

佐賀県医師確保計画の概要

佐賀県健康福祉部医務課
医療人材政策室
令和2年4月

佐賀県医師確保計画の概要

第1 医師確保計画に関する基本的事項

1 計画策定の趣旨

医療法改正に伴い、今後の医療需要の動向を見据えた将来の医療提供体制の構築を支え、医師の地域間・診療科間の偏在を是正するため策定

2 計画の位置付け

医療法第30条の4第2項第11号に基づき、医療計画の一部として策定

3 計画期間

令和2（2020）年度～令和5（2023）年度
※令和18（2036）年度に医師偏在を解消するため、医療計画と同様に3年ごとに見直すもの

第2 医師数・医師偏在指標の状況

1 医師数の状況

- ・ 県内の医師数総数は年々増加してきたが、近年、若年層の減少と高齢化が進行
- ・ 病院医師は若年層が減少しており、診療所医師は高齢化が進行
- ・ 医療圏別の人口10万対医師数は、年々ばらつきが拡大
- ・ 男女別医師数は、若年層は全国的にも高い女性医師比率
- ・ 診療科別医師数は、産科医・外科医の減少傾向が継続
- ・ 高度な専門医が増加

2 医師偏在指標の状況

- ・ 佐賀県は医師多数県。東部医療圏と西部医療圏が医師少数区域水準
- ・ しかし、医師偏在指標は診療科の区別がされていない、病床が区別されていない、患者流出入データが正確ではないなど課題が多いため、参考指標として活用

第3 医師確保の方針及び目標

1 医師確保の方針

(1) 特に育成が必要な医師像（診療科間偏在是正の方針）

① 今後の医療需要の増加に対応し、高度急性期医療を担う医師

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

② 総合的な診療能力があり、患者を選ばない医師や家族や地域も診る医師

例) 病院総合診療専門医、家庭医療専門医等の専門医、プライマリ・ケア認定医、かかりつけ医等

③ 総合的な診療経験があり専門医として活躍する、将来、地域や医療機関のリーダーとなる医師

例) 自治医科大学卒業医師・地域枠医師等

(2) 医師少数区域の設定（地域間偏在是正の方針）

- ・ 西部医療圏を医師少数区域として設定

(3) 留意事項

- ・ 医師の働き方改革への対応、女性医師が働きやすい勤務環境に改善、外科医の確保、開業医の高齢化への対応

2 医師確保の目標

- ・ 医療需要の増加に対応するため、医師確保の方針に沿った医師の育成・定着を推進

第4 具体的施策

1 医師修学資金貸与事業

- ・ 医師確保の方針に合わせた診療科の拡大、医師少数区域への派遣等のための手続等について検討

2 キャリア形成プログラム

- ・ 現行の医師修学資金貸与事業や自治医科大学配置モデルを基礎としつつも、診療科の拡大等との歩調を合わせ見直しを検討

3 医学部臨時定員

- ・ 令和2・3年度の臨時定員を佐賀大学4名・長崎大学2名に設定
- ・ 令和4年度以降の医学部定員は国の見直しの動向を注視しつつ検討

4 自治医科大学卒業医師

- ・ 義務履行とキャリア形成の両立の取組を継続して実施、活躍の場について検討

5 SAGA Doctor-Sプロジェクト（医師の育成・定着促進事業）の推進

- ・ 3つのS（Spirit・Support・Satisfaction）の視点から実施可能な取組を順次実施
- ・ 卒前卒後一貫した教育プログラム等について佐賀大学等と具体的な取組について検討・協議

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
- ・ 医師偏在の種別（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

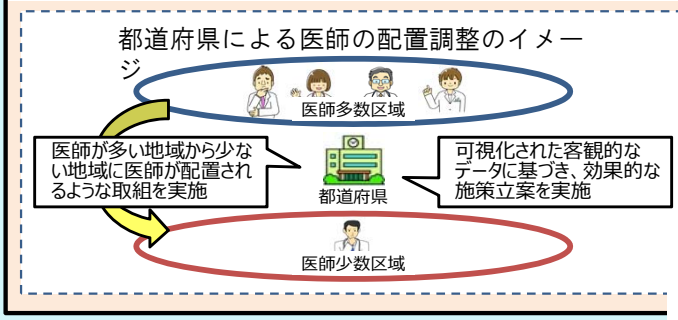
医師の確保の方針を踏まえ、目標医師数を達成するための具体的な施策を策定する。

- （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）



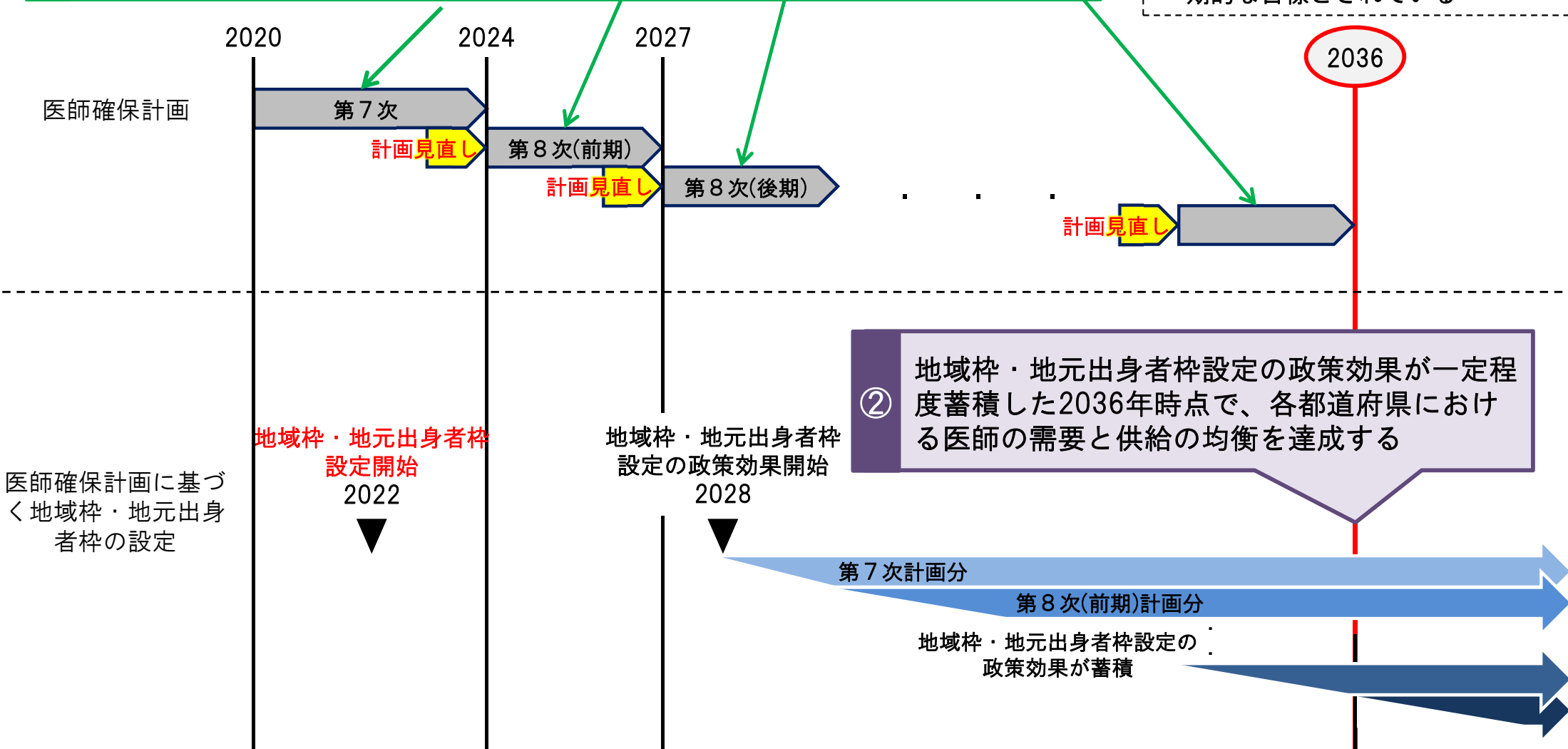
医師確保計画を通じた医師偏在の解消

厚生労働省資料を一部修正

①

三次医療圏間、二次医療圏間の医師偏在の喫緊の課題について、医師確保計画の各計画期間ごとに効果検証・課題把握と対応策の立案を行い、早期に効果を発揮する医師偏在対策（短期的な対策）により偏在を是正

➤ 厚生労働省の将来の医師需要推計（マクロ需給推計）に基づき、2036年までに医師偏在是正を達成することを医師確保計画の長期的な目標とされている



②

地域枠・地元出身者枠設定の政策効果が一定程度蓄積した2036年時点で、各都道府県における医師の需要と供給の均衡を達成する

※医師需給の均衡を達成した後の医師需要も踏まえた地域枠・地元出身者枠の設定を行う

医師偏在指標・医師少数区域の設定

- 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、多くの問題点があるため、参考指標として活用する。

（東部医療圏）

- 厚生労働省通知では医師少数区域となる水準であるが、NDBデータや地域の意見を踏まえると、療養病床や精神科病床において福岡県からの入院患者が多く、患者需要が過大に算定されているものと考えられるため、医師少数区域としないこととする。

（西部医療圏）

- 医師少数区域となる水準であり、NDBデータや地域の意見なども踏まえ、医師が少数であることで患者の流出が生じていることや、医師の高齢化が顕著であることなどの実情を考慮し、医師少数区域として設定することとする。

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、参考値として活用する。
- 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する。

佐賀県医師確保計画における現状認識・留意事項

佐賀県の地域医療構想

- 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・西部医療圏を医師少数区域）
 - 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）

佐賀県の医師の状況

- 医師数は増加してきたが、近年、若年層の医師が減少傾向にあり平均年齢が上昇
- 勤務医・開業医ともに高齢化
- 女性医師の割合が年々高まっており、とりわけ若年層に女性医師が多く存在
- 医療の著しい進歩や2018年度から新専門医制度が運用されるなど、医師の専門分化が一層進展
- 産科医・外科医は減少傾向が継続

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

佐賀県における特に育成が必要な医師像のイメージ

- 佐賀県医師確保計画における「特に育成が必要な医師像」については以下のとおりとしており、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）

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育成**
- ✓ 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育成する必要がある。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育成する必要がある。
（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育成**
- ✓ 医療技術の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」を育成する必要がある。
（例）病院総合診療専門医、家庭医療専門医等の専門医、プライマリ・ケア認定医、かかりつけ医

視点3

- **総合診療の経験（基礎的な総合診療の能力）のある専門医の育成**
- ✓ 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を育成する。（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。）

具体的な施策

1 医師修学資金貸与事業

- 小児科、産科、救急科及び麻酔科に限定している診療科に、内科、外科、脳神経外科及び総合診療科を追加する。（令和元年度末までに規則改正を行い、追加診療科は医師の派遣調整を前提）
- 医師少数区域等への医師の派遣調整を可能とすべく、派遣調整の仕組みを導入する。（派遣調整の仕組みについては、条例改正やキャリア形成プログラム等の関係規定の整備が必要であるため、今後検討）

2 キャリア形成プログラム

- 現行の医師修学資金貸与医師と自治医科大学卒業医師の取扱いをプログラムとして策定する。
- 医師の派遣調整の仕組みや、卒前卒後一貫となったより効果的な教育プログラムについて、佐賀大学等と協議し、策定する。

3 医学部臨時定員

- 令和3（2020）・4（2021）年度は、佐賀大学4名、長崎大学2名となっている。
- 令和5（2022）年度以降の取扱いは、文部科学省・厚生労働省の検討を踏まえ、対処する。

4 自治医科大学卒業医師

- 義務履行とキャリア形成を両立できる取組を継続する。
- 義務年限終了後も県内に定着できる取組を検討する。

5 SAGA Doctor-Sプロジェクト（医師育成・定着促進事業）の推進

- Spirit・Support・Satisfactionをコンセプトに、総合的に施策を推進する。
- 卒前卒後一貫した教育プログラム等について佐賀大学等と具体的な取組について検討・協議

SAGA Doctor-S project

- 佐賀県では、高齢人口が増加することに伴う医療需要の高まりに対応する必要があり、医師の育成・定着は重要な課題です。
- Doctor-S projectとは、医師が佐賀(Saga)で成長し、定着(Settlement)につなげていくためのプロジェクトです。

1 佐賀県で学び・働き・活躍する「志」と「誇り」を！ *Spirit*

医療のあけぼのは佐賀にあり

臨床現場で活躍する医「志」を育て、医療人としての「誇り」を醸成します

2 医師を育てるオール佐賀のサポート体制を！ *Support*

佐賀での医師の「学ぶ・働く・暮らす」を徹底サポート！

卒前・卒後の一貫した育成プログラムの構築、UJIターンや学び直しも応援します

3 働きやすく・働きがいのある医療機関へ！ *Satisfaction*

医師の働き方改革や女性医師の活躍など、医療現場の改革は喫緊の課題

医師のみならず医療従事者が「働きたい！」と思える勤務環境改善を推進します

SAGA Doctor-S project

佐賀県は、今後の医療需要の増加に対応するため、医師の育成・定着を促進します。

Spirit

1 佐賀県で学び・働き・活躍する「志」と「誇り」を！

- ・佐賀で活躍したい医学部生を応援する懇談会
- ・離島などで活躍する医師を知事が訪問 等

Settlement

Support

2 医師を育てるオール佐賀のサポート体制を！

- ・卒前・卒後一貫した教育を可能とする佐賀大学
医師育成・定着促進プラン（仮称）の策定
- ・自治医科大学佐賀県人会懇談会開催
- ・医師修学資金の対象診療科の拡大 等

