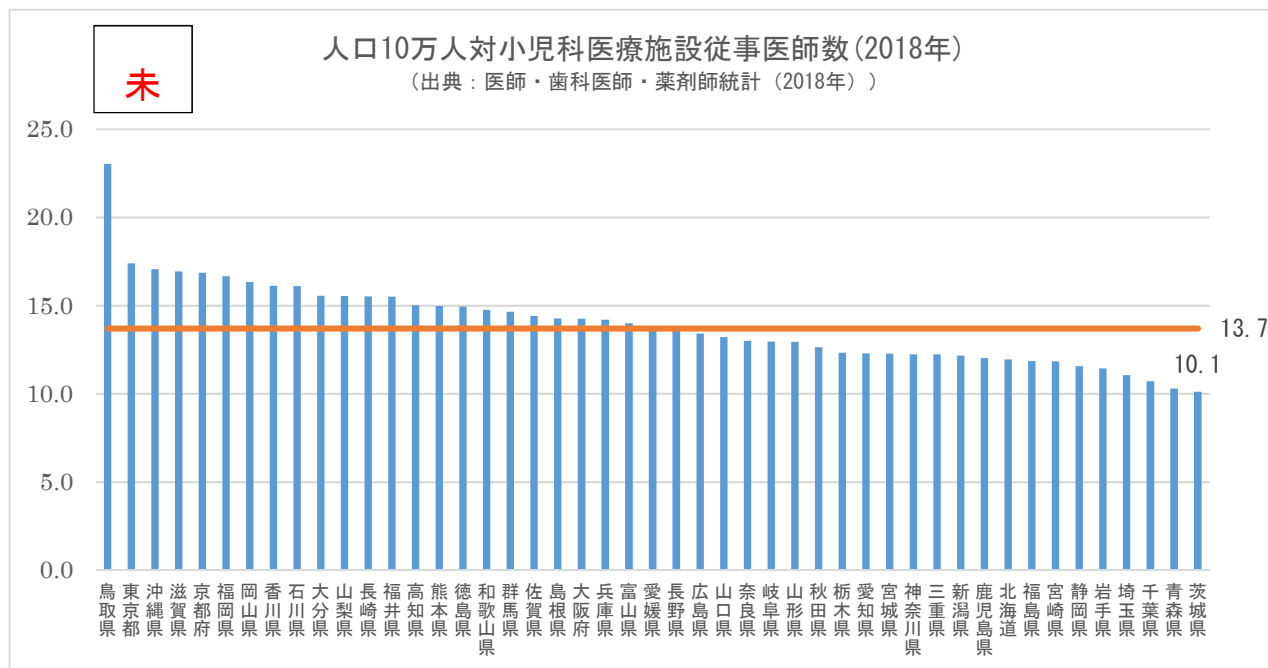


小児医療圏別小児科医師偏在指標
(2023年厚生労働省算出)

