

# 医師確保計画の改定について （改定の方向性）

健康医療福祉部医療政策課

# 目 次

CONTENTS	PAGE
医師確保計画の改定に向けたポイント	4～
医師偏在指標（全体）について	19～
分娩取扱医師偏在指標について	33～
小児科医師偏在指標について	41～
医師確保計画の改定に向けた検討事項	49～

# 本日の論点（御意見伺いたいこと）

医師確保計画の改定に関する以下の点について、特に御意見を伺いたい。

## 1. 医師少数区域および医師少数スポットの設定について

- 医師偏在指標上、下位33.3%に該当する「甲賀圏域」を医師少数区域として設定することについて。
- 医師少数スポットの変更の必要性について。

## 2. 目標医師数の設定について

- 次期計画において県全体および二次医療圏域ごとに具体的な目標医師数を設定することについて。

## 3. その他、医師確保計画の改定に関すること

- 次回の地域医療対策協議会において計画原案を諮らせていただく予定です。上記1、2のほか、医師確保の方針や具体的な施策に関する御意見（今後どのような取組や仕組みがあるとよいかなど）をいただけますと幸いです。

## 医師確保計画の改定に向けたポイント

- 医師確保計画について
- 次期医師確保計画の策定スケジュール
- 医師確保計画の見直しについて
  - ・ 新たな医師偏在指標の確定までの流れ
  - ・ 医師少数区域、医師少数スポット
  - ・ 目標医師数
  - ・ 医師確保計画の効果の測定・効果
- 滋賀県における医師確保計画の改定スケジュール

- 都道府県が、国の定める基本方針に即し、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定するもの。
- 医療資源の地域的偏在の是正と医療施設の連携を推進するため、昭和60年の医療法改正により導入され、都道府県の二次医療圏ごとの病床数の設定、病院の整備目標、医療従事者の確保等を記載。平成18年の医療法改正により、疾病・事業ごとの医療連携体制について記載されることとなり、平成26年の医療法改正により「地域医療構想」が記載されることとなった。その後、平成30年の医療法改正により、「医師確保計画」及び「外来医療計画」が位置付けられることとなった。

## 計画期間

- 6年間（現行の第7次医療計画の期間は2018年度～2023年度。第8次医療計画の期間は2024年度～2029年度。中間年で必要な見直しを実施。）

## 記載事項(主なもの)

### ○ 医療圏の設定、基準病床数の算定

- ・ 病院の病床及び診療所の病床の整備を図るべき地域的単位として区分。

#### 二次医療圏

**335医療圏**(令和3年10月現在)

##### 【医療圏設定の考え方】

一般の入院に係る医療を提供することが相当である単位として設定。その際、以下の社会的条件を考慮。

- ・ 地理的条件等の自然的条件
- ・ 日常生活の需要の充足状況
- ・ 交通事情 等

- ・ 国の指針において、一定の人口規模及び一定の患者流入/流出割合に基づく、二次医療圏の設定の考え方を明示し、見直しを促進。

#### 三次医療圏

**52医療圏**(令和3年10月現在)

※都道府県ごとに1つ(北海道のみ6医療圏)

##### 【医療圏設定の考え方】

特殊な医療を提供する単位として設定。ただし、都道府県の区域が著しく広いことその他特別な事情があるときは、当該都道府県の区域内に二以上の区域を設定し、また、都道府県の境界周辺の地域における医療の需給の実情に応じ、二以上の都道府県にわたる区域を設定することができる。

### ○ 地域医療構想

- ・ 2025年の、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4機能ごとの医療需要と将来の病床数の必要量等を推計。

### ○ 5疾病・6事業(※)及び在宅医療に関する事項

※ 5疾病…5つの疾病(がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患)。

6事業…6つの事業(救急医療、災害時における医療、新興感染症発生・まん延時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療(小児救急医療を含む。))。

- ・ 疾病又は事業ごとの医療資源・医療連携等に関する現状を把握し、課題の抽出、数値目標の設定、医療連携体制の構築のための具体的な施策等の策定を行い、その進捗状況等を評価し、見直しを行う(PDCAサイクルの推進)。

### ○ 医師の確保に関する事項

- ・ 三次・二次医療圏ごとに医師確保の方針、目標医師数、具体的な施策等を定めた「医師確保計画」の策定(3年ごとに計画を見直し)
- ・ 産科、小児科については、政策医療の観点からも必要性が高く、診療科と診療行為の対応も明らかにしやすいことから、個別に策定

### ○ 外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項

- ・ 外来医療機能に関する情報の可視化、協議の場の設置、医療機器の共同利用等を定めた「外来医療計画」の策定

## 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
- ・ 患者の流入入等
- ・ 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、上位の一定の割合を医師多数区域、下位の一定の割合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。

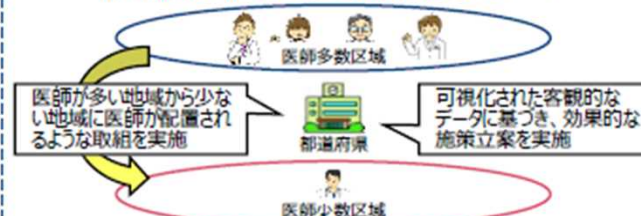
- （例）
- ・ 大学医学部の地域枠を15人増員する
  - ・ 地域医療対策協議会で、医師多数区域のA医療圏から医師少数区域のB医療圏へ10人の医師を派遣する調整を行う 等

## 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ため）

### 都道府県による医師の配置調整のイメージ



# 医師の確保に関する事項（第8次医療計画の見直しのポイント）

## 概要

- 医師確保計画の策定において基礎となる、地域ごとの医師の多寡を統一的・客観的に比較・評価するための医師偏在指標について精緻化等を行う。
- 地域の実情に応じて安定した医師確保を行うため、地域枠等の恒久定員内への設置、寄附講座の設置、地域における子育て支援等を進める。

## 医師偏在指標の精緻化等

- 三師統計で用いる医師届出票において、「従たる従事先」に記載された医療機関が主たる従事先と異なる医療圏である場合、医師数を主たる従事先では0.8人、従たる従事先では0.2人として医師偏在指標を算出する。

※分娩取扱医師偏在指標及び小児科医師偏在指標も同様

(9) 従たる従事先 (施設の種類に従事している場合、(9)欄の「従たる施設・業務の種類」に併せてのいずれかを記入した場合の従事先について記入すること)

ふりがな	代表電話		電	話													
名	姓	(	-	-													
所在地	〒□□□□-□□□□																
勤務状況	12月1日～7日の勤務日数(日/週)(前日・日直を除く)	0日	0.5	1.0	1.5	2.0	2.5	3.0	3.5	4.0	4.5	5.0	5.5	6.0	6.5	7.0	
該当する項目を1つだけ選択	11月の前日・日直回数(回/月)(夜間)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10～15未満	15～20未満	20以上				
従たる従事先の件数	件 (今年度12月31日現在で雇用契約等のある全ての従事先)																

- 新たに、地域の実情に応じた施策を検討する際に活用することができるよう、勤務施設別（病院及び診療所）の医師偏在指標を参考として都道府県に提示する。

## 地域枠等の設置促進等

- 都道府県は、地域枠に加え、柔軟に運用できる地元出身者枠の恒久定員内への設置について、積極的に大学と調整を行う。
- 特に医師少数都道府県においては、地元出身者を対象として他都道府県に所在する大学にも地域枠を設置し、卒前からキャリア形成に関する支援を行うことで、医師確保を促進する。
- 都道府県は、寄附講座の設置、派遣元医療機関への逸失利益の補填に加えて、その他の既存の施策を組み合わせることで、医師少数区域等の医師確保を推進する。
- 地域の医療関係者、都道府県、市町村等が連携し、地域の実情に応じた子育て支援に取り組む。

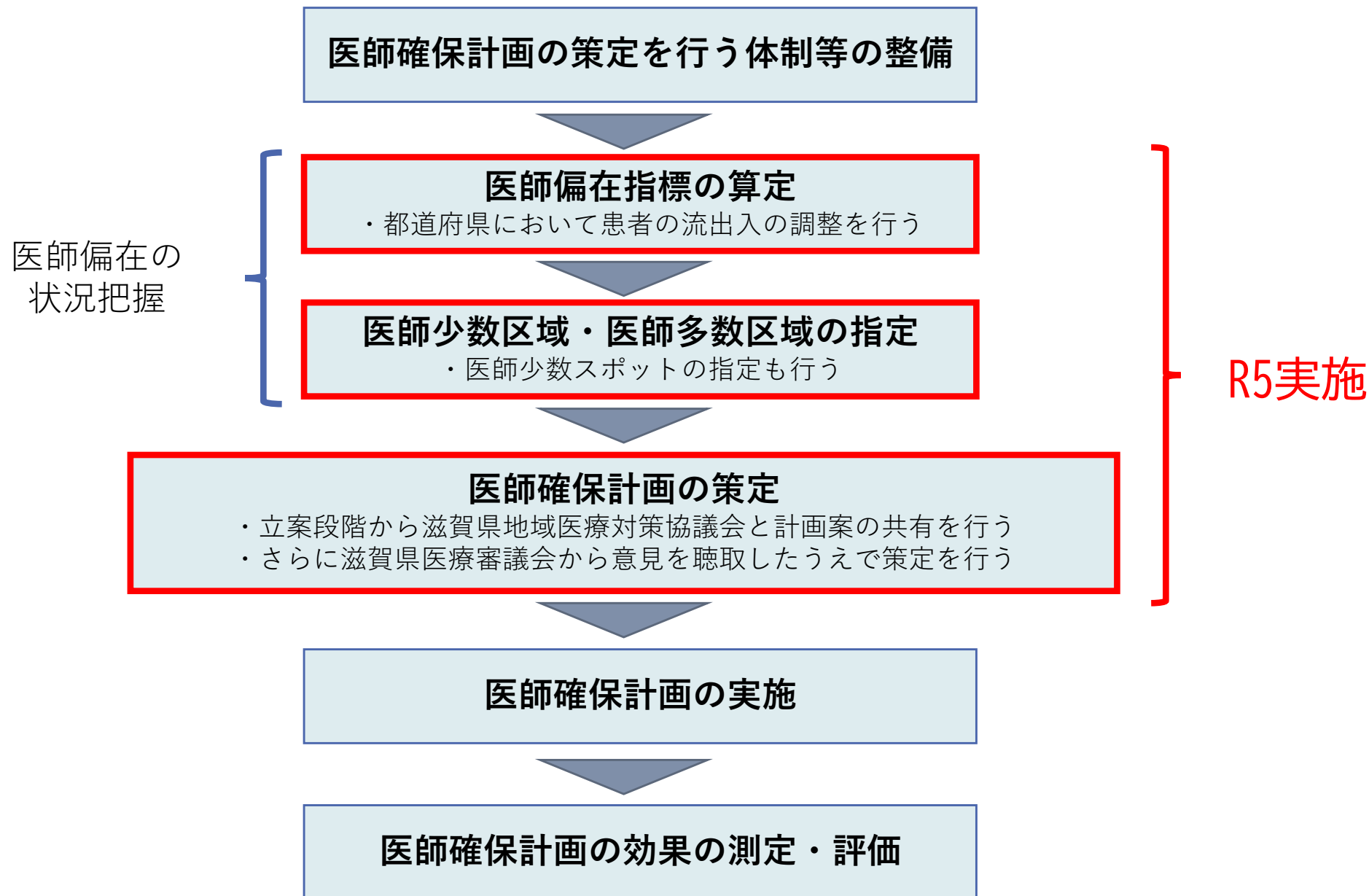
# 次期医師確保計画の策定スケジュール

## <医師確保計画策定ガイドライン 第8次（前期）より抜粋>

時期	
2022年度	<ul style="list-style-type: none"> <li>厚生労働省が医師偏在指標（暫定値）を算出 ※暫定値では、2022年現在の二次医療圏を前提とした医師偏在指標の計算を行い、上位及び下位33.3%の基準となる指標の閾値を確定</li> </ul>
2023年	<ul style="list-style-type: none"> <li>都道府県が第8次医療計画策定に当たり二次医療圏、周産期医療圏及び小児医療圏の見直しを検討</li> </ul>
9月まで	<ul style="list-style-type: none"> <li>都道府県において、二次医療圏等の見直しを行う場合、見直し後の二次医療圏等間における患者の流出入を厚生労働省に報告（二次医療圏等の見直しを行わない場合は、暫定値を確定値とする）</li> </ul>
報告後順次	<ul style="list-style-type: none"> <li>都道府県の報告を踏まえ、厚生労働省において、当該見直しが行われる二次医療圏の医師偏在指標（確定値）を算定</li> </ul>
3月まで	<ul style="list-style-type: none"> <li>都道府県は、当該確定値と2022年度に確定された閾値を比較して、医師多数区域・医師少数区域の判断を行う</li> <li>都道府県が地域医療対策協議会との共有、都道府県医療審議会への意見聴取を経て、医師確保計画を策定・公表</li> <li>厚生労働省が都道府県向けの医師確保計画策定研修会等を随時実施</li> </ul>
2024年度	<ul style="list-style-type: none"> <li>都道府県において、第8次（前期）医師確保計画に基づく医師偏在対策開始</li> </ul>
2025年度	<ul style="list-style-type: none"> <li>国が第8次（後期）医師確保計画策定に向けた、医師確保計画見直しについての指針を作成、公表予定</li> </ul>
2026年度	<ul style="list-style-type: none"> <li>都道府県が第8次（後期）医師確保計画を策定・公表</li> </ul>
2027年度	<ul style="list-style-type: none"> <li>都道府県において、第8次（後期）医師確保計画に基づく医師偏在対策開始</li> </ul>



# 医師確保計画の策定手続のイメージ



# 医師偏在指標の作成手続

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

資料1

令和4年10月27日

改定

2022年  
11月

厚生労働省において、医師偏在指標の計算方法及び現医師偏在指標に用いている患者数の流出入に基づく増減を反映した医師偏在指標 **(速報値)** を都道府県に提供する

2022年  
12月

都道府県間及び二次医療圏間の患者の流出入の状況については、都道府県において、必要に応じて都道府県間、都道府県内で医師偏在指標への見込み方について調整を行い、都道府県は、無床診療所における外来患者数、病院・有床診療所における入院患者数に関する調整後の都道府県間及び二次医療圏間における患者の流出入数を厚生労働省に報告する

