

第 8 次（後期）医師確保計画について

- 県では、医療法の規定に基づき、「第 8 次茨城県保健医療計画」の一部として、令和 6 年 3 月に「第 8 次（前期）茨城県医師確保計画」（令和 6 年度～令和 8 年度）を策定。今後、令和 9 年度からの次期計画の策定が必要。
- 現在、国の「地域医療構想及び医療計画等に関する検討会」において、「医師確保計画策定ガイドライン」の見直しが議論されており、令和 8 年春頃に都道府県に提示される予定。

I. 「医師確保計画策定ガイドライン」の主な見直し内容（案）

※現時点で国からガイドラインが提示されていないため、国の検討会によるとりまとめ情報を記載。

1. 医師少数区域の設定における地理的要素の反映

- 現在の医師偏在指標は、計算式に患者の流入関係係数を含んでいるものの、医療機関へのアクセスに重要な地理的要素を十分に反映できていないため、新たな「医師少数区域」は以下のとおりとする。
- ① 現行の医師偏在指標による下位 1/3 に該当する区域 に加えて、
 - ② 現行の医師偏在指標による中位 1/3 の区域のうち、「へき地尺度（RIJ）※が特に高い区域（上位 10% の区域）」を追加

※へき地尺度とは

へき地医療に関わる関係者（医療専門職、行政職、住民）へのアンケート調査等に基づき、①人口密度、②最寄りの二次・救急医療機関までの直線距離、③離島、④特別豪雪地帯を項目として選定し、日本国内の医療におけるへき地の度合いを示すもの。

（現在、厚生労働科学研究班において、医師少数区域の設定に活用することを念頭により精緻な「へき地尺度」を開発するための研究を実施。）

2. 算定基礎データの更新

- 第 8 次（後期）医師確保計画に係る医師偏在指標の算出にあたっては、従来と同様の項目のデータを用いた上で、下表のとおり可能な限り最新のデータを用いる。

【算定基礎データ】

データ	出典	現指標	新指標
医療施設従事医師数	三師統計	2020 年	2024 年（※ 1）
労働時間比	医師の勤務実態調査	2022 年	同左（※ 2）
人口	住民基本台帳人口	2017 年 (患者調査と同年の調査を使用)	2024 年
患者数	患者調査	2017 年 (新型コロナの影響を除外)	2023 年
患者流出入	都道府県調査	2022 年	2026 年 1 月実施

※ 1 今回から原則オンラインによる届出となったことが医療機関に十分に浸透しておらず、県内で少なくとも 91 人の届出漏れが発生。その後、国から届出漏れに係る調査があったため追加で提出したが、医師偏在指標に反映されるかは不明

※ 2 2025 年調査の調査結果が利用可能になる時期が未定のため

3. 診療科偏在に配慮した医師確保

- 診療科偏在に配慮した医師確保の方針をガイドラインに新たに追記。
- 診療科偏在は様々な課題を内包していることから、①担い手の確保の観点、②地域の医療提供体制を確保する観点、③地域でのアクセスを確保する観点、で検討する必要有。

診療科	方針
①総合的な診療に従事する医師、外科等	医師養成課程を通じた医師の偏在対策の内容を参照し、都道府県で必要な対応を検討。
②小児科・産科	小児医療圏・周産期医療圏の見直し、医療機関の集約化・重点化などに加えて、必要に応じて医師の派遣調整、勤務環境の改善に取り組む。
③皮膚科、耳鼻咽喉科、眼科等	遠隔医療の効果的・効率的に活用する。 国が定めるオンライン診療基準、オンライン診療方針等を順守した上で、県が中心となり、地域の関係者（大学、医師会等）が関与して、地域で必要な体制の整備を図る。

