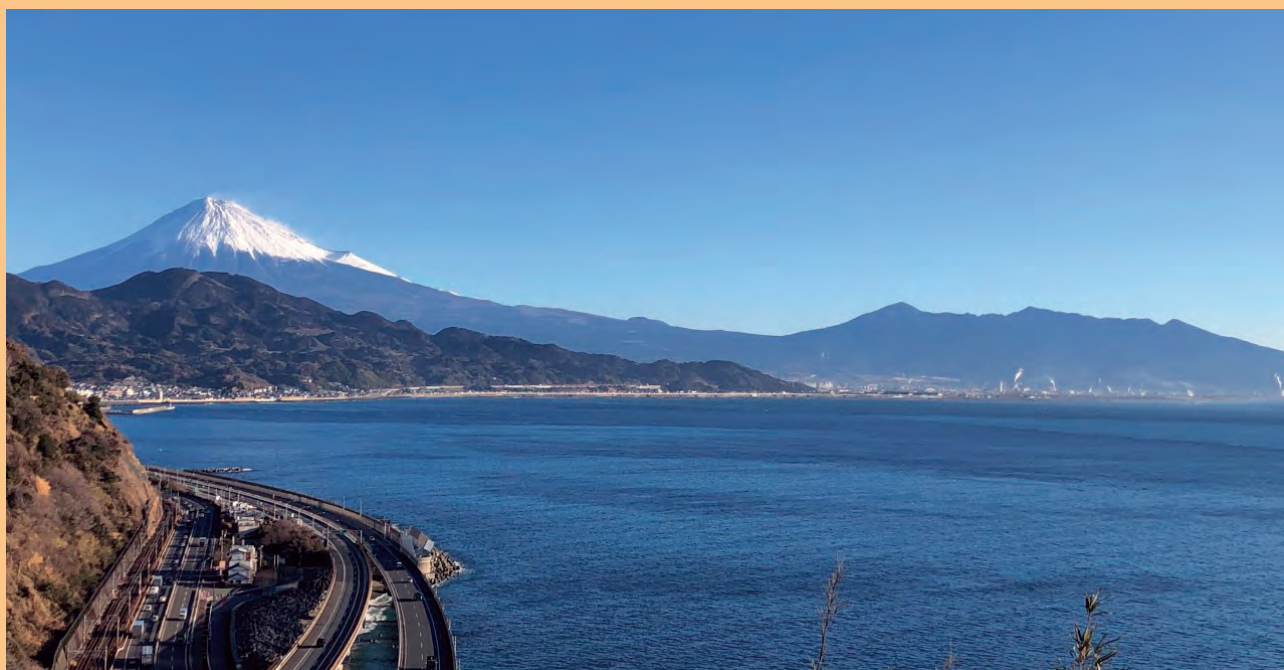


浜松医科大学 地域医療支援学講座 令和5（2023）年度 実績報告書



浜松医科大学 医学部医学科 地域医療支援学講座
（静岡県寄附講座）

令和6（2024）年3月

浜松医科大学 地域医療支援学講座

令和5（2023）年度 実績報告書 目次

はじめに	1
第1章 地域医療支援学講座の概要	5
第2章 令和5（2023）年度事業実績	13
1 医師偏在の解消及び地域医療構想の実現に向けた地域における医療提供体制の在り方に関する検討	14
（1）はじめに	14
（2）医療施設従事医師数等における最近の状況（地域偏在）	14
ア 直近10年間の変化（全県-地域、二次医療圏別医師数）	14
イ 直近10年間の変化（指定都市・指定都市以外の市町別-性別医師数）	15
ウ 直近10年間の変化（病院・診療所別/全県-地域、二次医療圏別医師数）	16
エ 人口10万人対医療施設従事医師数と医師偏在指標	19
オ 医師少数スポット	20
（3）医療施設従事医師数等における最近の状況（診療科偏在）	31
ア 主たる診療科別医師数と構成割合（全国・静岡県）	31
イ 主たる診療科別医師数と構成割合（全国・静岡県-地域、指定都市・指定都市以外の市町別）	31
ウ 主たる診療科別医師数と構成割合（主たる診療科別/全国・静岡県-地域、指定都市・指定都市以外の市町別）	34
(ア) 内科（12科）	34
(イ) 内科（他の内科系11科以外）	38
(ウ) 呼吸器内科	38
(エ) 循環器内科	38
(オ) 消化器内科	39
(カ) 腎臓内科	39
(キ) 脳神経内科	39
(ク) 糖尿病内科（代謝内科）	40
(ケ) 血液内科	40
(コ) アレルギー科	40
(サ) リウマチ科	40
(シ) 感染症内科	40
(ス) 心療内科	40
(セ) 皮膚科	48
(ソ) 小児科	48
(タ) 精神科	49

(チ) 外科（８科）	54
(ツ) 外科（他の外科系７科以外）	55
(テ) 呼吸器外科	55
(ト) 心臓血管外科	56
(ナ) 乳腺外科	56
(ニ) 消化器外科	56
(ヌ) 小児外科	57
(ネ) 気管食道外科	57
(ノ) 肛門外科	57
(ハ) 泌尿器科	63
(ヒ) 脳神経外科	63
(フ) 整形外科	64
(ヘ) 形成外科（２科）	69
(ホ) 形成外科（美容外科除く）	69
(マ) 美容外科	70
(ミ) 眼科	71
(ム) 耳鼻咽喉科	71
(メ) 産婦人科（３科）	73
(モ) 産婦人科・産科	74
(ヤ) 婦人科	74
(ユ) リハビリテーション科	83
(ヨ) 放射線科	83
(ラ) 麻酔科	84
(リ) 病理診断科	89
(ル) 臨床検査科	89
(レ) 救急科	90
(ロ) 集中治療科（救急科との合算を含む）	90
(リ) 臨床研修医	91
(４) 医療施設従事医師の地域・診療科偏在の状況等（まとめ）	101
ア 医師の地域・診療科偏在の状況	101
(ア) 医師の地域偏在の状況	101
(イ) 医師の診療科偏在の状況	101
イ 医師の地域・診療科偏在を考える上での視点	102
ウ これからの医師の地域・診療科偏在の解消に向けて	103
2 医師派遣に向けた支援・調整等に関する取組	109
(１) 学生教育	109
ア 本学の学部・大学院学生向け（地域枠医学生を含む）	109
イ 県外大学の地域枠医学生向け	110
(２) 学内外に対する情報発信、政策立案への参画等	110
ア 実績報告書等の発行	110
イ 政策立案への参画、関係者との協議等	111
(３) 医師派遣、研修体制の充実・強化等に係る学内外での連携強化	112
ア 卒後教育センターとの連携（学内）	112
イ 医師トータルサポートセンターとの連携（学内）	112

	ウ 一般社団法人静岡県医師会との連携	112
	エ 公益社団法人静岡県病院協会との連携	112
	(4) 東部地域への医師派遣、研修体制の充実・強化	113
	ア 臨床研修	113
	イ 専門研修	114
	(5) その他の取組	114
	3 地域における医療提供体制の在り方に関する検討（肝臓）	117
	(1) 静岡県における肝臓の動向と医療提供体制の状況	117
	(2) 施設の指定・認定区分に基づく肝臓入院患者数の状況	117
	ア がん診療連携拠点病院等の指定区分に基づく検討	117
	イ 日本肝臓学会認定施設等の認定区分に基づく検討	118
	ウ 結果のまとめ	120
第3章	令和5（2023）年度 活動実績	125
第4章	令和5（2023）年度 業績一覧	133
第5章	資料	137
	○ 静岡県立静岡高校による大学訪問・ミニ講義資料	138
	「人口減少社会と静岡県の医療」	
おわりに		152

注：本報告書における年度の表記方法は、原則として元号で表記し、西暦を括弧書きで併記した。
ただし、経年変化が元号を跨ぐ場合やスペースの都合上、一部の図表等ではいずれか一方のみ、
あるいは西暦を優先した表記とした。

はじめに

はじめに



国立大学法人浜松医科大学 医学部医学科 地域医療支援学講座
特任教授 竹内 浩視

地域医療支援学講座は、平成 30（2018）年 4 月に静岡県による寄附講座として浜松医科大学に設置され、今年度末で 2 期 6 年を経過しました。

この間、地域医療に従事されている皆様には、新型コロナウイルス感染症のパンデミックという公衆衛生上の大きな危機に日夜対応しつつ、地域医療構想と医師の働き方改革の両面から、医療提供体制の改革の推進にご尽力されておりますことに対し、心からの敬意を表します。また、日頃からの当講座へのご理解とご支援に対しまして、この場をお借りして改めて厚くお礼申し上げます。

さて、このような中、日本の人口構造は大きく変化しつつあります。

国立社会保障・人口問題研究所により、令和 5（2023）年 4 月には、令和 2（2020）年国勢調査に基づく日本の将来推計人口（令和 5 年推計）が、また、同年 12 月には、地域別将来推計人口（同；都道府県・市区町村別）が、それぞれ公表されました。

これらの結果によれば、総人口は、合計特殊出生率の減少が続く中、50 年後の 2070 年には約 8,700 万人と、2020 年時点の約 7 割まで減少する中、65 歳以上の高齢者人口は 2040 年頃にピークを迎え、2070 年には総人口の約 4 割を占めるものと見込まれています。

一方、外国人の入国超過数は、一時的には新型コロナウイルス感染症の影響を受けたものの、上昇傾向が続き、日本人の自然減少が加速する中、国際人口移動による社会増加の傾向が続いています。出入国在留管理庁のまとめによれば、令和 5（2023）年の外国人入国者数は、新型コロナウイルス感染症の感染拡大前の令和元（2019）年には及ばないものの、前年（令和 4（2022）年）の約 6 倍となる約 2,400 万人に上っています。中でも、東南アジアやネパール、メキシコからの入国者数が増加しており、在留資格別では、特定技能が約 4 万 4 千人、技能実習が約 18 万 3 千人と、日本人の現役世代人口の減少に伴う働き手の減少を補うような社会増加となっています。

本県においても、2040 年の将来推計人口は約 312 万人、2050 年には約 283 万人まで減少することが見込まれていますが、東高西低の傾向にある本県の高齢化率を反映し、二次医療圏ごとの推移には大きな違いがあります。特に、伊豆半島や中山間地域では、年少人口・現役世代人口の急速な減少に伴い、将来推計人口も大きく減少することが見込まれる一方、85 歳以上人口は今後も増加が見込まれることから、医療や介護の需要と供給にはこれまで以上のギャップが生じることが懸念されます。

また、令和 5（2023）年度は、医療法上の次期医療計画として位置付けられる静岡県保健医療計画をはじめ、多くの県計画の改定時期に当たり、大変慌ただしい一年となりました。

特に、地域における医療提供体制については、新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた感染症法の改正（令和4（2022）年12月公布）を受け、これまでの疾病・事業ごとの医療連携体制に、新興・再興感染症の発生・まん延時における医療が加わりました。また、在宅医療では、在宅医療圏を設定することとなりましたが、二次医療圏の範囲に関わらず、地域の実情に応じた圏域の設定が進められ、来年度以降も引き続き体制の整備が進められることとなっています。

これらの取り組みとともに、令和3（2021）年5月の医療法改正を受け、これまでは病床の機能分化・連携が中心だった医療機関の機能分化・連携に加え、令和4（2022）年4月からは外来機能報告制度が導入され、令和5（2023）年10月から報告が開始されました。これまでの病床機能報告と併せて、入院・外来医療全体のデータが毎年収集・公表され、地域における医療提供体制や診療実績等の状況の見える化が進むことにより、限られた医療資源を効率的かつ効果的に活用するため、地域医療協議会や地域医療構想調整会議等、医療法に規定された地域における「協議の場」での議論の活性化が期待されます。

ただし、これらの議論を活性化するためには、国による各種統計調査の結果や、県が収集する医療機関の開設状況、毎年の病床機能報告や外来機能報告等、膨大な情報から、議論に資するデータを抽出・分析・評価し、協議の場に提供するとともに、随時更新していくことが必要です。さらに、これらの情報は、受療者である地域住民にも公表され、地域医療の現状や課題、将来の見通しなどに対する理解を深めることにつなげることが大変重要です。

医師少数県であり、人口約360万人を擁しながら医師を養成する医学部が1校しかない本県において、人口減少と人口構造の変化に伴う疾病構造の地域差が進む中、限られた指導医の下で、急速に増加しつつある地域枠医師を含む若手医師の研修体制を構築することは容易ではなく、1大学あるいは病院単位での取り組みには限界があります。

そのためにも、地域医療構想を含む次期医療計画である第9次静岡県保健医療計画に基づく行政の強力なリーダーシップの下、医療関係者のみならず、介護・福祉関係者や地域住民の理解も得ながら、病院完結型医療から地域完結型医療への転換を図っていく必要があります。

当講座では、このような視点から、講座開設時から毎年度末に実績報告書を作成し、学内はもとより、県内の行政（県、指定都市、市町等）、医療関係団体（静岡県医師会、静岡県病院協会）、全病院等にお届けし、人口構造の変化やそれに伴う医療・介護需要予測、診療科別医師数の推移や女性医師の増加、研修プログラムの実施状況等を報告し、本学の講座サイトでも公表してきました。

また、県（県庁、保健所）が開催する上記の各種会議や、医療関係団体や市町（議会関係を含む）、住民団体の皆様からの依頼による研修会・講演会等を通じて、できる限り最新の国の動向や本県の状況等についてお伝えすることにより、地域全体が将来に向けたベクトルを共有し、限られた医療資源の中で、地域の実情にあった医療提供体制の構築に向けた議論を深めていただく一助となるよう努めてきました。

今後もこれまでの取り組みを進めながら、医師の研修体制の充実・強化にもさらに力を入れていきたいと考えております。引き続き、当講座にご指導ご鞭撻並びにご支援を賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。



