

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30

滋賀県医師確保計画

(滋賀県保健医療計画別冊)

案

令和6年(2024年)3月

滋 賀 県

1	第1章 基本事項	
2	1 計画改定の趣旨	1
3	2 計画の位置づけおよび期間	1
4	3 計画の全体像	1
5	4 計画の策定・推進体制	2
6		
7	第2章 現行計画の評価	
8	1 総合評価・今後の展望	3
9	2 数値目標	3
10	3 取組内容に対する評価・課題等	4
11		
12	第3章 医師全体の医師確保計画	
13	1 県・二次保健医療圏の現状	
14	（1）基礎データ1	10
15	（2）基礎データ2（将来人口）	12
16	（3）基礎データ3（医療需要）	13
17	（4）基礎データ4（医師数等）	16
18	（5）診療科別医師数	19
19	（6）医師養成数	21
20	（7）臨床研修医	22
21	（8）専攻医	23
22	2 医師偏在指標	
23	（1）基本事項	24
24	（2）医師偏在指標	27
25	（3）医師少数スポット	31
26	3 医師確保の方針	
27	（1）基本事項	33
28	（2）医師確保の方針	34
29	4 目標医師数	
30	（1）基本事項	37
31	（2）目標医師数	37
32	（3）その他目標値	38
33	5 具体的な施策	
34	（1）実施体制	40
35	（2）取組内容	41
36		
37	第4章 産科における医師確保計画	
38	1 県・周産期医療圏の現状	
39	（1）出生数	50
40	（2）施設の状況	50

1	(3) 産科・産婦人科医師数	51
2	(4) 周産期医療提供体制	53
3	2 分娩取扱医師偏在指標	
4	(1) 基本事項	54
5	(2) 分娩取扱医師偏在指標	55
6	3 産科における医師確保の方針	
7	(1) 基本事項	56
8	(2) 医師確保の方針	57
9	4 産科における偏在対策基準医師数	57
10	5 産科における具体的な施策	
11	(1) 医療提供体制	58
12	(2) 産科医師の確保等	58

13

14 第5章 小児科における医師確保計画

15	1 県・小児医療圏の現状	
16	(1) 年少人口	59
17	(2) 施設の状況	59
18	(3) 小児科医師数	60
19	(4) 小児医療提供体制	61
20	2 小児科医師偏在指標	
21	(1) 基本事項	62
22	(2) 小児科医師偏在指標	62
23	3 小児科における医師確保の方針	
24	(1) 基本事項	64
25	(2) 医師確保の方針	65
26	4 小児科における偏在対策基準医師数	65
27	5 小児科における具体的な施策	
28	(1) 小児救急	66
29	(2) 小児在宅	66
30	(3) 児童精神	66
31	(4) 小児科医師全体	67

32

33 第6章 計画の効果の測定・評価

34		68
----	--	----

35

36 <参考資料> 計画関連事業一覧

37 (令和6年度予算編成中のため現在調整中)

38

第1章 基本事項

1 計画改定の趣旨

- 平成 20 年度（2008 年度）以降、全国的に医師数は増加してきましたが、地域や診療科における医師の偏在は依然として解消していないことから、国の「医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会」において、実効的な医師偏在対策を行うための議論が行われました。
- この検討結果等を踏まえ、平成 30 年（2018 年）7 月に成立した「医療法及び医師法の一部を改正する法律」に基づき、国において全国ベースで医師の偏在状況を統一かつ客観的に比較・評価できる指標（以下「医師偏在指標」という。）が算定され、この指標を踏まえ、各都道府県は新たに「医師確保計画」を策定することとなりました。
- 本県においても令和元年度（2019 年度）に「医師確保計画」を策定し、令和 2 年度（2020 年度）から同計画に基づく取組を行っています。
- このたび、令和元年度（2019 年度）に策定した第 7 次滋賀県医師確保計画（以下「現行計画」という。）が、令和 5 年度（2023 年度）末で満了するため、国が定める医師確保計画策定ガイドライン（以下「ガイドライン」という。）に基づき改定を行い、将来の滋賀の地域医療を見据え、必要な医師を安定的に確保するとともに、地域・診療科偏在の是正に向けた取組をより一層進めます。

2 計画の位置づけおよび期間

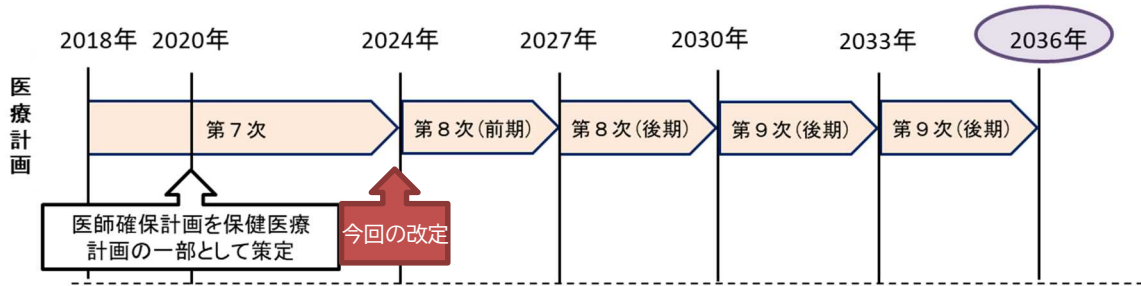
- この計画は、医療法第 30 条の 4 第 1 項の規定に基づく「滋賀県保健医療計画」の一部（医師の確保に関する事項）として策定するものです。
- 計画の期間は、令和 6 年度（2024 年度）から令和 8 年度（2026 年度）までの 3 年間となります。

3 計画の全体像

- 医師偏在指標に基づき、国は各都道府県について医師多数（・少数）都道府県を設定します。また、都道府県は、各二次保健医療圏について、医師多数（・少数）区域を設定します。この多数と少数の区分については、それぞれ医師偏在指標の上位と下位の概ね 33.3%を基準とします。
- そして、都道府県においては、三次保健医療圏（本県においては県単位）、二次保健医療圏ごとに、医師の確保の方針や目標、その達成のために必要な具体の施策を定めます。
- また、産科と小児科については、全国的に医師が足りておらず、かつ、政策医療の観点からも医師確保の必要性が高いことから、産科および小児科の医師確保計画を個別に策定します。
- なお、医師の偏在対策については、地域医療構想調整会議等において議論された医療機関ごとの機能分化・連携方針や、令和 6 年度（2024 年度）から本格実施される「医師の働き方改革」と密接に関連することから、これらの取組を一体的に進めます。
- 医師確保計画は、PDCA サイクル（目標設定→取組→評価→改善）に基づく改定を 3 年ごとに行い、長期的には国が定める目標年である令和 18 年（2036 年）までに必要な医師の確保や医師偏在の是正を行うこととしています。

1

2 図1-3-1 PDCAサイクルによる長期的な流れ



3

4

5 **4 計画の策定・推進体制**

- 6 ○ 医師確保計画の策定にあたっては、特定機能病院や地域医療支援病院等の県内医療機関、大
7 学、滋賀県医師会・滋賀県病院協会等の関係団体、市町等の代表者等で構成する「滋賀県地域
8 医療対策協議会」において必要な協議を行い、計画を取りまとめました。
- 9 ○ また、前述のとおり、本計画は「滋賀県保健医療計画」の一部として策定するものであるこ
10 とから、滋賀県医療審議会に諮問し、答申を踏まえて改定しました。
- 11 ○ 引き続き「滋賀県地域医療対策協議会」等において、県内の実情や二次保健医療圏ごとの実
12 情、診療科ごとの実情等を踏まえ、必要な協議を行うなど、本計画に基づき、実効性のある取
13 組を推進していきます。

14

1 第2章 現行計画の評価

2 1 総合評価・今後の展望

- 3 ○ 医師の地域偏在・診療科偏在という課題は残るものの、医学生向けの修学資金貸与の取組や
 4 各医療機関への勤務環境改善の支援、医学生・医師へのキャリア形成支援の取組を着実に実施
 5 することができました。その結果として、目標としていた臨床研修医採用数を達成し、3年目
 6 医師採用数については直近値で目標を達成できなかったものの、令和4年度には101人を確保
 7 することができました。
- 8 ○ 県内の医療提供体制を確保するためには、臨床研修医や専攻医等を安定的に確保するととも
 9 に、研修修了後も県内に長く定着する医師を増やしていくことが重要であることから、引き続
 10 き若手医師等を対象としたキャリア形成支援の取組等を進めるとともに、令和6年度から本格的
 11 的に始まる医師の働き方改革への対応も踏まえた取組の充実・強化を図っていく必要がありま
 12 す。特に課題である地域偏在・診療科偏在の是正に向けた取組を検討していく必要があると考
 13 えています。

14 2 数値目標

- 15 ○ 現行計画の「8 計画の進行管理・評価」において、計画終了時に、計画開始時と終了時の
 16 医師充足状況等について比較し評価を行うとともに、課題を抽出することとしています。
- 17 ○ 令和2年3月に策定した現行計画に基づき、医師の派遣調整等を通じた偏在対策、医師のキ
 18 ャリア形成支援、医師の働き方改革等を踏まえた勤務環境の改善および医師の養成過程等を通
 19 じた確保対策の4本柱により、医師の確保や偏在是正に総合的に取り組みました。
- 20 ○ 第7次滋賀県保健医療計画において、目標項目として設定した「臨床研修医採用数」と「3
 21 年目医師採用数」の目標値とその達成状況は以下のとおりです。

22 表2-1-1 数値目標の達成状況

(単位:人)

目標項目	策定時 (H29)	目標	実績値				評価
			R2	R3	R4	R5	
臨床研修医採用数	101	毎年100人を維持	119	110	125	117	達成
3年目医師採用数	73	100	90	97	101	94	未達成

23 表2-1-2 臨床研修医の募集定員・採用数・研修修了後の動向

(単位:人)

年度	H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5
臨床研修医募集定員数	126	127	126	125	132	132	132
臨床研修医採用者数	101	104	102	119	110	125	117
定員充足率(%)	80.2	81.9	81.0	95.2	83.3	94.7	88.6
臨床研修修了後の動向 (2年後の動向)							
県内病院に勤務(A)	56	71	67	69	71	73	74
県外病院に勤務・その他	32	29	30	33	33	50	41
合計	88	100	97	102	104	123	115
臨床研修修了後の県内定着率(%)	63.6	71.0	69.1	67.6	68.3	59.3	64.3
臨床研修修了後の流入医師数(B)	17	28	29	21	26	28	20
県内病院の3年目医師数(A+B)	73	99	96	90	97	101	94

出典:「臨床研修医動向調査」(滋賀県)

※基礎研究医プログラムに係る定員(1名分)を含む

1 3 取組内容に対する評価・課題等

2 (1) 医師全体

3 ○ 現行計画の取組内容に対する評価・課題等は次のとおりです。

4 ア 医師の派遣調整等を通じた偏在対策

4年間の主な取組	4年間の取組に対する評価・課題等
●卒業後に特定の地域や診療科で診療を行うことを条件とした選抜枠（以下「地域枠」という。）で入学した者等の派遣を行った。	●地域枠医師等について、令和2年度からの4年間で延べ103人の派遣を行い、うち延べ68人を県内で比較的医師が不足する地域に所在する医療機関へ派遣することで、医師の偏在対策に一定寄与したと考える。 ●県内全体および各圏域等における適正な医師数を検討するなど、さらに実効性のある地域・診療科の偏在対策を進める必要がある。
●医師が不足する地域・診療科へ自治医科大学卒業医師の派遣を行った。	●自治医科大学卒業医師について、令和2年度からの4年間で延べ117人の派遣を行い、うち延べ81人を県内で比較的医師が不足する地域に所在する医療機関へ派遣した。 ●自治医科大学卒業医師については、へき地等への派遣とキャリア形成との調整が困難となってきた。
●ドクターバンク（無料職業紹介）事業において、県内で就業を希望する医師に対する就業相談、就職先のあっせんを行った。 ●滋賀県医師キャリアサポートセンターのホームページ（ドクターバンクを含む）のリニューアルを行った。	●令和2年度からの4年間で15人の医師に対し就業支援を行い、うち4人がマッチングに至った。 ●ドクターバンクについて、相談件数が少ないことやマッチングに結びついていないことが課題である。

5 イ 医師のキャリア形成支援

4年間の主な取組	4年間の取組に対する評価・課題等
●滋賀県医師キャリアサポートセンターにおいて、「滋賀県医師キャリア形成プログラム」を策定し、修学資金等の貸与を受けた医師のキャリア形成を支援した。また、毎年度、対象医師および医学生に対する意見聴取を行いプログラムのブラッシュアップを行った。	●臨床検査を除く18の基本診療科のキャリア形成プログラムを策定した。 ●キャリア形成プログラムの適用者からは、わかりやすいとの評価を得た一方、専門研修のローテーションなどの情報をもっと知りたいとの声がある。
●医学生に向けて、大学在学中から地域医療への意識向上を図るため、新たに「滋賀県キャリア形成卒前支援プラン」を策定し、令和5年度から開始した。	●キャリア形成卒前支援プランへの参加は任意となることから、参加者を確保していくことが課題である。
●修学資金等被貸与者への面談を継続して実施した。また、面談回数を増やすなどキャリア形成における助言や支援体制を強化した。	●面談回数を次のとおり強化したことにより、修学資金等被貸与医師のキャリア形成支援に寄与したと考える。 <令和2年度まで> 5・6年次に年1回 卒業後2年目、5～8年目に年1回 <令和2年度から> 1～6年次に年2回

	<p>卒業後は毎年1回、2年目のみ2回</p> <p>●医師のキャリア形成の多様化により、現行の修学資金等制度では、キャリア形成と診療業務従事の両立が難しいケースが出てきており、離脱を検討する者も一定数存在する。</p>
<p>●医師のキャリアアップや県内定着促進のため、医学生と地域の医療関係者との交流事業や、若手医師を対象とした研修会、交流会、臨床研修指導医講習会の開催に対する支援を継続して実施した。</p>	<p>●滋賀県病院協会による若手医師（臨床研修医含む）を対象とした研修会を行い、令和3年度からの3年間で延べ377人の参加があった。</p> <p>●また、滋賀県医師キャリアサポートセンターによる医学生を対象とした研修会・交流会を行い、令和2年度は延べ21人、令和3年度は延べ96人、令和4年度は延べ101人の参加があるなど、キャリアアップや県内定着促進に寄与したと考える。</p> <p>●修学資金被貸与医師の中にも、同研修会に参加していない医師もいるため、参加率向上が課題である。</p>
<p>●滋賀県医師キャリアサポートセンターに相談窓口を設置し、医学生や若手医師・女性医師のキャリア形成に関する助言を行った。</p>	<p>●相談件数について、令和2年度3件、令和3年度2件、令和4年度12件と少なく、周知不足が課題である。</p>

1 ウ 医師の働き方改革等を踏まえた勤務環境の改善

4年間の主な取組	4年間の取組に対する評価・課題等
<p>●滋賀県医療勤務環境改善支援センターを中心として、滋賀労働局とも連携しながら、県内医療機関の実態を把握し、勤務環境改善計画の策定支援等、医師の労働時間短縮に向けた勤務環境の改善支援を重点的に行った。</p> <p>●令和6年4月からの医師の時間外労働時間上限規制に向けて、特に重要となる医療機関での宿日直許可取得について、滋賀県医療勤務環境改善支援センターの医療労務管理アドバイザーと医療機関の支援を行った。</p>	<p>●令和6年4月からの医師の時間外労働時間上限規制に向けて、医師の働き方改革に向けた制度周知や宿日直許可の取得の支援を行い、安定した地域医療体制の確保に寄与した。</p> <p>●地域医療の確保のためやむを得ない等の理由がある医療機関は、特例的な水準の指定を受けることで、例外的に年1,860時間の時間外労働時間が可能になるため、特例水準の指定が必要な医療機関については、その申請のための手続きを令和5年度中に行う必要がある。</p>
<p>●医師以外の医療従事者や医師事務作業補助者等への業務移管（タスク・シフティング）・業務分担（タスク・シェアリング）によるチーム医療の構築や業務の効率化の促進のため、勤務環境を改善する事業への支援を行った。</p>	<p>●病院勤務環境改善支援事業補助金について、令和2年度は9件、令和3年度は8件、令和4年度は10件の活用があり、勤務環境を整備することで、確保した医師をはじめ医療従事者の離職防止に寄与した。</p>
<p>●在宅に関連する分野の認定看護師の資格取得や特定行為研修の受講に対して補助を行った。</p> <p>●特定行為研修受講者の増加のため、研修についての県内看護師への周知を行った。</p> <p>●また、修了者の活動報告を含め、管理者の理解を図り、研修修了者の活用促進を目的とした事業に対し補助を行った。</p>	<p>●認定看護師に関して補助対象分野の拡充や感染管理分野に係る基準額および補助率を拡充するなど制度の充実を図り、令和2年度は15人、令和3年度は17人、令和4年度は39人を育成した。</p> <p>●特定行為研修制度の認知度が向上し、特定行為研修受講者が増加することで、資質の高い看護職員の確保と多様化する医療ニーズに対応できる専門性の高い看護職員の育成に寄与した。</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ●特定行為研修受講者の増加に向けた組織的な体系づくりや研修制度の周知、研修終了者間の情報共有等が課題である。 ●令和6年度からの医師の時間外労働時間上限規制に向けて、タスク・シフト/シェアを担う看護師のさらなる資質向上が課題となる。
<ul style="list-style-type: none"> ●産育休等により一定期間離職していた医師の医療現場への復帰に必要な研修を行う医療機関の支援を実施し、女性医師がスムーズに職場復帰するための環境整備を行った。 ●女性医師が働きやすい環境を整備するため、院内保育所の運営を安定的に維持・継続するための支援を実施した。 ●女性医師が結婚、出産を経ても働き続けられる環境づくりのため、滋賀県女性医師ネットワーク会議を活用し、交流会等を通じて女性医師間の連携の促進に努めた。 	<ul style="list-style-type: none"> ●女性医師が結婚出産を経ても働き続けられる環境整備に一定寄与したと考える。 ●復職支援等研修事業補助金については、研修実施医療機関が限られていることもあり、令和2年度は3人、令和3年度は4人、令和4年度は3人と利用人数が少ないことが課題である。 ●院内保育所への支援については、補助制度の拡充を行うなど、より使いやすい制度へと見直しを行った。 ●滋賀県女性医師ネットワーク会議は会員数が少ないため、女性医師間の連携促進は、まだ十分に行えていないと考える。
<ul style="list-style-type: none"> ●勤務環境改善のためには、医療提供側だけでなく、医療を受ける県民の意識醸成に対する取組も必要であることから、適切な医療のかかり方に関する啓発や電話相談事業を実施した。 	<ul style="list-style-type: none"> ●医療機関への過重な負担の要因となるコンビニ受診を防止するため、医療ネット滋賀のサイト上において救急車の適正利用等について呼びかけた。 ●県政モニターアンケートにおいて、医療ネット滋賀の令和4年度の認知度は36%（R3:27.5%、R2:22.6%）で年々増加しており、また、医療ネット滋賀のアクセス数も増加していることから、適切な医療機関選択に寄与していると考えられる。

1 工 医師の養成過程（大学医学部、臨床研修、専門研修）等を通じた確保対策

4年間の主な取組	4年間の取組に対する評価・課題等
【大学医学部】	
<ul style="list-style-type: none"> ●滋賀医科大学と連携し、地域枠を11枠設け、卒業後、県内で従事する医師の確保を図った。 ●滋賀医科大学をはじめとした医学生への修学資金の貸与を実施した。 ●滋賀医科大学の地域枠学生に対する独自カリキュラム「地域医療重点コース」の内容検討に参画するなど連携を図った。 	<ul style="list-style-type: none"> ●これまで、滋賀県医師養成奨学金では121人、医学生修学資金では77人に貸与を行い、県内医師の確保を行った。 ●滋賀医科大学をはじめとした医学生への修学資金の貸与を実施することで、安定的な医師確保につながり、計画開始時から毎年度安定的に100人以上の臨床研修医を確保できている。 ●医師のキャリア形成の多様化により、現行の修学資金等制度では、キャリア形成と診療業務従事の両立が難しいケースが出てきており、離脱を検討する者も一定数存在する。 ●滋賀医科大学の地域医療教育検討専門委員会への参画や、医学生の実習の受け入れを行うなど地域医療に貢献できる医師の養成に寄与した。

	<ul style="list-style-type: none"> ●将来の地域医療を見据えた医師確保の観点から、医師を志す者を増やす取組が重要と考えている。
【臨床研修】	
<ul style="list-style-type: none"> ●臨床研修病院の指導医の情報交換の場を設け、研修医の指導に関する病院間の協力体制を構築し、県内病院の指導体制強化を図った。 ●合同説明会や病院見学会などの実施を支援し、医学生と病院・病院関係者が接する機会を確保した。また、医学生向けの臨床研修等に関する情報発信を強化した。 ●臨床研修医に対して本県の地域医療に関する研修会を実施し、地域医療に関する資質の向上を図るとともに、県内の医療関係団体が実施する臨床研修医の交流会事業への支援を行い、本県の地域医療の担い手として連帯感の醸成を図ることで、県内への定着を図った。 	<ul style="list-style-type: none"> ●計画開始時から毎年安定的に100人以上の臨床研修医を確保できており、令和4年度から研修を開始する医師数は過去最高の124人となり、令和5年度は117人となった。 ●臨床研修終了後の3年目医師数も90人を超えており、令和4年度は過去最高の101人となり、令和5年度は94人となった。 ●今後、令和7年度にかけて臨床研修の定員が全国的に削減される中で、臨床研修医の確保はさらに重要な課題となってくる。
【専門研修】	
<ul style="list-style-type: none"> ●毎年度、(一社)日本専門医機構が行う専門医制度や、募集定員の上限(以下「シーリング」という。)設定等が県内医師確保対策や偏在対策に与える影響について地域医療対策協議会において検討を行い、厚生労働大臣を通じて意見陳述を行った。 ●また、小児科をシーリングの対象外とすること等について、国に対し県独自の要望を行った。 	<ul style="list-style-type: none"> ●日本専門医機構への意見陳述は毎年度実施している。また、別途国に対する要望も実施したが、小児科をシーリング対象外とすること等について、改善されていない点は多くある。 ●県内の専攻医数は、新専門医制度が開始された平成30年度より順調に増加している。(H30年:97人、R1年:175人、R2年:275人、R3年:293人、R4年:330人、R5年:381人)
<ul style="list-style-type: none"> ●地域医療に配慮した専門研修プログラムの作成や、キャリア形成プログラム等による医師派遣により、指導医の少ない地域で勤務することとなった医師の専門医資格取得のための環境整備に対し支援を行った。 	<ul style="list-style-type: none"> ●専門研修指導医派遣等支援事業補助金の利用は、令和4年度、令和5年度ともに1件のみであり、活用されていないことが課題である。
【その他】	
<ul style="list-style-type: none"> ●総合診療医の確保のため、地域枠医師等への貸付金の貸与や総合診療科のキャリア形成プログラムの検討会議を行うなどの取組を実施した。 	<ul style="list-style-type: none"> ●貸付金被貸与者のうち、県内で総合診療科の専門研修を受ける者が少ないため、総合診療医のさらなる魅力発信が課題である。 ●高齢化の進展により今後ますます需要が高まる総合診療医の養成は喫緊の課題である。
<ul style="list-style-type: none"> ●在宅医療提供体制を確保するため、新たに在宅医療を始めようとする医師の在宅医療の同行訪問・外来体験、総合診療医育成のための派遣研修、医学生と総合診療医との交流事業、多職種による研究会等を行い、総合診療医および指導医の育成・確保、専門性・指導力の向上を図った。 	<ul style="list-style-type: none"> ●訪問診療や病状の変化に伴う往診、24時間連絡を受ける体制を確保する在宅療養支援診療所は、令和5年4月現在で165か所であり、約3年間で12か所増加するとともに、訪問診療を受ける患者数は令和4年には12,438人となり令和元年より2,260人増加した。 ●一方、訪問診療を行う診療所数は増加がみられない状況があり、在宅医療を担う医師の育成に引き続き取り組む必要がある。

1 (2) 産科

2 ○ 現行計画のうち、産科の医師確保計画の取組内容に対する評価・課題等は次のとおりです。

4年間の主な取組	4年間の取組に対する評価・課題等
<ul style="list-style-type: none"> ●滋賀県周産期医療等協議会および周産期医療検討部会を開催し、周産期医療提供体制の課題や、医師の働き方改革による影響などを検討した。 ●地域の分娩体制あり方検討部会は令和2年度に開催し、今後の分娩体制のあり方について検討した。 ●分娩可能数等各ブロックにおける医療資源について把握するため、周産期医療施設状況調査を毎年実施した。 	<ul style="list-style-type: none"> ●県の調査により県内の産科医療機関の状況を関係者で共有し、今後の見通しをたてることができた。 ●周産期母子医療センターを中核として県内4ブロックに医師を集約するには至っていない。 ●令和2年度から4年度までは、新型コロナ対応のため、保健所を中心とした各ブロックにおける地域の分娩体制についての検討は進んでいない。
<ul style="list-style-type: none"> ●産科医師の確保が喫緊の課題であるため、令和4年度に、新たに産科医師向けの貸付金制度を創設した。 	<ul style="list-style-type: none"> ●産科医師向けの貸付金制度「滋賀県産科医研修資金および研究資金」について、全国に向けた積極的な周知が必要である。
<ul style="list-style-type: none"> ●正常分娩への対応に加え、ハイリスク分娩・妊産婦の管理等に必要な助産技術の修得・向上のため、県内で就業する助産師を対象に「助産師出向支援事業」、「助産師キャリアアップ応援事業」を実施した。 	<ul style="list-style-type: none"> ●「助産師出向支援事業」においては、多くの分娩介助の経験や、自施設では経験できないハイリスクな妊産婦や新生児等の管理等について、出向を通じ経験、技術を習得することができ、助産技術の向上に寄与した。 ●「助産師キャリアアップ応援事業」においては、多くの新人、中堅助産師がハイリスク妊産婦に関する知識や技術を習得することができ、県内の助産の質の向上に寄与した。

3

4 (3) 小児科

5 ○ 現行計画のうち、小児科の医師確保計画の取組内容に対する評価・課題等は次のとおりです。

4年間の主な取組	4年間の取組に対する評価・課題等
<ul style="list-style-type: none"> ●滋賀県小児救急医療体制検討部会を開催し、小児救急医療体制のブロック化の進捗状況を確認した。 ●各ブロックにおいて関係者間協議を進め、湖南・甲賀ブロックでは休日・平日夜間の救急医療を救命救急センターにおいて対応する体制とし、令和3年度から運用を開始した。また、湖東・湖北ブロックにおいては令和5年度から一部ブロック化での運用を開始している。 ●東近江ブロックにおいては、小児救急を担う3病院の院長に対応方針を説明し、理解を得た。 ●滋賀県医師会に委託して、小児科医師以外の医師に対する小児救急にかかる研修事業を実施した。 	<ul style="list-style-type: none"> ●令和3年度から湖南・甲賀ブロックにおいてブロック化を開始し、湖東・湖北ブロックにおいて一部ブロック化を開始しており、医師の負担軽減が図られた。 ●東近江ブロックでは近江八幡市立総合医療センターを拠点とする議論が進んでいるが、大津・湖西ブロックではブロック化には至っていない。 ●研修事業については、令和2年度59人、令和3年度203人、令和4年度194人が研修を受講しており、小児科医師以外の医師が小児救急に係る知識を一定習得したと考える。
<ul style="list-style-type: none"> ●小児在宅医療システム事業において、小児・重症心身障害児(者)在宅医療委員会を開催し、小児在宅医療体制の状況やあり方について意見交換を行い、課題把握を行った。(各年度2回開催) 	<ul style="list-style-type: none"> ●医療的ケア児に対する在宅医療について、県内関係者で情報共有できる体制を構築することができた。 ●継続的な研修会の開催により小児在宅医療を担う人材の育成や資質向上を図ることができ