4. 目標を達成するための施策

- 管理者要件として、医師少数区域等における一定期間の勤務経験を求める対象医療機関について、これまでの地域医療支援病院に加え、新たに公的医療機関及び国立病院機構等を追加するほか、勤務経験期間を現行の6か月以上から1年以上に延長。
- 国において、全国的に、中堅・シニア世代等の医師を対象として、医師少数地域の医療機関とのマッチング等を行う「広域マッチング事業」を推進。

5. 医師偏在是正プランの策定

- 医師確保計画の中で、より実効性のある医師偏在対策の取組を進めるため、重点医師偏在対策支援区域を対象とした医師偏在是正プランを策定。
- 医師偏在是正プランにおいては、厚労省の提示する候補区域を参考に重点医師偏在対策支援区域、支援対象医療機関、必要な医師数、医師偏在是正に向けた取組等を定める。策定にあたっては、地域医療対策協議会、保険者協議会で協議。

(参考) 厚労省が提示する候補区域

区分	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
医師少数県の医師少数区域	●	●	●	●	●	●
医師少数区域かつ可住地面積当たりの医師数が少ない二次医療圏（全国で下位1/4）			●		●	
各都道府県の医師偏在指標が最も低い二次医療圏			●			

6. 定量的な評価指標の設定

- 都道府県や地域の関係団体等が医師確保計画の進捗を経時的に把握・評価することを可能とするため、目標医師数のみではなく、医師確保計画に係る定量的な評価指標を設定。

(参考) 厚生労働省が示す定量的な指標の例

都道府県の課題	区分	設定すべき評価指標	取得頻度	取得方法
・都道府県全体の医師の確保	・都道府県全体の医師の確保の状況	・都道府県内の全体の医師数（年代別、人口・可住地面積あたり）	2年に1回	三師統計
	・医師養成の動向	・自県大学や、自県出身者の動向（自県大学卒業医師数、地元出身医師数等） ・臨床研修修了後の医師等の定着状況	2年に1回 年1回	三師統計 県調査
	・地域枠医師等の動向	・地域枠、地元出身者枠、恒久定員内地域枠等の設置状況 ・地域枠等の義務年限後の定着状況	年1回	県調査
・都道府県内の地域偏在の解消	・二次医療圏ごとの医師の確保の状況	・二次医療圏別の医師数（年代別、人口・可住地面積あたり） ・二次医療圏内外の患者の流出入数 ・ドクターバンク・広域マッチング事業登録者数 ・新たに確保した医師の採用経緯（医局派遣、人材紹介会社等）の内訳	2年に1回 3年に1回	三師統計 患者調査 事業者等より取得 県調査
	・医師少数スポット、重点医師偏在対策支援区域の動向	・医師少数スポットの医師数（年代別、人口・可住地面積あたり） ・重点医師偏在対策支援区域の医師数	年1回	県調査
	・医師派遣調整	・地域医療対策協議会で調整された、医師少数区域等に派遣された医師総数・地域枠医師数とその割合	年1回	県調査
・都道府県内での必要な診療科の確保	・総合診療	・総合診療専門医の養成に係る状況（専門研修プログラム数、採用人数、充足率等） ・リカレント教育受講者数、都道府県による管内への周知回数	年1回	県調査 事業者より取得、県調査
	・地域で不足する診療科	・地域で不足する特定診療科について、二次医療圏別医師数	2年に1回	三師統計

7. 医師養成課程における取組

○各都道府県の置かれた状況の把握

医師の養成課程を通じた取組を講じるにあたっては、当該都道府県内の18歳人口や医学部定員数、医師の年齢構成を踏まえた将来的な管内の医師数の推移、若手医師の流出入の状況等を考慮し状況を分析する。

○大学医学部、大学病院との連携

文部科学省における令和7年度補正予算「大学病院機能強化推進事業」では、大学や自治体等の関係機関のトップが参画する協議の場（プラットフォーム）を設けることが大学病院に課している。本事業を一つの契機として、都道府県が地域の医師確保を効果的に行うために必要な協議を行う。