2023年  
3月

厚生労働省において、流出入数やR4年医師の勤務実態調査の結果を踏まえ、再度、医師偏在指標 **(暫定値)** を算出し、都道府県に提供する（次期医師確保計画策定ガイドライン発出のタイミングで提供）

## 2023年度において都道府県が医療計画及び医師確保計画等を策定

第8次医療計画において、  
二次医療圏の見直しを行わない

医師偏在指標（暫定値）を  
確定値とする

第8次医療計画において、  
二次医療圏の見直しを行なう

都道府県は、医療計画策定の際に、二次医療圏の見直し  
については先行して議論、国へ報告

2023年  
9月まで

都道府県は、見直し後の二次医療圏間における患者の流  
出入数を厚生労働省に報告する

報告次第  
順次

厚生労働省において、当該二次医療圏に係る医師偏在指  
標を再度算出し、確定する

# 二次医療圏の見直しに係る医師偏在指標の算出

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

資料1

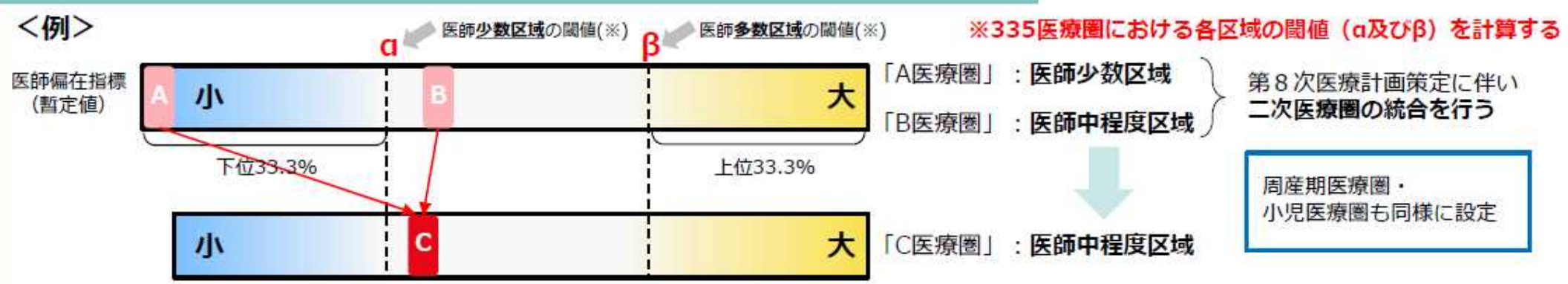
令和4年10月27日

改変

## 二次医療圏の見直しに係る医師偏在指標の再算出の考え方

- 令和4年度末に、国が、次期医師確保計画策定ガイドラインとあわせて都道府県に提供する医師偏在指標（**暫定値**）より、上位及び下位1/3の閾値を決定する。
- 二次医療圏を変更しない都道府県は、**暫定値を確定値として取り扱い**、次期医師確保計画を策定する。
- 二次医療圏を変更する都道府県は、下記のスケジュールに沿って、医師偏在指標の**確定値の算定を行う**。
- なお、見直し後の二次医療圏の区分は、**暫定値より決定した上位1/3・下位1/3の閾値をもって決定**する。

## 二次医療圏の見直しに係る医師多数区域・医師少数区域の設定イメージ



二次医療圏の見直し後においても、医師多数区域・少数区域の設定は、医師偏在指標の暫定値より計算した閾値 ( $a$ 及び $b$ ) を用いる

## 医師偏在指標の再算出のスケジュール

年度	令和4年度			令和5年度									令和6年度					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6
都道府県				新たな二次医療圏変更を踏まえた流出入数を厚労省に報告(※)									医師確保計画策定完了			次期医師確保計画		
厚生労働省	医師偏在指標(暫定値)を都道府県に提供									医師偏在指標等の再算出、各種データの再集計								

## 国が定めている定義

- 医療法では、各種医師確保対策の対象として、「医師の確保を特に図るべき区域」という概念を設けている。

医師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、都道府県間の医師偏在の是正に向け、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の地域での施策を検討することができるものとし、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を行う	医師少数県	: 他の医師多数県からの医師の確保ができる
医師中程度区域	: 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	医師中程度県	: 医師少数区域が存在する場合には、必要に応じて、他の医師多数県からの医師の確保ができる
医師多数区域	: 二次医療圏外からの医師の確保を行わない	医師多数県	: 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・医師少数スポットに対する既存の施策

- キャリア形成プログラム  
(地域枠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)
- 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)
- 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

# 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

令和5年度第1回  
医療政策研修会

資料  
15

令和5年5月24日

## ＜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

- 医師偏在指標の下位一定割合を各計画期間で一定とすれば、2020年度からの5計画期間で全ての都道府県が2036年度に医療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出される。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の設定の基準とする。**
- 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約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直すことが適切と考えられるが、二次医療圏の見直しが困難な場合については、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、へき地や離島等においては、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改正法の趣旨を没却するものであるため、医師少数スポットの設定は慎重に行う必要がある。そのため、**既に巡回診療の取組が行われており、地域の医療ニーズに対して安定して医療が提供されている地域や、病院が存在しない地域などで明らかに必要な医療を他の区域の医療機関でカバーしている場合等、既に当該地域で提供すべき医療に対して必要な数の医師を確保できている地域を医師少数スポットとして設定することは適切ではない。**
- また、**現在、無医地区・準無医地区として設定されている地域等を無条件に医師少数スポットとして設定することも、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実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で無医地区・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であって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。**

# 目標医師数

## 国が定めている定義（ガイドライン）

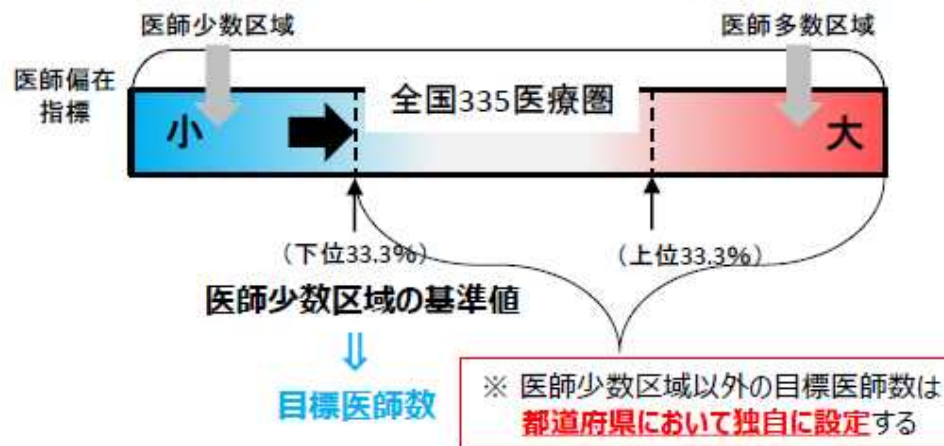
- 計画終了時点の医師偏在指標の値が、計画開始時点の医師少数都道府県及び医師少数区域の基準値（下位33.3%）に達することとなる医師数を目標医師数に設定する。
- 二次医療圏単位での目標医師数は、計画終了時点において、各医療圏で確保しておくべき医師の総数であり、目標医師数と計画開始時の医師数との差が、追加的に確保が必要な医師の総数。

$$\text{目標医師数(計画終了時)} = \text{下位1/3の医師偏在指標(計画開始時)} \times \text{推計人口(計画終了時、10万人単位)} \times \text{地域の標準化受療率比(計画終了時)}$$

- 医師少数区域を脱する医師偏在指標を基準とし、計画終了時にその基準に達するために必要な医師数を「目標医師数」として算出
- 計画終了時の推計人口及び地域の標準化受療率比の算出にあたっては、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」を用いる

$$\text{医師偏在指標(計画開始時)} = \frac{\text{標準化医師数(計画開始時)}}{\text{地域の人口(計画開始時、10万人単位)} \times \text{地域の標準化受療率比(計画開始時)}}$$

## 二次医療圏の目標医師数の設定



## 目標医師数の達成のために必要な医師を確保



## <医師確保計画策定ガイドライン 第8次（前期）より抜粋>

### 5-3. 目標医師数

#### 5-3-1. 目標医師数

##### (i) 考え方

- 3年間の計画期間中に医師少数区域及び医師少数都道府県が計画期間開始時の下位33.3%の基準を脱する（すなわち、その基準に達する）ために要する具体的な医師の数を、目標医師数として設定する。
- **目標医師数は、計画期間終了時点において、各医療圏で確保しておくべき医師の総数を表すものであり、当該医療圏の計画終了時点の医師偏在指標が計画開始時点の下位33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師の総数と定義する。**したがって、医師確保対策により追加で確保が必要な医師数は、目標医師数と現在の医師数との差分として表されることとなる。
- なお、目標医師数の設定に当たっては、地域で必要とされる医療が提供される必要があることから、医療提供体制の維持を考慮することとする。

##### (ii) 都道府県

- 医師少数都道府県の目標医師数は、計画期間終了時の医師偏在指標が、計画期間開始時の全都道府県の医師偏在指標について下位33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師の総数と定義する。
- 医師少数都道府県以外は、目標医師数を既に達成しているものとして取り扱うが、前述のとおり、これは既存の医師確保の施策を速やかに廃止することを求める趣旨ではなく、新たに医師確保対策を立案することを抑制する趣旨であることを踏まえ、以下に記載する**自県の二次医療圏の設定上限数の合計が都道府県の計画開始時の医師数を上回る場合は、二次医療圏の目標医師数の合計が都道府県の計画開始時の医師数を上回らない範囲で、二次医療圏の目標医師数を設定する。**

##### (iii) 二次医療圏

- 医師少数区域の目標医師数は、計画期間終了時の医師偏在指標の値が、計画期間開始時の全二次医療圏の医師偏在指標について下位33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師の総数と定義する。ただし、**計画期間開始時に既に下位33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師数を達成している場合は、医師の地域偏在の解消を図る観点から、原則として、目標医師数は計画開始時の医師数を設定上限数とする。**
- 医師少数区域以外の二次医療圏における目標医師数は、原則として、計画開始時の医師数を設定上限数とする。ただし、**今後の医療需要の増加が見込まれる地域では、厚生労働省が参考として提示する「計画終了時に計画開始時の医師偏在指標を維持するための医師数」**を踏まえ、その数を設定上限数とする。

## <医師確保計画策定ガイドライン 第8次（前期）より抜粋>

### 8. 医師確保計画の効果の測定・評価

- 医師確保計画のサイクルの中で、次期の医師確保計画に定める目標医師数は、医師確保計画の計画期間終了時における医師偏在指標の値を基に設定されるものである。このため、**医師確保計画の効果については、計画終了時点で活用可能な最新データから医師偏在指標の値の見込みを算出し、これに基づいて測定・評価することが望ましいが、医師偏在指標を算出するための三師統計が2年ごとであるなど計画終了時の医師偏在指標の値の見込みの算出は困難であることから、医師偏在指標ではなく、病床機能報告等の都道府県が活用可能なデータを参考として医師確保計画の効果の測定・評価することとする。**
  - ※ 病床機能報告のデータは、厚生労働省ホームページより入手可能。  
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000055891.html>
- 医師確保計画の効果測定・評価の結果については、地域医療対策協議会において協議を行い、次期医師確保計画の策定・見直しに反映させるとともに、評価結果を次期医師確保計画に記載することとする。
- 都道府県は、非常勤医師の派遣等の取組に関して医療機関等から聞き取り調査を行う等、既存の統計調査では把握が困難な事項について可能な限り把握を行い、医師少数区域等における医師の確保の状況をできるだけ正確に評価できる体制を整備すること。
- 都道府県は計画終了時に、都道府県外からの医師の受入状況及び都道府県外への医師の派遣状況も把握を行い、計画作成時点と計画見直し時点での状況の変化を把握すること。
- 都道府県は計画終了時に、地域枠医師の定着率及び派遣先を把握し、義務履行率、定着率の改善が見られるか否か、医師少数区域等に定められた期間勤務しているか否か等について把握を行うこと。
- 医師確保計画の効果の測定結果を踏まえ、都道府県ごと、二次医療圏ごとに医師確保の状況等について比較を行い、課題を抽出すること。その上で、他の都道府県の取組等を参考にしながら適切な対策を行うこと。
- 医療計画においては、その実効性を上げるために、その評価を行い、評価結果に基づき計画の内容を見直すことが重要であるとしている。特に、産科及び小児科における医師確保計画の内容については、医師全体における医師確保計画と同様に、その評価を行い、評価結果に基づき医療計画における周産期医療及び小児医療の確保に必要な事業に関する事項等と一体的に見直すことが望ましい。



# (滋賀県) 医師確保計画 改定スケジュール

第1回 医療審議会	令和5年6月12日(月)	医師確保計画の方向性について
第1回 地域医療対策協議会	令和5年8月28日(月)	医師確保計画の方向性について
第2回 地域医療対策協議会	令和5年10月下旬～11月中旬	医師確保計画の原案について
第3回 医療審議会	令和5年11月下旬～12月上旬	医師確保計画の原案について
第4回 地域医療対策協議会	令和6年2月下旬～3月上旬	医師確保計画の計画案について(パブコメ結果)
第4回 医療審議会	令和6年3月	医師確保計画の計画案について(パブコメ結果)、答申

	R5.4	5	6	7	8	9	10	11	12	R6.1	2	3
医療審			第1回 6/12		第2回 8/18			第3回				第4回
地对協					第1回 8/28		第2回	第3回				第4回
県			・検討事項の整理 ・各種データの分析	計画原案の作成				パブリックコメント				
				庁議 8/4	常任 委員会		庁議 11/17	常任 委員会				



## 医師偏在指標（全体）について

### □医師偏在指標

- 医師偏在指標の考え方、算出式
- 都道府県間の医師偏在指標
- 県内各二次医療圏の医師偏在指標
- 病院医師偏在指標
- 診療所医師偏在指標

# 医師偏在指標の考え方

- 過去においては、地域ごとの医師数の比較には人口10万人対医師数が一般的に用いられてきたが、これは地域ごとの医療ニーズや人口構成等を反映しておらず、医師数の多寡を統一的・客観的に把握するための「ものさし」としての役割を十分に果たしていないという問題点があった。



- このため「医療法及び医師法の一部を改正する法律（平成30年法律第79号）」に基づき、全国ベースで三次医療圏（県）ごとおよび二次医療圏ごとの医師の多寡を統一的・客観的に比較・評価した指標が算定されることになり、現行医師確保計画（R2～R5）から、次の5要素を考慮した「医師偏在指標」を設定。

