

本日の内容

- 駿東・三島田方地域の背景
- 駿東・三島田方地域の医療・介護需要予測
- 駿東・三島田方地域の医療提供体制(施設)
- 駿東・三島田方地域の医療提供体制(医師数)
- 駿東・三島田方地域の医療提供体制(医療機能)
- 地域医療構想と医療提供体制のパラダイムシフト
- 受療者側の取り組み
- 今、駿東・三島田方地域に求められていること

静岡県における各二次保健医療圏の流出入患者割合と医療の自己完結率

二次保健医療圏	人口(人)	患者の流出入割合						医療の自己完結率	
		流入			流出				
		H29	H26	H29	H26	H29	H26		
賀茂	65,197	25.1%	26.0%	35.4%	37.5%	64.6%	62.5%		
熱海伊東	104,827	29.3%	32.7%	38.1%	47.2%	61.9%	52.8%		
駿東田方	654,623	23.5%	24.2%	11.6%	11.2%	88.4%	88.8%		
富士	377,836	10.5%	12.5%	21.3%	24.1%	78.7%	75.9%		
静岡	701,803	15.8%	16.1%	8.4%	8.8%	91.6%	91.2%		
志太榛原	460,970	5.3%	6.2%	18.4%	19.2%	81.6%	80.8%		
中東遠	465,342	8.8%	8.3%	24.7%	24.7%	75.3%	72.7%		
西部	856,347	14.2%	14.9%	9.7%	9.7%	90.3%	89.1%		

※人口・患者の流出入割合の網掛けは二次医療圏の見直し基準(医療計画作成指針 平成29.3.31)に該当する項目
 <出典>
 人口:静岡県総務部「静岡県年齢別人口推計」(平成28年10月1日現在)
 流出入患者割合:静岡県健康福祉部「在院患者調査」(平成29年5月31日、平成26年5月28日)
 ※医療の自己完結率は一般病床及び療養病床の入院患者

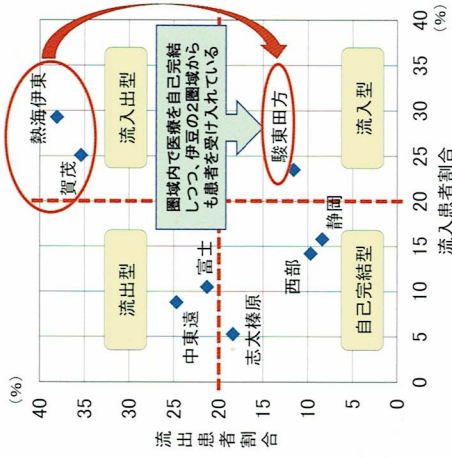
二次医療圏の設定

医療計画作成指針による見直し基準
 (H29.3.31 厚生労働省医政局長通知)

- 人口規模が20万人未満
- 流入患者割合が20%未満
- 流出患者割合が20%以上



「トリプル20基準」



出典:静岡県健康福祉部「平成29年度 第1回 静岡県医療審議会」(H29.8.21)資料
 「二次医療圏」及び「構想区域」の設定

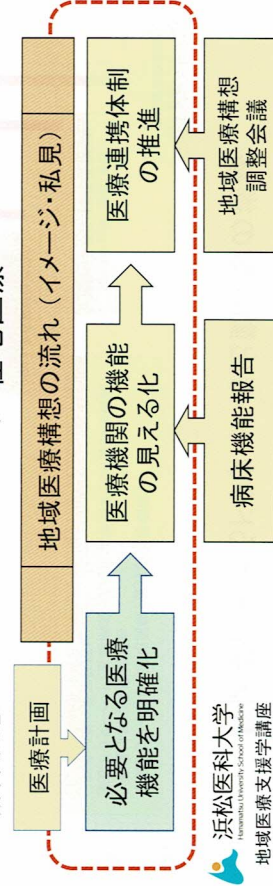
医療計画において医療提供体制の確保が求められている
 「5疾病・5事業及び在宅医療」+α(都道府県独自)

➢ 疾病

- 1 がん
- 2 脳卒中
- 3 心筋梗塞等の心血管疾患
- 4 糖尿病
- 5 肝炎(静岡県独自)
- 6 精神疾患

➢ 事業

- 1 救急医療
 - 2 災害時における医療
 - 3 へき地の医療
 - 4 周産期医療
 - 5 小児医療(小児救急)
- 在宅医療



救急搬送の現況(年齢区分・傷病程度別の搬送人員・構成比)(平成29年中)

年齢区分別搬送人員・構成比

		(単位:人、%)						合計	
静岡県	全国	人数	構成比	人数	構成比	人数	構成比	人数	構成比
新生児	139	0.1	6,237	4.1	5,279	3.4	47,062	94,860	61.8
乳幼児	6,237	4.1	265,257	4.6	202,386	3.5	1,883,865	3,371,161	58.8
少年	5,279	3.4	202,386	3.5	1,883,865	3.2	1,883,865	58.8	100.0
成人	47,062	30.6	1,883,865	32.8	1,883,865	32.8	1,883,865	58.8	100.0
高齢者	94,860	61.8	3,371,161	58.8	3,371,161	58.8	3,371,161	58.8	100.0

※ 端数処理のため、割合・構成比の合計は100%にならない場合がある。

傷病程度別搬送人員・構成比

		(単位:人、%)					合計		
静岡県	全国	人数	構成比	人数	構成比	人数	構成比	人数	構成比
死亡	1,539	1.0	77,684	1.4	1,539	1.4	77,684	1.4	100.0
重症	10,134	6.6	482,685	8.4	10,134	8.4	482,685	8.4	100.0
中等症	65,878	42.9	2,387,407	41.6	65,878	41.6	2,387,407	41.6	100.0
軽症	75,594	49.2	2,785,158	48.6	75,594	48.6	2,785,158	48.6	100.0
その他	432	0.3	3,152	0.1	432	0.3	3,152	0.1	100.0

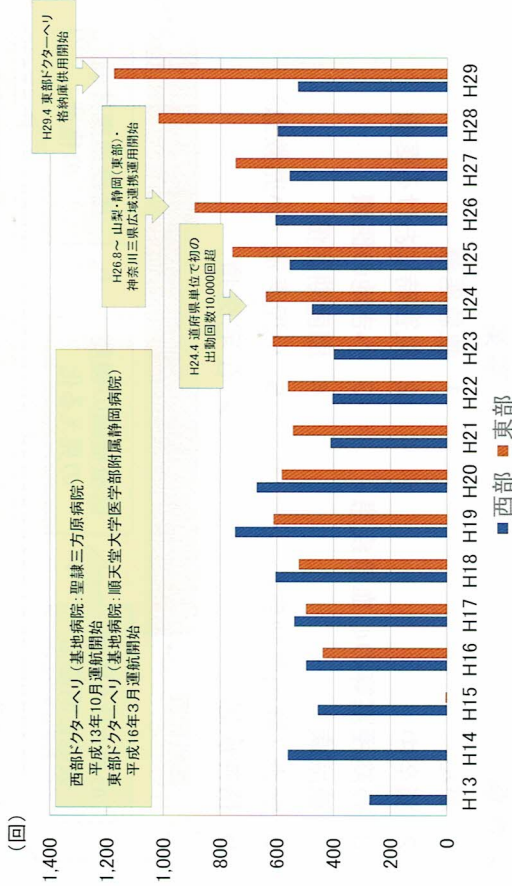
※ 端数処理のため、割合・構成比の合計は100%にならない場合がある。

総務省消防庁「平成30年版 救急救助の現況」を基に作成



浜松医科大学
Hamamatsu University School of Medicine
Dept. of Regional Medical Care Support
地域医療支援学講座

静岡県におけるドクターヘリ出動回数の推移

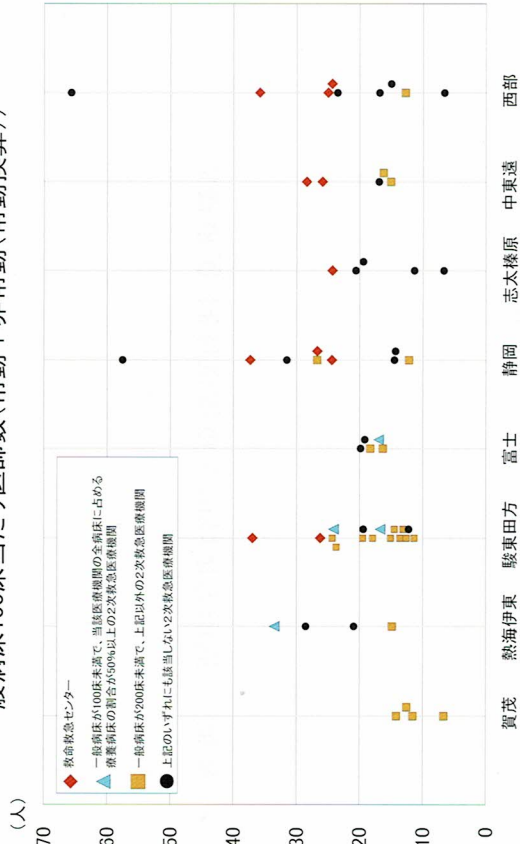


静岡県健康福祉部地域医療課提供資料を基に作成



浜松医科大学
Hamamatsu University School of Medicine
Dept. of Regional Medical Care Support
地域医療支援学講座

静岡県内で2次・3次救急医療を担う病院における
一般病床100床当たり医師数(常勤+非常勤(常勤換算))

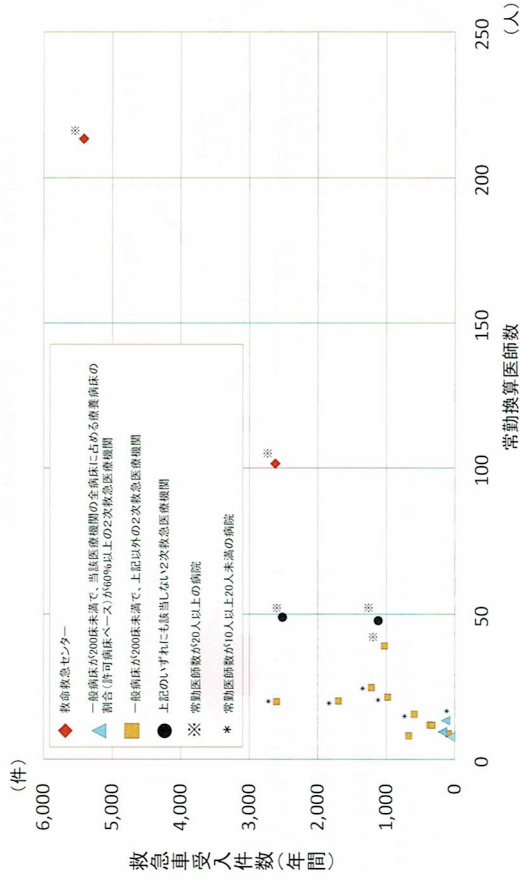


出典:平成29年「病床機能報告」



浜松医科大学
Hamamatsu University School of Medicine
Dept. of Regional Medical Care Support
地域医療支援学講座

駿東田方保健医療圏における二次・三次救急医療機関の
常勤換算医師数と救急車受入件数(平成29年度)

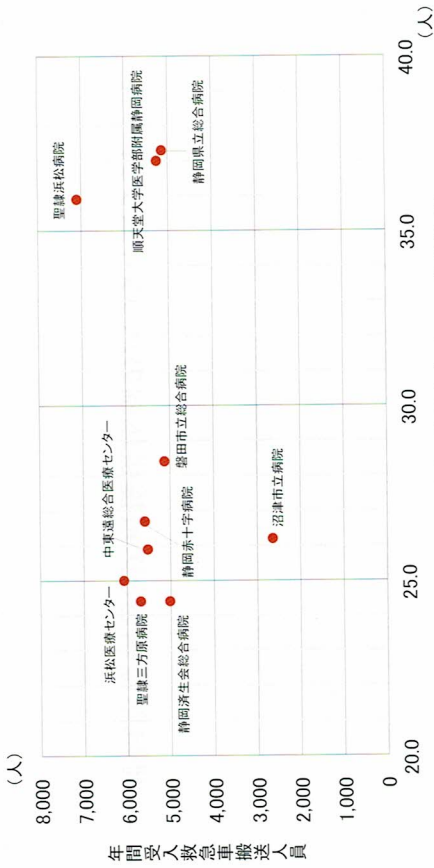


出典:静岡県健康福祉部医療政策課「平成29年 病床機能報告」



浜松医科大学
Hamamatsu University School of Medicine
Dept. of Regional Medical Care Support
地域医療支援学講座

静岡県内の救命救急センターにおける病床100床当たり常勤医師数と年間受入救急車搬送人員との関係



病床100床当たり医師数(稼働病床ベース・常勤換算)