○都道府県内の臨床研修や専門研修等の充実への支援

若手医師におけるキャリアパスの特徴等を踏まえると、医師確保対策として、臨床研修や専門研修の段階で、地域の特性を生かした魅力あるプログラムを通じて、臨床研修医及び専攻医を育成・確保できる研修環境を整備するための取組を行う。

○恒久定員内への地域枠の設置

地域における医師の確保を安定的に行うとともに、18歳人口の減少等に対応する観点から、必要な地域枠等を設置する場合は、原則として恒久定員内への地域枠の設置を検討する。

○臨時定員地域枠の設置

上記のような取組を行った上でなお、必要な医師確保を行うため、特に医師少数県や地理的条件その他の事情からやむを得ない事情のある都道府県においては、臨時定員の活用も考慮する。

○臨床研修における広域連携型プログラムに関する取組

へき地等の特殊な地理的条件における診療機会等を研修に盛り込むなど、地域の特色をプログラムに反映する。

○専門研修プログラムの周知、連携プログラムの活用

専攻医の採用促進施策として、都道府県内の専門研修プログラムの紹介に対する取組の後押しを行うほか、約3割の専攻医が、専門研修において派遣された連携先の都道府県での勤務を希望していることから、県外で採用された専攻医の連携先となり積極的に受け入れるなど、連携プログラムを活用する。

○必要な診療科の医師の育成・確保に関する取組

①若手医師を中心とした取組

医学生や若手医師を対象とした総合診療の魅力の発信に関するセミナーの開催、臨床研修・専門研修プログラムの充実のための支援等

②中堅・シニア世代を中心とした取組

総合的な診療能力を高めるためのリカレント教育の推進等

③必要な診療科の医師の確保に資する医師の働き方改革の推進

多様なライフプランやキャリアステージに応じた、常勤・非常勤などの勤務形態を問わない柔軟な働き方、医療機関におけるマネジメントの向上に係る支援等

II.患者流出入数の調整

1. 流出入調整とは

○厚生労働省から提供される医師偏在指標は、都道府県間・二次医療圏間の患者の流出入を見込んで算定することとされている。(医療機関所在地ベースの医療需要)

○厚生労働省からは、H29患者調査を基に算定された現計画における流出入係数のほか、参考値としてR6NDBにより算定した流出入数が示されているが、県独自調査に基づく数値を用いることも可能とされている。

※県独自の数値を使用する場合は、流出入のある関係都県の合意を得る必要がある。

2. 本県の対応

以下の理由から、現計画の流出入係数を用いることとしたい。

① 他県状況

関係都県に聞き取りを行った結果、一部の県のみ国参考値を採用しているものの、その他の都県については、第8次医師確保計画としての継続性を重視すべきであるなどの理由から、前回数値を用いる方針であること。

② 都道府県間の流出入の調整が必要となる目安

今回国から示された参考値においても、都道府県間の流出入調整が必要となる基準として国が示す流出入数(1,000人超、ただし小児については100人超、外来については2,000人超)に達する都道府県がないこと。

③ 現計画と国参考値の差

現計画と国参考値で流出入係数に大きな差がないこと。

(参考①) 本県患者の流出入状況 (H29 年患者調査、入院 (病院))

【都道府県間】

(単位: 千人/日)

区分	福島県	栃木県	埼玉県	千葉県	東京都	神奈川県	県外計
本県への流入数	0.2	0.3	0.2	0.5	0.5	0.1	1.8
本県からの流出数	0.1	0.5	0.2	0.7	0.2	0.0	1.7
流入数 - 流出数	0.1	△0.2	0.0	△0.2	0.3	0.1	0.1