- ◆ 医療需要（ニーズ）および人口・人口構成とその変化
- ◆ 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）

- 次期医師確保計画（R6～R8）においても、現行医師確保計画と同様に医師偏在指標を設定することとされている。
- 産科・小児科については、政策医療の観点、診療科と診療行為の対応も明らかにしやすいこと等から、「分娩取扱医師偏在指標」および「小児科医師偏在指標」を設定。

# 医師偏在指標（全体）

## 医師偏在指標（ポイント）

- 2036年に向けて医師偏在解消を目指すための指標
- 医師偏在指標は、一定の前提条件のもと、各種統計等に基づいて機械的に算出された数値
- 医師の絶対的な充足状況ではなく、あくまでも相対的な偏在状況を示すもの
- 医師確保計画の見直しに合わせて、その都度、国において算出されることになっている

## 新たな医師偏在指標の算出式（現在の医師偏在指標から算出式に変更なし）

- 医師偏在指標の算出は、以下の算出式によって算出される。（算出式の詳細は次ページを参照。）

$$\text{医師偏在指標} = \frac{\text{標準化医師数}}{\text{地域の人口} \div 10\text{万} \times \text{地域の標準化受療率比}}$$

- 現在の医師偏在指標と比較して算出式に変更はないが、以下の2点について変更あり。

### 1. 主なデータ

用いるデータ	出典	現在の医師偏在指標	新たな医師偏在指標
医療施設 従事医師数	三師統計	H28.12.31	R2.12.31
労働時間比	医師の勤務実態調査	H28.12	R4.7
人口	住民基本台帳人口	H29.1.1	R3.1.1
患者数	患者調査	H29.9	H29.9
患者流出数	都道府県への調査	H31実施	R4実施

### 2. 主従従事先反映

算出式に変更はないが、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、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。**

**大学病院等から派遣される非常勤医師等の勤務実態を考慮。**

## 医師多数区域（県）・医師少数区域（県）の設定

- 全国335二次医療圏および三次医療圏（47都道府県）の医師偏在指標の値を一律に比較し、上位の一定割合を医師多数区域、下位の一定の割合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。

# 医師偏在指標（全体）の算出式

$$\text{医師偏在指標} = \frac{\text{標準化医師数（※1）}}{\text{地域の人口} \div 10\text{万} \times \text{地域の標準化受療率比（※2）}}$$

$$\text{（※1）標準化医師数} = \sum \text{性年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

$$\text{（※2）地域の標準化受療率比} = \text{地域の期待受療率（※3）} \div \text{全国の期待受療率}$$

$$\text{（※3）地域の期待受療率} = \frac{\sum (\text{全国の性年齢階級別調整受療率（※4）} \times \text{地域の性年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}}$$

$$\text{（※4）全国の性年齢階級別調整受療率} = \text{無床診療所医療医師需要度（※5）} \times \text{全国の無床診療所受療率} \uparrow \text{全国の入院受療率}$$

$$\text{（※5）無床診療所医療医師需要度} = \frac{\text{マクロ需給推計における外来医師需要} / \text{全国の無床診療所外来患者数（※6）}}{\text{マクロ需給推計における入院医師需要} / \text{全国の入院患者数}}$$

$$\text{（※6）全国の無床診療所外来患者数} = \text{全国の外来患者数} \times \frac{\text{初診・再診・在宅医療算定回数〔無床診療所〕}}{\text{初診・再診・在宅医療算定回数〔有床診療所・無床診療所〕}}$$

さらに、患者の流出入に基づく増減を反映するために、（※4）全国の性年齢階級別調整受療率を次のように修正を加えて計算する。

$$\text{全国の性年齢階級別調整受療率（流出入反映）} = \text{無床診療所医療医師需要度} \times \text{全国の無床診療所受療率} \times \text{無床診療所患者流出入調整係数（※7）} \\ \uparrow \text{全国の入院受療率} \times \text{入院患者流出入調整係数（※8）}$$

$$\text{（※7）無床診療所患者流出入調整係数} = \frac{\text{無料診療所患者数（患者所在地）} \uparrow \text{無床診療所患者流入数} - \text{無床診療所患者流出数}}{\text{無床診療所患者数（患者所在地）}}$$

$$\text{（※8）入院患者流出入調整係数} = \frac{\text{入院患者数（患者所在地）} \uparrow \text{入院患者流入数} - \text{入院患者流出数}}{\text{入院患者数（患者所在地）}}$$

# (R2.3) 都道府県間の医師偏在指標（全体）

医師多数区域

全国平均

239.8

医師少数区域

順位	都道府県	医師偏在指標
1	東京都	332.8
2	京都府	314.4
3	福岡県	300.1
4	岡山県	283.2
5	沖縄県	276.0
6	大阪府	275.2
7	徳島県	272.2
8	石川県	272.2
9	長崎県	263.7
10	和歌山県	260.3
11	佐賀県	259.7
12	高知県	256.4
13	鳥取県	256.0
14	熊本県	255.5
15	香川県	251.9
16	滋賀県	244.8

順位	都道府県	医師偏在指標
17	兵庫県	244.4
18	大分県	242.8
19	奈良県	242.3
20	広島県	241.4
21	島根県	238.7
22	宮城県	234.9
23	鹿児島県	234.1
24	福井県	233.7
25	愛媛県	233.1
26	神奈川県	230.9
27	山梨県	224.9
28	愛知県	224.9
29	北海道	224.7
30	富山県	220.9
31	山口県	216.2

順位	都道府県	医師偏在指標
32	栃木県	215.3
33	三重県	211.2
34	群馬県	210.9
35	宮崎県	210.4
36	岐阜県	206.6
37	長野県	202.5
38	千葉県	197.3
39	静岡県	194.5
40	山形県	191.8
41	秋田県	186.3
42	茨城県	180.3
43	福島県	179.5
44	埼玉県	177.1
45	青森県	173.6
46	新潟県	172.7
47	岩手県	172.7

人口10万人対医師数では全国32位（2016.12）

- 医師の年齢構成が若い（労働時間が長い） → 医師数（分子）が増
- 地域人口の高齢化率が低い（受療が少ない） → 患者数（分母）が減



医師偏在指標は大きくなる

# (R5.4暫定値) 都道府県間の医師偏在指標 (全体) ※令和5年8月9日更新

医師多数区域

全国平均

255.6

医師少数区域

順位	都道府県	医師偏在指標	前回順位比較
1	東京都	353.9	
2	京都府	326.7	
3	福岡県	313.3	
4	岡山県	299.6	
5	沖縄県	292.1	
6	徳島県	289.3	↑ 1
7	大阪府	288.6	↓ 1
8	長崎県	284.0	↑ 1
9	石川県	279.8	↓ 1
10	和歌山県	274.9	
11	佐賀県	272.3	
12	熊本県	271.0	↑ 2
13	鳥取県	270.4	
14	奈良県	268.9	↑ 5
15	高知県	268.2	↓ 3
16	香川県	266.9	↓ 1

順位	都道府県	医師偏在指標	前回順位比較
17	兵庫県	266.5	
18	島根県	265.1	↑ 3
19	滋賀県	260.4	↓ 3
20	大分県	259.7	↓ 2
21	鹿児島県	254.8	↑ 2
22	広島県	254.2	↓ 2
23	神奈川県	247.5	↑ 3
24	宮城県	247.3	↓ 2
25	福井県	246.8	↓ 1
26	愛媛県	246.4	↓ 1
27	山梨県	240.8	
28	愛知県	240.2	
29	富山県	238.8	↑ 1
30	北海道	233.8	↓ 1
31	栃木県	230.5	↑ 1

人口10万人対医師数では全国32位 (2020.12)

順位	都道府県	医師偏在指標	前回順位比較
32	山口県	228.0	↓ 1
33	宮崎県	227.0	↑ 2
34	三重県	225.6	↓ 1
35	岐阜県	221.5	↑ 1
36	長野県	219.9	↑ 1
37	群馬県	219.7	↓ 3
38	千葉県	213.0	
39	静岡県	211.8	
40	山形県	200.2	
41	秋田県	199.4	
42	埼玉県	196.8	↑ 2
43	茨城県	193.6	↓ 1
44	福島県	190.5	↓ 1
45	新潟県	184.7	↑ 1
46	青森県	184.3	↓ 1
47	岩手県	182.5	

- 新たな医師偏在指標は、平均値・中央値が増加しており、全体的に医師偏在指標が増加。
- 最大値と最小値の差が増加しており、今後の医師確保計画の着実な実施が求められる。



# 県内各二次医療圏の医師偏在指標（全体）

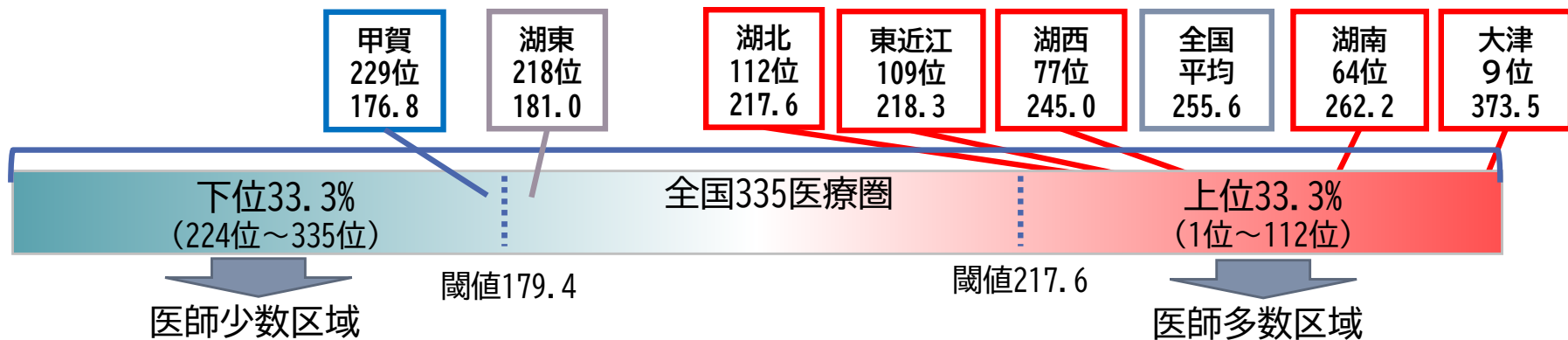
（R2.3）医師偏在指標（全体）

（R5.4暫定値）医師偏在指標（全体） ※令和5年8月9日更新

区分	医師偏在指標	全国順位（※）	医師多数・少数区域の別
全国	239.8	—	
滋賀県	244.8	16位	医師「多数」県
大津	378.3	7位	医師「多数」区域
湖南	238.2	68位	医師「多数」区域
甲賀	161.9	223位	
東近江	200.3	104位	医師「多数」区域
湖東	169.5	196位	
湖北	193.2	121位	
湖西	179.8	160位	

医師偏在指標	全国順位（※）	前回(R2.3)順位との比較	医師多数・少数区域の別
255.6	—	—	—
260.4	19位	↓3	
373.5	9位	↓2	医師「多数」区域
262.2	64位	↑4	医師「多数」区域
176.8	229位	↓6	医師「少数」区域
218.3	109位	↓5	医師「多数」区域
181.0	218位	↓22	
217.6	112位	↑9	医師「多数」区域
245.0	77位	↑83	医師「多数」区域

（※）県は47都道府県中の順位（1～16位が医師多数都道府県。32～47位が医師少数都道府県）  
 二次医療圏は335二次医療圏中の順位（1～108位が医師多数区域。224～335位が医師少数区域）



# 医師偏在指標（全体）の算定に係る各種数値

## （R2.3）医師偏在指標

区分	医師偏在指標	全国順位	医師多数・少数区域の別	医療機関 従事医師数	標準化医師数	人口 (10万人)	標準化 受療率比
全国	239.8						
滋賀県	244.8	16位	医師『多数』県	3,121	3,183	14.2	0.92
大津	378.3	7位	医師『多数』区域	1,216	1,277	3.4	0.99
湖南	238.2	68位	医師『多数』区域	697	694	3.4	0.87
甲賀	161.9	223位		198	198	1.5	0.83
東近江	200.3	104位	医師『多数』区域	420	427	2.3	0.92
湖東	169.5	196位		231	222	1.6	0.84
湖北	193.2	121位		287	293	1.6	0.95
湖西	179.8	160位		72	73	0.5	0.81

## （R5.4暫定値）医師偏在指標（全体） ※令和5年8月9日更新

区分	医師偏在指標	全国順位	医師多数・少数区域の別	医療機関 従事医師数	標準化医師数	人口 (10万人)	標準化 受療率比
全国	255.6			323,700	323,700	1266.5	1.00
滋賀県	260.4	19位		3,360	3,381	14.2	0.92
大津	373.5	9位	医師『多数』区域	1,252	1,275	3.4	0.99
湖南	262.2	64位	医師『多数』区域	781	780	3.4	0.87
甲賀	176.8	229位	医師『少数』区域	214	215	1.5	0.84
東近江	218.3	109位	医師『多数』区域	461	459	2.3	0.92
湖東	181.0	218位		239	234	1.6	0.83
湖北	217.6	112位	医師『多数』区域	319	322	1.6	0.95
湖西	245.0	77位	医師『多数』区域	95	95	0.5	0.82

# (R5.4暫定値) 都道府県間の病院医師偏在指標

上位33.3% (多数)

全国平均

175.9

下位33.3% (少数)

順位	都道府県	医師偏在指標
1	東京都	240.8
2	京都府	233.6
3	沖縄県	227.8
4	福岡県	224.0
5	岡山県	216.4
6	石川県	211.1
7	高知県	206.7
8	徳島県	200.7
9	大阪府	198.0
10	長崎県	196.7
11	奈良県	190.5
12	島根県	189.2
13	熊本県	189.0
14	滋賀県	188.9
15	香川県	187.5
16	鳥取県	185.3

順位	都道府県	医師偏在指標
17	佐賀県	184.9
18	福井県	183.2
19	和歌山県	182.6
20	大分県	182.2
21	兵庫県	178.4
22	富山県	176.6
23	鹿児島県	176.1
24	宮城県	173.4
25	北海道	173.3
26	山梨県	170.4
27	愛媛県	168.8
28	広島県	165.0
29	神奈川県	163.4
30	愛知県	161.9
31	栃木県	159.5

