資料３

３-①　県計画に対する本市としての課題・ポイント

３-②　滋賀県保健医療計画　概要

３-③　滋賀県地域医療構想　概要

３-④　滋賀県地域医療構想　甲賀区域抜粋

３-⑤　滋賀県医師確保計画　概要

３-⑥　滋賀県外来医療計画　概要

県HPより

県の計画に対する本市としての課題・ポイント

1．滋賀県保健医療計画

（1）二次保健医療圏の見直し・広域化

○　国の方針では、二次保健医療圏について①人口規模が２０万人未満かつ、②圏域内の病院の療養病床及び一般病床の推計流入入院患者割合が２０％未満、③推計流出入院患者割合が２０％以上となっている場合は、設定の見直しについて検討が必要であるとされています。

甲賀圏域は、現在この基準に該当していませんが、人口や入院患者の動向、医療連携体制の実情を勘案しながら、県計画の中間見直し時を目途に、二次保健医療圏のあり方が検討されることとなっています。

○　すでに精神疾患のうち精神科救急医療及び周産期医療については、二次保健医療圏を越えた圏域設定が行われていますが、更に救急医療、小児救急医療、脳卒中、心血管疾患の急性期医療については、各分野で二次保健医療圏を越えた圏域設定の検討が進められています。

《二次保健医療圏域の人口・入院患者流出入状況》

保健医療圏	構成市町	人口（人）	推計流入患者割合（%）	推計流出患者割合（%）	見直し検討必要
大津	大津	340,973	26.9	25.6	
湖南	草津、守山、栗東、野洲	333,744	30.5	25.3	
甲賀	甲賀、湖南	145,190	28.9	31.9	
東近江	近江八幡、東近江、日野、竜王	229,799	24.6	24.1	
湖東	彦根、愛荘、豊郷、甲良、多賀	156,273	20.6	36.1	
湖北	長浜、米原	156,912	14.5	30.4	○
湖西	高島	50,025	10.9	35.1	○

滋賀県保健医療計画（平成30年3月）をもとに作成

《各分野における保健医療圏域設定に係る検討状況》

		圏域数	湖西	大津	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北
	がん	7							
	脳卒中	7→4	広域化		広域化			広域化	
心筋梗塞等の心血管疾患	急性心筋梗塞 慢性心不全	7							
心筋梗塞等の心血管疾患	急性大動脈乖離	7→4	広域化		広域化			広域化	
	糖尿病	7							
	精神疾患	7							
	精神救急	3							
	救急	7→4	広域化		広域化			広域化	
	小児救急	7→4	広域化		広域化			広域化	
	周産期	4							
	災害医療	7							

○　特に、小児救急医療の広域化（ブロック化）については、公立甲賀病院の小児救急医療体制を維持できるかどうかが一つの焦点であり、本市にとって重要な懸案事項となっています。

２．滋賀県地域医療構想

（１）将来推計における病床機能のギャップ

○　甲賀保健医療圏については、２０１５年の許可病床数と、２０２５年の必要病床数の合計はほぼ同数であり、ベッド削減の必要性は指摘されていません。

○　しかし、２０２５年に必要と見込まれる病床機能に対して、急性期と慢性期が過剰、高度急性期と回復期が不足すると見込まれています。

（２）需要が増加する在宅医療に対する医療資源の不足

○　甲賀保健医療圏における在宅医療の需要は、２０１３年に対して２０２５年には１．４４倍に増加する推計となっています。

○　これに対し、甲賀市内の在宅医療資源は、在宅療養支援病院２か所、在宅療養支援診療所５か所、在宅療養支援歯科診療所３か所（２０２１年１月時点）に留まります。

３．滋賀県医師確保計画

（１）県内での医師偏在

○　医師偏在指標において、甲賀保健医療圏は全国順位２２３位。一方、大津保健医療圏は全国順位で７位と、県内での医師偏在が顕著に見られます。

○　産科・小児科の広域ブロックで見ても、甲賀・湖南ブロックは、わずかな順位の差で「医師少数地域」から外れているものの、大津ブロックとの格差は大きい状況です。

（２）僅差順位による計画上のプライオリティ抑制

○　甲賀保健医療圏は全国順位が２２３位で、「医師少数地域」とされる２２４位以下に入らなかったことから、県計画上のプライオリティが抑制される結果となってしまいました。
（計画策定過程では「医師少数地域」に入る見込みで、偏在を軽減するための対策が検討されていたにもかかわらず）

４．外来医療計画

（１）医業承継の視点が考慮されず

○　県計画において医業承継の視点が考慮されていません。（本市から意見提案したが不採用）

○　特に中山間地域において、医師の高齢化や後継者不在による診療所の閉鎖は、地域にとっても深刻な課題であり、社会資源として診療所を維持していくために第３者への医業承継を公的に支援する仕組みが必要であると考えています。

「滋賀県保健医療計画」の概要

［計画期間］ 平成30年度～平成35年度

滋賀県

Ⅰ 計画改定の趣旨

前回改定から5年が経過したことから、社会環境の変化や国の動き等を踏まえ、県民ニーズに的確に対応しつつ保健・医療・福祉が一体となって生活を支える「医療福祉」の推進と、地域包括ケアシステムの深化を目指して、「滋賀県保健医療計画」の改定を行う。

Ⅱ 計画の位置づけ

○ 医療法第30条の4第1項の規定に基づく計画
○ 本県の保健医療施策推進の目標
○ 関連計画との整合を図り、一体的な事業を推進
〈主な関連計画〉
・「ﾚｲｶﾃﾞｨｱ滋賀高齢者福祉プラン」
・「健康いきいき21 -健康しが推進プラン- 」
・「医療費適正化計画」 ・「がん対策推進計画」 等

Ⅲ 計画の構成

第1部 総論
第1章 計画に関する基本事項
第2章 保健医療環境の概況
第3章 基本理念
第4章 保健医療圏
第5章 基準病床数
第2部 健康づくりの推進
第1章 健康づくりと介護予防の推進
第3部 総合的な医療福祉提供体制の整備
第1章 医療提供体制のあり方
第2章 地域医療構想
第3章 疾病・事業ごとの医療福祉体制
1 がん／2 脳卒中／3 心筋梗塞等の心血管疾患
4 糖尿病／5 精神疾患／6 救急医療／7 災害医療
8 小児医療／9 周産期医療／10 へき地医療
11 在宅医療／12 認知症／13 慢性腎臓病／14 難病
15 アレルギー疾患／16 感染症／17 その他疾病
18 臓器移植・骨髄移植／19 リハビリテーション
20 障害保健医療福祉／21 薬事保健衛生
第4章 健康危機管理の充実
第5章 安全、安心な医療福祉サービスの提供
第6章 患者・利用者を支える人材確保・養成
第4部 計画の推進
第1章 推進体制および評価

Ⅳ 計画の概要

基本理念

『県民一人ひとりが輝ける健やかな滋賀の実現』
～健康的な生活を送るための「医療福祉」の推進と地域包括ケアシステムの深化～

滋賀県保健医療計画で目指す５つの姿

① 県民一人ひとりがそれぞれの地域で自分らしく健康的に暮らしている
② 高度・専門医療の充実により、効果的な医療サービスが提供されている
③ 医療機能の分化・連携が図られ、その人に応じた医療サービスが提供されている
④ 高度急性期から在宅医療・介護、そして看取りまで切れ目なくサービスが提供されている
⑤ これらのサービスの提供を支える地域の医療福祉の体制が整備されている

主な疾病・事業にかかる施策のポイント

全体のポイント ： ①地域包括ケアシステムの深化 ②医療福祉の推進 ③医療と介護の連携 ④医療体制の広域化

健康づくり

【健康づくりと介護予防】
〈健康づくり〉
○ 健康格差の把握と地域の特性を踏まえた施策の推進
➢健康・医療・介護・社会環境等をデータ分析し、予防的な取組に活用
➢県内の健康に関する地域格差を検討し、健康寿命延伸に向けた施策の実施
〈歯科保健対策〉
○ 全身の健康との関連に着目した、生涯を通じた歯科保健の推進
〈母子保健対策〉
○ 妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援体制の確立
➢市町における子育て世代包括支援センターの整備・相談機能の充実
〈介護予防〉
○ 市町が行う地域づくりによる介護予防への支援

5疾病

【がん】
○ 患者本位のがん医療の実現
○ 尊厳をもって安心して暮らせる社会の構築
➢がんと診断された時からの緩和ケアの推進
➢地域連携と在宅医療の充実
➢治療と仕事の両立等、がん患者・家族等の社会的な問題への支援
【脳卒中・心筋梗塞等の心血管疾患】
○ 発症後の速やかな搬送と専門的な診療が可能な体制の構築
➢脳卒中：急性期医療体制の広域化（7圏域→4ブロック）
➢心血管疾患：急性大動脈解離等医療体制の構築（4ブロック）
【糖尿病】
○ 多機関連携、病診連携を含む他科連携による重症化予防対策の推進
【精神疾患】
○ 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築
○ 地域精神保健福祉活動の充実と地域包括ケアシステムの構築

5事業

【救急医療】
○ 圏域設定の見直し（7圏域→4ブロック）
○ 医療機能の明確化
【災害医療】
○ 災害対策（防災）マニュアルの策定支援
○ 医療救護班・災害医療コーディネート機能の充実・強化
【小児医療】
〈小児救急〉
○ 圏域設定の見直し（7圏域→4ブロック）
○ 医療資源の効率的な活用
○ 保護者への啓発
〈小児在宅医療〉
○ 地域における連携体制の構築
○ 小児在宅支援を担う医療機関の拡充
○ 災害時支援体制の構築
【周産期医療】
○ 周産期医療体制充実・強化
➢NICU（新生児集中治療管理室）病床・GCU（新生児治療回復室）病床の整備
○ 災害時医療体制の構築
【へき地医療】
○ へき地における医療・医師の確保

その他

【認知症】
○ 地域での日常生活・家族支援の強化
○ 本人の状況に応じた医療・介護等の提供
【アレルギー疾患】
○ 法に基づくアレルギー疾患対策推進計画として位置づけ
○ アレルギー疾患医療提供体制の整備
○ 生活の質の維持・向上のための取組の推進
【リハビリテーション】
○ 地域リハビリテーションの推進
➢介護予防・二次障害予防の推進
➢ライフステージに応じた適切な総合的リハビリテーションサービスの提供
【医療情報化の推進】
○ ICTの活用による限られた資源の効果的・効率的な連携・活用
○ ICTのさらなる利活用による県民の健康づくりの推進

在宅医療

【在宅医療】
○ 入退院と在宅療養との切れ目ない円滑な連携の促進
○ 本人の暮らしを中心に据えた医療福祉の推進

《二次保健医療圏および三次保健医療圏》

種 別	圏 域 名	構成市町数	構成市町名	圏域人口(単位:人)	圏域面積(単位:㎢)
二次保健医療圏	大津保健医療圏	1	大津市	340,973	464.51
	湖南保健医療圏	4	草津市、守山市、栗東市、野洲市	333,744	256.39
	甲賀保健医療圏	2	甲賀市、湖南市	145,190	552.02
	東近江保健医療圏	4	近江八幡市、東近江市、日野町、竜王町	229,799	727.97
	湖東保健医療圏	5	彦根市、愛荘町、豊郷町、甲良町、多賀町	156,273	392.04
	湖北保健医療圏	2	長浜市、米原市	156,912	931.41
	湖西保健医療圏	1	高島市	50,025	693.05
三次保健医療圏	滋賀県全域	19		1,412,916	4017.38

※各疾病・事業ごとの検討状況等を勘案し、3年後の中間見直しを目途に二次保健医療圏のあり方を検討

《基準病床数》

	圏域名	病床数 基準病床数	病床数 開設許可数
一般病床および療養病床	大 津	3,041	3,211
	湖 南	2,542	2,932
	甲 賀	1,106	1,192
	東近江	1,723	2,294
	湖 東	957	1,183
	湖 北	1,001	1,217
	湖 西	362	411
	合 計	10,732	12,440
精神病床		2,103	2,329
感染症病床		34	34
結核病床		36	63

主な数値目標

【①健康寿命の延伸】
〔平均寿命と健康寿命の差の縮小〕
平均寿命（H25） 男性 81.06年 女性 87.20年
健康寿命（H25） 男性 79.47年 女性 84.03年
差 男性 1.59年 女性 3.17年
【②年齢調整死亡率（人口10万対）】
〔がん〕※75歳未満
70.0（H28） ⇒ 減少
〔脳血管疾患〕
男性 26.4（H27） ⇒ 23.8（H35）
女性 17.1（H27） ⇒ 15.4（H35）
〔急性心筋梗塞〕
男性 20.3（H27） ⇒ 18.3（H35）
女性 8.1（H27） ⇒ 7.3（H35）
【③周産期・小児医療】
〔周産期死亡率（出産千対）〕
3.8（H24～28平均） ⇒ 全国平均より低い ※全国3.7
〔新生児死亡率（出生千対）〕
1.0（H24～28平均） ⇒ 全国平均より低い ※全国0.9
〔NICU等長期入院児後方支援病床の整備〕
（二次保健医療圏）7圏域中3圏域 ⇒ 各圏域に1か所以上
【④在宅医療】
〔訪問診療実施医療機関数〕
病院23 診療所322（H28） ⇒ 病院29 診療所414（H35）
〔24時間体制をとっている訪問看護ステーション数〕
90（H29） ⇒ 102（H35）
【⑤認知症】
〔認知症相談医数〕
367人（H28） ⇒ 430人（H35）

滋賀県地域医療構想の概要

3-③

1 基本事項

1 構想策定の趣旨

○ 平成26年6月に成立した「医療介護総合確保推進法」の一部である改正医療法で、都道府県において地域医療構想の策定が義務付けられた。

○ 構想の目的は、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である。

○ 構想策定・推進にあたっては、病床の必要量を推計するだけではなく、地域の実情に応じた課題抽出や実現に向けた施策を幅広い関係者で検討すること、また、各医療機関の自主的な取組や医療機関相互の協議が促進され、地域医療全体を俯瞰した形で望ましいサービス提供体制を構築していくことが求められている。

○ こうした趣旨を踏まえ、医療・介護関係者、保険者、住民、市町との十分な連携を図り、平成37 年（2025 年）を見据えて、滋賀県地域医療構想を策定する。

2 構想の位置づけ

○ 医療法第30条の4の規定に基づく医療計画の一部

○ 平成37年（2025年）に向けての取組を推進

○ 関連計画との整合を図り、一体的な事業を推進

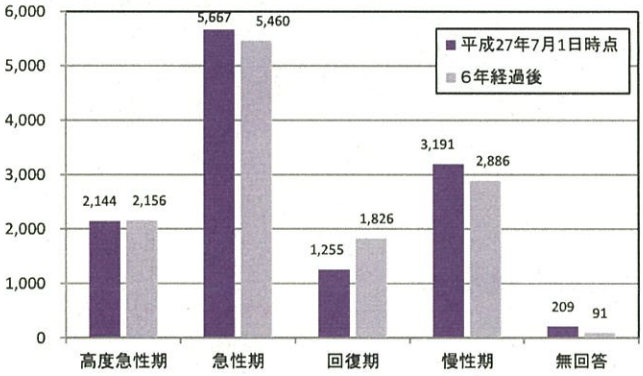
3 構想区域

○ 滋賀県保健医療計画で定める二次保健医療圏と同様に7構想区域を設定

構想区域	構成市町	人口（人）（H27.10.1）	面積（㎢）（H26.10.1）
大津	大津市	341,331	464.51
湖南	草津市、守山市、栗東市、野洲市	335,227	256.39
甲賀	甲賀市、湖南市	144,487	552.02
東近江	近江八幡市、東近江市、日野町、竜王町	229,983	727.97
湖東	彦根市、愛荘町、豊郷町、甲良町、多賀町	155,946	392.04
湖北	長浜市、米原市	158,534	931.40
湖西	高島市	49,865	693.05
県　計		1,415,373	4,017.38

2 医療機能の現状

○平成27年度（2015年度）病床機能報告の概要（滋賀県調査）



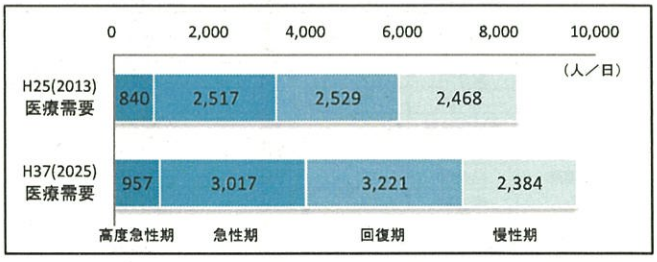
医療機能	2015.7.1時点 病床数①	2015.7.1時点 構成比	6年経過後（予定） 病床数②	6年経過後（予定） 構成比	差引 ②－①
高度急性期	2,144	17.2%	2,156	17.4%	12
急性期	5,667	45.5%	5,460	44.0%	▲ 207
回復期	1,255	10.1%	1,826	14.7%	571
慢性期	3,191	25.6%	2,886	23.2%	▲ 305
無回答	209	1.7%	91	0.7%	▲ 118
計	12,466	100.0%	12,419	100.0%	▲ 47

