

茨城県医師確保計画

計画期間 令和2（2020）年度～令和5（2023）年度

令和2年3月

茨 城 県

茨城県医師確保計画 目次

総論

第1章 計画策定の趣旨	2
1 第7次保健医療計画の推進	
2 国における医療提供体制改革	
3 医師確保計画の策定	
（1）計画の性格	
（2）計画期間	
4 計画の概要	
第2章 本県の現状と課題	7
1 医師数	
2 医療施設	
3 患者の受療動向	
（1）都道府県間の受療動向	
（2）二次保健医療圏間の受療動向	
第3章 医師偏在指標と医師多数区域・医師少数区域	32
1 医師偏在指標の考え方	
2 医師偏在指標と区域の分類	
3 本県の医師偏在指標と医師少数区域・医師多数区域の設定	
4 本計画の数値目標	
第4章 本計画にける医師確保の方針と重点化の視点	37
1 県全体及び二次保健医療圏の医師確保の方針	
2 計画推進の重点化の視点	

各論

第1章 医師の養成課程を通じた医師確保	40
第1節 国の医師需給推計と医師の養成	40
第2節 各養成課程の現状と課題及び対策	41
1 高校生	41
（1）現状と課題	
（2）対策	
2 医学生	44
（1）現状と課題	
医学部の入学定員	
地域枠制度	
（2）対策	
地域枠による将来時点の不足医師の養成	
医師修学資金制度	
自治医科大学における医師の養成	
県地域医療支援センターによる修学生等支援	

3 医師のキャリア形成	54
(1) 現状と課題	
医師臨床研修制度(臨床研修医)	
新専門医制度(専攻医)	
(2) 対策	
茨城県医師臨床研修連絡協議会	
キャリア形成プログラム	
キャリアアップ支援	
第2章 医師の派遣調整	67
1 考え方	
2 本県における医師の派遣調整	
第3章 県外からの医師確保	69
1 考え方	
2 対策	
第4章 魅力ある環境づくり	70
第5章 茨城県地域医療支援センター	74
第6章 産科の医師確保	76
1 現状と課題	
2 産科医師偏在指標と相対的小児科医師少数区域の設定	
3 産科の医師確保の方針	
4 産科の医師確保の施策	
第7章 小児科の医師確保	89
1 現状と課題	
2 小児科医師偏在指標と相対的小児科医師少数区域の設定	
3 小児科の医師確保の方針	
4 小児科の医師確保の施策	
第8章 計画の推進体制の各関係機関の役割	102

總論

第1章 計画策定の趣旨

1 第7次茨城県保健医療計画の推進

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

特に、本県の人口10万対の医師数は全国でも低位にあり、二次保健医療圏の内、常陸太田・ひたちなか医療圏，鹿行医療圏，筑西・下妻医療圏は全国平均の半分に満たないなど、医師の不足や地域偏在が深刻な状況にあることに加え、産科や小児科等の医師が不足していることから、医師の確保については、最優先で取り組む県の重要な課題と位置付け、「茨城県医師不足緊急対策行動宣言」により、これまでの常識にとらわれず新たな発想により、あらゆる手段を講じ、県民一丸となって、医師の養成や県内定着，地域偏在や診療科偏在の解消に取り組むこととしています。

▷ 茨城県医師不足緊急対策行動宣言

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

2 国における医療提供体制改革

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

【医療提供体制改革の経緯】

平成25年12月	社会保障改革プログラム法 ・少子化対策，医療制度，介護保険制度，公的年金制度の改革の全体像・進め方を明示
平成26年6月	地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備 新たな基金の創設と医療・介護の連携強化（地域介護施設整備促進法関係）

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

3 医師確保計画の策定

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

（1）計画の性格

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

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

（2）計画期間

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

茨城県保健 医療計画	第 7 次	第 8 次		第 9 次	
	2018～2023 年度	2024～2029 年度		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

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とすべき医師数を定め、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7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	2020年度～2023年度(4年間) 次期計画以降は3年ごとに見直し

現状と課題

医師不足と偏在	医療資源の不足	県内の受療動向
医師不足 本県医師数は増加傾向にあるものの、人口10万対医師数は全国第46位 地域偏在 二次医療圏では、つくばが全国平均を大きく上回るが、鹿行、筑西・下妻、常陸太田・ひたちなかは全国平均の半分以下 診療科偏在 ほぼ全ての診療科で医師が不足 特に内科や外科、小児科等の不足が顕著	病院・診療所 多くの指標で本県は全国平均を下回る状況 人口10万対の病院数・病床数(一般、療養)、1病院当たりの医師数、病床100床当たりの医療従事者数、人口10万対の一般診療所数・有床診療所数及び病床数、病床利用率(一般、療養)	患者の流入・流出 医師不足地域から水戸医療圏、土浦医療圏、つくば医療圏に入院患者が流出傾向 鹿行医療圏、筑西・下妻医療圏、古河・坂東医療圏は他県にも流出がみられる 救急医療(初期、二次、三次、小児)、周産期医療では、拠点病院が所在する水戸医療圏、土浦医療圏、つくば医療圏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
県北・鹿行地域の搬送時間が全国平均を大きく超過 初期救急の医師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 救命救急センターが地域的に偏在し遠隔地の三次救急医療体制が脆弱	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。特定医療機関にハイリスク分娩が集中 拠点病院への医師の適正配置や日立総合病院の地域周産期母子医療センターの再開、分娩の集約化を図る必要	人口10万対小児科医師数は全国最下位。県内地域偏在も顕著 負担の重い拠点病院への医師の適正配置や県央・県北における初期も含めた24時間対応の救急医療体制の構築を図る必要

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入等医療ニーズと医師数を考慮し国が算定

本県は全国第42位で下位33.3%に含まれる医師少数県

二次医療圏では、つくば、水戸が全国335医療圏の上位33.3%に含まれる医師多数区域である一方、取手・竜ヶ崎、鹿行、古河・坂東、筑西・下妻、常陸太田・ひたちなか、日立は全国下位33.3%に含まれる医師少数区域

全都道府県の医療圏の合計数は335

二次・三次医療圏	医師偏在指標	全国順位	区域	標準化医師数(2018年)	(参考数値) 全国下位33.3%の基準を脱するため必要となる医師数
全国平均	239.8	—	—	—	—
茨城県	180.3	42	少数	5,281	6,092
つくば	350.3	14	多数	1,362.5	—
水戸	203.5	100	多数	1,083.0	—
土浦	183.5	151	—	553.4	—
取手・竜ヶ崎	159.9	231	少数	753.3	755.0
鹿行	130.1	310	少数	233.1	272.3
古河・坂東	128.4	312	少数	307.5	365.2
筑西・下妻	125.9	316	少数	248.8	293.9
常陸太田・ひたちなか	125.6	317	少数	369.5	446.8
日立	124.9	319	少数	370.0	457.0

本計画の数値目標

各医療圏の実情・課題等を分析し、随時、最優先で取り組む目標を設定。早急な実現に向け施策の重点化を図る。

県が2020年(令和2年)9月までの医師確保に取り組む最優先の医療機関・診療科16名

二次保健医療圏	医療機関	確保が必要な診療科・医師数
日立	(株)日立製作所日立総合病院	産婦人科×4、小児科×2
常陸太田・ひたちなか	常陸大宮済生会病院	内科(救急科)×3
鹿行	神栖済生会病院	整形外科×3
土浦	総合病院土浦協同病院	産婦人科×2
取手・竜ヶ崎	JAとりで総合医療センター	小児科×2

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、医師多数区域は県内医師少数区域への医師派遣に努める。

医療計画や地域医療構想との整合を図り、各地域や疾病・事業の医療体制に求められる医療機能やその分化・連携の方針に基づき、必要となる医師の確保を図る。

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()の実現とキャリア形成
 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、関係団体等が新しい発想、あらゆる方策にチャレンジ

医師確保の施策

医師養成課程を通じた医師確保

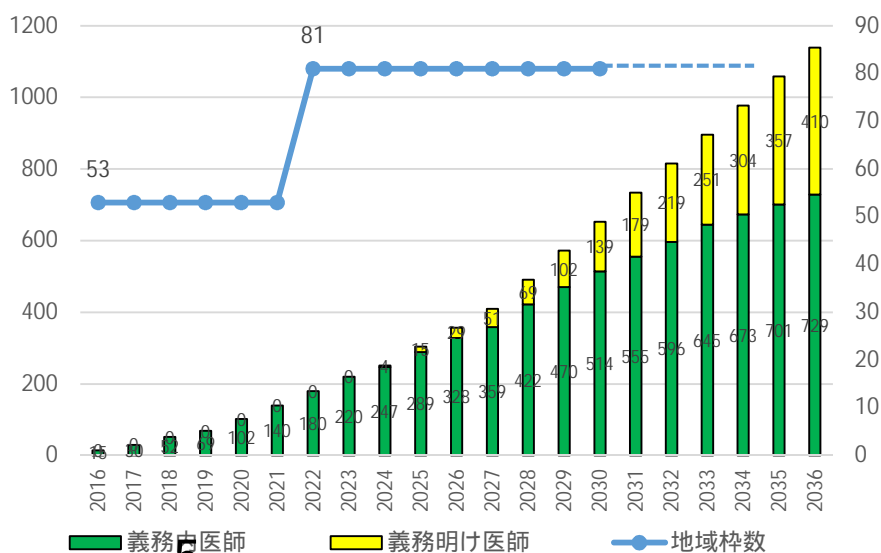
養成過程	現状・課題	施策
高校生	医師の増加のためには県内高校生の医学への興味と本県の医療状況への理解を深め、医学部進学者数を増やす必要	県内高等学校における医学コースの設置 医学部進学者向け教育ローン利子補給 医師の県内高等学校等への訪問、地域枠説明会
医学生	これまで、本県は地域枠等の設置・拡大により主に医師不足地域に勤務する医師を養成・確保 一方、医学部臨時定員は2020・2021年度は維持されるものの、以後は国の医師需給推計・偏在指標により算定される将来時点の必要医師数に基づき、医師の養成を図る必要	国が算定予定の本県の2022年度以降の地域枠必要数に基づき、今後、筑波大学や県外大学に地域枠設置を要請 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)	出身地・出身大学の県内・県外に関わらず、臨床研修を行った都道府県への勤務率が高く、県内外から多くの研修医を採用する必要 医師の診療科偏在が顕著であり、新専門医制度において、本県で不足する診療科医師を養成する必要	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)

【参考：国が暫定的に算出した医師需給推計・将来時点(2036年)の不足医師数に基づく本県の地域枠医師の推計】

本県の将来時点の必要医師数を確保するために必要な地域枠数は81。地域枠充足率、国家試験合格率、定着率を上位推計した場合、2036年には義務内医師729人、義務明け医師が410人まで増加となる。

本計画では、国が需給推計等を確定後、大学医学部に地域枠の設置・増員を要請するとともに、一般修学資金や海外対象修学研修資金貸与制度、自治医科大学における医師の養成を図る。

さらに、県地域医療支援センターにおいて医師不足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。



短期的な医師の確保

現状・課題	施策	【医師の配置調整】
<p>地域医療において、医師少数区域の中核病院や救急、小児、周産期等の政策医療機関の医師確保が重要</p> <p>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</p>	<p>医療法等の改正により地域医療対策協議会の権限が強化。政策医療を中心に医師の派遣調整を実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域枠等医師のキャリア形成プログラム(再掲) ・医師配置調整(地対協・センター、県内医療機関、筑波大学等) <p>「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</p> <p>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Uターン等の促進</p> <p>寄附講座の設置</p> <p>外国からの医師の受入れ促進</p>	

魅力ある環境づくり	茨城県地域医療支援センター	計画の推進体制
<p>医師の時間外労働規制等の「医師の働き方改革」を踏まえた勤務環境整備を図る。</p> <p>医療勤務環境改善支援センター等において女性医師等の育児・就業や医療機関の勤務環境改善の取組を支援し、県内定着促進を図る。</p>	<p>R元年度より筑波大学内に分室を設置。本県地域医療のコントロールタワーの確立を目指す。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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及び交流促進、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 	<p>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</p>

産科・小児科の医師確保

産科の医師偏在指標 <small>全都道府県の周産期医療圏の合計数は284</small>				小児科の医師偏在指標 <small>全都道府県の小児医療圏の合計数は311</small>			
周産期・三次医療圏	医師偏在指標	全国順位	区域	小児・三次医療圏	医師偏在指標	全国順位	区域
全国平均	12.8	—	—	全国平均	106.2	—	—
茨城県	10.3	41	相対的少数	茨城県	82.2	47	相対的少数
県南・鹿行	11.9	114	—	土浦広域	114.1	84	—
つくば・県西	9.9	165	—	つくば市・筑西	106.9	109	—
県央・県北	9.5	177	—	茨城西南	78.1	235	相対的少数
<p>本県は産科・小児科ともに全国下位33.3%に含まれる相対的医師少数県。</p> <p>特に小児科は全国最下位であるとともに、5つの小児医療圏が全国下位33.3%に含まれる相対的医師少数区域</p>				県央・県北	73.6	248	相対的少数
				常 総	72.1	255	相対的少数
				日 立	60.2	288	相対的少数
				稲 敷	51.5	296	相対的少数
				鹿行南部	49.9	301	相対的少数

産科・小児科の医師確保

方針	産 科	小児科
<p>医療提供体制の充実・見直し等</p>	<p>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。</p> <p>正常分娩等を取り扱う医療機関</p> <p>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)</p> <p>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)</p>	<p>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。</p> <p>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を図る。</p>
<p>短期的な医師の確保</p>	<p>医師の需給推計における短期的なギャップ(不足数)について、医療計画や地域医療構想における各周産期医療圏、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る。</p>	
<p>中・長期的な医師の養成</p>	<p>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。</p> <p>国の「都道府県別診療科別の将来に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を養成。</p>	

第2章 本県の現状と課題

1 医師数

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

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

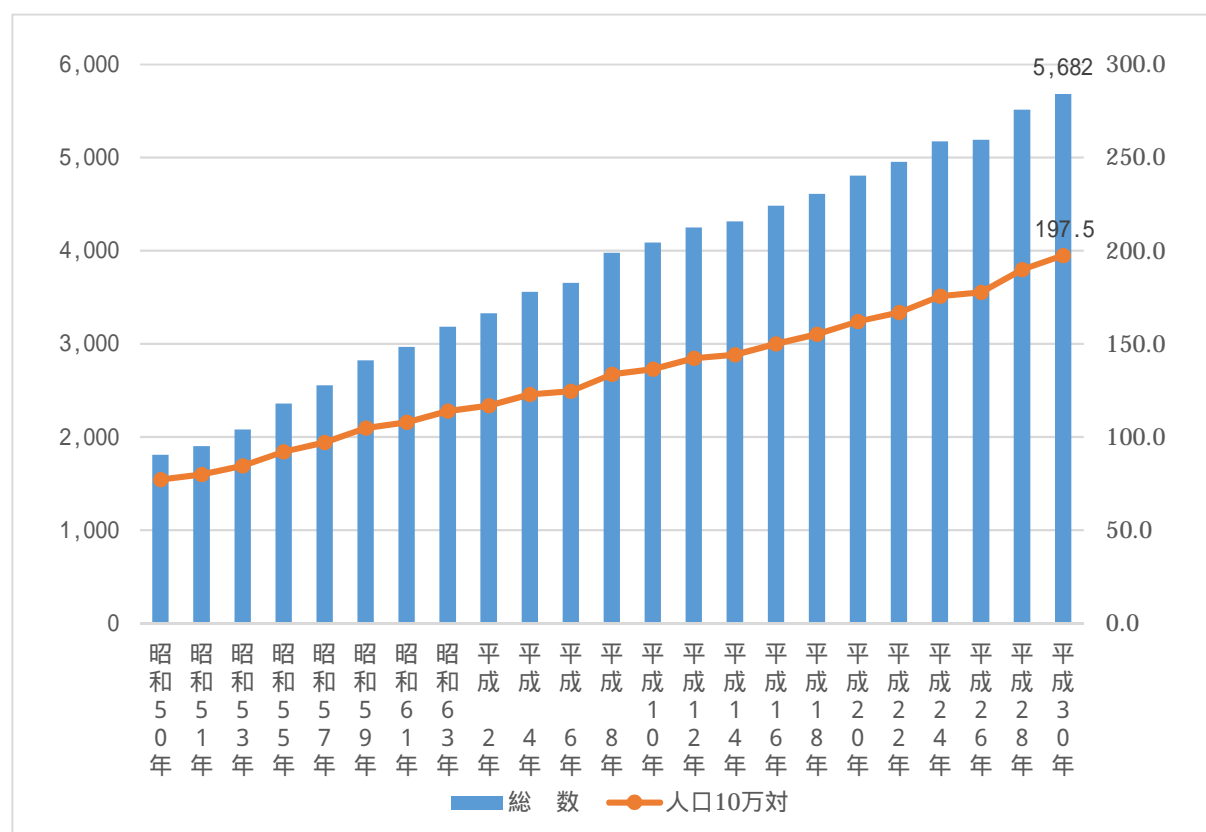
診療科別にみると、ほぼ全ての診療科で全国平均を下回り、特に内科が少なく、次いで精神科、外科、整形外科、小児科などが少ない状況です。

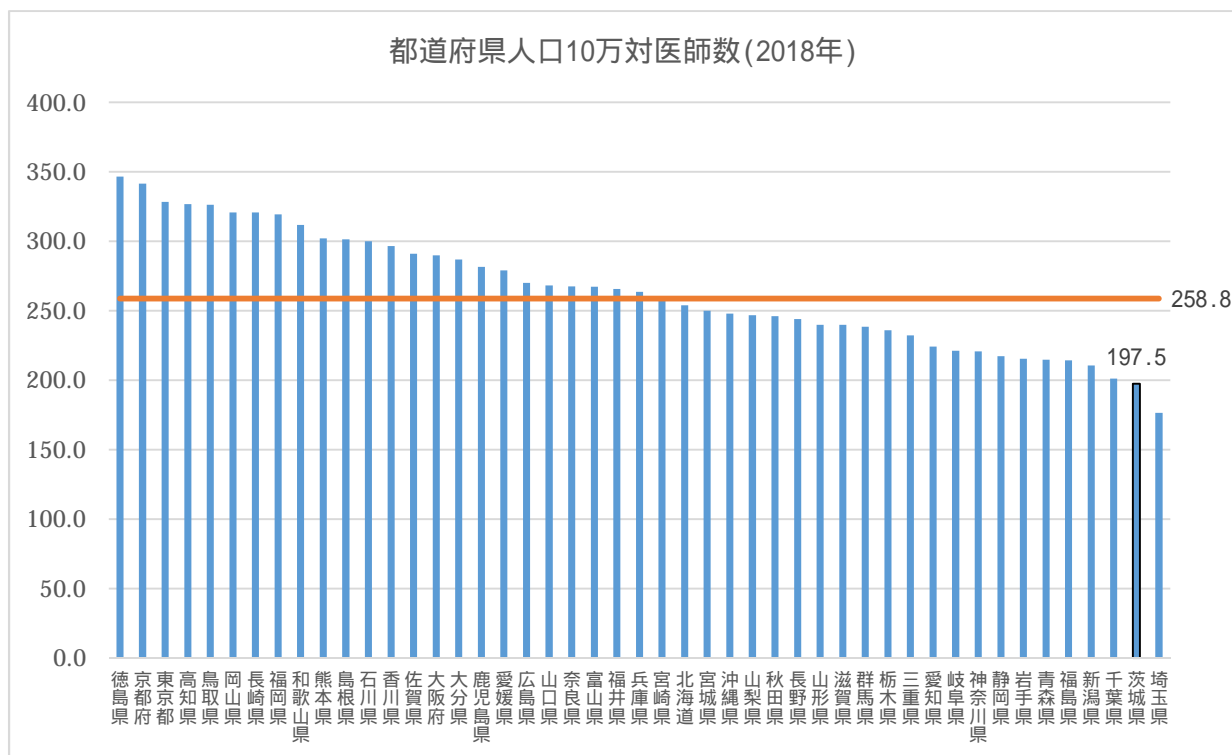
常陸太田・ひたちなか医療圏や鹿行医療圏、筑西・下妻医療圏など、医師不足が顕著な地域では、病院の勤務医の割合が少なく、また、医師の高齢化もみられることから、地域の医療提供体制を確保するため、医師の確保をはじめ、各医療機関の役割分担や連携を図る必要があります。

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

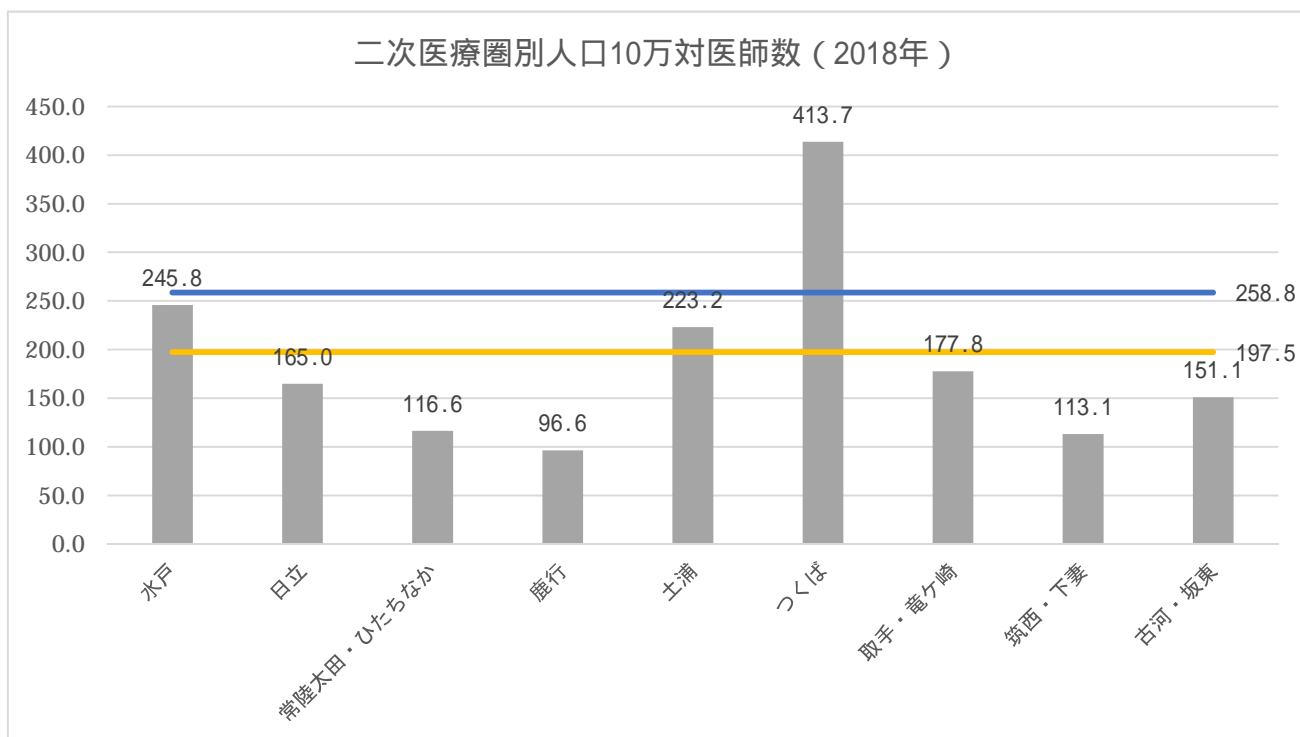
本県の医師数は、2018 年（平成 30）年 12 月 31 日現在で 5,682 人であり、増加傾向にあります。

また、人口 10 万対医師数は、197.5 人であり、増加傾向にありますが、全国平均 258.8 人を大きく下回り、全国第 46 位と下位にあります。

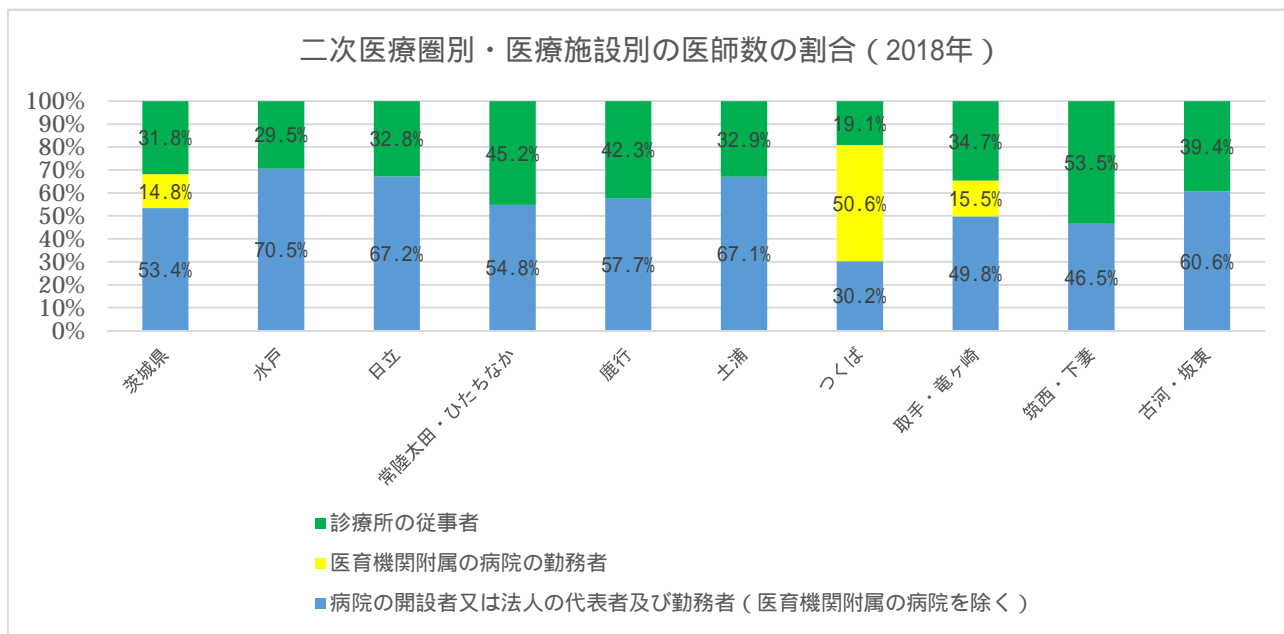




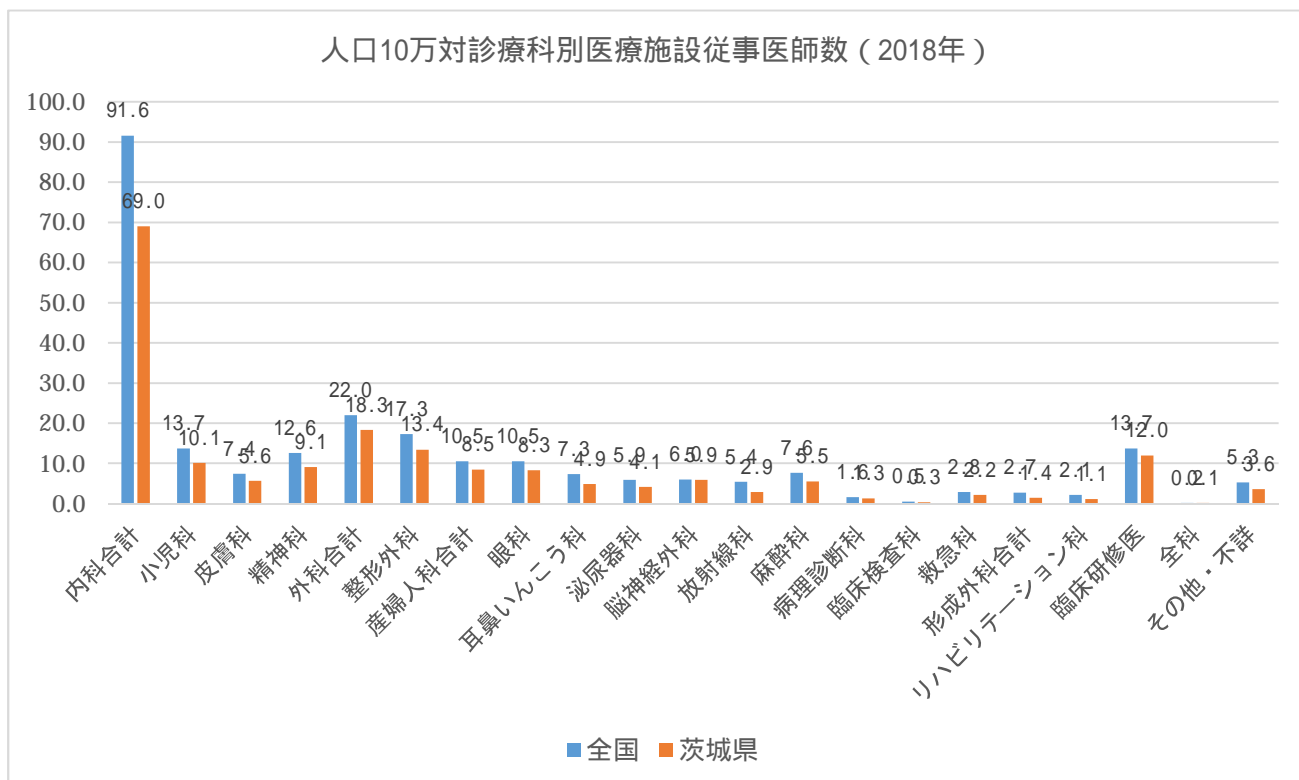
県内の二次保健医療圏別に人口10万対医師数をみると、つくば保健医療圏が413.7人と全国平均の258.8人を上回る一方、鹿行保健医療圏、筑西・下妻保健医療圏、常陸太田・ひたちなか保健医療圏では全国平均の半分に満たないなど、医師の地域偏在がみられます。



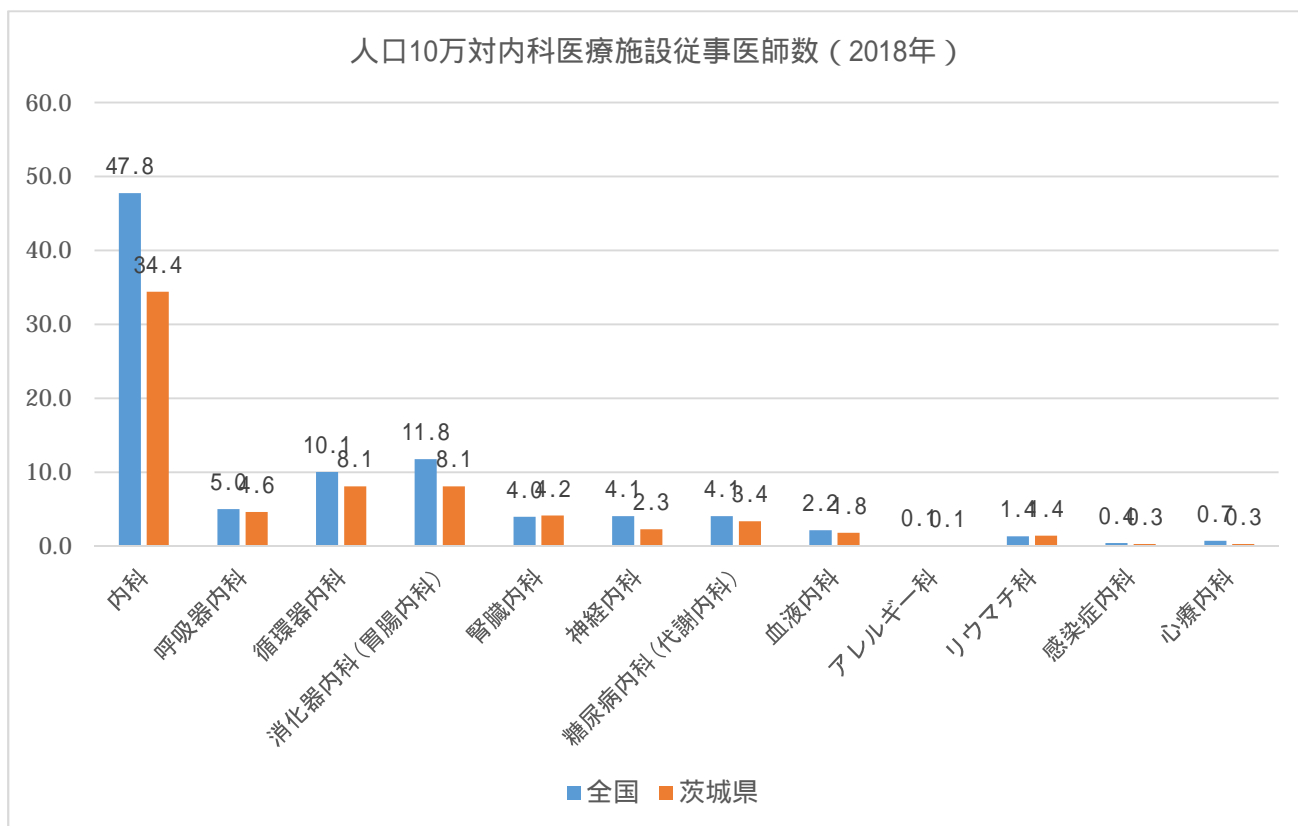
医療施設別の医師数をみると、筑波大学附属病院が所在するつくば保健医療圏では、医育機関附属の病院の勤務者の割合が50.6%と最も高く、筑西・下妻保健医療圏、常陸太田・ひたちなか保健医療圏、鹿行保健医療圏などの医師不足が顕著な地域では、診療所の従事者の割合が高い傾向にあります。



