

第1部 県全体構想

第1章 基本事項

1 構想策定の趣旨

我が国では、平成37年(2025年)には、団塊の世代すべてが75歳以上となり、3人に1人が65歳以上、5人に1人が75歳以上となります。今後、高齢化がさらに進展すると医療や介護を必要とする人がますます増加しますが、現在の医療・介護サービスの提供体制のままでは十分対応できないことが予想されます。

本県においても、県民意識調査などの各種調査結果から、高齢期の生活に不安を感じておられ、また、医療・介護サービスの充実に期待されている県民が多くおられることがうかがえます。このため、将来を見据え、限られた医療・介護資源を有効に活用し、地域ごとに必要なサービスを確保し、提供していくための取組が急務となっています。

平成25年(2013年)8月、社会保障制度改革国民会議報告書がまとめられ、その中で、医療・介護分野の改革について、「高齢化の進展により、疾病構造の変化を通じ、必要とされる医療の内容は、「病院完結型」から、地域で治し支える「地域完結型」に変わらざるを得ない」という認識が示されました。そして、具体的な方策としては、病床機能報告制度の導入、地域医療構想の策定、医療と介護の連携と地域包括ケアシステムの構築、改革推進のための財政支援等について提言がなされました。

これを受け、平成25年(2013年)12月、改革の実施時期を定めたプログラム法(「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」)が成立し、これに沿った社会保障審議会医療部会および同介護保険部会での議論を経て、平成26年(2014年)6月、「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」(医療介護総合確保推進法)が成立しました。

地域医療構想は、医療介護総合確保推進法の一部である改正医療法の中で、各都道府県において策定が義務付けられたものです。その目的は、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、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、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、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す。

地域医療構想の策定・推進にあたっては、病床の必要量を推計するだけでなく、地域の実情に応じた課題抽出や実現に向けた施策を住民も含めた幅広い関係者で検討し、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ます。

本県では、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、おおむね10年後である平成37年(2025年)を見据えて、滋賀県地域医療構想を策定します。

2 構想の位置づけ

本構想は、医療法第30条の4の規定に基づき、「滋賀県保健医療計画」(計画期間：平成25年度～平成29年度)の一部として策定するものです。

ただし、本構想における将来の医療需要等については、平成37年(2025年)時点の推計とし、将来に向けての取組を推進するものとします。

また、推進にあたっては、「レイカディア滋賀高齢者福祉プラン」などの関係計画とも整合を図りながら、一体的に取組を進めます。

3 構想区域

「滋賀県保健医療計画」において、本県の二次保健医療圏は7圏域に区分されています。また、「老人福祉法」および「介護保険法」に基づく「保健福祉圏域」や地域医療介護総合確保基金の根拠となる「医療介護総合確保促進法」に基づく「医療介護総合確保区域」も、二次保健医療圏域と同じ範囲としています。その他、広域消防や関係団体支部等の区域なども二次保健医療圏域を基本としており、これまでから二次救急医療などの一般的な医療需要への対応などについては、この範囲を単位として、医療福祉サービスの充実が図られてきています。

したがって、地域医療構想における構想区域についても、現在の二次保健医療圏域と同様の範囲とします。

ただし、当構想区域については、今後、医療機関の配置、患者の受療動向などの医療環境の変化や、人口構造、交通アクセスなどの社会環境の変化などが生じた場合は、それらを踏まえ、二次保健医療圏の設定とあわせて適切な範囲について検証することとします。

図 構想区域



構想区域	構成市町	人口(人) (H27.10.1)	面積(km) (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
合 計		1,415,373	4,017.38

第2章 医療機能の現状

1 病床機能報告制度

病床機能報告は、医療法第30条の13の規定により、医療機関が有する病床（一般病床及び療養病床）において担っている医療機能の現状と今後の方向について、下表の機能区分の定義に基づき病棟単位で選択し、都道府県に報告する制度です。

医療機能の報告に加えて、人員の配置や、入院患者の状況等についても報告することとされています。

報告された情報については、県民に分かりやすい形で公表することになっており、本県においては、滋賀県ホームページの中で公表しています。

表 医療機能4区分

機能区分	医療機能の内容
高度急性期	・急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能。 高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟
急性期	・急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能。
回復期	・急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ・特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)。
慢性期	・長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能。 ・長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能。

2 平成27年度(2015年度)病床機能報告の概要 滋賀県調査(暫定値)

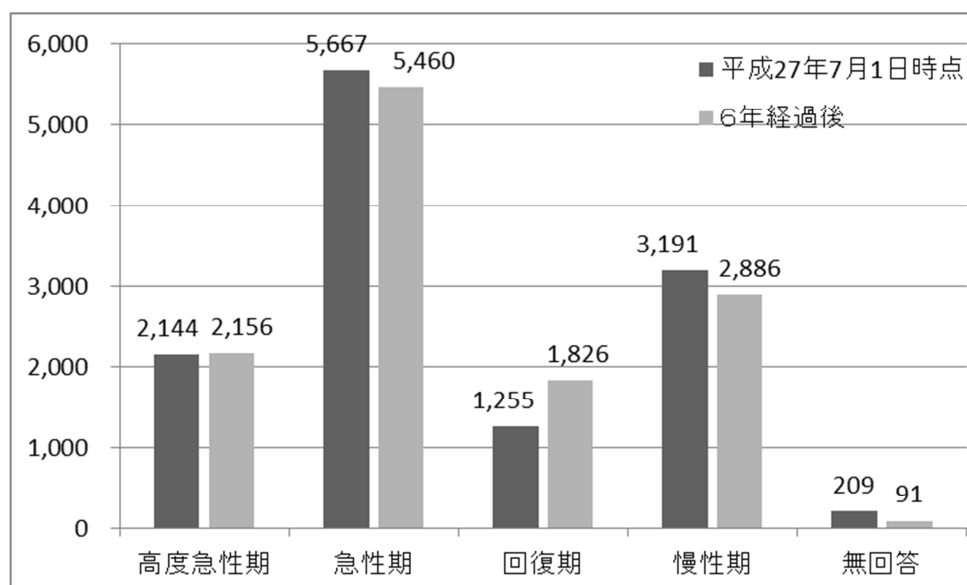
対象医療機関は、92機関(50病院、42診療所)、対象病床数は、12,466床です。

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2,144床、急性期5,667床、回復期1,255床、慢性期3,191床、無回答209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2,156床、急性期5,460床、回復期1,826床、慢性期2,886床、無回答91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12床の増加、急性期は207床の減少、回復期は571床の増加、慢性期は305床の減少となっています。

図 医療機能別病床数（県全体）



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	2,144	5,667	1,255	3,191	209	12,466
構成比	17.2%	45.5%	10.1%	25.6%	1.7%	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	2,156	5,460	1,826	2,886	91	12,419
構成比	17.4%	44.0%	14.7%	23.2%	0.7%	100%
合 - 計	12	207	571	305	118	47

第3章 医療需要の推計

1 推計の考え方

構想区域ごとの入院の医療需要の推計方法については、医療法施行規則等で定められ、詳細は「地域医療構想策定ガイドライン（厚生労働省作成）」（以下、「ガイドライン」という。）でまとめられています。推計に必要なデータは、厚生労働省において一元的に整備して各都道府県に提供されることになっており、「地域医療構想策定支援ツール」が配布されました。本構想における医療需要等の推計については、ガイドラインに沿って、厚生労働省より提供を受けたデータに基づき整理・分析しています。

なお、当データの分析において、特定の個人が第三者に識別されることを防ぐため、医療需要の数値が構想区域単位で10未満となる場合は、非表示となります。

また、今回の推計は、構想区域全体における医療需要等を把握するためのものであり、この推計方法の考え方が、直ちに個別の医療機関における病床の機能区分ごとの病床数の推計方法となったり、病床機能報告制度による各病棟の病床機能を選択する基準になるものではありません。

(1) 高度急性期機能・急性期機能・回復期機能

平成25年度（2013年度）のNDB（ナショナルデータベース）のレセプトデータおよびDPCデータ（診断と処置の組合せによる診断群分類）に基づき、患者住所地別に配分した上で、当該構想区域ごと、性・年齢階級別の年間入院患者延べ数（人）を365（日）で除して1日当たり入院患者延べ数を求め、これを性・年齢階級別の人口で除して入院受療率としています。

$$\begin{aligned} & \text{「性・年齢階級別の年間入院患者延べ数（人）」} / \text{「365日」} = \text{「1日当たり入院患者延べ数」} \\ & \text{「1日当たり入院患者延べ数」} / \text{「性・年齢階級別の人口」} = \text{「入院受療率」} \end{aligned}$$

