

滋賀県医師確保計画

(滋賀県保健医療計画別冊)

素案

令和6年(2024年)3月

滋 賀 県

第1章 基本事項	
1 計画改定の趣旨	1
2 計画の位置づけおよび期間	1
3 計画の全体像	1
4 計画の策定・推進体制	2
第2章 現行計画の評価	
1 医師全体	3
2 産科	4
3 小児科	5
第3章 医師全体の医師確保計画	
第1節 県・二次保健医療圏の現状	
1 基礎データ	7
2 将来人口	
(1) 県全体	9
(2) 二次保健医療圏	9
3 医療需要	
(1) 県全体	11
(2) 二次保健医療圏	11
4 医療施設従事医師数等	
(1) 県全体	15
(2) 二次保健医療圏	15
5 診療科別医師数	19
6 医師養成数	21
7 臨床研修医	23
8 専攻医	24
第2節 医師偏在指標	
1 算定式	
(1) 基本事項	25
(2) 医師偏在指標における医療需要の考え方	26
(3) 医師偏在指標における医師供給の考え方	27
2 医師偏在指標	
(1) 医師偏在指標（全体）	28
(2) 病院医師偏在指標	30
(3) 診療所医師偏在指標	30
3 医師少数区域等の設定	
(1) 医師少数区域・医師多数区域	31
(2) 医師少数都道府県・医師多数都道府県	31
(3) 医師少数スポット	32

第3節 医師確保の方針

1 基本事項	34
2 将来時点の必要医師数	35
3 医師確保の方針	
(1) 県全体	35
(2) 二次保健医療圏	
ア 医師少数区域（甲賀保健医療圏）	36
イ 医師中程度区域（湖東保健医療圏）	36
ウ 医師多数区域（大津、湖南、東近江、湖北、湖西保健医療圏）	36
(3) 医師少数スポット	37

第4節 目標医師数

1 基本事項	38
2 目標医師数	39
3 その他目標値	
(1) 臨床研修医採用数・3年目医師採用数	40
(2) 診療科別の目標医師数	40

第5節 具体的な施策

1 実施体制	
(1) 滋賀県地域医療対策協議会	42
(2) 滋賀県医師キャリアサポートセンター	42
(3) 滋賀県医療勤務環境改善支援センター	43
2 取組内容	
(1) 地域医療に貢献する医師の「養成」	
ア 地域枠医師	44
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）	44
ウ 自治医科大学卒業医師	45
エ その他	46
(2) 地域医療を担う医師の「キャリア形成支援」	
ア キャリア形成プログラム	47
イ 臨床研修	48
ウ 専門研修	48
(3) 地域医療を支える医師の「定着促進」	
ア 医師の働き方改革	49
イ 子育て医師等支援	49
ウ その他	49
(4) 地域・診療科別の「偏在是正」	
ア 医師派遣	50
イ 在宅医療（在宅総合診療）の推進	51
ウ その他	52

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	53
2 分娩取扱医師偏在指標	
(1) 基本事項	57
(2) 県・周産期医療圏の分娩取扱医師偏在指標	58
3 相対的医師少数区域の設定	59
4 医師確保の方針	60
(1) 県全体	60
(2) 周産期医療圏	61
5 偏在対策基準医師数	61
6 偏在対策基準医師数を踏まえた具体的な施策	62

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	63
2 小児科医師偏在指標	
(1) 基本事項	66
(2) 県・小児医療圏の小児科医師偏在指標	67
3 相対的医師少数区域の設定	68
4 医師確保の方針	69
(1) 県全体	69
(2) 小児医療圏	70
5 偏在対策基準医師数	70
6 偏在対策基準医師数を踏まえた具体的な施策	71

第6章 計画の効果の測定・評価

.....	72
-------	----

<参考資料> 計画関連事業一覧

.....	未作成
-------	-----

第1章 基本事項

1 計画改定の趣旨

- 医師の偏在は、地域間、診療間のそれぞれにおいて、長きにわたり課題として認識されてきました。そのため、平成20年度（2008年度）以降、地域枠制度を中心とした取組により、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ません。
- そのため、厚生労働省に設置された「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、この検討結果等を踏まえ、平成30年（2018年）7月に「医療法及び医師法の一部を改正する法律」（以下「改正法」という。）が成立しました。
- この改正法に基づき、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、各都道府県は令和元年度（2019年度）に新たに「医師確保計画」に策定し、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「前回計画」という。）について、令和5年度（2023年度）末で期間が満了するため、前回計画の効果の測定・評価を行ったうえで、令和6年度（2024年度）に向けて第8次（前期）医師確保計画（以下「今回計画」という。）を策定します。

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。

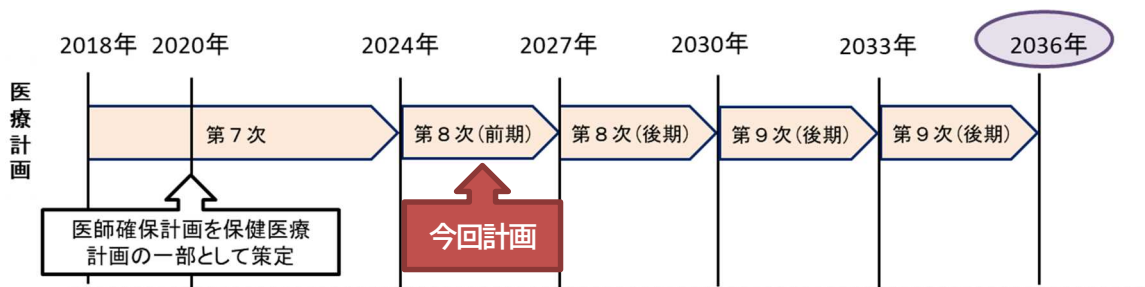
3 計画の全体像

- 医療法第30条の4第1項の規定に基づく計画として、厚生労働省が示す医師偏在指標の計算式・計算結果に基づき、都道府県において医師偏在指標を定め、この医師偏在指標に基づき、二次医療圏のうちから医師少数都道府県・医師多数都道府県を設定します。
- 都道府県内の医師少数区域・医師多数区域の状況によって、都道府県内の調整により医師確保を図る必要があるか、他の都道府県からの医師確保も必要となるかが異なるため、二次保健医療圏ごとに医師確保の方針を定めた上で、具体的な目標医師数を設定し、目標医師数を達成するために必要な施策について定めます。
- あわせて、三次保健医療圏（都道府県）についても、厚生労働省が都道府県単位で算出した医師偏在指標に基づき、医師少数都道府県・医師多数都道府県を設定します。設定された区分に応じて、二次保健医療圏と同様に、医師確保の方針、目標医師数、目標医師数を達成するために必要な施策を定めます。
- 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、医師全体の医師確保計画とは別に、産科・

小児科に限定した医師確保計画を策定します。

- 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」と密接な関連があるものであり、これらの取組を一体的に進めることが重要になります。
- 医師確保計画は、PDCAサイクル（目標設定→取組→評価→改善）に基づく見直しを3年ごとに行い、長期的には厚生労働省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。

図表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、医師会や大学医学部等の医育機関、市町のほか、関係機関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、計画案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であることから、滋賀県医療審議会に計画の策定を諮問し、答申を踏まえて策定しました。
- 本計画については、引き続き「滋賀県地域医療対策協議会」において協議を行うなどして、取組を推進していきます。

第2章 現行計画の評価

1 医師全体

- 前回計画の「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。
- 令和2年3月に策定した前回計画に基づき、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じた確保対策の4本柱による取組を推進し、医師の確保や偏在是正に総合的に取り組んできました。
- 目標項目としては、第7次滋賀県保健医療計画において、臨床研修医採用数と、3年目医師採用数（専攻医含む）の2点を設定しており、それぞれの目標値と達成状況は以下のとおりです。

図表2 数値目標の達成状況

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

図表3 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

- 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各医療機関への勤務環境改善の支援、医師・医学生へのキャリア形成支援の取組を着実に実施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年目医師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年度に目標値を達成しています。そのため、目指すべき姿の達成に向けた取組を進めることができたと考えます。
- 県内の医療提供体制を確保するため、引き続き医師の確保・偏在是正やキャリア形成支援の取組を進めるとともに、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ます。

2 産科

- 前回計画における「7 産科・小児科の医師確保計画」のうち、産科の医師確保計画における取組内容に対する評価・課題等は以下のとおりです。

4年間の主な取組	4年間の取組に対する評価・課題等
<ul style="list-style-type: none"> ●滋賀県周産期医療等協議会および周産期医療検討部会を開催し、周産期医療提供体制の課題や、医師の働き方改革による影響などを検討した。 ●地域の分娩体制あり方検討部会は令和2年度に開催し、今後の分娩体制の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"> ●喫緊の課題となっている産科医を確保するため、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ことができ、県内の助産の質の向上に寄与した。

3 小児科

- 前回計画における「7 産科・小児科の医師確保計画」のうち、小児科の医師確保計画における取組内容に対する評価・課題等は以下のとおりです。

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) ●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。 	<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、小児在宅医療体制の構築に寄与した。

4年間の主な取組	4年間の取組に対する評価・課題等
<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年度末時点での「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>

第3章 医師全体の医師確保計画

第1節 県・二次医療圏の現状

1 基礎データ

図表4 本県の基礎データ

区分	人口 (人) ※1	高齢化率 ※2	面積 (km ²) ※3	病院数 ※4			一般診療所数 ※5			
				H30	R4	R4-H30	H30	R4	R4-H30	R4/H30
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%

※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）

※3 全国都道府市区町村別面積調（令和5年7月1日現在）

※4、※5 令和4年医療施設調査（令和4年10月1日現在）

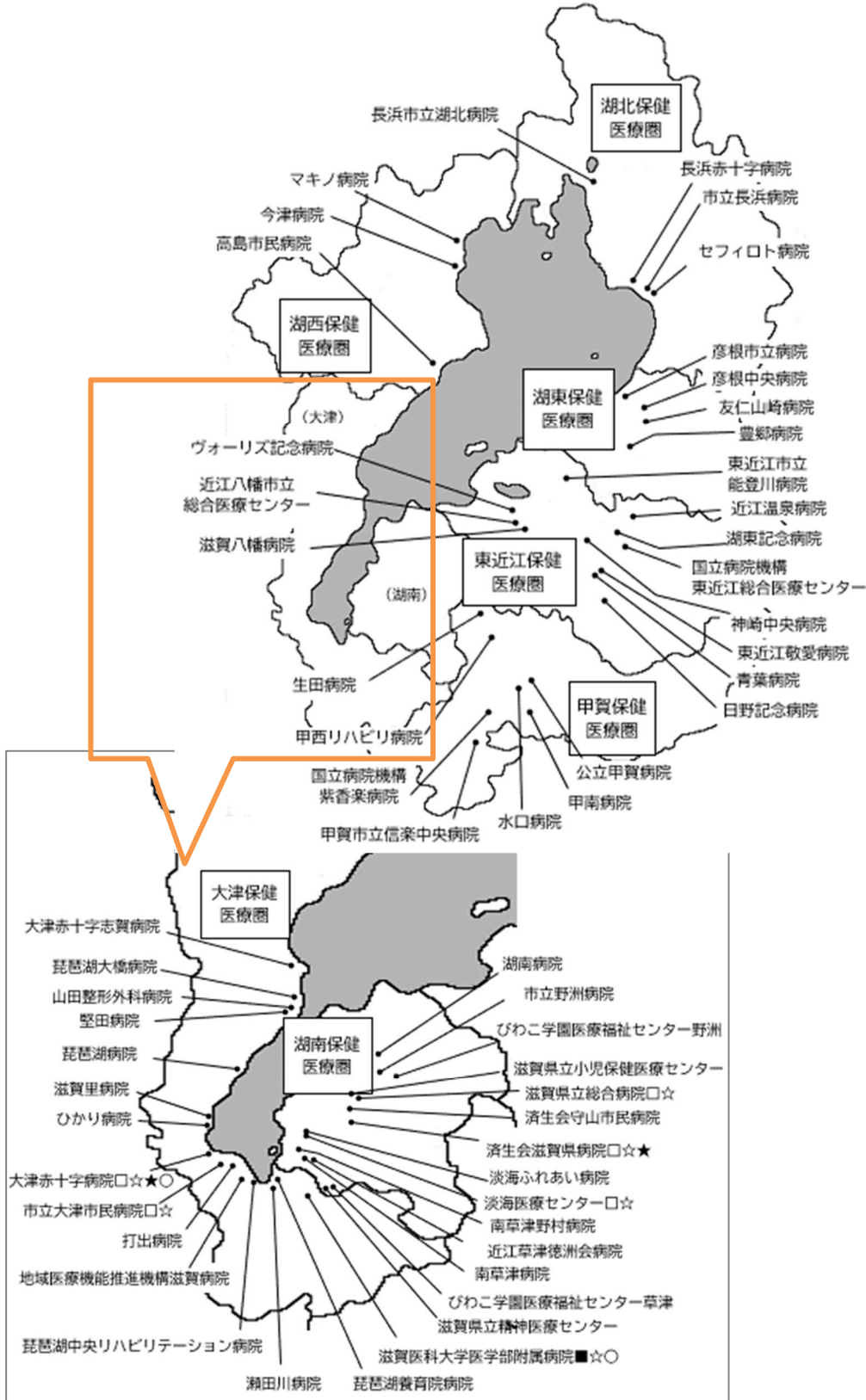
図表5 本県の二次保健医療圏の構成

二次保健医療圏	市町村
大津	大津市
湖南	草津市、守山市、栗東市、野洲市
甲賀	甲賀市、湖南市
東近江	近江八幡市、東近江市、日野町、竜王町
湖東	彦根市、愛荘町、豊郷町、甲良町、多賀町
湖北	長浜市、米原市
湖西	高島市

- 本県の人口は約142万人（令和3年（2021年）1月1日現在）で、高齢化率は26.1%です。
- 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。
- 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）、一般診療所は56施設が増加しています。
- 二次保健医療圏別に見ると、一般診療所数は大津・湖南・東近江・湖西の4医療圏で増加しており、増加率は湖西保健医療圏で最も高くなっています。一方で、湖東・湖北の2医療圏で減少しており、甲賀保健医療圏は増減がありませんでした。
- 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ます。7つの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。