3 医療需要の推計

*推計は、医療法施行規則に基づき、「地域医療構想策定支援ツール」（厚生労働省作成）により算出

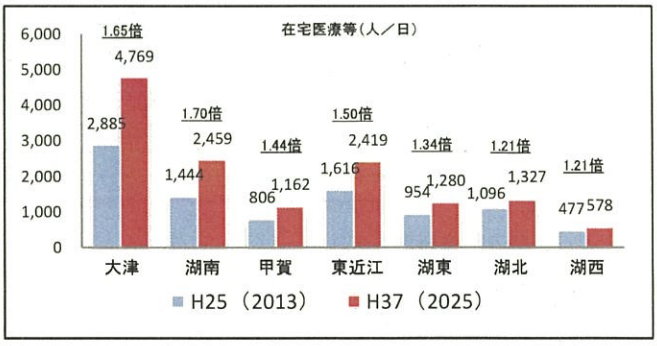
○医療機能別の医療需要（人／日）

県全体	2013年 医療需要①〔医療機関〕	2025年 医療需要②〔医療機関〕	差引 ②－①	増加率
高度急性期	840	957	117	114%
急性期	2,517	3,017	500	120%
回復期	2,529	3,221	692	127%
慢性期	2,468	2,384	−84	97%
計	8,354	9,579	1,225	115%



○在宅医療等の医療需要（人／日）

県全体	2013年 医療需要①	2025年 医療需要②	差引 ②-①	増加率
在宅医療等	9,278	13,995	4,717	151%
（再掲）うち訪問診療分	5,193	7,428	2,235	143%



※在宅医療等の推計に含まれる医療需要

・訪問診療を受けている患者　・老健施設の入所者

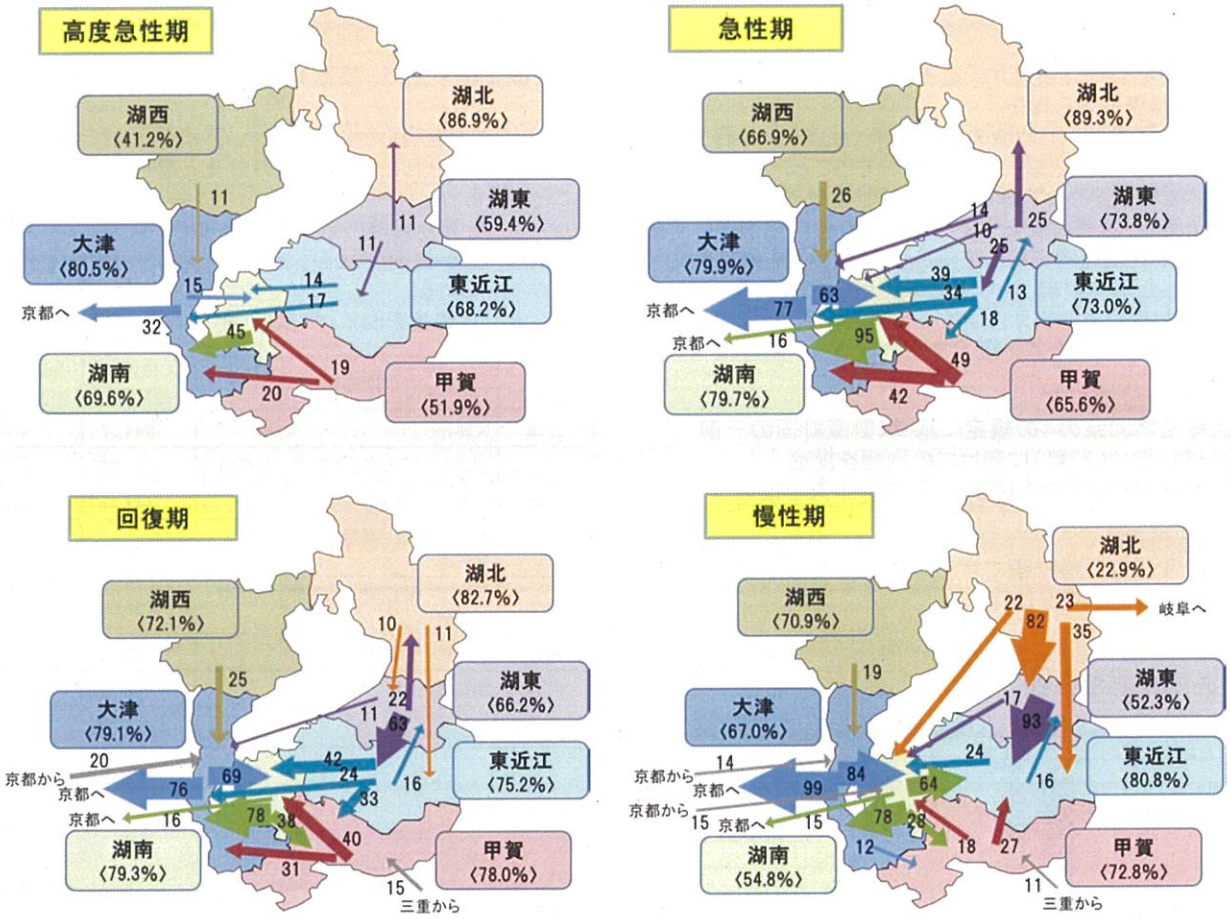
・療養病床入院患者のうち、医療区分1の70%および地域差解消分

・一般病床入院患者のうち、医療資源投入量（患者に対して行われた診療行為を診療報酬の出来高点数で換算した値）175点未満の患者

4 患者動向

○機能別患者流出入数の推計（2025年）

※単位：人／日（10人未満は非公表）　※%は区域内完結率　＊2013年のレセプト実績に基づき算出



5 病床推計

※病床稼働率：高度急性期75%／急性期78%／回復期90%／慢性期92%

構想区域	医療機能区分	2025年医療需要（患者住所地ベースの医療需要）① （人／日）	2025年医療供給 現在の医療提供体制が変わらないと仮定した場合の供給数（医療機関所在地ベース）② （人／日）	2025年医療供給 病床の必要量（病床稼働率で割り戻した病床数） ③ （床）
大津	高度急性期	283	352	470
	急性期	810	905	1,161
	回復期	819	865	961
	慢性期	676	593	645
	合 計	2,588	2,715	3,237
湖南	高度急性期	217	221	294
	急性期	697	779	999
	回復期	751	803	892
	慢性期	475	479	521
	合 計	2,140	2,282	2,706
甲賀	高度急性期	96	58	78
	急性期	314	242	311
	回復期	389	403	448
	慢性期	282	314	341
	合 計	1,081	1,017	1,178
東近江	高度急性期	158	131	174
	急性期	448	378	485
	回復期	527	496	551
	慢性期	403	572	622
	合 計	1,536	1,577	1,832

構想区域	医療機能区分	2025年医療需要（患者住所地ベースの医療需要）① （人／日）	2025年医療供給 現在の医療提供体制が変わらないと仮定した場合の供給数（医療機関所在地ベース）② （人／日）	2025年医療供給 病床の必要量（病床稼働率で割り戻した病床数） ③ （床）
湖東	高度急性期	93	61	82
	急性期	339	277	355
	回復期	350	264	293
	慢性期	277	261	284
	合 計	1,059	863	1,014
湖北	高度急性期	121	121	161
	急性期	350	347	446
	回復期	278	259	288
	慢性期	248	62	67
	合 計	997	789	962
湖西	高度急性期	29	13	18
	急性期	120	89	114
	回復期	167	131	146
	慢性期	117	103	112
	合 計	433	336	390
滋賀県	高度急性期	997	957	1,277
	急性期	3,078	3,017	3,871
	回復期	3,281	3,221	3,579
	慢性期	2,478	2,384	2,592
	合 計	9,834	9,579	11,319

○ 医療機関住所地ベース
　患者の流出入が現状のまま継続するものと仮定して推計

○ 患者住所地ベース
　患者の流出入がなく、入院が必要なすべての患者は住所地の区域（二次医療圏）の病床に入院するものと仮定して推計

6 目指す姿と実現に向けた施策

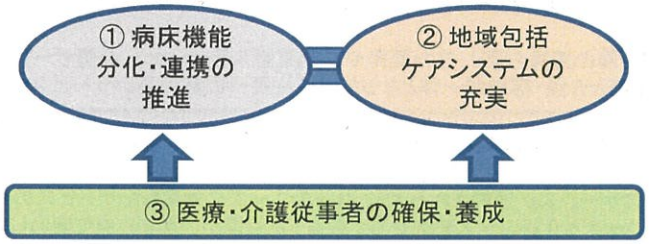
基本目標 ：
「誰もが状態に応じて適切な場所で必要なサービスを受けられる「滋賀の医療福祉」の実現」

《基本的な施策の方向》

（1）効率的かつ質の高い医療提供体制の構築
- ・医療機能に応じた提供体制の確立
- ・高齢者の増加に伴う疾病構造の変化への対応
- ・切れ目のない連携システムの構築

（2）地域の特性に応じた地域包括ケアシステムの構築
- ・医療と介護が一体となって生活を支える地域づくり
- ・安心して最期を迎えられるしくみづくり
- ・すべての年代が健康的な生活を送れる地域づくり

《取組の重点事項》



◎施策体系

（1）病床機能分化・連携の推進
- ①県民の命を守る高度・専門医療の維持・発展
  - ・広域的な三次救急と構想区域ごとの二次救急の充実
  - ・専門医療に適切に対応できる体制の充実
- ②高齢化に対応した病床機能の充実強化
  - ・不足する医療機能の充実
  - ・増加が見込まれる疾患への適切な対応
- ③切れ目のない医療連携システムの構築
  - ・医療機能間・疾患別の連携システムの推進
  - ・入院医療と在宅医療等との連携強化
  - ・医療機能の分化・連携等に関する住民理解の促進

（2）地域包括ケアシステムの充実
- ①在宅医療・介護サービス提供基盤の充実強化
  - ・在宅療養支援診療所・病院、訪問看護ｽﾃｰｼｮﾝの整備促進
  - ・介護施設・介護サービス等の基盤整備
- ②在宅医療・介護連携の推進
  - ・医療・介護サービス提供者間の連携強化
  - ・在宅等で看取りのできる体制強化
  - ・認知症、精神疾患等への対応
  - ・在宅医療・介護サービスに関する住民理解の促進
- ③地域包括ケアシステムを支える予防・住まい・生活支援の充実
  - ・健康づくり、疾病予防、介護予防の取組強化
  - ・多様な住まいの確保と日常生活支援の充実

（3）医療・介護従事者の確保・養成
- ①病床機能分化・連携推進のための医療従事者確保・養成
  - ・医療機能に応じた医師・看護師の確保と適正配置　・医療従事者の勤務環境改善に向けた取組
- ②地域包括ケアシステム充実のための医療・介護従事者の確保・養成
  - ・在宅療養等を支える人材の確保・養成　・地域リハビリテーションを支える人材の養成　・認知症等のニーズに応じた人材育成
- ③医療・介護従事者の連携推進
  - ・医療・介護従事者のキャリア形成・資質向上に向けた取組　・多様な専門職の連携によるきめ細やかな対応

7 推進体制

○ 本構想は、滋賀県保健医療計画と一体的に推進します。
○ 県民をはじめ、関係するすべての機関がその役割を認識し、相互に連携を図りつつ主体的な行動をとるとともに、適切な進行管理のもとに着実に実行できる体制が求められます。
○ このため、必要な協議や施策の検討が行える場として、構想区域ごとに「（仮称）滋賀県地域医療構想調整会議」を設置します。
○ 構想の推進にあたっては、調整会議を中心として協議・調整を進めていきますが、地域には様々な主体による会議や協議会等が設置されていることから、これら既存の枠組みとの緊密な連携を図ります。
○ 県においては、調整会議と滋賀県医療審議会との連携を深め、滋賀県保健医療計画とその一部である本構想が一連のものとして推進できるよう適切な調整に努めます。

8 進行管理

○ ガイドラインでは、「構想区域ごとに病床の機能区分ごとの必要病床数と平成26 年度（2014 年度）（又は、直近の年度）の病床機能報告制度による病床の機能区分ごとの集計数とを比較し、病床の機能の分化及び連携における地域の課題を分析する必要がある」とされています。
○ このことを踏まえ、毎年度開催する構想区域ごとの調整会議の場および滋賀県医療審議会において、各医療機関から報告された内容について確認していくこととします。
○ 地域課題の分析等にあたっては、国による病床機能報告制度の精緻化に向けた検討や療養病床のあり方に関する検討、医療従事者の需給に関する検討などの内容を十分踏まえることとします。
○ その他、将来の望ましい医療・介護提供体制の構築に向けて、関係する指標をベースに各種のデータについて点検・評価を行うことにより、構想の達成状況の進捗について検証を行います。
○ 点検・評価等の結果に基づき、必要があると認められる場合は、推計や施策などの見直しを検討します。

☆構想推進にあたっての役割

県　民

○ 構想で目指す将来の姿を実現するためには、医療・介護サービスの利用者である県民一人ひとりの理解が不可欠。
○ 自らの健康に責任をもって、健康づくりや疾病予防・介護予防の取組に関わることと同時に、安全・安心なサービスを受けるため、限られた貴重な資源を有効に、効率的に活用することが大切。
○ 地域社会の一員として各種取組への参画や意見表明を行うなど、地域・住民が守り育てる医療福祉の実現に期待。

※医療法6条の2第3項（国民の責務）
「国民は、良質かつ適切な医療の効率的な提供に資するよう、医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携の重要性についての理解を深め、医療提供施設の機能に応じ、医療に関する選択を適切に行い、医療を適切に受けるよう努めなければならない。」

医療機関

○ 病床機能報告による情報等を参考としながら、自らの位置づけや役割を認識し、求められる医療機能の充実・強化の取組に期待。
○ 調整会議における医療機関相互および関係団体等との協議・調整を踏まえ、各医療機関の自主的な取組による病床機能の分化・連携の推進に期待。
○ 病院と病院、病院と診療所間の一層の連携を図り、また薬局や訪問看護ステーション、介護サービス施設・事業所なども含め、多様な機関が連携することにより医療と介護・福祉が一体となった地域住民への質の高いサービス提供。

介護事業者

○ 身近なところで必要な時に必要なサービスが提供されるよう、地域のニーズに対応したサービスの充実に期待。
○ 医療機関との連携のもと、医療ニーズと介護ニーズを併せもつ患者・利用者が、地域の中で安心して過ごせるサービス提供体制の整備。

医療介護関係団体

○ 地域の課題や目指すべきサービス提供体制などについて会員への周知を図るとともに、調整会議等地域における協議・調整の場へ参画し、構想実現に向けての積極的な取組に期待。
○ 多様なニーズに対応し、質の高い医療・介護サービスが提供されるよう、関係団体間で協力し合って研修の実施や情報共有のしくみづくりなどを進める。
○ 患者・利用者が適切にサービスを選択し、限られた資源を効率的に利用できるよう、行政との連携のもと、情報発信や啓発活動などの取組に期待。

保険者

○ 医療計画の策定・推進に向けて、患者・利用者の視点に立った効率的な地域のサービス提供のあり方等に関する意見提出。
○ 地域包括ケアシステムの構築においては、特に予防・健康増進の視点から、関係団体・機関、行政などとの連携による取組に期待。また、国民皆保険制度の安定のため、健康寿命を延伸させる取組を市町、県とともに積極的に進めていくことに期待。
○ 独自に調査・分析されるデータなどを分かりやすい形で公表し、地域で共有するなどして、地域の実態把握や住民の適切なサービス選択、予防に向けた行動変容などに有効活用されることに期待。

市　町

○ 高齢化に伴い増大する在宅医療・介護ニーズに適切に対応するために、関係者が一体となって取組を進めることができる連携拠点の整備。
○ 広域的なサービスときめ細やかな地域のサービスとが切れ目なく提供できるよう、調整会議等を活用するなどして、関係団体・機関、保健所等との連携。
○ 介護保険事業計画と保健医療計画・地域医療構想が整合的に推進され、同じ方向性のもとで各種取組が実施されるよう県・保健所等との連携・調整。

県

○ 構想の実現に向けて、特に重点事項である各項目について、次の考え方を基本とし、取組を推進。

（1）病床機能分化・連携の推進
各医療機関が、それぞれの強みや特徴を活かした自主的な取組が促進されるよう、調整会議等において病床機能報告や将来需要の推計など、必要な情報提供に努めるとともに、地域医療介護総合確保基金を活用した支援を実施。

（2）地域包括ケアシステムの充実
地域の在宅医療・介護連携の推進を担う市町と県内の医療提供体制の確保を担う県との連携は不可欠。調整会議をはじめとする地域の協議の場が効果的に機能するために、市町と県・保健所の連携のより一層の推進。

（3）医療・介護従事者の確保・養成
病床機能分化・連携の推進と地域包括ケアシステムの構築を図るためには、各専門職種の確保・養成は、最重要課題。
とりわけ医師確保については、滋賀県医師キャリアサポートセンターを活用するなど、滋賀医科大学とのさらなる連携を図り、医師の不足や偏在解消に向けた適正配置に取り組む。
在宅医療・介護サービス充実のため、関係機関・団体との協働により在宅医療を担う医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、リハビリテーション関係職、介護サービス従事者等、多様な専門職の確保および資質の向上を図るとともに、専門職間の連携強化のための場づくりを進める。

