

医師確保計画（素案）

目 次

I 医師確保計画の考え方、医師確保の状況

第1．策定の趣旨・目的	2
第2．計画の位置付け・期間	2
第3．医師数・各医療圏等に係る現状・課題	3

II 全診療科における医師確保計画

第1．医師偏在指標、医師少数区域・医師多数区域等	14
第2．医師の確保の方針及び目標医師数等	17
第3．目標医師数を達成するための施策	20

III 産科・小児科における医師確保計画

第1．医師偏在指標、相対的少数区域等	24
第2．医師の確保の方針及び偏在対策基準医師数等	28
第3．偏在対策基準医師数を踏まえた施策	30

IV 計画の推進体制

医師確保計画(素案)に関する照会先

長野県健康福祉部医療推進課医師確保対策室
(室長) 渡邊卓志 (担当) 木村祐造、加藤慧
電話 026-235-7144 (内線 2685)
FAX 026-223-7106
E-mail doctor@pref.nagano.lg.jp

I 医師確保計画の考え方、医師確保の状況

第1 策定の趣旨・目的

平成16年度(2004年度)の医師臨床研修の必修化、その後に全国各地の医療機関で発生した医師不足、診療科の休・廃止等を受け、平成20年度以降、医学部定員の増員が図られました。それにより全国的に医師の実数は増えたものの、長きにわたって課題として認識され続けてきた「地域間・診療科間の偏在」は解消に至っていません。

その一方で、今後の人口減少や少子高齢化の更なる進展等を踏まえ、長期的に医療需要が減少局面となることにより、国全体では医師の供給が需要を上回ることが見込まれるとして、国では、将来的な医学部定員の減員も含めて、養成数の方針等の見直しが進められています。また、平成30年度(2018年度)には、「医療法及び医師法の一部を改正する法律」の成立により、地域間の医師偏在解消等を通じた、地域における医療提供体制の確保を目的に、都道府県がPDCAサイクルに基づく実効的な医師確保対策を進めるための「医師確保計画」を令和元年度(2019年度)中に策定すること、さらには、医師の偏在対策を地域医療構想及び医師(医療従事者)の働き方改革と、三位一体として、検討を進めることとされました。

本県における医師の養成・確保施策については、これまで長野県保健医療計画に基づき「医師の絶対数の確保と地域間、診療科における医師の偏在解消」、「医師、医療機関間における相互のネットワークづくりの推進」を図るべく、様々な施策を講じてきたところです。

本計画は、前述の全国レベルでの動きを踏まえたうえで、本県が取り組むべき医師確保・偏在是正施策の方向性とその具体的な目標を明らかにするとともに、誰もが住み慣れた地域で安心して暮らし、地域に必要とされる医療の維持・充実を図ることができるよう、引き続き、施策を総合的に推進すべく策定したものです。

第2 計画の位置付け・期間

医療法第30条の4第1項に基づき、平成29年度(2017年度)に策定した「第7次長野県保健医療計画」の一部として位置づけたうえで、同法第30条の6第2項等に基づき、令和2年度(2020年度)を初年度とし、令和5年度(2023年度)までの4年間とします。

なお、計画はPDCAサイクルに基づく見直しを3年ごと(今回の計画のみ4年)に行い、長期的には国が定める、医師偏在是正の目標年である令和18年(2036年)までに必要な医師の確保や偏在是正を行うこととします。

	2018 (H30)	2020 (R02)	2023 (R05)	2024 (R06)	2026 (R08)	2027 (R09)	2029 (R11)	2030 (R12)	2032 (R14)	2033 (R15)	2035 (R17)
医師確保計画		第1次計画	第2次計画	第3次計画	第4次計画	第5次計画					
保健医療計画	第7次計画	第8次計画	第9次計画								

第3 医師数・各医療圏等に係る現状・課題

1 本県の現状

【表1-①】本県の基礎データ（医師全体の偏在指標算出等に用いるもの）

医療圏	2018年 1月1日時点 人口 (10万人)	2023年 10月1日時点 推計人口 (10万人)	2036年 10月1日時点 推計人口 (10万人)	高齢化率 2018年 1月1日時点	面積 (㎡)	病院数 2014年 医療施設 調査	一般診療所数 2014年 医療施設 調査	医療施設従事 医師数 2016年 三師調査
佐久	2.10	2.00	1.81	31%	1,571	14	140	494
上小	2.00	1.89	1.71	30%	905	16	119	298
諏訪	2.00	1.85	1.60	31%	716	13	140	451
上伊那	1.86	1.72	1.50	30%	1,348	10	131	269
飯伊	1.64	1.50	1.30	32%	1,929	10	131	303
木曽	0.28	0.24	0.18	41%	1,546	1	19	35
松本	4.29	4.17	3.88	28%	1,869	27	354	1,520
大北	0.60	0.54	0.45	35%	1,110	2	48	124
長野	5.49	5.19	4.69	30%	1,558	35	380	1,090
北信	0.90	0.78	0.63	33%	1,009	3	55	140
長野県	21.14	19.88	17.76	30%	13,561	131	1,517	4,724
全国	1,277.07	1,236.56	1,143.56	27%	377,974	8,493	97,838	97,838

(厚生労働省「医師偏在指標作成支援データ集」)

【表1-②】本県の基礎データ（産科医師の偏在指標算出等に用いるもの）

医療圏	産科医師数			分娩件数	
	産科 医師数(人) 2016年三師調査	分娩取扱い 医師数割合 2017年 医療施設調査	診療所従事 医師数割合 2016年三師調査	年間調整後 分娩件数(千件) 2017年 医療施設調査	診療所分娩 件数割合 2017年 医療施設調査
佐久	14	91%	36%	1.6	16%
上小	9	90%	56%	1.2	36%
諏訪	22	60%	41%	1.5	42%
上伊那	10	81%	40%	1.3	42%
飯伊	9	56%	33%	1.2	0%
木曽	3	67%	0%	0.1	0%
松本	51	91%	24%	3.4	0%
大北	3	63%	0%	0.1	0%
長野	32	77%	47%	3.6	50%
北信	7	74%	29%	0.9	32%
長野県	160	80%	34%	14.9	27%
全国	11,349	75%	38%	888.5	46%

(厚生労働省「医師偏在指標作成支援データ集」)

【表1-③】本県の基礎データ（小児科医師の偏在指標算出等に用いるもの）

医療圏	小児科医師数		年少人口（0-14歳）		
	小児科 医師数（人） 2016年三師調査	一般診療所従 事医師数割合 2016年三師調査	2018年 1月1日時点 人口(10万人)	入院患者 流出入率 H29年度NDB	外来患者 流出入率 H29年度NDB
佐久	27	22%	0.26	-53.9%	-2.4%
上小	19	37%	0.25	-63.3%	4.8%
諏訪	27	26%	0.25	155.7%	2.1%
上伊那	14	36%	0.24	-35.3%	-4.5%
飯伊	11	36%	0.21	-59.3%	0.3%
木曽	2	0%	0.03	-30.9%	-19.2%
松本	127	19%	0.55	102.7%	7.6%
大北	7	0%	0.06	-69.8%	-24.1%
長野	52	33%	0.68	1.5%	0.3%
北信	7	14%	0.10	-57.9%	-9.7%
長野県	293	24%	2.64	4.0%	0.8%
全国	16,937	39%	159.51	0.0%	0.0%

（厚生労働省「医師偏在指標作成支援データ集」）

【表2】性別・年齢区分別の将来人口の推移

※上段：本県／下段：全国

		男性				女性			
		0～14	15～64	65～74	75～	0～14	15～64	65～74	75～
2017年人口 を100%とし た将来人口 の推移	2023年	87%	91%	91%	117%	88%	90%	90%	111%
		91%	94%	91%	122%	91%	95%	91%	117%
	2036年	70%	77%	88%	127%	71%	75%	84%	117%
		77%	83%	90%	134%	77%	83%	87%	128%

（厚生労働省「医師偏在指標作成支援データ集」）

行
No.

- 1 ○ 本県には10の二次医療圏があり、医療施設従事医師数(※1)は4,724人、病院(※2)が131
2 施設、一般診療所(※2)が1,517となっています。また、産科医師数(※1)は160人、小児科
3 医師数(※1)は293人です。
- 4 ※1：医師・歯科医師・薬剤師調査(2016年) ※2：医療施設調査(2014年)
- 5 ○ 人口は211万4140人(平成30年(2018年)1月1日現在)で、高齢化率は30%です。
- 6 この人口を100とした場合の将来人口の推計は、令和5年(2023年)に94%、令和18年(2036年)
7 に84%となる予測がされています。
- 8 ○ そのうち年少人口(0～14歳)の推計は、令和5年(2023年)に男性87%・女性88%、令和18年
9 (2036年)に男性70%、女性71%で、後期高齢者人口(75歳以上)の推計は、令和5年(2023年)
10 に男性117%・女性111%、令和18年(2036年)に男性127%、女性117%となっています。

行
No.

2 医師を巡る現状・課題等

(1) 医療圏別医療施設従事医師数

- 平成30年(2018年)末現在の本県の医療施設従事医師数は4,809人、人口10万人当たり233.1人(全国31位)であり、全国平均246.7人を13.6人(実人員換算281人)下回っています。
- 安心して医療を受けることができるようにするため、引き続き、医療機関に勤務する医師を増加させることが必要となっています。

【表3】医療施設従事医師数(人口10万対)の推移

(単位:人)

区 分	H20(2008)	H22(2010)	H24(2012)	H26(2014)	H28(2016)	H30(2018)
長野県	196.4	205.0	211.4	216.8	226.2	233.1
全国平均	212.9	219.0	226.5	233.6	240.1	246.7
全国との差	△16.5	△14.0	△15.1	△16.8	△13.9	△13.6

(厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」)

- 県内の二次医療圏ごとの人口10万人当たり医療施設従事医師数は、佐久、諏訪、松本で県平均を上回っていますが、木曽、上伊那、上小、北信での不足が顕著です。また、長野は前回調査時(平成28年(2016年))より減少しています。
- 身近な地域で医療を受けることができるようにするため、地域間における医師偏在の是正が必要となっています。

【表4】平成30年(2018年)医療圏別医療施設従事医師数(人口10万対)

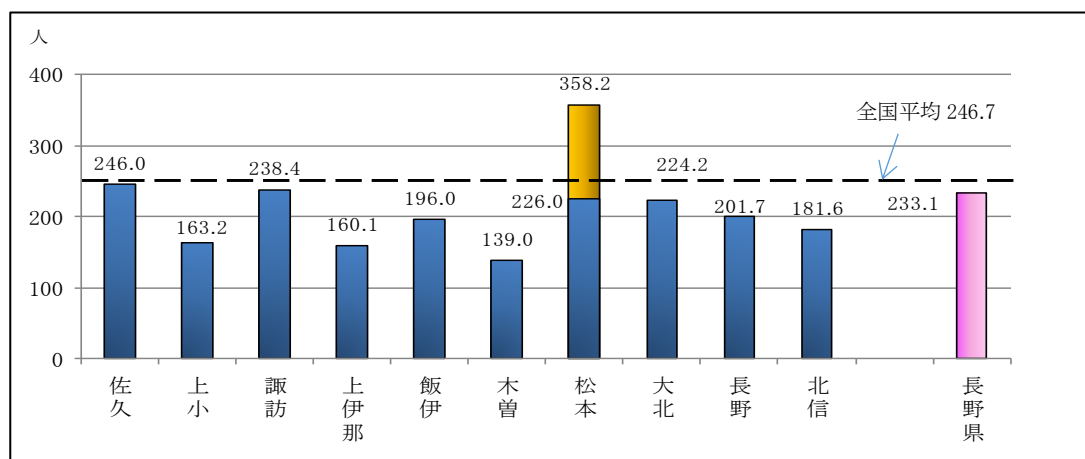
(単位:人)

