

第1部 総論

第1章 計画に関する基本事項

1 計画改定の趣旨

本県では、昭和63年（1988年）4月に「滋賀県地域保健医療計画」を策定し、以後、5年ごとに見直しを行いながら、医療資源の適正な配置を図り、健康増進から疾病の予防・診断・治療、リハビリテーションに至る総合的な保健医療供給体制の確立を目指し、県内の関係機関、団体、市町との協力のもとに、各種の保健医療施策を推進してきたところです。

平成30年（2018年）3月の保健医療計画改定から6年が経過しますが、この間少子・高齢化はより一層進行し、今後、本県の人口は減少していくものと推測されています。その他にも医療の高度化や医療情報化の進展など、本県の保健・医療・福祉を取り巻く環境は変化しています。今後高齢化が更に進展すると、医療や介護を必要とする人がますます増加することが予想されることから、限られた資源を有効に活用し、必要な医療・介護を提供していくための取組が急務です。

平成26年（2014年）6月には「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、これにより、都道府県に地域医療構想の策定が義務づけられ、医療と介護の連携を強化するため、医療計画と都道府県介護保険事業支援計画・市町村介護保険事業計画との整合性の確保が求められることになりました。

また、令和3年（2021年）5月には、「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」が成立し、新型コロナウイルス感染症対応の教訓を踏まえ、医療計画の記載事項に新興感染症等への対応に関する事項が追加されました。

本県では、このような状況を踏まえ、5疾病（がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患）、6事業（救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療（小児救急を含む）、新興感染症発生・まん延時の医療）および在宅医療を中心に、今後の医療福祉提供体制のあり方を検討し、県民の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*」の仕組みづくりを目指して、「滋賀県保健医療計画」の改定を行います。

2 計画の位置づけ

この計画は、次のような性格を有するものです。

- ① 医療法第30条の4第1項の規定に基づく計画です。
- ② 本県の保健医療施策推進の目標であるとともに、市町の保健医療行政の計画的な運営のための指針です。
- ③ 県民、関係機関・団体、行政等が一体となり協力し、推進していくための指針です。
- ④ 県民および関係機関・団体に対しては、計画に沿った活発な活動が自主的に展開されることを期待するものです。
- ⑤ 「滋賀県基本構想」を上位計画とし、他の健康医療福祉関係計画との整合を図りながら、一体的な事業の推進を行うものです。

なお、本計画の一部として策定している滋賀県地域医療構想・滋賀県医師確保計画・滋賀県外来医療計画については、別冊として作成します。

また、政策的に関連の深い他の計画等に定める内容が、本計画に定める内容と重複する「健康づくり（健康いきいき21－健康しが推進プラン）」、「歯科保健（滋賀県歯科保健計画）」、「がん（滋賀県がん対策推進計画）」、「脳卒中（滋賀県循環器病対策推進計画）」、「心筋梗塞等の心血管疾患（滋賀県循環器病対策推進計画）」および「新興感染症発生・まん延時の医療（滋賀県感染症予防計画）」の各分野については、それぞれの計画に本計画で記載すべき内容を盛り込んだうえで、本計画への記載を簡素化（「現状と課題」・「具体的な施策」の記載を省略）し、一体的に策定します。

3 計画期間

この計画の期間は、医療法第30条の6の規定に基づき、令和6年度（2024年度）から令和11年度（2029年度）の6年間とします。








ただし、在宅医療その他必要な事項については、「レイカディア滋賀高齢者福祉プラン」等との整合を図りながら3年ごとに調査、分析および評価を行い、必要があれば見直しを行います。

また、それ以外の分野についても、計画期間中に社会情勢の変化や大幅な制度改正、医療福祉提供体制などの状況の変化があった場合も同様とします。

4 SDGs

持続可能な開発目標（SDGs）とは、平成27年（2015年）、国連サミットにおいて採択された、「持続可能な開発のための2030アジェンダ」に掲げられたもので、令和12年（2030年）までによりよい世界を目指すために取り組むべき目標であり、だれ一人取り残さない持続可能な社会の実現のため、17の目標と169のターゲットが定められています。本県は、持続可能な滋賀を実現するとともに、SDGsの達成を目指しています。

具体的には、以下のとおり、SDGsのゴール・ターゲットに貢献します。

ゴール	ターゲット
	1.3 各国において最低限の基準を含む適切な社会保護制度及び対策を実施し、2030年までに貧困層及び脆弱層に対し十分な保護を達成する。
	3.0 あらゆる年齢の全ての人々の健康的な生活を確保し、福祉を促進する
	4.2 2030年までに、全ての子供が男女の区別なく、質の高い乳幼児の発達・ケア及び就学前教育にアクセスすることにより、初等教育を受ける準備が整うようにする。
	5.6 国際人口開発会議の行動計画および北京行動要領、ならびにこれらの検討会議の成果文書に従い、性と生殖に関する健康および権利への普遍的アクセスを確保する。
	8.5 2030年までに、若者や障害者を含む全ての男性及び女性の、完全かつ生産的な雇用及び働きがいのある人間らしい仕事、並びに同一労働同一賃金を達成する。
	11.5 2030年までに、貧困層及び脆弱な立場にある人々の保護に焦点をあてながら、水関連災害などの災害による死者や被災者数を大幅に削減し、世界の国内総生産比で直接的経済損失を大幅に減らす。
	17.0 持続可能な開発のための実施手段を強化し、グローバル・パートナーシップを活性化する

5 ロジックモデル

ロジックモデルとは、「インプット（投入）」「アクティビティ（活動）」「アウトプット（結果）」「アウトカム（成果）」の原因と結果の因果関係を図式化した論理構造図のことを指します。

図表1-1-5-1 ロジックモデルイメージ図



出典：地域医療計画評価・改定マニュアル

施策と目指す姿の関係が論理構成図によって可視化することができ、関係者間での認識や課題を共有しやすくなります。また、ロジックモデルを活用することで、設定した数値目標がどの施策に関係しているのか、施策の効果を図る指標が正しく設定されているのかを把握することができます。

令和5年（2023年）3月31日付け医政発0331第16号（最終改正令和5年（2023年）6月15日付け医政発0615第21号）厚生労働省医政局長通知「医療計画について」の（別紙）「医療計画作成指針」において「施策の検討及び評価の際にはロジックモデル等のツールの活用を検討する。」とされていることを踏まえ、主要分野の5疾病・6事業および在宅医療のそれぞれの医療提供体制等に関する事項については、ロジックモデルを活用し、施策の整理や対応する指標の設定を行います。

また、その他の分野においても、ロジックモデルの論理構成図により、施策と目指す姿の関係の可視化を行います。

第2章 保健医療環境の概況

1 地勢

(1) 地勢

本県は、日本列島のほぼ中央に位置し、面積は、国土の約1%に相当する4,017.38km²となっています。中央部には、県土の約6分の1を占める我が国最大で最古の湖である琵琶湖が広がり、四周の山々から大小の河川が注ぎ、全体として大きな盆地を形づくっています。

碧い水をたたえた湖、みどり濃い山々、平野部にひろがる田園地帯などが、多くの歴史的遺産とともに、調和のとれた環境をつくり出しています。

(2) 気候

周囲を高い山々で囲まれ、中央部に琵琶湖があるため、気候は地域で違いがあります。

県南部は、温暖な太平洋型の気候ですが、県北部および県西部は冬に雪による降水量が多い日本海型の気候となっています。また、県東部は昼夜の気温差が大きく、年間の降水量が比較的少ない内陸性盆地気候となっています。

(3) 交通

近畿・中部・北陸のほぼ中央に位置する本県は、古くから交通の要衝となっており、現在でも、東海道新幹線や名神・新名神高速道路などの広域高速交通網とJR東海道本線、北陸本線、湖西線、国道1号や8号など地域幹線交通網となる鉄道や幹線道路による交通ネットワークが形成され、全国各地と結ばれています。

こうした交通基盤は、内陸工業県として本県の発展を支え、本県独自の文化の振興など、人と物の行き交う県となっています。

(4) 産業・経済

令和2年(2020年)の国勢調査による滋賀県の就業者は約66万人で、産業別では第3次産業が62.5%(全国70.6%)と最も多く、次いで第2次産業が31.9%(同23.0%)、第1次産業は3.4%(同3.8%)となっています。

また、令和2年度(2020年)滋賀県民経済計算年報による一人あたりの県民所得は、309万7千円で、一人あたりの国民所得297万5千円(令和2年度国民経済計算年報)を12万2千円上回っています。

2 人口

(1) 現状

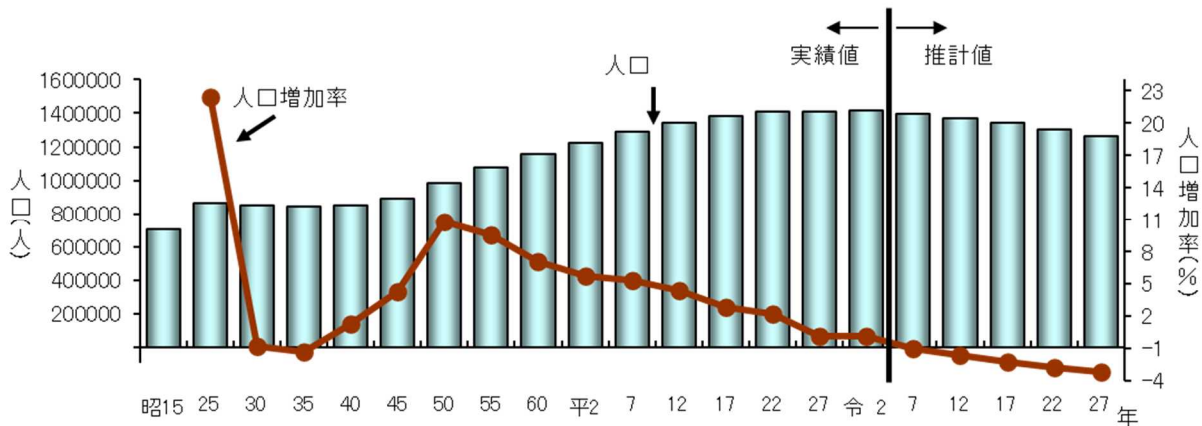
令和2年(2020年)の国勢調査では、本県の人口は141万4,248人となっています。前回(平成27年(2015年))の国勢調査と比較すると、1,332人、0.1%の増加となっています。増加はみられたものの、その増加率は徐々に低下してきています。

(2) 将来の見通し

平成27年(2015年)人口を基準に推計された本県の将来推計人口は減少に転じ、令和27年(2045年)には126万3千人となり、平成27年(2015年)の人口の89.3%になると推計されています。

