

滋賀県保健医療計画の改定について (骨子)

【計画の位置づけ】

厚生労働大臣が定める基本方針に即して、かつ、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るための計画(医療法第30条の4第1項に基づく)

【計画期間】

令和6年度～令和11年度

(ただし、滋賀県外来医療計画および滋賀県医師確保計画は、令和9年度まで)

1

滋賀県保健医療計画改定にかかる基本的な考え方

【基本理念】

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

【目指す姿】

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

【基本的な施策の方向性】

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

2

滋賀県保健医療計画改定のポイント

【ロジックモデルを導入した政策循環の強化】

【新興感染症発生・まん延時における医療への対応】

【二次保健医療圏のあり方の検討】

【ブロック化による効率的・効果的な医療提供体制の整備】

【外来医療計画・医師確保計画の改定】

【主要分野(5疾病・6事業および在宅医療)の方向性】

ロジックモデルを導入した政策循環の強化

中間見直しで5疾病・5事業および在宅医療分野に導入したロジックモデルを他の分野にも導入予定

【ロジックモデルとは】

施策・事業の結果のみならず、各施策が計画における「目指す姿」の実現に向けてどのような影響を与えたか、また効果を発揮しているかという観点で評価を行うための論理構造図



(例)滋賀県保健医療計画中間見直し 周産期分野(抜粋)

- ・ **数値目標がどの施策に関係しているのか、指標が正しく設定されているのか**把握しやすくなる。
- ・ **施策と目指す姿の関係が可視化されることで、関係者間での認識や課題を共有しやすくなる。**

新興感染症発生・まん延時における医療への対応

【6事業目に「新興感染症発生・まん延時における医療」の追加】

5疾病(がん・脳卒中・心血管疾患・糖尿病・精神疾患)・5事業(救急・災害・小児・周産期・へき地)・在宅医療



5疾病・6事業(救急・災害・小児・周産期・へき地・**新興感染症発生・まん延時における医療**)・在宅医療

※ 具体的内容は、感染症予防計画にて記載

医療提供体制の確保に向けた協定締結

入院体制(病床の確保)

外来診療体制(発熱外来)

自宅療養者等への医療提供体制

【各分野における対応】

次期計画における基本的な施策の方向性の1つとして、
「**新興感染症にも対応できる持続可能な高度・専門医療の提供体制の充実**」

5疾病・5事業および在宅医療分野等での、
新興感染症発生・まん延時においても必要な医療が提供できる体制の整備

各分野においても
対応に向けた検討

5

二次保健医療圏のあり方の検討

二次保健医療圏・・・病院等における病床の整備を図るべき地域的単位

圏域名	構成市町数	圏域人口 (単位:人)	圏域面積 (単位:km ²)	流入率 (平成29年患者調査)	流出率 (平成29年患者調査)
大津保健医療圏	1	345,202	464.51	27.8%	26.2%
湖南保健医療圏	4	346,649	256.39	32.0%	26.3%
甲賀保健医療圏	2	142,909	552.02	18.8%	30.5%
東近江保健医療圏	4	226,814	727.97	24.7%	20.0%
湖東保健医療圏	5	155,375	392.04	21.2%	32.3%
湖北保健医療圏	2	150,920	931.41	10.7%	30.7%
湖西保健医療圏	1	46,379	693.05	6.1%	32.1%



【二次医療圏の見直し基準(厚生労働省)】

1. 人口20万人未満 2. 流入率20%未満 3. 流出率20%以上



甲賀、湖北、湖西圏域が該当

検討の結果として・・・



(参考)各圏域地域医療構想調整会議
委員への意見照会結果

維持すべき	再編すべき
88件	7件

現行の7圏域を維持する方向性

- 一律に圏域の枠組みを変えたとしても実効性に乏しく、一般的な入院医療は、現在の圏域で実施できる体制を目指す
- 特定の分野は、ブロック化による地域の医療提供体制の整備を図る
- 現在の圏域設定は、地域医師会などの関係団体や他の行政分野における圏域設定と整合性をとったものである

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

ブロック化による効率的・効果的な医療提供体制の整備

5疾病・6事業及び在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制を構築する際の圏域については、従来の二次医療圏に拘らず、患者の移動状況や地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定することができる。（本県においては、ブロック化として広域的な圏域設定により体制を整備）

【ブロック化の整備状況(令和5年4月時点)】

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

※色付きの圏域が、2次保健医療圏を超えて、広域的な圏域を設定したもの

- 【計画改定におけるブロック化の検討予定】**
- 脳卒中
 - ・ 脳血栓回収療法施行体制等の急性期医療は、救急医療体制と整合を図った4ブロック化を検討
 - 心筋梗塞等の心血管疾患
 - ・ 急性期大動脈解離等は、救急医療体制と整合を図った4ブロック化し、滋賀医科大学医学部附属病院が各ブロックと連携して全県域を対応できるように検討
 - 小児救急医療
 - ・ 周産期・救急医療と同様の4ブロック化に向けて検討

外来医療計画改定の方向性

【現状と課題(○現状 ●課題)】 本県の外来医師偏在指標

(現行計画策定時)外来医師偏在指標				(R5.4速報値)外来医師偏在指標			
圏域名	偏在指標	全国順位	区分	偏在指標	全国順位	前回順位との比較	区分
大津	118.0	55位	外来医師多数区域	125.7	41位	↑14	外来医師多数区域
湖南	98.5	156位		105.3	135位	↑21	
甲賀	83.5	267位		86.5	253位	↑14	
東近江	95.0	183位		94.8	200位	↓17	
湖東	101.2	142位		98.2	180位	↓37	
湖北	90.2	226位		98.2	180位	↑46	
湖西	93.9	195位		94.1	206位	↓11	

