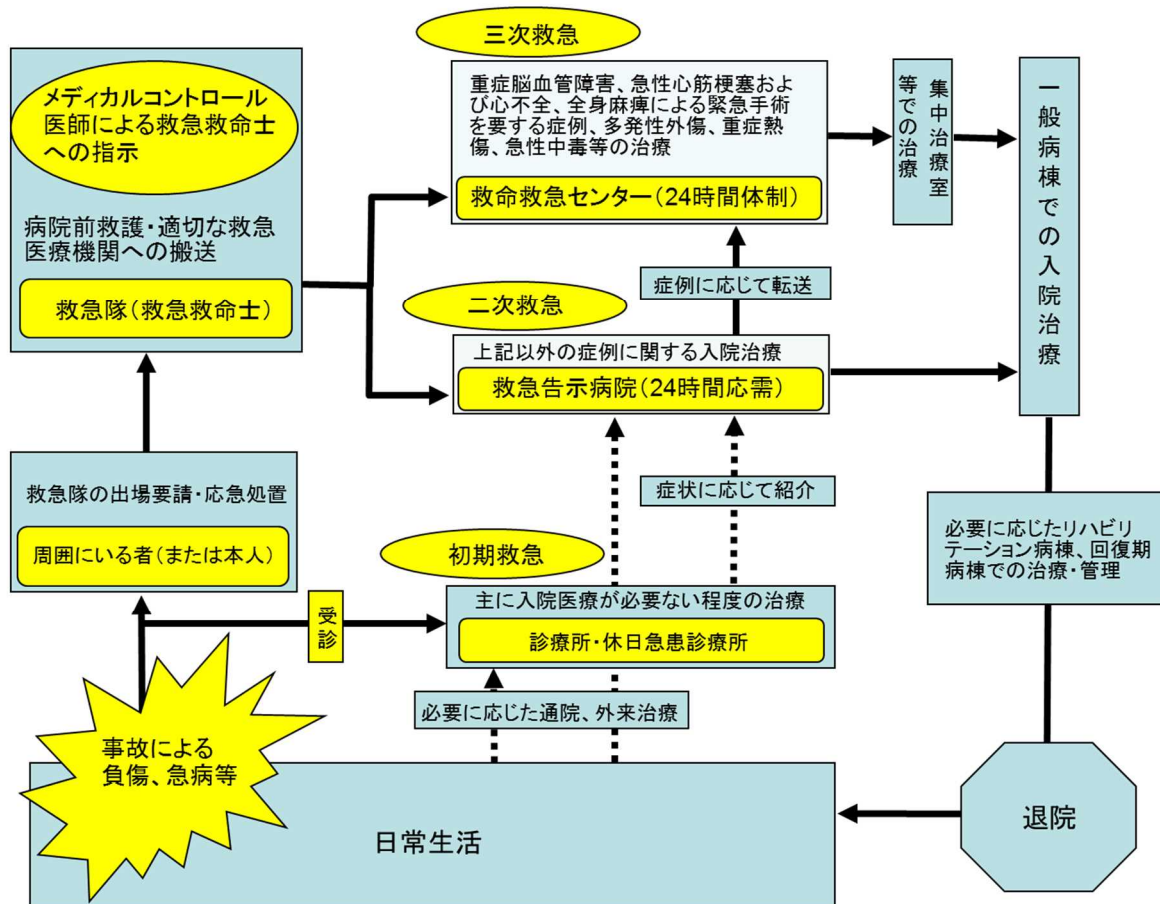
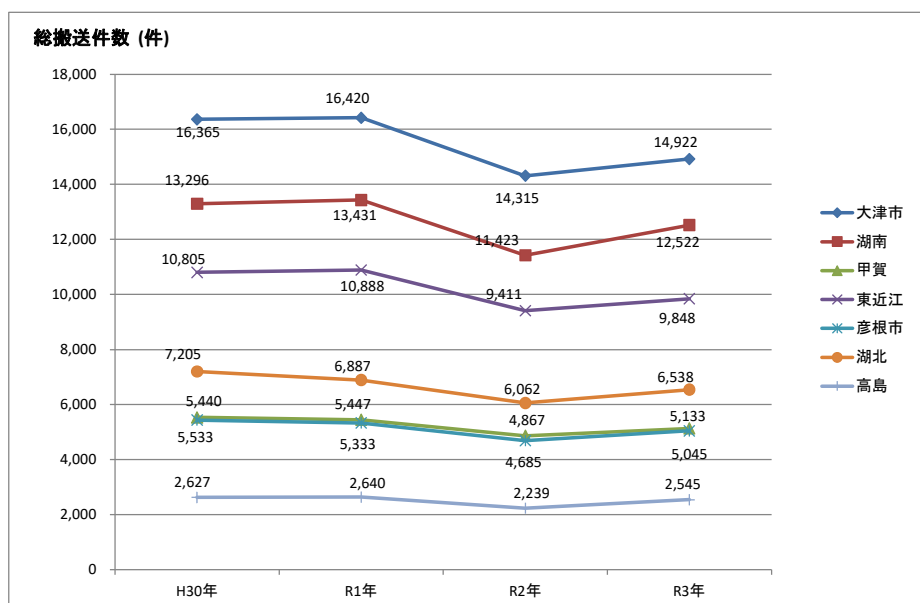


1 図3-3-6-2 救急医療の流れ



2
3 ○ 本県における救急出動件数は新型コロナウイルス感染症の影響により減少しましたが、令和
4 3年度以降は増加傾向にあります。また、消防本部(局)ごとの総搬送件数には圏域毎の居住人
5 口の違いなどもあり隔たりがあります。

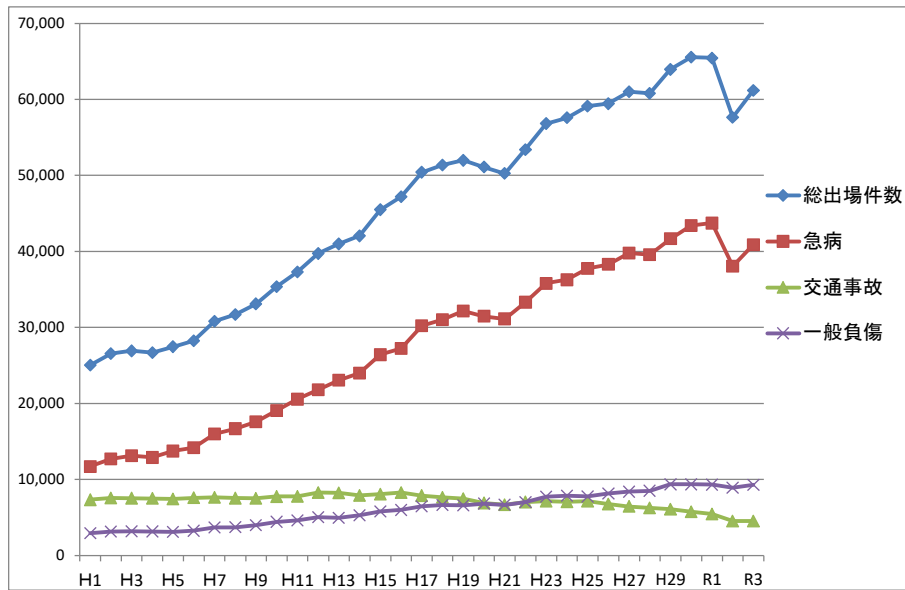
7 図3-3-6-3 消防本部(局)の総搬送件数の推移



8 出典：「救急搬送における医療機関の受入れ状況等実態調査」(各消防本部(局))

- 1 ○ 救急搬送における疾病構造に変化が生じています。
- 2 交通事故による出場件数は減少傾向にあり、急病による出場件数が増加しています。

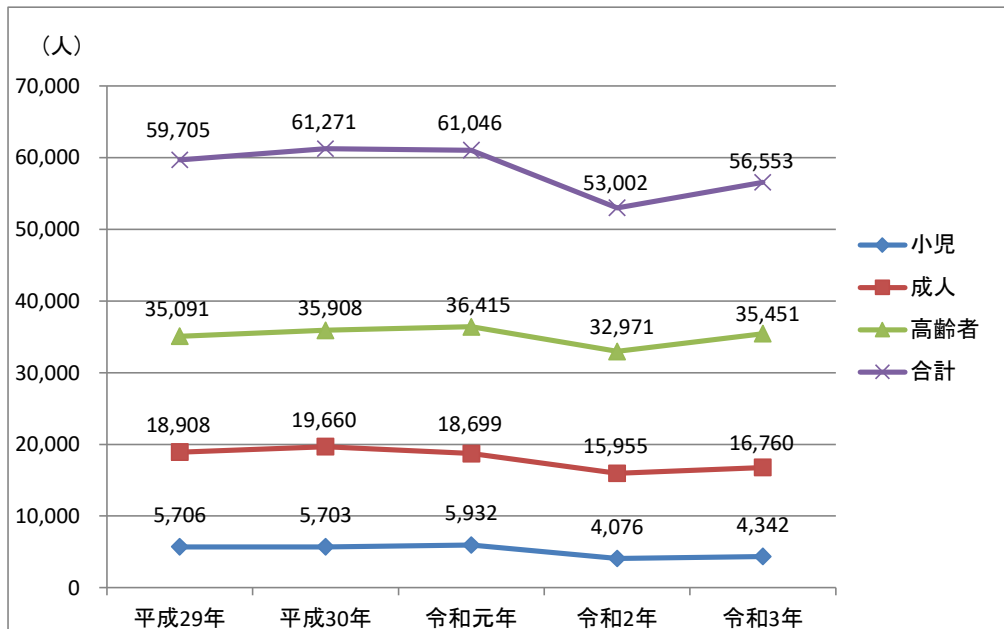
3
4 図3-3-6-4 救急出場件数の推移



出典：「消防年報」(各消防本部(局))

- 5
- 6
- 7 ○ 年齢区別では特に高齢者数が高い件数で推移しています。
- 8

9 図3-3-6-5 年齢区別搬送人数

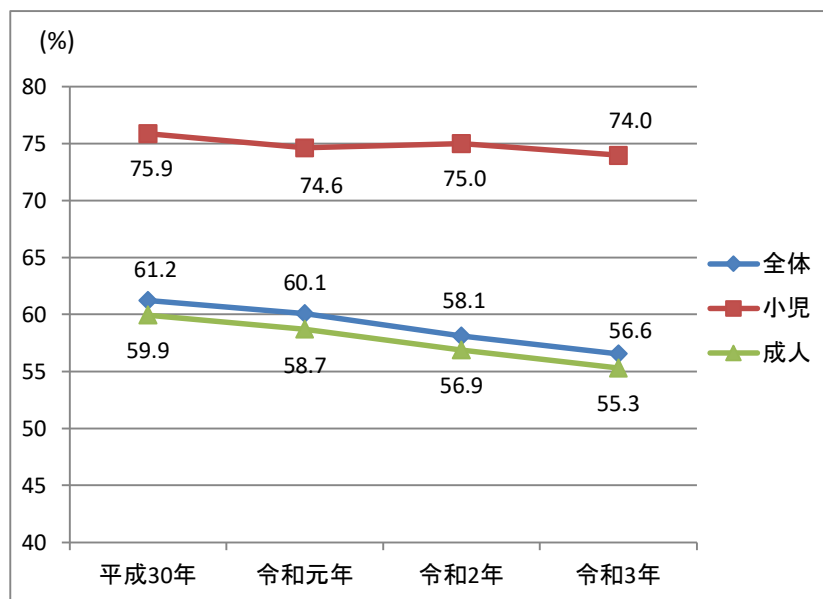


出典：「救急・救助の現況」(消防庁)

- 10
- 11
- 12
- 13

- 全体の軽症者割合は減少しているものの半数以上を占めており、小児の軽症者割合は70%を超え高い割合で推移しています。

図3-3-6-6 救急搬送における軽症者の割合



出典：「各消防本部より」

- 搬送件数は新型コロナウイルス感染症の影響により減少しましたが、近年は増加傾向にあります。救急車台数は令和2年に1台増えましたが、医療機関収容までの時間が延長していることから、救急車の適正利用が必要です。

表3-3-6-7 救急搬送にかかる資源

	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年
救急車台数	66	66	67	67
救急隊員数	945	960	963	984
救急救命士数	342	346	360	367
救急救命士同乗率(%)	100.0	100.0	100.0	100.0
搬送件数	61,271	61,046	53,002	56,553
医療機関収容までの時間(分)	33.3	32.6	33.6	34.8

出典：「消防年報」(各消防本部(局))

- 救急搬送者に占める軽症の割合は令和3年で57%を占めており、重症以上の搬送割合6% (死亡1%、重症5%) に比べ高いです。
- 令和3年の全国での軽症割合の平均は45%であり、全国平均と比較しても軽症の占める割合は高くなっています。

1 表3-3-6-8 傷病程度別搬送人数

	平成30年		令和元年		令和2年		令和3年	
	搬送人数(人)	割合	搬送人数(人)	割合	搬送人数(人)	割合	搬送人数(人)	割合
死亡	599	1%	639	1%	626	1%	622	1%
重症	2,513	4%	2,345	4%	2,462	5%	2,636	5%
中等症	20,633	34%	21,375	35%	19,114	36%	21,308	38%
軽症	37,515	61%	36,677	60%	30,796	58%	31,982	57%
その他	11	0%	10	0%	4	0%	5	0%
合計	61,271	100%	61,046	100%	53,002	100%	56,553	100%

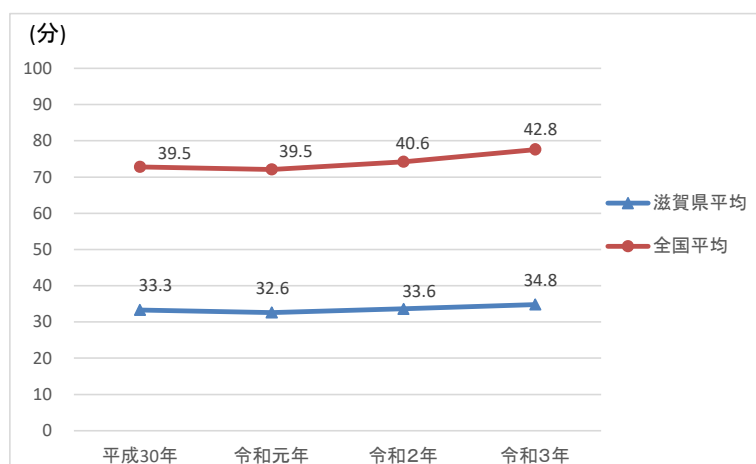
2 その他：医師の診断が無いものおよび傷病程度が判明しないもの、並びにその他の場所に搬送したもの

3 出典：「救急・救助の現況」(消防庁)

- 4
- 5 ○ 救急要請から医療機関までの搬送に要した平均時間は延伸傾向にありますが、全国平均は大き
- 6 きく下回っています。

7

8 表3-3-6-9 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



9 出典：「消防防災年報」(滋賀県)

- 10
- 11 ○ 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回以上の割合は令和3年で0.2%
- 12 であり、全国平均の4.3%を大きく下回っており、適切な医療体制が維持できています。

13

14 表3-3-6-10 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

	割合	全国平均
平成30年	0.1	2.4
令和元年	0.2	2.4
令和2年	0.2	3.0
令和3年	0.2	4.3

15 出典：「救急搬送における医療機関の受入れ状況等実態調査」(消防庁)

- 16
- 17 ○ 救命救急センターへの搬送割合は全体の約38%(全国平均17%)を占めており、救命救急セン
- 18 ターがしっかりと機能していることが示されている一方で、圏域内の二次救急医療機関との機
- 19 能分担や連携についての検討も必要です。

1 表3-3-6-11 救命救急センターへの搬送割合

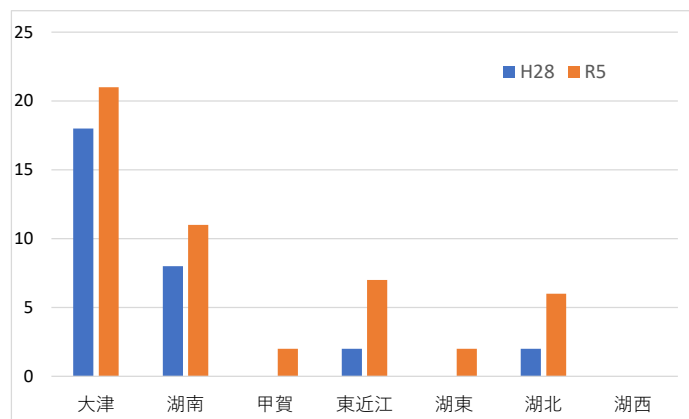
	総搬送人員	うち救命救急センター搬送		
	件数	件数	割合	全国平均
令和元年	61,046	23,342	38.2%	17.4%
令和2年	53,002	20,582	38.8%	17.8%
令和3年	56,553	21,604	38.2%	17.7%

2 出典：「救急搬送における医療機関の受入れ状況等実態調査」（消防庁）

3
4 (2) 救急医療における医師の現状

- 5 ○ 日本専門医機構認定専門医数は令和5年（2023年）1月27日現在52名であり第7次保健
6 医療計画策定時に比べ増加傾向にありますが、依然として二次保健医療圏による偏在がみられ
7 ます。
8 ○ 第3回今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会【厚生労働省】（平成29年6月
9 12日開催）での日本救急医学会資料によると、1施設あたりの専門医の必要数目安は救命救
10 急センターで6名、救急告示病院で2名とされており、専門医数は不足しています。

11
12 表3-3-6-12 圏域ごとの日本専門医機構認定専門医数



13 出典：一般社団法人日本救急医学会(2023年1月27日現在)より

14
15 (3) 病院前救護体制

16 医療機関への搬送までに行う病院前救護は、救急現場に居合わせた人（発見者、同伴者等、以下
17 「バイスタンダー*」という。）がAED等を使用して行う心肺蘇生や救急救命士が行う救急救命処
18 置があります。

19 ア 救急救命士

- 20 ○ 救急救命士は、救急現場から医療機関への搬送までの間、緊急の必要がある場合に、医師に
21 よる指示・指導・助言（無線等を使用）のもとで「気管挿管*」や「薬剤投与*」（以下「特定
22 行為*」という。）を、メディカルコントロール協議会*の認定を受けることにより実施できま
23 す。
24 ○ 救急患者の症状等に応じた搬送および医療機関による受入れをより円滑に行うため、消防法

の規定に基づく「傷病者の搬送および受入れの実施に関する基準」（以下「実施基準」という。）を策定しています。

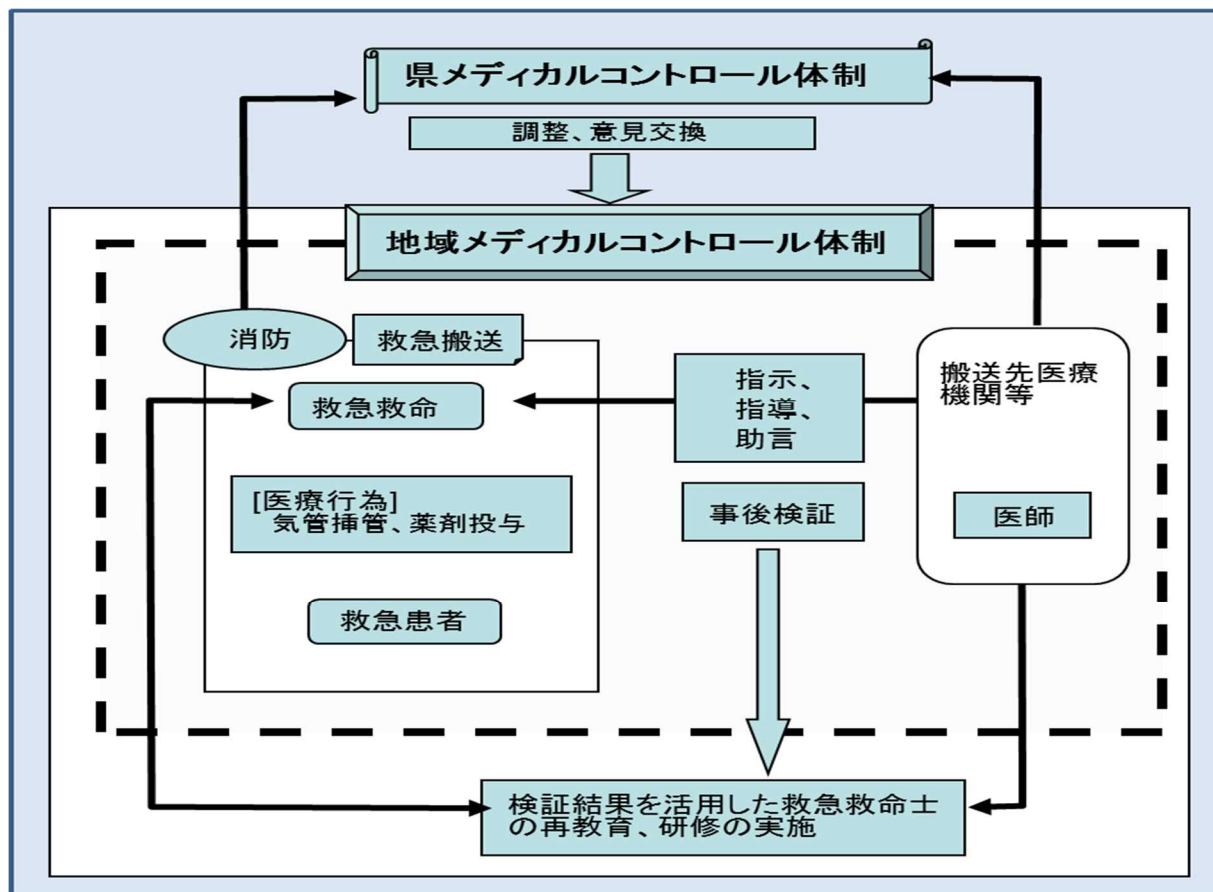
また、実施基準に基づく搬送、受入れの状況調査、内容の検討、実施基準の見直し等の協議をメディカルコントロール協議会で行っています。

- 今後も、救急救命士の充足と特定行為にかかる技術水準の向上を図るとともに、適切な搬送および受入体制の構築が必要です。

表3-3-6-13 救急救命士・特定行為認定者数

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
気管挿管	192	205	207	217	229
薬剤投与	383	401	420	440	471

図3-3-6-14 メディカルコントロール体制



イ バイスタンダー

- 本県の令和3年（2021年）中における心原性（心臓に原因がある）心肺機能停止者でバイスタンダーによる心肺蘇生が実施されたのは137件でした。
- 消防庁の統計によると、バイスタンダーによる心肺蘇生の実施の有無による1ヵ月後の生存率では約2倍、社会復帰率では約3倍の差があります。
- 病院前救護の充実を図るためには、今後も県民へのAEDの使用方法や救急蘇生法等の研修、啓発が必要です。

1 表3-3-6-15 講習会受講人数等

		平成30年	令和元年	令和2年	令和3年
普通救命講習会	回数	791	736	199	239
	人数	13,151	12,539	2,859	2,489
バイスタンダーによる心肺蘇生件数		123	145	143	137

出典：救急・救助の現況（消防庁）

2
3
4 (4) 初期救急医療体制

- 5 ○ 初期救急医療体制は、地域の開業医師が当番制で休日や夜間に自院で診療を行う「在宅医当
6 番制*」と休日および休日の夜間に比較的軽症の救急患者を受け入れている「休日急患診療所*」
7 があります。
8 ○ 入院治療の必要のない軽症の救急患者を休日急患診療所等で受け入れることにより、二次・
9 三次救急医療機関の負担を軽減しています

10
11 表3-3-6-16 在宅当番医制と休日急患診療所

圏域名	診療所	診療時間
湖 南	湖南広域休日急病診療所	休 日 10時 ~ 22時
	在宅当番医制（東近江医師会）	休日を除く 18時~20時30分
東近江	近江八幡休日急患診療所	土曜日 15時 ~ 20時 休 日 10時 ~ 20時
	東近江休日急患診療所	休 日 10時 ~ 18時
	彦根休日急病診療所	休 日 10時 ~ 17時
湖 北	長浜米原休日急患診療所	休 日 9時 ~ 18時

(令和5年9月1日現在)

12
13
14 (5) 二次救急医療体制

- 15 ○ 二次救急医療は、緊急手術や入院治療の必要な患者に対応する医療であり、本県では31の救
16 急告示病院が担っており、二次保健医療圏ごとに当番日を決めて(以下「病院群輪番制*」とい
17 う。)対応しています。
18 ○ 本来、初期救急医療機関を受診すべき軽症患者が多数受診しており、過大な負担が二次救急
19 医療機関にかかっています。
20 ○ 病院群輪番制に参加していない救急告示病院があり、輪番制参加病院に負担が偏っています。
21 ○ 病院群輪番制に参加している救急告示病院においても、症状や疾患によっては対応が困難な
22 病院もあります。

1 表3-6-6-17 二次救急医療提供体制

2 (令和4年度各二次保健医療圏域における救急告示病院と病院群輪番制参画病院)

圏域名	体制等	救急告示病院（「●」は、病院群輪番制参画病院）
大 津	病院群輪番制 * 休日昼夜間、毎夜間	●市立大津市民病院、●大津赤十字病院、大津赤十字志賀病院、 ●琵琶湖大橋病院、●地域医療機能推進機構滋賀病院、 ●滋賀医科大学医学部附属病院
湖 南	病院群輪番制 * 休日昼夜間、毎夜間	●淡海医療センター、●済生会守山市民病院、●済生会滋賀県病 院、●野洲病院、●近江草津徳洲会病院、●県立総合病院
甲 賀	病院群輪番制 * 休日昼夜間、毎夜間	●公立甲賀病院、生田病院、甲南病院、甲賀市立信楽中央病院
東近江	病院群輪番制 * 休日昼夜間、毎夜間	●近江八幡市立総合医療センター、●東近江総合医療センター、 ●東近江敬愛病院、東近江市立能登川病院、●日野記念病院、 ●湖東記念病院
湖 東	病院群輪番制 * 休日昼夜間、毎夜間	●彦根市立病院、●彦根中央病院、●友仁山崎病院、●豊郷病院
湖 北	病院群輪番制 * 休日昼夜間	●市立長浜病院、●長浜赤十字病院、●長浜市立湖北病院
湖 西	病院群輪番制 * 休日昼夜間、毎夜間	●高島市民病院、マキノ病院

3

4 (6) 三次救急医療体制

- 5 ○ 三次救急医療は、二次救急医療機関で対応できない重篤な救急患者(脳卒中、急性心筋梗塞や
6 重症外傷等、複数の診療科にわたる治療等を要する患者)を24時間365日体制で対応する医療
7 であり、本県では4か所の救命救急センターが担っています。
- 8 ○ 平成25年(2013年)8月には広範囲熱傷、四肢切断、急性中毒等の特殊患者を受け入れる
9 ことが可能な「高度救命救急センター」として大津赤十字病院を指定しています。
- 10 ○ 令和3年(2021年)の総搬送件数のうち救命救急センターへの搬送割合は38.2%を占めてお
11 り、全国平均17.7%(表3-3-6-11参照)を大きく上回っており、救命救急センターへ
12 搬送が集中している状況です。
- 13 ○ 救命救急センターには入院治療の必要がない軽症患者も多数受診しており、過大な負担が救
14 命救急センターにかかっています。
- 15 ○ 滋賀医科大学医学部附属病院は、全科当直体制を敷き、急性大動脈解離に対する緊急手術に
16 対応する等、急性期医療の拠点病院としての機能を果たしており、救命救急センターでは処置
17 困難な重症患者も多数受け入れています。
- 18 ○ 重症度、緊急度に応じた適切な医療体制が確保されるように、地域における救急医療機関の
19 役割を明確化し、初期・二次・三次医療機関の機能分担や連携を推進することで、救命救急セ
20 ンターが重篤患者を集中的に受け入れる体制を確保する必要があります。
- 21 ○ 県内の救急医療体制を確保していくために、高度で専門的な知識や技術を要する患者へ対応
22 可能な医師・看護師等の救急医療従事者の育成、教育を行う拠点を明確にしていく必要があり
23 ます。
- 24 ○ 平成27年(2015年)4月28日、滋賀県全域と京都府南部を運航範囲とする京滋ドクターヘ
25 リ*(基地病院：済生会滋賀県病院)が運航を開始し、滋賀県全域で30分以内に救急医療を提供
26 できる体制が整いました。

- 令和5年(2023年)8月1日現在県内のランデブーポイント*は338箇所、京都府南部が205箇所、福井県嶺南が123箇所が登録されています。
- ドクターヘリの機動力により、滋賀県内のみならず、関西広域連合管内を1つの医療圏(四次医療圏)とする救急医療提供体制の構築も可能となりました。
- 自殺企図による多発外傷等、精神疾患を背景に持つ身体的救急疾病・外傷患者(身体合併症の精神疾患患者)への対応には特殊性があります。
- 長浜赤十字病院では精神科医師が24時間救急対応し、救急担当医師と連携する体制を取っており、身体合併症の精神疾患患者の受け入れを行っています。
- しかし、精神科を持たない二次救急医療機関および救命救急センターに搬送された身体合併症の精神疾患患者については、身体疾患治療後は精神科の治療が必要となる場合が多く、精神科病院との連携が必要です。

表3-6-6-18 本県の救命救急センターと運営体制の概要

名称	体制の概要	専用病床数		一日あたりの従事医師数(人)		指定日	
		左記のうち		救急担当 専任医師数	救急科 専門医数		
		ICU	CCU等※				
大津赤十字病院		38	4	34	6	5	昭和57年3月24日
済生会滋賀県病院		32	6	2	11	7	平成8年4月1日
近江八幡市立総合医療センター		18	6	12	3	2	平成18年10月1日
長浜赤十字病院		20	7	13	3	2	昭和58年2月15日

※CCU等：ICU, CCU, SCU, HCU, 熱傷ベッド、小児病床、その他

出典：令和5年度「救命救急センター現況調査」(厚生労働省)

具体的な施策

(1) 地域における救急医療機関の機能分担と連携の推進

- 救命救急センターを核とした機能分担や連携体制の整備を図ります。
 - 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)での役割の明確化
 - 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)での役割の明確化
 - ③東近江救急ブロック(東近江保健医療圏)での役割の明確化
 - 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)での役割の明確化
- 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を設定し、初期・二次・三次医療機関の機能分担や連携の円滑な推進のための調整を図ります。
- 現状の4救命救急センターに加えて、全県を対象に対応できる医療機関について、高度救命救急センターの新規指定も含めて役割を明確化します。
- 各二次保健医療圏内での搬送およびブロック内での搬送状況等を把握し、県内全域での機能分担や連携体制の整備に努めます。
- 医療機関ごとの救急医療にかかる機能を明確にし、患者の状況に応じた医療機関への搬送を可能とするため、傷病者の搬送および受け入れの実施に関する基準の医療機関リストの定期的な更新に努めることで救急医療機能の明確化に努めます。
- 二次・三次救急医療機関に搬送された身体合併症の精神疾患患者について、身体疾患治療後の精神科治療が円滑に行えるよう、精神科病院との連携や実施基準の検証に引き続き努めます。

1 (2) 救急医療における医師の養成・確保

- 2 ○ 滋賀医科大学医学部附属病院を計画的に救急医療従事者の育成・教育する拠点とし、三次救
3 急医療機関としての役割を担うため、令和7年度までに高度救命救急センターの新たな指定が
4 できるよう体制を整えます。
5 ○ 高度で専門的な知識や技術を要する患者へ対応可能な医師・看護師等の養成および確保に努
6 めます。
7 ○ 専門医研修プログラムについて、計画的な救急医療従事者の育成・教育ができる拠点到に集約
8 化し、救急医療に必要な能力を有した医師の計画的な育成・確保に努めます。

9
10 (3) 病院前救護体制の強化

11 ア 救急救命士の確保および資質向上

- 12 ○ 救急救命士病院実習の受入れの促進を図るとともに、地域メディカルコントロール協議会や
13 病院等との連携により救急救命士数の確保および特定行為にかかる技術水準の向上を図り、救
14 命率の向上や予後の改善を推進します。また、地域メディカルコントロール協議会における症
15 例検討等により、医療機関に所属する救急救命士も含めて救急救命士の資質向上を図ります。

16 イ 実施基準の検討・見直し

- 17 ○ 受入れ困難事例の解消のため、県メディカルコントロール協議会において実施基準の検討・
18 見直しを適宜行い、更に実効的・有効的な実施基準となることを目指します。

19 ウ バイスタンダーの育成

- 20 ○ 消防機関と連携して、企業や自治会、学校等の幅広い世代を対象に、傷病者に対する応急手
21 当や心肺蘇生法の啓発・研修を行います。

22 エ ドクターカー*の活用

- 23 ○ ドクターカーの運用状況等について把握し、関係機関とも情報共有に努めます。

24
25 (4) ドクターヘリの活用

- 26 ○ キーワード方式*の徹底により、早期医療介入を実施し、後遺症の軽減や救命数の増加を図
27 ります。
28 ○ ドクターヘリの機動力を生かし、大動脈解離の緊急手術では全県を医療圏とする等、疾病ご
29 との医療圏の再構築や、関西広域連合管内を4次保健医療圏と見なす高度救急医療体制の構築
30 に努めます。
31 ○ 「出勤要請が重複した場合」や「多数の傷病者が発生した場合」には、京滋ドクターヘリだ
32 けでなく、大阪府ドクターヘリ*等の関西広域連合ドクターヘリ*を容易に要請できる補完体制
33 を引き続き活用します。
34 ○ 関西広域連合外の隣接県である福井県とも湖北地域において相互応援体制の構築ができてお
35 り、引き続き隣接県である三重県や岐阜県のドクターヘリとの相互応援体制の構築に努めます。

36
37 (5) 医療機関の適正受診

- 38 ○ 患者が必要とする医療機関の情報、診察時間や診療科目等を提供できる「医療ネット滋賀」
39 の利用を促進するため、機会を捉えて普及啓発に努めます。また、患者ニーズに対応するた
40 め、情報更新の徹底を医療機関に対して指導します。