出典: 静岡県健康福祉部医療政策課「平成29年度 病床機能報告」
厚生労働省ホームページ「へんじょう救命救急センターの詳細結果(平成29年度)」について
https://www.mhlw.go.jp/stf/senakankansuite_bunyo/0000188907.html



地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support

地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support

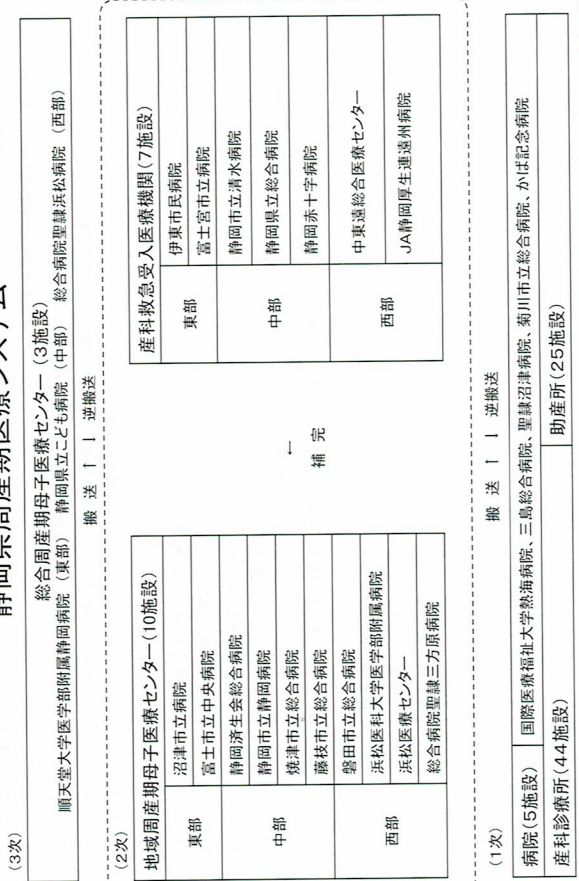
静岡県内の分娩取扱医師数と分娩取扱医療施設

医療圏	分娩取扱医師数			分娩取扱施設数		
	産婦人科	産科	計	病院	診療所	助産所
賀茂	2	0	2	0	1	1
熱海伊東	6	0	6	2	2	0
駿東田方	52	3	55	4	12	1
富士	24	0	24	2	6	3
静岡	58	7	65	6	7	8
志太榛原	17	0	17	2	5	1
中東遠	31	0	31	3	5	7
西部	96	4	100	6	6	4
計	286	14	300	25	44	25

出典: 分娩取扱医師数: 厚生労働省「平成28年度医師・歯科医師・薬剤師調査」
分娩取扱医療施設数: 静岡県健康福祉部地域医療課調べ(平成30年6月)

資料提供: 静岡県健康福祉部地域医療課
地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support

静岡県周産期医療システム



静岡県におけるへき地医療を支える医療機関等 (1)

二次保健医療圏	病院名		指定年月
	無医地区等への継続支援(代診医等派遣、巡回診療等実施)が可能な病院	無医地区等への継続支援(代診医等派遣、巡回診療等実施)が可能な病院	
賀茂	西伊豆健育会病院(西伊豆町)	伊豆今井浜病院(河津町)	平成24年2月 平成26年4月
駿東田方	フジ虎ノ門整形外科病院(御殿場市)	静岡県立総合病院(静岡市)	平成30年4月 平成14年9月
静岡	静岡県立総合病院(静岡市)	国立病院機構天竜病院(浜松市)	平成14年9月
西部	浜松市国民健康保険佐久間病院(浜松市)		平成14年9月

(2) へき地診療所
設置基準(診療所設置場所を中心に概ね半径4kmの区域内に医療機関がなく、その区域内の人口が原則1,000人以上で、かつ、診療所設置場所から最寄りの医療機関まで通常の交通機関を利用して30分以上要する)に合致した診療所

二次保健医療圏	診療所名	診療所数
賀茂	市之瀬診療所(南伊豆町)	1
熱海伊東	初島診療所(熱海市)	1
駿東田方	戸田診療所(沼津市)	1
静岡	静岡市玉川診療所、同大川診療所、静岡市国民健康保険井川診療所	3
西部	浜松市引佐鎮玉診療所、同診療所浜川出張所、浜松市国民健康保険佐久間病院附属蒲川診療所、同附属山香診療所、あたご診療所、林クリニック(全て浜松市)	6



地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support

地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support

静岡県におけるへき地医療を支える医療機関等 (2)

(3) へき地病院

本県のへき地医療対策の対象地域にある病院（へき地医療拠点病院及び精神科病院を除く）

二次保健医療圏	病院名	病院数
賀茂	下田メディカルセンター(下田市)	2
	緑川温泉病院(東伊豆町)	
	リハビリテーション中伊豆温泉病院	
駿東田方	中島病院(伊豆市)	4
	中伊豆リハビリテーションセンター(伊豆市)	
	伊豆麗英病院(伊豆市)	

(4) 準へき地病院

へき地には所在しないが、へき地医療の確保に必要であると県が位置付けた病院

二次保健医療圏	診療所名	診療所数
賀茂	伊豆東部総合病院(東伊豆町)	1
駿東田方	伊豆赤十字病院(伊豆市)	1
中東遠	公立森町病院(森町)	1
西部	引佐赤十字病院(浜松市)	1

(5) 自治医科大学卒業医師の派遣

区分	派遣先病院	人数
へき地等勤務	下田メディカルセンター、伊豆今井浜病院、伊豆赤十字病院、佐久間病院等	14
初期・後期研修等	(初期)静岡県立総合病院(後期等)富士市立中央病院、藤枝市立総合病院等	10

静岡県健康福祉部地域医療課作成資料を改編
 地域医療支援学講座
 Dept. of Regional Medical Care Support

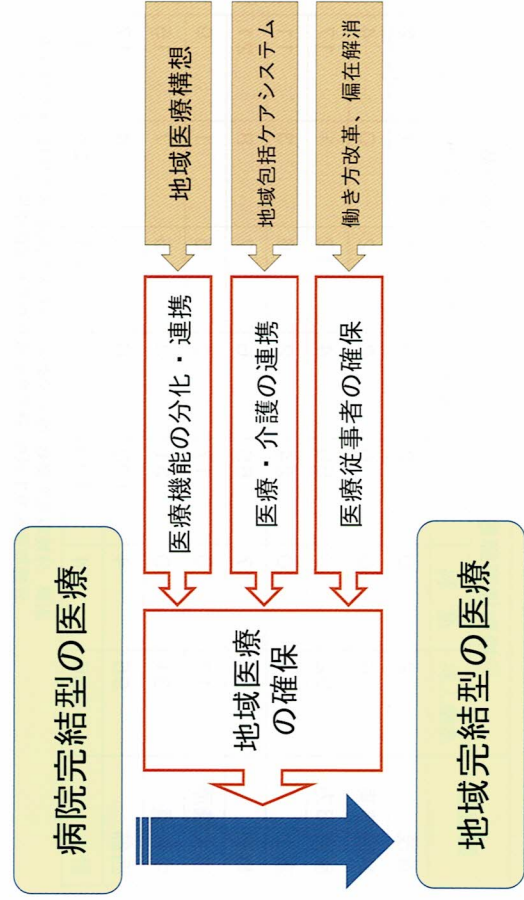
本日の内容

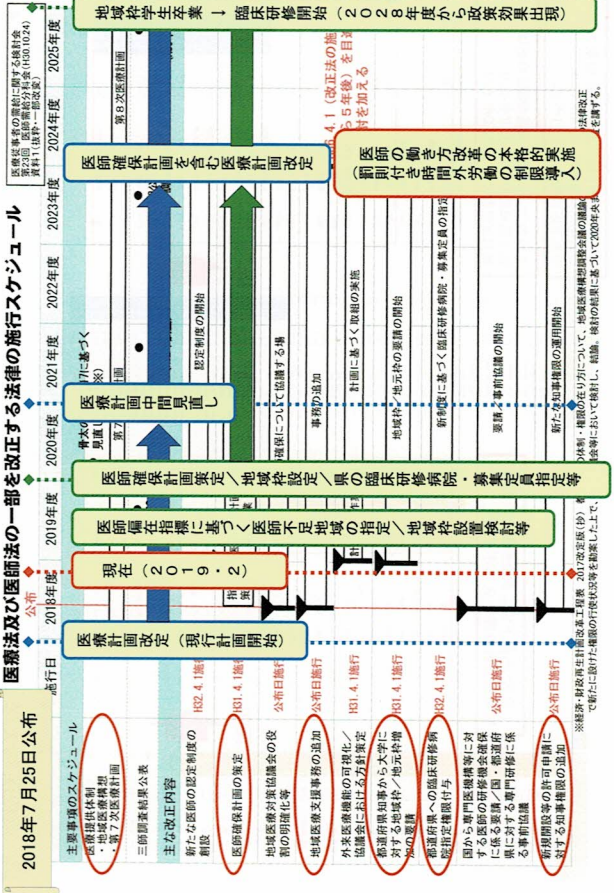
- 駿東・三島田方地域の背景
- 駿東・三島田方地域の医療・介護需要予測
- 駿東・三島田方地域の医療提供体制(施設)
- 駿東・三島田方地域の医療提供体制(医師数)
- 駿東・三島田方地域の医療提供体制(医療機能)
- 地域医療構想と医療提供体制のパラダイムシフト
- 受療者側の取り組み
- 今、駿東・三島田方地域に求められていること

まとめ (5)

- 駿東・三島田方地域は医療の自己完結率が高く、隣接医療圏の患者を受け入れており、東部地域の広域的な医療提供体制の核となっているが、各病院の受け入れ態勢の規模が小さい。
 - 駿東・三島田方地域の二次救急医療を担う医療機関は中・西部に比べて病床数が少なく、常勤医師数が少ない。
 - 駿東・三島田方地域の周産期医療システムは機能しているが。
 - 駿東田方医療圏には、へき地医療を担う医療機関が複数あり、地域住民の高齢化が一層進むことが見込まれる。
- ➔
- 駿東・三島田方地域には、医療資源の集約化等を含めた医療機能の分化・連携の更なる推進が必要ではないか。
 また、専門性を有して総合的な診療を行うことができる医師を地域で確保・育成する体制が必要ではないか。

医療提供体制のパラダイムシフト (イメージ・私見)





厚生労働省「第16回 医師の働き方改革に関する検討会」（平成31年1月11日）参考資料1（抜粋）に追記

地域医療構想における医学部との協力の必要性

- 独自の子ータ分析の必要性
 - 厚生労働省から提供される「データブック」や公費データだけでは、臨床現場の現場を踏まえた地域ごとの受診行動の特性や個別医療機関の視点による議論には限界がある
- 地域事情に最適化した地元専門家の活用
 - 地域ごとの特性や個別医療機関の視点による議論には限界がある
- 人材供給の医学部と一体的取り組みが不可欠
 - 医療提供体制は医師配置と表裏一体の問題（人材育成やキャリアパスなども含めた適正配置の必要性）

地域医療構想の協議で感じる課題(2)

【公立病院における政治的影響】

- 首長などの意向に左右される判断
- 調整会議における協議の限界
 - 病院利用率が低下しても、少ない人口の範囲内でそれぞれが病院の体制維持に固執し、タウンサインや再編・統合には消極的(依然として拡大路線)
 - 臨床現場の医、医、医師・看護士などの人材育成やキャリアパスの在り方への認識不足
- 都道府県の「利益相反」
 - 医療政策担当部局と病院事業担当部局
 - 都道府県のちがちな対応への他の病院の不快感

地域医療構想の協議で感じる課題(3)

【調整会議の機能】

- 練られていない協議の進め方
 - 議題が病棟機能報告の結果報告や、病棟の削減や機能転換の方針を決定した病院から開始してしまし、中身の「調整」ではなく、単なる「報告会」になりがち(⇒地域全体での総合的な検討が必要)
 - 「分かってはいても、当道は様子見」の構図
 - 「再編・統合は必要だが、いつ誰が旗を振るのか」「病院の機能は医師の配置次第(人数だけでなく個々の医師の能力なども含めて)」「地域包括ケア構想にしても様子見しにしておくのでは」などの声

厚生労働省「第17回 地域医療構想に関するワーキンググループ」（平成30年12月21日）資料2（山形県）から抜粋

医療提供体制の現在の状況

(基本的な考え方)

- 少子高齢化が進み、地域で求められる医療機能も変化を迎えている。「病院完結型」から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の体制構築が必要であり、その受け皿となる地域の病床や在宅医療・介護を充実させることも、地域における医師の確保を進めていく必要がある。

(地域医療精神)

