

(3) 静岡県における医療・介護需要予測と今後の医師確保・偏在対策の方向性

(1) では、医師養成課程、特に臨床研修医や新専門医制度開始前後における後期研修医・専攻医の動向を示し、(2) では、本県における医師数全体の概要と地域における医療提供体制、特に入院医療に対応する病床・病院医師数の状況について述べた。

本項では、これらを踏まえ、本県における将来推計人口等に基づく医療・介護需要予測と、今後の医師確保・偏在対策の方向性について述べる。

ア 将来推計人口と医療・介護需要予測

本県は、全国と同様、既に人口の減少局面を迎えており、今後も高齢化が進行する中で、65歳以下の現役世代を中心に、人口の急速な減少が見込まれている。

そのうち、東部地域はその傾向がより強く、中でも最も人口が多い駿東田方医療圏の中心的な市町（長泉町を除く）において、全県を上回る人口減少率が見込まれている。(図 1(3)-1~7)

また、65歳以上の高齢者の推移についてみると、令和2年(2020年)以降、東部地域はほぼ横ばいで、団塊ジュニア世代が65歳以上となる令和22年(2040年)頃に微増するが、その後は急速な減少に転じている。また、中部地域も、令和22年(2040年)に向け緩やかな微増傾向を示すが、その後は同様に減少に転じている。

一方、西部地域では、65歳以上の高齢者が令和22年(2040年)まで急速に増加し、その後も横ばい状態にとどまり、他の地域と大きく異なる。

さらに、二次医療圏別にみると、人口減少率には大きな地域差があることがわかる。(図 1(3)-8~10)

これらの人口予測等を踏まえ、国の検討会では、二次医療圏ごとの入院患者推計のピークが示されている^{*17}。(図 1(3)-11)

それによれば、東部地域では、入院患者推計のピークは既に過ぎているか、少なくとも10年後(令和12年(2030年))にはピークを迎えるとされている。

一方、中部地域では10年後(同上)に、人口減少率が最も低い西部地域では、15~20年後(令和17年(2035年)~令和22年(2040年))にピークを迎えるとされている。

また、公益社団法人日本医師会による医療・介護需要予測によれば、静岡県全体の医療需要は、令和22年(2040年)まではほぼ横ばいであるが、高齢化の進展に伴い、医療ニーズの中心は救命や根治を目指す医療から、機能の維持や回復を支える医療、あるいは、看取りの医療に移行することが見込まれ、人口減少も加わり、高度急性期や急性期の占める割合は縮小していくことが考えられる。

一方、介護需要は、高齢化の進展と高齢者人口の増加を受け、令和12年(2030年)頃まで急増し、その後も横ばいで推移することが見込まれている。(図 1(3)-12)

二次医療圏別にみると、圏域内の高齢化率が4割を超えた賀茂医療圏と熱海伊東医療圏は、既に医療需要全体が減少局面に入り、介護需要も5年後（令和7年（2025年））をピークとして減少に転じることが見込まれている。（図1(3)-13）

他の医療圏では、医療需要は、中東遠医療圏で微増から横ばい傾向、西部医療圏で緩やかな増加から横ばい傾向を示す以外、すべての医療圏でほぼ横ばいから微減傾向となっている。（図1(3)-13・14）

一方、介護需要は、賀茂・熱海伊東医療圏を除き、圏域により多少の違いはあるが、今後も急速に増加し、令和7年（2025年）から令和17年（2035年）にかけてピークを迎える。その後は、圏域により傾向が異なり、ほとんどの圏域で横ばいから微減傾向となるが、令和22年（2040年）までの人口減少率が低い西部医療圏では、その後も介護需要は増加し続けることが見込まれている。（→図1(3)-8～10・13・14参照）

このように、本県における将来推計人口と医療・介護需要予測は地域・圏域により大きく異なり、それに見合った医療・介護連携を含む医療提供体制の構築が求められる。

※17 厚生労働省 第25回地域医療構想に関するワーキンググループ（令和2年（2020年）3月19日開催）資料1：今後の地域医療構想に係る議論の活性化に資する実態分析等について。

<https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/000609881.pdf>

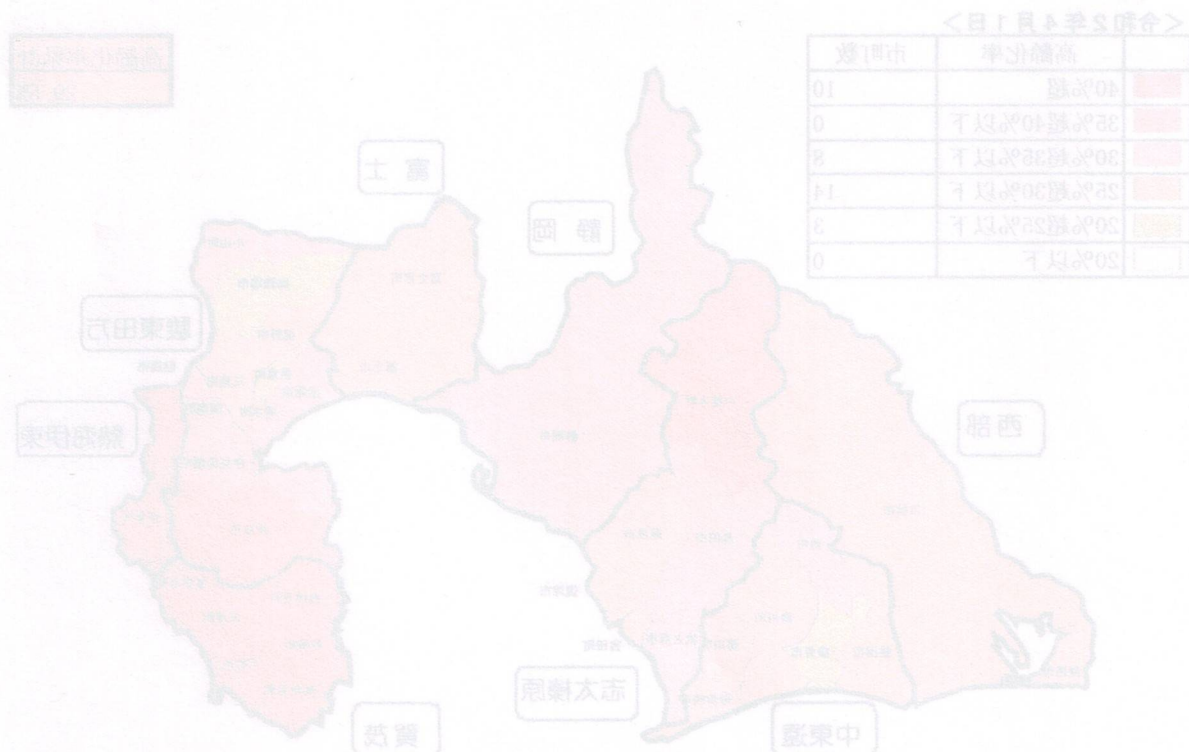
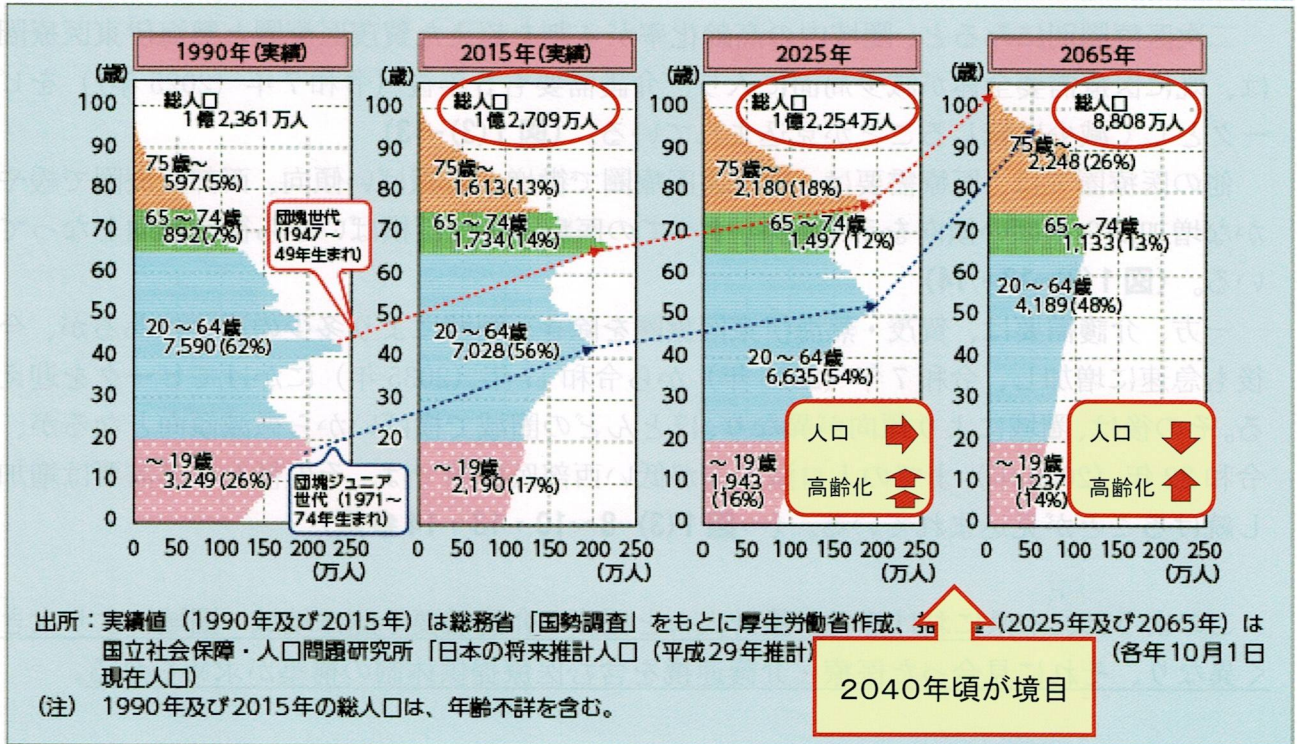


図1(3)-1 人口ピラミッドの変化

図表 1-1-1 人口ピラミッドの変化 (1990、2015、2025、2065) -平成29年中位推計-



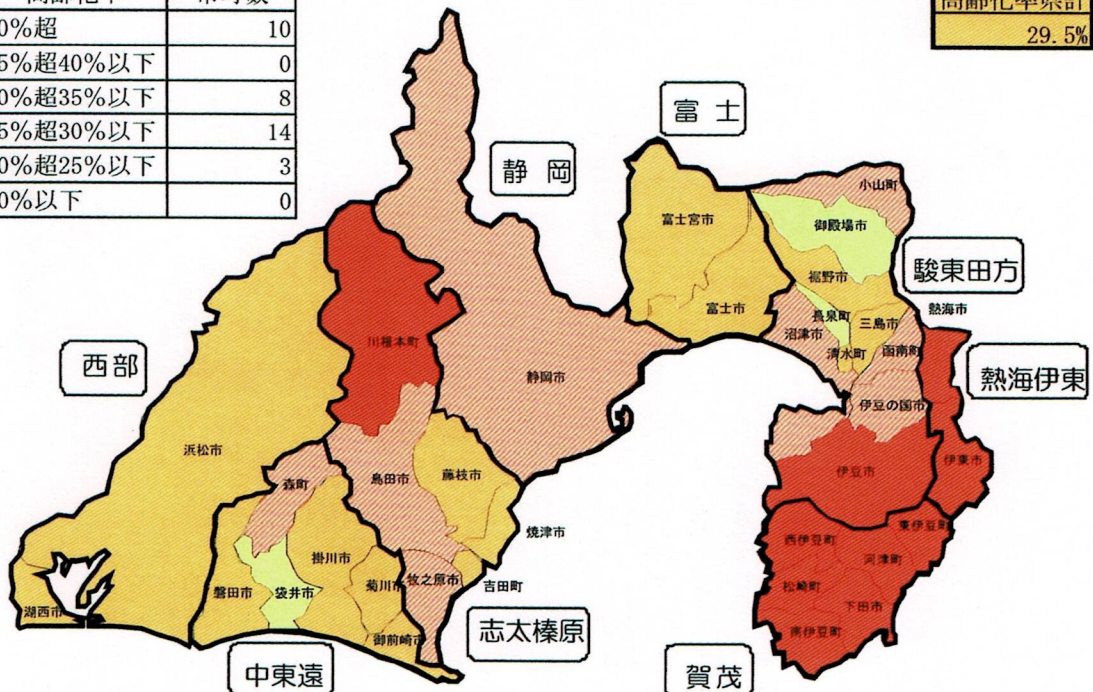
厚生労働省「平成29年版 厚生労働白書」から引用・追記※
 ※ 赤枠囲み(総人口)とコメント挿入(3か所)

図1(3)-2 静岡県における市町別高齢化率の状況

<令和2年4月1日>

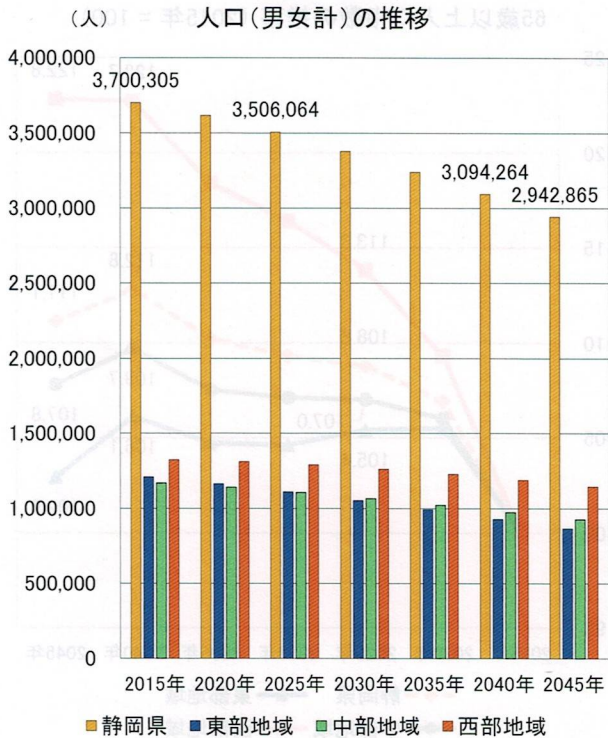
高齢化率	市町数
40%超	10
35%超40%以下	0
30%超35%以下	8
25%超30%以下	14
20%超25%以下	3
20%以下	0

高齢化率県計
29.5%



静岡県健康福祉部長寿政策課「令和2年度静岡県高齢者福祉行政の基礎調査」(令和2年6月1日公表)から抜粋
<http://www.pref.shizuoka.jp/kousei/ko-210/chouju/documents/r2koueikaritsu.pdf> (令和3年3月22日確認)

図1(3)-3 静岡県の将来推計人口の推移(全県、3地域別)



国立社会保障・人口問題研究所ホームページ「日本の地域別将来推計人口(都道府県・市区町村)平成30(2018)年推計」を基に作成
<http://www.ipss.go.jp/pp-shicyoson/j/shicyoson18/3kekka/Municipalities.asp> (令和3年3月22日確認)

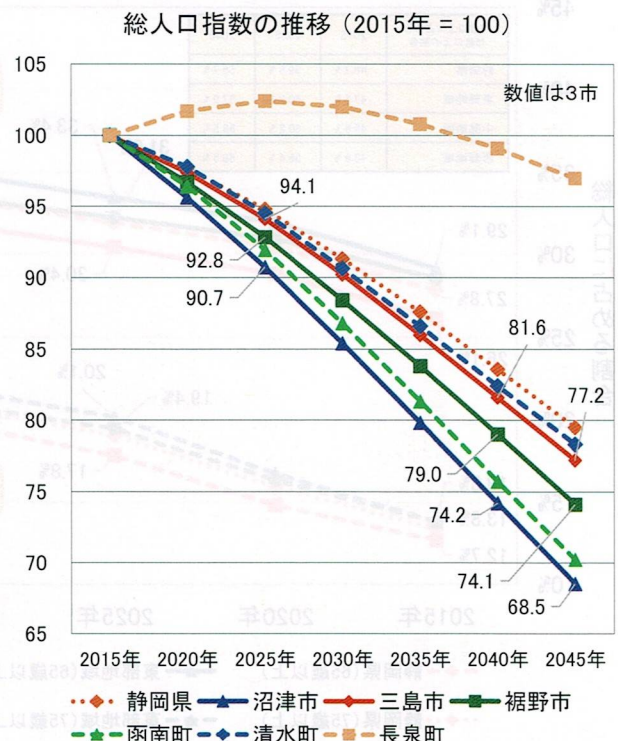
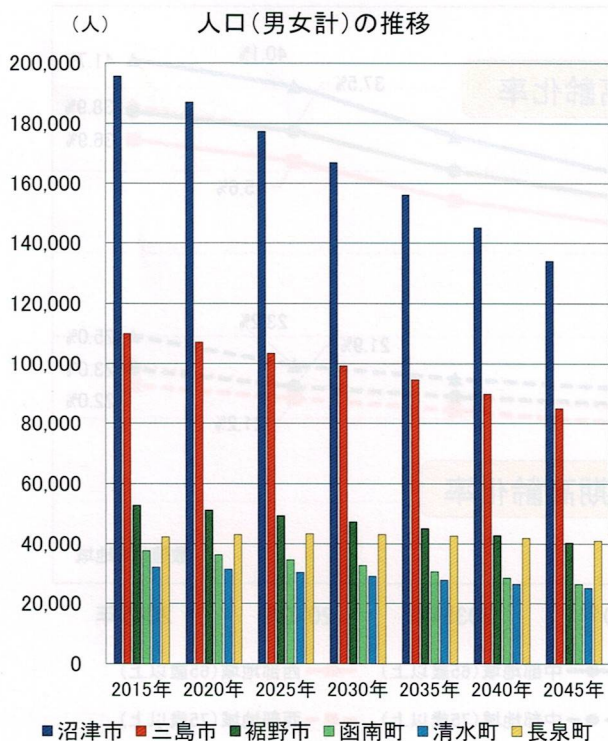


浜松医科大学
Hamamatsu University School of Medicine

All rights reserved.