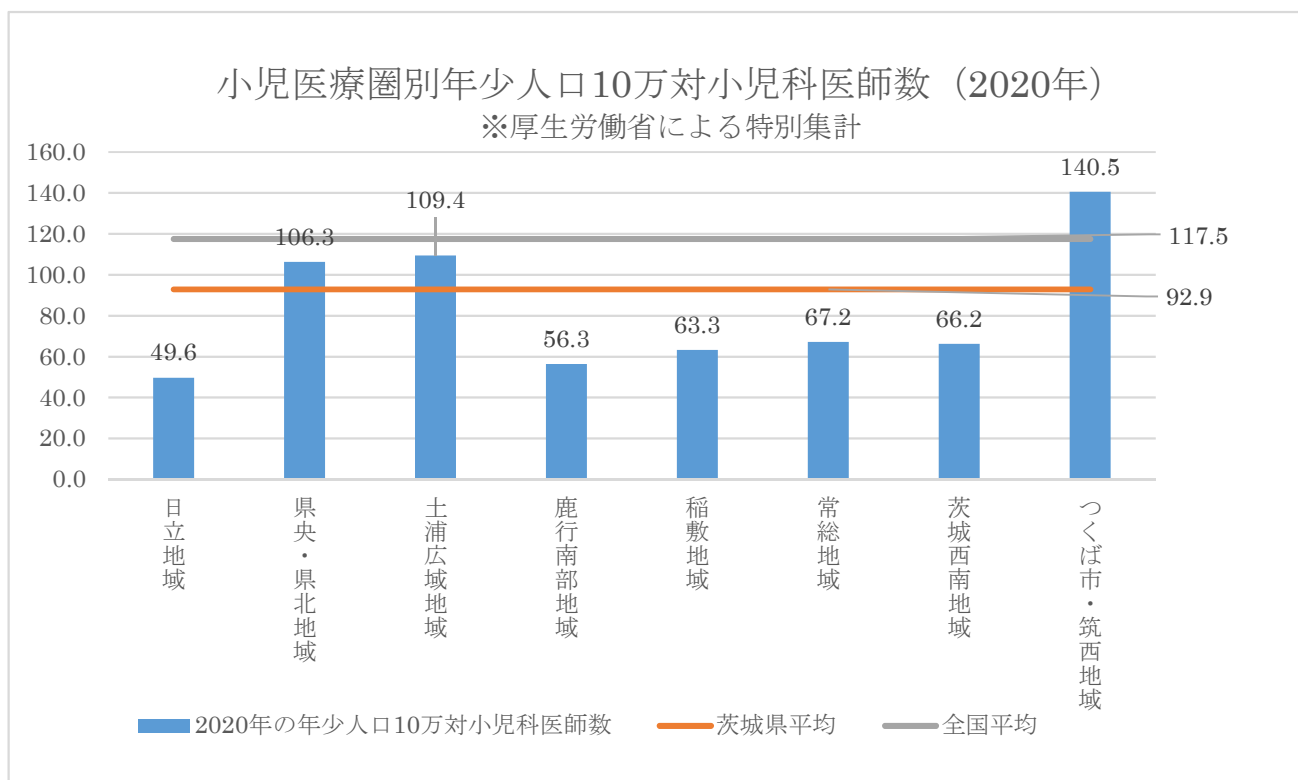


<参考：人口10万人対小児科医師数> ※数値更新時に「年少人口10万人対の値」に修正

○ 人口10万人対医師数は10.1人であり、全国最下位となっています。

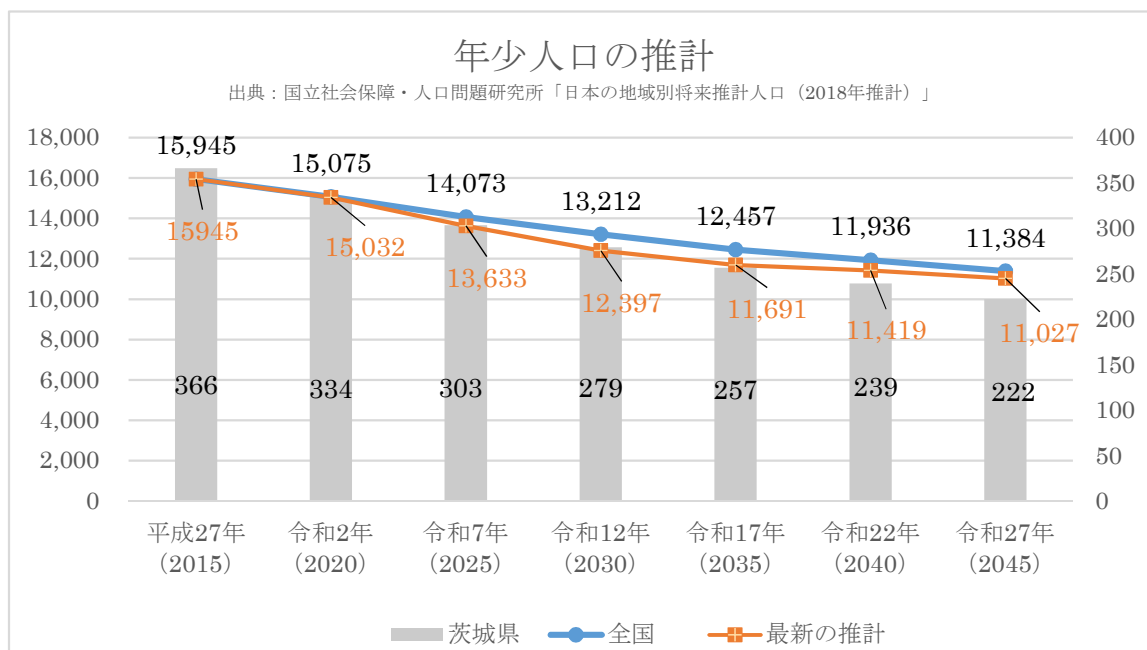


○ 小児医療圏別の年少人口10万人対小児科医師数は、つくば・筑西地域が全国平均を上回る一方、その他の圏域は全て全国平均を下回り、特に日立地域、鹿行南部地域、稲敷地域は全国平均の半数に満たない状況です。

