

滋賀県保健医療計画 中間見直し (原案)

令和4年(2022年)●月

滋 賀 県

目 次

第1部 総論

第1章 計画に関する基本事項	1
1 計画改定の趣旨	1
2 計画の位置づけ	1
3 中間見直しの趣旨	1
4 計画期間	2
5 SDGs	2
第2章 保健医療環境の概況	4
1 地勢	4
2 人口	4
3 人口動態	6
4 平均寿命と健康寿命	9
5 保健医療施設等の状況	11
第3章 基本理念	15
1 基本理念と目指す姿	15
2 基本的な施策の方向性	15
3 取組の重点事項	15
第4章 保健医療圏	17
1 設定の趣旨	17
2 保健医療圏の区分	17
3 二次保健医療圏について	17

第2部 中間見直しの考え方

1 中間評価	22
2 中間見直しの方向性	24
3 主要分野の中間見直し結果	25

第3部 総合的な医療福祉提供体制の整備

第1章 医療福祉提供体制のあり方	27
1 地域医療体制の整備	27
2 医療機関の機能分化と連携	27
3 医療と介護の一層の連携	27
4 公立・公的病院等の機能充実	28
5 保健所機能の充実強化	29
第2章 地域医療構想	31
1 地域医療構想策定の趣旨	31
2 滋賀県地域医療構想の概要	31
3 滋賀県地域医療構想策定後の取組	35

	第3章 疾病・事業ごとの医療福祉体制	37
	1 がん	37
	2 脳卒中	48
	3 心筋梗塞等の心血管疾患	54
	4 糖尿病	58
	5 精神疾患	62
	6 救急医療（小児救急を除く）	69
	7 災害医療	73
	8 小児医療（小児救急を含む）	79
	9 周産期医療	87
102	10 へき地医療	92
	11 在宅医療	95
	12 新興感染症	
	第4章 患者・利用者を支える人材の確保	
108	1 保健師・助産師・看護師・准看護師	108
第4部 計画の推進		
	第1章 推進体制および評価	117
	1 推進体制と役割	117
	2 進行管理と評価	118
資料編		
	用語解説	119

【分野ごとの構成】

目指す姿

-
-

各分野において、様々な施策の最終的な成果として目指す姿を示します。【原則現行計画と同様】

取組の方向性

- (1)
- (2)

目指す姿 を実現するために、取り組むべき大きな方向性を示します。【原則現行計画と同様】

施策の進捗、評価

- (1)
-
-

現行計画における具体的な施策の進捗状況や《数値目標》の最新データから事実特定、価値判断による評価を行い、目指す姿の達成状況や課題を示します。

評価を踏まえた中間見直し

- (1)
-
-

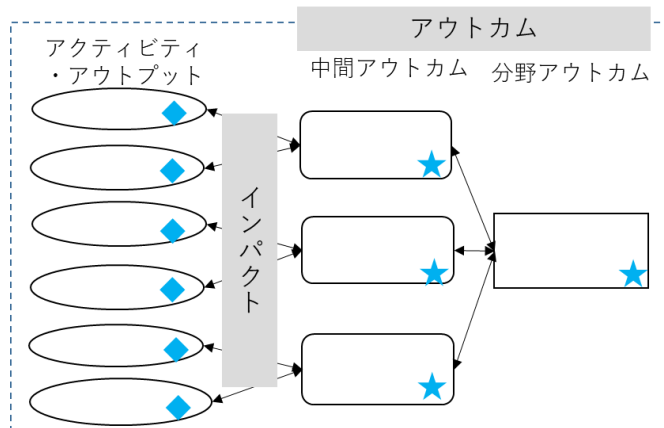
施策の進捗、評価を踏まえて、中間見直しを行い今後の施策の取組や数値目標の追加等を具体的に示します。

《数値目標》

目指す姿 の実現へどれだけ近づいているか、あるいは施策がどの程度進んでいるかを把握できる項目を《数値目標》として設定します。

目標項目	基準値	現状値	目標値	備考
	保健医療計画策定時点の数値	最新データに時点更新	達成状況に応じて中間見直し時に更新	Ex. 中間見直し時に目標達成に伴い目標値変更

ロジックモデル

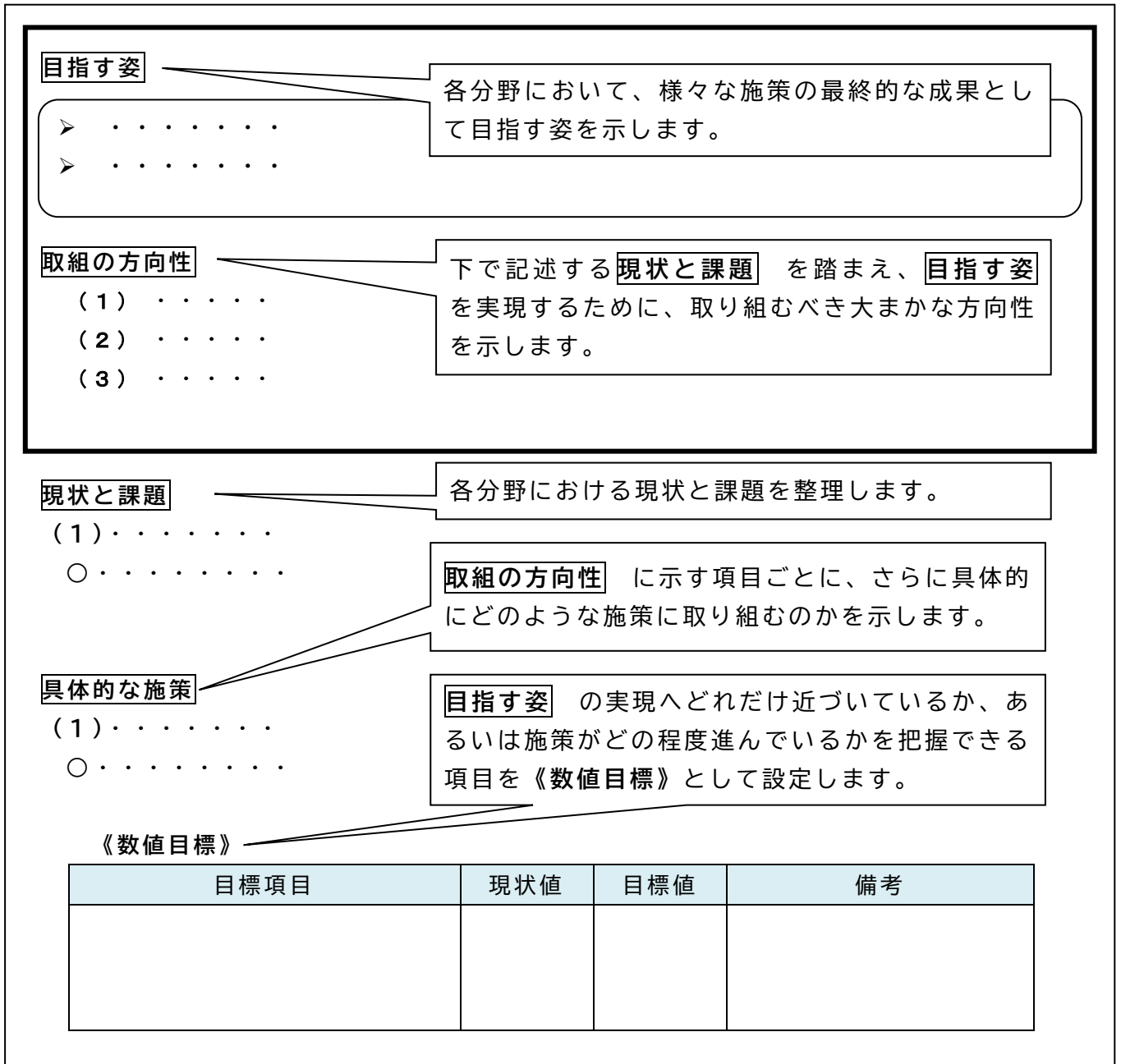


現行の滋賀県保健医療計画に記載されている目指す姿 取組の方向性 具体的な施策が整合性のある記載となっているか、わかりやすく図式化して示します。

【参考：現行の滋賀県保健医療計画における分野ごとの構成】

計画の策定にあたっては、各分野において原則として下図のと通りの構成としました。各分野においてそれぞれの施策の成果としての目指す姿を実現するため、現状と課題を整理し、これらを踏まえて取り組むべき施策の方向性を示した上で、それぞれの項目についてさらに具体的な施策を示しています。

なお、文中で取組等の実施主体が明示されていない場合は、県が実施主体であることを意味します。



1 第1部 総論

2 第1章 計画に関する基本事項

1 計画の趣旨

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、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステム*を構築することを通じ、地域における医療および介護の総合的な確保を推進するため医療法が改正されました。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。

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）、5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））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*」の仕組みづくりと地域包括ケアシステムの深化を目指して、平成30年（2018年）3月に「滋賀県保健医療計画」の改定を行いました。

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、「レイカディア滋賀高齢者福祉プラン」をはじめ、「健康いきいき21ー健康しが推進プランー」、「滋賀県医療費適正化計画」、「滋賀県がん対策推進計画」、「滋賀県障害者プラン」など、他の健康医療福祉関係計画との整合を図り、一体的な事業の推進を行うものです。

3 中間見直しの趣旨

医療計画の中間見直しに関して、国の「医療計画の見直し等に関する検討会」において、中間見直しの際に反映が適当と考えられる事項（「第7次医療計画の中間見直し等に関する意見のとりまとめ」）が整理され、これを踏まえ、令和2年（2020年）4月13日付で「医療計画策定指針」および「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制構築に係る指針」の一部改正が実

1 施されました。

2 さらに、令和2年(2020年)5月12日付地域医療計画課長通知において、医療計画の中間
3 見直しの時期については、今般の新型コロナウイルス感染症の感染状況等を考慮し、見直しの
4 議論を令和2年度(2020年度)以内に終わることができず、見直し後の医療計画の適用が、令
5 和4年度(2022年度)以降となったとしても差し支えないこととされました。

6 これらのことを踏まえ、県では、新型コロナウイルス感染症対策に取り組み、令和2年度
7 (2020年度)以内に十分な議論を行うことができなかったため、令和3年度(2021年度)も
8 引き続き議論の機会を確保した上で、中間見直しを行うこととしました。

10 4 計画期間

11 この計画の期間は、医療法第30条の6の規定に基づき、平成30年度(2018年度)から令和
12 5年度(2023年度)の6年間とします。








13 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」と
14 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。

15 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
16 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。

18 5 SDGs

19 持続可能な開発目標(SDGs)とは、平成27年(2015年度)、国連サミットにおいて採択さ
20 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)
21 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
22 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
23 な滋賀を実現するとともに、SDGsの達成を目指しています。

24 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当てながら、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

1
2
3
4
5

「滋賀県保健医療計画」においては、県民一人ひとりが輝ける健やかな滋賀の実現を目指し、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を図ることで、「SDGs」の達成に貢献します。

第2章 保健医療環境の概況

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 人口

(1) 現状

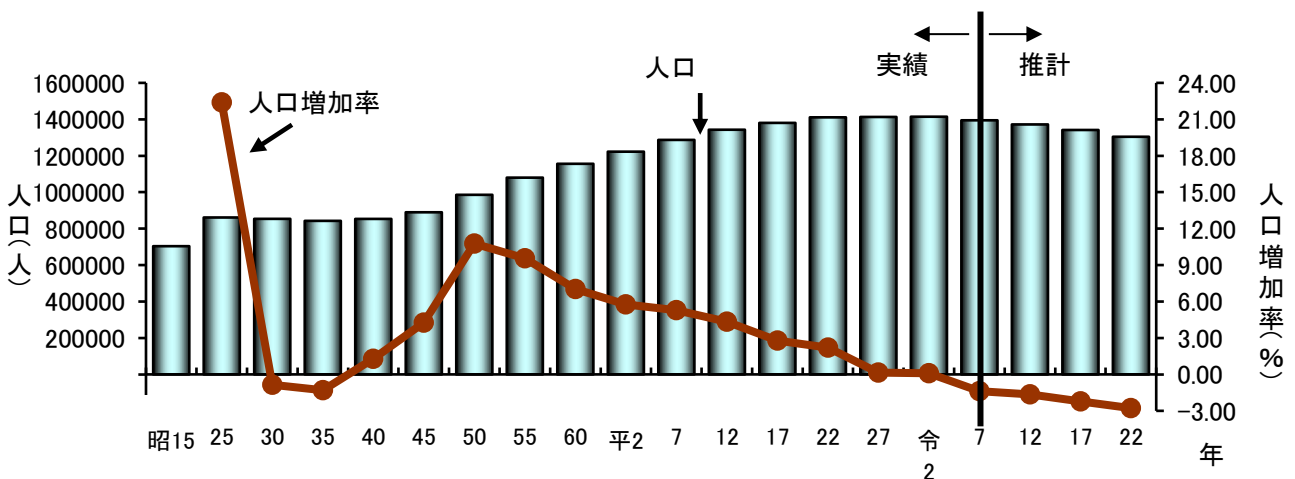
令和2年(2020年)の国勢調査では、本県の人口は141万4,248人となっています。前回(平成27年(2015年))の国勢調査と比較すると、1,332人、0.2%の増加となっています。増加はみられるものの、その増加率は徐々に低下してきています。

(2) 将来の見通し

平成22年(2010年)人口を基準に推計された本県の将来推計人口は、平成27年(2015年)頃をピークに減少に転じ、令和22年(2040年)には130万9千人となり、平成22年(2010年)の人口の92.8%になると推計されています。

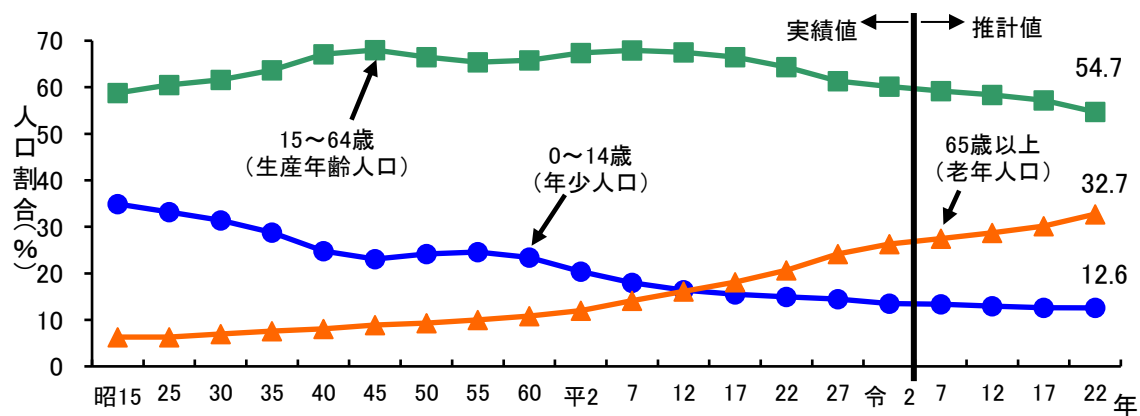
また、平成17年(2005年)から、65歳以上人口(老年人口)割合は15歳未満人口(年少人口)割合を上回っており、今後更に、老年人口割合は増加し、年少人口割合は減少することが見込まれます。

図表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)

1 図表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）

2
3

1 3 人口動態

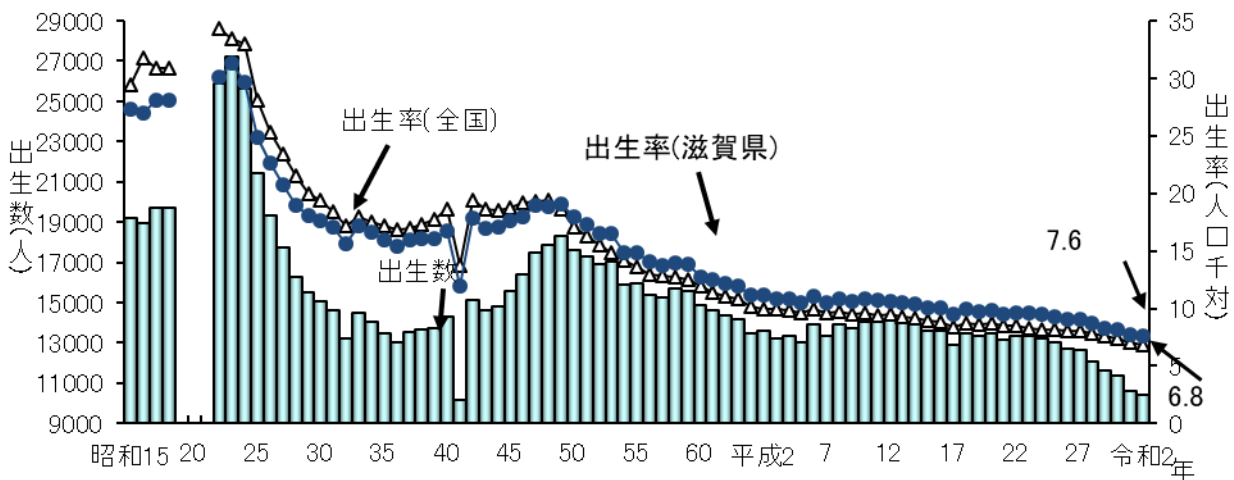
2 (1) 出生の動向

3 令和2年(2020年)の本県の出生数は、1万437人、人口千人に対する出生率*は7.6
 4 (全国6.8)で、全国第3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
 5 和50年(1975年)以降低下傾向となっています。

6 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
 7 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
 8 年(2005年)は1.39と過去最低となりました。しかし、その後は上昇傾向にあり、令和
 9 2年(2020年)は1.50となっています。

10

11 図表1-2-3-1 出生数および出生率の推移

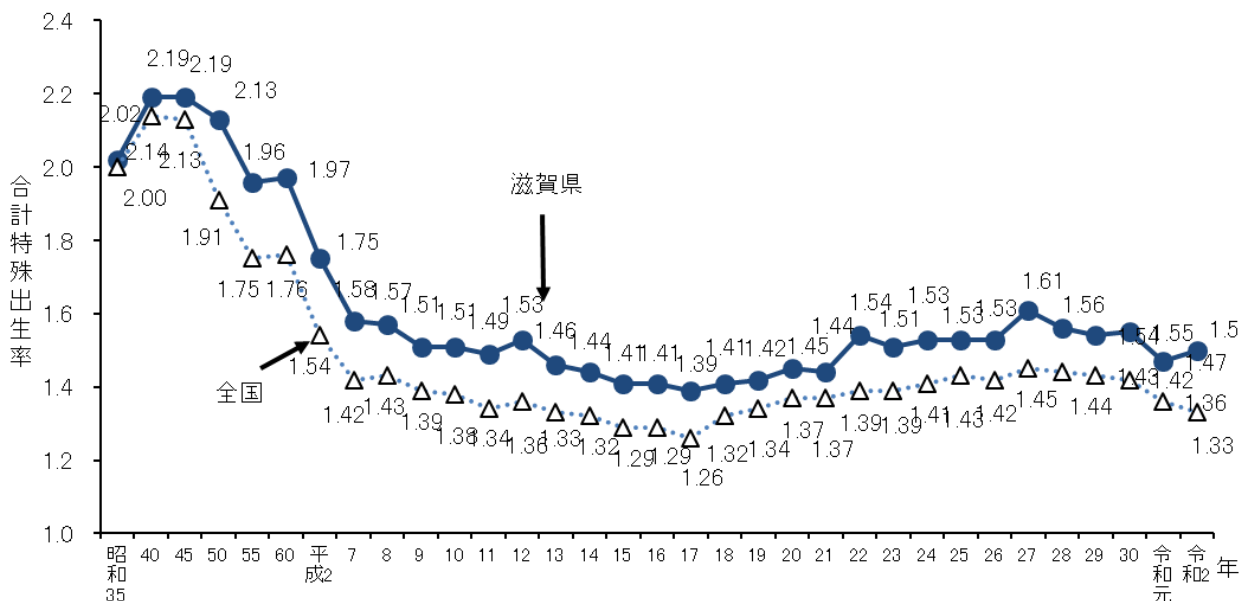


12

出典：「人口動態統計」昭和15年(1940年)～令和2年(2020年) (厚生労働省)

13

14 図表1-2-3-2 合計特殊出生率の推移



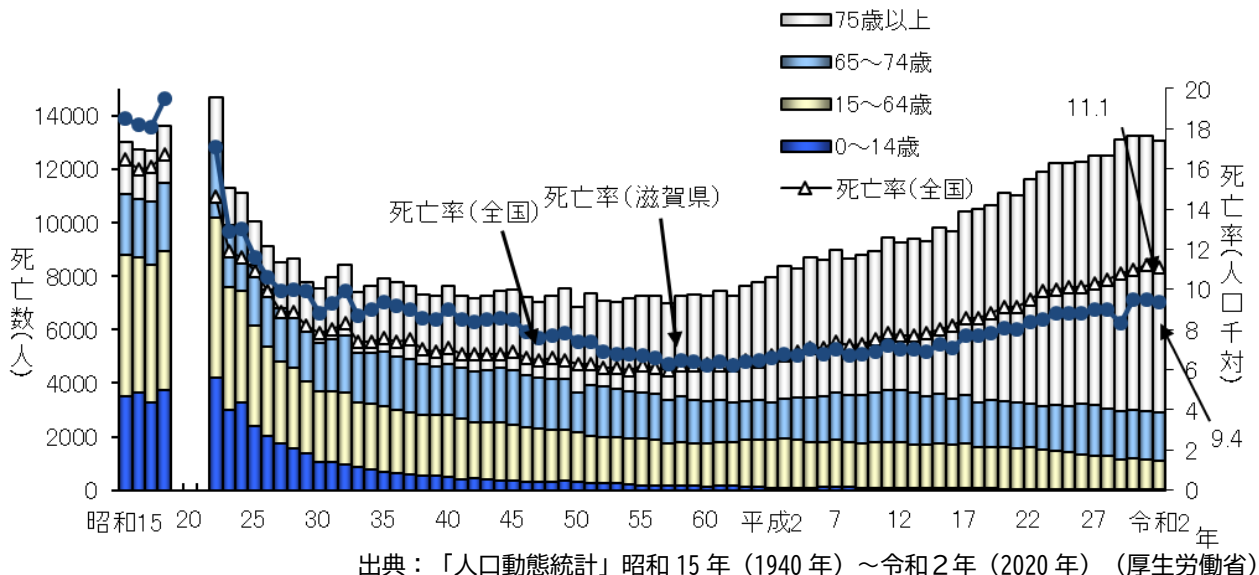
15

出典：「人口動態統計」昭和15年(1940年)～令和2年(2020年) (厚生労働省)

1 (2) 死亡の動向

2 令和2年(2020年)の本県の死亡数は、1万3,039人、人口千人に対する死亡率は9.4
 3 (全国11.1)で、低い順で、全国第3位となっています。昭和50年(1975年)代後半から
 4 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
 5 は全死亡数の7割を超えています。

7 図表1-2-3-3 死亡数および死亡率の推移

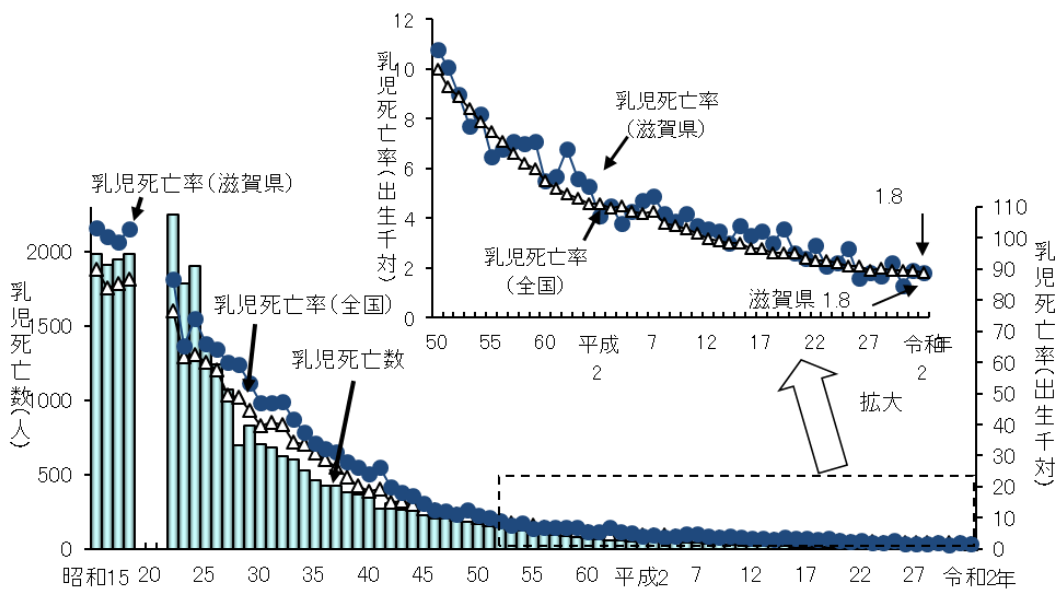


8

9 (3) 乳児死亡の動向

10 令和2年(2020年)の本県の乳児死亡(生後1年未満児の死亡)数は、19人で、全死
 11 亡数の0.2%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
 12 い順で、全国第21位となっています。

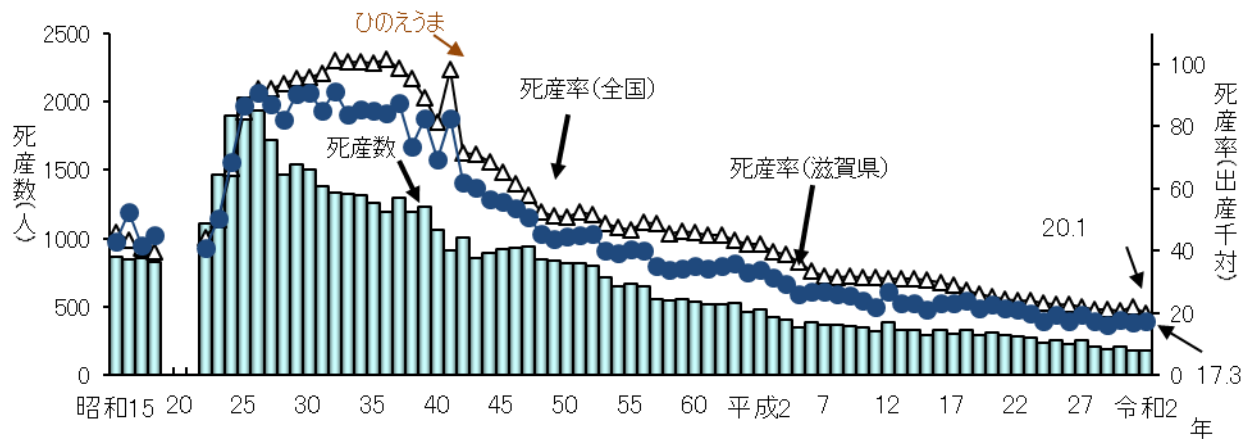
14 図表1-2-3-4 乳児死亡数および乳児死亡率の推移



1 (4) 死産の動向

2 令和2年(2020年)の本県の死産(妊娠12週以後)数は、184で、出産千対の死産率は
3 17.3(全国20.1)で、低い順で、全国第5位となっています。

4
5 図表1-2-3-5 死産数および死産率の推移

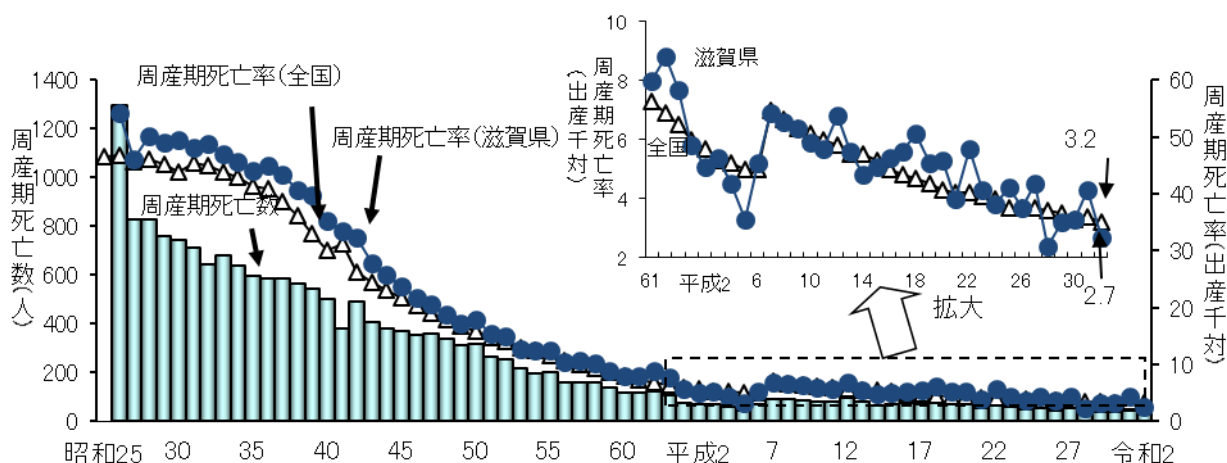


出典:「人口動態統計」昭和15年(1940年)~令和2年(2020年)(厚生労働省)

14 (5) 周産期死亡の動向

15 令和2年(2020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
16 えたもの)数は、28で、出産千対の周産期死亡率*は2.7(全国3.2)で、低い順で、全
17 国第8位となっています。

18
19 図表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2年(2020年)(厚生労働省)

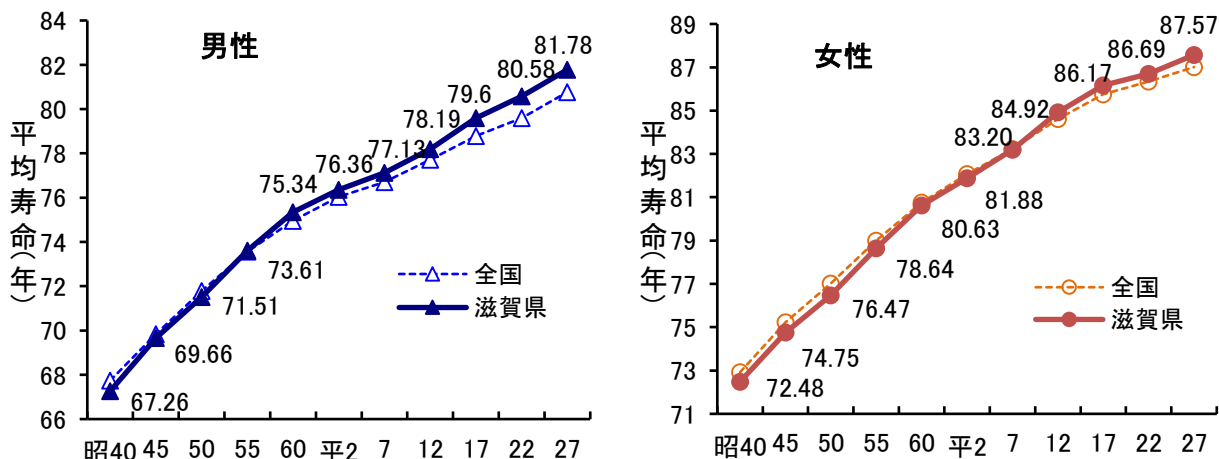
注)平成7年(1995年)に後期死産が28週から22週以降に変更されたため、平成7年(1995年)以
降の率が高くなっている。

4 平均寿命*と健康寿命*

(1) 平均寿命

平成 27 年(2015 年)の本県の平均寿命(0 歳の平均余命)は、男性 81.78 年(全国 80.77 年)、女性 87.57 年(全国 87.01 年)となっています。

図表 1-2-4-1 平均寿命の推移



出典：「平成 27 年(2015 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、国の「健康日本 21 (第 2 次)」では「日常生活に制限のない期間の平均(主観的指標)」の数値が用いられています。本県では、「健康いきいき 21 - 健康しが推進プラン - [第 2 次]」において、「日常生活動作が自立している期間の平均(客観的指標)」を目標値としています。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))。また、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))。

図表 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

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12

【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。

この指標は、3年に1度、都道府県別値が公表される。

※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、生命表とサリバ法を用いて算出している。

この指標は3年に1度、厚生労働科学研究において都道府県別値が公表される。

1 5 保健医療施設等の状況

2
3 (1) 病院

4 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。

5 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
6 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
7 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
8 ます。

9 令和3年(2021年)10月1日現在、県内の病院数は58病院、病院病床数は13,828床で、
10 計画改定年度(平成30年(2018年)4月1日)に比べ、病院数では1病院の増加、総病床数
11 では527床の減少となっています。

12 病院数・病院病床数(開設許可病床数)は、図表1-2-5-1のとおりです。

13 図表1-2-5-1 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	13,828	3,862	2,913	1,538	2,510	1,219	1,376	410
一般病床	8,944	2,311	2,301	828	1,336	900	962	306
療養病床	2,516	656	367	299	748	185	161	100
結核病床	63	37	0	0	16	10	0	0
精神病床	2,271	850	239	407	406	120	249	0
感染症病床	34	8	6	4	4	4	4	4

15 (令和3年(2021年)10月1日現在)

16
17 厚生労働省の医療施設調査(令和元年(2019年)10月1日現在)によると、本県の人口10
18 万人あたりの病院数は4.0病院、病院病床数は1,000床で、平均在院日数は24.5日(一般病
19 床13.2日、療養病床238.9日)となっています。

20 開設者別でみると、図表1-2-5-2のとおりとなっています。

21 図表1-2-5-2 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	10		2	2	2	1	2
公的病院の開設者	5	3	1				1	
医療法人	27	9	6	3	6	2		1
その他の法人	8		2	1	2	1	1	1
個人	1	1						

22 (令和3年(2021年)4月1日現在)

病床規模別病院数は、図表1-2-5-3のとおりです。

図表1-2-5-3 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	27	5	9	4	5	1	2	1
200床以上	24	7	4	2	5	3	2	1
計	58	15	14	7	11	4	4	3

(令和3年(2021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3年(2021年)4月1日現在の県内の一般診療所数は1,118(うち有床診療所36、病床数467)であり、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39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、図表1-2-5-4のとおりです。

図表1-2-5-4 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	1,118	301	296	91	151	116	119	44
無床診療所	1,082	289	286	87	145	114	118	43
有床診療所	36	12	10	4	6	2	1	1
有床診療所病床数	467	138	125	65	81	38	15	5
療養病床	17	17	0	0	0	0	0	0
一般病床	450	121	125	65	81	38	15	5

(令和3年(2021年)4月1日現在)

厚生労働省の医療施設調査(令和元年(2019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77.2診療所、診療所病床数は35.3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。

1 イ 歯科診療所

2 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
3 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
4 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
5 部分は歯科診療所が担っています。

6 令和3年(2021年)4月1日現在、県内の歯科診療所数は569であり、計画改定年度(平
7 成29年(2017年)4月1日現在)に比べ、9の増加となっています。

8 歯科診療所数は、図表1-2-5-5のとおりです。
9

10 図表1-2-5-5 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	569	138	136	52	84	65	65	20

(令和3年(2021年)4月1日現在)

11
12 厚生労働省の医療施設調査(平成27年(2015年)10月1日現在)によると、本県の人口
13 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。

14 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
15 部分を占めています。
16
17

18 (3) 薬局

19 薬局は、薬剤師が販売または授与の目的で調剤ならびに医薬品の適正使用のための情報提
20 供、指導を行う場所です。ただし、病院や診療所の調剤所は含みません。

21 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3年(2021年)4月1日現
22 在、県内の薬局数は639であり、計画改定年度(平成29年(2017年)4月1日)に比べ、53
23 の増加となっています。

24 厚生労働省の衛生行政報告例の概要(令和元年度(2020年度)末現在)によると本県の薬局
25 数が全国の薬局数に占める割合は1.03%となっています。

26 薬局数は、図表1-2-5-6のとおりです。
27

28 図表1-2-5-6 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	639	148	158	64	100	73	69	27

(令和3年(2021年)4月1日現在)

29
30
31 (4) 市町保健センター

32 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
33 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
34 (1978年)から設置が始まりました。

35 市町保健センターの設置状況は、図表1-2-5-7のとおりです。
36

1 図表1-2-5-7 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	31	1	4	7	4	4	5	6

(令和3年(2021年)4月現在)

2
3 (5) 保健所

4 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、
5 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。

6 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
7 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。

8 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
9 たりるとともに、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。

10 保健所の設置状況は、図表1-2-5-8のとおりです。

11
12 図表1-2-5-8 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

13
14
15
16
17
18
19

1 **第3章 基本理念**

2 **1 基本理念と目指す姿**

3 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。
4 また、計画を推進していくことにより、次の5つの姿を目指すこととします。

6 **基本理念**

7 『県民一人ひとりが輝ける健やかな滋賀の実現』

8 ～ 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 ～
9

10
11 《保健医療計画で目指す5つの姿》

- 12 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
- 13 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
- 14 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
- 15 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
16 いる
- 17 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

18
19 **2 基本的な施策の方向性**

20 医療福祉提供者、患者・利用者、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
21 の着実な推進に努めます。

- 22 (1) 県民の健康寿命*の延伸と社会参加の推進
- 23 (2) 高度・専門医療の提供体制の充実
- 24 (3) 医療と介護の一層の連携
- 25 (4) サービスを支える人材の確保養成
- 26 (5) 情報提供と共有

27
28 **3 取組の重点事項**

29 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
30 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
31 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
32 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。

33 **(1) 県民の健康寿命の延伸と社会参加の推進**

- 34 ア 子どもから現役世代、高齢者まで生涯を通じた予防・健康づくり・社会参加の推進
- 35 イ 県民の主体的な取組の促進
- 36 ウ 企業における健康づくり対策の推進

37
38 **(2) 高度・専門医療の提供体制の充実**

- 39 ア 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
- 40 イ 医療機能の分化・連携の促進

