

医師確保計画策定に当たっての基本姿勢について

佐賀県健康福祉部医務課

令和元年11月6日

医師確保計画の骨子（厚生労働省「医師確保計画策定ガイドライン」）

➤ ガイドラインに基づく医師確保計画の骨子は以下のとおりであり、現状分析を踏まえ、基本的な考え方を示し、基本姿勢を明らかにした上で、具体的な対策を講じる必要がある。

1 医師確保計画に関する基本的事項

(1) 計画策定の趣旨

医療法第30条の4第1項に基づき策定

(2) 計画期間

2020年（令和2年度）

～2023年（令和5年度）

2 医師偏在指標と医師少数区域等の状況

指標や意見等を踏まえた現状分析を記述

- ・ 医師偏在指標等のデータ、指標を通じた現状分析
- ・ 地对協、専門研修WG意見
- ・ 地域医療構想調整会議分科会意見
- ・ 医師修学資金貸与医師等意見
- ・ 医師少数区域の設定

3 医師確保について

(1) 医師確保の方針

重点的に対応すべき方針を記述

- ・ 基本的な考え方と特に育成が必要な医師像

(2) 確保すべき目標医師数

厚生労働省が示す目標医師数（最低限必要な医師数）

(3) 目標医師数を達成するための施策

- (短期的施策)
 - 医師の派遣調整の仕組みの構築
 - キャリア形成プログラム（現行の医師・学生等）
 - 医師修学資金（現行の貸与医師・学生等）
 - 各種補助金 等

4 産科・小児科における医師確保計画（P）

※ 医師確保計画と同様の構成

- (長期的施策)
 - 医学部臨時定員、地域枠・地元出身者枠の要請
 - キャリア形成プログラム
 - 医師修学資金（今後の入学者） 等

医療法における医師偏在指標について

- 医師偏在指標は、全国ベースで医師の多寡を統一的・客観的に比較・評価する指標として設定。
- この指標は、①医療ニーズ及び人口・人口構成とその変化、②医師偏在の種別（医療圏等の区域、診療科、入院／外来）、③患者の流出入等、④医師の性別・年齢分布、⑤へき地等の地理的条件の「5要素」が考慮されている。（医療法改正に伴い令和元年度から導入）
- 算定の結果、全医療圏の上位1／3が「医師多数区域」、下位1／3が「医師少数区域」となる。

○医療施設従事医師数

病院・診療所に従事している医師数。老健施設、医育機関の研究、行政機関業務に従事している医師や無職の医師は除く。

○労働時間調整係数

性別・年齢階級別に平均労働時間が異なることを踏まえ、労働時間で重みづけをするもの。

ex) 若年層の医師等が多数存在すれば係数が上昇し、指標の上昇に寄与

$$\text{医師偏在指標} = \frac{\text{標準化医師数} \left(= \text{医療施設従事医師数} \times \text{労働時間調整係数} \right)}{\text{地域の人口} (10\text{万人}) \times \text{地域の標準化受療率比}(\ast 1)}$$

○標準化受療率比（地域の期待受療率）

性別・年齢階級別に受療率が異なることを踏まえ、受療率の重みづけをするもの。また、地域間の患者の流出入についても加味するもの。

ex) 受療率が高い高齢層の人口が多い場合や、他の医療圏からの患者流入が多い場合、標準化受療率比が上昇し、指標の低下に寄与

$$\text{標準化医師数} = \sum \text{性年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

$$\text{地域の標準化受療率比}(\ast 1) = \text{地域の期待受療率} \div \text{全国の期待受療率}(\ast 2)$$

$$\text{地域の期待受療率}(\ast 2) = \frac{\sum (\text{全国の性年齢階級別受療率} \times \text{地域の性年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}}$$

医師偏在指標の留意点

- 医師偏在指標は、人口10万人対医師数に、5要素（①医療需要（ニーズ）及び人口・人口構成とそ
の変化、②医師偏在の単位（医療圏等の区域、診療科、入院／外来）、③患者の流出入、④医師の
性・年齢、⑤へき地や離島等の地理的条件等）を考慮した指標
- しかしながら、「医師確保計画策定ガイドライン」において、
「医師偏在指標の算定に当たっては、一定の仮定が必要であり、また、入手できるデータの限界な
どにより指標の算定式に必ずしも全ての医師偏在の状況を表しうる要素を盛り込んでいるものでは
ない。このため、医師偏在指標の活用にあたっては、医師の絶対的な充足状況を示すものではなく、
あくまでも相対的な偏在の状況を表すものであるという性質を十分に理解した上で、数値を絶対的
な基準として取り扱うことや機械的な運用を行うことのないよう十分に留意する必要がある」
とされている。
- 算定式に盛り込まれていないデータとしては、以下の項目が考えられる。

- ✓ 医師数は、医師・歯科医師・薬剤師調査の医療施設勤務従事医師を基礎としているが、指標に
おいては、
 - ・ 全ての診療科の医師を対象に算定されていること
（産科・小児科以外の診療科別の医師偏在指標は、今後算定予定）
 - ・ 「開業医」と「勤務医」の区別はされていないこと
 - ・ 届出がなされていない医師についてはカウントされていないこと
などに留意が必要であること
- ✓ 医師の流出入のデータ（医師の派遣（巡回診療、掛け持ち勤務等））は反映されていないこと
- ✓ 患者流出入のデータは患者調査が用いられているが、NDBデータとは差異があること

非公表

非公表

医師偏在指標における患者流出入率の算出方法について

- 入院患者の流出率・流入率については、厚生労働省のガイドライン上、「患者調査における病院の入院患者の流出入数の情報」とされ、「データ上の制限があることに留意」とされている。一方、厚生労働省の「疑義照会」において、他の都道府県と調整することを前提としてNDBデータを活用しても構わない旨、見解が示されている。
- 患者調査とNDBデータは以下のような相違点があると考えられるが、年間を通じた患者受療状況を把握するには、患者調査の調査対象となった抽出された医療機関における1日単位のデータである患者調査ではなく、算定項目の他の項目と同様、NDBデータを用いた方が、より妥当な数値を算出できるものと考えられる。
- しかしながら、他県と調整する時間的余裕がないことから、厚労省提供の「患者調査」の数値のまま、ガイドラインに沿って6月末に厚生労働省あて報告している。

○患者流出入データの比較

	平成29年患者調査	平成29年度版医療計画作成支援データブック DISK1-2 (NDBデータ)
調査対象	抽出した医療機関における入院患者数	国保、退職国保及び後期高齢者のNDBデータにおける入院患者レセプト (注) 入院基本料の合計値を算出
調査対象期間	平成29年10月17日(火)～19日(木)の3日間のうち病院ごとに指定した1日	平成27年4月から平成28年3月診療分のレセプト
特徴	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 比較的新しい調査結果を活用できる ✓ 小規模な医療圏では抽出医療機関が少なく、データ数が少なくなることで、流出入割合の変動が大きくなる ✓ データが二次医療圏ごとに既に集計されており計算が容易 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 通年のレセプトデータを活用することで年間の受療状況が把握できる ✓ 厚労省のデータが提供されるのを待つ必要があり、比較的古いデータを利用することとなる ✓ 入院基本料ごとにデータを集計する必要があるため計算が煩雑

非公表

非公表

非公表

非公表

非公表

第1回佐賀県地域医療対策協議会における委員等意見

(医師数・医師偏在指標)

- ・積算として、女性医師のライフイベントに応じて勤務時間が少なくなっていることで、医師数が少なくなる補正がかけられているが、取扱いを慎重にすべきではないか
- ・データが一人歩きしないように、取扱いは慎重にすべきで、よく分析する必要があるのではないか
- ・医師総数は恵まれていると思われるが、病院単位で見れば余裕はほとんどないのではないか

(地域医療対策協議会の立ち位置について)

- ・何に重点を置いて医師確保対策を行い、どのように協議会を運営するのか、立ち位置をはっきりさせるべき

(臨床研修)

- ・各病院の臨床研修医の定員について議論すべき

(専門医制度)

- ・専門医としての鑑別をかぶるのではなく、医師として、プライマリ・ケアがきちんとできるというのも重要ではないか
- ・エキスパートを目指す医師が多く、狭間の患者を診る総合内科を目指す医師がいない
- ・内科といっても、重症患者を診る医師、プライマリをする医師と違いがあることに留意すべき
- ・小児初期救急をやる小児科の専門医が足りないのではないか
- ・精神科の場合、専門分化が進み、県内で精神科のスペシャリストが少なく、県外に流れている

- ・救命医の確保も必要

- ・外科が足りないのは深刻。日本で診療科の規制ができて誘導できるだけであることを考えれば、重点的に対応する必要があるのではないか
- ・女性医師は外科医になりたがらない。佐賀県は女性が多いので、どのようにすべきか議論すべき

(若手医師支援)

- ・女性医師だけではなく、若手医師をどのように支援していくのか、という視点で考えるべきではないか。ライフイベントは女性だけではなく、男性もある。
- ・病児・病後児保育は充実しつつあるが、学童保育など、まだ両立支援の取組に課題がある
- ・男女関係なく医師が働きやすい勤務環境とする必要があるのではないか
- ・コメディカルの拡充などタスクシフティングを進めて、医師が働きやすい環境を作るべき

(県外大学の医師派遣機能)

- ・医師の派遣の実情を考えると、他県大学との連携を強化するというのも解決策の一つではないか
- ・長崎大学からの医師の引き揚げの話があるが、県単位で医療を完結させる考え方ではいけないのではないか

(その他)

- ・若い人が後に続くように、地域で活躍している医師を紹介してはどうか
- ・佐賀大学から福岡県やその他の大学に流出しないような手立ても必要ではないか

佐賀県医師修学資金貸与等医師・医学部生（5年生以上）意見

（医師修学資金貸与制度）

- ① 元々、救急医（小児科医や産婦人科医という声もあり）になると思っていたので、いい制度だと思う
- ② 裕福な家庭ではないため、医師になるための奨学金が返還不要というのはありがたい
- ③ 入学した段階では、救急医や小児科医くらいのイメージしかない。他の診療科があることも知らない中、4つの診療科に限定されているのはおかしい。マイナー科は必要ないと思うが、拡大すべきではないか
- ④ 書籍代にお金はかからないので貸与額に大きな不満はない。ただ、6年次の国試対策にお金がかかる。自治医科大学は手厚いサポートがあると聞いているが、佐大は各々で勉強するしかないの、教材代などお金がかかる

（キャリア形成）

- ① 夏期実習で単位がもらえるようになったと聞いている。内容を充実させ、期間も長くし、取得単位数を増やしたらどうか。プライマリの現場、大きな病院の退院後、患者さんがどうなっているのかを理解するよい機会
- ② 先々どうなるのか分からないキャリア形成プログラムに同意する医師がいるのか
- ③ 推薦入試枠は県が支援を色々してくれればいいと思っていたが、大学の都合が優先され、県は何もしてくれない印象がある

（臨床研修）

- ① 臨床研修の時点で県外に出る人は多数いる。飯塚病院は名前が知られているので行きたいという声はよく聞く
- ② 県内の臨床研修に抵抗感はない。学年によって、県内・県外の志向が違ってくる気がする
- ③ 大学病院では雑用をやらされ、実践的な勉強ができないので、

選びたくない。専攻医でも若手医師であれば同じ状況なので、医局やプログラムの仕組みを考えれば、仕方なく大学を選ぶしかない。

（専門医制度）

- ① 学生のうちから臓器別の診療科に慣れており、どの医局に入るのか、ということを考えている。医局に入るということはサブスペシャルティまで考えるということなので、基本領域だけではなく、サブスペまで考慮したプログラムを考える必要があるのではないか
- ② 専門医がコモディティを診るのは困難。勉強する時間はない。コモディティは総合診療が診ればよいのではないか
- ③ 総合診療は中途半端な能力しか身につかないのではないか。専門性を高めたいというのが普通ではないか
- ④ 佐大の学生は、九大医局か佐大医局かいずれかを選んでいる。九大医局は転勤が広範囲であるため、働き方も考えて選んでいる人が多いように思う
- ⑤ 自分の診療領域について楽しく語る教授は、医師として魅力的で、医局を選ぶ材料になる
- ⑥ 女性の場合、どこで出産するのかよく議論になる。よく聞くのは、臨床研修2年目で医局に入りつつ出産するパターンと、専門医を取得してから出産する2パターン。前者は、臨床2年目であれば売り手なので身ごもっていても医局に入りやすく、すぐに産休を取れるが、半面、専門医取得は遅れる。後者のパターンは、専門医を他の医師と同年齢で取得できるが、休みにくい環境で、休んだとしても復帰後の手技などに不安がある

（その他）

- ① 医学部に福岡県などの近隣県だけではなく、広島などやや遠方の県出身の学生が増えている気がする。将来の佐賀県への定着を考えると不安だ

地域医療構想区域別分科会等における意見①

〔医師偏在指標〕【地域間の偏在】

〔東部分科会〕

- 医師少数区域となる水準とのことだが、医師が少数という意識はない。急性期は久留米医療圏の久留米大学と聖マリアがあり、医療連携は上手くできている
- 指標の積算の患者流入について、県の分析では「療養病床」と「精神科病床」の流入が多いとのことだが、実態に即している。ただ、だからと言って医師が不足しているわけではないし、医師数を単純に増加させるという話にはならない
- このような実態を反映しているとは言い難い医師偏在指標が公表されるにあたっては、十分注意するように厚生労働省に申し入れるべき

