

## (コ) 医療施設従事医師数（主たる診療科-地域・二次医療圏別/実数・人口 10 万対）

### <結果>

#### a. 主たる診療科-地域・二次医療圏別医療施設従事医師数（実数）

主な診療科別医師数について、東部・中部・西部の3つの地域別に平成20年（2008年）と平成30年（2018年）の10年間における変化をみると、東部地域では、11診療科と臨床研修医で全県の増加率を下回り、外科・泌尿器科・リハビリテーション科では医師数が減少した。また、小児科は全県の増加率を上回ったが、増加した医師数は少なかった。一方、救急科は増減比が3.67と大きく増加した。（表1(1)-89）

中部地域では、8診療科（産婦人科領域では、産科・産婦人科）で全県の増加率を下回り、小児科<sup>※1</sup>・外科では医師数が減少したが、外科の減少は1人で増減比には影響なかった。また、眼科は全県の増加率を上回ったが、増加した医師数は少なかった。一方、救急科は増減比が2.56と大きく増加した。（表1(1)-90）

西部地域では、8診療科（産婦人科領域では、産婦人科（3科<sup>※2</sup>））と臨床研修医で全県の増加率を下回り、外科では医師数が減少した。また、臨床検査科は全県の増加率を上回ったが、増加した医師数は少なかった。一方、形成外科と臨床検査科は増減率がともに2.00以上で、大きく増加した。（表1(1)-91）

※1 中部地域で小児科医師数が減少した要因については、(ケ) <結果> ※4 を参照。

※2 産婦人科（3科）：産婦人科、産科、婦人科

二次医療圏別に主たる診療科の医師数の変化をみると、賀茂医療圏では、14診療科（産婦人科領域では、産科・産婦人科）と臨床研修医で全県の増加率を下回ったが、このうち5診療科では主たる診療科として届け出た医師（以下、届出医師）が2つの調査年ともに不在で、2診療科では平成30年（2018年）の届出時点で届出医師が不在であった。また、臨床研修医は圏域内に臨床研修病院（基幹型）がないため、増減比は算出できなかった。このほか、脳神経外科は増減比が2.00と大きく増加したが、内科を除けば、全県の増加率を上回った他の3診療科とともに、増加した医師数は少なかった。（表1(1)-92）

熱海伊東医療圏では、17診療科（産婦人科領域では、産婦人科（3科<sup>※2</sup>））と臨床研修医で全県の増加率を下回り、10診療科では医師数が減少した。特に、5診療科で増減比が0.80未満と大きく減少した。一方、形成外科と救急科は平成20年（2008年）の時点で届出医師が不在であったが、平成30年（2018年）の時点ではいずれも1人の届出があった。また、耳鼻咽喉科と産科・産婦人科は全県の増加率を上回ったが、増加した医師数は少なかった。（表1(1)-93）

駿東田方医療圏では、10診療科と臨床研修医で全県の増加率を下回り、泌尿器科・リハビリテーション科では医師数が減少した。一方、救急科は増減比が3.33と大きく増加した。（表1(1)-94）

富士医療圏では、10診療科（産婦人科領域では、産婦人科（3科<sup>※2</sup>））と臨床研修医で全県の増加率を下回り、小児科・外科・眼科では医師数が減少した。一方、

放射線科は増減比が 3.50 と大きく増加した。また、リハビリテーション科は増減比が 2.00 と大きく増加したが、他に全県の増加率を上回った産科・産婦人科・麻酔科とともに、増加した医師数は少なかった。(表 1(1)-95)

静岡医療圏では、6 診療科で全県の増加率を下回り、小児科<sup>※1</sup>では医師数が減少した。また、外科・眼科・臨床検査科は全県の増加率を上回ったが、増加した医師数は少なかった。一方、救急科は増減比が 2.38 と大きく増加した。(表 1(1)-96)

志太榛原医療圏では、9 診療科(産婦人科領域では、産科・産婦人科と産婦人科(3科<sup>※2</sup>)のいずれも)で全県の増加率を下回り、このうち臨床検査科は平成 30 年(2018 年)の届出時点で届出医師が不在であった。このほか、6 診療科で医師数が減少した。また、救急科は増減比が 4.00 と大きく増加したものの、他の全県の増加率を上回った病理診断科とともに、増加した医師数は少なかった。このほか、6 診療科で医師数が減少した。一方、リハビリテーション科は増減比が 2.50 と大きく増加した。(表 1(1)-97)

中東遠医療圏では、6 診療科で全県の増加率を下回り、眼科では医師数が減少した。また、外科は全県の増加率を上回ったが、医師数は横ばいであった。このほか、形成外科は平成 20 年(2008 年)の時点で届出医師が不在であったが、平成 30 年(2018 年)の時点では 3 人の届出があった。また、外科・泌尿器科・病理診断科は全県の増加率を上回ったが、増加した医師数は少ないか横ばいであった。一方、リハビリテーション科・救急科は増減比が 4.00 以上と大きく増加したが、医師数は少なかった。また、麻酔科・臨床研修医は増減比が 2.00 以上と大きく増加した。(表 1(1)-98)

西部医療圏では、7 診療科(産婦人科領域では、産科・産婦人科と産婦人科(3科<sup>※2</sup>)のいずれも)と臨床研修医で全県の増加率を下回り、外科と耳鼻咽喉科では医師数が減少した。また、眼科・臨床検査科は全県の増加率を上回ったが、増加した医師数は少なかった。なお、増減比で大きな変化を示した診療科はなかった。(表 1(1)-99)

## **b. 主たる診療科-地域・二次医療圏別医療施設従事医師数(人口 10 万対)**

主たる診療科別に、平成 30 年(2018 年)10 月 1 日現在の市町別人口に基づく地域・二次医療圏別人口 10 万人当たり医療施設従事医師数を算出した。

なお、本項の人口当たり医師数で用いた人口(静岡県経営管理部統計調査課「静岡縣市町村別推計人口」)は、「医師・歯科医師・薬剤師統計(旧:医師・歯科医師・薬剤師調査)」で用いている総務省「人口推計」とは異なる。そのため、二次医療圏である静岡医療圏と指定都市である静岡市は行政区域が一致するが、本項で前者を用いた静岡医療圏の数値が、後者を用いた指定都市としての静岡市の数値と一致しない場合があることに留意する必要がある。(→ア参照)

内科は、地域別にみると、医師数が多い方から順に、西部、中部、東部であった。

二次医療圏別では、富士・中東遠の各医療圏が全県の8割以下で、全県を大きく下回った。また、志太榛原医療圏が全県の9割以下で、全県よりも少なかった。一方、他の医療圏は全県を上回ったが、全国を上回っている医療圏はなかった。(図1(1)-69)

皮膚科は、西部地域が最も多く、東部・中部の2つの地域は同数であった。二次医療圏別では、賀茂・富士の各医療圏で全県を大きく下回り、志太榛原医療圏で少なかった。一方、西部医療圏は全県を上回り、全国とほぼ同レベルであった。(図1(1)-70)

小児科は、医師数が多い方から順に、中部、西部、東部であった。二次医療圏別では、富士・中東遠の各医療圏で全県を大きく下回り、賀茂・熱海伊東・志太榛原の各医療圏で少なかった。また、東部地域では、すべての二次医療圏で全県を下回った。一方、静岡・西部の各医療圏は全県・全国をともに上回った。(図1(1)-71)

