

滋賀県保健医療計画

(素案)

令和5年(2023年)11月

滋 賀 県

目 次

第1部 総論

第1章 計画に関する基本事項	1
1 計画改定の趣旨	1
2 計画の位置づけ	1
3 計画期間	2
4 SDGs	2
5 ロジックモデル	3
第2章 保健医療環境の概況	4
1 地勢	4
2 人口	5
3 人口動態	6
4 平均寿命と健康寿命	9
5 疾病構造の動向	11
6 後期高齢者医療費と平均在院日数の状況	14
7 保健医療施設等の状況	15
8 医療福祉にかかる現状と課題	19
第3章 基本理念	23
1 基本理念と目指す姿	23
2 基本的な施策の方向性	23
3 取組の重点事項	23
第4章 保健医療圏	25
1 設定の趣旨	25
2 保健医療圏の区分	25
3 二次保健医療圏について	25
第5章 基準病床数	30
1 基準病床の考え方	30
2 保健医療圏別基準病床数および開設許可病床数	30

第2部 健康づくりの推進

第1章 健康づくりと介護予防の推進	32
1 健康づくり	32
2 保健対策	34
I 歯科保健	34
II 母子保健	38
3 介護予防	53

第3部 総合的な医療福祉提供体制の整備

第1章 医療福祉提供体制のあり方	59
1 地域医療体制の整備	59
2 医療機関の機能分化と連携	59
3 医療と介護の一層の連携	59
4 公立・公的病院等の機能充実	60
5 保健所機能の充実強化	62
第2章 地域医療構想	63
1 滋賀県地域医療構想の策定	63
2 滋賀県地域医療構想策定後の取組	63
第3章 疾病・事業ごとの医療福祉体制	65
1 がん	65
2 脳卒中	70
3 心筋梗塞等の心血管疾患	72
4 糖尿病	74
5 精神疾患	83
6 救急医療（小児救急を除く）	97
7 災害医療	111
8 小児医療（小児救急を含む）	125
9 周産期医療	141
10 へき地医療	151
11 新興感染症発生・まん延時の医療	157
12 在宅医療	161
13 認知症	173
14 慢性腎臓病	182
15 難病	189
16 アレルギー疾患	198
17 感染症	202
18 その他疾病	228
19 臓器移植・骨髄移植	230
20 リハビリテーション	235
21 障害保健医療福祉	239
22 薬事保健衛生	242
第4章 健康危機管理の充実	250
1 健康危機管理体制	247
2 狂犬病	254
3 毒物劇物	256
4 食の安全	258
第5章 安全、安心な医療福祉サービスの提供	263
1 医療安全対策の推進	263

2	医療機能情報公開の推進	266
3	医療情報化の推進	268
第6章	患者・利用者を支える人材の確保	271
1	医師	271
2	歯科医師	272
3	薬剤師	275
4	保健師・助産師・看護師・准看護師	278
5	管理栄養士・栄養士	288
6	理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	290
7	歯科衛生士・歯科技工士	292
8	精神保健福祉士	295
9	その他の保健医療従事者	297
10	介護サービス従事者	299
第7章	外来医療に関する機能提供体制の確保	307

第4部 計画の推進

第1章	推進体制および評価	308
1	推進体制と役割	308
2	進行管理と評価	309

注：本文中の＊は、用語解説参照

《分野ごとの構成》

目指す姿

-
-

各分野において、様々な施策の最終的な成果として目指す姿を示します。(分野アウトカム)

取組の方向性

- (1)
- (2)
- (3)

下で記述する**現状と課題**を踏まえ、**目指す姿**を実現するために、取り組むべき大まかな方向性を示します。(中間アウトカム)

現状と課題

- (1)
-
- (2)
- ア
-

各分野における現状と課題を整理します。

取組の方向性に示す項目ごとに、さらに具体的にどのような施策に取り組むのかを示します。(アウトプット) ※実施主体が明示されていない場合は、県が実施主体であることを意味します。

具体的な施策

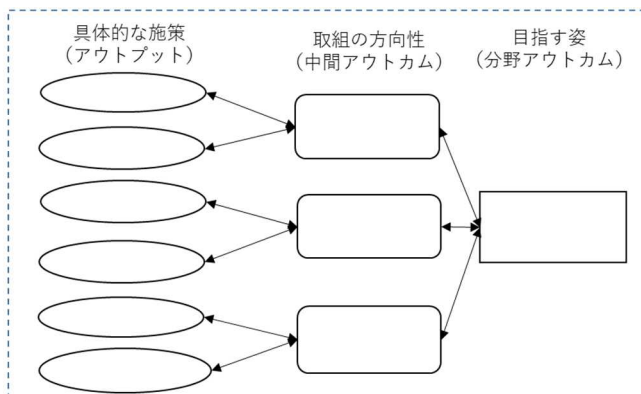
- (1)
- ア
-

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

《数値目標》

目標項目	現状値 (R5)	目標値 (R11)	備考

《ロジックモデル》



記載されている**目指す姿**、**取組の方向性**、**具体的な施策**との関係を図式化して示します。

1 第1部 総論

2 第1章 計画に関する基本事項

4 1 計画改定の趣旨

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

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

15 平成26年（2014年）6月には「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための
16 関係法律の整備等に関する法律」（「医療介護総合確保推進法」）が成立し、これにより、都道府県
17 に地域医療構想の策定が義務づけられ、医療と介護の連携を強化するため、医療計画と都道府県
18 介護保険事業支援計画・市町村介護保険事業計画との整合性の確保が求められることになりました。
19 た。

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

23 本県では、このような状況を踏まえ、5疾病（がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿
24 病、精神疾患）、6事業（救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療（小児救急を
25 含む）、新興感染症発生・まん延時の医療）および在宅医療を中心に、今後の医療福祉提供体制の
26 あり方を検討し、県民のニーズに的確に対応しつつ、保健・医療・福祉が一体となって生活を支
27 える「医療福祉*」の仕組みづくりを目指して、「滋賀県保健医療計画」の改定を行います。