この性・年齢階級別入院受療率を病床の機能区分ごとに算定し、当該構想区域の平成37年（2025年）における性・年齢階級別人口を乗じたものを総和することによって将来の医療需要を推計します。

構想区域の平成37年（2025年）の医療需要

$$\begin{aligned} & = [\text{当該構想区域の平成25年度(2013年度)の性・年齢階級別の入院受療率} \\ & \quad \times \text{当該構想区域の平成37年(2025年)の性・年齢階級別推計人口}] \text{を総和したもの} \end{aligned}$$

平成37年（2025年）の性・年齢階級別人口については、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来推計人口（平成25年(2013年)3月中位推計）』を用いています。

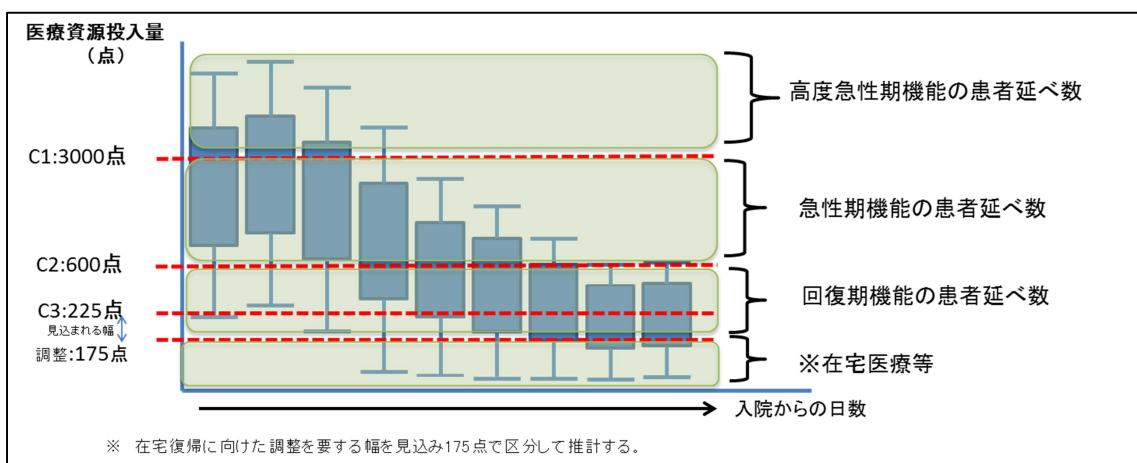
具体的には、患者に対して行われた医療の内容に着目することで、患者の状態や診療の実態を勘案した推計になると考えられることから、患者に対して行われた診療行為を診療報酬の出来高点数で換算した値（以下、「医療資源投入量」という。）で分析します。

その際、看護体制等を反映する入院基本料を含めた場合、同じような診療行為を行った場合でも医療資源投入量に差が出ることから、推計における医療資源投入量に入院基本料相当分は含まないこととされています。

高度急性期・急性期・回復期の各機能の区分は、NDBやDPCデータを活用し、それぞれの境界点が分析され、高度急性期と急性期との境界点（C1）は3,000点、急性期と回復期との境界点（C2）は600点となっています。また、回復期と在宅医療等の境界点については、在宅等でも実施できる医療やリハビリテーションに相当する医療資源投入量として見込まれる境界点（C3）を225点とした上で、在宅復帰に向けた調整を要する幅を見込み175点で推計することになっています。

医療需要については、C1（3,000点）を超えている患者延べ数を高度急性期機能の患者数、C1（3,000点）～C2（600点）の間にいる患者延べ数を急性期機能の患者数、C2（600点）～C3調整後（175点）の間にいる患者延べ数を回復期機能の患者数として推計しています。

図 医療機能別医療需要の推計



「地域医療構想策定ガイドライン」より

(2) 慢性期機能

主に慢性期機能を担っている療養病床については、現在、報酬が包括算定であるために、一般病床のように医療行為を出来高換算した値（医療資源投入量）に基づく分析を行うことができません。

また、地域によって在宅医療の充実状況や介護施設等の整備状況なども異なっている中で、療養病床数には全国的に大きな地域差が生じています。

このため、慢性期機能の推計においては、医療資源投入量を用いず、以下の考え方により推計することとされています。

慢性期機能の中に在宅医療等で対応することが可能と考えられる患者数を一定数見込む

- ・療養病床の入院患者数のうち、医療区分1の患者の70%を在宅医療等で対応する患者数として見込む

在宅医療等とは、居宅、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受ける者が療養生活を営むことができる場所で提供される医療を指す。

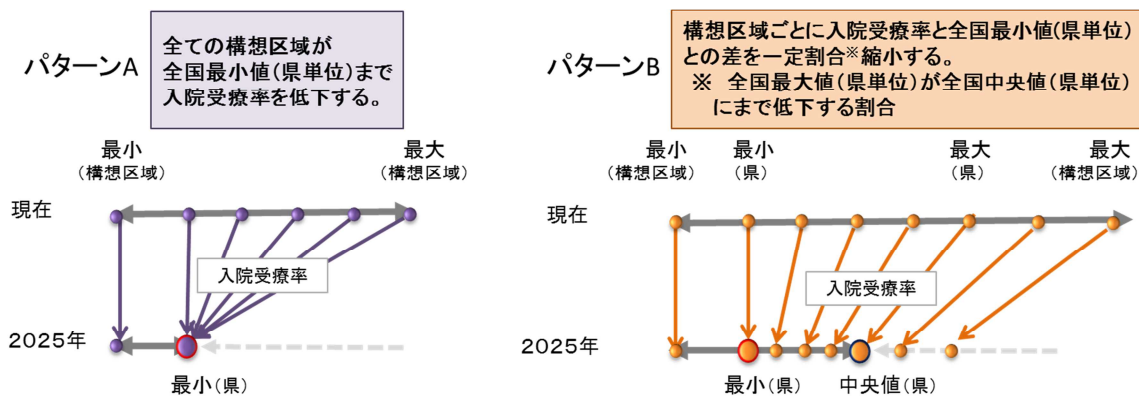
療養病床の入院受療率の地域差を縮小するよう地域が一定の幅の中で目標を設定する

・入院受療率の地域差を解消するための目標については、都道府県は、原則として構想区域ごとに以下のAからBの範囲内で定めることとする。

A 全ての構想区域の入院受療率を全国最小値（県単位で比較した場合の値。（以下「県単位」という。））にまで低下させる。ただし、受療率が全国最小値（県単位）未満の構想区域については、平成25年（2013年）の受療率を用いて推計することとする。