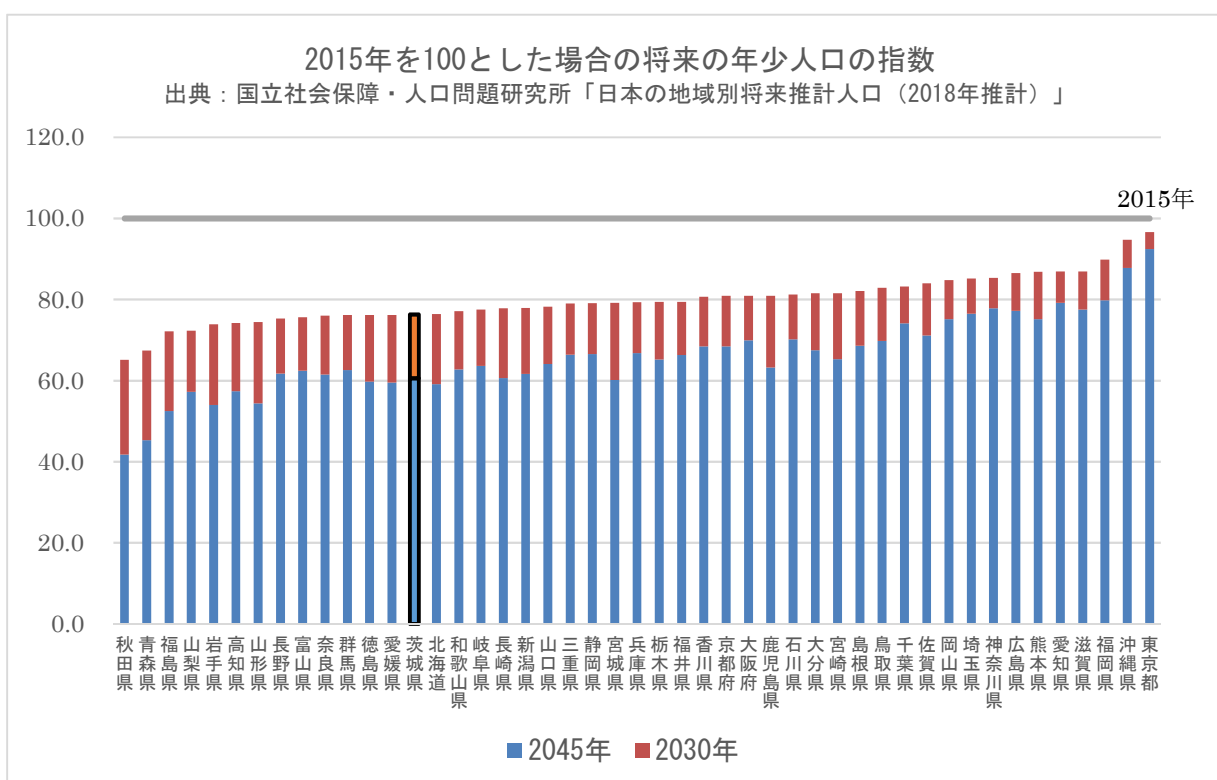


4 年少人口（0-14歳）の推計

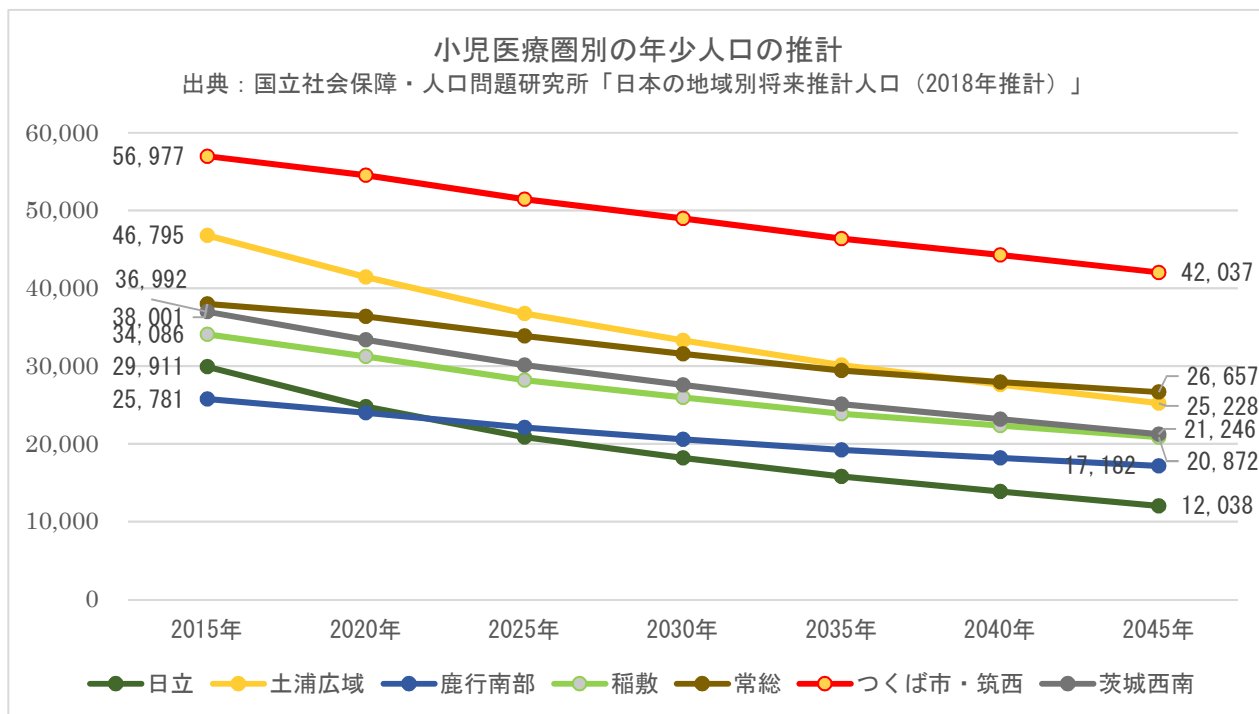
- 2018年に国立社会保障・人口問題研究所が行った都道府県別の年少人口推計では、本県の年少人口は2030年に279千人、2045年に222千人となる見込みであり、全国平均を上回る減少率となっています。なお、直近（2023年）の全国ベースでの推計結果では、2018年推計を上回る早さで年少人口が減少する見込みとなっています。