河津桜（賀茂郡河津町）

第 1 章

地域医療支援学講座の 概要

第 1 章 地域医療支援学講座の概要

地域医療支援学講座（以下、本講座）は、浜松医科大学（以下、本学）における静岡県の寄附講座の一つとして、平成 30（2018）年 4 月 1 日に設置された。なお、静岡県と本学との協定に基づく本講座（第Ⅱ期）の設置目的や事業概要は以下のとおりとなっている。

1 設置目的

医師の地域偏在解消、地域医療構想の実現に向けて、効率的効果的な医師の配置、集約化（拠点化）のための調査分析、医師派遣調整を通じて、医師不足地域における研修体制の充実を図ることを目的とする。

2 事業概要

（1）事業費

令和 5 年度静岡県当初予算（地域医療確保支援研修体制充実事業）30,000 千円

※ 本事業は、令和 5 年度地域医療介護総合確保基金（医療分）事業の一部。

※ 本講座の設置期間（第Ⅱ期）は、令和 3（2021）年度から令和 5（2023）年度までの 3 年間。

（2）事業内容

- ・地域及び診療科ごとの必要医師数等の調査分析、医師確保、育成のための対策の検討
- ・新専門医制度の影響の調査分析、対応方策の検討
- ・県東部地域における、あるべき医療提供体制の提示と病院の機能分担・連携の促進
- ・県東部地域への派遣に向けた調整
- ・その他 1 の設置目的を達成するために必要な事業

3 寄附講座の背景

当講座の設置目的は 1 のとおりであるが、医師の需給状況や医師の研修体制は、医師以外の医療従事者の状況や、地域の医療提供体制などに大きく影響される。

令和 3（2021）年 5 月 21 日に、「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（令和 3 年法律第 49 号。以下、医療法等改正法）」が成立（同年 5 月 28 日公布）^{*1-1}した。同法は、医療法のほか、各身分法や地域医療介護総合確保法の一部改正を含み、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、医療関係職種の専門性の活用、地域の実情に応じた医療提供体制の確保を進めることを目的としている。（図表 1-1）

また、今回の法改正の中では、令和 2（2020）年初頭から全国的な流行が反復し、地域の医療提供体制に甚大な影響を及ぼしている新型コロナウイルス感染症を踏まえた新興感染症等にも対応できるような医療提供体制の整備が求められている。具体的な内容については、令和 4（2022）年 12 月 2 日に成立（同年 12 月 9 日公布）した「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等の一部を改正する法律（令和 4 年法律第 96 号。以下、改正感染症法）」に規定され、順次施行^{*1-2}されている。（図表 1-1～3）

また、これまでは、団塊の世代が 75 歳以上となる 2025 年を目標年とする地域医療構想に基づき、病床の機能分担と連携を中心とした医療提供体制の見直しが図られてきたが、今後は、現役世代人口の急減が見込まれることから、団塊ジュニアの世代が 65 歳以上となり、高齢者人口がピークを迎える 2040 年を展望した対応が求められている。**(図表 1-2, 4)**

現在、医療法等改正法は順次施行されつつあるが、次期医療計画（第 8 次医療計画^{*1-3}；計画年度は令和 6（2024）年度からの 6 年間）の策定作業等と連動しており、特に令和 5（2023）年度までは、都道府県や医療機関において、国の動向を踏まえつつ、非常に短い期間に数多くの取組が求められている。**(図表 1-5～7)**

中でも、地域における医療提供体制と医療従事者、特に医師の確保は表裏一体であることから、ともに医療計画の一部である、地域医療構想と医師偏在対策（医師確保計画）の一体的な取り組みが求められており、令和 6（2024）年 4 月からの医師の時間外労働上限規制の本格適用とも併せて、行政（県・保健所設置市並びに各保健所）・医療機関・医療関係等の緊密な連携による協働作業が求められている。**(図表 1-8)**

なお、2025 年までの取組となっている地域医療構想については、2040 年頃を視野に入れた新たな地域医療構想の策定に向けた課題整理・検討を行っていくこととなっている。**(図表 1-9)**

*1-1 厚生労働省：「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」の公布について（通知）。令和 3 年 5 月 28 日医政発 0528 第 1 号厚生労働省医政局長発各都道府県知事・保健所設置市長・特別区長あて通知。

*1-2 厚生労働省：「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等の一部を改正する法律」の公布及び一部施行について（通知）。令和 4 年 12 月 9 日医政発第 1209 第 22 号・産情発 1209 第 2 号・健発第 1209 第 2 号・生食発 1209 第 7 号・保発 1209 第 3 号厚生労働省医政局長ほか発各都道府県知事・保健所設置市長・特別区長あて通知。

*1-3 国では第 8 次医療計画となるが、本県の場合、現行計画（静岡県保健医療計画）が第 8 次計画であるため、医療法に基づく次期計画は第 9 次静岡県保健医療計画となる。

4 寄附講座の取組

3 を踏まえ、医師少数県である本県において、医師の地域・診療科偏在の解消に向けて必要な医師を確保するためには、地域の実情に応じた効率的かつ効果的な医療提供体制を構築する必要があることから、直近の統計資料や国が開催する各種会議資料等から、医師以外の医療従事者の状況や地域の医療提供体制などについても調査分析を行い、毎年度実績報告書を作成し、学内の臨床系講座や地域医療関連講座等、県内の行政機関（県庁、指定都市の本庁・保健所、市町等）、医療関係団体（県・郡市医師会、県病院協会）、全病院等に送付するとともに、大学ホームページの講座サイトで公開している^{*1-4}。**(図表 1-10・11)**

また、県（本庁、保健所）や医療関係団体（静岡県医師会、静岡県病院協会等）、医療機関（公立病院経営強化プラン策定対象病院等）などが開催する各種会議・研修会等での助言・講演等を通じて、医療機関における医療機能の分担・連携、医療・介護連携による多職種・多施設連携を促し、地域全体での効率的な医療提供体制の構築を支援した。

（図表 1-12）

一方、学内では、本学附属病院の卒後教育センター^{*1-5}や医師トータルサポートセンター（女性医師支援センターから名称変更、静岡県委託事業として設置された「ふじのくに女性医師支援センター」は変更なし）、臨床系・公衆衛生系の各講座、事務部門等との連携を強化するとともに、県内の医療関係団体（静岡県医師会、静岡県病院協会等）、市町、病院への協力・支援等を通じて、県内の基幹病院等に従事する医師の確保や派遣調整等につなげた。（図表 1-12；詳しくは第 2 章参照）

さらに、本学地域医療学講座（中部電力株式会社による寄附講座）との連携により、地域医療を守る県内住民団体の活動への協力を通じて、地域医療の現状や課題等に対する県民の理解を深め、協力を促すための取組を行った。（詳しくは第 3 章参照）

また、2 名の特任助教は、それぞれの専門分野（肝臓内科、小児科）を活かした調査分析等を行うとともに、附属病院や県内医療機関での診療、臨床研修医・専攻医への指導等を通じて、医師少数区域・少数スポットにおける医療の提供や若手医師の育成・定着促進に寄与した。

2 名の特任研究員は、県内の医療提供体制に関する調査・分析等を行い、論文や会議資料の作成等を通じて、講座の活動に寄与した。（詳しくは第 4 章参照）

*1-4 浜松医科大学ホームページ：教育-医学科-講座等紹介「地域医療支援学講座」（活動実績）。

<https://www.hama-med.ac.jp/education/fac-med/dept/regional-medcare-sprt/act-report/index.html>（令和 6 年 3 月 31 日確認）

*1-5 臨床系各講座等と連携して、医師臨床研修マッチングや医師・歯科医師臨床研修を統括するとともに、専門研修プログラムに関する情報を一元的に集約し、ホームページ等を通じて学外に情報発信している。なお、浜松医科大学医学部附属病院は、県内で唯一、日本専門医機構が定める専門研修の基本領域 19 領域（診療科）すべての専門研修プログラム（サブスペシャリティ領域との連動研修によるものを含む）を有する基幹施設となっている。

6 講座構成員（令和 5（2023）年度）

講座構成員

特任教授	竹内 浩視
特任助教	千田 剛士
特任助教	増永 陽平
特任研究員（非常勤）	山田 友世
同（非常勤）	上田 規江
事務補佐（派遣職員）	村松 由記子

図表 1-1 医療法等改正法の概要

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、各医療関係職種の専門性の活用、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型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
<Ⅰ. 医師の働き方改革> 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】 医師に対する医師の労働時間短縮の上限規制の適用開始（令和6年4月1日）に向け、次の措置を講ずる。 ・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する研修実習の観点から、やむを得ず高い上段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
<Ⅱ. 各医療関係職種の専門性の活用> 1. 医療関係職種の業務範囲の見直し（診療報酬法） タスクフォース/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。 2. 医師養成環境の見直し（医師法、医師法施行規則） ①試用合格者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医療を行うことができる旨を明確化。 <Ⅲ. 地域の実情に応じた医療提供体制の確保> 1. 新興感染症等の感染拡大防止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。 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）【公布日施行】 令和2年度に創設した「臨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部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ずる。 3. 外来医療の機能の明確化・連携（医療法）【令和6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。 <Ⅳ. その他> 持分法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】
1

厚生労働省「第79回 社会保障審議会医療部会」（令和6年6月3日開催）資料1 から抜粋
<https://www.mhlw.go.jp/content/1260000/000783130.pdf>（令和6年3月31日確認）

図表 1-2 医療提供体制をめぐる課題

医療提供体制をめぐる課題

○ 今後の検討・取組に当たっては、「1. 新型コロナウイルス対応に関する課題」に対応するとともに、超高齢化・人口急減といった「2. 2040年を見据えた人口構造の変化への対応」が求められるのではないか。

1. 新型コロナウイルスに関する課題	・人材面を始めとした高度急性期対応 ・地域医療を面として支える医療機関等の役割分担・連携（情報共有を含む） ・チーム・グループによる対応など外来・在宅医療の強化 ・デジタル化・見える化への対応 など
2. 2040年を見据えた人口構造の変化への対応	・生産年齢人口の減少に対応するマンパワーの確保 ・人口減少地域における医療機能の維持・確保や医師の働き方改革に伴う対応 ・超高齢化、人口急減による入院・外来医療ニーズの変化 ・医療介護複合ニーズ・看取りニーズの増加（特に都市部） など

厚生労働省「第79回 第6次医療計画等に関する検討会」（令和6年5月4日開催）資料1 から抜粋
<https://www.mhlw.go.jp/content/1260000/000911302.pdf>（令和6年3月31日確認）

図表 1-3 改正感染症法の概要

1. 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等の一部を改正する法律の概要

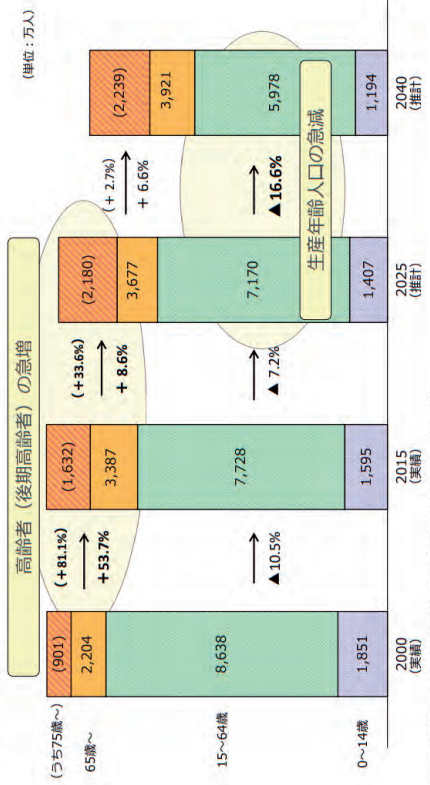
改正の趣旨
新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえ、国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがある感染症の発生及びまん延に備えるため、国又は都道府県及び関係機関の連携協力による対応、外来医療及び在宅医療の確保の強化、保健師や検査官等の体制の強化、情報整備の強化、機動的なワクチン接種の実施、水際対策の機動的な強化等の措置を講ずる。
改正の概要
1. 感染症発生・まん延防止に関する医療提供体制の整備等 （感染症法、医師法、医療法） ① 感染症対応の医療機関による様々な医療の確保 （1）感染症対応の医療機関にあっては、都道府県等と医療機関等との間で、病棟、発熱外来、自宅療養者等（高齢者施設等の入所者を含む）への医療の確保等に関する協定を締結する仕組みを法定化する。加えて、公立・公営医療機関等、特定機能病院、地域医療支援病院に感染症発生・まん延時に担うべき医療提供を義務付ける。あわせて、保健医療機関等は感染症医療の実施に協力するものとする。また、都道府県等は医療関係団体に協力要請をすることとする。 ② 初期対応を行う医療機関について旅行前と同水準の医療の確保を可能とする措置（旅行前医療確保措置）を導入する（その費用については、公費と自己負担とを併用）。また、協定旅行状況の公表や、協定に当たらない医療機関等への指示・公表等を行うことができることとする。 （2）自宅・宿泊療養者等への医療や支援の確保 ① 自宅療養者等への健康観察等の医療機関への委託を法定化する。健康観察や食事の提供等の生活支援について、都道府県が市町村に協力を求めることとし、都道府県と市町村間の情報共有を進めることとする。さらに、宿泊施設の確保のための協定を締結することとする。 ② 外来・在宅医療について、患者の自己負担を公費が負担する仕組み（公費負担医療）を創設する。 （3）医療人材派遣等の調整の仕組みの整備 ① 医療人材について、国による広域派遣の仕組みやDMAT等の構成・登録の仕組み等を整備する。 （4）保健所の体制機能や地域の関係機関との連携強化 ① 都道府県・保健所設置市・特別区その他関係市町村等が構成する連携協議会を創設するとともに、緊急時の入院勧告措置について都道府県知事の指示権限を創設する。保健所業務を支援する保健師等の専門職（IHEAT）や専門的な調査研究、試験検査等のための体制（地方衛生研究所）の整備等を法定化する。 （5）情報基盤の整備 ① 医療機関の発生届等の電送の方法による入力努力義務化（一部医療機関は義務化し、レセプト情報等との連結分析・第三留保等の仕組みを整備する。 （6）情報の確保 ○ 医薬品、医療機器、個人防護具等の確保のため、緊急時に国から事業者へ生産要請・指示、必要は支援等を行う仕組みを整備する。 （7）府県負担 ○ 医療機関等との協定実施のために都道府県等が交付する費用は国がその3/4を補助する等、新たに創設する事務に関し都道府県等が生じる費用は国が法律に基づきその一定割合を適切に負担することとする。 2. 機動的なワクチン接種に関する体制の整備等 （特別感染症法、特別法） ① 国から都道府県・市町村に指示する新たな臨時接種制度や集団接種施設を確保できる枠組み、個人番号カードで接種対象者を確認する仕組み等を導入する。 ② 感染症発生・まん延時に厚生労働省が定める大規模接種施設及び都道府県知事の指示により医師・看護師等以外の一部の者が検体採取やワクチン接種を行う仕組みを整備する。 3. 水際対策の強化の確保 （感染症法） ○ 検疫所長が、入国者に対し、居宅等での待機を指示し、待機状況について報告を求める罰則付きことができることとする。 このほか、医療関係者の感染防止対策に関する事項が盛り込まれた関係法6条の5第4項の規定について関係法の整備を行う。
施行期日
令和6年4月1日（ただし、1の(4)及び(2)の①の一部は令和5年4月1日、1の(4)及び(5)の一部は令和5年4月1日から公布日から10日を経過した日等） 厚生労働省「第6回 社会保障審議会医療部会」（令和6年2月24日開催）資料3 から抜粋 https://www.mhlw.go.jp/content/1260000/000783130.pdf （令和6年3月31日確認）

