

医師偏在指標（令和5年12月7日（木）時点）

1. 医師偏在指標（全体）

- 秋田県が二次保健医療圏数を「8」から「3」に変更したことにより、全国の二次保健医療圏の数が「335」→「330」に減少。
- 医師多数区域・医師少数区域に変動なし。（暫定値時点の閾値で区分するため。）
- 甲賀・湖東・湖西において順位変動あり。

○医師偏在指標（全体）※変更箇所を塗りつぶし

医師偏在指標（R5.4）※暫定値				医師偏在指標（R5.11）			
区域	医師偏在指標	全国順位	区分	医師偏在指標	全国順位	区分	
全国	255.6			255.6			
滋賀県	260.4	19位		260.4	19位		
大津	373.5	9位	多数	373.5	9位	多数	
湖南	262.2	64位	多数	262.2	64位	多数	
甲賀	176.8	229位	少数	176.8	228位 ↑1	少数	
東近江	218.3	109位	多数	218.3	109位	多数	
湖東	181.0	218位	中程度	181.0	217位 ↑1	中程度	
湖北	217.6	112位	多数	217.6	112位	多数	
湖西	245.0	77位	多数	245.0	76位 ↑1	多数	

2. 分娩取扱医師偏在指標

- 5県（秋田、福井、和歌山、福岡、大分（※1））が周産期医療圏を変更したことにより、全国の周産期医療圏の数が「278」→「258」に減少。
- 相対的医師少数区域（下位33.3%）に変動なし。（暫定値時点の閾値で区分するため。）
- 県内の全ての周産期医療圏で順位変動あり。

○分娩取扱医師偏在指標 ※変更箇所を塗りつぶし

分娩取扱医師偏在指標（R5.4）※暫定値				分娩取扱医師偏在指標（R5.11）			
区域	医師偏在指標	全国順位	区分	医師偏在指標	全国順位	区分	
全国	10.6			10.6			
滋賀県	10.3	20位		10.3	20位		
大津・湖西	17.6	19位		17.6	18位 ↑1		
湖南・甲賀	6.7	222位	少数	6.7	212位 ↑10	少数	
東近江	10.0	109位		10.0	103位 ↑6		
湖東・湖北	7.3	203位	少数	7.3	195位 ↑8	少数	

（※1）周産期医療圏の変更詳細

都道府県	変更前	変更後	差
秋田	8	3	▲5
福井	3	2	▲2
和歌山	7	5	▲2
福岡	13	4	▲9
大分	6	3	▲3
計	37	17	▲20

3. 小児科医師偏在指標

- 2県（秋田、岐阜（※2））が小児医療圏を変更したことにより、全国の小児医療圏の数が「307」→「303」に減少。
- 相対的医師少数区域（下位 33.3%）に変動なし。（暫定値時点の閾値で区分するため。）
- 大津・湖西を除く3つの小児医療圏で順位変動あり。

○小児科医師偏在指標 ※変更箇所を塗りつぶし

小児科医師偏在指標（R5.4）※暫定値			
区域	医師偏在指標	全国順位	区分
全国	115.1		
滋賀県	124.3	12位	
大津・湖西	183.6	6位	
湖南・甲賀	101.2	172位	
東近江	105.6	160位	
湖東・湖北	100.6	174位	



小児科医師偏在指標（R5.11）		
医師偏在指標	全国順位	区分
115.1		
124.3	12位	
183.6	6位	
101.2	169位 ↑3	
105.6	158位 ↑2	
100.6	171位 ↑3	

（※2）小児医療圏の変更詳細

都道府県	変更前	変更後	差
秋田	8	3	▲5
岐阜	4	5	+1
計	12	8	▲4

滋賀県医師確保計画（原案）の概要

【計画期間】令和6年度～8年度

資料4-2

I 計画改定の趣旨

- 令和2年（2020年）3月に国のガイドラインに基づき県全体・二次保健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を策定。
- 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。
- 現行計画の期間は、令和5年度（2023年度）までであるため、令和6年度（2024年度）以降に向けて本計画を改定。

II 計画の位置づけ

- 医療法第30条の4第1項の規定に基づく医療計画の一部（医師の確保に関する事項）として策定。

III 計画の構成

- 第1章 基本事項**
- 1 計画改定の趣旨 / 2 計画の位置づけおよび期間
 - 3 計画の全体像 / 4 計画の策定・推進体制
- 第2章 現行計画の評価**
- 1 総合評価 / 今後の展望 / 2 数値目標
 - 3 取組内容に対する評価 / 課題等
- 第3章 医師全体の医師確保計画**
- 1 県・二次保健医療圏の現状
 - 基礎データ1 / 基礎データ2(将来人口)
 - 基礎データ3(医療需要) / 基礎データ4(医師数等)
 - 診療科別医師数 / 医師養成数 / 臨床研修医 / 専攻医
 - 2 医師偏在指標
 - 算定式 / 医師偏在指標 / 医師少数区域等の設定
 - 3 医師確保の方針
 - 基本事項 / 医師確保の方針
 - 4 目標医師数
 - 基本事項 / 目標医師数 / その他目標値
 - 5 具体的な施策
 - 実施体制 / 取組内容
- 第4章 産科における医師確保計画**
- 1 県・周産期医療圏の現状 / 2 分娩取扱医師偏在指標
 - 3 医師確保の方針 / 4 偏在対策基準医師数
 - 5 具体的な施策
- 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 / 2 小児科医師偏在指標
 - 3 医師確保の方針 / 4 偏在対策基準医師数
 - 5 具体的な施策
- 第6章 計画の効果の測定・評価**
- <参考資料> 計画関連事業一覧

IV 現行計画の評価

目標項目	策定時(H29)	目標値(R5)	実績値(各年4月1日現在)					評価
			R2	R3	R4	R5		
臨床研修医採用数	101人	毎年100人を維持	119人	110人	125人	117人	達成	
3年目医師採用数	73人	100人	90人	97人	101人	94人	未達成	

※第7次滋賀県保健医療計画にて目標設定

- 臨床研修医採用数は全ての年度で目標達成
- 3年目医師採用数は最終年において未達成
- 地域・診療科偏在の是正が課題

V 計画の概要

- 医師偏在指標は、医療需要・人口、患者の流入、医師の性別・年齢分布等を考慮した全国の医師偏在状況を示す指標。
- ただし、この指標は医師の絶対的な充足状況でなく、相対的な偏在状況（全体における位置関係）を示すもの。
- 都道府県・二次保健医療圏を3つに区分（上位33.3%が医師多数、下位33.3%が医師少数）。
- 二次保健医療圏より小さい単位で医師確保が困難な地域を「医師少数スポット」として都道府県が設定可能。本県においては、無医地区、準無医地区、へき地診療所がある区域を「医師少数スポット」として設定。

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た医師の確保、地域・診療科偏在を是正する。

区域	(R2,3)医師偏在指標		(R5,11)医師偏在指標		前順位(R2,3)比較	医師多数・少数の別
	医師偏在指標	全国順位	医師偏在指標	全国順位		
全国	239.8	—	255.6	—	—	—
滋賀県	244.8	1617位	260.4	1071位	↓3	—
大津	378.3	7位	373.5	9位	↓2	多数
湖南	238.2	68位	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	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

※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。)

区域	実人数(R2) A	標準化医師数 B	R8目標医師数 C	C-A
湖南	765	780	785	+20
甲賀	212	215	215	+3
東近江	452	459	458	+6
湖東	234	234	233	▲1
湖北	313	322	321	+8
湖西	83	95	94	+11
県全体	3,340	3,381	3,381	+41

臨床研修医採用数	毎年110人
3年目医師採用数	毎年110人

- 実施体制**
- ①滋賀県地域医療対策協議会 → 知事の附属機関として医師確保計画の実施に必要な事項を検討（地域枠医師の派遣調整、臨床研修・専門研修制度への関与等）。
 - ②滋賀県医師キャリアサポートセンター → 滋賀医科大学と共同設置（医学生向け修学資金の貸与、キャリア形成支援、相談窓口の設置、医師充足状況の調査分析等）。
 - ③滋賀県勤務環境改善支援センター → 滋賀労働局や滋賀県病院協会等と連携し、医師の労働時間短縮や勤務環境改善等の支援による働き方改革を推進。

以下の4本柱により、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のための必要な医師を確保。

①地域医療に貢献する医師の「養成」	②地域医療を担う医師の「キャリア形成支援」
<ul style="list-style-type: none"> ○県内唯一の医育機関である滋賀医科大学との連携を密にした養成。 ○地域医療に貢献できる医師を養成する「地域枠制度」の充実。 ○地域枠学生等が地域医療に貢献するキャリアを明確に描けるよう支援することを目的とした「キャリア形成卒業支援プラン」の充実。 ○地域枠学生や全国の医学生に対する修学資金等の貸付制度の継続。 	<ul style="list-style-type: none"> ○キャリア形成と県内就業義務の両立を図ることを目的とする「キャリア形成プログラム」の充実。 ○地域枠医師等へのきめ細やかな面談によるキャリア形成支援。 ○臨床研修プログラムの充実や指導体制強化の支援。 ○専門研修プログラムの充実等の支援。
③地域医療を支える医師の「定着促進」	④地域・診療科の「偏在是正」
<ul style="list-style-type: none"> ○勤務環境改善等による医師の働き方改革の推進。 ○看護師をはじめとする医療従事者等へのタスクシフト/シェアの推進。 ○女性医師をはじめとする子育て世代の医師等への就業継続・再就業に向けた取組の支援。 ○滋賀県ドクターバンク事業（無料職業紹介事業）による医師の確保・定着促進。 	<ul style="list-style-type: none"> ○滋賀県地域医療対策協議会における地域枠医師等の配置調整。 ○県内各地域の医師充足状況や市町の実情を勘案した自治医科大学卒業医師の配置調整。 ○地域包括ケアシステムの充実等に向けた総合的な診療能力を有する医師の確保・育成。 ○医師が不足する診療科 および専門分野 における医師の充足に向けた検討。

区域	(R2,3)産科偏在指標		区分	(R5,11)分娩取扱医師偏在指標		区分
	医師偏在指標	全国順位		医師偏在指標	全国順位	
全国	12.8	—	—	10.5	—	—
滋賀県	11.3	32位	相対的医師少数区域	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
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

※ 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から、多数区域はなく、相対的医師少数区域のみを設定。

- 「湖南・甲賀」「湖東・湖北」の2医療圏を相対的医師少数区域に設定。
- 現在の周産期保健医療提供体制を維持するために必要な医師を確保。
- 必要な医師を確保するため以下の施策等を実施。
 - ・助産師へのタスクシフト/シェアによる医師の負担軽減
 - ・4つの周産期医療圏の周産期母子医療センターへの医師の集約化
 - ・各周産期医療圏内の役割分担を踏まえたネットワークの充実・強化による周産期保健医療提供体制（びわこ セーフチャイルドパス ネットワーク）の整備

区域	(R2,3)小児科偏在指標		区分	(R5,11)小児科医師偏在指標		区分
	医師偏在指標	全国順位		医師偏在指標	全国順位	
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	↓75

※ 小児医療圏は、803医療圏中の順位（202～303位が相対的医師少数区域）、R2,3は307医療圏中の順位。
※ 小児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から、多数区域はなく、相対的医師少数区域のみを設定。

- 県・小児医療圏ともに相対的医師少数区域（県）はなし。
- 現在の小児医療提供体制を維持するために必要な医師を確保。
- 必要な医師を確保するため以下の施策等を実施。
 - ・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
 - ・「小児救急電話相談事業#8000」の啓発等によるコンビニ受診の抑制
 - ・二次救急医療体制を確保するため、4つの小児医療圏内の救命救急センターへの医師の集約化

医師確保の方針 / 目標医師数 / 具体的な施策 / 取組内容 / 産科における医師確保計画

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)

原案

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	20
19	（6）医師養成数	22
20	（7）臨床研修医	23
21	（8）専攻医	24
22	2 医師偏在指標	
23	（1）算定式	25
24	（2）医師偏在指標	28
25	（3）医師少数区域等の設定	30
26	3 医師確保の方針	
27	（1）基本事項	34
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	
36	ア 地域医療に貢献する医師の「養成」	42
37	イ 地域医療を担う医師の「キャリア形成支援」	44
38	ウ 地域医療を支える医師の「定着促進」	46
39	エ 地域・診療科の「偏在是正」	47
40		

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	50
3	2 分娩取扱医師偏在指標	54
4	3 医師確保の方針	57
5	4 偏在対策基準医師数	58
6	5 具体的な施策	59
7		
8	第5章 小児科における医師確保計画	
9	1 県・小児医療圏の現状	60
10	2 小児科医師偏在指標	64
11	3 医師確保の方針	66
12	4 偏在対策基準医師数	67
13	5 具体的な施策	68
14		
15	第6章 計画の効果の測定・評価	
16		70
17		
18	<参考資料> 計画関連事業一覧	
19		(令和6年度予算編成中のため現在調整中)
20		
21		

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）から当該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、国が定めるガイドライン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

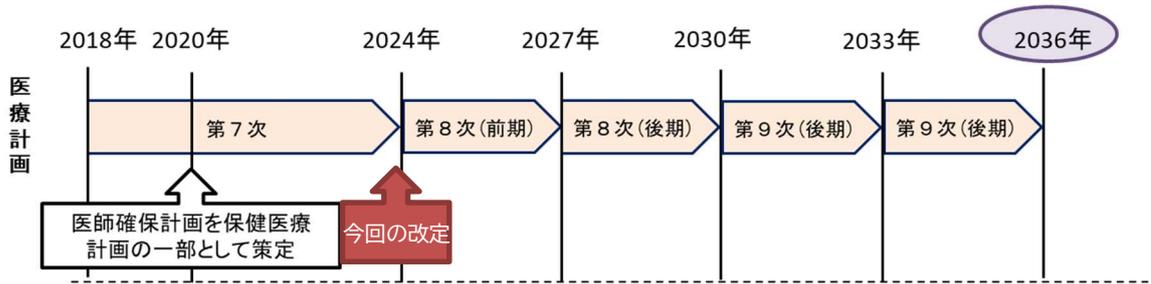
- この計画は、医療法第 30 条の 4 第 1 項の規定に基づく「滋賀県保健医療計画」の一部（医師の確保に関する事項）として策定するものです。
- 計画の期間は、令和 6 年度（2024 年度）から令和 8 年度（2026 年度）までの 3 年間となります。

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
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15

図1-3-1 PDCAサイクルによる長期的な流れ



4 計画の策定・推進体制

- 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。
- 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ことから、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。
- 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、実効性のある取組を推進していきます。

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年度から本格的に始まる医師の働き方
 11 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す。特に課題である地域
 12 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。

23 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

24 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
●医師が不足する地域・診療科へ地域枠医師等の派遣を行った。	●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名の派遣を行い、うち延べ68名を県内で比較的医師が不足してい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名の派遣を行い、うち延べ81名を県内で比較的医師が不足してい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。 ●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13名の医師に対し就業支援を行い、うち4名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、キャリア形成と県内就業義務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名の参加があった。</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名、令和3年度は延べ96名、令和4年度は延べ101名の参加があるなど、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、当該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13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>●この間、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名、令和3年度は4名、令和4年度は3名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名、医学生修学資金では77名に貸与を行い、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繋がり、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、キャリア形成と県内就業義務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、日本専門医機構が行う専門医制度やシーリング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、周産期保健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、今後の分娩体制の在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2～4年度は、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、新たに産科医向けの貸付金制度を創設した。 	<ul style="list-style-type: none"> ●産科医向けの貸付金制度「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夜間の救急診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名、令和3年度203名、令和4年度194名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 25 名から令和4年度には 32 名に、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 90 名から令和4年度 100 名となった。</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 名（小児科医 6 名、精神科医 5 名）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>●新型コロナウイルス感染症の影響で、全国的に電話が繋がりにくい時期があり、今後、相談体制について検討する必要がある。</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 ※2	面積 (km ²) ※4	病院数 ※5			一般診療所数 ※6			
				H30	R4	R4-H30	H30	R4	R4-H30	R4/H30
全国	126,654,244	28.2%	377,975	8,372	8,156	▲216	102,105	105,182	+3,077	+3.0%
滋賀県	1,418,946	26.1%	4,017	57	58	+1	1,089	1,145	+56	+5.1%
大津	344,243	26.8%	465	15	15	±0	294	304	+10	+3.4%
湖南	341,738	22.1%	256	13	14	+1	280	307	+27	+9.6%
甲賀	145,238	26.6%	552	7	7	±0	90	90	±0	-
東近江	229,153	27.4%	728	11	11	±0	149	157	+8	5.4%
湖東	155,651	25.7%	392	4	4	±0	117	112	▲5	▲4.3%
湖北	155,376	28.6%	931	4	4	±0	121	120	▲1	▲0.9%
湖西	47,547	35.2%	693	3	3	±0	38	55	+17	+44.7%