順位	都道府県	医師偏在指標
32	長野県	155.7
33	宮崎県	155.2
34	山口県	151.7
35	千葉県	151.3
36	三重県	144.3
37	岐阜県	143.7
38	群馬県	143.3
39	静岡県	141.4
40	秋田県	140.2
41	茨城県	135.3
42	山形県	135.2
43	埼玉県	130.1
44	新潟県	128.8
45	福島県	126.2
46	青森県	125.8
47	岩手県	125.4

- 医師の年齢構成が若い (労働時間が長い) → 医師数 (分子) が増
- 地域人口の高齢化率が低い (受療が少ない) → 患者数 (分母) が減



医師偏在指標  
は大きくなる

# 県内各二次医療圏の病院医師偏在指標

## 病院医師偏在指標

区分	病院医師偏在指標	全国順位(※)	医師多数・少数の別
全国	175.9		
滋賀県	188.9	14位	多数
大津	282.7	7位	多数
湖南	186.9	62位	多数
甲賀	119.5	215位	
東近江	154.0	101位	多数
湖東	116.9	227位	少数
湖北	149.7	111位	多数
湖西	198.8	52位	多数

## 参考 (R5.4暫定値) 医師偏在指標 (全体)

医師偏在指標	全国順位(※)	医師多数・少数区域の別
255.6		
260.4	19位	
373.5	9位	医師「多数」区域
262.2	64位	医師「多数」区域
176.8	229位	医師「少数」区域
218.3	109位	医師「多数」区域
181.0	218位	
217.6	112位	医師「多数」区域
245.0	77位	医師「多数」区域

(※) 県は47都道府県中の順位 (1~16位が医師多数都道府県。32~47位が医師少数都道府県)  
 二次医療圏は335二次医療圏中の順位 (1~108位が医師多数区域。224~335位が医師少数区域)



# (R5.4暫定値) 都道府県間の診療所医師偏在指標

上位33.3% (多数)

全国平均

79.7

下位33.3% (少数)

順位	都道府県	医師偏在指標
1	東京都	114.2
2	京都府	92.9
3	和歌山県	92.3
4	大阪府	90.7
5	福岡県	89.7
6	広島県	89.2
7	兵庫県	88.1
8	徳島県	87.4
9	長崎県	86.9
10	佐賀県	86.6
11	神奈川県	84.3
12	鳥取県	84.0
13	岡山県	82.6
14	熊本県	81.3
15	三重県	81.3
16	香川県	79.3

順位	都道府県	医師偏在指標
17	愛知県	78.4
18	鹿児島県	78.1
19	奈良県	77.9
20	岐阜県	77.8
21	愛媛県	77.1
22	大分県	76.9
23	群馬県	76.4
24	山口県	76.0
25	島根県	75.2
26	宮城県	73.8
27	滋賀県	72.8
28	宮崎県	71.5
29	栃木県	70.7
30	静岡県	70.3
31	山梨県	70.1

順位	都道府県	医師偏在指標
32	沖縄県	68.0
33	石川県	68.0
34	埼玉県	66.8
35	山形県	64.6
36	福島県	64.2
37	長野県	63.5
38	福井県	63.2
39	富山県	61.4
40	千葉県	61.4
41	北海道	59.7
42	高知県	58.6
43	茨城県	58.1
44	秋田県	58.0
45	青森県	57.9
46	岩手県	56.5
47	新潟県	55.4

- 医師の年齢構成が若い (労働時間が長い) → 医師数 (分子) が増
- 地域人口の高齢化率が低い (受療が少ない) → 患者数 (分母) が減



医師偏在指標  
は大きくなる

# 県内各二次医療圏の診療所医師偏在指標

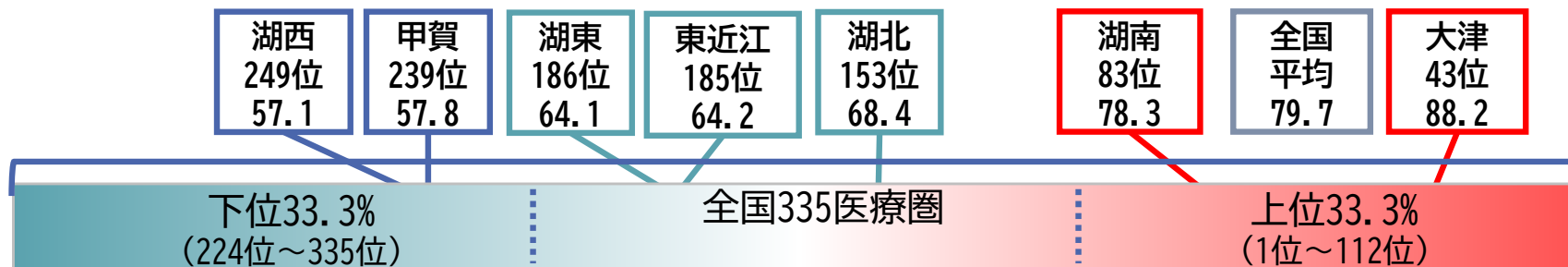
## 診療所医師偏在指標

区分	病院医師偏在指標	全国順位(※)	医師多数・少数の別
全国	79.7		
滋賀県	72.8	27位	
大津	88.2	43位	多数
湖南	78.3	83位	多数
甲賀	57.8	239位	少数
東近江	64.2	185位	
湖東	64.1	186位	
湖北	68.4	153位	
湖西	57.1	249位	少数

## 参考 (R5.4暫定値) 医師偏在指標 (全体)

医師偏在指標	全国順位(※)	医師多数・少数区域の別
255.6		
260.4	19位	
373.5	9位	医師「多数」区域
262.2	64位	医師「多数」区域
176.8	229位	医師「少数」区域
218.3	109位	医師「多数」区域
181.0	218位	
217.6	112位	医師「多数」区域
245.0	77位	医師「多数」区域

(※) 県は47都道府県中の順位 (1~16位が医師多数都道府県。32~47位が医師少数都道府県)  
 二次医療圏は335二次医療圏中の順位 (1~108位が医師多数区域。224~335位が医師少数区域)



# 病院・診療所医師偏在指標の算定に係る各種数値

## (R5.4暫定値)病院医師偏在指標

区分	医師偏在指標	全国順位	医師多数・少数の別	病院 従事医師数	標準化医師数	人口 (10万人)	標準化 受療率比
全国	175.9	—		215,930	222,812	1,266.5	1.00
滋賀県	188.9	14位	医師多数	2,307	2,395	14.2	0.89
大津	282.7	7位	医師多数	942	986	3.4	1.01
湖南	186.9	62位	医師多数	502	518	3.4	0.81
甲賀	119.5	215位		135	140	1.5	0.80
東近江	154.0	101位	医師多数	318	324	2.3	0.92
湖東	116.9	227位	医師少数	137	141	1.6	0.77
湖北	149.7	111位	医師多数	208	217	1.6	0.93
湖西	198.8	52位	医師多数	66	69	0.5	0.72

## (R5.4暫定値)診療所医師偏在指標

区分	医師偏在指標	全国順位	医師多数・少数の別	診療所 従事医師数	標準化医師数	人口 (10万人)	標準化 受療率比
全国	79.7			107,770	100,889	1266.5	1.00
滋賀県	72.8	27位		1,053	986	14.2	0.95
大津	88.2	43位	医師多数	311	290	3.4	0.95
湖南	78.3	83位	医師多数	279	262	3.4	0.98
甲賀	57.8	239位	医師少数	79	75	1.5	0.90
東近江	64.2	185位		143	135	2.3	0.92
湖東	64.1	186位		102	93	1.6	0.93
湖北	68.4	153位		111	104	1.6	0.98
湖西	57.1	249位	医師少数	29	27	0.5	0.99

# 医師偏在指標（全体）まとめ

医師偏在指標（全体）				病院医師偏在指標			診療所医師偏在指標		
区分	医師偏在指標	全国順位	備考	病院医師偏在指標	全国順位	備考	診療所医師偏在指標	全国順位	備考
全国	255.6			175.9			79.7		
滋賀県	260.4	19位		188.9	14位	多数	72.8	27位	
大津	373.5	9位	多数	282.7	7位	多数	88.2	43位	多数
湖南	262.2	64位	多数	186.9	62位	多数	78.3	83位	多数
甲賀	176.8	229位	少数	119.5	215位		57.8	239位	少数
東近江	218.3	109位	多数	154.0	101位	多数	64.2	185位	
湖東	181.0	218位		116.9	227位	少数	64.1	186位	
湖北	217.6	112位	多数	149.7	111位	多数	68.4	153位	
湖西	245.0	77位	多数	198.8	52位	多数	57.1	249位	少数

滋賀県	現行医師確保計画から順位が下がり、 <u>医師多数県から医師中程度県に移行</u> 。相対的には病院医師が多数である。
大津	すべての指標で多数区域に該当しており、相対的には全国屈指。滋賀医科大学医学部附属病院も大津圏域に含まれている。
湖南	大津圏域よりも順位は低いものの、すべての指標が多数区域に該当。相対的に見て医師の充足度が高い区域である。
甲賀	現行医師確保計画から順位が下がり、 <u>医師偏在指標上は医師少数区域に該当</u> 。医師少数区域の設定の検討を要する。
東近江	現行と同様に医師偏在指標上は医師多数区域に該当するが、上位33.3%の閾値に近く、医師中程度区域よりである。
湖東	現行と同様に医師中程度区域であるが、下位33.3%の閾値に近く、病院のみの指標は医師少数の区分に該当している。
湖北	医師偏在指標上は医師多数区域に該当するが、医師多数区域の中での順位は最下位である。
湖西	医師偏在指標上は医師多数区域に該当するが、診療所のみの指標は少数区域に該当しており、病院のみの指標が高いことの影響である。



## 分娩取扱医師偏在指標について

### □分娩取扱医師偏在指標

- 都道府県間の分娩取扱医師偏在指標
- 県内各二次医療圏の分娩取扱医師偏在指標



# 分娩取扱医師偏在指標

## 分娩取扱医師偏在指標とは

- 産科・小児科については、政策医療の観点、医師の長時間労働となる傾向、診療科と診療行為の対応も明らかにしやすいことから、産科・小児科における医師偏在指標を示し、産科・小児科における地域偏在対策に関する検討を行うこととされている。
- 現行の「産科・産婦人科医師数」を「分娩取扱医師数」に変更し、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医・産科医・婦人科を主たる診療科と回答した医師を算定に用いる。
- 名称を「産科医師偏在指標」から「分娩取扱医師偏在指標」に変更。

## 分娩取扱医師偏在指標の算出式（現在の医師偏在指標から算出式に変更あり）

- 分娩取扱医師偏在指標の算出は、以下の算出式によって算出される。（算出式の詳細は次ページを参照。）

$$\text{分娩取扱医師偏在指標} = \frac{\text{標準化分娩取扱医師数}}{\text{分娩件数} \div 1000 \text{件}}$$

### 1. 主なデータ

用いるデータ	出典	現在の医師偏在指標	新たな医師偏在指標
分娩取扱医師数	三師統計	H28.12.31	R2.12.31
分娩件数	医療施設調査	H29.9	H29.9
分娩取扱医療施設の状況	産婦人科医会調査	H29実施	R4実施

### 2. 主従従事先反映

分娩取扱医師偏在指標においても、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。**

**大学病院等から派遣される非常勤医師等の勤務実態を考慮。**

## 相対的医師少数区域（県）の設定

- 産科医師が多いと認められる医療圏を設定すると、当該医療圏は産科医師の追加的な確保ができない医療圏であると誤解される恐れがあることから、**産科においては医師多数区域（県）は設けない。**
- 相対的医師少数区域（県）は**、画一的に医師確保を図るべき医療圏と考えるのではなく、当該医療県内において産科医師が少ないことを踏まえ、**周産期医療の提供体制の整備について特に配慮が必要な医療圏として考えるもの**とする。

# 分娩取扱医師・小児科医師偏在指標の算出式

$$\text{分娩取扱医師偏在指標} = \frac{\text{標準化分娩取扱医師数（※1）}}{\text{分娩件数（※2）} \div 1000 \text{件}}$$

○分娩取扱医師数 = 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、産婦人科・産科・婦人科を主たる診療科と回答した医師数

（※1）標準化分娩取扱医師数 =  $\Sigma$  性年齢階級別医師数  $\times$   $\frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$

（※2）医療施設調査の分娩数は9月中の分娩数であることから、人口動態調査の年間出生数を用いて調整する。

$$\text{小児科医師偏在指標} = \frac{\text{標準化小児科医師数（※1）}}{\text{地域の年少人口} \div 10 \text{万} \times \text{地域の標準化受療率比（※2）}}$$

（※1）標準化小児科医師数 =  $\Sigma$  性年齢階級別医師数  $\times$   $\frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$

（※2）地域の標準化受療率比 =  $\frac{\text{地域の期待受療率（※3）}}{\text{全国の期待受療率}}$

（※3）地域の期待受療率 =  $\frac{\Sigma (\text{全国の性年齢階級別調整受療率} \times \text{地域の性年齢階級別年少人口})}{\text{地域の年少人口}}$

## (R2.3) 都道府県間の産科医師偏在指標

全国平均

12.8

下位33.3%

順位	都道府県	医師偏在指標
1	東京都	18.0
2	奈良県	16.8
3	秋田県	16.5
4	大阪府	16.0
5	徳島県	15.8
6	鳥取県	15.8
7	京都府	15.1
8	福井県	14.5
9	山梨県	14.0
10	神奈川県	13.8
11	和歌山県	13.7
12	福岡県	13.5
13	富山県	13.3
14	石川県	13.1
15	三重県	12.9
16	栃木県	12.9

順位	都道府県	医師偏在指標
17	北海道	12.8
18	岡山県	12.8
19	静岡県	12.6
20	兵庫県	12.5
21	宮城県	12.5
22	広島県	12.2
23	山形県	12.1
24	長崎県	12.1
25	島根県	11.9
26	大分県	11.9
27	愛知県	11.9
28	沖縄県	11.8
29	山口県	11.5
30	群馬県	11.4
31	香川県	11.4

順位	都道府県	医師偏在指標
32	滋賀県	11.3
33	千葉県	11.0
34	佐賀県	10.9
35	愛媛県	10.8
36	岩手県	10.7
37	長野県	10.7
38	高知県	10.6
39	岐阜県	10.5
40	宮崎県	10.4
41	茨城県	10.3
42	鹿児島県	10.1
43	青森県	9.4
44	新潟県	9.4
45	埼玉県	8.9
46	福島県	8.6
47	熊本県	8.2

