

令和5年度第3回 長野県地域医療対策協議会 資料一覧

○ 説明事項

【資料 1】「本県の医療提供体制の目指すべき方向性(グランドデザイン)」(仮称) 素案

○ 協議事項

【資料 2】医師 計画本文(素案)

【資料 3】歯科医師 計画本文(素案)

【資料 4】薬剤師 計画本文(素案)

【資料 5】看護職員 計画本文(素案)

【資料 6】歯科衛生士・歯科技工士 計画本文(素案)

【資料 7】栄養士・管理栄養士 計画本文(素案)

【資料 8】その他の医療従事者 計画本文(素案)

【資料 9】医療従事者の勤務環境改善 計画本文(素案)

○ その他

【資料 10】今後のスケジュールについて

【資料 11】令和5年度第2回地域医療対策協議会における主な議論について

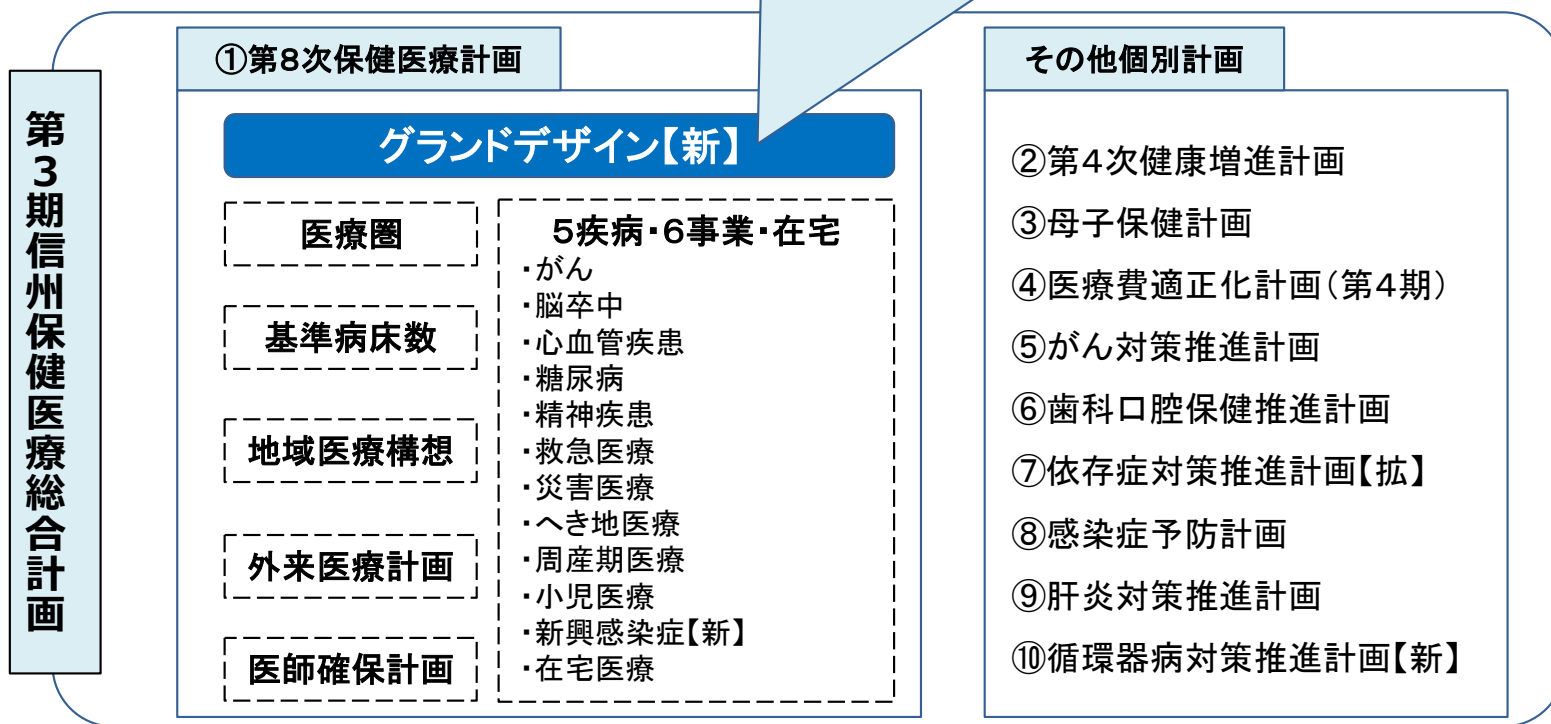
「本県の医療提供体制の目指すべき方向性（グランドデザイン）」（仮称）
素案

1. 策定の趣旨

- 全国的にも医療資源が少ない本県において、今後予測される医療ニーズの変化や医療サービスの担い手の減少、更に2024年から適用される医師の時間外労働規制といった課題に対応するには、行政・医療関係者・県民が現在の医療提供体制の窮状を理解し、危機感と将来あるべき医療提供体制の姿を共有した上で、その実現に向けた取組を一体となって進めていくことが必要。
- また、地域医療構想については、一定の成果は出ている一方、これまでの病床数に着目した議論だけではなく、あるべき役割分担の在り方を関係者で共有した上で、県がリーダーシップを発揮しながら各地域の課題解決に向けた議論を進めていくことが求められている。
- こうした課題に対応すべく、限りある医療資源を最大限有効に活用し、患者視点のあるべき医療提供体制を構築するため、本県が目指すべき医療提供体制のあり方とその実現に向けた取組の大枠の方向性を示す「グランドデザイン」を定める。

■グランドデザインの位置付け(イメージ)

次期医療計画の中に新たに追加し、医療計画の記載事項に共通する理念として位置づける。



2. 対応しなければならない課題（共有したい危機感）

医療ニーズの変化

- 人口構造の変化に伴う高齢者の増加により、誤嚥性肺炎や骨折等の医療ニーズが増加し、がん等の高度・専門的な治療や手術のニーズは相対的に減少
- こうした変化に対応し、地域に必要な急性期医療の質を維持・向上させるためには、高度・専門医療を中心に担う医療機関と、ニーズが増加する高齢者疾患に対応する医療機関との役割分担を進める必要

医療従事者の働き方改革

- 医師の時間外労働規制により、一定数以上の医師配置ができない病院では、休日・夜間の救急機能を縮小または廃止せざるを得ない状況に陥ることも危惧され、これまで以上に地域全体で効率的な医師配置を進める必要
- 医療従事者の働き方改革を進めるためには、ICTの活用やタスクシフト／シェア等の医療を提供する側の取組に加え、医療を受ける側の取組（適正な救急車利用等）も不可欠

医師確保

- 医師の専門医志向やライフスタイルの変化に伴い、地域の医療機関のニーズに対応したきめ細かい医師配置を行うことが徐々に難しくなっている状況
- 後継者不足等で開業医の高齢化・廃業が進んでおり、初期救急や在宅医療等の地域の重要な医療機能の脆弱化が加速するおそれ

新興感染症への対応

- 今般の新型コロナへの対応から、平時から新興感染症発生・まん延時における役割分担と連携体制を計画的に整備し、その役割に応じた医療資源の配置を進めることが必要

（役割分担の例）

感染症患者を集約的に受け入れる病院、それらの病院から回復した患者を受け入れる病院、新興感染症以外の一般医療を担う病院 等

こうした課題に早急に対応しないと・・・

想定される事態

人口減少に伴い患者数が減少する中、各地域の医療機関の役割分担が進まず、それぞれ従来通りの医療提供体制・人員体制を維持することが経営を圧迫。

医療機関及び医師が広く分散し、医師のキャリア形成のための指導環境や症例が確保できず、医療の質が低下するとともに、地域医療を担う医師が減少。

医療提供体制の縮小に伴う更なる患者の減少や、医師確保の難航等により、経営が維持できず廃業する医療機関が発生。

結果、地域に必要な医療機能が損なわれ、有事の対応力も低下。県民の暮らしに大きな影響を与える事態に。

3. 本県の目指すべき医療提供体制の姿と実現に向けた大枠の方向性

目指すべき姿

有事・平時を問わず、誰もが高度・専門医療から在宅医療まで、自身の病状に合った質の高い医療を切れ目なく受けることができ、安心して暮らすことができる

目指すべき姿の実現に向けた大枠の方向性

医療ニーズの変化

医師確保

医療従事者の働き方改革

新興感染症への対応

これらの課題に
的確に対応するために

① 更なる役割分担の連携と推進

本県の医療提供体制の目指すべき役割分担の考え方を明示し、効率的で質の高い医療が持続的に提供される体制を構築

② 関係者が果たすべき役割の明確化

①の実現に向けて、県・市町村・医療関係者・県民が果たすべき役割を明示

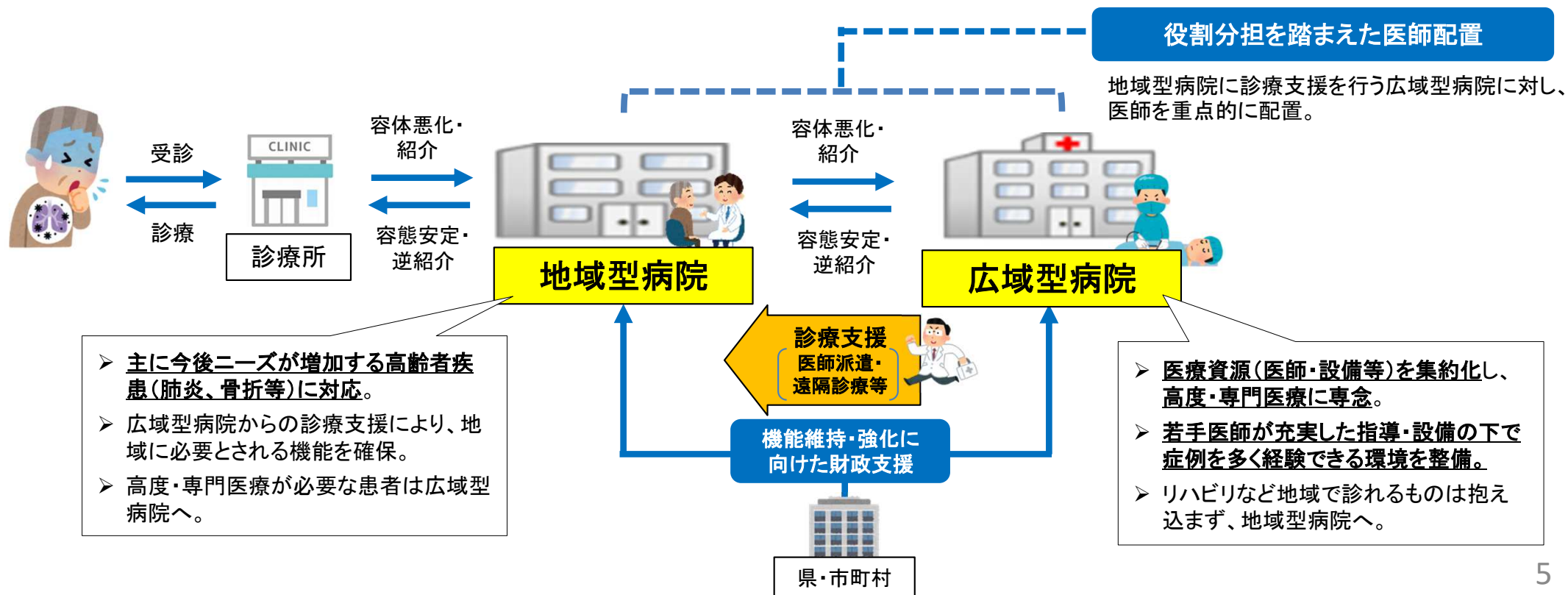
4. 実現に向けた大枠の方向性 – ①更なる役割分担と連携の推進 –

■入院医療体制

○ 医療資源の制約が強まる中で、将来においても質が高く効率的な医療が持続的に提供される体制を構築するためには、これまでの地域医療構想の取組の中で着目してきた「病床機能」だけではなく、「病院機能」にも焦点を置いた役割分担を図ることが必要であるため、病院を「地域型病院」と「広域型病院」に類型化し、役割分担と連携を推進。

- ・ 「地域型病院」は、今後増加が見込まれる疾患（心不全、肺炎、骨折等）を中心に対応し、地域包括ケアシステムの要となる機能の他、地域の平日・休日夜間の二次救急医療機能や一部の診療領域に特化した機能等を担う。
- ・ 「広域型病院」は高度・専門医療を担う病院として、その機能を発揮できるよう医療資源（医師・設備等）を集約するとともに、「地域型病院」に対する診療支援（医師派遣、遠隔診療等）を実施。

○ 県・市町村は、「地域型病院」・「広域型病院」の機能維持・強化に向けた財政支援を実施。



<地域型病院・広域型病院が持つ機能として想定するもの（案）>

地域型病院



広域型病院



➤ 地域包括ケア体制の要となる機能(地域密着型)

【想定する診療機能】

- ・総合診療を提供する機能
- ・在宅医療を提供する機能(訪問診療、往診、看取り等)
- ・在宅医療を担う診療所や介護施設等を支援する機能(診療所等の医師不在時における支援、レスパイト入院等)
- ・在宅や介護施設等で急変した患者の受入機能
- ・他の急性期病院で治療を受け、引き続き入院医療が必要な患者の受入機能
- ・リハビリテーションを提供する機能
- ・長期療養が必要な患者の受入機能

➤ 平日の二次救急患者や休日・夜間の救急患者を受け入れる機能(地域救急型)

【想定する病院】

救急告示病院、病院群輪番制参加病院

➤ 一部の診療領域に特化した機能(地域専門型)

【想定する診療領域】

脳神経外科、精神科、産婦人科 等

➤ 高度・専門的な医療を提供する機能

【想定する診療機能】

がん：都道府県がん診療拠点病院、がん診療連携拠点病院 等

脳卒中：脳血栓溶解療法(rt-PA)、脳外科手術、脳血管内手術が可能 等

心血管疾患：大動脈解離、心臓カテーテル治療が可能 等

精神疾患：依存症治療拠点機能、児童思春期精神科医療、災害時精神医療分野等における県の拠点機能 等

救急医療：救命救急センター 等

災害医療：災害拠点病院

周産期医療：総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター

小児医療：小児中核病院、小児地域医療センター

感染症：第一種、第二種感染症指定医療機関 等

医師派遣：医師が多数在籍し、医師派遣等により中小病院・診療所を支援する機能

＜役割分担と連携を進める上での留意点として考えられるもの（案）＞

(1) 開設主体による財政支援や税制上の取扱いの違い

公立・公的病院は民間病院に比べ、税制・財政上の措置の面で優遇されていることから、公立・公的病院は民間病院が担うことの困難な救急・小児・周産期医療等の不採算医療や特殊な医療等に機能を重点化することを原則としつつ、地域の医療資源の実情を踏まえ、役割分担を検討することが必要

(2) 集約化を進める症例の範囲

- 「広域型病院」に集約化する症例の範囲を検討する際には、同院からの下り搬送のあり方についても議論し、地域の医療機関が共存できるようにする観点が重要
- また、今般の新型コロナの経験から、一医療機関に複数の機能を集約化した場合に当該医療機関が機能不全に陥った際のリスクを避けるため、複数の医療機関で持つべき機能が否かも検討することが必要

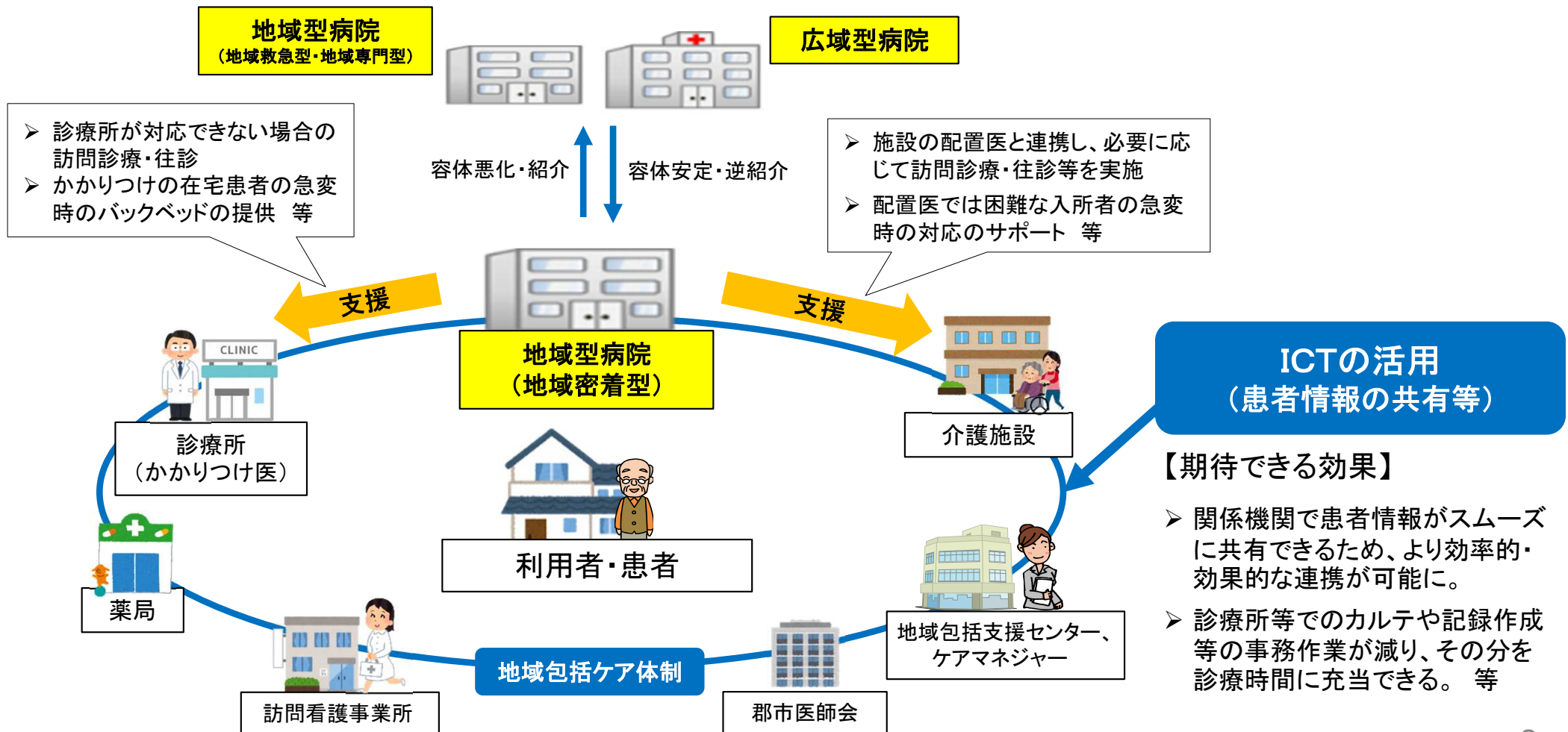
(3) 「地域型病院」を評価する意識醸成

「地域型病院」は地域医療を支える要であり、今後の地域医療の中心となる共通認識でもって役割分担の検討を進めることが必要

4. 実現に向けた大枠の方向性 – ①更なる役割分担と連携の推進 –

■在宅医療体制

- 開業医の高齢化・廃業に伴う在宅医療機能の低下や、新型コロナで顕在化した介護施設等における医療提供体制の課題に対応するため、診療や介護施設等を支援する「地域型病院」(地域密着型)を中心とした連携体制を強化。
- 連携体制の強化にあたっては、i) 多職種連携の更なる推進、ii) 業務効率化による一医療機関あたりの訪問診療等に対応する能力の強化、iii) 介護施設等における医療提供体制の強化を図る観点から、ICTの活用を積極的に推進。