区分	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信
医師数	509	318	465	291	309	37	1,520	129	1,078	153
対前回	15	20	14	22	6	2	0	5	△12	13
対人口10万対	246.0	163.2	238.4	160.1	196.0	139.0	358.2	224.2	201.7	181.6
対前回	9.1	11.7	9.8	13.5	7.6	13.2	2.2	14.2	0.1	20.1

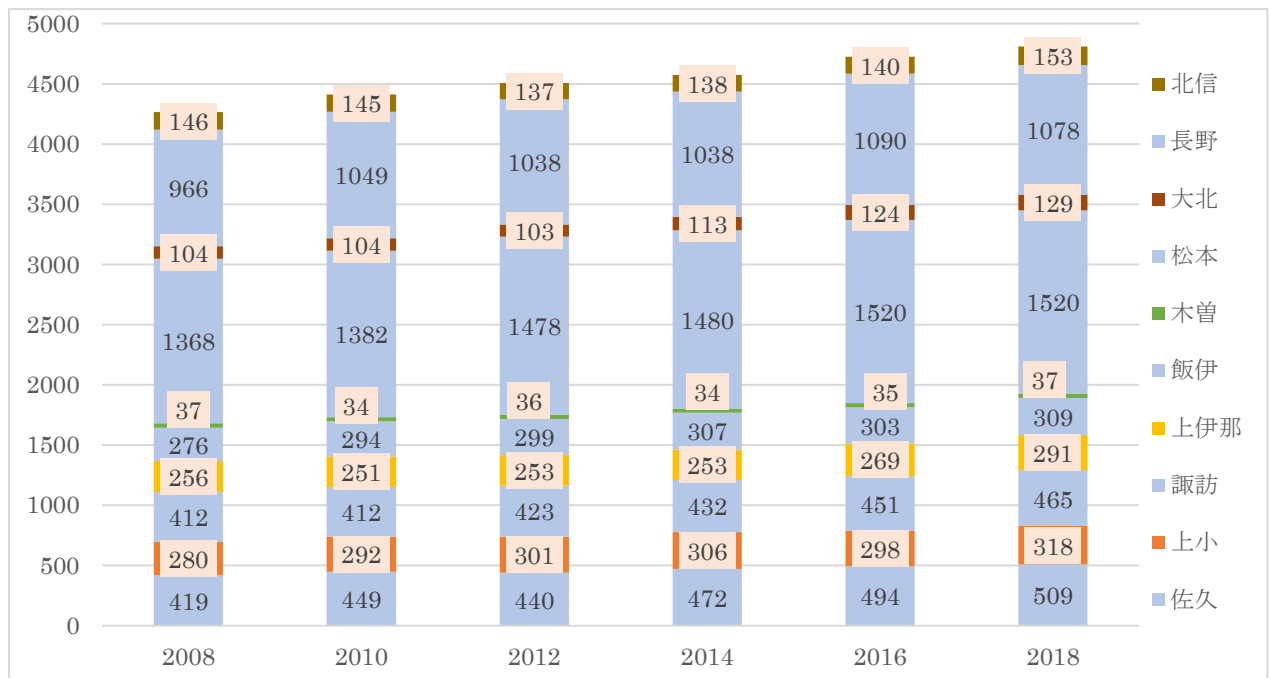
※ 松本医療圏の信州大学を除いた人口10万人対医師数:226.0人

(厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」)

【図1】医療圏別人口10万人当たり医療施設従事医師数の状況



【図2】医療圏別人口10万人当たり医療施設従事医師数の推移

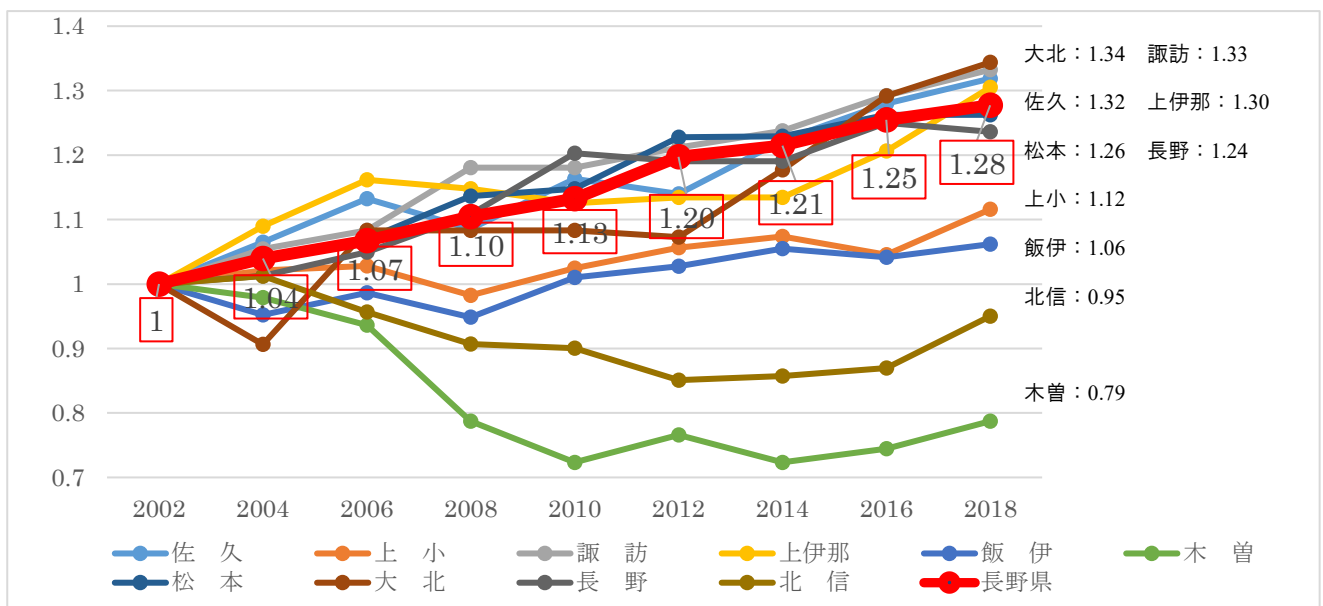


(厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」)

行
No.

- 1 ○ 平成14年(2002年)の医師数を基に、県内の医療施設従事医師数の推移をみると、県全体では
- 2 1.28倍に医師が増加している。
- 3 一方で、地域ごとには医師の推移に違いがある。
- 4 <圏域ごとの医師数の推移> (平成14年(2002年)→平成30年(2018年)の推移)
- 5 佐久：1→1.32 上小：1→1.12 諏訪：1→1.33 上伊那：1→1.30 飯伊：1→1.06
- 6 木曽：1→0.79 松本：1→1.26 大北：1→1.34 長野：1→1.24 北信：1→0.95

【図3】医療圏別医療施設従事医師数の推移(平成14年を1とした場合)



(厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」)

行
No.

(2) 診療科ごとの医療施設従事医師数

- 平成 30 年（2018 年）末現在の診療科別の人口 10 万人当たり医療施設従事医師数は、産科・産婦人科で前回調査時(平成 28 年(2016 年)) より増えましたが、全国平均を 0.7 人下回りました。
- 分娩を取り扱う医療機関数は、平成 18 年（2006 年）に 53 施設だったものが、令和元年（2019 年）には 40 施設となっています。
- 診療科における医師の偏在が顕在化しており、その是正が必要となっています。
- 超高齢社会を迎え、特定の臓器や疾患を超えた多様な問題を抱える患者が増加しています。県土が広く中山間地に集落が点在する地域の医療を担う県内の病院においては、総合診療医などの幅広い診療能力を持つ医師が求められており、その養成が課題となっています。
- 地域医療構想の実現に向け、病床機能の分化・連携を進める際に、それぞれの医療機関において、医療提供サービスの内容に変化が生じ、必要とする診療科の医師が異なることなども想定されます。
- 平成 30 年度（2018 年度）から実施されている新たな専門医制度により、専門研修医（専攻医）が大都市部の病院に集中し、医師の地域偏在を更に助長することが懸念されています。

【表 5】平成 30 年（2018 年）診療科別従事医師数（人口 10 万対）

（単位：人）

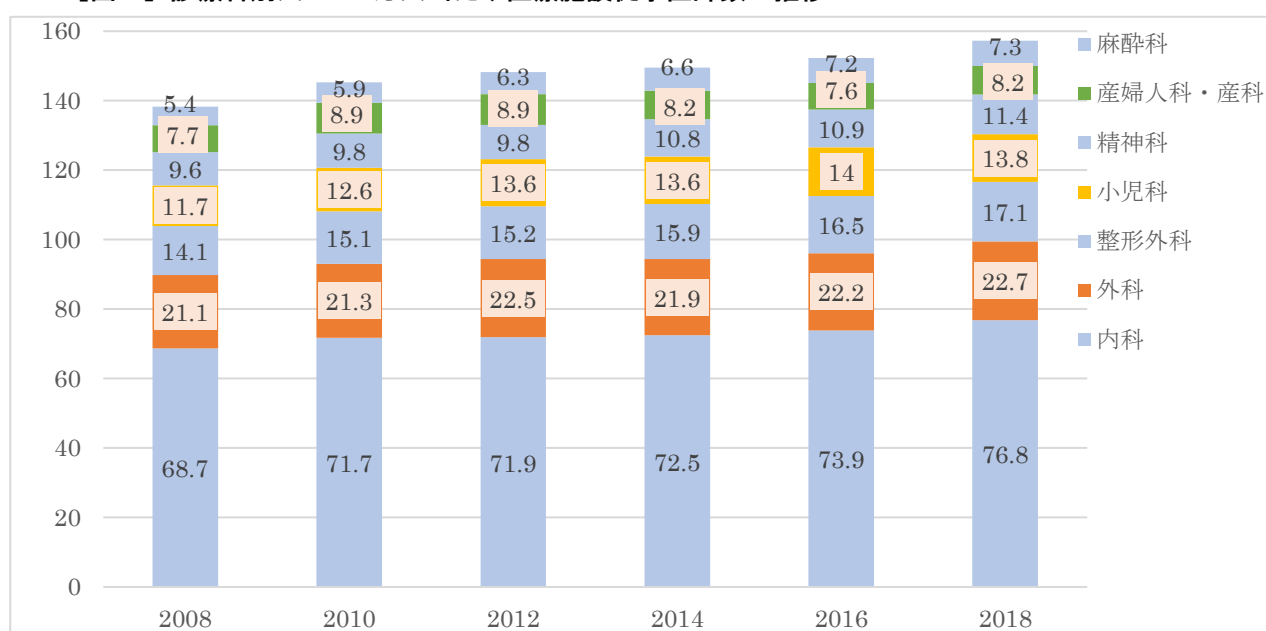
区 分	内科	内科 ※ 1	小児科	産婦人科 ・ 産科	整形外科	麻酔科	外科	外科 ※ 2	精神科
長野県 (H28)	49.5 (48.1)	76.8 (73.9)	13.8 (14.0)	8.2 (7.6)	17.1 (16.5)	7.3 (7.2)	12.7 (12.5)	22.7 (22.2)	11.4 (10.9)
全国平均 (H28)	47.8 (47.9)	82.8 (81.1)	13.7 (13.3)	8.9 (9.0)	17.3 (16.8)	7.6 (7.2)	10.9 (11.4)	22.0 (22.0)	12.6 (12.3)