図表 1-4 2040年を見据えた人口構造の変化

人口動態② 2025年以降、「高齢者の急増」から「現役世代の急減」に局面が変化する

○ 2025年に向けて、高齢者、特に後期高齢者の人口が急速に増加した後、その増加は緩やかに一方、既に減少に転じている生産年齢人口は、2025年以降さらに減少が加速する。

【人口構造の変化】



（出典）厚生労働省「第6回 社会保障審議会医療部会」（令和6年2月24日開催）資料1 から抜粋
厚生労働省「第6回 社会保障審議会医療部会」（令和6年2月24日開催）資料1 から抜粋
<https://www.mhlw.go.jp/content/1260000/000911302.pdf>（令和6年3月31日確認）

図表1-11 実績報告書等に掲載した主な調査・分析結果(年度別)

主な掲載内容

種類	発行年度	主な掲載内容
実績報告書	平成30(2018)年度	・医師数(「平成28(2016)年度医師・歯科医師・薬剤師調査」による)^{*)1} ・医療提供体制に医師数(救急医療機関別100床当たり医師数ほか) ・医師臨床研修マッチングの推移 ・新専門医制度導入前後の医師数の変化 ほか
	令和元(2019)年度	・医師数(「平成30(2018)年度医師・歯科医師・薬剤師統計」による)^{*)1} ・直近10年間の医師数^{*)1}、医療施設数の変化 ・人口当たり診療科別医師数による地域偏在の分析 ・新専門医制度導入後の領域(診療科)別専攻医採用状況 ・幹国果キャリア形成プログラム(基本領域)の作成 ほか
	令和2(2020)年度	・新専門医制度導入前後の医師数の変化 ・専門研修プログラムの実施状況(基準・連携施設の所在地専攻医数) ・地域枠の追加とキャリア形成プログラムによる専門研修プログラムに及ぼす影響 ・複数の施設で従事する医師の状況(県内・県外の流入状況) ほか
	令和3(2021)年度	・医師数(「令和2(2020)年度医師・歯科医師・薬剤師統計」による)^{*)1} ・直近10年間の医師数^{*)1}の変化 ・病状種類・医療機能別病床数の推移(「病状機能報告」等による) ・新専門医制度におけるシーリング・連携プログラムの導入、運動研修の影響等 ほか
	令和4(2022)年度	・将来推計人口・世帯構造の変化と医療提供体制 ・女性医師・医師以外の医療従事者の状況と医師の働き方改革 ・在宅医療の状況(医療施設・標準化レセプト比(SGR)による現状分析) ・MDOC分類別退院患者数、救急医療の状況(「退院患者調査」による) ほか
資料集	令和3(2021)年度	・国立社会保険・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」、公益社団法人日本医師会「地域医療情報システム」を活用した地域、二次医療圏、市町別人口予測と医療・介護需要予測の見え方化(グラフ化)

*1 総数、性・年齢階級別、二次医療圏別、病院・診療所別、主たる診療科別 ほか

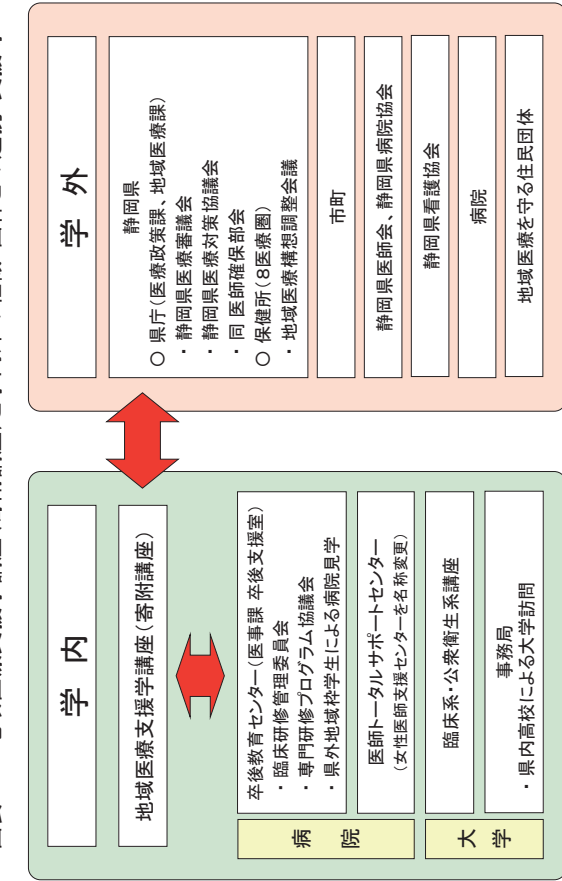
 文部科学省
 教育部

厚生労働省「第93回 社会保険審議会医務部会」(令和4年11月28日開催)資料3-3 から抜粋
4
https://www.mhlw.go.jp/content/12601000_001016976.pdf(令和5年3月31日確認)

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

All rights reserved.

図表1-12 地域医療支援学講座(寄附講座)と学内外の組織・団体との連携・支援等



公益社団法人医療・病院管理研究協会主催オンラインセミナー：「病院管理地域医療連携と病院経営」（令和5年9月29日開催）講演資料から抜粋

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

All rights reserved.

 文部科学省
 教育部

地域診断の結果を地域の取組につなげるツール

資料集



✓ 当講座では、地域診断の結果に直近の国・県の施策の動向等を加えた実情報告書や、将来推計人口等をグラフ化した資料等を発行し、県内の行政機関(県、指定都市の本庁、保健所、医療関係団体(医師会・病院協会)、各病院)に送付し、地域での密着した各病院における対応方策の参考としている。
※ 大塚浩一ホームページの「講座等紹介」各ページに「地域医療連携支援講座」ページにて公表。

地域医療支援センター
Dept. of Regional Medical Care Support



栗ヶ岳の「茶文字」(掛川市東山)

第2章

令和5(2023)年度 事業実績

1 医師偏在の解消及び地域医療構想の実現に向けた地域における医療提供体制の在り方に関する検討

(1) はじめに

第1章の「寄附講座の背景」で述べたように、これからの地域における医療提供体制（「地域医療構想」）と医師偏在対策（「医師確保計画」）は表裏一体であり、ともに医療計画の一部であることから、両者の一体的な取り組みが求められている。（図表 1-8（p. 10）参照）

本県は東西に長く、地域により地理的条件等の特性が異なることから、これらの取り組みにおいては、地域（主として二次医療圏）の実情に応じたきめ細かい対応が求められる。

今年度は、令和6（2024）年4月を始期とする次期医療計画（第9次静岡県保健医療計画）の策定が進められたが、本県では、医師の地域・診療科偏在が長年の課題となっていることから、当講座では、厚生労働省が公表した「令和4年医師・歯科医師・薬剤師統計」の結果等を用いて、本県における地域・診療科別医師数の状況や直近10年間の変化を取りまとめた。

(2) 医療施設従事医師数における最近の状況（地域偏在）

ア 直近10年間の変化（全県-地域、二次医療圏別医師数）

平成24（2012）年と令和4（2022）年の医師・歯科医師・薬剤師統計^{*2-1}の比較では、静岡県の医師数（届出数^{*2-2}）は、6,967人から8,242人と、10年間で1,275人（18.3%）増加した。人口10万対医師数^{*2-3}では、186.5人から230.1人と、10年間で43.6人（23.4%）増加した。また、10年間の増加率は、届出数・人口10万対数ともに全国よりも高かったが、都道府県順位（降順）は、ともにわずかな上昇にとどまった。（図表 2-1～3）

地域別では、届出数は西部地域が最も多く、東部地域が最も少ない「西高東低」の傾向は変わらなかったが、10年間の増加率は、届出数・人口10万対数ともに中部地域が最も高く、次いで西部地域が高かった。中部地域では、届出数・人口10万対数ともに、増加率が全国・全県を上回った。また、東部地域は、増加率が他の2つの地域よりも低く、届出数では全国の増加率を下回ったが、人口10万対数では全国の増加率を上回っていた。（図表 2-1～3）

2年ごとの推移では、届出数・人口10万対数とも、新専門医制度が導入された平成30（2018）年以降、増加率の地域差が拡大する傾向にあった。（図表 2-4・5）

二次医療圏別では、届出数では、西部医療圏が最も多く、次いで静岡、駿東田方、志太榛原、中東遠、富士、熱海伊東、賀茂医療圏の順となった。10年間の変化では、富士医療圏を除く東部地域と西部医療圏で構成割合が減少した一方、富士、静岡、志太榛原、中東遠医療圏で増加した。（図表 2-6）

人口 10 万対数の 2 年ごとの推移では、増減しつつ横ばい状態が続いた熱海伊東医療圏を除く医療圏で増加傾向が続いたが、賀茂医療圏では令和 4（2022）年に減少に転じた。（図表 2-7）

- *2-1 「医師・歯科医師・薬剤師統計」は、平成 28（2016）年まで「医師・歯科医師・薬剤師調査」として実施されてきたが、本報告書では特に標記する場合を除き、「医師・歯科医師・薬剤師統計」または「三師統計」に統一して標記することとする。また、平成 28（2016）年までの「調査年」についても、同様に「届出年」に統一する。
- *2-2 「医師・歯科医師・薬剤師統計」による医師数は、医師法に基づき医師が届け出た「届出数」であり、就業形態を問わない（常勤・非常勤の合計数）ことに留意する必要がある。
- *2-3 人口当たり医師数を算出する際に用いる人口は、5 年ごとに実施される「国勢調査」に合わせて、届出の時点（12 月 31 日現在）を含む年の 10 月 1 日現在の人口（国勢調査実施年以外は総務省統計局「人口推計」による概数）が用いられている。なお、本報告書では、静岡県内の地域・二次医療圏等を比較する場合は、静岡県知事直轄組織データ活用推進課「静岡県年齢別人口推計」による推計値を用いているため、同じ行政区域（例：静岡医療圏（静岡市の行政区域に一致））であっても、比較する対象により、図表間で人口当たり医師数が異なる場合がある。

医療施設従事医師数における最近の状況（地域偏在）のまとめ ①

○ 直近 10 年間の変化（全県-地域、二次医療圏別医師数）

平成 24（2012）年と令和 4（2022）年の医師・歯科医師・薬剤師統計（三師統計）の比較では、静岡県の医師数（届出数）は、6,967 人から 8,242 人と、10 年間で 1,275 人（18.3%）増加した。また、人口 10 万対医師数では、186.5 人から 230.1 人と、10 年間で 43.6 人（23.4%）増加した。また、10 年間の増加率は、届出数・人口 10 万対数ともに全国よりも高かった。

地域別では、届出数では、西部地域が最も多く、東部地域が最も少ない「西高東低」の傾向は変わらなかったが、10 年間の増加率は、届出数・人口 10 万対数ともに中部地域が最も高かった。また、2 年ごとの推移では、届出数・人口 10 万対数とも、新専門医制度の導入以降、増加率の地域差が拡大する傾向にあった。

二次医療圏別では、届出数では、西部医療圏が最多、賀茂医療圏が最少であった。10 年間における構成割合の変化では、富士医療圏を除く東部地域と西部医療圏で減少する一方、富士、静岡、志太榛原、中東遠医療圏で増加した。

イ 直近 10 年間の変化（指定都市・指定都市以外の市町別-性別医師数）

全国的に、首都圏をはじめとする都市部への医師の偏在が課題となっている。医師・歯科医師・薬剤師統計で公表されている指定都市の医師数（総数、性別）を用いて、県内の指定都市以外の市町（33 市町）の医師数を算出し、指定都市と比較した。