- 1 ○ 医療機関の適切な選択、救急車の正しい利用方法やかかりつけ医を持つことの重要性の啓発
 2 に努めます。
- 3 ○ 救急医療機関への適正受診のために、電話でアドバイスを受けられる小児救急電話相談事業
 4 (短縮ダイヤル#8000*)の活用や、医療のかかり方について専門家へ相談できる体制整備
 5 (救急安心センター事業(#7119*))を進めます。

6
7
8

《数値目標》

目標項目		現状値 (R3)	目標値 (R11)	備考
目指す姿(分野アウトカム)				
心肺機能停止傷病者の1か月生存率		15.9%	全国平均 より高い	全国平均11.1% (R3年)
心肺機能停止傷病者の1か月社会復帰率		13.1%	全国平均 より高い	全国平均6.9% (R3年)
取組の方向性(中間アウトカム)				
救急要請(覚知)から救急医療機関への搬送ま までに要した平均時間		34.8分	全国平均 より短い	全国平均42.8分 (R3年)
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		0.2%	0.2%未満	全国平均4.3% (R3年)
救急救命センターの充実評価SおよびAの数		4	4	新評価基準においても A判定以上を維持
日本専門医機構認定専門医の数		52人	現状よりも 増	
特定行為が可能な 救急救命士	気管挿管	214人	15人/年増	
	薬剤投与	439人		
関西広域連合外の隣接県との協定締結数		3	3	福井県(R4年度締結) 岐阜県・三重県
搬送件数に占める軽症者の割合		56.6%	全国平均 より低い	全国平均44.8% (R3年)

9

1 《ロジックモデル》

番号	具体的な施策(アウトプット)
1	地域における救急医療体制の役割の明確化
2	ブロックまたは医療圏毎に関係機関で構成する救急医療体制の検討の場の設定
3	傷病者の搬送および受入れの実施に関する基準の医療機関リストの更新
4	身体合併症の精神疾患患者について、精神科病院との連携や実施基準の検証

5	救急医療に必要な能力を有した医師等の計画的な養成、救急専門医や指導医等の育成
---	--

6	救急救命士の確保および資質向上
7	実施基準の検討・見直し
8	救急現場に居合わせた人が行う心肺蘇生の育成

9	キーワード方式の徹底により、早期医療介入を実施
10	ドクターヘリの機動力を生かし、疾病毎の医療圏の再構築や高度救急医療体制の構築
11	関西広域ドクターヘリを容易に要請できる補完体制の活用
12	隣接県のドクターヘリとの連携体制の構築

13	「医療ネット滋賀」の普及啓発
14	医療機関の適切な選択、救急車の正しい利用方法、かかりつけ医を持つことの啓発
15	救急安心センター事業（＃7119）の導入

番号	取組の方向性（中間アウトカム）
1	地域における救急医療機関の機能分担と連携の推進がされている。 指標 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 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 救命救急センターの充実評価SおよびAの数

2	救急医療における医師の養成・確保がされている。 指標 日本専門医機構認定専門医の数
---	---

3	病院前救護体制の強化がされている。 指標 特定行為が可能な救急救命士（気管挿管・薬剤投与）の数 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
---	---

4	ドクターヘリの活用がされている。 指標 関西広域連合外の隣接県との協定締結数
---	--

5	医療機関の適正受診がされている。 指標 搬送件数に占める軽症者の割合
---	--

番号	目指す姿（分野アウトカム）
1	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。 指標 心肺機能停止傷病者の1か月後生存率 心肺機能停止傷病者の1か月後社会復帰率

2
3

1 図3-3-6-19 救急医療体制

2

●救急告示病院(31)

■ …救命救急センター(4)

□ …災害拠点病院(10)

◆ …小児救急支援病院(10)

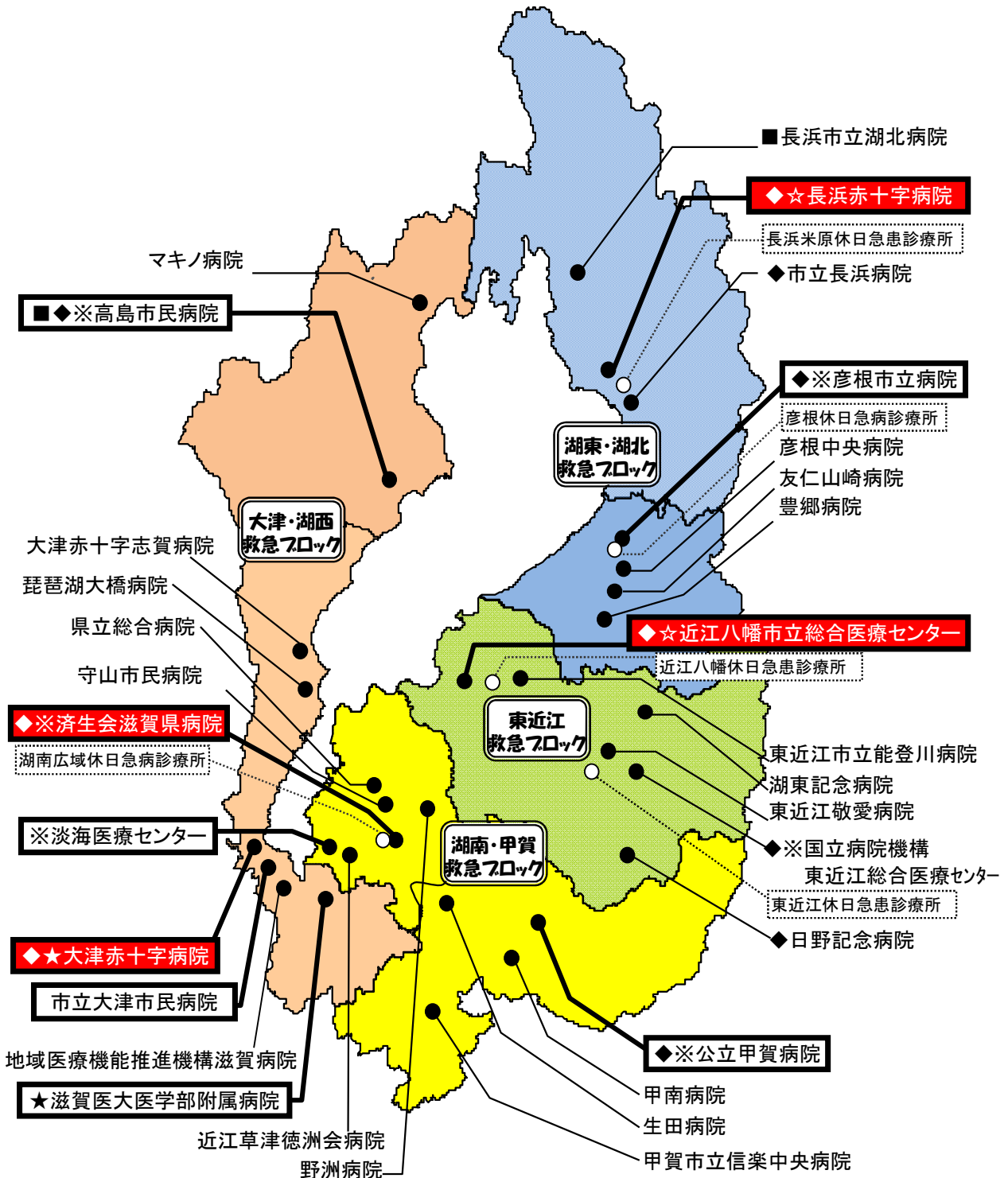
■ …へき地医療拠点病院(2)

★ …総合周産期母子医療センター(2)

☆ …地域周産期母子医療センター(2)

※ …周産期協力病院(6)

○休日急患診療所(5)



3

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) 災害時に拠点となる病院の体制が強化されている
- (2) 災害時に拠点となる病院以外の病院の災害対策の体制が強化されている
- (3) 災害時に活動できる人材が確保されている
- (4) 災害医療に関わる全ての関係機関が連携できる体制が構築されている
- (5) 原子力災害医療体制が強化されている

現状と課題

(1) 災害の現状

災害には、地震、風水害、雪害といった自然災害から、テロ、鉄道事故や原子力発電所での事故といった事故災害等に至るまで様々な種類があり、同じ種類の災害であっても、発生場所、発生時刻や時期等によって、被災・被害の程度は大きく異なってきます。

ア 自然災害

①地震

- 我が国では、木造建築物の多い密集市街地が広い範囲で存在するため、地震によって大規模火災が発生したり、建物が崩壊したりするなど、多大な被害が発生してきました。

表3-3-7-1 近年における大規模地震の発生状況

発生年	名称	備考
平成7年	阪神・淡路大震災	・死者6,433名
平成23年	東日本大震災	・死者15,893名、行方不明者2,556名 (平成28年12月9日時点)
平成28年	熊本地震	・死者49名、重傷者345名、軽傷者1,318名 (平成28年5月31日時点)
平成30年	北海道胆振東部地震	・死者42名、重軽傷者762名 ・日本で初めてとなるエリア全域に大規模停電 (ブラックアウト)が発生し、最大約295万戸が停電

出典：厚生労働省医政局地域医療計画課長通知「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」
(令和5年5月26日付け医政地発0526第5号)

- このほかにも、東海地震、東南海・南海トラフ地震、首都直下地震等全国規模の大規模

地震や、滋賀県内においても、琵琶湖西岸断層帯や花折断層を震源とする地震の発生が予測されています。

②風水害等

- 近年、短時間強雨の年間発生回数の増加が顕著であり、大河川の氾濫も相次ぎ県内では、平成 25 年度（2013 年度）の台風 18 号による大雨で、県内各地の河川が氾濫し、死者 1 名、負傷者 9 名を出し、多くの住家が全壊、床上、床下浸水する等、大きな被害が発生しました。また、線状降水帯の発生により記録的な大雨となった令和 2 年 7 月大雨等豪雨災害が毎年発生し、各地で甚大な被害をもたらしており、今後も、大雨の頻度や熱帯低気圧の強度の増加が予想されています。

イ 事故災害

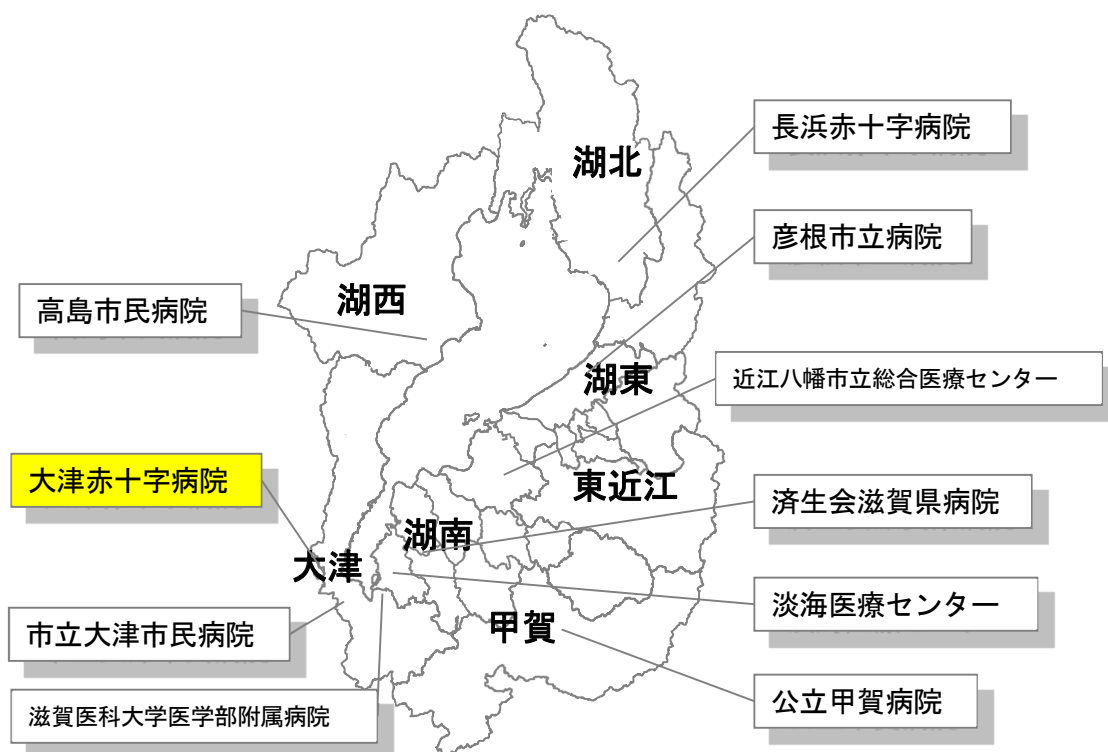
- 県内では平成 3 年（1991 年）に死者 42 名、負傷者 628 名の信楽高原鉄道の列車正面衝突事故が発生しました。
- 平成 23 年（2011 年）3 月に発生した東日本大震災では、福島第一原子力発電所の事故により、セシウム等の放射性物質が広範囲に拡散し、現在も多くの住民の方が避難を強いられている等、周辺地域に大きな影響を与えています。

(2) 災害医療の提供

ア 災害拠点病院

- 災害拠点病院は、災害による重篤患者の救命医療等の高度の診療機能を有し、被災地からの患者の受入れ、広域医療搬送に係る対応等を行います。
- 本県は、災害時の医療提供体制で、中心的な役割を果たす災害拠点病院を各二次保健医療圏で計 10 病院指定しており、その状況は次のとおりです。

図3-3-7-2 災害拠点病院の位置



1 表3-3-7-3 災害拠点病院一覧

種別	保健医療圏	医療機関名	指定年月日
基幹災害拠点病院	県全域	大津赤十字病院	平成9年1月20日
地域災害拠点病院	大津	市立大津市民病院	平成9年1月20日
		滋賀医科大学医学部附属病院	平成22年3月5日
	湖南	淡海医療センター	平成18年4月28日
		済生会滋賀県病院	平成9年1月20日
	甲賀	公立甲賀病院	平成21年8月11日
	東近江	近江八幡市立総合医療センター	平成9年1月20日
	湖東	彦根市立病院	平成9年1月20日
	湖北	長浜赤十字病院	平成9年1月20日
	湖西	高島市民病院	平成21年8月11日

2
3 ○ 近年は大規模地震に加え、豪雨災害が増加傾向にあり、病院の耐震化に加え、浸水想定区
4 域に所在する医療機関は、浸水対策を行う必要があります。

5 **イ 災害拠点精神科病院**

6 ○ 災害拠点精神科病院は、災害時においても精神科医療を行うための診療機能を有し、被災
7 地からの精神疾患を有する患者の受け入れ、災害派遣精神医療チーム（DPAT）の派遣に係る
8 対応等を行います。しかしながら、本県においては、未だ災害拠点精神科病院の指定ができ
9 ていないため、早期に指定をする必要があります。

10 **ウ 航空搬送拠点臨時医療施設（SCU: Staging Care Unit）**

11 ○ 平成25年度（2013年度）に3か所のSCUを設置し、併せて、その運営に必要な資機材
12 を整備しました。

14 表3-3-7-4 SCUおよび担当医療機関一覧

SCU名称	担当医療機関
滋賀県立大学	彦根市立病院
滋賀医科大学	滋賀医科大学医学部附属病院
高島市民病院	高島市民病院

15 ○ 大規模災害発生時の航空機等による患者搬送を円滑に行うため、SCUの効率的な運営や
16 機能充実が必要です。

18 **エ 災害対策(防災)マニュアル・業務継続計画（BCP）**

19 ○ 災害時、県民に必要な医療機能を迅速に復旧させるためには、災害対策（防災）マニユ
20 アル、業務継続計画（BCP）*および職員参集マニュアルを策定し、平素より訓練を実施する等
21 体制の構築が必要です。県内の病院の策定状況は次のとおりです。

22
23
24
25
26
27
28
29
30
31

1 表3-3-7-5 県内58病院の災害対策(防災)マニュアル等策定状況

項目	現状値 (R5)
災害対策(防災)マニュアル	<ul style="list-style-type: none"> ・策定済み 45 病院 ・準備中 11 病院 ・策定予定無し 1 病院 ・不明(未回答) 1 病院
BCP	<ul style="list-style-type: none"> ・策定済み 33 病院 ・準備中 25 病院 ・策定予定無し 0 病院
職員参集マニュアル	<ul style="list-style-type: none"> ・策定済み 35 病院 ・準備中 19 病院 ・策定予定無し 3 病院 ・不明(未回答) 1 病院

- 2
- 3 ○ 災害対策(防災)マニュアル、BCPおよび職員参集マニュアル等が未策定の病院に対し
- 4 ては、策定を促すとともに、適切な支援を実施する必要があります。

5 **オ 医療チーム**

6 **①災害派遣医療チーム* (DMAT : Disaster Medical Assistance Team)**

- 7 ○ DMATは、災害発生直後の急性期(概ね 48 時間以内)に活動が開始できる機動性を持つ
- 8 た、専門的な研修・訓練を受けた医療チームで、以下の活動を行います。

- 9 ・病院支援(診療支援、病院避難支援)
- 10 ・現場活動(救護所、救助現場)
- 11 ・地域医療搬送
- 12 ・広域医療搬送(機内活動、SCU 活動)
- 13 ・避難所救護所活動 等

- 14 ○ 災害の発生に備えて、DMAT 隊員の資質向上と連携を図るために、定期的な研修や訓練
- 15 を実施しています。

- 16 ・DMAT 隊員技能維持研修
- 17 ・DMAT 強化訓練、近畿地方 DMAT 訓練
- 18 ・広域搬送訓練
- 19 ・県総合防災訓練、近畿2府7県合同防災訓練 等

- 20 ○ DMATの派遣要請は、県と災害拠点病院の間で締結した協定に基づき、知事が行うこと
- 21 になっており、現在県内のチーム数は各災害拠点病院に合計 32 チーム保有しています。

22 (令和5年(2023年)4月1日時点)

- 23 ○ 平成28年(2016年)4月に発生した熊本地震での活動を踏まえ、円滑なDMAT活動を進
- 24 めるには、活動期間の長期化、病院避難や避難所等での活動を念頭に置き、更なる人材の養
- 25 成や資質の向上、ロジスティック*の充実が求められています。

- 26 ○ 令和2年(2020年)の新型コロナウイルス感染症発生・まん延時の活動を踏まえ、令和4
- 27 年改正医療法により、災害時の医療に加え、感染症発生・まん延時においても活動が求めら
- 28 れることが法で位置づけられました。

29 ※ DMATの活動

30 DMAT 1 隊あたりの活動期間は、その機動性を確保する観点から、移動時間を除き

31 概ね 48 時間以内を基本とする。

32 なお、災害の規模に応じて、DMATの活動が長期間(1週間など)に及ぶ場合に

1 は、DMAT 2次隊、3次隊等の追加派遣で対応することを考慮する。

2 (日本DMAT活動要領)

3 ②保健医療活動チーム(医療救護班)

- 4 ○ 本県では、災害発生時の円滑な医療救護活動を実施するため、平成19年(2007年)3月「災
5 害時の医療救護活動に関する協定」を下記団体と締結しています。

6 表3-3-7-6 医療救護活動に関する協定締結団体

協定名称	締結団体
災害時の医療救護活動に関する協定	滋賀県医師会 滋賀県歯科医師会 滋賀県薬剤師会 滋賀県看護協会 滋賀県病院協会

- 8
9 ○ 東日本大震災や熊本地震では被災された住民の避難生活が長期化したことから、急性期医
10 療に続く健康管理を中心とした医療の提供や相談体制については、災害時健康危機管理支援
11 チーム(DHEAT: Disaster Health Emergency Assistance Team)*や日本医師会災害医療
12 チーム*(JMAT: Japan Medical Association Team)を初めとする各団体と連携しつつ活
13 動することが必要となります。

14 ③災害派遣精神医療チーム(DPAT: Disaster Psychiatric Assistance Team)

- 15 ○ 東日本大震災では、病院協会、医師会との協定に基づき、精神科医療機関、大学、県の連
16 携による「こころのケアチーム」を派遣しました。また、熊本地震では、こころのケアチ
17 ムとして県立精神医療センター・滋賀医科大学の協力を得て5チームが現地に赴き、現地
18 の災害支援活動を行いました。
- 19 ○ DPATについては、令和3年度(2021年度)から精神保健福祉センターで先遣隊を1チーム
20 保有しています。
- 21 ○ 今後の災害に備え、医療機関との間であらかじめ派遣に係る協定を締結するとともに、研
22 修・訓練等の支援を行い、DPAT活動が円滑に行われるような体制づくりが急務です。

23 ④災害支援ナース

- 24 ○ 災害発生時における看護ニーズに迅速に対応できるよう、日本看護協会及び都道府県看護
25 協会において、災害支援ナースの養成を行っており、平成28年(2016年)4月の熊本地震
26 の際に、当県から派遣された22人が活動した等の実績があり、災害発生時における看護ニ
27 ズへの迅速な対応に貢献しています。
- 28 今後の災害に備え、医療機関との間であらかじめ派遣に係る協定を締結し、災害支援ナース
29 の活動が円滑に行われるような体制づくりが必要です。

30 ⑤災害時人工透析医療

- 31 ○ 災害時支援体制の整備として、県大規模災害発生時マニュアル(人工透析担当マニュアル)
32 を策定するとともに透析患者に人工透析患者災害時支援シートを配布しています。

1 カ 災害医療のコーディネート機能

2 ①災害医療コーディネーター

- 3 ○ 関西広域連合が平成 24 年(2012 年)3月に策定した「関西広域救急医療連携計画」では、
- 4 県外からの医療支援を受け入れる「受援体制」の確立が求められています。
- 5 ○ 本県においては、県外からの医療支援を円滑に受け入れながら、災害時の医療提供体制を
- 6 確保するため、県本部と災害現場の間、また行政と医療機関との間での円滑な連絡調整、連
- 7 携を行うための「災害医療コーディネーター」を設置しています。
- 8 ○ 平成 28 年(2016 年)に発生した熊本地震における対応に関して、国において検証が実施さ
- 9 れ、「被災地内に派遣される医療チームや保健師チーム等を全体としてマネジメントする機
- 10 能を構築するべき」とされたことから、大規模災害発生に備えて、他都道府県からの応援に
- 11 対する受援体制を強化するため、一元的に情報提供、総合調整が可能な体制の構築が必要で
- 12 す。
- 13 ○ 災害時の多様な調整業務に対応するため、災害医療コーディネーターの資質向上が必要で
- 14 す。

15 ②災害薬事コーディネーター

- 16 ○ 災害薬事コーディネーターとは、災害時に、都道府県ならびに保健所および市町村が行う
- 17 保健医療活動における薬事に関する課題解決のため、都道府県が設置する保健医療福祉調整
- 18 本部ならびに保健所及び市町村における保健医療活動の調整等を担う本部において、被災地
- 19 の医薬品等や薬剤師および薬事・衛生面に関する情報の把握やマッチング等を行うことを目
- 20 的として、都道府県において任命された薬剤師です。本県においても、災害薬事コーディネ
- 21 ーターの研修事業等を実施し、災害薬事コーディネーターの養成およびその能力向上が必要
- 22 です。

23 ③災害時小児周産期リエゾン

- 24 ○ 災害時小児周産期リエゾンとは、災害時に、都道府県が小児・周産期医療に係る保健医療
- 25 活動の総合調整を適切かつ円滑に行えるよう、保健医療福祉調整本部において、被災地の保
- 26 健医療ニーズの把握、保健医療活動チームの派遣調整等に係る助言及び支援を行う都道府県
- 27 災害医療コーディネーターをサポートすることを目的として、都道府県により任命された者
- 28 であり、本県では、周産期医療の各ブロックの産科医と小児科医を災害時小児周産期リエゾ
- 29 ンに任命しています。
- 30 ○ 平時からの対策として、DMAT 等と連携できるよう県総合防災訓練への参加等の取組を進め
- 31 ており、今後は、助産師、看護師等の看護職の災害時小児周産期リエゾン育成に取り組む必
- 32 要があります。

33 キ 滋賀県広域災害時における医療救護活動指針

- 34 ○ 大規模災害が発生した際の混乱期にあっても、「最大多数の人たちに最良の医療を提供す
- 35 る」という災害医療の考え方に沿って、県民の生命と健康を守ることを最優先とし、災害時
- 36 においても必要とされる医療を適切かつ効率的に提供することができるよう、平成 26 年
- 37 (2014 年)10月に指針を策定しました。
- 38 ○ 発生が予測される大規模災害に備え、最新の知見や訓練等で得られた課題を踏まえて、不
- 39 断の見直しを行うことが必要です。

40 ク 原子力災害医療

- 東日本大震災における福島第一原子力発電所での事故発生を受けて、原子力災害対策指針において示されている「緊急時防護措置を準備する区域」(UPZ:Urgent Protective Action Planning Zone)*の目安の距離(原子力施設から概ね半径 30 km)や本県が独自に行った放射性物質拡散予測シミュレーションの結果を踏まえて、「原子力災害対策を重点的に実施すべき地域の範囲」(滋賀県版UPZ)を設定し、その範囲内に長浜市と高島市の一部が含まれることになりました。
- 平成 26 年(2014 年)3月に滋賀県緊急被ばく医療マニュアル(現在名称:滋賀県原子力災害医療マニュアル)を策定し、緊急被ばく医療機関として「初期」「初期・二次支援」「二次被ばく医療機関」(12 病院)を指定する等、緊急被ばく医療体制を整備しました。
- 平成 27 年度(2015 年度)に国の原子力災害対策指針が改正され、新たな体制に移行する必要が生じたことから、平成 29 年(2017 年)4月に原子力災害拠点病院の指定と原子力災害医療協力機関の登録を行いました。

表 3-3-7-7 原子力災害拠点病院および原子力災害医療協力機関一覧

種 別	機 関 名 称	指定または登録年月日	備 考
原子力災害 拠点病院	長浜赤十字病院【基幹】	平成 29 年 4 月 1 日	災害拠点病院 救命救急センター
	大津赤十字病院		基幹災害拠点病院 高度救命救急センター
	滋賀医科大学医学部附属病院		災害拠点病院
原子力災害 医療 協力 機 関	1 市立大津市民病院	平成 29 年 4 月 17 日	災害拠点病院
	2 淡海医療センター		災害拠点病院
	3 済生会滋賀県病院		災害拠点病院 救命救急センター 京滋トクターリ基地病院
	4 公立甲賀病院		災害拠点病院
	5 近江八幡市立総合医療センター		災害拠点病院 救命救急センター
	6 彦根市立病院		災害拠点病院
	7 市立長浜病院		UPZ 隣接公立病院
	8 長浜市立湖北病院		UPZ 隣接公立病院
	9 高島市民病院		災害拠点病院
	10 一般社団法人滋賀県医師会		関係団体
	11 一般社団法人滋賀県薬剤師会		
	12 公益社団法人滋賀県看護協会		
	13 公益社団法人滋賀県放射線技師会		
	14 日本赤十字社滋賀県支部	平成 30 年 3 月 27 日	

- 原子力災害医療体制を充実させるため、原子力災害拠点病院や原子力災害医療協力機関の機能強化や隣接府県および関係機関との連携、協力関係の構築が必要です。

- 1 ○ 令和4年度(2022年度)に国の原子力災害対策指針が改正され、原子力災害時における甲
2 状腺被ばく線量モニタリングの実施が規定されたことから、その実施体制について検討する
3 必要があります。

4 **ケ 広域災害救急医療情報システム(EMIS:Emergency Medical Information System)**

- 5 ○ 災害時の迅速な対応が可能となるよう、患者の医療機関受診状況、ライフラインの稼働状
6 況等の情報を、災害時において相互に収集・提供する機能を持つシステムが全国で稼働して
7 おり、本県においてもこのシステムを導入しています。
- 8 ○ 平時から施設情報(施設用水や自家用発電機関連情報等)の入力率が低いため、入力を推
9 進していく必要があります。
- 10 ○ また、災害発生時にEMISを活用して、円滑に情報提供と収集を行うためには、医療関
11 係者等に対して定期的な入力訓練を実施し、被災状況等の入力を徹底するとともに操作の習
12 熟度を上げる必要があります。
- 13 ○ 災害時には被災のため、被災状況等を入力ができない病院が発生することが想定されるこ
14 とから、病院の状況を把握し、情報を代行入力するための体制づくりや手順の設定を行うと
15 ともに、定期訓練と併せて代行入力に係る訓練も実施する必要があります。

16 **コ 保健医療福祉調整本部**

- 17 ○ 平成28年(2016年)の熊本地震における対応を踏まえ、大規模災害時には、保健
18 医療活動チームの派遣調整、保健医療活動に関する情報の連携、整理および分析等の保健医
19 療活動の総合調整を行う体制として、保健医療調整本部を設置することとしていました。
- 20 ○ その後、令和3年(2021年)に防災基本計画等に災害派遣福祉チーム等の整備が追加され、
21 保健医療のみでは福祉分野の対応ができず、保健・医療・福祉の連携が重要であるとされた
22 ことを踏まえ、令和5年度(2023年度)から保健医療調整本部を保健医療福祉調整本部に改
23 めて訓練を行っています。
- 24 ○ 災害時に円滑な連携体制の構築を可能にするため、保健医療福祉調整本部の下、様々な保
25 健医療福祉の各活動チームとともに訓練を実施し、災害時におけるそれぞれの必要な役割を
26 確認することが必要です。

27
28 **具体的な施策**

29 **(1) 災害時に拠点となる病院の体制が強化されている**

30 **ア 指定要件変更等にも適合した災害拠点病院の指定**

- 31 ○ 県は、災害拠点病院が指定要件の変更等にも適合しているか書面および現地確認を行うと
32 ともに必要な支援を行い、災害拠点病院の体制の維持・強化を促進します。また、滋賀医科
33 大学医学部附属病院を計画的に災害・感染症医療業務従事者の育成・教育する拠点とし、令
34 和7年度までに基幹災害拠点病院として新たに指定し、県内の災害拠点病院の体制強化を図
35 ります。

36 **イ 災害拠点精神科病院の指定**

- 37 ○ 北部と南部の2カ所に災害拠点精神科病院の指定を目指し、令和6年度までに長浜赤十字
38 病院を災害拠点精神科病院として指定します。また、令和8年度までに災害拠点精神科病院
39 を1病院増やし、大規模災害時の精神保健医療ニーズに対応できる体制の確保を進めます。

40 **ウ 災害拠点病院および災害拠点精神科病院の施設・設備整備の支援**

- 1 ○ 県は、国の医療提供体制施設整備交付金等を活用し、災害拠点病院および災害拠点精神科
2 病院の施設・設備整備の支援を行います。
- 3 **エ DMAT および DPAT に対する訓練・研修の実施**
- 4 ○ 県は、県総合防災訓練等を通じて、DMAT および DPAT に対する訓練・研修を実施します。
- 5
- 6 **(2) 災害時に拠点となる病院以外の病院の災害対策の体制が強化されている**
- 7 **ア 浸水想定区域に所在する病院の浸水対策の支援**
- 8 ○ 県は、国の医療提供体制施設整備交付金等を活用し、浸水想定区域に所在する病院の浸
9 水対策の支援を行います。
- 10 **イ 病院における業務継続計画（BCP）の策定**
- 11 ○ 県は、国が実施している業務継続計画（BCP）策定研修事業を活用し、病院における業務
12 継続計画（BCP）の策定を促進します。
- 13 **ウ 平時からの EMIS の基本情報および施設情報の入力推進**
- 14 ○ 県は、災害時に備え、EMIS に登録している医療機関に対して電話連絡や訪問等により、
15 EMIS の操作説明等を行い、平時からの EMIS の活用の推進を図ります。
- 16 **エ 定期的な EMIS 入力訓練および代行入力訓練の実施**
- 17 ○ 県は、EMIS に登録している医療機関や保健所を対象に、定期的な EMIS の入力訓練および
18 代行入力訓練を実施します。
- 19
- 20 **(3) 災害時に活動できる人材が確保されている**
- 21 **ア 災害医療コーディネーター研修の実施**
- 22 ○ 県は、年に1回、災害医療コーディネーター研修を実施します。
- 23 **イ 災害薬事コーディネーターの確保**
- 24 ○ 県は、二次保健医療圏ごとに1名ずつ以上、災害薬事コーディネーターを任命します。
- 25 **ウ 災害時小児周産期リエゾンの確保**
- 26 ○ 県は、周産期医療の各ブロックに産科医、小児科医、助産師、看護師を1名ずつ以上、災
27 害時小児周産期リエゾン任命します。
- 28 **エ 災害支援ナース派遣に係る医療機関との協定の締結**
- 29 ○ 県は、災害支援ナースが所属している医療機関と災害支援ナースの派遣に係る協定を締結
30 します。
- 31 **オ DHEAT 養成研修の実施**
- 32 ○ 県は、日本公衆衛生協会等が実施する研修を活用し、DHEAT を養成します。また、県は、県
33 内 DHEAT を対象に技能維持のための研修を実施します。
- 34 **カ 災害・感染症医療従事者(DMAT・DPAT など)を対象とした研修の実施**
- 35 ○ 県は、滋賀県災害医療体制強化事業等を通じて、災害・感染症医療従事者を対象とした研
36 修を実施します。
- 37
- 38 **(4) 災害医療に関わる全ての関係機関が連携できる体制が構築されている**
- 39 **ア 災害医療体制連絡協議会の開催**
- 40 ○ 県は、災害時における災害拠点病院相互間および災害医療関係機関との連携体制の構築や

1 情報交換を行う場として、災害医療体制連絡協議会を年1回以上開催します。

2 **イ 保健医療福祉調整本部としての訓練の実施**

- 3 ○ 県は、県総合防災訓練等を活用し、災害時における保健・医療・福祉の連携強化を図るため、県や様々な保健医療福祉の各活動チームとともに、保健医療福祉調整本部の運営訓練を実施します。