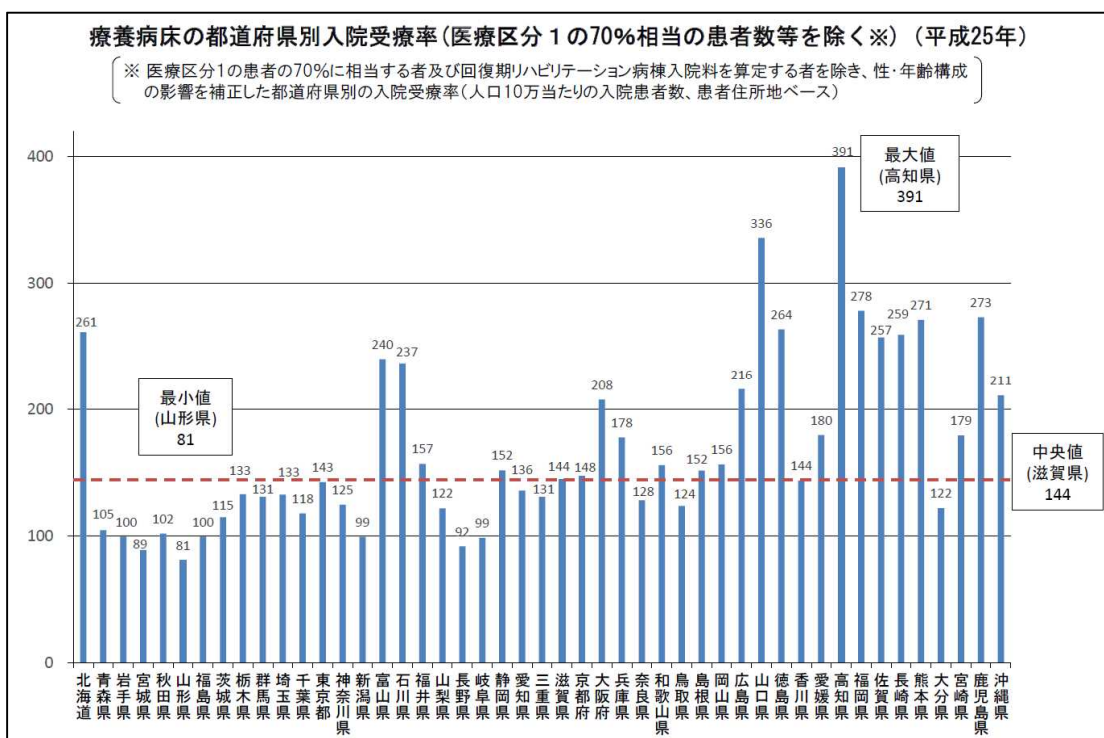
B 構想区域ごとに入院受療率と全国最小値（県単位）との差を一定割合解消させることとするが、その割合については全国最大値（県単位）が全国中央値（県単位）にまで低下する割合を一律に用いる。ただし、受療率が全国最小値（県単位）未満の構想区域については、平成25年（2013年）の受療率を用いて推計することとする。

図 入院受療率の地域差解消の設定



「地域医療構想策定ガイドライン」より

〔参考〕療養病床の都道府県別入院受療率（厚生労働省作成）



将来の慢性期機能と在宅医療等の医療需要については、一体的に考えていく必要があります。これらの需要の推計にあたっては、次の内容を合計したものとされています。

一般病床の障害者数・難病患者数（障害者施設等入院基本料、特殊疾患病棟入院基本料及び特殊疾患入院医療管理料を算定している患者数）については、慢性期機能の医療需要として推計する。

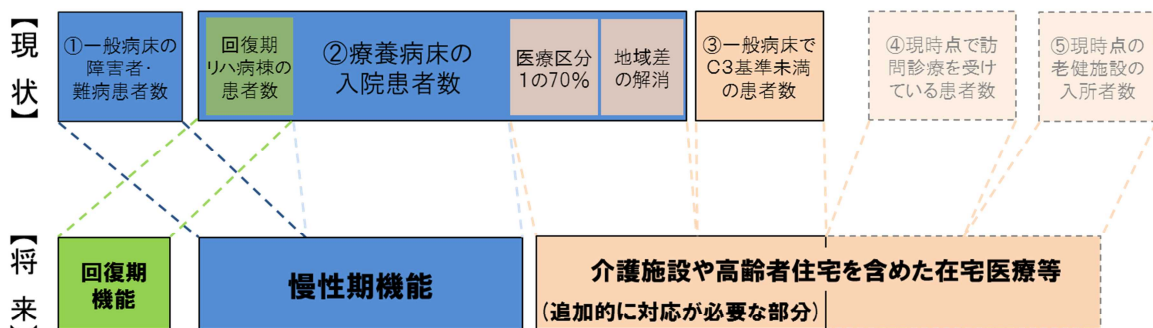
療養病床の入院患者数のうち、医療区分1の患者数の70%を在宅医療等に対応する患者数として推計する。また、その他の入院患者数については、入院受療率の地域差を解消していくことで、将来時点の慢性期機能および在宅医療等の医療需要としてそれぞれを推計する。

一般病床の入院患者数(回復期リハビリテーション病棟入院料を算定した患者数を除く。)のうち医療資源投入量が175点未満の患者数については、在宅医療等に対応する患者数の医療需要として推計する。

平成25年(2013年)に在宅患者訪問診療料を算定している患者数の性・年齢階級別の割合を算出し、これに当該構想区域の平成37年(2025年)における性・年齢階級別人口を乗じて総和することによって、在宅医療等の医療需要として推計する。

平成25年(2013年)の介護老人保健施設の施設サービス需給者数の性・年齢階級別の割合を算出し、これに当該構想区域の平成37年(2025年)における性・年齢階級別人口を乗じて総和することによって、在宅医療等の医療需要として推計する。

図 慢性期機能・在宅医療等の医療需要のイメージ



(注)このイメージ図では将来の人口構成の変化を考慮していない。実際には地域における将来の人口構成によって幅の変化が起こる。

「地域医療構想策定ガイドライン」より

2 医療需要の現状と将来推計

上記の考え方にに基づき医療需要について推計した結果は、以下のとおりです。

推計にあたっては、ガイドラインに沿って高度急性期から慢性期まで、また在宅医療等も含む医療機能別の医療需要を算出するとともに、年齢区分ごと、主な疾病ごとの医療需要も算出しています。

また、本構想では平成37年(2025年)における医療需要を把握・分析することとしていますが、本県の75歳以上人口のピークは、いずれの構想区域においても平成37年(2025年)以降であると予測されていることから、平成37年(2025年)以降の医療需要の推計も提示しています。

(1) 医療機能別

医療機能別の医療需要推計では、現在の患者流出入が継続するものとして推計した医療需要(以下、「医療機関所在地ベース」という。)と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構想区域の医療機関に入院するものとして推計した医療需要(以下、「患者住所地ベース」という。)の2つの推計値があります。

今回の推計では、医療機関所在地ベースと患者住所地ベースそれぞれの医療需要について整理のうえ、提示しています。

なお、これらの推計値を比較することによって、当該構想区域の入院患者の流出入について分析できます。医療機関所在地ベースの需要の方が多い場合は、流入患者の方が多くなり、患者住所地ベースの需要の方が多い場合は、流出患者の方が多いこととなります。

高度急性期

医療機関所在地ベースでは、平成25年(2013年)の840人/日に対して、平成37年(2025年)は957人/日で、117人/日(13.9%)の増加です。患者住所地ベースについては、997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、40人/日となり、県全体でみると流出患者の方が多いこととなります。

急性期

医療機関所在地ベースでは、平成25年(2013年)の2,517人/日に対して、平成37年(2025年)は3,017人/日で、500人/日(19.9%)の増加です。患者住所地ベースでは、3,078人/日ですので、差引きは61人/日となり、流出患者の方が多いこととなります。

回復期

医療機関所在地ベースでは、平成25年(2013年)の2,529人/日に対して、平成37年(2025年)は3,221人/日で、692人/日(27.4%)の増加です。患者住所地ベースでは、3,281人/日ですので、差引きは60人/日となり、流出患者の方が多いこととなります。

慢性期

ア パターンA

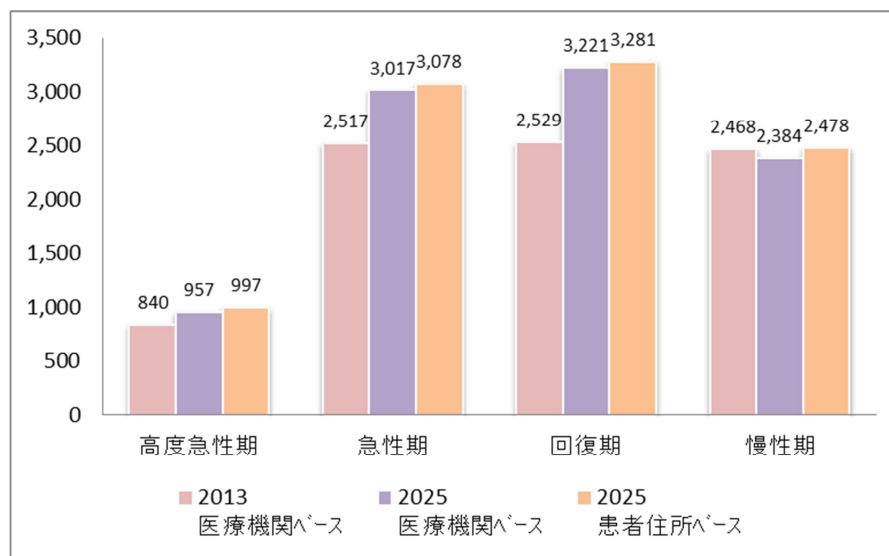
医療機関所在地ベースでは、平成25年(2013年)の2,468人/日に対して、平成37年(2025年)は2,153人/日で、315人/日(12.8%)の減少です。患者住所地ベースでは、2,239人/日ですので、差引きは86人/日となり、流出患者の方が多いこととなります。