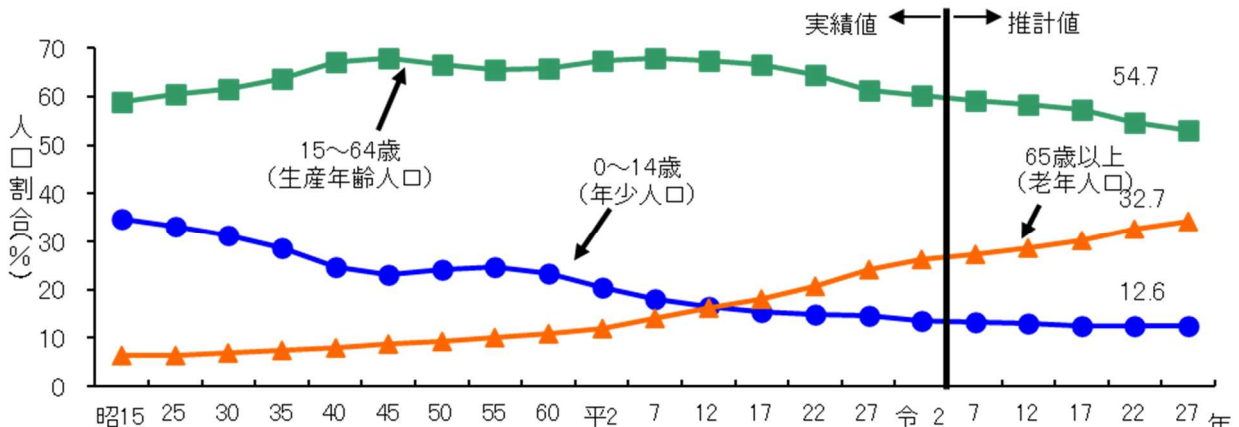
また、平成17年(2005年)から、65歳以上人口(老年人口)割合は15歳未満人口(年少人口)割合を上回っており、今後更に、老年人口割合は増加し、年少人口割合は減少することが見込まれます。

図1-2-2-1 人口および人口増加率の推移



出典：「国勢調査」令和2年(2020年)(総務省)
「日本の地域別将来推計人口(平成30年3月推計)」(国立社会保障・人口問題研究所)

図1-2-2-2 年齢3区分別人口の割合の推移



出典：「国勢調査」令和2年(2020年)(総務省)
「日本の地域別将来推計人口(平成30年3月推計)」(国立社会保障・人口問題研究所)

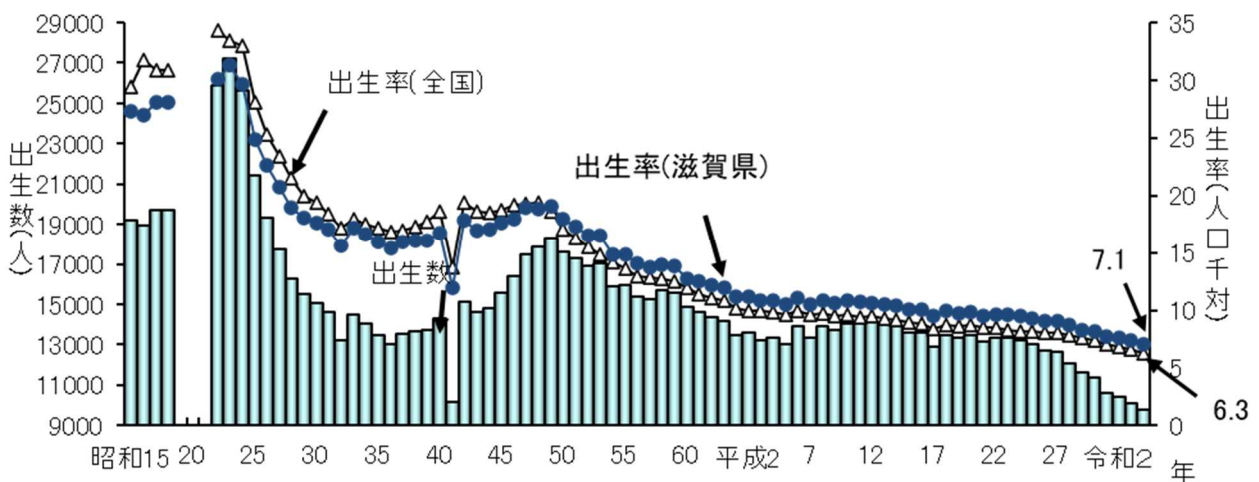
3 人口動態

(1) 出生の動向

令和4年（2022年）の本県の出生数は、9,766人、人口千人に対する出生率は7.1（全国6.3）で、全国第4位となっています。しかし、本県の出生率は、全国と同じく昭和50年（1975年）以降低下傾向となっています。

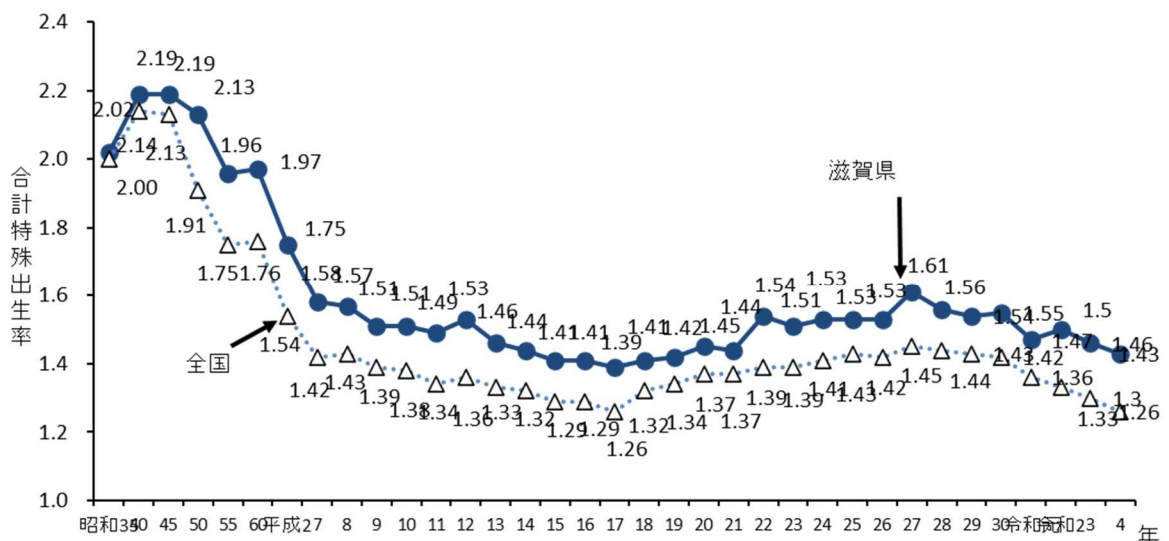
合計特殊出生率（通常一人の女性が生涯に生む平均の子どもの数を表す指標）も、昭和51年（1976年）までは2.0以上を維持していましたが、それ以降は低下を続け、平成17年（2005年）は1.39と過去最低となりました。その後は上昇傾向にあったものの、近年は再び減少傾向にあり、令和4年（2022年）は1.43となっています。

図1-2-3-1 出生数および出生率の推移



出典：「人口動態統計」昭和15年（1940年）～令和4年（2022年）（厚生労働省）

図1-2-3-2 合計特殊出生率の推移

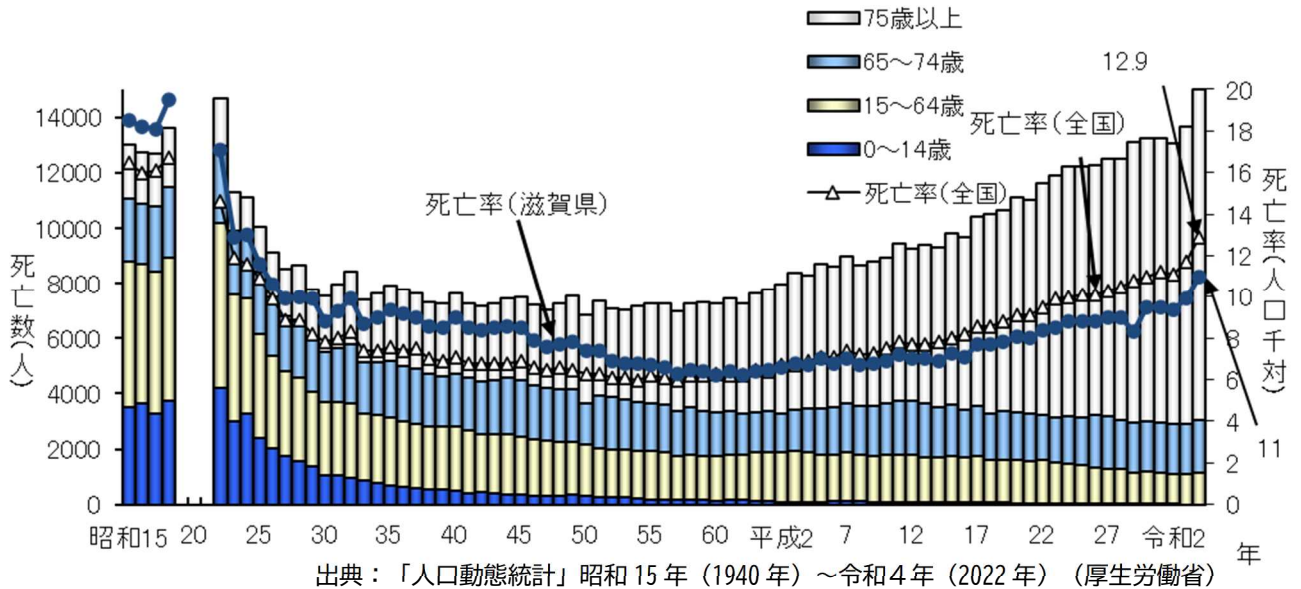


出典：「人口動態統計」昭和15年（1940年）～令和4年（2022年）（厚生労働省）

(2) 死亡の動向

令和4年(2022年)の本県の死亡数は、1万5,043人、人口千人に対する死亡率は11(全国12.9)と近年増加傾向にあります。昭和50年代後半から75歳以上の死亡数が増加しており、平成21年(2009年)以降は、75歳以上の死亡数は全死亡数の7割を超えています。

