

令和元年度 第3回熊本県地域医療対策協議会	資料 1 - 2
令和元年度12月24日	

第7次熊本県保健医療計画（別冊）
（熊本県医師確保計画・熊本県外来医療計画）
（案）

令和 年 月

熊 本 県

目 次

第1章 基本的事項	1
1. 計画策定の趣旨	1
2. 計画の位置付け	1
3. 計画の期間	1
第2章 熊本県医師確保計画	2
第1部 地域医療を担う医師の確保	2
第2部 周産期（産科）医療を担う医師の確保	11
第3部 小児医療を担う医師の確保	14
第4部 評価指標	19
第3章 熊本県外来医療計画	20
1. 現状と課題	20
2. 外来医療の方針（目指す姿）	26
3. 今後の施策の方向性	26
第4章 計画の実現に向けて	27

資料編：地域医療を担う医師を巡る現状・課題（詳細版）

第1章 基本的事項

1. 計画策定の趣旨

本県では、安全安心な暮らしに向けた、一人ひとりの健康づくりと地域における保健医療の提供を目的として、医療法第30条の4に基づく「第7次熊本県保健医療計画」（計画期間：平成30（2018）年度から令和5（2023）年度までの6年間）を策定し、関係者と連携してその推進に取り組んでいます。

こうした中、平成30（2018）年7月に医療法が改正され、医師偏在対策の強化及び外来医療の確保を図るため、都道府県において新たに計画を策定することとされました。

そのため、本県では、地域の実情を踏まえた医師の地域偏在対策及び外来医療の不足・偏在等への対策を進めるため、熊本県医師確保計画及び熊本県外来医療計画を策定します。

2. 計画の位置付け

「第7次熊本県保健医療計画」の一部として、医療法第30条の4第2項第10号及び第11号に規定する「医師の確保に関する事項」及び「外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項」について定めるものです。

3. 計画の期間

令和2（2020）年度から令和5（2023）年度までの4年間とします。

第2章 熊本県医師確保計画

第1部 地域医療を担う医師の確保

1. 現状・課題

本県の医療施設に従事する医師数（平成28（2016）年：5,001人）については、その6割が熊本市に集中しています（図1参照）。平成18（2006）年から平成28（2016）年の間に熊本市内の医師数が521人増加したのに対し、熊本市外の医師数は74人の増加に留まっており、医師数の地域偏在は拡大傾向にあります（表1・表2参照）。また、地域で勤務する医師のうち、65歳以上の割合は年々高まっており、高齢化の傾向にあります（図2参照）。【平成30年三師調査結果に差し替え】

医師がへき地等の医療機関への従事を敬遠する理由としては、専門医志向の高まりや勤務環境、生活環境に関する不安が挙げられます。また、20代の若手医師については、専門医資格の取得、更新に対する不安など、地域におけるキャリア形成に対する不安も挙げられます。

地域の医療機関で勤務する自治医科大学卒業医師や医師修学資金の貸与を受けた医師は、令和元年度に21人となり、今後も増加が見込まれます。一方、これらの医師の中には、地域勤務に不安を抱く医師もいることから、不安解消のための支援体制の強化等が求められています。

本県の平成28（2016）年の医師全体に占める女性医師の割合は18.0%と年々増加傾向にあり、特に39歳以下の若年層では31.4%となっています（図3・図4参照）。また、自治医科大学卒業医師や学生、医師修学資金の貸与を受けた医師や学生に占める女性医師の割合は約40%となっており、地域で勤務する女性医師の就労継続に向けた環境整備が求められています。【平成30年三師調査結果に差し替え】

平成30（2016）年度からスタートした新たな専門医制度については、令和2（2020）年度から専攻医の募集定員数について都道府県別・診療科別の上限（シーリング）が設定され、本県においては、内科、精神科、整形外科、麻酔科についてシーリングが設定されました。これらの診療科の医師は地域での需要も大きく、地域医療に与える影響も大きいことから、令和3（2021）年度以降のシーリングの内容について一般社団法人日

へき地とは、交通条件及び自然的、経済的、社会的条件に恵まれない山間地、離島その他の地域のうち医療の確保が困難であって、「無医地区」、「準無医地区」及び「へき地診療所」の要件に該当する地域のことです。

専門医とは、それぞれの診療領域における適切な教育を受けて十分な知識・経験を持ち、患者から信頼される標準的な医療を提供できる医師のことです。

医師修学資金とは、県内の地域医療を担う医師を確保するため、将来、医師が不足している地域の病院等に医師として勤務しようとする医学部生に対して貸与する修学資金のことです。大学卒業後の一定期間、知事が指定する病院等で勤務した場合は、修学資金の返還が全額免除されます。

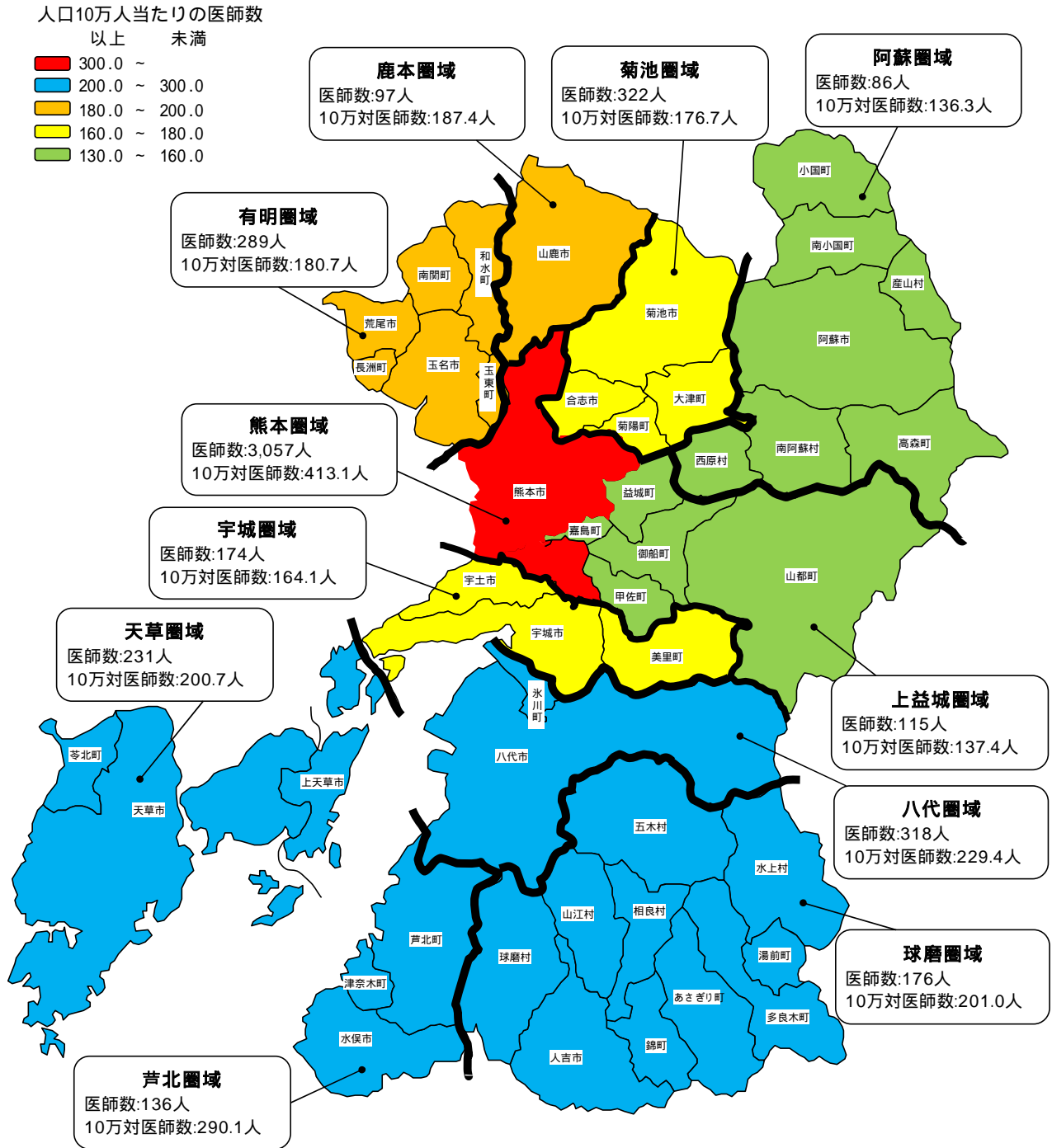
新たな専門医制度とは、これまで各学会が独自に専門医を育成し、その能力を検証し、認証する仕組みを運用してきたため、第三者機関として設立された一般社団法人日本専門医機構が、専門医の認定と専門研修プログラムの認定を統一的行う新たな制度のことです。

専攻医とは、一般社団法人日本専門医機構の認定を受けた専門研修プログラムに登録し、実践中の医師のことです。

本専門医機構等の動きを注視する必要があります。

【図1】県内の医療施設従事医師数（平成30年三師調査結果に差し替え）

熊本県の医師数（実数）：5,001人
 <人口10万人当たりの医師数> 熊本県281.9人 熊本市外187.8人 全国240.1人



（厚生労働省「平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査」に基づき熊本県医療政策課作成）

【表1】県内の医療施設従事医師数の推移

(平成30年三師調査結果を挿入)

圏域	平成18年	平成20年	平成22年	平成24年	平成26年	平成28年	平成30年	H20→H30に差し替え	
								平成18年→平成28年	平成18年→平成28年
								増減数	増減率
全国	263,540	271,897	280,431	288,850	296,845	304,759		41,219	15.6%
熊本県	4,406	4,450	4,679	4,814	4,938	5,001		595	13.5%
熊本・上益城	2,643	2,694	2,894	3,029	3,137	3,172	平成30年三師調査結果を挿入	529	20.0%
熊本市	2,536	2,575	2,780	2,911	3,016	3,057		521	20.5%
上益城	107	119	114	118	121	115		8	7.5%
宇城	165	164	177	183	182	174		9	5.5%
有明	293	274	282	279	284	289		▲4	-1.4%
鹿本	95	95	92	95	93	97		2	2.1%
菊池	278	285	296	312	311	322		44	15.8%
阿蘇	79	80	81	81	92	86		7	8.9%
八代	290	294	302	294	310	318		28	9.7%
芦北	137	135	135	133	134	136		▲1	-0.7%
球磨	178	181	174	166	161	176	▲2	-1.1%	
天草	248	248	246	242	234	231	▲17	-6.9%	
熊本市外	1,870	1,875	1,899	1,903	1,922	1,944		74	4.0%