<p>●小児在宅医療人材強化事業において、厚生労働省の小児在宅医療に関する人材養成講習会に参加し、本県で小児在宅医療を推進するリーダー医師を養成するとともに、医師・看護師等の多職種向け専門研修として、座学・実技研修およびフォローアップ研修を実施した。</p>	<p>き、小児在宅医療体制の構築に寄与した。</p>
<p>●神経発達症・児童思春期に対する医療連携等強化事業において、技術向上のための医師向けの医療従事者研修会や、かかりつけ医対応能力向上のための発達外来の陪席、症例検討会など実施した。</p>	<p>●神経発達症・児童思春期の対応が可能な専門医師数が、令和2年度の25人から令和4年度には32人に、神経発達症・児童思春期患者を診察する医師数が、令和2年度の90人から令和4年度には100人となった。</p> <p>●診察をする医師数は微増で、令和4年度末現在での「子どものこころ専門医」は11人（小児科医師6人、精神科医師5人）と限られており、対応可能な医師が少ないことから、外来受診までの待機期間の長期化が課題となっている。</p> <p>●神経発達症をはじめとする児童思春期の精神・神経疾患分野に対する知名度が低いことから、医学生や研修医への啓発が必要である。</p>
<p>●民間業者への委託により、「小児救急電話相談(#8000)事業」を実施した。</p> <p>●イベント等の機会を通じて、啓発資材の配布により、#8000や救急車の利用について啓発した。</p>	<p>●小児救急電話相談件数は令和2年度11,790件、令和3年度13,725件、令和4年度15,390件であった。すぐに受診を勧めた（119番連絡含む）割合は約35%であり、適切な受診を勧めるとともにコンビニ受診を一定防止し、医療機関の負担軽減に寄与した。</p> <p>●#8000の認知度は令和4年度県政モニターアンケートにおいて38.3%であり、調査開始時（33.7%：平成30年度）から上昇傾向にあり、周知啓発が進んでいる。</p>

1 第3章 医師全体の医師確保計画

2 1 県・二次保健医療圏の現状

3 (1) 基礎データ1

4 表3-1-1-1 本県の基礎データ

区分	人口 (人) ※1	高齢化率 ※1	面積 (km ²) ※2	病院数 ※3			一般診療所数 ※3			
				H30	R4	R4-H30	H30	R4	R4-H30	R4/H30
全国	125,416,877	28.6%	377,975	8,372	8,156	▲216	102,105	105,182	+3,077	+3.0%
滋賀県	1,413,989	26.6%	4,017	57	58	+1	1,089	1,145	+56	+5.1%
大津	344,552	27.3%	465	15	15	±0	294	304	+10	+3.4%
湖南	345,244	22.3%	256	13	14	+1	280	307	+27	+9.6%
甲賀	143,639	27.5%	552	7	7	±0	90	90	±0	-
東近江	227,141	27.8%	728	11	11	±0	149	157	+8	5.4%
湖東	154,249	26.2%	392	4	4	±0	117	112	▲5	▲4.3%
湖北	152,770	29.2%	931	4	4	±0	121	120	▲1	▲0.9%
湖西	46,394	36.1%	693	3	3	±0	38	55	+17	+44.7%

5 ※1 出典：「住民基本台帳に基づく人口、人口動態および世帯数（令和5年1月1日現在）」（総務省）

6 ※2 出典：「全国都道府県市区町村別面積調（令和5年7月1日現在）」（国土地理院）

7 ※3 出典：「医療施設調査（令和4年10月1日現在）」（厚生労働省）

8

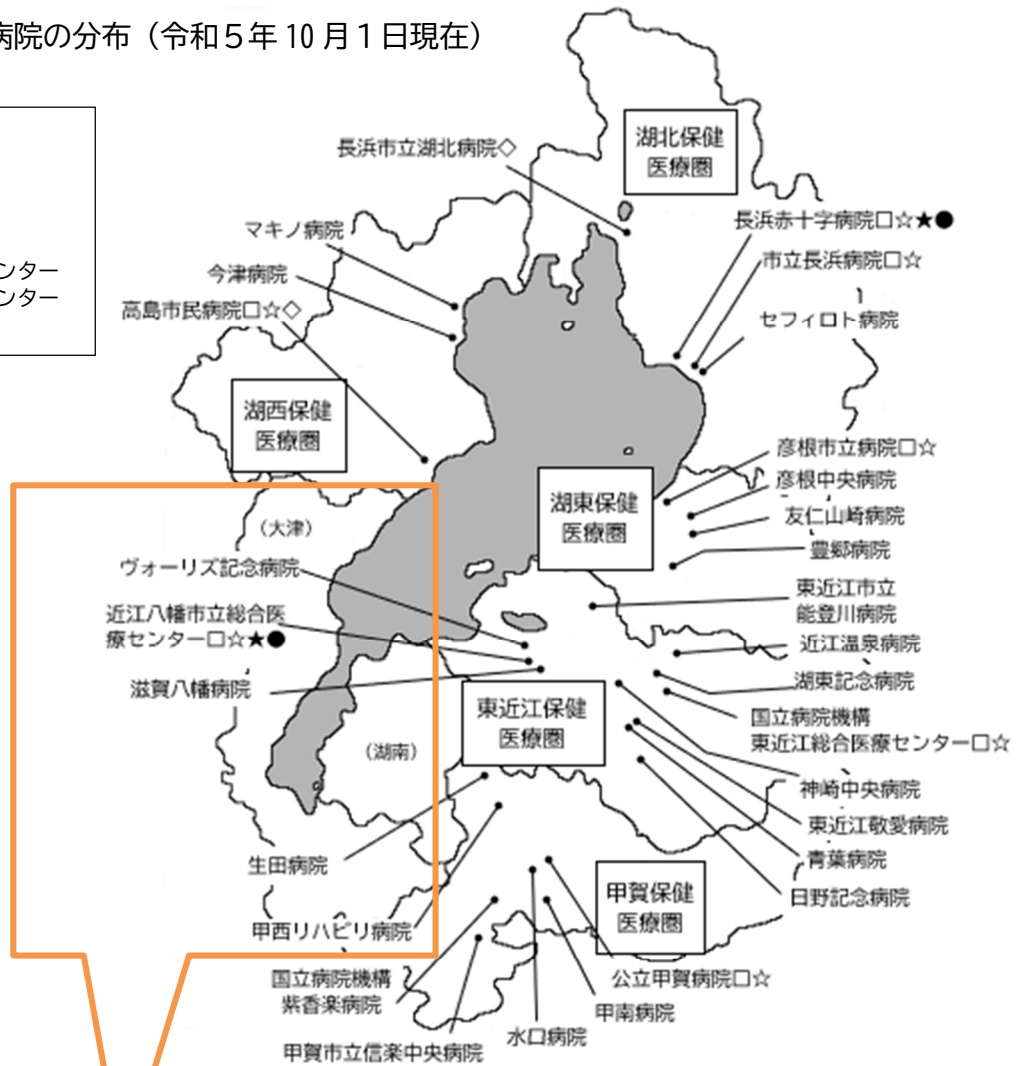
- 9 ○ 令和5年（2023年）1月1日現在、本県の人口は約141万人で、高齢化率は26.6%です。
- 10 ○ 本県の二次保健医療圏は、昭和63年（1988年）4月に策定した「滋賀県地域保健医療計
- 11 画」において7つの二次保健医療圏が設定されて以降、市町村合併に伴う一部区域の変更は
- 12 ありましたが、設定当初の二次保健医療圏が維持されています。
- 13 ○ 令和4年（2022年）10月1日現在、本県には病院が58施設、一般診療所が1,145施設あ
- 14 り、平成30年（2018年）10月1日と比較して、病院は1施設（湖南保健医療圏）、一般診療
- 15 所は56施設が増加しています。
- 16 ○ 一般診療所数を二次保健医療圏別にみると、4つの二次保健医療圏（大津・湖南・東近
- 17 江・湖西）で増加しており、増加率は湖西で最も高くなっています。一方で、湖東・湖北は
- 18 減少しており、甲賀は増減がありませんでした。
- 19 ○ 平成28年（2016年）3月に策定した滋賀県地域医療構想では、①地域の医療需要（患者
- 20 数）の将来推計等をデータに基づき明らかにすること、②構想区域ごとの各医療機能の必要
- 21 見込量について検討すること、③地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携
- 22 を推進すること、④地域で安心して暮らせる地域包括ケアシステムを構築することとしてい
- 23 ます。7つの二次保健医療圏に合わせて構想区域を設定し、区域ごとに設定された地域医療
- 24 構想調整会議では、医療提供体制のあり方について協議がされています。

25

1 図3-1-1-2 病院の分布（令和5年10月1日現在）

2
3
4
5

- (凡例)
- 地域医療支援病院
 - 特定機能病院
 - ☆ 臨床研修病院
 - ★ 救急救命センター
 - 総合周産期母子医療センター
 - 地域周産期母子医療センター
 - ◇ ハき地医療拠点病院



1 (2) 基礎データ2 (将来人口)

2

3 表3-1-2-1 人口および高齢化率の推移

区域	R3 (2021年) ※1		R8 (2026年) ※2		R18 (2036年) ※3		人口推移	
	人口	高齢化率	人口	高齢化率	人口	高齢化率	R8 (2026年)	R18 (2036年)
全国	126,654,244	28.2%	121,860,310	30.2%	114,356,269	33.3%	96.2%	90.3%
滋賀県	1,418,946	26.1%	1,390,042	27.7%	1,333,992	30.7%	98.0%	94.0%
大津	344,243	26.8%	339,782	28.9%	329,053	32.7%	98.7%	95.6%
湖南	341,738	22.1%	350,178	22.7%	351,138	25.5%	102.5%	102.8%
甲賀	145,238	26.6%	137,271	29.4%	127,291	32.6%	94.5%	87.6%
東近江	229,153	27.4%	218,989	29.4%	205,359	31.9%	95.6%	89.6%
湖東	155,651	25.7%	155,072	27.0%	150,548	29.6%	99.6%	96.7%
湖北	155,376	28.6%	144,715	30.5%	132,507	33.3%	93.1%	85.3%
湖西	47,547	35.2%	44,037	38.6%	38,096	42.7%	92.6%	80.1%

4 ※1 出典：「2023年医師偏在指標に係るデータ集」(厚生労働省)

5 ※2 出典：「目標医師数・参考値(2026年)に係るデータ集」(厚生労働省)

6 ※3 出典：「必要医師数(2036年)に係るデータ集」(厚生労働省)

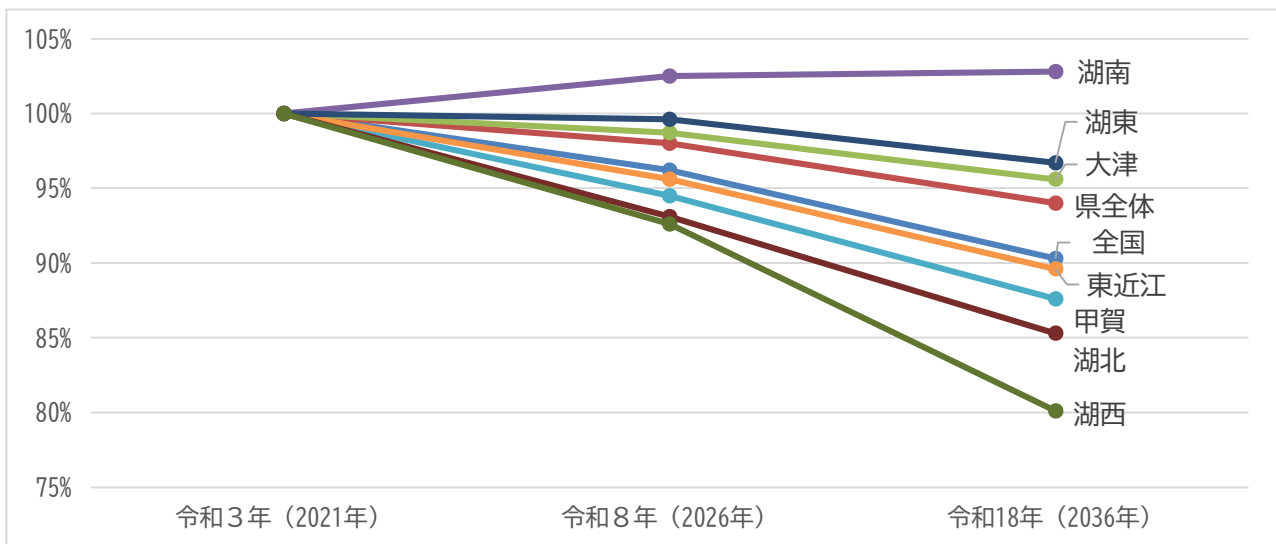
7

8 ○ 本県の令和3年(2021年)現在の人口を「100%」とした場合、令和8年(2026年)には
9 「98.0%」、令和18年(2036年)には「94.0%」になると推計されており、本県の将来人口の
10 推移は全国値と比較すると緩やかな減少に留まっています。

11 ○ 将来人口の推移を二次保健医療圏ごとにみると、湖南のみが増加の見込みであり、その他の
12 医療圏では人口の減少が見込まれています。特に、湖西の減少率はかなり高くなる見込みです。

13

14 図3-1-2-2 将来人口の推移



15

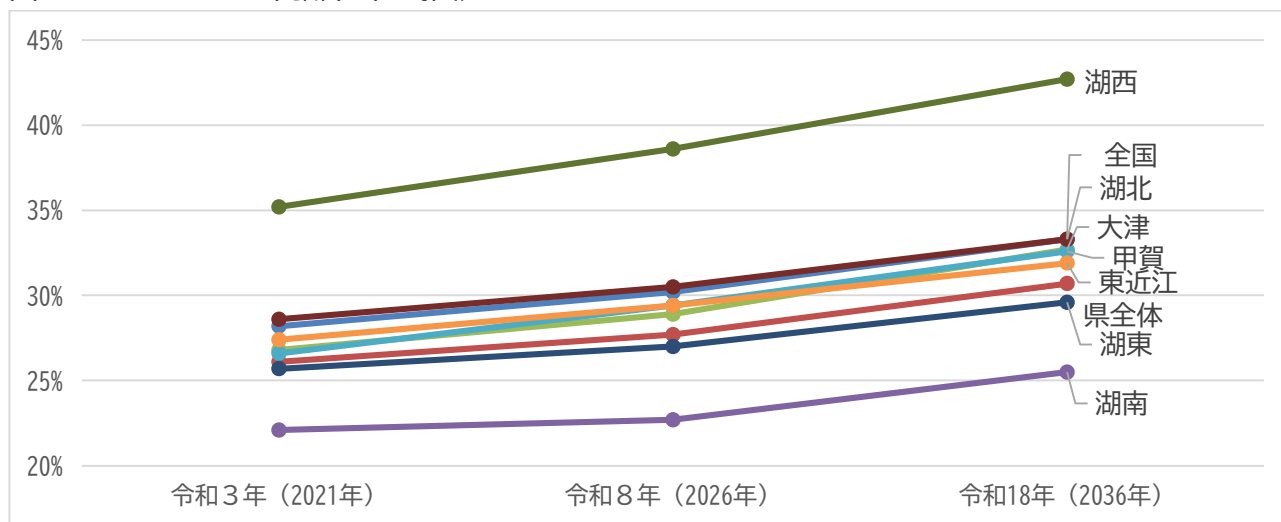
16

17 ○ 本県の人口を年代別にみると、令和3年(2021年)現在で65歳以上の割合は26.1%であり、
18 令和8年(2026年)には27.7%、令和18年(2036年)には30.7%になると推計されていま
19 す。今後、高齢化がより一層進む見込みですが、全国値と比較すると緩やかな上昇に留まって
20 います。

21 ○ 高齢化率の推移を二次保健医療圏ごとにみると、令和18年(2036年)に向けて軒並み高く

なりませんが、湖西以外の二次保健医療圏においては、全国平均値以下となっています。中でも湖南の上昇は比較的緩やかである一方で、湖西は全国平均値よりもかなり高くなる見込みです。

図3-1-2-3 高齢化率の推移



(3) 基礎データ3 (医療需要)

表3-1-3-1 医療需要の推移

区域	R3 (2021年) ※1		R8 (2026年) ※2		R18 (2036年) ※3		医療需要推移			
	総数	65歳以上割合	総数	65歳以上割合	総数	65歳以上割合	R8 (2026年)		R18 (2036年)	
							全体	65歳以上	全体	65歳以上
全国	2,038,048	67.1%	2,145,128	69.8%	2,187,788	72.7%	105.3%	109.5%	107.3%	116.4%
滋賀県	21,576	64.7%	22,211	67.2%	23,295	70.3%	102.9%	106.9%	108.0%	117.4%
大津	5,320	64.9%	5,995	68.9%	6,417	72.7%	112.7%	119.5%	120.6%	135.0%
湖南	4,664	59.6%	5,271	61.2%	5,724	64.3%	113.0%	115.9%	122.7%	132.3%
甲賀	2,216	64.9%	2,036	68.3%	2,111	72.0%	91.9%	96.6%	95.3%	105.6%
東近江	3,571	66.2%	3,536	69.1%	3,641	72.0%	99.0%	103.4%	101.9%	111.0%
湖東	2,357	64.6%	2,217	65.8%	2,331	68.6%	94.1%	95.8%	98.9%	105.0%
湖北	2,554	68.1%	2,372	69.8%	2,347	72.5%	92.9%	95.2%	91.9%	97.8%
湖西	894	73.6%	633	74.9%	610	78.5%	70.8%	72.0%	68.2%	72.8%

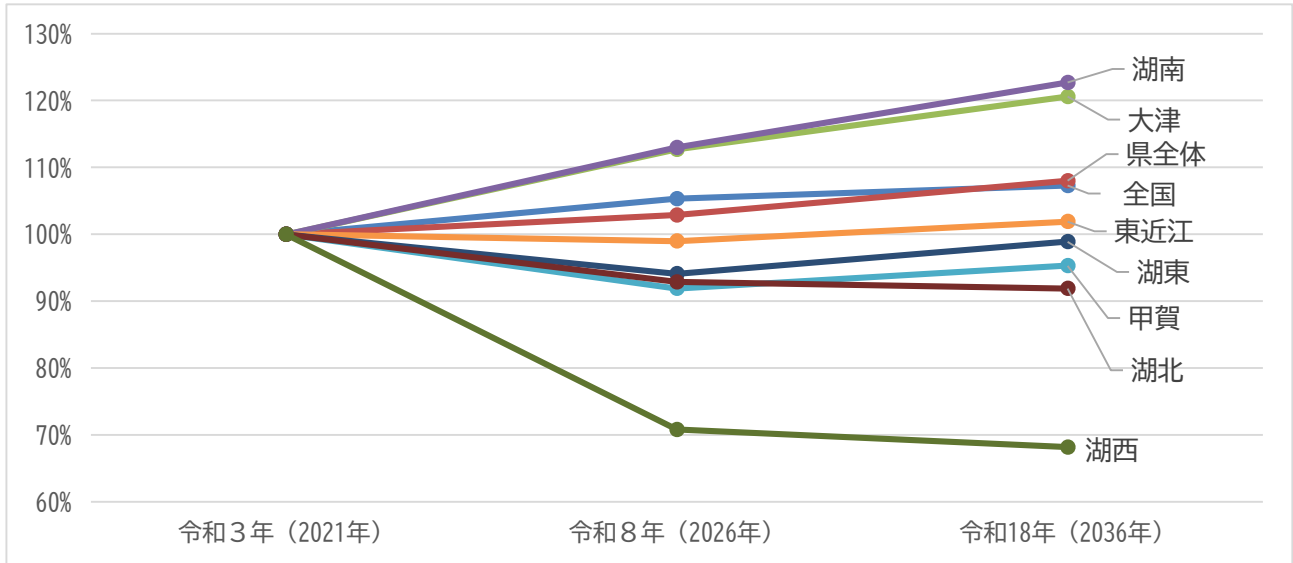
※1 出典：「2023年医師偏在指標に係るデータ集」(厚生労働省)

※2 出典：「目標医師数・参考値(2026年)に係るデータ集」(厚生労働省)

※3 出典：「必要医師数(2036年)に係るデータ集」(厚生労働省)

- 本県の1日あたりの医療需要(入院医療需要+無床診療所医療需要)は令和3年(2021年)現在で21,576人であり、この人数を「100%」とした場合、令和8年(2026年)には「102.9%」、令和18年(2036年)には「108.0%」になると推計されており、全国値と概ね同様です。
- 医療需要の推移を二次保健医療圏ごとにみると、令和8年(2026年)に向けて増加すると推計されているのは大津・湖南であり、東近江は概ね横ばいで推移しています。甲賀・湖東・湖北・湖西では一時的に減少する見込みですが、特に湖西では大きく減少する見込みです。
- その後、令和18年(2036年)時点では、大津・湖南・東近江・甲賀・湖東において医療需要が増加する見込みです。一方で、湖北・湖西では減少する見込みです。

1 図3-1-3-2 医療需要の推移

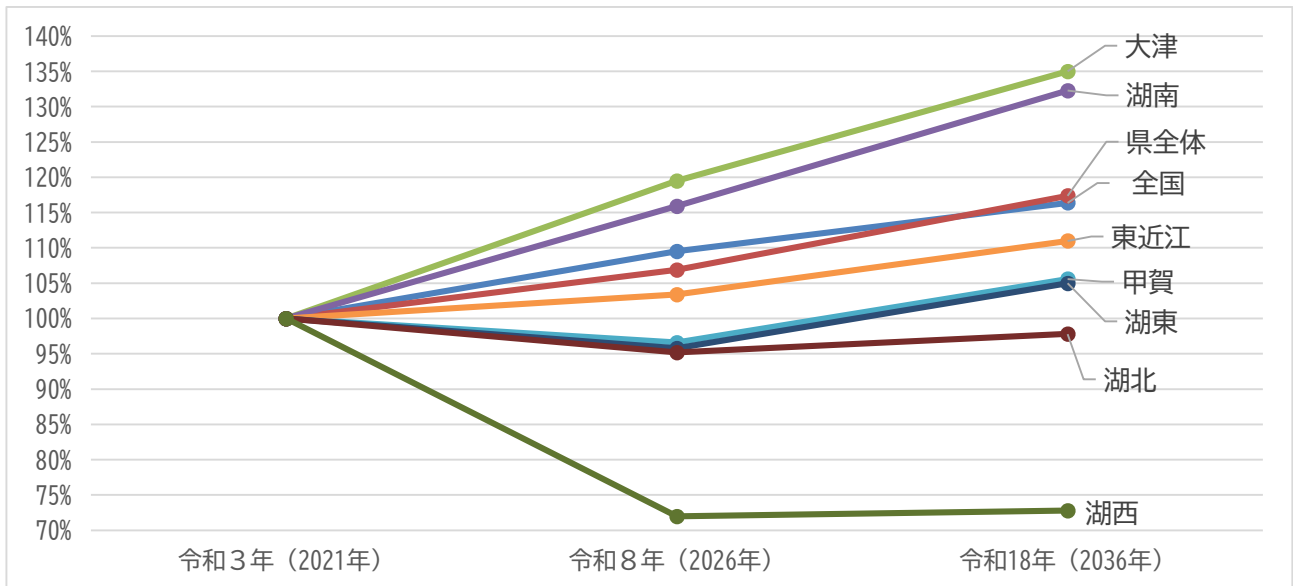


2
3

- 4 ○ 65歳以上の高齢者の医療需要は、受療率の高い75歳以上の後期高齢者人口の増加に伴い、
- 5 令和18年(2036年)まで増加し続ける見込みです。
- 6 ○ 多くの二次保健医療圏で上昇傾向にありますが、甲賀・湖東・湖北・湖西においては令和8
- 7 年(2026年)時点で一時的に減少する見込みです。
- 8 ○ その後、令和18年(2036年)時点では、全ての二次保健医療圏で高齢者の医療需要が増加
- 9 しますが、湖北・湖西は令和3年(2021年)現在よりも高齢者の医療需要が減少する見込みで
- 10 す。

11
12

図3-1-3-3 高齢者(65歳以上)の医療需要の推移



13
14

- 1 ○ 本県の1日あたりの入院患者の流出入状況を見ると、県外への流出が700人程度に対し、県
 2 外からの流入が100人程度であり、一日あたり600人程度の流出超過となっています。
 3 ○ 1日あたりの入院患者の流出入状況を二次保健医療圏ごとにみると、大津・湖南を除く二次
 4 保健医療圏において流出超過となっています。
 5

表3-1-3-4 入院患者の流出入状況 (単位：千人/日)

区分	患者数(施設所在地)(千人/日)									総数 (患者住 所在地)	患者流出入	
	大津	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北	湖西	県外	総数		率	
患者数 (患者住 所在地)	大津	2.2	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4	2.9	+0.2	+6.9%
	湖南	0.4	1.7	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	0.1	2.4	±0.0	+0.0%
	甲賀	0.1	0.2	1.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	1.4	▲0.2	▲14.3%
	東近江	0.1	0.2	0.1	1.6	0.1	0.0	0.0	0.1	2.2	▲0.1	▲4.5%
	湖東	0.0	0.0	0.0	0.3	0.8	0.1	0.0	0.0	1.2	▲0.2	▲16.7%
	湖北	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.9	0.0	0.1	1.1	▲0.1	▲9.1%
	湖西	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	0.0	0.5	▲0.2	▲40.0%
	県外	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0				
総数 (施設所在地)	3.1	2.4	1.2	2.1	1.0	1.0	0.3		11.7	▲0.6	▲5.1%	

出典：「2022年医師偏在指標に係る患者流出入表」(厚生労働省)

- ※ 患者流出入表は平成29年患者調査(厚生労働省)をもとに作成。流出入数一日あたり100人以下の
 場合0人と表記されるため、医師偏在指標に使用した流出入数と異なる場合があります(以下同様)。
 ※ 患者流出入は、正の数が流入者数(率)を、負の数が流出者数(率)を表します(以下同様)。

- 6
 7 ○ 本県の1日あたりの無床診療所の外来患者の流出入状況を見ると、県外への流出が1,000人
 8 程度に対し、県外からの流入が400人程度であり、一日あたり600人程度の流出超過となっ
 9 ています。
 10 ○ 1日あたりの無床診療所の外来患者の流出入状況を二次保健医療圏ごとにみると、湖南を除
 11 く二次保健医療圏において流出超過となっています。

表3-1-3-5 無床診療所の外来患者の流出入状況 (単位：千人/日)

