

第2期 信州保健医療総合計画

— 第7次長野県保健医療計画 —

別冊 長野県医師確保計画・長野県外来医療計画

令和2年(2020年)3月

長 野 県

＜基本的事項＞

本県では、保健医療に関わる各施策を有機的に連携させ、一体的かつ効率的なサービス提供体制を地域の実情を踏まえて構築することを目的として、医療法第30条の4に基づく「第7次長野県保健医療計画」（第2期信州保健医療総合計画 計画期間：平成30（2018）年度から令和5（2023）年度までの6年間）を策定し、関係者と連携して、その推進に取り組んでいます。

こうした中、平成30（2018）年7月に医療法が改正され、医師偏在対策の強化及び外来医療の確保を図るため、都道府県において新たに計画を策定することとされました。

そのため、本県では、地域の実情を踏まえた医師の確保・偏在対策及び外来医療の確保等の対策を進めるため、

- ・ 医療法第30条の4第2項第11号に規定する「医師の確保に関する事項」について「長野県医師確保計画」
- ・ 医療法第30条の4第2項第10号に規定する「外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項」について「長野県外来医療計画」として、「第7次長野県保健医療計画」の一部に位置づけて、定めるものです。

なお、「第2期信州保健医療総合計画」における令和2（2020）年度以降の下記事項については「長野県医師確保計画」に置き換えます。

第7編 医療施策

第2章 保健医療従事者の養成・確保

第1節 医師

目 次

第1章 長野県医師確保計画

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	1
第2. 計画の位置付け・期間	1
第3. 医師数・各医療圏等に係る現状・課題	2
1 本県の現状	2
2 医師を巡る現状・課題等	4
3 医師確保対策を巡る現状・課題等	8
4 医療圏ごとの概況	11

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	21
1 県・二次医療圏の状況	21
2 医師偏在指標	22
3 医師少数区域、医師多数区域等	22
第2. 医師の確保の方針及び目標設定等	25
1 医師の確保の方針	25
2 目標設定等	25
第3. 目標を達成するための施策	28
1 県内で勤務する医師の確保	28
2 医師の養成体制の充実	28
3 地域偏在対策	29
4 診療科偏在対策	30
5 医師の働き方改革への対応	30
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	31

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	32
1 【産科】 県・二次医療圏の状況	32
2 【産科】 医師偏在指標	33
3 【産科】 相対的医師少数区域等	33
4 【小児科】 県・二次医療圏の状況	34
5 【小児科】 医師偏在指標	35
6 【小児科】 相対的医師少数区域等	35
第2. 医師の確保の方針及び偏在対策基準医師数等	36

1	【産科】医師の確保の方針	36
2	【産科】偏在対策基準医師数	36
3	【小児科】医師の確保の方針	37
4	【小児科】偏在対策基準医師数	37
第3.	目標及び施策の展開	38
1	目標	38
2	施策の展開	38
IV	計画の推進体制	39
1	実施体制	39
2	計画の進行管理・評価	40

第2章 長野県外来医療計画

外来の医療提供体制の確保

第1.	外来医療計画の策定	41
1	外来医療計画策定の背景	41
2	外来医療計画の意義	41
第2.	外来医療計画の基本的事項	42
1	外来医療計画の位置づけ	42
2	外来医療計画の記載事項・計画期間	42
第3.	外来医療に係る医療提供体制	43
1	現状と課題	43
2	外来医師偏在指標	44
3	協議の場の設置及び協議方法	46
4	施策の展開	47
5	他の施策との整合	48
第4.	医療機器の効率的な活用	50
1	現状と課題	50
2	協議の場の設置及び協議方法	52
3	施策の展開	53

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、養成数の方針等を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られたもの）

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	304,759

（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られたもの）

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られたもの）

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 調整係数 H29年度NDB	外来患者 流出入 調整係数 H29年度NDB
佐久	27	22%	0.26	0.461	0.976
上小	19	37%	0.25	0.367	1.048
諏訪	27	26%	0.25	2.557	1.021
上伊那	14	36%	0.24	0.647	0.955
飯伊	11	36%	0.21	0.407	1.003
木曽	2	0%	0.03	0.691	0.808
松本	127	19%	0.55	2.027	1.076
大北	7	0%	0.06	0.302	0.759
長野	52	33%	0.68	1.015	1.003
北信	7	14%	0.10	0.421	0.903
長野県	293	24%	2.64	1.040	1.008
全国	16,937	39%	159.51	1.000	1.000

（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」）

- 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、小児科医師数(※1)は293人です。

※1：医師・歯科医師・薬剤師調査(2016年) ※2：医療施設調査(2014年)

- 平成30年(2018年)1月1日時点の高齢化率は30%です。その時点の人口を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)に84%となる予測がされています。
- 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(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)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。

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・薬剤師統計(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、木曾、上伊那、上小、北信での不足が顕著です。また、長野は前回(平成28年(2016年))より医師数が減少しています。
- 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)

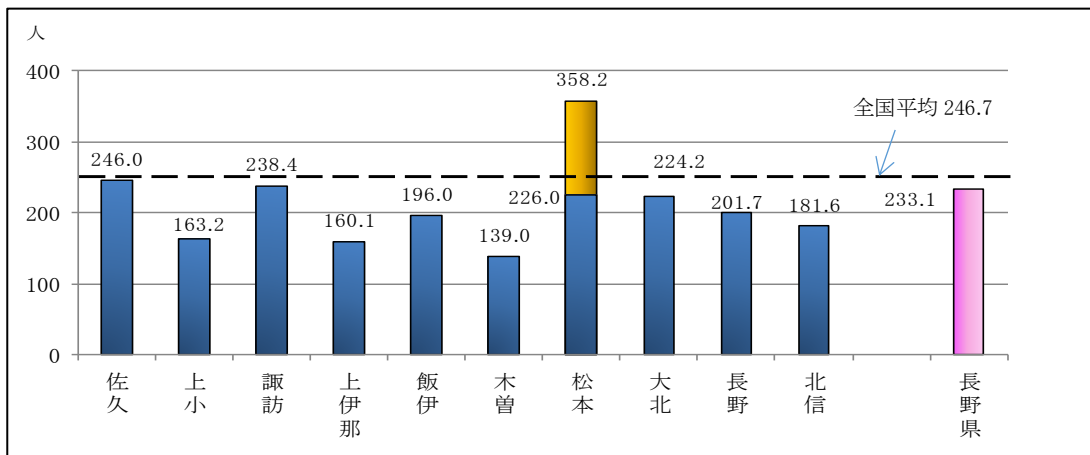
(単位:人)

区分	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	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

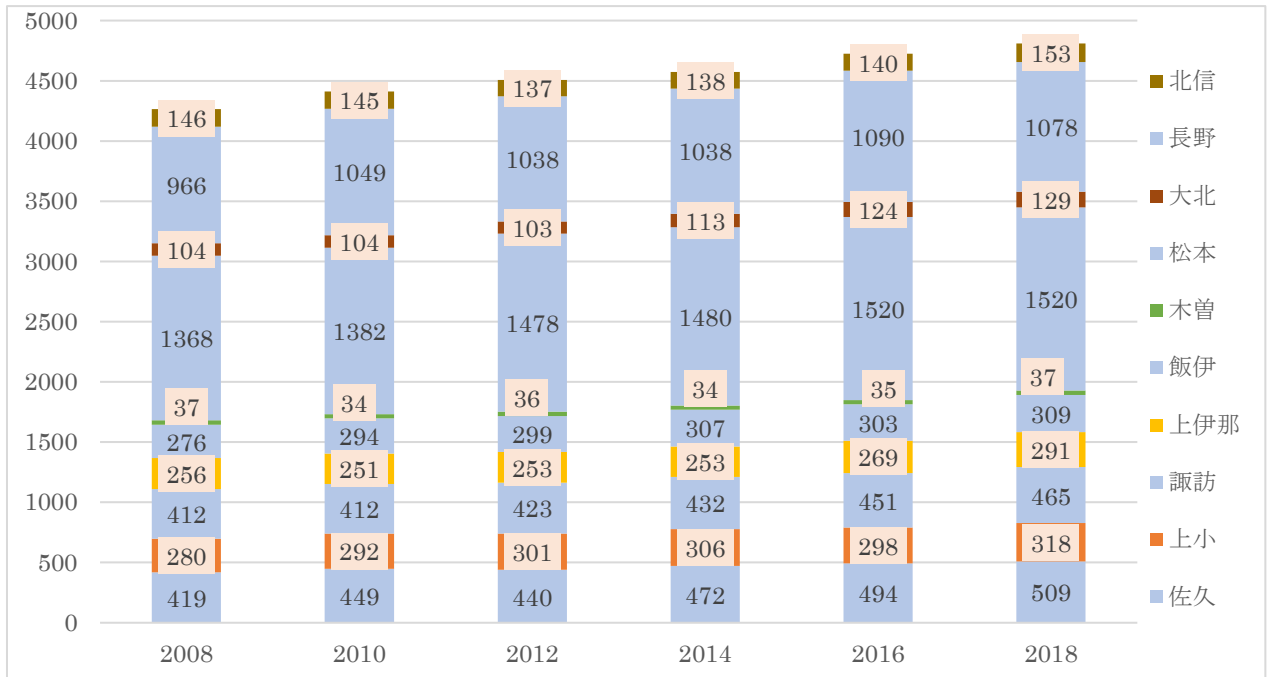
※ 松本医療圏の信州大学を除いた人口10万人対医師数:226.0人

(厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計(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・薬剤師統計(調査)」)

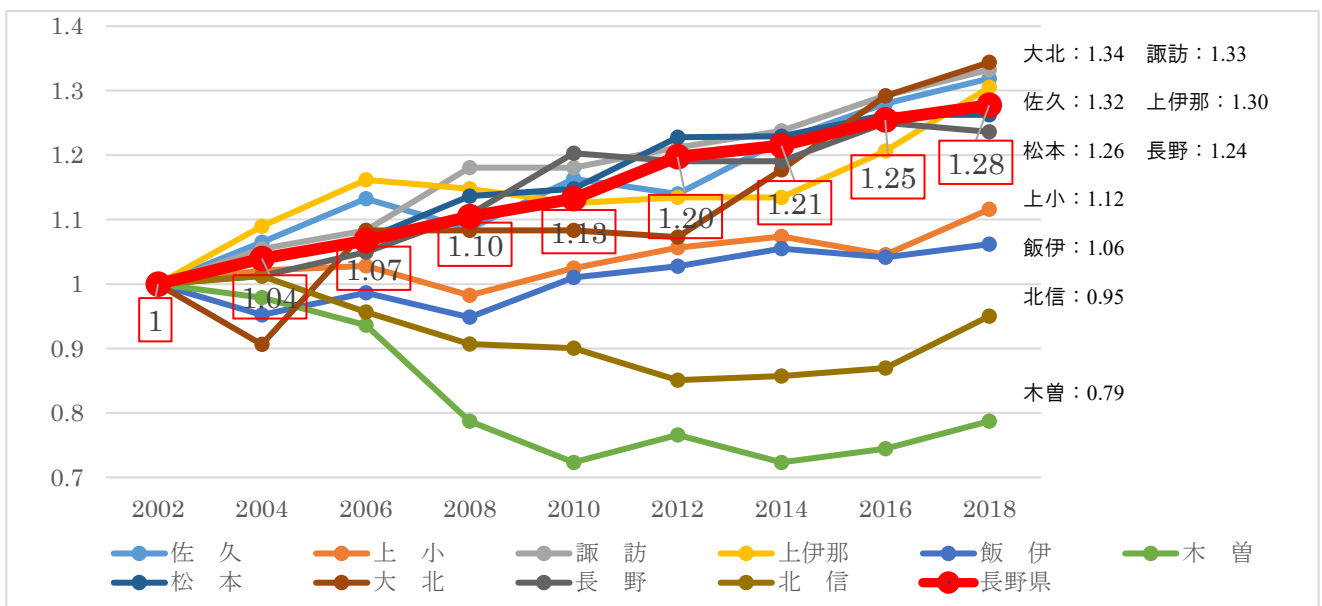
○ 平成14年(2002年)の医師数を基に、県内の医療施設従事医師数の推移をみると、県全体では1.28倍に医師数が増加しています。

一方で、医療圏ごとの医師数の推移には違いがあります。

＜医療圏ごとの医師数の推移＞(平成14年(2002年)→平成30年(2018年)の推移)

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
 木曾：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・薬剤師統計(調査)」)

(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(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)

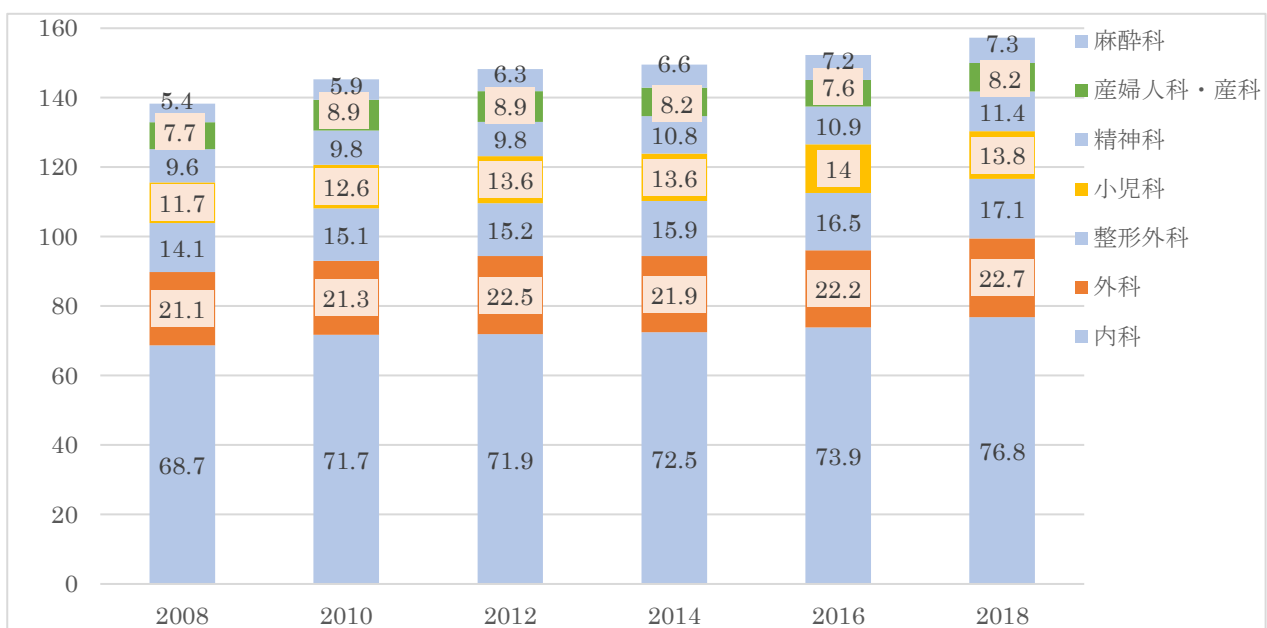
区分	内科	内科 ※1	小児科	産婦人科 ・産科	整形外科	麻酔科	外科	外科 ※2	精神科
長野県 (H28)	49.5 (48.1)	76.8 (73.9)	13.8 (14.0)	8.2 (7.6)	17.1 (16.5)	7.3 (7.2)	12.7 (12.5)	22.7 (22.0)	11.4 (10.9)
全国平均 (H28)	47.8 (47.9)	82.8 (81.1)	13.7 (13.3)	8.9 (9.0)	17.3 (16.8)	7.6 (7.2)	10.9 (11.4)	22.0 (22.0)	12.6 (12.3)