5 ※1、※2 住民基本台帳に基づく人口、人口動態および世帯数（令和3年1月1日現在）

6 ※3 人口は性年齢不詳者を含む。

7 ※4 全国都道府県市区町村別面積調（令和5年7月1日現在）

8 ※5、※6 令和4年医療施設調査（令和4年10月1日現在）

9

- 10 ○ 令和3年（2021年）1月1日現在、本県の人口は約142万人で、高齢化率は26.1%です。
- 11 ○ 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
- 12 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
- 13 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。
- 14 ○ 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
- 15 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
- 16 所は56施設が増加しています。
- 17 ○ 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
- 18 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
- 19 減少しており、甲賀は増減がありませんでした。
- 20 ○ 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
- 21 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
- 22 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
- 23 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
- 24 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
- 25 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。

26

1 図表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
 - ◇ へき地医療拠点病院



1 (2) 基礎データ2 (将来人口)

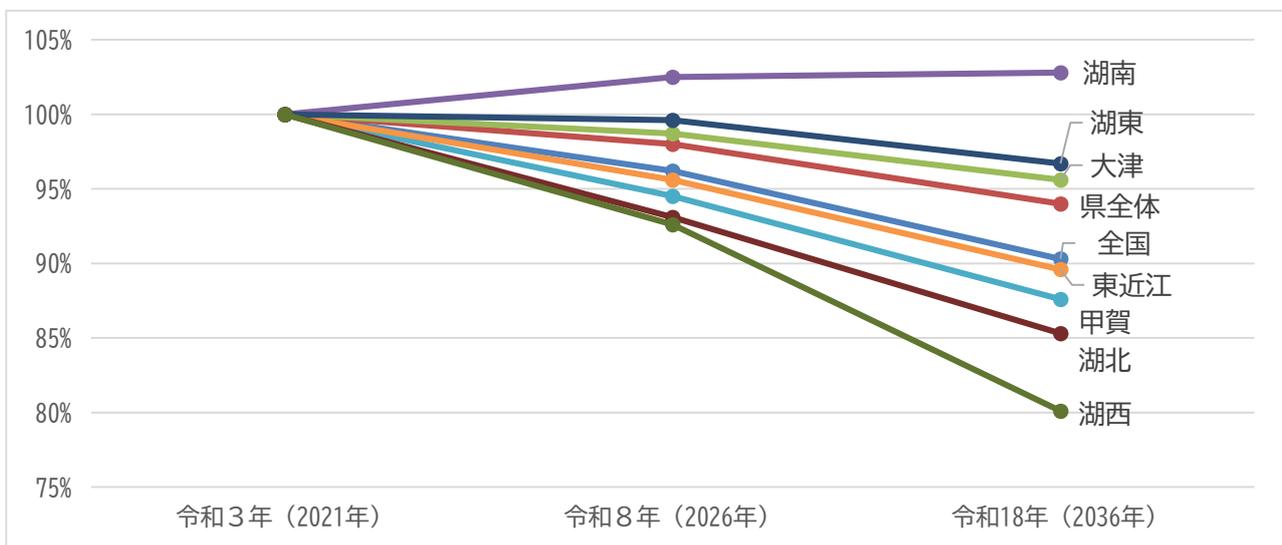
2 表3-1-2-1 人口および高齢化率の推移

区分	R3 (2021年)		R8 (2026年)		R18 (2036年)		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%

3 出典：2023年医師偏在指標に係るデータ集（厚生労働省）
 4 目標医師数・参考値（2026年）に係るデータ集（厚生労働省）
 5 必要医師数（2036年）に係るデータ集（厚生労働省）
 6

- 7 ○ 本県の令和3年（2021年）1月1日現在の人口を「100%」とした場合、令和8年（2026年）
 8 には「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
 9 口の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。
 10 ○ 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
 11 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。

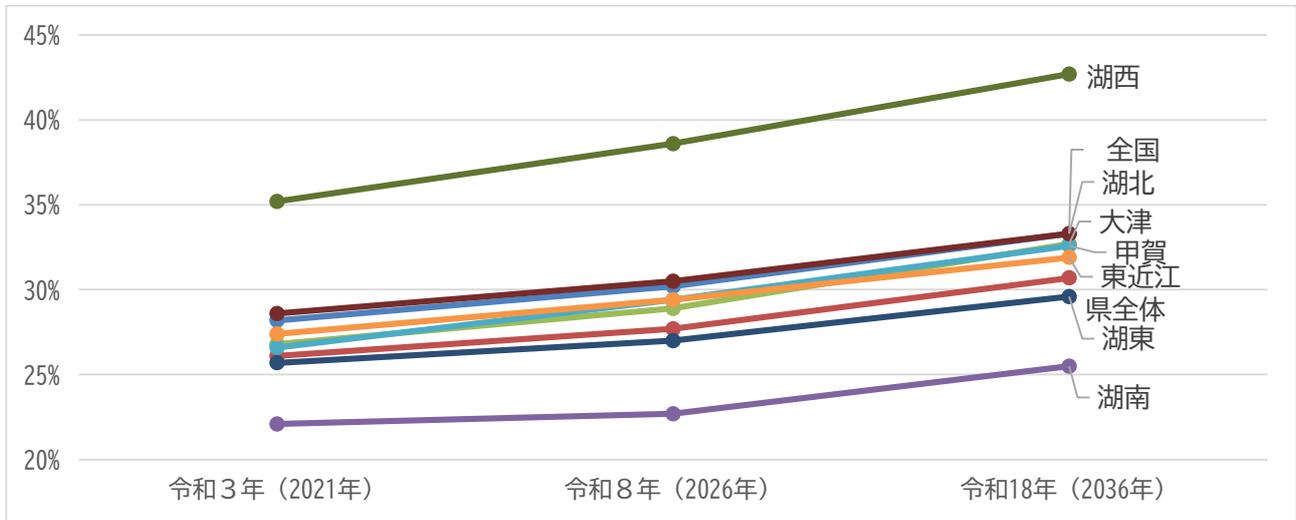
12 図3-1-2-2 将来人口の推移



- 14 ○ 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、
 15 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おり、
 16 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います。
 17 ○ 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
 18 くなりますが、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
 19
 20

1 湖南の高齢化率の上昇は比較的緩やかであり、一方で湖西の高齢化率は全国平均値よりもかなり
 2 高くなる見込みです。

4 図3-1-2-3 高齢化率の推移



5
6

7 (3) 基礎データ3 (医療需要)

8 表3-1-3-1 医療需要の推移

区分	R3 (2021年)		R8 (2026年)		R18 (2036年)		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%

9 出典：2023年医師偏在指標に係るデータ集（厚生労働省）

10

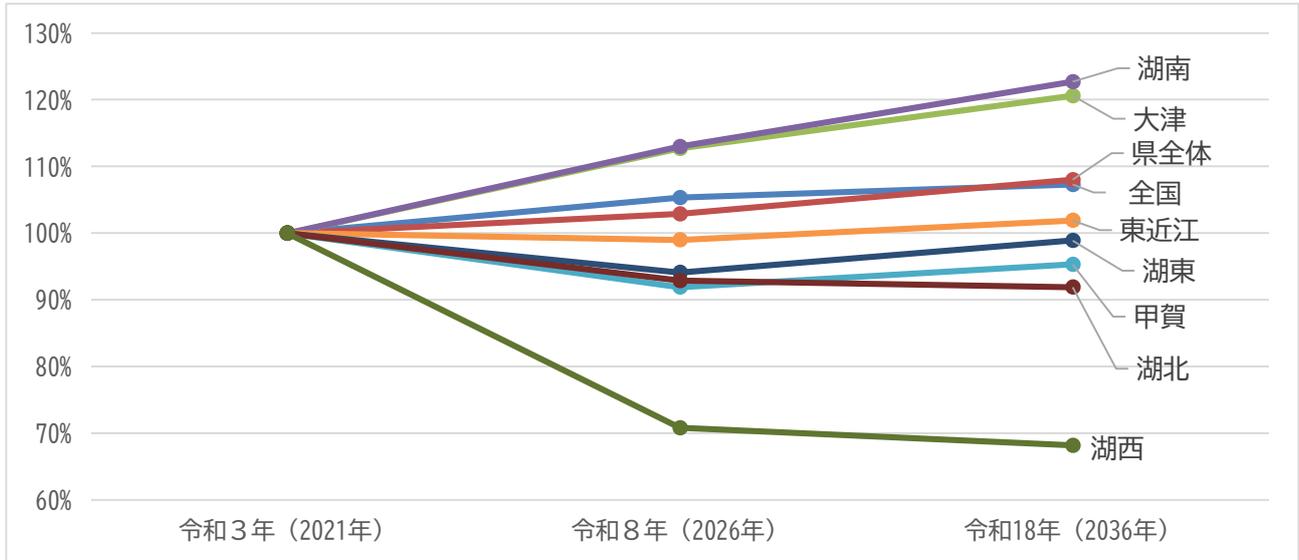
11 ○ 本県の1日あたりの医療需要（入院医療需要+無床診療所医療需要）は令和3年（2021年）
 12 現在で21,576人であり、この人数を「100%」とした場合、令和8年（2026年）には「102.9%」、
 13 令和18年（2036年）には「108.0%」になると推計されており、全国値と概ね同様です。

14 ○ 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
 15 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
 16 北・湖西では将来的に医療需要が一時的に減少すると推計されていますが、特に湖西では大き
 17 く医療需要が減少する見込みです。

18 ○ 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
 19 要が増加する見込みです。一方で、湖北・湖西では医療需要が減少する見込みです。

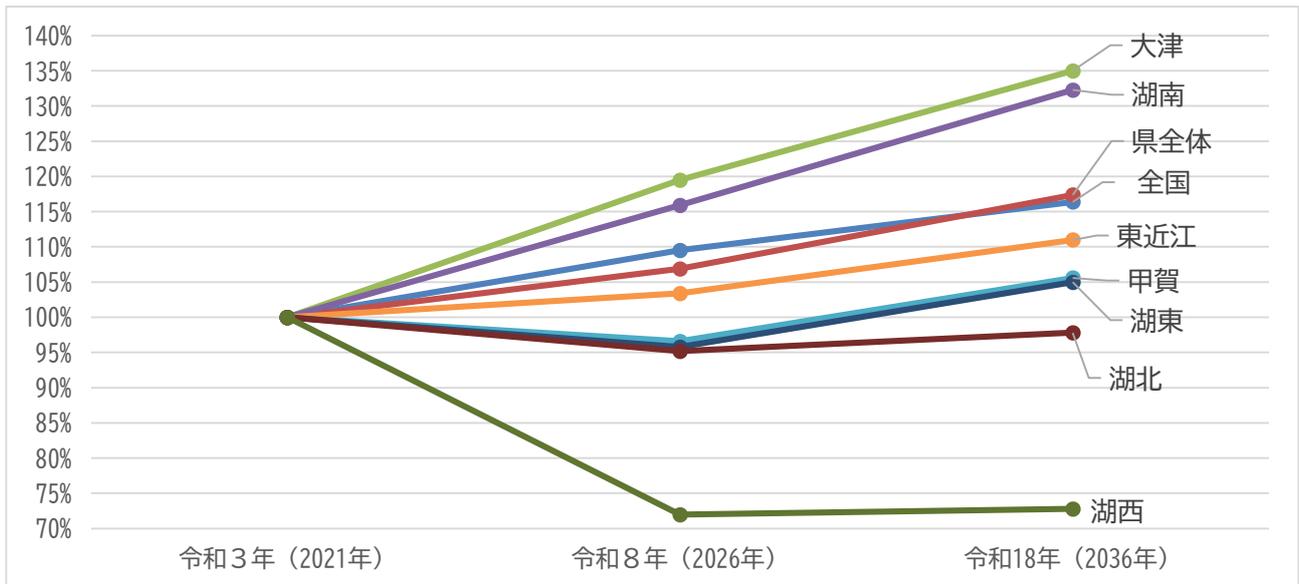
20

1 図3-1-3-2 医療需要の推移



- 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、令和18年(2036年)まで増加し続ける見込みです。
- 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年(2026年)時点で一時的に減少する見込みです。
- 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す。

12 図3-1-3-3 高齢者(65歳以上)の医療需要の推移



- 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1,000人程度に対し、
 2 県外からの流入が500人程度であり、一日あたり500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年外来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。他圏域からの流出入の入院患者が一日あたり100人以下の場合、その患者数は表中の各数値に含まれていません。そのため、内訳の合計が総数と合わない場合があります(以下同様)。

※ 患者流出入数の総数は、正の数が流入者数を、負の数が流出者数を表します(以下同様)。

- 6
 7 ○ 本県の1日あたりの外来患者の流出入状況を見ると、県外への流出が2,000人程度に対し、
 8 県外からの流入が1,000人程度であり、一日あたり1,000人程度の流出超過となっています。
 9 ○ 1日あたり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、湖南を除く二次保健医
 10 療圏において流出超過となっています。
 11

表3-1-3-5 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	13.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.9	15.1	-0.1	-0.7
	湖南	0.8	11.9	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	0.3	13.2	1.4	10.6
	甲賀	0.2	0.6	4.7	0.1	0.0	0.0	0.0	0.1	5.9	-0.6	-10.2
	東近江	0.2	0.6	0.3	7.9	0.3	0.0	0.0	0.2	9.5	-0.8	-8.4
	湖東	0.1	0.1	0.0	0.4	5.5	0.2	0.0	0.1	6.5	-0.5	-7.7
	湖北	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	6.2	0.0	0.2	6.6	-0.1	-1.5
	湖西	0.3	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	2.0	0.1	2.5	-0.4	-16.0
	県外	0.4	0.2	0.1	0.1	0.1	0.0	0.0				
総数 (施設所在地)	15.0	14.6	5.2	8.7	6.1	6.5	2.1		59.3	-1.1	-1.9	

出典：2022年外来医師偏在指標に係る患者流出入表(厚生労働省)

12
 13

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。

8 表3-1-4-1 県内医師数の推移

(単位:人)

区分	H24	H26	H28	H30	R2	増減数		増減率		
						R2-H30	R2-H24	R2/H30	R2/H24	
総数	3,048	3,149	3,270	3,386	3,496	+110	+448	+3.2%	+14.7%	
場勤 所務	病院	1,971	2,033	2,129	2,196	2,288	+92	+317	+4.2%	+16.1%
	診療所	925	964	992	1018	1,052	+34	+127	+3.3%	+13.7%
	その他	152	152	149	172	156	▲16	+4	▲9.3%	+2.6%

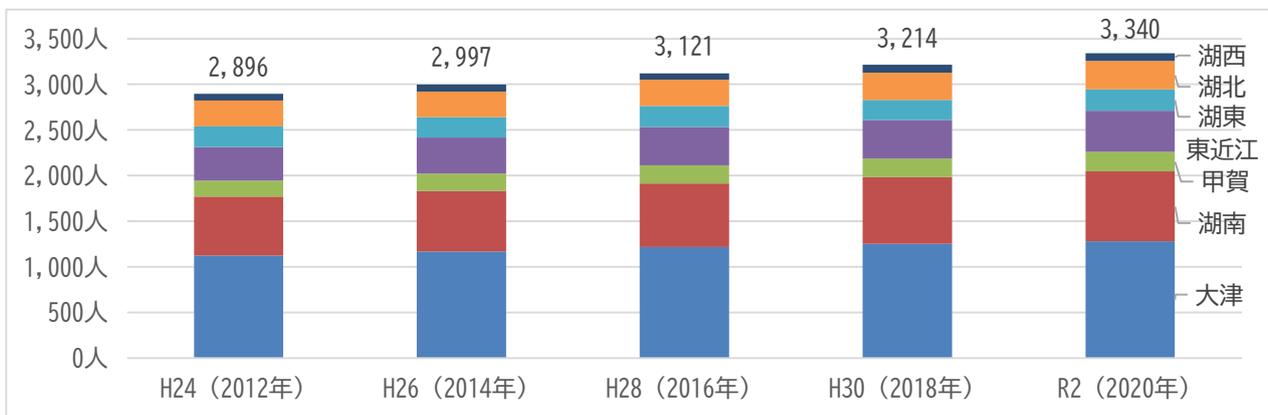
9 出典: 医師・歯科医師・薬剤師統計(調査)(厚生労働省)