- 具体的な目標を定め、地域に必要な外来医療提供体制の構築を進める必要がある。
- データに基づく地域の実情に応じた外来医療提供体制の構築が求められている。
- 地域にて活用可能な医療機器を把握し効率的に活用できる体制の構築が求められる。

- 【計画改定における主な検討項目】**
- 地域で不足する医療機能の検討および具体的な数値目標の設定
 - 外来機能報告を踏まえた、各圏域における紹介受診重点医療機関の認定および外来医療に係る機能分化・連携の推進
 - 効率的な医療機器の活用に向けた情報発信や関係者間の連携体制の構築
 - 県民・関係者等への効果的な普及啓発

医師確保計画改定の方向性

【現状と課題(○現状 ●課題)】

本県の医師偏在指標

(現行計画策定時) 医師偏在指標				(R5.4速報値) 医師偏在指標			
圏域名	医師偏在指標	全国順位 (※)	区分	医師偏在指標	全国順位 (※)	前回順位 との比較	区分
滋賀県	244.8	16位	医師「多数」県	260.4	19位	↓3	
大津	378.3	7位	医師「多数」区域	373.5	9位	↓2	医師「多数」区域
湖南	238.2	68位	医師「多数」区域	262.2	64位	↑4	医師「多数」区域
甲賀	161.9	223位		176.8	229位	↓6	医師「少数」区域
東近江	200.3	104位	医師「多数」区域	218.3	110位	↓6	医師「多数」区域
湖東	169.5	196位		181.0	218位	↓22	
湖北	193.2	121位		217.6	113位	↑8	
湖西	179.8	160位		245.0	77位	↑83	医師「多数」区域

●令和6年度から本格的に始まる医師の働き方改革への対応も踏まえた医師の確保や、地域・診療科偏在を是正することが課題。

【計画改定における主な検討項目】

- 医師偏在指標や将来の需給推計などを踏まえ、確保すべき地域・診療科ごとの目標医師数の設定 (どこまで具体的な数値目標を設定できるかどうか。)
- 上記目標医師数を達成するための具体的な施策の検討

9

次期滋賀県保健医療計画 主要分野の方向性(案)

- | | |
|---------------|----------------------|
| ① がん | ⑦ 災害医療 |
| ② 脳卒中 | ⑧ 小児医療 |
| ③ 心筋梗塞等の心血管疾患 | ⑨ 周産期医療 |
| ④ 糖尿病 | ⑩ へき地医療 |
| ⑤ 精神疾患 | ⑪ 新興感染症発生・まん延時における医療 |
| ⑥ 救急医療 | ⑫ 在宅医療 |

①がんⅠ

【目指す姿(分野アウトカム)】

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

【現状と課題(○現状 ●課題)】

- 糖尿病の発症リスクの1つである肥満について、20～60歳代男性の割合は増加している。
平成27年 25.8% ⇒ 令和4年 28.0%(+2.2P)
- 成人喫煙率は男性は減少(平成27年:29.1% → 令和4年:19.3%)
女性は増加(平成27年:4.0% → 令和4年:4.2%)
- がん検診受診率は、新型コロナウイルスの影響もあり、約40%台にとどまり、目標値の50%に至っていない。
～がん検診受診率～(令和4年国民生活基礎調査)※対象年齢～69歳まで
胃がん 40.5%、肺がん 47.6%、大腸がん 44.8%、乳がん 47.2%、子宮頸がん 40.7%
- がん年齢調整罹患率(人口10万人対)が男性は平成25年より増加、女性は減少。
男性 421.8 女性 280.6 (平成25年)
男性 447.6 女性 331.2 (令和元年) 【全国】男性 445.7 女性 346.7
- 75歳未満年齢調整死亡率(人口10万人対)は平成28年より減少。
全体 70.0 男性 88.1 女性 53.8 (平成28年)
全体 59.0 男性 73.2 女性 45.7 (令和3年)
- 女性がんで子宮頸がんワクチン接種の積極的勧奨が令和3年11月に再開され、さらに、積極的勧奨が差し控えられていた期間の対象者へのキャッチアップ接種も開始された。子宮頸がん発症予防のため、周知啓発が重要である。
- がん予防、医療の充実、がんとの共生に取り組んできたことにより、がん年齢調整死亡率が減少することができた。がんは誰もが罹患する可能性があり、がんになっても自分らしい暮らしが継続できる支援の充実が重要である。

11

①がんⅡ

【取組の方向性(中間アウトカム)】

- (1)科学的根拠に基づくがん予防・がん検診が実施できている
- (2)患者本位のがん医療の実現ができている
- (3)尊厳をもって安心して暮らせる社会の構築ができている
- (4)これらを支える基盤の整備ができている

【計画改定における主な検討項目】

- 「がん検診受診率」の目標値の見直し
国のがん対策推進計画では検診受診率を50%から60%に見直された
- 「緩和ケア」を「がん医療の充実」に記載
すべての医療従事者が診断時から治療と併せて取り組むべきとの趣旨から、がん医療分野の中に記載
- 「デジタル化の推進」を「これらを支える基盤の整備」に新規追加
がん患者とその家族等が、デジタル技術の活用等により医療・福祉・保健サービスへのアクセシビリティを向上させる
- 「患者・市民参画の推進」を「がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項」に新規追加
計画策定にあたり、これまででもがん患者団体等を通じて意見をいただくなど、患者・市民参画に取り組んできたが、改めて計画に明記する
- 「感染症発生・まん延時や災害時を見据えた対策」
平時から連携体制を整備する取組を推進

12

②脳卒中Ⅰ

【目指す姿(分野アウトカム)】

- 県民が脳卒中の発症を予防し、健康寿命が延伸する。
- 早期治療と適切な医療により、後遺症を抑えることができると共に、年齢調整死亡率が減少している。
- 再発・重症化を予防し、自分らしい暮らしが継続できる。

