

第 8 次奈良県保健医療計画の 中間見直しについて

第8次奈良県保健医療計画の概要について

医療計画について

- ◆ 都道府県が、地域の実情に応じて、医療提供体制の確保を図るため、国が定める基本方針に則して策定するもの。
(医療法第30条の4第1項)

計画の基本理念

- ◆ 今後のさらなる少子高齢化社会において、すべての県民が、将来にわたり必要な医療、介護、福祉のサービスが適切に受けられる、質の高い効率的かつ効果的な医療提供体制の構築を目指す。

計画の期間

- ◆ 令和6（2024）年度から令和11（2029）年度までの6年間

＜中間見直しについて（令和8年度）＞

- ◆ 在宅医療、医師の確保及び外来医療その他必要な事項については、3年ごとに調査、分析及び評価を行い、必要がある場合は変更

主な記載項目

- ・ 保健医療圏と基準病床数（第3章）
- ・ 主要な疾病・事業ごとの保健医療体制（がん、精神疾患、救急医療、災害医療、周産期医療、在宅医療 等）（第5章）
- ・ 外来医療にかかる医療提供体制の確保（第6章）
- ・ 医療従事者等の確保（医師確保・看護師確保 等）（第7章）

奈良県保健医療計画

奈良県
令和6年3月



第8次奈良県保健医療計画（中間見直し）のスケジュール

スケジュール

時期	医療審議会	計画策定 スケジュール
令和8年4月		各協議の場等 での検討
5月		
6月		
7月		
8月		
9月		
10月	第1回	取りまとめ
11月		
12月		パブリックコメント
令和9年1月		
2月	第2回	議会報告・公示
3月		

第8次奈良県保健医療計画（中間見直し）の目次

目次（予定）

項目		主な内容
【第1章】保健医療計画の中間見直しに関する基本的事項		見直しの趣旨、見直しを実施する項目、見直しの方法
【第2章】本編		
第1節	基準病床数	【一般・療養病床】 現在の基準病床数は、コロナ前の受療動向を基に算定されている。コロナ禍を経て受療動向が大きく変化していることから、最新の受療動向を反映するため可能な限り最新のデータを用いて再算定する。 【精神病床】 県内の精神科病院における入院者数の状況及び厚生労働省の計算結果を踏まえ、令和11年を設定時期として基準病床数を見直す。
第2節	在宅医療	在宅医療において積極的役割を担う医療機関及び在宅医療に必要な連携を担う拠点の位置づけを行う。
第3節	外来医療提供体制確保のための対策	外来医師過多区域は国の基準に該当する区域がないため、設定しないことを記載。 かかりつけ医機能報告を活用し、外来医療体制の充実につなげる。また、協議の場において地域の実情を共有しつつ、より協議が充実するよう取り組むことを記載。
第4節	医師確保	三次・二次医療圏ごとに医師確保の方針、目標医師数、医師偏在是正プラン等の具体的な施策、等を記載

<第1章> 第8次奈良県保健医療計画の中間見直しに関する基本的事項について

趣 旨

- ① 在宅医療、医師の確保及び外来医療については、国のガイドライン等が見直されたことも踏まえ、これまでの県の取組・成果を確認しつつ、必要な見直しを実施。
- ② 基準病床数については、昨今の受療動向の変化を踏まえ、見直しを実施。
- ③ その他の主な疾病・事業等については、見直しは行わず、引き続き毎年の評価を行いながら必要な改善を図っていく。

