

R 5 年 7 月 医師・看護師確保対策室

医師確保計画の策定について

1. 医師確保計画の趣旨（国 第8次医師確保計画ガイドラインより）

- 医師数については、全国的に増加してきたが、地域や診療科による偏在は依然として解消していない。
- このような状況を受けて、国は医師確保体制の実施体制の整備や医師偏在の解消を図るため、平成30年7月に「医療法」および「医師法」を改正。都道府県は、医療計画に定める一事項として挙げていた「医師の確保に関する事項」を、新たに「**医師確保計画**」として策定することとした。
- また、「**医師確保計画策定ガイドライン**」とともに、全国ベースで医師の偏在状況を統一的かつ客観的に比較・評価できる指標（以下「**医師偏在指標**」という。）を示し、この指標を踏まえ、都道府県は「**医師の数の目標**」や「**目標達成に向けた医師の派遣その他医師の確保に関する施策**」を定めるものとした。

医療法（抜粋）

第二節 医療計画

第三十条の四 都道府県は、基本方針に即して、かつ、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るための計画（以下「医療計画」という。）を定めるものとする。

2 医療計画においては、次に掲げる事項を定めるものとする。

十一 医師の確保に関する次に掲げる**事項**

イ 第十四号及び第十五号に規定する区域における**医師の確保の方針**

ロ 厚生労働省令で定める方法により算定された第十四号に規定する区域における**医師の数に関する指標**を踏まえて定める同号に規定する区域において確保すべき**医師の数の目標**

ハ 厚生労働省令で定める方法により算定された第十五号に規定する区域における**医師の数に関する指標**を踏まえて定める同号に規定する区域において確保すべき**医師の数の目標**

ニ ロ及びハに掲げる目標の達成に向けた医師の派遣その他の**医師の確保に関する施策**

背景

- ・ 人口10万人対医師数は、医師の偏在の状況を十分に反映した指標となっていない。
- ・ 都道府県が主体的・実効的に医師確保対策を行うことができる体制が十分に整っていない。

医師の偏在の状況把握

医師偏在指標の算出

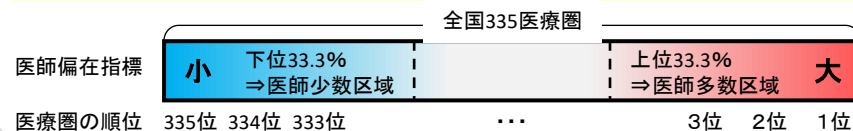
三次医療圏・二次医療圏ごとに、**医師の偏在の状況を全国ベースで客観的に示す**ために、地域ごとの医療ニーズや人口構成、医師の性年齢構成等を踏まえた**医師偏在指標**の算定式を国が提示する。

医師偏在指標で考慮すべき「5要素」

- ・ 医療需要（ニーズ）及び将来の人口・人口構成の変化
- ・ 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）

医師多数区域・医師少数区域の設定

全国の335二次医療圏の医師偏在指標の値を一律に比較し、上位の一定の割合を医師多数区域、下位の一定の割合を医師少数区域とする基準を国が提示し、それに基づき都道府県が設定する。



国は、都道府県に医師確保計画として以下の内容を策定するよう、ガイドラインを通知。

『医師確保計画』（＝医療計画に記載する「医師の確保に関する事項」）の策定

医師の確保の方針

（三次医療圏、二次医療圏ごとに策定）

医師偏在指標の大小、将来の需給推計などを踏まえ、地域ごとの医師確保の方針を策定。

- （例）
- ・ 短期的に医師が不足する地域では、医師が多い地域から医師を派遣し、医師を短期的に増やす方針とする
 - ・ 中長期的に医師が不足する地域では、地域枠・地元出身者枠の増員によって医師を増やす方針とする等

確保すべき医師の数の目標（目標医師数）

（三次医療圏、二次医療圏ごとに策定）

医師確保計画策定時に、3年間の計画期間の終了時点で確保すべき目標医師数を、医師偏在指標を踏まえて算出する。

目標医師数を達成するための施策

医師の確保の方針を踏まえ、目標医師数を達成するための具体的な施策を策定する。

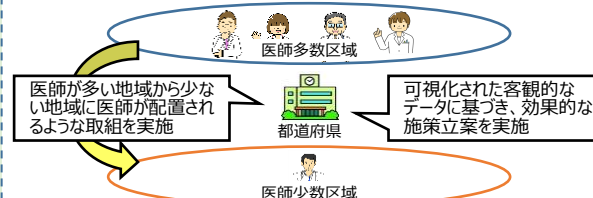
- （例）
- ・ 大学医学部の地域枠を15人増員する
 - ・ 地域医療対策協議会で、医師多数区域のA医療圏から医師少数区域のB医療圏へ10人の医師を派遣する調整を行う等

3年*ごとに、都道府県において計画を見直し（PDCAサイクルの実施）

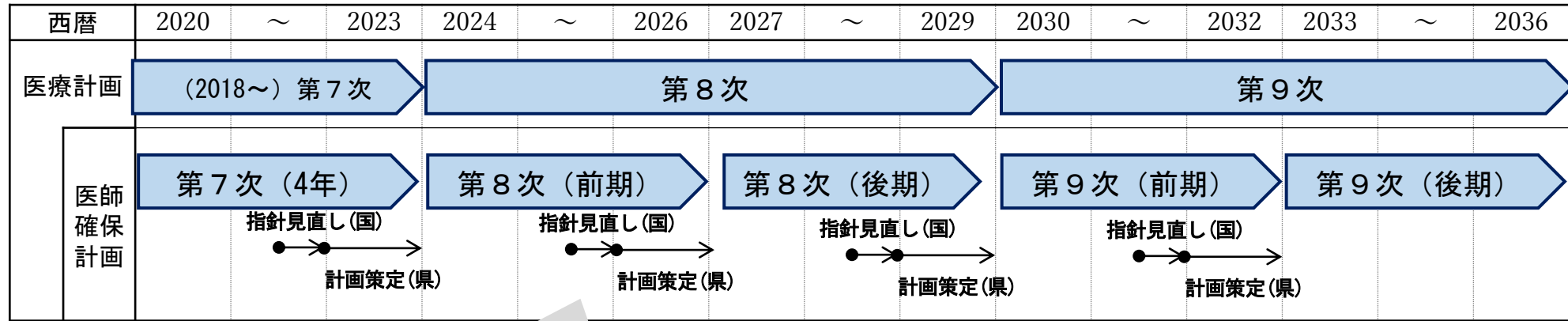
西暦	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
医療計画	第7次						第8次					
医師確保計画	指標設計(国)	計画策定(県)	第7次				第8次(前期)		第8次(後期)			