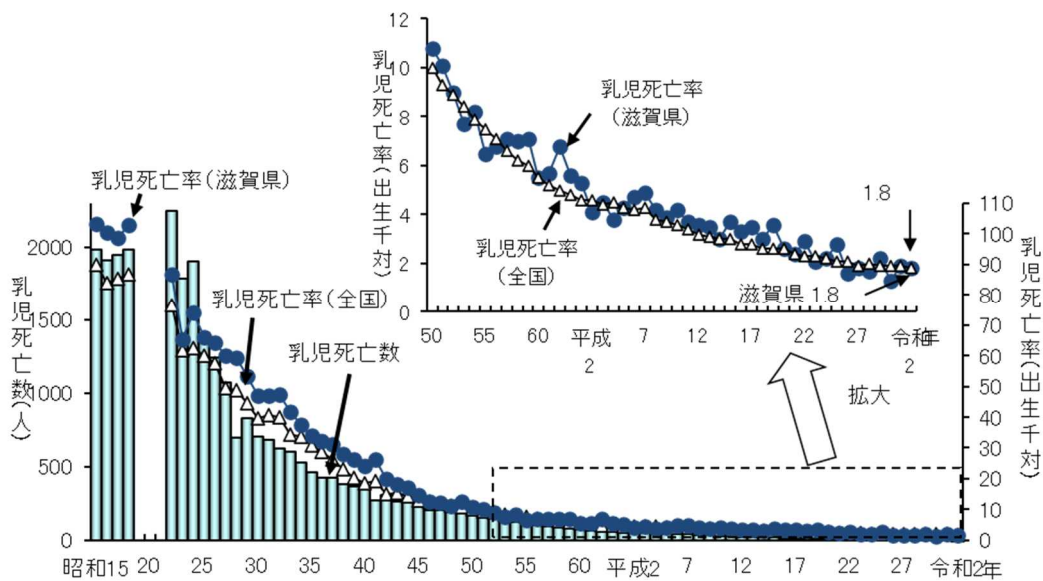
図1-2-3-3 死亡数および死亡率の推移



(3) 乳児死亡の動向

令和4年(2022年)の本県の乳児死亡(生後1年未満児の死亡)数は、18人で、全死亡数の0.1%となっています。また、出生数千対の乳児死亡率*は1.8(全国1.8)で、低い順で、全国第26位となっています。

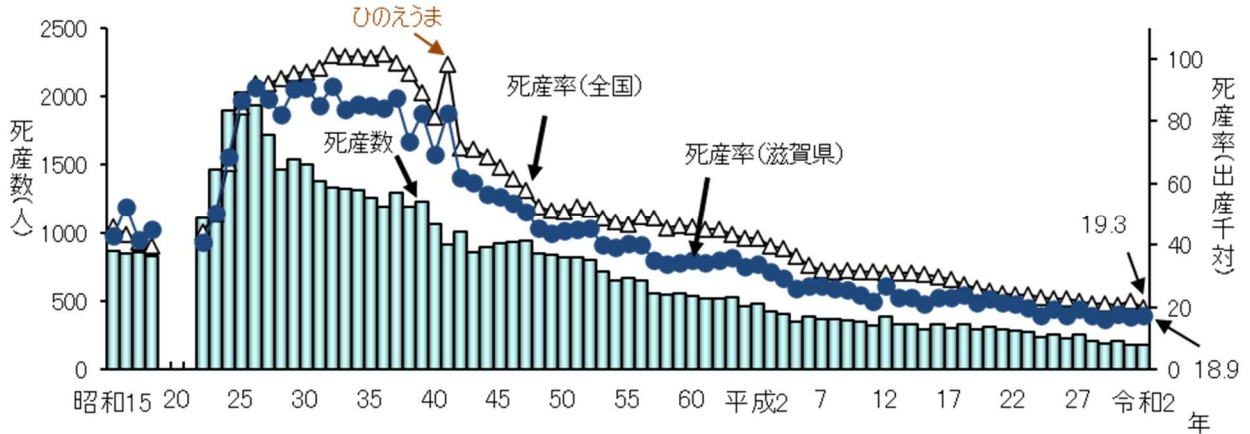
図1-2-3-4 乳児死亡数および乳児死亡率の推移



(4) 死産の動向

令和4年(2022年)の本県の死産(妊娠12週以後)数は、188で、出産千対の死産率は18.9(全国19.3)で、低い順で、全国第21位となっています。

図1-2-3-5 死産数および死産率の推移

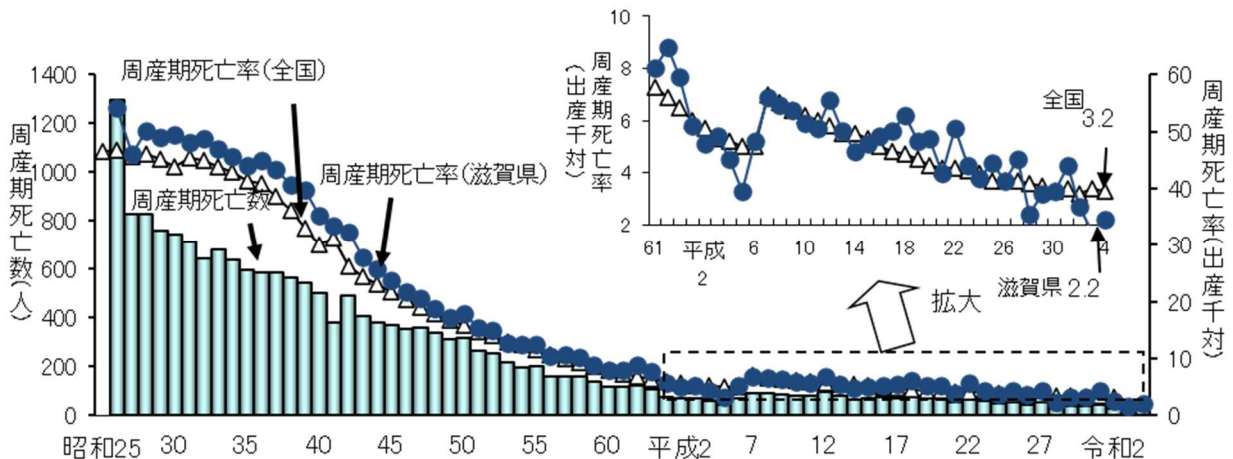


出典：「人口動態統計」昭和15年(1940年)～令和4年(2022年)(厚生労働省)

(5) 周産期死亡の動向

令和4年(2022年)の本県の周産期死亡(妊娠22週以後の死産に早期新生児死亡を加えたもの)数は22で、出産千対の周産期死亡率*は2.2(全国3.3)で、低い順で、全国第1位となっています。

図1-2-3-6 周産期死亡数および周産期死亡率の推移



出典：「人口動態統計」昭和15年(1940年)～令和4年(2022年)(厚生労働省)

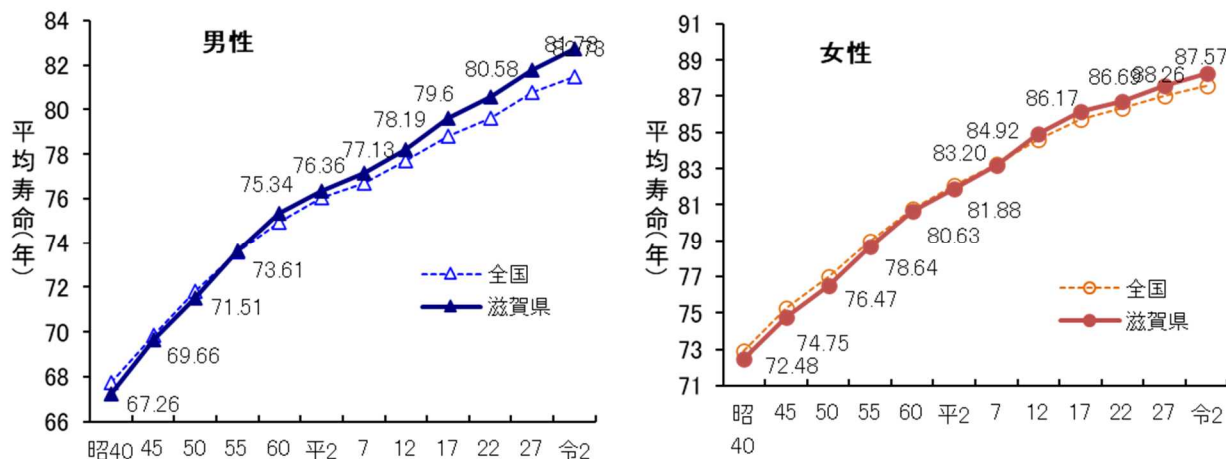
注)平成7年(1995年)に後期死産が28週から22週以降に変更されたため、平成7年(1995年)以降の率が高くなっている。

4 平均寿命*と健康寿命*

(1) 平均寿命

令和2年(2020年)の本県の平均寿命(0歳の平均余命)は、男性82.73年(全国81.49年)で全国1位、女性88.26年(全国87.60年)で全国2位となっています。

図1-2-4-1 平均寿命の推移



出典：「令和2年(2020年)都道府県別生命表」(厚生労働省)

(2) 健康寿命

健康寿命は、「健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間」(WHO提唱)とされ、「日常生活に制限のない期間の平均(主観的指標)」と「日常生活動作が自立している期間の平均(客観的指標)」の2つの算出方法があります。

厚生労働省「健康日本21(第二次)の総合的評価と次期健康づくり運動に向けた研究」では、3年に1度ごとこれら指標を公表していて、本県の健康寿命は、主観的指標では、男性73.46年(全国72.68年)、女性74.44年(全国75.38年)となっています(令和元年(2019年))。一方、客観的指標では、男性81.07年(全国79.91年)、女性84.61年(全国84.18年)となっています(令和元年(2019年))。

表1-2-4-2 滋賀県と全国の健康寿命

		健康寿命(※1 下枠内)		健康寿命(※2 下枠内)	
		日常生活に制限のない期間の平均		日常生活動作が自立している期間の平均	
		令和元年(2019年)		令和元年(2019年)	
男性	全国	72.68	79.91		
	滋賀県	73.46(全国第4位)	81.07(全国第2位)		
女性	全国	75.38	84.18		
	滋賀県	74.44(全国第46位)	84.61(全国第7位)		

出典：「健康日本21(第二次)の総合的評価と次期健康づくり運動に向けた研究」分担研究報告書

また、本県の衛生科学センターでは、毎年度、本県の健康寿命について、客観的指標を算出しており、令和3年（2021年）は、男性81.19年、女性84.83年となっています。

【健康寿命の算出方法について】

※1 「日常生活に制限のない期間の平均」（主観的指標）

国民生活基礎調査の「あなたは現在、健康上の問題で日常生活に何か影響がありますか」の問に対して「ある」と回答したものを不健康な状態と定義し、生命表法とサリバン法を用いて算出している。国の健康日本21（第2次）における健康寿命の指標として用いられる。

