

○県では、医療法の規定に基づき、「第7次茨城県保健医療計画」の一部として、令和2年3月に「茨城県医師確保計画」（令和2年度～令和5年度）を策定。今後、令和6年度からの次期計画の策定が必要。

○現在、国の「地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ」において、「医師確保計画策定ガイドライン」の見直しが議論されており、令和5年3月に都道府県に提示される予定。

I. 「医師確保計画策定ガイドライン」の主な見直し内容

1. 医師偏在指標の精緻化

○三師統計で「従たる従事先」を記載している医師については、その状況を加味し、主たる従事先で0.8人、従たる従事先で0.2人として算出。 → 大学病院等から派遣される非常勤医師等の勤務実態を考慮。

○医師偏在指標の算出に用いる受療率は、直近の令和2年患者調査のデータではなく、新型コロナウイルス感染症の影響を受けていない平成29年度患者調査を用いて算出。

○産科医師偏在指標については、実際に分娩を取り扱う産科医師とすることが望ましいことから、算出に用いる医師数を「産科・産婦人科医師数」を「分娩取扱医師数」に変更し、指標の名称を「分娩取扱医師偏在指標」に変更。

※分娩取扱医師数：三師統計において「過去2年以内に分娩の取扱いあり」と回答した医師のうち、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。

○11月末に、各都道府県に医師偏在指標の速報値が示されたところ。令和5年3月には、厚生労働省から、次期医師確保計画策定ガイドラインと併せて、患者流出入の都道府県調整結果及び最新の統計データを反映した医師偏在指標の暫定値が提供される予定。都道府県で二次保健医療圏の見直しを行わない場合、当該指標が確定値となる。（二次保健医療圏の見直しの可否を優先的に議論する必要あり）

○なお、地域の実情に応じた施策を検討する際に活用することができるよう、勤務施設別（病院及び診療所）の医師偏在指標が参考資料として新たに提示される予定。

< 医師偏在指標について >

- ・全国ベースで医師数の多寡を統一的かつ客観的に比較・評価するために、地域の人口の性別や年齢構成等に基づく医療ニーズと医師数を考慮し、国が算定する指標。
- ・指標の上位1/3を医師多数地域、下位1/3を医師少数地域として区分。

【算定基礎データ】

データ	出典	現指標	新指標（速報値）
医療施設従事医師数	三師統計	H28.12.31 現在	R2.12.31 現在（主0.8人、従0.2人）
労働時間比	医師の勤務実態調査	H28.12	同左 ※今後、最新のデータを反映
人口	住民基本台帳人口	H29.1.1 現在	2021.1.1 現在
患者数	患者調査	H29.9	同左（新型コロナの影響を除外）
患者流出入	都道府県調査	R1 実施	同左 ※今後、最新の調査結果を反映

2. 医師少数スポットの設定基準の明確化

(1) 医師少数スポットとは

- ・二次保健医療圏よりも細かい地域の医療ニーズに応じた施策を検討するために必要に応じて設定するもの。(医師の確保を特に図るべき区域＝医師少数区域＋医師少数スポット)

(2) 変更点等

- ・現行ガイドラインにおいては、「二次医療圏より小さい単位での地域」との記載のみで、具体的な設定区域の記載がなかったことから、新ガイドラインでは、医師少数スポットの設定基準を原則として市区町村単位とし、へき地や離島等においては必要に応じて市区町村よりも小さい地区単位の設定も可とする。

※本県では、医師少数区域以外の区域内にある無医地区・準無医地区について、いずれも巡回診療や患者輸送体制の整備がなされていることから、医師少数スポットは設定していない。

3. 目標医師数の設定基準等

(1) 見直しの背景

- ・医師少数区域以外については目標医師数の設定基準がなく、都道府県が独自に設定することとされていたため、医師数を増加させる目標設定も認められ、本来医師の確保を図るべき医師少数区域の医師確保対策が十分に実施できなくなる可能性があった。
- ・医師少数区域の約半数において、人口減少に伴う医療需要の減少により、計画開始時点で既に目標医師数を上回る状況となった。

(2) 変更点等

区分		現行ガイドライン	新ガイドライン
都道府県	少数	計画期間終了時において、計画開始時の全都道府県の医師偏在指標の下位 1/3 に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師数	同左
	その他	なし	計画開始時の医師数を上限に設定
二次医療圏	少数	計画期間終了時において、計画開始時の全二次医療圏の医師偏在指標の下位 1/3 に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師数	同左 ※計画開始時に既に下位 1/3 に達するために必要な医師数を達成している場合は、計画開始時の医師数を上限に設定
	その他	なし	計画開始時の医師数を上限に設定 ※今後の医療需要の増加が見込まれる地域では、国が示す「計画終了時に計画開始時の医師偏在指標を維持するための医師数」を上限に設定

