

# 医療計画について

- 都道府県が、国の定める基本方針に即し、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に策定するもの。
- 医療資源の地域的偏在の是正と医療施設の連携を推進するため、昭和60年の医療法改正により導入され、都道府県の二次医療圏ごとの病床数の設定、病院の整備目標、医療従事者の確保等を記載。平成18年の医療法改正により、疾病・事業ごとの医療連携体制について記載されることとなり、平成26年の医療法改正により「地域医療構想」が記載されることとなった。その後、平成30年の医療法改正により、「医師確保計画」及び「外来医療計画」が位置付けられることとなった。

## 計画期間

- 6年間 (現行の第7次医療計画の期間は2018年度～2023年度。中間年で必要な見直しを実施。)

## 記載事項(主なもの)

### ○ 医療圏の設定、基準病床数の算定

- ・ 病院の病床及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として区分。

#### 二次医療圏

**335医療圏**(令和3年10月現在)

##### 【医療圏設定の考え方】

一般の入院に係る医療を提供することが相当である単位として設定。その際、以下の社会的条件を考慮。

- ・ 地理的条件等の自然的条件
- ・ 日常生活の需要の充足状況
- ・ 交通事情 等

- ・ 国の指針において、一定の人口規模及び一定の患者流入/流出割合に基づく、二次医療圏の設定の考え方を明示し、見直しを促進。

#### 三次医療圏

**52医療圏**(令和3年10月現在)

※都道府県ごとに1つ(北海道のみ6医療圏)

##### 【医療圏設定の考え方】

特殊な医療を提供する単位として設定。ただし、都道府県の区域が著しく広いことその他特別な事情があるときは、当該都道府県の区域内に二以上の区域を設定し、また、都道府県の境界周辺の地域における医療の需給の実情に応じ、二以上の都道府県にわたる区域を設定することができる。

### ○ 地域医療構想

- ・ 2025年の、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4機能ごとの医療需要と将来の病床数の必要量等を推計。

### ○ 5疾病・6事業(※)及び在宅医療に関する事項

※ 5疾病…5つの疾病(がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患)。

6事業(\*)…5つの事業(救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療(小児救急医療を含む。)、新興感染症等)。

(\*) 令和6年度からは、「新興感染症等の感染拡大時における医療」を追加。

- ・ 疾病又は事業ごとの医療資源・医療連携等に関する現状を把握し、課題の抽出、数値目標の設定、医療連携体制の構築のための具体的な施策等の策定を行い、その進捗状況等を評価し、見直しを行う(PDCAサイクルの推進)。

### ○ 医師の確保に関する事項

- ・ 三次・二次医療圏ごとに医師確保の方針、目標医師数、具体的な施策等を定めた「医師確保計画」の策定(3年ごとに計画を見直し)
- ・ 産科、小児科については、政策医療の観点からも必要性が高く、診療科と診療行為の対応も明らかにしやすいことから、個別に策定

### ○ 外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項

- ・ 外来医療機能に関する情報の可視化、協議の場の設置、医療機器の共同利用等を定めた「外来医療計画」の策定

# 医師確保計画を通じた医師偏在対策について

## 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
- ・ 医師偏在の種類（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。

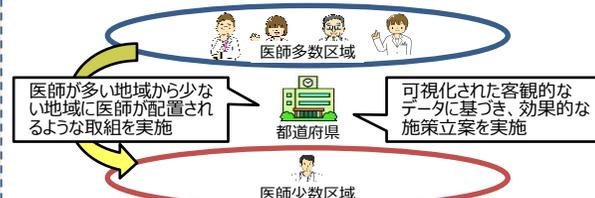
- （例）
- ・ 大学医学部の地域枠を15人増員する
  - ・ 地域医療対策協議会で、医師多数区域のA医療圏から医師少数区域のB医療圏へ10人の医師を派遣する調整を行う 等