6 **ウ 各保健医療圏における保健所を中心とした訓練の実施**

- 7 ○ 県は、各保健医療圏における保健所を中心に、圏域内の災害拠点病院等と連携した訓練を実施します。

9 **エ 滋賀県広域災害時における医療救護活動指針の不断の見直し**

- 10 ○ 県は、近年の災害を踏まえた教訓や保健医療福祉調整本部の運営訓練等をもとに、滋賀県広域災害時における医療救護活動指針の見直しを行います。

13 **(5) 原子力災害医療体制が強化されている**

14 **ア 原子力災害拠点病院および原子力災害医療協力機関の施設・設備整備の支援**

- 15 ○ 県は、原子力発電施設等緊急時安全対策交付金等を活用し、原子力災害拠点病院および原子力災害医療協力機関の施設・設備整備の支援を行います。

17 **イ 原子力災害拠点病院および原子力災害医療協力機関との協定締結**

- 18 ○ 県は、原子力災害発生時における原子力災害医療派遣チームの派遣に係る協定を原子力災害拠点病院および原子力災害医療協力機関と締結します。

20 **ウ UPZ 内に所在する病院の業務継続計画（BCP）の策定**

- 21 ○ 県は、滋賀県原子力災害医療ネットワーク事業を通じて、UPZ 内に所在する病院の業務継続計画（BCP）の策定を促進します。

23 **エ 原子力防災訓練の実施**

- 24 ○ 県は、原子力災害拠点病院および原子力災害医療協力機関と連携し、年1回、原子力防災訓練を実施します。

26 **オ 原子力災害医療体制検討委員会の開催（甲状腺被ばく線量モニタリング実施体制の検討）**

- 27 ○ 県は、原子力災害発生時における関係機関・団体間の連携体制の構築や情報交換を行う場として、原子力災害医療体制検討委員会を年1回開催します。

- 29 ○ 県は、令和5年度（2023年度）に国から示された甲状腺被ばく線量モニタリング実施マニュアル等を踏まえ、簡易測定および詳細測定の実施体制について検討します。

31 **カ 原子力災害医療従事者の資質向上および関係機関の連携体制構築**

- 32 ○ 県は、原子力災害医療人材育成支援事業を通じて、研修会を実施し、県内における原子力災害医療従事者の資質向上および関係機関の連携体制を構築します。

1 《数値目標》

目標項目	現状値 (R5)	目標値 (R11)	備考
目指す姿 (分野アウトカム)			
中間アウトカムの達成率	—	100%	
取組の方向性 (中間アウトカム)			
浸水想定区域に所在する災害拠点病院において、浸水対策を講じている病院の割合	40%	100%	
活動可能なDMAT、DPATのチーム数	DMAT : 31 DPAT : 1	DMAT : 37 DPAT : 4	
浸水想定区域に所在する病院において、浸水対策を講じている病院の割合	50%	100%	
病院における業務継続計画 (BCP) の策定率	57%	100%	
EMIS における基本情報および施設情報の入力率	〈基本情報〉 入力済み : 14% 一部入力 : 86% 未入力 : 0% 〈施設情報〉 入力済み : 0% 一部入力 : 85% 未入力 : 15%	入力済み : 100%	
EMIS 入力訓練における入力率	—	100%	
災害医療コーディネーターに占める研修の受講率	83%	100%	
派遣可能な災害支援ナースの人数	調査中	検討中	
防災訓練の実施回数	年1回	年1回	
原子力防災訓練の実施回数	年1回	年1回	
具体的な施策 (アウトプット)			
指定要件変更等にも適合した災害拠点病院の指定数	10	10	
災害拠点精神科病院の指定数	0	2	
DMAT および DPAT が連携した訓練の実施回数	—	年1回	
BCP 策定の病院数	33 病院	58 病院	
EMIS 入力訓練の実施回数	年1回	年1回	
災害医療コーディネーター研修の実施回数	年1回	年1回	
災害薬事コーディネーターの任命者数	—	二次保健医療圏ごとに1名ずつ以上任命	

目標項目	現状値 (R5)	目標値 (R11)	備考
災害時小児周産期リエゾンの任命者数	産科医 9名 小児科医 11名	各ブロックに産科医、小児科医、助産師、看護師を1名ずつ以上任命	
災害支援ナース派遣に係る医療機関との協定締結数	調査中	検討中	
DHEAT の養成研修の受講者数	44人	86人	
災害・感染症医療従事者を対象とした研修の実施回数	年1回	年1回	
災害医療体制に関する会議の開催回数	年1回	年1回	
保健医療福祉調整本部運営訓練の実施回数	年1回	年1回	
各保健医療圏域における訓練の実施回数	各保健医療圏域 年1回	各保健医療圏域 年1回	
原子力災害拠点病院および原子力災害医療協力機関数	17	17	
原子力防災訓練の実施回数	1	1	
原子力災害医療体制に関する会議の開催回数	1	1	

1

1 《ロジックモデル》

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

1	指定要件変更等にも適合した災害拠点病院の指定
指標	指定要件変更等にも適合した災害拠点病院の指定数
2	災害拠点精神科病院の指定
指標	災害拠点精神科病院の指定数
3	災害拠点病院および災害拠点精神科病院の施設・設備整備の支援
指標	-
4	DMATおよびDPATに対する訓練・研修の実施
指標	DMATおよびDPATが連携した訓練の実施回数

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

1	災害時に拠点となる病院の体制が強化されている
指標	浸水想定区域に所在する災害拠点病院において、浸水対策を講じている病院の割合
指標	活動可能なDMAT、DPATのチーム数

番号	目指す姿(分野アウトカム)
----	---------------

1	災害時においても必要な医療を受けることができる
指標	中間アウトカム達成率

1	浸水想定区域に所在する病院の浸水対策の支援
指標	-
2	病院における業務継続計画(BCP)の策定
指標	BCP策定の病院数
3	平時からのEMISの基本情報および施設情報の入力推進
指標	EMIS入力訓練の実施回数
4	定期的なEMIS入力訓練および代行入力訓練の実施
指標	EMIS入力訓練の実施回数

2	災害時に拠点となる病院以外の病院の災害対策の体制が強化されている
指標	浸水想定区域に所在する病院において、浸水対策を講じている病院の割合
指標	病院における業務継続計画(BCP)の策定率
指標	EMISにおける基本情報および施設情報の入力率
指標	EMIS入力訓練における入力率

1	災害医療コーディネーター研修の実施
指標	災害医療コーディネーター研修の実施回数
2	災害薬事コーディネーターの確保
指標	二次保健医療圏ごとに1名ずつ以上任命
3	災害時小児周産期リエゾンの確保
指標	各ブロックに産科医、小児科医、助産師、看護師を1名ずつ以上任命
4	災害支援ナース等派遣に係る医療機関との協定の締結
指標	災害支援ナース等派遣に係る医療機関との協定締結数
5	DHEAT養成研修の実施
指標	DHEATの養成研修の受講者数
6	災害・感染症医療従事者(DMAT・DPATなど)を対象とした研修の実施
指標	災害・感染症医療従事者を対象とした研修の実施回数

3	災害時に活動できる人材が確保されている
指標	災害医療コーディネーターに占める研修の受講率
指標	派遣可能な災害支援ナースの人数
指標	DHEATの登録人数

2

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

1	災害医療体制連絡協議会の開催
指標	災害医療体制に関する会議の開催回数
2	保健医療福祉調整本部としての訓練の実施
指標	訓練の実施回数
3	各医療圏における保健所を中心とした訓練の実施
指標	各圏域における訓練の実施回数
4	滋賀県広域災害時における医療救護活動指針の不断の見直し
指標	-

1	原子力災害拠点病院および原子力災害医療協力機関の施設・設備整備の支援
指標	原子力災害拠点病院および原子力災害医療協力機関数
2	原子力災害拠点病院および原子力災害医療協力機関との協定締結
指標	協定締結数
3	UPZ内に所在する病院の業務継続計画(BCP)の策定
指標	BCP策定の病院数
4	原子力防災訓練の実施
指標	原子力防災訓練の実施回数
5	原子力災害医療体制検討委員会の開催 (甲状腺被ばく線量モニタリング実施体制の検討)
指標	原子力災害医療体制に関する会議の開催回数
6	原子力災害医療従事者の資質向上および関係機関の連携体制構築
指標	原子力災害医療従事者を対象とした訓練・研修の実施回数

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

4	災害医療に関わる全ての関係機関が連携できる体制が構築されている
指標	防災訓練の実施回数

5	原子力災害医療体制が強化されている
指標	原子力防災訓練の実施回数

番号	目指す姿(分野アウトカム)
----	---------------

1

1 8 小児医療（小児救急を含む）

2 I 小児医療

3
4 **目指す姿**

- 5 > 良質かつ適切な小児医療を受けることができる

6
7 **取組の方向性**

- 8 (1) 県内において小児医療を受けることができる
9 (2) 小児救急医療に関する圏域の見直しができ、小児科医の効率的な活用ができている
10 (3) ブロック（または二次保健医療圏）での小児救急医療体制の連携協議ができている
11 (4) 急病時の対応等について健康相談・支援を実施可能な体制構築ができ、地域における医療
12 機関の機能分担と連携ができている。
13 (5) 保護者への啓発ができている

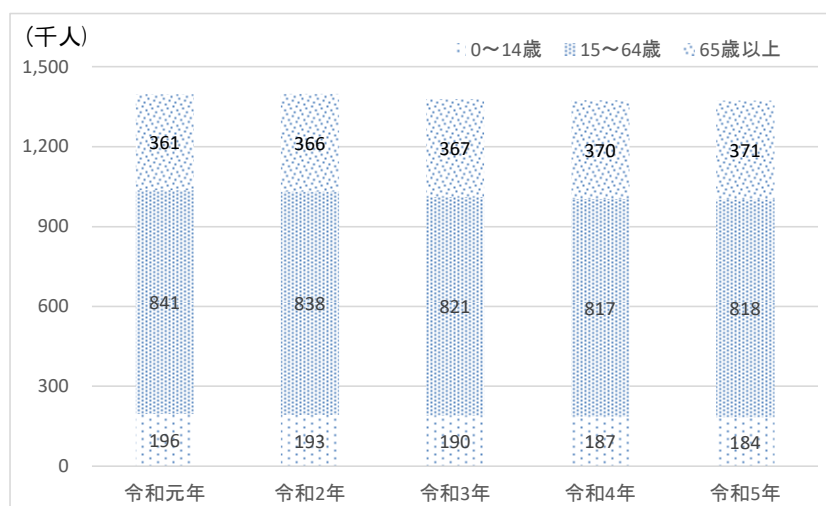
14
15
16 **現状と課題**

17 (1) 小児医療をとりまく現状

18 ア 小児の疾病

- 19 ○ 県内小児人口（0歳から14歳までを指す。以下同じ）は、令和5年（2023年）4月は、183,722
20 人になっており、過去5年間で11,913人減少しています。
21 ○ 医療の進歩等により、人工呼吸器や胃ろう等を使用し、痰の吸引や経管栄養などの医療的
22 ケアが必要な子どもが増加しており、小児在宅医療体制の整備が必要です。

23
24 図 3-3-8-1 年齢区分別人口の推移



25 出典：「滋賀県推計人口年報」（滋賀県）

1 イ 死亡の状況

- 2 ○ 令和3年度（2021年度）の本県の小児死亡数（自殺を除く）は31人であり、主な原因は
3 先天奇形および染色体異常が最も多く、次いで周産期に発生した病態、不慮の事故でした。

4
5 ウ 医療提供体制

6 ①施設の状況

- 7 ○ 令和5年（2023年）4月現在、県内で小児科を標榜している病院は58病院中30病院で
8 あり、一般診療所では914施設中247施設です。

9
10 図 3-3-8-2 小児科を標榜している医療機関数

圏域名	病 院	診 療 所
大 津	5	49
湖 南	10	48
甲 賀	3	20
東近江	5	45
湖 東	2	33
湖 北	3	42
湖 西	2	10
計	30	247

【令和5年4月現在】

11
12 ②小児専門医療を担う機関

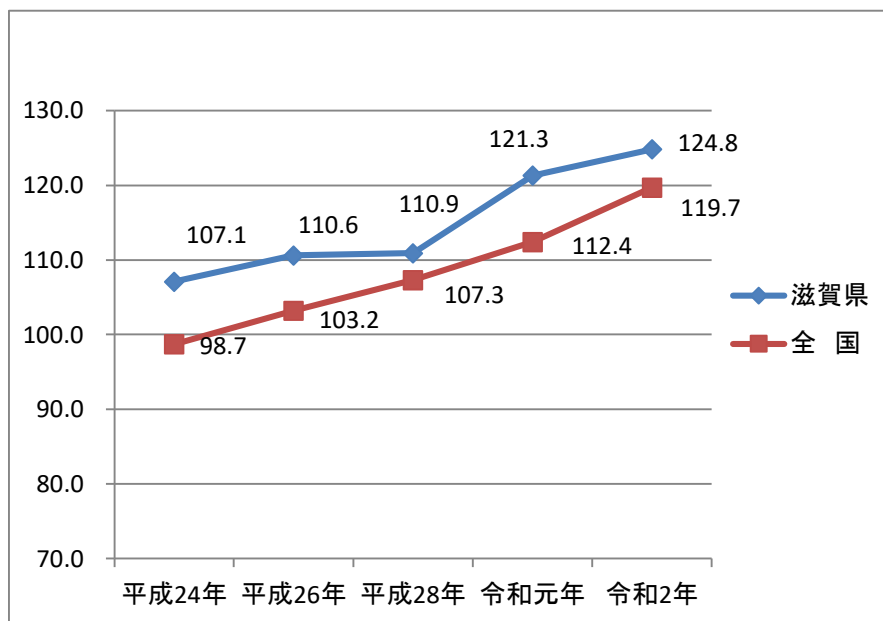
- 13 ○ 県立小児保健医療センターは、難治・慢性疾患の診療（神経疾患、筋疾患、先天性整形
14 外科疾患、先天性難聴、アレルギー疾患等）を担い、難治・慢性疾患児の急変時に対応を
15 しています。
- 16 ○ 国立病院機構紫香楽病院やびわこ学園医療福祉センター草津・野洲では、児童福祉法に
17 よる医療型障害児入所施設として重症心身障害児等への支援を行うと同時に、医療法で規
18 定される病院の機能をもち、重症心身障害児等に対する医療を担っています。
- 19 ○ 滋賀医科大学医学部附属病院は、特定機能病院として高度専門的な小児医療を担ってい
20 ます。
- 21 ○ 難治・慢性疾患や外傷などの高度専門的な小児医療に対応できる医療機関について把握
22 を進め、明確にしていく必要があります。

23
24 ③小児医療に係わる医師の状況

- 25 ○ 県内における、平成28年（2016年）小児科従事医師数は224人でしたが、令和2年（2020
26 年）医師数は240人となり増加しています。
- 27 ○ 病院の小児科医師（常勤）数も、平成30年（2018年）146人から令和2年（2021年）
28 148人と若干増加しています。
- 29 ○ しかし、令和2年（2020年）の「0～14歳人口10万人あたりの医師数」は、124.8人と
30 全国平均より5.1人多いですが、保健医療圏域ごとにみると4圏域で全国平均を下回り、
31 圏域間で最大2.9倍の差が見られます。

○ 医師の偏在による小児科医師の不足は、依然解消されておらず、小児に関する専門医数についても把握ができていない状態です。

図 3-3-8-3 人口10万人当たりの医師数



出典：「医師・歯科医師・薬剤師調査」（厚生労働省）

表 3-3-8-4 令和2年二次保健医療圏ごとの小児科医師数

圏域	人数	小児人口10万人あたりの医師数
大津	86	188.8
湖南	67	129.1
甲賀	12	64.9
東近江	31	101.2
湖東	14	66.2
湖北	23	117.6
湖西	7	140.4
計	240	124.8

出典：令和2年度「医師・歯科医師・薬剤師調査」（厚生労働省）

(2) 小児救急医療体制再編（ブロック化）の必要性

○ 各二次保健医療圏における二次救急医療体制の維持が困難になっていることから、小児救急医療体制における圏域を見直し、次の4ブロックとします。

① 大津・湖西小児救急ブロック(大津保健医療圏・湖西保健医療圏)

② 湖南・甲賀小児救急ブロック(湖南保健医療圏・甲賀保健医療圏)

③ 東近江小児救急医療ブロック(東近江保健医療圏)

④ 湖東・湖北小児救急ブロック(湖東保健医療圏・湖北保健医療圏)

○ 二次保健医療圏毎では小児科医師の偏在に加え、令和6年度より働き方改革関連法により医師の労働時間上限規制が適用されること、少子化により小児科医が重症例を経験する機会が減

- 1 少していることなども課題であり4ブロックへの再編が必要です。
 2 ○ ブロック化に伴う距離的な問題や住民の理解等を進めていく必要があります。

3
 4 表 3-3-8-5 二次救急医療体制

圏域名	集約化後に核となる病院
大 津	大津赤十字病院
湖 西	
湖 南	済生会滋賀県病院
甲 賀	
東近江	近江八幡市立総合医療センター
湖 東	長浜赤十字病院
湖 北	

5
 6 (3) 小児救急医療の現状

- 7 ○ 本県における小児救急医療体制は、以下の3体制で対応しています。
 8 ・ 入院治療が必要ない程度の治療を診療所や休日急患診療所で行う初期救急医療体制
 9 ・ 入院治療を必要とする医療を救急告示病院で行う二次救急医療体制
 10 ・ 重篤な救急患者の治療を必要とする医療を救命救急センターで行う三次救急医療体制
 11 ○ 令和4年度(2022年度)における小児医療の二次・三次医療機関における小児救急患者の受
 12 入人数は、33,039人で、そのうち入院した患者数は2,605人(7.9%)となっています。

13
 14 表 3-3-8-6 二次・三次医療機関を受診した年間小児救急患者数

圏域名	人口 (千人)	受入患者数		うち入院患者		
		全体	人口あたり (人/千人)	全体	人口あたり (人/千人)	入院患者の割合 (%)
大 津	345	6,681	19.4	491	1.4	7.3
湖 南 甲 賀	491	8,860	18.0	556	1.1	6.3
東近江	224	5,496	24.5	593	2.6	10.8
湖 東	153	3,863	25.2	230	1.5	6.0
湖 北	147	4,688	31.9	617	4.2	13.2
湖 西	45	3,451	76.7	118	2.6	3.4
計	1,405	33,039	23.5	2,605	1.9	7.9

15 出典：「令和4年度小児救急医療体制の現況調べ」(厚生労働省)

- 16 ○ 小児救急搬送患者においては一般救急搬送患者以上に、軽症者が多くを占めており令和3年
 17 では全体の74%を占めています。全国平均と比較しても同等であり医療機関の適正利用が重要
 18 です。

1 表 3-3-8-7 急病における全国の救急搬送患者のうち軽症者が占める割合(%)

	平成29年	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年
全 体	75.3	75.5	74.8	72.3	73.2
新生児 (生後28日未満)	44.4	43.7	37.9	39.9	40.7
乳幼児 (生後28日以上7歳未満)	75.8	75.7	75.2	72.6	73.4
少 年 (7歳以上18歳未満)	75.0	75.7	74.9	72.6	73.8

出典：「救急・救助の現況」(消防庁)

2
3
4 (4) 初期救急医療体制

- 5 ○ 初期救急医療体制は、かかりつけ医、在宅医当番制や休日急患診療所による一般的な体制で
6 対応しています。
7 ○ 二次保健医療圏によっては、二次救急医療機関が初期救急医療も担っていることから小児科
8 医師に負担がかかっていることや小児科医師の確保が困難になっています。

9
10 表3-3-8-8 在宅当番医制と休日急患診療所

圏域名	診療所	診療時間
湖 南	湖南広域休日急病診療所	休 日 10時 ~ 22時
東近江	在宅当番医制 (東近江医師会)	休日を除く 18時~20時30分
	近江八幡休日急患診療所	土曜日 15時 ~ 20時 休 日 10時 ~ 20時
	東近江休日急患診療所	休 日 10時 ~ 18時
湖 東	彦根休日急病診療所	休 日 10時 ~ 17時
湖 北	長浜米原休日急患診療所	休 日 9時 ~ 18時

(令和5年9月1日現在)

- 11
12
13 ○ 拠点となる病院において、他の病院や開業している医師が当番で休日や夜間の救急医療に当た
14 る「共同利用型病院方式*」で対応しており、在宅医当番制や休日急患診療所と同様に二次保健
15 医療圏によっては、二次救急医療機関が初期救急医療も担っていることから小児科医師に負担が
16 かかっていることや小児科医師の確保が困難になっています。

17
18 表 3-3-8-9 大津・甲賀地域拠点病院体制

圏域名	体制	診察時間
大 津	大津地域小児急病診療室 設置場所：大津赤十字病院	土曜日 17時 ~ 23時 日祝日 10時 ~ 23時
甲 賀	小児救急医療拠点病院体制 拠点病院：公立甲賀病院	土曜日 13時 ~ 18時 日祝日 8時 ~ 18時

(令和5年9月1日現在)

1 (5) 二次救急医療体制

- 2 ○ 二次救急医療体制は、二次保健医療圏域に小児科医師を確保するため、病院群輪番制や共同
3 利用型病院方式による小児救急医療支援事業を実施しています。
4 ○ 家庭環境の変化や保護者の病院志向から、本来は初期救急医療機関を受診すべき患者が二次
5 救急医療機関を受診しており、病院勤務の小児科医師に過大な負担が生じています。
6 ○ 令和3年度より湖南保健医療圏と甲賀保健医療圏が済生会滋賀県病院へ完全集約化していま
7 す。また、令和5年度より湖東保健医療圏と湖北保健医療圏が長浜赤十字病院へ一部集約化し
8 ています。
9 ○ 東近江保健医療圏では近江八幡市立総合医療センターへの集約化の議論が進んでいますが、
10 大津保健医療圏と湖西保健医療圏では集約化には至っていない状況です。

11
12 (6) 三次救急医療体制

- 13 ○ 三次救急医療体制は、一般救急と同様に、4か所の救命救急センターで対応しています。
14 ○ 平成27年4月28日から滋賀県全域と京都府南部を運航範囲とする京滋ドクターヘリ(基地
15 病院：済生会滋賀県病院)が運航を開始しました。
16 京滋ドクターヘリには全国で初めて小児科医が搭乗し、小児事案では小児科医が優先して出
17 動しています。
18 ○ また、県内の医療機関でこれまで対応できなかった緊急手術などについては、ドクターヘリ
19 の機動力を活かして、県外の医療機関へ緊急搬送することが可能となりました。
20 ○ 救命救急センターにおいても軽症患者の受診が多く、救急搬送患者も軽症者が多くを占めて
21 います。
22 ○ 一方で、少子化により救命救急センターにおいても重症の小児救急患者数は少なく、小児科
23 医師の重症例を経験する機会が更に少なくなっています。

24
25 (7) 小児救急電話相談事業

- 26 ○ 小児の夜間、休日における急変時の保護者の不安を解消するとともに、適切な受診を促すこ
27 とで、重症化を防ぎ医療機関の負担を軽減するため、電話でアドバイスを受けられる小児救急
28 電話相談事業(短縮ダイヤル#8000)を実施しています。
29 ○ 令和4年度では全体の相談件数の60%以上がすぐの受診を勧めておらず、医療機関の適正受
30 診につなげることができています。
31 ○ 家庭での子どもの急病時の対応や、かかりつけ医に相談できる体制を確保していくと共に#
32 8000の入電件数に対する相談対応件数(応答率)や相談内容等について更に分析していく必要
33 があります。

34
35 表 3-3-8-10 小児救急電話相談件数の推移

	平成30年度	令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
相談件数 (件)	19,035	19,916	11,790	13,725	15,390
即受診を薦めな かった割合(%)	73.0	70.7	66.3	64.6	64.6

1 具体的な施策

2 (1) 適切な小児医療の提供

- 3 ○ 小児医療に関する課題や情報共有のための協議会等を開催し、関係する検討会とも連携しながら実状に応じた改善策の検討に努めます。
- 4 ○ 慢性疾病児童等の病状急変時に医療機関等の連携のもと適切な支援を受けられるよう、身近なかかりつけ医の確保の推進に努めます。(詳細は後述の(2)小児在宅医療を参照)
- 5 ○ 外傷などの重症小児患者も含めた高度専門的な治療ができる医療機関の明確化を図ります。
- 6 ○ 主たる診療科目を小児科以外の診療科目とする開業医師や病院勤務医師等を対象に、小児救急医療に精通した医師を講師として研修を実施することにより、初期医療体制の強化を図ります。

12 (2) 小児救急医療に関する圏域の見直しができ、小児科医の効率的な活用の推進

- 13 ○ 各二次保健医療圏における二次救急医療体制の維持が困難になっていること、働き方改革による医師の時間外労働規制の適用も踏まえ、小児救急医療体制における圏域を見直し、保健所とも連携し次の4ブロックへの集約化を推進します。
 - 14 ① 大津・湖西小児救急ブロック(大津保健医療圏・湖西保健医療圏)
 - 15 ② 湖南・甲賀小児救急ブロック(湖南保健医療圏・甲賀保健医療圏)
 - 16 ③ 東近江小児救急医療ブロック(東近江保健医療圏)
 - 17 ④ 湖東・湖北小児救急ブロック(湖東保健医療圏・湖北保健医療圏)
- 18 ○ ブロック化の円滑な推進や今後の小児救急医療体制の検討のため、関係機関(医療機関、消防、市町等)で構成する検討会を設置します。

23 (3) ブロック(または二次保健医療圏)での小児救急医療体制連携協議の実施

- 24 ○ ブロック化後の医療体制について円滑に進めることができるよう、ブロック化による効果や課題についてブロック内で共有できる場を設定します。
- 25 ○ 受入れに伴う課題(照会回数や受入困難事案等)などブロック(または二次保健医療圏)ごとの課題や改善策について関係機関で共有し検証に努めると共に、関連する協議会等とも情報共有に努めます。

30 (4) 急病時の対応等について健康相談・支援を実施可能な体制構築と地域における医療機関の機能分担と連携

- 31 ○ 各ブロックで開業小児科医師と二次救急医療機関との連携が図れるよう、地域医師等の救急医療関係者との情報共有や検討会を開催し連携推進に努めます。
- 32 ○ 役割分担や連携の推進により適正受診を促し、初期、二次・三次医療機関の役割の明確化を図ります。
- 33 ○ 小児患者が発生した際には必要な初期対応を実施し、適切な医療機関へ患者を搬送する体制を構築し、県内全ての小児に適切な小児医療・救急治療を提供できるよう努めます。
- 34 ○ 小児救急電話相談(短縮ダイヤル#8000番)について応答率や相談内容等について分析し、より効果的な体制の検討に努め、適切な医療機関の受診につなげます。

1 (5) 保護者への啓発

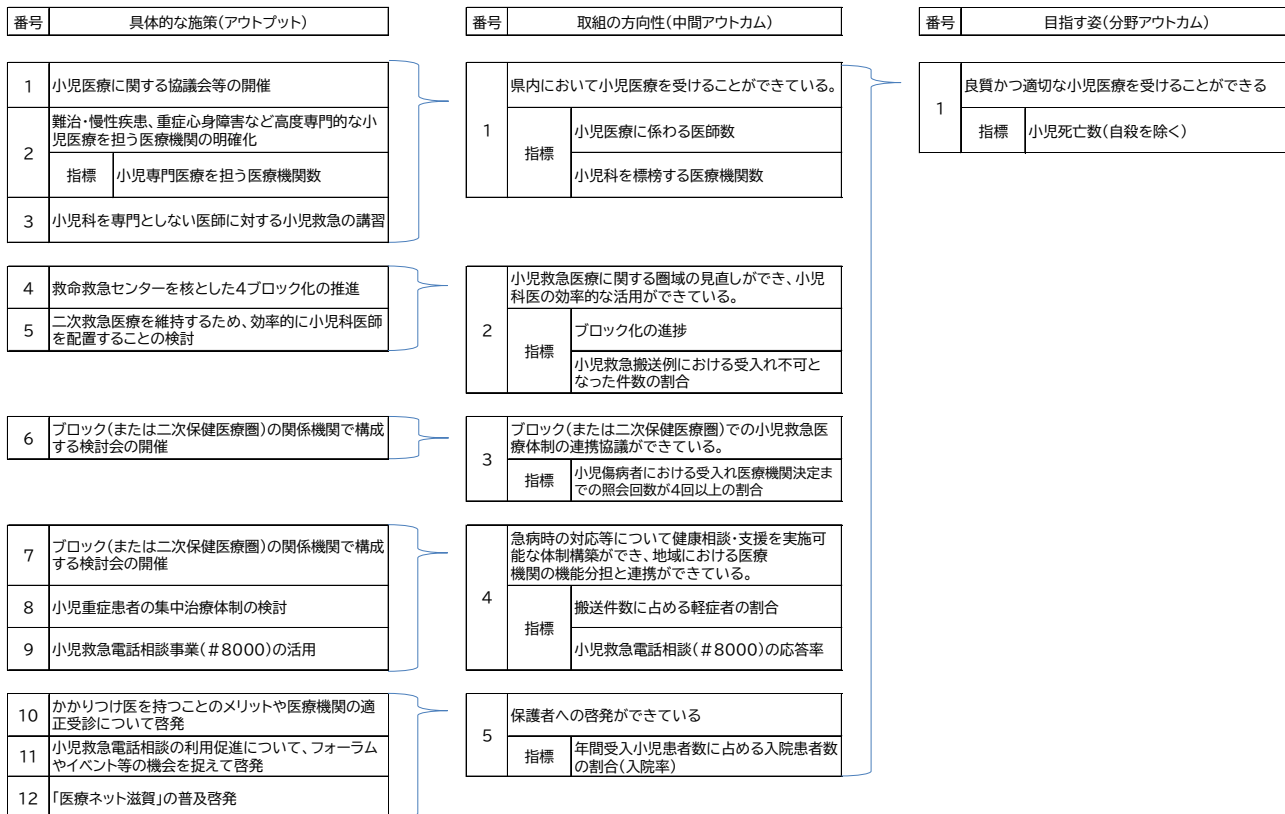
- 2 ○ 県が作成する保護者向けの啓発冊子を市町の実施する乳幼児健診の際に配布し、かかりつけ
3 医を持つことのメリットや医療機関の適正受診について啓発を実施します。
- 4 ○ 小児救急電話相談（短縮ダイヤル#8000番）の利用促進について、フォーラムやイベント等
5 の機会を捉えて啓発に努めます。
- 6 ○ 小児救急電話相談（短縮ダイヤル#8000番）の認知度について、県政モニターアンケートだ
7 けではなく、実際に活用することが多い子育て世代の認知度についても把握を進めます。
- 8 ○ 小児科を標榜する医療機関の診療時間、受診科目等の詳細な情報がリアルタイムに提供でき
9 る「医療ネット滋賀」の普及啓発に努め、かかりつけ医の選択の一助とします。
- 10 ○ 県・市町で連携し、関係機関（小児科医、消防機関等）が実施する保護者のための研修会等
11 に協力します。

12 《数値目標》

目標項目	現状値 (R3)	目標値 (R11)	備考
目指す姿（分野アウトカム）			
小児死亡数（自殺を除く）	31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	湖南・甲賀 (R3 ブロック化)
小児救急搬送症例における受入れ不可となっ た件数の割合	6.0%	現状値以下	
小児傷病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	0.15%	0.2%以下	
搬送件数に占める軽症者の割合	74%	全国平均 より低い	全国平均 73% (R3 年)
小児救急電話相談（#8000）の応答率	76% (R5 年 6 月～8 月実績)	80%以上	
年間受入小児患者数に占める入院患者数の割 合（入院率）	9.3%	現状値以上	
小児医療に係わる医師数	240人 (R2 年度)	現状維持	
小児科を標榜する医療機関数	277 (R5.4 月時点)	現状維持	
具体的な施策（アウトプット）			
小児専門医療を担う医療機関数	5箇所	現状維持	

14
15

1 《ロジックモデル》



2

1 II 小児在宅医療

3 目指す姿

- 4 ▶ 慢性疾病のある子どもおよびその家族が、必要な医療や支援を受けながら健やかに成長し、安
5 心して住み慣れた地域で生活することができる

7 取組の方向性

- 8 (1) 身近な医療機関で外来・在宅・入院医療を円滑に受けられる
- 9 (2) 日常生活支援により成長発達・自立が促進される
- 10 (3) 成人期を見据えた適切な医療・自立支援を受けられる
- 11 (4) 災害等発生時も療養生活が継続できる

14 現状と課題

15 (1) 小児在宅医療提供体制の現状と課題

- 16 ○ 治療が長期間にわたり、児童の健全な育成に大きな支障となる小児慢性特定疾病は、改正児
17 童福祉法に基づき 16 疾患群 788 疾病（令和3年 11 月 1 日現在）が指定されており、県内で
18 1,753 人（令和5年3月末現在）の児童が慢性疾病に罹患しています。
- 19 ○ 医療の進歩等により、人工呼吸器や胃ろう等を使用し、痰の吸引や経管栄養などの医療的ケ
20 アが必要な子ども（以下「医療的ケア児」という。）が増加してきており、県内の慢性疾病児童
21 等*のうち医療的ケア児は 204 人（令和5年3月末現在）です。
- 22 ○ 先天的な疾患等により、出生時から医療的ケアが必要な子どももおられ、病院から在宅へ円
23 滑に生活を移行していくため、病院と小児在宅医療に関わる機関の連携した支援が必要となり
24 ます。
- 25 ○ 医療的ケア児の在宅生活を支えるため、訪問診療、訪問看護、レスパイト・ショートステイ
26 ができる病院等による支援が必要ですが、対応できる医療機関は成人に比べて少なく、地域に
27 よって資源に偏りがあります。そのため、小児在宅医療に対応できる人材育成および技術の定
28 着支援が必要です。また、支援者同士が繋がりをもち、情報共有、連携することで切れ目ない
29 支援が提供できる体制整備が求められます。
- 30 ○ 慢性疾病児童等およびその家族のうち、身近にかかりつけ医が確保できないと回答した方が
31 94 人、専門医療機関とかかりつけ医との連携が難しいと回答した方が 43 人ありました（令和
32 3 年度小児慢性特定疾病おたずね票）。慢性疾病児童等は疾患の特殊性等の理由で、身近な医
33 療機関で専門医療を受けられない場合があり、かかりつけ医の確保および医療機関同士の連携
34 が課題となっています。
- 35 ○ 慢性疾病児童等のうち1年間で約5人がお亡くなりになります。児童等の苦痛の緩和、家族
36 に対する精神的なフォローなど、小児在宅医療における緩和ケアの理解促進が求められます。