【表2】県内の人口10万人当たりの医療施設従事医師数の推移

(平成30年三師調査結果を挿入)

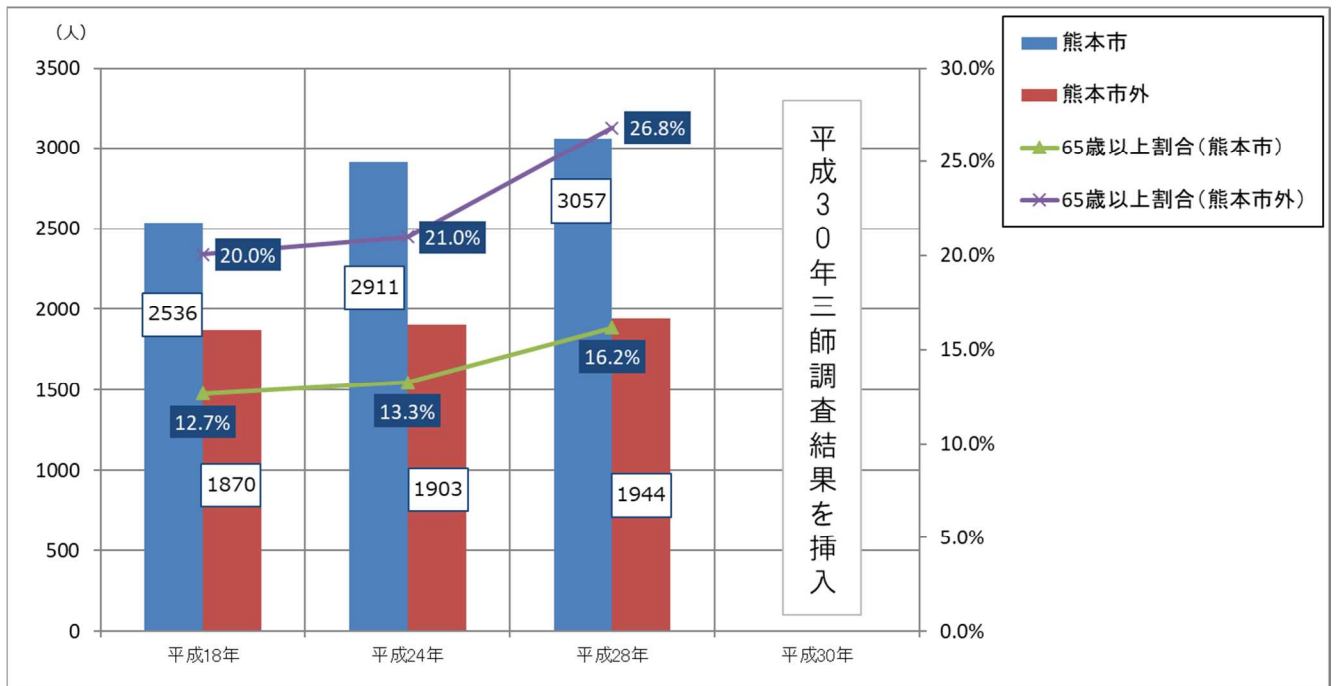
圏域	平成18年	平成20年	平成22年	平成24年	平成26年	平成28年	平成30年	H20 H30に差し替え	
								平成18年→平成28年	平成18年→平成28年
								増減数	増減率
全国	206.3	212.9	219.0	226.5	233.6	240.1		33.8	16.4%
熊本県	240.0	244.2	257.5	266.4	275.3	281.9		41.9	17.5%
熊本・上益城	323.3	329.6	352.1	367.4	379.6	385.3	平成30年三師調査結果を挿入	62.0	19.2%
熊本市	348.2	353.1	378.5	394.6	407.6	413.1		64.9	18.6%
上益城	119.9	134.9	130.4	136.1	140.5	137.4		17.5	14.6%
宇城	145.8	146.6	159.5	167.3	168.4	164.1		18.3	12.6%
有明	169.8	160.9	167.0	167.9	173.9	180.7		10.9	6.4%
鹿本	165.9	168.5	166.1	175.5	175.3	187.4		21.5	13.0%
菊池	166.2	166.7	170.0	175.6	172.3	176.7		10.5	6.3%
阿蘇	113.3	116.4	119.4	121.2	140.7	136.3		23.0	20.3%
八代	194.8	200.8	208.3	205.5	220.1	229.4		34.6	17.8%
芦北	251.2	255.8	262.9	266.1	277.2	290.1		38.9	15.5%
球磨	179.4	187.4	183.7	179.6	179.4	201.0	21.6	12.0%	
天草	182.8	189.7	193.3	196.5	196.6	200.7	17.9	9.8%	
熊本市外	168.8	171.6	175.4	177.9	182.3	187.8		19.0	11.3%

(〔表1・表2〕: 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」を基に熊本県医療政策課作成)

旧城南町、旧富合町及び旧植木町についてな熊本市の合併前から熊本・上益城圏域(熊本市)に、旧蘇陽町については旧矢部町及び旧清和村と合併して山都町となる前から熊本・上益城圏域(上益城)に含めています。

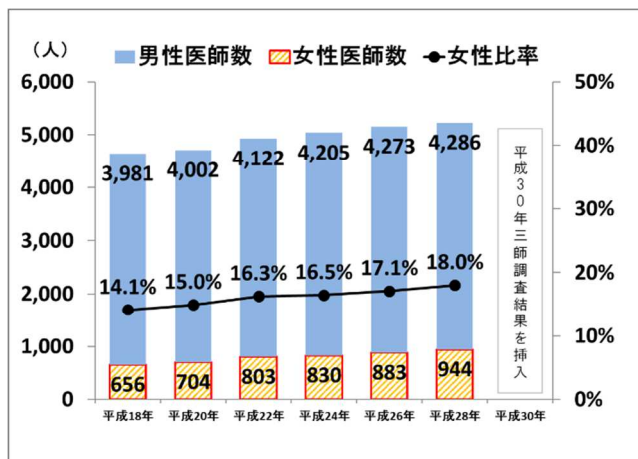
【図2】熊本市・熊本市外における医師数及び65歳以上割合の推移

(平成30年三師調査結果を挿入)



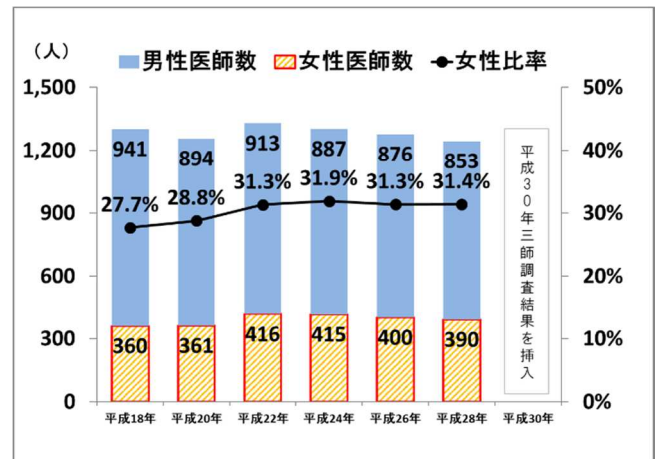
【図3】県内の男女別・医師数の推移(全体)

(平成30年三師調査結果を挿入)



【図4】県内の男女別・医師数の推移(39歳以下)

(平成30年三師調査結果を挿入)



([図2・図3]: 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」を基に熊本県医療政策課作成)

【参考】厚生労働省が示した医師偏在指標等

(1) 医師偏在指標、医師多数区域・少数区域、目標医師数について

- ・ 医師偏在指標とは、都道府県ごとの医師の偏在状況を相対的に比較することを目的に、厚生労働省令に基づき医師数、医療需要、将来の人口・人口構成の変化、医師の性別・年齢分布を基に算定される指標です（表3参照）。
- ・ 医師多数区域及び医師少数区域は、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たもので、上位33.3%が医師多数区域、下位33.3%が医師少数区域となります。（表3参照）
- ・ 同様に全国の47 都道府県の医師偏在指標の値を一律に比較し、上位33.3%を医師多数都道府県、下位33.3%を医師少数都道府県としており、本県は医師多数県となります。
- ・ 医師偏在指標は全国の医師偏在の状況を相対的に示す指標であることから、医師確保対策の実施にあたっては、指標のみに捉われず、地域の現状や課題をしっかりと分析する必要があります。
- ・ また、厚生労働省が算定した目標医師数は、人口動態の変化を踏まえ、計画終了時点で医師偏在指標の下位33.3%に達するために必要な医師数として全国一律で算定された指標であるため、あくまで参考値として取り扱い、引き続き地域の実情に応じた医師確保対策を実施します。

【表3】厚生労働省が示した医師偏在指標、医師多数区域・医師少数区域、目標医師数

圏域名	医師偏在指標	全国順位	医師多数区域	医師少数区域	厚生労働省が算定した目標医師数（ ）	
						平成28年の医師数との差
全国平均	239.8	-	-	-	-	-
熊本県全体	255.5	14	-	-	3,882	1,119
熊本・上益城	336.2	20	-	-	1,504	1,668
宇城	146.9	269	-	-	161	13
有明	188.7	134	-	-	209	80
鹿本	170.3	190	-	-	78	19
菊池	162.0	221	-	-	296	26
阿蘇	167.9	201	-	-	70	16
八代	215.6	86	-	-	210	108
芦北	230.6	74	-	-	81	55
球磨	158.8	234	-	-	149	27
天草	165.6	210	-	-	182	49

