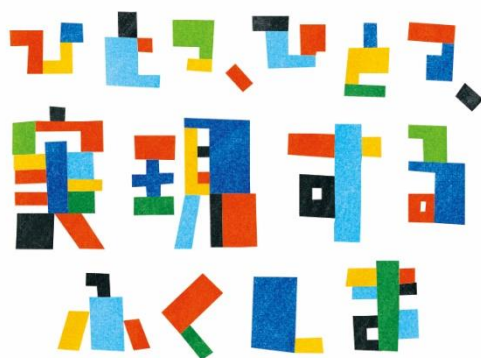


# 第8次（前期） 福島県医師確保計画 （案）



令和6年〇月  
福島県保健福祉部

# 目次

第1章 第8次（前期）医師確保計画の基本的事項	
第1節 計画策定の趣旨	1
第2節 計画の位置づけ	1
第3節 計画の基本理念	1
第4節 計画期間	2
第5節 計画の評価及び見直し	2
第2章 第7次医師確保計画の評価	
第1節 第7次医師確保計画の評価の考え方	3
第2節 医師確保のための主な施策の取組状況	4
第3節 第7次医師確保計画の達成状況	6
第3章 本県の現状と課題	
第1節 本県の医師数	10
第4章 医師偏在指標及び区域の設定	
第1節 医師偏在指標	21
第2節 医療圏における区域の設定	23
第3節 本県の医師偏在指標及び区域の設定	24
第5章 医師確保の方針	
第1節 県全体及び二次医療圏の医師確保の方針	29
第2節 確保すべき医師数	33
第6章 医師確保のための施策	
第1節 医師確保のための施策について	39
第2節 医師確保のための施策	40
第7章 産科（分娩取扱医）・小児科医師確保計画	
第1節 産科（分娩取扱医）・小児科における医師確保	51
第2節 産科（分娩取扱医）医師確保計画	57
第3節 小児科医師確保計画	60
第4節 産科（分娩取扱医）・小児科医師確保のための施策	63

## 第1章 第8次（前期）医師確保計画の基本的事項

### 第1節 計画策定の趣旨

#### 1 医師確保計画の策定

医師確保計画は、国が示す都道府県及び二次医療圏ごとの医師の多寡を統一的・客観的に評価した「医師偏在指標」と「医師確保計画策定ガイドライン（令和5年3月31日付け通知）」に基づき各都道府県が策定するものであり、医療計画の一部として、医師確保の方針や確保すべき医師数及び医師を確保するための目標達成に向けた施策内容など一連の方策を定めるものとなります。

### 第2節 計画の位置づけ

#### 1 計画の位置づけ

本計画は、平成30年7月に成立した「医療法及び医師法の一部を改正する法律」により令和2年度から策定が義務付けられております。

また、医療法第30条の4第1項の規定に基づき、都道府県が定めることとされている「第8次福島県医療計画」（令和6年度から令和11年度まで）の一部として位置づけられており、「都道府県及び二次医療圏ごとの医師の確保の方針」、「都道府県及び二次医療圏ごとの確保すべき医師の数の目標（目標医師数）」、「目標医師数を達成するための施策」などを定め、医師偏在指標に基づき医師偏在（地域間・診療科間）の解消を目指すものです。

### 第3節 計画の基本理念

#### 1 計画の基本理念

東日本大震災及び原子力災害からの復興を図るとともに、県民の安全・安心の確保及び県民の健康維持・増進を図ることを基本理念とします。

## 第1章 第8次医師確保計画の基本的事項

### 第4節 計画期間

#### 1 計画期間

今回策定する医師確保計画は、第8次医療計画の策定と合わせて策定するものですが、計画期間は第8次医療計画の半分の令和6（2024）年度から令和8（2026）年度までの3か年の計画となっています。

そのため、令和6（2024）年度以降は、医療計画（6か年）を3年ごとに前期・後期と分けて医師確保計画を策定していくこととなります。

#### 2 第8次（前期）及び第8次（後期）のスケジュール

西暦	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
和暦	H30	H31	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11
医療計画	第7次						第8次					
医師確保計画			第7次				第8次（前期）			第8次（後期）		

### 第5節 計画の評価及び見直し

#### 1 計画の評価

医師確保計画の評価については、計画の終了時点において、厚生労働省が算出する直近の医師偏在指標等に基づき、測定・評価を行います。

また、併せて、医療機関等における医師数の調査、県外からの医師の受け入れ状況、県内で養成した医師の定着率などの検証を行います。

#### 2 計画の見直し

計画の測定や評価の結果については、地域医療対策協議会及び医療審議会で検討や協議のうえ、次の医師確保計画の策定や見直しに反映させていきます。

## 第2章 第7次医師確保計画の評価

### 第1節 第7次医師確保計画の評価の考え方

#### 1 計画の評価の位置づけ

厚生労働省が示す「医師確保計画策定ガイドライン」（令和5年3月31日付け通知）では、地域医療対策協議会において現行の医師確保計画の評価について協議を行い、次期医師確保計画の策定に反映させるとともに、評価結果を次期医師確保計画に記載することとなっています。

そのため、第8次医師確保計画（前期）においては、第7次医師確保計画（計画期間：令和2年度から令和5年度）について、計画終了時点（令和5年度）における目標医師数の達成状況を評価しました。

評価にあたっては、医師数の根拠となる医師・歯科医師・薬剤師統計が2年に1回の調査であり、評価の時点（令和5年8月）で公表されている調査結果は令和2年までであるため、令和2年医師数と評価の時点で県が概算で把握している令和4年医師数に基づき算出した令和5年の見込医師数により評価を行いました。

評価は、県全体の医師数のほか、個別に医師確保計画を策定している産科・小児科についても同様に行いました。

令和5年度の見込医師数については、修学資金貸与医師数や専攻医採用数、県外からの医師招へい等の実績を勘案しながら算出しました。

なお、評価基準は、「医師確保計画」は「医療計画」の一部であることから、「福島県医療計画」のものを準用しました。

## 第2節 医師確保のための主な施策の取組状況

## 1 主な施策の取組状況

図表2-2-1 医師確保のための主な施策の取組状況

医師確保対策		実績	R2	R3	R4	R5（12月時点）
短期的施策	医師の派遣調整	修学資金被貸与医師及び自治医科大学卒業生の配置人数	36名	47名	59名	69名
	医師の派遣要請	県立医大から県内医療機関への医師派遣件数	常勤:445件 非常勤:1,250件	常勤:480件 非常勤:1,335件	常勤:477件 非常勤:1,379件	常勤:532件 非常勤:1,468件
	寄附講座の設置	県外の医科大学に寄附講座を設置した市町村への補助件数	3件	3件	3件	4件
	勤務環境改善事業	勤務環境改善の取組を実施する医療機関への補助	2件	2件	3件	4件（見込み）
	女性医師等勤務環境改善事業	女性医師支援の取組を実施する医療機関への補助	4件	4件	4件	4件（見込み）
長期的施策	医師養成数の維持	県立医大医学部入学定員維持	130名	130名	130名	130名
	研修医確保による県内定着	県内臨床研修医の採用者数	101/162名 （62.3%）	112/164名 （68.3%）	115/165名 （69.7%）	124/167名 （74.3%）
	研修医確保による県内定着	県内専門研修医の採用者数	87/-名	106/271名 （39.1%）	86/272名 （36.1%）	79/286名 （27.6%）
産科・小児科	研究資金の貸与	研究資金を貸与した産科・小児科医師数	0名	0名	産科1名	小児科1名 麻酔科1名
	ふくしま子ども・女性医療支援センターの運営	ふくしま子ども・女性医療支援センターによる周産期医療を担う医師の養成・支援	産科医:10名 小児科医:6名 小児外科医:1名	産科医:8名 小児科医:6名 小児外科医:1名	産科医:8名 小児科医:5名 小児外科医:1名	産科医:9名 小児科医:5名 小児外科医:2名

図表2-2-1は、第7次医師確保計画の計画期間である令和2年度以降の医師確保のための主な施策の取組状況を示しています。

短期的施策では、修学資金制度により県内の医療機関へ配置できる医師が令和2年度の36名から令和5年度は69名と約2倍に確保することができたほか、福島県立医科大学（以下「県立医大」という。）から県内の医療機関への医師派遣件数は、令和2年度の1,695件から令和5年度は2,000件と300件以上増加するなど医療人材の確保を進めました。

また、長期的施策では、県立医大の入学定員130名を維持し、臨床研修医の採用者数も令和2年度以降、毎年増やしながら令和5年度は過去最高の採用者数となったほか、「ふくしま子ども・女性医療支援センター」において、一定数の医師を維持しながら周産期医療を担う医師の養成や支援を行うなど、短期的施策、長期的施策、産科・小児科いずれも医師の増加に一定の成果はみられたところです。一方で、臨床研修医や専門研修医、研究資金の貸与者など十分に確保できなかったところもあります。

なお、6ページ以降の令和5年の見込医師数は、これらの医師確保のための施策の実績なども考慮しながら算出しております。

(参考) 図表2-2-2 県立医大卒業生の臨床研修病院内訳 (R2 から R5)

①県立医大卒業者 (全体)	R2.3 卒業	うち県内 出身者	R3.3 卒業	うち県内 出身者	R4.3 卒業	うち県内 出身者	R5.3 卒業	うち県内 出身者
合 計(A)	122	47	109	36	120	33	121	43
県内病院(B)	71	43	70	33	69	30	81	40
県外病院	51	4	39	3	51	3	40	3
県内比率(B)/(A)	58.2%	—	64.2%	—	57.5%	—	66.9%	—

(内訳)

②緊急修学資金 被貸与者	R2.3 卒業	うち県内 出身者	R3.3 卒業	うち県内 出身者	R4.3 卒業	うち県内 出身者	R5.3 卒業	うち県内 出身者
合 計(A)	40	26	40	19	43	21	48	22
県内病院(B)	40	26	40	19	43	21	48	22
県外病院	0	0	0	0	0	0	0	0
県内比率(B)/(A)	100.0%	—	100.0%	—	100.0%	—	100.0%	—

③上記以外の 県立医大卒業者	R2.3 卒業	うち県内 出身者	R3.3 卒業	うち県内 出身者	R4.3 卒業	うち県内 出身者	R5.3 卒業	うち県内 出身者
合 計(A)	82	21	69	17	77	12	73	21
県内病院(B)	31	17	30	14	26	9	33	18
県外病院	51	4	39	3	51	3	40	3
県内比率(B)/(A)	37.8%	—	43.5%	—	33.8%	—	45.2%	—

図表2-2-2は参考として、第7次医師確保計画期間における県立医大医学部卒業生の臨床研修病院の内訳となります。

令和5年3月卒業の例でみると、

①県立医大卒業者(全体)が121名(A)、そのうち県内病院(B)で臨床研修を開始した医師が81名で、卒業生全体のうち県内で臨床研修を開始した医師の割合(B)/(A)は66.9%となります。

②緊急修学資金被貸与者は、卒業後県内の臨床研修病院で研修を開始することとしているため県内比率は100%で、県内出身者は48名中22名となります。

③は②以外の県立医大の卒業者で、73名のうち県内の臨床研修病院で研修を開始した医師は33名(県内出身者は18名)で割合は45.2%となります。

全体的な傾向として、卒業生全体の60%程度が県内の臨床研修病院で研修先を開始していますが、県内の臨床研修病院で研修を行う医師の更なる確保や県内の臨床研修病院で研修を開始した医師のその後の県内定着が課題となります。

## 第3節 第7次医師確保計画の達成状況

## 1 目標医師数の達成状況

図表2-3-1 目標医師数の達成状況

(単位：人)

		(参考) H28 標準化医師数	R2 (A)	R5見込数 (B)	R5目標数 (C)	R5見込-R2 (B)-(A)	R5見込-R5目標 (B)-(C)	評価
福島県		3,662	3,892	4,053	4,108	161	▲ 55	B
二次医療圏	県北	1,290	1,363	1,441	1,389	78	52	A
	県中	1,000	1,066	1,073	1,126	7	▲ 53	B
	県南	194	219	232	241	13	▲ 9	B
	会津・南会津	486	498	529	546	31	▲ 17	B
	相双	156	171	172	175	1	▲ 3	B
	いわき	536	575	606	631	31	▲ 25	B

※目標医師数とは、第7次医師確保計画策定時点で目標とした令和5年の医師数です

## &lt;評価基準&gt;

A：目標達成（R5 見込数（B）がR5目標数（C）を上回っている場合）

B：目標未達成（R5 見込数（B）がR5目標数（C）未滿だがR2（A）を上回っている場合）

C：目標未達成（R5 見込数（B）がR5目標数（C）未滿かつR2（A）以下の場合）

図表2-3-1 は、福島県全体の目標医師数の達成状況です。

評価は「福島県医療計画」の評価基準を準用し、基準値を上回り目標を達成した場合はA評価、基準値から改善した場合はB評価、基準値の維持または後退した場合はC評価としています。

なお、基準値は現行の医師確保計画の開始時点の令和2年の数値としています。

## 【県全体の医師数】

図表2-2-1 で記載しました様々な医師確保事業や人口流入などにより県内の医師数は着実に増加傾向にあり、令和5年度の県全体の医師数は4,053人と、目標医師数の4,108人に対して99%程度の割合を見込んでおります。

基準値からの改善は見込まれますが目標医師数には達しないと想定し、B評価としております。

県全体の医師は着実に増加しておりますが、医師不足の解消には至っていないため、引き続き各施策の見直しや更なる強化を図り医師を確保する必要があります。



## 【各二次医療圏の医師数】

二次医療圏別評価は次のとおりです。

## ○ 県北医療圏：

目標医師数を達成する見込みでA評価としていますが、他医療圏への診療支援を担っている県立医大や県立医大以外の医療機関の医師を確保するため、引き続き各施策の見直しや更なる強化を図り医師を確保する必要があります。

## ○ 県中、県南、会津・南会津、相双、いわき医療圏：

目標医師数に対して概ね95～98%の割合を見込みB評価としておりますが、目標数には達しないと想定されるため、引き続き各施策の見直しや更なる強化を図り医師を確保する必要があります。

特に、相双医療圏については、今後の住民の帰還を見込みながら、他の医療圏からの診療応援なども含めた医師を確保する必要があります。

## 2 産科における目標医師数の達成状況

図表2-3-2 目標医師数の達成状況

(単位：人)

		(参考) H28 標準化医師数	R2 (A)	R5見込数 (B)	R5目標数 (C)	R5見込-R2 (B)-(A)	R5見込-R5目標 (B)-(C)	評価
福島県		121	137	144	148	7	▲ 4	B
二次医療圏	県北	48	53	54	55	1	▲ 1	B
	県中	31	36	41	40	5	1	A
	県南	8	7	7	10	0	▲ 3	C
	会津・南会津	13	16	17	16	1	1	A
	相双	3	5	5	4	0	1	A
	いわき	18	20	20	23	0	▲ 3	C

※目標医師数とは、第7次医師確保計画策定時点で目標とした令和5年の医師数です

## ＜評価基準＞

A：目標達成（R5 見込数（B）がR5目標数（C）を上回っている場合）

B：目標未達成（R5 見込数（B）がR5目標数（C）未滿だがR2（A）を上回っている場合）

C：目標未達成（R5 見込数（B）がR5目標数（C）未滿かつR2（A）以下の場合）

## 【県全体の医師数】

図表2-3-2は、産科における目標医師数の達成状況です。

産科については子ども・女性医療支援センターとの連携など独自の事業を実施することで、令和5年の県全体の産科医師数は144人と、目標医師数に対して97%の割合を

## 第2章 第7次医師確保計画の評価

見込んでおりますが、目標医師数には達しないと想定しB評価としております。

産科の医師不足の解消には至っていないため、引き続き各施策の見直しや更なる強化を図り医師を確保する必要があります。

### 【各二次医療圏の医師数】

二次医療圏の評価は次のとおりです。

#### ○ 県北医療圏：

目標医師数に対して98%の割合を見込み B 評価としておりますが、目標医師数には達しない見込みのため、引き続き、各施策の見直しや更なる強化を図り医師を確保する必要があります。

#### ○ 県中、会津・南会津、相双医療圏：

目標医師数を達成する見込みとして A 評価としておりますが、本県は医師少数県であることから、引き続き、各施策の見直しや更なる強化を図り医師を確保する必要があります。

#### ○ 県南、いわき医療圏：

令和2年の医師数の維持にとどまると見込まれることから C 評価としており、引き続き、各施策の見直しや更なる強化を図り医師を確保する必要があります。

## 3 小児科における目標医師数の達成状況

図表2-3-3 目標医師数の達成状況

(単位：人)

		(参考) H28 標準化医師数	R2 (A)	R5見込数 (B)	R5目標数 (C)	R5見込-R2 (B)-(A)	R5見込-R5目標 (B)-(C)	評価
福島県		213	215	228	239	13	▲ 11	B
二次医療圏	県北	75	86	94	81	8	13	A
	県中	66	66	69	75	3	▲ 6	B
	県南	10	11	11	12	0	▲ 1	C
	会津・南会津	24	19	21	27	2	▲ 6	B
	相双	8	8	8	9	0	▲ 1	C
	いわき	30	25	25	35	0	▲ 10	C

※目標医師数とは、第7次医師確保計画策定時点で目標とした令和5年の医師数です

#### <評価基準>

A：目標達成（R5 見込数（B）が R5 目標数（C）を上回っている場合）

B：目標未達成（R5 見込数（B）が R5 目標数（C）未満だが R2（A）を上回っている場合）

C：目標未達成（R5 見込数（B）が R5 目標数（C）未満かつ R2（A）以下の場合）

【県全体の医師数】

図表2-3-3は、小児科における目標医師数の達成状況です。

小児科についても産科と同様に独自の事業を実施することで、令和5年の県全体の小児科医師数は228人と目標医師数に対して95%の割合を見込んでおりますが、目標医師数には達しないと想定しB評価としております。

小児科の医師不足の解消には至っていないため、引き続き各施策の見直しや更なる強化を図り医師を確保する必要があります。

【各二次医療圏の医師数】

二次医療圏の評価は次のとおりです。

○ 県北医療圏：

目標医師数を達成する見込みとしてA評価としておりますが、県立医大が他医療圏への診療支援も担っていることから、引き続き、各施策の見直しや更なる強化を図り医師を確保する必要があります。

○ 県中、会津・南会津医療圏：

目標医師数に対して78%～92%の割合を見込みB評価としておりますが、目標医師数には達しないと見込まれるため、引き続き、各施策の見直しや更なる強化を図り医師を確保する必要があります。

○ 県南、相双、いわき医療圏：

令和2年の医師数の維持にとどまると見込まれることからC評価としており、引き続き、各施策の見直しや更なる強化を図り医師を確保する必要があります。

4 医師確保の方針について

第7次医師確保計画の4年間（令和2年度から令和5年度）において、修学資金制度を活用した医師の養成や県立医大から県内の医療機関への医師派遣件数の拡充による地域医療支援の強化のほか、県立医大の臨時定員を含む入学定員の維持、臨床研修医の増加に向けた取り組みなどにより、県全体の医師数は着実に増加しています。

一方で、目標医師数の確保には至らない要因を一概に把握することは難しいですが、県の施策の取組状況に限った場合、図表2-2-1や図表2-2-2などから臨床研修医や専門研修医が十分に確保できなかったことや県立医大医学部卒業生が一定の割合で県内医療機関での研修を選択してもらえなかったことなどが考えられます。

このような課題を踏まえ、「第6章医師確保のための施策」で示している医師確保対策事業を進める中で、事業の見直しや新たな施策なども検討しながら医師の養成・確保・定着に取り組むこととします。