区分	患者数(施設所在地)(千人/日)									総数 (患者住 所在地)	患者流出入	
	大津	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北	湖西	県外	人数		率	
患者数 (患者住 所在地)	大津	8.3	0.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4	9.3	▲0.3	▲3.6%
	湖南	0.3	8.1	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	0.2	8.7	+0.6	+7.4%
	甲賀	0.1	0.3	3.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.1	3.5	▲0.2	▲6.8%
	東近江	0.0	0.3	0.2	5.1	0.2	0.0	0.0	0.1	5.8	▲0.4	▲6.6%
	湖東	0.0	0.0	0.0	0.2	3.6	0.1	0.0	0.1	4.0	▲0.1	▲2.2%
	湖北	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	4.0	0.0	0.1	4.2	▲0.1	▲2.5%
	湖西	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.2	0.0	1.4	▲0.1	▲7.6%
	県外	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0				
総数 (施設所在地)	9.0	9.4	3.2	5.4	3.9	4.1	1.3		37.0	▲0.6	▲1.7%	

出典：「2022年医師偏在指標に係る患者流出入表」(厚生労働省)

13
 14

1 (4) 基礎データ4 (医師数等)

- 2 ○ 国が実施する「医師・歯科医師・薬剤師統計(調査)」(以下「三師統計」という。)によると、
 3 令和2年(2020年)末現在の医師数は3,496人で、平成24年(2012年)末現在と比べて448
 4 人増加しています。
 5 ○ このうち、医療施設(病院・診療所)に従事する医師は3,340人で、平成24年(2012年)
 6 末現在と比べて444人増加しており、県内の医師数は着実に増加しています。
 7 ○ しかし、人口10万人対医師数でみると、令和2年(2020年)末では247.3人であり、全国
 8 平均の269.2人より少なく、全国32位となっています。また、二次保健医療圏ごとにも、
 9 大津を除く二次保健医療圏では全国平均を下回っています。
 10 ○ 医師数を二次保健医療圏別にみると、令和2年(2020年)末では大津が1,357人で最も多
 11 く、追いで湖南が801人、東近江が466人となっています。また、全ての二次保健医療圏にお
 12 いて、平成24年(2012年)末と比べて医師が増加しています。

14 表3-1-4-1 県内医師数(総数)の推移 (単位:人)

区分	H24		H26		H28		H30		R2	
	総数	人口 10万対	総数	人口 10万対	総数	人口 10万対	総数	人口 10万対	総数	人口 10万対
全国	303,268	237.8	311,205	244.9	319,480	251.7	327,210	258.8	339,623	269.2
滋賀県	3,048	215.4	3,149	222.4	3,270	231.4	3,386	239.8	3,496	247.3

15 出典:「三師統計」(厚生労働省)

16 ※ 図3-1-4-1~10の出典はすべて三師統計(厚生労働省)

18 表3-1-4-2 二次保健医療圏別医師数(総数)(令和2年12月31日現在) (単位:人)

区分	大津		湖南		甲賀		東近江		湖東		湖北		湖西		滋賀県		全国		
	医師数	人口 10万対	医師数	人口 10万対	医師数	人口 10万対	医師数	人口 10万対	医師数	人口 10万対	医師数	人口 10万対	医師数	人口 10万対	医師数	人口 10万対	医師数	人口 10万対	
総数	1,357	393.3	801	231.2	217	151.9	466	205.6	251	161.6	319	211.5	85	183.3	3,496	247.3	339,623	269.2	
内訳	病院	971	281.4	486	140.3	134	93.8	308	135.9	132	85.0	203	134.6	54	116.4	2,288	161.9	216,474	171.6
	診療所	310	89.8	279	80.5	78	54.6	144	63.5	102	65.7	110	72.9	29	62.5	1,052	74.4	107,226	85.0
	小計	1,281	371.2	765	220.8	212	148.4	452	199.4	234	150.7	313	207.5	83	179.0	3,340	236.3	323,700	256.6
	その他	76	22.0	36	10.4	5	3.5	14	6.2	17	10.9	6	4.0	2	4.3	156	11.0	15,923	12.6

20 図3-1-4-3 県内の医療施設従事医師数の推移

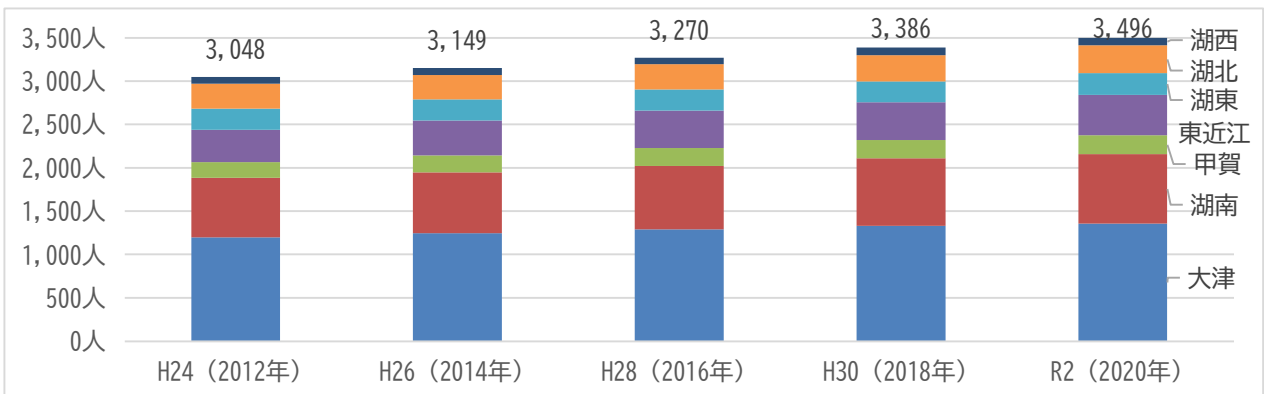


表3-1-4-4 二次保健医療圏別医師数（総数）の推移

（単位：人）

区分	H24	H26	H28	H30	R2	増減数		増減率	
						R2-H30	R2-H24	R2/H30	R2/H24
全国	303,268	311,205	319,480	327,210	339,623	+12,413	+36,355	+3.8%	+12.0%
滋賀県	3,048	3,149	3,270	3,386	3,496	+110	+448	+3.2%	+14.7%
大津	1,195	1,246	1,288	1,330	1,357	+27	+162	+2.0%	+13.6%
湖南	687	702	733	779	801	+22	+114	+2.8%	+16.6%
甲賀	181	193	207	211	217	+6	+36	+2.8%	+19.9%
東近江	375	404	431	436	466	+30	+91	+6.9%	+24.3%
湖東	244	242	245	238	251	+13	+7	+5.5%	+2.9%
湖北	288	284	292	304	319	+15	+31	+4.9%	+10.8%
湖西	78	78	74	88	85	▲3	+7	▲3.4%	+9.0%

1

2

3

4

5

6

7

○ 医師の平均年齢は、令和2年（2020年）末では、男性が51.7歳、女性が43.2歳となっています。年々上昇傾向にあり、特に診療所の医師は男性が62.0歳、女性が54.4歳と医師の高齢化が見られます。また、女性医師の人数、割合は年々増加傾向にあり、令和2年（2020年）末では約5割が20～30代です。

表3-1-4-5 県内医師の平均年齢の推移

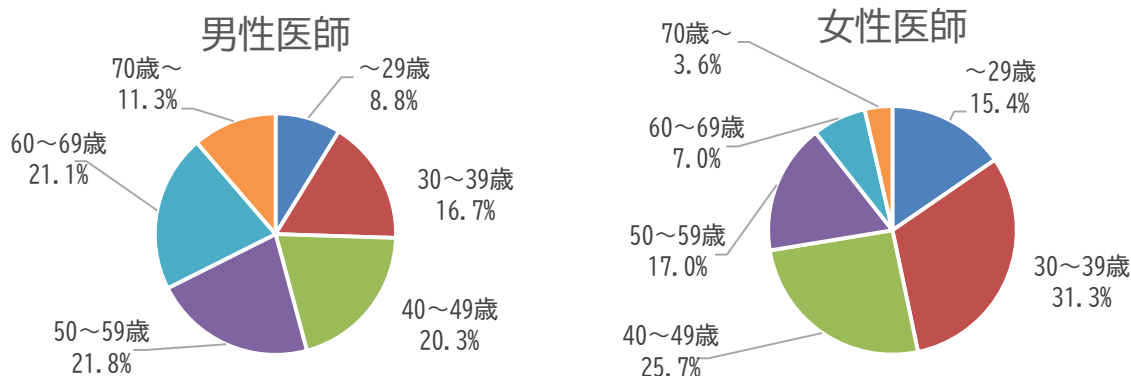
（単位：歳）

区分	H24		H26		H28		H30		R2		
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	
総数	49.9	41.0	50.2	41.7	50.8	41.9	51.1	42.9	51.7	43.2	
内訳	病院	44.6	36.1	45.0	37.1	45.3	38.0	45.3	38.6	45.9	39.1
	診療所	58.9	53.6	59.3	53.8	60.2	53.9	61.3	55.1	62.0	54.4

8

9

図3-1-4-6 県内医師（総数）の年齢・男女別の構成割合（令和2年12月31日現在）



10

11

12

表3-1-4-7 県内医師（総数）の年齢・男女別の構成割合（令和2年12月31日現在）

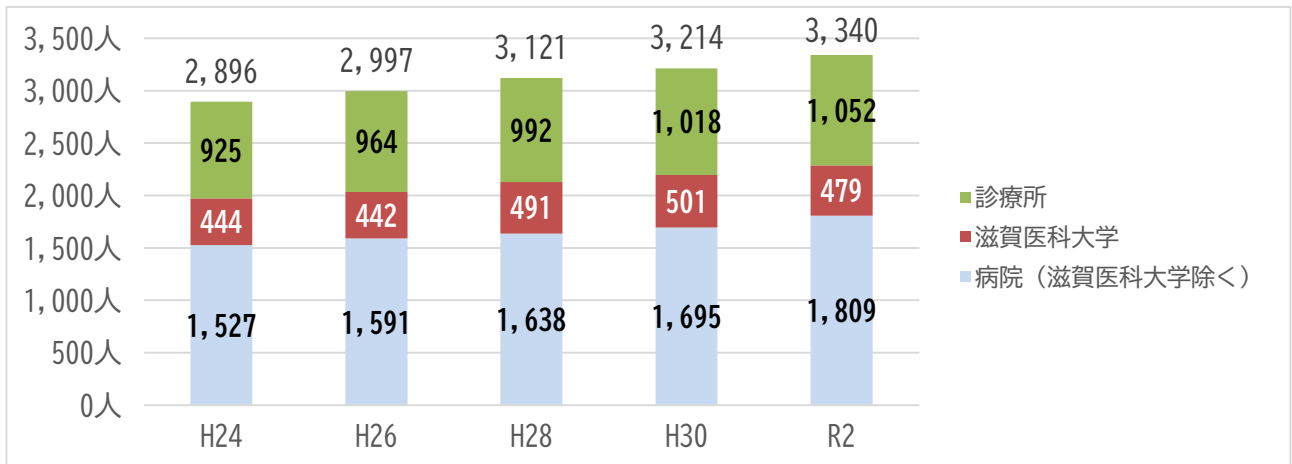
区分	29歳以下		30～39歳		40～49歳		50～59歳		60～69歳		70歳以上		総数	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
医師数(人)	241	116	459	236	556	194	599	128	578	53	309	27	2,742	754
割合	8.8%	15.4%	16.7%	31.3%	20.3%	25.7%	21.8%	17.0%	21.1%	7.0%	11.3%	3.6%	100%	100%

13

14

- 1 ○ 令和2年(2020年)末に病院で従事する医師は1,809人、診療所で従事する医師は1,052人
- 2 であり、病院・診療所ともに増加し続けています。
- 3 ○ 病院、診療所、滋賀医科大学それぞれの医師数の割合は、平成24年(2012年)末から大き
- 4 なる変動はありません。
- 5 ○ 令和2年(2020年)末に病院で従事する医師の割合が最も高い二次保健医療圏は大津(75.8%)
- 6 であり、次いで東近江(68.1%)となっています。一方で、診療所で従事する医師の割合が最
- 7 も高い二次保健医療圏は湖東(43.6%)であり、次いで甲賀(36.8%)となっています。

8
9 図3-1-4-8 県内医師数(病院・診療所)の推移



10
11 表3-1-4-9 県内医師数(病院・診療所)の推移 (単位:人)

区分	H24		H26		H28		H30		R2	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
病院 ※	1,527	52.7%	1,591	53.1%	1,638	52.5%	1,695	52.7%	1,809	54.2%
滋賀医科大学	444	15.3%	442	14.7%	491	15.7%	501	15.6%	479	14.3%
診療所	925	32.0%	964	32.2%	992	31.8%	1,018	31.7%	1,052	31.5%
総数	2,896	100%	2,997	100%	3,121	100%	3,214	100%	3,340	100%

12 ※ 滋賀医科大学を除く

13 表3-1-4-10 二次保健医療圏別医師数(病院・診療所)(令和2年12月31日現在)

区分	大津		湖南		甲賀		東近江		湖東		湖北		湖西		滋賀県		全国	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
病院	971	75.8%	486	63.5%	134	63.2%	308	68.1%	132	56.4%	203	64.9%	54	65.1%	2,228	68.5%	216,474	68.0%
診療所	310	24.2%	279	36.5%	78	36.8%	144	31.9%	102	43.6%	110	35.1%	29	34.9%	1,052	31.5%	107,226	32.0%
総数	1,281	100%	765	100%	212	100%	452	100%	234	100%	313	100%	83	100%	3,340	100%	323,700	100%

1 (5) 診療科別医師数

2 ○ 県内の診療科別医師数（病院・診療所）の推移を平成24年（2012年）末時点から見ると、ほ
 3 とんどの診療科で増加しており、特に消化器内科（30人増）と脳神経内科（33人増）で増加し
 4 ています。一方で、一般外科（28人減）等、外科系の診療科の一部で減少しています。

表3-1-5-1 県内の診療科別医師数（病院・診療所）の推移 (単位：人)

年	総計	内 科 系										外 科 系										
		一般内科	呼吸器内科	循環器内科	消化器内科(胃腸内科)	腎臓内科	脳神経内科	糖尿病内科(代謝内科)	血液内科	その他内科(※2)	一般外科	呼吸器外科	心臓血管外科	乳腺外科	消化器外科	小児外科	その他外科(※3)	脳神経外科	整形外科	形成外科		
H24	2,896	1,049	553	52	150	138	41	34	47	26	8	276	165	33	29	13	28	6	2	73	209	17
H26	2,997	1,081	538	52	151	161	44	43	58	27	7	291	159	39	35	13	35	6	4	66	211	17
H28	3,121	1,141	577	52	151	170	45	49	59	30	8	291	160	35	33	19	30	7	7	69	212	22
H30	3,214	1,125	539	59	151	172	55	48	60	30	11	275	150	34	26	19	33	8	5	72	208	26
R2	3,340	1,197	556	61	167	168	61	67	69	33	15	268	137	31	27	18	40	10	5	69	219	28
R2-H24	444	148	3	9	17	30	20	33	22	7	7	▲8	▲28	▲2	▲2	5	12	4	3	▲4	10	11

年	産婦人科・産科	婦人科	小児科	精神科	放射線科	麻酔科	皮膚科	泌尿器科	眼科	耳鼻いんこう科	リハビリテーション科	病理診断科	臨床検査科	救急科	臨床研修医	その他診療科(※4)
H24	108	14	225	116	82	86	76	69	126	93	24	16	2	27	170	38
H26	115	14	229	126	78	81	78	74	126	99	26	22	3	32	171	57
H28	116	16	224	128	84	93	78	78	130	98	28	28	4	38	199	44
H30	114	14	239	129	88	100	80	87	127	108	25	27	7	46	217	100
R2	121	21	240	140	85	111	88	87	134	119	30	31	5	46	215	86
R2-H24	13	7	15	24	3	25	12	18	8	26	6	15	3	19	45	48

出典：「三師統計」（厚生労働省）

※1 複数の診療科に従事している場合の主として従事する診療科と、1診療科のみに従事している場合の診療科を集計。

※2 その他内科（心療内科、アレルギー科、リウマチ科、感染症内科）

※3 その他外科（美容外科、肛門外科、気管食道外科）

※4 その他診療科（全科、その他、主たる診療科不詳、不詳）

- 1 ○ 令和2年（2020年）未現在の診療科別の人口10万人対医師数を全国比較すると、呼吸器外
 2 科、病理診断科が全国順位で10位以内に入っており、相対的に医師が多い診療科といえます。
 3 一方で、一般内科、心臓血管外科、消化器外科、脳神経外科、整形外科、産婦人科・産科、精
 4 神科が全国順位でワースト10位以内に入っており、相対的に医師が少ない診療科といえます。
 5 ○ 次の表は、診療科別の全国での相対的な位置づけを示すものであるため、全国順位が高い診
 6 療科でも医師が不足している可能性があることに留意が必要です。

表3-1-5-2 診療科別の人口10万人対医師数（病院・診療所）（単位：人）

診療科	全国		滋賀県		全国 順位	
	総数	人口10万人 対医師数 A	総数	人口10万人 対医師数 B		
総計	323,700	256.6	3,340	236.3	33位	
内科系	一般内科	61,514	48.8	556	39.3	41位
	呼吸器内科	6,728	5.3	61	4.3	34位
	循環器内科	13,026	10.3	167	11.8	13位
	消化器内科	15,432	12.2	168	11.9	24位
	腎臓内科	5,360	4.2	61	4.3	19位
	脳神経内科	5,758	4.6	67	4.7	16位
	糖尿病内科	5,630	4.5	69	4.9	15位
	血液内科	2,840	2.3	33	2.3	21位
外科系	一般外科	13,211	10.5	137	9.7	36位
	呼吸器外科	2,075	1.6	31	2.2	6位
	心臓血管外科	3,222	2.6	27	1.9	44位
	乳腺外科	2,173	1.7	18	1.3	35位
	消化器外科	5,814	4.6	40	2.8	41位
	小児外科	887	0.7	10	0.7	20位
脳神経外科	7,349	5.8	69	4.9	38位	
整形外科	22,520	17.9	219	15.5	39位	
形成外科	3,003	2.4	28	2	25位	
産婦人科・産科（※5）	11,678	46.7	121	42.4	42位	
婦人科	1,995	1.6	21	1.5	12位	
小児科（※5）	17,997	119.7	240	124.8	19位	
精神科	16,490	13.1	140	9.9	42位	
放射線科	7,112	5.6	85	6	25位	
麻酔科	10,277	8.1	111	7.9	29位	
泌尿器科	7,685	6.1	87	6.2	29位	
眼科	13,639	10.8	134	9.5	32位	
耳鼻いんこう科	9,598	7.6	119	8.4	12位	
リハビリテーション科	2,903	2.3	30	2.1	30位	
病理診断科	2,120	1.7	31	2.2	6位	
臨床検査科	631	0.5	5	0.4	33位	
救急科	3,950	3.1	46	3.3	17位	

出典：「三師統計」（厚生労働省）

- 8
 9
 10 ※1 複数の診療科に従事している場合の主として従事する診療科と、1診療科のみに従事している場合
 11 の診療科を集計。
 12 ※2 全国順位が1～10位（上位10位以内）の診療科の行を赤で塗りつぶし、38～47位（下位10位以
 13 内）の診療科の行を青で塗りつぶしています。
 14 ※3 その他内科、その他外科、臨床研修医、その他診療科を除く。
 15 ※4 ※3を表から除いているため、総計と各診療科の合計値とは一致しません。
 16 ※5 産婦人科・産科は15～49歳女性人口10万人対医師数、小児科は15歳未満の人口10万人対医師
 17 数。小児科、産婦人科（産科含む）の全国順位は、算定に使用する数値等が異なるため、第4章およ
 18 び第5章の医師偏在指標の全国順位とは異なります。

1 (6) 医師養成数

- 2 ○ 県内唯一の医育機関である滋賀医科大学医学部医学科の入学定員は平成 20 年度(2008 年度)
- 3 現在で 100 名でしたが、平成 21 年度(2009 年度)以降、国の「緊急医師確保対策」等により、
- 4 一時は 117 名まで増加しました。その後、国の「経済財政運営と改革の基本方針 2018」を踏ま
- 5 え、養成課程における教育・研修環境の体制を考慮した結果、現在の入学定員は 110 名(臨時
- 6 定員 5 名含む)となっています。
- 7 ○ 全国の医学部の入学定員の合計は、平成 19 年度(2007 年度)において 7,625 人となってい
- 8 ましたが、平成 20 年度(2008 年度)以降に医学部の新設や増員が行われ、令和元年度(2019
- 9 年度)には過去最大規模となる 9,420 人となっています。
- 10 ○ 医学部定員については、国において定期的に医師需給推計を行った上で、減員に向けた検討
- 11 が行われていますが、令和 7 年度(2025 年度)までは暫定的に 9,420 人が上限として維持され
- 12 ることになっています。
- 13 ○ また、平成 21 年度(2009 年度)から地域枠を設置し、入学後に地域枠適用を希望する者を
- 14 募ってきましたが、希望者がいない年度もあり、安定的な確保に課題がありました。令和 2
- 15 年度からは、入学後の手挙げ方式から別枠入試方式(「地域医療枠」および推薦入試の「地元医
- 16 療枠」)に変更し、以後、地域枠学生の充足率は 100%を維持しています。
- 17 ○ また、令和 6 年度(2024 年度)には恒久定員内の地域枠を増員し、地域枠定員を 11 名から
- 18 16 名へと拡充することで、さらなる地域枠学生の養成に取り組みます。
- 19

表 3-1-6-1 滋賀医科大学医学部医学科の入学定員の推移(※1) (単位:人)

年度	入 学 定 員							編入学定員(学士編入枠)
	一般	一般(地域医療枠)	一般(研究医枠)	推 薦				
				うち地元出身者枠 ※2	うち地元医療枠			
H20	100	65		0	20	7		15
H21	110(5)	73(3)		0	20	8		17(2)
H22	115(10)	78(8)		0	20	8		17(2)
H23	117(12)	78(8)		2(2)	20	8		17(2)
H24~31	117(12)	73(8)		2(2)	25	13		17(2)
R2~R4	110(5)	55	5(5)	0	35	15	6	15
R5	110(5)	55	5(5)	0	35	0	6	15
R6	110(5)	53	7(5)	0	35	0	9	15

※1 表中のカッコ書きは臨時定員数を表す(内数)

※2 原則として滋賀県出身者のみが出願できる枠。令和 5 年度入試から廃止。

- 23 ○ また、滋賀医科大学医学部医学科の入学生に占める女性の割合は高く、令和 2 年度(2020 年
- 24 度)以降は全国平均値を上回り続けており、令和 5 年度(2023 年度)では入学生の半数以上が
- 25 女性です。

表 3-1-6-2 大学医学部入学者に占める女性人数と割合 ※編入学除く (単位:人)

入学年度	H31		R2		R3		R4		R5	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
全国	3,348	37.2%	3,257	36.6%	3,586	40.2%	3,473	38.8%	3,640	40.4%
滋賀医科大学	32	32.0%	50	52.6%	42	44.2%	37	38.9%	53	55.8%

出典:「学校基本調査」(文部科学省)、「滋賀医科大学入試統計」(滋賀医科大学)

1 (7) 臨床研修医

- 2 ○ 医師国家試験に合格した後に診療に従事しようとする医師は、2年以上、大学医学部附属病
 3 院または臨床研修指定病院において臨床研修を受けなければならないとされています。
 4 ○ 本県では、1つの大学病院および基幹型臨床研修病院に指定された13の病院の計14病院で
 5 臨床研修医を受け入れており、各病院の募集定員は、滋賀県地域医療対策協議会で協議の上、
 6 設定しています。
 7 ○ 本県の臨床研修病院の定員充足率は、8～9割台で推移しており、平成28年（2016年）以
 8 降、100人以上の採用数を維持しています。
 9 ○ 臨床研修修了後の3年目医師採用数についても、平成30年（2018年）以降、90人以上の確
 10 保ができていますが、県内病院で臨床研修を修了した研修医の県内定着率は6割台に留まって
 11 います。

12 表3-1-7-1 県内の基幹型臨床研修病院 (単位：人)

No	施設名	R5 定員	医療圏
1	地方独立行政法人 市立大津市民病院	9	大津
2	大津赤十字病院	14	大津
3	国立大学法人 滋賀医科大学医学部附属病院(※)	43	大津
4	独立行政法人地域医療機能推進機構 滋賀病院	2	大津
5	社会福祉法人恩賜財団 済生会滋賀県病院	10	湖南
6	滋賀県立総合病院	10	湖南
7	社会医療法人誠光会 淡海医療センター	9	湖南
8	地方独立行政法人 公立甲賀病院	5	甲賀
9	近江八幡市立総合医療センター	8	東近江
10	独立行政法人国立病院機構 東近江総合医療センター	4	東近江
11	彦根市立病院	4	湖東
12	長浜赤十字病院	5	湖北
13	市立長浜病院	6	湖北
14	高島市民病院	3	湖西
合計		132	

※ 基礎研究医プログラムに係る定員（1名）を含む。

13 表2-1-2 臨床研修医の募集定員・採用数・研修修了後の動向（再掲） (単位：人)

年度	H29	H30	H31	R2	R3	R4	R5
臨床研修医募集定員数(※)	126	127	126	125	132	132	132
臨床研修医採用者数	101	104	102	119	110	125	117
採用率(%)	80.2	81.9	81.0	95.2	83.3	94.7	88.6
臨床研修修了後の動向 (2年後の動向)							
県内病院に勤務(A)	56	71	67	69	71	73	74
県外病院に勤務・その他	32	29	30	33	33	50	41
合計	88	100	97	102	104	123	115
臨床研修修了後の県内定着率(%)	63.6	71.0	69.1	67.6	68.3	59.3	64.3
臨床研修修了後の流入医師数(B)	17	28	29	21	26	28	20
県内病院の3年目医師数(A+B)	73	99	96	90	97	101	94

出典：「臨床研修医動向調査」（滋賀県）

※ 基礎研究医プログラムに係る定員（1名分）を含む

1 (8) 専攻医

- 2 ○ 臨床研修を修了した医師の多くは、それぞれが希望する診療科の専門性を高めるために専攻
3 医として専門研修を受けることとなりますが、平成30年(2018年)4月に、(一社)日本専門
4 医機構による新しい専門医制度が導入されました。本県においては、令和5年(2023年)10月
5 1日現在で、18の基本診療科(基本領域)において50の専門研修プログラムが(一社)日本
6 専門医機構に認定されています。
- 7 ○ 専門研修においては、将来、医師が充足すると想定される診療科においては、都道府県ごと
8 に専攻医の募集定員にシーリングがかかるため、今後の医師確保に大きな影響を及ぼすことが
9 懸念されます。令和5年(2023年)10月1日現在、本県では小児科がシーリングの対象とされ
10 ています。
- 11 ○ 毎年度、各基幹施設に対して専門研修プログラムの運用状況を調査し、募集定員の充足状況
12 やプログラムの登録・廃止の予定、連携施設の設定等の確認をしています。
- 13 ○ この調査結果をもとに、各専門研修プログラムが本県の医師確保対策や地域・診療科偏在対
14 策に資するものであるかを検証するとともに、シーリング等による影響を分析し、医療提供体
15 制に重大な影響があると認められる場合には、医師法に基づき、滋賀県地域医療対策協議会で
16 意見聴取した上で、厚生労働大臣を通じて(一社)日本専門医機構等に対して意見を述べてい
17 ます。
- 18