都道府県と二次医療圏を分けて算出しているため、二次医療圏の計と県全体の値は一致しない。

(2) 医師少数スポットについて

- ・ 医師少数区域以外でより細かい医療ニーズに対応する必要がある場合、都道府県は、二次医療圏より小さい単位の地域で、医師が局所的に少ない地域を医師少数スポットとして設定することができます。

- 本県における医師少数スポットは、現にへき地医療及び二次救急医療を担う医療機関が存在し、それ以外の医療機関へのアクセスが困難な地域とし、具体的には次のとおりとします。なお、熊本市内にはへき地診療所があるものの、県内の医師数の約6割が集中し、他の医療機関へのアクセスが困難とは言えないことから、医師少数スポット設定の対象外とします。(表4参照)

<p>【本県における医師少数スポットの設定基準】 次の(1)～(3)のいずれか1つ以上を満たす医療機関の周囲4km以内 (1)へき地診療所 (2)へき地医療拠点病院 (3)他の二次救急病院までのアクセスに30分以上要する二次救急病院</p>

【表4】医師少数スポット(表に記載されている施設の半径4km以内)

圏域名	種別	施設名	所在地
熊本・上益城		山都町包括医療センターそよう病院	上益城郡山都町滝上476番地2
		北部へき地診療所	上益城郡山都町東竹原285番地1
		緑川へき地診療所	上益城郡山都町緑川2015番地
		井無田へき地診療所	上益城郡山都町井無田1294番地3
阿蘇		阿蘇医療センター	阿蘇市黒川1266
		小国公立病院	阿蘇郡小国町大字宮原1743
		産山村診療所	阿蘇郡産山村大字山鹿489番地5
		阿蘇医療センター波野診療所	阿蘇市波野大字波野2703番地
芦北		国保水俣市立総合医療センター附属久木野診療所	水俣市久木野833番地
		芦北町国民健康保険良尾温泉診療所	葦北郡芦北町大字吉尾24番地4
天草		上天草市立上天草総合病院	天草市龍ヶ岳町高戸1419番地9
		国民健康保険天草市立河浦病院	天草市河浦町白木河内223番地11
		天草市立牛深市民病院	天草市牛深町3050
		上天草市立湯島へき地診療所	上天草市大矢野町湯島655番地
		教良木診療所	上天草市松島町教良木2948番地1
		国民健康保険天草市立御所浦北診療所	天草市御所浦町横浦750番地13

<p>【種別】 :へき地医療拠点病院 :へき地診療所 :他の二次救急病院までのアクセスに30分以上要する二次救急病院</p>

へき地診療所とは、おおむね半径4kmの区域内に他に医療機関がなく、その区域内の人口が原則として人口1,000人以上であり、かつ、当該診療所から最寄りの医療機関まで通常の交通機関を利用して30分以上要する診療所のことです。へき地医療拠点病院とは、へき地等において、巡回診療、へき地診療所等への医師派遣や代診医派遣等の実績を有する(又は当該年度に実施可能)と認められ、都道府県が指定する病院のことです。二次救急病院とは、入院を必要とする重症の患者に対応する病院群輪番制病院、救急告示病院のことです。

2. 医師確保の方針（目指す姿）

地域医療を担う医師を巡る現状・課題を踏まえ、医師確保の方針（目指す姿）は次のとおりとします。

【県全体】

- ・ 熊本県の地域医療や医師偏在の状況等を踏まえ、大学病院、県医師会、関係医療機関及び県がオール熊本で、地域医療を担う医師が安心して勤務しながらキャリアアップできる環境を整備することで、地域に定着する医師を増やします。
- ・ 各圏域の現状や課題を十分に分析した上で、各圏域が目指す将来の地域医療の姿を見据えながら、医師確保対策を進めます。

【各二次医療圏域】

- ・ 各地域において目指すべき将来の地域医療の姿を描き、その実現のために必要な医師の育成・確保を地域全体で進めます。
- ・ そのために、各医療機関が勤務環境の改善に取り組むとともに、圏域における地域医療拠点病院を中心に、医師が地域勤務とキャリアアップを両立できる環境を構築します。

3. 今後の施策の方向性

地域医療を志す医学生・医師の養成

- ・ 自治医科大学生、医師修学資金貸与学生及び地域で勤務する医師が、地域で安心して勤務しながらキャリアを形成するため、熊本県地域医療支援機構を中心として、メンター制度の導入などによる相談体制の強化やキャリア形成プログラムに基づくきめ細やかな支援を行います。
- ・ へき地等の地域で必要とされる総合診療専門医の更なる増加に向けて、熊本大学や県内の専門研修基幹施設等と連携し、総合診療に関する情報発信の強化や医師修学資金貸与医師等の総合診療マインドの醸成及び地域医療実践教育拠点を中心とした地域における総合診療専門医の養成を推進します。
- ・ 令和2（2020）年度及び令和3（2021）年度の入学定員を5人とする地域枠を熊本大学医学部に設け、地域医療を志す医師を別枠方式で選抜し、医師が不足する地域の医療機関で勤務する医師の養成・確保を図ります。なお、令和4（2022）年度以降の地域枠については、地域における医師不足の状況等を勘案しながら、県及び熊本大学で検討を行います。

地域で安心して勤務しながらキャリアアップできる環境の整備

メンター制度とは、医師としてのキャリア形成やワークライフバランス等の課題について、豊富な知識と経験を有した先輩医師（メンター）が、後輩医師（メンティ）からの相談を受け、個別に課題解決へのサポートを行う制度のことです。キャリア形成プログラムとは、医療法の規定に基づき、「医師不足地域における医師の確保」と「医師不足地域に派遣される医師の能力開発・向上の機会の確保」の両立を目的として、都道府県が作成するプログラムのことです。地域枠とは、熊本大学医学部医学科における熊本県内高等学校の卒業見込み者を対象とした推薦入試（地域枠）のことです。

- ・ 令和6（2024）年度から適用される医師の時間外労働上限規制を見据え、熊本県医療勤務環境改善支援センターによる地域の医療機関における個々の勤務実態等に応じた支援を強化します。
- ・ 地域で勤務する女性医師の勤務継続や復職を支援するために、メンター制度などの相談体制の強化をはじめ、短時間勤務制度などの柔軟な勤務体制の普及、病院内保育所整備などの育児支援等を行います。
- ・ 地域における初期臨床研修医 や専攻医の安定確保に資する研修プログラムの作成・運用を支援するとともに、一般社団法人日本専門医機構による専攻医募集定員に関するシーリング設定等の動きを注視し、県内の初期臨床研修医及び専攻医の確保に向けた国への施策提案等を行います。

将来の地域医療の姿を見据えた医師派遣

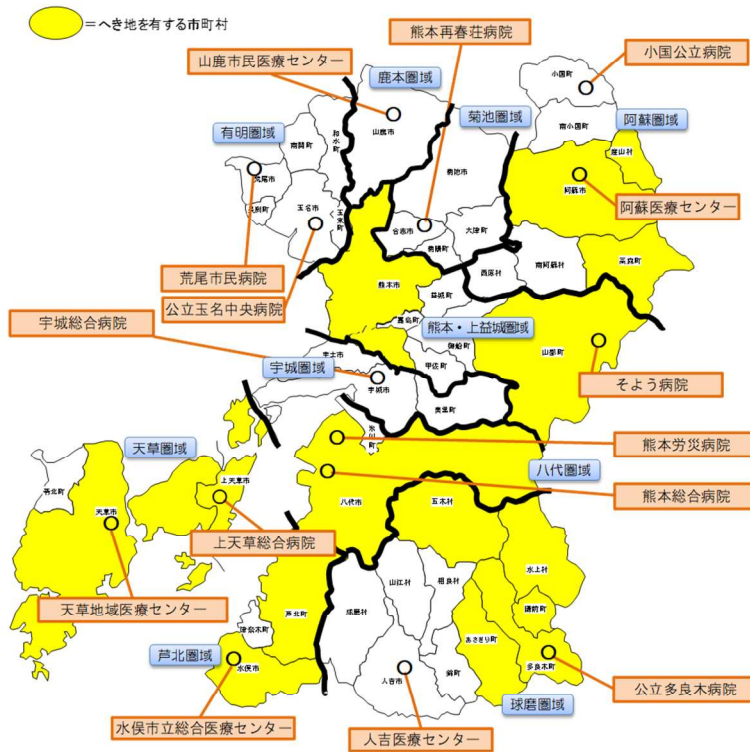
- ・ 自治医科大学卒業医師、医師修学資金貸与医師、熊本大学に設置する寄附講座に所属する医師及び社会医療法人 等からへき地診療所に派遣する医師について、地域の実情を踏まえた一体的な派遣調整を行います。
- ・ 退職等により離職した医師の地域勤務を促進するため、「熊本県ドクターバンク 」による県内医療機関の情報の発信を強化します。
- ・ へき地診療所における安定的な医師確保に向けて、設置主体の市町村とともに、今後のへき地診療所のあり方についての協議を行い、その結果を踏まえて、へき地診療所に対する医師の派遣調整を行います。

熊本県地域医療連携ネットワークの構築

- ・ 平成31（2019）年4月にスタートした「熊本県地域医療連携ネットワークの構築」は、地域における安定的な医療提供体制を維持するため、県が圏域ごとに、地域で中核的な役割を担う病院を熊本県地域医療拠点病院（図5参照）として指定し、地域医療拠点病院が圏域内の医療機関との連携を深め、支援する体制を構築するものです（図6参照）。
- ・ ネットワークの構築に向け、熊本県地域医療支援機構による全体調整の下、県、県医師会、熊本大学病院及び地域医療拠点病院が連携し、オール熊本で取り組みます。

初期臨床研修医とは、医師法の規定に基づき、大学病院又は臨床研修病院で研修中の医師のことです。
 社会医療法人とは、地域住民にとって不可欠な救急医療等確保事業（救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療）を担う公益性の高い法人として都道府県知事が認定した法人のことです。
 熊本県ドクターバンクとは、熊本県が運営する「医師の無料職業仲介所」のことです。県内の医療機関と県内での就業を希望する医師とをマッチングさせるため、就業のあっ旋・紹介を行います。