○ 構想に掲げる取組が効率的・効果的に実施できるよう、関係主体との調整を図りながら適切な進行管理に努める。
○ ホームページなどを活用しながら、構想の内容や事業の実施状況などの情報提供、情報発信に努める。

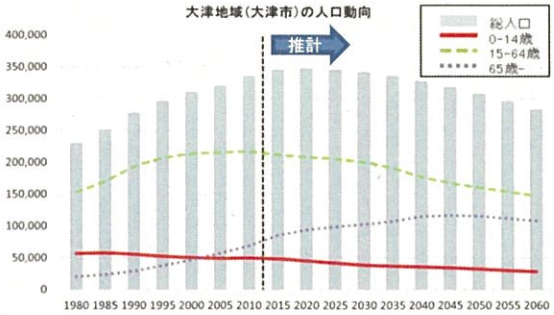
【構想区域の概要①】

大津

① 面積（H26.10.1）・人口（H27.10.1）

※人口動向 国立社会保障・人口問題研究所推計

面積：464.10km²（約11.6%）／人口：341,331人（高齢化率：24.7%）



② 医療資源

※H25医療施設調査
※H25病院報告
※H26三師調査
※H26衛生行政報告例

病院数	一般診療所	歯科診療所	薬局	医師数	10万対	看護師数	10万対
15	268	139	127	1,246	364.4	3,502	1,024.3

一般病床	10万対	利用率	在院日数	療養病床	10万対	利用率	在院日数
2,481	726.6	79.7%	14.6	656	192.1	94.4%	214.7

③ H27年度病床機能報告（滋賀県調査）

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	無回答	計
H27.7.1時点 ①	1,292 *39.8%*	962 *29.6%*	233 *7.2%*	737 *22.7%*	22 *0.7%*	3,246 *100%*
6年経過後 ②	1,292 *40.3%*	911 *28.4%*	454 *14.2%*	525 *16.4%*	23 *0.7%*	3,205 *100%*
差引 ②－①	0	▲ 51	221	▲ 212	1	▲ 41

④ 医療需要

	2013年 医療機関（人/日）①	2025年 医療機関（人/日）②	参考 2025患者住所（人/日）③	増減（人/日）②-①		+流入 -流出 ②－③
高度急性期	311	352	283	41	113%	69
急性期	741	905	810	164	122%	95
回復期	663	865	819	202	130%	46
慢性期	578	593	676	15	103%	−83
計	2,293	2,715	2,588	422	118%	127

	2013年度 医療需要①〔医療機関〕	2025年 在宅医療等の医療需要（人） 〔医療機関〕②	差引 ②-①	増加率	〔患者住所〕③	差引 ③-①	増加率
在宅医療等	2,885	4,769	1,884	165%	4,752	1,867	165%
うち訪問診療	1,919	3,016	1,097	157%	2,810	890	146%

⑤ 区域内完結率

医療機能	全体	0-14歳	15-64歳	65歳以上	75歳以上
高度急性期	80.5%	82.6%	73.7%	82.7%	84.0%
急性期	79.9%	70.9%	77.4%	81.2%	82.2%
回復期	79.1%	—	71.4%	80.8%	81.9%
慢性期	67.0%	—	23.2%	72.3%	73.6%

がん	心筋梗塞	脳卒中	肺炎	骨折	外傷等
82.9%	83.1%	86.4%	79.3%	81.7%	77.9%

⑥ 2025年病床数推計

高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
470	1,161	961	645	3,237

※医療機関所在地ベース・慢性期パターンBの医療需要に基づく推計

⑦ 構想推進のポイント

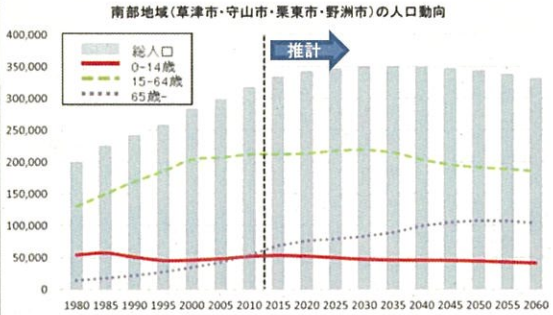
○広域の病床（高度急性期・急性期の一部）と地域の病床（急性期の一部・回復期・慢性期）の役割について整理し、大津区域で必要な病床機能のあり方について検討する。

○慢性期機能は患者が流出傾向にあり、また療養病床の稼働率も高い状況にあることから、大津区域の実態を把握しながら、在宅医療等の提供体制と一体的にとらえつつ、必要な病床機能を確保・充実していく。

○在宅医療等の需要の増加が、県内では湖南区域に次いで多いことから、在宅医療・介護のさらなる充実に向けた取組が必要。その際、在宅療養患者の疾患・状態に応じて適切に対応できるよう、後方病床を確保し、入院医療との円滑な連携・調整が必要。

湖南

面積：256.39km²（約6.4%）／人口：335,227人（高齢化率：20.3%）



② 医療資源

病院数	一般診療所	歯科診療所	薬局	医師数	10万対	看護師数	10万対
14	263	130	140	702	210.9	3,068	921.8

一般病床	10万対	利用率	在院日数	療養病床	10万対	利用率	在院日数
2,410	729.7	75.0%	18.6	416	126.0	93.1%	341.0

※H25医療施設調査時から1病院（一般病床51床）が廃院

③ H27年度病床機能報告（滋賀県調査）

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	無回答	計
H27.7.1時点 ①	374 *12.7%*	1,563 *52.9%*	272 *9.2%*	685 *23.2%*	59 *2.0%*	2,953 *100%*
6年経過後 ②	374 *12.6%*	1,603 *54.2%*	325 *11.0%*	656 *22.2%*	1 *0.0%*	2,959 *100%*
差引 ②－①	0	40	53	▲ 29	▲ 58	6

④ 医療需要

	2013年 医療機関（人/日）①	2025年 医療機関（人/日）②	参考 2025患者住所（人/日）③	増減（人/日）②-①		+流入 -流出 ②－③
高度急性期	181	221	217	40	122%	4
急性期	616	779	697	163	126%	82
回復期	588	803	751	215	137%	52
慢性期	476	479	475	3	101%	4
計	1,861	2,282	2,140	421	123%	142

	2013年度 医療需要①〔医療機関〕	2025年 在宅医療等の医療需要（人） 〔医療機関〕②	差引 ②-①	増加率	〔患者住所〕③	差引 ③-①	増加率
在宅医療等	1,444	2,459	1,015	170%	2,605	1,161	180%
うち訪問診療	675	1,101	425	163%	1,300	625	192%

⑤ 区域内完結率

医療機能	全体	0-14歳	15-64歳	65歳以上	75歳以上
高度急性期	69.6%	23.5%	63.5%	78.6%	81.7%
急性期	79.7%	52.7%	74.6%	83.1%	85.8%
回復期	79.3%	—	70.1%	81.5%	82.9%
慢性期	54.8%	—	63.7%	52.4%	53.6%

がん	心筋梗塞	脳卒中	肺炎	骨折	外傷等
75.6%	82.2%	89.1%	86.9%	94.8%	89.1%

⑥ 2025年病床数推計

高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
294	999	892	521	2,706

※医療機関所在地ベース・慢性期パターンBの医療需要に基づく推計

⑦ 構想推進のポイント

○今後20年間は人口増加が予測されることから、高齢者層のみならず小児等を含む総体的な医療需要に配慮するとともに、全県から受け入れている病床機能と地域の特性に応じた病床機能が併存するため、多様な機能に対応できる医療提供体制の構築に取り組む。

○慢性期患者の地域内完結率は現状約5割であり、病床の稼働率が高い傾向にあることから、必要な病床機能の確保・充実を進める。

○在宅医療等の需要が県内で最も高いことから、在宅医療、介護について体制の充実強化が必要。また、個別ニーズに対応できる地域包括ケア病床や連携体制の充実を進める。

○若年層、壮年層の人口が多いことから、中・高年齢層も含めて、健康づくり、介護予防のさらなる推進を図っていく。

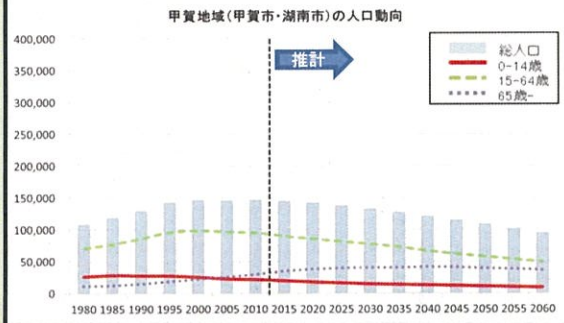
【構想区域の概要②】

甲賀

① 面積（H26.10.1）・人口（H27.10.1）

※人口動向 国立社会保障・人口問題研究所推計

面積：552.02k㎡（約13.7%）／人口：144,487人（高齢化率：24.2%）



② 医療資源

※H25医療施設調査
※H25病院報告
※H26三師調査
※H26衛生行政報告例

病院数	一般診療所	歯科診療所	薬局	医師数	10万対	看護師数	10万対
7	84	53	55	193	133.0	1,095	754.8

一般病床	10万対	利用率	在院日数	療養病床	10万対	利用率	在院日数
838	575.7	79.4%	25.7	299	205.4	90.2%	108.5

③ H27年度 病床機能報告（滋賀県調査）

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	無回答	計
H27.7.1時点 ①	8 *0.7%*	574 *49.5%*	142 *12.3%*	435 *37.5%*	0 *0.0%*	1,159 *100%*
6年経過後 ②	8 *0.7%*	522 *45.0%*	238 *20.5%*	391 *33.7%*	0 *0.0%*	1,159 *100%*
差引 ②－①	0	▲ 52	96	▲ 44	0	0

④ 医療需要

	2013年 医療機関（人/日）①	2025年 医療機関（人/日）②	参考 2025患者住所（人／日）③	増減（人／日）②-①		+流入 -流出 ②－③
高度急性期	49	58	96	9	118%	−38
急性期	199	242	314	43	122%	−72
回復期	310	403	389	93	130%	14
慢性期	307	314	282	7	102%	32
計	865	1,017	1,081	152	118%	−64

	2013年度 医療需要①〔医療機関〕	2025年 在宅医療等の医療需要（人） 〔医療機関〕②	差引 ②-①	増加率	〔患者住所〕③	差引 ③-①	増加率
在宅医療等	806	1,162	356	144%	1,178	372	146%
うち訪問診療	397	546	148	137%	564	166	142%

⑤ 区域内完結率

医療機能	全体	0-14歳	15-64歳	65歳以上	75歳以上
高度急性期	51.9%	9.8%	37.1%	62.3%	68.6%
急性期	65.6%	45.5%	53.8%	70.6%	75.6%
回復期	78.0%	—	50.9%	82.7%	86.8%
慢性期	72.8%	—	29.3%	83.3%	83.0%

がん	心筋梗塞	脳卒中	肺炎	骨折	外傷等
53.1%	64.2%	64.5%	90.4%	76.1%	69.5%

⑥ 2025年 病床数推計

高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
78	311	448	341	1,178

※医療機関所在地ベース・慢性期パターンBの医療需要に基づく推計

⑦ 構想推進のポイント

○甲賀区域では、高度急性期、急性期の若年層を中心に流出が多いが、今後の必要な病床機能については疾患別にきめ細かく実態を整理・分析し、そのあり方を検討する。

○療養病床の稼働率は高い状況にあることから、地域の実態を把握しながら、在宅医療等の提供体制と一体的にとらえつつ、必要な病床機能を確保・充実していく。

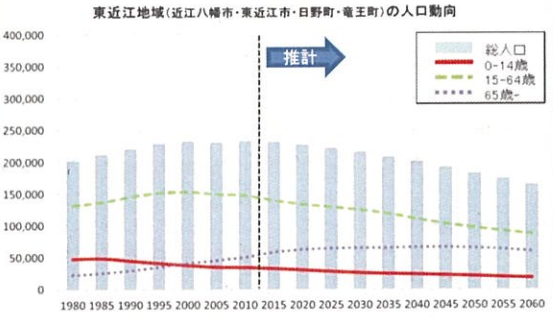
○在宅医療等の需要が増加することから、在宅医療・介護のさらなる充実に向けた取組が必要。その際、在宅療養患者の疾患・状態に応じて適切に対応できるよう、後方病床を確保し、入院医療との円滑な連携・調整が必要。

○医療・介護人材の不足を補うため、医療機関連携や人材交流等を進める。

東近江

① 面積（H26.10.1）・人口（H27.10.1）

面積：727.97k㎡（約18.1%）／人口：229,983人（高齢化率：25.4%）



② 医療資源

病院数	一般診療所	歯科診療所	薬局	医師数	10万対	看護師数	10万対
11	136	86	83	404	175.1	1,843	798.8

一般病床	10万対	利用率	在院日数	療養病床	10万対	利用率	在院日数
1,348	582.3	75.8%	17.6	877	378.8	94.1%	253.7

③ H27年度 病床機能報告（滋賀県調査）

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	無回答	計
H27.7.1時点 ①	138 *6.0%*	1,031 *45.2%*	155 *6.8%*	880 *38.6%*	77 *3.4%*	2,281 *100%*
6年経過後 ②	150 *6.6%*	1,009 *44.2%*	265 *11.6%*	831 *36.4%*	26 *1.1%*	2,281 *100%*
差引 ②－①	12	▲ 22	110	▲ 49	▲ 51	0

④ 医療需要

	2013年 医療機関（人/日）①	2025年 医療機関（人/日）②	参考 2025患者住所（人／日）③	増減（人／日）②-①		+流入 -流出 ②－③
高度急性期	118	131	158	13	111%	−27
急性期	324	378	448	54	117%	−70
回復期	403	496	527	93	123%	−31
慢性期	706	572	403	−134	81%	169
計	1,551	1,577	1,536	26	102%	41

	2013年度 医療需要①〔医療機関〕	2025年 在宅医療等の医療需要（人） 〔医療機関〕②	差引 ②-①	増加率	〔患者住所〕③	差引 ③-①	増加率
在宅医療等	1,616	2,419	803	150%	2,363	747	146%
うち訪問診療	826	1,071	244	130%	1,106	279	134%

⑤ 区域内完結率

医療機能	全体	0-14歳	15-64歳	65歳以上	75歳以上
高度急性期	68.2%	55.0%	50.3%	76.6%	80.0%
急性期	73.0%	54.7%	63.0%	77.3%	80.2%
回復期	80.8%	—	52.2%	79.0%	81.1%
慢性期	75.2%	—	20.3%	88.9%	90.5%

がん	心筋梗塞	脳卒中	肺炎	骨折	外傷等
56.0%	89.5%	87.4%	87.3%	89.4%	80.5%

⑥ 2025年 病床数推計

高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
174	485	551	622	1,832

※医療機関所在地ベース・慢性期パターンBの医療需要に基づく推計

⑦ 構想推進のポイント

○がん治療の区域内完結率の向上に向けた治療施設等の整備が必要。

○在宅療養患者の急変時の対応やレスパイト入院などの提供体制を整備していくため、地域包括ケア病床の整備が必要。

○身近な地域で入院できる医療提供体制の構築を基本として、他区域の状況を考慮しつつ、慢性期機能を維持していく。

○医療・介護を支える人材の確保について、特に青壮年期の労働力を確保するための地域づくりが必要。

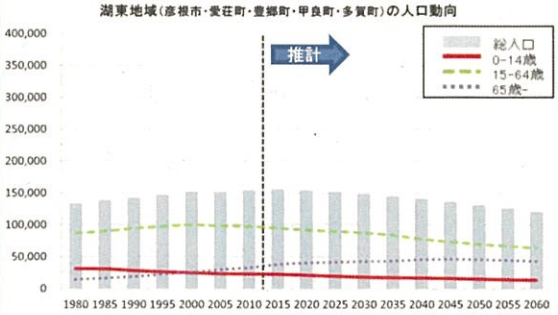
【構想区域の概要③】

湖東

① 面積（H26.10.1）・人口（H27.10.1）

※人口動向 国立社会保障・人口問題研究所推計

面積：392.04km²（約9.8%）／人口：155,946人（高齢化率：24.2%）



② 医療資源

※H25医療施設調査
※H25病院報告
※H26三師調査
※H26衛生行政報告例

病院数	一般診療所	歯科診療所	薬局	医師数	10万対	看護師数	10万対
4	110	65	73	242	155.1	1,165	746.5

一般病床	10万対	利用率	在院日数	療養病床	10万対	利用率	在院日数
920	588.8	70.5%	20.0	245	156.8	91.5%	117.1

③ H27年度 病床機能報告（滋賀県調査）

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	無回答	計
H27.7.1時点 ①	8 *0.7%*	654 *55.2%*	267 *22.6%*	245 *20.7%*	10 *0.8%*	1,184 *100%*
6年経過後 ②	8 *0.7%*	622 *53.1%*	268 *22.9%*	274 *23.4%*	0 *0.0%*	1,172 *100%*
差引 ②−①	0	▲ 32	1	29	▲ 10	▲ 12