* 2020年度からの最初の医師確保計画のみ4年（医療計画全体の見直し時期と合わせるため）

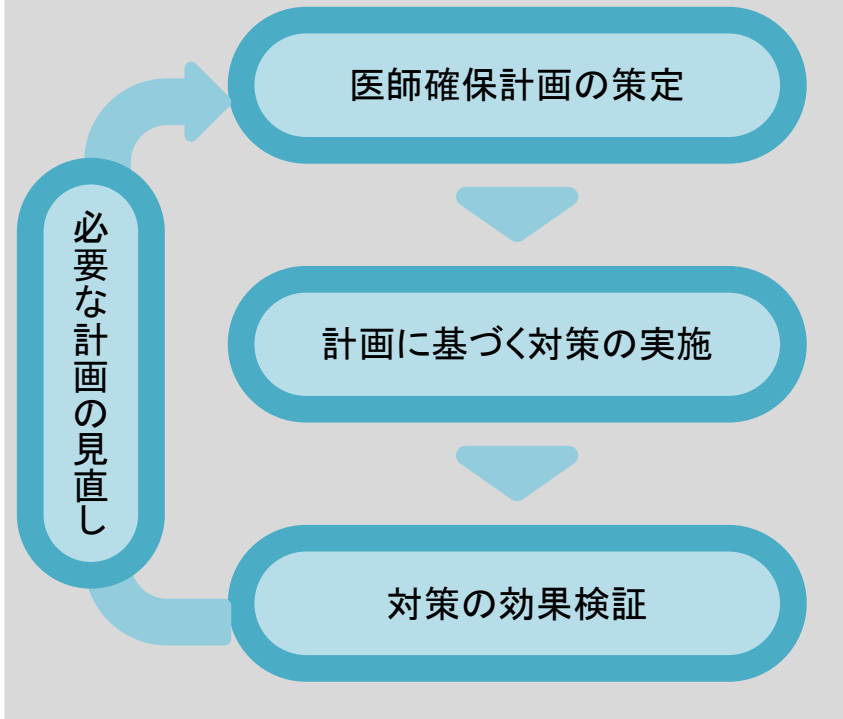
都道府県による医師の配置調整のイメージ



医師確保計画に基づく医師偏在対策のサイクル



医師確保計画のサイクル



○ 奈良県医師確保計画の策定

- 第7次 (前回)
奈良県保健医療計画の一部として令和元年 (2019年) 度策定、計画期間は令和2年度～R5年度の4年間
- 第8次 (今回)
今年度中に「医師確保計画」策定。
計画期間は令和6年度～令和8年度の3年間

○ PDCAサイクルによる長期的な流れ

- 医師確保計画は、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年ごとに行う。
- 長期的には国が定める目標年である2036年 (令和18年) までに必要な医師の確保や医師偏在の是正を行うこととされる。

2. 医師確保計画策定にあたって県が設定する事項（国第8次医師確保計画ガイドラインより）

1. 医師多数区域、医師少数区域の方針

- ・各都道府県において、国が示した医師偏在指標を用いて2次医療圏単位で**医師少数区域及び医師多数区域を設定**する。
- ・区域分類に応じて、**医師確保の方針を定め**、具体的な医師確保対策を実施することとする。
- ・二次医療圏区域より小さい単位で医師の確保を特に図るべき**医師少数スポットを設定**し、医師少数区域と同様に医師の確保を重点的に推進することができる

2. 確保すべき医師数の目標（目標医師数）

- ・医師偏在指標を踏まえ、3年間の計画期間の終了時点で確保すべき**目標医師数を設定**。
- ・医師少数区域及び医師少数都道府県は、医師偏在指標が計画期間中に計画期間開始時の下位33.3%の基準を脱する（＝当該基準に達する）ために要する医師数を目標医師数として設定。
- ・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う。
- ・**医師多数区域（上位1/3）その他の二次医療圏については、原則として計画開始時の医師数を設定上限とする。**

3. 長期の必要医師数（2036年まで）

必要医師数の具体的な算出方法は、マクロ需給推計に基づき、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）を算出し、厚生労働省において、都道府県ごとに、医師偏在指標がこの全国値と等しい値になる医師数を必要医師数として示す。【R5.7月現在国において策定中】

2-2. R5年度本県の医師偏在指標

- 国から提示された本県の医師偏在指標は下表のとおり
- 都道府県全体の中で奈良県は医師多数県。医療圏では西和医療圏以外は医師多数区域

第8次策定時（今回）

医療圏	医師偏在指標	全国順位	分類	標準化医師数(人)	R3年1月1日時点人口(10万人)	標準化受療率比(H29年)
奈良県	268.9人	14位	多数	3,682.5	13.45	1.02
2次医療圏		全335医療圏				
奈良	266.3人	61位	多数区域	1,037.5	3.55	1.10
東和	281.7人	51位	多数区域	614.4	2.03	1.07
西和	210.8人	130位	(中)	699.3	3.45	0.96
中和	312.3人	33位	多数区域	1,191.9	3.74	1.02
南和	262.2人	63位	多数区域	139.2	0.68	0.78
全国平均	255.6人			323,700		1.00

第7次策定時(前回)