## 第3章 本県の現状と課題

### 第1節 本県の医師数

#### 1 本県の医師の現状

図表3-1-1 医療施設従事医師数の推移

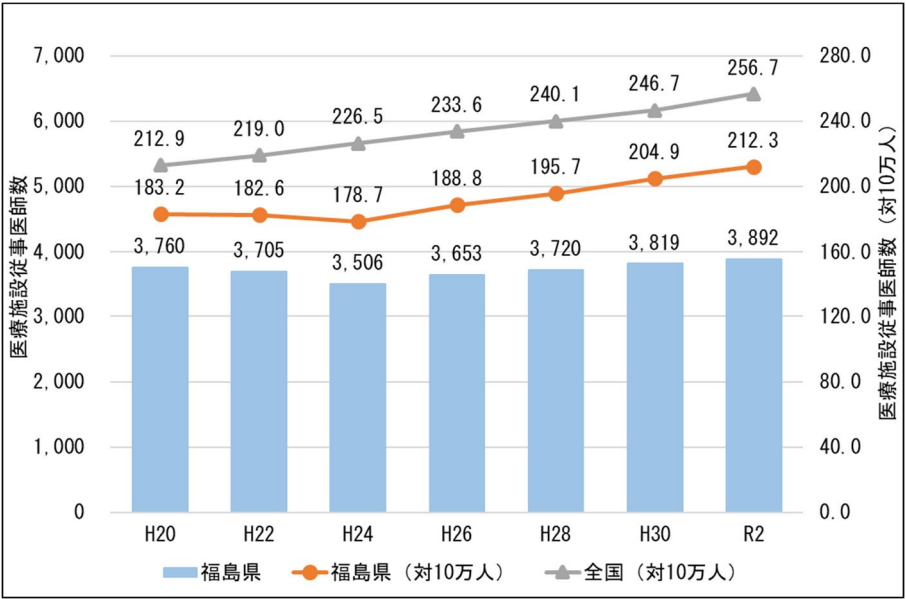
(単位：人)

医療圏		H20	H22	H24	H26	H28	H30	R2	R2-H22
福島県		3,760	3,705	3,506	3,653	3,720	3,819	3,892	187
福島県（対10万人）		183.2	182.6	178.7	188.8	195.7	204.9	212.3	29.7
全国（対10万人）		212.9	219.0	226.5	233.6	240.1	246.7	256.7	37.7
二次医療圏	県北	1,217	1,228	1,190	1,268	1,295	1,331	1,363	135
	県中	1044	1,017	977	988	1,020	1,048	1,066	49
	県南	215	199	194	194	199	204	219	20
	会津・南会津	479	476	466	489	485	505	498	22
	相双	230	236	144	153	160	158	171	▲ 65
	いわき	575	549	535	561	561	573	575	26

資料：H30、R2 医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）  
H22～H28 医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）  
※令和2年のいわき医療圏についてはいわき市の調整後の数値

図表3-1-2 医療施設従事医師数の推移グラフ

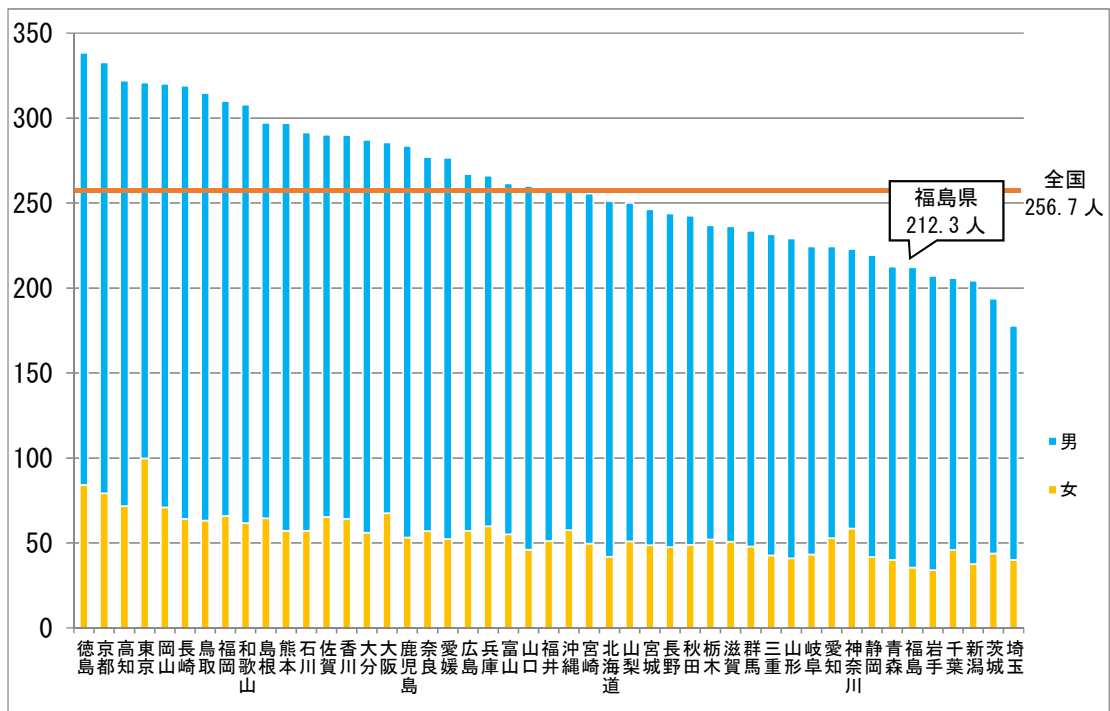
(単位：人)



資料：H30、R2 医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）  
H22～H28 医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）  
※令和2年についてはいわき医療圏の調整後の数値

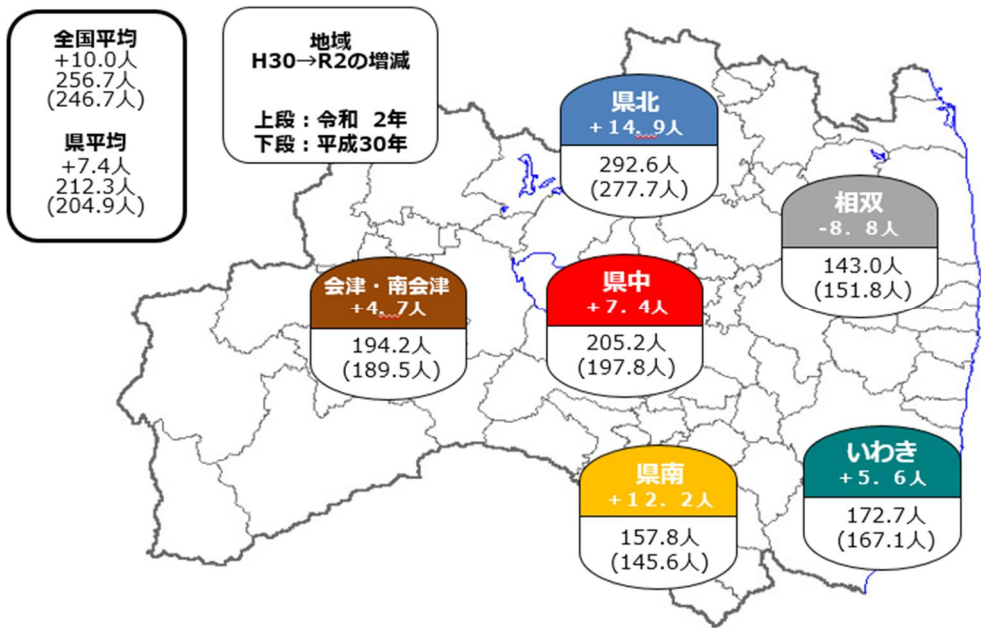
図表3-1-3 都道府県別医療施設従事者数（人口10万人あたり）

（単位：人）



資料：H30、R2 医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）  
H22～H28 医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）  
※令和2年についてはいわき医療圏の調整後の数値

図表3-1-4 二次医療圏別医療施設従事医師数（人口10万人あたり）



資料：H30、R2 医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）  
※令和2年のいわき医療圏についてはいわき市の調整後の数値

### 第3章 本県の現状と課題

図表3-1-1、図表3-1-2は、平成20年度以降の本県の医師の推移を表とグラフで表したものです。これは、2年毎に厚生労働省で調査を行っている医師・歯科医師・薬剤師統計の結果を基にしております。令和6年1月現在、令和2年までの医師数が公表されております。

本県の医師数は、東日本大震災以前から深刻な状況にあり、震災後さらに減少しましたが、その後、県、各自治体、関係医療機関、各医療施設などが、医師確保のために様々な施策を実施したことなどにより医師数は徐々に増加し、平成28年には東日本大震災以前の水準まで回復し、その後も増加しています。

本県の医師数の推移でみると、令和2（2020）年の本県の医療施設従事医師数は3,892人となっており、東日本大震災後の平成24（2012）年の医師数3,506人と比較すると、386人増加しています。

また、人口10万人あたりの医師数でも、平成24年から令和2年までに33.6人増加しています。

一方で、全国平均と比較すると、令和2年の人口10万人あたりの医師数は212.3人となっており、全国平均より44.4人少なくなっています。

また、平成24年から令和2年までの人口10万人あたりの医師数の推移を全国平均と比較すると、本県は33.6人の増加、全国平均は30.2人の増加と、全国平均を上回っています（10万人あたり3.4人）が、図表3-1-3のとおり、本県の令和2年の都道府県別の人口10万人あたりの医師数は、全国で42位と全国平均（256.7人）を大きく下回っていることから、引き続き、県全域において医師の確保に向けた取組を進めていく必要があります。

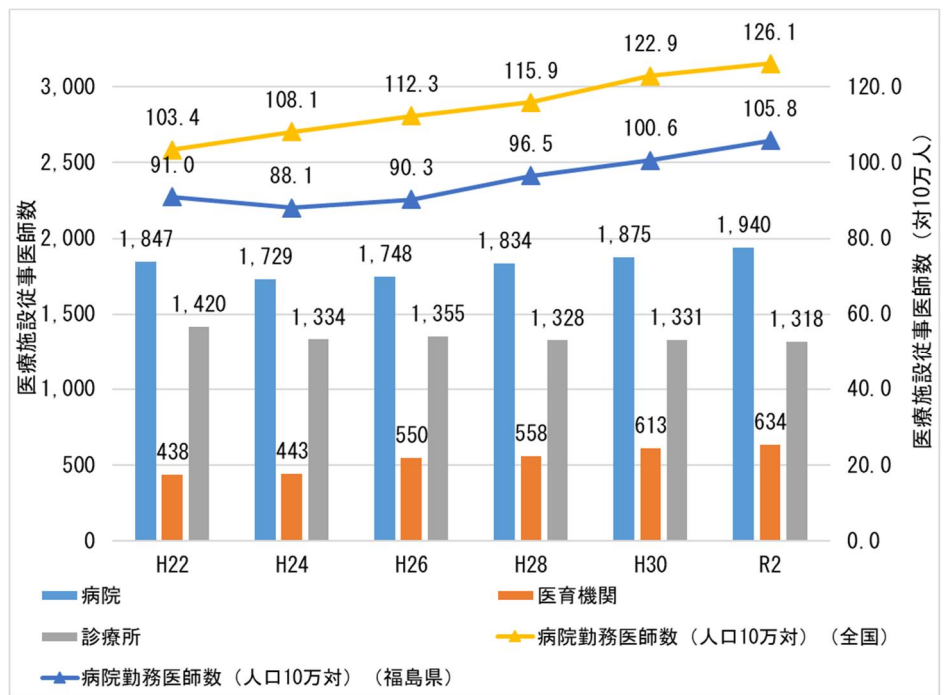
図表3-1-4は、人口10万人あたりの二次医療圏別医療施設従事医師数の平成30年から令和2年の推移となっています。

二次医療圏については、県北、県中、県南、会津・南会津、いわきの各医療圏において、平成30年から令和2年にかけて医師数は増加傾向にあり、県北医療圏（+14.9人）と県南医療圏（+12.2人）では全国平均（+10.0人）を上回る増加となっています。

一方で、県北と県中医療圏以外の医療圏は医師少数区域となっており、全国的に医師が少ない状況となっていること、特に、相双医療圏については、未だ東日本大震災以前の水準まで回復していないことから今後の住民の帰還やそれを踏まえた新たな医療提供体制の構築等を見据える必要があるなど、引き続き、医師確保に向けた取組を進めていく必要があります。

図表3-1-5 病院・診療所別従事医師（常勤医）の推移

（単位：人）



資料：H30、R2 医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）  
H22～H28 医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）  
※令和2年についてはいわき医療圏の調整後の数値

図表3-1-6 令和2年の本県の病院・診療所別従事医師（常勤医）の従事先内訳  
（上段 実人数、下段 10万人あたりの人数）

（単位：人）

医療圏		医療施設 従事医師数	病院の医師数 (医育機関附属病院除く)	病院の医師数 (医育機関附属病院)	診療所の 医師数
福島県		3,892	1,940	634	1,318
		212.3	105.8	34.6	71.9
二次医療圏	県北	1,363	423	561	379
		292.6	90.8	120.4	81.3
	県中	1,066	682	0	384
		205.2	131.3	0.0	73.9
	県南	219	126	0	93
		157.8	90.8	0.0	67.0
	会津・南会津	498	283	72	143
		194.2	110.4	28.1	55.8
	相双	171	99	0	72
		143.0	82.8	0.0	60.2
いわき		575	327	1	247
		172.7	98.2	0.3	74.2

資料：R2 医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）  
※令和2年のいわき医療圏についてはいわき市の調整後の数値

### 第3章 本県の現状と課題

図表3-1-5は、平成22（2010）年から令和2（2022）年までの病院・診療所別従事医師（常勤医）の推移のグラフとなります。

図表3-1-6は、令和2（2022）年の本県の病院・診療所別従事医師（常勤医）の従事先内訳となります。

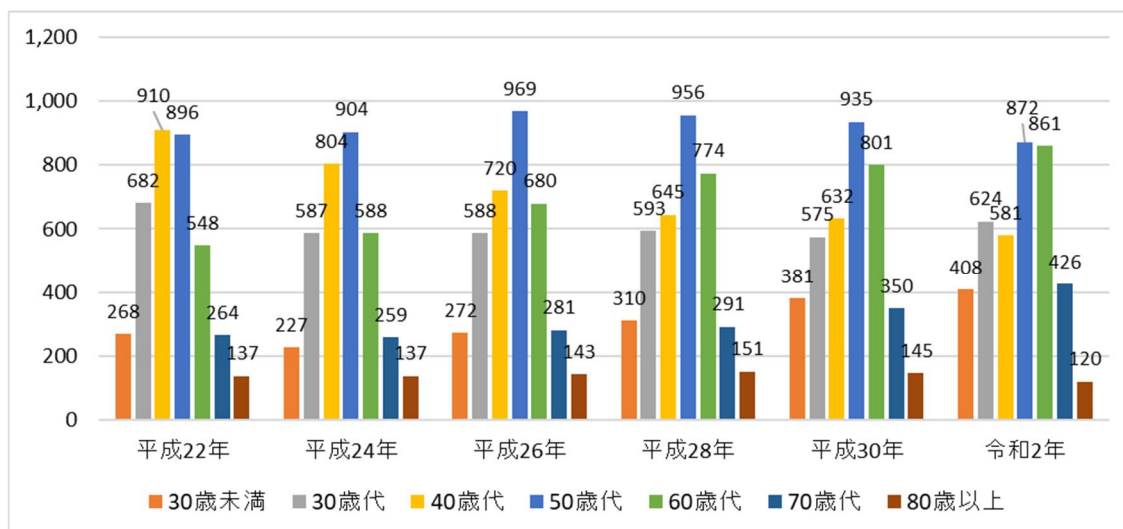
図表3-1-5のとおり、これまでの推移をみると、病院の勤務医数は東日本大震災後に大きく減少し、その後は着実に増加傾向にありますが、全国平均の10万人あたりの医師数と比較すると本県の医師数は依然として少なく、全国と大きな差があります。

また、医療機関の勤務医数は東日本大震災以降大きく増加していますが、診療所の医師数は緩やかに減少しており、東日本大震災前の水準までには回復していない状況です。

従事先の内訳としては、県内各医療圏の医療機関に医療支援を行っており、本県の医療機関の中心である県立医大や会津医療センターに多くの医師が従事しています。

図表3-1-7 医療施設従事医師数の年齢構成

（単位：人）

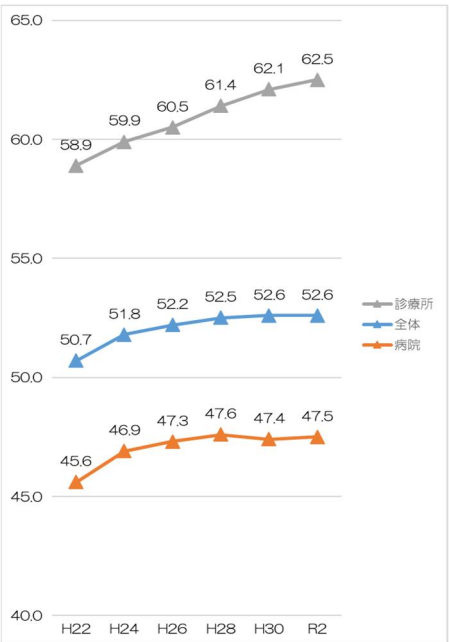


資料：H30、R2 医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）  
H22～H28 医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）  
※令和2年についてはいわき医療圏の調整後の数値



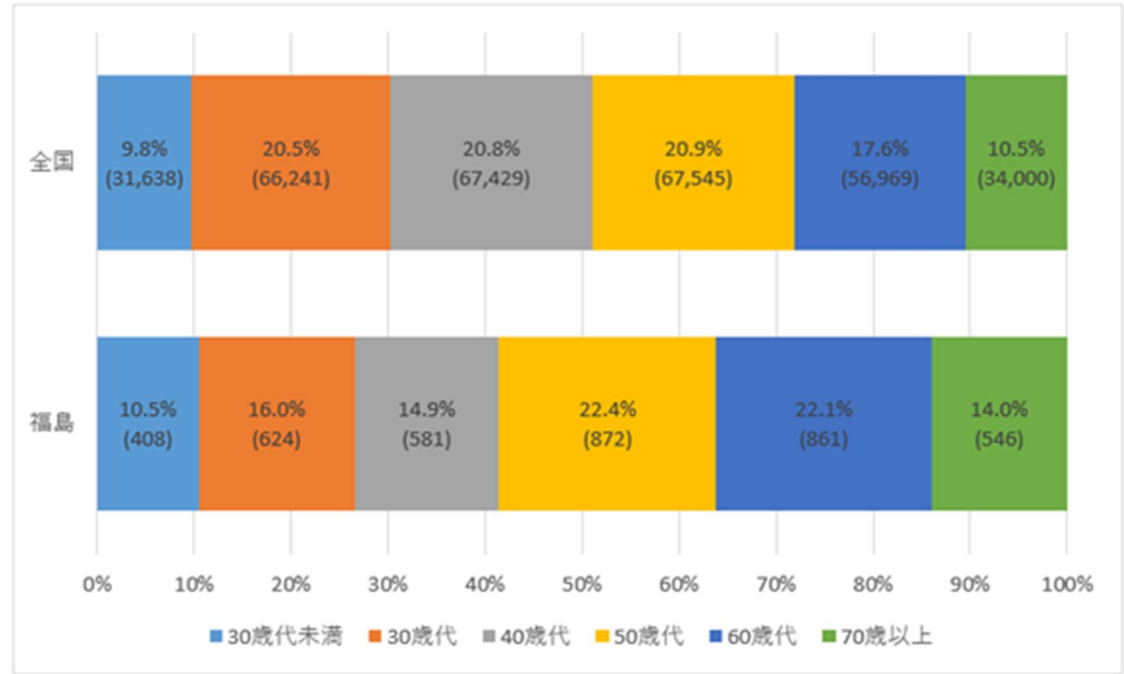
図表3-1-8 医療施設従事医師の平均年齢の推移

(単位：人)



資料：  
H30、R2 医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）  
H22～H28 医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）  
※令和2年についてはいわき医療圏の調整後の数値