- 医療機能(高度急性期/急性期/回復期/慢性期)の分化・連携を進め、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を構築することを目的として、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し定めるもの。2016年に各都道府県において策定済み
- 現在、公立・公的医療機関等の医療機能ごとの具体的対応方針について、各地域の地域医療構想調整会議において合意形成を進めており、今年度中に完了予定
- 地域医療の確保に配慮しつつ医師の働き方改革を進める観点からは、2025年に地域医療精神を裏返し、最大限、医療提供体制の効率化を図っておく必要があり、医師の働き方改革が2024年に実現するという前提で、地域医療精神調整会議における議論を進め、具体的な医療機関の再編に着手していくことが求められる。

(医師確保対策)

- 我が国の医師数は概ね増加しているが、地域や診療科目間の医師偏在は、今なお解消に至っていない。
- 地域で求められる医療提供体制を維持していくためには、地域医療精神の実現だけでなく、これと整合する形で、地域ごとに医師を確保する必要がある。
- このため、本年7月に成立した「医療法及び医師法の一部を改正する法律」において、全国ベースで医師の多寡を客観的に評価可能な医師確保率を算出し、医師少額区域、多額区域を定め、地域枠増員などの具体的な施策を含む「医師確保計画」を都道府県が主体的に策定するなど、実効的な医師確保対策を実施できる仕組みを整備した。既に施行したものの、2019年4月施行のもの、2020年4月施行のもの、2020年4月施行のもの、医師の働き方改革の実現に当たり地域で十分な医師が確保できるよう、対応を進めていく。

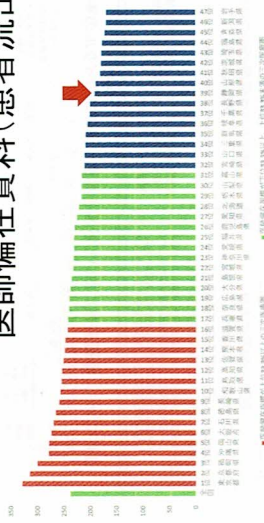
厚生労働省「第14回 医師の働き方改革に関する検討会」（平成30年12月17日）資料2-2（抜粋）に追記

2018年7月25日公布
 施行日
 2018年度
 2019年度
 2020年度
 2021年度
 2022年度
 2023年度
 2024年度
 2025年度

医師確保計画をきむ医療計画改定
 医師の働き方改革の本格的実施
 医師確保計画をきむ医療計画改定
 医師の働き方改革の本格的実施

平成31年1月30日 資料1から抜粋

医師偏在資料(患者流出入調整前)

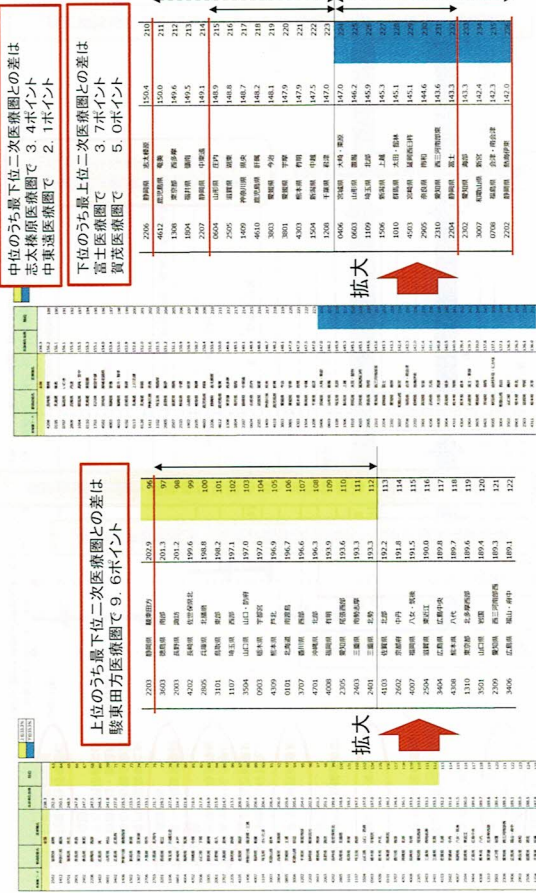


順位	医師数	医師数/10万人	医師数/1000人	医師数/1000人
1位	329.0	241.1	1.15	1.15
2位	329.0	241.1	1.15	1.15
3位	329.0	241.1	1.15	1.15
4位	329.0	241.1	1.15	1.15
5位	329.0	241.1	1.15	1.15
6位	329.0	241.1	1.15	1.15
7位	329.0	241.1	1.15	1.15
8位	329.0	241.1	1.15	1.15
9位	329.0	241.1	1.15	1.15
10位	329.0	241.1	1.15	1.15
11位	329.0	241.1	1.15	1.15
12位	329.0	241.1	1.15	1.15
13位	329.0	241.1	1.15	1.15
14位	329.0	241.1	1.15	1.15
15位	329.0	241.1	1.15	1.15
16位	329.0	241.1	1.15	1.15
17位	329.0	241.1	1.15	1.15
18位	329.0	241.1	1.15	1.15
19位	329.0	241.1	1.15	1.15
20位	329.0	241.1	1.15	1.15
21位	329.0	241.1	1.15	1.15
22位	329.0	241.1	1.15	1.15
23位	329.0	241.1	1.15	1.15
24位	329.0	241.1	1.15	1.15
25位	329.0	241.1	1.15	1.15
26位	329.0	241.1	1.15	1.15
27位	329.0	241.1	1.15	1.15
28位	329.0	241.1	1.15	1.15
29位	329.0	241.1	1.15	1.15
30位	329.0	241.1	1.15	1.15
31位	329.0	241.1	1.15	1.15
32位	329.0	241.1	1.15	1.15
33位	329.0	241.1	1.15	1.15
34位	329.0	241.1	1.15	1.15
35位	329.0	241.1	1.15	1.15
36位	329.0	241.1	1.15	1.15
37位	329.0	241.1	1.15	1.15
38位	329.0	241.1	1.15	1.15
39位	329.0	241.1	1.15	1.15
40位	329.0	241.1	1.15	1.15
41位	329.0	241.1	1.15	1.15
42位	329.0	241.1	1.15	1.15
43位	329.0	241.1	1.15	1.15
44位	329.0	241.1	1.15	1.15
45位	329.0	241.1	1.15	1.15
46位	329.0	241.1	1.15	1.15
47位	329.0	241.1	1.15	1.15
48位	329.0	241.1	1.15	1.15
49位	329.0	241.1	1.15	1.15
50位	329.0	241.1	1.15	1.15

地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support

厚生労働省「医療従事者の需給に関する検討会 第20回 医師需給分科会」
(平成31年2月18日)参考資料2(抜粋)を基に作成

医師偏在指標における上位・下位の境界付近の状況

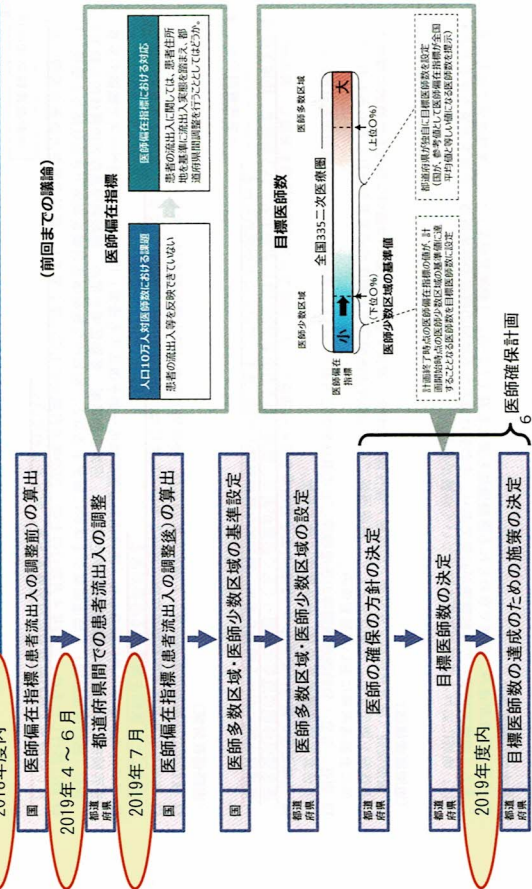


厚生労働省「医療従事者の需給に関する検討会 第28回 医師需給分科会」(平成31年2月18日)参考資料2(抜粋)を基に作成

地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support

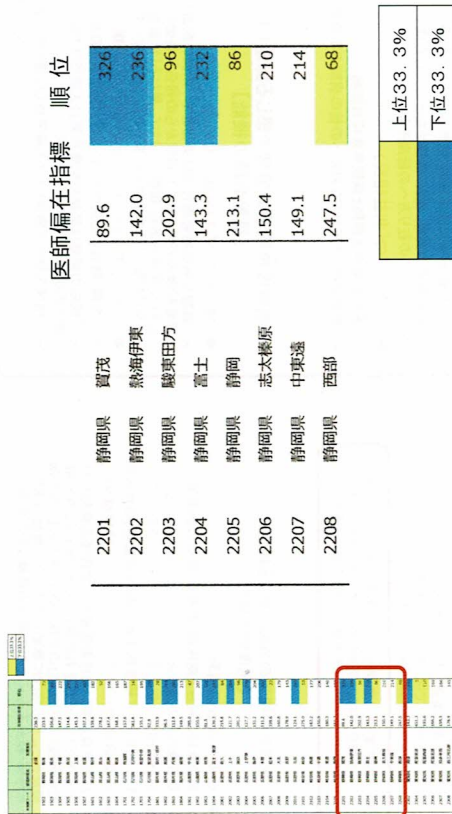
浜松医科大学
Hamamatsu University School of Medicine

医師確保計画の策定プロセス



厚生労働省「医療従事者の需給に関する検討会 第24回 医師需給分科会」(平成30年11月28日)資料2(抜粋)に追記

静岡県における二次医療圏別の医師偏在指標と全国順位



厚生労働省「医療従事者の需給に関する検討会 第28回 医師需給分科会」(平成31年2月18日)参考資料2(抜粋)を基に作成

地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support

浜松医科大学
Hamamatsu University School of Medicine

医療関係事案における労災認定の状況

「過労死等防止対策推進法」(平成26年法律第100号)

- 「過労死等」の定義(第2条)
 - ・業務における過重な負荷による脳血管疾患・心臓疾患を原因とする死亡
 - ・業務における強い心理的負荷による精神障害を原因とする自殺による死亡
 - ・死亡には至らないが、これらの脳血管疾患・心臓疾患、精神障害
- 平成30年版「過労死等防止対策白書」の特徴
 - ・職種別の調査結果が取りまとめられ、医療関係事案で労災認定されたものは、脳血管疾患・心臓疾患事案が52件、精神障害事案が233件

平成22年1月から27年3月までに全国の都道府県労働局・労働基準監督署に労災請求がなされた際の調査資料の分析結果

職種別	医師が最多
性別	男性が77.8%
年代別	50代が最多
職種別	看護師が最多
性別	女性が77.3%
年代別	30代が最多

労働者健康安全機構労働安全衛生総合研究所の分析による

地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support



働き方改革を推進するための関係法律の整備に関する法律

時間外労働の上限規制の導入(労働基準法の改正)

○ 時間外労働の上限について、月45時間、年960時間を原則とし、個別的な特別な事情がある場合でも年100時間未満(休日労働含む)、複数月平均時間(休日労働含む)を限度に設定。

改正労働基準法(第66条)は、年960時間以内、月45時間以内、複数月平均500時間以内の範囲内で、労働時間の延長を認める。改正労働基準法(第66条)は、年960時間以内、月45時間以内、複数月平均500時間以内の範囲内で、労働時間の延長を認める。

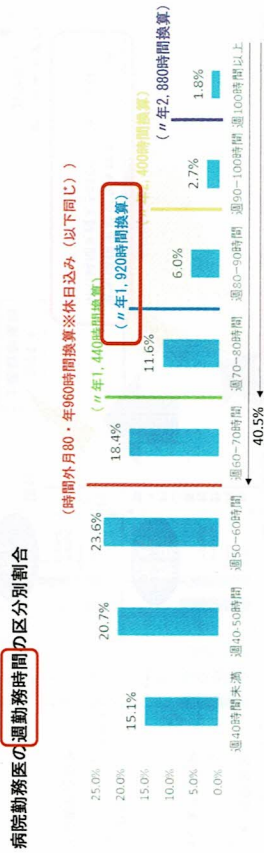
改正労働基準法(第66条)は、年960時間以内、月45時間以内、複数月平均500時間以内の範囲内で、労働時間の延長を認める。改正労働基準法(第66条)は、年960時間以内、月45時間以内、複数月平均500時間以内の範囲内で、労働時間の延長を認める。