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

図1(3)-4 駿東田方圏域 3市3町における将来推計人口の推移(総人口)



国立社会保障・人口問題研究所ホームページ「日本の地域別将来推計人口(都道府県・市区町村)平成30(2018)年推計」を基に作成
<http://www.ipss.go.jp/pp-shicyoson/j/shicyoson18/3kekka/Municipalities.asp> (令和3年3月22日確認)

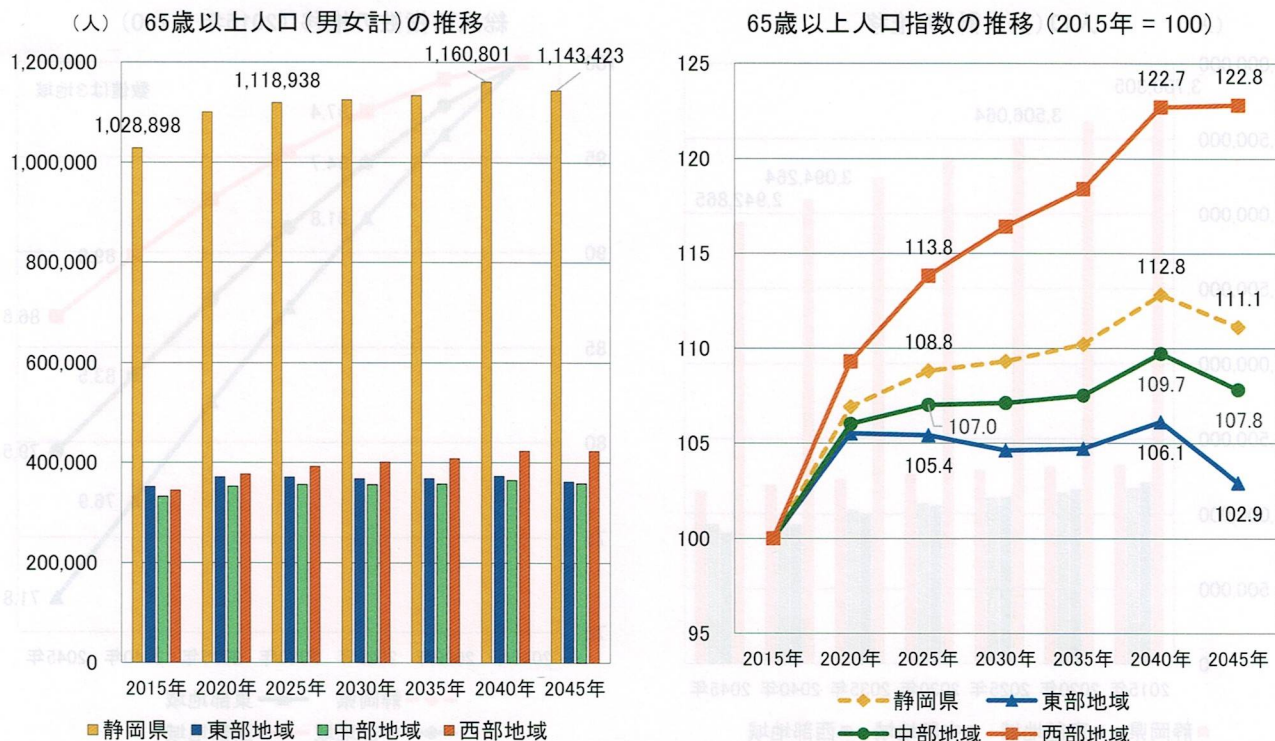


浜松医科大学
Hamamatsu University School of Medicine

All rights reserved.

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

図1(3)-5 静岡県における将来推計人口の推移(65歳以上人口:全県、3地域別)



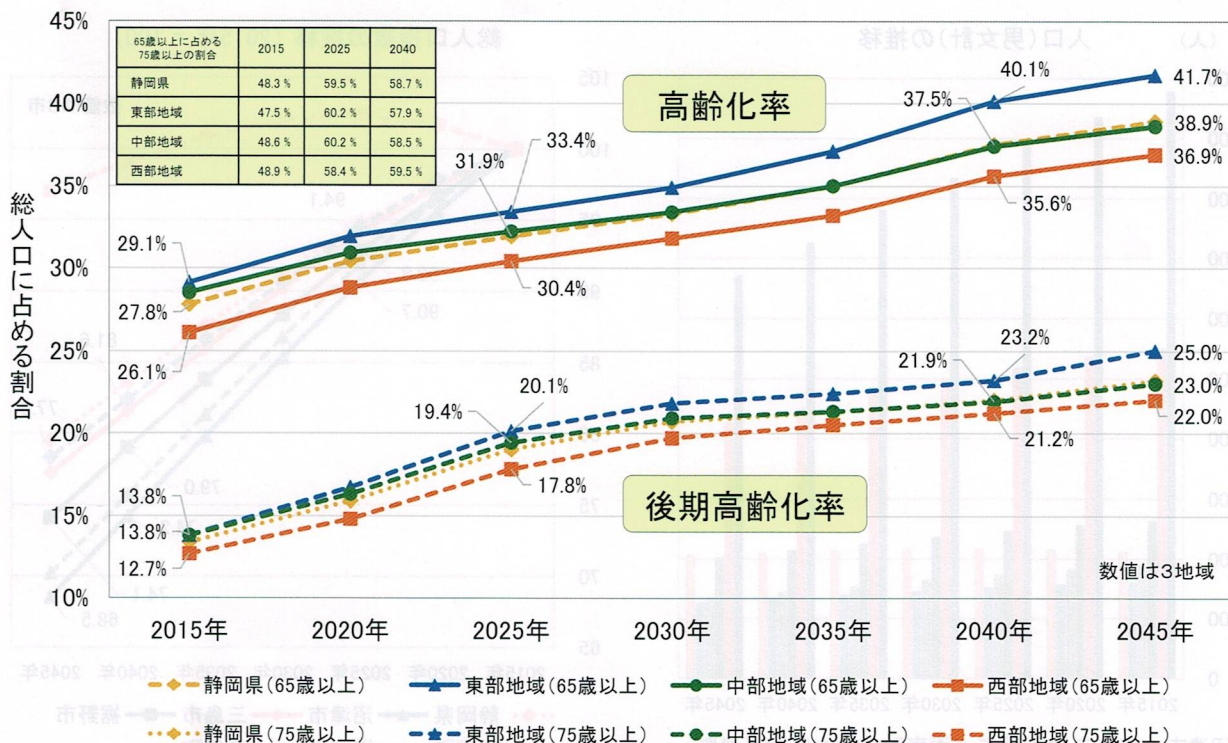
国立社会保障・人口問題研究所ホームページ「日本の地域別将来推計人口(都道府県・市区町村)平成30(2018)年推計」を基に作成
<http://www.ipss.go.jp/pp-shicyoson/j/shicyoson18/3kekka/Municipalities.asp> (令和3年3月22日確認)



All rights reserved.

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

図1(3)-6 静岡県における将来推計人口の推移(65・75歳以上人口割合:全県、3地域別)



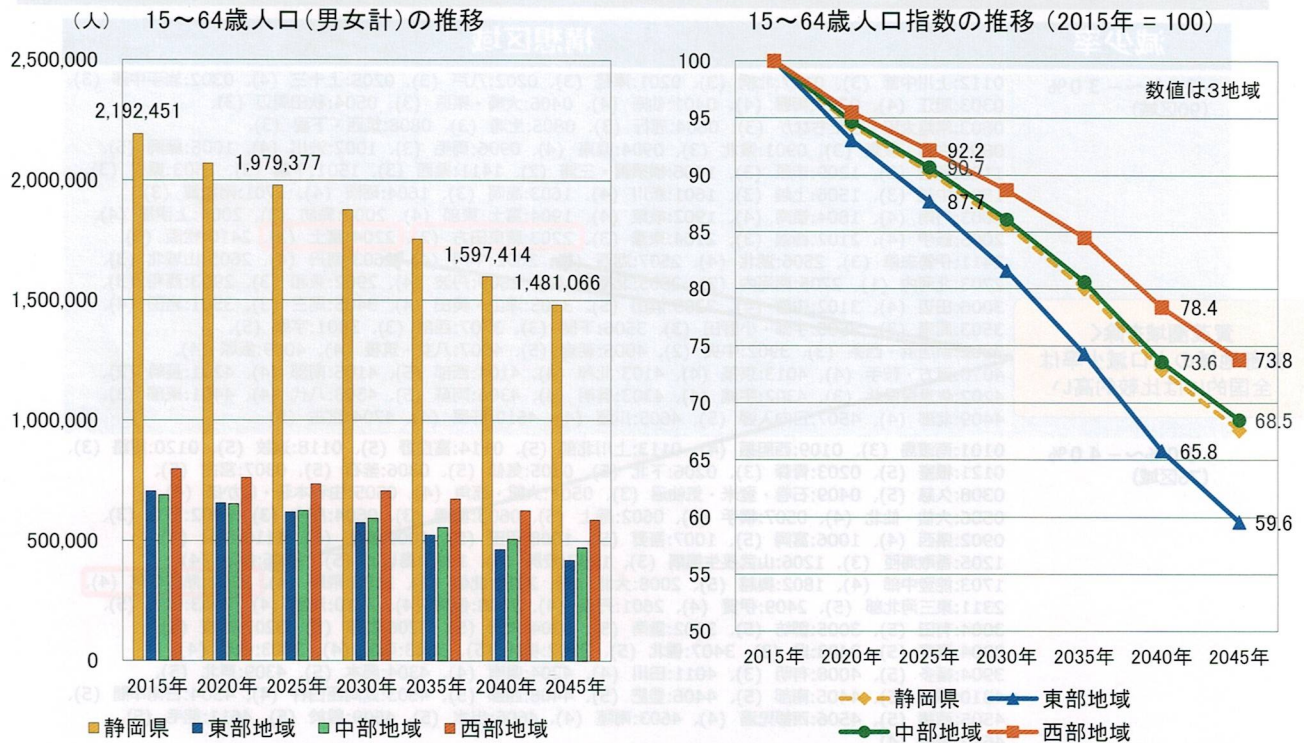
国立社会保障・人口問題研究所ホームページ「日本の地域別将来推計人口(都道府県・市区町村)平成30(2018)年推計」を基に作成
<http://www.ipss.go.jp/pp-shicyoson/j/shicyoson18/3kekka/Municipalities.asp> (令和3年3月22日確認)



All rights reserved.

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

図1(3)-7 静岡県の将来推計人口の推移(15~64歳人口:全県、3地域別)



国立社会保障・人口問題研究所ホームページ「日本の地域別将来推計人口(都道府県・市区町村)平成30(2018)年推計」を基に作成
<http://www.ipss.go.jp/pp-shicyoson/j/shicyoson18/3kekka/Municipalities.asp> (令和3年3月22日確認)



All rights reserved.

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

図1(3)-8 2017年度と2040年度の人口比較(1)

2017年度と2040年度の人口比較

減少率	構想区域
増加 (17区域)	0806:つくば(3)、1101:南部(2)、1104:さいたま(1)、1301:区中央部(2)、1302:区南部(1)、1303:区西南部(1)、1304:区西部(1)、1305:区西北部(1)、1307:区東部(1)、1311:北多摩南部(1)、1404:川崎北部(2)、1405:川崎南部(2)、2310:西三河南部東(3)、2502:湖南(3)、4001:福岡・糸島(1)、4305:菊池(4)、4702:中部(2)
0%~ -10% (44区域)	0104:札幌(1)、0403:仙台(1)、0903:宇都宮(2)、1102:南西部(2)、1103:東部(1)、1201:千葉(2)、1202:東葛南部(1)、1203:東葛北部(1)、1306:区東北部(1)、1309:南多摩(1)、1310:北多摩西部(2)、1312:北多摩北部(2)、1407:湘南東部(2)、1409:県央(2)、1410:相模原(2)、1412:横浜(1)、1702:石川中央(2)、2208:西部(2)、2304:尾張東部(3)、2307:知多半島(2)、2308:西三河北部(3)、2309:西三河南部西(2)、2313:名古屋・尾張中部(1)、2406:三河(3)、2501:大津(3)、2505:湖東(4)、2604:京部・乙訓(1)、2606:山城南(4)、2701:豊能(1)、2708:大阪市(1)、3203:出雲(4)、3401:県南東部(2)、3401:広島(1)、3404:広島中央(3)、3406:福山・府中(2)、3504:山口・防府(3)、4002:相模(3)、4003:宗像(4)、4004:筑紫(3)、4102:東部(4)、4312:熊本・上益城(2)、4701:北部(4)、4703:南部(2)、4705:八重山(5)
-10%~ -20% (70区域)	0110:東胆振(3)、0119:上勝(3)、0301:盛岡(3)、0601:村山(2)、0801:水戸(3)、0807:取手・竜ヶ崎(3)、0905:県南(3)、1001:前橋(3)、1003:伊勢崎(3)、1004:高崎・安中(3)、1010:太田・館林(3)、1105:県央(2)、1106:川越比企(2)、1107:西部(2)、1109:北部(2)、1204:印旛(2)、1208:君津(3)、1308:西多摩(3)、1408:湘南西部(2)、1502:新潟(2)、1602:富山(2)、1801:福井・坂井(3)、1901:中北(3)、2001:佐久(3)、2002:上小(3)、2107:松本(3)、2009:長野(2)、2101:岐阜(2)、2103:中濃(3)、2205:静岡(2)、2206:志太榛原(3)、2207:中東遠(3)、2302:海部(3)、2305:尾張西部(2)、2306:尾張北部(2)、2312:東三河南部(2)、2405:桑名(3)、2407:鈴電(3)、2408:津(3)、2503:甲賀(4)、2504:東近江(3)、2702:三島(2)、2704:中河内(2)、2706:堺市(2)、2707:泉州(2)、2801:神戸(1)、2804:東播磨(2)、2811:阪神(1)、2812:播磨姫路(2)、2901:奈良(3)、2904:中和(3)、3001:和歌山(3)、3002:那賀(4)、3101:東部(3)、3103:西部(3)、3201:松江(3)、3302:県南西部(2)、3402:広島西(4)、3401:東部(2)、3706:東部(2)、3804:松山(2)、4006:久留米(3)、4012:北九州(1)、4101:中部(3)、4203:県央(3)、4403:中部(2)、4501:宮崎東諸県(3)、4502:都城北諸県(4)、4601:鹿児島(2)、4607:始良・伊佐(3)

西部地域の人口減少率は全国的には低い

中部地域の人口減少率は全国的には比較的低い

※ 構想区域名後の括弧内は人口区分(人口区分1:100万人以上、2:50万人以上100人未満、3:20万人以上50万人未満、4:10万人以上20万人未満、5:10万人未満)

