

千葉県保健医療計画の 改定について

(医師の確保に関する事項)

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。第8次医療計画の期間は2024年度～2029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

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。

- ・ 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。

○ 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…6つの事業（救急医療、災害時における医療、新興感染症発生・まん延時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療（小児救急医療を含む。））。

- ・ 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
- ・ 医師偏在の種別（区域、診療科、入院／外来）

医師多数区域・医師少数区域の設定

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



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

『医師確保計画』（＝医療計画に記載する「医師の確保に関する事項」）の策定

医師の確保の方針

（三次医療圏、二次医療圏ごとに策定）

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

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

確保すべき医師の数の目標（目標医師数）

（三次医療圏、二次医療圏ごとに策定）

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

目標医師数を達成するための施策

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

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

3年*ごとに、都道府県において計画を見直し（PDCAサイクルの実施）

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

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

都道府県による医師の配置調整のイメージ



千葉県保健医療計画の改定について(抜粋)

(千葉県医療審議会 令和5年度第1回総会 資料1-2)

3 計画改定の方針

(1) 計画期間：令和6年度から令和11年度までの6年間

(2) 検討の方向性

エ 医療従事者の確保等について

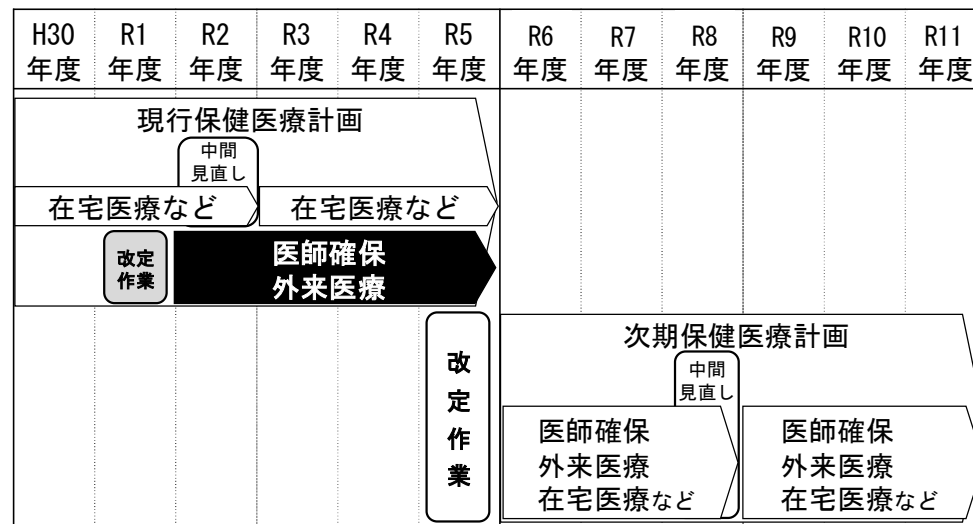
医師及び看護師等の医療従事者の確保については、将来の生産年齢人口の減少など、医療提供体制を取り巻く環境の変化に留意しつつ、取組について検討します。

特に、令和6年度から始まる医師の時間外労働の上限規制の適用に当たり、タスク・シフト／シェアの推進等、勤務医が自身の健康を確保しながら働くことができる勤務環境の整備に向けたより一層の取組を検討します。

また、地域的な偏在や診療科間の偏在への対応についても検討します。

医師の確保に係る事項の改定について

- 計画期間は令和6年度から令和11年度までの6年間ですが、中間見直しを令和8年度に行います。
- 関係法令並びに「医師確保計画策定ガイドライン」を踏まえるものとします。
- 医療法及び「医師確保計画策定ガイドライン」を踏まえ、次の事項を定めます。
 - ア 医師少数区域及び医師多数区域の指定
 - イ 二次医療圏及び全県における医師確保の方針
 - ウ 二次医療圏及び全県における確保すべき医師の数の目標
 - エ ウの目標の達成に向けた医師の確保に関する施策
- 産科・小児科については、医師全体の確保に関する事項とは別に、産科及び小児科に限定した医師の確保に関する事項についても定めます。



検討に当たっての留意事項

医療提供体制の整備については、大学や医師会、地域の中核病院等との連携が重要

➡ 医療計画に沿って行われる医師確保対策について、大学や医師会、地域の中核病院等は協力して支援を行うことが医療法（第30条の27）に規定されている

医師確保計画は、都道府県が、県や二次医療圏の医療提供体制の整備を目的として策定するもの

➡ 個別の医療機関の医師確保について検討するものではない

計画改定のスケジュール(予定)

8月29日	第2回医療対策部会（現状分析・医師確保対策についての検討①）
10月～	地域保健医療・地域医療構想調整会議 （地域の医療関係者からの意見聴取）
12月	第3回医療対策部会（医師確保対策についての検討）
令和6年 2月	三師会、市町村、保険者協議会からの意見聴取 パブリックコメントの実施
3月	医療審議会総会（改定案についての審議、答申） 計画改定
4月	告示