※ 1 内科+呼吸器内科+循環器内科+消化器内科+腎臓内科+糖尿病内科

※ 2 外科+呼吸器外科+心臓血管外科+乳腺外科+消化器外科+肛門外科+小児外科

（厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」）

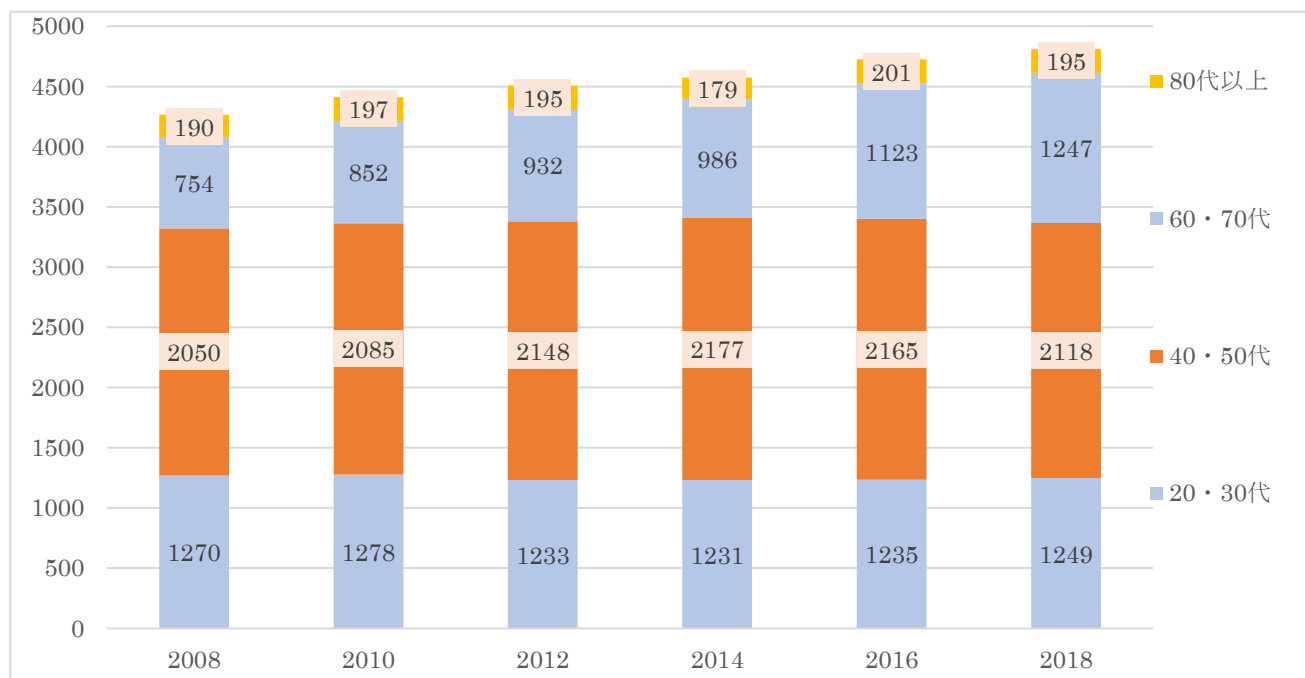
【図 4】診療科別人口 10 万人当たり医療施設従事医師数の推移



（厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」）

行
No.1
2**(3) 医療施設従事医師の高齢化**

- 50 歳以上の医療施設従事医師が全体の約半数を占めており、4 人に 1 人が 60 歳以上となるなど医療施設従事医師の高齢化が進んでいます。

【図5】年齢区分別医療施設従事医師数の推移

(厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」)

3
4
5
6
7
8**(4) 女性医師数**

- 医師国家試験合格者の女性の割合は、平成 12 年(2000 年)に 3 割を越え、医師全体に占める割合も徐々に増加しています。
- 特に、産婦人科・産科、小児科では若年層における女性医師の割合が、他の診療科に比べて高くなっています。
- 女性医師の割合は増加傾向にあるため、結婚・出産・子育てなどのライフイベント・ライフステージに応じた就労が可能となるよう、勤務環境の整備が一層重要となっています。

【表6】平成 30 年(2018 年)34 歳以下の女性医師数割合

(単位：人、%)

区 分		医師総数	女性医師数	女性医師の割合
全 科	長野県	826	244	29.5
	全 国	61,816	20,788	33.6
産婦人科・産科	全 国	2,079	1,307	62.9
小児科	全 国	2,912	1,267	43.5

(厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」)

3 医師確保対策を巡る現状・課題等

(1) 医学生修学資金貸与者数

- 将来、医師不足にある県内の公立・公的医療機関で従事する医師の確保を図るため、長野県地域医療対策協議会での審議を経て平成 18 年度（2006 年度）に医学生修学資金制度を創設しました。
- 平成 20 年度（2008 年度）の信州大学医学部定員増に合わせて新規貸与者を増やすなどの拡充を行い、令和元年度（2019 年度）までに 276 人に貸与しています。
- 今後、年々増加していく見込みである貸与医師について、医師不足病院等に適切に配置する仕組みを構築の検討が必要になります。

【表 7】令和元年度（2019 年度）の修学資金貸与者の状況

学年	1 年生	2 年生	3 年生	4 年生	5 年生	6 年生	合 計
貸与者数（人）	12	19	18	16	25	24	114

【表 8】令和元年度（2019 年度）の修学資金の貸与を受けた医師の状況

区 分	初期臨床研修		後期専門研修			勤 務	合 計
	1 年目	2 年目	1 年目	2 年目	3 年目		
貸与者数（人）	20	24	17	13	14	18	106

(2) 医学生修学資金貸与医師の見込数

- 医学生修学資金の貸与を受けた医師は年々増加し、令和 5 年度(2023 年度)には、165 人の医師が県内の医療機関に従事することを見込んでいます。
- 県内の医療情勢や各病院の医師の充足状況に応じて、医学生修学資金貸与医師を効果的に配置することが、一層、重要となっています。

【表 9】勤務（研修）先の指定見込者数（令和元年（2019 年）5 月 31 日現在）（単位：人）

区 分	R1(2019)	R2(2020)	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)
勤務	18	30	41	52	64
専門研修	44	54	60	66	67
臨床研修	44	42	51	41	34
合計	106	126	152	159	165

(3) 医学部定員数

- 医師の養成数については、昭和 57 年（1982 年）及び平成 9 年（1997 年）の閣議決定により、医学部の入学定員が 7,625 人まで抑制されましたが、その後の医師不足に対応するために平成 20 年度（2008 年度）から入学定員の増員や医学部の新設等が行われ、平成 31 年度（2019 年度）入学定員までに 1,795 人増えて 9,420 人となりました。
- 信州大学医学部においても入学定員の増員が行われており、平成 19 年度（2007 年度）に 100 人であった入学定員が平成 25 年度（2013 年度）に 120 人になりました。

- 信州大学医学部の入学定員 120 人のうち 20 人が県内の各高校からの推薦を受けて入学した地域
 卒の学生ですが、その約 9 割が長野県内の医療機関に従事しています。
- なお、「経済財政運営と改革の基本方針 2019」（令和元年 6 月 21 日閣議決定。以下「骨太方針
 2019」という。）を踏まえ、入学定員の臨時増員は 2021 年度（令和 3 年度）までとされています。
- また、骨太方針 2018 においては、2022 年度以降の医学部定員について、定期的に医師需給推計
 を行った上で、医学部定員の減員に向け、医師養成数の方針について検討するとされています。

【表 10】信州大学医学部の入学定員の推移

(単位：人)

区 分	H19(2007)	H20(2008)	H21(2009)	H22(2010)	H23(2011)	H24(2012)	H25(2013)以降
入学定員	100	105	110	113	115	115	120
うち、地域卒	10	10	10	13	15	15	20

(医師確保対策室調べ)

(4) 医学部医学科進学者数

- 長野県内の高校の医学部医学科への進学者数は、平成 18 年（2006 年）までは 60～70 人程度で
 推移していましたが、平成 23 年（2011 年）は 126 人となり、10 年間で倍増しました。近年は 100
 人程度で推移しています。
- 高校生等への啓発を実施し、県内の医学部医学科進学者数を確保するとともに、医師として県内
 の医療機関で地域医療を担うという意識付けや養成する仕組みを構築していく必要があります。

【表 11】県内高校医学部医学科進学者数の状況（県内の公立高校・私立高校の合計人数）

(単位：人)

区 分	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30
進学者数	94	105	105	126	123	106	115	101	99	99	98

(医師確保対策室調べ)

(5) 初期臨床研修医数

- 医学部卒業後、大学病院又は厚生労働大臣が指定する病院での 2 年以上の臨床研修が平成 16 年
 度（2004 年度）に義務化され、平成 27 年度（2015 年度）以降、毎年 130 人を超える臨床研修医
 が、県内の臨床研修指定病院での研修を開始しています。
- 県内の臨床研修医を増やすことは、将来に向けた医師不足の解消に効果的であり、研修終了後も
 県内に定着してもらえるような取組を行っていく必要があります。

【表 12】県内の臨床研修医数の推移（各年 4 月 1 日現在）

(単位：人)

区 分	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	H31 (R 元)
臨床研修医数	231	229	220	224	256	271	267	274	277
(1 年目)	109	115	102	120	135	137	131	141	138
(2 年目)	122	114	118	104	121	134	136	133	139

(医師確保対策室調べ)

- なお、令和2年度（2020年度）から臨床研修事務が国から都道府県に移譲されることに伴い、県が研修医の募集定員の設定等を行うことができるようになることから、医師養成過程を通じた対策も充実させていく必要があります。

（6）専門研修医（専攻医）数

- 初期臨床研修終了後、各診療科に進む際に行われている専門研修を、令和元年度（2019年度）は県内において283人が受講しています。
- 平成30年度から新たな専門医制度が始まり、大都市への専攻医の集中を防ぐため、シーリングの見直し等が行われていますが、県内で専門研修を受講する専攻医を増やす取組は継続していく必要があります。

【表13】県内の専門研修医（専攻医）数の推移（各年4月1日現在）

（単位：人）

区 分	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	H31 (R元)
専門研修医数	299	282	278	252	255	255	261	280	283
（1年目）	113	103	108	95	93	100	106	114	108
（2年目）	100	99	89	89	83	82	79	91	105
（3年目）	86	80	81	68	79	73	76	75	70