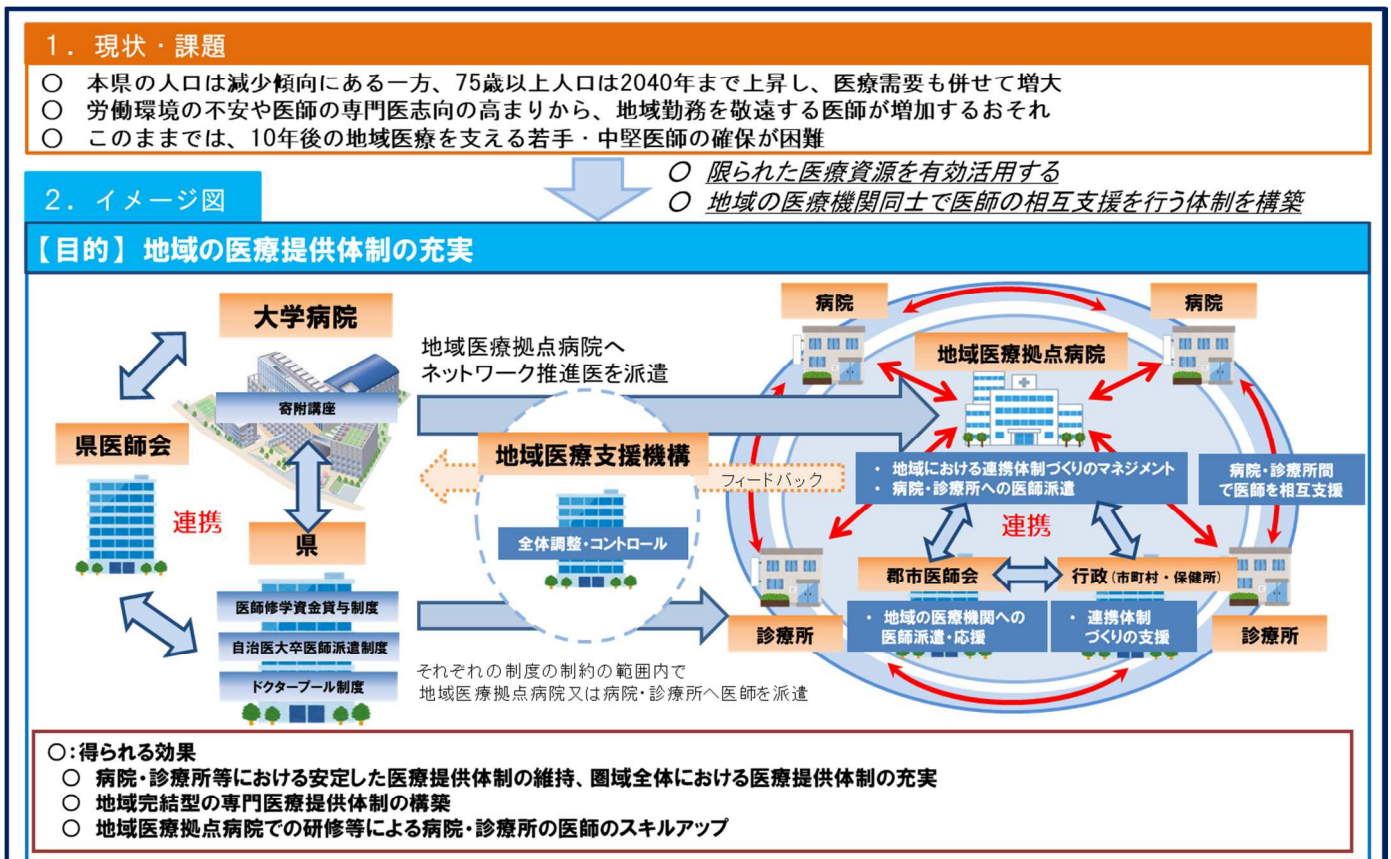
【図5】熊本県地域医療拠点病院一覧



圏域	病院名
宇城	宇城総合病院
有明	公立玉名中央病院 荒尾市民病院
鹿本	山鹿市民医療センター
菊池	熊本再春荘病院
阿蘇	阿蘇医療センター 小国公立病院
上益城	そよう病院
八代	熊本労災病院 熊本総合病院
芦北	水俣市立総合医療センター
球磨	人吉医療センター 公立多良木病院
天草	天草地域医療センター 上天草総合病院

計15病院

【図6】熊本県地域医療連携ネットワークのイメージ



第2部 周産期（産科）医療を担う医師の確保

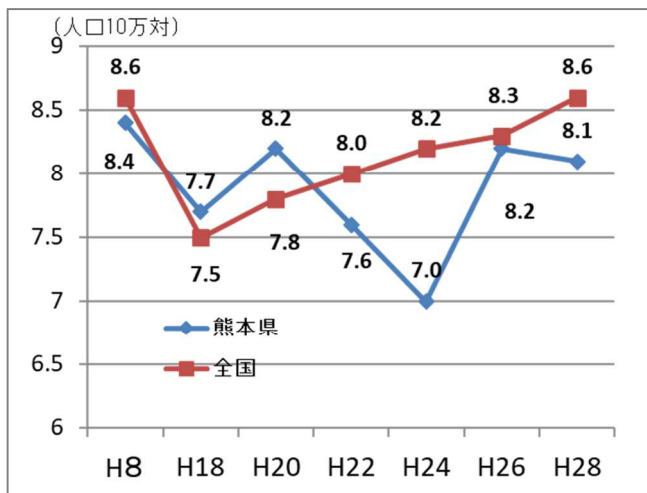
1. 現状・課題

【平成30年三師調査結果に差し替え】

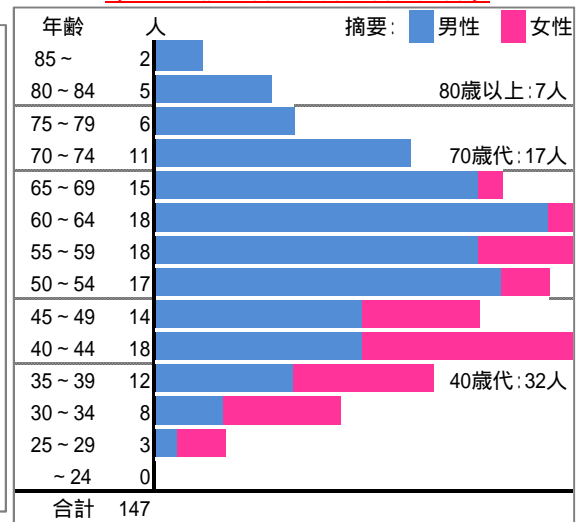
平成28（2016）年の人口10万対産科医師数は、全国平均8.6人に対して本県8.1人と、平成22（2010）年以降全国平均を下回っています（図1参照）。

また、本県における産科医師は、65歳以上が全体の約26.5%と高年齢化が進んでいるとともに、次代を担う若手医師が不足傾向にあるため（図2参照）このままでは技術的にも円熟した40歳代が減少し、産科危機的出血など、緊急性の高い出産への対応力低下が懸念されます。

【図1】人口10万対医療施設従事医師数（主たる診療科：産婦人科、産科）の推移



【図2】性・年齢別本県医療施設従事医師数（主たる診療科：産婦人科、産科）



（図1、2とも厚生労働省：「医師・歯科医師・薬剤師調査」を基に熊本県で編成）

平成29（2017）年の本県への流入分娩総数（里帰り分娩等）は1,490件で、産科医師一人当たり全国5位の10.14件となり、他都道府県と比較して多く、産科医師一人当たりの負担増加の一因となっています。

一方、これまで熊本大学を中心に、産科における医療資源の集約化・重点化、周産期医療圏の再編・統合、産科危機的出血等の容態急変に備えた連携体制の構築など、限られた医療資源による周産期医療提供体制を構築してきました。その結果、平成28（2016）年熊本地震直前の5年間において、周産期死亡率の低さは、全国5位以内に入り、質の高い周産期医療提供体制を維持しています（表1参照）。

産科医師数とは、「医師・歯科医師・薬剤師調査（医師・歯科医師・薬剤師について、性、年齢、業務の種別、従事場所及び診療科名（薬剤師を除く。）等による分布を明らかにすることを目的に、厚生労働省が2年毎に実施する調査）」において、主たる診療科を「産婦人科」又は「産科」とした医療従事医師数です。

産科危機的出血とは、前置・低置胎盤、巨大子宮筋腫、既往帝王切開、癒着胎盤疑い、羊水過多・巨大児誘発分娩、多胎などによる大量出血です。

流入分娩総数とは、当該年間総分娩数から総出生数を除いたものです。

周産期死亡率とは、妊娠満22週以後の死産数と生後1週未満の死亡数（早期新生児死亡数）の和を、出生数と妊娠満22週以降の死産数の和（1千件単位）で除した比率です。

【表1】本県における周産期死亡率（出産1千対）と都道府県順位の推移

年	H23	H24	H25	H26	H27	H28
周産期死亡率 (都道府県順位)	3.1 (43位)	3.1 (45位)	2.9 (44位)	2.8 (44位)	2.8 (43位)	3.2 (34位)

(厚生労働省:「人口動態調査」を基に熊本県で作成)

熊本地震の影響

2. 医師確保の方針（目指す姿）

周産期（産科）医療を担う医師をめぐる現状・課題を踏まえ、産科医師確保の方針（目指す姿）は次のとおりとします。

限られた医療資源の中で質の高い周産期医療を提供してきたこれまでの体制を維持しながら、産科医師を目指す環境を整えることによって、産科医師総数を増やします。

3. 今後の施策の方向性

産科医師の養成数増加への支援及び県外産科医師の誘致

- ・ 産科医師を増加させるため、現役医学生及び初期臨床研修医への働きかけを支援します。また、特に首都圏など、比較的産科医師が確保されている県外の産科医師を本県に誘致するため、働きかけを進めます。
- ・ 産科医師を確保するため、医療機関による研修医及び産科医師の処遇改善の取り組みを支援します。