図1(3)-9 2017年度と2040年度の人口比較 (2)

2017年度と2040年度の人口比較

減少率	構想区域
-20%~-30% (90区域)	0112:上川中部 (3)、0117:北網 (3)、0201:津軽 (3)、0202:八戸 (3)、0205:上十三 (4)、0302:岩手中部 (3)、0303:胆江 (4)、0304:両磐 (4)、0401:仙南 (4)、0406:大崎・栗原 (3)、0504:秋田周辺 (3)、0803:常陸太田・ひたちなか (3)、0804:鹿行 (3)、0805:土浦 (3)、0808:筑西・下妻 (3)、0809:古河・坂東 (3)、0901:東北 (3)、0904:関東 (4)、0906:両毛 (3)、1002:渋川 (4)、1005:藤岡 (5)、1108:利根 (2)、1209:市原 (3)、1406:横須賀・三浦 (2)、1411:県西 (3)、1501:下越 (3)、1503:県央 (3)、1504:中越 (3)、1506:上越 (3)、1601:新川 (4)、1603:高岡 (3)、1604:砺波 (4)、1701:南加賀 (3)、1803:丹南 (4)、1804:嶺南 (4)、1902:峡東 (4)、1904:富士・東部 (4)、2003:諏訪 (3)、2004:上伊那 (4)、2005:飯伊 (4)、2102:西濃 (3)、2104:東濃 (3)、2203:駿東田方 (2)、2204:富士 (3)、2410:松阪 (3)、2411:伊勢志摩 (3)、2506:湖北 (4)、2507:湖西 (4)、2602:中丹 (4)、2603:南丹 (4)、2605:山城北 (3)、2703:北河内 (1)、2705:南河内 (2)、2805:北播磨 (3)、2809:丹波 (4)、2902:東和 (3)、2903:西和 (3)、3006:田辺 (4)、3102:中部 (4)、3205:摂田 (5)、3305:津山・英田 (4)、3405:尾三 (3)、3501:岩国 (4)、3503:周南 (3)、3505:宇部・小野田 (3)、3506:下関 (3)、3707:西部 (3)、3801:宇摩 (5)、3902:新居浜・西条 (3)、3902:中央 (2)、4005:朝倉 (5)、4007:八女・筑後 (4)、4009:飯塚 (4)、4010:直方・鞍手 (4)、4013:京築 (4)、4103:北部 (4)、4104:西部 (5)、4105:南部 (4)、4201:長崎 (2)、4202:佐世保東北 (3)、4302:宇城 (4)、4303:有明 (4)、4306:阿蘇 (5)、4308:八代 (4)、4401:東部 (3)、4409:北部 (4)、4507:日向入郷 (5)、4605:川薩 (4)、4610:肝属 (4)、4704:宮古 (5)
-30%~-40% (76区域)	0101:南渡島 (3)、0109:西胆振 (4)、0113:上川北部 (5)、0114:富良野 (5)、0118:遠紋 (5)、0120:釧路 (3)、0121:根室 (5)、0203:青森 (3)、0206:下北 (5)、0305:気仙 (5)、0306:釜石 (5)、0307:宮古 (5)、0308:久慈 (5)、0409:石巻・登米・気仙沼 (3)、0501:大館・鹿角 (4)、0505:由利本荘・にかほ (4)、0506:大仙・仙北 (4)、0507:横手 (5)、0602:最上 (5)、0603:置賜 (3)、0604:庄内 (3)、0802:日立 (3)、0902:県西 (4)、1006:富岡 (5)、1007:吾妻 (5)、1008:沼田 (5)、1009:桐生 (4)、1110:秩父 (4)、1205:香取海匝 (3)、1206:山武長生夷隅 (3)、1207:安房 (4)、1313:島しょ (5)、1505:角沼 (4)、1703:能登中部 (4)、1802:奥越 (5)、2008:大北 (5)、2010:北信 (5)、2105:飛騨 (4)、2202:熱海伊東 (4)、2311:東三河北部 (5)、2409:伊賀 (4)、2601:丹後 (4)、2808:但馬 (4)、2810:淡路 (4)、3003:橋本 (5)、3004:有田 (5)、3005:御坊 (5)、3202:雲南 (5)、3204:大田 (5)、3206:益田 (5)、3207:隠岐 (5)、3304:真庭 (5)、3403:呉 (3)、3407:備北 (5)、3502:柳井 (5)、3603:南部 (4)、3803:今治 (4)、3904:幡多 (5)、4008:有明 (3)、4011:田川 (4)、4204:県南 (4)、4304:鹿本 (5)、4309:芦北 (5)、4310:球磨 (5)、4405:南部 (5)、4406:豊肥 (5)、4408:西部 (5)、4503:延岡西臼杵 (4)、4504:日南串間 (5)、4505:西諸 (5)、4506:西都児湯 (4)、4603:南薩 (4)、4606:出水 (5)、4609:曽於 (5)、4611:熊本 (5)、4612:奄美 (4)

賀茂圏域を除く
東部地域の人口減少率は
全国的には比較的高い

賀茂圏域の人口減少率は
全国的にみても高い

※ 構想区域名後の括弧内は人口区分 (人口区分 1 : 100万人以上、2 : 50万人以上100人未満、3 : 20万人以上50万人未満、4 : 10万人以上20万人未満、5 : 10万人未満)

厚生労働省「第25回地域医療構想に関するワーキンググループ」(令和2年3月19日)資料1(抜粋)に追記
https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/000609881.pdf(令和3年3月22日確認)

図1(3)-10 2017年度と2040年度の人口比較 (3)

2017年度と2040年度の人口比較

減少率	構想区域
-40%~-50% (32区域)	0103:北渡島檜山 (5)、0105:後志 (3)、0106:南空知 (4)、0107:中空知 (4)、0108:北空知 (5)、0111:日高 (5)、0115:留萌 (5)、0116:宗谷 (5)、0204:西北五 (4)、0309:二戸 (5)、0502:北秋田 (5)、0503:能代・山本 (5)、0508:湯沢・雄勝 (5)、1507:佐渡 (5)、1903:峡南 (5)、2006:木曾 (5)、2201:賀茂 (5)、2412:東紀州 (5)、3007:新宮 (5)、3303:高梁・新見 (5)、3507:長門 (5)、3508:萩 (5)、3605:西部 (5)、3702:小豆 (5)、3805:八幡浜・大洲 (4)、3806:宇和島 (4)、3901:安芸 (5)、3903:高幡 (5)、4206:五島 (5)、4208:香岐 (5)、4209:対馬 (5)、4311:天草 (4)
-50%~-60% (4区域)	0102:南檜山 (5)、1704:能登北部 (5)、2905:南和 (5)、4207:上五島 (5)

※ 構想区域名後の括弧内は人口区分 (人口区分 1 : 100万人以上、2 : 50万人以上100人未満、3 : 20万人以上50万人未満、4 : 10万人以上20万人未満、5 : 10万人未満)

※ 構想区域コードの頭2桁が都道府県コード

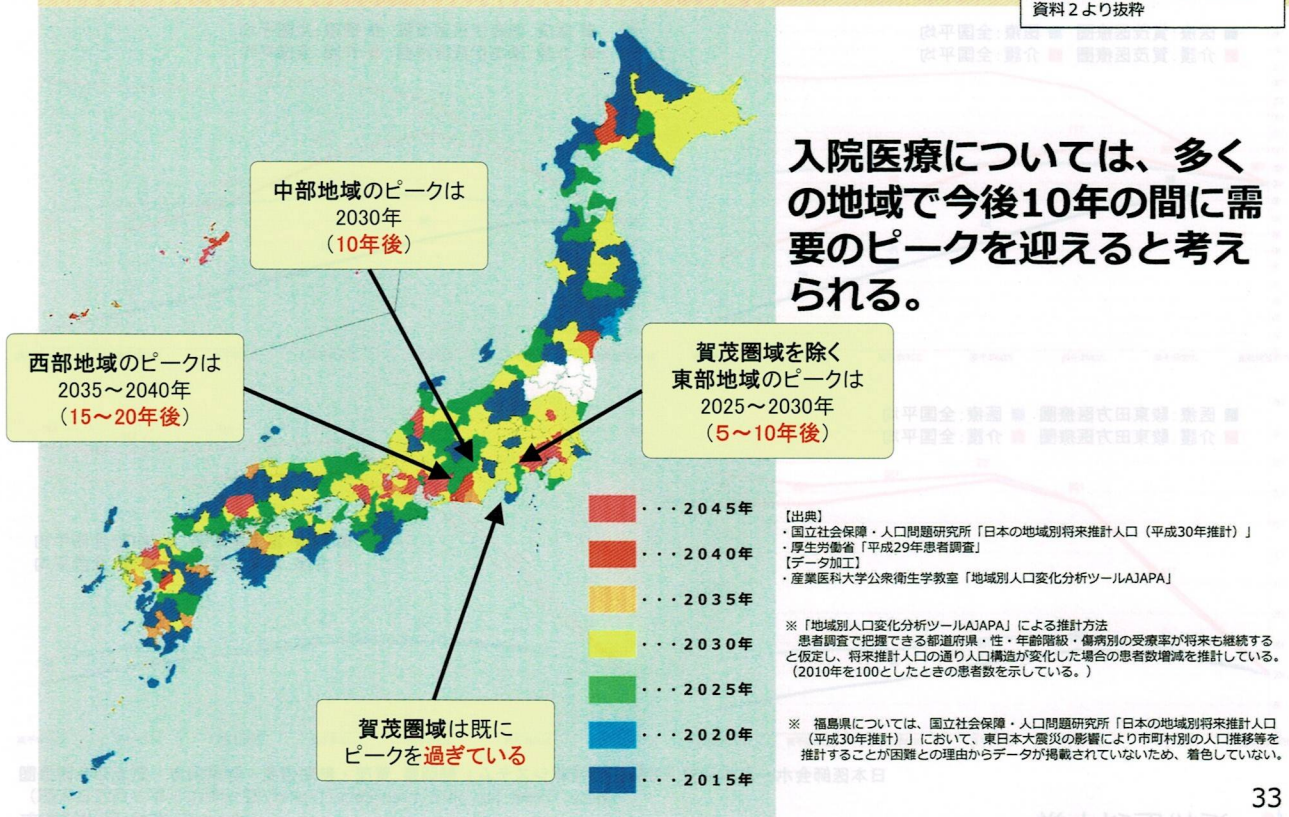
コード	県名	コード	県名	コード	県名	コード	県名	コード	県名
		10	群馬県	20	長野県	30	和歌山県	40	福岡県
01	北海道	11	埼玉県	21	岐阜県	31	鳥取県	41	佐賀県
02	青森県	12	千葉県	22	静岡県	32	島根県	42	長崎県
03	岩手県	13	東京都	23	愛知県	33	岡山県	43	熊本県
04	宮城県	14	神奈川県	24	三重県	34	広島県	44	大分県
05	秋田県	15	新潟県	25	滋賀県	35	山口県	45	宮崎県
06	山形県	16	富山県	26	京都府	36	徳島県	46	鹿児島県
07	福島県	17	石川県	27	大阪府	37	香川県	47	沖縄県
08	茨城県	18	福井県	28	兵庫県	38	愛媛県		
09	栃木県	19	山梨県	29	奈良県	39	高知県		

厚生労働省「第25回地域医療構想に関するワーキンググループ」(令和2年3月19日)資料1(抜粋)に追記
https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/000609881.pdf(令和3年3月22日確認)

図1(3)-11 二次医療圏ごとの入院患者推計のピーク

(参考) 二次医療圏ごとの入院患者推計のピーク

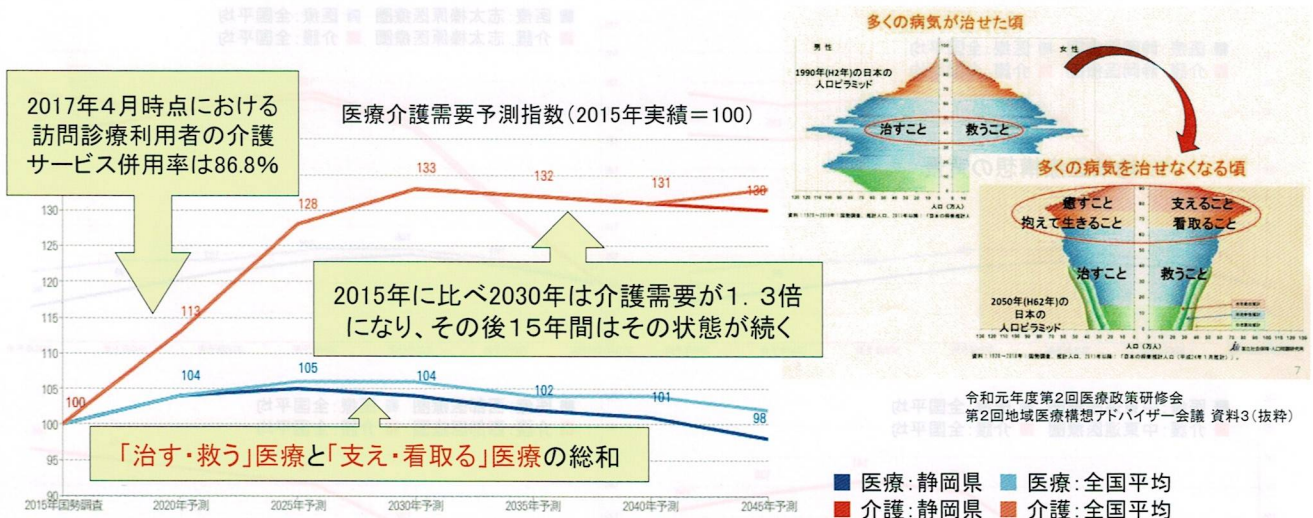
第18回医療計画の見直しに関する検討会(令和2年2月28日)資料2より抜粋



33

厚生労働省「第25回地域医療構想に関するワーキンググループ」(令和2年3月19日)資料1(抜粋)に追記
<https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/000609881.pdf>(令和3年3月22日確認)

図1(3)-12 静岡県医療・介護需要予測



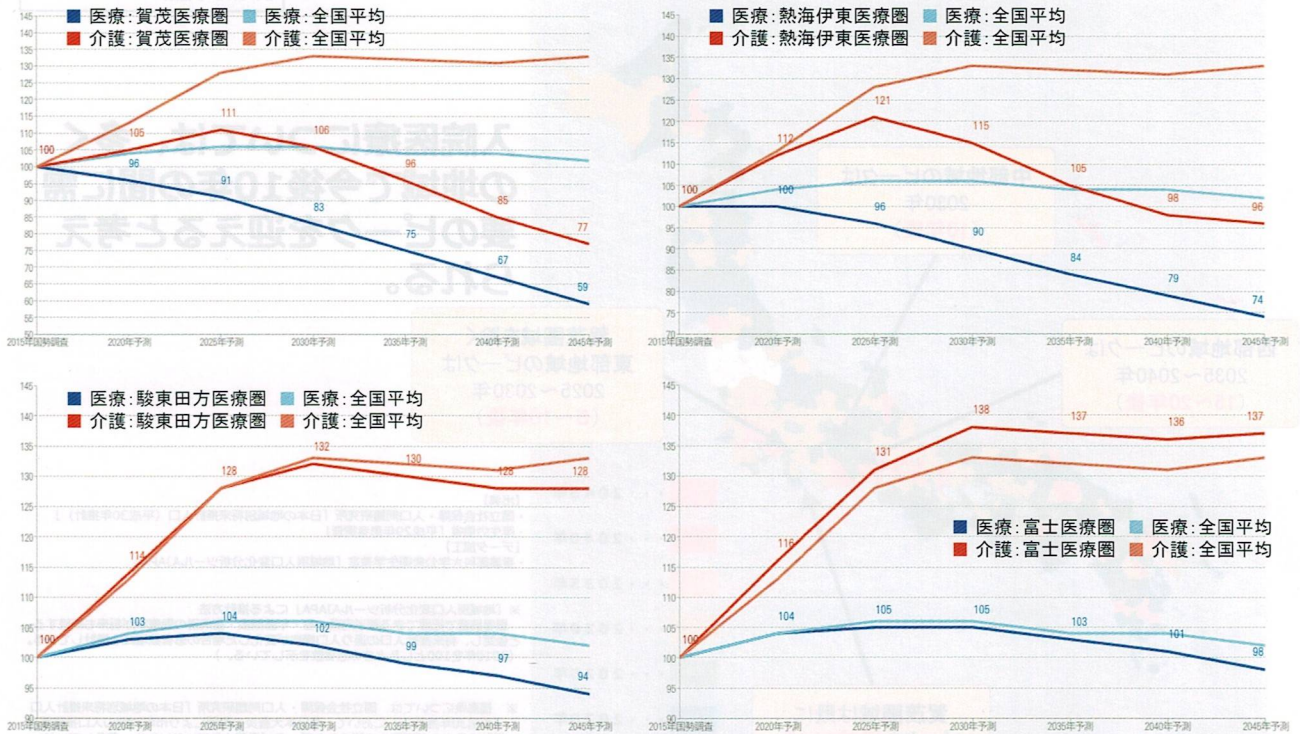
	2015年 国勢調査	2020年予測	2025年予測	2030年予測	2035年予測	2040年予測	2045年予測
医療	100	104	106	106	104	104	102
介護	100	113	128	133	132	131	133