検討のフロー（イメージ）

① 医師数等の現状の確認



② 医師偏在指標の算出



③ 医師少数区域・医師多数区域等の設定



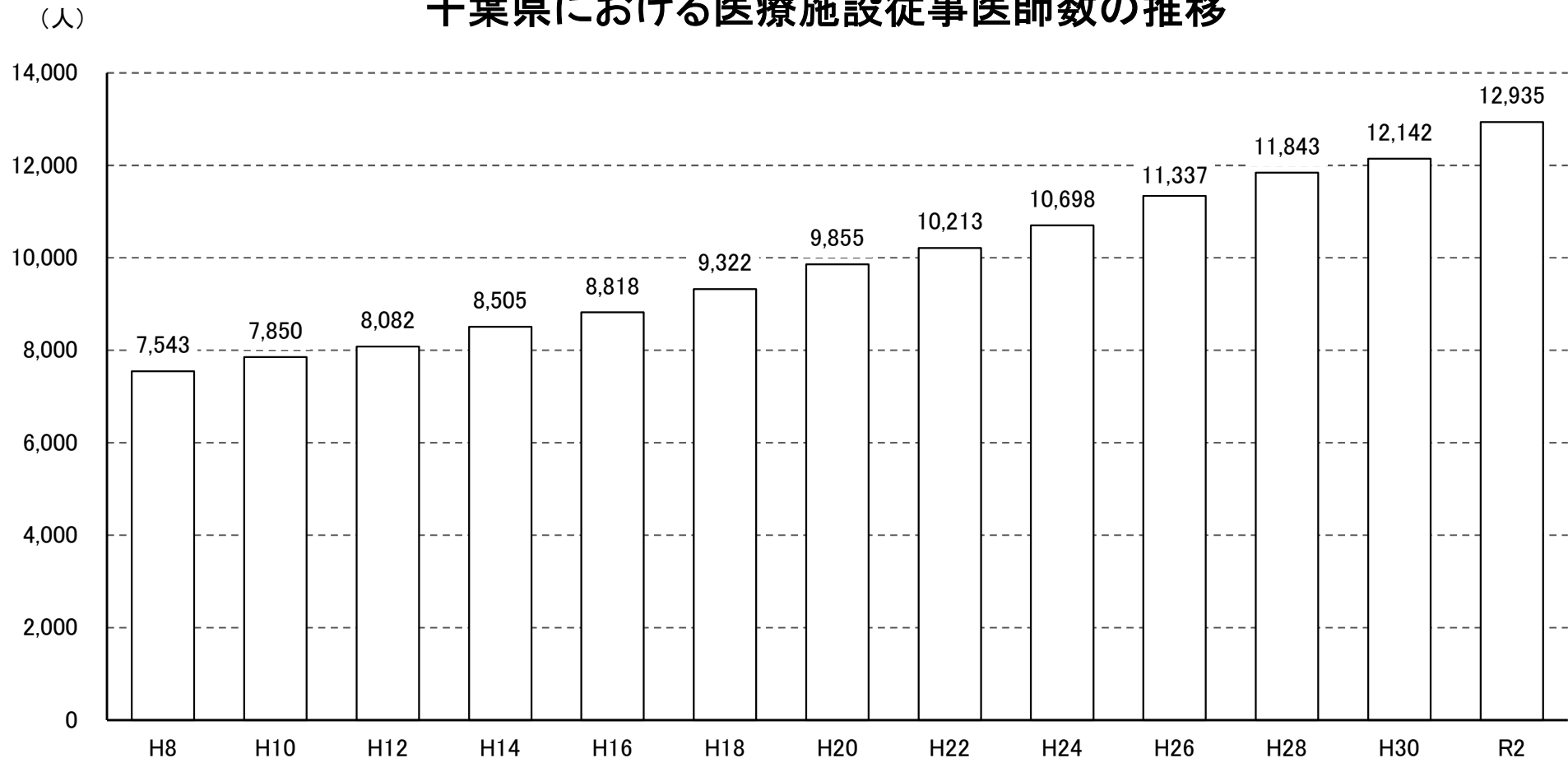
内容の検討

- ④ 医師確保の方針と偏在対策基準医師数
- ⑤ 目標を達成するための施策

① 医師数等の現状の確認

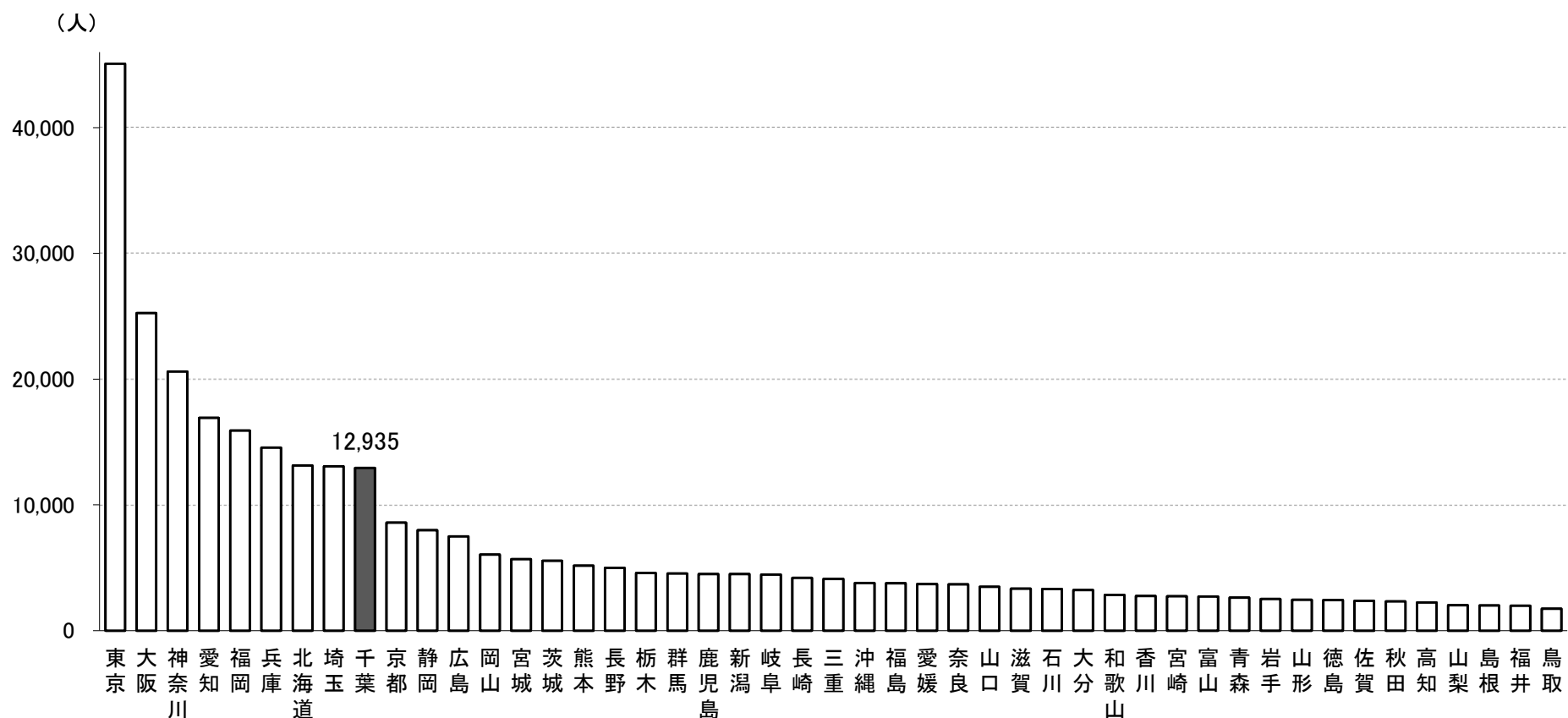
本県における医療施設従事医師数は増加傾向にあり、令和2年末現在では12,935人となっています。

千葉県における医療施設従事医師数の推移



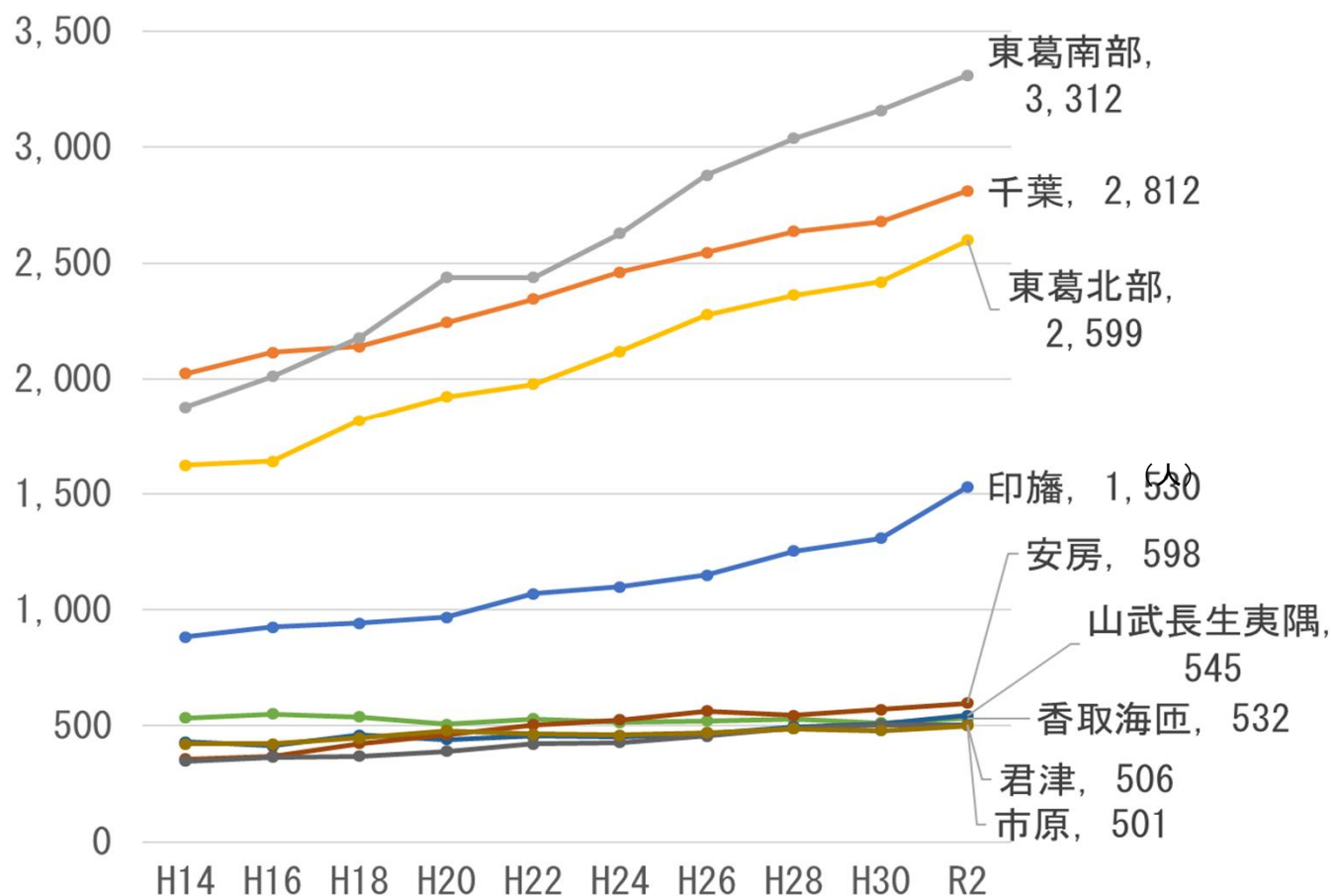
本県における医療施設従事医師数は、多い順に全国第9位です。

都道府県別医療施設従事医師数(令和2年)



医師数の増加の状況は、医療圏により差があります。

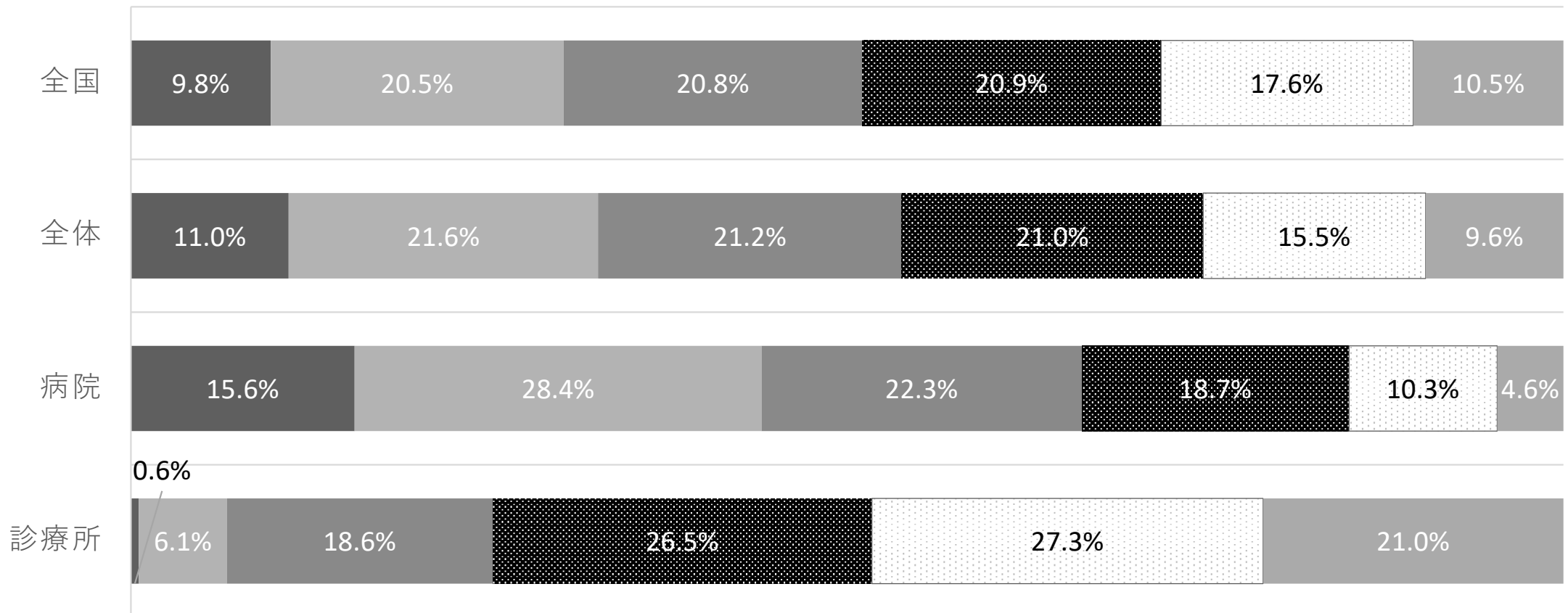
医療圏別の医療施設従事医師数(令和2年までの推移)