29 2 計画の位置づけ

30 この計画は、次のような性格を有するものです。

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

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

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

3 計画期間

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








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

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

4 SDGs

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

具体的には、以下のとおり、SDGsのゴール・ターゲットに貢献します。

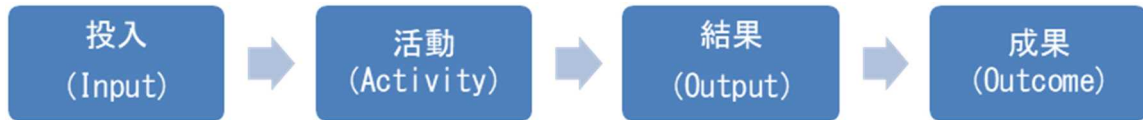
ゴール	ターゲット
	1.3 各国において最低限の基準を含む適切な社会保護制度及び対策を実施し、2030年までに貧困層及び脆弱層に対し十分な保護を達成する。
	3.0 あらゆる年齢の全ての人々の健康的な生活を確保し、福祉を促進する
	4.2 2030年までに、全ての子供が男女の区別なく、質の高い乳幼児の発達・ケア及び就学前教育にアクセスすることにより、初等教育を受ける準備が整うようにする。
	5.6 国際人口開発会議の行動計画および北京行動要領、ならびにこれらの検討会議の成果文書に従い、性と生殖に関する健康および権利への普遍的アクセスを確保する。
	8.5 2030年までに、若者や障害者を含む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

1 5 ロジックモデル

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

4

5 図表1-1-5-1 ロジックモデルイメージ図



6

出典：地域医療計画評価・改定マニュアル

7

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

12 令和3年（2021年）5月に成立した「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推
13 進するための医療法等の一部を改正する法律」の参議院厚生労働委員会における附帯決議におい
14 て、「都道府県における適切な医療提供体制の確保を図る観点から、第8次医療計画における5
15 疾病・6事業については、ロジックモデル等のツールを活用した実効性ある施策の策定など、医
16 療提供体制の政策立案から評価、見直しに至るPDCAサイクルの実効性の確保に努めること。」と
17 されていることを踏まえ、主要分野の5疾病・6事業および在宅医療のそれぞれの医療提供体制
18 等に関する事項については、ロジックモデルを活用し、施策の整理や対応する指標の設定を行
19 います。

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

1 第2章 保健医療環境の概況

1 地勢

(1) 地勢

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

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

(2) 気候

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

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

(3) 交通

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

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

(4) 産業・経済

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

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

1 2 人口

2 (1) 現状

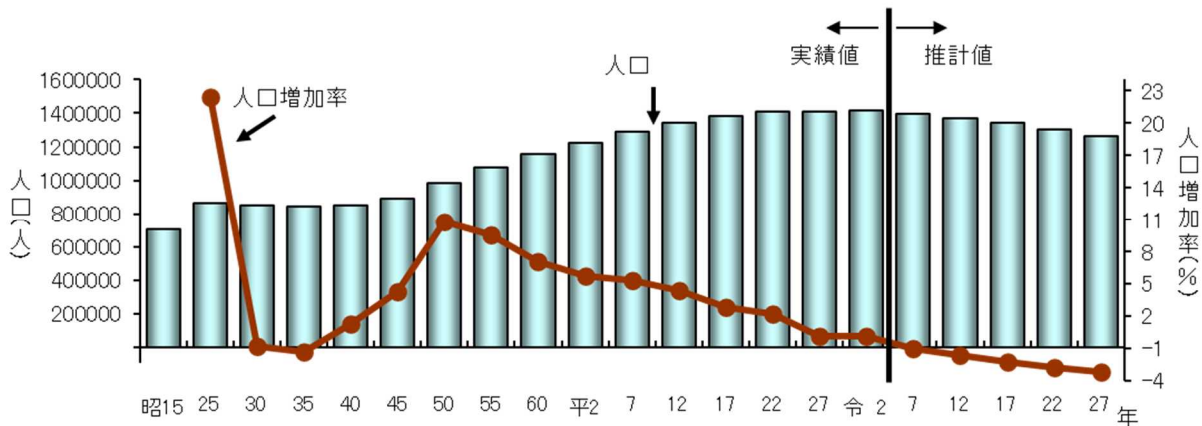
3 令和2年(2020年)の国勢調査では、本県の人口は141万4,248人となっています。前回(平
4 成27年(2015年))の国勢調査と比較すると、1,332人、0.1%の増加となっています。増加はみ
5 られたものの、その増加率は徐々に低下してきています。

7 (2) 将来の見通し

8 平成27年(2015年)人口を基準に推計された本県の将来推計人口は減少に転じ、令和27年
9 (2045年)には126万3千人となり、平成27年(2015年)の人口の89.3%になると推計されて
10 います。

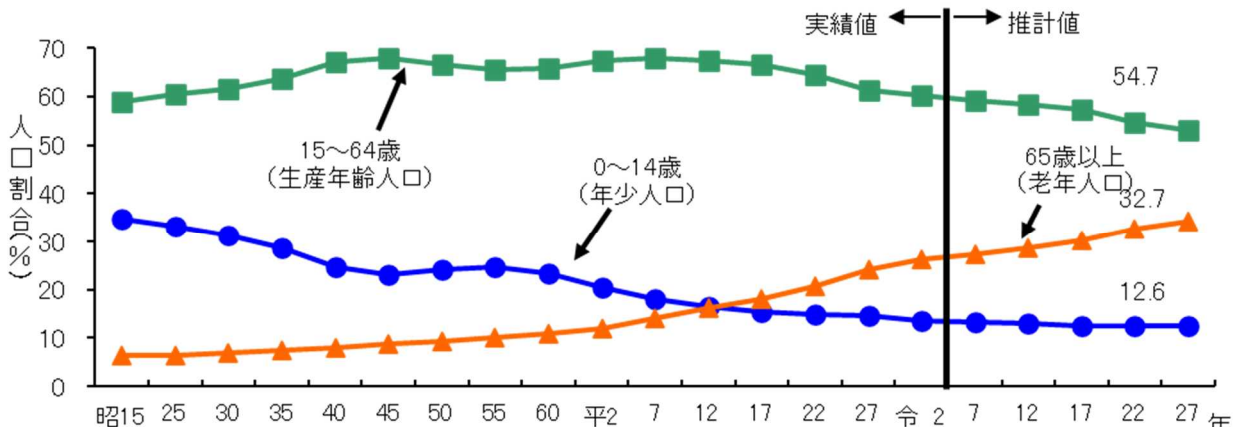
11 また、平成17年(2005年)から、65歳以上人口(老年人口)割合は15歳未満人口(年少人
12 口)割合を上回っており、今後更に、老年人口割合は増加し、年少人口割合は減少することが見
13 込まれます。