Satisfaction

3 働きやすく・働きがいのある医療機関へ！

- ・勤務環境改善のためのシンポジウム開催
- ・女性医師応援副知事懇談会の開催 等

佐賀大学医師育成・定着促進プラン（仮称）策定委託事業（案）

背景

- 高齢人口の増加に伴い医療需要が高まる一方、若年層の医師が減少しており、医師の育成と定着促進が必要
- 医療法の改正に伴い県の機能が強化されたが、医療政策は極めて専門的分野であり、行政のみでは対応が困難
- 県内で医師を養成する佐賀大学医学部の重要度が増しているが、医療政策や医療人材の育成に特化した部門がなく、オール医学部としての魅力的な教育システムの構築が課題

目的

- 佐賀県全域で働きたいという医師を育成するため、オール医学部で医師を育てる体制を構築

事業概要（令和2年度）

- 大学が行う医師育成・定着促進の取組を協議するための会議体を佐賀大学医学部に設置し、「佐賀大学医師育成・定着促進プラン（仮称）」を策定

例)

- 地域医療政策や医療人材の育成に関する学術研究を行う講座の設置
- 佐賀に定着するための教育機会を通じた意識の醸成（里親制度、同窓ネットワーク等）
- 大学の新たな教育カリキュラムの整備
- 臨床・専門研修における好生館との協力体制の構築
- 医師定着のための勤務環境改善 等

事業費

- 3,036千円

育成促進のための取組（イメージ）



医師確保計画策定に当たっての意見聴取結果について

佐賀県地域医療対策協議会の概要

趣旨

- 医療計画（医師の確保に関する基本的な事項）の策定に当たっての意見聴取の場（医療審議会了解）
- 医療法（昭和23年法律第205号）第30条の23の規定に基づき設置。法で定められている事項について協議の場

委員等構成

- 委員は、地域医療対策協議会運営指針（厚労省通知）に定める団体等から就任し、医療計画（医師の確保に関する基本的な事項）について意見を述べ、法定協議事項等を協議
（関係団体…特定機能病院、地域医療支援病院、公的医療機関、臨床研修病院、民間病院、診療学識経験者団体、大学等医療従事者養成機関、社会医療法人、NHO、JCHO、医療関係団体、関係市町村、地域住民団体）
- 臨時委員は、臨時に出席を依頼し、特別の事項を協議（他県大学関係者等を想定）
- オブザーバーは、専門的立場から助言

運営

- 協議が必要な事項の議事は、出席した委員・臨時委員の過半数で決定。可否同数の場合、会長が決定
- 専門的な事項を検討するため、ワーキンググループの設置が可能

意見聴取事項

医療計画（医師の確保に関する基本的な事項）について意見聴取

（参考）計画の具体的な内容

- ① 二次医療圏及び三次医療圏の医師確保方針
 - ② 医師偏在指標を踏まえて定める二次医療圏において確保すべき医師数目標
 - ③ 医師偏在指標を踏まえて定める三次医療圏において確保すべき医師数目標
 - ④ 目標達成に向けた医師派遣その他の施策
- ※ 提供される医療の種別ごとに厚生労働省令で定めるものごとの医師偏在指標に従い、二次医療圏単位で医師少数区域、医師多数区域を設定可能

法定協議事項

医療法に掲げる事項を協議（結果を公表）

- ① キャリア形成プログラムに関する事項
- ② 医師の派遣に関する事項
- ③ キャリア形成プログラムに基づき医師の確保を特に図るべき区域に派遣された医師の能力の開発及び向上に関する継続的な援助に関する事項
- ④ 医師の確保を特に図るべき区域に派遣された医師の負担の軽減のための措置に関する事項
- ⑤ 医師の確保を特に図るべき区域における医師の確保のために大学と都道府県とが連携して行う文部科学省令・厚生労働省令で定める取組に関する事項
- ⑥ 医師法の規定によりその権限に属させられた事項
- ⑦ その他医師の確保を図るために必要な事項

(参考) 佐賀県地域医療対策協議会委員等一覧

氏名	所属・職	厚労省運営指針区分
山下 秀一	佐賀大学医学部附属病院院長	特定機能病院・臨床研修病院
河部 庸次郎	国立病院機構嬉野医療センター院長	地域医療支援病院・臨床研修病院・国立病院機構
佐藤 清治	佐賀県医療センター好生館館長	地域医療支援病院・公的医療機関・臨床研修病院
北島 吉彦	国立病院機構東佐賀病院院長	地域医療支援病院・国立病院機構
志田原 哲	唐津赤十字病院院長	地域医療支援病院・公的医療機関・臨床研修病院
円城寺 昭人	国立病院機構佐賀病院院長	地域医療支援病院・臨床研修病院・国立病院機構
桃崎 宣明	伊万里有田共立病院院長	地域医療支援病院・公的医療機関
藤田 博正	新武雄病院院長	民間病院・臨床研修病院
古賀 義行	佐賀県病院協会会長	民間病院・地域医療関係団体
池田 秀夫	佐賀県医師会会長	診療学識経験者団体
松永 啓介	佐賀県医師会副会長	診療学識経験者団体
木下 晴美	佐賀県医師会理事	診療学識経験者団体
末岡 榮三郎	佐賀大学医学部学部長	医療従事者養成機関
山元 章生	山元記念病院理事長	社会医療法人
杠 岳文	国立病院機構肥前精神医療センター院長	国立病院機構
浅見 昭彦	地域医療機能推進機構佐賀中部病院院長	地域医療機能推進機構
横尾 俊彦	自治体病院開設者協議会会長	関係市町村
三苫 紀美子	佐賀県地域婦人連絡協議会会長	地域住民団体
(オブザーバー) 桐野 高明	佐賀県医療顧問	都道府県
野田 広	佐賀県健康福祉部医療統括監	都道府県

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ず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

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

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）になろうと思っていたので、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で、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・県外の志向が違うような気がする
- 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 専門医がコモンディジーズを診るのは困難。勉強する時間はない。コモンディジーズ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

医師偏在指標・目標医師数について

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) 高齢層の医師等が多数存在すれば係数が低下し、指標の低下に寄与

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

○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など問題点としては、以下の項目が考えられる。

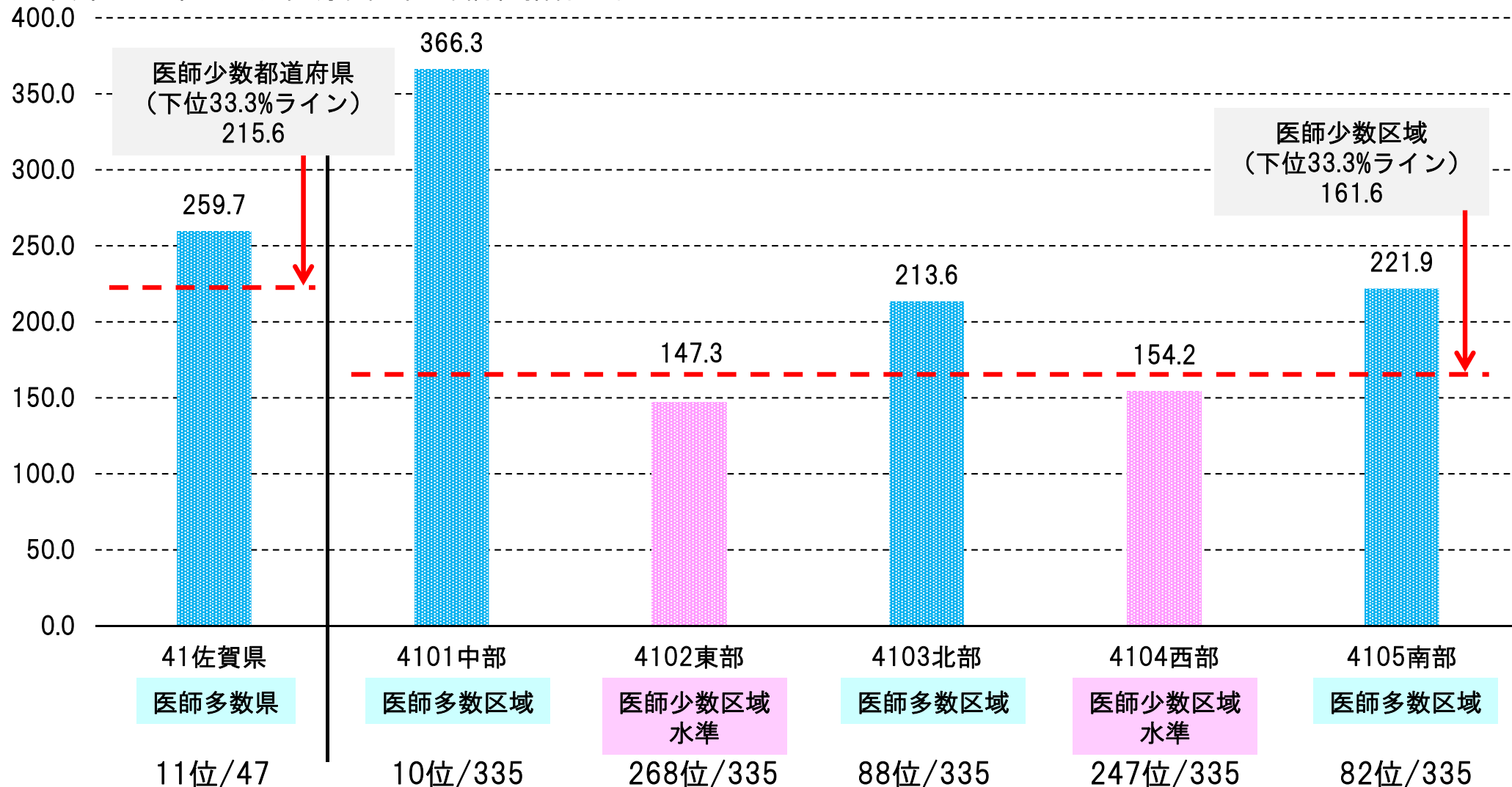
- ✓ 医師数は、医師・歯科医師・薬剤師統計の医療施設勤務従事医師を基礎としているが、指標に
おいては、
 - ・ 全ての診療科の医師を対象に算定されていること
（産科・小児科以外の診療科別の医師偏在指標は、今後算定予定）
 - ・ 「開業医」と「勤務医」の区別はされていないこと
 - ・ 病床（療養・精神等）の区別はされていないこと
 - ・ 届出がなされていない医師についてはカウントされていないことなどに留意が必要であること
- ✓ 医師の流出入のデータ（医師の派遣（巡回診療、掛け持ち勤務等））は反映されていないこと
- ✓ 患者流出入のデータは患者調査が用いられているが、NDBデータとは差異があること
- ✓ 2年に1度の統計であり、タイムラグがあること

佐賀県の医師偏在指標（令和元年12月12日付け厚生労働省通知）

- 令和元年12月12日付け厚生労働省医政局地域医療計画課長通知が発出され、
 - ・ 都道府県単位では、佐賀県は「医師多数都道府県」となる水準
 - ・ 二次医療圏単位では、「東部医療圏」と「西部医療圏」が「医師少数区域」となる水準となった。今後、厚生労働省医師需給分科会において公表される予定

※ 医師少数区域については、医療法上、県の権限で医師少数区域としないことが可能

○佐賀県及び県内二次医療圏の医師偏在指標の状況



佐賀県の医師偏在指標の積算数値（令和元年12月12日付け厚生労働省通知）

- 令和元年12月12日付け厚生労働省医政局地域医療計画課長通知における、佐賀県及び県内二次医療圏の医師偏在指標及び積算数値は以下のとおり。
- 医師少数区域水準の二次医療圏は「東部医療圏」及び「西部医療圏」である。
- 東部医療圏の入院患者の流入が多く、医療需要が大きい。これは、福岡県からの療養病床及び精神科病床への入院患者が多いことによるもの。

圏域名 全国順位	医師偏在 指標 a/b*c	医療施設従事医師数			人口 2018年1 月1日時 点人口 (10万 人) b	標準化受 療率比 ^c	地域の期 待受療率 比	医療需要		流出入		目標 医師数 2023年時 点(人)	参考 人口10万 対医師数
		標準化 医師数 (人) a	医療施設 従事医師 数(人)	労働時間 調整係数				入院医療 需要 (人)	無床診療 所医療需 要 (人)	入院患者 流出入調 整係数	無床診療 所患者流 出入調整 係数		
多 佐賀県 11/47	259.7	2,305.1	2,292	1.006	8.33	1.07	1,653.88	9,393	4,388	1.033	0.969	1,794	275
多 中部 10/335	366.3	1,325.3	1,294	1.024	3.47	1.04	1,617.77	3,737	1,881	1.022	1.013	556	373
少 東部 268/335	147.3	209.4	222	0.943	1.26	1.13	1,755.20	1,636	572	1.333	0.875	230	177
多 北部 88/335	213.6	277.1	277	1.000	1.30	1.00	1,555.62	1,332	683	0.895	0.947	190	214
少 西部 247/335	154.2	113.9	120	0.949	0.76	0.97	1,509.74	742	405	0.846	0.956	108	158
多 南部 82/335	221.9	379.4	379	1.001	1.55	1.10	1,715.53	1,848	806	1.000	0.924	251	245