1 表3-3-8-11 診療所における訪問診療の実施状況

		大津	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北	湖西	合計
小児	可能	6	7	2	3	0	3	2	23
	往診のみ可能	1	1	1	0	1	3	1	8
	条件が整えば可能	13	11	1	11	4	8	4	52
全体	対応している	68	58	20	40	25	33	14	258
小児の訪問診療可能な診療所の割合		8.8%	12.1%	10.0%	7.5%	0.0%	9.1%	14.3%	8.9%

「医療機能調査」(令和5年度)(滋賀県)

4 表3-3-8-12

5 訪問看護ステーションにおける小児(18歳未満)の訪問看護の受入状況

		大津	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北	湖西	合計
小児対応可能		19	19	4	8	12	9	3	74
全事業所数		34	32	12	12	16	16	7	129
小児に対応できる訪問看護ステーションの割合		55.9%	59.4%	33.3%	66.7%	75.0%	56.3%	42.9%	57.4%

「訪問看護ステーション実態調査」(令和4年度)(滋賀県)

8 表3-3-8-13 小児のレスパイト入院および医療型短期入所が可能な病院・事業所数

大津	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北	湖西	合計
2	4	1	0	1	1	1	10

「医療機能調査」(令和5年度)(滋賀県)

11 (2) 慢性疾病児童等と家族の生活に関する現状と課題

- 12 ○ 慢性疾病児童等およびその家族は身体的・精神的・社会的に様々な問題を抱え、年齢によつても変化していくため、継続して身近な相談先となる支援が必要です。
- 14 ○ 保育所、学校、障害福祉サービス事業所等、慢性疾病児童等が在宅以外で過ごせる場所が拡大してきています。一方で、様々な機関との調整を保護者が行うことが負担となる場合があり、地域での生活をコーディネートする人材の活動の促進が求められます。また、児童等の将来を見据えた就職支援、仕事と治療の両立支援も必要になります。
- 18 ○ 慢性疾病児童等およびその家族のうち、同じ立場(同じような病気)の人と交流したり、相談したりしたいが、その機会がないと回答した方は133人ありました(令和3年度小児慢性特定疾病おたずね票)。
- 21 ○ 慢性疾病児童等が様々な知識・経験を得ることや、家族(親・きょうだい)同士が繋がりをもちピアサポートできる関係を構築するため、交流の機会を確保する必要があります。また、交流会の情報発信が、県民への周知、啓発となり社会への理解の拡大も期待されます。

1 (3) 慢性疾病児童等の成人移行に関する現状と課題

- 2 ○ 近年の医療の発達等により、小児期に慢性疾患を発症する患者の多くが成人を迎えられるよ
 3 うになった一方で、難治性の疾患であるため治療が長期化し、成人期においても治療が必要な
 4 方が多くおられます。
 5 ○ 県では小児から成人への移行期医療の受入れについて可能と回答した病院および診療所は
 6 88 か所ありますが、医療の連携体制や、成人移行に関する相談支援を受ける場がなく、体制整
 7 備が必要です。
 8

9 表3-3-8-14 小児から成人への移行期医療の受入状況

	病院	診療所	合計
可能	12	76	88
条件により可能	7	51	58

10 「医療機能調査」(令和5年度)(滋賀県)

11 表3-3-8-15 小児から成人への移行期医療について対応可能な疾患群

	病院	診療所	合計
悪性新生物	8	52	60
慢性腎疾患	10	66	76
慢性呼吸器疾患	8	82	90
慢性心疾患	9	77	86
内分泌疾患	11	58	69
膠原病	7	49	56
糖尿病	15	96	111
先天性代謝異常	4	31	35
血液疾患	6	36	42
免疫疾患	3	40	43
神経・筋疾患	12	47	59
慢性消化器疾患	12	58	70
染色体又は遺伝子に変化を伴う疾患	6	33	39
皮膚疾患群	7	62	69
骨系統疾患	7	37	44
脈管系疾患	4	33	37

12 「医療機能調査」(令和5年度)(滋賀県)

13 (4) 災害等発生時における小児在宅医療の現状と課題

- 14 ○ 医療的ケア児は生命の維持のため安定した電源供給が必要であり、災害時等への備えが不可
 15 欠です。県ではこのような方々に対し、必要な備品、避難方法、連絡体制等を記載した災害時
 16 個別避難計画の作成支援に取り組んでおり、現在、終日在宅人工呼吸器装着者のうち 40.5%の
 17
 18

1 方が作成済みとなっています（大津市除く）。また、県内の16市町が個別避難計画作成の取組
2 を始めています。（令和5年度現在）

- 3 ○ 個別避難計画作成により、日頃から関わりのある支援者だけでなく、近隣住民等を含めた災
4 害時等支援体制が強化されますが、多くの対象者への迅速な対応が課題であり、取組を推進す
5 る必要があります。

7 **具体的な施策**

8 **（1）身近な医療機関で外来・在宅・入院医療を円滑に受けられる体制整備**

- 9 ○ 病院から在宅への移行について切れ目なく支援を受けられるよう、市町におけるハイリスク
10 新生児への相談支援の充実、小児在宅医療に関する地域資源の情報発信を通じて、病院と地域
11 の関係者との連携を推進します。
- 12 ○ 住み慣れた地域で療養生活のために必要な医療を受けられるよう、小児在宅医療を担う人材
13 育成・スキルアップを図ります。また、小児在宅医療を担う関係者の顔の見える関係づくり、
14 情報提供・連携推進の場を確保します。さらに、小児のショートステイ・レスパイト受け入れ
15 機関の拡充・連携推進を図ります。
- 16 ○ 病状急変時に医療機関等の連携のもと適切な支援を受けられるよう、身近なかかりつけ医の
17 確保の推進や、ICTを活用した情報連携の推進等に取り組みます。
- 18 ○ 身体状況に合わせた緩和ケアが受けられるよう、県民・支援者への理解促進を図ります。

20 **（2）日常生活支援による成長発達・自立の促進**

- 21 ○ 身近に相談できる体制の整備のため、慢性疾患児童等および保護者からの疾患や生活に関す
22 る困りごとの相談対応を行います。
- 23 ○ 福祉・教育・就労について多職種連携のもと適切な支援が受けられるよう、関係者の資質向
24 上およびネットワークの構築に取り組みます。また、多職種連携をコーディネートする人材の
25 活動の促進を図ります。
- 26 ○ 身近な地域で人と繋がりを持ち、支え合える関係が構築できるよう、慢性疾患児童等および
27 その家族（親・きょうだい）同士の交流の機会を確保し、情報発信・周知啓発に取り組みます。

29 **（3）成人期を見据えた医療・自立支援を受けられる体制の構築**

- 30 ○ 小児期から成人期まで切れ目なく医療を提供できる体制が整備されるよう、移行期医療セン
31 ターを滋賀医科大学医学部附属病院に設置し、移行期医療支援に関する情報収集・情報発信、
32 支援者向け研修会の実施、支援者間のネットワークの構築を図ります。
- 33 ○ 慢性疾患児童等が成人期に医療に関する自己管理・自己決定能力、ヘルスリテラシーが獲得
34 できるよう、移行期医療支援コーディネーターを配置し、患者・家族・関係機関からの相談対
35 応・連絡調整、成人移行に関する啓発・指導・助言に取り組みます。

37 **（4）災害等発生時も療養生活が継続できる体制整備**

- 38 ○ 発災時に安全を確保するために必要な対応を取ることができるよう、慢性疾患児童等のうち
39 医療的ケア児等の災害時支援対象者を把握し、市町および関係機関と必要な情報共有を行いま
40 す。また、災害時の備えに関する啓発および、災害時個別避難計画の作成支援を行います。

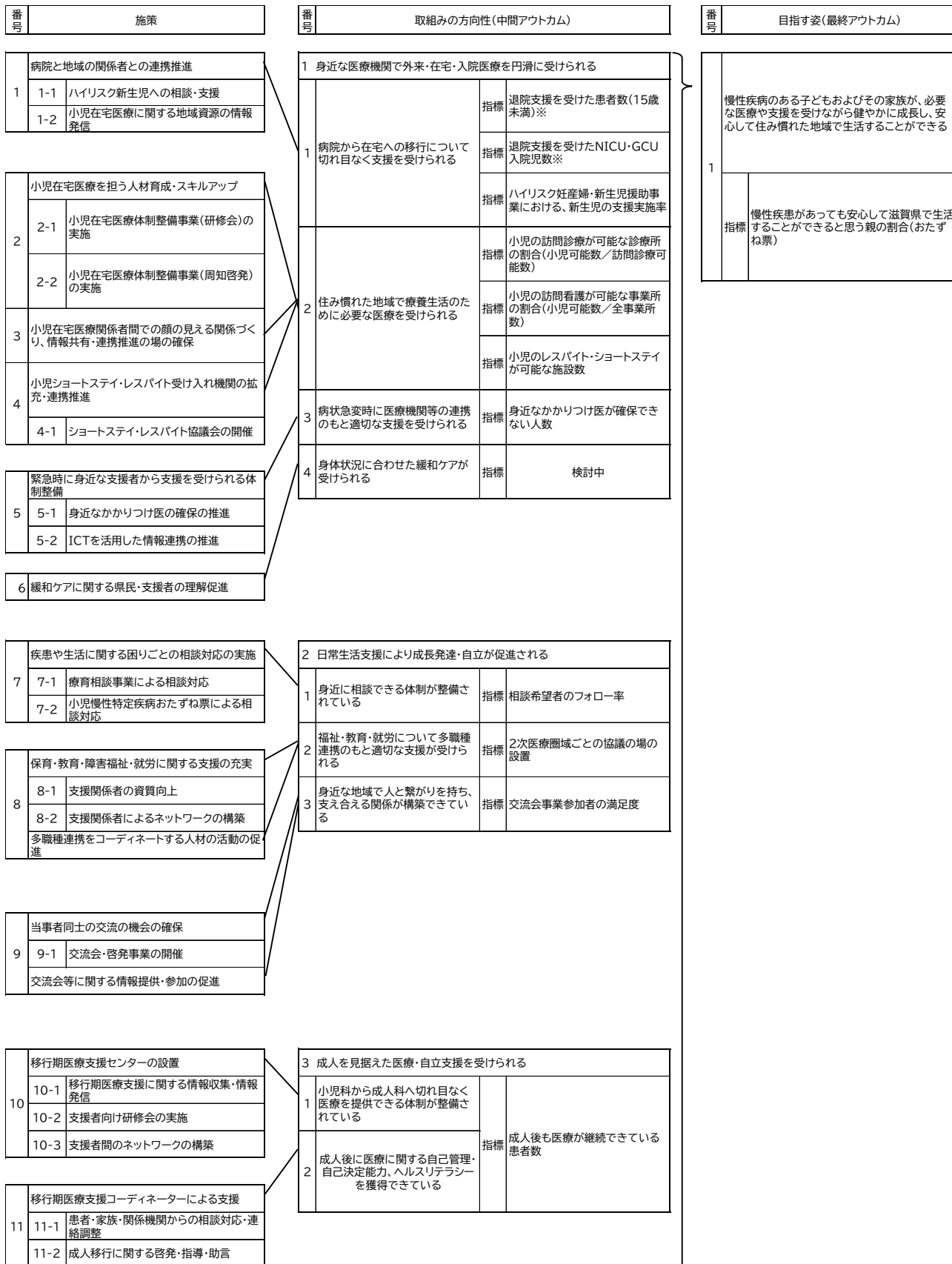
- 1 ○ 発災後も多職種連携のもと、継続して必要な医療を提供できる体制が整備されるよう、安否
 2 確認体制の構築および災害時の連絡調整におけるICT化の促進を図り、関係機関同士の連携
 3 を推進します。

4
 5 《数値目標》

目標項目	現状値 (R5)	目標値 (R11)	備考
目指す姿（分野アウトカム）			
慢性疾患があっても安心して滋賀県で生活 することができると思う親の割合	—	90%	この地域で子育てを したいと思う親の割 合（成育医療等基本 方針）95.3%（R3）
取組の方向性（中間アウトカム）			
1 身近な医療機関で外来・在宅・入院医療を円滑に受けられる			
退院支援を受けた患者数（15歳未満） （レセプト件数）	1,410人 (R3)	増加	
退院支援を受けたNICU・GCU入院児数（レ セプト件数）	816人 (R3)	増加	
ハイリスク妊産婦・新生児援助事業におけ る、新生児の支援実施率	92.6%	100%	母子保健分野より
小児の訪問診療が可能な診療所の割合（小 児可能数／訪問診療可能数）	8.9%	10%	各圏域で県割合以上
小児の訪問看護が可能な事業所の割合（小 児可能数／全事業所数）	57.4%	60%	各圏域で県割合以上
小児のレスパイト・ショートステイが可能 な施設数	10か所	増加	各圏域で1か所以上
身近なかかりつけ医が確保できない人数	94人(R3)	減少	
2 日常生活支援により成長発達・自立が促進される			
相談希望者のフォロー率	—	100%	
2次医療圏域ごとの協議の場の設置	確認中	7/7	
交流会事業参加者の満足度	—	100%	
3 成人を見据えた医療・自立支援を受けられる			
成人後も医療が継続できている患者の割 合	—	100%	
4 災害等発生時も療養生活が継続できる			
終日在宅人工呼吸器使用者のうち災害時 の対応に関する計画作成済の割合	40.5% (R4)	100%	大津市除く

6
 7

1 《ロジックモデル》



番号	施策
----	----

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)
----	---------------

12	災害時要支援対象者の把握・情報共有	
	12-1	小児慢性特定疾病おたすね票による対象者の把握
	12-2	市町および関係機関との情報共有
13	災害時要支援対象者の災害時の備えに関する支援	
	13-1	対象者・関係者への啓発
	13-2	避難行動要支援者個別避難計画の作成支援

4 災害等発生時も療養生活が継続できる		指標	終日在宅人工呼吸器使用者のうち災害時の対応に関する計画作成済みの割合
1	発災時に安全を確保するために必要な対応を取ることができる		
2	発災後も多職種連携のもと継続して必要な医療を提供できる体制が整備されている		

関係機関同士の連携の推進	
14	14-1 安否確認体制の構築
	14-2 災害の連絡調整におけるICT化の推進

1

9 周産期医療

目指す姿

- 妊婦およびその家族が、切れ目ない周産期保健医療を受けることにより、安心・安全な妊娠・出産・育児を迎えることができている。

取組の方向性

- (1) 周産期保健医療体制を充実・強化できている
- (2) 周産期医療を提供する質の高い人材を確保できている
- (3) 在宅ケアへの円滑な移行ができている
- (4) 災害時周産期医療体制を構築できている

現状と課題

(1) 母子保健指標から見る現状と課題

- 本県の出生率および合計特殊出生率は、全国と同様減少傾向にあるが、全国よりも高い水準で推移しています。低出生体重児（2,500グラム未満）の数は、出生数の9%台以上となっていますが、横ばいから減少傾向であり、また全国平均よりも低い値で推移しています。
- 周産期死亡率*は、令和4年(2022年)は全国平均より低い値となっており、全国1位となっています。過去6年間の周産期死亡率の平均値は、全国平均3.35と比べ、本県は2.90となっています。新生児死亡率*も、令和4年(2022年)は全国平均よりも低い値となっており、過去6年間の新生児死亡率の平均値は、全国平均0.85と比べ、本県は0.83となっています。周産期死亡率、新生児死亡率、乳児死亡率のいずれも改善傾向にあります。
- ハイリスク妊婦・産婦・新生児の連絡件数は、いずれも増加傾向にあります。ハイリスク妊婦の連絡で最も多いのは、家庭環境問題に関すること、次いで精神疾患となっています。ハイリスク産婦の連絡で最も多いのは、育児への不安、次いで家庭環境問題、精神疾患となっています。また、出産年齢の上昇等により、健康管理が重要となる妊婦が増加傾向にあります。
- 妊婦健康診査の適切な受診や、自らの健康管理の推進を図る必要があります。また、産後においては、産婦健康診査の実施や支援体制の充実を図り、必要時には母子保健関係機関や精神科医療機関等と連携し、適切な医療を受けることができる体制の整備が必要です。
- 単年の指標では変動があるため、長期的な母子保健指標の改善を維持していくことが必要です。

表 3-3-9-1 母子保健指標の推移

指標項目		平成29年	平成30年	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年
出生率 (人口千対)	滋賀	8.3	8.2	7.7	7.6	7.4	7.1
	全国	7.6	7.4	7.0	6.8	6.6	6.3
合計特殊出生率	滋賀	1.54	1.55	1.47	1.50	1.46	1.43
	全国	1.43	1.42	1.36	1.33	1.30	1.26
低出生体重児の	滋賀	9.4	9.2	9.0	9.1	9.1	9.1

割合	全国	9.4	9.4	9.4	9.2	9.4	9.4
周産期死亡率 (出生千対)	滋賀	3.2	3.3	4.3	2.7	1.7	2.2
	全国	3.5	3.3	3.4	3.2	3.4	3.3
新生児死亡率 (出生千対)	滋賀	0.9	0.6	1.2	1.1	0.6	0.6
	全国	0.9	0.9	0.9	0.8	0.8	0.8
乳児死亡率 (出生千対)	滋賀	2.2	1.3	1.9	1.8	1.6	1.8
	全国	1.9	1.9	1.9	1.8	1.7	1.8
妊婦死亡数	滋賀	1	1	0	0	0	1

出典：人口動態統計（厚生労働省）

(2) 本県の特徴と医療資源からみる現状と課題

- 滋賀県は診療所で出産する割合が全国に比べて高く、病院が約4割、診療所が約6割となっています。分娩を取り扱う病院、診療所の数は年々減少し、助産所の数は増加しています。分娩を取り扱う医療機関の減少に伴い、分娩可能数も減少していますが、分娩数も減少していることから、分娩可能数は分娩数を上回って推移しています。
- 診療所に勤務する産婦人科医師の約4割が60歳以上であり、医師の高齢化や働き方改革による分娩取扱い医療機関の減少等の可能性があります。
- 新生児医療に従事する医師の数は横ばいとなっています。
- 病院、診療所に就業する助産師の数は横ばいから減少しています。また、病院に就業する助産師は、正常分娩を経験する機会が少ないことから、経験年数に応じた実践能力を積み重ねることが難しく、今後需要が増える可能性のある院内助産、助産外来の開設に必要な助産実践能力の育成が困難な状況にあります。
- 周産期保健医療を担う医療従事者の就業状況について、今後も引き続き把握するとともに、研修等人材育成と確保を図る必要があります。

表 3-3-9-2 出生の分娩場所別の割合（令和4年（2022年））

	病院	診療所	助産所	その他
滋賀	36.9%	62.7%	0.3%	0.2%
全国	54.1%	45.4%	0.5%	0.2%

出典：人口動態統計（厚生労働省）

表 3-3-9-3 分娩取扱い診療所における医師の年齢（令和4年8月現在）

	30歳代	40歳代	50歳代	60歳代	70歳代
産科医師数	3	9	7	12	2
割合	9.1%	27.3%	21.2%	36.4%	6.1%

出典：周産期医療施設状況調査（令和4年）（滋賀県）

1 表 3-3-9-4 県内の産科医療機関（分娩取扱あり）（令和5年（2023年）11月現在）

	区分	医療機関名	圏域名	区分	医療機関名
大津	病院	大津赤十字病院 ※2	東近江	病院	近江八幡市立総合医療センター ※2
		滋賀医科大学医学部附属病院 ※1 ※2			東近江総合医療センター ※1 ※2
	診療所	松島産婦人科医院		診療所	笠原レディースクリニック
		桂川レディースクリニック			うえだウィメンズクリニック
		竹林ウィメンズクリニック		助産所	うたな助産所
		浮田クリニック			共同助産所お産子の家
	助産所	榎田助産院		湖東	診療所
湖西	病院	高島市民病院	イーリスウィメンズクリニック アリス		
		病院	淡海医療センター		助産所
湖南	病院		済生会滋賀県病院 ※2	助産所	よしむら助産所
		南草津野村病院	湖北		病院
		診療所		ハピネスバースクリニック	
	渡辺産婦人科		助産所	ゆらら助産所	
	希望が丘クリニック			合計	病院
	清水産婦人科		診療所		
	助産所	三宅助産院			
甲賀	病院	公立甲賀病院 ※2	※1 院内助産所あり（3病院）		
		診療所	産科・婦人科 濱田クリニック	※2 助産師外来あり（7病院）	
	助産所		野村産婦人科		
		まごころ助産院			
		あずま助産院			
		ゆうこ助産院			

2

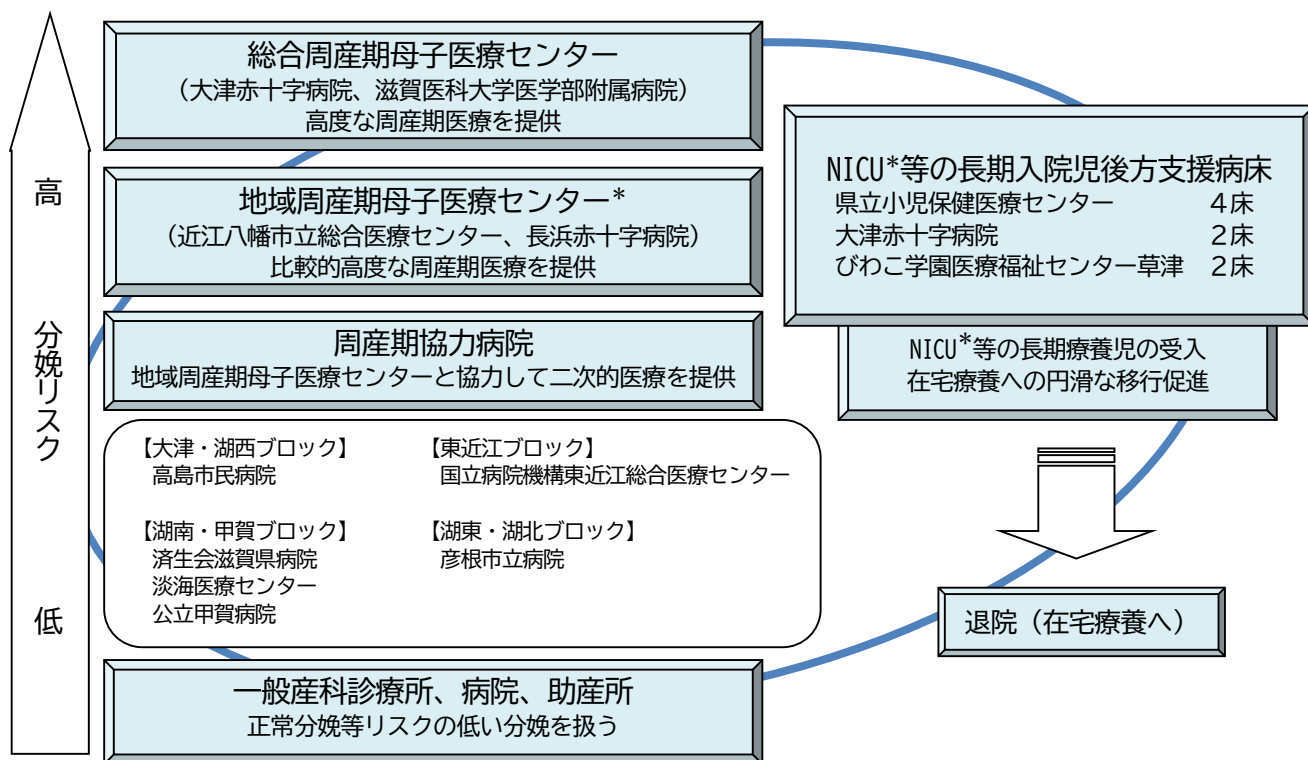
3 (3) 周産期医療体制の現状と課題

- 4 ○ 本県における周産期医療体制は、正常な妊娠・分娩の場合は、身近な地域の医療機関（病院、
- 5 診療所、助産所、病院が設置する助産師外来*や院内助産所）で対応し、ハイリスク妊産婦・
- 6 新生児は、総合周産期母子医療センター*（大津赤十字病院および滋賀医科大学医学部附属病
- 7 院）および地域周産期母子医療センター*（近江八幡市立総合医療センターおよび長浜赤十字
- 8 病院）が、周産期協力病院*と連携して高度かつ専門的な医療の提供を行っています。
- 9 ○ また、県内7つの二次保健医療圏を大津・湖西ブロック、湖南・甲賀ブロック、東近江ブロ
- 10 ック、湖東・湖北ブロックの4ブロックに区分し、医療資源を集約することで、高度かつ専門
- 11 的な医療提供体制の充実を図っています。
- 12 ○ 大津赤十字病院が大津・湖西ブロック、滋賀医科大学医学部附属病院が湖南・甲賀ブロック、
- 13 近江八幡市立総合医療センターが東近江ブロック、長浜赤十字病院が湖東・湖北ブロックで、
- 14 周産期医療の中核を担っています。
- 15 ○ 平成30年度と令和元年度に、総合周産期母子医療センターおよび地域周産期母子医療セン
- 16 ターにNICU病床とGCU病床が増床され、NICUの空床は確保できていることが多くなりました

が、令和4年度は空床を確保できない日がありました。NICUの空床確保状況については、今後も早産児数、低出生体重児数の推移と合わせて、継続した動向の把握が必要です。

- 今後、分娩できる産科診療所の減少を想定し、切れ目なく安心・安全に妊娠・出産・産後のケアへと繋がるよう、今後の分娩体制のあり方について検討していく必要があります。
- 新生児の救急搬送については、大津赤十字病院および長浜赤十字病院で、医師等が同乗し、治療をしながら新生児を搬送する新生児救急搬送車（新生児ドクターカー*）の運営を行い、新生児医療の確保、充実を図っています。大津赤十字病院の新生児ドクターカーが県内全域、長浜赤十字病院の新生児ドクターカーが湖東・湖北ブロックを対応しています。
- 救急搬送の母胎搬送率（母体搬送件数/妊娠届け出数）、新生児搬送率（新生児搬送件数/出生数）は増加傾向にあります。搬送の多くは各医療圏内の病院で受入れが来ており、地域完結型の治療が行われているといえます。ただし、湖南・甲賀ブロックの中核を担う周産期母子医療センターが、大津・湖西ブロック内にあることから、大津地域と湖南地域の連携が特に行われています。
- 妊産婦・新生児の救急搬送について、今後も引き続き消防機関等関係機関と協力し、迅速な救急医療の提供に努める必要があります。
- NICU等の長期入院児後方支援病床は、小児保健医療センター4床、大津赤十字病院2床、びわこ学園医療福祉センター2床が設置されています。令和4年度(2022年度)の新規入院児は1人で、多くの医療的ケア児はNICU、GCUから直接在宅医療へと移行しています。
- 今後も引き続き地域において医療的ケア児とその家族に対する支援体制を構築することが必要です。

図 3-3-9-5 滋賀県周産期医療提供体制（令和5年（2022年）9月現在）



1 表 3-3-9-6 県内周産期母子医療センター関係病床数（令和5年（2023年）9月現在）

医療機関名	役割	MFICU* 病床数	NICU 病床数	人工換気装置 (侵襲的)管理 可能病床数	GCU 病床数
大津赤十字病院	大津・湖西ブロック 総合周産期母子 医療センター*	6	9	9	21
滋賀医科大学医学部附属病院	湖南・甲賀ブロック 総合周産期母子 医療センター*	6	12	12	12
近江八幡市立総合医療センター	東近江ブロック 地域周産期母子 医療センター*	0	9	9	12
長浜赤十字病院	湖東・湖北ブロック 地域周産期母子 医療センター*	0	9	9	12
合計		12	39	39	51

2 出典：周産期医療施設状況調査（令和5年）（滋賀県）

3 (4) 災害時の小児・周産期医療に関する現状と課題

- 4 ○ 過去の災害から、災害時に機能する小児周産期医療体制を平時から構築する必要性が指摘さ
5 れており、本県では、災害時に小児周産期医療の調整役となる災害時小児周産期リエゾンを各
6 ブロックの産科医と小児科医から任命しています。
- 7 ○ 災害時小児周産期リエゾンがDMAT（災害派遣医療チーム）等と連携できるよう、総合防災訓
8 練への参加等取組を進めているところです。
- 9 ○ また、大規模災害時には近隣府県との連携が必要となることから、近畿ブロック周産期医療
10 広域連携検討会にて取組内容や諸課題について情報共有や意見交換を行っています。
- 11 ○ 今後は、災害時の小児周産期医療提供体制の構築について、助産師、看護師等看護職の人材
12 育成や災害時小児周産期リエゾン活動に特化した訓練等について検討をすすめる必要があります。
13

14 表 3-3-9-7 災害時小児周産期リエゾンの任命状況（令和5年4月現在）

	大津・高島	湖南・甲賀	東近江	湖東・湖北	合計
産科医	4人	3人	1人	1人	9人
小児科医	3人	3人	1人	4人	11人

15

16

17 **具体的な施策**

18 《圏域の考え方》

- 19 ○ 周産期医療提供体制については、従来と同様に医療資源を集約し、その有効活用を図ること
20 で、県内の高度・専門医療の提供体制を充実させ、必要な医療を受けることができるよう、周
21 産期医療関連施設の状況および周産期医療ネットワーク*による母体・新生児の搬送受入の実
22 績を踏まえて、7つの二次保健医療圏を次の4ブロックに区分し、設定します。
- 23 ① 大津・湖西ブロック（大津保健医療圏・湖西保健医療圏）
- 24 ② 湖南・甲賀ブロック（湖南保健医療圏・甲賀保健医療圏）
- 25 ③ 東近江ブロック（東近江保健医療圏）
- 26 ④ 湖東・湖北ブロック（湖東保健医療圏・湖北保健医療圏）

1 (1) 周産期保健医療体制を充実・強化できている

2 ア 総合周産期母子医療センターおよび地域周産期母子医療センターにおいて専門医療が提供で
3 きる体制の確保

4 総合周産期母子医療センターについては、引き続きそれぞれの特性を踏まえて役割を担い、
5 周産期医療体制の更なる充実を図るとともに、総合周産期母子医療センターと地域周産期母
6 子医療センターにおいて、専門医療が提供できるよう体制の整備に努めます。

7 イ 新生児救急搬送の体制の確保

8 新生児救急搬送については、大津赤十字病院および長浜赤十字病院において、現在の体制
9 を継続し、新生児医療の確保と充実を図ります。

10 また、新生児ドクターカーが出動できない場合の救急搬送体制について、関係機関と調整
11 を行うとともに、迅速な救急医療を提供するため必要に応じドクターヘリを活用します。

12 ウ 周産期医療等協議会等の開催

13 周産期医療体制の充実・強化のため、周産期医療協議会および検討部会等で、具体的な取
14 組について引き続き検討を進めていきます。

15 エ 関係機関による連携体制の確保

16 各ブロックの中で、周産期医療体制ネットワーク（びわこセーフチャイルドバースネット
17 ワーク）が適切に運用されることで、安心・安全に出産できる場所を確保していきます。

18 産前から産後にわたり切れ目のない支援ができるよう、母子保健事業、精神保健事業と連
19 携し、妊娠期の健康管理や妊婦健診受診の啓発、胎児の異常があった場合に早期受診ができ
20 るよう、胎動カウント等知識の普及啓発の促進を図るとともに、必要時に速やかに関係機関
21 と連携できる診療体制の確保を図ります。

22
23 表 3-3-9-8 総合周産期母子医療センターとしての役割

大津赤十字病院	滋賀医科大学医学部附属病院
(1) 周産期医療情報センター*として、空床情報の管理および情報提供を行う。	(1) 県内唯一の医師の教育機関として、周産期医療に従事する人材育成、安定的な確保を行う。
(2) 救急搬送コーディネーター*を設置し、受入病院の調整を行う。圏域を越える広域連携について調整拠点病院として受入調整を行う。	(2) 周産期医療を志望する医師の計画的育成を行う。
(3) 新生児専用ドクターカーによる搬送を行う。	(3) 県内の周産期医療の充実のため、滋賀県医師キャリアサポートセンターと連携し、産婦人科医師、小児科医師の人材育成と適正配置を行う。
(4) 周産期医療情報センターとして、滋賀県の周産期救急医療の動向を取りまとめ、各周産期医療施設へ情報提供を行う。	(4) 周産期医療を担う教育研究機関として、周産期医療情報データに基づく評価、分析、研究を行う。
(5) 周産期保健医療従事者（看護師、助産師、地域関係者等）への研修等を行う。	(5) 滋賀県における周産期死亡症例についての研究を行う。