④ 医療需要

	2013年 医療機関（人/日）①	2025年 医療機関（人/日）②	参考 2025患者住所（人/日）③	増減（人/日）②-①		+流入 −流出 ②−③
高度急性期	53	61	93	8	115%	−32
急性期	233	277	339	44	119%	−62
回復期	215	264	350	49	123%	−86
慢性期	248	261	277	13	105%	−16
計	749	863	1,059	114	115%	−196

	2013年度 医療需要①〔医療機関〕	2025年 在宅医療等の医療需要（人） 〔医療機関〕②	差引 ②-①	増加率	〔患者住所〕③	差引 ③-①	増加率
在宅医療等	954	1,280	326	134%	1,285	331	135%
うち訪問診療	496	635	139	128%	588	92	119%

⑤ 区域内完結率

医療機能	全体	0-14歳	15-64歳	65歳以上	75歳以上
高度急性期	59.4%	11.4%	49.3%	69.9%	73.2%
急性期	73.8%	43.4%	62.7%	79.6%	82.9%
回復期	66.2%	—	46.2%	70.1%	72.4%
慢性期	52.3%	—	14.9%	58.9%	60.0%

がん	心筋梗塞	脳卒中	肺炎	骨折	外傷等
62.5%	76.3%	82.6%	86.9%	81.6%	87.0%

⑥ 2025年 病床数推計

高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
82	355	293	284	1,014

※医療機関所在地ベース・慢性期パターンBの医療需要に基づく推計

⑦ 構想推進のポイント

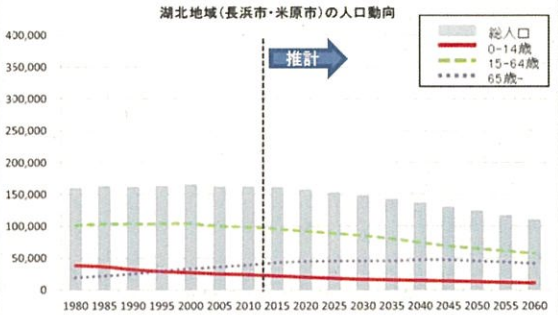
○高度急性期・急性期機能の一部については、湖北区域などの医療機関との連携体制を整えていくとともに、回復期および慢性期機能については湖東区域で完結できるよう必要な病床機能を確保・充実していく。

○特に慢性期機能は、患者の流入・流出ともに多く、また療養病床の稼働率も高い状況にあることから、湖東区域の実態把握とともに隣接区域の状況も視野に入れながら、在宅医療等の提供体制と一体的に確保・充実していく。

○在宅医療の需要は今後増加するが、区域の医療従事者は不足している。人材の確保育成を図りつつ、在宅医療・介護連携拠点である「くすのきセンター」を活用して多職種協働の仕組みづくりを強化し、在宅医療を担う医師等をサポートする体制をも整えて、関係者の力の総和が最大になるような地域をつくっていく。

湖北

面積：931.40km²（約23.2%）／人口：158,534人（高齢化率：27.2%）



② 医療資源

病院数	一般診療所	歯科診療所	薬局	医師数	10万対	看護師数	10万対
4	117	66	64	284	178.0	1,731	1,085.0

一般病床	10万対	利用率	在院日数	療養病床	10万対	利用率	在院日数
1,091	677.7	66.3%	14.1	161	100.0	53.2%	52.3

③ H27年度 病床機能報告（滋賀県調査）

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	無回答	計
H27.7.1時点 ①	324 *26.2%*	617 *49.9%*	146 *11.8%*	109 *8.8%*	41 *3.3%*	1,237 *100%*
6年経過後 ②	324 *26.2%*	567 *45.8%*	196 *15.8%*	109 *8.8%*	41 *3.3%*	1,237 *100%*
差引 ②−①	0	▲ 50	50	0	0	0

④ 医療需要

	2013年 医療機関（人/日）①	2025年 医療機関（人/日）②	参考 2025患者住所（人/日）③	増減（人/日）②-①		+流入 −流出 ②−③
高度急性期	116	121	121	5	104%	0
急性期	324	347	350	23	107%	−3
回復期	236	259	278	23	110%	−19
慢性期	54	62	248	8	115%	−186
計	730	789	997	59	108%	−208

	2013年度 医療需要①〔医療機関〕	2025年 在宅医療等の医療需要（人） 〔医療機関〕②	差引 ②-①	増加率	〔患者住所〕③	差引 ③-①	増加率
在宅医療等	1,096	1,327	231	121%	1,445	349	132%
うち訪問診療	606	735	130	121%	814	209	134%

⑤ 区域内完結率

医療機能	全体	0-14歳	15-64歳	65歳以上	75歳以上
高度急性期	86.9%	78.7%	79.3%	91.3%	92.4%
急性期	89.3%	87.1%	87.8%	90.0%	90.2%
回復期	82.7%	—	82.7%	82.7%	82.9%
慢性期	22.9%	—	9.7%	25.9%	25.6%

がん	心筋梗塞	脳卒中	肺炎	骨折	外傷等
87.0%	96.0%	90.5%	91.2%	94.4%	86.0%

⑥ 2025年 病床数推計

高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
161	446	288	67	962

※医療機関所在地ベース・慢性期パターンBの医療需要に基づく推計

⑦ 構想推進のポイント

○医師不足による大幅な入院制限や地域医療再生計画に基づく病床転換による休床が医療需要の過小評価につながっていると考えられ、病床機能の分化・連携にあたっては、病床不足や医師不足に陥らないよう湖北区域の実態をきめ細やかに分析しつつ進める。

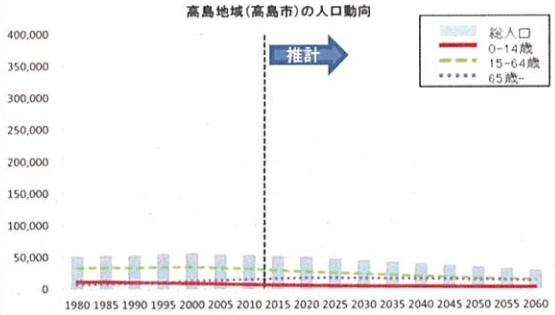
○現状においても、医療不足が診療活動、特に大幅な入院制限（病床稼働率の低下）に影響を与えているため、医師をはじめとした医療従事者の確保が重要。

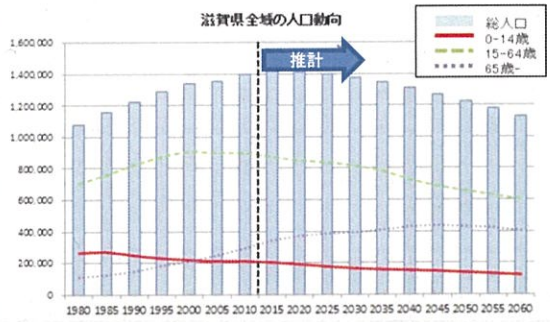
○高度急性期、急性期においては、それぞれの病院が持つ強みを生かした機能分化と協力体制の充実をめざす。

○慢性期機能の区域内完結率が著しく低く、地域や住民からは地域完結型の医療提供体制構築への希望が強いため、必要な病床機能を確保充実していく。

【構想区域の概要④】

	湖西	〔参考〕滋賀県
① 面積 (H26.10.1) ・ 人口 (H27.10.1) ※人口動向 国立社会保障・人口問題研究所推計	面積：693.05km²(約17.3%)／人口：49,865人(高齢化率：32.4%)	面積：4,017.38km²／人口：1,415,373人(高齢化率：24.2%)





② 医療資源

※H25医療施設調査
※H25病院報告
※H26三師調査
※H26衛生行政報告例

湖西

病院数	一般診療所	歯科診療所	薬局	医師数	10万対	看護師数	10万対
3	41	19	24	78	154.8	332	658.7

一般病床	10万対	利用率	在院日数	療養病床	10万対	利用率	在院日数
306	601.1	81.2%	17.7	100	196.4	83.6%	127.6

〔参考〕滋賀県

病院数	一般診療所	歯科診療所	薬局	医師数	10万対	看護師数	10万対
58	1,019	558	566	3,149	222.3	12,736	899.1

一般病床	10万対	利用率	在院日数	療養病床	10万対	利用率	在院日数
9,394	663.0	75.5%	17.1	2,754	194.4	90.6%	179.3

※H25医療施設調査時から1病院(一般病床51床)が廃院

③ H27年度病床機能報告(滋賀県調査)

湖西

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	無回答	計
H27.7.1時点 ①	0 *0.0%*	266 *65.5%*	40 *9.9%*	100 *24.6%*	0 *0.0%*	406 *100%*
6年経過後 ②	0 *0.0%*	226 *55.7%*	80 *19.7%*	100 *24.6%*	0 *0.0%*	406 *100%*
差引 ②−①	0	▲ 40	40	0	0	0

〔参考〕滋賀県

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	無回答	計
H27.7.1時点 ①	2,144 *17.2%*	5,667 *45.5%*	1,255 *10.1%*	3,191 *25.6%*	209 *1.7%*	12,466 *100%*
6年経過後 ②	2,156 *17.4%*	5,460 *44.0%*	1,826 *14.7%*	2,886 *23.2%*	91 *0.7%*	12,419 *100%*
差引 ②−①	12	▲ 207	571	▲ 305	▲ 118	▲ 47

④ 医療需要

湖西

	2013年 医療機関(人/日)①	2025年 医療機関(人/日)②	参考 2025患者住所(人/日)③	増減(人/日) ②−①		+流入 −流出 ②−③
高度急性期	12	13	29	1	108%	−16
急性期	80	89	120	9	111%	−31
回復期	114	131	167	17	115%	−36
慢性期	99	103	117	4	104%	−14
計	305	336	433	31	110%	−97

	2013年度 医療需要① 〔医療機関〕	2025年 在宅医療等の医療需要(人) 〔医療機関〕②	差引 ②−①	増加率	〔患者住所〕③	差引 ③−①	増加率
在宅医療等	477	578	101	121%	591	114	124%
うち訪問診療	273	324	52	119%	322	49	118%

〔参考〕滋賀県

	2013年 医療機関(人/日)①	2025年 医療機関(人/日)②	参考 2025患者住所(人/日)③	増減(人/日) ②−①		+流入 −流出 ②−③
高度急性期	840	957	997	117	114%	−40
急性期	2,517	3,017	3,078	500	120%	−61
回復期	2,529	3,221	3,281	692	127%	−60
慢性期	2,468	2,384	2,478	−84	97%	−94
計	8,354	9,579	9,834	1,225	115%	−255

	2013年度 医療需要① 〔医療機関〕	2025年 在宅医療等の医療需要(人) 〔医療機関〕②	差引 ②−①	増加率	〔患者住所〕③	差引 ③−①	増加率
在宅医療等	9,278	13,995	4,717	151%	14,218	4,941	153%
うち訪問診療	5,193	7,428	2,235	143%	7,504	2,310	144%

⑤ 区域内完結率

湖西

医療機能	全体	0-14歳	15-64歳	65歳以上	75歳以上
高度急性期	41.2%	29.7%	19.0%	47.7%	57.8%
急性期	66.9%	73.0%	45.7%	70.8%	78.6%
回復期	72.1%	−	40.0%	76.1%	82.3%
慢性期	70.9%	−	34.8%	75.8%	75.2%

がん	心筋梗塞	脳卒中	肺炎	骨折	外傷等
25.3%	77.0%	81.2%	93.9%	94.6%	89.1%

〔参考〕滋賀県

※県内完結率

高度急性期	急性期	回復期	慢性期
93.1%	95.2%	95.5%	90.3%

⑥ 2025年病床数推計

湖西

高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
18	114	146	112	390

※医療機関所在地ベース・慢性期パターンBの医療需要に基づく推計

〔参考〕滋賀県

高度急性期	急性期	回復期	慢性期	計
1,277	3,871	3,579	2,592	11,319

※医療機関所在地ベース・慢性期パターンBの医療需要に基づく推計

⑦ 構想推進のポイント

湖西

○湖西圏域において医療提供体制が崩れると、住民の生活が維持できず、地域コミュニティが維持できなくなるおそれがある。

○区域が広大であり、かつ交通不便なへき地地域があることから、住民に安心して適正な医療を提供できるよう、一定水準の医療提供体制を確保し、二次保健医療圏としての機能を堅持していく必要がある。

○あわせて、高度急性期・急性期機能の一部、精神疾患への対応等については、隣接する大津区域との連携を図っていく。

○地域の医療提供体制にかかる住民の理解を促進し、医療機関の受診行動が身近な医療機関となるよう、適正な医療受診につながる住民啓発に取り組む必要がある。

〔参考〕滋賀県

《推進体制》

○構想の推進にあたっては、県民をはじめ、関係するすべての機関がその役割を認識し、相互に連携を図りつつ主体的な行動をとるとともに、適切な進行管理のもとに着実に実行できる体制が求められる。

○このため、必要な協議や施策の検討が行える場として、構想区域ごとに「(仮称)滋賀県地域医療構想調整会議」を設置する。

○調整会議を中心として協議・調整を進めるとともに、地域には様々な主体による会議や協議会等が設置されていることから、これら既存の枠組みとの緊密な連携を図る。

○県においては、調整会議と滋賀県医療審議会との連携を深め、滋賀県保健医療計画とその一部である本構想が一連のものとして推進できるよう適切な調整に努める。

第３章　甲賀区域

１　概況

甲賀区域は、甲賀市、湖南市の２市で構成されており、県の南東部に位置し、山間地と川沿いに広がる平地からなる地域です。

北は東近江区域、東は三重県、南は三重県および京都府、西は大津区域および湖南区域と隣接しています。

（１）面積

面積は552.02ｋ㎡であり、滋賀県の面積（4,017.38ｋ㎡）の約13.7%を占めています。

（２）人口

滋賀県統計課調べによる毎月推計人口によると、平成27年10月1日現在、人口は、144,487人（男性73,119人、女性71,368人）、世帯数は、54,223世帯となっています。甲賀区域の人口は、滋賀県の総人口（1,415,373人）の約10.2%を占めています。

甲賀区域では、既に人口減少局面に入っており、今後も減少傾向で推移していくことが予測されます。一方で、75歳以上人口は、国立社会保障・人口問題研究所「将来推計人口」（平成25年3月推計）によると、平成37年（2025年）には、平成22年（2010年）時点の約1.54倍まで増加する予測となっており、以降も平成47年（2035年）まで増加し、その後減少傾向で推移する見込みです。

表　甲賀区域の人口・高齢化率（平成27年10月1日現在）

市町名	人口			世帯数	高齢化率
		男性	女性		
甲賀市	90,428	45,135	45,293	32,174	25.8%
湖南市	54,059	27,984	26,075	22,049	21.6%
区域合計	144,487	73,119	71,368	54,223	24.2%

図　甲賀区域の人口増減率の推移

平成22年（2010年）を100としたときの指数

【総人口】

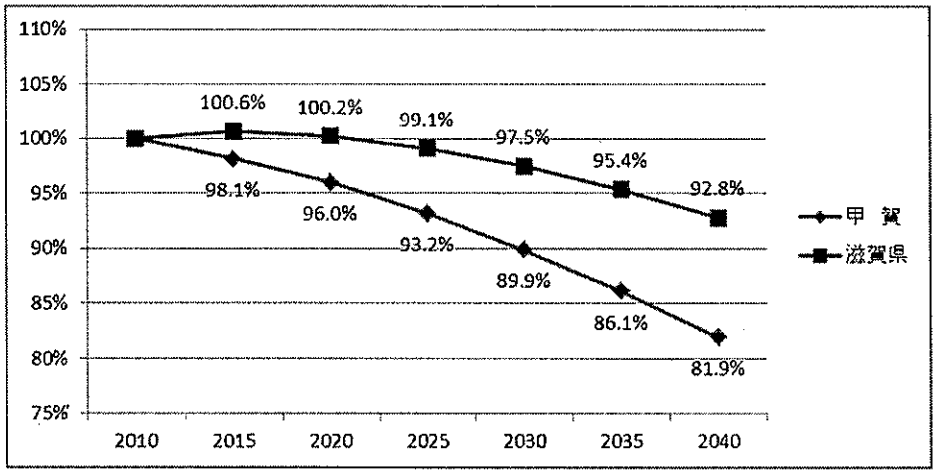
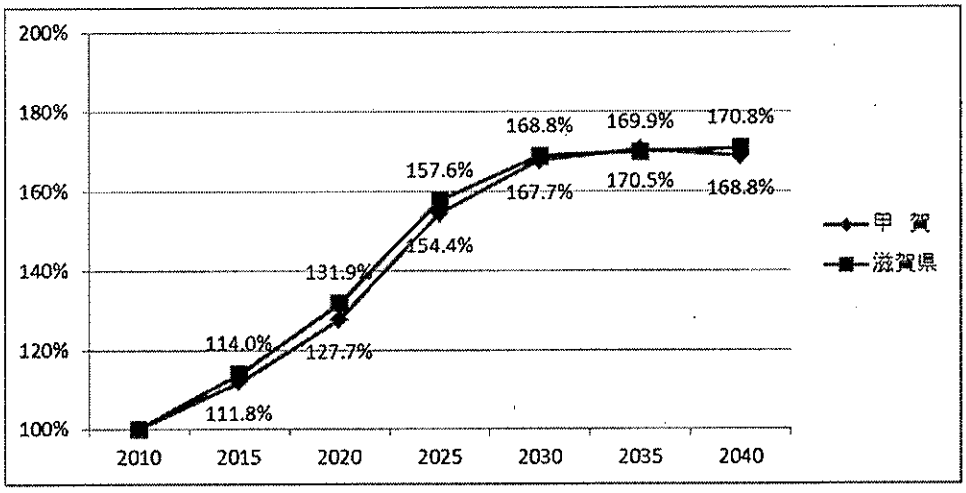