※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・薬剤師統計(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

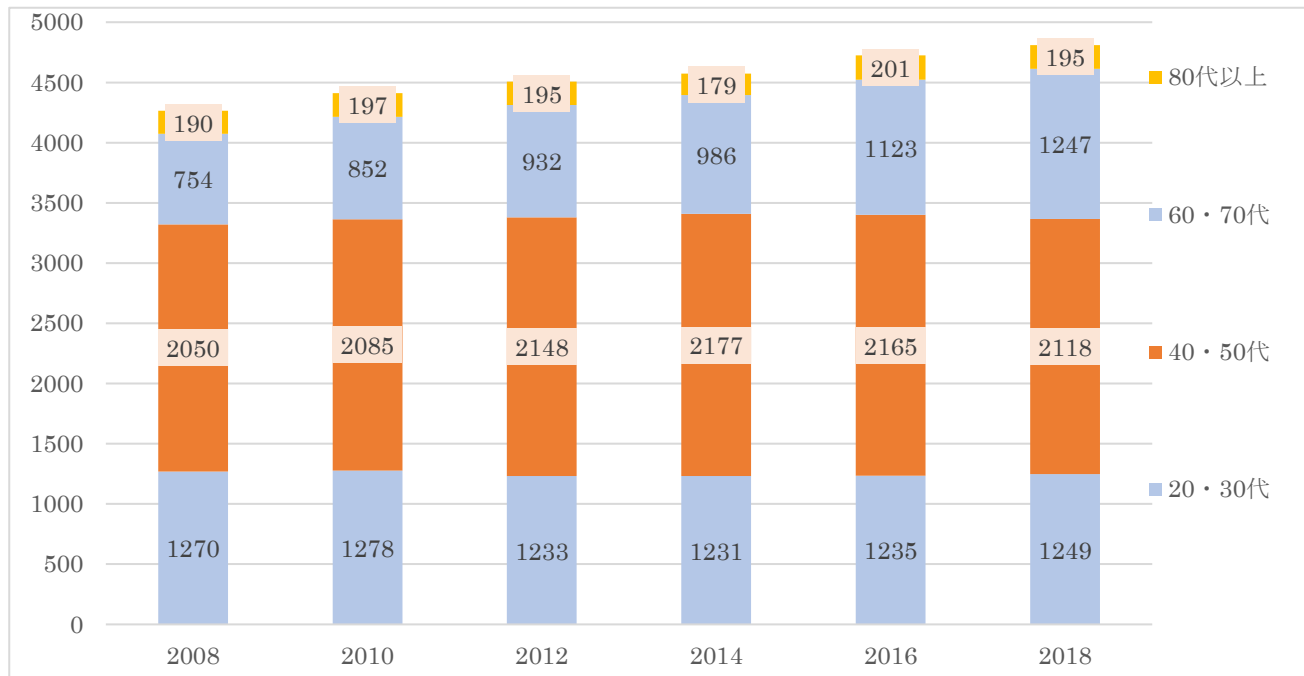


(厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計(調査)」)

(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・薬剤師統計(調査)」)

(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・薬剤師統計(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

- 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検討・協議を経て平成 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の検討・構築が必要になります。

【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 2019 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

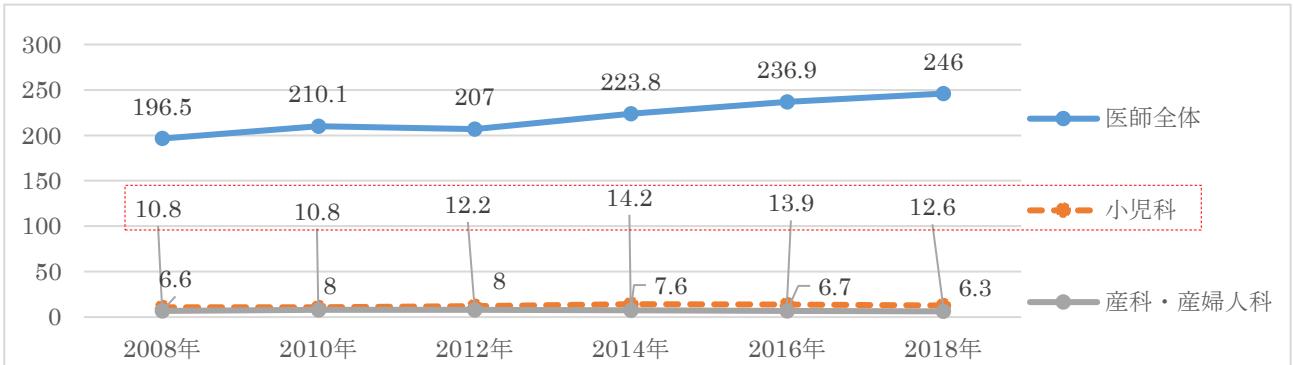
（医師確保対策室調べ）

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)】

(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・薬剤師統計(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)	2.10	2.00	1.81
年少人口(10万対)	0.26	0.23	—
分娩件数	1,684	1,355	—

※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・薬剤師統計による分析)

	構成比	
佐久医療圏内で従事	97.88%	
主たる従事先:佐久 従たる従事先:他医療圏	1.73%	内訳・〔従たる従事先が●●医療圏にある医師が、佐久医療圏で従事する時間の構成比〕 上小:0.49% 長野:0.10% 北信:0.19% 県外:0.95% (☆)
主たる従事先:他医療圏 従たる従事先:佐久	0.39%	内訳・〔主たる従事先が●●医療圏にある医師が、佐久医療圏で従事する時間の構成比〕 上小:0.18% 松本:0.17% 北信:0.13%
合計	100.00%	

☆主たる従事先が佐久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:0.53%

〔医師届出票のうち、「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

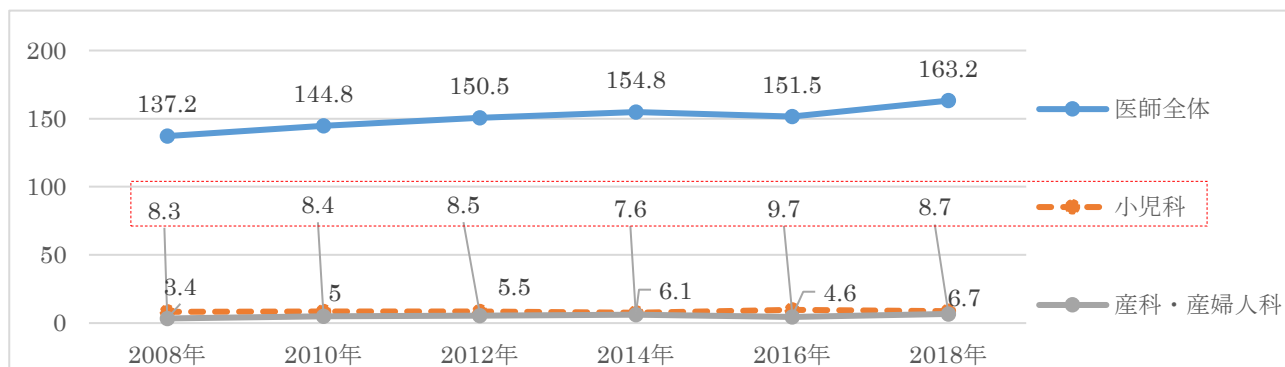
(佐久医療圏・地域医療構想調整会議における議論等から)

- 診療所に従事する医師の高齢化等により訪問診療を行う医師の確保が大きな課題である。

<上小医療圏> 【上田市、東御市、小県郡 (4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・薬剤師統計(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)	2.00	1.89	1.71
年少人口(10万対)	0.25	0.22	—
分娩件数	1,239	1,016	—

※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・薬剤師統計による分析)

	構成比	
上小医療圏内で従事	92.73%	
主たる従事先: 上小 従たる従事先: 他医療圏	4.91%	内訳 ・ (従たる従事先が●●医療圏にある医師が、 上小医療圏で従事する時間の構成比) 佐久:1.08% 飯伊:0.31% 松本:2.13% 長野:0.88% 県外0.51% (☆)
主たる従事先: 他医療圏 従たる従事先: 上小	2.36%	内訳 ・ (主たる従事先が●●医療圏にある医師が、 上小医療圏で従事する時間の構成比) 佐久:0.21% 松本:1.67% 長野:0.48%
合計	100.00%	

☆主たる従事先が上小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:1.66%

(医師届出票のうち、「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

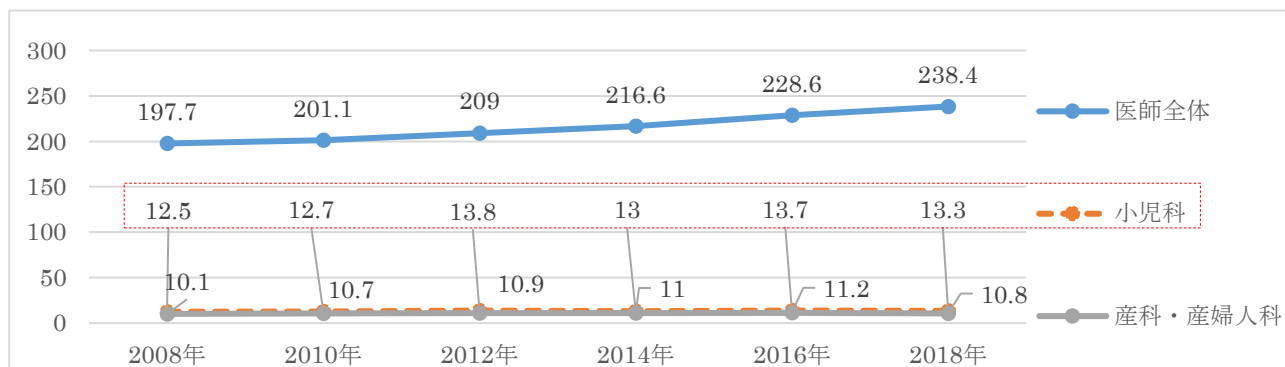
(上小医療圏・地域医療構想調整会議における議論等から)

- 医療従事者などの医療資源を確保する必要がある。

＜諏訪医療圏＞ 【岡谷市、諏訪市、茅野市、諏訪郡（6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・薬剤師統計(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)	2.00	1.85	1.60
年少人口(10万対)	0.25	0.22	—
分娩件数	1,782	1,285	—

※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・薬剤師統計による分析）

	構成比	
諏訪医療圏内で従事	95.227%	
主たる従事先：諏訪 従たる従事先：他医療圏	3.33%	内訳 ・ ・ ・ 〔 従たる従事先が●●医療圏にある医師が、 諏訪医療圏で従事する時間の構成比 飯伊：0.19% 松本：1.34% 県外：1.80% (☆) 〕
主たる従事先：他医療圏 従たる従事先：諏訪	1.45%	内訳 ・ ・ ・ 〔 主たる従事先が●●医療圏にある医師が、 諏訪医療圏で従事する時間の構成比 上伊那：0.08% 松本：1.37% 〕
合計	100.00%	

☆主たる従事先が諏訪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：0.75%

〔 医師届出票のうち、「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

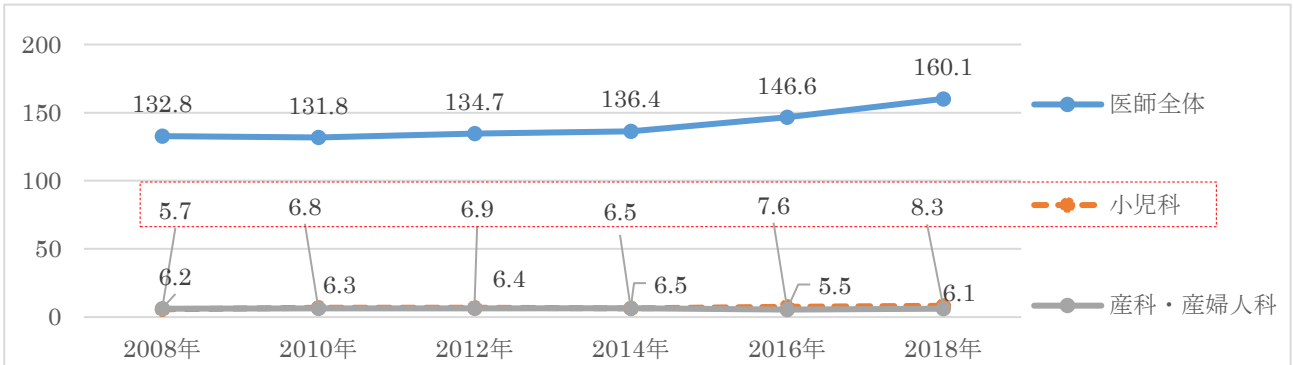
（諏訪医療圏・地域医療構想調整会議における議論等から）

- 医師の高齢化等により在宅医療を担う診療所が減少し、担い手となる医師の確保が必要。

＜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・薬剤師統計(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・薬剤師統計による分析)