(参考) 全国の期待受療率 1,552.78

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ので計算が煩雑

NDBデータ（平成27年度レセプト）における入院患者の流出入について

取扱注意

- 県内二次医療圏と九州各県それぞれのNDBデータに基づく入院患者の流出入の状況は以下のとおり。
- 結果、「東部医療圏」の流入率において、患者調査の流入率と大きな差異がある。また、「西部医療圏」の流出率についても一定程度の差異があるため、それぞれ、指標への影響を検証する必要がある。

※ 指標における医師数は医療施設従事医師数であり、この医師数との権衡を考慮し、次の入院基本料のNDBデータを合算…一般入院基本料、療養病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、特定機能病院一般入院基本料、専門病院入院基本料、障害者施設等入院基本料、有床診療所入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料及び地域包括ケア病棟

○入院患者流入の状況

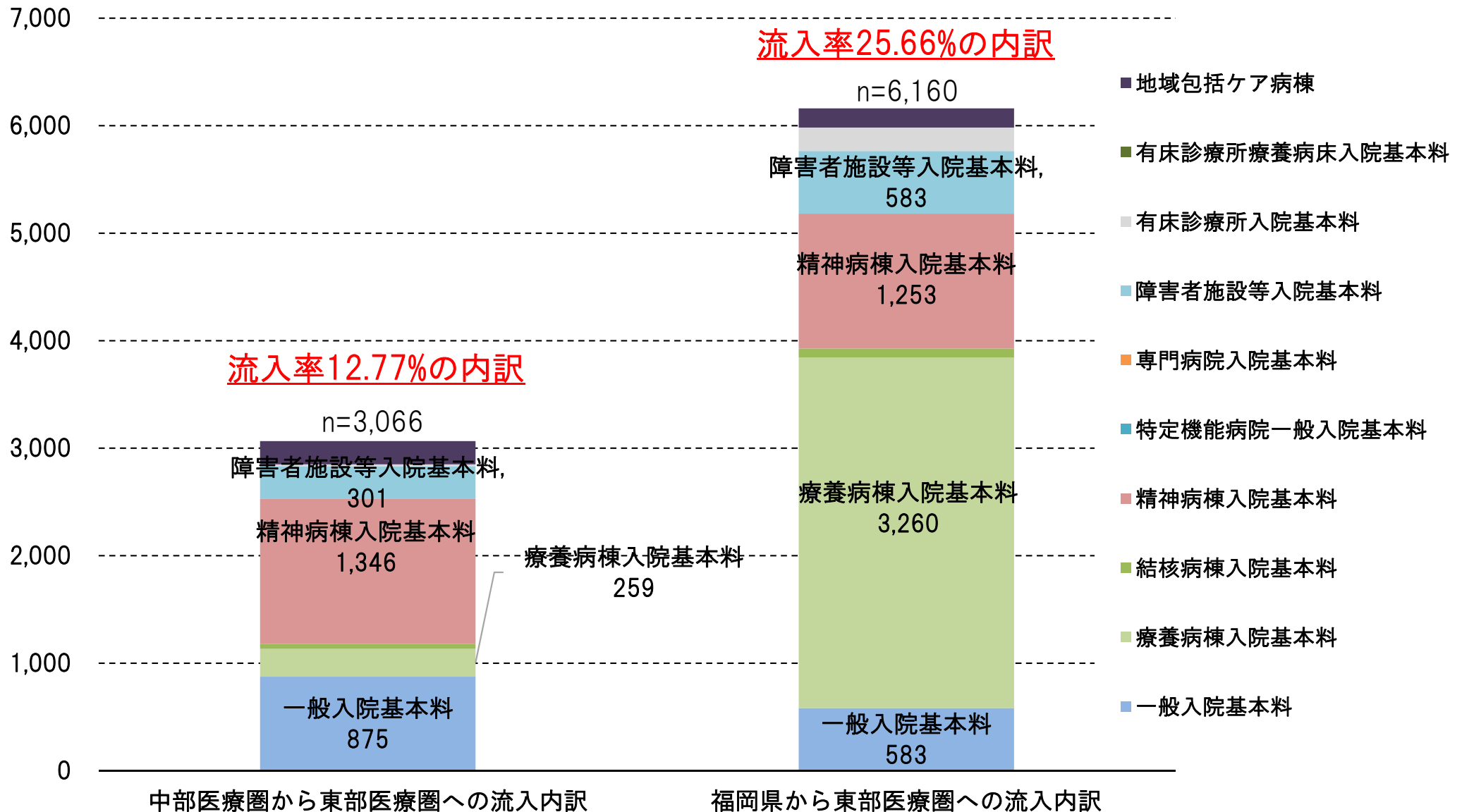
		患者住所地										総計	流入率	患者調査	影響値
		中部	東部	北部	西部	南部	福岡県	長崎県	熊本県	大分県	宮崎県				
医療機関所在地	中部	85.00%	1.67%	1.68%	1.02%	6.55%	3.34%	0.57%	0.11%	0.04%	0.02%	100.0%	15.00%	19.57%	-4.57%
	東部	12.77%	58.07%	0.67%	0.25%	1.29%	25.66%	0.52%	0.41%	0.36%	0.00%	100.0%	41.93%	58.82%	-16.89%
	北部	1.05%	0.00%	93.34%	2.53%	0.30%	1.12%	1.61%	0.04%	0.00%	0.00%	100.0%	6.66%	10.00%	-3.34%
	西部	0.00%	0.00%	1.26%	83.46%	4.03%	0.10%	11.15%	0.00%	0.00%	0.00%	100.0%	16.54%	15.38%	1.16%
	南部	3.73%	0.03%	0.43%	7.04%	83.39%	0.29%	5.02%	0.06%	0.00%	0.00%	100.0%	16.61%	22.22%	-5.61%
	佐賀県	35.14%	8.84%	14.66%	10.09%	23.19%	5.13%	2.75%	0.12%	0.07%	0.01%	100.0%	8.08%	12.20%	-4.12%

○入院患者流出の状況

		医療機関所在地										総計	流出率	患者調査	影響値
		中部	東部	北部	西部	南部	福岡県	長崎県	熊本県	鹿児島県					
患者住所地	中部	87.12%	4.86%	0.42%	0.00%	2.43%	5.03%	0.10%	0.04%	0.00%	100.0%	12.88%	15.22%	-2.33%	
	東部	5.07%	65.28%	0.00%	0.00%	0.06%	29.43%	0.00%	0.17%	0.00%	100.0%	34.72%	29.41%	5.31%	
	北部	4.16%	0.62%	89.12%	0.75%	0.68%	4.54%	0.14%	0.00%	0.00%	100.0%	10.88%	15.00%	-4.12%	
	西部	3.57%	0.33%	3.43%	70.17%	15.66%	1.18%	5.60%	0.07%	0.00%	0.00%	100.0%	29.83%	38.46%	-8.63%
	南部	10.40%	0.76%	0.19%	1.54%	84.15%	0.80%	2.10%	0.03%	0.03%	0.03%	100.0%	15.85%	18.52%	-2.67%
	佐賀県	36.53%	10.34%	14.31%	8.11%	22.88%	6.60%	1.17%	0.05%	0.01%	0.01%	100.0%	7.82%	8.13%	-0.31%

NDBデータにおける東部医療圏の入院患者流入の内訳

➤ NDBデータ（平成27年度分レセプト）によれば、東部医療圏における福岡県からの流入は、療養病床が半数以上を占めている。



NDBデータにおける西部医療圏の市町村別入院患者流出入の状況

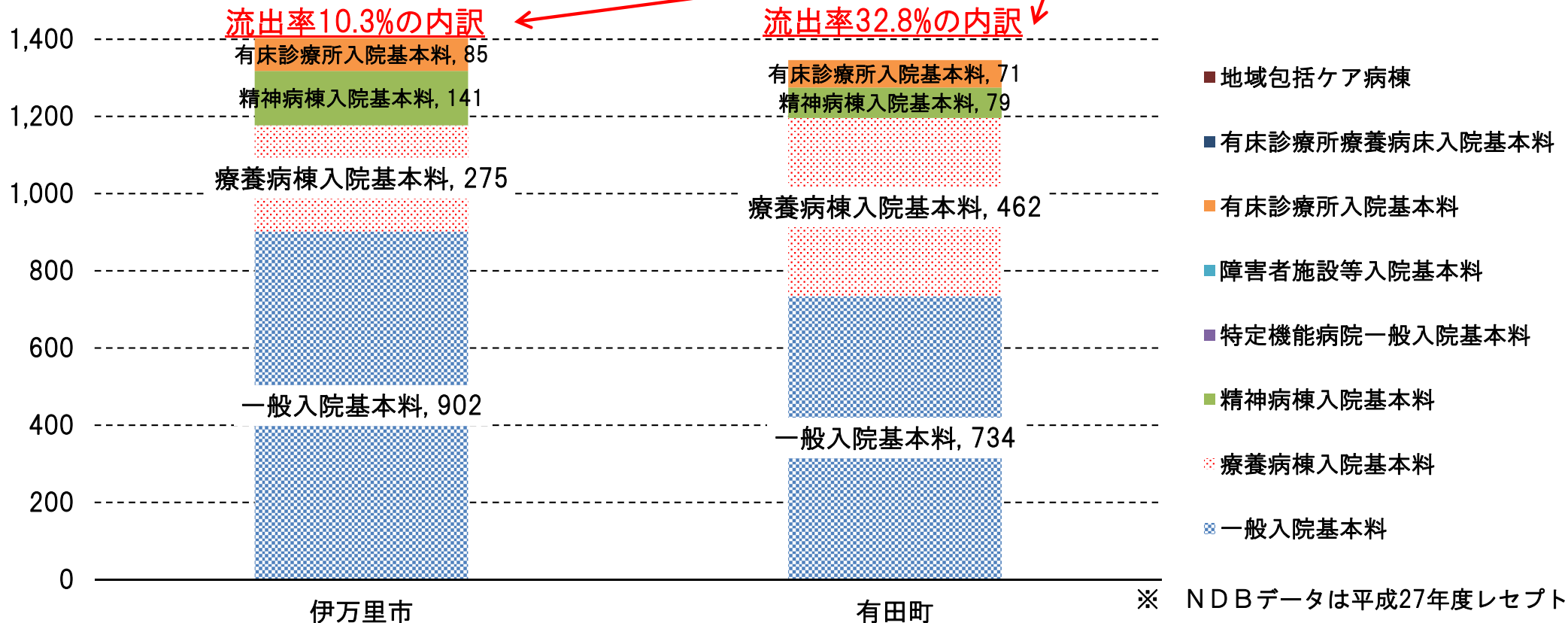
○入院患者流入の状況

		患者住所地							総計
		伊万里市	有田町	中部	東部	北部	南部	長崎県	
医療機関 所在地	伊万里市	73.7%	8.5%	0.0%	0.0%	1.6%	4.3%	12.0%	100.0%
	有田町	55.1%	36.9%	0.0%	0.0%	0.3%	1.0%	6.8%	100.0%

○入院患者流出の状況

		医療機関所在地							総計
		伊万里市	有田町	中部	東部	北部	南部	長崎県	
患者 住所地	伊万里市	63.3%	14.3%	3.7%	0.2%	4.6%	10.3%	3.7%	100.0%
	有田町	24.1%	31.7%	1.8%	0.6%	0.0%	32.8%	9.0%	100.0%

○西部医療圏から南部医療圏への流出の状況



患者調査とNDBデータの入院患者流出入率の比較

厚生労働省通知を再計算

- 患者調査とNDBデータを比較により判明した「東部医療圏」の流入率、「西部医療圏」の流出率については、指標に対して影響があるものと思料
- NDBデータに基づき医師偏在指標を再計算（試算）すると、「東部医療圏」の医師偏在指標は医師少数区域の基準値を超過
- 一方、「西部医療圏」については医師偏在指標が一層低下

○流入率（再掲）

	患者調査	NDBデータ	影響率
41佐賀県	12.20%	8.08%	▲ 4.12%
4101中部	19.57%	15.00%	4.57%
4102東部	58.82%	41.93%	16.89%
4103北部	10.00%	6.66%	3.34%
4104西部	15.38%	16.54%	1.16%
4105南部	22.22%	16.61%	5.61%

○流出率（再掲）

	患者調査	NDBデータ	影響率
41佐賀県	8.13%	7.82%	▲ 0.31%
4101中部	15.22%	12.88%	▲ 2.33%
4102東部	29.41%	34.72%	5.31%
4103北部	15.00%	10.88%	▲ 4.12%
4104西部	38.46%	29.83%	▲ 8.63%
4105南部	18.52%	15.85%	▲ 2.67%