精神科は、医師数が多い方から順に、西部、中部、東部であった。二次医療圏別では、熱海・富士・志太榛原の各医療圏で全県を大きく下回り、中東遠医療圏で少なかった。一方、駿東田方医療圏は全県と同数で、その他の医療圏は全県を上回ったが、全国を上回っている医療圏はなかった。(図1(1)-72)

外科は、医師数が多い方から順に、東部、西部、中部であった。二次医療圏別では、富士・志太榛原・中東遠の各医療圏で全県を大きく下回り、賀茂・熱海伊東の各医療圏で少なかった。一方、駿東田方・静岡・西部の各医療圏は全県・全国をともに上回った。(図1(1)-73)

泌尿器科は、医師数が多い方から順に、西部、東部、中部であった。二次医療圏別では、賀茂・中東遠の各医療圏で全県を大きく下回り、富士・静岡の各医療圏で少なかった。一方、駿東田方・西部の各医療圏は全県・全国をともに上回った。(図1(1)-74)

脳神経外科は、医師数が多い方から順に、東部、中部、西部であった。二次医療圏別では、中東遠医療圏で全県を大きく下回り、静岡医療圏で少なかった。一方、熱海伊東・駿東田方の各医療圏は全県・全国をともに上回った。(図1(1)-75)

整形外科は、医師数が多い方から順に、西部、東部、中部であった。二次医療圏別では、賀茂・中東遠の各医療圏で全県を大きく下回り、富士・志太榛原の各医療圏で少なかった。一方、駿東田方・静岡・西部の各医療圏で全県を上回り、駿東田方は全国と同数、西部医療圏は全国も上回った。(図1(1)-76)

形成外科は、医師数が多い方から順に、中部、西部、中部であったが、中部・西部はほぼ同レベルであった。二次医療圏別では、賀茂医療圏では届出医師が不在で、熱海伊東・富士・中東遠の各医療圏で全県を大きく下回った。一方、志太榛原医療圏は全県・全国と同数で、静岡医療圏は少し上回るがほぼ同レベル、駿東田方・西部の各医療圏は全県・全国ともに上回った。(図 1(1)-77)

眼科は、医師数が多い方から順に、東部、西部、中部であったが、東部・西部はほぼ同レベルであった。二次医療圏別では、熱海伊東・志太榛原・中東遠の各医療圏で全県を大きく下回った。一方、賀茂・駿東田方・富士・西部の各医療圏で全県を上回ったが、富士医療圏はほぼ同レベルであり、西部医療圏は全国とほぼ同レベルであった。(図 1(1)-78)

耳鼻咽喉科は、中部地域が最も多く、東部、西部の2つの地域は同数であった。二次医療圏別では、賀茂医療圏では届出医師が不在で、中東遠医療圏で全県を大きく下回り、富士・志太榛原の各医療圏で少なかった。一方、駿東田方医療圏は全県と同数で、熱海伊東・静岡・西部の各医療圏は全県を上回り、熱海伊東・静岡の各医療圏は全国も上回った。(図 1(1)-79)

産婦人科、産科、婦人科のうち、分娩を取り扱うことが見込まれる前2者は、医師数が多い方から順に、西部、東部、中部であったが、東部・中部はほぼ同レベルであった。二次医療圏別では、賀茂・富士・志太榛原の各医療圏で全県を大きく下回り、中東遠医療圏で少なかった。一方、熱海伊東・静岡・西部の各医療圏で全県・全国をともに上回った。(図 1(1)-80)

産婦人科、産科、婦人科の3科では、医師数が多い方から順に、西部、東部、中部であった。二次医療圏別では、富士・志太榛原・中東遠の各医療圏で全県を大きく下回った。一方、熱海伊東・駿東田方・静岡、西部の各医療圏で全県・全国をともに上回った。(図 1(1)-81)

リハビリテーション科は、医師数が多い方から順に、西部、中部、東部であった。二次医療圏別では、賀茂医療圏では届出医師が不在で、熱海伊東・富士・中東遠の各医療圏で全県を大きく下回った。一方、志太榛原医療圏は全県・全国を上回るがほぼ同レベル、西部医療圏は両者を大きく上回った。(図 1(1)-82)

放射線科は、医師数が多い方から順に、西部、東部、中部であった。二次医療圏別では、賀茂医療圏では届出医師が不在で、熱海伊東・富士・静岡・志太榛原・中東遠の各医療圏で全県を大きく下回った。駿東田方・西部の各医療圏は全県・全国をともに上回った。(図 1(1)-83)

麻酔科は、医師数が多い方から順に、西部、中部、東部であった。二次医療圏別では、賀茂・富士・志太榛原・中東遠の各医療圏で全県を大きく下回った。一方、駿東田方医療圏は全県と同数で、熱海伊東・静岡・西部の各医療圏で全県を上回り、西部医療圏は全国も上回った。(図1(1)-84)

病理診断科は、医師数が多い方から順に、中部、西部、東部であった。二次医療圏別では、賀茂医療圏では届出医師が不在で、熱海伊東・富士・中東遠の各医療圏で全県を大きく下回り、志太榛原医療圏で少なかった。一方、駿東田方・静岡・西部の各医療圏で全県・全国をともに上回った。(図1(1)-85)

臨床検査科は、西部地域が最も多く、東部・西部の2つの地域は同数であった。二次医療圏別では、賀茂・富士・志太榛原の各医療圏では届出医師が不在であった。一方、中東遠医療圏は全県と同数で、熱海伊東・静岡・西部の各医療圏で全県を上回り、熱海伊東・静岡の各医療圏は全国も上回った。(図1(1)-86)

救急科は、医師数が多い方から順に、西部、中部、東部であった。二次医療圏別では、賀茂・富士の各医療圏では届出医師が不在であった。一方、静岡・西部の各医療圏で全県を上回り、後者は全国も上回った。(図1(1)-87)

臨床研修医は、医師数が多い方から順に、中部、西部、東部であった。二次医療圏別では、賀茂・駿東田方・富士・中東遠の各医療圏で全県を大きく下回った。一方、熱海伊東・静岡・志太榛原・西部の各医療圏で全県・全国をともに上回った。(図1(1)-88)

## <考案>

### a. 診療科別医師数と医師の偏在を示す指標の考え方

前項では、主たる診療科別医師数について、全県(総数と病院診療所別)と3つの都市区分による検討に加えて、全国調査による勤務時間からみた診療科別医師数や、就業形態(常勤比率)などについても検討した。(→(ク)参照;以下同じ)

その結果、本県では、多くの診療科で医師数の増加率が全国を下回っており、特に病院従事医師で増加率の低い診療科が多いことが明らかとなった。

また、指定都市であっても増加率が全国を下回る診療科が多数あり、医師数が減少している診療科もあることが確認できた。

さらに、勤務時間が長い診療科の病院従事医師数は指定都市で多く、そこでの増加率も高いことや、勤務時間が短い診療科では、指定都市において病院従事医師数が減少する一方、診療所医師数は増加する傾向にあることが明らかとなった。

このほか、救急科のように、政策的に施設整備が進められた診療科では医師数が

大きく増加していることも確認できた。

医師の就業形態については、直近の2年間であるが、指定都市以外の地域を含め、全体として常勤比率が上昇していることを確認できたが、一部の診療科では、指定都市においても常勤比率が低いことから、医師数の不足や診断技術の向上を補う手段としてのICTやAIの活用について提案した。