図表6 病院の分布（令和4年10月1日現在）



2 将来人口

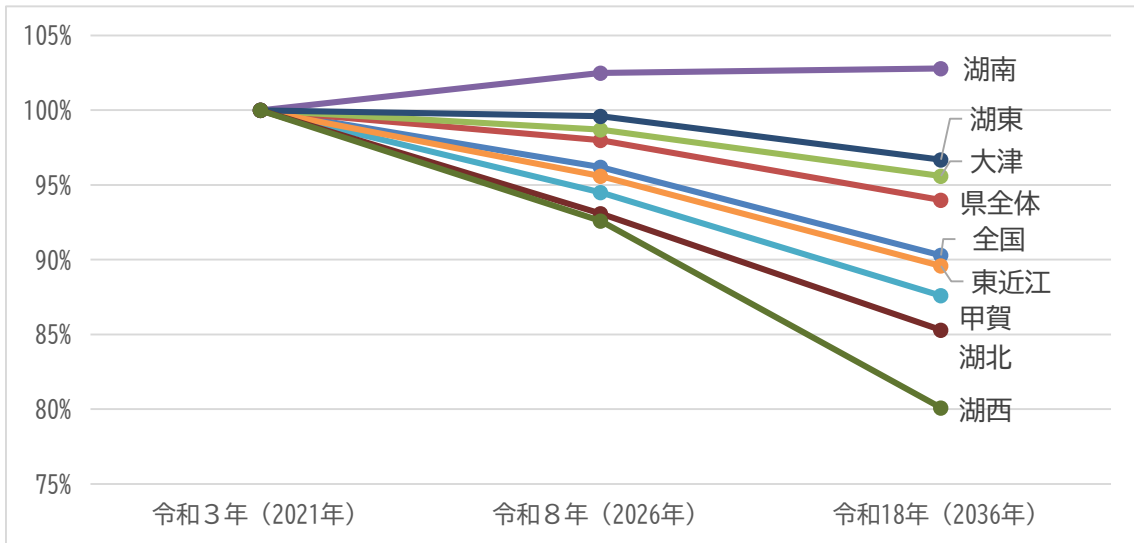
(1) 県全体

- 滋賀県の令和3年(2021年)1月1日時点の人口を「100%」とした場合、令和8年(2026年)には「98.0%」、令和18年(2036年)には「94.0%」になると推計されています。
- 同様に、全国の令和3年(2021年)1月1日時点の総人口を「100%」とした場合、令和8年(2026年)には「96.2%」、令和18年(2036年)には「90.3%」になると推計されることから、滋賀県の将来人口の推移は全国平均と比較すると緩やかな減少に留まっています。
- 滋賀県の人口を年代別に見ると、65歳以上の割合は26.1%で(令和3年(2021年)1月1日時点)で、令和8年(2026年)には27.7%、令和18年(2036年)には30.7%であり、高齢化がより一層進むことが見込まれていますが、全国平均と比較すると緩やかな上昇に留まっています。

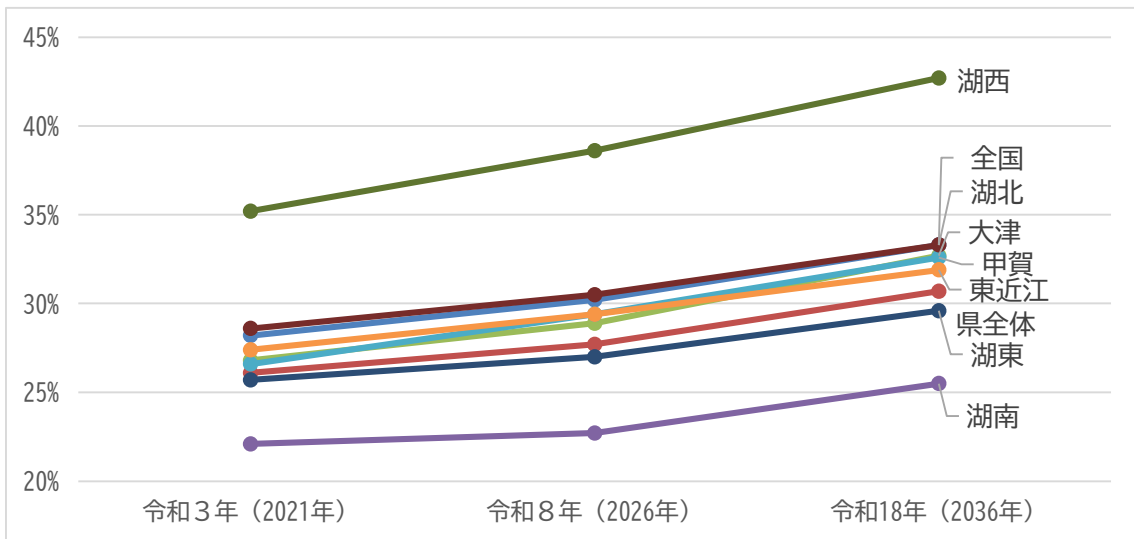
(2) 二次保健医療圏

- 二次保健医療圏ごとの人口を見ると、人口が増加すると推計されているのは湖南保健医療圏のみであり、その他の医療圏では人口の減少が見込まれています。特に、湖西保健医療圏の減少率がかなり高くなる見込みです。
- 二次保健医療圏ごとの高齢化率は、令和18年(2036年)に向けて軒並み高くなりますが、令和18年(2036年)時点の高齢化率は、湖西保健医療圏以外の二次保健医療圏において全国平均値以下となっています。中でも湖南保健医療圏の高齢化率の上昇は比較的緩やかであり、一方で湖西保健医療圏の高齢化率は令和18年(2036年)時点で全国平均値よりもかなり高くなる見込みです。

図表7 将来人口の推移



図表8 高齢化率の推移



図表9 人口および高齢化率の推移

区分	2021年		2026年		2036年		人口推移(※)	
	人口	高齢化率	人口	高齢化率	人口	高齢化率	2026年	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%

出典：①2023年医師偏在指標に係るデータ集（厚生労働省）
 ②目標医師数・参考値（2026年）に係るデータ集（厚生労働省）
 ③必要医師数（2036年）に係るデータ集（厚生労働省）

3 医療需要

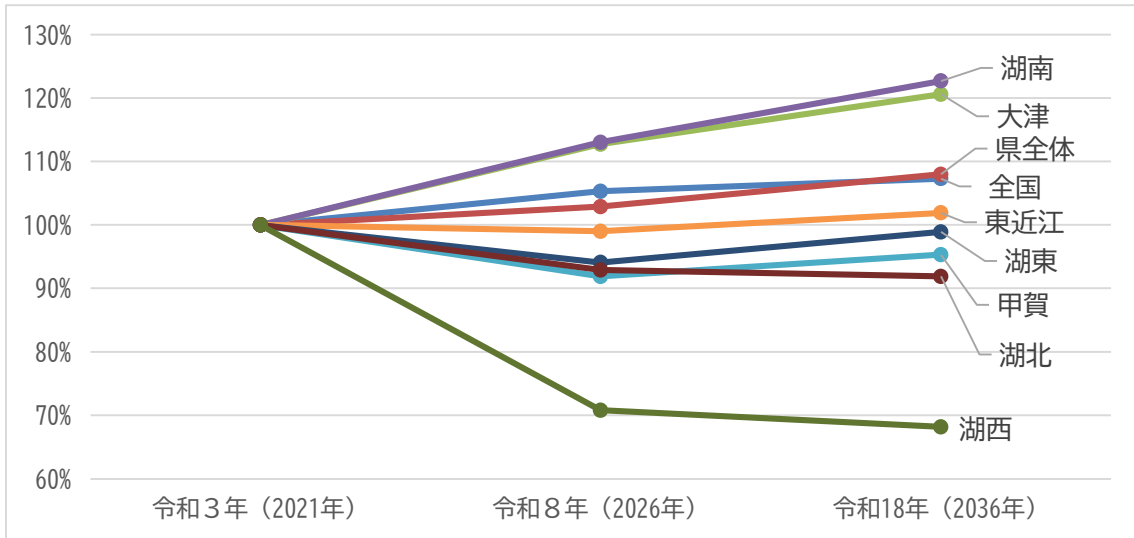
(1) 県全体

- 滋賀県の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）時点で21,576人であり、この人数を「100%」とした場合、令和8年（2026年）には「102.9%」、令和18年（2036年）には「108.0%」になると推計されています。
- 同様に、全国の令和3年（2021年）時点の医療需要を「100%」とした場合、令和8年（2026年）には「105.3%」、令和18年（2036年）には「107.3%」になると推計されることから、滋賀県の将来人口の推移は全国平均と概ね同様の動きとなっています。
- 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。
- また、滋賀県の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900人程度に対し、県外からの流入が400人程度であり、一日あたり500人程度の流出超過となっています。
- 同様に、滋賀県の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800人程度に対し、県外からの流入が400人程度であり、一日あたり400人程度の流出超過となっています。

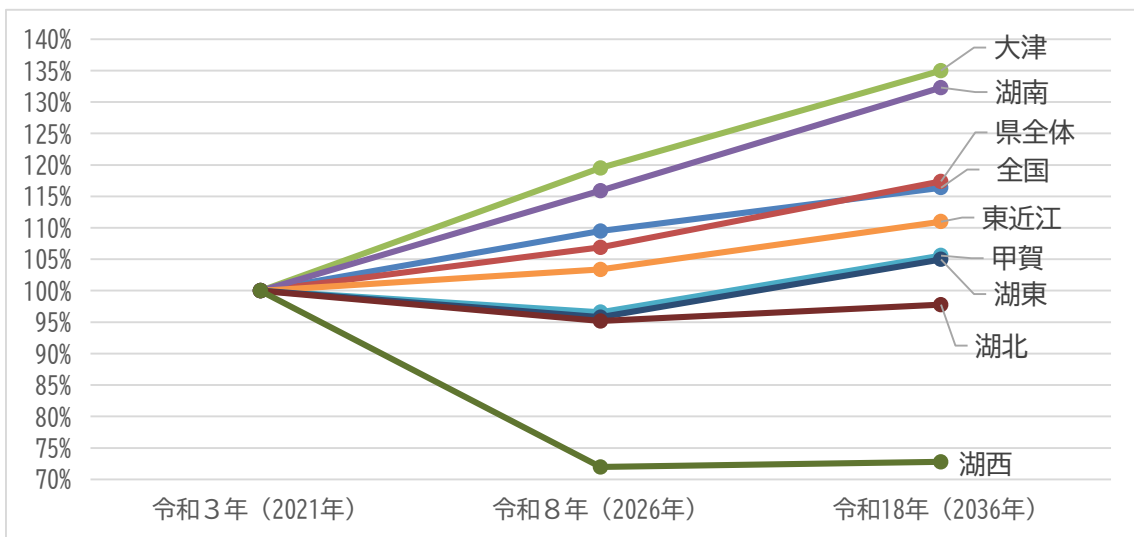
(2) 二次保健医療圏

- 二次保健医療圏ごとの医療需要を見ると、令和8年（2026年）に向けて医療需要が増加すると推計されているのは2医療圏（大津・湖南）であり、東近江保健医療圏はほぼ横ばいで推移します。その他の4医療圏（甲賀・湖東・湖北・湖西）では医療需要が減少すると推計されていますが、このうち湖西保健医療圏は大きく医療需要が低下します。
- その後、令和18年（2036年）時点では、湖北・湖西保健医療圏を除く5医療圏（大津・湖南・東近江・甲賀・湖東）で医療需要が増加すると推計されています。
- 医療需要のうち、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、多くの医療圏で上昇傾向にあります。4医療圏（甲賀・湖東・湖北・湖西）においては令和8年（2026年）時点で減少する見込みとなっています。
- 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上昇しますが、2医療圏（湖北・湖西）は現在時点よりも高齢者の医療需要が低下すると見込まれています。
- また、二次保健医療圏ごとの1日あたりの入院患者の流出入状況を見ると、大津・湖南保健医療圏を除く5医療圏（甲賀・東近江・湖東・湖北・湖西）において流出超過となっています。
- 同様に、二次保健医療圏ごとの1日あたりの外来患者の流出入状況を見ると、湖南保健医療圏を除く6医療圏（大津・甲賀・東近江・湖東・湖北・湖西）において流出超過となっています。

図表 10 医療需要の推移



図表 11 高齢者（65歳以上）の医療需要の推移



図表 12 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%

出典：2023年医師偏在指標に係るデータ集（厚生労働省）

図表 13 滋賀県（全体）の患者流出入状況

単位：千人

入院患者流出入状況					外来患者流出入状況						
流入	府県	流入数	流出	府県	流出数	流入	府県	流入数	流出	府県	流出数
	三重県	0.1		岐阜県	0.1		三重県	0.1		岐阜県	0.1
	京都府	0.2		京都府	0.7		京都府	0.2		京都府	0.6
	大阪府	0.1		大阪府	0.1		大阪府	0.1		大阪府	0.1
	計	0.4		計	0.9		計	0.4		計	0.8
流出入	1日あたり0.5千人の流出超過				流出入	1日あたり0.4千人の流出超過					

図表 14 大津保健医療圏の患者流出入状況

単位：千人

入院患者流出入状況					外来患者流出入状況								
流入	医療圏	流入数	流出	府県	流出数	流入	医療圏	流入数	流出	府県	流出数		
	湖南	0.4		湖南	0.3		湖南	0.3		湖南	0.5		
	甲賀	0.1		(県外)	0.4		甲賀	0.1		(県外)	0.4		
	東近江	0.1					湖西	0.1					
	湖西	0.2					(県外)	0.1					
	(県外)	0.1					計	0.6		計	0.9		
計	0.9	計	0.7	流出入	1日あたり0.2千人の流入超過				流出入	1日あたり0.3千人の流出超過			

図表 15 湖南保健医療圏の患者流出入状況

単位：千人

入院患者流出入状況					外来患者流出入状況						
流入	医療圏	流入数	流出	府県	流出数	流入	医療圏	流入数	流出	府県	流出数
	大津	0.3		大津	0.4		大津	0.5		大津	0.3
	甲賀	0.2		甲賀	0.1		甲賀	0.3		甲賀	0.1
	東近江	0.2		東近江	0.1		東近江	0.3		東近江	0.1
				(県外)	0.1		(県外)	0.1		(県外)	0.2
	計	0.7		計	0.7		計	1.2		計	0.7
流出入	流出数、流入数の差はない				流出入	1日あたり0.5千人の流入超過					

図表 16 甲賀保健医療圏の患者流出入状況

単位：千人

入院患者流出入状況					外来患者流出入状況						
流入	医療圏	流入数	流出	府県	流出数	流入	医療圏	流入数	流出	府県	流出数
	湖南	0.1		大津	0.1		湖南	0.1		大津	0.1
	東近江	0.1		湖南	0.2		東近江	0.2		湖南	0.3
				東近江	0.1					東近江	0.1
	計	0.2		計	0.4		計	0.3		(県外)	0.1
流出入	1日あたり0.2千人の流出超過				流出入	1日あたり0.3千人の流出超過					

図表 17 東近江保健医療圏の患者流出入状況

単位：千人

入院患者流出入状況					外来患者流出入状況						
流入	医療圏	流入数	流出	府県	流出数	流入	医療圏	流入数	流出	府県	流出数
	湖南	0.1		大津	0.1		湖南	0.1		湖南	0.3
	甲賀	0.1		湖南	0.2		甲賀	0.1		甲賀	0.2
	湖東	0.3		甲賀	0.1		湖東	0.2		湖東	0.2
				湖東	0.1					(県外)	0.1
	計	0.5		計	0.6		計	0.4		計	0.8
流出入	1日あたり0.1千人の流出超過				流出入	1日あたり0.4千人の流出超過					

図表 18 湖東保健医療圏の患者流出入状況

単位：千人

入院患者流出入状況					外来患者流出入状況						
流入	医療圏	流入数	流出	府県	流出数	流入	医療圏	流入数	流出	府県	流出数
		東近江		0.1			東近江	0.3			東近江
	湖北	0.1		湖北	0.1		湖北	0.1		湖北	0.1
	計	0.2		計	0.4		計	0.3		計	0.4
流出入	1日あたり0.2千人の流出超過										