【現状と課題(○現状 ●課題)】

○循環器病の発症リスクの1つである肥満について、20～60歳代男性の割合が増加している。
平成27年 25.8% ⇒ 令和4年 28.0%(+2.2P)

○特定健診受診率の低下(R2年)等、新型コロナウイルス感染症の影響と考えられる状況が認められたが、一次脳卒中センターを中心にコロナ禍においても発症後の速やかな搬送や専門的医療の提供ができており、本県の脳血管疾患による年齢調整死亡率は全国値より低値を維持できた。

<脳血管疾患年齢調整死亡率> (人口10万対) *()は全国値

	H27年	R1年	R3年
男性	85.7 (116.0)	83.4 (98.2)	73.7 (93.7)
女性	62.6 (72.6)	54.5 (59.9)	49.6 (55.1)

●新興感染症等により、循環器病の医療提供体制に影響が生じる恐れがあるため、感染症拡大や災害時等の有事を見据えた医療提供体制等の構築について検討を進めていく必要がある。

13

②脳卒中Ⅱ

【取組の方向性(中間アウトカム)】

- (1)よりよい生活習慣の定着や危険因子の管理により、脳卒中が予防できる。
- (2)早期に専門的な治療が可能な連携体制が構築され、質の高い医療が提供できている。
- (3)必要なりハビリテーションが切れ目なく受けられ、重症化予防のための管理ができています。

【計画改定における主な検討項目】

○感染症発生・まん延時や災害時等を見据えた対策

- ・医療機関連携による医療提供体制の強化
- ・地域連携による在宅医療の体制強化
- ・各病院の空床状況や収容能力、人的資源等の情報を一元的に把握し、地域における医療資源を有効活用できる体制構築等

○他の疾患等に係る対策との連携促進

- ・循環器病は合併症や併発症も多く、病態は多岐にわたるため、他の疾患等に係る対策との連携促進が重要となる。がんに関連した脳卒中では、「第4期がん対策推進計画」等、諸計画の関連施策と連携を図る。

14

③心筋梗塞等の心血管疾患Ⅰ

【目指す姿(分野アウトカム)】

- 県民が心疾患の発症を予防し、健康寿命が延伸する。
- 早期治療と適切な医療により、後遺症を抑えることができると共に、年齢調整死亡率が減少している。
- 再発・重症化を予防し、自分らしい暮らしが継続できる。

【現状と課題(○現状 ●課題)】

○循環器病の発症リスクの1つである肥満について、20～60歳代男性の割合が増加している。
平成27年 25.8% ⇒ 令和4年 28.0%(+2.2P)

○特定健診受診率の低下や心疾患受療率(入院・外来)の変動等、R2年は新型コロナウイルス感染症拡大の影響と考えられる状況が認められたため、経年的にみて評価を行っていく必要がある。

○虚血性心疾患の年齢調整死亡率は経年的にみると減少傾向にあるが、全国値よりも高値であることから、引き続き、県循環器病対策推進計画の具体的施策の方向性で取組を進めていく。

<虚血性心疾患年齢調整死亡率> (人口10万対) *()は全国値

	H27年	R1年	R3年
男性	86.1(84.5)	72.4(72.9)	75.5(72.8)
女性	39.0(38.8)	35.9(31.5)	32.4(29.6)

●心疾患の重症化予防や死亡率の更なる減少に向け、がん治療に伴う心血管合併症の診療体制の構築等、他の疾患等に係る対策との連携を推進していく。

15

③心筋梗塞等の心血管疾患Ⅱ

【取組の方向性(中間アウトカム)】

- (1)よりよい生活習慣の定着や危険因子の管理により、心疾患が予防できる。
- (2)早期に専門的な治療が可能な連携体制が構築され、質の高い医療が提供できている。
- (3)必要なりハビリテーションが切れ目なく受けられ、重症化予防のための管理ができています。

【計画改定における主な検討項目】

○感染症発生・まん延時や災害時等を見据えた対策

- ・医療機関連携による医療提供体制の強化
- ・地域連携による在宅医療の体制強化
- ・各病院の空床状況や収容能力、人的資源等の情報を一元的に把握し、地域における医療資源を有効活用できる体制構築等

○他の疾患等に係る対策との連携促進

- ・循環器病は合併症や併発症も多く、病態は多岐にわたるため、他の疾患等に係る対策との連携促進が重要となる。がん治療に伴う心血管合併症では、「第4期がん対策推進計画」等、諸計画の関連施策と連携を図る。

16

④糖尿病Ⅰ

【目指す姿(分野アウトカム)】

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

【現状と課題(○現状 ●課題)】

- 糖尿病の発症リスクの1つである肥満について、20～60歳代男性の割合は増加している。
平成27年 25.8% ⇒ 令和4年 28.0%(+2.2P)
 - 特定健診受診率および特定保健指導実施率は低下している。
特定健診受診率 令和元年 58.4% ⇒ 令和2年 56.4%
特定保健指導実施率 令和元年 26.9% ⇒ 令和2年 25.7%
 - 糖尿病治療中の者で、HbA1cが7.0%(合併症予防のための目標値)以上の者の割合は増加している。
平成27年 37.7% ⇒ 令和3年 38.0%
 - 糖尿病の合併症予防のための検査として、歯科受診率は低下している。
平成24年 29.4% ⇒ 平成30年 24.4%
 - 糖尿病性腎症新規透析導入患者は令和3年165人と、目標値の181人以下は達成した。
- 慢性合併症予防の観点から治療中断者を減らすため、継続的な治療が重要であることから、仕事の両立支援の取組を進める必要がある。
(令和4年度に診療報酬の療養・就労両立支援指導料の対象疾患に糖尿病が追加)
- 「高齢者糖尿病の血糖コントロール目標」が作成されたことを踏まえ、血糖コントロール目標を検討する必要がある。また、低血糖予防、フレイル対策等在宅療養における地域の連携体制の構築を推進する必要がある。
- 新型コロナウイルス感染症拡大時の経験も踏まえ、感染症拡大時や災害時等に備えた医療提供体制等の整備について検討を進めていく必要がある。