- また、2015年との比較では、本県の年少人口は2030年に76.3%、2045年に60.6%まで減少する見込みです

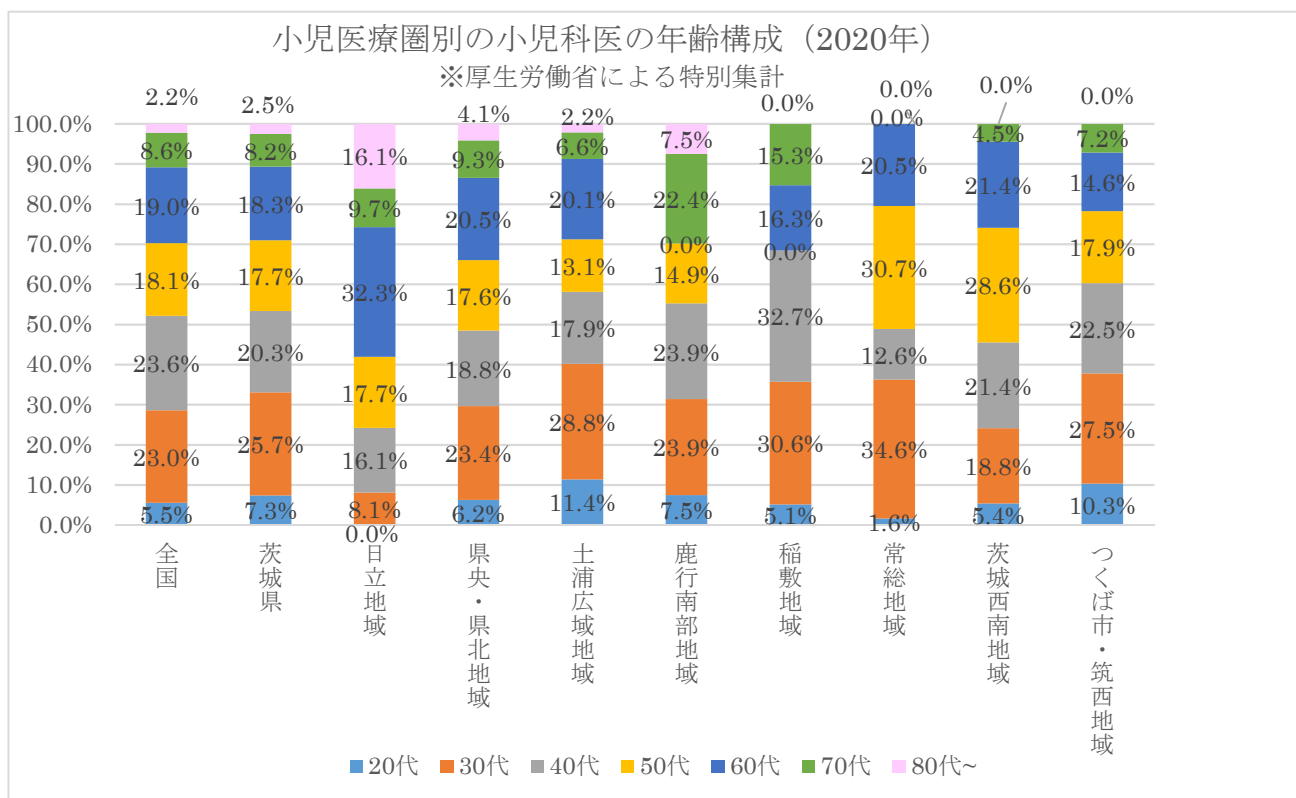
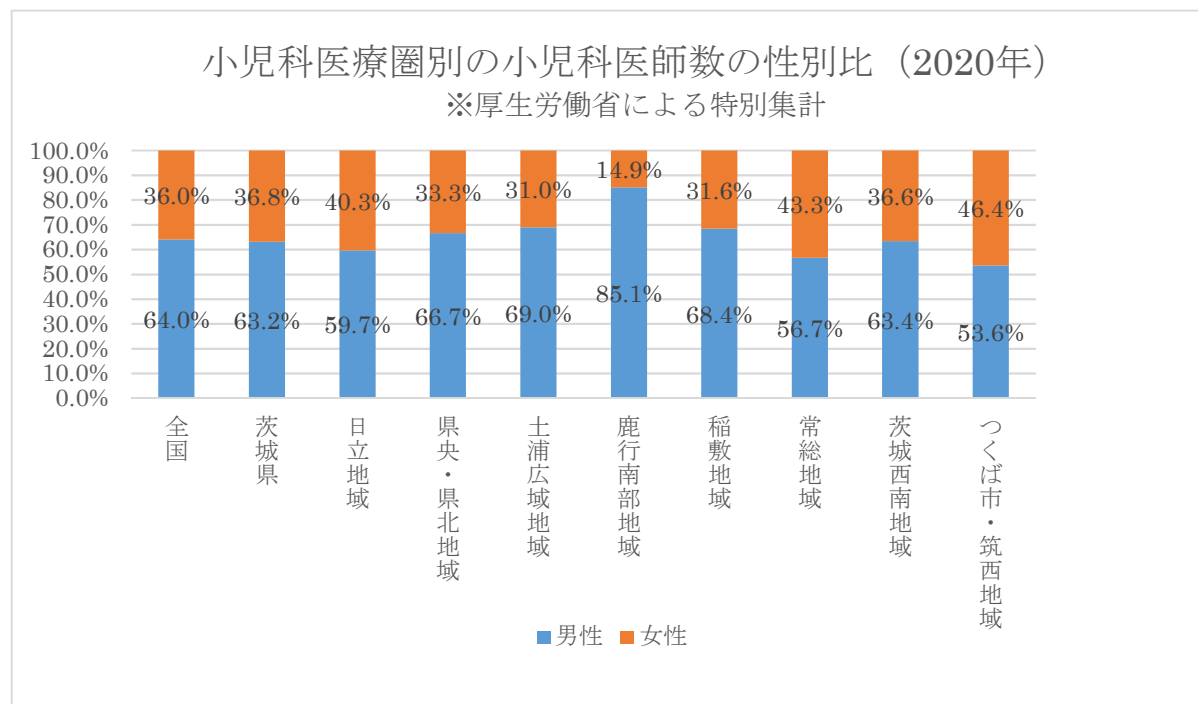