（医師確保対策室調べ）

（7）ドクターバンク事業による成約者数

- 平成19年（2007年）6月から開始した「長野県ドクターバンク事業」により、県外で勤務する医師を中心に、知事からの手紙や民間の医師紹介会社、医学系雑誌を活用して県内での就業を働きかけ、求職登録いただいた医師を県内の医療機関に紹介しています。
- 平成31年（2019年）3月31日現在、累計で255人の医師から求職登録があり、122人が成約し、県内で就業しました。

【表14】ドクターバンク事業の年度別求職登録者数・成約者数（各年度 3月31日現在）（単位：人）

	H19～22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	累計
登録者数	98	26	17	12	20	24	22	18	19	255
成約者数	55	13	12	5	6	7	11	8	5	122

（医師確保対策室調べ）

（8）地域医療人材拠点病院支援事業による診療支援の促進

- 平成30年度（2018年度）から実施している「地域医療人材拠点病院支援事業」により、地域医療の中核的な役割を担っている病院が行う医師確保や養成を支援することにより、中核的な病院(拠点病院)から小規模病院等への診療支援を促しています。

【表15】地域医療人材拠点病院支援事業による支援実績（平成30年度実績）

拠点病院	小規模病院等	派遣医師延べ数
9病院	23病院・診療所	108人

（医師確保対策室調べ）

4 医療圏ごとの概況

＜佐久医療圏＞ 【小諸市、佐久市、南佐久郡、北佐久郡（11市町村）】

＜上小医療圏＞ 【上田市、東御市、小県郡（4市町村）】

＜諏訪医療圏＞ 【岡谷市、諏訪市、茅野市、諏訪郡（6市町村）】

＜上伊那医療圏＞ 【伊那市、駒ヶ根市、上伊那郡（8市町村）】

＜飯伊医療圏＞ 【飯田市、下伊那郡（14市町村）】

＜木曽医療圏＞ 【木曽郡（6町村）】

＜松本医療圏＞ 【松本市、塩尻市、安曇野市、東筑摩郡（8市村）】

＜大北医療圏＞ 【大町市、北安曇郡（5市町村）】

＜長野医療圏＞ 【長野市、須坂市、千曲市、埴科郡、上高井郡、上水内郡（9市町村）】

＜北信医療圏＞ 【中野市、飯山市、下高井郡、下水内郡（6市町村）】

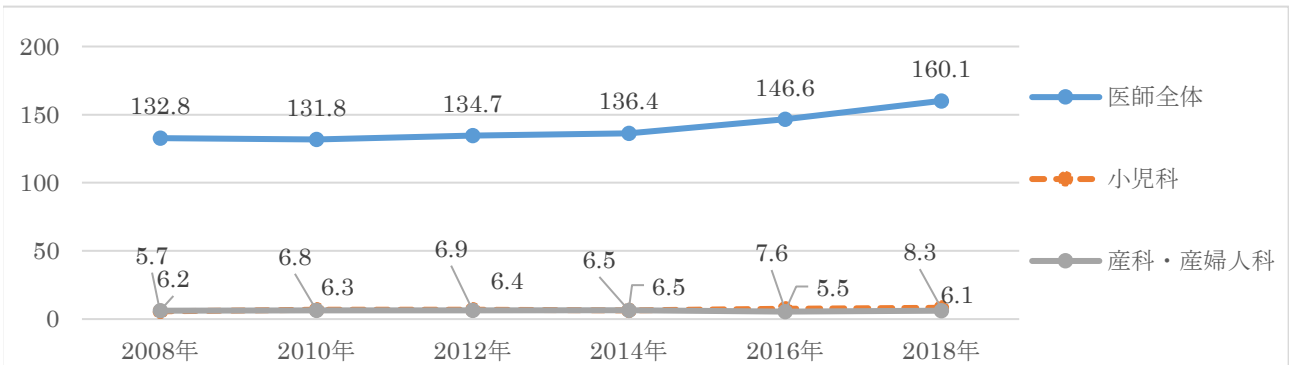
※同一項目に沿って、各医療圏の状況を整理等

4 医療圏ごとの概況

＜上伊那医療圏＞ 【伊那市、駒ヶ根市、上伊那郡 (8市町村)】

(1) 医師全体、小児科、産科・産婦人科

人口10万人当たり医療施設従事医師数の推移



(厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」)

(2) 人口、年少人口(15歳未満)、分娩件数 実績・将来推計

区分	2018.1.1 時点(※1)	2023.10.1 時点(※2)	2036.10.1 時点
人口(10万対)	1.86	1.72	1.50
年少人口(10万対)	0.24	0.21	—
分娩件数	1,228	1,093	—

※1 分娩:2017年間件数 ※2 分娩:2023年間件数

(厚生労働省「医師偏在指標作成支援データ集」)

(3) 医療圏を越える医師の派遣等の状況

(2018年医師・歯科医師・薬剤師調査による分析)

	構成比	
上伊那医療圏内で従事	93.30%	
主たる従事先: 上伊那 従たる従事先: 他医療圏	4.07%	内訳: 〔従たる従事先が●●医療圏にある医師が、上伊那医療圏で従事する時間の構成比〕 諏訪:0.24% 飯伊:1.12% 木曽:0.66% 松本:0.33% 長野:0.47% 県外 1.25% (☆)
主たる従事先: 他医療圏 従たる従事先: 上伊那	2.63%	内訳: 〔主たる従事先が●●医療圏にある医師が、上伊那医療圏で従事する時間の構成比〕 飯伊:0.22% 木曽:0.07% 松本:2.34%
合計	100.00%	

☆主たる従事先が上伊那医療圏にある医師が他医療圏で従事する時間の占める割合:1.04%

〔上記調査において、「同意欄((19)本届出票の活用に対する確認)」において、都道府県による医師確保対策の検討等に活用することに同意した医師の情報を基に作成〕

(4) 医師(医療従事者)を巡る課題等

(上伊那医療圏・地域医療構想調整会議における議論等から)

- 人口当たりの病床数や医師・看護師数が県内最少の状況が改善される見込みが乏しい中、病床数の議論が先行するのではなく、医療従事者の確保を最重点課題として取り組む必要がある。

Ⅱ 全診療科における医師確保計画

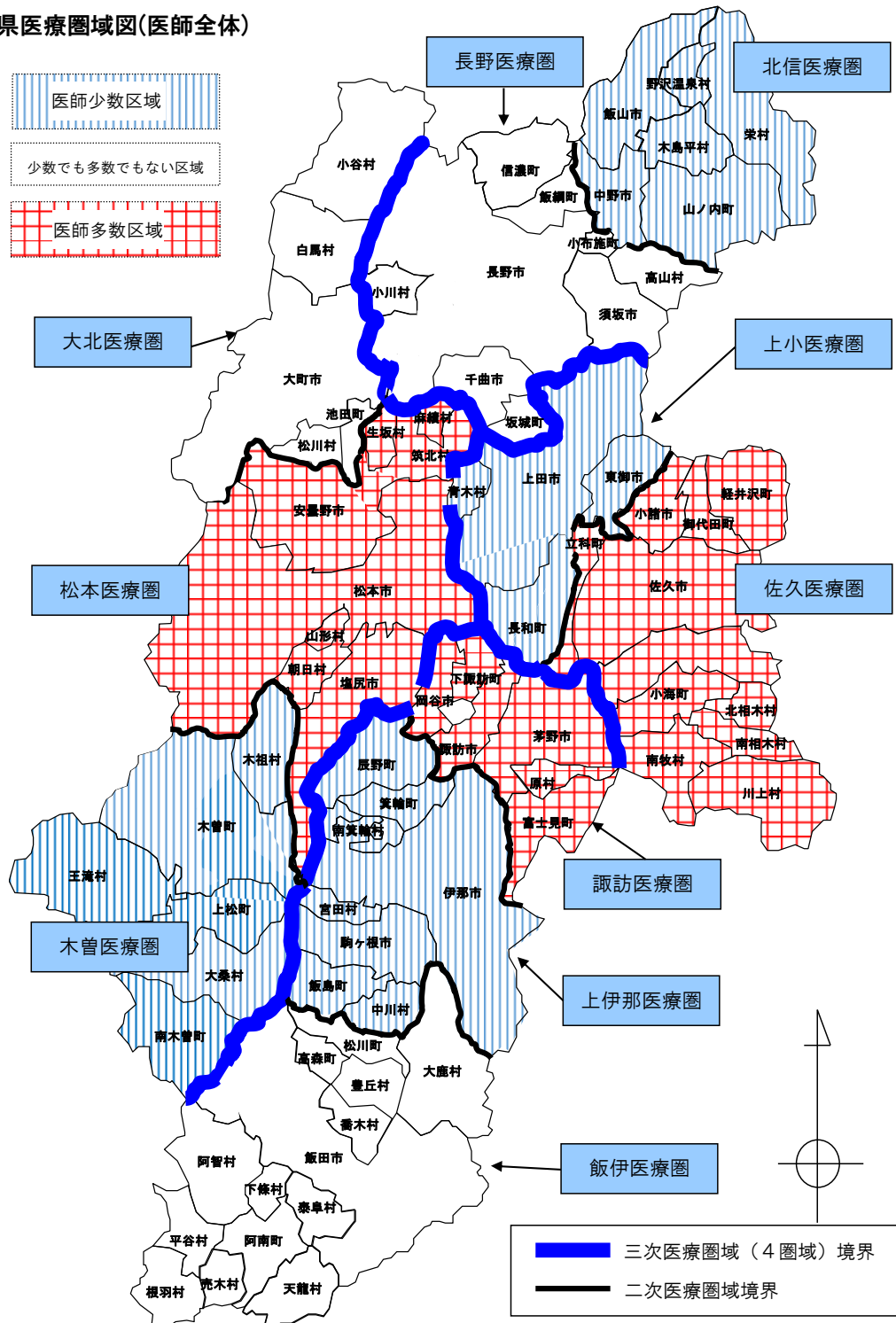
第1 医師偏在指標、医師少数区域・医師多数区域等

1 県・二次医療圏の状況

区分	県	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信
指標	199.6	215.8	121.7	201.2	127.7	151.2	111.2	339.6	160.8	178.9	129.1

※暫定値

【図6】長野県医療圏域図(医師全体)



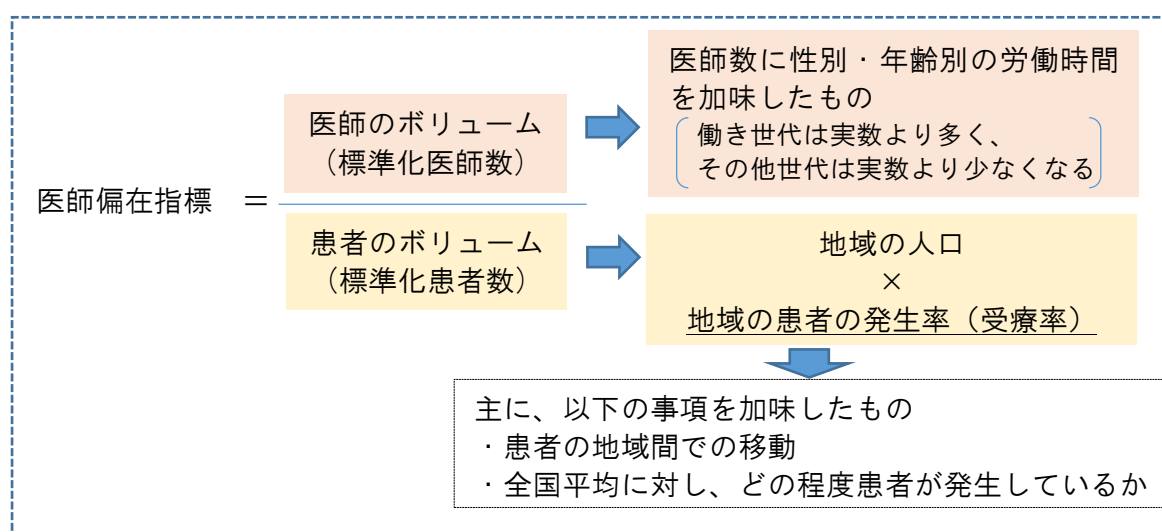
行
No.