- 1 **(3) 医療と介護の一層の連携**
- 2 ア その人の生活を中心に据えた連携体制の構築
- 3 イ 地域を支える医療福祉・在宅看取りの推進
- 4 ウ 医療と介護の提供体制における整合性の確保
- 5 エ 小児在宅医療の充実
- 6 オ 精神疾患を持つ人の地域移行・定着のための支援
- 7 **(4) サービスを支える人材の確保養成**
- 8 ア 多様なニーズに対応できる人材の確保・養成
- 9 イ 保健・医療・介護・福祉が一体となった多職種連携の促進
- 10 **(5) 情報提供と共有**
- 11 ア 県民が主体的に選択するための情報提供
- 12 イ サービス提供者間や、提供者と受け手の間での情報共有
- 13 ウ ICT*・データの活用
- 14

1 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、住民の広域的生活圈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。

○ 一方、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。現状では、7つの二次保健医療圏域のうち、湖北保健医療圏と湖西

保健医療圏がこれらの基準に該当します。

図表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	26.9%	25.6%
湖南	346,649	30.5%	25.3%
甲賀	142,909	28.9%	31.9%
東近江	226,814	24.6%	24.1%
湖東	155,375	20.6%	36.1%
湖北	150,920	14.5%	30.4%
湖西	46,379	10.9%	35.1%

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26年）（厚生労働省医政局地域医療計画課による特別集計）

○ 各二次保健医療圏域の市町や関係機関・団体からは、現状を維持すべきとの意見がある一方で、国の医療計画策定方針に示す見直し検討基準に該当していない二次保健医療圏についても、患者の流出入や医師の配置の状況から見直すべきとの意見が示されています。

○ 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圏域設定を行う必要があり、すでに前回の保健医療計画改定時において、精神疾患のうち精神科救急医療および周産期医療について、二次保健医療圏を越えた圏域設定を行っています。

更に、救急医療および小児救急医療ならびに脳卒中および心血管疾患の急性期医療については、それぞれの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るところです。

(2) 中間見直し時における二次保健医療圏のあり方の検討結果

こうした現状を踏まえ、計画策定3年後の中間見直し時に二次保健医療圏のあり方について検討した結果、以下のような観点から二次保健医療圏の区域は現行のとおりとすることとします。

- 第7次滋賀県保健医療計画において、脳卒中の急性期医療、心筋梗塞等の心血管疾患のうち急性大動脈解離等、救急医療体制、小児救急医療体制において整備することとされた4ブロック化による医療提供体制については、救急医療体制および小児救急医療体制のうち湖南・甲賀ブロックについてはブロック化の整備が図られたものの、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こと
- 平成28年（2016年）3月に策定した地域医療構想における構想区域を現在の二次保健医療圏域と同様の範囲としており、平成28年度（2016年度）から構想区域ごとに、地域の医療関係者、保険者をはじめとする関係者で構成する地域医療構想調整会議においては、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おり、二次保健医療圏域

1 の見直しにより、これまでの議論に支障があること

- 2 ● 令和2年（2020年）3月に保健医療計画の一部として策定した医師確保計画及び外来医
- 3 療計画については、現行の二次保健医療圏域に基づき策定し、計画の整合性を保つ必要
- 4 があること
- 5 ● 新型コロナウイルス感染症の対応を踏まえた新たな課題や医療提供体制について、感染
- 6 が一定収束した段階での検証や方針決定が必要となること

7
8 なお、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
9 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。

10 11 (3) 課題

12 二次保健医療圏のあり方の検討に当たっては、以下のような課題認識を基に進めることと
13 します。

- 14 ● 少子高齢化の進展により本県でも人口減少局面を迎える中、高齢化に伴う疾患は大幅に
- 15 増加が見込まれる一方、小児科や産科等、少子化によって今後患者数の減少が見込まれ
- 16 ること
- 17 ● 医療資源の偏在や医療の高度化により、分野によっては、特に急性期医療において二次
- 18 保健医療圏内で完結して医療を提供することが困難になりつつあること

1 図表1-4-3-2 二次保健医療圏および三次保健医療圏の概要

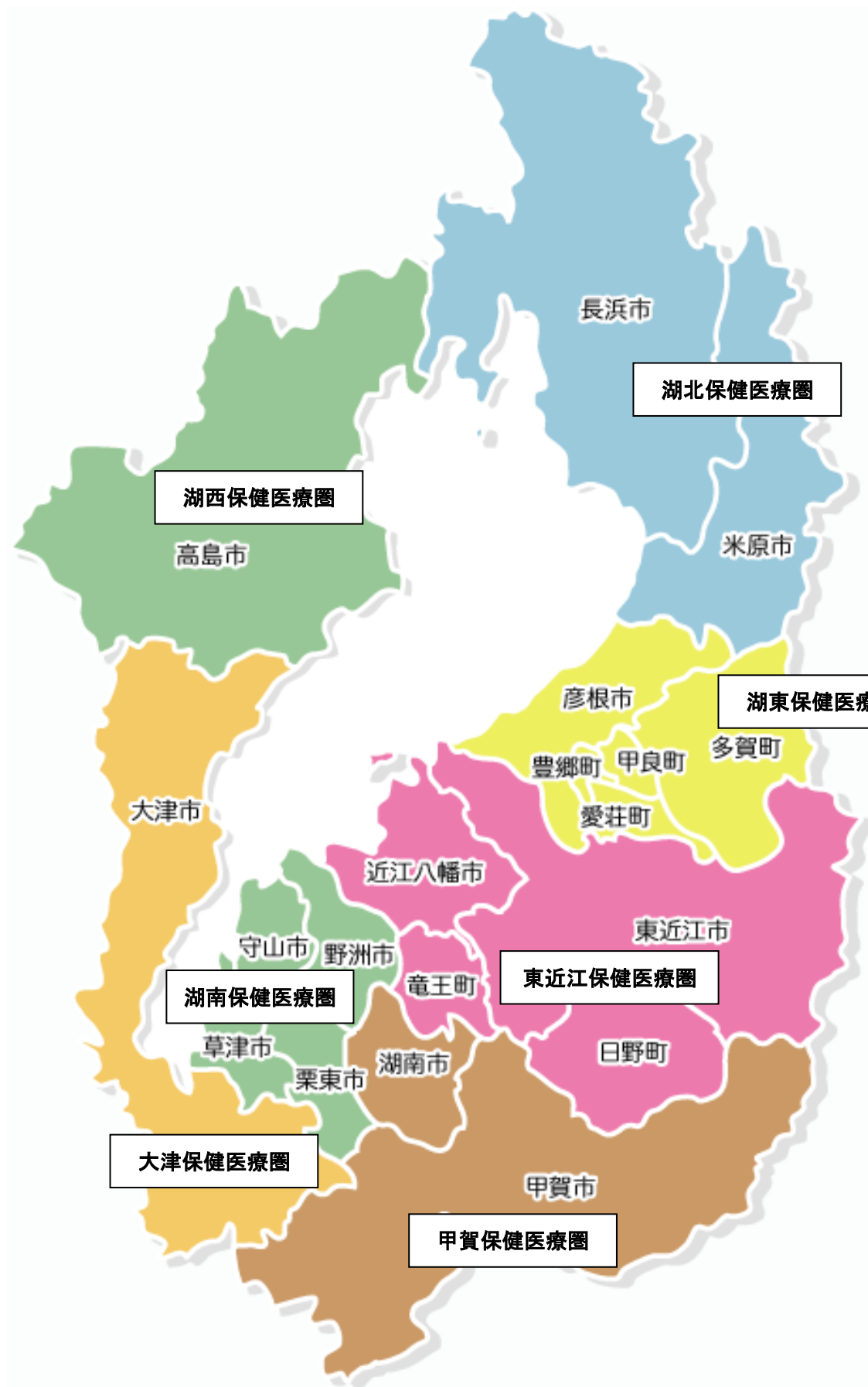
種別	圏域名	構成市町数	構成市町名	圏域人口 (単位:人)	圏域面積 (単位:k㎡)
二次保健医療圏	大津保健医療圏	1	大津市	345,202	464.51
	湖南保健医療圏	4	草津市、守山市、栗東市、野洲市	346,649	256.39
	甲賀保健医療圏	2	甲賀市、湖南市	142,909	552.02
	東近江保健医療圏	4	近江八幡市、東近江市、日野町、竜王町	226,814	727.97
	湖東保健医療圏	5	彦根市、愛荘町、豊郷町、甲良町、多賀町	155,375	392.04
	湖北保健医療圏	2	長浜市、米原市	150,920	931.41
	湖西保健医療圏	1	高島市	46,379	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)

2
3
4
5
6
7

1 図表1-4-3-3 二次保健医療圏図



1 第2部 中間見直しの考え方

2 1 中間評価

3 (1) 目指す姿・施策と指標設定状況

- 4 ○ 本計画は各分野においてそれぞれの施策の成果としての目指す姿を実現するため、現状と課題
5 を整理し、これらを踏まえて取り組むべき施策の方向性を示した上で、それぞれの項目について
6 さらに具体的な施策を示しています。
- 7 ○ また、目指す姿の実現へどれだけ近づいているか、あるいは施策がどの程度進んでいるかを把握
8 するために、指標として数値目標を設定しています。
- 9 ○ 評価を実施するにあたっては、調査などで判明した因果関係を含む物事の価値を判断し、体系的
10 的に明らかにすることが重要となり、指標を更新し事実を特定するだけでなく、施策が指標の
11 変化にどのような影響を与えたか、有効に作用しているのかどうかの価値判断を加えることが重
12 要となります。
- 13 ○ 中間評価を実施するにあたり、まずは施策および関連する指標を整理する必要があるため、主
14 要分野の5疾病・5事業、在宅医療について確認したところ、図表2-1-1-1のとおりとな
15 ります。
- 16 ○ 策定時の本計画は、具体的な施策、取組の方向性（中間アウトカム）、目指す姿（分野アウトカ
17 ム）の項目に対応する数値目標が一部設定されていないことがわかりました。
- 18 ○ これを踏まえて、今回の中間見直しでは、ロジックモデルを活用し評価を行うために不足して
19 いる指標を新たに設定するとともに、目指す姿を実現するための施策についても体系的に整理し、
20 必要に応じて見直しを行うこととします。

21
22 図表2-1-1-1 主要分野の目指す姿・施策と指標設定状況（策定時）

分 野	具体的な施策 () 内は指標数	取組の方向性 () 内は指標数	目指す姿 () 内は指標数	指標数計
がん	31 (0)	4 (7)	1 (4)	(11)
脳卒中	17 (1)	5 (3)	2 (2)	(6)
心筋梗塞	10 (0)	3 (1)	2 (4)	(5)
糖尿病	11 (2)	4 (1)	1 (1)	(4)
精神疾患	53 (1)	2 (2)	1 (3)	(6)
救急医療	15 (0)	6 (4)	1 (0)	(4)
災害医療	13 (0)	8 (5)	1 (0)	(5)
小児医療	19 (4)	9 (2)	2 (0)	(6)
周産期医療	13 (3)	5 (0)	1 (2)	(5)
へき地医療	12 (0)	3 (1)	1 (0)	(1)
在宅医療	27 (7)	6 (3)	2 (0)	(10)

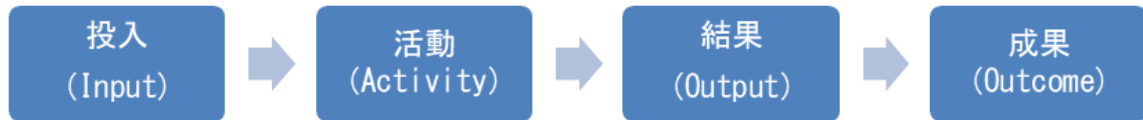
23

24

1 (2) ロジックモデル

- 2 ○ 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）」
3 「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。

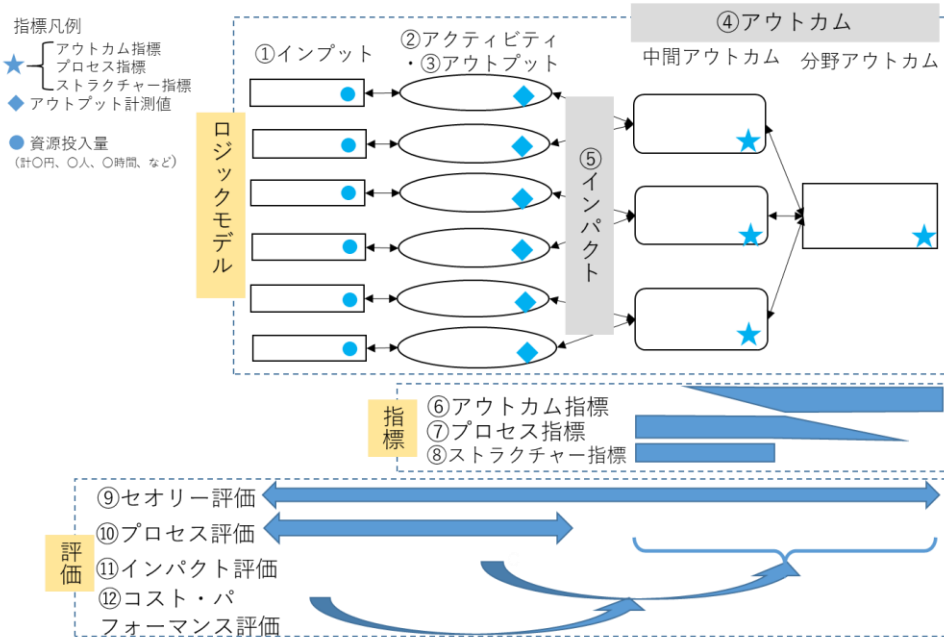
4
5 図表2-1-2-1 ロジックモデルイメージ図



6 出典：地域医療計画評価・改定マニュアル

- 7
- 8 ○ 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
9 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。
- 10 ○ また、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
11 や課題を共有しやすくなります。
- 12 ○ 令和3年（2021年）5月に成立した「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
13 進するための医療法等の一部を改正する法律」（以下、医療法等改正法という。）の参議院厚生労
14 働委員会における附帯決議において、「都道府県における適切な医療提供体制の確保を図る観点か
15 ら、第8次医療計画における5疾病・6事業については、ロジックモデル等のツールを活用した
16 実効性ある施策の策定など、医療提供体制の政策立案から評価、見直しに至るPDCAサイクルの実
17 効性の確保に努めること。」が附され、医療計画においてロジックモデルを活用することが求めら
18 れています。
- 19 ○ 中間見直しにあたっては、施策および事業の結果（アウトプット）のみならず、各施策が計画
20 における「目指す姿」の実現に向けてどのような影響を与えたか、また効果を発揮しているか
21 という観点を踏まえた上で評価を行うため、ロジックモデルを導入し評価を行うこととします。
- 22 ○ ロジックモデルを用いて評価を行うにあたっては以下の4つの観点から行う必要があります。
- 23 ① セオリー評価（目的と活動の論理整合性を確認し、価値判断すること）
- 24 ② プロセス評価（決めたことを実行したかを確認し、価値判断すること）
- 25 ③ インパクト評価（アウトプット（結果）がアウトカム（成果）に効果をもたらしたかを確認
26 し、価値判断すること）
- 27 ④ コストパフォーマンス評価（インパクト（効果）によってインプット（費用や労力）が正当
28 化できるか、見合っているかを確認し、価値判断すること）
- 29 ○ 4種類の評価には、階層性があり、上位の評価で満足できる評価が得られることが、下位の評
30 価でも満足を得られる条件になるとされています。
- 31 ○ そこで、今回の中間見直しにおいては、ロジックモデルを用いた評価を導入するにあたり、①
32 セオリー評価と②プロセス評価を中心に行うこととします。
- 33
34
35
36
37

1 図表2-1-2-2 ロジックモデル、指標、評価の関係



2 出典：地域医療計画評価・改定マニュアル

- 3
- 4 ○ なお、ロジックモデルは仮説であり、定期的に検証を行い、必要に応じて見直しを行う必要が
- 5 あります。
- 6 ○ また、指標については施策の効果が表れるまで一定の期間を要することもあるため、長期的な
- 7 視点での判断も必要となることに留意しなければなりません。

8

9 2 中間見直しの方向性

- 10 ○ 中間見直しにおいては、本計画で定めた基本理念、5つの目指す姿および基本的な施策の方向
- 11 性については維持することとします。
- 12 ○ 国の検討会における「第7次医療計画の中間見直し等に関する意見のとりまとめ」に基づき、
- 13 主要分野の5疾病・5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、
- 14 ロジックモデルを活用した見直しを行い、不足している指標の追加や施策の整理を行います。
- 15 ○ 現行計画において中間見直し時を目的に検討を行うこととしていた二次保健医療圏域の在り方
- 16 について、現行の7つの二次保健医療圏域を維持する方向で整理します。
- 17 ○ 現行計画において中間見直し時を目的に検討を行うこととしていた脳卒中の急性期治療、心血
- 18 管疾患のうち急性大動脈解離等、救急医療、小児救急医療のブロック化による医療提供体制につ
- 19 いて、整備状況等を整理します。
- 20 ○ 令和3年(2021年)5月に成立した医療法等改正法において、第8次医療計画(2024年度～
- 21 2029年度)から「新興感染症等の感染拡大時における医療」に関する記載を6事業目として盛り
- 22 込むこととなりました。こうした状況を踏まえ、本県においては、中間見直し時にこれまでの新
- 23 型コロナウイルス感染症対策に関する取組を整理することとし、第8次滋賀県保健医療計画の策
- 24 定時に「新興感染症等の感染拡大時における医療」に関する記載へと繋げていきます。
- 25 ○ 看護職員確保について、医療従事者の需給に関する検討会看護職員需給分科会中間とりまとめ
- 26 (令和元年(2019年)11月15日公表)にてとりまとめられた都道府県ごとの需給推計に基づい

1 て、施策や数値目標の見直しを行います。

3 主要分野の中間見直し結果

(1) 数値目標の達成状況

- 5 ○ 主要分野の5疾病、5事業および在宅医療に設定している数値目標 63 項目の中間見直し時点での達成状況について、23 項目において令和5年度（2023 年度）の目標値を達成しています。
- 7 ○ 目標値に達していない 40 項目のうち、22 項目については計画策定時に比べ数値が改善しています。また、8項目は横ばい、6項目は計画策定時から悪化しています。残りの4項目については、計画期間中に集計データの更新がなかった、集計データの算出方法が変更になり比較ができなくなったなどの理由により、データの集計ができませんでした。
- 11 ○ 分野別に見ると、がん、糖尿病、精神疾患および周産期等において多くの項目が目標達成、改善しています。

14 図表2-3-1-1 主要分野における数値目標の達成状況

分野	指標数計	目標達成	目標未達成			
			改善	横ばい	悪化	不明
がん	11	2	5	0	0	4
脳卒中	6	2	1	2	1	0
心筋梗塞	5	1	0	3	1	0
糖尿病	4	2	2	0	0	0
精神疾患	6	4	2	0	0	0
救急医療	4	2	1	0	1	0
災害医療	5	1	3	1	0	0
小児医療	6	2	3	1	0	0
周産期医療	5	3	1	1	0	0
へき地医療	1	0	0	0	1	0
在宅医療	10	4	4	0	2	0
計	63	23	22	8	6	4

(2) 主要分野の施策・指標の見直し

- 17 ○ ロジックモデルによる分析を実施したところ、目指す姿と取組みの方向性と施策のつながりを改めて見直し、おおむね妥当で効果が期待できる形に整理できました。
- 19 ○ また、多くの施策が計画通り実施できており、今後も引き続き実施していく必要がありますが、一部の施策では計画通り実施できていないものや、新型コロナウイルス感染症の影響により延期や縮小となる施策もありました。
- 22 ○ インパクト評価を実施するにあたっては、施策と併せて指標を設定する必要があり、現行計画では指標が十分に設定できていなかったことから、中間見直し時に主要分野毎の協議会等において意見を伺い、指標の追加、見直しを実施しました。中間見直し後の指標設定状況については図表2-3-2-1のとおりです。

1 図表2-3-2-1 中間見直し後の主要分野の目指す姿・施策と指標設定状況

分野	具体的な施策 ()内は指標数	取組の方向性 ()内は指標数	目指す姿 ()内は指標数	指標数計
がん	31 (0)	4 (12)	1 (4)	(16)
脳卒中	17 (0)	5 (6)	2 (6)	(12)
心筋梗塞	10 (0)	3 (4)	2 (5)	(9)
糖尿病	11 (3)	4 (3)	1 (2)	(8)
精神疾患	53 (1)	2 (6)	1 (1)	(8)
救急医療	15 (0)	6 (6)	1 (0)	(6)
災害医療	13 (0)	8 (8)	1 (0)	(8)
小児医療	19 (5)	9 (5)	2 (1)	(11)
周産期医療	13 (3)	5 (1)	1 (2)	(6)
へき地医療	12 (0)	3 (1)	1 (1)	(2)
在宅医療	32 (14)	6 (8)	2 (0)	(22)

2

3 ○ 中間見直しにおいて指標が充足できたため、第8次保健医療計画改定時にはこれら指標の進捗
4 を確認し、インパクト評価につなげていくこととします。

5 ○ なお、中間見直し時においても指標が設定できていない項目については、引き続き協議会等に
6 適切な指標を検討することとします。

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

1 第3部 総合的な医療福祉提供体制の整備

2 第1章 医療福祉提供体制のあり方

3

4 1 地域医療体制の整備

5 ○ 市町、保険者は、健康診断に基づく保健指導を通じて、ハイリスク者に対する診療所、病院で
6 の受診を推進することで、保健と医療および医療機関相互の連携を図ります。

7 ○ 本県の医療提供体制は、二次保健医療圏域を基本とし、地域の実情に応じて救急医療、災害時
8 における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療（小児救急医療を含む。）、居宅等における
9 医療（在宅医療）等の医療が効果的、効率的に提供できるよう整備・充実を図ります。

10 ○ 二次保健医療圏域で特定の医療機能が不足する場合には、隣接する保健医療圏域との連携を強
11 化したり、従来の二次保健医療圏域にかかわらず弾力的に圏域を設定したりするなど、限られた
12 医療資源を有効に活用することで、医療提供体制の確保を図ります。

13 ○ 三次保健医療圏域は、滋賀県全域として、特殊な診断や治療を必要とする高度・専門的な医療、
14 先進的な技術と医療機器の整備を必要とする医療などに対応します。

15

16 2 医療機関の機能分化と連携

17 ○ 超高齢社会・人口減少社会を迎え、人口の急速な高齢化に伴い医療需要の増加が見込まれる中、
18 限られた医療資源を効果的、効率的に活用するため、地域の医療機関の機能の分化と連携を進め
19 るとともに、在宅医療を進めることで、急性期から回復期、慢性期、在宅に至るまでの体制を構
20 築します。

21 ○ 医療機関が担っている医療機能（急性期、回復期、慢性期など）の情報を把握、分析し、必要
22 な医療機能がバランスよく提供される体制が構築されるよう努めます。

23 ○ 地域の医療機関が一体となって患者中心の医療を実現するため、入退院調整機能の充実や地域
24 連携クリティカルパス*の活用を進め、切れ目のない連携体制を構築できるよう努めます。

25 ○ 各保健医療圏域における医療機関の機能の分化と連携は、地域医療構想における将来推計を参
26 考に、県や市町、医療機関、医師会等で構成される地域医療構想調整会議において協議・調整を
27 行い、地域医療介護総合確保基金も活用しながら、関係者の協力を得て進めます。

28 ○ 病院と診療所の連携は、地域医療体制を構築する上で重要なことから、地域のかかりつけ医と
29 病院の適切な役割分担を図ることができる地域医療支援病院*（大津赤十字病院、市立大津市民
30 病院、済生会滋賀県病院、淡海医療センター、県立総合病院、公立甲賀病院、近江八幡市立総合
31 医療センター、東近江総合医療センター、彦根市立病院、市立長浜病院、長浜赤十字病院、高島
32 市民病院）の積極的・主体的な取組を求めています。また、開放病床の利用促進を図り、病院
33 と診療所の連携を推進します。

34

35 3 医療と介護の一層の連携

36 ○ 超高齢社会のもと、日常生活上の支援が必要な高齢者や医療・介護のニーズを併せ持つ高齢者
37 の増加が見込まれることから、医療と介護の一層の連携を図り、効率的かつ質の高い医療提供体
38 制の構築と地域の特性に応じた地域包括ケアシステムの構築を車の両輪として取り組んでいきま
39 す。

40 ○ 高齢者の増加に伴い新たに生じる在宅医療・介護サービス需要に適切に対応しながら、県民が

1 適切な場所で必要な医療・介護サービスを受けることができるよう、医療・介護のサービス提供
2 体制の整備を推進します。

3 4 4 公立・公的病院等の機能充実

5 ○ 公立・公的病院は、二次保健医療圏域の中核的医療機関として、病病連携、病診連携の中心に
6 なるとともに、地域の医療ニーズや県域全体のバランスを考慮し、効果的で効率的な医療機能の
7 充実が図れるよう、医療水準の向上に努めるものとします。

8 ○ 併せて、地域の医療機能の分化・連携を進めるため、公立病院にあっては「新公立病院改革ガ
9 イドライン*」を参考に策定する「新公立病院改革プラン」においてその果たすべき役割を明確
10 化し、経営の効率化、再編・ネットワーク化などに取り組むとともに、公的病院にあっては国か
11 らの要請に基づき策定する「公的医療機関等 2025 プラン」においてその果たすべき役割や将来の
12 方向性を示し、それに沿った取組を進めるものとします。

13 ○ 国の令和3年（2021年）12月の「公立病院経営強化に関する検討会」の中間とりまとめでは、
14 感染症拡大時に公立病院の果たす役割の重要性に加え、公立病院の経営が依然厳しく、今後、医
15 師の時間外労働規制への対応も迫られるなかで、持続可能な地域医療提供体制を確保するため
16 には、病院間の役割分担の明確化・最適化や医師等の確保などの取組を平時から進めておく必要が
17 あるとの課題認識が示され、公立病院の経営強化に向けて、①機能分化・連携強化の推進、②経
18 営形態の見直し、③医師・看護師等の確保、働き方改革の推進、④新興感染症に備えた平時から
19 の対応の4点がポイントとして挙げられました。

20 ○ 民間病院は、現在では、回復期、慢性期だけでなく、急性期における三次機能を担うなど、本
21 県が目指す切れ目のない医療を提供する重要な役割を担っており、今後も二次保健医療圏域のみ
22 ならず県全体の医療機能の充実に寄与するものと期待されます。

23 ○ 滋賀医科大学医学部附属病院は、県内唯一の特定機能病院*として、効率的で質の高い医療を
24 提供するとともに、大学では高度先進的医療の研究開発や優れた医師、看護師等の医療人材の育
25 成が行われています。引き続き患者の立場に立った全人的医療を理念として、本県の地域医療や
26 医療福祉の分野への貢献が期待されます。

27 ○ 県立病院では、県民の命と健康を守り、県民に信頼される病院として、医療を取り巻く環境変
28 化に対応しながら、県民が望む質の高い医療を提供していきます。今後の機能充実の方向は以下
29 のとおりです。

30 31 (1) 県立総合病院

32 ○ 県立の高度急性期医療機関として、急性期を中心とした病棟再編や救急医療提供体制の強化に
33 取り組むとともに、がん、心疾患、脳血管疾患等の生活習慣病に対する高度専門医療や、複合的
34 に生じる様々な疾患に対応する、安全で質の高い医療を提供します。

35 ○ がん医療に関しては、都道府県がん診療拠点病院として引き続き全県のがん医療の質の向上と
36 均てん化*を推進するとともに、手術、放射線治療、化学療法、免疫療法を組み合わせた総合的
37 な診療や、がんゲノム診療、ロボット手術、最新の放射線治療機器・施設の整備などによる高度
38 な診療を提供し、地域のがん診療の中核的医療機関としての機能を果たします。

39 ○ 地域医療支援病院として、急性期から回復期、在宅への切れ目のない医療の提供に向けて地域の
40 医療機関との役割分担と連携の強化を図り、地域の医療機関の人材育成を支援します。

- 1 ○ 新型コロナウイルス感染症をはじめとする新たな感染症の感染拡大時などにおいて、今後とも、
2 県立病院として必要な機能・体制を確保し、迅速かつ積極的に対応します。

4 (2) 小児保健医療センター

- 5 ○ 一般医療機関では対応困難な心身障害児、小児慢性疾患や難治性疾患に対する高度専門的かつ
6 包括的医療を充実・強化するとともに、県民ニーズに対応した全県的医療の提供を図ります。
7 ○ 周産期医療における後方支援病院として、NICU*（新生児集中治療管理室）および GCU*（新生
8 児治療回復室）に退院困難で長期入院している児の在宅移行に向けた受入れを行います。
9 ○ 在宅医療を支援するため、家族負担を軽減する短期入院を積極的に受け入れるとともに、地域
10 の医療機関や訪問看護ステーション*との連携を図ります。また、地域の受入体制整備への協力、
11 成人に達した患者の紹介窓口の設置など、小児期から成人期へ切れ目なく移行できる体制づくり
12 に努めます。

14 (3) 精神医療センター

- 15 ○ 県内の精神医療を担う中核施設として、地域医療機関や保健所など関係機関との連携のもと、
16 処遇困難症例を中心に高度・特殊専門治療の充実・向上を図るとともに、精神科救急医療システ
17 ムにおける後方病院として、処遇困難な救急患者に確実に対応できる体制を維持します。
18 ○ 依存症*治療拠点医療機関として、アルコール、薬物、ギャンブル等の依存症に対して依存症
19 治療等専門医療の推進を図ります。
20 ○ 医療観察法*に基づく鑑定入院および指定通院・指定入院医療機関としての役割を果たし、法
21 対象患者の円滑な社会復帰に努めます。
22 ○ 児童・思春期精神障害については、発達障害や摂食障害等の患者に対して地域の医療・保健機
23 関との連携により対応します。また、子どものこころの健全な成長発達を支援する医師の育成の
24 ため、県内の小児科医・精神科医を対象に、専門医研修をはじめとする各種研修を小児保健医療
25 センターとともに実施します。
26 ○ 退院促進等に向けた関連機関との連携強化を図るとともに、訪問看護等をより積極的に推進し、
27 地域で生活を送る退院後の患者への治療から社会復帰に至るまでの一貫したサービスを提供しま
28 す。

30 5 保健所機能の充実強化

- 31 ○ 近年の医療福祉を取り巻く環境の変化を背景に、多様化・高度化する地域住民のニーズに応え
32 るため、保健所には二次保健医療圏域での地域診断に基づく企画調整機能と技術的助言などの広
33 域的・専門的な役割が一層求められてきています。
34 ○ 健康づくりや介護予防などの取組について、関係団体、学校、企業等による活動や市町の施策
35 との積極的な連携・協働を図り、健康づくりを支援します。
36 ○ 保健所がコーディネーターの役割を果たしながら、関係機関や住民の参加によるネットワー
37 づくりを進め、圏域単位で策定している医療福祉ビジョンの取組を地域が一体となって実践する
38 ことにより、地域・住民が守り育てる医療福祉の実現に努めます。
39 ○ 保健所は、2025 年を見据えた地域包括ケアシステムの構築に向け、市町、関係機関・団体と地
40 域の課題や取組の方向性等を共有するとともに、連携・協働しながら、切れ目のない円滑な医療

- 1 福祉サービスの提供体制の確保に努めます。
- 2 ○ 災害や感染症などの健康危機事案に備えて、平常時から市町・関係団体等と連携し、情報共有
- 3 や体制整備に努めるとともに、発生時には、市町・医療機関等との調整を図り、被害を受けた者
- 4 や地域住民に対する医療福祉を確保し、心のケア等の支援を行います。
- 5

1 第2章 地域医療構想

- この計画においては、平成28年（2016年）3月に策定した「滋賀県地域医療構想」を、引き続き医療計画において定めるべき「地域医療構想」に位置付けるものとします。
- この「滋賀県地域医療構想」に基づき、地域ごとの病床機能の分化・連携を推進していくこととします。
- 「滋賀県地域医療構想」の概要は、以下のとおりです。

1 地域医療構想策定の趣旨

- 我が国では、令和7年（2025年）には、団塊の世代全てが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。
- 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、各都道府県において地域医療構想を策定することが義務づけられました。その目的は、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す。
- これを受け、本県でも平成28年（2016年）3月に「滋賀県地域医療構想」を策定しました。

2 滋賀県地域医療構想の概要

（1）構想区域の設定

- 地域医療構想における構想区域については、現在の二次保健医療圏と同様の範囲としていますが、今後二次保健医療圏の見直し検討に合わせ、必要に応じて見直すこととします。

（2）医療機能の現状

ア 病床機能報告制度について

- 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（一般病床および療養病床）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、次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。

1 図表 3-2-2-1 医療機能4区分

機能区分	医療機能の内容
高度急性期	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> 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または難病患者等を入院させる機能

2 注1：回復期機能については、「リハビリテーションを提供する機能」や「回復期リハビリテーション機能」のみではなく、現状において、リハビリテーションを提供していなくても「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療」を提供している場合には、回復期機能を選択できることとされています。

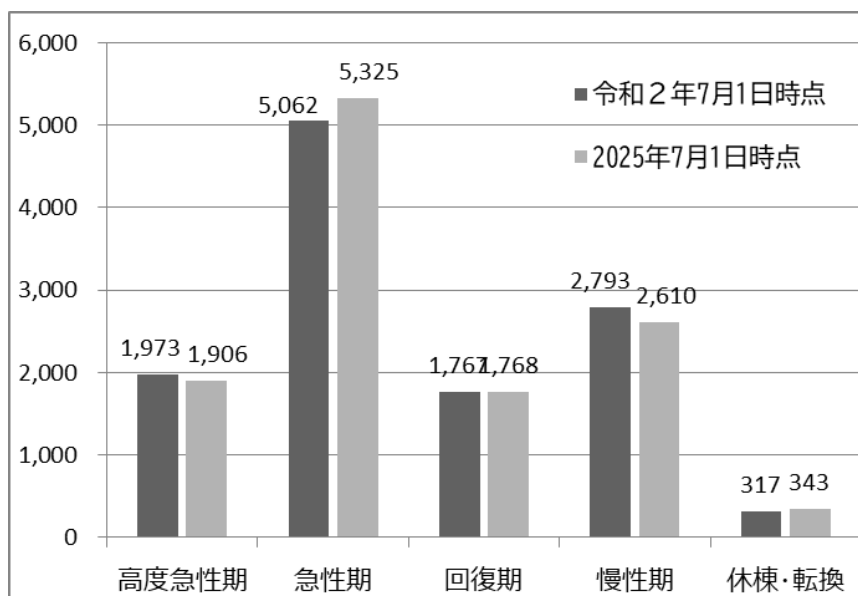
3
4
5
6 注2：地域包括ケア病棟については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は、回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択することとされています。

7
8
9
10 **イ 病床機能報告の結果**

11 ○ 令和2年度(2020年度)の病床機能報告では、対象医療機関は、86機関(50病院、36診療所)、対象病床数は、11,912床です。

12
13 ○ 令和2年(2020年)7月1日時点の医療機能の内訳、令和7年(2025年)7月1日時点の医療機能の予定は次の図表のとおりとなっています。

14
15
16 図表 3-2-2-2 医療機能別病床数(県全体)



1 図表 3-2-2-3 医療機能別病床数（県全体）

2 令和2年（2019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	休棟等	合計
病床数 ①	1,973	5,062	1,767	2,793	317	11,912
構成比	16.6%	42.5%	14.8%	23.4%	2.7%	100.0%



6 令和7年（2025年）7月1日時点の医療機能の予定

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟等	合計
病床数 ②	1,906	5,325	1,768	2,610	343	11,952
構成比	15.9%	44.6%	14.8%	21.8%	2.9%	100.0%
合②-①計	▲67	263	1	▲183	26	40

7

8 (3) 医療需要の推計

9 ア 推計の考え方

- 10 ○ 構想区域ごと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
11 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
12 られています。これらに基づき、医療需要と必要病床数については、4つの医療機能（高度急
13 急性期、急性期、回復期、慢性期）ごとに推計しています。
- 14 ○ 高度急性期、急性期および回復期の医療機能は、患者に対して行われた診療行為を診療報酬
15 の出来高点数（入院基本料相当分は含まない）で換算した値（以下「医療資源投入量」という。）
16 で区分します。
- 17 ○ 慢性期の医療機能は、医療資源投入量を用いず、慢性期機能の入院患者数の一定割合につい
18 て、在宅医療等に対応する患者数として見込む前提で推計しています。

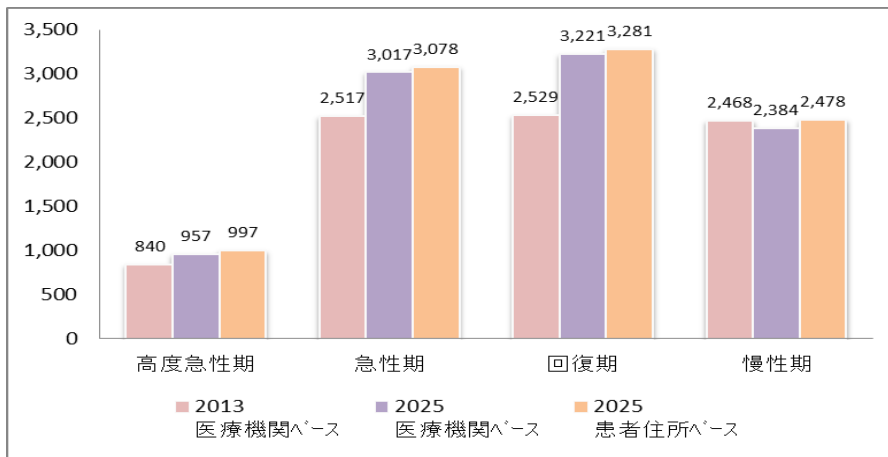
19

20 イ 医療機能別の推計

- 21 ○ 医療機能別の医療需要推計では、「医療機関所在地ベース」と「患者住所地ベース」の2つ
22 の推計値がありますが、滋賀県地域医療構想では、医療機関所在地ベースに基づき病床数を推
23 計しています。
- 24 　ただし、今後の関係者の協議においては、患者住所地ベースによる医療需要についても参考
25 としながら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。
- 26
- 27 ○ 医療機関所在地ベースでは、令和7年（2025年）の1日あたり医療需要は高度急性期が957
28 人、急性期が3,017人、回復期が3,221人、慢性期が2,384人と推計されます。
- 29
- 30
- 31
- 32