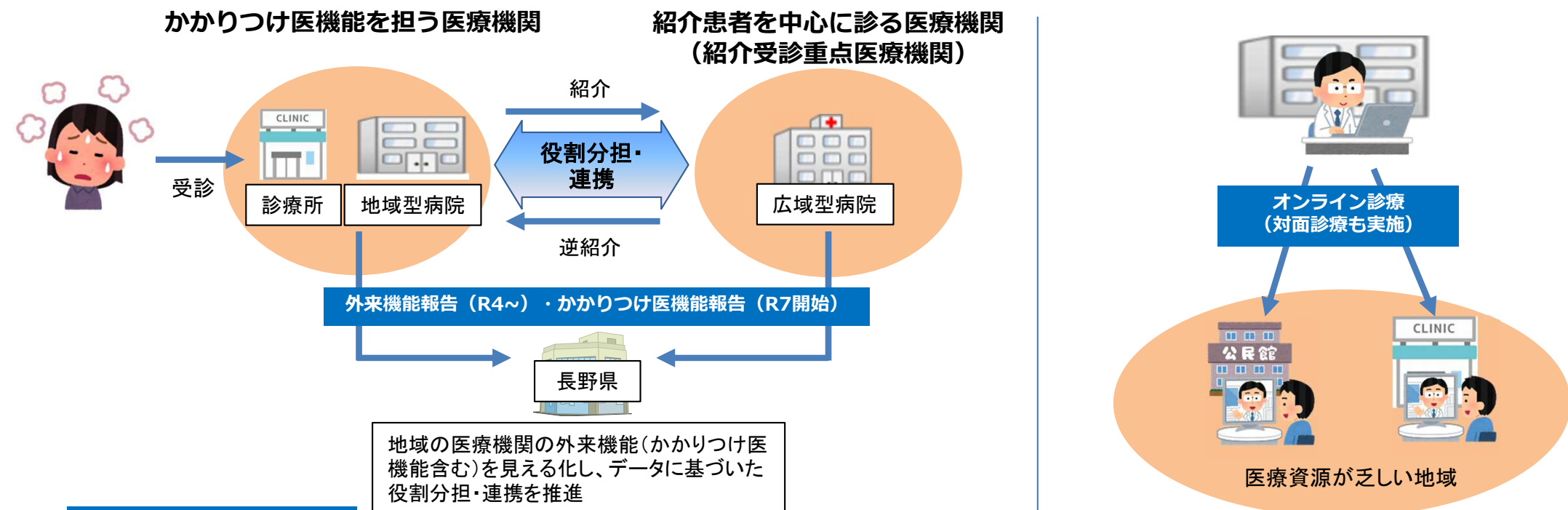
4. 実現に向けた大枠の方向性 – ①更なる役割分担と連携の推進 –

■ 外来医療体制

- 限られた医療資源の中で、医療従事者の働き方改革を進めつつ、複数疾患を抱えた高齢患者の増加に対応していくためには、住民の身近にある医療機関がかかりつけ医機能（※）を発揮し、専門的な治療が必要になった場合は紹介状により専門医療機関につなげる流れを強化していくことが必要であることから、地域の医療資源の状況を踏まえつつ、「紹介患者を中心に診る医療機関」（紹介受診重点医療機関）と、「かかりつけ医機能を担う医療機関」による役割分担を推進。

※ かかりつけ医機能…身近な地域における日常的な医療の提供や健康管理に関する相談等を行う機能。令和7年度より報告制度が開始。

- また、医療アクセスが困難な地域については、その地域の外来医療を補完するため、オンライン診療の導入を積極的に推進。



役割分担・連携の効果

- 患者の流れが円滑になることで、地域の大病院に患者が集中する状況が緩和され、患者の待ち時間の短縮、勤務医の外来負担の軽減が図られる。
- 地域のかかりつけ医機能を持つ医療機関が明確化され、患者がかかりつけ医を持ちやすくなることで、自身に合った医療を受けられる体制が整備される。

- へき地等の医療資源が乏しい地域における医療提供体制を補完するため、病院と診療所や公民館をつないだオンライン診療等の導入を推進。

4. 実現に向けた大枠の方向性 – ②関係者の果たすべき役割の明確化 –

② 関係者の果たすべき役割

■長野県

(1) リーダーシップの発揮

グランドデザインで示す役割分担の在り方を軸に、地域医療構想調整会議等の地域の医療関係者による議論を主導

(2) データ分析

地域全体の傾向を把握するデータだけでなく、医療機関単位の診療実績等を見える化

(3) 財政支援

「地域型病院」、「広域型病院」の機能を維持・強化する観点から、地域医療介護総合確保基金等を活用した財政支援を実施

(4) 医師の配置調整

大学とも連携し、医療機関の役割分担を踏まえた修学資金貸与医師等の配置調整を実施

(5) 普及啓発

医療資源が有限であることを踏まえた県民等に対する普及啓発の実施

(6) 県立病院による政策医療の提供

県立病院機構を通じて、他の病院では担うことが困難と考えられる高度・専門医療や、へき地医療等の不採算医療を提供

(7) 国への提言

地域の課題解決の支障となっている制度の改善や求められている支援策について、積極的に国へ提言

■医療機関

(1) 医療需要の変化を踏まえた役割分担と連携の推進

データを基に医療需要の変化や自院の立ち位置を把握し、役割分担と連携を推進

(2) 人材の育成

医療従事者の資質向上のための研修等を実施

(3) 働き方改革の推進

タスクシフト・シェアを推進し、業務効率化により従事者の健康を確保

(4) ICTの積極的な活用

地域の多職種連携や働き方改革を推進するため、ICTを積極的に活用

(5) 行政との連携

行政と連携し、普及啓発や地域課題を検討する協議会等に参画

■市町村

(1) 保健・医療・介護の連携

郡市医師会等の地域の医療関係者と連携した健康づくり、介護予防、地域包括ケアサービスを推進

(2) 公立医療機関の設置・運営による地域医療の提供（医療機関を有する市町村のみ）

○ 民間病院が担うことのできない不採算医療等の機能に重点化することを原則としつつ、地域の実情を踏まえた役割分担と連携により、必要な医療を継続的に提供

○ 建替え等により役割を見直す際には、あらゆる機能を持つのではなく、地域の医療機関間の役割分担と連携により、住民に必要な医療機能を確保

(3) 医療機関への財政支援

救急や周産期医療など、まちづくりにとって重要な医療を支えている医療機関への財政支援について、地方交付税措置等を活用し、積極的に実施

(4) 医療アクセスの確保

中山間地など、医療アクセスが困難な高齢者等の住民に対して、デマンド交通の実施等を積極的に検討

(5) 住民への普及啓発

上手な医療のかかり方、在宅医療・介護サービスの情報について発信

■県民

(1) かかりつけ医を持つこと

(2) コンビニ受診や安易に救急車を利用しないこと

(3) 医療機関の役割分担を踏まえた転院への理解

(4) 人生会議(ACP:アドバンス・ケア・プランニング)の実施

医師（医師確保計画）

第1 医師確保計画の基本的な考え方

1 計画の趣旨

平成16年度（2004年度）の医師臨床研修の必修化、その後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（2008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。

このため、平成30年（2018年）に公布された「医療法及び医師法の一部を改正する法律」に基づき、全国ベースで三次医療圏（都道府県）ごと及び二次医療圏ごとの医師の多寡を統一的・客観的に比較・評価した指標（以下「医師偏在指標」という。）が算定され、都道府県においては、三次医療圏間及び二次医療圏間の偏在是正による医師確保対策等を定める「医師確保計画」を、医療計画の一部として策定することとされました。

医師偏在是正の進め方としては、3年の計画期間（初回は4年）ごとに、医師偏在指標の下位33.3%に属する二次医療圏又は都道府県が、これを脱するために当該計画の実施・達成を繰り返すことを基本とし、その結果、令和18年（2036年）までに地域間の医師偏在是正を達成することを長期的な目標としています。

これを受けて本県では、前述の全国の動きや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、県内の医師不足の実態や医療提供体制の継続性の確保等についてもふまえたうえで、令和2年（2020年）3月に「第7次長野県医師確保計画」（以下「前計画」という。）を策定し、医師確保の目標を達成するための施策を推進してきました。目標として設定した県全体（三次医療圏）及び各二次医療圏の医療提供体制の確保や医師の地域偏在の解消に向けて、修学資金貸与医師等の医師少数区域等への重点配置や、地域医療人材拠点病院による小規模病院等への医師派遣が進展するなど、十分とは言えないものの一定の事業効果が見られる状況です。

本計画は、前計画に引き続き、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、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、施策を総合的に推進するために策定するものです。

2 計画の位置付けと期間

- 「第8次長野県保健医療計画」における医師の確保に関する事項（本節の記載）を「長野県医師確保計画」と位置付けます。
- 計画期間は、令和6年度（2024年度）から令和8年度（2026年度）までの3年間とします。
- 計画は3年ごと（第7次計画のみ4年）にPDCAサイクルに基づく見直しを行い、長期的には令和18年度（2036年度）までに必要な医師の確保や偏在是正を達成することを目指します。

	2018 (H30)	2020 (R2)	2023 (R5)	2024 (R6)	2026 (R8)	2027 (R9)	2029 (R11)	2030 (R12)	2032 (R14)	2033 (R15)	2035 (R17)
医師確保計画		第7次計画		第8次(前期)計画		第8次(後期)計画		第9次(前期)計画		第9次(後期)計画	
保健医療計画	第7次計画			第8次計画			第9次計画				

第2 現状と課題

1 医師を巡る現状・課題等

(1) 医療圏別の医療施設従事医師

- 令和2年(2020年)末現在の本県の医療施設従事医師数は4,994人、人口10万人当たり243.8人(全国30位)と、全国平均256.6人を12.8人(実人員換算262人)下回っており、全国との差は縮まってきているものの、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1】医療施設従事医師数(人口10万対)の推移 (単位:人)

区分	H22(2010)	H24(2012)	H26(2014)	H28(2016)	H30(2018)	R2(2020)
長野県	205.0	211.4	216.8	226.2	233.1	243.8
全国平均	219.0	226.5	233.6	240.1	246.7	256.6
全国との差	△14.0	△15.1	△16.8	△13.9	△13.6	△12.8

(厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計(調査)」)

- 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、松本で県平均を上回っていますが、上小、上伊那、木曽では平均を大きく下回っており、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2】令和2年(2020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	550	324	468	303	306	38	1,558	133	1,158	156
対前回 H30(2018)	41	6	3	12	△3	1	38	4	80	3
人口 10万対	269.1	167.1	241.4	168.4	197.0	149.2	367.7	236.5	217.4	189.0
対前回 H30(2018)	23.1	3.9	3.0	8.3	1.0	10.2	9.5	12.3	15.7	7.4

※ 松本医療圏の信州大学を除いた人口10万対医師数:241.7人

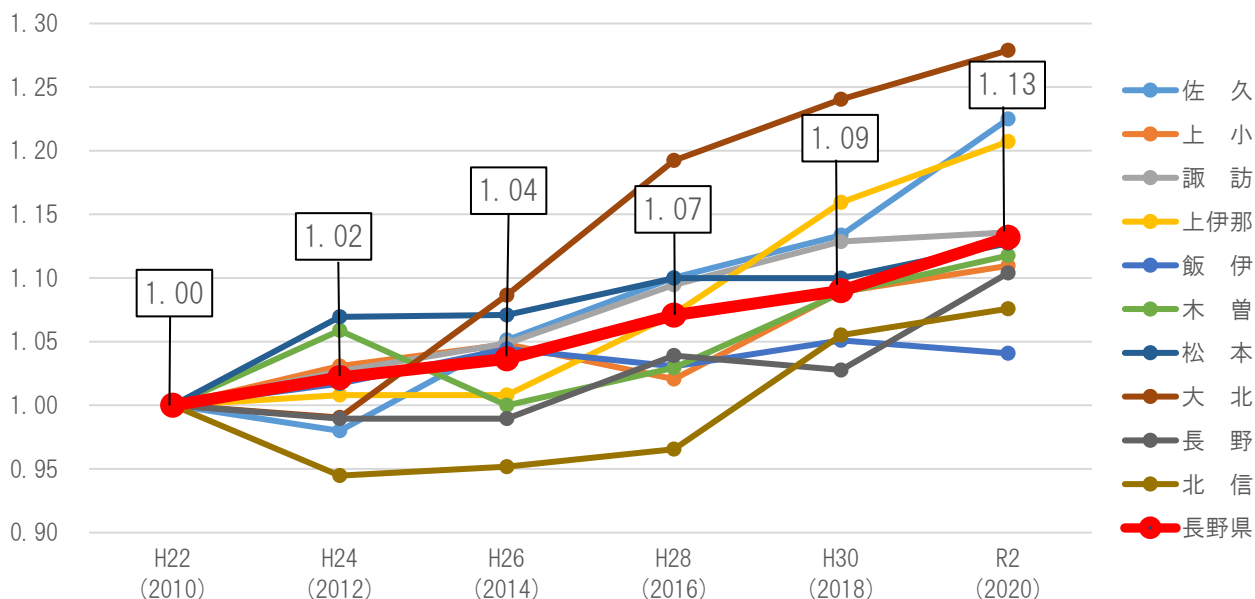
(厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」)

- 平成22年(2010年)の医師数をもとに、県内の医療施設従事医師数の推移をみると、県全体では1.13倍に医師数が増加していますが、医療圏ごとの医師数の推移には差異があります。

<医療圏ごとの医師数の推移> (平成22年(2010年)→令和2年(2020年))

佐久: 1→1.22 上小: 1→1.11 諏訪: 1→1.14 上伊那: 1→1.21 飯伊: 1→1.04
木曽: 1→1.12 松本: 1→1.13 大北: 1→1.28 長野: 1→1.10 北信: 1→1.08

【図1】医療圏別医療施設従事医師数の推移(平成22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) 診療科別の医療施設従事医師

- 令和2年(2020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、おおむね増加していますが、産科・産婦人科など全国平均を下回る診療科があり、診療科における医師の偏在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する中、地域医療を担う医療機関においては、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。
- 全国的に専門研修医(専攻医)は増加していますが、大都市部及びその周辺都市の病院に集中し、地域偏在の解消にはつながっていません。

【表3】令和2年(2020年)診療科別従事医師数(人口10万対)

(単位:人)

区分	年	内科	内科 ※1	小児科	産科・ 産婦人科	整形外科	麻酔科	外科	外科 ※2	脳神経 外科
長野県	R2 (H30)	52.1 (49.5)	82.6 (76.8)	14.8 (13.8)	8.3 (8.2)	18.1 (17.1)	7.7 (7.3)	12.5 (12.7)	22.7 (22.7)	5.7 (5.7)
全国平均	R2 (H30)	48.8 (47.8)	85.3 (82.8)	14.3 (13.7)	9.3 (8.9)	17.9 (17.3)	8.1 (7.6)	10.5 (10.9)	22.1 (22.0)	5.8 (5.7)

※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」)

(3) 年代別の医療施設従事医師

- 20歳代・30歳代の人数は増加しているものの、50歳以上の医師が全体の半数以上を占め、その割合は10年前と比較して7.7ポイント増加しており、医師の高齢化が進んでいます。

【表4】年齢区分別医療施設従事医師数・割合

区 分		総数	20代	30代	40代	50代	60代	70代	80代～
H22 (2010)	人数	4,412人	385人	893人	1,115人	970人	522人	330人	197人
	割合	100%	8.7%	20.2%	25.3%	22.0%	11.8%	7.5%	4.5%
R2 (2020)	人数	4,994人	429人	904人	987人	1,125人	933人	412人	204人
	割合	100%	8.6%	18.1%	19.8%	22.5%	18.7%	8.2%	4.1%

(厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計(調査)」)

(4) 女性医師

- 医師国家試験合格者に占める女性の割合は、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、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。
- 女性医師の増加をふまえ、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継続のための勤務環境の整備が一層重要となっています。

【表5】令和2年(2020年)34歳以下の女性医師数・割合

区 分		34歳以下の 女性医師	34歳以下の 医師総数	女性医師 の割合
全 科	長野県	255人	883人	28.9%
	全 国	22,062人	64,972人	34.0%
産婦人科・産科	全 国	1,430人	2,262人	63.2%
小児科	全 国	1,373人	3,141人	43.7%

(厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」)

2 医師確保対策を巡る現状・課題等

(1) 医学部医学科進学者

- 長野県内の高校から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、徐々に増加して平成23年(2011年)には126人となり、近年は100人程度で推移しています。
- 将来の地域医療の担い手と期待される、県内からの医学部医学科進学者を確保する取り組みを行う必要があります。

【表6】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)

年 度	H23 (2011)	H24 (2012)	H25 (2013)	H26 (2014)	H27 (2015)	H28 (2016)	H29 (2017)	H30 (2018)	R元 (2019)	R2 (2020)	R3 (2021)	R4 (2022)	R5 (2023)
進学者数	126	123	106	115	101	99	99	98	105	107	77	113	107

(医師・看護人材確保対策課調べ)

(2) 医学部地域枠等

- 全国の医学部の入学定員は、昭和57年(1982年)及び平成9年(1997年)の閣議決定により7,625名まで抑制されましたが、その後、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、令和5年度(2023年度)は臨時定員を含めて9,384名となっています。
- 本県では、卒後に特定の地域や診療科で診療を行うことを条件として、他の入学者と区別して選抜される「地域枠」という仕組みを活用し、将来県内での従事義務を有する長野県地域枠を信州大学医学部に15名、東京医科歯科大学医学部に5名、臨時定員として設けています。
- この他に、信州大学では、卒後に高い県内定着率が見込まれる「地元出身者枠」を、恒久定員内に10名設けています。

【表7】本県の地域枠等の設置状況(令和5年度)

大学名	枠区分	定員
信州大学	地域枠	15名
	地元出身者枠	10名
東京医科歯科大学	地域枠	5名

(医師・看護人材確保対策課調べ)

(3) 医学生修学資金貸与事業

- 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。
- 信州大学及び東京医科歯科大学の地域枠入学者及び貸与を希望する全国の医学生を対象として、令和5年度(2023年度)までに377人(返還者を含む)に貸与してきています。

【表8】令和5年度(2023年度)医学生修学資金貸与者の状況

(単位:人)

学 年	1年生	2年生	3年生	4年生	5年生	6年生	合 計
貸与医学生数	20	27	23	27	14	17	128

(医師・看護人材確保対策課調べ)

【表9】令和5年度(2023年度)修学資金貸与医師の状況

(単位:人)

区 分	初期臨床研修		後期専門研修			勤 務	義務年限 終了	合 計
	1年目	2年目	1年目	2年目	3年目			
貸与医師数	18	15	26	17	20	60	40	196

(医師・看護人材確保対策課調べ)

(4) 修学資金貸与医師

- 医師少数区域等で勤務する修学資金貸与医師が増加しています。
- 修学資金貸与医師は今後も増加が見込まれ、令和8年度(2026年度)には、171人が県内の医療機関で従事する見通しです。
- 県内の医療情勢や各病院の医師の充足状況に応じて、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10】 修学資金貸与医師の医師少数区域等への配置人数

(単位：人)

区 域	医療圏	R元 (2019)	R2 (2020)	R3 (2021)	R4 (2022)	R5 (2023)
少数区域等	上小	1	1	4	8	6
	上伊那	3	2	4	7	5
	飯伊	0	1	4	3	4
	木曾	1	3	4	4	6
	北信	1	5	5	6	9
	少数スポット	1	2	2	2	3
(少数区域等 計)		(7)	(14)	(23)	(30)	(33)
少数でも 多数でも ない区域	佐久	3	2	1	3	2
	諏訪	2	1	3	6	7
	大北	0	1	1	1	2
	長野	4	8	7	10	13
多数区域	松本	2	2	6	7	3
合計		18	28	41	57	60