2 医師偏在指標

- これまで、地域ごとの医師数の比較には人口 10 万人当たり医師数が一般的に用いられてきましたが、これは地域ごとの医療需要や人口構成等を反映しておらず、医師の地域間・診療科間の偏在を統一的に測る「ものさし」としての役割を十分に果たしていませんでした。
- そのため、国は、現在及び将来人口を踏まえた医療ニーズに基づき、地域ごと、入院外来ごとの医師の多寡を統一的・客観的に把握できる、医師偏在の度合いを示す指標を導入しました。

(1) 算定式等

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



(2) 医師偏在指標の性質

- 全国統一の算定式により算出され、各地域で対応する患者に対して医師がどれだけ配置されているかについて、地域間で比較し、相対的に把握することができます。
- ただし、一定の前提条件の下、各種統計に基づいて機械的に算定されたものであるとともに、あくまでも地域間の医師の配置状況を比較するための目安であって、指標のみで各地域の医師不足の状況を判断できるものではありません。また、必ずしも医療現場の実態を十分に反映できていない点があることについても留意が必要です。

3 医師少数区域、医師多数区域等

- 全国の医療圏の医師偏在指標の値を一律に比較し、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基準に基づき設定されるもの

【下位 33.3%】		【上位 33.3%】
少数区域 (都道府県)	少数でも多数でもない区域 (都道府県)	多数区域 (都道府県)

※本県・医師少数県

本県の偏在指標	下位 33.3%の基準
199.6	211

※暫定値

少数区域の 偏在指標	下 位 33.3% の基準 147	少数でも多数でもない 区域の偏在指標	上 位 33.3% の基準 192	多数区域の 偏在指標
木曽：111.2 上小：121.7 上伊那：127.7 北信：129.1		飯伊：151.2 大北：160.8 長野：178.9		諏訪：201.2 佐久：215.8 松本 339.6

- 医師少数区域以外(医師多数区域、医師が少数でも多数でもない区域)において、「医療機関へのアクセスに大きな制限があり」、「医師が少なく継続的な確保が困難な地域」を区域内で特に医師確保が必要な「医師少数スポット」として指定することができます。

【医師少数スポットの考え方】

- ① 救急医療等の医療計画上の政策医療を担う医療機関が現に存在し、かつ、当該医療機関における継続的な医師確保が困難で、地理的・気象的な条件により他の地域(※1)の基幹病院へのアクセスが制限されている地域とする。 ※1：スポット指定する地域外の地域
なお、具体的な地域は、関係法令により指定された次の地域等を踏まえ、指定する。

- ・ 過疎地域自立促進特別措置法 … 過疎地域
- ・ 辺地法 … 辺地地域
- ・ 豪雪地帯対策特別措置法 … 豪雪地帯

当該医療機関から、他の地域の基幹病院(※2)へアクセスに概ね 20 分以上を要する。

ただし、当該指定地域内に、基幹病院がある場合は除く。 ※2：地域医療人材拠点病院

医療圏	指定地域	法令等

※前述の考え方に基づき、該当医療圏で対象地域がある場合、その旨を記載

- ② ①の他、地域医療構想調整会議で「医師少数スポット」として、特に医師の確保を図ることが必要とされ、地域医療対策協議会において了承された地域とする。

医師少数区域以外の地域の、無医地区・準無医地区（地域医療人材拠点病院等、中核病院が巡回診療等の対策をとっている地域を除く）、それ以外の地区で有床医療機関が存在せず、医療提供機能の底上げが必要と調整会議で判断された地域

- ③ ①の地域に存在する医療機関に対する医師確保・偏在是正施策の実施に当たっては、当該医療機関が地域で求められる医療を提供し続けることができる範囲を踏まえ、併せて、地域医療構想の進展と整合を図る。

第2 医師の確保の方針及び目標医師数等

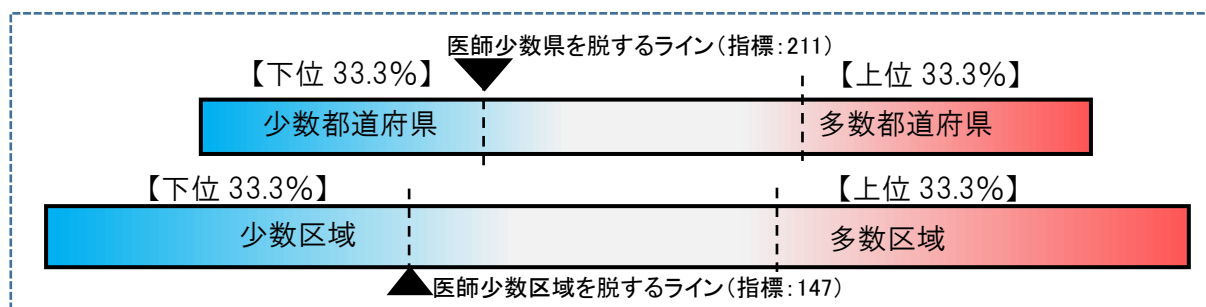
1 医師の確保の方針

※暫定値

- 医師少数県に位置付けられている、本県では、
 - ・計画期間中の可能な限り早い段階で医師少数県の基準に達することができるよう、医師数の増加を図る
 - ・医師数の不足と合わせ、地域間・診療科間の偏在がある一方、特に小規模病院等では、単独での医師確保に困難を生じていることから、医療圏の内外における必要な体制の構築等により、医療機関の間で連携・協力して医師の確保を図る、とします。
- 医師少数区域に位置付けられている4医療圏（上小、上伊那、木曽、北信）では、
 - ・計画期間終了までに医師少数区域の基準に達するとともに、可能な限り全国平均のレベルまで医師数の増加を図る
 - ・医療圏や医療機関の間における連携・協力による医師の確保を図る、とします。
- 医師少数でも多数でもない区域に位置付けられている3医療圏（飯伊、大北、長野）では、
 - ・圏域外も含めて、求められる医療を提供し続けることができるよう、医師数の維持および必要に応じた増加を図る
 - ・医療圏や医療機関の間における連携・協力による医師の確保を図る、とします。
- 医師多数区域に位置付けられている3医療圏（佐久、諏訪、松本）では、
 - ・全県的な対応も含めて、求められる医療を提供し続けることができるよう、医師数の維持および必要に応じた増加を図る
 - ・医療圏や医療機関の間における連携・協力による医師の確保を図る、とします。

2 目標医師数

- 今計画の最終年度である令和5年（2023年）に、本県が医師少数県を脱することとなる数が県全体の目標となり、これを上限に各医療圏の目標医師数を設定することとされています。



【目標医師数の考え方】

- 医療法等に基づき国が示す医師確保・偏在対策の考え方のみならず、本県における医師不足の実態や医療提供体制の継続性の確保等を踏まえ、次のとおり整理します。

＜計画推進に当たって、目指すべきもの＞

これまでの医師確保施策及び、その成果としての医師数の推移等に加え、今後、講ずべき医師確保・偏在是正施策により期待される効果等も踏まえ、各医療圏の区分に応じた推計を行った上で、各医療圏における「計画推進に当たって、目指すべきもの」として設定する。

(算出方法等)

計画期間の設定(3又は4年を1次、全体で5次16年(※))を踏まえ、過去16年の実績(2002～2017年)を基に算出等 ※2036年時点での偏在解消を目指し計画を見直しながらかを進める

第1次計画	第2次計画	第3次計画	第4次計画	第5次計画
2020～2023年	2024～2026年	2027～2029年	2030～2032年	2033～2035年

年度	2002 (H14)	2004 (H16)	2006 (H18)	2008 (H20)	2010 (H22)	2012 (H24)	2014 (H26)	2016 (H28)	2018 (H30)
医師数	3,914	4,019	4,159	4,264	4,412	4,508	4,573	4,724	4,809

区域等	少数区域	普通区域(※)	多数区域	全体
最高・伸び率/年 (該当期間・4年間)	1.24 % (2014～2017)	① 2.61 % (2007～2010)	2.60 % (2005～2008)	1.62 % (2003～2006)
平均・伸び率/年 (全16年間)	0.46 %	1.83 %	② 1.75 %	③ 1.45 %

※医師少数でも多数でもない区域

上記のうち、①を医師少数区域、②を少数でも多数でもない区域、③を医師多数区域に、各々、適用・推計する。

- ・普通区域の最高伸び率：2.61 % … ①
- ・多数区域の平均伸び率：1.75 % … ②
- ・全体の平均伸び率 … ③

※参考値(国が示すもの)

本県が医師少数県の基準に達するものとして、国が示した県全体の目標数は参考値とする。

【各医療圏における目標医師数】

区分	項目	現状 (2019)	目標 (2023)	目標医師数の 考え方	備考 (出典等)
S	医師少数区域に 該当する二次医 療圏の医師数	上伊那 291 人 (2018)	上伊那 331 人	医師少数でも多数 でもない区域に おける過去の最高 伸び率に相当する 増加を図る	厚生労働省 「医師・歯科 医師・薬剤師 調査」
S	医師少数でも 多数でもない 区域に該当する 二次医療圏の 医師数	※前述の考え方に基づき、該当医療圏の区分 に応じて設定・記載			厚生労働省 「医師・歯科 医師・薬剤師 調査」
S	医師多数区域に 該当する二次 医療圏の医師数				厚生労働省 「医師・歯科 医師・薬剤師 調査」
S	全県(三次医療圏) の医師数				厚生労働省 「医師・歯科 医師・薬剤師 調査」

行
No.