- 本県の小児医療圏別の年少人口推計では、今後、全ての医療圏で減少が見込まれますが、特に日立は2015年比で2030に60.9%、2045年に40.2%と大幅な減少が見込まれます。



5 性・年齢別の小児科医師数

- 小児科医師数を性・年齢別にみると、県全体では小児科医師の男女割合は男性約 **63%**、女性約 **37%**であり、全国平均と同程度となっています。また、年齢別では、30代が約 **26%**と最も多く、全国平均を上回っています。



6 本県の小児医療提供体制における課題

- 小児科医の不足や地域偏在のため、休日・夜間における初期救急医療体制が未整備の地域があります。
- そのため、二次・三次救急医療を担う医療機関が初期救急医療についても担っており、当該医療機関の負担が大きくなっていることから、二次救急医療機関の診療体制の充実を図るため、広域的な対応が必要となっています。
- 三次救急医療機関においては、小児救命救急センターを中心とした24時間365日の体制を確保するとともに、小児救急中核病院の人材育成や病院間の連携強化を図る必要があります。
- 休日や夜間においても、患者の重症度・緊急度に応じて適切に小児救急医療が提供できるよう、地域の実情に応じて集約化・重点化を進めるとともに、医師不足地域の小児医療機能を改善するために、広域の小児医療連携体制をさらに発展させることが必要です。
- 小児医療に携わる医師の働き方改革を進めつつ、各地域の小児医療体制を維持していく必要があります。
- 軽症者の救急受診割合が高い水準にとどまっており、救急医療の適正利用についての普及啓発を図る必要があります。