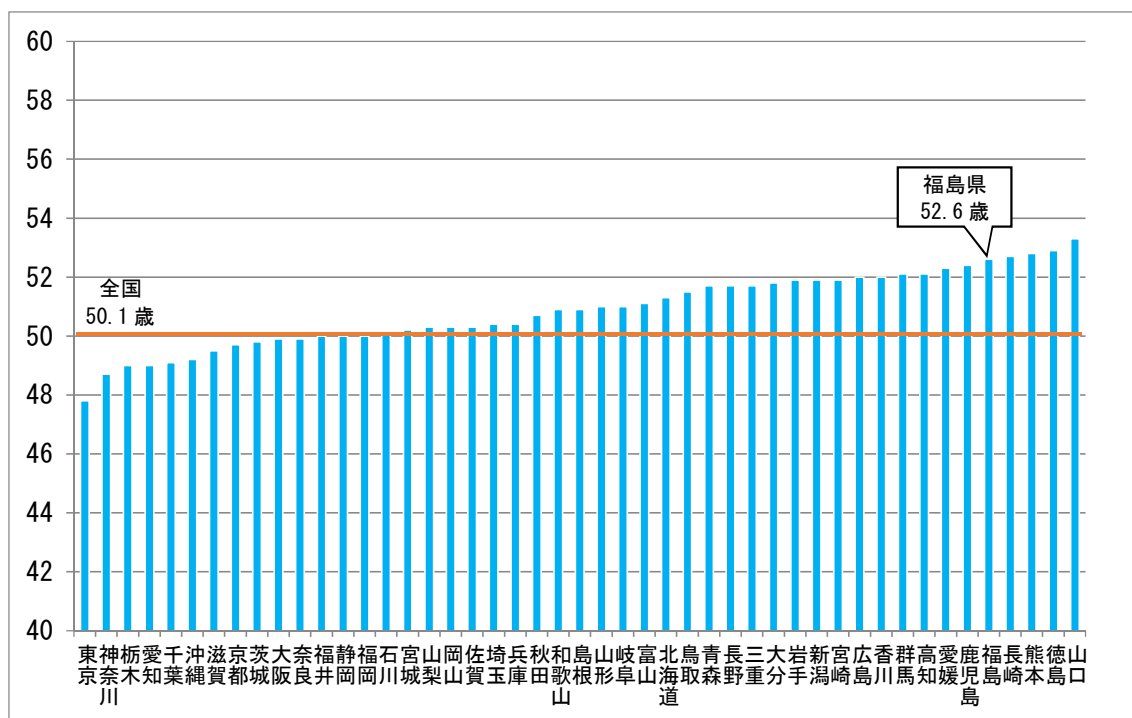
図表3-1-9 医療施設従事医師の年齢構成（全国と本県の比較）



資料：R2 医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）  
※いわき医療圏の調整後の数値

図表3-1-10 都道府県別医療施設従事者の年齢構成

(単位：歳)



資料：R2 医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）

※いわき医療圏の調整後の数値

図表3-1-7は、平成22（2010）年から令和2（2022）年までの医療施設従事医師数の年齢構成のグラフとなります。

本県の医師の全体的な年齢構成の特徴として、40歳代は、令和2年（581人）は平成22年（910人）の65%程度と大きく減少している一方で、60歳代は、令和2年（861人）は平成22年（548人）の150%超と大きく増加しているなど、50歳代から70歳代が多数を占め、30歳代、40歳代が少ない傾向にあります。

本県全体で医師の高齢化が進んでいますが、その中で、20歳代は、修学資金制度を活用している医師が一定数増えてきていることなどから、令和2年（408人）は平成22年（268人）の150%程度と大きく増加しており、今後は、若手医師のキャリア形成支援と地域医療の支援の両立などとともに、県内への定着を促すことで医師の年齢構成の改善を図る必要があります。

図表3-1-8は、平成22（2010）年から令和2（2022）年までの医療施設従事医師の平均年齢の推移のグラフとなります。病院勤務医は近年若手医師の増加により横ばいとなっていますが、診療所勤務の医師は年々高齢化が進んでいます。

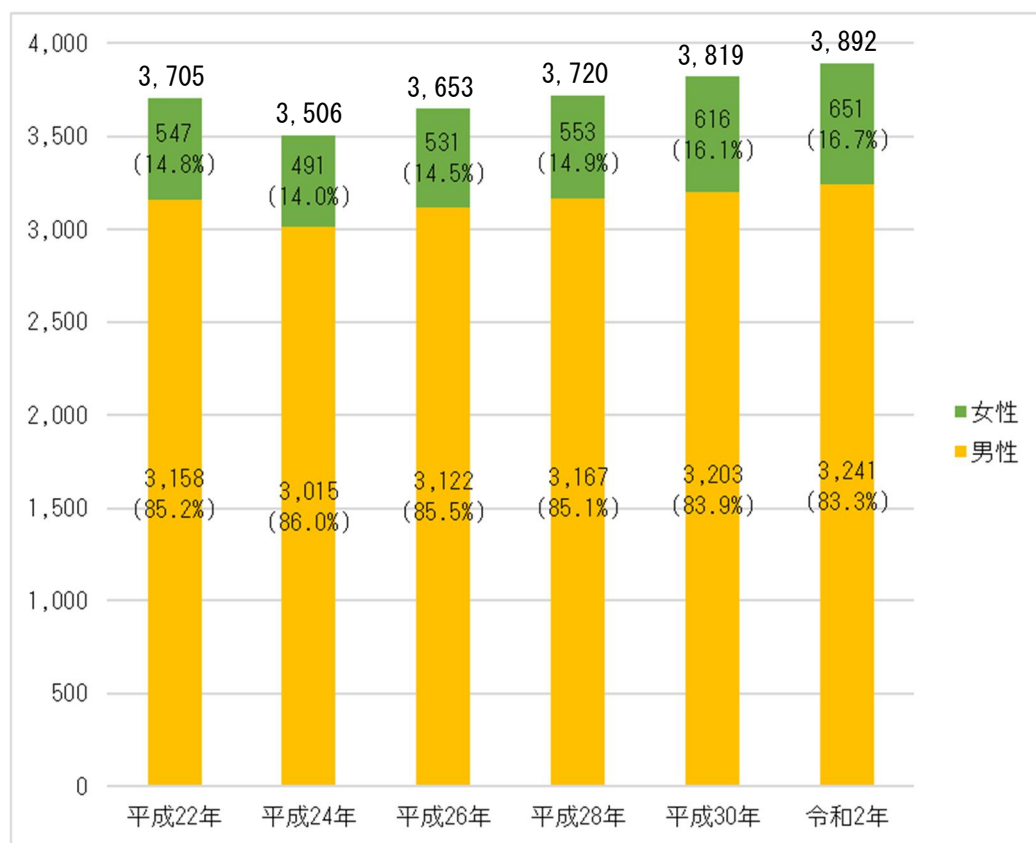
また、図表3-1-9は、医療施設従事医師の年齢構成の全国と本県の比較、図表3-1-10は、都道府県別医療施設従事者の年齢構成となります。

全国と比較しても、前述のとおり、30歳代、40歳代の割合は全国平均より低く、50歳代以上は全国平均より高い状況となっています。一方で、30歳代未満は、全国平均と比較して若干上回っておりますが、全体的な年齢構成でみると、本県は全国43位（52.6歳）と医師の高齢化が進んでいます。

そのような状況の中で、本県では、病院勤務医を確保していくことが、医師全体の高齢化を抑える傾向にあることから、臨床研修医や専門研修医など若手医師の確保や指導医などを県外から招へいすることによる研修環境の充実などの取り組みを行っていますが、まだ全国平均との乖離が大きいため、引き続き、病院の勤務医の確保に努めるとともに県全体で若手医師を含めた医師の確保を図る必要があります。

図表3-1-11 本県の医療施設従事常勤医師の性別構成

(単位：人)



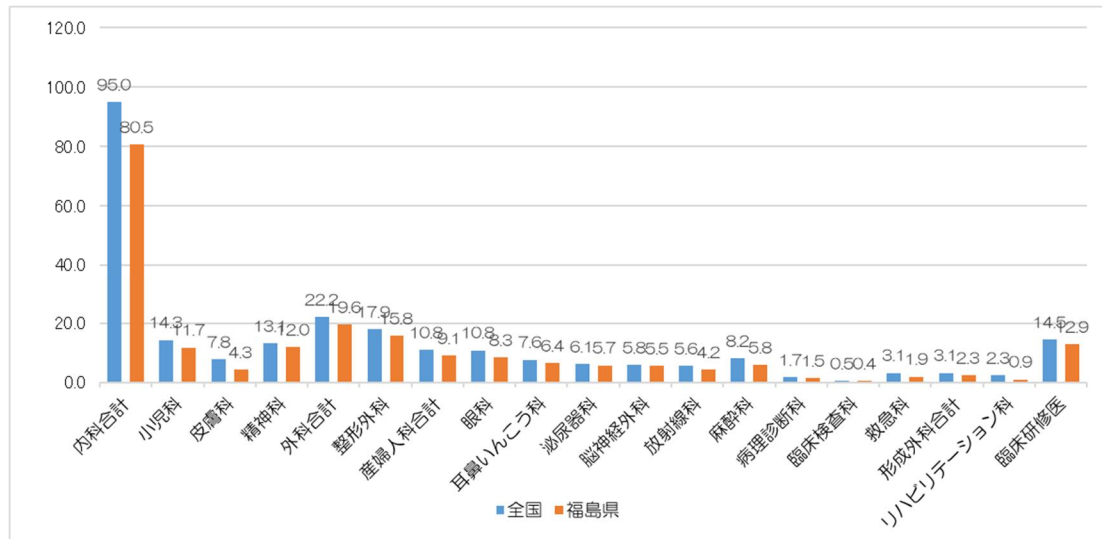
資料：H30、R2 医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）  
 H22～H28 医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）  
 ※令和2年についてはいわき医療圏の調整後の数値

図表3-1-11は、平成22（2010）年から令和2（2022）年までの医療施設従事している常勤医師の男女別構成の推移のグラフとなります。

### 第3章 本県の現状と課題

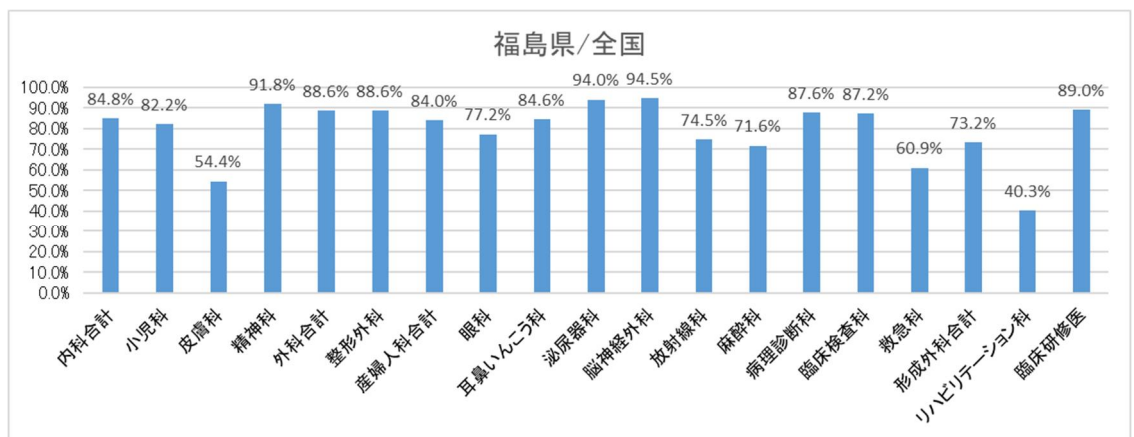
女性の医師数や割合は年々増加傾向にあり、女性医師が働きやすい職場づくりや勤務環境の改善などを図る医療機関への支援が必要となります。

図表3-1-12 令和2年の10万人あたりの診療科別の医療施設従事常勤医師数  
(単位：人)



資料：R2 医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）  
※いわき医療圏の調整後の数値

図表3-1-13 令和2年の10万人あたりの診療科別の医療施設従事常勤医師の  
全国平均との割合  
(単位：人)



資料：R2 医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）  
※いわき医療圏の調整後の数値

図表3-1-12は、令和2年の10万人あたりの全国平均と本県の診療科別の医療施設従事常勤医師数のグラフ、図表3-1-13は、令和2年の10万人あたりの診療科別の医療施設従事常勤医師の全国平均との割合のグラフとなります。

各診療科の人口10万人あたりの医師数について全国平均と本県を比較すると、全ての診療科で全国平均を下回っています。

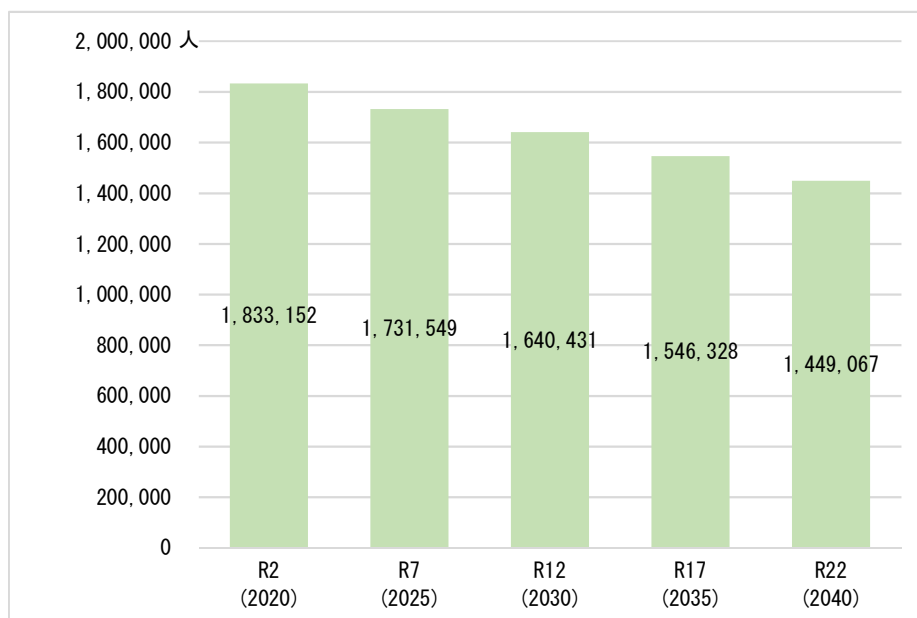
本県は、全国的にも医師少数県であることに加え、全ての診療科が全国平均を下回っていることから、引き続き、全ての診療科において医師の確保を目指す必要があります。修学資金被貸与医師や自治医科大学卒医師は、一定期間県内で従事する医師を確保するための大きな役割を担っていることもあり、これらの医師が標榜する診療科についてはこれまでと同様に全診療科を対象とすることで、全ての診療科において医師の確保を目指す必要があります。

また、厚生労働省が示す「医師確保計画策定ガイドライン」に基づき、個別に医師確保計画を作成する産科医（分娩取扱医）や小児科医以外では、救急医療提供体制の確保のための救急科医、麻酔科医や医療資源の限られた地域などにおいて求められている総合診療科医などを特に確保する必要があると位置づけており、「第6章 医師確保のための施策」の中で、各取り組みを示しております。

なお、前述の診療科以外の内科系・外科系・整形外科などについても、今後の診療科の偏在の動向等に留意しながら、必要な取り組みを行い医師の確保を図る必要があります。

（参考）

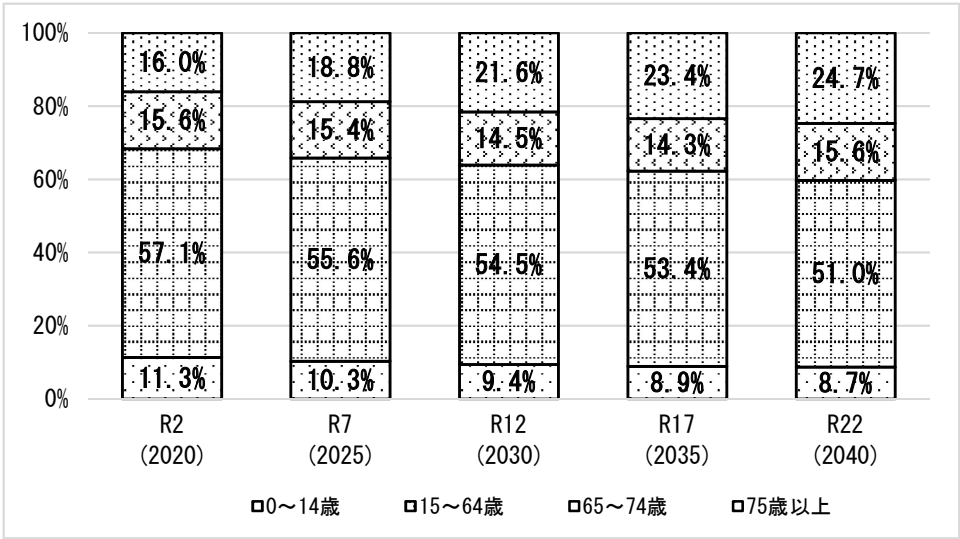
図表3-1-14 福島県の将来人口推計



資料：日本の地域別将来推計人口（国立社会保障・人口問題研究所）

### 第3章 本県の現状と課題

図表3-1-15 福島県推計人口の年齢区分別人口割合

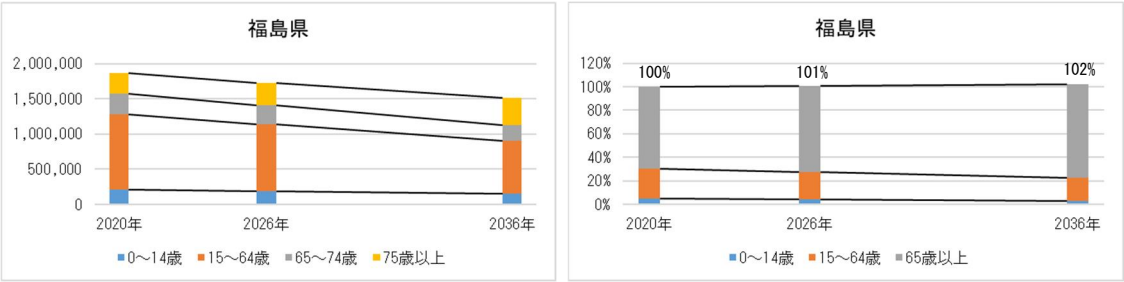


資料：日本の地域別将来推計人口（国立社会保障・人口問題研究所）

図表3-1-16 本県の将来人口と医療需要

○将来人口

（単位：人） ○医療需要



資料：医師偏在指標に係るデータ集（R2 厚生労働省提供データ）

## 第4章 医師偏在指標及び区域の設定

### 第1節 医師偏在指標

#### 1 医師偏在指標について

平成30年7月に成立した「医療法及び医師法の一部を改正する法律案」（以下「改正法」という）に基づき、厚生労働省は全国ベースで都道府県ごと及び二次医療圏ごとの医師の多寡を統一的・客観的に比較・評価した指標「医師偏在指標」を算定し、都道府県においては、令和元（2019）年度中に「医療計画」の中に新たに「医師確保計画」として都道府県間及び二次医療圏間の偏在是正による医師確保対策等を定め、令和2（2020）年度から医師確保計画に基づく取り組みを行っております。

第8次（前期）医師確保計画における医師偏在指標の算出にあたっては、令和2（2020）年を現在時点、令和18（2036）年を将来時点と定め指標を算出しています。現在時点の医師偏在指標は、令和2（2020）年の医師数（厚生労働省が2年ごとに作成する「医師・歯科医師・薬剤師統計」における医師数）を基に算定されています。

また、医師確保計画は3年ごとに実施・達成を積み重ね、その結果、令和18（2036）年までに医師偏在是正を達成することを長期的な目標としています。

なお、医師偏在指標は、人口10万人対医師数よりも医師の偏在の状況をより適切に反映するものでありますが、一定の仮定や入手できるデータの限界などにより、必ずしも全ての医師偏在の状況を表しうる要素を盛り込んでいるものではないため、医師の絶対的な充足状況を示すものではなく、あくまでも相対的な偏在の状況を表すものであり、数値を絶対的な基準として取り扱うことや機械的な運用を行うことのないように十分に留意する必要があります。