1 図表3-2-2-4 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)①	2025年推計		医療需要 増減(人/日)				+流入 -流出 ②-③
			医療需要 〔医療機関〕 (人/日)②	医療需要 〔患者住所〕 (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	2025需要②-2013需要①	2025需要③-2013需要①	
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	2,468	2,384	2,478	-84	96.6%	10	100.4%	-94
	計	8,354	9,579	9,834	1,225	114.7%	1,480	117.7%	-255



3
4
5 ○ 在宅医療等の需要は、平成 25 年（2013 年）の 9,278 人/日に対して、令和 7 年（2025 年）
6 は、医療機関所在地ベースの場合、13,995 人/日（1.51 倍）と見込まれています。

8 図表3-2-2-5 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
滋賀県	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%

9
10 ※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
11 る分の需要も含まれています。

13 (4) 令和 7 年（2025 年）における必要病床数

- 14 ○ 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）
15 に基づき推計しています。
- 16 ○ 各構想区域における令和 7 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
17 めることとされています。
- 18 ○ 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
19 性期 92%となっています。
- 20 ○ 推計の結果、令和 7 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
21 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。

1 図表3-2-2-6 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) 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)	病床の必要量(病床稼働 率で割り戻した病床数) ③ (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

2
3
4 図表3-2-2-7 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) 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)	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
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

27
28 **3 滋賀県地域医療構想策定後の取組**

29 **(1) 地域医療構想調整会議**

- 30 ○ 地域医療構想策定後、平成 28 年度(2016 年度)から構想区域ごとに、地域の医療関係者、保
31 険者をはじめとする関係者で構成する地域医療構想調整会議を設置し、地域医療構想の実現に向
32 けた協議を行っています。
- 33 ○ 今後も引き続き、各構想区域での現状や課題、目指すべき方向性について認識の共有を図ると
34 ともに、医療機能の分化・連携に向けた協議を進めます。

- 1 (2) 滋賀県地域医療構想調整推進会議
2 ○ 令和元年度（2019年度）から構想区域ごとの地域医療構想調整会議における議論が円滑に進む
3 よう情報の共有その他構想区域を超えた広域での調整が必要な協議等を行うため、滋賀県地域医
4 療構想調整推進会議を設置しました。
5
- 6 (3) 地域医療連携推進法人の認定制度
7 ○ 平成27年（2015年）9月に医療法が改正され、地域医療連携推進法人制度が施行されました。
8 地域医療連携推進法人とは、地域において良質かつ適切な医療を効率するため、病院等に係る業
9 務の連携を推進するための方針（医療連携推進方針）を定め、医療連携推進業務を行う一般社団
10 法人を都道府県知事が認定する制度であり、本県では平成31年（2019年）4月に湖西区域にお
11 いて「地域医療連携推進法人 滋賀高島」が認定され、令和2年（2020年）4月に湖南区域にお
12 いて「地域医療連携推進法人 湖南メディカル・コンソーシアム」が認定、令和4年（2022年）
13 4月に東近江区域において「地域医療連携推進法人 東近江メディカルケアネットワーク」が認定
14 されています。
15
- 16 (4) 重点支援区域の指定
17 ○ 経済財政運営と改革の基本方針2019（令和元年6月21日閣議決定）において、地域医療構想
18 の実現に向け、令和7年（2025年）において達成すべき医療機能の再編、病床数等の適正化に
19 沿ったものとなるよう、重点支援区域の設定を通じて国による助言や集中的な支援を行うことと
20 されました。本県では、湖北区域において、地域の持続可能な医療提供体制をつくっていくため、
21 区域内の4病院（市立長浜病院、長浜市立湖北病院、長浜赤十字病院、セフィロト病院）の医療
22 機能の再編統合について、具体的な課題について更に検討を進めるため重点支援区域の指定を受
23 けてさらなる検討を進めていきます。
24
- 25 (5) 新型コロナウイルス感染症を踏まえた医療提供体制の構築
26 ○ 今般の新型コロナウイルス感染症の感染拡大は、我が国の医療提供体制に多大な影響を及ぼし、
27 局所的な病床・人材不足の発生、感染症対応も含めた医療機関間の役割分担・連携体制の構築、
28 マスク等の感染防護具や人工呼吸器等の医療用物資の確保・備蓄など、地域医療の様々な課題が
29 浮き彫りとなってきました。
30 ○ 一方で、人口減少・高齢化は着実に進みつつあり、医療ニーズの質・量が徐々に変化するとと
31 もに、労働力人口の減少によるマンパワーの制約も一層厳しくなりつつあることや、各地域にお
32 いて、こうした実態を見据えつつ、質の高い効率的な医療提供体制を維持していくため、医療機
33 能の分化・連携の取組は必要不可欠であることなど、地域医療構想の背景となる中長期的な状況
34 や見通しは変わっていません。
35 ○ したがって、引き続き進行する人口構造の変化を見据えた上で、新興感染症等が発生した際の
36 影響にも留意しつつ、質の高い効率的な医療提供体制の構築に向けた取組を着実に進める必要が
37 あることから、本県においては国の動向を踏まえつつ、引き続き地域の実情に応じた病床機能の
38 分化と連携の議論を進めていきます。

1 第3章 疾病・事業ごとの医療福祉体制

2 1 がん

4 目指す姿

- 県民ががんを知り、がんを予防し、がんになっても納得した医療・支援が受けられ、自分らしく暮らせる滋賀を目指す

9 取組の方向性

- (1) 科学的根拠に基づくがんの予防・がん検診の充実
- (2) 患者本位のがん医療の実現
- (3) 尊厳をもって安心して暮らせる社会の構築
- (4) これらを支える基盤の整備

15 施策の進捗、評価

16 (1) 科学的根拠に基づくがんの予防・がん検診の充実

17 ア がんの予防

- 年齢調整罹患率（人口10万対）のデータの出典が、がん罹患モニタリング集計から全国がん登録*に変わり、計画策定時（2013年）との比較は不可能となりました。
- 県の年齢調整罹患率（人口10万対）（2018年全国がん登録）では、男性444.8（全国447.2）、女性325.8（全国341.1）と全国に比べて低く、関係機関とともに、禁煙支援や野菜摂取の啓発など、がんのリスクを減少させる生活習慣等の正しい知識を普及する取組を実施した効果と考えられます。
- 県は、関係機関とともに、県民に対して適正体重*が維持できるよう、食生活改善や身体活動の習慣化のための支援を進めてきましたが、滋賀の健康・栄養マップ調査を令和4年度（2022年度）に実施し、結果公表は令和5年度（2023年度）予定のため、指標の評価ができません。

27 イ がんの早期発見、がん検診

- がん検診受診率は、令和元年（2019年度）国民生活基礎調査によると、胃がん37.1%、肺がん44.1%、大腸がん40.5%、乳がん38.0%、子宮頸がん36.7%で、個別勧奨や職域と連携した取組により、向上または横ばいとなっていますが、がん検診の受診率50%の目標には及ばない状況です。
- 新型コロナウイルス感染症への感染の不安から、市町が行うがん検診の受診者数が令和2年度（2020年度）は前年度と比較して約2割減少しています。
- 県、市町、検診機関は、「がん検診チェックリスト」により、がん検診精度管理の強化や事業評価の実施に努めてきました。
- 市町は、全国健康保険協会（協会けんぽ）などの保険者と協力して、がん検診と特定健康診査を同時に行うなど、住民の利便性を考慮し受診率向上を図ってきました。

38 (2) 患者本位のがん医療の実現

39 ア がん医療の充実

- がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院、地域がん診療連携支援病院は、相互に連携を行い、

1 必要な医療を提供してきました。

- 2 ○ がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院は、がん診療連携拠点病院等の整備に関する指針（以
3 下「指針」という。）に基づき、がん医療提供体制の整備を進めてきましたが、指針の指定要件を
4 満たす医師（病理や放射線）、看護師、薬剤師、相談員など、人材確保が課題となっています。
- 5 ○ がんゲノム医療中核拠点病院の連携病院として、滋賀医科大学医学部附属病院と県立総合病院
6 が指定されました。また、県は、滋賀医科大学医学部附属病院への機器整備や認定遺伝カウンセ
7 ラーの配置を支援することで、がんゲノム医療を受けられる体制を整備しました。県立総合病院
8 では、高度医療センター内に遺伝子診療センターを開設し、各診療科や部門が連携し、遺伝子に
9 関する検査をできる体制を整備しました。県民に対しては、がん医療フォーラムや滋賀の療養情
10 報への掲載により、がんゲノム医療に関する情報提供を行いました。

11 イ がん種やライフステージ*に応じたがん医療の提供

- 12 ○ 希少がん*・難治性がん*について、各病院が対応可能ながんを公表しており、がん種によって
13 他の医療機関と連携した治療が実施されています。
- 14 ○ 大津赤十字病院、滋賀医科大学医学部附属病院、近江八幡市立総合医療センターが近畿ブロッ
15 ク小児がん連携病院に指定され、均てん化が可能ながん種についての医療の提供、小児がんの晩
16 期合併症*や二次がんについての長期フォローアップの医療連携を推進しています。
- 17 ○ AYA 世代*サロンの開設や小児がん専門相談の開設により、小児・AYA 世代の相談体制の強化を
18 図りました。
- 19 ○ 県およびがんの指定病院は、将来子どもを持つことを希望するがん患者に対して、治療前に正
20 確に生殖機能への影響と治療について情報提供が行われるように、がんの指定病院での研修会の
21 実施や、啓発リーフレットの作成を行いました。

22 ウ 病理診断

- 23 ○ 県は、県内の病理診断医の育成と不足を補うため、全県型遠隔病理診断 ICT ネットワーク（さ
24 ざなみ病理ネットワーク）を活用して、正確かつ迅速な病理診断を提供する体制を推進してきま
25 した。
- 26 ○ ネットワーク参画機関は令和3年度（2021年度）現在で1機関の増加にとどまっていますが、
27 遠隔病理診断*による術中迅速診断*の件数は、ネットワーク開始時から増加しており、病理診断
28 医が不足している病院においてもネットワークの速さをいかした術中迅速診断を可能にする体制
29 の構築に一定の効果が出ているものと考えられます。

31 (3) 尊厳をもって安心して暮らせる社会の構築

32 ア がんと診断された時からの緩和ケア*の推進

- 33 ○ 緩和ケアの質の向上に関して、評価指標が未設定であったため、検討を行う必要がありました。
- 34 ○ 県とがん診療連携拠点病院、地域がん診療病院、地域がん診療連携支援病院は、がん診療に携
35 わる医療従事者の緩和ケア研修会の受講促進に取り組んできました。
- 36 ○ 令和元年度（2019年度）に実施した「滋賀県がん患者調査」は、滋賀県在住で県内のがん診療
37 連携拠点病院、地域がん診療病院、地域がん診療連携支援病院に入院または通院する18歳以上の
38 がん患者に対して、受療状況、暮らしや医療に対する満足度やがん医療に関する認知度などに
39 ついて調査し、滋賀県のがん患者の実情を明らかにすることで、県が取り組むべき課題を明確化し、
40 具体的な施策に役立てること、また、県内のがん患者の姿を公表することで、県民の「がん」へ

1 の関心と理解を深めることを目的としました。

- 2 ○ 調査では、がん患者が抱えている痛み、必要としている情報、行政や医療機関への意見などの
3 貴重なデータを得ることができました。今後、本調査に加え、令和4年度（2023年度）に再度実
4 施予定の「滋賀県がん患者調査」を基に第8次保健医療計画に向けて評価指標も含めて検討して
5 いく予定です。

6 **イ 相談支援、情報提供**

- 7 ○ 県は、患者団体や関係機関が行う取組に対し支援を行い、相談会や講演会、交流会を通じてが
8 ん患者・家族に情報提供やがんに関する正しい知識の周知を図りました。

- 9 ○ 県は、小児がん専門相談を開設し、小児がん患者や家族に対する相談支援体制を整備しました。

- 10 ○ 県は、がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院、地域がん診療連携支援病院に対し、がん相
11 談支援センター、がん相談窓口の質の向上と利用の増加を図るため補助を行いました。その結果、
12 相談件数は増加し、がん相談支援センターやがん相談窓口の相談員の複数配置を維持することが
13 できました。

14 **ウ 地域連携と在宅医療の充実**

- 15 ○ 県および医療機関は、がん患者が望む場所での治療や療養が可能になるような医療・介護の提
16 供体制の構築に努めました。在宅療養支援診療所*や訪問看護ステーションなどの機関は増加し
17 ており、在宅療養にかかる体制は向上しているものと考えられます。

18 **エ がん患者・家族等の社会的な問題への支援**

- 19 ○ 労働局と合同による就労支援専門部会を開催し、がん患者の就労支援にかかる関係機関が連携
20 体制の強化を図りました。

- 21 ○ 県は、がん患者の治療と仕事の両立支援に関しての優良な取組を行っている事業所に対して表
22 彰制度を実施することにより、「治療と仕事の両立」の必要性や意義について、社会・企業に広く
23 定着させるとともに、成果をあげている取組を周知することにより、企業におけるがんをはじめ
24 とした傷病を抱えている従業員に対する治療と仕事の両立を推進することを目指しました。

- 25 ○ 県と医療機関は、がん患者の経済的負担の心配や外見変化の悩みに対して、がんの相談窓口や
26 滋賀のがんポータルサイト「がん情報しが」、滋賀の療養情報で相談支援や情報提供を行ってきま
27 した。また、外見変化に悩むがん患者に対しては、医療用ウィッグ等の購入費用に対する補助を
28 実施しました。

29 **オ ライフステージに応じたがん対策**

- 30 ○ 県およびがん診療連携拠点病院、地域がん診療病院、地域がん診療連携支援病院は、妊孕性温
31 存治療について医療従事者に対して知識習得と対応のための研修を開催しました。また、県は、
32 小児・AYA世代のがん患者、家族関係者のための相談、研修、会議を開催し、小児・AYA世代
33 のがん患者の支援体制について検討を行いました。

35 **(4) これらを支える基盤の整備**

36 **ア 人材育成**

- 37 ○ 県は、がん医療の均てん化のために、がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院、地域がん診
38 療連携支援病院に対して補助金を活用し、専門的な医療従事者や相談支援従事者、認定看護師の
39 育成を支援してきました。

- 40 ○ 県は、滋賀医科大学医学部附属病院が行う高度ながん医療を担う医療従事者の育成に対し支援

1 を行ってきました。

2 イ がん教育、がんに関する知識の普及啓発

3 ○ がん教育を実施する学校においては、「がんについて正しく理解する」ことと、「健康と命の大
4 切さについて考えることができるようにする」ことを目標とし、外部講師を活用した学習の推進
5 に努めることができました。

6 ○ がん教育を実施する学校においては、関係機関等との連携により、がんの治療や緩和ケア等の
7 ほか、がん経験者の参画を通して、がん教育の内容を発展的に展開することができました。

8 ○ 県、がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院、地域がん診療連携支援病院、関係機関は、が
9 ん情報ポータルサイト「がん情報しが」の充実、滋賀の療養情報の作成により、がん患者や家族
10 ががんに関する正しい知識や情報を入手できるよう努めました。

11 ウ がん登録

12 ○ 県は、令和元年度（2019年度）から全国がん登録滋賀県がん情報の提供を開始し、がん登録専
13 門部会で審査したデータをがん情報しがに掲載し、県民に対してがん登録に関する適切な情報提
14 供を行っています。

16 [国の制度]

17 ○ 都道府県がん診療連携拠点病院（1か所）

18 [役割] 地域がん診療連携拠点病院に対する診療支援、医療従事者に対する研修の実施など、
19 県内のがん医療のコーディネーターの役割を担う。知事の推薦に基づき厚生労働大
20 臣が指定。

21 [病院名] 滋賀県立総合病院

22 ○ 地域がん診療連携拠点病院（高度型）（1か所）

23 [役割] 地域がん診療連携拠点病院のうち、特に診療機能等が高いものとして、同一の医療
24 圏域の中で1か所を知事の推薦に基づき、厚生労働大臣が指定。

25 [病院名] 滋賀医科大学医学部附属病院

26 ○ 地域がん診療連携拠点病院（3か所）

27 [役割] 各二次保健医療圏域において、専門的ながん医療の提供を行うとともに、圏域内の
28 医療機関に対する診療支援、医療従事者に対する研修、患者等に対する相談支援な
29 どを行う。知事の推薦に基づき、厚生労働大臣が指定。

30 [病院名] 大津赤十字病院、彦根市立病院、市立長浜病院

31 ○ 地域がん診療病院（2か所）

32 [役割] がん診療連携拠点病院（決められた要件を満たした厚生労働大臣指定の病院）が無
33 い地域（2次医療圏）に、基本的に隣接する地域のがん診療連携拠点病院のグルー
34 プとして指定され、拠点病院と連携しつつ、専門的ながん医療の提供、相談支援や
35 情報提供などの役割を担う。知事の推薦に基づき、厚生労働大臣が指定。

36 [病院名] 公立甲賀病院、高島市民病院

39 [県の制度]

40 ○ 滋賀県がん診療連携拠点病院（2か所）

- 1 〔役 割〕 上記、都道府県がん診療連携拠点病院の機能と同じ。知事が指定。
- 2 〔病院名〕 滋賀医科大学医学部附属病院、滋賀県立総合病院
- 3 ○ 滋賀県がん診療高度中核拠点病院（1か所）
- 4 〔役 割〕 がん医療における高度先進医療を提供するとともに、医師等の人材支援、人材育成
- 5 の中核を担う。知事が指定。
- 6 〔病院名〕 滋賀医科大学医学部附属病院
- 7 ○ 滋賀県がん診療広域中核拠点病院（1か所）
- 8 〔役 割〕 大津保健医療圏域における専門的ながん医療の提供に加え、広域的に専門的ながん
- 9 医療の提供を行う。知事が指定。
- 10 〔病院名〕 大津赤十字病院
- 11 ○ 滋賀県地域がん診療連携支援病院（6か所）
- 12 〔役 割〕 がん診療連携拠点病院と連携し、各二次保健医療圏域において専門的ながん医療の
- 13 提供を行う。病院からの申請に基づき、知事が指定。
- 14 〔病院名〕 市立大津市民病院、淡海医療センター、済生会滋賀県病院、近江八幡市立総合医療
- 15 センター、東近江総合医療センター、長浜赤十字病院
- 16

17 **評価を踏まえた中間見直し**

18 **（１） 科学的根拠に基づくがんの予防・がん検診の充実**

19 **ア がんの予防**

- 20 ○ 県は関係機関とともに、県民に対してがんのリスクを減少させる生活習慣とがんと関係する感
- 21 染症について正しい知識を普及します。
- 22 ○ 生活習慣の指標については、令和4年度（2022年度）に実施する滋賀の健康・栄養マップ調査
- 23 の結果を踏まえ、県は関係機関とともに、第8次保健医療計画に向け、検討を行います。

24 **イ がんの早期発見、がん検診**

- 25 ○ 県および関係機関は、職域との連携により各種がん検診の受診率を向上します。
- 26 ○ 新型コロナウイルス感染症による受診控えがないよう、定期的な検診の受診をすすめていきま
- 27 す。
- 28 ○ 県のがん検診の受診率の評価指標にはがん検診受診率の対象年齢の上限がなく国の指標と異なる
- 29 ため比較が困難であることから、現在の「対象年齢上限なし」に「対象年齢69歳まで」を併記
- 30 する形に見直すこととします。
- 31 ○ 県は、市町や関係機関とともに、精度が高いがん検診が出来るように引き続き取り組んでいき
- 32 ます。
- 33 ○ 市町は、全国健康保険協会（協会けんぽ）などの保険者と協力して、がん検診と特定健康診査
- 34 を同時に実施するなど、受診しやすい体制、方法を整備していきます。
- 35

36 **（２） 患者本位のがん医療の実現**

37 **ア がん医療の充実**

- 38 ○ がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院、地域がん診療連携支援病院は、相互の連携により、
- 39 医療の均てん化に取り組みます。
- 40 ○ がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院は、診療体制や診療実績など指針の指定要件を満た

- 1 すよう努めます。
- 2 ○ 県とがん診療連携拠点病院は、がんゲノム医療が受けられる体制を推進します。
- 3 ○ 県は、令和4年度（2023年度）に実施予定の滋賀県がん患者調査を基に、第8次保健医療計画
- 4 に向けて評価指標も含めて検討していきます。
- 5 **イ がん種やライフステージに応じたがん医療の提供**
- 6 ○ がんの指定病院は、希少がん・難治性がんの治療について医療機関の連携を推進します。
- 7 ○ 近畿ブロック小児がん連携病院は、均てん化が可能ながん種についての医療の提供、小児がん
- 8 の晩期合併症や二次がんについての長期フォローアップの医療連携を推進します。
- 9 ○ 県およびがんの指定病院は、小児がん・AYA世代のがんが適切な治療を受けられるよう医療機
- 10 関の連携を進めます。
- 11 ○ 県は、令和4年度（2022年度）に実施予定の滋賀県がん患者調査を基に、第8次保健医療計画
- 12 に向けて評価指標も含めて検討していきます。
- 13 **ウ 病理診断**
- 14 ○ 今後も引き続き全県型遠隔病理診断 ICT ネットワーク（さざなみ病理ネットワーク）を活用し
- 15 て、正確かつ迅速な病理診断を提供する体制を推進していきます。
- 16
- 17 **(3) 尊厳をもって安心して暮らせる社会の構築**
- 18 **ア がんと診断された時からの緩和ケアの推進**
- 19 ○ 県とがん診療連携拠点病院、地域がん診療病院、地域がん診療連携支援病院は、緩和ケア提供
- 20 体制の整備や緩和ケア研修会の受講促進、緩和ケアについての正しい知識の普及啓発を、継続し
- 21 て推進していきます。
- 22 ○ 県は、令和4年度（2023年度）に実施予定の滋賀県がん患者調査を基に、第8次保健医療計画
- 23 に向けて評価指標も含めて検討していきます。
- 24 **イ 相談支援、情報提供**
- 25 ○ 県は、患者団体や関係機関が行う取組に対し支援し、がん患者・家族への情報提供やがんに関
- 26 する正しい知識の周知を図ります。
- 27 ○ 今後も、がん相談支援センター、がん相談窓口は、相談支援者の質の向上と利用の増加を図り
- 28 ます。
- 29 ○ 県は、令和4年度（2023年度）に実施予定の滋賀県がん患者調査を基に、第8次保健医療計画
- 30 に向けて評価指標も含めて検討していきます。
- 31 **ウ 地域連携と在宅医療の充実**
- 32 ○ 県および関係機関は、がん患者が望む場所での治療や療養が可能になるような医療・介護の提
- 33 供体制の構築に努めます。
- 34 ○ 県は、令和4年度（2023年度）に実施予定の滋賀県がん患者調査を基に、第8次保健医療計画
- 35 に向けて評価指標も含めて検討していきます。
- 36 **エ がん患者・家族等の社会的な問題への支援**
- 37 ○ 県、労働局、医療機関および関係機関は、がん患者の就労支援にかかる連携体制の強化を図り
- 38 ます。
- 39 ○ 県は、県民やがん患者、事業所に対し、がん治療と仕事の両立支援についての啓発を行います。
- 40 ○ 県および医療機関は、外見変化に悩むがん患者に対して相談支援や情報提供を行います。

- 1 ○ 県は、令和4年度（2023年度）に実施予定の滋賀県がん患者調査を基に、第8次保健医療計画
2 に向けて評価指標も含めて検討していきます。

3
4 **オ ライフステージに応じたがん対策**

- 5 ○ 県およびがん診療連携拠点病院、地域がん診療病院、地域がん診療連携支援病院は、がん患者
6 の年代や状況に応じた情報提供や支援を行います。

- 7 ○ 県は、令和4年度（2023年度）に実施予定の滋賀県がん患者調査を基に、第8次保健医療計画
8 に向けて評価指標も含めて検討していきます。

9
10 **(4) これらを支える基盤の整備**

11 **ア 人材育成**

- 12 ○ 県は、がん医療の均てん化のためにがん医療従事者や相談支援従事者の育成を推進します。

- 13 ○ 県は、高度ながん医療を担う医療従事者の育成を推進します。

- 14 ○ 県は、令和4年度（2023年度）に実施予定の滋賀県がん患者調査を基に、第8次保健医療計画
15 に向けて評価指標も含めて検討していきます。

16 **イ がん教育、がんに関する知識の普及啓発**

- 17 ○ 学校と関係機関は、発達年齢に応じたがん教育を推進します。また、学校や地域の実態に応じ
18 て外部講師を活用し、出前授業や講演会等により、多様な指導方法の工夫に努めます。

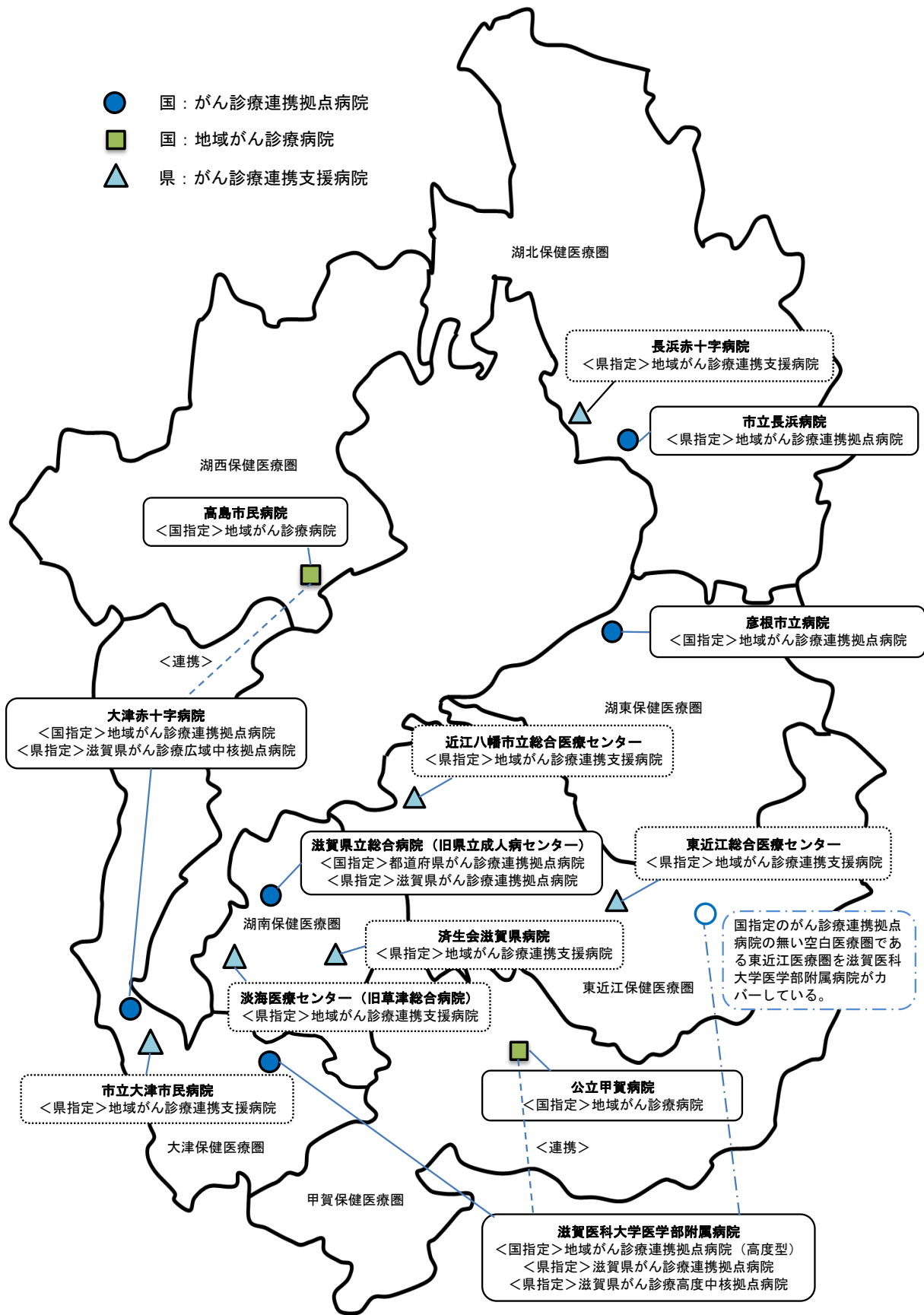
- 19 ○ 県、がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院、地域がん診療連携支援病院は、がん情報ポー
20 タルサイト「がん情報しが」の充実、滋賀の療養情報の作成等により、県民および関係者ががん
21 に関する正しい知識や新しい情報を入手できるように努めます。

- 22 ○ 県は、令和4年度（2023年度）に実施予定の滋賀県がん患者調査を基に、第8次保健医療計画
23 に向けて評価指標も含めて検討していきます。

24 **ウ がん登録**

- 25 ○ 県は、県民や医療従事者に対してがん登録に関する適切な情報提供を行います。

1 図表 3-3-1-1 滋賀県のがんに関する指定病院



1 《数値目標》

目標項目	基準値	現状値	目標値 (R5)	備考
目指す姿（分野アウトカム）				
がん年齢調整罹患率	男性 421.8 女性 280.6 (H25年)	男性 444.8 女性 325.8 (H30年)	減少	データの出典が全国がん登録になり、H25年との比較が不可能。 【参考】全国 男性 447.2 女性 341.1
75歳未満年齢調整死亡率 (人口10万人あたり)	70.0 (H28年)	62.1 (R2年)	減少	厚生労働省人口動態統計
5年相対生存率	全部位 60.9 (H28年公表)	全部位 64.4 (R2年公表)	向上	がん罹患モニタリング集計（がん登録）
取組の方向性（中間アウトカム）				
成人喫煙率	男性 29.1% 女性 4.0% (H27年)	令和4年度に調査実施し、令和5年度結果公表予定。	男性 27.2% 女性 3.0%	滋賀の健康・栄養マップ調査
がん検診受診率	胃がん 37.1% 肺がん 41.1% 大腸がん 38.8% 乳がん 34.2% 子宮頸がん 33.2% (H28年)	胃がん 37.1% 肺がん 44.1% 大腸がん 40.5% 乳がん 38.0% 子宮頸がん 36.7% (R1年)	全ての受診率について50%	国民生活基礎調査 *子宮がんは20歳以上 その他のがんは40歳以上
圏がん検診受診率 (対象年齢69歳まで)		胃がん 41.8% 肺がん 48.8% 大腸がん 44.9% 乳がん 48.0% 子宮頸がん 44.3% (R1年)	全ての受診率について50%	国民生活基礎調査 *子宮がんは20歳以上 その他のがんは40歳以上

2
3
4
5
6
7
8
9

1 ロジックモデル

番号	具体的な施策(アウトプット)
----	----------------

がんの予防	
1	生活習慣とがんに関係する感染症についての知識の普及
2	食生活改善と身体活動の習慣化のための支援

がんの早期発見、がん検診	
3	各種がん検診の受診率向上
4	がん検診精度管理向上
5	がん予防・検診専門部会、がん検診検討会、がん検診精度管理事業、がん登録の利用によるがん検診の精度管理

がん医療の充実	
6	医療の均てん化
7	診療ガイドラインに基づく集学的治療
8	がんゲノム医療が受けられる体制を推進
9	医療機関におけるセカンドオピニオン
10	多職種による検討会を実施し患者の状態に応じたがん医療の提供
11	質の高いリハビリテーションの提供
12	滋賀医大を中心に、高度・先進的ながん医療の開発、研究、人材育成

がん種やライフステージに応じたがん医療の提供	
13	希少がん・難治性がんに対して県内で治療できる医療提供体制の検討
14	小児がん、AYA世代のがんに対する医療機関の連携促進
15	高齢者のがん患者に対する診療ガイドラインの普及

病理診断	
16	遠隔病理診断を活用した病理診断体制の維持

番号	取組の方向性(中間アウトカム)
----	-----------------

1	科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実	
	指標	成人喫煙率(男・女)
		がん検診受診率(胃・肺・大腸・乳・子宮) ※対象年齢69歳までの受診率を併記

2	患者本位のがん医療の実現	
	指標	(検討中)

番号	目指す姿(分野アウトカム)
----	---------------

1	県民が、がんを知り、がんを予防し、がんになっても納得した医療・支援が切れ目なく受けられ、自分らしく暮らせる滋賀を目指す	
	指標	がん年齢調整り患率(男・女)
		75歳未満年齢調整死亡率(人口10万人あたり) 5年相対生存率

- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8

番号	具体的な施策(アウトプット)
----	----------------

がんと診断された時からの緩和ケアの推進	
17	がん診療に関わる医療従事者の緩和ケア研修会の受講促進
18	緩和ケアについての県民の理解をすすめる、早期に受けられるよう医療機関の体制強化

相談支援、情報提供	
19	患者団体や医療機関が行う取組の支援
20	相談支援員の質の向上と利用の増加

地域連携と在宅医療の充実	
21	がん患者が望む場所での治療や療養が可能になるよう医療・介護の提供体制の構築
22	地域連携クリティカルパスの活用促進

がん患者・家族等の社会的な問題への支援	
23	離職防止や再就職のための就労支援の充実
24	外見変化に悩む患者に対して相談支援、情報提供

ライフステージに応じたがん対策	
25	がん患者の年代や状況に応じた情報提供や支援
26	高齢のがん患者の意思決定についての支援の検討

人材育成	
27	がん医療の均てん化のためにがん医療・相談支援従事者の育成の推進
28	高度ながん医療を担う医療従事者の育成推進

がん教育、がんに関する知識の普及啓発	
29	発達年齢に応じたがん教育の実施
30	県民に対する研修等の機会の充実

がん登録	
31	がん登録の周知

番号	取組の方向性(中間アウトカム)
----	-----------------

3	尊厳をもって安心して暮らせる社会の構築	
	指標	(検討中)

4	これらを支える基盤の整備	
	指標	(検討中)

番号	目指す姿(分野アウトカム)
----	---------------

1	県民が、がんを知り、がんを予防し、がんになっても納得した医療・支援が切れ目なく受けられ、自分らしく暮らせる滋養を目指す	
	指標	がん年齢調整率(男・女)
		75歳未満年齢調整死亡率(人口10万人あたり)
		5年相対生存率

- 1
- 2
- 3
- 4

2 脳卒中

目指す姿

- 全ての県民が脳卒中について知ること、発症・重症化を予防するとともに、発症後速やかな救急搬送と専門的な医療が提供されることで、死亡率を減少する
- 回復期、維持期*にわたる包括的な疾病管理が継続されることで、重症化を予防し、自分らしい生活が継続できる

取組の方向性

- (1) 若年からの発症予防、生活習慣病の改善と管理
- (2) 発症後の速やかな搬送と専門的な治療が可能な連携（ネットワーク）体制の構築
- (3) 病期に応じたりハビリテーションを施行できる体制の構築
- (4) 在宅療養が可能な体制の構築
- (5) 再発予防のための医療の実践と生活管理

施策の進捗、評価

(1) 若年からの発症予防、生活習慣病の改善と管理

- 健康いきいき21－健康しが推進プランーにより、健康増進や発症予防の啓発を行うとともに、保険者は生活習慣病の予防のために特定健診*・特定保健指導*を実施していますが、新型コロナウイルス感染症流行下における特定健康診査の受診控え等により、令和2年度（2020年度）の受診率は市町国保で35.5%と前年度と比較して6.3%減少しました。
- 滋賀脳卒中データセンターは、新型コロナウイルス感染症流行下で採録が出来ない状況でしたが、平成27年（2015年）症例までの登録が終了し、令和3年度（2021年度）に策定の県循環器病対策推進計画にデータを活用しています。
- 滋賀脳卒中データセンターの結果等により県民公開講座、従事者研修会を開催して普及啓発、関係者の資質向上に努めています。

(2) 発症後の速やかな搬送と適切な専門的医療を受けられる体制の構築

- 脳血管疾患の年齢調整死亡率（人口10万対）について、男性は計画策定時26.4で現在27.4となっています。女性は計画策定時17.1で現在15.7となっています。男女ともに傾向としては横ばいで目標値に達していません。
- 脳卒中発症後に救急要請や受診までに時間を要している患者がいるため、脳卒中の初期症状に関する県民への啓発を強化する必要があります。
- 救急搬送は、搬送基準による搬送実施により、令和元年度（2019年度）の救急搬送から医療機関への収容までに要した平均時間は32.6分となっており、全国平均（39.5分）と比較しても迅速に搬送できている状況となっています。
- 令和元年（2019年）に日本脳卒中学会が一次脳卒中センター認定を開始し、本県では全ての二次保健医療圏で認定されています。
- 令和元年度（2019年度）に、脳疾患疑い搬送件数の多い大津赤十字病院と済生会滋賀県病院に対して脳卒中専用病室整備の補助を実施し、急性期の専門医療提供体制の整備を実施しました。
- t-PA*による脳血栓溶解療法、脳血栓回収療法*の実施件数は増加しており、来院後速やかに

- 1 専門的治療を開始できる院内体制の構築が図られています。
- 2 ○ 令和3年(2021年)に脳卒中治療ガイドラインが改訂され、t-PAによる脳血栓溶解療法を行わ
- 3 ず脳血栓回収療法を考慮してもよいとされました。
- 4 ○ 脳血栓回収療法は、施行可能な病院に限られており、急性期における24時間365日対応するた
- 5 めのブロック化の検討については、新型コロナウイルス感染症流行下で新たな枠組みに対する検
- 6 討が難しい状況となっています。