# (R5.4暫定値) 都道府県間の分娩取扱医師偏在指標

※令和5年6月15日更新

全国平均

10.6

下位33.3%

順位	都道府県	医師偏在指標	前回順位比較
1	東京都	14.3	
2	京都府	13.9	↑ 5
3	鳥取県	13.5	↑ 3
4	秋田県	12.8	↓ 1
5	福井県	12.7	↑ 3
6	奈良県	12.5	↓ 4
7	徳島県	12.4	↓ 2
8	山梨県	12.2	↑ 1
9	大阪府	11.8	↓ 5
10	沖縄県	11.6	↑ 18
11	島根県	11.5	↑ 14
12	福岡県	11.0	
13	神奈川県	10.9	↓ 3
14	富山県	10.8	↓ 1
15	三重県	10.8	
16	石川県	10.8	↓ 2

順位	都道府県	医師偏在指標	前回順位比較
17	長崎県	10.6	↑ 7
18	佐賀県	10.4	↑ 16
19	岡山県	10.3	↓ 1
20	滋賀県	10.3	↑ 12
21	愛知県	10.3	↑ 6
22	栃木県	10.3	↓ 6
23	大分県	10.2	↑ 3
24	高知県	10.2	↑ 14
25	北海道	10.1	↓ 8
26	宮城県	10.0	↓ 5
27	山形県	9.9	↓ 4
28	茨城県	9.8	↑ 13
29	静岡県	9.8	↓ 10
30	和歌山県	9.6	↓ 19
31	山口県	9.5	↓ 2

順位	都道府県	医師偏在指標	前回順位比較
32	兵庫県	9.5	↓ 12
33	岐阜県	9.5	↑ 6
34	千葉県	9.4	↓ 1
35	鹿児島県	9.3	↑ 7
36	長野県	9.2	↑ 1
37	群馬県	9.1	↓ 7
38	宮崎県	9.0	↑ 2
39	愛媛県	8.9	↓ 4
40	新潟県	8.7	↑ 4
41	広島県	8.6	↓ 19
42	香川県	8.6	↓ 11
43	青森県	8.3	
44	埼玉県	8.2	↑ 1
45	岩手県	8.0	↓ 9
46	福島県	7.3	
47	熊本県	6.8	

・ 分娩を取り扱わない婦人科の医師数を除いたため、全体的に医師偏在指標が減少。

# 県内各二次医療圏の分娩取扱医師偏在指標

- 本県の周産期医療体制は、医療資源を集約し有効活用を図ることで、県内の高度・専門医療の提供体制を充実させるため、周産期医療関連施設の状態および周産期医療ネットワークによる母体・新生児の搬送受入の実績を踏まえ、7つの二次医療圏を4ブロックに区分する。
- 湖南・甲賀ブロックおよび湖東・湖北ブロックが分娩取扱医師の相対的医師少数区域となっている。

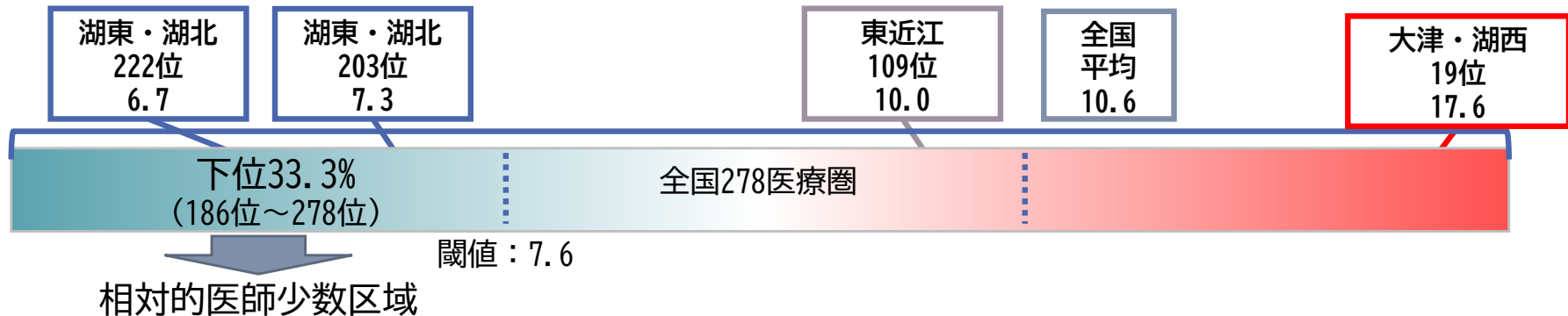
## (R2.3) 産科医師偏在指標

区分	医師偏在指標	全国順位(※)	相対的医師少数区域の別
全国	12.8	—	—
滋賀県	11.3	32位	相対的医師『少数』県
大津・湖西	18.5	28位	
湖南・甲賀	9.3	185位	
東近江	8.7	202位	相対的医師「少数」区域
湖東・湖北	7.4	235位	相対的医師「少数」区域

## (R5.4暫定値) 分娩取扱医師偏在指標 ※令和5年6月15日更新

医師偏在指標	全国順位(※)	前回(R2.3)順位との比較	相対的医師少数区域の別
10.6	—	—	—
10.3	20位	↑12	
17.6	19位	↑9	
6.7	222位	↓37	相対的医師「少数」区域
10.0	109位	↑93	
7.3	203位	↑32	相対的医師「少数」区域

(※) 県は47都道府県中の順位 (32～47位が医師少数都道府県)  
 二次医療圏は307二次医療圏中の順位 (186～278位が医師少数区域)



# 分娩取扱医師偏在指標の算定に係る各種数値

## (R2.3) 産科医師偏在指標

区分	医師偏在指標	全国順位	相対的医師少数の別	医療機関従事産科・産婦人科医師数(人) (2016年)	標準化産科・産婦人科医師数(人)	分娩件数(2017) (千人)
滋賀県	11.3	32位	相対的医師『少数』県	116	119	10.6
大津・湖西	18.5	28位		51	54	2.9
湖南・甲賀	9.3	185位		36	35	3.8
東近江	8.7	202位	相対的医師『少数』圏域	12	12	1.4
湖東・湖北	7.4	235位	相対的医師『少数』圏域	17	18	2.4



## (R5.4暫定値) 分娩取扱医師偏在指標 ※令和5年6月15日更新

区分	医師偏在指標	全国順位	相対的医師少数の別	分娩取扱医師数(人) (2020年)	標準化分娩取扱医師数(人)	分娩件数(2017) (千人)
滋賀県	10.3	20位		108	109	10.6
大津・湖西	17.6	19位		50	51	2.9
湖南・甲賀	6.7	222位	相対的医師『少数』圏域	25	26	3.8
東近江	10.0	109位		15	14	1.4
湖東・湖北	7.3	203位	相対的医師『少数』圏域	18	18	2.4



## 小児科医師偏在指標について

### □小児科医師偏在指標

- 都道府県間の小児科医師偏在指標
- 県内各二次医療圏の小児科医師偏在指標



# 小児科医師偏在指標

## 小児科医師偏在指標とは

- 産科・小児科については、政策医療の観点、医師の長時間労働となる傾向、診療科と診療行為の対応も明らかにしやすいことから、産科・小児科における医師偏在指標を示し、産科・小児科における地域偏在対策に関する検討を行うこととされている。
- 小児医療については、内科や耳鼻咽喉科の医師等により医療が提供されることもあるが、小児科医以外の医師による小児医療の提供割合について把握することが困難。当該割合については医療圏間で差は無いと仮定して計算されている。

## 小児科医師偏在指標の算出式（現在の医師偏在指標から算出式に変更なし）

- 小児科医師偏在指標の算出は、以下の算出式によって算出される。（算出式の詳細は次ページを参照。）

$$\text{小児科医師偏在指標} = \frac{\text{標準化小児科医師数}}{\text{地域の年少人口} \div 10 \text{万} \times \text{地域の標準化受療率比}}$$

### 1. 主なデータ

用いるデータ	出典	現在の医師偏在指標	新たな医師偏在指標
小児科医師数	三師統計	H28.12.31	R2.12.31
年少人口	住民基本台帳人口	H29.1.1	R3.1.1

### 2. 主従従事先反映

小児科医師偏在指標においても、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。**

**大学病院等から派遣される非常勤医師等の勤務実態を考慮。**

## 相対的医師少数区域（県）の設定

- 小児科医師が多いと認められる医療圏を設定すると、当該医療圏は小児科医師の追加的な確保ができない医療圏であると誤解される恐れがあることから、**小児科においては医師多数区域（県）は設けない。**
- 相対的医師少数区域（県）は**、画一的に医師確保を図るべき医療圏と考えるのではなく、当該医療県内において小児科医師が少ないことを踏まえ、**小児医療の提供体制の整備について特に配慮が必要な医療圏として考えるものとする。**

# 分娩取扱医師・小児科医師偏在指標の算出式

$$\text{分娩取扱医師偏在指標} = \frac{\text{標準化分娩取扱医師数（※1）}}{\text{分娩件数（※2）} \div 1000 \text{件}}$$

○分娩取扱医師数 = 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、産婦人科・産科・婦人科を主たる診療科と回答した医師数

$$\text{（※1）標準化分娩取扱医師数} = \sum \text{性年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

（※2）医療施設調査の分娩数は9月中の分娩数であることから、人口動態調査の年間出生数を用いて調整する。

$$\text{小児科医師偏在指標} = \frac{\text{標準化小児科医師数（※1）}}{\text{地域の年少人口} \div 10 \text{万} \times \text{地域の標準化受療率比（※2）}}$$

$$\text{（※1）標準化小児科医師数} = \sum \text{性年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

$$\text{（※2）地域の標準化受療率比} = \text{地域の期待受療率（※3）} \div \text{全国の期待受療率}$$

$$\text{（※3）地域の期待受療率} = \frac{\sum (\text{全国の性年齢階級別調整受療率} \times \text{地域の性年齢階級別年少人口})}{\text{地域の年少人口}}$$

## (R2.3) 都道府県間の小児科医師偏在指標

			全国平均		106.2		下位33.3%		
順位	都道府県	医師偏在指標	順位	都道府県	医師偏在指標	順位	都道府県	医師偏在指標	
1	鳥取県	168.6	17	佐賀県	116.5	32	奈良県	98.3	
2	京都府	143.6	18	福岡県	115.4	33	神奈川県	97.6	
3	東京都	139.3	19	大分県	115.4	34	福島県	96.3	
4	高知県	130.5	20	愛媛県	115.1	35	広島県	95.7	
5	山梨県	129.1	21	滋賀県	113.1	36	岩手県	94.8	
6	富山県	128.6	22	長野県	112.0	37	沖縄県	93.4	
7	徳島県	126.5	23	大阪府	110.6	38	青森県	93.4	
8	福井県	123.7	24	北海道	109.1	39	三重県	92.5	
9	和歌山県	121.6	25	山形県	108.0	40	栃木県	91.4	
10	香川県	120.2	26	熊本県	107.9	41	愛知県	89.2	
11	秋田県	119.9	27	山口県	107.0	42	宮崎県	86.8	
12	岡山県	118.8	28	兵庫県	104.3	43	鹿児島県	85.9	
13	長崎県	118.5	29	新潟県	103.4	44	千葉県	84.5	
14	島根県	117.6	30	宮城県	99.3	45	静岡県	84.2	
15	群馬県	117.5	31	岐阜県	98.8	46	埼玉県	83.9	
16	石川県	116.9				47	茨城県	82.2	

# (R5.4暫定値) 都道府県間の小児科医師偏在指標

※令和5年8月9日更新

全国平均

115.1

下位33.3%

順位	都道府県	医師偏在指標	前回順位比較
1	鳥取県	171.0	
2	京都府	152.7	
3	東京都	150.4	
4	高知県	134.4	
5	和歌山県	130.4	↑4
6	長崎県	128.5	↑7
7	秋田県	127.9	↑4
8	徳島県	127.7	↓1
9	山梨県	127.3	↓4
10	富山県	125.9	↓4
11	福井県	124.6	↓3
12	滋賀県	124.3	↑9
13	岡山県	124.3	↓1
14	兵庫県	123.9	↑14
15	石川県	123.8	↑1
16	福岡県	122.0	↑2

順位	都道府県	医師偏在指標	前回順位比較
17	香川県	122.0	↓7
18	大阪府	120.4	↑5
19	大分県	120.4	
20	長野県	120.2	↑2
21	愛媛県	120.0	↓1
22	島根県	118.0	↓8
23	群馬県	118.0	↓8
24	北海道	115.4	
25	山口県	115.0	↑2
26	山形県	114.0	↓1
27	佐賀県	113.8	↓10
28	熊本県	110.2	↓2
29	岐阜県	109.7	↑2
30	青森県	109.4	↑8
31	栃木県	109.2	↑9

順位	都道府県	医師偏在指標	前回順位比較
32	新潟県	108.7	↓3
33	奈良県	108.7	↓1
34	三重県	107.9	↑5
35	神奈川県	106.1	↓2
36	宮城県	104.6	↓6
37	岩手県	103.8	↓1
38	広島県	101.1	↓3
39	埼玉県	99.7	↑7
40	福島県	98.0	↓6
41	宮崎県	96.9	↑1
42	茨城県	95.8	↑5
43	鹿児島県	95.3	
44	沖縄県	95.1	↓7
45	愛知県	94.7	↓4
46	静岡県	94.4	↓1
47	千葉県	93.6	↓3