## 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



# 第8次医療計画に向けた取組（全体イメージ）

国

都道府県

		医療計画	新興感染症	地域医療構想	医師確保計画	外来医療計画	
R3 [2021]	4～6月	医療部会（6/3） 第8次医療計画等に関する検討会 開催				外来機能報告等に関するWG開催	
	7～9月			地域医療構想及び医師確保計画に関するWG開催			
	10～12月					外来機能報告等に関する取りまとめ	
	1～3月	・総論（医療圏、基準病床数等） ・各論（5疾病、6事業、在宅等） について各検討会等での 議論の報告	感染症対策に関する検討の場と 連携しつつ議論	地域医療構想の 推進	<u>ガイドライン改正に向けた検討</u>	ガイドライン改正に向けた検討	
R4 [2022]	4～6月						
	7～9月						
	10～12月	報告書取りまとめ （基本方針改正、医療計画作成指針等の改正等）				報告書取りまとめ （ガイドライン改正等）	報告書取りまとめ （ガイドライン改正等）
	1～3月	基本方針改正（告示） 医療計画作成指針等の改正（通知）				<u>ガイドライン改正（通知）</u>	ガイドライン改正（通知）
R5[2023]	第8次医療計画策定				次期医師確保計画策定	次期外来医療計画策定	
R6[2024]	第8次医療計画開始				次期医師確保計画開始	次期外来医療計画開始	
R7[2025]							

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

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

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

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

## 医師偏在指標における論点

大学病院等から派遣される非常勤医師等の勤務実態を考慮できないか

医師偏在指標の算出に用いる受療率は、全国受療率と県別受療率のどちらを用いるのが妥当か

医師偏在指標の算出に用いる受療率は、平成29年患者調査と令和2年患者調査のどちらを用いるのが妥当か

病院と診療所を区別した医師偏在指標を算出できないか

地域毎の診療科別医師数の実態を示せないか



## 医師偏在指標における対応

三師統計で従たる従事先を記載している医師については、その状況を加味し、主たる従事先では0.8人、従たる従事先では0.2人として算出

次期医師偏在指標においても、前回と同様に全国受療率を用いて算出

少なくとも新型コロナウイルス感染症の影響を受けていない平成29年の患者調査を用いて算出

一定の仮定の下で算出した勤務施設別医師偏在指標を、地域の実情に応じた施策の検討に活用することができるよう、全体の医師偏在指標の参考資料として都道府県に提示

都道府県においては、既に公表されている三師統計による診療科別医師数を踏まえつつ、必要な施策を検討

# 医師少数区域・医師少数スポット、医師の確保の方針

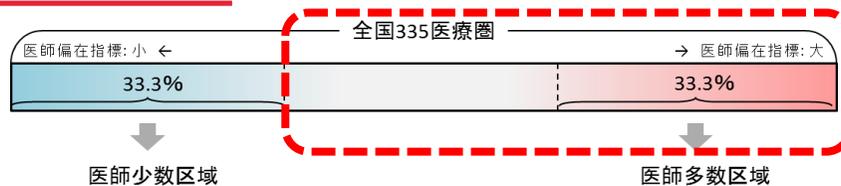
国が定めている定義

医師確保計画策定ガイドラインの見直しの方向性

- 医療法では、各種医師確保対策の対象として、「医師の確保を特に図るべき区域」という概念を設けている。

医師の確保を特に図るべき区域 = 医師少数区域 + 医師少数スポット

- 医師確保計画策定ガイドラインでは、「各都道府県において、医師偏在の状況等に応じた実効的な医師確保対策を進められるよう、医師偏在指標を用いて医師少数区域及び医師多数区域を設定し、これらの区域分類に応じて具体的な医師確保対策を実施することとする。 医師少数区域及び医師多数区域は二次医療圏単位における分類を指すものであるが、都道府県間の医師偏在の是正に向け、これらの区域に加えて、厚生労働省は、医師少数都道府県及び医師多数都道府県も同時に設定することとする。」と記載している。
- 同ガイドラインでは、「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、医師少数区域と同様に取り扱うことができるものとする。」と記載している。



医師少数区域以外から医師少数スポットを設定

- 設定した都道府県は26 (55%) 府県
- 医師少数スポットの総数は313地域 (令和2年)