第3 目標医師数を達成するための施策

誰もが住み慣れた地域で安心して暮らし、地域に必要とされる医療の維持・充実を図ることができるよう、医師の確保・偏在是正施策を総合的に推進するため、次の6項目に取り組んでまいります。

- ① 県内で勤務する医師の確保
- ② 医師の養成体制の充実
- ③ 地域偏在対策
- ④ 診療科偏在対策
- ⑤ 医師の働き方改革への対応
- ⑥ 計画の推進及び地域の実情の反映を目的とした、医師の配置調整等の仕組みの検討・構築

1 県内で勤務する医師の確保

方針 県内で勤務し、地域医療に従事することを条件とする医師の確保を図ります。

【重点的に推進する施策】

○…今計画期間中(2020～2023年度)に実施する取組等 ☆…最終目標年度(2036年度)までに実施する取組等

- 医師少数県である本県の状況を踏まえ、国が示す必要医師数を基に、大学医学部に対して地域枠医師数の維持、地元出身者枠医師数の充実を要請します。
- 国から提供されるデータベースの活用等により、県外で勤務し、本県に縁のある医師の招へいに努めます。
- ☆ 県外の大学医学部や都市部の医療機関と連携して、県内高校からの進学者や専攻医、医師少数区域等における勤務意欲のある医師にアプローチできる仕組みを構築して、医師の確保に努めます。

【持続的に取り組む施策】

- 長野県内の医療機関で地域医療に従事する意欲のある医学生に対して医学生修学資金を貸与し、将来の医師確保に努めます。
- 自治医科大学の運営費を負担することにより、へき地等において医療に従事する医師の確保・養成に努めます。
- 「長野県ドクターバンク事業」による県内医療機関での就業のあっせんや、短時間勤務、不定期勤務など多様な勤務形態の紹介の他、市町村・移住施策との連携等を通じて本県の魅力を十分にアピールすることにより、一人でも多くの医師の確保に努めます。

2 医師の養成体制の充実

方針 確保した地域枠医師等の能力開発・向上の機会を確保することにより、キャリア形成・地域定着支援の充実を図ります。

行
No.

【重点的に推進する施策】

○…今計画期間中(2020～2023 年度)に実施する取組等 ☆…最終目標年度(2036 年度)までに実施する取組等

- 修学資金貸与医師の配置や指導・養成等に係る病院連携及び、それに即したキャリア形成支援体制や、地域の中核病院の指導医による継続的な若手医師への指導体制の構築により、中核病院から医師不足病院等に対する医師派遣を促進します。
- 医学生や県内中高生を対象とするセミナーの開催等により、本県出身で地域医療を担う医師の開拓・養成等を促進します。
- ☆ 地域枠医師が医師少数区域等で勤務する期間においても、サブスペシャリティ領域の専門医取得等のキャリア形成上の希望に配慮して、必要となるキャリア形成プログラムの見直し等を実施します。

【持続的に取り組む施策】

- 県内の臨床研修指定病院等の魅力の発信や病院と合同で研修プログラムの説明会を開催することにより初期臨床研修医の確保を図るとともに、SNSの活用による情報交換や参画を促進し研修医にとって魅力ある研修環境づくりを支援します。
- 多くの専攻医が県内の医療機関において研修できるよう、県内の各診療科の基幹施設の魅力を発信するとともに、基幹施設と合同で説明会を開催するなど、専攻医の確保や養成を支援します。
- 平成30年度(2018年度)から導入された新専門医制度により、専攻医の都市部への集中や県内における医師の地域偏在の助長など、県内の地域医療提供体制に影響を及ぼさないよう専門研修プログラムの内容の共有を図るとともに、関係機関が協議したうえで国に対して必要な見直しに係る意見を述べます。

3 地域偏在対策

方針 確保した地域枠医師等が、一定期間、医師少数区域等において従事する仕組みを構築して、
地域偏在の是正を図ります。

【重点的に推進する施策】

- 医師少数区域において、地域枠医師等の優先的な配置を行うとともに、医師少数区域に該当しない区域においても、政策的に医師を確保する必要がある地域を指定し、その地域に対して医療を提供する医療機関へ地域枠医師の優先的な配置を行います。
- 地域医療人材拠点病院からの医師派遣に基づく、その他医療機関との診療連携の充実、地域枠医師等の地域医療人材拠点病院への優先的な配置等により、地域偏在の是正を図ります。
- 診療機能の維持が困難となっている、中山間地域の診療所を対象とした、持続可能な運営体制の構築や国による医師少数区域での勤務経験を評価・認定制度の活用を通じて、中山間地域における在宅医療を確保します。

行
No.

【持続的に取り組む施策】

- 今後、増加が見込まれている医学生修学資金を貸与した医師、自治医科大学を卒業した医師については、県内の医療情勢や医師の充足状況を踏まえて、医師不足病院へ効果的に配置・派遣します。
- 地域において中核的な役割を担っている病院から医師不足病院への診療支援を促すよう、病院が行う医師確保や養成を支援します。
- 国で行われている医師の養成数の方針等の見直しに係る検討を踏まえて、国に対して、医師の適正配置を実現させる制度の構築など地域偏在解消のための抜本的な取組について要請します。

4 診療科偏在対策

方針 確保した地域枠医師等が、不足する診療領域に従事する仕組みを構築して、診療科偏在の是正を図ります。

【重点的に推進する施策】

＜○…今計画期間中(2020～2023 年度)に実施する取組等 ☆…最終目標年度(2036 年度)までに実施する取組等＞

- 県土が広く、中山間地域に集落が点在する地域における高いニーズや、高齢化・人口減少に伴う新たなニーズに対応するため、総合診療専門医等（総合的な医療を行う医師等）の養成及び養成体制を充実します。
- ☆ 地域の疾病ごとの医療需要を賄うため、疾病ごとの診療実績と診療科ごとの医師配置の現状データを基に、各診療科医師の効率的な配置を検討します。

【持続的に取り組む施策】

- 医師研究資金貸与事業の実施等により医師不足が顕著な産科・外科・麻酔科、循環器内科、脳神経外科の専門医やがん診療に携わる専門医の確保に努めます。
- 医師不足が顕著な、産科・小児科・外科を目指す初期研修医に対する研修資金の貸与や、産科を選択した専攻医（専門研修医）に対する研修資金の貸与により、産科等の専門医の確保に努めます。

5 医師の働き方改革への対応

方針 診療に従事する医師に対する、労働基準法に基づく時間外労働規制への対応及び勤務環境改善等について、支援の充実を図ります。

【重点的に推進する施策】

＜○…今計画期間中(2020～2023 年度)に実施する取組等 ☆…最終目標年度(2036 年度)までに実施する取組等＞

- 地域医療提供体制の観点から必須の機能を果たすため、暫定的に高い労働時間上限水準が設定される医療機関においては、先端技術や I C T 等を活用した労働時間短縮に向けた取組が求められることから、その汎用化を図ります。
- ☆ 医師少数区域等における勤務の促進のため、当該区域の医療機関において、医師事務作業補助者の確保やタスクシフトの推進等の勤務環境改善に向けた取組が進むよう、環境整備に努めます。

行
No.

【持続的に取り組む施策】

- 県内の女性医師の支援ニーズ等の把握を十分に実施したうえで、結婚・出産・子育てなどのライフイベント・ライフステージに応じた就労が可能となるよう、県内の医療機関で実施している短時間勤務の導入、院内保育所の設置や 24 時間病児保育の実施、復職支援のための研修の支援等、女性医師が働き続けることができる取組について普及・啓発を行います。
- 医学生や医師を対象に、子育てをしながら勤務を続けるための相談に応じます。
- 医療と介護の連携が一層重要になる中、在宅医療を担う医師の確保も重要であることから、県医師会等の関係者と連携して確保策等について検討を進めます。また、医師数が限られる中で、医師、看護職員、薬剤師等の多職種連携による在宅医療を推進するため、医師の負担軽減に資する取組を進めます。
- 病院勤務医の離職防止に向け、医療勤務環境改善支援センターと協力し、病院が取り組む働きやすい勤務環境の整備を支援します。

6 計画の推進及び地域の実情の反映を目的とした、医師の配置調整等の仕組みの検討・構築

方針 医師偏在対策は、地域医療構想、医師の働き方改革と密接な関連があることから、三位一体で検討を進められる体制整備等に努めます。

【重点的に推進する施策】

＜○…今計画期間中(2020～2023 年度)に実施する取組等 ☆…最終目標年度(2036 年度)までに実施する取組等＞

- 計画に基づいた医師確保・偏在対策を講じていくため、地域医療対策協議会における医師配置調整機能を充実・強化します。
- ☆ 地域医療人材拠点病院を中心とした地域の派遣調整等については、各医療圏の地域医療構想調整会議の意見を聞くなど、地域の実情を踏まえたものとするとともに、県内医療機関・関係者が一体となり、連携・協力して医師確保・偏在対策を講じる仕組みの構築に努めます。

Ⅲ 産科・小児科における医師確保計画

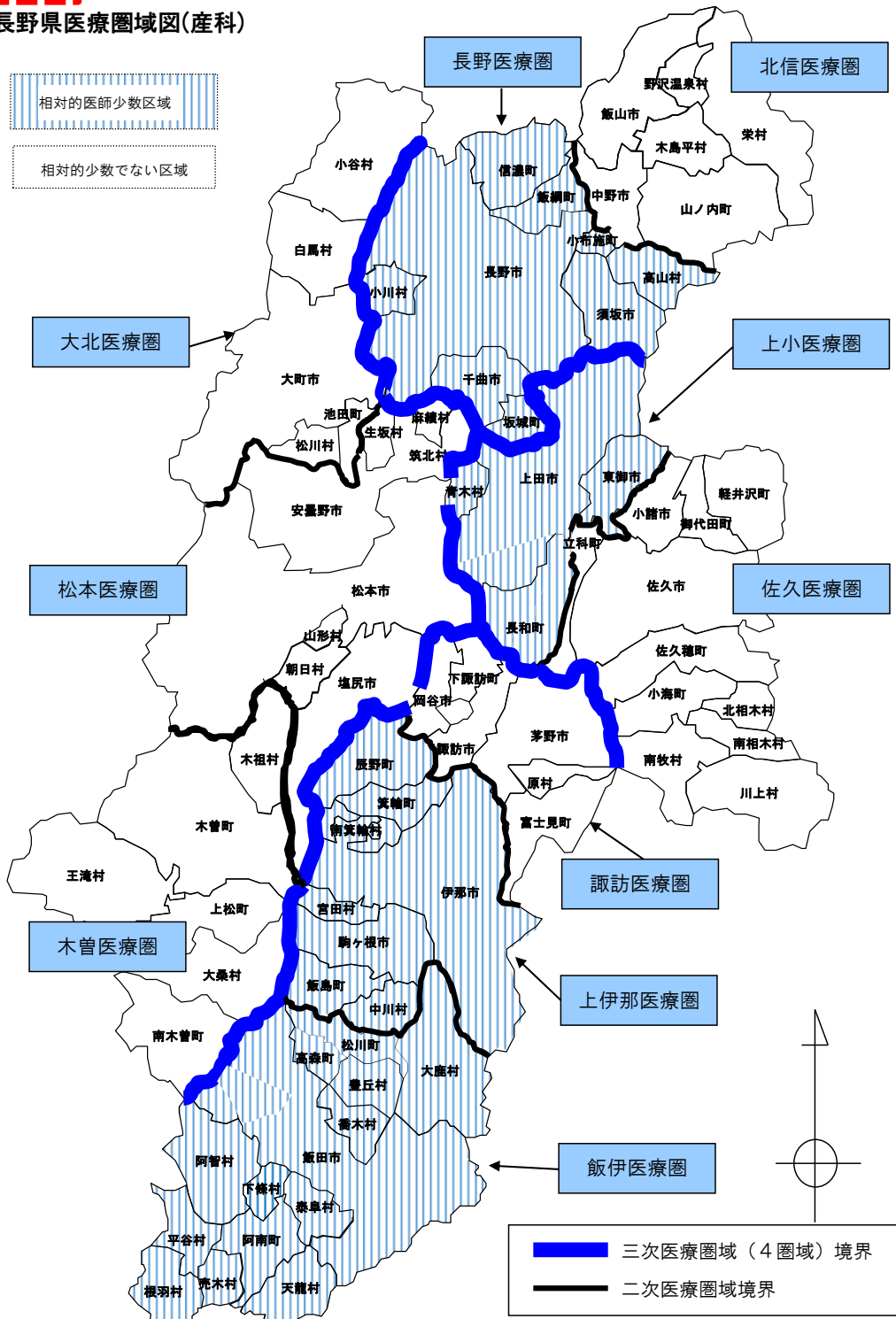
第1 医師偏在指標、相対的少数区域等

1 【産科】県・二次医療圏の状況

区分	県	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信
指標	9.6	9.3	5.6	11.9	7.1	8.2	17.5	13.1	19.8	7.4	10.6

※暫定値

【図7】長野県医療圏域図(産科)



行
No.