※2 「日常生活動作が自立している期間の平均」（客観的指標）

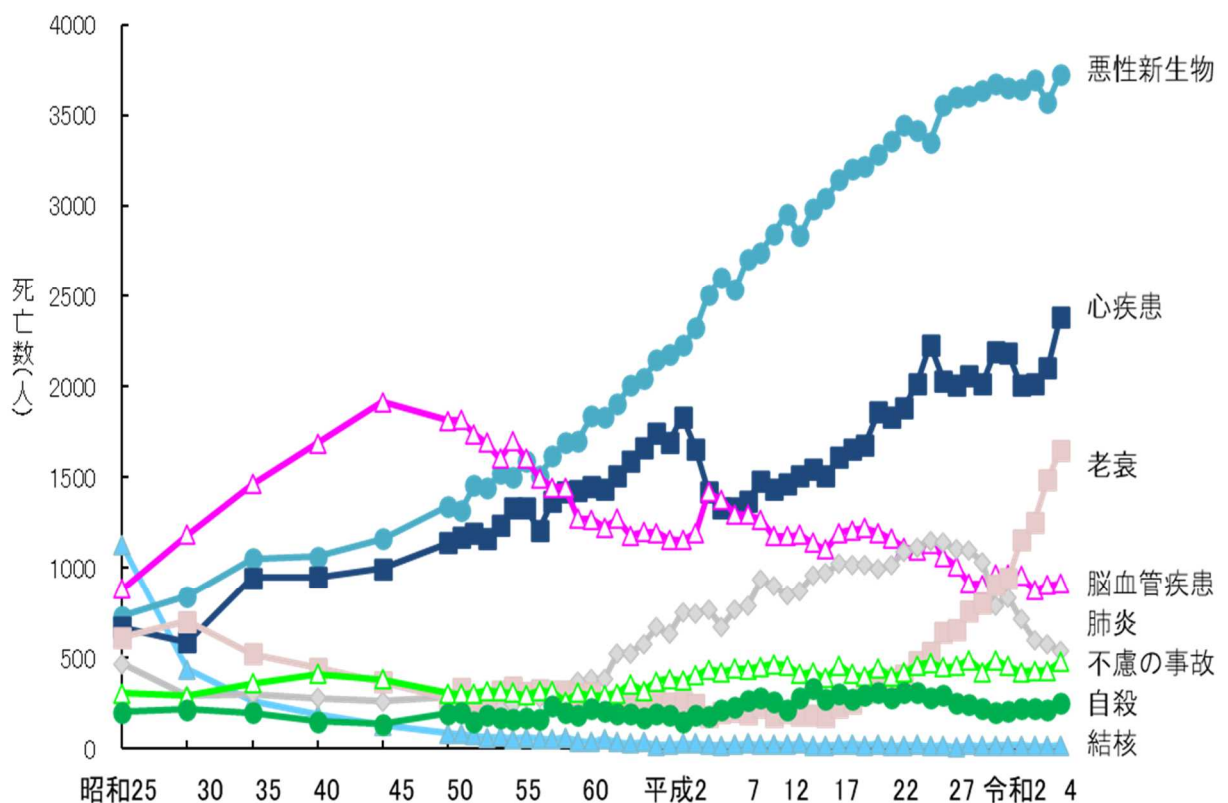
介護保険の要介護2～5を不健康な状態と定義し、生命表とサリバン法を用いて算出している。

5 疾病構造の動向

(1) 死因別死亡数

本県の悪性新生物（がん）による死亡数は、昭和57年（1982年）に死因順位1位となり、心疾患は昭和60年（1985年）に死因順位第2位になって以降、現在も増加を続けています。脳血管疾患による死亡数は、昭和26年（1956年）に結核にかわって第1位となりましたが、昭和60年（1985年）に心疾患を下回り、以後現在まで横ばいから低下傾向です。また、老衰は、令和元年（2019年）から肺炎を上回り第3位となっています。

図1-2-5-1 主な死因の死亡数の推移



出典：「人口動態統計」昭和15年（1940年）～令和4年（2022年）（厚生労働省）

注）平成7年（1995年）に死因分類の改正等が行われたため、平成7年（1995年）の死亡数に大幅な変化がみられるものがある。

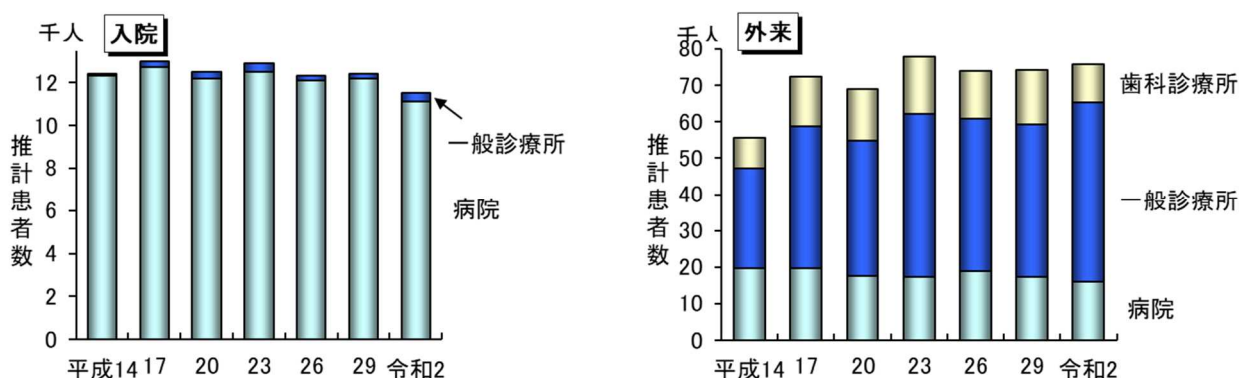
(2) 受療率*

受療率は、調査日に、病院、一般診療所、歯科診療所で受療した患者の推計数（推計患者数）を人口10万人あたりで表した数です。令和2年（2020年）の患者調査の結果によると、本県の入院受療率は813（全国960）、外来受療率は5,371（全国5,658）で、全国より低くなっています。

推計患者数の年次推移をみると、病院での受療は、入院ではやや減少傾向、外来ではやや増加傾向となっています。

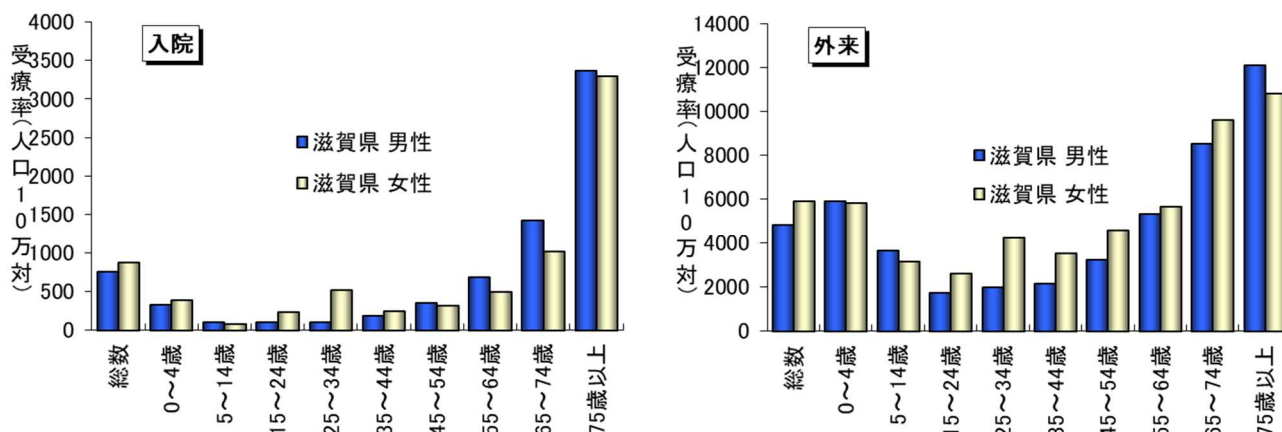
令和2年（2020年）の受療率を年齢階級別にみると、入院は5～14歳、外来は15～24歳の受療率が一番低く、その後加齢とともに高くなっています。男女別では、入院は45歳以上で男性の方が高く、外来は15～74歳で女性の方が高くなっています。

図1-2-5-2 施設の種類の推計患者数の推移



出典：「患者調査」平成14年（2002年）、平成17年（2005年）、平成20年（2008年）、平成23年（2011年）、平成26年（2014年）、平成29年（2017年）、令和2年（2020年）（厚生労働省）

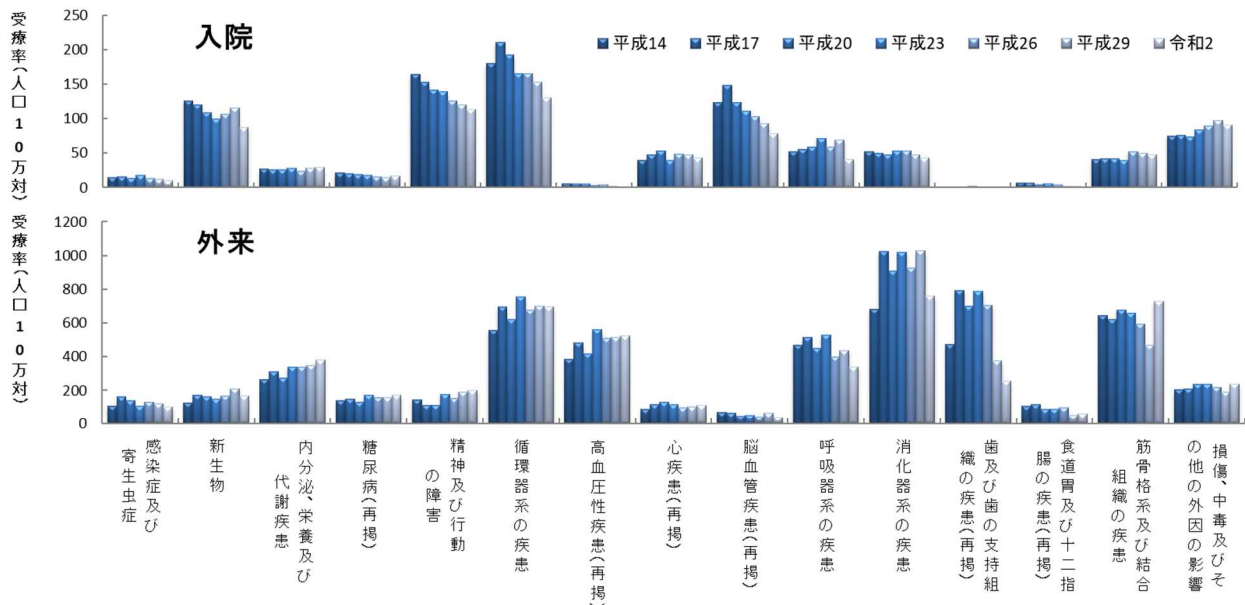
図1-2-5-3 令和2年（2020年）の男女別年齢階級別受療率（人口10万対）



出典：「患者調査」令和2年（2020年）（厚生労働省）

受療率を傷病別にみると、入院では「循環器系の疾患」、「精神及び行動の障害」、「新生物」が高くなっています。外来では「消化器系の疾患」、「循環器系の疾患」、「筋骨格系及び結合組織の疾患」が高くなっています。