※本県では、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うち、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むこととし(＝最優先で医師確保に取り組む医療機関・診療科)、上表の医師数については参考数値として取り扱っているところ。

4. 医学部における地域枠・地元出身者枠の設定・取組等

- ・安定した医師確保を行うため、都道府県は、地域枠に加え、柔軟に運用できる地元出身者枠の恒久定員内への設置について、積極的に大学と調整を行うこと。
- ・医師少数県においては、他県に所在する大学にも地域枠を設置し、卒前からキャリア形成に関する支援を行うことで、医師確保を促進すること。
- ・都道府県は、大学及び地域の医療機関等と連携し、医師少数区域等における医師確保が必要な診療科や医師数に加え、医師のキャリア形成の視点から医療機関の指導体制等についても十分に把握した上で、地域医療対策協議会で協議を行い地域枠の医師の配置を検討すること。

5. 医師確保計画の効果の測定・評価

- ・直近の三師統計の調査時点が令和2年12月であり、現計画終了時（令和6年3月）の医師偏在指標の見込みの算出が困難なため、病床機能報告等の都道府県が活用可能なデータを参考として評価すること。

6. その他

- ・地域医療支援センターは医師確保が必要な診療科・医師数や、派遣元医療機関の候補を調査し、医師派遣に必要な情報を正確に把握すること。
- ・地元大学への寄附講座の設置や、都道府県が基金を活用して派遣元の医療機関の逸失利益を補填する取組等の推進。
- ・県外大学への寄附講座設置等による、県外からの医師の派遣調整。
- ・派遣医師に対する、医師少数区域経験認定医師取得への配慮。
- ・国は各都道府県の好事例を周知。
- ・子育て支援は、地域の関係者が連携し産科・小児科に限らず全診療科を対象に取り組むこと。
- ・復職研修や就労環境改善等による再就業の促進。

II. 患者流出入数の調整

1. 流出入調整とは

○厚生労働省から提供された医師偏在指標（速報値）は、国の基幹統計である「患者調査」における患者数及び都道府県間・二次医療圏間の流出入数を見込んで算定されているところ。

（＝医療機関所在地ベースの医療需要）

○都道府県は、必要に応じて、厚生労働省から提供されたデータ以外の数値を用いて都道府県間・医療圏間で流出入数の調整を行うことが可能。

※都道府県間の調整を行う場合は、関係都道府県と協議し、合意を得る必要あり。

※産科医師偏在指標（分娩取扱医師偏在指標）については、「里帰り出産」等の流出入を把握できる調査がないことから、流出入調整は不要とされている。

2. 本県の対応

以下の理由から、現計画と同様、流出入調整は行わない。

(1) 次の整理により、現計画策定時においても流出入調整を行っていないこと。

①地域医療構想との整合性

茨城県地域医療構想においては、構想策定時に、関係都県（福島、栃木、千葉、埼玉、東京）との協議により「医療機関所在地ベース」の医療需要として推計することで調整。

→ 4医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）ともに、現在の患者の流出入が継続するものとした。

②都道府県間の流出入の調整が必要となる目安（厚生労働省確認）

無床診療所外来患者もしくは入院患者の流出入が1,000人（小児は100人、外来は2,000人）を超える場合に調整が必要。1,000人未満の都道府県間においては、偏在指標に与える影響が軽微なことから、流出入の調整を行う必要はない。

→ 本県では調整が必要となる（1,000人を超える）都県はなし。

※あらためて厚生労働省に確認した結果、都道府県による流出入調整が必要となる目安に変更なし

(2) 新たな医師偏在指標は、新型コロナウイルス感染症の影響を除外するため、現計画策定時と同じ「平成29年度患者調査」のデータにより算定されること。

(3) 現計画策定時と同様、近隣都県においても、都県間の調整は行われぬ見込みであること。

(参考) 本県患者の流出入状況（H29年患者調査、入院（病院））

【都道府県間】

(単位：千人/日)

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

【二次医療圏間】

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

※平成29年患者調査をもとに作成（病院のみ）。都道府県内二次医療圏間の流出入数は患者調査の表章単位百人以下の場合0と表記されるため、医師偏在指標作成に使用した流出入数と異なる場合がある。