2 【産科】医師偏在指標

- 医師全体の偏在指標と同様、これまで、地域ごとの産科・産婦人科医師数の比較には人口 10 万人当たり医師数が一般的に用いられてきましたが、地域ごとの医療需要等を反映しておらず、偏在状況を統一的に測る「ものさし」としての役割を十分に果たしていませんでした。
- そのため、国は、地域ごとの 15 歳～49 歳女性人口当たり分娩件数を踏まえた医療需要に基づき、産科医師の多寡を統一的・客観的に把握できる、医師偏在の度合いを示す指標を導入しました。

(1) 算定式

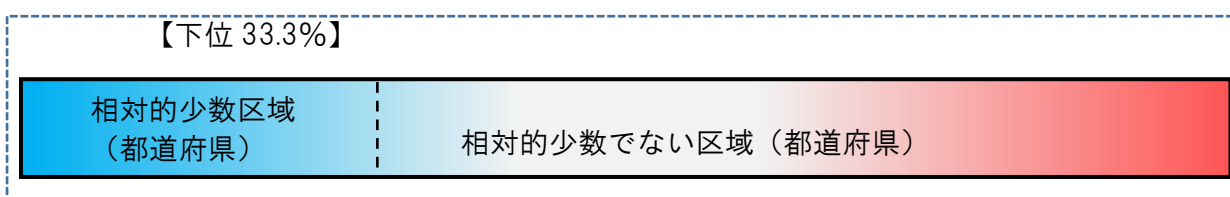
$$\text{産科における医師偏在指標} = \frac{\text{標準化産科・産婦人科医師数}}{\text{分娩件数} \div 1,000 \text{ 件}}$$

(2) 医師偏在指標の性質

- 全国統一の算定式により算出され、各地域で対応する分娩件数に対して医師がどれだけ配置されているかについて、地域間で比較し、相対的に把握できます。
- ただし、医師全体の偏在指標と同様に、一定の前提条件の下、各種統計に基づいて機械的に算定されたものであるとともに、あくまでも地域間の医師の配置状況を比較するための目安であって、指標のみで各地域の医師不足の状況を判断できるものではありません。また、必ずしも医療現場の実態を十分に反映できていない点があることについても留意が必要です。

3 【産科】相対的医師少数区域等

- 全国の医療圏の医師偏在指標の値を一律に比較し、下位 33.3%を相対的医師少数区域とする



※本県・相対的医師少数県

本県の偏在指標	下位 33.3%の基準
9.6	

※産科医師偏在指標公表値を反映

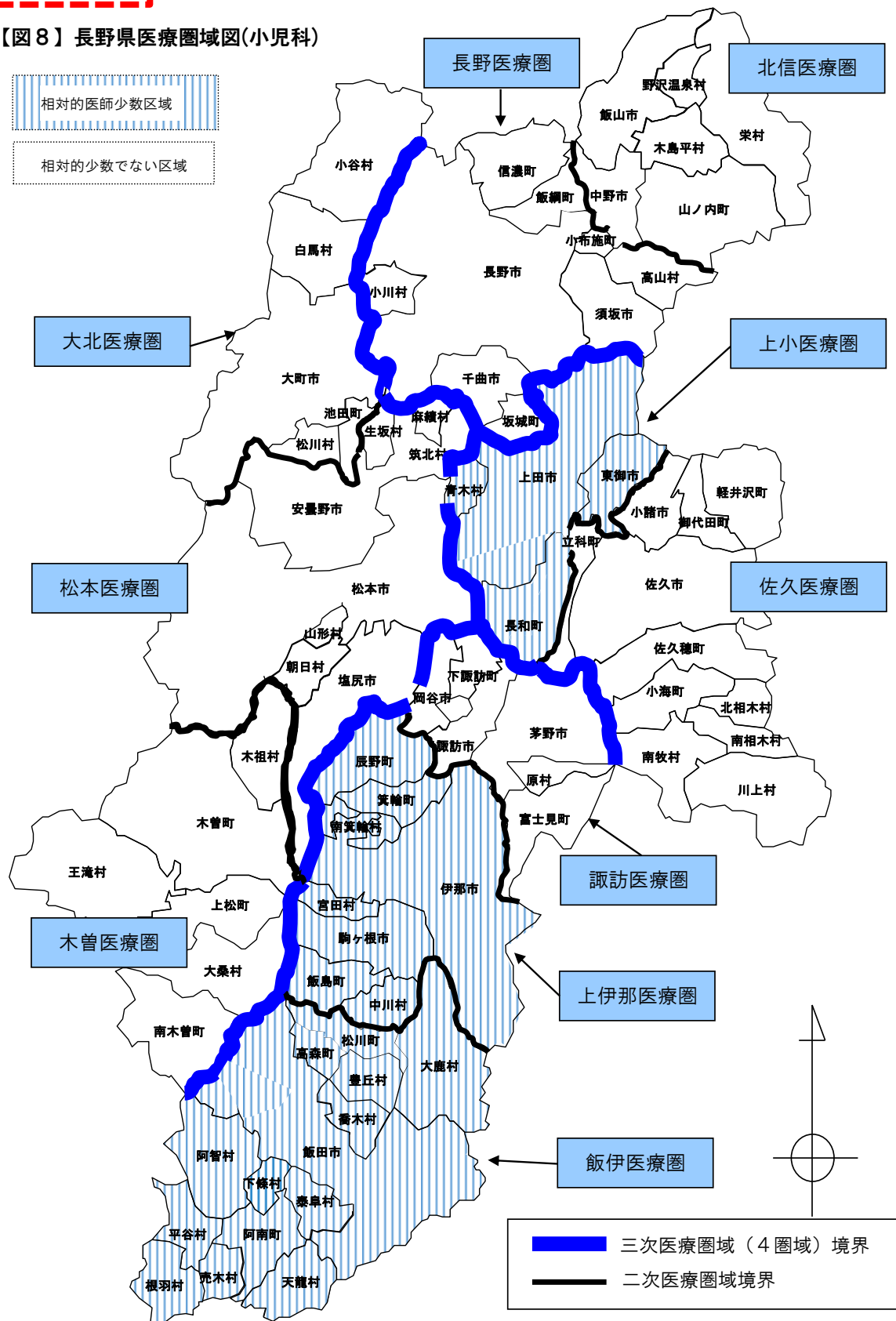
相対的少数区域の 偏在指標	下位 33.3% の基準	相対的少数でない 区域の偏在指標
上小：5.6 上伊那：7.1 長野：7.4 飯伊：8.2		佐久：9.3 北信：10.6 諏訪：11.9 松本：13.1 木曽：17.5 大北：19.8

4 【小児科】県・二次医療圏の状況

区分	県	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信
指標	111.8	105.3	68.5	105.2	57.2	49.1	78.6	238.9	100.5	74.3	78.4

※暫定値

【図8】長野県医療圏域図(小児科)



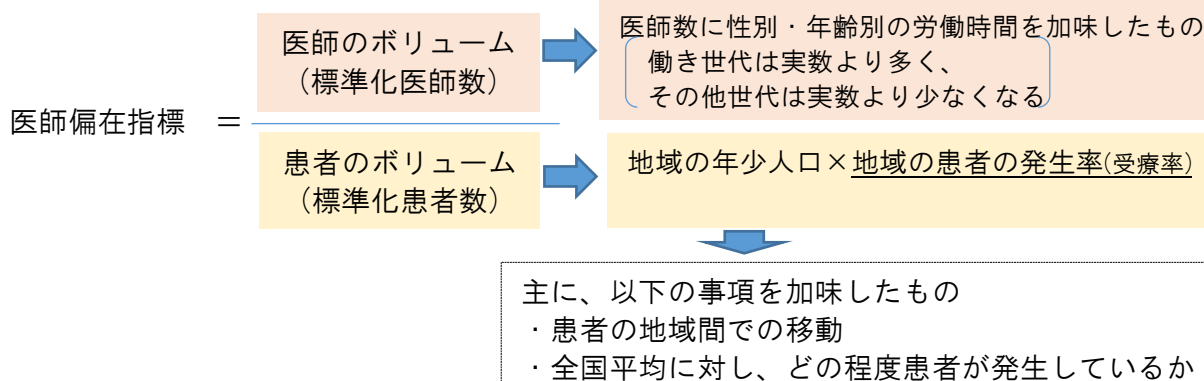
行
No.

5 【小児科】医師偏在指標

- 医師全体の偏在指標と同様、これまで、地域ごとの小児科医師数の比較には人口 10 万人当たり医師数が一般的に用いられてきましたが、地域ごとの医療需要等を反映しておらず、偏在状況を統一的に測る「ものさし」としての役割を十分に果たしていませんでした。
- そのため、国は医療需要(ニーズ)・15 歳未満の人口、患者の流入、医師の性別・年齢分布等を考慮した医師偏在指標を示すことになりました。

(1) 算定式

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



(2) 医師偏在指標の性質

- 全国統一の算定式により算出され、各地域で対応する患者数に対して医師がどれだけ配置されているかについて、地域間で比較し、相対的に把握できます。
- ただし、医師全体の偏在指標と同様に、一定の前提条件の下、各種統計に基づいて機械的に算定されたものであるとともに、あくまでも地域間の医師の配置状況を比較するための目安であって、指標のみで各地域の医師不足の状況を判断できるものではありません。また、必ずしも医療現場の実態を十分に反映できていない点があることについても留意が必要です。

6 【小児科】相対的医師少数区域等

- 全国の医療圏の医師偏在指標の値を一律に比較し、下位 33.3%を相対的医師少数区域とする

【下位 33.3%】

相対的少数区域（都道府県） | 相対的少数でない区域（都道府県）

※本県・相対的医師少数でない県

下位 33.3%の基準	本県の偏在指標
	111.8

※小児科医師偏在指標公表値を反映

相対的少数区域の偏在指標	下位 33.3%の基準	相対的少数でない区域の偏在指標
飯伊：49.1 上伊那：57.2 上小：68.5		長野：74.3 北信：78.4 木曽：78.6 諏訪：105.2 佐久：105.3 松本：238.9