勤務環境の改善による産科医師の負担軽減の推進

- ・ 産科医師の業務負担軽減のため、院内助産所や助産師外来の開設、助産師等コメディカルの産科領域のスキル向上など、産科医師から他職種へのタスクシフティングに取り組む医療機関を支援します。
- ・ 病院内保育所（病児・病後児保育を含む）を支援し、出産後の女性医師の復帰や就労継続を推進します。
- ・ 「くまもとメディカルネットワーク」の活用などによる母体等の情報共有を図り、共診や遠隔地からの診療相談等を推進します。

くまもとメディカルネットワークとは、県内の医療機関をはじめ、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス施設・事業所など関係機関をネットワークでつなぎ、患者や利用者の診療・調剤・介護に必要な情報を共有し、医療や介護サービスに活かすシステムです。（URL：<http://kmn.kumamoto.med.or.jp/>）

周産期医療提供体制の維持・整備

- ・ 熊本大学を中心として、医療資源の集約化・重点化等により地域における産科医師数を確保します。
- ・ 分娩監視モニター講習会や周産期救急対処能力向上研修等により、産科危機的出血等の周産期救急に対応する医師、助産師、看護師の知識及び技術向上を支援します。
- ・ 携帯電話配備による周産期ホットライン体制の継続や、医療機能の階層化（周産期母子医療センター / 地域周産期中核病院 / 病院・診療所）により、医療機関までのアクセスに時間を要する地域における周産期医療提供体制を強化します（図3参照）。
- ・ 不足しがちな新生児の医療を担える人材を養成・確保するため、医療機関による小児科専攻医養成時の新生児科の研修を継続するとともに、新生児担当医師の処遇改善の取組みを支援します（再掲：第3部 小児医療を担う医師に確保に記載）。

【参考】産科医師偏在指標について

産科医師偏在指標とは、医師の偏在状況を相対的に比較することを目的に、医療需要、将来の人口・人口構成の変化、医師の性別・年齢分布を基に算定される指標です。具体的には、「分娩件数1千件当たりの産科医師数（性別・年齢階級別の平均労働時間を加味）」により算定されます。

相対的医師少数都道府県は、全国の47都道府県の医師偏在指標の値を一律に比較し、下位33.3%に該当する都道府県のことです。

本県は、産科医師偏在指標が8.2と全国で最も低く、相対的医師少数都道府県になります（表2参照）。

【表2】産科医師偏在指標

順位	都道府県名	産科医師偏在指標
1	東京都	18.0
-	全国平均	12.8
47	熊本県	8.2

産科医師偏在指標は、全国の医師偏在の状況を相対的に示す指標であることから、医師確保対策の実施にあたっては、指標のみに捉われず、地域の現状

【図3】各周産期医療圏における分娩取扱医療機関の分布



や課題をしっかりと分析する必要があります。

第3部 小児医療を担う医師の確保

1. 現状・課題

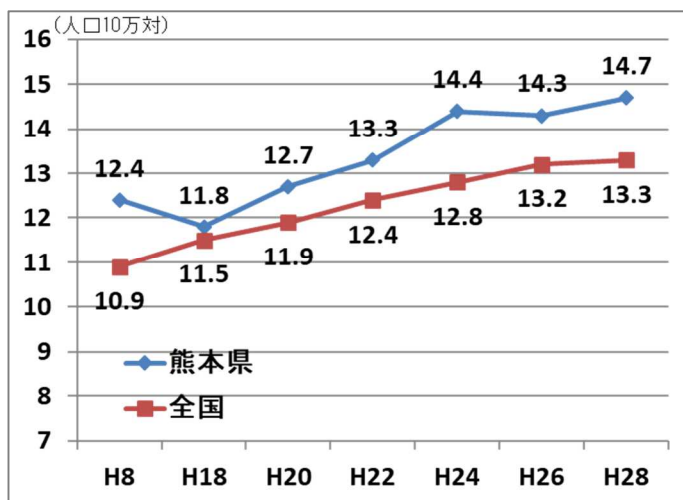
【平成30年三師調査結果に差し替え】

平成28(2016)年の人口10万对小児科医師数は、全国平均13.3人に対して本県14.7人と、平成8年以降全国平均を上回っています(図1参照)。

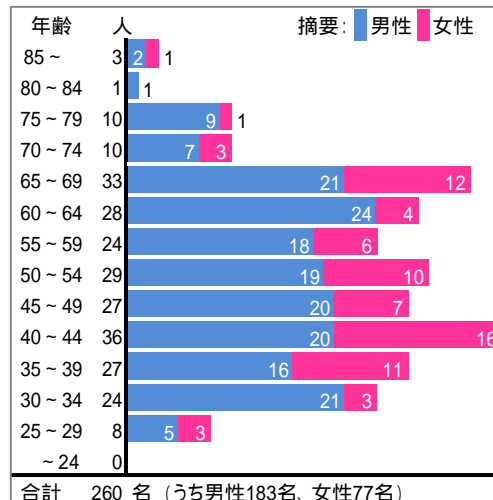
本県における小児科医師は、各年代で均衡のとれた年齢構成ですが(図2参照)、熊本地震により影響を受けた小児循環器医療や新生児医療、増加傾向の発達障がい児への対応など、多様な小児関連診療科目に対応できるよう、引き続き、小児科医師数を維持する必要があります。

また、女性医師の割合は、医師全体が約18.0%であるのに対して、小児科医師では29.6%と高く、35歳から44歳では42.9%とその傾向が顕著です(図2参照)。特に新生児集中治療室(NICU)の診療や、夜間に急変しやすいという小児の特徴がある中、出産・育児の負担が生じやすい女性医師が働き続けられる環境整備が必要です。

【図1】人口10万対医療施設従事医師数
(主たる診療科：小児科)の推移



【図2】性・年齢別本県医療施設従事医師数
(主たる診療科：小児科)



(図1、2とも厚生労働省：「医師・歯科医師・薬剤師調査」を基に熊本県で編成)

現在、本県では、「小児救急から入院医療」における医療機能の階層化と複数医師の配置、「新生児医療」におけるNICU増床と周産期母子医療センター及び地域新生児中核病院の連携、「医療的ケア児」に関する相談機能や人材育成のセンター化など、患者の重症度に応じた医療を提供しています。

併せて、これまで熊本大学を中心に、小児科における医療資源の集約化・重点化、小児医療圏の再編・統合など、限られた医療資源を最大限に活用した小児医療提供体

小児科医師数とは、「医師・歯科医師・薬剤師調査(医師・歯科医師・薬剤師について、性、年齢、業務の種別、従事場所及び診療科名(薬剤師を除く。))等による分布を明らかにすることを目的に、厚生労働省が2年毎に実施する調査)」において、主たる診療科を「小児科」とした医療従事医師数です。

制を構築しています。

2. 医師確保の方針（目指す姿）

小児医療を担う医師をめぐる現状・課題を踏まえ、小児科医師確保の方針（目指す姿）は次のとおりとします。

限られた医療資源の中で、質の高い小児医療を提供してきたこれまでの体制を維持しながら、小児科医師を目指す環境を整えることにより、均衡のとれた年齢構成で小児科医師総数を維持します。

3. 今後の施策の方向性

小児科医師の養成数増加への支援及び県外小児科医師の誘致

- ・ 小児科医師を目指す医師を増加させるため、現役医学生及び初期臨床研修医への働きかけを支援します。また、県内の研修環境を整えることで県外への流出を抑制するとともに、県外からの小児科医師誘致の働きかけを進めます。
- ・ 不足しがちな新生児や障がい児の医療を担える人材を養成・確保するため、医療機関による小児科専攻医養成時の新生児科等の研修を継続するとともに、新生児担当医師の処遇改善の取組みを支援します。

勤務環境の改善による小児科医師の負担軽減

- ・ 小児科医師の業務負担軽減のため、NICU等を担う高度な技術を要する看護職、特定行為看護師等コメディカルの小児科領域のスキル向上など、小児科医師から多職種へのタスクシフティングに取り組む医療機関を支援します。
- ・ 病院内保育所（病児・病後児保育を含む）を支援し、出産後の女性医師の復帰や就労継続を推進します。
- ・ 子ども医療電話相談（#8000）を継続し、保護者等への適正受診を啓発します。

小児医療提供体制の維持・整備

- ・ 熊本大学を中心として、医療資源の集約化・重点化等により地域における小児科医師数を確保します（図3参照）。
- ・ 医療機能の階層化（小児救命救急センター・高度小児専門医療/入院・小児救急/初期小児救急）や、入院医療機関への医師の複数配置、携帯電話配備による周産期ホットライン体制の継続、地域周産期中核病院における新生児蘇生技術の向上、「小児在宅医療支援センター」や「小児訪問看護ステーション相談支援センター」による相談対応・小児医療関係者への研修等により、患者の重症度に応じた医療提供体制を引き続き整備します（図4、図5、図6参照）。

【参考】小児科医師偏在指標について

小児科医師偏在指標とは、医師の偏在状況を相対的に比較することを目的に、医療需要、将来の人口・人口構成の変化、医師の性別・年齢分布を基に算定される指標です。具体的には、「年少人口（性別・年齢階級別の受療率を加味）10万人当たりの小児科医師数（性別・年齢階級別の平均労働時間を加味）」により算定されます。