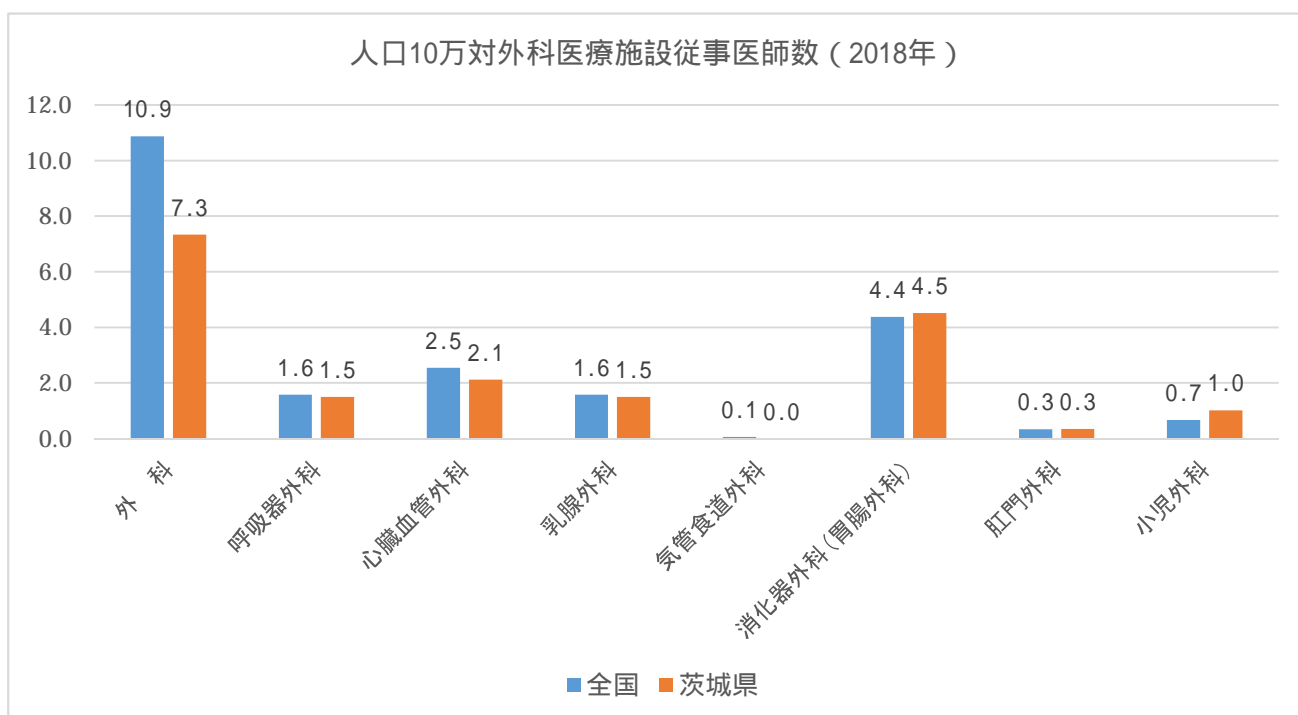
診療科別に人口10万対医療施設従事医師数をみると、本県では、ほぼ全ての診療科で全国平均を下回り、特に内科（合計）は全国平均に比べ約23人少なく、次いで、整形外科，外科（合計），小児科，精神科が全国平均に比べ少ない状況です。



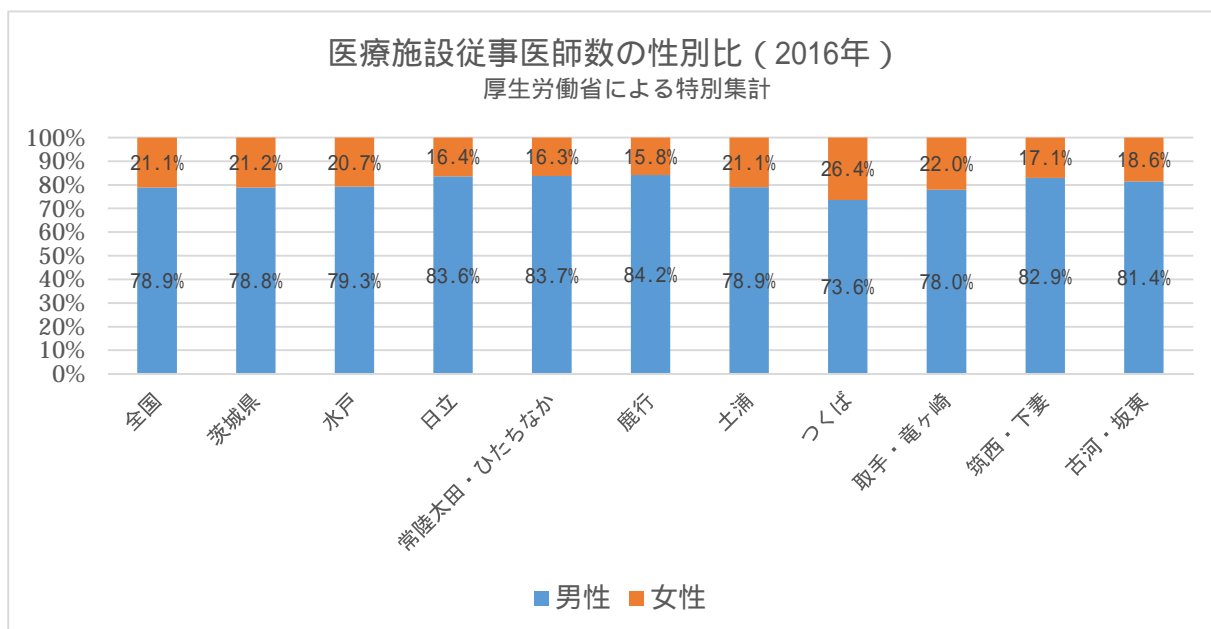
内科の人口10万対医療施設従事医師数の内訳では、全ての診療科で全国平均を下回っています。



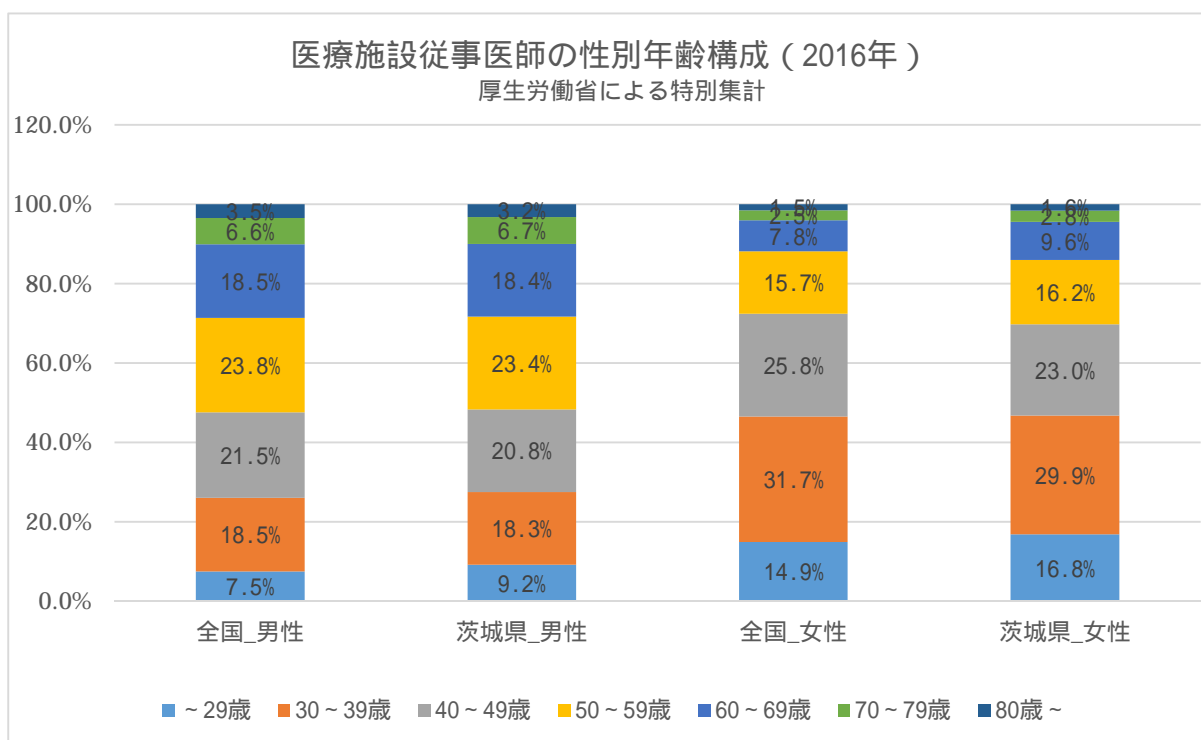
外科の人口10万対医師数の内訳では、呼吸器外科や心臓血管外科、乳腺外科等が全国平均を下回っています。



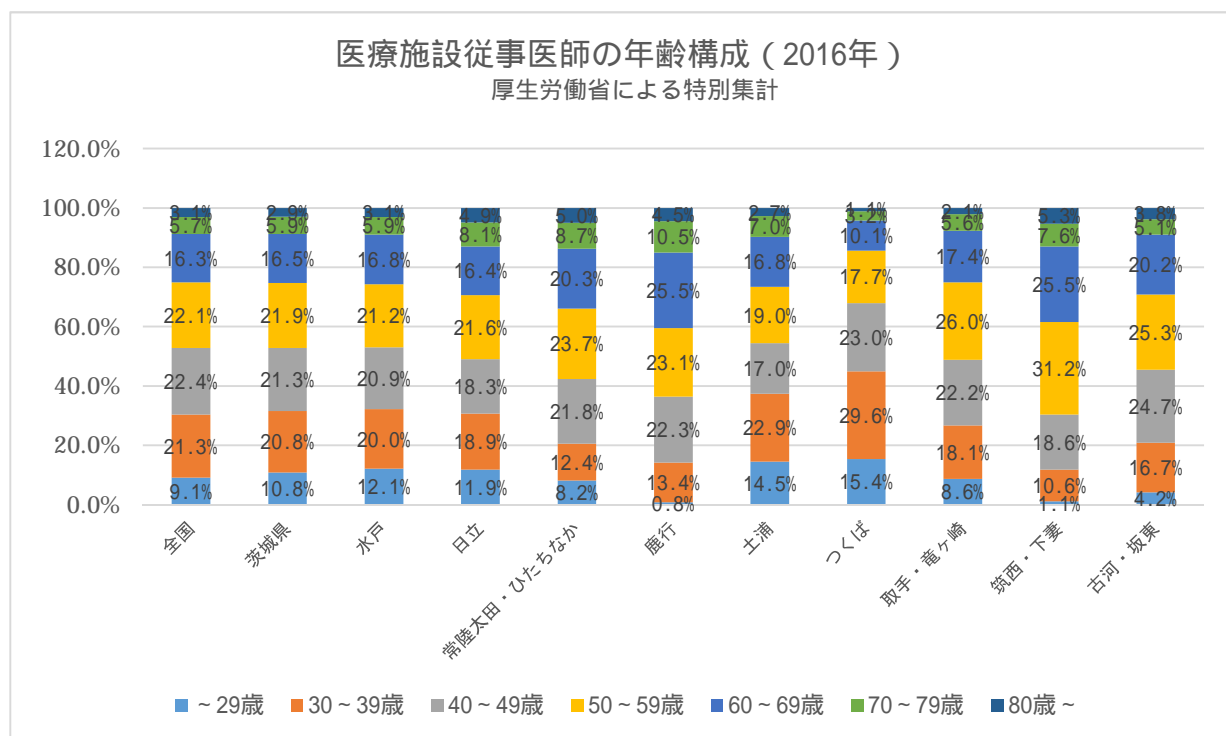
医療施設従事医師数を性別・年齢階級別にみると、男女比については、本県は全国平均と同様の割合となっていますが、二次保健医療圏別にみると、全国平均に比べ、つくば保健医療圏は女性の割合が高く、日立保健医療圏、常陸太田・ひたちなか保健医療圏、鹿行保健医療圏、筑西・下妻保健医療圏、古河・坂東保健医療圏は男性の割合が高くなっています。



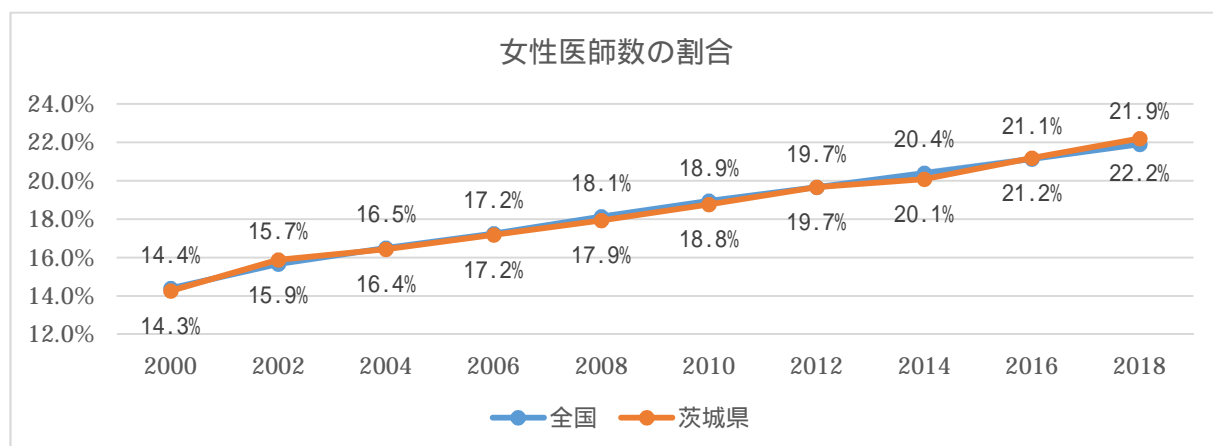
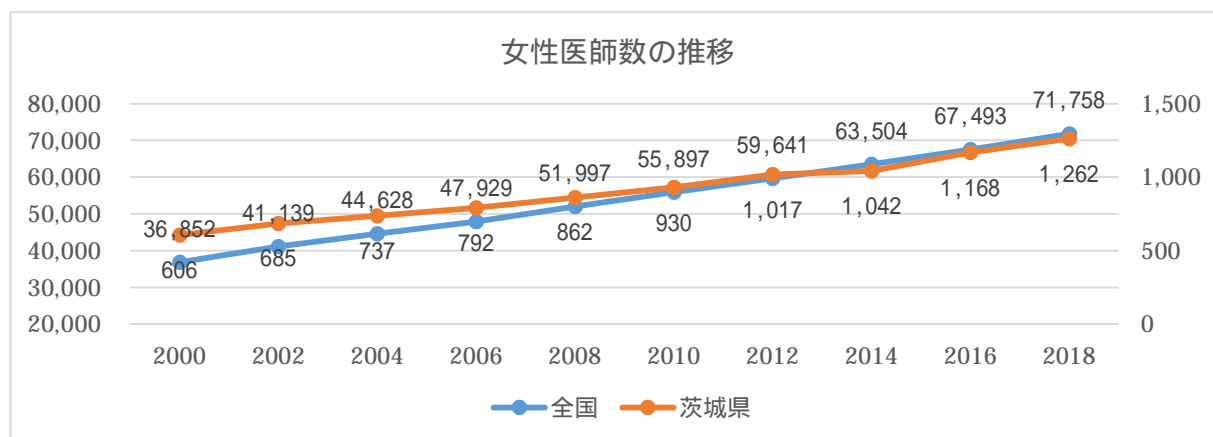
また年齢階級別では、本県は男女ともに20代の医師の割合が全国平均を上回っている一方、女性医師については、30代及び40代の医師の割合が低くなっています。



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



女性医師数及び女性医師数の割合は全国・本県ともに増加傾向にあります。



2 医療施設

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

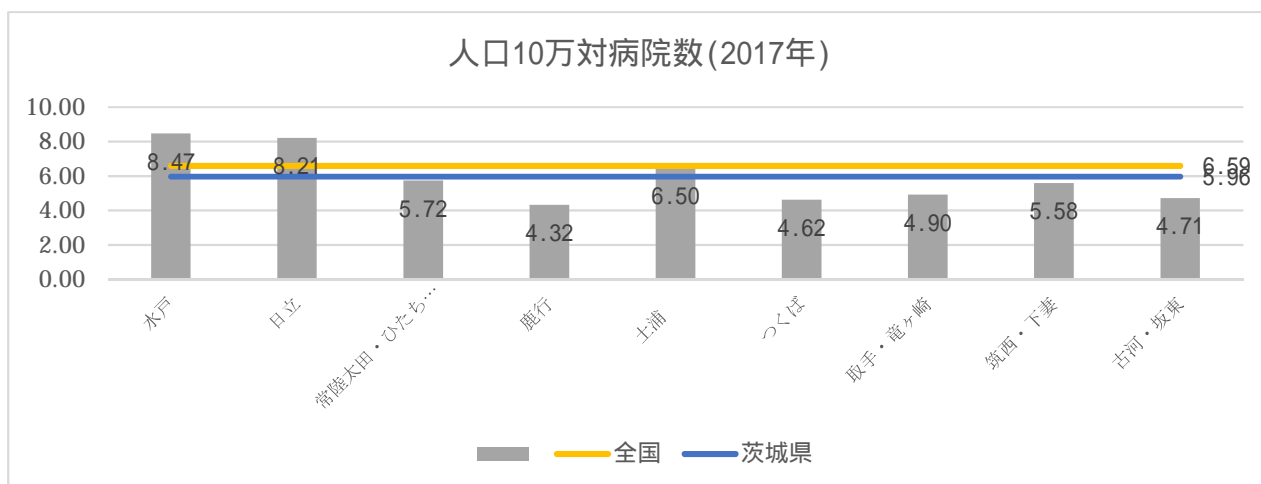
人口10万対一般診療所数，有床診療所数及びその病床数は，いずれも全国平均を下回っています。

本県の病床利用率は一般病床・療養病床のいずれも全国平均を下回っています。

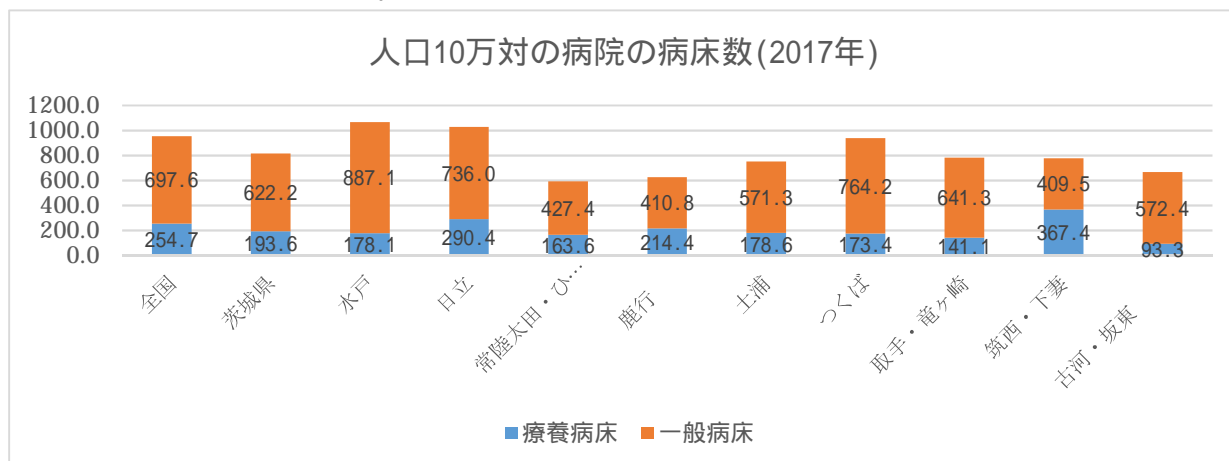
本県では，「茨城県地域医療構想」により，県内の医療資源を最大限に活用しながら，将来の医療需要の変化に対応した体制を効率的・効果的に構築するため，各地域の病床機能の分化及び連携を図っており，この方針等を踏まえ，各医療機能に対応できる医師をはじめとする医療従事者の育成や確保を図っていく必要があります。

病院

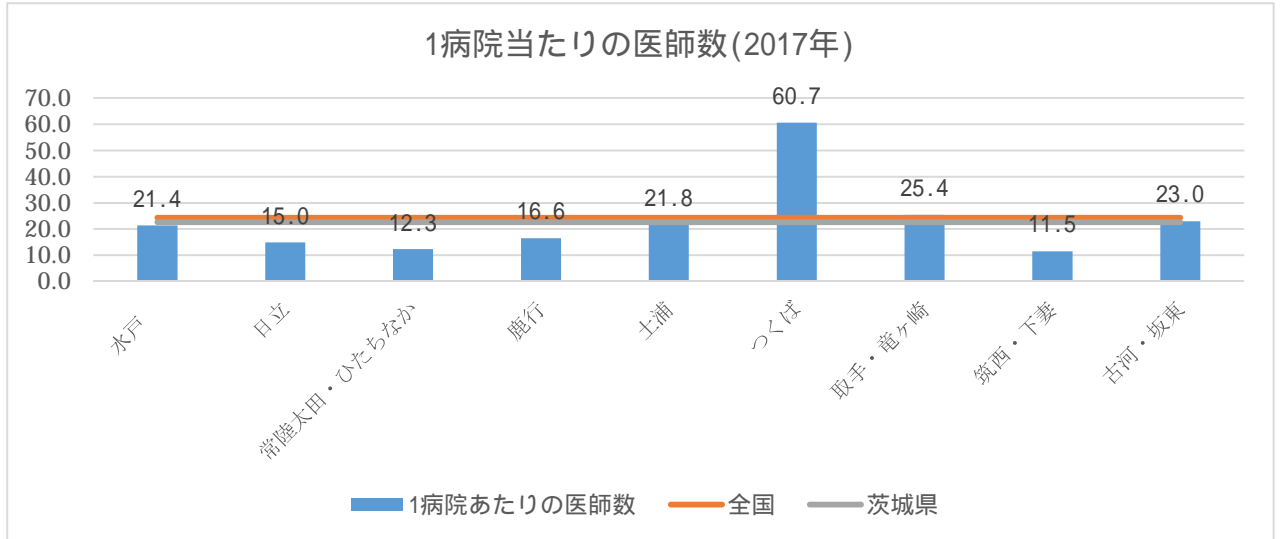
本県の人口10万対病院数は全国平均を下回っており，二次保健医療圏別にみると，特に鹿行，つくば，古河・坂東，取手・竜ヶ崎，古河・坂東が全国平均を大きく下回っています。



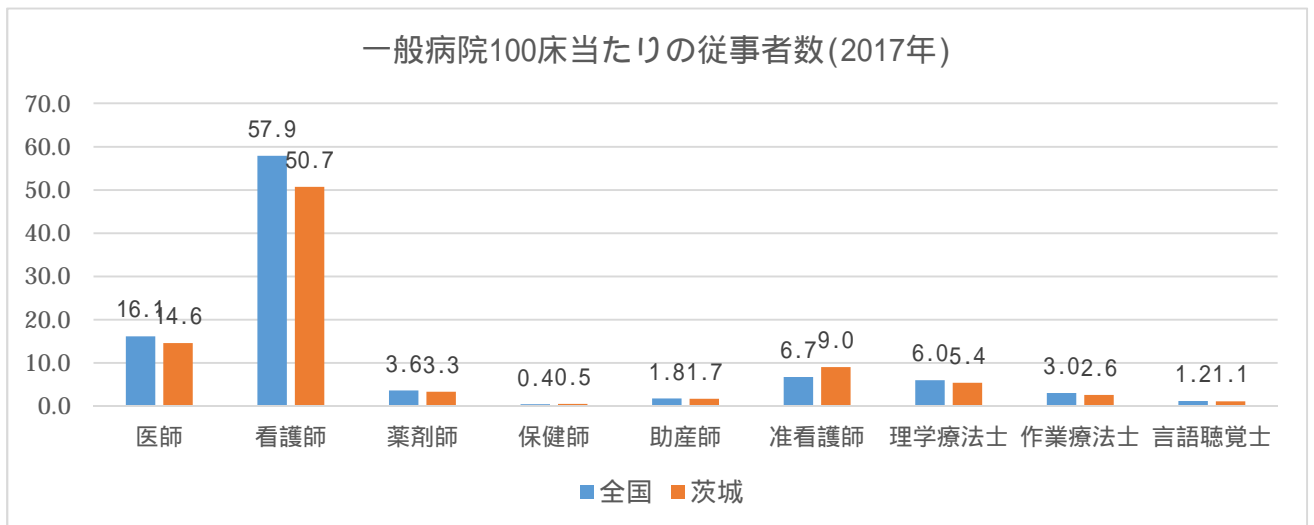
また，本県の人口10万対の病院の病床数についても，一般病床，療養病床のいずれも全国平均を下回っています。二次保健医療圏別にみると，一般病床については，筑西・下妻，鹿行，常陸太田・ひたちなか全国平均を大きく下回り，療養病床については，古河・坂東が全国平均を大きく下回っています。



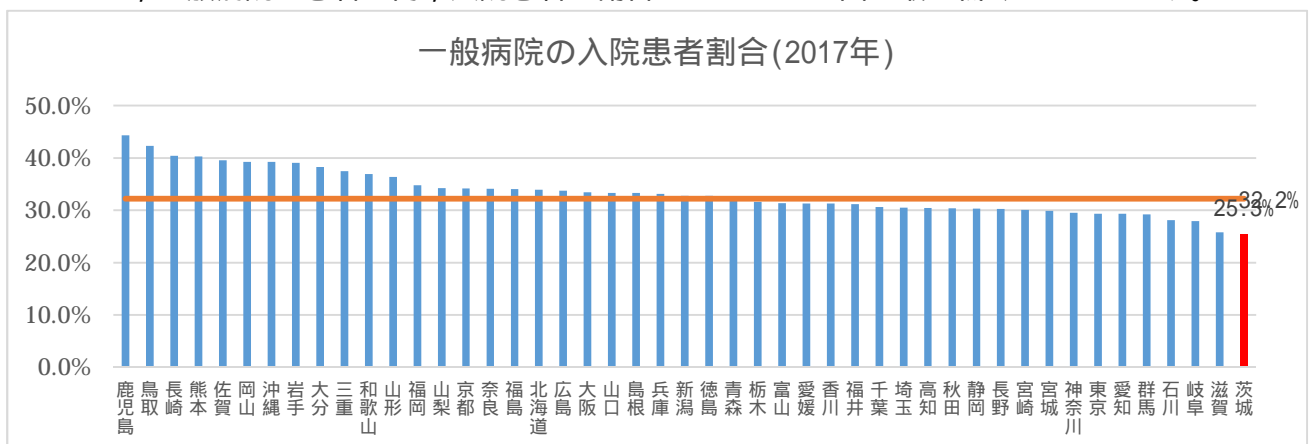
本県の一般病院について、1病院当たりの医師数は25.3人であり、全国平均を下回っています。二次保健医療圏別では、筑波大学附属病院が所在するつくば医療圏が全国平均を大きく上回る一方、日立、常陸太田・ひたちなか、筑西・下妻は全国平均・県平均を大きく下回っています。