・ 新たな医師偏在指標は、平均値・中央値が増加しており、全体的に医師偏在指標が増加

# 県内各二次医療圏の小児科医師偏在指標

- 小児救急医療体制においては、周産期医療ブロックとの整合性を図り、次の4ブロックとしている。
- 滋賀県内の圏域に小児科医師の相対的医師少数区域はない。

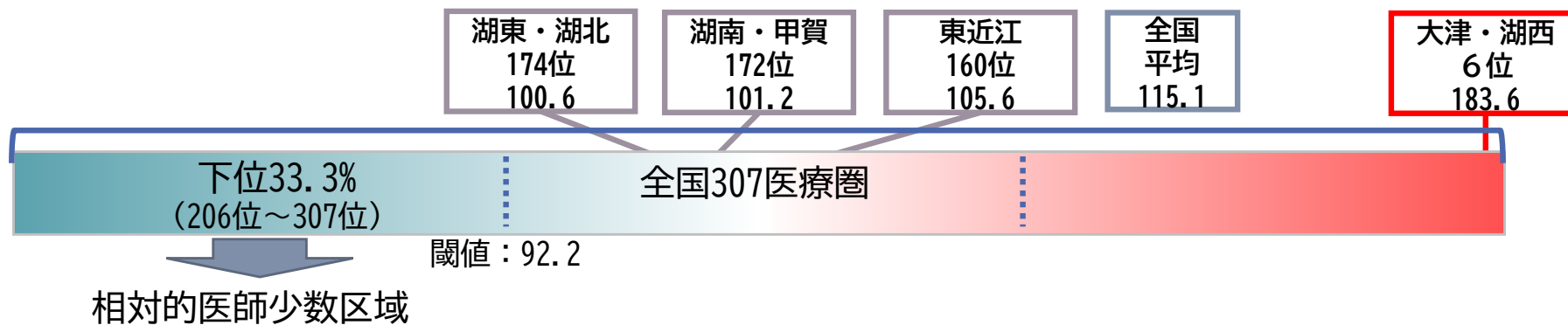
## (R2.3) 小児科医師偏在指標

## (R5.4暫定値) 小児科医師偏在指標 ※令和5年8月9日更新

圏域名	医師偏在指標	全国順位 (※)	相対的医師 少数区域の別
全国	106.2	—	—
滋賀県	113.1	21位	
大津・湖西	167.3	10位	
湖南・甲賀	85.9	202位	
東近江	104.3	124位	
湖東・湖北	98.6	146位	

医師偏在指標	全国順位 (※)	前回(R2.3) 順位との比較	相対的医師 少数区域の別
115.1	—	—	—
124.3	12位	↑9	
183.6	6位	↑4	
101.2	172位	↑31	
105.6	160位	↓35	
100.6	174位	↓27	

(※) 県は47都道府県中の順位 (32~47位が相対的医師少数都道府県)  
 二次医療圏は307二次医療圏中の順位 (206~307位が相対的医師少数区域)



# 小児科医師偏在指標の算出に係る各種数値

## (R2.3) 小児科医師偏在指標

区分	医師偏在指標	全国順位	相対的医師少数区域の別	医療機関従事小児科医師数(人) (2016年)	標準化小児科医師数(人)	年少人口(10万人)	標準化受療率比(千人)
滋賀県	113.1	21位		224	227	2.0	0.990
大津・湖西	167.3	10位		86	89	0.5	1.005
湖南・甲賀	85.9	202位		70	69	0.7	1.087
東近江	104.3	124位		30	31	0.3	0.929
湖東・湖北	98.6	146位		38	37	0.4	0.871

## (R5.4暫定値) 小児科医師偏在指標

区分	医師偏在指標	全国順位	相対的医師少数区域の別	医療機関従事小児科医師数(人) (2020年)	標準化小児科医師数(人)	年少人口(10万人)	標準化受療率比(千人)
滋賀県	124.3	12位		244	240	2.0	0.987
大津・湖西	183.6	6位		93	95	0.5	1.007
湖南・甲賀	101.2	172位		81	79	0.7	1.084
東近江	105.6	160位		31	30	0.3	0.922
湖東・湖北	100.6	174位		38	36	0.4	0.867



## 医師確保計画の改定に向けた検討事項

- 医師確保計画の必須記載事項・構成
- 二次医療圏のあり方
- 医師少数区域・医師少数スポット
- 医師確保の方針
- 目標医師数
- 目標医師数を達成するための施策

# 医師確保計画における必須記載事項

- 医師確保計画策定ガイドラインにおいて、医師確保計画の記載事項について、次のとおり示されている。

- 医師確保計画には、医療法第30条の4第2項第11号に基づき、次の事項を記載する必要がある。
  - 1 都道府県及び二次医療圏ごとの医師の確保の方針
  - 2 都道府県及び二次医療圏ごとの確保すべき医師の数の目標（目標医師数）
  - 3 目標医師数を達成するための施策

⇒ 現行の滋賀県医師確保計画では「2」が記載できていない。

- 第7次医療計画における医師確保計画（2020～2023年度）策定時の医師確保計画策定ガイドラインを踏まえ、第8次（前期）医師確保計画（2024～2026年度）には、第7次医師確保計画に係る評価結果を記載すること。

⇒ 令和4年度第3回滋賀県地域医療対策協議会において協議した現行医師確保計画の総括（評価結果）を記載する。

# 現行の滋賀県医師確保計画の構成（R2.3策定）

1	医師確保計画について
	(1) 計画策定の経緯
	(2) 計画の位置づけおよび期間
	(3) 計画の全体像
2	本県の現状
	(1) 県・二次医療圏の現状
	(2) 医師の現状
	ア 「医師・歯科医師・薬剤師調査」
	イ 「滋賀県病院診療科別医師数実態調査」
	ウ その他
3	医師偏在指標
	(1) 算定式
	(2) 本県の医師偏在指標
4	医師多数区域および医師少数区域（・医師少数スポット）
5	医師の確保の方針および目標
	(1) 県全体
	(2) 二次医療圏
6	具体的な施策
	(1) 実施体制
	ア 滋賀県地域医療対策協議会
	イ 滋賀県医師キャリアサポートセンター
	ウ 滋賀県医療勤務環境改善支援センター

6	具体的な施策
	(2) 取組内容
	ア 医師の派遣調整等を通じた偏在対策
	イ 医師のキャリア形成支援
	ウ 医師の働き方改革等を踏まえた勤務環境の改善
	エ 医師の養成課程（大学医学部、臨床研修、専門研修）等を通じた確保対策
	・大学医学部（地域枠・地元出身者枠の設定等）
	・臨床研修
	・専門研修
	・その他
7	産科・小児科の医師確保計画
	(1) 県・二次医療圏の現状
	(2) 医師偏在指標
	(3) 相対的医師少数区域
	(4) 医師の確保の方針
	(5) 具体的な施策
	ア 医療提供体制の再構築等
	イ 医師の派遣調整
	ウ 勤務環境の改善
	エ 養成数の増加
8	計画の進行管理・評価
	<参考資料>計画関連事業一覧

- 現行の医師確保計画の構成をベースとしつつ、今年度末までに次期医師確保計画を策定。

# 二次医療圏のあり方について

## 二次保健医療圏・・・病院等における病床の整備を図るべき地域的単位

圏域名	構成市町数	圏域人口 (単位:人)	圏域面積 (単位:km <sup>2</sup> )	流入率 (平成29年患者調査)	流出率 (平成29年患者調査)
大津保健医療圏	1	345,202	464.51	27.8%	26.2%
湖南保健医療圏	4	346,649	256.39	32.0%	26.3%
甲賀保健医療圏	2	142,909	552.02	18.8%	30.5%
東近江保健医療圏	4	226,814	727.97	24.7%	20.0%
湖東保健医療圏	5	155,375	392.04	21.2%	32.3%
湖北保健医療圏	2	150,920	931.41	10.7%	30.7%
湖西保健医療圏	1	46,379	693.05	6.1%	32.1%



### 【二次医療圏の見直し基準(厚生労働省)】

1. 人口20万人未満 2. 流入率20%未満 3. 流出率20%以上



**甲賀、湖北、湖西圏域が該当**

検討の結果として・・・



(参考)各圏域地域医療構想調整会議  
委員への意見照会結果

維持すべき	再編すべき
88件	7件

## 現行の7圏域を維持する方向性

- 一律に圏域の枠組みを変えたとしても実効性に乏しく、一般的な入院医療は、現在の圏域で実施できる体制を目指す
- 特定の分野は、ブロック化による地域の医療提供体制の整備を図る
- 現在の圏域設定は、地域医師会などの関係団体や他の行政分野における圏域設定と整合性をとったものである

今後は、圏域ごとの取組の状況や各二次保健医療圏の人口や入院患者の動向、疾病・分野ごとの医療連携体制の実情を勘案しながら、必要に応じて二次保健医療圏のあり方について検討していくこととする。

# 医師少数区域①

- 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およ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**とされている。また、都道府県間の医師偏在是正のため、医師少数都道府県および医師多数都道府県も同時に設定される。

## <基本的な考え方>

医師多数県	他の都道府県からの医師確保を行わない。	
医師中程度県	医師少数区域が存在する場合には、必要に応じて、他の医師多数都道府県からの医師確保ができる。	滋賀県
医師少数県	他の医師多数県からの医師確保を行う。	
医師多数区域	二次医療圏外からの医師確保を行わない。	大津、湖南、湖西、東近江、湖北
医師中程度区域	必要に応じて、他の医師多数区域からの医師確保ができる。	湖東
医師少数区域	<b>他の医師多数区域からの医師確保を行う。</b>	甲賀

- 医師偏在是正の進め方としては、医師確保計画の1計画期間ごとに、医師少数区域に属する二次医療圏または医師少数都道府県に属する都道府県がこれを脱することを繰り返すことが基本とされている。

- **国が示した基準では、全国335の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33.3%を医師少数区域とすることとされている。**
- ただし、医師偏在指標上、下位33.3%に位置する二次医療圏であっても、**自動的に医師少数区域になるわけではない。医師確保計画上は医師少数区域として設定せずに、重点的な医師確保対策の対象としないことも可能。**
- なお、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は認められない。

- 次期医師確保計画における医師偏在指標（全体）において、**新たに「甲賀保健医療圏」が下位33.3%に該当したため、本県においても医師少数区域の設定について検討が必要。**

## 医師少数区域②

- 仮に甲賀圏域を医師少数区域として設定した場合、**重点的な医師確保対策の対象地域**となり、他の医師多数区域（大津、湖南、湖西、東近江、湖北または県外）からの医師確保に取り組む方針になる。
- 医師偏在指標上の下位33.3%は、全国順位224位以下の二次医療圏が該当。甲賀圏域の医師偏在指標上の全国順位は229位であり、**下位33.3%の中ではほぼ最上位に位置**する。（病院医師偏在指標で見ると全国下位1/3には該当しない。）
- 医師偏在指標上の医師少数区域（下位33.3%）から脱するためには、2026年時点で207名の医師の確保が必要。
- 計画開始時点の医師偏在指標を固定とした場合の2026年時点の医師数は204名であるため、**追加で3名の医師確保ができれば、下位33.3%から脱することができる。**

圏域名	計画開始時点の医師の実数（2022年）	計画開始時点の標準化医師数（2022年）	計画開始時点の医師偏在指標を維持するための医師数（2026年）	下位33.3%の閾値に達するための医師数（2026年）	設定上限数（A）
甲賀	214	215	204	207	215



- 医師偏在指標上の医師少数区域は、全国335の二次医療圏を単純に3分割しただけのものであり、医師の絶対的な充足状況を示したのではなく、あくまでも相対的な偏在の状況を表したものであり、**現に甲賀圏域は計画開始時点で既に下位33.3%に達するために必要な医師数を達成している。**
- そのため、**甲賀圏域を重点的な医師確保対策の対象地域として設定せずに、**医師確保対策を進めていく。（現状と同様、キャリア形成プログラム上のB群地域として医師確保を進める。）

⇒甲賀圏域を医師少数区域として「設定しない」方針で、医師確保計画を改定する。

# 医師少数スポット①

- 都道府県は、地域の実情を考慮し、医師少数区域以外において、二次医療圏より小さな単位で継続的に医師確保が困難であり、かつ、他地域の医療機関へのアクセスが制限されている地域を局所的に「医師少数スポット」として設定し、医師少数区域と同様に扱うことができる。
- 現行医師確保計画においては、無医地区等およびへき地診療所を含む区域（へき地診療所の設置基準に基づき、診療所を中心とした概ね半径4kmの区域）を医師少数スポットとして設定。

- 次期医師確保計画においても、医師少数スポットの設定について検討が必要。

- 国は、無医地区や島しょ等の医師が少なくかつ医療機関へのアクセスに大きな制限がある地区を想定しているが、既に巡回診療の取組が行われており、地域の医療ニーズに対して安定して医療が提供されている地域や、病院が存在しない地域などで明らかに必要な医療を他の区域の医療機関でカバーしている場合等、既に当該地域で提供すべき医療に対して必要な数の医師を確保できている地域を医師少数スポットとして設定することは適切ではないとされている。
- 現在、無医地区・準無医地区として設定されている地域等を無条件に医師少数スポットとして設定することも、同様の理由から適切ではない。
- 一方で、へき地診療所を設置することで無医地区・準無医地区に該当しない地域でも、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って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。

- 医師少数スポットは、あくまで当該地域の実情に基づいて設定しなければならない。

⇒第7次（現行）医師確保計画で設定した医師少数スポットについては、医師確保の状況等を踏まえ、設定箇所の見直しを行うこととされている。

# 医師少数スポット②

## 【現状】

- 県内には、無医地区・準無医地区が13地区存在し、山間地や離島等の医師確保が困難な地域（へき地診療所設置区域）を含めて「医師少数スポット」として設定している。
- 医師少数スポットに対しては、へき地医療支援機構の調整の下、へき地医療拠点病院等が巡回診療や医師派遣を実施しており、県は、当該病院へ自治医科大学卒業医師等を派遣することで医師確保を図っている。

## ■ 医師少数スポット

圏域	無医地区・準無医地区	へき地診療所
大津	—	葛川診療所
甲賀	田代、畑	朝宮出張診療所
東近江	沖島、政所	沖島診療所 永源寺東部出張診療所
湖北	中河内、椿坂 柳ヶ瀬、菅並 杉野、大見	吉槻診療所、板並出張診療所※ 中之郷診療所、今市出張診療所、 上丹生出張診療所、 にしあざい診療所、塩津出張診療所、 菅浦出張診療所、浅井東診療所
湖西	在原、上針畑 下針畑	朽木診療所

※板並出張診療所はR3年3月で廃止

## 【課題】

- へき地医療拠点病院におけるへき地業務従事医師数は減少傾向にあり、へき地診療所においては、指定管理制度の導入や地域医師会の協力等により概ね現状の医師数を維持しているが、人材の確保は年々困難な状況にある。
- 各地区の実情に応じた医師数が確保できるよう、へき地医療支援機構や医師キャリアサポートセンターと連携し、医師確保対策を進める必要がある。
- 仮に甲賀圏域を医師少数区域として設定する場合は、甲賀圏域内の医師少数スポットは設定から除外する。