イ パターンB

医療機関所在地ベースでは、平成25年(2013年)の2,468人/日に対して、平成37年(2025年)は2,384人/日で、84人/日(3.4%)の減少です。患者住所地ベースでは、2,478人/日ですので、差引きは94人/日となり、流出患者の方が多いこととなります。

表・図 医療機能別（高度急性期～慢性期）の医療需要

		2013年度 医療需要 〔医療機関〕 (人/日)	2025年推計		医療需要 増減(人/日)				+流入 -流出
			医療需要 〔医療機関〕 (人/日)	医療需要 〔患者住所〕 (人/日)	現行の流出入		流出入調整後		
					2025需要	-2013需要	2025需要	-2013需要	
滋賀県	高度急性期	840	957	997	117	113.9%	157	118.7%	-40
	急性期	2,517	3,017	3,078	500	119.9%	561	122.3%	-61
	回復期	2,529	3,221	3,281	692	127.4%	752	129.7%	-60
	慢性期 A	2,468	2,153	2,239	-315	87.2%	-229	90.7%	-86
	慢性期 B	2,468	2,384	2,478	-84	96.6%	10	100.4%	-94
	計(A)	8,354	9,348	9,595	994	111.9%	1,241	114.9%	-247
	計(B)	8,354	9,579	9,834	1,225	114.7%	1,480	117.7%	-255



(2) 在宅医療等

今後、高齢化により増大する医療需要に対応するためには、病床の機能の分化・連携により、平成 37 年(2025 年)には、現在の療養病床以外で対応可能な患者は、在宅医療等での対応を促進するとともに、在宅医療等の充実を図る必要があります。

限られた医療資源の中で住民が安心して医療を受けるためには、在宅医療の提供体制の整備等が先行した上で、慢性期機能などの病床で対応する医療需要と在宅医療等の医療需要を一体的にとらえ、取組を進めることが不可欠です。

そうしたことを踏まえ、今回の在宅医療等の医療需要は、以下の項目の合計値となっています。

- ・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 C 3 調整後の 175 点未満の患者
- ・現時点で訪問診療を受けている患者
- ・現時点の老健施設の入所者

上記を踏まえた本県の在宅医療等の需要は、平成 25 年(2013 年)の 9,278 人/日に対して、平成 37 年(2025 年)は、医療機関所在地ベースで慢性期需要がパターン B の場合、13,995 人/日(1.51 倍)と見込まれています。

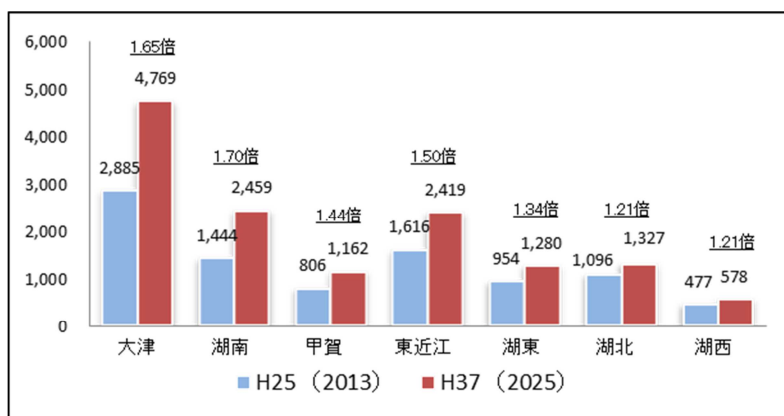
そのうち訪問診療分は、平成 25 年(2013 年)の 5,193 人/日に対して、平成 37 年(2025 年)は、医療機関所在地ベースで 7,428 人/日となっています。

表 在宅医療等の医療需要

		2013年度 医療需要 (医療機関)	2025年 在宅医療等の医療需要(人)					
			(医療機関)	差引 -	増加率	(患者住所)	差引 -	増加率
滋賀県	在宅医療等 A	9,278	14,225	4,948	153%	14,458	5,180	156%
	在宅医療等 B	9,278	13,995	4,717	151%	14,218	4,941	153%
	(再掲)うち訪問診療分	5,193	7,428	2,235	143%	7,504	2,310	144%

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。

図 在宅医療等の区域別医療需要



(3) 年齢区分別

年齢区分別の医療需要については、現状の患者流出入を踏まえた医療機関所在地ベースによる平成 25 年度 (2013 年度) の医療需要に、将来推計人口を投影した数値を確認することとします。

年齢区分は、0 歳～14 歳の年少人口、15 歳～64 歳の生産年齢人口、65 歳以上の老年人口とし、75 歳以上の高齢者についても再掲で提示しています。

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。特に急性期の増加数は 65 歳以上で 574 人/日、75 歳以上で 558 人/日、回復期の増加数は 65 歳以上で 732 人/日、75 歳以上で 712 人/日と大幅な増加が見込まれます。慢性期では、75 歳以上のみ増加する見込みとなっています。

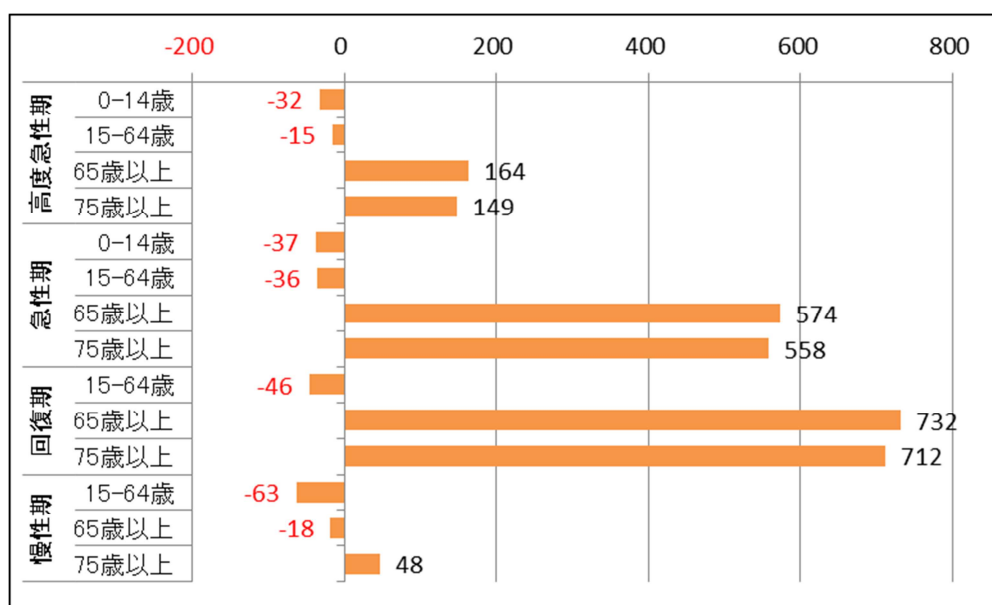
一方で、年少人口 (0 歳～14 歳)、生産年齢人口 (15 歳～64 歳) の需要は、いずれの機能も減少傾向となっています。

表 年齢区分別の医療需要〔単位：人/日〕

	医療機能	年齢区分	2013年度 医療需要 (人/日)	2025年 医療需要 推計 (人/日)	医療需要 増減 (人/日)
滋賀県	高度急性期	0-14歳	102	70	-32
		15-64歳	252	237	-15
		65歳以上	471	635	164
		75歳以上	286	435	149
	急性期	0-14歳	146	109	-37
		15-64歳	762	726	-36
		65歳以上	1,593	2,167	574
		75歳以上	1,117	1,675	558
	回復期	15-64歳	561	515	-46
		65歳以上	1,951	2,683	732
		75歳以上	1,447	2,159	712
	慢性期	15-64歳	450	387	-63
		65歳以上	1,997	1,979	-18
75歳以上		1,704	1,752	48	

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

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

主な疾患別の医療需要については、現状の患者流出入を踏まえた医療機関所在地ベースによる平成25年度(2013年度)の医療需要に、将来推計人口を投影した数値を確認することとします。