7

8 図表3-3-2-1 日本脳卒中学会認定一次脳卒中センター(PSC)一覧



- 9
- 10
- 11 (3) 病期に応じたりハビリテーションを施行できる体制の構築
- 12 ○ 回復期リハビリテーション病床*の整備について、県が支援を行い、病床数は増加しており、
- 13 全圏域に整備されています。

- 脳卒中地域連携クリティカルパスの実施件数は横ばいとなっています。湖北圏域以外は県統一パスを利用していますが、回復期から維持期への連携について課題が指摘されており、県下の課題の整理をする必要があります。
- 県立リハビリテーションセンターにおいて高次脳機能障害*などをテーマに教育研修事業を実施しています。

(4) 在宅療養が可能な体制の構築

- 全ての二次保健医療圏域で、病院と介護支援専門員*との入退院支援ルールが作成されて運用されており、令和元年（2019年）6月調査では、入院時の介護支援専門員から病院への情報提供率は93.9%、退院時の病院から介護支援専門員への引き継ぎは86.6%と医療・介護の情報連携の取組は進んできています。

(5) 再発予防のための医療の実践と生活管理

- 再発予防のための医療は、危険因子の管理を中心に実施されていますが、指標の設定ができていませんでした。

評価を踏まえた中間見直し

- 数値目標の脳血管疾患年齢調整死亡率は、男性の目標値が策定時から10%減少としていましたが、策定時の数値が非常に低く目標達成が困難であるため、滋賀県循環器病対策検討会の意見を踏まえ、男性の目標値を基準値からの減少に変更します。
- 目指す姿の数値目標として、脳卒中初発患者の60歳未満の割合の平均を新たに追加します。

(1) 若年からの発症予防、生活習慣病の改善と管理

- 引き続き市町、企業、保険者、地域団体等と連携し、特定健診・特定保健指導の実施率向上のため、感染予防対策を含む積極的な情報提供や啓発を行うとともに、特定健康診査受診率、特定保健指導の実施率を数値目標に設定します。

(2) 発症後の速やかな搬送と適切な専門的医療を受けることができる体制の構築

- 数値目標として、新たに来院からt-PA静脈療法開始までの時間の中央値および来院から動脈穿刺までの時間の中央値を設定し、時間の短縮に努めます。
- 一次脳卒中センターをはじめとした急性期治療を行う医療機関は、来院後速やかに専門的治療が開始できる院内体制の構築を図るとともに、t-PAによる脳血栓溶解療法、脳血管内治療による脳血栓回収療法に対応できるよう引き続き努めます。
- 数値目標について、脳卒中治療ガイドラインの改訂に伴い、t-PAによる脳血栓溶解療法と脳血栓回収療法を合算した実施件数で評価していきます。
- 急性大動脈解離等のブロック会議については、滋賀県メディカルコントロール*協議会の状況や滋賀県循環器病対策検討会での意見を踏まえて実施します。

1 (3) 病期に応じたリハビリテーションを施行できる体制の構築

- 2 ○ 数値目標に新たに回復期リハビリテーション病床を追加することとし、現在の体制を維持する
3 こととします。
4 ○ 脳卒中地域連携クリティカルパスの現状の把握、課題の整理を行い、効果的な運用が図られて
5 いるか検証を行います。
6 ○ また、脳卒中地域連携クリティカルパスの運用件数の増加を目標項目に挙げていますが、運用
7 件数が増加することリハビリテーションが切れ目なく効果的に実施できていることの評価につ
8 ながらないため、評価指標を急性期は退院時mRS*、回復期は改善率に変更します。

9
10 (4) 在宅療養が可能な体制の構築

- 11 ○ 引き続き患者・家族が地域の多（他）職種連携のもとで支援を受けながら療養生活が行える体
12 制の構築を進めます。

13
14 (5) 再発予防のための医療の実践と生活管理

- 15 ○ 評価指標として、脳卒中の再発率を追加します。
16
17

18 【補足：令和5年度までの計画推進について】

- 19 ○ 滋賀県循環器病対策推進計画（第1期：令和4年度～5年度の2年間）に当該計画も包括する
20 内容となっています。
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40

1

《数値目標》

目標項目	基準値	現状値	目標値 (R5)	備考
目指す姿 (分野アウトカム)				
脳若い世代の脳卒中の発症が減少する (初発患者の60歳未満の割合の平均)	—	16.7%	減少	中間見直し時に追加
脳血管疾患の年齢調整死亡率 (人口10万対) の減少	男性 26.4	27.5	26.4 から減少	男性の目標値を変更
	女性 17.1	15.7	15.4	
脳卒中初発の退院時 mRS (0~2)	—	47.7%	増加	中間見直し時に追加
脳ADL 改善率	—	64.74%	増加	中間見直し時に追加
脳卒中の再発率	—	24.5%	減少	中間見直し時に追加
取組の方向性 (中間アウトカム)				
脳特定健康診査受診率	—	58.4%	70%以上	中間見直し時に追加
脳特定保健指導実施率	—	26.9%	45%以上	中間見直し時に追加
t-PA による脳血栓溶解療法実施件数の増加	146 件	170 件	合わせて増加	中間見直し時から合算して増加
脳血栓回収療法実施件数の増加	81 件	169 件		
脳来院から t-PA 静脈療法開始までの時間の中央値	—	95.7 分	減少	中間見直し時に追加
脳来院から動脈穿刺までの時間の中央値	—	121.4 分	減少	中間見直し時に追加
脳回復期リハビリテーション病床	—	全圏域 7 / 7 14 病院	維持	中間見直し時に追加

2

3

【用語解説】

※mRS(modified Rankin Scale) 脳卒中等の神経運動機能に異常をきたす疾患の重症度を評価するためのスケール	
0	まったく症候がない
1	症候があっても明らかな障害はない: 日常の勤めや活動は行える
2	軽度の障害: 発症以前の活動がすべて行えるわけではないが、自分の身の回りのことは介助なしに行える
3	中等度の障害: 何らかの介助を必要とするが、歩行は介助なしに行える
4	中等度から重度の障害: 歩行や身体的要求には介助が必要である
5	重度の障害: 寝たきり、失禁状態、常に介護と見守りを必要とする
6	死亡

1 ロジックモデル



- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12

1 3 心筋梗塞等の心血管疾患

2
3 **目指す姿**

- 4
5
6
- 全ての県民が心臓の病気を知ることで、発症・重症化を予防することができる
 - 発症後、速やかな救急搬送と専門的な医療が提供されることで、死亡率の減少を図るとともに、包括的な疾病管理を行い、その人らしい生活が継続できる

7
8 **取組の方向性**

- 9
10
11
- (1) 若年からの発症予防、生活習慣病の改善と管理
 - (2) 発症後の速やかな搬送と適切な専門的医療を受けることができる体制の構築
 - (3) 心血管疾患リハビリテーションが可能な体制の構築

12
13 **施策の進捗、評価**

14 (1) 若年からの発症予防、生活習慣病の改善と管理

- 15 ○ 健康いきいき21－健康しが推進プランーにより、健康増進や発症予防の啓発を行うとともに、
16 保険者は生活習慣病の予防のために特定健診・特定保健指導を実施していますが、新型コロナウイルス
17 イルス感染症流行下における特定健康診査の受診控え等により、令和2年度（2020年度）の受診
18 率は市町国保で35.5%と前年度と比較して6.3%減少しました。
19 ○ 県民への啓発について、県民公開講座やホームページ等を活用して心筋梗塞等心血管疾患やそ
20 の他の心臓病に関する啓発を行っています。

21
22 (2) 発症後の速やかな搬送と適切な専門的医療を受けることができる体制の構築

- 23 ○ 急性期医療を提供する医療機関は、来院後の速やかな初期治療が開始できる体制を整えていま
24 すが、数値目標が設定されていませんでした。
25 ○ 急性心筋梗塞等の医療提供体制については、二次保健医療圏域での治療体制は維持されていま
26 す。
27 ○ 冠動脈バイパス術*、大動脈の手術については、大津圏域、湖南圏域、東近江圏域、湖北圏域
28 で可能となっています。また、滋賀医科大学医学部附属病院は大動脈解離に対する緊急手術の対
29 応等全圏域をカバーしています。
30 ○ 急性大動脈解離等のブロックごとの会議は開催していませんが、治療可能な医療機関が限られ
31 ているため、搬送体制の課題は上がっていません。
32 ○ 再発予防や基礎疾患・危険因子の管理のための関係機関の相互の連携等の在宅療養生活の体制
33 づくりとして、心疾患に特化した取組は行っていません。
34 ○ 慢性心不全については、専門的な病院で多職種チームが作られてきており、再入院予防のため
35 に、かかりつけ医、地域の専門職と連携し、患者・家族が自己管理できるための取組を進めてい
36 ます。

37
38 (3) 心血管疾患リハビリテーションが可能な体制の構築

- 39 ○ 湖西圏域で施設基準を満たす医療機関がない状況が続いており、全圏域で心血管疾患リハビリ
40 テーションが出来るよう検討していく必要があります。

1 評価を踏まえた中間見直し

- 2 ○ 目指す姿に対する数値目標として、新たに患者調査の心疾患（高血圧性のものを除く）受療率
- 3 を追加します。
- 4 ○ 目指す姿に対する数値目標が、急性心筋梗塞の年齢調整死亡率になっていましたが、急性心筋
- 5 梗塞だけでなく心血管疾患の対策の指標が必要であるため、急性心筋梗塞も含んだ虚血性心疾患
- 6 の年齢調整死亡率が妥当であるため変更します。
- 7 ○ 目指す姿の包括的な疾病管理を行う評価指標がないため、心不全の再入院率を追加します。

8 9 (1) 若年からの発症予防、生活習慣病の改善と管理

- 10 ○ 引き続き市町、企業、保険者、地域団体等と連携し、特定健診・特定保健指導の実施率向上の
- 11 ため、感染予防対策を含む積極的な情報提供や啓発を行うとともに、特定健康診査受診率、特定
- 12 保健指導の実施率を数値目標に設定します。
- 13 ○ 県民の啓発については、計画期間中に関係機関・団体と連携して実施します。

14 15 (2) 発症後の速やかな搬送と適切な専門的医療を受けることができる体制の構築

- 16 ○ 数値目標として、新たに急性心筋梗塞患者の来院時から PCI*施行までの所要時間が 90 分以内
- 17 の患者の割合を設定し、増加を目指します。
- 18 ○ 急性大動脈解離等のブロック会議については、滋賀県メディカルコントロール協議会の状況や
- 19 滋賀県循環器病対策検討会での意見を踏まえて実施します。

20 21 (3) 心血管疾患リハビリテーションが可能な体制の構築

- 22 ○ 引き続き、全圏域で心血管疾患リハビリテーションが可能な対策が構築できるよう、急性期だ
- 23 けでなく、回復期、維持期において継続した心血管疾患リハビリテーションが行える体制づくり
- 24 を推進します。

25 26 【補足：令和5年度までの計画推進について】

- 27 ○ 滋賀県循環器病対策推進計画（第1期：令和4年度～5年度の2年間）に当該計画も包括する
- 28 内容となっています。

1

《数値目標》

目標項目	基準値	現状値	目標値 (R5)	備考
目指す姿 (分野アウトカム)				
脳心疾患 (高血圧症性のものを除く) 受療率 (人口 10 万対)	—	入院 48.0 外来 104.0	減少	中間見直し時に追加
脳虚血性心疾患の年齢調整死亡率 (人口 10 万対) の減少	—	男性 25.7	減少	中間見直し時に「急性心筋梗塞」から変更
	—	女性 11.5		
脳心不全の再入院率 (半年後)	—	16.0%	減少	中間見直し時に追加
取組の方向性 (中間アウトカム)				
脳特定健康診査受診率【再掲】	—	58.4%	70%以上	中間見直し時に追加
脳特定保健指導実施率【再掲】	—	26.9%	45%以上	中間見直し時に追加
脳急性心筋梗塞患者の来院時から PCI 施行までの所要時間が 90 分以内の患者の割合	—	56.7%	増加	中間見直し時に追加
心血管リハビリテーションが実施可能な二次保健医療圏域の増加	6 圏域	6 圏域	全圏域	—

2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17

1 ロジックモデル

番号	具体的な施策(アウトプット)
----	----------------

番号	取組の方向性(中間アウトカム)
----	-----------------

番号	目指す姿(分野アウトカム)
----	---------------

1	急性心筋梗塞等心血管疾患発症予防のため、関係機関・団体が連携して啓発を推進
2	生活習慣の指導や危険因子の発見・管理に関する健康教育、健診、保健指導などの取組推進
3	県民が心筋梗塞等心血管疾患について正しい知識を持ち、早期発見につながるよう啓発を推進

1	若年からの発症予防、生活習慣病の改善と管理
指標	圏特定健診受診率
	圏特定保健指導実施率

1	全ての県民が心臓の病気を知ること、発症・重症化を予防することができる
指標	圏心疾患(高血圧症性のものを除く)受療率(人口10万対)

4	急性期医療を提供する医療機関において来院後30分以内に専門的な治療が開始できる体制づくりを進め、治療効果を高める
5	二次医療圏域を中心とした急性心筋梗塞等心血管疾患の医療提供体制を推進し、急性大動脈解離等についてはより広域的なネットワーク体制の構築
6	地域の診療所等が診療情報等を共有し、安心して在宅療養生活を送れる体制づくり促進
7	慢性心不全についてかかりつけ医を中心に多職種連携による継続的な支援のネットワークづくり促進
8	ブロックごとに関係機関で構成する救急医療体制の検討の場を設定し、ブロック化の推進調整
9	各ブロックにおける救急医療体制の整備

2	発症後の速やかな搬送と適切な専門的医療を受けることができる体制の構築
指標	圏急性心筋梗塞患者の来院時からPCI施行までの所要時間が90分以内の患者の割合

2	発症後、速やかな救急搬送と専門的な医療が提供されることで、死亡率の減少を図るとともに、包括的な疾病管理を行い、その人らしい生活が継続できる
指標	圏虚血性心疾患の年齢調整死亡率(人口10万対)の減少
	圏心不全の再入院率(半年後)

10	身近な地域で心血管疾患リハビリテーションが受けられるよう体制整備
----	----------------------------------

3	心血管疾患リハビリテーションが可能な体制の構築
指標	心血管疾患リハビリテーションが実施可能な二次保健医療圏域の増加

- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12

4 糖尿病

目指す姿

- 全ての県民が、糖尿病について知ること、発症・重症化を予防し、病気になっても継続的な治療を受け、いきいきとした生活を営むことができる

取組の方向性

- (1) 糖尿病発症予防、メタボリックシンドローム*対策の推進
- (2) 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
- (3) 発症予防、治療および合併症予防のための人材育成の強化
- (4) 地域における有機的な医療福祉連携体制の構築

施策の進捗、評価

(1) 糖尿病発症予防、メタボリックシンドローム対策の推進

- 県、市町、保険者、教育機関や関係団体等が連携し、食生活や運動習慣など生涯を通じた健康づくり、糖尿病発症予防に関する正しい情報の発信、健康教育、保健指導や環境づくりを行いました。
- 保険者等が特定健診・特定保健指導について、複数の健診・保健指導実施機関の間での集会的な契約の枠組み*を活用するとともに、市町が実施するがん検診等と同日に受診できるよう、被保険者および被扶養者の利便性向上に取り組んでいます。
- また、特定健診未受診者・特定保健指導未利用者に対して、電話や訪問による勧奨や対象者に合わせた受診勧奨を行った結果、特定健康診査受診率や特定保健指導実施率が向上しました。

(2) 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

- 保険者は、医療機関未受診者への受診勧奨や治療中断者、コントロール不良者に対してかかりつけ医と連携した保健指導等を行いました。
- また、平成30年(2018年)3月に滋賀県医師会・滋賀県糖尿病対策推進会議・滋賀県保険者協議会・滋賀県の4者で連携協定を締結し、「滋賀県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」*を策定して糖尿病重症化予防の取組を全県的に展開してきました。
- 平成31年(2019年)3月には保険者および行政専門職が「滋賀県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に基づき適正かつ効果的に受診勧奨、保健指導が実施できるように「糖尿病性腎症重症化予防プログラム保健指導ガイド」を作成しました。さらに、令和2年(2020年)3月に医療との連携による保健指導の実施のために必要な事項についての視点を整理した「医療機関と連携した保健指導の円滑な実施のポイント」を作成しました。
- 県・市町・医師会・保険者等関係団体が連携し、受診後のフォロー体制整備や継続して治療を受けることができる体制整備を進めています。そのため、糖尿病の病診連携を実施している診療所数は、326か所から394か所に増加、糖尿病治療が可能な医療機関の中でも行政と連携を実施している診療所数は89か所から169か所に増加し、多機関連携や病診連携が進みました。
- 糖尿病治療中の者で、HbA1c*が7.0% (合併症予防のための目標値) 以上の者の割合は、37.7%から37.2%に減少しました。

- 糖尿病性腎症による新規透析導入患者数は、181人から145人に大きく減少しています。
- 慢性合併症についての他科との連携状況について、滋賀県医師会糖尿病実態調査報告書（令和2年（2020年）3月）によると、合併症予防のための眼底検査、尿中アルブミン検査や尿検査の受診率は上昇しましたが、歯科受診率は低下しました。

（3）発症予防、治療および合併症予防のための人材育成の強化

- 特定健診・特定保健指導の従事者を対象に、効果的な保健指導の実施や継続した人材育成等を目的とした研修会を開催しています。
- かかりつけ医となる一般診療所の医師を対象に、糖尿病診療ガイドライン*に沿った標準的な治療を推進することで重症化、合併症の予防を測ることを目的とした研修会を開催しています。
- 医師、看護師、薬剤師、栄養士、理学療法士*等の医療従事者を対象に、糖尿病の合併症・重症化予防のため患者療養指導の質の向上や他科連携の推進を目的とした研修会を開催しました。
- 滋賀糖尿病療養指導士（CDE 滋賀）*の認定講習会やフォローアップ研修会の開催を支援し、令和2年（2020年）3月時点で619名が認定されています。

（4）地域における有機的な保健医療連携体制の構築

- 滋賀県糖尿病地域医療連携指針をもとに、滋賀県糖尿病ネットワーク推進会議や二次保健医療圏域に糖尿病地域医療連携推進会議を設置し、関係機関の連携体制の構築を進めました。
- 令和2年度（2020年度）は新型コロナウイルス感染症の影響を受けながらも、二次保健医療圏域での会議を书面開催にするなど工夫して実施しました。

評価を踏まえた中間見直し

（1）糖尿病発症予防、メタボリックシンドローム対策の推進

- 県民が自らの健康状態や生活習慣の課題に気づき改善に取り組むことができるよう、引き続き啓発や環境づくり、特定健康診査受診率や特定保健指導実施率の向上等の取組を推進します。
- 取組を評価するため、特定健康診査受診率と特定保健指導実施率を数値指標に追加します。

（2）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

- 引き続き、多機関連携や病診連携による重症化予防対策に取り組むとともに、歯科受診率が低下しているため、特に歯科受診の他科連携を推進します。
- 厚生労働省の医療計画の見直し等に関する検討会において、糖尿病患者の新規下肢切断術の件数および1型糖尿病に対する専門的治療を行う医療機関数を把握することとしたため、本県でも数値目標に追加します。

（3）発症予防、治療および合併症予防のための人材育成の強化

- 糖尿病治療や発症予防、合併症・重症化予防のための保健医療体制を充実するため、今後も医師、保健師、看護師、薬剤師、管理栄養士等の人材育成に関する取組を継続します。

（4）地域における有機的な保健医療連携体制の構築

- 全ての二次保健医療圏域に糖尿病地域医療連携推進会議を設置し、保健医療連携体制を構築で

1 きたことから、糖尿病の予防、早期発見、早期治療、合併症予防のためのネットワークの連携強
 2 化に向けた取組を推進します。

3
 4
 5

《数値目標》

目標項目	基準値	現状値	目標値 (R5)	備考
目指す姿 (分野アウトカム)				
合併症予防として糖尿病治療中者 で、HbA1c7.0%以上の者の割合の減 少	37.7% (H27)	37.2% (R1)	30.0%	健康いきいき 21 健 康しが推進プラン
Ⓔ糖尿病足病変にかかる下肢切断術 の件数	79 件 (H30)	78 件 (R1)	増加の抑制	中間見直し時に追 加
取組の方向性 (中間アウトカム)				
Ⓔ特定健康診査受診率	52.7% (H29)	58.4% (R1)	70%以上	中間見直し時に追 加
Ⓔ特定保健指導実施率	22.1% (H29)	26.9% (R1)	45%以上	中間見直し時に追 加
糖尿病性腎症による新規透析導入者 数	181 人 (H27)	145 人 (R2)	増加の抑制	健康いきいき 21 健 康しが推進プラン 医療費適正化計画
具体的な施策 (アウトプット)				
糖尿病患者の病診連携を実施してい る診療所数	326 か所 (H29) (550 か所中)	394 か所 (R3) (477 か所中)	現状維持	医療機能調査
Ⓔ1型糖尿病に対する専門治療を行 う医療機関数	-	15/58 (R3)	二次医療圏域 で1か所以上を 維持	中間見直し時に追 加
行政 (市町) と糖尿病性腎症重症化 予防のための連携 (市町と連携して 保健指導等を実施する等) をしてい る診療所数	89 か所 (H29) (550 か所中)	169 か所 (R3) (477 か所中)	現状維持	医療機能調査

6
 7
 8
 9
 10
 11
 12
 13

1 ロジックモデル

番号	具体的な施策(アウトプット)
----	----------------

1	糖尿病発症に関連する正しい情報の発信、健康教育、保健指導などにより県民が糖尿病を正しくすることができる
---	---

2	特定健診などの定期的な健康診査の受診ができるよう受診率向上に向けた働きかけ
---	---------------------------------------

3	医療機関未受診者を把握してリスクの高い人への受診勧奨、かかりつけ医の体制構築の推進および医療機関と保険者等の連携体制構築の推進
	指標 糖尿病患者の病診連携を実施している診療所数

4	かかりつけ医、専門医および他科との連携体制構築の推進
	指標 Ⅰ型糖尿病に対する専門治療を行う医療機関数

5	滋賀県糖尿病重症化予防プログラムを基に専門職種による保健指導の実施体制構築を促進
	指標 行政(市町)と糖尿病性腎症重症化予防のための連携をしている診療所数

6	糖尿病治療に関して医師への研修推進
---	-------------------

7	質の高い療養指導を行うために管理栄養士や看護職等の育成推進
---	-------------------------------

8	全圏域に糖尿病地域医療連携推進会議を設置し、糖尿病の発症や重症化対策の効果的な体制整備
---	---

番号	取組の方向性(中間アウトカム)
----	-----------------

1	糖尿病発症予防、メタボリックシンドローム対策の推進	
	指標	Ⅰ特定健康診査受診率
		Ⅰ特定保健指導実施率

2	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	
	指標	糖尿病性腎症による新規透析導入患者数

3	発症予防、治療および合併症予防のための人材育成の強化	
	指標	(検討中)

4	地域における有機的な保健医療連携体制の構築	
	指標	(検討中)

番号	目指す姿(分野アウトカム)
----	---------------

1	全ての県民が、糖尿病について知ることで、発症・重症化を予防し、病気になるっても継続的な治療を受け、いきいきとした生活を営むことができる	
	指標	糖尿病治療中の者で、HbA1cが7.0%以上の者の割合の減少
		Ⅰ糖尿病足病変にかかる下肢切断手術の件数

- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9

5 精神疾患

目指す姿

- 精神障害の有無や程度にかかわらず、本人が望む地域で、望む暮らしを安心して送ることができる

取組の方向性

(1) 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築

- ① 多様な精神疾患等ごとに患者に応じた質の高い精神科医療を提供できる体制の構築
- ② 多様な精神疾患等ごとに病院、診療所、訪問看護ステーション等の役割分担・連携を推進するための体制の構築
- ③ 精神疾患の患者の受診待機時間の短縮
- ④ 災害時や新型コロナウイルス感染症等の流行時においても、精神疾患のある方の受入体制の構築

(2) 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

- ① 精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町などの重層的な連携による支援体制の構築
- ② 本人の意思を尊重し国際生活機能分類（ICF）*の基本的考え方を踏まえた、多職種協働による支援体制の構築
- ③ 精神障害者の家族や自助グループなどの悩みや問題を抱えた個人や集団に対する支援
- ④ 保健所による福祉事務所や相談支援事業所などとの連携、精神疾患に関する啓発や相談、未治療者や治療中断者に対する訪問や受診支援、地域の自助グループに対する協力や家族支援、精神障害者の地域移行や日常生活の支援など
- ⑤ 精神保健福祉センター*による啓発や専門相談、保健所・市町保健師、相談支援従事者に対する研修や人材養成、地域の関係機関への技術支援など
- ⑥ 災害時や新型コロナウイルス感染症等の流行時においても、こころのケア等の相談支援

施策の進捗、評価

(1) 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築

- 統合失調症については、重度かつ慢性の統合失調症患者に対するクロザピンを処方する病院の数が、人口10万人当たり0.43と全国平均の0.36より高く、治療に必要な連携体制が整っています。
- うつ病・躁うつ病については、一般医に対する「かかりつけ医うつ病対応力向上研修」を実施し、平成30年度（2018年度）から令和2年度（2020年度）に164名の医師が受講したことで、うつ病の早期発見・早期治療の普及を図っています。
- また、精神科医等に対する「専門医等うつ病治療向上研修」等を実施し、平成30年度（2018年度）から令和2年度（2020年度）に185名の医師が受講したことで、治療技法の普及を図っています。
- 児童・思春期精神疾患、発達障害については、精神科医・小児科医に対する「神経発達症・児童思春期医療従事者研修（医師向け）」を実施し、平成30年度（2018年度）から令和2年度

1 (2020年度)に271名の医師が受講したことで、専門医療の充実を図っています。

- 2 ○ 依存症については、精神医療センターを令和元年度(2019年度)にアルコール依存症、令和
3 2年度(2020年度)に薬物依存症・ギャンブル等依存症の専門医療機関・治療拠点機関に指定
4 するとともに、精神保健福祉センターをアルコール依存症・薬物依存症・ギャンブル等依存症
5 の相談拠点に位置付けたことで、専門医療の提供、医療従事者や相談員等を対象とした専門的
6 な研修を実施できる体制を構築できました。
- 7 ○ 外傷後ストレス障害(PTSD)については、令和元年度(2019年度)の保育関連施設事故発生
8 時にこころのケアチーム*を派遣したほか、新型コロナウイルス感染症の感染者やその家族、
9 医療従事者、クラスターが発生した施設の職員等に対してこころのケアを行うなど、二次被害
10 の防止等の対応を行っています。
- 11 ○ 高次脳機能障害については、二次保健医療圏域において保健所等を中心とした連絡調整会議
12 を開催するなど圏域の課題整理や解決に向けた方策の検討、関係者の資質向上等を行っています。
13
- 14 ○ 精神科救急については、精神科救急情報センターを設置し、病院群輪番型による精神科救急
15 医療システムを構築し、急性増悪時に迅速かつ適切に精神科医療につながるよう体制を確保し
16 ました。新型コロナウイルス感染症の疑いのある方については、事前に受入病院を調整し対応
17 しています。
- 18 ○ 自殺対策については、自殺未遂者の支援体制として保健所や市町と救急告示病院*等や精神
19 科医療機関などとの連携に加え、警察や消防との連携強化を図りました。
- 20 ○ 災害精神医療については、令和2年度(2020年度)に精神保健福祉センターを災害派遣精神
21 医療チーム(DPAT)*先遣隊として1チーム登録したほか、毎年総合防災訓練を実施し、各精
22 神科病院や関係団体等と連携を図っています。

24 (2) 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

- 25 ○ 精神障害者地域移行・地域定着推進協議会などの保健、医療、福祉関係者による協議の場を
26 県内すべての圏域で設置し、現状や課題の検討が行える体制を構築しました。
- 27 ○ 地域でのピア活動*については、県内10の相談支援事業所に事業を委託し、ピアサポーター
28 *の活用、地域住民との交流事業を各圏域の特性に応じて実施しています。
- 29 ○ 各圏域に相談支援アドバイザーを配置し、保健所と連携して地域のネットワークを構築し、
30 対応困難事例など精神障害のある本人および家族が安定した生活を継続するための相談支援体
31 制を構築しました。
- 32 ○ 精神障害者の住まいの場の確保に係る課題への対応として、グループホームの整備を平成30
33 年度(2019年度)160カ所(定員1,295人)から令和2年度(2020年度)169カ所(1,518人)
34 に進めるとともに、令和3年度(2021年度)には大家や不動産会社向けに精神障害や支援に係
35 る内容の啓発を行う予定をしており、理解促進に努めています。
- 36 ○ 県内の働き・暮らし応援センター(7か所)において、障害者の就労ニーズと雇用ニーズの
37 マッチング、企業での職場定着就労に伴う生活支援を行い、平成30年度(2018年度)から令
38 和2年度(2020年度)においては439名の精神障害者が新規で企業就職に至りました。
- 39 ○ こころの健康に関心を持った方に対して、精神疾患や精神障害への正しい知識の普及・啓発
40 のための、こころの健康フェスタを開催し、平成30年度(2018年度)110人、令和元年度(2019

1 年度)は 180 人の参加に対して啓発を実施し、こころの健康への理解を深める機会としました。
2 令和 2 年度 (2020 年度) は新型コロナウイルス感染症の影響から中止となりました。

3 ○ 保健所、市町、障害者支援施設、その他の関係機関等、県内の精神保健福祉業務に従事する
4 職員に対する「精神保健医療福祉業務従事者研修会基礎コース」と「スキルアップコース」の
5 研修を実施し、平成 30 年度 (2018 年度) から令和 2 年度 (2020 年度) に 489 名が受講したこ
6 とで、その資質の向上を図っています。

7 ○ 平成 29 年 (2017 年) 4 月に滋賀県子ども・若者総合相談窓口を精神保健福祉センター内に設
8 置し、社会生活を円滑に営む上での困難を有する子ども・若者に対して支援を実施しています。

10 評価を踏まえた中間見直し

11 ○ 目指す姿に対する評価指標がなかったことから、第 7 次医療計画中間見直しで示された「精
12 神障害者の精神病床から退院後一年以内の地域における平均生活日数」を新たに評価指標とし
13 て設定し、増加を目標とします。

15 (1) 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築

16 ○ 入院後 3 か月、6 か月、12 か月時点の退院率を、精神保健福祉資料 (630 調査) で把握して
17 いましたが、調査項目の変更に伴い平成 28 年度 (2016 年度) 以降の把握が困難なため、NDB (レ
18 セプト*情報・特定健診等情報データベース) を基にしたモニタリング指標で把握することと
19 します。

20 ○ 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築について、多様な精神疾患等に対応でき
21 る医療機関が分かるよう医療機関の一覧を追加し、医療機関数の増加を目標とします。

22 ○ 児童・思春期精神疾患、神経発達症 (発達障害) など子どものこころの諸問題に対応する専
23 門医を養成するための研修体制を整えていきます。

24 ○ 精神保健福祉法 23 条に基づく警察官通報のあった精神障害者で新型コロナウイルス感染症
25 疑いのある方等の受入体制の構築を行います。

27 (2) 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

28 ○ 地域でのピア活動の充実を図るためのピアサポーターを養成する研修の実施に向けた 検討
29 を行います。

30 ○ 新型コロナウイルス感染症の感染者やその家族、医療従事者、クラスターが発生した施設の
31 職員等に対するこころのケアを行います。

1 《数値目標》

目標項目	基準値	現状値	目標値 (R5)	備考
目指す姿 (分野アウトカム)				
☒精神障害者の精神病床から退院後一年以内の地域における平均生活日数	—	330.7日	増加	NDB
取組の方向性 (中間アウトカム)				
入院後3か月時点の退院率	54.2%(H27)	68.5%(H30)	73%	精神保健福祉資料 NDB
入院後6か月時点の退院率	78.1%(H27)	84.0%(H30)	89%	精神保健福祉資料 NDB
入院後1年時点の退院率	82.7%(H27)	90.9%(H30)	94%	精神保健福祉資料 NDB
☒多様な精神疾患等に対応できる医療機関	—	1012 機関 (延べ数)	増加	医療機能調査
精神病床における65歳以上の1年以上長期入院患者数	813人(H26)	811人(R2)	749人	患者調査 精神保健福祉資料
精神病床における65歳未満の1年以上長期入院患者数	452人(H26)	331人(R2)	292人	患者調査 精神保健福祉資料
具体的な施策 (アウトプット)				
精神障害者地域移行・地域定着推進協議会などの保健、医療、福祉関係者による協議の場を設置	3圏域(H28)	7圏域	7圏域	障害福祉課調べ

図表3-3-5-1 多様な精神疾患等に対応できる医療機関

圏域	施設名	診療可能な精神疾患																	
		1 統合失調症	2 うつ・躁うつ病	3 認知症	4 児童・思春期精神疾患	5 発達障害	6 アルコール依存症	7 薬物依存症	8 ギャンブル依存症	9 PTSD	10 高次脳機能障害	11 摂食障害	12 てんかん	13 入精神科救急患者受入	14 精神併症患者・身体疾患併症患者受入	15 時の連携	16 自殺未遂患者搬送	17 力災害精神医療の協力	医療観察法の通院患者受入
大津圏域	大津赤十字病院	○	○	○	○	○	○	○		○	○	○	○		○	○	○		
	市立大津市民病院	○	○	○	○	○													
	大津赤十字志賀病院			○															
	琵琶湖病院	○	○	○	○	○				○				○				○	○
	独立行政法人地域医療機能推進機構滋賀病院			○									○						
	医療法人藤樹会滋賀里病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	医療法人華頂会琵琶湖養育院病院			○							○	○	○						
	山田整形外科病院		○	○															
	医療法人良善会ひかり病院			○															
	医療法人社団瀬田川病院	○	○	○										○	○			○	
	滋賀医科大学医学部附属病院	○	○	○	○	○	△			○		○	○		△	△	○		
	圏域内診療所	18	42	66	5	13	11	4	2	8	24	14	26	1	0	1	2	0	237
圏域内小計	24	49	77	10	18	13	6	3	12	27	18	31	4	3	3	8	2	308	
湖南圏域	社会福祉法人恩賜財団済生会滋賀県病院			○						○		○		○	○				
	社会医療法人誠光会淡海ふれあい病院		○	○						○		○							
	びわこ学園医療福祉センター草津	○	○			○						○							
	滋賀県立小児保健医療センター	○	○		○	○		○	○	○	○	○		○					
	市立野洲病院			○								○							
	滋賀県立総合病院	○	○	○		○	○	○		○		○		○	○	○			
	湖南病院	○	○	○	○	○	○			○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	滋賀県立精神医療センター	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○		○	○	○	○	○	
	医療法人徳洲会近江草津徳洲会病院	○	○	○		○	○			○	○		○		○	○			
	圏域内診療所	14	22	56	5	13	8	4	3	7	17	8	21	0	1	1	3	0	183
圏域内小計	20	29	62	8	19	12	7	5	13	22	11	28	2	7	6	6	2	259	
甲賀圏域	独立行政法人国立病院機構紫香薬病院			○							○		○						
	一般社団法人水口病院	○	○	○									○				○	○	
	公立甲賀病院	○	○	○	○	○	○			○	○	○							
	甲賀市立信楽中央病院		○	○							○	○							
	医療法人社団仁生会甲南病院			○									○						
	医療法人社団美松会生田病院			○									○						
	圏域内診療所	4	11	20	2	2	3	1	1	3	5	3	8	0	1	0	1	0	65
圏域内小計	6	14	26	3	3	5	1	1	4	8	5	13	1	1	0	2	1	94	
東近江圏域	近江八幡市立総合医療センター											○							
	公益財団法人近江兄弟社ヴォーリス記念病院			○							○		○						
	滋賀八幡病院	○	○	○	○	○				○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	医療法人社団昂会日野記念病院			○															
	東近江市立能登川病院			○		○							○						
	医療法人恒仁会近江温泉病院			○								○							
	医療法人社団昂会湖東記念病院										○		○						
圏域内診療所	6	12	22	1	6	3	1	0	0	5	2	6	0	0	0	0	0	64	
圏域内小計	7	13	27	2	8	3	1	0	1	9	3	11	1	1	1	1	1	90	
湖東圏域	彦根市立病院			○							○		○						
	公益財団法人豊郷病院	○	○	○	○	○				○		○		○	○			○	
	医療法人恭昭会彦根中央病院			○							○		○						
	圏域内診療所	3	9	24	2	1	1	0	0	1	4	0	6	1	1	0	1	0	54
圏域内小計	4	10	27	3	2	1	0	0	2	6	1	8	2	2	1	1	1	71	
湖北圏域	長浜赤十字病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	市立長浜病院		○							○									
	セフィロト病院	○	○	○		○	○			○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	圏域内診療所	3	15	24	5	2	5	0	0	2	8	1	13	0	0	3	0	0	81
	圏域内小計	5	18	26	6	4	7	1	1	5	10	3	15	2	2	5	2	2	114
湖西圏域	一般財団法人近江愛隣園今津病院			○															
	高島市民病院	○	○	○		○	○			○		○							
	圏域内診療所	3	12	22	4	3	2	2	1	2	2	4	5	1	1	1	1	1	67
圏域内小計	4	13	24	4	4	3	2	1	3	2	5	6	1	1	1	1	1	76	
全県合計		70	146	269	36	58	44	18	11	40	84	46	112	13	17	17	21	10	1012

1 ロジックモデル

番号	具体的な施策(アウトプット)
----	----------------

統合失調症	
1	入院期間の短縮、入院から地域生活への移行
2	重症かつ慢性の統合失調症患者に対するクローズドによる治療のための連携体制の導入

うつ病・躁うつ病	
3	うつ病の予防や早期発見・早期支援の強化をはかるため知識の普及啓発
4	一般科医、専門医に対する研修による早期発見・早期治療等の普及、早期に有効な治療に繋がるよう連携促進
5	地域で相談に従事する様々な領域の支援者の資質向上に向けた研修等の実施
6	自殺未遂者支援体制の整備を図る中で救急告示病院を中心に精神科との連携体制の構築