15 図1-2-2-1 人口および人口増加率の推移



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

20 図1-2-2-2 年齢3区分別人口の割合の推移



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

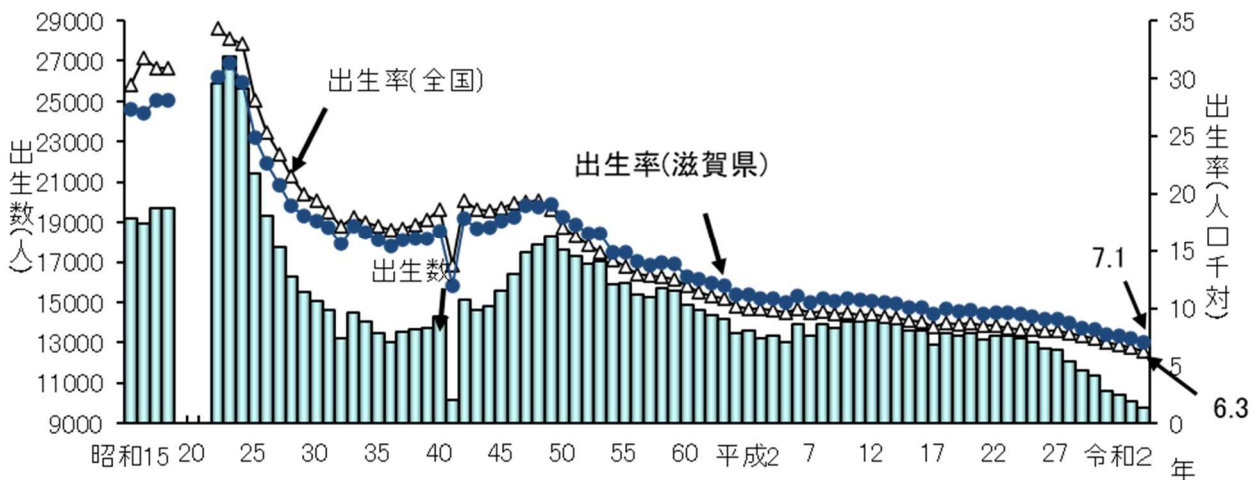
1 3 人口動態

2 (1) 出生の動向

3 令和4年(2022年)の本県の出生数は、9,766人、人口千人に対する出生率は7.1(全国
4 6.3)で、全国第4位となっています。しかし、本県の出生率は、全国と同じく昭和50年
5 (1975年)以降低下傾向となっています。

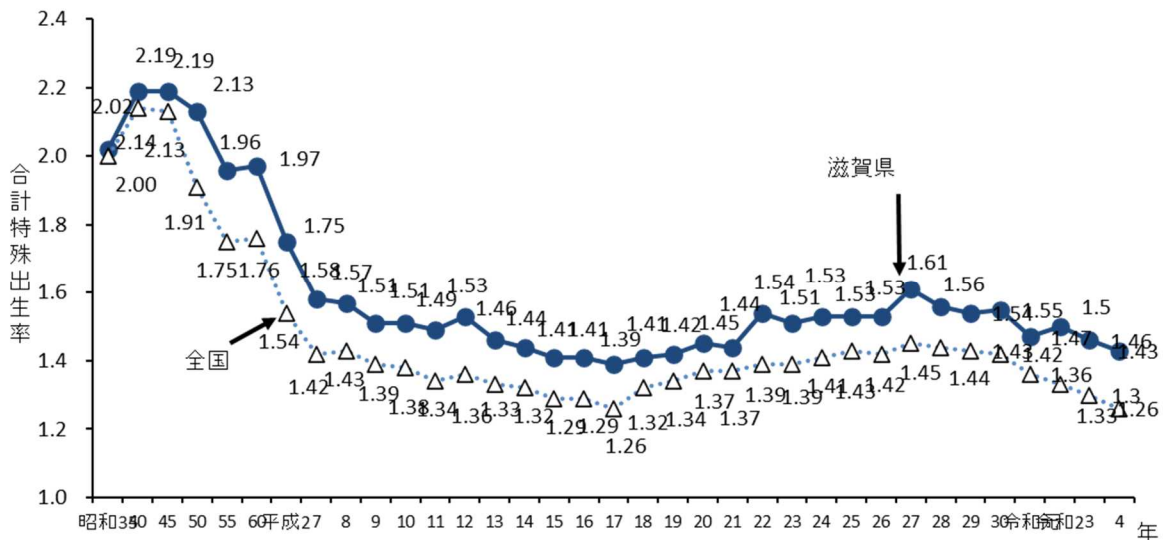
6 合計特殊出生率(通常一人の女性が生涯に生む平均の子どもの数を表す指標)も、昭和51
7 年(1976年)までは2.0以上を維持していましたが、それ以降は低下を続け、平成17年
8 (2005年)は1.39と過去最低となりました。その後は上昇傾向にあったものの、近年は再
9 び減少傾向にあり、令和4年(2022年)は1.43となっています。