17

④糖尿病Ⅱ

【取組の方向性(中間アウトカム)】

- (1)糖尿病発症予防、メタボリックシンドローム対策が推進できている
- (2)多機関連携、病診連携を含む他科連携による重症化予防対策が推進できている
- (3)発症予防、治療および合併症予防のための人材育成の強化ができている
- (4)地域における有機的な保健医療連携体制の構築ができている

【計画改定における主な検討項目】

- 合併症予防のため、定期的な歯科受診等のかかりつけ医と専門医や多職種連携の体制整備の更なる推進
- 高齢者のコントロール目標は成人と異なることから、現在の目標値である「糖尿病治療中の者で、HbA1cが7.0%(合併症予防のための目標値)以上の者の割合」を再検討
- 治療中断者の減少のため、治療と仕事の両立支援の推進(診療報酬の療養・就労両立支援指導料に糖尿病が追加)
- 感染症発生・まん延時や災害時等を見据えた対策の強化
 - ・感染症流行時等の非常時においても、切れ目なく適切な医療を受けられる体制整備の推進
 - ・多施設・他職種による発症予防・重症化予防のための介入を継続できる体制整備の推進

18

⑤精神疾患Ⅰ

【目指す姿(分野アウトカム)】

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

【現状と課題(○現状 ●課題)】

○ 精神疾患の患者数は、平成20年には約2万5千人であったものが、平成26年には約3万7千人に、令和2年には約6万4千人に増加しており、この6年で2万7千人増加している。¹

○ 精神障害者保健福祉手帳の交付者数も年々増加しており、平成24年度に6,656人であったものが、令和4年度には13,399人と、この10年で2倍超に増加している²。

○ 精神障害者地域移行・地域定着推進協議会などの保健、医療、福祉関係者による協議の場を県内すべての圏域で設置し、現状や課題の検討が行える体制を構築した。

● 精神病床における1年以上の長期入院患者数は、平成30年1,170人であったが、令和4年には1,069人となっている。1年以上の長期入院精神障害者(認知症を除く。)の中には、受入条件が整えば退院可能な入院患者(いわゆる社会的入院患者)も含まれると考えられる³。

○ 滋賀県では、医療機関と地域関係機関とが連携し、入院の必要な精神障害者の医療機関の受入れと、退院可能な精神障害者の地域の受入れを円滑にする取組を進めている。令和元年度における入院後3か月時点の退院患者割合は全国で最も高い状況となっている⁴。

目標項目	H30	R1
精神病床における65歳以上1年以上長期入院患者数	808人	763人
精神病床における65歳未満1年以上長期入院患者数	362人	306人

目標項目	滋賀県		全国	
	H30	R1	H30	R1
退院後1年以内の地域平均生活日数	330.7	333.5	326.9	327.0
精神科入院後3か月時点の退院率	68.5	70.8	63.7	63.5
精神科入院後6か月時点の退院率	84.0	85.4	80.6	80.1
精神科入院後12か月時点の退院率	90.9	91.1	88.5	87.7

1 患者調査 2 滋賀県障害福祉課調べ 3 630調査 4 障害者政策総合研究事業「良質な精神保健医療福祉の提供体制構築を目指したモニタリング研修」(2023年5月12日)

⑤精神疾患Ⅱ

【取組の方向性(中間アウトカム)】

- (1) 多様な精神疾患等ごとに患者に応じた質の高い精神科医療を提供できる体制が構築できている
- (2) 多様な精神疾患等ごとに病院、診療所、訪問看護ステーション、地域援助事業者、市町などと連携を推進するための体制が構築できている
- (3) 医療、障害福祉・介護、住まい、就労等の社会参加、地域の助け合い、教育・普及啓発が包括的に確保された体制が整備できている

【計画改定における主な検討項目】

- **精神疾患や精神障害への正しい知識の普及・啓発**の推進
 - ・精神疾患や精神障害 ・依存症 ・高次脳機能障害 ・てんかん
- 精神保健に関する**人材育成**
 - ・神経発達症・児童思春期精神疾患の診察ができる専門医の養成
 - ・高次脳機能障害に対応できる医師やリハビリ専門職の養成
 - ・病院、診療所、訪問看護ステーション、地域援助事業者等の精神保健福祉業務に従事する職員の養成
- **連携を推進するための体制構築**
 - ・神経発達症・児童思春期精神疾患の方が医療機関で初診を受けるまでの待機時間の短縮
 - ・身体疾患を合併する精神疾患患者の治療や、自傷・自殺企図者に対する身体処置後の一般科と精神科の連携の充実
 - ・災害拠点精神科病院の整備
- 精神保健に関する**緊急のニーズへの対応**の充実
 - ・精神科初期救急、精神科救急医療相談、措置入院後フォローアップ体制整備等の充実
- **精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築**の推進
 - ・本人や家族が身近な地域で相談でき、日常生活・社会生活を円滑に営むことができる地域づくり
 - ・新型コロナウイルスの影響を踏まえた、若年層や経済・生活問題、女性の自殺未遂者の対策