令和4年の医師数（届出数）では、静岡市が1,834人（全体の22.3%；以下同じ）、浜松市が2,310人（28.0%）、指定都市以外の市町が4,098人（49.7%）であった。人口10万対医師数では、浜松市が最も多く、静岡市、指定都市以外の市町と続き、いずれも全国を上回った。また、10年間の増加率は、届出数・人口10万対数ともに静岡市が最も高かった。また、指定都市、指定都市以外の市町とも、届出数・人口10万対数ともに全国より増加率が高かった。（図表2-8～10）

2年ごとの推移では、届出数・人口10万対数とも、新専門医制度が導入された平成30（2018）年以降、増加率の地域差がやや拡大する傾向にあった。（図表2-11・12）

性別では、男性は、総数に比べて指定都市以外の市町の構成割合が高かったが、10年間の増加率は、届出数・人口10万対数ともに静岡市が最も高かった。（図表2-13・14）

女性は、総数・男性に比べて2つの指定都市の構成割合が高かったが、10年間の増加率は、静岡市と指定都市以外の市町が浜松市を上回った。（図表2-15・16）

医療施設従事医師数における最近の状況（地域偏在）のまとめ ②

○ 直近10年間の変化（指定都市・指定都市以外の市町別-性別医師数）

令和4年の医師数（届出数）では、静岡市：浜松市：指定都市以外の市町（33市町の合計）が22%：28%：50%の比率であった。人口10万対医師数では、2つの指定都市、指定都市以外の市町ともに全国を上回った。また、直近10年間の増加率は、届出数、人口10万対数ともに静岡市が最も高かった。また、2年ごとの推移では、届出数・人口10万対数とも、新専門医制度の導入以降、増加率の地域差が拡大する傾向にあった。

性別では、男性は、指定都市以外の市町の構成割合が高かったが、10年間の増加率は、届出数・人口10万対数ともに静岡市が最も高かった。女性は、2つの指定都市の構成割合が高かったが、10年間の増加率は、静岡市と指定都市以外の市町が浜松市を上回った。

ウ 直近10年間の変化（病院・診療所別/全県-地域、二次医療圏別医師数）

（7）病院

平成24（2012）年と令和4（2022）年の医師・歯科医師・薬剤師統計の比較では、病院に従事する医師数（届出数）は、4,358人から5,339人と、10年間で981人（22.5%）増加した。人口10万対医師数では、116.7人から149.1人と、10年間で32.4人（27.8%）増加し、10年間の増加率は全国を上回った。（図表2-17・18）

地域別では、届出数は平成24（2012）年・令和4（2022）年ともに西部地域が総数

の約4割を占めた。また、平成24(2012)年は東部地域が中部地域をわずかに上回ったが、10年間の増加率は中部地域が最も高く、令和4(2022)年は中部地域が東部地域を上回った。10年間の増加率では、人口10万対医師数で中部地域が最も高く、2年ごとの推移では、新専門医制度が導入された平成30(2018)年以降、増加率の地域差が拡大する傾向にあった。**(図表 2-17・18)**

二次医療圏別では、届出数は西部医療圏が最も多く、次いで静岡、駿東田方、志太榛原、中東遠、富士、熱海伊東、賀茂医療圏の順となった。10年間の変化では、富士医療圏を除く東部地域と西部医療圏で構成割合が減少する一方、富士、静岡、志太榛原、中東遠医療圏で増加した。**(図表 2-19)**

人口10万対数の2年ごとの推移では、増減しつつ横ばい状態が続いた熱海伊東医療圏を除く医療圏で増加傾向が続いたが、賀茂医療圏では令和4(2022)年に減少に転じた。**(図表 2-20)**

これらの傾向は、いずれも総数の推移と同様であった。

(イ) 診療所

診療所に従事する医師数(届出数)は、2,609人から2,903人と、10年間で294人(11.3%)増加した。人口10万対医師数では、69.9人から81.0人と、10年間で11.1人(15.9%)増加し、10年間の増加率は全国を上回った。**(図表 2-21・22)**

地域別では、届出数は平成24(2012)年・令和4(2022)年とも、病院に比べて地域間の差は少ないが、西部地域が最も多かった。10年間の増加率では、人口10万対医師数で当初は東部地域の増加率が高く、中部・西部地域は全県を下回っていたが、平成30(2018)年・令和2(2020)年は3つの地域が並び、令和4(2022)年は西部地域が東部・中部地域よりも増加率が高くなった。**(図表 2-21・22)**

二次医療圏別では、届出数は西部医療圏が最も多く、次いで静岡、駿東田方、志太榛原、中東遠、富士、熱海伊東、賀茂医療圏の順となった。10年間の変化では、富士医療圏を除く東部地域で構成割合が減少する一方、その他の医療圏では横ばいから増加した。**(図表 2-23)**

人口10万対数の2年ごとの推移では、賀茂・熱海伊東医療圏はほぼ横ばいが続いたが、その他の医療圏は緩やかな増加傾向を示した。このうち、駿東田方・志太榛原医療圏は平成30(2018)年以降横ばい状態になる一方、中東遠・静岡・西部医療圏は増加率が比較的高く、横ばい傾向が続いた富士医療圏は令和4(2022)年に増加に転じるなど、医療圏間で推移に差がみられた。**(図表 2-24)**

(ウ) 病院・診療所の構成割合

医療施設従事医師のうち、病院に従事する医師の占める割合は、平成24(2012)年は全国で65.2%、静岡県は62.6%で全国よりも低かった。10年後の令和4(2022)年では、全国・静岡県ともに病院に従事する医師の占める割合が高くなったが、静岡

県が全国を下回る状況は変わらなかった（全国 67.2%、静岡県 64.8%）。（図表 2-25・26）

地域別では、平成 24（2012）年、令和 4（2022）年とも、病院に従事する医師の占める割合は東部地域で最も低く、西部地域で最も高かったが、いずれの地域も全国を下回った。（図表 2-25・26）

二次医療圏別では、病院に従事する医師の割合が低い医療圏は、平成 24（2012）年は賀茂・富士・志太榛原・中東遠、令和 4（2022）年は賀茂・富士・中東遠の各医療圏であった。特に後者は、医師偏在指標により医師少数区域とされた医療圏（図表 2-37（p. 29）参照）と一致した。（図表 2-25・26）

医療施設従事医師数における最近の状況（地域偏在）のまとめ ③

○ 直近 10 年間の変化（病院・診療所別/全県-地域、二次医療圏別医師数）

・ 病院

病院に従事する医師数（届出数）は、直近の 10 年間で 4,358 人から 5,339 人と、981 人（22.5%）増加した。人口 10 万対医師数では、116.7 人から 149.1 人と、10 年間で 32.4 人（27.8%）増加し、10 年間の増加率は全国を上回った。

地域別では、届出数は西部地域が総数の約 4 割を占めたが、10 年間の増加率は届出数・人口 10 万対数ともに中部地域が最も高く、2 年ごとの推移では、新専門医制度の導入以降、増加率の地域差が拡大する傾向にあった。二次医療圏別では、総数と同様の状況であった。

・ 診療所

診療所に従事する医師数（届出数）は、直近の 10 年間で 2,609 人から 2,903 人と、294 人（11.3%）増加した。人口 10 万対医師数では、69.9 人から 81.0 人と、10 年間で 11.1 人（15.9%）増加し、10 年間の増加率は全国を上回った。

地域別では、届出数は病院に比べて地域間の差は少ないが、西部地域が最も多かった。10 年間の増加率では、人口 10 万対医師数で当初は東部地域の増加率が高かったが、その後は横並びになり、令和 4（2022）年は西部地域で高くなった。二次医療圏別では、届出数は総数と同様の状況で、10 年間の変化では、富士医療圏を除く東部地域で構成割合が減少する一方、その他の医療圏では横ばいから増加した。

・ 病院・診療所の構成割合

病院従事医師の占める割合は、全国で総数の約 2/3、静岡県はそれをやや下回る状況で、10 年間で変化はなかった。

地域別では、病院従事医師の占める割合は西高東低の傾向にあり、二次医療圏別では、医師偏在指標により医師少数区域とされた医療圏と一致した。

エ 人口 10 万人対医療施設従事医師数と医師偏在指標

医師数の多寡や偏在については、医師・歯科医師・薬剤師統計^{*1}の集計結果と届出年の人口^{*2}から算出した人口当たり医師数（人口対医師数）^{*2}が長らく用いられてきたが、地域の実情が必ずしも十分に反映されていなかった。そのため、医療需要や将来推計人口、患者の流出入、医師の性別・年齢分布などを加味した「医師偏在指標」が国から示され、この指標に基づいて都道府県が「医師確保計画」を策定し、偏在の解消に向けた取り組みが進められている。（図表 2-27）

診療科による医師偏在については、診療科と疾病・診療行為との対応が明らかにしやすい産科・小児科における医師偏在指標が国から示されているが、その他の診療科については現時点で医師偏在指標の算出は困難とされている。（図表 2-28・29）

そのため、本報告書では、人口 10 万人対医療施設従事医師数を、診療科別医師数等において用いるとともに、適宜医師偏在指標と併記することとした。

今年度末までの第 8 次静岡県保健医療計画で用いられている医師偏在指標については、国において課題が整理され、来年度からの次期医療計画（第 9 次静岡県保健医療計画）の策定に向けて新たな医師偏在指標が示される中で、見直しが行われている。

（図表 2-30～36）

特に、医師少数県である本県では、東部地域や医師少数区域・医師少数スポットに限らず、多くの医療施設（病院・診療所）において、県内外に主たる従事先のある医師が非常勤医師として従事している^{*2-4}。

今回の医師偏在指標の見直しでは、「主たる従事先」と「従たる従事先」で按分が行われた（主：従＝0.8：0.2）^{*2-5}が、本県を含む勤務実態の実情が一定程度反映されたものと考えられる。（図表 2-30）

ここでも、「地域ごとの診療科別医師数の実態」が論点となっているが、都道府県において「三師統計による診療科別医師数を踏まえつつ、必要な施策を検討」（図表 2-30）することが求められており、今回、当講座での分析結果を本報告書に掲載した。

静岡県における人口 10 万対医療施設従事医師数と医師偏在指標との比較では、医師偏在指標による医師多数区域・中位区域・医師少数区域については、人口 10 万対医療施設従事医師数により区分した 3 グループと一致した。（図表 2-37）

なお、今回見直された分娩取扱医師・小児科医師の医師偏在指標のうち、分娩取扱医師については、静岡県における周産期医療圏は二次医療圏と異なり、東部・中部・西部の 3 圏域となっていることに留意する必要がある。（図表 2-38）

このほか、新たな医師偏在指標では、勤務施設別（病院・診療所別）医師偏在指標が参考資料として国から都道府県に示されており、第 9 次静岡県保健医療計画にも掲載されている。（図表 2-30・39）

静岡県では、病院に従事する医師の偏在指標は、すべての医療施設従事医師の偏在指標の区分と一致したが、診療所に従事する医師の偏在指標では、医師少数区域はなかった。（図表 2-39）

いずれにしても、医師偏在指標は、全体からみた医師の偏在の状況を示したものであり、医師の過不足の指標ではないことに留意する必要がある。

*2-4 複数の医療施設に従事する医師の状況については、当講座の令和 2（2020）年度実績報告書に、全県-二次医療圏別に分析した結果を掲載している。

https://www.hama-med.ac.jp/education/fac-med/dept/regional-medcare-sprt/mt_files/90149bb18e22d238923d6d6e318ef4df.pdf（令和 6 年 3 月 31 日確認）

*2-5 医師・歯科医師・薬剤師統計で届け出る「従たる従事先」は 1 か所に限られるため、必ずしもすべての従事先と勤務実態が反映されていないことに留意する必要がある。

オ 医師少数スポット

医師偏在指標は三次医療圏（原則、都道府県単位）・二次医療圏ごとに算出されるが、医師多数区域・中位区域であっても、局所的に医師が少なく、特に医師の確保を図るべき区域について、都道府県は、「医師少数スポット」に設定（原則として市区町村単位）することができるとなっている。（図表 2-40・41）

静岡県では、医師偏在指標が二次医療圏の中で最も低い賀茂医療圏の人口 10 万対病院勤務医師数を下回る市区町を医師少数スポットに設定している。（図表 2-42）

医療施設従事医師数における最近の状況（地域偏在）のまとめ ④

○ 人口 10 万人対医療施設従事医師数と医師偏在指標

医師偏在指標による医師多数区域・中位区域・医師少数区域は、人口 10 万対医療施設従事医師数により区分した 3 グループと一致した。

診療科別医師偏在指標は、現時点で算出が困難とされていることから、医師偏在指標が示されている分娩取扱医師・小児科医師を含め、三師統計の集計結果により分析を行うこととした。

勤務施設別（病院・診療所別）医師偏在指標については、医療施設従事医師全体と病院に従事する医師で 3 区分が一致したが、診療所では医師少数区域はなかった。

○ 医師少数スポット

静岡県では、医師多数区域・中位区域であっても、局所的に医師が少なく、特に医師の確保を図るべき区域として、医師偏在指標が二次医療圏の中で最も低い賀茂医療圏の人口 10 万対病院勤務医師数を下回る市区町を医師少数スポットに設定している。

図表2-1-2 医療施設従事医師数の変化(届出数・人口10万対数/全国・静岡県-地域別(再掲)/2012-2022年)

図表2-1 医療施設従事医師数(届出数) (単位:人(比を除く))				
	2012年(A)	2022年(B)	差(B-A)	比(B/A)
全国	288,850	327,444	38,594	1.134
静岡県	6,967 (全国12位)	8,242 (全国11位)	1,275	1.183
東部地域(再掲)	2,165	2,442	277	1.128
中部地域(再掲)	2,183	2,669	486	1.223
西部地域(再掲)	2,619	3,131	512	1.195