11 図1-2-3-1 出生数および出生率の推移



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

16 図1-2-3-2 合計特殊出生率の推移

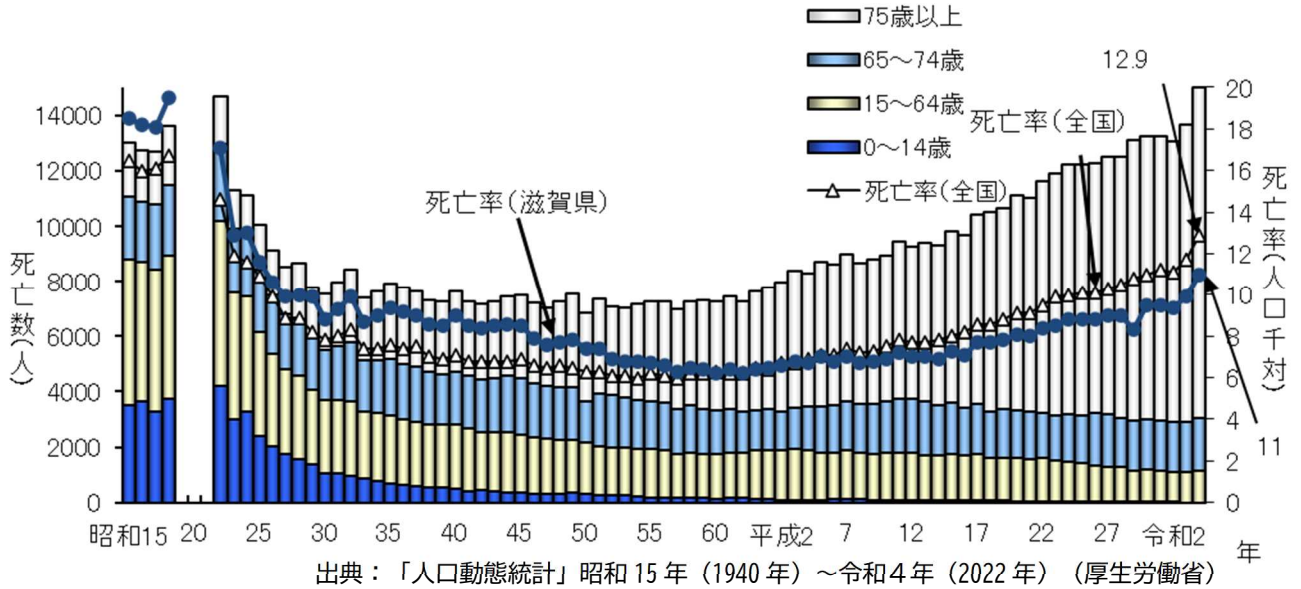


17 出典：「人口動態統計」昭和15年(1940年)～令和4年(2022年) (厚生労働省)

1 (2) 死亡の動向

2 令和4年(2022年)の本県の死亡数は、1万5,043人、人口千人に対する死亡率は11(全
 3 国12.9)と近年増加傾向にあります。低い順で、全国第4位となっています。昭和50年
 4 (1975年)代後半から75歳以上の死亡数が増加しており、平成21年(2009年)以降は、
 5 75歳以上の死亡数は全死亡数の7割を超えています。

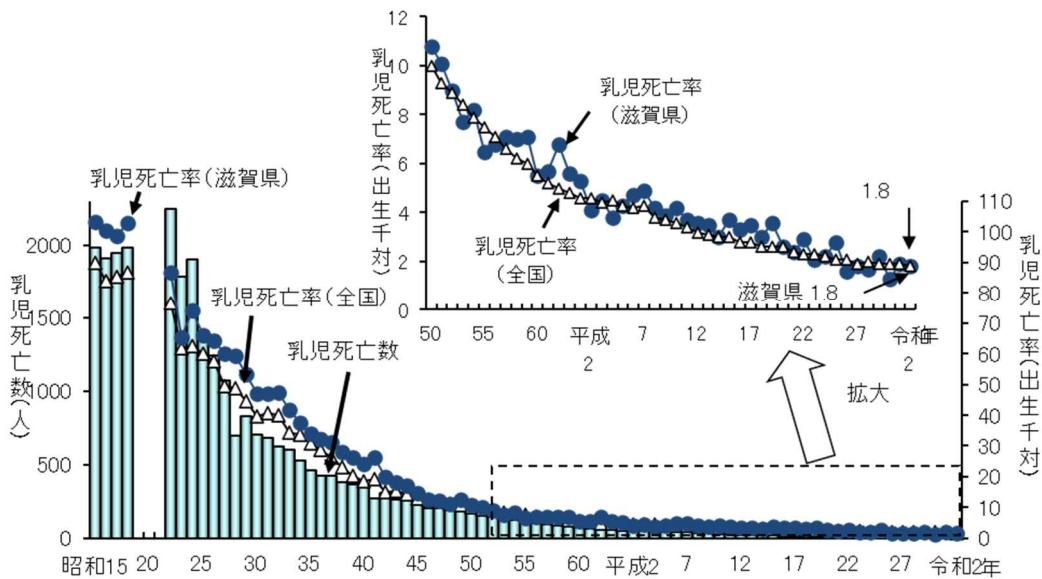
7 図1-2-3-3 死亡数および死亡率の推移



12 (3) 乳児死亡の動向

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

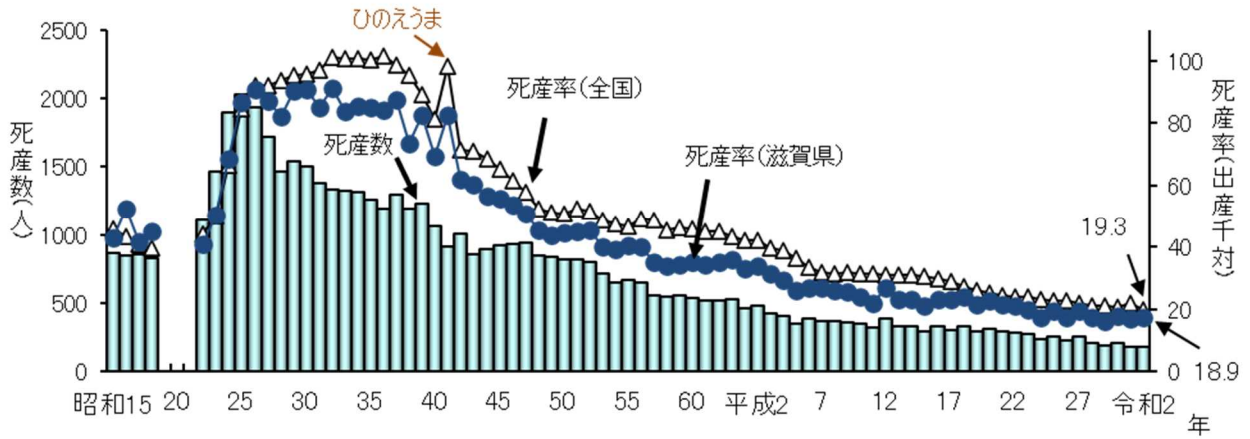
17 図1-2-3-4 乳児死亡数および乳児死亡率の推移



1 (4) 死産の動向

2 令和4年(2022年)の本県の死産(妊娠12週以後)数は、188で、出産千対の死産率は
3 18.9(全国19.3)で、低い順で、全国第21位となっています。