(医師・看護人材確保対策課調べ)

【表11】 修学資金貸与医師の県内勤務（研修）見込者数

(単位：人)

年 度	R4(2022)	R5(2023)	R6(2024)	R7(2025)	R8(2026)
勤務	57	60	63	72	80
専門研修	56	63	58	54	50
臨床研修	41	33	35	31	41
合計	154	156	156	157	171

(医師・看護人材確保対策課調べ、令和5年(2023年)4月1日現在)

(5) 自治医科大学卒業医師

- 将来、県内のへき地等で勤務する医師を確保するため、自治医科大学の運営に対して負担金を支出しています。
- 毎年、県内出身者が2～3名入学しており、卒業後は、一定期間、県職員としてへき地等を含む県内医療機関で勤務しています。

【表12】 自治医科大学への長野県出身の入学者

(単位：人)

年 度	H30(2018)	R元(2019)	R2(2020)	R3(2021)	R4(2022)	R5(2023)
入学者数	3	3	2	3	3	3

(医師・看護人材確保対策課調べ)

【表13】自治医科大学卒業医師の医師少数区域等への配置人数

(単位：人)

区 域	医療圏	R元 (2019)	R2 (2020)	R3 (2021)	R4 (2022)	R5 (2023)
少数区域等	上小	0	0	0	0	1
	上伊那	1	1	1	3	5
	飯伊	5	5	6	5	3
	木曾	2	1	3	1	0
	北信	0	0	0	0	0
	少数スポット	0	0	0	1	2
(少数区域等 計)		(8)	(7)	(10)	(10)	(11)
少数でも 多数でも ない区域	佐久	0	0	0	0	0
	諏訪	0	0	0	1	2
	大北	0	0	0	0	0
	長野	1	1	1	4	1
多数区域	松本	1	2	2	2	2
合計		10	10	13	17	16

(医師・看護人材確保対策課調べ)

(6) 初期臨床研修医

- 平成16年度(2004年度)に、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必修化されました。
- 令和5年度(2023年度)は、県内で264人が臨床研修を行っています。
- 県内の臨床研修医を増やすとともに、研修修了後の県内定着につながる取組を行っていく必要があります。

【表14】県内の臨床研修医数の推移

(単位：人)

年 度	H30 (2018)	R元 (2019)	R2 (2020)	R3 (2021)	R4 (2022)	R5 (2023)
臨床研修医数	274	277	284	276	258	264
(1年目)	141	138	142	130	124	139
(2年目)	133	139	142	146	134	125

(医師・看護人材確保対策課調べ、各年4月1日現在)

(7) 専門研修医(専攻医)数

- 初期臨床研修修了後、各診療科に進む際に行われている専門研修を、令和5年度(2023年度)は県内で318人が行っています。
- 平成30年度(2018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、全国的に特定の診療科においてシーリングが設けられていますが、県内で専門研修を受講する専攻医を増やす取組を継続する必要があります。

【表15】県内の専門研修医（専攻医）数の推移

（単位：人）

年 度	H30 (2018)	R元 (2019)	R2 (2020)	R3 (2021)	R4 (2022)	R5 (2023)
専門研修医数	280	283	317	306	333	318
（1年目）	114	108	131	102	127	113
（2年目）	91	105	99	114	95	109
（3年目）	75	70	87	90	111	96

（医師・看護人材確保対策課調べ、各年4月1日現在）

（8）ドクターバンク事業

- 平成19年（2007年）6月から開始した医師無料職業紹介「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県内での就業を働きかけ、求職登録医師を県内医療機関に紹介しています。
- 令和5年（2023年）3月31日現在、累計で301人の医師から求職登録があり、143人が新規成約し、県内で就業しました。

【表16】ドクターバンク事業の年度別求職登録者数・新規成約者数

（単位：人）

年 度	H19～26 (2007～2014)	H27 (2015)	H28 (2016)	H29 (2017)	H30 (2018)	R元 (2019)	R2 (2020)	R3 (2021)	R4 (2022)	累計
登録者数	172	24	22	17	19	13	13	11	10	301
成約者数	91	7	11	8	5	6	7	6	2	143

（医師・看護人材確保対策課調べ）

（9）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って、中核的な病院（拠点・準拠点病院）から小規模病院等への診療支援を促しています。

【表17】地域医療人材拠点病院による派遣実績

年 度	R元 (2019)	R2 (2020)	R3 (2021)	R4 (2023)
拠点・準拠点病院数	11病院	14病院	14病院	14病院
派遣延べ人日	2,914人日	2,968人日	2,868人日	2,650人日
うち、医師少数区域以外から 医師少数区域への派遣	258人日	381人日	389人日	342人日
割合	8.9%	12.8%	13.6%	12.9%

（医師・看護人材確保対策課調べ）

第3 医師偏在指標、医師少数区域・医師多数区域等

1 医師偏在指標について

- 医師確保計画策定以前は、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「医師偏在指標」を導入しました。

(1) 算定式

$$\text{医師偏在指標} = \frac{\text{標準化医師数 ※1}}{\text{地域の人口/10万人} \times \text{地域の標準化受療率比 ※2}}$$

※1 標準化医師数 … 医師・歯科医師・薬剤師統計の医療施設従事医師数に、性・年齢別の平均労働時間、異なる二次医療圏の複数医療機関に勤務する者の状況（主たる従事先を0.8人、従たる従事先を0.2人として算定）を反映した医師数

【算定式】

$$\text{標準化医師数} = \sum \text{性・年齢階級別医師数} \times \text{性・年齢階級別労働時間比}$$

※2 地域の標準化受療率比 … 性・年齢別の受療率を反映した医療需要の全国値との比率

【算定式】

$$\text{地域の標準化受療率比} = \frac{\text{地域の期待受療率}}{\text{全国の期待受療率}}$$

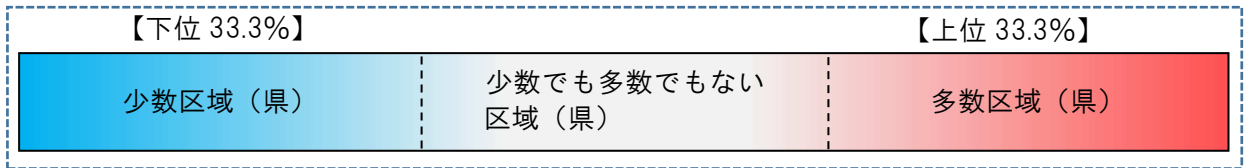
患者調査から推計される患者の発生率に地域間の流出入を加味したもの

(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、各地域で発生する患者に対する医師の状況について、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、一定の前提条件のもと、各種統計に基づいて機械的に算定され、あくまでも地域間の相対的な医師の偏在の状況を表すための数値であることから、この指標のみで各地域の絶対的な医師の充足状況を判断できるものではありません。
- また、個別の診療科についても考慮されていないことから、各地域の診療科ごとの医師の状況を判断できるものではなく、医師偏在指標が高い医療圏であっても、診療科によっては医師が少ない場合があることにも留意が必要です。

2 医師少数区域・医師多数区域について

- 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（県）」、下位33.3%を「医師少数区域（県）」とする基準に基づき設定されます。



3 長野県における医師偏在指標及び医師少数区域・多数区域等

(1) 長野県（三次医療圏）

- 県全体の医師偏在指標は219.9で、全国36位の「医師少数県」に位置付けられています。

【表18】長野県（三次医療圏）の医師偏在指標等

長野県	
区域	少数
指標	219.9

〔基準値〕

医師少数都道府県 228.0 以下、
医師多数都道府県 266.9 以上

（厚生労働省 提供）

(2) 二次医療圏

- 上小（医師偏在指標：155.2）、上伊那（167.2）、飯伊（164.4）、木曾（162.3）の4つの医療圏が、「医師少数区域」に位置付けられています。
- 佐久（222.6）、松本（330.5）の2つの医療圏が、「医師多数区域」に位置付けられています。

【表19】二次医療圏の医師偏在指標等

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信
区域	多数	少数	—	少数	少数	少数	多数	—	—	—
指標	222.6	155.2	210.2	167.2	164.4	162.3	330.5	200.6	193.9	186.7

〔基準値〕 医師少数区域 179.3 以下、医師多数区域 217.6 以上

（厚生労働省 提供）

《参考1》 医師偏在指標等の算定に用いられた数値

医療圏	2020年 12月31日時点 総医師数 (人)	2022年 標準化医師数 (人)	2021年 1月1日時点 人口 (10万人)	2026年 1月1日時点 人口 (10万人)	期待受療率	標準化 受療率比
長野県	5,009.8	4,985.7	20.72	19.42	1,760.48	1.09
佐久	556.8	561.0	2.09	1.96	1,944.49	1.21
上小	330.8	321.0	1.96	1.85	1,700.67	1.06
諏訪	476.0	474.2	1.95	1.80	1,858.38	1.15
上伊那	307.8	302.5	1.82	1.68	1,596.43	0.99
飯伊	307.6	302.5	1.58	1.46	1,871.45	1.16
木曾	39.6	38.9	0.26	0.23	1,489.11	0.93
松本	1,531.2	1,541.4	4.24	4.11	1,771.36	1.10
大北	133.0	130.1	0.58	0.52	1,809.32	1.12
長野	1,166.4	1,153.8	5.38	5.09	1,778.15	1.11
北信	160.6	160.4	0.86	0.74	1,606.73	1.00
全国	323,700	323,700	1,266.54	1,218.60	1,609.14	1.00

(厚生労働省 提供)

4 医師少数スポットの設定

(1) 医師少数スポットについて

- 国の「医師確保計画策定ガイドライン」(以下「ガイドライン」という。)によると、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)においても、より細かい地域の医療ニーズに応じた対策が必要となる場合があることから、必要に応じて二次医療圏よりも小さい単位で、局所的に医師が少ない地域を「医師少数スポット」と定め、医師少数区域と同様に取り扱うことができますが、その設定は慎重に行う必要があるとされています。

(2) 本県の医師少数スポット

- 本県では、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として、下記の要件に該当する地域を「医師少数スポット」として設定します。

【要件】

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(スポットとして設定する地域以外の地域)の基幹病院へのアクセスが制限されている地域とする。

具体的な地域については、関係法令により指定された次の地域等の中から、上記要件をふまえて設定する。

- ・ 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(地域医療人材拠点病院)へのアクセスに概ね20分以上を要すること。ただし、設定地域内に基幹病院がある場合は除く。(前計画における医師少数区域など激変緩和の必要性がある場合を除く。)

【表20】 本県の「医師少数スポット」

医療圏	設定地域	法令等
佐久	佐久市（旧望月町の区域）、小海町、佐久穂町	いずれも、過疎地域
松本	安曇野市（旧穂高町の区域）	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（旧信州新町の区域）、信濃町、飯綱町	いずれも、過疎地域・豪雪地帯
北信	中野市、飯山市	過疎地域・豪雪地帯

* 前計画で「医師少数スポット」として設定していた「診療所のみ存在する町村域及び旧町村域」については、ガイドライン等をふまえ設定を行いませんが、引き続き当該地域のニーズに応じた医療を継続的に提供する体制の維持・向上に努めます。

第4 医師確保の方針及び目標

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では、持続可能な医療提供体制の構築により県民の暮らしの安心を確保するため、必要な医師の確保を図ります。

2 医師確保の目標

(1) 目標医師数等についての国の考え方

- 国のガイドラインによると、目標医師数等については以下のとおりとされています。
 - ・ 「医師少数県」の目標医師数は、計画期間終了時の医師偏在指標が、計画開始時の全都道府県の医師偏在指標の下位33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師数となります。
 - ・ 「医師少数区域」の目標医師数は、計画期間終了時の医師偏在指標が、計画開始時の全二次医療圏の医師偏在指標の下位33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師数となりますが、計画期間開始時に既に下位33.3%に相当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、計画開始時の医師数が設定上限となります。
 - ・ 「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が設定上限となります。
- 上記に基づいて国が示した本県の目標医師数の設定上限は以下のとおりで、今後の人口減少等をふまえると、計画開始時より医師数の増加が必要とされるのは上小医療圏であり、県全体及び他の9つの二次医療圏は計画開始時と同数となります。

【表21】 三次医療圏及び二次医療圏別目標設定上限及び必要増加数

医療圏	区域	【計画開始時】 標準化医師数 (2022年) (A)	【計画終了時】 下位33.3%に達する ための医師数 (2026年) (B)	【計画終了時】 2022年指標維持 に必要な医師数 (2026年) (C)	目標設定上限 医師数 (D) ※(A)(B)(C)の うち最大値	必要増加数 (D)-(A)
長野県	少数	4,986	4,873	4,686	4,986	0
佐久	多数	561	430	534	561	0
上小	少数	321	349	302	349	28
諏訪	—	474	374	438	474	0
上伊那	少数	302	298	278	302	0
飯伊	少数	302	302	277	302	0
木曾	少数	39	37	33	39	0
松本	多数	1,541	809	1,491	1,541	0
大北	—	130	106	118	130	0
長野	—	1,154	1,025	1,108	1,154	0
北信	—	160	131	137	160	0

(厚生労働省 提供)

(2) 本県の目標

- 国のガイドラインによる考え方に加え、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、さらには、医師少数区域以外から少数区域への医師派遣等に伴う効果を考慮し、県全体及び各二次医療圏について、以下のとおり目標を設定することとします。

《長野県（三次医療圏）》

区域	医療圏	【現状】 人口10万対 医師数 (2020)	【目標】 人口10万対 医師数 (2026)	方向性
少数県	長野県	243.8人	264.6人	持続可能な医療提供体制の構築により、県民の暮らしの安心の確保を図るため、医師の増加を目指します。

* 「第8次長野県保健医療計画」の計画期間最終年度（令和11年度（2029年度））の人口10万人当たり医療施設従事医師数が、公表されている直近（令和2年（2020年）末現在）の全国平均（256.6人）を上回る275人となることを目指し、その達成に向けた目標を設定。

《二次医療圏》

区域	医療圏	【現状】 人口10万対 医師数 (2020)	【目標】 人口10万対 医師数 (2026)	方向性
少数区域	上 小	167.1人	182.6人以上	各医療圏のニーズに応じた医療を継続的に提供できる体制の向上を図るとともに、診療科偏在の是正等の観点も踏まえ、医師の増加を目指します。
	上伊那	168.4人	188.3人以上	
	飯 伊	197.0人	217.6人以上	
	木 曾	149.2人	174.2人以上	
少数でも多数でもない区域	諏 訪	241.4人	268.1人	各医療圏のニーズに応じた医療を継続的に提供できる体制の維持を図るとともに、医師の診療科偏在の是正や高度医療の提供等の観点から、医師の確保を図ります。
	大 北	236.5人	263.6人	
	長 野	217.4人	235.2人	
	北 信	189.0人	217.2人	
多数区域	佐 久	269.1人	288.7人	
	松 本	367.7人	386.4人	

* 長野県（三次医療圏）の目標を達成するために必要な数値を圏域ごとの人口に応じて算出

第5 医師の確保に関する施策

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5項目を柱として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 地域偏在の是正
- 4 診療科偏在の是正
- 5 医師の勤務環境の改善

1 県内で勤務する医師の確保

県内で勤務し、地域医療を支える医師の確保を図ります。

【具体的な施策】 ◎…重点施策、○…その他の施策、〔☆…2036年までの長期的施策〕

- ◎ 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参考に、大学医学部に設置している地域枠等のさらなる増員を図ります。
- 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、卒業後、県内で一定期間従事すると返還が免除される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負担等により、へき地医療等に従事する医師の確保・養成に努めます。
- 過去に本県での勤務・居住経験等がある県外勤務医師の招へいに努めるとともに、県内就業を希望する医師に対し、長野県ドクターバンク事業により県内医療機関への就業あっせんを行います。
- 本県での暮らしの魅力や都市部との二拠点勤務といった多様な働き方を紹介するなど、情報発信に努めます。
- 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を、県・市町村が連携して行います。
- 医師少数県で構成する「地域医療を担う医師の確保を目指す知事の会」に引き続き参画し、医師不足や医師偏在の根本的な解消に向けた施策に関して、国への提言を行います。

〔☆ 県外大学医学部や都市部の医療機関等と連携して、県内高校出身者や臨床研修医・専攻医、医師少数区域での勤務に関心のある医師等の県内勤務を促進する仕組みを構築します。〕

2 医師の養成体制の充実

医学部進学を目指す人材を増やすとともに、医学生修学資金貸与者のキャリア形成支援の充実を図ります。

【具体的な施策】 ◎…重点施策、○…その他の施策、〔☆…2036年までの長期的施策〕

- ◎ 医学生修学資金貸与者が増加する中、在学中から地域医療に対する意識を高めるとともに、将来

のキャリアパスを描きやすくするため、「キャリア形成卒前支援プラン」に基づく定期面談や研修会等による支援の充実を図ります。

- ◎ 医学生に対する地域医療実習や、県内中高生に対する医療講演会・現場体験セミナーの開催等により、将来の県内医療を担う人材の開拓・養成等を促進します。
- 医学部進学を目指す高校生等を対象に、県の制度（地域枠、医学生修学資金貸与制度、自治医科大学入試など）を紹介し、多様な進路の提示を行います。
- 県内高校から私立大学医学部進学を後押しするための支援施策の充実を検討します。
- 医学生等に対する県内の臨床研修指定病院等の魅力発信や、病院と県合同での研修プログラム説明会の開催等により、臨床研修医の確保を図るとともに、魅力ある研修環境づくりを支援します。
- 県内の医学生と医療現場で活躍する医師等との交流やネットワーク構築を支援することにより、将来の県内就業・定着の促進を図ります。
- 臨床研修医に対する県内の各診療科の基幹施設の魅力発信や、基幹施設と県合同での研修プログラム説明会の開催等により、専攻医の確保を図ります。
- 臨床研修や専門研修の仕組みについて、医師の偏在解消や県内の研修プログラムの充実に向け、国に対して必要な見直しを求めています。
- 修学資金貸与医師が、地域医療を支えるための県内勤務と医師個人としてのキャリア形成とを可能な限り両立できるよう、「キャリア形成プログラム」の見直しを適宜行います。

☆ 今後の医師の地域・診療科偏在の状況や医療ニーズ等の変化、県内病院の役割分担等に応じ、質の高い医療提供体制の維持につながるよう、修学資金貸与医師の「配置等に関する基本方針」や「キャリア形成プログラム」などの見直しを行います。

3 地域偏在の是正

修学資金貸与医師（地域枠医師）等による医師少数区域での従事を促進し、地域偏在の是正を図ります。

【具体的な施策】 ◎…重点施策、○…その他の施策、〔☆…2036年までの長期的施策〕

- ◎ 医師少数区域等において、修学資金貸与医師及び自治医科大学卒業医師の優先的な配置を行います。また、医師少数区域については、公立・公的病院等に加え、一定の政策医療を担う民間病院も対象に加えて修学資金貸与医師の配置を検討します。
- 修学資金貸与医師、自治医科大学卒業医師については、県内の医療情勢や医師の充足状況を踏まえ、医師不足病院等への効果的な配置に努めます。
- 地域医療人材拠点病院における教育体制の充実や医師派遣を支援することにより、中核的な病院が中小医療機関を支えるネットワークの構築を図ります。
- 国による医師少数区域等で勤務した医師を認定する制度の活用等を通じて、中山間地域等における医療提供体制の維持を図るとともに、認定取得後の勤務継続のための環境整備を支援します。
- 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。