本項では、医師の不足や地域・診療科における偏在の状況をさらに明らかにするため、地域や二次医療圏別の医師数や10年間の変化について検討した。

その結果、診療科によっては地域・二次医療圏の間に大きな差があることが改めて明らかとなったが、診療科の特性や地域ごとの医療提供体制とそれに伴う患者の流入などから、診療科別医師数の多寡やその増減、医師の偏在を一律の指標で評価することは極めて困難である。

ちなみに、今年度の医師確保計画の策定に当たり、新たな指標として医師偏在指標が示されているが、診療科別の医師偏在指標は診療科（対象患者）の特性が比較的明確な産科・小児科のみとなっているほか、医師の偏在についても「相対的医師少数区域」のみが示されている。

これは、厚生労働省のガイドライン<sup>※1</sup>において、「産科医師又は小児科医師が相対的に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、仮に産科医師又は小児科医師が多いと認められる医療圏を設定すると当該医療圏は産科医師又は小児科医師の追加的な確保ができない医療圏であるとの誤解を招くおそれがあるため、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こととする」（下線部追加）とされているように、特性が明確な単一診療科においても、医師数の多寡と医師の偏在を直接結びつけることができないこと、また、疾患・事業によっては二次医療圏を越えた広域の連携により医療提供体制が確保されていることから、医師偏在指標によっても、医師の偏在を医師率の指標で表すことが困難であることが示されている。

※1 医師確保計画策定ガイドライン（平成31年3月29日医政地発0329第3号・医政医発0329第6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「医師確保計画策定ガイドライン及び外来医療計画に係る医療提供体制の確保に関するガイドラインについて」）

しかしながら、現時点において、医師数の地域間の状況を表す一般的な指標としては、従前から用いられている人口当たり医師数が簡便に算出可能で、過去との比較が容易であることから、人口10万人当たり医師数とその増減率や全県・全国との比を用いることとし、診療科別の結果を表に取りまとめた。（表1(1)-100・101）

## b. 診療科別医師数を医師の偏在の評価に用いる上での留意点

診療科別医師数を医師の偏在の評価に用いる上では、以下の点に留意する必要がある。(表 1(1)-102)

### ① 診療科の特性

対象となる疾患やその患者数、診療に必要となる医療機器や検体検査・画像検査の実施体制、重症度や緊急性、入院施設の要否や連携が必要な診療科（あるいは当面の対応・代替が可能な診療科）や他職種の充足状況など、常勤医師の確保や二次医療圏内での完結の必要性について検討する必要がある。

### ② 二次医療圏の人口規模、面積や地理的条件等

①とも関連するが、人口当たり医師数を評価に用いる場合は、人口規模が小さい医療圏の場合は、医師数やその変化が過大に評価されやすい。(図 1(1)-11・12 (いずれも再掲))

一方、地理的条件などから医療施設へのアクセスが限られる場合は、必要医師数が過小に評価される可能性がある。(図 1(1)-89)

### ③ 現状における診療科別医師数

①・②とも関連するが、これまでの経緯等から、それぞれの地域において医師数が少なかった診療科では、医師のわずかな増減が大きな増減率（比）となり、過大に評価されやすい。

### ④ 卒後研修制度（臨床研修・専門研修）による影響

臨床研修医を含む診療科別医師数は、平成 16 年度（2004 年度）から開始された医師臨床研修制度と平成 30 年度（2018 年度）から開始された新たな専門医制度が大きく影響してくる。

いずれの研修制度も、基本的には研修プログラムを管理・運営する基幹施設と、基幹施設から研修中の医師の派遣を受ける連携施設から構成されている。

本県では、臨床研修の基幹施設は賀茂医療圏以外のすべての医療圏にあり、マッチング結果（→臨床研修医の項参照）も全体的に比較的良好であるが、専門研修（基本領域）の基幹施設は施設基準が厳しいため西部地域に偏在している。また、専門研修の連携施設は東部地域から西部地域までであるが、募集定員に対して施設数が多いのが現状である。(表 1(1)-103・104)

専門研修については、県外大学等を基幹施設とする研修プログラムの連携施設となっている病院も多く、実際に卒後 3 年目以降の専攻医が派遣されている。(表 1(1)-105・106)

### ⑤ 統計利用上の留意点等（就業形態の影響等）

これまで述べたように、公表されている統計結果の多くは就業形態（常勤・非常勤）により分類されていない。

「医師・歯科医師・薬剤師統計（旧：医師・歯科医師・薬剤師調査）」は、基本的には主に従事する医療施設で計上されているため、非常勤医師による専門外来等により地域の医療提供体制が確保されている場合であっても、当該非常

勤医師が他の地域で主として従事している医療施設があれば計上されていないことが考えられる。

一方、複数の非常勤医師で診療体制を組んでいる場合などは、常勤医師の場合に比べて医師数が過大に評価されるおそれもあり、経時的な変化を評価する上で留意する必要がある。

### c. 人口当たり医師数の全国比による分類からみた診療科別医師数の検討

以上のような考え方等に基づき、人口 10 万対医師数の全国比により、本県の診療科別医師数を以下の 4 群に分類し、検討を行った。(表 1(1)-107)

- ① 人口当たり医師数が著しく少ない診療科 (全国比 : 80.0%以下)  
6 診療科 : 皮膚科、精神科、放射線科、麻酔科、臨床検査科、救急科
- ② 人口当たり医師数が少ない診療科 (同 : 80.1~90.0%)  
4 診療科 : 内科、小児科、外科、眼科
- ③ 人口当たり医師数がやや少ない診療科、臨床研修医 (同 : 90.1~95.0%)  
3 診療科 : 泌尿器科、整形外科、耳鼻咽喉科
- ④ 人口当たり医師数が全国並みの診療科 (同 : 95.1%以上)  
5 診療科 : 脳神経外科、形成外科、産婦人科、リハビリテーション科、病理診断科

#### ①人口当たり医師数が著しく少ない診療科 (全国比 : 80.0%以下)

これらの診療科は、全国に比べて医師の絶対数が著しく少ないことから、今後も医師を積極的に確保していく必要がある。

皮膚科については、人口当たり医師数からみると全国を大きく下回ったが、直近の 10 年間の増加率 (以下、増加率) は全国を上回っており、地域別にみると、医師数・増加率ともに西高東低の傾向にあった。(図 1(1)-70、表 1(1)-77 (再掲)・100・101 ; 以下同じ)

都市区分・病院・診療所別にみると、浜松市は静岡市や指定都市以外の地域よりも増加率が高く、病院・診療所別にみると、病院よりも診療所の増加率が高かった。(表 1(1)-79~84 ; →(ケ)参照、以下同じ)

また、二次医療圏別にみると、医師数は西部医療圏が突出して多かったが、増加率では、富士・志太榛原・西部の各医療圏で全国を上回っており、他の医療圏がほぼ横ばいであったことと対照的であった。

このほか、皮膚科は他の診療科に比べて常勤比率が低い傾向にあり、平成 28 年 (2016 年) と平成 30 年 (2018 年) を比較すると、いずれの都市区分でも常勤比率が低下していることから、医師数が増加していても実質的なマンパワーは低下している可能性も考えられた。(表 1(1)-85 ; →(ケ)参照、以下同じ)

このような状況から、今後もこの傾向が続いた場合は、都市部での常勤比率の減

少とともに、地域による偏在がさらに進むおそれがあるものと考えられ、

診療科ごとの地域による偏在を解消するための一つの方策としては、新たな専門医制度に基づく研修プログラム（以下、プログラム）に基づく専攻医の派遣や、専門医資格取得後の県内病院への定着（指導医として専攻医を指導）が考えられる。