資料: 医師・歯科医師・薬剤師調査(厚生労働省)による医療施設従事医師数を基に千葉県が算出

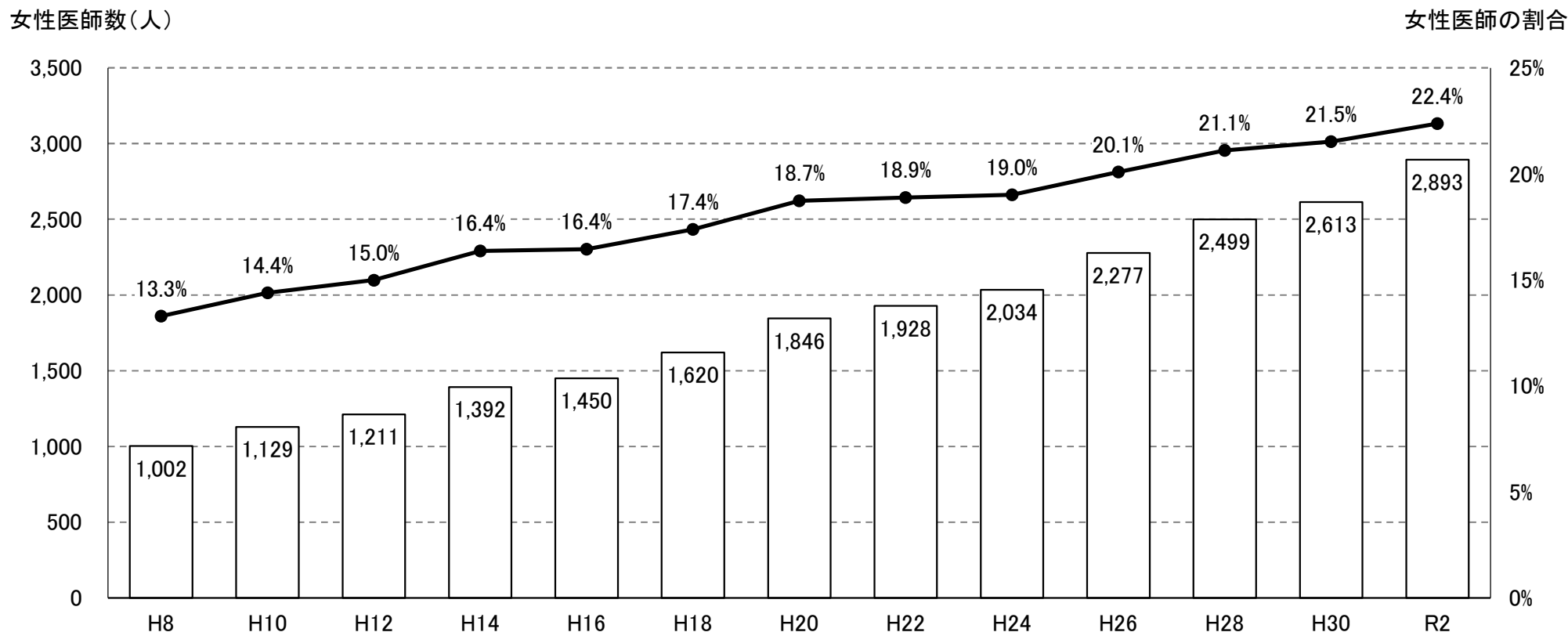
千葉県内の医療施設で従事する医師のうち約10% (診療所では約21%)が70歳以上

■ ～29歳 ■ 30～39歳 ■ 40～49歳 ■ 50～59歳 ■ 60～69歳 ■ 70歳以上



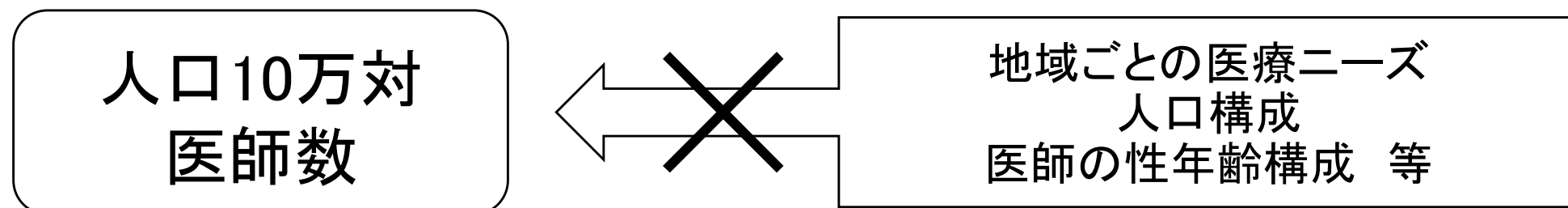
本県の医療施設従事医師数に占める女性医師の割合は増加傾向にあり、令和2年末現在では22.4%

千葉県における医療施設従事医師数に占める女性医師の割合の推移



② 医師偏在指標の算出

【医師偏在指標とは】



- ▶ 医師数の多寡を統一的・客観的に把握するための「ものさし」としての役割を十分に果たせない



医師偏在指標 人口10万対医師数をベースに、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て設定

- ▶ 都道府県・二次医療圏ごとの医師の偏在の状況を全国ベースで客観的に示す指標

- 種 類
- 医師偏在指標（医師全体）
 - 分娩取扱医師偏在指標【産科から変更】
 - 小児科医師偏在指標

- 注意点
- 一定の仮定を置いて算出していること
 - 入手できるデータに限界があること

➡ あくまで相対的な偏在の状況を表すもの
数値を絶対的な基準として取り扱うことや
機械的な運用を行うことのないよう十分に
留意する必要がある

参考：現行計画(R1)の医師偏在指標等

	医師全体			産科			小児科		
	偏在指標	順位	区域	偏在指標	順位	区域	偏在指標	順位	区域
全国	239.8	—		12.8	—		106.2	—	
千葉県	197.3	38	医師少数	11.0	33	相対的医師少数	84.5	44	相対的医師少数
全国の医療圏の数		335			278			311	
千葉	264.0	52	医師多数	14.1	75		110.9	95	
東葛南部	186.4	140		9.9	161		70.1	260	相対的医師少数
東葛北部	188.4	135		9.1	191	相対的医師少数	72.4	254	相対的医師少数
印旛	178.8	162		12.0	110		93.0	175	
香取海匝	180.3	158		9.4	179		116.8	74	
山武長生夷隅	120.4	323	医師少数	10.7	141		63.9	281	相対的医師少数
安房	285.1	38	医師多数	21.6	16		130.1	39	
君津	162.3	219		11.2	128		53.3	295	相対的医師少数
市原	197.9	110		11.4	123		90.3	185	

新たな医師偏在指標算出にあたっての留意点

【医師数】(R1の偏在指標とは算出方法が異なる)

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するため、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

【患者数】(R1の偏在指標と同じデータを用いている)

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

【分娩取扱医師】(R1の偏在指標は「産科・産婦人科医師数」)

三師統計において、「過去2年以内に分娩の取り扱いあり」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」と回答した医師について、偏在指標を算出

医師偏在指標について

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

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

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

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

$$(\ast 4) \text{ 全国の性年齢階級別調整受療率} = \text{無床診療所医療医師需要度}^{\ast 5} \times \text{全国の無床診療所受療率} + \text{全国の入院受療率}$$

$$(\ast 5) \text{ 無床診療所医療医師需要度} = \frac{\text{マクロ需給推計における外来医師需要} / \text{全国の無床診療所外来患者数}^{\ast 6}}{\text{マクロ需給推計における入院医師需要} / \text{全国の入院患者数}}$$

$$(\ast 6) \text{ 全国の無床診療所外来患者数} = \text{全国の外来患者数} \times \frac{\text{初診・再診・在宅医療算定回数} [\text{無床診療所}]}{\text{初診・再診・在宅医療算定回数} [\text{有床診療所・無床診療所}]}$$

さらに、患者の流出入に基づく増減を反映するために、(※4) 全国の性年齢階級別調整受療率を次のように修正を加えて計算する

$$\text{性年齢階級別調整受療率 (流出入反映)} = \text{無床診療所医療医師需要度} \times \text{全国の無床診療所受療率} \times \text{無床診療所患者流出入調整計数}^{\ast 7} + \text{全国の入院受療率} \times \text{入院患者流出入調整計数}^{\ast 8}$$

$$(\ast 7) \text{ 無床診療所患者流出入調整計数} = \frac{\text{無床診療所患者数 (患者所在地)} + \text{無床診療所患者流入数} - \text{無床診療所患者流出数}}{\text{無床診療所患者数 (患者所在地)}}$$

$$(\ast 8) \text{ 入院患者流出入調整計数} = \frac{\text{入院患者数 (患者所在地)} + \text{入院患者流入数} - \text{入院患者流出数}}{\text{入院患者数 (患者所在地)}}$$

分娩取扱医師・小児科医師偏在指標について

$$\text{分娩取扱医師偏在指標} = \frac{\text{標準化分娩取扱医師数} \quad (\ast 1)}{\text{分娩件数} \quad (\ast 2) \div 1000 \text{件}}$$

(※ 1)

○分娩取扱医師数 = 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、産婦人科・産科・婦人科を主たる診療科と回答した医師

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

(※ 2) 医療施設調査の分娩数は9月中の分娩数であることから、人口動態調査の年間出生数を用い調整

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

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

$$\text{地域の標準化受療率比}(\ast 1) = \text{地域の期待受療率}(\ast 2) \div \text{全国の期待受療率}$$

$$\text{地域の期待受療率}(\ast 2) = \frac{\sum (\text{全国の性年齢階級別受療率} \times \text{地域の性年齢階級別年少人口})}{\text{地域の年少人口}}$$