〔西部分科会〕

- 佐賀県全体の医師数は一貫して伸び、他の医療圏も伸びているのに、西部医療圏だけ伸びていない。明らかに地域間偏在がある
- 患者の流出率が高いのは、二次医療圏で必要な医療が提供できていないからだ。中核的な医療機関に整形外科がないのも西部医療圏だけだ
- JCHO伊万里松浦病院が移転することで、呼吸器の拠点が失われる。一層流出率が高まることにつながる
- 高齢医師が多いことをもう少し考慮した指標とすべきではないか。また、将来的にも不安要素が大きい

〔全体〕

- 指標の前提として、二次医療圏で何でも完結させるという考え方になっているのではないか。実態を見て判断すべき
- 実感と異なる。開業医と勤務医をまとめて指標にしているのは問題。また精神科も入るとなれば地域の特性がでる
- 指標が独り歩きする。多数区域でも一概にそうとは言えない

〔専門医制度〕【診療科間の偏在】

- 高齢人口が増加し、合併症を持つ患者が増えるということを考えれば、総合診療医を増やす必要があるのではないか
- 昔に比べてプライマリ・ケアの能力が低いのが心配。コモンディジーズが診れない若手が多く、自分の専門（専攻）しか診ない若手医師が増えている
- 専門医を取得している医師の確保が必要。医師免許を持っているだけでは困る
- 離島や中山間地などの医師は、総合診療といっても、初期救急はもちろんだが、介護も含めた地域包括ケアができる医師が求められている
- 医師の専門分化が進み総合診療の部門を作りたいが、病院総合医がいない
- 麻酔科医が確保できず、手術ができない。簡単な手術でも若手の外科医は自家麻酔もできない場合がある

地域医療構想区域別分科会等における意見②

(医師の派遣)

- 歴史的・地理的な理由で、佐賀大学以外の大学からの派遣医師も多数いるため、複数の大学との連携も重要ではないか
- 佐賀大学の医局に医師の派遣をお願いしても、育休者が多くて派遣できないと言われて困っている

(開業医の状況)

- 跡継ぎがない開業医が多々いる。いなくなったら困る地域もあれば、近くに中小の病院があるため、一見、困らない地域もある。ただ、近隣の中小の病院の医師の負担が増えれば耐えられるか分からない

(その他)

- 医師だけでなく看護師の確保も容易ではない

医師確保計画策定に当たっての留意すべき事項

- 医師確保計画の策定に当たっては、現状分析を行い、医師確保計画策定ガイドライン上の留意すべき事項等を踏まえ、「特に育成が必要な医師像」（優先的に育成すべき医師像）を明確化する必要

地域医療構想

- 団塊の世代が全員後期高齢者となる2025年を念頭に、「地域医療構想」が進行中。医療需要のピークは2035年から2040年ごろであることを見誤ることなく対応する必要
- 佐賀県全体を見ると、第7次佐賀県保健医療計画（地域医療構想フェイズ2）においては、特に、高度急性期の需要に対応する必要（「待てない急性期へ」の対応）
- 地域医療構想調整会議において、医療機関が地域の実情と比べて必要以上の機能と役割を担うことがないよう十分な議論をした上で、結論を得た医療機関ごとの担うべき機能に即して、医師の確保を行わなければならない（ガイドライン）

医師の働き方改革

- 医師の時間外労働に対する上限規制が2024年度以降開始され、2036年以降完全実施。追加的健康確保措置として、勤務間インターバル制度も導入
- 勤務医については働き方改革に対応するため、より多くの医師が必要となる可能性
- 医師の勤務環境の改善には、医療機関の機能分化・連携を通じた医療機関の集約化も必要（ガイドライン）
- 大学医局の引き揚げの動向

医療法・医師法の改正

- 2018年の医療法・医師法改正に伴い、
 - 医師偏在指標に基づく医師少数区域等を設定する必要があり、地域間偏在に対応する必要があること（佐賀県全体は医師多数県となり、医師少数区域水準の医療圏が発生する見込み）
 - 本人の希望に配慮したキャリア形成プログラムの策定が義務付けられたこと
- などに対応する必要（ガイドライン）

高度な専門医の増加・開業医の高齢化

- 開業医の高齢化が顕著
- 2018年度から新専門医制度が運用されるなど、医療の著しい進歩と医師の専門分化が一層進展
- 高度な専門医が増加する一方、特定の臓器や疾患等に限定することなく幅広い視野で患者を診る医師も必要

医師偏在指標（地域間偏在）

- 厚生労働省が示す地域間の医師偏在の程度を測定する医師偏在指標については、前述したとおり、多くの問題点があるため、参考指標として活用
- 地域間の医師偏在については、各医療圏の実情把握を丁寧に行い、各医療圏で合意した地域医療構想の実現に向けて支障があるか判断
 - ✓ 東部医療圏においては、医師偏在指標上医師少数区域となる水準であるが、医師が不足している状況ではないとの意見
 - ✓ 西部医療圏においては、医師偏在指標上医師少数区域となる水準であり、現実に医師が不足しているなどの意見

目標医師数

- 厚生労働省が示す目標医師数についても、積算根拠が示されていないなど問題点があるため、参考値として活用
- 本県の地域医療構想において、医療需要のピークが2035年から2040年頃とされていることを踏まえて対処

佐賀県の「特に育成が必要な医師像」のイメージ

- 医師確保計画を策定するに当たって、以下の3つの視点から「特に育成が必要な医師像」を描いた上で、具体的な対策を検討（キャリア形成プログラム、医師修学資金、地域医療支援事務、各種補助金等の見直しの前提条件）及び実施してはどうか。

視点1

- **高度急性期機能の需要増加に対処するための医師の養成**
- ✓ 佐賀県の地域医療構想において今後必要とされる高度急性期機能を担う診療科の医師を養成する必要があるのではないか。また、医師の働き方改革を踏まえ、全国的にも長時間労働の傾向がある診療科の専門医を特に養成する必要があるのではないか。
（例）内科、小児科、外科、産婦人科、脳神経外科、麻酔科及び救急科の専門医

視点2

- **総合的な診療能力を有する医師の養成**
- ✓ 医療技術が進歩に伴う高度に専門化した医師の増加を踏まえ、患者の全体像が診れる「患者を選ばない医師」や、開業医の高齢化を踏まえ、在宅医療や地域包括ケアの推進のため、患者だけでなく「家族や地域も診る医師」を養成する必要があるのではないか。
（例）病院総合診療専門医、かかりつけ医、家庭医療専門医（プライマリ・ケア認定医）等の専門医

視点3

- **総合診療の経験（基礎的な総合診療の能力）のある専門医の養成**
- ✓ 総合的な診療経験を経た上で、専門性を高め、総合的な診療の基礎的能力を有する専門医（診療科は問わない）を養成してはどうか。（将来的に、自治医科大卒医師や地域枠医師は、医療機関や地域におけるリーダー的存在となることが期待されている）

参 考 资 料

背景

- ・ 人口10万人対医師数は、医師の偏在の状況を十分に反映した指標となっていない。
- ・ 都道府県が主体的・実効的に医師確保対策を行うことができる体制が十分に整っていない。

医師の偏在の状況把握

医師偏在指標の算出

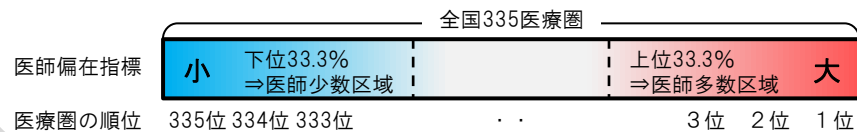
三次医療圏・二次医療圏ごとに、**医師の偏在の状況を全国ベースで客観的に示す**ために、地域ごとの医療ニーズや人口構成、医師の性年齢構成等を踏まえた**医師偏在指標**の算定式を国が提示する。

医師偏在指標で考慮すべき「5要素」

- ・ 医療需要（ニーズ）及び将来の人口・人口構成の変化
- ・ 患者の流出入等
- ・ へき地等の地理的条件
- ・ 医師の性別・年齢分布
- ・ 医師偏在の種類（区域、診療科、入院/外来）

医師多数区域・医師少数区域の設定

全国の335二次医療圏の医師偏在指標の値を一律に比較し、上位33.3%を医師多数区域、下位の33.3%を医師少数区域とする基準を国が提示し、それに基づき都道府県が設定する。



国は、都道府県に医師確保計画として以下の内容を策定するよう、ガイドラインを通知。

『医師確保計画』（=医療計画に記載する「医師の確保に関する事項」）の策定

医師の確保の方針

（三次医療圏、二次医療圏ごとに策定）

医師偏在指標の大小、将来の需給推計などを踏まえ、地域ごとの医師確保の方針を策定。

- （例）
- ・ 短期的に医師が不足する地域では、医師が多い地域から医師を派遣し、医師を短期的に増やす方針とする
 - ・ 中長期的に医師が不足する地域では、地域枠・地元出身者枠の増員によって医師を増やす方針とする等

確保すべき医師の数の目標（目標医師数）

（三次医療圏、二次医療圏ごとに策定）

医師確保計画策定時に、3年間の計画期間の終了時点で確保すべき目標医師数を、医師偏在指標を踏まえて算出する。

目標医師数を達成するための施策

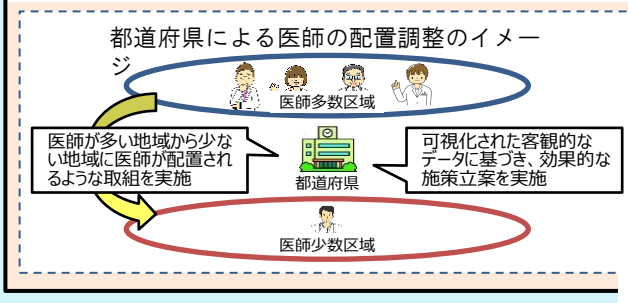
医師の確保の方針を踏まえ、目標医師数を達成するための具体的な施策を策定する。

- （例）
- ・ 大学医学部の地域枠を15人増員する
 - ・ 地域医療対策協議会で、医師多数区域のA医療圏から医師少数区域のB医療圏へ10人の医師を派遣する調整を行う等

3年*ごとに、都道府県において計画を見直し（PDCAサイクルの実施）

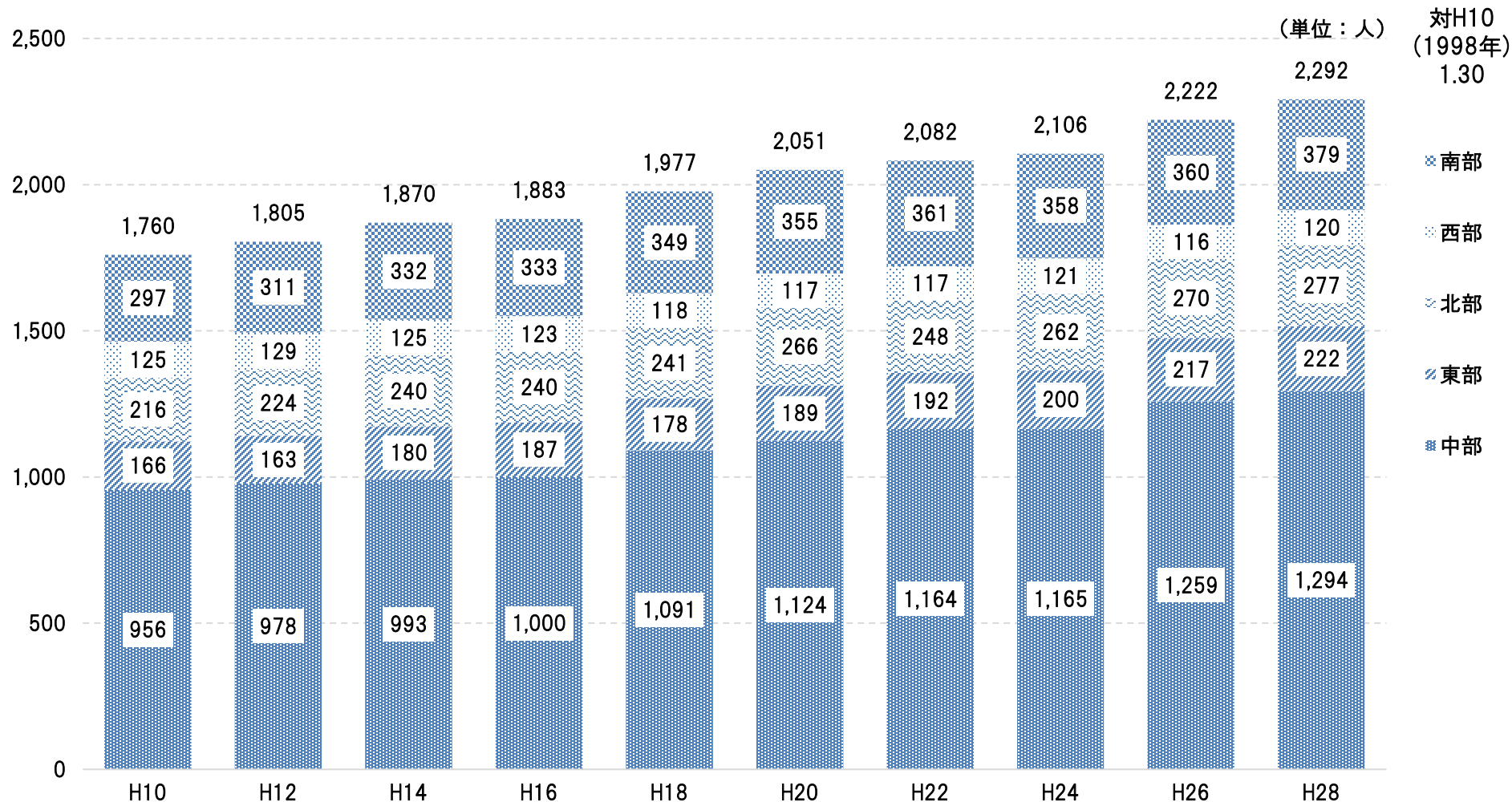
西暦	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
医療計画	第7次						第8次					
医師確保計画	指標設計(国)	計画策定(県)	第7次				第8次(前期)		第8次(後期)			