県内に基幹施設を有する唯一のプログラムである浜松医科大学医学部附属病院のプログラムは、東部地域から西部地域まで15施設の連携施設<sup>\*1,2</sup>があるが、専攻医の募集定員は11人<sup>\*1</sup>となっている。一方、専攻医の採用状況は平成30年度（2018年度）から令和2年度にかけて6人、6人、3人<sup>\*3</sup>であり、連携施設数に対して専攻医数が圧倒的に少ない状況にある。（表1(1)-108～111）

このような状況から、首都圏に近い東部地域の病院を中心に、県外大学等のプログラムの連携施設として、県外から専攻医を積極的に受け入れることが望まれる。

一方、都市部における医師の集中や常勤比率の低下は、地域による偏在をさらに広げることにもつながることから、それぞれの地域における皮膚科の医療提供体制の現状を確認した上で、将来の医療需要に見合った病院と診療所の機能分担と連携についても検討していくことが必要であると考えられる。

※1 ふじのくに地域医療支援センター「静岡県専門医研修プログラム2019」

※2 令和元年8月 ふじのくに地域医療支援センター理事会 資料3-2 令和2年度静岡県専門医研修プログラム一覧

※3 ふじのくに地域医療支援センター理事会資料、一般社団法人日本専門医機構公表資料

【参考】 県外大学に設置した地域枠による医師確保の取組（全基本領域対象）

静岡県では、平成26年度（2014年度）から、県外大学に地域枠を設置する取組を積極的に展開してきた。令和2年度（2020年度）以降の地域枠入学生等に卒業後適用される「キャリア形成プログラム」を通じた医師少数区域への医師派遣と併せて、偏在の解消に向けた取組が進められている。（表1(1)-112；→2(2)ア参照）

精神科については、人口当たり医師数からみると全国を大きく下回ったが、直近の10年間の増加率（以下、増加率）は全国を上回っており、地域別にみると、医師数は西高東低の傾向にあったが、増加率は中部地域が最も高く、西部地域は最も低かった。（図1(1)-72、表1(1)-77（再掲）・100・101）

また、都市区分-病院・診療所別にみると、静岡市では病院・診療所ともに増加率が高く、指定都市以外では病院の増加率は全県を下回ったが、診療所では全県を上回った。一方、医師数が多い浜松市では、病院・診療所ともに増加率が最も低かった。（表1(1)-79～84）

このような状況から、精神科の偏在は改善される方向にあるようにも考えられるが、指定都市以外の地域における病院従事医師の増加率が全県を下回っていることが今後の課題と考えられる。

精神科医療の特徴として、本人の意思によらない入院や、一定の行動制限を行う

ことがあるため、患者の人権にも十分に配慮した適正な医療を行う必要がある。そのため、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（精神保健福祉法）に基づき、専門医制度のほかに国家資格としての精神保健指定医が制度化されている。

精神科のプログラムは、3地域に基幹施設があるほか、東部・中部地域では県外大学等を基幹施設とするプログラムの連携施設もあることから、今後も引き続き、県内外の大学等を基幹施設とするプログラムや地域枠等に適用される「キャリア形成プログラム」を通じて専攻医の派遣が継続されることにより、偏在が解消する方向に進むことが望まれる。（表1(1)-108～111；→2（2）ア・イ参照）

放射線科については、人口当たり医師数からみると全国を大きく下回ったが、直近の10年間の増加率（以下、増加率）は全国を上回っていた。地域別にみると、医師数は中部地域が他の2地域に比べて著しく少なかったが、増加率は3地域で大きな差はなかった。また、常勤比率は、2年間ではあるが改善傾向がみられた。（図1(1)-83、表1(1)-77（再掲）・85・100・101）

また、都市区分・二次医療圏別にみると、400床以上の比較的規模が大きい病院や医育機関附属病院<sup>※4</sup>がある指定都市や医療圏で医師数が多く、他の地域（医療圏）では著しく少なくなっている。

放射線医学（診断・治療）の進歩に対応するため、放射線科医師はそれぞれに高い専門性が求められており、今後も積極的に医師確保を図っていく必要がある。

放射線科のプログラムは、中部・西部地域に基幹施設があるが、専攻医採用数が必ずしも多くない。そのため、県外大学等とも連携しながら、医師確保を図っていくことが重要であると考えられる。（表1(1)-108～111）

なお、医療提供体制の面からは、専門医の数が限られていることから、効率的で質の高い医療を提供するためにも、高度・専門的な医療機能を有する病院への集約化が望ましい一方、多くの施設で診断機能や診療に有用な情報を共有できるような環境整備（ICTを活用した画像診断等）の促進が強く望まれる。

※4 医育機関附属病院：現在、県内には浜松医科大学医学部附属病院、順天堂大学医学部附属静岡病院、国際医療福祉大学熱海病院の3病院がある。

麻酔科については、人口当たり医師数からみると全国を大きく下回っており、直近の10年間の増加率（以下、増加率）も全国を下回っていた。地域別にみると、医師数は西高東低の傾向にあったが、増加率は中部地域が最も高く、東部・西部地域は全県を下回っていた。（図1(1)-84、表1(1)-77（再掲）・100・101）

また、都市区分別にみると、静岡市と指定都市以外の地域の病院は増加率が同じで、浜松市の病院を大きく上回っていた。一方、常勤比率でみると、浜松市が最も高く、指定都市以外の地域が最も低かった。（表1(1)-79～85）

このようなことから、麻酔科では、医師数・常勤比率ともに西高東低の傾向にあるが、増加率からみると、偏在を解消する方向に進んでいるものと考えられた。

麻酔科のプログラムは、3つの地域にそれぞれ基幹施設があるが、令和2年度(2020年度)は3地域に連携施設を有する東部・西部のプログラムで専攻医採用数が多くなっており、指定都市以外の地域の連携施設への専攻医の派遣が促進されることが望まれる。(表1(1)-108~111)

臨床検査科については、人口当たり医師数からみると全国を大きく下回っており、直近の10年間の増加率(以下、増加率)も全国を下回っていた。また、都市区分・二次医療圏別にみると、主たる診療科として届け出た医師は、400床以上の比較的規模が大きい病院や医育機関附属病院<sup>\*4</sup>がある指定都市や医療圏に限られており、不在の医療圏も複数あった。(図1(1)-86、表1(1)-77(再掲)・100・101)

臨床検査科を主たる診療科とする医師は、県内で13人(平成30年(2018年)届出時点)に過ぎず、専門医資格取得のためのプログラムも西部地域のみで完結するプログラムしかない、特殊な診療科であるが、正確な診断の下で適切な医療が提供されるためには、精度管理された質の高い臨床検査が不可欠であり、非常に重要な診療科であり、本県において引き続き、専門医を養成していく必要がある。(表1(1)-108~111)

救急科については、人口当たり医師数からみると全国を大きく下回ったが、直近の10年間の増加率(以下、増加率)は全国を上回っており、地域別にみると、医師数は西高東低であったが、増加率は逆に東高西低となっていた。(図1(1)-87、表1(1)-77(再掲)・100・101)

また、都市区分別にみると、指定都市以外の地域の病院の増加率が最も高く、静岡市、浜松市の順となり、浜松市の増加率は全県を下回っていた。常勤比率で見ると、静岡市が100%で最も高く、浜松市が全国を下回り、最も低かった。(表1(1)-79~85)