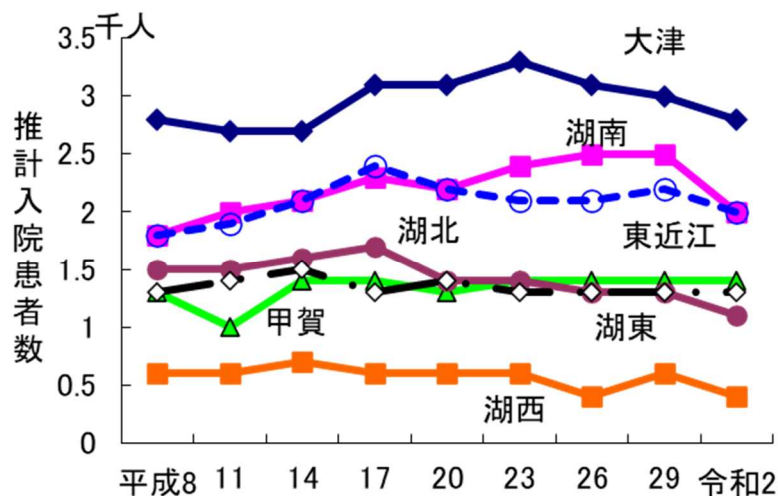
図1-2-5-4 主な傷病別受療率の推移



出典：「患者調査」平成14年(2002年)、平成17年(2005年)、平成20年(2008年)、平成23年(2011年)、平成26年(2014年)、平成29年(2017年)、令和2年(2020年) (厚生労働省)

病院の推計入院患者数を二次保健医療圏別にみると、平成29年(2017年)では、大津は低下する一方、甲賀、東近江、湖東、湖北および湖西は横ばいまたは増加となっていました。令和2年では、甲賀は横ばいとなる一方、大津、湖南、東近江、湖東、湖西において減少し、新型コロナウイルス感染症の影響もあるものと考えられます。

図1-2-5-5 二次保健医療圏別病院の推計入院患者数の推移(患者住所地)



出典：「患者調査」平成8年(1996年)、平成11年(1999年)、平成14年(2002年)、平成17年(2005年)、平成20年(2008年)、平成23年(2011年)、平成26年(2014年)、平成29年(2017年)、令和2年(2020年) (厚生労働省)

6 後期高齢者医療費と平均在院日数の状況

全国および本県における後期高齢者医療費の推移は表1-2-6-1のとおりです。令和3年度(2021年度)の本県の医療費総額は4,539億円であり、本県の後期高齢者医療費が医療費総額に占める割合は、約37.2%となっています。

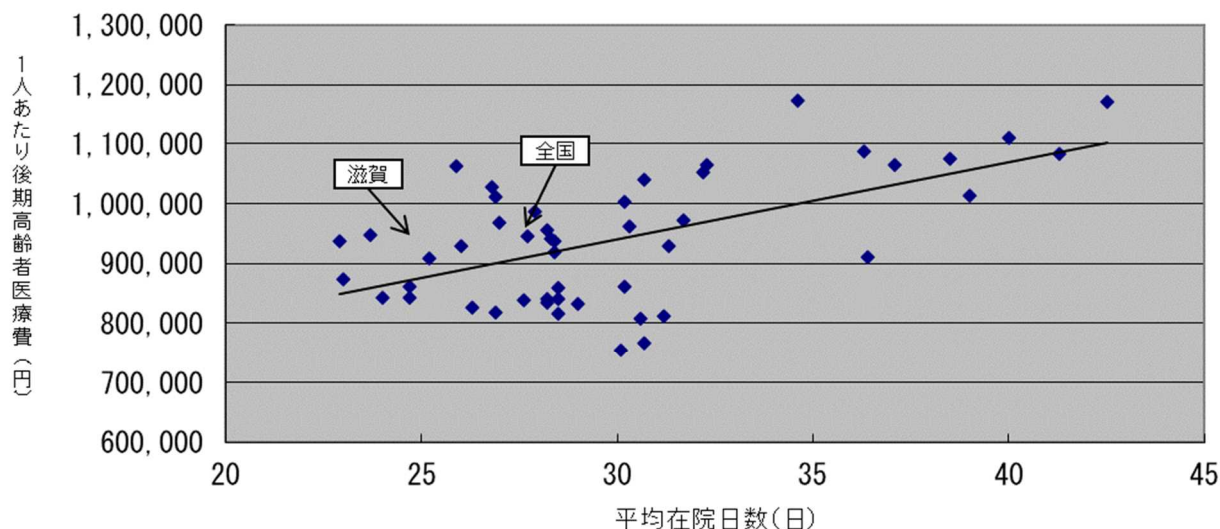
表1-2-6-1 後期高齢者医療費の推移

年度	H29 (2017)	H30 (2018)	R1 (2019)	R2 (2020)	R3 (2021)
全国	160,229億円	164,246億円	170,562億円	165,681億円	170,763億円
1人あたり	944,561円	943,082円	954,369円	917,124円	940,512円
滋賀県	1,590億円	1,628億円	1,689億円	1,641億円	1,687億円
1人あたり	935,171円	928,615円	933,072円	893,479円	908,783円
(医療費総額)	4,348億円	4,371億円	4,503億円	4,337億円	4,539億円
(割合)	36.6%	37.2%	37.5%	37.8%	37.2%

出典：「後期高齢者医療事業状況報告」平成29年(2017年)～3年(2021年)(厚生労働省)
「国民医療費」平成29年(2017年)～3年(2021年)(厚生労働省)

また、図1-2-6-2は、各都道府県の1人あたりの後期高齢者医療費と平均在院日数をグラフ化したもので、平均在院日数が長くなるほど、1人あたりの後期高齢者医療費が高くなる傾向が見られます。

図1-2-6-2 各都道府県別1人あたり後期高齢者医療費と平均在院日数の関係



出典：「後期高齢者医療事業状況報告」「病院報告」令和2年度(厚生労働省)

7 保健医療施設等の状況

(1) 病院

病院は、20人以上の患者を入院させるための施設を有する医療施設です。

全ての病院が同じ機能や役割を担っているわけではなく、疾病の急性期*にある患者の治療を主な役割とする病院、比較的長期間の療養を必要とする患者の医学的管理を主な役割とする病院、精神疾患の患者の治療を専門的に行う病院など、病院によって機能や役割が異なります。

令和5年（2023年）4月1日現在、県内の病院数は58病院、病院病床数は13,734床で、前回計画改定年度（平成29年（2017年）4月1日）に比べ、病院数では1病院の増加、総病床数では621床の減少となっています。

病院数・病院病床数（開設許可病床数）は、表1-2-7-1のとおりです。

表1-2-7-1 病院数・病院病床数（開設許可病床数）

	県全体	保健医療圏						
		大津	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北	湖西
病院数	58	15	14	7	11	4	4	3
病院病床数	13,734	3,814	2,917	1,488	2,510	1,219	1,376	410
一般病床	8,950	2,273	2,345	828	1,336	900	962	306
療養病床	2,426	656	327	249	748	185	161	100
結核病床	63	37	0	0	16	10	0	0
精神病床	2,261	840	239	407	406	120	249	0
感染症病床	34	8	6	4	4	4	4	4

（令和5年（2023年）4月1日現在）

厚生労働省の医療施設調査（令和4年（2022年）10月1日現在）によると、本県の人口10万人あたりの病院数は4.1病院、病院病床数は983.9床で、平均在院日数は24.0日（一般病床15.8日、療養病床135.9日）となっています。

開設者別でみると、表1-2-7-2のとおりとなっています。

表1-2-7-2 開設者別病院数

開設者	県全体	保健医療圏						
		大津	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北	湖西
国	4	2		1	1			
公立	県	3	3					
	その他	9	2	1	2	1	2	1
公的病院の開設者	6	3	1	1			1	
医療法人	28	10	6	3	6	2		1
その他の法人	8		2	1	2	1	1	1

（令和5年（2023年）4月1日現在）

病床規模別病院数は、表1-2-7-3のとおりです。

表1-2-7-3 病床規模別病院数

	県全体	保健医療圏						
		大津	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北	湖西
20～49床	5	3	1	1				
50～99床	2				1			1
100～199床	28	5	10	4	5	1	2	1
200床以上	23	7	3	2	5	3	2	1
計	58	15	14	7	11	4	4	3

(令和5年(2023年)4月1日現在)

(2) 診療所

診療所は、患者を入院させるための施設を有しないもの、または19人以下の患者を入院させるための施設を有する医療施設です。この計画では、その機能の違いから、歯科医業*のみを行う歯科診療所とそれ以外の一般診療所とに区別します。

ア 一般診療所

一般診療所は、住民に最も身近な医療施設として初期診療を担い、専門的な医療施設への紹介なども行っています。

しかし、有床診療所の中には特定の疾病に対する高度で専門的な治療を行う診療所や、比較的長期間の入院管理を要する患者を入院させる療養病床を備えた診療所もみられます。

令和5年(2023年)4月1日現在の県内の一般診療所数は1,134(うち有床診療所36、病床数467)であり、前回計画改定年度(平成29年(2017年)4月1日)に比べ、診療所数では55の増加、病床数では44床の減少となっています。

一般診療所数・病床数は、表1-2-7-4のとおりです。

表1-2-7-4 一般診療所数・病床数

	県全体	保健医療圏						
		大津	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北	湖西
診療所数	1,134	306	306	90	156	112	121	43
無床診療所	1,098	294	296	87	150	110	119	42
有床診療所	36	12	10	3	6	2	2	1
有床診療所病床数	467	138	125	47	81	38	33	5
一般病床	450	121	125	47	81	38	33	5
療養病床	17	17	0	0	0	0	0	0

(令和5年(2023年)4月1日現在)

厚生労働省の医療施設調査(令和4年(2022年)10月1日現在)によると、本県の人口10万人あたりの一般診療所数は81.3診療所、診療所病床数は33.0床となっています。

開設者別では、個人および医療法人により開設されているものが大部分を占めています。

イ 歯科診療所

歯科診療所は、患者を入院させるための施設を有しないもの、または19人以下の患者を入院させるための施設を有するもので、歯科、矯正歯科などを行う医療施設です。病院や一般診療所の中にも歯科医業を提供するところがありますが、数が限られており、歯科医業の大部分は歯科診療所が担っています。

令和5年（2023年）4月1日現在、県内の歯科診療所数は570であり、前回計画改定年度（平成29年（2017年）4月1日現在）に比べ、10の増加となっています。

歯科診療所数は、表1-2-7-5のとおりです。

表1-2-7-5 歯科診療所数

	県全体	保健医療圏						
		大津	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北	湖西
歯科診療所数	570	145	140	53	87	61	63	21

(令和5年（2023年）4月1日現在)

厚生労働省の医療施設調査（令和4年（2022年）10月1日現在）によると、本県の人口10万人あたりの歯科診療所数は40.0診療所となっています。

開設者別では、一般診療所と同じく、個人および医療法人により開設されているものが大部分を占めています。

(3) 薬局

薬局は、薬剤師が販売または授与の目的で調剤を行うとともに、薬剤および医薬品の適正な使用に必要な情報の提供および薬学的知見に基づく指導の業務を行う場所です。ただし、病院や診療所の調剤所は含みません。

医薬分業*が進展する中で、薬局数は年々増加しています。令和5年4月1日現在、県内の薬局数は655であり、前回計画改定年度（平成29年（2017年）4月1日）に比べ、69の増加となっています。

厚生労働省の薬事関係業態数調（令和4年度（2022年度）末現在）によると本県の薬局数が全国の薬局数に占める割合は1.06%となっています。

薬局数は、表1-2-7-6のとおりです。

表1-2-7-6 薬局数

	県全体	保健医療圏						
		大津	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北	湖西
薬局数	655	153	162	63	104	74	74	25