表3-1-8-1 県内医療機関で勤務する専攻医(診療科別) (単位:人)

年	内科	外科	小児科	産婦人科	精神科	整形外科	脳神経外科	眼科	耳鼻いんこう科	皮膚科	形成外科	泌尿器科	救急科	麻酔科	放射線科	病理診断科	総合診療科	合計
R1	60	17	14	8	7	11	4	6	4	6	0	7	2	9	6	4	10	175
R2	91	21	20	16	11	20	4	10	10	9	3	14	5	13	7	5	16	275
R3	105	21	17	16	7	21	5	12	12	13	2	12	7	19	8	4	12	293
R4	117	26	15	20	10	26	7	15	15	13	6	11	5	20	8	3	13	330
R5	147	26	17	18	9	25	8	18	13	18	12	12	5	24	11	3	15	381

出典:「病院診療科別医師数実態調査」(滋賀県)

※1 人数は各年の6月1日現在

※2 県内医療機関で勤務している専攻医の人数であるため、県内基幹施設の専門研修プログラム登録数とは一致しません。

表3-1-8-2 県内医療機関で勤務する専攻医(二次保健医療圏) (単位:人)

	天津	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北	高島	合計
R1	122	15	3	20	1	13	1	175
R2	157	39	1	42	1	33	2	275
R3	158	62	2	39	2	30	0	293
R4	174	71	7	39	7	32	0	330
R5	184	88	18	46	7	38	0	381

出典:「病院診療科別医師数実態調査」(滋賀県)

※ 人数は各年の6月1日現在。県内医療機関で勤務している専攻医の人数であるため、県内基幹施設の専門研修プログラム登録数とは一致しません。

2 医師偏在指標

(1) 基本事項

ア 算定式

- 医師確保計画が策定されるまでは、地域ごとの医師数の比較には人口 10 万人当たり医師数が一般的に用いられてきましたが、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、医師の偏在状況を統一的・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ませんでした。
- そのため、国において、全国ベースで統一的・客観的に比較・評価する指標として、医療需要、人口・人口構成とその変化、患者の流出入、医師の性別・年齢別分布等の要素を考慮した「医師偏在指標」が算定され、示されることとなりました。

(医師偏在指標の算定式)

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

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

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

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

$$(\ast 4) \text{ 全国の性} \cdot \text{年齢階級別調整受療率}$$

$$= \text{無床診療所医療医師需要度}(\ast 5) \times \text{全国の無床診療所受療率} + \text{全国の入院受療率}$$

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

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

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に次のように修正を加えて計算します。

全国の性・年齢階級別調整受療率（流出入反映）

$$\begin{aligned} &= \text{無床診療所医療医師需要度} \times \text{全国の無床診療所受療率} \\ &\times \text{無床診療所患者流出入調整係数}(\ast 7) + \text{全国の入院受療率} \\ &\times \text{入院患者流出入調整係数}(\ast 8) \end{aligned}$$

(※7) 無床診療所患者流出入調整係数

$$= \frac{\text{無料診療所患者数}(\text{患者所在地}) + \text{無床診療所患者流入数} - \text{無床診療所患者流出数}}{\text{無床診療所患者数}(\text{患者所在地})}$$

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

- 1 ○ 医師偏在指標は、令和 18 年（2036 年）までに医師偏在是正を達成することを目的に作成さ
2 れた指標であり、都道府県別と二次保健医療圏別に算出されます。
- 3 ○ 計画の改定に当たり、前回令和 2 年 3 月に示された医師偏在指標の算定式自体に変更はあり
4 ませんが、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するため、三師統計で用
5 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
6 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 人として再計算
7 した上で、医師偏在指標が算出されることとなりました。
- 8 ○ また、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
9 院・診療所）の医師偏在指標が国から新たに示されています。
- 10 ○ なお、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
11 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
12 んでいるものではありません。このため、医師偏在指標の活用に当たっては、医師の絶対的な
13 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
14 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がな
15 いよう十分に留意する必要があります。
- 16 ○ また、医師偏在指標の活用に当たっては、地域医療構想の推進や医師の働き方改革も踏まえ
17 た一体的な議論が重要であることから、地域の実情に合わせた医療提供体制の維持を十分に考
18 慮する必要があります。
- 19 ○ 医師偏在指標は、医師としての経験値が少ない若手医師が労働力として実数以上に算定され
20 ていることや、大学病院で勤務する医師が教育や研究に従事している時間が長いことについて
21 考慮されていないなど、必ずしも医療現場の実態を十分に反映できていない点があることにつ
22 いても留意が必要です。
- 23 ○ なお、令和 2 年（2020 年）に国が行った医師に関するマクロの需給推計では、令和 11 年（2029
24 年）頃に受給が均衡するとしており、令和 6 年（2024 年）時点においても、約 1 万人の医師が
25 不足するとされていることから、現時点では、そもそも全国の医師の絶対数は足りていない状
26 況です。

27 28 イ 医師偏在指標における医療需要の考え方

- 29 ○ 医師偏在指標における医療需要は、性・年齢・地域による受療率の違いを調整した人口 10 万
30 人あたりの人数と地域の標準化受療率を乗じて算出されます。
- 31 ○ 地域の標準化受療率とは、全国の性・年齢階級別調整受療率を地域の性・年齢階級別の人口
32 に当てはめて算定した地域の期待受療率を、全国の期待受療率で割ったものとなっています。
- 33 ○ 人口構成が若く高齢化が進んでいない地域は、医療を受ける率（受療率）が低くなるため、
34 医師偏在指標の算出においては、受療率が低いほど、受療率を加味した人口（分母）が少なく
35 なり、医師偏在指標の数値は大きくなる傾向にあります。
- 36 ○ また、医療需要の算出は地域ごとの患者の流出数も考慮されており、患者の流出数が多い
37 地域は、分母となる患者数が減じられることにより、標準化受療率が低くなるため、医師偏在
38 指標の数値は大きくなります。
- 39
40

表3-2-1-1 本県における標準化受療率比

区分	人口 (10万人)			入院患者 流出入率	外来患者 流出入率	標準化 受療率比	
	0~14歳	15~64歳	65歳以上				
全国	1266.54	12.1%	59.7%	28.2%	1.000	1.000	1.00
滋賀県	14.19	13.8%	60.1%	26.1%	0.959	0.986	0.92
大津	3.44	13.4%	59.8%	26.8%	1.069	0.964	0.99
湖南	3.42	15.5%	62.4%	22.1%	1.000	1.073	0.87
甲賀	1.45	12.9%	60.5%	26.6%	0.857	0.932	0.84
東近江	2.29	13.5%	59.1%	27.4%	0.955	0.934	0.92
湖東	1.56	13.8%	60.5%	25.7%	0.833	0.979	0.83
湖北	1.55	13.0%	58.4%	28.6%	0.909	0.975	0.95
湖西	0.48	10.5%	54.3%	35.2%	0.600	0.923	0.82

出典：「2023年医師偏在指標に係るデータ集」（厚生労働省）

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13

ウ 医師偏在指標における医師供給の考え方

- 医師偏在指標における医師供給は、性・年齢・診療科による労働時間の違いを全国比で調整し、標準化した医師数（以下「標準化医師数」という。）を算定に用います。
- 標準化医師数とは、医師の性別や年齢ごとの平均労働時間を反映した医師数であり、医師の労働時間は、年齢が若いほど長く、女性よりも男性の方が長い傾向にあります。例えば、30代の男性医師は1人につき1.149人で算定されますので、医療圏内に30代の男性医師が多い場合は、医師偏在指標の数値は大きくなります。
- 本県においては、県全体の医療施設（病院・診療所）従事医師のうち60歳未満の医師の割合が73.3%と、全国値の71.9%を上回っています。女性医師数の割合は全国値よりやや低いものの、人口構成が全国的にみると若く、全国と比較して高齢化が進んでいないことから、県全体としては医師の実人数よりも標準化医師数が多くなっています。

表3-2-1-2 本県における標準化医師数

区分	医療施設従事医師数				医療施設従事医師数 (調整後※) (人)	労働時間 調整係数	標準化医師 数(人)	実際の 医師数 との差	
	医療施設従事医師数 (人)	60歳未満 (人)	60歳未満 医師割合	女性医師 数(人)					女性医師 割合
全国	323,700	232,750	71.9%	73,822	22.8%	323,700	1.000	323,700	±0
滋賀県	3,340	2,447	73.3%	718	21.5%	3,360	1.006	3,381	+41
大津	1,281					1,252	1.018	1,276	▲5
湖南	765					781	0.995	780	+15
甲賀	212					214	1.005	215	+3
東近江	452					460	0.996	459	+7
湖東	234					239	0.979	234	±0
湖北	313					319	1.009	322	+9
湖西	83					95	1.000	95	+12

出典：「三師統計」「2023年医師偏在指標に係るデータ集」（厚生労働省）

※ 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人として再計算した後の医療施設従事医師数。

14
15
16

表3-2-1-3 性・年齢階級別労働時間比

区分	20代	30代	40代	50代	60代	70代以上
男性	1.085	1.149	1.110	1.052	0.927	0.744
女性	1.069	0.936	0.902	0.925	0.874	0.712

出典：「医師の勤務環境把握に関する調査（令和4年7月）」（厚生労働省）

1
2
3
4
5

(2) 医師偏在指標

ア 医師偏在指標（全体）

○ 計画の改定にあたり、国が示した医師偏在指標は以下のとおりです。

表3-2-2-1 都道府県間の医師偏在指標 全国平均：255.6

順位	都道府県	医師偏在指標	前回(R2.3)順位比較	順位	都道府県	医師偏在指標	前回(R2.3)順位比較	順位	都道府県	医師偏在指標	前回(R2.3)順位比較
1	東京都	353.9		17	兵庫県	266.5		32	山口県	228.0	↓1
2	京都府	326.7		18	島根県	265.1	↑3	33	宮崎県	227.0	↑2
3	福岡県	313.3		19	滋賀県	260.4	↓3	34	三重県	225.6	↓1
4	岡山県	299.6		20	大分県	259.7	↓2	35	岐阜県	221.5	↑1
5	沖縄県	292.1		21	鹿児島県	254.8	↑2	36	長野県	219.9	↑1
6	徳島県	289.3	↑1	22	広島県	254.2	↓2	37	群馬県	219.7	↓3
7	大阪府	288.6	↓1	23	神奈川県	247.5	↑3	38	千葉県	213.0	
8	長崎県	284.0	↑1	24	宮城県	247.3	↓2	39	静岡県	211.8	
9	石川県	279.8	↓1	25	福井県	246.8	↓1	40	山形県	200.2	
10	和歌山県	274.9		26	愛媛県	246.4	↓1	41	秋田県	199.4	
11	佐賀県	272.3		27	山梨県	240.8		42	埼玉県	196.8	↑2
12	熊本県	271.0	↑2	28	愛知県	240.2		43	茨城県	193.6	↓1
13	鳥取県	270.4		29	富山県	238.8	↑1	44	福島県	190.5	↓1
14	奈良県	268.9	↑5	30	北海道	233.8	↓1	45	新潟県	184.7	↑1
15	高知県	268.2	↓3	31	栃木県	230.5	↑1	46	青森県	184.3	↓1
16	香川県	266.9	↓1					47	岩手県	182.5	

出典：「2023年医師偏在指標に係るデータ集」（厚生労働省）

6

表3-2-2-2 医師偏在指標比較表

区域	(R2.3)医師偏在指標 ※1			(R6.1)医師偏在指標 ※2			
	医師偏在指標	全国順位	医師多数・少数の別	医師偏在指標	全国順位	前回順位(R2.3)比較	医師多数・少数の別
全国	239.8			255.6	-		-
滋賀県	244.8	16位	多数	260.4	19位	↓3	
大津	378.3	7位	多数	373.5	9位	↓2	多数
湖南	238.2	68位	多数	262.2	64位	↑4	多数
甲賀	161.9	223位		176.8	228位	↓5	少数
東近江	200.3	104位	多数	218.3	109位	↓5	多数
湖東	169.5	196位		181.0	217位	↓21	
湖北	193.2	121位		217.6	112位	↑9	多数
湖西	179.8	160位		245.0	76位	↑84	多数

※1 出典「2019年医師偏在指標に係るデータ集」（厚生労働省）

※2 出典「2023年医師偏在指標に係るデータ集」（厚生労働省）

※3 県は1～16位が多数、32～47位が少数。二次保健医療圏は1～112位が多数、223～330位が少数。(R2.3の二次保健医療圏は1～112位が多数、224～335位が少数。)

7
8
9

○ 本県の順位は全国19位であり、現行計画の順位（16位）と比較すると3ランク下がりました。本県の指標は全国平均値より少し高くなっています。

○ 医師偏在指標を二次保健医療圏ごとにみると、湖西が大きく順位を上げた（↑84）一方で、湖東が順位を下げています（↓21）。その他の二次保健医療圏は概ね横ばいで推移しています。

イ 医師少数区域等

（ア）医師少数都道府県・医師多数都道府県

○ 国は、医師偏在指標に基づき、上位 33.3%に該当する都道府県を「医師多数都道府県（1～16 位／47 都道府県）」、下位 33.3%に該当する都道府県を「医師少数都道府県（32～47 位／47 都道府県）」として設定します。

○ 本県は令和元年（2019 年）に示された医師偏在指標において全国 16 位であったことから、医師多数都道府県（1～16 位／47 都道府県）として設定されました。

○ 今回新たに算出された医師偏在指標において、本県は全国 19 位であったことから、医師少数でも多数でもない都道府県（17～31 位／47 都道府県。以下「医師中程度都道府県」という。）となります。

（イ）医師少数区域・医師多数区域

○ 都道府県は、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るため、国が示す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なります。

○ 全国 330 ある二次保健医療圏の医師偏在指標の値を一律に比較し、概ね上位 33.3%に該当する医療圏を「医師多数区域（1～112 位／330 二次保健医療圏）」に、概ね下位 33.3%に該当する医療圏を「医師少数区域（223～330 位／330 二次保健医療圏）」に設定することとされています。

○ なお、医師偏在指標上「医師少数区域」に該当する二次保健医療圏であっても、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すが、「医師少数区域」に該当しない二次保健医療圏を医師少数区域として設定することは認められません。

○ 現行計画では、算出された医師偏在指標に基づき、県内の7つの二次保健医療圏のうち大津・湖南・東近江を医師多数区域に設定し、甲賀・湖東・湖北・湖西を医師少数でも多数でもない区域（113～222 位／330 二次保健医療圏。以下「医師中程度区域」という。）としました。

○ 新たに算出された医師偏在指標に基づき、現行計画で医師多数区域として設定した大津・湖南・東近江に加え、湖北・湖西を新たに医師多数区域に、甲賀を新たに医師少数区域として設定し、湖東を医師中程度区域とします。

図3-2-2-3 医師偏在指標（全体）のイメージ



- 1 ウ 病院医師偏在指標
 2 ○ 医師偏在指標（全体）のほか、病院医師のみを抽出した医師偏在指標（以下「病院医師偏
 3 在指標」という。）が国から新たに示されました。
 4

表3-2-2-4 病院医師偏在指標（R6.1）

区域	病院医師偏在指標	全国順位(※)	区分	病院標準化医師数(人)	人口(10万人)	標準化受療率比(病院)
全国	175.9			222,812	1266.54	1.00
滋賀県	188.9	14位	上位 33.3%	2,395	14.19	0.89
大津	282.7	7位	上位 33.3%	986	3.44	1.01
湖南	186.9	62位	上位 33.3%	518	3.42	0.81
甲賀	119.5	212位		140	1.45	0.80
東近江	154.0	101位	上位 33.3%	324	2.29	0.92
湖東	116.9	224位	下位 33.3%	141	1.56	0.77
湖北	149.7	111位		217	1.55	0.93
湖西	198.8	52位	上位 33.3%	69	0.48	0.72

出典：「2023年病院医師偏在指標に係るデータ集」（厚生労働省）

- 5
 6 ○ 病院医師偏在指標においては、本県は全国14位であり、相対的には病院医師が多い都道府
 7 県として区分されています。
 8 ○ 病院医師偏在指標を二次保健医療圏ごとにみると、大津・湖南・東近江・湖西が上位
 9 33.3%に、甲賀・湖北が中位33.3%に、湖東が下位33.3%に区分されています。

図3-2-2-5 病院医師偏在指標のイメージ



- 17 工 診療所医師偏在指標
 18 ○ 病院医師偏在指標と合わせて、診療所医師のみを抽出した医師偏在指標（以下「診療所医
 19 師偏在指標」という。）も新たに示されました。
 20

表3-2-2-6 診療所医師偏在指標（R6.1）

区域	診療所医師偏在指標	全国順位(※)	区分	診療所標準化医師数(人)	人口(10万人)	標準化受療率比(診療所)
全国	79.7			100,889	1266.54	1.00
滋賀県	72.8	27位		986	14.19	0.95
大津	88.2	43位	上位 33.3%	290	3.44	0.95
湖南	78.3	83位	上位 33.3%	262	3.42	0.98
甲賀	57.8	238位	下位 33.3%	75	1.45	0.90
東近江	64.2	185位		135	2.29	0.92
湖東	64.1	186位		93	1.56	0.93
湖北	68.4	152位		104	1.55	0.98
湖西	57.1	248位	下位 33.3%	27	0.48	0.99

出典：「2023年診療所医師偏在指標に係るデータ集」（厚生労働省）

- 1 ○ 診療所医師偏在指標においては、本県は全国 27 位であり、相対的には診療所医師が多くも
 2 少なくもない都道府県として区分されています。
- 3 ○ 診療所医師偏在指標を二次保健医療圏ごとにとみると、大津・湖南が上位 33.3%に、東近
 4 江・湖東・湖北が中位 33.3%に、甲賀、湖西が下位 33.3%に区分されています。

6 図3-2-2-7 診療所医師偏在指標のイメージ



7
8
9 オ まとめ

- 10 ○ 本県は医師中程度都道府県に該当しますが、病院医師偏在指標では全国順位の上位に該当し
 11 ています。
- 12 ○ 大津保健医療圏は医師多数区域の中でも全国順位が高く、病院・診療所のいずれの医師偏在
 13 指標も全国上位 33.3%に該当しています。
- 14 ○ 湖南保健医療圏は医師多数区域であり、大津と同様に、病院・診療所のいずれの医師偏在指
 15 標も全国上位 33.3%に該当しています。
- 16 ○ 甲賀保健医療圏は県内唯一の医師少数区域であり、診療所医師偏在指標においても下位
 17 33.3%に該当しますが、病院医師偏在指標は全国中位に該当しています。
- 18 ○ 東近江保健医療圏は医師多数区域の中では全国順位が低く、病院医師偏在指標は上位 33.3%
 19 に該当していますが、診療所医師偏在指標は全国中位に該当しています。
- 20 ○ 湖東保健医療圏は医師中程度区域であり、診療所医師偏在指標も全国中位ですが、病院医師
 21 偏在指標は県内で唯一、下位 33.3%に該当しています。
- 22 ○ 湖北保健医療圏は、医師多数区域の中では全国順位が一番低く、病院・診療所のいずれの医
 23 師偏在指標も全国中位に該当しています。
- 24 ○ 湖西保健医療圏は医師多数区域であり、病院医師偏在指標も全国上位 33.3%に該当する一
 25 方で、診療所医師偏在指標は全国下位 33.3%に該当しています。

26 表3-2-2-8 医師偏在指標（全体・病院医師・診療所医師）(R6.1)

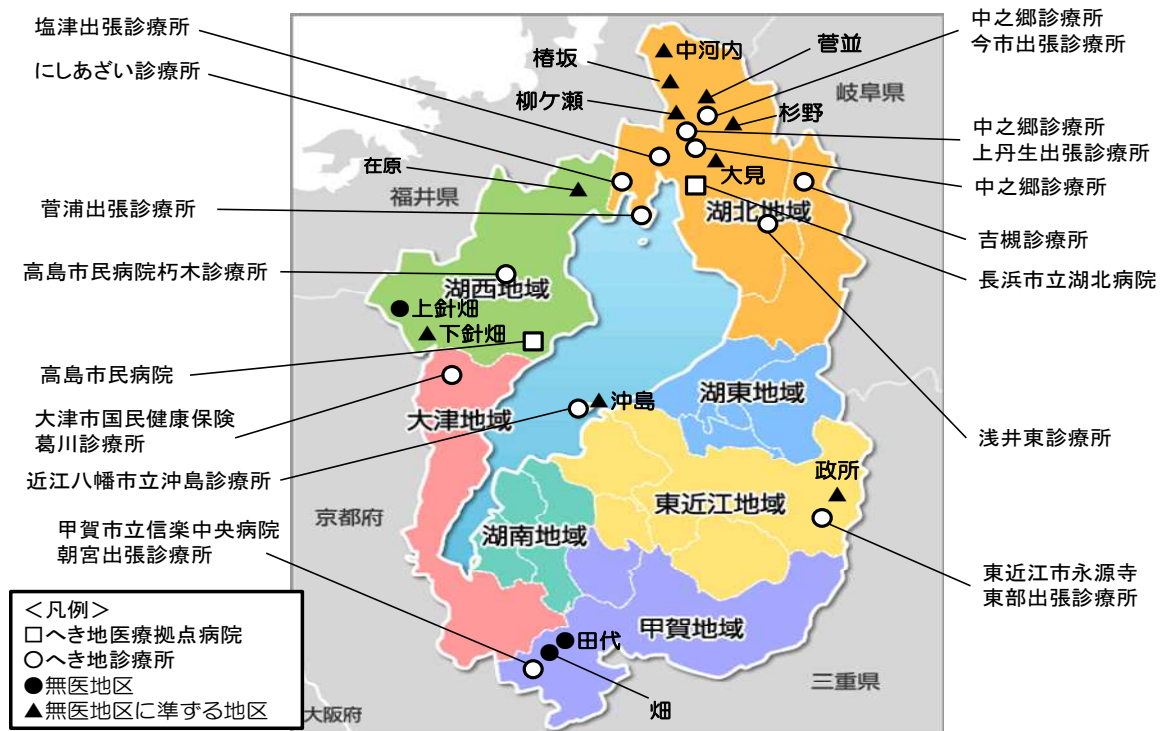
医師偏在指標（全体）				病院医師偏在指標			診療所医師偏在指標		
区域	指標	全国順位	区分	指標	全国順位	区分	指標	全国順位	区分
全国	255.6			175.9			79.7		
滋賀県	260.4	19位		188.9	14位	上位 33.3%	72.8	27位	
大津	373.5	9位	多数	282.7	7位	上位 33.3%	88.2	43位	上位 33.3%
湖南	262.2	64位	多数	186.9	62位	上位 33.3%	78.3	83位	上位 33.3%
甲賀	176.8	228位	少数	119.5	212位		57.8	238位	下位 33.3%
東近江	218.3	109位	多数	154.0	101位	上位 33.3%	64.2	185位	
湖東	181.0	217位		116.9	224位	下位 33.3%	64.1	186位	
湖北	217.6	112位	多数	149.7	111位		68.4	152位	
湖西	245.0	76位	多数	198.8	52位	上位 33.3%	57.1	248位	下位 33.3%

27

1 (3) 医師少数スポット

- 2 ○ 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、二次保健医療圏より小さな単位で継続的に医師の確保が困難であり、かつ、他地域の医療機関へのアクセスが制限されているなど局所的に医師が少ない地域を「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ます。
- 3
- 4
- 5
- 6 ○ 山間地や離島などで医療の確保が困難な地域については、本県では7つの市（大津市、甲賀市、近江八幡市、東近江市、米原市、長浜市、高島市）がへき地診療所を設置しています。
- 7
- 8
- 9 ○ 二次保健医療圏のうち、湖北・湖西においては、県が設置するへき地医療支援機構の下、へき地医療拠点病院である長浜市立湖北病院や高島市民病院をはじめとした医療機関が無医地区および無医地区に準ずる地域（以下「無医地区等」という。）での巡回診療の実施やへき地診療所への医師の派遣を行っています。また、甲賀においては、甲賀市立信楽中央病院が無医地区等での巡回診療等を実施しています。
- 10
- 11
- 12
- 13
- 14 ○ 県は、県職員として採用している自治医科大学を卒業した医師をへき地医療拠点病院に派遣して医師の確保を図っています。
- 15
- 16

17 図3-2-3-1 滋賀県内のへき地保健医療現況図



- 36 ○ 本県においては、現行計画において、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しました。
- 37
- 38
- 39 ○ へき地診療所については、安定的な医師の確保は容易ではなく、へき地医療拠点病院等からの医師派遣や指定管理制度の導入、地域の医師会の協力により医療提供体制を維持しています
- 40

- 1 が、医師の確保は年々困難な状況にあります。
- 2 ○ また、無医地区等については、へき地医療拠点病院等が巡回診療を実施していますが、必ず
- 3 しも同病院に医師が充足しているわけではなく、巡回診療を担う医師の確保は容易ではありません。
- 4
- 5 ○ そのため、本県においては、今回、医師少数区域として設定することとした甲賀に所在する
- 6 へき地診療所等（甲賀市立信楽中央病院朝宮出張診療所、準無医地区である田代・畑）を除き、
- 7 現行計画で設定している医師少数スポットを引き続き設定することとし、へき地医療拠点病院
- 8 をはじめとした医療機関の医師確保に取り組みます。
- 9

表3-2-3-2 へき地医療拠点病院等従事医師数の推移 (単位：人)

区分	保健医療圏	医療機関	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	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

出典：「へき地医療現況調査」（滋賀県）

※ 非常勤医師数は常勤医師数に換算

10

表3-2-3-3 医師少数スポット一覧

保健医療圏	無医地区等	へき地診療所（を中心とした地域）
大津	－	大津市国民健康保険葛川診療所
湖南	－	
甲賀	医師少数区域のため設定しない	
東近江	沖島、政所	近江八幡市立沖島診療所 東近江市永源寺東部出張診療所
湖東	－	
湖北	中河内、椿坂、柳ヶ瀬、菅並、杉野、大見	吉槻診療所、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	上針畑、下針畑、在原	高島市民病院朽木診療所

11

12

13

14

3 医師確保の方針

(1) 基本事項

- 医師確保の方針は、医師の多寡の状況について都道府県および二次保健医療圏のそれぞれについて場合分けした上で定めます。
- また、医師確保の方針は、現時点では医師が確保できているのか、現時点では医師が確保できているが、令和 18 年（2036 年）時点には医師の確保が必要となるのか等の時間軸による状況の差異によって、採るべき医師確保の対策に係る方針が異なる場合があることから、時間軸によっても場合分けをした上で定めます。
- 現在時点と令和 18 年（2036 年）時点のそれぞれにおける医師確保の方針は次のとおりです。

現在時点	短期的な施策（医師派遣等）による対応を行うこととし、長期的な施策では対応しないこととする。
令和 18 年（2036 年）時点	短期的な施策（医師派遣等）と長期的な施策（地域枠等）を組み合わせ対応することとする。