10 ※ 図3-1-4-1~13の出典はすべて三師統計(厚生労働省)

11 ○ 医療施設従事医師数を二次保健医療圏別にみると、令和2年(2020年)末現在では大津が
12 1,281人で最も多く、次いで湖南が765人、東近江が452人となっています。

13 ○ 全ての二次保健医療圏で、平成24年(2012年)末現在と比べて医師が増加していますが、
14 増減率をみると、東近江が+23.5%で最も高く、次いで甲賀が+21.8%、湖南が+18.1%とな
15 っています。

16 図3-1-4-2 県内の医療施設従事医師数の推移



17 表3-1-4-3 県内医療機関従事医師数の推移

(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	288,850	296,845	304,759	311,963	323,700	+11,737	+34,850	+3.8%	+12.1%
滋賀県	2,896	2,997	3,121	3,214	3,340	+126	+444	+3.9%	+15.3%
大津	1,123	1,169	1,216	1,250	1,281	+31	+158	+2.5%	+14.1%
湖南	648	664	697	734	765	+31	+117	+4.2%	+18.1%
甲賀	174	190	198	202	212	+10	+38	+5.0%	+21.8%
東近江	366	395	420	422	452	+30	+86	+7.1%	+23.5%
湖東	228	224	231	223	234	+11	+6	+4.9%	+2.6%
湖北	283	279	287	296	313	+17	+30	+5.7%	+10.6%
湖西	74	76	72	87	83	▲4	+9	▲4.6%	+12.2%

○ 三師統計によると、令和2年（2020年）末現在の人口10万人対医師数は247.3人で、平成24年（2012年）現在と比べ31.9人増加しています。

表3-1-4-4 県内10万人対医師数の推移 (単位：人)

区分	H24	H26	H28	H30	R2	増減数		増減率		
						R2-H30	R2-H24	R2/H30	R2/H24	
総数	215.4	222.4	231.4	239.8	247.3	+7.5	+31.9	+3.1%	+14.8%	
場 勤 務 所	病院	139.3	143.6	150.7	155.5	161.9	+6.4	+22.6	+4.1%	+16.2%
	診療所	65.4	68.1	70.2	72.1	74.4	+2.3	+9.0	+3.2%	+13.8%
	その他	10.7	10.7	10.5	12.2	11.0	▲1.2	+0.3	▲9.8%	+2.8%

○ 令和2年（2020年）末現在の人口10万人対医療施設従事医師数は236.3人であり、平成24年（2012年）末現在と比べて31.6人増加していますが、全国順位は47都道府県中33位と下位に位置しており、全国値である256.6を下回っています。

○ 二次保健医療圏で全国および滋賀県の人口10万人対医療施設従事医師数を超えているのは大津のみです。

○ 全ての二次保健医療圏で、平成24年（2012年）末現在と比べて人口10万人対医療施設従事医師が増加していますが、増減率をみると、東近江が+26.5%で最も高く、次いで甲賀が+24.7%、湖西が+24.4%となっています。

図3-1-4-5 二次保健医療圏別医療施設従事医師数・人口10万人対医療施設従事医師数 (単位：人)

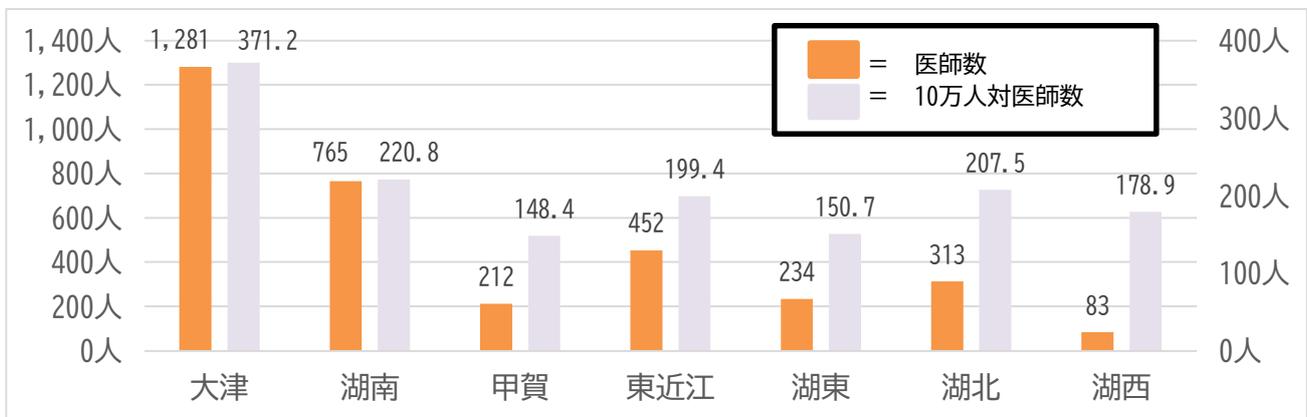


表3-1-4-6 県内人口10万人対医療施設従事医師数の推移 (単位：人)

区分	H24	H26	H28	H30	R2	増減数		増減率	
						R2-H30	R2-H24	R2/H30	R2/H24
全国	226.5	233.6	240.1	246.7	256.6	9.9	30.1	+4.0%	+13.3%
滋賀県	204.7	211.7	220.9	227.6	236.3	8.7	31.6	+3.8%	+15.4%
大津	329.8	341.9	356.6	366.6	371.2	4.6	41.4	+1.3%	+12.6%
湖南	197.7	199.4	206.9	215.3	220.8	5.5	23.1	+2.6%	+11.7%
甲賀	119.0	131.0	136.5	140.3	148.4	8.1	29.4	+5.8%	+24.7%
東近江	157.6	171.0	183.4	185.1	199.4	14.3	41.8	+7.7%	+26.5%
湖東	146.0	143.6	148.0	143.0	150.7	7.7	4.7	+5.4%	+3.2%
湖北	174.6	175.5	183.9	192.2	207.5	15.3	32.9	+8.0%	+18.8%
湖西	143.8	152.0	146.9	181.3	178.9	▲2.4	35.1	▲1.3%	+24.4%

- 医療施設で従事する医師のうち、令和2年（2020年）末現在で病院に従事する医師は1,809人、診療所に従事する医師は1,052人で、平成24年（2012年）末現在と比べて、それぞれ282人、127人増加しており、病院・診療所ともに増加傾向が続いています。
- 医療施設別従事医師数に占める病院、診療所、滋賀医科大学医学部附属病院それぞれの医師数の割合は、平成24年（2012年）と比較して大きな変動はありません。
- 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%）であり、次いで東近江（68.1%）となっています。一方で、診療所に従事する医師の割合が最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。

図3-1-4-7 県内（県全体）の医療施設別医師数の推移

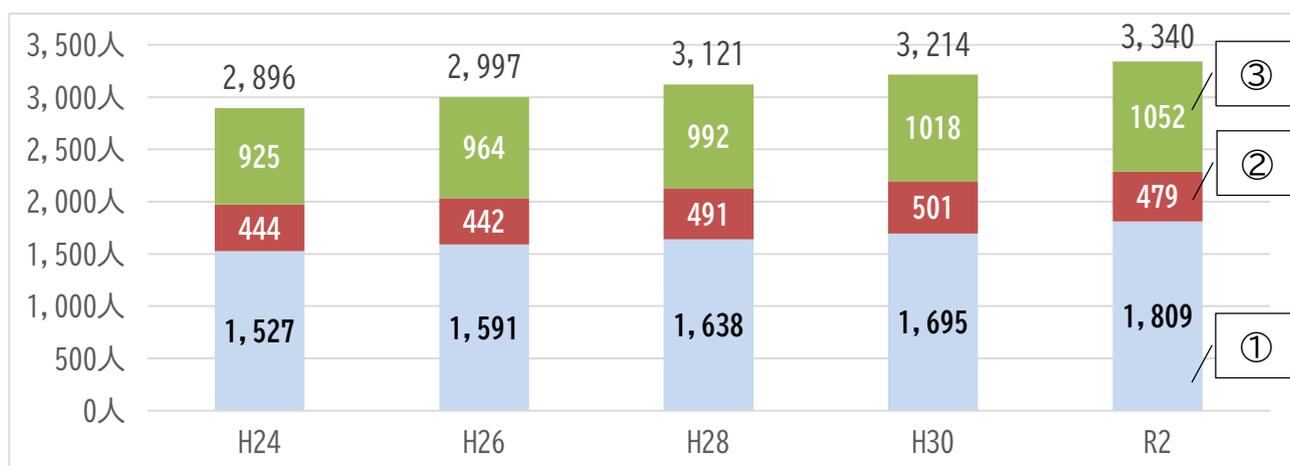


表3-1-4-8 県内の施設種別医師数の推移

（単位：人）

区分	H24	H26	H28	H30	R2
①病院 (滋賀医科大学医学部 附属病院を除く)	1,527 52.7%	1,591 53.1%	1,638 52.5%	1,695 52.7%	1,809 54.2%
②滋賀医科大学医学部 附属病院	444 15.3%	442 14.7%	491 15.7%	501 15.6%	479 14.3%
病院小計	1,971 68.0%	2,033 67.8%	2,129 68.2%	2,196 68.3%	2,288 68.5%
③診療所	925 32.0%	964 32.2%	992 31.8%	1,018 31.7%	1,052 31.5%
計	2,896	2,997	3,121	3,214	3,340

表3-1-4-9 保健医療圏ごとの施設種別医師数（令和2年12月31日）

（単位：人）

区分	全国	滋賀県	大津	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北	湖西
病院	216,474 68.0%	2,288 68.5%	971 75.8%	486 63.5%	134 63.2%	308 68.1%	132 56.4%	203 64.9%	54 65.1%
	107,226 32.0%	1,052 31.5%	310 24.2%	279 36.5%	78 36.8%	144 31.9%	102 43.6%	110 35.1%	29 34.9%
計	323,700	3,340	1,281	765	212	452	234	313	83

- 医療施設で従事する医師の平均年齢は、令和2年（2020年）末では、男性が51.3歳、女性が42.8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。

表3-1-4-10 県内の医療施設別医師の平均年齢の推移（男女別） （単位：歳）

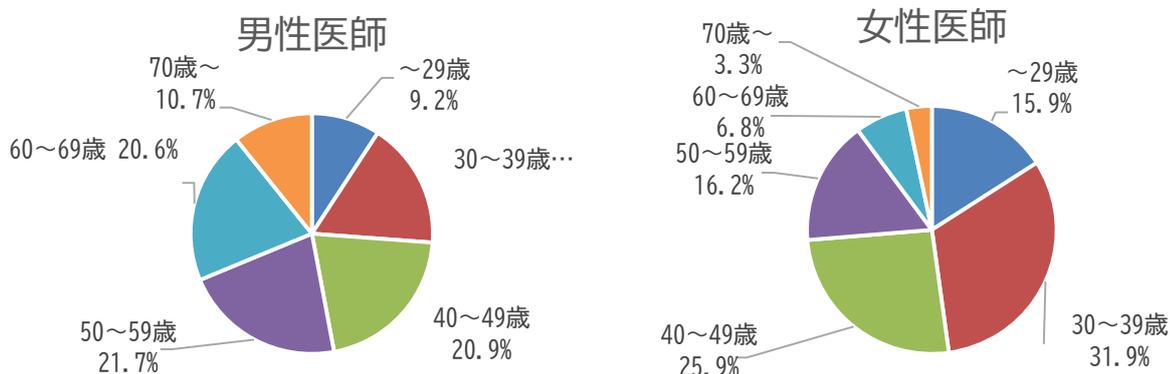
		H24	H26	H28	H30	R2
病院	男性医師	44.6	45.0	45.3	45.3	45.9
	女性医師	36.1	37.1	38.0	38.6	39.1
診療所	男性医師	58.9	59.3	60.2	61.3	62.0
	女性医師	53.6	53.8	53.9	55.1	54.4
合計	男性医師	49.4	50.2	50.3	50.7	51.3
	女性医師	40.3	41.7	41.7	42.5	42.8

1

2 ○ 男女別に年齢構成をみると、男性医師は「50～59歳」が568人、女性医師は「30～39歳」が
3 229人と最も多くなっています。また、女性医師の人数、割合は年々増加傾向にあります。

4

5 図3-1-4-11 医療施設従事医師の男女別年齢構成（令和2年12月31日）



6

表3-1-4-12 県内の男女別医療施設従事医師数（令和2年12月31日） （単位：人）

	～29歳	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60～69歳	70歳～	総数
男性医師	240	447	547	568	540	280	2,622
構成割合	9.2%	17.0%	20.9%	21.7%	20.6%	10.7%	
女性医師	114	229	186	116	49	24	718
構成割合	15.9%	31.9%	25.9%	16.2%	6.8%	3.3%	

7

表3-1-4-13 県内の男女別医療施設従事医師数の推移 （単位：人）

区分	H24	H26	H28	H30	R2
全国	288,850	296,845	304,759	311,963	323,700
男性医師	227,429	232,161	240,454	243,667	249,878
女性医師	53,002	56,689	64,305	68,296	73,822
女性割合	18.9%	19.6%	21.1%	21.9%	22.8%
滋賀県	2,896	2,997	3,121	3,214	3,340
男性医師	2,346	2,416	2,515	2,577	2,622
女性医師	550	581	606	637	718
女性割合	19.0%	19.4%	19.4%	19.8%	21.5%

8

1 (5) 診療科別医師数

2 ○ 診療科別の医療施設従事医師数を平成24年（2012年）と令和2年（2020年）で比較すると、
3 ほとんどの診療科で増加しており、特に消化器内科（30名増）と脳神経内科（33名増）で増加
4 しています。一方で、一般外科（28名減）等、外科系の診療科の一部で減少しています。

5

表3-1-5-1 県内の診療科別医療施設従事医師数の推移 (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(※1)	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(※2)	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

6

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(※3)
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

7 出典：三師統計（厚生労働省）

8 ※1 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）

9 ※2 その他外科（美容外科、肛門外科、気管食道外科）

10 ※3 その他診療科（全科、その他、主たる診療科不詳、不詳）

1 ○ 診療科別の人口 10 万人対医師数を全国比較すると、呼吸器外科、病理診断科が全国順位で
 2 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。一方で、一般内科、心臓血管
 3 外科、消化器外科、脳神経外科、整形外科、産婦人科・産科、精神科が全国順位でワースト 10
 4 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 ○ 下記の表は、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
 6 診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。
 7

表3-1-5-2 診療科別の人口 10 万人対医療施設従事医師数 (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	

8 出典：三師統計（厚生労働省）

9 ※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
 10 の診療科を集計。

11 ※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
 12 内）の診療科の行を青で塗りつぶしています。

13 ※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。

14 ※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。

15 ※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
 16 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
 17 び第 5 章の医師偏在指標の全国順位とは異なります。
 18
 19
 20

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が、令和 5 年度の入学定員は 110 名(臨時定員 5 名含む)とな
- 5 っています。
- 6 ○ 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
- 7 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
- 8 年度)には過去最大規模となる 9,420 人となっており、令和 7 年度(2025 年度)までは同数が
- 9 維持されることとなっています。
- 10 ○ また、平成 21 年度(2009 年度)から、滋賀医科大学医学部医学科に地域医療に従事する医
- 11 師を養成することを主たる目的とした学生を選抜する枠(以下「地域枠」という)を設置し、
- 12 入学後に地域枠適用を希望する者を募り、県内の地域医療に貢献する医師を確保してきました
- 13 が、希望者がいない年度もあり、安定的な地域枠医師の確保に課題がありました。
- 14 ○ 令和 2 年度からは、地域枠学生の選抜について、入学後の手挙げ方式から別枠入試方式(「地
- 15 域医療枠」および推薦入試の「地元医療枠」)に変更し、以後、地域枠学生の充足率は 100%を
- 16 維持しています。令和 6 年度(2024 年度)には地域枠定員を 11 名から 16 名へと拡充し、さら
- 17 なる地域枠学生の養成に取り組めます。
- 18 ○ なお、地域枠のうち、地域医療枠の 5 枠が臨時定員によるものです。
- 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		編入学定員(学士編入枠)		
				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。