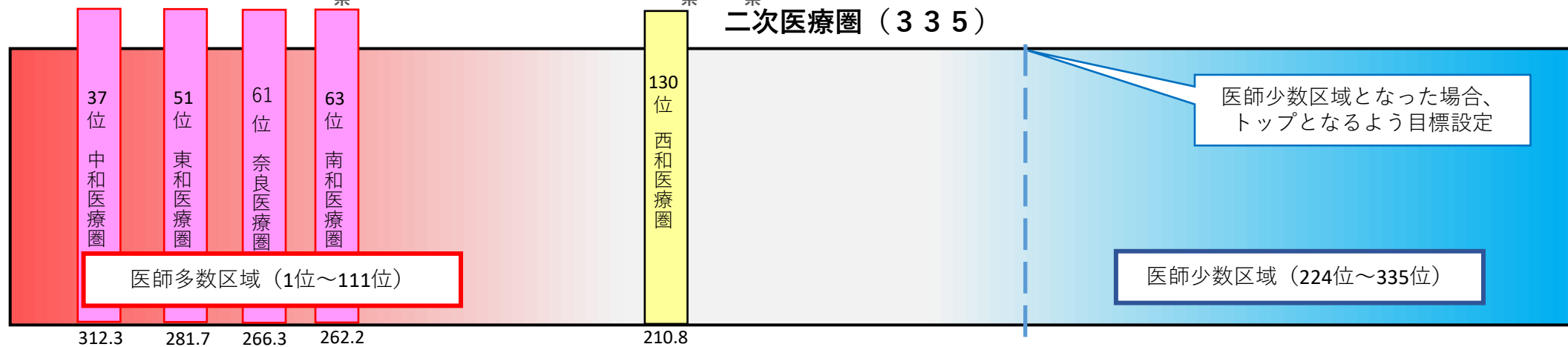
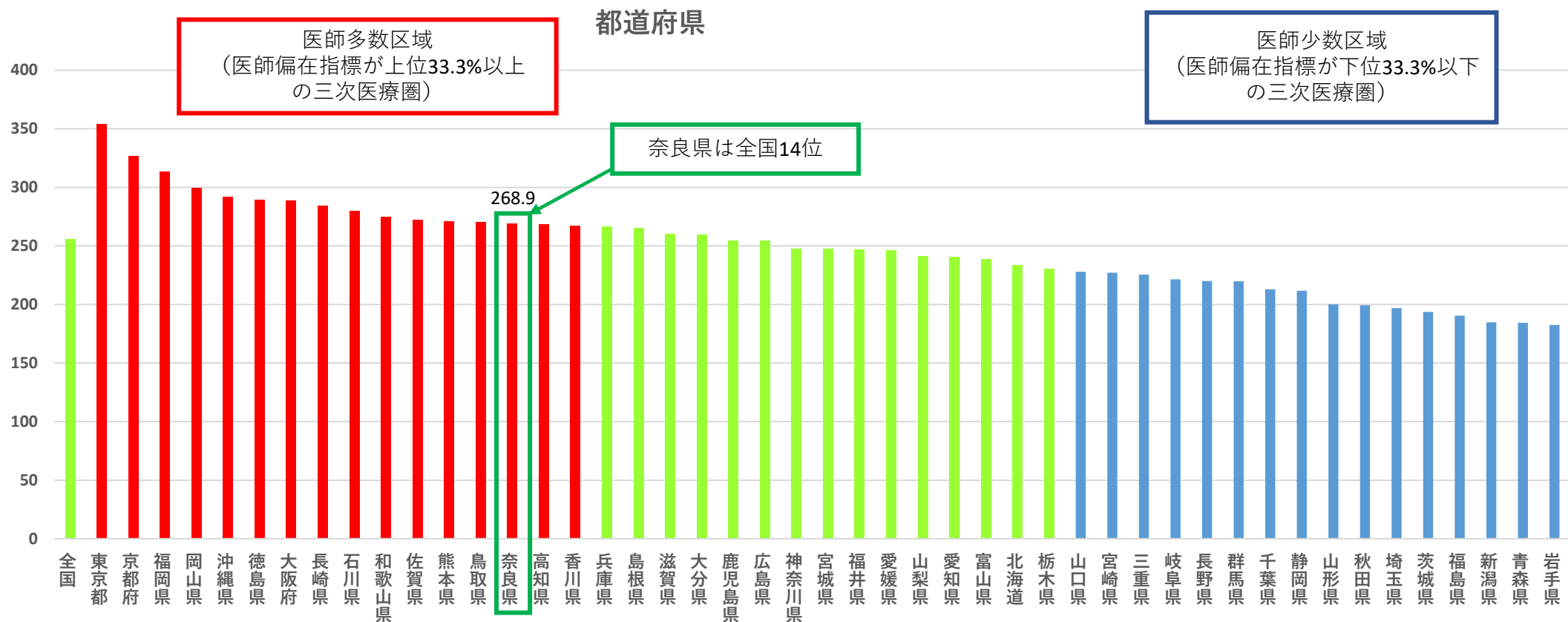
医療圏	医師偏在指標	全国順位	分類	標準化医師数(人)	H30年1月1日時点人口(10万人)	標準化受療率比(H29年)
奈良県	242.5人	19位	(中)	3,314	13.72	1.02
2次医療圏		全335医療圏				
奈良	233.7人	73位	多数区域	901	3.59	1.10
東和	258.8人	57位	多数区域	570	2.10	1.07
西和	196.6人	115位	(中)	645	3.50	0.96
中和	284.3人	39位	多数区域	1,077	3.79	1.02
南和	214.5人	87位	多数区域	121	0.73	0.78
全国平均	239.8人			304,759		



※県は47都道府県中の順位、二次保健医療圏は355二次医療圏中の順位

上位1/3	①東京 [353.9] ② 京都 ③福岡 ④岡山 ⑤沖縄 ⑥徳島 ⑦ 大阪 ⑧長崎 ⑨石川 ⑩ 和歌山 ⑪佐賀 ⑫熊本 ⑬鳥取 ⑭ 奈良 ⑮高知 ⑯香川 [266.9]
	⑰ 兵庫 [266.5] ⑱鳥根 ⑲ 滋賀 ⑳大分 ㉑鹿児島 ㉒広島 ㉓神奈川 ㉔宮城 ㉕福井 ㉖愛媛 ㉗山梨 ㉘愛知 ㉙富山 ㉚北海道 ㉛栃木 [230.5]
下位1/3	㉜山口 [228.0] ㉝宮崎 ㉞三重 ㉟岐阜 ㊱長野 ㊲群馬 ㊳千葉 ㊴静岡 ㊵山形 ㊶秋田 ㊷埼玉 ㊸茨城 ㊹福島 ㊺新潟 ㊻青森 ㊼岩手 [182.5]

2-3. R5年度本県の医師偏在指標 都道府県、2次医療圏順位



- 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。

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

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

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

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

$$\text{全国の性年齢階級別受療率（※4）} = \text{無床診療所医療医師需要度} \times \text{全国の無床診療所受療率} \times \text{無床診療所患者流出入調整係数（※5）} \\ + \text{全国の入院受療率} \times \text{入院患者流出入調整係数（※6）}$$

$$\text{無床診療所患者流出入調整係数（※5）} = \frac{\text{無床診療所患者数（患者住所地）} + \text{無床診療所患者流入数} - \text{無床診療所患者流出数}}{\text{地域の人口}}$$

$$\text{入院患者流出入調整係数（※6）} = \frac{\text{入院患者数（患者住所地）} + \text{入院患者流入数} - \text{入院患者流出数}}{\text{地域の人口}}$$