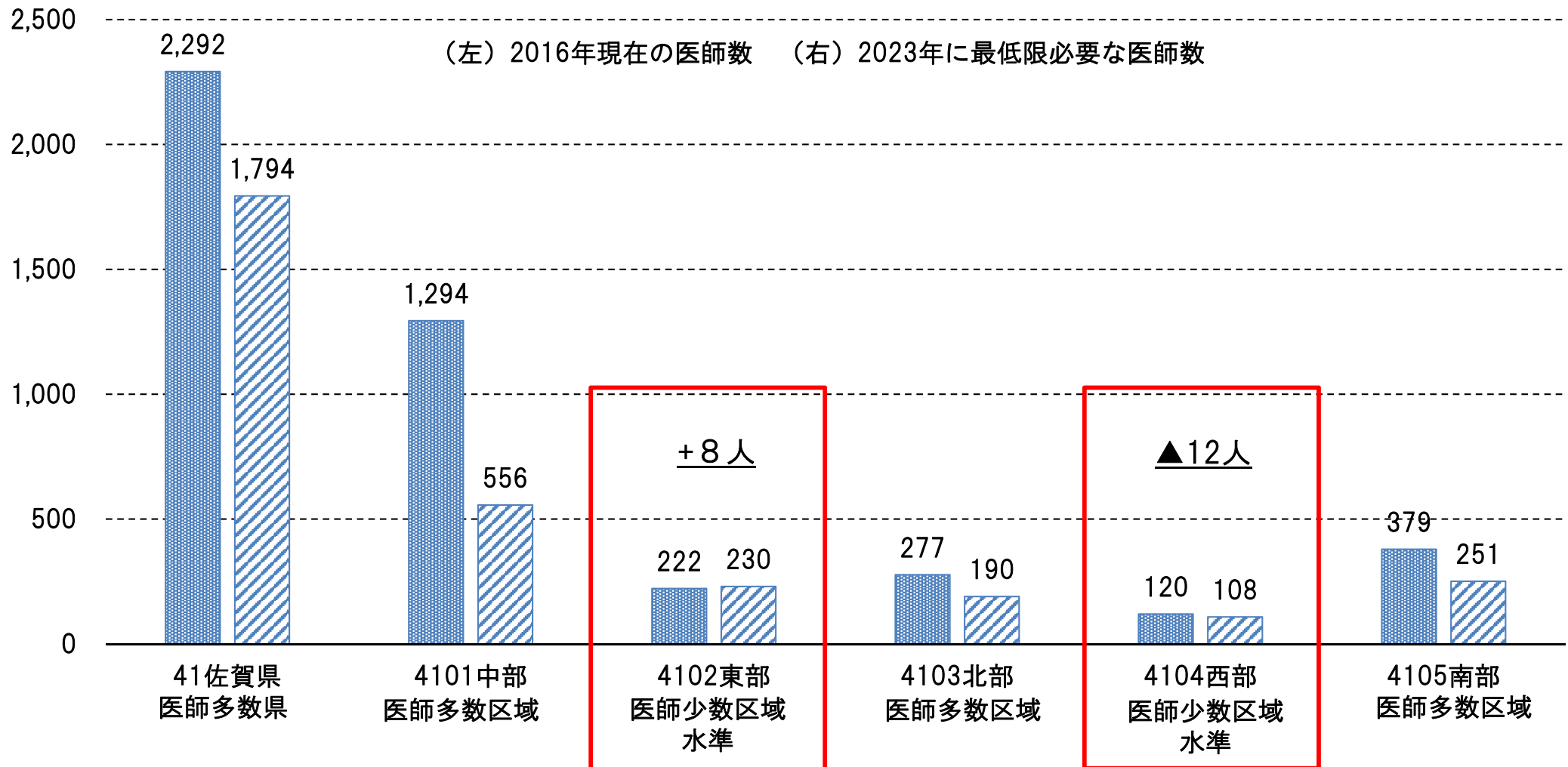
○医師偏在指標の影響値

医師偏在指標	厚労省通知 (患者調査)	県試算 (NDBデータ)	影響値	備考
41佐賀県	259.7	261.0	+ 1.3	
4101中部	366.3	368.1	+ 1.8	
4102東部	147.3	165.1	+ 17.8	医師少数区域の水準を超える
4103北部	213.6	200.5	13.1	
4104西部	154.2	149.4	4.8	医師偏在指標が一層低下
4105南部	221.9	215.4	6.5	

(区域設定の前提条件) 二次医療圏における医師少数区域：161.6以下（下位33.3%）

佐賀県の目標医師数（令和元年12月12日付け厚生労働省通知）

- 令和元年12月12日付け厚生労働省医政局地域医療計画課長通知において、目標医師数は以下のとおりとなった。今後、厚生労働省医師需給分科会において公表される予定
- 2023年時点で医師少数区域から脱するため最低限必要な医師数（目標医師数）は、厚生労働省が提示するものとされており、県が独自に設定することも可能
- ただし、県が独自に二次医療圏ごとに目標医師数を設定した場合でも、合計値は、2016年現在の県内の医師数（2,292人）を上回らない範囲において、二次医療圏別に目標医師数を設定することが必要



佐賀県の医師の状況について
(平成30年医師・歯科医師・薬剤師統計の結果)

全国の医療施設従事医師数の増減数の状況（2016年・2018年比較）

	2016	2018	増減数	増減率
全国	304,759	311,963	7,204	2.36
1 東京都	41,445	42,497	1,052	2.54
2 埼玉県	11,667	12,443	776	6.65
3 神奈川県	18,784	19,492	708	3.77
4 大阪府	23,886	24,414	528	2.21
5 愛知県	15,595	16,045	450	2.89
6 兵庫県	13,382	13,829	447	3.34
7 千葉県	11,843	12,142	299	2.52
8 静岡県	7,404	7,690	286	3.86
9 福岡県	15,188	15,454	266	1.75
10 京都府	8,203	8,377	174	2.12
11 奈良県	3,297	3,461	164	4.97
12 茨城県	5,240	5,394	154	2.94
13 宮城県	5,404	5,521	117	2.17
14 栃木県	4,285	4,400	115	2.68
15 富山県	2,566	2,671	105	4.09
16 福島県	3,720	3,819	99	2.66
17 岡山県	5,752	5,849	97	1.69
18 滋賀県	3,121	3,214	93	2.98
19 北海道	12,755	12,848	93	0.73
20 熊本県	5,001	5,091	90	1.80
21 長野県	4,724	4,809	85	1.80
22 三重県	3,924	4,001	77	1.96
23 岐阜県	4,223	4,295	72	1.70
24 島根県	1,879	1,947	68	3.62
25 長崎県	4,042	4,108	66	1.63
26 鹿児島県	4,304	4,370	66	1.53

	2016	2018	増減数	増減率
27 広島県	7,224	7,286	62	0.86
28 新潟県	4,386	4,444	58	1.32
29 和歌山県	2,768	2,825	57	2.06
30 徳島県	2,369	2,425	56	2.36
31 宮崎県	2,613	2,666	53	2.03
32 岩手県	2,458	2,503	45	1.83
33 秋田県	2,257	2,296	39	1.73
34 香川県	2,683	2,718	35	1.30
35 福井県	1,922	1,955	33	1.72
36 大分県	3,115	3,148	33	1.06
37 高知県	2,206	2,237	31	1.41
38 愛媛県	3,609	3,640	31	0.86
39 山梨県	1,924	1,954	30	1.56
40 山口県	3,436	3,465	29	0.84
41 群馬県	4,430	4,457	27	0.61
42 山形県	2,443	2,463	20	0.82
43 石川県	3,230	3,247	17	0.53
44 鳥取県	1,699	1,707	8	0.47
45 青森県	2,563	2,568	5	0.20
46 佐賀県	2,292	2,293	1	0.04
47 沖縄県	3,498	3,485	▲ 13	▲ 0.37

ワースト
2位

※厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（旧医師・歯科医師・薬剤師統計含む）を加工

人口10万対医療施設従事医師数の状況（2018年）

	2018	2016順位	2016	増減率
全国	246.7	-	240.1	6.6
1 徳島県	329.5	1	315.9	13.6
2 京都府	323.3	2	314.9	8.4
3 高知県	316.9	3	306.0	10.9
4 岡山県	308.2	5	300.4	7.8
5 東京都	307.5	4	304.2	3.3
6 長崎県	306.3	8	295.7	10.6
7 鳥取県	304.8	6	298.1	6.7
8 福岡県	302.6	7	297.6	5.0
9 和歌山県	302.1	9	290.1	12.0
10 熊本県	289.8	10	281.9	7.9
11 島根県	286.3	14	272.3	14.0
12 石川県	284.1	11	280.6	3.5
13 香川県	282.5	13	276.0	6.5
14 佐賀県	280.0	12	276.8	3.2
15 大阪府	277.0	15	270.4	6.6
16 大分県	275.2	16	268.5	6.7
17 鹿児島県	270.8	17	262.9	7.9
18 愛媛県	269.2	18	262.5	6.7
19 広島県	258.6	19	254.6	4.0
20 奈良県	258.5	22	243.1	15.4
21 富山県	254.4	25	241.8	12.6
22 山口県	252.9	20	246.5	6.4
23 福井県	252.6	21	245.8	6.8
24 兵庫県	252.2	24	242.4	9.8
25 宮崎県	246.6	26	238.4	8.2
26 北海道	243.1	27	238.3	4.8

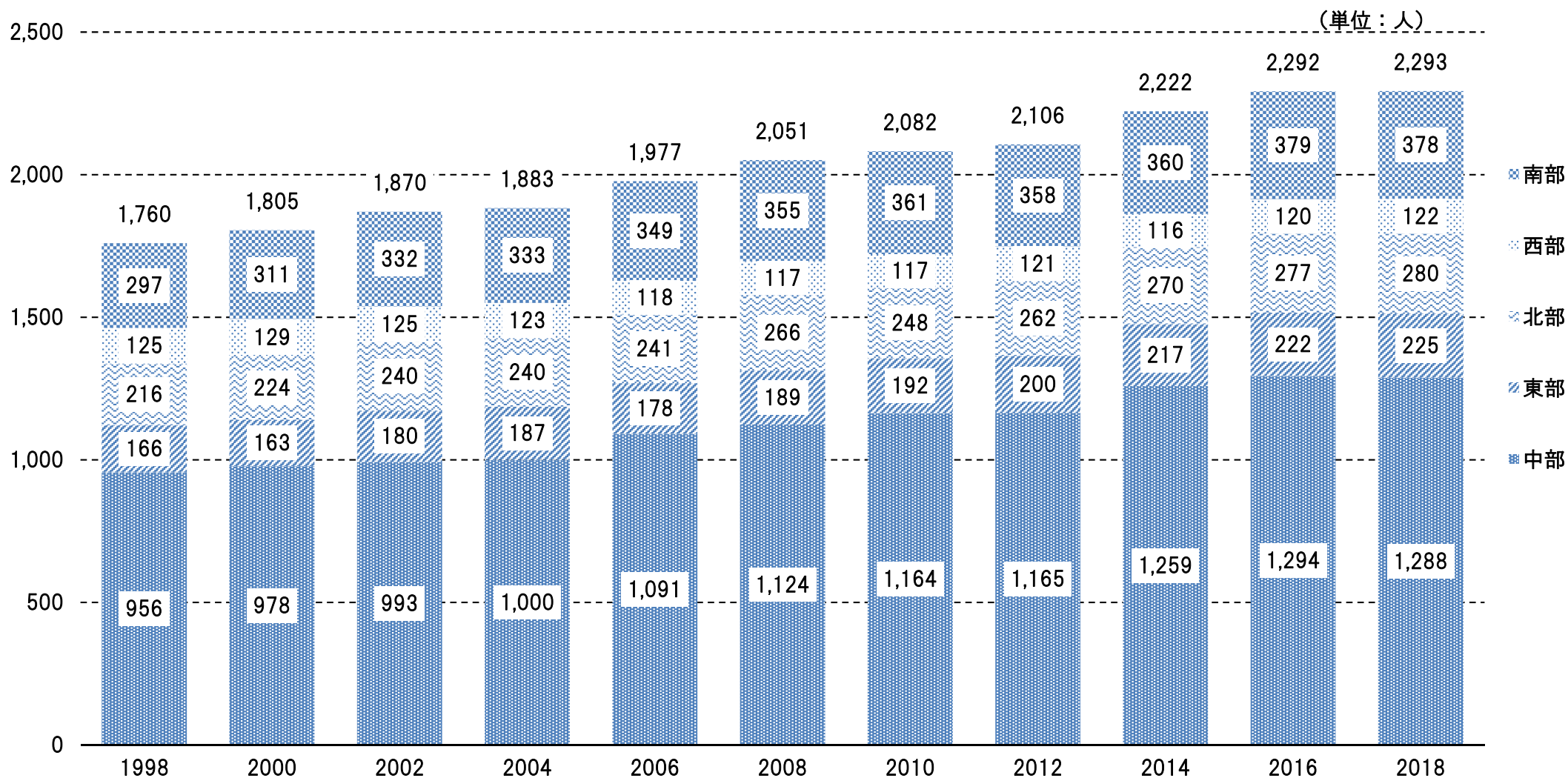
	2018	2016順位	2016	増減率
27 沖縄県	240.7	23	243.1	▲ 2.4
28 山梨県	239.2	29	231.8	7.4
29 宮城県	238.4	28	231.9	6.5
30 秋田県	234.0	32	223.5	10.5
31 長野県	233.1	30	226.2	6.9
32 群馬県	228.3	31	225.2	3.1
33 滋賀県	227.6	33	220.9	6.7
34 栃木県	226.1	35	218.0	8.1
35 山形県	226.0	34	219.5	6.5
36 三重県	223.4	36	217.0	6.4
37 岐阜県	215.1	35	208.9	6.2
38 愛知県	212.9	38	207.7	5.2
39 神奈川県	212.4	39	205.4	7.0
40 静岡県	210.2	40	200.8	9.4
41 福島県	204.9	42	195.7	9.2
42 青森県	203.3	41	198.2	5.1
43 岩手県	201.7	43	193.8	7.9
44 新潟県	197.9	44	191.9	6.0
45 千葉県	194.1	45	189.9	4.2
46 茨城県	187.5	46	180.4	7.1
47 埼玉県	169.8	47	160.1	9.7