入院患者の疾患で最も多いのは、がんです。がんによる入院需要は、平成25年(2013年)の1,125人/日に対して、平成37年(2025年)は1,334人/日で、209人/日(18.5%)の増加となっています。

次いで成人肺炎が多くなっており、平成25年(2013年)の436人/日に対して、平成

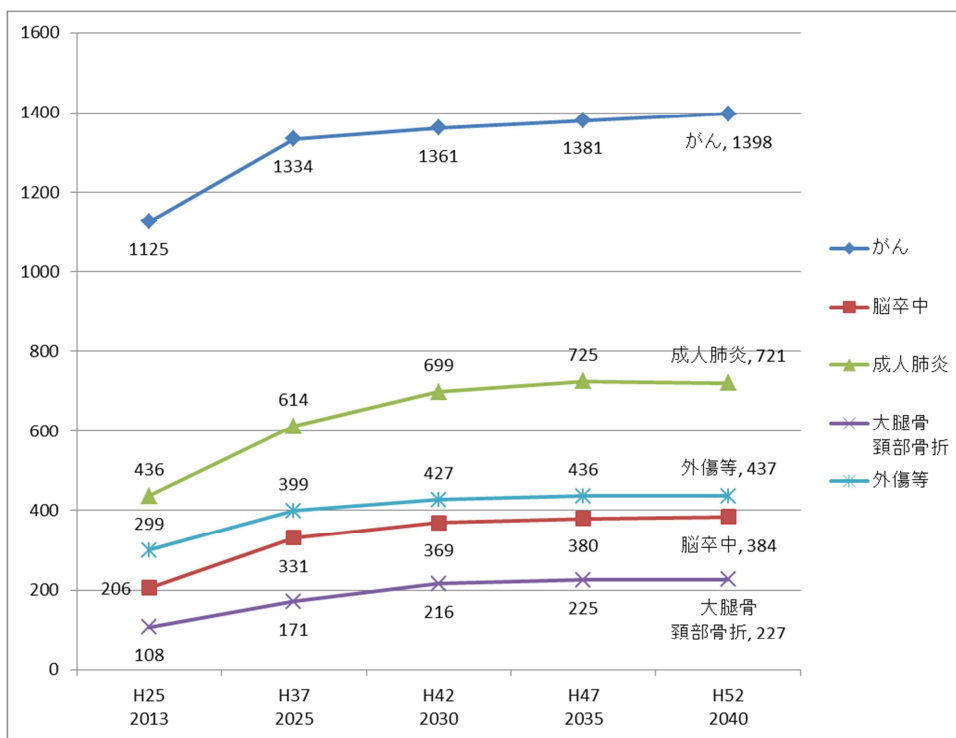
37年（2025年）は614人/日で、178人/日（40.8%）の増加となっています。

その他、脳卒中は、平成25年（2013年）の206人/日に対して、平成37年（2025年）は331人/日で、125人/日（60.7%）の増加、大腿骨頸部骨折は、平成25年（2013年）の108人/日に対して、平成37年（2025年）は171人/日で、63人/日（58.3%）の増加、外傷・熱傷・中毒は、平成25年（2013年）の299人/日に対して、平成37年（2025年）は399人/日で、100人/日（33.4%）の増加となっています。

急性心筋梗塞は、構想区域単位の実数が少ないため地域医療構想策定支援ツールでは表示されませんが、参考までに、滋賀県全体の需要は、平成25年（2013年）の38人/日に対して、平成37年（2025年）は46人/日で、8人/日（21.1%）の増加となっています。

今後の高齢化の進展に伴い、がんをはじめとする主な疾患は、増加傾向で推移していく見込みです。特にがんは高い需要が維持されます。また、脳卒中、成人肺炎、大腿骨頸部骨折など、比較的高齢者に多い疾患は、今後、平成37年（2025年）にかけての増加率が高いことが特徴として現れています。

図 主な疾患別医療需要の推移〔単位：人/日〕



医療機関所在地ベース 慢性期はデータなし
二次医療圏の各医療機能で10人/日未満の数値は含まない

表 平成25年（2013年）を100としたときの増加指数

	H25(2013)	H37(2025)	H42(2030)	H47(2035)	H52(2040)
がん	1.00	1.19倍	1.21倍	1.23倍	1.24倍
脳卒中	1.00	1.61倍	1.79倍	1.85倍	1.86倍
成人肺炎	1.00	1.41倍	1.60倍	1.66倍	1.65倍
大腿骨頸部骨折	1.00	1.59倍	2.01倍	2.09倍	2.10倍
外傷・熱傷・中毒	1.00	1.33倍	1.43倍	1.46倍	1.46倍

(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、現状の患者流出入を踏まえた医療機関所在地ベースの数値でみると、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 1.14 倍まで増加する見込みですが、その後はほぼ横ばいで推移する見込みです。

急性期機能は、平成 37 年（2025 年）には 1.20 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 1.29 倍まで増加、それ以降は横ばいとなる見込みです。

回復機能は、急性期機能とほぼ同様で、平成 37 年（2025 年）には 1.27 倍まで増加し、その後、平成 47 年（2035 年）には 1.40 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、地域で治し支える地域完結型医療への移行や全国的な地域差解消という考え方を反映して推計されており、平成 37 年（2025 年）の需要は減少見込み（0.97 倍）となっていますが、その後、高齢化の進展に伴い増加に転じ、平成 47 年（2035 年）には、平成 25 年（2013 年）比で 1.09 倍となり、その後横ばいとなる見込みです。

慢性期機能を除いて、高齢者の急増に伴い、平成 37 年（2025 年）までの増加率が高い傾向にあることがうかがえます。

また、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。

したがって、医療需要の把握にあたっては、平成 37 年（2025 年）までの急激な変化を念頭に置きながら、同時に、その先の平成 47 年（2035 年）頃までも視野に入れる必要があると考えられます。

図 医療機能別医療需要の推移（単位：人/日）

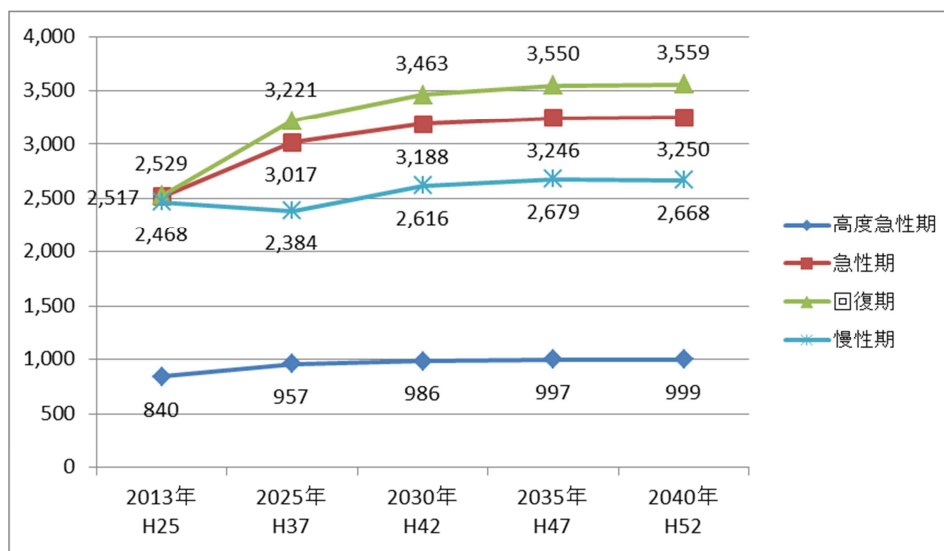


表 医療機能別医療需要の推移（平成 25 年（2013 年）からの増減率：倍）

	2025 H37	2030 H42	2035 H47	2040 H52
高度急性期	1.14	1.17	1.19	1.19
急性期	1.20	1.27	1.29	1.29
回復期	1.27	1.37	1.40	1.41
慢性期	0.97	1.06	1.09	1.08

3 患者動向

(1) 医療機能別

各構想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（2025年推計）について、医療機能別に整理したのが下表です。

患者が自分の居住する構想区域の医療機関に入院する割合を構想区域完結率としています。

慢性期機能については、入院受療率の地域差解消の設定がより緩やかな医療需要（パターンB）の推計値を用いて確認しています。

高度急性期

大津区域（80.5%）、湖北区域（86.9%）の完結率は高い状況です。湖南区域（69.6%）、東近江区域（68.2%）では7割程度となっており、甲賀区域（51.9%）、湖東区域（59.4%）、湖西区域（41.2%）は比較的低い状況にあります。

