

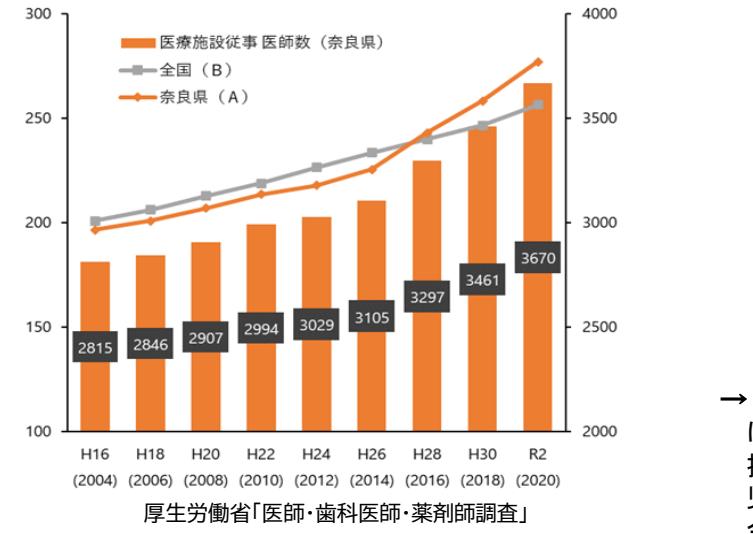
1. 県による計画策定の趣旨等

- 【趣旨】**
- ・地域に応じた医師確保施策を推進するため、国が示す医師偏在指標を踏まえ、県が計画を策定
- 【計画の位置づけ】**
- ・医療法第30条の4の規定にもとづく「第8次奈良県保健医療計画」（計画期間：令和6(2024)年度～令和11年(2029)年度）の一部として策定
 - ・第8次医師確保計画（前期）として計画期間は令和6(2024)年度～令和8(2026)年度の3年間

2. 現状・課題

・医師数は増加しているが、診療科間の医師偏在の解消、へき地における安定的な医療提供体制を支える医師の確保、良質で安全な医療を提供するため医師が健康に働き続けられる環境の整備などが課題

①医療施設従事医師数推移(線は、人口10万人あたり医師数) ②医師が不足する診療科(人口10万人あたり医師数全国比較)



診療科	人口10万人あたり医師数(R2調査) (単位:人)		
	全国	奈良県	全国順位
小児科	119.7	111.7	29位
産婦人科、産科	46.7	45.3	32位
麻酔科	8.1	8.1	24位
救急科	3.1	4.5	6位
外科系	22.2	20.1	36位
呼吸器内科	5.3	4.5	32位
循環器内科	10.3	9.9	28位
消化器内科	12.2	10.6	34位

厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

→ 上記診療科での医師確保のほか、高齢社会に対応し在宅医療等を担える幅広い診療能力を持った総合診療科医、総合内科医や、発達障害児などの児童精神分野に対応できる精神科医が今後も必要

③医師が少ない地域(へき地等)

医療圏、市町村区分	医療施設従事医師数(人)		●無医地区数 ○準無医地区数	人口10万人あたり 医師数(人)	面積10kmあたり 医師数(人)
	うち、へき地診療所 従事医師数(人)				
東					
宇陀市	11	1		147.1	1.74
山添村	3	2		88.8	0.45
曾爾村	1	1		71.8	0.21
御杖村	1	1		64.4	0.13
南					
五條市	28	1	●2、○1	95.4	0.96
吉野町	11	—		165.7	1.15
下市町	2	—		39.2	0.32
黒滝村	1	1	○12	149.7	0.21
天川村	1	1		74.9	0.06
野迫川村	1	1	●2、○7	281.7	0.06
十津川村	5	3	●4	158.5	0.07
和					
下北山村	1	1		116.4	0.07
上北山村	1	1	●1	208.8	0.04
川上村	1	1		75.7	0.04
東吉野村	3	—		179.4	0.23
(参考) 全国	323,700			256.6	8.60
(参考) 奈良県	3,670	15		277.1	9.90