図表 19 湖北保健医療圏の患者流出入状況

単位：千人

入院患者流出入状況					外来患者流出入状況						
流入	医療圏	流入数	流出	府県	流出数	流入	医療圏	流入数	流出	府県	流出数
		湖東		0.1			湖東	0.1			湖東
				(県外)	0.1					(県外)	0.1
	計	0.1		計	0.2		計	0.1		計	0.2
流出入	1日あたり0.1千人の流出超過										

図表 20 湖西保健医療圏の患者流出入状況

単位：千人

入院患者流出入状況					外来患者流出入状況						
流入	医療圏	流入数	流出	府県	流出数	流入	医療圏	流入数	流出	府県	流出数
		-		-			天津	0.2			-
	計	0		計	0.2		計	0		計	0.1
流出入	1日あたり0.2千人の流出超過										

出典：平成 29 年患者調査

※ 患者流出入数は 50 人単位で四捨五入しているため、他の都道府県（二次保健医療圏）からの患者流出入数が 50 人未満の場合は表中に出てきません。そのため、滋賀県（全体）の患者流出入数と、各二次保健医療圏の合計は一致しません。

4 医療施設従事医師数等

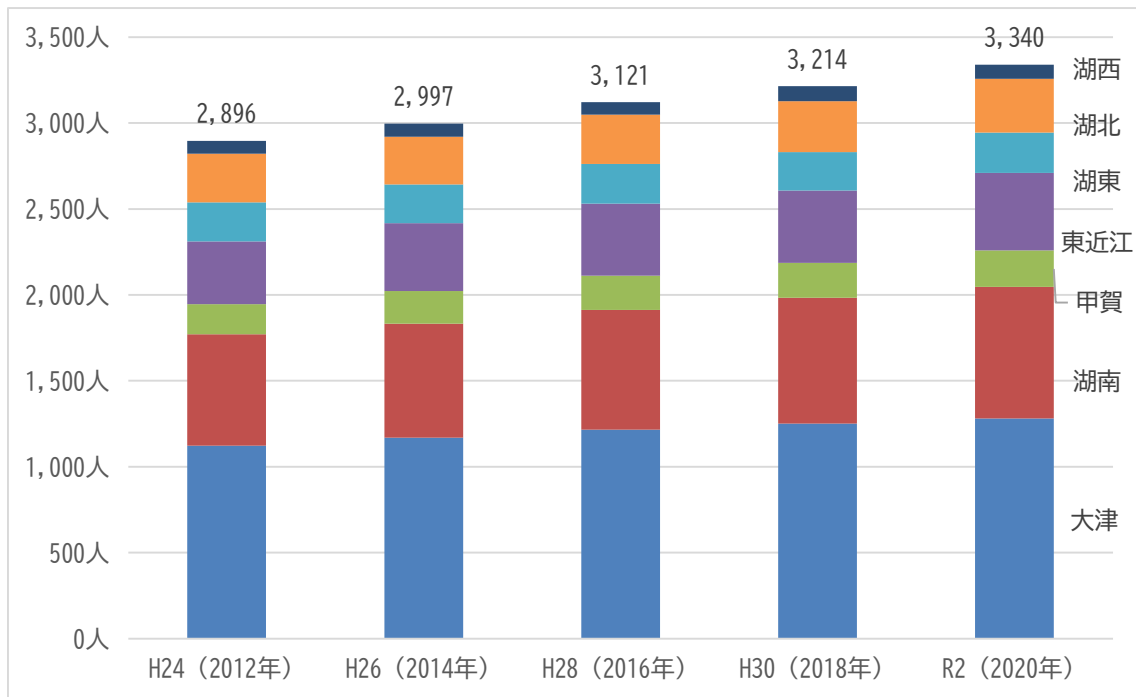
(1) 県全体

- 県内の医療施設従事医師数は年々増加しており、厚生労働省が実施する「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、平成24年（2012年）末では2,896人であるのに対し、令和2年（2020年）末では3,340人であり、444人増加しています。
- 県内の人口10万人対医療施設従事医師数は、平成24年（2012年）末では204.7人であるのに対し、令和2年（2020年）末では236.3人であり、31.6人増加していますが、全国平均値と比較すると平均を割っており、滋賀県の人口10万人対医療施設従事医師数の都道府県別の全国順位は33位となっています（図表33（20頁）参照）。
- 医師の平均年齢は、令和2年（2020年）末では、男性が51.7歳、女性が43.2歳となっています。年々上昇傾向にあり、特に診療所の医師は男性が62.0歳、女性が54.4歳と医師の高齢化が見られます。また、女性医師の人数、割合は年々増加傾向にあり、令和2年（2020年）末では約5割が20～30代です。
- 施設種別医師数は病院が最も多い状況です。病院医師数は平成24年（2012年）末で1,527人であるのに対し、令和2年（2020年）末では1,809人であり、282人増加しています。診療所医師数は、平成24年（2012年）末は925人であるのに対し、令和2年（2020年）末では1,052人であり、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）と令和2年（2020年）とを比較して大きな変動はありません。滋賀県は全国平均値と比較すると、病院で勤務する医師の割合が高くなっています。

(2) 二次保健医療圏

- 医療施設従事医師数の推移を二次保健医療圏別に見ると、全ての医療圏で平成24年（2012年）と比較して医師が増加しています。最も医師の増減率が高い二次保健医療圏は東近江保健医療圏（+23.5%）であり、次いで甲賀保健医療圏（+21.8%）、湖南保健医療圏（+18.1%）となっています。
- 人口10万人対医療施設従事医師数の推移を二次保健医療圏別に見ると、全ての医療圏で平成24年（2012年）と比較して医師が増加しています。最も医師の増減率が高い二次保健医療圏は東近江保健医療圏（+26.5%）であり、次いで甲賀保健医療圏（+24.7%）、湖西保健医療圏（+24.4%）となっています。なお、大津保健医療圏を除く6医療圏の人口10万人対医師数は、全国平均値よりも低い数値となっています。
- 施設種別医師数を二次保健医療圏別にみると、病院で勤務する医師の割合が最も高い医療圏は大津保健医療圏（75.8%）であり、医療圏内に滋賀医科大学医学部附属病院があることの影響を受けています。一方で、診療所で勤務する医師の割合が最も高い二次保健医療圏は湖東保健医療圏（43.6%）であり、他の医療圏と比較しても突出した数値となっています。

図表 21 県内の医療施設従事医師数の推移



図表 22 県内医療機関従事医師数の推移

単位：人

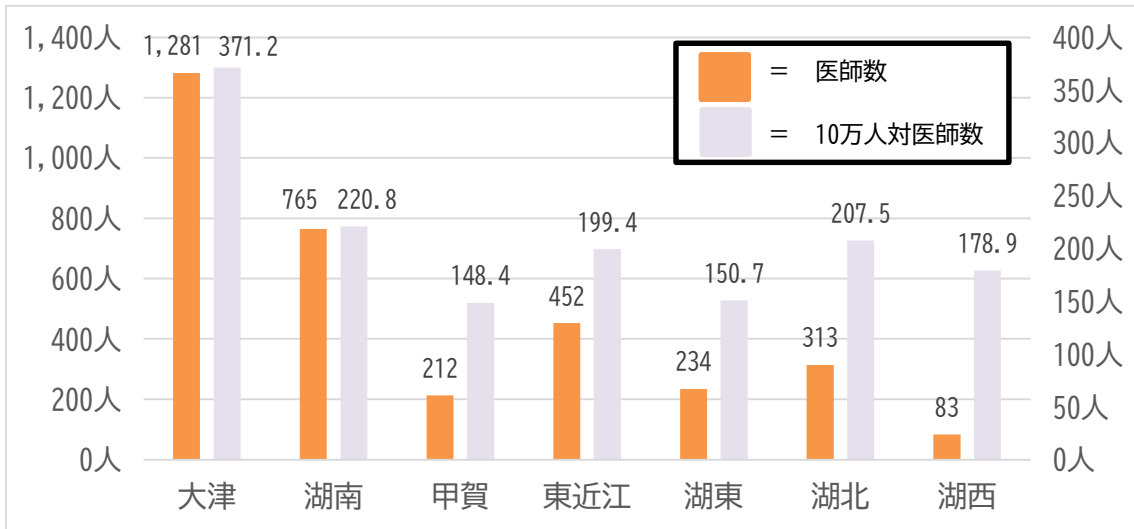
区分	H24	H26	H28	H30	R2	増減数		増減率	
						R2-H30	R2-H24	R2/H30	R2/H24
全国	288,850	296,845	304,759	311,963	323,700	+11,737	+34,850	+3.8%	+12.1%
滋賀県	2,896	2,997	3,121	3,214	3,340	+126	+444	+3.9%	+15.3%
大津	1,123	1,169	1,216	1,250	1,281	+31	+158	+2.5%	+14.1%
湖南	648	664	697	734	765	+31	+117	+4.2%	+18.1%
甲賀	174	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%

図表 23 県内人口 10 万人対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	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%

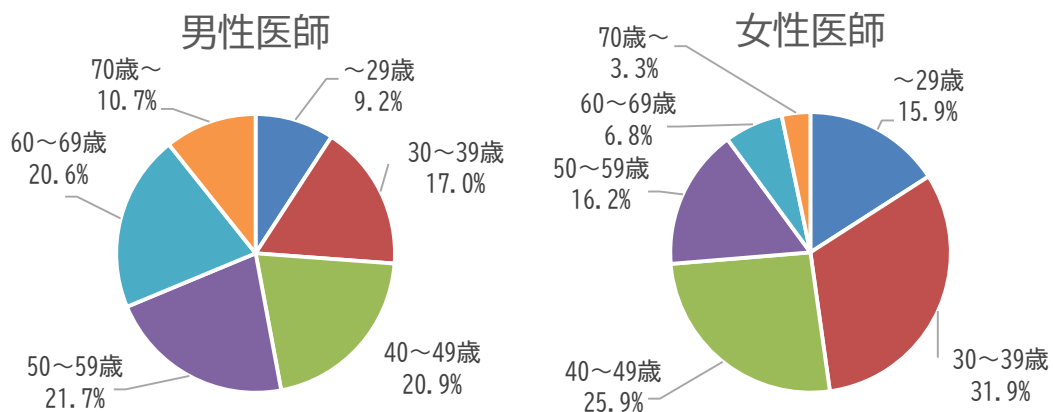
図表24 二次保健医療圏別の医療施設従事医師数・人口10万人対医師数 単位：人
(令和2年12月31日)



図表25 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	未集計		45.3	45.3	45.9
	女性医師			38.0	38.6	39.1
診療所	男性医師			60.2	61.3	62.0
	女性医師			53.9	55.1	54.4
合計	男性医師			50.3	50.7	51.3
	女性医師			41.7	42.5	42.8

図表26 医療施設従事医師の男女別年齢構成 (令和2年12月31日)



図表27 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

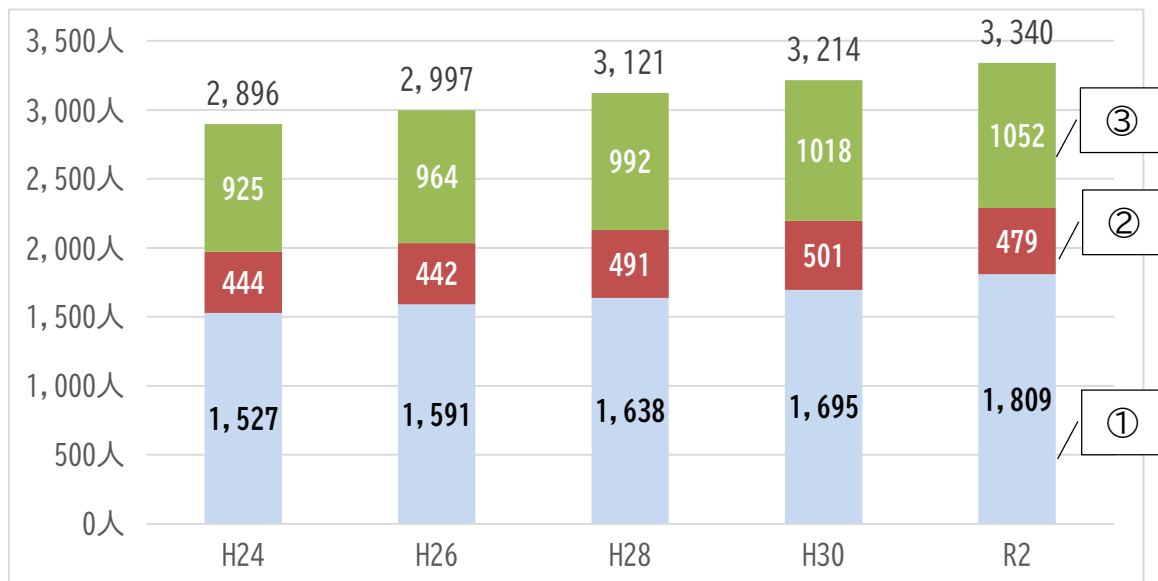
	~29歳	30~39歳	40~49歳	50~59歳	60~69歳	70歳~	総数
男性医師	240	447	547	568	540	280	2,622
構成割合	9.2%	17.0%	20.9%	21.7%	20.6%	10.7%	—
女性医師	114	229	186	116	49	24	718
構成割合	15.9%	31.9%	25.9%	16.2%	6.8%	3.3%	—

図表 28 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%

図表 29 県内（県全体）の施設別医師数の推移



図表 30 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	1,591	1,638	1,695	1,809
	52.7%	53.1%	52.5%	52.7%	54.2%
②滋賀医科大学医学部附属病院	444	442	491	501	479
	15.3%	14.7%	15.7%	15.6%	14.3%
病院小計	1,971	2,033	2,129	2,196	2,288
	68.0%	67.8%	68.2%	68.3%	68.5%
③診療所	925	964	992	1,018	1,052
	32.0%	32.2%	31.8%	31.7%	31.5%
計	2,896	2,997	3,121	3,214	3,340

図表 31 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	2,288	971	486	134	308	132	203	54
	68.0%	68.5%	75.8%	63.5%	63.2%	68.1%	56.4%	64.9%	65.1%
診療所	107,226	1,052	310	279	78	144	102	110	29
	32.0%	31.5%	24.2%	36.5%	36.8%	31.9%	43.6%	35.1%	34.9%
計	323,700	3,340	1,281	765	212	452	234	313	83

※ 図表 21～31 の出典はすべて三師統計（厚生労働省）

5 診療科別医師数

- 診療科別の医師数（重複除く）を平成24年（2012年）と令和2年（2020年）で比較すると、ほとんどの診療科で医師数が増加しており、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医師数が減少しています。