	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%

(医師届出票のうち、「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

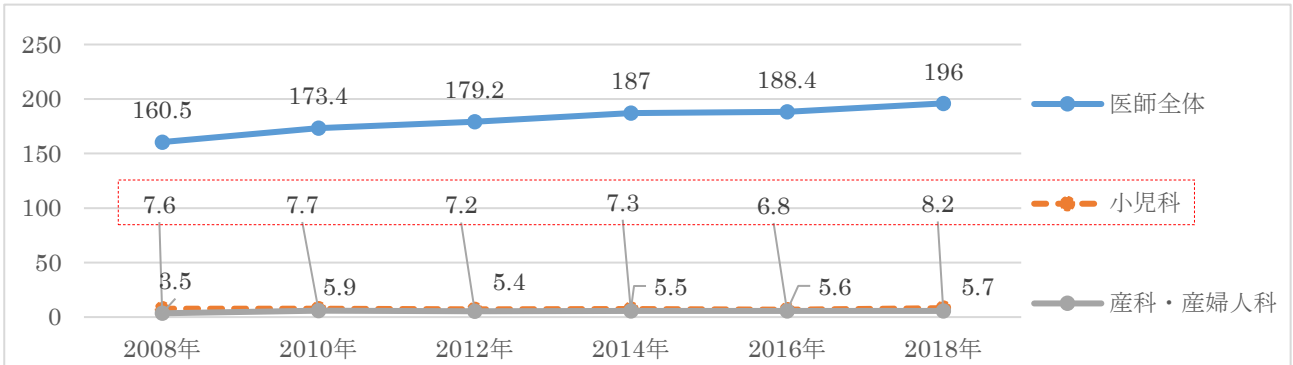
(上伊那医療圏・地域医療構想調整会議における議論等から)

- 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。

＜飯伊医療圏＞ 【飯田市、下伊那郡 (14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・薬剤師統計(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)	1.64	1.50	1.30
年少人口(10万対)	0.21	0.19	—
分娩件数	1,333	975	—

※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・薬剤師統計による分析)

	構成比	
飯伊医療圏内で従事	96.97%	
主たる従事先: 飯伊 従たる従事先: 他医療圏	1.86%	内訳 ・ (従たる従事先が●●医療圏にある医師が、飯伊医療圏で従事する時間の構成比) 上伊那: 0.47% 松本: 0.28% 県外: 1.11% (☆)
主たる従事先: 他医療圏 従たる従事先: 飯伊	1.17%	内訳 ・ (主たる従事先が●●医療圏にある医師が、飯伊医療圏で従事する時間の構成比) 上小: 0.03% 諏訪: 0.07% 上伊那: 0.32% 松本: 0.75%
合計	100.00%	

☆主たる従事先が飯伊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: 0.51%

(医師届出票のうち、「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

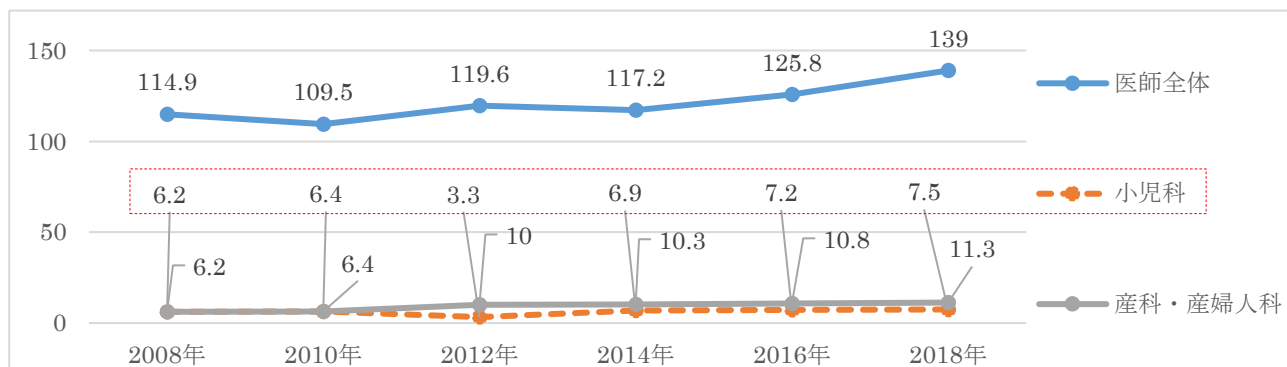
(飯伊医療圏・地域医療構想調整会議における議論等から)

- 休日・夜間の救急医療に関する課題、郡部の診療所の存続に関する課題を共有する必要がある。

<木曽医療圏> 【木曽郡 (6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・薬剤師統計(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)	0.28	0.24	0.18
年少人口(10万対)	0.03	0.02	—
分娩件数	118	100	—

※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・薬剤師統計による分析)

	構成比	
木曽医療圏内で従事	92.25%	
主たる従事先: 木曽 従たる従事先: 他医療圏	2.46%	内訳 ・ (従たる従事先が●●医療圏にある医師が、 木曽医療圏で従事する時間の構成比) 上伊那: 2.46% (☆)
主たる従事先: 他医療圏 従たる従事先: 木曽	5.29%	内訳 ・ (主たる従事先が●●医療圏にある医師が、 木曽医療圏で従事する時間の構成比) 上伊那: 0.62% 松本: 3.14% 大北: 1.54%
合計	100.00%	

☆主たる従事先が木曽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:0.62%

(医師届出票のうち、「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

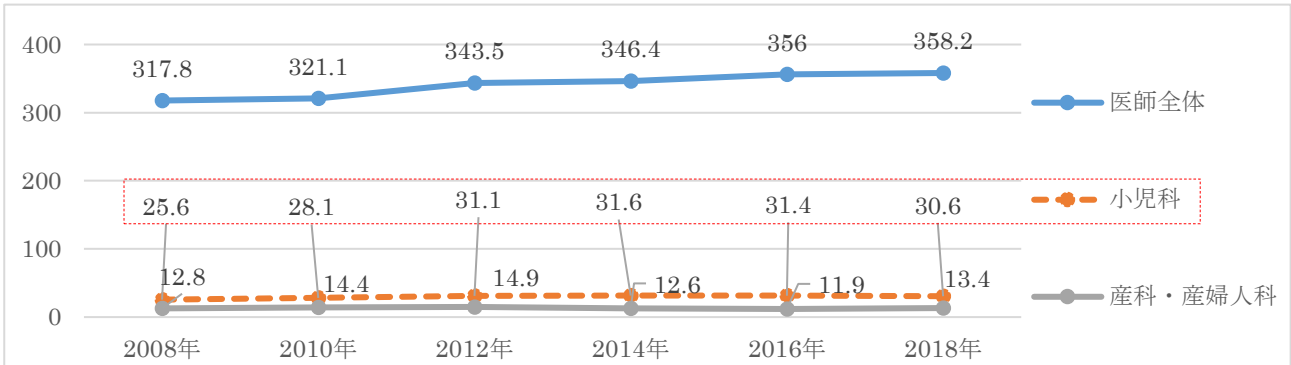
(木曽医療圏・地域医療構想調整会議における議論等から)

- 一定の強制力を持った医師少数区域への医師配置、偏在解消措置が必要である。

＜松本医療圏＞ 【松本市、塩尻市、安曇野市、東筑摩郡（8市村）】

(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・薬剤師統計(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)	4.29	4.17	3.88
年少人口(10万対)	0.55	0.50	—
分娩件数	3,431	3,004	—

※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・薬剤師統計による分析)

	構成比	
松本医療圏内で従事	87.89%	
主たる従事先:松本 従たる従事先:他医療圏	11.48%	内訳・〔従たる従事先が●●医療圏にある医師が、松本医療圏で従事する時間の構成比〕 佐久:0.29% 上小:1.85% 諏訪:2.28% 上伊那:1.95% 飯伊:0.90% 木曾:0.35% 大北:1.12% 長野:2.08% 北信:0.34% 県外:0.32% (☆)
主たる従事先:他医療圏 従たる従事先:松本	0.62%	内訳・〔主たる従事先が●●医療圏にある医師が、松本医療圏で従事する時間の構成比〕 上小:0.13% 諏訪:0.10% 上伊那:0.01% 飯伊:0.01% 大北:0.10% 長野:0.15% 北信:0.11% 県外:0.01%
合計	100.00%	

☆主たる従事先が松本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:2.36%

〔医師届出票のうち、「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

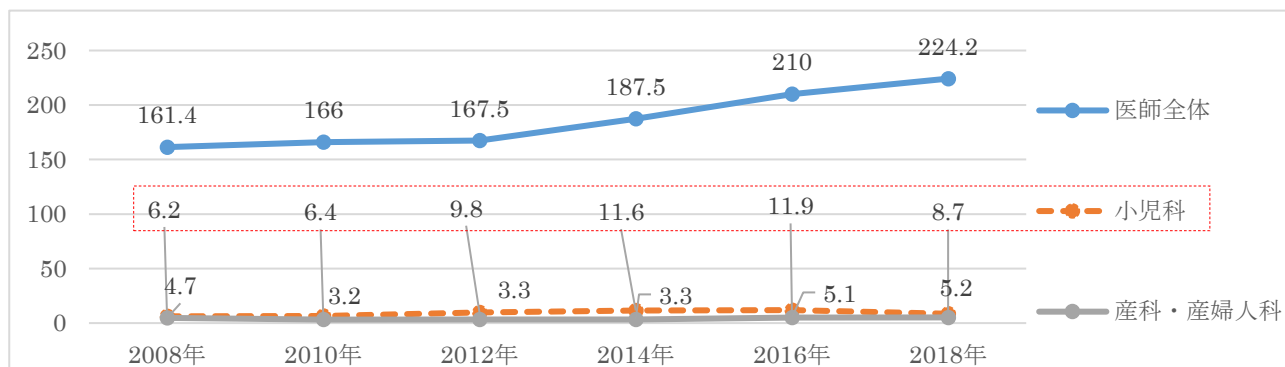
(松本医療圏・地域医療構想調整会議における議論等から)

- 医師、看護師等の人材確保を課題とする病院が多い。

＜大北医療圏＞ 【大町市、北安曇郡（5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・薬剤師統計(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)	0.60	0.54	0.45
年少人口(10万対)	0.06	0.05	—
分娩件数	102	45	—

※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・薬剤師統計による分析)

	構成比	
大北医療圏内で従事	91.75%	
主たる従事先:大北 従たる従事先:他医療圏	4.80%	内訳 ・ 〔 従たる従事先が●●医療圏にある医師が、大北医療圏で従事する時間の構成比 〕 木曾:0.42% 松本:3.00% 長野:1.38% (☆)
主たる従事先:他医療圏 従たる従事先:大北	3.45%	内訳 ・ 〔 主たる従事先が●●医療圏にある医師が、大北医療圏で従事する時間の構成比 〕 松本:3.45%
合計	100.00%	

☆主たる従事先が大北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:1.94%

〔 医師届出票のうち、「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

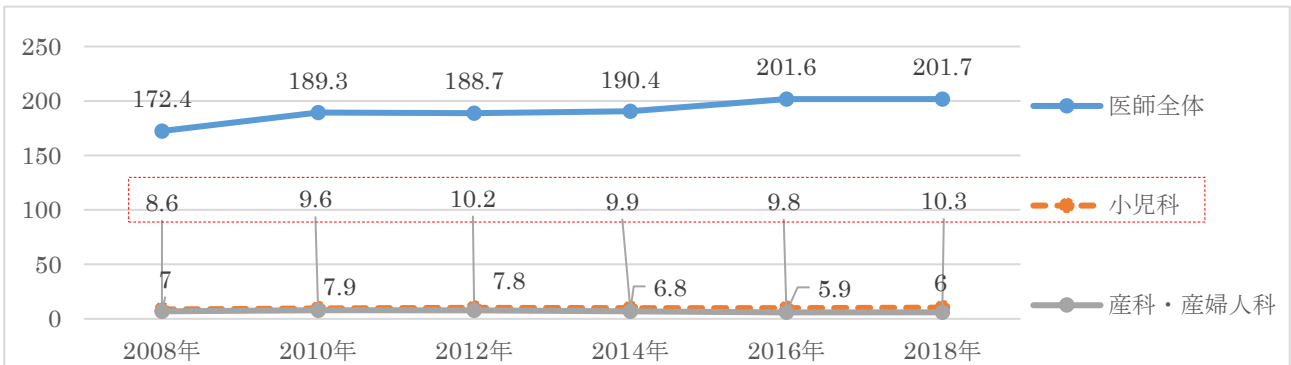
(大北医療圏・地域医療構想調整会議における議論等から)

- 地域で子どもを安心して産み育てられる環境を維持していくため、産科、小児科診療の充実を図ることが必要である。

＜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）】

(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・薬剤師統計(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)	5.49	5.19	4.69
年少人口(10万対)	0.69	0.59	—
分娩件数	4,154	3,038	—

※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・薬剤師統計による分析)

	構成比	
長野医療圏内で従事	95.86%	
主たる従事先:長野 従たる従事先:他医療圏	3.13%	内訳 ・ ・ (従たる従事先が●●医療圏にある医師が、長野医療圏で従事する時間の構成比) 上小:0.50% 松本:1.17% 北信:0.82% 県外:0.64% (☆)
主たる従事先:他医療圏 従たる従事先:長野	1.01%	内訳 ・ ・ (主たる従事先が●●医療圏にある医師が、長野医療圏で従事する時間の構成比) 佐久:0.05% 上小:0.16% 上伊那:0.08% 松本:0.60% 大北:0.04% 北信:0.02% 県外:0.06%
合計	100.00%	