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

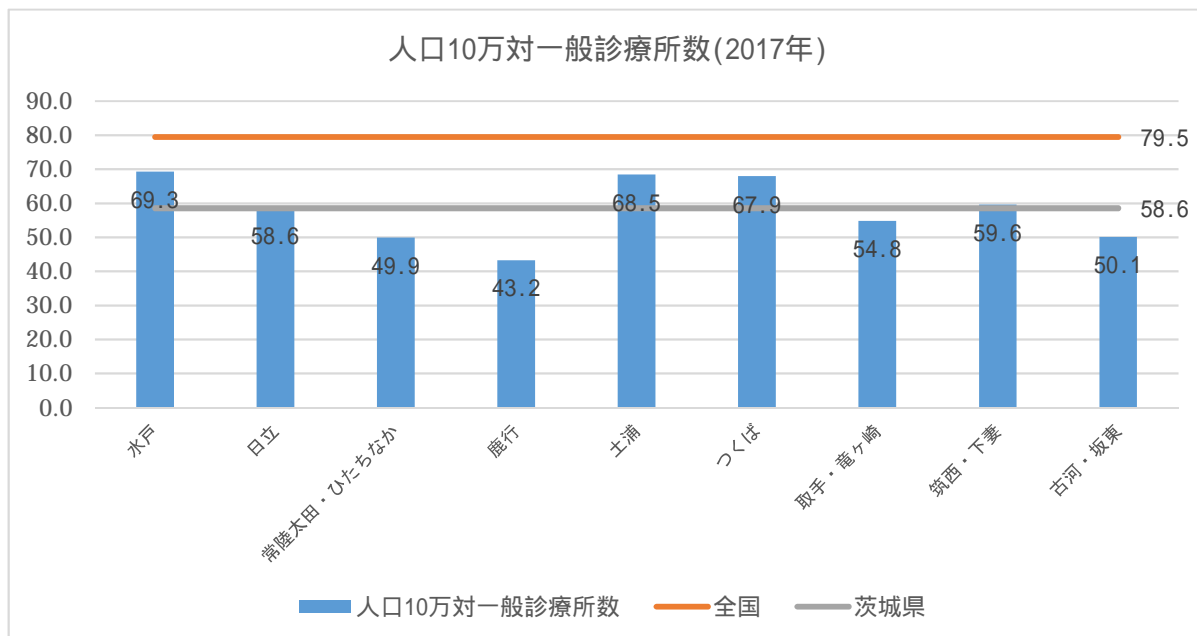


また、一般病院の患者の内、入院患者の割合は23.3%と全国で最も低くなっています。

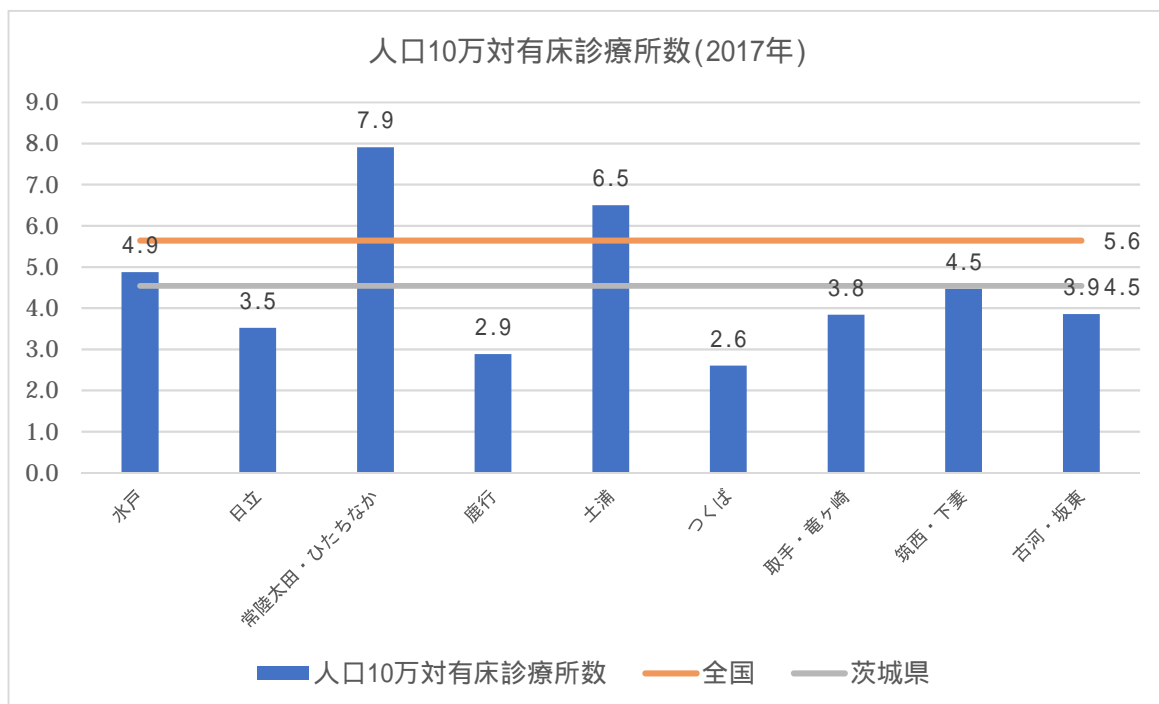


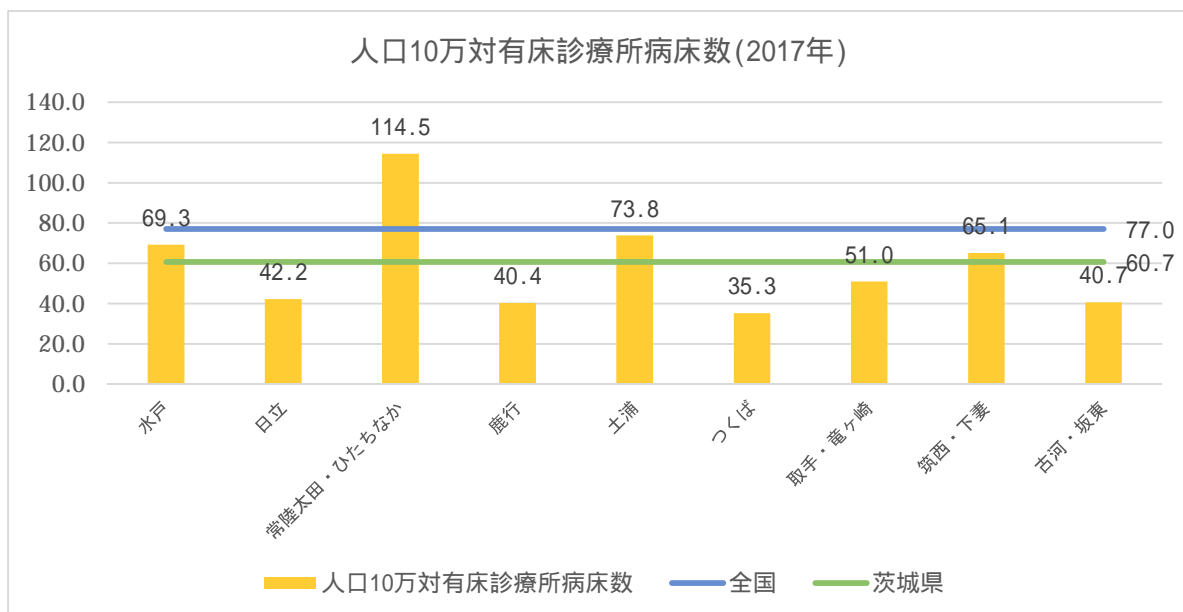
診療所

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



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

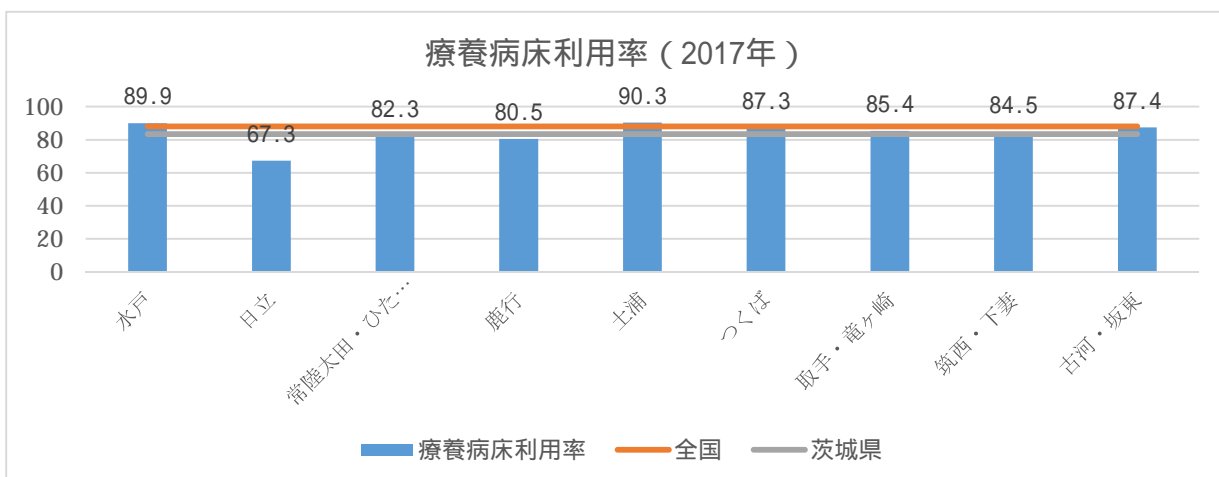
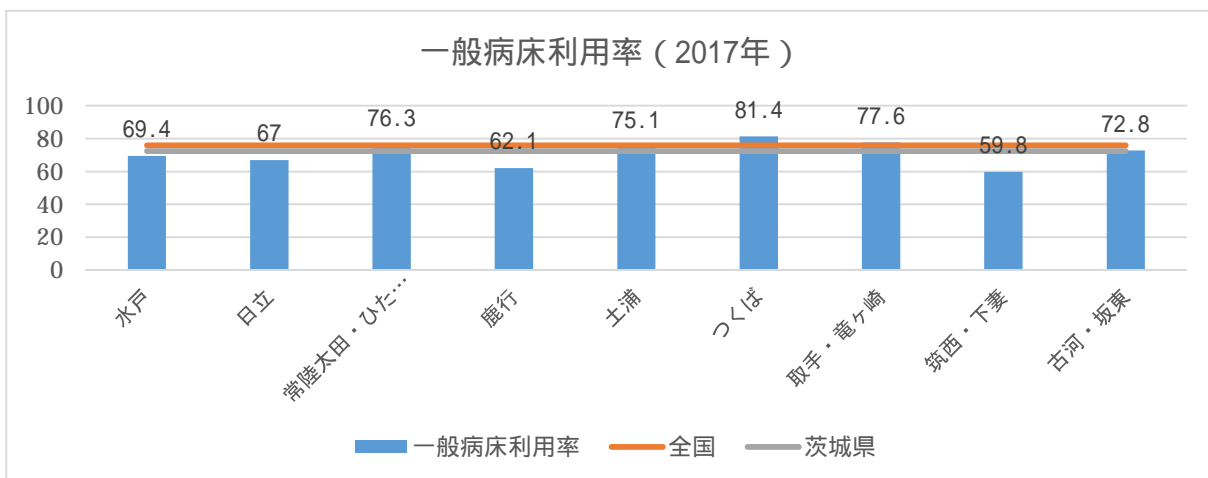




病床利用率

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

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



【茨城県地域医療構想】

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

2040年を展望した医療提供体制の改革について（イメージ）

平成31年4月24日 第46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、高効率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（標準ケースに基いたと、イメージ）

現在

- 医療資源の分散・偏在
 - 都道府県ごとの異なる医療提供体制
 - 医師の偏在と不足
 - 医師の少ない地域での医療提供量の不足
- 高齢化と医療需要は医療安全への不安にも繋がる

2040年

- かかりつけ医が担った地域における適切なオンライン診療や在宅医療の推進
- 地域医療連携専門コンプレックス
- 連携ネットワークの活用
- 連携等による高度医療
- ICT等の活用による医師偏在
- ICT等の活用による医師偏在
- ICT等の活用による医師偏在

どこにおいても必要な医療を届けるため

- ・ 富まれた医療資源の配置の最適化（医師確保、病院、医療機関）
- ・ 医療計画に「地域医療構想」「医師確保計画」が盛り込まれ、統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担う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等の活用を促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）の推進

2040年を展望した2025年までに着手すべきこと

三位一体で推進

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な対応方針の合意形成
- ② 合意形成された具体的な対応方針の編成と地域医療構想の実現に向けた更なる対応
- ③ かかりつけ医が役割を担う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を推進するための適切なルール整備 等

医師・医療従事者の働き方改革の推進

- ① 医師の労働時間短縮の徹底
- ② 医療機関内のマネジメント改革（医務長・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等の活用を促した効率化、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（地域偏在と診療科目偏在の是正）

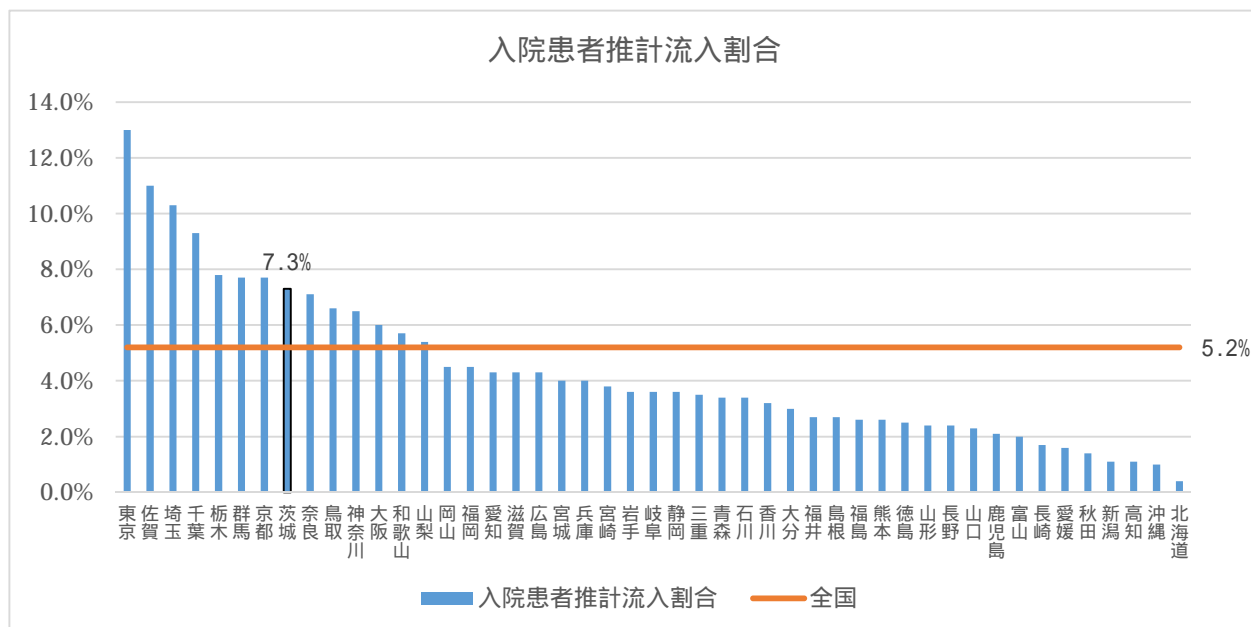
注）地域医療提供体制における機能分化・連携、統合化・兼業化の推進にこれを促進するための医療情報の整備・共有化を含む「**地域医療連携の推進**」

高効率性のある医師偏在対策の着実な推進

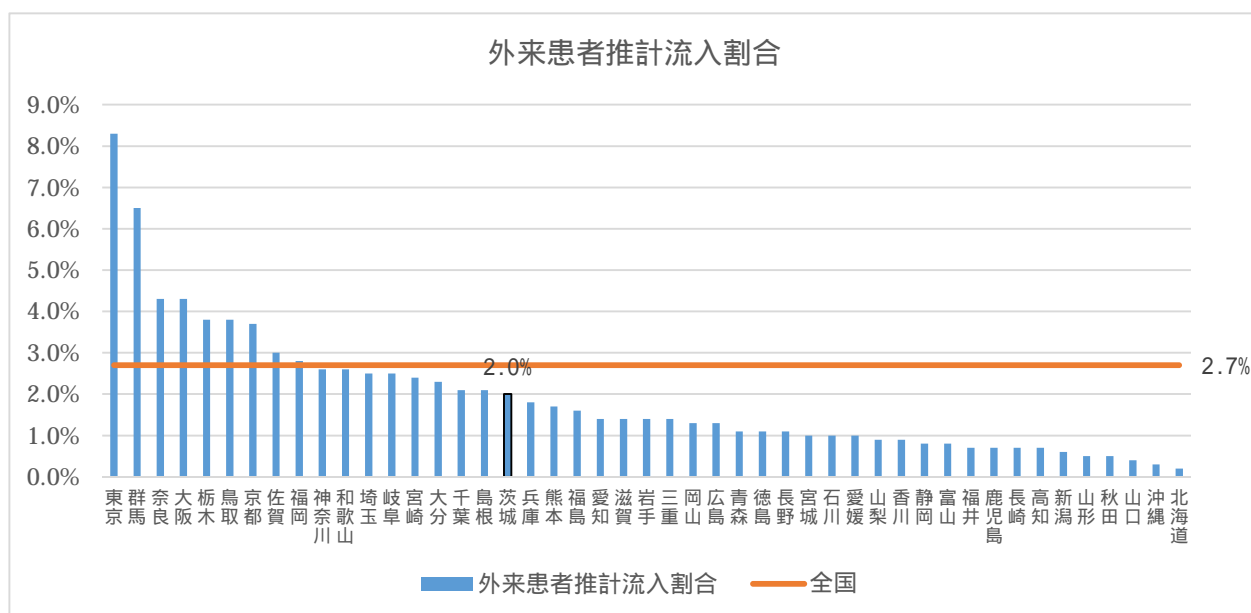
- ① **地域医療構想**や2040年の医療提供体制の展望と整合した**医師確保計画**の執行
 - ・ 医師確保計画に基づき医師確保計画の推進と必要な医療の確保
 - ・ 将来の医療ニーズに合わせた地域別の配置・拡大
- ② 地域ごとに異なる人口構成の変化等に対応した将来の医療科別必要医師数を算出する等による対応
- ③ 統合的な診療能力を有する医師の確保等のプライマリケアへの対応

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

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



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



(2) 二次保健医療圏間の受療動向

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

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

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

【診療科別の医師数と受療動向】

医療圏	診療科別の医師数等	受療動向
水戸	<ul style="list-style-type: none"> 内科以外の診療科は全国平均及び2024必要医師数に近い値。 内科は全国平均を下回っており、求人数も多い。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，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，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。

入院患者の病床別の受療動向

ア 一般病床

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

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

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

（患者住所地）		（施設所在地）															（千人）
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	14.4	13.1	2.9	1.2	1.2	0.8	1.2	2.3	2.2	0.7	0.8	0.1	0.4	0.1	0.4	0.2	
水戸	2.5	2.5	2.1	0	0.1	0	0.1	0.1	0	0	-	0	0	0	0	0	
日立	1.3	1.2	0.1	1	0.1	0	0	0	0	-	-	0	0	0	-	0	
常陸太田・ひたちなか	1.7	1.6	0.6	0.1	0.9	0	0	0	0	-	-	0	0	0	0	0	
鹿行	1.3	1.1	0.1	0	0	0.7	0.1	0.1	0	-	-	-	-	0	0.2	0	
土浦	1.2	1.2	0	0	0	0	0.7	0.3	0.2	0	-	0	-	-	0	0	
つくば	1.5	1.4	0	-	0	-	0.1	1	0.3	0	0	0	0	0	0	0	
取手・竜ヶ崎	2.4	2.1	0	0	0	0	0.1	0.3	1.6	0	-	0	0	0	0.2	0.1	
筑西・下妻	1.4	1.1	0	-	0	0	0	0.4	0	0.6	0.1	-	0.2	0	0	0	
古河・坂東	1.2	0.9	0	-	0	-	0	0.1	0	0	0.7	0	0.1	0.1	0	0	
福島県	10.6	0	0	0	0	-	-	0	0	-	-	10.2	0	0	0	0	
栃木県	9.5	0.1	0	0	0	-	-	0	0	0	0.1	0	9	0.1	0	0.1	
埼玉県	32.8	0.1	0	-	-	0	0	0	0	-	0.1	0	0.1	28	0.3	3.3	
千葉県	27.4	0.2	0	0	-	0	0	0	0.1	0	0	0	0	0.2	25.1	1.5	
東京都	60.5	0.1	0	-	0	0	0	0	0.1	-	0	0	0	1.2	0.8	56	

（患者住所地）		（施設所在地）															（割合）
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%	20%	8%	8%	6%	8%	16%	15%	5%	6%	1%	3%	1%	3%	1%	
水戸	100%	100%	84%	0%	4%	0%	4%	4%	0%	0%	-	0%	0%	0%	0%	0%	
日立	100%	92%	8%	77%	8%	0%	0%	0%	0%	-	-	0%	0%	0%	-	0%	
常陸太田・ひたちなか	100%	94%	35%	6%	53%	0%	0%	0%	0%	-	-	0%	0%	0%	0%	0%	
鹿行	100%	85%	8%	0%	0%	54%	8%	8%	0%	-	-	-	-	0%	15%	0%	
土浦	100%	100%	0%	0%	0%	0%	58%	25%	17%	0%	-	0%	-	-	0%	0%	
つくば	100%	93%	0%	-	0%	-	7%	67%	20%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
取手・竜ヶ崎	100%	88%	0%	0%	0%	0%	4%	13%	67%	0%	-	0%	0%	0%	8%	4%	
筑西・下妻	100%	79%	0%	-	0%	0%	0%	29%	0%	43%	7%	-	14%	0%	0%	0%	
古河・坂東	100%	75%	0%	-	0%	-	0%	8%	0%	0%	58%	0%	8%	8%	0%	0%	
福島県	100%	0%	0%	0%	0%	-	-	0%	0%	-	-	96%	0%	0%	0%	0%	
栃木県	100%	1%	0%	0%	0%	-	-	0%	0%	0%	1%	0%	95%	1%	0%	1%	
埼玉県	100%	0%	0%	-	-	0%	0%	0%	0%	-	0%	0%	0%	85%	1%	10%	
千葉県	100%	1%	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%	2%	1%	93%	

イ 療養病床

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

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

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

(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	4.2	4.0	0.7	0.4	0.4	0.3	0.4	0.5	0.5	0.6	0.1	0.0	0.1	0.0	0.1	0.0
水戸	0.7	0.7	0.5	0.0	0.1	-	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	-	0.0	-	0.0	-
日立	0.4	0.4	0.0	0.4	0.0	-	-	-	0.0	0.0	-	0.0	-	-	-	-
常陸太田・ひたちなか	0.5	0.5	0.1	0.0	0.4	-	0.0	-	-	0.0	-	-	0.0	-	-	-
鹿行	0.5	0.5	0.1	0.0	0.0	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	-	-	0.0	0.0	0.0	0.0
土浦	0.4	0.4	0.0	-	-	-	0.3	0.0	0.0	0.0	-	-	-	-	-	-
つくば	0.3	0.3	-	-	-	0.0	0.0	0.2	0.0	0.0	0.0	-	-	0.0	-	0.0
取手・竜ヶ崎	0.5	0.5	-	-	-	-	0.0	0.1	0.4	0.0	-	-	0.0	-	0.0	0.0
筑西・下妻	0.6	0.6	-	-	-	-	0.0	0.1	0.0	0.5	0.0	-	0.0	-	-	-
古河・坂東	0.2	0.2	-	-	-	-	-	0.0	0.0	0.0	0.1	-	0.0	0.0	-	-
福島県	3.1	0.0	-	0.0	0.0	-	-	-	-	-	-	3.0	0.0	0.0	0.0	0.0
栃木県	3.7	0.1	-	-	-	-	-	-	-	0.1	0.0	-	3.4	-	0.0	0.0
埼玉県	9.7	0.0	-	-	-	0.0	-	-	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	8.6	0.1	0.7
千葉県	8.7	0.2	-	0.0	-	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	-	-	0.0	0.1	8.1	0.2
東京都	21.8	0.2	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.9	0.5	18.7

(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%	95%	17%	10%	10%	7%	10%	12%	12%	14%	2%	0%	2%	0%	2%	0%
水戸	100%	100%	71%	0%	14%	-	14%	0%	0%	0%	0%	-	0%	-	0%	-
日立	100%	100%	0%	100%	0%	-	-	0%	0%	0%	-	0%	-	-	-	-
常陸太田・ひたちなか	100%	100%	20%	0%	80%	-	0%	-	-	0%	-	-	0%	-	-	-
鹿行	100%	100%	20%	0%	0%	60%	0%	0%	0%	0%	-	-	0%	0%	0%	0%
土浦	100%	100%	0%	-	-	-	75%	0%	0%	0%	-	-	-	-	-	-
つくば	100%	100%	-	-	-	0%	0%	67%	0%	0%	0%	-	-	0%	-	0%
取手・竜ヶ崎	100%	100%	-	-	-	-	0%	20%	80%	0%	-	-	0%	-	0%	0%
筑西・下妻	100%	100%	-	-	-	-	0%	17%	0%	83%	0%	-	0%	-	-	-
古河・坂東	100%	100%	-	-	-	-	-	0%	0%	0%	50%	-	0%	0%	-	-
福島県	100%	0%	-	0%	0%	-	-	-	-	-	-	97%	0%	0%	0%	0%
栃木県	100%	3%	-	-	-	-	-	-	-	3%	0%	-	92%	-	0%	0%
埼玉県	100%	0%	-	-	-	0%	-	-	0%	0%	0%	0%	0%	89%	1%	7%
千葉県	100%	2%	-	0%	-	1%	0%	0%	0%	0%	-	-	0%	1%	93%	2%
東京都	100%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	4%	2%	86%

入院患者の医療機能別の受療動向

ア 高度急性期

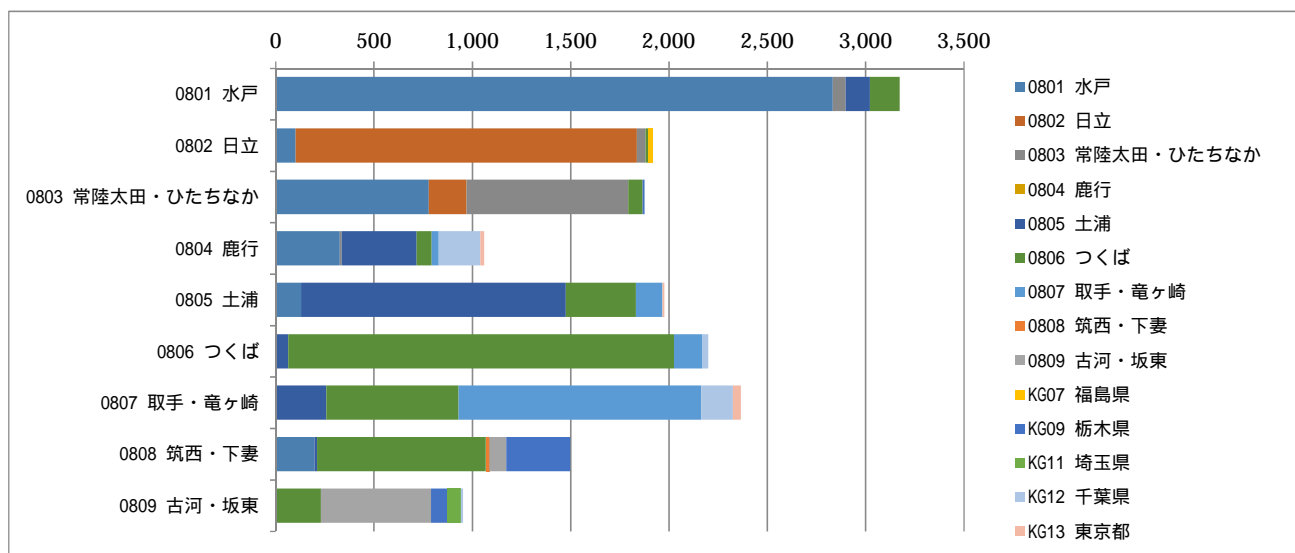
「医療計画策定支援データブック 2016」()によると、二次保健医療圏の内、鹿行、筑西・下妻、常陸太田・ひたちなか、取手・竜ヶ崎、古河・坂東について、他の圏域への患者の流出が多くなっています。

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

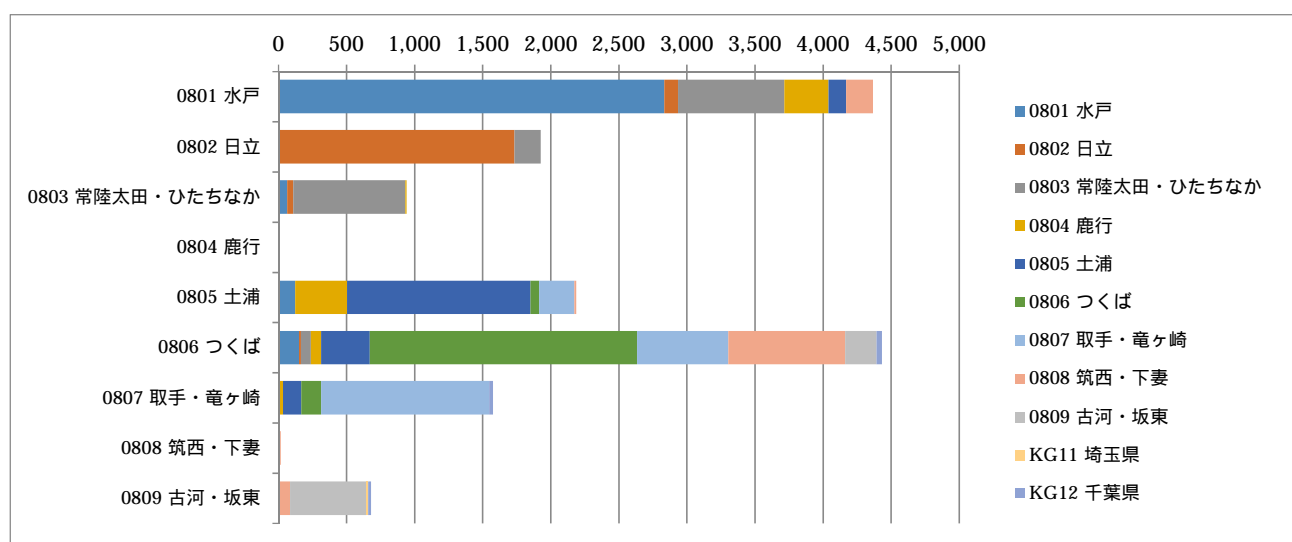
特に鹿行、筑西・下妻は患者の流出が顕著であり、鹿行は千葉県へ、筑西・下妻は栃木県への流出も多くみられます。

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）



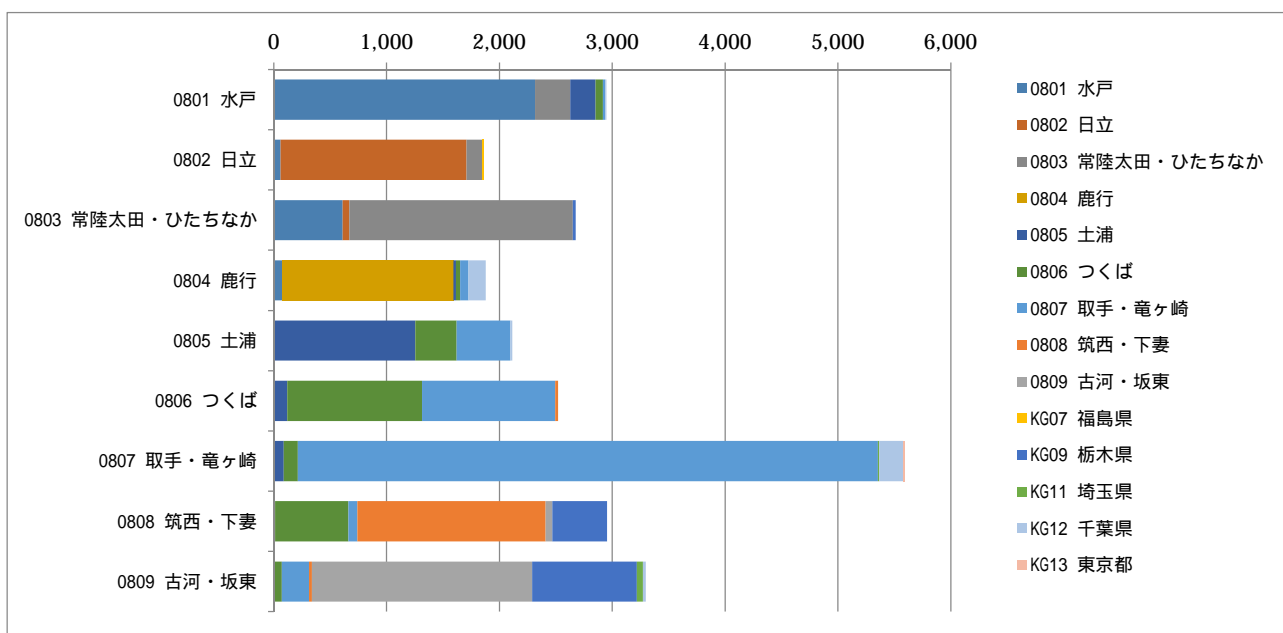
イ 回復期

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。

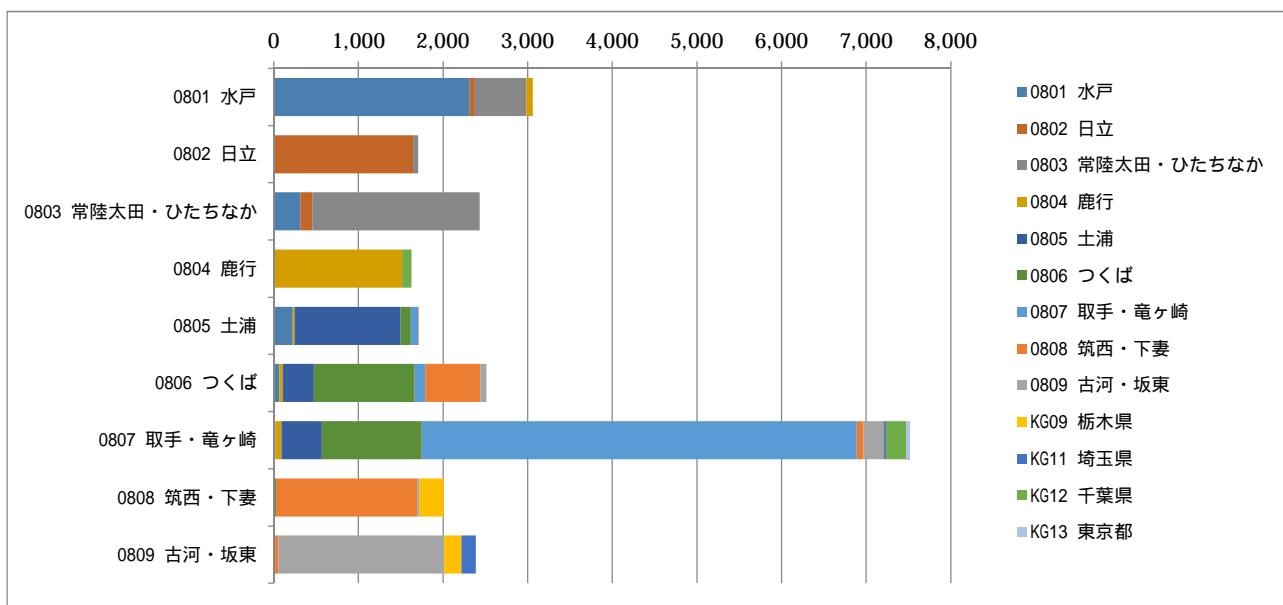
また、取手・竜ヶ崎は圏域内の患者数、圏域外からの流入患者数のいずれも多く、本県を住所地とする患者の約3割が取手・竜ヶ崎の医療機関に入院しています。

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）



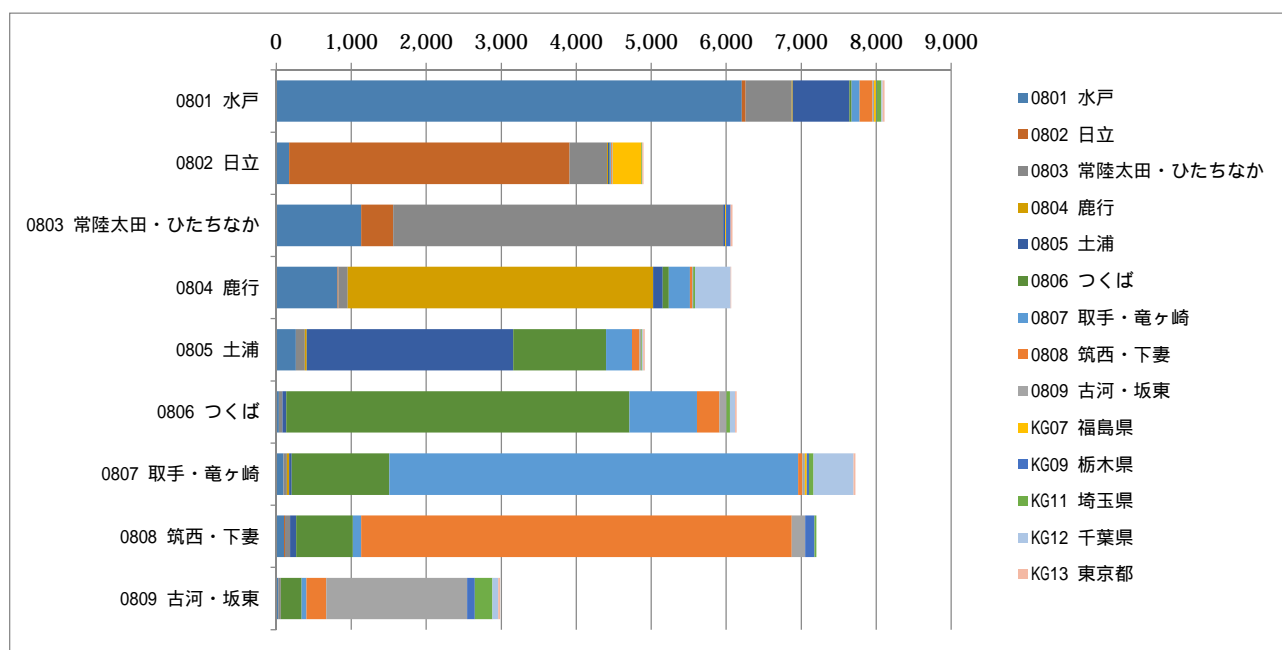
ウ 慢性期

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。

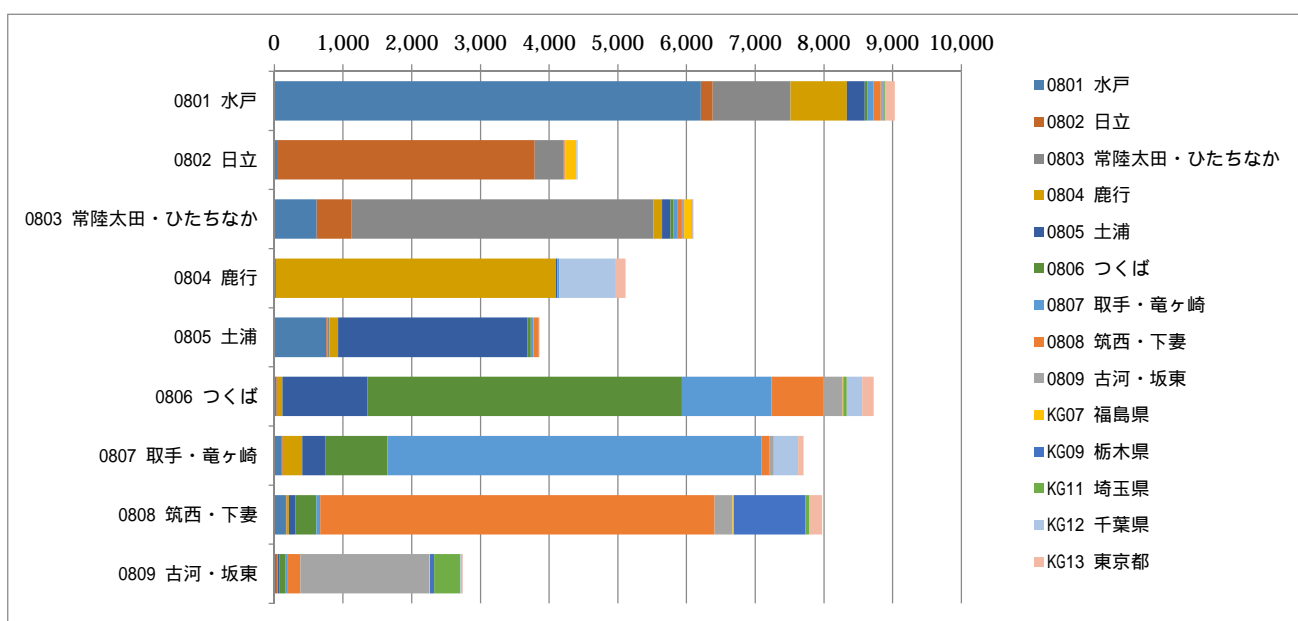
また、日立は福島県へ、鹿行と取手・竜ヶ崎は千葉県へ、古河・坂東は埼玉県及び栃木県への流出がみられます。