#### （1）現在時点

現在時点の医師偏在指標の算出にあたって次の5つの要素を考慮しています。

- 医療需要（ニーズ）及び人口・人口構成とその変化
  - 人口構成（年齢・性別・人口数）に基づく受療状況を医療需要に反映します
- 患者の流出入等
  - 外来及び入院の地域外における受療状況を医療需要に反映します
- へき地等の地理的条件
  - へき地等の地理的条件を医療需要に反映します
- 医師の性別・年齢分布

## 第4章 医師偏在指標及び区域の設定

- 医師の性別・年齢に基づいた医師の勤務時間の違いを医療供給に反映します
- 医師偏在の種別（区域、診療科、入院/外来）
- 医師届出票に記載されている主たる従事先と従たる従事先が所在する二次医療圏が異なる場合は、主たる従事先では0.8人、従たる従事先では0.2人として算定します

### （2）将来時点

厚生労働省において、「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会 第5次中間取りまとめ」における、将来の医師需給推計に基づき算出する将来時点の必要医師数の具体的な算出方法は次のとおりです。

なお、将来時点の必要医師数は、第5章で示します。

- マクロ需給推計に基づき、将来時点（令和18（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）を算出し、厚生労働省において、医療圏ごとに医師偏在指標がこの全国値と等しい値になる医師数を算出しました
- 将来時点の医師供給数を推計するに当たっては、各医療圏の性・医籍登録後年数別の就業者の増減が、将来も継続するものとして推計し、都道府県別の供給推計が、マクロの供給推計と整合するよう必要な調整を行うこととします
- 都道府県別の就業者の増減は、医師の流出入の変化により大きな影響を受けると考えられ、不確実性が存在することから、複数回の調査の実績を用いて幅を持った推計を行うこととします



## 第2節 医療圏における区域の設定

### 1 二次医療圏の設定

都道府県及び二次医療圏ごとの医師偏在指標に基づき、医師の偏在状況別に医師の多寡を区分するため区域を設定します。

二次医療圏の設定の考え方は、第8次福島県医療計画第3章の「医療圏の設定」とおりとします。

### 2 都道府県の区域設定の考え方

都道府県については、医師偏在指標の順位が全国の上位 33.3%（1 位～16 位）に属する都道府県を「医師多数都道府県」、全国の下位 33.3%（32 位～47 位）に属する都道府県を「医師少数都道府県」、それ以外（17 位～31 位）の都道府県を「医師少数でも多数でもない都道府県」とします。

### 3 二次医療圏の区域設定の考え方

二次医療圏については、医師偏在指標の順位が全国の上位 33.3%（1 位～112 位）に属する二次医療圏を「医師多数区域」、全国の下位 33.3%（224 位～335 位）に属する二次医療圏を「医師少数区域」、それ以外（113 位～223 位）の二次医療圏を「医師少数でも多数でもない区域」とします。

### 4 その他の区域の設定（医師少数スポット）

「医師多数区域」及び「医師多数でも少数でもない区域」の医師偏在対策の実施に当たっては、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ます。

しかし、本県においては、県全体が「医師少数県」であり、県域全体で医師確保対策が必要となることから、支援する地域が限定される「医師少数スポット」の設定は行わないこととします。

## 第4章 医師偏在指標及び区域の設定

### 第3節 本県の医師偏在指標及び区域の設定

#### 1 現在時点（令和2（2020）年）の本県の医師偏在指標及び区分

図表4-3-1 現在時点の本県及び二次医療圏の医師偏在指標

医療圏		医師偏在指標	順位	区分
（参考）全国値		255.7	—	—
福島県		197.0	42/47位	医師少数県
二次医療圏	県北	266.1	62/330位	医師多数区域
	県中	188.3	196/330位	医師少数でも多数でもない区域
	県南	162.7	261/330位	医師少数区域
	会津・南会津	168.9	243/330位	医師少数区域
	相双	155.5	280/330位	医師少数区域
	いわき	159.2	270/330位	医師少数区域

資料：医師偏在指標（厚生労働省）

※いわき医療圏についてはいわき市の調整後の数値

図表4-3-1は現在時点（令和2（2020）年）の医師数に基づく本県の医師偏在指標及び区分です。

県全体の医師偏在指標は全国42位で前回の43位より上昇しましたが、医師少数県であることに変わりがないため、引き続き、医師の確保に取り組んでいく必要があります。

二次医療圏別では、県北医療圏は「医師多数区域」、県中医療圏は「医師少数でも多数でもない区域」から変更はありません。

相双医療圏については、住民の帰還が進んだことにより患者数が増加しましたが、医師の確保が十分になされていないことから、前回の「医師少数でも多数でもない区域」から「医師少数区域」に変更となっております。

そのほかの県南、会津・南会津、いわきの二次医療圏は前回から区分の変更はなく、「医師少数区域」となっており、引き続き、医師の確保に取り組んでいく必要があります。

なお、次の図表4-3-2は、現在時点での都道府県と二次医療圏の医師偏在指標を示しています。

図表4-3-2 都道府県と二次医療圏の医師偏在指標（令和2年時点）

## 都道府県の医師偏在指標

No.	都道府県名	医師偏在指標 (入院患者流出入及び 昼間人口を考慮)	区域の別
—	00全国	255.7	
1	13 東京都	353.9	医師 多数 都道 府県
2	26 京都府	326.7	
3	40 福岡県	313.3	
4	33 岡山県	299.6	
5	47 沖縄県	292.1	
6	36 徳島県	289.3	
7	27 大阪府	288.6	
8	42 長崎県	284.0	
9	17 石川県	279.8	
10	30 和歌山県	274.9	
11	41 佐賀県	272.3	
12	43 熊本県	271.0	
13	31 鳥取県	270.4	
14	29 奈良県	268.9	
15	39 高知県	268.2	
16	37 香川県	266.9	
17	28 兵庫県	266.5	少 数 で 医 師 な 多 い 数 都 道 府 県
18	32 島根県	265.1	
19	25 滋賀県	260.4	
20	44 大分県	259.7	
21	46 鹿児島県	254.8	
22	34 広島県	254.2	
23	14 神奈川県	247.5	
24	04 宮城県	247.3	
25	18 福井県	246.8	
26	38 愛媛県	246.4	
27	19 山梨県	240.8	
28	23 愛知県	240.2	
29	16 富山県	238.8	
30	01 北海道	233.8	
31	09 栃木県	230.5	医 師 少 数 都 道 府 県
32	35 山口県	228.0	
33	45 宮崎県	227.0	
34	24 三重県	225.6	
35	21 岐阜県	221.5	
36	20 長野県	219.9	
37	10 群馬県	219.7	
38	12 千葉県	213.0	
39	22 静岡県	211.8	
40	06 山形県	200.2	
41	05 秋田県	199.4	
42	07 福島県	197.0	
43	11 埼玉県	196.8	
44	08 茨城県	193.6	
45	15 新潟県	184.7	
46	02 青森県	184.3	
47	03 岩手県	182.5	

## 二次医療圏の医師偏在指標

No.	都道府県名	二次医療圏名	医師偏在指標 (入院患者流出入及び昼 間人口を考慮)	区域の別
—	—	00全国	255.7	
1	13 東京都	1301区中央部	789.8	医師 多数 区 域
2	13 東京都	1304区西部	569.1	
3	13 東京都	1303区西南部	413.7	
・	・	・	・	
・	・	・	・	
・	・	・	・	
・	・	・	・	
・	・	・	・	
・	・	・	・	
・	・	・	・	
62	07 福島県	0701県北	266.1	
・	・	・	・	少 数 医 師 な 多 い 数 区 域
・	・	・	・	
・	・	・	・	
・	・	・	・	
・	・	・	・	
・	・	・	・	
・	・	・	・	
112	25 滋賀県	2506湖北	217.6	
113	30 和歌山県	3003橋本	217.2	
・	・	・	・	
・	・	・	・	
・	・	・	・	
・	・	・	・	医 師 少 数 区 域
・	・	・	・	
・	・	・	・	
・	・	・	・	
・	・	・	・	
・	・	・	・	
・	・	・	・	
196	07 福島県	0702県中	188.3	
・	・	・	・	
・	・	・	・	
・	・	・	・	
222	19 山梨県	1902峡東	179.7	
223	09 栃木県	0906両毛	179.3	
・	・	・	・	
・	・	・	・	
243	07 福島県	0708会津・南会津	168.9	
・	・	・	・	
261	07 福島県	0703県南	162.7	
・	・	・	・	
270	07 福島県	0707いわき	159.2	
・	・	・	・	
280	07 福島県	0706相双	155.5	
・	・	・	・	
・	・	・	・	
・	・	・	・	
・	・	・	・	
330	03 岩手県	0306釜石	107.8	

資料：「医師偏在指標」（令和5年厚生労働省提供データ）

※令和2年のいわき医療圏についてはいわき市の調整後の数値

## 第4章 医師偏在指標及び区域の設定

### 2 将来時点（令和18（2036）年）における本県の医師偏在指標及び区分

図表4-3-3 将来時点の本県及び二次医療圏の医師偏在指標

医療圏		医師偏在指標	順位	区分
（参考）全国値		351.4	—	—
福島県		278.8	44/47位	医師少数県
二次医療圏	県北	377.0	56/330位	医師多数区域
	県中	275.9	198/330位	医師少数でも多数でもない区域
	県南	232.3	276/330位	医師少数区域
	会津・南会津	222.6	299/330位	医師少数区域
	相双	214.7	304/330位	医師少数区域
	いわき	230.9	281/330位	医師少数区域

出典：将来の医師偏在指標（2036年）に係るデータ集（厚生労働省）

※いわき医療圏についてはいわき市の調整後の数値

図表4-3-3は、現在の施策の見直しや強化、新たな施策の展開などの医師確保対策を講じなかった場合において、厚生労働省が示した将来時点（令和18（2036）年の医師数に基づく本県の医師偏在指標及び区分となります。

本県は、全国で唯一医療圏ごとの将来の人口推計がないため、暫定的に各地域が同じ人口増減率で推計されていることや不確定要素が多いことから今後の改訂等を注視していく必要がありますが、将来推計においても医師少数県と区分されており、将来に向けても医師確保の取り組みが必要となっています。

(参考) 医師偏在指標の算出式

(1) 医師全般(現在時点)

$$\text{医師偏在指標} = \frac{\text{標準化医師数(※1)}}{\frac{\text{地域の人口}}{10万} \times \text{地域の標準化受療率比(※2)}}$$

$$(\text{※1}) \text{ 標準化医師数} = \sum \text{性年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

$$(\text{※2}) \text{ 地域の標準化受療率比} = \frac{\text{地域の期待受療率(※3)}}{\text{全国の期待受療率}}$$

$$(\text{※3}) \text{ 地域の期待受療率} = \frac{\sum (\text{全国の性年齢階級別調整受療率(※4)} \times \text{地域の性年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}}$$

$$\begin{aligned} (\text{※4}) \text{ 全国の性年齢階級別調整受療率} \\ = \text{無床診療所医療医師需要度(※5)} \times \text{全国の無床診療所受療率} \\ + \text{全国の入院受療率} \end{aligned}$$

$$(\text{※5}) \text{ 無床診療所医療医師需要度} = \frac{\frac{\text{マクロ需給推計における外来医師需要}}{\text{全国の無床診療所外来患者数(※6)}}}{\frac{\text{マクロ需給推計における入院医師需要}}{\text{全国の入院患者数}}}$$

$$\begin{aligned} (\text{※6}) \text{ 全国の無床診療所外来患者数} &= \text{全国の外来患者数} \\ &\times \frac{\text{初診・再診・在宅医療算定回数[無床診療所]}}{\text{初診・再診・在宅医療算定回数[有床診療所・無床診療所]}} \end{aligned}$$

○ (※4) 全国の性年齢階級別調整受療率は、患者の住所地の医療圏内(以下、患者住所地という)ですべての患者が診療を受ける計算式となっているため、患者住所地外で診療を受ける人数(以下、流出入数という)を勘案し計算式を修正します。

性年齢階級別調整受療率(流出入反映後)

$$= \text{無床診療所医療医師需要度} \times \text{全国の無床診療所受療率}$$

#### 第4章 医師偏在指標及び区域の設定

×無床診療所患者流出入調整係数（※7）

+全国の入院受療率×入院患者流出入調整係数（※8）

（※7）無床診療所患者流出入調整係数＝

$$\frac{\text{無床診療所患者数（患者住所地）} + \text{無床診療所患者流入数} - \text{無床診療所患者流出数}}{\text{無床診療所患者数（患者住所地）}}$$

（※8）入院患者流出入調整係数＝

$$\frac{\text{入院患者数（患者住所地）} + \text{入院患者流入数} - \text{入院患者流出数}}{\text{入院患者数（患者住所地）}}$$

（2）将来時点

将来の医師偏在指標（上位・下位）（2036年）＝

$$\frac{\text{マクロ医師供給推計（上位・下位）（2036年）}}{\text{推計人口（2036年）（10万人）} \times \text{地域の標準化受療率比（2036年）（※1）}}$$

$$\text{地域の標準化受療率比（※1）（2036年）} = \frac{\text{地域の期待受療率（※2）}}{\text{全国の期待受療率（2036年）}}$$

地域の期待受療率（※2）＝

$$\frac{\sum \text{地域の性・年齢階級別調整受療率（※3）} \times \text{地域の性・年齢階級別推計人口（2036年）}}{\text{地域の推計人口（2036年）（10万人）}}$$

地域の性・年齢階級別調整受療率（※3）（流出入調整係数反映）＝

（全国の性・年齢階級別入院受療率×地域の入院患者流出入調整係数）＋

（無床診療所医療医師需要度×全国の性・年齢階級別無床診療所受療率×地域の無床診療所患者流出入調整係数）

## 第5章 医師確保の方針

### 第1節 県全体及び二次医療圏の医師確保の方針

#### 1 医師確保計画策定ガイドラインによる方針の考え方

医師偏在指標の値を用いて、医師多数都道府県、医師多数区域、医師少数都道府県、医師少数区域などを設定し、全ての都道府県、二次医療圏について目標医師数を定め、都道府県及び二次医療圏ごとの医師偏在を解消するため、それぞれの区域の医師の多寡の状況に基づき、医師の確保の方針を定めます。

##### (1) 都道府県における方針の考え方

医師少数都道府県については、医師の増加を医師確保の方針の基本とします。

また、医師少数都道府県は医師多数都道府県から医師の確保ができることとします。

##### (2) 二次医療圏における方針の考え方

医師少数区域については、医師の増加を医師確保の方針の基本とします。

また、医師少数区域以外の二次医療圏から医師の確保ができることとします。

医師少数でも多数でもない区域は、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行えることとします。

医師多数区域は、他の二次医療圏からの医師の確保は原則として行わないこととし、医師少数区域への医師の派遣を行うことが求められます。

図表5-1-1 国による確保方針の考え方

医療圏		区分 (現在時点)	区分 (将来時点) (※)	短期的 確保施策	長期的 確保施策
福島県		医師少数県	医師少数県	○	○
二次医療圏	県北	医師多数区域	医師多数区域		
	県中	医師多数でも少数でもない区域	医師多数でも少数でもない区域	○	○
	県南	医師少数区域	医師少数区域	○	○
	会津・南会津	医師少数区域	医師少数区域	○	○
	相双	医師少数区域	医師少数区域	○	○
	いわき	医師少数区域	医師少数区域	○	○

## 第5章 医師確保の方針

資料：医師偏在指標（厚生労働省）

将来の医師偏在指標（2036年）に係るデータ集（厚生労働省）

### 2 本県の医師確保の方針

本編「第2章 第7次医師確保計画の評価」、「第3章 本県の現状と課題」において掲載しているとおり、本県の医師数は着実に増加していますが、第7次医師確保計画における令和5年の目標医師数の確保には至らない見込みであり、全国的に見ても令和2年の時点で医師少数県に区分されています。

県民の安全・安心の確保や健康維持・増進を図るためには、本県及び二次医療圏において医師少数県を脱却し、更なる確保に取り組むことが必要であり、また、限られた医療資源の中で地域医療の維持のためには、医師の地域偏在や診療科偏在の改善を図る必要があります。

また、本県医師の年齢構成からは、50歳代から70歳代の医師が増加傾向にあり、30歳代、40歳代の医師が減少傾向にあるなど医師の高齢化も顕著となっています。

そのため、引き続き、本県で従事する研修医などの若手医師を確保する施策に取り組むとともに、増加傾向にある20歳代の医師を含めた県内医師の定着や県外からの移住・定住などの取り組みにより、本計画策定時点の30歳代、40歳代の医師の確保にも取り組みます。

なお、医療現場での経験が豊富な50歳代以上の医師も貴重な人材であり、若手医師への指導、医療機関や地域の中心的な役割を担ってもらうための支援も必要となります。

このようなことから、県内における修学資金貸与制度による医師の養成や臨床研修医、専門研修医が本県での研修に魅力を感じる施策・支援の実施のほか、医師多数県など県外からの医師の招へいや移住・定住を促す取り組みなどを融合させながら、本県（地域医療支援センターを含む）と県立医大と連携しながら県内の医師確保と医師のキャリア形成支援などに一体的に取り組む、県全体での施策による医師の確保と地域の実情に応じた適切な医師の配置や派遣を通じ、医師の地域偏在の解消に努め、医師少数県や医師少数区域からの脱却を目指すこととします。

そのため、短期的・長期的いずれの医師確保の方針についても、既存の医師確保対策の見直しをしていくとともに更なる強化等に取り組めます。

また、本県特有の課題である原子力災害等による患者及び医療従事者の流出入や、医療圏ごとの医療資源の偏在への対応を考慮し、医師の確保及び偏在対策を行ないます。

診療科ごとの医師確保については、産科・小児科については、厚生労働省が示す「医師確保計画策定ガイドライン」に基づき確保計画を策定することとしています。産科・小児科以外にも、救急医療提供体制の確保のための救急科医、麻酔科医や医療資源の限られた地域などにおいて特に求められている総合診療科医などの確保に取り組めます。

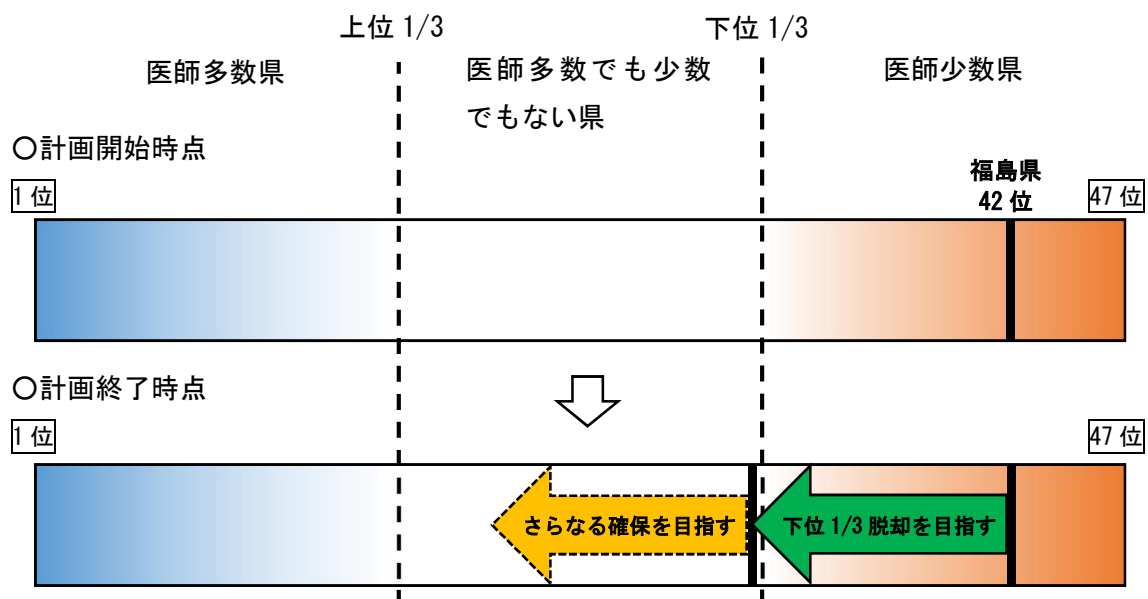


また、前述した診療科以外の内科系・外科系・整形外科などの診療科についても、今後の診療科の偏在の動向等に留意しながら、県内の医師確保対策を一層推進するための組織である「地域医療支援センター」において、県立医大と連携しながら、本県の診療科の現状について、県内外の医学部生への情報発信による将来の診療科選択に対する意識の涵養や県外からの医師の招へいなど必要な取り組みを行い医師の確保を図ってまいります。