児童・思春期精神疾患	
7	子どもの心の診療に関する医師の養成
8	入院対応のできる専門病床を有する医療機関の確保について検討
9	精神保健福祉センターが中心となり包括的な支援を行える体制、ネットワークを活用した人材育成や啓発
10	滋賀県子ども・若者総合相談窓口を設置し早期介入とメンタルヘルスの重症化予防

発達障害	
11	研修会等を開催し、発達障害の診療ができる医師の養成
12	入院対応のできる専門病床を有する医療機関の確保について検討(再掲)
13	他分野の機関と包括的な支援を行える体制、ネットワークを活用した人材育成や啓発
14	成人期の発達障害者に対して支援スキルの向上、支援サービスの充実

依存症(アルコール依存症・薬物依存症・ギャンブル依存症)	
15	県立精神医療センターが核となりアルコール診療技術の向上や連携体制の構築
16	アルコール健康障害対策推進会議の構成団体等の相互連携・協力によるアルコール健康障害対策の推進
17	薬物依存症・ギャンブル等依存症に対応する専門医療機関や依存症治療拠点機関、相談拠点の確保

外傷後ストレス障害(PTSD)	
18	PTSD等二次的な精神的被害の拡大を防止するため、こころのケアチーム派遣事業の継続実施
19	事件・事故発生時に速やかにこころのケアチームが活動できるよう関係機関間の連携強化、人材育成

高次脳機能障害	
20	医師やリハビリテーション専門職への高次脳機能障害の理解のための啓発・研修会
21	医療機関における適切な診断と退院時の医療機関や障害福祉サービスに切れ目なくつながる体制の構築
22	地域でのリハビリテーションを更なる充実
23	相談を受ける支援者の資質の向上
24	二次保健医療圏において連絡調整会議を開催し、課題整理や方策の検討、資質向上等の実施

摂食障害	
25	摂食障害に関する医師の養成
26	精神保健福祉センターで、相談対応、患者・家族への心理教育の場の開催、関係機関との地域連携支援の調整
27	専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進

番号	取組の方向性(中間アウトカム)
----	-----------------

1	多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築
	指標 入院後各時点の退院率(3か月、6か月、1年)
	画多様な精神疾患等に対応できる医療機関

番号	目指す姿(分野アウトカム)
----	---------------

1	精神障害の有無や程度に関わらず、本人が望む地域で、望む暮らしを安心して送ることができる
	指標 画精神障害者の精神病床から退院後一年以内の地域における平均生活日数

2
3
4
5
6
7

番号	具体的な施策(アウトプット)
----	----------------

てんかん	
28	小児期から成人期へのてんかん治療の連携体制の構築や、診療機関の情報提供体制等の整備
29	生活上の留意点への理解に向けた支援や就労関係者への理解促進、生活支援の充実

精神科救急	
30	精神科救急情報センターの充実
31	入院治療の必要がない程度の精神科救急(ソフト救急)における病診連携の推進、初期救急応需体制の充実
32	身体合併症を併発している精神障害者等の措置入院を受け入れる身体合併症協力病院との連携

身体合併症	
33	身体疾患、精神疾患がともに重篤な患者について対応できる体制整備
34	一般科・精神科医療機関に対し自殺未遂者への対応についての研修等の実施
35	救急事案の対応について検討、一般科と精神科医療機関の連携

自殺対策	
36	滋賀県自殺対策計画と連動した取組を推進するとともに、様々な分野の関係者から多角的評価を受けつつ対策の推進
37	学校保健、産業保健、妊産婦支援施策、生活困窮者自立施策、労働施策等との連携を進め、対策推進
38	研修を実施し、一般科と精神科の連携により早期治療につながる体制の構築
39	既存の連携に加え、警察や消防との連携強化
40	市町家庭児童相談室や教育への技術支援

災害精神医療	
41	有事の際に災害派遣精神医療チーム(DPAT)を組織できるように、また受援体制を確保できるように、検討を進める

医療観察法における対象者への医療	
42	適切な医療を提供し、社会復帰を促進
43	医療観察法処遇終了後の精神保健福祉サービスに至る支援に円滑に引き継がれるよう努める

44	ネットワークによる地域の見守り体制の構築
指標	精神障害者地域移行・地域定着推進協議会などの保健、医療、福祉関係者による協議の場の設置
45	地域でのピア活動の充実
46	精神障害のある本人および家族が安定した生活を継続するための支援推進
47	長期入院患者等における退院後の地域の住まいの場や日中活動の場の確保
48	高齢精神障害者の支援の充実
49	精神障害者の一般就労・定着のための取り組み
50	自治体や民生委員児童委員などへの精神障害者等に対する理解の深化
51	県民に対する精神疾患や精神障害への正しい知識の普及・啓発
52	精神保健医療福祉従事者の支援の質の向上
53	思春期・青年期の予防を含むメンタルヘルスの体制整備やネットワークの構築

番号	取組の方向性(中間アウトカム)
----	-----------------

1	多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築
	入院後各時点の退院率(3か月、6か月、1年)
	多様な精神疾患等に対応できる医療機関

番号	目指す姿(分野アウトカム)
----	---------------

1	精神障害の有無や程度に関わらず、本人が望む地域で、望む暮らしを安心して送ることができる
	指標 精神障害者の精神病床から退院後一年以内の地域における平均生活日数

2	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
	指標 精神病床における長期入院患者数(65歳以上、65歳未満)

1
2
3
4
5
6
7
8

6 救急医療（小児救急を除く）

目指す姿

- ▶ 患者が重症度・緊急度に応じた適切な医療を受けることができる
 - ・各二次および三次医療機関が担う医療機能が明確になり、機能分担と連携が強化されている
 - ・初期、二次および三次医療機関の担う役割に合致した患者が受診している

取組の方向性

- (1) 圏救急医療に関するブロック化の円滑な推進
- (2) 救急医療機能の明確化
- (3) 救急医療における医師の養成・確保
- (4) 病院前救護体制の強化
- (5) ドクターヘリ*の活用
- (6) 県民啓発の実施

施策の進捗、評価

(1) 救急医療に関する圏域の見直し

- 各二次保健医療圏における二次救急医療体制の見直しについては、計画期間中に救命救急センターを核とした次の4ブロックによる救急医療提供体制により運用しています。
 - ①大津・湖西救急ブロック(大津保健医療圏・湖西保健医療圏)
 - ②湖南・甲賀救急ブロック(湖南保健医療圏・甲賀保健医療圏)
 - ③東近江救急ブロック(東近江保健医療圏)
 - ④湖東・湖北救急ブロック(湖東保健医療圏・湖北保健医療圏)
- ブロックごとに関係機関(医療機関、消防、市町等)で構成する救急医療体制の検討の場については、新型コロナウイルス感染症の影響もあり設定することができませんでした。また、ブロック化による救急医療提供体制を評価する為の指標が設定できていませんでした。

(2) 救急医療機能の明確化

- 疾病ごとに設置している検討会の結果を反映した医療機能一覧表について、計画期間内に作成し、年1回程度更新しています。
- 身体合併症の精神疾患患者について、メディカルコントロール協議会において年1回実施基準が検証されています。

(3) 救急医療における医師の養成・確保

- 救急医療における医師の養成・確保について、新型コロナウイルス感染症の影響等もあり、協議会等を実施することができなかつたため、施策の具体的な検討をすることができませんでした。
- また、数値目標も設定できていないため、評価が困難となっています。

1 (4) 病院前救護体制の強化

- 2 ○ 特定行為*が可能な救急救命士（気管挿管*・薬剤投与*）については、いずれも増加していま
- 3 す。薬剤投与が可能な救急救命士の人数は令和3年（2021年）に439人となり、目標値を達しま
- 4 した。
- 5 ○ 数値目標に設定している重症患者における受入れ医療機関決定までの照会回数が4回以上の割
- 6 合について、直近値では0.19%となっており、計画策定時に比べて悪化していますが、全国平均
- 7 を下回っており、平成30年（2018年）では全国で3番目、令和元年（2019年）では全国で2番
- 8 目に低い割合となっています。
- 9 ○ 実施基準の検討・見直しはメディカルコントロール協議会において年1回実施しており、実効
- 10 的・有効的な実施基準に向けて取り組んでいることから、搬送困難事例は全国と比較して低い水
- 11 準を保っています。
- 12 ○ バイスタンダーの育成として消防機関において普通救命講習が年間736回実施され、12,539人
- 13 が受講しており（令和元年（2019年））、傷病者に対する応急手当や心肺蘇生法の啓発が進んで
- 14 います。

15 (5) ドクターヘリの活用

- 16 ○ 大動脈解離の患者は滋賀医科大学医学部附属病院へ搬送されており、疾病ごとの医療圏構築は
- 17 図られています。
- 18 ○ 関西広域連合管内においては応援体制が構築されていますが、連合外の隣接県との連携体制が
- 19 構築できていません。そのため、関西広域連合管内において、近畿ブロック外における大規模、
- 20 広域災害時の運用体制の在り方についての検討が進められています。
- 21 ○ ドクターヘリの運行回数について、新型コロナウイルス感染症の影響もあり直近の運行回数は
- 22 減少しています。また、令和元年度（2019年度）、令和2年度（2020年度）は運航調整委員会も
- 23 実施することができなかったため、具体的な検証やコロナ禍での課題の共有ができませんでした。
- 24
- 25

26 (6) 県民啓発の実施

- 27 ○ 「医療ネット滋賀*」については、県政モニターアンケートによると平成30年（2018年）調査
- 28 では「知っている」と答えた方が49人（14%）だったのに対し、令和3年（2021年）調査では
- 29 66人（27.5%）と普及促進が確認できています。
- 30 ○ 一方、救急車の適正利用などについて「医療ネット滋賀」において情報提供し普及啓発を行っ
- 31 ています。
- 32

33 評価を踏まえた中間見直し

34 (1) 圏救急医療に関するブロック化の円滑な推進

- 35 ○ 取組の方向性について、ブロック化による救急医療に関する圏域の見直しを図れたことから、
- 36 中間見直しにおいてはこの方向性をさらに進化させ、「救急医療に関するブロック化の円滑な推進」
- 37 に変更します。
- 38 ○ 新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえ、滋賀県救急医療体制等検討会における協議を踏ま
- 39 えた上で、ブロック化の円滑な推進のための検討を進めます。
- 40 ○ 評価指標として新たに救急要請（覚知）から救急医療機関への搬送までに要した平均時間を設

1 定し、ブロック化による救急医療体制が機能しているか確認することとします。

2 **(2) 救急医療機能の明確化**

- 3 ○ 医療機能一覧表については、引き続き年1回程度定期的に更新し、救急医療機能の明確化に努
4 めます。

5
6 **(3) 救急医療における医師の養成・確保**

- 7 ○ 具体的な施策について、指導医の育成も含めて検討し、救急医療に必要な能力を有した医師の
8 養成・確保に努めます。
9 ○ 指標の設定について、学会認定の専門医数や、厚労省主催の医師研修の参加人数など、施策の
10 検討と併せて、関連する数値目標の設定に向けて検討を進めます。

11
12 **(4) 病院前救護体制の強化**

- 13 ○ 特定行為が可能な救急救命士（気管挿管・薬剤投与）について、薬剤投与可能な救急救命士数
14 が中間見直し時点で目標値に達したことから、新たに令和5年度（2023年度）までの数値目標を
15 470人に設定します。
16 ○ 重症患者における受入れ医療機関決定までの照会回数が4回以上の割合の減少に向けて、メデ
17 ィカルコントロール協議会において実施基準の検討・見直しと併せて検証を行い、適切な運用に
18 努めます。

19
20 **(5) ドクターヘリの活用**

- 21 ○ 引き続き近隣県との相互応援体制の構築に努めることとし、指標として関西広域連合外の隣接
22 県との協定締結数を設定します。
23 ○ 新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえ、運航調整委員会において具体的な検証や課題の共
24 有を行います。

25
26 **(6) 県民啓発の実施**

- 27 ○ 次期保健医療計画の改定に向けて、「医療ネット滋賀」の普及率向上を目指すと共に数値目標
28 の設定について検討を進めます。

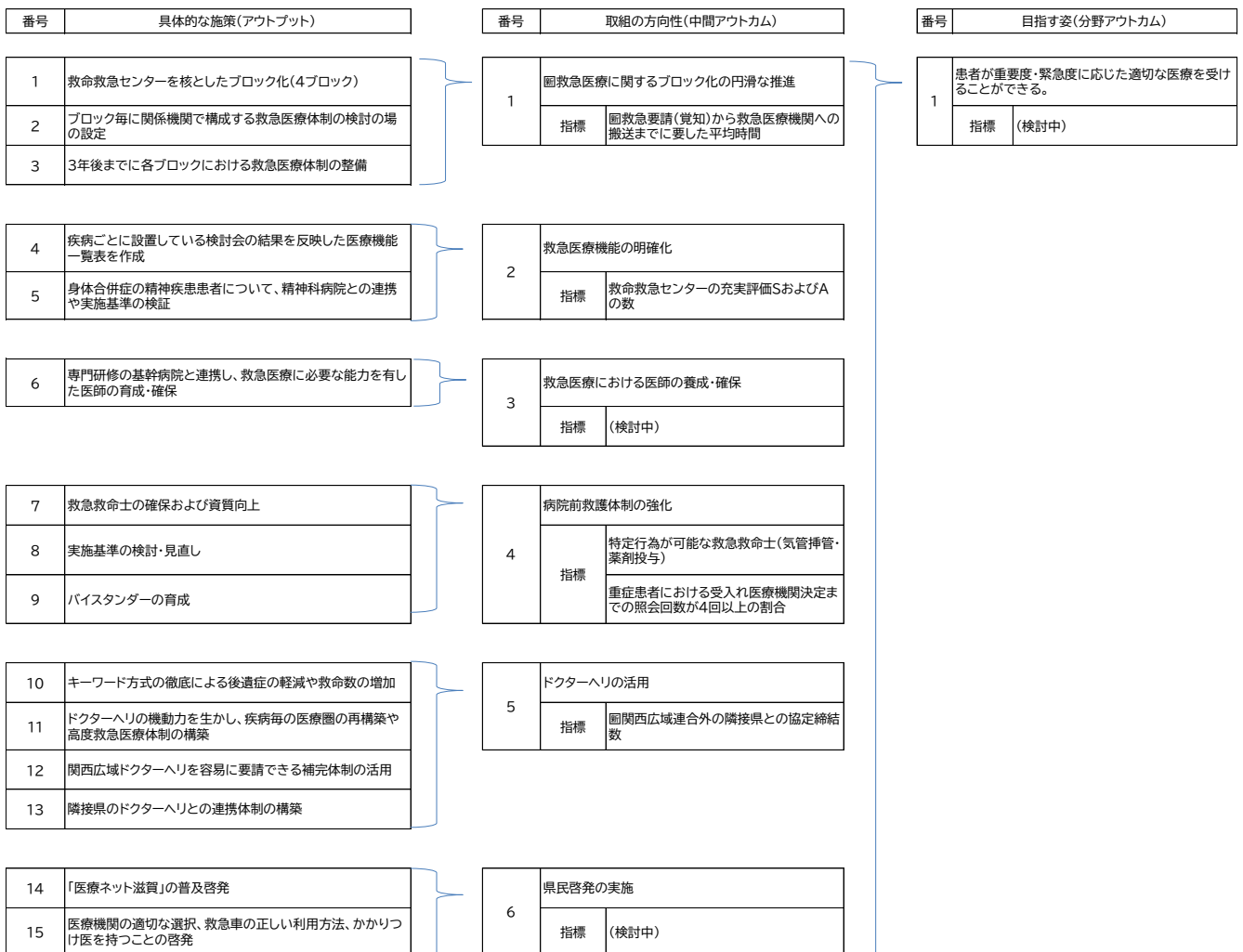
1 <<数値目標>>

目標項目		基準値	現状値	目標値 (R5)	備考
取組の方向性 (中間アウトカム)					
圏救急要請 (覚知) から救急医療機関への搬送までに要した平均時間		—	32.6分	全国平均より低い	R1 全国平均 39.5分
救急救命センターの充実評価SおよびAの数		4	4	4	新評価基準においてもA判定以上を維持
特定行為が可能な救急救命士	気管挿管	160人	214人	250人	15人/年
	薬剤投与	339人	439人	470人	
重症患者における受入れ医療機関決定までの照会回数が4回以上の割合		0.1% (H27)	0.19%	0.1% 未滿	
圏関西広域連合外の隣接県との協定締結数		—	0	3	福井県、岐阜県、三重県

2

3 **ロジックモデル**

4



7 災害医療

目指す姿

- 災害時においても必要な医療を受けることができる

取組の方向性

- (1) 災害拠点病院*の体制強化
- (2) 航空搬送拠点臨時医療施設*の体制確立
- (3) 災害対策(防災)マニュアル等の策定支援
- (4) 医療救護班の強化
- (5) 災害医療のコーディネート機能の充実・強化
- (6) 滋賀県広域災害時における医療救護活動指針の充実
- (7) 原子力災害医療の強化
- (8) 広域災害救急医療情報システム*の活用

施策の進捗、評価

(1) 災害拠点病院の体制強化

- 訓練・研修会の実施および補助を実施するほか、災害医療体制連絡協議会を開催し、当番病院制の採用等、災害時に円滑に運営できるよう、体制の構築を行っています。
- DMAT*および災害医療コーディネーター数の増加により、災害拠点病院としての体制強化が図られています。

(2) 航空搬送拠点臨時医療施設(SCU)*の体制確立

- 県内3か所に設置したSUCの効率的な運用を図るため、資機材等の充実を図り、災害発生時に即座に対応出来るよう体制の維持に努めています。

(3) 災害対策(防災)マニュアル等の策定支援

- 厚生労働省主催の事業継続計画(BCP)*策定研修事業等の情報を発信し、BCP等の策定の支援を行ったことにより、「災害対策(防災)マニュアル」「BCP」「職員参集マニュアル」の策定済み病院数はいずれも増加しているものの、目標値には達していません。
- 新型コロナウイルス感染症の感染拡大時には、新型コロナウイルス感染症患者受入病床の確保や一般医療の制限等、BCPに基づく医療機能の縮小を余儀なくされることもあったことから、災害対策(防災)マニュアル等の策定・改定の必要性が増しています。

(4) 医療救護班の強化

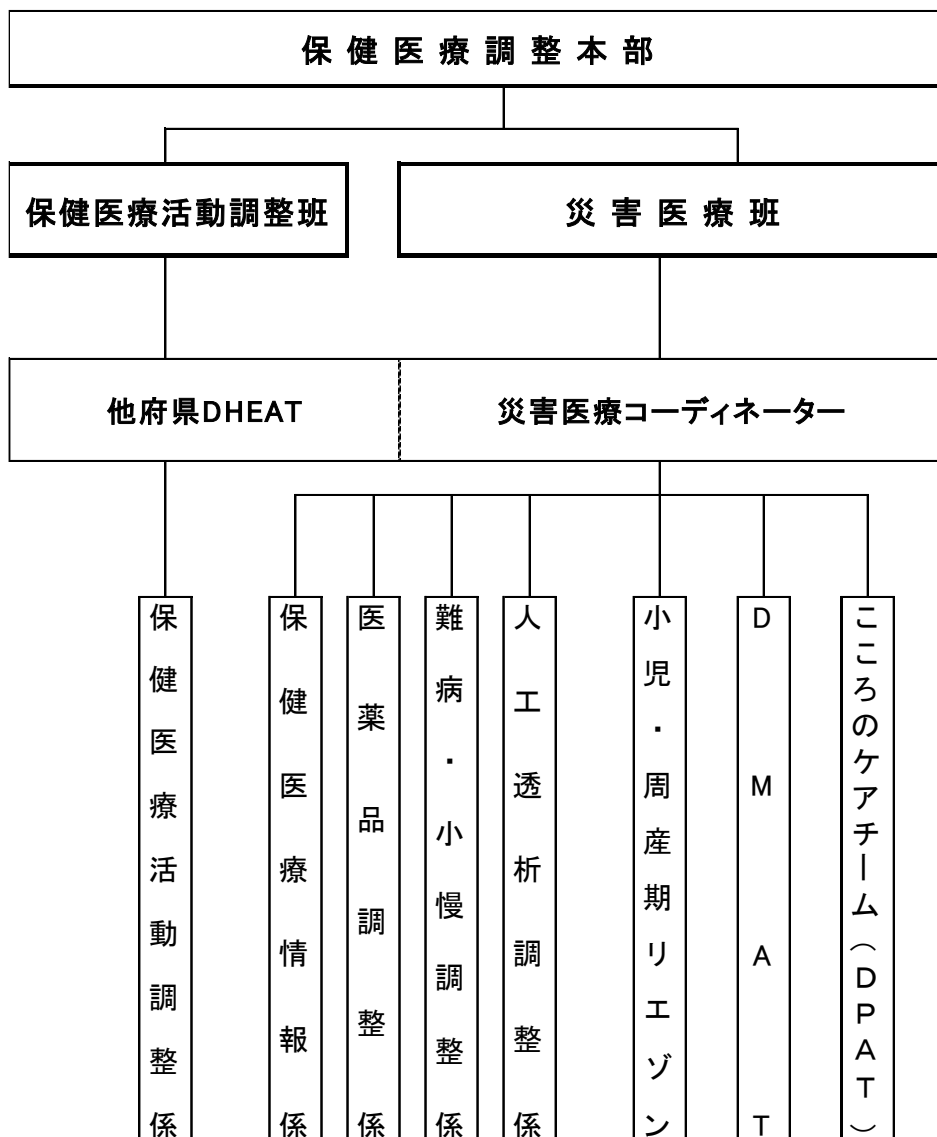
- 各種研修、訓練の実施および補助を行い、災害医療関係者の資質向上を図っています。
- 日本産科婦人科学会大規模災害対策情報システムの活用や災害時小児周産期リエゾン*の育成、透析患者等への支援を行うため部内のワーキンググループを実施し情報共有に努めています。

- 災害時小児周産期リエゾンは、定期的な県の防災訓練へ参加しており、現在のコロナ禍においても、医療支援チームと連携し、体制の整備等に取り組みました。
- 数値目標のDMATチーム数は38チームに増加しました。また、有資格者数も232人となり、いずれも目標値を上回りました。

(5) 災害医療のコーディネート機能の充実・強化

- 災害医療コーディネーターに対して研修会を開催し、災害医療コーディネーターの資質向上に努めています。
- 災害医療コーディネーターは平成30年度（2018年度）の119名から令和3年度（2021年度）は137名に増加し、研修受講率も平成30年度（2018年度）の73%から令和3年度（2021年度）は88%に上昇していますが、目標達成には至っていません。
- 災害発生時には災害医療本部の設置と併せて保健医療調整本部を設置し、総合調整を行うための機能の充実・強化を図っています。

図表 3-3-7-1 災害発生時の災害対策体制図



- 1 ○ 新型コロナウイルス感染症対応においては、災害医療コーディネーターが中心となり、滋賀県
2 covid-19 災害コントロールセンターにおいて新型コロナウイルス感染症陽性患者の入院・搬送調
3 整を行いました。

4
5 **(6) 滋賀県広域災害時における医療救護活動指針の充実**

- 6 ○ 滋賀県広域災害時における医療救護活動指針については、訓練等で得られた課題を確認し改善
7 を図りつつ、滋賀県広域災害時における医療救護活動指針の見直しの必要性について随時検討を
8 行っています。

9
10 **(7) 原子力災害医療の強化**

- 11 ○ 原子力災害拠点病院や原子力災害医療協力機関に対して、研修会の実施、参加および設備整備
12 等の補助を行い、機能強化を図っています。
- 13 ○ 原子力防災訓練等を通じて、関係機関の連携、協力関係の強化を図っています。
- 14 ○ 原子力防災訓練等の結果を踏まえ、滋賀県原子力災害医療マニュアルの定期的な点検改定を行
15 っています。
- 16 ○ 医療人材に対して、放射線測定器の研修の実施および原子力災害医療に関する研修への補助を
17 行っています。また、原子力災害医療関係者の資質向上のため、医療機関関係者および自治体関
18 係者等を対象とした研修会を実施しています。

19
20 **(8) 広域災害救急医療情報システム*の活用**

- 21 ○ 定期的な広域災害救急医療情報システム（EMIS）研修会を実施し、入力訓練および代行入力訓
22 練を実施していますが、令和元年度（2019年度）、令和2年度（2020年度）は新型コロナウイルス
23 感染症の影響で実施できませんでした。
- 24 ○ 指標を設定しておらず、現時点での効果の評価は困難となっていますが、毎年約40名の受講者
25 がいることから、EMISを活用できる職員は増加しています。
- 26 ○ 広域災害救急医療情報システム（EMIS）については、特に近年の災害を踏まえ、病院だけでな
27 く、有床診療所の情報収集も必要となっています。県内では病院は58病院全てで登録済みですが、
28 有床診療所の登録は進んでいません。
- 29 ○ 集中豪雨や地震による県境を越えた大規模災害だけでなく、県内の局地的な災害において、迅
30 速な情報収集および早期の患者受入調整にかかる手段を整備する必要があるため、令和元年（2019
31 年）9月から新たに局地災害対応システムを稼働しました。

32
33 **評価を踏まえた中間見直し**

34 **(1) 災害拠点病院の体制強化**

- 35 ○ 実災害が発生した際に対応できるよう、引き続き災害訓練を実施することとし、訓練の実施回
36 数を新たに数値目標に設定し継続的な実施に努めます。

37
38 **(2) 航空搬送拠点臨時医療施設*の体制確立**

- 39 ○ SCU の効率的な運営のため、引き続き資機材等の必要な整備を行い、大規模災害発生時に航空
40 機等による患者搬送を円滑に行えるよう支援します。

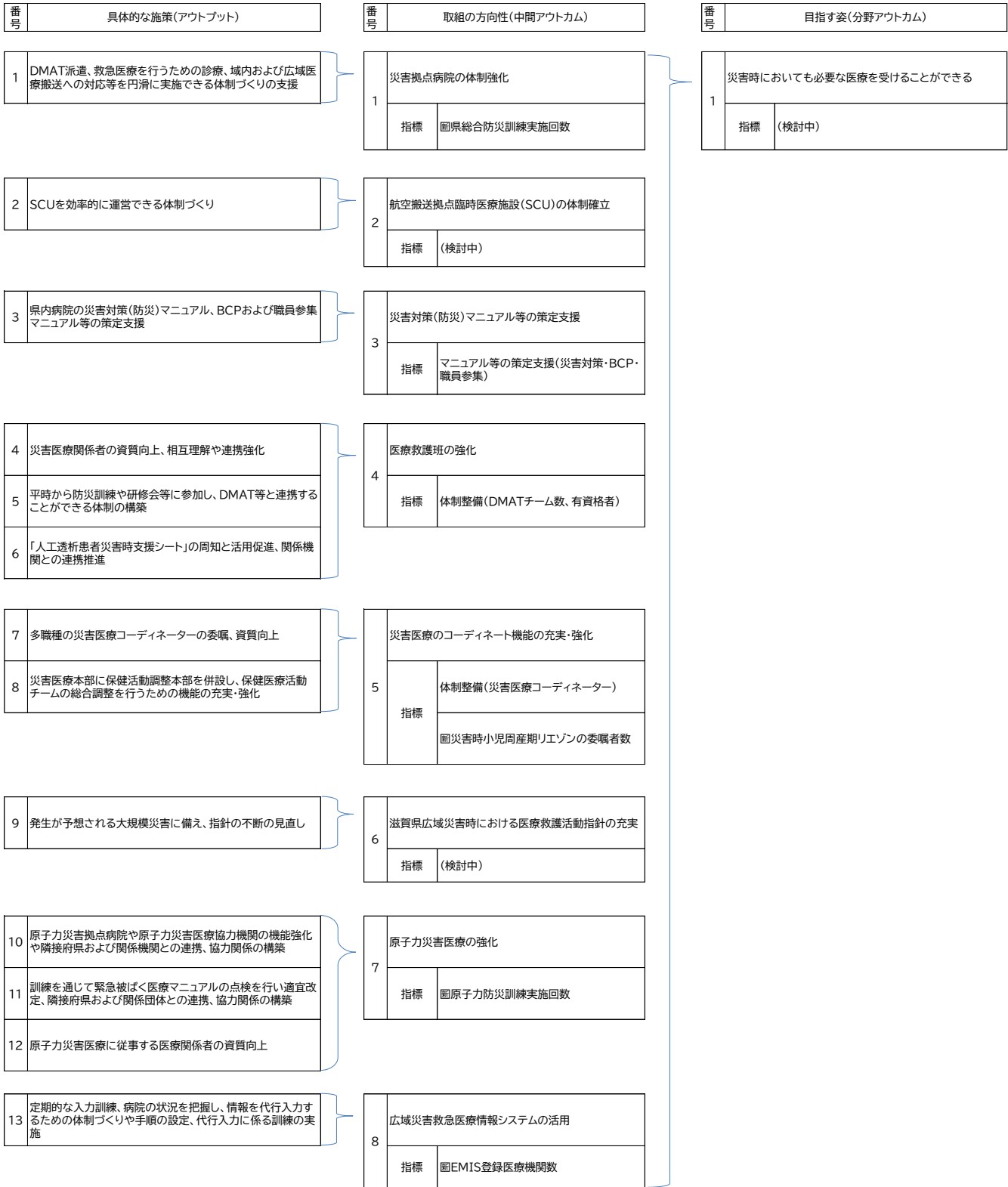
- 1 (3) 災害対策(防災)マニュアル等の策定支援
2 ○ 今後も策定支援を継続し、全病院において災害対策(防災)マニュアル等の策定を目指します。
3
- 4 (4) 医療救護班の強化
5 ○ 災害時に、小児・周産期医療に係る保健医療活動の総合調整を適切かつ円滑に行えるように、災
6 害時小児周産期リエゾンの委嘱者数を、新たに評価指標に追加します。
7 ○ 数値目標のDMAT チーム数および有資格者数がいずれも目標値を達成したことから、新たに目標
8 を41チーム 240人に設定します。
9
- 10 (5) 災害医療のコーディネート機能の充実・強化
11 ○ 引き続き災害医療コーディネーター研修を実施し資質向上を目指すとともに、受講率の目標を
12 達成できるよう研修方法についても検討します。
13 ○ 訓練等を通じて災害医療コーディネート機能の充実・強化を図り、関係機関との連携を強化し
14 ます。
15
- 16 (6) 滋賀県広域災害時における医療救護活動指針の充実
17 ○ 滋賀県広域災害時における医療救護活動指針については、訓練等において更なる課題が生じた
18 際に訓練の振り返り等の機会を通じて検討し、必要に応じて見直しを行います。
19
- 20 (7) 原子力災害医療の強化
21 ○ 原子力災害拠点病院や原子力災害医療協力機関に対しては、引き続き設備整備等の支援を行い、
22 機能強化を図っています。
23 ○ 原子力災害に備え、年1回以上訓練を継続して実施し、体制の強化を図ります。
24 ○ 滋賀県原子力災害医療マニュアルの定期的な点検改定を行います。
25
- 26 (8) 広域災害救急医療情報システム*の活用
27 ○ 新型コロナウイルス感染症の影響で実施ができなかった入力訓練および代行入力訓練を今後も
28 継続的に実施します。
29 ○ 新たにEMIS登録医療機関数を数値目標に設定し、すべての有床診療所の登録を目指します。
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40

1 <<数値目標>>

目標項目	基準値	現状値	目標値 (R5)	備考
取組の方向性 (中間アウトカム)				
圏訓練実施回数	—	2回	2回	県総合防災訓練1回 原子力防災訓練1回
災害対策(防災)マニュアル	・策定済み 43 病院 ・準備中 12 病院 ・策定予定無し 2 病院	・策定済み 48 病院 ・準備中 9 病院 ・策定予定無し 1 病院	全 58 病院策定済み	
BCP	・策定済み 12 病院 ・準備中 33 病院 ・策定予定無し 12 病院	・策定済み 26 病院 ・準備中 31 病院 ・策定予定無し 1 病院	全 58 病院策定済み	
職員参集マニュアル	・策定済み 32 病院 ・準備中 20 病院 ・策定予定無し 5 病院	・策定済み 38 病院 ・準備中 18 病院 ・策定予定無し 2 病院	全 58 病院策定済み	
DMAT チーム数および有資格者	30 チーム 183 人	38 チーム 232 人	41 チーム 人数 240 人	
災害医療コーディネーター研修の実施	災害医療コーディネーターの受講率 73%	災害医療コーディネーターの受講率 88.3%	災害医療コーディネーターの受講率 100%	
圏災害時小児周産期リエゾンの委嘱者数	—	12 名	15 名	
圏EMIS 登録医療機関数	—	58 病院	58 病院 36 有床診療所	

2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15

1 ロジックモデル



2
3

8 小児医療（小児救急を含む）

（1）小児救急医療

目指す姿

- 良質かつ適切な小児医療を受けることができる。
 - ・各二次および三次医療機関が担う医療機能が明確になり、機能分担と連携が強化されている。
 - ・初期、二次および三次医療機関の担う役割に合致した患者が受診している。

取組の方向性

- ア 小児救急医療に関する圏域の見直し
- イ 小児救急医の効率的な活用
- ウ 二次救急医療機関と開業小児科医師との連携
- エ 小児科を専門としない医師による初期小児救急医療の強化
- オ 保護者への啓発

施策の進捗、評価

- ア 小児救急医療に関する圏域の見直し
 - 小児救急医療に関わる関係機関で構成された協議の場を設置し、検討部会において4ブロック化することの必要性について関係者と協議を行い、理解を得ることができました。
 - 検討部会において、ブロック化の運用開始は地域の実情が異なるため、県下一斉ではなく準備が整ったブロック化から実施することで了承が得られ、湖南・甲賀ブロックについては、圏域内での調整の結果、令和3年度（2021年度）からブロック化による再編体制での運用が開始されました。
 - 残りの地域についても圏域の見直しを進めていますが、新型コロナウイルス感染症の影響で検討会を開催することが困難だったため、遅れが生じています。
- イ 小児救急医の効率的な活用
 - ブロック化による二次救急医療体制の再編が一部にとどまっており、効率的に小児科医師を配置することについての検討ができていません。
 - 一方、数値目標の小児救急搬送症例における受入不可となった件数の割合については5.7%となっており、目標値（7%未満）を達成しています。
- ウ 二次救急医療機関と開業小児科医師との連携
 - ブロック化による運用が始まった湖南・甲賀ブロックにおいては定期的に医師の連絡会議が行われていますが、指標がなく評価が困難となっています。
 - その他の地域においては、ブロック化に向けて病院間の医師連携を優先しているため、開業小児科医師との連携を図る検討が進んでいません。

1 **エ** 小児科を専門としない医師による初期小児救急医療の強化

- 2 ○ 医師会において、主たる診療科目を小児科以外の診療科目とする開業医師や病院勤務医師等を
3 対象に、初期研修を実施しており、県も支援していますが、研修の効果を確認するための指標が
4 設定できていませんでした。

5
6 **オ** 保護者への啓発

- 7 ○ 小児救急電話相談（短縮ダイヤル#8000番）については、県政モニターアンケートによる
8 と平成30年（2018年）調査では「知っている」と答えた方が33.7%、令和元年（2019年）
9 調査では35.8%、令和2年（2020年）調査では39.4%と年々認知度は上昇しています。
10 ○ 小児救急電話相談の利用促進について、県で実施しているドクターヘリ見学会等において啓発
11 を行っていますが、令和2年度（2020年度）以降は新型コロナウイルスの感染拡大防止のため開
12 催を中止しています。
13 ○ 「医療ネット滋賀」は策定時より普及が進んでいますが、普及率を示す指標が設定できていま
14 せん。
15 ○ 数値目標に設定している小児人口10万人当たりの時間外外来受診者数は平成30年（2018年）
16 には16,671人と計画策定時に比べ減少しており、目標値（18,000人以下）を達成することがで
17 きました。効果の要因としては施策の影響によるものと考えられます。

18
19 **評価を踏まえた中間見直し**

- 20 ○ 目指す姿の達成状況を図る指標として、新たに小児死亡数を追加します。

21
22 **ア** 小児救急医療に関する圏域の見直し

- 23 ○ 次期保健医療計画改定時には働き方改革による医師の時間外労働規制が適用されることも見据
24 え、東近江ブロック、湖東・湖北ブロック、大津・湖西ブロックについても保健所と調整しつつ、
25 ブロック化を進めていきます。
26 ○ 小児救急に関する圏域の見直し状況をわかりやすくするため、数値目標に再編実施ブロック数
27 を追加します。

28
29 **イ** 小児救急医の効率的な活用

- 30 ○ 数値目標の小児救急搬送症例における受入不可となった件数の割合について目標値を達成した
31 ことから、目標値を新たに現状値以下（5.7%以下）に設定します。

32
33 **ウ** 二次救急医療機関と開業小児科医師との連携

- 34 ○ ブロック化による小児救急医療体制を構築し各ブロックで開業小児科医師との連携に関する協
35 議の場の設置の検討を進めます。

36
37 **エ** 小児科を専門としない医師による初期小児救急医療の強化

- 38 ○ 評価指標として新たに研修受講者数および小児科を標榜する診療所数を設定し、初期小児救急
39 医療の強化の進捗を把握できるようにします。
40 ○ 研修の受講人数が増えることで、小児科を標榜する診療所数は維持されることが期待できるこ