- 都道府県全体での医師確保の基本的な方針は、国から次のとおり示されています。本県は医師中程度都道府県に該当するため、医師少数区域が存在する場合には、必要に応じて医師多数都道府県からの医師確保ができることとされています。

医師少数都道府県	医師の増加を医師確保の方針の基本とし、医師多数都道府県からの医師の確保ができる。
医師中程度都道府県	医師少数区域が存在する場合には、必要に応じて医師多数都道府県からの医師の確保ができる。
医師多数都道府県	他の都道府県からの医師の確保は行わない。

- 二次保健医療圏での基本的な医師確保の方針は、次のとおり示されています。

区分	目標医師数の設定	二次保健医療圏
医師少数区域	医師の増加を医師確保の方針の基本とし、医師少数区域以外の二次保健医療圏からの医師の確保ができる。	甲賀
医師中程度区域	必要に応じて医師多数区域の水準に至るまでは、医師多数区域からの医師の確保ができる。	湖東
医師多数区域	他の二次保健医療圏からの医師の確保は行わない。ただし、様々な形の医師の偏在に対して、適切な医療提供体制を構築するための方針は採択できる。	大津、湖南、東近江、湖北、湖西

- 医師少数スポットについても、医師確保の方針を定めることとされており、医師少数スポットにおける基本的な医師確保の方針は次のとおり示されています。本県は医師少数都道府県ではないため、他の都道府県からではなく、県内の医師多数区域からの医師確保を行うこととされています。

医師少数スポット （医師少数都道府県）	自都道府県外からも医師の確保ができる。
医師少数スポット （医師少数都道府県以外）	医師少数区域と同様に、他の都道府県からではなく、都道府県内の医師多数区域から医師の確保を行う。

1 (2) 医師確保の方針

2 ア 県全体

- 3 ○ 二次保健医療圏ごとの地域医療構想の進捗や、医師の働き方改革への対応を踏まえ、医師の
4 確保および地域・診療科偏在の是正を進めることを本県の方針とします。
- 5 ○ 本県は5つの二次保健医療圏が医師多数区域に該当しているものの、県全体として地域・診
6 療科による医師の不足・偏在が存在しており、是正を図る必要があることから、県内唯一の医
7 育機関である滋賀医科大学や関係団体、関係医療機関等との連携の下、県内各二次保健医療圏
8 の実情を踏まえた上で、必要な医師の確保を進めていきます。
- 9 ○ また、県全体として、これまでから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
10 を受けて医療提供体制を維持している本県の現状を考慮すると、今後も引き続き、安定的に必
11 要な医師の派遣等を受ける必要があります。

12
13 イ 二次保健医療圏

14 (ア) 医師少数区域（甲賀保健医療圏）

- 15 ○ 甲賀保健医療圏の医師偏在指標上の全国順位は 228 位であり、医師少数区域の中では上位に
16 位置しています。診療所医師偏在指標では下位 33.3%に該当しており、相対的には診療所医師
17 が少ない地域といえます。
- 18 ○ 第8次（後期）滋賀県医師確保計画（以下「次期計画」という。）においては医師少数区域か
19 ら脱するため、国の医師少数区域等で勤務した医師を認定する制度を活用した取組の推進等に
20 より、医師の確保・定着促進を進めていきます。
- 21 ○ 甲賀保健医療圏は将来的な人口および医療需要の減少が見込まれますが、地域医療構想の進
22 捗や医師の働き方改革への対応を踏まえ、令和 18 年（2036 年）を見据えた地域医療提供体制
23 の維持のために必要となる医師の確保に取り組みます。

24
25 (イ) 医師中程度区域（湖東保健医療圏）

- 26 ○ 湖東保健医療圏の医師偏在指標上の全国順位は 217 位であり、医師中程度区域の中では下位
27 に位置しています。病院医師偏在指標では下位 33.3%に該当しており、相対的には病院医師が
28 少ない地域と言えます。
- 29 ○ 全国的な位置づけは中位ですが、次期計画において医師少数区域に該当しないよう、勤務環
30 境の改善や子育て医師等の支援等により、医師の確保・定着促進を進めていきます。
- 31 ○ 湖東保健医療圏は将来的な人口および医療需要の減少が見込まれますが、地域医療構想の進
32 捗や医師の働き方改革への対応を踏まえ、令和 18 年（2036 年）を見据えた地域医療提供体制
33 の維持のために必要となる医師の確保に取り組みます。

34
35 (ウ) 医師多数区域（大津保健医療圏・湖南保健医療圏）

- 36 ○ 大津保健医療圏の医師偏在指標上の全国順位は9位であり、湖南保健医療圏は 64 位です。
37 両保健医療圏については、病院・診療所のいずれの医師偏在指標においても上位 33.3%に該当
38 しています。
- 39 ○ 両保健医療圏においては、全国的にも上位であることから、既存の医師確保施策（大学から
40 の医師派遣等）を除き、原則として他の二次保健医療圏からの医師確保は行わないこととし

1 す。ただし、県全体の医療機能を担っている医療機関があることや、保健医療圏内においても
2 地域や診療科による偏在があることを踏まえ、柔軟な対応を行います。

- 3 ○ 両医療圏とも医療需要の増加が見込まれており、特に湖南保健医療圏では将来的にも人口
4 が増加し続ける見込みです。地域医療構想の進捗や医師の働き方改革への対応を踏まえ、令和
5 18年（2036年）を見据えた地域医療提供体制の維持のために必要となる医師の確保に取り組
6 みます。

7
8 (工) 医師多数区域（東近江保健医療圏）

- 9 ○ 東近江保健医療圏の医師偏在指標上の全国順位は109位であり、医師多数区域の中では下
10 位に位置しています。病院医師偏在指標は上位33.3%に該当しており、相対的には病院医師
11 が多い地域と言えます。
- 12 ○ 医師多数区域は原則として他の二次保健医療圏からの医師確保が行えませんが、東近江保
13 健医療圏においては、地理的な要因や交通の利便性等を勘案した対応が必要であることから、
14 地域の実情を踏まえ、勤務環境の改善や子育て医師等の支援等により、医師の確保・定着促進
15 を進めていきます。
- 16 ○ 東近江保健医療圏は将来的な人口の減少が見込まれますが、医療需要の増加が見込まれま
17 す。地域医療構想の進捗や医師の働き方改革への対応を踏まえ、令和18年（2036年）を見据
18 えた地域医療提供体制の維持のために必要となる医師の確保に取り組みます。

19
20 (オ) 医師多数区域（湖北保健医療圏）

- 21 ○ 湖北保健医療圏の医師偏在指標上の全国順位は112位であり、医師多数区域の中では最下
22 位です。病院・診療所のいずれの医師偏在指標においても、全国順位は中位に該当します。
- 23 ○ 医師多数区域は原則として他の二次保健医療圏から医師確保が行えませんが、東近江保健
24 医療圏と同様、地理的な要因や交通の利便性を勘案した対応が必要であることから、地域の実
25 情を踏まえ、勤務環境の改善や子育て医師等の支援等により、医師の確保・定着促進を進めて
26 いきます。
- 27 ○ 湖北保健医療圏は将来的な人口および医療需要の減少が見込まれています。同医療圏では、
28 地域医療構想調整会議等において、区域内の4病院（市立長浜病院、長浜市立湖北病院、長浜
29 赤十字病院、セフィロト病院）の医療機能の再編について議論がされているところであり、そ
30 の結果により、今後、医療提供体制が変化していくことが考えられます。同医療圏内の状況変
31 化も踏まえた上で、令和18年（2036年）を見据えた地域医療提供体制の維持のために必要と
32 なる医師の確保に取り組みます。

33
34 (カ) 医師多数区域（湖西保健医療圏）

- 35 ○ 湖西保健医療圏の医師偏在指標上の全国順位は76位であり、医師多数区域に該当していま
36 す。病院医師偏在指標では上位33.3%に該当している一方で、診療所医師偏在指標は下位
37 33.3%に該当しています。
- 38 ○ 医師多数区域は原則として他の二次保健医療圏から医師確保が行えませんが、東近江や湖
39 北保健医療圏と同様、地理的な要因や交通の利便性を勘案した対応が必要であることから、地
40 域の実情を踏まえ、勤務環境の改善や子育て医師等の支援等により、医師の確保・定着促進を

- 1 進めていきます。
- 2 ○ 湖西保健医療圏は、将来的な人口と医療需要の減少率が県内で最も高くなる見込みであり、
- 3 また、高齢化率も突出して高くなる見込みです。地域医療構想の進捗や医師の働き方改革への
- 4 対応を踏まえ、令和 18 年（2036 年）を見据えた地域医療提供体制の維持のために必要となる
- 5 医師の確保に取り組みます。
- 6
- 7 ウ 医師少数スポット
- 8 ○ 医師少数スポットについては、医師多数区域等からの医師確保を行い、医師の増加を図るこ
- 9 ととします。
- 10 ○ また、自治医科大学を卒業した医師のへき地医療拠点病院への派遣を継続し、医師充足を図
- 11 ります。
- 12 ○ 医師少数スポットについても、医師少数区域と同様に、地域医療構想の進捗や医師の働き方
- 13 改革への対応を踏まえ、令和 18 年（2036 年）を見据えた地域医療提供体制の維持のために必
- 14 要となる医師の確保に取り組みます。
- 15

4 目標医師数

(1) 基本事項

- 目標医師数は計画期間終了時点（令和8年（2026年））において、都道府県および二次保健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、ガイドラインにおいて、同保健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されています。
- 現行計画のガイドラインにおいては、医師少数都道府県および医師少数区域を除き、都道府県において独自に設定することとされていましたが、改定後の計画のガイドラインにおいては、全ての都道府県および二次保健医療圏について、目標医師数を定めることとされました。
- 都道府県における目標医師数の設定については、次のとおり国から示されています。

医師少数都道府県	医師偏在指標について全国下位 33.3%を脱するために必要な医師数を目標医師数として設定する。
医師少数都道府県以外	計画開始時点の医師数を目標医師数として設定する。 県内の二次保健医療圏の設定上限数の合計が、県全体の計画開始時の医師数を上回る場合には、二次保健医療圏の目標医師数の合計が県全体の計画開始時の医師数を上回らない範囲で、二次保健医療圏の目標医師数を設定する。

- 二次保健医療圏における目標医師数の設定については、次のとおり国から示されています。

区分	基本的な医師確保の方針	保健医療圏
医師少数区域	医師偏在指標について全国下位 33.3%を脱するために必要な医師数を目標医師数として設定する。 ただし、計画期間開始時に既に下位 33.3%を脱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、原則、計画開始時の医師数を設定上限数とする。	甲賀
医師少数区域以外	原則、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、国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。	大津、湖南、東近江、湖東、湖北、湖西

(2) 目標医師数

- 本県は医師中程度都道府県に該当するため、ガイドラインに基づき、計画開始時点の標準化医師数である「3,381人」を計画終了時点で確保すべき目標医師数として設定します。
- 目標医師数は二次保健医療圏ごとに設定する必要があります。医師少数区域である甲賀の計画期間開始時点の標準化医師数は215人であり、既に下位 33.3%を脱するために必要な医師数である207人を超えているため、「215人」が目標医師数の設定上限値となります。
- 医師少数区域以外の二次保健医療圏では、計画開始時点の標準化医師数が目標医師数の設定上限値となりますが、湖南保健医療圏のみ、今後の医療需要の増加が見込まれる地域として、

- 1 計画開始時点の標準化医師数よりも5人多い「785人」が目標医師数の設定上限値となります。
- 2 ○ 全ての二次保健医療圏の目標医師数の設定上限値を足し合わせると「3,386人」となります
- 3 が、県全体の目標医師数を5人超過しているため、二次保健医療圏間での調整が必要になりま
- 4 す。
- 5 ○ 湖南保健医療圏の目標医師数を現在の標準化医師数である780人に設定した場合、計画終了
- 6 時点において目標医師数を達成できたとしても医師偏在指標が低下します。同医療圏以外の二
- 7 次保健医療圏が計画開始時点の医師数を維持した場合、計画終了時点における医師偏在指標が
- 8 上昇する見込みであるため、医師少数区域である甲賀保健医療圏を除く5つの二次保健医療圏
- 9 の目標医師数を設定上限数から1人ずつ差し引いて設定することにより、目標医師数を設定す
- 10 ることとします。
- 11

表3-4-2-1 県全体および二次保健医療圏の目標医師数 (単位：人)

列番号	A	B	C	D	E	F	G	H
二次保健医療圏	計画開始時点の医師の実人数 (R2)	計画開始時点の標準化医師数	計画開始時点の医師偏在指標を維持するための医師数 (R8)	下位33.3%の閾値に達するための医師数 (R8)	設定上限値	目標医師数 (R8)	実人数との差 (F-A)	設定上限値との差 (F-E)
大津	1,281	1,276	1,273	612	1,276	1,275	▲6	▲1
湖南	765	780	785	537	785	785	+20	±0
甲賀	212	215	204	207	215	215	+3	±0
東近江	452	459	438	360	459	458	+6	▲1
湖東	234	234	228	226	234	233	▲1	▲1
湖北	313	322	293	242	322	321	+8	▲1
湖西	83	95	88	64	95	94	+11	▲1
合計 (県全体)	3,340	3,381	3,309	2,248	3,386	3,381	+41	▲5

出典：「目標医師数・参考値（2026年）に係るデータ集」（厚生労働省）

- 12
- 13 (3) その他目標値
- 14 ア 臨床研修医採用数・3年目医師採用数
- 15 ○ 臨床研修医および3年目医師の安定的な確保は、その後の県内定着につながるため、本県の
- 16 医師確保対策を進める上で、大変重要です。
- 17 ○ 計画の改定後も、臨床研修医採用数および3年目医師採用数について、引き続き数値目標を
- 18 設定し、目標達成に向けた取組を進めてまいります。
- 19

20 表3-4-3-1 数値目標

目標項目	現行計画目標	実績値				評価	目標数値
		R2	R3	R4	R5		
臨床研修医採用数	毎年100人を維持	119人	110人	125人	117人	達成	毎年110人
3年目医師採用数	100人	90人	97人	101人	94人	未達成	毎年110人

21

22

イ 診療科別の目標医師数

○ 平成 31 年（2019 年）3 月 22 日付けで公表された国の「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会 第 4 次中間取りまとめ」において、都道府県別診療科ごとの将来必要な医師の見通しが示されましたが、一定の仮定・前提の下に機械的に算出された暫定値であり、今後の議論等を踏まえ、必要な見直しを行っていくものとされています。

○ 本計画では、現時点において必要なデータがないことから、診療科別の目標医師数を設定しないこととしますが、診療科偏在の是正は重要な課題であると認識しており、次期計画までに必要なデータを収集し、診療科別や専門分野別の目標医師数の設定に向けた検討を進めていきます。

表 3-4-3-2 将来必要な診療科別医師数（病院・診療所）の見通し（暫定値） 単位：人

診療科	H28		R6	R12	R18	(参考値)
	医師数 (仕事量)	必要医師数 (勤務時間調整後)	必要医師数 (勤務時間補正後)	必要医師数 (勤務時間補正後)	必要医師数 (勤務時間補正後)	R2 医師数
内科	1,151	1,266	1,342	1,383	1,375	1,197
小児科	223	207	201	197	189	237
皮膚科	77	93	90	88	84	88
精神科	132	163	160	159	154	140
外科	298	361	370	372	363	268
整形外科	224	238	256	264	260	219
産婦人科	131	159	148	143	136	142
眼科	132	109	114	116	113	134
耳鼻咽喉科	100	97	95	93	89	119
泌尿器科	85	83	88	90	88	87
脳神経外科	74	89	98	104	106	69
放射線科	88	74	76	77	76	85
麻酔科	96	105	107	108	105	111
病理診断科	28	23	23	23	23	31
臨床検査科	4	7	7	7	7	5
救急科	43	44	46	46	45	46
形成外科	29	36	37	37	36	31
リハビリテーション科	27	26	27	27	27	30
臨床研修医						215
その他診療科						86
合計	2,942	3,180	3,285	3,334	3,276	3,340

出典：「平成 31 年（2019 年）2 月 27 日 第 29 回医師需給分科会 参考資料」（厚生労働省）

※ 内科（内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、脳神経内科、糖尿病内科、血科、アレルギー科、リウマチ科、感染症内科、心療内科）
 外科（外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、小児外科）
 産婦人科（産婦人科、産科、婦人科）、形成外科（形成外科、美容外科）、その他診療科（全科、その他、主たる診療科不詳、不詳）

5 具体的な施策

(1) 実施体制

- 県、大学、滋賀県病院協会・滋賀県医師会等の関係団体、市町等の関係する全ての者がその役割を認識し、相互に連携を図りつつ、必要な医師の確保や偏在の是正に取り組みます。

ア 滋賀県地域医療対策協議会

- 医療法第30条の23第1項に基づき、本県では平成18年度（2006年度）に滋賀県地域医療対策協議会を設置し、医師確保等に係る協議を行ってきました。
- 平成30年（2018年）7月の改正法成立を受け、これまで臨床研修や専門研修など分野ごとに分かれていた医師確保に関する各種会議体を統合し、平成31年（2019年）4月から知事の附属機関として再編しました。
- 滋賀県地域医療対策協議会は、特定機能病院や地域医療支援病院等の県内医療機関、大学、滋賀県医師会・滋賀県病院協会等の関係団体、市町等を構成員として、この計画の実施に必要な主に次の事項について協議します。
 - ①地域枠医師等の各医療機関への派遣に係る調整
 - ②派遣医師等の診療業務従事期間におけるキャリアパスや取得可能な資格・技能を示す「キャリア形成プログラム」の策定等
 - ③派遣医師の負担軽減策の検討
 - ④派遣医師への継続的なキャリア支援の検討
 - ⑤医師の専門医制度が地域医療に重大な影響を与えていないかの確認および影響が認められる場合の改善措置等の検討（知事の諮問に応じて専門研修を統括する（一社）日本専門医機構等に対する意見を陳述）
 - ⑥大学の地域枠・地元出身者枠の創設または増員の要請に係る必要性等の検討
 - ⑦臨床研修病院の指定および臨床研修医の募集定員の設定（知事の諮問に応じて意見を陳述）

イ 滋賀県医師キャリアサポートセンター

- 医療法第30条の25第1項に基づき、本県では、平成24年度（2012年度）に地域医療支援センターとして、滋賀医科大学と共同で「滋賀県医師キャリアサポートセンター」を設置し、総合的な医師確保対策に取り組んできました。
- 同センターの事務は、県と滋賀医科大学で分担して行っています。
 - ① 県は、医学生に対する修学資金等の貸付事業、県内医療機関が実施する医師確保対策や勤務環境改善事業に対する支援等を行います。
 - ② 滋賀医科大学は、修学資金等被貸与者に対するキャリア形成の支援や若手医師・女性医師に対する相談窓口の設置、医学生（修学資金等の貸与者以外の者も含む）に対する本県の地域医療に関する啓発等を実施します。
 - ③ 県内の医師充足状況等の調査・分析は、共同して実施します。

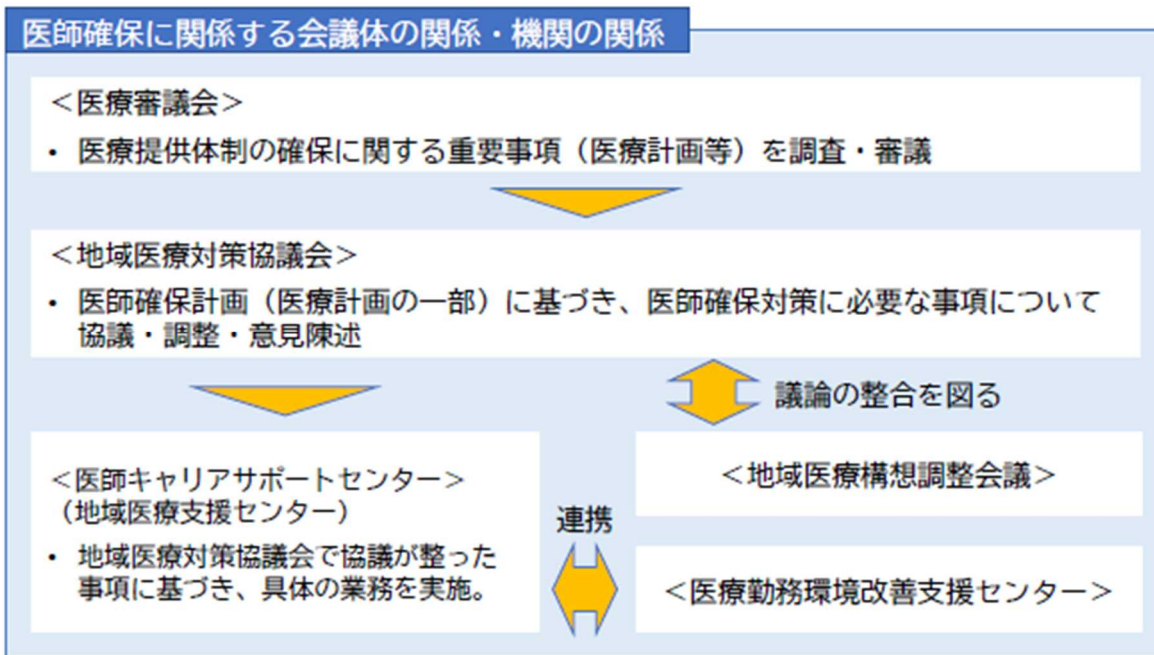
ウ 滋賀県医療勤務環境改善支援センター

- 医療法第30条の21に基づき、医療従事者の離職防止や医療安全の確保を図るため、平成26年（2014年）10月に滋賀県医療勤務環境改善支援センターを設置（運営は滋賀県病院協会に

委託) し、県内医療機関が実施する勤務環境改善事業を支援してきました。

- 平成 31 年 (2019 年) 4 月から「働き方改革関連法」が順次施行されていますが、医師の時間外労働の上限規制については、法施行後 5 年後の令和 6 年 (2024 年) 4 月から適用されます。
- 令和 6 年 (2024 年) 4 月以降は、医師の時間外労働は原則として年間 960 時間以内となり、地域医療の確保のためやむを得ない場合や研修により集中的に技能を向上させる必要がある場合に限って、例外的に年間 1,860 時間以内となります。
- 医師が健康に働けることは、医師本人はもとより、患者・県民に対して提供される医療の質・安全を確保すると同時に、持続可能な良質かつ適切な医療提供体制を維持していくためには、医師の労働時間短縮は喫緊の課題となっています。
- そのため、県、滋賀県病院協会・滋賀県医師会等の関係団体、滋賀労働局等で構成される滋賀県医療勤務環境改善支援センター運営協議会や実務者による定例的な意見交換・協議の場等を通じて関係者の連携を密に図るとともに、県内医療機関の勤務環境改善に向けた取組の促進を図っていきます。

図 3-5-1-1 医師確保対策実施体制



(2) 取組内容

- 将来にわたって良質かつ適切な医療を効率的に提供するため、県内の医師充足状況等の実態を調査分析した上で、地域医療介護総合確保基金等を活用しつつ、次の 4 つの項目を施策の柱として必要な医師の確保に取り組めます。
 - ア 地域医療に貢献する医師の「養成」
 - イ 地域医療を担う医師の「キャリア形成支援」
 - ウ 地域医療を支える医師の「定着促進」
 - エ 地域・診療科の「偏在是正」

1 ア 地域医療に貢献する医師の「養成」

2 (ア) 地域枠医師の養成

- 3 ○ 本県では、令和 27 年（2045 年）に高齢者人口がピークを迎える見込みであること等、地域
4 医療に対するニーズが今後も増大する見込みであり、地域枠医師が果たす役割はますます重要
5 になります。
- 6 ○ 地域枠医師は、卒業後に県内において診療に従事し、かつ、一定期間は比較的医師が不足す
7 る地域の医療機関において診療業務に従事する必要があるため、本県の地域医療に貢献する医
8 師の確実な確保につながります。
- 9 ○ 令和 6 年度（2024 年度）からは、滋賀医科大学との連携の下、「地域枠制度」による入学定
10 員をこれまでの 11 名から 16 名へと拡充し、地域枠医師の絶対数の増加を図り、将来を見据え
11 た地域の偏在是正に向けた取組を進めます。
- 12 ○ 地域枠で入学した学生に対しては、滋賀県医師養成奨学金を貸与するとともに、平成 30 年
13 度（2018 年年度）の医療法及び医師法の一部改正を踏まえ、キャリア形成プログラムを適用す
14 ることとしています。
- 15 ○ 令和 5 年度（2023 年度）からは、地域枠で入学した学生等を対象とした「キャリア形成卒前
16 支援プラン」を策定し、医療現場での宿泊研修の実施や自治医科大学生との交流等、地域医療
17 に興味を持つ医学生が本県の地域医療に貢献するキャリアを明確に描けるよう支援していま
18 す。
- 19 ○ 滋賀県医師キャリアサポートセンターにおいて、医学生および卒業生に対して定期的に面談
20 を実施し、将来の進路や今後のキャリアに関して確認・助言するとともに、選択した診療科に
21 において、県内医療機関でのキャリア形成と診療業務の両立ができるよう、同センターが相談窓
22 口となって、必要な調整やサポートを行います。

23
24 (イ) 医学生向け貸付金制度（滋賀県医師養成奨学金、滋賀県医学生修学資金）

- 25 ○ 本県では、県内の医療機関で一定期間、診療業務に従事すること等を返還免除の要件とし、
26 地域枠学生を対象とした「滋賀県医師養成奨学金」と、全国の医学生を対象とした「滋賀県医
27 学生修学資金」の 2 種類の貸付制度（以下「修学資金等」という。）を実施しています。
- 28 ○ 修学資金等の貸与を受けた者は、卒業後の一定期間、県内の医療機関で診療業務に従事する
29 必要があり、かつ、診療業務従事期間の後半は比較的医師が不足する地域の医療機関において
30 診療業務に従事する必要があります。就業先となる医療機関は、滋賀県地域医療対策協議会に
31 において、県内の医師充足状況を勘案し、大学医局とも調整を行った上で決定します。
- 32 ○ 制度の詳細は、次の表のとおりです。

33
34 表 3-5-2-1 本県の医学生向け貸付金制度

資金名	滋賀県医師養成奨学金	滋賀県医学生修学資金
対象	滋賀医科大学医学部入学者 (地域枠学生に限る)	全国の医学部 3 年生 (滋賀医科大学含む)
貸与期間	1～6 年生	3～6 年生
金額	年額 180 万円 (総額 1,080 万円)	年額 180 万円 (総額 720 万円)
診療業務 従事期間	県内医療機関で 9 年間勤務。 6 年目以降の 4 年間は知事指定医療機 関で勤務。	県内医療機関で 6 年間勤務。 5 年目以降の 2 年間は知事指定医療機 関で勤務。