大津区域、湖南区域では、他区域からの流入がみられます。また、湖西区域は大津区域へ、甲賀・東近江区域は大津・湖南区域へ、湖東は東近江・湖北区域への流出傾向がみられます。

急性期

大津区域（79.9%）、湖南区域（79.7%）、湖北区域（89.3%）の完結率は高い状況です。東近江区域（73.0%）、湖東区域（73.8%）では7割強となっており、甲賀区域（65.6%）、湖西区域（66.9%）は他の区域と比べると低い状況にあります。

高度急性期に比べると全体的に完結率は高くなっており、大津区域、湖南区域では、他区域からの流入がみられます。

回復期

大津区域（79.1%）、湖南区域（79.3%）、甲賀区域（78.0%）、湖北区域（82.7%）の完結率は高い状況です。次いで、東近江区域（75.2%）、湖西区域（72.1%）となっており、湖東区域（66.2%）は他の区域と比べると低い状況にあります。

全体的にみて完結率は高めですが、一部区域では一定数の流出がみられます。

慢性期 パターンBによる推計

東近江区域（80.8%）の完結率は高い状況です。次いで、甲賀区域（72.8%）、湖西区域（70.9%）、大津区域（67.0%）となっており、湖南区域（54.8%）、湖東区域（52.3%）は比較的低い状況にあります。湖北区域（22.9%）ではかなり低い状況となっています。

表 医療機能別の構想区域完結率（2025年推計）

各構想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

下線__の率が各構想区域の完結率

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

高度急性期		構想区域									【*】	計
		県内							県外			
		大津	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北	湖西	京都			
患者住所 地	県内	大津	<u>80.5%</u>	5.4%	*	*	*	*	*	11.4%	2.7%	100%
		湖南	20.7%	<u>69.6%</u>	*	*	*	*	*	*	9.7%	100%
		甲賀	21.0%	19.4%	<u>51.9%</u>	*	*	*	*	*	7.7%	100%
		東近江	10.8%	9.1%	*	<u>68.2%</u>	*	*	*	*	11.9%	100%
		湖東	*	*	*	11.7%	<u>59.4%</u>	12.3%	*	*	16.7%	100%
		湖北	*	*	*	*	*	<u>86.9%</u>	*	*	13.1%	100%
		湖西	38.8%	*	*	*	*	*	<u>41.2%</u>	*	20.1%	100%

急性期		構想区域									【*】	計
		県内							県外			
		大津	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北	湖西	京都			
患者住所 地	県内	大津	<u>79.9%</u>	7.7%	*	*	*	*	*	9.5%	2.8%	100%
		湖南	13.7%	<u>79.7%</u>	*	*	*	*	*	2.2%	4.4%	100%
		甲賀	13.2%	15.6%	<u>65.6%</u>	*	*	*	*	*	5.5%	100%
		東近江	7.5%	8.7%	3.9%	<u>73.0%</u>	2.9%	*	*	*	3.9%	100%
		湖東	4.2%	3.0%	*	7.5%	<u>73.8%</u>	7.4%	*	*	4.2%	100%
		湖北	*	*	*	*	*	<u>89.3%</u>	*	*	10.7%	100%
		湖西	21.8%	*	*	*	*	*	<u>66.9%</u>	*	11.3%	100%

回復期		構想区域									【*】	計
		県内							県外			
		大津	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北	湖西	京都			
患者住所 地	県内	大津	<u>79.1%</u>	8.4%	*	*	*	*	*	9.3%	3.2%	100%
		湖南	10.4%	<u>79.3%</u>	5.1%	*	*	*	*	2.1%	3.2%	100%
		甲賀	7.8%	10.1%	<u>78.0%</u>	*	*	*	*	*	4.0%	100%
		東近江	4.6%	8.0%	6.3%	<u>75.2%</u>	3.1%	*	*	*	2.8%	100%
		湖東	3.1%	*	*	17.9%	<u>66.2%</u>	6.3%	*	*	6.6%	100%
		湖北	*	*	*	3.9%	3.6%	<u>82.7%</u>	*	*	9.8%	100%
		湖西	14.8%	*	*	*	0	*	<u>72.1%</u>	*	13.1%	100%

慢性期 (パターンB)		構想区域									【*】	計	
		県内							県外				
		大津	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北	湖西	岐阜	京都			
患者住所 地	県内	大津	<u>67.0%</u>	12.5%	1.8%	*	*	*	*	*	14.6%	4.1%	100%
		湖南	16.4%	<u>54.8%</u>	5.9%	13.5%	*	*	*	*	3.2%	6.2%	100%
		甲賀	*	6.4%	<u>72.8%</u>	9.6%	*	0	*	*	*	11.2%	100%
		東近江	*	5.9%	*	<u>80.8%</u>	4.1%	*	*	*	*	9.3%	100%
		湖東	*	6.2%	*	33.6%	<u>52.3%</u>	*	*	*	*	7.9%	100%
		湖北	*	9.0%	*	14.1%	33.0%	<u>22.9%</u>	*	9.1%	*	12.0%	100%
		湖西	16.3%	*	*	*	*	*	<u>70.9%</u>	0	*	12.7%	100%

〔参考〕 表 県外の流出・流入状況

単位：人/日

	機能	流出	流入	差引
京都府	高度急性	32	-	32
	急性期	93	16	77
	回復期	92	20	72
	慢性期	114	28	86
三重県	高度急性	-	-	-
	急性期	-	-	-
	回復期	-	15	15
	慢性期	-	11	11
岐阜県	高度急性	-	-	-
	急性期	-	-	-
	回復期	-	-	-
	慢性期	22	-	22
合計	高度急性	32	-	32
	急性期	93	16	77
	回復期	92	35	57
	慢性期	136	39	97

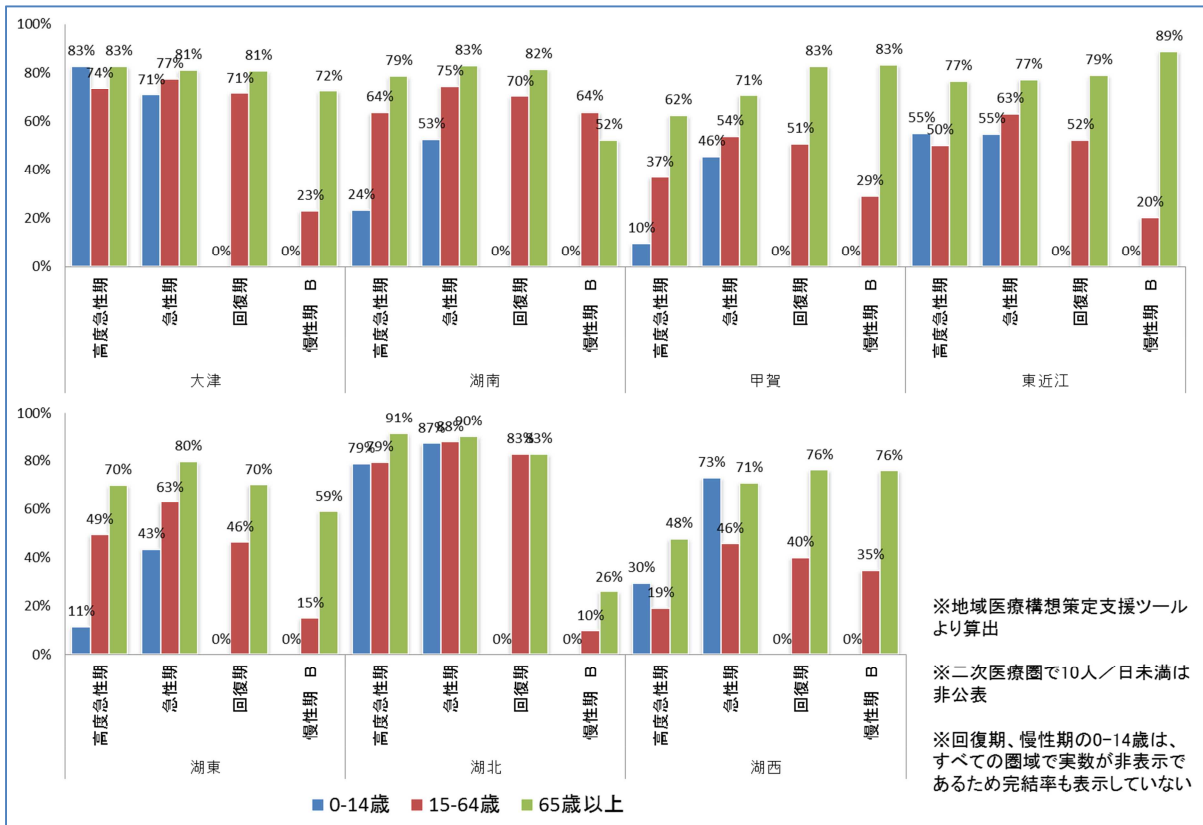
慢性期はパターンB 10人/日未満は非公表

(2) 年齢区分別

構想区域ごとに医療機能別・年齢区分別に完結率をみると、下図のとおりとなっています。

区域によって特徴はありますが、全体的にみると65歳以上の年齢区分の完結率は高い状況となっています。このことから、高齢者ほど比較的居住地に近い医療機関に入院されている傾向があると推察されます。