* 2020年度からの最初の医師確保計画のみ4年（医療計画全体の見直し時期と合わせる）



佐賀県の医療施設従事医師数の推移（平成10年以降）

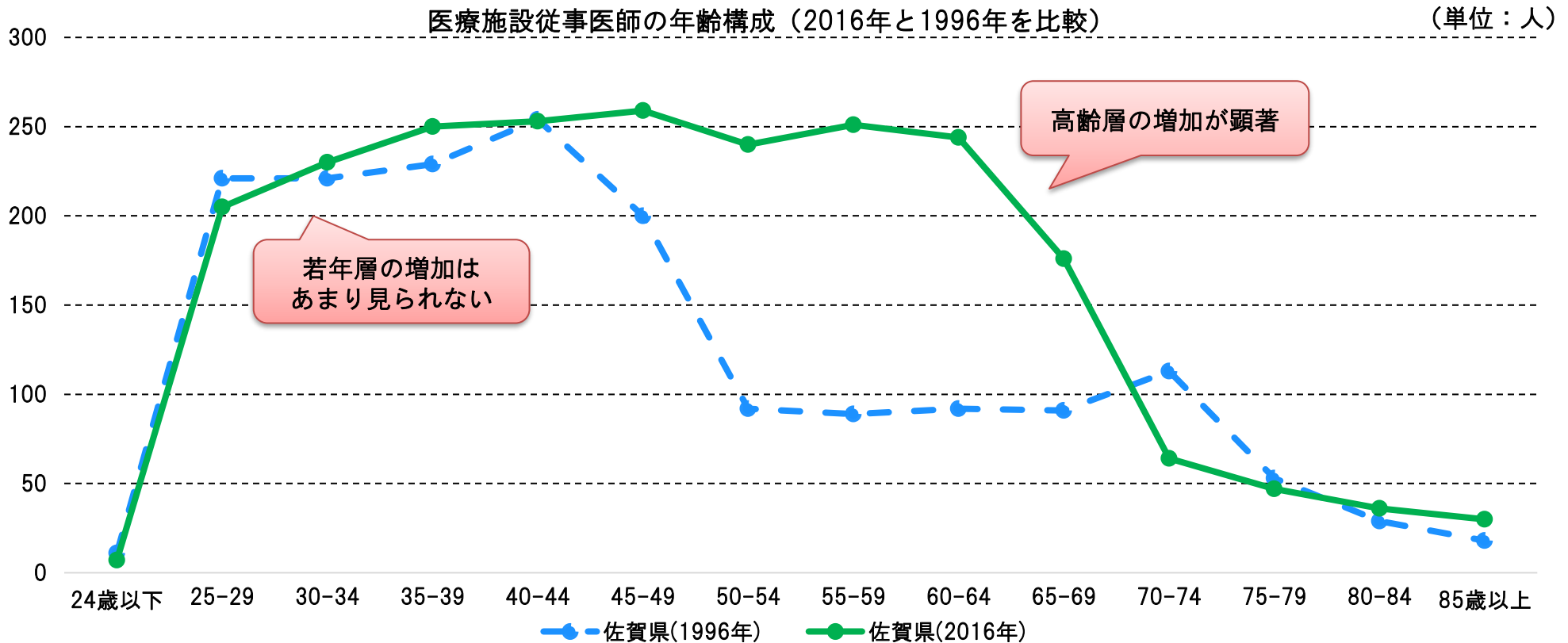
- 佐賀県の医療施設に従事している医師は、平成10年以降一貫して増加している。（H10→H28 +532人・1.30）
- 中部医療圏（佐賀市、多久市、小城市、神埼市及び吉野ヶ里町）が最も医師数が多く、次いで南部医療圏（武雄市、鹿島市、嬉野市、大町町、白石町、江北町及び太良町）、北部医療圏（唐津市及び玄海町）、東部医療圏（鳥栖市、基山町、上峰町及びみやき町）、西部医療圏（伊万里市及び有田町）の順と多くなっている。



※厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」を加工

佐賀県の医療施設従事医師の年齢階層の状況（1996年・2016年比較）

- 佐賀県の医療施設に従事する医師を過去と比較し、年齢階層別にみると、1996年から2016年の20年間で579人増加しており、年齢構成を見ると、40代後半から60代前半が大幅に増加している。
- 1996年には20代後半から40代前半まで横ばいとなっていたが、2016年には20代後半から60代前半まで横ばいの年齢構成となっている。



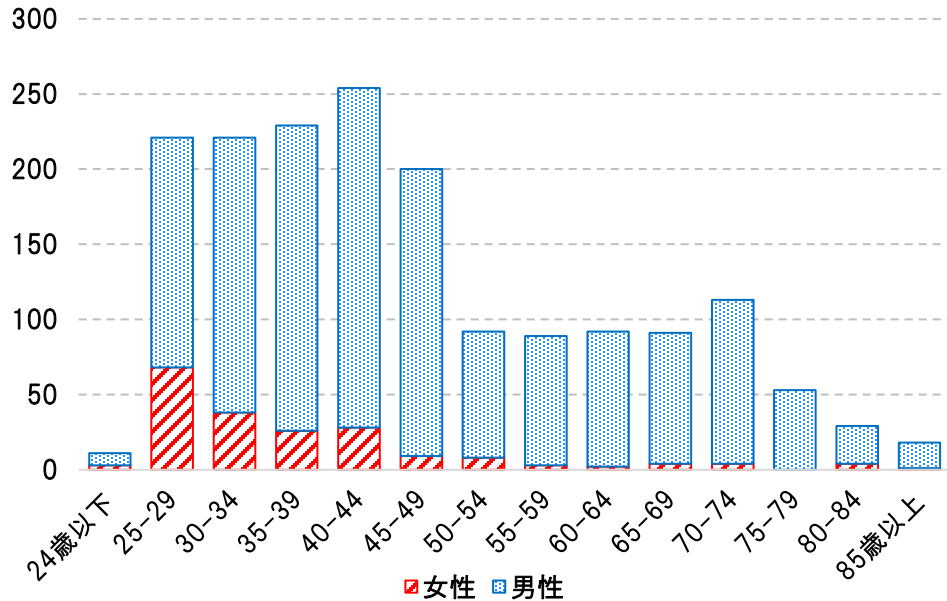
	24歳以下	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85歳以上	合計
1996年	11	221	221	229	254	<u>200</u>	<u>92</u>	<u>89</u>	<u>92</u>	<u>91</u>	113	53	29	18	1,713
2016年	7	205	230	250	253	<u>259</u>	<u>240</u>	<u>251</u>	<u>244</u>	<u>176</u>	64	47	36	30	2,292

※厚生労働省「平成8年医師・歯科医師・薬剤師調査」及び「平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査」を加工

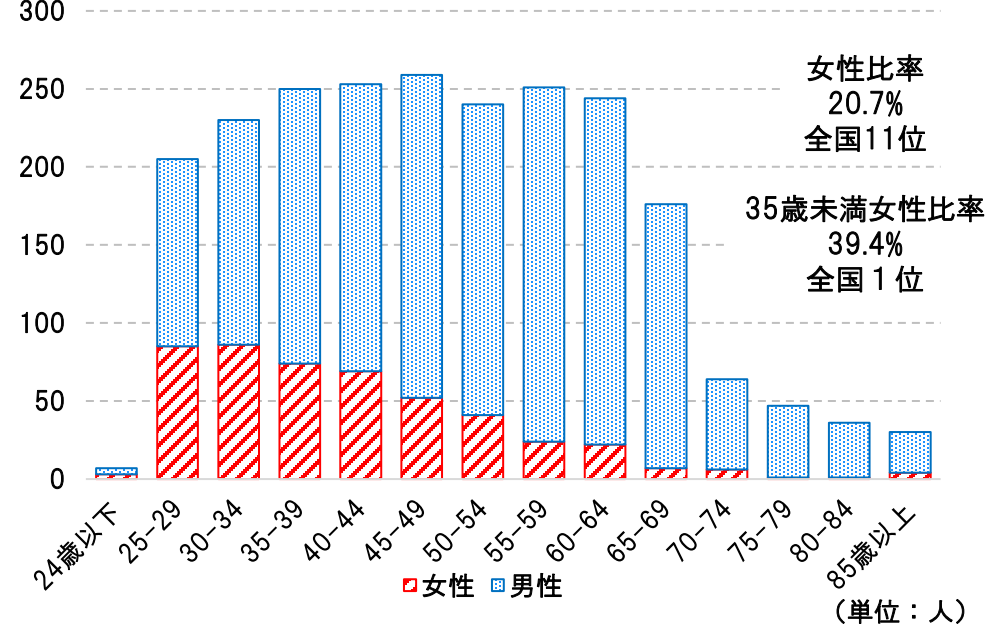
佐賀県の医療施設従事医師の男女別年齢階層の状況（1996年・2016年比較）

- 佐賀県の医療施設に従事する医師を男女別に見ると、1996年から2016年の20年間で、男性は302人、女性は277人それぞれ増加している。
- 年齢階層ごとにみると、女性医師の割合は年々増加傾向にある。

1996年の医療施設従事医師の年齢階層 (単位：人)



2016年の医療施設従事医師の年齢階層 (単位：人)



1996年	24以下	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85以上	合計
男性	8	153	183	203	226	191	84	86	90	87	109	53	25	17	1,515
女性	3	68	38	26	28	9	8	3	2	4	4	0	4	1	198

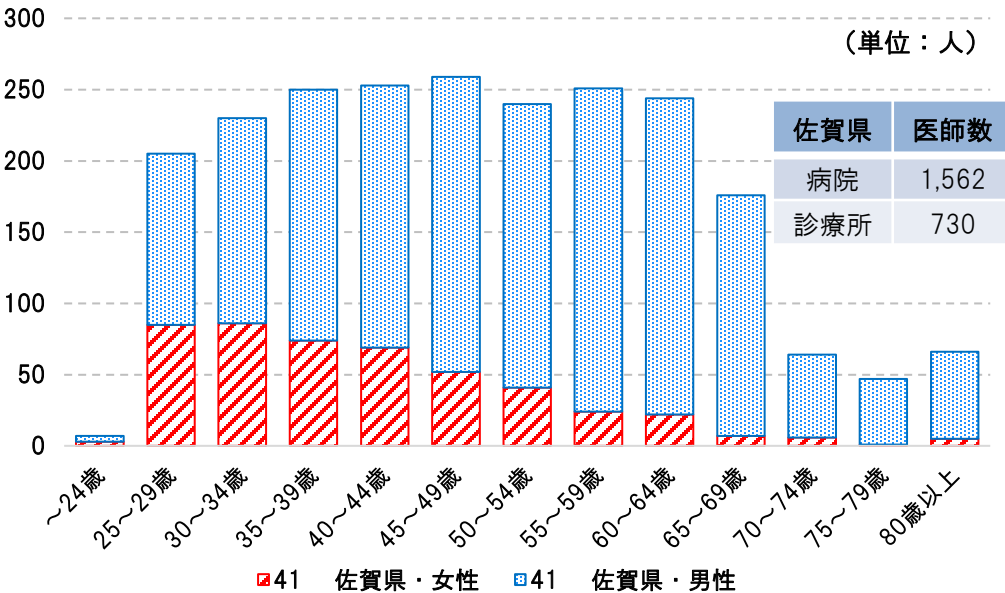
2016年	24以下	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85以上	合計
男性	4	120	144	176	184	207	199	227	222	169	58	46	35	26	1,817
女性	3	85	86	74	69	52	41	24	22	7	6	1	1	4	475

※厚生労働省「平成8年医師・歯科医師・薬剤師調査」及び「平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査」を加工

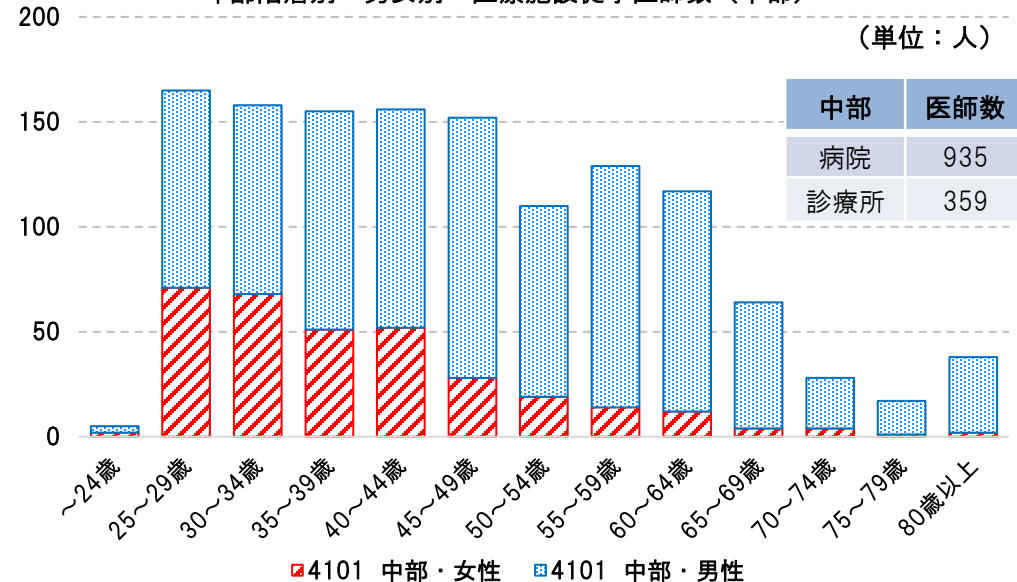
佐賀県の二次医療圏における医療施設従事医師の年齢階層の状況（2016年）

➤ 中部医療圏には若年層が多く存在しており、女性の比率が高い。

（再掲） 年齢階層別・男女別・医療施設従事医師数（佐賀県・三次医療圏）



年齢階層別・男女別・医療施設従事医師数（中部）



○佐賀県・三次医療圏

	24以下	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80以上	合計
男性	4	120	144	176	184	207	199	227	222	169	58	46	61	1817
女性	3	85	86	74	69	52	41	24	22	7	6	1	5	475
計	7	205	230	250	253	259	240	251	244	176	64	47	66	2292