【二次医療圏間】

08 茨城県	患者数 (施設所在地) (病院の入院患者数、千人/日)											患者総数 (患者住所地)	患者流出入数 (千人/日)
	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	都道府県外			
水戸	3.0	0.1	0.3	0.0	0.3	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	3.8	0.5
日立	0.1	2.3	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	2.6	0.3
常陸太田・ひたちなか	0.8	0.4	1.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.7	-0.8
鹿行	0.3	0.0	0.0	1.2	0.2	0.1	0.2	0.0	0.0	0.0	0.3	2.3	-1.0
土浦	0.1	0.0	0.0	0.0	1.5	0.3	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	2.1	0.4
つくば	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	1.4	0.4	0.1	0.1	0.0	0.0	2.2	0.9
取手・竜ヶ崎	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.5	2.6	0.0	0.0	0.0	0.2	3.5	0.1
筑西・下妻	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.5	0.0	1.4	0.2	0.2	0.2	2.4	-0.8
古河・坂東	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0	0.0	1.3	0.2	0.2	1.7	0.2
都道府県外	0.0	0.1	0.0	0.1	0.0	0.0	0.2	0.1	0.3	-	-	-	-
患者総数(施設所在地)	4.3	2.9	1.9	1.3	2.5	3.1	3.6	1.6	1.9	-	-	23.3	-0.2

※平成 29 年患者調査をもとに作成 (病院のみ)。都道府県内二次医療圏間の流出入数は患者調査の表章単位百人以下の場合 0.0 と表記されるため、医師偏在指標作成に使用した流出入数と異なる場合がある。

(参考②) 本県患者の流出入状況 (国参考値 (R6NDB、入院 (病院))

【都道府県間】

(単位: 千人/日)

区分	福島県	栃木県	埼玉県	千葉県	東京都	県外計
本県への流入数	0.1	0.3	0.2	0.4	0.2	1.4
本県からの流出数	0.1	0.5	0.1	0.8	0.2	1.8
流入数 - 流出数	0.1	△0.2	0.1	△0.4	0.0	△0.4

【二次医療圏間】

08 茨城県	患者数 (施設所在地) (病院の入院患者数、千人/日)											患者総数 (患者住所地)	患者流出入数 (千人/日)
	0801 水戸	0802 日立	0803 常 陸太田・ ひたちな か	0804 鹿 行	0805 土 浦	0806 つ くば	0807 取 手・竜ヶ 崎	0808 筑 西・下 妻	0809 古 河・坂 東	都道府 県外			
患者数	2.6	0.0	0.2	0.0	0.3	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	3.3	0.8
0801 水戸	2.6	0.0	0.2	0.0	0.3	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	3.3	0.8
0802 日立	0.1	2.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	2.3	0.1
0803 常陸太田・ひたちなか	0.7	0.3	1.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	2.7	-0.9
0804 鹿行	0.3	0.0	0.0	1.0	0.2	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0	0.3	2.1	-1.0
0805 土浦	0.1	0.0	0.0	0.0	1.1	0.3	0.2	0.0	0.0	0.0	0.1	1.9	0.3
0806 つくば	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	1.4	0.4	0.0	0.1	0.1	0.1	2.2	0.8
0807 取手・竜ヶ崎	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.5	2.3	0.0	0.0	0.0	0.4	3.5	0.1
0808 筑西・下妻	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4	0.0	1.3	0.1	0.3	0.3	2.2	-0.6
0809 古河・坂東	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.1	0.0	1.1	0.3	0.3	1.7	-0.1
都道府県外	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.3	0.2	0.3	-	-	-	-
患者総数(施設所在地)	4.1	2.5	1.8	1.1	2.2	2.9	3.6	1.7	1.7	-	-	22.0	-0.5