図表32 県内の診療科別医師数の推移

単位：人

年	総計	内 科 系										外 科 系																											
		内科系		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)		外科系		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	
H24	2,896	1,049	553	52	150	138	41	34	47	26	8	276	165	33	29	13	28	6	2	73	209	17																	
H26	2,997	1,081	538	52	151	161	44	43	58	27	7	291	159	39	35	13	35	6	4	66	211	17																	
H28	3,121	1,141	577	52	151	170	45	49	59	30	8	291	160	35	33	19	30	7	7	69	212	22																	
H30	3,214	1,125	539	59	151	172	55	48	60	30	11	275	150	34	26	19	33	8	5	72	208	26																	
R2	3,340	1,197	556	61	167	168	61	67	69	33	15	268	137	31	27	18	40	10	5	69	219	28																	
R2-H24	444	148	3	9	17	30	20	33	22	7	7	▲8	▲28	▲2	▲2	5	12	4	3	▲4	10	11																	

年	産婦人科・産科	婦人科	小児科	精神科	放射線科	麻酔科	皮膚科	泌尿器科	眼科	耳鼻いんこう科	リハビリテーション科	病理診断科	臨床検査科	救急科	臨床研修医	その他診療科(※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

出典：三師統計（厚生労働省）

※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）

※2 その他外科（美容外科、肛門外科、気管食道外科）

※3 その他診療科（全科、その他、主たる診療科不詳、不詳）

- 診療科別の人口10万人対医師数（重複除く）を全国と比較すると、呼吸器外科、小児科、病理診断科が全国順位で10位以内に入っており、相対的に医師数が多くなっています。一方で、一般内科、心臓血管外科、消化器外科、脳神経外科、整形外科、精神科が全国順位でワースト10位以内に入っており、相対的に医師数が少なくなっています。
- 当該表は、診療科別の全国での相対的な位置づけを示すものであり、医師の絶対的な充足を示すものではないことに留意が必要です。

図表33 診療科別の人口10万人対医師数

単位：人

診療科	全国		滋賀県		A/B	全国順位	
	総数(人)	人口10万人対医師平均数(人) A	総数	人口10万人対医師数(人) B			
総計	323,700	256.6	3,340	236.3	0.92	33位	
内科系	一般内科	61,514	48.8	556	39.3	0.81	41位
	呼吸器内科	6,728	5.3	61	4.3	0.81	34位
	循環器内科	13,026	10.3	167	11.8	1.15	13位
	消化器内科	15,432	12.2	168	11.9	0.98	24位
	腎臓内科	5,360	4.2	61	4.3	1.02	19位
	脳神経内科	5,758	4.6	67	4.7	1.02	16位
	糖尿病内科	5,630	4.5	69	4.9	1.09	15位
	血液内科	2,840	2.3	33	2.3	1.00	21位
外科系	一般外科	13,211	10.5	137	9.7	0.92	36位
	呼吸器外科	2,075	1.6	31	2.2	1.38	6位
	心臓血管外科	3,222	2.6	27	1.9	0.73	44位
	乳腺外科	2,173	1.7	18	1.3	0.76	35位
	消化器外科	5,814	4.6	40	2.8	0.61	41位
	小児外科	887	0.7	10	0.7	1.00	20位
脳神経外科	7,349	5.8	69	4.9	0.84	38位	
整形外科	22,520	17.9	219	15.5	0.87	39位	
形成外科	3,003	2.4	28	2	0.83	25位	
産婦人科・産科	11,678	9.3	121	8.6	0.92	20位	
婦人科	1,995	1.6	21	1.5	0.94	12位	
小児科	17,997	14.3	240	17	1.19	5位	
精神科	16,490	13.1	140	9.9	0.76	42位	
放射線科	7,112	5.6	85	6	1.07	25位	
麻酔科	10,277	8.1	111	7.9	0.98	29位	
泌尿器科	7,685	6.1	87	6.2	1.02	29位	
眼科	13,639	10.8	134	9.5	0.88	32位	
耳鼻いんこう科	9,598	7.6	119	8.4	1.11	12位	
リハビリテーション科	2,903	2.3	30	2.1	0.91	30位	
病理診断科	2,120	1.7	31	2.2	1.29	6位	
臨床検査科	631	0.5	5	0.4	0.80	33位	
救急科	3,950	3.1	46	3.3	1.06	17位	

出典：三師統計（厚生労働省）

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

※2 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位以内）の診療科の行を青で塗りつぶしています。

※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。

※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。

※5 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章および第5章の医師偏在指標の全国順位とは異なります。

6 医師養成数

- 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)時点で100名でしたが、平成21年度(2009年度)以降、厚生労働省の「緊急医師確保対策」等により、恒久定員の増員のほか、臨時定員の増員が行われ、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)となっています。
- 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人となっていました。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年度)には過去最大規模となる9,420人となっており、令和6年度(2024年度)までは同数が維持されることが決まっています。厚生労働省においては、令和7年度(2025年度)以降の入学定員については今後検討する方針としており、9,420人を超えない範囲で設定されることとなっています。
- また、平成20年度(2008年度)から、地域医療に従事する医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、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。
- 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(「地域医療枠」および推薦入試の「地元医療枠」)に変更して実施しており、以後、地域枠学生の充足率は100%を保っています。令和6年度(2024年度)には地域枠の枠数を5枠増設(11→16)し、さらなる地域枠学生の養成に取り組む方針です。
- なお、地域枠のうち、地元医療枠の5枠が臨時定員によるものです。令和6年度(2024年度)入試においては、現在の臨時定員は維持されることとなっていますが、令和7年度(2025年度)以降の臨時定員については、「第8次医療計画等に関する検討会」等における議論の状況を踏まえ、厚生労働省で改めて検討されることとなっています。

図表 34 滋賀医科大学医学部医学科の入学定員の推移(※1)

単位：名

年度	入 学 定 員							編入学定員(学士編入枠)
	一般	一般(地域医療枠)	一般(研究医枠)	推 薦				
				うち地元出身者枠 ※2	うち地元医療枠			
H20	100	65	-	0	20	7	-	15
H21	110(5)	73(3)	-	0	20	8	-	17(2)
H22, 23	115(10)	78(8)	-	0	25	13	-	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)	55	5(5)	0	35	0	11	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。

- 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女性です。

図表 35 大学医学部入学者に占める女性割合 ※編入学者除く

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%	39.0%	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

7 臨床研修医

- 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。
- 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病院にて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設定しています。
- 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）以降、100人以上の採用数を維持しています。
- 臨床研修修了後の3年目医師数についても、平成30年（2018年）以降、90人以上の確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割台に留まっています。

図表36 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

※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。

図表3 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

8 専攻医

- 臨床研修を修了した多くの医師の多くは、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医となりますが、平成30年(2018年)4月に、(一社)日本専門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構に認定されています。
- 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、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、本県では小児科がシーリングの対象とされています。
- 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述べてまいります。

図表37 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	皮膚科	形成外科	泌尿器科	救急科	麻酔科	放射線科	病理診断科	総合診療科	合計
R1	60	17	14	8	7	11	4	6	4	6	0	7	2	9	6	4	10	175
R2	91	21	20	16	11	20	4	10	10	9	3	14	5	13	7	5	16	275
R3	105	21	17	16	7	21	5	12	12	13	2	12	7	19	8	4	12	293
R4	117	26	15	20	10	26	7	15	15	13	6	11	5	20	8	3	13	330
R5	147	26	17	18	9	25	8	18	13	18	12	12	5	24	11	3	15	381

出典：病院診療科別医師数実態調査(滋賀県)

※1 人数は各年の6月1日時点

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

図表38 県内医療機関で勤務する専攻医(医療圏別の割合)

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

出典：病院診療科別医師数実態調査(滋賀県)

※1 人数は各年の6月1日時点

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

第2節 医師偏在指標

1 算定式

(1) 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、厚生労働省において、全国ベースで医師の多寡を統一的・客観的に比較・評価する指標として、医療需要、人口・人口構成とその変化、患者の流入、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)

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

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

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

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

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

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

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

さらに、患者の流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 (流入反映)

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

(※7) 無床診療所患者流出入調整係数

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

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

- 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。
- 今回計画の改定にあたり、厚生労働省から最新の医師偏在指標が示されました。算定式自体に変更はありませんでしたが、大学病院等から派遣される非常勤医師等の勤務実態を考慮するため、三師統計で用いる医師届出票において、「従たる従事先」に記載された医療機関が「主たる従事先」と異なる医療圏である場合、医師数を主たる従事先では 0.8 人、従たる従事先では 0.2 人として医師偏在指標を算出することとなりました。
- また、地域の実状に応じた施策を検討する際に活用することができるよう、勤務施設別（病院・診療所）の医師偏在指標が厚生労働省から新たに示されています。
- なお、医師偏在指標は、一定の前提条件の下、各種統計等に基づいて機械的に算出された数値であることから、医師の絶対的な充足状況を示すものではなく、あくまでも相対的な偏在状況（全体における位置関係）を表すものであるという性質を十分に理解した上で、数値を絶対的な基準として取り扱うことのないよう、十分に留意する必要があります。

(2) 医師偏在指標における医療需要の考え方

- 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。
- 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。
- 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、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）が少なくなり、医師偏在指標の数値は大きくなる傾向にあります。
- また、医療需要の算出は地域ごとの患者の流出入数も考慮されており、患者の流出数が多い地域は、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、医師偏在指標の数値は大きくなります。

図表 39 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）	年齢階級別			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	12.9%	58.4%	28.6%	0.909	0.975	0.95
湖西	0.48	10.5%	54.2%	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）

(3) 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見ると若く、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。

図表 40 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
	(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	3,360	1,782	53.0%	724	21.5%	1.006	3,381	+21
大津	1252	765	61.1%	323	25.8%	1.018	1,275	+23
湖南	784	399	50.9%	167	21.3%	0.995	780	▲4
甲賀	214	96	44.9%	32	15.0%	1.005	215	+1
東近江	461	227	49.2%	97	21.0%	0.996	459	▲2
湖東	239	93	38.9%	35	14.6%	0.979	234	▲5
湖北	319	163	51.1%	61	19.1%	1.009	322	+3
湖西	95	40	42.1%	9	9.5%	1.000	95	±0

出典：2023年医師偏在指標に係るデータ集（厚生労働省）

図表 41 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）

2 医師偏在指標

(1) 医師偏在指標（全体）

○ 今回の計画の策定にあたり、厚生労働省から示された医師偏在指標は以下のとおりです。

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

出典：2023年医師偏在指標に係るデータ集（厚生労働省）

図表 43 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	229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	218位		234	1.56	0.83
湖北	217.6	112位	多数	322	1.55	0.95
湖西	245.0	77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）

図表 44 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			(R5.4)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	
大津	378.3	7位	多数	373.5	9位	↓2	多数
湖南	238.2	68位	多数	262.2	64位	↑4	多数
甲賀	161.9	223位		176.8	229位	↓6	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	218位	↓22	
湖北	193.2	121位		217.6	112位	↑9	多数
湖西	179.8	160位		245.0	77位	↑83	多数

出典：①2019年医師偏在指標に係るデータ集（厚生労働省）
 ②2023年医師偏在指標に係るデータ集（厚生労働省）

- 本県の医師偏在指標による順位は全都道府県中 19 位であり、前回計画の順位（16 位）と比較すると 3 ランク下がりました。本県の指標は全国平均値より少し高くなっています。
- 二次保健医療圏ごとに見ると、湖西二次保健医療圏が大きく順位を上げており（↑83）、一方で、湖東二次保健医療圏が順位を下げています（↓22）。その他の医療圏は概ね横ばいで推移しています。

(2) 病院医師偏在指標

- 前述のとおり、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。）が厚生労働省から新たに示されました。
- 病院医師偏在指標においては、滋賀県は全国 14 位に位置付けられており、相対的には病院医師が多い都道府県に位置付けられています。
- 二次保健医療圏ごとに見ると、5 医療圏（大津・湖南・東近江・湖北・湖西）が全国比で上位 33.3%に、甲賀保健医療圏が中位 33.3%に、湖東保健医療圏が下位 33.3%に位置付けられています。

図表 45 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
大津	282.7	7 位	上位 33.3%	986	3.44	1.01
湖南	186.9	62 位	上位 33.3%	518	3.42	0.81
甲賀	119.5	215 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	227 位	下位 33.3%	141	1.56	0.77
湖北	149.7	111 位	上位 33.3%	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）

(3) 診療所医師偏在指標

- 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「診療所医師偏在指標」という。）も厚生労働省から新たに示されました。
- 診療所医師偏在指標においては、滋賀県は全国 27 位に位置付けられており、相対的には診療所医師が多くも少なくもない都道府県に位置付けられています。
- 二次保健医療圏ごとに見ると、2 医療圏（大津・湖南）が全国比で上位 33.3%に、3 医療圏（東近江・湖東・湖北）が中位 33.3%に、2 医療圏（甲賀、湖西）が下位 33.3%に位置付けられています。

図表 46 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	239 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	153 位		104	1.55	0.98
湖西	57.1	249 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）

3 医師少数区域等の設定

(1) 医師少数区域・医師多数区域

- 都道府県は、医師偏在の状況等に応じた実効的な医師確保対策を進めるため、厚生労働省が示す医師偏在指標を用いて医師少数区域および医師多数区域を設定し、これらの区域分類に応じて具体的な医師確保対策を実施することとされています。
- 厚生労働省が示した基準では、全国 335 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、上位 33.3%に該当する医療圏を「医師多数区域（1～112 位／335 二次保健医療圏）」に、下位 33.3%に該当する医療圏を「医師少数区域（224～335 位／335 二次保健医療圏）」に設定するとしており、県は、厚生労働省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」という。）に従って区域を設定します。
- なお、医師偏在指標上「医師少数区域」に該当する二次保健医療圏であっても、医師少数区域として設定せず、重点的な医師確保対策の対象としないことも可能とされていますが、基準上「医師少数区域」に該当しない二次保健医療圏を医師少数区域として設定することは認められておりません。
- 前回計画では、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3医療圏（大津・湖南・東近江）を医師多数区域に、の4医療圏（甲賀・湖東・湖北・湖西）を医師多数でも医師少数でもない区域（113～223 位／335 二次保健医療圏。以下「医師中程度区域」という。）に設定しました。
- 今回計画には、新たに算出された医師偏在指標に基づき、前回計画で医師多数区域として設定した3医療圏（大津・湖南・東近江）に加え、2医療圏（湖北・湖西）を新たに医師多数区域に、湖東保健医療圏を医師中程度区域に、甲賀保健医療圏を新たに医師少数区域として設定します。

(2) 医師少数都道府県・医師多数都道府県

- 二次保健医療圏単位の医師少数・多数の設定は都道府県が行いますが、都道府県単位の医師少数・多数の設定は、厚生労働省が行います。
- 厚生労働省は、医師偏在指標に基づき、上位 33.3%に該当する都道府県を「医師多数都道府県（1～16 位／47 都道府県）」、下位 33.3%に該当する都道府県を「医師少数都道府県（32～47 位／47 都道府県）」として定めます。
- 本県は令和元年（2019 年）に示された医師偏在指標において全国 16 位に位置付けられたことから、医師多数都道府県（1～16 位／47 都道府県）として定められました。
- 今回の計画に置いては、新たに算出された医師偏在指標に基づき、滋賀県は全国 19 位に位置付けられたことから、医師多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」という。）として定められます。