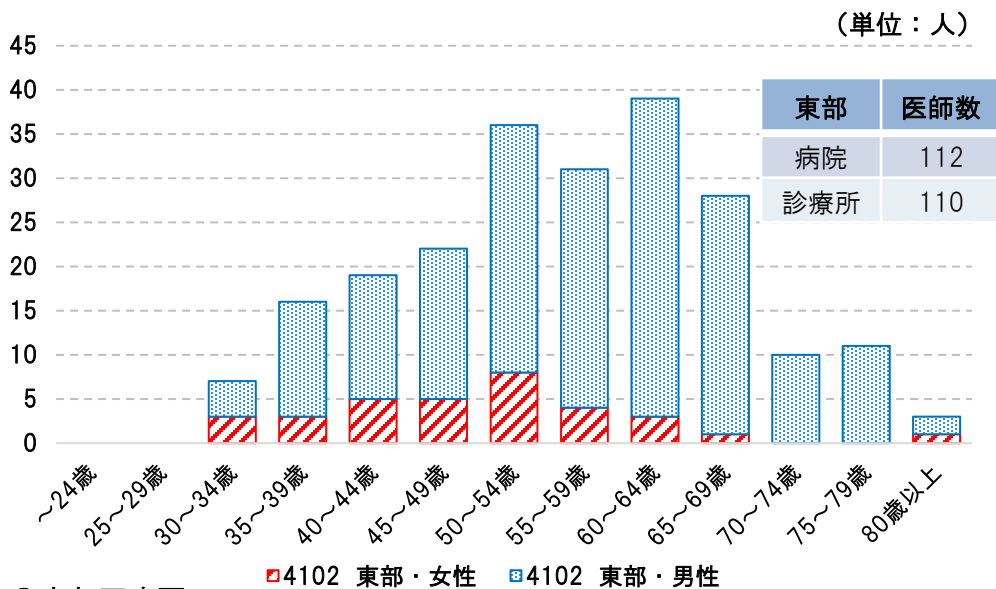
○中部医療圏

中部	24以下	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80以上	合計
男性	3	94	90	104	104	124	91	115	105	60	24	16	36	966
女性	2	71	68	51	52	28	19	14	12	4	4	1	2	328
計	5	165	158	155	156	152	110	129	117	64	28	17	38	1294

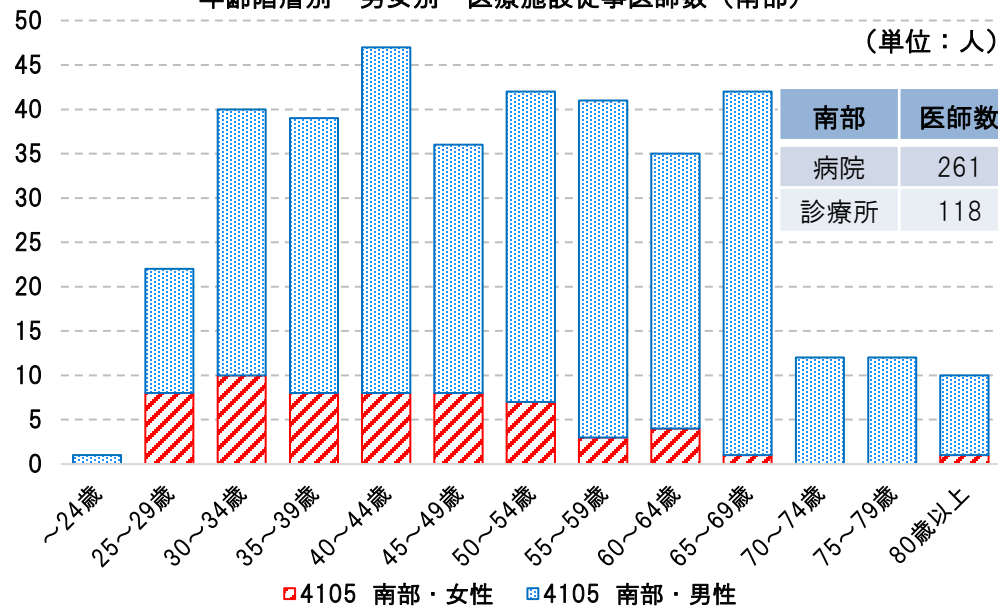
佐賀県の二次医療圏における医療施設従事医師の年齢階層の状況（2016年）

- 東部医療圏は、若年層は少ないものの、高齢層になるにつれ多くなる。
- 南部医療圏は、それぞれの年齢階層に概ね同程度の医師が存在している。

年齢階層別・男女別・医療施設従事医師数（東部）



年齢階層別・男女別・医療施設従事医師数（南部）



○東部医療圏

	24以下	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80以上	合計
男性	0	0	4	13	14	17	28	27	36	27	10	11	2	189
女性	0	0	3	3	5	5	8	4	3	1	0	0	1	33
計	0	0	7	16	19	22	36	31	39	28	10	11	3	222

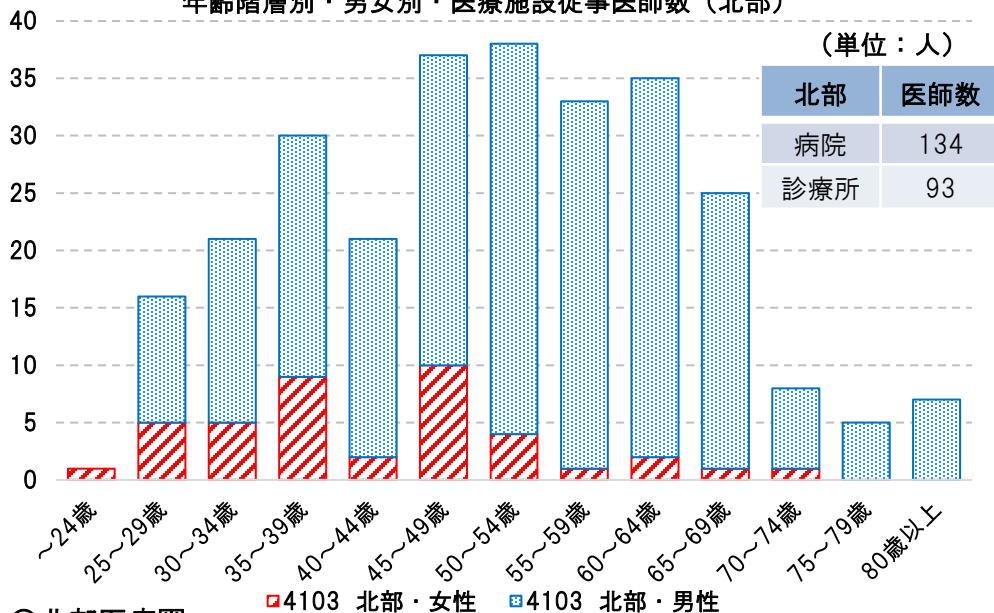
○南部医療圏

中部	24以下	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80以上	合計
男性	1	14	30	31	39	28	35	38	31	41	12	12	9	321
女性	0	8	10	8	8	8	7	3	4	1	0	0	1	58
計	1	22	40	39	47	36	42	41	35	42	12	12	10	379

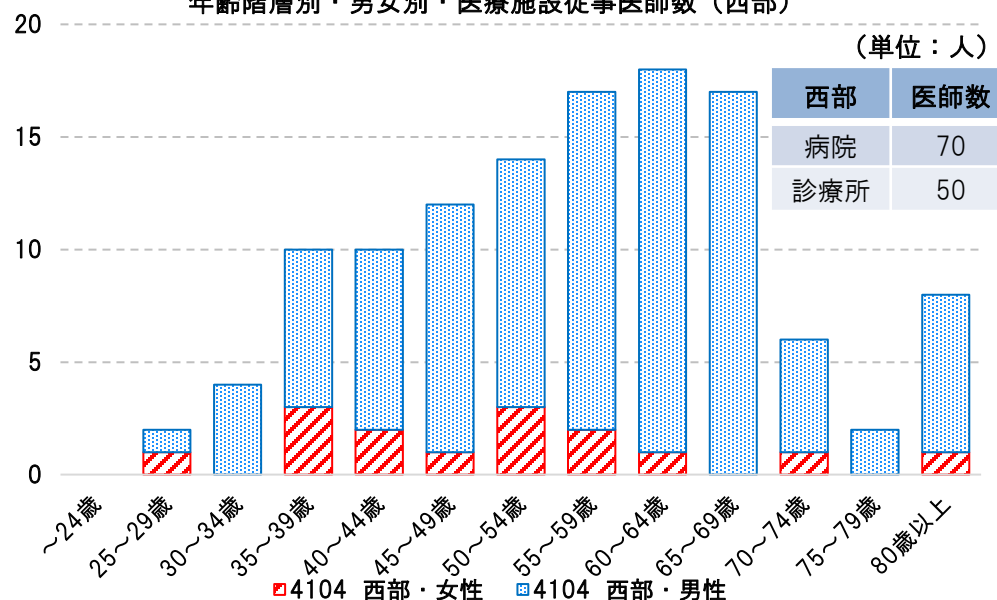
佐賀県の二次医療圏における医療施設従事医師の年齢階層の状況（2016年）

- 北部医療圏は、若年層は少ないものの、中堅・高齢層が多い。
- 西部医療圏は、若年層は少ないものの、高齢層になるにつれ多くなる。

年齢階層別・男女別・医療施設従事医師数（北部）



年齢階層別・男女別・医療施設従事医師数（西部）



○北部医療圏

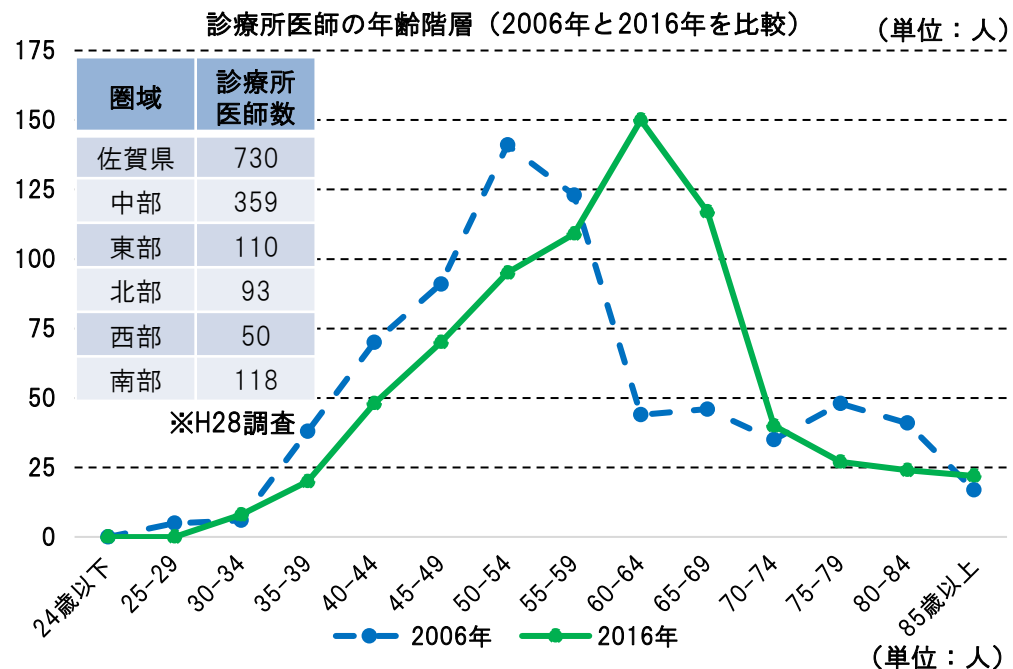
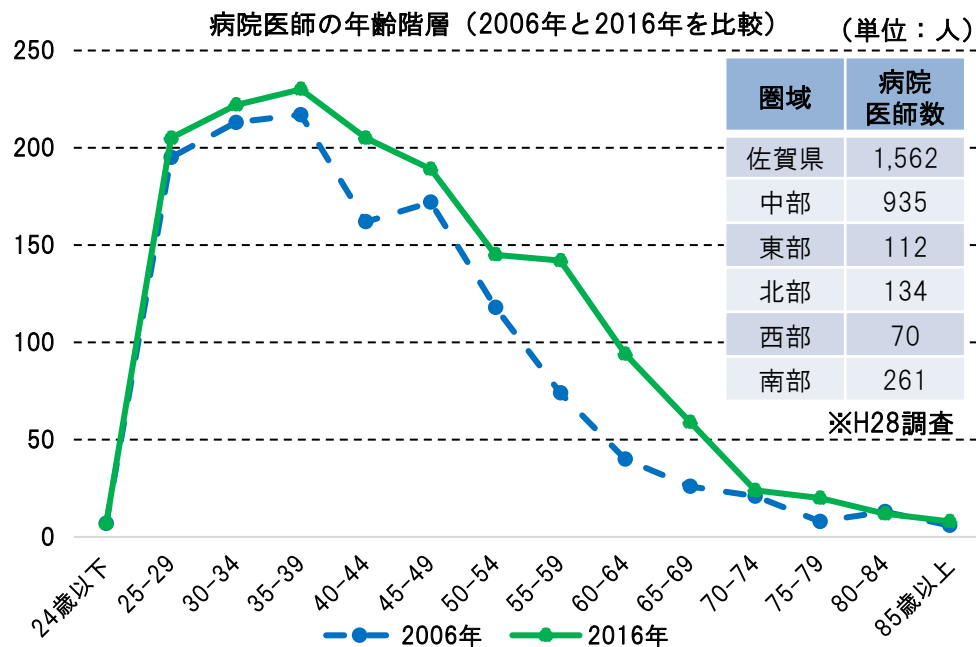
	24以下	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80以上	合計
男性	0	11	16	21	19	27	34	32	33	24	7	5	7	236
女性	1	5	5	9	2	10	4	1	2	1	1	0	0	41
計	1	16	21	30	21	37	38	33	35	25	8	5	7	277