☆主たる従事先が長野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:0.77%

(医師届出票のうち、「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

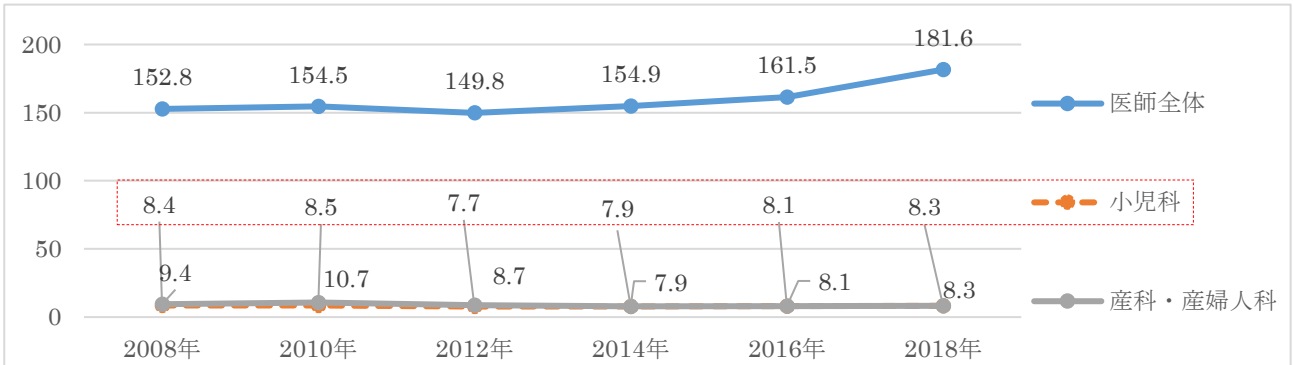
(長野医療圏・地域医療構想調整会議における議論等から)

- 在宅医療を担う医師や医療機関等の負担、看護職の人材不足などの課題がある。

＜北信医療圏＞ 【中野市、飯山市、下高井郡、下水内郡（6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・薬剤師統計(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)	0.90	0.78	0.63
年少人口(10万対)	0.10	0.08	—
分娩件数	795	640	—

※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・薬剤師統計による分析)

	構成比	
北信医療圏内で従事	92.70%	
主たる従事先:北信 従たる従事先:他医療圏	4.56%	内訳 ・ (従たる従事先が●●医療圏にある医師が、北信医療圏で従事する時間の構成比) 佐久:0.62% 松本:2.59% 長野:1.35% (☆)
主たる従事先:他医療圏 従たる従事先:北信	2.74%	内訳 ・ (主たる従事先が●●医療圏にある医師が、北信医療圏で従事する時間の構成比) 佐久:0.07% 松本:0.87% 長野:1.81%
合計	100.00%	

☆主たる従事先が北信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:1.42%

(医師届出票のうち、「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

(北信医療圏・地域医療構想調整会議における議論等から)

- 医師、看護師ともに人口10万人当たり従事者数が県平均を下回っており、医療従事者の確保が課題である。

Ⅱ 全診療科における医師確保計画

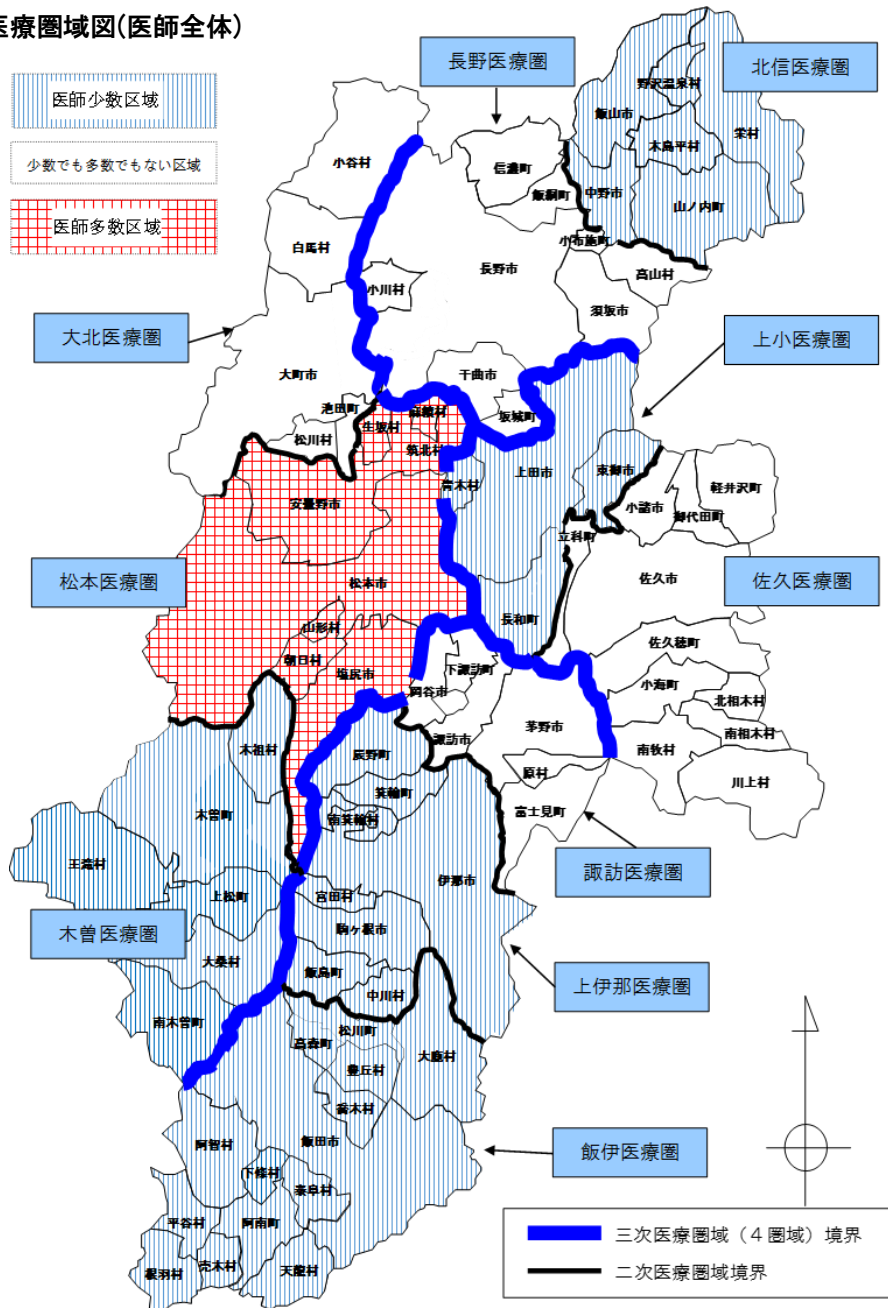
第1 医師偏在指標、医師少数区域・医師多数区域等

1 県・二次医療圏の状況

区分	県	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信
指標	202.5	197.4	130.5	196.7	141.4	153.8	130.8	325.3	174.2	177.3	154.7
標準化 医師数	4,698.5	506.5	276.9	451.9	261.0	295.7	33.7	1,542.1	116.5	1,075.5	139.0
人口 10万対	21.14	2.10	2.00	2.00	1.86	1.64	0.28	4.29	0.60	5.49	0.90
標準化 受療率比	1.10	1.22	1.06	1.15	0.99	1.18	0.93	1.11	1.11	1.11	1.00

※指標 = 標準化医師数(人) / (人口10万対 × 標準化受療率比)

【図6】長野県医療圏域図(医師全体)

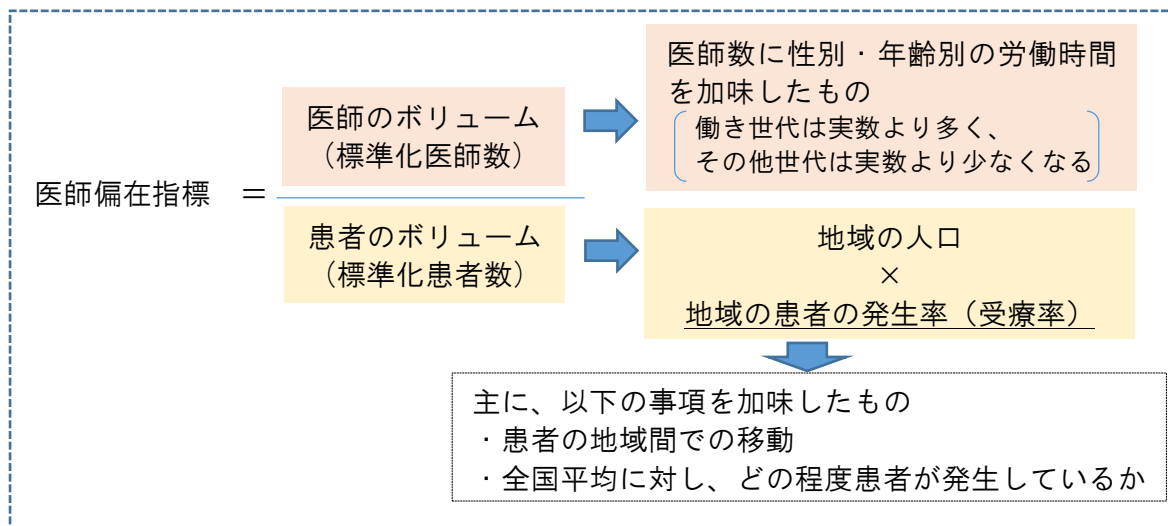


2 医師偏在指標

- 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

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

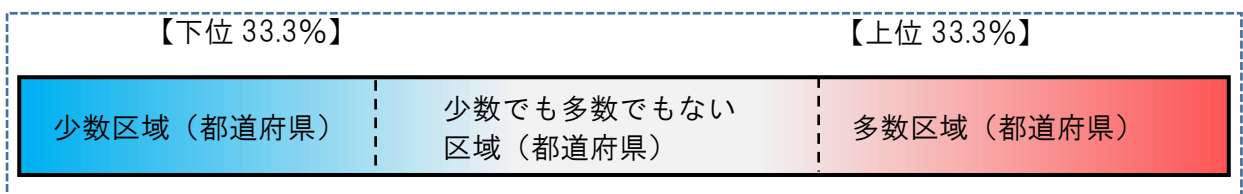


(2) 医師偏在指標の性質

- 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です。



※本県・医師少数県

本県の偏在指標	下位 33.3%の基準
202.5	215.6

少数区域の偏在指標	下位 33.3%の基準	少数でも多数でもない区域の偏在指標	上位 33.3%の基準	多数区域の偏在指標
上小：130.5 木曾：130.8 上伊那：141.4 飯伊：153.8 北信：154.7	161.6	大北：174.2 長野：177.3 諏訪：196.7 佐久：197.4	198.0	松本 325.3

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
佐久	佐久市 (旧望月町の区域)、小海町	いずれも、過疎地域
松本	安曇野市 (旧穂高町、旧堀金村の区域)	豪雪地帯
大北	大町市 (旧八坂村を除いた地域)	豪雪地帯
長野	長野市 (旧信州新町他の区域)、信濃町	いずれも、過疎地域・豪雪地帯
	飯綱町	豪雪地帯

- 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

<②の要件を満たす地域>

医療圏	病院、診療所のうち、診療所のみ存在する 旧町村域（平成の大合併により市域になった地域）	病院、診療所のうち、診療所のみ存在する 町村域
佐久	佐久市内の1地域 旧浅科村	川上村 南牧村 南相木村 北相木村 立科町
諏訪	—	原村
松本	松本市内の4地域 旧四賀村 旧奈川村 旧安曇村 旧梓川村 塩尻市内の1地域 旧檜川村 安曇野市内の2地域 旧明科町 旧堀金村	麻績村 生坂村 山形村 朝日村 筑北村
大北	大町市内の2地域 旧八坂村 旧美麻村	白馬村 小谷村
長野	長野市内の5地域 旧豊野町 旧戸隠村 旧鬼無里村 旧大岡村 旧中条村 千曲市内の1地域 旧戸倉町	坂城町 高山村、小川村

※留意事項

医師確保計画においては、前述のとおり、国が一定の条件下で機械的に算定した医師偏在指標を基に設定した医師少数区域において、医師の確保を重点的に推進するものと定められています。（医師偏在指標のみで、医師不足の状況を判断できるものではなく、また、必ずしも地域医療の実態を十分に反映できていません。）

県としては、医師少数区域・医師少数スポットについては、国の考えを踏まえた上で、さらに、当該地域のニーズに応じた医療を継続的に提供するため、体制の維持・向上に努めていく必要がある地域等と位置づけ、指定します。

- 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。

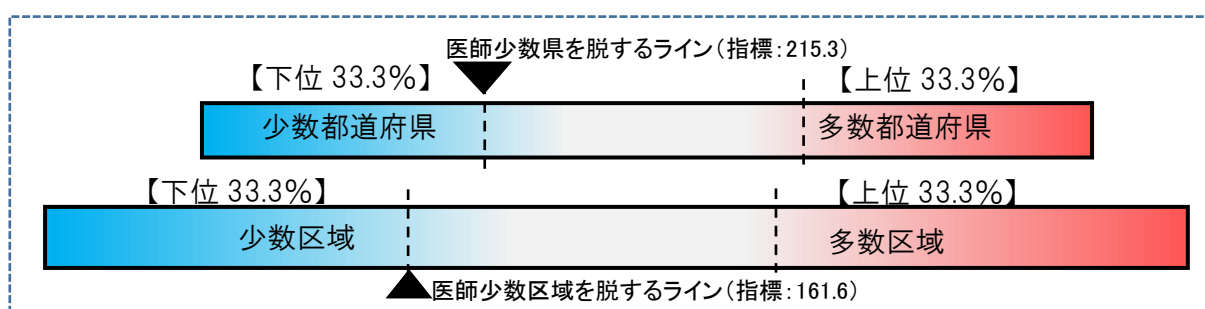
第2 医師の確保の方針及び目標設定等

1 医師の確保の方針

医師少数県に位置付けられている本県及び県内にある10の二次医療圏では、地域のニーズや医療機関の役割に応じた医師の養成・配置及び持続可能な提供体制の構築による、暮らしの安心を確保していくため、真に必要な医師数の確保を図ることとします。

2 目標設定等

- 国が策定した「医師確保計画策定ガイドライン」等においては、今計画の最終年である令和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。