見直しを実施する項目

項目	現行計画の記載箇所	国の指針
基準病床数	第3章『保健医療圏と基準病床数』 第2節『基準病床数』	「医療計画について」の一部改正について (令和8年6月10日付け医政発0610第4号厚生労働省医政局長通知)
在宅医療	第5章『主要な疾病・事業ごとの保健医療体制』 第10節『在宅医療』	「医療計画について」の一部改正について (令和8年6月10日付け医政発0610第4号厚生労働省医政局長通知) 「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」の一部改正について (令和8年6月10日付け医政地発0610第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知)
外来医療	第6章『外来医療に係る医療提供体制の確保』 第1節『外来医療提供体制確保のための対策』	「外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン～第8次(後期)～」について (令和8年5月28日付け医政地発0528第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知)
医師確保	第7章『医療従事者等の確保』 第1節『医師確保』	「医師確保計画策定ガイドライン～第8次(後期)～」について (令和8年6月30日付け医政地発0630第4号・医政医発0630第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長・医事課長連名通知)

見直しの方法

各指標の進捗状況の分析・評価を行った上、協議の場での意見を踏まえて見直しの内容を検討。

基準病床数制度について

R5.5.18 厚生労働省
医療政策研修会資料

目的

病床の整備について、病床過剰地域から非過剰地域へ誘導することを通じて、病床の地域的偏在を是正し、全国的に一定水準以上の医療を確保

仕組み

- 病院又は診療所の開設等を行う場合は、都道府県知事（保健所設置市長、特別区長）に開設等の許可申請を行い、許可を受ける必要。（医療法第7条）
- 開設等の許可に対し、既存の病床数が基準病床数を超える地域（病床過剰地域）では、以下のとおり対応。

①公的医療機関等（※）

- ・ 都道府県知事は、都道府県医療審議会の意見を聴いて、許可をしないことができる。（医療法第7条の2）

※ 公的医療機関等：医療法第31条に定める公的医療機関（都道府県、市町村その他厚生労働大臣の定める者（地方独立行政法人、日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、厚生農業協同組合連合会等）の開設する医療機関）及び医療法第7条の2第1項2号から8号に掲げる者（共済組合、健康保険組合、地域医療機能推進機構等）が開設する医療機関

②その他の医療機関

- ・ 都道府県知事は、医療計画の達成の推進のため特に必要がある場合には、都道府県医療審議会の意見を聴いて、開設・増床等に関して、勧告を行うことができる。（医療法第30条の11）
- ・ 病床過剰地域において、開設許可等に係る都道府県知事の勧告に従わない場合は、保険医療機関の指定を行わないことができる。（健康保険法第65条第4項）

特例措置

- 病床過剰地域であっても、一定の条件を満たす場合には、特例として新たに病床を整備することが可能。
＜特例が認められるケース＞
 - ・ がん又は循環器疾患に係る専門病床など、特定の病床を整備する場合
 - ・ 公的医療機関等を含め、複数の医療機関の再編統合を行う場合 等

<第2章> 第1節 基準病床数について（2／6） ～基準病床数の算定式～

基準病床数の算定式

R5.5.18 厚生労働省
医療政策研修会資料

○ 各都道府県において、一般病床・療養病床は二次医療圏ごとに、以下の算定式に基づき算出。

一般病床及び療養病床の基準病床数 = ア + イ ± ウ

ア：一般病床

$$\left[\text{人口} \textcircled{1} \times \text{一般病床退院率} \textcircled{2} \times \text{平均在院日数} \textcircled{3} + \left\{ \begin{array}{l} \text{流入} \\ \text{入院患者数} \end{array} - \left\{ \begin{array}{l} \text{流出} \\ \text{入院患者数} \end{array} \right\} \right\} \div \text{病床利用率} \textcircled{4} \right]$$

告示で定める部分

イ：療養病床

$$\left[\text{人口} \textcircled{1} \times \text{療養病床入院受療率} \textcircled{5} - \left\{ \begin{array}{l} \text{介護施設、在宅医療等対応可能数} \end{array} \right\} \textcircled{6} + \left\{ \begin{array}{l} \text{流入} \\ \text{入院患者数} \end{array} - \left\{ \begin{array}{l} \text{流出} \\ \text{入院患者数} \end{array} \right\} \right\} \div \text{病床利用率} \textcircled{4} \right]$$