図　甲賀区域の人口増減率の推移

平成 22 年（2010 年）を 100 としたときの指数

【75 歳以上人口】



国立社会保障・人口問題研究所「将来推計人口」（2013 年 3 月推計）

（3）医療・介護施設等

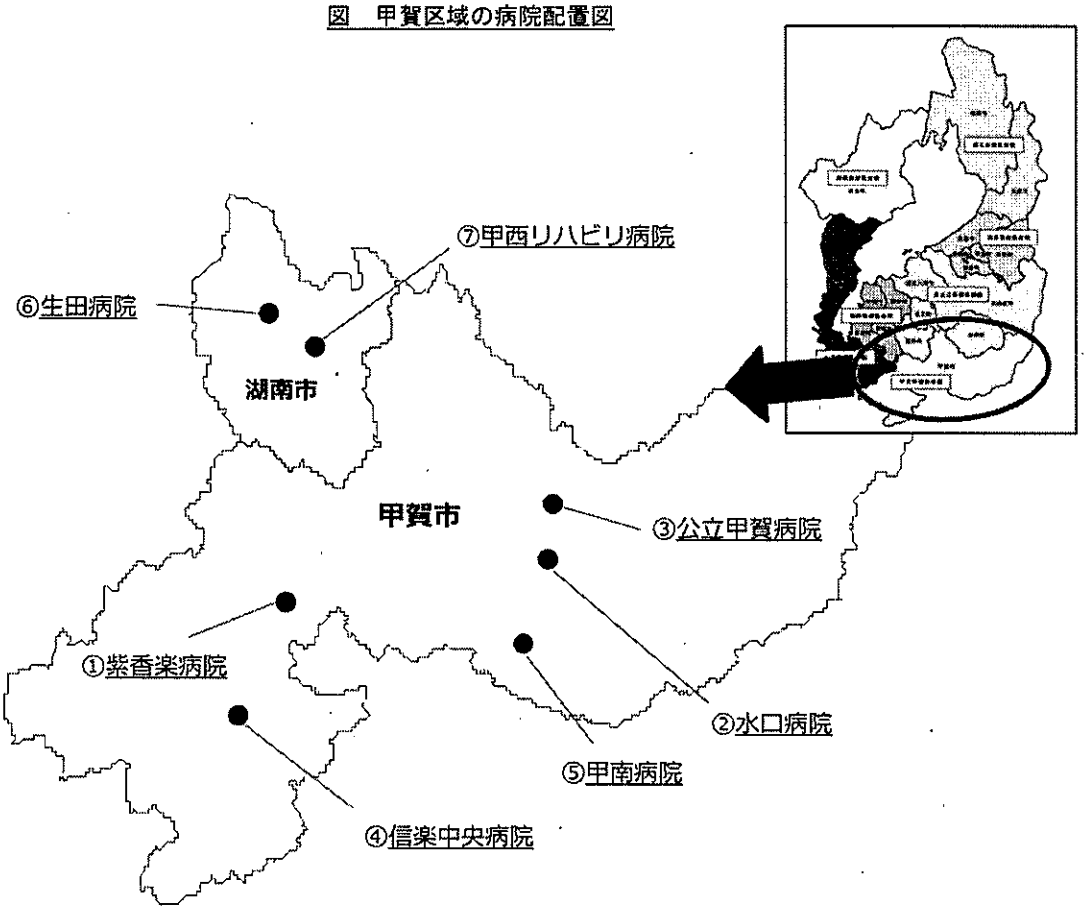
① 病院

病院数は 7 病院で、規模別では、200 床から 499 床が 2 病院、200 床未満が 5 病院となっています。

表　病院数　　平成 25 年医療施設調査　　（単位：か所）

	病院数	人口10万対	うち200床未満	割合	うち200床～499床	割合	うち500床以上	割合
全　国	8,540	6.7	5,884	68.9%	2,206	25.8%	450	5.3%
滋賀県	58	4.1	35	60.3%	16	27.6%	7	12.1%
甲賀区域	7	4.8	5	71.4%	2	28.6%	0	0.0%

図　甲賀区域の病院配置図



	病院名	病床数					
			一般	療養	結核	精神	感染症
①	独立行政法人国立病院機構 紫香楽病院	180床	180床	0床	0床	0床	0床
②	水口病院	407床	0床	0床	0床	407床	0床
③	公立甲賀病院	413床	409床	0床	0床	0床	4床
④	甲賀市立信楽中央病院	40床	40床	0床	0床	0床	0床
⑤	甲南病院	199床	100床	99床	0床	0床	0床
⑥	生田病院	199床	99床	100床	0床	0床	0床
⑦	甲西リハビリ病院	100床	0床	100床	0床	0床	0床

（平成27年11月現在）

② 病床

病院の病床数1,538床で、内訳は、一般病床828床、療養病床299床、精神病床407床、感染症病床4床となっています。

人口10万人あたりでみると、全体の病床数および療養病床数は、全国平均を下回り、県平均を上回っていますが、一般病床数は、全国平均、県平均とも下回っています。

表　病床数　　平成 25 年医療施設調査　　（単位：床）

	病院病床数	人口10万対	75歳以上人口千人対	一般病床	人口10万対	75歳以上人口千人対	療養病床	人口10万対	75歳以上人口千人対
全　国	1,573,772	1,236.3	100.9	897,380	704.9	57.5	328,195	257.8	21.0
滋賀県	14,647	1,033.7	96.0	9,394	663.0	61.5	2,754	194.4	18.0
甲賀区域	1,548	1,063.4	100.7	838	575.7	54.5	299	205.4	19.5

	精神病床	人口10万対	75歳以上人口千人対	有床診病床数	人口10万対	75歳以上人口千人対
全　国	339,780	266.9	21.8	121,342	95.3	7.8
滋賀県	2,394	169.0	15.7	618	43.6	4.0
甲賀区域	407	279.6	26.5	81	55.6	5.3

③ 病床利用率・平均在院日数

病床利用率について、一般病床では 79.4%、療養病床では 90.2%となっており、いずれも全国値、滋賀県値を上回っています。

平均在院日数について、一般病床では 25.7 日、療養病床では 108.5 日となっており、一般病床は全国、滋賀県と比較して長く、療養病床は全国平均、県平均よりも短くなっています。

表　病床利用率・平均在院日数　　平成 25 年病院報告　　（単位：%・日）

	病床利用率	一般病床	療養病床	平均在院日数	一般病床	療養病床
全　国	81.0	75.5	89.9	30.6	17.2	168.3
滋賀県	79.4	75.5	90.6	26.9	17.1	179.3
甲賀区域	85.6	79.4	90.2	47.2	25.7	108.5

④ 一般診療所

一般診療所数は、84 か所であり（うち有床診療所 5）、人口 10 万人あたりでは、全国平均、県平均とも下回っています。75 歳以上人口千人あたりでも、全国平均、県平均ともに下回っています。

有床診療所数は、滋賀県全体として全国平均を下回っている状況ですが、甲賀区域では県平均並みとなっています。

表　一般診療所数　　平成 25 年医療施設調査　　（単位：か所）

	一般診療所	人口10万対	75歳以上人口千人対	うち有床診療所	人口10万対	75歳以上人口千人対
全　国	100,528	79.0	6.4	9,249	7.3	0.6
滋賀県	1,019	71.9	6.7	49	3.5	0.3
甲賀区域	84	57.7	5.5	5	3.4	0.3

⑤ 歯科診療所・薬局

歯科診療所数は、53 か所であり、人口あたりの数では、全国平均、県平均とも下回っています。

薬局数は、56 か所であり、人口あたりの数では、全国平均、県平均ともにわずかに下回っています。

表　歯科診療所・薬局数　　平成 25 年医療施設調査　　（単位：か所）

	歯科診療所	人口10万対	75歳以上人口千人対	薬局数	人口10万対	75歳以上人口千人対
全　国	68,701	54.0	4.4	57,071	44.8	3.7
滋賀県	558	39.4	3.7	566	39.9	3.7
甲賀区域	53	36.4	3.4	55	37.8	3.6

⑥ 医師

医師数は、193 人であり、うち病院医師数は 113 人、診療所医師数は 77 人となっています。

人口 10 万人・病床 100 床あたりでみると、病院医師、診療所医師とも、全国平均、県平均ともに下回っています。

表　医師数　　平成 26 年医師・歯科医師・薬剤師調査　　（単位：人）

	医師	人口10万対	うち病院	人口10万対	病床100床対	うち診療所	人口10万対
全　国	311,205	244.9	194,961	153.6	12.4	101,884	84.4
滋賀県	3,149	222.3	2,033	143.6	13.9	964	68.9
甲賀区域	193	133.0	113	78.2	7.3	77	56.1

⑦ 歯科医師・歯科衛生士

歯科医師数は 73 人で、うち歯科診療所の歯科医師数は 63 人となっています。

人口 10 万人あたりでは、全国平均、県平均とも下回っています。

歯科衛生士数は、112 人となっており、人口 10 万人あたりでは全国平均、県平均ともに下回っています。

表　歯科医師・歯科衛生士数　　平成 26 年医師・歯科医師・薬剤師調査（※歯科衛生士数は平成 26 年滋賀県調べ）

（単位：人）

	歯科医師	人口10万対	うち診療所	人口10万対	歯科衛生士	人口10万対
全　国	103,972	81.8	88,824	69.9	116,299	91.2
滋賀県	801	56.5	722	51.0	1,181	83.4
甲賀区域	73	50.3	63	43.4	112	76.6

⑧ 薬剤師

薬剤師数は、324 人で、うち薬局の薬剤師数は 156 人となっています。

人口 10 万人あたりでは、全国平均を下回っていますが、県平均は上回っています。

表　薬剤師数　　平成 26 年医師・歯科医師・薬剤師調査　（単位：人）

	薬剤師	人口10万対	うち薬局	人口10万対
全　国	288,151	226.7	161,198	126.8
滋賀県	2,936	207.3	1,705	120.4
甲賀区域	324	223.3	156	107.5

⑨ 看護師・准看護師

看護師数は、1,095 人、准看護師数は、261 人となっています。

人口 10 万人あたりでみると、看護師は全国平均、県平均ともに下回っています。

表　看護師・准看護師数　　平成 26 年衛生行政報告例（※区域数値は滋賀県調べ）　（単位：人）

	看護師	人口10万対	准看護師	人口10万対
全　国	1,086,779	855.2	340,153	267.7
滋賀県	12,736	899.1	1,982	139.9
甲賀区域	1,095	754.8	261	179.9

⑩ 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士

理学療法士数は、75 人（うち病院 66 人、老健・通所リハ 9 人）、作業療法士数は、37 人（うち病院 35 人、老健・通所リハ 2 人）、言語聴覚士数は、4 人（うち病院 4 人）となっています。

人口 10 万人あたりでは、理学療法士、作業療法士は県平均を上回っていますが、言語聴覚士は下回っています。

表　理学療法士・作業療法士・言語聴覚士　　平成 26 年滋賀県調べ　（単位：人）

	理学療法士	人口10万対	75歳以上人口千人対	うち病院	人口10万対	75歳以上人口千人対	うち老健・通所リハ	人口10万対	75歳以上人口千人対
滋賀県	549	38.8	3.5	495	34.9	3.2	54	3.8	0.3
甲賀区域	75	51.7	4.8	66	45.5	4.2	9	6.2	0.6

	作業療法士	人口10万対	75歳以上人口千人対	うち病院	人口10万対	75歳以上人口千人対	うち老健・通所リハ	人口10万対	75歳以上人口千人対
滋賀県	297	21.0	1.9	259	18.3	1.7	38	2.7	0.2
甲賀区域	37	25.5	2.4	35	24.1	2.2	2	1.4	0.1

	言語聴覚士	人口10万対	75歳以上人口千人対	うち病院	人口10万対	75歳以上人口千人対	うち老健・通所リハ	人口10万対	75歳以上人口千人対
滋賀県	70	4.9	0.5	66	4.7	0.4	4	0.3	0.0
甲賀区域	4	2.8	0.3	4	2.8	0.3	0	0.0	0.0

⑪ 在宅医療・介護サービス施設

在宅療養支援診療所数は5か所で、人口10万あたりでは県平均を下回っています。

訪問看護ステーション数は10か所で、人口10万あたりでは県平均を上回っています。

介護療養型医療施設の定員数は50人、介護老人福祉施設の定員数は720人、介護老人保健施設の定員数は370人となっています。介護老人福祉施設・介護老人保健施設の定員数について、いずれも人口10万人あたりでは県平均を上回っています。

サービス付き高齢者住宅の定員数は156人で、人口10万人あたりでは県平均を下回っています。

有料老人ホームは甲賀区域にはありません。

表　在宅医療・介護サービス施設　（単位：か所）

	在宅療養支援診療所	人口10万対	75歳以上人口千人対	訪問看護ステーション	人口10万対	75歳以上人口千人対
滋賀県	120	8.5	0.8	91	6.4	0.6
甲賀区域	5	3.4	0.3	10	6.9	0.6

（単位（定員）：人）

	介護療養型医療施設	人口10万対	75歳以上人口千人対	介護老人福祉施設	人口10万対	75歳以上人口千人対	介護老人保健施設	人口10万対	75歳以上人口千人対
滋賀県	357	25.2	2.3	5,794	409.0	38.0	2,942	207.7	19.3
甲賀区域	50	34.5	3.2	720	496.3	46.0	370	255.0	23.7

	有料老人ホーム	人口10万対	75歳以上人口千人対	サービス付き高齢者住宅	人口10万対	75歳以上人口千人対
滋賀県	1,443	101.9	9.5	1,741	123	11.4
甲賀区域	0	0.0	0.0	156	108	10.0

在宅療養支援診療所・訪問看護ステーション　…平成27年滋賀県調べ
介護療養型医療施設・介護老人福祉施設・介護老人保健施設　…レイカディア滋賀高齢者福祉プラン（H26年度末）
有料老人ホーム　…滋賀県・大津市調べ
サービス付き高齢者住宅　…すまいづくりまちづくりセンター連合会HPより（平成27年7月）

2　病床機能報告による医療機能　※滋賀県調査（暫定値）

甲賀区域の対象医療機関は、9 機関（6 病院、3 診療所）、対象病床数は、1,178 床（病院 1,141 床、診療所 37 床）です。

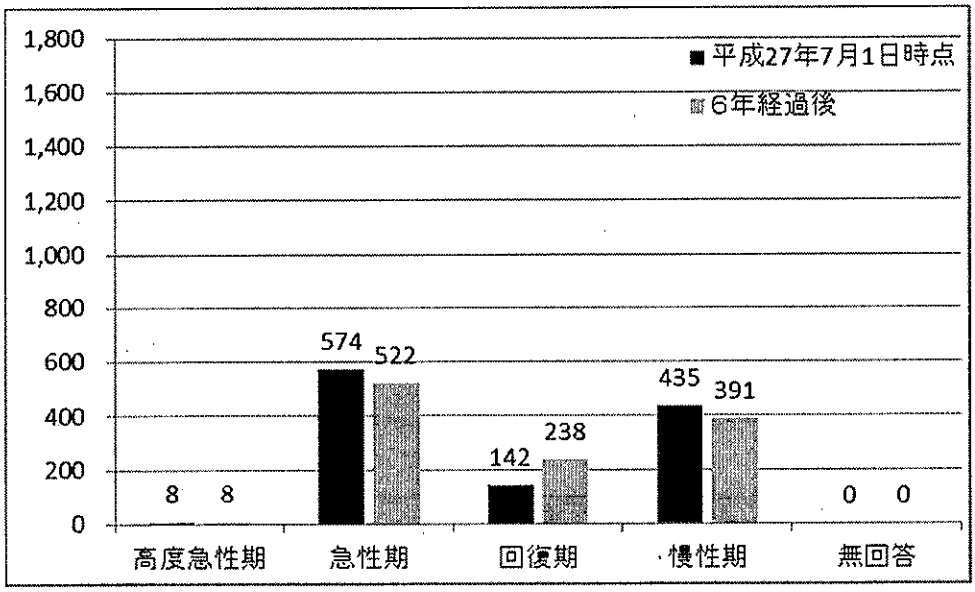
平成 27 年（2015 年）7 月 1 日時点の医療機能の内訳は、高度急性期 8 床、急性期 574 床、回復期 142 床、慢性期 435 床となっています。

平成 27 年（2015 年）7 月 1 日から 6 年経過後（平成 33 年 7 月 1 日）の医療機能の予定については、高度急性期 8 床、急性期 522 床、回復期 238 床、慢性期 391 床となっています。