1 とから、引き続き支援を行います。

2 **オ 保護者への啓発**

3 ○ 引き続き小児救急電話相談の利用を促進に向け、フォーラムやイベント等の機会を捉えて啓発
4 を行います。

5 ○ 次期保健医療計画の改定に向けて、「医療ネット滋賀」の普及率向上を目指すと共に、数値目
6 標の設定について検討を進めます。

7 ○ 数値目標の小児人口 10 万人当たりの時間外外来受診人数について、既に目標値を達成したこと
8 から、新たに目標値を現状値以下（16,671 人以下）とします。

9
10
11 **《数値目標》**

目標項目	基準値	現状値	目標値 (R5)	備考
目指す姿 (分野アウトカム)				
〓小児死亡数	－	37 人	現状値以下	
取組の方向性 (中間アウトカム)				
〓ブロック化進捗	－	1 ブロック	4 ブロック	
小児救急搬送症例における受 入不可となった件数の割合	7.7% (H27)	5.7%	現状値以下	
〓小児科を標榜する診療所数	－	262 診療所 (R2)	現状値維持	
小児人口 10 万人当たりの時 間外外来受診人数	19,014 人 (H28)	16,671 人	現状値以下	
具体的な施策 (アウトプット)				
〓小児救急医療地域医師研修 受講者数	－	59 人	200 人	

12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25

1
2

ロジックモデル



3
4
5
6
7
8
9
10
11
12

1 (2) 小児在宅医療

3 目指す姿

- 4 > 医療的ケア児*およびその家族が、小児医療における急性期から回復期、在宅医療に至るまでの適切な医療、サービスを切れ目なく受けることができる

7 取組の方向性

- 8 ア 地域における小児在宅医療の連携体制の構築
- 9 イ 小児在宅支援を担う医療機関の拡充
- 10 ウ 医療的ケア児の災害時支援体制の構築
- 11 エ 圏医療的ケア児の成長発達の促進および児と家族の住みやすい地域づくり

13 施策の進捗、評価

- 14 ア 地域における小児在宅医療の連携体制の構築
 - 15 ○ 小児在宅医療体制整備事業において、座学・実技研修を年1回開催し、小児在宅医療に関わる関係者が毎年約30名受講しています。近年は病院、診療所、訪問看護ステーションだけでなく、
 - 16 保育、教育、福祉施設等からも受講者があり、地域の連携体制構築を担う人材育成と資質向上を
 - 17 図っています。
 - 18 ○ しかしながら、研修修了者が医療的ケア児等の小児在宅医療に取り組んでいるかどうかは調査
 - 19 不十分であり、実態が把握できていません。
 - 20 ○ 小児在宅医療体制整備事業において、病院、診療所、訪問看護等の医療的ケア児の支援に関わ
 - 21 る関係者が出席する小児在宅委員会を年1回以上開催しています。令和2年度(2020年度)は新
 - 22 型コロナウイルス感染症対応や災害時対応等について支援体制を確認し、役割を整理することで
 - 23 連携体制づくりが促進されました。
 - 24 ○ 医療的ケア児の在宅医療体制の充実のため、各圏域に調整会議(障害者自立支援協議会*重心
 - 25 部会等)を設置し、医療や福祉、教育等の専門職で協議を行い、連携の強化および地域包括ケア
 - 26 システムの推進を図っています。
 - 27
 - 28
- 29 イ 小児在宅支援を担う医療機関の拡充
 - 30 ○ 新たに療養生活自立支援事業の委託先が3か所追加され、策定時は3圏域でしたが、現在6圏
 - 31 域においてレスパイト*・ショートステイの受入が可能となりました。また、小児の訪問診療可
 - 32 能な診療所数および訪問看護ステーション数は県全体では増加していますが、圏域により増減に
 - 33 差があります。
 - 34 ○ 療養生活自立支援事業の利用日数は年々増加していましたが、令和2年度(2020年度)は、新
 - 35 型コロナウイルス感染症による影響でレスパイト・ショートステイを控える患者・家族や、コロ
 - 36 ナ病床確保のため受入を中止している病院があり、減少しました。

37 図表3-3-8-1 療養生活自立支援事業利用実績(日)

H27	H28	H29	H30	H31	R2
10	87	87	145	180	126

図表3-3-8-2 訪問診療可能な診療所（小児在宅医療）

圏域名	大津	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北	湖西	合計
H29	11	9	3	4	5	8	2	42
R3	16	12	3	7	2	11	3	54

（医療機能調査）

図表3-3-8-3 小児在宅受入れ可能な訪問看護ステーション

圏域名	大津	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北	湖西	合計
H29	19	10	6	7	8	10	4	64
R1	23	12	6	6	12	9	3	71

（訪問看護ステーション実態調査）

ウ 医療的ケア児の災害時支援体制の構築

- 小児慢性特定疾病医療受給者のうち「災害時避難行動要支援者リスト」を保健所から16の市町へ情報提供し共有を図りました。
- 令和2年度（2020年度）までに保健所が中心に関わり、県内の人工呼吸器、在宅酸素療法、たん吸引が必要な児童のうち23%に対して個別避難計画を作成しました。令和3年（2021年）5月に災害対策基本法が改正され、個別避難計画作成は市町の努力義務となりました。
- 個別避難計画作成を通じ、対象の医療的ケア児の支援者だけでなく近隣住民等も加わることで、災害時支援体制が強化されますが、作成にあたる人員が限られており、より多くの医療的ケア児への迅速な作成が課題です。

エ 医療的ケア児と家族の交流の支援

- 小児在宅医療体制整備事業において、県民向けのシンポジウムを年1回開催しています。令和2年（2020年）はコロナ禍のためオンラインを活用し、県内外から118名の参加があり、「小児・重症心身障害児（者）の新型コロナウイルス感染災害時の支援と連携」について患者・家族、支援者が意見交換、学習、交流する機会となりました。
- 交流会事業を県内5団体へ委託し、それぞれ患者家族の交流会、学習会が開催され、計109名の参加がありました。また、患者、家族の交流の機会となるだけでなく、写真展の開催等で県民への啓発にもつながりました。
- 医療的ケア児やその家族が相互に交流することで、療養生活上の不安の解消、孤立の防止、自立・成長発達の促進が期待できるほか、県民への周知、啓発により社会への理解の拡大も期待できます。

評価を踏まえた中間見直し

ア 地域における小児在宅医療の連携体制の構築

- 人材育成研修受講者の業種が広がっており、医療的ケア児と関わる機関が増加していると予想されることから、引き続き施策を推進していきます。
- 研修修了者が研修内容を実践できる体制について、実践状況を検証し検討を進めていきます。
- 医療的ケア児の在宅医療体制充実、関係者の連携強化、地域包括ケアシステムの推進のため引

1 き続き関係者の協議・検討の場を確保します。

2
3 **イ 小児在宅支援を担う医療機関の拡充**

4 ○ 身近な地域でレスパイト・ショートステイを受けられる体制の確保のため、受入れ可能な機関
5 のノウハウを共有し、全ての二次保健医療圏域で整備されるよう、引き続き資源の拡充について
6 取り組みます。

7 ○ 小児在宅医療体制整備事業の実施を通じ、訪問診療可能な診療所、小児在宅受入れ可能な訪問
8 看護ステーションについて圏域による差が生じることなく、必要な方に支援が行きわたるよう引
9 き続き資源の拡充について取り組みます。

10
11 **ウ 医療的ケア児の災害時支援体制の構築**

12 ○ 県では令和2年度(2020年度)から防災と保健・医療の連携推進モデル(滋賀モデル)を掲げ、
13 市町が組織的に個別避難計画作成を行えるよう取り組んでいます。より多くの市町で個別避難計
14 画作成を含む災害時の連携体制が構築されるよう支援を推進します。

15 ○ 保健所では引き続き市町の個別避難計画作成に関わり、特に緊急性が高い人工呼吸器装着者は
16 策定割合について指標を追加します。

17
18 **エ 医療的ケア児の成長発達の促進および児と家族の住みやすい地域づくり**

19 ○ 取組の方向性を『医療的ケア児と家族の交流の支援』から『医療的ケア児の成長発達の促進お
20 よび児と家族の住みやすい地域づくり』に変更します。

21 ○ 交流会の内容・成果や課題を共有し、事業のブラッシュアップを図るため、委託団体同士の情
22 報交換会を行い、参加者のニーズに合った支援へつなげていきます。

23
24 **《数値目標》**

目標項目	基準値	現状値	目標値 (R5)	備考
取組の方向性 (中間アウトカム)				
圏保健所が支援した人工呼吸器装着者に対する災害時避難行動要支援者個別避難計画の策定割合 (大津市除く)	—	41.8%	81.0%	令和6年度 100%
具体的な施策 (アウトプット)				
NICU等の長期入院児 後方支援病床	3/7圏域	3/7圏域	各二次保健医療圏域 に1か所以上整備	8床 (令和2年現在)
レスパイト入院受入れ可能病院お よび医療型短期入所*可能事業所	3/7圏域	6/7圏域	各二次保健医療圏域 に1か所以上整備	
訪問診療可能な診療所	42 診療所	54 診療所	各二次保健医療圏域 に現在数以上整備	
小児在宅受入れ可能な 訪問看護ステーション	64 施設	71 施設		

1 ロジックモデル

番号	具体的な施策(アウトプット)
----	----------------

1	人材育成および資質向上(専門病院の医師等による集合研修や実地研修等)
2	研修を受講した医師等が、実際に小児在宅医療を実践できる体制の構築
3	病院・診療所・訪問看護ステーション等の連携体制づくり
4	各圏域に調整会議等を設置し、地域包括ケアシステムの推進

番号	取組の方向性(中間アウトカム)
----	-----------------

1	地域における小児在宅医療の連携体制の構築
指標	(検討中)

番号	目指す姿(分野アウトカム)
----	---------------

1	医療的ケア児およびその家族が、小児医療における急性期から回復期、在宅医療に至るまでの適切な医療、サービスを切れ目なく受けることができる
指標	(検討中)

5	二次保健医療圏域ごとに1病院以上、NICU等の長期入院児後方支援病床を整備
指標	NICU等の長期入院児後方支援病床
6	レスパイト入院が可能な医療機関または医療型短期入所の受入れができる事業所の確保
指標	レスパイト入院が可能な医療機関または医療型短期入所可能事業所
指標	訪問診療可能な診療所
指標	小児在宅受入れ可能な訪問看護ステーション

2	小児在宅支援を担う医療機関の充実
指標	(検討中)

7	どの地域にどのような医療的ケア児がいるか把握し、円滑かつ確実に支援できる体制の構築
---	---

3	医療的ケア児の災害時支援体制の構築
指標	圏保健所が支援した人工呼吸器装着者に対する災害時避難行動要支援者個別避難計画の策定割合

8	レスパイト入院等の資源拡充、医療的ケア児およびその家族が精神的にサポートし合える交流会や学習会の場づくりの支援
---	---

4	圏医療的ケア児の成長発達の促進および児と家族の住みやすい地域づくり
指標	(検討中)

- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12
- 13
- 14

9 周産期医療

目指す姿

▶ 周産期医療体制を充実・強化し、妊婦およびその家族が安心・安全な出産を迎えることができる。

取組の方向性

- (1) 周産期医療体制の充実・強化
- (2) NICU 等の長期入院児後方支援病床の充実・強化
- (3) 地域における分娩取扱場所の確保
- (4) 災害時周産期医療体制の構築
- (5) ハイリスク妊産婦*への支援・診療体制の確保

施策の進捗、評価

(1) 周産期医療体制の充実・強化

- NICU、GCUの増床については、目標値以上に整備することができました。また、ドクターカーを新たに整備しました。
- 周産期医療等協議会ならびに周産期医療検討部会を定期的に開催しました。関係機関と意見交換し、課題を整理・共有することで周産期医療体制の充実・強化を図りました。コロナ禍においても協議会や検討会の中で検討を行い、感染しても安心・安全な出産を迎えることができる体制を構築しました。
- 評価指標が病床の整備のみとなっているため、これ以外の施策の評価が困難となっていますが、NICU、GCUの増床、出生数の減少、NICUから在宅医療への移行の促進等により、平成30年度(2018年度)以降、NICUの空床は確保されています。

(2) NICU等の長期入院児後方支援病床の充実・強化

- 数値目標に設定している各二次保健医療圏域におけるNICU等の長期入院児後方支援病床確保に向けて、NICU等後方支援事業を実施し8床から10床に増床しましたが、病床を確保できている二次保健医療圏域は3圏域にとどまっています。
- NICU等の長期入院児後方支援病床の利用は見込みより少なくなっています。理由として「施設入所待ちの児が長期入院し、空き病床がない」「利用条件が保護者にとって利用しにくい」「施設入所を希望しており、在宅医療への移行は希望していない」等、活用の難しさがありますが、このことは病床確保の評価指標では評価ができない部分となっています。
- 在宅医療へ円滑に移行できるよう体制を整備していますが、後方支援病床の確保のみでは在宅医療への円滑な移行は困難となっています。また、在宅医療への移行を希望しない児と家族への支援についても課題となっています。

(3) 地域における分娩取扱場所の確保

- 評価指標や具体的な施策がないため、評価は困難となっています。
- 各ブロックでの分娩可能数は分娩数より多く推移しており、各ブロック内での分娩取扱場所は確

1 保できています。

- 2 ○ 検討する場を1圏域で実施しましたが、コロナ禍もあり、継続的な実施ができていません。また、
3 周産期医療体制の4ブロックにあわせた圏域調整はできていません。

4 5 (4) 災害時周産期医療体制の構築

- 6 ○ 大規模災害時に、被災地域において適切に保健医療活動の総合調整が行われるように「災害医
7 療コーディネーター活動要領」及び「災害時小児周産期リエゾン活動要領」について（平成31
8 年（2019年）2月8日付け医政地発0208第2号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）にお
9 いて、災害時小児周産期リエゾンの運用、活動内容等について定められました。
- 10 ○ 現在、災害時小児周産期リエゾンを、産科、新生児科、小児科の医師12名（大津・湖西ブロッ
11 ク6名、湖南・甲賀ブロック1名、東近江ブロック1名、湖東・湖北ブロック4名）に委嘱して
12 いますが、評価指標については設定できていません。災害初期は24時間対応となるため、小児
13 周産期リエゾンが業務を交代できる体制の確保が必要となります。また、災害時の活動において
14 は、避難所での乳幼児や妊産婦のニーズの収集、分析、対応策の立案も必要となるため、医師の
15 みならず助産師等看護職の養成も必要となります。
- 16 ○ 災害時小児周産期リエゾンは、定期的な県の防災訓練へ参加しており、現在のコロナ禍において
17 も、医療支援チームと連携し、体制の整備等に取り組みました。

18 19 (5) ハイリスク妊産婦への診療体制の確保

- 20 ○ 産前の、妊婦健診受診の啓発や妊娠リスクスコア*の活用促進については、母子健康手帳別冊へ
21 の記載や、市町における妊婦面接において啓発されています。
- 22 ○ 母体の身体的機能の回復や授乳状況および精神状態を把握し、その後の支援にも重要である産婦
23 健康診査事業は、現在2市のみでの実施となっています。
- 24 ○ 産後うつ予防については、妊産婦メンタルヘルス研修会や検討会を開催し、必要時、速やかに
25 産婦人科医療機関と精神科医療機関が連携する体制の構築に取り組んでいます。
- 26 ○ ハイリスク妊産婦援助事業の円滑な実施のために各圏域で周産期連絡調整会議を開催し、ハイリ
27 スク妊産婦連絡票の連絡件数は年々増加し、連携体制の充実が図られています。

28 29 **評価を踏まえた中間見直し**

30 (1) 周産期医療体制の充実・強化

- 31 ○ NICU等病床の整備が目標以上に整備できたことから、今後も引き続き計画通り現在の取組を継
32 続して実施していきます。
- 33 ○ 第8次保健医療計画に向けて、新たな評価指標の追加について周産期医療等協議会等で検討を行
34 います。

35 36 (2) NICU等の長期入院児後方支援病床の充実・強化

- 37 ○ NICU等への入院が長期になる理由は、在宅医療への移行の困難さのみではないため、病床を確
38 保して解決するものではなくってきています。
- 39 ○ 第8次保健医療計画に向けて、NICU等に長期入院している児の支援について在宅小児医療の取
40 組と連携していくとともに、後方支援病床の在り方について検討を行っていきます。

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40

(3) 地域における分娩取扱場所の確保

- 分娩場所を多く確保することだけでなく、各ブロックの中で、周産期医療体制ネットワークが適切に運用され、リスクに応じた分娩場所と分娩可能数を確保することで、安心・安全に出産できる場所を確保していきます。
- 第8次保健医療計画に向けて、現在各二次保健医療圏域で実施している周産期保健医療連絡調整会議を4ブロック化するために保健所と調整や検討を行います。

(4) 災害時周産期医療体制の構築

- 災害時に、小児・周産期医療に係る保健医療活動の総合調整を適切かつ円滑に行えるように、災害時小児周産期リエゾンの委嘱者数を、新たに評価指標に追加します。
- 第8次保健医療計画に向けて、各フェーズでの体制や各圏域の強化、看護職等の委嘱、計画的な研修会や防災訓練への参加など、具体的な体制の整備等について評価指標も含めて検討していきます。

(5) ハイリスク妊産婦への支援・診療体制の確保

- 妊婦健診の受診や妊娠リスクスコアの活用の啓発、産婦人科と精神科医療機関の連携促進等については、今後も継続して実施していきます。
- ハイリスク妊産婦への支援や産婦健診事業のより一層の促進を図るため、母子保健施策や精神科疾患施策と連携しながら、第8次保健医療計画に向けて評価指標も含めて検討していきます。

1 《数値目標》

目標項目		基準値	現状値	目標値(R5)	備考
目指す姿（分野アウトカム）					
母子保健指標 の改善	周産期死亡率 （出産千対）	3.8（H24～ H28の平均値）	県 3.54 全国 3.5 （H27～R1平均値）	H29～R4の平均値が全 国平均より低い	評価指標が平均値の比 較であることから、分野 アウトカムとしての評 価は困難。数値評価は最 終年度に行う。
	新生児死亡率* （出生千対）	1.0（H24～ H28の平均値）	県 0.86 国 0.9 （H27～R1平均値）	H29～R4の平均値が全 国平均より低い	
取組の方向性（中間アウトカム）					
災害時 周産期医療 体制の構築	災害時小児 周産期リエゾン 委嘱者数	—	12名	15名	新規追加
具体的な施策（アウトプット）					
周産期関連 病床の整備	NICU病床 （ただし人工換気 管理可能な病床）	32床（H29）	39床	現状維持	
	GCU病床	46床（H29）	51床	地域周産期母子医療 センターに増床	
	NICU等の 長期入院児 後方支援病床	3/7圏域（H29）	3/7圏域 （10床）	各二次保健医療圏域に 1か所以上整備	8床（H29）

2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19

1 ロジックモデル

番号	具体的な施策(アウトプット)
----	----------------

番号	取組の方向性(中間アウトカム)
----	-----------------

番号	目指す姿(分野アウトカム)
----	---------------

1	人工換気管理可能なNICU病床整備(37床以上)
指標	周産期関連病床の整備(NICU)
2	東近江ブロックのGCU病床整備
指標	周産期関連病床の整備(GCU)
3	総合周産期母子医療センターと地域周産期母子医療センターの専門医療が提供できる体制整備
4	新生児救急搬送の体制継続
5	新生児ドクターカーが出勤できない場合、ドクターヘリの活用
6	周産期医療協議会および検討部会等での検討

1	周産期医療体制の充実・強化
指標	NICU病床 GCU病床

1	周産期医療体制を充実・強化し、妊婦およびその家族が安心・安全な出産を迎えることができる
指標	周産期死亡率(出産千対)
	新生児死亡率(出生千対)

7	NICUおよびGCUに長期入院している児が、NICU等から在宅医療へ円滑に移行できる体制整備
8	二次保健医療圏ごとに1病院以上、NICU等の長期入院児後方支援病床を整備
指標	周産期関連病床の整備(NICU等の長期入院児後方支援病床)

2	NICU等の長期入院児後方支援病床の充実・強化
指標	NICU等の長期入院児後方支援病床

9	分娩取扱場所について検討する場を立ち上げ、安心・安全な分娩取扱場所を確保
---	--------------------------------------

3	地域における分娩取扱場所の確保
指標	(検討中)

10	災害時小児・周産期医療体制の検討
11	平時から防災訓練や研修会等に参加し、DMAT等と連携することができる体制の構築

4	災害時周産期医療体制の構築
指標	圏災害時小児周産期リエゾン委嘱者数

12	健康管理や妊婦健診受診の啓発、妊娠リスクスコアの活用促進、胎動カウントの促進
13	母子保健事業と連携し、必要時に速やかに精神科医療機関等の関係機関と連携できる診療体制の確保

5	ハイリスク妊産婦への支援・診療体制の確保
指標	(検討中)

- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8

10 へき地医療

目指す姿

- へき地においても保健医療サービスを継続して受けることができる

取組の方向性

- (1) へき地における医療の確保
- (2) へき地における医師確保の推進
- (3) 救急医療支援体制、保健・医療・福祉の連携強化

施策の進捗、評価

(1) へき地における医療の確保

- 巡回診療延べ日数（年間）については、令和2年度（2020年度）は新型コロナウイルス感染症の影響もあり巡回診療延べ日数は減少しましたが、例年はおおむね計画策定時の日数を維持しています。
- へき地支援機構策定会議を開催し、へき地医療における医療水準の向上を図っています。
- へき地拠点病院からへき地診療所*への巡回診療へ補助を行い医療の確保に努めています。

(2) へき地における医師確保の推進

- 令和元年度（2019年度）に策定した「滋賀県医師確保計画」において、無医地区*等およびへき地診療所を含む区域（へき地診療所の設置基準に基づき、診療所を中心とした概ね半径4kmの区域）を医師少数スポットとして設定し、巡回診療の実施やへき地診療所への医師の派遣等を行うへき地医療拠点病院等の医師の確保を図っています。
- 県職員として採用している自治医科大学卒業医師を、へき地医療拠点病院である長浜市立湖北病院および高島市民病院（朽木診療所含む）、加えて甲賀市立信楽中央病院へ継続的に派遣することにより医師を確保しています。
- へき地診療所については、安定的な医師の確保は容易ではなく、へき地医療拠点病院等からの医師派遣や指定管理制度の導入、地域の医師会の協力により医療提供体制を維持しています。
- 関係医療機関等と連携し、へき地での診療を含んだ総合診療に係る「キャリア形成プログラム」を策定するなど、在宅医療を支え、総合的な診療能力を有した医師の養成に取り組んでいます。

(3) 救急医療支援体制、保健・医療・福祉の連携強化

- 救命救急センターおよび京滋ドクターハリの運営に対し補助を行い、へき地の救急医療体制の確保を行っています。
- 自治医科大学の学校説明会の中で、地域医療やへき地医療に従事する医師との意見交換の場を設置し啓発を行っています。

1
2 **評価を踏まえた中間見直し**

3 **(1) へき地における医療の確保**

- 4 ○ へき地拠点病院に対して引き続き支援を行い、へき地診療所への巡回診療をはじめとした医療
5 の確保に努めます。
6 ○ 厚生労働省の医療計画の見直し等に関する検討会による「第7次医療計画の中間見直し等に関
7 する意見のとりまとめ」において、良質かつ適切なへき地医療を提供する体制を構築するため、
8 へき地医療拠点病院の中で主要3事業（へき地への巡回診療、へき地診療所等への医師派遣、へ
9 き地診療所等への代診医派遣）の年間実績が合算で12回以上の医療機関の割合を追加指標とし
10 た上で、本指標の値を100%にすることを数値目標とされたことから、本県においても数値目標に
11 設定し、100%の維持していくことを目標とします。
12

13 **(2) へき地における医師確保の推進**

- 14 ○ 滋賀県医師確保計画との整合性を図りつつ、へき地における医師の養成・確保に努めます。
15 ○ 引き続き、関係市町からの要請により、自治医科大学卒業医師をへき地医療拠点病院等へ派遣
16 し、必要とされる医師の確保に努めます。
17 ○ 「キャリア形成プログラム」において、総合診療に関するプログラムを選択した研修医が、在
18 宅医療のリーダーとして地域に定着し地域医療に貢献できるよう、人材の育成に取り組みます。
19

20 **(3) 救急医療支援体制、保健・医療・福祉の連携強化**

- 21 ○ 引き続き救命救急センターおよび京滋ドクターヘリの運営に対する支援を実施し、へき地の救
22 急医療体制の強化を図ります。
23
24
25

26 **《数値目標》**

27

目標項目	基準値	現状値	目標値 (R5)	備考
目指す姿 (分野アウトカム)				
圏へき地医療拠点病院の中で主要3事業（へき地への巡回診療、へき地診療所等への医師派遣、へき地診療所等への代診医派遣）の年間実績が合算で12回以上の医療機関の割合	—	100%	100%	
取組の方向性 (中間アウトカム)				
へき地医療拠点病院からへき地診療所への巡回診療延べ日数 (年間)	47.5日	26.6日	50日	

28
29
30

1 ロジックモデル

番号	具体的な施策(アウトプット)
1	へき地医療支援機構を中心としたへき地医療の推進
2	無医地区等への巡回診療による医療の確保
3	へき地医療拠点病院に対する評価・検討

番号	取組の方向性(中間アウトカム)
1	へき地における医療の確保
指標	へき地医療拠点病院からへき地診療所への巡回診療延べ日数

番号	目指す姿(分野アウトカム)
1	へき地においても保健医療サービスを継続して受けることができる
指標	圏へき地医療拠点病院の中で主要3事業の年間実績が合算で12回以上の医療機関の割合

4	自治医科大学卒業医師の派遣
5	へき地医療支援機構による代診医の派遣
6	へき地医療における総合的な診療能力を有した医師の養成・確保
7	医師キャリアサポートセンターとへき地医療支援機構との連携・協力

2	へき地における医師確保の推進
指標	(検討中)

8	救急支援体制の確保
9	保健・医療・福祉の連携強化
10	へき地医療への理解の促進

3	救急医療支援体制、保健・医療・福祉の連携強化
指標	(検討中)

- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12
- 13
- 14
- 15
- 16
- 17
- 18
- 19

11 在宅医療

目指す姿

- 県内のどこに住んでいても、本人の意思に添って、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最終段階まで安心して続けることができる
- 本人が望む場所で、人生の最終段階におけるケア、看取りができています

取組の方向性

- (1) 病院と在宅療養の切れ目ない入退院支援体制の整備
- (2) 本人が望む場所での日常療養支援体制の整備
- (3) 本人が望む場所での人生の最終段階のケアや看取り体制の整備
- (4) 急変時の対応体制の整備
- (5) 災害時、新興感染症発生時の対応体制の整備
- (6) 多職種・多機関連携をコーディネートする圏域・市町の連携拠点機能の充実

施策の進捗、評価

(1) 病院と在宅療養の切れ目ない入退院支援体制の整備

- 入退院支援ルールは全ての圏域で運用されており、入退院時の病院と介護支援専門員との情報連携(入退院支援ルール)率はほぼ90%になり、特に入院時の情報連携率は目標を上回りました。一方、退院時の情報連携率は、年々増加傾向にありますが、目標には至っていません。
- 令和2年度(2020年度)は、新型コロナウイルス感染症の影響により、面会や訪問、カンファレンスが制限され、病院と地域の連携が難しくなっている状況があり、今後2年間の入退院支援に影響が及ぶことが懸念されます。

(2) 本人が望む場所での日常療養支援体制の整備

- 新型コロナウイルス感染症の影響により、令和2年度(2020年度)は、人材育成研修や県民向けの普及啓発が計画通り実施できませんでした。
- 医師、歯科医師、歯科衛生士、看護師、薬剤師、リハビリテーション専門職*、管理栄養士の訪問を受けた患者実人数は、計画時点から平均で1.36倍となりました。これは、県や関係団体における在宅医療に関する研修等が充実し、多職種多機関連携が進んだ成果の一つと考えます。
- 在宅医療を支援する医療・介護資源や人材は増えているものの、令和元年度(2019年度)に実施した「滋賀の医療福祉に関する県民意識調査」によると、県民の在宅医療等に関する認知度について、医師の訪問診療、訪問看護、訪問介護は4割を超えているものの、それ以外の在宅支援サービスは依然として低い状況です。
- 在宅療養を支える人材の育成は、団体が中心になり、研修が開催されていますが、医療関係者と介護関係者との連携の難しさが指摘されています。
- 施策と成果の関連の確認が難しいため、在宅療養者のQOL(生活の質)の向上への寄与に関する評価指標を設定して確認していく必要があります。

1 (3) 本人が望む場所での人生の最終段階のケアや看取り体制の整備

- 2 ○ 在宅（自宅・老人ホーム）での死亡者数は、年々増加しています。在宅死亡率(20.8%)は横ば
3 いですが、自宅死亡率(13.3%)は計画時点から1%する一方で、老人ホーム死亡率(7.5%)は
4 1.4%増加しました。これは、介護施設の職員に対する看取り研修に取組んだ成果が一定現れたも
5 のと考えます。
- 6 ○ 在宅ターミナルケア加算の令和2年（2020年）の件数は前年より約200件延びており、在宅死
7 亡者の27～35%を占めています。このことから、ターミナル期（死亡日および死亡前14日以内）
8 においても、在宅で訪問診療を受けながら過ごせる人が増加していることが分かります。
- 9 ○ 関係者からは、新型コロナウイルス感染症の拡大による面会制限のため、介護施設における本
10 人の希望に沿った看取りケアの実現が難しくなり、QOD（質の高い看取り）の実現に影響が出るこ
11 とが懸念されます。

12
13 (4) 急変時の対応体制の整備

- 14 ○ 在宅療養支援病院数(15病院)が全ての二次保健医療圏域に確保でき、目標を達しました。在宅
15 医療等推進協議会においては、日常療養の急変時対応において、地域の病院と診療所の協力は進
16 んできているとの意見がありましたが、これを評価する指標を設定していないため、客観的な評
17 価は困難です。

18
19 (5) 災害時、新興感染症発生時の対応体制の整備

- 20 ○ 災害の発生や感染症の拡大などが、在宅療養者の生活に与える影響は大きいことから、非常時
21 を意識した対応体制の整備が必要ですが、現計画においては該当する項目がありません。

22
23 (6) 多職種・多機関連携をコーディネートする圏域・市町の連携拠点機能の充実

- 24 ○ コーディネーターの配置と連携を推進するための多職種・多機関が協議する場合は、全ての圏域
25 および市町単位で設置されており、体制は一定整ってきました。
- 26 ○ 医療福祉推進アドバイザー*による市町支援を通じて、関係者による連携・協働のもと、各市
27 町の地域性を踏まえた「我がまちの地域包括ケア」の促進を図ってきました。

28
29 **評価を踏まえた中間見直し**

- 30 ○ 現行の取組の方向性を「在宅医療に求められる4つの医療機能」を中心に以下のとおり整理す
31 るとともに、新たに災害時、新興感染症発生時の対応体制の整備を追加し、取り組むこととしま
32 す。

33 (1) 病院と在宅療養の切れ目ない入退院支援体制の整備

- 34 ○ 引き続き、全ての圏域で入退院支援ルールの効果的な運用を図るとともに、特に退院時の情報
35 連携が円滑に進むよう、情報連携対象者や連携基準の明確化について、関係者と協議・検討しま
36 す。
- 37 ○ 新たな数値目標をとして、「入退院支援を受けた患者数」を設定するなど、新型コロナウイルス
38 感染症の影響を含め、入退院支援の実態を把握しつつ、保健所と関係機関・団体が連携して、
39 支援を受ける側に立った暮らしを分断しない入退院支援の促進を図ります。

1 (2) 本人が望む場所での日常療養支援体制の整備

- 2 ○ 新型コロナウイルス感染症禍の中においても、人材育成研修や県民啓発事業が効率的・効果的
3 かつ継続的に実施できるよう ICT 技術の活用など多様な実施手法を検討します。
- 4 ○ 医師等の訪問支援を受ける患者が増える一方で、訪問に携わる医師、管理栄養士数は計画時点
5 から増加していません。在宅医療に携わる医師の増加と、多職種チーム支援の強化を目的とした
6 「在宅医療セミナー」をさらに充実開催するとともに、在宅医療に携わる従事者や家族への負担
7 が懸念されることから、在宅医療等推進協議会において、現状把握と分析を行い、今後の体制整
8 備に向けた方策を協議・検討します。
- 9 ○ 県民自らが在宅医療・介護について学ぶ機会の充実を図るとともに、かかりつけ医やかかりつ
10 け薬局、かかりつけ歯科など、各専門職における在宅医療の取組を、各職能団体と連携しながら、
11 様々な機会をとらえて広報するなど、在宅医療に関する県民の認知度を高めていきます。
- 12 ○ 医療・介護福祉の従事者がお互いの専門的な知識を活かしながらチームとなって患者や家族を
13 サポートできるよう、「医療と介護の相互理解のための QJT*機能の充実」の取組として、滋賀医
14 科大学が行う多職種チームの人材育成事業を支援するとともに、在宅医療等推進協議会において、
15 関係団体の連携による人材育成の取組について検討します。
- 16 ○ 日常療養支援体制づくりを目指す施策が、在宅療養者の QOL（生活の質）の向上への寄与を評
17 価できる指標の一つとして、「訪問診療・訪問歯科診療*・訪問看護・訪問薬剤管理指導を受け
18 た患者数」を目標値に設定します。

19
20 (3) 本人が望む場所での人生の最終段階のケアや看取り体制の整備

- 21 ○ 介護施設における看取りケアの実施および QOD（質の高い看取り）を実現していくため、引き
22 続き、介護職員を対象とした看取り研修を実施します。また、県民自らが在宅看取りについて学
23 ぶ機会の充実、在宅医療に携わる医師を増やすための動機づけのセミナーの開催、家庭医を目指
24 す専攻医の教育環境の充実、ACP*の考え方の普及等に取り組み、地域における在宅看取りの体制
25 づくりを支援します。
- 26 ○ 介護施設での看取りケアの実施に対する新型コロナウイルス感染症の影響について現状と課題
27 を把握するとともに、施設協議会関係者等とともに対応について検討します。

28
29 (4) 急変時対応体制の整備

- 30 ○ 地域の特徴に合わせた 24 時間支援体制の整備に関して評価を行うための数値目標を設定でき
31 ていなかったため、新たに「往診を行う診療所数」「往診を行う病院数」を設定します。また、
32 急変時対応が本人の意向に沿ったものとなるよう、在宅医療等推進協議会における関係団体との
33 連携を通じて、多職種連携による個別支援計画の立案や ACP 活動を促進します。

34
35 (5) 災害時、新興感染症発生時の対応体制の整備

- 36 ○ 新たな取組として追加し、今後 2 年間で、現状把握と課題の整理、目標と具体的な施策を検討
37 し、次期計画に反映します。

38
39 (6) 多職種・多機関連携をコーディネートする圏域・市町の連携拠点機能の充実

- 40 ○ 多職種・多機関連携をコーディネートする人材の育成と資質向上を目的に、実践者同士の交流

1 や学習の場の設定など相互研鑽の機会を設けます。

2 ○ 引き続き、医療福祉推進アドバイザーによる市町支援により、各市町の実情に応じた多職種・
3 多機関連携と地域包括ケアシステムの構築を支援します。

4 ○ さらなる推進に向けて「地域の現状把握、課題分析に必要な在宅医療・介護連携に係るデータ
5 提供や分析に対する支援」を行います。

6 ○ 連携拠点機能の充実を評価するための数値目標を設定できていなかったため、新たに「医療・
7 介護連携コーディネーター設置市町数」「医療・介護コーディネーター数」を目標値に設定しま
8 す。

9
10
11
12 《数値目標》

目標項目		基準値	現状値	目標値 (R5)	備考
取組の方向性 (中間アウトカム)					
入退院時における 病院と介護支援専 門員との情報連携 率	入院時	83.9% (H29)	92.5% (R1)	95.0%	病院と介護支援専門 員の連携に関する調 査(医療福祉推進課)
	退院時	85.1% (H29)	88.3% (R1)	100%	
圏入退院支援を受けた患者数		20,878人 (H30)	22,980人 (R2)	23,808人	入退院支援加算Ⅰ・Ⅱ の患者数 (国保連データ)
圏訪問診療を受けた患者数		8,952人 (H28)	11,113人 (R2)	11,522人	医療保険の年・実人数 (国保連データ)
圏訪問歯科診療を受けた患者 数		6,089人 (H28)	6,834人 (R2)	7,837人	医療保険の年・実人数 (国保連データ)
圏訪問看護利用者数		10,895人 (H28)	14,847人 (R2)	15,382人	医療保険・介護保険の 年・実人数 (国保連データ)
圏訪問薬剤管理指導を受けた 患者数		2,757人 (H28)	5,064人 (R2)	5,247人	医療保険・介護保険の 年・実人数 (国保連データ)
在宅ターミナルケアを受けた 患者数		694人 (H28)	957人 (R2)	992人	在宅ターミナルケア 加算を算定した年・実 人数 (国保連データ)
具体的な施策 (アウトプット)					
在宅療養支援病院数		9病院 (H29.10)	15病院 (R3.10)	17病院	診療報酬 施設基準届出 (近畿厚生局)
在宅療養支援診療所数		137診療所 (H29.10)	160診療所 (R3.10)	170診療所	診療報酬 施設基準届出 (近畿厚生局)
在宅療養支援歯科診療所数*		69歯科診療 所 (H29.10)	50歯科診療 所 (R3.10)	75歯科診療所	診療報酬 施設基準届出 (近畿厚生局)

訪問診療を実施する診療所・病院数	診療所	322 診療所 (H28)	317 診療所 (R2)	414 診療所	在宅患者訪問診療を 算定した医療機関数 (国保連データ)
	病院	23 病院 (H28)	26 病院 (R2)	29 病院	
24 時間体制をとっている 訪問看護ステーション数		90 か所 (H29.10)	111 か所 (R2.10)	115 か所	訪問看護ステーション 実態調査 (滋賀県看護協会)
在宅医療支援薬局数		28.5% (H29)	31.8% (R1)	全薬局の 50%	滋賀県薬剤師会調査
圏往診を行う診療所数		—	413 診療所 (R2)	428 診療所	医療保険 往診料を算 定した年・実診療所数 (国保連データ)
圏往診を行う病院数		—	31 病院 (R2)	33 病院	医療保険 往診料を算 定した年・実病院数 (国保連データ)
圏医療・介護連携コーディネーター 設置市町数		—	19 市町	維持	医療福祉推進課調査
圏医療・介護コーディネーター 数		—	24 人	32 人	医療福祉推進課調査