【県・二次医療圏の状況、国から示された目標医師数等】

医療圏	県全体	上小	上伊那	飯伊	木曾	北信
区分	少数	少数	少数	少数	少数	少数
標準化医師数(A) 【2016 三師調査】	4,698.5 【4,724】	276.9 【298】	261.0 【269】	295.7 【303】	33.7 【35】	139.0 【140】
目標医師数(B)	4,705	322	276	283	35	125
B-A	6.5	45.1	15.0	▲12.7	1.3	▲14.0

医療圏	佐久	諏訪	大北	長野	松本	二次医療圏計
区分	(普通)	(普通)	(普通)	(普通)	多数	—
標準化医師数(A) 【2016 三師調査】	506.5 【494】	451.3 【451】	116.5 【124】	1,075.5 【1,090】	1,542.1 【1,520】	4,698.2 【4,724】
目標医師数(B)	395	346	99	941	740	3,562
B-A	▲111.5	▲105.3	▲17.5	▲134.5	▲802.1	▲1,136.2

【目標設定の考え方・医療圏ごとの目標】

- 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るとともに、「第7次長野県保健医療計画」及び「長野県地域医療構想」の記載内容を基にして、整理しました。
- なお、令和2年度(2020年度)以降、国では医師の時間外労働規制に係る制度の検討・構築や、医師養成数の方針に係る検討・見直し等、確保・養成数に影響を及ぼす可能性のあるものが明確になる見込みであることから、計画推進の中で適時に目標も含め、必要な見直し等を行います。

<医療圏ごとの目標>

県民の暮らしの安心の確保のため、医療圏ごとに目標を設定します。

□県全体(三次医療圏)

地域ニーズや医療機関の役割に応じた医師の養成・配置及び持続可能な医療提供体制の構築による、県民の暮らしの安心の確保

医師少数区域

□上小医療圏

二次救急医療が地域内で完結されるとともに、他地域からの流入も含めた回復期医療や慢性期医療と医療圏内の一般診療が持続的に提供される体制の確保

□木曾医療圏

急性期から慢性期まで幅広い医療機能を担う木曾病院と、外来機能を担う診療所の役割に応じた、医療提供体制の確保

□上伊那医療圏

医療圏内における病院間の機能分化・連携が維持されるとともに、救急医療及び需要が高まる在宅医療の持続的な提供が可能となるような体制の確保

□飯伊医療圏

地域内の医療機能の分担体制を維持するとともに、診療所医師の高齢化や後継者不足により厳しい状況となる休日夜間の救急医療や郡部の医療体制の確保

□北信医療圏

多くの中山間地域や特別豪雪地帯を抱える中で、在宅医療や二次救急医療(特に整形外科)が持続的に提供される体制の確保

医師少数でも多数でもない区域

□大北医療圏

多くの中山間地域や特別豪雪地帯を抱える中で、在宅医療や二次救急医療が持続的に提供されるとともに、少子化対策や定住促進の観点から、産科、小児科医療の持続的な提供が可能となるような体制の確保

□長野医療圏

他地域からの流入も含めた二次及び三次救急や高度医療等(※)と、医療圏内の一般診療が持続的に提供されるとともに、需要が高まる在宅医療の持続的な提供が可能となるような体制の確保

※感染症対策、災害医療も含む

□諏訪医療圏

他地域からの流入も含めた高度医療・がん医療や小児医療等と、医療圏内の一般診療が持続的に提供されるとともに、需要が高まる在宅医療の持続的な提供が可能となるような体制の確保

□佐久医療圏

他地域からの流入も含めた急性期医療やがん医療等と、医療圏内の一般診療が持続的に提供されるとともに、需要が高まる在宅医療の持続的な提供が可能となるような体制の確保

医師多数区域

□松本医療圏

県内全域からの流入や県内医療全体の充実に対応する高度先進医療や急性期医療等と、在宅医療を含む医療圏内の一般診療が持続的に提供されるとともに、医師の養成や育成等を行う体制の確保

※参考値（医師の数の目標について、その達成に向け参考とする数値）

県全体（三次医療圏）		2018年：4809人 ⇒ 2023年：5314人
少数区域	上小医療圏	2018年：318人 ⇒ 2023年：362人
	木曾医療圏	2018年：37人 ⇒ 2023年：45人
	上伊那医療圏	2018年：291人 ⇒ 2023年：331人
	飯伊医療圏	2018年：309人 ⇒ 2023年：351人
	北信医療圏	2018年：153人 ⇒ 2023年：174人
少数でも 多数でも ない区域	大北医療圏	2018年：129人 ⇒ 2023年：141人
	長野医療圏	2018年：1078人 ⇒ 2023年：1176人
	諏訪医療圏	2018年：465人 ⇒ 2023年：507人
	佐久医療圏	2018年：509人 ⇒ 2023年：555人
多数区域	松本医療圏	2018年：1520人 ⇒ 2023年：1672人

<参考値の算定根拠等>

次のとおり、区域の分類に応じて、過去16年間(2002年～2017年)の実績・伸び率を適用して算定

少数区域 … 4年スパンの最高伸び率のうち最上位のもの(2.61% 2007年～2010年・少数でも多数でもない区域)

多数区域 … 16年スパンの平均伸び率のうち10医療圏のもの(1.45%⇒「県平均」)

少数でも多数でもない区域 … 16年スパンの平均伸び率のうち「県平均」より一つ上位のもの(1.75% 多数区域)

第3 目標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の維持、地元出身者枠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。

【継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等を通じて本県における暮らしの魅力をしっかり情報発信していくとともに、県・市町村が連携して、医師及び家族が子どもの教育や子育てなどを行う上で暮らしやすい生活環境の整備により、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 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。

【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や、高校等との連携による大学進学前後における継続的な支援等を通じ、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。

【継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・県が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、県地域医療対策協議会で協議したうえで国に対して必要な見直しを求めています。

3 地域偏在対策

方針 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等の優先的な配置を行います。
- 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(科学的データ等を踏まえた配置を含む)や、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や派遣医師に対する教育の充実により、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(※)の活用等を通じて、中山間地域における在宅医療を確保するとともに、当該認定を希望する医師が医師少数区域等で勤務し、かつ認定取得後も勤務を継続できるよう支援を行います。

※ 医師少数区域等において、6か月以上、診療、保健指導、他機関との連携等を行った医師を厚生労働大臣が認定する制度。(2020年4月から開始)

【継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、医師不足病院等へ効果的な配置に努めます。
- 誰もが住み慣れた場所で安心して暮らせる持続可能な地域の基盤となる道路網等インフラ整備や公共交通の充実を通じて、地域の医療を担う医療機関が地域で求められる医療を提供し続けられるよう地域医療の確保に努めます。また、各医療圏の課題を自主的に解決しようとする取組への支援により、地域の実情に応じた医師の確保・定着を図ります。
- 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、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、国に対して要請します。

4 診療科偏在対策

方針 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、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、総合的な医療を行う医師（総合診療専門医等）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、現状データを基に疾病ごとの診療実績と診療科ごとの医師配置について、各診療科医師の効率的な配置を検討し、仕組みを構築します。

【継続的に取り組む施策】

- 医師研究資金貸与事業の実施等を通じ、国の統計・調査を基に医師不足が顕著とされる産科・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・外科を目指す臨床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高度救急、専門医療や在宅、へき地医療等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（「B水準」対象医療機関）においては、先端技術やICT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、その汎用化を推進します。

☆ 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。

【継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、必要な支援を実施します。
- 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等、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・県が一体となり、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。

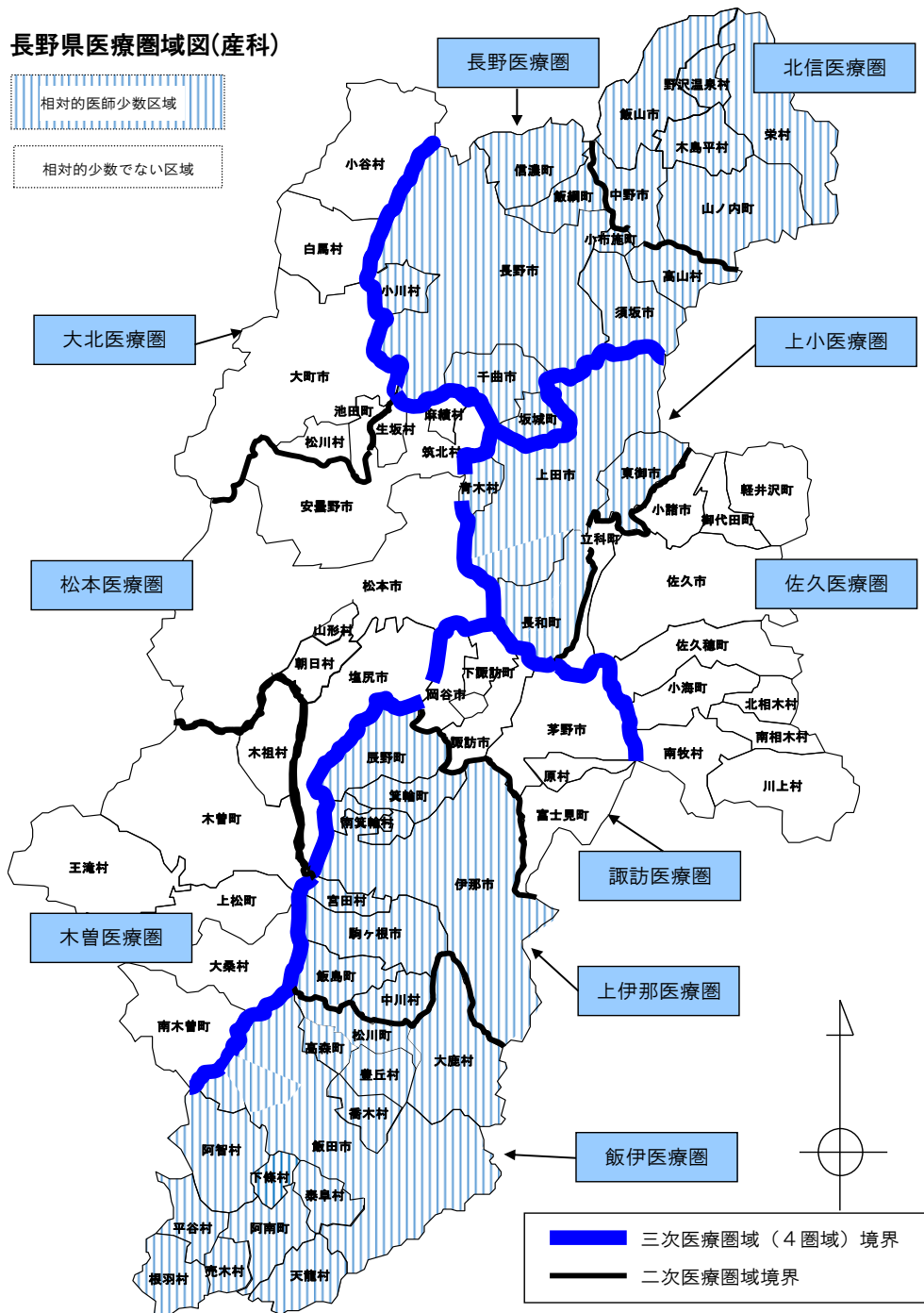
Ⅲ 産科・小児科における医師確保計画

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	木曾	松本	大北	長野	北信
指標	10.7	9.5	7.4	13.4	7.0	7.9	24.6	15.2	38.2	8.9	8.5
産科 医師数	160	14	9	22	10	9	3	51	3	32	7
分娩件数	15,866	1,684	1,239	1,782	1,228	1,333	118	3,431	102	4,154	795

【図7】長野県医療圏域図(産科)



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

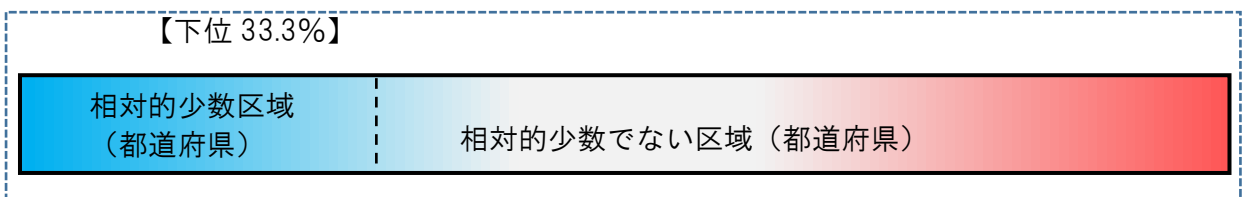
$$\text{産科における医師偏在指標} = \frac{\text{標準化産科・産婦人科医師数}}{\text{分娩件数} \div 1,000 \text{件}}$$