また、令和6（2024）年4月より開始される医師に対する時間外・休日労働時間の上限制限を踏まえ、医師の働き方改革に関する各医療機関の取組を支援するとともに、地域医療構想や医師確保の取組の一体的な推進を目指すこととします。

第8次（前期）医師確保計画終了時点の本県が目指す位置づけや方針は図表5－1－2、図表5－1－3のとおりです。

図表5－1－2 第8次（前期）医師確保計画終了時点の本県が目指す位置づけ



図表5－1－3 本県及び二次医療圏の医師確保の方針

	区分 (現在時点)		医師確保の方針
福島県	医師少数県		令和８（２０２６）年までに全国順位の低位１／３である医師少数県を脱却し、更に必要な医師の確保に努める

二次医療圏	県北医療圏	医師多数区域	現状の医師数に加え、更に必要な医師の確保に努める
	県中医療圏	医師多数でも少数でもない区域	
	県南医療圏	医師少数区域	令和８（２０２６）年までに全国順位の低位１／３である医師少数区域を脱却し、更に必要な医師の確保に努める
	会津・南会津医療圏		
	相双医療圏		
	いわき医療圏		

## 第5章 医師確保の方針

### (1) 本県の医師確保の方針

本県は医師少数県であることから、医師少数県を脱却し、更に必要な医師の確保に努めます。

### (2) 本県の二次医療圏の医師確保の方針

医師多数区域である医療圏は、他の医療圏の医療機関に対して医師の派遣を行うために一定の医師数が必要となることから、県として医師少数県を脱却するために、更に必要な医師の確保を行うこととします。

医師多数でも少数でもない区域である医療圏は、県として医師少数県を脱却するために、更に必要な医師の確保を行うこととします。

医師少数区域である医療圏は、医師少数区域を脱却するために必要となる医師を確保するのに加え、県として医師少数県を脱却するために、更に必要な医師の確保を行うこととします。

## 第2節 確保すべき医師数

## 1 目標医師数

医師の確保の方針を基に、本県及び各二次医療圏において、本計画終了時点（令和8（2026年））に必要となる医師数を「目標医師数」とし、目標に達するために確保すべき医師数を設定します。

図表5-2-1 本県及び二次医療圏の目標医師数と確保すべき医師数

	標準化医師数 (R2)	下位1/3に達する 医師数 (R8)	下位1/3に達する ために確保 すべき医師数	県全体が1/3に 達するために 確保すべき残 りの医師数	県全体が1/3を達成 するために必要な 二次医療圏ごとの 医師数 (推計人口按分)	目標医師数 (R8)	目標達成に必要 な医師数
	A	B	C=B-A	D=①-②	E	G=A+C+E	G-A
福島県	3,879	4,238	① 359	283		4,238	359
県北	1,351	855	-		70	1,421	70
県中	1,059	927	-		78	1,137	78
県南	222	228	6		21	249	27
会津・南会津	504	529	25		40	569	65
相双	177	195	18		26	221	44
いわき	566	593	27		48	641	75
二次医療圏計	3,879	3,327	② 76		283	4,238	359

※いわき医療圏についてはいわき市の調整後の数値

## 2 目標医師数の考え方

図表5-2-1における目標医師数（G）の基準となる標準化医師数（A）とは、各医療圏における実際の医師数を性年齢階級別ごとに労働時間を勘案し調整を行ったものとなります。

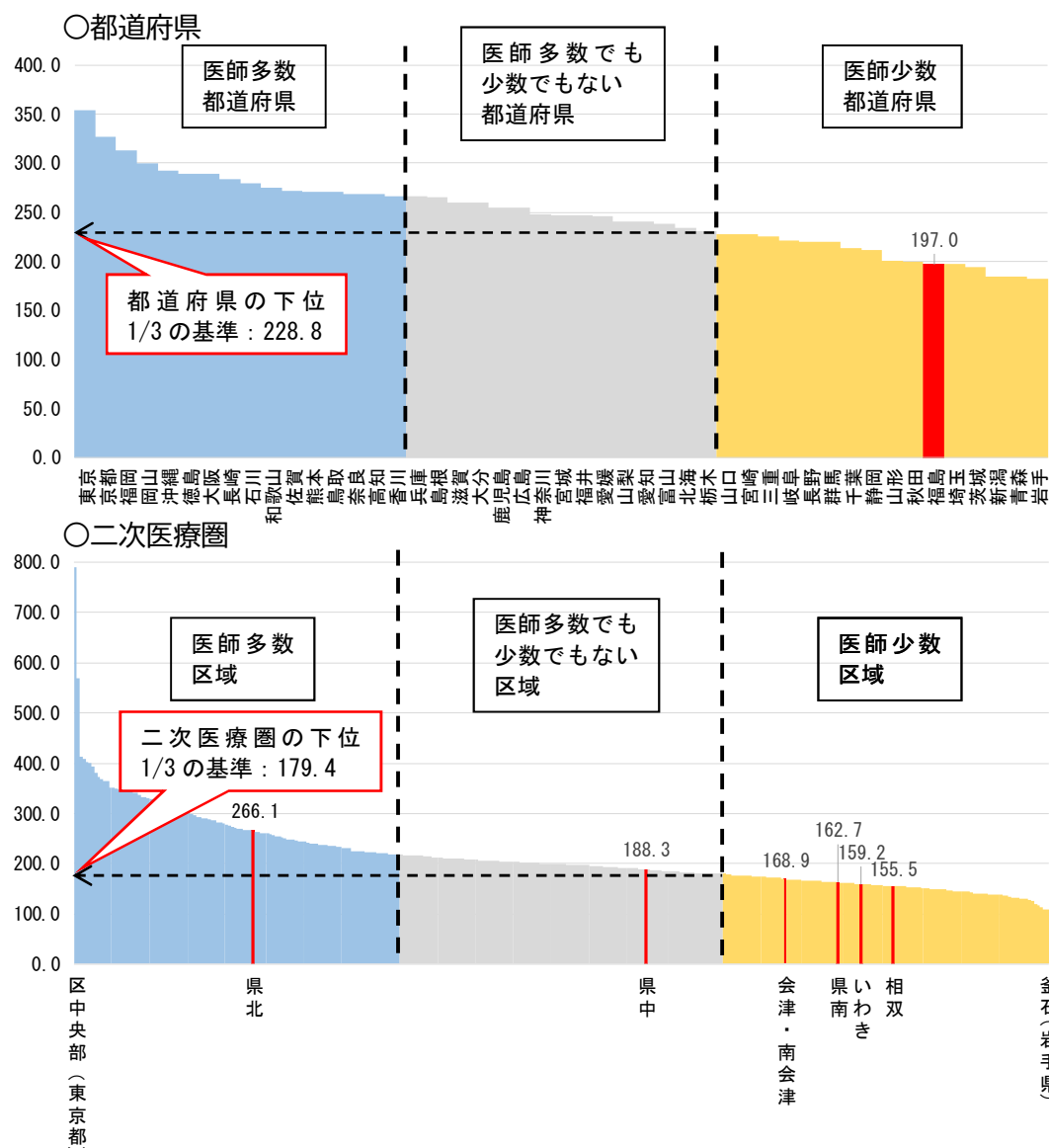
本県が、全国の都道府県の下位1/3の基準を脱するために必要となる医師数は4,238名（359名不足①）となっていますが、すべての二次医療圏で下位1/3の基準を脱するために確保すべき医師数の合計は、76名（②）となっており、県の必要数と合致していません。

したがって二次医療圏で目標医師数の確保を達成した場合においても、県全体では283名の医師が不足したままとなります。

これは、図表5-2-2に示すとおり、都道府県よりも二次医療圏の方が下位1/3の基準となる医師数が低いためです。

## 第5章 医師確保の方針

図表5-2-2 都道府県と二次医療圏の医師偏在指標グラフ



この二次医療圏の目標医師数について、国のガイドラインでは、都道府県において二次医療圏の目標医師数の合計が県の目標医師数を超えないよう設定できることとなっています。

このため、本県では各二次医療圏の目標医師数の合計が県の目標医師数と合致するように調整を行います。

具体的な配分については、まず医師少数区域に下位 1 / 3 の基準に達するために確保が必要な医師数を優先的に配分します。

県北・県中医療圏でも現状で十分と捉えるのではなく、一定数の医師の確保が必要なことから、残りの医師数を2026年の各二次医療圏の推計人口で按分します。

各二次医療圏の目標医師数は、各地域の県民が健康で安心して暮らせるよう、すべての

二次医療圏の医師偏在指標の順位が全国の下位 1 / 3 より更に上位になるように定め、県全体で医師の確保を図ります。

また、第8次医療計画（第12章）に掲載している各医療圏の重点的な取組などを踏まえながら、各二次医療圏の実情に応じた医師の確保に取り組みます。

### （1）県全体

厚生労働省により算出された県全体の目標医師数は、4,238人で、令和2（2020）年を基準として、本計画期間終了時点（令和8（2026）年）において、医師少数県を脱する（下位 1 / 3 に達する）359人の医師の確保に取り組みます。

なお、目標医師数は医師少数県を脱するための目標数であり、それで十分と捉えるのではなく、更なる医師の確保を目指します。

### （2）二次医療圏

#### ア 県北医療圏

図表5-2-3 県立医大を除く県北医療圏の医師数の考え方

（単位：人）

医療圏		医療施設 従事医師数	人口10万人対 医師数
全 国		323,822	256.7
福島県		3,892	212.3
二次医療圏	県 北	1,363	292.6
	医 大	561	120.4
	医大以外	802	172.1
	県 中	1,066	205.2
	県 南	219	157.8
	会津・南会津	498	194.2
	相 双	171	143.0
	い わ き	575	172.7

※いわき医療圏はいわき市の調整後の数値。

県北医療圏全体の人口10万人あたりの医師数は全国平均を上回り医師多数区域に位置付けされていますが、一方、参考に県北医療圏の医師数を県立医大と県立医大以外に分けると図表5-2-3のようにみることができます。

県北医療圏は県立医大とその他の医療機関が一体となって支えているので、一概に県立医大と県立医大以外に分けた人口10万人あたりの医師数を他の二次医療圏と同じレベルで比較できるものではありませんが、少なくとも県北医療圏が医師多数区域という状況ではないと考えられます。

これらのことから、医師多数区域に位置づけられている県北医療圏についても、一定数の医師の確保が必要であり、県の目標数と一致するよう調整を加えた1,421名を目標

## 第5章 医師確保の方針

医師数とします。

### イ 県中医療圏

医師多数でも少数でもない区域のため、現在の標準化医師数に、県の目標数と一致するよう調整を加えた医師数1, 137名を目標医師数とします。

### ウ 県南医療圏

医師少数区域のため、計画期間終了後に、全国の下位1／3の基準を脱するために必要となる医師数に、県の目標数と一致するよう調整を加えた医師数249名を目標医師数とします。

### エ 会津・南会津医療圏

医師少数区域のため、計画期間終了後に、全国の下位1／3の基準を脱するために必要となる医師数に、県の目標数と一致するよう調整を加えた医師数569名を目標医師数とします。

### オ 相双医療圏

医師少数区域のため、計画期間終了後に、全国の下位1／3の基準を脱するために必要となる医師数に、県の目標数と一致するよう調整を加えた医師数221名を目標医師数とします。

なお、原子力災害等からの復興により住民の帰還が進むなど、医療需要の増加を踏まえ、医師の更なる確保に努めます。

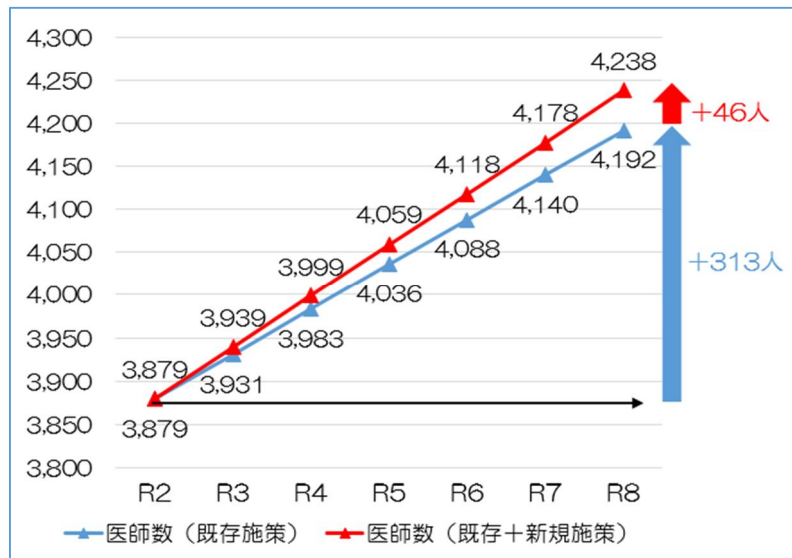
### カ いわき医療圏

医師少数区域のため、計画期間終了後に、全国の下位1／3の基準を脱するために必要となる医師数に、県の目標数と一致するよう調整を加えた医師数641名を目標医師数とします。

## 3 目標医師数の確保の見込み

図表5-2-4 本計画による目標医師数確保の見込み

(単位：人)



図表5-2-4のとおり、令和5（2023）年までの既存事業（修学資金の貸与、県外からの医師招へい、研修医の確保等）の継続により313名の増加（県内からの流出や退職等も考慮後）を見込んでいるほか、既存事業の見直しや新たな事業を実施することにより、令和8（2026）年までに更に46名の医師の増加を見込んでいます。

## 4 必要医師数

厚生労働省から、医師のマクロ需給推計に基づき、将来時点（令和18（2036）年）に必要な「必要医師数」が示されました。

必要医師数は、将来時点において、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、都道府県及び各医療圏における将来時点の医師偏在指標が一致するために必要となる医師数です。

必要医師数は、全国の医師需給が一致する場合の医師偏在指標に本県の医師偏在指標が一致するよう機械的に算出される値であり、本県が目指す将来時点の医師数とは異なります。

また、今後の医療需要の変動等や医師の働き方改革の動向、全国の医師偏在の解消状況などについて不確定な部分は大きいですが、県北医療圏以外は将来時点医師数が必要医師数を下回るため、将来に向けても更なる医師の確保が必要であることから、県全域で長期的な医師の養成を続ける必要があります。

なお、本県の特徴として、医療圏ごとの将来の人口推計が算定されていないため、すべての二次医療圏で同じ人口推移の率を使用して需要推計を算出しています。

## 第5章 医師確保の方針

図表5－2－5 本県及び二次医療圏の必要医師数

(単位：人)

医療圏	医師偏在指標 (上位推計) (2036)	順位 (2036)	区分 (将来時点) (2036)	標準化 医師数 (2020)	将来時点 医師数 (上位推計) (2036)	必要 医師数 (2036)
福島県	278.8	44	医師少数県	3,879	4,784	5,031

二次医療圏	県北	377.0	56	医師多数区域	1,351	1,667	1,296
	県中	275.9	199	医師多数でも少数でもない区域	1,059	1,307	1,388
	県南	232.3	279	医師少数区域	222	274	345
	会津・南会津	222.6	301	医師少数区域	504	621	818
	相双	214.7	307	医師少数区域	177	218	298
	いわき	230.9	284	医師少数区域	566	697	886

※いわき医療圏についてはいわき市の調整後の数値



## 第6章 医師確保のための施策

### 第1節 医師確保のための施策について

#### 1 医師確保のための施策について

本県及び二次医療圏ごとに定めた医師確保の方針に基づき、短期的施策及び長期的施策を定めます。

短期的施策は、目標医師数（令和8（2026）年）に確保すべき医師数を達成するための施策であり、長期的施策は、将来時点（令和18（2036）年）も視野に入れ、継続的に医師の養成、確保を図るための施策です。

本県は、計画策定時点の医師偏在指標が全国42位と極めて医師少数県であり、また、令和18（2036）年時点においても、医師少数県であると推計されていることから、修学資金貸与制度等による県内外の医学部生の確保・養成・キャリア形成支援、研究や研修などの自己研鑽にかかる資金の提供、将来世代に対する積極的な情報発信などに取り組みます。さらに、各医療機関が行う臨床研修医や専門研修医の確保に向けた支援や本県の現状や魅力などの県内の情報を県外に発信し県内への移住・定住を希望する医師の確保にも積極的に取り組むなど、これまで行ってきた様々な施策の見直しや新たな視点での充実を図りながら、短期的・長期的施策を一体的・横断的に融合させながら効果的な施策の実施に取り組みます。

なお、以下の施策は計画策定時点でのものであり、国の施策及び地域の実情等を踏まえつつ、安定的な医師確保を図るため、引き続き、効果的な医師の確保の施策に取り組めます。

また、施策の実施に当たっては、特定行為研修修了看護師などの活用によるタスクシフト／タスクシェアの推進などを考慮するほか、医師の働き方改革や地域医療構想の進捗による医療提供体制の推移などを踏まえ、随時見直しを図ります。

## 第6章 医師確保のための施策

### 第2節 医師確保のための施策

#### 1 短期的施策

本計画期間終了時点まで以下の主な施策を実施し、本計画期間終了時点における目標医師数の確保を目指します。

##### (1) 医師の派遣調整

図表6-2-1 福島県修学資金利活用者従事状況（臨床研修医・専門研修医・勤務医）

（単位：人）

医療圏		R2	R3	R4	R5
二次医療圏	県北	126	150	181	186
	県中	65	54	49	60
	県南	19	23	19	16
	会津・南会津	34	32	28	44
	相双	6	6	10	13
	いわき	13	17	21	22
県計		263	282	308	341
（参考）県外		17	18	24	29

図表6-2-2 修学資金利活用者及び自治医科大学卒業医師の年度別人数（義務年限内）

（単位：人）

貸与者数		年度						
		R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
年度	計							
H20	37	勤務						
H21	28	専門研修	勤務					
H22	47	専門研修		勤務				
H23	42	専門研修			勤務			
H24	54	専門研修				勤務		
H25	60	臨床研修	専門研修				勤務	
H26	48	臨床研修		専門研修				勤務
H27	54	在学中	臨床研修		専門研修			
H28	56	在学中		臨床研修		専門研修		
H29	58	在学中			臨床研修		専門研修	
H30	60	在学中			臨床研修		専門研修	
H31	61	在学中				臨床研修		
R2	62	在学中						臨床研修
R3	61		在学中					
R4	60			在学中				
R5	61				在学中			

	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8
臨床研修	102	88	95	111	119	123	127
専門研修	163	187	200	213	205	202	218
勤務	38	48	61	71	116	145	164
計	303	323	356	395	440	470	509

図表6-2-1は、令和2年度から令和5年度までに本県の修学資金制度を活用した臨床研修医、専門研修医、勤務医の二次医療圏別従事状況となります。

臨床研修病院が県北医療圏に多いことや専門研修施設が県立医大に集中していることから県北医療圏の従事者が多いですが、修学資金を利活用している医師は増加傾向にあり、全ての二次医療圏で従事しています。