2 参考 医師偏在指標の留意点等（第8次医療計画ガイドラインより）

○構成

人口10万人対医師数をベースに次の5要素を考慮した医師偏在指標を設定地域ごとに性年齢階級による受療率の違いを調整。

- ①医療需要（ニーズ）及び将来の人口・人口構成とその変化
- ②患者の流出入等
- ③へき地等の地理的条件
- ④医師の性別・年齢分布
- ⑤医師偏在の種別（区域、診療科、入院／外来）

○標準化医師数（分子）

- ・使用する統計データは、医師数は令和2年三師統計調査から引用
- ・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
- ・性年齢階級別医師数は、複数の医療機関に勤務する医師の取り扱いについて、その状況を踏まえ、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（今回の改良点）

○地域の標準化受療率等（分母）

- ・使用する統計データは、人口は令和3年1月1日時点人口から引用
- ・受療率等については、前回算出時と同じ平成29年患者調査から引用（入退院患者数、患者の流出入についても平成29年患者調査から引用） ※令和2年の患者調査は新型コロナウイルス感染症の影響を受けているため。

○留意点（ガイドラインより）

- ・医師偏在指標は、エビデンスに基づき、人口10万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として、医師偏在対策の推進において活用されるものである。
- ・しかしながら、医師偏在指標の算定に当たっては、一定の仮定が必要であり、また、入手できるデータの限界などにより、指標の算定式に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。
- ・**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。**
- ・**また、医師偏在指標の活用にあたっては、地域医療構想の推進や医師の働き方改革も踏まえた一体的な議論が重要であることから、地域の実情に合わせた医療提供体制の維持を十分に考慮すること。**

2-3. R5年度本県の医師偏在指標 県の試算した医師偏在指標

患者流出入を考慮しない医師偏在指標（県試算）

- ・南和医療圏は、前回計画策定時（R元年）と同様、圏外への患者の流出が加味されたことで地域の受療率が低く見積もられているため、指標が高止まり
- ・国の指標では南和医療圏が圏外への患者流出入により地域の受療率が低く見積もられているため、「住民は住所地のある医療圏で受診する」ものとして、県で圏内外への患者流出入を加味せず試算

■国から通知された医師偏在指標

	医師偏在指標（人）	全国順位
全国	255.6	
奈良県	268.9	19位
奈良保健医療圏	266.3	上位1/3 61位
東和保健医療圏	281.7	上位1/3 51位
西和保健医療圏	210.8	130位
中和保健医療圏	312.3	上位1/3 33位
南和保健医療圏	210.8	上位1/3 63位

■県で独自に試算した指標

	医師偏在指標（人）
全国	255.6
奈良県	258.6
奈良保健医療圏	274.6
東和保健医療圏	279.6
西和保健医療圏	192.6
中和保健医療圏	317.8
南和保健医療圏	157.9

※県は47都道府県中の順位

二次保健医療圏は355二次医療圏中の順位

2-4. 医師多数都道府県・医師少数都道府県 医師確保の方針、目標医師数（国ガイドラインより） （三次医療圏）

	医師多数都道府県	多数でも少数でもない県	医師少数都道府県
定義	医師偏在指標の上位33.3%に属する都道府県	医師多数区域でも少数区域でもない都道府県	医師偏在指標の下位33.3%に属する都道府県
医師確保の方針	医師多数都道府県は、当該都道府県以外からの 医師の確保は行わないこととする。 ただし、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。	少数でも多数でもない県は、県内に医師少数区域が存在する場合に、多数県から医師の確保ができる。	<ul style="list-style-type: none"> 医師の増加が医師確保方針の基本。 少数県は、多数県から医師の確保ができる。
目標医師数 （計画期間 3年間）	<ul style="list-style-type: none"> 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う。 既存の医師確保の施策を速やかに廃止することを求める趣旨ではなく、新たに医師確保対策を立案することを抑制するもの。 自県の二次医療圏の設定上限数の合計が都道府県の計画開始時の医師数を上回る場合は、二次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、二次医療圏の目標医師数を設定する。 		少数県は、指標が下位33.3%のトップに達するよう、目標医師数を設定。
必要医師数 （長期： 2036年まで）	必要医師数の具体的な算出方法は、マクロ需給推計に基づき、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）を算出し、 厚生労働省において、都道府県ごとに、医師偏在指標がこの全国値と等しい値になる医師数を必要医師数として今後示されるため、その後に県は方向性を検討する。		
留意点	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。		

2-5. 医師多数区域・医師少数区域 医師確保の方針、目標医師数（国ガイドライン）（二次医療圏）

	医師多数区域	多数区域でも少数区域でもない区域	医師少数区域 (医師少数スポット)
定義	医師偏在指標の上位33.3%に属する二次医療圏	医師多数区域でも少数区域でもない二次医療圏	医師偏在指標の下位33.3%に属する二次医療圏
医師確保の方針	<ul style="list-style-type: none"> ・他の二次医療圏からの医師確保は行わない。 ・医師少数区域への医師派遣も求められる。 	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確保が必要	<ul style="list-style-type: none"> ・医師の増加を基本 ・医師少数区域以外の二次医療圏からの医師の確保が可能
目標医師数 (計画期間3年間)	原則、計画開始時の医師数を設定上限額とする。	原則、計画開始時の医師数を設定上限額とする。	計画期間終了時の医師偏在指標の値が、計画期間開始時の下位33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師の総数
必要医師数 (長期2036年まで)	必要医師数の具体的な算出方法は、マクロ需給推計に基づき、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）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必要医師数として今後示されるため、その後に県は方向性を検討する。		
留意点	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。		

2-6. 医師少数スポット（国第8次医師確保計画ガイドラインより）

「都道府県においては、必要に応じて二次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、医師少数区域同様に医師の確保を重点的に推進することができる」