改正労働基準法(第66条)は、年960時間以内、月45時間以内、複数月平均500時間以内の範囲内で、労働時間の延長を認める。改正労働基準法(第66条)は、年960時間以内、月45時間以内、複数月平均500時間以内の範囲内で、労働時間の延長を認める。

改正労働基準法(第66条)は、年960時間以内、月45時間以内、複数月平均500時間以内の範囲内で、労働時間の延長を認める。改正労働基準法(第66条)は、年960時間以内、月45時間以内、複数月平均500時間以内の範囲内で、労働時間の延長を認める。

厚生労働省「医療従事者の需給に関する検討会 第28回 医師需給分科会」(平成31年2月18日) 参考資料1 から抜粋

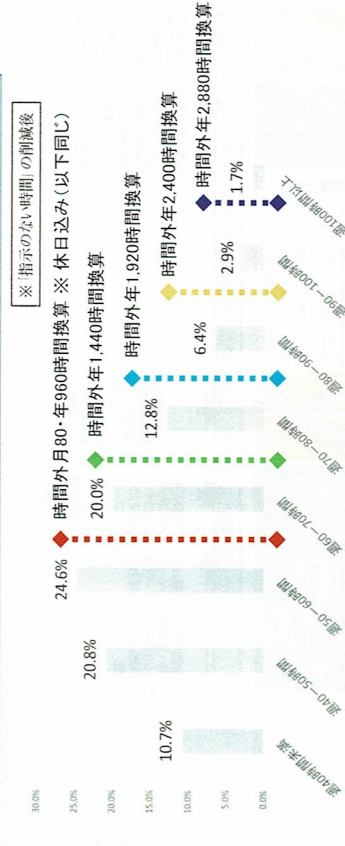
病院勤務医の週勤務時間の区分別割合等



0~10時間	0~40時間	10~20時間	20~30時間	30~40時間	40~50時間	50~60時間	60時間以上
0~480	0~480	480~960	960~1,440	1,440~2,080	2,080~2,600	2,600~3,120	3,120以上
A. 週の超過分(A×4)	B. 月の超過分(A×12)	C. 年の超過分①(B×12)	D. 年の超過分②(A×52)				

※労働基準法第3条に定められた時間以上の比較であり、個人の労働に必要と認められる範囲内での労働時間延長が認められている可能性は存在している。

週勤務時間の区分別割合(三次救急病院、救急車を1,000台以上受け入れている二次救急病院)

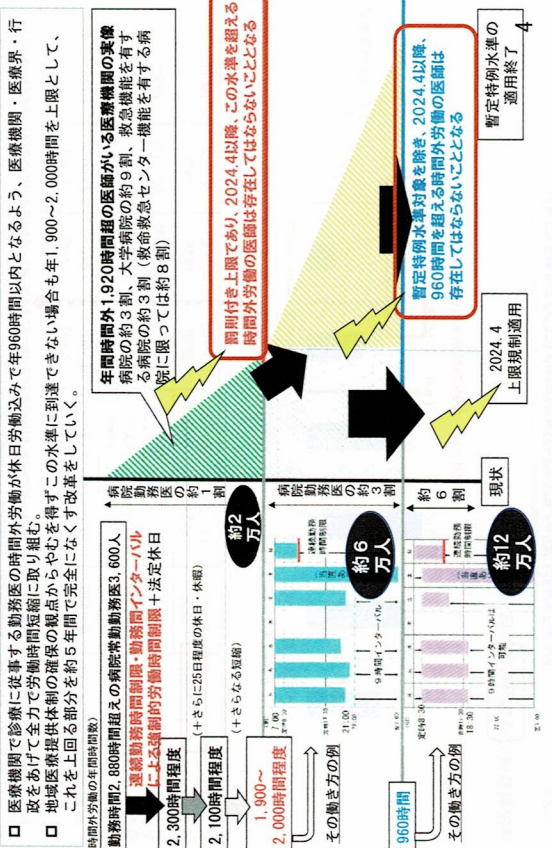


※1 平成29年度厚生労働省調査結果(病院勤務医の勤務時間に関する調査研究)「長時間」の集計結果から、「長時間勤務」(勤務、出社、学習、研修等)における「長時間」の割合(勤務時間以外の時間)を「長時間勤務」(勤務時間以外の時間)に含め、(勤務時間以外の時間)が4.4%であることを踏まえ、「長時間勤務」の割合を4.4%と見做す。

※2 三次救急病院、二次救急病院、救急車受け入れ台数については平成29年前提体報告書を用いた。

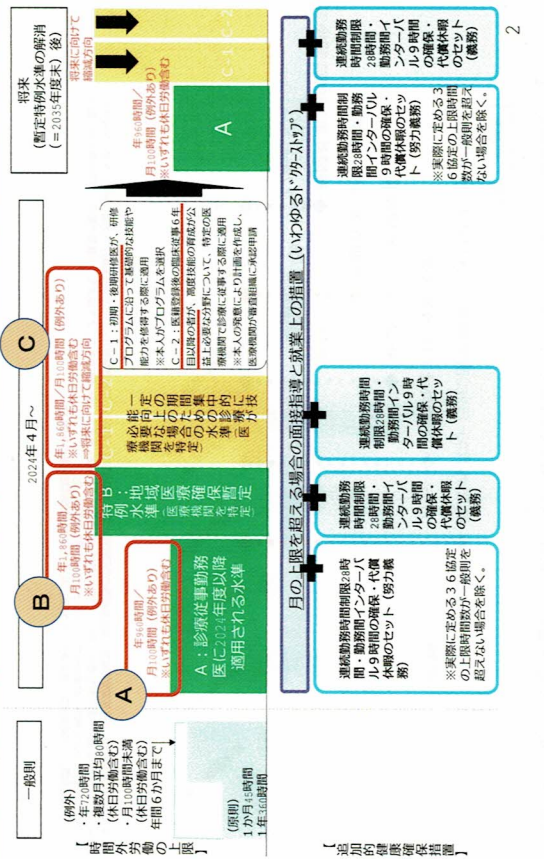
厚生労働省「第13回 医師の働き方改革に関する検討会」(平成30年12月5日) 資料3(抜粋)に追記

2024年4月とその後に向けた改革のイメージ①(案)



厚生労働省「第16回 医師の働き方改革に関する検討会」(平成31年1月11日)資料3(抜粋)に追記

医師の時間外労働規制について(案)



厚生労働省「第19回 医師の働き方改革に関する検討会」(平成31年2月20日)資料1(抜粋)に追記

医師の労働時間短縮に向けた緊急な取組の概要

考え方

- 医師を雇用する個々の勤務期間が自らの状況を踏まえ、できることから自主的な取組を進めることが重要。
- 医師の労働時間短縮に向けて国民の理解を適切に求める周知の具体的な枠組みについて、早急な検討が必要。

1 医師の労働時間管理の適正化に向けた取組	<ul style="list-style-type: none"> まずは医師の在院時間について、客観的な把握を行う。 ICカード、タイムカード等が導入されていない場合でも、出退勤時間の記録を上司が確認する等、在院時間を的確に把握する。
2 36協定の定めなく、又は定めを超えて時間外労働をさせていないか確認する。	<ul style="list-style-type: none"> 36協定の定めなく、又は定めを超えて時間外労働をさせていないか確認する。 医師を含む自院の医療従事者とともに、36協定で定める時間外労働時間数について自己点検を行い、必要に応じて是正する。
3 産後保護の仕組みの活用	<ul style="list-style-type: none"> 労働安全衛生法に定める衛生委員会や産後保護等について個別に議論する。 医師、診療科等ごとに対応策について個別に議論する。
4 タスク・シフト、ティッキング(業務の移行)の推進	<ul style="list-style-type: none"> 点滴に係る業務、診断書等の代行などの業務等については、平成19年通知(※)等の趣旨を踏まえ、医療安全に留意し、原則医師以外の職種により担担し、医師の負担を軽減する。 特定行為研修の受講の推進とともに、研修を修了した看護師が適切に後援を来した業務負担を軽減することが望ましい。
5 女性医師等の支援	<ul style="list-style-type: none"> 短時間勤務等多様で柔軟な働き方を推進するなどきめ細やかな支援を行う。
6 医療機関の状況に応じた医師の労働時間短縮に向けた取組	<ul style="list-style-type: none"> 全ての医療機関において取り組むことを基本とする1~5のほか、各医療機関の状況に応じ、勤務時間外に緊急でない患者の病状説明等を行わないこと、当直明けの勤務負担の緩和(連続勤務時間を考慮した運動時刻の設定)、勤務時間インターバルの設定、複数主治医制の導入等について積極的な検討・導入を図る。

医師を雇用する医療機関における取組項目

※1ももしいは原則の労働時間より短縮される等、取組項目は各医療機関により異なるものがある。

※2各医療機関により就業上限となるものがある。

厚生労働省「第16回 医師の働き方改革に関する検討会」(平成31年1月11日)資料4から抜粋

まとめ(6)-1

- 人口推計や医療・介護需要予測等に基づき、将来の医療のあるべき姿に向けて医療提供体制を再構築するため、昨年7月に医療法・医師法の一部を改正する法律が公布された。
 - 今後数年間で、医療提供体制・医療従事者を取り巻く環境は劇的に変化することが見込まれる。
 - 特に、働き方改革による新たな時間外労働上限設定が、医師を除く医療従事者には本年4月から、医師には2024年4月から導入される。
-
- 駿東・三島田方地域において、今後も効率的で質の高い医療が提供できるようにするためにどうすればよいか。

- 各医療機関が、地域の人口推計や医療・介護需要に基づき将来の方向性を明確にすることにより、自施設の医療機能を再確認し、必要に応じて見直す。(医療・介護需要に応じた規模・機能が求められる。)
- 各医療機関が取り組む中で、医療従事者の働き方改革を含む勤務環境改善を図っていく必要がある。
- 見直しの結果、地域での役割分担や連携に変更が生じる場合は、地域医療構想調整会議で報告・協議する。(地域全体の需要に対応できる体制整備が求められる。)

静岡県における救急医療体制

区分	初期救急医療施設	第2次救急医療施設	第3次救急医療施設
対象者	入院を必要としない軽症患者(帰宅可能) ① 在宅当番医制 ・22地区 ・診療所等が自施設で休日・夜間の急病患者に当番制で対応 ② 15か所 ・休日・夜間の急病患者をセンターに集約し、診療所等の医師が当番制で出向いて対応	入院を必要とする重症患者 ・初期救急医療施設の後方病院 ・2次救急医療圏(12地域)ごとに輪番制等で対応	脳卒中、心筋梗塞、頭部損傷などの重篤患者
体制	救急告示病院・救急告示診療所 ・救急病院等を定める告示に基づき認定(72病院、5診療所)		
課題等	・市町が運営主体・郡市医師会への委託等により実施) ・診療所医師の高齢化等に伴う医師不足	・市町を中心に運営し、国・県が運営費助成率により支援 ・軽症患者、不要不急な患者による「コンビニ受診」による病院勤務医の疲弊や病院勤務医の高齢化等に伴う医師不足 ・地域住民への「適正受診」の啓発 ・地域住民による自主的な活動	・静岡県が運営し、国・県が支援 ・第2次救急医療施設の疲弊に伴う負担増

本日の内容

- 駿東・三島田方地域の背景
- 駿東・三島田方地域の医療・介護需要予測
- 駿東・三島田方地域の医療提供体制(施設)
- 駿東・三島田方地域の医療提供体制(医師数)
- 駿東・三島田方地域の医療提供体制(医療機能)
- 地域医療構想と医療提供体制のパラダイムシフト
- 受療者側の取り組み
- 今、駿東・三島田方地域に求められていること

**「いのちをまもり、医療をまもる」
国民プロジェクト宣言!**

私たち「上手な医師のかわり方を求めるための懇談会」構成員は、病院・診療所にかかわるすべての国民と、国民の健康を守るために日夜力を尽くす医師・医療従事者のために、「いのちをまもり、医療をまもる」ための5つの方向」の実施を提案し、これは国民すべてが関わるべきプロジェクトであること、ここに宣言します。

16

特に、「医療の危機と現場対策は深刻」、「いのちをまもること」、「医療をまもること」は日本にとって喫緊の課題です。これは、国、自治体、医療提供者、民間企業、市民社会などをはじめ、医師の意思を基に「すべての人」が考え、参加し、行動すべき、国民プロジェクトに必要と考えられています。

国民プロジェクトに必要と考えられています。

「いのちをまもり、医療をまもる」国民プロジェクト5つの方向

- 1 患者・家族の不安を解消する取組を優先して実施すること
- 2 医療の現場が抱える現状も国民に広く共有すること
- 3 緊密な国民意識やプロジェクトを自ら・期に・期に・期に実施すること
- 4 国でできる医療現場を改善するもめるめて実施すること
- 5 ナーミ医療を徹底し、患者・家族の相談体制を確立すること