24
25

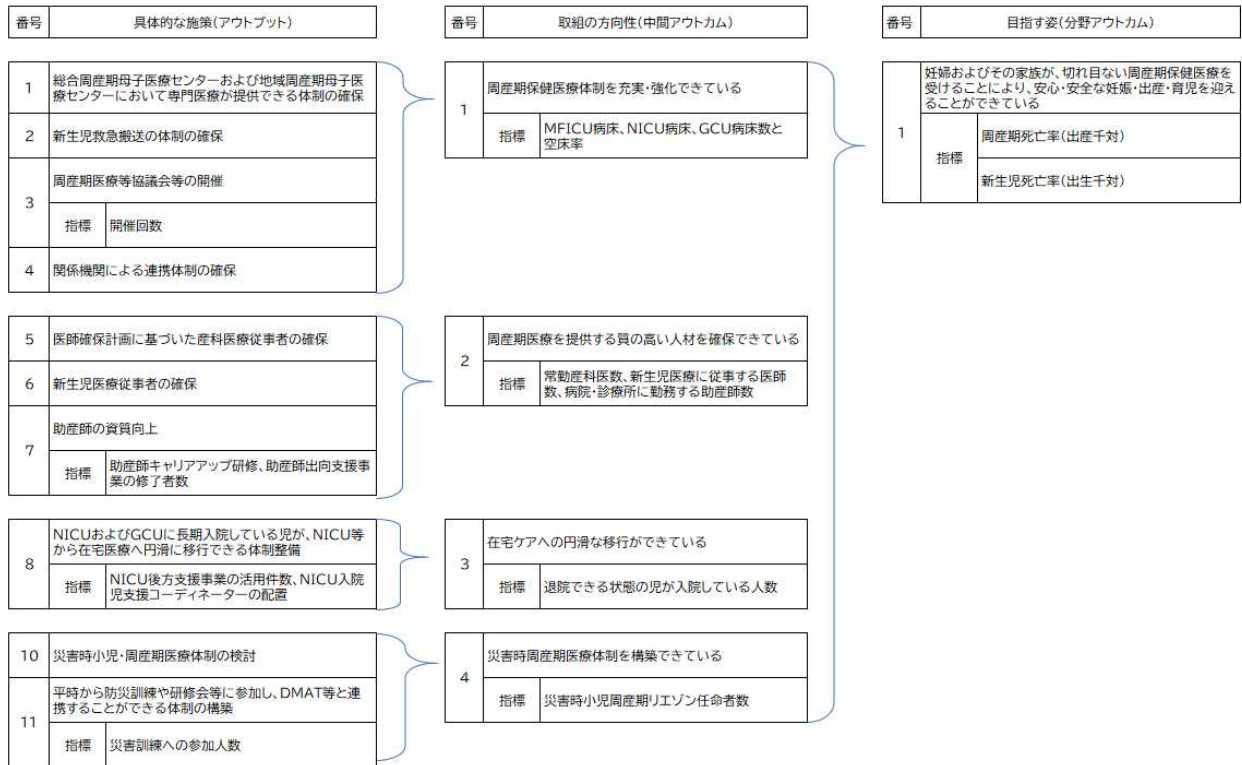
- 1 (2) 周産期医療を提供する質の高い人材を確保できている
- 2 ア 医師確保計画に基づいた産科医療従事者の確保
- 3 イ 新生児医療従事者の確保
- 4 滋賀県医師確保計画に基づき、産科医、新生児科医の確保について施策を実施する。
- 5 特に大学医局とも連携し、各ブロック内の中核病院である周産期母子医療センターに必要な
- 6 医師の集約化を図るとともに、医師の負担を軽減するため、助産師へのタスクシフトシエ
- 7 アを目指し、助産師の資質向上の取組を実施する。
- 8 ウ 助産師の資質向上
- 9 正常分娩介助や、女性の各ライフステージにおける健康相談、教育活動を実践できる助産
- 10 師を確保するため、助産師の体系的な育成について検討していくとともに、助産師研修シ
- 11 ステムについて検討・構築することで、滋賀県で働く魅力を向上させ、助産師の定着・離職
- 12 防止を目指します。
- 13
- 14 (3) 在宅への円滑な移行ができている
- 15 ア 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の
- 16 整備
- 17 NICU 病床の効率的な運用を図るために、NICU および GCU に長期入院している児が、 NICU
- 18 等から在宅医療へ円滑に移行できる体制の整備に努めます。
- 19
- 20 (4) 災害時周産期医療体制を構築できている
- 21 ア 災害時小児・周産期医療体制の検討
- 22 災害時に備えて、災害時小児・周産期医療体制の検討を進めます。
- 23 イ 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
- 24 平時からの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
- 25 エゾンの育成を進め、防災訓練や研修会等に参加し、DMAT（災害派遣医療チーム）等と連携
- 26 することができる体制や災害時小児周産期リエゾンのネットワークを構築していきます。
- 27

1 《数値目標》

目標項目		現状値 (R5)	目標値 (R11)	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)	(H29～R3 平均) 滋賀県 3.04 全国 3.36	R4～R9 の平均値が 全国平均より低い	人口動態統計
	新生児死亡率 (出生千対)	(H29～R3 平均) 滋賀県 0.88 全国 0.86	R4～R9 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)				
周産期 医療体制の 充実・強化	MFICU、NICU、 GCU 数	MFICU 12 床 NICU 39 床 GCU 51 床	現状維持	周産期医療施 設状況調査
	NICU、GCU 空床率	2日/365日	0日/365日	
在宅ケアへの円滑な移 行	退院できる状態 の児が入院して いる人数	0名	現状維持	周産期医療施 設状況調査
周産期医療を提供する 人材の確保と資質向上	常勤産科医数 NICU 医師数 助産師数	常勤産科医 110 人 NICU 医師数 62 人 病院・診療所の助産 師数 389 人	現状維持	周産期医療等 協議会におい て評価
災害時周産期医療提供 体制の構築	災害時小児周産 期リエゾン任命 者数	産科医 9名 小児科医 11名	各ブロックに産科 医、小児科医、助産 師、看護師を1名ず つ以上任命	
具体的な施策 (アウトプット)				
周産期医療等協議会等 の開催	開催回数	年1回以上	年1回以上	
助産師の資質向上	懇話会の開催回 数	懇話会 年3回	懇話会 年3回以 上	懇話会にて評 価
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	NICU 入院児支援 コーディネータ ーの配置数	周産期母子医療セ ンター 3施設/4施設	周産期母子医療セ ンターに1名以上	
平時から防災訓練や研 修会等に参加し、DMA T等と連携することが できる体制の構築	災害訓練実施回 数	年1回以上	年1回以上	

2

1 《ロジックモデル》



2
3

1 図 3-3-9-9

2 滋賀県の周産期医療体制

3
4
5
6
7 【凡例】

- 8 ● 総合周産期母子医療センター (2)
- 9 ▲ 地域周産期母子医療センター (2)
- 10 ■ 周産期協力病院 (6)
- 11 ○○病院 NICU*等の長期入院児後方支援病床 (3)
- 12 □ 新生児ドクターカー (2)

13
14
15 【湖東・湖北ブロック】

16 病 院：1病院
17 診療所：3診療所

18 長浜赤十字病院

19 高島市民病院

20 彦根市立病院

21
22
23 【大津・湖西ブロック】

24 病 院：3病院
25 診療所：4診療所

26 近江八幡市立総合医療センター

27 国立病院機構

28 東近江総合医療センタ

29 県立小児保健医療センタ

30 大津赤十字病院

31
32
33 【東近江ブロック】

34 病 院：2病院
35 診療所：2診療所

36 済生会滋賀県病院

37 淡海医療センター
(旧草津総合病院)

38 滋賀医科大学医学部附属病院

39 公立甲賀病院

40 びわこ学園医療福祉センター草津

41
【湖南・甲賀ブロック】

病 院：4病院
診療所：6診療所

1 10 ハき地医療

2
3 **目指す姿**

- 4 > ハ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

7 **取組の方向性**

- 8 (1) ハき地における医療が確保できている
9 (2) ハき地医療に従事する医師が確保できている
10 (3) ハき地における保健福祉サービスが確保できている

12
13 ハき地*における医療の確保については、昭和31年度(1956年度)以来、11次にわたって「ハき地
14 保健医療計画」を策定し、対策を講じていました。

15 しかし、ハき地保健医療対策はドクターヘリによる救急医療提供体制など、地域医療の取組と連動
16 していることから、平成30年度以降においては、ハき地保健医療計画を保健医療計画(ハき地医療)に
17 統合し、一体的に対策を講じています。

18
19 **現状と課題**

20 (1) 無医地区*等の状況

- 21 ○ 令和4年(2022年)10月現在、無医地区が2市(甲賀市、高島市)に3地区、無医地区に準ずる
22 地区(準無医地区)*が4市(東近江市、近江八幡市、長浜市、高島市)に10地区あります。
23 ○ 前回調査時(令和元年(2018年)時点)と比較し、無医地区等の数に変動はありませんが、無
24 医地区等の住民数は1,664人と、減少が進んでいます。
25 ○ 無医地区等においては、高齢者比率が高い状況にあり、高齢者に対する保健・医療・福祉が
26 一体となった取組が必要となっています。

27
28 表3-3-10-1 無医地区等の状況

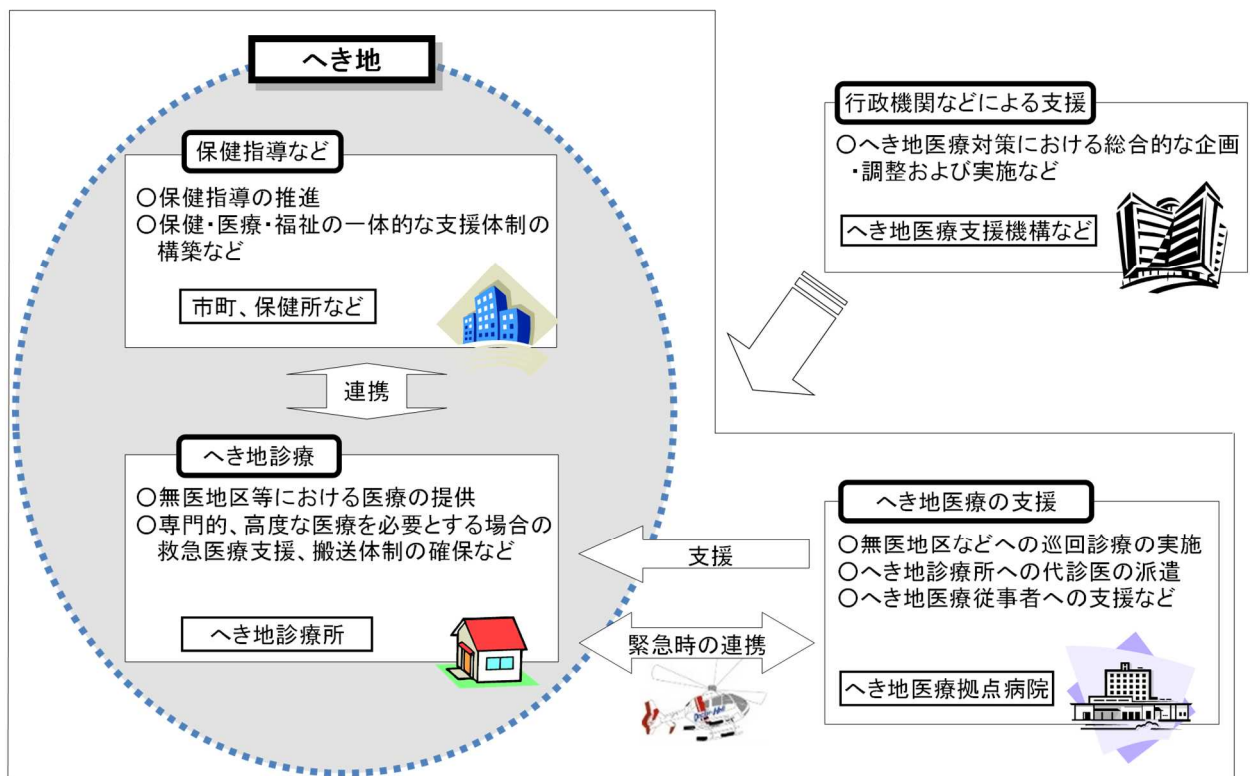
市町名	令和元年(2019年)				令和4年(2022年)			
	地区数		無医地区等内の住民数(人)		地区数		無医地区等内の住民数(人)	
	無医地区	準無医地区	総数	うち、65歳以上	無医地区	準無医地区	総数	うち、65歳以上
甲賀市	2	—	383	85	2	—	337	83
東近江市	—	1	395	222	—	1	362	204
近江八幡市	—	1	272	162	—	1	240	159
長浜市	—	6	663	383	—	6	588	355
高島市	1	2	149	89	1	2	137	76
計	3	10	1,862	941	3	10	1,664	877

29
30 出典：令和4年度「無医地区等調査」(厚生労働省)

1 (2) へき地における医療体制について

- 2 ○ 県は、長浜市立湖北病院にへき地医療支援機構*業務を委託することで、へき地医療拠点病院
 3 *に対する医師派遣の要請、へき地医療従事者の研修計画の策定、へき地医療の総合的な診療支
 4 援事業の企画・調整等のへき地医療対策にかかる各種事業を実施しています。
- 5 ○ へき地医療拠点病院は、へき地医療支援機構の企画・調整のもと、無医地区等への巡回診療、
 6 へき地診療所*への代診医の派遣等を実施しており、本県においては、長浜市立湖北病院と高島
 7 市民病院の2病院をへき地医療拠点病院として指定しています。
- 8 ○ また、本県では、7市に13のへき地診療所が設置されており、離島地域、山間地域、豪雪地
 9 帯等の医療機関を受診しづらい地域において診療を実施しています。
- 10 ○ へき地における救急医療体制については、へき地医療拠点病院などが二次救急医療機関とし
 11 て対応していますが、遠方の地区では医療機関から約25km離れている、山間部が多い等の距離
 12 的・地理的な課題があり、かつては救急車で搬送に時間を要していました。
- 13 ○ 現在は、京滋ドクターヘリが運航しており、県内各地にランデブーポイントを設置すること
 14 で、へき地においても30分以内に救急医療を提供できる体制を整えています。

15
16 表3-3-10-2 へき地医療の体制図



- 17
- 18 ○ へき地医療の充実のためには、へき地医療支援機構、へき地医療拠点病院、へき地診療所、地
 19 域の医師会や病院等が相互に連携し、各地区の実態に応じた医療が提供できるよう体制を整える
 20 必要があります。
- 21
22
23

1 表3-3-10-3 へき地診療所の状況（令和4年4月1日現在）

二次保健医療圏名	診療所名	診療科	医師数	1週あたり開院日数
大津保健医療圏	大津市国民健康保険 葛川診療所	内科、整形外科	常勤2	1
甲賀保健医療圏	甲賀市立信楽中央病院 朝宮出張診療所	内科、外科	非常勤1	0.25
東近江保健医療圏	東近江市永源寺東部出張診療所	内科、小児科	常勤1	0.5
	近江八幡市立沖島診療所	内科、小児科	非常勤5	1
湖北保健医療圏	吉槻診療所	内科	常勤1、非常勤1	2
	中之郷診療所	内科、小児科	常勤1、非常勤3	4
	中之郷診療所 今市出張診療所	内科	非常勤1	0.5
	中之郷診療所 上丹生出張診療所	内科	非常勤1	0.5
	にしあざい診療所	内科、外科、小児科	常勤2、非常勤1	5
	にしあざい診療所 塩津出張診療所	内科、外科、小児科	常勤1	1
	にしあざい診療所 菅浦出張診療所	内科、外科、小児科	常勤1	0.5
湖北保健医療圏	浅井東診療所	内科、小児科	常勤9	6
湖西保健医療圏	高島市民病院朽木診療所	内科、外科	常勤1	5

2
3
4 (3) へき地における医師確保について

- 5 ○ 無医地区等に対しては、へき地医療拠点病院等が定期的な巡回診療を実施することで医療を
6 確保しており、令和5年10月時点では、長浜市立湖北病院が長浜市、高島市民病院とマキノ病
7 院が高島市、甲賀市立信楽中央病院が甲賀市の無医地区等へ巡回診療を実施しています。
8 ○ しかしながら、へき地医療拠点病院等においても年々医師が確保しづらくなっており、巡回
9 診療やへき地診療所への代診医派遣が困難な状況にあります。
10 ○ 県は、保健医療計画と医師確保計画を連動しながら、へき地勤務医師の確保に取り組んでお
11 り、へき地医療拠点病院等に対しては、自治医科大学卒業医師等を派遣することで、医師確保
12 を支援しています。

13
14 **具体的な施策**

15 (1) へき地における医療が確保できている

16 ア へき地医療支援機構を中心としたへき地医療の推進

- 17 ○ へき地医療支援機構は、へき地医療拠点病院等との連携を強化し、へき地医療対策におけ
18 る総合的な調整機関として、へき地診療所への代診医派遣や診療所医師への研修の実施によ
19 り、へき地における医療水準の向上、診療体制の充実を図ります。
20 ○ 県は、へき地医療支援機構会議に参画し、へき地医療拠点病院、市、保健所等の関係機関
21 と連携し、へき地支援にかかる計画を策定します。

22 イ 無医地区等への巡回診療による医療の確保

- 23 ○ へき地医療拠点病院は、引き続き、無医地区等への計画的な巡回診療を実施し、医療の確
24 保に努めます。

1 ○ 県は、へき地医療拠点病院およびへき地診療所の巡回診療に要する経費を補助するとともに、医療機器や遠隔医療設備等の整備についても支援します。

3 ウ へき地医療拠点病院に対する評価・検討

4 ○ 県は、へき地医療拠点病院が実施する巡回診療や代診医派遣等の実績に対して評価を行い、へき地医療拠点病院の指定について追加、見直しも含めて検討を行うことにより、医療資源を有効に活用したへき地医療の確保に努めます。

7 エ 救急支援体制の確保

8 ○ 県は、へき地医療拠点病院、へき地診療所、地域の医師会や病院、救命救急センター等との連携を図るとともに、京滋ドクターヘリを活用して、へき地における救急医療体制の確保に努めます。

12 (2) へき地医療に従事する医師が確保できている

13 ア 自治医科大学卒業医師の派遣

- 14 ○ 県は、自治医科大学卒業医師をへき地医療拠点病院等に継続して派遣します。
- 15 ○ また、自治医科大学の学校説明会において、へき地医療等に従事する医師との意見交換の場を設定することで、へき地医療への理解を促進し、県内への定着が図られるよう努めます。

17 イ へき地医療支援機構による代診医の派遣

- 18 ○ へき地医療支援機構は、へき地診療所からの代診医の派遣要請に基づき調整を行うとともに、円滑な派遣に向けて、へき地医療拠点病院における派遣可能医師の登録等を検討します。
- 20 ○ また、へき地勤務医師が医療水準の向上、医療機器の進歩等に対応することができるよう、研修機会の確保等、診療支援に努めます。

22 ウ 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

- 23 ○ 県は、「キャリア形成プログラム」に基づく医師養成に取り組むことにより、在宅医療を支え、総合的な診療能力を有した医師の養成・確保に努めます。
- 25 ○ また、研修医にへき地医療の体験機会を提供する等、へき地を含む地域医療への理解促進を図ります。

27 エ 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

- 28 ○ 県は、医師キャリアサポートセンターおよびへき地医療支援機構と連携し、「キャリア形成プログラム」や医師派遣計画の策定において、へき地医療拠点病院を派遣先に組み込んだ研修プログラムの検討を行う等、より効果的なへき地勤務医師の養成・確保に取り組みます。

32 (3) へき地における保健福祉サービスが確保できている

33 ア 健康診断の受診促進

- 34 ○ 県は、市や保健所と連携し、無医地区等住民の健康診断受診を推奨することで、健康の保持増進に努めます。
- 36 ○ また、健康診断の結果により、医療機関や特定保健指導等を適切に受診するよう促すことで、早期治療につなげます。

38 イ 保健・医療・福祉の連携強化

- 39 ○ 県は、保健・医療・福祉が一体となった総合的なへき地保健医療支援体制の構築を目指し、在宅医療を推進するとともに、地域包括ケアシステムの構築に努めます。

1 《数値目標》

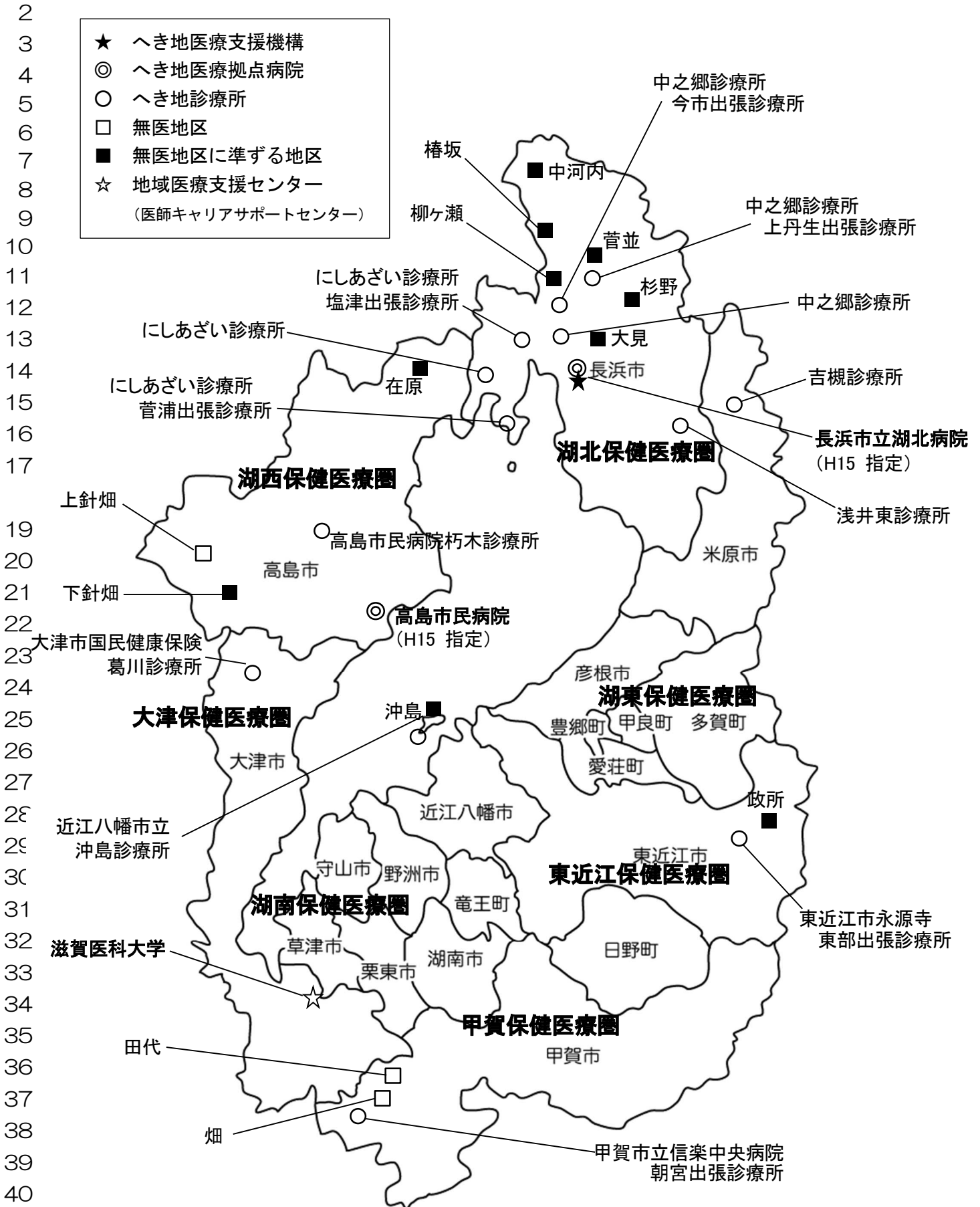
目標項目	現状値 (R4)	目標値 (R11)	備考
目指す姿 (分野アウトカム)			
無医地区等のうち、保健医療サービスを受けることができる地区数	13 地区	13 地区	現状を維持
取組の方向性 (中間アウトカム)			
無医地区等における診療延べ日数 (オンライン診療含む)	1,977 日	2,000 日	
へき地医療に従事する医師数	21.4 人	22.0 人	
無医地区等のうち、保健福祉サービスを受けることができる地区数	13 地区	13 地区	現状を維持
具体的な施策 (アウトプット)			
へき地医療支援機構会議の開催回数	2 回	2 回	現状を維持
無医地区等への巡回診療延べ日数 (オンライン診療含む)	22 日	27 日	

2
3
4
5

《ロジックモデル》



表3-3-10-4 へき地保健医療対策現況図（令和4年（2022年））



11 新興感染症発生・まん延時の医療（詳細については、別途「滋賀県感染症予防計画」（令和6年3月）を策定）

目指す姿

- 誰もが症状に応じて適切な医療にアクセスできるとともに、安心して療養生活を送ることができる

取組の方向性

- （1） 速やかに有事の体制に移行できる状態ができています
- （2） どこでも安心して受診・相談できる体制が構築されている
- （3） 必要な時に重症度に応じて安心して入院できる体制が構築されている
- （4） 誰もが安心して自宅・施設・宿泊療養できる地域の医療福祉の連携体制が構築されている

現状と課題および具体的な施策は「滋賀県感染症予防計画」の第五（医療提供体制）および第七の二（医療提供体制に係る目標値）の項目に記載する。

《数値目標》

目標項目	現状値 (R5)	目標値 (R11)
目指す姿（分野アウトカム）		
取組の方向性（中間アウトカム）の達成率		
取組の方向性（中間アウトカム）		
県（感染症主管課または保健所）が行う研修・訓練に参加または医療機関内で研修・訓練を実施した医療機関の割合	—	100%
県感染症主管課の研修および保健所が行う還元研修・訓練に参加した保健所職員の割合	—	100%
県感染症主管課の研修・訓練および保健所が行う研修・訓練に参加した IHEAT の割合	—	100%超
発熱外来の協定を締結する病院・診療所の割合	—	60%以上（検討中）
協定により確保した流行初期に対応可能な1日あたりの発熱患者数／流行初期の1日あたりの想定患者数	—	100%超
協定により確保した流行初期以降に対応可能な1日あたりの発熱患者数／流行初期以降の1日あたりの想定患者数	—	100%超
病床確保の医療措置協定を締結する病院・有床診療所の割合	—	100%

目標項目	現状値 (R5)	目標値 (R11)
医療機関と提携している高齢者施設と高齢者施設等の割合（医療措置協定を締結している割合）	—	100%
具体的な施策（アウトプット）		
連携協議会の開催回数	予防計画改定のため 令和5年度は4回予定	少なくとも年1回以上
医療措置協定（人材派遣（DMAT, DPAT）により確保する医師、看護師、業務調整員の人員数）	—	240人 （41チーム）
県感染症主管課および保健所が行う医療機関向けの研修・訓練の実施回数	2回予定	年1回以上
衛生科学センターにおける訓練の実施回数	—	年1回以上
健康危機管理地域調整会議回数	R5 予定 各保健所1回程度	各保健所 年2回以上
保健所職員・IHEATを対象とした研修の実施回数	R5 予定 保健所対象5回 IHEAT対象1回	各年1回以上
流行初期に医療措置協定（発熱外来）により確保する医療機関数	—	15機関
流行初期以降に医療措置協定（発熱外来）により確保する医療機関数	—	594機関
衛生科学センターの1日あたり検査可能数	210件/1日	420件/1日 （令和9年度以降）
検査措置協定により確保する1日あたりの検査数	—	流行初期 180件/1日 流行初期以降 4,080件/1日
医療圏域毎に、流行初期に確保する病床数	—	280床
後方支援に関する協定を締結する医療機関数	—	58機関
医療措置協定により確保した重症者用病床数	—	52床
民間救急事業者・消防機関との協定締結数	消防6機関のみ	消防6機関 民間救急事業者2者
協定により確保した往診、電話・オンライン診療を行う医療機関数	—	325機関
協定により確保した自宅療養者等への医療の提供を行う薬局数	—	373施設

目標項目	現状値 (R5)	目標値 (R11)
協定により確保した自宅療養者等への医療の提供を行う 訪問看護事業所数	—	65 事業所
協定により確保した宿泊施設の居室数	—	677 室

1

1 ≪ロジックモデル≫

番号 具体的な施策(アウトプット)

1	関係機関との連携・連絡体制の確保
指標	連携協議会の開催回数
2	有事の際の入院搬送調整体制の確保
指標	医療措置協定(人材派遣(DMAT、DPAT))により確保する医師、看護師、業務調整員の人員数
3	医療機関の対応能力の向上
指標	県感染症主管課および保健所が行う医療機関向けの研修・訓練の実施回数
4	衛生科学センターの体制の整備
指標	衛生科学センターにおける訓練の実施回数
5	保健所体制の整備
指標	健康危機管理地域調整会議開催回数
指標	保健所職員・IHEATを対象とした研修の実施回数

1	流行初期から2次医療圏ごとに発熱外来体制を確保
指標	流行初期に医療措置協定(発熱外来)により確保する医療機関数
2	流行初期以降においても段階的に対応可能な医療機関を確保
指標	流行初期以降に医療措置協定(発熱外来)により確保する医療機関数
3	発熱外来患者に対応できる検査能力の確保
指標	衛生科学センターの1日あたり検査可能数
指標	検査措置協定により確保する1日あたりの検査数

1	いつでもどこでも入院対応可能な病床の確保
指標	医療圏域毎に、流行初期に確保する病床数
2	回復期患者等の転院先となる医療機関の充実
指標	後方支援に関する協定を締結する医療機関数
3	重症者用病床の確保
指標	医療措置協定により確保した重症者用病床数
4	移送手段の確保
指標	民間救急事業者・消防機関との協定締結数

1	安心して自宅・施設療養できる体制の整備
指標	協定により確保した往診、電話・オンライン診療を行う医療機関数
指標	協定により確保した自宅療養者等への医療の提供を行う薬局数
指標	協定により確保した自宅療養者等へ医療の提供を行う訪問看護事業所数
2	安心して宿泊療養できる体制の整備
指標	協定により確保した宿泊施設の居室数

番号 取組の方向性(中間アウトカム)

1	速やかに有事の体制に移行できる状態ができています
指標	県(感染症主管課または保健所)が行う研修・訓練に参加または医療機関内で研修・訓練を実施した医療機関の割合
指標	県感染症主管課の研修および保健所が行う遠元研修・訓練に参加した保健所職員の割合
指標	県感染症主管課の研修・訓練および保健所が行う研修・訓練に参加したIHEATの割合

1	どこでも安心して受診相談できる体制が構築されている
指標	発熱外来の協定を締結する病院・診療所の割合
指標	協定により確保した流行初期に対応可能な1日あたりの発熱患者数の合計/流行初期の1日あたりの想定患者数
指標	協定により確保した流行初期以降に対応可能な1日あたりの発熱患者数の合計/流行初期以降の1日あたりの想定患者数

1	必要な時に重症度に応じて安心して入院できる体制が構築されている
指標	病床確保の協定を締結する病院・有床診療所の割合

1	誰もが安心して自宅・施設・宿泊療養できる地域の医療福祉の連携体制が構築されている
指標	医療機関と提携している高齢者施設等の割合

番号 目指す姿(分野アウトカム)

1	誰もが症状に応じて適切な医療にアクセスすることができるとともに、安心して療養生活を送ることができる
指標	中間アウトカムの達成率

12 在宅医療

目指す姿

- 県内のどこに住んでいても、住み慣れた地域や望む環境で、自分らしい暮らしを、人生の最終段階まで安心して続け、本人の希望にそった最期を迎えることができる
〔QOLの維持・向上/QODの実現〕

取組の方向性

- (1) 病院から在宅療養への移行に向けて、切れ目のない入退院支援を受けることができる
- (2) 望む場所での日常療養を行う上で必要な支援を受けることができる
- (3) 病状急変に際し必要な支援を受けることができる
- (4) 望む場所で人生の最終段階におけるケアを受け、本人・家族が望む最期を迎えることができる
- (5) 災害や新興感染症が流行した際にも在宅療養を継続することができる
- (6) 多職種・多機関連携をコーディネートする圏域・市町の拠点機能が充実している

現状と課題

(1) 入退院支援にかかる支援の状況

ア 退院調整部署の設置

- 「医療機関における地域医療連携に関する状況調査」（令和5年5月）によると、県内58病院中54病院（93.1%）が退院調整部署を設置しています。
- 退院支援部署に配置している職種では、看護師を配置している病院が41病院、社会福祉士が38病院、精神保健福祉士が17病院となり、退院支援部門における多職種の配置が進んでいます。

イ 病院と在宅療養を支える多職種との連携（入退院支援ルール）の運用状況

- 平成27年度（2015年度）から、全ての二次保健医療圏域において病院と介護支援専門員の連携ルールを策定し、入院時から退院に向けたスムーズな連携を図っています。
- 令和4年（2022年）6月に実施した「病院と介護支援専門員の連携に関する調査」では、入院時に介護支援専門員から病院へ情報提供を行った率は94.7%、退院時に病院から介護支援専門員への引継ぎを行った率は90.3%と医療・介護の情報連携の取組は進んでいます。
- 入退院支援ルールを運用する中で、介護支援専門員以外の訪問看護師やリハビリテーション専門職、栄養士、薬剤師等との入退院時の連携についても検討が進められています。
- 令和3年（2021年）病院報告（厚生労働省）では、本県における病院の一般病床の平均在院日数は、令和3年（2021年）15.4日と年々短縮しています。そのような中、暮らしを分断せず、入院前から退院後の在宅療養環境や本人・家族の状況を見据えた支援を行うためには、多職種・多機関連携の更なる促進が必要となっています。

(2) 望む場所での日常療養支援の推進

ア 在宅医療ニーズの状況

- 令和4年度(2022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、将来介護が必要になったときに介護を受けたい場所は、「自宅で介護してほしい」が26.3%と最も多く、また、介護保険サービスで力を入れるべきことは「自宅での生活を継続できるよう、訪問介護や訪問看護など在宅サービスを充実すべき」が62.7%と最も多くなっています。
- また、同調査で、在宅医療の認知度について、「在宅医療を知っている」と回答した人は81.3%を占めています。在宅医療の各サービスの認知度では、訪問介護54.3%、訪問診療48.4%、訪問看護43.4%となっています。一方、訪問リハビリ30.2%、訪問歯科診療23.8%、訪問栄養指導11.8%、訪問薬剤指導15.5%と認知度は低くなっています。