→ 山間部で、交通条件が悪く、過疎による人口減等により、民間医療機関が参入しない「へき地」において、地域医療を担う医師の確保が必要

④医師の勤務環境

医師の長時間労働	○病院常勤勤務医の約4割が年960時間超、約1割が年1,860時間超の時間外・休日労働 ○特に救急、産婦人科、外科や若手の医師は長時間の傾向が強い
労務管理が不十分	○36協定が未締結や、客観的な時間管理が行われていない医療機関も存在
業務が医師に集中	○患者への症状説明や血圧測定、記録作成なども医師が担当

時間外労働の上限規制と健康確保措置の適用
(改正労働基準法関連 R6年度から適用)

医療機関に適用する基準	年間上限時間
A (一般労働者と同程度)	960時間
連携B (医師を派遣する病院)	1,860時間
B (救急病院等)	※R17年度末を目標に終了
C-1 (臨床・専門研修)	1,860時間
C-2 (高度技能習得研修)	

＜義務化＞
・面接指導
・勤務間インターバル
・休憩時間の確保

→ 上限の規制適用後も引き続き医師の労働時間の短縮の取り組みが必要

厚生労働省HP「医師の働き方改革」より

3. 国が示した医師偏在指標等への対応

【医師偏在指標と医師多数区域・医師少数区域】

- (厚生労働省ガイドライン)
- ・医師偏在指標は、医療需要、人口、患者の流入出、医師の性別、年齢分布等を考慮し、全国での医師偏在状況を示すもの。この偏在指標を踏まえ、上位33.3%を医師多数区域、下位33.3%を医師少数区域とすることを基本として、都道府県が地域の実情を踏まえて区域区分を設定。
 - ・なお、医師偏在指標の活用にあたっては、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るという性質を十分に理解した上で、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十分に留意する必要がある。

	医師偏在指標 (人)	全国順位	県試算値(人) ※患者流入出なしと仮定
奈良県	268.9	14位 上位33.3%	(258.6)
二次医療圏	奈良	61位 上位33.3%	(274.6)
	東和	51位 上位33.3%	(279.6)
	西和	130位	(192.6)
	中和	33位 上位33.3%	(317.8)
南和	63位 上位33.3%	(157.9)	
全国	255.6		(255.6)

- ・奈良県は医師多数都道府県(1~16位)となる。
- ・二次保健医療圏単位では、西和保健医療圏を除く4保健医療圏すべてが医師多数区域(1~111位)となる。
- ・なお、県が試算した指標(住民は住所地のある医療圏で受診するものとして圏外への患者流入出を加味せず試算)と国の指標を比較すると、南和保健医療圏で圏外患者流入出により受療率が低く見積もられ、国の指標はかなり高くなる。

※県は47都道府県中の、二次保健医療圏は355二次医療圏中の順位

(本県の考え方・これまでの地域医療対協議会での意見)

- ①三次医療圏について
- ・医師偏在指標は、医師の多寡を全国統一的、相対的に比較、評価したもので、都道府県(三次医療圏)単位では、全国ベースの基準としての当該指標を参考に、県全体の医師の確保を講じていくものとする。
- ②二次医療圏について
- ・二次保健医療圏単位では、医師偏在指標では、大学病院等の医師が医学研究や医師の教育に従事する時間が考慮されていないことや、「病院勤務医」・「診療所勤務医」、「二次保健医療圏内で提供される医療(プライマリ・ケアなど)」・「圏域をまたいで提供される医療(手術、放射線治療、高度医療など)」の区別をせずに医師の多寡を比較していること等の課題がある。
 - ・また、医師多数とされた二次保健医療圏内にも医師が不足する地域が存在することや、中和保健医療圏にある県立医科大学附属病院から他の保健医療圏に医師が多く派遣されていることといった県の状況を踏まえると、医師偏在指標は必ずしも県内の地域の実情を適正に反映していないと考えられる。
 - ・このため、二次保健医療圏単位での「医師多数区域」「医師少数区域」の設定は行わず、個々の地域の実情を踏まえて、医師の派遣や医療圏を越えた連携により、必要な医師数を確保することとする。