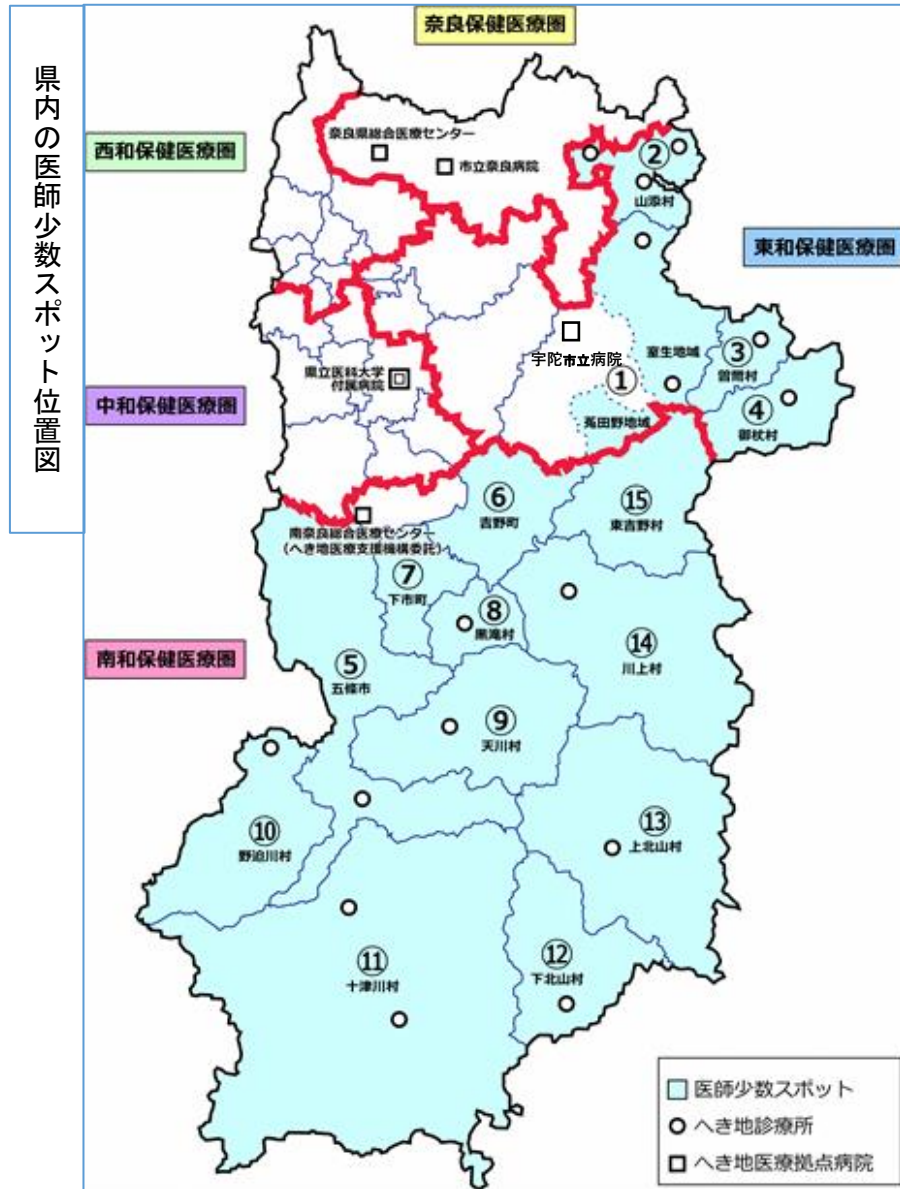
- 第8次（前期）医師確保計画を策定する際は、これまで設定していた医師少数スポットについて、医師確保の状況等を踏まえ、設定の見直しを行うこと。

○設定（区域等）

- 医師少数スポットは、局所的に医師が少ない地域を設定するものであるため、二次医療圏全体や医療機関を設定することは適切ではない。
- **原則として市区町村単位で設定し、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能である。**
- **医師少数スポットを設定した場合は、その設定の理由を医師確保計画に明記することとする。**
- 多くの地域が医師少数スポットとして設定され、真に医師の確保が必要な地域において十分な医師が確保できないという状況は改正法の趣旨を没却するものであるため、医師少数スポットの設定は慎重に行う必要がある。
- **既に巡回診療の取組が行われており、地域の医療ニーズに対して安定して医療が提供されている地域や、病院が存在しない地域などで明らかに必要な医療を他の地域の医療機関でカバーしている場合等、既に当該地域で提供すべき医療に対して必要な数の医師を確保できている地域を医師少数スポットとして設定することは適切ではない。**
- **現在、無医地区・準無医地区として設定されている地域等を無条件に医師少数スポットとして設定することも、同様の理由から適切ではないと考えられ、医師少数スポットはあくまで、当該地域の実情に基づいて設定しなければならないものである。**
- へき地診療所を設置する地域でも、当該へき地診療所における継続的な医師の確保が困難である場合であって他の地域の医療機関へのアクセスが制限されている地域などについては、必要に応じて医師少数スポットとして設定することが適切であると考えられる。

2-7. 県の医師少数スポット

第7次医師確保計画（前回）では、医師の確保が困難とされる「へき地」を医師少数スポットに設定



■ 医師少数スポット	
二次保健医療圏	医師少数スポット
東和保健医療圏	①宇陀市菟田野・室生地域 ②山添村 ③曾爾村 ④御杖村
南和保健医療圏	⑤五條市 ⑥吉野町 ⑦下市町 ⑧黒滝村 ⑨天川村 ⑩野迫川村 ⑪十津川村 ⑫下北山村 ⑬上北山村 ⑭川上村 ⑮東吉野村

■ 医師少数スポット 医療施設従事医師数				
区分	医療施設従事医師数(人)		人口10万人あたり医師数(人)	面積1km ² あたり医師数(人)
		うちへき地診療所従事医師数(人)		
東和保健医療圏				
宇陀市菟田野・室生地域	11	1	278.8	0.307
山添村	3	2	88.8	0.045
曾爾村	1	1	71.8	0.021
御杖村	1	1	64.4	0.013
南和保健医療圏				
五條市	3	1	95.4	0.096
吉野町	11	0	165.7	0.115
下市町	2	0	39.2	0.032
黒滝村	1	1	149.7	0.021
天川村	1	1	74.9	0.006
野迫川村	1	1	281.7	0.006
十津川村	5	3	158.5	0.007
下北山村	1	1	116.4	0.007
上北山村	1	1	208.8	0.004
川上村	1	1	75.7	0.004
東吉野村	3	0	179.4	0.023
(参考) 全国	323,700		256.6	0.86
(参考) 奈良県	3,670	15	277.1	0.99

2-8. 県の医師少数スポット

保健医療計画で医師の確保が困難とされる「へき地」については、従前より医師確保を重点的に推進

【へき地医療支援（医師確保）】

- ◆ 奈良県保健医療計画において、交通条件及び自然的、経済的、社会的条件に恵まれない山間地等の地域のうち、医療の確保が困難な地域を「へき地」に指定し、医師確保等によりへき地医療を支援
- ◆ 現在、へき地には市と村が運営する16のへき地診療所があり、令和5年度は1市8村のへき地診療所※に自治医科大学※を卒業した医師9名を派遣。県運営の無料職業紹介「奈良県ドクターバンク事業」により確保した医師4名を紹介。
- ◆ このほか、へき地医療機関や医師が不足する産科等の診療科に勤務する医師の養成を図る「緊急医師確保修学資金」「医師確保修学資金」制度による貸与を受けた医師の中から、へき地での勤務を希望する者を派遣