私たち「上手な医師のかわり方を求めるための懇談会」構成員は、すべての方向を国が速やかに具体的に推進するよう、この5つの方向も継続的にコミットし、進捗をチェックし続けます。本年夏以降も継続的にコミットし、進捗をチェックし続けます。



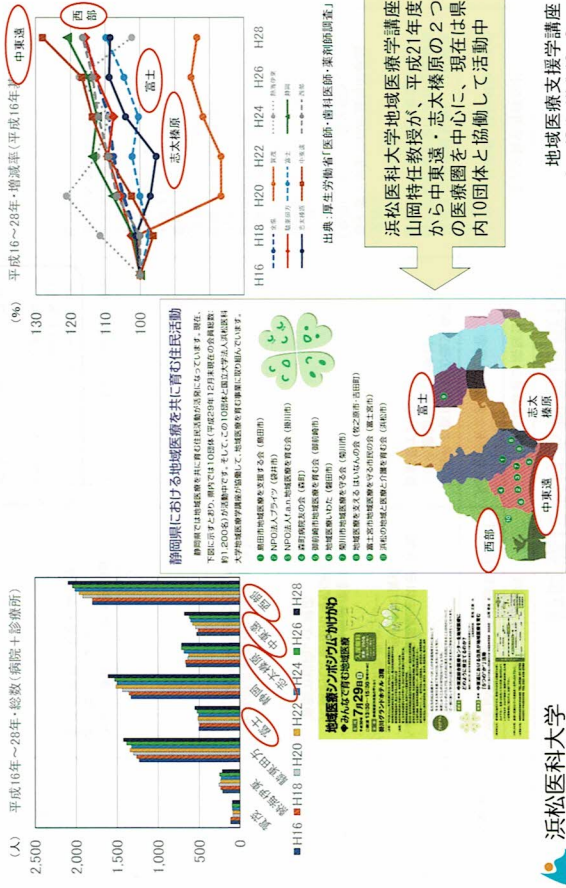
地域医療シンポジウム「かけぬ
◆みんなが育てる地域医療
7月29日(日)
13:30~15:30
掛川クラウンホテル 3階



静岡の日も、もっと
静岡のことも救済
電話相談 時間不定
#8000 054-247-9910
平日 午後6時~翌朝8時
土日 午後1時~翌朝8時
日曜・初日 午前8時~翌朝8時

左: 上・左下: 厚生労働省「第16回 医師の働き方改革に関する検討会」(平成31年1月1日) 参考資料1(抜粋)に表記
右: 地域医療シンポジウム「かけぬ」(浜松医科大学地域医療学講座) 右下: 静岡県こども救急電話相談 #8000 (静岡県)

静岡県における医療施設従事医師数の推移(総数/二次保健医療圏別)と「地域医療を共に育む住民活動」に取り組む団体の分布



本日の内容

- 駿東・三島田方地域の背景
- 駿東・三島田方地域の医療・介護需要予測
- 駿東・三島田方地域の医療提供体制(施設)
- 駿東・三島田方地域の医療提供体制(医師数)
- 駿東・三島田方地域の医療提供体制(医療機能)
- 地域医療構想と医療提供体制のパラダイムシフト
- 受療者側の取り組み
- 今、駿東・三島田方地域に求められていること

地域でより良い医療を提供する/受けるためには何が必要か
できるようにするために

- 医療機関・関係団体等による取組
 - ・ 医療機関内における取組
 - ・ 二次医療圏内における取組
 - ・ 三次医療圏内(県全体)における取組
- 住民による取組
- 自発的な啓発活動、行動変容
- 大学による取組・支援
 - ・ 医師の卒前・卒後教育
 - ・ 地域枠のキャリア形成プログラムへの関与
- 県・市町による取組・支援・調整(圏域・広域)

背景

- 静岡県は人口約369万人*1を有するが県内の医学部は1校(定員120人*2)で、人口当たり医学部定員数は、ほぼ同規模の人口となる、北陸3県(富山・石川・福井)に山梨県を加えた4県(人口約382万人*1)に位置する医学部5校分(定員577人*2)の約1/5である。
- 静岡県は人口当たり医師数が全都道府県で多い方から40位前後と少なく、また、地域や診療科による医師の偏在が長年の課題である。
- さらに、今年度からは新たな専門医制度が開始され、医師不足の状況がさらに逼迫している。
- このような中で、超高齢社会の進行と人口減少社会の到来を踏まえ、次世代育成の視点から、小児医療対策の充実が望まれる。
- その基礎資料として、県内の医療施設で従事する小児科医師数の推移を把握し、課題等を抽出しておくことが重要である。

*1 総務省「人口推計(平成28年10月1日現在)」の総人口

*2 文部科学省「大学別医学部入学定員一覧」

静岡県内の医療施設で従事する小児科医師数の推移

浜松医科大学 地域医療支援学講座

竹内 浩視

「健康日本21(第二次)」における指標(小児科医師数)

3. 社会生活を営むために必要な機能の維持・向上に関する目標

(1) ことこの健康

④ 小児人口10万人当たりの小児科医師・児童精神科医師の割合の増加

目標値: 「増加傾向へ」(平成26年)

計画策定時のベースライン値/直近の実績値

・小児科医 94.4/107.3

平成22年/28年 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」概況

・児童精神科医

平成21年/28年 日本児童青年精神医学会調べ

静岡県

・小児科医 92.5/85.8 (同)

平成22年は全国よりやや少ない
平成28年は平成22年より減少?

出典: 厚生労働省 第41回厚生科学審議会地域保健健康増進委員会(平成30年9月20日開催)資料
「健康日本21(第二次) 中間評価報告書(案)」

静岡県内の医療施設で主として小児科に従事する医師数 (15歳未満人口10万対・平成28年/二次保健医療圏別)

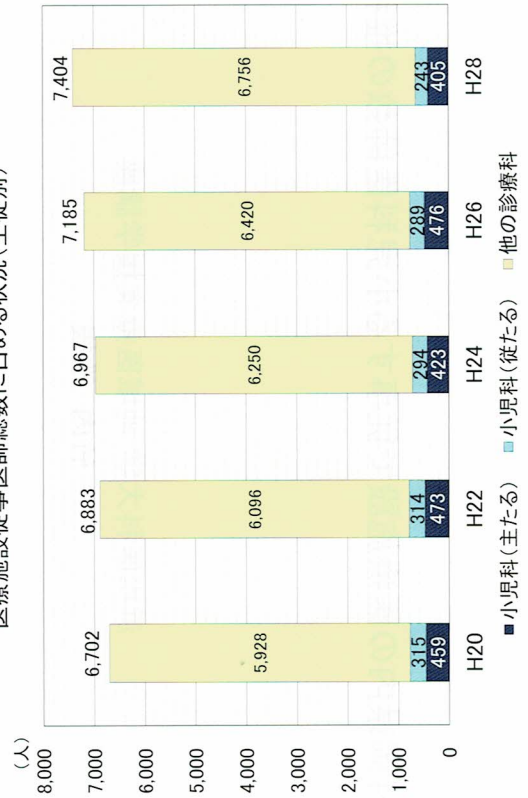


出典: 厚生労働省「平成28年 医師・歯科医師・薬剤師調査」
静岡県「静岡県年齢別人口推計」

目的

厚生労働省が隔年で実施する「医師・歯科
医師・薬剤師調査」の結果を用いて、県内の
医療施設で従事する小児科医師数の推移
を把握し、課題等を抽出する。

静岡県内で小児科に従事する医師数の推移 (1)
医療施設従事医師総数に占める状況(主従別)



方法

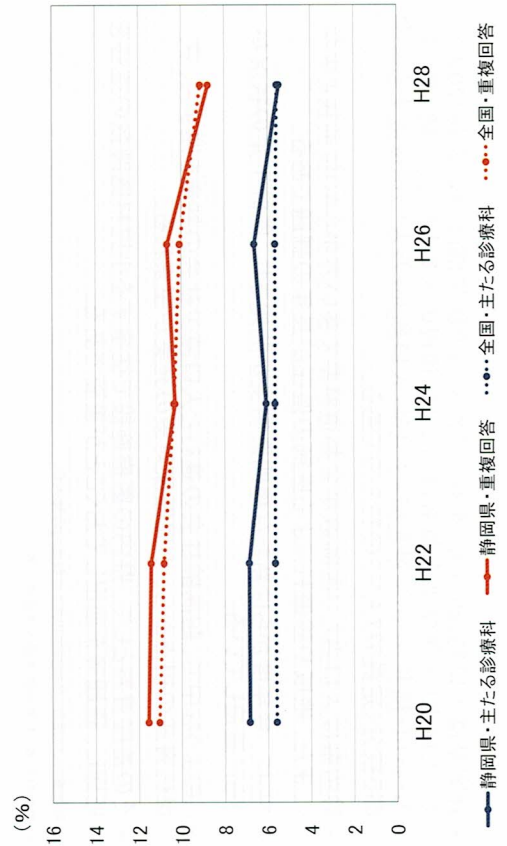
➤ 使用資料

- 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」結果
平成20年(2008年)から平成28年(2016年)の隔年12月31日現在

➤ 検討方法

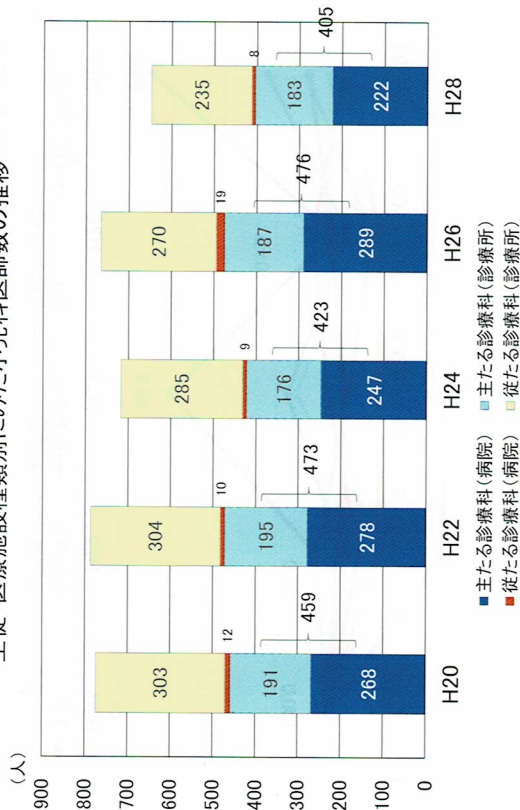
- 本県の医療施設従事医師数(以下、医師数)のうち、診療科として小児科を選択した医師(主たる診療科*、重複回答**)について、その推移を検討した。
- 併せて、把握可能な範囲で、専門医資格取得状況についても検討した。
- * 複数の診療科に従事している場合の主として従事する診療科と、1診療科のみに従事している場合の診療科
- ** 本調査では診療科を複数選択(重複回答)できるため、今回の検討では、「重複回答」と「主たる診療科」との差を「従たる診療科」として検討した。

静岡県内で小児科に従事する医師数の推移 (2)
医療施設従事医師総数に占める小児科医師数の割合(主たる・重複回答)



静岡県内で小児科に従事する医師数の推移 (3)

主従・医療施設種類別にみた小児科医師数の推移

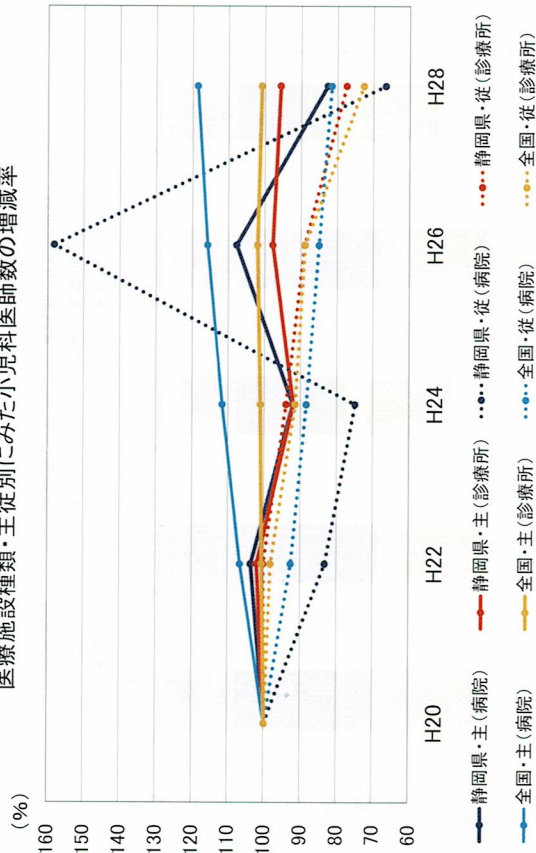


出典:厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」
地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support



静岡県内で小児科に従事する医師数の推移 (5)