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）



工 救急医療

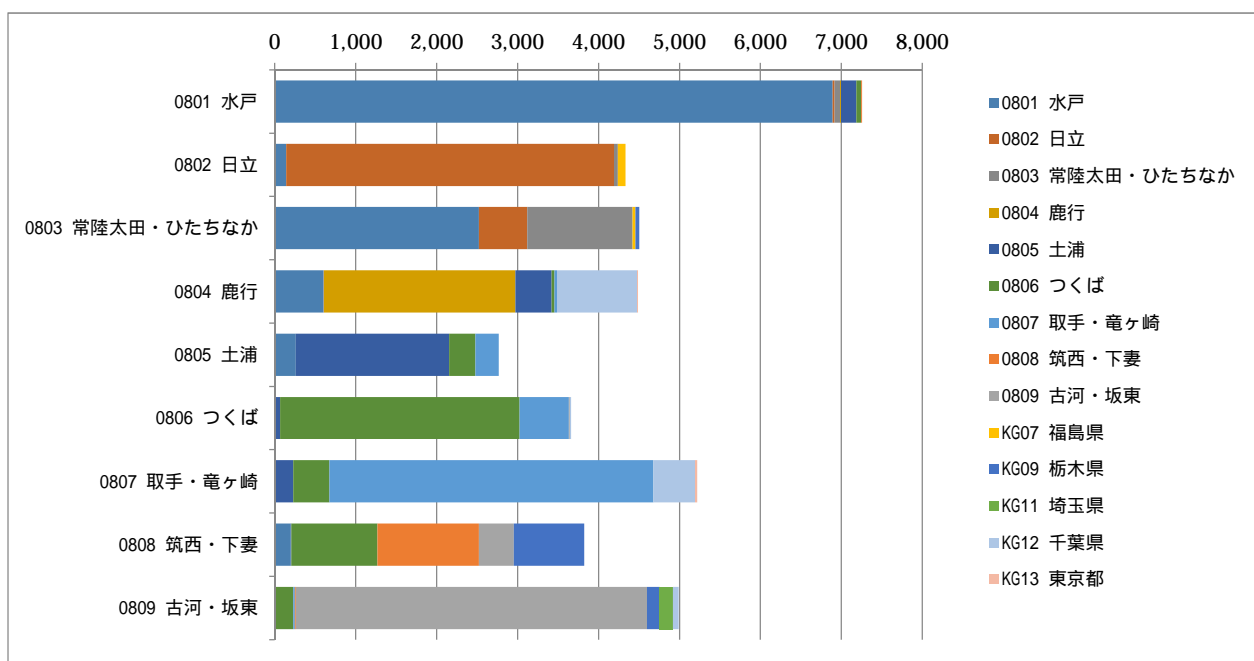
2次救急

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。

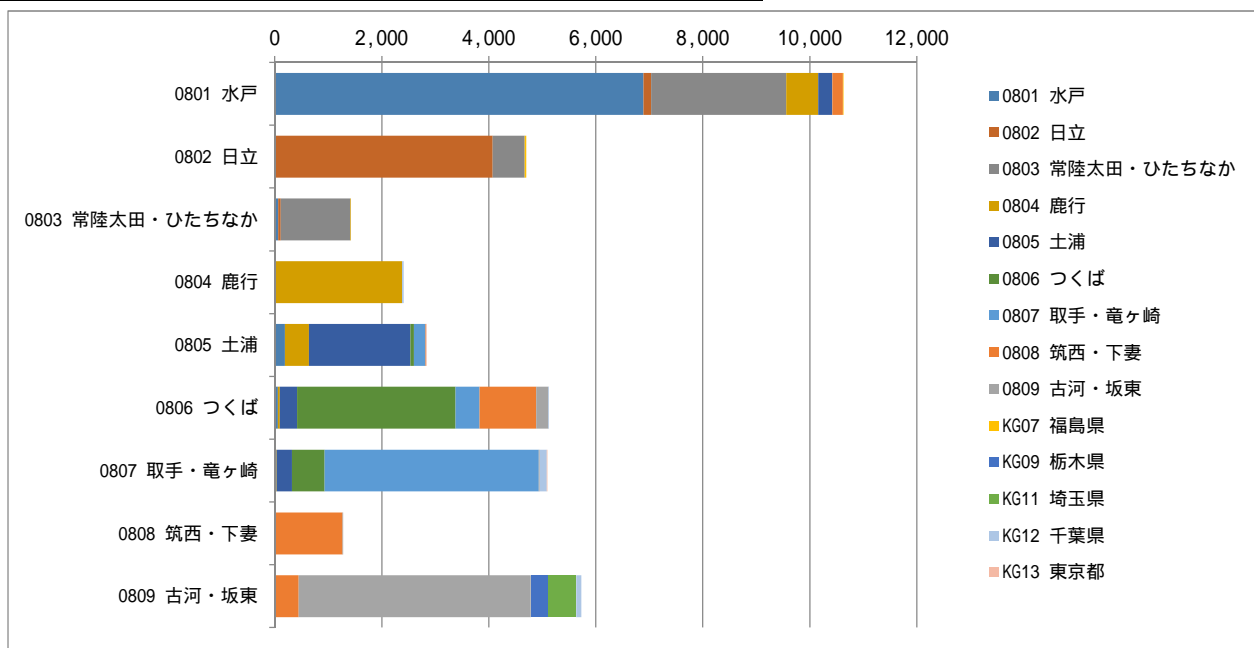
また，鹿行は千葉県へ，筑西・下妻は栃木県への流出が多く，取手・竜ヶ崎は千葉県への流出がみられます。

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）



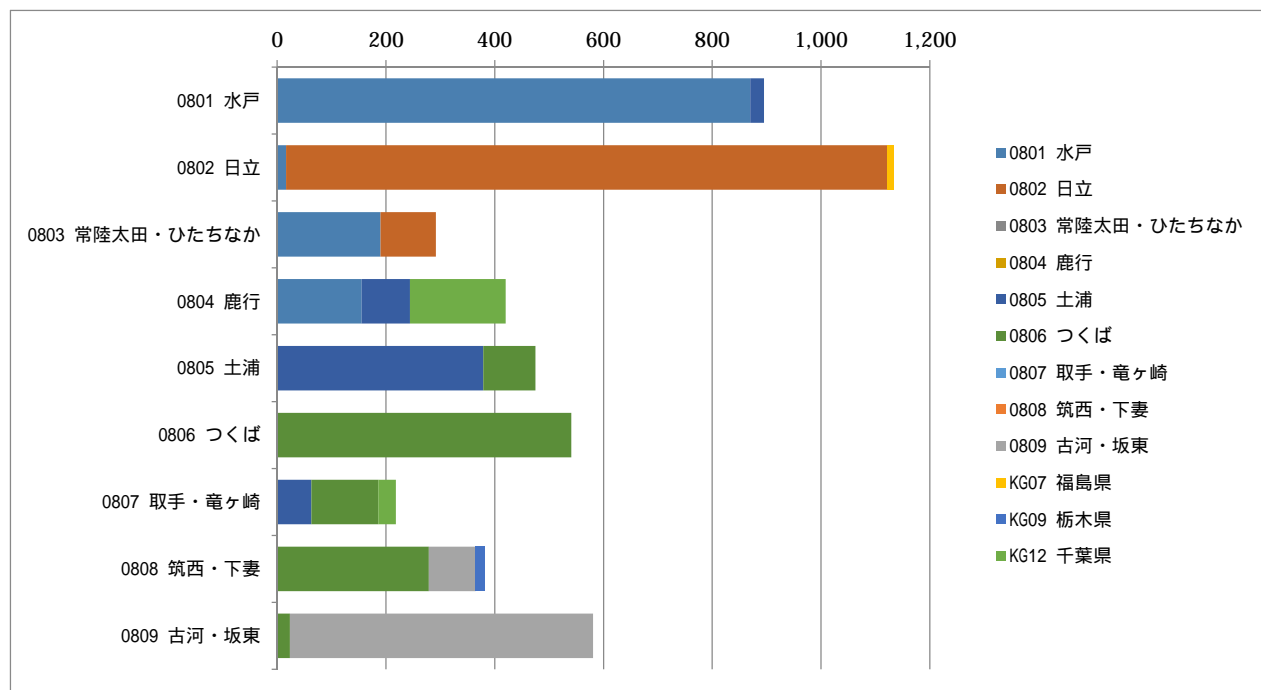
3次救急

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。

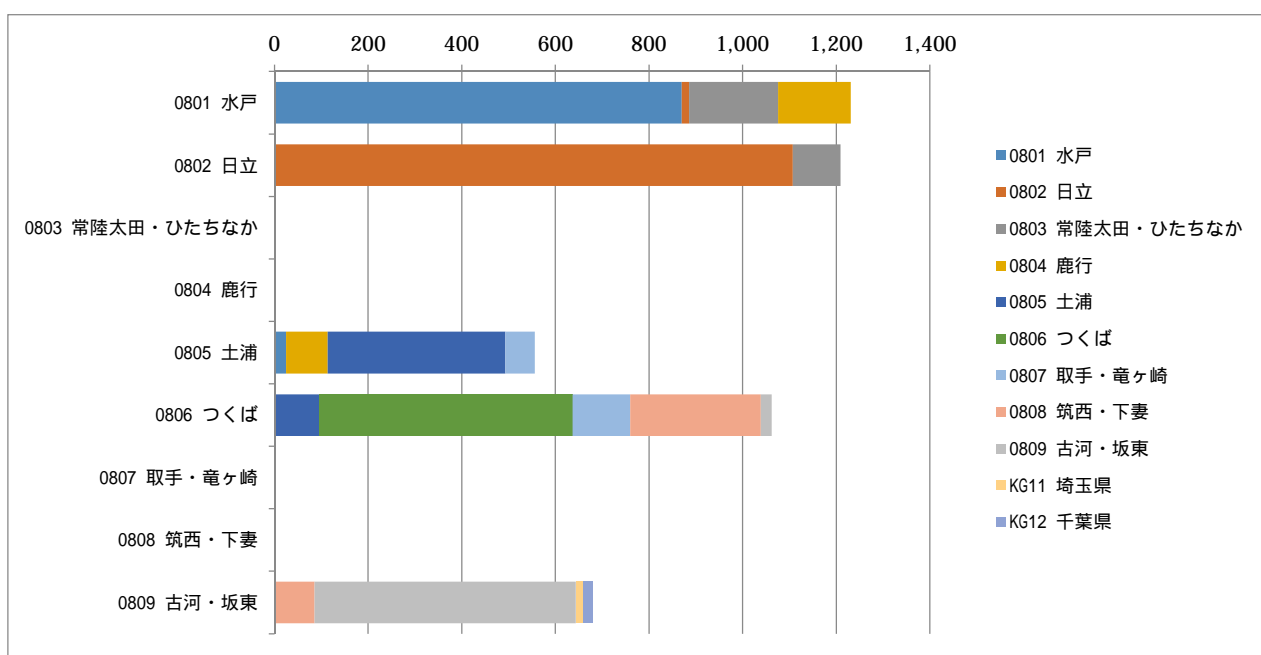
また，鹿行は約 42%，取手・竜ヶ崎は約 15%が千葉県へ流出しています。

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）



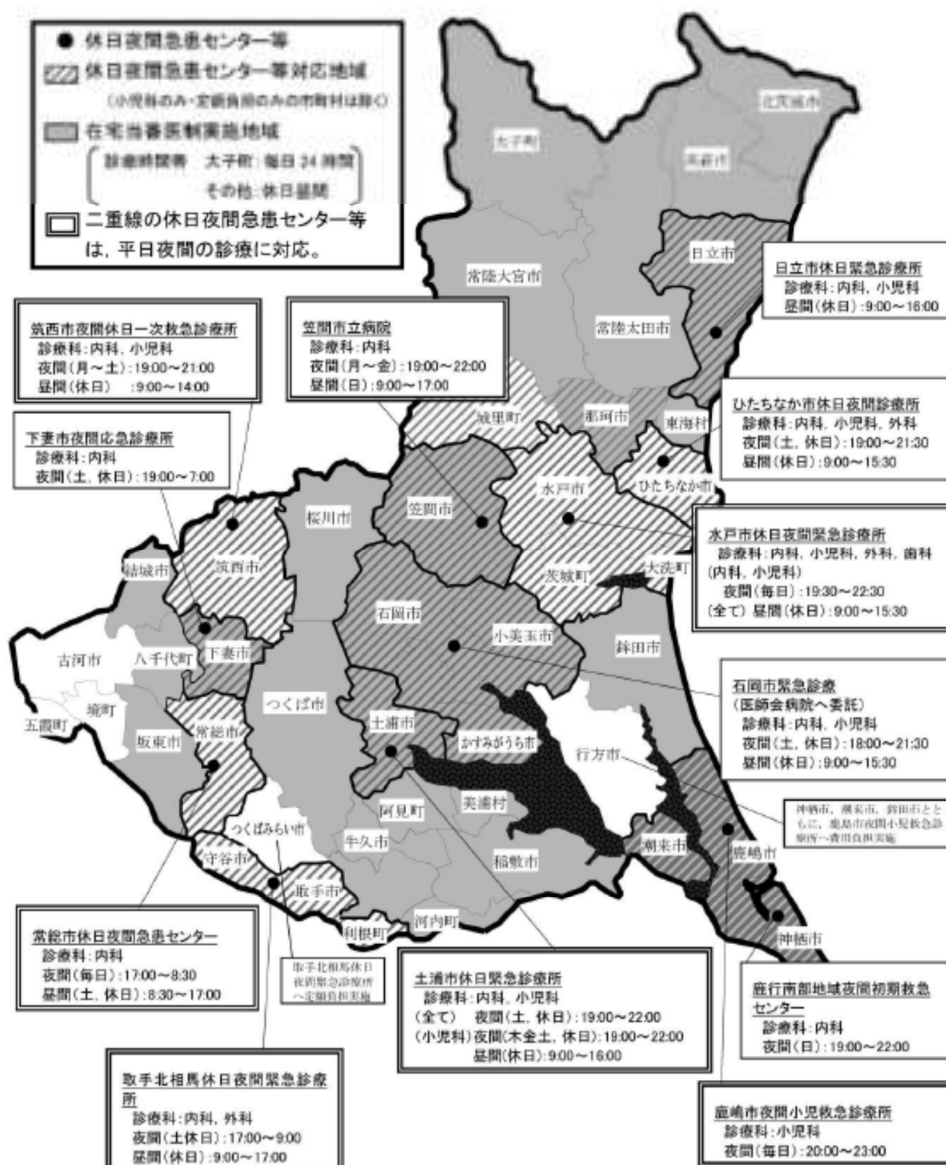
【本県の救急医療体制】

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。

■救急医療圏（初期）

休日夜間急患センター・在宅当番医制 実施状況



平成 30(2018)年 4月 1日現在

■救急医療圏（二次・三次）

二次救急
 輪番制実施 水戸地域を除く10地域
 輪番制病院 54施設
 水戸地域
 救急医療二次病院 14施設

三次救急
 救命救急センター ○6施設
 地域救命センター ●1施設



病院群輪番制の実施状況

実施地域	開始時期	市町村数	病院数
土浦・阿見	S56.8.1	3	3
筑西	S59.9.1	3	5
常総	S61.4.1	5	8
茨城西南	H12.4.1	7	7
つくば	H9.4.3	1	5
鹿行南部	H9.6.1	2	3
石岡	H10.4.1	3	4
鉾田	H10.4.1	3	4
日立	H11.4.1	3	7
10地域		38市町村	50

平成 30 (2018) 年 4 月 1 日現在

オ 小児医療

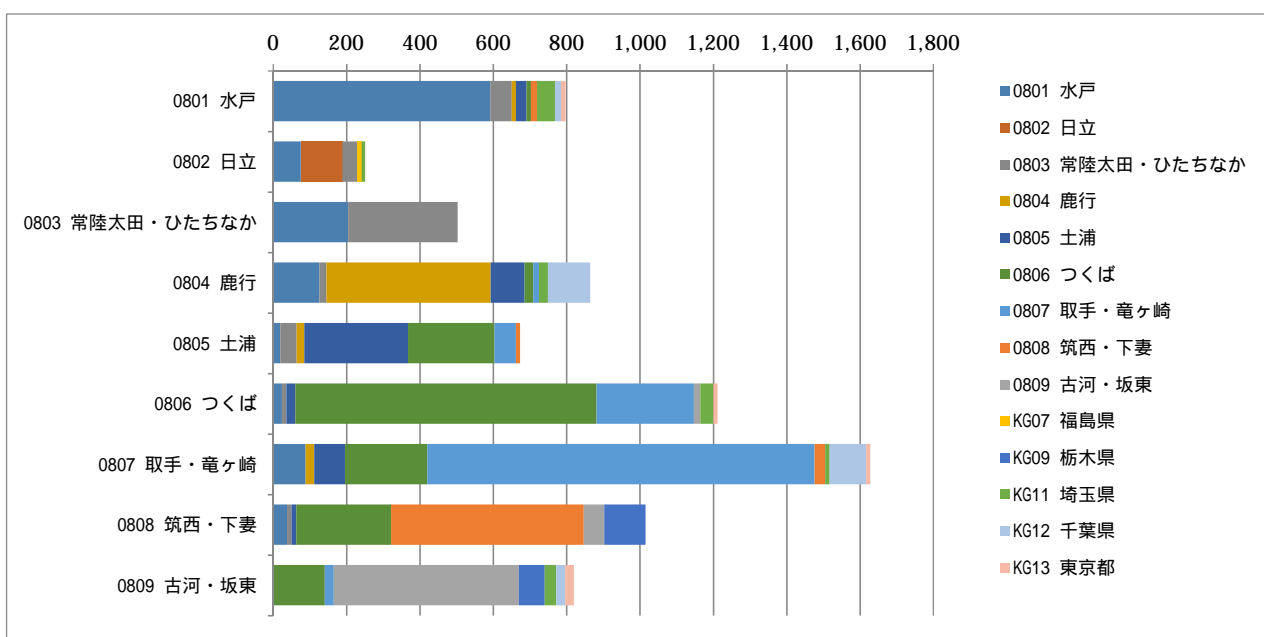
入院医療

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。

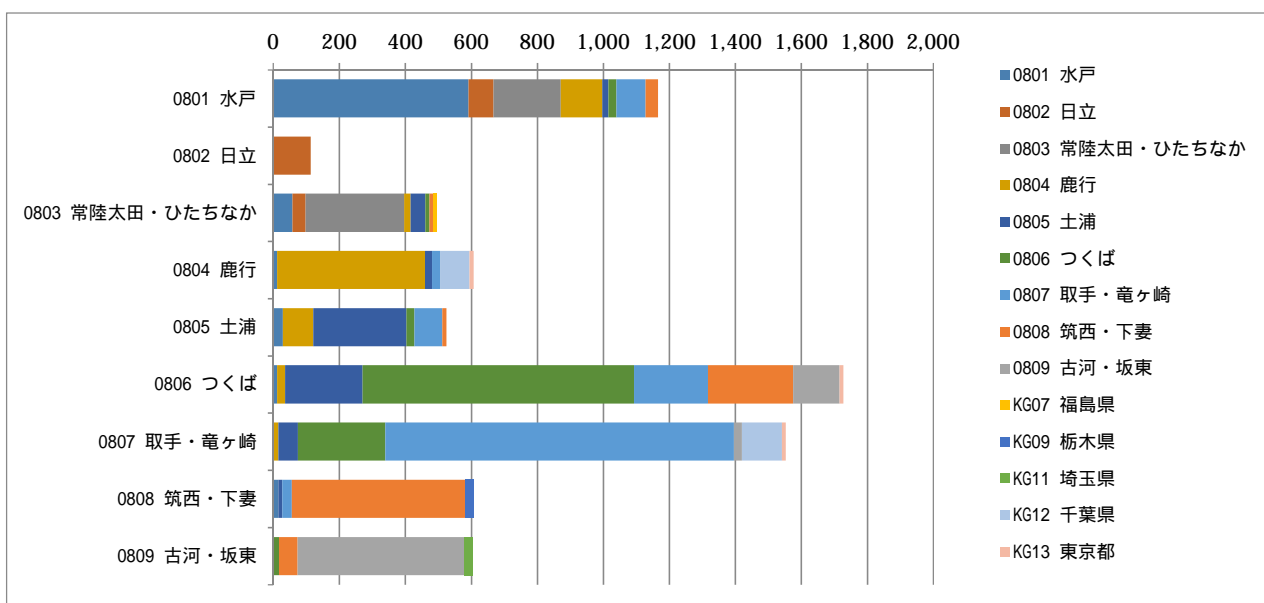
また，鹿行は千葉県へ，筑西・下妻は栃木県への流出があり，古河・坂東は栃木県や埼玉県等への流出がみられます。

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

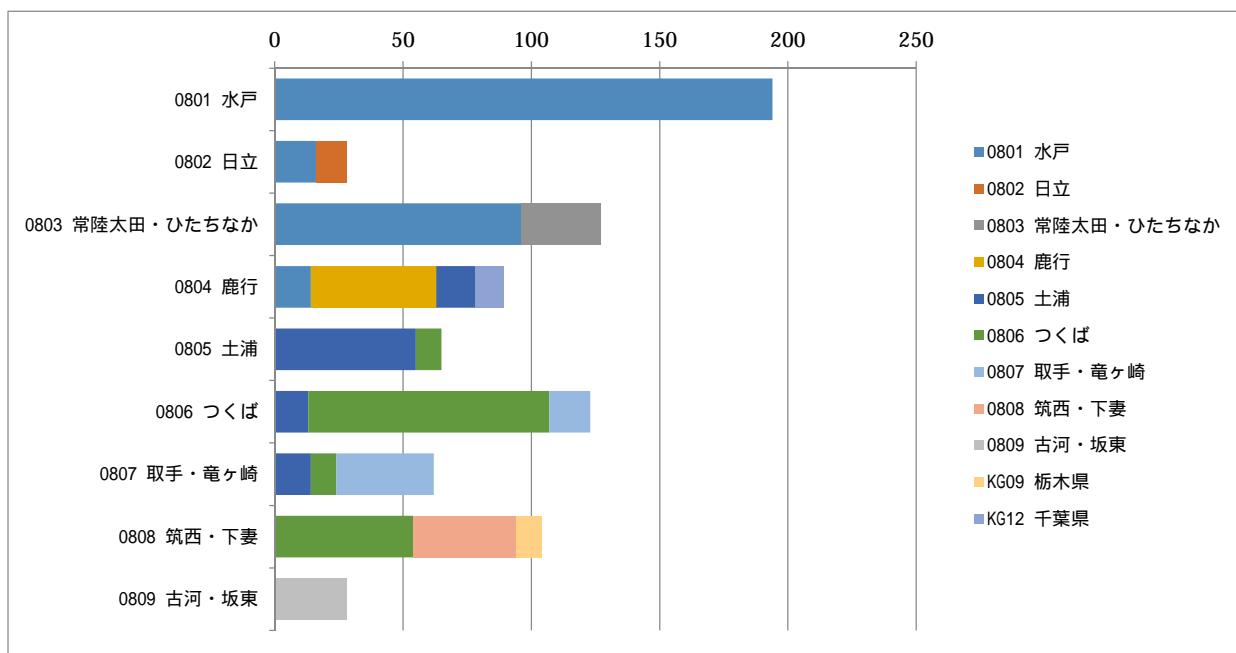
入院医療

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。

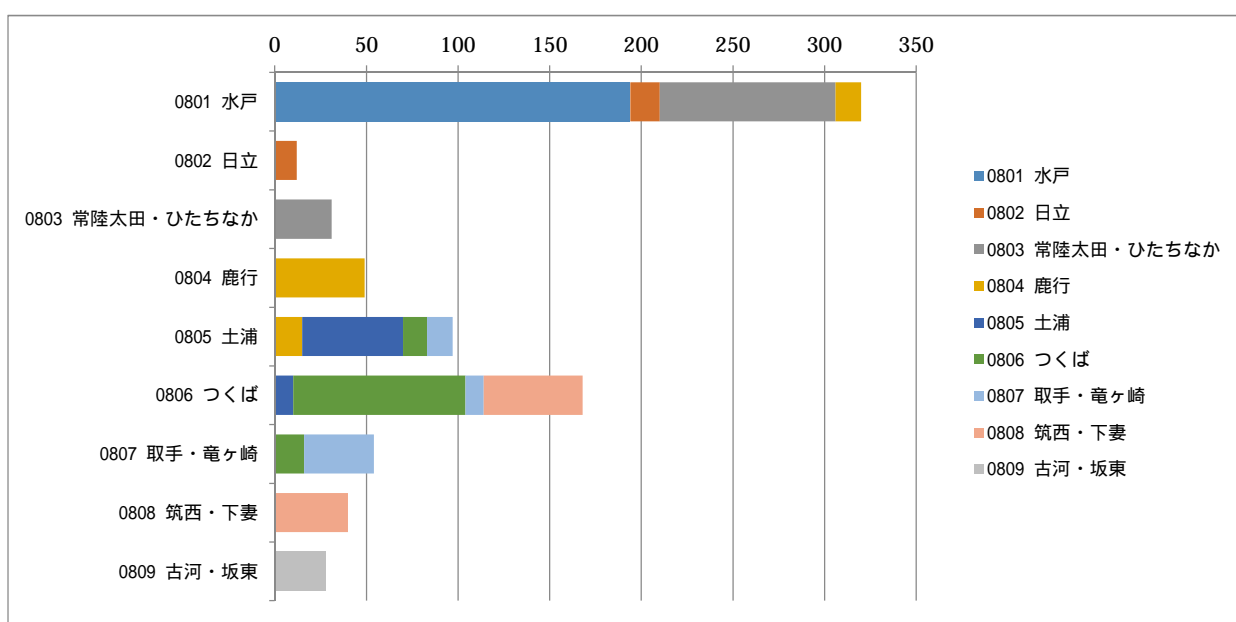
また、鹿行は千葉県へ、筑西・下妻は栃木県への流出がみられます。

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）



第3章 医師偏在指標と医師多数区域・医師少数区域

1 医師偏在指標の考え方

これまで、地域ごとの医師数の比較には人口 10 万対医師数が一般的に用いられてきましたが、各都道府県が医師確保計画を策定するにあたって、全国ベースで医師数の多寡を統一かつ客観的に比較・評価するための新たな指標として、国において、地域ごとの医療ニーズや人口構成等を反映した医師偏在指標を算定しました。

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

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

医師偏在指標で考慮される「5要素」

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

医師偏在指標の算出式

・ 医師数は、性別ごとに20歳代、30歳代・・・60歳代、70歳以上に区分して、平均労働時間の違いを用いて調整する。
 ・ 従来の人口10万人対医師数をベースに、地域ごとに性年齢階級による受療率の違いを調整する。

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

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

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

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

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

都道府県間及び二次保健医療圏間の患者の流出入調整

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

2 医師偏在指標と区域の分類

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

【三次保健医療圏（都道府県等）の区分と医師確保の方針】

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

【二次保健医療圏の区分と医師確保の方針】

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

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

(1) 三次保健医療圏（都道府県等）の医師偏在指標

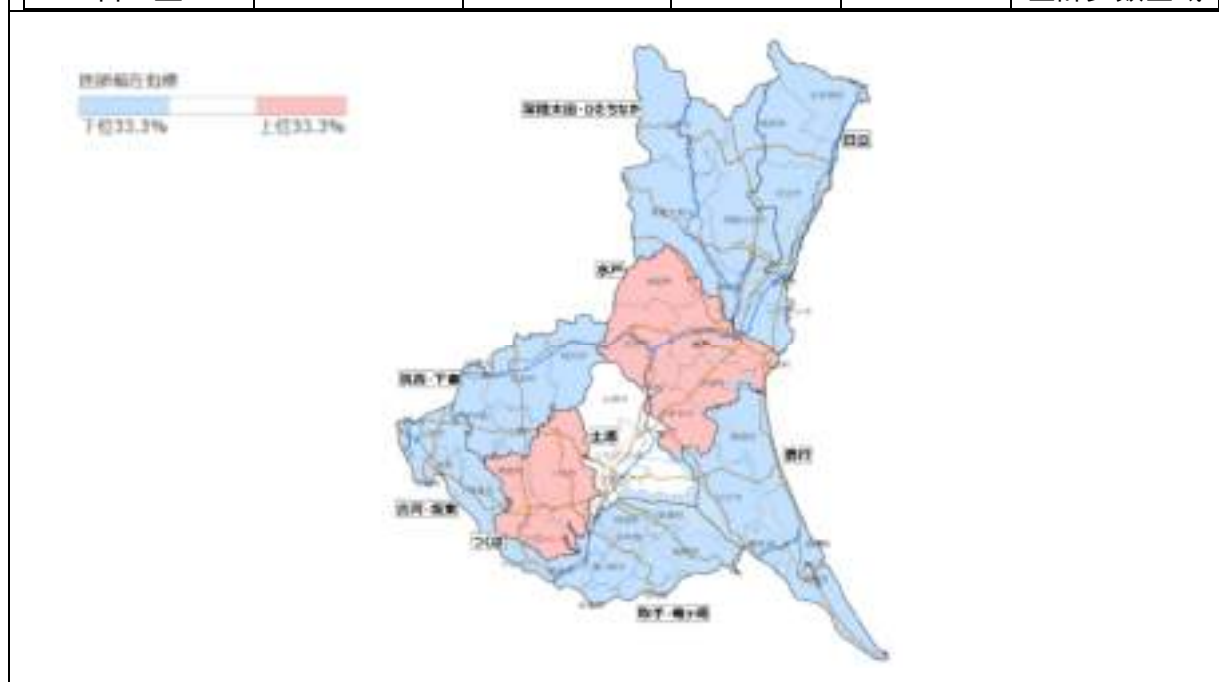
本県は、全都道府県で第42位であり、下位33.3%に含まれる医師少数県となっています。

(2) 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、鹿行、古河・坂東、筑西・下妻、常陸太田・ひたちなか、日立が全国の下位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、取手・竜ヶ崎、鹿行、古河・坂東、筑西・下妻、常陸太田・ひたちなか、日立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 (2018年1月1日 時点,千人)	標準化医師数 (2016年12月 31日時点,人)	医師偏在 指標	全国順位 (全335 医療圏)	区域分類
茨城県	2,951	5,281.0			医師少数県
つくば	346	1362.5	350.3	14	医師多数区域
水戸	472	1083.0	203.5	100	医師多数区域
土浦	261	553.4	183.5	151	
取手・竜ヶ崎	469	753.3	159.9	231	医師少数区域
鹿行	277	233.1	130.1	310	医師少数区域
古河・坂東	234	307.5	128.4	312	医師少数区域
筑西・下妻	269	248.8	125.9	316	医師少数区域
常陸太田・ひたちなか	367	369.5	125.6	317	医師少数区域
日立	256	370.0	124.9	319	医師少数区域



(3) 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り扱うことができるものとされています。

本県では、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2区域、準無医地区が1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。

4 本計画の数値目標

(1) 考え方

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、早急かつきめ細やかに対応することが重要です。

このため、本計画における「重点化の視点」を踏まえ、救急・小児・周産期などの政策医療を担い、地域の中核となる医療機関の内、特に早急な対応が必要な医療機関・診療科について、随時、目標設定を行い、重点的な医師確保に取り組みます。

(2) 最優先で医師確保に取り組む医療機関・診療科

県では、特に早急な対応が必要な5医療機関の産婦人科・小児科等の診療科16名を「最優先で医師確保に取り組む医療機関・診療科」に設定し、2020年(令和2年)9月までの医師確保を目標として、県外からの医師確保など短期的な施策の重点化を図っていることから、これを本計画の数値目標とします。