2ランク
ダウン

※厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（旧医師・歯科医師・薬剤師統計含む）を加工

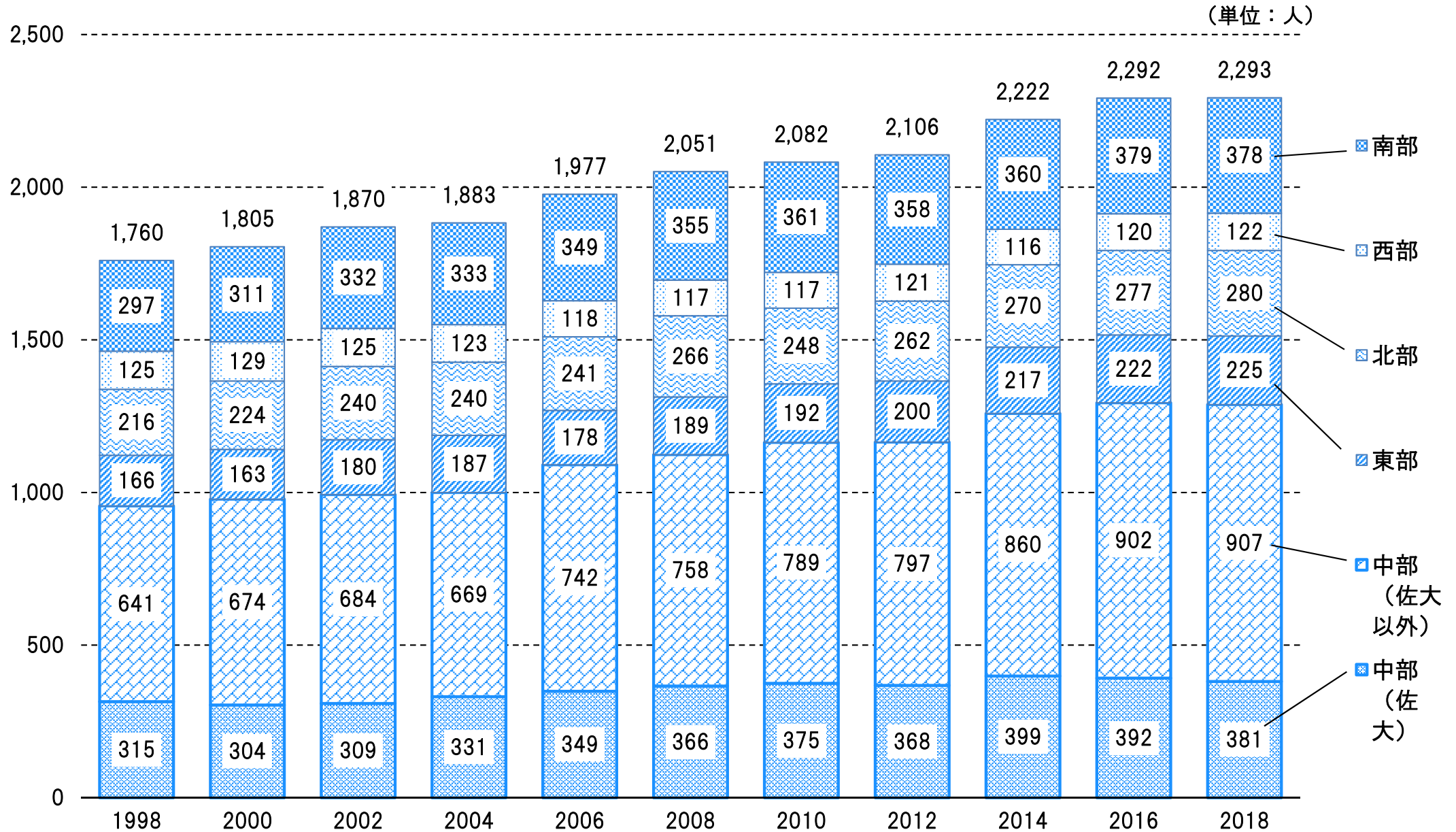
佐賀県の医療施設従事医師数の推移（1998年以降）

- 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。（1998→2018 +533人）
- 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）の順となっている。



佐賀県の医療施設従事医師数の推移（1998年以降）〔中部医療圏から医育機関附属病院抽出〕

- 総数は1998年以降一貫して増加してきたが、2018年は+1人の増加に留まった。
- 中部医療圏においては、2014年以降、医育機関附属病院（佐大）の医師数が減少している。

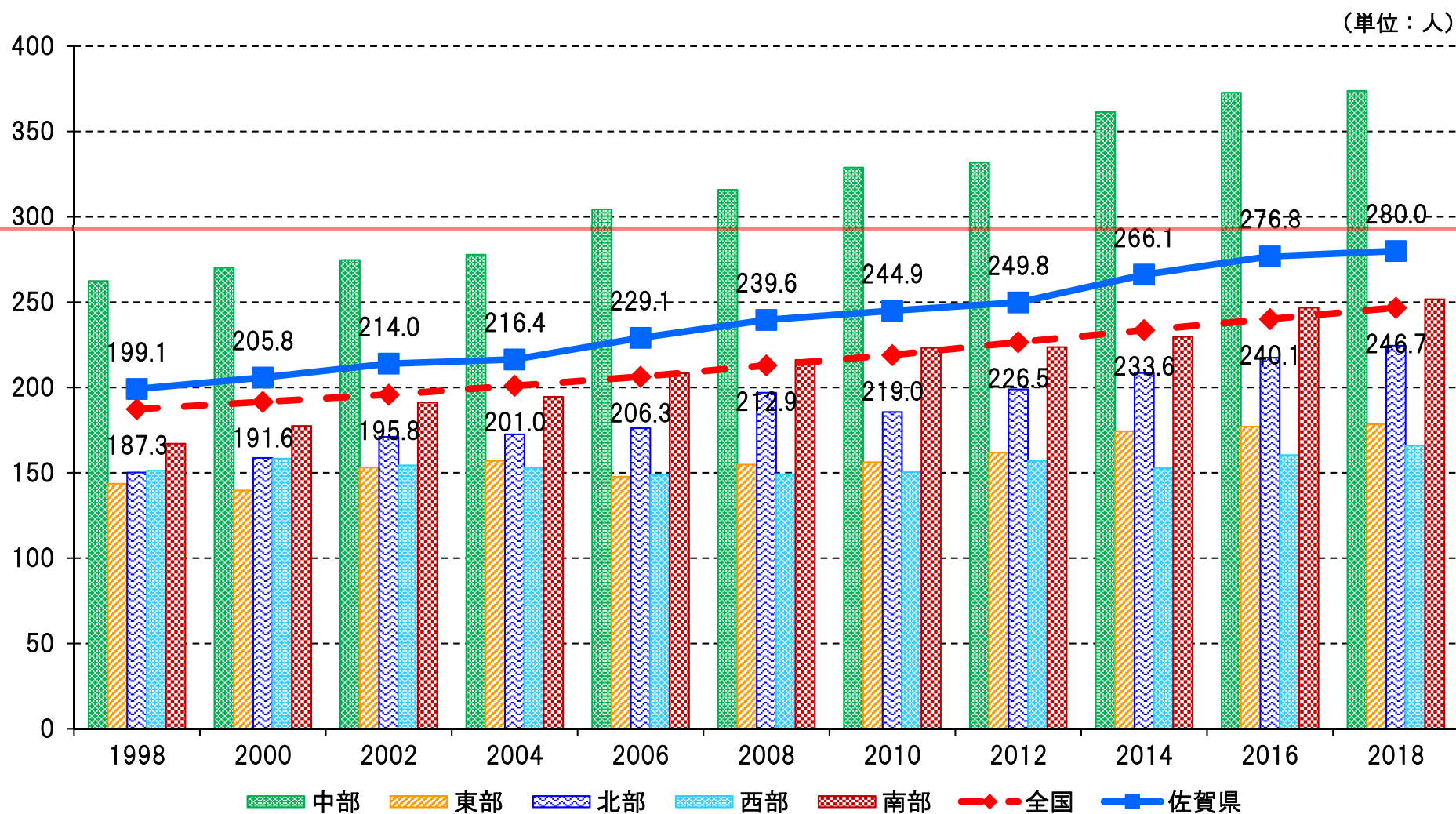


※厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」を加工

佐賀県の人口10万対医師数の推移（1998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。

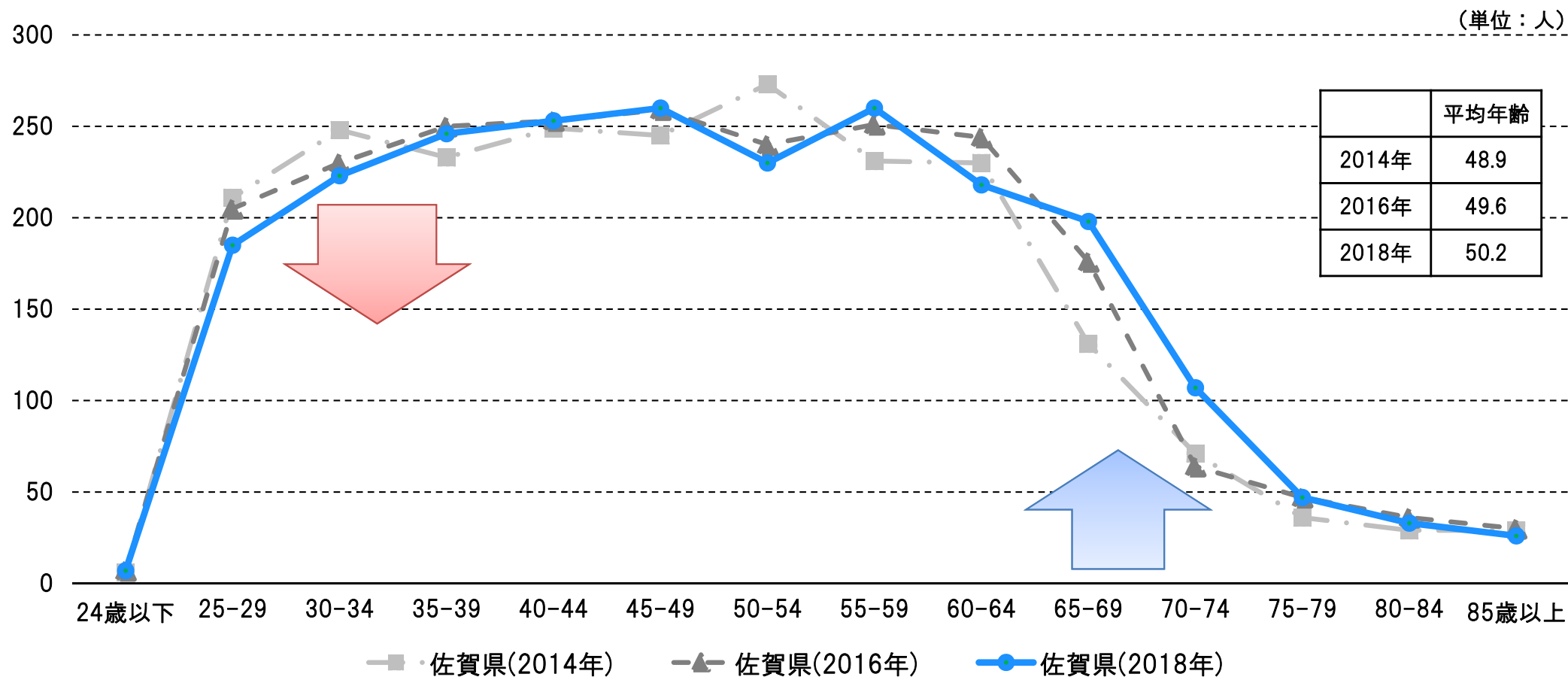
※「①人口構成（性・年齢構成）の違い、②二次医療圏単位での患者の流出入、③へき地等の地理的条件、④医師の性別・年齢分布、⑤入院・外来など機能ごとの偏在及び診療科別の医師の偏在」について考慮した「医師偏在指標」にも留意



佐賀県の医療施設従事医師数の推移（2014年・2016年・2018年）

➤ 医療施設従事医師数（病院及び診療所）は2014年から2018年の4年間で、若年層の医師（34歳以下）が減少（▲50人）する一方、高齢層（65歳以上）の医師は増加（+115人）