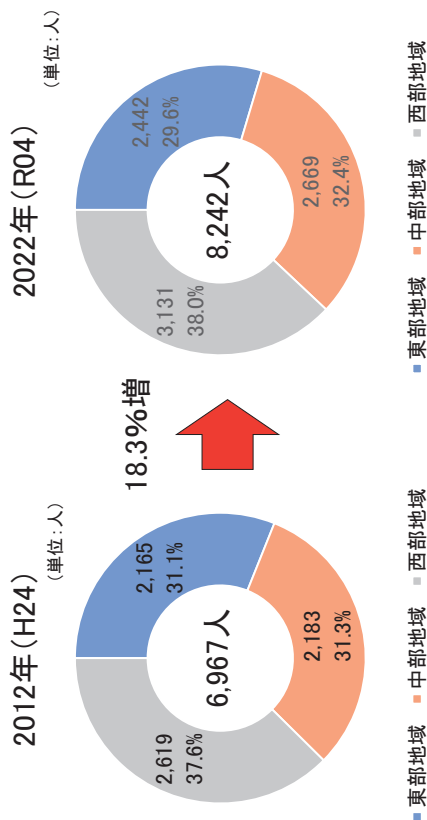
図表2-2 人口10万人当たり医療施設従事医師数
(単位:人(比を除く))

	2012年(A)	2022年(B)	差(B-A)	比(B/A)
全国	226.5	262.1	35.5	1.157
静岡県	186.5 (全国41位)	230.1 (全国39位)	43.6	1.234
東部地域(再掲)	175.7	212.2	36.5	1.208
中部地域(再掲)	184.8	236.3	51.5	1.279
西部地域(再掲)	198.0	240.6	42.6	1.215

* 掲載処理の関係上、単純計算では差が含まない場合がある。

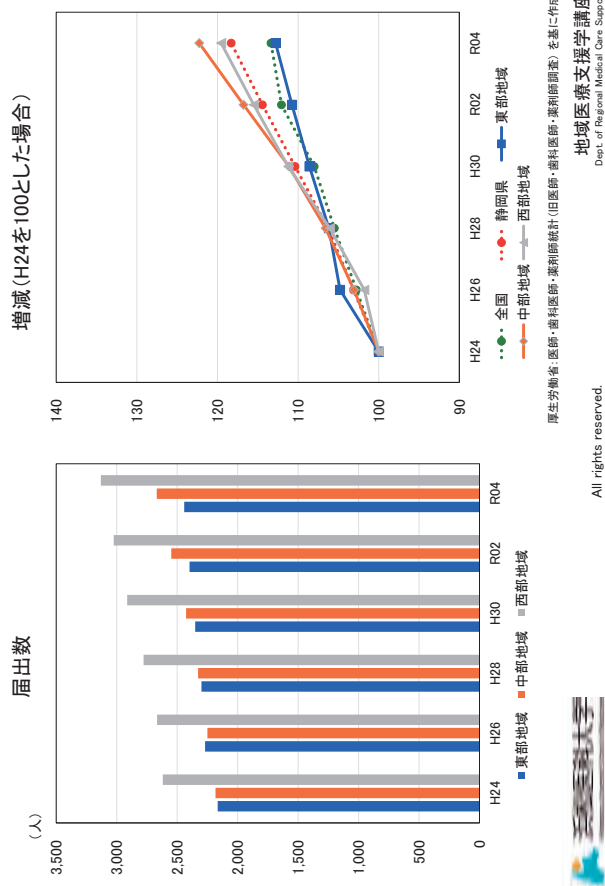
厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計(旧:医師・歯科医師・薬剤師調査)」を基に作成
地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support
All rights reserved.

図表2-3 直近10年間ににおける医療施設従事医師数の変化
(届出数・構成割合/総数/全県-地域別/2012(H24)・2022(R04)年)

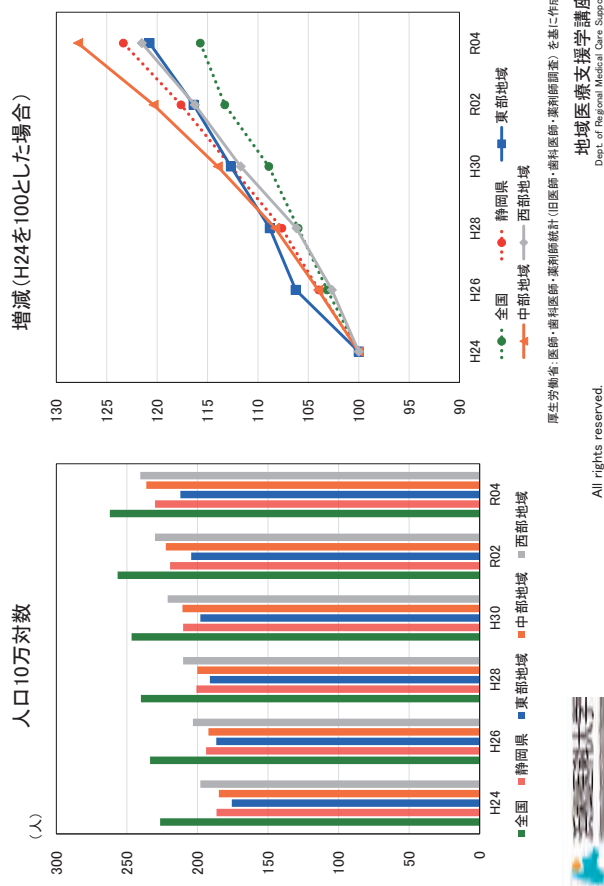


厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計(旧:医師・歯科医師・薬剤師調査)」を基に作成
地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support
All rights reserved.

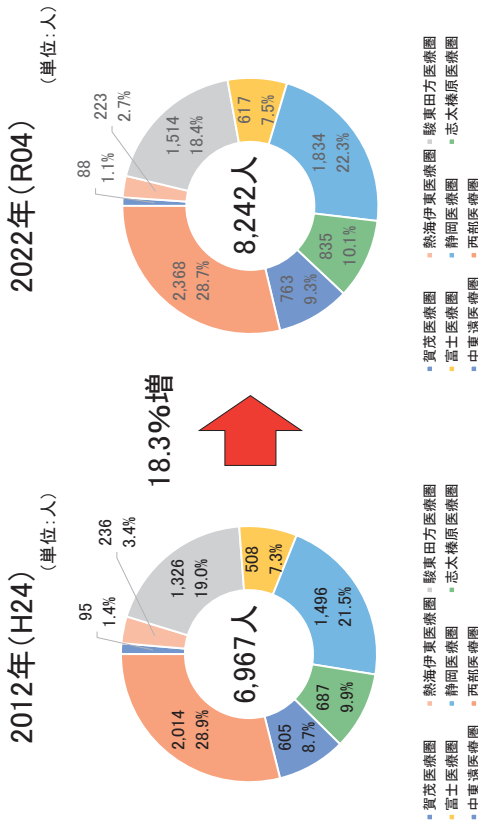
図表2-4 直近10年間ににおける医療施設従事医師数の推移
(届出数・総数/全国・静岡県-地域別/2012(H24)～2022(R04)年)



図表2-5 直近10年間ににおける医療施設従事医師数の推移
(人口10万対数/総数/全国・静岡県-地域別/2012(H24)～2022(R04)年)



図表2-6 直近10年間ににおける医療施設従事医師数の変化
(届出数・構成割合/二次医療圏別/2012(H24)・2022(R04)年)

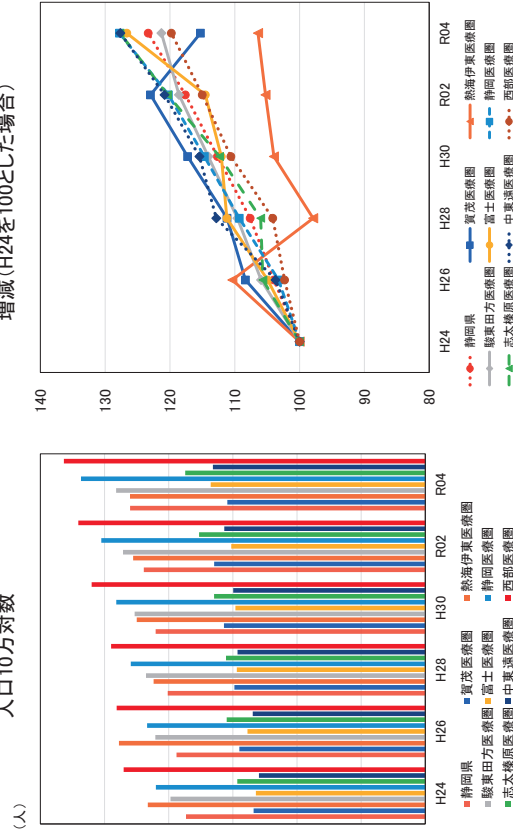


厚生労働省:「医師・歯科医師・薬剤師統計(旧医師・歯科医師・薬剤師調査)」を基に作成
地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support
All rights reserved.

図表2-7 直近10年間ににおける医療施設従事医師数の推移

(人口10万対数/総数/全県-二次医療圏別/2012(H24)~2022(R04)年)

増減(H24を100とした場合)



厚生労働省:「医師・歯科医師・薬剤師統計(旧医師・歯科医師・薬剤師調査)」を基に作成
地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support
All rights reserved.

図表2-8・9 医療施設従事医師数の変化(届出数・人口10万対数/全県・静岡県・指定都市等(再掲)/2012・2022年)

図表2-8 医療施設従事医師数(届出数)

	2012年(A)	2022年(B)	差(B-A)	比(B/A)
全国	288,850	327,444	38,594	1.134
静岡県	6,967 (全国12位)	8,242 (全国11位)	1,275	1.183
静岡市(再掲)	1,496	1,834	338	1.226
浜松市(再掲)	1,956	2,310	354	1.181
指定都市以外の市町(再掲)	3,515	4,098	583	1.166

(単位:人(比を除く))

図表2-9 人口10万人当たり医療施設従事医師数

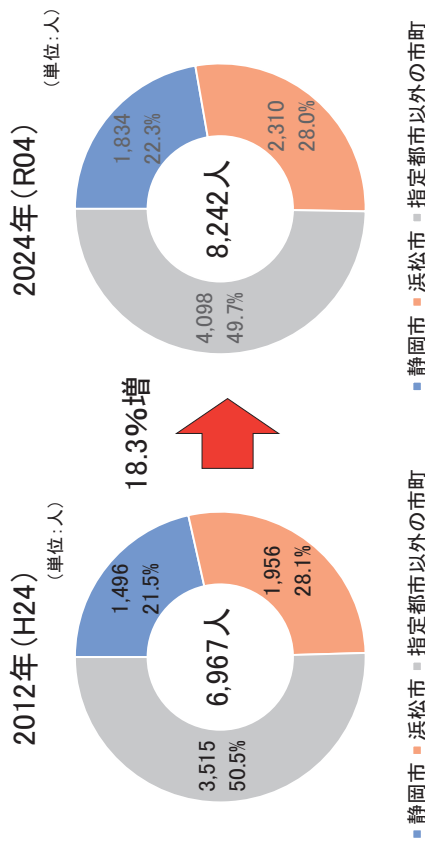
	2012年(A)	2022年(B)	差(B-A)	比(B/A)
全国	226.5	262.1	35.5	1.157
静岡県	186.5 (全国39位)	230.1 (全国39位)	43.6	1.234
静岡市(再掲)	210.1	268.5	58.4	1.278
浜松市(再掲)	245.4	294.6	49.2	1.201
指定都市以外の市町(再掲)	157.9	193.8	35.9	1.227

* 掲載処理の簡便上、単純計算では差が含まない場合がある。

厚生労働省:「医師・歯科医師・薬剤師統計(旧医師・歯科医師・薬剤師調査)」を基に作成
地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support
All rights reserved.

図表2-10 直近10年間ににおける医療施設従事医師数の変化

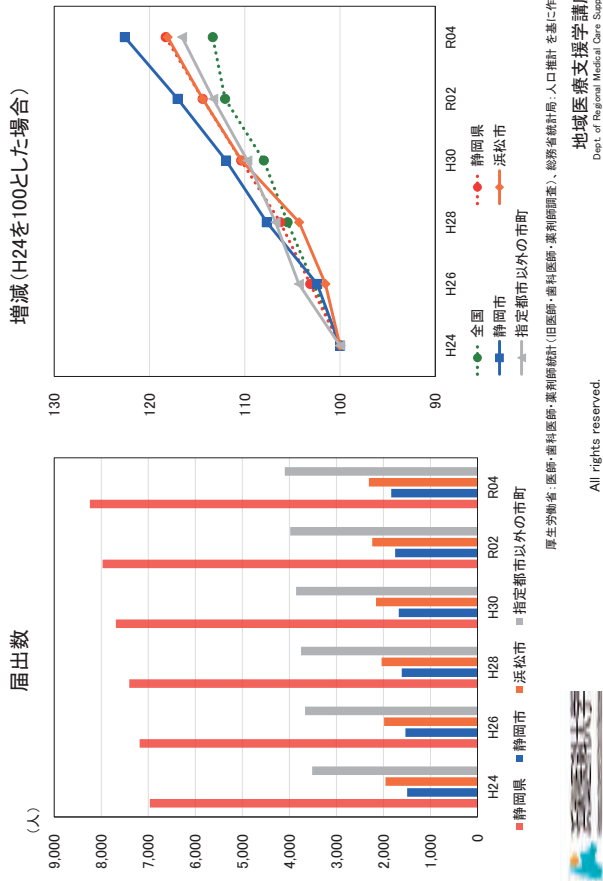
(届出数・構成割合/総数/全県-指定都市・その他の市町/2012(H24)・2022(R04)年)



厚生労働省:「医師・歯科医師・薬剤師統計(旧医師・歯科医師・薬剤師調査)」を基に作成
地域医療支援学講座
Dept. of Regional Medical Care Support
All rights reserved.