4
5 図1-2-3-5 死産数および死産率の推移

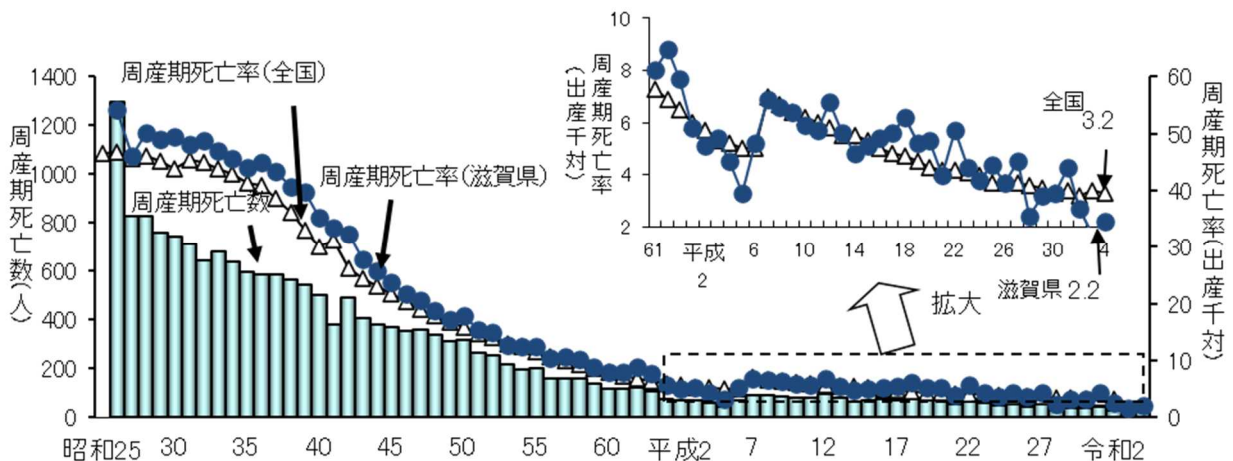


6 出典：「人口動態統計」昭和15年(1940年)～令和4年(2022年)(厚生労働省)

7 (5) 周産期死亡の動向

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

11
12 図1-2-3-6 周産期死亡数および周産期死亡率の推移



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

14
15 注)平成7年(1995年)に後期死産が28週から22週以降に変更されたため、平成7年(1995年)以降
16 の率が高くなっている。
17
18

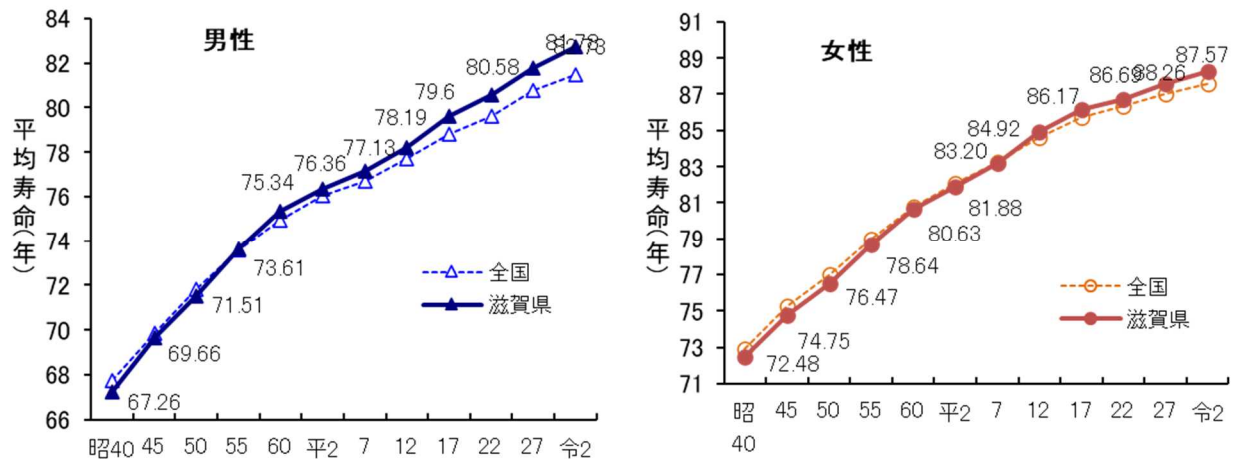
1 **4 平均寿命*と健康寿命***

2 **(1) 平均寿命**

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

5

6 図1-2-4-1 平均寿命の推移



7

出典：「令和2年(2020年)都道府県別生命表」(厚生労働省)

8

9 **(2) 健康寿命**

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

13 厚生労働省「健康日本21(第二次)の総合的評価と次期健康づくり運動に向けた研究」で
14 は、3年に1度ごとこれら指標を公表していて、本県の健康寿命は、主観的指標では、男性
15 73.46年(全国72.68年)、女性74.44年(全国75.38年)となっています(令和元年(2019
16 年))。一方、客観的指標では、男性81.07年(全国79.91年)、女性84.61年(全国84.18年)
17 となっています(令和元年(2019年))。