- 20
- 21 ○ 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
- 22 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
- 23 女性です。
- 24
- 25

表 3-1-6-2 大学医学部入学者に占める女性割合 ※編入学者除く

(単位：%)

入学年度	H31	R2	R3	R4	R5
全国	37.2	36.1	40.2	38.8	-
滋賀医科大学	32.0	52.6	44.2	38.9	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

- 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うえ
 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	定員※1	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(※2)	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	

※1 定員は令和5年度研修開始者の募集定員。

※2 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

14

15

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日本専門医機
6 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採用数上限設定(以下「シーリング」という。)がかかるため、今後の医
9 師確保に大きな影響を及ぼすことが懸念されます。令和5年(2023年)10月1日現在、本県で
10 は小児科がシーリングの対象とされています。
- 11 ○ 本県としても、今後も引き続き、県内の医療機関への登録状況を検証し、専門医制度におけ
12 る専門医の認定や専攻医募集に係るシーリングが地域・診療科偏在を生じさせることにより医
13 療提供体制に重大な影響を与える場合は、医師法に基づき、日本専門医機構等に対して意見を
14 述べてまいります。

15 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

16 出典:病院診療科別医師数実態調査(滋賀県)

17 ※1 人数は各年の6月1日現在

18 ※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
19 録数とは一致しません。

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

	大津	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

21 出典:病院診療科別医師数実態調査(滋賀県)

22 ※1 人数は各年の6月1日現在

23 ※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
24 録数とは一致しません。

2 医師偏在指標

(1) 算定式

ア 基本事項

- 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 ませんでした。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
5 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
6 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
7 医師偏在指標が算出されました。
- 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あたっては、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あたっては、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 24 イ 医師偏在指標における医療需要の考え方

- 25 ○ 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
26 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。
- 27 ○ 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
28 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。
- 29 ○ 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、
30 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
31 なり、医師偏在指標の数値は大きくなる傾向にあります。
- 32 ○ 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
33 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
34 指標の数値は大きくなります。

表3-2-1-1 県全体および各二次保健医療圏の標準化受療率比

区分	人口 (10万人)	年齢別			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、県全体の医療施設従事医師のうち50歳未満の医師の割合が53.0%と、全国の51.0%を上回っています。女性医師数の割合は全国の平均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 標準化医師数

区分	医療施設従事医師数					労働時間 調整係数	標準化医師 数(人)	実際の 医師数 との差
	事医師数 (人)	50歳未満 (人)	50歳未満医 師割合	女性医師数 (人)	女性医師 割合			
全国	323,700	165,225	51.0%	73,822	22.8%	1.000	323,700	±0
滋賀県	3,340	1,782	53.0%	724	21.5%	1.006	3,381	+41
大津	1,281	765	61.1%	323	25.8%	1.018	1,276	▲5
湖南	765	399	50.9%	167	21.3%	0.995	780	+15
甲賀	212	96	44.9%	32	15.0%	1.005	215	+3
東近江	452	227	49.2%	97	21.0%	0.996	459	+7
湖東	234	93	38.9%	35	14.6%	0.979	234	±0
湖北	313	163	51.1%	61	19.1%	1.009	322	+9
湖西	83	40	42.1%	9	9.5%	1.000	95	+12

出典：2023年医師偏在指標に係るデータ集（厚生労働省）

14

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：令和4年7月「医師の勤務環境把握に関する調査」（厚生労働省）

- 1 (2) 医師偏在指標
 2 ア 医師偏在指標 (全体)
 3 ○ 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。
 4

表3-2-2-1 都道府県間の医師偏在指標 (全体) 全国平均：255.6

順位	都道府県	医師偏在指標	前回(R.3)順位比較	順位	都道府県	医師偏在指標	前回(R.3)順位比較	順位	都道府県	医師偏在指標	前回(R.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）

5

表3-2-2-2 各二次保健医療圏の医師偏在指標

区域	医師偏在指標	全国順位 (※)	医師多数・少数の別	標準化医師数 (人)	人口 (10万人)	標準化受療率比
全国	255.6	-	-	323,700	1266.54	1.00
滋賀県	260.4	19位		3,381	14.19	0.92
大津	373.5	9位	多数	1,275	3.44	0.99
湖南	262.2	64位	多数	780	3.42	0.87
甲賀	176.8	228位	少数	215	1.45	0.84
東近江	218.3	109位	多数	459	2.29	0.92
湖東	181.0	217位		234	1.56	0.83
湖北	217.6	112位	多数	322	1.55	0.95
湖西	245.0	76位	多数	95	0.48	0.82

出典：2023年医師偏在指標に係るデータ集（厚生労働省）

6

7

表3-2-2-3 県全体および各二次保健医療圏の医師偏在指標比較表

区域	(R2.3)医師偏在指標			(R5.11)医師偏在指標			
	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	
天津	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

出典：2019年医師偏在指標に係るデータ集（厚生労働省）
2023年医師偏在指標に係るデータ集（厚生労働省）

1

2 ○ 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。
3 本県の指標は全国平均値より少し高くなっています。

4 ○ 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
5 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
6 ます。

7

8 イ 病院医師偏在指標

9 ○ 病院医師のみを抽出した医師偏在指標（以下「病院医師偏在指標」という。）が国から新たに
10 示されました。

11 ○ 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
12 県として区分されています。

13 ○ 病院医師偏在指標を二次保健医療圏ごとにみると、天津・湖南・東近江・湖西が上位
14 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。

15

表3-2-2-4 病院医師偏在指標

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
天津	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年医師偏在指標に係るデータ集（厚生労働省）

16

17

18

19

- 1 ウ 診療所医師偏在指標
- 2 ○ 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
- 3 師偏在指標」という。）も新たに示されました。
- 4 ○ 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
- 5 少なくもない都道府県として区分されています。
- 6 ○ 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
- 7 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。
- 8

表3-2-2-5 診療所医師偏在指標

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年医師偏在指標に係るデータ集（厚生労働省）

- 9
- 10 (3) 医師少数区域等の設定
- 11 ア 医師少数都道府県・医師多数都道府県
- 12 ○ 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～
- 13 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
- 14 都道府県）」として設定します。
- 15 ○ 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、
- 16 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。
- 17 ○ 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、医師多
- 18 数でも医師少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
- 19 う。）となります。
- 20
- 21 イ 医師少数区域・医師多数区域
- 22 ○ 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
- 23 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
- 24 的な医師確保対策を実施することとなります。
- 25 ○ 国が示した基準では、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
- 26 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
- 27 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
- 28 するとしており、都道府県は国が示した医師確保計画策定ガイドライン（以下「ガイドライン」
- 29 という。）に従って区域を設定します。

- 1 ○ 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
2 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とされていますが、
3 「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
4 れておりません。
- 5 ○ 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の大
6 津・湖南・東近江を医師多数区域に設定し、甲賀・湖東・湖北・湖西を医師多数でも医師少数
7 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
8 ました。
- 9 ○ 今回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
10 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
11 して設定し、湖東を医師中程度区域とします。

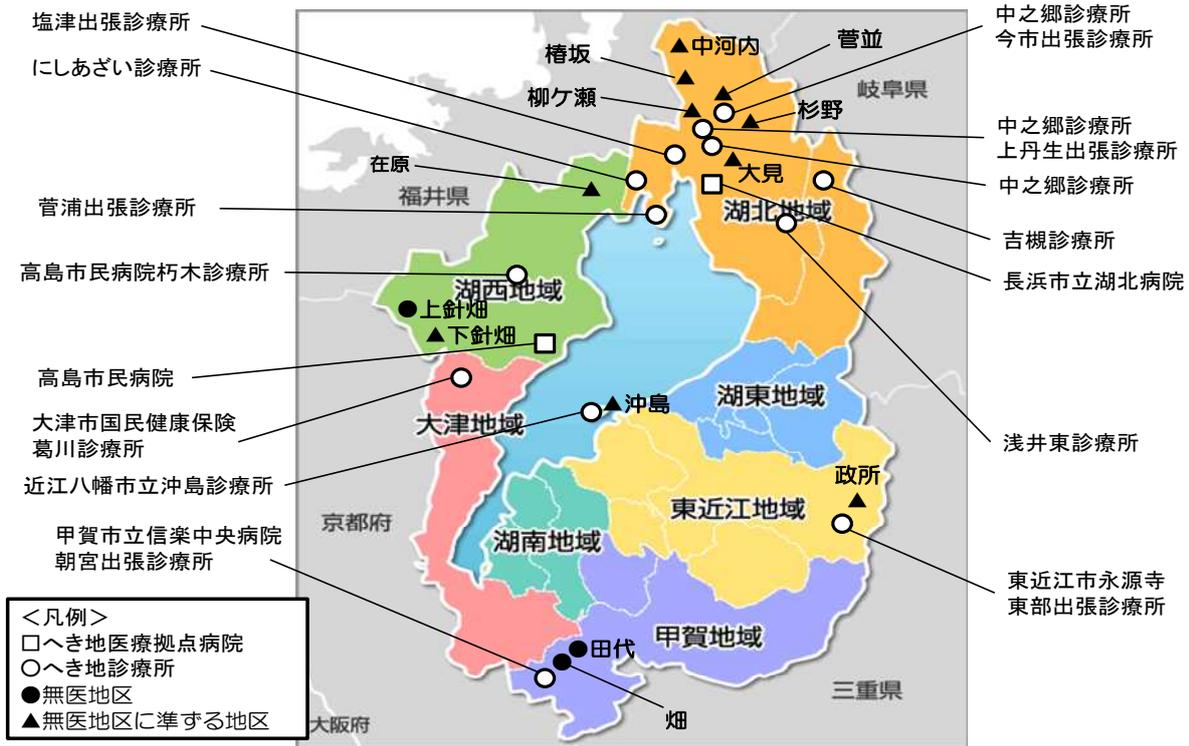
12
13 表3-2-3-1 本県における医師少数区域・医師少数区域の設定

区域	現行計画	計画
滋賀県	医師多数都道府県	医師中程度都道府県
大津	医師多数区域	医師多数区域
湖南	医師多数区域	医師多数区域
甲賀	医師中程度区域	医師少数区域
東近江	医師多数区域	医師多数区域
湖東	医師中程度区域	医師中程度区域
湖北	医師中程度区域	医師多数区域
湖西	医師中程度区域	医師多数区域

14
15 ウ 医師少数スポット

- 16 ○ 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
17 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
18 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
19 域と同様に扱うことができます。
- 20 ○ 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
21 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
22 す。
- 23 ○ 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、
24 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
25 地区および無医地区に準ずる地域（以下「無医地区」という。）での巡回診療の実施やへき地
26 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
27 医地区での巡回診療等を実施しています。
- 28 ○ 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
29 遣して医師の確保を図っています。
- 30

図3-2-3-2 滋賀県内のへき地保健医療現況図



- 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。
- 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が、医師の確保は年々困難な状況にあります。
- 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、必ずしも当該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。
- 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、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をはじめとした医療機関の医師確保に取り組みます。

表3-2-3-3 ハ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
ハき地医療拠点病院	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
ハき地診療所	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
	湖西	浅井東診療所	4.03	5.53	6.05	5.05	9.0
		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：ハき地医療現況調査（滋賀県）※非常勤医師数は常勤医師数に換算

1

表3-2-3-4 医師少数スポット一覧

保健医療圏	無医地区等	ハき地診療所（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

2

3

4

5

3 医師確保の方針

(1) 基本事項

- 医師確保の方針は、県全体と二次保健医療圏ごとの状況に応じて定めることとし、さらには、現時点で医師確保が必要であるのか、現時点では医師の確保ができていますが、将来的には医師の確保が必要となるのか等、時間軸による場合分けをしたうえで定めます。
- 都道府県全体での医師確保の基本的な方針は、ガイドラインにより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	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。

- なお、令和8年(2026年)時点の医師の不足に対しては、短期的な施策(医師派遣等)による対応を行うことを基本とし、令和18年(2036年)時点の医師の不足に対しては、短期的な施策と長期的な施策(地域枠等)を組み合わせる対応することが基本とされています。

(2) 医師確保の方針

ア 県全体

- 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。
- 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

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の実情を踏まえたうえで、必要な医師の確保を進めていきます。

- 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を受けて医療提供体制を維持している本県の現状を鑑みると、今後も引き続き、安定的に必要な医師の派遣等を受ける必要があります。

イ 二次保健医療圏

(ア) 医師少数区域（甲賀保健医療圏）

- 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位置しています。また、診療所医師偏在指標では下位 33.3%に位置しており、診療所医師の確保が課題となっています。
- 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より医師の確保・定着促進を進めていきます。また、診療所医師の確保のため、事業承継の取組を進めていきます。
- 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ていますが、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、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) 医師中程度区域（湖東保健医療圏）

- 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もほぼ最下位に位置しています。また、病院医師偏在指標では下位 33.3%に位置しており、病院医師の確保が課題となっています。
- 次期計画において医師少数区域に位置付けられないよう、同保健医療圏内で従事する医師の確保・定着に取り組むとともに、大学からの医師派遣等により必要な医師の確保に引き続き取り組みます。
- 湖東保健医療圏は将来的に人口および医療需要の減少が見込まれていますが、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、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。

(ウ) 医師多数区域（大津・湖南保健医療圏）

- 医師多数区域のうち、大津・湖南の 2 つの二次保健医療圏においては、医師偏在指標上の全国順位が上位であることから、既存の医師確保施策（大学からの医師派遣等）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いません。
- 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地域や診療科による偏在があること、また、両医療圏においては医療需要の大幅な増加が見込まれていることから、二次保健医療圏内の実情を踏まえ、柔軟な対応を図っていきます。

1 (工) 医師多数区域（東近江保健医療圏）

- 2 ○ 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も下
3 位に位置しています。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
4 ませんが、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、二次保健
5 医療圏内の実情を踏まえ、柔軟な対応を図っていきます。
- 6 ○ 東近江保健医療圏は将来的な人口の減少が見込まれていますが、高齢者の増加による医療
7 需要の増加が見込まれています。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、
8 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。

9
10 (才) 医師多数区域（湖北保健医療圏）

- 11 ○ 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
12 位に位置しています。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
13 せんが、東近江保健医療圏と同様、地理的な要因や交通の利便性を勘案した対応が必要です。
- 14 ○ 当該医療圏においては、医療機関の再編・統合による医療提供体制のあり方について地域
15 医療構想調整会議等において活発な議論がなされているところであり、この議論の結果によ
16 り、今後、医療提供体制が随時変化していくことが考えられるため、これらの状況変化も踏
17 まえ、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。

18
19 (力) 医師多数区域（湖西保健医療圏）

- 20 ○ 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、医師多数区域に位置してい
21 ます。これは、保健医療圏内の医師数の増加した一方で、人口が減少したことおよび患者が
22 他の二次保健医療圏に多く流出していることが要因となっています。
- 23 ○ 湖西保健医療圏の特徴として、病院医師偏在指標の全国順位が 52 位と上位である一方で、
24 診療所医師偏在指標の全国順位が 248 位と下位であり、病院に医師が集まっています。
- 25 ○ 湖西保健医療圏は、将来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る地域
26 であり、また、高齢化率も突出して高くなる見込みです。医療機関に従事する医師の定着促
27 進と診療所医師の確保のための事業承継の取組等を進めるとともに、地域医療構想の進捗や
28 医師の働き方改革への対応を踏まえ、地域医療提供体制の維持のために必要となる医師の確
29 保に取り組みます。

30
31 ウ 医師少数スポット

- 32 ○ 医師少数区域と同様に扱うべき医師少数スポットについては、この区域で必要とされる医
33 療を提供するために巡回診療を実施するなど、へき地診療所に医師を派遣するへき地医療拠
34 点病院をはじめとした医療機関に対する医師確保に取り組みます。

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、国が示すガイドラインにおいて、当該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、本計画においては、全ての都道府県および二次保健医療圏について、国が示すガイドラインにより、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、国の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