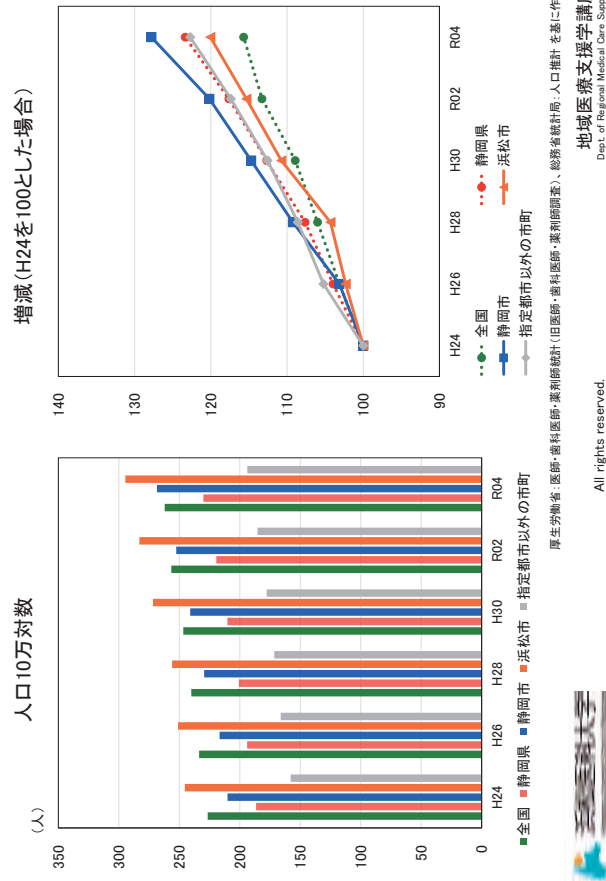
図表2-11 直近10年間ににおける医療施設従事医師数の推移

(届出数/総数/全国・静岡県-指定都市・その他の市町/2012 (H24) ~2022 (R04) 年)



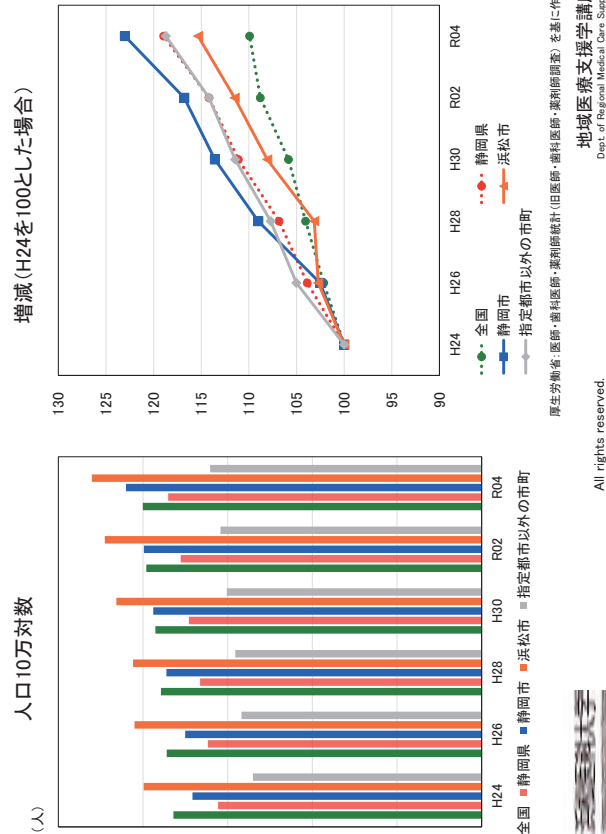
図表2-12 直近10年間ににおける医療施設従事医師数の推移

(人口10万対数/総数/全国・静岡県-指定都市・その他の市町/2012 (H24) ~2022 (R04) 年)



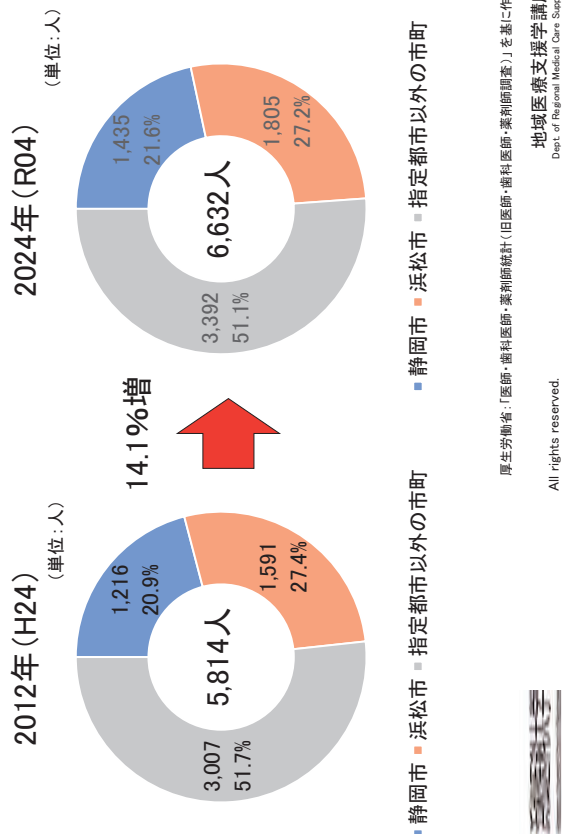
図表2-14 直近10年間ににおける医療施設従事医師数の推移

(人口10万対数/男性/全国・静岡県-指定都市・その他の市町/2012 (H24) ~2022 (R04) 年)

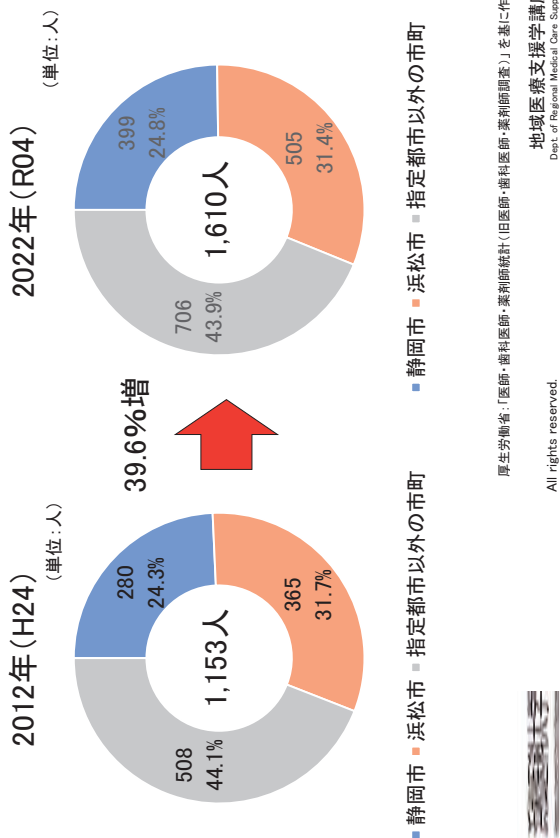


図表2-13 直近10年間ににおける医療施設従事医師数の変化

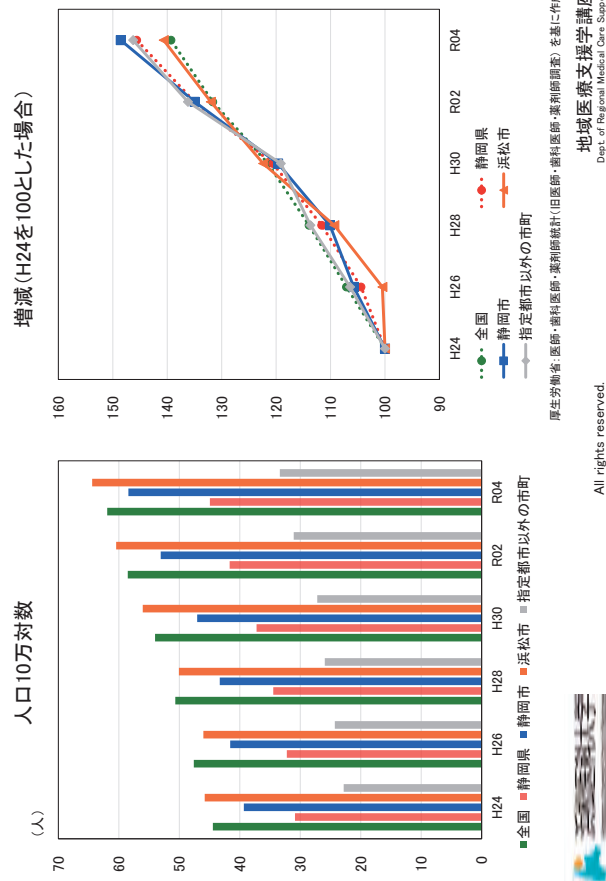
(届出数・構成割合/男性/全国・全県-指定都市・その他の市町/2012 (H24)・2022 (R04) 年)



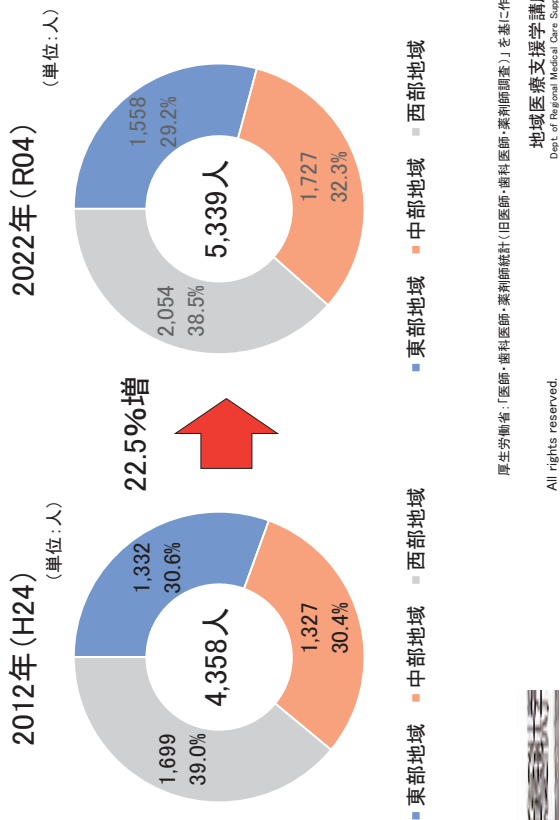
図表2-15 直近10年間ににおける医療施設従事医師数の変化
(届出数・構成割合/女性/全県・指定都市・その他の市町/2012(H24)・2022(R04)年)



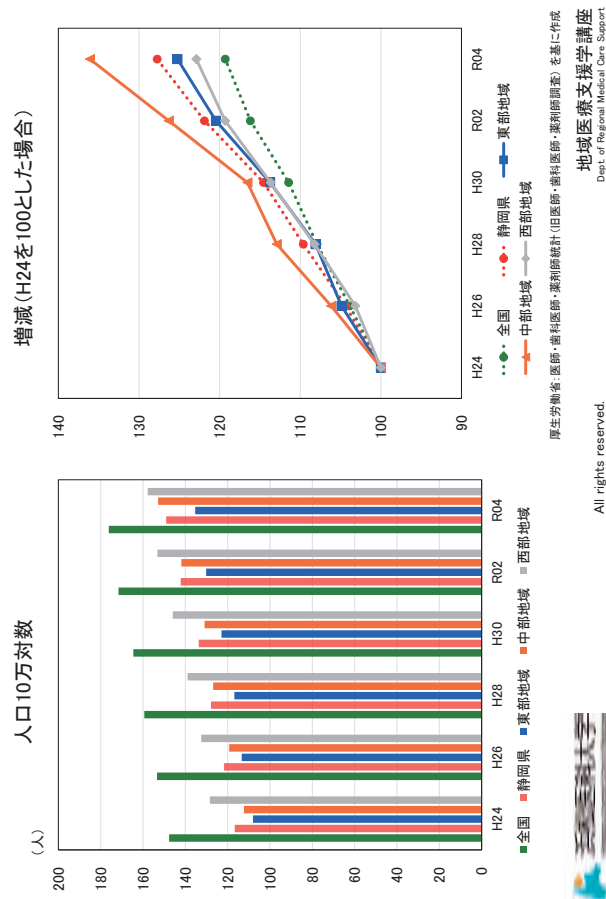
図表2-16 直近10年間ににおける医療施設従事医師数の推移
(人口10万対数/女性/全県・指定都市・その他の市町/2012(H24)～2022(R04)年)



図表2-17 直近10年間ににおける医療施設従事医師数の変化
(届出数・構成割合/病院/全県・地域別/2012(H24)・2022(R04)年)



図表2-18 直近10年間ににおける医療施設従事医師数の推移
(人口10万対数/病院/全県・静岡県・地域別/2012(H24)～2022(R04)年)



図表2-31 産科・小児科医師偏在指標に関する課題の整理

産科・小児科医師偏在指標に関する課題の整理

医師偏在指標における論点	医師偏在指標における対応
産科医師偏在指標において、「産科・産婦人科医師数」を「分娩取扱医師数」に見直すのであれば、指標の名称も変更できないか	産科医師偏在指標において、現行の「産科・産婦人科医師数」を「分娩取扱医師数」と変更し、三師統計において過去2年以内に分娩の取扱いありと回答した医師のうち、日常的に分娩を取り扱っていると考えられる産婦人科・産科・婦人科を主たる診療科と回答した医師を用いる また、名称を「産科医師偏在指標」から「分娩取扱医師偏在指標」と変更する
	分娩取扱医師偏在指標・小児科医師偏在指標において、三師統計で従たる従事先を記載している医師については、その状況を加味し、主たる従事先では0.8人、従たる従事先では0.2人として算出