イ 在宅医療の対象者の状況

- 介護保険の第1号被保険者の要介護・要支援認定者*数は、平成28年度(2016年度)約60,000人が令和2年(2020年)には約65,000人となっています。さらに、令和22年(2040年)には約95,000人と推計されており、今後20年間で約30,000人増加すると推計されています。(※10月中旬以降に仮推計判明予定)
- また、平成27年度(2015年度)に策定した滋賀県地域医療構想をもとに、今後の訪問診療の需要を試算すると、令和4年(2022年)の7251.7人/日から、令和11年には●●人/日と●●倍に増加すると推計されています。(※推計再作業中)
- 令和2年(2020年)患者調査(厚生労働省)によると、65歳以上の人では、入院では「脳血管疾患」「悪性新生物(がん)」「心疾患」、外来では「高血圧性疾患」などと、慢性疾患による受療率が高くなっています。
- また、年齢層が上がるほど、入院・外来ともに受療率が上がる傾向にあり、今後、75歳以上の人が増加する中で、この年代は、複数の疾病を抱えている、要介護に移行する率が高い、認知症の発症率が高い等の特徴も有していることから、医療ニーズと介護ニーズを併せ持ち、在宅で疾病や障害を抱えつつ自宅や地域で生活を送る高齢者が今後も増加していくことが予測されます。
- さらに難病患者、小児慢性特定疾病児童や在宅の重症心身障害児者の増加とともに、在宅で人工呼吸器等の医療機器を利用し、在宅療養支援を必要とする人も年々増加しています。
- 滋賀県国民健康保険団体連合会(以下「国保連合会」という。)のレセプトデータによると、令和4年度(2022年度)に在宅医療に関する医療保険および介護保険のレセプトの請求対象となった患者の実人員は下表のとおりとなっており、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、管理栄養士のいずれの職種からも訪問を受ける人が増加しています。

表3-3-12-1 在宅医療に係る患者の実人員

(単位：人)

	H29年度	H30年度	R元年度	R2年度	R3年度	R4年度
訪問診療（国保・後期）	9,327	9,918	10,178	11,113	11,801	12,438
訪問歯科診療（国保・後期）	6,316	6,765	7,329	6,834	7,861	8,205
訪問薬剤（国保・後期・介護）	3,261	3,773	4,295	5,064	5,781	6,752
訪問看護（国保・後期・介護）	11,739	12,665	13,744	14,847	15,936	17,220
訪問リハビリ（国保・後期・介護）	3,434	3,905	4,088	4,551	4,842	5,194
訪問歯科衛生指導（国保・後期・介護）	3803	4,076	4,354	4,389	5,036	5,634
訪問栄養食事指導（国保・後期・介護）	50	60	64	98	195	212

※：「国保」は国民健康保険分、「後期」は後期高齢者医療分、「介護」は介護保険分を示す

ウ 在宅療養を支える医療資源の状況

○ 在宅療養を支える医療資源の状況は下表のとおりです。

24時間体制で往診を行う在宅療養支援診療所は、令和5年(2023年)4月現在で165か所、在宅療養支援病院は18か所、訪問歯科診療を行う歯科診療所は142か所、訪問看護ステーション数は170か所と在宅療養を支える医療資源は着実に増加していますが、今後増大する在宅医療ニーズに対応するためには、更なる充実が必要となります。

表3-3-12-2 在宅療養を支える医療資源の状況

	調査日	合計	大津	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北	湖西	出典
在宅療養後方支援病院数*	H29.10.1	5	1	0	1	0	2	0	1	近畿厚生局
在宅療養支援病院数*	H29.10.1	9	3	1	2	1	0	1	1	近畿厚生局
在宅療養支援診療所数*	H29.10.1	137	54	27	6	21	6	15	8	近畿厚生局
無床診療所数	H29.4.1	1,039	278	258	88	143	115	119	38	医療政策課
有床診療所数	H29.4.1	40	12	12	4	7	2	2	1	医療政策課
在宅時医学総合管理料*	H29.9.1	209	77	42	15	26	15	24	10	近畿厚生局
歯科診療所数	H29.4.1	560	138	136	52	84	65	65	20	医療政策課
在宅療養支援歯科診療所数*	H29.10.1	69	13	20	5	13	6			
訪問診療を行った歯科診療所数	H29.9月	120	-	-	-	-	-			最新値に更新中 (10月中旬予定)
薬局数	H29.4.1	586	131	143	59	90	73	67	23	薬務感染症対策課
在宅医療支援薬局数	H29.3.31	163	39	31	19	31	17	22	4	滋賀県薬剤師会
居宅介護支援事業所数*	H29.10.1	484	143	101	43	70	52	57	18	医療福祉推進課
通所介護事業所数	H29.10.1	278	55	58	26	50	32	48	9	医療福祉推進課
通所リハビリテーションを行った事業所数	H29.8月	73	19	13	7	15	4	11	4	医療福祉推進課
訪問看護ステーション数*	H29.10.1	102	26	23	11	12	9	16	5	医療福祉推進課
訪問介護事業所数	H29.10.1	344	111	78	25	42	38	39	11	医療福祉推進課
介護老人福祉施設数*	H29.10.1	86	15	14	12	16	11	13	5	医療福祉推進課
短期入所生活介護事業所	H29.10.1	104	23	21	12	18	10	12	8	医療福祉推進課
介護老人保健施設数*	H29.10.1	35	8	6	5	7	2	5	2	医療福祉推進課
短期入所療養介護事業所	H29.10.1	39	9	7	5	8	3	5	2	医療福祉推進課

- 国保連合会のデータでは、令和4年には病院では30か所、診療所では319か所が訪問診療を行っています。
- 滋賀県医療機能調査（令和5年6月）によると、診療所において在宅医療を担うために必要な条件整備として「必要とする」と回答が多かったのは、「病院や診療所・薬局・訪問看護ステーションとの連携」、「地域医師会単位の「専門医からのアドバイスが受けられる体制」、「往診可能な医師のグループ対応性」などとなっています。
- また、同調査において、在宅療養患者の後方支援として、レスパイト入院のために病床を常に確保しているのは8病院（14.0%）、病床が空いていれば受け入れるのは29病院（50.9%）となっています。

エ 在宅療養を支える多職種連携の推進

- 多様化しかつ増大する在宅医療ニーズに対応するためには、在宅療養を支える関係機関や職能団体において、在宅療養に対する理解の促進や他職種・他機関に対する役割の理解と連携を深め、多職種連携の活動をさらに充実していく必要があります。

(2) 急変時の対応や本人が望む場所での看取りの推進

- 在宅療養をバックアップする在宅療養後方支援病院は、令和5年4月現在6か所となっています。そのほか、令和5年6月に実施した滋賀県医療機能調査の結果によると、在宅療養患者の後方支援として、急変時対応の入院のために病床を常に確保している10病院（17.5%）、病床が空いていれば受け入れるのは29病院（50.9%）となっています。
- 国保連合会のデータでは、令和4年には、病院では34か所、診療所では393か所が往診を行っています。今後、24時間体制をとっている訪問看護ステーションや薬局との連携により、急変時の対応体制のさらなる充実が必要となっています。
- 令和4年度（2022年度）の滋賀の医療福祉に関する県民意識調査では、自宅で最期まで療養できるかという設問では、「実現困難」が60.1%と最も多く、その理由として「介護してくれる家族に負担がかかる」が77.4%、次いで「症状が急に悪くなった時の対応に自分も家族も不安である」が58.0%となっており、家族に対する介護負担の軽減や、症状悪化時でも安心できる支援体制の整備が必要です。
- 在宅ターミナルケアを受けた患者数は、令和4年3月～令和5年2月の1年間で1,425人となっており、5年前と比べると約2.2倍に増加しています。
- 令和4年度（2022年度）の滋賀の医療福祉に関する県民意識調査では、人生の最期を迎えたい場所は「自宅」が40.8%で最も多くなっています。一方、人口動態統計によると令和3年（2021年）の場所別死亡状況では、「自宅」は18.0%にとどまっており、本人が希望する在宅看取りが実現できる医療福祉サービス提供体制の充実が必要となっています。
- 同じく人口動態統計によると、「老人ホーム」での死亡率は8.6%となり、年々増加しています。一方、滋賀県老人福祉施設協議会が令和3年（2021年）3月に行った調査では、施設で看取りをする中での課題として、「本人の意思の確認が十分できない（45.6%）」「人の死に直面する職員の精神的な負担が大きい（44.5%）」「症状が急変した時の対応が不安である（42.9%）」といった割合が高くなっており、増加する介護施設での看取りに対応できる体制の整備が必要となっています。

- 人生の最終段階における意思決定については、本人の尊厳を尊重した医療とケアを実施するという観点から、延命処置の実施の有無、最期を過ごす場所（自宅、施設）などに関して、本人と支援者が対話を繰り返しながらチームで意思決定支援を行うこと（ACP:アドバンス・ケア・プランニング）が求められています。また、県民一人ひとりが人生の最終段階をどのように生きるかについて考える機会を持つことも重要です。

（3）感染症や災害発生時の対応体制の状況

- 新型コロナウイルス流行初期には、在宅療養を継続するための支援体制の構築が難しかったものの、その後は、平時からの関係者の顔の見える関係や連携体制の基盤を活かし、在宅療養の継続に向けた支援が進められています。
- 災害や感染症流行に備えた業務継続計画（BCP）が、より有効に活用できるものとなるよう、訓練の実施や機関連携によるBCPの検討、地域でのBCPの検討が求められています。
- 人工呼吸器等、医療機器を利用する人をはじめ、在宅療養者の災害時個別避難計画の作成を進めるなど、災害発生に備えた支援計画を行政や多機関協働により検討が必要となっています。

（4）多職種・多機関連携をコーディネートする圏域・市町の拠点機能

- 市町単位での在宅医療・介護連携の推進に向けて、全ての市町で在宅医療・介護連携コーディネーターが配置され、在宅療養を支援する活動が行われています。
- 市町においてPDCAサイクルによる効果的な事業展開につなげていくためには、量的・質的な現状把握から課題の抽出、対応策の検討につなげ、地域医師会をはじめとする医療・介護などの関係団体と緊密な連携の下で対応策を実施、評価、改善していくことが求められています。
- 県内では多職種で研修や事例検討等を行う約50の研究会や勉強会等の集まりがあり（令和5年（2023年）7月末現在）、多職種連携による在宅療養・看取り支援の充実を目的とした活動が行われています。
- 入退院、日常の療養支援、急変時の対応、看取り支援の充実に向けて、医療機関の役割は重要であり、とりわけ、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院は、在宅医療において積極的役割を担う医療機関*として、訪問看護ステーションとの協働による24時間対応体制の提供や行政等との協働による在宅医療の充実に向けた取組への参画が期待されています。

表3-3-12-3 在宅医療・介護連携コーディネーターの配置

令和5年10月1日現在

市町名	配置先		機関名
	市町	委託	
大津市		●	・琵琶湖大橋病院（琵琶湖大橋病院訪問看護ステーション） ・ひかり病院（訪問看護ステーションヴィーナス） ・JCOH滋賀病院（独立行政法人地域医療機能推進機構滋賀病院付属訪問看護ステーション）
草津市		●	草津市在宅医療介護連携センター （淡海ふれあい病院内）
守山市	●		守山市在宅医療介護連携サポートセンター （守山市地域包括支援センター内）
栗東市		●	済生会滋賀県病院
野洲市	●		野洲市地域包括支援センター
甲賀市	●		甲賀市役所長寿福祉課 甲賀市水口医療介護センター
湖南市	●		湖南市高齢福祉課（地域包括支援センター）
近江八幡市	●		近江八幡市役所 長寿福祉課
東近江市	●		東近江市地域包括支援センター（東近江市役所）
日野町	●		日野町地域包括支援センター
竜王町	●		竜王町地域包括支援センター
彦根市		●	彦根愛知犬上介護保険事業者協議会 （くすのきセンター〈彦根市保健・医療素複合施設〉内）
愛荘町			
豊郷町			
甲良町			
多賀町			
長浜市		●	湖北医師会（長浜米原地域医療支援センター）
米原市			
高島市		●	高島市医師会

具体的な施策

(1) 病院から在宅療養への移行に向けて、切れ目のない入退院支援を受けることができる

- 病院における退院支援部門の専任部署および専任者の配置を推進するとともに、在宅療養を支える関係者と窓口の共有を行います。
- 病院の退院支援機能の強化に向けた研修など院内の人材育成に向けた取組を支援します。
- 病院と在宅療養を支援する関係者が、入退院に関わる役割・知識・技術を高め、医療と介護の相互理解のもと、在宅での生活を見据えた切れ目のない支援が行われるよう、入退院に関わる多職種・多機関が参画する研修や同職種間連携の推進に向けた取組を支援します。
- 病院と在宅療養とをつなぐ入退院支援ルールの効果的な運用、地域連携パスの活用、退院前カンファレンスの開催、サマリーや情報提供書・ICTの活用など、病院と地域の関係者が本人の望み・目標、生活や疾患の情報などの共有を行い、多職種の強みを活かした支援の継続が行われるような取組を推進します。

- 病院の外来と地域の支援者との連携の充実、リハビリテーション専門職等による在宅復帰後の評価や退院後支援の強化などをおして、在宅での療養生活の充実や再入院の予防につながる連携の取組を支援します。

(2) 望む場所での日常療養を行う上で必要な支援を受けることができる

- 新たに在宅医療を始めようとする医師が訪問診療に同行体験する機会の提供や在宅チーム医療に取り組む医師の増加に向けたセミナーの開催により、在宅医療に携わる医師の増加を図ります。
- 複数の疾患や合併症を持つ高齢者等に対応できる総合的な診療能力を有し、身体の状態だけでなく心理的・社会的問題も含めて継続的に診察し、必要に応じて専門医に紹介することができるかかりつけ医の確保・育成に対する支援を行います。
- 訪問看護提供体制の充実に向けて、新卒訪問看護師をはじめ看護職の確保・定着、キャリアアップの推進、訪問看護ステーションの機能強化を図ります。
- 関係機関・団体と協力しながら、歯科医師、歯科衛生士、薬剤師、管理栄養士、リハビリテーション専門職、介護職員など、在宅療養を支える人材の確保・育成を図ります。
- 人工呼吸器、経管栄養(胃ろうや中心静脈栄養など)、人工肛門など医療的管理を要する在宅療養者に対応できる訪問看護師の実践力向上のための研修や特定行為を適切に行うことができる看護師育成への支援、また、喀痰吸引や経管栄養が実施できる介護職員の養成を行います。
- 介護支援専門員や介護職員が、必要に応じて医療との連携や情報共有が行えるよう、医療的ケアの知識向上のための研修を行うなど、人材の育成を図ります。
- 自立支援の視点を持ち、多様なニーズに対応する人材の育成を行うため、多職種協働による人材育成の研修や、教育プログラムの開発検討を支援します。
- 多職種・多機関が情報を共有し、協働して支援が実践できるよう、各地域において在宅療養のさらなる充実に向けた検討の場を持つとともに、多機関・多職種連携のための研修会の開催、地域ケア会議の場への多職種の参画を促進するなどによる多職種理解と連携の推進を支援します。
- 「自分らしく暮らし続ける」ことや「よく生き抜く」ことを目指せる社会・地域を創るため、県民や関係者が互いに学びつなかり合う「医療福祉の地域創造会議」*の活動を支援します。
- 医療福祉関係者が情報共有して緊密に連携できるよう、ICTを活用した多職種・多機関で情報連携を行う基盤づくりを支援します。
- レスパイト入院・入所にかかる選択の支援、相談窓口の周知、当事者間の交流への支援など、家族の負担軽減につながる体制の充実や周知を行います。
- 望むQOLやQODの実現のため、かかりつけ医師、看護師、薬剤師等を持つことの重要性、在宅療養や在宅での看取り、地域における互助活動(見守り)について県民に対する情報発信により普及・啓発を行います。

(3) 病状急変に際し必要な支援を受けることができる

- 訪問診療を行う医師の負担軽減を図るため、訪問診療ネットワークの構築を支援します。
- また、在宅での生活を支える病院のバックアップ体制、24時間往診・訪問看護の提供が可能な体制を確保している在宅療養支援診療所、24時間対応の訪問看護ステーション、休日や夜間

に薬品を供給できる体制など、急変時に対応できる体制の構築を図ります。

- 日頃の療養支援を行う中で本人や家族の意思を確認し、急変時に備えた情報共有が行い、意向に応じた対応ができるよう、医療職と介護職の人材育成や訪問診療と病院・訪問看護等のネットワークのさらなる構築を促進します。
- 急変時の対応に不安を感じる県民が多いことを踏まえ、急変時におけるリスクや対応方法急など必要な情報提供の推進を図ります。

(4) 望む場所で人生の最終段階におけるケアを受け、本人・家族が望む最期を迎えることができる

- 24時間在宅での看取りに対応できるよう、訪問診療医のネットワークの構築や在宅での緩和ケアに対応する薬剤師の育成や訪問看護師の確保・人材育成や連携を推進します。
- 介護施設での看取りに対応できるよう、老人福祉施設等の介護職員を対象とした研修会やグループワーク等を開催し、看取り介護技術の向上や人の死に直面する職員の精神的不安の軽減を図ります。
- 人生の最終段階にどのような医療・ケアを受けたいかについて、患者が家族や医療・ケアチームと繰り返し話し合うプロセス（ACP）を実践できるよう、医療福祉関係者の資質向上を図ります。
- 住み慣れた地域での療養・看取りが実現できるよう、各地域において多職種で協議を行いながら、地域特性に応じた支援体制づくりを推進します。
- 望む最期を家族や関係者と共有できるよう、終末期や緩和ケアにつながる意思決定、人生の最終段階をどのように生き、どのように死を迎えるのかについて考えることができるよう普及啓発を推進します。

(5) 災害や新興感染症が流行した際にも在宅療養を継続することができる

- 感染症や災害発生時に備えたBCPが作成され、必要時に有効に活用できるよう、事業所間ネットワークの構築や患者を支えるチームでの訓練の実施、地域単位でのBCPの検討などの取組を推進します。
- 在宅療養者の災害時個別避難計画や個別支援計画の作成が行政や多機関協働によりすすめられるよう支援します。
- 感染症や災害発生時に望む場所での療養が継続できるよう、訓練の実施や参画、人材の育成などの取組を支援します。
- 県民が染症への理解促進や災害発生時に備えた在宅療養継続のための見守り体制の構築、避難訓練等の取組が行えるよう支援します。

(6) 多職種・多機関連携をコーディネートする圏域・市町の拠点機能が充実している

- 各市町が圏域や市町単位で在宅医療・介護連携コーディネーターを配置し、在宅医療において必要な連携を担う拠点として、医師会をはじめとする在宅医療介護提供団体との連携のもと在宅医療・介護連携の推進に向けた取組が行われるよう支援を行います。
- 多職種協働による在宅チーム医療を担う関係者が、互いの役割や支援目的を共有し、スキルアップと更なる連携強化が行えるよう、各圏域・市町における顔の見える関係づくりや協議の場の設置・運営への支援や、研修会・交流会の開催などにより連携した活動の促進を図ります。

- 市町が目指す姿を描きながら計画的に取組が進められるよう、市町に対するヒアリングなどを通じた現状把握を行うとともに、各種情報提供や意見交換を行う場の設定や研修会の開催、医療福祉推進アドバイザーの派遣などの支援を行います。
- 市町が地域の課題を踏まえ、課題に応じた対応策を実施できるよう、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の提供や分析に対する支援を行います。
- 切れ目のない在宅医療・介護の提供にむけて、健康福祉事務所が中心となって、圏域の提供体制の構築や、地域医師会など関係団体との連携体制づくりを促進します。
- 市町単位で多職種・多機関連携の推進を担う拠点機能の充実を図るため、在宅医療・介護連携コーディネーターの育成や活動推進を図るためのコーディネーター間の交流機会の創造に取り組みます。
- 在宅医療に関する住民への普及啓発が進むよう、各地域における取組の情報共有を行うなど、望む在宅医療を実現するための普及啓発の充実に向けた支援を行います。
- 在宅医療において積極的な役割を担う医療機関の基盤整備を行うとともに、これら医療機関と協働した訪問診療ネットワークの構築、地域支援者の人材育成、急変時や看取り支援の充実、災害時に備えた体制構築などの取組を推進します。
- 自分らしい暮らしを人生の最終段階まで続けることを目的とし、本人の暮らしを中心に据えた保健・医療・福祉といった医療福祉サービスが多職種・多機関の連携によって提供されるよう、医療福祉の関係者・関係機関とともに協議や必要な研修の開催などを行いながら、一体となって推進します。

《数値目標》

目標項目		現状値	目標値 (R11)	備考
取組の方向性 (中間アウトカム)				
入退院支援を受けた患者数		28,853 人 (R4)		
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	94.4% (R4)		
	退院時	91.7% (R4)		
訪問診療を受けた患者数		12,438 人 (R4)		
訪問歯科診療を受けた患者数		8,205 人 (R4)		目標値検討中
訪問薬剤管理指導を受けた患者数		6,752 人 (R4)		
訪問看護利用者数		17,220 人 (R4)		
訪問歯科衛生指導を受けた患者数		5,634 人 (R4)		
訪問リハビリを受けた患者数		5,194 人 (R4)		
訪問栄養指導を受けた患者数		212 人 (R4)		
在宅ターミナルケアを受けた患者数		1,425 人 (R4)		
在宅看取りが行われた患者数		1,481 人 (R4)		

具体的な施策（アウトプット）			
在宅療養支援病院数		18 病院 (R5.4)	
在宅療養支援診療所数		165 診療所 (R5.4)	
訪問診療を実施する 診療所・病院数	診療所	319 (R4)	
	病院	30 (R4)	
24 時間体制をとっている訪問看護ステーション数		118 (R4)	
医療・介護連携コーディネーター配置 市町数		19 市町 (R5)	維持

《ロジックモデル》

番号	具体的な施策(アウトプット)
1	退院支援部門の明確化と関係機関との窓口共有
2	退院支援に関わる院内の人材の育成(SW・病棟)
3	入退院に関わる多職種・多機関が参画する研修の実施
4	団体間の懇談や同職種間連携の検討の場を持つ
5	各圏域における入退院支援ルールや地域連携クリティカルパスの推進
5	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
6	退院前カンファレンスへの多職種参画の推進
7	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
8	在宅復帰後の評価や退院後支援
9	外来も含む病院窓口の共有と地域(在宅)と外来の連携の推進
10	訪問診療を行う医師増加のためのセミナー・研修会の開催
10	指標 在宅療養支援病院数
	在宅療養支援診療所数
	訪問診療を行う病院数
	訪問診療を行う診療所数
	在宅医療セミナー参加医師数
	在宅医療セミナー参加医師数
11	訪問診療ネットワークの構築
12	在宅歯科医療を推進するための研修会
13	訪問診療を行う診療所、病院、歯科診療所への機器等の補助
14	在宅医療を担う薬剤師の育成
15	訪問看護師の育成(機能強化、キャリアアップ)
16	訪問看護ステーションへの機能強化に向けた機器等の補助
17	関係機関・団体との協力による在宅療養を支える人材の育成
18	医療依存度が高い方を地域で支える介護人材の育成
19	各職種の専門性向上のための研修
20	関係団体の協働による多職種連携人材育成研修などの取組推進
21	各地域の多職種での顔の見える関係を作りと日常の療養について協議の場
再掲	団体間の懇談や同職種間連携の検討の場を持つ
22	多機関・多職種連携のための研修会
23	医療と介護の相互理解のための同行訪問や専門知識を有する職員の派遣を活用したOJT機能による人材の育成
24	地域ケア会議の場へ参画による多職種理解と連携の推進
25	県単位で暮らしを支える関係者が互いに学びあいつながり合う地域創造会議ワーキングの開催
再掲	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
26	レスパイト入院・入所にかかる連携推進
27	住民からの相談窓口の設置や周知
28	当事者間の交流の支援
29	県民が、かかりつけ医師、看護師、薬剤師等を持つことの重要性を理解するための啓発
30	県民(企業を含む)が、疾病や介護予防、互助活動(見守り)、在宅療養や看取りについて理解を深める機会の確保(QOL・QOD)

番号	取組みの方向性(中間アウトカム)
1	病院から在宅療養の移行に向けて切れ目のない入退院支援を受けることができる
	指標 入退院支援を受けた患者数

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、住み慣れた地域や望む環境で、自分らしい暮らしを、人生の最終段階まで安心して続け、本人の希望にそった最期を迎えることができる
	指標 (検討中)

2	指標 県民が、望む場所での日常療養を行ううえで、どのような状態であっても必要な支援を受けることができる
	訪問診療を受けた患者数
	訪問歯科診療を受けた患者数
	訪問看護利用者数
	訪問薬剤管理指導を受けた患者数

番号	具体的な施策(アウトプット)
31	在宅を支える病院のバックアップ体制の確保
	指標 在宅療養後方支援病院数
	指標 往診を行う病院数
	指標 往診を行う診療所数
32	24時間業割調整体制の構築
再掲	訪問診療ネットワークの構築
再掲	訪問看護師の育成(機能強化、キャリアアップ)
	指標 24時間体制をとっている訪問看護ステーション数
33	急変時の医療職と介護職の情報共有に関する人材育成
34	急変時に備えた訪問診療とバックアップ病院および訪問看護の情報共有に関するネットワークの構築
35	患者や家族が病状急変に備えた対応を知る機会の提供
再掲	訪問診療医のネットワークの構築
36	在宅ホスピス薬剤師の育成
再掲	訪問看護師の育成(機能強化、キャリアアップ)
37	施設看取り体制の充実
38	意思決定支援や緩和ケアのための研修
39	多職種・多機関協働による看取りの見える化シートの作成と普及
40	各地域における多職種での顔の見える関係を作りと看取りについて協議の場
再掲	本人が望む形で在宅医療・看取りが実現できる地域を創造するためのワーキング会議の開催
再掲	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
41	住民自身が終末期や緩和ケアにつながる、意思決定やエンディングノートについて考える機会の提供
42	BCPの作成と具体的な活用に向けた検討の推進
43	災害・新興感染症の発生に備えた事業所間ネットワークの構築
44	災害時個別避難(支援)支援計画作成の推進
45	災害訓練の実施や参画の推進
46	職能ごとの災害時に活躍できる人材の育成
47	感染症流行時に支援の継続を行うための人材の育成
48	自治体等での感染症の理解や災害発生に備え、在宅療養継続のための見守り体制の構築や避難訓練等の取組の推進
49	感染症に対する正しい知識の普及啓発
50	初期アウトカムの推進にかかる市町取組の把握と市町間の情報・意見交換の場の設定
	指標 医療・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
51	医療福祉推進アドバイザー派遣による市町取組支援
52	健康福祉事務所を中心に、圏域の医師会、関係機関・団体との連携体制づくり
53	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
54	県単位での多職種での顔の見える関係作りと在宅医療に関する協議の場
55	在宅医療推進のための医師会へ体制構築支援

番号	取組みの方向性(中間アウトカム)
3	病状急変に際し、必要な支援を受けることができる
4	望む場所で人生の最終段階における支援を受け、本人・家族が望む最期を迎えることができる
	指標 在宅ターミナルケアを受けた患者数
5	災害や新興感染症が発生した際にも、療養を継続することができる
	指標 (検討中)
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が充実している
	指標 (検討中)

番号	目指す姿(最終アウトカム)

13 認知症

目指す姿

- 認知症を我が事としてとらえ、認知症を発症しても、希望と尊厳をもって、認知症とともに、誰もが自分らしく安心して暮らし続けている

取組の方向性

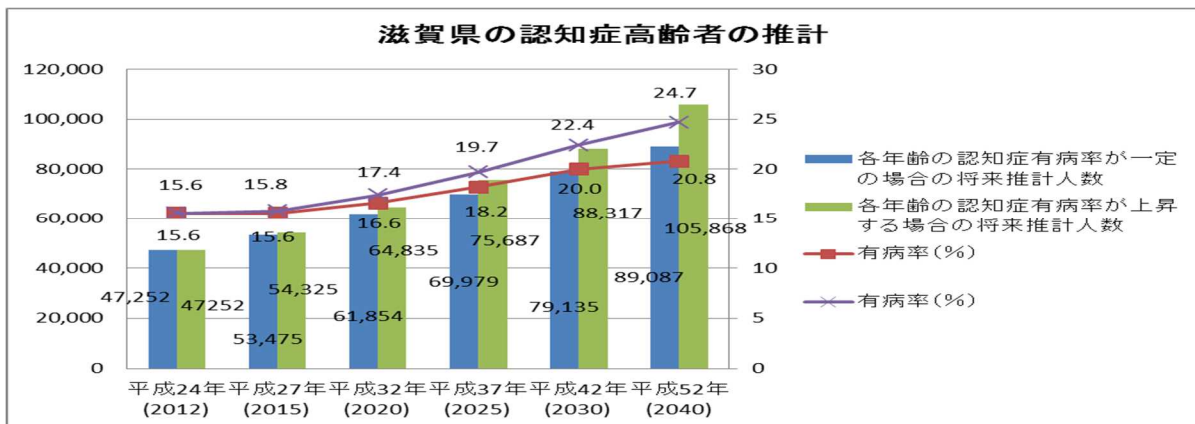
- (1) 認知症に対する正しい知識と認知症の人に関する正しい理解を深めることができている
- (2) 認知症の本人や家族が地域の一員として、安心して自立した日常生活を営み続けることができている
- (3) 認知症の本人や家族の社会参加の機会が確保され、その個性と能力を十分に発揮することができている
- (4) 認知症の人に対する医療・介護サービス等が切れ目なく適切に提供されている
- (5) 認知症リスク低減に資する可能性のある健康増進や介護予防等の活動に取り組み、認知機能低下の兆しに気づいた段階で相談ができている

現状と課題

(1) 認知症に関する状況

- 認知症高齢者数は、令和7年(2025年)には約7万5千人、令和22年(2040年)には10万人(65歳以上の高齢者の約4人に1人)に達することが見込まれています。認知症高齢者の増加に伴って、誰もが認知症とともに生き、誰もが介護者として関わる可能性があります。
- 令和5年(2023年)6月に成立した「共生社会の実現を推進するための認知症基本法」では、認知症の人を含めた国民が互いに人格と個性を尊重しつつ、支え合いながら共生する活力ある社会(=共生社会)の実現の推進に向け、法律で掲げられている基本理念に基づき国と地方公共団体が一体となって認知症施策を講じていくことが求められています。

図3-3-13-1 滋賀県の認知症高齢者の推計



※「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」(厚生労働省科学特別研究)による性・年齢階級別有病率より計算
 平成27年以降の滋賀県推計は国立社会保障・人口問題研究所の平成25年3月推計人口より算出
 平成24年の滋賀県推計は滋賀県人口推計年報により算出

- 1 ○ 65歳未満で発症する若年性認知症の人は、全国で約3.6万人と推定され、人口10万人あた
2 りの有病率は50.9人になり、男性に多い傾向があります（令和2年3月）。全国推計で示され
3 た性・年齢別有病率をもとに算出すると、本県では約390人と推計されます（令和2年（2020年）
4 時点）。若年期に認知症を発症した場合は、就労、育児、経済的課題など、高齢期に発症した場
5 合とは異なるニーズへも対応していくことが必要です。
- 6 ○ 県では、平成18年度（2006年度）より全国に先駆けて、総合相談支援体制の構築・本人家
7 族支援・就労継続支援・居場所づくり・人材育成・ネットワーク構築等、若年性認知症への取
8 組を進めてきました。今後、本取組で得られた成果をもとに、すべての認知症の人や家族等に
9 展開し、住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けることができる環境づくりをさらに進めてい
10 く必要があります。

12 (2) 認知症への理解の促進

- 13 ○ 令和4年度（2022年度）の滋賀の医療福祉に関する県民意識調査では、認知症の人と接した経
14 験のあると回答した人は、約7割となっています。また、認知症の人が住み慣れた地域で暮ら
15 し続けるために必要なこととして、「介護する家族の負担の軽減」が最も多く（80.0%）、次いで
16 「家族や親せき、地域の人々の理解」（57.8%）となっています。認知症の人と身近に接する機
17 会のある人がいる一方で、社会の認知症に対する理解が十分深まっていない側面も見受けられ
18 ています。
- 19 ○ 認知症になってからも、様々な工夫をしながら自分らしく生活している認知症の人やご家族
20 もおられ、認知症の人を「支えられる側」としてだけの側面で捉えるのではなく、個性や能力
21 を活かしてともに暮らす人として、認知症に対する社会の理解をより一層深める取組が必要で
22 す。
- 23 ○ 「認知症キャラバン・メイト」や「認知症サポーター」の養成者数は、令和5年3月31日
24 現在、約25.4万人となっています。今後もサポーターの量的な拡大を図ることに加え、サポー
25 ターが地域においてより活躍できる場づくりが求められています。

27 (3) 認知症の人と家族等を支える地域づくり

- 28 ○ 認知症の人や家族が、安心して自分の望む日常生活や社会生活を営み続けることができるよ
29 うにするためには、公共交通や建築物などのハード面と、地域支援体制などのソフト面の双方
30 において、日常生活や社会生活を送る上での様々な障壁を取り除いていく必要があります。
- 31 ○ 令和4年度（2022年度）の65歳以上の運転免許の自主返納者数は、4,746人であり、免許返
32 納後の生活支援が課題となっています。
- 33 ○ 令和4年度（2022年度）に市町が把握した行方不明高齢者の発生状況は、●●件（※集計中）
34 で、増加傾向にあります。市町では、行方不明になるおそれのある高齢者の事前登録制度や、
35 GPS等の搜索機器の購入助成などに取り組んでいます。
- 36 ○ 認知症ケアの向上を図るための取組の推進役である認知症地域支援推進員は、全市町に配置
37 され、地域の医療や介護の関係機関、地域の支援機関等の連携支援や認知症の人やその家族を
38 支援する体制づくり等の事業を行っています。
- 39 ○ 認知症に関する相談機関は、地域包括支援センターや認知症相談医・サポート医、認知症疾
40 患医療センター、公益社団法人「認知症の人と家族の会滋賀県支部」が運営する『もの忘れ介