<医師の確保の方針> 同ガイドラインでは、基本的な考え方として以下のとおり記載している

医師少数区域	: 他の医師多数区域からの医師の確保を行う	医師少数県	: 他の医師多数県からの医師の確保ができる
医師中程度区域	: 必要に応じて、他の医師多数区域からの医師の確保ができる	医師中程度県	: 医師少数区域が存在する場合には、必要に応じて、他の医師多数県からの医師の確保ができる
医師多数区域	: 二次医療圏外からの医師の確保を行わない	医師多数県	: 他の都道府県からの医師の確保を行わない

## 医師少数区域・医師少数スポットに対する既存の施策

- キャリア形成プログラム  
(地域枠医師等が対象期間の9年間以上のうち4年間以上を医師の確保を特に図るべき区域等の医療機関で就業)
- 医師少数区域経験認定医師制度  
(医師少数区域等で6ヶ月以上の勤務した医師を認定しインセンティブを付与)
- 地域医療介護総合確保基金の都道府県への配分の配慮 等

## これまでに本ワーキングに提示した論点

- 医師少数スポットについては、現在のガイドラインでは、「二次医療圏より小さい単位での地域」との記載のみで具体的な設定区域の記載がない。局所的に医師が少ない地域として定めるとの趣旨を踏まえ、原則として市区町村単位で設定することとしてはどうか。また、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とすることとしてはどうか。あわせて、医師少数スポットを市区町村単位で設定しない場合、医師確保計画に設定の理由を明記することとしてはどうか。
- 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、設定箇所の見直しを行うこととしてはどうか。

## これまでに本ワーキングでいただいた主なご意見

- 医師少数スポットの設定について、都道府県が任意の基準で設定しているため、一定の設定基準が必要ではないか。
- 市町村単位で設定することは賛成だが、人口の少ない市町村では、医師1人の配置により大きく人口対医師数が変動するため、設定基準を策定する場合は留意が必要である。



## 見直しの方向性

- 医師少数スポットは、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とし、医師少数スポットの設定の理由を医師確保計画に明記することにする。
- 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、設定箇所の見直しを行う。
- 都道府県の医師少数スポットに対する施策により、どの程度医師が確保されているか現状を把握できていないため、現時点では一定の基準の設定は困難であるが、今年度から厚生労働省において、医師少数スポット等の医師確保の実態について把握することとしており、結果を分析することにより設定基準を検討する。

# 目標医師数

## 国が定めている定義（ガイドライン）

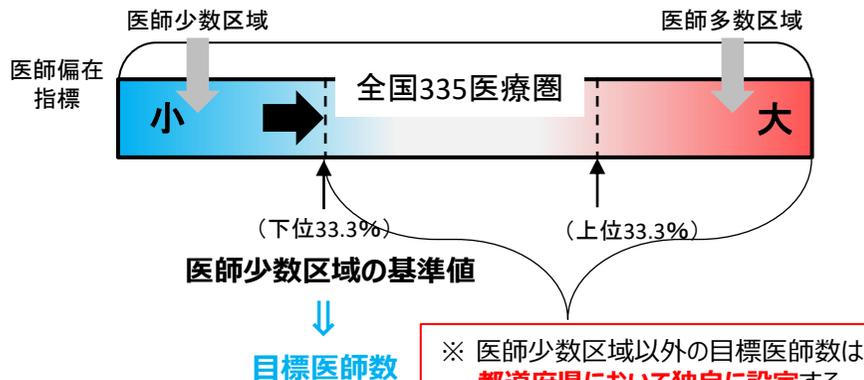
- 計画終了時点の医師偏在指標の値が、計画開始時点の医師少数都道府県及び医師少数区域の基準値（下位33.3%）に達することとなる医師数を目標医師数に設定する。
- 二次医療圏単位での目標医師数は、計画終了時点において、各医療圏で確保しておくべき医師の総数であり、目標医師数と計画開始時の医師数との差が、追加的に確保が必要な医師の総数。

$$\text{目標医師数(計画終了時)} = \text{下位1/3の医師偏在指標(計画開始時)} \times \text{推計人口(計画終了時、10万人単位)} \times \text{地域の標準化受療率比(計画終了時)}$$