相対的医師少数都道府県は、全国の47都道府県の医師偏在指標の値を一律に比較し、下位33.3%に該当する都道府県のことです。

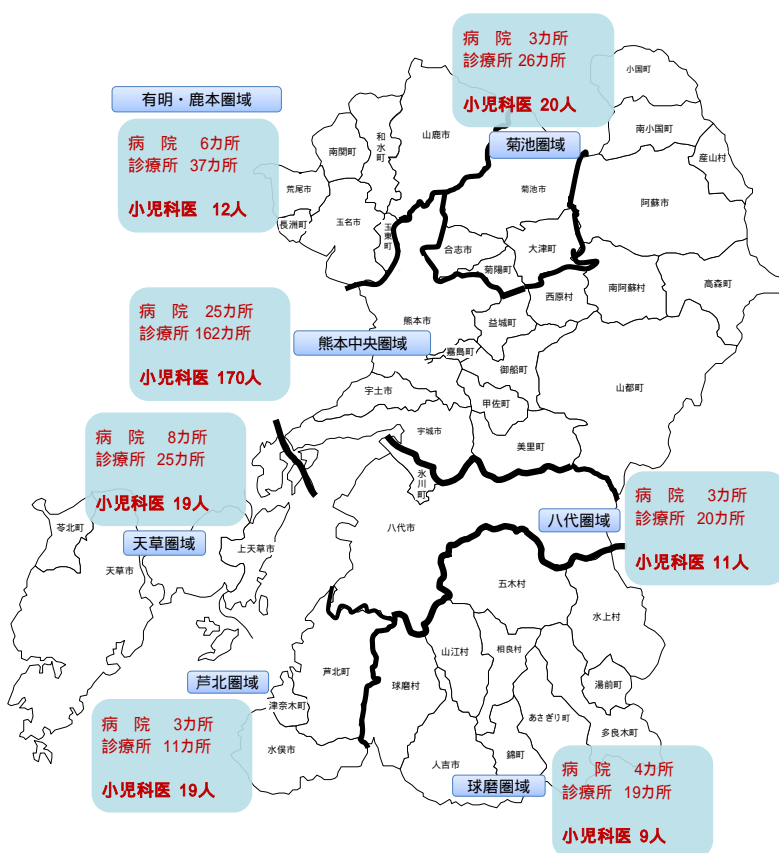
本県は、小児科医師偏在指標107.8で、相対的医師少数都道府県には該当しません（表1参照）。

小児科医師偏在指標は、全国の医師偏在の状況を相対的に示す指標であることから、医師確保対策の実施にあたっては、指標のみに捉われず、地域の現状や課題をしっかりと分析する必要があります。

【表1】小児科医師偏在指標

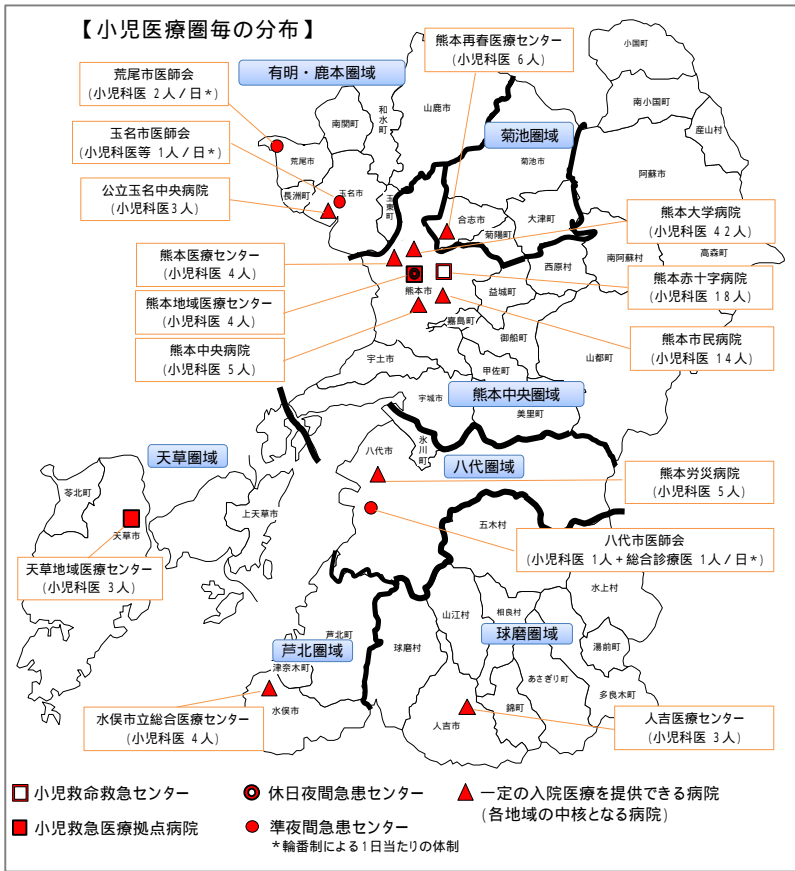
順位	都道府県名	小児科医師偏在指標
1	鳥取県	169.0
26	熊本県	107.9
-	全国平均	106.2
47	茨城県	82.1

【図3】各小児医療圏における小児医療機関・医師の分布

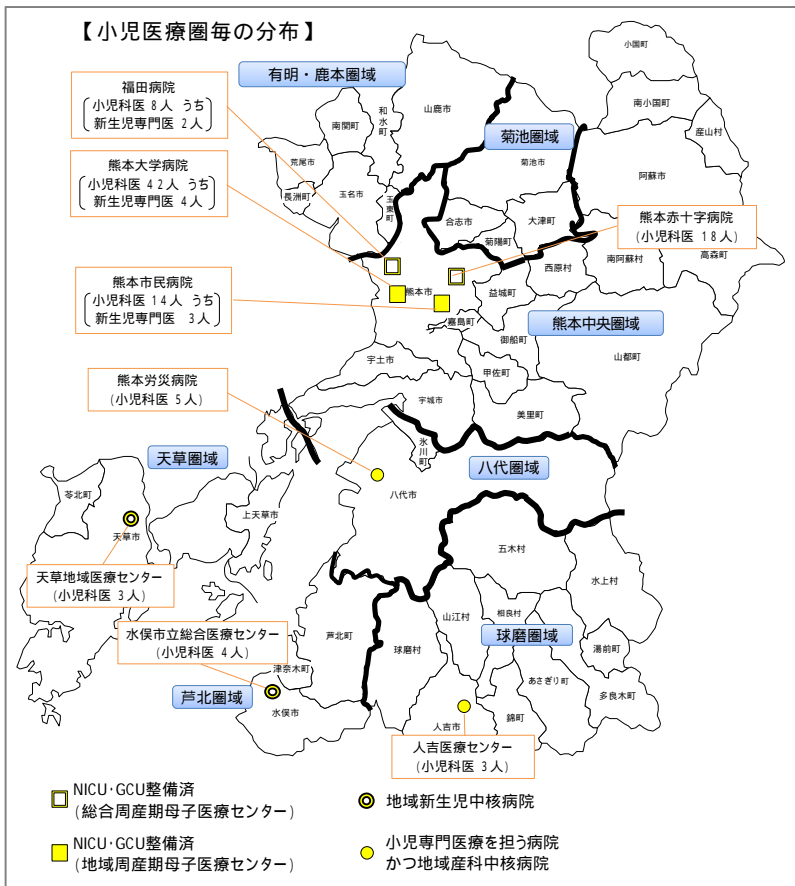


年少人口とは、15歳未満の人口です。

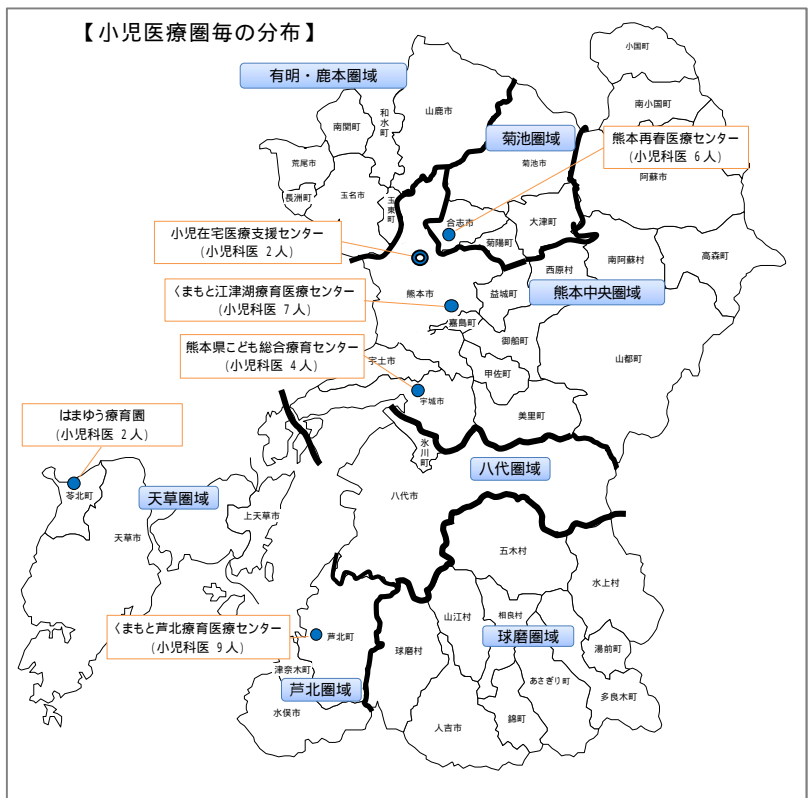
【図4】小児救急～入院医療に関する医療機関と医師の分布（令和元（2019）年10月1日現在）



【図5】新生児医療に関する医療機関と医師の分布（令和元（2019）年10月1日現在）



【図6】医療的ケア児に関する医療機関と医師の分布（令和元（2019）年10月1日現在）



第4部 評価指標

指標名	現状	目標	指標の説明・目標設定の考え方
自治医科大学卒業 医師及び医師修学 資金貸与医師の地 域の医療機関への 配置人数	21人 (平成31(2019)年4月)	46人 (令和5(2023)年度)	両医師の令和5(2023)年度における配置見込み人数(単年度)を設定。
県内の総合診療専 門研修プログラムの 修了者数及び専 攻医数(累計)	10人 (平成31(2019)年3月)	30人 (令和5(2023)年度)	計画期間中に専攻医となる自治医科大学卒業医師及び医師修学資金貸与医師等のうち、年間5人が総合診療専門研修プログラムに従事するものとして設定。
勤務環境改善計画 の策定病院数	65施設 (平成31(2019)年4月)	120施設 (令和5(2023)年度)	県内の全病院(211施設)の約60%に当たる病院での策定を目指す。
熊本県ドクターバ ンク制度により県 内の医療機関に就 業した医師数 (累計)	12人 (令和元(2019)年10月)	20人 (令和5(2023)年度)	これまでの年間就業医師数の最大値(2人)を踏まえて設定。