図表 47 区域設定のイメージ（二次保健医療圏）



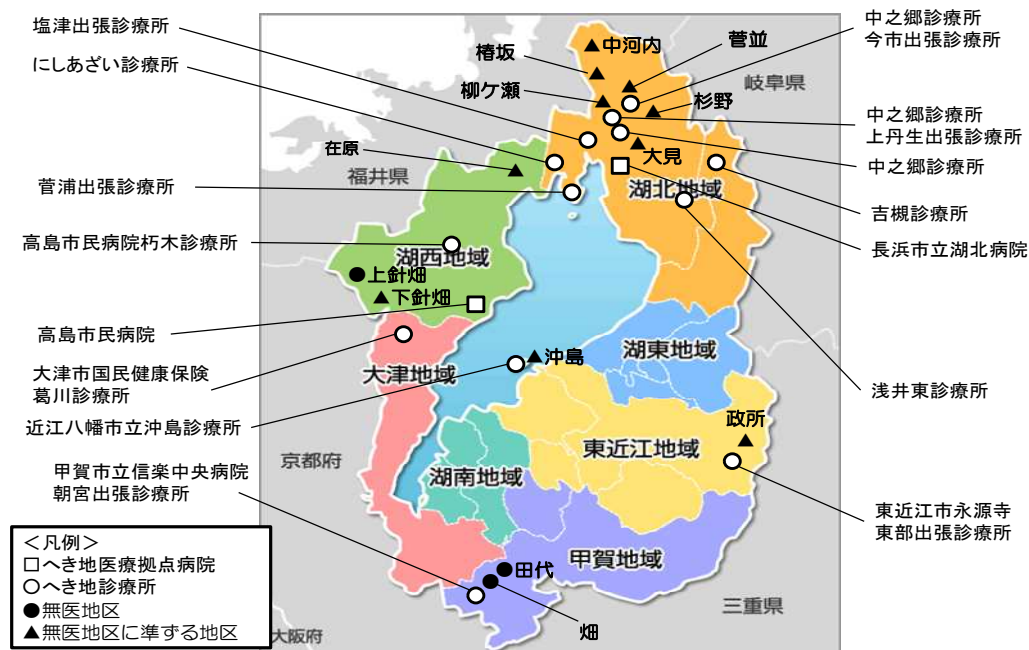
図表 48 本県における医師少数区域・医師少数区域の設定

	前回計画	今回計画
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

(3) 医師少数スポット

- 都道府県は、地域の実状を考慮し、医師少数区域以外において、二次保健医療圏より小さな単位で継続的に医師確保が困難であり、かつ、他地域の医療機関へのアクセスが制限されている地域を局所的に「医師少数スポット」として設定し、医師少数区域と同様に扱うことができます。
- 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つの市がへき地診療所を設置しています。
- 湖北・湖西医療圏においては、県が設置するへき地医療支援機構の下、へき地医療拠点病院である長浜市立湖北病院や高島市民病院をはじめとした医療機関が無医地区および無医地区に準ずる地域（以下「無医地区」という。）での巡回診療の実施やへき地診療所への医師の派遣を行っています。また、甲賀医療圏においては、甲賀市立信楽中央病院が無医地区での巡回診療等を実施しています。
- 県は、県職員として採用している自治医科大学を卒業した医師をへき地医療拠点病院に派遣して医師の確保を図っています。

図表 49 滋賀県内のへき地保健医療現況図



- そのため、本県においては、前回計画において、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、現在設定している医師少数スポットについて、引き続き医師少数スポットとして設定することとし、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。
- なお、医師少数スポットの設置は医師少数区域以外の区域に限られるため、甲賀保健医療圏に位置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）については、今回計画から除外します。

図表 50 へき地医療拠点病院等従事医師数の推移 (単位：人)

区分	保健医療圏	医療機関	H30	R1	R2	R3	R4
へき地医療拠点病院	湖 北	湖北病院	3.0	3.0	2.0	2.0	1.0
	湖 西	高島市民病院	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2
合 計			3.1	3.1	2.1	2.1	1.2
へき地診療所	大 津	葛川診療所	0.65	0.65	2.0	2.0	2.0
	甲 賀	朝宮出張診療所	0.06	0.06	0.06	0.25	0.25
	東近江	沖島診療所	0.1	0.1	0.1	0.2	0.2
		永源寺東部出張診療所	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
	湖 北	吉槻診療所	1.0	1.0	1.0	1.0	1.5
		板並出張診療所	0.05	0.05	0.05	0.05	-
		中之郷診療所	1.0	1.0	2.0	1.0	1.3
		今市出張診療所	1.0	2.0	2.0	2.0	0.1
		上丹生出張診療所	1.0	2.0	2.0	2.0	0.1
		にしあざい診療所	2.0	2.2	2.2	2.0	2.1
		塩津出張診療所	2.0	0	1.0	1.0	1.0
		菅浦出張診療所	2.0	0	1.0	1.0	1.0
	浅井東診療所	4.03	5.53	6.05	5.05	9.0	
	湖 西	朽木診療所	1.2	1.2	1.2	1.2	1.0
合 計			17.1	16.8	21.66	18.05	20.55

出典：へき地医療現況調査（滋賀県）※非常勤医師数は常勤医師数に換算

図表 51 医師少数スポット一覧

医療圏名	無医地区等	へき地診療所（を中心とした地域）
大津	—	大津市国民健康保険葛川診療所
湖南	—	
甲賀	医師少数区域のため設定しない	
東近江	沖島、政所	近江八幡市立沖島診療所 東近江市永源寺東部出張診療所
湖東	—	
湖北	中河内、椿坂、柳ヶ瀬、菅並、杉野、大見	吉槻診療所、中之郷診療所・今市出張診療所・上丹生出張診療所、にしあざい診療所・塩津出張診療所・菅浦出張診療所、浅井東診療所
湖西	上針畑、下針畑、在原	高島市民病院朽木診療所

第3節 医師確保の方針

1 基本事項

- 医師確保の方針は、滋賀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ないが、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
- 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、他の医師多数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。

- また、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	該当医療圏
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

- 上記のほか、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厚生労働省から示されています。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)	都道府県内の医師多数区域からの医師確保を行うこととするが、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)	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、現時点の医師の不足に対しては、短期的な政策（医師派遣等）による対応を行うことを基本とし、長期的な施策（地域枠等）では対応しないこととします。また、将来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を組み合わせることを基本とします。

2 将来時点の必要医師数

- 厚生労働省は、将来時点（令和 18 年（2036）年）において全国の医師数が全国の医療需要に一致する場合の医師偏在指標の値（全国値）を算出し、二次保健医療圏ごとに、医師偏在指標がこの全国値と等しい値になるための医師数を必要医師数として示しています。
- 本県の必要医師数は 3,569 人であり、現時点の医師数よりも 188 人多くなっています。二次保健医療圏別に見ると、大津・湖西保健医療圏を除く 5 医療圏（湖南・甲賀・東近江・湖東・湖北）において、現時点の医師数よりも必要医師数の方が多い状況となっていることから、将来を見据えた医師確保に取り組む必要があるといえます。
- また、この推計値は一定の前提条件の下、算出されたものであり、今後の大まかな方向性を示すものであることから、大津・湖西保健医療圏についても他の保健医療圏と同様に、将来時点において必要となる医師の確保を図っていきます。

図表 52 将来時点（令和 18 年（2036 年））の必要医師数 単位：人

医療圏	現時点の標準化医師数（2022）	必要医師数（2036）※	差引（A-B）
滋賀県	3,381	3,569	▲188
大津	1,276	983	293
湖南	780	877	▲97
甲賀	215	324	▲109
東近江	459	558	▲99
湖東	234	357	▲123
湖北	322	360	▲38
湖西	95	93	2

出典：必要医師数（2036 年）に係るデータ集

※ 必要医師数は医師偏在指標が全国値と等しい値になるための医師数であり、都道府県と二次保健医療圏とで平均値が異なることから、各二次保健医療圏の必要医師数を足し合わせた人数と滋賀県の必要医師数は一致しません。

3 医師確保の方針

(1) 県全体

- 前述のとおり、本県は医師中程度都道府県に該当するため、医師確保計画上、都道府県内に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医師の確保ができることとされています。
- 本県の現状として、医師少数区域以外の二次保健医療圏においても、これまでからも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ことから、今後も引き続き必要な医師の派遣等を受ける必要があります。
- さらに、二次保健医療圏内でも地域・診療科の偏在が存在しており、これらの是正を図っていく必要があるため、県内唯一の育育機関である滋賀医科大学、関係団体、関係医療機関および滋賀県が互いに協力することで、県内に多くの医師に定着してもらえるよう、医師のキャリア形成支援や勤務環境改善等に積極的に取り組んでいきます。
- また、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、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、必要となる医師の確保に取り組めます。

(2) 二次保健医療圏

ア 医師少数区域（甲賀保健医療圏）

- 甲賀保健医療圏は 229 位であり、今回の計画から医師少数区域となりましたが、医師少数区域の中ではほぼ最上位に位置しています。同医療圏内で医療機関に従事する医師の定着を通じた医師確保を中心に取り組むこととしますが、厚生労働省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を活用した取組の推進により、同医療圏への勤務の促進を図り、次期計画では同医療圏が医師少数区域から脱することができるよう、取組を進めていきます。
- また、同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、将来に渡って地域の医療提供体制を確保できるよう、短期的な施策と長期的な施策を組み合わせることにより、必要となる医師の確保を図っていきます。

イ 医師中程度区域（湖東保健医療圏）

- 湖東保健医療圏は 218 位と医師中程度区域の中でもほぼ最下位であり、病院医師偏在指標においては下位 33.3%に位置付けられています。医師中程度区域においては、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こととされていることから、同医療圏内で医療機関に従事する医師の定着を通じた医師確保を中心に取り組みますが、医療圏内の状況を注視しつつ、実状を踏まえた医師確保を図っていきます。
- また、同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、将来に渡って地域の医療提供体制を確保できるよう、短期的な施策と長期的な施策を組み合わせることにより、必要となる医師の確保を図っていきます。

ウ 医師多数区域（大津・湖南・東近江・湖北・湖西保健医療圏）

(ア) 大津・湖南保健医療圏

- 医師多数区域のうち、大津・湖南の 2 医療圏においては、医師偏在指標の位置づけが全国的にも上位であることから、既存の医師確保施策（大学からの医師派遣等）を除いて、医療機関に従事する医師の定着を通じた医師確保に取り組むとともに、必要に応じて県内の他の二次保健医療圏に対し医師を派遣します。
- ただし二次保健医療圏を超えて県全体における医療機能を担っている医療機関があることや、二次保健医療圏内においても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、将来に渡って地域の医療提供体制を確保できるよう、柔軟な対応を図っていきます。

(イ) 湖西保健医療圏

- 湖西保健医療圏の全体順位は 77 位ですが、人口減少と患者流出数の多さが大きく影響しています。医師数も増加傾向にあることから、既存の医師確保施策（大学からの医師派遣等）を除いて積極的な医師確保を実施するのではなく、医療機関に従事する医師の定着を通じた医師確保に取り組むこととしますが、地域における医療提供体制の確保のため、柔軟な対応を図っていきます。
- 同医療圏は、県内で最も将来の人口減少率と医療需要の低下率が高くなる見込みで

あり、また高齢化率も突出して高くなる見込みです。また、患者の流出率も県内の他医療圏と比較して突出して高いことから、現在の医師数で将来的な必要医師数も確保できる見込みですが、将来に渡って地域の医療提供体制が確保できるよう、今後の状況を注視しつつ、柔軟な対応を図っていきます。

(ウ) 東近江保健医療圏

- 東近江保健医療圏は全体順位が 109 位と医師多数区域の中でもほぼ最下位であり、地理的な要因や交通の利便性等を勘案した対応も必要であることから、同医療圏内で医療機関に従事する医師の定着を通じた医師確保に取り組むことを基本としますが、医療圏内の状況を踏まえ、必要な医師の確保を図っていきます。
- 同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需要の増加が見込まれています。将来に渡って地域の医療提供体制を確保できるよう、短期的な施策と長期的な施策を組み合わせることにより、必要となる医師の確保を図っていきます。

(エ) 湖北保健医療圏

- 湖北保健医療圏は全体順位が 112 位と医師多数区域の中では最下位であり、東近江保健医療圏と同様に、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。他の医師多数区域と同様に、同保健医療圏内で医療機関に従事する医師の定着を通じた医師確保に取り組むことを基本としますが、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まえ、医療提供体制の確保に必要な医師確保を図っていきます。
- その他、各二次保健医療圏で設置されている地域医療構想会議等において、医療機関の再編・統合や、地域医療連携推進法人の設立を含む医療期間ごとの機能分化・連携による医療提供体制が随時変化していくことが見込まれることから、これらの状況変化も踏まえ、必要となる医師確保を図っていきます。

(3) 医師少数スポットの医師確保の方針

- 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っていきます。

第4節 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、各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、厚生労働省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。
- 前回計画のガイドラインにおいては、医師少数県および医師少数区域以外の都道府県および保健医療圏における目標医師数については、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、今回計画のガイドラインからは、医師少数県以外の都道府県および医師少数区域以外の保健医療圏についても、当該ガイドラインの記載に則り、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、次のとおり厚生労働省から示されています。

医師少数県	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、次のとおり厚生労働省から示されています。

区分	基本的な医師確保の方針	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、厚生労働省が参考として提示する「計画終了時に計画開始時の医師偏在指標を維持するための医師数」を踏まえ、その数を設定上限数とする。	大津、湖南、東近江、湖東、湖北、湖西

2 県・二次保健医療圏の目標医師数

- 本県は医師中程度県に該当するため、厚生労働省のガイドラインに基づき、計画開始時点の標準化医師数（3,381人）を目標医師数として設定します。
- 二次保健医療圏ごとに見ると、甲賀保健医療圏が医師少数区域に該当しますが、計画期間開始時点の標準化医師数（215人）既に下位33.3%を脱するために必要な医師数（207人）を達成しているため、計画開始時点の標準化医師数（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6医療圏においては、それぞれ計画開始時点の標準化医師数が目標医師数の設定上限値となりますが、このうち湖南保健医療圏では、厚生労働省が示す計画開始時点の医師偏在指標を維持するための医師数（785人）が計画開始時点の標準化医師数（780人）を超えていることから、厚生労働省が示す計画開始時点の医師偏在指標を維持するための医師数（785人）が目標医師数の設定上限値となります。
- この結果、各保健医療圏の目標医師数を設定上限値で設定した場合の合計が3,386人となり、県全体の目標医師数である3,381人を超えてしまいます（5人超過）。
- そのため、二次保健医療圏間での目標医師数の調整が必要となりますが、湖南保健医療圏以外の保健医療圏が計画開始時点の標準化医師数を維持した場合、令和8年（2026年）時点における医師偏在指標が大きくなる見込みであるため、医師少数区域である甲賀保健医療圏を除く5医療圏の目標医師数を設定上限数から1人ずつ差し引くことにより、湖南保健医療圏の医師偏在指標の維持を図ること方向で、各保健医療圏の目標医師数を設定いたします。