1 護相談室』などがあります。また、各市町では、認知症カフェや介護者の会などが開催されて
2 います。

3 ○ 認知症の人が安心して話ができる場や認知症の人本人による相談活動（ピアサポート活動）
4 が各地域で展開されており、今後も充実を図る必要があります。

5 ○ 若年性認知症の人や家族のニーズに対応するため、令和2年(2020年)10月から、若年性認知
6 症の人や家族等を総合的に支援する若年性認知症支援コーディネーターを2か所の認知症疾患
7 医療センターに配置するとともに、令和3年度(2021年度)からは県内すべての認知症疾患医療
8 センターにおける専門医療相談の中で、相談に対応しています。また、若年性認知症の人や家
9 族への支援が途切れ、孤立することがないように、居場所づくりや支援者育成、支援者の見える
10 化などに取り組んでいます。

11 ○ 令和4年度(2022年度)の滋賀の医療福祉に関する県民意識調査では、認知症の医療について、
12 「変化に気づいたら早期に医療機関を受診すべきである」と回答した人は83.2%である一方で、
13 「困りごとが生じた段階で医療機関を受診すべきである」と回答した人は28.1%、「医療機関
14 を受診する場合、どの診療科を受診していいかわからない」と回答した人は36.2%となってい
15 ます。

16 ○ また、同調査では、認知症に関する相談機関や制度で知っているものとして、病院が最も多
17 く(49.1%)、次いで市町の地域包括支援センター(44.7%)となっています。一方で、「いず
18 れも知らない」は、26.8%となっています。

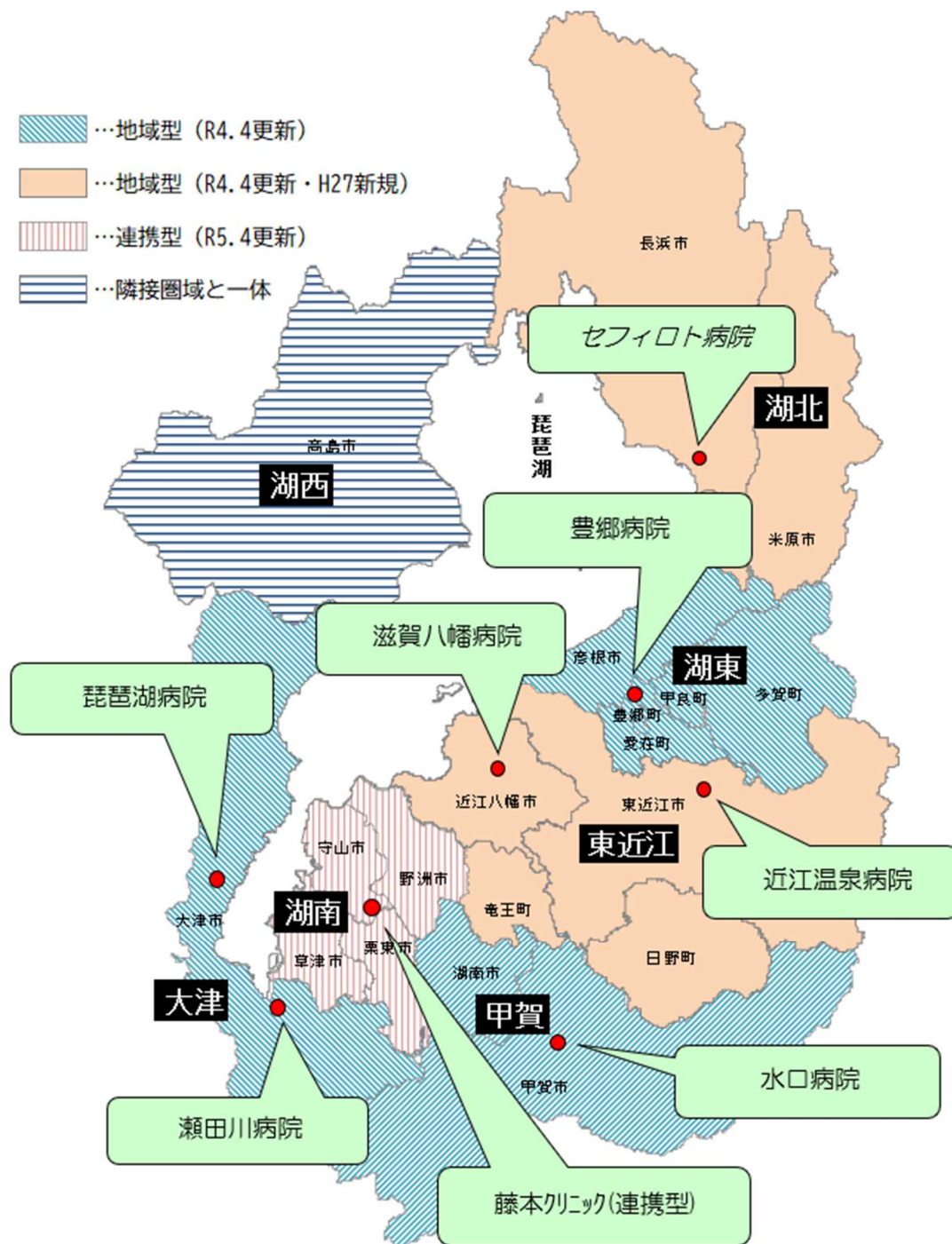
19 ○ 認知症の発症初期では相談につながりにくく、日常生活に困難が生じてから相談や支援につ
20 ながるという課題もあることから、認知症の人や家族が孤立することなく、必要と感じた時に
21 気軽に相談することができ、適切な支援を受けることができるよう体制整備が必要です。

22 ○ 認知症の病状に応じた適切な医療や介護サービスの流れを示すとともに、各々の状況に最も
23 適する相談先や受診先を整理した「認知症ケアパス」については、全市町で作成されています。
24

1

2 図3-3-13-2 認知症疾患医療センター

◎滋賀県の二次医療圏域と認知症疾患医療センターの位置



3

4

(4) 認知症の人の社会参加

- 認知症になったあとも、その人が持つ個性と能力を発揮し、生きがいをもって暮らし続けていくためには、社会の中で役割を持ち、それを活かせる環境づくりが重要です。
- 令和4年度(2022年度)診療報酬改定で、「療養・就労両立支援指導料」の対象疾患に「若年性認知症」が加わり、認知症の治療を受けながら、仕事を両立するための両立支援が促進されています。
- 令和4年度(2022年度)滋賀県治療と仕事の両立支援に関する事業所調査では、「過去5年間に認知症で治療中の労働者がいる、またはかつていた」とする事業所は約2%でした。認知症と診断された後も、本人の意欲や能力に応じて就労が継続できるよう、認知症に関する企業の理解促進や配慮について、引き続き働きかけていく必要があります。
- また、退職後であっても、認知症の人の個性や能力を生かして、ボランティアや地域活動、趣味の活動など、多様な社会参加の機会を選択できる環境整備が必要です。

(5) 認知症の人に対する医療・介護の充実

- 認知症の人や家族が認知症とともに住み慣れた地域で暮らし続けるためには、早期診断・早期対応を基本として、行動・心理症状(BPSD)や身体合併症がみられた場合にも、医療・介護の連携によって本人主体の医療・介護を基本とし、病状に応じて適切に切れ目なく支援が受けられるようにすることが重要です。
- 経済的な問題を抱える世帯や、身体疾患や精神保健上の課題を有する家族が要介護者と同居しているなど、複合課題を抱えた人が高齢期となり認知症を発症した場合、多様や背景や課題に対応するため、適切な見立てや重層的な支援体制の構築が必要です。
- 認知症の専門医療相談や鑑別診断などを実施する専門医療機関である認知症疾患医療センターは、令和5年(2023年)3月時点で6圏域に8か所あり、年間約21,000件の外来対応と、約6,700件の専門医療相談、約1,500件の鑑別診断を実施していますが、初診までに1か月から3か月を要しているセンターもあります。
- かかりつけ医の中で、日頃診察している患者の認知症を早期に発見し、状況を把握しながら必要に応じて専門医療機関への受診誘導や地域連携を行い、認知症の日常的な診療や家族への助言を行う医師を、「認知症相談医」として認定しています。また、認知症相談医の支援を行い、専門医療機関や地域包括支援センター等との連携の推進役となる「認知症サポート医」の養成を行っています。
- 令和5年(2023年)4月現在、認知症相談医は427人、認知症サポート医は169人が登録されています。認知症の人に対する相談・診断等の対応を効果的に提供するためには、かかりつけ医や専門医療機関、地域の相談機関の連携を更に強化することが必要です。
- 認知症の早期発見・早期対応につなげるための取組として、各市町に複数の専門職による認知症初期集中支援チームが設置されています。チームでは、認知症が疑われる人や認知症の人およびその家族を訪問し、観察・評価を行った上で家族支援等の初期支援を包括的・集中的に行い、自立生活のサポートを行っています。稼働状況は市町によって差がある状況です。
- 令和4年度(2022年度)において、認知症ケア加算を算定した病院は38病院となっています。また、入院中の認知機能の低下を抑え、スムーズな在宅復帰のため、認知症高齢者等への

1 院内デイケアを実施した病院は、17 病院となっています。さらに、認知症看護分野の認定看護
2 師は、令和4年（2022年）9月時点で23名となっています。

- 3 ○ 歯科医院、薬局、診療所等に所属する医療従事者等に対して、認知症の疑いのある人の早期
4 の気づきや連携を促すための認知症対応力向上研修を実施しています。
- 5 ○ また、認知症介護では、本人主体の介護を行うことにより、BPSDに適切に対応し、認知
6 症の進行を穏やかにできるようなケアの提供が求められており、認知症介護の従事する職員対
7 象の研修を実施しています。

9 (6) 認知症の予防・早期発見

- 10 ○ 認知症は加齢が最大の要因ですが、認知症の種類によっては、運動不足の改善、糖尿病や高
11 血圧症等の生活習慣病の予防や適切な管理、社会参加による社会的孤立の解消や役割の保持等
12 が認知症予防につながる可能性が示唆されています。
- 13 ○ しかし、認知症は未だその原因は十分に解明されておらず、根本的治療法も確立されていな
14 いことから、国では認知症発症や進行の仕組みの解明、予防法、診断や治療、リハビリテーシ
15 ョン、介護モデル等、様々な病態やステージを対象に研究開発を進めることとされています。
16 この研究開発で得られた成果については随時周知を図っていく必要があります。
- 17 ○ また、軽度認知障害（以下「MCI」という。）も含む認知機能低下のある人や認知症の人を
18 早期に発見し、対応が行えるよう、知識の普及や支援にあたる認知症地域支援推進員、認知症
19 初期集中支援チーム等のスキルアップが必要です。

22 具体的な施策

23 (1) 認知症に対する正しい知識と認知症の人に関する正しい理解を深めることができている

- 24 ○ 認知症に関する正しい知識や理解を普及するため、ホームページやSNSなどを活用した情
25 報発信に取り組みます。
- 26 ○ 世界アルツハイマーデー（認知症の日）等の機会をとらえて、認知症に関する普及・啓発に
27 取り組みます。
- 28 ○ 図書館や公民館など地域の交流拠点において、認知症の啓発を市町とともに推進します。
- 29 ○ 認知症サポーターの養成、キャラバン・メイトの養成、認知症サポーター養成講座の修了者
30 活用促進を市町とともに推進します。
- 31 ○ 企業や小・中学校など様々な団体に向けて、認知症サポーター養成講座などへの受講の働き
32 かけを行うなど、認知症の正しい知識と対応方法についての普及・啓発に取り組み、認知症に
33 対する理解を促進します。

35 (2) 認知症の本人や家族が地域の一員として、安心して自立した日常生活を営み続けることができ 36 ている

- 37 ○ 認知症の人や家族等の地域での困りごとなどに対し、認知症サポーター等による支援の仕組
38 みづくり(チームオレンジなど)がさらに広がるよう支援します。
- 39 ○ 認知症の人が安全に外出できるように、地域住民による見守りネットワークの構築支援や、
40 行方不明になった際に早期に発見・保護ができるよう、ICT機器の活用や警察などとの連携

- を進めます。
- 認知症により運転免許証を返納した高齢者に対して、自主返納高齢者支援制度などを活用しながら、買い物・外出が困難な人に対する移動支援などの充実を図ります。
 - 地域の実情に応じて、認知症の人やその家族等が自分らしく地域で生活することを目的に、ネットワークの構築や関係機関と連携した事業の企画・調整を行う認知症地域支援推進員の活動を支援します。
 - 認知症サポーターやキャラバン・メイトの養成、企業への出前研修、就労継続支援などを通して、企業・団体等と協働の推進を図ります。
 - 認知症の人の生活をサポートする事業所等(交通機関、金融機関、小売店、図書館等)の情報共有を通じて、取組の拡大を図ります。
 - 認知症カフェや介護者の会、仲間づくりや社会的交流、認知症に対する学習や相談ができる機会の情報を集約して発信します。
 - 市町で作成されている認知症ケアパスの点検・整理や、周知・活用をさらに推進します。
 - 若年性・軽度認知症の支援機関や支援内容について、ホームページやSNSなどを活用して周知を図ります。
 - 公益社団法人「認知症の人と家族の会滋賀県支部」などの介護経験者による相談対応や、ピアサポート活動を支援し、家族等への支援の充実を図ります。
 - 認知症の人が自身の思いやニーズを語り合う「本人ミーティング」など本人発信の機会や場の普及を図り、認知症施策へ当事者の意見を反映するよう努めます。
- (3) 認知症の本人や家族の社会参加の機会が確保され、その個性と能力を十分に発揮することができている**
- 就労中の人や認知症になっても、本人の意欲や能力に応じた就労を継続できるよう、企業の人事担当者向けの研修や治療と仕事の両立支援に関する情報提供を行うなど、就労継続に向けた環境整備が行えるよう支援します。
 - 就労継続のほか、障害福祉分野での雇用(障害福祉サービスの利用)、地域の中での社会参加(就労的活動、ボランティア、趣味の活動)等、介護保険利用前から、安心して通える場、その人にあった形での社会参加が図られる仕組みづくりを進めます。
- (4) 認知症の人に対する医療・介護サービス等が切れ目なく適切に提供されている**
- 認知症の人に対する早期診断や適切な医療・介護等を受けられるよう初期対応を行う認知症初期集中支援チームが円滑に活動を行うための支援を行います。
 - 認知症疾患医療センターにおける専門的医療機能、地域連携拠点機能を充実させ、地域の関係機関・団体とともに、診断後の認知症の人や家族等に対する相談支援についても取り組みます。
 - 精神科病院などからの円滑な退院、一般病院における院内デイケアの実施等、認知症高齢患者の在宅復帰への支援体制を充実します。
 - 認知症相談医の養成研修を実施し、認知症サポート医、認知症疾患医療センターとの連携を強化します。
 - 医療機関や地域などで認知症ケアのリーダー的役割が期待される認知症看護認定看護師の拡

- 1 大を図るための支援を行います。
- 2 ○ 医療従事者向けの認知症対応力向上研修やフォローアップ研修を通して、薬剤の使い方や、
- 3 認知症アセスメントの徹底、体調管理など、認知症の行動・心理症状やせん妄などの予防的介
- 4 入を推進します。
- 5 ○ 歯科医師・薬局薬剤師・病院・診療所等の医療従事者の認知症対応力向上のための研修を実
- 6 施し、認知症の早期発見や適切な相談を推進します。
- 7 ○ 認知症介護に携わる介護従事者への認知症対応力向上研修を実施し、介護人材の資質の向上
- 8 を図ります。
- 9 ○ 認知症に関わる医療・介護従事者の研修を通して、認知症の人の意向をくみ取り、本人の病
- 10 状等に応じた伴走型の支援を推進します。
- 11 ○ 若年性認知症の人や家族等に対して、介護保険や障害サービスへのつながりや、就労継続支援
- 12 など個々の状態に応じた総合的な支援の調整を若年性認知症支援コーディネーター等により行
- 13 います。
- 14 ○ 認知症の医療や介護、地域づくりなど、現場の前向きな取組の発信と共有を行い、医療・介
- 15 護従事者をはじめとした認知症の人の支援者が、互いに高め合える「滋賀県認知症フォーラム」
- 16 を実施します。

17

18 **(5) 認知症リスク低減に資する可能性のある健康増進や介護予防等の活動に取り組み、認知機能低**

19 **下の兆しに気づいた段階で相談ができています**

- 20 ○ 生活習慣病の予防や適切な管理、社会参加の促進など、生涯を通じた心身の健康づくりを推
- 21 進するとともに、介護予防やリハビリテーション等の専門職と連携した自立支援のためのマネ
- 22 ジメントの推進や住民主体で運営する「通いの場」への効果的な関与を通じた認知機能低下を
- 23 予防する取組を促進します。
- 24 ○ 認知症の症状や軽度認知障害に関する知識の普及啓発を進め、本人・家族や周囲の人が、早
- 25 期に適切な機関へ相談できるよう市町とともに取り組みます。

26

27 **《数値目標》**

目標項目	現状値 (R4)	目標値 (R11)	備考
認知症になったとき、住み慣れた地域で暮らし続けることができると思う人の割合	26.5%	現状値より増加	

28

29

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	認知症に関する正しい知識や理解の普及のため、ホームページやSNSなどを活用した情報発信	1	認知症に対する正しい知識と認知症の人に関する正しい理解を深めることができる	1	認知症を我が事としてとらえ、認知症を発症しても、希望と尊厳をもって、認知症とともに、誰もが自分らしく安心して暮らし続けている		
2	世界アルツハイマーデーおよび月間の機会をとらえた、普及・啓発						
3	図書館や公民館などの地域交流拠点における認知症の啓発						
4	認知症サポーターの養成、キャラバンメイトの養成、認知症サポーター養成講座の修了者活用促進						
5	認知症サポーター等による実際の支援が行われるような仕組みづくり(チームオレンジなど)の推進					2	認知症の本人や家族が地域の一員として、安心して自立した日常生活を営み続けることができる
6	地域での見守りネットワークの構築、検索ネットワークづくりやICTを活用した検索システムの普及						
7	運転免許証を返納した高齢者等に対し、自主返納高齢者支援制度などを活用や、買い物・外出が困難な人に対する移動支援などの充実						
8	地域の実情に応じたネットワークの構築や関係機関と連携した事業の企画・調整を行う認知症地域支援推進員の養成と活動支援						
9	認知症サポーターやキャラバン・メイトの養成、企業への出前研修、就労継続支援などを通じた、企業・団体等と協働の推進						
10	認知症の人の生活を手助けする事業所等(交通機関、金融機関、小売店、図書館等)の拡大						
11	仲間づくりや社会的交流、認知症に対する学習や相談ができる機会等の情報の集約・発信						
12	市町で作成されている「認知症ケアパス」の点検・整理や、周知・活用						
13	若年性・軽度認知症の支援機関や支援内容について、ホームページやSNSなどを活用した周知						
14	認知症介護経験者による相談対応や相談窓口の設置や、ピア活動の支援						
15	「本人ミーティング」など本人発信の機会や場の普及し、当事者の意見を施策に反映						
16	認知症の人の就労継続に向けた企業の人事担当者向けの研修や、治療と仕事の両立支援に関する情報提供など就労継続に向けた環境整備への支援	3	認知症の本人や家族の社会参加の機会が確保され、その個性と能力を十分に発揮することができる				
17	障害福祉分野での雇用、地域中での社会参加等、介護保険利用前から、安心して通える場、その人にあった形での社会参加が図られる仕組みづくり						
18	認知症初期集中支援チームが円滑に活動を行うための支援	4	認知症の人に対する医療・介護サービス等が切れ目なく適切に提供されている				
19	認知症疾患医療センターにおける専門的医療機能、地域連携拠点機能、診断後支援の充実						
20	精神科病院などからの円滑な退院、一般病院における院内ケアの実施等、認知症高齢者の在宅復帰への支援体制を充実						
21	認知症相談医の養成研修を実施し、認知症サポート医、認知症疾患医療センターとの連携を強化						
22	認知症看護認定看護師の拡大を図るための支援						
23	認知症の行動・心理症状やせん妄などの予防的介入を推進するための医療従事者向けの認知症対応力向上研修やフォローアップ研修の実施						
24	歯科医師・薬局薬剤師・病院・診療所等の医療従事者の認知症対応力向上研修の実施						
25	介護人材の認知症対応力向上を図るための研修の実施						
26	認知症の人の意向をくみ取り、本人の病状等に応じた伴走型の支援を推進						
27	若年性認知症支援コーディネーター等による若年性認知症の人や家族等に対する総合的な支援の調整						
28	医療・介護従事者をはじめとした認知症の人の支援者が、互いに高め合える滋賀県認知症フォーラムを実施						
29	生活習慣病(高血圧、糖尿病等)対策の推進			5	認知症リスク低減に資する可能性のある健康増進や介護予防等の活動に取り組み、認知機能低下の兆しに気づいた段階で相談ができる		
30	自立支援のためのマネジメントの推進や住民主体で運営する「通いの場」への効果的な関与を通じた認知機能低下を予防する取組の促進						
31	認知症の症状やMCIに関する知識の普及啓発を進め、本人・家族や周囲の人が、以前と違う変化を感じた段階で、適切な機関へ相談できる体制整備						

1 14 慢性腎臓病

目指す姿

- 全ての県民が、慢性腎臓病（CKD）について知り、発症・重症化を予防でき、病気になっても安心・安全な暮らしが継続できている

取組の方向性

- (1) 慢性腎臓病（CKD）予防に関する啓発および健診による早期発見ができています
- (2) かかりつけ医と専門医との連携等、多職種連携体制による重症化予防対策の推進ができています
- (3) 慢性腎臓病（CKD）予防・医療を担う人材育成支援ができています
- (4) 透析患者への災害時支援体制の充実ができています

現状と課題

(1) 慢性腎臓病（CKD）の現状と課題

- 慢性腎臓病（CKD）（以下「CKD」という。）は、原因疾患を問わず慢性に経過する腎臓病を包括するもので、腎機能（糸球体ろ過量 GFR*）等により、ステージ1～5期に分類されます。
- 腎臓は「沈黙の臓器」と言われ、自覚症状が乏しく、症状を自覚した時には、腎疾患が既に進行していることが少なくありません。血液障害を引き起こす糖尿病、高血圧、脂質異常症等の生活習慣病や加齢が腎疾患の主な発症リスクになります。また、CKD は、脳卒中や心筋梗塞等の心血管疾患のリスクを高めるため、予防、早期発見、適切な治療や保健指導により重症化を予防することが重要です。
- CKD 患者（20 歳以上のステージ3 以上と尿蛋白(+)以上）は、全国で約 1,330 万人、成人人口の 12.9%と推計されており、本県の患者数は約 14 万人と推計されます。（平成 23 年度厚生労働省研究班）
- 腎不全が原因の死亡者数は 327 人、死亡者数全体の約 2.2%(全国約 2.0%) を占めます。（令和 4 年人口動態調査）
また、年齢調整死亡率（人口 10 万人対）は、男性は 27.0（全国 28.7）、女性は 13.8（全国 13.7）と全国より男性が低い状況です。（令和 3 年人口動態調査より計算）
- 「CKD という病気を知っている」県民は 32.7%、「聞いたことがあるがどんな病気か知らない」は 28.7%、「聞いたことがない」は 38.5%でした。（令和 5 年 5 月県政モニターアンケート）
- 県内の日本腎臓学会専門医は 59 名です。二次保健医療圏別では、大津 28 人、湖南 14 人、甲賀 5 人、東近江 6 人、湖東 0 人、湖北 5 人、湖西 1 人となっています。（日本腎臓学会 平成 29 年 5 月）
- CKD の概念や予防について理解されている県民の割合が低いため、あらゆる機会をとらえて啓発をしていく必要があります。

(2) 特定健康診査・保健指導の現状と課題

- 令和 3 年度（2021 年度）の特定健康診査の受診率は 60.0%（全国平均 56.2%）、特定保健指導実施率は 26.3%（同 24.7%）でした。

- 1 ○ 県内すべての国民健康保険（以下「市町国保」という。）の特定健康診査において、平成 24
2 年度（2012 年度）から血清クレアチニン検査*が健診項目に、平成 30 年度(2018 年度)から、
3 全保険者の特定健診診査の詳細項目に追加され、腎機能の評価に活用できるようになっていま
4 す。
5 ○ 発症・重症化予防のためには、県民が定期的に健診を受診することによる早期発見、ハイリ
6 スク者への受診勧奨、適切な保健指導や治療体制の充実、人材の育成等が必要です。

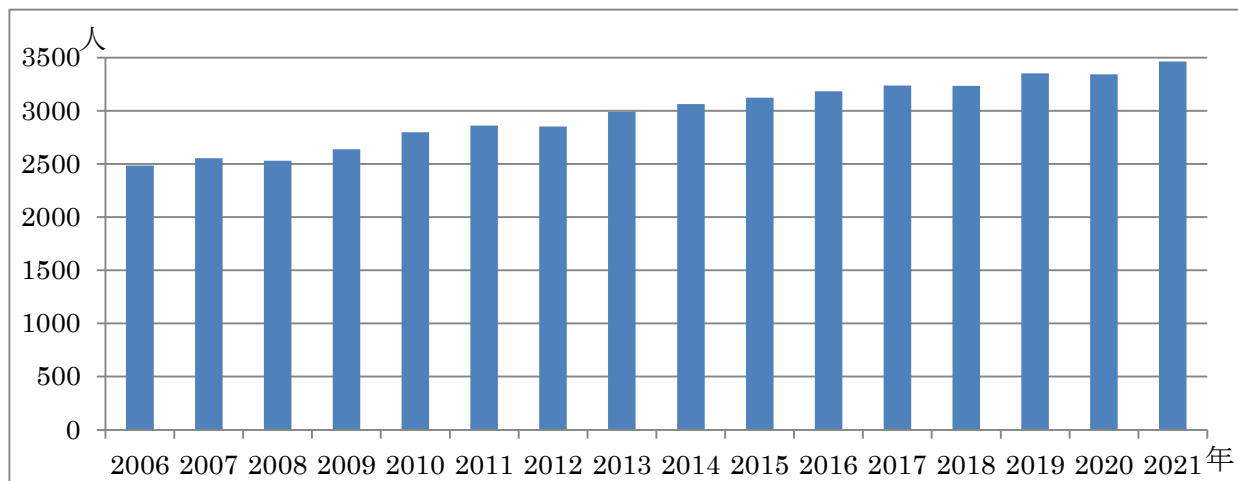
7 8 (3) 関係機関連携の現状と課題

- 9 ○ CKD 連携クリティカルパスは、全ての二次保健医療圏で使用されており、CKD シールの活用も
10 されてきていますが、地域により運用件数に差があります。
11 ○ 慢性腎臓病医療連携推進研究事業を滋賀医科大学に委託し、県民に向けた慢性腎臓病啓発の
12 ための市民公開講座の開催、医療連携ネットワーク体制の構築や多職種連携等の取組を推進し
13 てきました。
14 ○ CKD の診療連携を充実させるため、かかりつけ医に対する腎臓専門医への紹介基準の啓発や、
15 栄養ケアステーション等を活用した栄養指導、運動指導、薬剤師による服薬指導等、多職種連
16 携による療養指導の推進が必要です。
17 糖尿病による透析導入の増加を抑制するために、糖尿病性腎症重症化予防の取組と連携した
18 取組が必要です。
19 ○ 医療連携ツール（CKD 連携クリティカルパス、糖尿病連携手帳、ICT）の運用や CKD シール
20 の啓発・活用による医療連携の充実が必要です。

21 22 (4) 慢性透析の現状と課題

- 23 ○ 県内の慢性透析患者数は年々増加しており、令和 3 年（2021 年）12 月末現在で維持透析患者
24 は 3,464 人となっています。新規透析導入原疾患の占める割合では、糖尿病性腎症が 37.7%と
25 最も高く、次いで腎硬化症 21.0%、慢性糸球体腎炎 9.8%となっています。（日本透析医学会、
26 滋賀腎・透析研究会）
27 ○ CKD 対策は、原疾患となる糖尿病や高血圧など生活習慣病対策と連携した対応が必要です。
28 ○ 災害時支援体制の整備として、災害時支援体制の整備として、県大規模災害発生時マニユア
29 ル（人工透析担当マニュアル）とともに透析患者に人工透析患者災害時支援シートを配布して
30 います。
31 ○ 災害時支援においては、平常時からの患者や関係機関の備えが重要であり、災害時に適切に
32 対応できるように日頃からの関係者間の連携を充実する必要があります。

1 図3-3-14-1 透析患者数の推移



出典：日本透析医学会、滋賀腎・透析研究会 調査

4 表3-3-14-2 透析実施医療機関

医療圏域	区分	医療機関名	所在地	医療圏域	区分	医療機関名	所在地
大津	病院	大津赤十字病院	大津市	東近江	病院	近江八幡市立総合医療センター	近江八幡市
		市立大津市民病院	大津市			東近江敬愛病院	東近江市
		地域医療機能推進機構滋賀病院	大津市			神崎中央病院	東近江市
		琵琶湖養育院病院	大津市			日野記念病院	日野町
		滋賀医科大学医学部附属病院	大津市		診療所	若林クリニック	近江八幡市
		琵琶湖大橋病院	大津市			ちとせ長命診療所	近江八幡市
	診療所	瀬田クリニック	大津市			山崎クリニック	東近江市
		わたなべ湖西クリニック	大津市		布引内科クリニック	東近江市	
		いしはらファミリークリニック	大津市		湖北	病院	彦根市立病院
湖南	病院	淡海ふれあい病院	草津市	友仁山崎病院			彦根市
		近江草津徳洲会病院	草津市	豊郷病院			豊郷町
		県立総合病院(旧成人病センター)	守山市	診療所		池田クリニック彦根	彦根市
		済生会守山市市民病院	守山市	病院		長浜赤十字病院	長浜市
		済生会滋賀県病院	栗東市			市立長浜病院	長浜市
		野洲病院	野洲市		長浜市立湖北病院	長浜市	
診療所	富田クリニック	草津市	診療所	下坂クリニック	長浜市		
	第二富田クリニック	草津市	湖西	病院	今津病院	高島市	
	おおし腎透析クリニック	野洲市			高島市民病院	高島市	
甲賀	病院	公立甲賀病院	甲賀市	病院	27 施設	-	
		甲南病院	甲賀市		15 施設	-	
		生田病院	湖南市		合計	42 施設	-
	診療所	ハートクリニックこころ	甲賀市	出典：「人工透析実施医療機関調査」(令和5年)(滋賀県)			
		荒川クリニック	湖南市				
		小川診療所	湖南市				

1 具体的な施策

2 (1) 慢性腎臓病（CKD）予防に関する啓発および健診による早期発見ができています

3 ア CKD 予防に関する啓発

- 4 ○ CKD は、自覚症状がなく健診での早期発見が重要であること、生活習慣の改善や適切な治療、
5 糖尿病や高血圧の適切な管理により予防が可能なことなどについて、患者団体や関係機関が連
6 携して県民や医療保健関係者への普及啓発を図ります。

7 イ 健診による早期発見と受診勧奨

- 8 ○ 各保険者や市町、事業者等健診の実施主体は、特定健康診査受診率向上に向けた働きかけを
9 促進するとともに、健康診査の結果、CKD を早期発見し、医療機関受診が必要な人が確実に受
10 診できる体制の整備に取り組みます。また、レセプトデータとの照合等により高リスク者を抽
11 出し、医療機関の受診につなげることができるよう体制を整備します。

13 (2) かかりつけ医と専門医との連携等、多職種連携体制による重症化予防対策の推進ができています

- 14 ○ 滋賀県慢性腎臓病対策推進協議会を設置し、CKD のステージに応じ、予防・早期発見、早期
15 治療、重症化予防まで切れ目なく必要な支援が行えるよう、関係機関および多職種連携による
16 支援体制を構築します。

17 ア かかりつけ医と連携した保健指導

- 18 ○ 滋賀県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき、関係機関が連携し、受診勧奨や保健指
19 導等に取組みます。

20 また、かかりつけ医は、専門職（保健師、管理栄養士、薬剤師等）を活用した保健指導の実
21 施を推進します。

22 イ かかりつけ医と専門医との連携等の推進

- 23 ○ 適切な時期に専門医療につながるよう、専門医への紹介基準の啓発や、かかりつけ医と専門
24 医の連携体制の構築を推進します。
- 25 ○ 医療連携ツールの運用やCKDシールの活用により、患者に関わる多職種連携を促進します。