医療・介護需要予測: 日本医師会ホームページ「地域医療情報システム」(静岡県分データ)
<http://www.jap.jp/cities/detail/pref/22> (令和3年3月22日確認)

訪問診療と介護サービスの併用率: 静岡県健康福祉部「令和2年度第2回地域医療構想調整会議」資料1を基に作成

図1(3)-13 静岡県東部地域(4医療圏)の医療・介護需要予測

医療介護需要予測指数(2015年実績=100)



日本医師会ホームページ「地域医療情報システム」静岡県 賀茂・熱海伊東・駿東田方・富士の各医療圏
<http://www.jap.jp/cities/detail/pref/22> (令和3年3月22日確認)

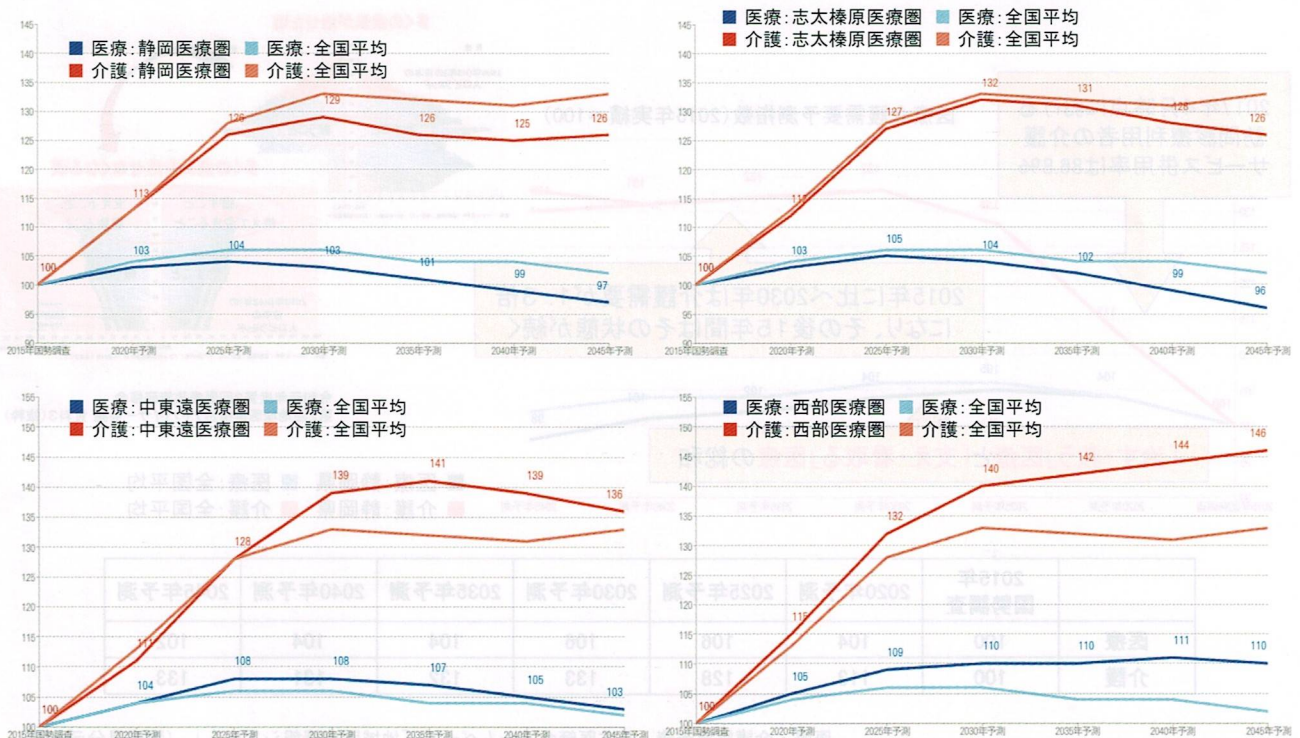
地域医療支援学講座
 Dept. of Regional Medical Care Support



All rights reserved.

図1(3)-14 静岡県中部・西部地域(4医療圏)の医療・介護需要予測

医療介護需要予測指数(2015年実績=100)



日本医師会ホームページ「地域医療情報システム」静岡県 静岡・志太榛原・中東遠・西部の各医療圏
<http://www.jap.jp/cities/detail/pref/22> (令和3年3月22日確認)

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



All rights reserved.

イ 今後の医師確保・偏在対策の方向性等

アでは、将来推計人口等に基づく医療・介護需要予測について述べた。本項では、これらを踏まえた本県における今後の医師確保対策の方向性等について、私見を交えて述べる。

(7) 静岡県医師確保計画における医師確保の課題とこれまでの対応

(1) で述べたように、静岡県医師確保計画では、本県における医師確保の課題を「医師の絶対数の増加」と「二次医療圏間の偏在」と位置づけ、静岡県では、医学修学研修資金制度（以下、奨学金制度）や地域枠の仕組みなどを活用し、医師数の増加を図るとともに、奨学金貸与者の勤務先の選定等を通じた二次医療圏間の偏在解消に努めてきた。（→

(1) ア・イ参照）

その結果、臨床研修マッチングでは、マッチ者数・マッチ率が大幅に増加・上昇し、医師少数区域を含む県内の臨床研修病院で臨床研修を行う研修医が増加した。（→**図 1(1)-**

15 ほか参照）

また、新たな専門医制度（以下、新専門医制度）では、従来制度からの移行直後は卒後3年目医師数が大幅に減少したが、その後は県内に基幹・連携施設を有する専門研修プログラムの数も増加し、基幹施設も各地域に整備されつつあることから、専攻医数も増加し、制度2年目以降は、医師少数区域を含む県内の研修病院で専門研修を行う専攻医が増加した。（→**表 1(1)-8・9 ほか参照）**

これらの取組により、医師確保計画に位置づけた医師確保の課題への対応については、一定の効果を挙げているものと考えられる。

(4) 医学修学研修資金制度・地域枠と卒後研修制度

令和2年度（2020年度）における奨学金制度や地域枠の見直し（奨学金貸与期間の原則6年化、入学選抜試験の別枠化、大学病院での研修を含む県内病院での臨床研修からの勤務等）により、これまで本県が医師確保対策の柱の一つとしてきた奨学金制度や地域枠の仕組みを活用した医師確保対策が拡充された。（→（1）イ参照）

その結果、臨床研修医については令和8年度（2026年度）以降、専攻医についてはその2年後となる令和10年度（2028年度）以降、地域枠をはじめとする奨学金の貸与を受けた多くの医師が、キャリア形成プログラムの下で、医師少数区域での4年間を含め、卒後研修（臨床研修・専門研修）などを通じて通算9年間、県内病院での勤務が予定されている。（→**図 1(1)-28・29 参照）**

また、新専門医制度については、平成30年度（2018年度）に基本領域の専門研修を開始した専攻医の一部は、この3月末に研修を修了し、令和3年度（2021年度）からはサブスペシャルティ領域の専門研修に進む予定となっており、これまでに奨学金貸与を受けた

一部の医師も該当することが見込まれる。(→図1(1)-24~27参照)

サブスペシャルティ領域の専門研修については、一般社団法人日本専門医機構(以下、専門医機構)において、現時点で23サブスペシャルティ領域学会が担当する24領域(日本内分泌学会と日本糖尿病学会の2学会により3領域を担当)の具体的な制度整備を進めるとしているが、新型コロナウイルス感染症の拡大により、専門医機構による認定開始時期は1年間延期され、令和4年度(2022年度)からとなっている(ただし、専攻医の研修に空白が生じることがないように配慮する方針としている。)^{※18}。

また、専門医機構は、24領域以外の未承認サブスペシャルティ領域についても認定作業を進めていくとしている^{※18}が、現時点での見通しは明らかになっていない。

このように、卒後3年目からの専門研修については制度整備が進行中であるが、少なくとも5年後からは毎年、奨学金貸与を受けた医師が多数輩出される予定であることから、今後は、専門医機構による研修体制の整備状況を注視しつつ、県内における研修体制を充実させるとともに、奨学金貸与者以外の医師との関係の整理等を図っておく必要がある。

※18 一般社団法人日本専門医機構ホームページ:「サブスペシャルティ領域専門研修細則について(2020年6月30日サブスペシャルティ領域検討委員会)」。

<https://jmsb.or.jp/senkoi/>

(ウ) 医療提供体制の現状と今後の在り方

(イ)を踏まえ、若手医師の研修体制を充実させるためには、各研修施設はもとより、それぞれの地域における医療提供体制を質の高いものにしておく必要があるが、本県における医療提供体制、特に病院の数や規模、病床数、病床数当たりの医師数などは、東部地域と中部・西部地域では大きく様相が異なっている。(→(2)イ参照)

このことは、各病院の目指す医療機能に必要な医師数に限らず、地域全体の医療提供体制にも大きな影響を及ぼすことが考えられる。

例えば、東部地域には救急告示病院や二次救急医療を担う病院の数は多いが、中小病院が多くを占めるため、各病院の医師数が少なく、病床当たりの医師数も中部・西部地域の二次救急医療機関よりも少なくなっている。(→表1(2)-4、図1(2)-13~16参照)

そのため、診療内容が特定の疾患等に特化した病院などを除き、各病院の診療能力には限界が生じるため、結果として、地域全体の医療機能にも影響が出る事が考えられる。

特に、救急医療は医療資源集約型の医療であり、また、発症早期から集中的な治療的介入を行うためには、それに対応できる診療機能や病床規模、病床当たり医師数を有する病院、あるいは、それと同等の医療が提供できるような地域全体の医療提供体制が必要である。

また、医師の働き方改革の推進に伴い、令和6年（2024年）4月以降は、医師の時間外労働の上限が厳格化されることから、年間960時間以上の時間外労働を行っている医師が1人以上いる病院では、医師の労働時間短縮計画の作成が求められており、医師数、特に常勤医師数が少ない病院では、現在の医療機能をどのように維持するかが課題になるものと考えられ、このことも結果として、地域全体の医療機能に影響する可能性がある。（**図1(3)-15・16、図1(1)-2【再掲】**）

地域ごとの医療提供体制については、団塊の世代が75歳以上となる令和7年（2025年）に向けた医療提供体制の整備を目的とし、平成28年（2016年）3月に策定された「静岡県地域医療構想」があるが、各病院では、その策定前後から現在まで、医療機能の分化・連携に向けた不断の取組が進められており、各構想区域（原則二次医療圏単位）で開催されている地域医療構想調整会議において、これらの経緯や今後の方向性等について報告・協議が進められてきた。（**図1(3)-17**）

なお、これらの取組の状況（会議資料等）については、県のホームページで公開されている^{*19}。

また、今般の新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえ、今後の地域医療構想の進め方については今後示されることとなっているが、国が公表した公立・公的医療機関等に係る具体的対応方針の再検証については、本県では、既に関係会議での協議が終わっており、今後は引き続き、各地域における医療提供体制について協議が進められることとなっている。（**図1(3)-18**）

なお、地域医療構想を推進するため、国では様々な財政支援の仕組みを制度化しているが、本県での活用状況等については、県のホームページで公表されている^{*20}。

さらに、新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴い明らかとなった医療提供体制の課題については、次期医療計画において新たな「事業」として追加することとして、前述の医師の働き方改革の推進等と併せ、現在開会中の第204国会において医療法等の改正法案が審議されている。（**図1(3)-19・20**）

このように、医師の働き方改革や、基準病床数の見直しを含む次期医療計画の策定に係る医療法の一部改正等については、いずれも令和6年（2024年）4月を期限として対応が求められているものであるが、残された時間は多くないものと考えられる。（→**図1(1)-2**

【再掲】、図1(3)-19 参照）

本県では、喫緊の取組として、令和3年度（2021年度）に、現行の医療計画の中間見直しが予定されており、この中で、前述の救急医療を含む6疾病・5事業について、各二次医療圏における医療機関の機能分担と連携が協議され、それぞれの圏域計画の見直しに反映されることとなっている。（**図1(3)-21・22**）

また、静岡県では、国では医療法改正後の次期医療計画に追加する「感染症対策」について、今回の中間見直しにおいて、新たに「新型インフルエンザ等感染症対策」として項目を追加する（現行の「感染症対策」から独立させる）^{※20} こととしており、今後、各医療圏での議論が急がれるものと考えられる。（図 1(3)-22）

このようなことから、今後は、それぞれの地域において、人口構造の変化や医師の働き方改革の推進に伴う影響等を踏まえ、国からの再検証要請対象となった公立・公的医療機関等に限らず、それぞれの地域における各病院の診療実績や今後の医療機能等についても、地域医療構想調整会議等における協議を通じて関係者間で共有し、地域の実情に応じた効率的で質の高い医療提供体制の確保を図っていく必要があると考えられる。

※19 静岡県健康福祉部医療政策課ホームページ：「地域医療構想調整会議」。

<http://www.pref.shizuoka.jp/kousei/ko-410/chiikiiryokousou/tyouseikaigi.html>

※20 静岡県健康福祉部医療政策課ホームページ：「令和2年度第3回 静岡県医療審議会」会議資料。

<http://www.pref.shizuoka.jp/kousei/ko-410/documents/documents/documents/documents/r2-3iryoushinkai.pdf>

(I) 今後の医師確保・偏在対策の方向性

医師確保計画の策定における国のガイドラインでは、「地域医療構想、医師の働き方改革と医師偏在対策を三位一体として検討を進めるための体制整備等の必要性」^{※1} が示されている。

一方、医師確保の基本方針を「医師数の増加」とする静岡県医師確保計画^{※10} では、全県の目標医師数を設定するとともに、「医師の働き方改革」については勤務環境改善支援等の取組が、また、「二次医療圏間の偏在」については奨学金制度や地域枠を活用した医師少数区域への医師派遣等の取組が示されている。（表 1(3)-1）

しかしながら、今後は、人口減少とそれに伴う人口構造の変化の加速が見込まれる中、医師確保・偏在対策の取組が、地域における医療提供体制の病院完結型から地域完結型医療への転換を目指す地域医療構想の推進との相乗効果により、最終的な地域医療の全体最適にどのように寄与するかという視点が重要になってくるものと考えられる。（表 1(3)-1）

医師少数県である本県において、医師の絶対数の増加と地域間の偏在の解消は長年の課題となっている。

このうち、医師の絶対数の増加、特に若手医師の確保については、奨学金制度や地域枠の活用により、臨床研修医については令和8年度（2026年度）以降、専攻医についてはその2年後となる令和10年度（2028年度）以降、地域枠をはじめとする奨学金の貸与を受けた医師が、キャリア形成プログラムにより通算9年間、県内病院での勤務が予定されており、一定数の確保が見込まれている。（→ (4) 参照）

一方、これらの若手医師のキャリア形成をどのように支援しつつ、地域間の偏在の解消

を図りながら、最終的な県内定着につなげていくかは、これらの枠組みを利用しない若手医師への対応を含め、これまでの医師数増加のための諸施策と同等、もしくは、それ以上に重要な課題である。(→(1)イ参照)

本県においては、新専門医制度開始直後、卒後3年目の医師が従前から大きく減少したことに加え、県内に基幹・連携施設を有する専門研修プログラム(基本領域)の多くで基幹施設が西部地域に集中していたことから、東部地域での研修施設(基幹・連携施設)の増加が課題とされた^{※21}。