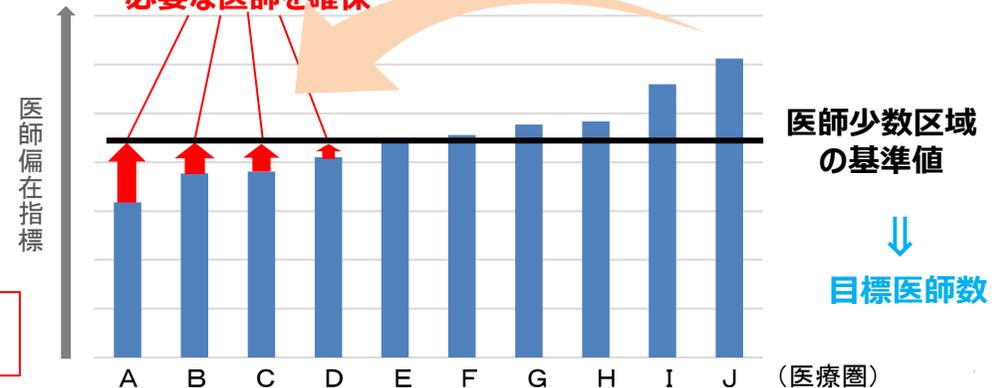
- 医師少数区域を脱する医師偏在指標を基準とし、計画終了時にその基準に達するために必要な医師数を「目標医師数」として算出
- 計画終了時の推計人口及び地域の標準化受療率比の算出にあたっては、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」を用いる

$$\text{医師偏在指標(計画開始時)} = \frac{\text{標準化医師数(計画開始時)}}{\text{地域の人口(計画開始時、10万人単位)} \times \text{地域の標準化受療率比(計画開始時)}}$$

## 二次医療圏の目標医師数の設定



## 目標医師数の達成のために必要な医師を確保



(注) 現医師確保計画における医師数等を用いて分析したもの

## ● 医師少数区域の場合

医師少数区域における目標医師数は、「計画開始時点の医師数」と「計画終了時点で現在の医師偏在指標の下位1/3に達するのに必要な医師数」を比較して設定

計画開始時点の医師数

計画終了時点で現在の医師偏在指標の下位1/3に達するのに必要な医師数

⇒目標医師数は、下位1/3に達するのに必要な医師数  
(58医療圏)

計画開始時点の医師数

計画終了時点で現在の医師偏在指標の下位1/3に達するのに必要な医師数

⇒目標医師数は、計画開始時点の医師数以下  
(54医療圏)

## ● 医師少数区域以外の場合

医師少数区域以外における目標医師数は、高齢化や人口増加等に伴い医療需要が増加しても現状の医療提供体制が維持できるよう、「計画開始時点の医師数」と新たに国が参考として示す「計画終了時点において計画開始時点の医師偏在指標を維持するための医師数」を比較して設定

計画開始時点の医師数

計画終了時点において計画開始時点の医師偏在指標を維持するための医師数

⇒目標医師数は、計画開始時点の医師数以下  
(179医療圏)

計画開始時点の医師数

計画終了時点において計画開始時点の医師偏在指標を維持するための医師数

⇒目標医師数は、計画開始時点の医師偏在指標を維持するための医師数以下 (44医療圏※)

※44医療圏の内訳：多数区域35区域、中程度区域9区域

これらの区域では計画開始時の偏在指標を維持するための医師数を上限として設定することも可能となるが、都道府県単位で医師が増加しないよう調整する(次項)

# 目標医師数の設定例

(注) 現医師確保計画における医師数等を用いて分析したもの

都道府県	区分	計画開始時点の医師数	下位1/3に達するための医師数
X県	中程度県	3,297	2,838

医師少数県以外は、目標医師数を既に達成しているものとして取り扱う（現医師確保計画策定ガイドライン）

## X県の各二次医療圏

医療圏	区分	計画開始時点の医師数	下位1/3に達するための医師数	偏在指標を維持するための医師数	設定上限数	目標医師数
A医療圏	多数区域	919	618	894	919	919以下
B医療圏	多数区域	563	331	527	563	563以下
C医療圏	中程度区域	655	517	629	655	655以下
D医療圏	多数区域	1,038	601	1,056	1,056	1,056以下
E医療圏	多数区域	122	75	100	122	122以下
小計					3,315	3,297以下