【最優先課題】

- ◎ 医師の育成・確保（負担の重い拠点病院への適正な医師の配置）
- ◎ 地域の実情に応じた集約化・重点化と拠点となる病院における医療体制の確保
- ◎ 医師の働き方改革に対応した小児医療体制の確保

第2節 小児科の医師確保の方針

1 国の考え方

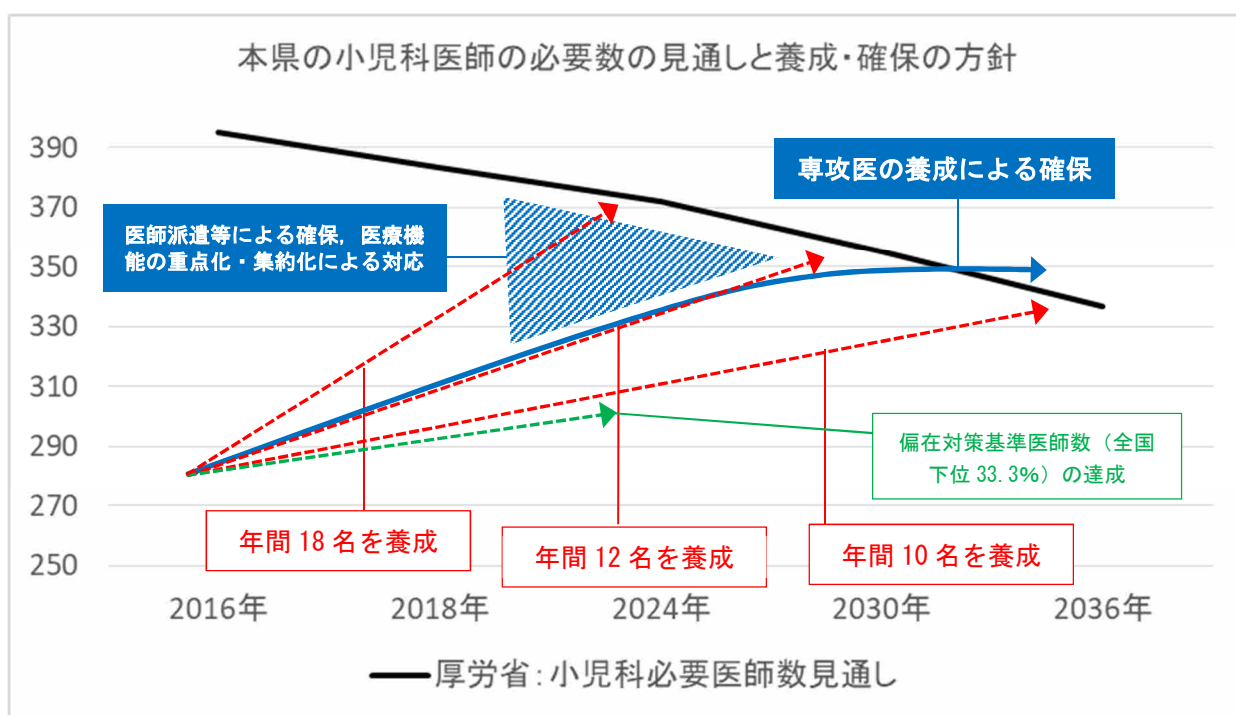
- 小児科医師が相対的に少なくない医療圏においても、その労働環境を鑑みれば小児科医師が不足している可能性があることを踏まえ、国において、相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域について、相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域以外の医療圏からの医師派遣のみにより小児科医師の地域偏在の解消を目指すことは適当ではないとされています。
- また、小児科においては、医療圏の見直し、医療圏を越えた連携、医療機関の再編統合を含む集約化等を行ってきたことから、相対的医師少数区域においては、外来医療と入院医療の機能分化・連携に留意しつつ、必要に応じて、医療圏の見直しや医療圏を越えた連携によって、産科・小児科医師の地域偏在の解消を図ることを検討することとされています。
- なお、医療圏の見直しや医療圏を越えた連携、医療機関の再編統合を含む集約化等によってもなお相対的医師少数であり、小児科の医師偏在が解消されない場合は、医師を増やす（確保する）ことによって医師の地域偏在の解消を図ることとされており、医師の派遣調整や専攻医の確保等の短期的な施策と小児科医の養成数の増加等の長期的な施策を組み合わせることで実施することとされています。