- 令和5年度（2023年度）10月1日現在までに、滋賀県医師養成奨学金は121人に、滋賀県医学生修学資金は77人に貸与しています。両制度とも診療科の制限を設ける代わりに返還は無利息としていましたが、診療業務従事期間を終えずに離脱する者が少なくありませんでした。
- そのため、平成26年度（2014年度）から診療科の選択を自由にするとともに、返還時の利息を設定するなど、県内に定着する制度に変更することで、本県の地域医療に貢献する医師の確実な確保に取り組んでいます。
- また、平成30年度（2018年度）から新専門医制度が始まるなど、貸付金制度を取り巻く環境が変化していることから、知事指定医療機関における就業期間の柔軟化や、返還猶予要件の緩和等することにより、キャリアを高めつつ県内に定着できるよう制度の見直しを検討します。

表3-5-2-2 修学資金等貸与者の状況（令和5年10月1日現在）（単位：人）

資金名	貸与期間	従事診療業務期間	実施機関	貸与者数	令和5年10月1日現在				
					在学中	診療業務従事期間中	うち、知事指定医療機関勤務者	診療業務従事期間終了	返還中・返還済
滋賀県医師養成奨学金	6年	9年	H21～	121	51	53	14	2	15
滋賀県医学生修学資金	4年	6年	H19～	77	17	30	14	16	14
合計				198	68	83	28	18	29

- ※1 滋賀県医師養成奨学金の貸与条件について、学士編入学者の診療業務従事期間は7年。
- ※2 滋賀県医学生修学資金について、平成29年度以前に貸与を開始した者の診療業務従事期間は5年。

（ウ）自治医科大学卒業医師の養成

- 地域医療の確保と向上を図るため全都道府県が共同で設置した自治医科大学には本県から毎年2人または3人が入学しています。卒業後は9年間の診療業務従事期間が課されており、卒業後は県職員として採用され、へき地医療拠点病院をはじめとする公立・公的医療機関等で診療業務に従事するなど、本県の地域医療を担う重要な役割を果たしています。
- 令和5年（2023年）10月現在、県職員である自治医科大学卒業医師は30人で、県内各地の医療機関において診療業務に従事しています。
- これらの自治医科大学卒業医師については、県内各地域の医師充足状況等を勘案し、市町とも協議の上、配置調整を行っていきます。
- 自治医科大学卒業医師においても、地域枠医師等と同様に、キャリア形成プログラムが適用されることから、専用のプログラムを早期に策定し充実させていくことで、医師が不足する診療科や地域の医療機関への派遣と、医師本人の希望を踏まえた将来のキャリア形成の両立に取り組めます。

1 表3-5-2-3 自治医科大学卒業医師の配置状況（令和5年10月1日現在）

保健医療圏名	派遣先医療機関	人数	うち、診療業務従事期間中
大津	大津赤十字病院	2	2
	滋賀医科大学医学部附属病院	4	1
	滋賀県職員診療所	1	0
湖南	県立総合病院	1	0
甲賀	甲賀市立信楽中央病院	5	2
	公立甲賀病院	2	2
東近江	近江八幡市立総合医療センター	1	1
	あいとう診療所	1	1
	東近江総合医療センター	2	1
湖東	彦根市立病院	2	2
湖北	長浜赤十字病院	3	2
	長浜市立湖北病院	3	3
湖西	高島市民病院朽木診療所	1	1
	高島市民病院	2	2
合 計		30	20

2
3 ○ さらに、上記の派遣調整等の対象にならない医師の派遣についても、この計画に沿ったもの
4 となるよう滋賀医科大学、京都大学、京都府立医科大学等と連携を図ります。

5
6 (エ) その他

- 7 ○ 医師確保のためには、医師を目指す子どもたちを増やす取組も重要です。
8 ○ そのため、医師を目指す中学生や高校生等を対象としたセミナーや講演会の実施により、本
9 県の医療への関心を高めることにより、医学部受験者の増加に取り組みます。
10 ○ また、高校生等を対象とした自治医科大学に関する説明会を開催し、自治医科大学卒業医師
11 や現役学生との交流等を通して、自治医科大学の教育内容や特色等を理解してもらうことによ
12 り、本県からの自治医科大学の受験者の増加に取り組みます。
13 ○ その他、滋賀県内の高校を卒業した医学生を対象に、知事からのメッセージを送付するなど、
14 地域医療に貢献する意識の醸成を図り、県内就業を促進します。

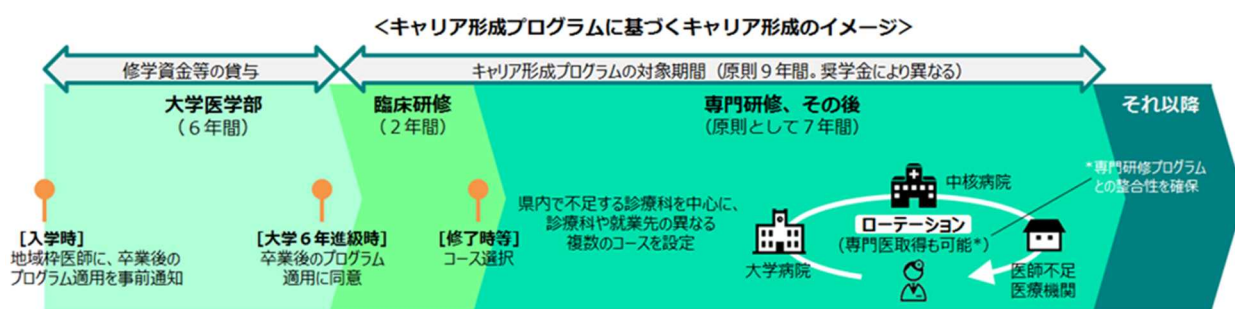
15
16 イ 地域医療を担う医師の「キャリア形成支援」

17 (ア) キャリア形成プログラム

- 18 ○ 県内の医師が充足していない地域における医師の確保と、同地域に派遣される医師の能力開
19 発・向上の機会の確保との両立を目的とする「キャリア形成プログラム」を策定し、対象とな
20 る医学生や医師に今後のキャリアパスや習得可能な資格・技能等をあらかじめ明示するなど、
21 自らの将来像を描けるように支援しています。
22 ○ キャリア形成プログラムは、原則として、修学資金等の貸与を受けて県内で診療業務に従事
23 する義務のある医師を対象としていますが、その他の医師においても、希望があれば適用する
24 ことができます。
25 ○ キャリア形成プログラムは、都道府県とキャリア形成プログラムの適用を受ける医師（以下
26 「対象医師」という。）との間で締結される契約であり、対象医師は、これを満了するよう真摯
27 に努力しなければならないものと位置付けられています。
28 ○ プログラムの適用期間は、修学資金等の貸与要綱に定められた県内での診療業務従事期間と

- 1 同じとし、このうち一定期間は、対象となる医師の希望や県内の医師充足状況を踏まえ、県が
 2 指定する医療機関、原則として比較的医師が不足する地域において勤務することになります。
- 3 ○ 対象医師に対しては、プログラム適用の同意を得るとともに、臨床研修2年目に診療科を決
 4 定します。なお、臨床研修は県内の臨床研修病院において行うこととします。
- 5 ○ 自治医科大学学生については、別途、専用のキャリア形成プログラムを策定し、適用の同意を
 6 得るとともに、自治医科大学卒業医師のキャリア形成支援に取り組みます。
- 7 ○ 各診療科のキャリア形成プログラムについては、専門研修プログラムと整合的なものとし、
 8 取得可能な専門医等の資格や知識・技術を明示します。
- 9 ○ 滋賀県医師キャリアサポートセンターは、対象医師に対し、専任医師による面談の実施やキ
 10 ャリアプランの作成・支援、定期的な情報提供を行うことにより、地域医療に従事する医師の
 11 キャリア形成を支援します。
- 12 ○ 出産、育児等のライフイベントや、大学院進学、海外留学等のキャリアアップに対応するた
 13 めのプログラムの一時中断を可能とします。
- 14 ○ また、対象医師に対して定期的にキャリア形成プログラムに対する意見を聴取し、研修実施
 15 機関の環境整備や勤務負担の軽減につなげるとともに、キャリア形成プログラム自体のさらなる
 16 充実に取り組みます。

17
 18 図3-5-2-4 キャリア形成プログラムに基づくキャリア形成のイメージ



19
 20
 21 (イ) 臨床研修

- 22 ○ 県内で臨床研修を受けた医師は、研修修了後も県内に定着する傾向があるため、県内の学生
 23 や本県出身者の確保などにより、引き続き臨床研修医の確保に取り組みます。
- 24 ○ 令和2年度(2020年度)から、臨床研修病院に関する権限(病院指定・定員設定等)が国か
 25 ら都道府県に権限移譲されており、県内における医師充足状況等を考慮して募集定員の設定を
 26 行う等、臨床研修制度の適切な運用に取り組みます。
- 27 ○ 県が実施している臨床研修医へのアンケートによると、臨床研修病院を選択する際に重視す
 28 る点として、「研修プログラム」や「研修指導体制」との回答が多いことや、県内基幹型臨床研
 29 修病院における臨床研修医確保のため、研修プログラムの充実や指導医講習会、指導医のブラ
 30 ッシュアップを目的とした研修会の実施等に対する支援を行います。
- 31 ○ また、「病院見学での印象」も重視される傾向があることから、臨床研修合同説明会や臨床研
 32 修病院が行う病院現地見学会等の実施を支援することで、医学生と病院・病院関係者が接する
 33 機会を確保します。
- 34 ○ これらの臨床研修医へのアンケート結果等については、各臨床研修病院に対して情報提供を

1 行い、研修内容の改善につなげます。

- 2 ○ さらに、臨床研修医に対して本県の地域医療に関する研修会を実施し、地域医療に関する資
3 質の向上を図るとともに、県内の医療関係団体が実施する臨床研修医の交流会事業への支援を
4 行い、本県の地域医療の担い手として連帯感の醸成を図ることで、県内への定着を図ります。

5
6 (ウ) 専門研修

- 7 ○ 専門研修制度は、臨床研修の修了後に、専門医資格取得のため診療科ごとに研修が実施され
8 るものであり、この制度の適切な運用を行うことは、医師の資質の担保を図るとともに、地域・
9 診療科間の医師偏在の是正にも資するものであると考えます。
- 10 ○ 滋賀県地域医療対策協議会において、都市部への医師の流出が起こっていないか、県内の一
11 部の地域・病院・診療科への偏りがいないかなど、専門研修制度が地域医療に重大な影響を与え
12 ていないかについて確認を行います。
- 13 ○ 医療提供体制に重大な影響があると認められる場合には、改善措置等の検討を行い、滋賀県
14 地域医療対策協議会で意見聴取した上で、専門研修を統括する（一社）日本専門医機構等に対
15 して知事から厚生労働大臣を通じて意見を述べるなど、専門研修制度に対し積極的な関与をし
16 ていきます。
- 17 ○ また、専門研修先として県内の医療機関を選択してもらうため、専門研修プログラムの充実
18 等に対して支援するとともに、研修を希望する医師に対する県内基幹施設の研修プログラムに
19 関する情報発信に取り組みます。
- 20 ○ さらに、キャリア形成プログラム等による医師派遣により、指導医の少ない地域で勤務する
21 こととなった医師の専門医資格取得を支援するため、指導医を派遣する基幹施設の医療機関等
22 に対する支援を行います。

23
24 ウ 地域医療を支える医師の「定着促進」

25 (ア) 医師の働き方改革

- 26 ○ 医師の働き方改革が施行される令和6年（2024年）4月以降は、医師の時間外労働は原則と
27 して年間960時間以内となり、地域医療の確保のためやむを得ない場合や研修により集中的に
28 技能を向上させる必要がある場合に限り、都道府県から特定労務管理対象機関の指定を受ける
29 ことで例外的に年間1,860時間以内となります。
- 30 ○ また、全医療機関において時間外労働が月100時間以上になることが見込まれる医師に対し
31 て面接指導の実施が義務付けられるほか、特定労務管理対象機関においては勤務間インターバ
32 ルの確保、代償休息の付与も義務付けられます。
- 33 ○ 県内医療機関がこれらに対応できるよう、滋賀県医療勤務環境改善支援センターを中心とし
34 て、滋賀労働局とも連携しながら、医師の労働時間短縮や労務管理・健康確保体制の構築など
35 勤務環境改善を重点的に図っていきます。
- 36 ○ 同センターでは、医療機関における労務管理や医業経営に関する専門的な知識を有するアド
37 バイザー等による県内医療機関への派遣や電話による相談対応、宿日直許可取得に向けた支援
38 を行います。
- 39 ○ さらに、県内医療機関の労働実態を踏まえ、特定労務管理対象機関として指定申請を行う医
40 療機関に対しては、指定に向けて医師労働時間短縮計画の策定等を支援します。なお、地域医

療の確保のため長時間労働となることややむを得ないとして指定を受けた特定労務管理対象機関は、令和 17 年度（2035 年度）までに、医師の時間外労働を年間 960 時間以下に削減する必要があることから、同計画に基づく取組に対して重点的に支援を行います。

- また、医師の負担軽減を図るため、他の医療従事者や事務補助者等へのタスク・シフト／シェアによるチーム医療の構築や、業務の効率化の促進に取り組みます。
- そのため、医師だけでなく看護師等を含めた医療従事者の確保・定着を目的として、ICT を活用し、業務を効率化することによる労働時間を短縮することや、医療従事者の労働時間を的確に把握し、勤務実態に応じた適正な休息時間を確保すること等による、医療機関の勤務環境改善に資する取組を支援します。
- あわせて、看護を必要とする在宅・外来や病棟などあらゆる場において、医師があらかじめ作成する手順書をもとに一定の診療補助行為（特定行為）を行うことができる看護師等の養成を推進し、医師の勤務負担軽減等を図ります。
- さらに、勤務環境改善のためには、医療提供側だけではなく、医療を受ける県民の意識醸成に対する取組も必要であることから、かかりつけ医を持つことの重要性を啓発するなど、適切な医療のかかり方の促進に努めます。
- 救急医療機関への適正受診のために、電話でアドバイスを受けられる小児救急電話相談事業（短縮ダイヤル#8000）の活用や、医療のかかり方について専門家へ相談できる体制整備（救急安心センター事業#7119）を進めます。
- かかりつけ医と専門医との連携等、多職種連携体制による重症化予防対策の推進や、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の普及啓発による医師の負担軽減に努めます。

（イ）女性医師をはじめとする子育て医師等支援

- 医学部入学者に占める女性の割合が増加する中、女性医師就業率は子育て世代において低下が見られており、本県において医師確保を進めていく上では、子育て世代に対する取組は性別問わず重要であると考えます。
- そのため、本県では医療従事者の離職防止・再就業に向けて、勤務環境の改善に向けた取組を推進し、女性医師をはじめとする子育て医師等が仕事と家庭を両立しながら働き続けられる職場環境の整備を支援します。
- また、産育休や介護等の理由により一時的に離職した医師に対しても、復職支援を目的とした研修の受講を促進することで、医療現場への復帰を支援します。
- 病院等に勤務する子どもを持つ医師をはじめとする医療従事者の離職防止・再就業を促進するため、病院内保育所の整備・運営を支援します。
- 女性医師が働き続けられる環境づくりに向けて設置している「滋賀県女性医師ネットワーク会議」により、女性医師が意見・情報交換する交流会等を定期的に開催し、勤務環境の改善等に向けて相互に連携するネットワークづくりを促進します。
- 滋賀県医師キャリアサポートセンターに女性医師の継続就労やキャリア形成などを支援する相談窓口を設置します。
- 滋賀マザーズジョブステーションにおいて、子育てをしながら再就職を希望する女性等を対象に、就労支援をワンストップで行います。
- 本県では、出会い、結婚から妊娠、出産、子育ての各ステージに応じた情報を集約したポー

1 タルサイト「ハグナビしが」による情報発信や、身近な市町で相談に応じ、様々なニーズに即
2 した支援につなぐ伴走型の相談支援を行っています。

- 3 ○ 女性医師が働く医療機関等を含め、女性活躍に取り組む企業・団体を応援するため、滋賀県
4 女性活躍推進企業認証制度を実施します。
- 5 ○ 県内企業等のイクボス宣言とイクボスへの取組を応援します。

6
7 (ウ) 滋賀県ドクターバンク（医師無料職業紹介事業）

- 8 ○ 滋賀県ドクターバンク事業により、県内での就業を希望する医師の情報および県内病院等の
9 求人情報を収集・提供し、医師と医療機関のマッチングを支援します。
- 10 ○ 定年退職した医師などが、引き続き地域医療の現場において活躍いただけるよう、シニア医
11 師へのアプローチに取り組みます。
- 12 ○ 医療現場への復帰や、子育て等の時期にフルタイム勤務以外で勤務を希望する女性医師の就
13 労支援に取り組みます。
- 14 ○ 医師の高齢化等が進展する中で、県内の診療所が減少していくことが想定されるため、診療
15 所等の事業承継を支援します。
- 16 ○ 登録者数およびマッチング数を増やすため、滋賀県医師キャリアサポートセンターのホーム
17 ページを中心とした情報発信の強化に取り組みます。

18
19 エ 地域・診療科の「偏在是正」

20 (ア) 地域偏在に対する対応

- 21 ○ 地域枠医師等を比較的医師が不足する地域に配置調整することにより、地域偏在の是正に取
22 り組みます。
- 23 ○ 自治医科大学卒業医師は、県内各地域の医師充足状況等を勘察し、市町とも協議の上、配置
24 調整を行っていきます。
- 25 ○ 地域枠医師や自治医科大学卒業医師等に対するキャリア形成プログラムを充実させること
26 によりキャリア形成支援に努めるとともに、診療業務従事期間終了後の県内への定着促進に取
27 り組みます。
- 28 ○ へき地医療に従事する医師の確保については、へき地医療支援機構において、へき地診療所
29 からの代診医の派遣要請に基づき調整を行うとともに、円滑な派遣に向けて、へき地医療拠点
30 病院における派遣可能医師の登録等を検討します。
- 31 ○ また、へき地医療に従事する医師が医療水準の向上、医療機器の進歩等に対応することがで
32 きるよう、研修機会の確保等、診療支援に努めます。
- 33 ○ 滋賀県医師キャリアサポートセンターおよびへき地医療支援機構と連携し、「キャリア形成
34 プログラム」や医師派遣計画の策定において、へき地医療拠点病院を派遣先に組み込んだ研修
35 プログラムの検討を行う等、より効果的なへき地医療に従事する医師の確保に取り組みます。
- 36 ○ 国が実施する医師少数区域経験認定医師制度の普及啓発等により、医師少数区域等に所在す
37 る病院または診療所における医師の勤務を促進します。

38
39 (イ) 診療科偏在に対する対応

- 40 ○ 本県では、令和 27 年（2045 年）に高齢者人口がピークを迎え、在宅医療等の医療需要が今

- 1 後も増大すると見込まれていることから、地域包括ケアシステムの充実を図る必要があります。
- 2 ○ そのためには、地域医において幅広い疾患等に対応できる総合的な診療能力を有しており、
- 3 必要に応じて診療科別専門医に紹介することができる総合診療医が重要な役割を担うことにな
- 4 ります。
- 5 ○ また、総合診療医が適切な初期医療と必要に応じた継続的な医療を提供することで地域の医
- 6 療需要に的確に対応することができるため、地域の医療提供体制の確保に資することになりま
- 7 す。
- 8 ○ 医学生・医師が、専門研修制度における基本領域の一つである総合診療専門医を目指すよう、
- 9 キャリア形成プログラムの充実を図るとともに、県内の総合診療に係る専門研修プログラムの
- 10 情報発信等を行うなど、大学病院や関係団体、学会等との連携のもと、総合診療医の養成・確
- 11 保に取り組みます。
- 12 ○ 定年退職した医師、基礎医学・社会医学を専門としてきた医師、定年前であっても地域医療
- 13 への貢献を望む医師を対象とした、地域において幅広い疾患に対応できる総合的な診療能力を
- 14 身に付けること等を目的とする「キャリアチェンジ」・「セカンドキャリア」のための研修の実
- 15 施を支援します。
- 16 ○ 本県出身の医学生や県内高校生に対し、地域医療に貢献する意識の醸成を図るために行われ
- 17 る研修会等の実施を支援します。
- 18 ○ 新たに在宅医療を始めようとする医師が訪問診療に同行体験する機会の提供や、在宅チーム
- 19 医療に取り組む医師を対象としたセミナーを開催し、在宅医療に携わる医師を増やします。
- 20 ○ 複数の疾患や合併症を持つ高齢者等に対応できる総合的な診療能力を有し、身体の状態だけ
- 21 でなく心理的・社会的問題も含めて継続的に診察し、必要に応じて専門医に紹介することがで
- 22 きるかかりつけ医の確保・育成に対して支援します。
- 23 ○ 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
- 24 の定着促進に向けた活動の推進に取り組みます。
- 25 ○ 訪問診療に取り組む診療所や病院に対する診療用医療資機材の整備を支援します。
- 26 ○ 救急医療における医師を育成・確保するため、滋賀医科大学医学部附属病院を計画的に救急
- 27 医療従事者の育成・教育する拠点とし、三次救急医療機関としての役割を担うため、令和8年
- 28 度までに高度救命救急センターの新たな指定ができるよう体制を整えます。
- 29 ○ 高度で専門的な知識や技術を要する患者へ対応可能な医師の育成・確保に努めます。
- 30 ○ 専門研修プログラムについて、計画的な救急医療従事者の育成・教育ができる拠点に集約化
- 31 し、救急医療に必要な能力を有した医師の計画的な育成・確保に努めます。
- 32 ○ 診療科偏在を是正するためには、各診療科の絶対的な不足感を明らかにした上で、診療科ご
- 33 とに必要となる医師数の算定を行う必要があることから、国の動向を注視した上で、大学や医
- 34 療機関、関係団体等の協力のもと、県独自の調査により、診療科や専門分野（サブスペシヤル
- 35 ティ分野）ごとの医師数等のデータ収集・分析を行います。
- 36 ○ 地域の実情を把握した上で、次期計画において診療科および専門分野別の目標医師数が設定
- 37 できるよう検討を進めていきます。
- 38 ○ 医師の育成・確保を巡る課題解決のためには、国の制度設計や運用による対応が重要である
- 39 ことから、地域・診療科偏在の是正に向けた制度の見直しや財政的措置の拡充等を国へ働きか
- 40 けます。

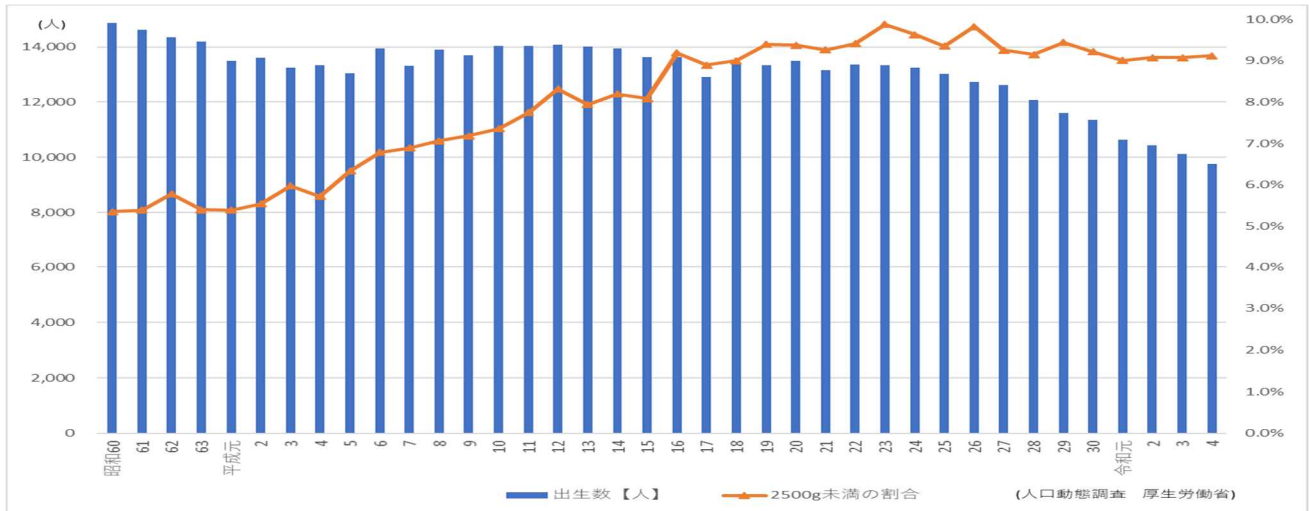
1 第4章 産科における医師確保計画

2 1 県・周産期医療圏の現状

3 (1) 出生数

4 ○ 本県の出生数は年々減少しており、昭和60年(1985年)の14,863人に対し、令和4年(2022年)は9,766人となっています。低出生体重児(2,500g未満児)の出生割合は、昭和60年(1985年)は全出生数の5.4%(796人)でしたが、平成23年には9.9%となるも、その後、おおむね9.5%前後で推移し、近年は横ばいから減少傾向にあります。

9 図4-1-1 本県の出生数の推移



10 出典：「人口動態統計」(厚生労働省)

13 (2) 施設の状況

14 ○ 本県は診療所で出産する割合が全国に比べて高く、病院が約4割、診療所が約6割となっています。分娩を取り扱う病院、診療所の数は年々減少し、助産所の数は増加しています。

15 ○ 分娩取扱医療機関の減少に伴い、分娩可能数も減少していますが、分娩数も減少していることから、分娩可能数は分娩数を上回って推移しています。

19 表4-1-2 出生の分娩場所別の割合

(単位：件)

	病院		診療所		助産所		その他		分娩数合計
	分娩数	割合	分娩数	割合	分娩数	割合	分娩数	割合	
全国	416,196	54.1%	349,297	45.4%	4,055	0.5%	1,211	0.2%	770,759
滋賀	3,599	36.9%	6,113	62.7%	31	0.3%	23	0.2%	9,766

20 出典：「人口動態統計(令和4年度)」(厚生労働省)

22 表4-1-3 県内の分娩取扱医療機関数

(単位：施設)

	H24	H29	R4	R5
診療所	27	23	17	15
病院	14	13	10	10
合計	41	36	27	25

23 出典：「周産期医療施設状況調査」(滋賀県)

1 表4-1-4 周産期医療圏別分娩取扱機関の分娩数と分娩可能数 (単位:人)

区分	R3 分娩可能数	R3 分娩数	差	R4 分娩可能数	R4 分娩数	差	R5分娩 可能数
滋賀県	12,840	10,300	+2,540	12,234	10,068	+2,166	11,354
大津・湖西	3,830	2,949	+881	3,800	3,027	+773	3,770
湖南・甲賀	4,810	3,957	+853	4,384	3,735	+649	4,075
東近江	1,850	1,387	+463	1,760	1,296	+464	1,460
湖東・湖北	2,350	2,007	+343	2,290	2,010	+280	2,049

2 出典:「周産期医療施設状況調査」(滋賀県)

3
4 (3) 産科・産婦人科医師数

- 5 ○ 三師統計によると、令和2年(2020年)末現在の産科・産婦人科医師数は121人であり、平
6 成24年(2012年)末現在と比べると、すべての周産期医療圏で医師が増加しています。
7 ○ また、15~49歳の女性人口10万人あたりの産科・産婦人科医師数は42.4人で、平成24年
8 (2012年)末現在と比べて6.6人増加していますが、全国順位は47都道府県中42位と下位に
9 位置しており、全国値である46.7人を下回っています。
10 ○ 周産期医療圏ごとにみると、大津・湖西が全国値を大きく上回っていますが、その他の周産
11 期医療圏は全国値を下回っています。