都道府県が設定する部分

ウ：都道府県を越えた患者流出入

都道府県外への流出入を見込む場合、それぞれの都道府県間で調整協議を行い、合意を得た数を加減。

項目	都道府県知事が算定に用いる値
①人口	性・年齢階級別（医療計画作成時の夜間人口であって、最近のもの）を活用。
②一般病床退院率	国が設定した、性・年齢階級別かつ地方ブロック別の値を活用。【平成29年患者調査】
③平均在院日数	国が設定した、地方ブロック別の値を上限として、都道府県知事が設定した値を活用。【平成27年・令和元年病院報告】（参考：第7次の設定 13.4～16.3日）
④病床利用率	国が設定した値を下限として、都道府県知事が設定した値を活用 【平成28～令和元年病院報告の平均】（参考：第7次の設定 一般76%、療養90%）
⑤療養病床入院受療率	国が設定した、性・年齢階級別の値を上限として、都道府県知事が設定した値を活用。【平成29年患者調査】
⑥介護施設及び在宅医療等対応可能数	都道府県が、地域医療構想における推計と整合的に設定した値を活用。 ※地域医療構想では、令和7年に向けて、現在の療養病床以外で対応可能な患者は介護施設・在宅医療等で対応する前提を置き、病床数の必要量を推計。医療計画の基準病床も、これに相当する需要（対応可能数）を除外して計算。

＜第2章＞ 第1節 基準病床数について（3／6） ～算定に使用する値と、中間見直しにおける県の対応～

➤ コロナ前に比べ受療動向は大きく変わっていることから、可能な限り最新値を用いた値に置き換えることとする。

	項目	概要	今回見直し	現計画	備考
①	人口	夜間人口であって最近のもの	R7国勢調査	R2国勢調査	性・年齢階級（5歳刻み）別
②	一般病床退院率	国が地方ブロック毎に定めた値（中間での変更不可）	H29患者調査	H29患者調査	性・年齢階級（5歳刻み）別
③	平均在院日数	国が定めた値を上限とし、都道府県の実情等を勘案して知事が設定する値	R6の病院報告（近畿ブロック）にH30からの短縮率を加味 →15.4日	15.5日 R元の病院報告（近畿ブロック）にH27からの短縮率を加味	短縮率は計画の残り期間が3年であるため、1/2を加味する
④	病床利用率	国が定めた値を下限とし、地域ごとの利用率がそれを上回る場合は、その範囲内で知事が設定	R6病院報告で、医療圏ごとに、国の値を上回る場合はその値とし、下回る場合は国の値とする	H28～R元の病院報告平均値（全国値） 一般：76% 療養：88%	
⑤	療養病床入院受療率	国が定めた値を上限として、実情に応じて知事が設定する値	R5患者調査（奈良県）	H29患者調査（全国値）	性・年齢階級（5歳刻み）別
⑥	介護施設、在宅医療等対応可能数	知事が定める値（地域医療構想における推計と整合的に設定した値）	全国レベルで地域医療構想で目指した在宅移行は達成されており、さらに奈良県の受療率は全国よりも低いことから、設定しないこととする	厚生労働省からの参考通知に基づき、2カ年分を計上	
⑦	流出入	医療圏間の流出入計が0となる範囲で、知事が定める値	国の参考通知に基づき、R6のKDBによる受療動向とR6病院報告から推計した値	H29患者調査（特別推計）	

- 病床数適正化緊急支援事業により削減した病床数は、不可逆的措置として、基準病床数も引き下げることとなった。（令和7年12月「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律」の改正）
- 令和8年4月の厚生労働省通知による方法にて計算し、その数値を反映させることとする。
- 令和6年度補正予算によって対応した病床（R7削減済み）については、「都道府県において適切な対応を行うことと」されており、本県においては当該病床も引き下げ計算の対象とすることとする。