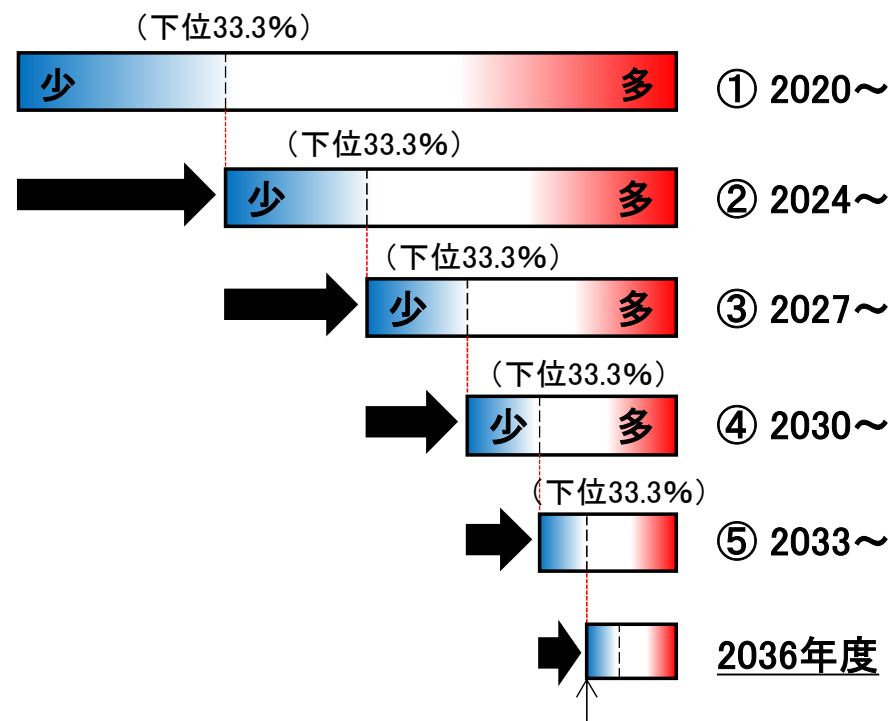
③ 医師少数区域・医師多数区域等の設定

- 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
- 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

(「医師確保計画策定ガイドライン」から抜粋)

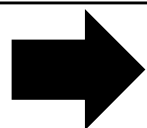
- 5計画期間で全ての都道府県が2036年度に医療ニーズを満たすためには、医師偏在指標の下位3分の1程度を医師少数区域及び医師少数都道府県とすることが必要

(「医師確保計画策定ガイドライン」抜粋)



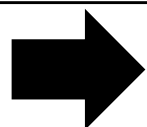
2036年時点における医師の需要を満たすために必要となる医師偏在指標の水準

医師偏在指標の下位33.3%



医師少数区域 / 医師少数都道府県

医師偏在指標の上位33.3%



医師多数区域 / 医師多数都道府県

- 産科・小児科については、（中略）相対的な医師の多寡を表す分類であることを理解しやすくするため、呼称を「相対的医師少数都道府県」及び「相対的医師少数区域」とする
- 相対的医師少数都道府県・相対的医師少数区域については、画一的に医師の確保を図るべき医療圏と考えるのではなく、当該医療圏内において産科医師又は小児科医師が少ないことを踏まえ、周産期医療又は小児医療の提供体制の整備について特に配慮が必要な医療圏として考えるものとする
- 相対的に（医師が）少なくない医療圏等においても、産科医師又は小児科医師が不足している可能性があることに加え、これまでに医療圏を越えた地域間の連携が進められてきた状況に鑑み、（中略）産科・小児科においては医師多数都道府県や医師多数区域は設けない

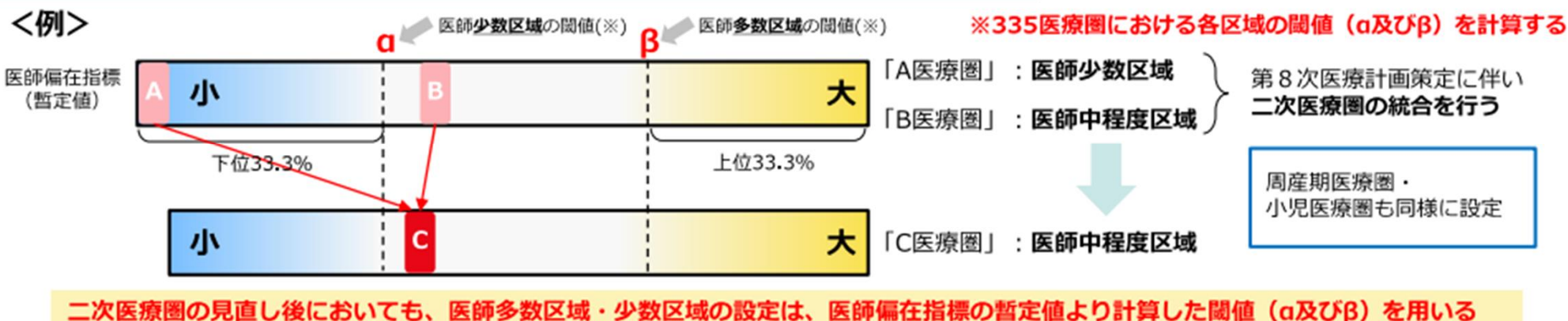
（「医師確保計画策定ガイドライン」から抜粋）

二次医療圏の見直しに係る医師偏在指標の算出

二次医療圏の見直しに係る医師偏在指標の再算出の考え方

- 令和4年度末に、国が、次期医師確保計画策定ガイドラインとあわせて都道府県に提供する医師偏在指標（**暫定値**）より、上位及び下位1/3の閾値を決定する。
- 二次医療圏を変更しない都道府県は、**暫定値を確定値として取り扱い**、次期医師確保計画を策定する。
- 二次医療圏を変更する都道府県は、下記のスケジュールに沿って、医師偏在指標の**確定値の算定を行う**。
- なお、見直し後の二次医療圏の区分は、**暫定値より決定した上位1/3・下位1/3の閾値をもって決定**する。

二次医療圏の見直しに係る医師多数区域・医師少数区域の設定イメージ



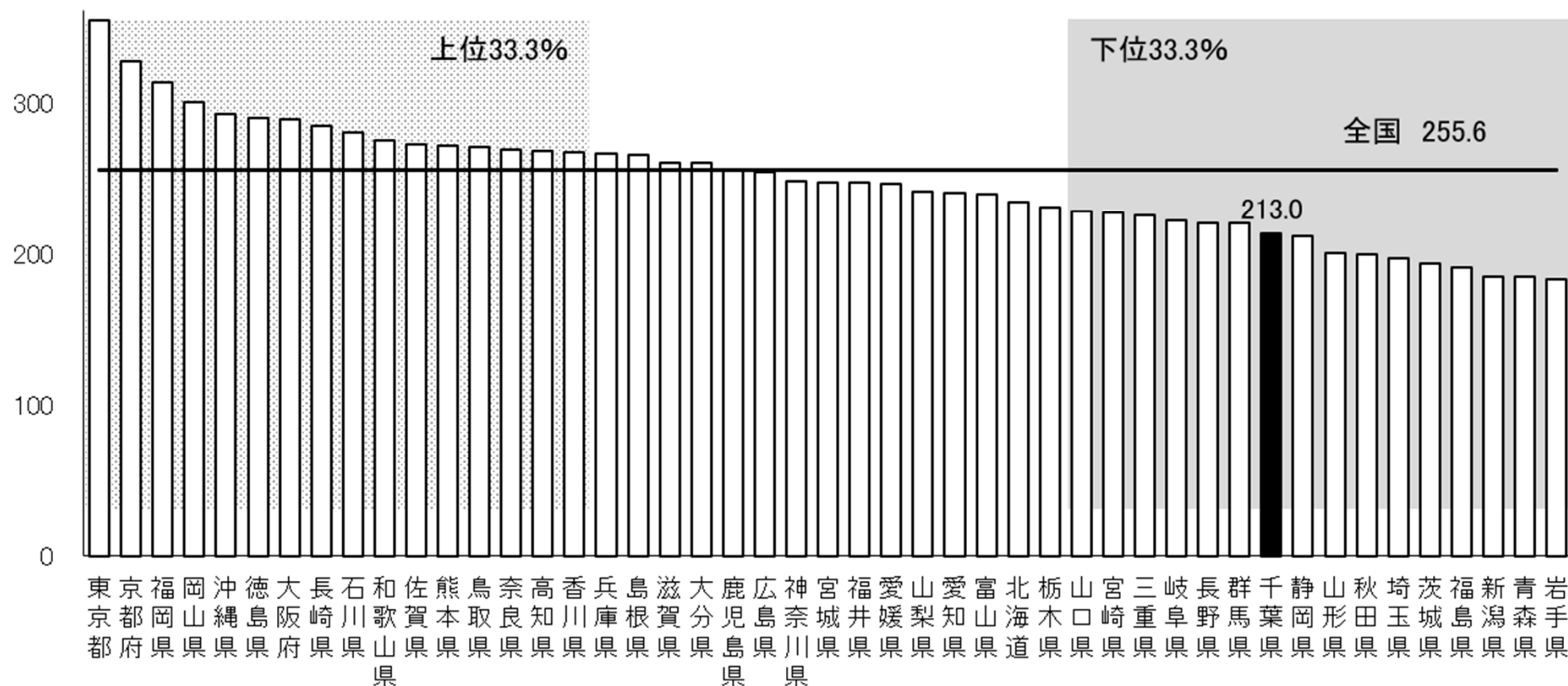
医師偏在指標の再算出のスケジュール

年度	令和4年度			令和5年度									令和6年度		
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
都道府県				新たな二次医療圏変更を踏まえた流出入数を厚労省に報告（※）									医師確保計画策定完了		
厚生労働省	医師偏在指標（暫定値）を都道府県に提供			医師偏在指標等の再算出、各種データの再集計											