※ 34歳以下…臨床研修医・専攻医相当



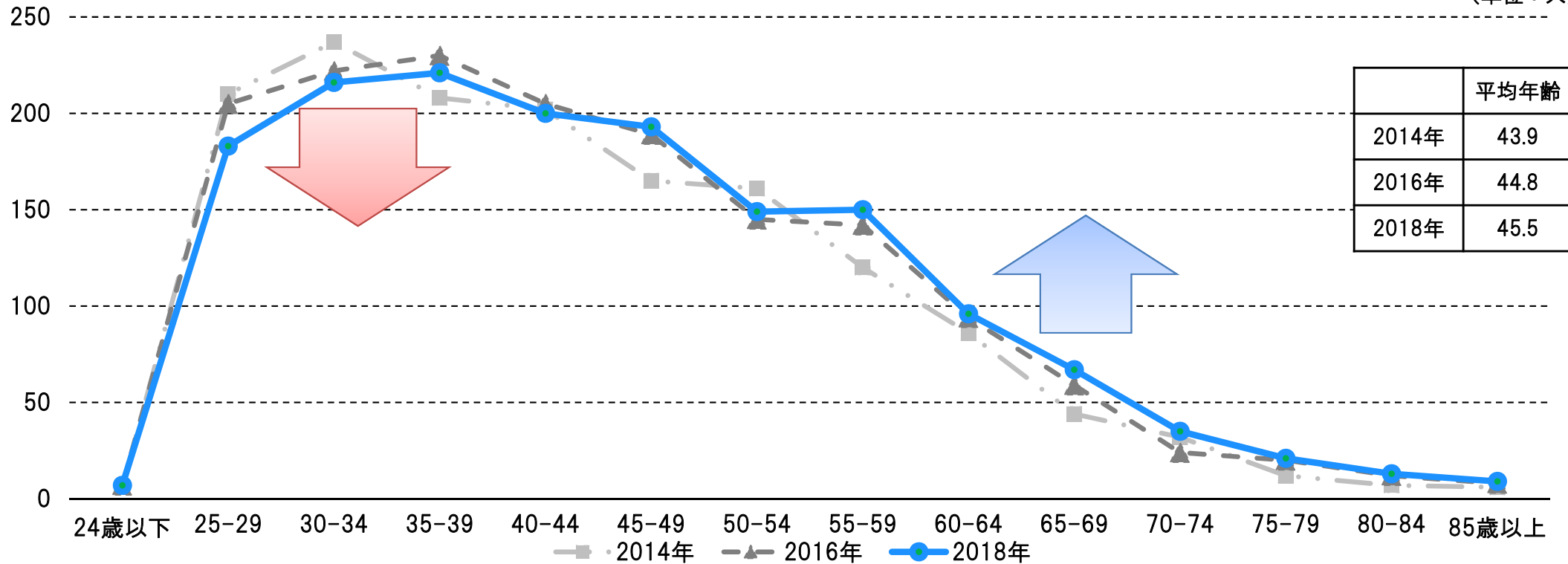
	24歳以下	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85歳以上	合計
2014	6	211	248	233	249	245	273	231	230	131	71	36	29	29	2,222
2016	7	205	230	250	253	259	240	251	244	176	64	47	36	30	2,292
2018	7	185	223	246	253	260	230	260	218	198	107	47	33	26	2,293

佐賀県の医療施設従事医師（病院）・年齢階級別の推移（2014年・2016年・2018年）

- 病院医師の総数は、過去の統計上一貫して上昇してきたが、2018年は初めて減少した（▲2人）
- 2016年と2018年を比較すると、平均年齢が上昇していることを踏まえれば、若年層が減少する一方、高齢層の増加によって、2018年の総数が概ね2016年並みとなったものと思料

医療施設従事（病院）医師の年齢構成（2014年・2016年・2018年を比較）

（単位：人）



（単位：人）

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
2014	6	210	237	208	202	165	161	120	86	44	32	12	7	6	1,496
2016	7	205	222	230	205	189	145	142	94	59	24	20	12	8	1,562
2018	7	183	216	221	200	193	149	150	96	67	35	21	13	9	1,560

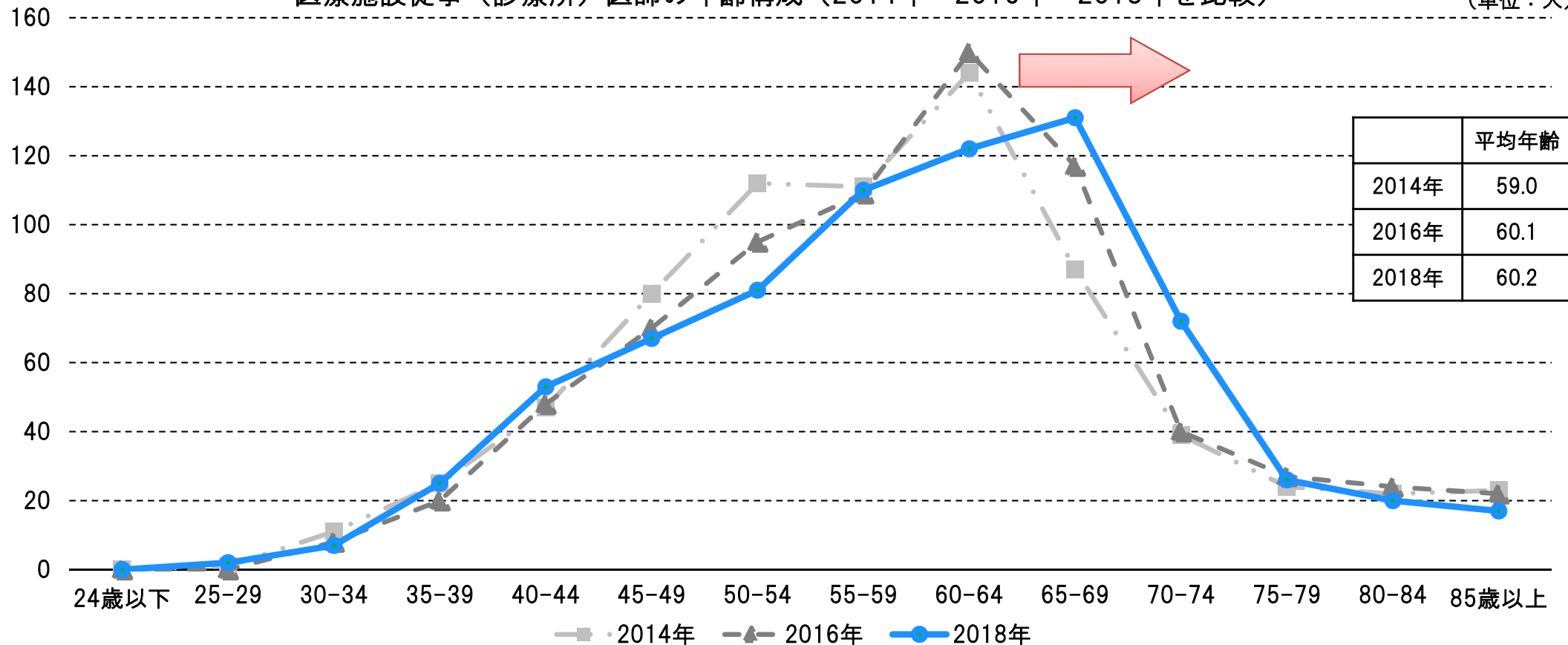
※厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」を加工

佐賀県の医療施設従事医師（診療所）・年齢階級別の状況（2014年・2016年・2018年）

- 診療所医師の総数は、2016年から2018年の間に3人増加
- 診療所医師の最多年齢階級は、2016年は60～64歳であったものが、2018年は65～69歳となり、平均年齢も上昇していることから、一層高齢化

医療施設従事（診療所）医師の年齢構成（2014年・2016年・2018年を比較）

（単位：人）



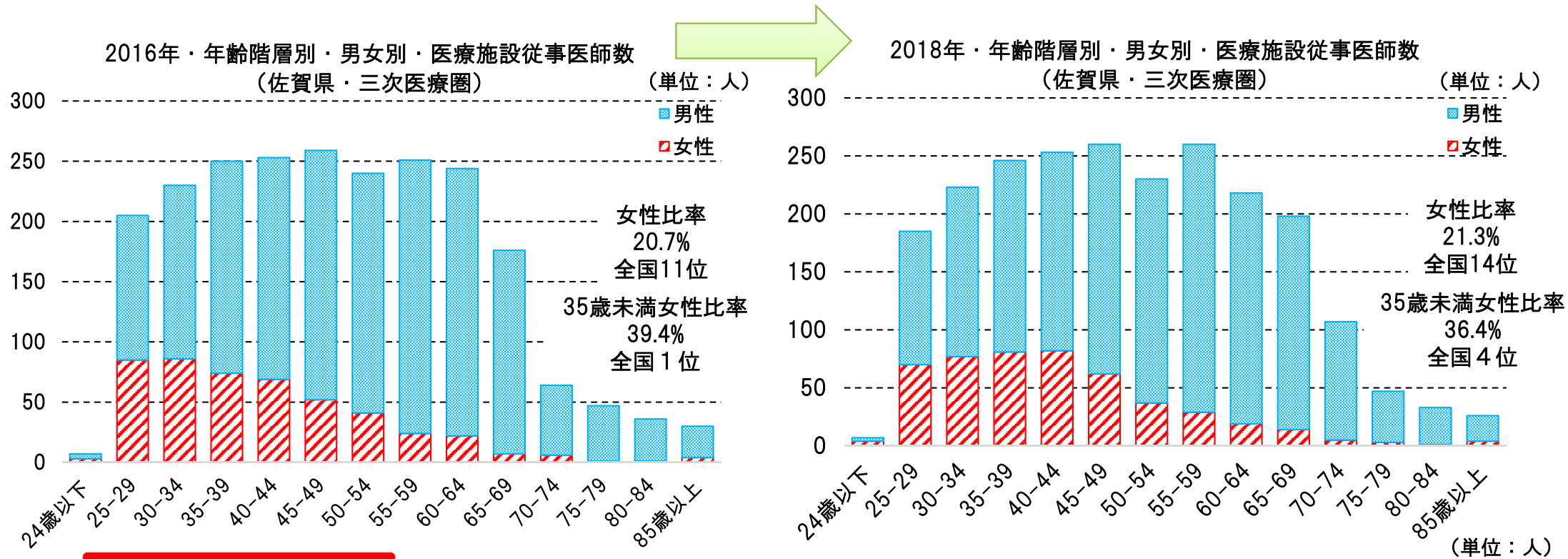
（単位：人）

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
2014	0	1	11	25	47	80	112	111	144	87	39	24	22	23	726
2016	0	0	8	20	48	70	95	109	150	117	40	27	24	22	730
2018	0	2	7	25	53	67	81	110	122	131	72	26	20	17	733

※厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」を加工

佐賀県の医療施設従事医師の男女別年齢階層の推移（2016年・2018比較）

- 若年層においては女性医師の割合が高く、高齢層においては女性医師の割合が低い
- 2016年と2018年を比較すると、35歳未満の若年層は減少（▲27人）しており、うち女性の減少（▲23人）の影響が大きい



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

2018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	3	115	146	165	171	198	193	231	199	184	102	44	32	22	1,805
女性	4	70	77	81	82	62	37	29	19	14	5	3	1	4	488

※厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」を加工

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〕

内科系

	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018
内科	572	582	610	540	546	525	524	482	513	528	492
消化器内科(胃腸内科)	70	77	64	73	76	76	77	80	84	93	102
循環器内科	41	38	40	54	67	59	63	72	76	81	82
呼吸器内科	15	21	20	33	26	20	37	38	33	37	39
神経内科	8	15	16	20	16	17	25	26	29	34	32
腎臓内科	-	-	-	-	-	14	24	21	31	27	36
糖尿病内科(代謝内科)	-	-	-	-	-	9	13	23	23	25	30
血液内科	-	-	-	-	-	10	16	19	23	25	25
リウマチ科	2	5	6	5	9	6	8	8	15	11	11
心療内科	3	2	1	6	3	2	2	1	1	2	5
感染症内科	-	-	-	-	-	2	3	4	6	3	2
アレルギー科	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
総計	711	740	758	731	743	740	792	774	834	866	856

外科系

	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018
外科	192	184	191	197	172	136	120	127	110	111	108
消化器外科(胃腸外科)	-	-	-	-	-	37	50	49	43	46	33
心臓血管外科	21	26	23	21	21	27	20	18	25	24	23
呼吸器外科	5	3	5	3	3	3	7	10	12	11	14
乳腺外科	-	-	-	-	-	3	5	4	7	7	9
小児外科	3	0	2	2	1	7	5	4	5	5	5
肛門外科	2	3	2	1	3	3	3	4	2	4	4
気管食道外科	-	-	-	-	-	0	0	0	0	0	0
総計	223	216	223	224	200	216	210	216	204	208	196

※厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」から抽出

※改正前の標榜診療科は改正後の同様の標榜診療科に計上し、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