図 医療機能別・年齢区分別完結率



(3) 主な疾患別

主な疾患別にみた医療機能別完結率は、下図のとおりとなっています。

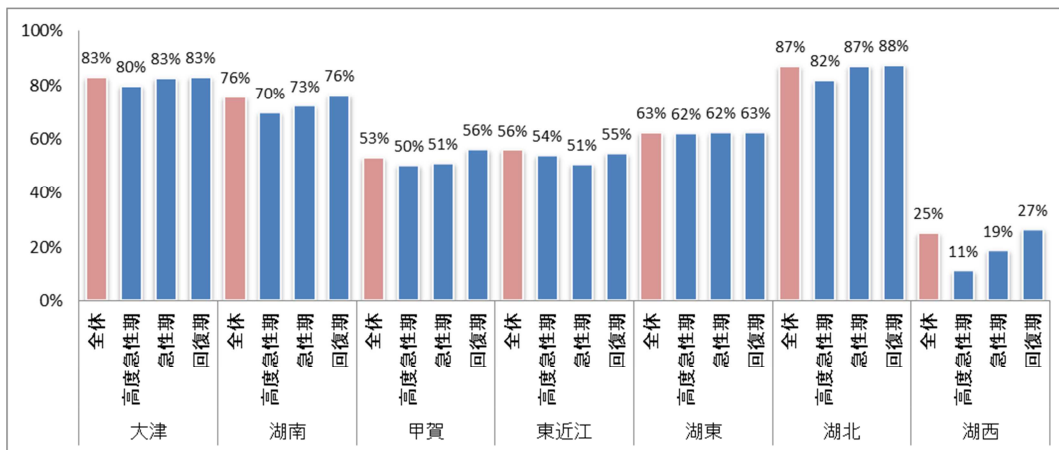
がんは、全体的にみて構想区域を越えた広域による医療提供が行われている傾向があります。