18

19 表1-2-4-2 滋賀県と全国の健康寿命

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

20

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

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

3
4 **【健康寿命の算出方法について】**

5 **※1 「日常生活に制限のない期間の平均」（主観的指標）**

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

9 **※2 「日常生活動作が自立している期間の平均」（客観的指標）**

10 介護保険の要介護2～5を不健康な状態と定義し、生命表とサリバン法を用いて算出している。
11
12
13
14

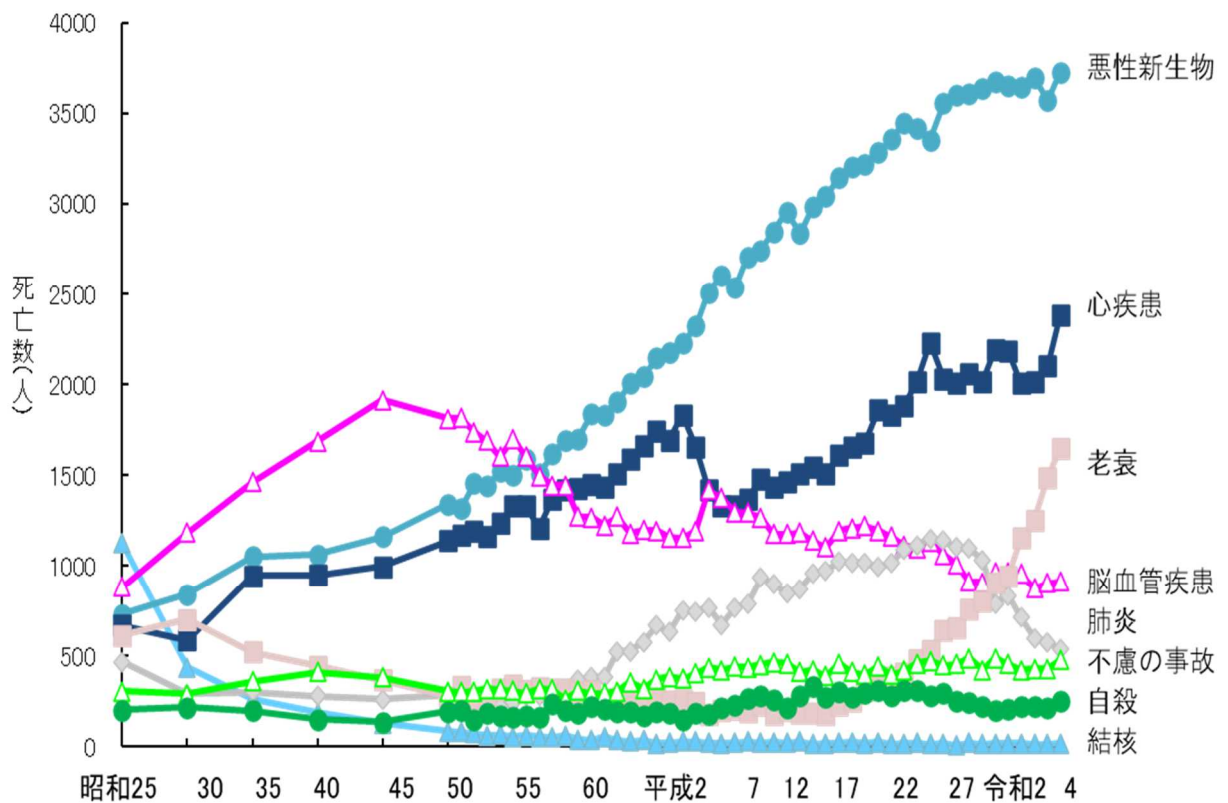
1 5 疾病構造の動向

2 (1) 死因別死亡数

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

8
9

10 図1-2-5-1 主な死因の死亡数の推移



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

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

14
15
16
17
18
19
20
21

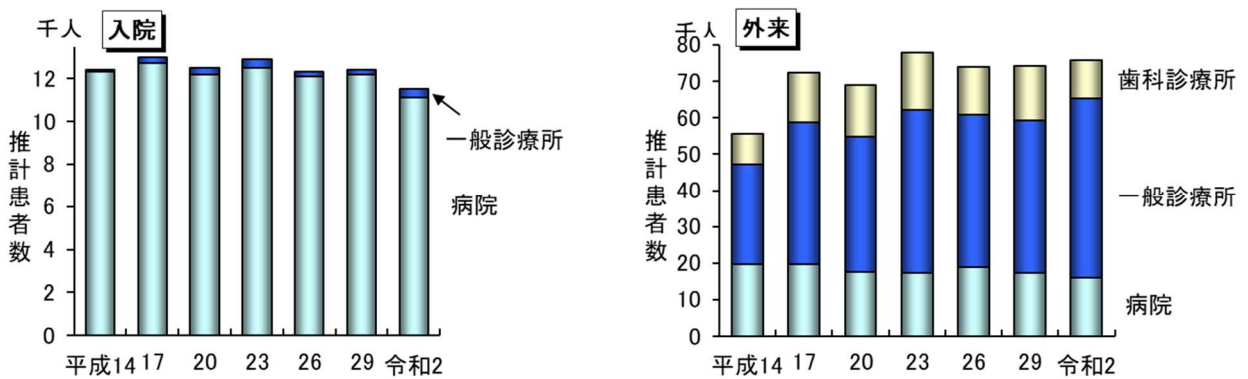
1 (2) 受療率*

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

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

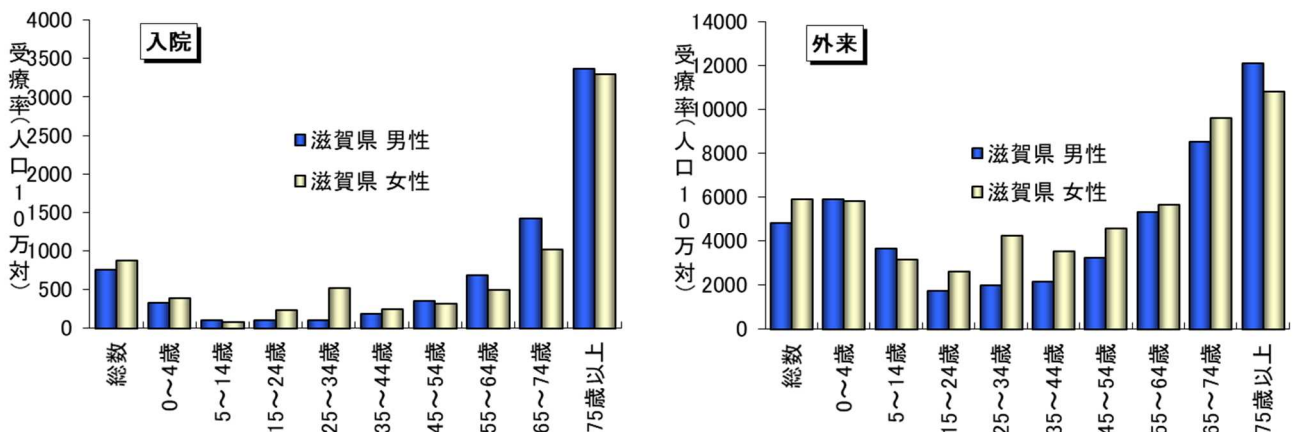
8 令和 2 年（2020 年）の受療率を年齢階級別にみると、入院は 5～14 歳、外来は 15～24 歳
9 の受療率が一番低く、その後加齢とともに高くなっています。男女別では、入院は 45 歳以
10 上で男性の方が高く、外来は 15～74 歳で女性の方が高くなっています。