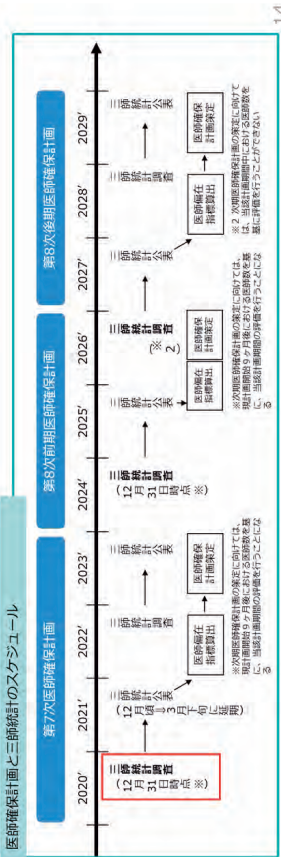
厚生労働省：「第9回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ」（令和4年10月27日開催）資料1 から抜粋
<https://www.mhlw.go.jp/content/00000000/001005060.pdf> (令和6年3月31日現在)

21

図表2-32 新旧医師偏在指標の比較に当たっての留意点

新旧医師偏在指標の比較に当たっての留意点

- ・2016（平成28）年12月末時点の医師数を用いた旧医師偏在指標と、2020（令和2）年12月末時点の医師数を用いた新たな医師偏在指標とを比較するものである。
- ・なお、2020年12月末は、**現医師確保計画（2020～2023年度）の開始9ヶ月後**であるため、これにより医師確保計画の効果を判定するものではない。
- ・また、新たな医師偏在指標では、三師統計で従たる従事先を記載している医師については、その状況を加味し、**主たる従事先では0.8人、従たる従事先では0.2人として算出**した。
- ・現時点で示している新たな医師偏在指標は**速報値**であり、今後、最新の労働時間比や患者流出入数の反映により変動することがあり得る。



厚生労働省：「第9回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ」（令和4年10月27日開催）資料1 から抜粋
<https://www.mhlw.go.jp/content/00000000/001005060.pdf> (令和6年3月31日現在)

14

図表2-33 都道府県別医師偏在指標（令和5年11月）①

都道府県別の医師偏在指標（令和5年11月）

都道府県別	都道府県	医師偏在指標	上位1/3	下位1/3
00	全国	255.6		
01	北海道	233.8		
02	青森県	184.3		
03	岩手県	182.5		
04	宮城県	247.3		
05	秋田県	199.4		
06	山形県	200.2		
07	福島県	190.5		
08	茨城県	193.8		
09	栃木県	230.5		
10	群馬県	219.7		
11	埼玉県	196.8		
12	千葉県	213.0		
13	東京都	353.9		
14	神奈川県	247.5		
15	新潟県	184.7		
16	富山県	238.8		
17	石川県	279.8		
18	福井県	246.8		
19	山梨県	240.8		
20	長野県	219.9		
21	岐阜県	221.5		
22	静岡県	211.8		
23	愛知県	240.2		
24	三重県	225.8		
25	滋賀県	260.4		
26	京都府	326.7		
27	大阪府	288.6		
28	兵庫県	265.5		
29	奈良県	268.9		
30	和歌山県	274.9		
31	鳥取県	270.4		
32	島根県	265.1		
33	岡山県	299.6		
34	広島県	254.2		
35	山口県	228.0		
36	徳島県	289.3		
37	香川県	266.9		
38	愛媛県	246.4		
39	高知県	268.2		
40	福岡県	313.3		
41	佐賀県	272.3		
42	長崎県	284.0		
43	熊本県	271.0		
44	大分県	259.7		
45	宮崎県	227.0		
46	鹿児島県	254.8		
47	沖縄県	232.1		

※ 上位1/3の指標を266.9、下位1/3の指標を228.0と設定している。

黄色：医師多数偏在府県

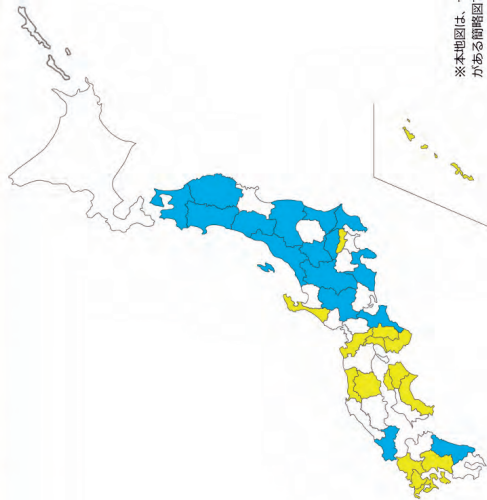
青色：医師少数偏在府県

31

出典：厚生労働省HP 医師確保対策 医師偏在指標
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_jyosai/jyosai/kyoukyu/index.html
厚生労働省：「第1回医師養成課題を巡る医師の偏在対策等に関する検討会」（令和5年1月20日開催）資料1 から抜粋
<https://www.mhlw.go.jp/content/00003000/00118091.pdf> (令和6年3月31日現在)

図表2-34 都道府県別医師偏在指標（令和5年11月）②

都道府県別の医師偏在指標（令和5年11月）



黄色：医師多数偏在府県

青色：医師少数偏在府県

※ 本地図は、一部掲載が省略された図等がある簡略図である。

32

厚生労働省：「第1回医師養成課題を巡る医師の偏在対策等に関する検討会」（令和5年1月20日開催）資料1 から抜粋
<https://www.mhlw.go.jp/content/00003000/00118091.pdf> (令和6年3月31日現在)

図表2-35 分娩取扱医師偏在指標 (令和5年11月)

分娩取扱医師偏在指標 (令和5年11月)

(都道府県別)			下位1/3		
都道府県コード	都道府県	医師偏在指標	都道府県	医師偏在指標	
00	全国	10.6	24	三重県	10.8
01	北海道	10.1	25	滋賀県	10.3
02	青森県	8.3	26	京都府	13.9
03	岩手県	8.0	27	大阪府	11.8
04	宮城県	10.0	28	兵庫県	9.5
05	秋田県	12.8	29	奈良県	12.5
06	山形県	9.9	30	和歌山県	9.6
07	福島県	7.3	31	鳥取県	13.5
08	茨城県	9.8	32	徳島県	11.5
09	栃木県	10.3	33	岡山県	10.3
10	群馬県	9.1	34	広島県	8.6
11	埼玉県	8.2	35	山口県	9.5
12	千葉県	9.4	36	徳島県	12.4
13	東京都	14.3	37	香川県	8.6
14	神奈川県	10.9	38	愛媛県	8.9
15	新潟県	8.7	39	高知県	10.2
16	富山県	10.8	40	福岡県	11.0
17	石川県	10.8	41	佐賀県	10.4
18	福井県	12.7	42	長崎県	10.6
19	山梨県	12.2	43	熊本県	6.8
20	長野県	9.2	44	大分県	10.2
21	岐阜県	9.5	45	宮崎県	9.8
22	静岡県	9.8	46	鹿児島県	9.3
23	愛知県	10.3	47	沖縄県	11.6

※下位1/3の順位を○と設定している。

出典) 厚生労働省HP「医師偏在対策 医師偏在指標」
<https://www.mhw.go.jp/focus/ichuisei/kyouka/kyouka/index.html>

52

厚生労働省:「第1回医師養成課程を通過した医師の偏在対策等に関する検討会」(令和6年1月29日開催)資料1 から抜粋
<https://www.mhw.go.jp/content/0003600/001189311.pdf>(令和6年3月3日確認)

図表2-36 小児科医師偏在指標 (令和5年11月)

小児科医師偏在指標 (令和5年11月)

下位1/3

都道府県コード	都道府県	医師偏在指標
24	三重県	107.9
25	滋賀県	124.3
26	京都府	152.7
27	大阪府	120.4
28	兵庫県	123.9
29	奈良県	108.7
30	和歌山県	130.4
31	鳥取県	171.0
32	徳島県	118.0
33	岡山県	124.3
34	広島県	101.1
35	山口県	115.0
36	徳島県	127.7
37	香川県	122.0
38	愛媛県	120.0
39	高知県	134.4
40	福岡県	122.0
41	佐賀県	113.8
42	長崎県	128.5
43	熊本県	110.2
44	大分県	120.4
45	宮崎県	96.9
46	鹿児島県	95.3
47	沖縄県	95.1

都道府県コード	都道府県	医師偏在指標
00	全国	115.1
01	北海道	115.4
02	青森県	109.4
03	岩手県	103.8
04	宮城県	104.6
05	秋田県	127.9
06	山形県	114.0
07	福島県	98.0
08	茨城県	95.8
09	栃木県	109.2
10	群馬県	118.0
11	埼玉県	99.7
12	千葉県	93.6
13	東京都	150.4
14	神奈川県	106.1
15	新潟県	105.7
16	富山県	125.9
17	石川県	123.8
18	福井県	124.6
19	山梨県	127.3
20	長野県	120.2
21	岐阜県	109.7
22	静岡県	94.4
23	愛知県	94.7

※下位1/3の順位を○と設定している。

出典) 厚生労働省HP「医師偏在対策 医師偏在指標」
<https://www.mhw.go.jp/focus/ichuisei/kyouka/kyouka/index.html>

51

厚生労働省:「第1回医師養成課程を通過した医師の偏在対策等に関する検討会」(令和6年1月29日開催)資料1 から抜粋
<https://www.mhw.go.jp/content/0003600/001189311.pdf>(令和6年3月3日確認)

図表2-37 静岡県における人口10万対医療施設従事医師数と医師偏在指標 (新旧)

地域	医療圏	人口10万人当たり 医療施設従事医師数 (令和4年)	医師偏在指標（新旧）										
			第8次静岡県保健医療計画（現行計画）				第9次静岡県保健医療計画（策定時 （令和6年3月時点）						
			（単位： 人）	県内順位 （降順）	（単位： なし）	全国順位 （降順） 335医療圏	県内順位 （降順）	区分	（単位： なし）	全国順位 （降順） 335医療圏	区分		
東部	賀茂	154.3	8	314	8	127.5	314	8	少数区域	144.4	301	8	少数区域
	熱海伊東	230.2	4	178.4	4	178.4	165	4	中位区域	190.4	193	5	中位区域
	駿東田方	241.0	3	188.0	3	188.0	137	3	中位区域	201.4	153	3	中位区域
	富士	167.3	6	150.4	261	150.4	261	7	少数区域	157.9	272	7	少数区域
中部	静岡	268.4*	2	213.6	89	213.6	89	2	多数区域	234.4	88	2	多数区域
	志太榛原	187.1	5	167.4	204	167.4	204	5	中位区域	191.8	187	4	中位区域
西部	中東遠	165.6	7	160.8	227	160.8	227	6	少数区域	176.3	229	6	少数区域
	西部	281.7	1	239.1	67	239.1	67	1	多数区域	258.0	67	1	多数区域
	静岡県 （全国）	230.1 （262.1）	39 （全国順位）	194.5 （239.8）	39/47	—	211.8	39/47	—	211.8	39/47	—	少数果

* 二次医療圏の人口は静岡県年報人口統計(令和4年10月1日現在)を用いているため、静岡県医療圏の人口当り医師数は数値が異なる(静岡市)と一致しない。
出典) 厚生労働省HP「医師偏在対策 医師偏在指標」
<https://www.mhw.go.jp/focus/ichuisei/kyouka/kyouka/index.html>

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

All rights reserved.

図表2-38 静岡県における医師偏在指標 (分娩取扱医師・小児科医師)

地域	医療圏	医師偏在指標（第9次静岡県保健医療計画策定時（令和6年3月時点））									
		分娩取扱医師					小児科医師				
		全国順位 （降順） 263周産期 医療圏	県内順位 （降順）	区分	（単位： なし）	全国順位 （降順） 303小児 医療圏	県内順位 （降順）	区分			
東部	賀茂	8.0	169	3	相対的医師 少数区域で ない	151.0	27	2	相対的医師少 数区域でない		
	熱海伊東					131.5	62	3	相対的医師少 数区域でない		
	駿東田方					153.0	25	1	相対的医師少 数区域でない		
	富士					84.0	233	7	相対的医師 少数区域		
中部	静岡	13.3	42	1	相対的医師 少数区域で ない	91.0	208	6	相対的医師 少数区域		
	志太榛原	9.4	121	2	相対的医師 少数区域で ない	101.0	170	4	相対的医師少 数区域でない		
中東遠	74.5					269	8	相対的医師 少数区域			
西部	西部	9.8	29/47	－	相対的医師 少数区域でない	99.1	176	5	相対的医師少 数区域でない		
	静岡県					94.4	46/47	－	相対的医師 少数果		

静岡県保健医療計画(第9次静岡県保健医療計画)(令和6(2024)年2月)第8章 医療従事者の確保 第1節 医師 医師 表3-31作成
https://www.pref.shizuoka.jp/res/projects/default_project/_jaag/_001/004/250/080100/poly/nyamawakadai.pdf(令和6年3月3日確認)

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

All rights reserved.