(令和5年（2023年）4月1日現在)

(4) 市町保健センター

市町保健センターは、地域保健法に基づき、市町において住民に対し健康相談、保健指導および健康診査その他地域保健に関し必要な事業を行うことを目的として、県内では昭和53年（1978年）から設置が始まりました。

市町保健センターの設置状況は、表1-2-7-7のとおりです。

表1-2-7-7 市町保健センター

	総数	保健医療圏						
		大津	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北	湖西
市町保健センター	29	1	4	7	4	5	3	5

(令和5年(2023年)10月現在)

(5) 保健所

保健所は、地域保健法に定めるところにより、地域保健に関する企画・調整・指導を担当し、県民の健康の保持・増進を図るための事業を行っています。

また、地域における保健・医療・福祉に関する広域的、専門的かつ技術的拠点としての役割を担うとともに、健康危機管理の拠点機能を果たしています。

災害発生時には、迅速な医療提供体制等が確保されるよう、災害対策地方本部等の運営にあたるとともに、避難所等における保健衛生指導や技術的助言を行います。

保健所の設置状況は、表1-2-7-8のとおりです。

表1-2-7-8 保健所一覧表

保健所	設置年	管轄区域
[大津市保健所]	[平成21年] (2009年)	[大津市]
草津保健所	昭和19年 (1944年)	草津市、守山市、栗東市、野洲市
甲賀保健所	昭和19年 (1944年)	甲賀市、湖南市
東近江保健所	昭和19年 (1944年)	近江八幡市、東近江市、蒲生郡
彦根保健所	昭和19年 (1944年)	彦根市、愛知郡、犬上郡
長浜保健所	昭和13年 (1938年)	長浜市、米原市
高島保健所	昭和19年 (1944年)	高島市

8 医療福祉にかかる現状と課題

(1) 少子高齢化の進展・人口減少のはじまり

- 急速な高齢化により、本県の65歳以上人口割合は、平成22年(2010年)に約28.9万人(20.7%)でしたが、令和2年(2020年)には約37.2万人(26.3%)となり、超高齢社会が到来しています。更に令和27年(2045年)には約42.9万人(32.8%)と人口の3人に1人が65歳以上となり、そのうちの5割超を75歳以上の高齢者が占めることが見込まれます。
- 令和2年(2020年)の国勢調査では、本県の人口は141万4,248人ですが、国立社会保障・人口問題研究所の推計によれば、令和27年(2045年)には126万3千人にと減少するとされています。
- 高齢化に伴い、医療や介護の需要が大きく増加することが予想されることから、限られた医療・介護資源を有効に活用し、必要なサービスを提供していくための取組が急務となっています。また、ロコモティブシンドローム* (運動器症候群)、フレイル*、肺炎、大腿骨頸部骨折等の増加が見込まれます。

(2) 健康に対する意識の高まり

- 「滋賀の医療福祉に関する県民意識調査(令和4年8月実施)」によると、ロコモティブシンドローム(運動器症候群)やフレイルの認知度は、平成28年度の調査に比べて増加傾向にあります。
- また、同調査では、新型コロナウイルスによる影響として、「感染症対策への意識が高まった」(69.0%)、「健康への意識が高まった」(31.9%)となっています。

(3) 医療のあり方の変化

- 急速な高齢化に伴う医療や介護の需要の増加に対応するため、滋賀県では平成28年(2016年)3月に地域医療構想を策定しました。これをもとに、各地域において病床機能の分化・連携や地域包括ケアシステムの充実、医療・介護従事者の確保・養成に向けた取組を進めています。
- 在宅医療に関わる機関数・従事者数が増加し、医師・歯科医師・歯科衛生士・看護師・リハビリテーション専門職*・管理栄養士のいずれの職種からも訪問を受ける方が増加しています。
- 高齢化が進む中、医療ニーズと介護ニーズを併せ持ち、自宅や地域で疾病や障害を抱えつつ生活する高齢者が今後も増加していくことが予測されています。そのような中、「生活(暮らし)の継続を支える」在宅医療のさらなる充実が求められています。
- 電子カルテの導入やレセプト*の電子化が進んでいます。今後は事務処理の効率化・合理化や関係者間の情報連携だけでなく、限られた医療資源の効率的な活用や健康づくりのためのデータ活用など、ますます医療機関におけるICT*利活用が進むことが期待されます。

(4) 医療福祉従事者の状況

- 本県の医師数は、医師偏在指標で見ると全国第 19 位であり、地域別に見ると、大津、湖南、東近江、湖北、湖西の二次保健医療圏で医師「多数」区域とされています。一方、診療科における地域偏在も存在し、特定の診療科において、ひとつの病院だけでは医師を確保することが困難な地域も見られます。
- 看護職員については、今後地域で支える医療への転換が進むことが予想され、在宅医療福祉を担う看護職員の確保対策が重要となります。
- リハビリテーション専門職については、今後、機能回復を目指した医学的リハビリテーションだけにとどまらず、障害福祉や教育、就労、地域づくりなど、人々の暮らしにかかわる様々な領域における活動が期待されます。
- 介護サービス従業者については、高齢化の進展により令和 22 年（2040 年）には、本県において、29,800 人の介護職員が必要であると推計されるとともに、10,400 人の介護職員が不足する見通しとなっており、介護人材確保は喫緊の課題となっています。

(5) 社会保障費の増大

- わが国の社会保障給付費は、戦後右肩上がりに増加してきており、令和 3 年度（2021 年）には 138 兆 7,433 億円となり、過去最高の水準となっています。
- 年金保険給付費、高齢者医療給付費、老人福祉サービス給付費等を含む高齢者関係給付費は、令和 2 年度（2020 年）には 83 兆 1,541 億円となり、社会保障給付費に占める割合は 62.9%に上ります。
- 全国での医療費を示す国民医療費は、令和 2 年度の数値で約 43 兆円であり、過去 5 年間で約 6 千億円増加しています。その間の伸び率は約 1.4%となっています。
- 本県の医療費総額は、令和 2 年度（2020 年度）で約 4.337 億円となり、過去 5 年間で約 115 億円増加しています。その間の年平均伸び率は約 2.7%で、全国平均を上回っています。
- 国民 1 人当たり医療費は、令和 2 年度（2020 年度）で約 34 万 1 千円となっており、増加傾向となっています。県民 1 人当たり医療費は、全国と同様に増加傾向ですが、令和 2 年度（2020 年度）で約 30 万 7 千円と全国水準を下回っています。

(6) 医療福祉に関する県民意識

- 「滋賀の医療福祉に関する県民意識調査（令和 4 年 8 月実施）」の結果によると、今後充実を望んでいる医療分野では、多い順から「がん対策」、「認知症」、「在宅医療」、「救急医療」、「心筋梗塞等の心血管疾患」となっています。前回調査（令和元年度）と比較すると、感染症が大きく増加しています。一方で「認知症」「小児救急を含む小児医療」は減少しています。
- また、自分の高齢期（概ね 65 歳以上）の生活に不安を感じているかどうかでは、「多少感じている」が 45.9%、次いで「大いに感じている」が 43.1%となっており、これらを合計した「不安あり」が 89.0%です。過去の調査と比較すると「不安あり」は増加傾向がみられます。不安の内容では、「自分の健康」や「年金・介護・医療など社会保障」が多く、次いで「税金や社会保険料の負担」「家族の健康」となっています。