○西部医療圏

中部	24以下	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80以上	合計
男性	0	1	4	7	8	11	11	15	17	17	5	2	7	105
女性	0	1	0	3	2	1	3	2	1	0	1	0	1	15
計	0	2	4	10	10	12	14	17	18	17	6	2	8	120

佐賀県の医療施設従事医師の病院・診療所別年齢階層の状況（2006年・2016年）

- 医療施設従事医師を病院と診療所ごとに2006年と2016年を比較すると、病院にて診療に従事する医師は、290人増加しており、診療所にて診療に従事する医師も、25人増加している。
- 病院従事医師は、いずれの年齢階層も増加している一方、診療所従事医師は、総数はあまり変わらず、高齢化が進行している。



病院	24歳以下	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85歳以上	合計
2006	7	195	213	217	162	172	118	74	40	26	21	8	13	6	1,272
2016	7	205	222	230	205	189	145	142	94	59	24	20	12	8	1,562

（単位：人）

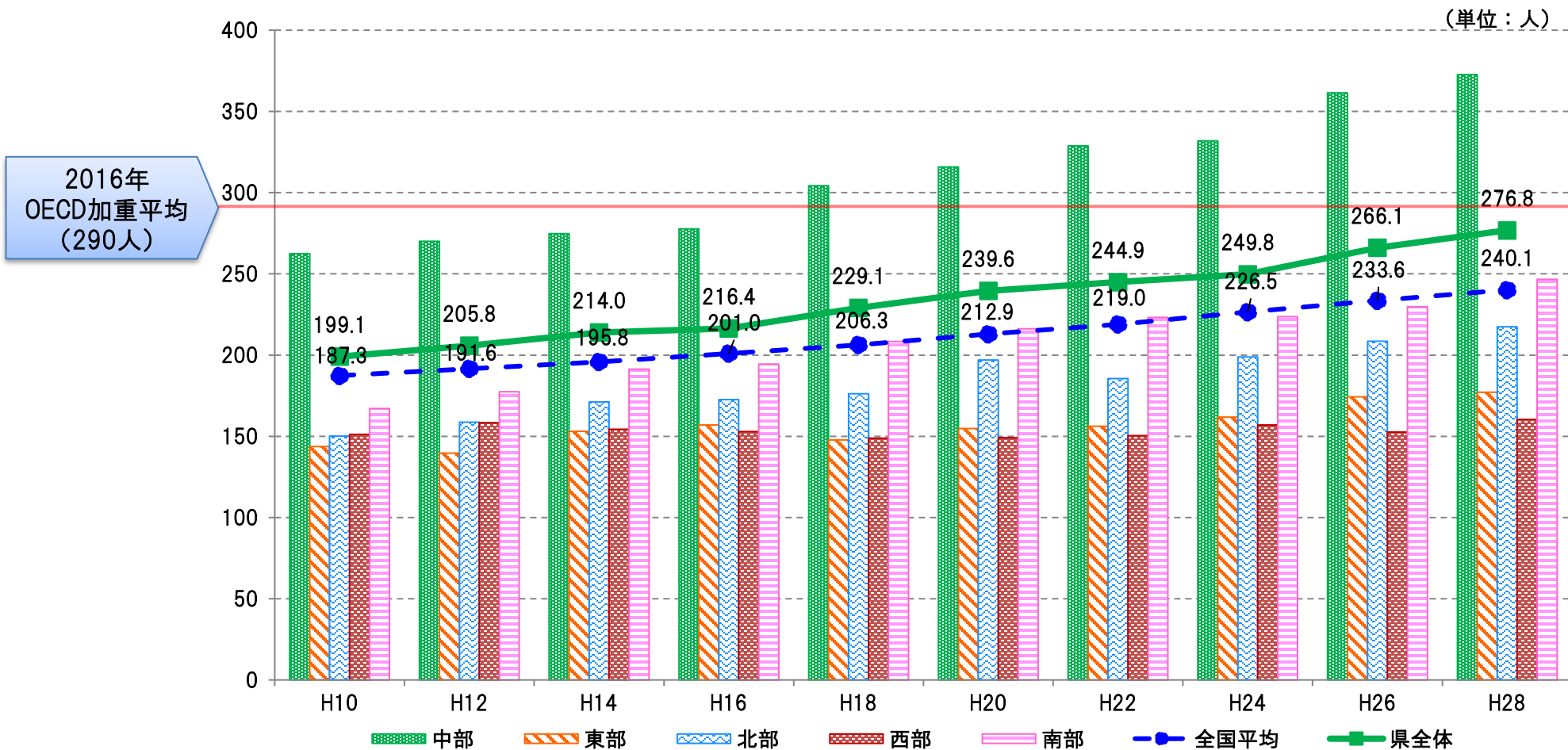
診療所	24歳以下	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85歳以上	合計
2006	0	5	6	38	70	91	141	123	44	46	35	48	41	17	705
2016	0	0	8	20	48	70	95	109	150	117	40	27	24	22	730

※厚生労働省「平成18年医師・歯科医師・薬剤師調査」及び「平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査」を加工

佐賀県の人口10万対医師数の推移（平成10年以降）

- 県全体での人口10万対医師数（医療施設従事医師）は、全国平均を上回っているが、二次医療圏ごとにばらつきがある。
- 厚労省の推計では、現在の医学部定員が維持された場合、平成37年（2025年）頃全国の人口10万人対医師数がOECD加重平均（290人；2016年）に達する見込みとされている。

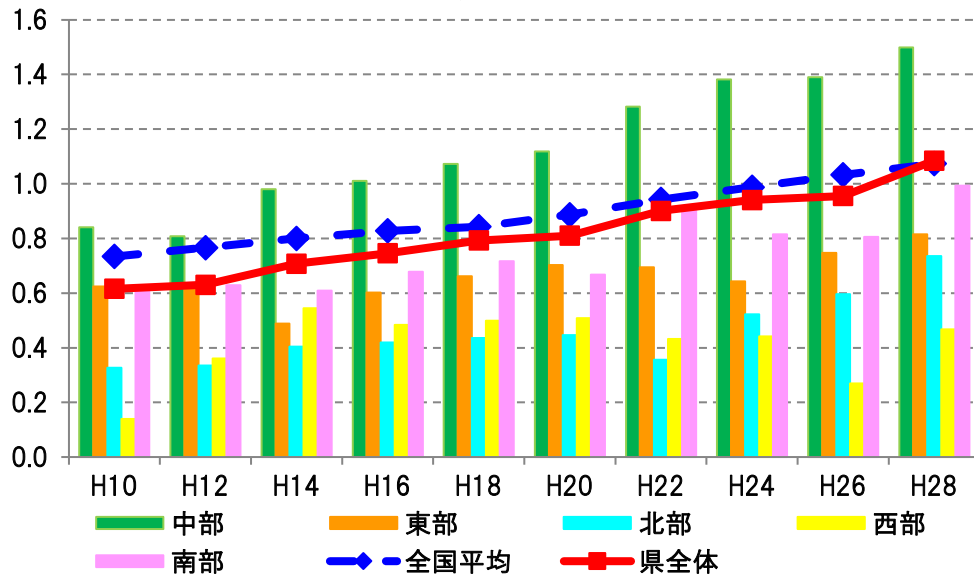
※今後、「①人口構成（性・年齢構成）の違い、②二次医療圏単位での患者の流入、③へき地等の地理的条件、④医師の性別・年齢分布、⑤入院・外来など機能ごとの偏在及び診療科別の医師の偏在」について考慮した「医師偏在指標」が導入される。