図表 53 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
保健医療圏	計画開始時点の医師の 実人数 (2020)	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 (2026)	下位33.3% の閾値に達 するための 医師数 (2026) (※)	設定上限値	目標医師数	設定上限値 との差 (G-F)
大津	1,252	1,276	1,273	612	1,276	1,275	▲1
湖南	781	780	785	537	785	785	±0
甲賀	214	215	204	207	215	215	±0
東近江	461	459	438	360	459	458	▲1
湖東	239	234	228	226	234	233	▲1
湖北	319	322	293	242	322	321	▲1
湖西	95	95	88	64	95	94	▲1
合計 (県全体)	3,361	3,381	3,309	2,248	3,386	3,381	▲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）

3 その他

(1) 臨床研修医採用数・3年目医師採用数

- 本県では、前述のとおり第7次滋賀県保健医療計画において、臨床研修採用数および3年目医師数について数値目標を設定しており、臨床研修医採用数については目標達成し、3年目医師採用数についても目標を概ね達成しました。
- 臨床研修医および3年目医師数の安定的な確保は、その後の県内定着に繋がるため、本県内の医師確保対策上、大変重要です。
- 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は、引き続き数値目標を設定し、目標達成に向けた取組を進めてまいります。

図表 54 数値目標

項目		実績値				目標数値
		R2	R3	R4	R5	
臨床研修医 採用数	採用数	119人	110人	125人	117人	110人以上
	評価	達成				
3年目医師 採用数	採用数	90人	97人	101人	94人	100人以上
	評価	未達成				

(2) 診療科別の目標医師数

- 医師の確保対策や偏在対策を推進する上では、地域偏在のほか、診療科偏在の是正に取り組む必要がありますが、今回の計画においては、産科・小児科を除く診療科別の医師偏在指標は算出されず、診療科ごとの目標医師数も定めることとはされておりません。
- 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ので、本県における診療科偏在対策を今後推進する際には、国の動向を注視する必要があります。
- 都道府県別診療科ごとの将来必要な医師の見通しにおいては、現時点で医師確保計画の最終的な目標年度である令和18年(2036年)の必要医師数が平成31年(2019年)時点から更新されておらず、また、何をもちて診療科ごとの医師が不足あるいは充足しているのかを判断する客観的な基準がなく、地域の実状に応じた目標医師数の設定が現状困難であるため、今回の計画においては、診療科ごとの必要医師数の設定は行いませんが、診療科間の医師偏在は重要な課題であることから、引き続き必要な取組を進めてまいります。

図表 55 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	2016年		2024年	2030年	2036年	(参考値)
	2016年 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)	2020年 医師数 (未調整)
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）

第6節 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。

(1) 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）

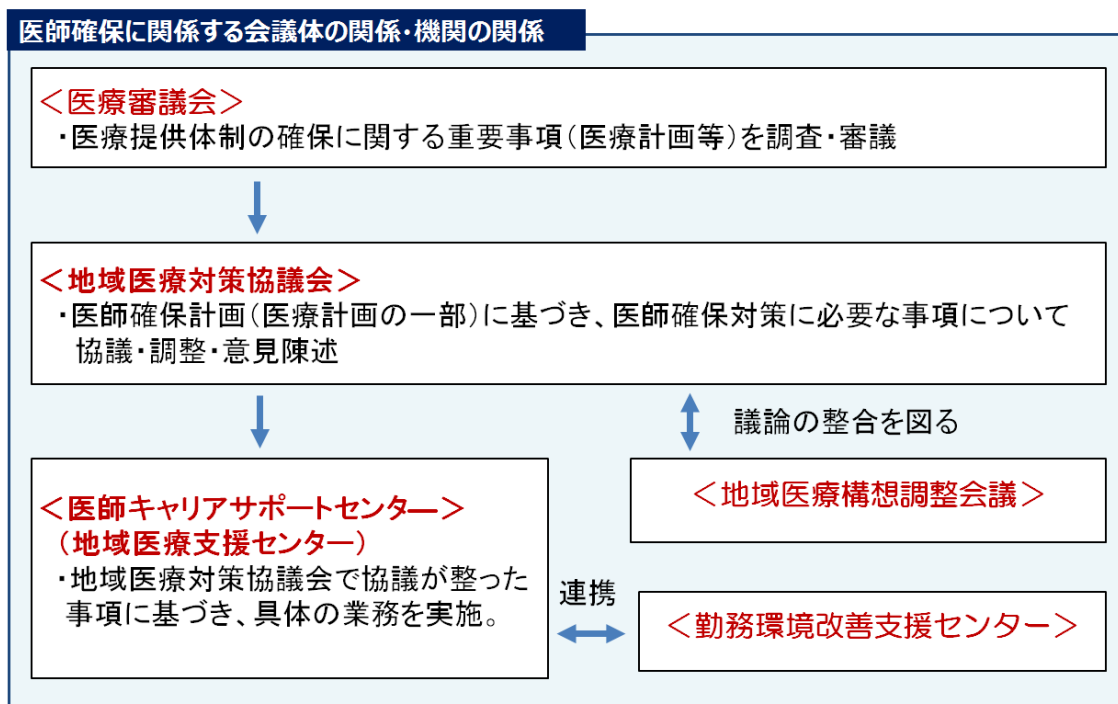
(2) 滋賀県医師キャリアサポートセンター

- 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、県内の医師充足状況等の調査・分析等を実施します。

(3) 滋賀県医療勤務環境改善支援センター

- 医療法第 30 条の 21 に基づき、医療従事者の離職防止や医療安全の確保を図るため、平成 26 年（2014 年）10 月に滋賀県医療勤務環境改善支援センターを設置（運営は滋賀県病院協会に委託）し、県内医療機関が実施する勤務環境改善事業を支援してきました。
- 平成 31 年（2019 年）4 月から「働き方改革関連法」が順次施行されていますが、医師の時間外労働の上限規制については、法施行後 5 年後の令和 6 年（2024 年）4 月から適用されます。
- 令和 6 年（2024 年）4 月以降は、医師の時間外労働は原則として年間 960 時間以内となり、地域医療の確保のためやむを得ない場合や研修により集中的に技能を向上させる必要がある場合に限って、例外的に年間 1,860 時間以内となります。
- 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ています。
- そのため、県、滋賀県病院協会・滋賀県医師会等の関係団体、滋賀労働局等で構成される滋賀県医療勤務環境改善支援センター運営協議会等を通じて関係者の連携を密に図るとともに、県内医療機関の勤務環境改善に向けた取組の促進を図っていきます。

図表 56 医師確保対策実施体制



2 取組内容

- 必要な医師を確保し、良質かつ適切な医療を提供するため、県内の医師充足状況等の実態を調査分析した上で、地域医療介護総合確保基金等を活用しつつ、次の4つの項目を施策の柱として医師確保計画を推進していきます。

- (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」
- (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」

(1) 地域医療に貢献する医師の「養成」

ア 地域枠医師の養成

- 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、地域枠医師が果たす役割はますます重要になります。
- 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、県内の医師偏在を是正するための非常に有用な手段になります。そのため、本県としては今後も継続して地域枠を設置することし、医師確保を図ります。
- 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、地域枠医師の絶対数の増加を図ります。
- 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(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)の適用を義務化しています。
- また、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支援プランを策定し、医療現場での宿泊研修の実施や自治医科大学生との交流等、地域医療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す。
- あわせて、医学生時および卒業後のキャリア形成を支援するため、滋賀県医師キャリアサポートセンターにおいて、定期的に面談を実施するとともに、将来の進路に関する希望等について確認・助言を行っています。また、選択した診療科において、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、相談窓口となって必要な調整やサポートをしています。

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)

- 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「滋賀県医師養成奨学金」を貸与していますが、本県では、全国の医学生を対象とした「滋賀県医学生修学資金」の貸与事業も実施しています。
- 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必要があるため、県内の医師偏在を是正するための非常に有用な手段にな

ります。そのため、本県としては今後も継続して地域枠を設置することし、医師確保を図ります。制度の詳細は、次の表のとおりです。

図表 57 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。

- 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、滋賀県医学生修学資金は74人に貸与を行っています。両制度とも診療科の制限を設ける代わりに返還は無利息としていましたが、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な確保に取り組んでいます。

図表 58 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

※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。

ウ 自治医科大学卒業医師の養成

- 地域医療の確保と向上を図るため全都道府県が共同で設置した自治医科大学には本県から毎年2人または3人が入学しています。卒業後は9年間の就業義務が課されており、卒業した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。
- 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、医師が不足する診療科や地域の医療機関への派遣と、医師本人の希望を踏まえた将来のキャ

リア形成の両立に取り組みます。

エ その他

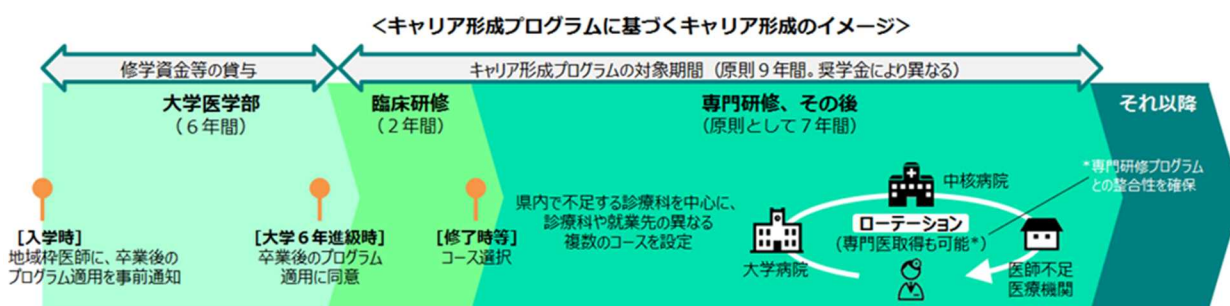
- 医師確保のためには、医師を目指す中学生や高校生を増やす取組も重要です。
- そのため、医師を目指す中学生や高校生等を対象としたセミナーや講演会の実施により、本県の医療への関心を高め、将来、医師として本県の地域医療を支える意識の醸成を図り、滋賀医科大学等の受験者の増加に取り組みます。
- また、高校生等を対象とした自治医科大学に関する説明会を開催し、自治医科大学卒業医師や現役学生との交流の機会や、自治医科大学の教育内容や特色等を理解してもらうことにより、本県からの自治医科大学の受験者の増加に取り組みます。

(2) 地域医療を担う医師の「キャリア形成支援」

ア キャリア形成プログラム

- 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明示し、自らの将来像を描けるようにするものです。
- 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。
- 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「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。
- 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。
- 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ます。
- 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、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。
- 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めのプログラムの一時中断を可能とします。
- 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。

図表 59 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



- 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、対象医師の支援体制の充実を図ります。

イ 臨床研修

- 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。
- 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）が厚生労働省か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行う等、臨床研修制度の適切な運用に取り組みます。
- 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を行います。
- 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。
- 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行い、研修内容の改善につなげます。
- 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、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ことで、臨床研修医の研修修了後の県内定着（3年目医師の確保）に取り組みます。

ウ 専門研修

- 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・診療科間の医師偏在の是正にも資するものであると考えます。
- 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ていないかについて確認を行います。
- 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、専門研修制度に対し積極的に関与をしていきます。
- 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関する情報発信に取り組みます。
- 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に対する支援を行います。

(3) 地域医療を支える医師の「定着促進」

ア 医師の働き方改革

- 令和6年(2024年)4月以降は、医師の時間外労働は原則として年間960時間以内となり、地域医療の確保のためやむを得ない場合や研修により集中的に技能を向上させる必要がある場合に限り、例外的に年間1,860時間以内となります。
- 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境の改善支援を重点的に図っていきます。
- 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定等の支援に取り組みます。
- 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業務の効率化の促進に取り組みます。
- そのため、医師だけでなく看護師等を含めた医療従事者の確保・定着を目的に、医療機関全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。
- さらに、勤務環境改善のためには、医療提供側だけではなく、医療を受ける県民の意識醸成に対する取組も必要であることから、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ます。

イ 子育て医師等支援

- 医学部入学者に占める女性の割合が増加する中、女性医師就業率は子育て世代において低下が見られており、本県において医師確保を進めていく上では、子育て世代に対する取組は性別問わず重要であると考えます。
- そのため、本県では県内病院に勤務する医師等の乳幼児に対する保育を行う病院内保育所の運営・施設整備を支援することにより、医師等の離職防止および再就業の促進を図ります。
- また、子育てや介護等の様々な理由で臨床業務を離れ、臨床業務への再就業に不安を抱える医師のための復職支援の取組を支援する等、再就業の促進を図ります。

ウ その他

- 滋賀県ドクターバンク事業(医師無料職業紹介事業)により、県外医師の県内就業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。

(4) 地域・診療科別の「偏在是正」

ア 医師派遣

(ア) 地域枠医師等

- 本県では、「(1) 地域医療に貢献する医師の「養成」」に記載したとおり、医学生に対する修学資金等の貸与事業を行っていますが、修学資金等の貸与を受けている地域枠医師等は、卒業後に県内での一定期間の業務従事要件を課しています。

図表 58 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

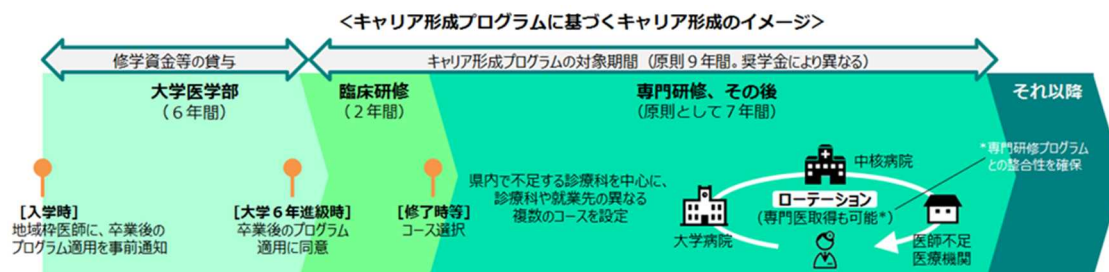
資金名	貸与期間	就業義務年限	実施機関	貸与者数	令和5年7月31日現在				
					在学中	義務履行中	うち、知事指定医療機関勤務者	義務年限終了	返還中・返還済
滋賀県医師養成奨学金	6年	9年	H21～	121	51	53	14	2	15
滋賀県医学生修学資金	4年	6年	H19～	74	14	30	14	16	14
合計				195	65	83	28	18	29

※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。

- 修学資金等の貸与条件として、就業義務年限の後半には知事が指定する医療機関で一定期間、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、知事が指定する医療機関の選定にあたっては、次の「(2) 地域医療を担う医師の「キャリア形成支援」」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。
- 上記の派遣調整等の対象にならない医師の派遣についても、この計画に沿ったものとなるよう滋賀医科大学、京都大学、京都府立医科大学等と連携を図ります。

図表 59 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（再掲）



(イ) 自治医科大学卒業医師の医師派遣

- 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。

図表 60 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 地域医療を担う総合診療医の確保・定着促進

- 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になります。
- また、総合診療医は、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できるため、地域・診療科偏在の解消に資するものと考えます。
- 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みます。
- また、新たに訪問診療を始めようとする医師に対するセミナーの開催や、訪問診療に同行体験する機会を提供することなどにより、訪問診療を担う医師の増加を図ります。
- あわせて、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みます。
- その他、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。