医療施設種類・主従別にみた小児科医師数の増減率



出典:厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」
地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support



静岡県内で小児科に従事する医師数の推移 (4)

医療施設従事医師総数と小児科医師数(主たる・重複回答)の増減率

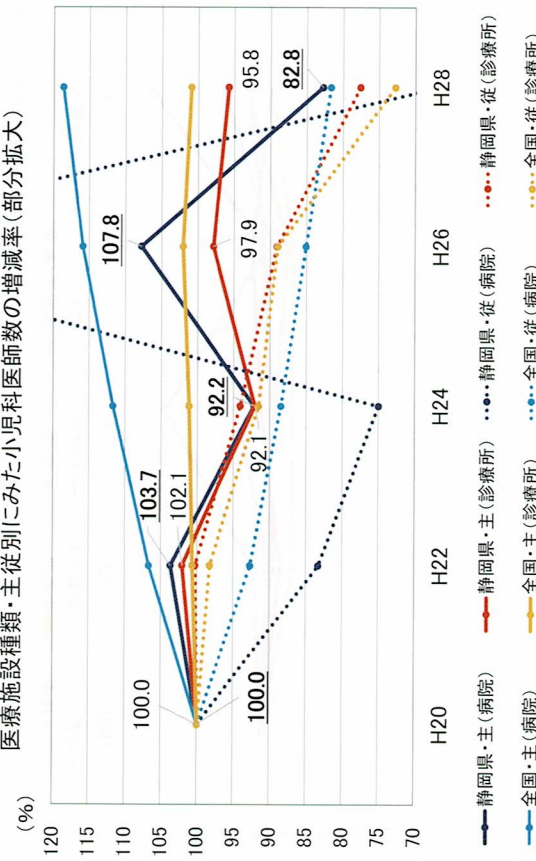


出典:厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」
地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support

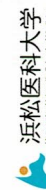


静岡県内で小児科に従事する医師数の推移 (5)-2

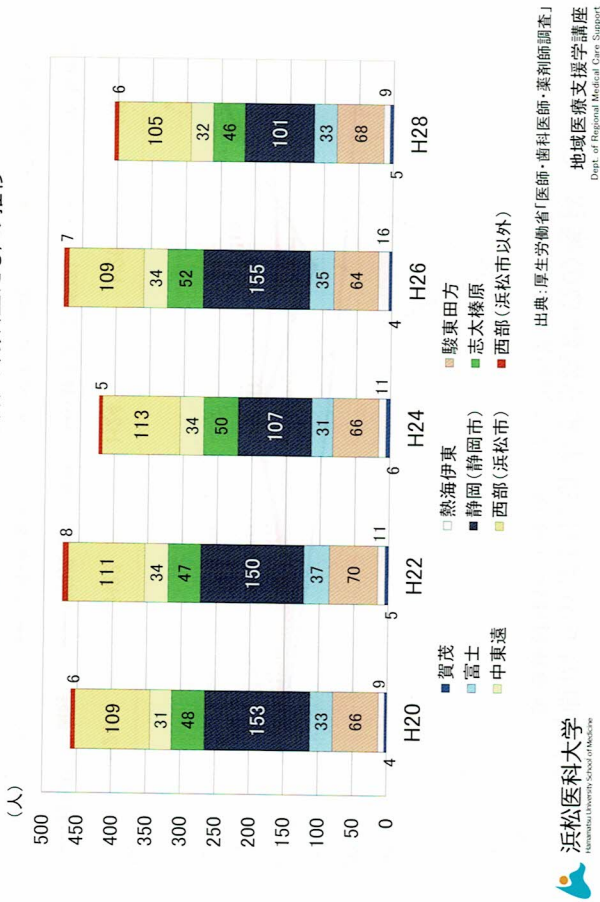
医療施設種類・主従別にみた小児科医師数の増減率(部分拡大)



出典:厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」
地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support



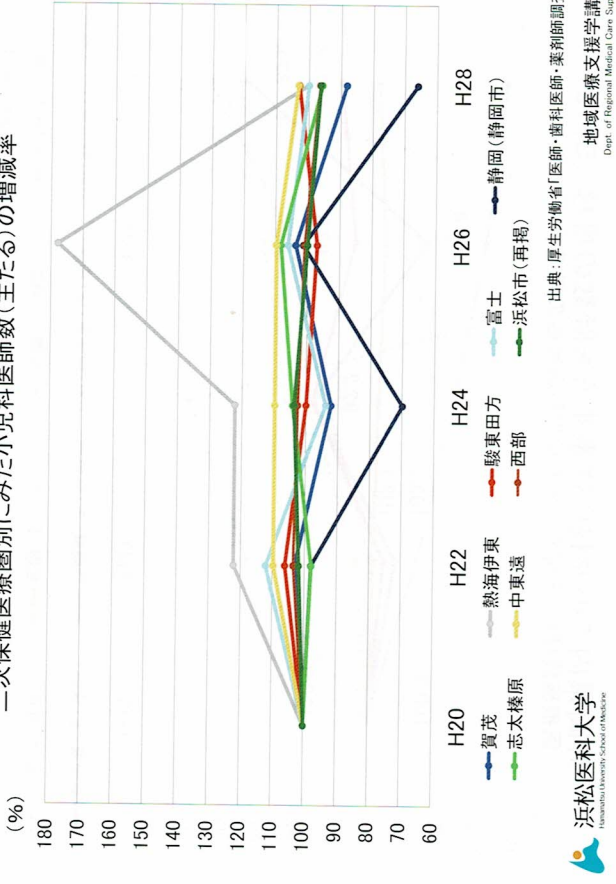
静岡県内で小児科に従事する医師数の推移 (6)
二次保健医療圏別にみた小児科医師数(主たる)の推移



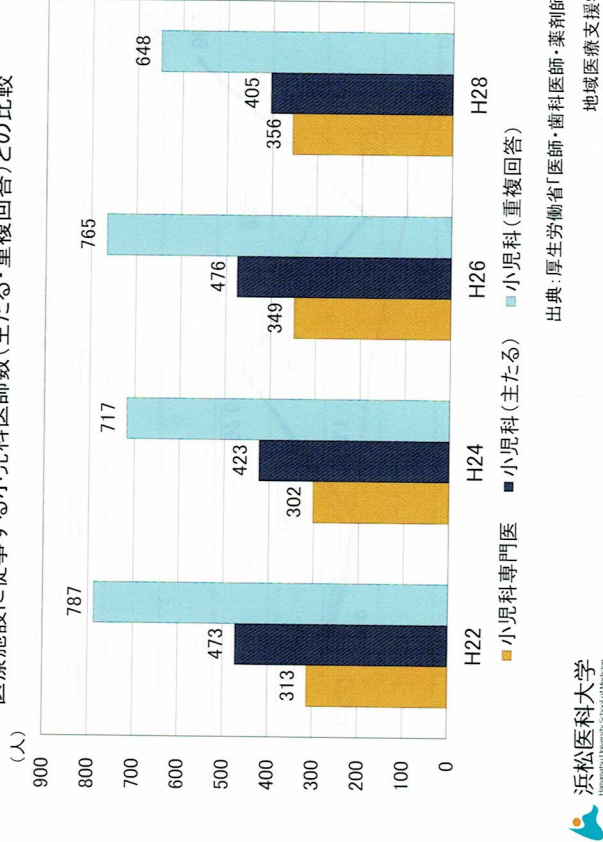
静岡県内で小児科に従事する医師数の推移 (7)-2
二次保健医療圏別にみた小児科医師数(主たる)の増減率(部分拡大)



静岡県内で小児科に従事する医師数の推移 (7)
二次保健医療圏別にみた小児科医師数(主たる)の増減率

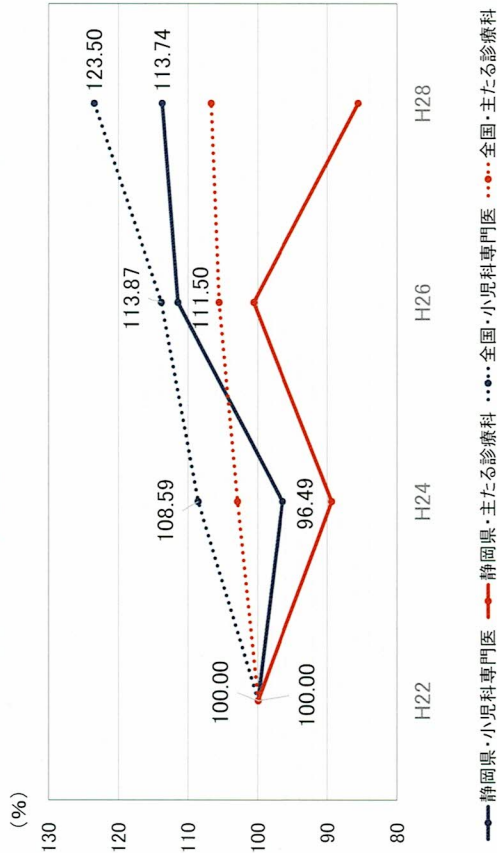


静岡県内の小児科専門医資格取得医師数の推移 (8)
医療施設に従事する小児科医師数(主たる・重複回答)との比較



静岡県内の小児科専門医資格取得医師数の推移 (9)

小児科専門医資格取得医師数と小児科医師数(主たる)の増減率



出典: 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

考察

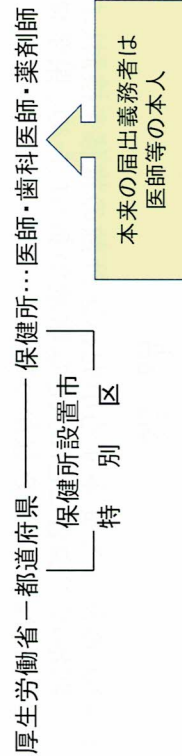
- 本県における小児科医師数は、平成20年から平成28年までの間、一部地域の病院で従事する医師数が大きく増減していたため、経年的な推移について十分な評価ができなかった。
- 上記に関わらず、医師総数に占める小児科医師数の割合は減少する傾向にあった。
- また、複数の診療科に従事する医師で、小児科が主たる診療科でない医師の数が減少する傾向にあった。
 - 小児を診療する医師が減少し、初期救急医療や各種健診、予防接種等における小児科医の負担増が懸念される。
- 小児科専門医資格取得医師数は僅かながら増加傾向にあり、上記の現象は専門医資格を有しない医師の変動による可能性が考えられたが、詳細な原因は特定できなかった。
- このほか、調査時点で産前・産後、育児等による休業取得中もしくは一時的に離職中の医師の届出漏れの可能性がある。

「医師・歯科医師・薬剤師調査」の方法と系統

(1) 調査の方法

届出義務者である医師、歯科医師、薬剤師から提出された届出票を、保健所で取りまとめ厚生労働大臣に提出する。

(2) 調査の系統



「医師法」と「医師・歯科医師・薬剤師調査」との関係

医師法(昭和二十三年法律第二百一十号) 抜粋

第二章 免許(第二条～第八条)

第六条 免許は、医師国家試験に合格した者の申請により、医籍に登録することによって行う。

2 厚生労働大臣は、免許を与えたときは、医師免許証を交付する。

3 **医師は、厚生労働省令で定める二年ごとの年の十二月三十一日現在における氏名、住所(医業に従事する者については、更にその場所)その他厚生労働省令で定める事項を、当該年の翌年一月十五日までに、その住所地の都道府県知事を経由して厚生労働大臣に届け出なければならない。**

第六章 罰則(第三十一条～第三十三条の三)

第三十三条の二 次の各号のいずれかに該当する者は、**五十万円以下の罰金**に処する。

- 一 第六条第三項(中略)の規定に違反した者
- 二、三 (略)

結 語

- ▶ 県内の医療施設で従事する小児科医師数の推移を検討したが、一部地域で調査ごとに大きな増減があったため、県全体として十分な評価ができなかった。
- ▶ 本県における小児医療の実態が正しく理解され、施策の充実を図るためにも、「医師・歯科医師・薬剤師調査」では、常勤（休業中を含む）・非常勤に関わらず、また、一時的に離職している場合を含め、正確かつ漏れのない届出が求められる。

次回調査は「本年12月31日現在」です！
自分の届出内容を確認してみましょう！

- ・有職の場合は、診療に従事する病院・診療所のうち主たる就業先に届出票を提出する。**（産前・産後・育児・介護による休業中や非常勤の場合は就業先に照会する）**
- ・無職の場合は、住所地を所管する保健所に届出票を提出する。**（離職中でも届出票は厚生労働省HPからダウンロード可能）**