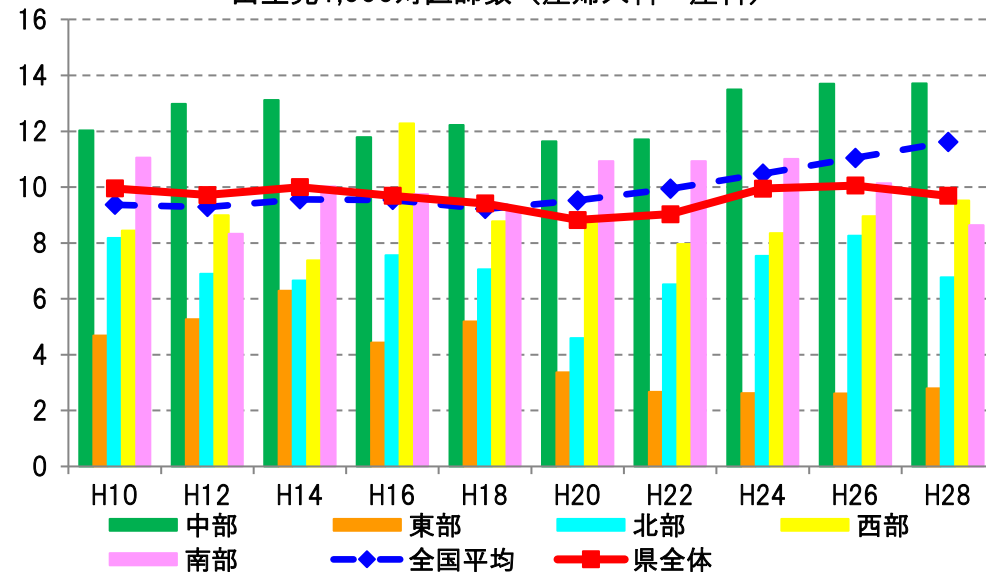
佐賀県の医療施設従事医師の主たる診療科別医師数の推移①

※厚生労働省「平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査」から抽出

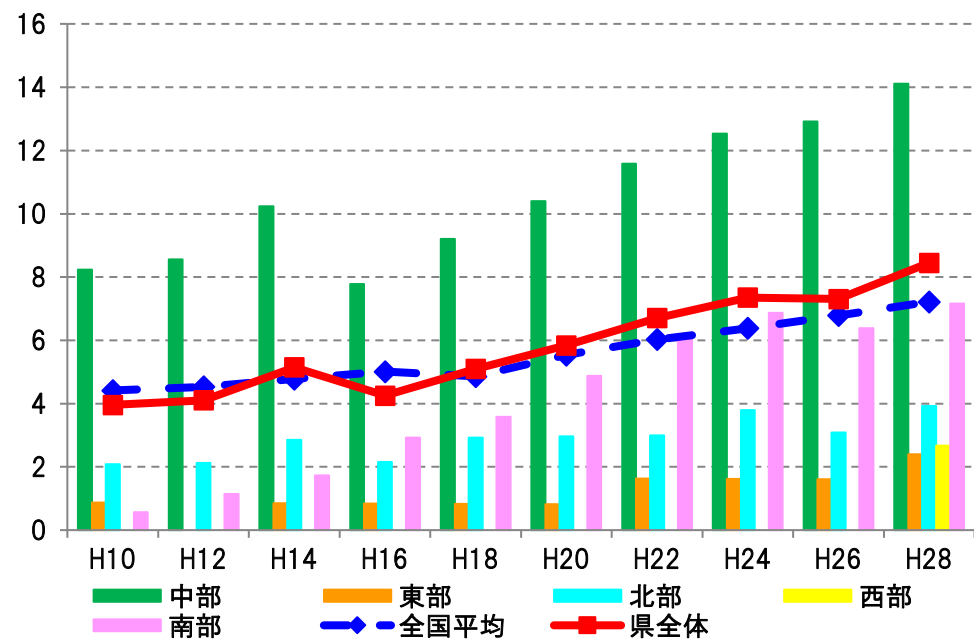
15歳未満小児1,000対医師数（小児科）



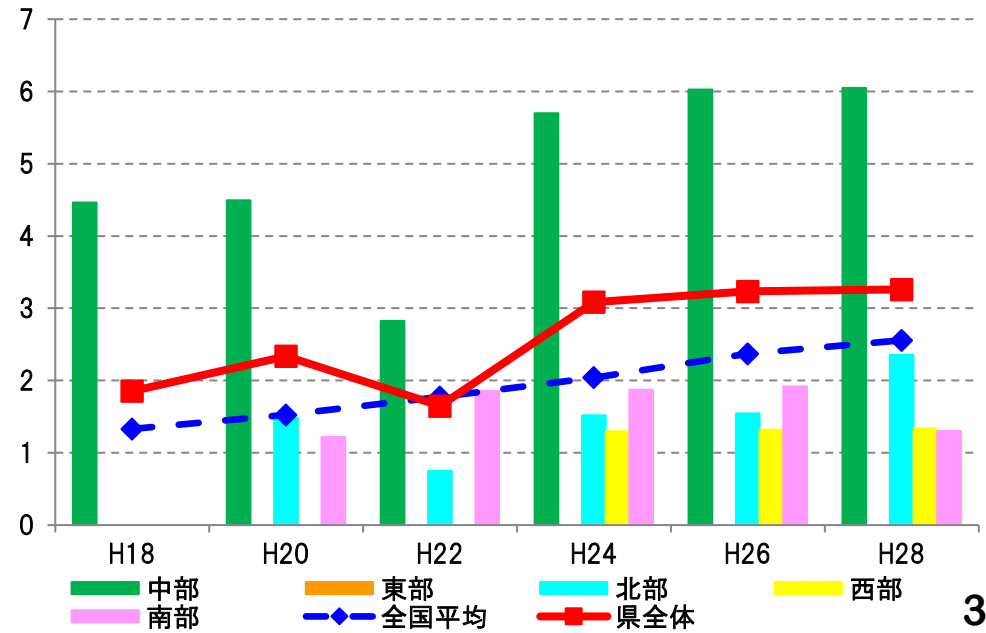
出生児1,000対医師数（産婦人科・産科）



人口10万対医師数（麻酔科）



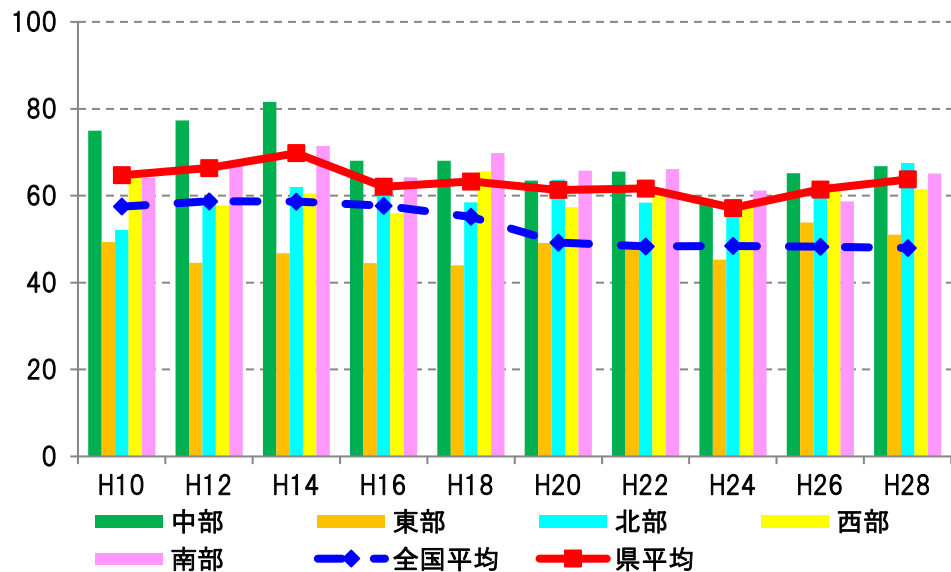
人口10万対医師数（救急科）



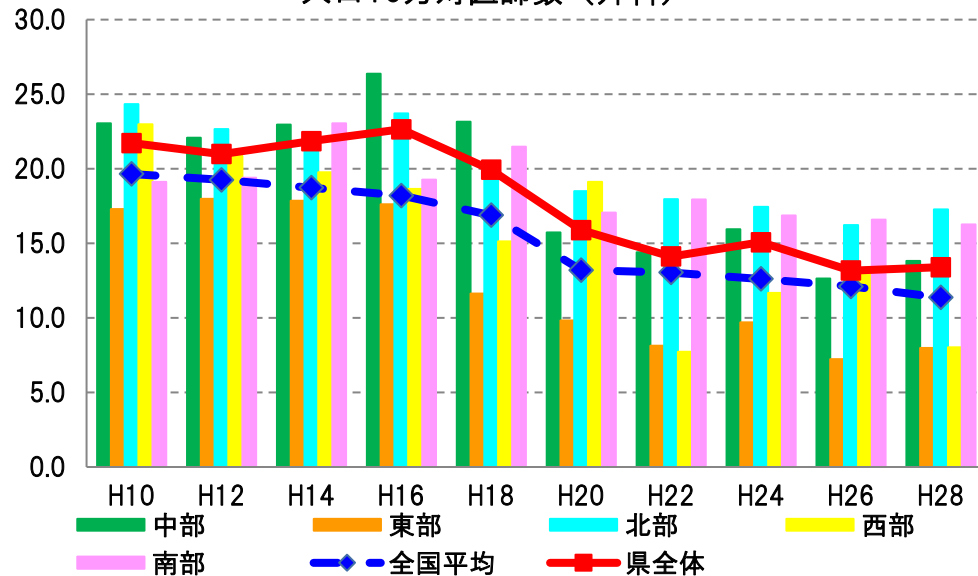
佐賀県の医療施設従事医師の主たる診療科別医師数の推移②

※厚生労働省「平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査」から抽出

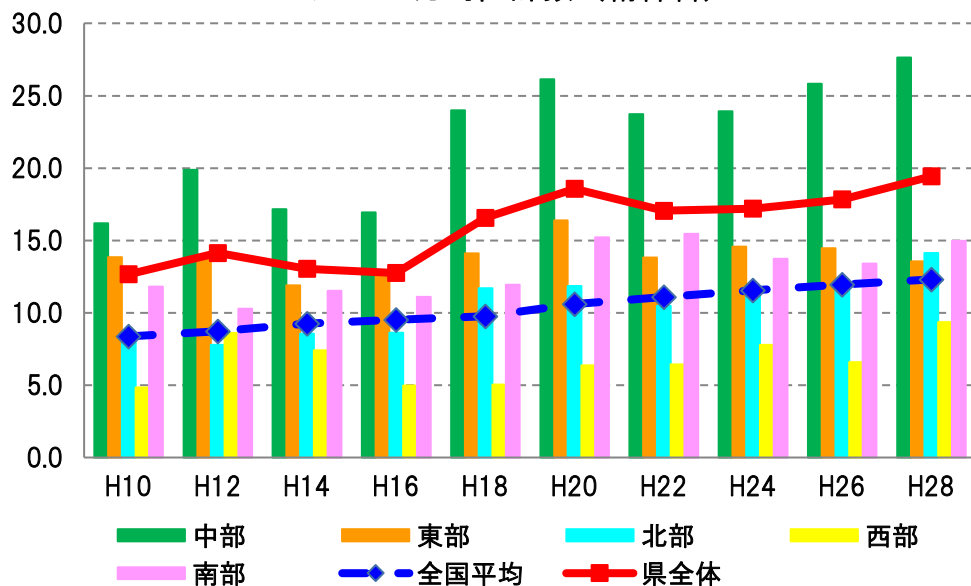
人口10万人対医師数（内科）



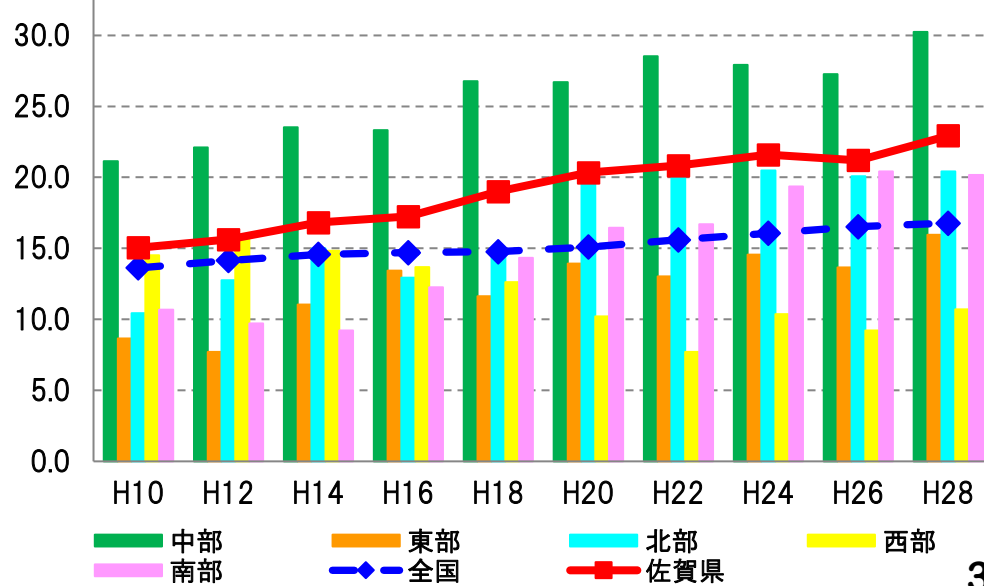
人口10万対医師数（外科）



人口10万対医師数（精神科）



人口10万対医師数（整形外科）



佐賀県の医療施設従事医師の医師数の推移①〔内科系・外科系〕

	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	対1998	
内科系	内科	572	582	610	540	546	525	524	482	513	528	0.92
	消化器内科(胃腸内科)	70	77	64	73	76	76	77	80	84	93	1.33
	循環器内科	41	38	40	54	67	59	63	72	76	81	1.98
	呼吸器内科	15	21	20	33	26	20	37	38	33	37	2.47
	神経内科	8	15	16	20	16	17	25	26	29	34	4.25
	腎臓内科	-	-	-	-	-	14	24	21	31	27	-
	糖尿病内科(代謝内科)	-	-	-	-	-	9	13	23	23	25	-
	血液内科	-	-	-	-	-	10	16	19	23	25	-
	リウマチ科	2	5	6	5	9	6	8	8	15	11	5.50
	心療内科	3	2	1	6	3	2	2	1	1	2	-
	感染症内科	-	-	-	-	-	2	3	4	6	3	0.67
	アレルギー科	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	-
	総計	711	740	758	731	743	740	792	774	834	866	1.22

	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	対1998	
外科系	外科	192	184	191	197	172	136	120	127	110	111	0.58
	消化器外科(胃腸外科)	-	-	-	-	-	37	50	49	43	46	-
	心臓血管外科	21	26	23	21	21	27	20	18	25	24	1.14
	呼吸器外科	5	3	5	3	3	3	7	10	12	11	2.20
	乳腺外科	-	-	-	-	-	3	5	4	7	7	-
	小児外科	3	0	2	2	1	7	5	4	5	5	1.67
	肛門外科	2	3	2	1	3	3	3	4	2	4	-
	気管食道外科	-	-	-	-	-	0	0	0	0	0	-
	総計	221	213	221	223	197	216	210	216	204	208	0.94



※厚生労働省「平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査」から抽出

※改正前の標榜診療科と改正後の標榜診療科として計上し、内科系、外科系の分類は厚生労働省の三師調査の分類を採用

佐賀県の医療施設従事医師の医師数の推移②〔その他の診療科〕

		1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	対1998
産科 産婦人科	産婦人科	84	77	75	74	65	68	64	70	68	62	0.74
	産科	3	8	7	2	7	1	5	4	4	4	1.33
	総計	87	85	82	76	72	69	69	74	72	66	0.76
		2006	2008	2010	2012	2014	2016	対2006				
救急科	救急科	-	20	14	26	27	27	-				
	救命救急	16	-	-	-	-	-	-				
	総計	16	20	14	26	27	27	1.69				
		1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	対1998
小児科 麻酔科	小児科	93	93	98	100	103	103	112	114	113	124	1.33
	麻酔科	35	36	45	37	44	50	57	62	61	70	2.00
その他	整形外科	133	137	147	150	164	174	177	182	177	190	1.43
	臨床研修医	-	-	-	-	99	105	102	90	133	112	-
	眼科	69	76	77	74	79	85	80	78	76	80	1.16
	耳鼻咽喉科	61	57	58	63	64	66	60	61	63	66	1.08
	脳神経外科	42	41	43	45	42	45	48	52	56	63	1.50
	皮膚科	52	59	54	56	60	63	68	63	62	62	1.19
	泌尿器科	43	45	46	48	46	50	52	56	53	54	1.26
	放射線科	40	42	49	46	47	44	45	45	53	52	1.30
	病理診断科	-	-	-	-	7	6	6	5	8	16	-
	リハビリ科	5	5	7	9	6	8	8	9	12	15	3.00
	形成外科	3	4	6	10	9	9	10	9	15	14	4.67
	美容外科	0	0	0	1	1	4	2	2	2	2	-