このような状況は、平成20年(2008年)以降に、指定都市以外の地域で救命救急センターの整備が進んだことによるものであるが、医師数は全県で十分とはいえない。(表1(1)-88; →(ケ)参照)

救急科の専門研修プログラムは、中部・西部地域に基幹施設があるが募集定員は多くないことから、救急医療の質のさらなる向上を図っていくためにも、県外大学等との連携による医師確保を併せて促進していく必要がある。(表1(1)-108~111)

## ②人口当たり医師数が少ない診療科(全国比:80.1~90.0%)

これらの診療科は、人口10万対医師数が全国の8割を若干上回った程度で、全国と比べて十分とはいえないことから、今後も医師を積極的に確保していく必要がある。

内科については、医療施設従事医師数(総数)の34.7%(H30本県;全国36.2%)

を占める基本的な診療科の一つであるが、人口当たり医師数からみると全国の約82%であった。直近の10年間の増加率（以下、増加率）は全国をわずかに上回っており、地域別にみると、医師数は西高東低の傾向にあり、増加率は中部・西部地域がほぼ同率で高く、東部地域が低くなっていた。（図1(1)-69・90、表1(1)-77（再掲）・100・101）

都市区分-病院・診療所別にみると、病院では静岡市で増加率が最も高く、浜松市が最も低かった。一方、診療所では浜松市が最も高く、指定都市以外の地域が最も低かった。常勤比率でみると、平成28年（2016年）からの2年間で、指定都市では低下し、指定都市以外の地域で上昇していた。（表1(1)-79～85）

また、二次医療圏別にみると、指定都市以外で人口規模が大きく（10～25万人）、市立病院を有する市が多い富士・志太榛原・中東遠の各医療圏では、人口当たり医師数が全県の約8割以下（最も多い志太榛原医療圏で全県の80.0%）と少なかった。

また、人口規模が小さい賀茂・熱海伊東の各医療圏や駿東田方・静岡・西部の各医療圏における中山間部地域には、過疎地域や無医地区などのへき地が多く、人口当たり医師数のみから医師数の多寡を評価することは適切とはいえない。（図1(1)-12（再掲）・89；→b.参照）

いずれにしても、本県の医療提供体制の根幹である内科医師の養成を強化することは喫緊の課題であると考えられる。

県内に基幹施設を有する内科プログラムは3地域で計30プログラムあり、令和2年度（2020年度）は51人の専攻医が採用される見込みである。このうち、35人が3地域すべてに連携施設を有する3つのプログラムで研修を開始することになっており、他のプログラムと併せて、偏在の解消に寄与することが期待される。（表1(1)-108～111）

なお、令和3年度（2021年度）以降は、サブスペシャリティ領域の専門研修が開始される予定であり、基本領域との連動研修についても方向性が示されることとなるが、医師少数区域にある連携施設に不安を生じることがないように、安定した専攻医の派遣が望まれる。（図1(1)-64（再掲））

また、医師少数区域などの医師確保が困難な地域においては、平成30年度（2018年度）から専門医の基本領域として位置づけられた「総合診療」の専門医資格を有する医師が、これまで地域を支えてきた医師とともに活躍することが期待される。（→2（2）エ参照）

小児科については、既に届出数の変動状況と考えられる要因などを述べたが、平成30年（2018年）についてみると、人口当たり医師数からみると全国の約83%であった。地域別にみると、医師数は中部・西部地域に比べて東部地域が少なく、増加率は西部地域で高く、東部地域は低かった。（図1(1)-71、表1(1)-77（再掲）・100・101）

小児医療においては、特に小児科医師が少ない地域で、内科等の医師がかかりつけの医師として、幼児から15歳未満の小児を診療する場合も少なくない。

そこで、「医師・歯科医師・薬剤師統計（旧：医師・歯科医師・薬剤師調査）」において、主たる診療科として小児科を選択した医師数と複数回答により同科を選択した（他科の）医師数について検討した。（表1(1)-113）

その結果、主たる診療科として小児科を選択した医師が少ない賀茂・富士・志太・榛原・中東遠の各医療圏では、複数回答により小児科を選択した（他科の）医師数が多かったことから、「複数回答医師数/主たる医師数」の比が高くなった。一方、医師多数区域である2つの指定都市では、浜松市はその比が他の地域と同程度で、複数回答を含む人口10万対小児科医師数が全国並みに高くなったが、静岡市ではその比が県内で最も低く、主たる診療科のみで人口10万対小児科医師数が最も低かった中東遠医療圏とほぼ同程度であった。

一般的に、休日・夜間の救急患者に占める小児の割合は高いが、比較的軽症の患者が多いことが知られている<sup>\*1-3</sup>。地域における小児の初期救急医療体制を確保するためには、小児科医師だけでなく、必要に応じて他の診療科の協力を得ることも有効な方策であるが、今回示した「複数回答医師数/主たる医師数」の比は、それぞれの地域において比較的軽症な小児患者に対応できる医師の「幅」を表しているとも考えられる。

今後は、小児医療の提供者側・受療者側の双方が安心できる医療提供体制を構築するためにも、小児科医師と小児医療に参画（協力）する他科医師の連携や地域住民への情報発信などがこれまで以上に重要になってくるものと考えられる。

※1 厚生労働省医政局指導課「小児救急医療体制の現状」

<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000030p5p-att/2r98520000030pa6.pdf>

（令和2年3月16日閲覧）

※2 総務省消防庁「令和元年版 救急・救助の現況」I 救急編 P.30

<https://www.fdma.go.jp/publication/rescue/post-1.html>

（令和2年3月16日閲覧）

※3 志太・榛原地域救急医療センターにおける診療実績（平成29年度）：当講座 平成30年度（2018年度）実績報告書 P.87

外科については、医療施設従事医師数（総数）の9.4%（H30 本県；全国8.9%）を占める基本的な診療科の一つであるが、人口当たり医師数からみると全国の約90%で、増加率は全国を下回っていた。地域別にみると、医師数は東部地域で最も多く、中部・西部地域では西部地域が多かったが大きな差はなかった。また、増加率は3地域でほとんど差がなかった。（図1(1)-73・90、表1(1)-77（再掲）・100・101）

都市区分-病院・診療所別にみると、病院では指定都市以外の地域で大きく増加したが、指定都市の増加は少ないかほぼ横ばいであった。一方、診療所では3区分

とも減少し、減少率は西高東低であった。常勤比率でみると、平成 28 年(2016 年)からの 2 年間で、3 区分とも上昇し、特に指定都市以外の地域で高い伸びを示した。

(表 1(1)-79~85)

また、二次医療圏別にみると、内科と同様に、指定都市以外で人口規模が大きく(10~25 万人)、市立病院を有する市が多い富士・志太榛原・中東遠の各医療圏では、人口当たり医師数が全県の 8 割以下と少なかった。

また、駿東田方医療圏で突出して医師数が多く、増加率も高かったことから、市町別医師数についても検討したところ、長泉町が 64 人と突出して多かった。(表 1(1)-114)

長泉町には、静岡県立静岡がんセンターのほか、外科を標榜する医療施設は民間病院 1 施設(一般 46 床、療養 42 床)、企業内診療所を除く一般診療所 2 施設があるが、同町の外科医師の大部分は同センターで従事しているものと考えられる。

一方、駿東田方医療圏では、2 次救急の医療提供体制の確保が長年の課題となってきた。同センターは救急医療機関ではないため、仮に長泉町を除いた場合、同医療圏の人口 10 万対外科医師数は 17.3 となり、人口がほぼ同規模の静岡医療圏を大きく下回った。これらの結果から、同医療圏で地域の救急医療に従事する外科医師の確保は喫緊の課題であると考えられた。