COI 開示

静岡県における医療施設従事医師数の変化と課題

演題発表に関連し、開示すべきCOI 関係にある
企業などはありません。

浜松医科大学 地域医療支援学講座

竹内 浩視



地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support

背景・目的

- ▶ 静岡県の人口10万人当たり医療施設従事医師数(以下、医師数)は全国で多い方から40位前後を推移している*1。また、二次保健医療圏間で差がある*1ことから、本県では、医師不足と地域・診療科の偏在が長年の課題となっている。
- ▶ さらに、今年度から開始された新たな専門医制度により医師免許取得後3年目の医師が昨年度を大きく下回る*2など、これまで以上に厳しい状況にある。
- ▶ 一方で、今年度は、2016年3月に策定された「静岡県地域医療構想」を含む「第8次静岡県保健医療計画」が開始され、来年度は、「医師確保計画」が策定される予定である。
- ▶ 今回、医師臨床研修が必修化された2004年以降の県内における医師数の変化を検討し、その課題を抽出することを目的とした。

*1 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

*2 一般社団法人日本専門医機構プレスリリース「初期研修プログラム(またはは住所)からみた採用状況」



地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support



浜松医科大学
Hamamatsu University School of Medicine

地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support

方法

- ▶ 使用資料
 - ・ 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」(2004年～2016年; 隔年実施)
 - ▶ 検討方法
 - ・ 本県の医師数について、① 総数、② 性別、③ 年齢階級別、④ 病院・診療所別、⑤ 二次保健医療圏別、⑥ 主たる診療科別、の各項目について検討した。
- 注1)なお、主たる診療科別の検討については、2008年4月1日から、医療法において広告が認められている診療科名が柔軟な方式に改められたことから、2008年から2016年の8年間の変化を検討した。
- 注2)医師の就業形態(常勤・非常勤)については、2016年の調査で初めて調査項目になったため、非常勤医師の構成割合が大きい場合、医師数の増減の評価に留意する必要がある。

結果 (1)

- ① 総数・性別 (表1・図1/抄録図1)
 - 2004年から2016年までの12年間で、本県の医師数(医療施設従事医師数)は15.8%増加したが、その増加率は全国(18.7%)を下回った。
- ② 性別 (図1)
 - 本県の女性医師数は調査ごとに増加したが、2004年を基準とした増加率では、直近の2回の調査では全国を下回った。
 - また、総数に占める女性医師の割合は常に全国を下回り、12年間でその差は拡大した。

表1 静岡県と全国の医師数の変化(平成16年/平成28年)

	平成16年	平成28年	増減(人)	増減(%)	
静岡県	医師数	6,639	7,662	+15.4	
	医療施設従事医師数(再掲)	6,395	7,404	+15.8	
全国	医師数	270,371	256,668	-49,109	-18.2
	医療施設従事医師数(再掲)	319,480	304,759	-48,091	-18.7

出典:厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」
地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support



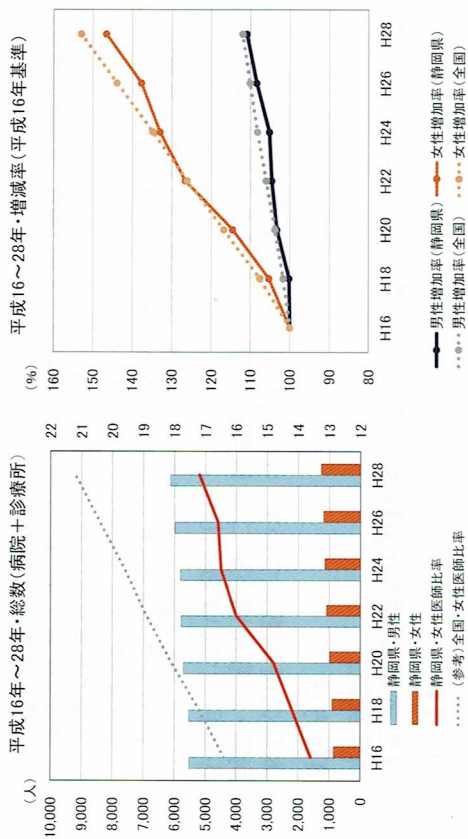
結果 (2)

- ③ 年齢階級別 (図2/抄録図2)
 - 総数
 - ・年齢階級別構成割合と平均年齢は、本県と全国で大きな差はなかった。
 - 性別
 - ・男女とも、29歳以下と70～74歳の医師数はほぼ横ばいで、75歳以上では減少した。
 - ・男性では、30～49歳で減少(特に30代後半～40代前半で大きく減少)し、50～69歳で増加(特に50代後半から60代後半で大きく増加)した。
 - ・女性では、30～64歳で増加(特に30代後半以降で大きく増加)し、65～69歳はほぼ横ばいであった。



地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support

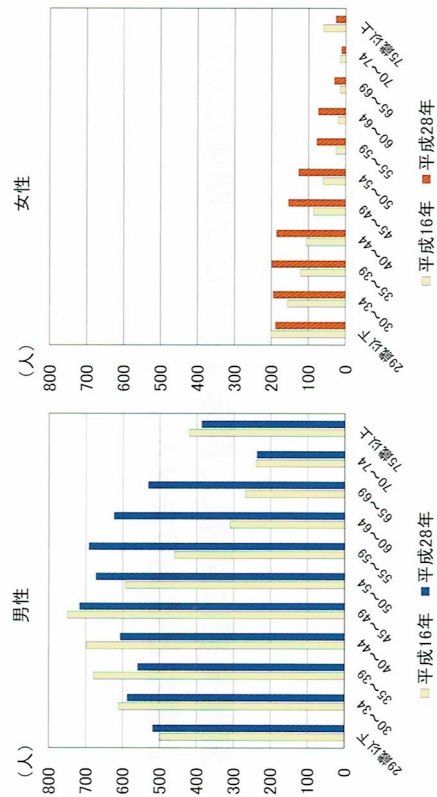
図1 医療施設従事医師数の推移(総数:静岡県、全国/平成16～28年)



出典:厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」
地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support



図2 静岡県における性・年齢階級別医療施設従事医師数の変化(平成16・28年)



出典:厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」
地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support

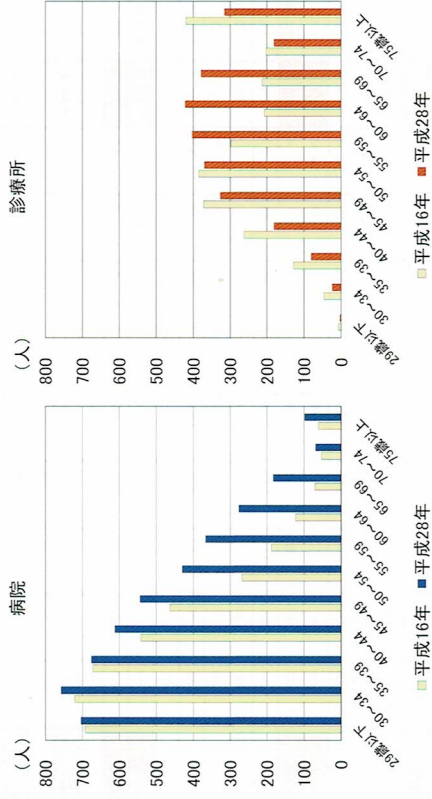


結果 (3)

④ 施設種類別 (図3)

- ・年齢階級別構成割合と平均年齢
病院・診療所とも、全国とほぼ同様であった。
- ・医師数
病院：39歳までほぼ横ばいで、40～69歳で増加（特に50代と60代で大きく増加）した。
診療所：49歳までは減少し、50代後半で増加に転じ、60代で大きく増加した。
- ・年齢階級別構成割合
病院では40歳～69歳、診療所では55歳～69歳の構成割合が増加した。
特に、全国に比べ、本県では病院での29歳以下の構成割合が大きく減少した。

図3 静岡県における施設種類・年齢階級別医療施設従事医師数の変化 (平成16・28年)



結果 (4)

⑤ 二次保健医療圏別 (図4～図6)

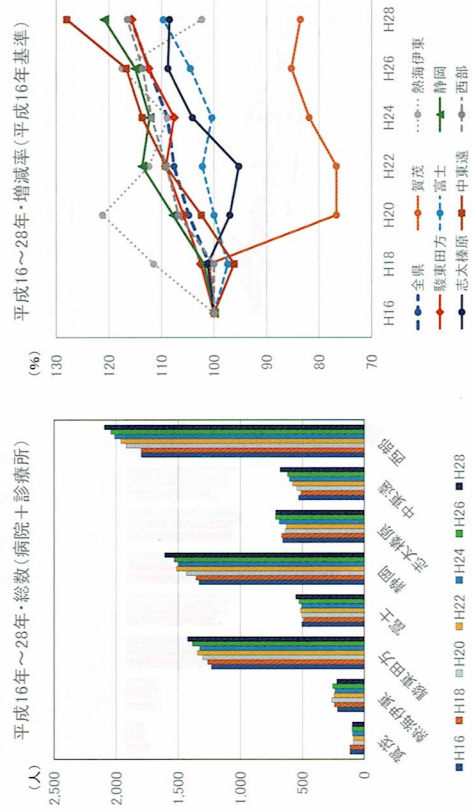
➤ 総数 (図4)

- ・賀茂保健医療圏は、2008年に大きく減少し、その後若干増加したが2004年当時の水準まで回復していない。
- ・熱海伊東保健医療圏は、調査年ごとの変動が大きかった。
- ・その他の二次保健医療圏は、全体として増加傾向にあった。このうち、富士保健医療圏や志太榛原保健医療圏は、ほぼ横ばいであったが、2010～2012年以降、増加傾向に転じた。また、中東遠保健医療圏は、2006年以降、大きく増加した。

➤ 施設種類別 (図5・6)

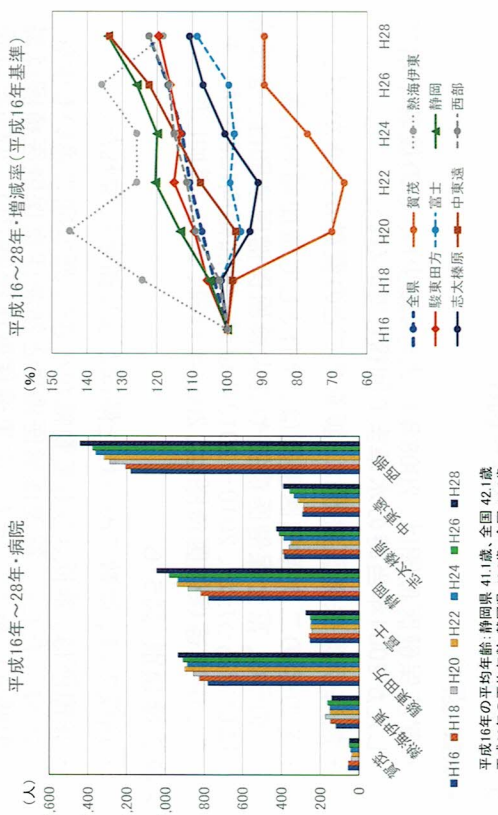
- ・病院では、総数でみられた傾向がより顕著に現れた。
- ・診療所は、病院よりも変動幅が小さく、圏域間の違いも少なかった。ただし、賀茂保健医療圏と熱海伊東保健医療圏は減少傾向にあった。また、中東遠保健医療圏では、2006年以降に大きく増加した。

図4 静岡県における二次保健医療圏別医療施設従事医師数の推移 (総数/平成16～28年)



平成16年の平均年齢 48.0歳、全国 47.8歳
平成28年の平均年齢 49.5歳、全国 49.3歳

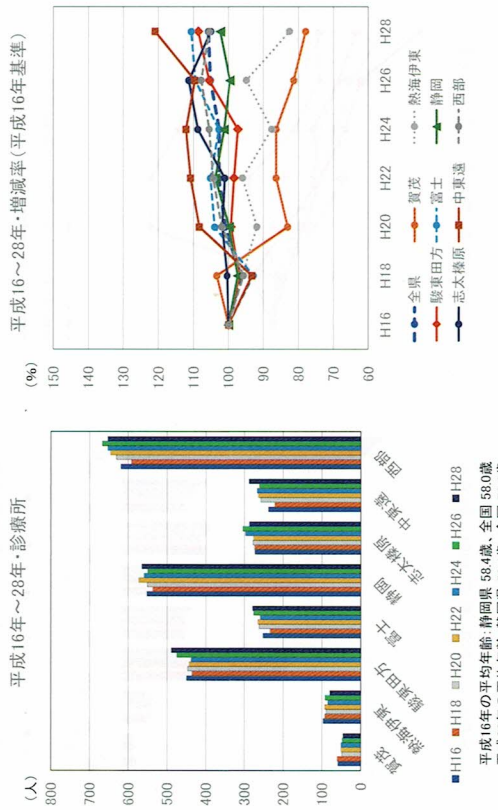
図5 静岡県における二次保健医療圏別医療施設従事医師数の推移 (病院/平成16年～28年)