設定例：A医療圏の目標医師数は、計画終了時に919人を越えないものとする  
X県の目標医師数は、二次医療圏の合計が3,297人を越えないものとする

- ・ 二次医療圏の設定上限数の積み上げが、都道府県の現医師数を上回る場合は、都道府県の計画開始時点の医師数を超えない範囲で二次医療圏の目標医師数を設定する。
- ・ 地域の実情に応じた医療が提供される必要があることから、医療提供体制の維持を図りつつ、医師の偏在を是正する観点から目標医師数の設定を行うこととする。

## 見直しの方向性

- 医師少数都道府県の目標医師数は、現ガイドラインに引き続き、計画期間終了時の医師偏在指標が、計画期間開始時の全都道府県の医師偏在指標の下位 1 / 3 に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師数とする。
- 医師少数都道府県以外は、現ガイドラインに引き続き、目標医師数を既に達成しているものとして取り扱うが、下記に記載する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、都道府県の計画開始時の医師数を上回らない範囲で、各二次医療圏の目標医師数を設定する。
- 医師少数区域の目標医師数は、現ガイドラインに引き続き、計画期間終了時の医師偏在指標の値が、計画期間開始時の全二次医療圏の医師偏在指標の下位 1 / 3 に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師数とする。ただし、計画期間開始時に既に下位 1 / 3 に達するために必要な医師数を達成している場合は、原則として、目標医師数は計画開始時の医師数を設定上限数とする。
- 医師少数区域以外の目標医師数は、原則として、計画開始時の医師数を設定上限数とする。ただし、今後の医療需要の増加が見込まれる地域では、厚生労働省が参考として提示する「計画終了時に計画開始時の医師偏在指標を維持するための医師数」を踏まえ、その数を設定上限数とする。
- なお、地域で必要とされる医療が提供される必要があることから、医療提供体制の維持を考慮し、目標医師数の設定を行う。

## これまでに本ワーキングに提示した論点

- 平成30年の産科医師偏在指標算出時には実際に分娩を取り扱っている医師を用いる事が望ましいという議論がされたが、当時は分娩を取り扱う医師数の把握ができていなかったため、三師調査による産科医師・産婦人科医師数で代用することとなった。今般、平成30年三師統計より、分娩取扱い医師数を把握出来るようになったことから、次期医師確保計画においては、産科医師偏在指標の算出において分娩取扱い医師数を用いて指標の精緻化を図ってはどうか。

## これまでに本ワーキングでいただいた主なご意見

- 今後産科医師偏在指標の算出において、算出式に用いる「産科・産婦人科医師数」を「分娩取扱医師数」に変更することは適切であると考えられるが、算出式の項目の名称自体の変更もできないか。



## 見直しの方向性

- 産科の医師偏在指標は、実際に分娩を取り扱う産科医師とすることが望ましいため、算出に用いる医師数は、現行の「産科・産婦人科医師数」を「分娩取扱医師」と変更し、三師統計において過去2年以内に分娩の取扱いありと回答した医師のうち、日常的に分娩を取り扱っていると考えられる産婦人科・産科・婦人科を主たる診療科と回答した医師を用いる。また、名称を産科医師偏在指標から分娩取扱医師偏在指標と変更する。
- 分娩取扱医師偏在指標・小児科医師偏在指標も医師偏在指標と同様に、三師統計で異なる医療圏の従たる従事先を記載している医師については、その状況を加味し、主たる従事先では0.8人、従たる従事先では0.2人として算出する。