- 1 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、
 2 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。
 3 ○ 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
 4 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
 5 す。
 6 ○ 湖南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、計画終了時点におい
 7 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。湖南以外の二次保健医療圏が
 8 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上昇する見込み
 9 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の目標医師数を
 10 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ることとします。
 11

表3-4-2-1 県全体および各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繋がるため、本県の医
 16 師確保対策を進める上で、大変重要です。
 17 ○ 今回の計画においても、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
 18 目標を設定し、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。

○ 診療科別の目標医師数を設定するためには、必要なデータをしっかり収集したうえで、診療科ごとの絶対的な医師の不足数を算出する必要があるため、本計画においては設定を見送りますが、診療科偏在の是正は重要な課題であると認識しており、国の動向を注視しつつ、次期計画での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 都道府県別診療科ごとの将来必要な医師数の見通し（暫定値） 単位：人

診療科	H28(2016 年)		R6(2024 年)	R12(2030 年)	R18(2036 年)	(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(2020 年) 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

※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、血液内科、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派遣医師等の就業義務年限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。

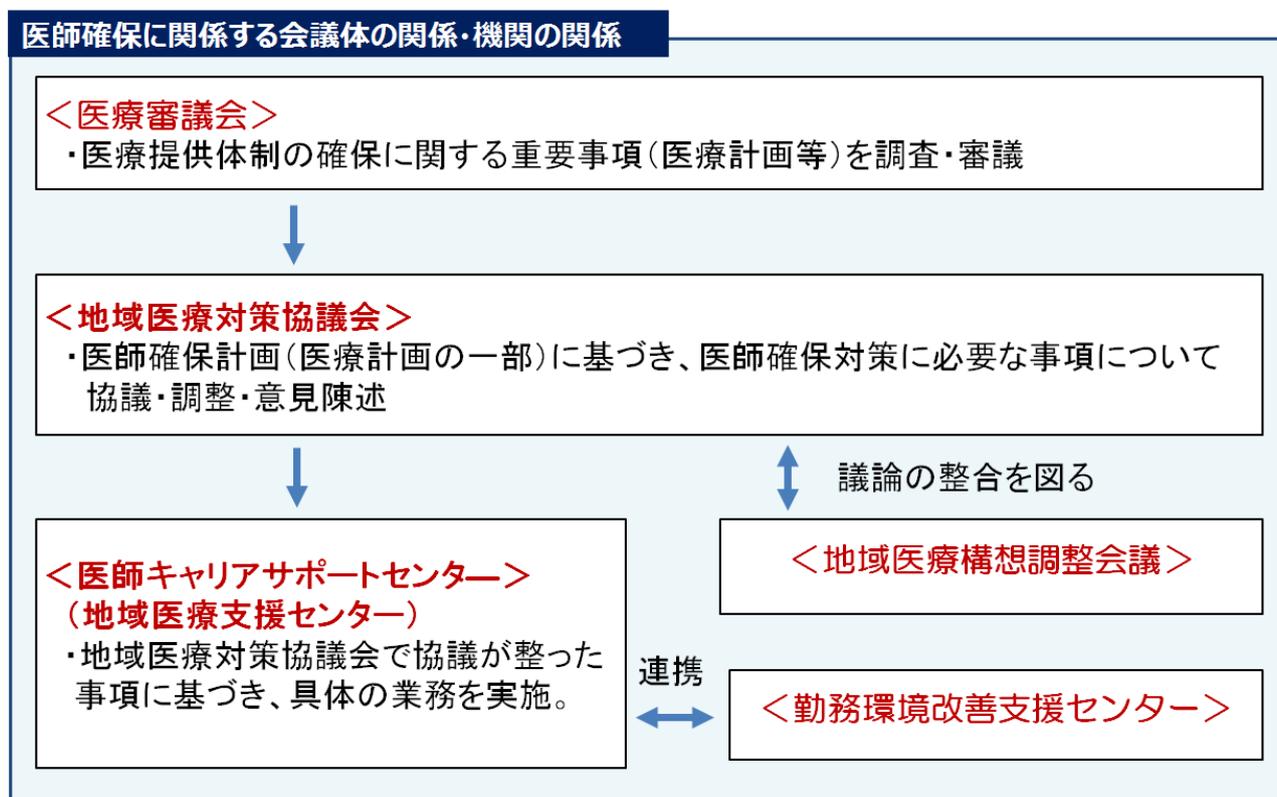
ウ 滋賀県医療勤務環境改善支援センター

- 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

- 1 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。
- 2 ○ 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
- 3 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。
- 4 ○ 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、
- 5 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
- 6 場合に限って、例外的に年間 1,860 時間以内となります。
- 7 ○ 個々の医師の健康を確保することが医療の質や安全の担保につながることから、県民に対す
- 8 る良質かつ適切な医療提供体制を確保するためには医師の労働時間短縮は喫緊の課題となっ
- 9 ています。
- 10 ○ 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
- 11 賀県医療勤務環境改善支援センター運営協議会等を通じて関係者の連携を密に図るとともに、
- 12 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。

13

14 図 3-5-1-1 医師確保対策実施体制



15

1 (2) 取組内容

2 ○ 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
3 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
4 の柱として必要な医師の確保に取り組みます。

- 5 ア 地域医療に貢献する医師の「養成」
- 6 イ 地域医療を担う医師の「キャリア形成支援」
- 7 ウ 地域医療を支える医師の「定着促進」
- 8 エ 地域・診療科の「偏在是正」

9
10 ア 地域医療に貢献する医師の「養成」

11 (ア) 地域枠医師の養成

12 ○ 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
13 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
14 になります。

15 ○ 地域枠医師は、卒後に県内において診療に従事し、かつ、一定期間は比較的に医師が不足し
16 ている地域の医療機関において業務従事する必要があるため、本県の地域医療に貢献する医師
17 の確実な確保に繋がります。

18 ○ 令和6年度(2024年度)からは地域枠選抜の入試枠数を5枠増設(11→16)し、地域枠医師
19 の絶対数の増加を図ります。

20 ○ 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します。また、平成30年
21 (2018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(後述)の適
22 用を義務化しています。

23 ○ 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
24 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学生との交流等、地域医療
25 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
26 す。

27 ○ 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
28 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
29 において、県内医療機関での研修・勤務とキャリア形成が両立できるよう、当該センターが相談
30 窓口となって、必要な調整やサポートを行います。

31
32 (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)

33 ○ 前述のとおり、地域枠学生に対しては一定期間以上の県内従事等を返還免除要件とした「滋
34 賀県医師養成奨学金」を貸し付けていますが、本県では、全国の医学生を対象とした「滋賀県
35 医学生修学資金」の貸付事業も実施しています。

36 ○ 滋賀県医学生修学資金の貸与を受けた者は、地域枠医師と同様、卒後に県内において診療に
37 従事し、かつ、一定期間は比較的に医師が不足している地域の医療機関において業務従事する
38 必要があるため、本県の地域医療に貢献する医師の確実な確保に繋がります。

39 ○ 制度の詳細は、次の表のとおりです。

1 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)
就業義務年限	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。

2

3 ○ 令和5年度(2023年度)7月31日現在で、滋賀県医師養成奨学金は121人に、滋賀県医学
4 生修学資金は74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
5 息としていましたが、義務を果たさず離脱する者が少なくありませんでした。そのため、平成
6 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
7 義務を履行して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
8 な確保に取り組んでいます。

9

表3-5-2-2 修学資金等貸与者の状況(令和5年7月31日現在) (単位:人)

資金名	貸与期間	就業義務年限	実施機関	貸与者数	令和5年7月31日現在				
					在学中	義務履行中	うち、知事指定医療機関勤務者	義務年限終了	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～	74	14	30	14	16	14
合計				195	65	83	28	18	29

10

※1 滋賀県医師養成奨学金の貸与条件について、学士編入学生の就業義務年限は7年。

11

※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就業義務年限は5年。

12

13 (ウ) 自治医科大学卒業医師の養成

14

○ 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
15 毎年2人または3人が入学しています。卒業後は9年間の就業義務が課されており、卒業した
16 医師は県職員として採用され、へき地医療拠点病院を始めとする公立・公的医療機関等で診療
17 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。

18

○ 自治医科大学卒業医師においても、地域枠医師と同様に、キャリア形成プログラムの適用対
19 象とし、自治医科大学卒業医師専用のプログラムを策定し適用することで、医師が不足する診
20 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
21 り組みます。

22

23 (エ) その他

24

○ 医師確保のためには、医師を目指す中学生や高校生を増やす取組も重要です。

25

○ 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

1 県の医療への関心を高め、将来、医師として本県の地域医療を支える意識の醸成を図り、医学
2 部受験者の増加に取り組みます。

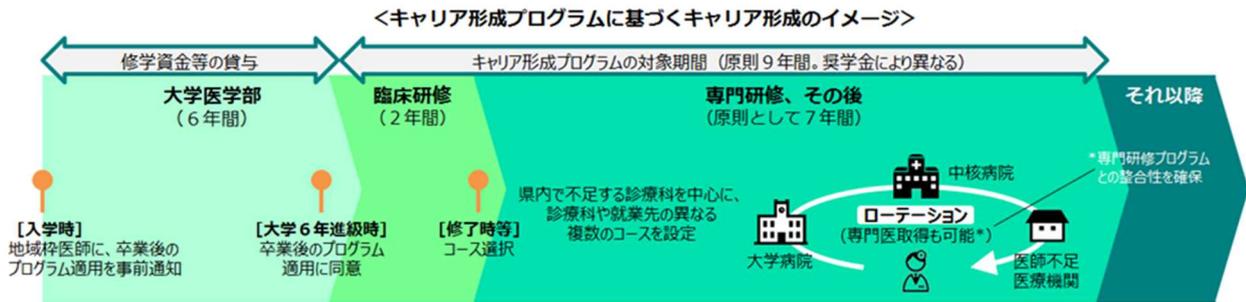
- 3 ○ また、高校生等を対象とした自治医科大学に関する説明会を開催し、自治医科大学卒業医師
4 や現役学生との交流の機会や、自治医科大学の教育内容や特色等を理解してもらうことにより、
5 本県からの自治医科大学の受験者の増加に取り組みます。

6 7 イ 地域医療を担う医師の「キャリア形成支援」

8 (ア) キャリア形成プログラム

- 9 ○ キャリア形成プログラムとは、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、当
10 該地域に派遣される医師の能力開発・向上の機会の確保の両立を目的として滋賀県が作成する
11 もので、対象とな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
12 明示し、自らの将来像を描けるようにするものです。
- 13 ○ 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に従事する
14 義務のある医師を対象としますが、その他の医師においても、適用を希望することが可能です。
- 15 ○ 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
16 「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
17 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。
- 18 ○ 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就業義務年限と同じとし、こ
19 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、県が指定する医療
20 機関（原則として比較的医師が不足する区域）において勤務することになります。
- 21 ○ 対象医師に対しては、医学部6年生進級時にプログラム適用の同意を得るとともに、臨床研
22 修2年目に診療科を決定します。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
23 ます。
- 24 ○ 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、
25 取得可能な専門医等の資格や取得可能な知識・技術を明示します。
- 26 ○ 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
27 めのプログラムの一時中断を可能とします。
- 28 ○ 自治医科大学生に対しては、別途、専用のキャリア形成プログラムを策定し、本人からの適
29 用の同意を得たうえで、自治医科大学卒業医師のキャリア形成支援に努めます。
- 30 ○ 地域医療に従事する医師のキャリア形成を支援しながら、地域や診療科間のバランスの取れ
31 た医師確保を推進するため、「滋賀県医師キャリアサポートセンター」において、キャリア形成
32 に関する相談窓口を設置し、ホームページや広報誌を活用した情報発信・提供等を行うことで、
33 対象医師の支援体制の充実を図ります。
- 34 ○ また、キャリア形成プログラムのさらなる充実に向けて、対象医師の意見等を参考に、研修
35 環境の整備や勤務負担の軽減に努めるとともに、対象医師の必要勤務期間中、定期的に意見聴
36 取を行います。
- 37
38
39
40

1 図3-5-2-3 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



2
3
4 (イ) 臨床研修

- 5 ○ 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
6 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。
- 7 ○ 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
8 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
9 行う等、臨床研修制度の適切な運用に取り組みます。
- 10 ○ 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
11 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から、県内基幹型臨床
12 研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体制強化に関する支援
13 を行います。
- 14 ○ 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
15 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
16 機会の確保を図り、県内で臨床研修を行う医師の拡大に取り組みます。
- 17 ○ 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
18 行い、研修内容の改善につなげます。
- 19 ○ また、臨床研修医を含む若手医師の診療能力向上とキャリアアップを目的とした研修会等、
20 臨床研修医の資質向上と県内医師との繋がり構築の機会を提供するとともに、医療機関等と
21 の連携の下、研修制度の周知徹底を図ることで、臨床研修医の研修修了後の県内定着（3年目
22 医師の確保）に取り組みます。

23
24 (ウ) 専門研修

- 25 ○ 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
26 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・
27 診療科間の医師偏在の是正にも資するものと考えます。
- 28 ○ 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
29 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
30 ていないかについて確認を行います。
- 31 ○ 必要な場合は改善措置等の検討を行い、検討結果を踏まえ、専門研修を統括する（一社）日
32 本専門医機構等に対して知事から厚生労働大臣を通じて意見を提出するなど、専門研修制度に
33 対し積極的に関与をしていきます。
- 34 ○ 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

1 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
2 関する情報発信に取り組みます。

- 3 ○ 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
4 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
5 に対する支援を行います。

6
7 ウ 地域医療を支える医師の「定着促進」

8 (ア) 医師の働き方改革

- 9 ○ 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、
10 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
11 場合に限り、例外的に年間1,860時間以内となります。
- 12 ○ この令和6年(2024年)4月の時間外労働規制の適用に向けて、滋賀県医療勤務環境改善支
13 援センターを中心として、滋賀労働局とも連携しながら、医師の労働時間短縮に向けた勤務環
14 境の改善支援を重点的に図っていきます。
- 15 ○ 同センターには、医療労務管理アドバイザー等を設置し、県内医療機関への派遣や電話によ
16 る相談対応を行うとともに、県内の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
17 ての指定申請を行う医療機関に対しては、医師労働時間短縮計画を含む勤務環境改善計画の策
18 定等の支援に取り組みます。
- 19 ○ また、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
20 業務の効率化の促進に取り組みます。
- 21 ○ 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・定着を目的に、医療機関全
22 体の勤務環境改善が必要となるので、ICTを活用し、業務を効率化することによる労働時間短
23 縮に資する取組、および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
24 時間を確保することにより勤務環境改善に資する取組を支援します。
- 25 ○ 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
26 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
27 を推進し、医師の勤務負担軽減等を図ります。
- 28 ○ 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
29 に対する取組も必要であることから、医療機関の適正受診の促進や、かかりつけ医を持つこと
30 の重要性の啓発に努めます。
- 31 ○ 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
32 (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
33 急安心センター事業(#7119))を進めます。
- 34 ○ 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
35 (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。

36
37 (イ) 女性医師をはじめとする子育て医師等支援

- 38 ○ 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
39 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
40 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・定着促進に向けて、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。
- 医師の離職防止を図るため、産育休や介護等の理由により一定期間離職していた医師の医療現場への復帰を支援します。
- 女性医師ネットワークを通じて、勤務環境の改善等に向けた情報交換や相互の連携を促進します。
- 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。
- 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。

(ウ) 滋賀県ドクターバンク（医師無料職業紹介事業）

- 滋賀県ドクターバンク事業により、医師の確保および県内定着を促進します。また、定年退職した医師など、地域医療での活躍を促進するため、高齢医師へのアプローチに取り組みます。
- また、滋賀県ドクターバンク事業の対象範囲を診療所にも拡大し、診療所の事業承継の促進に取り組みます。
- 滋賀県ドクターバンクへの相談件数を増やすため、滋賀県医師キャリアサポートセンターのホームページを中心とした広報活動の強化に取り組みます。

エ 地域・診療科の「偏在是正」

(ア) 地域偏在に対する対応

- 滋賀県医師養成奨学金および滋賀県医学生修学資金（以下「修学資金等」という。）の貸与を受けている地域枠医師等には、卒後の県内での一定期間の業務従事を課しています。
- 業務従事期間のうち一定期間は、医師不足地域に所在する医療機関において診療業務に従事することを定めていることから、滋賀県地域医療対策協議会において、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、これらの医師の勤務先医療機関を決定します。
- なお、医師不足地域に所在する医療機関の選定にあたっては、イに示すキャリア形成プログラムとの整合性を図るようにします。