現時点と 6 年経過後を比較すると、高度急性期は増減なし、急性期は 52 床の減少、回復期は 96 床の増加、慢性期は 44 床の減床となっています。

甲賀区域の特徴として、全体の総病床数に占める急性期機能の病床が多いことが挙げられます。

図　医療機能別病床数



平成 27 年（2015 年）7 月 1 日時点の医療機能

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	無回答	合計
病床数 ①	8	574	142	435	0	1,159
構成比	0.7%	49.5%	12.3%	37.5%	0%	100%

平成 27 年（2015 年）7 月 1 日から 6 年経過後の医療機能の予定

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	無回答	合計
病床数 ②	8	522	238	391	0	1,159
構成比	0.7%	45.0%	20.5%	33.7%	0	100%
合②－①計	0	▲52	96	▲44	0	0

3　医療需要の推計

「地域医療構想策定支援ツール（厚生労働省）」により、平成25年（2013年）および平成37年（2025年）の医療需要について試算したところ、次のような推計結果でした。

（1）　医療機能別

①　高度急性期

現在の患者流出入を踏まえて推計した入院の医療需要（以下、「医療機関所在地ベース」という。）について、高度急性期は、平成25年（2013年）の49人／日に対して、平成37年（2025年）は58人／日で、9人／日（18.4%）の増加です。患者の流出入がなく入院が必要なすべての患者が住所地の二次医療圏の医療機関に入院するものと仮定して推計した2025年の医療需要（以下、「患者住所地ベース」という。）については、96人／日です。医療機関所在地ベースと患者住所地ベースの医療需要を差し引きすると、▲38人／日となり、甲賀区域の高度急性期では流出患者の方が多いことになります。

②　急性期

医療機関所在地ベースでは、平成25年（2013年）の199人／日に対して、平成37年（2025年）は242人／日で、43人／日（21.6%）の増加です。患者住所地ベースでは、314人／日ですので、差引きは▲72人／日となり、流出患者の方が多いことになります。

③　回復期

医療機関所在地ベースでは、平成25年（2013年）の310人／日に対して、平成37年（2025年）は403人／日で、93人／日（30.0%）の増加です。患者住所地ベースでは、389人／日ですので、差引きは+14人／日となり、流入患者の方が多いことになります。

④　慢性期

医療機関所在地ベースでは、平成25年（2013年）の307人／日に対して、平成37年（2025年）は314人／日で、7人／日（2.3%）の増加です。患者住所地ベースでは、282人／日ですので、差引きは+32人／日となり、流入患者の方が多いことになります。

表　医療機能別医療需要の推計

		2013年度医療需要（人/日）①	2025年推計		医療需要　増減（人／日）				+流入 -流出
			医療需要（現行）（人/日）②	医療需要（調整後）（人／日）③	現行の流出入		流出入調整後		
					2025需要②-2013需要①		2025需要③-2013需要①		②−③
甲賀	高度急性期	49	58	96	9	118.4%	47	195.9%	−38
	急性期	199	242	314	43	121.6%	115	157.8%	−72
	回復期	310	403	389	93	130.0%	79	125.5%	14
	慢性期　B	307	314	282	7	102.3%	−25	91.9%	32
	計(B)	865	1,017	1,081	152	117.6%	216	125.0%	−64

（2）　在宅医療等

在宅医療等の需要は、平成25年（2013年）の806人／日に対して、平成37年（2025年）は、慢性期需要がパターンB、医療機関所在地ベースの場合1,162人／日（1.44倍）と見込まれており、大幅に増加する推計となっています。

なお、上記のうち訪問診療分についても1.37倍と増加する見込みです。

表　在宅医療等の医療需要

		2013年度 医療需要① 〔医療機関〕	2025年　在宅医療等の医療需要(人)					
			〔医療機関〕②	差引②-①	増加率	〔患者住所〕③	差引③-①	増加率
甲賀	在宅医療等	806	1,162	356	144%	1,178	372	146%
	(再掲)うち訪問診療分	397	546	148	137%	564	166	142%

※在宅医療等の需要には、訪問診療や老健施設で対応する需要のほか、医療資源投入量 175 点未満、慢性期機能から移行する分の需要も含まれています。

（3）　年齢区分別

医療機関所在地ベースにより、年齢区分別（75 歳以上は再掲）の医療需要を推計したものが下表となります。

高齢化の進展に伴い、各機能とも 65 歳以上、75 歳以上の需要増が顕著です。高度急性期での 75 歳以上、65 歳以上の入院患者は、ともに 11 人／日、急性期では 50 人／日、48 人／日、回復期では 100 人／日、96 人／日、慢性期でも 19 人／日、26 人／日と大幅な増加が見込まれます。

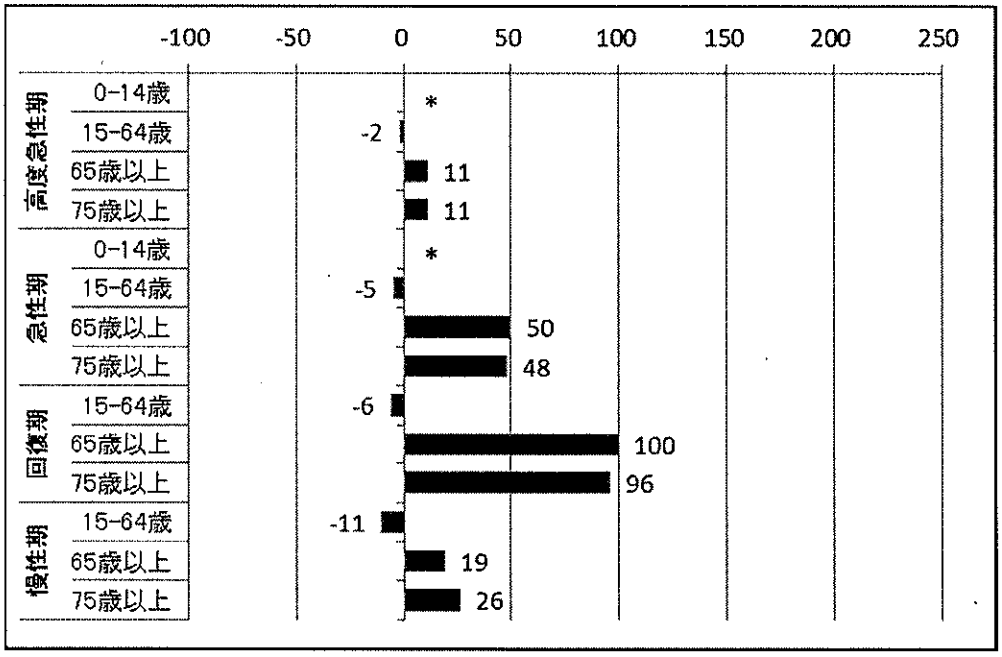
一方で、15 歳から 64 歳までの生産年齢人口の需要は、いずれの機能も減少傾向となっています。

表　年齢区分別の医療需要　〔単位：人／日〕

構想区域	医療機能	年齢区分	2013年度 医療需要 (人/日)①	2025年 医療需要 推計 (人/日)②	医療需要 増減 (人／日) ②－①
甲賀	高度急性期	0-14歳	*	*	*
		15-64歳	14	12	-2
		65歳以上	34	45	11
		75歳以上	22	33	11
	急性期	0-14歳	*	*	*
		15-64歳	54	49	-5
		65歳以上	138	188	50
		75歳以上	104	152	48
	回復期	15-64歳	44	38	-6
		65歳以上	264	364	100
		75歳以上	210	306	96
	慢性期	15-64歳	80	69	-11
		65歳以上	222	241	19
		75歳以上	181	207	26

※医療機関所在地ベース　　※75 歳以上は再掲
※回復期、慢性期の「0-14 歳」はすべての区域で 10 人／日未満のため非公表
※その他 10 人／日未満非公表は「*」で表示

図　医療需要の増減「(2025 年需要) ― (2013 年需要)」　〔単位：人／日〕



（4）　主な疾患別

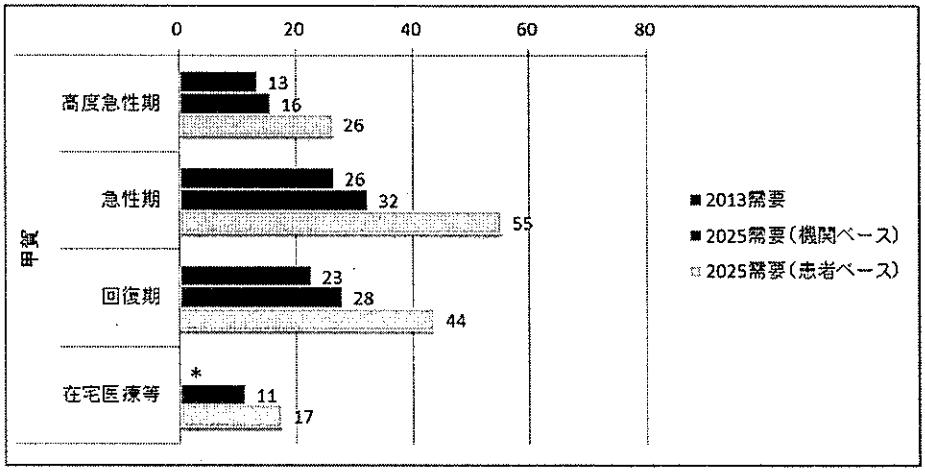
①　がん

がんの入院患者数について、医療機関所在地ベースでは、高度急性期が平成 25 年（2013 年）の 13 人／日に対して、平成 37 年（2025 年）は 16 人／日で、3 人／日の増加です。

同様に、急性期では 26 人／日に対して、32 人／日で、6 人／日の増加、回復期では 23 人／日に対して、28 人／日で、5 人の増加となっています。

がん全体の医療需要（医療機関所在地ベース）では、平成 25 年（2013 年）の 62 人／日に対して、平成 37 年（2025 年）は 87 人／日となっています。患者住所地ベースでは、平成 37 年（2025 年）の医療需要が 142 人／日ですので、比較すると、医療機関所在地ベースの需要が 55 人／日少なくなっており、流出患者の方が多いことになります。

図・表　がんの医療需要　〔単位：人／日〕



		がん					+流入 −流出
		2013年度 医療需要 (人/日)	2025需要(機関ベース) (人/日)a	増減	2025需要(患者ベース) (人/日)b	増減	a−b
甲賀	高度急性期	13	16	3	26	13	−10
	急性期	26	32	6	55	29	−23
	回復期	23	28	5	44	21	−16
	在宅医療等	*	11	*	17	*	−6
	計	62	87	—	142	—	−55

※「*」は10人／日未満のため非表示

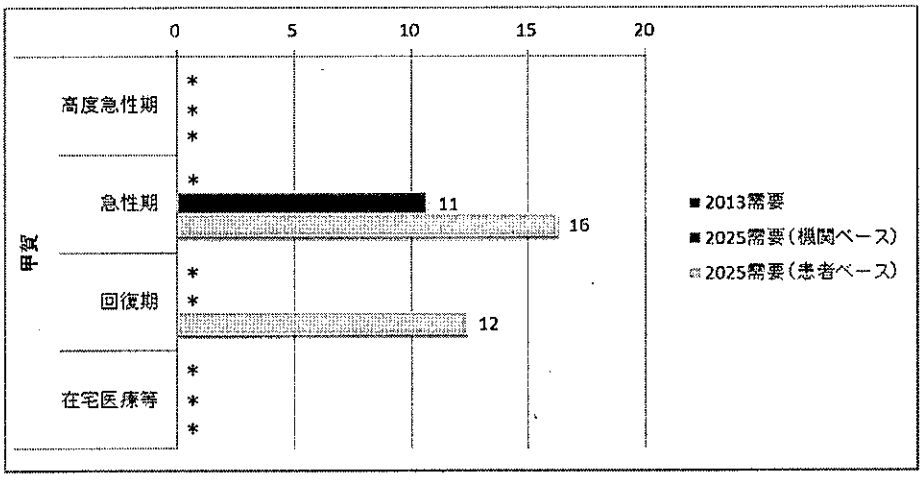
② 脳卒中

脳卒中の入院患者数について、医療機関所在地ベースでは、急性期が平成37年（2025年）で11人／日となっています。

患者住所地ベースでは、平成37年（2025年）の需要が急性期で16人／日、回復期で12人／日となっています。

その他、多くは一日10人未満のため非表示となっています。

図・表　脳卒中の医療需要　〔単位：人／日〕



		脳卒中					+流入 −流出
		2013年度 医療需要 (人/日)①	2025需要(機関ベース) (人/日)a	増減	2025需要(患者ベース) (人/日)b	増減	a−b
甲賀	高度急性期	*	*	*	*	*	*
	急性期	*	11	—	16	—	-5
	回復期	*	*	*	12	*	*
	在宅医療等	*	*	*	*	*	*
	計	0	11	—	28	—	—

※「*」は10人／日未満のため非表示

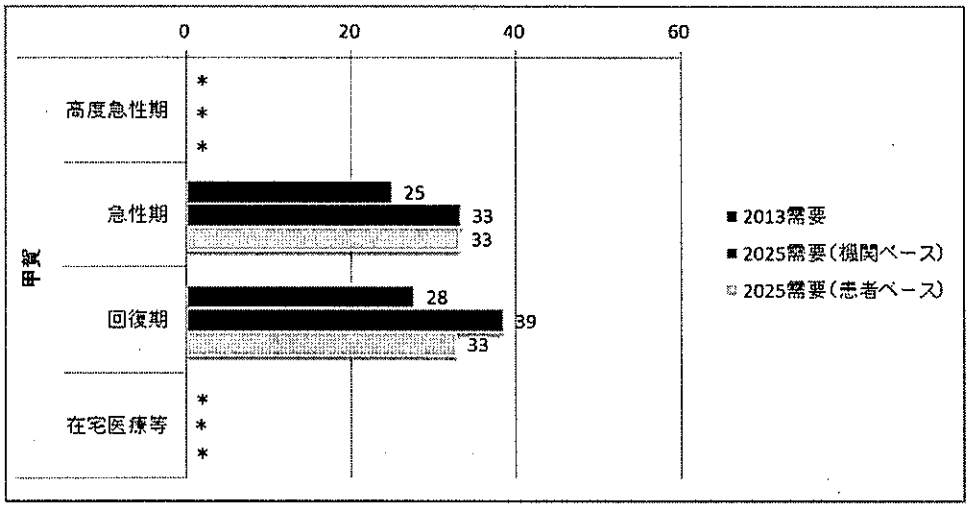
③ 成人肺炎

成人肺炎の入院患者数について、医療機関所在地ベースでは、急性期が平成25年（2013年）の25人／日に対して、平成37年（2025年）は33人／日で、8人／日の増加で、回復期では28人／日に対して、39人／日で、11人の増加となっています。

成人肺炎全体の医療需要（医療機関所在地ベース）では、平成 25 年（2013 年）の 53 人／日に対して、平成 37 年（2025 年）は 72 人／日となっています。

患者住所地ベースでは、平成 37 年（2025 年）の医療需要が 66 人／日となっています。

図・表　成人肺炎の医療需要　〔単位：人／日〕



		成人肺炎					+流入 -流出
		2013年度医療需要（人/日）①	2025需要（機関ベース）（人/日）a	増減	2025需要（患者ベース）（人/日）b	増減	a-b
甲賀	高度急性期	*	*	*	*	*	*
	急性期	25	33	8	33	8	0
	回復期	28	39	11	33	5	6
	在宅医療等	*	*	*	*	*	*
	計	53	72	—	66	—	—

※「*」は 10 人／日未満のため非表示

（5） 医療需要の推移

平成 37 年（2025 年）以降の医療機能別医療需要については、下図のように推移しています。

高度急性期機能は、平成 37 年（2025 年）には 1.18 倍にまで増加し、その後も増加傾向で推移し、平成 47 年（2035 年）には 1.25 倍まで増加し、その後はほぼ横ばいとなる見込みです。

急性期機能も、平成 37 年（2025 年）には 1.22 倍まで増加し、その後も増加傾向で推移し、平成 47 年（2035 年）には 1.32 倍まで増加、それ以降は横ばいとなる見込みです。

回復機能も、平成 37 年（2025 年）には 1.30 倍まで増加し、その後、平成 47 年（2035 年）には 1.73 倍まで増加します。その後は横ばいとなる見込みです。

慢性期機能は、平成 37 年（2025 年）は 1.02 倍と微増ですが、その後高齢化の進展に伴い、平成 47 年（2035 年）には 1.15 倍となり、その後横ばいとなる見込みです。