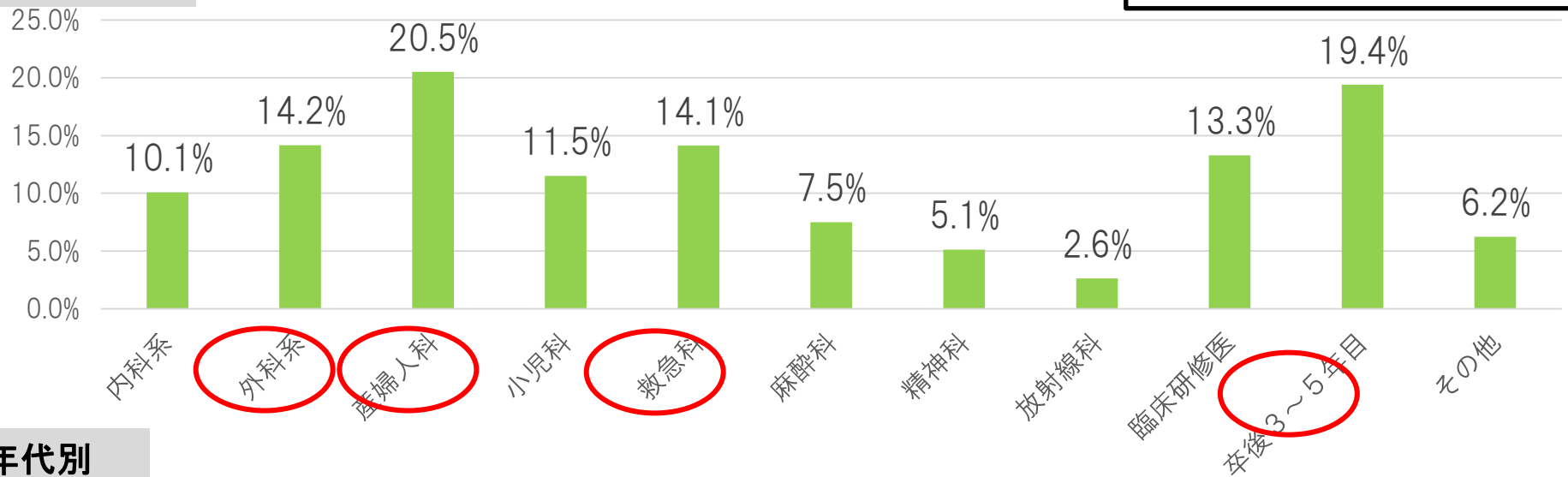


※厚生労働省「平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査」から抽出

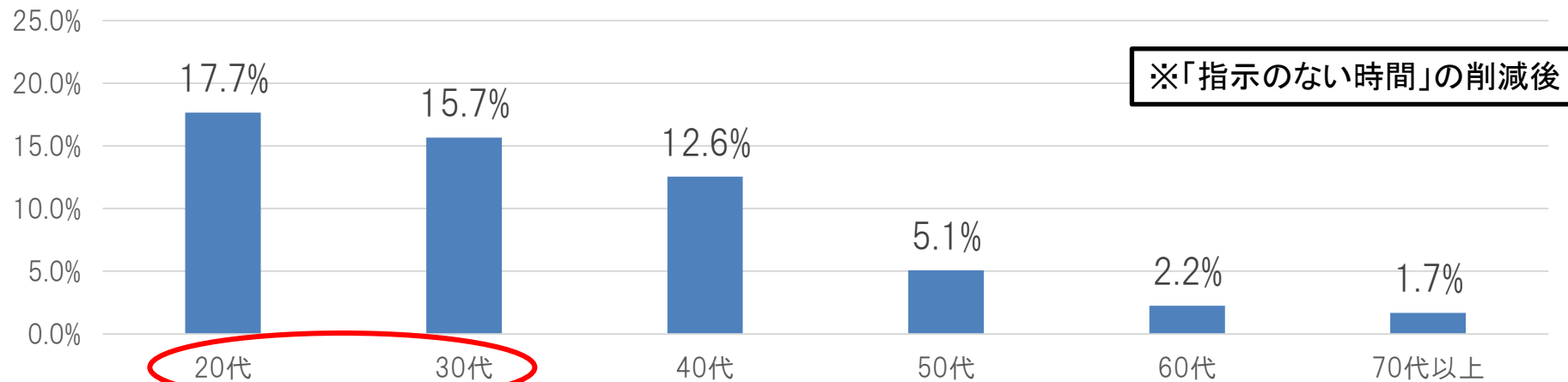
超過勤務時間が年1860時間ラインを超える医師の割合

厚生労働省資料

1. 診療科別



2. 年代別



※1 平成29年度厚生労働行政推進調査事業費「病院勤務医の勤務実態に関する調査研究」研究班)の集計結果から、「診療外時間」(教育、研究、学習、研修等)における上司等からの指示(黙示的な指示を含む。)がない時間(調査票に「指示無」を記入)が4.4%であることを踏まえ、「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」における個票の診療外時間より「指示のない時間」を削減した。

※2 「卒後3~5年目」に含まれる医師については、「臨床研修医」以外の各診療科に含まれる医師と重複。

医師の時間外労働規制について

厚生労働省資料を加筆

一般則

- 【時間外労働の上限】
- (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か月45時間
 - 1年360時間

※この(原則)については医師も同様。

医療審議会の意見聴取(地域医療構想調整会議の報告)を経て県指定(P)

2024年4月～

地域医療対策協議会等の意見聴取を経て知事指定+審査組織(P)

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

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960時間 / 月100時間未満(例外あり)
※いずれも休日労働含む

A : 診療従事勤務医に2024年度以降適用される水準

B : 地域医療確保暫定特例水準(医療機関を特定)

C-1 C-2 集中的技能向上水準(医療機関を特定)

C-1 : 初期・後期研修医が、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 : 医籍登録後の臨床従事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、特定の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

将来
(暫定特例水準の解消(=2035年度末)後)

将来に向けて縮減方向

年960時間 / 月100時間未満(例外あり)
※いずれも休日労働含む

A

C-1

C-2

月の上限を超える場合の面接指導と就業上の措置(いわゆるドクターストップ)

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)

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)

※初期研修医については連続勤務時間制限を強化して徹底(代償休息不要)

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。

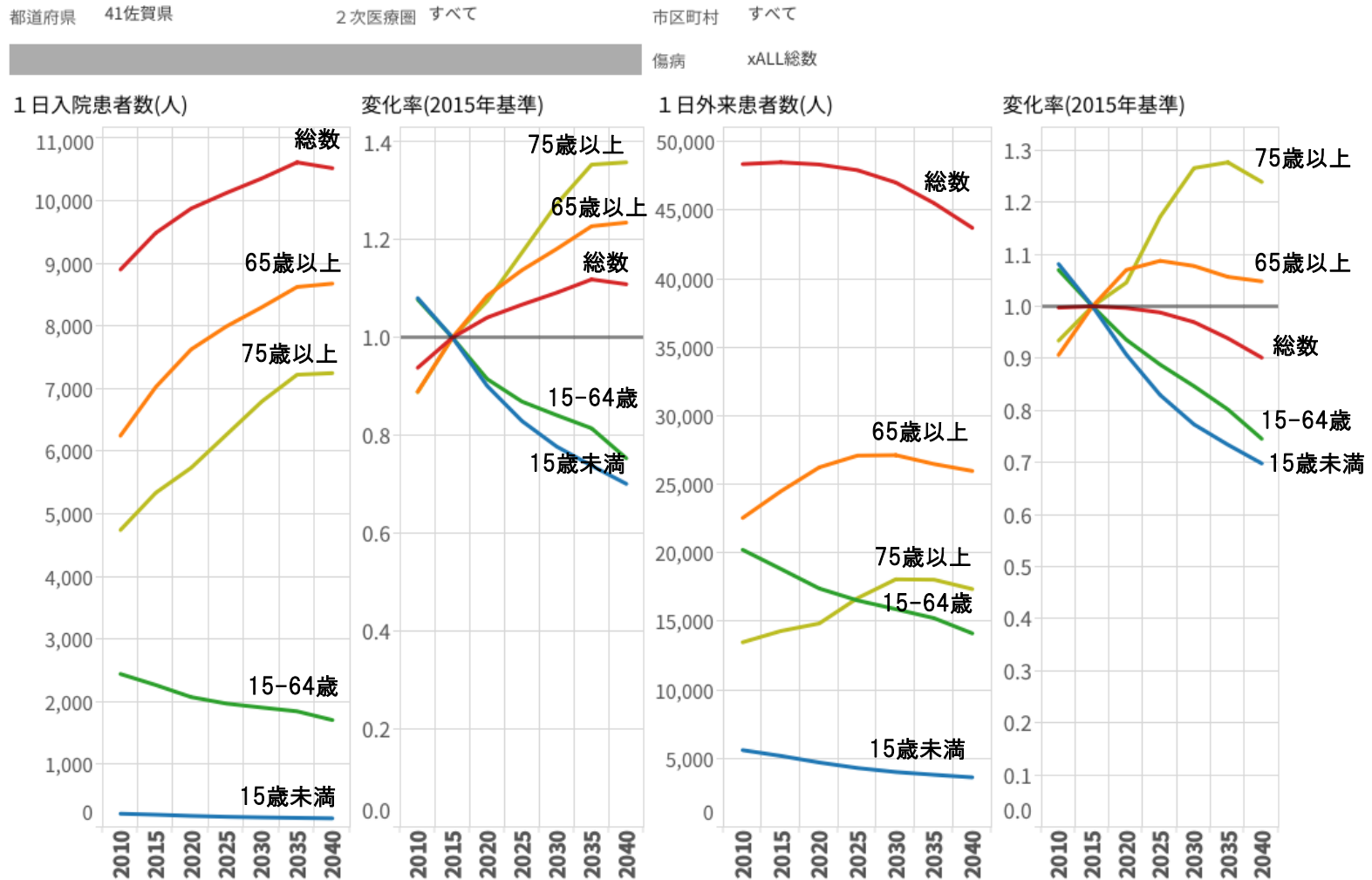
連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット(義務)

※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取組を講ずる。

平成26年患者調査を基にした1日入院患者数及び1日外来患者数の推計

➤ 佐賀県全体での1日入院患者数は今後増加し、2035年をピークとして今後増加することが見込まれる。また、1日外来患者数については今後減少することが見込まれる。

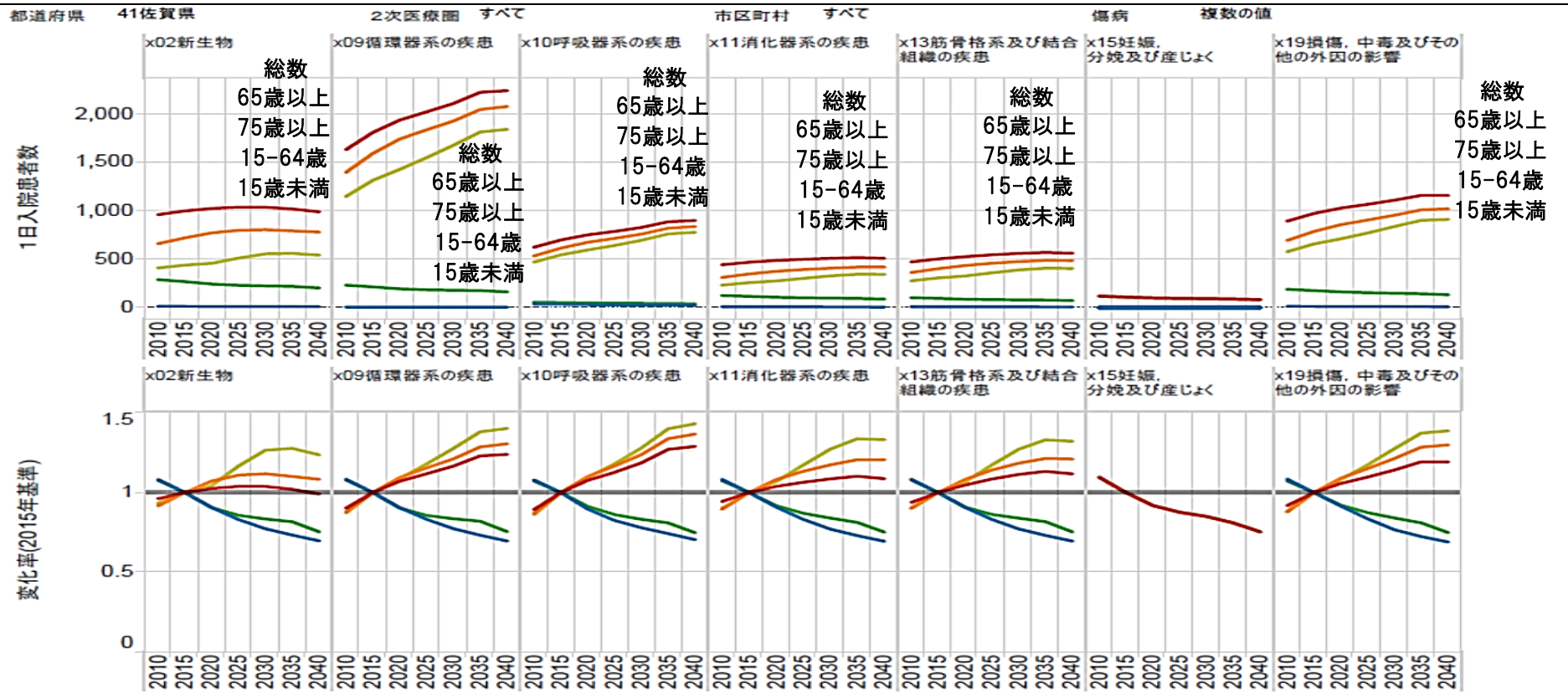
※地域医療構想の需要推計はNDBデータに基づくため、患者調査による以下の推計値とは相違がある。



H26患者調査-受療率(全国)/社人研人口推計に基づく簡易版患者推計 - kishikaw@ncc.go.jp 総数/15歳未満/15-64歳/65歳以上/75歳以上(再掲)

平成26年患者調査を基にした疾患分野別の入院需要推計

- 新生物は概ね横ばいであるが、循環器系、呼吸器系、損傷その他外因は、2040年まで伸び続ける。
- 2015年から2035年の伸び率を圏域別にみると、中部・東部の伸び率が高く、北部・西部・南部の伸び率が低い。