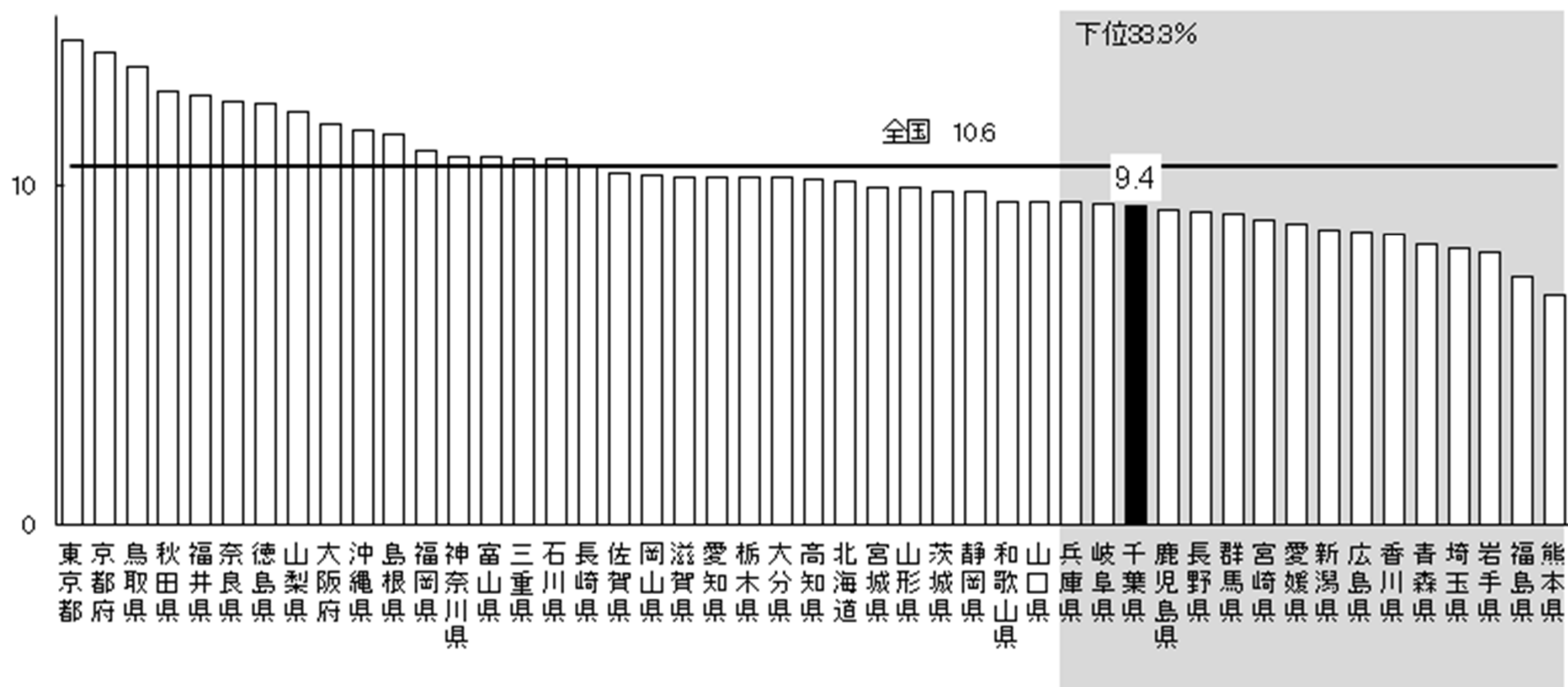
（※）この期間を短縮することで、早期に偏在指標の算定をすることは可能 19

医師偏在指標の算出結果

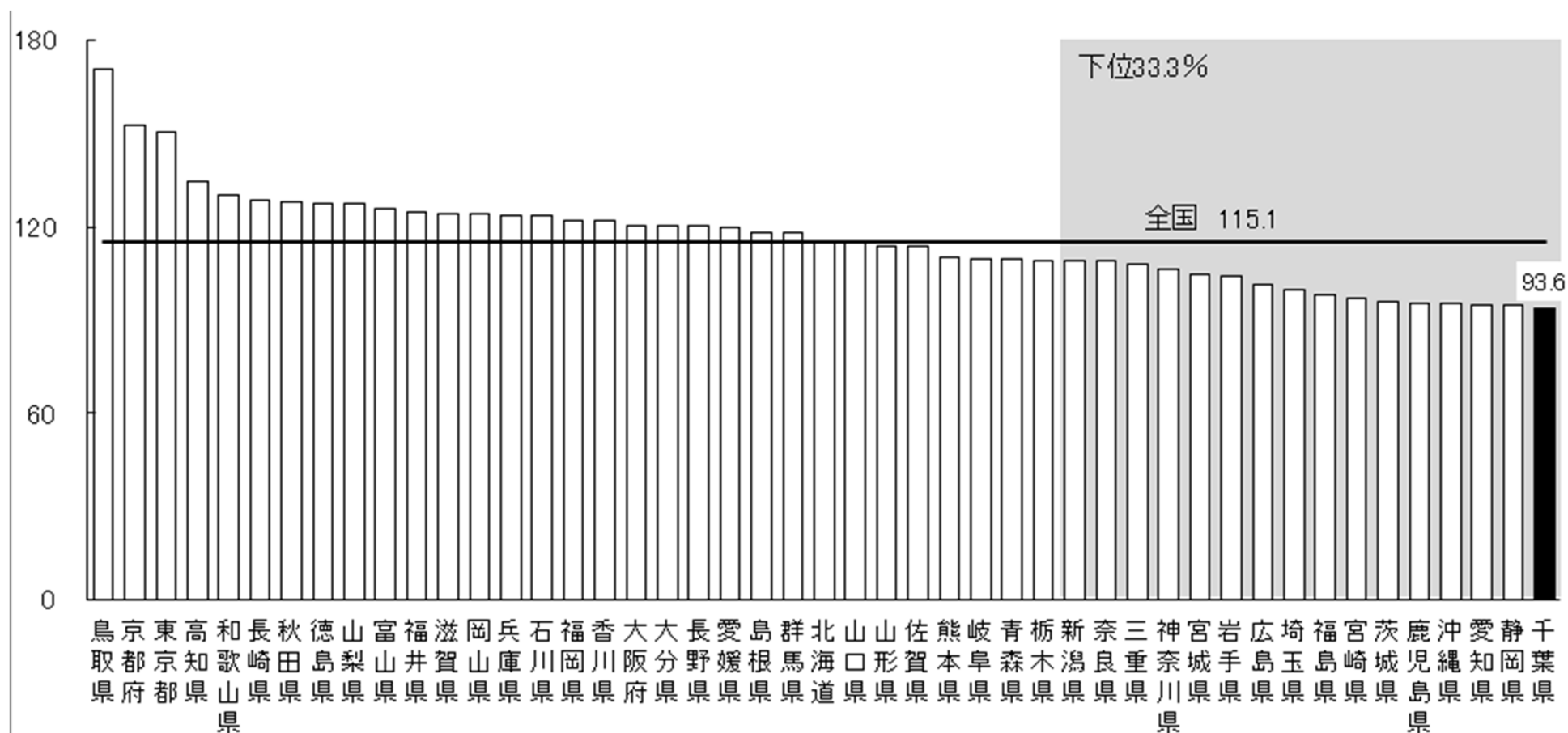
ア 都道府県間比較 (ア)全体



(イ)分娩取扱医師



(ウ)小児科

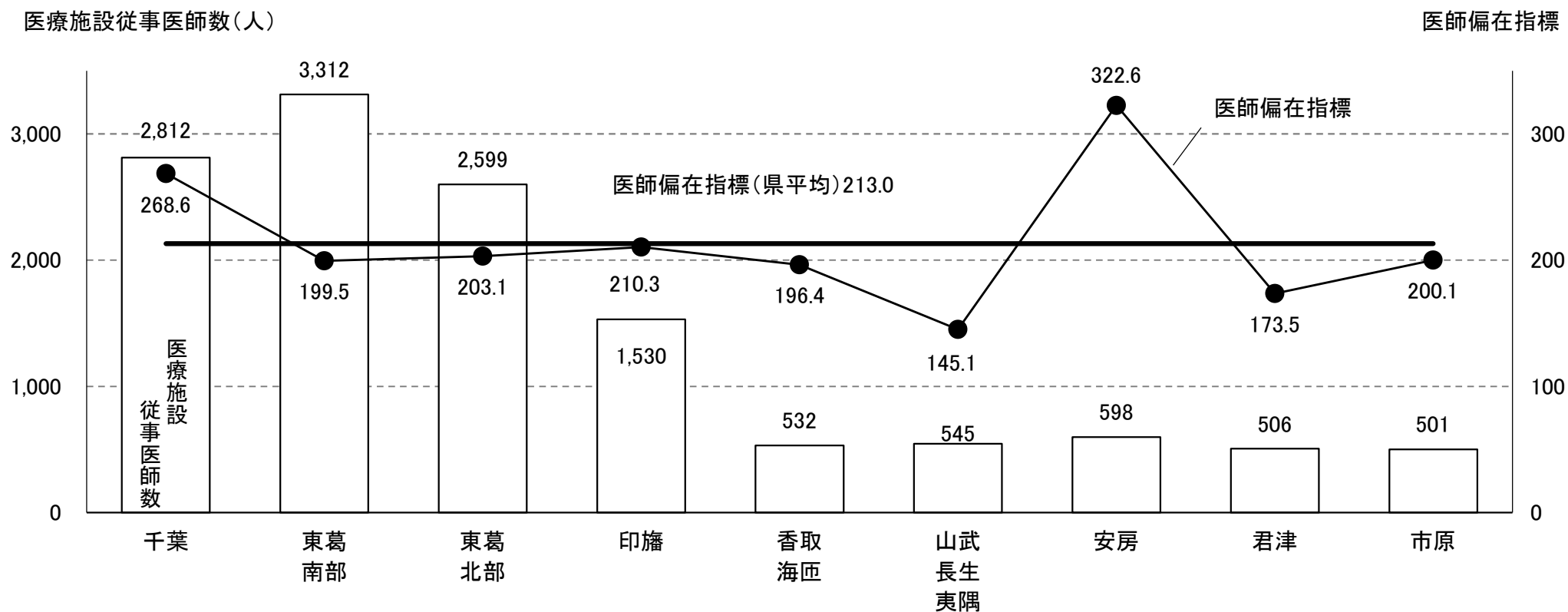


イ 県内二次保健医療圏の状況

	医師全体			分娩取扱医師			小児科		
	偏在指標	順位	区域	偏在指標	位	区域	偏在指標	順位	区域
全国	255.6	—		10.6	—		115.1	—	
千葉県	213.0	38	医師少数	9.4	34	相対的 医師少数	93.6	47	相対的 医師少数
全国の医療圏の数		335			278			307	
千葉	268.6	58	医師多数	11.9	71		125.3	81	
東葛南部	199.5	163		9.2	135		78.3	265	相対的 医師少数
東葛北部	203.1	147		7.0	213	相対的 医師少数	83.3	241	相対的 医師少数
印旛	210.3	128		11.6	76		106.8	153	
香取海匝	196.4	175		6.1	245	相対的 医師少数	111.8	127	
山武長生夷隅	145.1	302	医師少数	7.8	178		79.1	263	相対的 医師少数
安房	322.6	31	医師多数	19.2	13		122.8	91	
君津	173.5	235	医師少数	9.0	140		45.9	303	相対的 医師少数
市原	200.1	161		9.4	128		94.9	191	