そのため、東部地域に基幹施設がある専門研修プログラムの新設や、東部地域以外の地域に基幹施設がある専門研修プログラムへの連携施設の追加が進められ、東部地域の専攻医数も増加しつつある。(→(1)イ参照)

このうち、前者の取組については、現時点では、定員数を充足していない研修プログラムも多いが、今後は、増加するキャリア形成プログラム参加者の登録が見込まれることから、専攻医の地域間の偏在の解消に寄与することが期待できる。

一方、後者の取組については、年度ごとに各領域(診療科)の専攻医募集定員が限られていることから、専攻医募集定員の増加がなければ、すべての連携施設に専攻医が派遣されるとは限らず、これまでの連携施設への専攻医の派遣が不安定になることにより、当該連携施設での診療体制(ひいては当該地域の医療提供体制)に影響が及ぶ可能性もあることから、連携施設の追加は、専攻医の年度ごとの募集定員と既存の連携施設数とのバランス、また、専攻医の登録状況の推移、さらには、サブスペシャリティ領域との関係等を踏まえ、専門研修プログラムごとに十分検討する必要があるものと考えられる。

このほか、今回の医師確保計画の策定に当たり、国において医師偏在指標が設定・導入された意義として、都道府県内の偏在解消に向け、医師多数区域から医師少数区域への医師の派遣が期待されている。(→図1(2)-10【再掲】、図1(1)-1参照)

本県の医師多数区域は、それぞれに指定都市を含む静岡医療圏と西部医療圏の2つであるが、「医師・歯科医師・薬剤師統計」で把握できる限りにおいて、前者は医師少数区域である富士医療圏と中東遠医療圏に従たる従事先のある医師はいるが少数にとどまり、後者は中東遠医療圏には多数いるが富士医療圏には少数であるほか、両者を主として賀茂医療圏に従たる従事先のある医師はいなかった^{※22}。(表2(3)-7、図2(3)-24：→2(3)エ参照)

ただし、本県における医師多数区域から医師少数区域への医師派遣については、東西に長く、伊豆半島が突出しているという地理的条件に加え、東部地域は全国で最も医師数が多い東京都をはじめ、本県に多数の常勤医師を派遣している複数の大学が位置する首都圏に隣接しており、交通アクセスの面からも利便性が高く、地理的距離だけでなく時間的距

距離も短いという地域特性を考慮する必要がある。(図2(3)-25・26:→2(3)才参照)

また、主として東部・中部地域の多くの基幹病院は、長年にわたり、首都圏・関西圏等の県外大学から多数の常勤・非常勤医師の派遣を受けており、原則プログラム制となった新専門医制度開始後は、これらの大学を基幹施設とする専門研修の連携施設として、多数の指導医・専攻医等の派遣を受けている。(→2(3)イ参照)

このようなことから、東西に長い本県では、長年にわたり東西の大都市圏に位置する複数の大学から医師派遣を受けてきた歴史的経緯や、県内外の大学病院・大規模病院を基幹施設とし、毎年募集定員が設定されるプログラム制の下での新専門医制度、首都圏との地理的・物理的距離などを踏まえると、医師偏在指標に基づいた県内の医師派遣による地域間偏在の解消は、現在の卒後研修制度に基づく医師派遣の枠組みが大きく変わらない限り難しいものと考えられる。

今後は、卒後研修以外のパターンを含む現在の様々な態様による医師派遣の枠組みの充実・強化を基本としつつ、新たな枠組みを追加していくことが現実的、かつ、実効性が高いものと考えられる。

例えば、本県に指導医・専攻医等を派遣している県外大学には、地域枠や奨学金制度における大学特別枠^{*23}を設置している大学も多いことから、専攻医募集における連携プログラムの仕組みを活用することなどにより、これらの病院を今後見込まれる地域枠卒業者の受け皿や奨学金利用者(特に大学特別枠)の派遣先として活用することが有用であると考えられる。(図1(1)-10【再掲】)

また、現時点においては、本県の医師需要は高いことから、上記のような取組に加えて、医師少数区域を含む専門研修プログラムについては、指導医の増加や資質向上のための取組に対する更なる支援が望まれるが、医師確保計画に盛り込まれたその他の医師確保対策を含め、中長期的な視点からみると、医師養成課程を通じた医師確保・偏在対策を主とした医師の不足や偏在の解消には限界があるものと考えられる。

具体的には、本県は既に人口が減少局面に入っており、特に、東部地域では今後も人口減少率が高く、既に入院患者推計がピーク前後を迎えている。それに伴い、東部地域では医療需要の総量は減少傾向が見込まれており、特に、賀茂・熱海伊東医療圏における減少傾向は顕著となっている。(図1(3)-3・11・13・14【再掲】)

このような状況において、県内でも高齢化率が高い東部地域では、医療需要の総量が減少傾向にある中、今後も増加する高齢者の慢性疾患等に対する回復期・慢性期の医療需要の占める割合がこれまで以上に高くなる反面、高度・専門医療に対する医療需要は相対的に(絶対量としても)減少することが見込まれる。(同上)

一方、新専門医制度において、専攻医は研修期間中に疾患・病態ごと、所要の症例数を

経験することが求められることから、各研修プログラムの基幹・連携施設では、診療機能の充実・強化による施設基準の充足と研修に必要な症例数の確保が求められる。

さらには、医師の働き方改革への対応のため、診療科によっては、必要医師数が増加することも考えられ、今後、各研修施設（特に基幹施設）では、専門研修を行う診療科ごとに、施設基準を充足する診療機能を維持しつつ、医師の働き方改革にも対応するため、一定の医師数（指導医、専門医、専攻医等）と病床規模の確保が必要になってくるものと考えられる。

そのため、医師の確保・偏在対策においても、「増加や均てん化」といった医師の数のみに着目するのではなく、地域医療構想の実現を通じて、県内のどの地域においても、効率的で質が高く、持続可能な医療提供体制を確保することにより、現在、地域医療に従事している医師の負担軽減や、専門研修で求められる施設基準の充足や指導医・専攻医の確保につながり、最終的には、若手医師の県内定着を図ることができるものと考えられる。

この点において、民間病院を中心に、開設主体が異なる中小規模の病院が多い東部地域の課題は大きいと考えられるが、サブスペシャリティ領域を含む新たな専門医制度の動向や、医師の派遣元である県内外の大学や受け皿となる県内病院における医師の働き方改革の進捗に伴う地域の医療提供体制への影響等も十分に見極めつつ、地域における医療・介護需要予測に見合った機能分担と連携を強化していく中で、地域完結型の医療提供体制の確保を目指すことが重要である。

本県においては、来年度以降、今般の新型コロナウイルス感染症への対応で明らかになった諸課題や、各病院における医師の働き方改革の進捗状況などを踏まえ、各構想区域（二次医療圏）における地域医療構想調整会議等における協議^{*24}を通じて、新たに追加される感染症対策を含む令和3年度（2021年度）の医療計画の中間見直し、さらには、令和6年4月からの医師の働き方改革による労働時間上限規制の適用や、基準病床の見直し等を含む次期医療計画の策定が予定されている。（図1(3)-22）

これらの取組を通じて、効率的で質が高く、持続可能な医療提供体制を確保し、それぞれの地域の実情に即しつつ、中長期的な医療・介護需要予測にも見合った、医師の確保・偏在対策を進めていくことが望まれる。

※21 ただし、浜松医科大学医学部附属病院を基幹施設とする専門研修プログラムの場合、限られた領域（診療科）を除き、新専門医制度開始当初から、東部・中部地域にも連携施設を有し、専攻医を各地域の連携施設に派遣する仕組みが整備されていた。その後も、同プログラムは、東部地域の連携施設を追加するなど、地域偏在の解消に寄与している。（→表1(1)-12・17ほか参照）

※22 「医師・歯科医師・薬剤師統計」において届出る「従たる従業先」は、2番目に長時間従事している施設のみを記入するため、実際に従事している場合であっても、届出対象外の場合が少なくないことに留意する必要がある。（→2(3)ア参照）

図1(3)-15 医師の働き方改革

医師の働き方改革

■ これまでの我が国の医療は**医師の長時間労働**により支えられており、今後、医療ニーズの変化や医療の高度化、少子化に伴う医療の担い手の減少が進む中で、医師個人に対する負担がさらに増加することが予想される。

■ こうした中、医師が健康に働き続けることのできる環境を整備することは、医師本人にとってはもとより、患者・国民に対して提供される**医療の質・安全**を確保すると同時に、**持続可能な医療提供体制**を維持していく上で重要である。

■ **地域医療提供体制の改革**や、各職種の特長を活かして患者により質の高い医療を提供する**タスクシフト/シェアの推進**と併せて、医療機関における**医師の働き方改革**に取り組む必要がある。

現状

【医師の長時間労働】
病院常勤勤務医の約4割が年960時間超、約1割が年1,860時間超の時間外・休日労働
特に救急、産婦人科、外科や若手の医師は長時間の傾向が強い

【労務管理が不十分】
36協定が未締結や、客観的な時間管理が行われていない医療機関も存在

【業務が医師に集中】
患者への病状説明や血圧測定、記録作成なども医師が担当

目指す姿 労務管理の徹底、労働時間の短縮により医師の健康を確保する

+

全ての医療専門職それぞれが、自らの能力を活かし、より能動的に対応できるようにする

↓

質・安全が確保された医療を持続可能な形で患者に提供

対策

長時間労働を生む構造的な問題への取組

- 医療施設の**最適配置の推進**
(地域医療構想・外来機能の明確化)
- 地域間・診療科間の**医師偏在の是正**
- 国民の理解と協力に基づく**適切な受診の推進**

医療機関内での医師の働き方改革の推進

適切な**労務管理の推進**

タスクシフト/シェアの推進
(業務範囲の拡大・明確化)

→ 一部、法改正で対応

<行政による支援>

- ・医療勤務環境改善支援センターを通じた支援
- ・経営層の意識改革(講習会等)
- ・医師への周知啓発 等

時間外労働の上限規制と健康確保措置の適用 (2024.4~) 法改正で対応

地域医療等の確保	医療機関に適用する水準	年の上限時間	面接指導	休息時間の確保	医師の健康確保
医療機関が医師の労働時間短縮計画の案を作成 評価センターが評価 都道府県知事が指定 医療機関が計画に基づく取組を実施	A (一般労働者と同程度)	960時間	義務	努力義務	面接指導 健康状態を医師がチェック 休息時間の確保 連続勤務時間制限と勤務間インターバル規制(または代償休息)
	連携B (医師を派遣する病院)	1,860時間 ※2035年度末を目標に終了			
	B (救急医療等)	1,860時間			
	C-1 (臨床・専門研修)	1,860時間			
	C-2 (高度技能の修得研修)	1,860時間		義務	

厚生労働省「第31回 地域医療構想に関するワーキンググループ」(令和3年2月12日公表) 参考資料 から抜粋
<https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/000737490.pdf> (令和3年3月22日確認)

図1(3)-16 医師の時間外労働規制

医師の時間外労働規制について

一般則

(例外)
・年720時間
・複数月平均80時間(休日労働含む)
・月100時間未満(休日労働含む)
年間6か月まで

(原則)
1か45時間
1年360時間

2024年4月~

年1,860時間/月100時間未満(例外あり)
※いずれも休日労働含む
⇒将来に向けて縮減方向

年1,860時間/月100時間未満(例外あり)
※いずれも休日労働含む
⇒将来に向けて縮減方向

連携B
例水準
(医療機関を指定)

B
地域医療確保暫定特
(医療機関を指定)

C-1
集中的技能向上水準
(医療機関を指定)

C-2
C-1: 臨床研修医・専攻医が、研修プログラムに沿って基礎的な技能や能力を修得する際に適用
※本人がプログラムを選択
C-2: 医師登録後の臨床従事6年目以降の者が、高度技能の育成が公益上必要な分野について、指定された医療機関で診療に従事する際に適用
※本人の発意により計画を作成し、医療機関が審査組織に承認申請

A: 診療従事勤務医に2024年度以降適用される水準

将来
(暫定特例水準の解消(=2035年度末を目標)後)

将来に向けて縮減方向

A
年960時間/月100時間(例外あり)
※いずれも休日労働含む

C-1

C-2

※この(原則)については医師も同様。 ※連携Bの場合は、個々の医療機関における時間外・休日労働の上限は年960時間以下。

月の上限を超える場合の面接指導と就業上の措置

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット(努力義務)

※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット(義務)

※臨床研修医については連続勤務時間制限を強化して徹底

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット(努力義務)

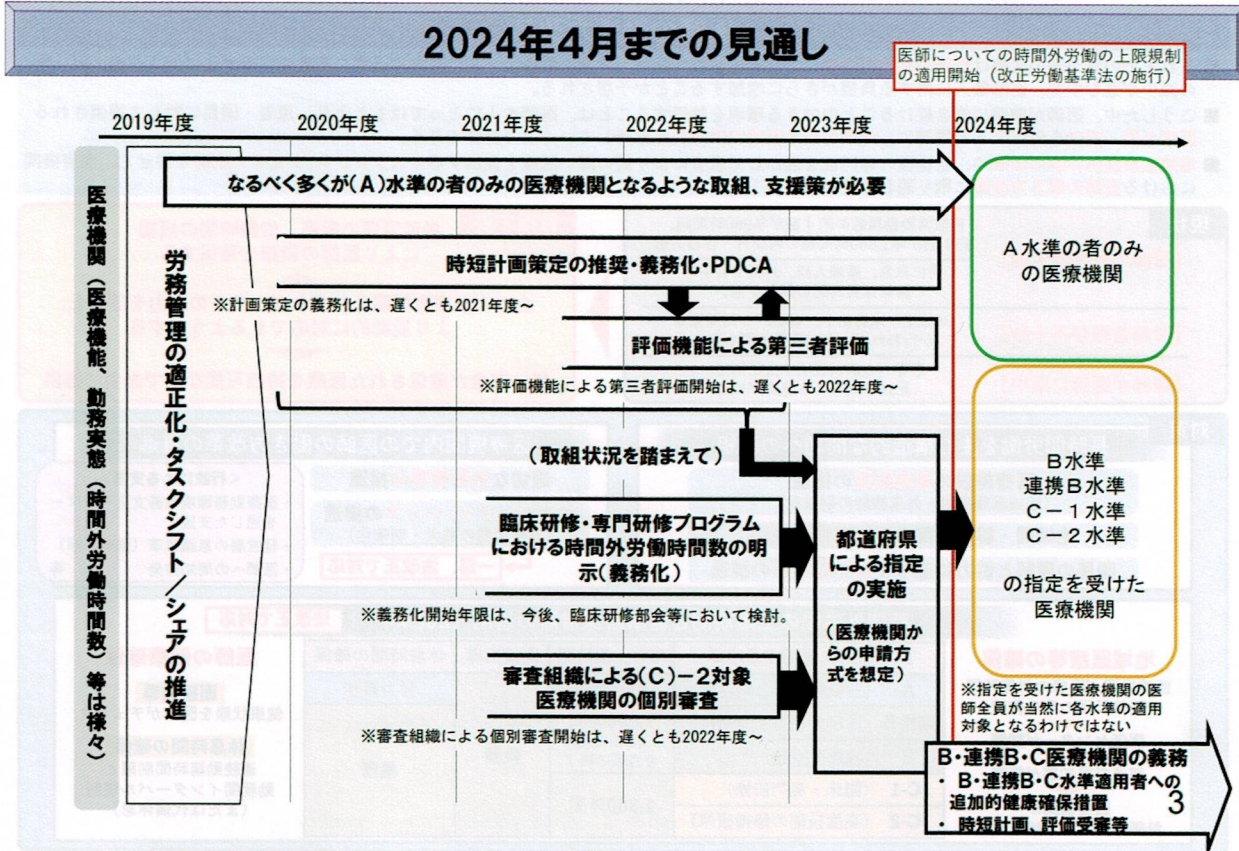
※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット(義務)

※あわせて月155時間を超える場合には労働時間短縮の具体的な措置を講ずる。

厚生労働省「医師の働き方改革の推進に関する検討会 中間取りまとめの公表について」(令和2年12月22日公表) 参考資料 から抜粋
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_15655.html (令和3年1月21日確認)

図1(1)-2【再掲】 医師の働き方改革に係る2024年4月までの見通し



厚生労働省「医師の働き方改革の推進に関する検討会 中間取りまとめの公表について」（令和2年12月22日公表）参考資料（抜粋）に追記
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_15655.html（令和3年1月21日確認）