12
13 表4-1-5 県内産科・産婦人科医師数(総数)の推移 (単位:人)

区分	H24		H26		H28		H30		R2	
	総数	人口 10万対	総数	人口 10万対	総数	人口 10万対	総数	人口 10万対	総数	人口 10万対
全国	10,868	40.7	11,085	42.2	11,349	43.6	11,332	44.6	11,678	46.7
滋賀県	108	35.8	115	38.3	116	39.2	114	39.3	121	42.4

14 出典:「三師統計」(厚生労働省)

15 ※15~49歳の女性人口10万人あたりの産科・産婦人科医師数

16
17 表4-1-6 周産期医療圏別産科・産婦人科医師数 (単位:人)

区分	大津・湖西		湖南・甲賀		東近江		湖東・湖北		滋賀県		全国	
	医師数	人口 10万対	医師数	人口 10万対	医師数	人口 10万対	医師数	人口 10万対	医師数	人口 10万対	医師数	人口 10万対
産科・産婦人科	54	70.2	33	31.6	16	36.7	18	29.9	121	42.4	11,678	46.7

18 出典:「三師統計(令和2年12月31日現在)」(厚生労働省)

19 ※15~49歳の女性人口10万人あたりの産科・産婦人科医師数

20
21 表4-1-7 周産期医療圏別産科・産婦人科医師数の推移 (単位:人)

区分	H24	H26	H28	H30	R2	増減数		増減率	
						R2-H30	R2-H24	R2/H30	R2/H24
全国	10,868	11,085	11,349	11,332	11,678	+346	+810	+3.1	+7.5
滋賀県	108	115	116	114	121	+7	+13	+6.1	+12.0
大津・湖西	49	51	51	57	54	▲3	+5	▲5.3	+10.2
湖南・甲賀	31	34	36	28	33	+5	+2	+17.9	+6.5
東近江	12	13	12	13	16	+3	+4	+23.1	+33.3
湖東・湖北	16	17	17	16	18	+2	+2	+12.5	+12.5

21 出典:「三師統計」(厚生労働省)

- 分娩取扱病院で勤務する産婦人科医のうち、約6割が20～30歳代です。結婚、出産や育児といったライフイベントと重なる年代であり、産休・育休による一時的な離職や復帰後に時短勤務をする医師がいる医療機関では、診療体制の維持が課題となります。
- 診療所に勤務する産婦人科医師の約半数が60歳以上であり、医師の高齢化や医師の集約化による分娩取扱医療機関の減少等の可能性があります。

図4-1-8 分娩取扱病院・診療所の医師数の推移 (単位：人)

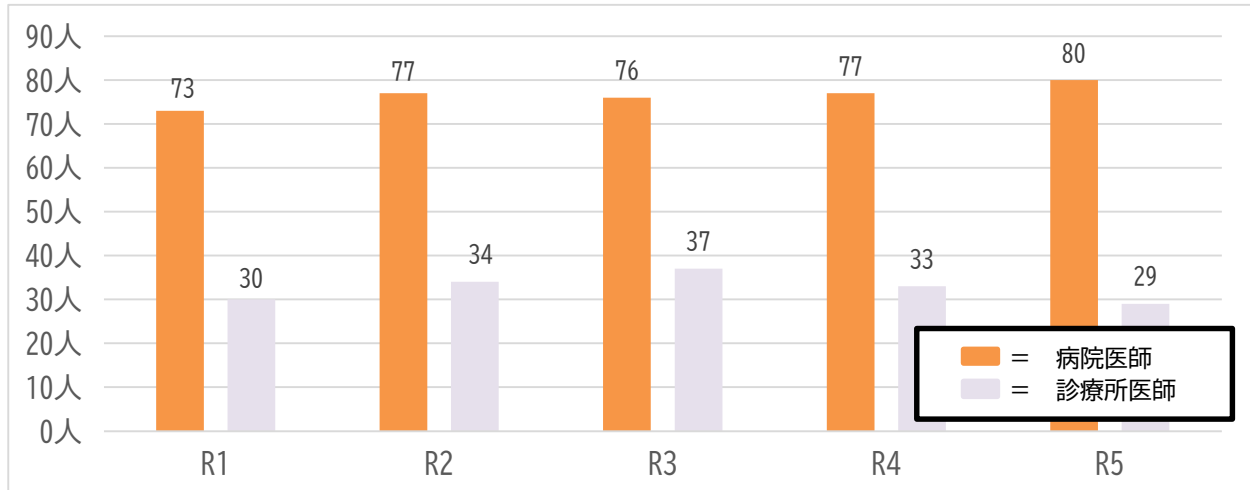


図4-1-9 分娩取扱病院・診療所の医師の年齢構成割合 (令和5年度)

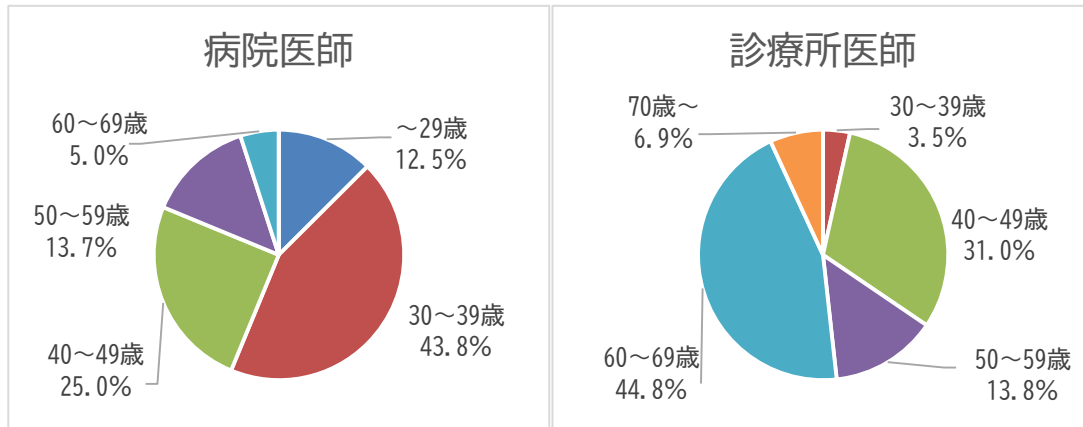


表4-1-10 分娩取扱病院・診療所の年齢別医師数 (単位：人)

年度	29歳以下		30～39歳		40～49歳		50～59歳		60～69歳		70歳以上		計		合計
	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所	
H31	9	0	30	3	21	3	9	8	4	10	0	6	73	30	103
R2	14	0	31	5	20	5	8	6	4	14	0	4	77	34	111
R3	12	0	34	5	15	5	11	8	4	16	0	3	76	37	113
R4	11	0	35	3	18	9	10	7	3	12	0	2	77	33	110
R5	10	0	35	1	20	9	11	4	4	13	0	2	80	29	109

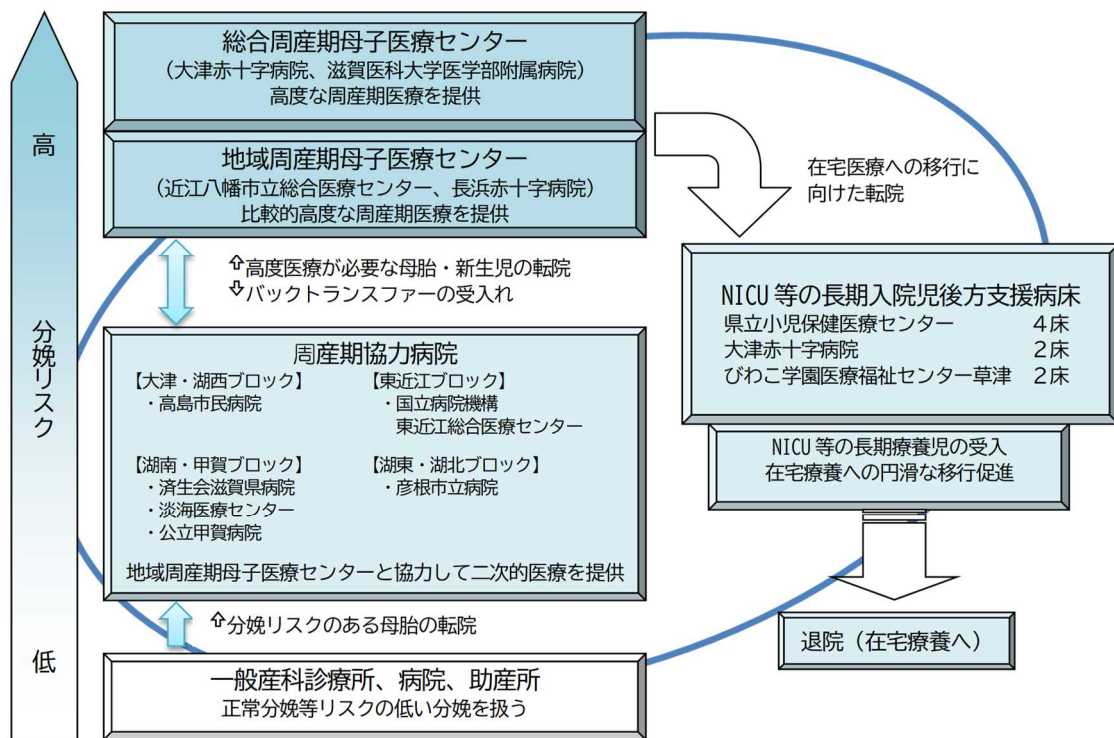
出典：「周産期医療施設状況調査」(滋賀県)

1 (4) 周産期医療体制

2 ○ 周産期医療体制については、周産期医療関連施設の状況および周産期医療ネットワークによ
 3 る母体・新生児の搬送受入の実績を踏まえて、県内7つの二次保健医療圏を次の4ブロックに
 4 区分（周産期医療圏）し、設定することで、資源を有効活用し、高度かつ専門的な医療提供体
 5 制の充実を図っています。

- 6 ① 大津・湖西ブロック（大津保健医療圏・湖西保健医療圏）
- 7 ② 湖南・甲賀ブロック（湖南保健医療圏・甲賀保健医療圏）
- 8 ③ 東近江ブロック（東近江保健医療圏）
- 9 ④ 湖東・湖北ブロック（湖東保健医療圏・湖北保健医療圏）

11 図4-1-11 滋賀県周産期医療体制（令和5年（2023年）9月現在）



12 ○ 大津赤十字病院が大津・湖西ブロック、滋賀医科大学医学部附属病院が湖南・甲賀ブロック、
 13 近江八幡市立総合医療センターが東近江ブロック、長浜赤十字病院が湖東・湖北ブロックの周
 14 産期医療の中核を担っています。

15 ○ 正常な妊娠・分娩の場合は地域の医療機関（病院、診療所、助産所、病院が設置する助産師
 16 外来や院内助産所）で対応し、ハイリスク妊産婦・新生児は総合周産期母子医療センター（大
 17 津赤十字病院、滋賀医科大学医学部附属病院）および地域周産期母子医療センター（近江八幡
 18 市立総合医療センター、長浜赤十字病院）が、周産期協力病院と連携して高度かつ専門的な医
 19 療の提供を行っています。

20 ○ 今後、分娩できる産科診療所の減少を想定し、切れ目なく安心・安全に妊娠・出産・産後の
 21 ケアへとつながるよう、分娩体制のあり方について検討していく必要があります。

2 分娩取扱医師偏在指標

(1) 基本事項

- 医療需要については、「里帰り出産」等の妊婦の流出入の実態を踏まえた「医療施設調査」における「分娩数」が用いられます。
- 患者の流出入については、「里帰り出産」等の医療提供体制とは直接関係しない流出入の状況を把握できる調査がないことから、分娩が実際に行われた医療機関の所在地が把握可能な「医療施設調査」における「分娩数」を医療需要として用いており、都道府県間の調整は不要とされています。
- 医師供給については、現行計画までは三師統計における「産科医師数」と「産婦人科医師数」の合計値を用いていましたが、改定後の計画から、三師統計における「過去2年以内に分娩の取扱いあり」と回答した医師のうち、日常的に分娩を取り扱っていると考えられる産婦人科・産科・婦人科を主たる診療科と回答した医師数（分娩取扱医師数）が算定に用いられることになりました。そのため、指標の名称が「産科医師偏在指標」から「分娩取扱医師偏在指標」に変更されています。
- 医師の性・年齢別分布については、医師全体の性・年齢階級別労働時間を用いて調整することとされています。
- 以上の考え方により、産科における医師偏在指標は、以下の計算式により算出することとされています。

$$\text{分娩取扱医師偏在指標} = \frac{\text{標準化分娩取扱医師数（※1）}}{\text{分娩件数} \div 1,000 \text{ 件}}$$

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

※1 医療施設調査の分娩件数は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を行う。

※2 性・年齢階級別医師数は、医師届出票に記載されている主たる従事先と従たる従事先が所在する周産期医療圏が異なる場合は、主たる従事先で0.8人、従たる従事先では0.2人として算出する。

- なお、分娩取扱医師偏在指標は、全体の医師偏在指標と同様、一定の前提条件の下、各種統計等に基づいて機械的に算定された数値であるとともに、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（全体における位置関係）を示すものであることに留意が必要です。
- あわせて、分娩取扱医師偏在指標は、診療科間の医師偏在を是正するものではないこと、また、偏在指標の値が大きい医療圏においても、実態としては医師が多施設に分散して一施設ごとの医師数が少ない場合もあること等にも留意が必要です。

- 1 (2) 分娩取扱医師偏在指標
 2 ア 分娩取扱医師偏在指標
 3 ○ 計画の改定にあたり、国が示した分娩取扱医師偏在指標は以下のとおりです。
 4

表4-2-1 都道府県間の分娩取扱医師偏在指標 全国平均：10.5

順位	都道府県	医師偏在指標	前回(R2.3)順位比較	順位	都道府県	医師偏在指標	前回(R2.3)順位比較	順位	都道府県	医師偏在指標	前回(R2.3)順位比較
1	東京都	14.3		17	長崎県	10.6	↑7	32	兵庫県	9.5	↓12
2	京都府	13.9	↑5	18	佐賀県	10.4	↑16	33	岐阜県	9.5	↑6
3	鳥取県	13.5	↑3	19	岡山県	10.3	↓1	34	千葉県	9.4	↓1
4	秋田県	12.8	↓1	20	滋賀県	10.3	↑12	35	鹿児島県	9.3	↑7
5	福井県	12.7	↑3	21	愛知県	10.3	↑6	36	長野県	9.2	↑1
6	奈良県	12.5	↓4	22	栃木県	10.3	↓6	37	群馬県	9.1	↓7
7	徳島県	12.4	↓2	23	大分県	10.2	↑3	38	宮崎県	9.0	↑2
8	山梨県	12.2	↑1	24	高知県	10.2	↑14	39	愛媛県	8.9	↓4
9	大阪府	11.8	↓5	25	北海道	10.1	↓8	40	新潟県	8.7	↑4
10	沖縄県	11.6	↑18	26	宮城県	10.0	↓5	41	広島県	8.6	↓19
11	島根県	11.5	↑14	27	山形県	9.9	↓4	42	香川県	8.6	↓11
12	福岡県	11.0		28	茨城県	9.8	↑13	43	青森県	8.3	
13	神奈川県	10.9	↓3	29	静岡県	9.8	↓10	44	埼玉県	8.2	↑1
14	富山県	10.8	↓1	30	和歌山県	9.6	↓19	45	岩手県	8.0	↓9
15	三重県	10.8		31	山口県	9.5	↓2	46	福島県	7.3	
16	石川県	10.8	↓2					47	熊本県	6.8	

出典：「分娩取扱医師偏在指標に係るデータ集」（厚生労働省）

5

表4-2-2 分娩取扱医師偏在指標比較表

(R2.3)産科偏在指標 ※1				(R6.1)分娩取扱医師偏在指標 ※2			
区域	医師偏在指標	全国順位	区分	医師偏在指標	全国順位	前回順位(R2.3)比較	区分
全国	12.8			10.5			
滋賀県	11.3	32位	相対的医師少数県	10.3	20位	↑12	
大津・湖西	18.5	28位		17.6	18位	↑10	
湖南・甲賀	9.3	185位		6.7	212位	↓27	相対的医師少数区域
東近江	8.7	202位	相対的医師少数区域	10.0	103位	↑99	
湖東・湖北	7.4	235位	相対的医師少数区域	7.3	195位	↑40	相対的医師少数区域

※1 出典：「産科医師偏在指標に係るデータ集」（厚生労働省）

※2 出典：「分娩取扱医師偏在指標に係るデータ集」（厚生労働省）

※3 周産期医療圏は、258 医療圏中の順位（179～258 位が相対的医師少数区域）、R2.3 は 278 医療圏中の順位。産科においては医師が相対的に少なくない地域でも不足している可能性があること等から、多数区域はなく、相対的医師少数区域のみを設定。

6

- 7 ○ 本県の分娩取扱医師偏在指標は全都道府県中 20 位であり、現行計画の順位（32 位）と比較
 8 すると 12 ランク上がりました。
 9 ○ 周産期医療圏ごとにとみると、東近江が大きく順位を上げており（↑99）、湖東・湖北も順位を
 10 上げています（↑40）。一方で、湖南・甲賀が順位を下げています（↓27）。
 11 ○ しかしながら、産科の医師偏在指標は指標の算出方法が大きく変更されたため、前回指標と
 12 の単純比較はできないものと考えます。

13

- 1 イ 相対的医師少数区域
- 2 ○ 産科においては、都道府県および周産期医療圏ごとの医師偏在指標の値を全国で比較し、医
- 3 師偏在指標が概ね下位 33.3%に該当する都道府県および周産期医療圏を、相対的医師少数都道
- 4 府県・相対的医師少数区域と設定します。
- 5 ○ なお、産科医師が相対的に少なくない医療圏等においても、産科医師が不足している可能性
- 6 があることに加え、これまでに医療圏を超えた地域間の連携が進められてきた状況を考慮する
- 7 と、医師多数都道府県・医師多数区域を設定することにより、産科医師の追加的な確保ができ
- 8 ない医療圏であるとの誤解を招く恐れがあることから、産科においては医師多数都道府県や医
- 9 師多数区域は設けないこととされています。
- 10 ○ 県全体では、分娩取扱医師の偏在指標において全国 20 位に位置付けられたことから、本県
- 11 は、相対的医師少数都道府県（32 位～47 位/47 都道府県）以外の都道府県となります。
- 12 ○ 周産期医療圏ごとにみると、「湖南・甲賀」「湖東・湖北」の 2 つの周産期医療圏が相対的医
- 13 師少数区域（179 位～258 位/258 周産期医療圏）となります。ただし、「湖南・甲賀」の中核を
- 14 担う滋賀医科大学医学部附属病院が、「大津・湖西」で計上されていることに留意が必要です。

16 図 4-2-3 県内各周産期医療圏の分娩取扱医師偏在指標（R6.1）



22 3 産科における医師確保の方針

23 (1) 基本事項

- 24 ○ 産科における医師確保計画では、分娩取扱医師偏在指標により相対的医師少数区域を設定し
- 25 て医師偏在の状況を把握し、周産期医療圏ごとに、分娩取扱医師偏在指標の大小、将来推計を
- 26 踏まえた方針を定めることとされています。
- 27 ○ 周産期医療は、少子高齢化が進む中で急速に医療需要の変化が予想される分野であることか
- 28 ら、令和8年（2026年）の医療需要の推計も参考としつつ、医師偏在対策を講じることとされ
- 29 ています。
- 30 ○ 国からは、産科における医師確保の方針の考え方が次のとおり示されています。

区分	医師確保の方針の考え方	周産期医療圏
相対的医師少数区域（県）	産科医師が少なくない医療圏においても、産科医師が不足している可能性があることを踏まえ、相対的医師少数区域（県）について相対的医師少数区域以外の医療圏からの医師派遣のみにより地域偏在の解消を目指すことは適当ではない。 産科においては、医療圏の見直し、医療圏を超えた連携、医療機関の再編統合を含む集約化等を行ってきたことから、相対的医師少数区域においては、外来医療と入院医療の機能分化・連携に留意しつつ、必要に応じて医療圏の見直しや医療圏を超えた連携によって、地域偏在の解消を図ることを検討することとする。当該対応によっても医師偏在が解消されない場合は、医師派遣や専攻医の確保等により医師の増加を図ることとするが、医療機関の再編統合を含む集約化等の医療提供体制を効率化する施策等を適宜組み合わせる実施することとする。また、産科医師の養成数を増加させること等の効率化する施策についても適宜組み合わせる実施することとする。	湖南・甲賀 湖東・湖北

上記以外	産科医師が少なくない医療圏においても、産科医師が不足している可能性があることを踏まえ、当該医療圏における医療提供体制の状況を考慮したうえで、医師を増やす方針を定めることも可能とする。その際は、相対的医師少数区域と同様の対応を行うこととする。	大津・湖西 東近江
------	--	--------------

- その他、重症度の高い患者に対する分娩以外の医療の提供を担う医師の確保や、新生児医療を担う医師の確保について、個別に検討すべき事項として示されています。

(2) 医師確保の方針

ア 県全体

- 周産期母子医療センターを中心とした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・強化を図ります。
- 周産期医療圏ごとの地域医療構想の進捗や、医師の働き方改革への対応を踏まえ、県内唯一の産科医療圏である滋賀医科大学や関係団体、関係医療機関等との連携の下、将来を見据えた地域医療提供体制の維持のために必要となる医師の確保に取り組みます。

イ 周産期医療圏

- 県全体の方針に基づき、取組を進めることとしますが、周産期医療圏ごとの実情や、周産期医療に係る協議会等による議論を踏まえ、産科医師の派遣調整や専攻医の確保等を行うなど、柔軟な対応を図っていきます。相対的医師少数区域以外であっても、その労働環境を考慮すれば、産科医師が不足している可能性があることを踏まえ、同様の取扱とします。

4 産科における偏在対策基準医師数

- 計画期間終了時の産科における医師偏在指標が、計画期間開始時の相対的医師少数区域等の基準値（下位 33.3%）に達することとなる医師数を産科における偏在対策基準医師数として設定します。
- ただし、産科における偏在対策基準医師数は、国が令和8年（2026年）の分娩件数将来推計を用いて機械的に算出した数値であり、確保すべき医師数の目標ではないことに留意が必要です。
- 本県の周産期医療圏の偏在対策基準医師数は、湖南・甲賀のみ現在医師数を下回っています。

表4-4-1 偏在対策基準医師数・分娩件数将来推計

区域	標準化医師数（単位：人）			分娩件数（単位：千人）		
	産科・産婦人科医師数（R2）A	偏在対策基準医師数（R8）B	差（A-B）	分娩件数（調整後）（H29）C	将来推計（R8）D	差（C-D）
全国	9,396			888.5	757.4	+131.1
滋賀県	108.6	90.8	+17.8	10.6	9.5	+1.1
大津・湖西	50.9	19.1	+31.8	2.9	2.5	+0.4
湖南・甲賀	25.6	27.0	▲1.4	3.8	3.5	+0.3
東近江	14.3	9.9	+4.4	1.4	1.3	+0.1
湖東・湖北	17.8	16.7	+1.1	2.4	2.2	+0.2

出典：「産科における偏在対策基準医師数（2026年）に係るデータ集」（厚生労働省）

1 5 産科における具体的な施策

2 (1) 医療提供体制

- 3 ○ 関連大学とも連携して、各周産期医療圏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ります。
- 4 ○ また、周産期医療圏内の地域、診療所、助産所、周産期母子医療センターのネットワーク
- 5 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
- 6 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 Childbirth
- 7 Network)) の整備を図ります。
- 8 ○ 周産期医療施設状況調査を毎年度実施し、各周産期医療圏での分娩可能数等の医療資源の現
- 9 状について把握するとともに、滋賀県周産期医療等協議会、周産期医療検討部会および地域の
- 10 分娩体制あり方検討部会を開催し、新生児医療を含めた周産期保健医療体制を検討します。
- 11
- 12

13 (2) 産科医師の確保等

- 14 ○ 医師の働き方改革を契機として、医師の負担を軽減するため、助産師へのさらなるタスク・
- 15 シフト/シェアを推進します。
- 16 ○ 助産技術や判断力、経験を備えた助産師の育成と、正常分娩介助や、女性の各ライフステー
- 17 ジにおける健康相談、教育活動を実践できる助産師を確保するため、助産師の体系的な育成に
- 18 ついて引き続き検討を行うとともに、助産技術の向上を図れるよう支援します。
- 19 ○ 産科医師に対する分娩手当の支給や、非常勤医師が対応する帝王切開に対する手当を支給す
- 20 る医療機関を支援します。
- 21 ○ 周産期母子医療センター等に対しては、修学資金等被貸与者で産科を選択した医師の派遣や、
- 22 県内医療機関へ医師の派遣を行っている大学医局と派遣調整を行うなど、必要な医師の確保に
- 23 努めます。
- 24 ○ 「キャリア形成プログラム」の充実や医学生に対する研修会等において啓発活動を行い、本
- 25 県の周産期医療の担い手となる人材の確保に努めます。
- 26 ○ 産科・産婦人科を志望する臨床研修医に対して、県内基幹施設の専門研修プログラムに関す
- 27 る情報発信を行い、県内医療機関で専門研修を行う医師の確保に努めます。
- 28 ○ 産婦人科専門医の取得を目指す専攻医や、県外からの転居等により県内の分娩取扱医療機関
- 29 で勤務する産科医師を対象に、一定期間以上県内で診療業務に従事することを返還免除条件と
- 30 する研修・研究資金を貸与し、産科医師の確保および県内定着を促進します。
- 31

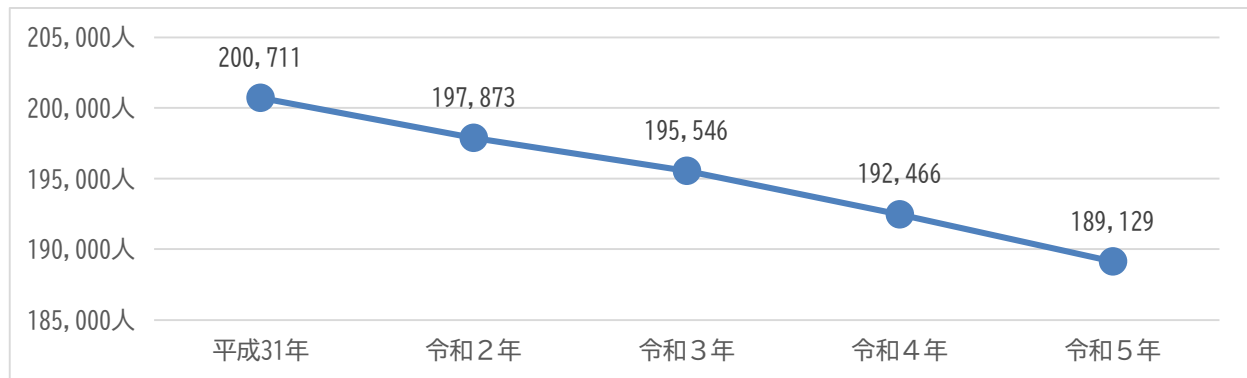
第5章 小児科における医師確保計画

1 県・小児医療圏の現状

(1) 年少人口

- 本県の15歳未満人口（以下「年少人口」という。）は年々減少しており、平成31年（2019年）1月現在の200,711人から令和5年（2023年）1月現在は189,129人と、年々減少傾向にあります。