ウ 医療圏毎の医師数との比較

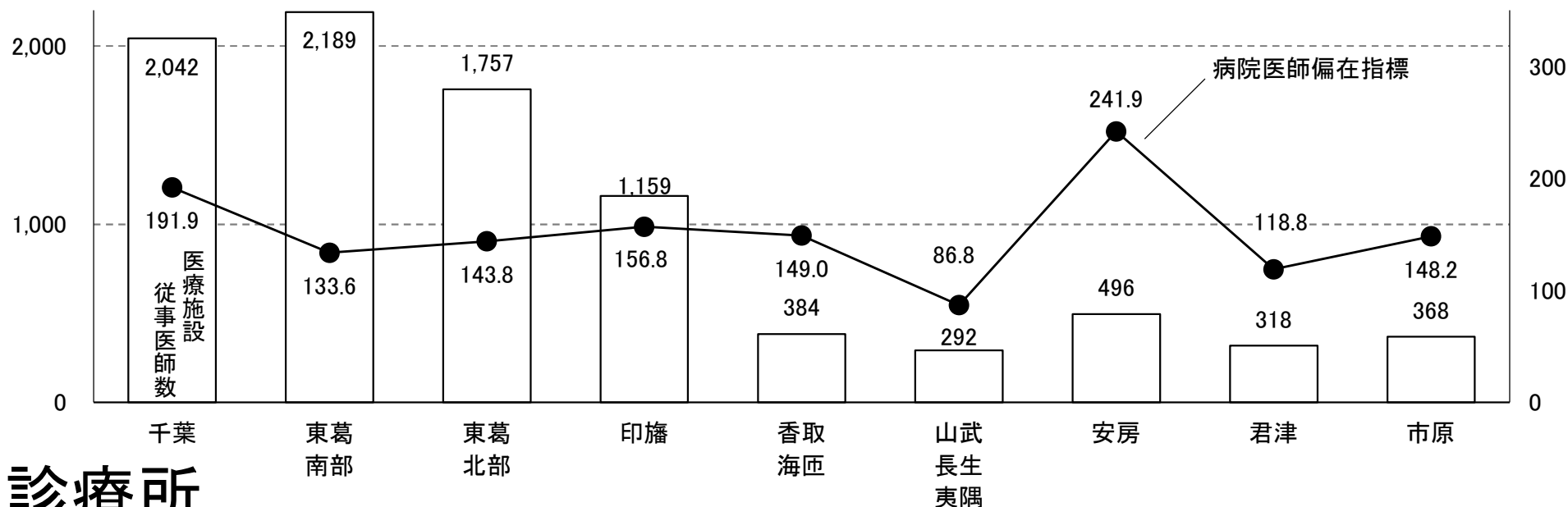
(ア) 全体



病院

医療施設従事医師数・病院(人)

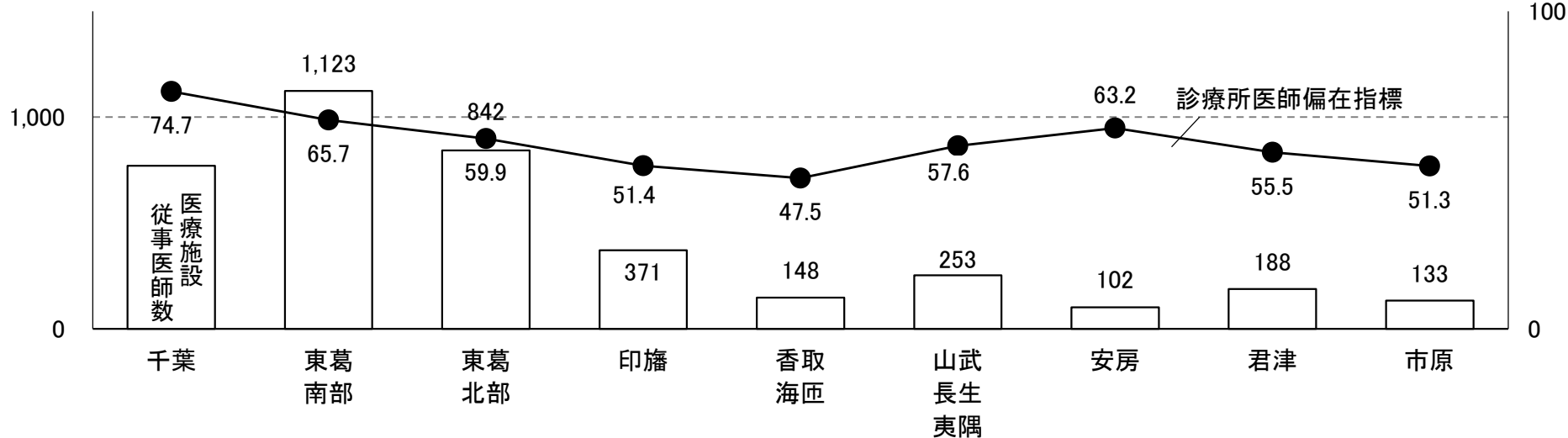
病院医師偏在指標



診療所

医療施設従事医師数・診療所(人)

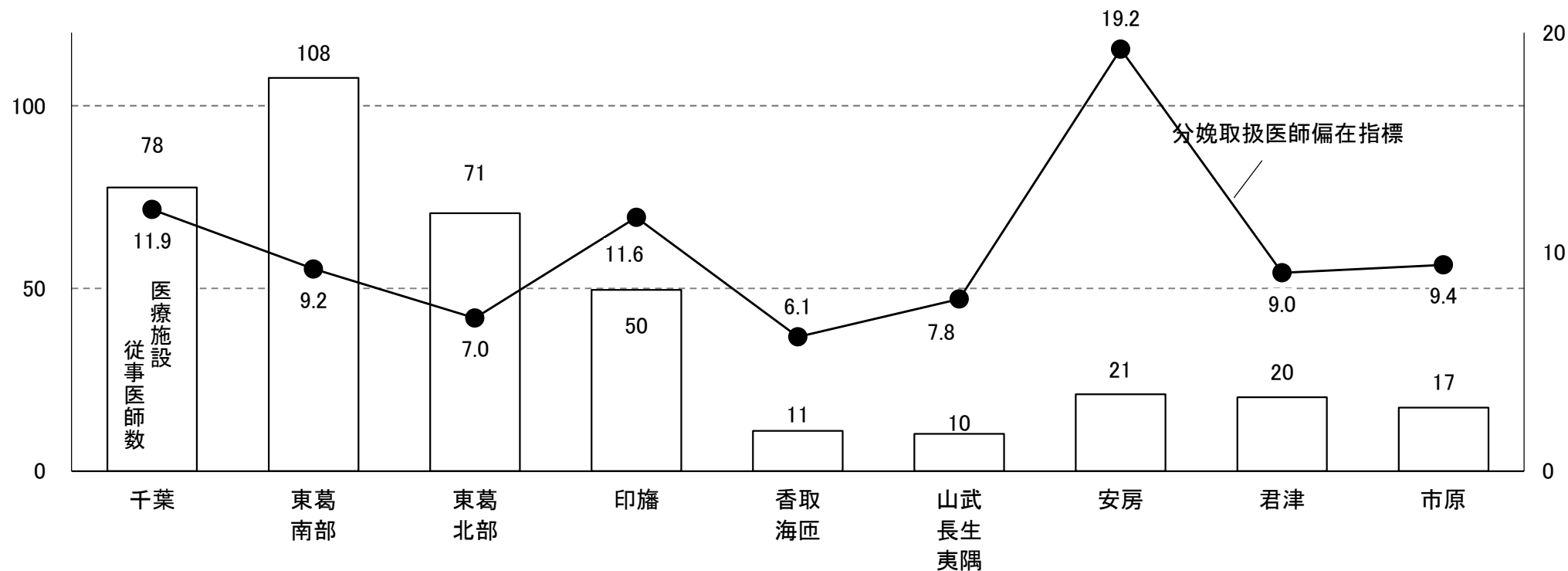
診療所医師偏在指標



(イ)分娩取扱医師

医療施設従事医師数・分娩取扱医師(人)