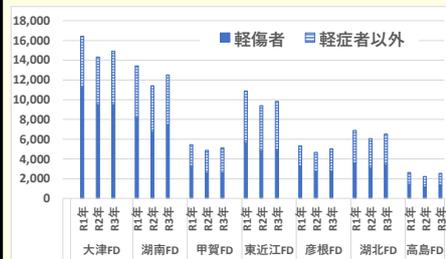
⑥救急医療Ⅰ

【目指す姿(分野アウトカム)】

救急医療機関の役割を明確化し、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ている。

【現状と課題】 ○現状 ●課題

○救急搬送の現状



●課題

救急搬送件数のうち半数以上を軽症者が占めるため、医療機関の受診や救急要請を相談できる体制の検討が必要

	R1年	R2年	R3年
滋賀県	60.1%	58.1%	56.6%
全国平均	-	-	44.8%

(軽症者割合の推移)

救急医療機関の役割の明確化

○救命救急センターの現状

	R1年	R2年	R3年
総搬送件数	61,046	53,002	56,553
うち救命救急センター一件数	23,342	20,582	21,604
搬送割合(%)	38.2	38.8	38.2
全国平均(%)	17.4	17.8	17.7

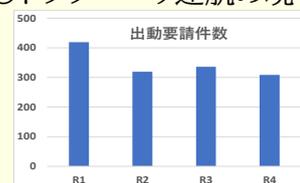
受入に至らなかった理由と件数

	R1年	R2年	R3年
ベッド満床	76	80	138
処置困難	457	567	633
専門外	170	119	125

●課題

救命救急センターへの搬送件数の集中(全救命救急センターの割合38%、全国平均17%)
 ・受入困難事案の増加
 (ベッド満床 R1年:76件→R3年:138件)
 (処置困難 R1年:457件→R3年:633件)
 ・後方支援病院への転院搬送件数の増
 (R3年度:100件→R4年度:120件)
 ・高度で専門的な知識や技術を要する救急医療従事者の計画的な養成および確保が必要

○ドクターヘリ運航の現状



●課題

関西広域連合外の隣接県との連携推進

○救急科専門医の現状

H28年	R4年
30人	52人

(日本救急医学会認定)

●課題

学会認定専門医数については増加しているものの、計画的に救急医療従事者を養成・育成できる拠点の明確化が必要
 ・各基幹病院と連携した実習の推進

⑥救急医療Ⅱ

【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ができている。
- (2) 救急医療における医師の計画的な養成・確保ができている。
- (3) 病院前救護体制の強化ができている。
- (4) 医療機関の受診や救急要請の相談に対応できる体制整備ができている。
- (5) ドクターヘリの活用の際に関西広域連合外の隣接県との広域連携ができている。

【計画改定における主な検討項目】

- 病院前救護体制について
 ⇒ 特定行為が可能な救急救命士の養成や実施基準の検証、ドクターヘリやドクターカーの円滑な活用についての検討
- 重症度・緊急度に応じた医療提供体制について
 ⇒ 重症度・緊急度に応じた医療提供体制が確保されているか、地域における救急医療機関の役割を明確化し、初期・二次・三次医療機関の機能分担や連携についての検討
- 救急医療における医師・看護師等の養成および確保について
 ⇒ 救急医療に必要な能力を有した医師の養成・確保や救急専門医や指導医等の育成の検討
- 救急医療機関への適正受診について
 ⇒ 医療のかかり方について、専門家へ相談できる体制整備について検討(#7119)

⑦災害医療Ⅰ

【目指す姿(分野アウトカム)】

災害時においても必要な医療を受けることができる

【現状と課題(○現状 ●課題)】

○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、浸水対策やBCPの作成等の災害対策が求められている。

●県内では、業務継続計画(BCP)未作成の病院があり、浸水想定区域に所在する病院の浸水対策についても多くが未実施など、ハード面・ソフト面の両面から体制の整備が必要。

また、災害時における情報共有ツールである広域災害救急医療情報システム(EMIS)の入力率が低く、入力

の推進が必要。
※システム未入力の病院・有床診療所は35/94機関(37%)。入力している機関についても全ての項目は入力できていない。

	目標項目	現状値	目標値(R5)
マニュアル等の策定支援	災害対策(防災)マニュアル	策定済み 48病院 準備中 9病院 策定予定なし 1病院	全58病院 策定済み
	BCP	策定済み 26病院 準備中 31病院 策定予定なし 1病院	全58病院 策定済み
	職員参集マニュアル	策定済み 38病院 準備中 18病院 策定予定なし 2病院	全58病院 策定済み
体制整備等	DMATチーム数および有資格者	38チーム 220人	41チーム 240人
	災害医療コーディネーター研修の実施	災害医療コーディネーターの受講率 81.5%	災害医療コーディネーターの受講率 100%

○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、被災地からの精神疾患を有する患者の受け入れやDPATの派遣等のできる体制が求められている。

●災害拠点精神科病院の指定ができていないため、早期の指定が必要。

○平時から有事に備え、災害医療従事者の確保と資質向上、関係機関との連携が求められている。

●DMAT、DPAT、DHEAT、災害支援ナース等の保健医療活動チームについて、総合防災訓練をはじめとした実効性のある訓練・研修等を通じて、更なる連携強化が必要。

23

⑦災害医療Ⅱ

【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が整備されている
- (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整備されている
- (3) 災害時に活動する人材が確保できている
- (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整備されている

【計画改定における主な検討項目】

○県内病院の災害に備えた体制の確保

- ・災害拠点病院・災害拠点精神科病院の整備
- ・浸水想定区域内に所在する病院の浸水対策の支援
- ・業務継続計画(BCP)の作成支援
- ・広域災害救急医療情報システム(EMIS)の活用