# 医師偏在指標の作成手続

2022年  
11月

厚生労働省において、医師偏在指標の計算方法及び現医師偏在指標に用いている患者数の流出入に基づく増減を反映した医師偏在指標（速報値）を都道府県に提供する

2022年  
12月

都道府県間及び二次医療圏間の患者の流出入の状況については、都道府県において、必要に応じて都道府県間、都道府県内で医師偏在指標への見込みについて調整を行い、都道府県は、無床診療所における外来患者数、病院・有床診療所における入院患者数に関する調整後の都道府県間及び二次医療圏間における患者の流出入数を厚生労働省に報告する

2023年  
3月

厚生労働省において、流出入数やR4年医師の勤務実態調査の結果を踏まえ、再度、医師偏在指標（暫定値）を算出し、都道府県に提供する（次期医師確保計画策定ガイドライン発出のタイミングで提供）

## 2023年度において都道府県が医療計画及び医師確保計画等を策定

第8次医療計画において、二次医療圏の見直しを行わない

医師偏在指標（暫定値）を  
確定値とする

第8次医療計画において、二次医療圏の見直しを行なう

都道府県は、医療計画策定の際に、二次医療圏の見直しについては優先的に議論、先んじて国へ報告

2023年  
9月まで

都道府県は、見直し後の二次医療圏間における患者の流出入数を厚生労働省に報告する

報告次第  
順次

厚生労働省において、当該二次医療圏に係る医師偏在指標を再度算出し、確定する

## 厚生労働省から示された岡山県の医師偏在指標（速報値）

### （1）医師偏在指標

圏域名	新（R2.12時点医師数）			現行（H28.12時点医師数）		
	医師偏在指標 （速報値）	速報値に 基づく区分	全国 順位	医師偏在指標	指標に 基づく区分	全国 順位
全国	↑ 13.8 253.6			239.8		
岡山県	↑ 14.0 297.2	医師多数都道府県	－	283.2	医師多数都道府県	4
県南東部	↑ 7.3 344.0	医師多数区域	－	336.6	医師多数区域	19
県南西部	↑ 17.5 291.1	医師多数区域	－	273.6	医師多数区域	49
高梁・新見	↑ 29.9 144.2	医師少数区域	－	114.3	医師少数区域	330
真庭	↑ 29.9 161.9	医師少数区域	－	132.0	医師少数区域	304
津山・英田	↑ 12.3 194.4		－	182.1		153

### （2）小児科医師偏在指標

圏域名	新（R2.12時点医師数）			現行（H28.12時点医師数）		
	医師偏在指標 （速報値）	速報値に 基づく区分	全国 順位	医師偏在指標	指標に 基づく区分	全国 順位
全国	↑ 16.2 122.4			106.2		
岡山県	↑ 13.1 131.9		－	118.8		12
県南東部	↑ 8.6 137.6		－	129.0		41
県南西部	↑ 16.4 131.0		－	114.6		82
高梁・新見	↑ 12.0 155.9		－	143.9		21
真庭	↑ 43.3 66.3	相対的医師少数区域	－	23.0	相対的医師少数区域	306
津山・英田	↑ 18.2 108.1		－	89.8		187

### （3）外来医師偏在指標

圏域名	新（R2.12時点医師数）			現行（H28.12時点医師数）		
	医師偏在指標 （速報値）	速報値に 基づく区分	全国 順位	医師偏在指標	指標に 基づく区分	全国 順位
全国	↑ 4.1 110.4			106.3		
岡山県	↓ 1.0 121.7		－	122.7		7
県南東部	↓ 1.5 135.1	外来医師多数区域	－	136.6	外来医師多数区域	17
県南西部	↑ 3.2 111.0	外来医師多数区域	－	107.8	外来医師多数区域	98
高梁・新見	↓ 15.7 103.1		－	118.7	外来医師多数区域	53
真庭	↓ 3.5 99.9		－	103.4		129
津山・英田	↓ 12.6 102.7		－	115.3	外来医師多数区域	64

※R5.1月末時点で分娩取扱医師偏在指標（旧産科医師偏在指標）は国から示されていない。

## 岡山県医師確保計画（R2.3 策定）の概要

### 1 計画の主な内容

- 医師偏在指標による評価結果を基に、「都道府県」・「二次医療圏」ごとに「医師確保の方針」及び「確保すべき目標医師数」を定め、「目標達成に向けた施策」を実施する。
- 全体計画に加えて、産科・小児科における医師確保計画を策定する。