図1(3)-17 地域医療構想

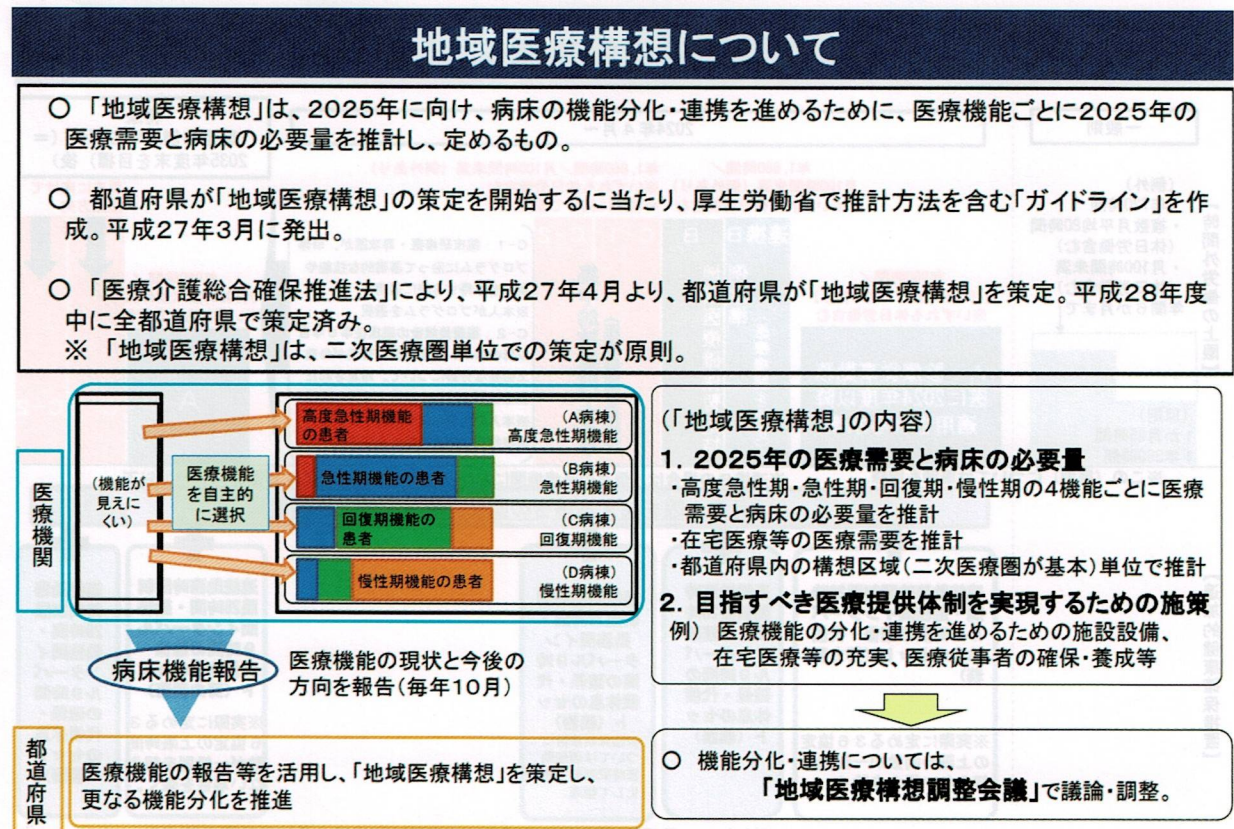
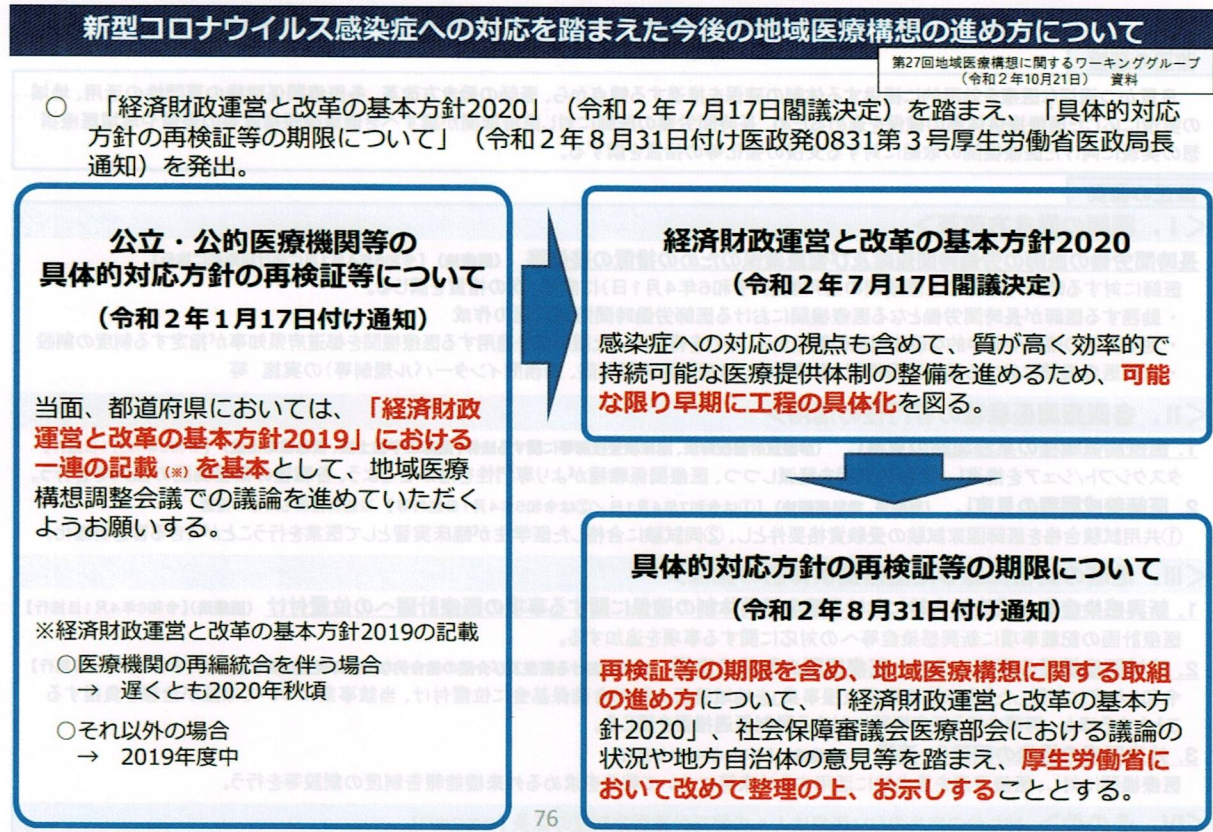


図1(3)-18 新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた今後の地域医療構想の進め方



厚生労働省「第30回 地域医療構想に関するワーキンググループ」(令和2年12月9日公表) 参考資料2 から抜粋
<https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/000702956.pdf> (令和3年3月22日確認)

図1(3)-19 新興再興感染症等の感染拡大時における医療提供体制の確保と医療計画

新興感染症等の感染拡大時における医療提供体制の確保に関する事項の医療計画への位置付け

<改正の背景>

- 新興感染症等の感染拡大時には、広く一般の医療提供体制にも大きな影響(一般病床の活用等)
- 機動的に対策を講じられるよう、基本的な事項について、あらかじめ地域の行政・医療関係者の間で議論・準備を行う必要

<改正の概要>

都道府県が作成する「医療計画」の記載事項に「新興感染症等の感染拡大時における医療」を追加

- 詳細(発生時期、感染力等)の予測が困難な中、速やかに対応できるよう予め準備を進めておく点が、災害医療と類似
⇒ **いわゆる「5事業」に追加して「6事業」に**
※5事業：救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療(小児救急医療を含む)
- 今後、厚生労働省において、計画の記載内容(施策・取組や数値目標など)について詳細な検討を行い、「基本方針」(大臣告示)や「医療計画作成指針」(局長通知)等の見直しを行った上で、各都道府県で計画策定作業を実施
⇒ **第8次医療計画(2024年度～2029年度)から追加**

◎具体的な記載項目(イメージ)

【平時からの取組】	【感染拡大時の取組】
● 感染拡大に対応可能な医療機関・病床等の確保 (感染拡大時に活用しやすい病床や転用しやすいスペースの整備)	● 受入候補医療機関
● 感染拡大時を想定した専門人材の確保等 (感染管理の専門性を有する人材、重症患者に対応可能な人材等)	● 場所・人材等の確保に向けた考え方
● 医療機関における感染防護具等の備蓄	● 医療機関の間での連携・役割分担 など (感染症対応と一般対応の役割分担、医療機関間の応援職員派遣)
● 院内感染対策の徹底 クラスター発生時の対応方針の共有 など	

※ 引き続き、厚生科学審議会感染症部会等における議論の状況も踏まえつつ、記載項目や、施策の進捗状況を確認するための数値目標等について、具体化に向け検討。

厚生労働省「第31回 地域医療構想に関するワーキンググループ」(令和3年2月12日公表) 参考資料 から抜粋
<https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/000737490.pdf> (令和3年3月22日確認)

良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律案の概要	
改正の趣旨	良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進する観点から、医師の働き方改革、各医療関係職種専門性の活用、地域の実情に応じた医療提供体制の確保を進めるため、長時間労働の医師に対し医療機関が講ずべき健康確保措置等の整備や地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組に対する支援の強化等の措置を講ずる。
改正の概要	<p><Ⅰ. 医師の働き方改革></p> <p>長時間労働の医師の労働時間短縮及び健康確保のための措置の整備等（医療法）【令和6年4月1日に向け段階的に施行】 医師に対する時間外労働の上限規制の適用開始（令和6年4月1日）に向け、次の措置を講じる。 ・勤務する医師が長時間労働となる医療機関における医師労働時間短縮計画の作成 ・地域医療の確保や集中的な研修実施の観点から、やむを得ず高い上限時間を適用する医療機関を都道府県知事が指定する制度の創設 ・当該医療機関における健康確保措置（面接指導、連続勤務時間制限、勤務間インターバル規制等）の実施 等</p> <p><Ⅱ. 各医療関係職種の専門性の活用></p> <p>1. 医療関係職種の業務範囲の見直し（診療放射線技師法、臨床検査技師等に関する法律、臨床工学技士法、救急救命士法）【令和3年10月1日施行】 タスクシフト/シェアを推進し、医師の負担を軽減しつつ、医療関係職種がより専門性を活かせるよう、各職種の業務範囲の拡大等を行う。</p> <p>2. 医師養成課程の見直し（医師法、歯科医師法）【①は令和7年4月1日/②は令和5年4月1日施行等】※歯科医師も同様の措置 ①共用試験合格を医師国家試験の受験資格要件とし、②同試験に合格した医学生が臨床実習として実業を行うことができる旨を明確化。</p> <p><Ⅲ. 地域の実情に応じた医療提供体制の確保></p> <p>1. 新興感染症等の感染拡大時における医療提供体制の確保に関する事項の医療計画への位置付け（医療法）【令和6年4月1日施行】 医療計画の記載事項に新興感染症等への対応に関する事項を追加する。</p> <p>2. 地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組の支援（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）【令和3年4月1日施行】 令和2年度に創設した「病床機能再編支援事業」を地域医療介護総合確保基金に位置付け、当該事業については国が全額を負担することとするほか、再編を行う医療機関に対する税制優遇措置を講じる。</p> <p>3. 外来医療の機能の明確化・連携（医療法）【令和4年4月1日施行】 医療機関に対し、医療資源を重点的に活用する外来等について報告を求める外来機能報告制度の創設等を行う。</p> <p><Ⅳ. その他> 持ち分の定めのない医療法人への移行計画認定制度の延長【公布日施行】</p>

厚生労働省「第31回 地域医療構想に関するワーキンググループ」（令和3年2月12日公表）参考資料 から抜粋
<https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/000737490.pdf>（令和3年3月22日確認）

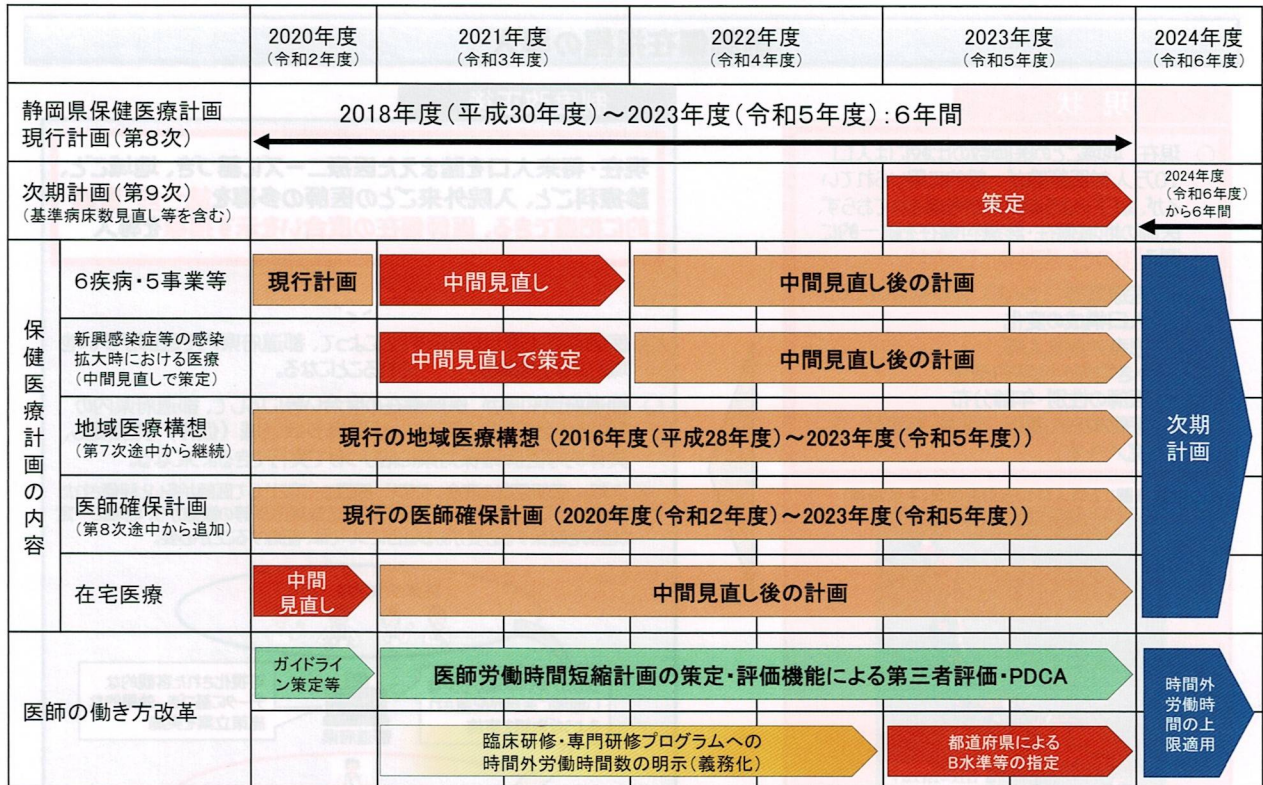
図1(3)-21 第8次静岡県保健医療計画（現行計画）の概要と見直しのスケジュール

2 第8次静岡県保健医療計画（現行計画）の概要

計画期間	2018年度（平成30年度）から2023年度までの6年間（3年経過後に見直し）	
2次保健医療圏	入院医療の提供体制を確保するための一体の区域（県下8医療圏）	
基準病床数 病床整備の上限値	療養病床及び一般病床 26,720床（8圏域） 精神病床 5,388床（県全圏域） 結核病床 82床（県全圏域） 感染症病床 48床（県全圏域）	2024年度からの次期計画で見直し
医療連携体制の構築	6疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、肝炎、精神疾患） 5事業（救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療（小児救急医療を含む。）） 在宅医療（訪問診療の促進、訪問看護の充実、歯科訪問診療の促進、かかりつけ薬局の促進、介護サービスの充実）	2021年度に中間見直し 2020年度に中間見直し
圏域別計画	医療資源や住民の健康状態等は圏域ごとに実状が異なることから、地域の状況に応じて、6疾病5事業及び在宅医療に関する圏域別の計画を策定。	
その他	団塊の世代が後期高齢者となる2025年に向けた取組、医療機関の機能分担と相互連携 地域包括ケアシステムの構築 ほか	