「最優先で医師確保に取り組む医療機関・診療科」は、県地域医療対策協議会等における検討・議論を踏まえ、随時、見直しを行うこととします。

【最優先で医師確保に取り組む医療機関・診療科(令和2年3月時点)】

二次保健医療圏	医療機関名	診療科	確保が必要な医師数
日立	(株)日立製作所日立総合病院	産婦人科	4
		小児科	2
常陸太田・ひたちなか	常陸大宮済生会病院	内科(救急科)	3
鹿行	神栖済生会病院	整形外科	3
土浦	総合病院土浦協同病院	産婦人科	2
取手・竜ヶ崎	J Aとりで総合医療センター	小児科	2
計			16

(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，2023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(2016年12月31日時点)	全国下位33.3%の基準を脱するために必要となる医師数(2023年)
茨 城 県	医師少数県	5,281.0	6,092.0
つくば保健医療圏	医師多数区域	1,362.5	-
水戸保健医療圏	医師多数区域	1,083.0	-
土浦保健医療圏	-	553.4	-
取手・竜ヶ崎保健医療圏	医師少数区域	753.3	755.0
鹿行保健医療圏	医師少数区域	233.1	272.3
古河・坂東保健医療圏	医師少数区域	307.5	365.2
筑西・下妻保健医療圏	医師少数区域	248.8	293.9
常陸太田・ひたちなか保健医療圏	医師少数区域	369.5	446.8
日立保健医療圏	医師少数区域	370.0	457.0

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 県全体及び各二次保健医療圏の医師確保の方針

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からの医師の確保を図る。 	
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			
筑西・下妻保健医療圏			

2 計画推進の重点化の視点

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。

- ・地域の拠点病院の勤務医や不足診療科の確保に取り組み、救急や周産期、小児等の政策医療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。
- ・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：医志の実現とキャリア形成

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、新しい発想、あらゆる方策にチャレンジします。

- ・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、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。
- ・県外からの医師確保に向けた全国の医科大学との協力関係構築や本県ゆかりの県外医師のリクルーティング、海外からの受入促進など、あらゆる方策にチャレンジします。

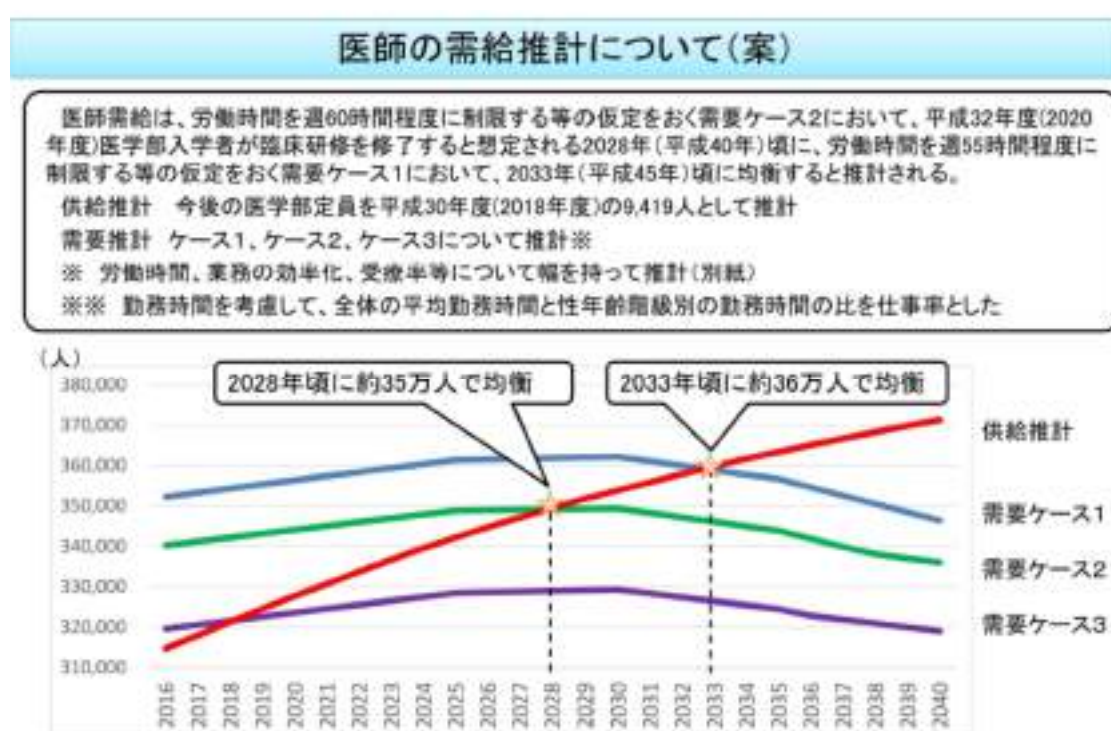
各 論

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2033年頃に、医師の働き方改革等により医師の時間外・休日労働時間が月80時間相当に制限されると仮定したケース2では2028年頃に医師の需給が均衡すると推計しています。



また、これまでに養成した医師の都道府県へ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、2022年以降、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。

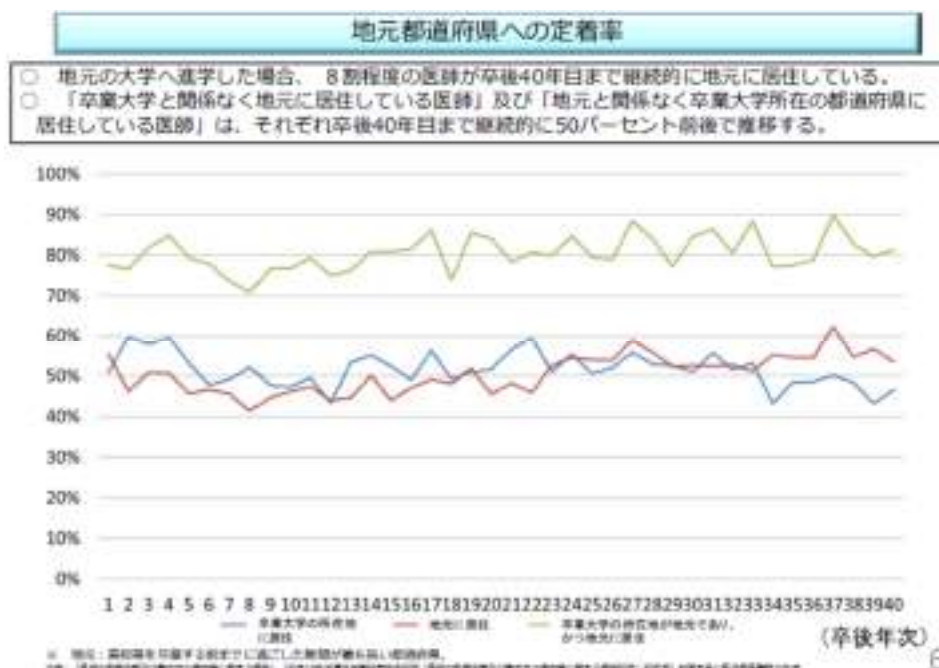
医師の養成にあたっては、医学や医療技術を習得し、専門性を高めることにより、医師としてのキャリアを形成することはもとより、我が国における健康・福祉の確保という医師の社会的使命を認識し、地域医療の確保をはじめとした国民が求める多様なニーズに貢献できるよう、高校生、医学生、臨床研修医、専攻医といった医師養成の各段階に応じたきめ細かな対策に取り組む必要があります。

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

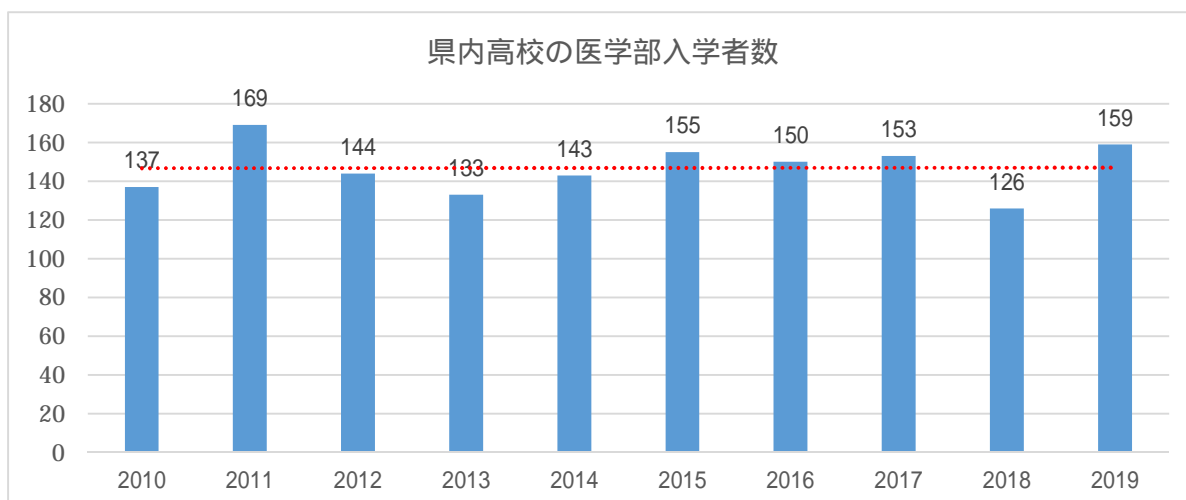
国の調査によると、「卒業大学と関係なく地元に住んでいる医師」及び「地元と関係なく卒業大学所在の都道府県に住んでいる医師」は、それぞれ卒後40年目までに継続的に50%で推移している一方、高校生が地元の医科大学等へ進学した場合、8割程度の医師が卒後40年目まで継続的に地元に住居しています。



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、全国でも下位となっています。



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、過去10年間は平均約150人で推移しており、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増やしていくことが必要です。



(2) 対策

県内高校生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、県内高校生の医学部進学希望者を支援することにより、合格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 並木中等教育学校 日立一高 古河中等教育学校

今よりさらに力を付ける習熟度別授業

モチベーションを高める医学に関する研究会

主要な取組

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

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校を編成

⇒ 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年の学年で修了する際に、医学コースを履修できます。

※ 入学希望者は、高校3年の学年のクラス編成時、告知となります。

○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。



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

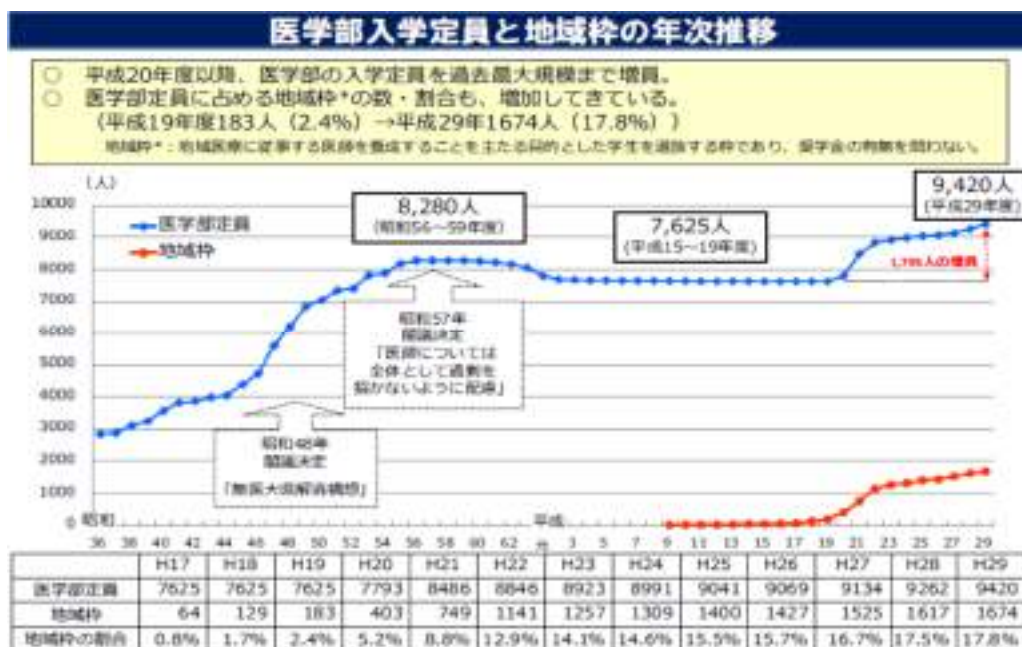
(1) 現状と課題

医学部の入学定員

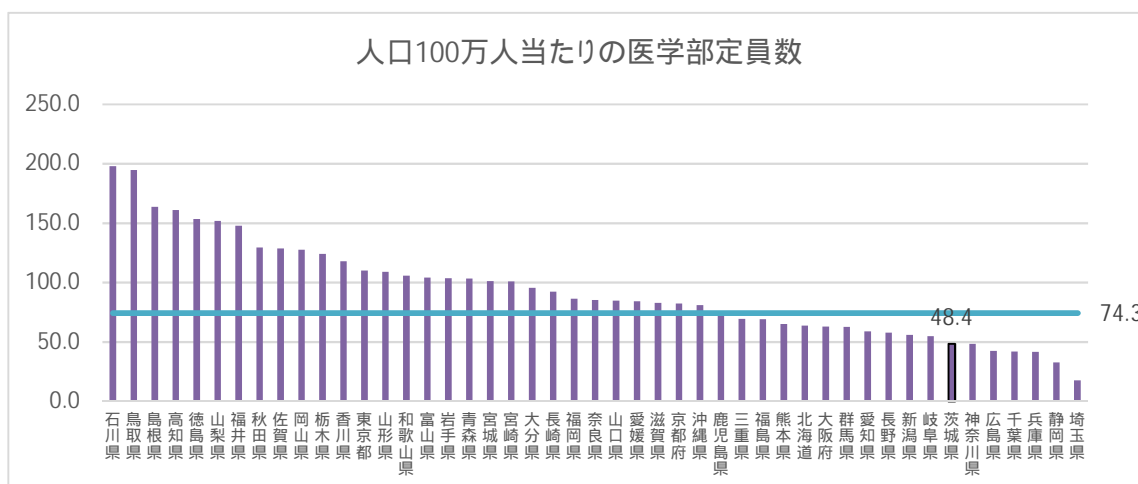
国では、2008年度（平成20年度）以降、医学部の入学定員を増員しており、2019年度（令和元年度）の全国の入学定員は9,420人となっています。

入学定員の増員は、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。

なお、2020年度・2021年度については、2019年度の医学部定員を超えない範囲で、その必要性を慎重に精査しつつ、暫定的に現状の医学部定員を概ね維持することとされています。



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140人（内地域枠36人）であり、人口100万人当たりの医学部定員数は48.4人で全国第41位と下位にあります。



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、2022年度(令和4年度)以降の臨時定員による増員については、医師偏在対策や医師の働き方改革等の効果を踏まえ、改めて国において議論されることとなっています。

このため、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。

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師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、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)について、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くなっています。

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				
○ 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。 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		臨床研修終了後に 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の除外。

※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（平成19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（平成21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、2019年度（令和元年度）は7大学に合計53名の地域枠を設置しています。

大 学		H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	計
筑波大学	出願者	31	21	43	42	49	92	110 (24)	106 (24)	109 (19)	92 (14)	119 (27)	814
	定員	5	7	9	11	13	22	28 (6)	36 (10)	36 (10)	36 (10)	36 (10)	239
	入学者	5	7	8	11	12	22	25 (4)	27 (5)	29 (5)	23 (1)	34 (8)	203
東京医科歯科大学	出願者	0	7	7	6	11	4	5	6	5	5	5	54
	定員		2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20
	入学者		0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	18
東京医科大学	出願者	16	16	19	14	23	19	23	34	25	21	21	210
	定員	5	7	8	8	8	8	8	8	8	8	8	76
	入学者	5	6	8	7	8	8	8	7	5	8	8	70
杏林大学	出願者	7	7	8	6	13	11	11	10	10	7	7	90
	定員	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	19
	入学者	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	18
日本医科大学	出願者				2	5	6	1	3	5	8	16	46
	定員				2	2	2	2	2	2	2	2	16
	入学者				0	0	2	0	0	0	0	0	2
北里大学	出願者					12	7	9	5	6	7	10	56
	定員					2	2	2	2	2	2	2	14
	入学者					0	0	0	1	1	0	1	3
帝京大学	出願者								6	2	8	3	19
	定員								1	1	1	1	4
	入学者								0	1	0	1	2
計	出願者	31	44	73	77	97	145	155	160	171	155	181	1289
	定員	5	15	20	25	29	38	44	53	53	53	53	388
	入学者	5	13	18	23	23	36	37	40	42	31	48	316

筑波大学の()は全国対象(内数)

また、2020年度（令和2年度）も同様に7大学に合計53名の地域枠を設置予定となっており、うち45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。

< 臨時定員増による地域枠定員 >

筑波大学：36名、東京医科歯科大学：2名、東京医科大学：5名、北里大学：2名

ウ 国における2020年度（令和4年度）以降の地域枠等の設定方針

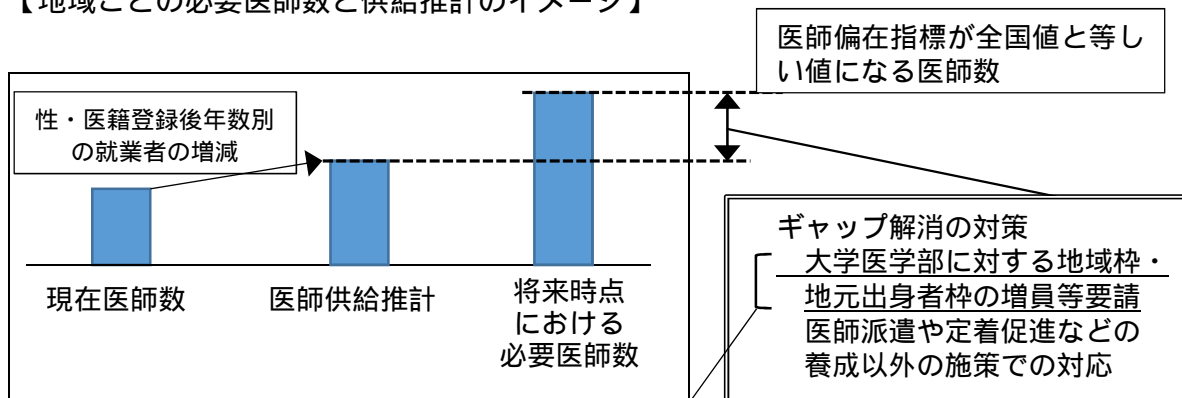
地域枠等の設置にあたっては、国において、医師需給推計に基づき、都道府県ごとの2036年時点の必要医師数、不足医師数及び地域枠等の必要数が示され、これを踏まえ、都道府県は地域医療対策協議会の協議を経た上で、大学医学部に対し、地域枠等の設置・増員について、要請することとされています。

「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】



【都道府県的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）	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	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		× 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，これまで，地域枠学生の選抜は，一般枠と別枠の募集定員を設ける「別枠方式」もしくは一般枠等と共通で選抜し，事前又は事後に地域枠学生を募集する「手上げ方式」により実施されていましたが，各方式における地域枠の充足率や離脱率の実績から，最終的に地域での診療義務を全うする人数において，別枠方式が優位であると推定された

ことから、今後は、都道府県は原則として別枠方式により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、定員充足率の向上や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。

(2) 対策

地域枠による将来時点の不足医師の養成

国では、2022年度以降の医師養成数について、医師の働き方改革等を踏まえ、地域ごとの医師の需給推計を行い、都道府県ごとの将来時点における不足医師数及び地域枠等の必要数を算定する予定であり、これを踏まえ、各都道府県は地域医療対策協議会における協議を行った上で、大学医学部に地域枠等の設置・増員を要請することとしています。

このため、本県では、国において2020年度中に算定される本県の将来時点における不足医師数に基づき、地域医療対策協議会の協議を経た上で、筑波大学や県外の大学に対し、別枠方式による地域枠の設置を要請し、不足養成数の確保を図ります。

また、各大学との協議の結果、地域枠設置数の合計が年間不足養成数に満たない場合は、医師修学資金や海外対象修学資金等の医師養成施策や大学からの医師派遣等により、地域において必要となる医師の確保を図ります。

【参考1：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）】

ア 本県の不足養成数と令和4年度(2022年度)以降の地域枠等の必要数

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は81人となっています。

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。

国では、二次医療圏で不足養成数がある場合は恒久定員の枠内での地域枠を要請することとしているため、本県の令和4年度(2022年度)以降の暫定的な地域枠必要数は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	-287						
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						

= 地元出身者
枠必要数 = 地域枠必要数

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ができる。

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る。

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104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人 - 25人 = 56人

【参考2：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。



医師修学資金貸与制度

本県では、医師修学資金貸与制度（平成 18 年度～）及び地域医療医師修学資金貸与制度（地域枠、平成 21 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、平成 29 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。

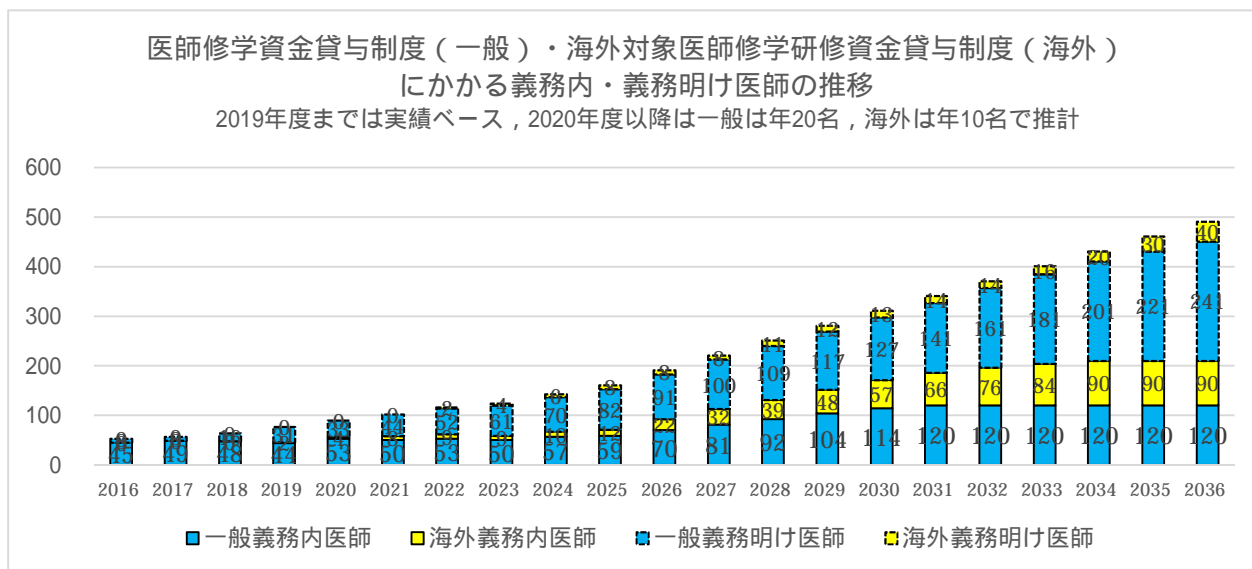
また、県内 6 市（水戸市、北茨城市、常陸大宮市、筑西市、坂東市、神栖市）において、公立病院等の勤務医や小児科・産婦人科・救急科などの不足診療科の医師の確保を図るため、修学資金貸与制度等を設けています。

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。

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】

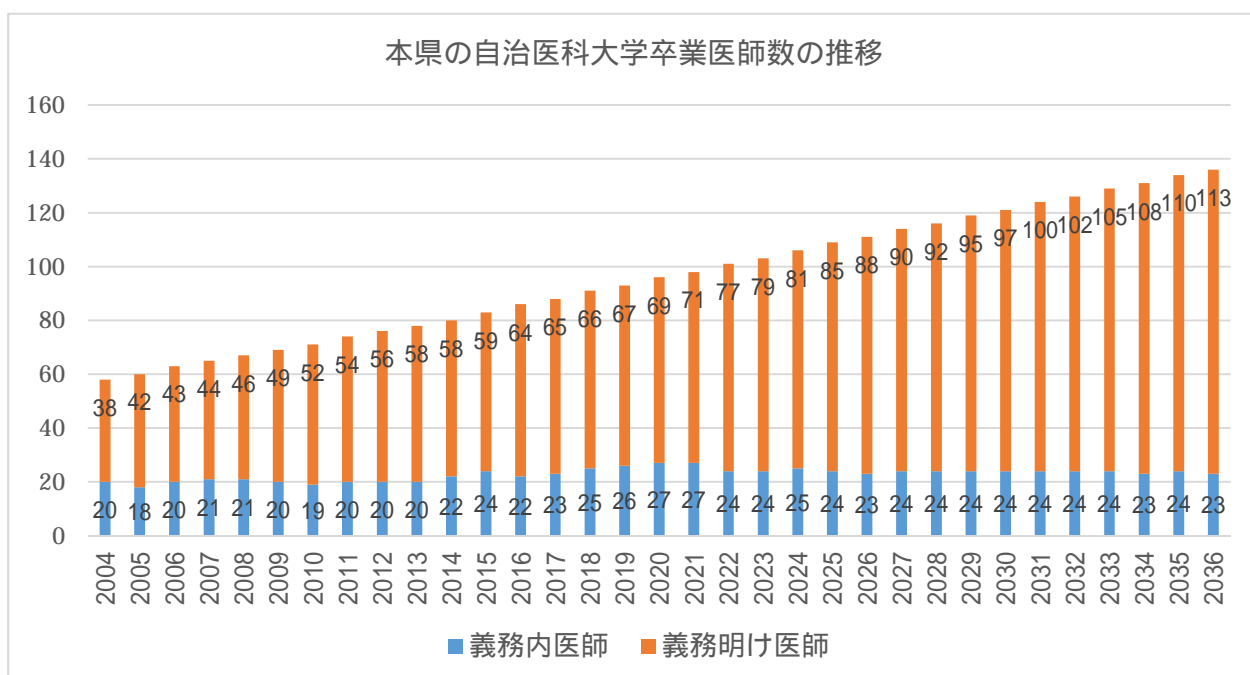
- ・本県の医師修学資金貸与制度及び海外対象医師修学研修資金貸与制度により医師の養成・確保を図ることにより，2036年に義務内医師210人，義務明け医師が281人まで増加する見込みです。



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拠点病院に勤務する医師を養成するため，自治医科大学に在籍する本県出身者に対する修学資金等の運営費を負担するとともに，卒業後の医師を医師の確保が難しい市町村立の診療所・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。



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

県地域医療支援センターのキャリアコーディネーターや教育インストラクター、アドバイザーなど、本県の医療に精通したベテラン医師との面談や各種相談などにより、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、将来知らない地域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

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厚生労働大臣の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、平成16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。

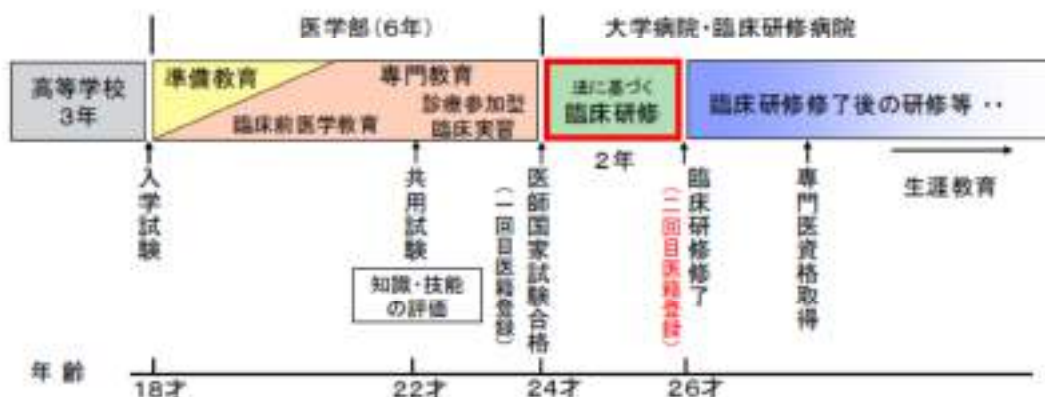
また、募集定員倍率(全国の臨床研修募集定員数/全国の臨床研修希望者数)が最大で1.35倍まで拡大するなど、研修医が都市部に集中する傾向が続いたことから、平成22年度から人口分布や医学部定員数、過去の採用実績に基づき都道府県別に上限が設けることにより、募集定員倍率の縮小と都市部への集中の抑制が図られています。さらに、平成30年には、医療法等の改正により、都道府県の格差是正のため、令和2年度から臨床研修病院の指定や都道府県の募集定員の設定に係る権限が国から都道府県に移譲されることとなりました。

臨床研修制度の概要

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、都道府県が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
	（考大方）臨床研修制度の設計、研修の質の確保	（考大方）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	○（ 都道府県上置 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。

8

イ 臨床研修と地域における医師確保

国の調査によると、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
医師会総分科会 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%）。

大学	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	
		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。

出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成27・28年）厚生労働省調べ

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						
<p>○ 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、出身地の都道府県で勤務する割合は高い(79%)。</p> <p>○ 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%)。</p>						
出身地	大学	臨床研修	臨床研修終了後に勤務する都道府県			
			A県		A県以外	
			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>						
出身地	大学	臨床研修	臨床研修終了後に勤務する都道府県			
			A県		A県以外	
			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：臨床研修終了後アンケート調査（平成27～28年）厚生労働省調べ

※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、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）

18

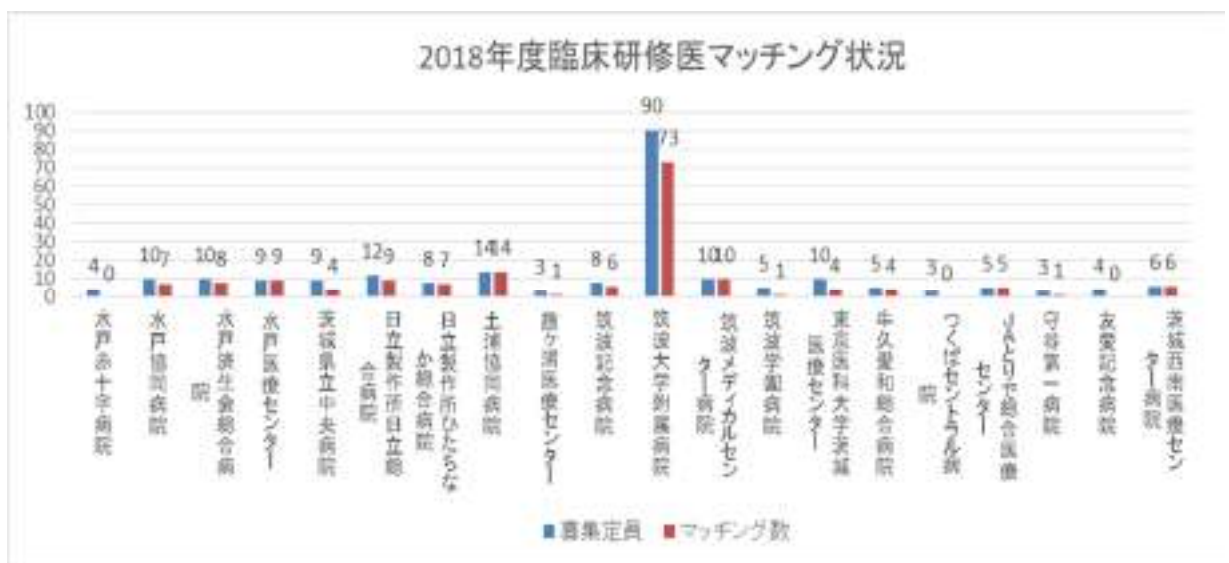
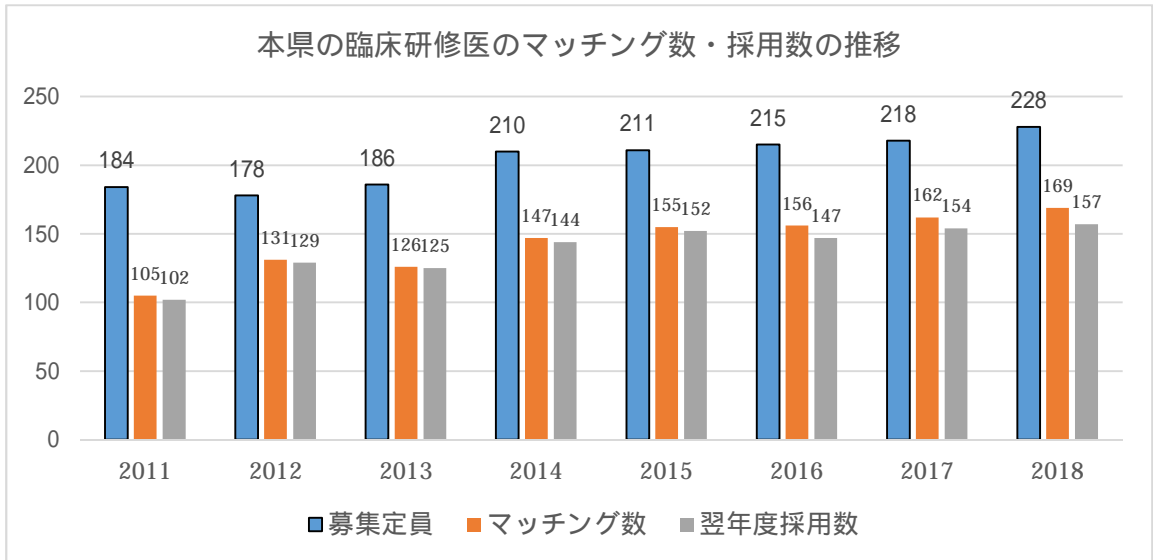
このため、出身地及び出身大学の県内・県外に関わらず、医師は臨床研修を行う都道府県に勤務する割合が高くなっており、本県においても、医師の確保を図るためには、県内外からより多くの研修医を採用することが重要です。