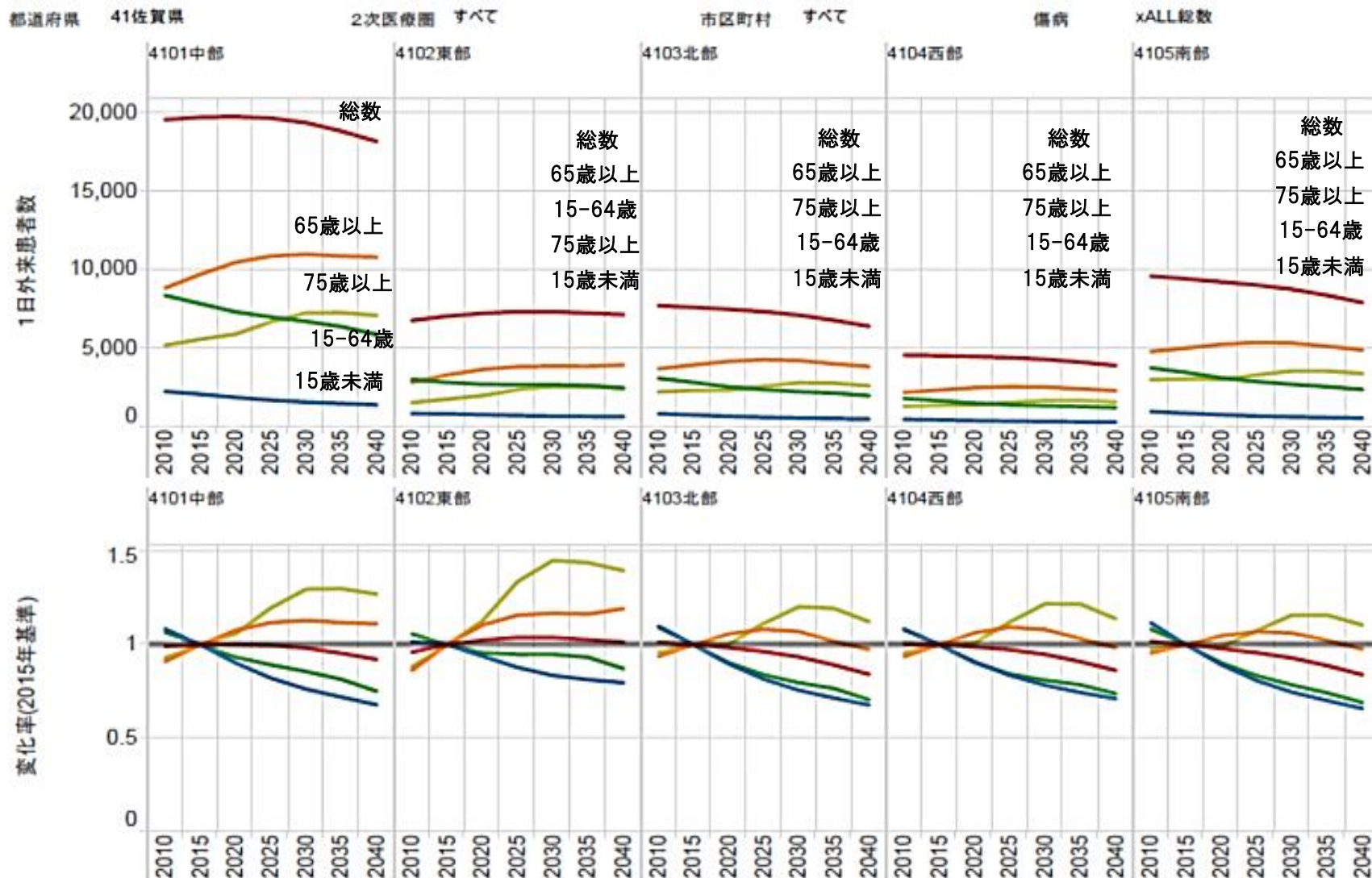


H26患者調査-入院受療率(全国)/社人研人口推計に基づく簡易版入院患者推計 - kishikaw@ncc.go.jp 総数/15歳未満/15-64歳/65歳以上/75歳以上(再掲)

2015→2035	新生物	循環器	呼吸器	消化器	筋骨格	妊娠	損傷
県	1.02	1.23	1.27	1.10	1.13	0.81	1.19
中部	<u>1.06</u>	<u>1.27</u>	<u>1.31</u>	<u>1.13</u>	<u>1.17</u>	0.78	<u>1.23</u>
東部	<u>1.31</u>	<u>1.42</u>	<u>1.47</u>	<u>1.24</u>	<u>1.27</u>	0.89	<u>1.36</u>
北部	0.96	1.15	1.19	1.04	1.07	0.82	1.12
西部	0.97	1.17	1.21	1.06	1.08	0.83	1.14
南部	0.96	1.12	1.16	1.02	1.05	0.76	1.10

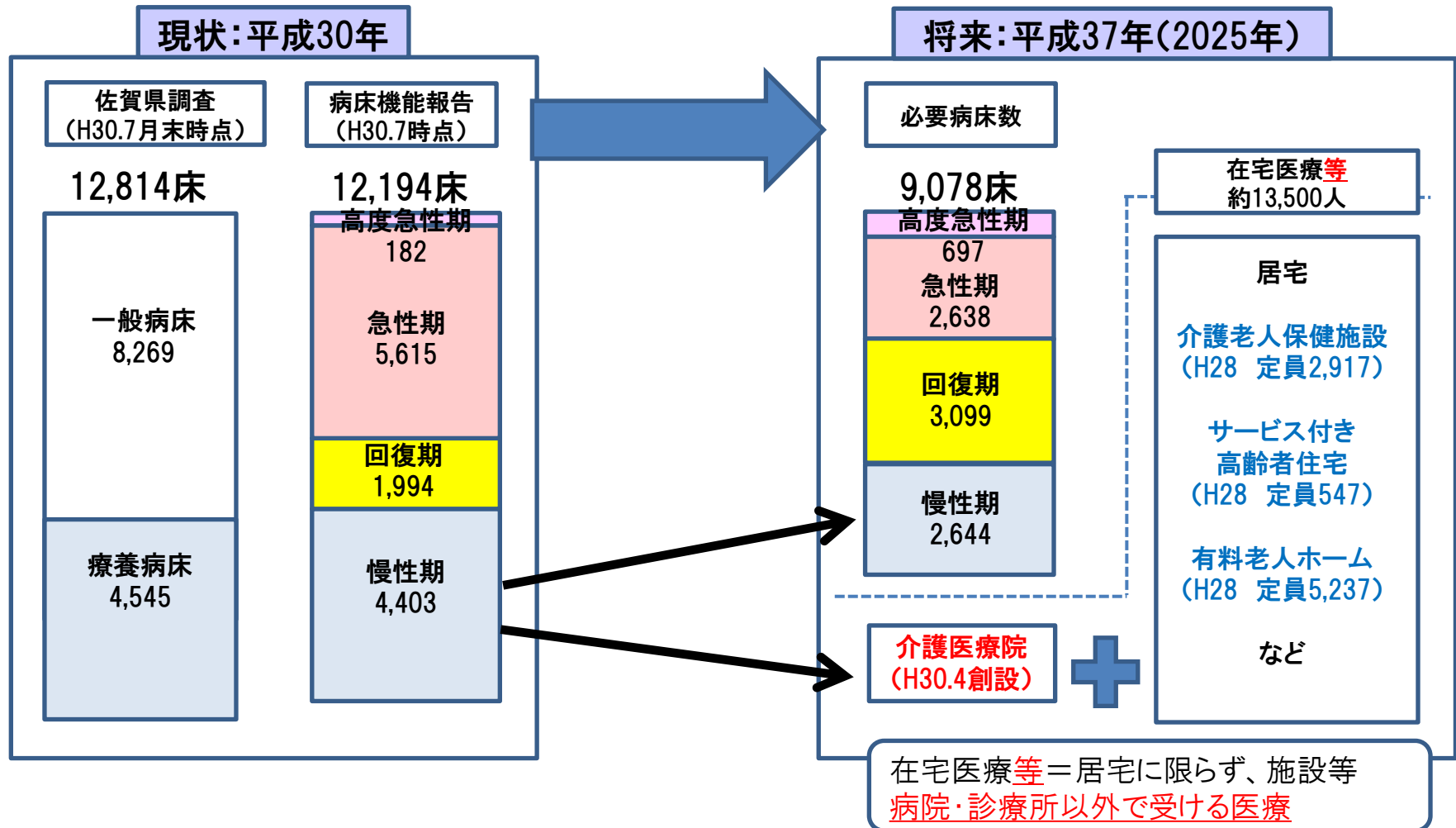
平成26年患者調査を基にした外来患者の需要推計

- 外来患者数は、北部、西部、南部ではすでに減少傾向に入っているものと考えられる。
- 75歳以上の外来患者数も、全圏域ともに2030～2035年がピークと見込まれる。



佐賀県地域医療構想の既存病床と必要病床のイメージ（平成30年病床機能報告反映後）

- 佐賀県地域医療構想で、人口構造の変化とNDBデータ等から将来の医療需要を見通し、必要病床数を推計。
- **2025年における「効率的で質の高い医療提供体制」に向けて、急性期等から回復期への病床機能の転換、「介護医療院」を含む在宅医療等の基盤整備を、地域医療構想調整会議等で合意形成を図り、推進。**
- 「病院完結型」から「地域完結型」に向け、医療・介護の連携、必要となる人材確保などに取り組む。



佐賀県地域医療構想の病床数の推移

- 平成28年度報告から、全病床を高度急性期とした病院が、高度急性期と急性期に区分したことから、高度急性期が減、急性期が増(高度急性期と急性期の合算は、減少傾向)。
- 平成26年度と比較すると、急性期・慢性期の減、回復期の増という必要病床数に向けた収れん方向にある。

	医療機能	病床機能報告(注)					必要病床数
		H26年	H27年	H28年	H29年	H30年	H37年
佐賀県全体	高度急性期	674	558	199	207	182	697
	急性期	5,752	5,617	5,803	5,745	5,615	2,638
	回復期	1,213	1,639	1,761	1,753	1,994	3,099
	慢性期	4,731	4,680	4,615	4,670	4,403	2,644
	合計	12,370	12,494	12,378	12,375	12,194	9,078
中部	高度急性期	187	103	106	124	124	372
	急性期	2,730	2,805	2,707	2,652	2,577	1,168
	回復期	437	806	776	797	881	1,430
	慢性期	1,532	1,391	1,422	1,505	1,440	855
	小計	4,886	5,105	5,011	5,078	5,022	3,825
東部	高度急性期			8	8	8	31
	急性期	557	450	433	446	459	286
	回復期	173	233	278	247	299	472
	慢性期	1,025	1,106	1,035	1,046	951	559
	小計	1,755	1,789	1,754	1,747	1,717	1,348

	医療機能	病床機能報告(注)					必要病床数
		H26年	H27年	H28年	H29年	H30年	H37年
北部	高度急性期	15	15	15	16	16	101
	急性期	784	755	758	759	747	378
	回復期	238	204	238	273	241	269
	慢性期	683	697	679	679	662	437
	小計	1,720	1,671	1,690	1,727	1,666	1,185
西部	高度急性期	6			6	0	32
	急性期	546	520	498	517	504	171
	回復期	158	158	158	156	156	244
	慢性期	514	467	464	459	466	272
	小計	1,224	1,145	1,120	1,138	1,126	719
南部	高度急性期	466	440	70	53	34	161
	急性期	1,135	1,087	1,407	1,371	1,328	635
	回復期	207	238	311	280	417	684
	慢性期	977	1,019	1,015	981	884	521
	小計	2,785	2,784	2,803	2,685	2,663	2,001

(注) 平成27年、平成28年は、報告医療機関＋未報告医療機関のうち入院基本料から病床機能を推計できるものを加味
 平成29年は、報告医療機関＋未報告医療機関のうち過去の病床機能報告、99さがネット、診療科目から病床機能を推計できるものを加味
 平成30年は、報告医療機関＋未報告医療機関のうち過去の病床機能報告、H30年度対応方針から病床機能を推計できるものを加味

病床機能報告病院棟票（うち高度急性期に対応している主とする診療科）〔平成30年7月時点〕

医療機関名	算定項目	主とする診療科		
佐賀大学医学部附属病院	特定集中治療室管理料2	脳神経外科	腎臓内科	内科
佐賀大学医学部附属病院	救命救急入院料3	救急科		
佐賀大学医学部附属病院	新生児特定集中治療室管理料1	小児科		
佐賀大学医学部附属病院	救命救急入院料4	救急科		
独立行政法人国立病院機構佐賀病院	総合周産期特定集中治療室管理料（母体・胎児）	産婦人科		
独立行政法人国立病院機構佐賀病院	総合周産期特定集中治療室管理料（新生児）	小児科		
独立行政法人国立病院機構佐賀病院	新生児治療回復室入院医療管理料	小児科		
佐賀県医療センター好生館	救命救急入院料3	内科	脳神経外科	救急科
佐賀県医療センター好生館	特定集中治療室管理料2	心臓血管外科	呼吸器外科	外科
佐賀県医療センター好生館	新生児特定集中治療室管理料2	小児科		
医療法人ひらまつ病院	ハイケアユニット入院医療費管理料1	内科	呼吸器内科	外科
医療法人如水会 今村病院	ハイケアユニット入院医療費管理料1	循環器内科	外科	脳神経外科
唐津赤十字病院	救命救急入院料3	内科	外科	脳神経外科
新武雄病院	特定集中治療室管理料3	脳神経外科	外科	
新武雄病院	ハイケアユニット入院医療費管理料1	脳神経外科	呼吸器内科	外科
独立行政法人国立病院機構嬉野医療センター	救命救急入院料1	救急科		
独立行政法人国立病院機構嬉野医療センター	特定集中治療室管理料3	循環器内科	心臓血管外科	
独立行政法人国立病院機構嬉野医療センター	特定集中治療室管理料3	外科		
独立行政法人国立病院機構嬉野医療センター	救命救急入院料1	救急科		