表3-5-2-2 修学資金等貸与者の状況（令和5年7月31日現在）（再掲）（単位：人）

資金名	貸与期間	就業義務年限	実施機関	貸与者数	令和5年7月31日現在				
					在学中	義務履行中	うち、知事指定医療機関勤務者	義務年限終了	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～	74	14	30	14	16	14
合計				195	65	83	28	18	29

※1 滋賀県医師養成奨学金の貸与条件について、学士編入学生の就業義務年限は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就業義務年限は5年。

- 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。
- また、自治医科大学卒業医師専用のキャリア形成プログラムを定めることにより、自治医科大学卒業医師のキャリア形成支援に努め、義務年限終了後の県内定着に取り組めます。

表3-5-2-4 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、就業義務履行中
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

(イ) 診療科偏在に対する対応

- 適切な初期対応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療需要に的確に対応することが可能であり、かつ、必要に報じて各専門医につなぐことのできる「総合診療医」の確保・育成に取り組めます。
- また、診療科偏在の是正には、各診療科の絶対的な不足感を明らかにしたうえで、診療科ご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うえで、大学や医療機関、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（サブスペシャリティ分野）ごとの医師数等のデータ収集・分析を行います。
- 地域の実情を把握したうえで、次期計画で診療科および専門分野別の目標医師数が設定できるよう、検討を進めていきます。
- あわせて、医師の養成・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ことから、地域偏在や診療科偏在の解消に向けた制度の改善、財政的措置の拡充等を国へ働きかけます。

(ウ) 総合的な診療能力を有する医師の確保・育成

- 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、地域医療に対するニーズが今後も増大すると見込まれており、医療や介護、予防、住まい、生活支援などのサービスが包括的かつ継続的に提供される「地域包括ケアシステム」の構築が重要になります。

- 地域包括ケアシステムの実践には、医学的な側面だけでなく、住民の暮らしにも焦点を当て、予防を含む全般的な健康問題に向き合う必要があることから、他の領域別専門医や他職種と連携して、多様な医療サービスを包括的かつ柔軟に提供することができる「総合診療医」が重要な役割を担うこととなります。
- そのため、医師や医学生が、医師の専門研修制度における基礎領域の一つである総合診療の専門医を目指すよう、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・確保に取り組めます。
- さらに、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」のための研修の実施を支援し、総合診療医の増加に取り組めます。
- 総合診療医など地域医療に従事する医師を確保するため、滋賀県出身の医学生や県内高校生に対し、地域医療のモチベーションを喚起するために行われる研修会等の実施を支援します。
- 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、在宅チーム医療に取り組む医師の増加に向けたセミナーを開催し、在宅医療に携わる医師の増加に取り組めます。
- 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きるかかりつけ医の確保・育成に対して支援します。
- 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定着促進に向けた活動の推進に取り組めます。
- 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。

(エ) その他

- 医師少数区域および医師少数スポットについては、上記医師派遣のほか、国が実施する医師少数区域等で勤務した医師を認定する制度の普及啓発等により、医師確保および定着促進を図っていきます。
- 医師少数スポットにおいて必要とされる医療を提供するため、巡回診療の実施や、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対し、自治医科大学卒業医師を配置調整する等、必要となる医師確保を図るとともに、研修医にへき地医療の体験機会を提供する等、へき地を含む地域医療への理解促進を図ります。
- 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プログラムの検討を行う等、より効果的に医師少数スポットの医師の確保に取り組めます。

1 第4章 産科における医師確保計画

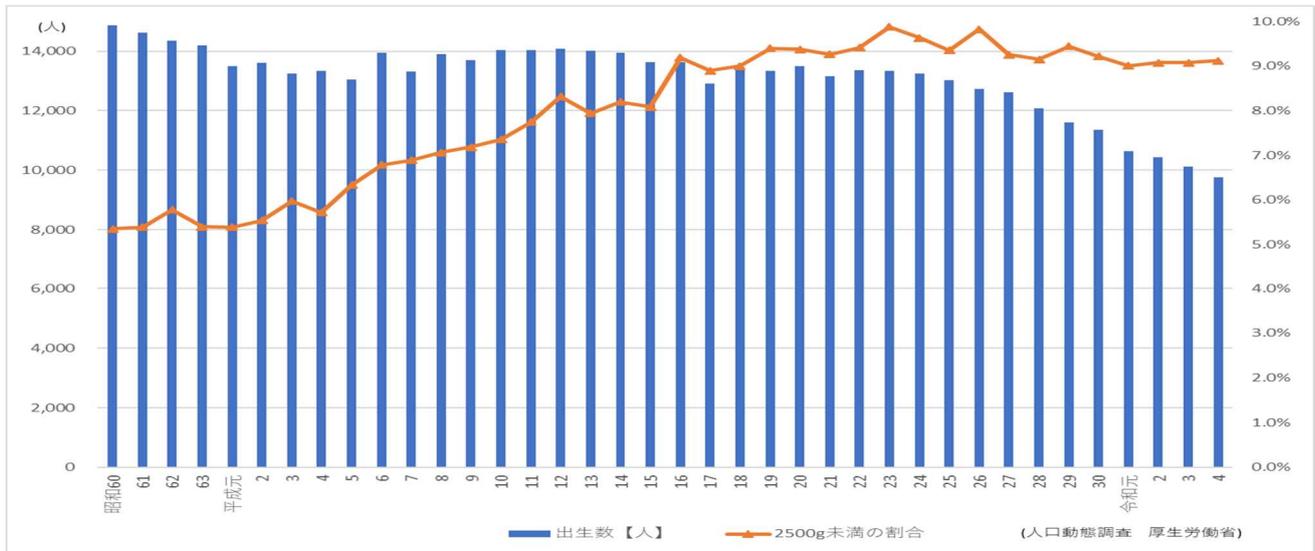
2 1 県・周産期医療圏の現状

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。

8

9 図4-1-1 滋賀県の出生数推移



10

11 出典：人口動態調査(厚生労働省)

12

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。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。

18

19 表4-1-2 出生の分娩場所別の割合(令和4年(2022年)度)

	病院	診療所	助産所	その他
全国	54.1%	45.4%	0.5%	0.2%
滋賀	36.9%	62.7%	0.3%	0.2%

20

出典：人口動態統計(厚生労働省)

21

22 表4-1-3 県内の分娩取扱医療機関数

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

23

出典：周産期医療施設状況調査(滋賀県)

1 表4-1-4 周産期医療圏における分娩取扱期間の分娩数と分娩可能数

区分	R2 分娩数	R3 分娩 可能数	差	R3 分娩数	R4 分娩 可能数	差	R4 分娩数	R5 分娩 可能数	差
滋賀県	10,737	12,840	2,103	10,300	12,234	1,934	10,068	11,354	1,286
大津・湖西	3,041	3,830	789	2,949	3,800	851	3,027	3,770	743
湖南・甲賀	3,971	4,810	839	3,957	4,384	427	3,735	4,075	340
東近江	1,420	1,850	430	1,387	1,760	373	1,296	1,460	164
湖東・湖北	2,305	2,350	45	2,007	2,290	283	2,010	2,049	39

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、平成24
6 年（2012年）末現在と比べて13人増加しています。

7 表4-1-5 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

8 出典：三師統計（厚生労働省）

- 9
10 ○ 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
11 （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
12 位置しており、全国値である46.7人を下回っています。
13 ○ 当該医師数を周産期医療圏ごとにみると、大津・湖西が全国平均を大きく上回っていますが、
14 東近江は全国平均を下回っています。

15 表4-1-6 15～49歳の女性人口10万人対産科・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	40.7	42.2	43.6	44.6	46.7	+2.2	+6.1	+4.9%	+14.9%
滋賀県	35.8	38.3	39.2	39.3	42.4	+3.1	+6.6	+7.9%	+18.6%
大津・湖西	58.0	60.9	62.7	72.2	70.2	▲2.0	+12.2	▲2.7%	+21.0%
湖南・甲賀	29.5	32.6	34.1	26.8	31.6	+4.8	+2.0	+17.9%	+6.9%
東近江	25.3	27.6	26.3	29.1	36.7	+7.6	+11.5	+26.3%	+45.3%
湖東・湖北	24.6	26.2	26.8	25.9	29.9	+4.0	+5.3	+15.3%	+21.5%

16 出典：三師統計（厚生労働省）

- 17
18 ○ 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
19 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等に時

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4割が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4-1-7 分娩取扱病院・診療所の医師数（令和4年度）

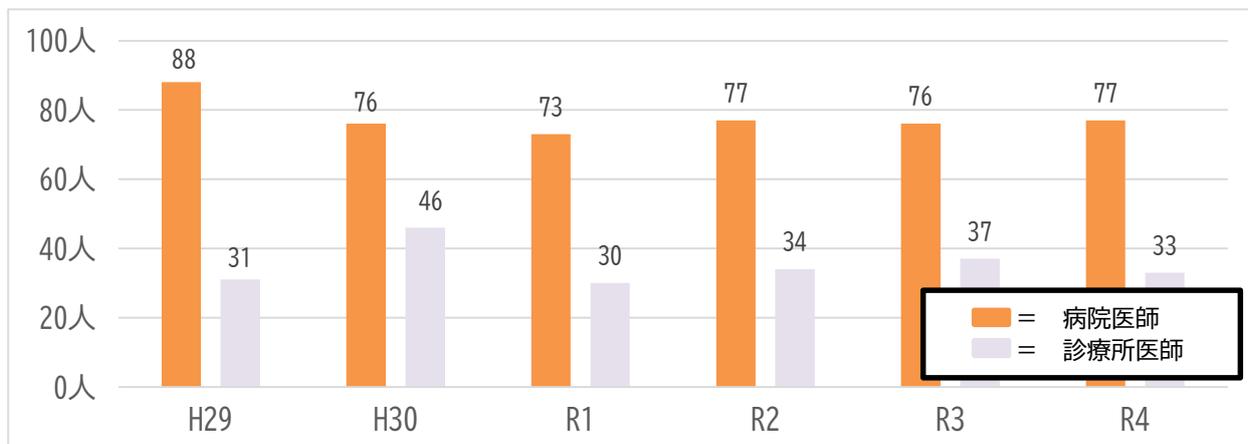


図4-1-8 分娩取扱病院・診療所の医師の年齢構成（令和4年度） 単位：人

年度	区分	～29歳	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60～69歳	70歳～	計	合計
H29	病院	15	32	26	10	5	0	88	119
	診療所	0	4	3	8	14	2	31	
H30	病院	15	29	20	8	4	0	76	122
	診療所	0	5	6	12	14	9	46	
R1	病院	9	30	21	9	4	0	73	103
	診療所	0	3	3	8	10	6	30	
R2	病院	14	31	20	8	4	0	77	111
	診療所	0	5	5	6	14	4	34	
R3	病院	12	34	15	11	4	0	76	113
	診療所	0	5	5	8	16	3	37	
R4	病院	11	35	18	10	3	0	77	110
	診療所	0	3	9	7	12	2	33	

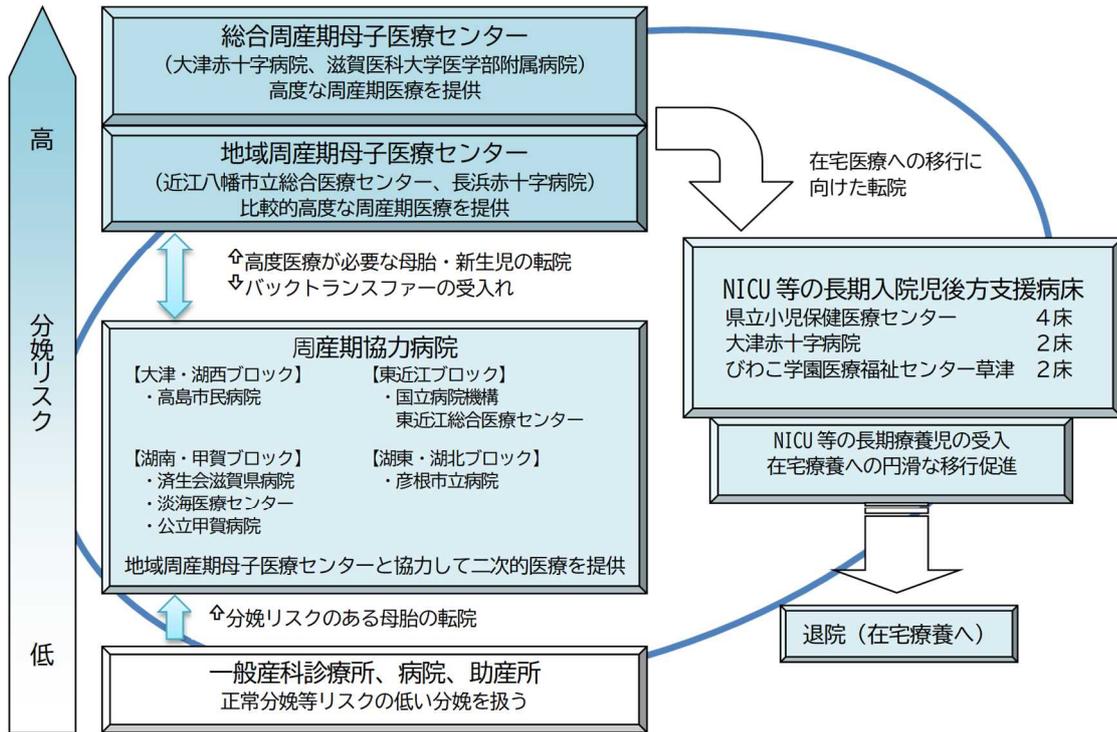
出典：周産期医療施設状況調査（滋賀県）

(4) 周産期保健医療提供体制

- 周産期保健医療提供体制については、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ブロックに区分（以下「周産期医療圏」という。）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制の充実を図っています。

- 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）

1 図4-1-9 滋賀県周産医療提供体制（令和5年（2023年）9月現在）



2

3

○ 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、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・湖北ブロックで、周産期医療の中核を担っています。

6

○ 正常な妊娠・分娩の場合は、身近な地域の医療機関（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療の提供を行っています。

11

○ 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・産後のケアへと繋がるよう、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。

13

14

1 2 分娩取扱医師偏在指標

2 (1) 基本事項

- 3 ○ 産科における医師偏在指標の算出に用いる医療需要については、「里帰り出産」等の妊婦の
4 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。
- 5 ○ 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
6 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
7 「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
8 とされています。
- 9 ○ 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」
10 の合計値を用いていましたが、今回の計画から、三師統計における「過去2年以内に分娩の取
11 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
12 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
13 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
14 更されています。
- 15 ○ なお、医師数は、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
16 いて調整することとされています。
- 17 ○ 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
18 れています。

19

20

21
$$\text{分娩取扱医師偏在指標} = \frac{\text{標準化分娩取扱医師数（※1）}}{\text{分娩件数} \div 1,000 \text{ 件}}$$

22

23
$$\text{（※1）標準化分娩取扱医師数} = \sum \text{性・年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性・年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

24

25

26 ※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
27 を行う。

28 ※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
29 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。

30

- 31 ○ なお、分娩取扱医師偏在指標については、全体の医師偏在指標と同様、一定の前提条件の下、
32 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
33 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
34 必要です。
- 35

- 1 (2) 県・周産期医療圏の分娩取扱医師偏在指標
 2 ○ 今回の計画の策定にあたり、国から示された分娩取扱医師偏在指標は以下のとおりです。
 3

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）

4

表4-2-2 県全体および周産期医療圏の医師偏在指標

区域	医師偏在指標	全国順位(※)	区分	分娩取扱医師数(人)(R2)	標準化分娩取扱医師数(人)(R2)	分娩件数(千件)(H29)
全国	10.6	-	-	9,396	9,396	888.5
滋賀県	10.3	20位	-	108	108.6	10.6
大津・湖西	17.6	18位	-	50	50.9	2.9
湖南・甲賀	6.7	212位	相対的 医師少数区域	25	25.6	3.8
東近江	10.0	103位	-	15	14.3	1.4
湖東・湖北	7.3	195位	相対的 医師少数区域	18	17.8	2.4