ウ 研修医の採用状況

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。

都道府県別にみると、人口当たりの医師数が多い東京都、大阪府、京都府、福岡県の平均採用率が約90%と高い一方、人口当たりの医師数が少ない秋田県、福島県、埼玉県、新潟県の平均採用率が54%と低くなっていることから、研修医の採用率(採用実績/募集定員)と人口当たりの医師数に相関がみられます。

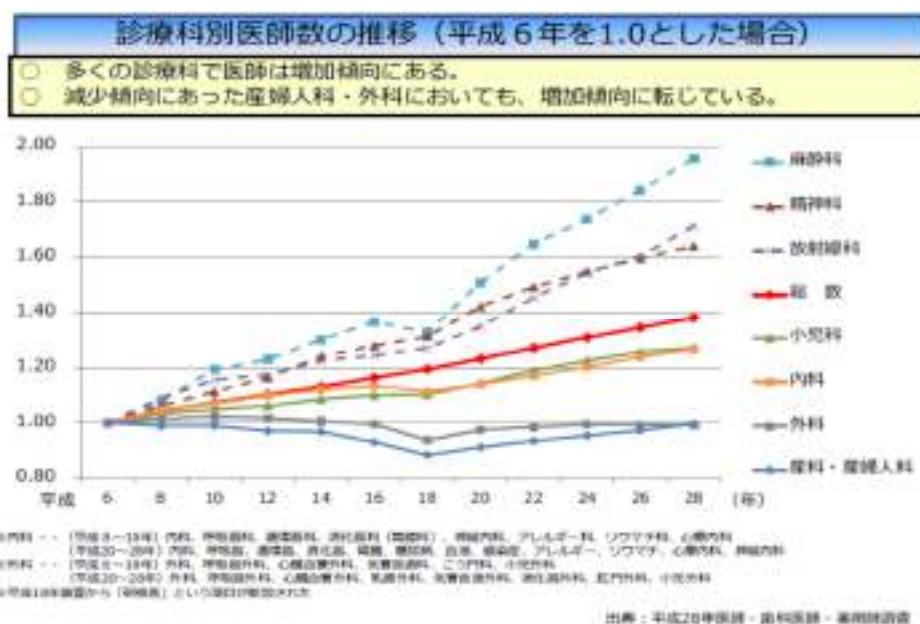
本県では、制度が必修化された平成16年度以降、マッチングによる採用者数は増加傾向にあり、平成30年度の採用率(採用者数/募集定員)は74.1%で全国第27位となっていることから、採用者数を増加させ、採用率を高めていくことが必要です。



専攻医

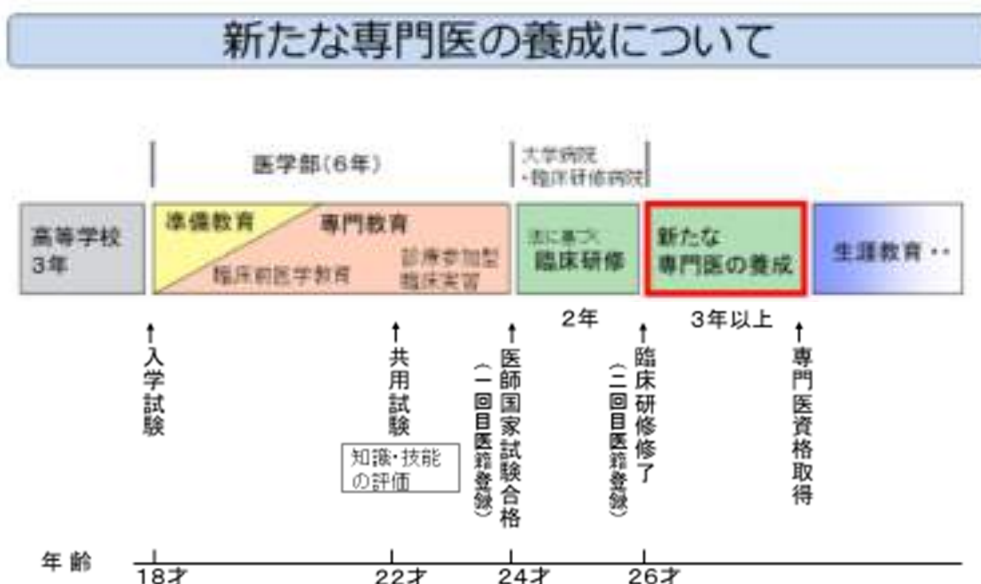
ア 新専門医制度

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。



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、平成26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(平成30)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。

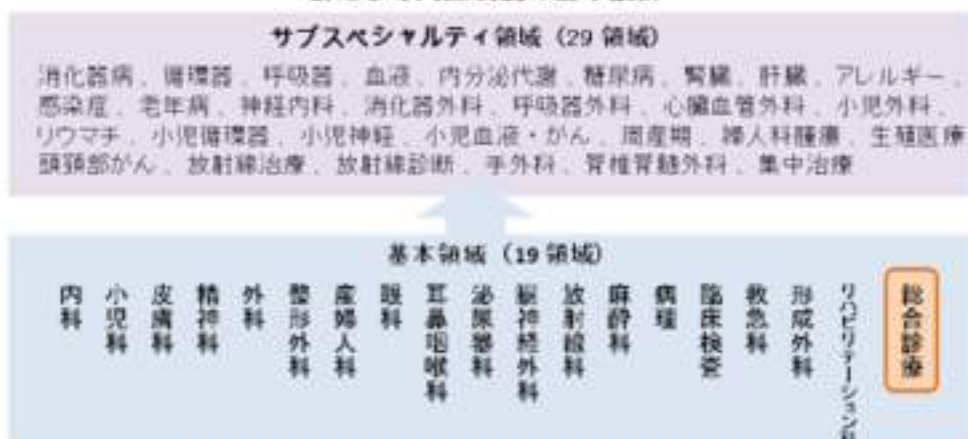
専門研修は、(一社)日本専門医機構が指導医数、症例数、研究業績等の基準を満たす研修プログラムを認定し、専攻医は認定プログラムの基幹施設・連携病院をローテートしながら研修を実施します。



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、経験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

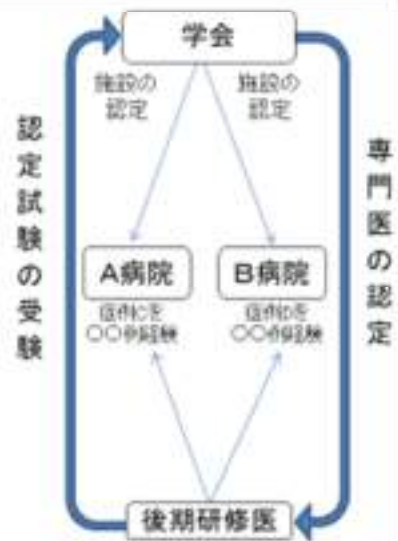


従来の専門医認定と新たな専門医認定の比較(イメージ)

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】定例を〇〇科、定例外を〇〇科受験したこと等 (研修期間や研修施設に制限がある)



新たな専門医認定(プログラム制)

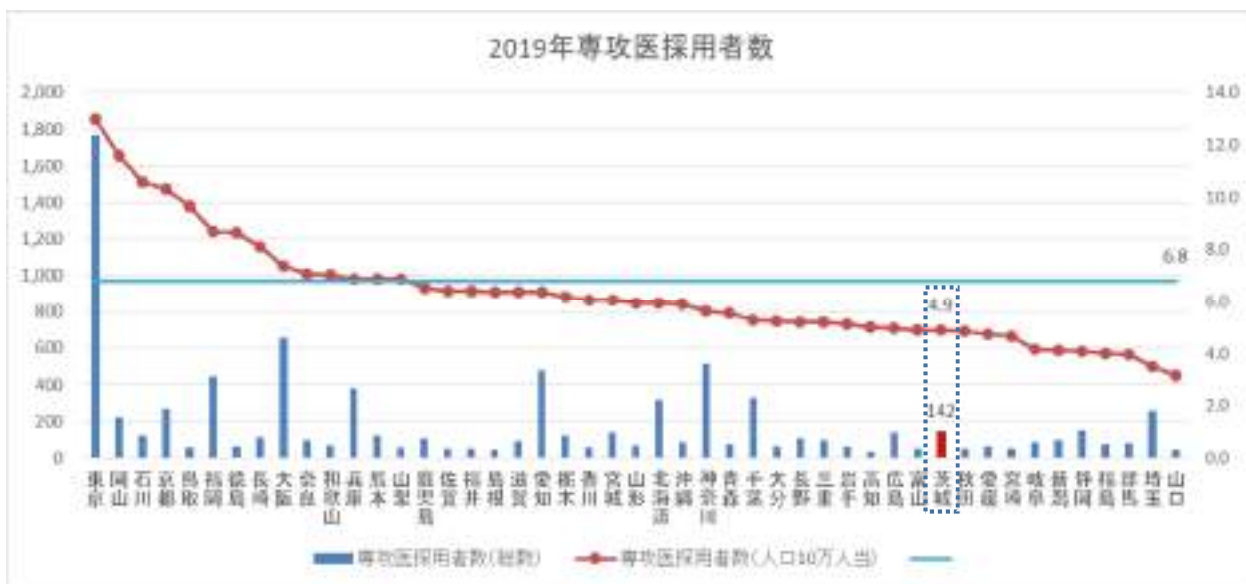
日本専門医機構が、指導医数、症例数、研究業績等の基準を満たす研修プログラムを認定し、研修医は基幹施設・連携病院をローテートして研修

【受験資格】プログラムに基づき、直前研修終了から研修施設をローテートすること等 (研修期間や研修施設が認定されている)



イ 専門研修プログラムと専攻医採用数

2019年度の全国の専攻医採用数は8,604人で本県は142人となっています。また、人口10万人当たりの採用数は4.9であり、全国第37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、本県は内科及び外科の採用数が全国平均に比べ少ない状況です。



本県では、2019年度は県内の16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298人に対し、142人が採用されていますが、全体の充足率は48%であり、診療領域により差が大きい状況です。

診療領域 (基幹施設数)	基幹施設	2019年			2018年 採用者数
		募集定員	採用者数	定員充足率	
内科 (11)	水戸協同病院	8	4	50.0%	8
	水戸済生会総合病院	3	0	0.0%	1
	水戸医療センター	4	0	0.0%	1
	県立中央病院	6	0	0.0%	2
	日立総合病院	7	1	14.3%	1
	ひたちなか総合病院	5	3	60.0%	0
	土浦協同病院	7	5	71.4%	2
	筑波記念病院	3	1	33.3%	0
	筑波大学附属病院	36	28	77.8%	20
	東京医大茨城医療センター	3	2	66.7%	3
	JAとりで総合医療センター	3	2	66.7%	3
合計	85	46	54.1%	41	
小児科 (3)	県立こども病院	5	4	80.0%	4
	土浦協同病院	6	3	50.0%	1
	筑波大学附属病院	10	5	50.0%	5
合計	21	12	57.1%	10	
皮膚科 (1)	筑波大学附属病院	10	5	50.0%	5
	合計	10	5	50.0%	5
精神科 (3)	筑波大学附属病院	7	6	85.7%	2
	県立こころの医療センター	3	2	66.7%	2
	栗田病院	2	1	50.0%	0
合計	12	9	75.0%	4	
外科 (6)	水戸医療センター	8	0	0.0%	0
	県立中央病院	1	1	100.0%	0
	日立総合病院	1	0	0.0%	0
	土浦協同病院	3	2	66.7%	0
	筑波記念病院	1	0	0.0%	1
	筑波大学附属病院	20	10	50.0%	10
合計	34	13	38.2%	11	
整形外科 (3)	水戸協同病院	3	0	0.0%	0
	土浦協同病院	3	0	0.0%	0
	筑波大学附属病院	17	10	58.8%	9
合計	23	10	43.5%	9	
産婦人科 (2)	土浦協同病院	3	0	0.0%	0
	筑波大学附属病院	10	8	80.0%	9
	合計	13	8	61.5%	9
眼科 (1)	筑波大学附属病院	10	4	40.0%	3
	合計	10	4	40.0%	3
耳鼻咽喉科 (1)	筑波大学附属病院	6	3	50.0%	5
	合計	6	3	50.0%	5
泌尿器科 (1)	筑波大学附属病院	6	2	33.3%	4
	合計	6	2	33.3%	4
脳神経外科 (1)	筑波大学附属病院	10	4	40.0%	1
	合計	10	4	40.0%	1
放射線科 (1)	筑波大学附属病院	8	6	75.0%	3
	合計	8	6	75.0%	3
麻酔科 (1)	筑波大学附属病院	13	8	61.5%	10
	合計	13	8	61.5%	10
病理 (1)	筑波大学附属病院	4	1	25.0%	2
	合計	4	1	25.0%	2
臨床検査 (0)	筑波大学附属病院	0	0	0.0%	0
	合計	0	0	0.0%	0
救急科 (2)	筑波大学附属病院	9	2	22%	4
	筑波メディカルセンター病院	3	0	0%	2
	合計	12	2	17%	6
形成外科 (1)	筑波大学附属病院	3	3	100%	0
	合計	3	3	100%	0
リハビリテーション (1)	筑波大学附属病院	10	2	20%	1
	合計	10	2	20%	1
総合診療 (4)	県立中央病院	4	0	0%	0
	筑波大学附属病院	10	4	40%	6
	筑波メディカルセンター病院	2	0	0%	0
	北茨城市民病院	2	0	0%	0
合計	18	4	22%	6	
茨城県合計		298	142	48%	130

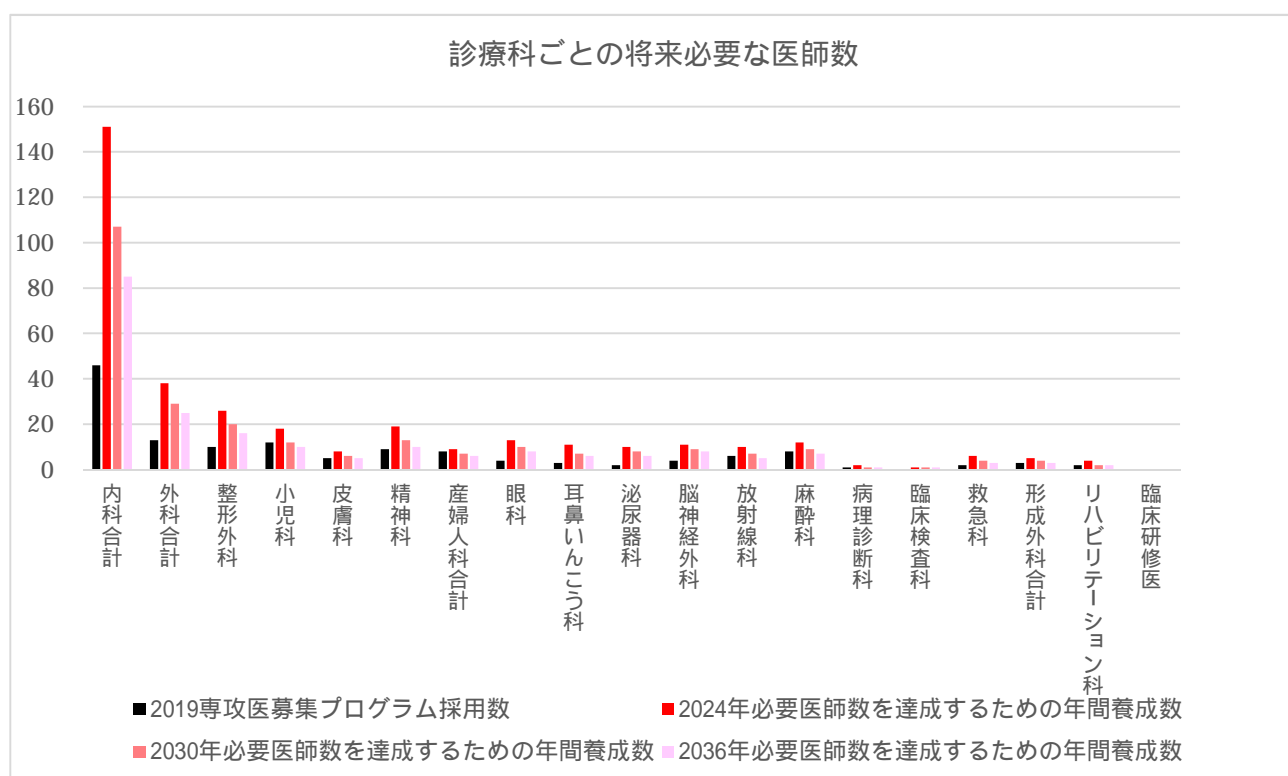
ウ 診療科ごとの将来必要な医師数の見通しと新専門医制度における地域偏在及び診療科偏在の解消

現在，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ています。

本県は，全ての診療科で2024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が，現在の養成数を維持した場合，産婦人科，小児科，皮膚科，精神科等については，2024年時点の必要医師数を確保できないものの，2036年時点では必要医師数が概ね確保できる見込みとなっています。

しかし，内科や外科については，2024年から2036年までのいずれの時点においても，必要医師数を確保できない見込みとなっています。

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。



推計を踏まえ，国及び日本専門医機構では，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。

また，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います。

2020年度専攻医募集におけるシーリングの考え方	日本専門医機構資料									
<p>2020年度専攻医におけるシーリングの基本的な考え方</p> <p>2018年度、2019年度においては、過去3年間の採用数の平均を用い、5大都市のみにシーリングの設定を行ったが、2020年度においては、必要医師数および必要養成数を基に想定ある新しいシーリングの考え方を導入を厚生労働省は提案し、日本専門医機構が下記の通りシーリング案をまとめた。</p>										
<p>シーリングの対象</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 「2024年医師数」が「2016年の必要医師数」および「2024年の必要医師数」と同数あるいは上回る都道府県別診療科 ○ 例外として、外科・産婦人科¹⁾、病理・臨床検査²⁾、救急・総合診療科³⁾の6診療科はシーリングの対象外とする <p><small>1)各診療科別診療科等（「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」結果を基に作成）及び医師会別分科会属3次中位取りまとめにおけるマクロ需要推計の集計値（需要ケース2）、DPCデータを用いた各診療科別患者数シェア等を利用して算出。2)平成6年度と比較して平成28年度の医師数自体が減少しているなどの理由。3)専攻医が著しく少数である等の理由。4)今後の見直しについてさらなる議論が必要とされている等の理由。</small></p>										
<p>シーリング数</p> <p>「2018年と2019年の平均採用数」から 「2024年の必要医師数を達成するための年間養成数」－「2018年と2019年の平均採用数」×20% を除いた数とする。</p>										
<p>連携(地域研修)プログラム</p> <p>上記のシーリング案による急激な変化によってもたらされる影響への配慮などの理由から、専攻医不足の都道府県との「連携(地域研修)プログラム」を追加可能。但し、連携プログラムの設定には、連携プログラムを除く2020年度募集プログラムの地域貢献率が原則20%以上が必須条件。</p>										
<p>定義</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 連携(地域研修)プログラム シーリング対象外の都道府県の施設において50%以上の専門研修を行える環境が整った場合、募集可能とする。 <small>ただし、都道府県限定分に関しては、以下の条件が整った場合のみ募集可能とする</small> ○ 連携(地域研修)プログラムのうち都道府県限定分 2016年不足率（＝不足医師数/必要医師数）が0.8以下のその診療科の医師不足が顕著である都道府県の施設において50%以上の専門研修を行える環境が整った場合、募集可能とする 										
<p>計算方法</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 「2018年と2019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」に対して、「診療科全体の充足率」に応じて以下の割合を乗じた数とする <table style="margin-left: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">診療科不足率 ≤ 10%の場合</td> <td style="padding: 2px; text-align: center;">20%</td> <td style="padding: 2px;">(内科・整形外科・泌尿器科・脳神経外科)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">10% < 診療科不足率 ≤ 150%の場合</td> <td style="padding: 2px; text-align: center;">15%</td> <td style="padding: 2px;">(小児科・眼科・耳鼻科・放射線科・リハビリテーション科)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">150% > 診療科不足率の場合</td> <td style="padding: 2px; text-align: center;">10%</td> <td style="padding: 2px;">(皮膚科・精神科・麻酔科・形成外科)</td> </tr> </table> ○ 上記のうち都道府県限定分を5%分とする 		診療科不足率 ≤ 10%の場合	20%	(内科・整形外科・泌尿器科・脳神経外科)	10% < 診療科不足率 ≤ 150%の場合	15%	(小児科・眼科・耳鼻科・放射線科・リハビリテーション科)	150% > 診療科不足率の場合	10%	(皮膚科・精神科・麻酔科・形成外科)
診療科不足率 ≤ 10%の場合	20%	(内科・整形外科・泌尿器科・脳神経外科)								
10% < 診療科不足率 ≤ 150%の場合	15%	(小児科・眼科・耳鼻科・放射線科・リハビリテーション科)								
150% > 診療科不足率の場合	10%	(皮膚科・精神科・麻酔科・形成外科)								
<p>シーリング数の上限・下限</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ シーリング数（連携(地域研修)プログラム含む）の上限は以下の通りとする <ul style="list-style-type: none"> ・ シーリング数（連携(地域研修)プログラム含む） > 20の場合： 2019年の採用数 ・ シーリング数（連携(地域研修)プログラム含む） ≤ 20の場合： 過去2年の平均採用数と2019年の採用数の大きい方 ○ シーリング数（連携(地域研修)プログラム含む）が5を下回る場合、5とする。 										

(2) 対策

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、平成19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、県内外からの研修医の増加を図ります。

キャリア形成プログラム

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、2020年度現在、18の基本領域における40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		筑波大学附属病院		【病理】
		水戸協同病院		筑波大学附属病院
		土浦協同病院		
【小児科】				【救急科】
筑波大学附属病院		【産婦人科】		筑波大学附属病院
土浦協同病院		筑波大学附属病院		
県立こども病院		土浦協同病院		【形成外科】
				筑波大学附属病院
【皮膚科】		【眼科】		
筑波大学附属病院		筑波大学附属病院		【リハビリテーション科】
				筑波大学附属病院
【精神科】		【耳鼻咽喉科】		
筑波大学附属病院		筑波大学附属病院		【総合診療】
県立こころの医療センター				筑波大学附属病院
		【泌尿器科】		県立中央病院
		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		

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、若手医師にとって主体的なキャリア形成を支援します。

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・大病院へ人気集中 	<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	基幹施設の選択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"> ・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)

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に図るため、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、キャリアアップ支援を図ります。

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長期間派遣し、本県の地域医療水準の高度化を図ります。

第2章 医師の派遣調整

1 考え方

地域における医師の確保のためには、地域における医師の不足や偏在の解消にあたっては、医師少数区域におけ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。

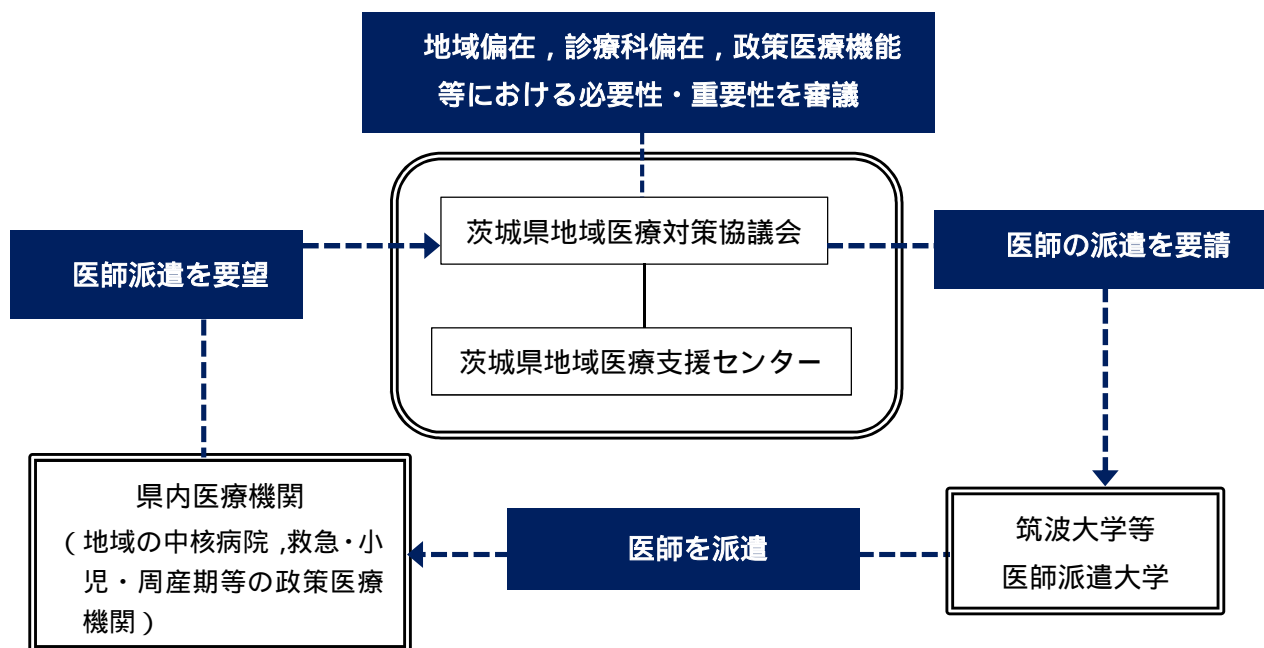
2 本県における医師の派遣調整

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
地域枠等医師 ・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）
以外	医師配置調整スキーム	県内医療機関の配置要望リスト案の協議・決定、大学への要請、医師配置案の決定等

【医師派遣の体制】



令和2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
(1) 要望調査、要望リスト作成	4～6月頃	② 医師配置要望リスト案を協議・決定	① 県内医療機関への配置要望調査・集計 ② 診療科別・病院別の配置要望リスト案作成	配置要望リスト
(2) 配置原案作成	9～1月頃		医師配置原案	④ 配置要望リストを踏まえ、医師配置原案を作成 ※必要に応じてセンターと協議
(3) 協議・調整	2～3月頃	⑤ 医師配置原案を協議・調整		
(4) 配置案決定	3月末頃	⑥ 医師配置案決定		医師配置手続き

第3章 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42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。

医師の増加は、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、短期的に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、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強化するとともに、海外からの医師の受入れ促進を図ります。

また、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、「最優先で医師を確保すべき医療機関・診療科」に設定し、施策の強化を図るなど、あらゆる方策やアプローチを検討し、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

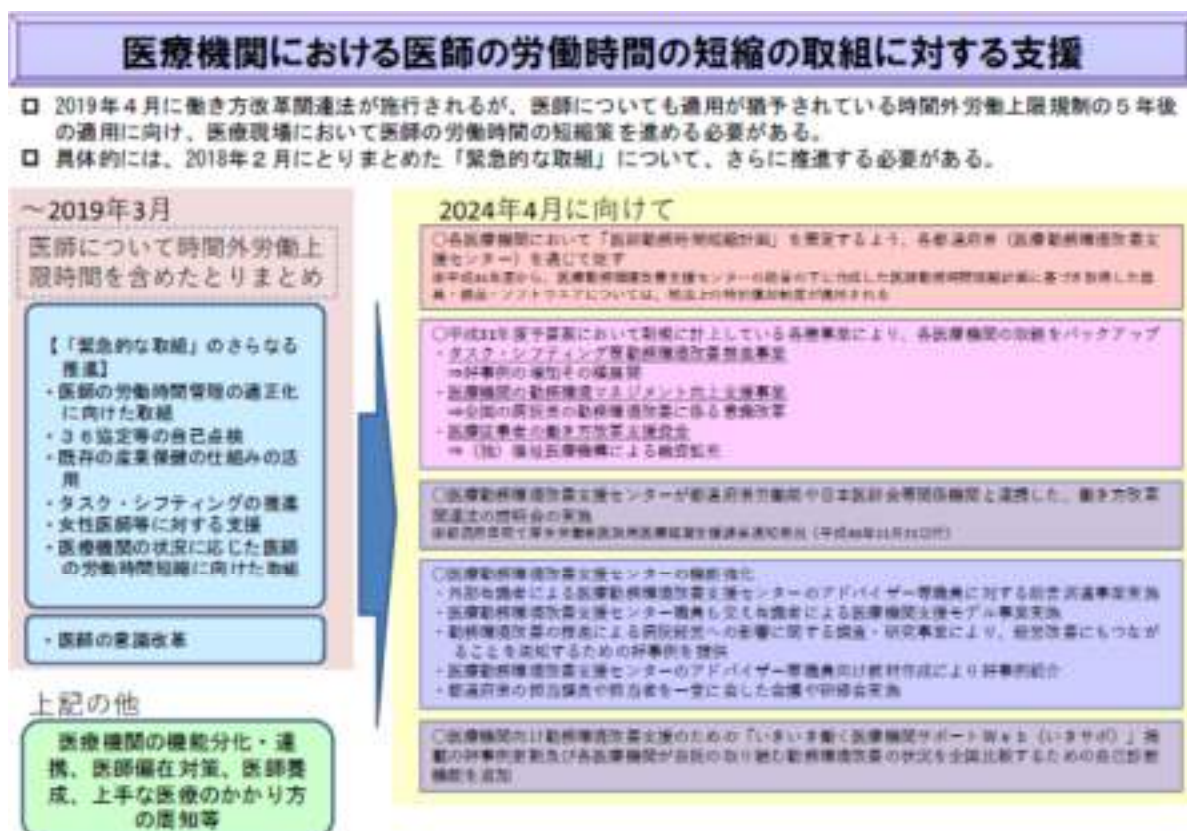
- ・県地域医療支援センターウェブサイトのU I Jターン専用ページにアクセスのあった医師の希望に基づく県内医療機関とのマッチングや、本県にゆかりのある県外医師等への個別訪問などにより、U I Jターンを促進します。

(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、地域医療を担う人材の育成や医師不足地域における医師の確保を図ります。