○災害時に活動する人材の確保

- ・DMAT、DPAT、DHEAT、災害支援ナース等の保健医療活動チームの養成
- ・保健医療活動チームの研修・訓練の実施

○防災関係機関との連携強化

- ・災害医療コーディネーターの確保・資質向上
- ・保健医療福祉調整本部としての訓練の実施

24

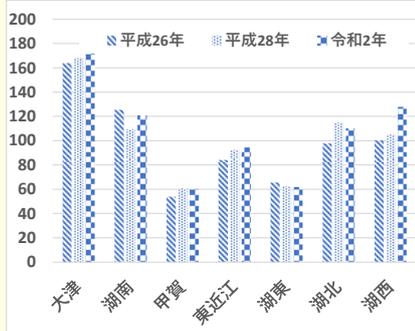
⑧小児医療(小児救急) I

【目指す姿(分野アウトカム)】

良質かつ適切な小児医療を受けることができる。

【現状と課題】 ○現状 ●課題

○小児人口(0~14歳)10万人あたりの圏域別小児科医の現状



●課題

- 小児救急医療圏に関する見直しについて
- ブロック化による効率的な小児救急医療体制(圏域の見直し、小児科医師の配置)の検討

○小児救急搬送件数および軽症者割合

医療圏	搬送件数(R3年)		軽症者割合(%)
	全体	うち軽症	
大津	894	768	85.9
湖南	1,145	796	69.5
甲賀	311	249	80.1
東近江	701	523	74.6
湖東	299	187	62.5
湖北	329	208	63.3
湖西	110	72	65.5
計	3,789	2,803	74.0

●課題

- 救急搬送のうち軽症者の占める割合が大きい(全体の74%を占める)
- 救急車の適正利用および医療機関の適正受診

○#8000利用の現状

	R2年度	R3年度	R4年度
相談件数	11,790	13,725	15,390
「119」「すぐ受診」を除いた割合(%)	66.3	64.6	64.6

●課題

- 応答率等を把握し、改善の必要性有無についての検討が必要
- 認知度向上に向けた周知の促進

○ブロック化の現状

H30年度	R5年度
0/4	1/4*

*一部集約化:1

●課題

- 地域の実情が異なるため、協議を継続し丁寧に進める必要がある

25

⑧小児医療(小児救急) II

【取組の方向性(中間アウトカム)】

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

【計画改定における主な検討項目】

- 7医療圏の見直しによる4ブロックへの集約化について
⇒効率的な小児救急医療体制の構築にむけて、**ブロック化の推進や課題等を検討**
- 重症度・緊急度に応じた小児救急医療提供体制について
⇒**重症度・緊急度に応じた医療提供体制が確保**されているか、地域における救急医療機関の役割を明確化し、**初期・二次・三次医療機関の機能分担や連携**についての検討
- 小児救急電話相談(#8000)について
⇒応答率等の確認により改善必要性の適宜検討
- 保護者への啓発について
⇒救急医療の適正受診や#8000の利用促進に向けた啓発の実施

26

⑧小児医療(小児在宅) I

【目指す姿(分野アウトカム)】

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、安心して住み慣れた地域で生活することができる。

【現状と課題(○現状 ●課題)】

○医療の進歩等により、慢性疾患を持つ児童および医療的ケア児は増加傾向。一方で、小児在宅医療を担う医療機関(診療所・訪問看護ステーション等)は成人に比べ少なく、圏域により資源が偏在している。

●小児在宅医療に対応できる人材育成、関係者間の情報共有、連携の推進が必要。

□圏域別訪問看護事業所数(R4訪問看護実態調査)

圏域名	大津	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北	湖西
小児可	16	12	3	7	2	11	3
すべて	75	69	24	37	25	35	13

□圏域別訪問診療対応可の診療所数(R3医療機能調査)

圏域名	大津	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北	湖西
小児可	19	19	4	8	12	9	3
すべて	34	32	12	12	16	16	7

○慢性疾患児童およびその家族は身体的・精神的・経済的に様々な問題を抱えるが、適切に相談ができず家族が抱え込み負担が大きい場合がある。

●継続して身近に相談できる支援者や、同じ立場(疾患)の人との繋がりが必要。児の成長発達や自立のための支援が必要。

○小児期に慢性疾患に罹患し成人を迎える患者の増加。成人を迎えても小児科にかかり続ける患者がある。

●小児診療科と成人診療科の連携体制の構築、移行期の様々な問題の相談先および患者家族が移行準備ができる支援体制整備が必要。

○県内の小児慢性特定疾病受給者における在宅人工呼吸器装着者のうち個別避難計画作成済みは約40%。

●当事者および居住している地域に対し、発災時に安全を確保できるための支援が必要。発災後も療養生活が継続できるよう日頃からの支援者間での連携体制の構築が必要。

27

⑧小児医療(小児在宅) II

【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
- (2) 日常生活支援により、成長発達・自立が促進される
- (3) 成人を見据えた医療・自立支援を受けられる
- (4) 災害・新興感染症発生時も療養生活が継続できる