【医師少数スポット】

- ・局所的(二次医療圏よりも小さい単位)に医師が少ない地域として「医師少数スポット」として定め、医師の確保を重点的に進めることができる。(厚生労働省ガイドライン)
- ・本県では東和医療圏・南和医療圏の山間部において医師の確保が困難な状況にあり、これまでもへき地医療提供体制の整備や医師の確保について施策を講じてきた。
- ・このため、次の基準により該当する地域を「医師少数スポット」に設定して重点的に医師の確保を図る。

＜設定基準＞
次の①~③に該当する地域(市町村単位)

①

②

③

資料2

＜医師少数スポット＞
【東和医療圏】
【南和医療圏】

医師確保計画の概要（案）

令和5年10月 日
奈良県地域医療連携課医師・看護師確保対策室

4. 県の医師確保の方針及び目標

【目標医師数（3年間の計画期間の終了時点（令和8（2026）年）で確保すべき医師数）】

医療圏	国が提示した 目標医師数 (人) ※1	県としての 目標医師数 (人) ※2	参 考	
			医療施設従事 医師数(人) (R2年三師調査)	医師偏在指標 標準化医師数 (国提示)(人)
奈良県	3,482	3,682	3,670	3,682
二 次 医 療 圏	奈良	1,010	1,034	1,038
	東和	560	595	614
	西和	666	698	699
	中和	1,148	1,208	1,192
	南和	113	139	135

- ※1 令和4（2022）年の医師偏在指標値を令和8（2026）年に維持するための医師数
 ※2 令和4年の標準化医師数（医師の性別、年齢ごとの平均労働時間を反映して厚生労働省が算出した医師数）を上限数として設定（厚生労働省ガイドラインに基づく）

（厚生労働省ガイドライン）

- 医師偏在指標を踏まえて3年後の計画終了時点において、各医療圏で確保しておくべき医師数の目標を設定し、この目標医師数と計画開始時の医師数との差が追加的に確保が必要な医師の総数とされる。
- また、医師少数都道府県以外は、目標医師数を既に達成しているものとして取り扱い、二次保健医療圏の目標医師数の合計が都道府県の計画開始時の医師数を上回らない範囲で、二次保健医療圏の目標医師数を設定することとされ、医師多数区域や多数区域でも少数区域でもない区域は原則、計画開始時の医師数を設定上限数とされる。

（本県の考え方）

- 国ガイドラインに沿って現時点での医師数を目標医師数として設定するが、従来どおり医師の確保施策を推進していく。

【医師確保の方針】

第7次医師確保計画に引き続き、県内の医師確保が図られるよう、医師が働きがいを持ち続けられる勤務環境の整備に関する取組を推進することを基本的な考え方とし、医師偏在指標に基づく目標医師数を設定するとともに、4項目からなる医師確保の方針及び目標を設定