※へき地診療所：・地域住民の医療を確保することを目的として、都道府県、市町村等が設置する診療所 【国 へき地保健医療対策等実施要綱より】
 ・設置基準は、へき地診療所を設置しようとする場所を中心として、おおむね半径4kmの区域内に他の医療機関がなく、区域内の人口が原則として人口1,000人以上であり、かつ診療所の設置予定地から最寄りの医療機関まで通常の交通機関を利用して30分以上要するものであること。

※自治医科大学：へき地における医療の確保・向上を図るため、全国都道府県が共同して設立した大学。卒業後の一定期間へき地医療に従事することを条件として、毎年2～3名の医学生を自治医科大学に入学させている。

■ へき地診療所

二次保健医療圏	市村名	診療所名
東和保健医療圏	山添村	山添村国民健康保険東山診療所
		山添村国民健康保険波多野診療所
		山添村国民健康保険豊原診療所
	宇陀市	宇陀市国民健康保険東里診療所
		宇陀市国民健康保険田口診療所
		曾爾村
	御杖村	御杖村国民健康保険診療所
南和保健医療圏	五條市	五條市立大塔診療所
	黒滝村	黒滝村国民健康保険診療所
	天川村	天川村国民健康保険診療所
	野迫川村	野迫川村国民健康保険診療所
	十津川村	十津川村国民健康保険上野地診療所
		十津川村国民健康保険小原診療所
	川上村	川上村国民健康保険川上診療所
	上北山村	上北山村国民健康保険診療所
下北山村	下北山村国民健康保険診療所	

■ へき地診療所の医師配置状況

内訳	年度									
	平成26年	平成27年	平成28年	平成29年	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年	
自治医科大学卒業医師等による配置※	7	7	8	8	7	7	9	8	8	
市村採用による配置※	8	8	7	7	6	6	8	9	7	
代診医派遣等による配置	0	0	0	0	3	3	0	0	1	
(うち兼務)	3	3	3	3	2	2	3	3	5	
合計	15	15	15	15	16	16	17	17	16	

3. 産科、小児科の医師確保計画策定にあたって県が設定する事項（国第8次医師確保計画ガイドラインより）

相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域の設定

- 産科・小児科については、都道府県ごと及び周産期医療圏又は小児医療圏ごとの医師偏在指標の値を全国で比較し、医師偏在指標が下位一定割合（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。
- 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又は小児科医師が少ないことを踏まえ、周産期医療又は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て考えるものとする。
- **産科医師又は小児科医師が相対的に少ない医療圏等においても、産科医師又は小児科医師が不足している可能性があること等から、医師多数都道府県や医師多数区域は設けない。**

偏在対策基準医師数等

- **計画期間終了時の産科・小児科における医師偏在指標が、計画期間開始時の相対的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・小児科における偏在対策基準医師数として設定し、医師確保策等を実施する。**

医師確保の考え方

- 産科・小児科については、産科医師又は小児科医師が相対的に少ない医療圏においても、その労働環境を踏まえれば、医師が不足している可能性があり、引き続き産科医師及び小児科医師の総数を確保するための施策を行うとともに、医師派遣以外の施策についても検討する必要がある。

留意点

- **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。**

3-1-1. 産科医師偏在指標（本県）

- 産科、小児科は政策医療の観点、診療科と診療行為の関係が明確なことから、医師偏在指標が国から提示
- なお、他の診療科については、医師偏在指標はなく、三師統計を活用して施策を検討することとされる。

●産科医師偏在指標（分娩数1,000件当たりの標準化分娩取扱医師数※）

周産期医療圏	指標	全国順位	標準化医師数(人)	年間分娩件数(人)
奈良県	12.5人	6位	86	6858
2次医療圏		全284医療圏		
奈良	16.5人	26位	26	1582
東和	8.7人	152位	12	1409
西和	17.4人	21位	17	958
中和	10.5人	98位	31	2909
南和	— ※端数のため提示なし	—	0	0
全国平均	10.6人			

※県は47都道府県中の順位
二次医療圏は284二次医療圏中の順位

※分娩取扱医師数：過去2年間に分娩取り扱いありと回答した産婦人科・産科・婦人科を主たる診療科とした医師数

3-1-2. 産科医師偏在指標（県試算）

- 国の偏在指標の計算の元となる分娩件数6,858人と、県調査2017年分娩数(除く助産所分)9,422人と大きく乖離
- このため、県が調査した分娩件数を使用し国の年間調整計算式で再計算した分娩件数を基にして、県で産科医師偏在指標を試算
- 試算では、奈良県は相対的医師少数県となる。

■ 国から通知された医師偏在指標

周産期医療圏	指標	全国順位	標準化医師数(人)	年間分娩件数(人)
奈良県	12.5人	6位	86	6858
2次医療圏		全284医療圏		
奈良	16.5人	26位	26	1582
東和	8.7人	152位	12	1409
西和	17.4人	21位	17	958
中和	10.5人	98位	31	2909
南和	— ※端数のため提示なし	—	0	0
全国平均	10.6人			