ウ その他

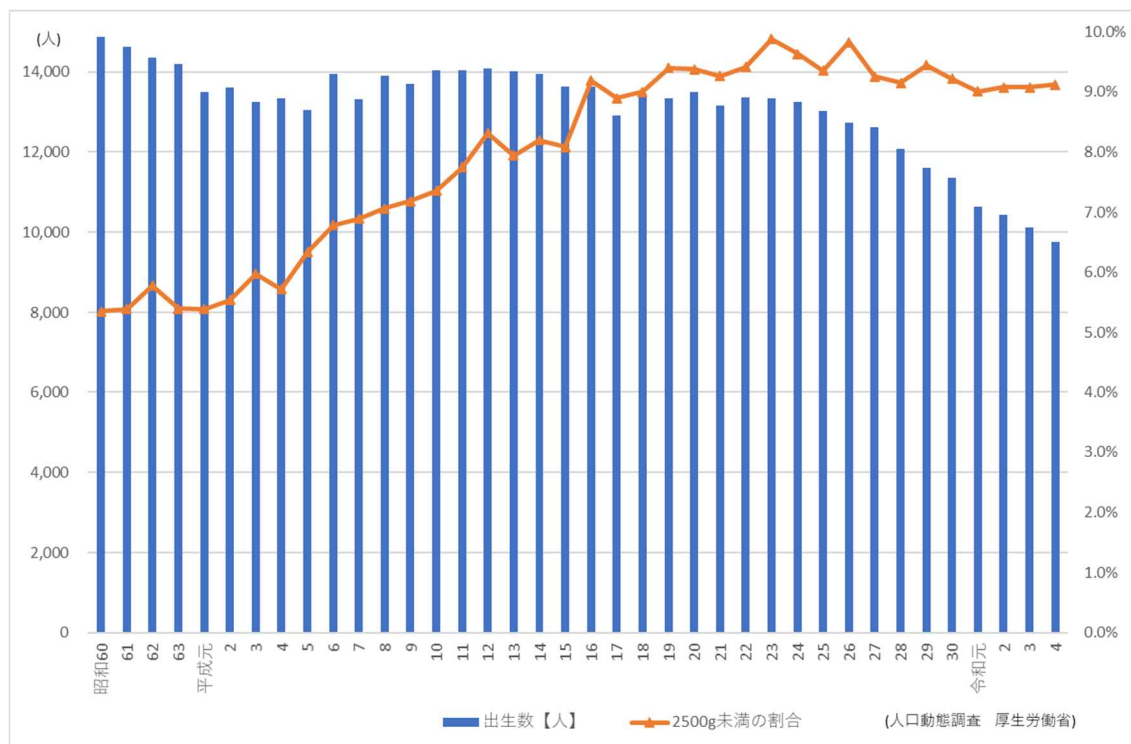
- 医師少数区域および医師少数スポットについては、上記医師派遣のほか、厚生労働省が実施する医師少数区域等で勤務した医師を認定する制度の普及啓発等により、医師確保および定着促進を図っていきます。
- 医師キャリアサポートセンターとへき地医療支援機構との連携・協力体制を整備し、医師少数スポットでの診療を組み込んだキャリア形成プログラムの作成等、より効果的なへき地医師確保対策に取り組みます。
- 自治医科大学卒業医師の派遣や、無医地区等巡回診療にかかる経費の補助により、へき地医療拠点病院等に対して、継続的な医師確保支援を行います。
- 診療科偏在の解消には、診療科の絶対的な不足感を明らかにしたうえで、診療科ごとの必要医師数の算定を行う必要があるものと考えますので、国の動向を注視したうえで、必要な取組を進めていきます。
- また、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。

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

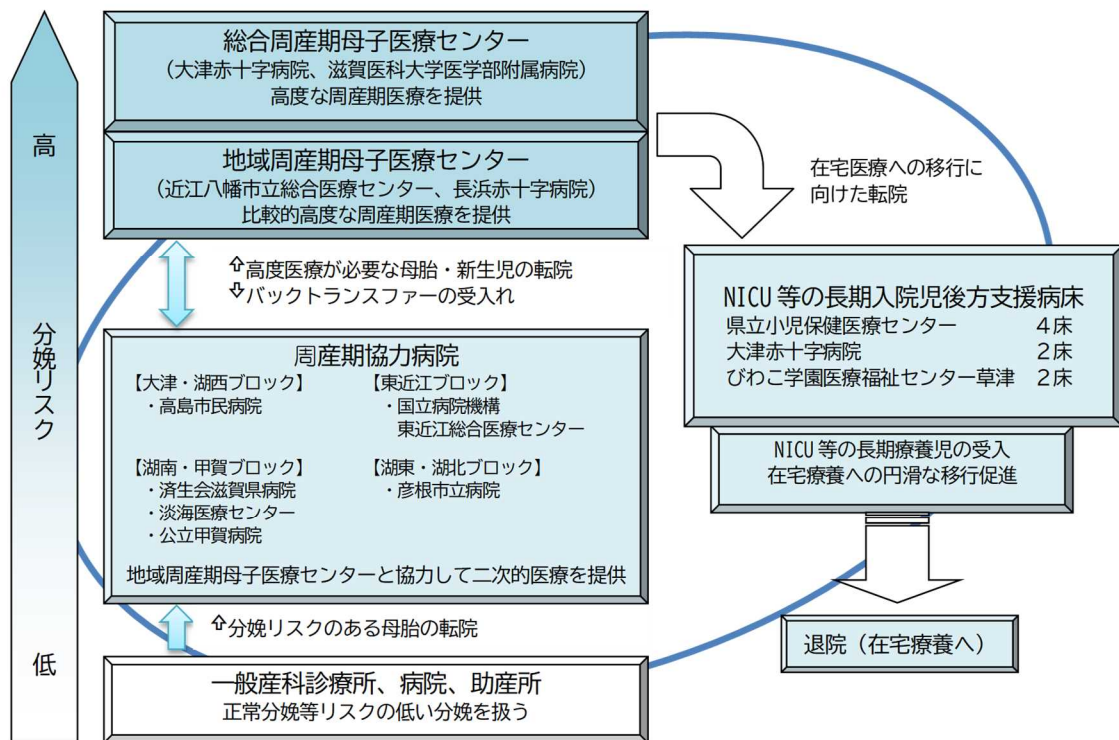
- 本県の出生数は年々減少しており、昭和60年(1985年)の14,863人に対し、令和4年(2022年)は9,766人となっています。2,500g未満児の出生割合は、昭和60年(1985年)は全出生数の5.4%(796人)でしたが、平成23年には9.9%となるも、その後、おおむね9.5%前後で推移し、近年は横ばいから減少傾向にあります。

図表 61 滋賀県の出生数推移



- 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、設定しています。医療資源を集約し、有効活用することで高度かつ専門的な医療提供体制の充実を図っています。
 - 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)
- 総合周産期母子医療センターである大津赤十字病院(大津・湖西ブロック)および滋賀医科大学医学部附属病院(湖南・甲賀ブロック)、地域周産期母子医療センターである近江八幡市立総合医療センター(東近江ブロック)、長浜赤十字病院(湖東・湖北ブロック)を各周産期医療圏の周産期医療の中核としています。
- 周産期母子医療センターや周産期協力病院、一般の病院、診療所、助産所も含めた役割分担など、周産期医療圏の分娩体制の在り方について検討を行っています。

図表 62 滋賀県周産医療提供体制（令和5年度）



- 三師統計（厚生労働省）によると、令和2年（2020年）末の本県の産科医・産婦人科医の合計は121人で、近年は横ばい傾向でしたが、令和2年（2020年）は増加しました。
- 本県の15歳から49歳の女性人口10万人当たりの産科・産婦人科医数は42.4人と、全国平均の46.7人を下回っています。また、県内4ブロックごとに見ると、大津・湖西ブロックが70.2人と全国平均を大きく上回っていますが、東近江ブロックは36.7人、湖南・甲賀ブロックは31.6人、湖東・湖西ブロックは29.9人と平均を下回り、地域偏在も顕著です。

図表 63 ブロック別産科・産婦人科医数（令和2年度）

大津・湖西ブロック		湖南・甲賀ブロック		東近江ブロック		湖東・湖北ブロック		滋賀県		全国	
医師数	人口10万対	医師数	人口10万対	医師数	人口10万対	医師数	人口10万対	医師数	人口10万対	医師数	人口10万対
54人	70.2人	33人	31.6人	16人	36.7人	18人	29.9人	121人	42.4人	11,678人	46.7人

出典：三師統計（厚生労働省）

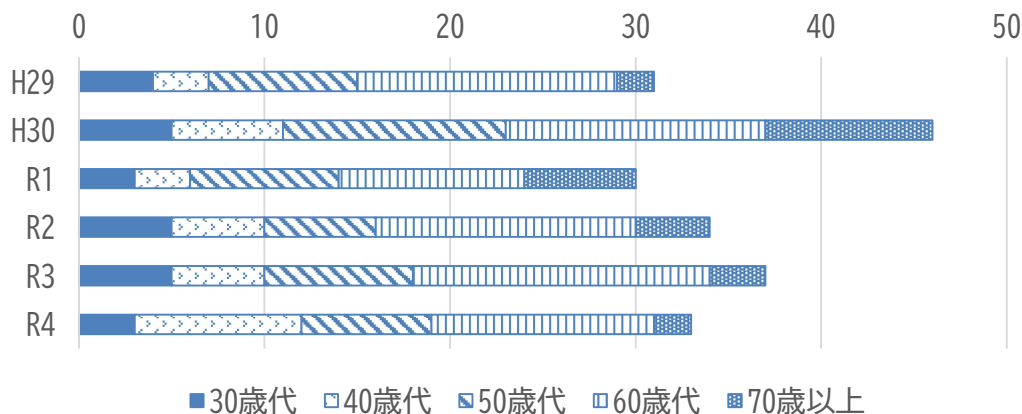
- 令和3年1月～12月の本県医療機関の分娩数は10,300件です。分娩は24時間発生し得ることであるため、産科の医師は休日や時間外の対応が多くなり、勤務時間も長くなる傾向にあります。
- また、本県では診療所での分娩割合が62.7%と全国と比較して高くなっております。診療所に勤務する産婦人科医師の約4割が60歳以上であり、医師の高齢化や働き方改革による分娩取扱い医療機関の減少等の可能性があります。

図表 64 出生の分娩場所別の割合（令和4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%

出典：：人口動態統計（人口動態統計）

図表 65 分娩取扱診療所の医師の年齢構成（令和4年度）

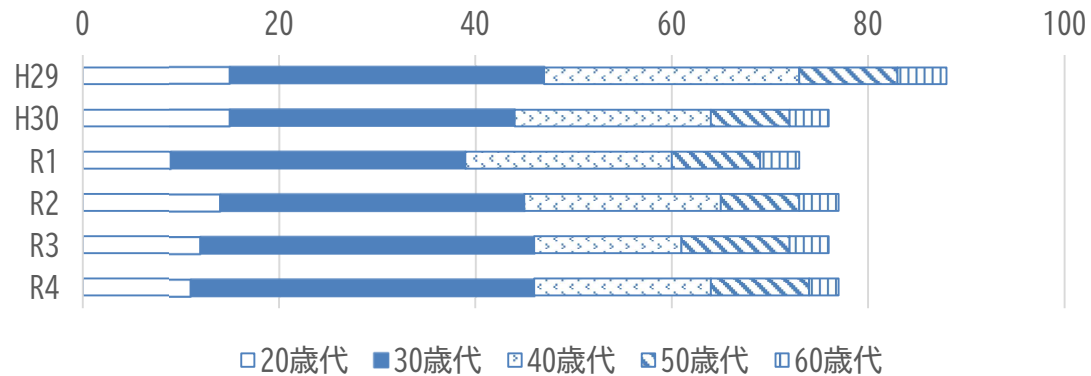


	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60～69歳	70歳～	合計(人)
H29	4	3	8	14	2	31
H30	5	6	12	14	9	46
R1	3	3	8	10	6	30
R2	5	5	6	14	4	34
R3	5	5	8	16	3	37
R4	3	9	7	12	2	33

出典：周産期医療施設状況調査（滋賀県）

- 分娩を取り扱う病院で勤務する産婦人科医のうち、59.7%が20～30歳代です。結婚、出産や育児といったライフイベントと重なる年代であり、産休・育休による一時的な離職や復帰後に時短勤務をする医師がいる医療機関では、診療体制を維持するため、それらの医師の勤務をカバーする同僚医師の過重労働も問題になっています。

図表 66 分娩を取り扱う病院の医師の年齢構成の推移



	～29歳	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60歳～	合計(人)
H29	15	32	26	10	5	88
H30	15	29	20	8	4	76
R1	9	30	21	9	4	73
R2	14	31	20	8	4	77
R3	12	34	15	11	4	76
R4	11	35	18	10	3	77

出典：周産期医療施設状況調査（滋賀県）

図表 67 県内の分娩取扱医療機関数

	平成 24 年	平成 29 年	令和 4 年
診療所	27 施設	23 施設	17 施設
病院	14 施設	13 施設	10 施設
合計	41 施設	36 施設	27 施設

出典：周産期医療施設状況調査（滋賀県）

2 分娩取扱医師偏在指標

(1) 基本事項

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

$\text{分娩取扱医師偏在指標} = \frac{\text{標準化分娩取扱医師数}}{\text{分娩件数} \div 1000\text{件}}$ $\text{標準化分娩取扱医師数} = \frac{\sum \text{性・年齢階級別医師数} \times \text{性・年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$
--

※1 医療施設調査の分娩件数は9月中の分娩数であることから、人口動態調査の年間出生数を用いて調整を行う。

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

- なお、分娩取扱医師偏在指標については、全体の医師偏在指標と同様、一定の前提条件の下、各種統計等に基づいて機械的に算定された数値であるとともに、医師の絶対的な充足状況ではなく、あくまでも相対的な偏在状況（全体における位置関係）を示すものであることに留意が必要です。

(2) 県・周産期医療圏の分娩取扱医師偏在指標

- 今回の計画の策定にあたり、厚生労働省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。

図表 68 都道府県間の分娩取扱医師偏在指標 全国平均：10.6

順位	都道府県	医師偏在指標	前回(R2.3)順位比較	順位	都道府県	医師偏在指標	前回(R2.3)順位比較	順位	都道府県	医師偏在指標	前回(R2.3)順位比較
1	東京都	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）

図表 69 県全体および各二次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)(2020)	標準化分娩取扱医師数(人)(2020)	分娩件数(千件)(2017)
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	19位	-	50	50.9	2.9
湖南・甲賀	6.7	222位	相対的医師少数区域	25	25.6	3.8
東近江	10.0	109位	-	15	14.3	1.4
湖東・湖北	7.3	203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位が医師少数都道府県）

二次医療圏は278二次医療圏中の順位（186～278位が医師少数区域）

図表 70 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				(R5.4)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	19位	↑9	
湖南・甲賀	9.3	185位		6.7	222位	↓37	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	109位	↑93	
湖東・湖北	7.4	235位	相対的医師少数区域	7.3	203位	↑32	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）