### 2 「医師偏在指標」による評価

【医師偏在指標の算定方法（概要）】 ※都道府県・二次医療圏で算定方法は同じ

A地域の  
医師偏在指標

=

A地域の標準化医師数（※1）

（A地域の人口／10万）× A地域の標準化受療率比（※2）

（※1）標準化医師数：性・年齢階級別の医師の平均労働時間を基に、地域内の医師数を再計算したもの

（※2）標準化受療率比：性・年齢階級別の全国受療率等を基に、地域内で期待される受療者の割合

#### 【岡山県の医師偏在指標】

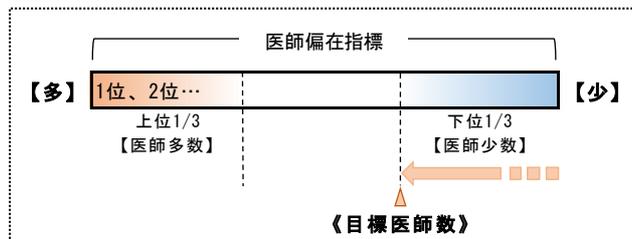
区分	偏在指標による相対評価等
三次医療圏 (都道府県)	<p>岡山県：283.2（全国第4位：医師多数県） ※対全国平均+43.4（全国：239.8）</p>
二次医療圏	<p>医師多数区域：県南東部圏域(336.6)、県南西部圏域(273.6)                      どちらでもない区域：津山・英田圏域(182.1)                      医師少数区域：高梁・新見圏域(114.3)、真庭圏域(132.0)</p>

### 3 「目標医師数」及び「医師確保の方針」

保健医療圏	現状の医師数 H28(2016).10.1	目標医師数 令和5(2023)年度末	医師確保の方針
県全体 [医師多数県]	5,752人	— ※1	新たな医師確保対策は行わないが、医師少数区域及び他の圏域内の医師不足地域へ地域枠卒業医師等の配置を行うなど、既存の施策を継続する。
県南東部 [医師多数区域]	3,245人	— ※1	新たな医師確保対策は行わないが、圏域内の医師不足地域へ地域枠卒業医師等の配置を行うなど、既存の施策を継続する。
県南西部 [医師多数区域]	1,984人	— ※1	新たな医師確保対策は行わないが、圏域内の医師不足地域へ地域枠卒業医師等の配置を行うなど、既存の施策を継続する。
高梁・新見 [医師少数区域]	86人	93人※2	医師多数区域等からの医師派遣の継続、地域枠卒業医師等の優先配置を行う。
真庭 [医師少数区域]	78人	78人※2	医師多数区域等からの医師派遣の継続、地域枠卒業医師等の優先配置を行う。
津山・英田	359人	— ※1	医師多数区域からの医師派遣の継続、圏域内の医師不足地域へ地域枠卒業医師等の配置を行うなど、既存の施策を継続する。