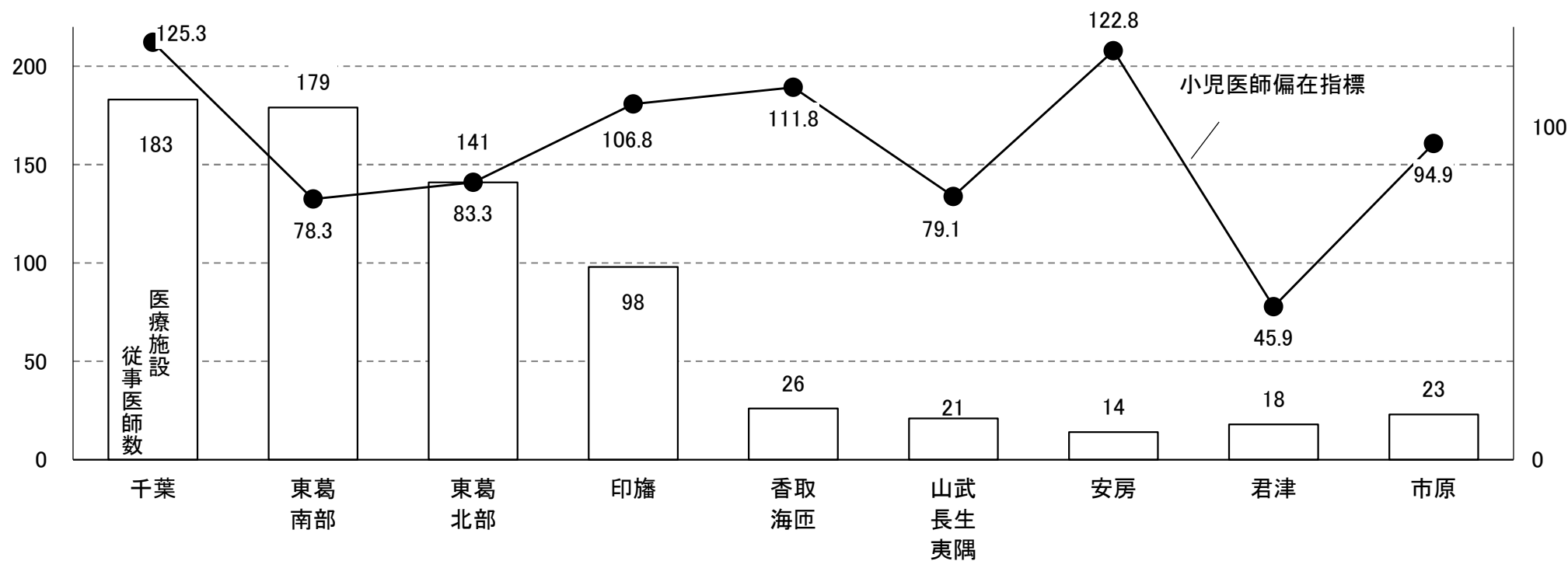
分娩取扱医師偏在指標



(ウ)小児科

医療施設従事医師数・小児科(人)

小児医師偏在指標



医師少数スポット

- 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。

（「医師確保計画策定ガイドライン」から抜粋）

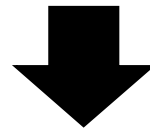
問 医師少数スポットの具体的な設定基準や目安はありますか。

答 医師少数スポットは元々、無医地区や島しょ、半島等の医師が少なくかつ医療機関へのアクセスに大きな制限がある地区を想定して設けたものである。その背景を踏まえて設定いただきたい。そのため、特定の医療機関を医師少数スポットと設定することも、厚生労働省としては想定していない。

（「医師確保計画策定ガイドラインに関する疑義照会」から抜粋）

本県における医師少数スポットについて

- 本県内には、無医地区等のへき地が存在しないこと
- 本県内には、医療機関へのアクセスに大きな制限のある地域が認められないこと



医師少数スポットを設定しない

④医師確保の方針と目標医師数、偏在対策基準医師数

定義

計画期間終了時点において、各医療圏で確保しておくべき医師の総数 $\neq$ 理想とする医師数

区域等		設定の考え方(国ガイドライン)	
医師少数都道府県		計画開始時の下位33.3%の基準を脱するために要する具体的な医師の数	
二次医療圏	医師少数区域	同上	9医療圏分の合計値 $\leq$ 県全体の偏在対策基準 医師数
	どちらでもない区域	県において独自に設定	
	医師多数区域		

千葉県における目標医師数(医師全体)設定の考え方(案)

区域等		設定の考え方(案)	
県全体 (医師少数県)		①	計画開始時の下位33.3%の基準を脱するために要する医師数。
二次保健医療圏	医師少数区	②	計画開始時の下位33.3%の基準を脱するために要する医師数。
		③	ただし、②の医師数が現状の医師数を下回る場合は、計画終了時点において、計画期間開始時の全国の二次医療圏の医師偏在指標の平均値に達する値である医師数。
	どちらでもない区域	④	現状の医師数の維持を目指す。
		⑤	ただし、④の医師数が、計画期間開始時の全国の二次医療圏の医師偏在指標の平均値に達する値である医師数を下回る場合は、計画終了時点において、当該平均値に達する値である医師数。
医師多数区		⑥	現状の医師数の維持を目指す。

目標医師数(医師全体)

	区域	目標設定の考え方	R2医師数	県の平均値に達する医師数	下位1/3に達するための医師数
千葉県	少数県	下位1/3脱出	12, 935	12, 943	13, 905
千葉	多数区域	現状維持	2, 812	2, 273	1, 915
東葛南部	どちらでもない	平均値目指す	3, 312	3, 624	3, 053
東葛北部	どちらでもない	平均値目指す	2, 599	2, 792	2, 352
印旛	どちらでもない	平均値目指す	1, 530	1, 537	1, 295
香取海匝	どちらでもない	平均値目指す	532	535	450
山武長生夷隅	少数区域	下位1/3脱出	545	760	640
安房	多数区域	現状維持	598	375	316
君津	少数区域	下位1/3脱出	506	616	519
市原	どちらでもない	平均値目指す	501	508	428
医療圏計			12, 935		

医療圏毎の目標医師数の合計：13, 565人

全体の目標医師数（13, 905人）との差（340人）については、医療圏を特定せずに県全体で確保に取り組む

産科・小児科の場合

- 計画期間終了時(2026年度末)の分娩取扱医師・小児科における医師偏在指標が、計画期間開始時の相対的医師少数区域の基準値(下位33.3%)に達することとなる医師数
- 医療需要に応じて機械的に算出される数値であり、確保すべき医師数の目標ではないことに留意が必要

(「医師確保計画策定ガイドライン」から抜粋)

偏在対策基準医師数(分娩取扱医師)

区域等	区分	偏在対策基準医師数	(参考)R2医師数
千葉県	相対的医師少数	332人	385人
千葉		43人	78人
東葛南部		77人	108人
東葛北部	相対的医師少数	65人	71人
印旛		29人	50人
香取海匝	相対的医師少数	11人	11人
山武長生夷隅		8人	10人
安房		7人	21人
君津		15人	20人
市原		11人	17人
		(参考)医療圏 計266人	385人

偏在対策基準医師数(小児科)

区域等	区分	偏在対策基準医師数	(参考)R2医師数
千葉県	相対的医師少数	719人	703人
千葉		124人	183人
東葛南部	相対的医師少数	186人	179人
東葛北部	相対的医師少数	135人	141人
印旛		75人	98人
香取海匝		19人	26人
山武長生夷隅	相対的医師少数	19人	21人
安房		11人	14人
君津	相対的医師少数	31人	18人
市原		19人	23人
		(参考)医療圏 計618人	703人

⑤ 医師確保の方針

医師確保の方針(ガイドライン)

偏在是正の観点から、医師の少ない地域は、医師の多い地域から医師の確保を図ることが望ましく、医師の多寡の状況について場合分けをした上で医師確保の方針を定める。

	医師少数	どちらでもない	医師多数
都道府県	- 医師の増加を基本方針とする - 医師多数都道府県からの医師の確保ができる	医師少数区域が存在する場合には、必要に応じて医師多数都道府県からの医師の確保ができる	- 当該都道府県外からの医師の確保は行わない - 不足していると考えられる診療科に特化して確保する方針等は可能
医療圏	- 医師の増加を基本方針とする - 医師少数区域以外からの医師の確保ができる	必要に応じて、医師多数区域の水準に至るまでは、医師多数区域からの医師の確保を行える	- 他の二次医療圏からの医師の確保は行わない - 不足していると考えられる診療科に特化して確保する方針等は可能

医師確保の方針(ガイドライン)

時間軸によっても場合分けした上で医師確保の方針を定める。

現時点の医師 の不足	• 短期的な施策による対応を行う • 長期的な施策では対応しない
将来時点の 医師の不足	• 短期的な施策と長期的な施策を 組み合わせて対応する

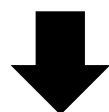
施策の具体例

短期的施策

- 県内医師の派遣調整
- 医師の勤務環境改善支援
- 若手医師に向けた研修プログラム等の情報発信

長期的施策

- 医学部地域枠の設定
- 医学部生向け地域医療実習



将来時点での過不足を国において推計

将来時点における必要医師数

将来時点(2036年)において全国の医師数が全国の医師需要に一致する場合の医師偏在指標の値(全国値)を算出し、厚生労働省において、医療圏ごとに、医師偏在指標がこの全国値と等しい値になる医師数を必要医師数として示す。

将来時点の医師供給数

各医療圏の性・医籍登録後年数別の就業者の増減が、将来も継続するものとして推計する。

現時点と将来時点における医師の不足の見通し

(単位:人)

将来の医師供給数、必要医師数については、
今後、示されることになっています。

	計画改定			(参考・現行計画)		
	現時点の差 【a-b】	現在の医師数 (2020年) 【a】	目標医師数 (2026年) 【b】	将来時点の差 (2036年) 【c-d】	将来の 医師供給数 【c】	必要 医師数 【d】
千葉県	▲ 970	12,935	13,905	上位推計 1,935過剰 下位推計 995不足	上位推計 17,325 下位推計 14,394	16,330
千葉	0	2,812	2,812			2,916
東葛南部	▲ 312	3,312	3,624			4,665
東葛北部	▲ 193	2,599	2,792			3,568
印旛	▲ 7	1,530	1,537			1,975
香取海匝	▲ 3	532	535			612
山武長生夷隅	▲ 95	545	640			908
安房	0	598	598			428
君津	▲ 13	506	519			762
市原	▲ 7	501	508			616
医療圏合計	▲ 630	12,935	13,565			16,450

本県における医師確保の方針の基本的な考え方 (医師全体)

	医師少数区域	どちらでもない区域	医師多数区域
方向性	医師数の増加 (少数区域以外からの確保を含む)	医師数の増加 (全国平均水準に達している場合は現状の医師数の維持) (医師多数区域からの医師の確保を含む)	現状の医師数の維持
手法	将来時点の不足の見通しも踏まえつつ、長期的施策と短期的施策を組み合わせ、積極的に取り組む 長期的施策である医師修学資金貸付制度の活用については、現行制度との継続性や受給者のキャリア形成に留意しつつ、別途検討する(⇒議事(2))	長期的施策と短期的施策を組み合わせる	短期的施策を中心に取り組む
	産科、小児科等特に不足の見込まれる分野に配慮した施策の実施		
その他	医療サービスの生産性向上 県民の受療行動の適正化		