図表6-2-2は、令和2年度から令和8年度までの修学資金制度活用医師及び自治医科大学卒業医師の義務年度内における年度別人数です。臨床研修や専門研修の医師の増加にあわせて勤務医師の増加も一定程度見込まれることから、県内の各地域への配置・派遣調整を行い地域偏在の解消に努めます。

また、修学資金被貸与医師等が標榜する診療科も多様となってきたため、それぞれのキャリア形成に合うような配置・派遣調整についても検討してまいります。

## (2) 医師の派遣要請

図表6-2-3 県立医大の医師派遣状況（令和5年12月）

（単位：人）

関係講座等	県北		県中		県南		会津		南会津		相双		いわき		合計		計
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	
循環器内科学講座	16	32	23	13	5	7	5	9	1		7	9	5	1	62	71	133
血液内科学講座	4	4		4	3	3						4	1	1	8	16	24
消化器内科学講座	14	33	17	13	4	3		3			4	4	2	1	41	57	98
リウマチ膠原病内科学講座	1	11	2	3		3						2		1	3	20	23
腎臓高血圧内科学講座	4	19	2	7		1		6				6	2		8	39	47
糖尿病内分泌代謝内科学講座	1	9		3	2	1	1	1	1			5		1	5	20	25
脳神経内科学講座	4	9		2		1		3				4	1	2	5	21	26
外科研修支援担当		10		9				1				1	2	4	2	25	27
呼吸器内科学講座	1	16	1		1	2						4		2	3	24	27
消化管外科学講座	16	32	14	15	5	4	6	4				9	2	1	43	65	108
肝胆膵・移植外科学講座	3	12	5	6		1		2			1	4	1	1	10	26	36
呼吸器外科学講座	4	4	1	3	1	3	2	4				5	2	2	10	21	31
乳腺外科学講座	1	20	2	6		1		3				1		2	3	33	36
心臓血管外科学講座	1	10	2	4		1		1				3	1	1	4	20	24
脳神経外科学講座	6	11	2	4		3					1	5	2	1	11	24	35
整形外科科学講座	13	28	13	18	5	12	4	10		1	3	12		4	38	85	123
形成外科学講座	1	7	4	5	1	3		3				4		2	6	24	30
産科婦人科学講座	6	14	12	10	3	6	8	4			2	5		1	31	40	71
小児科学講座	6	9	19	22	3	13	5	6	1	2	5	7	4	3	43	62	105
眼科科学講座	2	12	5	12	3	8	3	8		2		6	1	4	14	52	66
皮膚科学講座	1	9	2	7	2	2		8				10		1	5	37	42
泌尿器科学講座	4	7	7	7	1	1	4	2				6			16	23	39
耳鼻咽喉科学講座	4	11	6	6	1	6		7				3	1	2	12	35	47
神経精神医学講座	6	12	8	2	6	3	4	2			2	1	4	1	30	21	51
放射線医学講座	3	35		18	4	4		6						2	7	65	72
麻酔科学講座	6	19	7	18	2	2	2	5				4	4	7	21	55	76
救急医学講座		8		5				2				1			0	16	16
病理形態診断学講座	2	4	2	6	1	2	1	1						1	6	14	20
臨床検査医学講座		1		1				1						1	0	4	4
感染制御学講座		3		3											0	6	6
輸血・移植免疫学講座		1		1											0	2	2
地域・家庭医療学講座	10	3	4	1	2		4	7	2	1	1		5		28	12	40
放射線健康管理学講座				1								2			0	3	3
甲状腺内分泌学講座		9	1	4				2			1			1	2	16	18
災害こころの医学講座															0	0	0
放射線腫瘍学講座	1	9		3		1	1	2						1	2	16	18
腫瘍内科学講座	1	7		2				1						1	1	11	12
放射線災害医療学講座		2										1			0	3	3
リハビリテーション医学講座		1		3		1		3				1			0	9	9
小児腫瘍内科				4								2			0	6	6
内視鏡診療部		4		1											0	5	5
小児外科		6	2	9				3						1	2	19	21
総合内科		8										1			0	9	9
その他	4	89	24	58	3	15	4	120	1	16	6	18	8	20	50	336	386
計	146	550	187	319	58	113	54	240	6	22	33	150	48	74	532	1,468	2,000

（地域医療支援センター調）

## 第6章 医師確保のための施策

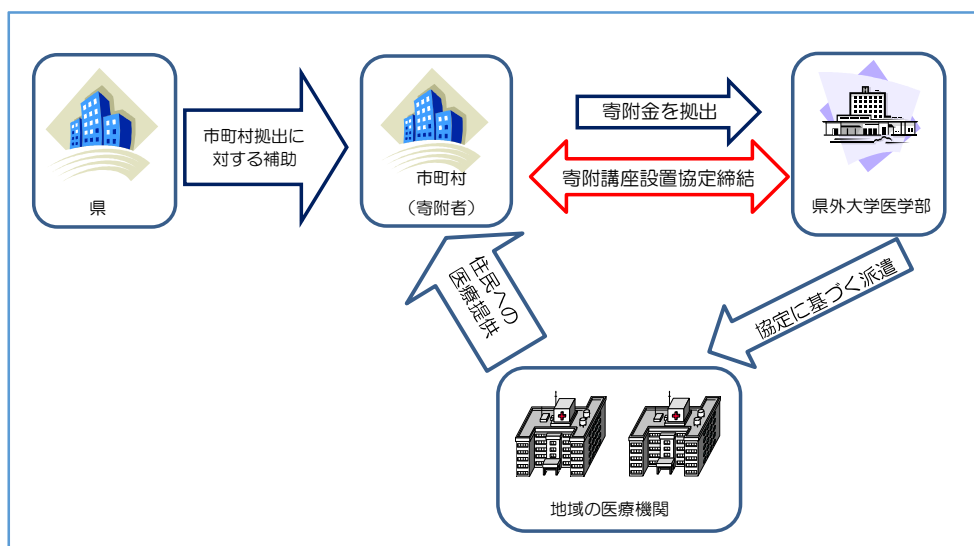
図表6-2-3は、令和5年12月現在における県立医大から医師を二次医療圏の医療機関に派遣している状況です。

県立医大では、県内医療機関からの医師派遣の要請を受け、二次医療圏や医療機関の状況を勘案しながら医師の派遣を行っており、引き続き、県立医大や関係機関等と連携しながら各地域の医療体制の維持が図れるよう、医師派遣の調整を行ってまいります。

また、地域医療の充実を図るため、県立医大に地域医療支援教員などを配置しており、引き続き、二次医療圏や医療機関の課題等を県立医大や関係機関等と共有しながら二次医療圏の医療機関に医師を派遣してまいります。

### (3) 寄附講座の設置

図表6-2-4 寄附講座設置支援のスキーム



図表6-2-4は、寄附講座設置支援のスキームとなります。必要な医療人材を確保するため、県外の医科大学等に地域医療の研究と医療機関支援を目的とする寄附講座を設置する市町村等に対し、寄附講座の設置に係る経費について補助を行い地域医療の維持を支援してまいります。

### (4) 県外指導医招へい事業

県外から指導医を招へいすることで、県内の医療機関の医療提供体制の向上や指導環境の向上を図り、若手医師のキャリア形成支援、将来の県内への定着の促進につなげるため、令和3年度から、地域医療支援センターに「県外指導医等」の招へい活動を行う部門を設け、県外から指導医等の資格を持つ医師の確保及び地域の医療機関での従事を進めております。

今後も、新たな取組も検討しながら県外からの指導医確保に向けて取り組めます。

(5) 研修資金の貸与

令和4年度から、救急医療体制の確保や医療資源の限られた地域などにおいて特に求められている総合診療医の将来的な増加を図るために、これまでの麻酔科医に加え、県内の医療機関で救急科医・総合診療科医としての勤務を希望し、現在、県内で臨床研修や専門研修を行っている医師に対し、最大3年間の研修資金を貸与し、県内の医療機関で従事していただきながら、資質の向上や自己研鑽の支援をしています。

将来的な医師の確保に向け地域医療支援センターと連携し、情報発信の方法などを更に工夫しながら研修医に対する制度の理解や周知に取り組みます。

(6) 研究資金の貸与

令和4年度から、救急医療体制の確保や医療資源の限られた地域などにおいて特に求められている総合診療医の将来的な増加を図るために、これまでの麻酔科医に加え、県外から県内に転入した救急科医・総合診療科医に対し、最大3年間の研究資金を貸与し、県内の医療機関で従事していただきながら、更なる資質の向上や自己研鑽の支援をしています。

豊富な経験を持つ医師を確保するため、地域医療支援センターと連携し、情報発信の方法などを工夫しながら県外医師に対する制度の理解や周知に取り組みます。

(7) ドクターバンクふくしま等の活用（医師の移住定住促進）

令和5年度に、各医療圏の医療環境や特色などの情報のほか、医師向けの支援制度等をまとめたガイドブックを作成し本県の現状や魅力を発信するほか、本県が運営している無料の医師あっせん事業「ドクターバンク」との連携・活用を図りながら、新たに、主に県外で勤務し本県に興味を持つ医師の移住・定住や二地域居住などの促進を図っていきます。

(8) 女性医師等就労環境の改善

本県の女性医師の人数や割合は平成24年以降年々増加傾向にあり、女性医師も働きやすい職場環境づくりなどがもとめられていることから、仕事と家庭の両立ができる働きやすい職場環境の整備や育児中の女性医師等を対象とした勤務条件の緩和、復職研修などを行う医療機関に対して補助を行い、医師が健康で安心して働くことができる職場づくりを通じ、「雇用の質」と「医療の質」の向上に取り組みます。

(9) 勤務環境改善体制の整備

医療勤務環境改善支援センターにおける取組等を通して、医療機関における医師の勤務環境の改善に取り組みます。

また、地域医療において特別な役割を持ち、かつ過酷な勤務環境となっていると認

## 第6章 医師確保のための施策

められる医療機関に対して、ICT の導入等にかかる経費を補助しながら、勤務環境の改善を支援します。

### (10) 広報活動

上記(1)から(9)までの事業などと連携しながら、本県の現状や各種事業の情報発信・情報共有を行い、地域医療の充実につながる医師の確保・養成・定着に取り組みます。

## 2 長期的施策

令和18(2036)年まで以下の主な施策を実施し、令和18(2036)年における必要医師数の確保を目指します。

### (1) 医師養成数の維持

図表6-2-5 県立医大医学部の入学定員の変遷

(単位：人)

年度	～H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25～
恒久定員	80	80	85	85	85	85	85
臨時定員		15	15	20	25	40	45
計	80	95	100	105	110	125	130

(参考) 図表6-2-6 県立医大医学部の募集人数(令和5年度)

(単位：人)

入学定員		募集人員					
		一般選抜		学校推薦型 選抜		総合型 選抜	私費外国人留 学生選抜
定員	85名	一般枠	45名 程度	A枠	35名 以内	5名 以内	—
臨時 増員	45名	地域枠	30名 程度	B枠	15名 以内	—	
計	130名	75名程度		50名以内		5名以内	若干名

図表6-2-5のとおり、県立医大医学部の入学定員については、現在、恒久定員85名に臨時増員45名を加えた計130名となっていますが、医師少数県である本県において、県内で養成する医師の確保は、県内医療機関の従事者の確保にもつながることから、引き続き、現在の定員数の維持を目指します。

また、臨時増員の45名は、県立医大の入試制度と連動し、卒業後に県内の医療機関で研修・勤務に従事する要件のある枠となっています。

県内の医療機関に従事する医学生を安定的に確保していくためにも、県立医大と連携し地域枠・B枠の志願者の確保や地域医療に対する意識の醸成などに取り組ま

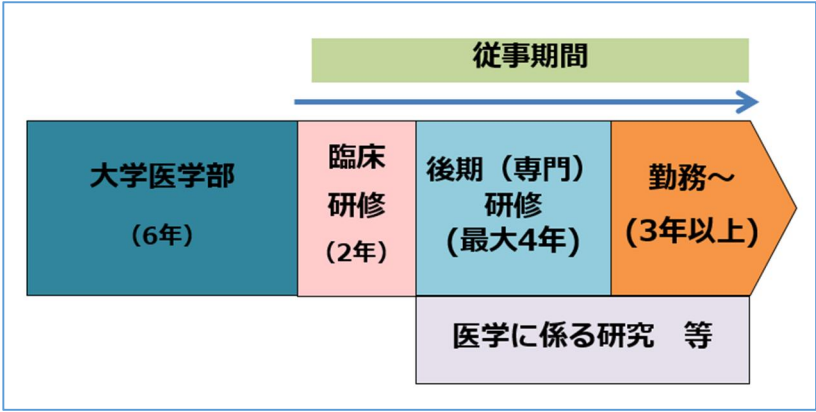
す。

(2) 地域枠医師等の確保

図表6-2-7 本県及び自治医科大学の各修学資金制度

制度		対象者	貸与額
修学資金制度	緊急医師確保修学資金	県立医大医学部に在籍する者	月額150千円、入学料相当額
	へき地医療等医師確保修学資金	県立医大以外の医学部に在籍する者	月額235千円、入学料相当額
	地域医療医師確保修学資金	帝京大学医学部に在籍する者	月額235千円、入学料相当額
自治医科大学		自治医科大学医学部に在籍する者	在学中の授業料等全額

図表6-2-8 修学資金貸与者の従事期間（モデルケース）



- 修学資金の貸与期間は医学部在学中まで
- 従事期間は最大9年間  
（医学部卒業後、履行期限12年間のうちの9年間）
- 臨床研修は県内に20ある全ての臨床研修病院で研修可能
- 後期（専門）研修は県内の医療機関であれば全て研修可能
- 勤務は本県が指定した公的医療機関等で従事
- 9年間の従事期間を満了することで修学資金は全額免除

## 第6章 医師確保のための施策

図表6-2-7は、県内外の医学部生に対して貸与している修学資金制度（現在年間59名）や自治医科大学入学枠（毎年度2名から3名）の概要、図表6-2-8は、修学資金貸与者の従事期間（モデルケース）を示したものです。

県内の医療機関で従事する医師の安定的な確保のため、修学資金制度の適切な周知により制度を理解していただくとともに、修学資金制度貸与者のキャリア形成支援と地域医療の両立を図りながら、県内の医療機関で従事する医師の確保を目指すほか、県立医大が設置し卒業後は県内の臨床研修病院での研修が規定されている推薦A枠（35名以内）やそのほか一般枠の医学生などにも県内の医療機関で従事するよう取り組んでいきます。

### ○ 修学資金の加算制度について

令和4年度から、修学資金貸与者のうち、医療資源の限られた地域などにおいて、特に求められている総合診療医の将来的な増加を図るため、将来、総合診療医を目指す4年生以上の医学生に対して、通常の修学資金に加算（加算後の月額総額は35万円）して貸与することにより、将来のキャリア形成に向けた資質の向上や自己研鑽の支援を行っており、地域医療支援センターと連携しながら制度の周知及び貸与者の確保に取り組めます。

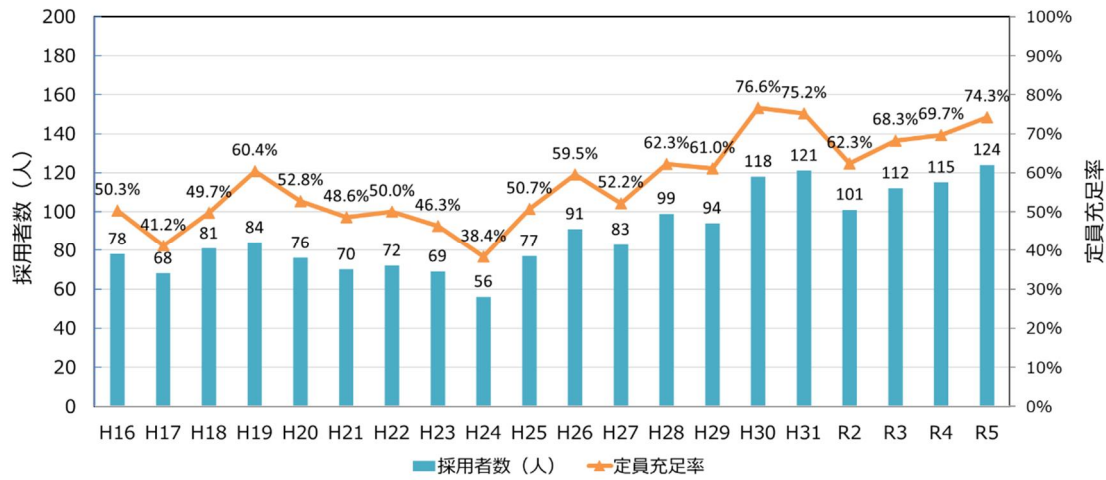
図表6-2-9 総合診療科の修学資金加算に伴う研修・勤務先医療機関

臨床研修先	臨床研修病院のうち総合診療科専門研修基幹施設・連携施設 （地域医療研修2か月以上のプログラム履修）
後期研修先	総合診療科専門研修プログラムを持つ専門研修基幹施設
勤務先	総合診療科専門研修連携施設のうち公的医療機関、へき地医療拠点センター病院、へき地医療拠点施設、へき地診療所



(3) 臨床研修医の確保

図表6-2-10 県内臨床研修採用者数の推移のグラフ



図表6-2-11 県内臨床研修採用者数の推移の表

(単位：人)

年度	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25
定員 (人)	155	165	163	139	144	144	144	149	146	152
採用者数 (人)	78	68	81	84	76	70	72	69	56	77
定員充足率	50.3%	41.2%	49.7%	60.4%	52.8%	48.6%	50.0%	46.3%	38.4%	50.7%

年度	H26	H27	H28	H29	H30	H31	R2	R3	R4	R5
定員 (人)	153	159	159	154	154	161	162	164	165	167
採用者数 (人)	91	83	99	94	118	121	101	112	115	124
定員充足率	59.5%	52.2%	62.3%	61.0%	76.6%	75.2%	62.3%	68.3%	69.7%	74.3%

図表6-2-12 県内臨床研修修了後の動向

(単位：人)

		R5		R4		R3		R2		H31		H30	
県内臨床研修修了者数		112		100		123		115		94		100	
専門 研修 先 内 訳	県内専門研修	72	64.3%	77	77.0%	86	69.9%	81	70.4%	66	70.2%	71	71.0%
	県立医大卒者	59	52.7%	66	66.0%	66	53.7%	71	61.7%	48	51.1%	50	50.0%
	県内出身者	29	25.9%	40	40.0%	38	30.9%	46	40.0%	36	38.3%	33	33.0%
	県外出身者	30	26.8%	26	26.0%	28	22.8%	25	21.7%	12	12.8%	17	17.0%
	他大卒者	13	11.6%	11	11.0%	20	16.3%	10	8.7%	18	19.1%	21	21.0%
	県内出身者	6	5.4%	7	7.0%	12	9.8%	5	4.3%	8	8.5%	10	10.0%
	県外出身者	7	6.3%	4	4.0%	8	6.5%	5	4.3%	10	10.6%	11	11.0%
	県外専門研修・その他	40	35.7%	23	23.0%	37	30.1%	34	29.6%	28	29.8%	29	29.0%
	県立医大卒者	16	14.3%	11	11.0%	18	14.6%	7	6.1%	10	10.6%	3	3.0%
	県内出身者	5	4.5%	7	7.0%	8	6.5%	3	2.6%	6	6.4%	0	0.0%
	県外出身者	11	9.8%	4	4.0%	10	8.1%	4	3.5%	4	4.3%	3	3.0%
	他大卒者	24	21.4%	12	12.0%	19	15.4%	27	23.5%	18	19.1%	26	26.0%
	県内出身者	6	5.4%	1	1.0%	5	4.1%	3	2.6%	4	4.3%	6	6.0%
	県外出身者	18	16.1%	11	11.0%	14	11.4%	24	20.9%	14	14.9%	20	20.0%