Ⅲ. 次期医師確保計画の策定スケジュール

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

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

○具体的には、令和5年3月に厚生労働省から発出されるガイドラインを踏まえ検討することとしたい。

現計画策定時の検討・協議体制とスケジュール

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

	医師確保計画	
	本体	小児・周産期
5月	■5/21 計画策定ガイドライン厚労省説明会	
6月	■6/5 地域医療対策協議会① ・計画策定の趣旨・記載事項、計画の検討・協議体制、スケジュール、医師偏在指標等 ・流出入調整方針（案）	
	■6/28 地域医療対策協議会② ・計画骨子素案及び具体的な検討事項の整理	■6/25 小児・周産期部会 ■6/27 救急部会
	■6/28 厚生労働省へ流出入調整結果報告	
7月	■7/3 医療審議会 ・進捗状況等報告	■8/27 小児・周産期部会 ・計画骨子案決定
8月	■8/28 地域医療対策協議会③ ・小児・周産期部会報告、計画骨子案決定	
9月	計画素案作成	■9/24 救急部会 ・計画骨子報告
10月		■10/30 小児・周産期部会 ・計画素案決定
11月	■11/27 医療審議会 ・計画素案報告	
12月	■12/4 地域医療対策協議会④ ・小児・周産期部会報告、計画素案決定	
	■12/12（12/26）国が医師偏在指標を確定 → 医師少数・多数区域、産科・小児科の相対的医師少数区域、 外来医師多数区域が確定	
1月	■1/15 地域医療対策協議会⑤ ・計画案決定	
	■パブリックコメント（1/31～2/29） ■関係団体・市町村等からの意見聴取（1/30～2/28）	
2月	■2/6 救急部会 ■2/20 小児・周産期部会 ・計画案決定	
3月	■地域医療対策協議会⑥【書面】 ・最終案決定 ■医療審議会【書面】 ・答申 ■3/31 県において計画策定・公表	

各部会における検討

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に必要となる医師数
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

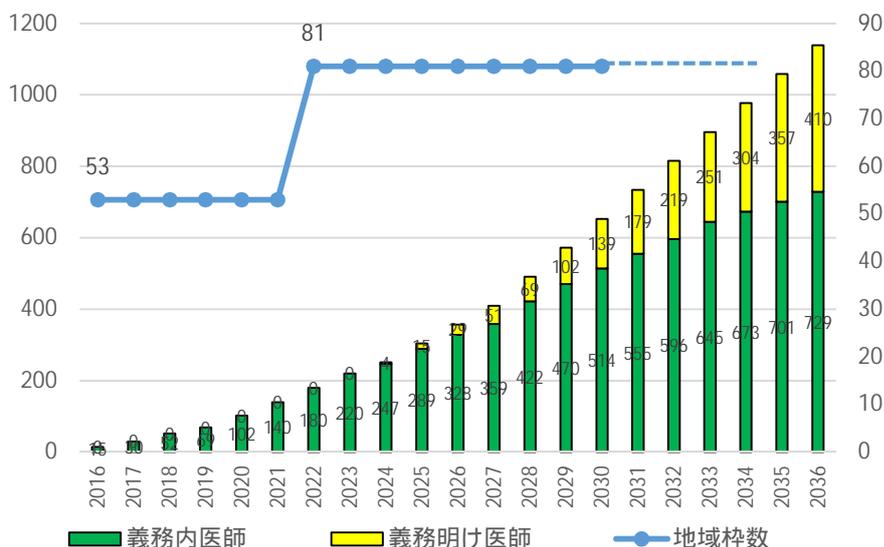
養成過程	現状・課題	施策
高校生	医師の増加のためには県内高校生の医学への興味と本県の医療状況への理解を深め、医学部進学者数を増やす必要	県内高等学校における医学コースの設置 医学部進学者向け教育ローン利子補給 医師の県内高等学校等への訪問、地域枠説明会
医学生	これまで、本県は地域枠等の設置・拡大により主に医師不足地域に勤務する医師を養成・確保 一方、医学部臨時定員は2020・2021年度は維持されるものの、以後は国の医師需給推計・偏在指標により算定される将来時点の必要医師数に基づき、医師の養成を図る必要	国が算定予定の本県の2022年度以降の地域枠必要数に基づき、今後、筑波大学や県外大学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
<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> <div style="text-align: center;"> <p>【医師の配置調整】</p> </div>

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
				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

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。

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

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>	