県内に基幹施設を有する外科プログラムは 3 地域で計 6 プログラムあり、令和 2 年度(2020 年度)は 16 人の専攻医が採用される見込みである。このうち、12 人が 3 地域すべてに連携施設を有する 2 つのプログラムで研修を開始することになっており、他のプログラムと併せて、偏在の解消に寄与することが期待される。(表 1(1)-108~111)

なお、令和 3 年度(2021 年度)以降は、サブスペシャリティ領域の専門研修が開始される予定であるが、内科と同様に、医師少数区域にある連携施設に不安を生じることがないように、安定した専攻医の派遣が望まれる。(図 1(1)-64(再掲))

眼科については、昨年度の実績報告書において、指定都市を含まない医療圏で減少し、病院・診療所別では病院で減少、診療所で増加していることを報告した。

今回の検討では、人口当たり医師数からみると全国の約 83%で、増加率は全国を下回っていた。地域別にみると、医師数は東部・西部地域に比べて中部地域が少なく、増加率は東高西低の傾向であった。さらに、二次医療圏別にみると、熱海伊東・志太榛原、中東遠の各医療圏で少なかった。(図 1(1)-78、表 1(1)-77(再掲)・100・101)

都市区分-病院・診療所別にみると、病院では浜松市で医師数が増加し、静岡市と指定都市以外の地域では減少した。一方、診療所では静岡市の増加率が最も高く、浜松市と指定都市以外の地域でも増加していた。(表 1(1)-79~84)

一方、眼科を標榜する診療所数の変化をみると、伊豆地域と静岡市を除く医療圏で単科・併科ともに減少し、特に有床診療所は著しく減少した。一方、熱海伊東医

療圏と静岡医療圏でわずかながら増加した。都市区分-病院・診療所別医師数と市町別医師数とも併せてみると、診療所医師数が増加した一方、診療所数が減少した地域もあり、医師数と診療所数は必ずしも連動していないことが考えられた。また、眼科医師には学校医等の役割もあるが、県内で眼科を標榜する診療所がない市町もみられた。(表 1(1)-115・116)

また、常勤比率でみると、指定都市以外の地域では上昇したが、指定都市では横ばいから低下していることから、医師数の増加がマンパワーの増加につながっていない可能性が考えられた。(表 1(1)-85)

眼科のプログラムは、東部・西部地域に基幹施設がある(東部地域は令和 2 年度から)が、専攻医採用数が必ずしも多くない。そのため、県外大学等とも連携しながら、医師確保を図っていくことが重要であると考えられる。(表 1(1)-108~111)

なお、今後も高齢化が進み、眼科医療の需要は増加することが見込まれる一方、医療提供体制の面からは、中長期的な地域偏在の加速や病院での医療機能の低下が懸念されることから、地域における医療機能の分担を明確化し、病院が担う医療機能については、必要に応じて広域化を含めた集約化についても検討していく必要があるものと考えられる。

### ③ 人口当たり医師数がやや少ない診療科、臨床研修医(全国比: 90.1~95.0%)

これらの診療科・臨床研修医(以下、診療科等)は、人口 10 万対医師数が全国並みに近いが、地域の偏在や病院・診療所のバランス等に留意しながら、今後も引き続き、医師を確保していく必要がある。

泌尿器科については、人口当たり医師数からみると全国をやや下回り、増加率でも全国を下回っていた。地域別にみると、医師数・増加率ともに西部地域が東部・中部地域を上回り、中部地域は医師数が最も少なく、増加率も横ばいであった。(図 1(1)-74、表 1(1)-77(再掲)・100・101)

都市区分-病院・診療所別にみると、浜松市では病院・診療所ともに増加したが、静岡市と指定都市以外の地域では病院・診療所ともに横ばいであった。(表 1(1)-79~85)

このような状況から、今後もこの傾向が続いた場合は、偏在がさらに進むおそれがあるものと考えられた。

人口の高齢化とともに、前立腺がんの罹患者数や透析患者数は増加しているほか、近年は全国各地で様々な形の大規模自然災害が発生し、災害発生時における透析医療の確保が課題となっており、地域医療における泌尿器科医師の担う役割は大きくなっている。

本県では、市町別泌尿器科医師数には差があるが、静岡県透析医会と静岡県腎不全研究会の協働により、泌尿器科医師、腎臓内科医師等から組織された静岡県災害時透析ネットワークが設立され、発災時における透析医療の体制が構築されている。

(表 1(1)-117)

泌尿器科のプログラムは、中部・西部地域に基幹施設があり、いずれのプログラムも3地域すべてに連携施設を有している。今後は、県外大学等とも連携しながら、地域の偏在を解消しつつ、医師確保を図っていくことが重要であると考えられる。

(表 1(1)-108～111)

整形外科については、医療施設従事医師数(総数)の7.5%(H30 本県;全国7.0%)を占め、診療科別医師数で3番目に多い診療科であるが、人口当たり医師数からみると全国をやや下回ったが、増加率では全国を上回っていた。地域別にみると、医師数・増加率ともに西部地域が東部・中部地域を上回っていた。後2者の医師数はほぼ同じであったが、増加率は中部地域では増加した一方、東部地域ではほぼ横ばいと違いがあった。(図 1(1)-76・90、表 1(1)-77(再掲)・100・101)

都市区分-病院・診療所別にみると、病院では静岡市と浜松市で大きく増加し、指定都市以外の地域では微増であった。一方、診療所では浜松市と指定都市以外の地域で大きく増加し、静岡市はほぼ横ばいであった。常勤比率は、どの区分も常勤比率が高かった。(表 1(1)-79～85)

また、二次医療圏別にみると、賀茂医療圏に加えて、内科・外科と同様に、指定都市以外で人口規模が大きく(10～25万人)、市立病院を有する市が多い富士・志太榛原・中東遠の各医療圏で人口当たり医師数が少なかった。

さらに、市町別にみると、指定都市や地域医療の中核となる病院が位置する市町の多くで医師数が増加した一方、増加率が高い中部・西部地域であっても、中山間地域の占める割合が大きい市町(区)では医師数が減少していた。(表 1(1)-118)

このような状況から、今後もこの傾向が続いた場合は、偏在がさらに進むおそれがあるものと考えられた。

人口の高齢化が進むにつれて介護を必要とする高齢者が増加しており、健康寿命の延伸を図るためにも、内臓脂肪症候群(メタボリック・シンドローム)と並んで、運動器の障害により要介護になるリスクの高い状態になる運動器症候群(ロコモティブ・シンドローム)への対応が求められている。

本県においては、現時点においても地域により高齢化率に大きな違いがあるが、団塊の世代が75歳以上となる2025年までは、県内全域で75歳以上人口が増加することが見込まれ、さらに、2025年以降、全国で高齢化がピークを迎えるとされる2040年前後までは、高齢者の人口には地域により大きな差が生じてくることが見込まれている。(図 1(1)-91・56(再掲)・92・57(再掲))

今後は、リハビリテーション科をはじめとする関連領域や多職種との機能分担や連携の下で、将来の人口構成を踏まえつつ、地域の実情に応じた医師確保を進めていく必要がある。