## 第6章 医師確保のための施策

図表6-2-10、図表6-2-11は県内の臨床研修病院で採用した研修医数の推移を示しています。

県内の臨床研修病院などで構成する「福島県臨床研修病院ネットワーク」と連携し、県内外での合同ガイダンス、魅力的なプログラム作成の支援、臨床研修設備の充実にかかる支援などのほか、県立医大と連携し、臨床研修医を指導する指導医を養成する「指導医講習会」（年2回）の開催や指導医等に対するセミナーなど指導力の研鑽も行っています。

そのため、令和2年以降、臨床研修医数は着実に増加し、令和5年度は過去最大の採用者を確保することができましたが、一方で、県内の臨床研修病院の定員数に対する充足率は74%程度にとどまっています。

また、図表6-2-12は、県内の臨床研修病院で研修をした医師のその後の動向となります。県内の臨床研修医のうち70%前後が、その後の専門医研修を県内の医療機関で実施している傾向にあります。

これらのことから、臨床研修医の確保は、その後の県内定着につながる傾向にあることから、臨床研修医数・充足率の増加を図るため、今後、臨床研修医のマッチング率が高い先進県の取り組みなどを取り入れながら更なる臨床研修医の確保・養成に取り組めます。

### （4）専門研修医の確保

図表6-2-13 県内専攻医採用者数の推移

（単位：人）

	内科	小児科	皮膚科	精神	外科	整形外科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	泌尿器科	脳神経外科	放射線科	麻酔科	病理	臨床検査	救急科	形成外科	リハビリ	総合診療	合計
H30	21	7	2	4	11	7	3	3	1	0	7	4	10	0	0	3	2	0	1	86
H31	28	5	3	6	8	3	2	4	2	4	2	2	3	1	0	2	0	0	1	76
R2	29	5	2	11	10	1	9	0	0	5	3	3	3	1	0	1	1	0	3	87
R3	31	2	0	12	16	8	1	2	4	5	7	2	5	2	1	1	1	2	4	106
R4	25	7	1	8	9	1	2	1	5	0	2	2	10	0	0	3	3	0	7	86
R5	24	3	2	8	9	6	2	3	1	3	1	4	6	0	0	3	1	0	3	79

図表6-2-13は、県内の医療機関で採用した専攻医数の推移を示しています。

令和4年度から、医療資源の限られた地域などにおいて特に求められている総合診療医の将来的な増加を図るため、県立医大に設置されている「総合内科・総合診療医センター」が行う総合診療医の養成に対する取り組みや県内の専門研修施設の充実を図るため、新たに専門研修施設を新設する医療機関に対し必要な設備整備等などに対する支援を行っています。

また、各医療機関と連携し専門研修プログラムの効果的な活用を図りながら、専門研修を行っている医師多数県など県外の医療機関と連携し、専門研修医や専門医が地域の医療機関で従事できるように努めます。

(5) 将来世代の医師の確保

小中学生を対象に、将来の職業選択のきっかけや進学先決定に際しての有効な情報提供として、web上で医師を含む医療職種の概要や働き方などを紹介していますが、今後は、web上で発信するだけでなく、医療に携わる医師などと直接交流できる機会を創出することで、より医療の魅力の理解促進を図り将来世代の人材の確保に取り組みます。

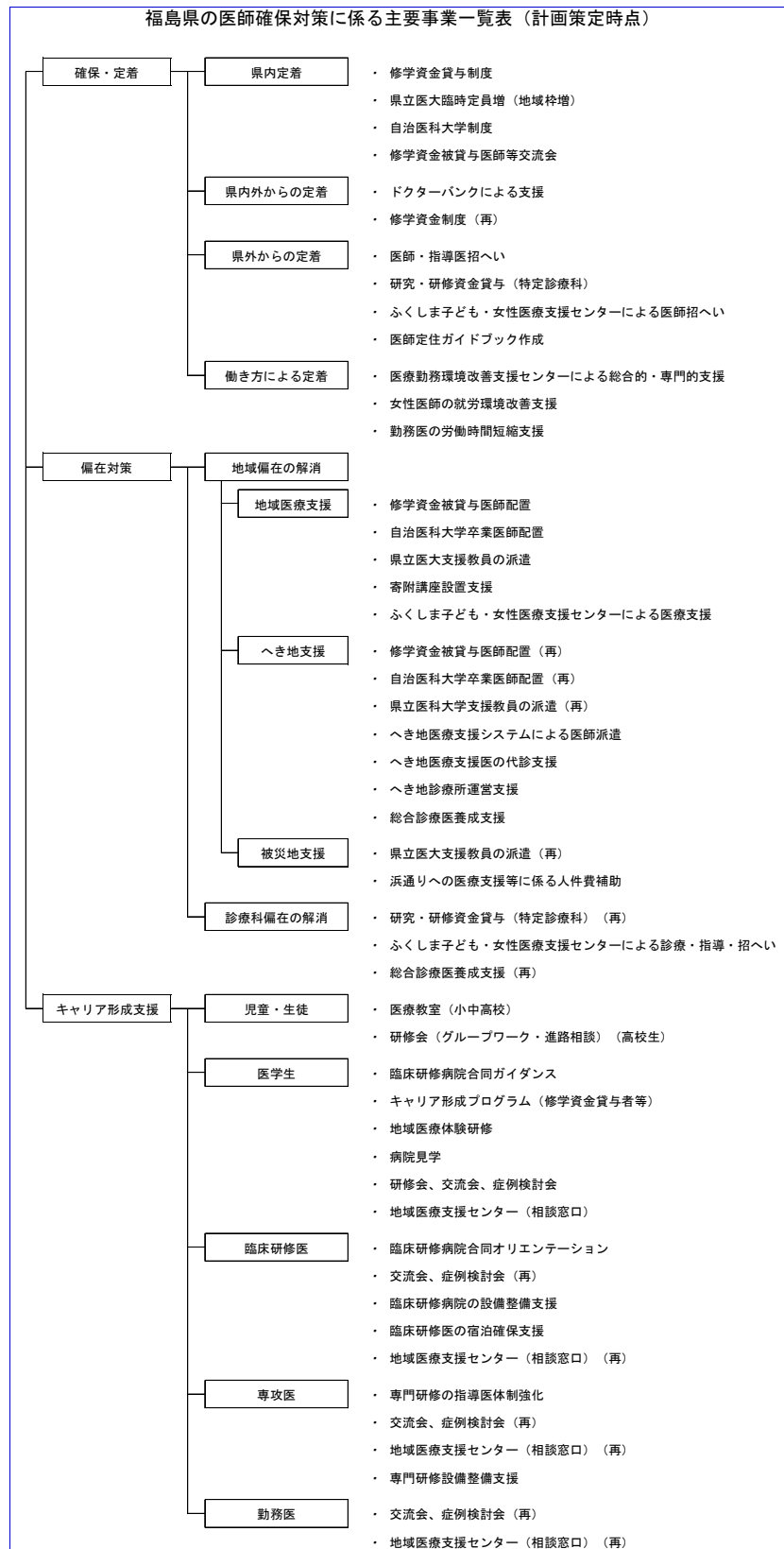
(6) キャリア形成卒前支援プラン

これまで、「医師不足地域における医師の確保」と「修学資金の貸与を受けた医師等の能力の開発・向上」の両立を図るため、医学部卒業後の医師には「福島県キャリア形成プログラム」を策定していましたが、令和5年度から、新たに、医学部在学中から、地域医療や将来の診療科選択などに対する意識の涵養を図り、地域医療等の貢献するキャリアを描けるよう「キャリア形成卒前支援プラン」を策定しました。

「キャリア形成卒前支援プラン」では、医学部在学中から医療現場での研修や地域医療に携わる医師との懇談など、地域医療を体験することで、地域医療に対する意識の涵養やキャリア形成の支援を行っています。今後、県立医大や医療機関等と連携しながら実習や講義の支援を行うとともに必要に応じながら支援プランの内容を適宜見直ししながら、医学部生にとって有意義かつ地域医療への意識の向上につながるプランの策定に努めます。

## 第6章 医師確保のための施策

(参考) 図表6-2-14 福島県の医師確保対策に係る主要事業一覧



## 第7章 産科（分娩取扱医）・小児科医師確保計画

### 第1節 産科(分娩取扱医)・小児科における医師確保

#### 1 産科（分娩取扱医）・小児科確保の考え方

厚生労働省は、産科や小児科の確保については緊急性が高いものとして、「産科における医師偏在指標」及び「小児科における医師偏在指標」を算出し、医師全般の医師偏在指標に併せて公表を行なうとともに、産科・小児科についても「医師確保計画策定ガイドライン（令和5年3月31日付け通知）」に基づき、医師確保計画の策定を求めています。

また、産科の指標として、これまでは「産科医師数」と「産婦人科医師数」の合計値を用いていましたが、より実態に即した計画とするため「医師・歯科医師・薬剤師統計」において「過去2年以内に分娩を取り扱った」と回答した医師のうち、日常的に分娩を取り扱っていると考えられる産婦人科・産科・婦人科を主たる診療科と回答した医師数（分娩取扱医師数）を用いることとし、指標の名称を「産科医師偏在指標」から「分娩取扱医師偏在指標」に変更します。

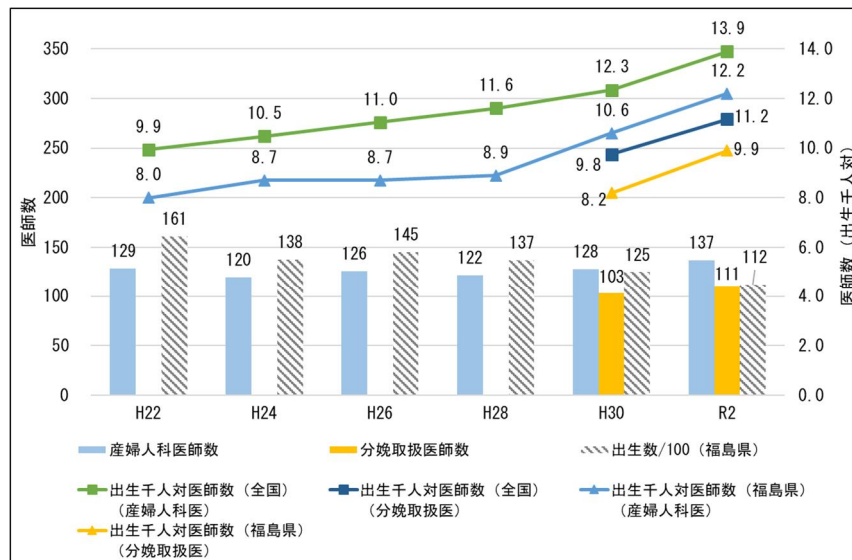
なお、今回の計画策定においては、将来時点（令和18（2036）年）の産科・小児科における医師偏在指標が示されないことから、長期的な医師確保の目標は設定を行いませんが、今後の医師需給分科会等の動向を注視し、必要に応じ計画の時点修正を行うなど、長期的な産科・小児科の確保に柔軟に取り組んでまいります。

## 2 現状と課題

### （1）産婦人科（分娩取扱医）

図表7-1-1 産婦人科（分娩取扱医）の推移

（単位：人）



資料：H30、R2 医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）  
H22～H28 医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）  
人口動態統計（各年1月1日～12月31日）（厚生労働省）

※令和2年についてはいわき医療圏の調整後の数値

図表7-1-1は、本県の産婦人科（分娩取扱医）の推移となります。

本県の産婦人科・産科については、令和2（2020）年の出生千人対医師数では12.2人と、全国平均の13.9人を下回っており、平成30（2018）年の全国平均と同程度となっています。

分娩取扱医に限ってみても、平成30（2018）年から令和2（2020）年にかけて医師は増加傾向にありますが、令和2（2020）年の出生千人対医師数では9.9人と、全国平均の11.2人を下回っており、平成30（2018）年の全国平均と同程度となっています。本県は、全国的にみると相対的医師少数県であり産科の確保に向けた取り組みを進めていく必要があります。

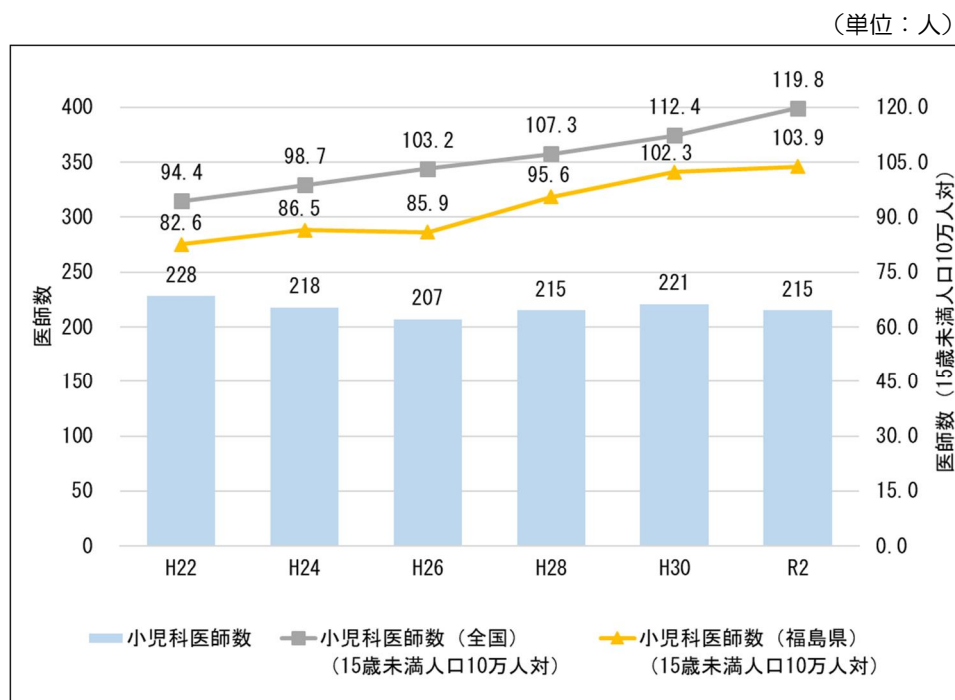
このため、本計画においては産科における医師偏在指標に基づき、本県及び二次医療圏の産科の偏在状況を把握するとともに、産科の医師偏在解消のため、産科における医師確保計画を策定し、安心して次世代を産み育てられる環境を整備することとします。

ただし、産科における医師偏在指標は、全国的に医師が不足しているなかでの相対的な指標であることから、相対的に医師が少なくない指標となった医療圏でも、医師が必要数を満たしていない可能性があるため、産科の総数を確保するための施策などを行いながら必要な医師の確保を進めることとします。

なお、産科（分娩取扱医）医師確保計画では、周産期医療の提供体制に係る圏域である「周産期医療圏」と「二次医療圏」が同一であることから「二次医療圏」と標記します。

## (2) 小児科

図表7-1-2 小児科の推移



資料：H30、R2 医師・歯科医師・薬剤師統計（厚生労働省）  
 H22～H28 医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）  
 人口動態統計（各年1月1日～12月31日）（厚生労働省）  
 ※令和2年についてはいわき医療圏の調整後の数値

図表7-1-2は、本県の小児科の推移となります。

本県の小児科については、令和2（2020）年の出生千人対医師数では103.9人と、全国平均の119.8人を下回っており、医師数でみても平成22（2010）年以降減少傾向にあるなど、全国的にみても相対的医師少数県であり小児科医の確保に向けた取り組みを進めていく必要があります。

このため、本計画においては小児科における医師偏在指標に基づき、本県及び二次医療圏の産科医師の偏在状況を把握するとともに、小児科医の医師偏在解消のため、小児科における医師確保計画を策定し、安心して次世代を産み育てられる環境を整備することとします。

ただし、小児科における医師偏在指標は、全国的に医師が不足しているなかでの相対的な指標であることから、相対的に医師が少なくない指標となった医療圏でも、医師が必要数を満たしていない可能性があるため、小児科医の総数を確保するための施策などを行いながら必要な医師の確保を進めることとします。

なお、小児科医師確保計画では、産科と同様に周産期医療の提供体制に係る圏域である「周産期医療圏」と「二次医療圏」が同一であることから「二次医療圏」と標記します。

### 3 医師偏在指標の考え方

#### （1）産科

厚生労働省が公表している産科の医師偏在指標については、医療需要の基礎として「医療施設調査」における「分娩数」を用いています。

医療需要における医療圏間の患者の流出入の調整については、上記のとおり、分娩が実際に行われた医療機関の所在地の把握が可能な「医療施設調査」における「分娩数」を用いていることから行っていません。

また、医療供給については、「医師・歯科医師・薬剤師統計」において「過去2年以内に分娩を取り扱った」と回答した医師のうち、日常的に分娩を取り扱っていると考えられる産婦人科・産科・婦人科を主たる診療科と回答した医師数（分娩取扱医師数）を用いています。

#### （2）小児科

厚生労働省が公表している小児科の医師偏在指標については、医療需要の基礎として15歳未満の人口を「年少人口」と定義し、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が調整されています。

また、医療供給については、「医師・歯科医師・薬剤師統計」における「小児科医指数」を用いています。

なお、小児については、小児科医師に限らず、内科医師や耳鼻咽喉科医師等により医療が提供されることもあります。小児科医師以外の医師による小児医療の提供割合については現時点で把握が困難であることから、指標上医療圏間での影響は考慮されていません。

### 4 医療圏における区域設定の考え方

ガイドラインにおいて、産科・小児科の医師偏在指標については相対的な医師の多寡を表すものとしてとらえ、区域の呼称も「相対的」をつけて呼ぶこととしています。

本計画開始時点において、医師偏在指標の順位が下位33.3%に属する都道府県を「相対的医師少数都道府県」とし、医師偏在指標の順位が下位33.3%に属する二次医療圏を「相対的医師少数区域」と設定しています。

また、産科医師・小児科医師が相対的に少なくない医療圏においても、産科医師・小児科医師が不足している可能性があることなどから、産科・小児科においては、「医師多数都道府県」や「医師多数区域」は設けないこととしています。

医師全体の医師偏在指標と同様に、産科・小児科における医師偏在指標については、全国ベースで医師の多寡を比較する指標であり、あくまで相対的なものであることから、同一の医師偏在指標・区域であっても医療圏及び属する地域の実情に応じた施策の検討を行なう必要があります。



産科・小児科における医師確保計画は、全体の医師確保計画と同様に3年ごとに見直すこととし、見直しに当たっては医師確保の方針や妥当性を検証・評価し、次の医師確保計画を作成します。

## 5 医師偏在指標及び区域

### （1）産科（分娩取扱医）

図表7-1-3 分娩取扱医師偏在指標と区域

圏域名	医師偏在指標	順位	区分
全国	10.6	—	—
福島県	7.9	46/47 位	相対的医師少数県

二次医療圏	県北	12.4	59/258 位	—
	県中	6.8	211/258 位	相対的医師少数区域
	県南	6.4	221/258 位	相対的医師少数区域
	会津・南会津	8.0	166/258 位	—
	相双	7.3	193/258 位	相対的医師少数区域
	いわき	4.9	248/258 位	相対的医師少数区域

資料：分娩取扱医師偏在指標（厚生労働省）

※いわき医療圏についてはいわき市の調整後の数値

図表7-1-3のとおり、県全体の分娩取扱医の医師偏在指標は全国 46位で都道府県の下位1／3に属することから相対的医師少数県となります。

また、二次医療圏の医師偏在指標においては、県北医療圏と会津・南会津医療圏を除いて下位1／3に属することから、県中、県南、相双、いわきの各医療圏は相対的医師少数区域となります。

(2) 小児科

図表7-1-4 小児科医師偏在指標と区域

圏域名	医師偏在指標	順位	区分
全国	115.2	—	—
福島県	100.9	39/47 位	相対的医師少数県

二次医療圏	県北	161.9	18/303 位	—
	県中	91.1	207/303 位	相対的医師少数区域
	県南	73.1	271/303 位	相対的医師少数区域
	会津・南会津	65.2	281/303 位	相対的医師少数区域
	相双	116.6	113/303 位	—
	いわき	57.2	292/303 位	相対的医師少数区域