静岡県健康福祉部「令和2年度第3回 静岡県医療審議会」（令和3年3月23日開催）資料1-2（抜粋）に追記
<http://www.pref.shizuoka.jp/kousei/ko-410/documents/documents/documents/documents/r2-3iryoushinkikai.pdf>（令和3年3月25日確認）

図1(3)-22 静岡県保健医療計画と医師の働き方改革に関する今後のスケジュール(想定)

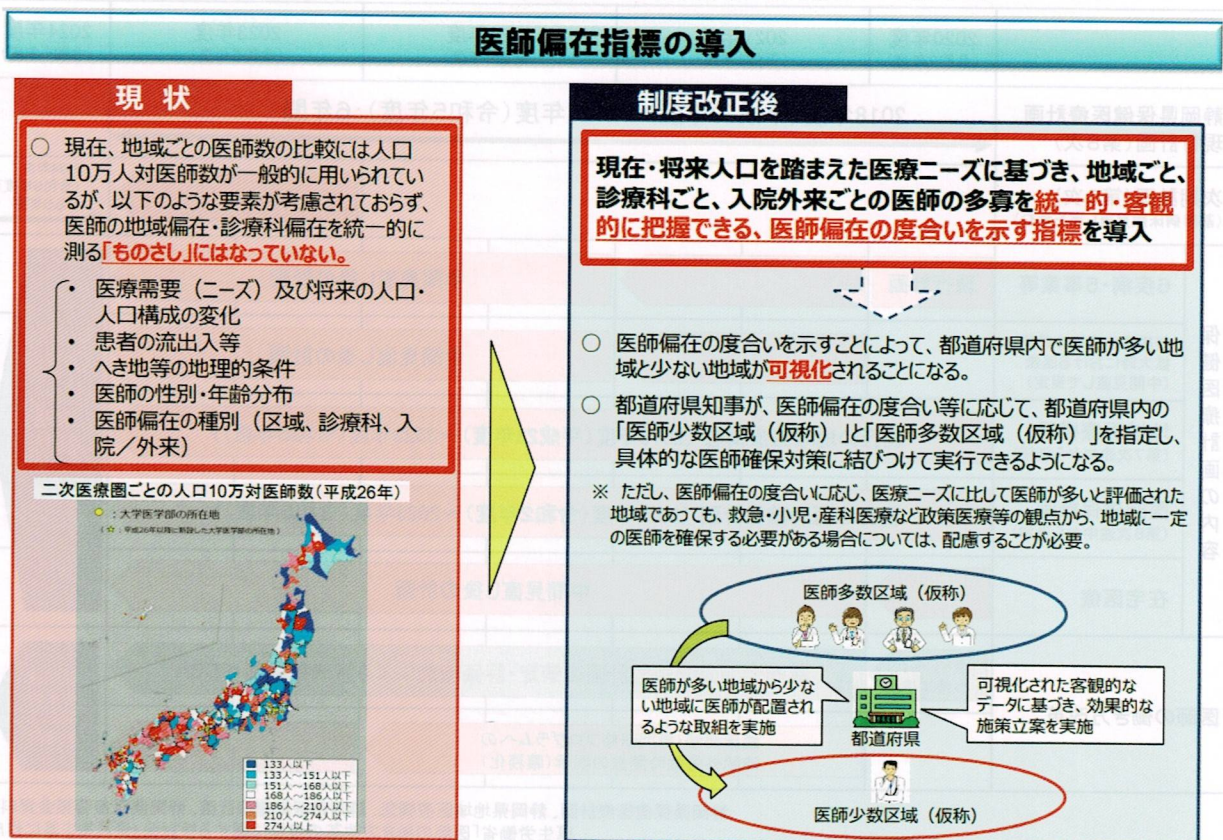


静岡県保健医療計画、静岡県地域医療構想、静岡県医師確保計画、静岡県医療審議会資料、厚生労働省「医師の働き方改革の推進に関する検討会」資料等を基に作成

表1(3)-1 静岡県医師確保計画における医師確保の方針と目標医師数

医師確保の方針	<ul style="list-style-type: none"> ○ 本県は医師少数県に位置付けられており、医師数の増加を基本方針とし、医師多数都道府県等からの医師確保に取り組みます。 ○ 二次医療圏においては、医師少数区域では医師少数区域以外からの医師確保に取り組みむとともに、中位区域及び医師多数区域においても、本県が医師少数県であることを踏まえ、現在の水準以上の医師確保に取り組みます。 								
目標医師数	<ul style="list-style-type: none"> ○ 現在の医師偏在指標の下位1/3である医師少数県や医師少数区域を脱する数値として国が示した数値を、本県が最低限達成すべき「目標医師数」として設定します。 ○ 国が進められている診療科別の医師偏在の検討状況を踏まえつつ、今後、本県における診療科の偏在についても検討します。 <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th></th> <th>静岡県</th> <th>賀茂圏域</th> <th>富士圏域</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>目標医師数</td> <td>275人</td> <td>4人</td> <td>10人</td> </tr> </tbody> </table>		静岡県	賀茂圏域	富士圏域	目標医師数	275人	4人	10人
	静岡県	賀茂圏域	富士圏域						
目標医師数	275人	4人	10人						

図1(2)-10【再掲】 医師偏在指標の導入



厚生労働省「医療従事者の需給に関する検討会 第22回 医師需給分科会」（平成30年9月28日）資料2-1から抜粋
<https://www.mhlw.go.jp/content/10801000/000454557.pdf>（令和3年3月22日確認）

表2(3)-7 静岡県内において複数の施設で従事する医師の状況（地域・二次医療圏別）

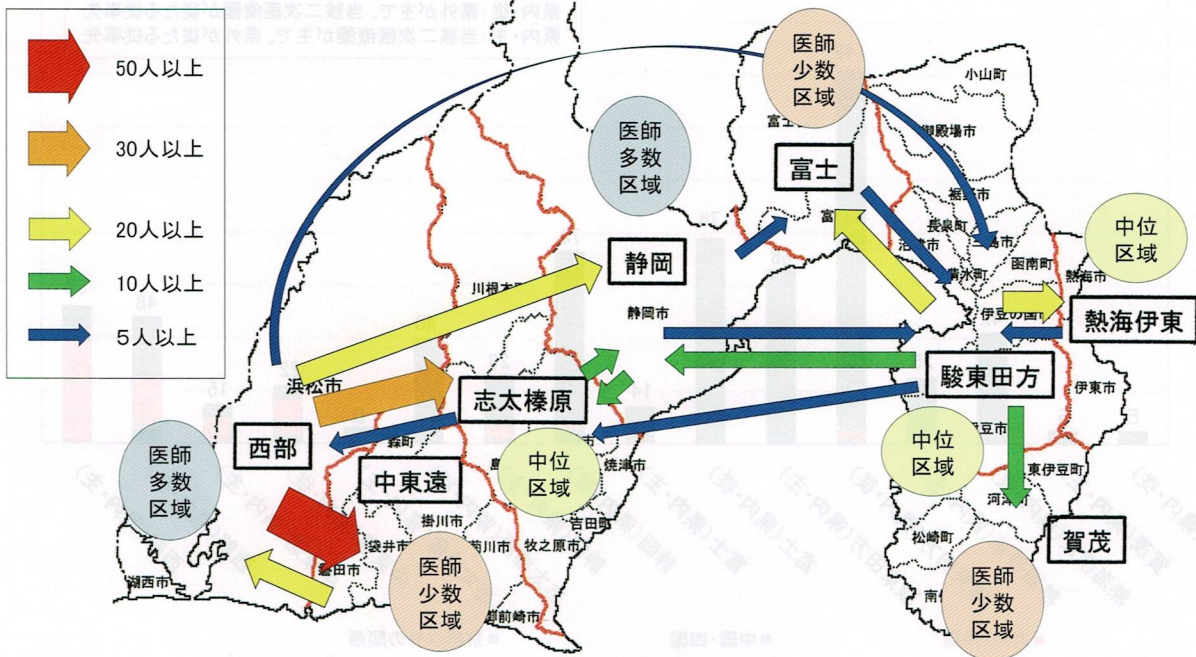
（単位：人）

従たる従事先		東部				中部		西部		県計
		賀茂	熱海伊東	駿東田方	富士	静岡	志太榛原	中東遠	西部	
東部	賀茂（医師少数区域）	13	1	4	0	0	0	0	0	18
	熱海伊東	1	20	5	0	1	0	0	0	27
	駿東田方	13	29	210	20	12	6	1	2	293
	富士（医師少数区域）	0	0	6	55	3	1	0	3	68
中部	静岡（医師多数区域）	0	2	8	5	137	11	3	2	168
	志太榛原	0	0	1	1	12	64	4	5	87
西部	中東遠（医師少数区域）	0	0	0	3	2	4	52	28	89
	西部（医師多数区域）	0	0	8	4	20	35	74	270	411
県計		27	52	242	88	187	121	134	310	1,161

注）主たる従事先と従たる従事先の関係：■ 同一の医療圏、□ 隣接する医療圏、▨ 隣接していない医療圏で5人以上の場合（人数に下線あり）

厚生労働省「平成30年 医師・歯科医師・薬剤師統計」を基に作成

図2(3)-24 静岡県内において複数の施設で従事する医師の状況
主たる従事先と従たる従事先の地理的關係（従たる従事先の届出医師が5人以上）



厚生労働省「平成30年 医師・歯科医師・薬剤師統計」を基に作成

図2(3)-25 静岡県境を越えて複数の施設に従事する医師の状況(全国ブロック別/全県、地域別)

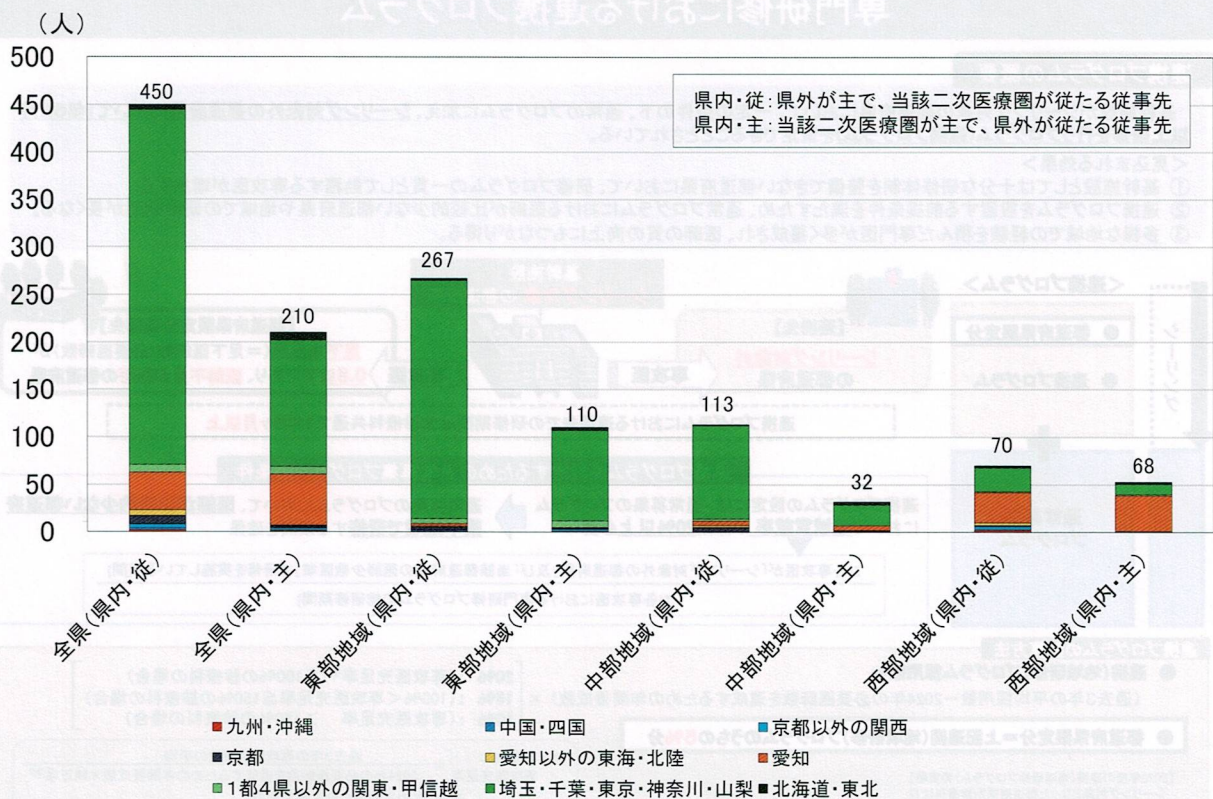


図2(3)-26 静岡県境を越えて複数の施設に就く医師の状況(全国ブロック別/地域・二次医療圏別)

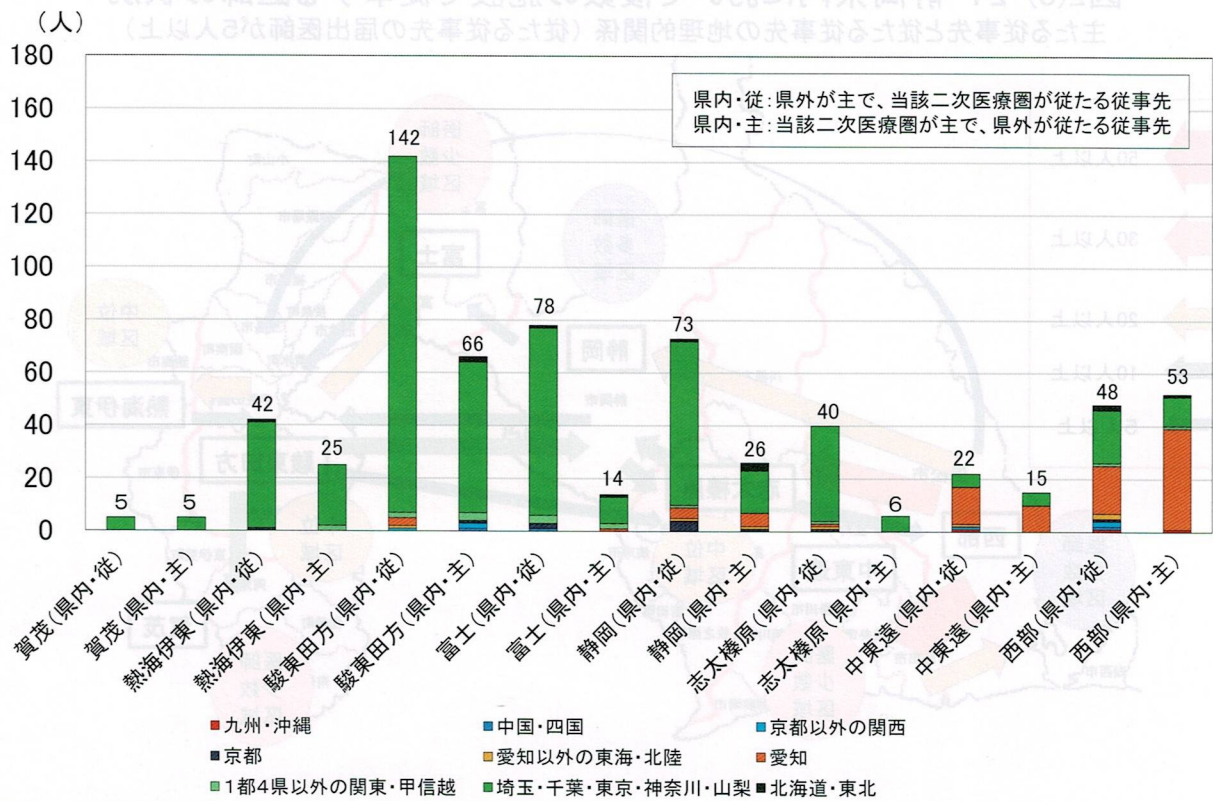


図1(1)-10【再掲】 専門研修における連携プログラム

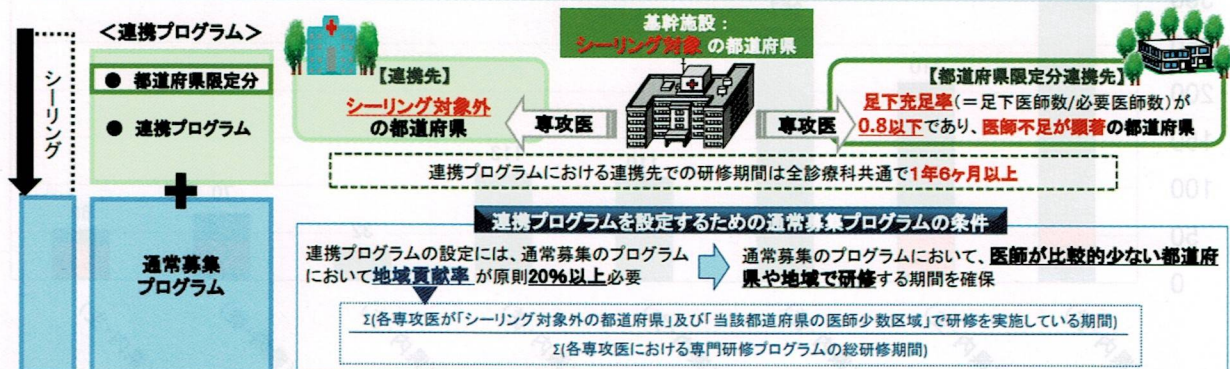
専門研修における連携プログラム

連携プログラムの概要

基幹施設がシーリング対象の都道府県において、一定の条件の下、通常のプログラムに加え、**シーリング対象外の都道府県において1年6ヶ月以上研修を行うプログラム(連携プログラム)**を策定できるとされている。