☆ グランドデザインに基づき、修学資金貸与医師等を中心に、医療機関の役割分担を踏まえた医師配置を行います。

4 診療科偏在の是正

修学資金貸与医師（地域枠医師）等による医師不足の診療領域での従事を促進し、診療科偏在の是正を図ります。

【具体的な施策】 ◎…重点施策、○…その他の施策、〔☆…2036年までの長期的施策〕

- ◎ 県土が広く、集落が点在するといった本県の地域特性や、高齢化の進展等をふまえ、幅広く総合的な医療を行う医師の需要増加が見込まれるため、医学生修学資金貸与者等を対象とした総合診療医等の養成支援の充実を図ります。
- 医師研究資金の貸与等を通じ、医師不足が指摘される産科・外科・麻酔科・循環器内科・脳神経外科等の専門医や、今後の需要が見込まれる総合診療専門医等の確保に努めます。
- 臨床研修医研修資金及び産科研修医研修資金の貸与により、産科・小児科・外科を目指す臨床研修医や、産科の専攻医の確保に努めます。

〔☆ 地域の疾病ごとの医療需要に適切に対応するため、診療実績のデータ等に基づいた各診療科医師の効率的な配置方法を検討し、仕組みを構築します。〕

5 医師の勤務環境の改善

医師の働き方改革をふまえた負担軽減や労働時間の短縮、働きやすい環境整備等を推進します。

【具体的な施策】 ◎…重点施策、○…その他の施策、〔☆…2036年までの長期的施策〕

- ◎ 県内の医療機関が医師の時間外労働上限規制に適切に対応していくとともに、勤務環境の改善により医師の離職防止や安定的な確保につながるよう、医療勤務環境改善支援センターによる支援を行います。
- 県内の医療機関等が行う、医師から他の医療職種へのタスク・シフト/シェアの推進や、オンライン診療の導入などICTを活用した医師の負担軽減・労働時間短縮につながる取組に対する支援を行います。
- 子育て世代医師等のライフイベント・ライフステージに応じた就労が可能となるよう、県内の医療機関によ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、復職のための研修の支援等、働きやすい環境整備の取組について普及・啓発を図ります。
- 医学生や医師を対象に、子育てと勤務との両立等に関する相談支援を行います。

〔☆ 地域医療提供体制の確保等の観点から、やむを得ず医師の時間外労働の上限を超えざるを得ないとして、特定労務管理対象機関（いわゆるB・連携B・C-1・C-2水準対象機関）の指定を受けた医療機関については、将来に向けて時間外労働の段階的な縮減が求められることから、医療勤務環境改善支援センターによる継続的な支援を行います。〕

第6 産科・小児科における医師確保計画

1 産科・小児科における医師確保計画の考え方

産科・小児科については、政策医療の観点、医師の長時間労働となる傾向、診療科と診療行為の対応も明らかにしやすいことから、国から示された医師偏在指標に基づき、産科・小児科における地域偏在対策に取り組みます。

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%に該当する医療圏が「相対的医師少数区域」として設定されますが、これ以外の医療圏においても、実態としては医師が多施設に分散して一施設ごとの医師数が少ない場合もあることから、「相対的医師多数区域」は設定されません。

2 医師偏在指標・相対的医師少数区域

(1) 算定式

産科

$$\text{分娩取扱医師偏在指標} = \frac{\text{標準化分娩取扱医師数 ※1}}{\text{分娩件数 ※2} \div 1,000 \text{ 件}}$$

※1 標準化分娩取扱医師数 … 医師・歯科医師・薬剤師統計で過去2年に分娩の取扱いがあると回答した産婦人科・産科・婦人科医数に、性・年齢別の平均労働時間、異なる二次医療圏の複数医療機関に勤務する者の状況（主たる従事先を0.8人、従たる従事先を0.2人として算定）を反映した医師数

※2 分娩件数 … 医療施設調査の9月中の分娩件数を、年換算に調整したもの

小児科

$$\text{小児科医師偏在指標} = \frac{\text{標準化小児科医師数 ※1}}{\text{地域の年少人口 ※2} / 10 \text{ 万人} \times \text{地域の標準化受療率比 ※3}}$$

※1 標準化小児科医師数 … 医師・歯科医師・薬剤師統計で主に小児科に従事していると回答した医師数を、性・年齢別の平均労働時間、異なる二次医療圏の複数医療機関に勤務する者の状況（主たる従事先を0.8人、従たる従事先を0.2人として算定）を反映した医師数

※2 年少人口 … 住民基本台帳年齢階級別人口（0～14歳）

※3 地域の標準化受療率比 … 年少人口の性・年齢別の受療率を反映した医療需要の全国値との比率

(2) 相対的医師少数区域（産科・小児科共通）について

- 全国の医療圏の偏在指標の値を一律に比較し、下位33.3%が「相対的医師少数区域（県）」と設定されます。



(3) 本県の医師偏在指標及び相対的医師少数区域

産科

(ア) 長野県（三次医療圏）

- 県全体の分娩取扱医師偏在指標は9.2で、全国36位の「相対的医師少数県」に位置付けられています。

【表22】長野県（三次医療圏）の分娩取扱医師偏在指標等

長野県	
区域	相対的少数
指標	9.2

〔基準値〕

相対的医師少数都道府県 9.5 以下

(厚生労働省 提供)

(イ) 二次医療圏

- 上伊那（分娩取扱医師偏在指標：6.0）、飯伊（6.4）、北信（7.4）の3つの医療圏が「相対的医師少数区域」に位置付けられています。

【表23】二次医療圏の分娩取扱医師偏在指標等

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信
区域	—	—	—	相対的少数	相対的少数	—	—	—	—	相対的少数
指標	9.8	7.8	8.0	6.0	6.4	23.4	12.5	16.1	8.9	7.4

〔基準値〕 相対的医師少数区域 7.6 以下

(厚生労働省 提供)

《参考2》 分娩取扱医師偏在指標の算定に用いられた数値

医療圏	2020年 12月31日時点 分娩取扱医師数 (人)	2022年 標準化 分娩取扱医師数 (人)	2017年 年間調整後 分娩件数 (10万人)
長野県	136.8	137.6	14.89
佐久	15.6	15.8	1.60
上小	9.6	9.1	1.18
諏訪	13.0	12.4	1.55
上伊那	8.2	8.0	1.33
飯伊	7.0	7.6	1.18
木曽	3.0	3.0	0.13
松本	41.4	42.3	3.38
大北	1.0	0.9	0.06
長野	32.0	32.3	3.64
北信	6.0	6.3	0.85
全国	9,396	9,396	888.46

(厚生労働省 提供)

小児科

(ア) 長野県 (三次医療圏)

- 県全体の小児科医師偏在指標は120.2で、全国20位の「相対的医師少数ではない県」に位置付けられています。

【表24】 長野県 (三次医療圏) の小児科医師偏在指標等

長野県	
区域	相対的医師少数でない
指標	120.2

〔基準値〕

相対的医師少数都道府県 108.7 以下

(厚生労働省 提供)

(イ) 二次医療圏

- 上小 (小児科医師偏在指標 : 86.0)、諏訪 (79.6)、上伊那 (79.8)、飯伊 (76.1)、長野 (90.4) の5つの医療圏が「相対的医師少数区域」に位置付けられています。

【表25】 長野県の小児科医師偏在指標等

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信
区域	—	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	—
指標	107.8	86.0	79.6	79.8	76.1	132.8	199.1	122.4	90.4	92.8

〔基準値〕 相対的医師少数区域 92.2 以下

(厚生労働省 提供)

《参考3》 小児科医師偏在指標の算定に用いられた数値

医療圏	2020年 12月31日時点 小児科医師数 (人)	2022年 標準化 小児科医師数 (人)	2021年 1月1日時点 年少人口 (10万人)	期待受療率	標準化 受療率比
長野県	303.4	299.2	2.48	686.0	1.002
佐久	24.2	23.9	0.25	606.6	0.886
上小	19.2	17.6	0.23	602.2	0.880
諏訪	24.8	23.8	0.23	886.8	1.295
上伊那	16.6	16.3	0.23	608.9	0.889
飯伊	13.0	12.8	0.20	584.4	0.854
木曾	1.8	1.8	0.02	401.8	0.587
松本	132.8	134.4	0.53	876.8	1.281
大北	5.0	4.6	0.06	451.3	0.659
長野	59.0	57.1	0.64	671.6	0.981
北信	7.0	6.8	0.09	545.8	0.797
全国	17,997	17,634	153.18	684.6	1.000

(厚生労働省 提供)

3 医師確保の方針及び偏在対策基準医師数

(1) 医師の確保の方針

産科

(ア) 長野県（三次医療圏）

- 「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、産科医の確保を図ります。
 - ・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ります。

(イ) 二次医療圏

- 「相対的医師少数区域」に位置付けられている3医療圏（上伊那、飯伊、北信）及び、分娩取扱医師偏在指標の算定に用いられた数値時点以降に分娩の取扱いがなくなっている大北医療圏では、
 - ・絶対数の不足により医師の確保に困難を来していることから、産科医の確保を図ります。
- その他の6医療圏（佐久、上小、諏訪、木曾、松本、長野）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ります。

小児科

(ア) 長野県（三次医療圏）

- 「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
 - ・小児医療にかかわる医師数については、全国水準より若干上回っているが、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ります。
 - ・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ります。

(イ) 二次医療圏

- 「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、
 - ・絶対数の不足により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ります。
- その他の5医療圏（佐久、木曾、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ります。

(2) 偏在対策基準医師数

- 本計画の最終年度である令和8年（2026年）に、医師偏在指標が計画開始時の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が、「偏在対策基準医師数」として国から示されています。
- 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数値であり、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。

産科

【表26】産科（分娩取扱医師）偏在対策基準医師数

医療圏	区域	【計画開始時】 標準化分娩 取扱医師数 (2022年) (人)	【計画終了時】 偏在対策基準 医師数 (2026年) (人)	分娩件数 将来推計 (2026年) (千件)
長野県	相対的少数	137.6	117.9	12.36
佐久	—	15.8	10.1	1.32
上小	—	9.1	7.8	1.01
諏訪	—	12.4	9.7	1.27
上伊那	相対的少数	8.0	8.3	1.09
飯伊	相対的少数	7.6	7.5	0.98
木曾	—	3.0	0.8	0.10
松本	—	42.3	22.0	2.88
大北	—	0.9	0.4	0.05
長野	—	32.3	22.9	2.99
北信	相対的少数	6.3	5.0	0.65

(厚生労働省 提供)

小児科

【表27】小児科偏在対策基準医師数

医療圏	区域	【計画開始時】 標準化小児科 医師数 (2022年) (人)	【計画終了時】 偏在対策基準 医師数 (2026年) (人)	推定年少人口 (2026年) (10万人)	標準化 受療率比 (2026年)
長野県	—	299.2	239.4	2.18	1.01
佐久	—	23.9	17.4	0.21	0.88
上小	相対的少数	17.6	17.2	0.21	0.89
諏訪	相対的少数	23.8	24.5	0.20	1.31
上伊那	相対的少数	16.3	16.3	0.20	0.90
飯伊	相対的少数	12.8	14.0	0.18	0.86
木曾	—	1.8	1.2	0.02	0.62
松本	—	134.4	56.4	0.47	1.29
大北	—	4.6	3.0	0.05	0.67
長野	相対的少数	57.1	50.9	0.56	0.98
北信	—	6.8	5.7	0.08	0.80

(厚生労働省 提供)

4 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、県全体（三次医療圏）について、以下のとおり目標を設定することとします。

産科

区域	医療圏	【現状】 人口10万対 分娩取扱医師数 (2020)	【目標】 人口10万対 分娩取扱医師数 (2026)	方向性
相対的 少数県	長野県	6.6人	現状以上	地域で子どもを安心して生み育てられる環境を整えるため、現状より向上することを目指します。

小児科

区域	医療圏	【現状】 人口10万対 小児科医師数 (2020)	【目標】 人口10万対 小児科医師数 (2026)	方向性
—	長野県	15.3人	現状以上	地域で子どもを安心して生み育てられる環境を整えるため、現状より向上することを目指します。

(2) 施策の展開

産科医師・小児科医師の確保・偏在是正を推進するため、以下の施策に取り組みます。

(ア) 県内で勤務する医師の確保

- 臨床研修医研修資金や産科研修医研修資金及び医師研究資金の貸与により、産科・小児科を目指す臨床研修医や、産科専攻医を含めた産科医の確保に努めます。
- 長野県ドクターバンク事業等を通じて、産科・小児科の県外勤務医師に対し、県内医療機関の魅力や短時間勤務・不定期勤務など多様な働き方の紹介に努めるとともに、県内就業を希望する医師に対し、県内医療機関への就業あっせんを行います。

(イ) 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。

(ウ) 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。
- 県内病院による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。

歯科医師

第 1 現状と課題

1 医療施設従事歯科医師数

- 令和 2 年（2020 年）末現在、本県の医療施設（病院、医育機関附属病院、及び診療所）に従事する歯科医師数は 1,583 人、人口 10 万人当たり 77.3 人であり、全国平均の 82.5 人を下回っています（表 1）。
- そのうち、病院に勤務する歯科医師数は 3.6 人であり、全国平均の 2.5 人を上回っています。また、医育機関附属病院に勤務する歯科医師数は 7.2 人であり、全国平均並みを維持しています。（表 1）。
- 医療施設従事歯科医師は高齢化がみられ（表 2）、診療科目別歯科医師数（複数回答）は、全ての診療科目において、全国平均を下回っている状況です（表 3）。
- 二次医療圏別医療施設従事歯科医師数については、地域偏在がみられ、木曾圏域では人口 10 人当たり 51.2 人と他の二次医療圏と比較して少ない状況です。（表 4）。
- 口腔と全身の関連を踏まえ、歯科口腔管理による早期退院支援、高齢化に伴う誤嚥性肺炎の予防及び摂食嚥下機能の維持・向上、歯科訪問診療等についてのニーズが増加していることから、多職種連携（医科歯科連携）や歯科医療機関間による病診連携等を推進し、多様なニーズに対応できる歯科口腔医療の充実が望まれます。

【表 1】医療施設従事歯科医師数（人口 10 万対）

区分	歯科医師数(総数)	病院	医育機関附属病院	診療所
長野県	77.3	3.6	7.2	66.4
全国	82.5	2.5	7.2	72.8

（厚生労働省「令和 2 年医師・歯科医師・薬剤師統計」）

【表 2】歯科医師の年齢別構成人数（医療施設従事者）

単位(人)

区分		25 未満	25~29	30~34	25~39	40~44	45~49	50~54	55~59	60~64	65 以上	計	
H28	全国	人数	143	6,271	9,243	9,635	10,689	11,598	11,730	13,813	11,673	16,739	101,551
		構成比 (%)	0.1	6.2	9.1	9.5	10.5	11.4	11.6	13.6	11.5	16.5	100
	県	人数	0	78	133	115	159	139	164	235	239	304	1,566
		構成比 (%)	0.0	5.0	8.5	7.3	10.2	8.9	10.5	15.0	15.3	19.4	100
H30	全国	人数	148	5,660	8,941	9,454	10,450	11,066	11,443	13,156	12,553	18,906	101,777
		構成比 (%)	0.1	5.6	8.8	9.3	10.3	10.9	11.2	12.9	12.3	18.6	100
	県	人数	2	62	132	127	142	146	147	215	255	362	1,590
		構成比 (%)	0.1	3.9	8.3	8.0	8.9	9.2	9.2	13.5	16.0	22.8	100
R2	全国	人数	148	5,968	8,233	9,827	10,161	11,145	11,180	12,589	13,269	21,598	104,118
		構成比 (%)	0.1	5.7	7.9	9.4	9.8	10.7	10.7	12.1	12.7	20.7	100
	県	人数	0	69	109	132	110	159	141	182	229	452	1,583
		構成比 (%)	0.0	4.4	6.9	8.3	6.9	10.0	8.9	11.5	14.5	28.6	100

（厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計（調査）」）

【表3】診療科目別医療施設従事歯科医師数（人口10万対）

区分	診療科名(主たる)				診療科名(複数回答)			
	歯科	矯正 歯科	小児 歯科	歯科 口腔外科	歯科	矯正 歯科	小児 歯科	歯科 口腔外科
長野県	65.5	2.9	1.5	4.0	68.7	14.1	27.3	16.1
全国	71.1	3.4	1.6	3.5	74.5	17.8	33.4	24.4

(厚生労働省「令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計」)

【表4】二次医療圏別医療施設従事歯科医師数

区分		佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	計	全国
H28	歯科 医師数	149	130	139	119	93	13	486	34	357	46	1,566	101,551
	人口 10万対	72.0	66.2	70.5	64.9	57.9	51.2	113.9	57.6	66.1	53.2	78.5	82.4
H30	歯科 医師数	144	134	137	110	95	13	497	34	381	48	1,590	101,777
	人口 10万対	70.1	68.8	70.3	60.5	60.3	51.2	117.2	59.1	71.3	53.5	77.1	80.5
R2	歯科 医師数	151	133	144	117	103	13	470	33	372	47	1,583	104,118
	人口 10万対	74.1	68.7	74.4	65.1	66.4	51.2	111.0	58.8	69.9	57.0	77.3	82.5

(厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計(調査)」、長野県「毎月人口異動調査」)

第2 施策の展開

1 歯科医師の資質の向上

社会情勢の変化を踏まえ、今後の歯科医師には、医科歯科連携における歯科の果たす役割をさらに認識することや、地域の実情や各歯科医療機関の機能等を把握し、それらに応じた歯科口腔保健医療を推進することが求められます。

(1) 医科歯科連携の推進

- 歯科口腔管理による早期退院支援、誤嚥性肺炎の予防及び摂食嚥下機能管理、歯科訪問診療等、多様なニーズに対応するため、医科歯科連携が各地域で円滑に行われるよう、その体制づくりを支援します。

(2) 歯科医療機関における機能分化と連携の推進

- 歯科医師の高齢化や地域偏在等を踏まえ、各歯科医療機関間の機能分化を推進し、その各歯科医療機関の機能(診療内容等)を県民へ見える化します。
- 機能分化した歯科医療機関間の病診連携が推進され、どこの地域でも、質の高い歯科口腔保健医療が提供されるよう、医育機関附属病院や関係団体等と協議を図っていきます。

第3 数値目標

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
S	人口10万人当たり歯科医師数			全国平均との差を現状より縮める (全国平均) (72.8人)	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」
	診療所勤務者	66.4人	66.4人以上		
	病院勤務者 医育機関附属病院勤務者	3.6人 7.2人 (2020)	3.6人以上 7.2人以上	現在の水準を維持する	
S	人口10万人当たり診療科目別医療施設従事歯科医師数(診療科名複数回答)			全国平均との差を現状より縮める (全国平均) (17.8人)	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」
	矯正歯科	14.1人	14.1人以上	(17.8人)	
	小児歯科	27.3人	27.3人以上	(33.4人)	
	歯科口腔外科	16.1人 (2020)	16.1人以上	(24.4人) (2020)	

注)「区分」欄 S(ストラクチャー指標):医療サービスを提供する物的・人的資源及び組織体制等を測る指標

人生100年時代、これからの歯科医師の役割

厚生省(当時)と日本歯科医師会が提唱して8020運動が開始された平成元年当時、80歳で20本以上の歯のある人は10%にも満たない状態でした。しかし、平成28年の歯科疾患実態調査では、推定値として50%を達成することができました。さらに、8020運動を継続してきた30年間で、咀嚼や嚥下などの健全な口腔機能を維持することは、食事や会話を楽しむことに留まらず、全身の健康につながるようになってきました。