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23

1 ロジックモデル

番号	具体的な施策(アウトプット)
1	病院における入退院支援機能の充実
2	患者を中心とした病院と在宅をつなぐ入退院支援ルールの効果的運用
3	地域クリティカルパスの推進

4	在宅医療を担う診療所・歯科診療所を増やす(在宅医療に携わる医師・歯科医師の増加)
	指標 在宅療養支援病院数
	在宅療養支援診療所数
	在宅療養支援歯科診療所数
	訪問診療を行う病院数
5	地域看護力の強化(在宅支援に関わる看護職の増加と専門機能の充実強化)
	指標 24時間体制をとっている訪問看護ステーション数
6	在宅医療を担う薬局を増やす
	指標 在宅医療支援薬局数(全薬局に占める割合)
7	かかりつけ医の確保・定着・育成に関する支援
	指標 圏在宅医療セミナー参加医師数
8	訪問看護の質と量の確保(機能強化、人材確保、キャリアアップ)
9	診療所・介護施設で働く看護師の実態把握と研修
10	新たな在宅医療ニーズに対応できる人材の育成とスキルアップ
11	関係機関・団体と協力しながら、在宅療養を支える人材の確保・育成
12	多職種による在宅医療チームの質の向上を図る教育プログラムの開発や多職種連携共通人材育成研修などの取組み支援
13	圏医療と介護の相互理解のためのOJT機能の充実
15	ICTを活用した多職種・多機関での情報連携を行う基盤づくりの支援
16	QOL、QODについて本人が主体的に考え、本人が望む形での在宅医療・看取りが実現できる地域を創造するため、ワーキング会議の開催や県民への普及啓発等を行う活動支援
17	必要時に住民が地域の多職種に相談できる関係性の構築
18	かかりつけの医師、看護師、薬剤師等を住民が持つことの重要性の理解

20	医療福祉関係者の意志決定支援知識や技術の向上
21	介護施設での看取り介護技術向上と職員の精神的不安の軽減のための研修開催や情報交換の場の設定
22	地域の医療人材・機関が介護施設での看取りについて助言・支援ができる体制構築に向けた関係者間調整
23	二次保健医療圏ごとに多職種で協議し地域特性に応じた支援体制づくり
24	住民自身が在宅看取りについて考えられる機会の提供

番号	取組みの方向性(中間アウトカム)
1	病院と在宅療養の切れ目のない入退院支援の促進
	指標 入退院時における病院と介護支援専門員との情報連携率 入院時
	入退院時における病院と介護支援専門員との情報連携率 退院時
	圏入退院支援を受けた患者数

2	本人が望む場所での日常療養支援体制づくり
	指標 圏訪問診療を受けた患者数
	圏訪問歯科診療を受けた患者数
	圏訪問看護利用者数
	圏訪問薬剤管理指導を受けた患者数

3	本人が望む場所での人生の最終段階のケアや看取りが可能な体制づくり
	指標 在宅ターミナルケアを受けた患者数

番号	目指す姿(最終アウトカム)
1	県内のどこに住んでいても、本人の意思に添って、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最終段階まで安心して続けることができる
	指標 (検討中)

2	本人が望む場所で、人生の最終段階におけるケア、看取りができています
	指標 (検討中)

番号	具体的な施策(アウトプット)
----	----------------

番号	取組みの方向性(中間アウトカム)
----	------------------

番号	目指す姿(最終アウトカム)
----	---------------

25	在宅療養中の急変時や家族のレスパイトのための後方支援病院や有床診療所等の確保	
	指標	後方支援病院数
26	24時間の対応を可能とする連携体制づくり	
	指標	圏域診を行う診療所数
		圏域診を行う病院数
		【再掲】24時間体制をとっている訪問看護ステーション数

4	急変時の対応体制の整備	
	指標	(検討中)

1	県内のどこに住んでいても、本人の意思に添って、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最終段階まで安心して続けることができる	
	指標	(検討中)

27	現状把握と課題の整理、目標と具体的な施策を検討し、次期計画に反映	
----	----------------------------------	--

5	震災・新興感染症発生時の対応体制の整備	
	指標	(検討中)

2	本人が望む場所で、人生の最終段階におけるケア、看取りができています	
	指標	(検討中)

28	地域、職種、機関、団体のコーディネートできる人材の育成と環境づくり	
	指標	圏域医療・介護連携コーディネーター設置市町数
		圏域医療・介護コーディネーター数
29	市町取組みの把握と市町間の情報・意見交換の場の設定	
30	医療福祉推進アドバイザー派遣による市町取組み支援	
31	保健所を中心に、圏域の医師会、関係機関・団体との連携体制づくり	
32	圏域の現状把握、課題分析に必要な在宅医療・介護連携に係るデータ提供や分析に対する支援	

6	多職種・多機関連携をコーディネートする圏域・市町の連携拠点機能の充実	
	指標	(検討中)

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12
- 13
- 14
- 15
- 16

1 12 新興感染症

2
3 (1) 感染症医療の概要

- 4 ○ 感染症対策については、平成 11 年（1999）年に、感染症の予防および感染症の患者に対する
5 医療に関し必要な措置を定めることにより、感染症の発症を予防し、そのまん延の防止を図り、
6 もって公衆衛生の向上および増進を図ることを目的とした「感染症の予防及び感染症の患者に対
7 する医療に関する法律」が施行されました。（法第 1 条）
8 ○ 一類感染症、二類感染症、新型インフルエンザ等感染症の患者の入院治療を行うため、第一種
9 感染症指定医療機関を 1 病院 2 床、第二種感染症指定医療機関を二次保健医療圏ごとに合計 7 病
10 院 32 床を指定しています。

11
12 図表 3-3-12-1

13 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律の対象となる感染症の定義・類型

	対象疾病	定義・類型	主な対応・措置	医療体制
一類 感染症	エボラ出血熱 クリミア・コンゴ出血熱 痘そう 南米出血熱 ペスト マールブルグ病 ラッサ熱	感染力、り患した場合の 重篤性等に基づく総合 的な観点からみた危険 性が極めて高い感染症	原則入院 消毒等の対物措置（例 外的に、建物への措置、 通行制限等の措置も適 用対象とする。）	第一種感染症指定 医療機関（都道府県 知事が指定、各都道 府県に 1 か所）
二類 感染症	急性灰白髄炎 結核 ジフテリア 重症急性呼吸器症候群（SARS コロナウイルスに限る） 中東呼吸器症候群（MERS コ ロナウイルスに限る） 鳥インフルエンザ（H5N1） 鳥インフルエンザ（H7N9）	感染力、り患した場合の 重篤性等に基づく総合 的な観点からみた危険 性が高い感染症	状況に応じて入院消毒 等の対物措置	第二種感染症指定 医療機関（都道府県 知事が指定、二次保 健医療圏に 1 か所）
三類 感染症	コレラ 細菌性赤痢 腸管出血性大腸菌感染症 腸チフス パラチフス	感染力、り患した場合の 重篤性等に基づく総合 的な観点からみた危険 性が高くないが、特定の 職業への就業によって 感染症の集団発生を起 こし得る感染症	特定の職種への就業制 限 消毒等の対物措置	一般の医療機関

	対象疾病	定義・類型	主な対応・措置	医療体制
四類 感染症	ウエストナイル熱 狂犬病 鳥インフルエンザ（H5N1 および H7N9 を除く） 日本脳炎 マラリア 他 計 44 疾患	人から人への感染はほとんどないが、動物、飲食物等の物件を介して感染するため、動物や物件の消毒、廃棄などの措置が必要となる感染症	動物の措置を含む消毒等の対物措置	一般の医療機関
五類 感染症	後天性免疫不全症候群 麻しん インフルエンザ（鳥インフルエンザおよび新型インフルエンザ等感染症を除く） メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症 他 計 49 疾患	感染症発生動向調査を行い、その結果等に基づいて必要な情報を一般国民や医療関係者に提供・公開していくことにより、発生・拡大を防止すべき感染症	感染症発生状況の収集、分析とその結果の公開、提供	一般の医療機関
新型インフルエンザ等感染症	新型インフルエンザ 再興型インフルエンザ	全国的かつ急速なまん延により国民の生命および健康に重大な影響を与えるおそれのある感染症	状況に応じて入院消毒等の対物措置	第二種感染症指定医療機関
新感染症	(該当なし)	人から人に伝染すると認められる疾病であって、既知の感染症と症状等が明らかに異なり、その伝染力およびり患した場合の重篤度から判断した危険性が極めて高い感染症	【当初】都道府県知事が、厚生労働大臣の技術的指導・助言を得て個別に応急対応する。 (緊急の場合は、厚生労働大臣が都道府県知事に指示をする。)【政令指定後】政令で症状等の要件指定した後に一類感染症に準じた対応を行う。	特定感染症指定医療機関（国が指定、全国に数か所）
指定 感染症	既知の感染症の中で上記一類～三類に分類されない感染症において一類～三類に準じた対応の必要が生じた感染症 (政令で指定)	一類～三類感染症に準じた入院対応や消毒等の対物措置を実施(適用する規定は政令で規定する。)	一類～三類感染症に準じた措置	

1 図表3-3-12-2 感染症指定医療機関

種別	圏域	指定医療機関名	感染症病床数	
			現状	計画
第一種感染症指定医療機関	全県	市立大津市民病院	2床	2床
第二種感染症指定医療機関	大津	市立大津市民病院	6床	6床
	湖南	済生会滋賀県病院	6床	6床
	甲賀	公立甲賀病院	4床	4床
	東近江	近江八幡市立総合医療センター	4床	4床
	湖東	彦根市立病院	4床	4床
	湖北	長浜赤十字病院	4床	4床
	湖西	高島市民病院	4床	4床

2

3 (2) 新型インフルエンザ

4 ○ 平成21年(2009年)に発生した新型インフルエンザでは、県内で2,000人以上が発熱外来を
5 受診し613人が入院、1名の死者が発生しました。

6 ○ 平成24年(2012年)5月には新型インフルエンザ等対策特別措置法(以下「特措法」という。)
7 が公布されました。県では、平成26年(2014年)3月に滋賀県新型インフルエンザ等対策行動
8 計画を策定しました。

9 ○ 新しい感染症の診察、診断、検査体制の整備、抗インフルエンザウイルス薬の備蓄を図るとと
10 もに、感染症発生時における県民への情報提供、対策周知の効果的方法を検討する必要があります。
11

12 ○ 特措法に基づく指定地方公共機関*において、新型インフルエンザ等対策業務計画を策定しま
13 した。

14

15 (3) 新型コロナウイルス感染症

16 ○ 令和2年(2020年)1月に、わが国でも感染者が確認された新型コロナウイルス感染症は、世
17 界的なパンデミックとなり、令和4年(2022年)3月31日現在、国内における累計患者数は
18 6,538,890人、死者28,089人と報告されています。

19 ○ 本県においても、令和2年(2020年)3月には第1例が報告され、令和4年(2022年)3月
20 31日現在、69,151人が感染し、うち191人が死亡しています。

21 ○ この間、感染拡大防止のため、世界各国でも都市封鎖が行われ、我が国においても、令和2年
22 (2020年)4月7日、外出の自粛や施設の使用制限、マスク着用や手洗い等の感染対策の実践等
23 を国民に求める緊急事態宣言が東京都や大阪府などに発出され、4月16日から5月13日には本
24 県を含む全都道府県に適用されました。

25

1 (4) 新興感染症の保健医療計画上の位置付け

- 2 ○ 今般の新型コロナウイルス感染症の感染拡大は、我が国の医療提供体制に多大な影響を及ぼし、
3 病床・人材不足の発生、感染症対応も含めた医療機関間の役割分担・連携体制の構築、マスク等
4 の感染防護具や人工呼吸器等の医療用物資の確保・備蓄など、地域医療の様々な課題が浮き彫り
5 となりました。
- 6 ○ 新型コロナウイルス感染症対応で得られた知見を踏まえ、今後の新興感染症等の感染拡大時に、
7 広く一般の医療提供体制にも大きな影響が及ぶことを前提に、必要な対策が機動的に講じられる
8 よう、基本的な事項について、あらかじめ地域の行政・医療関係者の間で議論し、必要な準備を
9 行うことが重要となります。
- 10 ○ こうした状況を踏まえ、令和3年(2021年)5月に成立した医療法等改正法において第8次
11 医療計画(2024年度~2029年度)から「新興感染症等の感染拡大時における医療」に関する記
12 載を6事業目として盛り込むこととなりました。
- 13 ○ なお、「新興感染症等の感染拡大時における医療」に関する具体的な記載項目については、国
14 において検討が進められることとなっていますが、以下のような内容が想定されています。

15 【平時からの取組】

- 16 ● 感染拡大に対応可能な医療機関・病床等の確保
- 17 ● 感染拡大時を想定した専門人材の育成等
- 18 ● 医療機関における感染防護具等の備蓄
- 19 ● 院内感染対策の徹底
- 20 ● 医療機関内でクラスターが発生した際の対応方針の共有
- 21 ● 医療機関におけるPCR検査等病原体検査の体制の整備 など

22 【感染拡大時の取組】

- 23 ● 個々の医療機関における取組の基本的考え方
- 24 ● 医療機関間の連携・役割分担の基本的考え方
- 25 ● 感染症法や新型インフルエンザ等対策特別措置法等に基づき講じられることが想定される各種
26 措置(臨時の医療施設や宿泊療養施設の開設など)
- 27 ● 外来体制の基本的考え方 など

- 28 ○ また、医療計画の記載項目等については、感染症法に基づく「予防計画」の記載項目と整合性
29 を確保する必要があることから、厚生労働省において感染症法に基づく「基本指針」等の見直し
30 について検討が進められることとなります。
- 31 ○ こうした状況を踏まえ、本県においては、中間見直し時にこれまでの新型コロナウイルス感染
32 症対策に関する取組を整理することとし、第8次滋賀県保健医療計画の改定時に「新興感染症等
33 の感染拡大時における医療」に関する記載へと繋げていきます。

35 (5) これまでの新型コロナウイルス感染症に関する取組

36 ア 相談体制の構築

- 37 ○ 発熱などの症状がある方については、近くの診療所・クリニックへの電話相談を促すとも
38 に、相談先・受診先に迷ったときに相談できる受診・相談センターを24時間体制で設置しまし
39 た。
- 40 ○ また、家庭、地域や職場での感染予防の方法など、受診以外の新型コロナウイルス感染症に

1 関する相談に対応する一般電話相談窓口を設置しました。

3 イ 感染拡大防止に向けた検査体制の整備

- 4 ○ 保健所による積極的疫学調査*で判明した濃厚接触者等を対象に行政検査を実施するため、
- 5 衛生科学センターに PCR 検査機器等を整備するとともに、医療機関や民間検査機関を活用する
- 6 検査体制を整備しました。
- 7 ○ 発熱患者等に対して診療または検査を行う医療機関を「診療・検査医療機関」として指定す
- 8 ることにより、身近な医療機関で発熱患者等の検査ができる体制を整備しました。
- 9 ○ まん延防止等重点措置が適用される等の感染拡大時に、さらなる感染拡大を防止するため、
- 10 高齢者施設等の従事者を対象に重点的な検査を実施しました。
- 11 ○ 社会福祉施設、学校、保育関連施設等を対象に、普段と異なる現場の気づき（イベント）を
- 12 もとに早期に検査を行うイベントベースサーベイランスを実施する体制を整備しました。

14 ウ 保健所による積極的疫学調査等の実施

- 15 ○ 感染者に対する聞き取りにより、濃厚接触者等を特定するとともに、必要な検査、健康観察
- 16 等を行うことにより感染拡大防止につなげました。
- 17 ○ 積極的疫学調査、必要な検査、自宅療養者の健康観察等に対応するため、応援職員の派遣や、
- 18 会計年度任用職員の増員、市町の保健師による応援などにより保健所の体制を整備しました。

20 エ クラスタ対策チームの派遣

- 21 ○ クラスタが発生した医療機関、施設・事業所に対して、保健所の要請に応じてクラスタ
- 22 対策チームを現地に派遣することにより、感染拡大防止に関する技術的助言を行いました。
- 23 ○ クラスタ対策チームが得た医療機関・施設・事業所での感染対策上の課題等を県民や事業
- 24 所等と共有することで、新たなクラスタの発生防止につなげました。

26 オ 病床・宿泊療養施設等の確保

- 27 ○ 各医療機関に対して感染者の入院病床確保のための支援を行うとともに、感染者受け入れの
- 28 ための設備や物資を支援することにより、医療提供体制を整備しました。
- 29 ○ 重症者等に対する十分な医療提供体制の確保のため、症状がない方・医学的に症状の軽い方
- 30 が療養する宿泊療養施設を4棟開設することで、安心して療養できる体制を整備しました。
- 31 ○ 自宅療養者の容態悪化に対応するため「滋賀県見守り観察ステーション」を開設し、医師・
- 32 看護師等が24時間体制で対応することで、療養者の不安軽減を図り、症状に応じた療養先の調
- 33 整を行いました。
- 34 ○ また、感染急拡大時に、入院が必要な軽症者等の療養先が決まるまでの間、投薬・酸素投与
- 35 など必要な医療的ケアを受けられる臨時的医療施設「滋賀県安心ケアステーション」を開設し
- 36 ました。

38 カ 自宅療養者への健康観察・診療等の体制整備

- 39 ○ 自宅療養者にパルスオキシメーターを配布するとともに、自宅療養者の健康観察業務を訪問
- 40 看護ステーション等への委託や、ICTを活用する等により、定期的な健康観察を実施しました。

- 1 ○ 医師会と連携して自宅療養者のフォローアップ体制を整備するとともに、病院と連携して一
2 時入院や外来受診により中和抗体薬を投与できる体制を整備しました。
- 3 ○ 食料品の支援を含めた自宅療養者の生活支援について、速やかに実施できるよう市町等と連
4 携して取組を進めました。

5 6 **キ 県内の入院・搬送調整の一元的な管理**

- 7 ○ 「滋賀県 COVID-19 災害コントロールセンター」を設置し、災害医療コーディネーターである
8 医師や看護師等が、県全体の空床や人工呼吸器の使用状況等を管理して療養先の調整を行う等、
9 適切なリスク判断に基づく迅速な入院・搬送調整を実施しました。
- 10 ○ 県移送車、民間救急車等の活用を図ることにより、必要な方を確実に搬送できるよう取り組
11 むとともに、自宅療養者の症状が悪化した場合の入院搬送や、症状が一定回復した療養者に対
12 する下り搬送を実施しました。
- 13 ○ 感染者の病床を確保するため、後方支援医療機関への転院等、回復後患者の転院調整や受入
14 環境の整備、在宅への復帰などを行う医療機関等を支援しました。

15 16 **ク ワクチン接種の推進**

- 17 ○ 優先的な接種の対象となる医療従事者等への接種体制の調整を行う等、市町がワクチン接種
18 を進めるにあたっての課題等に対応しました。
- 19 ○ 滋賀県看護協会と共に「ワクチン接種サポートナースプロジェクト」を実施し、ワクチン接
20 種に協力いただける看護師を確保するとともに、看護師が不足する市町とのマッチングを支援
21 しました。
- 22 ○ 「滋賀県広域ワクチン接種センター」を設置して、大津市内と彦根市内に接種会場を設け、
23 市町によるワクチンの一般接種を支援しました。
- 24 ○ ワクチン接種による副反応等の専門的な相談に対応するため、看護師または薬剤師が対応す
25 る専門相談窓口を設置しました。

26 27 **ケ 感染拡大防止のための情報提供**

- 28 ○ 感染症の予防を目的として、感染者の年代、性別、居住地等の情報を報道機関に提供すると
29 ともに、県ホームページに掲載することにより県民への情報提供に努めました。
- 30 ○ 県内の店舗の従業員等に感染者が確認され、不特定の方への感染拡大のおそれがある場合に
31 店舗名を公表することで、感染者と接触した可能性のある方を把握し、必要な相談・検査等に
32 つなげました。

33 34 **コ 医療人材の確保**

- 35 ○ 病院や関係団体に医療従事者の派遣を要請するとともに、サポートナースを活用することで、
36 臨時の医療施設やクラスターが発生した医療機関の従事者を確保しました。
- 37 ○ 病院に対して感染症に対応可能な人材の確保・育成をあらためて要請するとともに、感染拡
38 大時の臨時の医療施設への人材派遣に関する意向調査を実施し、派遣を検討いただける医療機
39 関を中心に、県で一元的な派遣調整を行う体制を整えました。

40

1 第4章 患者・利用者を支える人材の確保

2 1 保健師・助産師・看護師・准看護師

3 【看護職員】

4 目指す姿

- 5
6
7
8
9
- 誰もが状態に応じて、適切な場所で必要なサービスが受けられる滋賀県の医療福祉を提供するために必要な看護職員を確保できる

10 取組の方向性

- 11
12
13
14
15
- (1) 多様な医療ニーズに応じた看護を提供するために必要な看護職員を養成・確保するとともに、資質を向上しながら働き続けることができる環境づくりの促進
 - (2) 在宅医療福祉を担う質の高い看護職員の確保と多様化する医療ニーズに対応できる専門性の高い看護職員の育成

16 現状と課題

17 (1) 本県における看護職員確保の現状

- 18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
- 令和2年(2020年)末現在の県内看護職員の就業者数は17,249人であり、職種別の内訳は、保健師688人、助産師495人、看護師14,512人、准看護師1,554人です。
 - 人口10万人あたりの就業者数は、保健師が48.7人、助産師は35.0人、看護師は1,026.6人、准看護師は109.9人となっています。
 - 准看護師以外の職種については、就業者数が増加しており、また、人口10万人あたりの就業者数も令和2年(2020年)時点で全国値を上回っています。
 - 国が令和元年(2019年)に公表した「医療従事者の需給に関する検討会看護職員需給分科会中間とりまとめ」における需給推計では、本県では令和7年(2025年)までに709~2,097人の看護職員が不足すると推計されています。
 - この需給推計は地域医療構想が実現した際の目標値で、新型コロナウイルス感染症の発生前に作成されたものであり、働き方改革への影響が大きい要素について十分に考慮できていないことから、一定の方向性として捉えるべきものと考えています。
 - 次期保健医療計画の改定に向けて、平時に加え有事の際の看護提供体制や働き方改革を踏まえた看護職員の確保を検討していく必要があります。
 - また、滋賀県における65歳以上人口は令和27年(2045年)頃まで一貫して増加すると予測されているため、令和27年(2045年)を見据えた質の高い看護を安定的に提供できる体制を整える必要があります。

1 図表3-4-1-1 看護職員就業者数、人口10万人当たり就業者数

(単位：人)	H26年		H28年		H30年		R2年	
	滋賀県	全国	滋賀県	全国	滋賀県	全国	滋賀県	全国
看護職員数	15,846	1,509,340	16,304	1,559,562	17,023	1,612,951	17,249	1,659,035
人口10万人あたり	1,119.1	1,187.7	1,153.9	1,228.7	1,205.6	1,275.7	1,221.6	1,312.1
保健師数	668	48,452	650	51,280	714	52,955	688	55,595
人口10万人あたり	47.2	38.1	46.0	40.4	50.6	41.9	48.7	44.1
助産師数	461	33,956	478	35,774	496	36,911	495	37,940
人口10万人あたり	32.6	26.7	33.8	28.2	35.1	29.2	35.0	30.1
看護師数	12,735	1,086,779	13,348	1,149,397	14,106	1,218,606	14,512	1,280,911
人口10万人あたり	899.4	855.2	944.7	905.5	999	963.8	1,026.6	1,015.4
准看護師数	1,982	340,153	1,828	323,111	1,707	304,479	1,554	284,589
人口10万人あたり	140	267.7	129.4	254.6	120.9	240.8	109.9	225.6

出典：「衛生行政報告例」（厚生労働省）

2
3
4

図表3-4-1-2 看護職員需給推計における令和7年度（2025年度）の必要看護職員数

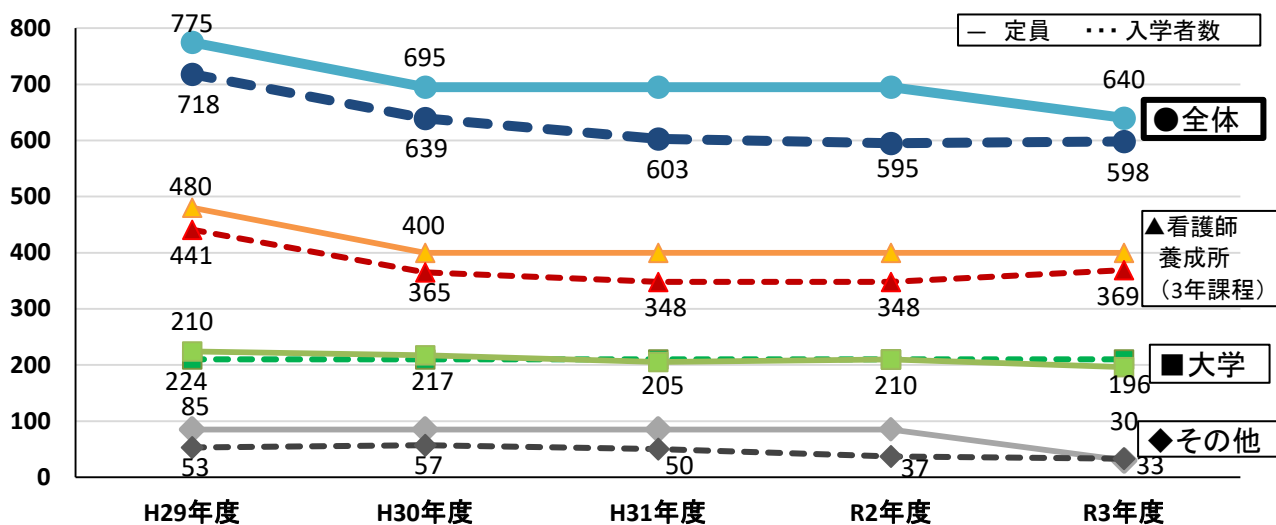
		1月あたり 超過勤務時間	1年あたり 有給休暇 取得日数	シナリオ①	シナリオ②	シナリオ③
シナリオ①		10時間以内	5日以上			
シナリオ②		10時間以内	10日以上			
シナリオ③		0時間	20日以上			
『需要』 推計 A				18,766	18,934	20,154
	一般病床・療養病床			9,882	9,971	10,613
	精神病床			766	773	822
	無床診療所			3,498	3,529	3,757
	訪問看護事業所			1,217	1,228	1,307
	介護保険サービス			2,027	2,045	2,177
	助産所、保健所、県・市町、 学校養成所等			1,376	1,388	1,478
『供給』 推計 B				18,057	18,057	18,057
差 (B - A)				△709	△877	△2,097
充足率 (B / A)				96.2%	95.4%	89.6%

出典：「医療従事者の需給に関する検討会看護職員需給分科会中間とりまとめ」（厚生労働省）

5

1 ○ 県内の看護師等学校養成所は、4年制大学3校を含む12校で、令和3年度（2021年度）の入
 2 学定員数は640人です。課程別の入学定員数等は次の図表のとおりです。

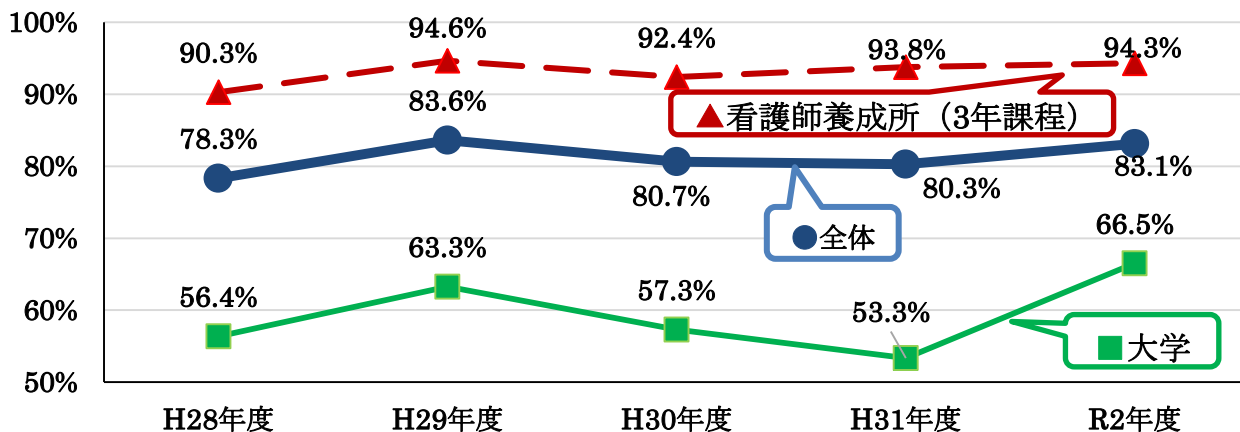
3
 4 図表3-4-1-3 看護師等学校養成所課程別入学定員および入学者数の推移 (単位:人)



5
 6 出典:「入学卒業状況調査」(滋賀県)

- 7 ○ 平成29年度(2017年度)以降、本県の入学者数は、大学を除く看護師等養成所の一部におい
 8 て、入学定員数に満たない状態が続いています。その理由としては、18歳人口の減少や京阪神地
 9 域に新たに開設された看護系大学への流出が考えられます。
- 10 ○ 県内の看護師等養成所では、平成29年度(2017年度)以降、令和元年度(2019年度)に2校
 11 が閉校する等により、入学定員数が135人減少しています。
- 12 ○ 県内の看護師等学校養成所を卒業した学生の県内定着率(県内への就業者数/就業者総数)は、全
 13 体では8割程度ですが、学校種別ごとにみると、看護師等養成所(3年課程)では9割以上と高く、
 14 大学では5~6割程度と低くなっています。その理由としては、大学は他の課程に比べ県外出身者が
 15 多く、就職時に出身地の医療機関等へ就業する者が多いこと等が考えられます。

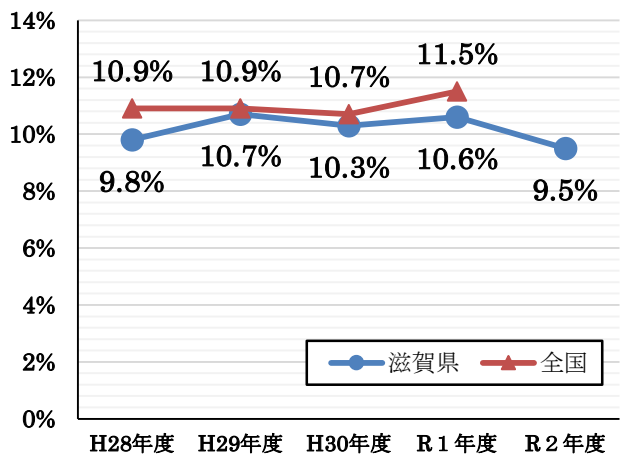
16
 17 図表3-4-1-4 看護師等学校養成所の学校種別ごとの県内定着率の推移



18
 19 出典:「入学卒業状況調査」(滋賀県)

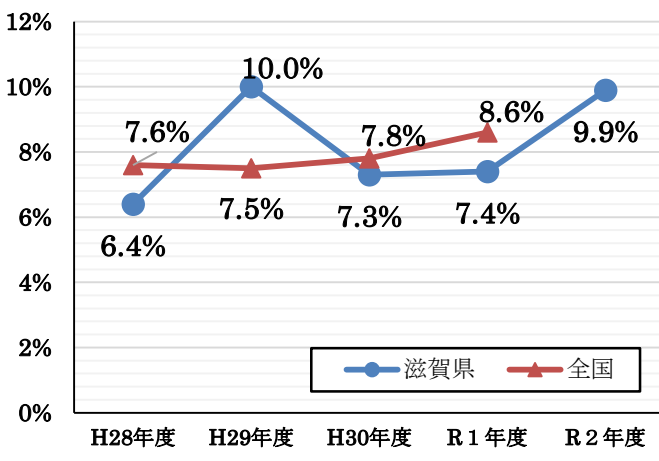
- 病院看護職員の離職率は、全国では11%前後で推移していますが、滋賀県では10%前後を保っています。本県では、看護職のワーク・ライフ・バランス*の推進を滋賀県看護協会と連携して行い、勤務環境改善に取り組む施設が増えていることにより、県内の看護職員の離職率は、全国平均以下で推移しています。
- 多様な働き方がある中で、就業を継続するためには、出産・子育て・介護等のライフステージの変化にあわせ、短時間勤務制度や深夜業の免除等、各種制度の積極的な活用が望まれる一方で、夜間交代制勤務等の負担が、一部の職員に集中するといった新たな課題があります。
- 本県の新人看護職員の離職率は、平成21年度（2009年度）は10.2%と高い値となっていました。令和元年度（2019年度）の新人看護職員の離職率は7.4%であり、全国値8.6%よりも低くなっています。
- しかし、令和2年度（2020年度）は、9.9%と前年に比べ2.5ポイント増えています。現場の声から、少なからず新型コロナウイルス感染症に伴う影響があったと思われます。

図表3-4-1-5 病院常勤看護職員の離職率



出典：滋賀県「看護職員需要調査」(滋賀県)
 全国「病院看護実態調査」(日本看護協会)

図表3-4-1-6 病院新卒看護職員の離職率



出典：滋賀県「看護職員需要調査」(滋賀県)
 全国「病院看護実態調査」(日本看護協会)

(2) 本県における在宅医療福祉を担う看護職員の確保について

- 今後、少子化・高齢化の進展や令和7年（2025年）に向けた医療需要の変化から地域で支える医療への転換が進むことが見込まれるため、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。平成24年（2012年）3月に在宅医療福祉を担う看護職員確保対策基金を設置し、この基金を活用した事業を行うことで、訪問看護師数も増加しています。しかし、地域医療構想において在宅医療等の医療需要は令和7年（2025年）までに平成25年（2013年）の約1.5倍に増加すると推計しており、訪問看護ステーションや福祉施設等の就業者数を更に増やす必要があります。
- 在宅医療福祉を担う看護職員の資質向上については、少子化・高齢化の進展、医療の高度化・専門化、そして、地域医療構想の実現に向けた病院機能の変化を背景に、医療施設から在宅療養へ移行する医療依存度の高い利用者の増加などに対応するため、それらを支える質の高い看護の提供ができる看護職員の育成が課題です。そのため、在宅分野に関連した専門看護師・認定看護

1 師や特定行為*を適切に行うことができる看護師を地域の実情に応じて確保していく必要があり、
2 また、その活躍が期待されます。

4 **具体的な施策**

5 (1) 多様な医療ニーズに応じた看護を提供するために必要な看護職員を養成・確保するとともに、
6 資質を向上しながら働き続けることができる環境づくりの促進

8 **ア 養成**

9 **①新規養成**

- 10 ○ 看護師等学校養成所の学生を確保するため、これまでの高校生を対象とした取組に加え、
11 小中学生へも積極的に看護職の魅力を発信し、看護職を目指す学生を増やします。
- 12 ○ 専門性の高い看護職員を養成するため、看護師等養成所の安定した運営を支援します。
- 13 ○ 看護師等養成所における充実した基礎教育を実施するため、養成所専任教員の資質向上や
14 実習指導者の養成に努めます。

15 **②資質向上**

- 16 ○ 新人看護職員研修ガイドラインに沿った新人研修への支援や教育担当者の育成を行います。
17 また、病院と看護師等学校養成所の意見交換会等を開催し、看護基礎教育と臨床とが連携し
18 た新人教育の充実を図ります。
- 19 ○ 医療の高度化・専門化に対応するため、資質向上研修の実施や研修への補助を行い、より
20 高度な知識と技術を習得し、専門性の高い看護職員を養成します。

21 **イ 復職支援**

- 22 ○ 滋賀県ナースセンターの認知度向上および事業充実を図り、退職時の届出の定着と潜在看護
23 職の再就業を促進します。
- 24 ○ また、しがサポートナースプロジェクト*を常設設置し、潜在看護職の再就業に繋げます。

25 **ウ 確保定着**

- 26 ○ 県内・県外の新規就職者を確保するため、看護職を目指す学生へ修学等に必要な資金の貸与
27 を行うほか、滋賀県の医療機関等の魅力を高める活動の促進や、様々な媒体を活用した看護の
28 魅力を発信します。
- 29 ○ 県内で勤務する看護職員等の実態を把握し、看護職員が県内で長く働き続けられる環境づく
30 りを促進します。
- 31 ○ 病院内保育所への支援や、ワーク・ライフ・バランスの推進、相談支援体制を整備するなど、
32 看護職員の勤務環境の改善を促進します。
- 33 ○ 働き方改革を推進するために、看護職だけでなく他の職種を含む医療勤務環境全体の改善に
34 向けて、ナースセンターの充実を図るとともに、医療勤務環境改善支援センターとの連携を促
35 進します。
- 36 ○ 看護チームの一員である看護補助者*を確保するとともに、資質向上を図ります。

37 **エ 領域・地域別偏在の調整**

- 38 ○ 領域・地域ごとの実態を把握するとともに、看護職の様々な働く場を情報発信し、関係機関
39 と連携を図りながら、看護職員の確保が困難な領域や地域への就業を促進します。