※1 医師少数ではないため目標医師数を既に達成しており、目標医師数の設定は行わない。

※2 ガイドラインの規定により、医師少数区域は下位1/3を脱する（その基準に達する）ために必要となる医師数を目標医師数とする。



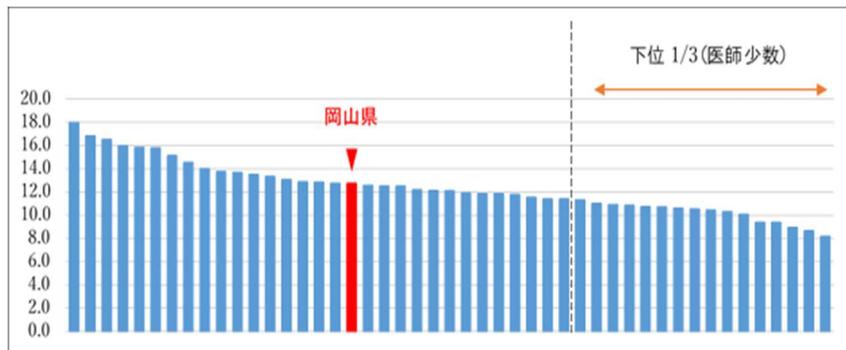
### 4 目標達成に向けた施策

- (1) 大学等と連携した医師の確保・育成  
地域枠卒業医師の養成、地域医療人材育成講座（寄附講座）の設置等
- (2) へき地医療を支える医師の確保  
自治医科大学卒業医師の派遣等
- (3) 地域医療支援センターを中心とした医師確保対策  
地域枠卒業医師の派遣、地域医療のニーズ分析や病院調査による実態把握等
- (4) キャリア形成プログラムの運用  
地域枠卒業医師及び自治医科大学卒業医師のキャリア支援等
- (5) 医療対策協議会における協議  
医師確保に必要な事項の協議等
- (6) 女性医師が働き続けやすい環境の整備  
女性医師の離職防止と再就業の促進等
- (7) 医療従事者の勤務環境の改善  
医療勤務環境改善支援センターによる医療機関からの相談対応、助言等

## 5 産科における医師確保計画

### 【産科医師偏在指標による評価】

- ・分娩件数及び産科・産婦人科医師数により算定。
- ・本県は医師少数とはならない。二次医療圏では津山・英田圏域が医師少数区域に該当。



### 【医師確保の方針】

津山・英田圏域において重点的に必要とされる医師の確保に努める。その他の圏域においても、産科・産婦人科医師が不足している可能性を踏まえ、周産期母子医療センターを核とした県全体の周産期医療体制の継続に必要な医師の確保に努める。

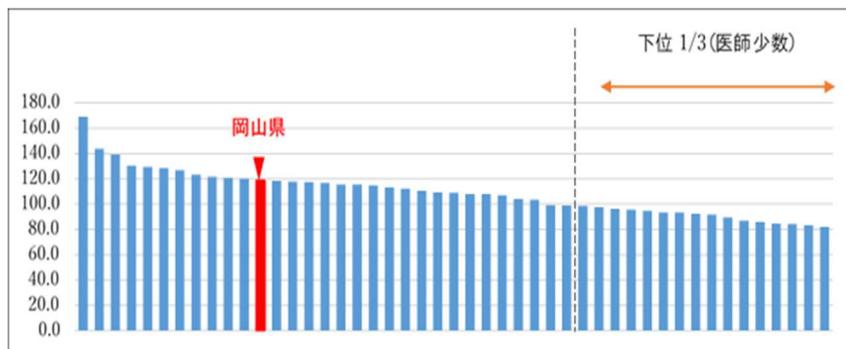
### 【目標達成に向けた施策】

- ・地域卒卒業医師等の配置により、医師偏在の解消を図りながら、医師の確保に努める。
- ・産科・産婦人科医師の確保及び育成に向けた処遇改善を実施している周産期医療機関を引き続き支援する。
- ・圏域を越えて各医療機関が相互にサポートすることにより、周産期医療の維持に努める。

## 6 小児科における医師確保計画

### 【小児科医師偏在指標による評価】

- ・年少人口（15歳未満）、地域の受療率及び小児科医師数により算定。
- ・本県は医師少数とはならない。二次医療圏では真庭圏域が医師少数区域に該当。



### 【医師確保の方針】

真庭圏域において重点的に必要とされる医師の確保に努める。その他の圏域においても、小児科医師が不足している可能性を踏まえ、地域偏在の解消を図りつつ、内科医師との連携を進めながら、小児医療の確保に必要な体制を整備し、必要な医師の確保に努める。

### 【目標達成に向けた施策】

- ・自治医科大学卒業医師や地域卒卒業医師の配置により、医師偏在の解消を図りながら、医師の確保に努める。
- ・地域の内科医師等が小児の初期救急医療等に対応できるよう、研修会を実施する。
- ・小児医療電話相談事業により、不要不急の小児救急受診を減少させ、関係機関及びその従事者の負担を軽減するよう努める。