超高齢社会での歯科医師の役割は多岐にわたり、診療室完結型の歯科医療から脱却し、「治療・管理・連携」型の歯科口腔医療への転換と、「かかりつけ歯科医」を中心とした「地域完結型」の歯科口腔医療提供体制の構築が必要です。患者への適切な歯科口腔医療や歯科口腔保健管理の支援、地域住民の健康づくりへの社会的貢献、高齢者等への対応、多職種との連携等、歯科医師には多様なニーズへの対応力が求められています。

人生100年時代を迎える中で、平均寿命と健康寿命の差を縮めることは、社会全体の大きな課題です。県民の健康寿命の延伸、そして歯と口腔の健康を起点とした全身の健康と豊かな人生を送ることに貢献できるよう、歯科医師はそれぞれの地域で役割を果たして参ります。

第4 関連する分野

歯科口腔保健(第4編第6節)、歯科衛生士・歯科技工士(第7編第2章第5節)、歯科口腔医療(第7編第3章第7節)

薬剤師（薬剤師確保計画）

第 1 薬剤師確保計画の基本的な考え方

1 計画の趣旨

薬剤師は、地域医療における薬物療法の有効性・安全性の確保や公衆衛生の向上及び増進等に資するため、調剤等の業務に加え、病院薬剤師にあつては病棟薬剤業務やチーム医療等、薬局薬剤師にあつては在宅医療や高度な薬学的管理を行う機能等を中心とした業務・役割の更なる充実が求められています。

令和 3 年（2021 年）6 月に公表された「薬剤師の養成及び資質向上等に関する検討会とりまとめ」において、薬剤師の従事先には業態の偏在や地域偏在があり、特に病院薬剤師の不足が喫緊の課題として指摘されているところです。

また、第 8 次医療計画における国の「医療計画作成指針」において、医療従事者の確保に関する記載に当たって踏まえるべき観点として、地域の実情に応じた薬剤師の確保策の実施等が新たに記載され、都道府県においては、薬剤師確保計画を策定し、地域の実情に応じた薬剤師確保・偏在是正に取り組むこととされました。

これを受けて本県では、国が示す「薬剤師確保計画ガイドライン」に基づき、全国ベースで算定される三次医療圏（都道府県）ごと及び二次医療圏ごとの薬剤師の多寡を統一的・客観的に比較・評価した指標（以下「薬剤師偏在指標」という。）を踏まえて、薬剤師の少ない地域がそれを脱するための取組を、令和 6 年度（2024 年度）をスタートとして 3 年ごとの計画期間で繰り返し行い、薬剤師偏在を徐々に是正しながら、令和 18 年（2036 年）までに業態間、地域間の偏在是正を達成することを長期的な目標とします。

本計画は、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、本県が取り組むべき薬剤師確保・偏在是正施策の方向性を示し、施策を総合的に推進すべく策定したものです。

2 位置付けと計画期間

- 「第 8 次長野県保健医療計画」における薬剤師の確保に関する事項を薬剤師確保計画と位置付けます。
- 計画期間は、令和 6 年度（2024 年度）から令和 8 年度（2026 年度）までの 3 年間とします。
- 計画は 3 年ごとに PDCA サイクルに基づく見直しを行い、長期的な目標年次を令和 18 年（2036 年）として、必要な薬剤師の確保や偏在是正を目指します。

	2024 (R6)	2026 (R8)	2027 (R9)	2029 (R11)	2030 (R12)	2032 (R14)	2033 (R15)	2035 (R17)
薬剤師確保計画	R6～8 年計画		R9～11 年計画		R12～14 年計画		R15～17 年計画	
保健医療計画	第 8 次計画				第 9 次計画			

第2 現状と課題

1 薬剤師を巡る現状・課題等

(1) 医療圏別薬剤師数

- 令和2年(2020年)末現在の本県の薬剤師数(免許所有者)は4,603人、人口10万人当たりでは224.8人であり、経年的には増加しているものの、全国平均255.2人を30.4人下回っています。
- 在宅医療への参画、病院等の薬剤師業務の多様化、「かかりつけ薬剤師・薬局」の推進などにより、さらなる薬剤師の確保が必要となっています。

【表1】薬剤師数(人口10万対)の推移

(単位:人)

区分	H22(2010)	H24(2012)	H26(2014)	H28(2016)	H30(2018)	R2(2020)
長野県	189.2	193.5	201.8	210.4	217.8	224.8
全国平均	215.9	219.6	226.7	237.4	246.2	255.2
全国との差	△26.7	△26.1	△24.9	△27.0	△28.4	△30.4

(厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計(調査)」)

- 二次医療圏ごとの人口10万人当たり薬剤師数は、上小、松本で県平均を上回っていますが、上伊那、飯伊、木曽、大北、北信では平均を大きく下回っており、地域間における薬剤師偏在の是正が必要となっています。

【表2】令和2年(2020年)医療圏別薬剤師数(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
薬剤師数	436	456	412	350	286	46	1,206	102	1,154	155
対前回 H30(2018)	18	10	22	8	3	1	40	6	△5	7
対人口 10万対	213.3	235.2	212.5	194.6	184.1	180.6	284.7	181.4	216.6	187.8
対前回 H30(2018)	11.3	6.3	12.5	6.4	4.5	11.6	9.9	14.6	△0.2	12.2

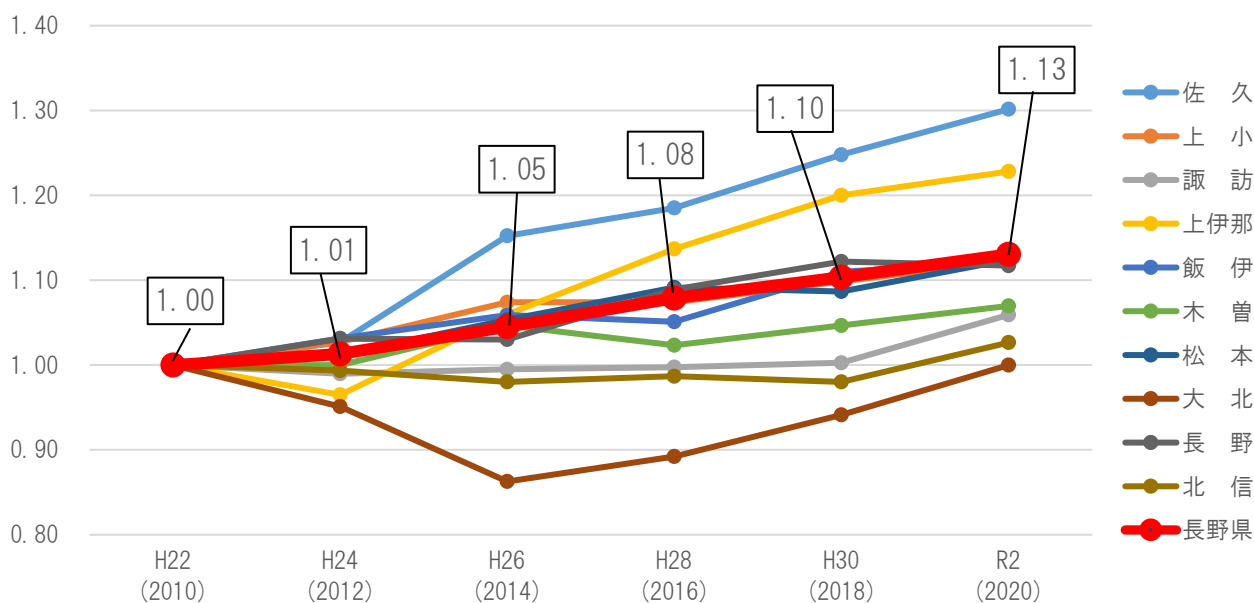
(厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計(調査)」)

- 平成22年(2010年)の薬剤師数を基に推移をみると、県全体では1.13倍に薬剤師数が増加していますが、医療圏ごとの薬剤師数の推移には差が見られます。

＜医療圏ごとの薬剤師数の推移＞(平成22年(2010年)→令和2年(2020年))

佐久: 1→1.30 上小: 1→1.12 諏訪: 1→1.06 上伊那: 1→1.23 飯伊: 1→1.12
木曽: 1→1.07 松本: 1→1.12 大北: 1→1.00 長野: 1→1.12 北信: 1→1.03

【図1】医療圏別薬剤師数の推移



(厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計(調査)」)

(2) 業態ごとの薬剤師数

- 令和2年(2020年)末現在の業態別人口10万人当たり薬剤師数は、薬局では全国平均を下回っていますが、病院・診療所では全国平均を上回っています。

【表3】令和2年(2020年)業態別薬剤師数(人口10万対) (単位:人)

区分	年度	薬局	病院・診療所	その他※
長野県	R2	139.3	49.9	35.6
	(H30)	(134.3)	(48.6)	(34.9)
全国平均	R2	149.8	48.8	56.1
	(H30)	(142.7)	(47.4)	(56.1)

※ 大学の従事者、医薬品等企業従事者、行政関係者、無職、不詳

(厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計(調査)」)

2 薬剤師確保対策を巡る現状・課題等

(1) 薬学部(6年制)進学者

- 長野県内の高校から薬学部(6年制)への進学者数は160人程度で推移しています。
- 県内に薬学部がないことを踏まえ、将来的に県内で働く意識を持った進学者を増やすための取組を行う必要があります。

【表4】県内高校薬学部(6年制)進学者数の状況 (単位:人)

区分	H30 (2018)	R1 (2019)	R2 (2020)	R3 (2021)	R4 (2022)	R5 (2023)
進学者数	177	158	169	159	160	179

(薬学教育協議会「在籍者数調査」)

(2) 薬剤師実務実習

- 新卒薬剤師を確保するため、薬学教育における長期実務実習の受入者数を増やす取組や、実習の指導に携わる指導者の養成が重要となっています。

【表5】長野県で薬学実習を実施した薬学生の状況 (単位：人)

区 分	H29 (2017)	H30 (2018)	R1 (2019)	R2 (2020)	R3 (2021)	R4 (2022)
薬 局	38	—※	56	54	57	37

※：不明

(長野県薬剤師会調べ)

【表6】認定実務実習指導薬剤師数 (単位：人)

区 分	H30 (2018)	R1 (2019)	R2 (2020)	R3 (2021)	R4 (2022)	R5 (2023)
薬 局	330	331	327	339	342	369
病 院	153	156	157	141	142	145

(長野県薬剤師会調べ)

第3 薬剤師偏在指標、薬剤師少数区域・薬剤師多数区域等

1 薬剤師偏在指標について

- これまで、地域ごとの薬剤師数の比較には「人口10万人当たり薬剤師数」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業務種別（病院、薬局）等の要素が考慮されておらず、薬剤師の地域間・業種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、医療ニーズに基づき、地域ごと、業種ごとの薬剤師数の多寡を統一的・客観的に把握できる、薬剤師偏在の度合いを示す「薬剤師偏在指標」を導入しました。
- 「薬剤師偏在指標」は、計画期間ごとに、国が全国的に見直しを行うこととされました。

(1) 地域別薬剤師偏在指標の算定式

$$\text{地域薬剤師偏在指標} = \frac{\text{調整薬剤師労働時間（病院）} \times 1 + \text{調整薬剤師労働時間（薬局）} \times 2}{\text{薬剤師（病院）の推計業務量} \times 3 + \text{薬剤師（薬局）の推計業務量} \times 4}$$

※1 調整薬剤師労働時間（病院）＝

Σ （勤務形態別性別年齢階級別病院薬剤師数×病院薬剤師の勤務形態別性別年齢階級別労働時間）÷調整係数（病院）※

※ 調整係数（病院）＝

全薬剤師（病院）の労働時間（中央値）÷全薬剤師（病院＋薬局）の平均的な労働時間

※2 調整薬剤師労働時間（薬局）＝

Σ （勤務形態別性別年齢階級別薬局薬剤師数×薬局薬剤師の勤務形態別性別年齢階級別労働時間）÷調整係数（薬局）※

※ 調整係数（薬局）＝

全薬剤師（薬局）の労働時間（中央値）÷全薬剤師（病院＋薬局）の平均的な労働時間

※3 薬剤師（病院）の推計業務量＝

入院患者に関する業務時間（調剤・病棟業務等）＋外来患者に関する業務時間（調剤・服薬指導業務等）＋その他の業務時間（管理業務等）

※4 薬剤師（薬局）の推計業務量＝

処方箋調剤関連業務にかかる業務量＋フォローアップにかかる業務量＋在宅業務にかかる業務量＋その他業務にかかる業務量

(2) 病院薬剤師偏在指標の算定式

$$\text{病院薬剤師偏在指標} = \frac{\text{調整薬剤師労働時間（病院）}}{\text{薬剤師（病院）の推計業務量}}$$

(3) 薬局薬剤師偏在指標の算定式

$$\text{薬局薬剤師偏在指標} = \frac{\text{調整薬剤師労働時間（薬局）}}{\text{薬剤師（薬局）の推計業務量}}$$

(4) 薬剤師偏在指標の性質

- 各地域における薬剤師の必要業務時間（需要）に対する薬剤師の実際の労働時間（供給）の比率であり、全国統一の算定式により算出されます。
- ただし、各種統計に基づいて機械的に算定されたものであるため、この指標のみで各地域の絶対的な薬剤師の充足状況を判断できるものではなく、薬剤師の数が多いとされる医療圏であっても、施設単位では不足している状況があることに留意が必要です。

2 薬剤師少数区域・薬剤師多数区域について

(1) 目標偏在指標

- 目標偏在指標は、目標年次（2036年）において到達すべき薬剤師偏在指標の水準を示す指標として、地域（都道府県・二次医療圏）や、業態（病院・薬局）によらず、全国共通の指標として設定されるものです。
- 目標偏在指標は、「調整薬剤師労働時間」と「病院・薬局における薬剤師の業務量」が等しくなる時の偏在指標、すなわち「1.0」と定義されました。

(2) 区域設定の必要性和考え方

- 全国の医療圏の薬剤師偏在指標の値を一律に比較し、目標偏在指標より偏在指標が高い二次医療圏を薬剤師多数地域、低い二次医療圏のうち下位二分の一を薬剤師少数区域とする基準に基づき設定されます。

3 長野県における薬剤師偏在指標及び薬剤師少数区域・多数区域等

(1) 長野県（都道府県別）

- 県全体の薬剤師偏在指標は、0.88で全国29位となっており、薬剤師少数県に位置付けられています。
- 業態別の偏在指標では、病院薬剤師は0.73、薬局薬剤師は0.95となっており、病院薬剤師は少数県に位置付けられています。

【表7】長野県の偏在指標等

薬剤師偏在指標	地域別※1	病院※2	薬局※2
偏在指標	0.88	0.73	0.95
区分	少数	少数	—

※1【基準】 薬剤師少数都道府県 0.89 以下、 薬剤師多数都道府県 1.0 以上

※2【基準】 薬剤師少数都道府県 0.85 以下、 薬剤師多数都道府県 1.0 以上

(2) 二次医療圏

- 地域別薬剤師では、飯伊（偏在指標：0.77）、木曾（0.57）、大北（0.72）の3つの医療圏が、薬剤師少数区域に、上小（1.01）の医療圏が薬剤師多数区域に位置付けられています。
- 病院薬剤師では、上小（0.62）、上伊那（0.67）、飯伊（0.67）、大北（0.63）、長野（0.63）の5つの医療圏が、薬剤師少数区域に位置付けられています。
- 薬局薬剤師では、木曾（0.50）の医療圏が薬剤師少数区域に、佐久（1.07）、上小（1.18）、松本（1.00）の3つの医療圏が薬剤師多数区域に位置付けられています。

【表8】二次医療圏の薬剤師偏在指標等

二次医療圏	地域別薬剤師		病院薬剤師		薬局薬剤師	
	偏在指標※1	区分	偏在指標※2	区分	偏在指標※2	区分
佐久	0.97	—	0.76	—	1.07	多数
上小	1.01	多数	0.62	少数	1.18	多数
諏訪	0.82	—	0.79	—	0.82	—
上伊那	0.81	—	0.67	少数	0.87	—
飯伊	0.77	少数	0.67	少数	0.81	—
木曾	0.57	少数	0.82	—	0.50	少数
松本	0.96	—	0.87	—	1.00	多数
大北	0.72	少数	0.63	少数	0.76	—
長野	0.85	—	0.63	少数	0.95	—
北信	0.89	—	0.89	—	0.90	—

※1【基準】 薬剤師少数区域 0.80 以下、 薬剤師多数区域 1.0 以上

※2【基準】 薬剤師少数区域 0.74 以下、 薬剤師多数区域 1.0 以上

第4 薬剤師確保の方針及び目標

1 薬剤師の確保の方針

薬剤師少数県に位置付けられている本県では、地域住民の医療の質の向上や健康増進、持続可能な医療提供体制を確保し、住民が安心して暮らしていけるよう真に必要な薬剤師数の確保を図ることとします。

2 薬剤師確保の目標

(1) 目標薬剤師数等についての国の考え方

(ア) 目標年次における目標薬剤師数

- 目標薬剤師数は、目標年次（2036年）の薬剤師偏在指標が1.0に達するために必要な薬剤師数とされています。
- 上記に基づいた本県の目標薬剤師数は以下のとおりで、2036年までに上小医療圏及び北信医療圏を除き、県及び他8医療圏について確保が必要となります。

【表9】目標年次までの要確保薬剤師数

医療圏	地域別薬剤師偏在指標（現在）	確保している薬剤師数（人）（現在） [A]	目標薬剤師偏在指標（2036年）	目標薬剤師数（人）（2036年） [B]	要確保数（人） [B]-[A]
長野県	0.88	3,488	1.0	3,884	396
佐久	0.97	400	1.0	424	24
上小	1.01	375		371	—※
諏訪	0.82	311		358	47
上伊那	0.81	269		315	46
飯伊	0.77	242		290	48
木曾	0.57	30		40	10
松本	0.96	759		827	68
大北	0.72	83		103	20
長野	0.85	870		1,038	168
北信	0.89	147		138	—※

※ 薬剤師多数区域においては是正等を行わない。

(イ) 1計画期間における目標薬剤師数

- 薬剤師少数区域及び薬剤師少数都道府県の1計画期間の目標薬剤師数は、計画期間開始時の目標偏在指標以下区域の下位二分の一の基準を脱する（すなわち、その基準に達する）ために確保されているべき薬剤師数とされています。
- 薬剤師少数でも多数でもない区域・都道府県は、地域の実情を踏まえ、必要に応じて独自に目標薬剤師数を設定することとされています。
- 薬剤師多数区域及び薬剤師多数都道府県は、目標薬剤師数を既に達成しているものとして取り扱われます。

(2) 本県の目標

- 前述の国のガイドラインに基づき、1計画期間（R6～8）においては、長野県が薬剤師少数県を脱することを目指し、以下のとおり目標を設定します。

《県（三次医療圏）》

区分	医療圏	人口10万対確保している薬剤師数	人口10万対目標薬剤師数	方向性
少数県	長野県	171.5人	178.1人	住み慣れた地域で患者が安心して医薬品を使うことができるようガイドラインに基づく目標薬剤師数を目指します。

《二次医療圏》

区分	医療圏	人口10万対確保している薬剤師数	人口10万対目標薬剤師数	方向性
少数区域	飯伊	156.3人	164.6人以上	各医療圏のニーズに応じ、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ガイドラインに基づく目標薬剤師数との差を縮めます。
	木曾	116.3人	130.4人以上	
	大北	147.6人	156.6人以上	
少数でも多数でもない区域	佐久	196.7人	204.1人	各医療圏のニーズに応じ、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ガイドラインに基づく目標薬剤師数を目指します。
	諏訪	163.3人	171.8人	
	上伊那	151.7人	159.2人	
	松本	179.8人	183.8人	
	長野	164.3人	169.9人	
多数区域	北信	180.1人	194.7人	業態偏在の観点も踏まえ、現状以上の薬剤師数を目指します。
	上小	195.0人	195.0人以上	