第2 医師の確保の方針及び偏在対策基準医師数等

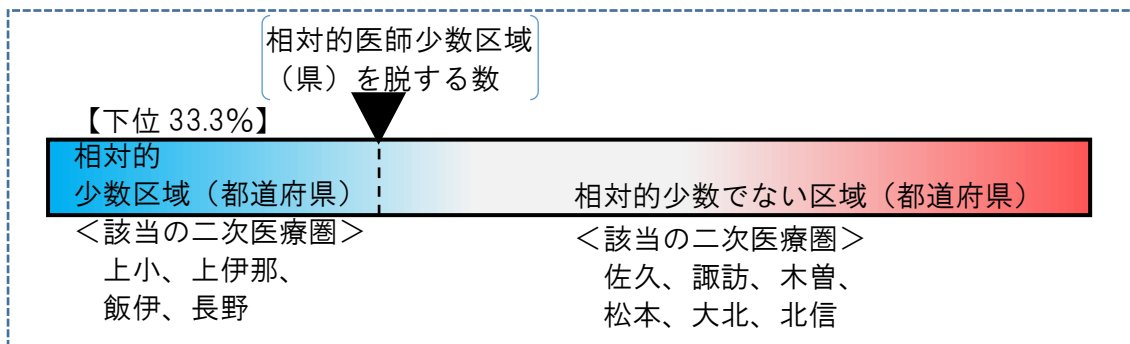
1 【産科】医師の確保の方針

※暫定値

- 相対的医師少数県に位置付けられている、本県では、
 - ・産科医の絶対数の不足が生じていることから、産科医の確保を図る
 - ・平成19年(2007年)の「長野県の産科・小児科医療のあり方に関する提言書」で示された、医療資源の集約化・重点化の方向に沿って、周産期・小児医療体制の連携・維持を図る、とします。
- 相対的医師少数区域に位置付けられている4医療圏（上小、上伊那、飯伊、長野）では、
 - ・医師の絶対数の不足や確保に困難を来していることから、医師の確保を図る、とします。
- 相対的医師少数でない区域に位置付けられている6医療圏（佐久、諏訪、木曽、松本、大北、北信）では、
 - ・圏域外も含め、求められる医療を提供し続けることができるよう、医療圏や医療機関の間における連携による医師の確保を図る、とします。

2 【産科】偏在対策基準医師数

- 今計画の最終年度である令和5年（2023年）に、医師偏在指標が相対的医師少数区域（県）の基準に達することとなる医師数を偏在対策基準医師数として設定することとされています。
- なお、偏在対策基準医師数は、医療需要に応じて機械的に算出されるものであり、確保すべき医師数の目標ではありません。



【県・二次医療圏の状況、国から示された偏在対策基準医師数等】

医療圏	県全体	上小	上伊那	飯伊	長野
区分	相対的少数	相対的少数	相対的少数	相対的少数	相対的少数
産科医師数	160	9	10	9	32
偏在対策基準医師数	142	9.3	10.0	9.0	27.9

※産科医師偏在指標公表値を反映

医療圏	佐久	諏訪	木曽	松本	大北	北信
区分	(普通)	(普通)	(普通)	(普通)	(普通)	(普通)
産科医師数	14	22	3	51	3	7
偏在対策基準医師数	12.4	11.8	0.9	27.6	0.4	5.9

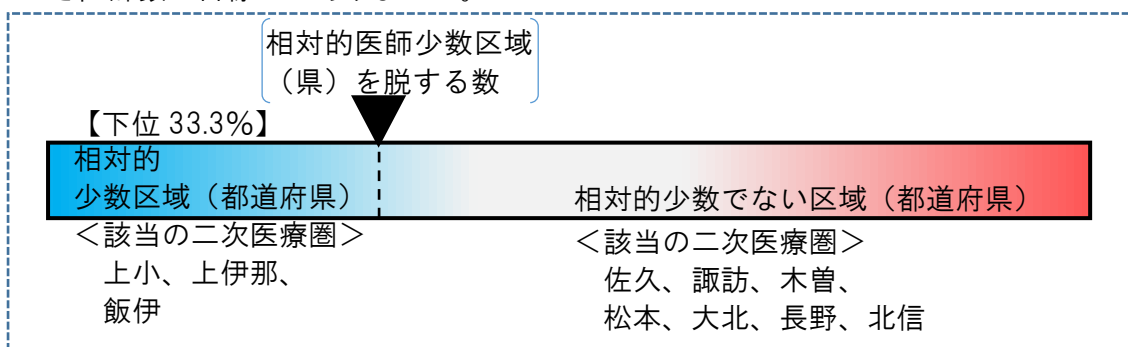
行
No.

3 【小児科】医師の確保の方針

- 相対的医師少数でない県に位置付けられている、本県では、
 - ・小児医療に関わる医師数については、全国と同水準で推移しているが、医師の確保が困難な地域もあることから、小児科医の確保を図る
 - ・平成19年(2007年)の「長野県の産科・小児科医療のあり方に関する提言書」で示された、医療資源の集約化・重点化の方向に沿って、周産期・小児医療体制の連携・維持を図る、とします。
- 相対的医師少数区域に位置付けられている3医療圏（上小、上伊那、飯伊）では、
 - ・医師の絶対数の不足や確保に困難を来していることから、医師の確保を図る、とします。
- 相対的医師少数でない区域に位置付けられている6医療圏（佐久、諏訪、木曽、松本、大北、長野、北信）では、
 - ・圏域外も含め、求められる医療を提供し続けることができるよう、医療圏や医療機関の間における連携による医師の確保を図る、とします。

4 【小児科】偏在対策基準医師数

- 今計画の最終年度である令和5年（2023年）に、医師偏在指標が相対的医師少数区域（県）の基準に達することとなる医師数を偏在対策基準医師数として設定することとされています。
- なお、偏在対策基準医師数は、医療需要に応じて機械的に算出されるものであり、確保すべき医師数の目標ではありません。



【県・二次医療圏の状況、国から示された偏在対策基準医師数等】

医療圏	上小	上伊那	飯伊
区分	相対的少数	相対的少数	相対的少数
小児科医師数	19	14	11
偏在対策基準医師数	16.7	15.9	13.7

※小児科医師偏在指標
公表値を反映

医療圏	県全体	佐久	諏訪	木曽	松本	大北	長野	北信
区分	(普通)	(普通)	(普通)	(普通)	(普通)	(普通)	(普通)	(普通)
小児科医師数	293	27	27	2	127	7	52	7
偏在対策基準医師数	229	16.4	25.9	1.5	56.1	2.9	51.0	5.6

第3 偏在対策基準医師数を踏まえた施策

地域で安心して出産・子育てができ、必要とされる医療機能の維持・充実を図ることができるよう、産科医師・小児科医師の確保・偏在是正施策を推進するため、次の3項目に取り組んでまいります。

- ① 県内で勤務する医師の確保
- ② 地域偏在対策
- ③ 医師の勤務環境改善、定着支援

1 県内で勤務する医師の確保

- 産科、小児科を目指す初期研修医、産科を選択した専攻医(専門研修医)に対する研修資金、分娩を扱う産科医に対する研究資金の貸与により、専門医等の確保に努めます。
- 長野県ドクターバンク事業による県内医療機関での就業のあっせんについて、医師本人に直接アプローチし、短時間勤務、不定期勤務など多様な勤務の紹介に努めます。

2 地域偏在対策

- 分娩を扱う産科医療機関が限られている地域において、産科医療機関に対する財政的支援により、身近な地域で安心して出産できる環境整備を図ります。
- 小児医療に係る医師の確保が困難な地域においては、医療の連携を図ることにより、対応できる体制を維持します。

3 医師の勤務環境改善、定着支援

- 産科医療機関が行う分娩手当等の支給に対する支援により、産科医療の確保及び、分娩を扱う産科医の処遇改善を図ります。
- 分娩を扱う産科医の負担軽減及び勤務環境の改善のため、正常経過の妊産婦のケア及び分娩を助産師が担える院内助産の普及を推進します。

V 計画の推進体制

1 実施体制

(1) 長野県地域医療対策協議会

○ 構成

委員 21 名 県医師会、県歯科医師会、県薬剤師会、県看護協会、信州大学医学部、信州大学医学部附属病院、県病院協議会、県有床診療所協議会、市長会、町村会、公募委員などで構成

○ 取組内容等

本県における医師確保に係る情報の共有を図るとともに、地域医療の充実に向けた医師の確保・定着を図るための各種施策、信州医師確保総合支援センターの運営や新専門医制度などに関して、この計画の実施に必要な次の事項について協議・検討します。

- ・地域枠医師の派遣調整、キャリア支援策（キャリア形成プログラム策定も含む）や負担軽減策
- ・大学の地域枠や地元出身者枠の設定等の要請
- ・臨床研修に係る病院の指定や研修医の募集定員の設定、専門研修に係る統括機関である日本専門医機構に対する意見の陳述

(2) 信州医師確保総合支援センター

○ 組織体制 センター：医師確保対策室（センター長、医師確保コーディネーター 1 名、県職員 2 名）

分 室：信州大学医学部（専任医師 2 名）・長野県立病院機構（担当医師 1 名）

○ 取組内容等

修学資金貸与者（地域枠医師）等のキャリア形成支援及び不安の解消	・定期面談時の必要な助言による不安の解消を図る ・キャリア形成にあった研修機会等の提供 ・地域医療を担う医師向けの研修プログラムの作成
修学資金貸与医師の配置に向けた調整	・貸与医師の診療科や勤務に関する意向確認 ・大学や配置先病院との調整
相談対応・情報発信	・医師、医学生、高校生からの相談への対応 ・ホームページや雑誌掲載等による求人・求職情報、地域医療の現状、医師確保対策に関する情報発信
将来の地域医療を担う人材の開拓・育成	・高校生を対象とした現場体験セミナーの開催 ・医学生に対する地域医療実習などの実施
地域医療関係者との協力関係の構築	・地域医療対策協議会等の開催 ・長野県医師臨床研修指定病院連絡協議会との連携 ・医療機関の勤務環境改善に向けた取組を支援
長野県ドクターバンク事業の実施	・医師の求人・求職登録の推進 ・就業に向けた相談、コーディネート業務
情報分析・方針決定	・必要医師数調査や病院への個別ヒアリングの実施 ・地域や診療科ごとの医師不足状況の把握・分析 ・医学生修学資金貸与医師の配置方針の決定

行
No.

1 (3) 長野県医師臨床研修指定病院等連絡協議会

- 2 ○ 構成 県内の基幹型臨床研修指定病院、信州大学医学部附属病院、長野県医師会、長野県
- 3 ○ 取組内容 臨床研修及び後期研修に係る情報交換、合同説明会の開催、共同参加等

4 2 計画の進行管理・評価

- 5 ○ この計画は、長野県保健医療計画の一部であることから、PDCA サイクル（目標設定⇒取組⇒評
- 6 価⇒改善）に基づく見直しを3年(今回の計画のみ4年)ごとに行います。
- 7 ○ この計画の終了時に、計画開始時と終了時の医師充足状況等について比較し評価を行うとともに、
- 8 課題を抽出します。
- 9 ○ これらについて、長野県地域対策協議会や長野県医療審議会での協議を行い、次期計画の策定・
- 10 見直しに反映させます。