(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します。



※本県・相対的医師少数県

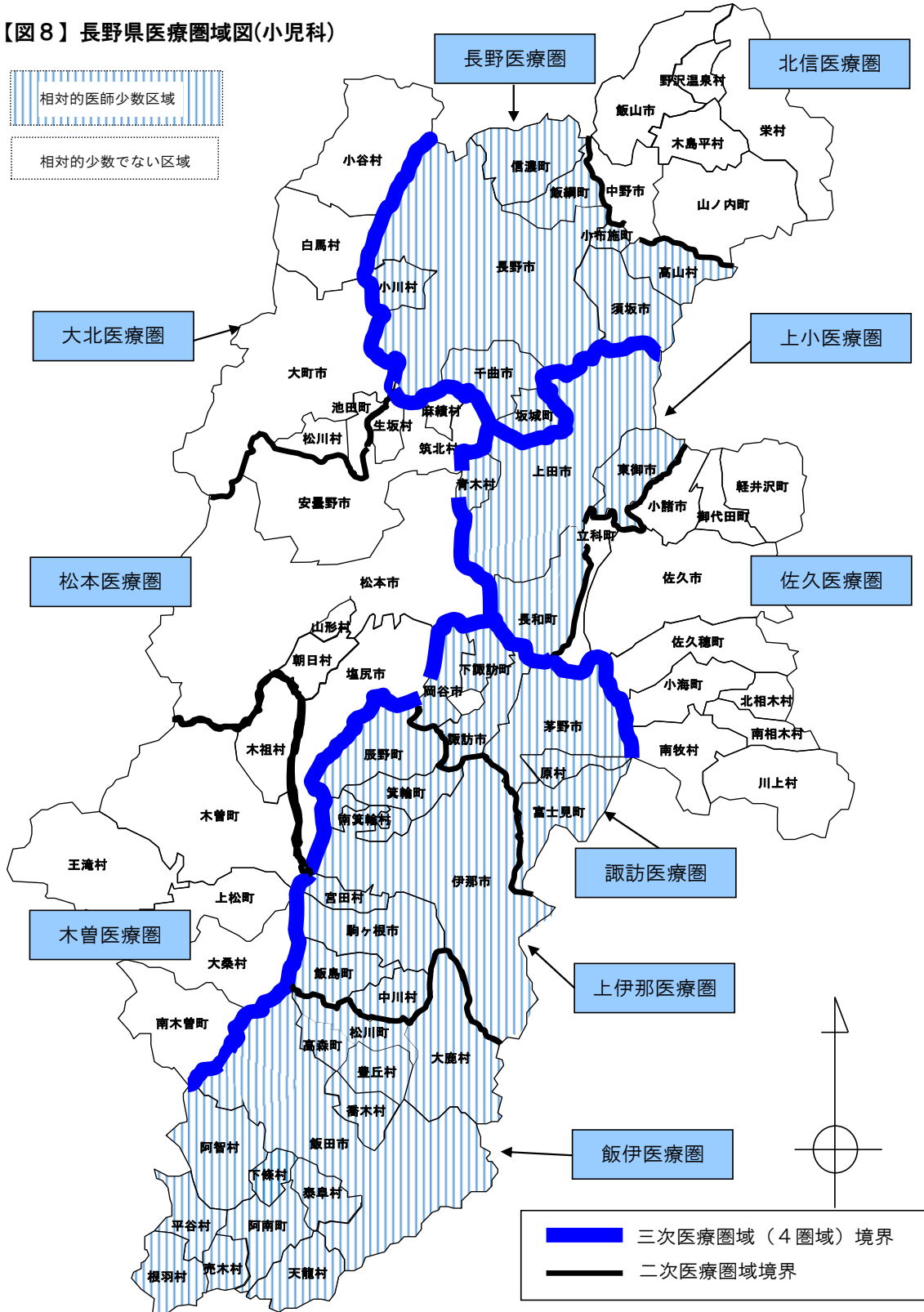
本県の偏在指標	下位 33.3%の基準
10.7	11.3

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
上伊那：7.0 上小：7.4 飯伊：7.9 北信：8.5 長野：8.9	9.2	佐久：9.5 諏訪：13.4 松本：15.2 木曾：24.6 大北：38.2

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	木曾	松本	大北	長野	北信
指標	112.0	119.7	78.3	81.9	64.4	57.5	131.3	188.2	151.5	75.8	98.5
小児科 医師数	293	27	19	27	14	11	2	127	7	52	7
年少人口 10万対	2.64	0.26	0.25	0.25	0.24	0.21	0.03	0.55	0.06	0.68	0.10

【図8】長野県医療圏域図(小児科)

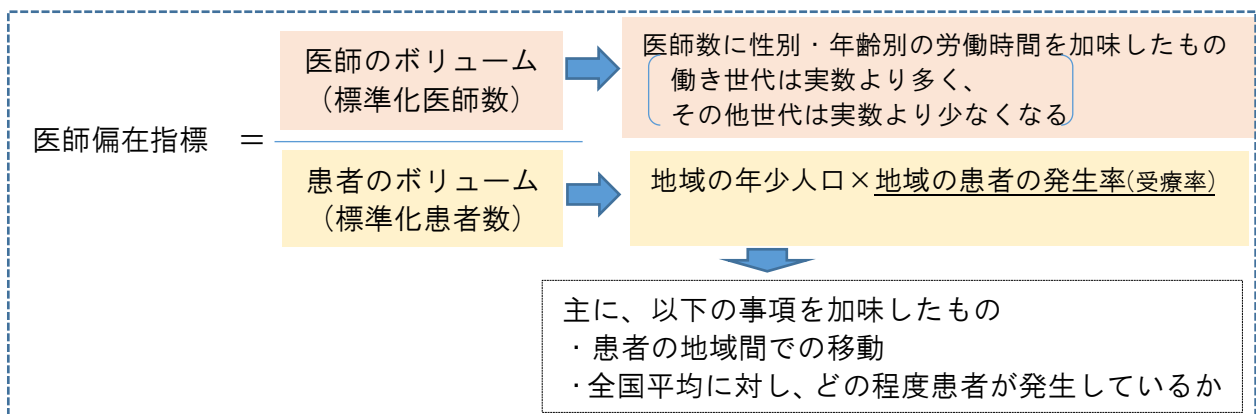


5 【小児科】医師偏在指標

- 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

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

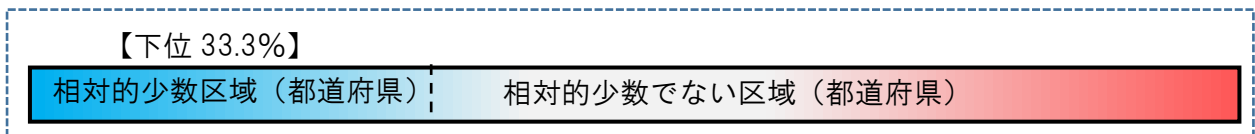


(2) 医師偏在指標の性質

- 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します。



※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
98.4	112.0

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：57.5 上伊那：64.4 長野：75.8 上小：78.3 諏訪：81.9	85.4	北信：98.5 佐久：119.7 木曾：131.3 大北：151.5 松本：188.2

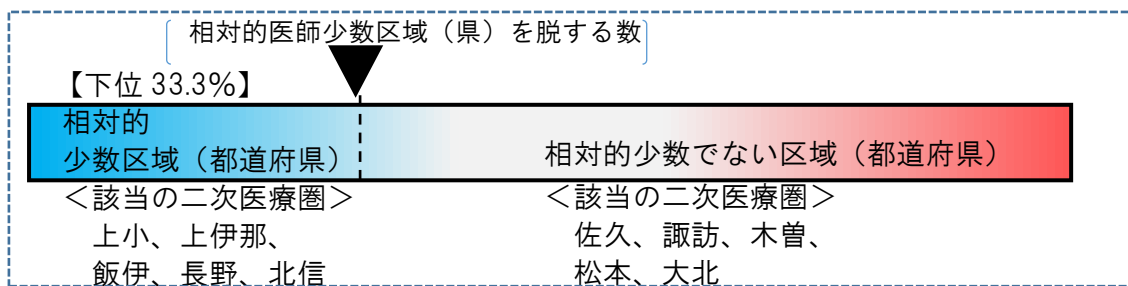
第2 医師の確保の方針及び偏在対策基準医師数等

1 【産科】医師の確保の方針

- 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5医療圏（上小、上伊那、飯伊、長野、北信）では、
 - ・絶対数の不足による医師の確保に困難を来していることから、産科医の確保を図る、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5医療圏(佐久、諏訪、木曾、松本、大北)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産科医の確保を図る、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。また、労働環境に鑑みて、相対的医師少数区域の該当の有無を問わず、医師が不足している状況を踏まえ、医療の提供体制整備に配慮した施策推進が必要です。



【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	北信
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	相対的少数
産科医師数	160	9	10	9	32	7
偏在対策基準医師数	149.1	9.8	10.7	9.6	29.2	6.6

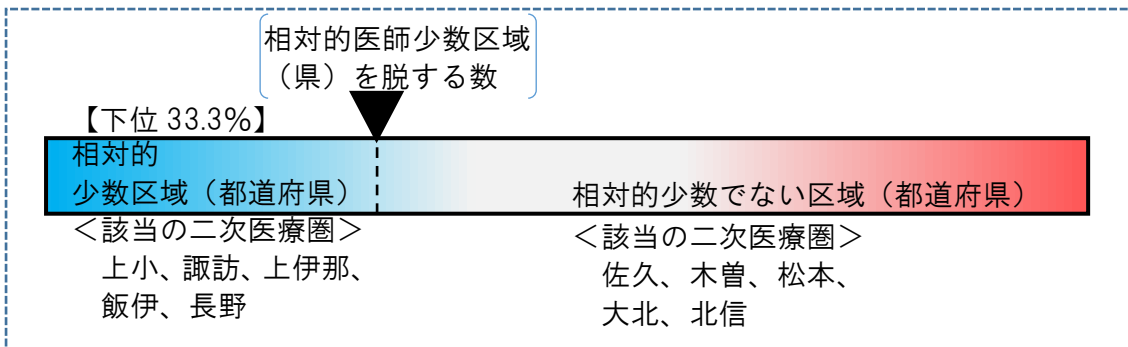
医療圏	佐久	諏訪	木曾	松本	大北
区分	(普通)	(普通)	(普通)	(普通)	(普通)
産科医師数	14	22	3	51	3
偏在対策基準医師数	12.8	12.6	1.0	27.8	0.5

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5医療圏（上小、諏訪、上伊那、飯伊、長野）では、
 - ・絶対数の不足による医師の確保に困難を来していることから、小児科医の確保を図る、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5医療圏(佐久、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小児科医の確保を図る、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。また、労働環境に鑑みて、相対的医師少数区域の該当の有無を問わず、医師が不足している状況を踏まえ、医療の提供体制整備に配慮した施策推進が必要です。



【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	諏訪	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
小児科医師数	19	27	14	11	52
偏在対策基準医師数	17	24	16	14	50

医療圏	県全体	佐久	木曽	松本	大北	北信
区分	(普通)	(普通)	(普通)	(普通)	(普通)	(普通)
小児科医師数	293	27	2	127	7	7
偏在対策基準医師数	229	17	1	55	3	6

第3 目標及び施策の展開

1 目標

本県及び県内のすべての二次医療圏では、若い世代が、安心して子育てを楽しむことができるよう、次のことを目指します。

- ・ 地域で子どもを安心して産み育てられる環境の整備
- ・ 産科医師や小児科医師が、県内の医療機関で働き続けられる環境の整備

2 施策の展開

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、次の施策に取り組んでまいります。

(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、医療圏や医療機関の連携を図ることにより、小児医療体制を維持します。

(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。また、病院の勤務環境改善の取組に対する支援により、産科・小児科において比較的多い女性医師の確保・定着を図ります。
- 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するとともに、助産師の対応力向上や病院関係者の理解促進を通じて、院内助産に取り組む病院の増加を図ります。

IV 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）

※令和2(2020)年度から、医師・看護人材確保対策課

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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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

(3) 長野県医師臨床研修指定病院等連絡協議会

- 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
- 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

2 計画の進行管理・評価

- 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。
- 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、課題を抽出します。
- 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・見直しに反映させます。

外来の医療提供体制の確保（外来医療計画）

第1 外来医療計画の策定

1 外来計画策定の背景

- 外来医療については、地域で中心的に外来医療を担う無床診療所の開業が都市部に偏り、地域においては、身近な医療機関として安心して受診することに支障を来たすおそれがあることから、外来医療に係る医療提供体制の確保を進めていくことが求められています。
- こうしたことから、各地域の外来医療の提供状況を可視化し、外来医療に関わる関係者の取組を進めていくことが必要であることから、医療法の改正により、県が定める第7次長野県保健医療計画の一部として、外来医療計画が策定されることになりました。
- 本県においては、現行の医療計画と同様、第2期信州保健医療総合計画の一部として、外来医療計画を策定します。

2 外来医療計画の意義

- 本県では、これまでも外来医療に係る医療提供体制を構築する方策として、地域医療支援病院の整備による病院と診療所の連携体制の構築や、かかりつけ医、かかりつけ歯科医及びかかりつけ薬剤師制度の普及などを進めてきました。
- また、第2期信州保健医療総合計画では、今後の人口減少や高齢化による疾病構造の変化を見据え、地域医療構想に基づいて医療機能の分化・連携に加えて診療所に期待されている在宅医療の提供体制の構築を進めています。
- これらの取組を進める中で、外来医療計画では新たに次の取組を進めます。
 - ・ 診療所に勤務する医師に基づく外来医師偏在指標により、外来医師多数区域や不足する外来医療機能を可視化し、関係者への情報の提供を進めます。
 - ・ 医療機器の配置状況を可視化し、効率性や患者の利便性を踏まえた、共同利用の実施を検討します。
 - ・ 外来医師多数区域に定められた地域における新規開業医師の不足する外来医療機能への対応状況の共有及び医療機器の共同利用に係る検討を協議の場（地域医療構想調整会議）を開催して実施します。

第2 外来医療計画の基本的事項

1 外来医療計画の位置付け

- 外来医療計画は、2018年の医療法の改正において、外来医療の確保に関する事項として、医療計画の記載事項の一つとされた他、外来医療の確保は計画の記載事項に基づき、二次医療圏ごとに設置される「協議の場」において検討のうえ、その結果は県が公表することとされました。（医療法第30条の4第2項第10号、同法第20条の18の2）
- 本県においては、第7次長野県保健医療計画全体を第2期信州保健医療総合計画の一部として位置付けており、外来医療計画についても同様の取扱いとします。

2 外来医療計画の記載事項・計画期間

- 医療法、厚生労働省が定めるガイドライン等により、外来医療計画には以下を定めることとされています。
 - ・ 外来医師偏在指標に基づく外来医師多数区域及び不足する外来医療機能
 - ・ 医療機器の配置の状況及び共同利用に関する方針
 - ・ 協議の場の設置
- 計画期間は、第一次計画は、2020年4月から2024年3月の4年計画となり、第2次計画以降は、3年ごとに見直すこととします。