- 県及び全二次医療圏域において、病院薬剤師が充足していない実態（薬剤師偏在指標 1.0 未満）であることを考慮し、病院薬剤師について以下のとおり目標を設定します。

≪県（三次医療圏）病院薬剤師≫

区分	医療圏	人口10万対 病院薬剤師数	人口10万対 目標病院薬剤師数	方向性
少数県	長野県	43.6人	54.7人 以上	病棟薬剤業務やチーム医療が更に 充実するようガイドラインに基づ く目標薬剤師数との差を縮めるこ とを目指します。

第5 目標を達成するための施策

1 県内で勤務する薬剤師の確保

薬剤師少数区域をはじめとして、県内で勤務する薬剤師、特に病院薬剤師の確保に取り組みます。

【具体的な施策】

- 薬学生や県内で就業を希望する薬剤師を対象とした就業相談会を開催し、薬剤師の確保に努めます。
- 育児等で離職している病院、薬局等の勤務経験がある薬剤師の復職を支援するため、地域の病院や薬局と連携して研修を実施し、円滑な復職支援体制の整備を図ります。
- 薬剤師又は薬学生への経済的な支援として、地域医療介護総合確保基金を活用した取組を検討します。
- 関係機関及び関係団体と協力し、薬学生を対象とした、病院及び薬局薬剤師の就業体験イベント等の開催を支援します。
- 県内の病院、薬局等で実務実習を行う薬学生を増やし、県内への就業に繋がるよう、受入体制に関する情報発信や実習の充実に向けた必要な支援に取り組みます。

2 薬学部（6年制）進学者を増やす取組み

将来薬剤師を目指す中高生を増やす取組を実施します。

【具体的な施策】

- 関係団体等と協力し、中学生・高校生及び保護者等を対象に薬剤師の仕事の内容や魅力を伝えるセミナーやワークショップを開催します。
- 関係機関及び関係団体と協力し、高校生を対象とした、薬剤師の就業体験イベント等の開催を支援します。

看護職員（保健師、助産師、看護師、准看護師）

第 1 現状と課題

1 看護職員の就業状況

(1) 看護職員の就業者数

- 令和 2 年（2020 年）末現在の県内就業看護職員数は 30,521 人です。人口 10 万人当たりの就業看護職員数は経年的に増加しており、保健師、助産師、看護師（准看護師含む）で全国より高く、保健師は全国 1 位、助産師は全国 3 位に位置しています。
- 県内の二次医療圏ごとの人口 10 万人当たりの就業看護職員数は、全ての圏域で全国を上回っています。

【表 1】人口 10 万対の就業看護職員数の推移

（単位：人）

	平成 24 年度 (2012)	平成 26 年度 (2014)	平成 28 年度 (2016)	平成 30 年度 (2018)	令和 2 年度 (2020)
長野県	1,261.8	1,329.6	1,389.8	1,436.9	1,490.3
全国	1,139.3	1,187.7	1,228.6	1,275.7	1,315.2

（厚生労働省「衛生行政報告例」）

【表 2】令和 2 年(2020 年)医療圏別就業看護職員数（人口 10 万対）

（単位：人）

地域 職種	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	全県	全国
保健師	98.8	64.0	71.2	94.5	99.8	145.2	77.7	108.5	72.1	110.2	82.6	44.1
助産師	50.4	32.0	38.2	41.1	42.5	55.0	60.7	33.8	35.5	50.9	43.9	30.1
看護師	1,319.9	1,002.6	1,162.8	957.2	1,069.9	973.5	1,270.1	1,171.9	1,116.0	1,102.5	1,143.7	1,015.4
准看護師	181.5	351.2	228.5	237.9	307.1	176.6	192.6	170.7	183.6	208.4	220.1	225.6
合計	1,650.6	1,449.7	1,500.7	1,330.8	1,519.2	1,350.3	1,601.0	1,484.9	1,407.2	1,472.0	1,490.3	1,315.2

（厚生労働省「令和 2 年度衛生行政報告例」）

(2) 看護職員の就業場所

- 令和 2 年（2020 年）末現在、看護職員の実業場所としては、病院が 59.7% を占め、診療所が 13.6%、介護保険施設が 13.0% となっています。
- 看護職員数の 10 年間の増加率（平成 22 年（2010 年）と令和 2 年(2020 年)を対比）は 19.5% と全国の 18.9% を上回っており、就業場所別では訪問看護ステーションや介護保険施設、社会福祉施設などで増加しています。

【表 3】令和 2 年(2020 年)県内看護職員の就業場所

（単位：人）

職種	場所	病院	診療所	助産所	訪問看護 ステーション	介護保 険施設	社会福 祉施設	保健所 市町村	その他	合計
保健師		237	29	1	2	18	5	1,230	169	1,691
助産師		627	140	61	0	0	1	32	39	900
看護師		15,825	2,760	4	892	2,533	520	218	671	23,423
准看護師		1,519	1,208	1	25	1,413	232	18	91	4,507
合計		18,208	4,137	67	919	3,964	758	1,498	970	30,521
(構成比)		59.7%	13.6%	0.2%	3.0%	13.0%	2.5%	4.9%	3.2%	100.0%
10 年間の増加率		15.0%	10.7%	11.7%	38.8%	33.5%	83.5%	21.5%	52.3%	19.5%

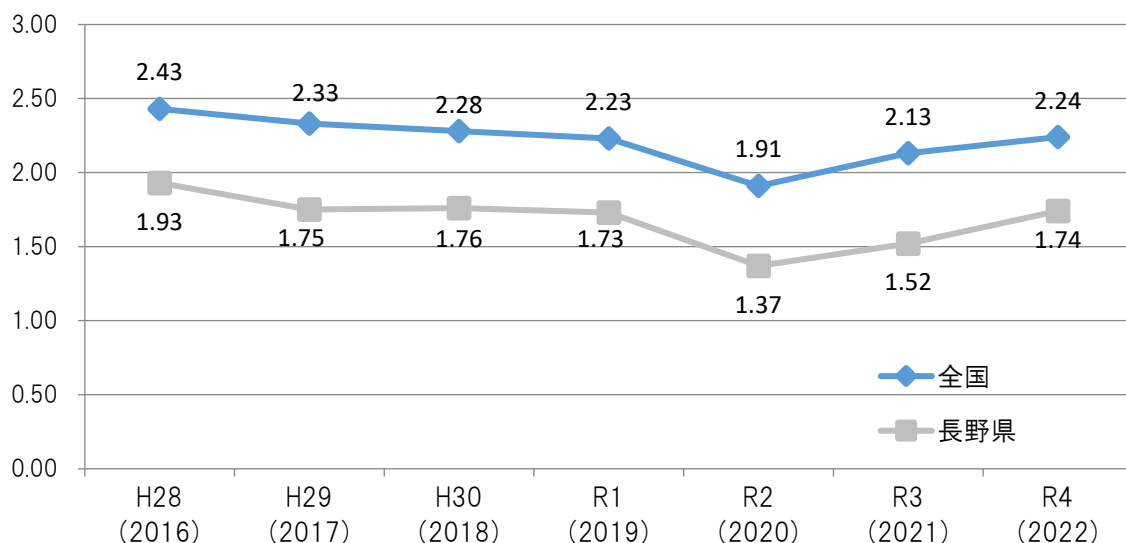
（厚生労働省「令和 2 年度衛生行政報告例」）

(3) 看護職員の需給状況

- 近年の有効求人倍率は、長野県、全国ともに横ばい傾向で、依然として確保が困難な状況が続いています。
- ワークライフバランスの実現を踏まえて今後見込まれる看護需要をもとに、令和元年度（2019年度）に推計した「2025年（令和7年）における長野県看護職員需給推計」によると、1,000人以上の不足が見込まれます。
- 在宅医療の推進等により介護・福祉分野等における看護の需要が高まる一方で、人口減少及び少子化等が進む中、看護職員の確保対策がますます重要となっています。

【図1】看護職員の有効求人倍率の推移

（単位：倍）



（注）調査月は10月。パートタイムを含む。

（厚生労働省「一般職業紹介状況」）

【表4】2025年（令和7年）における長野県看護職員需給推計

区分	需要※1	供給※2	差
就業中の全ての看護職員の超過勤務10時間以内、有給休暇5日以上の場合	31,147人	30,109人	△1,038人
就業中の全ての看護職員の超過勤務10時間以内、有給休暇10日以上の場合	31,427人		△1,318人
就業中の全ての看護職員の超過勤務0時間以内、有給休暇20日以上の場合	33,451人		△3,342人

※1：国の推計ツールにより算出した結果に、県の介護分野の現状を加味した需要数にワークライフバランスの実現を踏まえたシナリオ条件ごとの推計

※2：国の推計ツールにより、前年の看護職員数、新規就業者数等を積み上げ

（令和元年度（2019年度） 医師・看護人材確保対策課推計）

2 看護職員の養成状況

(1) 新規養成

- 令和5年(2023年)4月の県内看護師等学校養成所の入学定員は1,141名となっています。
- 令和3年度(2021年度)卒業生894人のうち803人が看護職員として就業し、このうち684人が県内に就業(県内就業率85.2%)しています。

【表5】県内看護師等学校養成所の入学定員の推移

(単位：人)

学校種別	課程	平成28年 (2016)	平成29年 (2017)	平成30年 (2018)	令和元年 (2019)	令和2年 (2020)	令和3年 (2021)	令和4年 (2022)	令和5年 (2023)
大学	保健師・看護師	250	250	250	406	406	476	476	476
	保健師(選択) ^(注)	(40)	(40)	(40)	(80)	(80)	(100)	(100)	(100)
	助産師(選択) ^(注)	(34)	(34)	(34)	(34)	(34)	(34)	(34)	(34)
専攻科	保健師	15	15	15	15	15	15	15	15
	助産師	15	15	15	15	15	21	21	20
養成所 (短大含む)	看護師3年課程	560	560	560	560	520	450	410	450
	看護師2年課程	110	110	110	110	110	110	110	70
	准看護師	180	180	180	180	180	180	140	110
合計		1,130	1,130	1,130	1,286	1,246	1,252	1,172	1,141

(注) 編入生含む。また、選択制の保健師・助産師課程は、選択枠の人数を内訳で示す。

(厚生労働省「看護師等学校入学状況及び卒業生就業状況調査」、医師・看護人材確保対策課調べ)

(2) 専門性の高い看護師の養成

- 在宅医療等の推進に向けて、平成27年(2015年)10月に、特定の行為に限って「医師又は歯科医師の判断を待たずに、手順書によって一定の診療の補助を行うことができる看護師」を養成・確保するための特定行為研修制度が創設されました。
- 在宅医療の推進のほか、新興感染症等の感染拡大時における迅速かつ確かな対応、医師の働き方改革に伴うタスク・シフト/シェアの推進等の観点から、特定行為研修修了者その他の専門性の高い看護師の養成が求められています。
- 県内の特定行為指定研修機関数は、平成29年度(2017年度)の0機関から令和5年度(2023年度)は8機関にまで増加しています。
- 令和2年(2020年)末現在、本県の特定行為研修修了者数は54人となっています。

(厚生労働省「衛生行政報告例」)

3 看護職員の離職状況

- 県内の病院に勤務する令和3年度(2021年度)の常勤看護職員の離職率は、全国の11.6%を下回るものの8.3%であり、新卒採用者については5.3%(全国10.3%)が1年以内に離職している状況です。

(日本看護協会「2022年 病院看護実態調査」)

- 新卒の看護職員の離職理由の一つとして、学校での看護基礎教育と臨床現場で求められる技術・能力のギャップが挙げられています。

第2 施策の展開

1 新規養成数の確保

- 新規養成数を確保するために、県立看護大学及び県立養成校を運営するとともに、県内看護師等養成所の運営に対する支援を行います。
- 県内への就業率の向上を図り、看護職員の確保が困難な中小医療機関等への就業を促進するため、看護職員修学資金の貸与等を行います。
- 看護職に対する理解促進やイメージアップを図り、看護学生を確保するために、県内看護師等養成所と高校進路指導担当者との意見交換会の開催や、若い世代を対象としたリーフレットの配布等を行います。

2 離職防止・資質の向上

- 働きやすい環境づくりを推進するため、院内保育所の運営や勤務環境改善のための施設整備に対する支援を行います。
- 医療機関による勤務環境の改善を支援するため、アドバイザーの派遣や総合相談窓口の設置等を行います。
- 看護職員の負担を軽減し定着促進を図るため、看護補助者活用推進のための研修会を実施します。
- 看護職員が意欲的に業務に取り組めるよう、資質向上のための各種研修を実施します。
- 新人看護職員の卒後臨床研修体制の整備を促進するため、医療機関による研修の実施等を支援します。
- 看護現場における看護ケアの広がりや資質の向上を図るため、県立看護大学において、熟練した看護技術と知識を用いて、水準の高い実践看護ができる専門看護師・認定看護師を養成します。
- 特定行為研修修了者の増加を図るため、研修受講料や代替職員人件費等への支援を行うとともに、協力施設や研修機関の体制整備や研修修了者の活動支援のため、指定研修機関や研修修了者同士の連絡会を開催します。
- 在宅医療を担う訪問看護職員の確保のため、事業所の運営や新卒者採用に向けた取組を支援するとともに、専門性向上のための研修等を実施します。
- 市町村保健師の確保や保健活動の充実強化を図るため、市町村保健師の採用情報の発信及び職務の段階に応じた研修機会の確保等の人材育成に努めます。
- 助産師が医師と役割分担・連携して正常分娩の進行管理を行うためのスキルアップを目的とした助産師支援研修や、助産実践能力の高い助産師を育成するため助産師出向支援を実施します。

3 再就業の促進

- 潜在看護職員の再就業を促進するため、ナースセンターにおける再就業相談や研修、「マイナンバー制度を活用した看護職の人材活用システム」等による復職支援を実施します。
- 高齢化の進展に伴い需要の増加が見込まれる介護・福祉分野等への就業を促進するため、プラチナナース(*)等に対する研修を実施します。

(*) プラチナナース（概ね業務経験 25 年以上の看護職員）

第3 数値目標

区分	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
S	就業看護職員 (保健師、助産師、看護師、 准看護師)数(全県)	30,521人 (2020)	31,973人 (2028)	今後見込まれる看護需要を もとに設定	厚生労働省 「衛生行政報告例」
S	特定行為研修 修了者数	54人 (2020)	289人 (2028)	在宅医療の推 進や有事対応 等に必要な数 をもとに設定	厚生労働省 「衛生行政報告例」
S	特定行為指定研修 機関数	8機関	現状以上	現状以上とす る	医師・看護人材確保対策課 調査

注)「区分」欄 S(ストラクチャー指標):医療サービスを提供する物的・人的資源及び組織体制等を測る指標

感染管理認定看護師の養成について

感染管理認定看護師とは、感染対策における高度な専門知識や実践力を有する者として、日本看護協会の認定を受けた看護師のことです。

長野県看護大学では、平成23年度(2011年度)から28年度(2016年度)まで感染管理認定看護師教育課程を開講し、99名の修了者を輩出しました。また、新型コロナウイルス感染症の蔓延に伴い、感染症への的確な対応を行うことができる感染管理認定看護師の需要が増加したことを受け、令和4年度(2022年度)から特定行為研修を組み込んだ感染管理認定看護師教育課程を新たに開講しています。

教育課程修了生は、日本看護協会の認定審査を受けた後、5年ごとに更新審査を受けながら、感染管理認定看護師として活動を行います。所属施設の院内感染の監視、予防、指導などの他にも、所属施設外の看護職やその他の専門職、一般市民への感染対策に関する教育なども行っています。

新型コロナウイルス感染症の蔓延時においても、集団感染が発生した地域の社会福祉施設等へ赴き、施設内の感染対策の指導を行うなど、地域の感染対策の要として活躍しています。



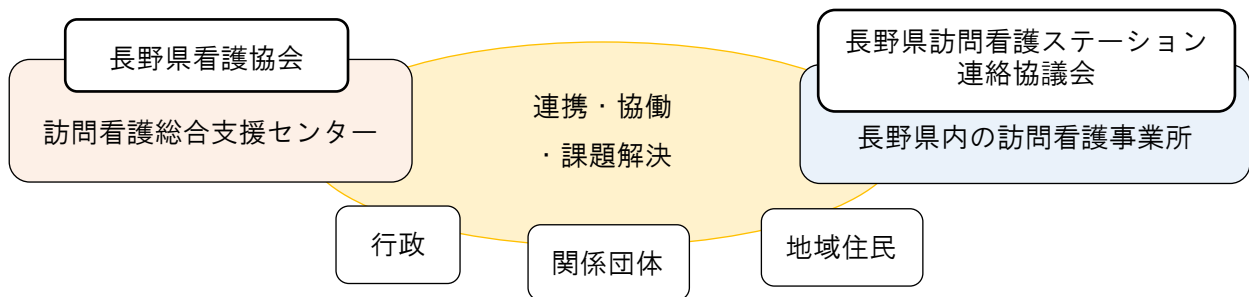
講義の様子

長野県看護協会による訪問看護総合支援センターの取組

近年、全国的に訪問看護ステーション数は増加傾向ですが、看護職員の常勤換算従事者数が5人未満の小規模事業所が7割近くを占めており、各事業所の自助努力で地域の訪問看護に係る様々な課題を解決することは難しい現状があります。

そこで、そのような課題を一体的・一元的に取り組む拠点として令和5年4月1日に長野県看護協会内に「訪問看護総合支援センター」が開設されました。

センターでは、①経営支援、②人材確保、③訪問看護の質向上の3つを主な目的として事業を展開しています。県からの委託による訪問看護事業所の新規開設・運営支援や、訪問看護ステーションへの就職支援、訪問看護に関する研修の実施のほか、地域住民への訪問看護に関する啓発なども実施しており、地域のニーズに応じた訪問看護を継続して提供できるような体制づくりの拠点として期待されています。



ナースセンター事業

県の委託により長野県看護協会が運営している「長野県ナースセンター」では、相談員が、求人・求職サイトによる無料の紹介に加え、県下のハローワークと連携しながら再就業を希望する看護職員への巡回就業相談を行っています。また、臨床経験のブランクに不安のある看護職に対して実技を学べる再就職支援研修会を実施するなど、様々な方法で看護職員の確保に向けた取組を推進しています。

コロナ禍においては、自宅療養者の健康管理やワクチン接種業務等を行う看護職の需要が増大したため、県と県看護協会が呼びかけを行い、多くの潜在看護職※の方にご協力をいただきました。

これらの皆さんが医療現場とのつながりを維持できるよう看護職同士の交流会の開催や、きめ細やかな相談対応により本格的な就業定着を図る取り組みを強化しています。



相談の様子

※看護職の資格を持ちながら就業していない看護職

歯科衛生士・歯科技工士

第1 現状と課題

1 歯科衛生士

- 令和2年(2020年)末現在の本県の歯科衛生士就業者数は2,720人であり、人口10万人当たり132.8人と、全国平均の113.2人を上回っています。また、勤務先は診療所が85%以上を占めています(表1)。
- 長野県内の歯科衛生士養成校は4校、入学定員は4校合計で128人(令和5年(2023年)4月現在)ですが、令和4年度の入学者数は119人で充足率は93.0%となっています(表3)。
- 令和3年(2021年)4月1日現在、常勤の歯科衛生士を配置している市町村は13市2町1村です(表4)。
- 歯科口腔保健の推進にあたり、在宅又は介護施設等における訪問口腔衛生指導や入院患者の口腔管理など、歯科衛生士のはたす役割は大きくなっています。
そのため、医療機関に加えて、行政、教育機関、医療保険者、障害者施設、介護保険施設等で歯科衛生士を活用していくことが重要です。