■計算式

基準病床数から引き下げる病床数 = 基準病床数 × （削減病床数／既存病床数）

（ただし、計算結果が削減病床数を下回る場合は、削減病床数と同数を引き下げ）

＜第2章＞ 第1節 基準病床数について（5／6）～基準病床数（一般・療養病床）見直し計算結果～

➤ 奈良県全体として、現計画から**1,614**床が減少する結果となる。

	医療圏	①計算式による 基準病床数	②病床数適正化 緊急支援事業による 引き下げ	基準病床数 (①＋②)
見直し後 (R9.4-) (A)	奈良	3,569	-20	3,549
	東和	2,170	-235	1,935
	西和	3,058	-175	2,883
	中和	3,377	-78	3,299
	南和	496	-24	472
	計	12,670	-532	12,138
現計画 (B)	奈良	3,769	0	3,769
	東和	2,257	0	2,257
	西和	3,564	0	3,564
	中和	3,482	0	3,482
	南和	680	0	680
	計	13,752	0	13,752
増減 (A-B)	奈良	-200	-20	-220
	東和	-87	-235	-322
	西和	-506	-175	-681
	中和	-105	-78	-183
	南和	-184	-24	-208
	計	-1,082	-532	-1,614

※病床数適正化緊急支援事業は現在継続中のため、最終的に削減となった病床数で再計算する。

＜第2章＞ 第1節 基準病床数について（6／6）

区分	第8次計画 基準病床数 (A)	中間見直し 基準病床数 (B)	増減 (B-A)
精神	2,423	2,108	▲315

見直しの方法

県内の精神科病院の入院者数の状況等を踏まえ、厚生労働省事務連絡「第8次医療計画における精神病床に係る基準病床数について」（令和8年6月10日付厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課、厚生労働省医政局地域医療計画課）の別表「精神病床に係る都道府県別の基準病床数算定式の計算結果」を参考に、令和11年を設定時期とする奈良県の計算結果の幅（2,064床～2,108床）のうち、最大値である2,108床を基準病床数として採用することとした。

＜第2章＞第2節 在宅医療について（1／2）

在宅医療において積極的役割を担う医療機関について

方針

- 機能強化型の在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所を積極的役割を担う医療機関に位置づける
- 厚生労働省の「在宅医療の体制構築に係る指針」の一部改正に伴う改正を行う

中間見直し（案）

1）在宅医療における積極的役割と機能

在宅需要の増加に伴い、すでに積極的に在宅医療を提供している関係機関の負担増加が懸念されることから、関係機関間におけるタスクシェア及び地域連携により、以下の取組を推進することが必要です。

- ・医療機関（特に一人の医師が開業している診療所）が対応しきれない夜間や医師不在時、在宅療養者の病状の急変時等における診療の支援
- ・在宅での療養に移行する患者にとって必要な医療及び介護・障害福祉サービスが十分確保できるよう、関係機関への働きかけ
- ・臨床研修制度における地域医療研修において、在宅医療の現場での研修を受ける機会等の確保
- ・災害時等にも適切な医療を提供するための業務継続計画（BCP）（人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送等に係る計画を含む。）の策定
- ・地域包括支援センター等と協働しつつ、療養に必要な医療及び介護・障害福祉サービスや家族の負担軽減につながるサービスの適切な紹介
- ・入院機能を有する医療機関においては、患者の病状が急変した際の受入れ

機能強化型の在宅療養支援病院・診療所は、積極的役割を担う医療機関として、地域連携により取組への参画が期待されています。

＜積極的役割を担う医療機関(R8.7月時点)＞

医療圏毎の機関数（R8.7.1時点）

医療圏	機能強化型 在宅療養支援 病院	機能強化型 在宅療養支援 診療所	合計
奈良	3	20	23
東和	3	8	11
西和	2	14	16
中和	1	5	6
南和	1	0	1
合計	10	47	57