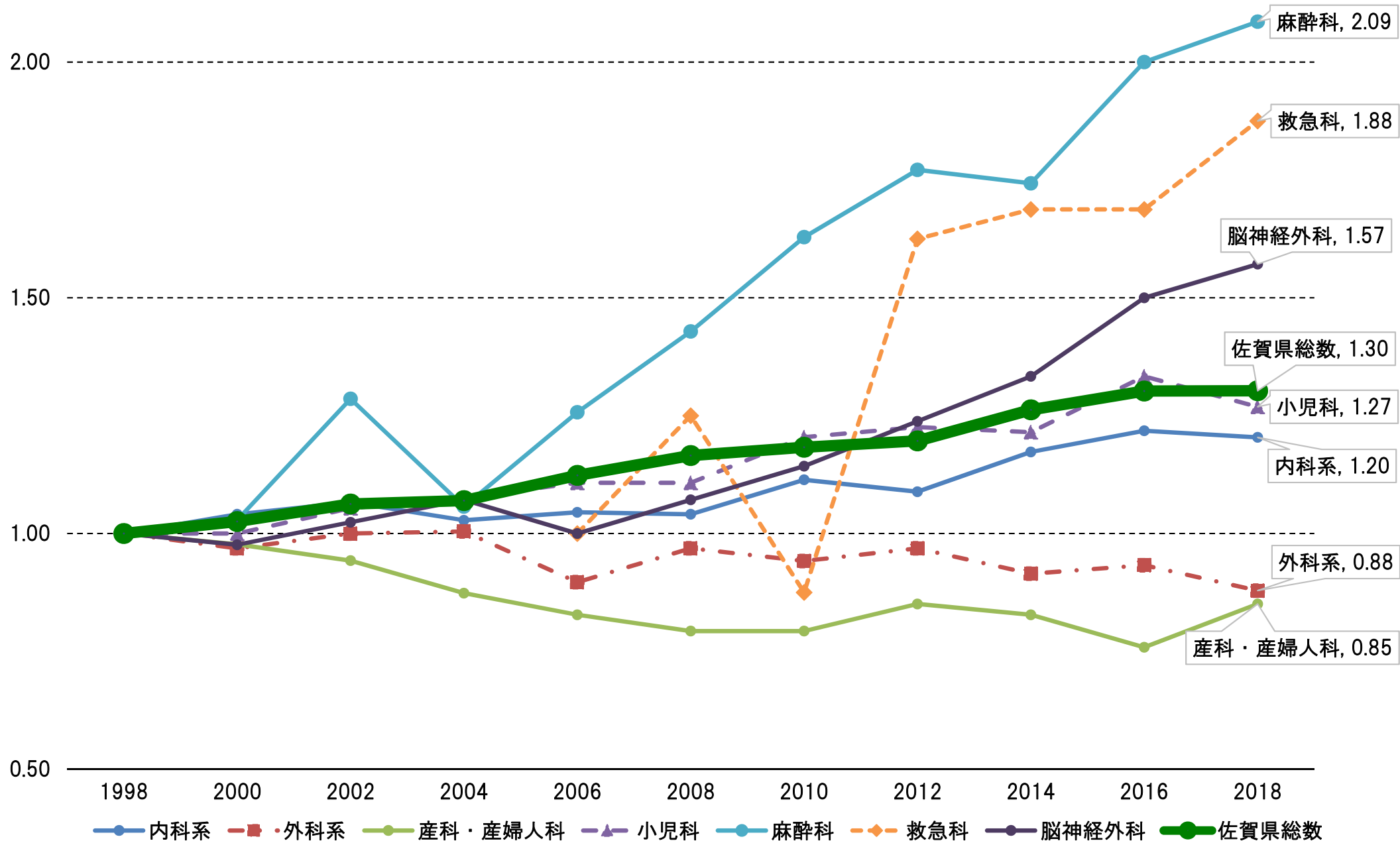
佐賀県の医療施設従事医師の医師数の推移②〔その他の診療科〕

	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018
産婦人科	84	77	75	74	65	68	64	70	68	62	69
産科	3	8	7	2	7	1	5	4	4	4	5
総計	87	85	82	76	72	69	69	74	72	66	74
	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018
救急科	-	-	-	-	16	20	14	26	27	27	30
小児科	93	93	98	100	103	103	112	114	113	124	118
麻酔科	35	36	45	37	44	50	57	62	61	70	73
	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018
整形外科	133	137	147	150	164	174	177	182	177	190	201
精神科	112	124	114	111	143	159	145	145	149	161	171
眼科	69	76	77	74	79	85	80	78	76	80	78
脳神経外科	42	41	43	45	42	45	48	52	56	63	66
皮膚科	52	59	54	56	60	63	68	63	62	62	61
耳鼻咽喉科	61	57	58	63	64	66	60	61	63	66	60
放射線科	40	42	49	46	47	44	45	45	53	52	55
泌尿器科	43	45	46	48	46	50	52	56	53	54	54
リハビリ科	5	5	7	9	6	8	8	9	12	15	17
形成外科	3	4	6	10	9	9	10	9	15	14	16
病理診断科	-	-	-	-	7	6	6	5	8	16	12
美容外科	0	0	0	1	1	4	2	2	2	2	2
	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018
臨床研修医	-	-	-	-	99	105	102	90	133	112	93

※厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」から抽出
 ※改正前の標榜診療科は改正後の同様の標榜診療科に計上

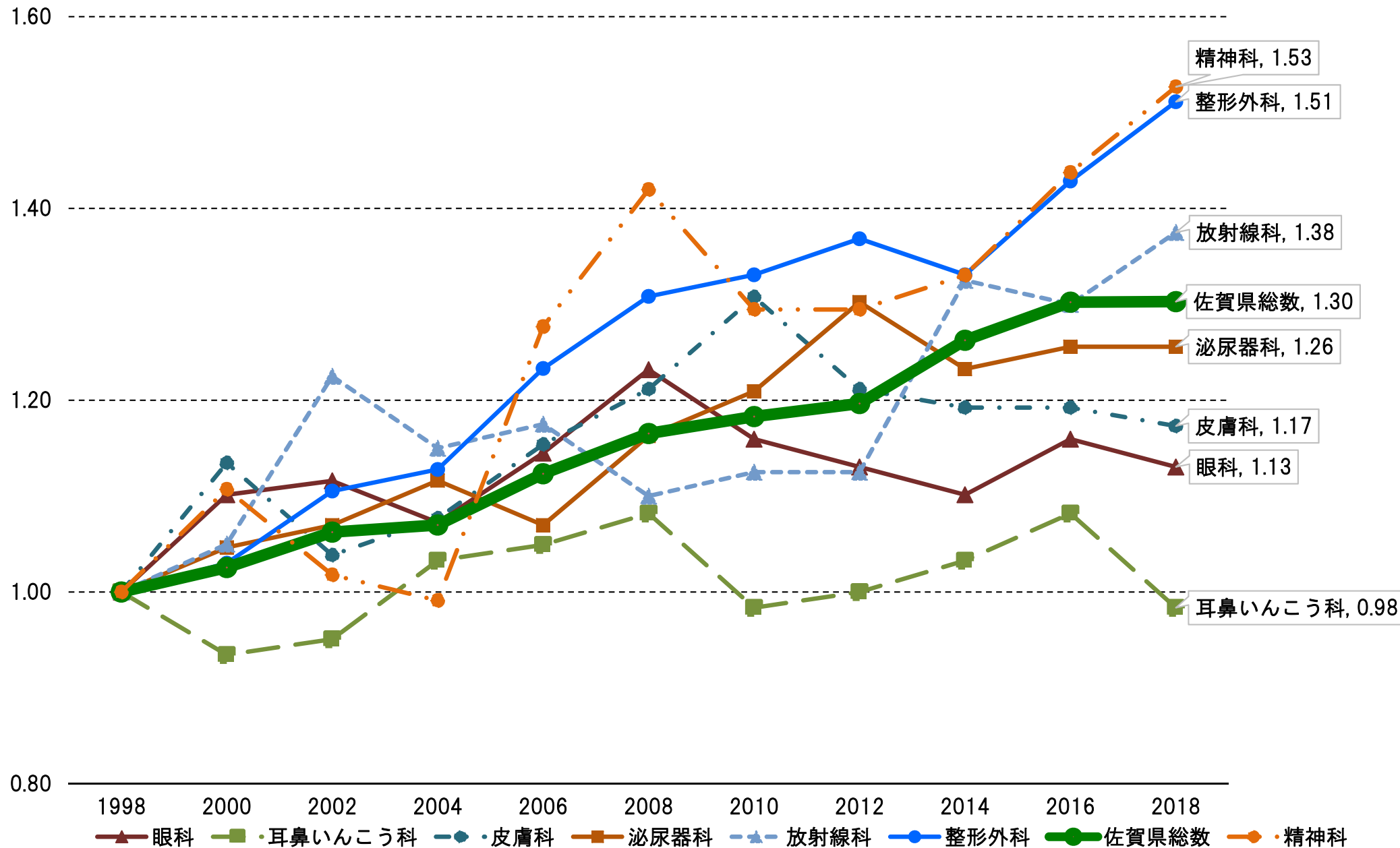
佐賀県の医療施設従事医師の診療科別増減動向（1998年比）①

➤ 全体の増加に対して、外科系、産科・産婦人科が減少傾向が継続



※厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」を加工

佐賀県の医療施設従事医師の診療科別増減動向（1998年比）②



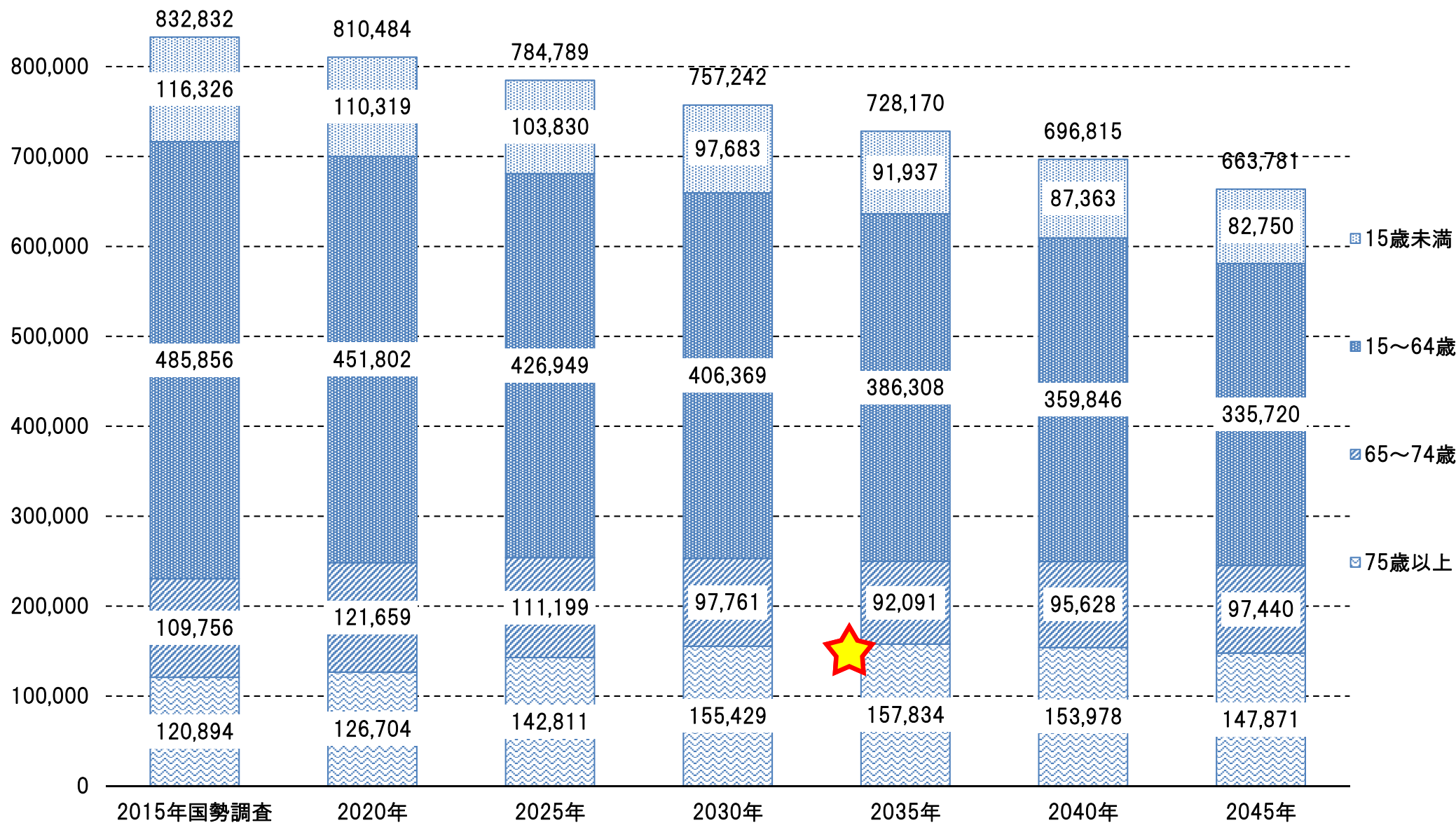
※厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」を加工

佐賀県の医療需要・医療機関の状況について

将来人口推計（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（2018年推計）」）

➤ 医療需要がピークを迎えるのは2025年ではなく、高齢人口、とりわけ後期高齢者（75歳以上）がピークを迎えるのは、2035年頃であり、2035年から2040年頃の医療需要を想定する必要