【県の医師確保の方針、取り組むべき施策及び目標】

医師確保の方針、目標	取り組むべき施策
1. 病院勤務医の勤務環境の改善 病院勤務医の労働時間や勤務環境の実態を正確に把握し、勤務環境を改善するために必要な効果的な支援を行う。 【目標】時間外労働月80時間（年960時間）以上となる病院勤務医師数の減	<ul style="list-style-type: none"> 医師の働き方改革の推進（客観的な労働時間の把握、ICTの導入、タスクシフトなど医療従事者の勤務体制の見直し等） 医療勤務環境改善支援センターを中心とした支援 子育て期の医師に配慮した勤務環境の整備（病院内保育所設置支援等）
2. 医師が不足する診療科等に従事する医師の養成 医療ニーズや医師の勤務実態等の分析を踏まえ、本県にとって必要な診療科等に従事する医師を養成 【目標】産婦人科、外科等の医師の増加	<ul style="list-style-type: none"> 修学資金制度による医師不足診療科等に勤務する医師の養成及び公立公的医療機関等への配置 魅力ある臨床研修、専門研修体制の構築 県立医大医師派遣センターを通じた地域の実情に応じた適正な医師派遣
3. 幅広い診療能力を持った医師の養成等 日常的な医療を提供する総合的な診療能力を持つ医師の養成及び在宅医療に取り組む医師の参入支援に取り組む。 【目標】①幅広い領域の症例を経験できるキャリア形成プログラムの提供 ②総合診療科を選択する専攻医数の増加 ③在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院数の増加	<ul style="list-style-type: none"> 修学資金制度を活用した総合的な診療能力をもった医師の養成 県立医大と協力した幅広い診療能力を持った医師の養成に向けた「キャリア形成プログラム」の運用 魅力ある研修体制の構築支援、県内外へのPR等による総合診療専門医の養成 奈良県医師会と連携した在宅医療への参入支援
4. へき地勤務医師の安定的な確保 多様な取組により、医師の確保が困難な地域に勤務する医師の総数の増加を図る。 【目標】へき地診療所への適正な医師配置	<ul style="list-style-type: none"> 自治医科大学卒業医師、県立医大等の地域枠医師（修学資金制度の活用）の養成及びへき地医療機関への配置 ドクターバンク制度の活用等による医師の確保・配置等 グループ診療（総合診療医や領域別診療医がチームを組んで行う診療）体制づくり 医師少数スポットで勤務する医師の認定制度、認定医支援

5. 産科・小児科における医師偏在指標への対応、医師確保の方針及び取り組むべき施策

【産科・小児科医師確保計画の位置付け】

産科・小児科においては、政策医療の観点や、医師が長時間労働となる傾向があり、診療科と診療行為の対応関係も明らかにしやすいことから、医師全体の医師確保計画と別に国が医師偏在指標を示し、県は周産期医療・小児医療の実情に応じて医師確保計画を策定する。

【産科・小児科医師偏在指標】

産科医師偏在指標※
（国から示された指標を県で補正）

医療圏	分娩取扱医師 偏在指標(人)	全国順位	標準化 分娩取扱医師数(人)	
奈良県	9.5	32位	86	
2 次 医 療 圏	奈良	11.0	91位	26
	東和	8.7	152位	12
	西和	9.0	140位	17
	中和	9.1	136位	31
	南和	—	—	0

※県は47都道府県中の順位、二次保健医療圏は278医療圏中の順位（なお、284二次医療圏中、南和医療圏を含む6医療圏では分娩数が極めて少数であるため指標が提示されない。）

この指標では、奈良県は相対的医師少数都道府県（32位～47位）となり、二次保健医療圏単位では、相対的医師少数区域（186位～278位）はない。

（厚生労働省ガイドライン）

- 産科、小児科においては、追加的な確保ができない保健医療圏であると誤解を招くおそれがあることから、医師多数区域を設けない。
- 確保する産科、小児科医師数の目標についても必ずしも定める必要はない。

（本県の考え方）

- 産科、小児科においては、医療圏を超えた連携や機能分化や役割の分担を行ってきたことから、二次保健医療圏単位での医師確保のための区域は設定せず、医師の派遣や医療圏を越えた連携によって、医師の地域偏在の解消を図る。

【産科、小児科における医師確保の方針】

医師確保の方針と同様に医師が働きがいを持ち続けられる勤務環境の整備に関する取組を推進することを基本的な考え方とし、医療提供体制の状況を踏まえた上で、県全体で産科、小児科医の確保を図る。

【産科、小児科における取り組むべき施策】

- 魅力ある産科、小児科専門研修体制の構築と専攻医の確保
- 修学資金制度による産科医、小児科医、児童精神分野（精神科医）の養成及び公立公的病院等への配置
- 子育て期の医師に配慮した勤務環境の整備（病院内保育所設置支援等）
- 産科医、新生児科医の処遇改善（分娩手当等を支給する医療機関に補助）

6. 計画の進行管理、評価

- PDCAサイクル（目標設定→取り組み→評価→改善）に基づく見直しを3年ごとに実施
- 医師確保計画の効果の測定・評価については、次期計画の策定・見直しに反映