III. 次期医師確保計画の策定スケジュール

○現計画策定時のスケジュール等は下図のとおりであり、次期計画においても概ね同様の流れを想定。

- ・地域医療対策協議会での協議（現計画時：計6回開催）
- ・医療審議会への進捗状況報告・諮問
- ・パブリックコメント、関係団体等への意見聴取の実施

○具体的には、令和8年春頃に厚生労働省から発出されるガイドラインを踏まえ検討することとしたい。

現計画策定時の検討・協議体制とスケジュール

- 医師確保計画は医療計画の一部であることから、医療審議会への協議を経て県が策定する。
- 医師確保計画の策定に係る検討・協議は地域医療対策協議会で行う。また、救急、小児、周産期の各部会において個別テーマについての検討を行うとともに、地域医療構想との整合を図るため、必要に応じ、地域医療構想調整会議への協議を行う。
- 計画の策定にあたっては、各会議における議論や協議結果を公表し、透明性を確保する。

区分	医師確保計画	
	本体	救急、小児、周産期
6月		<ul style="list-style-type: none"> ■6/27 救急部会 ■6/29 小児・周産期部会
7月	<ul style="list-style-type: none"> ■7/3 地域医療対策協議会① ・計画策定の趣旨・記載事項、計画の協議・検討体制、スケジュール、医師偏在指標等 	
8月	<ul style="list-style-type: none"> ■8/29 医療審議会 ■8/30 地域医療対策協議会② 	
10月		<ul style="list-style-type: none"> ■10/12 救急部会 ■10/16 小児・周産期部会
11月	<ul style="list-style-type: none"> ■11/1 地域医療対策協議会③ ・計画素案報告 	
12月	<ul style="list-style-type: none"> ■12/26 地域医療対策協議会④ ■12/26 医療審議会 	
1月	<ul style="list-style-type: none"> ■1/22 地域医療対策協議会⑤ ・計画案決定 	
2月	<ul style="list-style-type: none"> ■パブリックコメント（2/7～2/29） ■関係団体・市町村等からの意見聴取（2/7～2/29） 	<ul style="list-style-type: none"> ■2/29 救急部会③
3月	<ul style="list-style-type: none"> ■3/25 地域医療対策協議会⑥ ・最終案決定 ■3/25 医療審議会 ・答申 ■3/31 県において計画策定・公表 	<ul style="list-style-type: none"> ■3/8 小児・周産期部会③

骨子案作成

素案作成

案作成

第8次(前期)茨城県医師確保計画の概要

計画の目的	現在の医師の不足や偏在の状況及び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を定め、実効的な医師確保対策を推進
計画の性格	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」の一部として作成 茨城県地域医療構想との整合や県総合計画等との調和を図る
計画期間	第8次(前期):2024年度～2026年度(3年間) ※以降、3年ごとに見直し

■現状と課題

医師の地域偏在	医療資源の最適化	県内の受療動向
医師偏在 ○ 本県の医師偏在指標は全国下位33.3%の医師少数県に含まれる ○ 二次保健医療圏では、つくば、水戸が上位33.3%の医師多数地域に含まれる ○ 取手・竜ヶ崎、筑西・下妻、古河・坂東、日立、常陸太田・ひたちなか、鹿行は全国下位33.3%の医師少数区域に含まれ、特に県北地域と鹿行地域の医師偏在指標が低い ○ 修学生医師について、研修可能な医療機関の少ない医療圏への配置が進んでいない状況	病院・診療所 ○ 人口10万人対病院数や1病院当たりの従事者数など多くの指標で本県は全国平均を下回る状況 ○ 人口減少や少子高齢化が進展する中、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効率的な体制を構築するため、地域医療構想に基づく各地域の医療機能の分化・連携の方針等に沿った医師や医療従事者の育成・確保が必要	患者の流入・流出 ○ 医師不足地域である筑西・下妻、鹿行から、水戸、土浦、つくばに入院患者が流出傾向 ○ 筑西・下妻、鹿行、取手・竜ヶ崎は他県にも流出がみられる ○ 救急医療(二次、三次)、周産期医療、小児医療では、拠点病院が所在する水戸、土浦、つくばへ周辺地域から流入傾向