【計画改定における主な検討項目】

○小児在宅医療の受け入れ可能な医療機関、福祉事業所等の充実と、そこに従事する人材の育成および関係者同士の連携体制の強化を連動して行う必要がある。

○対象者のニーズの把握に努め、保健所での相談をはじめ、療育相談事業、交流会事業等の支援体制について検討していく必要がある。

○コロナ禍を経験し、より平時からの医療的ケア児とその家族が安心して生活できる体制整備の重要性が明確となり、災害支援体制について、さらなる強化が求められる。

○児の将来を見据え、移行期医療支援を含むライフステージに応じた支援を受けられるような体制を検討していく。

28

⑨周産期医療Ⅰ

【目指す姿(分野アウトカム)】

妊婦およびその家族が、妊娠リスクに応じた周産期医療を受け、安心・安全な環境で出産を迎えることができる

【現状と課題(○現状 ●課題)】

○出生等に関する動向

		R1	R2	R3
出生率 (人口千対)	滋賀	7.7	7.6	7.4
	全国	7.0	6.8	6.6
合計特殊出生率	滋賀	1.47	1.50	1.46
	全国	1.36	1.33	1.30
低出生体重児の割合	滋賀	9.0	9.1	9.1
	全国	9.4	9.2	9.4
周産期死亡率 (出産千対)	滋賀	4.3	2.7	1.7
	全国	3.4	3.2	3.4
新生児死亡率 (出生千対)	滋賀	1.2	1.1	0.6
	全国	0.9	0.8	0.8
乳児死亡率 (出生千対)	滋賀	1.9	1.8	1.6
	全国	1.9	1.8	1.7
妊婦ハイリスク連絡件数		467	373	381
産婦ハイリスク連絡件数		1,833	1,876	1,896

●周産期死亡率は、改善されている。新生児死亡率の改善とともに今後も継続した取り組みが必要。

○災害時周産期医療体制の整備

リエゾン	大津高島	湖南甲賀	東近江	湖東湖北
産科医	4	3	1	1
小児科医	3	3	1	4

●リエゾンは各圏域に確保されたが、医師のみであり看護職の配置や、災害発生時の連携体制の構築が必要。

○医療資源・連携等

		R2	R3	R4
医療機関数	診療所	19施設	18施設	17施設
	病院	11施設	10施設	10施設
分娩	件数	10,745	10,300	-
	可能数	12,848	12,234	-
NICU空床確保率(*)	全センター	100%	100%	100%
	呼吸管理病床	100%	100%	100%

*1年間のうち、NICUが1床以上確保されていた日数の割合

		R1	R2	R3
妊婦・新生児搬送をブロック内で対応した率	大津・湖西	63.9%	66.1%	60.3%
	湖南・甲賀	47.4%	53.7%	59.0%
	東近江	86.5%	83.7%	65.6%
	湖東・湖北	85.8%	94.3%	92.1%

○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、高度かつ専門的な医療提供体制の充実を図っている。搬送の多くは、各医療圏内の病院で受入れが出来ており、地域完結型の治療が行われているといえる。ただし、湖南・甲賀地域の中核を担う周産期母子医療センターが、大津・湖西地域内にあることから、特に大津地域と湖南地域は連携して行われており、対応した率としては低くなっている。

●出生数の減少もあり、分娩可能件数とNICUは充足しているが、今後も診療所の閉院や医師の集約化等も考えられることから継続してモニタリングが必要。

●医療機能の集約化・重点化による役割分担についての検討が必要。(分娩のあり方)

29

⑨周産期医療Ⅱ

【取組の方向性(中間アウトカム)】

- (1) 妊娠のリスクに応じた周産期医療・分娩場所・連携体制が確保できている。
- (2) 在宅ケアへの円滑な移行ができている。
- (3) 周産期医療を提供する人材が確保できている。
- (4) 災害時周産期医療提供体制が構築できている。

【計画改定における主な検討項目】

○地域における分娩場所の確保やハイリスク妊産婦への診療体制の確保

⇒それぞれの医療機関の役割に応じた周産期医療の提供や、妊娠・出産・産後のケアの連続性についての検討が必要と考えることから、母子保健・精神保健と連携して実施するとともに、(1)の施策の中に盛り込み、検討していく。

○これまでの計画に、人材確保の項目がなかったが、医師確保計画と併せて、本計画のなかに周産期医療提供体制にかかる必要な人材確保にむけた取り組みについて記載していく。

○リエゾンの確保と災害発生時の連携体制の構築

⇒医師だけでなく、看護職のリエゾンの配置や災害発生時の連携体制の構築

○NICU等の長期入院児後方支援病床の充実・強化 ⇒ 在宅ケアへの円滑な移行に変更する。在宅ケアへの円滑な移行については、後方支援病床の充実・強化にとどまらず、NICUからの退院も含めて充実・強化が必要と考えることから、小児在宅医療と連携して実施することに変更する。

30

⑩へき地医療Ⅰ

【目指す姿(分野アウトカム)】

へき地においても保健医療サービスを継続して受けることができる

【現状と課題(○現状 ●課題)】

○令和4年度調査時点で、県内に無医地区等が13地区、無歯科医地区等が9地区存在するが、交通事情の改善等により数は減少傾向にある。

(無医地区・無歯科医地区)

医療機関のない地域で、概ね半径4kmの区域内に人口50人以上が居住しており、かつ、容易に医療機関を利用することができない地域

(準無医地区・準無歯科医地区)

無医地区・無歯科医地区に準じて医療確保が必要な地域

■無医地区等の状況

圏域	市町	無医地区等数			無歯科医地区等数		
		H26	R1	R4	H26	R1	R4
甲賀	甲賀市	2 (2)	2 (2)	2 (2)	2 (2)	2 (2)	2 (2)
東近江	東近江市	1 (0)	1 (0)	1 (0)	1 (0)	1 (0)	1 (0)
	近江八幡市	1 (0)	1 (0)	1 (0)	1 (1)	1 (1)	1 (1)
湖北	米原市	—	—	—	1 (0)	1 (0)	1 (0)
	長浜市	7 (0)	7 (0)	7 (0)	7 (0)	—	—
湖西	高島市	3 (1)	3 (1)	3 (1)	4 (2)	4 (2)	4 (1)
計		13 (3)	13 (3)	13 (3)	15 (5)	9 (5)	9 (4)

※ () 内は無医地区・無歯科医地区数

■へき地巡回診療等の実施状況 (H30～R4年度)