<見込まれる効果>

- ① 基幹施設としては十分な研修体制を整備できない都道府県において、研修プログラムの一貫として勤務する専攻医が増加する。
- ② 連携プログラムを設置する前提条件を満たすため、通常プログラムにおける医師が比較的少ない都道府県や地域での研修期間が長くなる。
- ③ 多様な地域での経験を積んだ専門医が多く養成され、医師の質の向上にもつながり得る。



連携プログラムの計算方法

● 連携(地域研修)プログラム採用数=

(過去3年の平均採用数 - 2024年の必要医師数を達成するための年間養成数) ×

- 20% : (専攻医充足率*1 ≤ 100%の診療科の場合)
- 15% : (100% < 専攻医充足率 ≤ 150%の診療科の場合)
- 10% : (専攻医充足率 > 150%の診療科の場合)

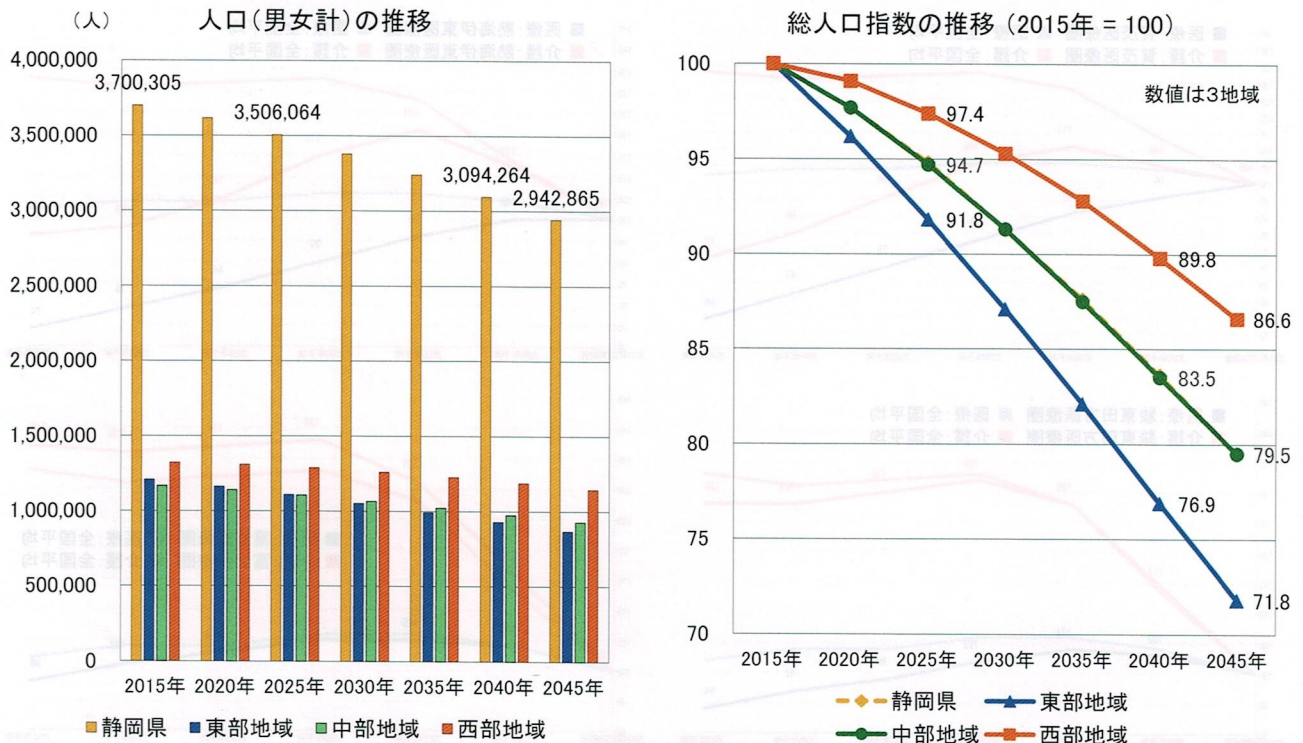
● 都道府県限定分=上記連携(地域研修)プログラムのうちの5%分

【2020年度の連携(地域研修プログラム)の実績】
 シーリング対象となった都道府県別診療科は77
 ・そのうち、連携(地域研修)プログラムを設定した都道府県別診療科は41
 ・そのうち、都道府県限定分を設定した都道府県診療科は29

*1 診療科の専攻医充足率 = $\frac{\text{過去3年の専攻医採用数の平均}}{\text{2024年の必要医師数を達成するための年間養成数} \times \text{補正項}^{*2}}$

*2 補正項 = $\frac{\text{過去3年の平均数の全診療科合計}}{\text{年間養成数の全診療科合計}}$

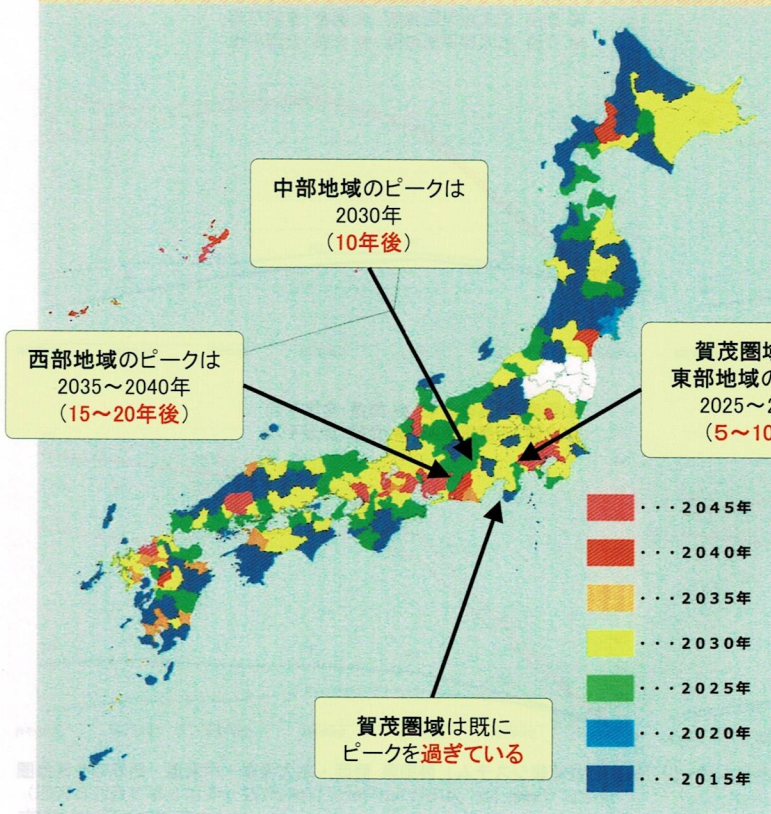
図1(3)-3【再掲】静岡県の将来推計人口の推移(全県、3地域別)



国立社会保障・人口問題研究所ホームページ「日本の地域別将来推計人口(都道府県・市区町村)平成30(2018)年推計」を基に作成
<http://www.ipss.go.jp/pp-shicyoson/j/shicyoson18/3kekka/Municipalities.asp> (令和3年3月22日確認)

図1(3)-11【再掲】二次医療圏ごとの入院患者推計のピーク
 (参考) 二次医療圏ごとの入院患者推計のピーク

第18回医療計画の見直しに関する検討会(令和2年2月28日)資料2より抜粋



入院医療については、多くの地域で今後10年の間に需要のピークを迎えると考えられる。

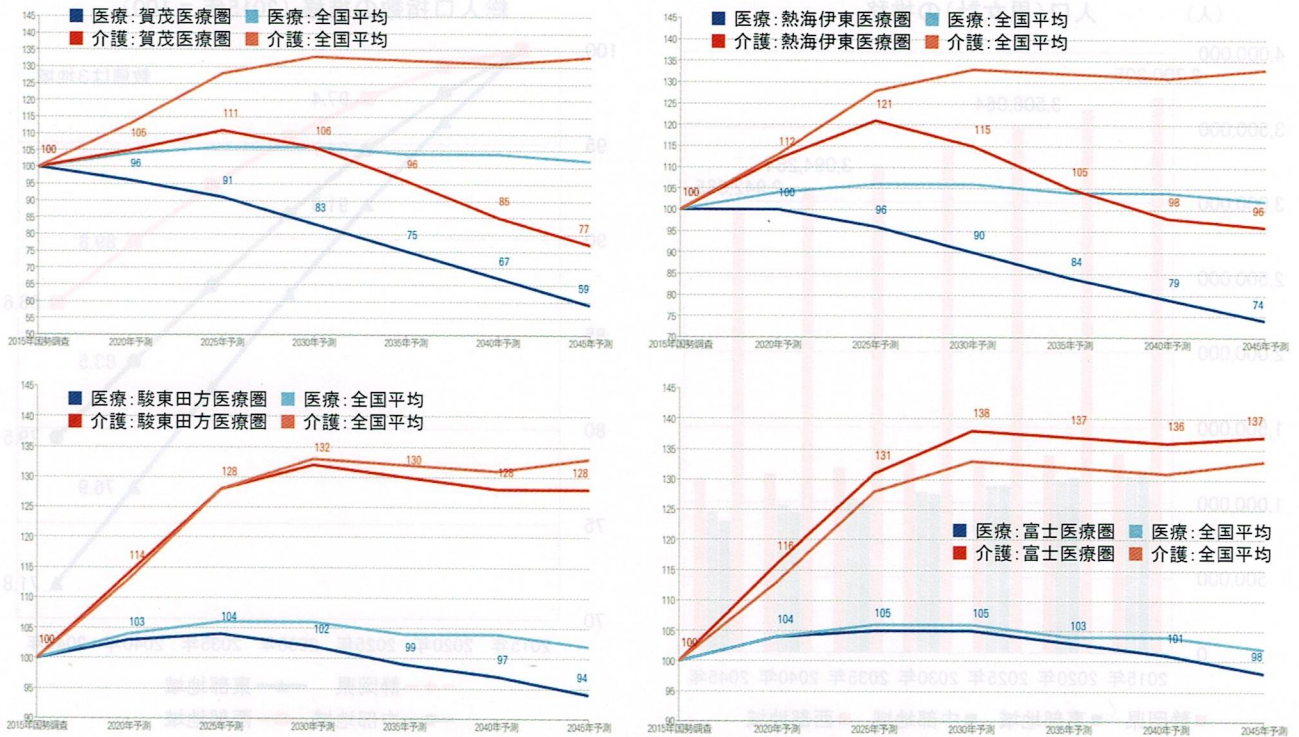
【出典】
 ・国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成30年推計)」
 ・厚生労働省「平成29年患者調査」
 【データ加工】
 ・産業医科大学公衆衛生学教室「地域別人口変化分析ツールAJAJA」

※「地域別人口変化分析ツールAJAJA」による推計方法は患者調査で把握できる都道府県・性・年齢階級・傷病別の受療率が将来も継続すると仮定し、将来推計人口の通り人口構造が変化した場合の患者数増減を推計している。(2010年を100としたときの患者数を示している。)

※ 福島県については、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成30年推計)」において、東日本大震災の影響により市町村別の人口推移等を推計することが困難との理由からデータが掲載されていないため、着色していない。

図1(3)-13【再掲】 静岡県東部地域(4医療圏)の医療・介護需要予測

医療介護需要予測指数(2015年実績=100)



日本医師会ホームページ「地域医療情報システム」静岡県 賀茂・熱海伊東・駿東田方・富士の各医療圏
<http://www.jap.jp/cities/detail/pref/22> (令和3年3月22日確認)

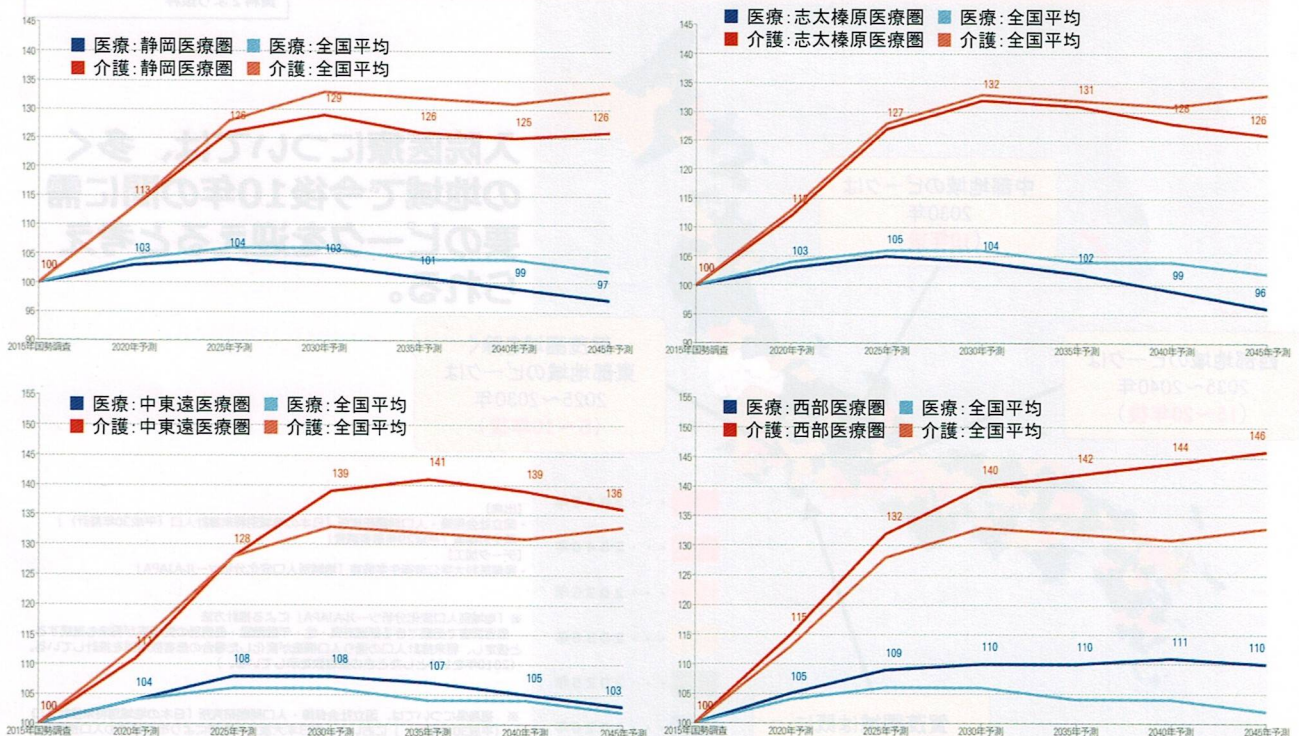


All rights reserved.

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

図1(3)-14【再掲】 静岡県中部・西部地域(4医療圏)の医療・介護需要予測

医療介護需要予測指数(2015年実績=100)



日本医師会ホームページ「地域医療情報システム」静岡県 静岡・志太榛原・中東遠・西部の各医療圏
<http://www.jap.jp/cities/detail/pref/22> (令和3年3月22日確認)



All rights reserved.

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