政策医療体制の確保

救急医療	周産期医療	小児医療
○ 鹿行地域や県北山間地域の救急搬送時間が全国平均を大きく超過 ○ 休日・夜間に初期救急に対応する開業医の不足等により、軽症患者が二次救急医療機関を直接受診し受入人数が増加 ○ 高齢化に伴う救急搬送の増加等により、三次救急医療機関をはじめとした高次の医療機関への搬送増加が懸念 ○ 救命救急センターから離れた地域では重篤患者に対する診療体制が脆弱	○ 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。基幹分娩取扱病院への重点化・集約化が必要 ○ ハイリスク分娩等の需要の増大に伴い、負担が大きくなっている拠点病院への医師の適正配置や地域の産婦人科医療機関との連携強化を図る必要	○ 負担の重い拠点病院への医師の適正配置や地域の実情に応じた集約化・重点化、拠点となる病院における医療体制の確保を図る必要 ○ 医師の働き方改革に対応した小児医療体制の確保が必要

■医師偏在指標と医師少数・多数区域

- 医師偏在指標は全国ベースで医師の多寡を統一的・客観的に評価するため、地域の人口の性別・年齢構成や患者の流出入等の医療ニーズと性別・年齢階級別の医師数等を考慮し国が算定
- 都道府県及び二次保健医療圏ごとに算定され、それぞれ全国上位1/3が医師多数、下位1/3が医師少数に区分される

二次・三次医療圏	医師偏在指標	全国順位(全330医療圏)	区域	標準化医師数※(2020年)	(参考数値) 全国下位33.3%の基準を脱するために必要となる医師数
全国平均	255.6	-	-	-	-
茨城県	193.6	43	少数	5,632	6,384
つくば	337.7	23	多数	1,335	-
水戸	231.2	94	多数	1,214	-
土浦	184.4	204	-	551	-
取手・竜ヶ崎	173.3	235	少数	827	836
筑西・下妻	153.0	284	少数	294	318
古河・坂東	148.8	292	少数	353	399
日立	140.3	308	少数	410	494
常陸太田・ひたちなか	140.3	309	少数	405	485
鹿行	137.2	315	少数	242	296

■本計画における数値目標

- 県民の安心・安全を確保するためには、地域住民に欠かすことのできない救急・小児・周産期などの政策医療を担う中核的な医療機関が、地域における役割分担に沿った機能を維持・発揮できるよう、適切に医師が配置されることが重要
- このことから、県地域医療対策協議会において医師確保の必要性が認められたもののうち、政策医療提供体制を維持・強化するために、県が特に緊急的な対応が必要と判断したものを「最優先で医師確保に取り組む医療機関・診療科」として随時選定し、本計画の数値目標に設定
- 2年以内の必要医師数の確保に向け、県外医科大学との新たな協力関係の構築や寄附講座の設置など、あらゆる方策に取り組む

※ 標準化医師数は実際の医師数を性・年齢階級別に労働時間を勘案し、調整した医師数

■ 医師確保の方針と重点化の視点

- 本県は医師少数県であることから、医師の増加を図ることとし、医師の養成・定着や県外からの医師確保に取り組む。
- 特に県内の医師少数区域の医師の増加を図り、大学や医師多数区域の医療機関は県内医師少数区域への医師派遣に努める。
- 地域における救急、周産期、小児救急等の政策医療を担う中核的な医療機関が、役割分担に沿った医療機能を維持・発揮できるよう医師の確保に取り組む。

重点化

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

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と県内でのキャリアアップ、ライフステージに応じた働き方を支援