図表2-39 静岡県における医師偏在指標(病院・診療所別)

地域	医師偏在指標(第9次静岡県保健医療計画策定時(令和6年3月時点))				診療所のみ			
	医療圏		病院のみ		診療所のみ		区分	
	全国順位 (単位: なし)	全国順位 (降順) 330医療圏	全国順位 (降順) 330医療圏	区分	全国順位 (降順) 330医療圏	内順位 (降順)	内順位 (降順)	区分
東部	賀茂	82.1	318	8	少数区域	63.9	189	7
	熱海伊東	127.9	181	5	中位区域	62.4	204	8
	駿東田方	132.2	166	3	中位区域	68.9	148	3
	富士	90.8	300	7	少数区域	66.2	168	4
中部	静岡	155.1	97	2	多数区域	79.0	79	1
	志太榛原	128.0	180	4	中位区域	64.3	184	6
西部	中東遠	110.5	243	6	少数区域	65.6	173	5
	西部	182.3	68	1	多数区域	75.1	103	2
	(全国)	(175.9)	—	—	—	(79.7)	—	—

静岡県保健医療福祉部「第9次静岡県保健医療計画」(令和6(2024)年5月)第8章 医療従事者の確保 第1節 医師 本章に作成
した資料は、公開を目的として提供されるものであり、著作権等に関する権利は、静岡県に帰属します。
https://www.pref.shizuoka.jp/ress/project/health_project/001_004_230/001009shizumawaku.pdf (令和6年3月1日確認)

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

All rights reserved.

図表2-40 医師少数区域・医師少数スポット、医師の確保の方針

図表2-40 医師少数区域・医師少数スポット、医師の確保の方針

医師少数区域・医師少数スポット、医師の確保の方針

図が定めている定義

医師法の確保を特に図るべき区域 = 医師少数区域 + 医師少数スポット

医師確保計画策定ガイドラインでは、「各都道府県において、医師偏在の状況等に応じた実効的な医師確保対策を進められるよう、医師偏在指標を用いて医師少数区域及び医師多数区域を設定し、これらの区域分類に応じて具体的な医師確保対策を実施することとする。医師少数区域及び医師多数区域は、二次医療圏単位における分類を指すものであるが、都道府県単位の是正に向け、これらの区域に加えて、厚生労働省は、医師少数都道府県及び医師多数都道府県も同時に設定することとする。」と記載している。

同ガイドラインでは、「都道府県においては、必要に応じて二次医療圏よりも小さい単位での地域での施策を検討することができるとし、局所的に医師が少ない地域を「医師少数スポット」として定め、医師少数区域と同様に取り扱うことができるものとする。」と記載している。

医師の確保の方針> 同ガイドラインでは、基本的な考え方として以下のとおり記載している

医師少数区域：他の医師多数区域からの医師の確保が行う
医師中程区域：必要に応じて、他の医師多数区域からの医師の確保ができる
医師多数区域：二次医療圏からの医師の確保を行わない

医師少数スポット：他の都道府県からの医師の確保を行わない

医師少数区域以外から医師少数スポットを設定

・ 設定した都道府県は26 (55%) 府県
・ 設定した医療圏は76 (23%) 区域
・ 医師少数スポットの総数は313地域 (令和2年)

医師少数区域・医師少数スポットに対する既存の施策

① キャリア形成プログラム
(地域性医師等が対象期間の9年間以上のうち4年間以上を医師の確保を特に図るべき区域等の医療機関で就業)

② 医師少数区域経験認定医師制度
(医師少数区域等で6ヶ月以上の勤務した医師を認定しインセンティブを付与)

③ 地域医療介護総合確保基金の都道府県への配分の配慮 等

厚生労働省:「令和5年度第1回医療政策研究委員会」(令和5年5月24日開催)資料15から抜粋
<https://www.mhlw.go.jp/content/00000000/00109794.pdf> (令和6年3月1日確認)

図表2-41 医師少数区域・医師少数スポットに関する考え方

次期医師確保計画における医師少数区域・医師少数スポットに関する考え方

＜医師確保計画策定ガイドライン 第8次(前期)より抜粋＞

4. 医師少数区域・医師多数区域の設定

4-1. 医師少数区域・医師多数区域の設定についての考え方

- 医師確保計画の策定においては、2026年度からの5計画期間で全ての都道府県が2036年度に医師ニーズを満たすためには、医師偏在指標の下位3分の1程度を医師少数区域及び医師少数都道府県とすることが必要であると導かれる。このため、**医師偏在指標の下位33.3%を医師少数区域及び医師少数都道府県と設定する**。
- ただし、医師偏在指標上は医師少数区域に該当する二次医療圏であっても、近隣の二次医療圏の医療機関において当該二次医療圏の住民の医療を提供することと企図しているような場合が想定される。そのような二次医療圏において、限られた医療資源を効率的に活用するためには、近隣の二次医療圏に医療資源を集中することが望ましいと考えられる。本来、そのような二次医療圏は二次医療圏として設定すべきではなく、二次医療圏の設定を見過すことが適切と考えられるが、二次医療圏の同じしが困難な場合には、そのような二次医療圏を医師少数区域として設定せず、重点的な医師確保対策の対象としないことも可能である。

- なお、医師偏在指標上、**医師少数区域に該当しない二次医療圏を医師少数区域として設定すること等は認められない**。

4-2. 医師少数スポット

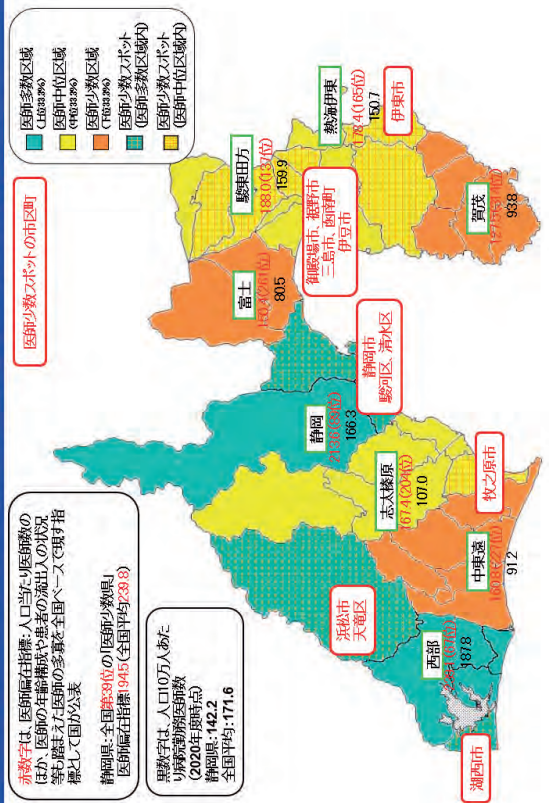
- **医師少数スポットは、原則として市区町村単位で設定し、へき地や過疎等においては、必要に応じて市区町村よりも小さい地区単位の設定も可能であるものとする。なお、医師少数スポットを設定した場合は、その設定の理由を医師確保計画に明記することとする。**
- ただし、医師少数スポットを設定するに当たり、多くの地域が医師少数スポットとして設定され、真に医師の確保が必要な地域において十分な医師が確保できないという状況は成立しない。医師少数スポットの設定は慎重に行う必要がある。医師少数スポットの設定は、医師偏在指標の下位3分の1程度を医師少数区域及び医師少数都道府県と設定することとする。医師少数区域及び医師少数都道府県に該当する二次医療圏内において、医師偏在指標の下位3分の1程度を医師少数区域及び医師少数都道府県と設定することとする。医師少数区域及び医師少数都道府県に該当する二次医療圏内において、医師偏在指標の下位3分の1程度を医師少数区域及び医師少数都道府県と設定することとする。医師少数区域及び医師少数都道府県に該当する二次医療圏内において、医師偏在指標の下位3分の1程度を医師少数区域及び医師少数都道府県と設定することとする。
- また、現在、無医地区・準無医地区として指定されている地域等無条件に医師少数スポットとして設定すること、同様の理由から適切ではないと考えられ、医師少数スポットはあくまで当該地域の事情に基づいて設定しなければならないものである。一方で、へき地診療所を設置することや無医地区・準無医地区に該当していない地域でも、当該へき地診療所における継続的な医師の確保が困難である場合や他の地域の医療機関へのアクセスが制限されている地域などについては、必要に応じて医師少数スポットとして設定することが適切であると考えられる。
- なお、医師少数スポットは、局所的に医師が少ない地域を設定するものであるため、**二次医療圏全体や医療機関を設定することは適切ではない**。

14

厚生労働省:「令和5年度第1回医療政策研究委員会」(令和5年5月24日開催)資料15から抜粋
<https://www.mhlw.go.jp/content/00000000/00109794.pdf> (令和6年3月1日確認)

図表2-42 静岡県における医師少数区域等(令和5年4月時点)

県内の医師少数区域等(令和5年4月時点)



静岡県保健医療福祉部地域医療確保課提供資料(一部修正・追記)

1 医師偏在の解消及び地域医療構想の実現に向けた地域における医療提供体制の在り方に関する検討

(3) 医療施設従事医師数における最近の状況（診療科偏在）

ア 主たる診療科別医師数と構成割合（全国・静岡県）

令和4（2022）年の医師・歯科医師・薬剤師統計では、主たる診療科20科^{*2-6}のうち、医師数の多い上位8診療科（全国）は、内科、外科、整形外科、臨床研修医、小児科、精神科、産婦人科、眼科で、静岡県も同じ順位であった。9位から15位までは順位の違いはあるが含まれる診療科は同じであった。また、16位以下の下位5診療科（全国）は、救急科、リハビリテーション科、病理診断科、集中治療科^{*2-7}、臨床検査科で、静岡県は救急科とリハビリテーション科の順位が入れ替わった以外は全国と同じであり、主たる診療科医師数の状況は、全国と静岡県で大きな違いはなかった。

（図表 2-43）

^{*2-6} 本報告書では、主たる診療科を厚生労働省「令和4（2022）年医師・歯科医師・薬剤師統計の概況」に準じて、内科（内科ほか12科を集約）、皮膚科、小児科、精神科、外科（外科ほか8科を集約）、泌尿器科、脳神経外科、整形外科、形成外科（形成外科、美容外科を集約）、眼科、耳鼻咽喉科、産婦人科（産婦人科、産科、婦人科を集約）、リハビリテーション科、放射線科、麻酔科、病理診断科、臨床検査科、救急科、集中治療科（令和4年から届出項目に追加）、臨床研修医、その他（全科等を集約）の順に記載し、「その他」を除く20診療科について地域別医師数等を検討した。

^{*2-7} 「集中治療科」は、令和4年医師・歯科医師・薬剤師統計で新たに届出項目に追加された。

医療施設従事医師数における最近の状況（診療科偏在）のまとめ ①

○ 主たる診療科別医師数と構成割合（全国・静岡県）

令和4（2022）年の医師・歯科医師・薬剤師統計では、主たる診療科20科^{*}のうち、医師数の多い上位8診療科は、全国と静岡県が同じ順位であった。また、9位から15位の診療科と、下位5診療科も、それぞれ順位の違いはあるが、3つのグループに含まれる診療科は同じ、主たる診療科医師数の状況は、全国と静岡県で大きな違いはなかった。

イ 主たる診療科別医師数と構成割合（全国・静岡県-地域、指定都市・指定都市以外の市町別）

アと同様に、令和4（2022）年の医師・歯科医師・薬剤師統計から、主たる診療科20科について、地域、指定都市・指定都市以外の市町別に構成割合を算出し、全国・静岡県と比較した。（図表 2-44～46）

地域別では、全体として、全国・静岡県と大きな違いはなかったが、東部地域で外科（８科）の構成割合が比較的高く、中部地域で内科（１２科）の構成割合が比較的低く、臨床研修医で高い傾向にあった。また、新たに届出項目に追加された「集中治療科」は、中部地域と西部地域で届出があったが、東部地域では届出がなかった。また、総数に占める割合は中部地域 2.2%、西部地域 0.4%であった。（図表 2-44～46）

指定都市・指定都市以外の市町別では、２つの指定都市で内科（１２科）、外科（８科）の構成割合が比較的低く、静岡市で臨床研修医の構成割合が比較的高い傾向にあった。（図表 2-44）

主たる診療科別では、東部地域は、外科（８科）、脳神経外科、眼科、放射線科の構成割合が総数に比べて高く、小児科、形成外科、リハビリテーション科、麻酔科、病理診断科、臨床検査科、救急科、臨床検査科、臨床研修医で比較的低かった。また、集中治療科を主たる診療科として届け出た医師はいなかった。（図表 2-45）

中部地域は、小児科、形成外科（２科）、病理診断科、臨床検査科、救急科、臨床研修医で比較的高く、眼科、放射線科で比較的低かった。また、集中治療科を届け出た医師数は 20 人であった。（図表 2-46）

西部地域は、リハビリテーション科、放射線科、麻酔科、病理診断科で比較的高く、外科（８科）、脳神経外科で比較的低かった。また、集中治療科を届け出た医師数は 4 人であった。（図表 2-45）

医療施設従事医師数における最近の状況（診療科偏在）のまとめ ②

○ 主たる診療科別医師数と構成割合（全国・静岡県-地域、指定都市・指定都市以外の市町別）

地域別の主たる診療科 20 科の構成割合は、全体として、全国・静岡県と大きな違いはなかったが、東部地域で外科（８科）、中部地域で臨床研修医の構成割合が比較的高く、中部地域で内科（１２科）の構成割合が比較的低い傾向にあった。また、新たに届出項目に追加された「集中治療科」は、中部地域と西部地域で届出があったが、届出医師数は少なかった。

指定都市・指定都市以外の市町別では、２つの指定都市で内科（１２科）、外科（８科）の構成割合が比較的低く、静岡市で臨床研修医の構成割合が高い傾向にあった。

主たる診療科別では、東部地域は、外科（８科）、脳神経外科、眼科、放射線科の構成割合が総数に比べて高く、小児科、形成外科、リハビリテーション科、麻酔科、病理診断科、臨床検査科、救急科、臨床検査科、臨床研修医で低かった。中部地域は、小児科、形成外科（２科）、病理診断科、臨床検査科、救急科、臨床研修医で比較的高く、眼科、放射線科で低かった。西部地域は、リハビリテーション科、放射線科、麻酔科、病理診断科で比較的高く、外科（８科）、脳神経外科で低かった。