医師確保の方針(ガイドライン)

産科・小児科

- 産科医師又は小児科医師が相対的に少なくない医療圏においても、その労働環境に鑑みれば、産科医師又は小児科医師が不足している可能性があることを踏まえて検討する必要がある。
- 周産期母子医療センター等は、より高度又は専門的な医療の提供を担っており、そのような医療機関が存在する医療圏は、産科・小児科における医師偏在指標による医師数よりも実際に必要な医師数が多い可能性がある。

(「医師確保計画策定ガイドライン」をもとに作成)

医師確保の方針(ガイドライン)

産科・小児科

相対的医師少数区域	左記以外の区域
- 相対的に少なくない医療圏においても不足している可能性があることを踏まえ、医師派遣のみにより地域偏在の解消を目指すことは適当ではない - 外来医療と入院医療の機能分化・連携に留意しつつ、必要に応じて、医療圏の見直しや医療圏を越えた連携によって、地域偏在の解消を図ることを検討する - 上記によっても解消されない場合は、医師を増やす(確保することによって医師の地域偏在の解消を図る - この際、医師の勤務環境やキャリアパスについて留意が必要 - 医療機関の再編統合を含む集約化等の医療提供体制を効率化する施策等を適宜組み合わせて実施する - 養成数を増加させること等の長期的な施策についても適宜組み合わせて実施する	当該医療圏における医療提供体制の状況を鑑みたうえで、医師を増やす方針を定めることも可能とする

- 千葉県は、産科・小児科とも「相対的医師少数都道府県」であり、県全体で産科医・小児科医の確保や周産期医療・小児医療の提供体制確保に取り組む必要がある。
- 産科・小児科とも、従来から効率的な医療提供体制や医療圏を越えた連携体制の構築に取り組んできた。

➡ 9医療圏が連携し、県全体として周産期及び小児医療提供体制の確保と、産科医・小児科医の確保に取り組む必要があるのではないか。

特に、医療提供体制については、関係する審議会等で検討いただくこととしてはどうか。

医師確保の方針(案)

千葉県・9医療圏共通

効率的な医療提供体制の確立

- ・医療連携体制の充実

産科医・小児科医の増加

- ・県内医師の定着促進
- ・医学部臨時定員増・地域枠の活用等の長期的施策の実施
- ・勤務環境改善支援等の短期的施策の実施

医師の働き方改革の推進

- ・就労環境の向上と復職支援
- ・タスク・シフティング、タスク・シェアリング等の推進

県民の受療行動の適正化

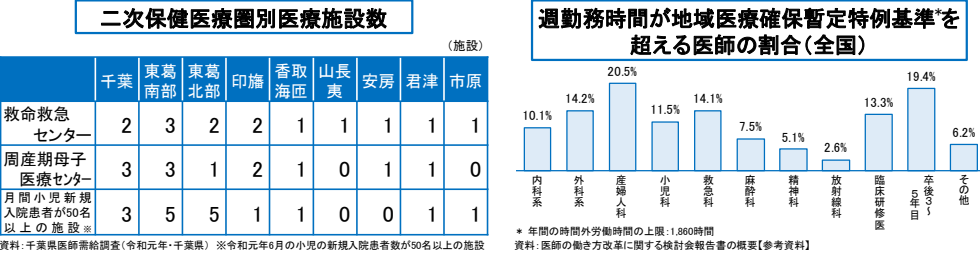
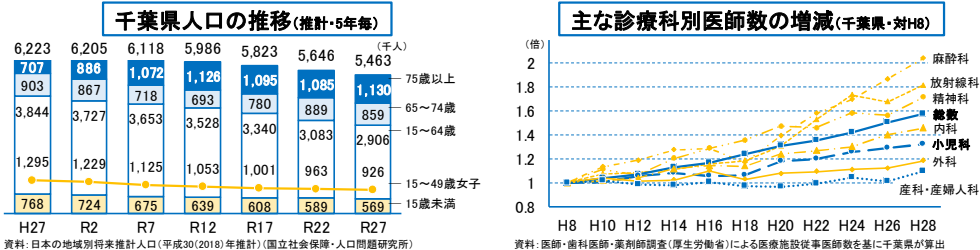
- ・適切な受療行動の促進

※今後、関係する審議会等の意見を伺い、必要に応じて見直しを行う。

千葉県保健医療計画 医師の確保に関する事項(令和2年度～令和5年度)

1 医師の確保に関する現状と課題

- 千葉県は人口は今後減少し、年少人口や15～49歳女子人口も減少すると見込まれていますが、受療率の高い75歳以上人口は増加し、それに伴い、医療需要は増加していくと見込まれています。
- 千葉県は医師少数県とされ、医師総数の不足が懸念されます。さらに、二次保健医療圏ごと、診療科ごとに状況は異なり、医師の地域偏在や診療科偏在も課題です。
- 産科や小児科は、今後、医療需要の減少が見込まれる等、特に医師確保が困難です。これまでも医療圏を越えた連携体制の構築に努めてきましたが、効率的な医療提供体制の確立は、ますます重要です。
- 令和6年度から医師の時間外労働の上限規制が適用開始となり、地域医療へ影響が懸念されています。



2 区域等と計画終了時に確保しておくべき医師数

千葉県

※ 医師偏在指標：医師の偏在の状況を全国ベースで客観的に示す指標。人口10万対医師数等をベースに、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て厚生労働省が設定。

	医師偏在指標※			区分	計画終了時に確保しておくべき医師数	左記の考え方	H28医師数
	千葉県	全国順位	全国平均				
医師全体	197.3	38位	239.8	医師少数県	13,146人	計画終了時点において、計画開始時の下位33.3%の基準を脱するために要する医師数	11,843人
産科	11.0	33位	12.8	相対的医師少数県	—		459人
小児科	84.5	44位	106.2	相対的医師少数県	—		654人

* 産科、小児科については、計画終了時に確保しておくべき医師数は定められていないこととされている。(国ガイドライン)
【参考】同じ考え方でも算出した下位33.3%を脱するために要する医師数：産科 412人、小児科 676人

医師偏在指標

二次保健医療圏

	千葉	東葛南部	東葛北部	印旛	香取海浜	山長夷	安房	君津	市原
医師偏在指標	264.0	186.4	188.4	178.8	180.3	120.4	285.1	162.3	197.9
区分	医師多数					医師少数	医師多数		
計画終了時に確保しておくべき医師数	2,637人	3,216人	2,475人	1,385人	579人	592人	545人	597人	489人
上記の考え方	現状維持	県平均まで増加				下位33.3%脱却	現状維持	県平均まで増加	現状維持
H28医師数	2,637人	3,038人	2,363人	1,255人	529人	496人	545人	491人	489人

Point!

①千葉県は「医師少数県」
②二次保健医療圏別では「医師多数区域」や「医師少数区域」もあり、医師の地域偏在がみられる
③県全体として、計画期間内に医師を13,146人まで増加させることを目指す(H28からプラス1,303人)

3 医師の確保の方針と主な施策

方針① 医師数の増加

【関係者と連携した取組の推進】

- 医療関係者と連携した地域医療支援センターの運営
- 地域医療対策協議会等における医師確保対策の検討

【地域医療に従事する医師の養成・確保】

- 自治医科大学での医師養成
- 医学部の臨時定員増と医学生への医師修学資金貸付けによる 地域医療に従事する医師の養成数の増加
- 医師修学資金受給者への医師少数区域等での勤務の義務付けと、円滑な義務履行に向けた本人の希望するキャリア形成との両立支援
- 特に全県的に不足している産科医、新生児医療担当医を確保するため、これらを志望する受給者のキャリア形成について配慮
- 自治医科大学や修学資金受給者を対象とした地域医療についての学習の機会の設定
- 医師少数区域等へ医師派遣を行う医療機関への支援

【研修環境の充実等による若手医師の確保】

- 医師キャリアアップ・就職支援センターの運営による県内での臨床研修・専門研修の魅力発信と研修環境の充実
- 県に移譲された定員設定権限等を活用した臨床研修医の確保・定着対策
- 専門医の養成・確保の促進や、地域・診療科偏在の防止に向けた関係者との情報共有や協議の実施
- 総合的・継続的・全人的に診療する視点を持った医師の養成



方針② 働き方改革の推進

【就労環境の向上と復職支援】

- 医療機関が行う就労環境整備の推進
- 産科医や新生児医療担当医の処遇改善に取り組む医療機関への支援
- 医師キャリアアップ・就職支援センターによる再就業のあっせんや復職研修の実施

【タスク・シフティング、タスク・シェアリングの推進】

- 医療機関の役割分担の明確化や効率的な医療提供体制の整備による大病院等への負担集中の軽減
- 医療機関に対するチーム医療やタスク・シフティング、タスク・シェアリング推進に向けた働きかけと方策の検討

方針③ 上手な医療のかかり方への理解促進

- かかりつけ医の定着促進等の適切な受療行動や、医療機能の分化・連携に関する県民の理解促進
- 医療従事者の負担軽減を目的とした救急安心電話相談、小児救急電話相談の充実・強化
- 安心・安全な出産のための情報提供等による支援の実施
- 子どもの急病や事故時の対応に関する知識についての普及啓発

方針④ 効率的な医療提供体制の確立(産科・小児科)

- 医療圏内の連携体制や医療圏を越えた医療提供体制の整備・強化
- ハイリスク分娩等についての圏域を越えた搬送体制の検討
- 他診療科の医師を対象にした小児救急医療に関する研修会の実施
- 医療機関の役割分担の明確化等に向けた協議の実施

主な評価指標

指標名	現状	目標	指標名	現状	目標
医療施設従事医師数	11,843人 (平成28年度)	13,146人 (令和5年度)	医師事務作業補助体制加算届出施設数	108施設 (令和元年度)	増加 (令和5年度)
県内専攻医採用数	332人 (令和元年度)	400人 (令和5年度)	小児救急電話相談事業	31,312件 (平成28年度)	35,000件 (令和5年度)