【国の小児科医師確保の方針と対策】

医師確保の方針	対 策
① 小児医療の提供体制等の見直し	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医療圏の統合を含む小児医療圏の見直し ○ 医療機関の再編統合を含む集約化・重点化や各医療機関における機能分化・連携、<u>医師の働き方改革の推進</u> ○ 医療機関の集約化・重点化に伴う、医療機関までのアクセスに時間がかかる地域への支援
② 医師の派遣調整	<ul style="list-style-type: none"> ○ ①に掲げる対策を行った上で、なお十分な医療提供がなされない場合には、小児科における医師の派遣調整を行う。 ○ 派遣調整に当たっては、地域医療対策協議会において、都道府県と大学、医師会等の連携を図ることとし、派遣先の医療機関の選定に当たっては、当該医療機関の医療圏の年少人口と見合った数の小児科医師数が確保されるように派遣を行う。 ○ 少人数による過酷な労働環境とならないよう、派遣先の医療機関を重点化するとともに、当該医療機関における医師の時間外労働の短縮のための対策を行う。
③ 小児科医師の勤務環境改善	<ul style="list-style-type: none"> ○ 小児科医師が研修や休暇を取ることができるよう、代診医の確保や女性医師にも対応した勤務環境改善、タスク・シフト/シェアの促進のための支援を行う。
④ 小児科医師の養成数を増やすための施策	<ul style="list-style-type: none"> ○ 専攻医の確保や離職防止を含む小児科医師の確保・保持のための施策を行う。特に、医学生に対する必要な情報提供や円滑な情報交換等を行うとともに、専攻医の確保に必要な情報提供、指導体制を含む環境整備等を行う。 ○ 小児科専攻医の研修において、<u>新生児科（NICU）研修等を実施するなど、小児科医師の中でもその確保に特に留意が必要な新生児医療を担う医師の養成について、研修プログラムを作成する基幹施設等の関係者と協議する。</u> ○ 小児科医師におけるキャリア形成プログラムの充実化 <ul style="list-style-type: none"> ・地域で勤務する小児科医師が専門的な技術・知識を獲得し、適切な臨床経験を積むことができるよう、キャリア形成プログラムの充実化を行う。

2 本県の小児科の医師確保の方針

- 本県の小児科医師偏在指標は全国 **42位と、相対的医師少数県に位置しています。そのため、**本計画では、小児医療提供体制や、周産期医療体制における新生児への対応などの課題に対し、小児科医及び新生児科医の増加を基本的な方針とします。
 - しかしながら、小児医療は、少子高齢化が進む中において、急速な医療需要の変化が見込まれることから、医師の需給の観点から将来を見据えた上で、医師の確保を行っていく必要があります。
 - また、保健医療計画及び地域医療構想に基づき、小児医療体制における医療資源の集約化・重点化や各医療機関における機能分化・連携の方針や進展を踏まえ、効果的な小児科医師・新生児科医師の確保を行っていく必要があります。
- (1) 本県の将来の小児科の医療需要と必要医師数
- **2019年に国が試算した「都道府県別診療科ごとの将来必要な医師数の見通し」**によると、本県の小児科医師について、2024年、2030年、2036年のそれぞれの時点における必要医師数を達成するための今後の年間養成数はそれぞれ18人、12人、10人となっています。
 - 一方、本県の専攻医募集プログラムにおける、**2018年から2023年の小児科の採用数は年平均9.2名であり、国が試算した必要養成数を下回っているものの、年少人口は試算時の想定を上回るスピードで減少しています。**
- (2) 小児科医師の養成・確保の短期及び中・長期的な方針
- 本県では、将来の小児医療の需要の推計を踏まえて小児科専攻医の養成を図ることにより、中・長期的（2030年、2036年）な必要医師数の確保を図ります。
 - また、短期的（2024年）な医療需要に対しては、三次医療圏及び小児医療圏の医療提供体制の確保の方針を踏まえ、医師の派遣調整や県外からの医師確保により、必要医師数の確保を図ります。



第3節 小児科の医師確保の施策

1 小児医療の提供体制の充実や見直し

- 茨城県保健医療計画により、小児医療体制の整備を図ります。
 - ・ 医療資源の集約化・重点化や連携体制の構築により、初期、二次、三次の小児救急医療体制、新生児集中治療体制の充実を図ります。
 - ・ 小児在宅医療・小児がん医療の体制整備、児童虐待への対応、発達障害児の支援、難病対策、予防接種対策、アレルギー疾患対策、重症心身障害児等への支援、災害を見据えた小児医療体制の確保を図ります。
- 茨城県地域医療構想により、医療機能の分化・連携を促進し、各地域医療構想区域の小児医療の機能維持及び体制整備を推進します。