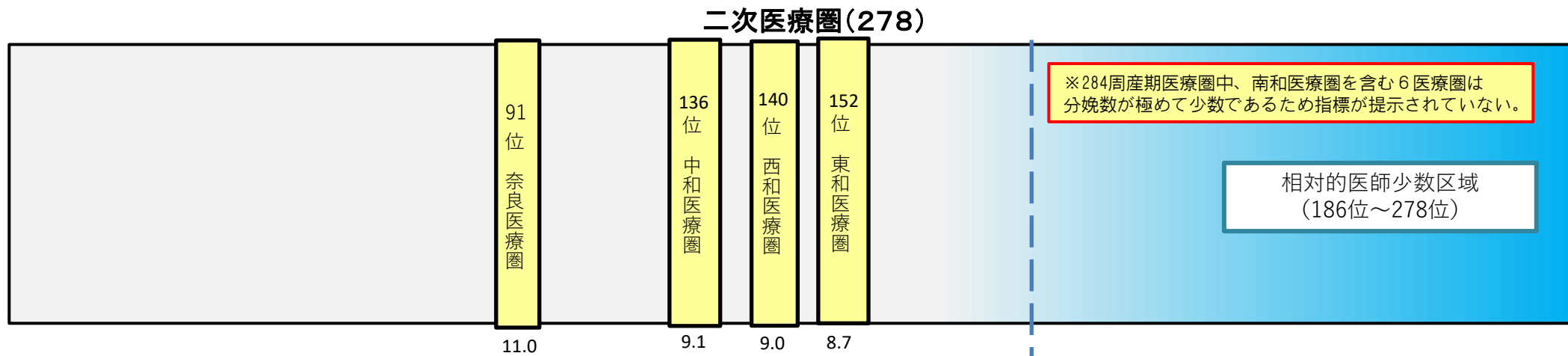
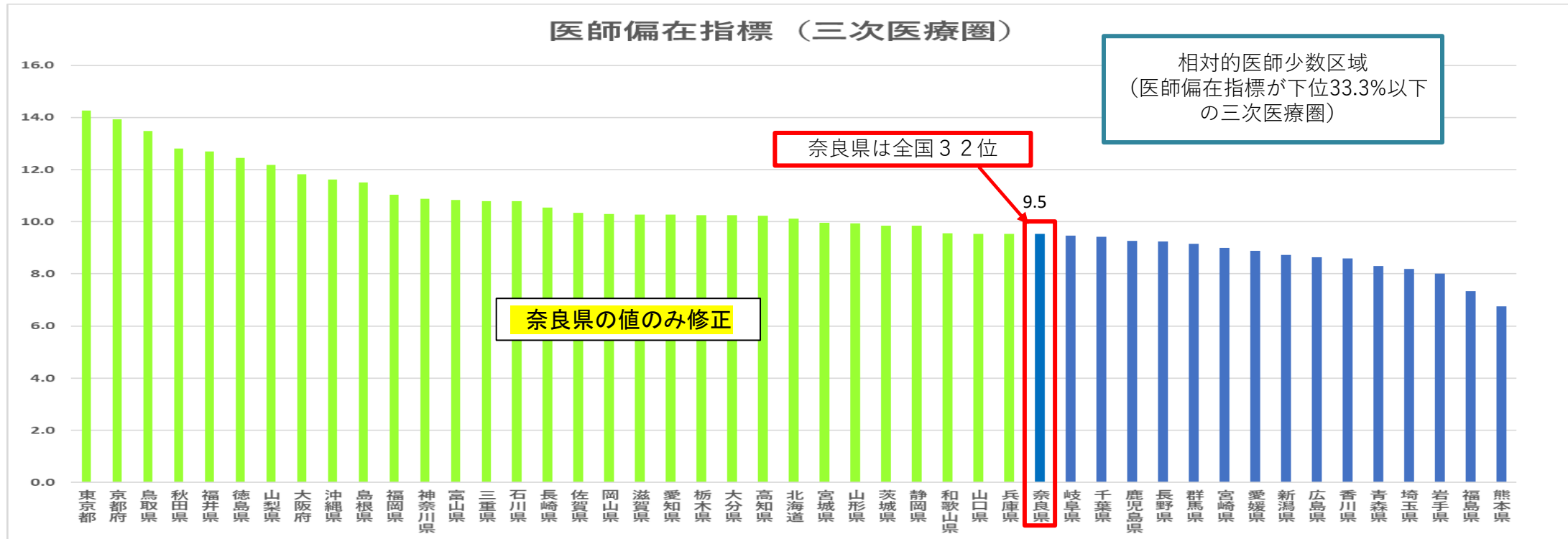
■ 県で独自に試算した指標

(年間分娩推計値の県補正)

周産期医療圏	指標	全国順位	標準化分娩取扱医師数(人)	年間調整後分娩件数(人)
奈良県	9.5人	32位	86	8,993
2次医療圏		全284医療圏		
奈良	11.0人	91位	26	2,378
東和	8.7人	152位	12	1,409
西和	9.0人	140位	17	1,847
中和	9.1人	136位	31	3,359
南和	— ※端数のため提示なし	—	0	0

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

3-1-3. 産科医師偏在指標について（県試算） ※県調査分娩数を使用



産科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。
- ・ 分娩取扱医師：三師調査で過去2年間に「分娩の取扱いあり」と回答した産婦人科・産科・婦人科を主たる診療科とする医師

$$\text{産科における医師偏在指標} = \frac{\text{標準化分娩取扱医師数}}{\text{分娩件数} \div 1000\text{件}}$$

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

※性年齢階級別医師数

複数の周産期医療圏の医療機関に勤務する医師の取り扱いについて、その状況を踏まえ、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

<留意点>

- 産科では、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」における分娩数を使用（医療需要として「里帰り出産」等の流出入の実態を踏まえた「分娩数」を用いる。）
- 分娩数は次の算出による推計値
 - ・医療施設調査（2017年） 病院票及び一般診療所票の「分娩（正常分娩を含む）」の9月中の実施件数を使用
 - ・9月の一日あたり出生数を人口動態調査の出生数（2017年1月～12月）の年間の一日あたり出生数で除した「9月の出生調整係数（1.054）」を求めたのち、以下の方法で年間の分娩件数を算出。
年間調整後分娩件数 = （9月中の分娩件数 ÷ 30 × 365） ÷ 9月の出生調整係数