※医師を目指す志

視点3

関係機関の連携・協働

→ 県、大学、医療機関、関係団体等が議論を通じて医療資源の最適化を図る

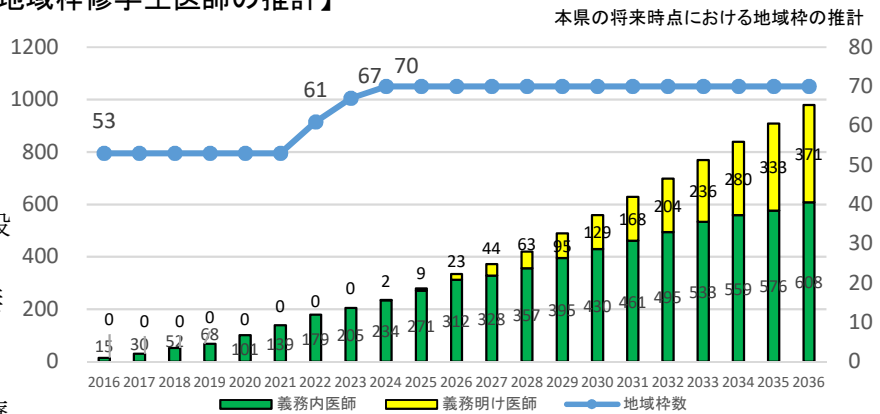
■ 医師確保の施策

① 医師養成課程を通じた医師確保

養成過程	現状・課題	施策
高校生	○ 医師の増加のためには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、医学部進学者数を増やす必要	<ul style="list-style-type: none"> ● 県内高等学校における医学コースの設置 ● 医学部進学者向け教育ローン利子補給 ● 医師の県内中学・高等学校等への訪問、地域枠説明会
医学生	<ul style="list-style-type: none"> ○ これまで、本県は地域枠の設置・拡大等により、将来、確実に医師不足地域に勤務する医師を養成・確保 ○ 国の医師需給推計・偏在指標により算定される将来時点の必要医師数を踏まえ、医師の養成を図る必要 	<ul style="list-style-type: none"> ● 各種修学資金貸与制度(地域枠、一般、海外、市町村) ● 自治医科大学運営に対する支援 ● 地域医療支援センターによる修学生等支援
キャリア形成 (臨床研修医、専攻医等)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 医師は臨床研修を行った都道府県に引き続き勤務する割合が高いことから、県内外から多くの研修医を採用する必要 ○ 修学生医師の増加や、2020年度以降の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を踏まえ、医師不足地域における研修体制を整備する必要 ○ 医師の診療科偏在が顕著であることから、本県で不足する診療科の専門医を養成する必要 	<ul style="list-style-type: none"> ● 県医師臨床研修連絡協議会を中心としたPR、指導体制の充実 ● キャリア形成プログラムの策定と魅力向上 ● 医師のキャリアアップ支援(専門医の認定支援、研修体制整備、海外派遣等) ● 地域偏在のさらなる是正に向けた地域枠制度の抜本的な見直し ● 医師修学資金貸与制度における「推奨診療科」の設定等による、将来不足が見込まれる診療科への誘導

【参考:本県の将来時点(2036年)における地域枠修学生医師の推計】

- 2024年度地域枠数の70人を維持した場合、2036年には義務内医師が608人、義務明け医師が371人まで増加する見込み。
- 2023年に国が算出した年間不足養成数は48人と示されており、地域枠の更なる新増設については、必要に応じて検討。
- 一方、研修機能が脆弱な鹿行、筑西・下妻の勤務が進んでいない状況。
- そのため、地域枠制度の抜本的な見直しについて検討を進めるとともに、県地域医療支援センターにおいて医師不足地域での勤務やキャリア形成を支援し、県内定着の促進を図る。