資料：小児科医師偏在指標（厚生労働省）

※いわき医療圏についてはいわき市の調整後の数値

図表7-1-4のとおり、県全体の小児科の医師偏在指標（100.9）は前回（96.3）から上昇していますが、全国順位は39位で都道府県の下位1/3に属することから相対的医師少数県となります。

また、二次医療圏の医師偏在指標においては、今回から、県中医療圏が相対的医師少数区域になるなど、県北医療圏と相双医療圏を除いた二次医療圏で下位1/3に属することから、県中、県南、会津・南会津、いわきの各医療圏は相対的医師少数区域となります。

## 第2節 産科(分娩取扱医)医師確保計画

### 1 県全体の医師確保の方針

本県の医師偏在指標は7.9（全国46位）と、相対的医師少数都道府県のなかでも著しく低い指標となっております。

本計画作成時点で本県が全国順位の低位 1/3 となっていることから、厚生労働省では、本県が本計画終了時点（令和8（2026）年）に全国順位の低位 1/3 を脱却するための分娩取扱医師数（偏在対策基準医師数）を算定しています。

偏在対策基準医師数は、医療需要に応じて全国順位の低位 1/3 を脱却するために、厚生労働省が機械的に算出した数値で、全国的な少子化傾向が今後も見込まれることから分娩取扱医の偏在対策基準医師数（令和8（2026）年）は、基準である標準化医師数（令和2（2020）年）を下回っています。

しかし、本県の分娩取扱医数は第8次（前期）医師確保計画策定時点で全国的に著しく少ないことや本県として安心して子どもを産み育てやすい環境づくりなど少子化対策に取り組んでいることから、本県の分娩取扱医の目標医師数については、厚生労働省が示した偏在対策基準医師数を基準としたうえで、標準化医師数も考慮しながら低位 1/3 からの脱却を図るとともに更なる医師の確保を目指すこととします。

### 2 二次医療圏の医師確保の方針

県北医療圏と会津・南会津医療圏については、本計画作成時点では相対的医師少数区域には区分されておらず、令和8（2026）年の偏在対策基準医師数は令和2（2020）年の標準化医師数より少なく設定されています。

また、相対的医師少数区域においても、県中・県南・相双医療圏は、令和8（2026）年の偏在対策基準医師数が令和2（2020）年の標準化医師数と同水準か低く設定されています。

しかし、前述の県全体の医師確保の方針と同様に、本県の分娩取扱医数は第8次（前期）医師確保計画策定時点で全国的に著しく少ないことや本県として安心して子どもを産み育てやすい環境づくりなど少子化対策に取り組んでいることから、全ての二次医療圏において、引き続き、医師の確保を目指すこととします。

### 3 目標医師数

図表7-2-1 産科（分娩取扱医）の目標医師数

医療圏	区分	標準化医師数 (2020)	偏在対策 基準医師数 (2026)	目標医師数 (2026)
福島県	相対的医師 少数県	111	100	120
二次医療圏	県北	—	20	43
	県中	相対的医師 少数区域	27	32
	県南	相対的医師 少数区域	6	8
	会津・津会	—	9	13
	相双	相対的医師 少数区域	3	5
	いわき	相対的医師 少数区域	16	19

※いわき医療圏についてはいわき市の調整後の数値

図表7-2-1は産科（分娩取扱医）の令和8（2026）年の目標医師数となります。

本県の分娩取扱医は全国的にも著しく少ないことや本県として安心して子どもを産み育てやすい環境づくりなど少子化対策に取り組んでいることから、下位1／3からの脱却を図るとともに更なる分娩取扱医の確保が必要と考え、厚生労働省が算出した下位1／3を脱却するための偏在対策基準医師数（100名）以上の目標医師数を算定しました。

具体的には、平成30年（103名）から令和2年（111名）の分娩取扱医の増加率（1.08倍）と同様の増加を目指すこととします。

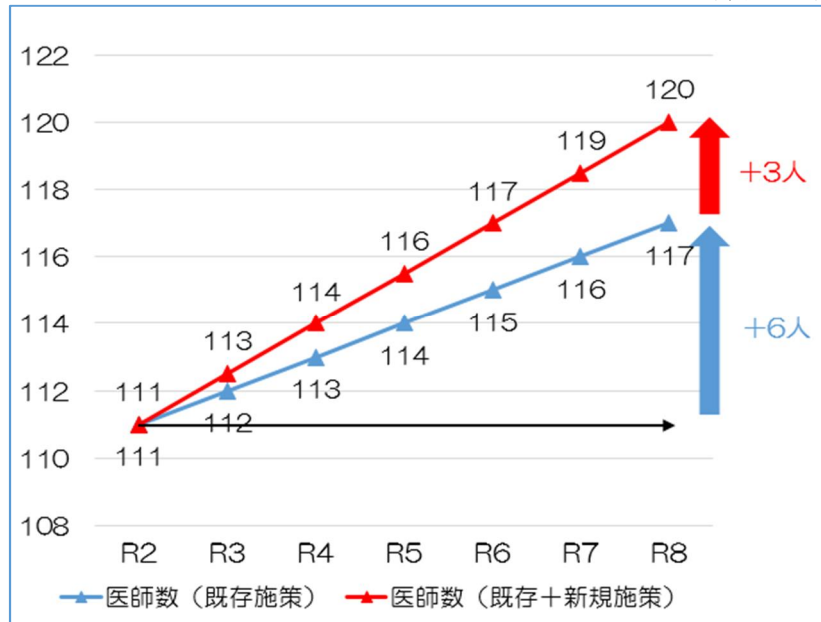
120名（111人×1.08倍）を県全体の目標医師数とし、二次医療圏については、令和8（2026）年の偏在対策基準医師数と同数または下回っている県南、相双、いわきの各医療圏は偏在対策基準医師数を上回る人数の確保、それ以外の県北、県中、会津・南会津医療圏は令和2（2020）年の標準化医師数と同数の維持としています。

なお、目標医師数はあくまで全国順位の下位1／3を脱却するための目標であり、標準化医師数と同数としている医療圏も含めて地域の実情を踏まえながら更なる医師の確保を目指すこととします。

#### 4 目標医師数の確保の見込み

図表7-2-2 本計画による目標医師数確保の見込み

(単位：人)



図表7-2-2のとおり、令和5（2023）年までの既存事業（修学資金の貸与、県外からの医師招へい等）の継続により6名の増加（県内からの流出や退職等も考慮後）を見込んでいるほか、既存事業の見直しや新たな事業を実施することにより、令和8（2026）年までに更に3名の医師の増加を目指すこととします。

### 第3節 小児科医師確保計画

#### 1 県全体の医師確保の方針

本県の医師偏在指標は100.9（全国39位）と、相対的医師少数県となっており、早急な医師確保が課題となっています。

本計画作成時点で本県が全国順位の低位 1/3 となっていることから、厚生労働省では、本県が本計画終了時点令和8（2026）年に全国順位の低位 1/3 を脱却するための小児科医師数（偏在対策基準医師数）を算定しています。

偏在対策基準医師数は、医療需要に応じて全国順位の低位 1/3 を脱却するために、厚生労働省が機械的に算出した数値で、全国的な少子化傾向が今後も見込まれることから産科（分娩取扱医）と同様に小児科の偏在対策基準医師数（令和8（2026）年）も、基準である標準化医師数（令和2（2020）年）を下回っています。

しかし、本県の小児科は第8次（前期）医師確保計画策定時点で全国的に著しく少ないことや本県として安心して子どもを生み育てやすい環境づくりなど少子化対策に取り組んでいることから、本県の小児科の目標医師数については、厚生労働省が示した偏在対策基準医師数を基準としたうえで、標準化医師数も考慮しながら低位 1/3 からの脱却を図るとともに更なる医師の確保を目指すこととします。

#### 2 二次医療圏の医師確保の方針

県北医療圏と相双医療圏については、本計画作成時点では相対的医師少数区域には区分されておらず、令和8（2026）年の偏在対策基準医師数は令和2（2020）年の標準化医師数より少なく設定されています。

また、相対的医師少数区域においても、県中医療圏は、令和8（2026）年の偏在対策基準医師数が令和2（2020）年の標準化医師数より低く設定されています。

しかし、前述の分娩取扱医の医師確保の方針と同様に、本県の小児科医は第8次（前期）医師確保計画策定時点で全国的に著しく少ないことや本県として安心して子どもを生み育てやすい環境づくりなど少子化対策に取り組んでいることから、全ての二次医療圏において、引き続き、医師の確保を目指すこととします。

## 3 目標医師数

図表7-3-1 小児科の目標医師数

医療圏	区分	標準化医師数 (2020)	偏在対策 基準医師数 (2026)	目標医師数 (2026)
福島県	相対的医師 少数県	210	189	222
二次医療圏	県北	—	41	85
	県中	相対的医師 少数区域	54	65
	県南	相対的医師 少数区域	12	12
	会津・ 南会津	相対的医師 少数区域	21	21
	相双	—	6	8
	いわき	相対的医師 少数区域	31	31

※いわき医療圏についてはいわき市の調整後の数値

図表7-3-1は小児科の目標医師数となります。

本県の小児科は全国的にも少ないことや本県として安心して子どもを生み育てやすい環境づくりなど少子化対策に取り組んでいることから、下位1／3からの脱却を図るとともに更なる小児科医の確保が必要と考え、厚生労働省が算出した偏在対策基準医師数（189名）以上の目標医師数を設定しました。

具体的には、標準化医師数（令和2（2020）年）が偏在対策基準医師数（令和8（2026）年）を上回っている二次医療圏は、標準化医師数を目標医師数とします。

標準化医師数（令和2（2020）年）が偏在対策基準医師数（令和8（2026）年）を下回っている二次医療圏は、偏在対策基準医師数を目標医師数とします。

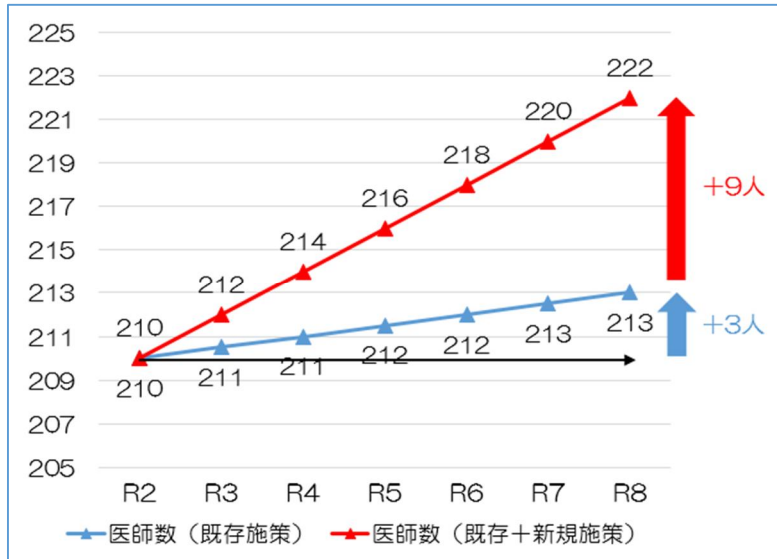
そのため、県北・県中・相双医療圏は「標準化医師数」、県南、会津・南会津、いわき医療圏は「偏在対策基準医師数」をそれぞれ目標医師数とします。

なお、目標医師数はあくまで全国順位の低位1／3を脱却するための目標であり、標準化医師数と同数としている医療圏も含めて地域の実情を踏まえながら更なる医師の確保を目指すこととします。

#### 4 目標医師数の確保の見込み

図表7-3-2 本計画による目標医師数確保の見込み

（単位：人）



図表7-3-2のとおり、令和5（2023）年までの既存事業（修学資金の貸与、県外からの医師招へい等）の継続により3名の増加（県内からの流出や退職等も考慮後）を見込んでいるほか、既存事業の見直しや新たな事業を実施することにより、令和8（2026）年までに更に9名の医師の増加を目指すこととします。



## 第4節 産科(分娩取扱医)・小児科医師確保のための施策

## 1 産科・小児科の医師確保のための施策

第6章の医師全体の確保策に加えて、安定した周産期医療体制の構築に向けた産科・小児科の将来的な増加を図るため以下の施策を行います。

また、医療計画の「第8章第10節 周産期医療」において掲げている「県内で安心して子どもを出産することができる体制整備」、「産科医、NICU 担当医師の育成・確保」や「第8章第11節 小児科医療」において掲げている「県内のどこにいても安心して子どもを育てること」、「子どもの健康や予防、急病時に相談でき、適正な受診行動を取れること」、「日常的な小児医療と初期救急を身近な地域で受けることができること」、「重症度に応じた専門的医療や院救急医療を受けられること」などの取組とも連携しながら産科・小児科の確保を目指します。

## (1) 修学資金貸与額の加算

図表7-4-1 産科・小児科の修学資金加算に伴う研修・勤務先医療機関

臨床研修先	総合周産期母子医療センター（※1） 地域周産期母子医療センター（※2）
後期研修先	総合周産期母子医療センターの専門研修プログラム
勤務先	総合周産期母子医療センター 地域周産期母子医療センター 周産期医療協力施設（※3）

※1 県立医大附属病院

※2 大原総合病院、太田西ノ内病院、竹田総合病院、いわき市医療支援センター

※3 星総合病院、寿泉堂総合病院、公立岩瀬病院、白河厚生総合病院、公立相馬総合病院、南相馬市立総合病院

図表7-4-1は、産科・小児科の修学資金加算に伴う研修・勤務先医療機関となります。

本県の修学資金制度を活用しながら県内外の医学部に在籍し、将来、産科・小児科を目指す4年生以上の医学生に対して、通常の修学資金への加算（加算後の月額総額は35万円）制度により将来のキャリア形成に向けた資質の向上や自己研鑽の支援を行っております。将来的な産科医師・小児科医師を確保するため、地域医療支援センターと連携し、情報発信の方法などを更に工夫しながら医学生に対する制度の理解や周知に取り組みます。

## 第7章 産科（分娩取扱医）・小児科医師確保計画

### （２）研修資金の貸与

県内で臨床研修や専門研修を受けている医師で、研修終了後に県内の医療機関で産科・小児科の勤務を希望する医師に対し、最大３年間の研修資金を貸与し、県内の医療機関で従事していただきながら、資質の向上や自己研鑽の支援をしています。

将来的な産科医師・小児科医師の確保に向け地域医療支援センターと連携し、情報発信の方法などを更に工夫しながら研修医に対する制度の理解や周知に取り組みます。

### （３）研究資金の貸与

県外医療機関での豊富な経験を持つ医師を確保し、県内の周産期医療体制の向上や産科・小児科を目指す若手医師の資質向上などを図るため、県外から県内に転入した産科医師・小児科医師に対し、最大３年間の研究資金を貸与し、県内の医療機関で従事していただきながら、更なる資質の向上や自己研鑽の支援をしています。

豊富な経験を持つ産科医師・小児科医師の確保に向け地域医療支援センターと連携し、情報発信の方法などを更に工夫しながら県外医師に対する制度の理解や周知に取り組みます。

### （４）ふくしま子ども・女性医療支援センターの支援

図表７－４－２ 子ども・女性医療支援センターの常勤・非常勤医の推移

	産	小	小外	計
H28.4	4	4		8
H29.4	5	5		10
H30.4	7	5		12
H31.4	9	6		15
R2.4	10	6	1	17
R3.4	8	6	1	15
R4.4	8	5	1	14
R5.4	9	5	2	16

図表7-4-3 子ども・女性医療支援センター開設年度からの  
産婦人科・小児科の入局者数

	産婦人科学講座	小児科学講座	計
2016 (H28.4)	7	5	12
2017 (H29.4)	5	6	11
2018 (H30.4)	3	8	11
2019 (H31.4)	2	5	7
2020 (R2.4)	9	5	14
2021 (R3.4)	1	2	3
2022 (R4.4)	2	7	9
2023 (R5.4)	2	3	5
計	31	41	72

※2016-2020はセンター集計

ふくしま子ども・女性医療支援センターは東日本大震災により周産期医療に携わる医師が更に減少した状況を改善し「本県に住む女性が安心して子どもを産み、育て、そして健康に一生を過ごすための医療支援を行う」ことを目的として、平成28年4月に県立医大内に開設しました。

当センターは、県立医大の産婦人科・小児科・小児外科などの医師がそれぞれの専門性を活かしながら連携し周産期医療を支えており、図表7-4-2、図表7-4-3のとおり、常勤医・非常勤医は開設当初の8名から令和5年4月現在で16名まで拡充し、その間の県立医大の産婦人科学講座及び小児科学講座への入局者は72名となっています。

今後も、質の高い周産期医療を担う医師の養成し県民が安心して子どもを産み育てる環境を整えるため、県外からの産科医師・小児科医師の招へい活動のほか、若手医師のスキルアップに資する取組、周産期医療を目指す研修医に対する取組、県内外の医学生を対象としたガイダンス等の実施などの取組を支援し、県内の周産期医療の充実に取り組みます。

あわせて、ふくしま子ども・女性医療支援センターの医師による県内の周産期拠点病院や県立医大の診療支援により医療提供の維持を図ります。

## 第7章 産科（分娩取扱医）・小児科医師確保計画

（参考）

（1）産科医師偏在指標の算出式

$$\text{分娩取扱医師偏在指標} = \frac{\text{標準化分娩取扱医師数（※）}}{\text{分娩件数/1000件}}$$

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

（2）小児科産科医師偏在指標の算出式

$$\text{小児医師偏在指標} = \frac{\text{標準化小児科医師数（※1）}}{\frac{\text{地域の年少人口}}{10万}} \times \text{地域の標準化受療率比（※2）}$$

$$\text{（※1）標準化小児科医師数} = \sum \text{性年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

$$\text{（※2）地域の標準化受療率比} = \frac{\text{地域の期待受療率（※3）}}{\text{全国の期待受療率}}$$

（※3）地域の期待受療率＝

$$\frac{\sum (\text{全国の性年齢階級別調整受療率（※4）} \times \text{地域の性年齢階級別年少人口})}{\text{地域の年少人口}}$$

（※4）全国の性年齢階級別調整受療率

$$= \text{無床診療所医療医師需要度（※5）} \times \text{全国の無床診療所受療率} \\ + \text{全国の入院受療率}$$

$$\text{（※5）無床診療所医療医師需要度} = \frac{\frac{\text{マクロ需給推計における外来医師需要}}{\text{全国の無床診療所外来患者数}}}{\frac{\text{マクロ需給推計における入院医師需要}}{\text{全国の入院患者数}}}$$

（※6）全国の無床診療所外来患者数

$$= \text{全国の外来患者数} \times \frac{\text{初診・再診・在宅医療算定回数〔無床診療所〕}}{\text{初診・再診・在宅医療算定回数〔有床診療所・無床診療所〕}}$$

- （※4）全国の性年齢階級別調整受療率は、患者の住所地の医療圏内（以下、患者住所地という）ですべての患者が診療を受ける計算式となっているため、患者住所地外で診療を受ける人数（以下、流出入数という）を勘案し計算式を修正します。

性年齢階級別調整受療率（流出入反映）

$$\begin{aligned} &= \text{無床診療所医療医師需要度} \times \text{全国の無床診療所受療率} \\ &\times \text{無床診療所年少患者流出入数調整係数（※7）} \\ &+ \text{全国の入院受療率} \times \text{入院年少患者流出入調整係数（※8）} \end{aligned}$$

（※7）無床診療所年少患者流出入調整係数＝

$$\frac{\text{無床診療所年少患者数(患者住所地)} + \text{無床診療所年少患者流入数} - \text{無床診療所年少患者流出数}}{\text{無床診療所年少患者数（患者住所地）}}$$

（※8）入院年少患者流出入調整係数＝

$$\frac{\text{入院年少患者数(患者住所地)} + \text{入院年少患者流入数} - \text{入院年少患者流出数}}{\text{入院年少患者数（患者住所地）}}$$