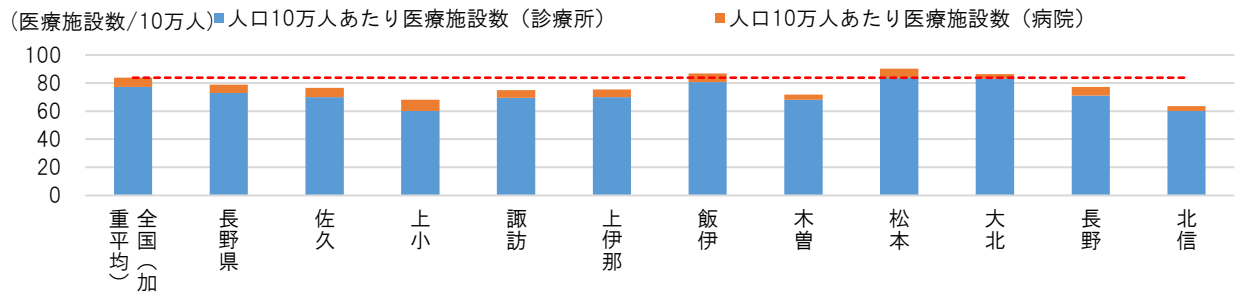
第3 外来医療に係る医療提供体制

1 現状と課題

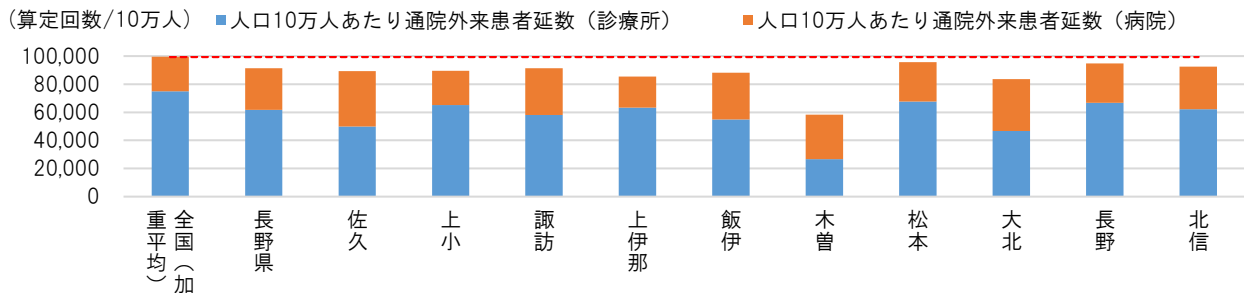
(1) 医療施設の整備及び外来患者の状況

- 2017年の医療施設調査及び2017年度のレセプトデータによると、県全体の人口10万人当たりの医療施設数は、病院、診療所ともに県内の地域偏在等を背景として全国平均よりも少ない状況にあります。
- 特に診療所は、中山間地を多く抱える地域ほど少なく、病院において一般の外来診療も担っている状況にあります。医療資源そのものの充実を図っていく必要がある他、既存の資源の効率的な活用のため役割分担を推進することが求められます。

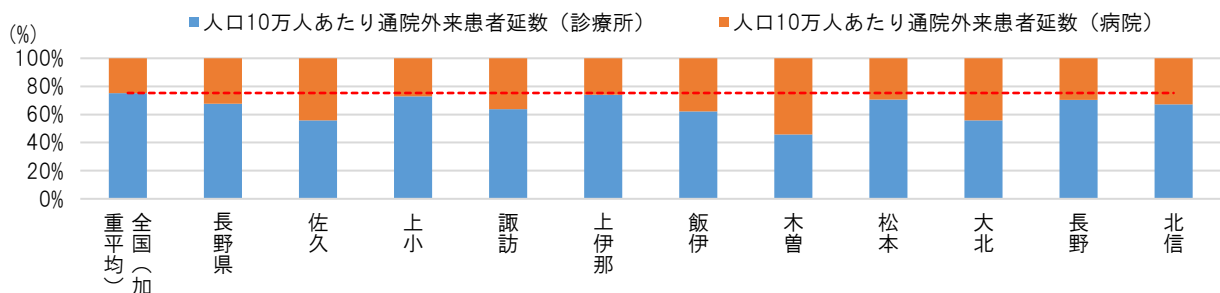
【図1】人口10万人あたり医療施設数



【図2】人口10万人あたり通院外来患者数



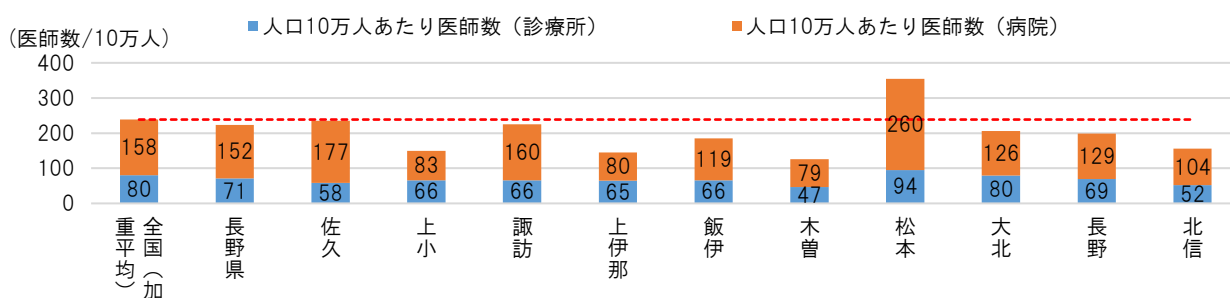
【図3】通院外来患者の対応割合



(2) 医師の配置状況

- 医師少数都道府県に位置付けられる本県では、人口 10 万人あたりの医師数も全国平均より少ない他、病院、診療所ごとの医師の勤務状況を比較すると、医師は診療所より病院で勤務している傾向にあります。
- 医師確保計画や地域医療構想に基づき、医師の数そのものを増やす取組が求められる他、医師の働き方改革等で、労働時間の適正化が求められることを踏まえれば、医療機関の役割を明確化し、その役割に応じた医師の確保を図っていくことが重要になります。

【図4】人口 10 万人あたり医師数



2 外来医師偏在指標

(1) 外来医師偏在指標の算出結果

- 外来医師偏在指標は、全国統一の算定式、データにより二次医療圏ごとの診療所医師の偏在状況を相対的に評価する指標です。
- 外来医師多数区域となる基準値は、上位 33.3 パーセンタイル値となる〇〇であり、本県では木曽、松本及び大北医療圏が外来医師多数区域となります。

【表1】外来医師偏在指標

圏域 (順位)	外来医師偏在指標	偏在指標の算出に用いる係数				
		標準化医師数	10 万対人口	外来標準化受療率比	診療所外来患者数割合	外来患者流出調整係数
全国	106.3	102,457	1,277.1	1.000	75.5%	1.000
佐久 (168)	96.9	125	2.1	1.053	56.1%	1.041
上小 (245)	86.0	130	2.0	1.042	73.0%	0.993
諏訪 (178)	95.5	132	2.0	1.062	64.0%	1.020
上伊那 (236)	87.7	121	1.9	1.046	74.2%	0.955
飯伊 (175)	95.8	107	1.6	1.089	62.6%	1.003
木曽 (89)	108.9	13	0.3	1.204	46.3%	0.740
松本 (41)	123.6	399	4.3	1.021	70.9%	1.039
大北 (19)	136.1	46	0.6	1.101	55.9%	0.913
長野 (192)	94.1	381	5.5	1.043	70.4%	1.005
北信 (288)	79.1	48	0.9	1.095	67.3%	0.927

(参考) 外来医師偏在指標の算出方法

$$\text{外来医師偏在指標} = \frac{\text{標準化診療所医師数 (※1)}}{\text{標準化外来医療需要 (※2)} \times \text{診療所の外来患者対応割合 (※3)}}$$

※1 標準化診療所医師数：診療所に勤務する医師数を性・年齢階級別の労働時間を加味して補正したもの。

【補正の方法】

$$\Sigma \text{性・年齢階級別診療所医師数} \times \frac{\text{性・年齢化級別平均労働時間}}{\text{診療所医師の平均労働時間}}$$

※2 標準化外来医療需要：各医療圏の外来患者数を性・年齢階級別構成を加味して、全国平均並みとした場合の患者数（人口 10 万人対）

【補正の方法】

$$\text{地域人口 (10 万人対)} \times \frac{\Sigma \text{性・年齢階級別人口} \times \text{全国平均外来受療率} / \text{地域人口}}{\text{全国平均外来受療率}}$$

※3 診療所の外来患者対応割合：地域の外来患者のうち、診療所で対応した患者数の割合

※4 患者の受療動向の考え方

圏域を超えて外来医療の提供を受ける患者については、平成 28 年度のレセプトデータに基づき、流入率を標準化外来医療需要に乗じることで加味しています。

(2) 外来医師多数区域となる地域での指標のとらえ方

- 外来医師偏在指標は、医療圏ごとに診療所の医師及び診療所で外来受診する患者の数等を基に算出しています。
- そのため、中山間地等を抱えており、診療所の数が少なく病院が外来医療の多くを担っている場合や、他圏域へ外来患者が流出している場合など、当該地域において医療資源が少ないこと等を要因として外来医師多数区域となる場合があります。
- そのため、外来医療の充実に当たっては、指標のみの画一的な判断ではなく、地域の実情を十分に判断することが必要です。

【表 2】 外来医師多数区域の状況

圏域	診療所外来患者数割合	外来患者流出入調整係数
県平均	64.1%	0.964
木曾	46.3%	0.740
松本	70.9%	1.039
大北	55.9%	0.913

※診療所で対応する患者の割合：平成 29 年度に外来受診を行った患者のうち、診療所で対応した割合

※流出入係数：係数が 1 を超える場合は流入超過、1 を下回る場合は流出超過

※県平均：10 医療圏の単純平均を用いた

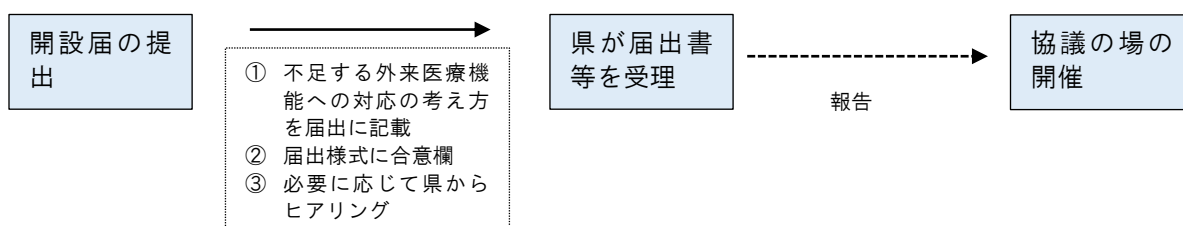
3 協議の場の設置及び協議方法

(1) 協議の場

- 医療法第30条の18の2に規定される、外来医療に関する「協議の場」は、10の二次医療圏に設置された地域医療構想調整会議とし、協議事項は次のとおりです。
 - ・ 地域で不足している外来医療機能に関する検討
 - ・ 新規開業者が不足する機能を担うことについての合意の状況の確認
 - ・ 新規開業者が不足する機能を担うことが困難な場合の協議の場への出席要請
 - ・ その他外来医療確保に関する事項

【図5】 手続の流れ

医療法8条の規定による開設届（開設者が臨床研修等修了医師である場合）



※医療法第7条第1項の規定による開設許可申請（開設者が臨床研修等修了医師でない場合）は申請時に協議を実施

(2) 協議の場の役割

- 「協議の場」は、外来医療に係る医療提供体制の確保のため、新規開業者が地域で不足する外来医療機能の充実に対する取組を自主的に進めることを目的とし設置されるものです。
- 医師少数都道府県に位置付けられ、医師の偏在対策を強力に進めていく必要がある本県においては、原則として外来医師多数区域でなくとも、新規開業者に対し不足する外来医療機能を担うことへの協力を求めることとします。

(3) 自由開業医制度に対する考え方

- なお、外来医師多数区域であるかを問わず、初期臨床研修等を終えた医師個人が、病床を有さない診療所を開設する場合、医療法に基づき、県への届け出により自由に開業を行うことができます。
- 本計画に基づき、新規開業を行う医師に対し不足する外来医療機能の提供を求める場合であっても、それに応じるかは医師個人の自由意思に委ねられており、外来医療に係る医療提供体制の確保は、関係者の自主的な取組により進められることが必要です。

地域医療構想調整会議について

県では、団塊の世代が全て75歳以上となる2025年以降を見据え、誰もが住み慣れた地域で安心して暮らしていくため、地域に必要とされる医療の維持・充実を図りつつ、将来の医療需要に応じた医療提供体制の構築に向け、関係者が自主的な取組を進める地域医療構想を第2期信州保健医療総合計画の一部として推進しています。

地域医療構想を進めるための方策として、医療関係者、保険者、市町村及び県民の皆様からなる、地域医療構想調整会議を各地域に設置し、地域医療構想における、将来の医療需要に応じた病床数を参考に、医療機関間の役割分担の推進や、介護・福祉サービスとの連携体制の構築を、関係者の協議の基、進めています。

自由開業医制度について

日本の医療保険制度の特徴として、すべての国民が何らかの公的医療保険に加入する「国民皆保険」、国民の自らの意思により医療機関を自由に選ぶことができる「フリーアクセス」、医師個人及び医療法人が開設する医療機関が多く存在する「民間主体の医療提供体制」が挙げられます。

これらを背景に、医療機関の開設等を定める医療法では、臨床研修を修了した医師が、病床を持たない診療所を開設する場合、関係法令に基づく施設基準を満たせば、いつでもどこでも開業することができる「自由開業医制」となっています。

4 施策の展開

(1) 地域において不足する外来医療機能の可視化

ア 不足する外来医療機能

- 地域において不足する外来医療機能は、夜間や休日等における初期救急医療、往診看取り等の在宅医療、産業医・予防接種等の公衆衛生に係る医療の他、協議の場において不足すると位置付けられた外来医療機能とします。

イ 不足する外来医療機能の可視化

- 不足する外来医療機能の状況は、レセプトデータ等を用いて、市町村ごとに可視化し、新規開業者及び関係者への提供や市町村における在宅医療介護連携での活用を進めるため、県がデータを整理し、ウェブサイト等で公表します。

- また、可視化した情報は協議の場での議論の基礎資料として活用し、不足する外来医療機能への対応を進めます。

(2) 新規開業者への対応

- 新規開業を行った医師に対しては、医療法第8条の規定による開業届を提出する際に、不足する外来医療機能を担うことについての意向を記した書類の提出を求めます。
- 協議の場を開催し、協議結果は県ウェブサイトにおいて公表します。
- 手続に必要な書類の様式については、県ウェブサイト及び保健福祉事務所（保健所）において、提供します。