図1-2-8-1 今後充実してほしい医療分野

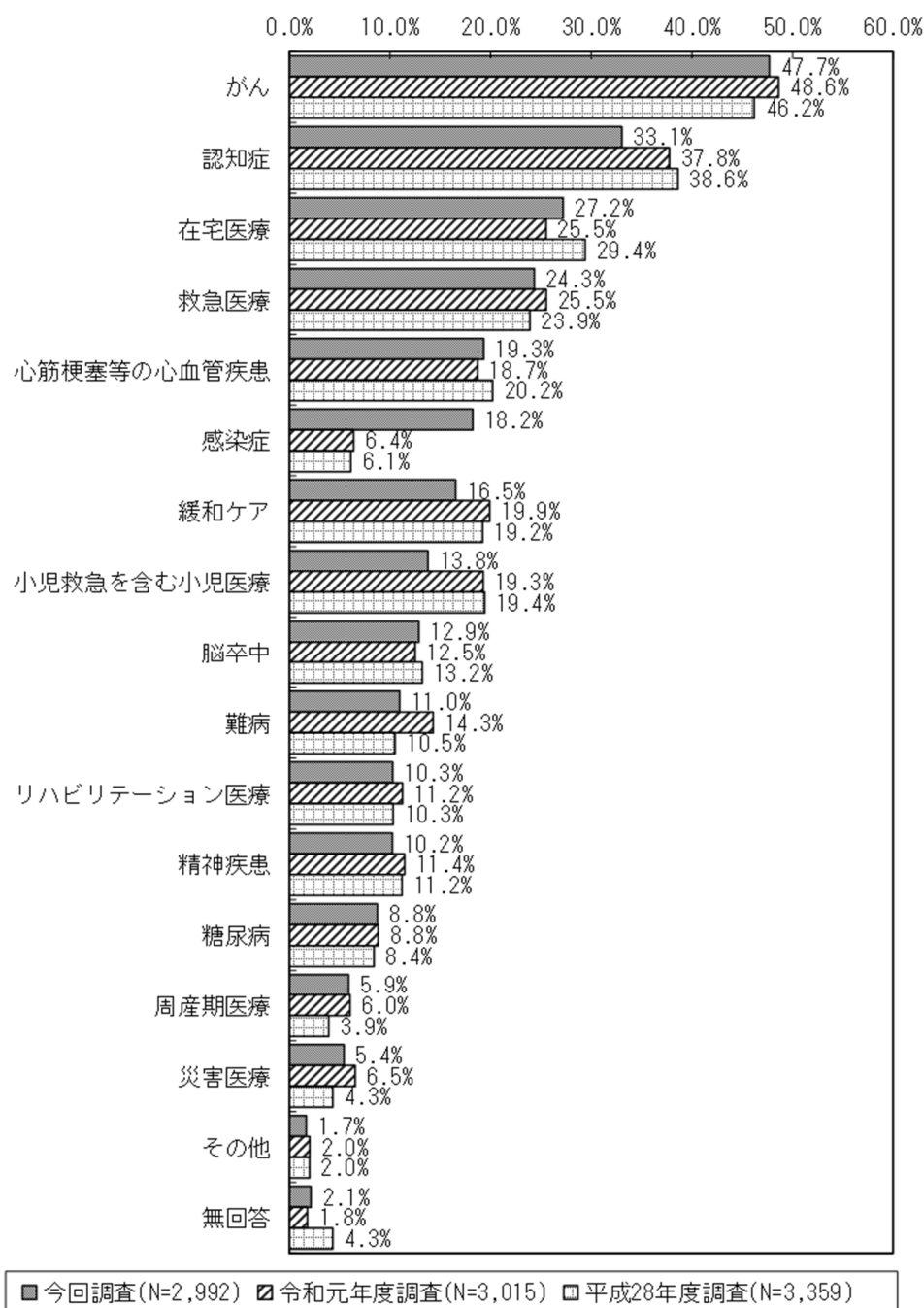


図1-2-8-2 高齢期の生活の不安

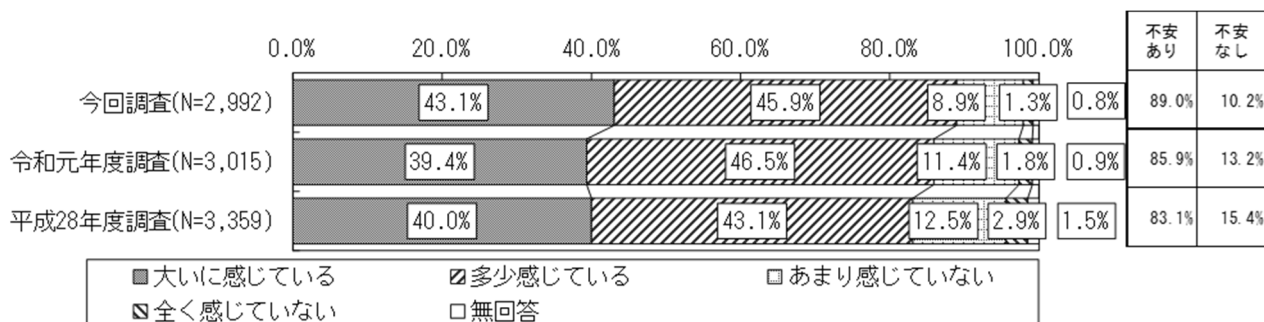
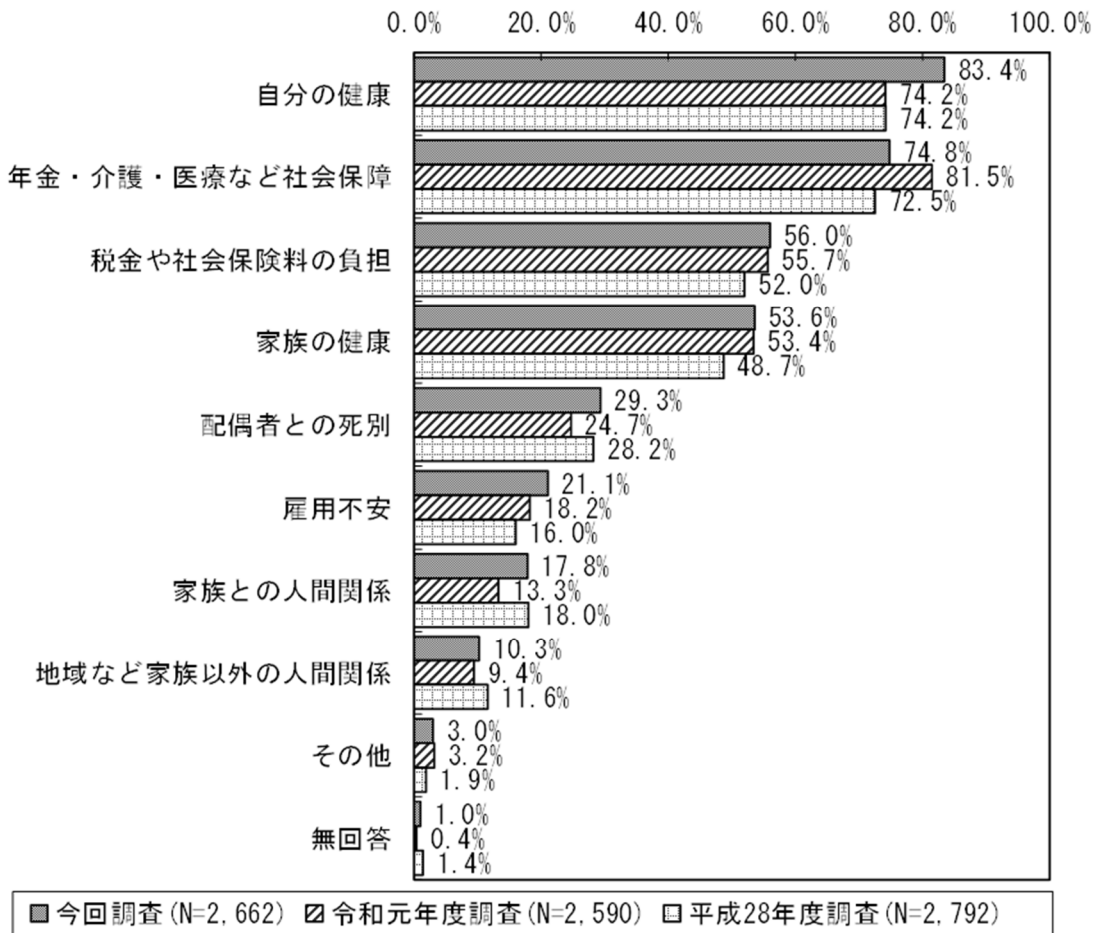


図1-2-8-3 高齢期の生活の不安の内容



第3章 基本理念

1 基本理念と目指す姿

本県の医療福祉にかかる現状と課題を踏まえ、計画の基本理念を次のとおりとします。また、計画を推進していくことにより、次の3つの姿を目指すこととします。

基本理念

『誰もが自分らしく幸せを感じられる「健康しが」の実現』
～ 健康的な生活を送るための「医療福祉」の推進 ～

《保健医療計画で目指す3つの姿》

- (1) 誰もがそれぞれの地域で自分らしく健康的に暮らしており、健康寿命が延びている
- (2) どこにいても、生まれる前から看取りまで、切れ目なく必要な医療福祉を受けることができる
- (3) 医療福祉にかかわる人材が充実し、地域における体制が整備されている

2 基本的な施策の方向性

医療福祉提供者、患者・利用者、県民、行政等が協力し、以下の基本的な方向性のもとに各種施策の着実な推進に努めます。

- (1) 健康寿命の延伸に向けた主体的な健康増進とそれらを支えるまちづくりの推進
- (2) 新興感染症にも対応できる持続可能な高度・専門医療の提供体制の充実
- (3) 地域完結を目指した医療機能の分化・連携および地域間の均衡
- (4) 生涯を通じた切れ目ない支援を目指した医療福祉の一層の連携
- (5) 医療福祉を支える人材の確保・育成・定着
- (6) 医療福祉の効率化や連携強化、健康増進に向けたDXの推進

3 取組の重点事項

基本理念を踏まえ、基本的な施策の方向性に沿って、計画で重点的に取り組む施策を以下のとおりとします。なお、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、保険者*、NPO、県民等が主体的に実施する事業、また関係機関や関係者への理解、協力を求め協働により実施する事業も含め、一体となって取り組むものとします。

- (1) 健康寿命の延伸に向けた主体的な健康増進とそれらを支えるまちづくりの推進
 - ア 「健康なひとづくり」とそれを支える「健康なまちづくり」の推進
 - イ 「ひと・社会」の多様なつながりの推進
 - ウ 将来を見据えた健康づくりの推進
- (2) 新興感染症にも対応できる持続可能な高度・専門医療の提供体制の充実
 - ア 新興感染症発生時・まん延時の体制の整備
 - イ その他5疾病5事業・在宅医療・認知症・リハビリテーションの提供体制の確保充実

- (3) 地域完結を目指した医療機能の分化・連携および地域間均衡
 - ア 医療機能の分化・連携の促進
 - イ ハき地医療の充実
- (4) 生涯を通じた切れ目ない支援を目指した医療福祉の一層の連携
 - ア 生涯を通じてその人の生活を中心に据えた連携体制の構築
 - イ 地域を支える医療福祉・在宅看取りの推進
 - ウ 医療と介護の提供体制における整合性の確保
 - エ 精神疾患を持つ人の地域移行・定着のための支援
- (5) 医療福祉を支える人材の確保・育成・定着
 - ア 多様なニーズに対応できる人材の確保・育成・定着
 - イ 保健・医療・介護・福祉が一体となった多職種連携*の促進
- (6) 医療福祉の効率化や連携強化、健康増進に向けた DX の推進
 - ア 医療情報連携基盤の利活用
 - イ DX 推進による医療福祉の効率化・連携
 - ウ DX 推進による健康づくり

第4章 保健医療圏

1 設定の趣旨

全ての県民が生涯にわたり地域で安心して生活していくためには、必要とする保健・医療・福祉のサービスを、いつでも、どこでも適切に受けられることが必要です。

この保健・医療・福祉のサービスには、日常生活に密接に関わる頻度の高いものから、高度で特殊な医療まで様々な段階があります。

保健医療圏は、県民の多様なニーズに対応し、適切なサービスを提供するために、機能に応じた関係機関の適正配置および施策の効果的な展開を図るべき地域単位として設定するものです。

2 保健医療圏の区分

(1) 一次保健医療圏

地域住民の日常的な傷病の診断・治療および疾病の予防や健康管理等、身近で頻度の高い医療福祉サービスに対応するための圏域であり、市町の行政区域とします。

(2) 二次保健医療圏

入院治療が必要な一般的な医療需要（高度・特殊な医療サービスを除く。）に対応するための圏域であり、医療法に規定する区域として一般病床および療養病床に係る基準病床数はこの圏域ごとに定めます。

また、関係機関の機能分化と連携による医療福祉提供体制についても、この圏域を基本として推進します。

(3) 三次保健医療圏

医療法の規定に基づく区域で、先進的な技術や特殊な医療機器の使用を必要とするなど、高度で専門的な医療需要に対応するための圏域であり、滋賀県全域とします。

3 二次保健医療圏について

(1) これまでの経過と現状

- 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、入院患者の受療行動、医療施設の配置状況、保健医療に関する行政や団体の区域、住民の広域的生活圏との整合性などを総合的に検討し、7つの圏域が設定されました。以降、市町村合併に伴う一部区域の変更はあったものの、基本的には設定当初の二次保健医療圏を単位として保健医療サービスの充実が図られてきました。
- また、平成 28 年（2016 年）3 月に策定した滋賀県地域医療構想では、7つの二次保健医療圏に合わせて構想区域を設定し、区域ごとに設置された地域医療構想調整会議では、圏域ごとの課題や医療連携体制のあり方について協議が進められています。
- 国の医療計画策定の方針では、二次保健医療圏について①人口規模が 20 万人未満であり、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推計流出院患者割合が 20%以上となっている場合は、入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられるため、設定の見直しについて検討することが必要であるとされていますが、令和 4 年（2022 年）の第 7 次滋賀県保健医療計画の中間見直し時におい

ては、現行の7つの圏域を維持することとしたところです。現状では、7つの二次保健医療圏域のうち、甲賀、湖北、湖西の3つの保健医療圏がこれら①から③の基準に該当します。