以上のように、すべての機能において、高齢者の増加傾向が鈍化する平成 47 年（2035 年）頃までは、医療需要が伸び続ける見込みとなっています。

図　医療機能別医療需要の推移　〔単位：人／日〕

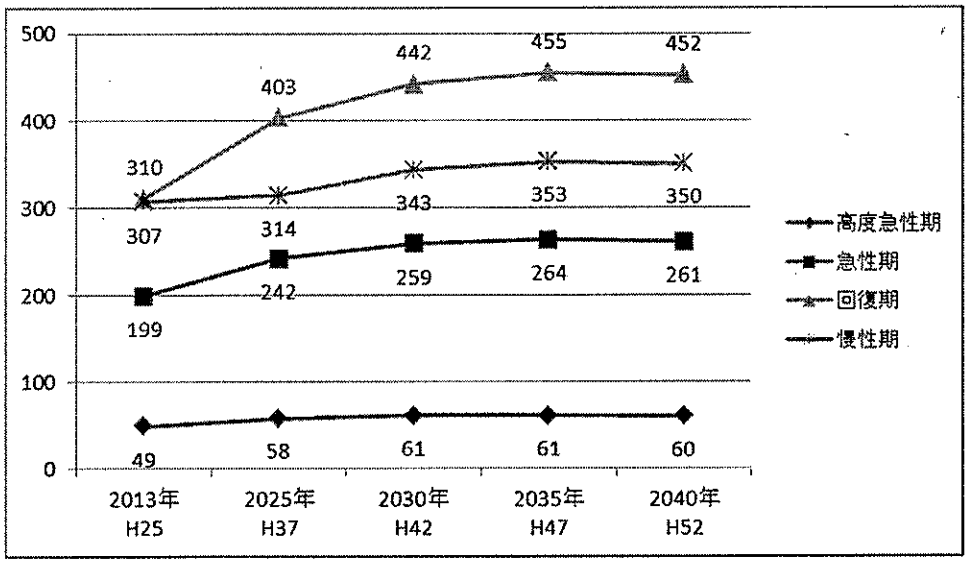


表　医療機能別医療需要の推移（平成 25 年（2013 年）からの増減率：倍）

	2025 H37	2030 H42	2035 H47	2040 H52
高度急性期	1.18	1.24	1.24	1.22
急性期	1.22	1.30	1.33	1.31
回復期	1.30	1.43	1.47	1.46
慢性期	1.02	1.12	1.15	1.14

4　患者動向

（1）医療機能別

下表「医療機能別の区域完結率と流出状況（2025 年推計）」は、甲賀区域に居住する患者が、どの構想区域の医療機関に入院しているかの割合について整理したものです。

甲賀区域の医療機関に入院している割合（完結率）について、高度急性期（51.9%）は引く状況にありますが、急性期（65.6%）、回復期（78.0%）、慢性期（72.8%）は少し高くなっています。

高度急性期、急性期、回復期は大津区域や湖南区域への流出がみられます。また慢性期では、湖南区域、東近江区域への流出もみられる状況です。

表　医療機能別の区域完結率と流出状況（2025 年推計）

甲賀→	県内							県外		【*】	計
	大津	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北	湖西	岐阜	京都		
高度急性期	21.0%	19.4%	51.9%	*	*	*	*	*	*	7.7%	100%
急性期	13.2%	15.6%	65.6%	*	*	*	*	*	*	5.5%	100%
回復期	7.8%	10.1%	78.0%	*	*	*	*	*	*	4.0%	100%
慢性期	*	6.4%	72.8%	9.6%	*	0	*	*	*	11.2%	100%

※１０人／日未満は非公表（「*」で表示）　※【*】は１０人／日未満の県内・県外合計値の率　※「0」は実数無し

下表「医療機能別の流入状況（2025 年推計）」は、甲賀区域の医療機関に入院する患者がどの区域に居住しているかの割合について整理したものです。

急性期では東近江区域から、回復期では東近江区域に加え湖南区域と三重県からの流入がみられます。

慢性期では、大津区域、湖南区域および三重県からの流入がみられます。

表　医療機能別の流入状況（2025 年推計）

甲賀↓		高度急性期	急性期	回復期	慢性期
県内	大津	*	*	*	3.8%
	湖南	*	*	9.4%	9.0%
	甲賀	85.3%	85.0%	75.2%	65.5%
	東近江	*	7.3%	8.3%	*
	湖東	*	*	*	*
	湖北	*	*	*	*
	湖西	*	*	*	*
県外	三重	*	*	3.8%	3.4%
	京都	*	*	*	*
【*】		14.7%	7.7%	3.3%	18.3%
計		100%	100%	100%	100%

※１０人／日未満は非公表（「*」で表示）
※【*】は１０人／日未満の県内・県外合計値の率

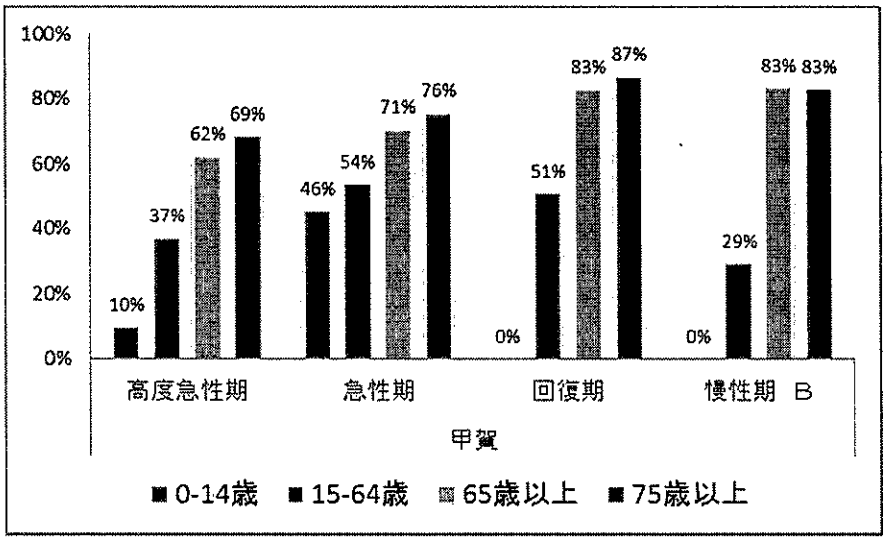
（２）年齢区分別

医療機能別・年齢区分別に完結率をみてみると、下図のとおりとなっています。

高度急性期、急性期では、全体的に完結率が高くなく、特に 0－14 歳と 15－64 歳の完結率が低い状況となっています。

回復期・慢性期の完結率は、高い状況でありますが、年齢区分別にみると、15－64 歳の生産年齢人口で低く、65 歳以上の高齢者層では高くなっています。

図　医療機能別・年齢区分別完結率

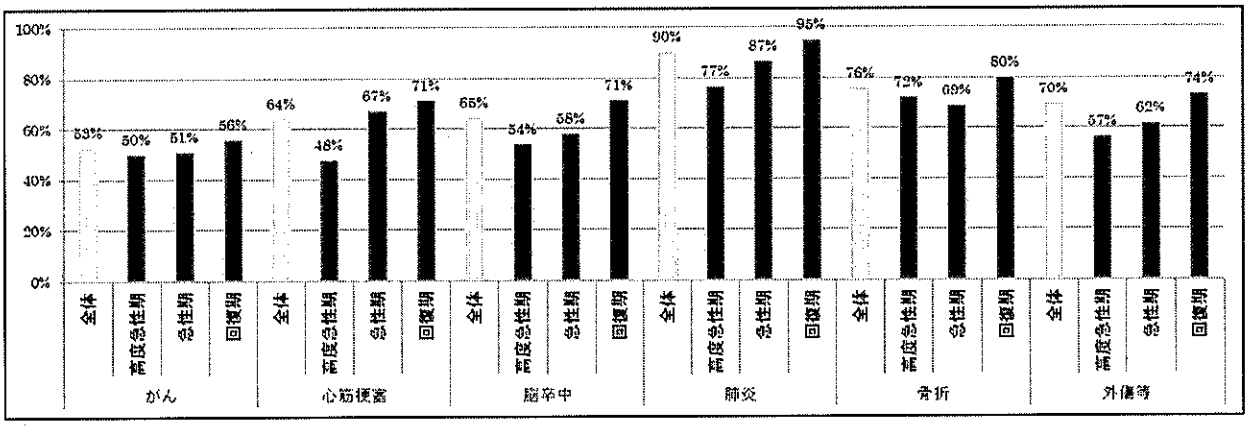


（３）主な疾患別

主な疾患別にみた区域完結率は下図のとおりとなっています。

甲賀区域では、肺炎については概ね区域内で供給できている状況にあるといえますが、他の疾患については、高度急性期、急性期を中心に区内完結率が低くなっています。

図　主な疾患別完結率



※慢性期はデータなし

5　医療需要に対する医療供給（2025 年）

甲賀区域では、現在の医療提供体制が変わらないと仮定した供給数（医療機関所在地ベース）に基づき推計しています。また、慢性期の推計の考え方はパターンＢによるものとしています。

推計の結果、2025 年に必要と推定される病床数は、高度急性期で 78 床、急性期で 311 床、回復期で 448 床、慢性期で 341 床となっています。

表　医療機能別・病床必要量の推計

構想区域	医療機能区分	2025年医療需要（患者住所地ベースの医療需要）① （人／日）	2025年医療供給 現在の医療提供体制が変わらないと仮定した場合の供給数 ② （人／日）	2025年医療供給 病床の必要量（病床稼働率で割り戻した病床数）③ （床）
甲賀	高度急性期	96	58	78
	急性期	314	242	311
	回復期	389	403	448
	慢性期	282	314	341
	合　計	1,081	1,017	1,178

※病床稼働率：高度急性期 75%／急性期 78%／回復期 90%／慢性期 92%

〔参考〕

許可病床数（平成 27 年 7 月現在）

	一般病床	療養病床	合　計
許可病床数	875	299	1,174

平成27年度病床機能報告　※平成27年（2015年）7月1日時点の医療機能

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	無回答	合 計
報告病床数	8	574	142	435	0	1,159

6　現状と課題

（1）　高度急性期機能・急性期機能

○　これまでから区域を越えて、相互に機能を補完しながら地域の医療提供体制を構築してきたことから、今後も隣接する大津区域・湖南区域への流出が見込まれ、平成37年（2025年）の高度急性期機能の区域内完結率は51.9%、急性期機能は65.6%と見込まれています。

○　機能分化にあたっては、主な疾病（がん・脳卒中・急性心筋梗塞・精神疾患等）や主な事業（救急医療・周産期医療・小児医療等）など、必要な医療機能ごとに他区域の医療提供体制を考慮した上で、役割を明確にしながら進める必要があります。

○　精神障害者や認知症患者で合併症を抱えている患者への対応を充実させるために、さらなる病病連携が求められています。

（2）　回復期機能

○　今後も隣接する大津区域・湖南区域への流出が見込まれ、平成37年（2025年）の回復期機能の区域内完結率は78%と見込まれています。

○　一方、湖南区域・東近江区域・三重県からの流入見込みを含め、回復機能のニーズが増大することが見込まれることから、機能充実に向けた対策が求められています。

○　急性期を終えた患者の受入れや在宅医療等への円滑な流れをつくるため、回復期機能の充実を図る必要があります。

○　また、在宅療養患者の急変時の対応やレスパイト入院などの提供体制について、急性期機能、慢性期機能との連携を図りながら対応していく必要があります。

○　平成27年（2015年）10月現在、甲賀区域における地域包括ケア病棟を有する病院は1病院です。今後増大する回復期ニーズに対応するためには、地域包括ケア病棟の整備・充実が求められています。

（3）　慢性期機能

○　平成37年（2025年）の慢性期機能の区域内完結率は72.8%と見込まれています。

○　平成37年（2025年）の慢性期機能の医療需要の推計は、入院から在宅医療等への移行や全国的な地域差解消という政策目的が反映されていますが、それらを踏まえても需要は増加しています。

○　慢性期機能の望ましい姿は、身近な地域で入院できる提供体制の構築です。

○　特に、医療ニーズの高い患者、家族介護力が十分でないケースなど、慢性期機能の病床が果たす役割は、介護老人保健施設などとともに重要となります。

○　以上のことも踏まえ、甲賀区域の慢性期機能は、在宅医療等の提供体制と一体的にとらえつつ、必要な病床機能を確保・充実していくことが必要です。例えば、在宅医療等の提供体制が十分でない場合には、慢性期機能の病床の確保が必要となることなどが考えられます。

（4）　在宅医療等

○　入院から在宅医療等への移行が進むことを前提とした推計結果では、甲賀区域の在宅医療

等の医療需要は、平成37年（2025年）には1.44倍に増える見込みとなっています。

○　このうち、訪問診療分の需要は、同様に1.37倍に増える見込みです。

○　甲賀区域では、平成24年医師・歯科医師・薬剤師調査によると人口当たりの医師数は滋賀県下で最も少ない地域となっています。一方、医師とともに在宅医療を支える訪問看護ステーション数は平成27年6月現在の人口当たりでみると県平均を上回っている状況であります。今後増大していく需要に対応するためには、介護サービスともあわせて、さらなる充実が必要です。

○　在宅医療、介護サービスの充実には、医療・介護の切れ目のない連携が重要であり、また慢性期機能との連携・調整がこれまでに以上に重要となります。そのためには、多職種による人的なネットワークとともに患者情報を共有するしくみづくりが必要です。

○　在宅医療等には、認知症患者、がん末期患者、心不全・呼吸器末期患者など多様なニーズがあることから、それらに十分対応できる体制整備が必要です。

○　退院から在宅療養、在宅看取りに至るまで、また在宅療養患者の急変時の入院対応など、スムーズな流れをつくり、患者のサポートができる体制を整備するためには、病院と診療所をはじめとする在宅サービス提供者、医療機関と介護事業者などが密に連携するとともに、行政による調整機能の役割も必要です。

○　退院調整機能を充実させるなど、病院が地域の在宅医療等をサポートできる体制づくりも求められています。

○　サービス提供体制を充実させることとあわせて、住民の地域医療・介護に対する理解を深め、かかりつけ医を持つことの普及促進を図る必要があります。

（5）　主な疾患別

○　主な疾患別（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、成人肺炎、大腿骨頚部骨折等）の区域内完結率については、がん、脳卒中、急性心筋梗塞の高度急性期、急性期が概ね50%前後、回復期は概ね70%以上、成人肺炎、大腿骨頚部骨折等は各医療機能とも概ね70%以上が見込まれています。これは、高度急性期機能、急性期機能において、これまでから区域を越えて、相互に機能を補完しながら地域の医療提供体制を構築してきたことから、今後も流出傾向が続く見込みとなっています。

○　将来の医療需要では、上記の主な疾患すべてにおいて増加傾向にあることから、それぞれのニーズに応じて、甲賀区域でも対応できる体制の確保が求められます。

○　特に、数量ベースではがん、増加率ベースでは高齢化に伴い増加する脳卒中、急性心筋梗塞、成人肺炎、大腿骨頚部骨折などへの対応が必要となります。

（6）　医療・介護従事者

○　甲賀区域の医師、看護師などの医療従事者数は全国平均、県平均を下回っています。

今後増大・多様化する医療の需要に対応するためには、医師、看護師など医療従事者の量的確保と資質の向上を図る必要があります。とりわけ、在宅医療等に対応できる医師、訪問看護師等の在宅医療を支える医療従事者の確保・育成は重要です。

○　理学療法士、作業療法士といったセラピストの数は、いずれも県平均を上回っていますが、回復期機能の充実や、在宅療養患者・介護施設入所者などの生活機能向上を図るためには、リハビリテーションを提供する人材の確保が求められます。

○　介護従事者は、慢性的に不足する状況の中、人材確保・定着対策をより一層強化する必要

があります。

（７） その他

○ 甲賀区域では、平成 37 年（2025 年）以降も平成 52 年（2040 年）まで、75 歳以上人口は増え続ける予測となっており、これに伴い各医療機能別の医療需要は平成 37 年（2025 年）以降にピークを迎える見込みです。

○ このため、平成 37 年（2025 年）以降の医療需要も見据えた提供体制を検討することも必要です。

○ 区域内の医療提供体制を検討するにあたり、地理的状況も踏まえ、例えば大津区域と湖南区域の実態把握など、きめ細やかに分析することも必要です。

7 構想実現に向けた施策

（１） 病床機能分化・連携の推進

必要に応じた高度急性期機能、急性期機能の体制整備や回復期機能の充実強化を図るとともに、慢性期機能については、在宅医療・介護サービスと連携・調整をしながら体制整備を図ります。

多様な、また今後増えていく患者ニーズに的確に対応できる体制づくりを進めるために、医療機関の役割分担を明確にし、あわせて、機能の異なる関係機関間の連携を推進します。

〔主な施策例〕

・不足する病床機能への転換を図るための施設設備の整備促進
・回復期機能充実のための地域包括ケア病棟の整備
・異なる機能を有する病院間連携、病診連携の充実に向けた取り組み
（地域連携パス、ＩＣＴなど）
・病院と在宅医療・介護関係者による入退院支援の充実
・医療機能や役割について医療機関間で情報共有できる仕組みづくり
・医療機関の機能等に関する情報発信、住民への普及啓発　等

（２） 地域包括ケアシステムの充実

高齢者が著しく増加する平成 37 年（2025 年）に向けて、増大する在宅医療・介護ニーズに対応できる地域包括ケアシステムの構築を進め、住み慣れた地域で安心して最期まで暮らせるまちづくりを目指します。

また、健康づくり、介護予防の取組を推進し、健康でいきいきと生活できるまちづくりを目指します。

〔主な施策例〕

・在宅医療・介護サービスの基盤整備
訪問診療・訪問看護・訪問リハビリテーション等充実のための施設設備整備、グループによる在宅医療支援チーム体制の整備、訪問看護ステーションの強化（大規模化、事業所間連携等）、介護施設の整備、在宅医療拠点・調整機能の整備など
・在宅医グループによる在宅医療（訪問診療）連携ネットワークの整備