12 図 1-2-5-2 施設の種類の推計患者数の推移



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

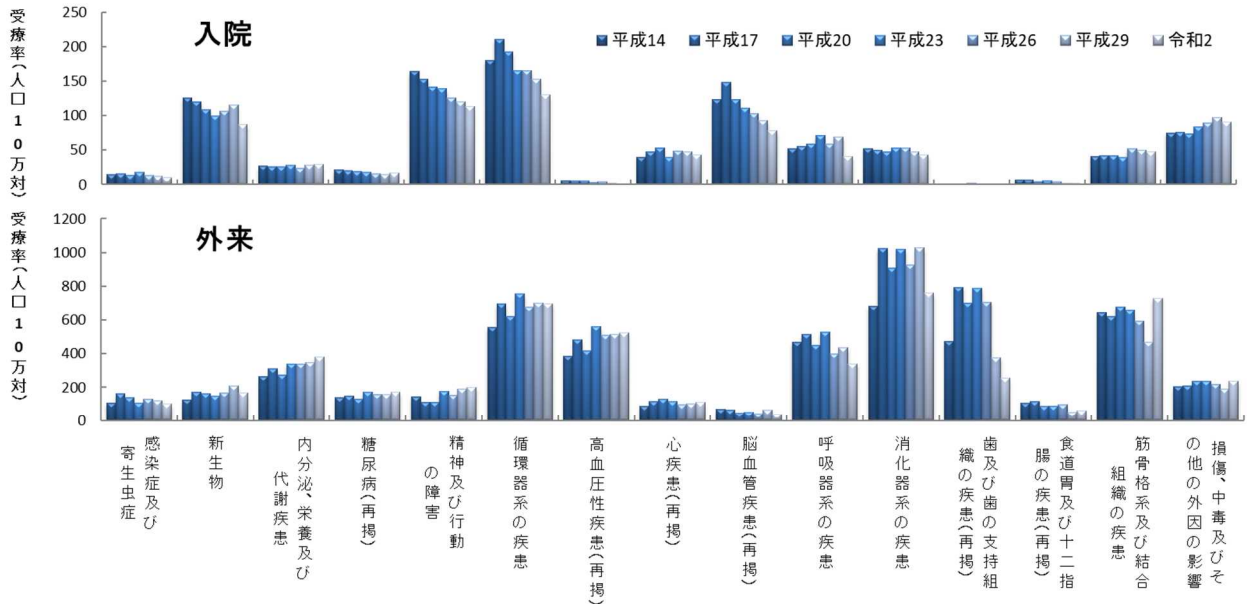
17 図 1-2-5-3 令和 2 年（2020 年）の男女別年齢階級別受療率（人口 10 万対）