表1-4-3-1 二次保健医療圏ごとの入院患者流出入の状況

	人口（人）	推計流入患者割合	推計流出患者割合
大津	345,202	27.8%	26.2%
湖南	346,649	32.0%	26.3%
甲賀	142,909	18.8%	30.5%
東近江	226,814	24.7%	20.0%
湖東	155,375	21.2%	32.3%
湖北	150,920	10.7%	30.7%
湖西	46,379	6.1%	32.1%

出典：人口 「令和2年国勢調査」(総務省)

流入・流出患者割合 「患者調査」(平成29年) (厚生労働省医政局地域医療計画課による特別集計)

- また、疾患や分野によっては、医療の高度化への対応や医療資源の効率的な活用の観点から、医療連携体制を構築する際に二次保健医療圏を越えた弾力的な圏域設定（ブロック化）を行う必要があり、すでに精神疾患のうち精神科救急医療、周産期医療および救急医療について、ブロック化を行っています。

さらに、小児救急医療および脳卒中ならびに心血管疾患の急性期医療については、それぞれの分野でブロック化の検討が進められているところです。（小児救急は一部実施済み）

表1-4-3-2 ブロック化の整備状況（令和5年10月時点）

精神科救急	大津・湖西		湖南・甲賀・東近江		湖東・湖北
周産期医療	大津・湖西		湖南・甲賀	東近江	湖東・湖北
救急医療	大津・湖西		湖南・甲賀	東近江	湖東・湖北
小児救急	大津	湖西	湖南・甲賀	東近江	湖東・湖北（一部取組開始）

※色付きの圏域が、2次保健医療圏を超えて、広域的な圏域を設定したもの

（2）今後の対応

令和4年の第7次滋賀県保健医療計画の中間見直し時より十分な期間が経過しておらず、また、また、各圏域の地域医療構想調整会議委員に意見照会をしたところ、現行の圏域を維持すべきという意見が多数であったことから、以下の考え方により、7つの圏域を維持することとします。

- ・ 現行の医療機関等の配置により、医療提供体制が構築されている中で、一律に圏域の枠組みを変えたとしても実効性に乏しいと考えられる。また、一般的な入院医療は、現在の圏域で実施できる体制を目指し、地域の偏在などの課題に対する検討や取組を進めるとともに、身近な二次保健医療圏を単位とした病院機能と在宅ケア体制を充実させる必要があるため。

- ・ 特定の分野については、ブロック化による地域の医療資源の実情に応じた提供体制の整備を図っている。また、ブロック化による提供体制の効果については検証までに時間を要するため。
- ・ 現在の圏域設定は、地域医師会などの関係団体や他の行政分野における圏域設定と整合性をとったものである。特に、滋賀県医療構想の構想区域を、現在の二次保健医療圏と同様の範囲としており、構想区域ごとの地域医療構想調整会議にて、構想区域ごとに病床機能の分化と連携に関する議論が進展している中で、仮に二次保健医療圏域の見直しをすれば、これまでの議論に支障がでるため。

今後は、圏域ごとの取組の状況や各二次保健医療圏の人口や入院患者の動向、疾病・分野ごとの医療連携体制の実情を勘案しながら、必要に応じて二次保健医療圏のあり方について検討していくこととします。

また、小児救急医療および脳卒中ならびに心血管疾患の急性期医療については、圏域ごとの状況や課題等を十分踏まえたうえで、引き続きブロック化の検討を丁寧に行います。

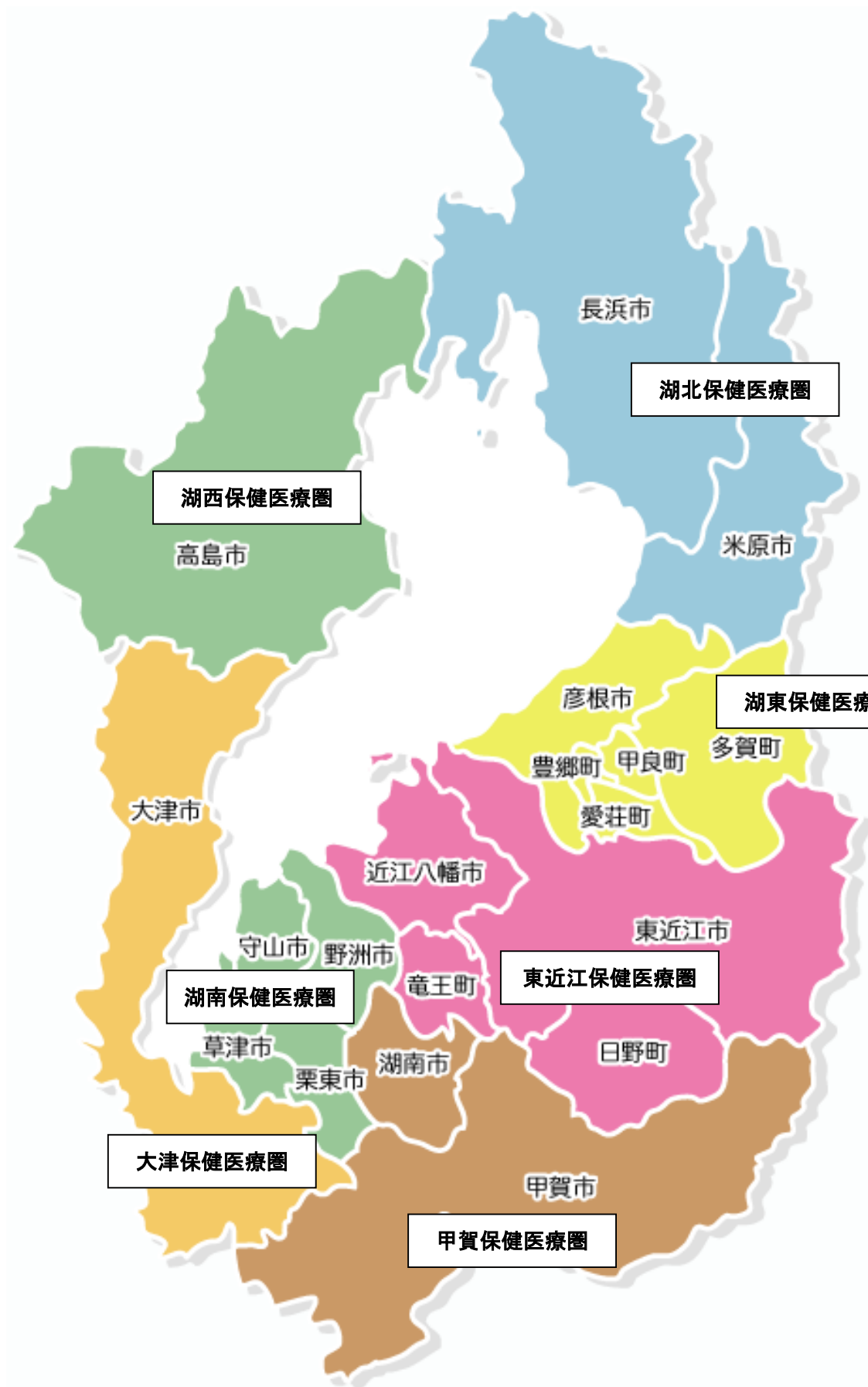
表1-4-3-3 二次保健医療圏および三次保健医療圏の概要

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:k㎡)
二次保健医療圏	大津保健医療圏	1	大津市	345,202	464.51
	湖南保健医療圏	4	草津市、守山市、栗東市、野洲市	346,649	256.39
	甲賀保健医療圏	2	甲賀市、湖南市	142,909	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	226,814	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	155,375	392.04
	湖北保健医療圏	2	長浜市、米原市	150,920	931.41
	湖西保健医療圏	1	高島市	46,379	693.05
三次保健医療圏	滋賀県全域	19		1,414,248	4017.38

出典：圏域人口：「令和2年国勢調査」（総務省）

圏域面積：「令和3年全国都道府県市区町村別面積調」（国土地理院）

图 1-4-3-4 二次保健医療圏図



第5章 基準病床数

基準病床数制度は、人口構成に応じた入院需要等を考慮して各保健医療圏域における病床の数を決め、この数を超えない範囲で病床を整備することにより、病院の地域的偏在を是正し、病床の適正配置を図ろうとするもので、基本的には医療計画の制度が導入された昭和60年（1985年）の第1次医療法改正以来引き継がれている制度です。

この制度のもとでは、全国的な病床の適正配置を図る必要から、算定方法については、国が示す係数、算定式を用いて基準病床数の算定を行うことになっています。

1 基準病床の考え方

基準病床数は国の定める算定式により、一般病床および療養病床、精神病床、結核病床、感染症病床の区分ごとに、一般的な入院需要を賄うための一般病床および療養病床は各二次保健医療圏を単位として、全県的な対応が基本となる精神病床、結核病床、感染症病床は三次保健医療圏である県全域を単位として定めることになっています。

知事は、基準病床数を超えて新たに病床を設置することに関し、特定の開設者に対しては病床の設置を許可しないことができ（医療法第7条の2）、それ以外の開設者に対しても基準病床の範囲内で病床を設置するよう勧告できる（医療法第30条の11）ため、原則としてこの基準病床数を超えて新たな病床を設置することはできません。

また、医療法第7条第3項の規定に基づき、届出により一般病床または療養病床の設置および増床ができる診療所は、医療法施行規則第1条の14第7項第1号および第2号に該当する、

- ① 医療法第30条の7第2項第2号に掲げる医療の提供の推進のために必要な診療所その他の地域包括ケアシステムの構築のために必要な診療所
- ② へき地の医療、小児医療、周産期医療、救急医療その他の地域において良質かつ適切な医療が提供されるために必要な診療所

であって、医療審議会の意見を聴いて知事が必要と認めるものです。

これらの診療所の病床については、基準病床数を超えて設置されても医療法第30条の11の勧告対象とはなりません。

なお、地域医療構想を進めていくため、新たに病床を整備する場合は、地域医療構想における必要病床数を考慮した病床の整備であることや当該構想区域で必要とされる病床機能が考慮されていることなどについて、二次保健医療圏の協議の場で理解を得る必要があります。

既存病床数が基準病床数を下回るような地域であっても、医療審議会の意見を聴いたうえで、病床の設置を許可しない（医療法第7条の3）ことがあります。

2 保健医療圏別基準病床数および既存病床数

令和5年（2023年）4月1日現在の病床数の状況は、表1-5-2-1のとおりです。

表1-5-2-1 保健医療圏別基準病床数および既存病床数

区分	保健医療圏名	基準病床数	既存病床数		
			合計	一般	療養
一般病床および療養病床	大津保健医療圏	3,669	2,992	2,319	673
	湖南保健医療圏	3,067	2,555	2,169	386
	甲賀保健医療圏	1,335	1,056	757	299
	東近江保健医療圏	2,077	2,252	1,384	868
	湖東保健医療圏	1,149	1,164	919	245
	湖北保健医療圏	1,091	1,156	980	176
	湖西保健医療圏	442	406	306	100
	合計	12,830	11,581	8,834	2,747

県全域	精神病床	1,812	2,238
	感染症病床	34	34
	結核病床	21	63

(既存病床数 令和5年4月1日現在)