- 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、前回計画の順位（32 位）と比較すると 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。
- 周産期医療圏ごとに見ると、東近江周産期医療圏が大きく順位を上げており（↑93）、湖東・湖北周産期医療圏も順位を上げています（↑32）。一方で、湖南・甲賀周産期医療圏が順位を下げています（↓37）。
- 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、前回指標との単純比較はできないものと考えます。

3 相対的医師少数区域の設定

- 産科においては、都道府県ごとおよび周産期医療圏ごとの医師偏在指標の値を全国と比較し、医師偏在指標が下位 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、産科医師が相対的に少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、産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、図表 70 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）以外の都道府県となります。
- 周産期医療圏ごとに見ると、「湖南・甲賀」「湖東・湖北」の 2 箇所の周産期医療圏が相対的医師少数区域（186 位～278 位/278 周産期医療圏）となっています。ただし、湖南・甲賀周産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れていることを勘案する必要があります。

図表 71 本県における医師少数区域・医師少数区域の設定

	前回計画	今回計画
滋賀県	相対的医師少数都道府県	—
天津・湖西	—	—
湖南・甲賀	—	相対的医師少数区域
東近江	相対的医師少数区域	—
湖東・湖北	相対的医師少数区域	相対的医師少数区域

4 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。
- 厚生労働省からは、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ことで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ことで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。	天津・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周産期医療圏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・湖北周産期医療圏）

- 原則として、現在の周産期医療提供体制を維持するために必要な医師確保を行う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、東近江周産期医療圏）

- 原則として、現在の周産期医療提供体制を維持するために必要な産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、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。

5 偏在対策基準医師数

- 産科における医師確保計画では、計画期間終了時の分娩取扱医師偏在指標が、計画開始時の相対的医師少数区域の基準値（下位 33.3%）に達することとなる医師数を産科における偏在対策基準医師数として設定することとしています。
- ただし、産科における医師偏在指標基準医師数は、医療需要に応じて機械的に算出される数値であり、確保すべき医師数の目標ではないことに留意が必要です。
- 厚生労働省から示された産科における偏在対策基準医師数の算定式は以下のとおりです。

偏在対策基準医師数 (産科)	=	分娩取扱医師偏在指標 下位 33.3%指標値 (2022)	×	分娩件数将来推計 (2026)
-------------------	---	-------------------------------------	---	--------------------

- 本県の産科の偏在対策基準医師数は90.8人で、令和2年(2020年)末の産科医師(標準化医師数)108.6人から17.8人少ない人数となっています。
- 周産期医療圏ごとに見ると、湖南・甲賀ブロックを除き、偏在対策基準医師数は少なくなっています。
- 将来における推計分娩件数は、県全体および全ての周産期医療圏において現在より少なくなると見込まれています。

図表 72 偏在対策基準医師数・分娩件数将来推計

	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(2026) A	産科・産婦人科医師数(2020) B	差(A-B)	将来推計(2026) C	分娩件数(調整後)(2017) 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)

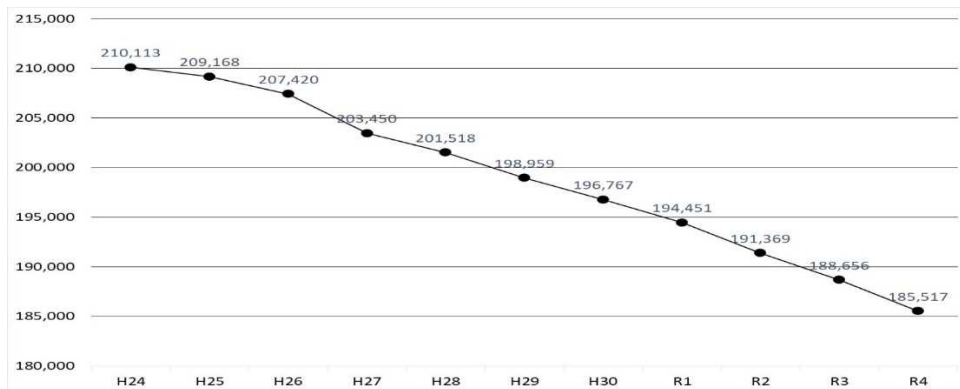
- 6 偏在対策基準医師数を踏まえた具体的な施策(産科医師の確保対策に特化したもののみを抜粋)
- 関連大学とも連携して、各周産期医療圏内の中核病院である周産期母子医療センターに必要な医師の集約化を図ります。
 - また、周産期医療圏内の地域、診療所、助産所、周産期母子医療センターのネットワークを充実・強化することにより、地域全体で出産から産後の切れ目ない周産期保健医療を提供できる体制(びわこ セーフチャイルドバース ネットワーク(Biwako Safe Childbirth Network))の整備を図ります
 - 周産期医療施設状況調査を毎年度実施し、各周産期医療圏での分娩可能数等医療資源の現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分娩体制在り方検討部会を開催し、周産期医療提供体制について検討します。
 - 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うなど、必要な医師の確保に努めます。
 - 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。
 - 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、産科医師の確保および県内定着を図ります。

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

- 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。

図表 73 年少人口の推移



出典：滋賀県推計人口年報（滋賀県）

- 国の三師統計によると、令和2年（2020年）末の本県の小児科医数は平成30年（2018年）の239人に対し、240人で横ばい傾向です。
- 年少人口10万人当たりの小児科医数で見ると、滋賀県は124.8人で、全国平均の119.7人を上回っています。ただし、県内の二次医療圏ごとに見ると、大津保健医療圏の188.8人と比べて、湖東保健医療圏は64.9人、甲賀保健医療圏は66.2人と地域偏在が顕著です。
- 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）
 - 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）
- 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。
 - ① 入院治療が必要ない程度の治療を診療所や休日急患診療所で行う初期救急医療体制
 - ② 入院治療を必要とする医療を救急告示病院で行う二次救急医療体制
 - ③ 重篤な救急患者の治療を必要とする医療を救命救急センターで行う三次救急医療体制

制

- 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更に少なくなっています。
- 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、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。
- 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年（2023年）3月末現在）
- 医療的ケア児の在宅生活を支えるために訪問診療、レスパイト・ショートステイができる医療機関および医師の確保が必要となるが、対応できる医療資源は成人に比べて少なく、二次保健医療圏によって偏りがあります。

図表 74 二次保健医療圏別訪問診療対応可の診療所数

		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）

図表 75 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）

- 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。
- 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人あった（令和3年度小児慢性特定疾病おたすね票より）。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けられない場合があり、かかりつけ医の確保および医療機関同士の連携が課題となっています。
- 近年の医療の発達等により、小児期に慢性疾患を発症する患者の多くが成人を迎えら

れるようになった一方で、難治性の疾患であるため治療が長期化し、成人期においても治療が必要な方が多くおられます。

- 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は88か所（令和5年医療機能調査）あったが、医療の連携体制等に課題があります。

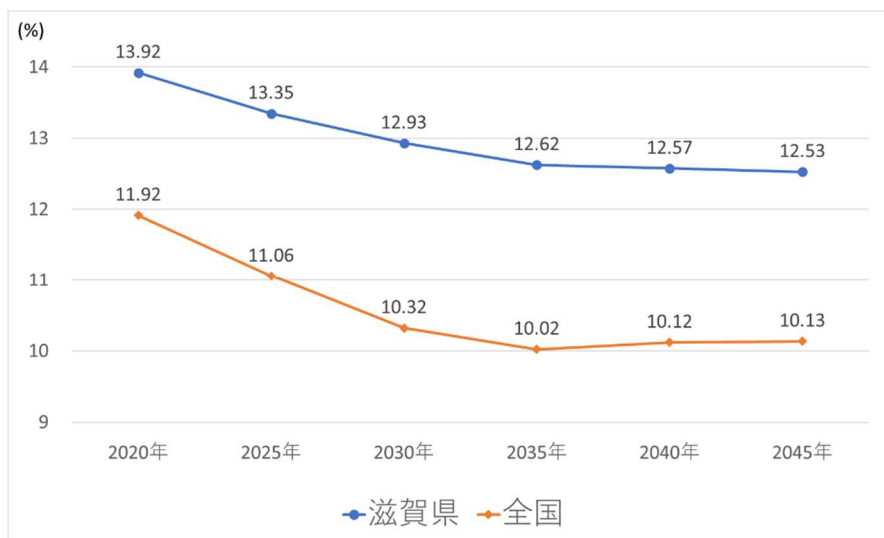
図表 76 移行対応可能な医療機関数

	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）

- 令和4年度の630調査によると、県内の精神科医師数は、精神科病院では、常勤が98人、非常勤が80人、精神科病床の無い診療所等では、常勤25人、非常勤10人となっています。
- 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。
- 令和4年における神経発達症・児童思春期患者を診療する医師（精神科・小児科）は32名（小児科27名、精神科5名）です。
- うち、子どものこころ専門医は11人（小児科6人、精神科5人）と少なく、受診までの待機期間が長期化しています。
- 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（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%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。

図表 77 本県と全国の年少人口の推計比較



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)」

- 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（募集定員の上限）が設定されました。
- 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のではないかと懸念が広がった可能性があります。

2 小児科医師偏在指標

(1) 基本事項

- 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て年少人口を調整したものが用いられます。
- 患者の流出入については、産科と異なり、流出入状況を反映します。
- 医師供給については、三師統計における「小児科医師数」を用いることとします。
- 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いて調整することとされています。
- 以上の考え方により、小児科における医師偏在指標は、以下の計算式により算出することとされています。

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

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

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

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

- 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、各種統計等に基づいて機械的に算定された数値であるとともに、医師の絶対的な充足状況ではなく、あくまでも相対的な偏在状況（全体における位置関係）を示すものであることに留意が必要です。
- 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ます。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。

(2) 県・小児医療圏の小児科医師偏在指標

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

図表 78 都道府県間の小児科医師偏在指標 全国平均：115.1

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

出典：小児科偏在指標に係るデータ集（厚生労働省）

図表 79 県全体および各二次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(2020)	標準化小児科医師数(2020)	年少人口(2021)	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	172位		81	78.7	0.7	1.084
東近江	105.6	160位		31	30.2	0.3	0.922
湖東・湖北	100.6	174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 位が医師少数都道府県）

小児医療圏は 307 二次医療圏中の順位（206～307 位が医師少数区域）

図表 80 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				(R5.4)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	
大津・湖西	167.3	10位		183.6	6位	↑4	
湖南・甲賀	85.9	202位		101.2	172位	↑30	
東近江	104.3	124位		105.6	160位	↓36	
湖東・湖北	98.6	146位		100.6	174位	↓28	

出典：小児科医師偏在指標に係るデータ集（厚生労働省）

- 本県の小児科医師偏在指標は全都道府県中 12 位であり、前回計画の順位（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。
- 小児医療圏ごとに見ると、湖南・甲賀小児医療圏が順位を上げています（↑30）。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（↓36、↓28）。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、全国でも最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、図表 80 に記載のとおり、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（206～307 位 / 307 小児医療圏）はありません。

図表 81 本県における相対的医師少数区域の設定

	前回計画 (R2～5)	今回計画 (R6～8)
滋賀県	—	—
大津・高島	—	—
湖南・甲賀	—	—
東近江	—	—
湖東・湖西	—	—

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。
- 厚生労働省からは、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	保健医療圏
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ことで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ことで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るよう、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。
- 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、人材の育成・質の向上・連携体制の構築を図ります。
- 小児期発症の慢性疾患を持つ患者の、成人期の医療を担う医師の増加に向けて、移行期医療の周知啓発・人材育成・連携体制の構築を図ります。
- 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

- 小児科における医師確保計画では、計画期間終了時の小児科医師偏在指標が、計画開始時の相対的医師少数区域の基準値（下位 33.3%）に達することとなる医師数を産科における偏在対策基準医師数として設定することとしています。
- ただし、小児科における医師偏在指標基準医師数は、医療需要に応じて機械的に算出される数値であり、確保すべき医師数の目標ではないことに留意が必要です。
- 厚生労働省から示された小児科における偏在対策基準医師数の算定式は以下のとおりです。

$$\text{偏在対策基準医師数 (小児科)} = \text{小児科医師偏在指標 下位 33.3\%指標値} \times \text{年少人口将来推計の値 (2026)} \times \text{標準化受療率比の値 (2026)} \div 10 \text{ 万}$$

- 本県の小児科の偏在対策基準医師数は 199.5 人で、令和 2 年（2020 年）末の小児科医師（標準化医師数）240.0 人から 40.5 人少ない人数となっています。
- 小児医療圏ごとに見ると、全ての医療圏において偏在対策基準医師数は少なくなっています。
- 将来（2026 年）における将来年少人口は、県全体、全ての二次保健医療圏において現在より減少すると見込まれています。

図表 82 偏在対策基準医師数・年少人口将来推計

	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 (2026) A	小児科医師数 (2020) B	差 (A-B)	将来推計 (2026) C	現在時点 (2021) 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

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）

- 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粋）
- 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がら実状に応じた改善策の検討に努めます。
 - 各二次保健医療圏における二次救急医療体制の維持が困難になっていること、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ブロックへの集約化を推進します。
 - 重症小児患者への高度専門的な治療ができる医療機関の明確化を図ります。
 - 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す。
 - 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開催します。
 - 「神経発達症・児童思春期医療従事者研修（医師向け）」等を実施し、神経発達症・児童思春期精神疾患の診察ができる専門医の養成を図ります。
 - 一般診療医向け「神経発達症の診療に関わる診療手引き」を作成します。
 - 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を図ります。
 - 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て情報発信を行い、早期の動機付けを図ります。
 - 休日や時間外に子どもの容態が急変した場合に直ちに医療機関を受診した方がよいか、医療機関の通常診療時間まで様子を見るべきか等の相談に対応する小児救急電話相談事業（短縮ダイヤル#8000）を実施しています。関係機関と協力して更なる周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（いわゆるコンビニ受診）を抑制し、小児救急に携わる医師の負担を軽減します。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、適切な医療機関の受診につなげます。
 - 「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、本県の小児医療の担い手となる人材の確保に努めます。
 - 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。
 - 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ら、（一社）日本専門医機構等に対し、改善を求めています。

第6章 計画の効果の測定・評価

- この計画は「滋賀県保健医療計画」の一部であることから、PDCAサイクル（目標設定→取組→評価→改善）に基づく見直しを3年ごとに行います。
- 医師確保計画の効果については、計画終了時点で活用可能な最新データから医師偏在指標の値の見込みを算出し、これに基づいて測定・評価することが望ましいとされていますが、医師偏在指標を算出するための三師統計が2年ごとであるなど、計画終了時点の医師偏在指標の値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測定・評価することとします。
- この計画の終了時に、計画開始時と終了時の医師充足状況等について把握し、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ついて比較を行い、課題を抽出します。
- 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を行い、次期医師確保計画の策定・見直しに反映させるとともに、評価結果を次期医師確保計画に記載します。
- この計画の評価結果については、県ホームページや広報誌を通じて、県民等に情報提供を行います。