出典：分娩取扱医師偏在指標に係るデータ集（厚生労働省）

※ 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）
 周産期医療圏は258医療圏中の順位（173～258位が相対的医師少数区域）

- 5
6
7
8
9
10
11

表4-2-3 県全体および周産期医療圏の医師偏在指標比較表

(R2.3)産科偏在指標				(R5.11)分娩取扱医師偏在指標			
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			10.6			
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

出典：分娩取扱医師偏在指標に係るデータ集（厚生労働省）

1

2 ○ 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
3 すると 12 ランク上がりました。本県の指標は全国値とほぼ同等です。

4 ○ 周産期医療圏ごとにみると、東近江周産期医療圏が大きく順位を上げており（↑99）、湖東・
5 湖北周産期医療圏も順位を上げています（↑40）。一方で、湖南・甲賀周産期医療圏が順位を下
6 げています（↓27）。

7 ○ 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
8 の単純比較はできないものと考えます。

9

10 (3) 相対的医師少数区域の設定

11 ○ 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
12 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・相対的医
13 師少数区域と設定することとされています。

14 ○ 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
15 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
16 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
17 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
18 師多数区域は設けないこととされています。

19 ○ 県全体では、表4-2-3に記載のとおり、分娩取扱医師の偏在指標において全国 20 位に
20 位置付けられたことから、本県は、相対的医師少数都道府県（32 位～47 位/47 都道府県）以外
21 の都道府県となります。

22 ○ 周産期医療圏ごとにみると、「湖南・甲賀」「湖東・湖北」の 2 箇所の周産期医療圏が相対的
23 医師少数区域（179 位～258 位/258 周産期医療圏）となっています。ただし、湖南・甲賀周産
24 期医療圏の中核を担う「滋賀医科大学医学部附属病院」が、大津・湖西周産期医療圏で計上さ
25 れていることを勘案する必要があります。

26

27

28

29

3 医師確保の方針

- 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、将来推計を踏まえた方針を定めることとされています。
- 将来推計については、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ています。
- 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	保健医療圏
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、個別に検討すべき事項として、新生児に対する医療については、主に小児科医師が担っていますが、小児医療提供体制の観点だけではなく、周産期保健医療提供体制の観点からも機能することが期待されていることから、医師派遣等の医師偏在対策を実施する際には、個々の周産期母子医療センター、小児中核病院、小児地域医療センター、特定機能病院等における医師の配置状況等を踏まえた検討を行うこととされています。
- 本県における医師確保の方針は次のとおりとします。

(1) 県全体

- 現在の医師の配置を含む周産期保健医療提供体制を維持することを基本的な方針とし、産科医師の確保に関しては、大学病院、関係団体、関係医療機関および滋賀県が互いに協力して県内に多くの産科医師に定着してもらえるよう、産科医師のキャリア形成支援や勤務環境改善に積極的に取り組んでいきます。
- また、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・強化を図ります。
- 地域医療構想調整会議等における議論の結果や、滋賀県医療勤務環境改善支援センターにおける勤務環境改善の取組を踏まえつつ、将来に渡って滋賀県における地域の医療提供体制を確

保できるよう、必要となる医師の確保を図っていきます。

(2) 周産期医療圏

ア 相対的医師少数区域（湖南・甲賀、湖東・湖北）

○ 原則として、現在の周産期保健医療提供体制を維持するために必要な医師を確保することを基本的な方針とします。医師不足に対しては医師の集約化と地域内ネットワークの強化により対応することを基本としますが、今後の国における医師確保対策や働き方改革による影響を考慮し、必要に応じて、滋賀県地域医療対策協議会における協議の結果、地域枠医師を含めた産科医師の派遣調整を行うなど、柔軟な対応を図ります。

イ 相対的医師少数区域以外（大津・湖西、東近江）

○ 原則として、現在の周産期保健医療提供体制を維持するために必要な医師を確保することを基本的な方針とします。相対的医師少数区域以外であっても相対的医師少数区域と同様、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周産期保健医療提供体制の状況や国における各種議論等を考慮し、必要に応じて、滋賀県地域医療対策協議会における協議の結果、地域枠医師を含めた産科医師の派遣調整を行うなど、柔軟な対応を図ります。

4 偏在対策基準医師数

○ 医師確保計画においては、計画期間中に医師少数区域を脱するために必要な医師数を「医師少数区域」として設定しますが、産科においては、相対的医師少数区域以外の地域についても医師が不足している可能性があることから、相対的医師少数区域の医師の確保を目的とした「目標医師数」の設定はしないこととされています。

○ 偏在対策基準医師数は、計画期間終了時に相対的医師少数区域に該当しないための基準となる医師数として国が2026年（令和8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ため、参考値としての取り扱いとなります。

○ 本県の周産期医療圏は、湖南・甲賀を除き、現在医師数が偏在対策基準医師数を上回っています。

表4-5-1 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）		
	偏在対策基準医師数（R8） A	産科・産婦人科医師数（R2） B	差（A-B）	将来推計（R8） C	分娩件数（調整後）（H29） D	差（C-D）
全国	-	9,396	-	757.4	888.5	▲131.1
滋賀県	90.8	108.6	▲17.8	9.5	10.6	▲1.1
大津・湖西	19.1	50.9	▲31.8	2.5	2.9	▲0.4
湖南・甲賀	27.0	25.6	+1.4	3.5	3.8	▲0.3
東近江	9.9	14.3	▲4.4	1.3	1.4	▲0.1
湖東・湖北	16.7	17.8	▲1.1	2.2	2.4	▲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 具体的な施策（産科医師の確保対策）
- 2 ○ 医師の負担を軽減するため、助産師へのタスクシフト／シェアを目指します。助産技術や判
- 3 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ジにおける健康
- 4 相談、教育活動を実践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
- 5 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。
- 6 ○ 周産期母子医療センターや救命救急センター等に対しては、修学資金等貸与者で産科・小児
- 7 科を選択した医師の派遣や、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
- 8 うなど、必要な医師の確保に努めます。
- 9 ○ 「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
- 10 県の産科医療の担い手となる人材の確保に努めます。
- 11 ○ 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
- 12 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。
- 13 ○ 産婦人科または産科の専攻医・専門医を対象とした貸付金制度の実施により、産科医師の確
- 14 保および県内定着を図ります。
- 15 ○ 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
- 16 な医師の集約化を図ります。
- 17 ○ 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を
- 18 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
- 19 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
- 20 Network））の整備を図ります
- 21 ○ 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
- 22 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
- 23 分娩体制在り方検討部会を開催し、周産期保健医療提供体制について検討します。
- 24

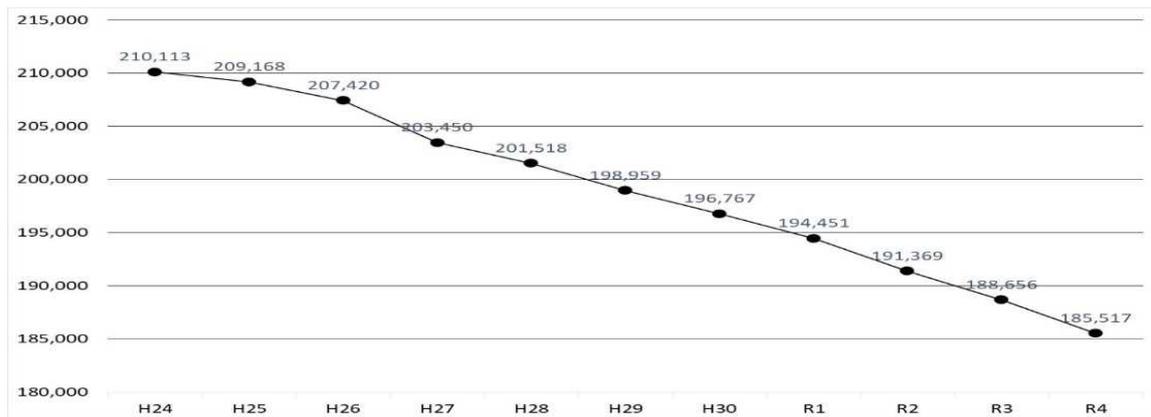
第5章 小児科における医師確保計画

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24年（2012年）10月の210,113人から令和4年（2022年）10月は185,517人と、年々減少傾向にあります。
- 医療の進捗等により、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が増加しており、小児在宅医療提供体制の整備が必要です。

図5-1-1 年少人口の推移



出典：滋賀県推計人口年報（滋賀県）

(2) 施設の状況

- 令和5年（2023年）4月現在、県内で小児科を標榜している病院は58病院中30病院であり、一般診療所では914施設中247施設です。

表5-1-2 小児科を標榜している医療機関数（令和5年（2023年）4月現在）

二次保健医療圏名	病院	診療所
大津	5	49
湖南	10	48
甲賀	3	20
東近江	5	45
湖東	2	33
湖北	3	42
湖西	2	10
計（県全体）	30	247

出典：医療ネット滋賀 医療機関一覧（滋賀県）

(3) 小児科医師数

- 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年）末現在と比べて15人増加しています。

表5-1-3 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）

- また、年少人口10万人对小児科医師数は124.8人で、平成24年（2012年）末現在と比べて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119.7人を上回っています。
- 当該医師数を二次保健医療圏ごとにみると、大津、湖西が全国平均を大きく上回っていますが、甲賀、湖東は全国平均を大きく下回っています。

表5-1-4 年少人口10万人对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	98.7	103.2	107.3	112.4	119.7	+7.3	+21	6.5%	21.3%
滋賀県	107.7	110.6	110.9	121.3	124.8	+3.5	+17.1	2.9%	15.9%
大津	161.2	164.3	168.1	180.6	188.8	+8.2	+27.6	4.5%	17.1%
湖南	120.8	125.7	109.2	118.1	129.1	+11	+8.3	9.3%	6.9%
甲賀	61.9	53.9	60.6	63.2	64.9	+1.7	+3	2.7%	4.8%
東近江	79.4	84.1	92.3	101.3	101.2	▲0.1	+21.8	▲0.1%	27.5%
湖東	65.2	65.5	62.5	64.2	66.2	+2	+1	3.1%	1.5%
湖北	85.1	98.2	114.8	119.4	117.6	▲1.8	+32.5	▲1.5%	38.2%
湖西	107.7	100.0	105.3	203.7	140.4	▲63.3	+32.7	▲31.1%	30.4%

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が、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から小児科医師に負担がかかっており、小児科医師の確保が困難になっています。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、病院勤務の小児科医師に過大な負担が生じています。

- ・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
- ・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
- ・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

- 小児救急医療提供体制においては、周産期医療ブロックとの整合性を図り、次の4ブロックに区分（以下「小児医療圏」という。）し、設定しています。また、小児科医の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)

1 ③ 東近江ブロック(東近江保健医療圏)

2 ④ 湖東・湖北ブロック(湖東保健医療圏・湖北保健医療圏)

- 3 ○ 一方、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、軽症患者の受診
4 が多く、救急搬送患者も軽症者が多くを占めています。また、少子化により救命救急センター
5 においても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さらに少な
6 くなっています。

7
8 イ 小児在宅

- 9 ○ 治療が長期間にわたり、児童の健全な育成に大きな支障となる小児慢性特定疾病は、改正児
10 童福祉法に基づき16疾患群788疾病(令和3年(2021年)11月1日現在)が指定されており、
11 県内で1,753人(令和5年(2023年)3月末現在)の児童が慢性疾病に罹患しています。
- 12 ○ 医療の進歩等により、人工呼吸器等の医療機器を在宅で使用するなど、医療的ケアが必要な
13 子どもが増加してきており、県内の慢性疾病児童のうち医療的ケア児は204人です。(令和5
14 年(2023年)3月末現在)
- 15 ○ 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
16 療機関および医師の確保が必要となるが、対応できる医療資源は成人に比べて少なく、小児医
17 療圏によって偏りがあります。

18 表5-1-5 二次保健医療圏別訪問診療対応可の診療所数

区分		大津	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北	湖西	合計
小児	可能	6	7	2	3	0	3	2	23
	往診のみ可能	1	1	1	0	1	3	1	8
	条件が整えば可能	13	11	1	11	4	8	4	52
全体	対応している	68	58	20	40	25	33	14	258
小児の訪問診療可能な診療所の割合		8.8%	12.1%	10.0%	7.5%	0.0%	9.1%	14.3%	8.9%

出典：令和5年医療機能調査(滋賀県)

19 表5-1-6 レスパイト入院・医療型短期入所可能な病院・施設数

大津	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北	湖西	合計
2	4	1	0	1	1	1	10

出典：令和5年医療機能調査(滋賀県)

- 20
21 ○ 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、連携の推進が必要です。
- 22 ○ 慢性疾病児童等およびその家族のうち、身近にかかりつけ医が確保できないと回答した方が
23 94人、専門医療機関とかかりつけ医の連携が難しいと回答した方が43人(令和3年度小児慢
24 性特定疾病おたずね票より)であり、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
25 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。
- 26 ○ 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
27 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な

1 方が多くおられます。

- 2 ○ 小児期発症の慢性疾患を持つ患者や家族は、小児科医との長年の信頼関係等から成人後も小
- 3 児科に続けることが多く、小児科病床・外来を圧迫するだけでなく、成人期発症の疾患に対す
- 4 る診療が適切に行われない可能性があり、医療の移行が課題となっています。
- 5 ○ 県では小児から成人への移行期医療の受け入れについて可能と回答した病院および診療所
- 6 は 88 か所（令和 5 年医療機能調査）ありましたが、医療の連携体制や、成人移行に関する相談
- 7 支援が受けられる場がないため、体制整備が必要です。
- 8 ○ 本県では令和 4 年度より滋賀県移行期医療支援部会を設置し、移行期医療の現状・課題を協
- 9 議し、移行期医療を総合的に支援する機能として移行期医療支援センターの設置について検討
- 10 を行っています。

11 表 5-1-7 移行対応可能な医療機関数

	病院	診療所	合計
可能	12	76	88
条件により可能	7	51	58

出典：令和 5 年医療機能調査（滋賀県）

12
13 ウ 児童精神

- 14 ○ 令和 4 年度の精神保健福祉資料（630 調査）によると、県内の精神科医師数は、精神科病院
- 15 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
- 16 人となっています。
- 17 ○ 内、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
- 18 神科病床の無い診療所等では、常勤 20 人（80%）、非常勤 8 人（80%）です。
- 19 ○ 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
- 20 （小児科 27 名、精神科 5 名）です。
- 21 ○ 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
- 22 期間が長期化しています。
- 23 ○ 本県の全人口に占める年少人口の割合は全国平均と比較して大変緩やかに減少し、令和 2 年
- 24 （2020 年）から令和 27 年（2045 年）の年少人口減少率では、本県 19.3%に対して全国 26.6%
- 25 と 7.3%の差が見られ、小児科医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。

26 表 5-1-8 本県と全国の年少人口の推計比較

(単位：%)



1 出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(2018年推計)」

- 2
- 3 ○ しかし、令和5年度の専攻医の採用に関し、本県では小児科の採用数にシーリング（募集定員
4 員の上限）が設定されました。
- 5 ○ 令和5年度の専攻医の採用においては、募集定員13名に対し、2名の採用にとどまり、シ
6 ーリングが設定されていることで、専攻医に応募しても、競争倍率が高いため採用されにくい
7 のではないかという懸念が広がった可能性があります。

8

9 2 小児科医師偏在指標

10 (1) 基本事項

- 11 ○ 小児科における医師偏在指標の算出に用いる医療需要については、15歳未満の人口を「年少
12 人口」と定義し、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
13 て年少人口を調整したものが用いられます。
- 14 ○ 患者の流出入については、産科と異なり、流出入状況を反映します。
- 15 ○ 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。
- 16 ○ なお、医師数は、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
17 いて調整することとされています。
- 18

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

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

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

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

- 19
- 20
- 21 ○ 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
22 されています。
- 23 ○ なお、小児科医師偏在指標については、全体の医師偏在指標と同様、一定の前提条件の下、
24 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
25 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
26 必要です。
- 27 ○ また、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り
28 ますが、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であるた
29 め、当該割合について医療圏間で差は無いと仮定して計算されています。
- 30