② 短期的な医師の確保

現状・課題	施策
<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域医療において、医師少数区域の中核病院や救急、周産期、小児救急等の政策医療機関の医師確保が重要 ○ 特に早急な対応が必要な医療機関・診療科はあらゆる方策やアプローチが必要 	<ul style="list-style-type: none"> ● 医師の派遣調整 <ul style="list-style-type: none"> ・地域医療構想調整会議との連携による医師配置調整 ・地域枠医師等へのキャリア形成プログラムの適用 ● 県外からの医師確保 <ul style="list-style-type: none"> ・「いばらき医療大使」等による医科大学との新たな関係構築 ・ウェブサイト等を活用した県外医師への個別アプローチ、県内医療機関へのマッチングによるUIJターンの促進 ・寄附講座の設置、県外大学との連携プログラムの作成促進 ・海外研修費支援による医師個人へのインセンティブ <div style="text-align: center;"> <p>【医師の配置調整】</p> </div>

③ 魅力ある環境づくり

- 特定行為研修修了看護師の活用等によるタスクシフト/シェアを推進
- 医療勤務環境改善センター等において若手医師等の育児・就業や医療機関の勤務環境改善を支援し、県内定着を促進
- 医師の働き方改革を進めるため、県民へ救急電話相談やかかりつけ医の活用等を周知

④ 茨城県地域医療支援センター

- 2019年度より筑波大学内に分室を設置し体制を強化。本県地域医療のコントロールタワーの確立を目指す
 - ・キャリアコーディネーターや教育インストラクターによる修学生の卒前教育、キャリア形成支援
 - ・本県勤務の魅力など総合的な情報発信

⑤ 計画の推進体制

- 県・市町村、医師会等関係団体、医療機関、筑波大学、地域医療対策協議会・地域医療支援センターが役割を認識し、連携・協働して計画を推進

■ 産科・小児科の医師確保

※2 偏在対策基準医師数とは、計画期間終了時の偏在指標が下位33.3%に達することとなる医師数

周産期・三次医療圏	医師偏在指標	全国順位 ※1	区域	標準化分娩取扱医師数(人)	(参考)産科偏在対策基準医師数 ※2
全国平均	10.5	-	-	9,396	-
茨城県	9.8	28	-	205	162.8
県南・鹿行	9.9	104	-	57	36.3
つくば・県西	11.1	84	-	76	43.8
県央・県北	8.7	144	-	72	50.1

小児・三次医療圏	医師偏在指標	全国順位 ※3	区域	標準化小児医師数(人)	(参考)小児科偏在対策基準医師数 ※2
全国平均	115.1	-	-	17,634	-
茨城県	95.8	42	相対的少数	314	313
土浦広域	139.5	42	-	46	27
つくば市・筑西	110.2	135	-	83	60
茨城西南	94.0	193	-	22	19
県央・県北	90.0	214	相対的少数	94	84
常総	80.5	253	相対的少数	25	26
稲敷	70.6	276	相対的少数	20	23
鹿行南部	69.6	277	相対的少数	13	16
日立	55.8	295	相対的少数	11	15

- 本県は産科で相対的医師少数県を脱却し、周産期医療圏においても引き続き相対的医師少数区域は該当なし。
- 小児科では引き続き全国下位33.3%に含まれる相対的医師少数県であるものの、小児医療圏の茨城西南が相対的医師少数区域から脱却。

産科・小児科の医師確保

方針	産科	小児科
医療提供体制の充実・見直し等	<ul style="list-style-type: none"> ○各周産期医療圏で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、連携体制の構築を図る。 ①正常分娩等を取り扱う医療機関 ②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) ③リスクの高い妊娠及び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) 	<ul style="list-style-type: none"> ○医療機関の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の充実を図るとともに、県保健医療計画における「小児救急医療圏構想」に基づく3広域小児医療圏への見直しと医療資源の集約化・重点化を図る。 ○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提供体制の確保を図る。
短期的な医師の確保	○三次保健医療圏、周産期医療圏及び小児医療圏の医療提供体制維持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る。	
中・長期的な医師の養成	○将来の出生数や年少人口の減少と医師の需給を見据えた医師の養成・確保を行う必要があることから、国の「都道府県別診療科別ごとの将来必要な医師数の見直し」などを踏まえ、中・長期的な必要医師数の養成を図る。	