5 他の施策との整合

- 外来医療に係る医療提供体制の確保については、第2期信州保健医療総合計画の他の記載事項においても取り組むこととしているため、これらと整合をとった推進を図ります。

【他の記載事項と整合を図るもの】

- (1) 地域医療支援病院の整備
- (2) かかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬剤師の普及
- (3) 基幹病院と中小医療機関が連携した医師の確保
- (4) 一次救急医療提供体制の確保
- (5) へき地診療所の確保
- (6) 在宅医療を行う診療所の確保

過疎地域等での外来医療体制の確保について

過疎地域等、都市部に比べ人口減少が著しい地域において、外来医療体制を持続的に確保していくことは、県民の皆様が、身近な地域で安心して暮らしていくために最も重要な基盤となるものです。

中山間地を多く有する本県では、こうした課題に対して、これまで、県や市町村において、これらの地域での医療機関の運営について、補助金の交付や国民健康保険の財源を活用した財政的な支援を実施する他、医師などの医療従事者の確保に努めてきました。

【過疎地域に開設する医療機関の状況】

人口減少や少子高齢化の進展の他、財政的な観点を踏まえ、生活環境の向上を図るため必要な取組を実施する地域を、法令上*、過疎地域と定義し、様々な取組が行われています。当県では、現在29市町村、18地域が過疎地域とされており、これらの地域には8病院・86診療所が設置されています。二次医療圏別の医療機関の設置状況は、次のとおりです。

医療圏	過疎地域の指定	病院数	診療所数
佐久医療圏	3 町村・1 地域	2	5
上小医療圏	1 町	1	2
諏訪医療圏	指定なし		
上伊那医療圏	1 村・2 地域	0	6
飯伊医療圏	7 町村・4 地域	1	15
木曾医療圏	6 町村	1	12
松本医療圏	3 村・4 地域	0	12
大北医療圏	1 村・2 地域	0	4
長野医療圏	2 町村・5 地域	2	8
北信医療圏	5 市町村	1	22
県	29 市町村・18 地域	8	86

これらの医療機関では、医師不足が特に深刻化しており、医師確保が必要不可欠です。

外来医療計画では、外来医療の可視化や新規開業者への対応などが中心となっていますが、長野県では、過疎地域などの医師確保策についても、医師確保計画などにより併せて取り組んでいきます。

* 過疎地域自立促進特別措置法

第4 医療機器の効率的な活用

1 現状と課題

- 各医療機器の配置状況については、がんなど疾病ごとの医療提供体制の状況により、他医療圏と連携した医療を提供している場合、基幹となる医療圏において、集約的に医療機器が配置されている状況があります。

医療機器の種別と共同利用について

外来医療計画では、今後の人口減少によりニーズが減少したとしても、各地域で必要な検査等が行える体制を確保するため、医療機器の共同利用を進めることとしています。共同利用の方法としては、医療機器を設置する医療機関が地域の他の医療機関の患者の検査等を行う場合や、医療機器の稼働状況を加味し、稼働率が低い時間帯に他の医療機関からの検体検査を請負うなどが考えられます。具体的な共同利用の方策については、地域医療構想調整会議で検討を進めます。

【共同利用の対象となる医療機器】

C T…「Computed Tomography」の略。エックス線による画像をコンピュータで解析し、胸部、腹部等を断層（輪切り）画像として調べる検査機器

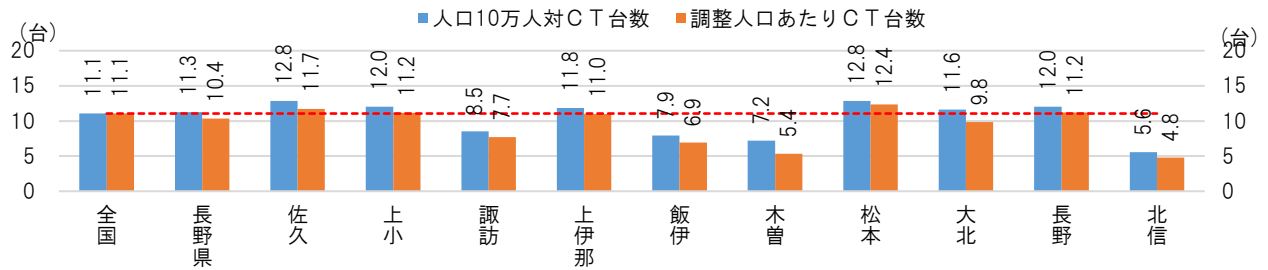
M R I…「Magnetic Resonance Imaging」の略。体内にある細胞の磁気性を利用し、臓器の情報を画像化する検査機器

P E T…「Positron emission tomography」の略。C TやM R Iなどの体の構造を診る検査とは異なり、病気の原因や病状を体の中の細胞の状況から診断する検査機器

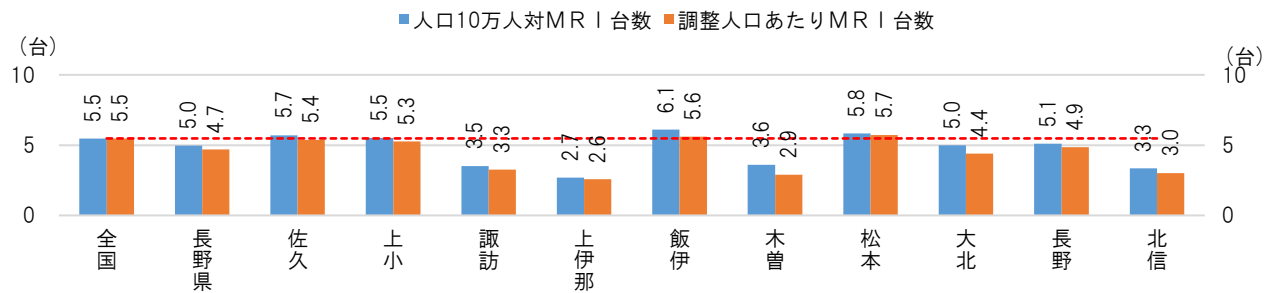
マンモグラフィ…乳房のエックス線撮影機器。

放射線治療機器… γ （ガンマ線）、陽子線などの放射線を患者の体外又は

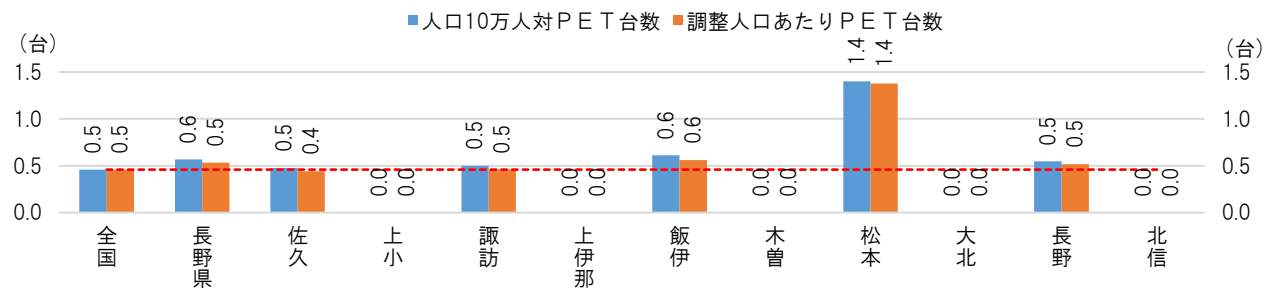
【図5】CTの人口10万人対台数と調整人口あたり台数



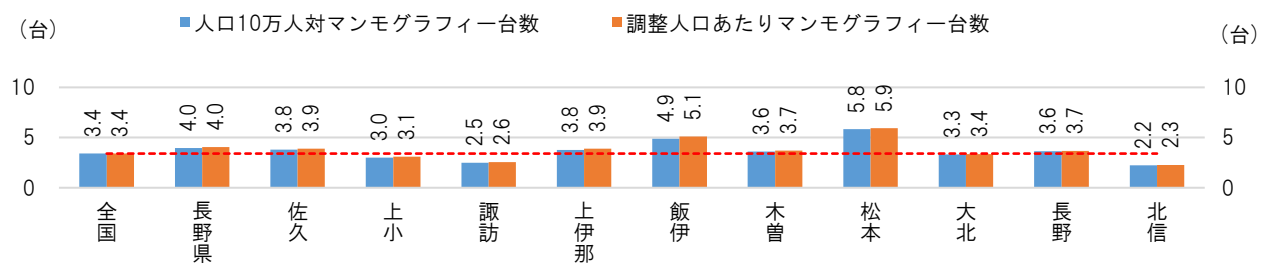
【図6】MRIの人口10万人対台数と調整人口あたり台数



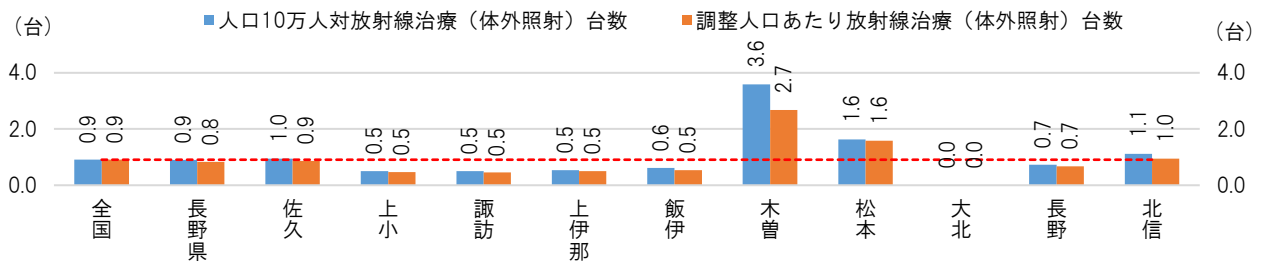
【図7】PETの人口10万人対台数と調整人口あたり台数



【図8】マンモグラフィの人口10万人対台数と調整人口あたり台数



【図9】放射線治療の人口10万人対台数と調整人口あたり台数



【表3】各医療機器の標準化検査率比（全国平均を1とした場合）

	標準化検査率比				
	CT	MRI	PET	マンモグラフィー	放射線治療（体外照射）
長野県	1.09	1.06	1.06	0.98	1.09
佐久	1.09	1.06	1.08	0.98	1.10
上小	1.08	1.05	1.06	0.98	1.08
諏訪	1.10	1.07	1.08	0.98	1.10
上伊那	1.08	1.05	1.05	0.97	1.08
飯伊	1.14	1.09	1.09	0.96	1.13
木曾	1.34	1.24	1.27	0.97	1.34
松本	1.04	1.02	1.02	0.98	1.03
大北	1.18	1.13	1.16	0.99	1.20
長野	1.07	1.05	1.06	1.00	1.07
北信	1.17	1.11	1.13	0.98	1.17

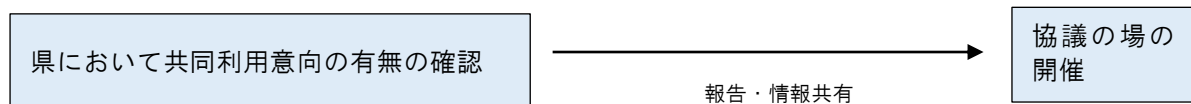
2 協議の場の設置及び協議方法

(1) 協議の場

- 外来医療と同様に、10の二次医療圏に設置された地域医療構想調整会議において協議を行うこととし、協議事項は次のとおりです。
 - ・ 医療機器の共同利用

【図10】手続の流れ

医療機器の共同利用の検討



(2) 協議の場の役割

- 医療機器の共同利用については、医療機器の設置者において、医療機器の効率的な活用や患者の利便性向上の観点から共同利用の希望がある場合に、協議の場での検討を行うこととします。

3 施策の展開

(1) 医療機器の保有状況の可視化

- 医療機器の保有状況は、レセプトデータ等を用いて、市町村ごとに可視化し、医療機器の効率的な活用を進めるため、県がデータを整理し、ウェブサイト等で公表します。
- また、可視化した情報は協議の場での議論の基礎資料として活用し、医療機器の共同利用を進めます。

(2) 共同利用を希望する者への対応

- 医療機器の共同利用を行う希望のある者については、医療機器の共同利用計画等を基に、県が共同利用の意向を確認します。
- 協議の場を開催し、協議結果は県ウェブサイトにおいて公表します。
- 手続に必要な書類の様式については、県ウェブサイト及び保健福祉事務所（保健所）において、提供します。

策 定 経 過

○ 長野県医療審議会

開催日	主な会議内容
① 令和元年9月13日	医師確保計画・外来医療計画の策定について（諮問）
② 令和2年3月24日	医師確保計画・外来医療計画案について（答申）

○ 地域医療構想調整会議

医療圏	開催日（1回目）	開催日（2回目）	計画に関する主な検討内容
佐久	①令和元年5月24日	②令和2年1月30日	（各調整会議共通） ① 医師偏在指標等に係る患者流 出入の調整 ② 医師確保計画・外来医療計画 素案に対する意見
上小	①令和元年5月17日	②令和2年1月7日	
諏訪	①令和元年5月27日	②令和2年1月24日	
上伊那	①令和元年5月17日	②令和2年1月8日	
飯伊	①令和元年5月22日	②令和元年12月23日	
木曾	①令和元年5月23日	②令和2年1月23日	
松本	①令和元年5月30日	②令和2年1月31日	
大北	①令和元年5月27日	②令和2年1月9日	
長野	①令和元年5月27日	②令和元年12月17日	
北信	①令和元年5月31日	②令和2年1月9日	

○ 長野県地域医療対策協議会

開催日	主な会議内容
① 令和元年7月12日	医師確保計画・外来医療計画の策定について
② 令和元年11月29日	医師確保計画・外来医療計画素案に対する意見
③ 令和2年3月16日	医師確保計画・外来医療計画案の決定について

○ 県民等からの意見募集

区分	期間
パブリックコメント	令和2年1月17日～2月17日