<第2章> 第2節 在宅医療について（2／2）

在宅医療に必要な連携を担う拠点について

方針

- 各市町村との調整を踏まえ、連携を担う拠点を位置づける
- 厚生労働省の「在宅医療の体制構築に係る指針」の一部改正に伴う改正を行う

中間見直し（案）

2. 取り組むべき施策

（3）関係機関間における相互連携体制の構築 2）

（一部略）

- ・地域の医療及び介護、障害福祉サービスについて、所在地や機能等を把握し、地域包括支援センターや基幹相談支援センター・相談支援事業所等と連携しながら、退院時から在宅生活の継続や看取りまでの医療や介護、障害福祉サービスにまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供するように、関係機関との調整の実施
- ・質の高い在宅医療をより効率的に提供するため、関係機関の連携による急変時の対応や 24 時間体制の構築や多職種による情報共有の促進
- ・在宅医療に係る医療及び介護、障害福祉関係者に必要な知識・技能に関する研修の実施や情報の共有
- ・在宅医療に関する地域住民への普及啓発の実施
- ・災害時において関係機関間での連携した対応が重要となることから、平時から在宅医療に必要な連携を担う拠点を中心として、国の研修会等を活用し地域BCPの策定を推進

病院・診療所・訪問看護事業所等、地域医師会、保健所、市町村、地域包括支援センター、在宅医療・介護連携推進事業の実施主体は、在宅医療に必要な連携の拠点として、取組への参画が期待されています。

<在宅医療に必要な連携を担う拠点（R8.7月時点）>

拠点の取組

1. 連携会議の開催

- （1）多職種が参加する連携会議の開催
- （2）地域における在宅医療の提供状況の把握
- （3）連携上の課題の抽出と対応策の検討
- （4）災害時対応の連携上の課題の抽出と対応策の検討

2. 地域包括ケアシステムの構築に向けた在宅医療提供体制の整備

- （1）地域の医療・介護・障害福祉資源の情報把握
- （2）関係機関との調整 ～退院時から看取りまで～

3. 質の高い在宅医療の効率的な提供

- （1）急変時の対応体制や24時間体制の構築
- （2）多職種による情報共有の促進

4. 在宅医療に関する人材育成

- （1）研修の実施
- （2）知識・技能に関する情報共有

5. 地域住民への普及啓発

拠点の設定概要

○34/39 市町村で連携の拠点を設定 ※複数設定可

- ・市町村役場、地域包括支援センターが多くなっている。

○市町村単位での設定に加え、広域的な支援については、保健所（郡山保健所、中和保健所、吉野保健所）を設定

市町村役場	22
地域包括支援センター	10
病院	1
地区医師会	1
保健福祉医療総合センター	1
福祉保健センター	1
医療介護あんしんセンター	1
計	37

+

郡山保健所・中和保健所・吉野保健所

＜第2章＞ 第3節 外来医療提供体制確保のための対策について

国ガイドラインの改正	本県の現状・課題	これまでの県の取組
計画策定の指針となる国のガイドラインが改正され、2040年を見据えた持続可能な地域外来医療体制の確保のため、主に以下の点があらたに計画に盛り込むべき項目となった - 外来医師過多区域の設定 - かかりつけ医機能報告制度との連携 - 外来にかかる情報提供の充実	現計画の主たる課題である、 ① 診療所の偏在是正 ② 診療所医師が担うべき役割の担い手確保 ③ 外来医療の機能分化の推進 については引き続き対応が必要と認識	- 偏在の是正につながる情報提供について、検討に着手 - 県医師会様に協力いただき、広報誌を通じた診療所医師が担うべき役割の確保に向けた周知を実施し、担い手確保の取組に着手 - 紹介受診重点医療機関の協議を毎年度実施