## ■ へき地業務従事医師数の推移（へき地医療現況調査結果より）

単位：人

実施病院	圏域	実施地区	H30	R1	R2	R3	R4
へき地医療拠点病院	湖北	湖北病院	3.0	3.0	2.0	2.0	1.0
	湖西	高島市民病院	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2
合計			3.1	3.1	2.1	2.1	1.2
へき地診療所	大津	葛川診療所	0.65	0.65	2.0	2.0	2.0
		甲賀	朝宮出張診療所	0.06	0.06	0.06	0.25
	東近江	沖島診療所	0.1	0.1	0.1	0.2	0.2
		永源寺東部出張診療所	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
	湖北	吉槻診療所	1.0	1.0	1.0	1.0	1.5
		板並出張診療所	0.05	0.05	0.05	0.05	-
		中之郷診療所	1.0	1.0	2.0	1.0	1.3
		今市出張診療所	1.0	2.0	2.0	2.0	0.1
		上丹生出張診療所	1.0	2.0	2.0	2.0	0.1
		にしあざい診療所	2.0	2.2	2.2	2.0	2.1
		塩津出張診療所	2.0	0	1.0	1.0	1.0
		菅浦出張診療所	2.0	0	1.0	1.0	1.0
	浅井東診療所	4.03	5.53	6.05	5.05	9.0	
	湖西	朽木診療所	1.2	1.2	1.2	1.2	1.0
合計			17.1	16.8	21.66	18.05	20.55

※非常勤医師数は常勤医師数に換算

⇒ 現行の医師少数スポットを継続して設定する方針で、医師確保計画を改定する。  
(板並出張診療所を除く。)



# 医師確保の方針①

## 1. 県全体（現行医師確保計画）

- 滋賀県は医師多数都道府県（16/47位）であり、既存の施策を除いて他都道府県からの医師確保は行えないこととされているが、医師多数都道府県の中では最下位であり、現時点では医師の絶対数が不足している状況を考慮すると、本県においても決して医師が充足しているとは言えない。
- さらに、圏域や病院、診療科による医師の偏在が存在しており、これらの是正も図っていく必要があるため、滋賀医科大学や関係団体等との連携のもと、必要医師数の確保や偏在是正をしっかりと図っていく。
- 既存の医師確保施策の速やかな是正を行うことは必要ないとともに、京都大学や京都府立医科大学等から多くの医師の派遣等を受けて医療提供体制を維持している滋賀県の現状を考慮すると、今後も引き続き必要な医師の派遣等を受ける必要がある。

## 2. 二次医療圏（現行医師確保計画）

- 医師少数スポットについて、この区域で必要とされる医療を提供するために巡回診療を実施したり、へき地診療所に医師を派遣するへき地医療拠点病院をはじめとした医療機関について医師確保を図る。
- 医師中程度区域である圏域（甲賀・湖東・湖北・湖西）は、決して医師が充足しているわけではなく、各圏域の実情を踏まえて必要な医師確保を行っていく。
- 医師多数区域のうち大津・湖南圏域は、全国的にも上位であるため、既存の医師確保施策（大学からの医師派遣等）を除いて、原則として他の圏域からの医師確保は行わない。ただし、二次医療圏を超えて県域における医療機能を担っている場合があることや、二次医療圏域内においても病院や診療科による偏在があることを踏まえ、柔軟な対応を行う。
- 医師多数区域のうち東近江圏域は、医師多数圏域でもほぼ最下位であり、大津・湖南圏域とは異なる事情（地理的要因や交通の利便性等）を踏まえて必要な医師確保を図っていく。

⇒具体的な目標医師数は記載していない。

## 医師確保の方針②

- 医師確保計画策定ガイドラインにおいて、医師確保の方針に係る基本的な考え方は次のとおり示されている。

医師多数県	他の都道府県からの医師確保を行わない。	
医師中程度県	医師少数区域が存在する場合には、必要に応じて、他の医師多数都道府県からの医師確保ができる。	滋賀県
医師少数県	他の医師多数県からの医師確保を行う。	
医師多数区域	二次医療圏外からの医師確保を行わない。	大津、湖南、湖西、東近江、湖北
医師中程度区域	必要に応じて、他の医師多数区域からの医師確保ができる。	湖東
医師少数区域	<b>他の医師多数区域からの医師確保を行う。</b>	甲賀

- 医師多数県（区域）であっても、既存の施策による医師の確保の速やかな是正を求めるものではないが、医師少数区域への医師派遣は求められる。
- より高度または専門的な医療の提供を担う特定機能病院や、地域における医療の確保のために必要な支援をする役割を担う地域医療支援病院等については、地域で必要な医療を提供するための医師を確保する必要があることから、これらの病院が存在する医療圏は医師偏在指標が大きい傾向がある。



- 医師偏在対策を実施するには当たっては、当該地域全体の医療機関ごとの医師の配置状況を考慮した検討が必要になる。
- 医師多数区域であっても、各圏域の実情を踏まえた必要な医師確保を行っていく。

⇒改定後の医師確保計画における医師確保の方針は次回の地域医療対策協議会において審議。

# 目標医師数①

- 医師確保計画策定ガイドラインによると、**3年間の計画期間中に医師少数区域および医師少数都道府県が計画期間開始時の下位33.3%の基準を脱するために要する具体的な医師の数を目標医師数として設定**することとされている。
- 改正前（現行計画策定時）の医師確保計画策定ガイドラインでは、医師少数区域以外の二次医療圏における目標医師数については、都道府県内の地域の実情を踏まえた上で、**都道府県において独自に設定**することとされていた。

- 改定後（次期計画策定時）の医師確保計画策定ガイドラインにおいて、目標医師数の設定について、次のとおり定義されている。なお、①、③については、今回新たに定義されたものである。

- |   |   |
|---|---|
| ① | 医師少数県以外は、以下に記載する二次医療圏の設定上限数の合計が県の計画開始時の医師数を上回る場合は、二次医療圏の目標医師数の合計が都道府県の計画開始時の医師数を上回らない範囲で、二次医療圏の目標医師数を設定する。  |
| ② | 医師少数区域の目標医師数は、計画期間終了時の医師偏在指標の値が、計画期間開始時の全国下位33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師の総数とする。ただし、計画期間開始時に既に下位33.3%に相当する医師偏在指標に達するために必要な医師数を達成している場合、原則として、計画開始時の医師数を設定上限数とする。 |
| ③ | 医師少数区域以外の二次医療圏における目標医師数は、原則として、計画開始時の医師数を設定上限数とする。ただし、今後の医療需要の増加が見込まれる地域では、厚生労働省が参考として提示する「計画終了時に計画開始時の医師偏在指標を維持するための医師数」を踏まえ、その数を設定上限数とする。                     |

- 医師少数区域（都道府県）以外の区域についても、**原則として計画開始時の医師数を設定上限数として目標医師数を設定**することとされた。
- なお、目法医師数の設定に当たっては、地域で必要とされる医療が提供される必要があることから、医療提供体制の維持を考慮することとされている。
- 国が提示する目標医師数（設定上限数）は次のスライドのとおり。

# 目標医師数②

## 1. 医師少数区域

原則として下位1/3に達するために必要な医師数を「目標医師数」とする。

ただし、計画期間開始時点で既に下位33.3%に達するために必要な医師数を達成している場合は、**目標医師数は「計画開始時の医師数」を設定上限数**とする。

圏域名	計画開始時点の医師の実数 (2022年)	計画開始時点の標準化医師数 (a) (2022年)	計画開始時点の医師偏在指標を維持するための医師数 (2026年)	下位33.3%の閾値に達するための医師数 (2026年)	設定上限数 (A)
甲賀	214	215	204	207	215

## 2. 医師少数区域以外の区域

原則として「**計画開始時の医師数**」を設定上限数とする。

ただし、今後の医療需要の増加が見込まれる地域では、厚生労働省が参考として提示する「計画終了時に計画開始時の医師偏在指標を維持するための医師数」を踏まえ、その数を設定上限数とする。

圏域名	計画開始時点の医師の実数 (2022年)	計画開始時点の標準化医師数 (b) (2022年)	計画開始時点の医師偏在指標を維持するための医師数 (2026年)	下位33.3%の閾値に達するための医師数 (2026年)	設定上限数 (B)
大津	1,252	1,275	1,272	611	1,275
湖南	781	780	785	537	785
東近江	461	459	438	360	459
湖東	239	234	228	226	234
湖北	319	322	293	242	322
湖西	95	95	88	64	95
小計	3,147	3,166	3,105	2,041	3,171

本県の設定上限数 (a) (b) 計  
3,381

<  
5人の差

二次医療圏の目標医師数の合計 (A) (B) 計  
3,386

医師少数県以外の都道府県は「**計画開始時点の医師数**」が目標医師数の設定上限数

⇒二次医療圏間で、目標医師数の調整を行う必要がある。**可能な範囲で、診療科別の目標医師数の設定も検討。**

# 目標医師数を達成するための施策

- 現行医師確保計画における医師確保の施策（県全体）は次の項目について定めており、前回の地域医療対策協議会において取組に対する評価を行い、今後の方向性について整理した。

- 1 医師の派遣調整等を通じた偏在対策
  - (1) 滋賀県医師養成奨学金および滋賀県医学生修学資金
  - (2) 自治医科大学卒業医師
- 2 医師のキャリア形成支援
- 3 医師の働き方改革等を踏まえた勤務環境の改善
- 4 医師の養成課程等を通じた確保対策
  - (1) 大学医学部
  - (2) 臨床研修
  - (3) 専門研修
  - (4) その他（総合診療医の養成）

- 医師確保計画策定ガイドラインにおいて、次期医師確保計画では、新たに「子育て医師等支援」の記載が必要とされている。

⇒ 改定後の医師確保計画における医師確保の施策については、次回の地域医療対策協議会において審議。

- あわせて、次期滋賀県保健医療計画に記載する分野のうち、医療提供体制確保の観点から医師確保対策が必要である分野について、今後どのように医師確保を進めていくかを検討。

# 医療提供体制確保の観点から医師確保対策が必要である分野

CONTENTS	PAGE
精神疾患	63～
救急医療・小児救急	65～
小児在宅	67～
周産期医療	69～
へき地医療	71～
在宅医療	73

# 精神疾患①

## 【現状】

- ◆ 令和4年度の630調査によると、県内の精神科医師数は、精神科病院では、常勤が98人、非常勤が80人、精神科病床の無い診療所等では、常勤25人、非常勤10人となっている。
- ◆ 上記のうち、精神保健指定医は、精神科病院では、常勤が67人（68.4%）、非常勤が54人（67.5%）、精神科病床の無い診療所等では、常勤20人（80%）、非常勤8人（80%）である。
- ◆ 令和4年における神経発達症・児童思春期患者を診療する医師（精神科・小児科）は32名（小児科27名、精神科5名）である。

## 【課題】

- ◆ 上記の神経発達症・児童思春期患者を診療する医師のうち、「子どものこころ専門医」は11人（小児科6人、精神科5人）と少なく、受診までの待機期間が長期化している。
- ◆ 令和3年度の滋賀県医療機能調査によると、高次脳機能障害の診療を可能とする医療機関は84か所あるものの、専門的に高次脳機能障害を診る医師が少ない。
- ◆ 国等の調査に基づき、県人口で換算すると、アルコール依存症が疑われる者は約32,600人、ギャンブル等依存症が疑われる者は約21,600人、違法薬物の生涯経験者数は約20,800人と推計されるが、専門医療機関の外来患者および入院患者の実人数や依存症相談拠点等における相談延べ件数と乖離がある状況。

### 【医師の確保の方針】

- ◆ 多様な精神疾患等ごとに患者に応じた質の高い精神科医療を提供できる医師を確保する。
- ◆ 精神疾患に対応し、関係者と連携できる医師を確保する。

### 【具体的な施策】

- ◆ 「神経発達症・児童思春期医療従事者研修（医師向け）」等を実施し、神経発達症・児童思春期精神疾患の診察ができる専門医の養成。
- ◆ 医師向け研修を実施し、高次脳機能障害に対応できる医師の養成。
- ◆ 「かかりつけ医うつ病対応力向上研修」「専門医等うつ病治療向上研修」等の実施による、うつ病の早期発見・早期治療の普及や連携体制の構築。
- ◆ 「依存症対応力向上研修」等の実施による、依存症に対応できる医師の増加や連携体制の構築。



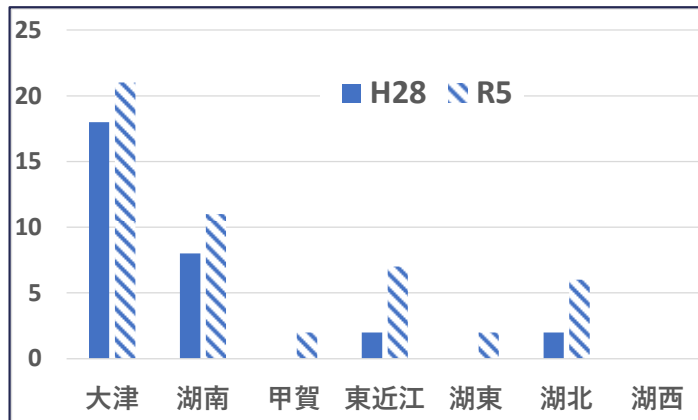
## 【現状と課題】

### 1. 救急医療

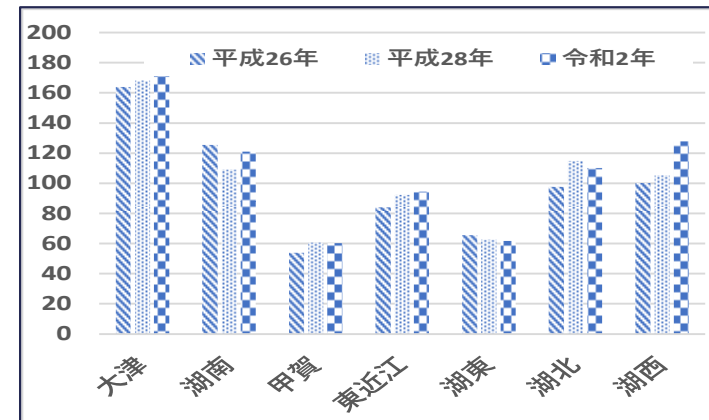
- 学会認定専門医数については増加している。
- 二次保健医療圏による専門医数に偏在がある（大津・湖南圏域で全体の6割を占める）。
- 計画的な救急医療従事者の養成・育成ができていない。