○無医地区等のへき地に対しては、へき地医療拠点病院を中心に、定期的な巡回診療を実施することで医療を確保しているが、医師の退職や新型コロナウイルス感染症の影響により、実施回数が減少傾向にある。

●医師を含むへき地医療従事者の確保、オンライン診療の活用等により、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必要がある。

実施病院	実施地区	H30年度	R1年度	R2年度	R3年度	R4年度	
★湖北病院	杉野 金居原	年間回数	50回	45回	23回	23回	24回
		受診者数	821人	683人	533人	468人	403人
	中河内	年間回数	43回	37回	22回	20回	21回
		受診者数	246人	222人	181人	136人	120人
★高島市民病院	朽木	年間回数	46回	37回	35回	33回	33回
		受診者数	167人	193人	187人	158人	116人
信楽中央病院	田代	年間回数	11回	12回	11回	12回	10回
		受診者数	49人	54人	63人	93人	85人

※★はへき地医療拠点病院

31

⑩へき地医療Ⅱ

【取組の方向性(中間アウトカム)】

- (1)へき地における医療が確保できている。
- (2)へき地医療に従事する医師が確保できている。
- (3)救急医療支援体制が構築され、保健・医療・福祉の連携ができている。

【計画改定における主な検討項目】

○へき地医療計画と医師確保計画の連動

⇒へき地保健医療対策協議会を他の医師確保関係協議会とともに地域医療対策協議会に一本化しており、**へき地の医師確保に向けて、へき地医療支援機構との具体的な連携方法を検討**していく。

○オンライン診療を含む遠隔医療の活用

⇒国からは、へき地医療におけるオンライン診療の有用性が示唆されており、他府県での好事例等を参考に、導入・活用を検討するとともに、オンライン診療等に要する設備整備についても支援していく。

○保健・医療・福祉の連携

⇒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に向けて、**市町・保健所等との連携を強化**していく。

32

①新興感染症発生・まん延時における医療Ⅰ

【目指す姿(分野アウトカム)】

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

【現状と課題(○現状 ●課題)】

○新型コロナウイルス感染症発生以前の対応は、新興感染症患者は原則、専用病床をもつ感染症指定医療機関で入院治療を行うことと想定していたが、新型コロナウイルス感染症の対応では、既存の感染症病床数を大幅に上回る患者数が発生した。また、感染症指定医療機関以外の医療機関で感染症に対応する体制の立ち上げに時日を要した。

●令和6年4月施行の改正感染症法で、新興感染症発生・まん延時の医療提供体制を迅速に整備するため、感染症患者の「入院」「発熱外来」「自宅療養者等への医療提供」等を行う医療機関との「協定」の仕組みが新設された。次期新興感染症に係る「平時の備え」として、医療機関との協議を行い、「協定」を締結し、新興感染症発生・まん延時に備える必要がある。

33

①新興感染症発生・まん延時における医療Ⅱ

【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る
- (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

【計画改定における主な検討項目】

○発熱外来体制の確保

発生時には現行の感染症指定医療機関での対応を中心としつつ、流行初期から発熱外来を開設する医療機関を二次医療圏域ごとに確保

流行初期以降は、より身近な地域で受診相談できる医療機関を確保

○入院体制の確保

発生時には現行の感染症指定医療機関での対応を中心としつつ、流行初期から重症用病床を含め入院医療を提供する医療機関を二次医療圏域ごとに確保

流行初期以降は、幅広い医療機関で入院できる医療提供体制の構築

特に配慮を要する患者への医療提供体制を充実

○自宅・宿泊・施設療養できる地域の医療福祉の連携推進

自宅療養者・宿泊療養者・高齢者施設等での療養者等への医療提供体制の確保

入院適用外の特に配慮を要する患者への医療提供体制の充実

34

⑫在宅医療Ⅰ

【目指す姿(分野アウトカム)】

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】

【現状と課題(○現状 ●課題)】

○入退院時の病院と介護支援専門員との情報連携率は、令和4年度調査において、入院時94.4%(令和元年92.5%)、退院時90.3%(令和元年88.3%)と上昇した。

○医師、歯科医師、歯科衛生士、看護師、薬剤師、リハ職、管理栄養士、いずれの職種も訪問実人数は増加し、在宅医療に関わる機関数、従事者数が増え、在宅医療ニーズへの対応が充実しつつある。

○在宅(自宅・老人ホーム)での死亡率は、令和3年度26.6%(右グラフ参照)と前年に引き続き増加しており、コロナ禍での入院で面会制限があることにより自宅で人生の最終段階を過ごすことを選ぶ人が増えたことも影響していると考えられる。



●急変時や最期のときを見据えた本人の意向が確認できていないことにより、支援に苦慮する現状もみられ、急変時対応が本人の意向に沿ったものとなるよう、日常療養から多職種連携によるACPを推進する必要がある。

●新型コロナウイルスの影響により、県民への普及啓発の機会が減少していたことから、在宅医療に関して、県民へさらなる周知・啓発を行っていく必要がある。

●さらなる高齢化の進展や機関・従事者数の地域偏在がみられることにより、今後も引き続き人材育成や多職種連携をすすめるとともに、災害時、非常時を意識した平時からの対応体制の整備や個別支援計画、BCP計画の策定など取組を進めていく必要がある。

35

⑫在宅医療Ⅱ

【取組の方向性(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
- (2) 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
- (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
- (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
- (6) 多職種・多機関連携をコーディネートする圏域・市町の連携拠点機能の充実

【計画改定における主な検討項目】

○「**急変時の対応体制**」、「**災害や新興感染症発生時の対応体制**」について、現状を把握するとともに取組の検討を行う。

○在宅医療に関与する**各機関や職種の役割の明確化や共有を行い、さらなる連携の推進**を行うための取組を検討する。

36