(4) 海外からの医師の受入れ促進

海外の医科大学が日本国内で行う実習について、県内病院が提携病院となることを促進し、海外の医科大学の卒業者の県内への就業と定着の促進を図ります。



（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。

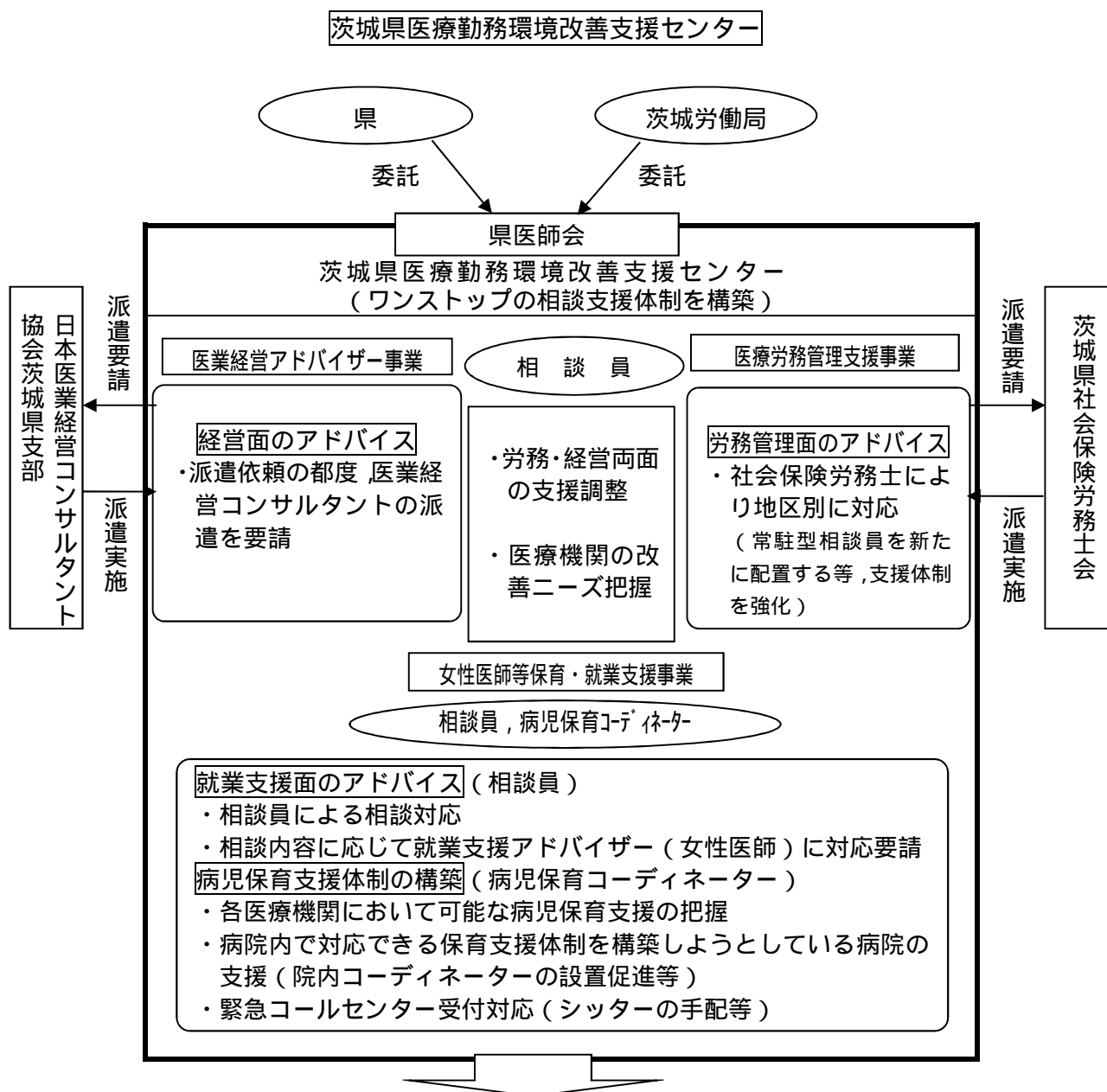
2 対策

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。

特に、女性医師については増加傾向にあることから、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。

【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

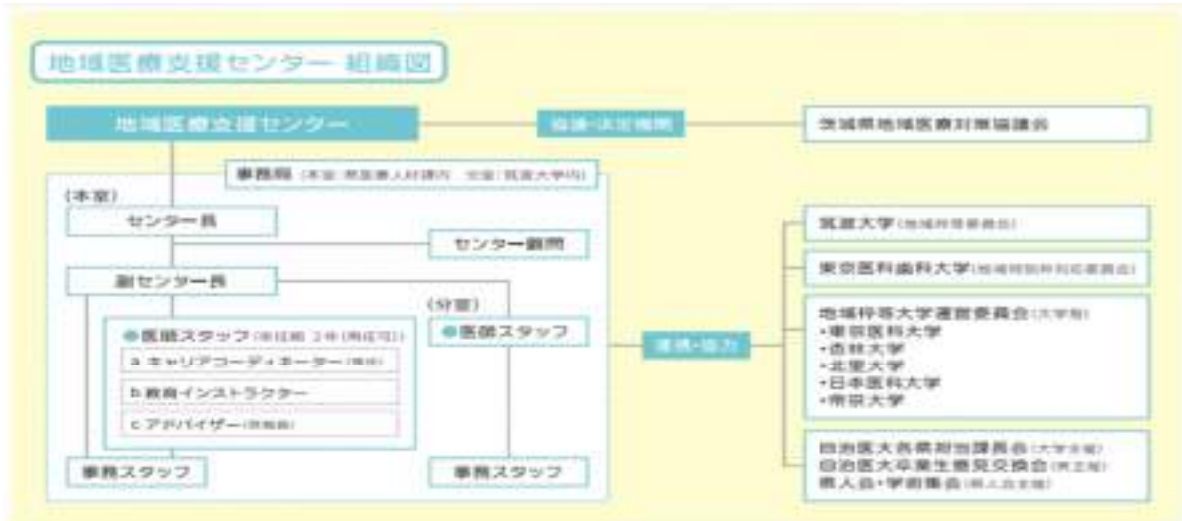
第5章 茨城県地域医療支援センター

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。



地域医療支援センター スタッフ体制

センタースタッフ

- センター長**
 - 小島 寛（筑波大学医学部医学科 学級科長・中央病院 副院長）
- 副センター長**
 - 砂野 道大（茨城県特別科推進部 地域医療推進課 課長）
- センター顧問**
 - 山口 隆（茨城県医師会 常任理事）
- キャリアコーディネーター**
 - 山内 孝義（株式会社日立製作所 茨城県支店 副店長）
 - 堀本 久彦（有限会社リコック 内科診療科 茨城県立中央病院 地域医療センター 内科部長）
 - 堀地 恵美子（筑波大学附属病院 総合臨床センター 部長）
 - 五條 聖吾（筑波大学附属病院 神経内科 心臓血管科）
 - 田中 雅次（筑波大学附属病院 小児科部長）
- 教育インストラクター**
 - 志保 明人（茨城県立中央病院 総合診療科 地域医療推進課 課長）
 - 米野 雅哉（水戸医療センター 副院長 地域医療科）
 - 小林 祐孝（水戸医療センター 副院長）
 - 池田 基（水戸市立総合医療センター 副院長 救急科）
 - 堀本 仁志（筑波大学医学部 小児科部長 茨城県立こども病院 副院長 救急医療推進課 課長）
 - 清水 浩（株式会社日立製作所 茨城県支店 地域医療推進課 課長）
 - 遠藤 孝典（土浦病院 地域医療推進課 地域医療推進課 課長）
 - 渡辺 卓也（土浦病院 小児科部長）
 - 中村 雅子（土浦病院 小児科部長）
 - 小川 真子（筑波大学附属病院 総合臨床センター 副院長）
 - 野崎 礼史（茨城県地域医療支援センター 副院長 消化器科部長）

アドバイザー

- 酒橋 達之（茨城県立中央病院 消化器科部長）
- 大野 賢二（茨城県立中央病院 消化器科部長）
- 石田 久美子（茨城県立中央病院）
- 井澤 雅子（日立製作所）
- 永田 博之（茨城県立中央病院 消化器科部長）

地域枠等大学協力者

- 石川 敦也（東京医科大学 教授）
- 栗山 健彦（東京医科大学 助教授）
- 平山 隆彦（東京医科大学 教授）
- 大久保 幸一（東京医科大学 教授）
- 藤田 孝彦（杏林大学 助教授）
- 藤岡 光一（日本医科大学 大学教授）
- 村松 万樹（北里大学 教授）

第6章 産科における医師確保

第1節 現状と課題

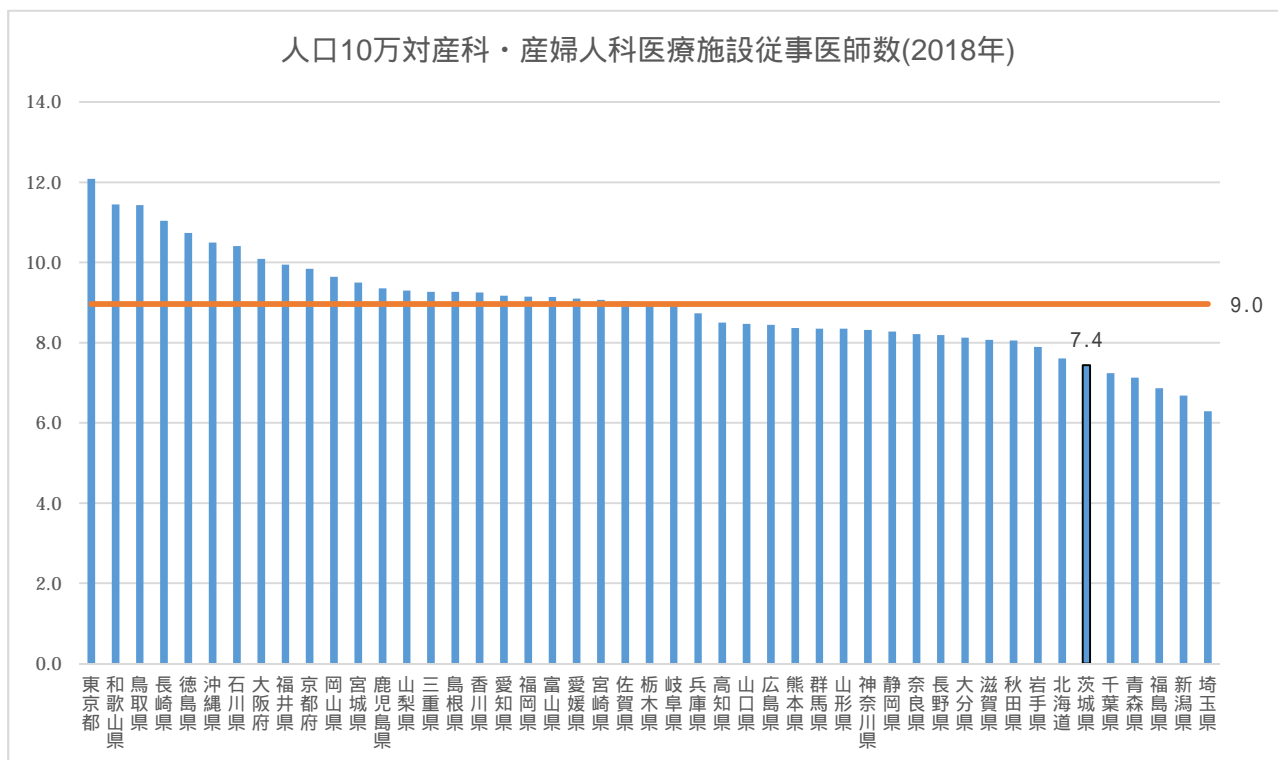
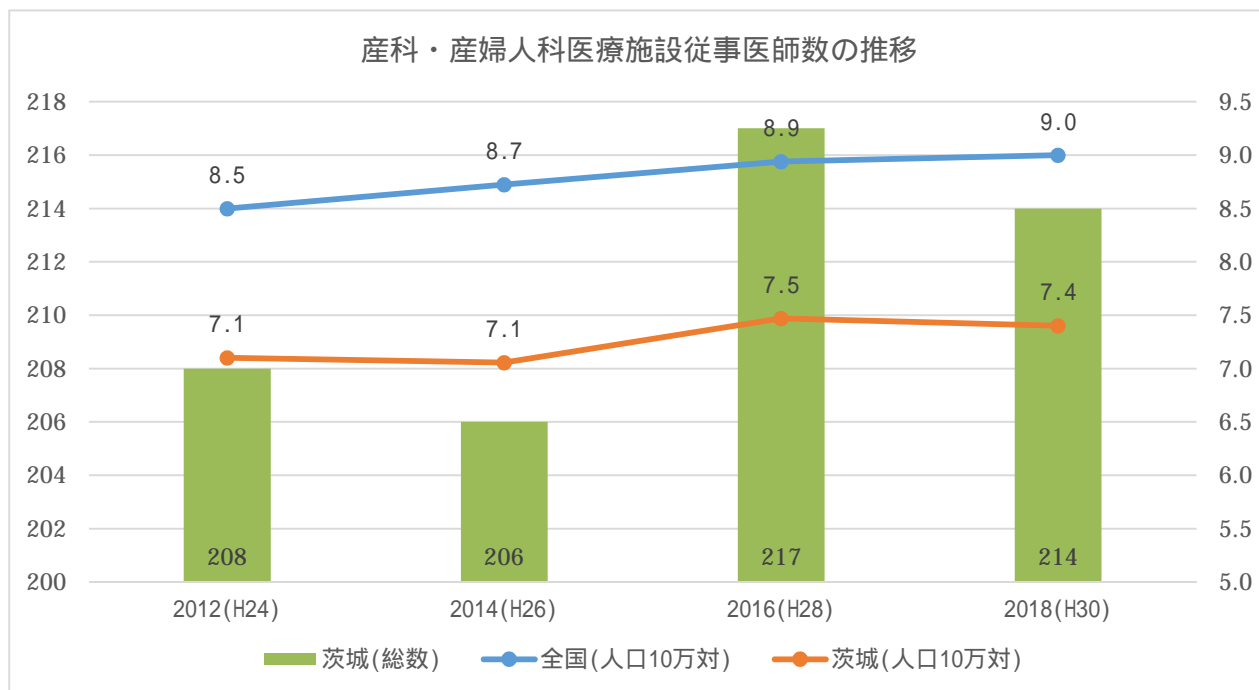
1 本県の周産期医療圏

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。

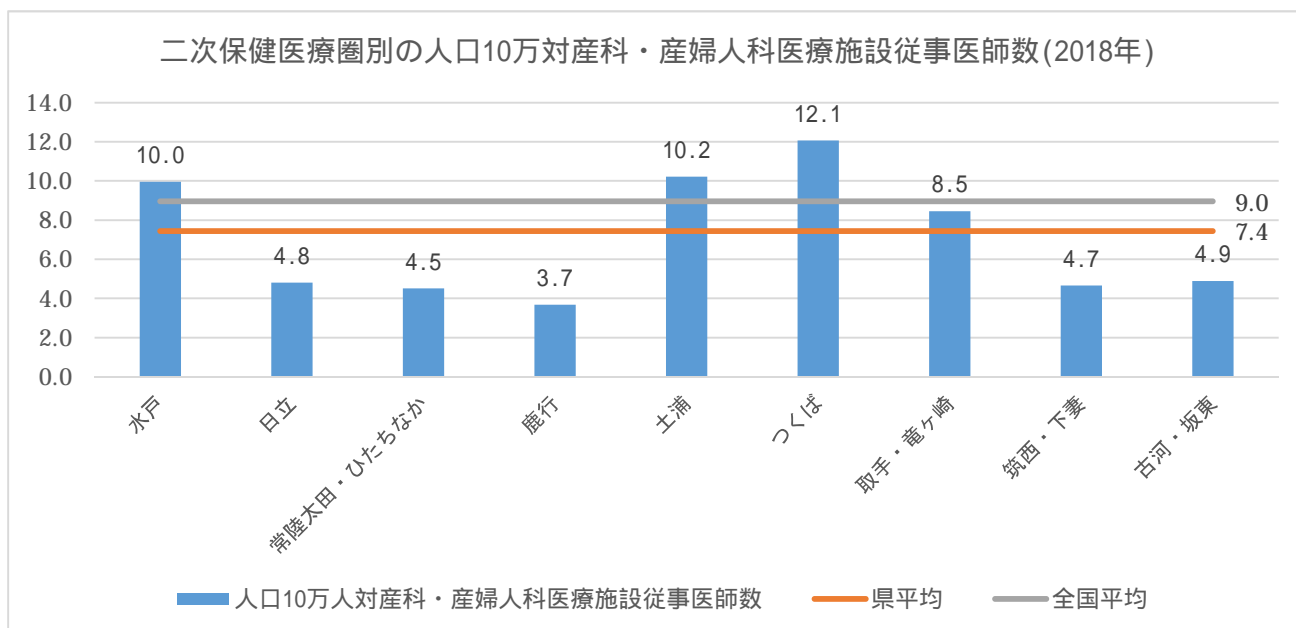


2 本県の産科・産婦人科医師数

本県の産科・産婦人科医療施設従事医師数は、2018年(平成30)年12月31日時点(医師・歯科医師・薬剤師統計)で214人であり、また、人口10万対医師数は7.4人、人口10万対医師数は全国第42位と下位にあります。



県内の二次保健医療圏別に人口10万対産科・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大きく下回り、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。



3 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年には19,368人まで減少し、初めて2万人を下回りました。



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。

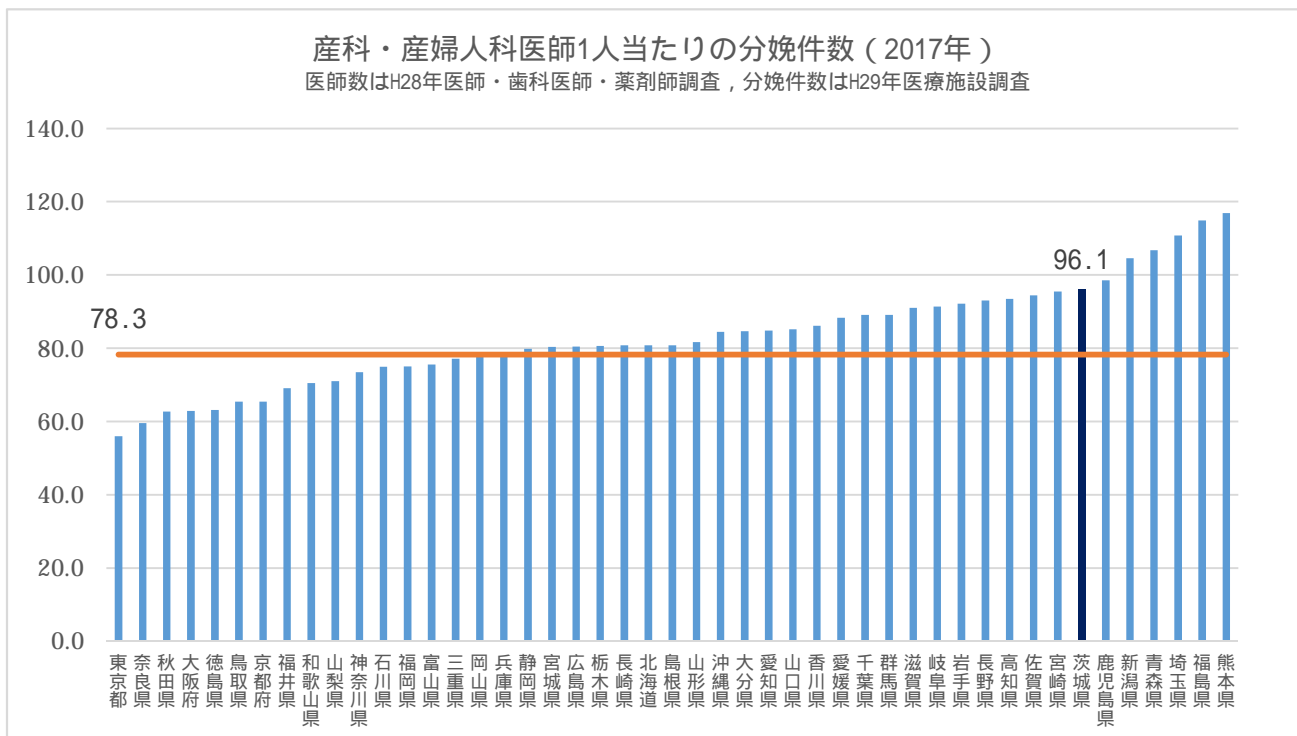


合計特殊出生率については、本県は2005年に過去最低の1.32まで低下しましたが、以降は回復傾向にあり、2017年には1.48となっていますが、人口を維持するのに必要な水準(人口置換水準)である2.07からは大きく乖離している状況です。

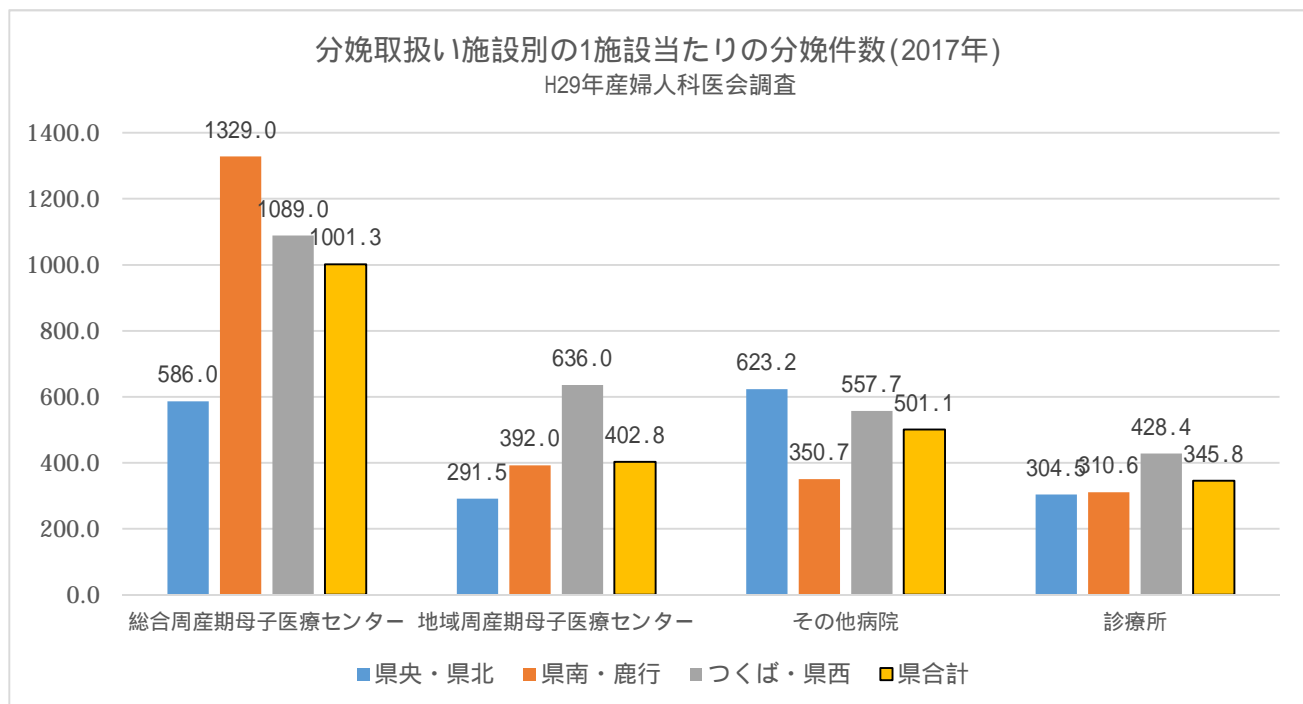


4 産科・産婦人科医師数と分娩件数等

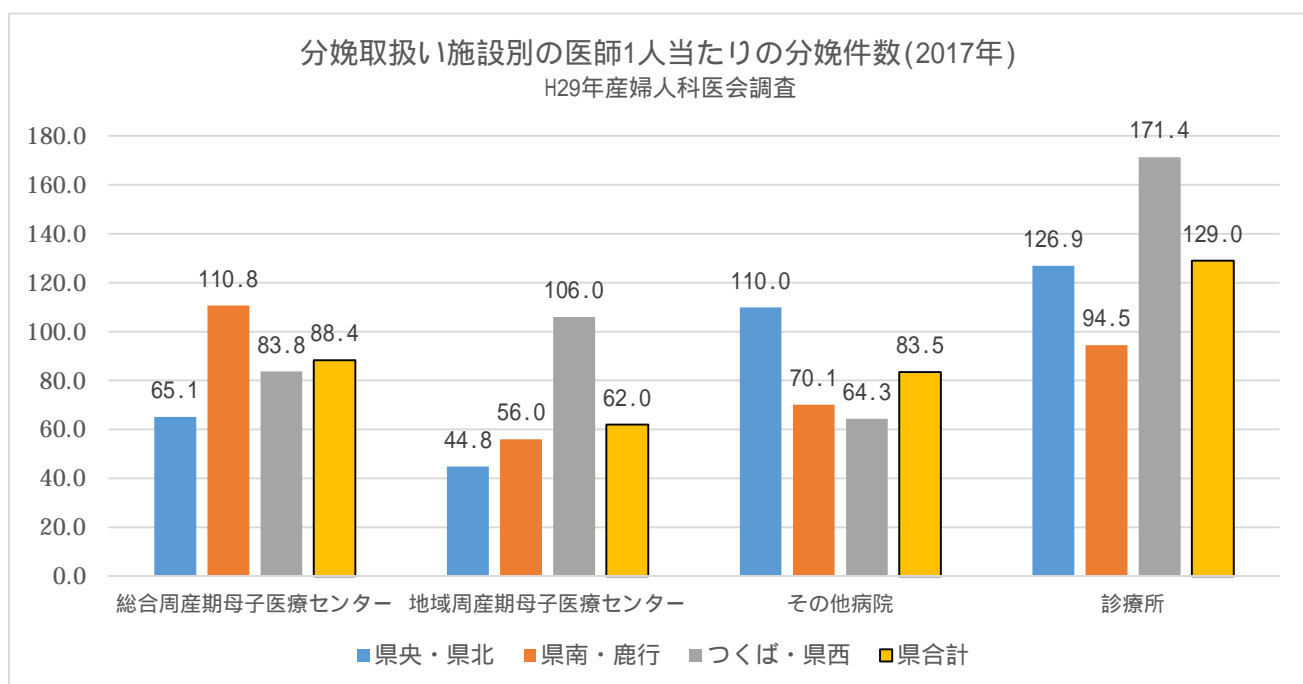
産科・産婦人科医師 1 人当たりの分娩件数では、本県は 96.1 件と全国平均の 78.3 件を上回っており、全国第 7 位と上位にあります。



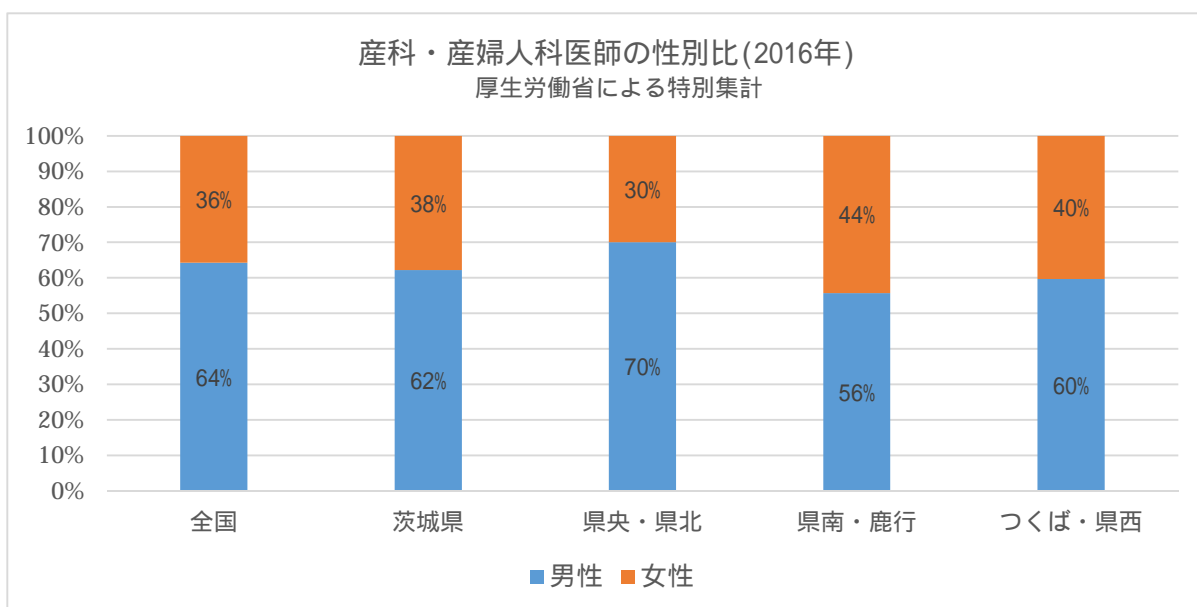
また、分娩取扱い医療施設別の1施設当たりの分娩件数では、県央・県北ではその他病院が多く、県南・鹿行、つくば・県西では総合周産期母子医療センターが多くなっています。



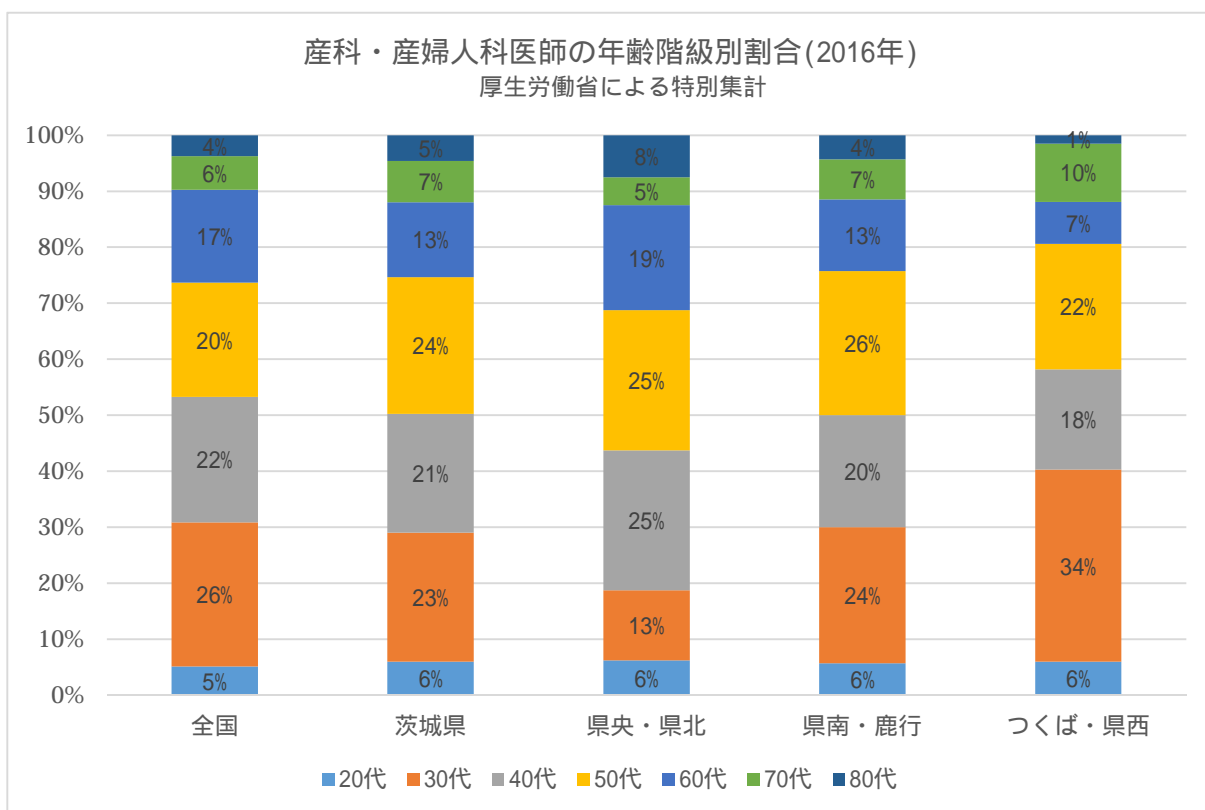
また、分娩取扱い医療施設ごとの医師1人当たりの分娩件数では、県央・県北医療圏ではその他病院及び診療所が多く、県南・鹿行医療圏では総合周産期母子医療センターが多くなっています、また、つくば・県西では診療所が多くなっています。



産科・産婦人科医師の性別数では、全国及び本県全体の男女比は概ね6：4となっていますが、周産期医療圏別にみると、県央・県北医療圏では男性が70%と高くなっています。また、県南・鹿行医療圏では女性が約44%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、50代以上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57%と高い一方、つくば・県西では40代までが58%と高く、特に30代が34%となっており、全国平均を大きく上回っています。



5 本県の周産期医療提供体制における課題

(1) 周産期医療圏ごとの課題

県央・県北ブロック

日立総合病院の地域周産期母子医療センター休止によるハイリスク分娩の流出。

県南・鹿行ブロック

ア 小山記念病院にハイリスク分娩が集中している。

イ 土浦協同病院，千葉県への医療機関への搬送時間の長さ。

つくば・県西ブロック

ア 西南医療センター病院にハイリスク分娩が集中している。

イ 筑波大学附属病院，栃木県への医療機関への搬送時間の長さ。

(2) 周産期医療圏に共通する課題

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が課題であるため，分娩休止に伴う医療圏を越える分娩受療動向の変化については，引き続き，確認していく必要がある。

また，少子化においても，高齢出産による低体重児出生割合の増加など高度な周産期医療の需要が増大しているにも関わらず，産婦人科や新生児集中治療を担う新生児科医などの医療スタッフの不足，分娩取扱施設の減少や地域偏在の問題が山積しており，周産期医療体制を取り巻く環境は大変厳しい状況となっています。

(3) 周産期医療における最優先課題

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

分娩の集約化を進めるにあたり，地域の拠点となる病院の医療体制確保

日立総合病院の地域周産期母子医療センターの早期再開

第2節 産科医師偏在指標と相対的産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）、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、分娩数や産科及び産婦人科の性年齢階級別の医師数を踏まえ、国において、産科における医師偏在指標を算定することとし、都道府県は産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産科の医師確保対策を実施することとされています。

産科医師偏在指標は、三次保健医療圏（都道府県等）ごと及び周産期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。

産科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・薬剤師調査」における「産科医師数」と「産婦人科医師数」の合計値を用いる。
- ・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。

産科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。

$$\text{産科における医師偏在指標} = \frac{\text{標準化産科・産婦人科医師数}}{\text{分娩件数}^{(注)} \div 1000\text{件}}$$

$$\text{標準化産科・産婦人科医師数} = \sum \text{性年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

(注) 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 本県の産科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）の産科医師偏在指標

本県は、全国で第41位であり、下位33.3%に含まれる相対的産科医師少数県となっています。

(2) 周産期医療圏の産科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	標準化産科・産婦人科医師数 (2016年12月31日,人)	産科医師偏在指標	全国順位	区分	(参考)産科偏在対策基準医師数 (2023年)
全国	11,349	12.8	-	-	-
茨城県	217	10.3	41	相対的医師少数県	205.6
県央・県北	80	9.5	177	-	64.6
県南・鹿行	70	11.9	114	-	46.6
つくば・県西	67	9.9	165	-	55.1

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、計画期間終了時の産科医師偏在指標が、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。

第3節 産科の医師確保の方針

1 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、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
周産期医療の提供体制等の見直し	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・重点化及び各医療機関における機能分化・連携 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
医師の派遣調整	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。
産科医師の勤務環境改善	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、タスクシェア・タスクシフトの促進のための支援を行う。
産科医師の養成数を増やすための施策	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 ・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、産科医師偏在指標が全国下位 33.3%に含まれる相対的産科医師少数県であり、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、日立総合病院の地域周産期母子医療センターの早期再開など、最優先の課題の解決に向け、効果的な産科医師の確保を行っていく必要があります。