整形外科のプログラムは、中部・西部地域に基幹施設を有する計4プログラムあり、令和2年度(2020年度)は15人の専攻医が採用される見込みである。このう

ち、11 人が3 地域すべてに連携施設を有する2つのプログラムで研修を開始することになっており、東部地域に連携施設を有する県外大学のプログラム等と併せて、偏在の解消に寄与することが期待される。(表 1(1)-108～111)

耳鼻咽喉科については、人口当たり医師数からみると全国をやや下回り、増加率では全国をわずかに上回っていた。地域別にみると。医師数は中部地域が最も多く、東部・西部地域は同数であった。一方、増加率は東部地域が高く、中部・西部地域は変化がなかった。(図 1(1)-79、表 1(1)-77 (再掲)・100・101)

都市区分-病院・診療所別にみると、病院・診療所ともに指定都市以外の地域で大きく増加したのに対し、静岡市は微増、浜松市は微減であった。常勤比率は、静岡市で低下した一方、指定都市以外の地域では上昇した。(表 1(1)-79～85)

また、二次医療圏別にみると、賀茂医療圏で(常勤医師が)不在であったほか、内科等と同様に、富士・志太榛原・中東遠の各医療圏で少なかった。また、熱海伊東医療圏は、人口規模に比べて医師数が多かった。(表 1(1)-93)

このような状況から、指定都市以外の地域における医師数の増加や常勤比率の上昇は、全体としては、偏在を解消する方向と考えられる一方、耳鼻咽喉科は地域における学校医等の役割も期待されるが、耳鼻咽喉科を標榜する診療所がない市町もみられ、今後も引き続き、大学等からの派遣医師による診療支援を含め、それぞれの地域において医療提供体制の確保を図っていく必要がある。(表 1(1)-119)

耳鼻咽喉科のプログラムは、中部・西部地域に基幹施設があるが、中部地域のプログラムは地域内で完結しているため、他の地域への専攻医の派遣は浜松医科大学医学部附属病院のプログラムに限られることから、今後は、県外大学等とも連携しながら、地域の偏在を解消しつつ、耳鼻咽喉科医師の養成を図っていくことが重要であると考えられる。(表 1(1)-108～111)

臨床研修医については、人口当たり医師数からみると全国をやや下回ったが、増加率では全国を大きく上回っていた。地域別にみると、医師数・増加率ともに中部地域が他の地域を大きく上回り、東部地域がともに全県を下回った。(図 1(1)-88、表 1(1)-77 (再掲)・100・101)

都市区分別にみると、静岡市の増加率が他の区分を大きく上回り、指定都市以外の地域も全県を上回ったが、浜松市では全県を大きく下回った。(表 1(1)-79～85)

また、臨床研修病院(基幹型;以下、基幹施設)がない賀茂医療圏を除いた二次医療圏別にみると、医師数では、人口規模が小さい熱海伊東医療圏や、基幹施設が多い静岡・志太榛原・西部の各医療圏で多く、増加率では、富士・静岡・志太榛原・中東遠の各医療圏で高かった。(表 1(1)-92～99)

平成 16 年度(2004 年度)に義務化された医師臨床研修制度は、それまでの大学病院等を中心とした研修から、医師臨床研修マッチング(以下、研修医マッチング)による一定の基準を満たす一般病院での研修に大きく変化した。

昨年度の実績報告書において、本県における研修医マッチング結果の推移を示したが、令和2年度(2020年度)からの臨床研修における研修医マッチングでもマッチ率が上昇し、募集定員のほぼ9割となった。(図1(1)-93)

平成30年(2018年)に一部改正された医師法に基づき、令和2年(2020年)4月より、国から各都道府県に臨床研修病院の指定や研修医定員の設定等の権限が移譲されることとなっている。

これを受けて、令和2年(2020年)3月に開催された第4回静岡県医療対策協議会において、令和3年度の臨床研修医募集定員について協議が行われた。事務局からは、国から示された県全体の配分可能数に対する定員の配分方法として、受入実績等と各臨床研修病院からの要望定員から設定した定員基礎数に加えて、医師少数区域に所在する病院と(当該区域を除く)東部地域の病院に対する再度の意向確認を行った調整(総計で増員)後の募集定員案が示され、協議の結果、了承された。

令和2年度(2020年度)からは、必修診療科についても7科目必修となり、研修プログラムが大きく見直されることとなっている。今後も、県内の臨床研修病院における実務研修を通じて専門研修プログラムに進むことにより、将来的に本県に定着する医師が増加することが期待される。

#### ④ 人口当たり医師数が全国並みの診療科(全国比:95.1%以上)

これらの診療科は、本県の人口10万対医師数(以下、医師数)が全国とほぼ同じ(全国比0.98~1.00)であった。ただし、一部の診療科は、直近10年間の増加率が全国を下回っていることから、引き続き、医師を確保していく必要がある。

産婦人科(産婦人科・産科・婦人科の3科の合計)については、人口当たり医師数・増加率ともに全国とほぼ同程度であった。地域別にみると、医師数は西部地域が最も多く、全国を上回り、中部地域が最も少なかった。一方、増加率は中部・東部地域が高く、西部地域が低かった。(図1(1)-80、表1(1)-77(再掲)・100・101)

都市区分-病院・診療所別にみると、病院では指定都市以外の地域で最も増加率が高く、浜松市が最も低かった。診療所では静岡市の増加率が最も高く、指定都市以外の地域でもわずかに増加したが、浜松市では医師数が減少していた。常勤比率では、どの区分でも低下していた。(表1(1)-79~85)

また、二次医療圏別にみると、医師数が少ない賀茂医療圏で増加率が高かったほか、静岡・中東遠の各医療圏で増加率が高い一方、熱海伊東・富士・西部の各医療圏では横ばいで、志太榛原医療圏では医師数が減少していた。(表1(1)-92~99)

このように、産婦人科では、医師数は医療圏間で大きな差があったが、10年間の変化や増加率でみると、志太榛原以外の医療圏では差が縮小する傾向にあった。

さらに、産婦人科(3科)のうち、分娩を取り扱う産婦人科と産科に限ってみると、人口規模が小さい賀茂・熱海伊東の両医療圏を除き、都市部を含む医療圏に医師数が多く、内科等と同様に、富士・志太榛原・中東遠の各医療圏で少なかったが、

富士・中東遠の各医療圏では増加率が比較的高く、志太榛原医療圏以外の医療圏では差が縮小する傾向にあった。(図 1(1)-81)

これらのことから、本県では志太榛原医療圏が特に課題であると考えられた。

近年、児の出生時の母親の平均年齢の上昇、特に 40 歳以上での出産数の増加がハイリスク分娩の要因となっている。また、労働環境の厳しさや訴訟リスクなど、様々な要因から産婦人科、特に分娩を取り扱う産婦人科や産科の医師数は、全国的にみても一時期大きく減少し、その後も微増から横ばい状態が続いている。(表 1(1)-120、図 1(1)-94)

また、医師の働き方改革の推進に伴い、公益社団法人日本産婦人科医会常務理事の中井章人氏は分娩を取り扱う病院の必要医師数(常勤)を試算し、1 病院当たり少なくとも 8 人必要との結果を公表している。ただし、この試算では宿直を前提として必要医師数を算出しているため、休日・夜間の分娩等への対応が時間外労働とされた場合には、必要医師数はさらに増加することになる。(図 1(1)-95)

このほか、若手から中堅の産婦人科医師は、女性医師の構成割合が高く、休日・夜間に対応する医師の確保が困難になっていることも、人口当たり医師数のみでは把握できない産婦人科医師の課題となっている。