急性心筋梗塞や脳卒中は、全体的に完結率は高い状況にありますが、一部の区域や高度急性期機能では、隣接する区域等との連携のもと医療提供されていることがうかがえます。

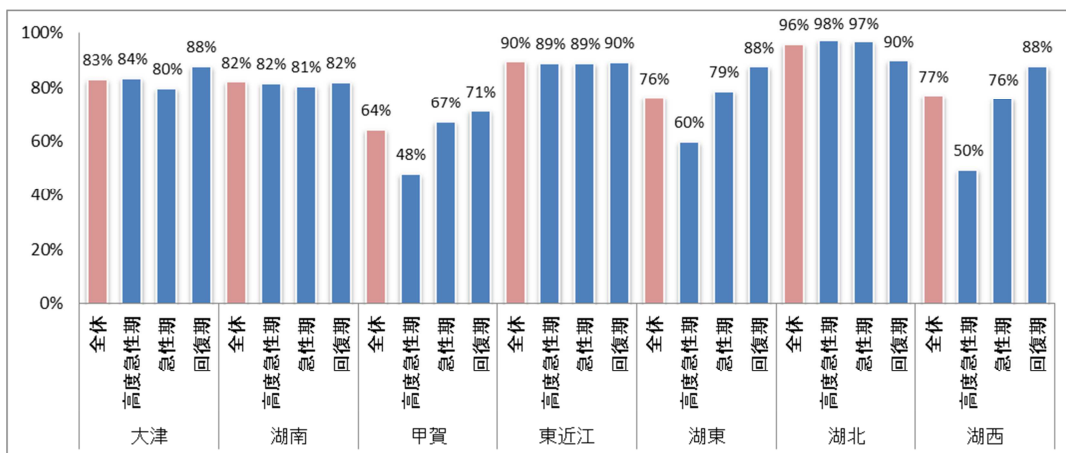
成人肺炎や大腿骨頸部骨折は、概ね各区域内で完結されている傾向にあります。

図 主な疾患別完結率

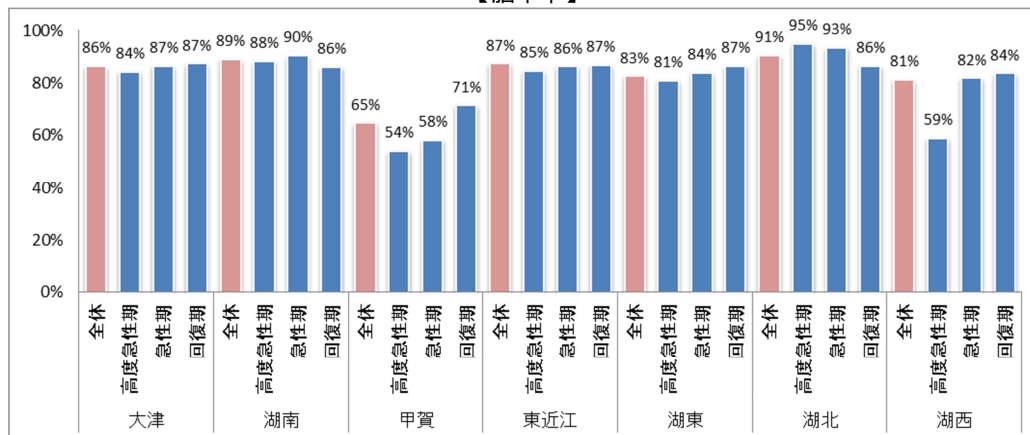
【がん】



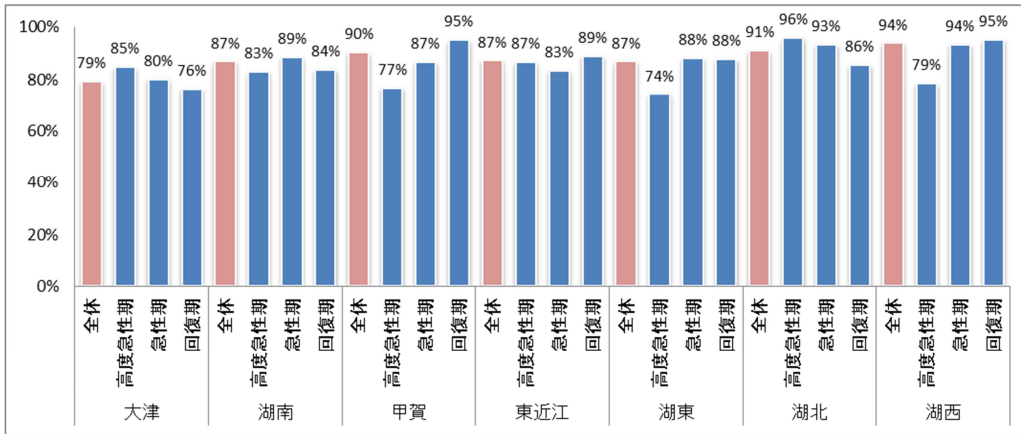
【急性心筋梗塞】



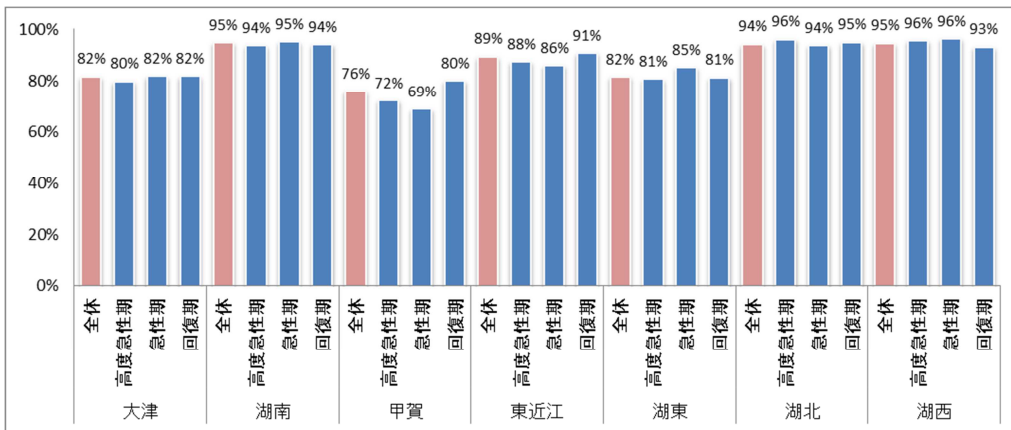
【脳卒中】



【成人肺炎】



【大腿骨頸部骨折】



第4章 医療需要に対する医療供給（平成37年（2025年））

1 基本的な考え方

（1）推計について

本構想における推計の基礎となるデータは、平成25年度（2013年度）一年間の実績によるものですが、その後の医療提供体制の変更などが反映されていないため、現時点での実態と乖離していることが考えられます。

また、将来必要とされる病床の推計は、今後の医療提供体制や地域包括ケアシステムの充実による入院受療動向の変化、医療技術の向上や健康づくりの取組などによる医療需要の変化、さらには新たな将来推計人口の公表などの影響を受けることから、継続的に検証していく必要があります。

（2）慢性期機能の推計

現在、本県では全国的にも少ない療養病床数の中で慢性期患者の対応をしています。

また、在宅医療資源等の体制整備は十分とはいえない状況にあり、この課題解決に向けた取組状況を踏まえつつ、病院で治す医療から地域で治し支える医療への移行を進めていく必要があります。

以上のことから、療養病床における入院受療率の地域差解消の設定は、入院医療から在宅医療等への移行がより緩やかなパターンBとし、推計することとします。

（地域差解消設定の詳細は7頁参照）

表 在宅医療資源等の整備状況

内容	滋賀県	全国	差引
療養病床数 75歳以上人口千人あたり	18.3	21.8	3.5
在宅療養支援診療所数 人口10万人あたり	8.5	11.1	2.6
訪問看護ステーション数 人口10万人あたり	6.4	6.9	0.5
介護老人保健施設定員 75歳以上人口千人あたり	17.5	22.9	5.4
有料老人ホーム定員 75歳以上人口千人あたり	7.8	20.2	12.4
サービス付き高齢者住宅定員 75歳以上人口千人あたり	9.6	10.4	0.8

、、はガイドライン77頁表5より

は滋賀県調べ（平成27年6月）

（3）供給調整

本構想における医療需要に対する医療供給の検討にあたっては、次の内容を考慮するものとしします。

これまで、県内の各医療機関では構想区域を越えて連携・調整するなどして、相互に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、そうした経過を踏まえる必要があります。

高度急性期および急性期の一部については、効率的で質の高い医療サービスの提供が求められることから、広域的な観点により将来の目指す姿について検討する必要があります。

患者の選択により、地理的に隣接している構想区域等への受療があります。また、本県のアクセスが比較的恵まれていることも区域を越えての受療がある一因と考えられます。

慢性期機能については、在宅医療等と一体的に考える必要があり、今後、各構想区域において地域包括ケアシステムを構築していくこととあわせて検討していくことが望ましいと考えられます。

以上のことを踏まえ、本構想においては、現在の流出入の状況が続くと仮定した推定供給数（医療機関所在地ベース）に基づき病床数を推計することとします。

ただし、今後各構想区域において医療提供体制に変更が生じる場合は、随時構想区域内や必要に応じて構想区域・県域を越えての協議・調整を行うことが考えられます。

また、ガイドラインでは、急性期機能（一部を除く）、回復期機能、慢性期機能について、構想区域内での完結が望ましいとされています。構想区域によっては、患者住所地ベースで将来推計するべきとの意見もあったことから、患者住所地ベースによる医療需要も参考としながら、関係者による協議の場で必要な病床が確保できるよう検討を進めていくことが必要です。

（４）病床稼働率

各構想区域における平成 37 年（2025 年）の病床推計は、推定供給数を病床稼働率で除して求めることとされています。

病床稼働率は医療法施行規則で定められており、高度急性期 75%、急性期 78%、回復期 90%、慢性期 92%となっています。

（５）将来（平成 37 年（2025 年）以降）を見据えた検討

医療需要の推移で示したとおり、本県では平成 37 年（2025 年）までに、特に急性期機能、回復期機能での大幅な需要増加が見込まれますが、それ以降も各医療機能で増加傾向にあります。

構想区域ごとに見ていくとそれぞれに特徴がありますので、地域の実態を踏まえながら、平成 37 年（2025 年）以降の医療需要も見据えた対応が必要となります。

また、国立社会保障・人口問題研究所の推計によると、本県の高齢者単独世帯数は、平成 37 年（2025 年）まで増え続け、その後も全国平均を上回る増加率で推移していくことが予測されています。高齢者単独世帯の増加は、医療需要にも影響を与えることが予想されるため、こうした変化に対応できる提供体制のあり方を検討することも必要です。

2 病床推計（平成 37 年（2025 年））

病床数の推計は、現在の患者流出入の状況が続くと仮定した供給数（医療機関所在地ベース）に基づき推計しています。また、慢性期機能の推計の考え方は、入院受療率の地域差解消の設定がより緩やかなパターン B によるものとしています。

推計の結果、平成 37 年（2025 年）に必要と推定される病床数は、高度急性期で 1,277 床、急性期で 3,871 床、回復期で 3,579 床、慢性期で 2,592 床、合計 11,319 床となっています。

表 医療機能別・病床数の推計

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) (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 (人/日)	病床の必要量(病床稼働率で割り戻した病床数) (床)
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

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 4 月現在）

	一般病床	療養病床	合計
許可病床数	9,700	2,831	12,531

平成 27 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	合計
報告病床数	2,009	5,802	1,255	3,191	209	12,466

医療機能別・病床数の内訳

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) (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 (人/日)	病床の必要量(病床稼働率で割り戻した病床数) (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
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

第5章 地域医療構想で目指す姿

1 基本方針

本県の医療・介護サービスにかかる現状や将来推計等を踏まえ、本構想で目指す基本目標を次のとおりとします。また、基本目標の達成に向けては、「滋賀県保健医療計画」に掲げる基本理念や疾病・事業ごとの医療福祉提供体制のあり方などを踏まえるとともに、以下の基本的な施策の方向性のもとに、平成 37 年（2025 年）およびその先の医療需要の増加も見据えて、各種取組を着実に推進することとします。

《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

2 取組の重点事項

基本的な施策の方向性を踏まえ、本構想で重点的に取り組む施策を以下のとおりとします。

各種施策の推進にあたっては、県が実施する事業のほか、医療機関、団体、市町、NPO、県民等が主体的に実施する事業、また関係機関・団体等への理解、協力を求め協働により実施する事業も含め、関係者が一体となって取り組むものとします。

事業実施にあたっては、地域医療介護総合確保基金を有効に活用することとし、「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律」(医療介護総合確保促進法)に基づく滋賀県計画に位置づけ、効率的、効果的な取組に努めます。

また本県では、平成 27 年（2015 年）10 月に「人口減少を見据えた豊かな滋賀づくり総合戦略」を策定し、人口目標と今後目指すべき豊かな滋賀の将来像を提示しています。この総合戦略とも整合を図りながら、豊かな滋賀づくりを医療・介護面で支えることができる医療・介護提供体制の充実に取り組むこととします。

(1) 病床機能分化・連携の推進

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

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
- 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

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・病院の整備促進
- ・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

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
- ・在宅等療養患者の急変時に対応できる病・診・介護連携
- ・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

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

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

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、精神疾患等のニーズに応じた人材の育成

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

図 「取組の重点事項」3本柱のイメージ