2 医師の養成課程を通じた医師確保（再掲）

3 医師の派遣調整（再掲）

4 県外からの医師確保（再掲）

5 魅力ある環境づくり（再掲）

第7章 計画の推進体制と関係機関の役割

1 推進体制

(1) 茨城県医療審議会

- 医療審議会は、医療法第72条第1項において、都道府県における医療提供体制の確保に関する重要事項等を調査審議する場として都道府県が設置するものであり、法第30条の4第15項の規定により、医療計画の策定に当たっても、医療審議会の意見を聴くこととされています。
- 医師確保計画は、医療計画の一部として策定するものであることから、施策の進捗状況等を医療審議会に報告し、計画の評価を行います。

(2) 茨城県地域医療対策協議会

- 地域医療対策協議会は、医療法第30条の23の規定に基づき、医師確保対策の具体的な実施に係る関係者間の協議・調整を行う場として都道府県が設置するものであり、各都道府県の医師確保計画に記載された医師確保対策を具体的に実施するに当たっての協議・調整を行います。
- 地域医療対策協議会の構成員は、都道府県から、地域医療対策協議会で協議が整った事項に基づき、医師確保対策の実施に協力を要請された際は、要請に応じることとされています。

■ 地域医療対策協議会の主な協議事項（地域医療対策協議会運営指針（平成30年7月25日付け医政発0725第15号厚生労働省医政局長通知））

- ① キャリア形成プログラムに関する事項
- ② 医師の派遣に関する事項
- ③ キャリア形成プログラムに基づき医師の確保を特に図るべき区域に派遣された医師の能力の開発及び向上に関する継続的な援助に関する事項
- ④ 医師の確保を特に図るべき区域に派遣された医師の負担の軽減のための措置に関する事項
- ⑤ 医師の確保を特に図るべき区域における医師の確保のために大学と都道府県とが連携して行う取組に関する事項

(3) 地域医療構想調整会議

- 医師確保計画は、各都道府県が策定する地域医療構想との整合を図ることとしており、構想における医療機関の機能分化・連携の方針や施策等を踏まえ、地域の医療提供体制の向上に資する医師確保対策を実施する必要があります。
- このため、医師確保計画の推進に当たっては、個別の医療機関の医師確保等について、必要に応じて二次保健医療圏毎に設置する地域医療構想調整会議に協議を行います。

(4) 計画の効果の測定・評価

- 医師確保計画は、その実効性を高めるため、茨城県地域医療対策協議会において効果の測

定と評価について協議を行い、評価結果に基づき内容を見直します。

2 関係者の役割

(1) 県

- 県全体で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、医療機関や大学、市町村、関係団体との連携を図りながら、本計画に記載された医師確保の取組を推進します。
- 県立病院は、筑波大学をはじめとする医育機関との連携・協力を図りながら、臨床研修・専門研修プログラムの充実など教育・研修機能の強化に取り組むとともに、養成した医師の医師少数区域の中核病院等への派遣に努めます。

(2) 筑波大学

- 県内唯一の医育機関として、臨床研修・専門研修プログラムの充実など、魅力ある教育環境の整備を図り、将来、本県の基幹病院で活躍するための高度な専門性を有する医師の育成に努めるとともに、医師が不足する地域の医療機関で勤務する意欲を持った医師を育成するため、茨城県地域医療支援センターや県内医療機関と連携し、若手医師の卒前・卒後・生涯にわたるキャリア形成支援と研修体制の整備も含めた地域への計画的な医師派遣に努めます。
- 特に、地域医療再生に向けた国内初の先駆的な取組みである「筑波大学附属病院地域医療教育センター」と県立病院をはじめとする県内中核病院が医療教育ネットワークを構築し、県内全域の医師・看護師等の医療従事者のレベルアップと定着を目指します。

(3) 市町村・医療機関・医療関係団体等

- 医師の確保は、一義的には各医療機関がみずからの役割や機能、経営方針等を踏まえ、主体的に進めていくべきものであることから、各医療機関は教育研修体制や勤務環境の充実などにより、医師の確保に努めます。
- 本県の医師不足や地域医療に関する課題を共有し、各地域の病院や診療所の医療機能の分化や連携を促進することにより、切れ目のない効率的かつ質の高い医療の提供に努めます。
- 医師の働き方改革を踏まえた医療従事者の勤務環境改善に努めるとともに、臨床研修や専門研修のプログラムの整備や魅力向上を図り、本県の地域医療を担う医師の育成・確保とキャリアアップの支援に努めます。
- 救急医療や周産期医療、小児医療などの政策医療の拠点となる医療機関等において、地域の医療機関との相互協力体制を強化し、県内全域で適切な政策医療が提供される体制づくりに努めます。

(4) 県民

- 限られた医療資源の有効活用と役割分担が図られ、県民誰もが安心して質の高い医療を受けられるよう、本県の医師不足や地域医療の状況、さらには医師の勤務環境等への理解を深め、適切な医療機関の選択・受診に努めます。