勤務環境改善計画とは、医療法に基づき厚生労働省が定める「医療勤務環境マネジメントシステムに関する指針」により、医師や看護師等の医療従事者の勤務環境の改善に関して、病院又は診療所の管理者に作成が求められている計画のことです。

第3章 熊本県外来医療計画

1. 現状と課題

全国的な傾向と同様、県内においても無床診療所の開設が都市部に集中しており、また、診療所医師の高齢化が進んでいることから、診療所の医師数及び高齢化の割合ともに地域間での差が大きくなっています。(図1参照)

県内の医療機関のうち、平成30(2018)年の病院数は平成10(1998)年と比較して微減、一般診療所は微増となっていますが、一般診療所の内訳をみると、有床診療所が半減する一方で、無床診療所は増加しています。(図2参照)

これまで地域の外来医療を支えてきた既存の診療所について、後継者不足等の理由による閉鎖や有床診療所の無床化が進んでいます。

医師の専攻医志向に伴い、診療科の専門化が進む中で、地域の医療機関に総合診療医が増加しておらず、かかりつけ医としての機能が低下している状況が指摘されています。

初期救急では、県内全ての地域において、郡市医師会ごとの在宅当番医制¹⁾があり、初期救急患者の受入れにおいて中心的な役割を担っています。また、熊本市などでは、休日夜間急患センター²⁾等の取組みにより、多くの初期救急患者を受け入れています。

在宅当番医へ協力する医師の高齢化が進み、偏在があるなど、医師一人一人の負担が増加しており、学校医³⁾では、各地域において学校医を担う医師の負担が増加しているとの意見があり、より一層の分化・連携の取組みが必要です。(図3、4参照)

外来医療については、これまで医師会や医療機関間の自主的な取組みに委ねられてきたため、分化・連携を進めていくためには、地域医療構想調整会議⁴⁾での協議に必要なデータのさらなる収集や整理が課題となっています。

医療機器の共同利用の面では、地域ごとに機器の導入・利用状況が異なるため、医療機器の導入状況を可視化し、また、これまで地域医療支援病院⁵⁾を中心に行われてきた医療機器の共同利用をさらに進めていく必要があります。(表1参照)

¹⁾ 在宅当番医制とは、郡市医師会が当番病院・診療所を決め、休日に比較的軽症の救急患者の診療にあたる制度です。

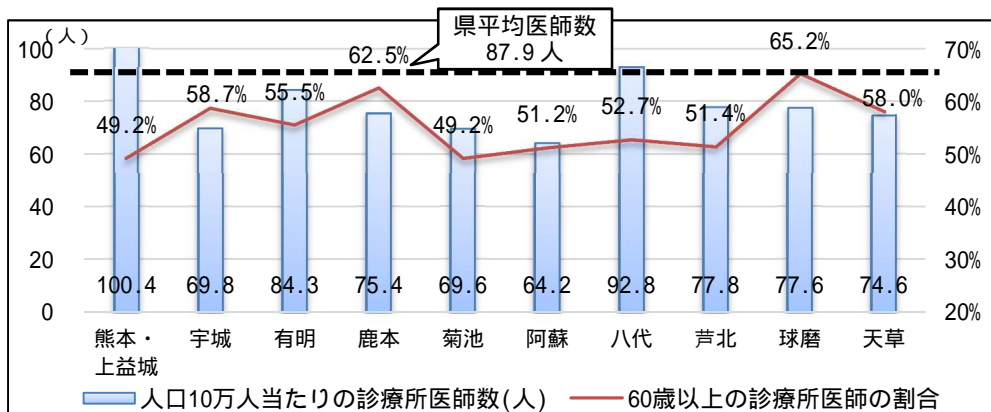
²⁾ 休日夜間急患センターとは、休日や夜間の初期救急患者に対応する医療機関です。

³⁾ 学校医とは、学校保健安全法に基づき学校に置かれる医師で、学校保健計画等の立案の参与や、保健指導や健康診断に従事することとされています。

⁴⁾ 地域医療構想調整会議とは、医療法に基づき県が設置している会議で、地域における将来の目指すべき医療提供体制の実現のため、県全体及び二次保健医療圏域ごとに設置され、医療関係者、保険者、市町村などが参加し協議を行っています。

⁵⁾ 地域医療支援病院とは、紹介患者に対する医療の提供、医療機器等の共同利用等を通じて、かかりつけ医を支援する能力を備え、かつ一定の構造設備等を有し、知事(熊本市内の病院は熊本市長。)が承認した病院です。

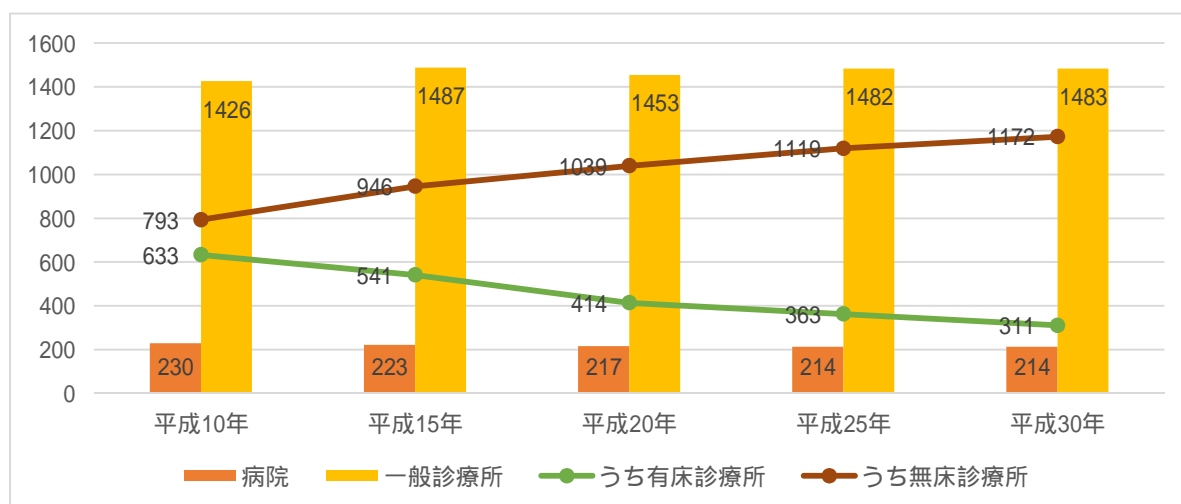
【図1】県内の診療所医師の状況



(厚生労働省「平成28年医師・歯科医師・薬剤師調査」を基に熊本県医療政策課作成)

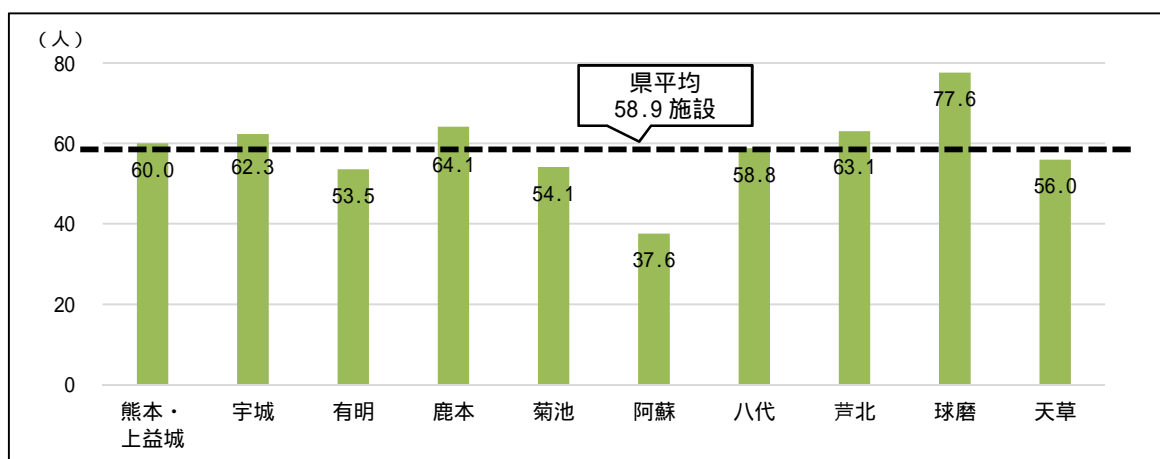
人口は2018年1月の住民基本台帳のもの(以下、同じ)

【図2】県内の医療施設数の推移



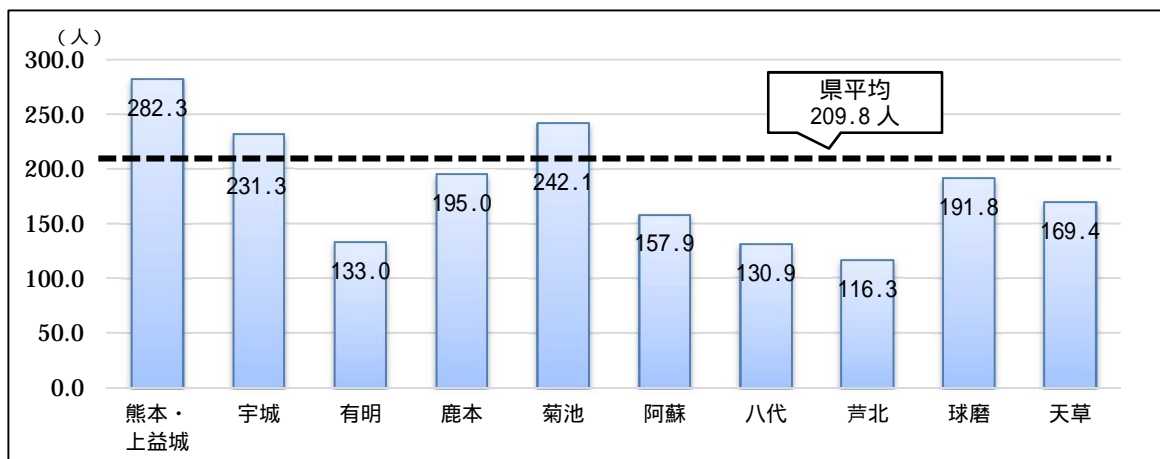
(厚生労働省「医療施設調査」(平成30年分は熊本県医療政策課調べ)を基に熊本県医療政策課作成)