・在宅医療を支援するための後方支援病院等の体制整備
　在宅療養中の急変時のための後方支援病院や有床診療所の確保
　家族のレスパイトのための後方支援病院や介護老人保健施設・介護老人福祉施設等の確保
　短期療養入院を目的とした「訪問診療患者登録制度」（かかりつけ医師があらかじめ連携病院に対象患者の診療情報等を登録しておく制度）の実施検討
・診療所等が24時間体制を確保するための、病院と診療所、診療所同志、診療所と訪問看護事業所の連携の構築
・地域の在宅医療の課題等の解決を目指した関係者（多職種）による「在宅医療推進協議会」の設置・運営
・地域の多職種間の連携を進めるための研修
・在宅医療を受けている患者への口腔機能の管理のための医科歯科連携体制の構築
・医療依存度が高くても安心して住める住居の確保対策（サービス付き高齢者住宅など）
・在宅療養を進めるため、病院看護師と訪問看護師の相互理解の推進
　病院看護師と訪問看護師の人事交流支援
　訪問看護師が新たな医療技術を習得するための医療機関での研修
　病院看護師が在宅医療や介護への理解を進めるための訪問看護事業所等での研修
・入院開始時から在宅復帰を目指した支援を行うことを目的として、退院支援部門以外の病院職員（医師、看護師、リハビリテーション関係職員、薬剤師等）に対する在宅医療や介護への理解を進めるための研修
・在宅療養・介護サービスや看取りのあり方に関する住民への普及啓発
・健康づくり・介護予防対策の充実
・医療保険者と医療機関が連携した取組（重複受診者対策など）　等

（3） 医療・介護従事者の確保・養成

効率的で質の高い医療提供体制を整備し、地域の特性に応じた地域包括ケアシステムを構築するため、それらを支える人材の確保・養成を進めます。また、患者・利用者が安心してサービスを受けられるよう、各専門職員の資質向上を図るとともに、医療・介護が切れ目なくサービス提供できるための職種間の連携強化に取り組みます。

〔主な施策例〕
・リハビリテーションを提供する人材の確保・養成対策
・病院や診療所等に従事する職員の離職防止対策および再就業の促進
・医療機関の勤務環境の改善対策
・たん吸引など多様化するニーズに対応できる介護職員の人材育成
・病院定年退職医師、子育て期の医師等の再就業促進（定年退職医師バンク等）
・潜在看護職員や介護職員の再就業促進
・重度化・複雑化する利用者に対応するため、介護施設等に従事する看護師・介護職員に対する医療看護技術等の巡回指導（看護師による）
・課題に応じた研修体系の構築　等

「滋賀県医師確保計画」の概要

3-⑤

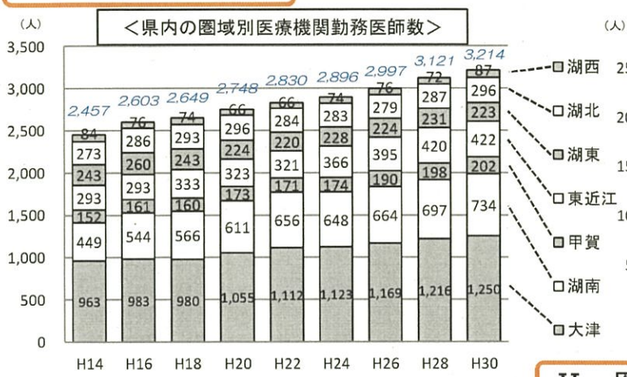
Ⅰ　計画策定の趣旨

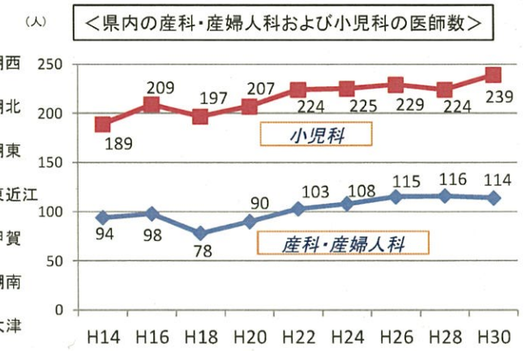
○地域・診療科における医師偏在是正のため、新たに国が示す医師偏在指標を踏まえ、計画を策定。
○2025年を見据えた「地域医療構想」に基づく医療提供体制の構築や、医師の働き方改革と三位一体で対策を推進。

Ⅱ　計画の位置づけ・計画期間

○医療法第30条の4の規定に基づく「滋賀県保健医療計画」（平成30年度（2018年度）～令和5年度（2023年度））の一部として策定。そのため、この計画の期間は、令和2年度（2020年度）～令和5年度（2023年度）：4年間

Ⅲ　現　状





Ⅳ　医師偏在指標／医師多数・少数区域等の設定

○医師偏在指標とは、医療需要・人口、患者の流出入、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新たな指標（これまでの人口10万人当たり医師数に替わる指標）。
○ただし、この指標は、医師の絶対的な充足状況ではなく、相対的な偏在状況（全体における位置関係）を示すもの。国の推計では、令和10年（2028年）頃に医師の需給が均衡。令和6年（2024年）時点においても約1万人の医師が不足するとされていることから、現時点では全国の医師の絶対数はそもそも不足。
○各都道府県・各二次医療圏を3つに区分（上位1/3が相対的に医師が多数、下位1/3が相対的に医師が少数）。
○なお、二次医療圏より小さい単位で、医師の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、無医地区および無医地区に準ずる地区や、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。

二次医療圏等名	医師偏在指標	全国順位	区分
滋賀県	244.8	16位	『多数』
大津	378.3	7位	『多数』
湖南	238.2	68位	『多数』
甲賀	161.9	223位	
東近江	200.3	104位	『多数』
湖東	169.5	196位	
湖北	193.2	121位	
湖西	179.8	160位	

※県は1～16位が多数、32～47位が少数。
※二次医療圏は1～108位が多数、224～335位が少数。

Ⅴ　医師の確保の方針および目標

＜県全体＞
○医師多数都道府県は、計画上、既存の施策を除いて他の都道府県から医師を確保できない。
○ただし、本県は医師多数都道府県の中では最下位（16位）であるとともに、現時点では全国の医師の絶対数がそもそも不足しており、本県でも充足感はない。
○　圏域や病院、診療科による医師の不足・偏在がある実情を踏まえ、県内唯一の医育機関である滋賀医科大学や関係団体等との連携の下、必要となる医師を確保するとともに、偏在を是正。
○　また、医師多数都道府県ではあるが、医療提供体制の維持のためには、今後もこれまでどおり京都大学・京都府立医科大学等から必要な医師の派遣等を受ける必要あり。

＜二次医療圏等＞
【少数区域・スポット】　少数区域はなし。「医師少数スポット」への医師派遣や巡回診療を行う医療機関について必要な医師を確保。
【中間区域】「甲賀」・「湖東」・「湖北」・「湖西」　圏域の実情を踏まえて、必要な医師を確保。
【多数区域】「大津」・「湖南」　大学からの既存の医師派遣等を除いて、他の圏域等からの医師確保は原則として行わないが、三次医療圏（県域）の医療機能を担う場合や、圏域内の病院・診療科偏在の状況を踏まえ柔軟な対応が必要。
「東近江」　大津・湖南とは異なる実情（地理的な要因等）も踏まえて必要な医師を確保。

※　*各圏域の地域医療構想に基づく医療提供体制のあり方についての議論の進捗も踏まえ、必要となる医師の確保を図っていく。*

Ⅵ　具体的な施策

実施体制

＜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、キャリア形成支援、臨床研修・専門研修制度への関与等）。
＜滋賀県医師キャリアサポートセンター（地域医療支援センター）＞
○　滋賀医科大学と共同で設置。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、地域医療に対する啓発、医師充足状況の調査分析等
＜滋賀県医療勤務環境改善支援センター＞
○　令和6年（2024年）4月から始まる医師の時間外労働規制に向けて、滋賀労働局や滋賀県病院協会等と連携し、医療の質や安全の担保を図るため、医師の労働時間短縮・勤務環境改善の支援を実施。

取組内容

①医師の派遣調整等を通じた偏在対策

○　地域枠医師（修学資金等を借りて県内で一定期間就業義務がある医師）等の勤務先医療機関について、滋賀県地域医療対策協議会において配置調整。
○　県職員である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。

②医師のキャリア形成支援

○　地域における医師確保と医師のキャリアアップの両立を目的とする「キャリア形成プログラム」を策定（派遣医師のキャリア・パス等を予め明示）。
○　医学生に対する研修会等の実施、相談窓口の設置等。

③医師の働き方改革等を踏まえた勤務環境の改善

○　滋賀県医療勤務環境改善支援センターにアドバイザーを設置し医療機関への派遣や相談対応を実施するとともに、勤務環境改善計画の策定等を支援。
○　医師から他の医療従事者や事務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、業務の効率化等を促進

④医師の養成過程等を通じた確保対策

【大学医学部】
○　滋賀医科大学の入学定員における地域枠や地元出身者枠を継続し、確実に県内で診療に従事する医師を確保。
○　全国の医学生に対する修学資金の貸付けも継続。
○　滋賀医科大学と連携し、地域医療等の教育カリキュラムを充実。
【臨床研修】
○　研修プログラムの充実や指導体制強化を支援。
○　令和2年度に国から県に権限移譲される臨床研修制度（病院指定・定員設定等）の適切な運用。
【専門研修】
○　専門研修制度が地域医療に重大な影響を与えている場合は、厚生労働大臣を通じて日本専門医機構等に意見陳述。
○　専門研修プログラムの充実等を支援。
【その他】
○　医師偏在是正や地域包括ケアシステムの推進のため、幅広い疾患等に対応できる総合的な診療能力を有する総合診療医や在宅医療等を担う医師を確保・育成。

Ⅶ　産科・小児科の医師確保計画

産科			
周産期医療圏等名	医師偏在指標	全国順位	区分
滋賀県	11.3	32位	『少数』
大津・湖西	18.5	28位	
湖南・甲賀	9.3	185位	
東近江	8.7	202位	『少数』
湖東・湖北	7.4	235位	『少数』

小児科			
小児医療圏等名	医師偏在指標	全国順位	区分
滋賀県	113.1	21位	
大津・湖西	167.3	10位	
湖南・甲賀	85.9	202位	
東近江	104.3	124位	
湖東・湖北	98.6	146位	

※ 県は、47都道府県中の順位（32位～47位が少数）
※ 周産期医療圏は、284医療圏中の順位（192位～284位が少数）
※ 小児医療圏は、307医療圏中の順位（206位～307位が少数）
○産科・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等から、多数区域はなく、少数区域のみ。

①医療提供体制の再構築等

【産科】
○　4つの周産期医療圏の周産期母子医療センターに医師を集約化
○　各周産期医療圏内の医療機関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）の整備

【小児科】
○　休日夜間の小児救急については、4つの小児医療圏内の救命救急センターに医師を集約化
○　専門医以外の医師への小児救急医療に関する研修を実施
○　医療的ケア児に対する在宅医療、子どもの心の問題や発達障害等に対応できる医師の育成等

②医師の派遣調整

○　周産期・小児医療圏の拠点となる病院への医師の派遣調整

③勤務環境の改善

○　他診療科より割合が高い女性医師への支援（復職研修の実施、院内保育所運営の支援等）
○　助産師外来・院内助産の推進等による助産師へのタスク・シフティング推進等
○　「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防止

④養成数の増加

○　産科・小児科のキャリア形成プログラムの充実。医学生への意識啓発等。

Ⅷ　計画の進行管理・評価

○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（今回の計画のみ4年）ごとに実施
○評価結果については、次期計画に反映するとともに公表。

「滋賀県外来医療計画」の概要

［計画期間］ 令和2年度～令和5年度

Ⅰ 計画策定の趣旨

外来医療に係る医師偏在指標を定め、外来医療に関する情報を可視化して、その情報を新規開業者等へ情報提供することにより医師の行動変容を促すとともに、地域の医療関係者等において外来医療機能の分化・連携の方針等について協議を行うことが必要となるため、「滋賀県外来医療計画」を策定する。

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（外来医療に係る医療提供体制の確保に関する事項）として策定
○ 関連計画との整合を図り、一体的な事業を推進
〈主な関連計画〉
・「レイカディア滋賀高齢者福祉プラン」
・「がん対策推進計画」　等

Ⅲ 計画の構成

第1章　基本事項
1 計画策定の趣旨
2 計画の位置づけおよび期間
3 区域単位

第2章　外来医療機能の現状
1 外来医療の現状
2 滋賀県の外来医療提供体制

第3章　外来医療機能に関する情報の可視化
1 外来医師偏在指標
2 外来医師多数区域
3 外来医師偏在指標等の公表

第4章　新規開業希望者等に対する情報提供
1 地域に求められる医療機能
2 新規開業希望者等に対する情報提供
3 外来医師多数区域における新規開業希望者による届出および届出の際に求める事項

第5章　外来医療に関する協議の場の設置
1 外来医療機能に関する協議
2 地域で不足している外来医療機能
3 協議の場における合意の方法および実効性の確保

第6章　医療機器の効率的な活用に係る計画
1 医療機器の効率的な活用に関する考え方
2 医療機器の保有状況
3 医療機器の配置状況
4 医療機器に関する協議の場の設置
5 医療機器の効率的な活用のための検討

第7章　計画の推進
1 進行管理

Ⅳ 計画の概要

外来医療機能に関する情報の可視化

○　地域ごとの外来医療機能の偏在・不足等の客観的な把握を行うために、診療所の医師の多寡を外来医師偏在指標として可視化
○　外来医師偏在指標とは、診療所の外来医療需要・人口、患者の流出入、医師の性別・年齢分布等を考慮した全国の外来医師偏在状況を比較するための新たな指標
○　外来医師偏在指標の値が全国上位33.3%に該当する二次医療圏を、外来医師多数区域と設定

《滋賀県の二次保健医療圏別外来医師偏在指標》

圏域名	外来医師偏在指標	全国順位（335二次医療圏中）	区　分
大　津	118.0	55位	外来医師多数区域
湖　南	98.5	156位	
甲　賀	83.5	267位	
東近江	95.0	183位	
湖　東	101.2	142位	
湖　北	90.2	226位	
湖　西	93.9	195位	

新規開業希望者等に対する情報提供

○　外来医師偏在指標および、外来医師多数区域である二次医療圏の情報を、医療機関のマッピングに関する情報等、開業に当たって参考となるデータと併せて公表し、新規開業希望者等に情報提供

外来医療に関する協議の場の設置

○ 各圏域に設置されている地域医療構想調整会議を地域ごとにどのような外来医療機能が不足しているか議論を行う、協議の場として活用する

○ 外来医師多数区域においては、新規開業希望者に対して、協議の内容を踏まえて、初期救急（夜間・休日の診療）、在宅医療、公衆衛生（学校医、産業医、予防接種等）等の地域で不足する医療機能に関する情報を提供する

外来医療計画の実効性を確保するための方策

○外来医師多数区域においては、届出様式を定め、新規開業希望者に対し、地域で定める不足医療機能を担うことに対する考え方を確認する

○届出の内容については協議の場において確認を行う

【参考】無床診療所の開業規制を行う場合の課題

- **自由開業制との関係**（現行制度上、医師免許は開業免許と位置付けられており、憲法で保障された営業の自由との関係の整理が必要）
- **国民皆保険との関係**（国民皆保険を採用する我が国においては、保険上の制限も実質上の開業制限）
- **雇入れ規制の必要性**（開業規制を行うのであれば、雇入れ規制が必要であるが、これは事実上困難）
- **新規参入抑制による医療の質低下への懸念**（新規参入がなくなれば、医療の質を改善・向上するインセンティブが低下する懸念）
- **駆け込み開設への懸念**（病床規制を導入した際は、S59～H3 の間に238,916床増床）

医療機器の効率的な活用に係る計画

今後、人口減少が見込まれ、効率的な医療提供体制を構築する必要がある中で、医療機器の効率的な活用に関する検討を行う

医療機器の配置状況に関する情報の可視化
○ 地域の医療ニーズを踏まえ、地域ごとの医療機器の配置状況を医療機器の種類ごとに指標化し、可視化
　※ CT、MRI、PET（PETおよびPET-CT）、放射線治療（リニアックおよびガンマナイフ）、マンモグラフィの項目ごとにそれぞれ可視化
医療機器の保有状況等に関する情報提供
○ 医療機器の配置状況に関する指標に加えて、医療機器を有する医療機関についてマッピングに関する情報や、共同利用の状況等について情報を公表
医療機器の効率的活用のための協議
○ 医療機器の効率的活用のための協議の場を設置（外来医療機能の協議の場を活用）
○ 医療機器の種類ごとに共同利用の方針について協議を行い、結果を公表
　※ 共同利用については、画像診断が必要な患者を、医療機器を有する医療機関に対して患者情報とともに紹介する場合を含む。
○ 共同利用の方針に従い、医療機関が医療機器を購入する場合や、当該機器の共同利用を新たに行う場合には、共同利用に係る計画を作成し、定期的に協議の場において確認