1 (2) 在宅医療福祉を担う質の高い看護職員の確保と多様化する医療ニーズに対応できる専門性の
2 高い看護職員の育成

3 ア 在宅医療福祉を担う看護職員の確保対策

4 ○ 県は、訪問看護ステーションや福祉施設等の就業者数を増やすために看護職員の確保定着を
5 図ります。

6 ① 潜在看護職員の活用

7 ○ 再就業のコーディネート（就業相談）や就職説明会、復職支援研修を実施し再就業を支援
8 します。

9 ② 在宅医療福祉を担う看護職員の確保定着および離職防止

10 ○ 新人訪問看護師を育成します。

11 ○ 就業後の職場内研修および勤務環境整備への支援を行います。

12 イ 多様化する医療ニーズに対応できる専門性の高い看護職員の育成

13 ○ 医療施設から在宅療養へ移行する医療依存度の高い利用者が増加するなど多様化する医療ニ
14 ーズに対応できるよう、看護職員の資質向上を支援します。そのために、指定研修機関である
15 滋賀医科大学と連携し、特定行為研修制度の周知や情報提供、受講支援を実施し、特定行為を
16 適切に行うことができる看護師を地域の実情に応じて育成します。また、在宅分野に関連する
17 専門看護師・認定看護師を育成し看護職員全体の資質向上を図ります。

18 ○ 訪問看護支援センターや訪問看護ステーション連絡協議会、関係団体等と連携し、在宅分野
19 の看護職員を育成する研修体系に基づき、資質向上を図ります。

20 《数値目標》

目標項目	計画策定時（H28）	現状値（R2）	目標値（R5）
看護職員の 就業者数	290人／年 増加 (H22～H28の平均値)	236人／年 増加 (H28～R2の平均値)	300人／年 増加
看護職員の 離職率	9.8%	9.5%	10%前後の維持

22 ※厚生労働省「医療従事者の需給に関する検討会 看護職員需給分科会中間とりまとめ」（令和元年
23 （2019年）11月15日）における、看護職員需給推計結果も踏まえ、目標値を設定。

1 【職種別の取組】

2 ①保健師

3 **目指す姿**

- 誰もが状態に応じて、適切な場所で必要なサービスが受けられる滋賀県の医療福祉を提供するために必要な保健師を確保できる

8 **取組の方向性**

- (1) 地域に責任を持つ活動ができる保健師の育成
- (2) 保健師人材育成体制の整備

12 **現状と課題**

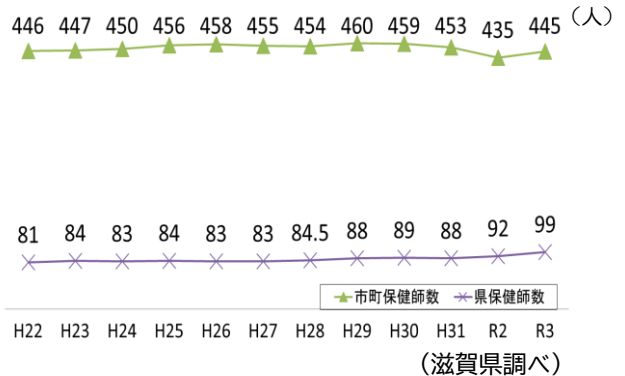
- 令和2年(2020年)の就業者数は、平成22年(2010年)に比べて増加していますが、平成30年(2018年)より令和2年(2020年)は減少しています。従事場所としては、79.8%が自治体であり、その他に医療関係機関6.7%、事業所5.1%となっています。
- 自治体で働く保健師の活動領域は、保健分野を中心に福祉分野・健康管理分野等、他の行政分野への分散配置が進んでいます。
- 本県では平成25年度(2013年度)に「滋賀県保健師活動指針」を策定し、地域に責任をもつ保健師活動の推進に向けた取組を行っています。
- 自治体で働く保健師が、どのような所属や執務体制であっても、必要な能力を継続的に獲得するための人材育成体制を整備するため、平成30年度(2018年度)に「滋賀県保健師人材育成指針」を作成し、県内の自治体に所属する保健師の人材育成の方向性を示しました。

24 図表3-4-1-7 保健師数の年次推移

(単位：人)		H22	H24	H26	H28	H30	R2
滋賀	保健師数	603	594	668	650	714	688
	人口10万対	42.8	42.0	47.2	46.0	50.5	48.7
全国	保健師数	45,003	47,279	48,452	51,280	52,955	55,595
	人口10万対	35.1	37.1	38.1	40.4	41.9	44.1

25 出典：「衛生行政報告例」(厚生労働省)

24 図表3-4-1-8 県・市町保健師数の推移



27 **具体的な施策**

28 (1) 地域に責任を持つ活動ができる保健師の育成

- 滋賀県保健師活動指針に基づき、地域に責任をもつ保健師活動を県内全体で推進できるよう、地区担当制の推進・統括保健師の配置・体系的な人材育成を重点項目として実践し、その達成と進捗状況の把握に努めます。

32 (2) 保健師人材育成体制の整備

- 自治体保健師を対象とする人材育成指針を作成し、県や各市町が取り組める人材育成の体制を整備します。

1 【職種別の取組】

2 ②助産師

3
4 **目指す姿**

- 周産期医療の変化に合わせ、院内助産*にも対応できる助産技術や判断力を備え、経験を重ねた助産師を確保できる

8 **取組の方向性**

- (1) 院内助産にも対応できる助産師の育成と確保
- (2) 安全な助産のための県内助産師全体の資質の向上

12 **現状と課題**

- 就業者数は、年々増加しており、そのうち病院の就業者数は平成26年（2014年）以降全体の半数近くを占める状態が続いています。しかし、本県の特長として、診療所で出産する割合が高く、病院での正常分娩が少ないことから、病院の就業助産師は正常分娩を経験する機会が少なく、助産師外来*や院内助産に必要な正常分娩の経験が十分に積めない状況にあります。逆に、診療所や助産所の就業助産師は、ハイリスクな分娩の経験をする機会が少ない状況にあります。
- 県内診療所の産婦人科医の高齢化を含めた周産期医療体制の変化から、今後、分娩できる産科診療所の減少が予測され、院内助産の需要が増える可能性があります。

21 図表3-4-1-9 助産師の就業場所別就業者数

(単位：人)	26年		28年		H30年		R2年	
病院	243	52.7%	229	47.9%	226	45.6%	226	45.7%
診療所	163	35.4%	184	38.5%	191	38.5%	163	32.9%
助産所	27	5.9%	28	5.9%	32	6.5%	54	10.9%
保健所・市町	13	2.8%	18	3.8%	21	4.2%	23	4.6%
看護師等養成所	14	3.0%	17	3.6%	20	4.0%	23	4.6%
その他	1	0.2%	2	0.4%	6	1.2%	6	1.2%
合計	461	100.0%	478	100.0%	496	100.0%	495	100.0%

22 出典：「衛生行政報告例」（厚生労働省）

23 **具体的な施策**

24 (1) 院内助産にも対応できる助産師の育成と確保

- 病院と診療所間で助産師を相互に派遣することにより、病院の就業助産師は正常分娩の助産経験を十分に重ね、診療所や助産所の就業助産師はハイリスク分娩の助産経験を重ねることをとおして、助産技術の向上を図れるよう支援します。

28 (2) 安全な助産のための県内助産師全体の資質の向上

- 病院・診療所・助産所等の就業助産師が、安全・安心な助産が行えるよう資質向上のためのキャリアアップ研修の支援を行います。

1 **【職種別の取組】**

2 **③看護師・准看護師**

3 **目指す姿**

- 医療現場の高度化・専門化および機能分化、就業場所の変化に対応できる看護師・准看護師を確保できる

8 **取組の方向性**

- (1) 2025年に向けて必要な場所に必要なサービスが提供できる看護師・准看護師の確保
- (2) 医療現場の高度化・専門化および機能分化、就業場所の変化に対応できる質の高い看護師の育成

13 **現状と課題**

- 病院での就業者数は平成26年(2014年)まで増加していましたが、平成28年(2016年)に初めて減少に転じています。診療所や福祉施設での就業者数は、横ばいもしくは微増しています。また、訪問看護ステーションでの就業者数は、年々増加の傾向にあります。
- 就業者数は増加していますが、今後、病院から訪問看護ステーション・福祉施設へと就業場所が徐々に移行すると考えられ、看護師の就業者数はゆるやかな増加が予測されます。
- 病院の就業者は、医療の高度化・専門化により、また、地域医療構想で示されるように病院の機能分化が進むことで、高い専門性がますます求められます。

21 図表3-4-1-10 看護師・准看護師の就業場所別就業者数

(単位：人)	H26年		H28年		H30年		R2年	
病院	9,884	67.2%	9,831	64.8%	10,492	61.5%	10,600	61.5%
診療所	2,161	14.7%	2,167	14.3%	2,499	14.7%	2,489	14.4%
訪問看護	503	3.4%	610	4.0%	697	4.1%	801	4.6%
福祉施設	1,713	11.6%	2,101	13.8%	1,888	11.1%	2,165	12.6%
その他	456	3.1%	467	3.1%	1,477	8.7%	1,194	6.9%
合計	14,717	100.0%	15,176	100.0%	17,053	100.0%	17,249	100.0%

出典：「衛生行政報告例」(厚生労働省)

23 **具体的な施策**

24 **(1) 2025年に向けて必要な場所に必要なサービスが提供できる看護師・准看護師の確保**

- 在宅医療福祉を担う看護師を育成する研修や就業を促進する支援を行い、訪問看護ステーションや福祉施設等へ就職する看護師の確保に取り組みます。

27 **(2) 医療現場の高度化・専門化および機能分化、就業場所の変化に対応できる質の高い看護師の育成**

- 専門看護師、認定看護師、認定看護管理者などの看護師の育成を支援し、看護職員全体の資質向上を図ります。
- 医療依存度の高い患者や利用者への対応のために、チーム医療を担うことができる看護師として、特定行為を適切に行うことができる看護師を地域の実情に応じて育成します。

1 第4部 計画の推進

2 第1章 推進体制および評価

3

4 1 推進体制と役割

5 本計画は医療福祉に関して広範囲にわたる計画であるため、県民をはじめ、関係する全ての機関が
6 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、有効なチェック機能のもと
7 に必要な見直しが行える体制を整備し、計画の着実な推進を目指します。

8

9 (1) 県民

- 10 ○ 県民の一人ひとりが、自らの健康に責任をもって、主体的かつ積極的に健康づくりや疾病予防・
11 介護予防への取組に関わることが必要です。
- 12 ○ 安全・安心な医療福祉サービスを受けるためには、限られた貴重な医療福祉資源を有効に活用
13 し、主体的かつ積極的に医療に参加することが大切です。身近なところがかかりつけ医をもち、
14 相談しながら症状に応じた医療機関を受診するなど、地域・住民が守り育てる医療福祉の実現が
15 求められています。
- 16 ○ 医療福祉に関するボランティアやサポーター活動をはじめ、県民や企業などの民間主導で活動
17 されている団体・NPOなどの役割も重要です。このような活動や各種団体と、医療福祉関係者、
18 行政等が一体となって取組を進めていくことが必要です。

19

20 (2) 医療機関等

- 21 ○ 医療機関は、計画に記載する医療提供体制等における自らの位置づけや役割を認識し、求めら
22 れる医療機能の充実・強化に努めることにより、計画の推進に協力するものとします。
- 23 ○ また、地域医療構想や地域医療構想調整会議での調整・協議に基づき、質の高い医療を効率的
24 に提供するため、医療提供体制における自らの位置づけや役割を認識し、求められる医療機能の
25 充実・強化に向けた取組を行うことが期待されます。
- 26 ○ 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
27 ービス施設・事業所なども含め、多機関・多職種が連携することにより医療と福祉が一体となっ
28 た地域住民への質の高いサービス提供が求められています。

29

30 (3) 医療福祉関係団体

- 31 ○ 医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会等の医療福祉関係団体は、計画の内容を十分に理解
32 し、会員への周知および計画の趣旨に沿った会の運営を図ることにより、市町や保健所、県など
33 と協力して、計画の推進にあたることが求められます。
- 34 ○ 特に、地域において多職種連携が円滑に進められるよう、研修の実施や情報共有などの組織的・
35 体系的な取組が期待されます。

36

37 (4) 保険者

- 38 ○ 保険者は、特定健康診査、特定保健指導の円滑な実施や健診・医療・介護データ等の分析・活
39 用による効率的で効果的な保健医療事業を実施することにより、県民の健康増進・疾病予防・介
40 護予防への貢献が期待されます。

1 県は、平成 30 年度（2018 年度）から市町とともに国民健康保険の保険者となり、市町が引き
2 続き実施する保健事業等を支援するとともに、保険者間の連携に中心的な役割を担っていきます。

3 4 (5) 市町

5 ○ 市町は、住民に最も身近な事業実施主体として、健康づくりの推進や疾病予防、初期救急への
6 対応、介護サービスなど、地域の実情に応じた医療福祉にかかる施策を企画・実施していくこと
7 が求められます。

8 ○ また、地域包括支援センター*を中心に関係機関が連携して、保健・医療・福祉が一体となっ
9 て地域住民の日常生活を支える医療福祉体制が構築できるよう、保健所とともにその調整機能が
10 期待されます。

11 ○ 中核市である大津市では、保健所機能を十分に活用しながら総合的な医療福祉施策を推進する
12 ことが求められます。

13 14 (6) 県

15 ○ 県は、市町、医療機関、保険者等関係機関への計画の周知を行うとともに、関係機関がそれぞ
16 れの役割に沿って計画を遂行するための調整・支援、計画の進行管理を行います。

17 ○ また、県民に対し、計画の周知を含め医療福祉に関する情報提供を積極的に行うとともに、県
18 民や各種団体と連携・協力しながら計画の推進に努めます。

19 ○ 保健所は、圏域の医療福祉資源の状況や健康課題、医療福祉サービスの実態を踏まえ、市町、
20 医療機関、関係団体等との総合的な調整を図り、計画に基づく施策を進めます。

21 22 2 進行管理と評価

23 (1) 計画の進行管理

24 県は、市町・関係団体等からの情報収集、医療機関等への調査などを実施することにより、事業
25 の進捗状況を把握し、計画の進行管理を行います。

26 27 (2) 計画の評価

28 県は、疾病や事業など分野ごとに設定した数値目標の達成状況を基準として、各年度の取組につ
29 いて滋賀県医療審議会へ報告し、意見を聴くこと等により評価を行います。

30 評価に際しては、施策および事業の結果（アウトプット）のみならず、各施策が計画における「目
31 指す姿」の実現に向けてどのような影響を与えたか、また効果を発揮しているかという観点を踏ま
32 えた上で、その後の施策の改善につなげます。

33 また、評価結果に基づき、必要があると認められる場合は、施策や数値目標の見直しを検討しま
34 す。

35 36 (3) 進捗状況・評価の公表

37 県は、計画の進捗状況や評価について、県のホームページ等の広報媒体を活用し、広く県民や医
38 療福祉関係者に情報提供を行います。

用語解説

用語	解説
【あ行】	
維持期	日常生活への復帰に向けて、心身の機能維持を目指したりハビリテーションや再発予防の治療などを行う時期。
依存症	日常生活に支障をきたしているにもかかわらず、アルコール、薬物など物質の使用や、ギャンブル、買い物などの行為にのめり込み、それがやめられず、自分の力だけではどうにもならない状態となる精神疾患。
医療型短期入所	自宅で介護する人が病気等の場合に、1泊2日～1週間程度の期間、施設に入所して、入浴、排せつ、食事の介護等の支援を行うこと。
医療観察法	「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」（平成15年法律第110号）の略称。心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対し、継続的で適切な医療と必要な観察・指導を行うことによって、病状の改善と再発防止を図り、社会復帰を促進することを目的とする法律。
医療的ケア児	人工呼吸器を装着している障害児その他の日常生活を営むために医療を要する状態にある障害児。
医療福祉	保健、医療、福祉といった縦割りの各分野のサービスが単に連携するというにとどまらず、地域における生活を支えるという統一的理念の下で、各分野が一体的かつ有機的にネットワークを形成していくことが重要であり、この考え方を表す言葉。
医療福祉推進アドバイザー	市町が取組む地域包括ケアシステムの構築（特に医療介護連携の推進）に関して、市町のニーズに応じた提案、助言を行う。 学識経験者、在宅医療福祉活動関係者、その他必要と認める人を、健康医医療福祉部長が就任依頼する。
医療ネット滋賀	住民や患者が医療機関（病院、診療所、歯科診療所、薬局、助産所）を適切に選択できるように、医療法の規定により医療機関から知事に報告された医療機能情報（診療科目、診療日、診療時間、対応可能な疾患・治療内容等）をホームページ上に掲載したもの。
医薬分業	医療において、医師・歯科医師が患者を診察し、治療上薬剤を投与する必要があると認めた場合に患者に処方せんを交付し、薬局の薬剤師が処方せんに基づき調剤を行うことにより、医師・歯科医師と薬剤師がそれぞれの専門性を発揮して医療の質的向上を図ろうとする制度。
院内助産	分娩を目的に入院している産婦および産後の母子に対して、助産師が主体となって分娩等の援助を行うこと。

用語	解説
遠隔病理診断	専用の医療機器で電子化した病理標本を、ICT（情報通信技術）を活用して病理医が遠く離れたところから診断すること。
【か行】	
介護支援専門員	介護保険制度で、ケアマネジメント（福祉や医療などのサービスとそれを必要とする人のニーズをつなぐ手法）を実施する有資格者のこと。要支援・要介護認定者およびその家族からの相談を受け、介護サービスの給付計画（ケアプラン）を作成し、他の介護サービス事業者との連絡、調整などを行う。ケアマネジャーとも言う。
回復期リハビリテーション病床	脳血管疾患または大腿骨頸部骨折等の患者に対して、ADL（日常生活動作）の向上による寝たきりの防止と在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に行うための病床（病棟）。
看護補助者	医療チームの一員として、患者の世話や看護師のサポートを行う者。特別な資格は不要。看護助手やナースエイドとも言う。
冠動脈バイパス術（CABG：Coronary Arterial Bypass Grafting）	心筋梗塞や狭心症などの狭窄や閉塞している冠動脈の先に別の血管をつなげ、新しい路（バイパス）を作り、血液を流す手術療法。人工心肺装置を使用し心臓を止めて行う手術と、人工心肺装置を使用せず心臓が動いたまま行う方法がある。
緩和ケア	生命を脅かす疾患による問題に直面している患者やその家族に対して、痛みやその他の身体的問題、心理社会的問題を早期に発見し、的確な対処（治療・処置）を行うことによって、苦しみを予防し、和らげること。
気管挿管	呼吸の停止した救急患者に対して、空気の通る道（気道）を確保するため、肺につながる気管に直接チューブを入れること。人工呼吸を行うのに、最も確実に気道を確保できる方法。
希少がん	り患率 10 万人あたり 6 例未満のがん種のこと。
救急告示病院	医療機関からの申し出に基づき、傷病者を救急隊が搬送する医療機関として一定の基準を満たす場合に県が指定・告示した病院のこと。
急性期	病状が不安定で、病気の治療や全身管理が必要な時期。
業務継続計画（BCP：Business Continuity Plan）	自然災害、大火災、テロ攻撃などの緊急事態に遭遇した場合において、損害を最小限にとどめつつ、中核となる事業の継続あるいは早期復旧を可能とするために行うべき活動について、平常時にあらかじめ取り決めておく計画のこと。
緊急経皮的冠動脈インターベンション（PCI：Percutaneous Coronary Intervention）	狭心症や心筋梗塞等の治療法の一つ。狭くなった冠動脈を、カテーテルを用いて広げ、血液を流れやすくする治療法。

用語	解説
京滋ドクターヘリ	滋賀県全域、京都府南部および福井県嶺南地域を運航範囲とする関西広域連合が運航するドクターヘリ。基地病院は、済生会滋賀県病院。
血栓回収療法	脳の大きな血管の閉塞に対して行う。足や腕の動脈から首や頭部の血栓が詰まっている血管までカテーテルを挿入し、「ステント」で血栓を回収したり、「吸引カテーテル」で血栓を吸引して、血管を再開通させる方法。
健康寿命	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をいい、本計画では「日常生活動作が自立している期間の平均」の指標を用いることとしている。 「日常生活動作が自立している期間の平均」は、介護保険の要介護度の要介護2～5を不健康な状態とし、介護保険の認定数と生命表を用いて算出している。
(がん医療の) 均てん化	どこに住んでいてもがんの標準的な専門医療を受けられるよう、医療技術等の格差の是正を図ること。
広域災害救急医療情報システム (EMIS : Emergency Medical Information System)	災害時に被災した都道府県を越えて、医療機関の稼動状況など災害医療に関わる情報を共有し、被災地域での迅速かつ適切な医療・救護に関わる各種情報を集約・提供するためのシステム。
航空搬送拠点臨時医療施設 (SCU : Staging Care Unit)	主に航空機搬送に際して患者の症状の安定化を図り、搬送を実施するための救護所として、必要に応じて被災地域および被災地域外の航空搬送拠点に、広域医療搬送や地域医療搬送に際して設置される。
高次脳機能障害	脳外傷や脳血管障害等に起因する脳損傷によって、記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害などの認知障害を主たる要因とし、日常生活及び社会生活への適応に困難を有する認知障害をいう。これらについては診断、リハビリテーション、生活支援等の手法が確立しておらず早急な検討が必要であることから、行政的に、これらの認知障害を「高次脳機能障害」と呼ぶ。
国際生活機能分類 (ICF : International Classification of Functioning , Disability and Health)	2001年にWHO(世界保健機構)で採択された分類で、人間の生活機能と障害について、「心身機能」「身体構造」「活動と参加」「環境因子」など、約1,500項目に分類されている。人間の生活を障害の有無のみではなく、活動や参加の状況、また周囲の環境など広い視点から理解するためのもの。

用語	解説
【さ行】	
災害拠点病院	災害時に多発する重篤救急患者の救命医療を行うための高度の診療機能を有し、被災地からの重症傷病者の受入れ機能を有するとともに、災害派遣医療チーム等の派遣および受入れ機能、広域搬送への対応機能、地域の医療機関への応急用資器材の貸出し機能を有する病院で、都道府県が指定する。
災害時小児周産期リエゾン	災害時に、災害医療コーディネーターとともに小児周産期医療に関する情報収集および適切な助言を行う、県本部と災害現場の間、また行政と医療機関との調整役を担う者。
災害派遣医療チーム (DMAT: Disaster Medical Assistance Team)	災害の発生直後の急性期（概ね 48 時間以内）に活動を開始できる機動性を持った、専門的な研修・訓練を受けた医療チームで、1 隊の構成は、医師 1 名、看護師 2 名、業務調整員 1 名の 4 名を基本とする。
災害派遣精神医療チーム (DPAT: Disaster Psychiatric Assistance Team)	自然災害や大規模事故など大規模災害の際に、都道府県の要請により被災地域に派遣され、災害の発生後から中長期にわたり精神医療および精神保健活動の支援を行う、専門的な研修・訓練を受けた精神医療チーム。1 隊は、医師・看護師・業務調整員で構成する。
在宅療養支援歯科診療所	在宅または社会福祉施設等における療養を歯科医療面から支援する歯科診療所であり、厚生労働省が定めた施設基準を満たし、近畿厚生局に届出を行った歯科診療所。
在宅療養支援診療所（病院）	高齢者等の在宅での療養を支えられるよう、24 時間往診・訪問看護の提供が可能な体制や、緊急時の入院受入体制を構築して、近畿厚生局に届出を行った診療所（病院）。
滋賀県糖尿病性腎症重症化予防プログラム	平成 30 年（2018 年）3 月に、人工透析の原疾患で最も多い糖尿病に対して、重症化リスクの高い医療機関未受診者、受診中断者を医療につなげるとともに、糖尿病性腎症等で通院する患者のうち重症化するリスクの高い者に対して県内の保険者および市町が医療機関と連携して、腎不全、人工透析への移行防止および遅らせることを目的として策定したプログラム。取組の考え方や関係者の役割を示すもの。
しがサポートナースプロジェクト	新型コロナウイルス感染症に関する業務、自然災害等の有事の際に、必要な看護職員を迅速に確保することおよび潜在看護職員を再就業に繋げることを目的に、滋賀県とナースセンターが令和 3 年 5 月 12 日からともに実施している取組。
滋賀糖尿病療養指導士 (CDE 滋賀)	滋賀県糖尿病協会に設置されている滋賀糖尿病療養指導士(CDE 滋賀)認定委員会に認められ、滋賀県における糖尿病教育の正しい知識および技術の普及・啓発により、糖尿病患者の療養活動を支援する者。

用語	解説
指定地方公共機関	<p>新型インフルエンザ等対策特別措置法第2条に基づき、都道府県の区域において医療、医薬品または医療機器の製造または販売、電気等の供給、輸送その他の公益的事業を営む法人、地方道路会社等の公共施設を管理する法人および地方独立行政法人のうち、指定公共機関以外のもので、あらかじめ当該法人の意見を聴いて都道府県知事が指定するもの。</p> <p>滋賀県では、医療関係団体等7機関を指定している。</p>
集合的な契約の枠組み	<p>全国の様々なところで居住している場合もある健康保険組合や共済の被保険者や被扶養者が、地元で特定健診・特定保健指導を受けることができるための仕組み。全国の医療保険者と検診・保健指導実施機関が都道府県単位等で代表者を決めて、互いに集团的に契約を結ぶ。</p>
周産期死亡率	<p>日本の人口動態統計では平成6年まで周産期死亡を妊娠満28週以降の死産と生後1週未満の早期新生児死亡を合わせたものとしていたが、WHO（世界保健機構）の勧告により、平成7年からは、妊娠満22週以後の死産と生後1週未満の早期新生児死亡を合わせたものとし、次の式で算出される。</p> $\text{周産期死亡率} = \frac{\text{妊娠満22週以後の死産数} + \text{早期新生児死亡数}}{\text{出産（出生} + \text{妊娠満22週以後の死産）数}} \times 1,000$
術中迅速診断	<p>手術中に一部の細胞や組織を採取し、病理医が10～15分で、腫瘍が良性か悪性かなどについて診断すること。この結果に応じて治療の範囲や手術方法を適切に決めることができる。</p>
障害者自立支援協議会	<p>関係機関が課題を共有し、連携を図りながら、障害者等への支援体制の整備に向けた協議を行う場。</p>
助産師外来	<p>妊婦・褥婦<small>じょく</small>に対する健康診査や保健指導が助産師によって行われる外来。</p>
新公立病院改革ガイドライン	<p>平成27年3月に総務省自治財政局長から発出。公立病院に対し、①地域医療構想を踏まえた役割の明確化、②経営の効率化、③再編・ネットワーク化、④経営形態の見直し、の4つの視点に立った取組を明記した「新公立病院改革プラン」の策定を要請したもの。</p>

用語	解説
新生児死亡率	<p>新生児死亡とは生後4週未満の死亡であり、このうち1週未満の死亡を早期新生児死亡という。新生児死亡率は次の式で算出され、出生千人あたりを用いる。</p> $\text{新生児死亡率} = \frac{\text{新生児死亡数}}{\text{出生}} \times 1,000$
診療ガイドライン	<p>医療現場において、適切な診断と治療を補助することを目的として、厚生科学研究費補助金診療ガイドライン作成班または学会等により「根拠に基づいた医療」に則って、予防から診断、治療、リハビリテーションに至るまで、医師と患者の合意の上で最善の診療方法を選択できるように支援するために作られた文書のこと。</p>
精神保健福祉センター	<p>地域の関係機関へ技術協力、人材育成のための教育研修、普及啓発、調査研究、精神保健福祉相談、協力組織の育成、精神医療審査会や精神障害者保健福祉手帳・自立支援医療（精神通院医療）に関する事務、精神科救急相談、緊急対応などの業務を行う機関。</p>
積極的疫学調査	<p>感染症が発生した際に、感染者や接触者に対して感染源・感染経路などを特定するために、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律に基づいて、保健所や国立感染症研究所などが行う調査。</p>
全国がん登録	<p>日本でがんと診断されたすべての人のデータを、国で1つにまとめて集計・分析・管理する仕組みで、平成28年（2016年）1月1日がん登録等の推進に関する法律の施行とともに開始された。</p>
【た行】	
地域医療支援病院	<p>紹介患者に対する医療提供、医療機器等の共同利用・オープン化および医療従事者の研修の実施等を通じて、かかりつけ医、かかりつけ歯科医師等を支援する能力を備え、地域医療の充実を図る病院としてふさわしい構造設備等を有するものとして、都道府県知事が承認した病院。</p>
地域包括ケアシステム	<p>病気や障害があっても誰もが住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援を一体的に提供するシステム。</p>
地域包括支援センター	<p>地域住民の保健・福祉・医療の向上、虐待防止、介護予防マネジメントなどを総合的に行う各市区町村に設置される機関。</p>

用語	解説
地域連携クリティカルパス	病気が発症した際に治療を行う「急性期病院」から、集中的なリハビリを行う「回復期病院」を経て、生活機能維持のためのリハビリを行う「慢性期病院・施設」まで、切れ目のない治療を提供することができ、早期に自宅に帰ることができるよう、地域全体の関係機関が協働で作成する診療計画表。
適正体重	BMI（肥満度）が 18.5 以上 25 未満の体重。
ドクターヘリ	救急医療に必要な医療機器や医薬品を装備し、救急医療の専門医師・看護師が搭乗した救急医療用ヘリコプター。消防機関の要請により出動し、医師と看護師を傷病者のもとへ搬送して早期医療介入を行うことにより、救命や後遺症の軽減が可能となる。
（看護師の）特定行為	看護師が必要な知識や技術を身につけられるよう定められた研修を修了していれば、医師や歯科医師の判断を待たずに、あらかじめ医師が作成した手順書に従って実施できる一定の診療の補助。
（救急救命士の）特定行為	患者を救急現場から医療機関へ搬送するまでの間に、緊急の必要性がある場合に、医師の指示・指導・助言（無線等を使用）のもとで行う「気管挿管」や「薬剤投与」等の医療行為のこと。
特定機能病院	①高度の医療の提供、開発・評価、研修、安全確保を実施する能力を有すること、②紹介率 50%以上かつ逆紹介率 40%以上、③病床数が 400 床以上あること、④医師・看護師、薬剤師等の手厚い人員配置、⑤集中治療室等の構造設備を有すること、診療科が 16 以上あること、等の要件をすべて満たすものとして、厚生労働大臣が承認した病院。
特定健診（特定健康診査）	保険者（国保、被用者保険）に実施が義務づけられている、メタボリックシンドロームに着目した生活習慣病予防のための健診のこと。
特定保健指導	特定健診の結果、生活習慣病の発症リスクが高く、生活習慣の改善による予防効果が多く期待できる人に対して、生活習慣病を見直すサポートを行う保健指導のこと。
【な行】	
難治性がん	治りにくいあるいは再発しやすいがん（生存率が 50%以下）のことで、膵がん、胆道がん、肺小細胞がんなどがある。
乳児死亡率	乳児死亡とは生後 1 年未満の死亡であり、このうち 4 週未満の死亡を新生児死亡、1 週未満の死亡を早期新生児死亡という。乳児死亡率は次の式で算出され、出生千人あたりを用いる。 $\text{乳児死亡率} = \frac{\text{乳児死亡数}}{\text{出生}} \times 1,000$

用語	解説
妊娠リスクスコア	妊娠に伴うリスク(危険)を自己評価表にて点数化し、それを参考に主治医に相談して妊婦健診、分娩施設を考慮することに活用するもの。厚生労働科学研究「産科領域における安全対策に関する研究」に基づく。
【は行】	
ハイリスク妊産婦・新生児	ハイリスク妊産婦とは、流産・早産、慢性の疾患をもっている妊産婦など、母体・胎児・新生児のいずれかが著しく危険な状態に陥ると予想される妊娠状態の妊産婦。 ハイリスク新生児とは、2,000グラム未満の低出生体重児や重症仮死などの周産期の異常のあった児など、出生後生命を脅かされ、非常に危険な状態に陥る確率が高い因子をもった新生児。
晩期合併症	がんの治療が終了してから、時間の経過に伴って、治療の影響によって生じる成長障害、臓器障害、二次がんなどの合併症のこと。
ピア活動	ピア活動とは、障害のある人自身が、自らの体験に基づいて、他の障害のある人の相談相手となったり、同じ仲間として社会参加や地域での交流、問題の解決等を支援したりする活動のこと。
ピアサポーター	ピア活動を行う人のことをピアサポーターという。当事者の目線に立った支援が行われる等の効果が期待される。
平均寿命	X歳に達した者が、その後生存する年数の平均をX歳の平均余命といい、0歳の平均余命を平均寿命という。
へき地診療所	市町村などが開設した診療所で、同診療所を中心として概ね半径4kmの地区内に他の診療所がなく、人口が原則として1,000人以上で、同診療所から最寄りの医療機関まで交通機関を利用して30分以上を要する診療所。
訪問看護ステーション	子どもや高齢者、障害のある人など医師が必要と認めた全ての方に、看護師等が居宅へ訪問し、看護サービスを提供する事業所。
訪問歯科診療	歯科医院に通院したくてもできない人のために、歯科医師や歯科衛生士が自宅や施設に訪問し、ポータブルの歯科診療機器を用いて、歯科治療や口腔ケアを実施すること。
保険者	本計画においては医療保険事業の運営主体を指す。国民健康保険の運営主体である市町および国保組合、被用者保険（健康保険組合、全国健康保険協会、共済組合等）、後期高齢者医療広域連合などを指す。県は、平成30年度から市町とともに国保の保険者となり、財政運営の責任主体として国保運営を担うとともに、市町が引き続き実施する保健事業等を支援する。

用語	解説
【ま行】	
無医地区	医療機関のない地域で、当該地域の中心的な場所を起点として、概ね半径4 km の区域内に人口 50 人以上が居住している地域であって、かつ、容易に医療機関を利用することができない地区。
メタボリックシンドローム (内臓脂肪症候群)	腹囲が男性 85 cm以上、女性 90 cm以上かつ、脂質異常・高血圧・高血糖のうち2項目以上が基準値以上の状態をいう。
メディカルコントロール (協議会)	救急現場から医療機関に搬送されるまでの間、救急救命士等が実施する医行為について、医師が指示、指導・助言および検証を行うことにより、これらの医行為の質を保証するための体制をいう。協議会では、実施基準にかかる協議、実施基準に基づく傷病者の搬送および受入れの実施に係る連絡調整を行う。
【や行】	
薬剤投与(救急医療)	救急救命士が、医師の具体的指示のもとで、傷病者に対してアドレナリン(心拍再開のための強心剤)等の薬剤を投与すること。
【ら行】	
ライフステージ	人間の一生における幼年期・児童期・青年期・壮年期・老年期などのそれぞれの段階。
理学療法士	けがや病気などで身体に障害のある人や障害の発生が予測される人に対して、基本動作能力(座る、立つ、歩くなど)の回復や維持、および障害の悪化の予防を目的に、運動療法や物理療法(温熱、電気等の物理手段を治療目的に利用するもの)などを用いて支援するリハビリテーション専門職。
リハビリテーション専門職	理学療法士、作業療法士および言語聴覚士を指す。
レスパイト・レスパイト入院	レスパイトとは、本来は「一時休止」「休息」という意味。レスパイト入院とは、介護者の休息や介護者がやむを得ない事情で一時的に在宅で介護等を受けることが困難になった場合に、一時入院をすること。
レセプト	患者が受けた診療について、医療機関等が保険者(市町村や健康保険組合等)に請求する医療費の明細書のことであり、診療報酬明細書(医科・歯科の場合)または調剤報酬明細書(薬局における調剤の場合)とも呼ばれる。
【わ行】	
ワーク・ライフ・バランス	一人ひとりがやりがいや充実感を持って働き、仕事上の責任を果たすとともに、家庭や地域生活などにおいても、人生の各段階に応じて多

用語	解説
	様な生き方が選択・実現できること。
【A～Z】	
ACP (アドバンス・ケア・プランニング)	人生の最終段階における医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと繰り返し話し合う取組。愛称を「人生会議」
ADL (エーディーエル: Activities of Daily Living: 日常生活動作)	日常生活を送るために最低限必要な日常的な動作で「起居動作・移譲・移動・食事・更衣・排泄・入浴・整容」動作のこと。
AYA 世代	Adolescent and Young Adult の略。直訳すると思春期と若年成人のことで、厚生労働科学研究「総合的な思春期・若年成人 (AYA) 世代のがん対策のあり方に関する研究」では、15 歳から 40 歳までとしている。
Crisis Intervention team (CIT) 通称こころのケアチーム	県内における学校、施設等において、事件、事故、自殺が発生した場合に、周囲の関係者が精神的な危機の状態になることが予測されることから、精神的な 2 次被害の拡大を防止するため、組織的な危機介入を目的に関係機関に派遣するチーム。
GCU (Glowing Care Unit)	NICU の後方病床。NICU における治療により急性期を脱した児、または入院時より中等症であって、NICU による治療までは必要としないものの、これに準じた医療的管理を要する児を収容する室のこと。
HbA1c 値	ヘモグロビンとブドウ糖が結びついたもの。過去の 1～2 か月の平均血糖値レベルを知る指標の値のこと。
ICT (Information and Communication Technology)	情報通信技術。コンピュータやインターネット等を活用した情報や通信に関する技術全般のことを指した言葉。
NICU (Neonatal Intensive Care Unit)	早産や低体重、先天性の障害などにより集中治療を必要とする新生児のために、保育器、人工呼吸器、微量輸液ポンプ、呼吸管理モニターなどの機器を備え、主として新生児医療を専門とするスタッフが 24 時間体制で治療を行う室のこと。
OJT	On the Job Training の略。職場の上司や先輩が、部下の後輩に対して、実際の仕事を通じて指導し、知識、技術などを身に付けさせる教育方法。
t-PA	超急性期の脳梗塞治療のため、脳血栓を溶解させる薬剤 t-PA (一般名: アルテプラゼ、遺伝子組み替え組織型プラスミノゲン・アクティベータ) を使用して治療すること。t-PA の使用は脳梗塞を発症後 4.5 時間以内に限られており、早期に脳への血液の流れ (脳血流) が回復できれば、症状の著明な改善が期待できる。