	中間見直しで追加・修正を検討する項目	中間見直しにおける対応
1	外来医師偏在対策としての外来医師過多区域の設定	<u>外来医師過多区域は国の基準に該当する区域がないため、設定しないことを記載</u>
2	「かかりつけ医機能報告制度」施行への対応	<u>かかりつけ医機能報告を活用し、外来医療体制の充実につなげる。また、協議の場において地域の実情を共有しつつ、より協議が充実するよう取り組むことを記載</u>
3	偏在是正と不足する機能の確保強化	これまでに引き続き、効果的な情報提供等の方策を検討・実施

まとめ

- 計画の残り3年も、これまでの取組は継続することとし、着実に取組を実行していく
- かかりつけ医機能報告を活用した協議については、内容の充実に向け、引き続き検討・実施していく

<第2章> 第4節 医師確保について（1／3）

現状と課題

○厚生労働省から示された「医師偏在指標」において、全国ベースでの相対的な基準では、本県は「医師多数県」とされるが、次の課題の解決が必要である。

1. 医師を取り巻く過酷な勤務環境

- 救急科、産婦人科、外科等で勤務時間が長くなる傾向
- 各医療機関における労働時間短縮に向けた取組も推進することが必要

2. 診療科間の医師偏在

- 診療科別（人口10万人あたり医師数）では、産婦人科や外科等の診療科の医師数が少ない状況

3. 複数疾患を抱える高齢者に対応できる医師及び在宅医療に取り組む医師のニーズの拡大

- 医療の高度化に伴う医師の専門医志向により専門分化が進展する一方、高齢化の進展により医療需要が変化し、特に慢性疾患について複数の疾患を抱える高齢者に対応できる医師及び在宅医療に取り組む医師のニーズが拡大

4. へき地の医師配置

- へき地診療所の医師配置については、需要（医師派遣を希望する市村）と供給（自治医大卒業医師等の派遣）のバランスが逼迫

医師確保の課題を解決するための方針

1. 病院勤務医の勤務環境の改善

病院勤務医の労働時間や勤務環境の実態を正確に把握し、勤務環境を改善するために必要な効果的な支援を行う。

2. 医師が不足する診療科等に従事する医師の養成等 医療ニーズや医師の勤務実態などの分析を踏まえ、本県にとって必要な診療科等に従事する医師を養成する。

3. 幅広い診療能力を持った医師の養成等

日常的な医療を提供する総合的な診療能力を持つ医師及び在宅医療に取り組む医師の参入支援に取り組む。

4. へき地勤務医師の安定的な確保

多様な取組により、医師の確保が困難な地域に勤務する医師の総数の増加を図る。

取り組むべき施策

1. 病院勤務医の勤務環境の改善

- ①：医師の働き方改革の推進（客観的な労働時間の把握、ICTの導入、タスクシフトなど医療従事者の勤務体制の見直し等）
- ②：医療勤務環境改善支援センターを中心とした支援
- ③：子育て期の医師に配慮した勤務環境の整備（病院内保育所設置支援等）
- ④：病院の生産性向上に資する取組を支援

2. 医師が不足する診療科等に従事する医師の養成等

- ①：修学資金制度による医師不足診療科等による医師の養成
- ②：魅力ある臨床研修、専門研修体制の構築
- ③：県立医大医師派遣センターを通じた地域の実情に応じた適正な医師派遣

3. 幅広い診療能力を持った医師の養成等

- ①：修学資金制度を活用した総合的な診療能力（総合診療科・総合内科）をもった医師の養成及び配置
- ②：県立医大と協力した幅広い診療能力を持った医師の養成に向けた「キャリア形成プログラム」の運用
- ③：魅力ある研修体制の構築支援、県内外へのPR等による総合診療専門医の養成