【表1】歯科衛生士の就業状況

単位(人)

区分	保健所 市町村	病院	長野県			合計	人口 10万 対	全国	人口 10万 対
			診療所	介護老人 保健施設	その他				
平成22年	93	148	1,923	8	31	2,203	102.3	103,180	80.6
平成24年	97	162	1,937	14	35	2,245	105.3	108,123	84.8
平成26年	91	177	2,019	16	49	2,352	111.5	116,299	91.5
平成28年	84	197	2,086	18	41	2,446	117.1	123,831	97.6
平成30年	91	198	2,187	46	54	2,576	124.9	132,629	104.9
令和2年	89	210	2,329	39	53	2,720	132.8	142,760	113.2

(厚生労働省「衛生行政報告例」)

【表2】歯科衛生士の年齢別構成人数

単位(人)

区分		人数	25未満	25~29	30~34	25~39	40~44	45~49	50~54	55~59	60~64	65以上	計
			構成比(%)	構成比(%)	構成比(%)	構成比(%)	構成比(%)	構成比(%)	構成比(%)	構成比(%)	構成比(%)	構成比(%)	
H28	全国	123,831	11.3	14.4	14.4	13.5	14.8	13.1	9.2	5.6	2.3	1.3	100
	県	2,446	10.8	12.9	11.9	13.2	15.0	12.8	9.9	7.8	4.3	1.3	100
H30	全国	132,529	11.0	13.4	13.7	13.0	14.3	13.3	10.3	6.5	2.9	1.6	100
	県	2,576	9.7	11.7	12.5	13.0	14.5	13.0	10.9	7.8	4.8	2.1	100
R2	全国	142,760	10.5	13.8	12.0	13.3	13.2	13.5	10.5	7.4	3.7	2.0	100
	県	2,720	9.0	11.4	11.2	12.3	14.3	13.6	11.0	8.7	5.3	3.2	100

(厚生労働省「衛生行政報告例」)

【表3】県内4校の歯科衛生士養成校入学者状況

単位（人）

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
定員	116	116	116	116	128
入学者数	96	84	109	102	119
充足率	82.8%	72.4%	94.0%	87.9%	93.0%

（健康増進課調べ）

【表4】常勤の歯科衛生士を配置している市町村数

	令和元年度	令和2年度	令和3年度
市町村役所（場）・保健センター	13市2町1村	13市2町1村	13市2町1村

（健康増進課調べ）

生活の質を支援する歯科衛生士

生涯、ストレスなくおいしく食べられることや、会話を楽しめる生活のためには、むし歯や歯周病の予防はもちろん、口腔機能の維持・向上も重要であることが常識となってきました。歯科衛生士はそうした生活の質を保つために不可欠な「口腔ケア」を担っています。

歯科診療所は、治療のためだけでなく、定期健診による口腔の健康維持のための通院の場となってきています。歯科衛生士は、口腔の健康維持のために「プロフェッショナルケア」を提供すると同時に、「セルフケア」についての支援をしています。

病院や施設では、口腔内環境が感染予防のカギのひとつであることが重要視されています。歯科衛生士の専門的な助言に基づく「口腔ケア」が、入院患者や施設利用者の生活の質を支えています。

市町村における健康づくりでは、ライフステージに応じた切れ目のない予防活動のために歯科衛生士の専門的歯科口腔保健指導の場が増加しています。乳幼児健診等ではむし歯予防はもとより、口腔機能の発達にも注視して助言を行っています。また、歯周病の生活習慣病との関係や、介護予防につながる「オーラルフレイル予防」の普及啓発など、地域住民の健康長寿に貢献しています。

2 歯科技工士

- 令和2年（2020年）末現在の本県の歯科技工士の従事者数は671人と、平成22年（2006年）から比較してほぼ横ばいの状況です（表5）。
- 人口10万人当たりの歯科技工士数は32.8人と、全国平均の27.6人より高い水準です（表5）。
- 歯科技工技術の高度化やデジタル化、就業歯科技工士の高齢化（表6）など、歯科技工士を取り巻く状況は大きく変化しており、時代の要請に対応できる歯科技工士の確保充実が求められています。

【表5】歯科技工士の従事状況

単位（人）

区分	長野県		全国	
	就業者数	人口10万対	就業者数	人口10万対
平成22年	666	30.9	35,413	27.7
平成26年	666	31.6	34,495	27.1
平成28年	662	31.7	34,640	27.3
平成30年	657	31.8	34,468	27.3
令和2年	671	32.8	34,826	27.6

（厚生労働省「衛生行政報告例」）

【表6】歯科技工士の年齢別構成人数

単位（人）

区分		25未満	25～29	30～34	25～39	40～44	45～49	50～54	55～59	60～64	65以上	計	
H28	全国	人数	1,862	2,179	2,762	3,174	4,137	3,940	4,318	5,200	3,471	3,597	34,640
		構成比 (%)	5.4	6.3	8.0	9.2	11.9	11.4	12.5	15.0	10.0	10.4	100
	県	人数	31	33	50	49	76	70	110	75	93	33	662
		構成比 (%)	4.7	5.0	7.6	7.4	11.5	10.6	11.3	16.6	11.3	14.0	100
H30	全国	人数	1,789	1,937	2,629	2,914	3,856	4,094	3,983	4,977	4,095	4,194	34,468
		構成比 (%)	5.2	5.6	7.6	8.5	11.2	11.9	11.6	14.4	11.9	12.2	100
	県	人数	19	34	52	42	73	68	67	107	90	105	657
		構成比 (%)	2.9	5.2	7.9	6.4	11.1	10.4	10.2	16.3	13.7	16.0	100
R2	全国	人数	1,636	2,042	2,343	2,818	3,646	4,249	3,797	4,695	4,633	4,967	34,826
		構成比 (%)	4.7	5.9	6.7	8.1	10.5	12.2	10.9	13.5	13.3	14.3	100
	県	人数	15	24	38	60	60	76	68	100	98	132	671
		構成比 (%)	2.2	3.6	5.7	8.9	8.9	11.3	10.1	14.9	14.6	19.7	100

(厚生労働省「衛生行政報告例」)

デジタル化がもたらす歯科技工士の可能性

昨今の歯科技工におけるデジタルの発展は目を見張るものがあります。これまでは歯冠が主でしたが、義歯（入れ歯）製作にも応用されるようになり、義歯床、人工歯ともデジタルで製作できるほか、部分床における金属のフレーム、クラスプまで3-Dプリンターで作成できるようになってきました。

デジタルの良さは、同じものがすぐできることにあります。義歯の再製作についても、症例によっては困難な場合もありますが、対応できる範囲が広がってきました。これにより、義歯を製作した時点で記録を残せば、紛失した際すぐに対応が可能となります。例えば、大規模災害により被災した際の健康を守るうえで、食事は非常に重要ですが、速やかな義歯の再製作により、その一端を歯科技工士が担える可能性は大きいといえます。

また、デジタル技工の浸透により、歯科技工士の長時間労働という問題点が解消されつつあります。歯科技工所の設置基準も改正され、条件付きではありますがコンピューターによる設計も認可されています。これらのことは、潜在歯科技工士の発掘に繋がり、人材不足の解消にもつながる要素です。

第2 施策の展開

1 歯科衛生士の確保と資質の向上

- 医療機関のほか、多様な働く場から歯科衛生士のニーズが高まっていることから、長野県歯科衛生士養成校協議会、長野県歯科衛生士会及び長野県歯科医師会と連携協力し、新規就業者の育成や離職者の復職支援等、歯科衛生士の安定確保につながる取組を支援します。
- 在宅又は介護施設等における訪問口腔衛生指導や入院患者の口腔管理などが行える、より専門性の高い歯科衛生士を増やすため、歯科衛生士の資質の向上等についての取組を支援します。

2 歯科技工士の確保と資質の向上

- 高齢化の状況を踏まえ、時代の要請に対応できる歯科技工士を確保し、歯科口腔医療提供体制を維持するため、長野県歯科技工士会等と連携し、歯科技工士の資質の向上に努めます。

第3 数値目標

区分	指標	現状	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
S	就業歯科衛生士数 ・診療所 ・保健所、市町村 ・病院 ・介護老人保健施設 ・その他	2,329人 89人 210人 39人 53人 (2020)	2,329人以上 89人以上 210人以上 39人以上 53人以上	現在以上の水準を 目指す	厚生労働省「衛生行政報告例」
S	常勤の歯科衛生士を配置している市町村数	13市2町1村 (2022)	19市2町以上	人口2万人規模の市町での配置を目指す	健康増進課調べ
S	就業歯科技工士数	671人 (2020)	671人以上	現在以上の水準を 目指す	厚生労働省「衛生行政報告例」

注)「区分」欄 S (ストラクチャー指標): 医療サービスを提供する物的・人的資源及び組織体制等を測る指標

管理栄養士・栄養士

第 1 現状と課題

1 管理栄養士・栄養士の従事状況

- 令和 4 年度（2022 年度）末現在、管理栄養士・栄養士の配置率は、保健医療福祉関係の給食を提供する施設で 92.6%ですが、それ以外の特定多数の者に給食を提供する施設で 53.2%、市町村で 93.5%です（表 1）。
- 近年、栄養ケア・ステーションを活用した訪問栄養管理・指導の需要増加や、診療報酬におけるオンライン栄養指導の新設など、管理栄養士・栄養士の求められる場面は多様化しています。
- そのため、時代の要請に対応して、適切な栄養管理、指導等ができる管理栄養士・栄養士の確保充実が必要です。

【表 1】管理栄養士・栄養士の配置率

（単位：％）

	平成 18 年	平成 23 年	平成 28 年	令和元年	令和 4 年
保健医療福祉関係の給食を提供する施設*1	93.2	96.7	96.1	94.6	92.6
上記以外の特定多数の者に給食を提供する施設*2	43.7	42.9	44.7	47.6	53.2
市町村	85.6	89.6	90.9	93.5	93.5

（衛生行政報告例・行政栄養士等配置状況）

- *1 保健医療福祉関係の給食を提供する施設とは、病院、介護老人保健施設、老人福祉施設、社会福祉施設
- *2 上記以外の給食を提供する施設とは、学校、保育所等児童福祉施設、事業所、一般給食センター等

2 管理栄養士・栄養士の養成

- 令和 5 年度（2023 年度）現在、県内には管理栄養士養成校が 2 校、栄養士養成校が 2 校あり、そのうち長野県立大学では、平成 30 年度（2018 年度）から健康発達学部食健康学科が新設され、管理栄養士・栄養士の養成を推進しています。
- 県・市町村においても、学生が保健衛生活動への理解と興味を深められるよう、管理栄養士を講師として養成校へ派遣したり、養成校のインターンシップ生の受入れを行っています。

【表 2】長野県内の年次別養成状況（養成課程終了状況）

（単位：人）

職種	年度					備考
	平成 30 年	令和元年	令和 2 年	令和 3 年	令和 4 年	
管理栄養士	83	70	73	104	84	R3～県立大 30 名増
栄養士	118	82	69	82	79	H30 県立短期大学閉学
計	201	152	142	186	163	

第2 施策の展開

管理栄養士・栄養士の確保と資質の向上

- 管理栄養士・栄養士の求められる場面は多様化していることから、市町村、長野県栄養士会及び養成校等と連携協力し、時代の要請に対応できる管理栄養士・栄養士の育成や確保を図ります。
- 市町村等の行政に携わる管理栄養士・栄養士を対象とした研修会を開催し、健康づくり、母子保健、高齢福祉など様々な部署で、管理栄養士・栄養士が栄養指導や食育等の施策を効果的に展開できるよう、資質の向上を目指します。
- 医療法施行規則の一部を改正する省令（令和5年厚生労働省令第73号）により、病院等の人員配置について、管理栄養士・栄養士が医療従事者として位置づけられたため、今後は国の動向を注視しながら、施策の充実を検討します。

第3 数値目標

	指標	現状 (2023)	目標 (2029)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
S	管理栄養士・栄養士の配置率				
	・保健医療福祉関係の給食を提供する施設*1	92.6% (2022)	92.6%以上	現状の水準以上を目指す。	衛生行政報告例
	・上記以外の給食を提供する施設*2	53.2% (2022)	53.2%以上	現状の水準以上を目指す。	
	・市町村	93.5% (2022)	93.5%以上	現状の水準以上を目指す。	行政栄養士等配置状況

注) 「区分」欄 S (ストラクチャー指標) : 医療サービスを提供する物的・人的資源及び組織体制等を測る指標

*1 保健医療福祉関係の給食を提供する施設とは、病院、介護老人保健施設、老人福祉施設、社会福祉施設

*2 上記以外の給食を提供する施設とは、学校、保育所等児童福祉施設、事業所、一般給食センター等

※ 医療法施行規則の一部を改正する省令（令和5年厚生労働省令第73号。令和5年4月28日交付及び告示、同年5月1日から施行及び適用）により、病院等の人員配置について都道府県知事に報告することとされる医療従事者の職種に管理栄養士・栄養士が追加された。そのため必要に応じて、医療計画の中間見直し等で、新たな指標を検討する予定。

栄養ケア・ステーション

栄養ケア・ステーションは、食・栄養の専門職である管理栄養士・栄養士が所属する地域密着型の拠点です。地域住民の方はもちろん、医療機関、自治体、健康保険組合、民間企業、保険薬局などを対象に管理栄養士・栄養士をご紹介します。用途に応じた様々なサービスを提供します。

高齢化社会を迎え、高齢者人口が増加している現在、疾病予防や介護予防が重要となってくることから、フレイル（虚弱）や低栄養状態にならないためにも、適切な栄養管理が誰にでも受けられる体制が必要となり、栄養ケア・ステーションの需要は高まっています。

その他の医療従事者

第 1 現状と課題

1 理学療法士、作業療法士の状況

- 令和 2 年末現在、病院・診療所及び介護サービス施設で従事する理学療法士は常勤換算で 2,448 人、作業療法士は 1,519 人で、ともに増加傾向にあり、人口 10 万人当たりの従事者数も、双方とも全国平均を上回っています。
- 近年では急性期から回復期、維持期までのリハビリテーションの手法が多様化しており、それらに対応できる資質の高い理学療法士、作業療法士の養成・確保が求められています。

【表 1】病院・診療所における理学療法士、作業療法士の従事者数の推移

区分	理学療法士				作業療法士			
	長野県		全 国		長野県		全 国	
	従事者数 [常勤換算] (人)	人口 10 万対	従事者数 [常勤換算] (人)	人口 10 万対	従事者数 [常勤換算] (人)	人口 10 万対	従事者数 [常勤換算] (人)	人口 10 万対
平成 26 年 (2014 年)	1,450	68.7	77,140	60.7	912	43.2	42,136	33.2
令和 2 年 (2020 年)	1,710	83.5	100,965	80.0	1,081	52.8	51,056	40.5

(厚生労働省「医療施設調査・病院報告」)

【表 2】介護サービス施設における理学療法士、作業療法士の従事者数の推移

区分	理学療法士				作業療法士			
	長野県		全 国		長野県		全 国	
	従事者数 [常勤換算] (人)	人口 10 万対	従事者数 [常勤換算] (人)	人口 10 万対	従事者数 [常勤換算] (人)	人口 10 万対	従事者数 [常勤換算] (人)	人口 10 万対
平成 26 年 (2014 年)	481	22.8	27,789	21.9	314	14.9	15,364	12.1
令和 2 年 (2020 年)	738	36.1	47,254	37.5	438	21.4	23,499	18.6

(厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」)

2 視能訓練士、言語聴覚士等の医療従事者の状況

- 病院・診療所で従事する視能訓練士、言語聴覚士等の医療従事者については、いずれも増加傾向にあり、人口10万人当たりの従事者数も、おおむね全国水準を上回っています。
- 医学、医療技術の進歩に伴い、保健医療サービスの範囲が拡大するとともに、内容の専門化が進んでおり、こうした状況に対応するため、保健医療の職種も多様化していく傾向にあります。チーム医療の重要性が増す中で、これらの職種については、高度な専門知識や技術の習得が求められています。

【表3】視能訓練士、言語聴覚士等の医療従事者の従事状況

区分	長野県				全国			
	平成26年 (2014年)		令和2年 (2020年)		平成26年 (2014年)		令和2年 (2020年)	
	従事者数 [常勤換算] (人)	人口 10万 対	従事者数 [常勤換算] (人)	人口 10万 対	従事者数 [常勤換算] (人)	人口 10万 対	従事者数 [常勤換算] (人)	人口 10万 対
視能訓練士	140	6.7	179	8.8	7,733	6.1	10,130	8.0
言語聴覚士	301	14.3	336	16.4	14,252	11.2	17,905	14.2
義肢装具士	6	0.3	7	0.3	104	0.1	128	0.1
診療放射線技師	808	38.3	880	43.0	50,960	40.1	55,624	44.1
臨床検査技師	1,298	61.6	1,371	66.9	64,080	50.4	67,752	53.7
臨床工学技士	449	21.3	516	25.2	23,741	18.7	30,409	24.1
精神保健福祉士	150	7.1	157	7.7	10,505	8.3	11,171	8.9
社会福祉士	202	9.6	293	14.3	10,582	8.3	16,250	12.9

(厚生労働省「医療施設調査・病院報告」)

3 柔道整復師等の状況

- 施術所等で従事する柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師は、おおむね増加傾向にあります。
- 柔道整復師は、他の医療職種等と連携を図り、フレイル予防や介護予防の取組を促進する役割が求められています。

【表4】柔道整復師等の従事状況

区分	長野県				全国			
	平成26年 (2014年)		令和2年 (2020年)		平成26年 (2014年)		令和2年 (2020年)	
	従事者数 (人)	人口 10万 対	従事者数 (人)	人口 10万 対	従事者数 (人)	人口 10万 対	従事者数 (人)	人口 10万 対
柔道整復師	870	41.3	1,106	54.0	63,873	50.3	75,786	60.1
あん摩マッサー ジ指圧師	1,749	82.9	1,624	79.3	113,215	89.1	118,103	93.6
はり師	1,399	66.3	1,495	73.0	108,537	85.4	126,798	100.5
きゅう師	1,342	63.6	1,468	71.7	106,642	83.9	124,956	99.1

(厚生労働省「衛生行政報告例」)

第2 施策の展開

- 医師をはじめとした医療従事者の負担軽減に向けた、他の医療職種へのタスク・シフト／シェア推進のための研修等を支援します。
- 養成施設における教育の充実が図られるよう、必要に応じて関係機関と協力し、適切な運営を指導します。
- それぞれの職種が専門性を活かし、互いに連携・補完しながら質の高い医療を提供できるよう、各職種の関係団体が資質向上のために実施する、知識・技能の向上を目指した学術研究会・研修会の支援に努めます。

タスク・シフト／シェア

医療機関では、医師だけではなく様々な職種の方が働いていますが、すべての医療関係職種の方々がそれぞれの専門性を活かしながら連携し、パフォーマンスを最大化することが大切です。

タスク・シフト／シェアとは、医師をはじめとする医療関係職種の業務の一部を他の職種にタスク・シフティング（業務の移管）やタスク・シェアリング（業務の共同化）を行う取組です。仕事を分散することで、特定の職種への業務の集中を軽減することにつながります。