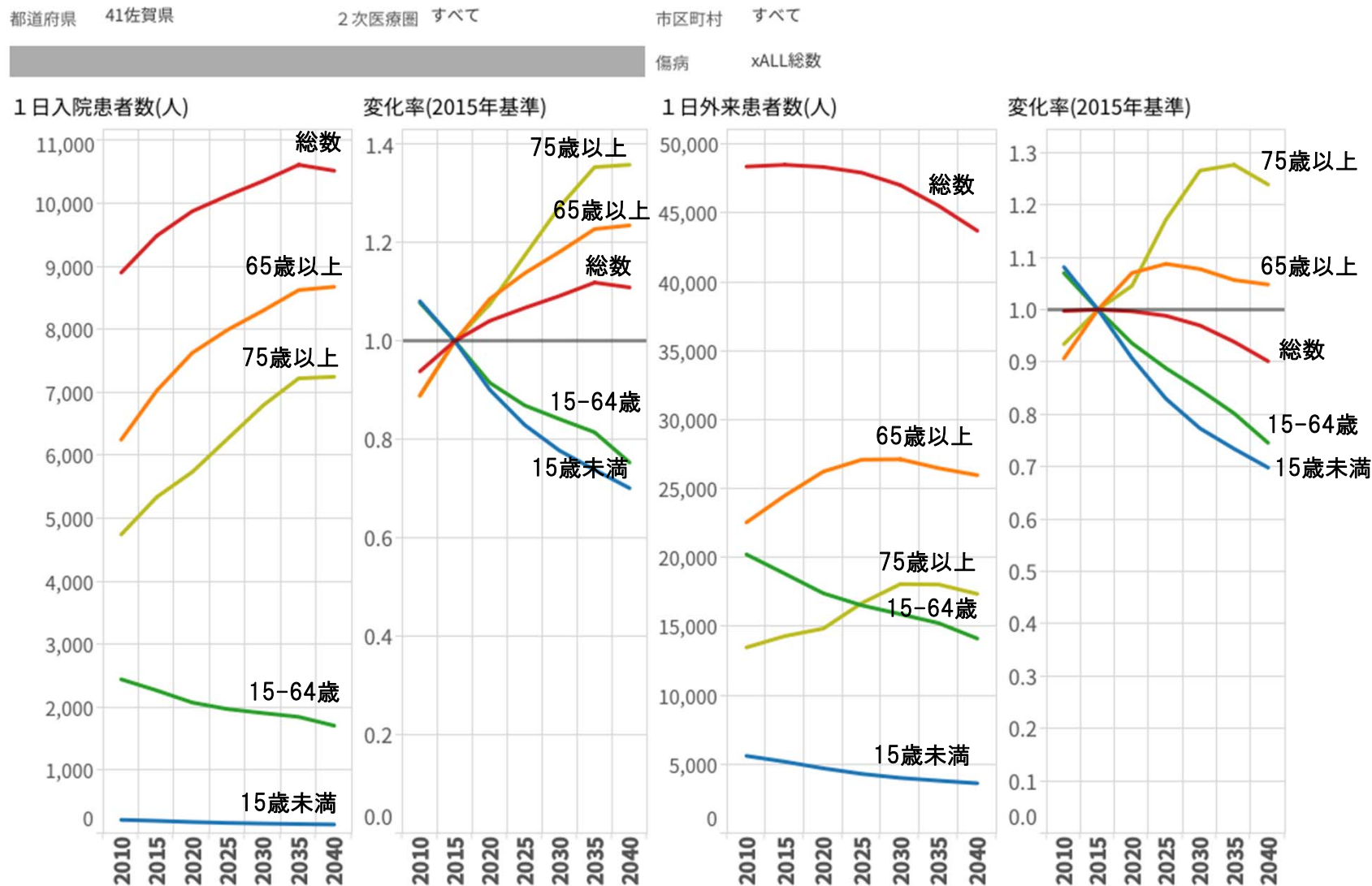
佐賀県全体の将来人口推計



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。

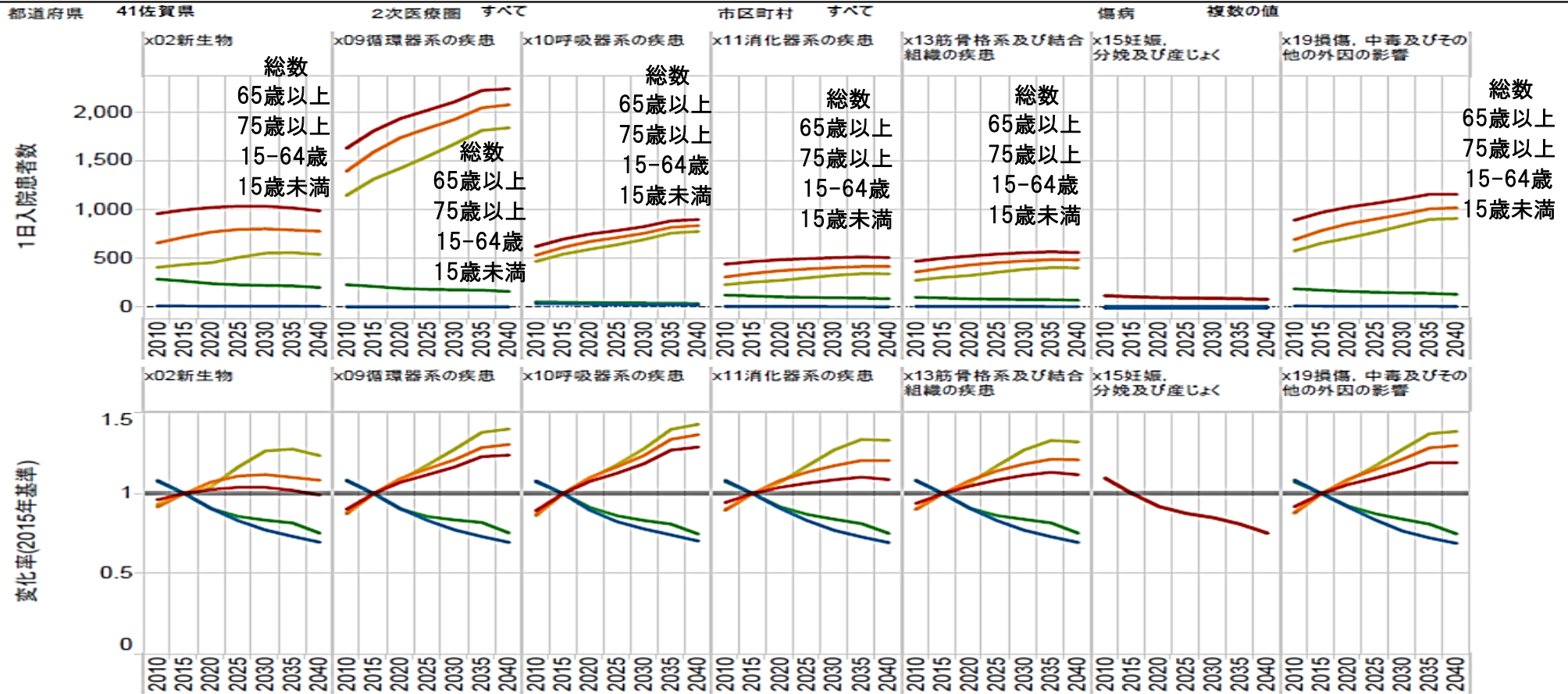
※地域医療構想の需要推計はNDBデータに基づくため、患者調査より以下の推計値とは相違がある。



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。

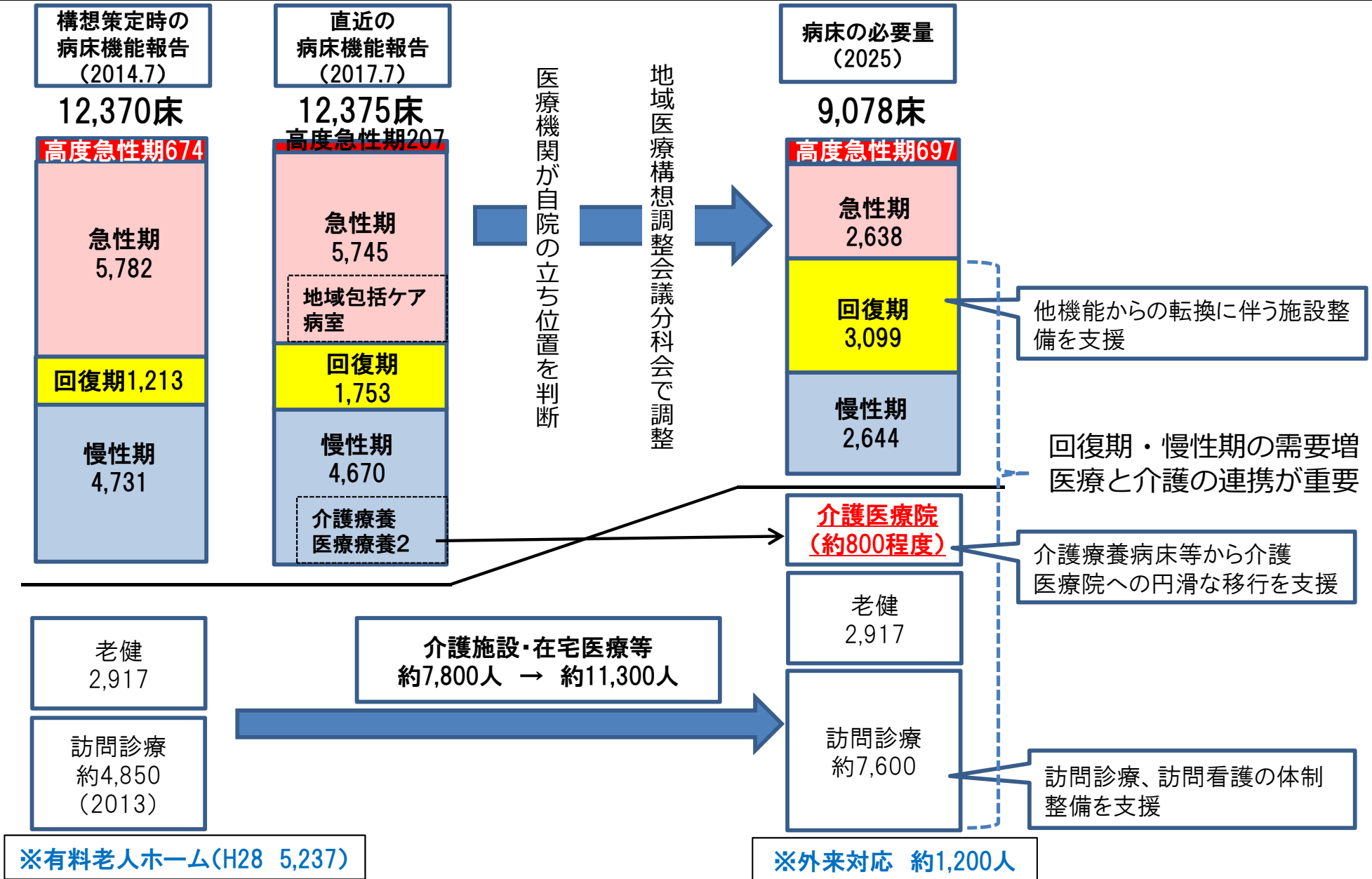


H26患者調査-入院受療率(全国)/社人研人口推計に基づく簡易版入院患者推計 - kishikaw@ncc.go.jp 総数/15歳未満/15-64歳/65歳以上/75歳以上(再掲)

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

佐賀県地域医療構想の必要病床のイメージ（平成29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、必要となる人材を確保する取り組みを推進



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		

佐賀県の医療施設の公・民比率及び1病院当たりの規模

- 佐賀県保健医療計画（第7次）においては、「地域医療構想をはじめ、循環器系疾患や救命救急など県内の医療連携体制を構築するためには、民間医療機関が占める割合が高く、1病院当たりの規模が小さいという佐賀県の特徴を踏まえた検討が重要」とされている。

病院開設者の構成

		総数	開設者別					
			国	公的	社会保険関係団体	医療法人	個人	その他
全 国	病院数	8,442	327	1,213	53	5,754	240	855
	構成比	100.0	3.9	14.4	0.6	68.2	2.8	10.1
佐 賀	病院数	107	7	10		79	6	5
	構成比	100.0	6.5	9.3		73.8	5.6	4.7

➤ 医療法人と個人79.4%（全国71.0%）

病院病床の開設者別構成

		総数	開設者別					
			国	公的	社会保険関係団体	医療法人	個人	その他
全 国	病床数	1,561,005	129,185	317,827	16,006	863,183	24,196	210,608
	構成比	100.0	8.3	20.4	1.0	55.3	1.6	13.5
佐 賀	病床数	14,990	2,546	1,631		9,723	589	501
	構成比	100.0	17.0	10.9		64.9	3.9	3.3

➤ 医療法人と個人68.8%（全国56.9%）

一般病院の規模

	総数	規模別									
		20～29床	30～39	40～49	50～99	100～149	150～199	200～299	300～399	400～499	500床以上
全 国	7380	118	303	495	2075	1244	1085	794	556	324	386
	構成比	100.0	1.6	4.1	28.1	16.9	14.7	10.8	7.5	4.4	5.2
佐 賀	93	4	4	10	33	13	16	6	2	2	3
	構成比	100.0	4.3	4.3	35.5	14.0	17.2	6.5	2.2	2.2	3.2

➤ 100床未満の病院が54.9%（全国40.5%）