平成16年の平均年齢：静岡県 41.1歳、全国 42.1歳
平成26年の平均年齢：静岡県 43.6歳、全国 44.2歳

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」
地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support

図6 静岡県における二次保健医療圏別医療施設従事医師数の推移 (診療所/平成16年～28年)



平成16年の平均年齢：静岡県 58.4歳、全国 58.0歳
平成26年の平均年齢：静岡県 59.4歳、全国 59.2歳

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」
地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support

結果 (5)-1

⑥ 主たる診療科別 (表2・3/抄録表)

- 総数 (表2/抄録表)
 - ・2004年～2016年の間に全体で約1割増加し、病院で増加率が高かった。
- 臨床研修医 (表2/抄録表)
 - ・同期間(8年間)の増加率は総数の約3倍であり、大きく増加した。
- 新たな専門医制度における基本領域(18領域)別
 - ・総数・施設種別 (表2/抄録表)
 - 総数：全ての基本領域で増加した。ただし、診療科ごとの規模も違いもあり、増加率は診療科間で大きな差があった。
 - 増加率が特に高い診療科：救急科、形成外科、臨床検査科
 - 増加率が低い診療科：眼科、外科、耳鼻咽喉科、脳神経外科
 - 施設種別：一部の診療科の病院または診療所で減少していた。
 - 病院：眼科が大きく減少、脳神経外科はほぼ横ばい。
 - 診療所：麻酔科と外科が大きく減少、小児科*と耳鼻咽喉科が微減。

*小児科は、2008年と2014年と比較した。(詳しくは表中の注を参照)

表 静岡県における医療施設従事医師数の変化 (主たる診療科別/平成20・28年 注2)

主たる診療科 (※下記を参照)	平成20年		平成28年		増減(対20年比)		増減率(対20年比)		(%)
	総数	診療所 病院	総数	診療所 病院	総数	病院	診療所	診療所	
総数	6,702	4,137	2,565	7,404	4,717	2,687	580	122	+4.8
臨床研修医	331	331	0	444	444	0	113	0	+34.1
内科*	2,327	1,190	1,137	2,528	1,358	1,170	201	168	+14.1
小児科*	459	268	191	476*	289*	187*	21*	21*	+7.8*
産婦人科*	315	165	150	345	191	154	30	4	+15.8
外科*	734	561	173	742	605	137	8	44	+20.8
脳神経外科	197	165	32	202	166	36	5	4	+12.5
整形外科	493	305	188	542	333	209	49	28	+11.2
リハビリテーション科	60	59	1	73	69	4	13	10	+30.0
泌尿器科	188	115	73	200	121	79	12	6	+8.2
皮膚科	165	149	16	204	194	10	39	45	+30.2
精神科	291	221	70	342	252	90	51	31	+17.5
眼科	308	88	220	311	75	236	3	▲13	+7.3
耳鼻咽喉科	230	94	136	233	99	134	3	5	+1.5
皮膚科	179	84	95	207	87	120	28	3	+26.3
形成外科	51	44	7	71	55	16	20	11	+99.2
放射線科	100	97	3	123	118	5	23	21	+23.0
救急科	30	30	0	64	64	0	34	0	+113.3
病理診断科	43	43	0	52	51	1	9	8	+20.9
臨床検査科	10	10	0	13	12	1	3	2	+30.0

注1：上記の診療科は、医療従事者が1人以上の診療科として分類されている。診療科ごとの医師数は、診療科ごとの医師数を示している。
注2：*は、平成20年と平成28年の間に診療科が廃止された。*は、平成20年と平成28年の間に診療科が廃止された。*は、平成20年と平成28年の間に診療科が廃止された。
注3：上記の診療科は、診療科ごとの医師数を示している。診療科ごとの医師数は、診療科ごとの医師数を示している。診療科ごとの医師数は、診療科ごとの医師数を示している。診療科ごとの医師数は、診療科ごとの医師数を示している。

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」
地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support

結果 (5) - 2

⑥ 主たる診療科別 (続き)

➤ 新たな専門医制度における基本領域(18領域)別

・ 二次保健医療圏別(表3)

臨床研修医: 臨床研修施設(基幹・連携)がある7圏域でいずれも増加

救急科: 救命救急センターがあるすべての保健医療圏で増加

【賀茂保健医療圏】

救急科や放射線科、病理診断科など、複数の基本領域で主たる診療科として選択する医師がいなかった。

【熱海伊東保健医療圏】

多くの診療科で減少していたが、公表資料からは就業形態(常勤・非常勤)別の評価ができなかった。

【人口規模の大きい3保健医療圏(駿東田方、静岡、西部)】

静岡医療圏: 臨床検査科を除くすべての診療科で増加

駿東田方医療圏・西部医療圏: 産婦人科、小児科、外科、脳神経外科等、救急医療を担う一部の診療科で減少



浜松医科大学
Hamamatsu University School of Medicine

地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support

考察 (1)

静岡県は、2004年度の医師臨床研修必修化に伴い、多数の医師が公立・公的病院等から県内外の大学等に異動し、医療提供体制の確保が困難となった。

そのため、本県では、様々な医師確保対策を講じてきたが、新専門医制度の導入や医師の働き方改革等、医師の育成や勤務環境を取り巻く環境は大きく変化した。医師の不足や偏在の解消に向け、これまでの医師数の変化を検討し、課題を抽出することは大変重要である。

今回の検討では、2004年から2016年までの12年間で、県内の医師数は約16%増加していた。このうち、臨床研修医が大きく増加したのに対して、臨床研修医を含む29歳以下の若手医師はほとんど横ばいであった。

このことは、臨床研修修了後に専門医資格取得を目指す後期研修医(新専門医制度下の専攻医)が大きく減少していることを示しており、中長期的にみると、将来の本県の地域医療を支える医師がこれまでに不足することが危惧される。

今後は、臨床研修医の確保とともに、臨床研修修了後も県内で専門医資格取得を目指す専攻医が確保できるよう、キャリア形成を強く意識した医師確保対策が求められる。



浜松医科大学
Hamamatsu University School of Medicine

地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support

表3 静岡県における医療施設従事医師数の変化(主たる診療科・二次保健医療圏別/平成20-28年注2)

二次保健医療圏 診療科(※注1)	対H20増減率(%)									
	静岡圏	賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡(静岡市)	志太橋原	中浜遠	西部	浜松市(再掲)
総数	+10.5	+9.0	▲15.6	+9.4	+9.7	+12.2	+11.9	+25.0	+9.2	+9.1
臨床研修医	+34.1	+8.6	▲21.2	+6.6	+11.1	+61.7	+64.7	+121.1	+8.5	+8.5
内科*	+3.7	+0.0	+77.8	▲3.0	+6.1	+1.3	+8.3	+9.7	+0.9	+0.0
小児科	+9.5	+33.3	▲11.1	+17.2	+3.7	+21.9	+4.3	+33.3	▲3.7	▲1.9
産婦人科*	+1.1	▲15.4	▲31.8	+12.1	▲13.6	+3.9	▲3.2	+4.2	▲0.5	▲0.5
外科*	+2.5	+100.0	▲9.1	▲10.9	+19.0	+24.1	+3.7	▲5.6	▲4.7	▲4.7
脳神経外科	+9.9	+33.3	▲20.0	+8.3	+16.3	+5.2	▲5.8	+22.2	+18.9	+16.8
整形外科	+21.7	-	▲41.2	+66.7	+27.3	+100.0	+300.0	+40.9	+40.9	+40.9
リハビリテーション科	+6.4	+0.0	▲15.9	+17.6	+2.9	+17.4	+26.7	+14.9	+15.6	+15.6
泌尿器科	+23.6	+100.0	▲66.7	+22.9	+44.4	+11.1	+18.5	+18.5	+18.5	+18.5
産科	+17.5	+14.3	▲42.9	+34.9	+34.6	+22.6	+30.0	+25.0	+1.1	+2.2
精神科	+1.0	▲33.3	+12.5	+22.4	▲15.0	+10.7	▲13.8	▲9.4	±0.0	+2.4
耳鼻咽喉科	+1.3	-	+20.0	+14.3	+31.3	±0.0	▲25.9	+22.2	▲6.1	▲6.3
皮膚科	+15.6	±0.0	▲36.4	+20.0	+41.7	+10.8	+25.0	▲10.5	+29.8	+23.4
形成外科	+39.2	-	+30.8	+20.0	+33.3	+22.2	-	+50.0	+50.0	+50.0
放射線科	+23.0	-	▲40.0	+17.9	+200.0	+7.1	±0.0	+36.4	+34.4	+34.4
救急科	+113.3	-	+166.7	-	+112.5	+400.0	+600.0	+600.0	+52.9	+52.9
病理診断科	+20.9	-	±0.0	+20.0	▲50.0	+33.3	+25.0	+50.0	+20.0	+20.0
臨床検査科	+30.0	-	±0.0	▲50.0	-	▲33.3	±0.0	-	+100.0	+100.0

注1) 上記診療科は、医師免許取得後主たる診療科として記載された医師数を対象とし、再掲した医師数は、再掲した医師数の合計を示す。

注2) 内訳: 臨床研修医、救急科、放射線科、病理診断科、産婦人科、小児科、外科、脳神経外科、整形外科、泌尿器科、産科、精神科、耳鼻咽喉科、皮膚科、形成外科、放射線科、救急科、病理診断科、臨床検査科。

注3) 静岡圏は、静岡市を主たる診療科とする医師数を対象とし、静岡市以外の医師数は、静岡市以外の医師数の合計を示す。



浜松医科大学
Hamamatsu University School of Medicine

地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support

出典: 厚生労働省「医師・歯科医師・看護師調査」

考察 (2)

また、本県は以前から女性医師の構成割合が低く、最近の増加率は全国平均を下回っていることが明らかとなった。その一因としては、病院の100床当たりの常勤医師数が少ないため、特に時間外勤務が多い救急医療を担う病院では、医師1人当たりの負担が大きくなることが考えられる。(参考図参照)

医師免許取得後10年~20年目となる30代後半~40代後半の年代は、専門医資格取得前後で、地域医療を支える中核的な病院の柱として期待されている。今回の検討では、30代以降の女性医師は大きく増加していたが、出産や育児に追われる年代であり、一方で、同年代の男性医師が大きく減少していた。

また、50代~60代の医師が大きく増加しており、これらの年代をカバーしていることが推測されたが、休日・夜間の救急医療等に対する体力的・精神的な負担は少なくなく、地域医療の確保に大きな影響を及ぼしているものと考えられる。

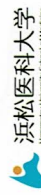
今後は、すべての医師がライフステージに応じて、継続して診療に従事し、出産・育児・介護等により離職した場合であっても不安なく職場に復帰できるよう、各医療施設が勤務環境の改善に向けた取組を推進することが望まれる。

さらに、二次保健医療圏や診療科ごとの偏在については、地域ごとに医療提供体制や将来の医療需要が異なるため、地域医療構想調整会議等で病院・診療所の機能分担と連携を明確にした上で、適正な医師の育成・配置等を検討し、関係者の協働によってそれらの解消に向けた取組を進めていく必要がある。



浜松医科大学
Hamamatsu University School of Medicine

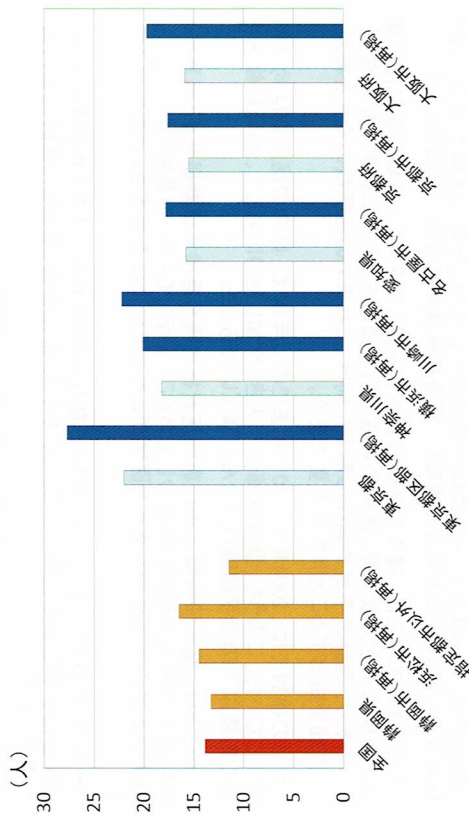
地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support



浜松医科大学
Hamamatsu University School of Medicine

地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support

参考：病院の100床当たり常勤換算医師数
(平成28年10月1日現在)



出典：厚生労働省「平成28年 医療施設(動態)調査・病院報告」
地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support



ご清聴ありがとうございました

連絡先：浜松医科大学 地域医療支援学講座
竹内 浩視
e-mail : hrmt2018@hama-med.ac.jp



地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support