4. へき地勤務医師の安定的な確保

- ①：自治医科大学卒業医師、県立医大等の地域枠医師（修学資金制度の活用）の養成
- ②：ドクターバンク制度の活用等による医師の確保・配置等
- ③：グループ診療（総合診療医や領域別診療医がチームを組んで行う診療）の体制作り
- ④：医師少数スポットで勤務する医師の認定制度、認定医支援
- ⑤：医師偏在是正プランの策定（重点医師偏在対策支援区域の設定、必要医師数、支援対象医療機関の考え方、区域内で実施する施策）

策定の体制

地域医療対策協議会（開催日：6月4日、10月21日）

奈良県保険者協議会（開催日：7月21日、11月中旬）

医師偏在是正プランの策定について

区域設定・支援対象医療機関

重点医師偏在対策支援区域を設定し、区域内の医療提供体制を維持・確保するため、事業ごとに支援対象を選定

1 重点医師偏在対策支援区域

設定の考え方

- データ検証の結果、県内で最も医師偏在が大きい2次医療圏は南和医療圏
- 医師少数スポットは、南和・東和医療圏のうち、特に医師が不足する山間部等に設定
- 以上を踏まえ、南和医療圏と県内の医師少数スポットを重点区域に設定

区域の範囲 南和医療圏 ＋ 医師少数スポット（16市町村）

医師少数スポット

- 【東和】 宇陀市・山添村・曾爾村・御杖村
【南和】 五條市・大淀町・下市町・吉野町・東吉野村・黒滝村・天川村・
野迫川村・十津川村・下北山村・上北山村・川上村

2 支援対象医療機関の考え方

国の方針

区域内の全医療機関を一律に対象とするのではなく、特に支援が必要な医療機関を選定
設立母体にかかわらず、新たな地域医療構想や地理的条件等を考慮
地域医療対策協議会・保険者協議会の合意を得た上で、事業ごとに個別設定

本計画への反映

国が示す支援対象医療機関の考え方を記載。
具体的な対象医療機関は、今後の地域医療構想、地理的条件、事業目的等を踏まえて設定する。

医師偏在是正プランの策定について

目標医師数・具体的な取組

3 目標医師数の設定

国の方針 厚生労働省が示す候補区域を県が重点区域として設定する場合は、候補区域の要件を脱するために必要な医師数を原則としつつ、地域医療対策協議会・保険者協議会で協議して設定

奈良県の考え方 区域は医師不足により医療提供体制が脆弱であるため、まずは現状の医療機能を維持し、医師の減少を防ぐことを優先。したがって、目標医師数は「現時点で確保されている医療提供体制を維持するために必要な水準」として、現状の医師数と同数に設定

※区域指定の解除は、医師数だけでなく、地理的条件、アクセス性、医師の高齢化等を総合的に勘案

目標医師数（R6年三師調査を基準）

区域	現状医師数	目標医師数	参考 標準化医 師数
南和医療圏	137	137	139.7
宇陀市	53	53	—
山添村	3	3	—
曽爾村	1	1	—
御杖村	1	1	—
区域内合計	195	195	—

※南和医療圏の標準化医師数は国提示値。市町村単位は掲載なし。

4 医師偏在対策を推進する主な取組

① 診療所の承継・開業支援

施設整備・設備整備・一定期間の地域定着支援により、区域内の診療機能を維持・確保

② 医師派遣元医療機関支援

中核病院等が区域内医療機関へ新たに医師を派遣する場合、派遣に要する費用を支援

③ 代替医師確保支援

土日等の代替医師確保を支援し、勤務・生活環境を改善。離職防止と新規勤務医師の確保につなげる

共通方針：医師の価値観、勤務・生活環境、キャリアパスを踏まえ、意欲をもって勤務でき、地域に定着できる環境を整備

見直す領域に関する協議の場

領域	検討会・協議会等名称	開催日
在宅医療	在宅医療推進会議	7月29日
外来医療	県医師会地区会長協議会	9月30日
医師確保	地域医療対策協議会	1回目：6月4日 2回目：10月21日
	保険者協議会	1回目：7月21日 2回目：11月中旬