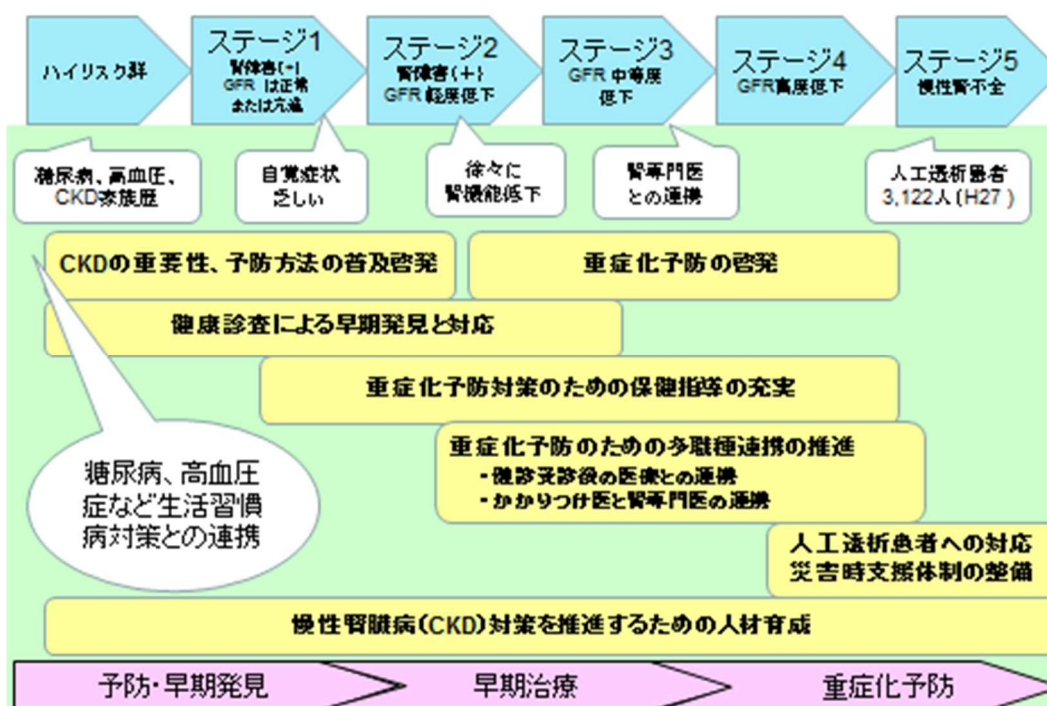
27 (3) 慢性腎臓病（CKD）予防・医療を担う人材育成支援ができています

- 28 ○ 県や関係団体は、慢性腎臓病の予防、重症化予防のための適切な保健指導を推進するため、
29 保健師、管理栄養士等の保健指導従事者の研修を行います。また、連携の促進をめざし、かか
30 りつけ医となる診療所の医師等の研修を行います。

32 (4) 透析患者への災害時支援体制の充実ができています

- 33 ○ 災害時に透析患者に対して、円滑な支援ができる体制を整えるため、以下の取組を進めます。
- 34 ○ 県は、災害時支援を充実するため「人工透析患者災害時支援シート」の周知と活用促進に努
35 めます。
- 36 ○ また、災害時に備えた訓練等を行い、滋賀県腎臓病患者福祉協会や滋賀腎・透析研究会琵琶
37 湖災害時ネットワークを通じて関係機関との連携を推進します。

1 図3-3-14-3 慢性腎臓病（CKD）のステージと施策の方向



2
3
4

《数値目標》

目標項目	現状値 (R5)	目標値 (R11)	備考
目指す姿 (分野アウトカム)			
糖尿病性腎症による新規透析導入患者数	163人 (R3)	増加の抑制 (163人以下)	
取組の方向性 (中間アウトカム)			
県民の慢性腎臓病 (CKD) 認知度 (CKD について知っている)	32.7%	40%	
滋賀糖尿病療養指導士の数	429人 (R4)	増加	
慢性腎臓病療養指導士の数	21人	増加	
透析災害情報伝達シミュレーション訓練の参加医療機関数	全施設見込み	全施設	
具体的な施策 (アウトプット)			
特定健康診査受診率	60.0% (R3)	70%以上	
特定健康指導実施率	26.3% (R3)	45%以上	

5
6

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)
----	---------------

慢性腎臓病(CKD)の予防				
1	生活習慣とCKDの関係や適切な疾患管理などの知識の普及			
	<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">指標</td> <td>国特定健康診査受診率</td> </tr> <tr> <td>国特定保健指導実施率</td> </tr> </table>	指標	国特定健康診査受診率	国特定保健指導実施率
	指標		国特定健康診査受診率	
国特定保健指導実施率				
2	食生活改善や運動習慣の定着に向けた支援			

1	慢性腎臓病(CKD)予防に関する啓発および健診による早期発見ができています
指標	県民の慢性腎臓病(CKD)認知度(CKDを知っている)

健診による早期発見と受診勧奨	
1	各保険者や市町、事業者等の健診実施主体による特定健康診査および特定保健指導へつなげるための支援
2	健康診査の結果、医療機関受診が必要な人が確実に受診できる体制の整備の推進
3	レセプトデータとの照合等により高リスク者を抽出し、医療機関の受診につなげる体制整備の推進

かかりつけ医と連携した保健指導	
4	滋賀県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき、関係機関が連携し、受診勧奨や保健指導等の実施
5	かかりつけ医は、専門職(保健師、管理栄養士、薬剤師等)を活用した保健指導の実施

2	かかりつけ医と専門医との連携等、多職種連携体制による重症化予防対策の推進ができています
---	---

1	全ての県民が、慢性腎臓病(CKD)について知り、発症・重症化を予防でき、病気になっても安心・安全な暮らしが継続できる
指標	糖尿病性腎症による新規透析導入患者数の減少

かかりつけ医と専門医との連携等の推進	
6	専門医への紹介基準の啓発
7	かかりつけ医と専門医の連携体制の構築の推進
8	医療連携ツールの運用やCKDシールの活用により、患者に関わる多職種連携の促進

9	保健師、管理栄養士等の保健指導従事者の研修
10	かかりつけ医となる診療所の医師等の研修

3	慢性腎臓病(CKD)予防・医療を担う人材育成支援ができています
指標	国滋賀糖尿病療養指導士の数
	国慢性腎臓病療養指導士の数

11	「人工透析患者災害時支援シート」の周知と活用促進
12	災害時に備えた訓練等を行い、関係機関との連携を促進

4	透析患者への災害時支援体制の充実ができています
指標	国透析災害情報伝達シミュレーション訓練の参加医療機関数

2
3

15 難病

目指す姿

- 難病患者とその家族が、必要な医療および支援を受けながら住み慣れた地域で自分らしく生きがいをもって生活ができる

取組の方向性

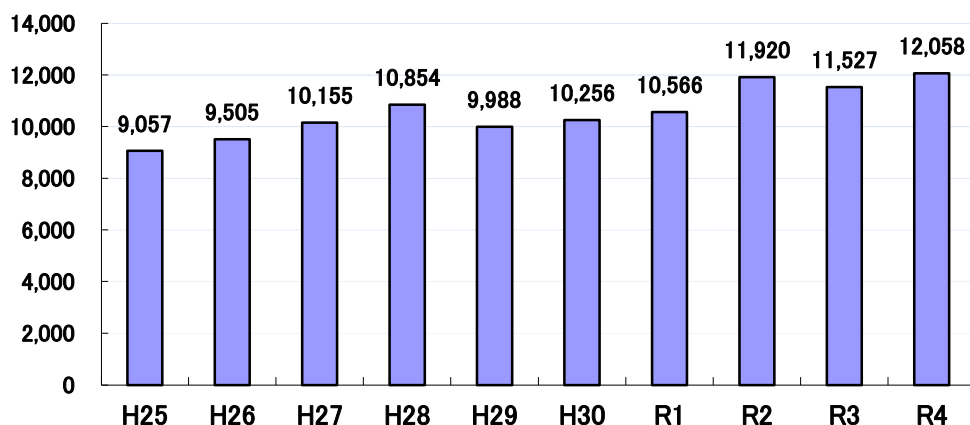
- (1) 難病患者・家族が医療費制度を知り、診断後早期に申請することができる
- (2) 患者が早期に診断され、身近な医療機関で外来・在宅・入院医療を受けることができる
- (3) 難病患者・家族が困りごとを支援者に相談し、療養に必要な支援を受けることができる
- (4) 難病患者や家族が必要な社会資源や福祉施策を知り活用することができる
- (5) 難病患者が災害等発生時にも療養生活を継続することができる

現状と課題

(1) 医療費助成制度

- 難病の患者に対する良質かつ適切な医療の確保と、療養生活の質の向上を図るため、「難病の患者に対する医療等に関する法律」（以下「難病法」という。）に基づき、指定難病の患者に対し、医療費の一部を助成しています。
- 令和5年（2023年）4月1日現在、338疾病が難病法に基づく医療費助成の対象であり、対象となる疾病の追加については引き続き検討が進められています。
- 本県における指定難病受給者数は年々増加し、令和5年（2023年）3月末現在12,058人となり、この10年で約1.4倍となっています。
- ホームページや医療機関、保健所等から難病社会資源ガイド等による周知を実施していますが、制度がわかりにくい、支援者が制度を十分理解できていないという声があります。

図3-3-15-1 指定難病受給者数



(2) 難病医療提供体制

- 平成30年（2018年）10月1日、滋賀県難病医療提供体制整備事業の要綱を改正し、難病診療ネットワークの拠点となる「難病診療連携拠点病院」、専門領域の診断と治療を提供する「難

1 病診療分野別拠点病院」、身近な医療機関での医療とケアを実施する「難病医療協力病院」を指
2 定し、難病医療提供体制を推進しています。

3 ○令和5年（2023年）4月1日現在、難病診療分野別拠点病院は18病院（136診療科）、難病医
4 療協力病院は26病院を指定しています。

5 ○平成28年（2016年）3月にNPO法人滋賀県難病連絡協議会がまとめた「難病患者等の生活
6 と福祉ニーズに関する実態調査結果報告書」によると、疾病を発症したと思われる時期から診
7 断に要した年月が1年以上かかった患者が約30%でした。引き続きデータ分析を実施し、より
8 早期に診断が受けられる体制構築が必要です。

9 ○難病診療連携の拠点である滋賀医科大学に、平成27年度（2015年度）より難病医療支援体
10 制推進事業を委託しています。難病コーディネーターを配置し、医療相談、従事者研修、病院
11 間の連絡調整など、拠点病院等のネットワークの構築を目指す取組を行っています。

12 ○難病の特性を理解して、適切な医療・看護を提供するため、医療従事者の資質の向上が必要
13 です。

14 ○小児慢性特定疾病児童等は成人後も引き続き小児科で治療を受けている現状があるため、小
15 児期と成人期の診療科が連携し、小児科から各診療科へスムーズに移行できる診療体制を構築
16 する必要があります。

17 18 (3) 療養支援体制

19 ○24時間医療ケアを必要とする在宅重症難病患者(人工呼吸器装着・酸素療法・たん吸引)は、
20 県内で363人(令和4年度おたずね票集計結果)であり、年々増加しています。介護者に多大
21 な介護負担がかかるため、24時間在宅療養を支える社会資源(訪問診療、訪問看護等)が必要
22 です。

23 ○介護者の休息等のためのレスパイト入院を進めるため、在宅重症難病患者の一時入院を受け
24 入れた病院に助成しています。令和4年度、協力医療機関は39病院です。

25 ○滋賀県難病相談支援センターでは、患者および家族への相談支援や医療講演会、交流会、ピ
26 ア・サポート、就労支援等を実施しています。

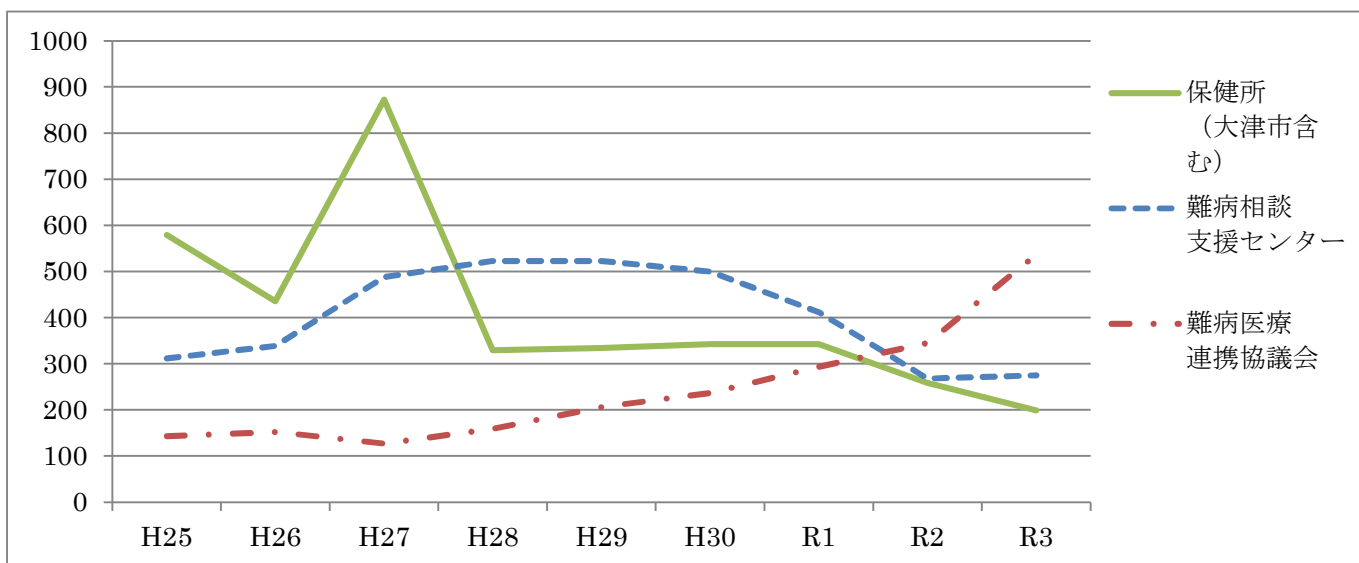
27 ○各保健所で難病に関する相談・医療講演会等を実施するとともに、疾病それぞれの特性や患
28 者および家族の状況により、在宅療養・リハビリテーション・各種機器の紹介・就労等様々な
29 困りごとに対し、市町をはじめとした関係機関とともに支援を行っています。

30 ○各保健所では、難病対策地域協議会を設置し、地域における難病患者への支援体制に関する
31 課題について関係機関と情報を共有するとともに、体制整備について協議を行っています。

32 ○県立リハビリテーションセンターでは、神経難病を中心にリハビリ専門相談や従事者研修会
33 を実施しており、引き続き難病患者に対するリハビリテーションを推進する必要があります。

34 ○地域で安心して難病患者が療養するためには、在宅療養を支える医療・看護・介護・福祉関
35 係者の資質の向上と連携が必要です。また、対象疾病の増加や他分野にわたる相談に対応する
36 ためにも、一層疾病に関する幅広い知識の普及と支援の質の向上が求められています。

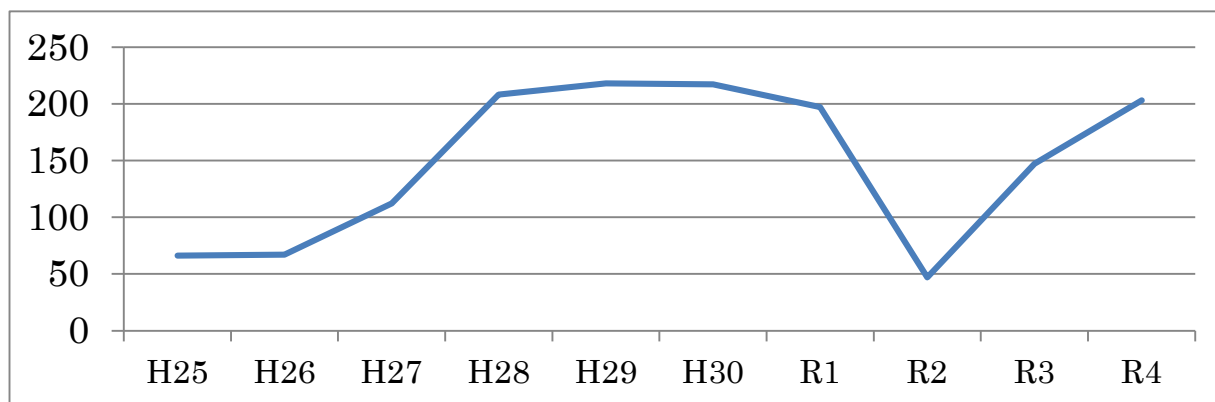
図3-3-15-2 各相談支援機関における相談件数の推移



(4) 福祉施策

- 障害者総合支援法における障害福祉サービスの対象となる難病は、令和5年(2023年)4月1日現在、366疾病となっています。
- 福祉関係者が対象疾病や難病の特性を理解して適切な支援を行うことができるよう、資質の向上および関係機関の役割の理解と連携体制の構築が必要です。
- 難病相談支援センターにおいて、公共職業安定所の難病就労サポーター・働き暮らし応援センター・障害者職業センター等の他機関との連携のもと個々の状況に応じた支援を行っていますが、その相談件数は増加しており、今後は更なる就労相談支援体制の充実が必要です。
- 難病は、病名や病態が知られていないことから、社会の理解が進んでおらず、地域での支援や就業などの社会生活への参加が進みにくい状況にあります。関係団体等と協働して難病が正しく理解されるような啓発に努める必要があります。

図3-3-15-3 難病相談支援センターにおける就労相談件数推移



1
2 **(5) 災害対策**

- 3 ○ 各保健所において、平時から難病患者でライフラインの途絶により生命に危機を及ぼすおそ
4 れのある者をリストアップし、大規模地震発生時には、地域防災計画および滋賀県災害時難病
5 等在宅患者対応マニュアル等に基づき、対象者の安否確認を市町や関係機関とともに行うこと
6 としています。
- 7 ○ 市町は、災害対策基本法に基づき避難行動要支援者名簿を作成することとなっています。保
8 健所から市町への難病患者における要支援者名簿の提供は、9割の市町で実施されており（大
9 津市除く）、対象者の情報共有は進んでいます。引き続き、保健所と市町で難病患者におけ
10 る要支援者名簿の共有を図る必要があります。
- 11 ○ 県では、市町における避難行動要支援者の個別避難計画の作成を支援するため、特に医療的
12 ケアの必要な在宅人工呼吸器・酸素・吸引器を使用する指定難病患者等のための「災害時対応
13 ノート」の配布や検討の場の提供等を行っています。今後は更に保健所、市町、各関係機関が
14 連携した支援を効果的に実施する必要があります。

15
16
17 **具体的な施策**

18 県全体および各二次保健医療圏において、難病対策地域協議会で医療・看護・介護・福祉・当
19 事者等の関係機関の連携体制の構築を図り、以下の取組を進めます。

20 **(1) 難病患者・家族が医療費制度を知り、診断後早期に申請することができる**

21 患者の医療費の自己負担の軽減を図るため、以下の取組を進めます。

- 22 ○ 特定医療費（指定難病）助成制度、特定疾患治療研究事業、在宅人工呼吸器使用特定疾患
23 者訪問看護治療研究事業、先天性血液凝固因子障害等治療研究事業といった医療費助成等の制
24 度に関して、患者家族や支援者へ、より理解しやすい普及啓発に取り組みます。

25
26 **(2) 患者が早期に診断され、身近な医療機関で外来・在宅・入院医療を受けることができる**

27 難病患者を支える医療機関のネットワークを構築するため、難病医療連携拠点病院と滋賀県が協
28 働し以下の取組を進めます。

- 29 ○ 難病診療連携拠点病院・難病診療分野別拠点病院・難病医療協力病院の機能の充実、強化を
30 図ります。
- 31 ○ 専門医とかかりつけ医の連携強化を図り、早期診断の仕組みづくりを推進します。
- 32 ○ 在宅療養を支える医療機関に対し、難病患者に対する理解と受入れを促進します。
- 33 ○ 医療連携のネットワーク構築に向けて、各医療機関等との情報共有を推進する仕組みづくり
34 に取り組みます。
- 35 ○ 小児期診療科と成人期診療科の連携を推進します。
- 36 ○ 難病医療従事者の資質向上に努めます。

37
38 **(3) 難病患者・家族が困りごとを支援者に相談し、療養に必要な支援を受けることができる**

39 **ア 在宅療養支援体制の整備**

40 難病患者が安心して地域で療養できるようにするため、以下の取組を進めます。

- 介護者の休息の確保のため、重症難病患者一時入院（レスパイト入院）受入体制整備事業を継続的に実施します。
- 在宅人工呼吸器使用特定疾患患者訪問看護治療研究事業を継続する等、難病患者の在宅療養の支援体制強化に努めます。

イ 相談支援体制の整備

難病患者が必要な時に気軽に相談でき、適切な支援が受けられる環境と居場所をつくるため、以下の取組を進めます。

- 難病相談支援センターによる相談対応、講演会、交流会、ホッとサロン、ピア・サポート事業等を実施します。
- 保健所による相談対応、講演会、交流会、従事者研修会事業等を実施し、地域の支援体制の整備を図ります。
- 難病連絡協議会と連携し、集いの開催や交流会におけるピア・サポートへの支援を通して相談支援体制の充実を図ります。

ウ 多職種連携の強化および支援者の資質向上

- 保健所による難病対策地域協議会において、在宅療養生活を支える保健・医療・介護・福祉関係者の連携強化・ネットワーク構築に向けた取り組みを継続します。
- 難病の特性理解や対象疾病の増加、他分野にわたる相談に対応するため、一層疾病に関する幅広い知識の普及、支援の質の向上に努めます。

(4) 難病患者や家族が必要な社会資源や福祉施策を知り活用することができる

難病患者の適切な福祉サービスの活用と社会参加を進めるため、以下の取組を進めます。

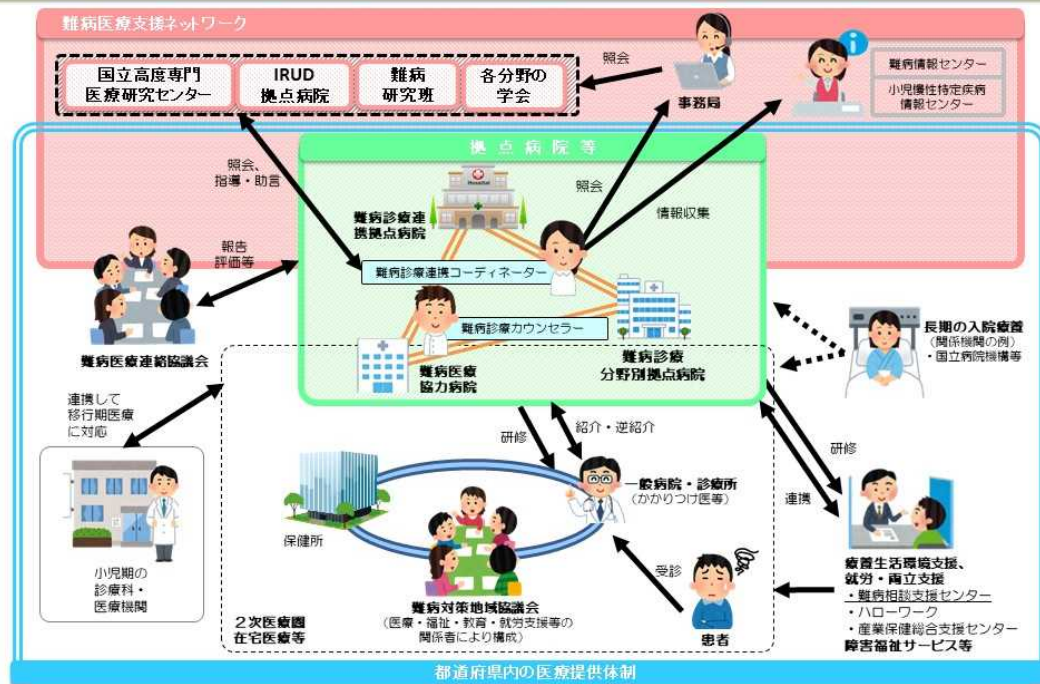
- 県民に対し、疾病や療養生活等難病に関する普及啓発に努めます。
- 難病患者に対し、障害者総合支援法に基づく福祉施策の周知に努めます。
- 市町等福祉関係者への研修会等を実施し、難病の特性の理解を推進します。
- 難病患者および医療機関に対し、治療や仕事の両立支援の周知啓発に努めます。
- 難病患者に対する就労相談関係機関の連携強化を図ります。

(5) 難病患者が災害等発生時にも療養生活を継続することができる

災害等発生時にも難病患者が療養生活を継続することができるよう以下の取組を進めます。

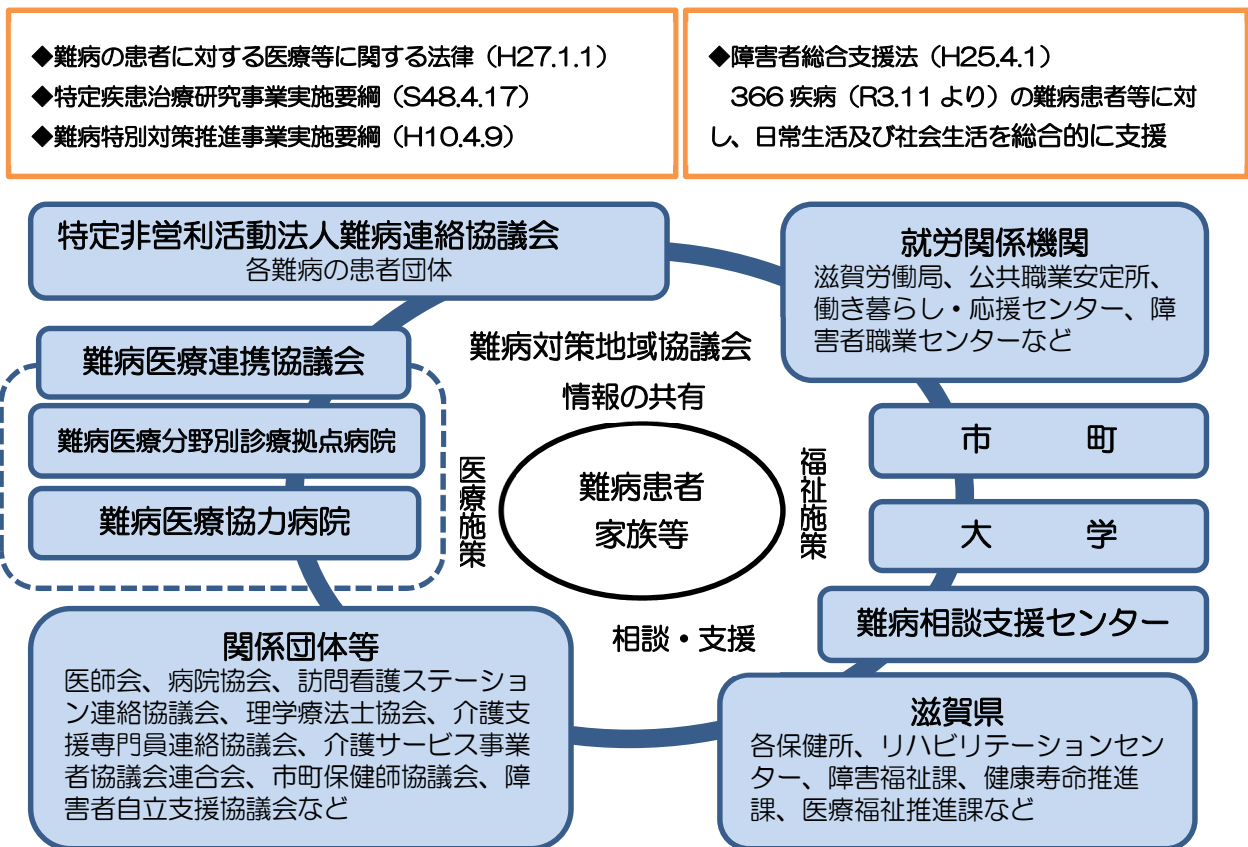
- 難病患者および家族に対し、平時からの備えについて支援します。
- 保健所は、各市町に対し、災害時要支援者名簿の情報提供を推進します。
- 保健所は、各市町に対し、避難行動要支援者の個別避難計画の策定を支援します。
- 各二次保健医療圏域において、難病対策地域協議会等を活用し、災害等発生時の支援体制整備の推進、ネットワーク構築を図ります。

図3-3-15-5 難病医療提供体制のイメージ図（厚生労働省）



出典：厚生科学審議会疾病対策部会難病対策委員会資料

図3-3-15-6 関係機関の連携による難病対策（イメージ図）



1 《数値目標》

目標項目	現状 (R5)	目標値 (R11)	備考
目指す姿（分野アウトカム）			
自分らしく生きがいをもって生活できていると答えた患者の割合	—	50%	
取組の方向性（中間アウトカム）			
神経難病患者の訪問診療が可能と回答した診療所数	77診療所	増加	
診断に要した年月が1年以上の患者の割合	30% (H28)	減少	
難病診療分野別拠点病院と難病協力病院の指定数	分野別拠点病院：136 診療科（18病院） 協力病院：26病院	維持	
おたずね票調査による相談希望者に対する支援実施の割合	—	100%	
在宅人工呼吸器使用者のうち災害時の対応に関する計画を作成済みの割合	30% (R4)	100%	

2
3

1 《ロジックモデル》

番号	具体的な施策(アウトプット)
1	医療費助成等の制度に関する普及啓発
1-1	医療費助成制度の県民への周知啓発
1-2	患者家族への周知啓発
1-3	支援者への周知啓発

2	早期診断を受けるための仕組み
2-1	難病診療連携拠点病院・分県別拠点病院・協力病院の機能を充実・強化
2-2	専門医とかかりつけ医の連携強化

3	身近な医療機関での治療
3-1	在宅療養を支える医療機関に対し、難病患者の受け入れを促進
3-2	各医療機関等との情報共有の推進
3-3	小児期診療科と成人期診療科の連携推進
3-4	難病医療従事者の資質向上

4	療養体制の整備
4-1	重症難病患者一時入院受入体制整備事業利用の充実
4-2	訪問看護等在宅療養支援体制の強化

5	身近に相談できる体制の整備
5-1	難病相談支援センターや保健所による相談対応、講演会、交流会、ホットサロン、ピア・サポート等の実施
5-2	相談窓口の周知啓発
5-3	ピアサポートへの支援の実施

6	多職種連携の強化
6-1	在宅療養生活を支える保健・医療・介護・福祉関係者の連携強化・ネットワーク構築にむけた取り組みの継続

7	支援者の資質向上
7-1	在宅療養支援従事者の資質向上

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

1	難病患者・家族が医療費助成制度を知り、診断後早期に申請することができる
---	-------------------------------------

	難病患者が早期に診断され、身近な医療機関で外来・在宅・入院医療を受けることができる
2	①神経難病患者の訪問診療が可能と回答した診療所数 ②診断に要したと思われる年月が1年以上の患者の割合 ③難病診療分県別拠点病院と難病医療協力病院の指定数

3	難病患者・家族が、困りごとを支援者に相談し、療養に必要な支援が受けられる おたすね票調査による相談希望者に対する支援実施の割合
---	--

番号	目指す姿(分野アウトカム)
----	---------------

1	難病患者とその家族が、必要な医療および支援を受けながら住み慣れた地域で自分らしく生きがいをもって生活ができる。
指標	自分らしく生きがいを持って生活できていると答えた患者の割合(おたすね票調査)

2
3

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

8	県民への普及啓発
8-1	県民に対する疾病や療養生活等、難病に関する普及啓発

9	福祉支援の充実
9-1	難病患者に対する障害者総合支援法に基づく福祉施策の周知
9-2	市町等福祉関係者の難病に関する特性の理解促進

10	就労支援の充実
10-1	就労相談の実施
10-2	難病患者および医療機関に対し、治療や仕事の両立支援についての周知啓発
10-3	難病患者に関する就労相談関係機関の連携強化

11	患者・家族の備え
11-1	難病患者および家族に対し、平時の備えについて支援

12	関係機関の備え
12-1	保健所は各市町に対し災害時要支援者名簿の情報提供を推進
12-2	保健所は各市町に対し、避難行動要支援者の個別避難計画の策定を支援

13	関係機関のネットワーク構築
13-3	各二次保健医療圏域において、難病対策地域協議会等を活用した災害時の支援体制整備の推進

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

4	難病患者や家族が必要な社会資源や福祉施策を知り活用できる。
---	-------------------------------

5	<p>難病患者・家族が災害等発生時にも療養生活を継続することができる</p> <p>指標 在宅人工呼吸器使用者のうち災害時の対応に関する計画を作成済みの割合</p>
---	--

番号	目指す姿(分野アウトカム)
----	---------------

1

16 アレルギー疾患

目指す姿

- アレルギー疾患があっても、適切な対応により、自分らしくいきいきと暮らし続けることができる

取組の方向性

- (1) 県民がアレルギー疾患に関する正しい知識を持ち、重症化予防や症状軽減のための対策を知ることができる。
- (2) アレルギー疾患患者が身近な医療機関で適切な診療を受けることができる。
- (3) アレルギー疾患患者が生活の質を維持・向上させることができる。

アレルギー疾患対策については、アレルギー疾患対策基本法（平成26年法律第98号。以下この項において「法」という。）が平成27年（2016年）12月に施行されたところであり、法第11条第1項に基づき、平成29年（2017年）3月にアレルギー疾患対策の推進に関する基本的な指針が策定されたところです。

法第13条では、都道府県は、同指針に即するとともに、都道府県におけるアレルギー疾患医療の提供状況等を踏まえ、アレルギー疾患対策の推進に関する計画を策定することができることとされており、本県においては、保健医療計画におけるアレルギー疾患対策を法に基づくアレルギー疾患対策推進計画として位置づけ、対策を講じていくこととしています。

現状と課題

(1) アレルギー疾患の現状

- アレルギー疾患は、気管支ぜん息やアトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、アレルギー性結膜炎、花粉症、食物アレルギーなど、乳幼児から高齢者まで国民のおおよそ2人に1人が何らかのアレルギー疾患を有しています。
- 複数の疾患を合併することも多く、発症、増悪、寛解、再燃を繰り返すこともあり、QOLの低下を来しやすい疾患です。
- 令和5年度学校保健実態調査では、食物アレルギーの保有者は2.49%と、年々増加傾向にあります。
- 標準的な治療を推進するため、アレルギー総合ガイドラインが作成されましたが、重症例が専門医以外で長期間治療を継続し改善していないことや、不適切なステロイド内服治療を継続されている例もあるなど、悪化・慢性化して専門医を受診されることがあります。

(2) アレルギー疾患に関する医療の現状

- 令和5年（2023年）の医療機能調査において、回答のあった医療機関（病院55、診療所803）のうち、アレルギー疾患に関する診療機能を有している病院は33か所、診療所は495か所です。（表3-3-16-1）
- 県内の一般社団法人日本アレルギー学会認定の専門医は、小児科21名、内科8名、耳鼻咽喉科7名、眼科1名、皮膚科1名、合計38名（令和5年8月現在）です。