【図3】人口10万人当たりの在宅当番医数



(厚生労働省「救急医療体制の現況調べデータ(平成30年4月1日時点)」を基に熊本県医療政策課作成)

【図 4】学校医 1 人当たりの児童・生徒数



(熊本県教育委員会作成「平成 30 年度学校一覧」(平成 30 年 5 月 1 日時点)及び熊本県医師会調べ「学校医数」(令和元年 10 月 18 日時点)を基に熊本県医療政策課作成)
 私立学校及び定時制高校を除く

【表 1】

県内の主な医療機器の配置状況

単位：台

二次医療圏名	C T	M R I	P E T	マンモグラフィー	放射線治療 (体外照射)
熊本・上益城	134	72	6	36	16
宇城	16	4	0	4	0
有明	31	9	0	14	1
鹿本	12	4	0	1	0
菊池	24	10	0	3	1
阿蘇	7	6	0	2	0
八代	20	7	0	6	1
芦北	13	3	0	1	0
球磨	20	8	1	4	1
天草	27	11	0	8	1

厚生労働省「平成 29 年医療施設調査」より

一般診療所の放射線治療(体外照射)の台数については、一部推計値となっている。

各地域の意見

本県では、外来医療計画を策定するにあたり、地域の現状や課題を整理するため、二次医療圏又は医師会ごとにワーキング等を設置しました。そのワーキング等が出された現状や課題に関する意見のうち、主なものは次のとおりです。

< 初期救急に関すること >

- ・ 医師会ごとに当番医の人数や高齢化の状況が異なるため、負担感が大きく異なる。
- ・ 休日夜間急患センターにおいて開業医の高齢化や医師の意識の変化等から協力医の確保が困難になっている。
- ・ 患者像の変化によりスタッフ確保や質的転換が必要である。
- ・ 複数の医師会が協力した在宅当番医体制の構築が必要である。
- ・ 医師の高齢化を背景とした診療所の減少の中、地域全体で初期救急に対する議論を深めることが最も重要な課題となっている。
- ・ 休日の初期救急には対応できるが、医師の数が不足しているため、夜間の初期救急に対応できていない。
- ・ 当番医の専門領域と患者の症状が合致せず、他医療機関へ紹介するケースも多い。
- ・ 休日夜間に対応できる院外処方薬局が少なく、診療に支障をきたしている。
- ・ 医師及び医療従事者の確保が困難であり、現状維持も危惧される。
- ・ 独居老人等の増加で軽症でも救急利用になるケースが増加している。
- ・ 診療科によって日曜日のみの実施体制や在宅当番医制を行っていない科もある。小児科については、広域化対応の状況である。
- ・ 本来対応が必要な患者だけでなく、仕事等の理由で休日に受診する患者がいるなど、受診に関する普及啓発が必要。

< 学校医 >

- ・ 広範囲に点在する小規模校を一人で担当することで負担が生じている地域がある。
- ・ 後継者が見つからずに高齢医師が無理して学校医を継続している事例がある。
- ・ 専門科以外の領域の診察を要望されるため、専門医の対応が必要でないか。
- ・ 児童数の増加と医師の高齢化による対応医師の減少により、医師一人当たりの負担が増加している。
- ・ 外来診療で手一杯であり、学校医との時間配分に大変苦慮している。
- ・ 診療科ごとに負担が大きく異なり、耳鼻科や眼科について負担が大きい。
- ・ 診療科によっては遠方の学校医を受け持つ状況にある。

< 予防接種 >

- ・ 1 医療機関に負担が集中しないような対応が必要ではないか。
- ・ 外来診療との時間配分が困難なうえ、接種スケジュール等の複雑化による医療過誤発生が懸念。また、請求事務が煩雑で負担である。
- ・ 管内の診療所の小児科医が少なく、地域からの要望も多い。

< 産業医 >

- ・ 資格の維持が困難である。

- ・ 企業が多数立地しているため、医師一人当たりの負担が大きくなっている。
- ・ 外来診療との時間配分が困難なうえ、産業医の更新手続きが負担となっている。

<在宅医療>

- ・ 医師の数が不足しているため、夜間の在宅医療には対応できていない。
- ・ 人員や設備を増やすための財政的支援もないため、苦慮している。
- ・ 急変時受入体制も含めた在宅医療の体制づくりが必要。
- ・ 住民が在宅医療について詳しく知らないという現状もあるため、在宅医療に関する地域住民への普及啓発も必要。

<その他の意見>

- ・ かかりつけ医として総合診療可能な医師の育成が必要である。
- ・ 既存の診療所の継続や若手医師への開業支援として事業承継制度の検討が必要である。

【参考】厚生労働省が示した外来医師偏在指標等

- ・ 外来医師偏在指標とは、地域ごとの外来医師の偏在状況を相対的に比較することを目的に、厚生労働省令に基づき医療需要、人口構成とその変化、患者の流出入、医師の性別・年齢分布等を基に算定される指標です（表4参照）。
- ・ 外来医師多数区域は、全国の335二次医療圏の外来医師偏在指標の値を一律に比較し、上位33.3%が外来医師多数区域となります。（表4参照）
- ・ 外来医師偏在指標は地域の外来医師偏在の状況を相対的に示す指標ですが、指標のみに捉われず、地域の現状や課題をしっかりと分析する必要があります。

【表2】厚生労働省が示した外来医師偏在指標、外来医師多数区域

二次医療圏名	診療所の外来 医師偏在指標	全国 順位	多数区域	人口10万当たりの 診療所医師数(人) [再掲]	患者流出数 (人/日)	患者流入数 (人/日)
熊本・上益城	124.2	40		100.4	2,161	6,818
宇城	88.3	233		69.8	1,639	980
有明	104.5	125		84.3	1,995	558
鹿本	91.8	208		75.4	619	496
菊池	99.8	151		69.6	2,462	1,889
阿蘇	133.3	24		64.2	1,353	89
八代	107.7	100		92.8	771	461
芦北	103.1	138		77.8	375	342
球磨	91.4	210		77.6	234	196
天草	104.7	120		74.6	741	125

令和元年度厚生労働省提供データより

患者の流出入については、患者調査(2017年)の県内・県外の外来患者流出・流入数データを、NDB(2017年度)の病院+一般診療所における初再診・在宅医療の診療分データの都道府県内二次医療圏間流出入割合に応じて集計したもの。

2. 外来医療の方針（目指す姿）

地域医療における外来医療を取り巻く現状・課題を踏まえ、外来医療の方針（目指す姿）は次のとおりとします。

外来医療の分化・連携を推進し、外来医療を担う医師を養成・確保することで、住民に身近な外来医療を維持する。

3. 今後の施策の方向性

外来医療の分化・連携

- ・ これまで行われている初期救急や公衆衛生、在宅医療などの各分野の会議等に加えて、各地域医療構想調整会議において、外来医療全体に関する議論を行い、外来医療の分化・連携に取り組んでいきます。
 - 外来医療の分化・連携の状況
 - 外来を担う医療機関の開廃状況等
 - 病床機能に加えて、外来機能の一体的な協議
 - 医療機器の新規購入希望者（更新含む）に共同利用の意向の確認
- ・ これまで医師会で行ってきた在宅当番医制などの分化・連携のための取組みについて、継続した取組みを求めていきます。
- ・ 熊本県医師会をはじめ、熊本大学病院や県、関係団体が連携し、「くまもとメディカルネットワーク」など、ICTを活用した取組みを推進していきます。

外来医療を担う医師の養成・確保

- ・ 熊本大学病院との連携等により、総合診療専門医など地域の外来医療を担う医師を養成し、地域における診療体制の維持や定着のための取組みを行っていきます。
- ・ 事業承継制度等の後継者確保のための対策について、関係機関と連携し検討を進めていきます。
- ・ 県内で病院や一般診療所を新規開業する医師に対して、届出の際に、初期救急、公衆衛生分野、在宅医療等の外来医療の分化・連携への協力についての意向を確認します。

くまもとメディカルネットワークとは、県内の医療機関をはじめ、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス施設・事業所など関係機関をネットワークでつなぎ、患者や利用者の診療・調剤・介護に必要な情報を共有し、医療や介護サービスに活かすシステムです（URL：<http://kmn.kumamoto.med.or.jp/>）。

第4章 計画の実現に向けて

1. 計画の推進体制

県では、医師の確保及び偏在解消を通じた地域医療の充実強化を図るため、令和元（2019）年7月に医療法の規定に基づく「熊本県地域医療対策協議会」を設置しました。また、平成25（2013）年10月に設置した「熊本県地域医療支援機構」においては、従前から、地域医療に従事する医師のキャリア形成支援など医師の地域定着に向けた取組みが行われているほか、医療機関の勤務環境改善に向けた「熊本県医療勤務環境改善支援センター」を平成27（2015）年2月に設置しています。また、県内の周産期（産科）医療を協議する「熊本県周産期医療協議会」を平成15（2003）年4月に、小児医療を協議する「熊本県小児医療体制検討会議」を平成18（2006）年8月に設置しています。今後はこれらの機関等との密接な協調と連携により医師確保計画を推進します。

更に、県では、二次医療圏域単位で設置した「地域医療構想調整会議」で病床機能と外来機能の分化・連携を進めることとしており、外来医療計画の推進も図っていきます。

2. 計画の進行管理

本県では、上記の協議会等に加え、第7次熊本県保健医療計画の作成・推進に関して必要な事項を協議するために「熊本県保健医療推進協議会」を設置しており、医師確保計画及び外来医療計画についても、同協議会において計画の進捗を報告し、意見等を伺いながら、計画に基づく施策を着実に推進していきます。