3-2 小児科医師偏在指標（本県）

- 国から示された小児科偏在指標では、奈良県は相対的医師少数県となる。
- 西和医療圏のみが相対的医師少数区域となる。

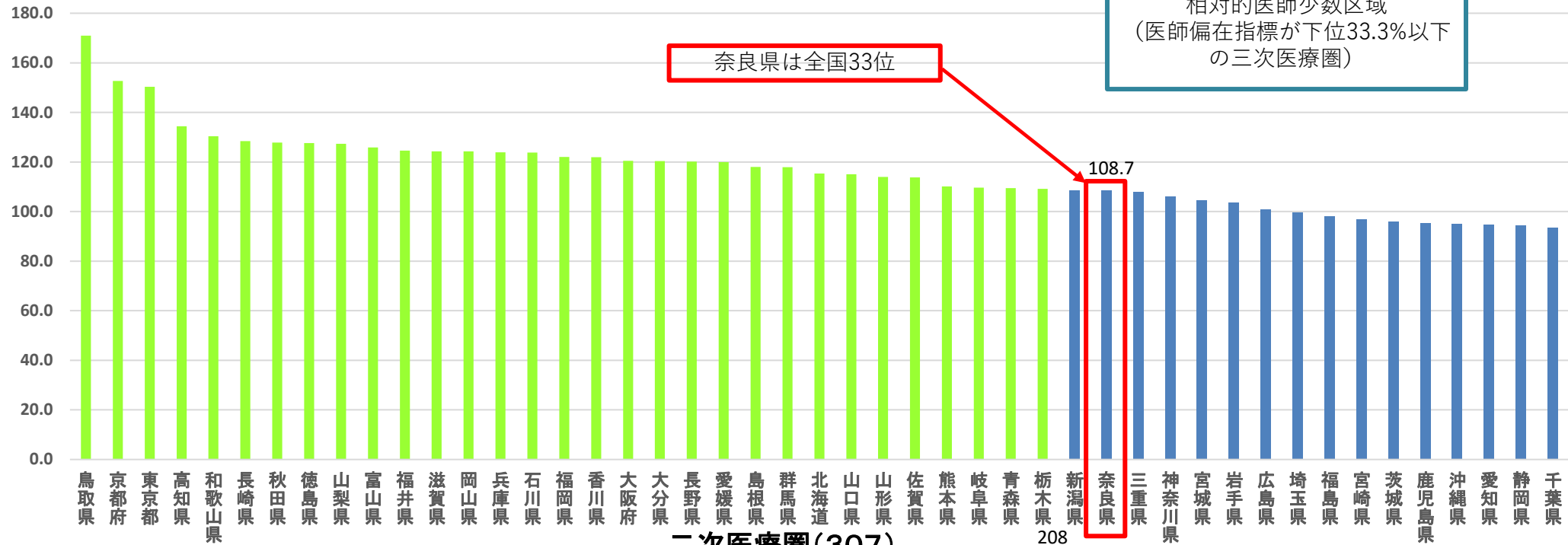
●小児科（標準化受療率を乗じた年少人口10万人当たりの標準化小児科医師数）

小児医療圏	指標	全国順位	標準化医師数（人）
奈良県	108.7人	33位	168
2次医療圏		全307医療圏	
奈良	105.9人	156位	50
東和	116.7人	111位	27
西和	79.7人	259位	30
中和	126.0人	77位	57
南和	136.2人	52位	3
全国平均	115.1人		

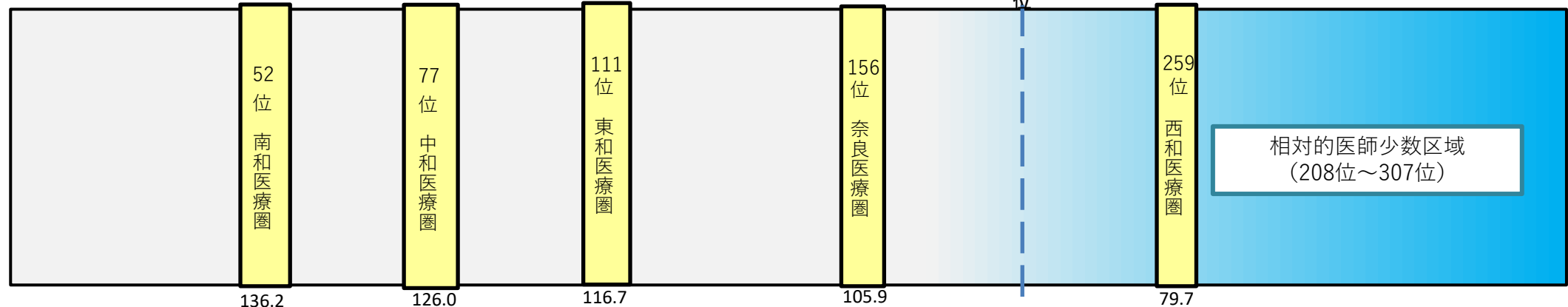
※県は47都道府県中の順位
 二次医療圏は307二次医療圏中の順位

小児科医師偏在指標について

医師偏在指標(三次医療圏)



二次医療圏(307)



- 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。

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

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

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

$$\text{地域の期待受療率}(\ast 3) = \frac{\sum (\text{全国の性年齢階級別受療率}(\ast 4) \times \text{地域の性年齢階級別年少人口})}{\text{地域の年少人口}}$$

$$\text{全国の性年齢階級別受療率}(\ast 4) = \text{無床診療所医療医師需要度} \times \text{全国の無床診療所受療率} \times \text{無床診療所年少患者流出入調整係数}(\ast 5) + \text{全国の入院受療率} \times \text{入院年少患者流出入調整係数}(\ast 6)$$

$$\text{無床診療所年少患者流出入調整係数}(\ast 5) = \frac{\text{無床診療所年少患者数}(\text{患者住所地}) + \text{無床診療所年少患者流入数} - \text{無床診療所年少患者流出数}}{\text{地域の人口}}$$

$$\text{入院年少患者流出入調整係数}(\ast 6) = \frac{\text{入院年少患者数}(\text{患者住所地}) + \text{入院年少患者流入数} - \text{入院年少患者流出数}}{\text{地域の人口}}$$

7-2. 産科・小児科相対的医師少数都道府県・少数区域 医師確保の方針、目標医師数（国ガイドライン）

	右記以外の県、区域	相対的医師少数県、区域
定義	右記以外の県、区域	医師偏在指標の下位33.3%に該当する都道府県、区域
医師確保の方針	<ul style="list-style-type: none"> ● 産科医師又は小児科医師が相対的に少ない医療圏においても、その労働環境を鑑みれば医師が不足している可能性があることを踏まえ、相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域について当該区域以外の医療圏からの医師派遣のみにより医師の地域偏在の解消を目指すことは適当ではない。 ● 医療機関の再編統合を含む集約化等の医療提供体制を効率化する施策等を適宜組み合わせる実施することとする。 	<ul style="list-style-type: none"> ● 産科・小児科においては、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医師の地域偏在の解消を図ることを検討する。 ● このような対応によってもなお相対的医師少数区域であり、医師偏在が解消されない場合は、医師を増やす（確保する）ことよって医師の地域偏在の解消を図ることとする。 ● 具体的な短期的な施策としては、医師の派遣調整や専攻医の確保等を行う。この際、医師の勤務環境やキャリアパスについて留意が必要である。 ● 産科医師又は小児科医師の養成数を増加させること等の長期的な施策についても適宜組み合わせる実施する。
偏在対策基準 医師数等	<p>計画期間終了時の産科・小児科における医師偏在指標が、計画期間開始時の相対的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・小児科における偏在対策基準医師数として設定し、医師確保策等を実施</p>	