今後は、各医療圏に設置された地域医療協議会や地域医療構想調整会議、全県単位の静岡県周産期・小児医療協議会などの協議の場を活用して、産婦人科医療全般、特に分娩を取り扱う病院・診療所の機能分担と連携について、医師確保対策を含めて具体的な協議を進めることにより、医師の働き方改革に対応した地域における周産期や婦人科疾患の医療提供体制の構築を図っていく必要がある。

脳神経外科については、人口当たり医師数からみると全国とほぼ同じであったが、増加率では全国とほぼ同率であった。地域別にみると、医師数は東高西低であり、増加率も東部・中部地域に比べて西部地域で低かった。(図 1(1)-75、表 1(1)-77(再掲)・100・101)

都市区分-病院・診療所別にみると、病院では静岡市が最も増加率が高く、浜松市も増加したが、指定都市以外の地域では医師数が減少した。診療所では指定都市以外の地域で医師数が大きく増加した一方、静岡市では横ばい、浜松市では減少していた。常勤比率では、静岡市以外で低下し、特に浜松市では 9 ポイント低下した。(表 1(1)-79~85)

また、二次医療圏別にみると、医師数が少ない賀茂医療圏で増加率が高く、人口規模が小さい熱海伊東医療圏で人口当たり医師数が少なかったほかは、駿東田方・静岡の各医療圏で増加率が高く、熱海伊東・富士・中東遠・西部の各医療圏では微増から横ばいであったが、志太榛原医療圏では微減であった。(表 1(1)-92~99)

これらのことから、本県では中東遠医療圏が特に課題であると考えられるほか、指定都市以外の地域で病院従事医師が減少し、診療所従事医師が増加していることから、医師の働き方改革を推進する上でも、都市部以外の地域(医療圏)における

脳血管疾患の医療提供体制の現状や課題等について、地域医療構想調整会議において確認する必要があると考えられた。(表 1(1)-121)

脳神経外科のプログラムは、西部地域に基幹施設を有するプログラムが 2 つあるが、3 地域に連携施設を有するプログラムは 1 つに限られる上、専攻医の募集定員も少ないことから、東部地域に連携施設を有する県外大学のプログラム等と併せて、引き続き、医師確保を図っていく必要がある。(表 1(1)-108～111)

リハビリテーション科については、人口当たり医師数からみると全国と同数であったが、増加率では全国を大きく下回っていた。地域別にみると、医師数は西高東低の傾向にあったが、増加率は中部地域が最も高く、東部地域では医師数が減少していた。(図 1(1)-82、表 1(1)-77 (再掲)・100・101)

都市区分別にみると、浜松市の増加率が最も高く、指定都市以外の地域では全県の増加率とほぼ同じで、静岡市ではほぼ横ばいであった。(表 1(1)-79～85)

また、二次医療圏別にみると、賀茂医療圏で(常勤医師が)不在であったほか、熱海伊東・中東遠の各医療圏の医師数が全県を大きく下回った。その他の医療圏でも医師数は西高東低の傾向であった。一方、直近の 10 年間の増加率は、医師数が少なかった富士・志太榛原・中東遠の各医療圏で増加率が 2 を超えていた。(表 1(1)-92～99)

さらに、市町別医師数についてみると、平成 20 年(2008 年)の時点で医師数が少ない医療圏においても、その後の 10 年間で、複数の市町の医師数が増加していることが分かる。これは、地域における病院の役割分担が進み、平成 12 年(2000 年)に創設された回復期リハビリテーション病棟への転換が進んだことによるものと考えられた。(表 1(1)-122、図 1(1)-96)

我が国の高齢化がピークを迎える 2040 年に向けて、各種疾患等の周術期から在宅等(介護施設等を含む)まで、リハビリテーションの需要はさらに増加することが見込まれる。そのため、リハビリテーション科医師をはじめとする多職種による質の高いリハビリテーションの提供体制の確保は喫緊の課題であると考えられる。

リハビリテーション科のプログラムは、西部地域に基幹施設を有するプログラムが 2 つあり、いずれも 3 地域に連携施設を有しているが、専攻医の募集定員も少ないことから、東部地域に連携施設を有する県外大学のプログラム等と併せて、引き続き、医師確保を図っていく必要がある。(表 1(1)-108～111)

形成外科については、増加率が救急科に次いで高かったが、平成 20 年(2008 年)時点で全県の医師数が約 50 人と少なかったことも、その要因として考えられる。地域別にみると、平成 30 年(2018 年)時点の医師数は 3 地域でほぼ同数であったが、その前の 10 年間の増加率は西部地域が高く、中部地域が最も低かった。(図 1(1)-77、表 1(1)-77 (再掲)・100・101)

都市区分-病院・診療所別にみると、浜松市で病院の医師数・増加率がともに高

かったが、診療所については指定都市以外の地域で医師数が大きく増加した。常勤比率は、平成30年（2018年）の時点でも全県で100%と、医療需要は多いものと考えられる。（表1(1)-79～85）

また、二次医療圏別にみると、駿東田方・静岡・西部の各医療圏で医師数・増加率が高く、都市部に集中する傾向にあった。（表1(1)-92～99）

形成外科のプログラムは、県内の基幹施設が浜松医科大学医学部附属病院に限られるが、令和2年度（2020年度）は東部地域の連携施設を強化しているほか、県内に連携施設を有する県外大学との相互連携も図られ、専門医の養成に偏在が生じないような配慮も行われているとのことであり、今後もそのような取組の継続が期待される。（表1(1)-108～111）

形成外科は、患者数が必ずしも多くはないが、先天性や重度熱傷、機能再建等、対象となる傷病が幅広く、かつ、手技等の専門性も高いことが特徴といえる。そのため、二次医療圏単位、あるいは、より広域的な地域において拠点的な施設を位置づけ、病病・病診連携を進めることにより、効率的で質の高い医療提供体制を構築していくことが望まれる。

病理診断科については、人口当たり医師数からみると全国と同数であったが、増加率では全国を下回っていた。地域別にみると、中部・西部地域に比べて東部地域は医師数が少なく、増加率も低かった。（図1(1)-85、表1(1)-77（再掲）・100・101）

都市区分別にみると、2つの指定都市では浜松市の方が医師数は多かったが、浜松市や指定都市以外の地域に比べ、静岡市の増加率が高かった。（表1(1)-79～85）

また、二次医療圏別にみると、駿東田方・静岡・西部の各医療圏で医師数が多く、これらの医療圏では増加率も高かった。このほか、志太榛原・中東遠の各医療圏では医師数が少ないものの、増加率は高かった。一方、賀茂医療圏で（常勤医師が）不在であったほか、富士医療圏では医師数が少なく、増加率も横ばいであった。（表1(1)-92～99）

病理診断科は、放射線科や臨床検査科と並んで、正確な診断の下で適切な医療が提供されるために必要な診療科であり、現状のような、医療圏ごとに一定の症例数に応じた医師数の配置と施設間の連携が重要であると考えられる。

病理診断科の専門研修プログラムは3プログラムあるが、いずれの基幹施設も西部地域に位置しており、3地域に連携施設を有するプログラムは1つに限られる。また、専攻医の募集定員も少ないことから、県外大学等の専門研修プログラムによる連携施設と併せることにより、引き続き、医師確保を図っていく必要がある。

また、診療面では、限られた専門医が効率的で質の高い病理診断を行うことができる環境整備（ICTを活用した画像診断等）の促進が望まれる。