(1) 本県の将来の産科の医療需要と必要医師数

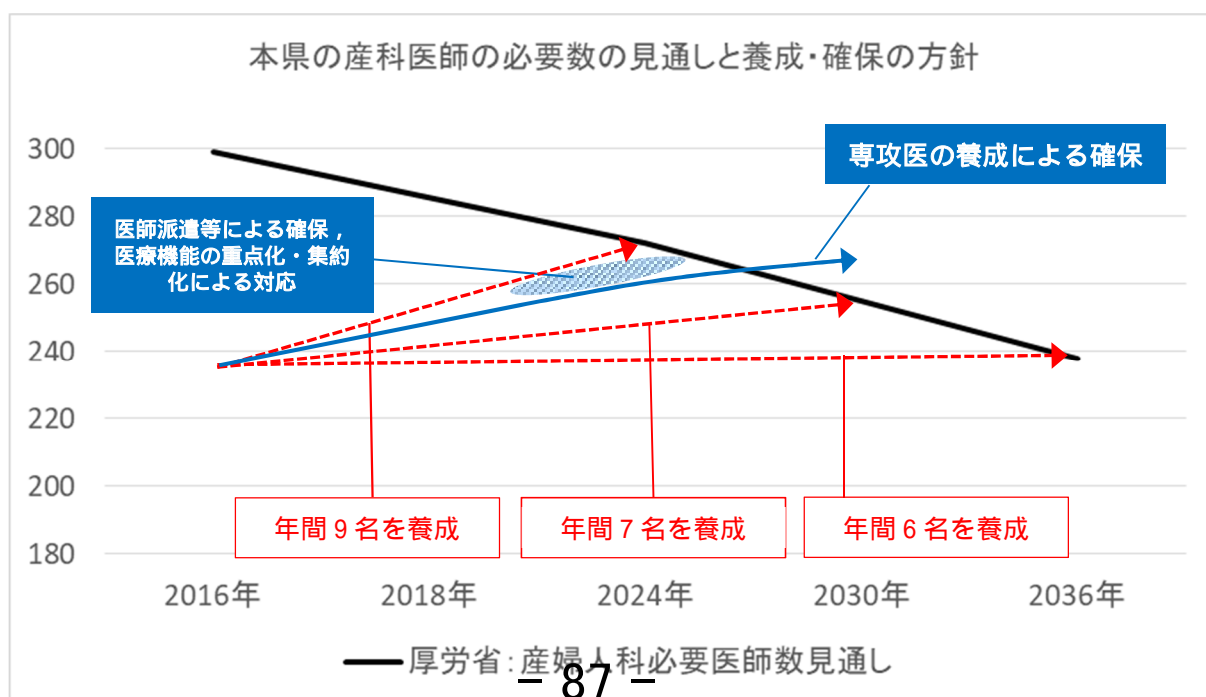
国の「都道府県別診療科ごとの将来必要な医師数の見通し」によると、本県の産科医師について、2024年、2030年、2036年のそれぞれの時点における必要医師数を達成するための今後の年間養成数はそれぞれ9人、7人、6人となっています。

一方、本県の専攻医募集プログラムにおける、2019年の産科の採用数は8名となっていることから、今後、現時点の採用数を維持した場合、出生数の減少に伴う医療ニーズの減少により、2024年時点の必要医師数には満たないものの、2030年・2036年時点では、必要医師数に達する見込みとなっています。

(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、短期的（2024年）な医師の需給ギャップについては、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4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や見直し

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。

- ・各周産期医療圏において、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・連携の促進し、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。

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 小児科における医師確保

第1節 現状と課題

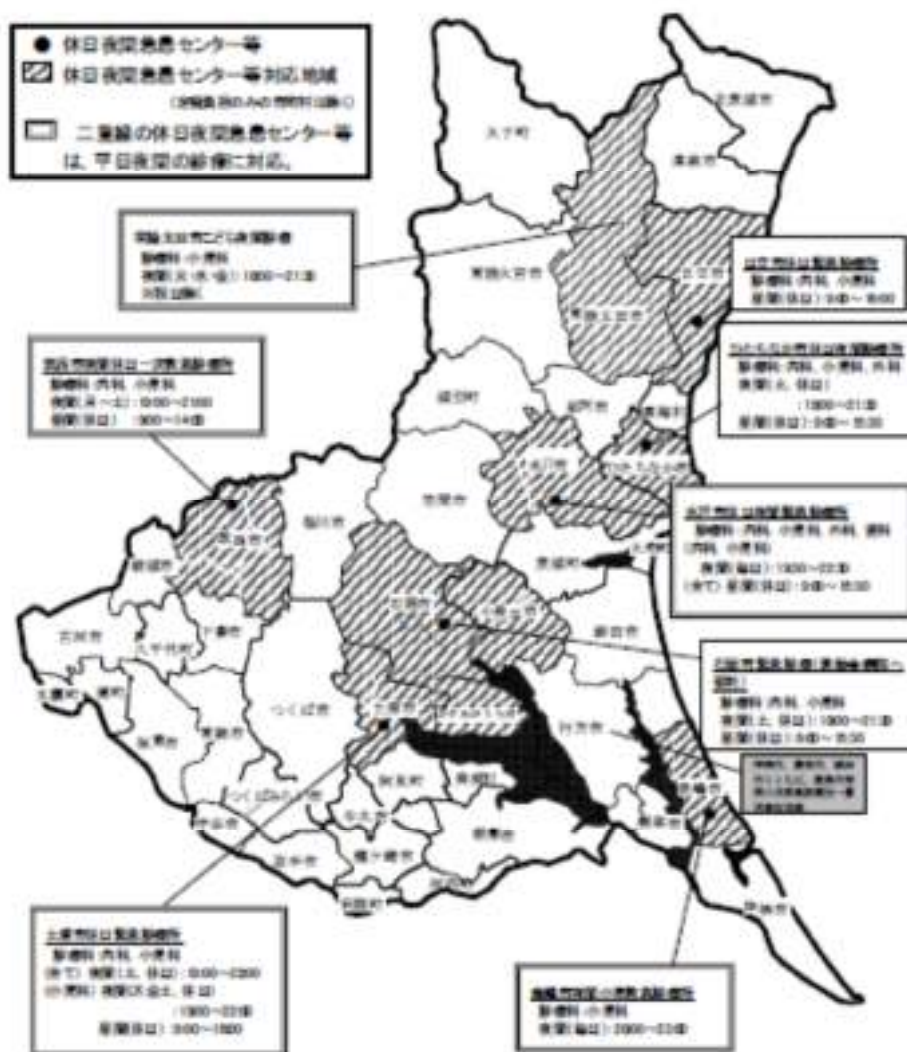
1 本県の小児医療圏

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、第7次茨城県保健医療計画において、二次保健医療圏と併せて小児救急医療圏(二次・三次)を設定し、拠点病院及び病院群輪番制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



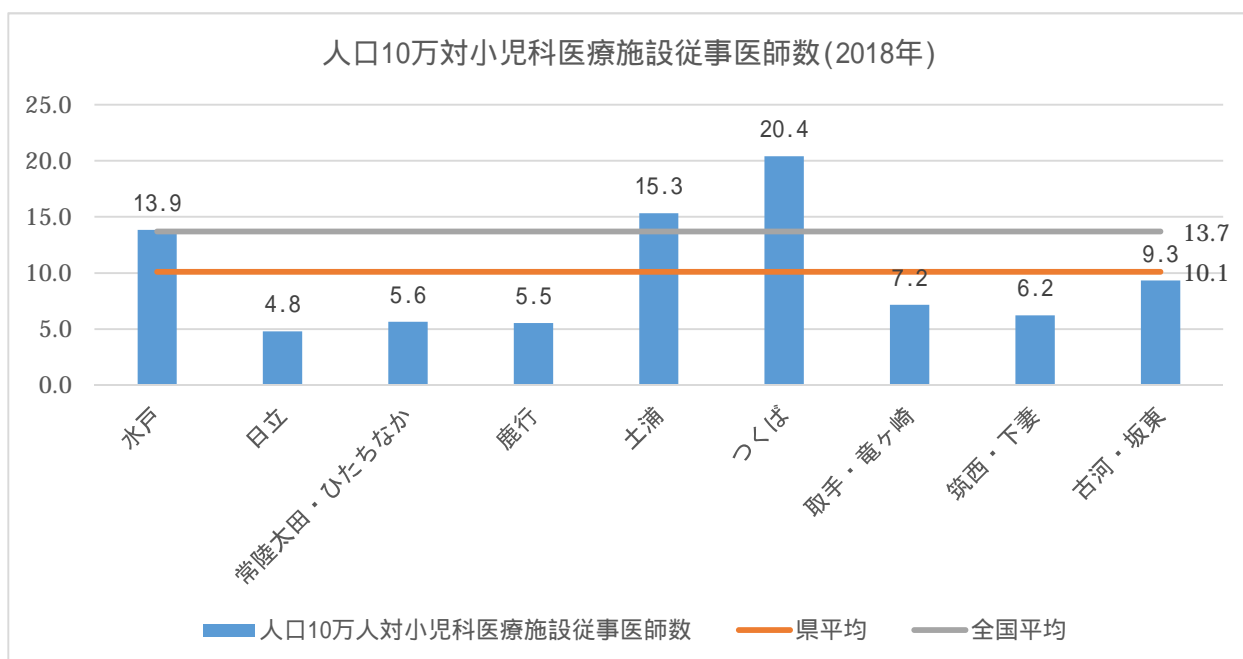
平成30(2018)年3月1日現在

■小児救急医療圏（二次・三次）



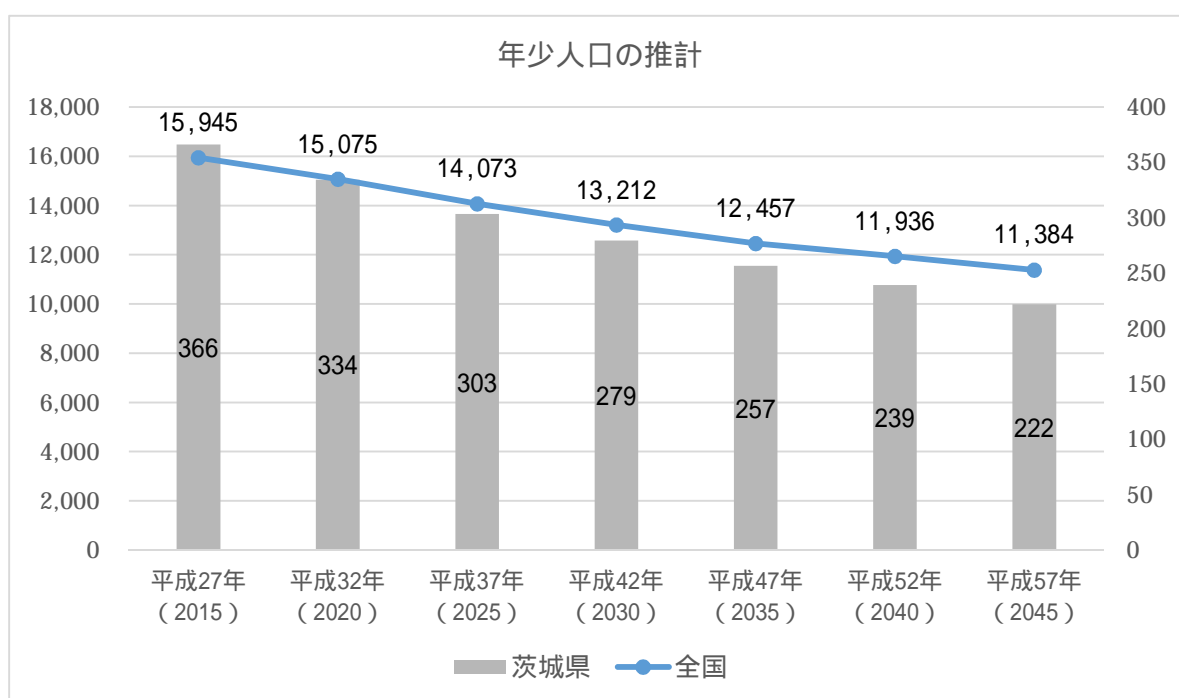
平成30（2018）年3月1日現在

県内の二次保健医療圏別に人口10万対小児科医師数をみると、つくば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、鹿行、筑西・下妻は全国平均の半分に満たないなど、小児科医師の地域偏在がみられます。

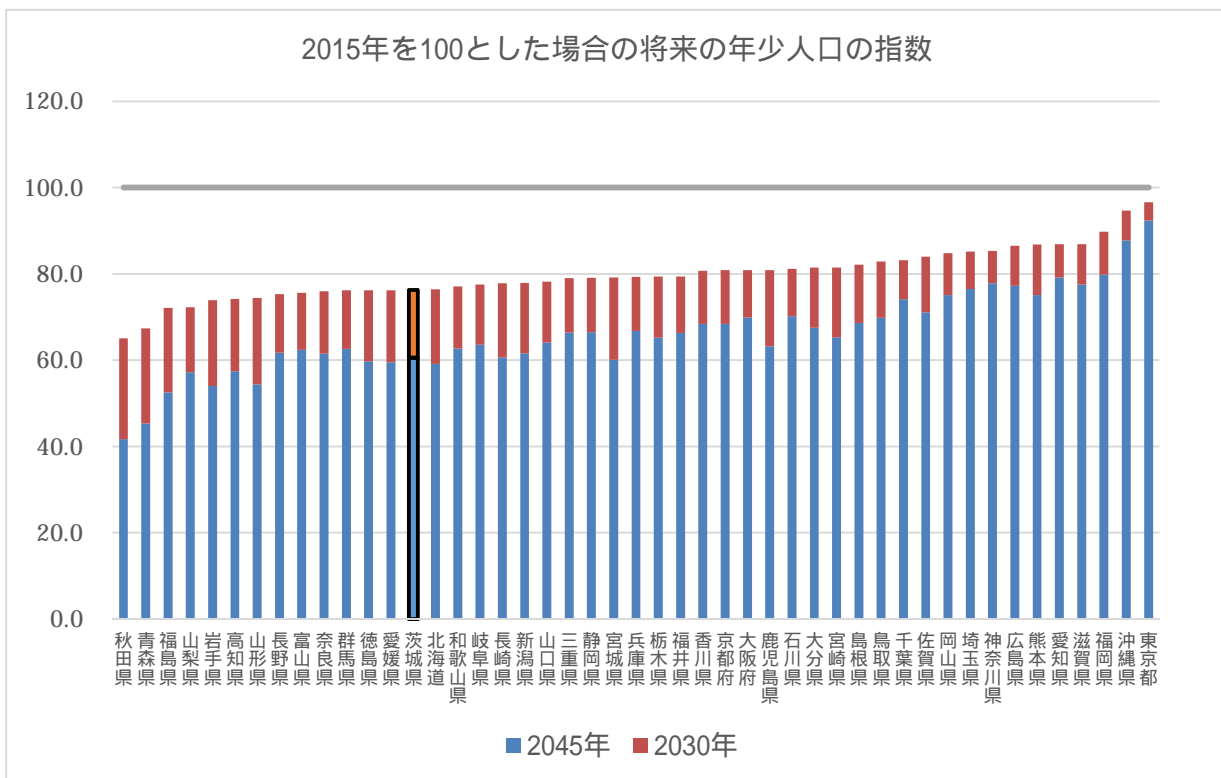


3 年少人口(0-14歳)の推計

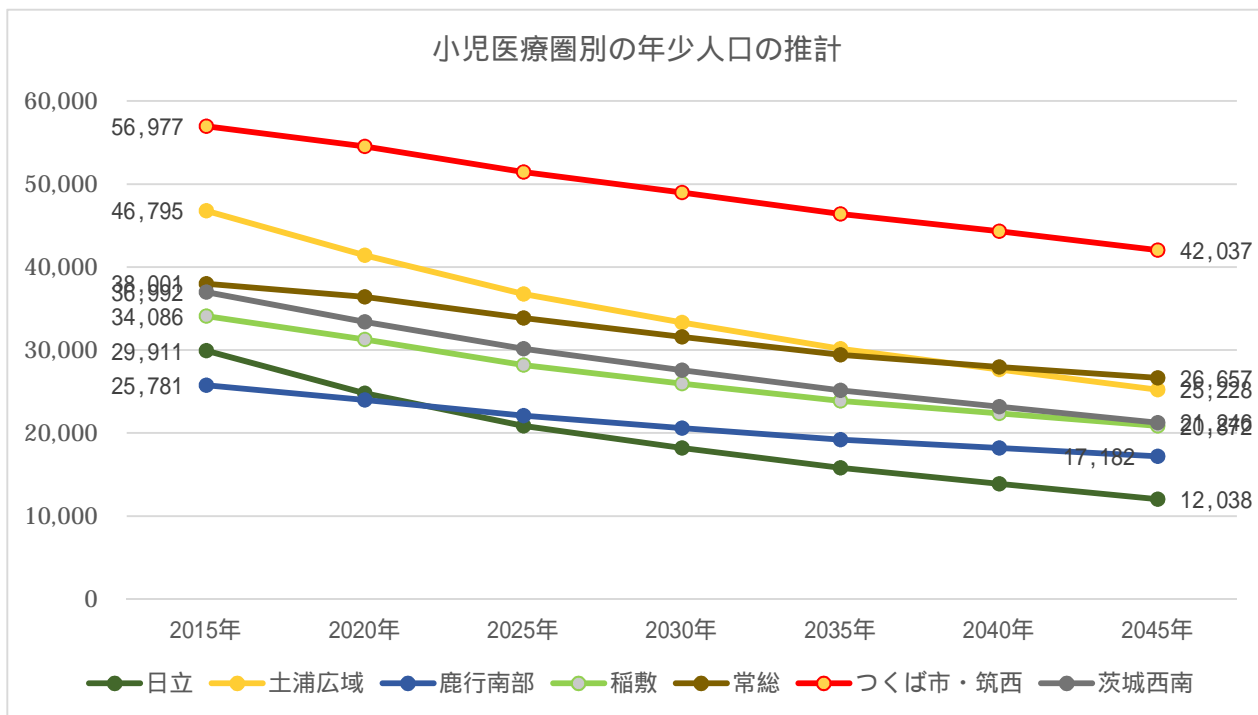
都道府県別の年少人口推計では、本県の年少人口は2030年に279千人、2045年に222千人となる見込みであり、全国平均を上回る減少率となっています。



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

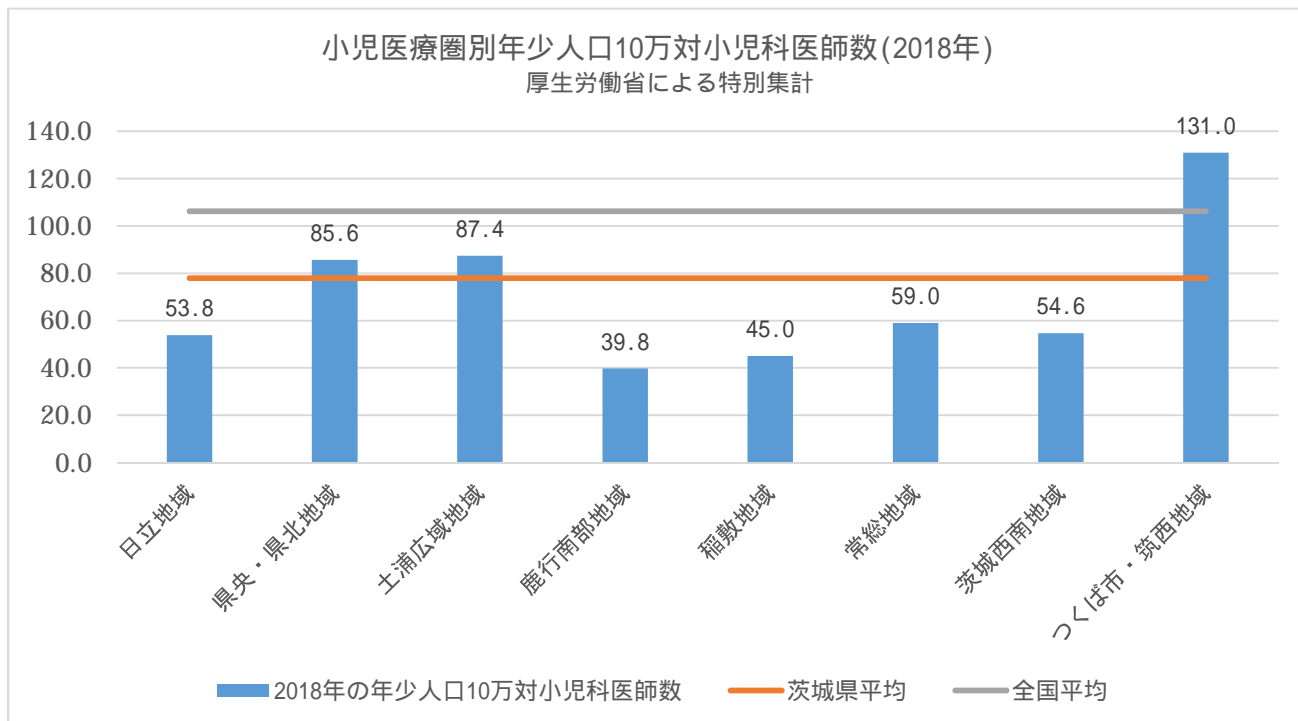


本県の小児医療圏別の年少人口推計では、今後、全ての医療圏で減少が見込まれますが、特に日立は2015年比で2030に60.9%、2045年に40.2%と大幅な減少が見込まれます。

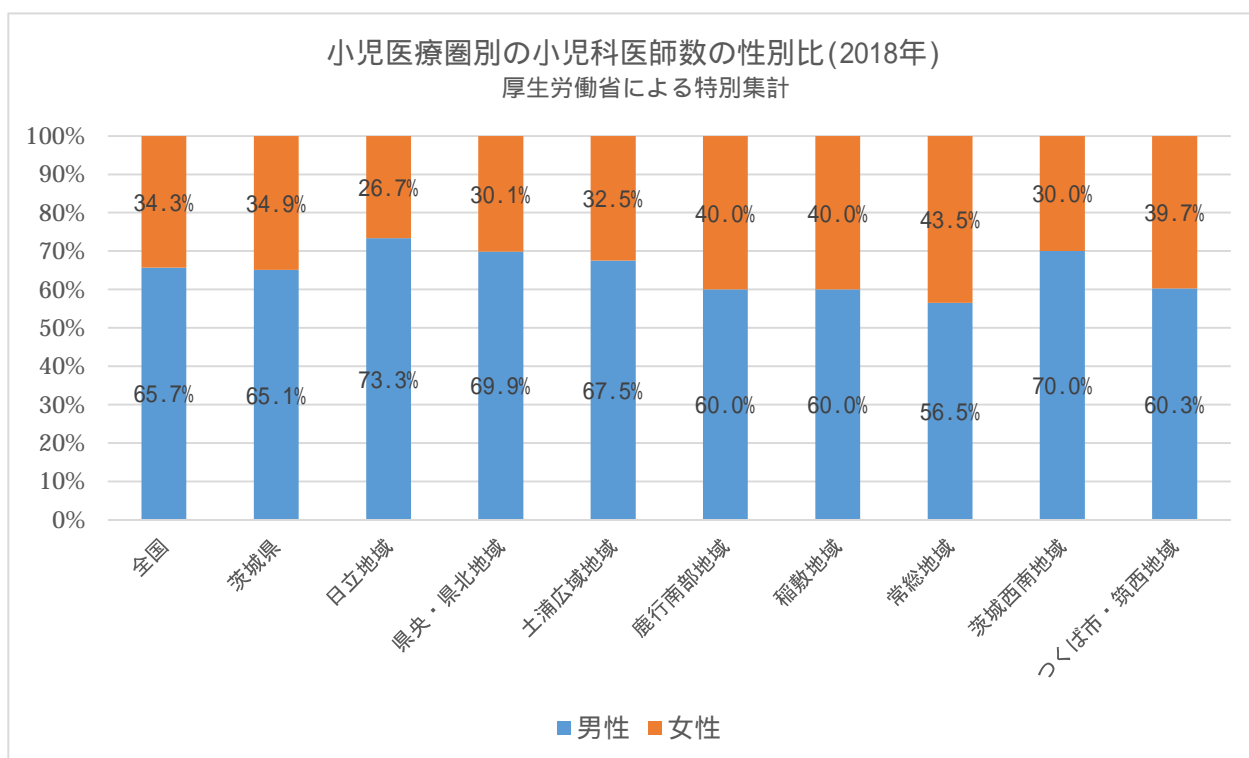


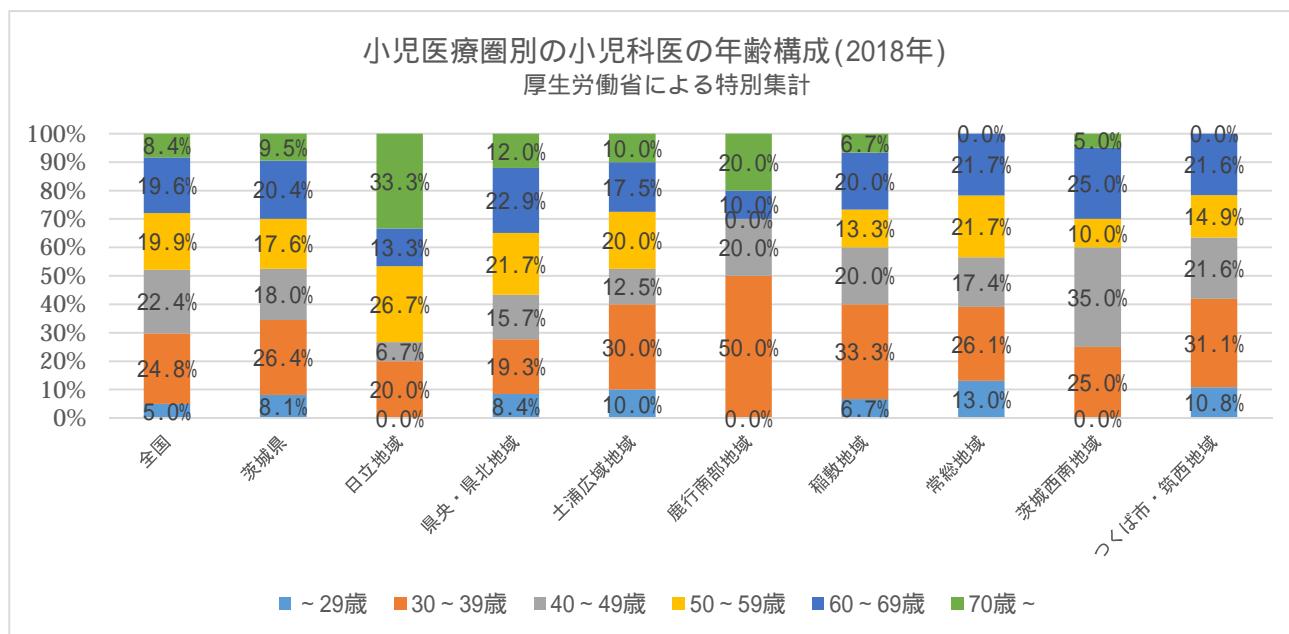
4 年少人口（0-14歳）あたりの小児科医師数

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。



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65%、女性約35%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27%と最も多く、全国平均を上回っています。





5 本県の小児医療提供体制における課題

全ての医療圏で小児科医の育成・確保が必要です。また、拠点となる病院における入院診療体制の充実が必要です。

小児救急中核病院または地域小児救急センターのある医療圏（稲敷以外の7地域）では、中核病院やセンターの診療機能の維持と、地域の病院・診療所とのさらなる連携・役割分担が必要です。

稲敷地域では地域小児救急センターがなく、3次の救急患者が他の医療圏へ流出しているが、拠点的な役割を担う病院を無理に指定するのではなく、他の医療圏とのさらなる連携・役割分担により対応することが必要です。

医療圏の集約化を見据え、初期も含めた24時間対応の救急医療体制を構築するため、病院間の連携が必要です。

3次救急などへの搬送時間の短縮や拠点病院とそれ以外の病院とのネットワーク構築が必要です。

病院間の連携、情報共有を促進するためICTの活用による手法も検討する必要があります。

日勤帯や準夜帯であっても多くの初期患者が2次・3次の病院を利用していることから、小児科受診の適正化への取組が必要です。

医師の働き方改革や年少人口の減少を背景として、重点化・集約化の重要性が高まっていることから、小児医療圏の見直しに向けた検証が必要です。

【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）
- 地域で拠点となり得る病院における医療体制の確保
- 県央・県北における初期も含めた24時間対応の救急医療体制の構築

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

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・薬剤師調査」における「小児科医師数」を用いる。
- ・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。

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

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

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

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

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、患者住所在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

本県は、全都道府県で最下位であり、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、茨城西南地域が全国の下位 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 (2018年1月1日,千人)	標準化小児科医師数 (2016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 (2023人)
全国	15,951	16,937	106.2	-	-	-
茨城県	364	286	82.2	47	相対的医師少数県	299
日立地域	28	13	60.2	288	相対的医師少数区域	16
県央・県北地域	97	82	73.6	248	相対的医師少数区域	82
土浦広域地域	46	41	114.1	84		26
鹿行南部地域	25	10	49.9	301	相対的医師少数区域	16
稲敷地域	33	15	51.5	296	相対的医師少数区域	23
常総地域	39	24	72.1	255	相対的医師少数区域	25
茨城西南地域	37	20	78.1	235	相対的医師少数区域	19
つくば市・筑西地域	60	80	106.9	109		57

全都道府県の小児医療圏の合計数は 311

(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。

第3節 小児科の医師確保の方針

1 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
小児医療の提供体制等の見直し	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・重点化及び各医療機関における機能分化・連携 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
医師の派遣調整	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。
小児科医師の勤務環境改善	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、タスクシェア・タスクシフトの促進のための支援を行う。
小児科医師の養成数を増やすための施策	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。 小児科医師の中でもその確保に留意を要する新生児医療を担う医師については、小児科専攻医を養成する医療機関において、新生児科（NICU）研修等の必修化を検討する。 小児科医師におけるキャリア形成プログラムの充実化 ・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最下位であり，小児科医師の絶対数が少ない状況であることから，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

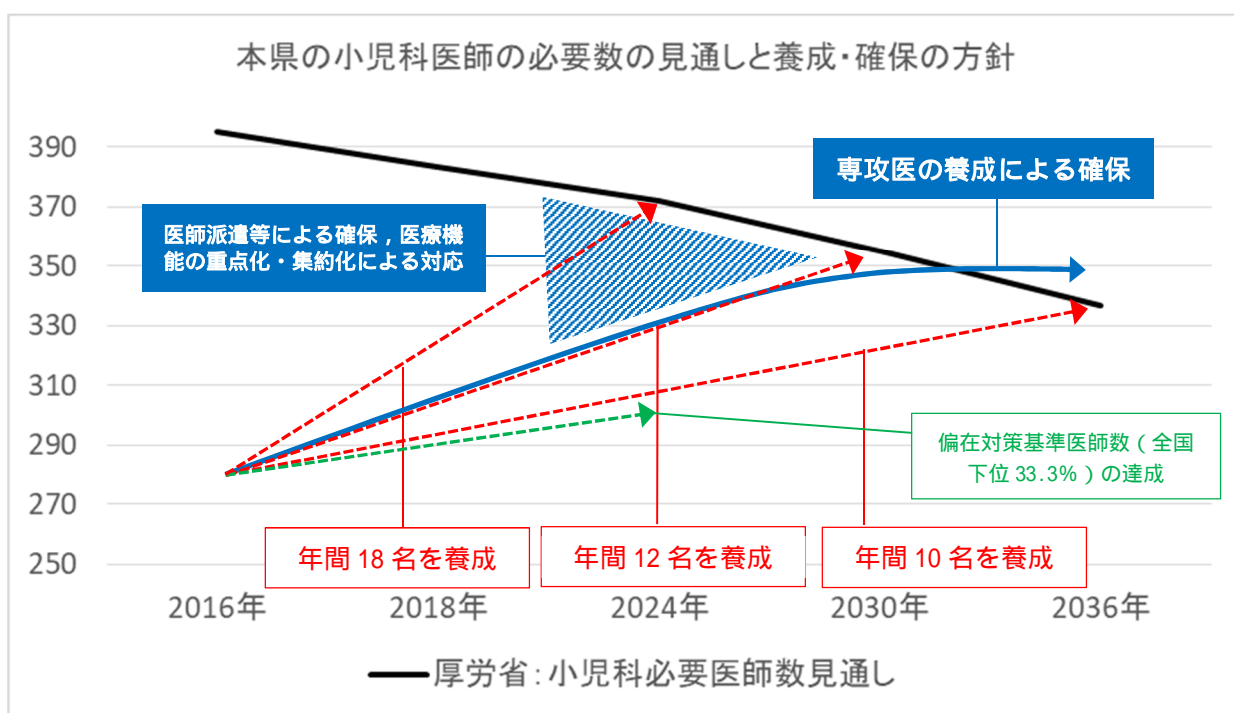
国の「都道府県別診療科ごとの将来必要な医師数の見通し」によると，本県の小児科医師について，2024年，2030年，2036年のそれぞれの時点における必要医師数を達成するための今後の年間養成数はそれぞれ18人，12人，10人となっています。

一方，本県の専攻医募集プログラムにおける，2019年の小児科の採用数は12名となっていることから，今後，現時点の採用数を維持した場合，2024年時点の必要医師数を満たせないものの，2030年・2036年時点では，少子化による医療ニーズの減少により，必要医師数に達する見込みとなっています。

(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4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8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))

キャリア形成プログラムに関する事項

医師の派遣に関する事項

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

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

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

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を担う公的病院等において、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ることができるよう、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。