### 2. 小児救急

- 小児科医数については増加傾向にある。
- 二次保健医療圏による小児科医数に偏在がある（大津圏域と甲賀圏域で3倍近い差がある）。
- ブロック化による効率的な小児科医配置の推進が必要。
- 計画的な救急医療従事者の養成・育成ができていない。



◆日本救急医学会認定専門医数（単位：人）



◆小児人口(0~14歳)10万人あたりの圏域別小児科医（単位：人）

## 【医師の確保の方針】

- ◆ 計画的に救急医療従事者を養成・育成できる拠点の明確化を図る。
- ◆ 効率的な二次救急医療体制の構築に努める。

## 【具体的な施策】

- ◆ 救急医療における医師・看護師等の養成および確保について
  - ⇒ 計画的に救急医療従事者を養成・育成できる拠点の明確化を進める。
  - ⇒ 救急医療に必要な能力を有した医師の養成・確保や救急専門医や指導医等の育成を進める。
- ◆ 7医療圏の見直しによる4ブロックへの集約化について
  - ⇒ 効率的な小児救急医療体制の構築にむけて、ブロック化の推進や課題等を検討する。

# 小児在宅①

## 【現状と課題】

- ◆ 医療の進歩等により、慢性疾患を持ち在宅医療を必要とする小児は増加傾向。一方で、小児在宅医療を担う医療機関（診療所・訪問看護ステーション等）は成人に比べ少なく、圏域により資源が偏在している。
- ◆ 在宅医療を必要とする小児の一時的な預かりが可能な医療機関等も圏域により資源が偏在している。
- ◆ 小児在宅医療に対応できる人材育成、関係者間の情報共有、連携の推進が必要。

- ◆ 小児期に慢性疾患に罹患し成人を迎える患者が増加しているが、成人後も小児科を受診し続ける患者がある。
- ◆ 移行期医療支援の普及啓発、小児診療科と成人診療科の連携体制の構築等による、成人診療科への移行支援体制整備が必要。

### ◆圏域別訪問診療対応可の診療所数（R3医療機能調査）

単位：件

圏域名	大津	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北	湖西	計
小児可	16	12	3	7	2	11	3	54
すべて	75	69	24	37	25	35	13	278

### ◆小児のショートステイ・レスパイト受け入れ可能施設数（R5年4月現在）※療養生活自立支援事業委託医療機関および医療型短期入所実施施設

単位：件

圏域名	大津	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北	湖西	計
小児可	2	3	1	0	1	1	2	10

### 【医師の確保の方針】

- ◆ 慢性疾患を持つ小児が、身近な医療機関で外来・在宅・入院医療を円滑に受けられる体制を構築する。
- ◆ 慢性疾患を持つ小児が、成人を見据えた医療・自立支援を受けられる体制を構築する。

### 【具体的な施策】

- ◆ 小児在宅医療を担う医療機関の拡充に向け、病院や診療所の医師等を対象とした集合研修や実技・実地研修の実施。
- ◆ 小児在宅医療に関わる医師等の顔の見える関係づくり、情報共有の場の確保。
- ◆ 移行期医療支援に関わる小児科・成人診療科医師等の確保のため、周知啓発、研修を実施。
- ◆ 移行期医療支援に関わる医師等の円滑な連携に向けた、情報共有ツール、移行プログラムの作成。

# 周産期医療①

## 【現状と課題】

### ◆ 県内の周産期医療提供体制

○ 県内7つの二次保健医療圏を大津・湖西ブロック、湖南・甲賀ブロック、東近江ブロック、湖東・湖北ブロックの4ブロックに区分し、医療資源を集約することで、高度かつ専門的な医療提供体制の充実を図っている。

### ◆ 出生の動向（人口動態統計より）

○ 出生数は年々減少し、令和3年は10,130人であった。

○ 低出生体重児の割合、周産期死亡率、新生児死亡率、乳児死亡率は改善傾向にある。

### ◆ 産科医師数の推移（滋賀県周産期医療施設状況調査より）

病院	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	合計
H29	15	32	26	10	5	88
H30	15	29	20	8	4	76
R1	9	30	21	9	4	73
R2	14	31	20	8	4	77
R3	12	34	15	11	4	76
R4	11	35	18	10	3	77

診療所	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70歳以上	合計
H29	4	3	8	14	2	31
H30	5	6	12	14	9	46
R1	3	3	8	10	6	30
R2	5	5	6	14	4	34
R3	5	5	8	16	3	37
R4	3	9	7	12	2	33

### ◆ 産科医師偏在指標

(R2.3) 産科医師偏在指標		
区分	医師偏在指標	全国順位(※)
全国	12.8	—
<b>滋賀県</b>	<b>11.3</b>	<b>32位</b>
大津・湖西	18.5	28位
湖南・甲賀	9.3	185位
東近江	8.7	202位
湖東・湖北	7.4	235位

(R5.4暫定値) 分娩取扱医師偏在指標		
医師偏在指標	全国順位(※)	前回(R2.3)順位との比較
10.6	—	—
10.3	<b>20位</b>	↑12
17.6	19位	↑9
<b>6.7</b>	<b>222位</b>	<b>↓37</b>
10.0	109位	↑93
<b>7.3</b>	<b>203位</b>	<b>↑32</b>

- 分娩可能な病院は、23施設→17施設に、産科医師数も10名程度減少している。
- 分娩可能な診療所は、13施設→10施設に減少したが、産科医数としては大きく増減はない。
- 県内の分娩の約7割を診療所が担っており、その診療所の医師は、60歳以上が約半数を占める。
- 産科の医師は休日や時間外の対応が多くなり、勤務時間も長くなる傾向にある。
- 分娩取扱医師偏在指標では、全国20位と平均近くであるが、湖南・甲賀ブロックは6.7、湖東・湖北ブロック7.3と、相対的医師少数圏域に該当している。
- 医師の高齢化や働き方改革により、今後も分娩取扱医療機関が減少する等の恐れがあるため、継続して産科医の就業状況について把握するとともに、産科医の確保に努める必要がある。

### 【医師の確保の方針】

- ◆ 周産期母子医療センターを中心に、4ブロック化による医師の集約化を図り、周産期協力病院や地域の病院、診療所、助産所との役割分担を行うとともに地域内のネットワークの充実・強化を図る。
- ◆ 医師派遣調整や産科医の勤務環境の改善等により必要な産科医の確保に努める。

### 【具体的な施策】

- ◆ 大学医局とも連携して、各ブロック内の中核病院である周産期母子医療センターに必要な医師の集約化を図る。
- ◆ ブロック内の地域、診療所、助産所、周産期母子医療センターのネットワークを充実・強化することにより、地域全体で出産から産後の切れ目ない周産期保健医療を提供できる体制（びわこ セーフチャイルドバース ネットワーク（Biwako Safe ChildbirthNetwork））の整備を図る。そのために、各ブロック内で分娩取扱を中止した診療所の妊婦健康診査や産後ケア事業に特化した施設への転換等事業継承も含めた分娩のあり方について検討する。
- ◆ 医師の負担を軽減するため、助産師へのタスクシフト／シェアを目指し、助産技術や判断力、経験を備えた助産師の育成と確保のため、正常分娩介助や、女性の各ライフステージにおける健康相談、教育活動を実践し、対応できる助産師の確保のため、助産師の体系的な育成について引き続き検討する。

## 【現状】

- ◆ 県内には、無医地区・準無医地区が13地区存在し、山間地や離島等の医師確保が困難な地域（へき地診療所設置区域）を含めて「医師少数スポット」として設定している。
- ◆ 医師少数スポットに対しては、へき地医療支援機構の調整の下、へき地医療拠点病院等が巡回診療や医師派遣を実施しており、県は、当該病院へ自治医科大学卒業医師等を派遣することで医師確保を図っている。

### ■ 医師少数スポット

圏域	無医地区・準無医地区	へき地診療所
大津	—	葛川診療所
甲賀	田代、畑	朝宮出張診療所
東近江	沖島、政所	沖島診療所 永源寺東部出張診療所
湖北	中河内、椿坂 柳ヶ瀬、菅並 杉野、大見	吉槻診療所、板並出張診療所※ 中之郷診療所、今市出張診療所、 上丹生出張診療所、 にしあざい診療所、塩津出張診療所、 菅浦出張診療所、浅井東診療所
湖西	在原、上針畑 下針畑	朽木診療所

※板並出張診療所はR3年3月で廃止

## 【課題】

- ◆ へき地医療拠点病院におけるへき地業務従事医師数は減少傾向にあり、へき地診療所においては、指定管理制度の導入や地域医師会の協力等により概ね現状の医師数を維持しているが、人材の確保は年々困難な状況にある。
- ◆ 各地区の実情に応じた医師数が確保できるよう、へき地医療支援機構や医師キャリアサポートセンターと連携し、医師確保対策を進める必要がある。
- ◆ 仮に甲賀圏域を医師少数区域として設定する場合は、甲賀圏域内の医師少数スポットは設定から除外する。

### ■ へき地業務従事医師数の推移（へき地医療現況調査結果より）

単位：人

実施病院	圏域	実施地区	H30	R1	R2	R3	R4
へき地医療拠点病院	湖北	湖北病院	3.0	3.0	2.0	2.0	1.0
	湖西	高島市民病院	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2
合計			3.1	3.1	2.1	2.1	1.2
へき地診療所	大津	葛川診療所	0.65	0.65	2.0	2.0	2.0
		甲賀	朝宮出張診療所	0.06	0.06	0.06	0.25
	東近江	沖島診療所	0.1	0.1	0.1	0.2	0.2
		永源寺東部出張診療所	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
	湖北	吉槻診療所	1.0	1.0	1.0	1.0	1.5
		板並出張診療所	0.05	0.05	0.05	0.05	-
		中之郷診療所	1.0	1.0	2.0	1.0	1.3
		今市出張診療所	1.0	2.0	2.0	2.0	0.1
		上丹生出張診療所	1.0	2.0	2.0	2.0	0.1
		にしあざい診療所	2.0	2.2	2.2	2.0	2.1
		塩津出張診療所	2.0	0	1.0	1.0	1.0
		菅浦出張診療所	2.0	0	1.0	1.0	1.0
	浅井東診療所	4.03	5.53	6.05	5.05	9.0	
	湖西	朽木診療所	1.2	1.2	1.2	1.2	1.0
合計			17.1	16.8	21.66	18.05	20.55

※非常勤医師数は常勤医師数に換算

## 【医師の確保の方針】

医師少数スポットについて、医師少数区域と同様の対策を実施し、へき地医療拠点病院をはじめとした医療機関の医師確保を図る。

## 【具体的な施策】

### ◆ 医師キャリアサポートセンターとへき地医療支援機構の連携

⇒ 医師キャリアサポートセンターとへき地医療支援機構との連携・協力体制を整備し、へき地での診療を組み込んだキャリア形成プログラムの作成等、より効果的なへき地医師確保対策に取り組む。

### ◆ へき地医療拠点病院等への医師確保支援

⇒ 自治医科大学卒業医師の派遣や、無医地区等巡回診療にかかる経費の補助により、へき地医療拠点病院等に対して、継続的な医師確保支援を行う。  
また、へき地医療支援機構と連携し、へき地診療所からの派遣要望に応じられる医師派遣システムの整備を進める。

### ◆ へき地医療に貢献できる総合診療医の育成

⇒ へき地での診療を含んだ総合診療に関する研修プログラムの作成やへき地医療拠点病院に対する総合診療医育成経費の補助等により、総合診療医の育成を図る。

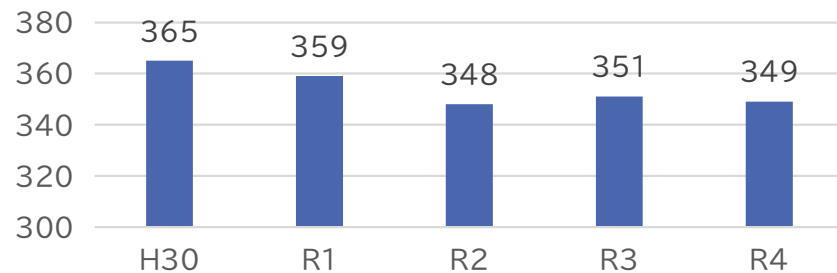


# 在宅医療

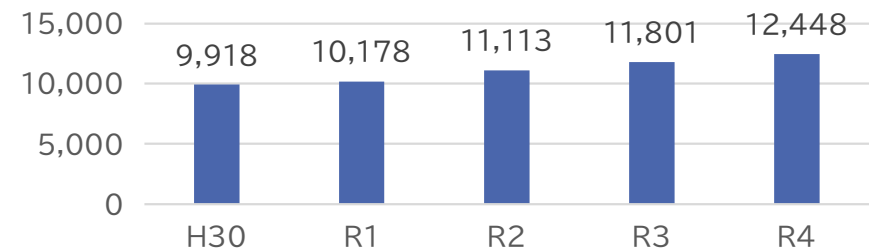
## 【現状と課題】

- ◆ 24時間体制で往診を行う在宅療養支援病院は、令和5年7月現在で18か所(平成30年4月時点:9か所)、在宅療養支援診療所は、令和5年7月現在で167か所(平成30年4月時点:141か所)と増加。
- ◆ 訪問診療を行う病院は、令和4年時点で30か所(平成30年時点:26か所)と増加しているものの、訪問診療を行う診療所は令和4年時点で319か所(平成30年時点:339か所)と減少。
- ◆ 訪問診療を受けた患者数は、令和4年時点で12,448人(平成30年時点:9,918人)と大きく増加。
- ◆ 高齢化の進展に伴い、在宅医療を必要とする患者はさらに増加することが見込まれる。このような中、在宅医の不足や地域偏在が懸念されている。

訪問診療を行う医療機関数(病院・診療所)単位:件



訪問診療を受けた患者数(実人数)単位:人



## 【医師の確保の方針】

- ◆ 在宅医療を担う医師の増加を図る。

## 【具体的な施策】

- ◆ 在宅医療(訪問診療や往診)に携わる医師の増加を目指した「在宅医療セミナー」の開催や在宅医療を始めようとする医師を対象とした同行訪問の機会の提供。
- ◆ 医学生や研修医を対象とした研修会の開催や、すでに訪問診療を行っている医師や指導医の資質向上のための研修等、在宅医療を担う医師の確保・育成に向けた活動を推進。
- ◆ 在宅医療に取り組む診療所や病院に対する診療用医療資器材整備への補助。