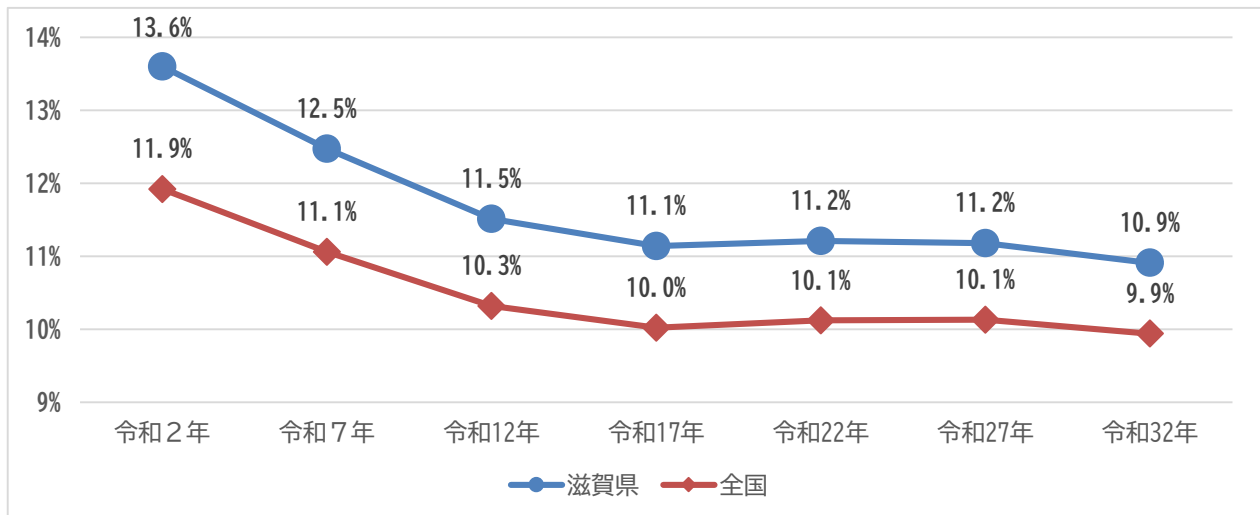
図5-1-1 本県の年少人口の推移 (単位：人)



出典：「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数」（総務省）

- 令和32年（2050年）時点の総人口に占める年少人口の割合を見ると、全国の9.9%に対し、本県は10.9%であり、年少人口の割合が高いため、小児科医師の医療需要は全国と比べて高くなることが予想されます。

図5-1-2 総人口に占める年少人口の割合の推計比較



出典：「日本の地域別将来推計人口(2023年推計)」(国立社会保障・人口問題研究所)

(2) 施設の状況

- 県内で小児科を標榜している病院は、令和4年（2022年）10月現在で58施設中31施設であり、県内で小児科を標榜している診療所は、令和2年（2020年）10月現在で1,100施設中248施設です。

- 1 ○ 年少人口が同規模の二次保健医療圏であっても、小児科を標榜する医療機関数に差がありま
2 す。

3 表5-1-3 小児科を標榜している医療機関数

区域	年少人口 (人) ※1	病院 ※2			診療所 ※3			合計		
		施設数	小児科 標榜施 設数	割合	施設数	小児科 標榜施 設数	割合	施設数	小児科 標榜施 設数	割合
大津	45,127	15	5	33.3%	296	46	15.5%	311	51	16.4%
湖南	51,858	14	10	71.4%	290	49	16.9%	304	59	19.4%
甲賀	17,953	7	3	42.9%	89	22	24.7%	96	25	26.0%
東近江	29,932	11	5	45.5%	148	48	32.4%	159	53	33.3%
湖東	20,380	4	3	75.0%	117	32	27.4%	121	35	28.9%
湖北	19,119	4	3	75.0%	118	42	35.6%	122	45	36.9%
湖西	4,760	3	2	66.7%	42	9	21.4%	45	11	24.4%
合計	189,129	58	31	53.4%	1,100	248	22.5%	1,158	279	24.1%

※1 出典「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数（令和5年1月1日現在）」（総務省）

※2 出典「令和4年医療施設（動態）調査（令和4年10月1日現在）」（厚生労働省）

※3 出典「令和2年医療施設（静態・動態）調査（令和2年10月1日現在）」（厚生労働省）

4
5 (3) 小児科医師数

6 ○ 三師統計によると、令和2年（2020年）末現在の小児科医師数は240人で、平成24年（2012
7 年）末現在と比べると、すべての小児医療圏で医師が増加しています。

8 ○ また、年少人口10万人対小児科医師数は124.8人で、平成24年（2012年）末現在と比べて
9 17.1人増加しています。全国順位は47都道府県中19位と中位に位置しており、全国値である
10 119.7人を上回っています。

11 ○ 年少人口10万人対小児科医師数を小児医療圏ごとにみると、大津・湖西が全国値を大きく
12 上回っていますが、その他の小児医療圏は全国値を下回っています。

13
14 表5-1-4 県内小児科医師数（総数）の推移 (単位：人)

区分	H24		H26		H28		H30		R2	
	総数	人口 10万対	総数	人口 10万対	総数	人口 10万対	総数	人口 10万対	総数	人口 10万対
全国	16,340	98.7	16,758	103.2	16,937	107.3	17,321	112.4	17,997	119.7
滋賀県	225	107.7	229	110.6	224	110.9	239	121.3	240	124.8

15 出典：「三師統計」（厚生労働省）

16 ※年少人口10万人あたりの小児科医師数

17
18 表5-1-5 小児医療圏別小児科医師数 (単位：人)

区分	大津・湖西		湖南・甲賀		東近江		湖東・湖北		滋賀県		全国	
	医師数	人口 10万対	医師数	人口 10万対	医師数	人口 10万対	医師数	人口 10万対	医師数	人口 10万対	医師数	人口 10万対
小児科	93	184.1	79	112.2	31	101.2	37	90.9	240	124.8	17,997	119.7

19 出典：「三師統計（令和2年12月31日現在）」（厚生労働省）

20 ※年少人口10万人あたりの小児科医師数

表5-1-6 小児医療圏別小児科医師数の推移

(単位：人)

区分	H24	H26	H28	H30	R2	増減数		増減率	
						R2-H30	R2-H24	R2/H30	R2/H24
全国	16,340	16,758	16,937	17,321	17,997	+676	+1,657	+3.9	+10.1
滋賀県	225	229	224	239	240	+1	+15	+0.4	+6.7
大津・湖西	86	86	86	95	93	▲2	+7	▲2.1	+8.1
湖南・甲賀	77	78	70	74	79	+5	+2	+6.8	+2.6
東近江	27	28	30	32	31	▲1	+4	▲3.1	+14.8
湖東・湖北	35	37	38	38	37	▲1	+2	▲2.6	+5.7

出典：「三師統計」（厚生労働省）

(4) 小児医療提供体制

ア 小児救急

○ 本県における小児救急医療体制は、以下の3体制で対応しています。

① 入院治療が必要ない程度の治療を診療所や休日急患診療所で行う初期救急医療体制

② 入院治療を必要とする医療を救急告示病院で行う二次救急医療体制

③ 重篤な救急患者の治療を必要とする医療を救命救急センターで行う三次救急医療体制

○ 二次保健医療圏によっては、二次救急医療機関が初期救急医療も担っていること、また、家庭環境の変化や保護者の病院志向から、本来は初期救急医療機関を受診すべき患者が二次救急医療機関を受診しており、二次救急医療機関に勤務する小児科医師に過大な負担が生じています。

○ 三次救急医療体制を担う県内4か所の救急救命センターにおいても、救急搬送を含む軽症患者の受診が多くを占めていることから、小児科医師に負担が生じる一方で、少子化により重症の小児救急患者数は少なく、小児科医師の重症例を経験する機会が少なくなっています。

○ 小児救急医療体制においては、周産期医療圏との整合性を図り、次の4ブロックに区分（小児医療圏）し、設定しています。また、小児科医師の効果的・効率的な配置についても同時に検討を行っています。

① 大津・湖西ブロック（大津保健医療圏・湖西保健医療圏）

② 湖南・甲賀ブロック（湖南保健医療圏・甲賀保健医療圏）

③ 東近江ブロック（東近江保健医療圏）

④ 湖東・湖北ブロック（湖東保健医療圏・湖北保健医療圏）

イ 小児在宅

○ 医療の進歩等により、人工呼吸器や胃ろう等を使用し、痰の吸引や経管栄養などの医療的ケアが必要な子ども（以下「医療的ケア児」という。）が増加しています。

○ 対応できる医療資源は成人に比べて少なく、小児医療圏によっても偏りがあるため、医療的ケア児の在宅生活を支えるために、訪問診療、レスパイト・ショートステイができる医療機関および医師の確保、偏在を是正する必要があります。

○ そのため、小児在宅医療に対応できる人材育成および技術の定着支援や、支援者同士が繋がりを持ち、情報共有、連携することで切れ目ない支援が提供できる体制整備が求められます。

○ また、慢性疾患児童等は、疾患の特殊性等の理由で身近な医療機関で専門医療を受けられない場合があり、かかりつけ医の確保および医療機関同士の連携が課題となっています。

○ 近年の医療の発達等により、小児期に慢性疾患を発症する患者の多くが成人を迎えられるよ

うになった一方で、難治性の疾患であるため治療が長期化し、成人期においても治療が必要となり、その患者や家族は、小児科医師との長年の信頼関係等から成人後も小児科で診療を続けたいと考える方が多くおられます。

- しかしながら、小児科の病床や外来を圧迫して、本来の対象である児童に必要な医療が提供できない可能性等も考えられることから、移行期医療に必要な医療支援体制の整備が急務です。

ウ 児童精神

- 令和4年（2022年）における神経発達症・児童思春期患者を診療する医師は32人（小児科27人、精神科5人）で、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）と少ない状況です。

- 精神科医師の数が全国と比べて少なく、また、発達障害の診断や診療に対応する小児科医師も限られており、医療機関で初診を受けるまでの待機時間が長くなっていることが課題となっています。

2 小児科医師偏在指標

(1) 基本事項

- 医療需要については、医療圏ごとの小児の人口構成の違いを踏まえ、性・年齢階級別受療率を用いて年少人口を調整したものが用いられます。
- 患者の流出入については、既存の調査の結果により把握可能な小児患者の流出入の実態を踏まえ、都道府県間の調整が行われます。
- 医師供給については、三師統計における「小児科医師数」を用いることとします。
- 医師の性・年齢別分布について、医師全体の性・年齢階級別労働時間を用いて調整することとされています。
- 以上の考え方により、小児科における医師偏在指標は、以下の計算式により算出することとされています。

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

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

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

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

- なお、小児科医師偏在指標は、全体の医師偏在指標と同様、一定の前提条件の下、各種統計等に基づいて機械的に算定された数値であるとともに、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（全体における位置関係）を示すものであることに留意が必要です。
- あわせて、小児科医師偏在指標は、診療科間の医師偏在を是正するものではないこと、また、

偏在指標の値が大きい医療圏においても、実態としては医師が他施設に分散して一施設ごとの医師数が少ない場合もあること等に留意が必要です。

- 小児については、小児科医師に限らず、内科医師や耳鼻咽喉科医師等により医療が提供されることもあります。小児科医師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であるため、同割合について二次保健医療圏間で差はないと仮定します。

(2) 小児科医師偏在指標

ア 小児科医師偏在指標

- 計画の改定にあたり、国が示した小児科医師偏在指標は以下のとおりです。

表5-2-1 都道府県間の小児科医師偏在指標 全国平均：115.1

順位	都道府県	医師偏在指標	前回(R2.3)順位比較	順位	都道府県	医師偏在指標	前回(R2.3)順位比較	順位	都道府県	医師偏在指標	前回(R2.3)順位比較
1	鳥取県	171.0		17	香川県	122.0	↓7	32	新潟県	108.7	↓3
2	京都府	152.7		18	大阪府	120.4	↑5	33	奈良県	108.7	↓1
3	東京都	150.4		19	大分県	120.4		34	三重県	107.9	↑5
4	高知県	134.4		20	長野県	120.2	↑2	35	神奈川県	106.1	↓2
5	和歌山県	130.4	↑4	21	愛媛県	120.0	↓1	36	宮城県	104.6	↓6
6	長崎県	128.5	↑7	22	島根県	118.0	↓8	37	岩手県	103.8	↓1
7	秋田県	127.9	↑4	23	群馬県	118.0	↓8	38	広島県	101.1	↓3
8	徳島県	127.7	↓1	24	北海道	115.4		39	埼玉県	99.7	↑7
9	山梨県	127.3	↓4	25	山口県	115.0	↑2	40	福島県	98.0	↓6
10	富山県	125.9	↓4	26	山形県	114.0	↓1	41	宮崎県	96.9	↑1
11	福井県	124.6	↓3	27	佐賀県	113.8	↓10	42	茨城県	95.8	↑5
12	滋賀県	124.3	↑9	28	熊本県	110.2	↓2	43	鹿児島県	95.3	
13	岡山県	124.3	↓1	29	岐阜県	109.7	↑2	44	沖縄県	95.1	↓7
14	兵庫県	123.9	↑14	30	青森県	109.4	↑8	45	愛知県	94.7	↓4
15	石川県	123.8	↑1	31	栃木県	109.2	↑9	46	静岡県	94.4	↓1
16	福岡県	122.0	↑2					47	千葉県	93.6	↓3

出典：「小児科偏在指標に係るデータ集」（厚生労働省）

表5-2-2 小児科医師偏在指標比較表

(R2.3)小児科偏在指標 ※1				(R6.1)小児科医師偏在指標 ※2			
区域	医師偏在指標	全国順位	区分	医師偏在指標	全国順位	前回順位(R2.3)比較	区分
全国	106.2			115.1			
滋賀県	113.1	21位		124.3	12位	↑9	
大津・湖西	167.3	10位		183.6	6位	↑4	
湖南・甲賀	85.9	202位		101.2	169位	↑33	
東近江	104.3	124位		105.6	158位	↓34	
湖東・湖北	98.6	146位		100.6	171位	↓25	

※1 出典：「小児科医師偏在指標（2019年）に係るデータ集」（厚生労働省）

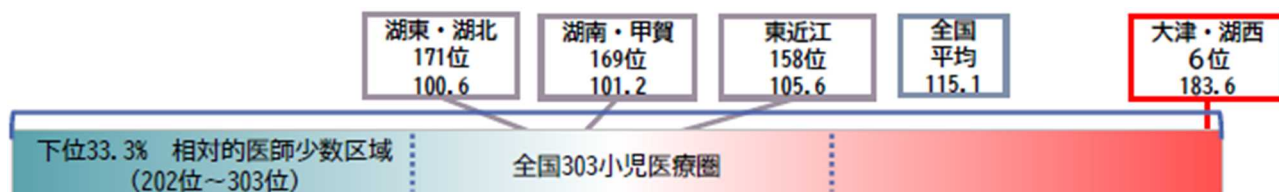
※2 出典：「小児科医師偏在指標（2023年）に係るデータ集」（厚生労働省）

- 本県の小児科医師偏在指標は全都道府県中12位であり、現行計画の順位（21位）と比較すると9ランク上がりました。

- 小児医療圏ごとに見ると、湖南・甲賀が順位を上げています（↑33）。一方で、東近江、湖東・湖北が順位を下げています（↓34、↓25）。

- 1 イ 相対的医師少数区域
- 2 ○ 小児科においては、都道府県ごとおよび小児医療圏ごとの医師偏在指標の値を全国で比較し、
- 3 医師偏在指標が概ね下位 33.3%に該当する二次保健医療圏を相対的医師少数都道府県・相対的
- 4 医師少数区域と設定します。
- 5 ○ なお、小児科医師が相対的に少なくない医療圏等においても、小児科医師が不足している可
- 6 能性があることに加え、これまでに医療圏を超えた地域間の連携が進められてきた状況を考慮
- 7 すると、医師多数都道府県・医師多数区域を設定することにより、小児科医師の追加的な確保
- 8 ができない医療圏であるとの誤解を招く恐れがあることから、小児科においては医師多数都道
- 9 府県や医師多数区域は設けません。
- 10 ○ 県全体では、小児科医師の偏在指標において全国 12 位に位置付けられたことから、本県は、
- 11 相対的医師少数都道府県以外の都道府県（1 位～31 位/47 都道府県）の都道府県となります。
- 12 ○ 本県には相対的医師少数区域（202～303 位/303 小児医療圏）に該当する小児医療圏はあり
- 13 ません。
- 14

15 図 5-2-3 県内各小児医療圏の小児科医師偏在指標（R6.1）



16

17

18

19

20

21 **3 小児科における医師確保の方針**

22 (1) 基本事項

- 23 ○ 小児科における医師確保計画では、小児科医師偏在指標により相対的医師少数区域を設定し
- 24 て医師偏在の状況を把握し、小児医療圏ごとに、小児科医師偏在指標の大小、将来推計を踏ま
- 25 えた方針を定めることとされています。
- 26 ○ 小児科医療は、少子高齢化が進む中で急速に医療需要の変化が予想される分野であることか
- 27 ら、令和8年（2026年）の医療需要の推計も参考としつつ、医師偏在対策を講じることとされ
- 28 ています。
- 29 ○ 国からは、小児科における医師確保の方針の考え方が次のとおり示されています。

区分	医師確保の方針の考え方	小児医療圏
相対的医師少数区域（県）	小児科医師が少なくない医療圏においても、小児科医師が不足している可能性があることを踏まえ、相対的医師少数区域（県）について相対的医師少数区域以外の医療圏からの医師派遣のみにより地域偏在の解消を目指すことは適当ではない。 小児科においては、医療圏の見直し、医療圏を超えた連携、医療機関の再編統合を含む集約化等を行ってきたことから、相対的医師少数区域においては、外来医療と入院医療の機能分化・連携に留意しつつ、必要に応じて医療圏の見直しや医療圏を超えた連携によって、地域偏在の解消を図ることを検討することとする。当該対応によっても医師偏在が解消されない場合は、医師派遣や専攻医の確保等により医師の増加を図ることとするが、医療機関の再編統合を含む集約化等の医療提供体制を効率化する施策等を適宜組み合わせ実施することとする。また、小児科医師の養成数を増加させること等の効率化する施策についても適宜組み合わせ実施することとする。	なし

上記以外	小児科医師が少なくない医療圏においても、小児科医師が不足している可能性があることを踏まえ、当該医療圏における医療提供体制の状況を考慮したうえで、医師を増やす方針を定めることも可能とする。その際は、相対的医師少数区域と同様の対応を行うこととする。	県内すべての小児医療圏
------	--	-------------

1
2 (2) 医師確保の方針

3 ア 県全体

- 4 ○ 小児救急医療体制については、4ブロック化による再編を推進し、小児科医師の効果的・効率的な配置により、休日・平日夜間における二次救急医療体制を確保し、小児科医師の負担軽減を図ります。
- 5
6
7 ○ 小児医療圏ごとの地域医療構想の進捗や、医師の働き方改革への対応を踏まえ、県内唯一の
8 医育機関である滋賀医科大学や関係団体、関係医療機関等との連携の下、将来を見据えた地域
9 医療提供体制の維持のために必要となる医師の確保に取り組みます。

10
11 イ 小児医療圏

- 12 ○ 県全体の方針に基づき、取組を進めることとしますが、小児医療圏ごとの実情や、小児医療
13 に係る協議会等による議論を踏まえ、小児科医師の派遣調整や専攻医の確保等を行うなど、柔軟な
14 対応を図っていきます。

15
16 4 小児科における偏在対策基準医師数

- 17 ○ 計画期間終了時の小児科における医師偏在指標が、計画期間開始時の相対的医師少数区域等
18 の基準値（下位 33.3%）に達することとなる医師数を小児科における偏在対策基準医師数として
19 設定します。
- 20 ○ ただし、小児科における偏在対策基準医師数は、国が令和8年（2026年）の年少人口将来推
21 計および標準化受療率比を用いて機械的に算出した数値であり、確保すべき医師数の目標では
22 ないことに留意が必要です。
- 23 ○ 本県の小児医療圏の偏在対策基準医師数は、いずれも現在の医師数を下回っています。
- 24

表5-4-1 偏在対策基準医師数・年少人口将来推計

区域	標準化医師数（単位：人）			年少人口（単位：10万人）		
	小児科 医師数 (R2) A	偏在対策 基準医師数 (R8) B	差 (A-B)	現在時点 (R3) C	将来推計 (R8) D	差 (C-D)
全国	17,634			153.18	139.01	+14.17
滋賀県	240.0	199.5	+40.5	1.96	1.85	+0.11
大津・湖西	94.8	44.0	+50.8	0.51	0.48	+0.03
湖南・甲賀	78.7	69.3	+9.4	0.72	0.69	+0.03
東近江	30.2	25.3	+4.9	0.31	0.29	+0.02
湖東・湖北	36.3	31.5	+4.8	0.42	0.39	+0.03

25 出典：「小児科における偏在対策基準医師数（2026年）に係るデータ集」（厚生労働省）

26
27
28

1 5 小児科における具体的な施策

2 (1) 小児救急

- 3 ○ 各二次保健医療圏における二次救急医療体制の維持が困難になっていることや、医師の働き
- 4 方改革による医師の時間外労働規制の適用を踏まえ、小児救急医療体制における圏域を見直し、
- 5 保健所とも連携し4ブロックによる再編を推進することで、休日・平日夜間における二次救急
- 6 医療体制を確保します。
- 7 ○ 主たる診療科目を小児科以外の診療科目とする開業医師や病院勤務医師等を対象に、小児救
- 8 急医療に精通した医師を講師として研修を実施し、初期医療体制の強化を図ります。
- 9 ○ 小児救急電話相談（短縮ダイヤル#8000番）について応答率や相談内容等について分析し、
- 10 より効果的な体制を整備することで、適切な医療機関の受診につなげます。
- 11 ○ また、フォーラムやイベント等の機会を捉えて普及啓発する等、その利用を促進します。
- 12 ○ 県が作成する保護者向けの啓発冊子を市町の実施する乳幼児健診の際に配布することや、
- 13 「医療ネット滋賀」を普及啓発することで、かかりつけ医を持つことのメリットや医療機関の
- 14 適正受診を促進します。

16 (2) 小児在宅

- 17 ○ 在宅療養生活に移行する医療的ケア児が増加しているため、県立小児保健医療センターやび
- 18 わこ学園医療福祉センター等の専門病院、在宅医療を支える地域の病院や診療所の医師との連
- 19 携を図り、集合研修や実地研修等を実施し、人材育成や資質向上を図っていきます。
- 20 ○ 慢性疾病児童等の病状急変時に適切な支援を受けられるよう、身近なかかりつけ医の確保や
- 21 医療機関同士の連携強化、ICTを活用した情報連携の推進等に取り組みます。
- 22 ○ 小児期発症の慢性疾患を持つ患者に対し、成人移行の視点を持った小児科医師の確保および
- 23 成人期の医療を担う医師を確保し、小児期から成人期まで切れ目なく医療を提供できる体制を
- 24 整備するため、移行期医療支援に対応できる医療機関やその条件等に関する情報収集・情報発
- 25 信、支援者向け研修会の実施、支援者間のネットワークの構築を図る移行期医療支援センター
- 26 の設置を検討します。

28 (3) 児童精神

- 29 ○ 医療機関と地域の関係機関の連携のあり方について検討し、不要不急の受診を減らすことや
- 30 受診までの待機時間および問診に要する時間の縮減を図るために、受診の必要性の目安や受診
- 31 手順などについて整理した冊子を作成し、啓発を行います。
- 32 ○ 地域の医療機関で神経発達症・児童思春期医療の診療を行っている医師に参加を推奨し、滋
- 33 賀医科大学において症例検討を行うなど、実際の診療に活かすための検討会を行います。
- 34 ○ また、同一施設内に神経発達症・児童思春期医療を診療する医師がいない場合にも、オンラ
- 35 インで他の医師に相談ができる体制を整えます。
- 36 ○ 一般診療医の役割強化と意識向上のため、「神経発達症の診療に関わる診療手引き」を作成
- 37 するとともに、一般診療医が専門医の診察に陪席し、知識・技術を習得する場を拡充し、アセ
- 38 スメント能力を底上げします。
- 39 ○ 「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
- 40 期精神疾患の診察ができる専門医の養成を図ります。

- 1 ○ 医学生・若手医師を対象としたイベントや研修会を開催し、神経発達症・児童思春期医療に
2 関する情報発信を行い、早期の動機付けを図ります。

3
4 (4) 小児科医師全体

- 5 ○ 児童精神や小児在宅をはじめとする小児医療において不足する専門分野の医師の確保・育成
6 のため、「キャリア形成プログラム」の充実や医学生に対する研修会等において啓発活動を行
7 い、本県の小児医療の担い手となる人材の確保に努めます。
- 8 ○ 小児科を志望する臨床研修医に対し、県内基幹施設の専門研修プログラムに関する情報発信
9 を行い、県内医療機関で専門研修を行う医師の確保に努めます。
- 10 ○ なお、専門研修医の採用に関して、本県では令和2年度から毎年度、小児科の採用数にシー
11 リングが設定されていますが、必要な小児科医師の確保に支障が出る恐れがあることから、(一
12 社)日本専門医機構等に対し、継続して改善を求めています。
- 13 ○ 小児医療に関する課題や情報共有のための協議会等を開催し、関係する検討会とも連携しな
14 がら実情に応じた改善策の検討に努めます。

1 第6章 計画の効果の測定・評価

- 2 ○ 医師確保計画は、PDCAサイクル（目標設定→取組→評価→改善）に基づく改定を3年ご
3 とに行います。
- 4 ○ 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
5 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とされていますが、医師
6 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、計画終了時点の医師偏在指標の値
7 の見込みを算出することは困難であるため、医師偏在指標ではなく、病床機能報告や本県が独
8 自に実施する調査の結果等の本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を測
9 定・評価することとします。
- 10 ○ この計画の終了時に、医師少数区域における医師の確保状況、都道府県外からの医師の受入
11 状況、都道府県外への医師の派遣状況、地域枠医師の定着率および派遣先等の医師確保に関す
12 る状況を把握し、効果の測定結果を踏まえ、県全体および二次保健医療圏ごとに医師確保の状
13 況について比較を行い、課題を抽出します。
- 14 ○ 医師確保計画の効果測定・評価の結果については、滋賀県地域医療対策協議会において協議
15 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
16 画に記載します。
- 17 ○ また、大学や医療機関、関係団体等の協力のもと、本県が独自に実施する調査等によりデー
18 タ収集・分析を行い、県内の状況を把握した上で、3年後の次期計画の策定に向け、次の項目
19 について検討を進めます。
- 20 ・診療科別の目標医師数
 - 21 ・専門分野別の目標医師数
 - 22 ・総合診療をはじめとする専攻医の採用目標数
 - 23 ・臨床研修および専門研修の指導医の目標数
 - 24 ・医師少数スポットの設定方法の検討
- 25 ○ この計画の評価結果については、県ホームページ等を通じて、県民等に情報提供を行います。