1 (2) 県・小児医療圏の小児科医師偏在指標

2 ○ 今回の計画の策定にあたり、国から示された小児科医師偏在指標は以下のとおりです。

3

表5-2-1 都道府県間的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）

4

表5-2-2 県全体および小児医療圏の小児科医師偏在指標

区域	医師偏在指標	全国順位(※)	区分	小児科医師数(R2)	標準化小児科医師数(R2)	年少人口(R3)	標準化受療率比
全国	115.1			17,634	17,634	153.2	1.000
滋賀県	124.3	12位		244	240.0	1.9	0.987
天津・湖西	183.6	6位		93	94.8	0.5	1.007
湖南・甲賀	101.2	169位		81	78.7	0.7	1.084
東近江	105.6	158位		31	30.2	0.3	0.922
湖東・湖北	100.6	171位		38	36.3	0.4	0.867

出典：小児科偏在指標に係るデータ集（厚生労働省）

※ 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）

小児医療圏は303医療圏中の順位（202～303位が相対的医師少数区域）

5

表5-2-3 県全体および小児医療圏の医師偏在指標比較表

(R2.3)小児科偏在指標				(R5.11)小児科医師偏在指標			
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	
天津・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	

出典：小児科医師偏在指標に係るデータ集（厚生労働省）

6

- 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。本県の指標は全国値とほぼ同等です。
- 小児医療圏ごとにみると、湖南・甲賀小児医療圏が順位を上げています（↑33）。一方で、東近江、湖東・湖北小児医療圏が順位を下げています（↓34、↓25）。大津・湖西小児医療圏は概ね横ばいですが、全国順位は 6 位であり、全国でも上位に位置付けられています。

3 相対的医師少数区域の設定

- 産科と同様、小児科においても、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、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・相対的医師少数区域と設定することとされています。
- 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、産科と同様、小児科においては医師多数都道府県や医師多数区域は設けないこととされています。
- 県全体では、表 5-2-3 記載のとおり、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、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。
- 小児医療圏ごとに見ても、本県には相対的医師少数区域（202～303 位/303 小児医療圏）はありません。

4 医師確保の方針

- 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、将来推計を踏まえた方針を定めることとされています。
- 将来推計については、小児科医療は、周産期医療と同様、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ています。
- 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る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る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
------	--	-------------

○ 上記に基づき、本県における医師確保の方針は次のとおりとします。

(1) 県全体

- 現在の医師の配置を含む小児医療提供体制を維持することを基本的な方針とし、小児科医師の確保に関しては、大学病院、関係団体、関係医療機関および滋賀県が互いに協力して県内に多くの小児科医師に定着してもらえよう、小児科医師のキャリア形成支援や勤務環境改善に積極的に取り組んでいきます。
- また、小児救急体制の維持のため、4ブロック化による再編を推し進めることで、医師の集約化を図ります。
- 地域医療構想調整会議等における議論の結果や、滋賀県医療勤務環境改善支援センターにおける勤務環境改善の取組を踏まえつつ、将来に渡って滋賀県における地域の医療提供体制を確保できるよう、必要となる医師の確保を図っていきます。

(2) 小児医療圏

- 本県は相対的医師少数区域がないことから、原則として、現在の周産期保健医療提供体制を維持するために必要な小児科医師を確保することを基本的な方針とします。相対的医師少数区域以外であっても相対的医師少数区域と同様、小児科医師が不足している可能性があることを踏まえ、医療圏内の小児医療提供体制の状況や国における各種議論等を考慮し、必要に応じて、滋賀県地域医療対策協議会における協議の結果、地域枠医師を含めた小児科医師の派遣調整を行うなど、柔軟な対応を図ります。

5 偏在対策基準医師数

- 医師確保計画においては、計画期間中に医師少数区域を脱するために必要な医師数を「医師少数区域」として設定しますが、小児科については、相対的医師少数区域以外の地域においても医師が不足している可能性があることから、相対的医師少数区域の医師の確保を目的とした「目標医師数」の設定はしないこととされています。
- 偏在対策基準医師数は、計画期間終了時に相対的医師少数区域に該当しないための基準となる医師数として国が令和8年(2026年)の年少人口将来推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ないため、参考値としての取り扱いとなります。
- 本県ではいずれの小児医療圏においても、現在医師数が偏在対策基準医師数を上回っています。

表5-5-1 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)		
	偏在対策基準医師数 (R8) A	小児科医師数 (R2) B	差 (A-B)	将来推計 (R8) C	現在時点 (R3) D	差 (C-D)
全国	—	17,634	—	139.01	153.18	▲14.17
滋賀県	199.5	240.0	▲40.5	1.85	1.96	▲0.11
大津・湖西	44.0	94.8	▲50.8	0.48	0.51	▲0.03
湖南・甲賀	69.3	78.7	▲9.4	0.69	0.72	▲0.03
東近江	25.3	30.2	▲4.9	0.29	0.31	▲0.02
湖東・湖北	31.5	36.3	▲4.8	0.39	0.42	▲0.03

1 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）

2
3 6 偏在対策基準医師数を踏まえた具体的な施策（小児科医師の確保対策に特化したもののみを抜
4 粋）

- 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て、県内基幹施設の専門研修プログラムに関する情報発
9 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。
- 10 ○ 専門研修におけるシーリングにより必要な小児科医の確保に支障が出る恐れがあることか
11 ら、（一社）日本専門医機構等に対し、改善を求めていきます。
- 12 ○ 小児救急電話相談事業（短縮ダイヤル#8000）の実施により、関係機関と協力して更なる周
13 知をすることで適切な受診を促進し、患者の重症化を防ぐとともに、軽症で緊急性のない受診
14 （いわゆるコンビ二受診）を抑制し、小児救急に携わる医師の負担を軽減します。
- 15 ○ また、応答率や相談内容等について分析し、より効果的な体制の検討に努め、適切な医療機
16 関の受診につなげます。
- 17 ○ 小児救急医療提供体制について、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
18 になっていること、働き方改革による医師の時間外労働規制の適用も踏まえ、小児救急医療体
19 制における二次保健医療圏を見直し、保健所とも連携し救命救急センターを核とした4ブロッ
20 クへの集約化を推進します。
- 21 ○ 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
22 がら実情に応じた改善策の検討に努めます。
- 23 ○ 慢性疾病児童等の病状急変時に医療機関等の連携のもと適切な支援を受けられるよう、身
24 近なかかりつけ医の確保の推進に努めます。
- 25 ○ 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
26 急医療に精通した医師を講師として研修を実施することにより、初期医療体制の強化を図りま
27 す。
- 28 ○ 小児在宅医療を必要とする患者に対して、地域で診療できる医師等の増加に向けて、人材の育
29 成・質の向上・連携体制の構築を図ります。
- 30 ○ 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の確保および、
31 成人期の医療を担う医師の確保に向けて、移行期医療の情報発信・周知啓発・人材育成・連携

1 体制の構築に取り組み、医師の資質向上、負担軽減を図ります。

2 ○ 小児在宅医療を担う人材育成・スキルアップを目的とした座学・実技・実地研修を実施しま
3 す。また、関係者の顔の見える関係づくり、情報提供・連携推進の場として小児在宅委員会を
4 開催します。

5 ○ 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
6 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う。また、同
7 一施設内に神経発達症・児童思春期を診療する医師がない場合にも、オンラインで他の医師
8 に相談ができる体制を整えます。

9 ○ 移行期医療支援センターにおいて、移行期医療に対応できる医療機関の情報収集・情報発信
10 を行い、移行期医療に関わる医師等の負担軽減を図ります。また、人材育成・周知啓発を目的
11 としたセミナー・研修会を開催し、移行期医療に関わる医師の確保および資質向上に取り組み
12 ます。さらに、移行期医療支援に関する協議会を開催し、本県の現状を踏まえた移行期医療支
13 援センターの取組評価・見直しを行います。○ 「神経発達症・児童思春期医療従事者研修(医
14 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を図りま
15 す。

16 ○ 「子どものこころ専門医」の養成には多大な時間を要し、また専門医には重症例への対応が求
17 められるため、適切な医療提供体制を構築するためには、一般診療医が積極的に自殺の危険を
18 示すサインに気づき、適切な対応を図ることができるゲートキーパーとしての診療を担うこと
19 が期待されます。

20 ○ 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
21 します。

22 ○ また、地域支援機関の一般診療医向けに「神経発達症の診療に関わる診療手引き」を作成し
23 ます。

24 ○ さらに、一般診療医が専門医の診察に陪席し、知識・技術を習得する場の拡充し、アセスメ
25 ント能力を底上げします。

26 ○ 学生・研修医を対象としたイベントや研修会を開催し、神経発達症・児童思春期医療に関し
27 て情報発信を行い、早期の動機付けを図ります。

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、県全体および二次医療圏ごとに医師確保の状況に
13 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等によりデータ収
18 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、次の項目につ
19 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。
- 26
- 27
- 28

地域医療対策協議会(11月14日)意見等への対応一覧

No.	意見等の内容	左記の意見に対する対応
1	●甲賀保健医療圏だけを医師少数区域に設定するのは不公平だと思う。医師多数区域となっている二次保健医療圏であっても、医療圏内で著しい地域偏在がある。甲賀保健医療圏を医師少数区域に設定するならば、医師少数スポットも増やしてほしい。	●医師少数スポットの設定については、保健医療計画のへき地医療の医療提供体制の内容と連動して設定しており、保健医療計画の議論の中でもご検討いただいています。今回は、素案のとおりとし、3年後の計画改定に向けて、へき地医療とセットで検討を進めてまいります。
2	●医師確保を考える上では専攻医(3年目医師数)の確保が一番重要である。これまでの実績に合わせて、専攻医の目標数を100名と設定しているようだが、110名に増やして目標設定した方が良いのではないか。	●目標値を110名に増やします。
3	●県独自の診療科別目標医師数を設定すべきだと思う。国の統計は内科・外科を一括りにしているが、サブスペシャリティ(専門分野)において偏在が生じている。県で独自にデータを取得しないと地域の実情に応じた地域・診療科の偏在是正は達成できないのではないか。	●県独自の医師数調査の活用等により、まずは必要なデータをしっかりと収集した上で、3年後の計画改定時に診療科別の目標医師数の設定ができるよう、検討を進めていきます。
4	●スライド30の資料に総合診療科が入っていない。今後は人口密度の低い地域ほど、開業医の確保が困難になっていく。地域医療を支える中心となるのは総合診療医であるため、総合診療医を調査項目に含めるべきではないか。	●県独自の医師数調査においては、従前から「総合診療医」を診療科の選択肢に含めています。三師統計においても、調査項目に総合診療科が追加されるよう、国に働きかけてまいります。
5	●乳腺外科医は少ない。外科でまとめるのではなく、国ではできていない分析を県で行ってほしい。	●県独自の医師数調査等により対応します。
6	●働き方改革が目前に迫っている。診療科別目標医師数は3年後の設定を検討することであるが、特に高度医療の分野では医師の不足は明らかであり、湖北医療圏などでは今から何かしら手を打っておかないと手術ができなくなってしまう恐れがある。	●次期計画素案では、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た上で、医師確保や地域・診療科偏在の是正に向けて取組を進めていくこととしており、適宜、現状を把握した上で施策を進めてまいります。
7	●県としては、救急・産科の医療提供体制を支援しつつ、宿日直許可が取れているかどうかを把握したうえで公表するべきではないか。	●宿日直許可の取得状況については、現在、病院、有床診療所に対し最終調査を実施しているところであり、第3回の地域医療対策協議会においてデータをお示しする予定をしております。
8	●医師少数区域、医師多数区域というのは数字上の話であり、医療圏内に大学病院や公立病院があれば、医師多数区域になる。診療科別目標医師数を設定する際は、医師会等に現場の意見を聞いたうえで作成されたい。	●3年後の計画改定に向けて検討を進めていきます。
9	●在宅医療は総合診療医が担う必要があるので、総合診療医を診療科の項目に加えられたい。また、中小病院や開業医が行う在宅医療の取組に対して支援をお願いしたい。	●在宅医療に関しては保健医療計画において記載し、また、総合的な診療能力を有する医師の確保・育成に関して具体的な施策として記載した上で、その取組を進めてまいります。
10	●総合診療科の専攻医の令和6年度募集では、現時点で滋賀県の応募は1名であり、全国ワースト10に入っている。専攻医採用数を最低〇人確保するとして目標人数を打ち出してほしい。	●3年後の計画改定に向けて検討を進めていきます。

No.	意見等の内容	左記の意見に対する対応
11	●次期計画において、第8次(後期)医師確保計画までに何をどのように進めていくのかを具体的に示すべき。	●3年後の計画改定時までには、診療科別や専門分野ごとの目標医師数等の設定ができるようデータ収集や分析等、やるべきことを具体的に明記します。
12	●周産期母子医療センターへの医師の集約化とあるが、コロナ禍において妊産婦の受入数が一番多かったのは周産期母子医療センターではなく淡海医療センターであったはず。周産期母子医療センターのあり方を見直す必要があるのではないかと。	●周産期母子医療センターのあり方については、保健医療計画の周産期医療の検討の中で議論しています。
13	●長期的に医師を増やすとなると、教育力の充実が非常に大事。臨床研修の指導医資格は5年以上、専門研修の指導医資格は15年以上の経験が必要になる。指導医の確保は、若手医師の確保にも繋がると思うので、計画で指導医の目標数を定めてはどうか。	●3年後の計画改定に向けて検討を進めていきます。
14	●県全体の医師偏在指標が16位から19位になっているため、一見すると頑張りが足りなかったようにも見えてしまう。医師偏在指標がどのくらいになれば、働き方改革が達成されたことになるのか。計画の最終的なゴールを示されたい。	●医師偏在指標は、全国的な比較になるため、これをもって評価することは困難です。働き方改革の達成状況を表す指標については、県独自で定められないか、3年後の計画改定に向けて検討を進めます。
15	●人口減少が大きい医療圏は、押しなべて医師偏在指標の順位が上昇している。湖西保健医療圏が医師多数区域に位置付けられた理由は、人口減少が大きいためではないか。滋賀県全体としては人口減少が緩やかなので、あまり影響を受けていないが、医師偏在指標の解析はしっかり行うべき。	●3年後の計画改定に向けて、医師偏在指標を詳細に分析し、保健医療圏ごとの実情をしっかりと把握します。
16	●小児の精神疾患や高度医療の医師確保については、概要版にも記載すべきではないかと。	●概要版に記載します。
17	●診療科偏在は以前よりも広がっているように思う。診療科偏在の是正に対し、現時点でのアイデアはあるのか。	●県独自の医師数調査の活用等により、まずは必要なデータをしっかりと収集した上で、3年後の計画改時に診療科別の目標医師数の設定ができるよう検討を進め、国の動向を注視しながら対応を進めていきます。
18	●滋賀県は医師少数スポットが少ない。小学校の学区単位でも開業医がいないところがあるので、そのような地域は医師少数スポットに設定しても良いのではないかと。	●医師少数スポットの設定については、保健医療計画のへき地医療の医療提供体制の内容と連動して設定しており、保健医療計画の議論の中でもご検討いただいています。今回は、素案のとおりとし、3年後の計画改定に向けて、へき地医療とセットで検討を進めてまいります。
19	●児童精神を担う医師の確保・養成のためには、県外研修により最先端の知見・知識を得た医師にフロンティアになってもらう必要があると考えるが、研修から帰ってきた医師にポスト(特任助教など)が用意されていないため、モチベーションが上がらない。県外研修者の研修修了後のポストを用意する等、モチベーションを上げる工夫が必要ではないかと。	●滋賀医科大学をはじめ関係団体等との連携の下、不足する専門分野の医師の確保に向けた検討を進めていきます。
20	●小児科における医師確保計画の具体的な施策としてコンビニ受診の抑制が記載されているが、他の診療科にもいえること。医療需要の適正化については、在宅医療における救急受診(重症化予防の推進、ACPの徹底)に関して考察が可能であるため、計画に盛り込んでどうか。 (※)ACP(アドバンス・ケア・プランニング) もしもの時に、どのような医療やケアを望むのかを前もって考え、家族や医療・介護従事者と繰り返し話し合い共有すること。人生会議。	●医療需要の適正化に関しては、保健医療計画においても記載しているところであるが、医師確保の観点からも重要な取組であることから、医師確保計画においても記載します。