タスク・シフト／シェアの取組は多岐にわたりますが、他の職種との取組として、主には次のようなものが挙げられます。

① 医師事務作業補助者の配置

医師事務作業補助者は、診断書等の医療関連の文書作成代行や、電子カルテ等への診療記録の代行入力など、医師が行う業務のうち事務的な業務のサポートを行います。

② 看護補助者の配置

看護補助者は、看護職員の指導の下に、患者の療養上の世話（食事、清潔、排せつ、入浴、移動等）のほか、病室内の環境整備や医療器具の整理整頓などを行います。

③ 特定行為研修修了看護師の配置

保健師助産師看護師法に位置づけられた「特定行為に係る看護師の研修制度」を修了した看護師は、医師が作成した手順書に基づき、21区分38行為の特定行為を実施することができます。

④ 院内薬剤師の配置

院内薬剤師は、患者に対して適切かつ安全な薬物療法が行えるよう、調剤のみならず、チーム医療に積極的に参画し、病棟における服薬指導等を行います。

⑤ その他、他職種へのタスク・シフト／シェア

他の医療関係職種へのタスク・シフト／シェアも勤務環境改善の有効な取組となります。

例えば、不足が著しく厳しい勤務環境に置かれている産科医と助産師の協働による「院内助産」「助産師外来」の実施や、手術における看護師不足に対応するため医療機器の専門医療職である臨床工学技士が、従来看護師が行っていた術者への器材手渡し等の介助業務を行うなど、様々な取組が行われています。

上記以外にも、医師間のタスク・シフト／シェアとして、長時間労働や連続勤務の要因となりやすい「宿日直」の体制見直しや複数主治医制等の「チーム制」の導入等があります。

このように、職種間が連携しタスク・シフト／シェアによって効率化が進むことで、患者や家族にとっても、より質の高い医療提供が受けられるようになります。

参考：厚生労働省「勤務環境改善に向けた好事例集」（令和5年3月）

医療機関で活躍する専門職種と多職種連携

医療機関は、医師をはじめ医療に関する専門的知識と技術を持った有資格者による専門職集団ですが、医療の高度化に伴い職種の細分化、専門特化が進み、別表に掲げる多様な職種が生まれてきました。診療部門、看護部門及び医療技術部門（薬剤、検査及びリハビリテーション）などに携わる多くの職種が、それぞれの高い専門性を前提に役割分担するとともに、互いに連携・協力して1人の患者の治療やケアにあたる「チーム医療」に取り組んでいます。

患者の社会復帰や在宅療養への移行においても、多職種による業種を超えた地域連携が欠かせません。退院後の生活に関する相談支援や関係機関との調整を行う医療ソーシャルワーカー（社会福祉士・精神保健福祉士）などが、患者や家族が抱える様々な問題の解決に尽力しています。

また、在宅医療においても、できるだけ住み慣れた場所で患者が療養生活を続けられるよう、訪問による診療、看護、薬剤管理、リハビリテーション、栄養食事指導など多職種が関わるチーム医療が展開されています。

超高齢社会を迎えている昨今では、医療・介護連携が益々重要となっています。介護を必要とする高齢者は、一般的に医療ニーズも高い傾向にあるため、地域で安心して自分らしく暮らし続けるには、医療・介護の関係者が要介護者の情報を共有するなど、多様な職種が緊密に連携し、切れ目なく支援が受けられるよう協働する必要があります。

（別表）

職種	制度発足年
医師・歯科医師	昭和23年(1948年)
薬剤師	昭和23年(1948年)
保健師・助産師・看護師 歯科衛生士	保健師・助産師・看護師・歯科衛生士:昭和23年(1948年) 保健師・助産師、看護師:平成13年(2001年)
准看護師	准看護師婦:昭和26年(1951年) 准看護師:平成13年(2001年)
歯科技工士	昭和30年(1955年)
診療放射線技師	診療エックス線技師:昭和26年(1951年) 診療放射線技師:昭和48年(1968年)
臨床検査技師	衛生検査技師:昭和33年(1958年) 臨床検査技師:昭和45年(1970年)
栄養士	昭和22年(1947年)
管理栄養士	昭和37年(1962年)
理学療法士、作業療法士	昭和40年(1965年)
視能訓練士	昭和46年(1971年)
院内保育士、医療保育士	保母:昭和22年(1947年) 保育士:平成11年(1999年)
社会福祉士、介護福祉士	昭和62年(1987年)
義肢装具士	昭和63年(1988年)
臨床工学技士	昭和63年(1988年)
精神保健福祉士	平成9年(1997年)
言語聴覚士	平成9年(1997年)
あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師	昭和22年(1947年)
柔道整復師	昭和39年(1964年)
公認心理師	平成29年(2017年)
臨床心理士	昭和63年(1988年) ※民間資格:日本臨床心理士資格認定協会

注1 「医師」、「看護師」、「助産師」、「保健師」及び「薬剤師」欄に掲げる制度発足年は、戦後の関連法施行年。

注2 「きゆう師」は法令上の表記であり、いわゆる「きゅう」の施術者のこと。

医療従事者の勤務環境改善

第1 現状と課題

1 医療従事者の勤務環境改善に関する動き

- 医師、看護師等の確保対策、離職防止のため、医療機関では、院内保育所の整備等、医療従事者の勤務環境改善に向けた様々な取組が行われていますが、時間外労働時間の削減、有給休暇の取得促進など勤務環境に関する課題は多く、働きやすい環境の整備が求められています。
- 平成26年（2014年）10月の医療法改正により、①病院又は診療所の管理者は、医療従事者の勤務環境の改善等への取組に努めること、②国は医療機関の取組に関する指針を策定すること、③都道府県は医療機関の勤務環境改善を促進するための支援を行うことが位置付けられました。

2 医師の働き方改革（医師の時間外労働上限規制）

- 医師の長時間労働を抑制し、健康で働き続けられる環境を整えることは、医師本人にとってはもとより、医療の質・安全の確保と同時に、持続可能な医療提供体制を維持していく上で重要であり、そのために医師の働き方改革に取り組む必要があります。
- 医療法の改正により、医師の時間外労働の上限規制（年960時間以内）等が定められ、令和6年4月から適用が開始されます。
- 医師の時間外労働上限規制の適用に当たり、労働時間短縮のための取組を行ってもなお時間外・休日労働が年960時間を超える必要がある医師がいる医療機関は、特定労務管理対象機関（いわゆるB・連携B・C-1・C-2水準対象機関）として県の指定を受ける必要があります。

【表1】県内病院における時間外労働が年960時間を超える医師の有無（令和4年8月末時点）

年960時間を超える医師がいる	13施設
年960時間を超える医師はいない	96施設
不明（把握できていない等）・未回答	17施設

（医師・看護人材確保対策課調べ）

3 医療勤務環境改善支援センターによる支援

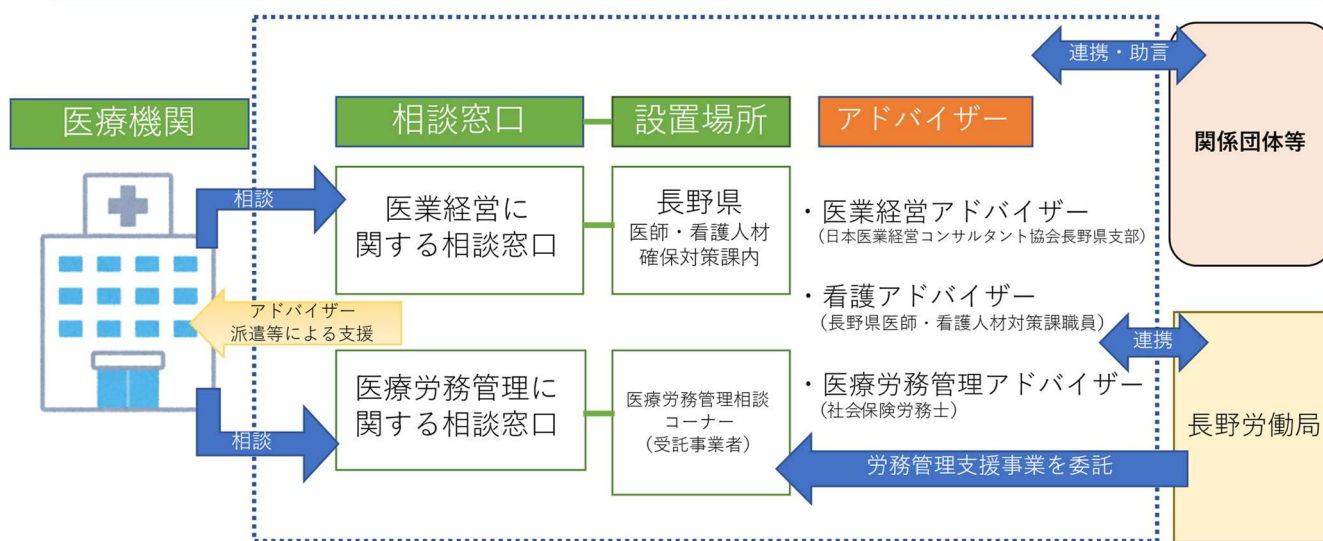
- 本県では、平成26年（2014年）の医療法改正を受け、平成28年（2016年）2月に医療勤務環境改善支援センターを設置しました。国が定める「勤務環境改善マネジメントシステム（※）」に基づき、PDCAサイクルを活用して計画的に医療従事者の勤務環境改善に向けた取組を行う医療機関に対し、アドバイザーによる総合的・専門的な支援を行っています。

※「勤務環境改善マネジメントシステム」

各医療機関が、医師、看護職、薬剤師、事務職員等の幅広い医療スタッフの協力の下、一連の過程を定めて継続的に行う自主的な勤務環境改善を促進するための仕組み

【図1】長野県医療勤務環境改善支援センターによる支援イメージ

長野県医療勤務環境改善支援センター



- 医師の時間外労働上限規制の適用開始に向けては、個別の医療機関の状況の応じた勤務時間の適切な把握や宿日直許可の取得、特定労務管理対象機関の指定を目指す医療機関による「医師労働時間短縮計画」の作成等について、医療労務管理アドバイザー（社会保険労務士）の派遣等により支援を行っています。

【表2】医療勤務環境改善支援センターによる支援状況（令和4年度）

支援医療機関数	36 施設
アドバイザー等による訪問支援実施数	延べ 86 回
センターにおける相談対応（電話・メール等）	119 件
センターの利用勧奨	55 件

（医師・看護人材確保対策課調べ）

第2 施策の展開

- 医療勤務環境改善支援センターにおいて、医業経営や医療労務管理に関する相談や医療機関への個別訪問による助言を行うとともに、セミナーや研修会の開催等により、医療勤務環境改善マネジメントシステムの導入を促進します。
- 特定労務管理対象機関の指定を受けた医療機関については、将来に向けて医師の時間外労働の段階的な縮減が求められることから、医療勤務環境改善支援センターによる継続的な支援を行います。
- 医療従事者の業務の効率化による負担軽減や安全性の向上を図るため、医療の現場における ICT の活用を促進します。
- 医療従事者の離職防止や働きやすい環境づくりに向け、引き続き、院内保育所の運営や施設整備等、病院が実施する勤務環境改善のための取組を支援します。

上手な医療のかかり方

病院・診療所にかかるすべての県民の健康を守るため、日夜力を尽くす医師をはじめとした医療従事者を守るために、「上手な医療のかかり方」を知り、考え、行動することが大切です。

緊急性のない軽症の方が、「平日には休めない」等の自己都合で、一般的には外来診療が行われていない夜間や休日に救急外来を受診することが問題となっています。これらによって、一刻を争う症状の患者さんが後回しとなってしまうとともに、医療従事者が過剰な労働により疲弊し、医療の質の低下にもつながってしまいます。

上手に医療にかかるためには、かかりつけ医を持つことが大切です。

かかりつけ医が日頃の心身の状態をよく知ってくれていることで、些細な体調の変化にも気づきやすいため、病気の予防や早期発見、早期治療が可能になります。さらには、症状に応じて必要と判断した場合には、適切な医療機関を紹介してくれます。

また、県では「すぐに病院に行った方がいいのか」や「救急車を呼ぶべきか」などでお困りのの方のために、受診の必要性や応急対処方法に関する適切な助言等を受けることができる次の電話相談窓口を設置しています。

▼ 長野県救急安心センター（#7119）

大人（おおむね15歳以上）の方に関するご相談（英語等の主要な外国語にも対応）	
・ 相談日時	平日：19時から翌朝8時まで 土日祝日・年末年始（12月29日～1月3日）：8時から翌8時まで
・ 利用方法	局番なしの「#7119」に電話※（相談料無料、通話料は利用者負担） ※ ダイヤル回線・IP電話の場合は「026-231-3021」

▼ 長野県小児救急電話相談（#8000）

子ども（おおむね15歳未満）の方に関するご相談	
・ 相談日時	毎日：19時から翌朝8時まで
・ 利用方法	局番なしの「#8000」に電話※（相談料無料、通話料は利用者負担） ※ ダイヤル回線・IP電話の場合は「026-235-1818」

医療の質を保ち、医療従事者の働き方改革を推進するためには、医療を提供する側だけでなく、医療の受け手である県民の理解と協力が不可欠です。かかりつけ医や電話相談窓口等を適切に利用して、上手に医療にかかることが求められています。

参考：厚生労働省「上手な医療のかかり方.jp」 <https://kakarikata.mhlw.go.jp/index.html>

第8次長野県保健医療計画策定スケジュール案(R5予定)

資料10

医療政策課

	令和4年度			令和5年度											
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月			
医療審議会	9/16 第1回審議会 ・8次計画の策定について	12/20 第2回審議会 ・策定委員指名	2/3 第3回審議会 ・8次計画策定諮問	5/26 第1回審議会 ・策定委員指名			9/22 第2回審議会 ・策定委員指名						2月 第3回審議会 ・8次計画案答申		
策定委員会		12/20 第1回委員会 ・委員長の選任 ・WGの設置 ・国の検討状況	2/3 第2回委員会 ・国の検討状況 ・第7次計画進捗	5/26 第3回委員会 ・国の作成指針 ・県民医療意識調査報告 ・計画の枠組み ・二次医療圏の設定			9/22 第4回委員会 ・計画の骨子案 ・グランドデザイン案		11月 第5回委員会 ・計画素案 ・基準病床数				2月 第6回委員会 ・計画案の決定		
ワーキンググループ			3/9~3/30 第1回WG ・座長選任 ・8次計画の概要 ・国の検討状況 ・ロジックモデルの概要 ・現状と課題	6/5~6/12 第2回WG ・国の作成指針 ・ロジックモデル案の検討	8/24~9/5 第3回WG ・ロジックモデル案の検討 ・分野別計画案の検討 ・疾病・事業ごとの二次医療圏相互の連携体制の検討 ・機能別医療機関一覧の検討		10/16~10/31 第4回WG ・ロジックモデル案及び分野別計画案の検討・決定								
既存会議体		3/16 第1回がん対協 2/8 第1回循環器病対策協議会 3/17 第1回精神保健福祉審議会作業部会 3/28 第1回地対協		7/18 第1回がん作業部会 7/13 第1回循環器病作業部会 6/5 第2回精神保健福祉審議会作業部会 5/30 第1回地対協	9/12 第2回がん作業部会 9/21 第2回循環器病作業部会 9/15 第3回精神保健福祉審議会作業部会 9/7 第2回地対協 8/3 第1回感染症対策連携協議会 9/14 第2回感染症対策連携協議会		第1回がん対協 第1回循環器病対策協議会 第1回精神保健福祉審議会 第3回地対協 第3回感染症対策連携協議会				第4回地対協		第5回地対協		
圏域連携会議(調整会議)<10圏域>	8/20~9/30 第1回調整会議	1/31~2/27 第2回調整会議				8/29~9/19 第1回圏域連携会議(調整会議) ・8次計画策定状況の確認、意見交換		第2回圏域連携会議(調整会議) ・素案に対する意見交換					第3回調整会議		
その他		県民医療意識調査 レセプトデータベース構築・分析							医療機能調査		パブコメ、関係団体への意見照会		部局長会議 ・計画決定		

令和5年度第2回地域医療対策協議会における主な議論について

(開催日9月7日(木))

○ (保健医療従事者の養成・確保)

主 な 議 論

(1) 医師について

- ・ 地域枠でない信州大学の学生が、卒業後も県内に残り、定着してもらえるような施策もあった方がよいのではないかという意見が出された。

⇒資料2 (2-16 ページ)

「○ 県内の医学生と医療現場で活躍する医師等との交流やネットワーク構築を支援することにより、将来の県内就業・定着の促進を図ります。」と追加で記載。

(2) 歯科医師について

- ・ 今後の歯科医師に求められる役割として「地域の実情や医療資源の把握」があるが、これは行政や団体等が担うべきで、(開業) 歯科医師個人では難しいという意見が出された。

⇒資料3 (3-2 ページ)

ここでの「歯科医師」は、開業歯科医師のみでなく、病院や行政等全ての歯科医師の位置づけ。「医療資源」については、わかりやすく「各歯科医療機関の機能」に修正。

(3) 薬剤師について

- ・ 病院薬剤師確保するため、地域医療介護総合確保基金を活用等して給与に対する取り組みをしてほしいという意見が出された。

⇒資料4 (4-11 ページ)

「薬剤師又は薬学生を対象とした地域医療介護総合確保基金を活用した経済的な支援に取り組みます。」に変更。

- ・ 薬学生の実務実習について、課題に対する具体的な施策が必要という意見が出された。

⇒資料4 (4-11 ページ)

「県内の病院、薬局等で実務実習を行う薬学生を増やし、県内への就業に繋がるよう、受入体制に関する情報発信や実習の充実に向けた必要な支援に取り組みます。」に変更。

- ・ 薬剤師多数区域の方向性について「現状以上の薬剤師数を目指します」とあるが、これでは他の少数区域の薬剤師確保に影響するような印象を与えるので、記載方法を検討する必要があるという意見が出された。

⇒資料4 (4-9 ページ)

上小地域においても病院薬剤師は少数区域であることから、「業態偏在の観点も踏まえ、現状以上の薬剤師数を目指します。」に変更。

(4) 看護職員について

- ・ 看護職員は増加しているが、今後の医療人材の不足についても表記するとともに、看護職員の業務負担の軽減・定着のために看護補助者の活用が必要ではないかという意見が出された。

⇒資料5 (5-2 ページ) 現状と課題 1 (3) 看護職員の需給状況

「在宅医療の推進等により介護・福祉分野等における看護の需要が高まる一方で、人口減少及び少子化等が進む中、看護職員の確保対策がますます重要となっています。」と追加で記載。

⇒資料5 (5-4 ページ) 施策の展開

「看護職員の負担を軽減し定着促進を図るため、看護補助者活用推進のための研修会を実施します。」と追加で記載。

- ・ 少子化に伴う分娩数の減少があるが、医師と協働し自律した助産師の養成が今後も必要という意見が出された。

⇒資料5 (5-4 ページ) 施策の展開

「助産師が医師と役割分担・連携して正常分娩の進行管理を行うためのスキルアップを目的とした助産師支援研修や助産実践能力の高い助産師を育成するため助産師出向支援を実施します。」と下線部を追加して記載。

(5) その他医療従事者について

- ・ 特になし

(6) 医療従事者の勤務環境改善対策について

- ・ 医師の時間外労働上限規制の適用に向けては、医療を受ける側の県民の理解が重要であるため、計画に盛り込んでいただきたいという意見が出された。
⇒資料9（9-3 ページ） コラム「上手な医療のかかり方」
県民の理解を求める記述及び#7119・#8000に関する紹介を記載。

※歯科衛生士・歯科技工士、栄養士・管理栄養士については議論を省略