18 出典：「患者調査」令和 2 年（2020 年）（厚生労働省）

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

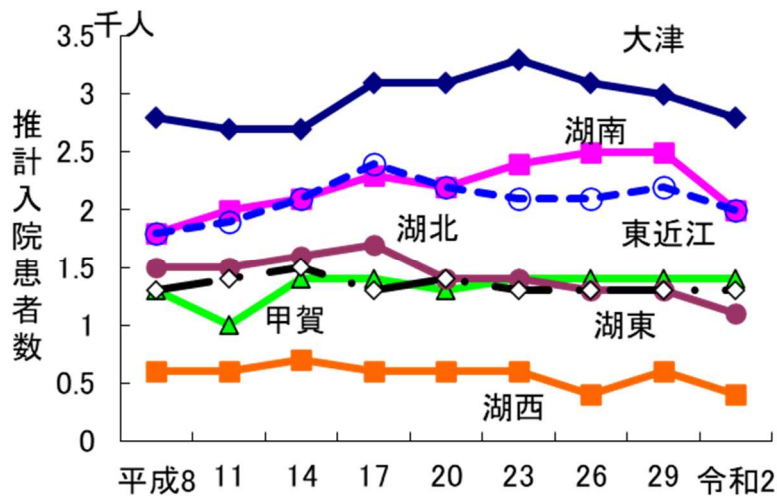
4 図1-2-5-4 主な傷病別受療率の推移



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

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

13 図1-2-5-5 二次保健医療圏別病院の推計入院患者数の推移（患者住所地）



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

1 6 後期高齢者医療費と平均在院日数の状況

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

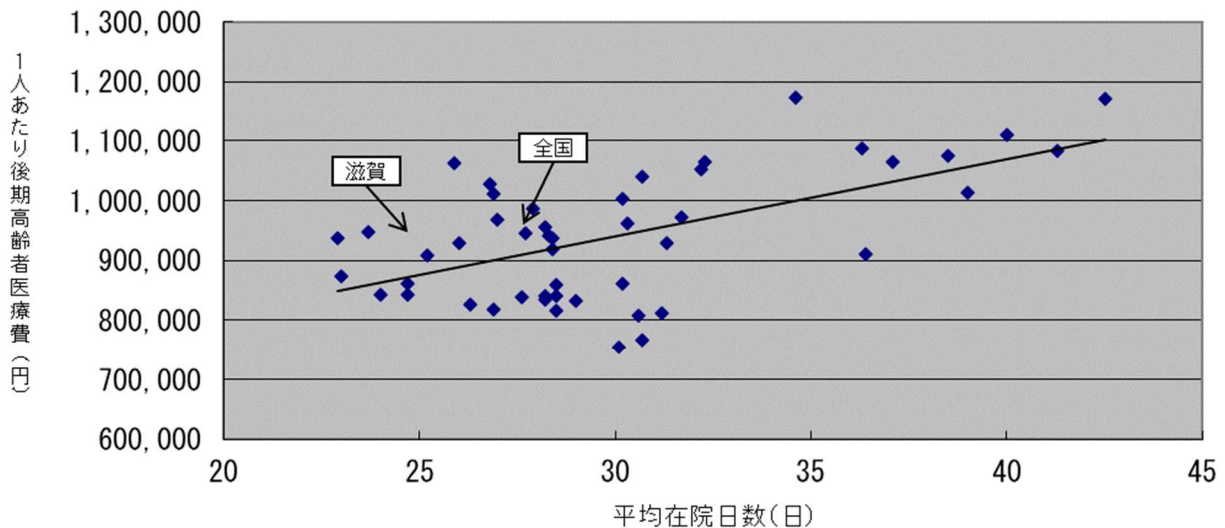
6 表1-2-6-1 後期高齢者医療費の推移

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

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

9
10 また、図1-2-6-2は、各都道府県の1人あたりの後期高齢者医療費と平均在院日数をグ
11 ラフ化したもので、平均在院日数が長くなるほど、1人あたりの後期高齢者医療費が高くなる傾
12 向が見られます。

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



出典：「後期高齢者医療事業状況報告」「病院報告」令和2年度(厚生労働省)

16
17
18

1 7 保健医療施設等の状況

2 (1) 病院

3 病院は、20人以上の患者を入院させるための施設を有する医療施設です。

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

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

10 病院数・病院病床数(開設許可病床数)は、表1-2-7-1のとおりです。

12 表1-2-7-1 病院数・病院病床数(開設許可病床数)

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

13 (令和5年(2023年)4月1日現在)

14
15 厚生労働省の医療施設調査(令和4年(2022年)10月1日現在)によると、本県の人口10万
16 人あたりの病院数は4.1病院、病院病床数は983.9床で、平均在院日数は24.0日(一般病床
17 15.8日、療養病床135.9日)となっています。

18 開設者別でみると、表1-2-7-2のとおりとなっています。

20 表1-2-7-2 開設者別病院数

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

21 (令和5年(2023年)4月1日現在)

病床規模別病院数は、表1-2-7-3のとおりです。

表1-2-7-3 病床規模別病院数

	県全体	保健医療圏						
		大津	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北	湖西
20～49床	5	3	1	1				
50～99床	2				1			1
100～199床	28	5	10	4	5	1	2	1
200床以上	23	7	3	2	5	3	2	1
計	57	15	14	7	11	4	4	3

(令和5年(2023年)4月1日現在)

(2) 診療所

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

ア 一般診療所

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

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

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

一般診療所数・病床数は、表1-2-7-4のとおりです。

表1-2-7-4 一般診療所数・病床数

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

(令和5年(2023年)4月1日現在)

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

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

イ 歯科診療所

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

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

歯科診療所数は、表1-2-7-5のとおりです。

表1-2-7-5 歯科診療所数

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

(令和5年(2023年)4月1日現在)

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

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

(3) 薬局

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

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

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

薬局数は、表1-2-7-6のとおりです。

表1-2-7-6 薬局数

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

(令和5年(2023年)4月1日現在)

(4) 市町保健センター

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

1 市町保健センターの設置状況は、表1-2-7-7のとおりです。
2

3 表1-2-7-7 市町保健センター

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

4 (令和5年(2023年)10月現在)

5
6 (5) 保健所

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

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

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

13 保健所の設置状況は、表1-2-7-8のとおりです。
14

15 表1-2-7-8 保健所一覧表

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

1 8 医療福祉にかかる現状と課題

3 (1) 少子高齢化の進展・人口減少のはじまり

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

16 (2) 健康に対する意識の高まり

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

22 (3) 医療のあり方の変化

- 23 ○ 急速な高齢化に伴う医療や介護の需要の増加に対応するため、滋賀県では平成28年
24 (2016年)3月に地域医療構想を策定しました。これをもとに、各地域において病床機能
25 の分化・連携や地域包括ケアシステムの充実、医療・介護従事者の確保・養成に向けた取
26 組を進めています。
- 27 ○ 在宅医療に関わる機関数・従事者数が増加し、医師・歯科医師・歯科衛生士・看護師・
28 リハビリテーション専門職*・管理栄養士のいずれの職種からも訪問を受ける方が増加し
29 ています。
- 30 ○ 高齢化が進む中、医療ニーズと介護ニーズを併せ持ち、自宅や地域で疾病や障害を抱え
31 つつ生活する高齢者が今後も増加していくことが予測されています。そのような中、「生
32 活(暮らし)の継続を支える」在宅医療のさらなる充実が求められています。
- 33 ○ 電子カルテの導入やレセプト*の電子化が進んでいます。今後は事務処理の効率化・合理
34 化や関係者間の情報連携だけでなく、限られた医療資源の効率的な活用や健康づくりのた
35 めのデータ活用など、ますます医療機関におけるICT*利活用が進むことが期待されます。

1 (4) 医療福祉従事者の状況

- 2 ○ 本県の医師数は、医師偏在指標でみると全国第 19 位（令和 5 年 4 月速報値）であり、地
3 域別に見ると、大津、湖南、東近江、湖西の二次保健医療圏で医師「多数」区域とされて
4 います。一方、診療科における地域偏在も存在し、特定の診療科において、ひとつの病院
5 だけでは医師を確保することが困難な地域も見られます。
- 6 ○ 看護職員については、今後地域で支える医療への転換が進むことが予想され、在宅医療
7 福祉を担う看護職員の確保対策が重要となります。
- 8 ○ リハビリテーション専門職については、今後、機能回復を目指した医学的リハビリテー
9 ションだけにとどまらず、障害福祉や教育、就労、地域づくりなど、人々の暮らしにかか
10 わる様々な領域における活動が期待されます。
- 11 ○ 介護サービス従業者については、高齢化の進展により令和 22 年（2040 年）には、本県に
12 において、29,800 人の介護職員が必要であると推計されるとともに、10,400 人の介護職員が
13 不足する見通しとなっており、介護人材確保は喫緊の課題となっています。

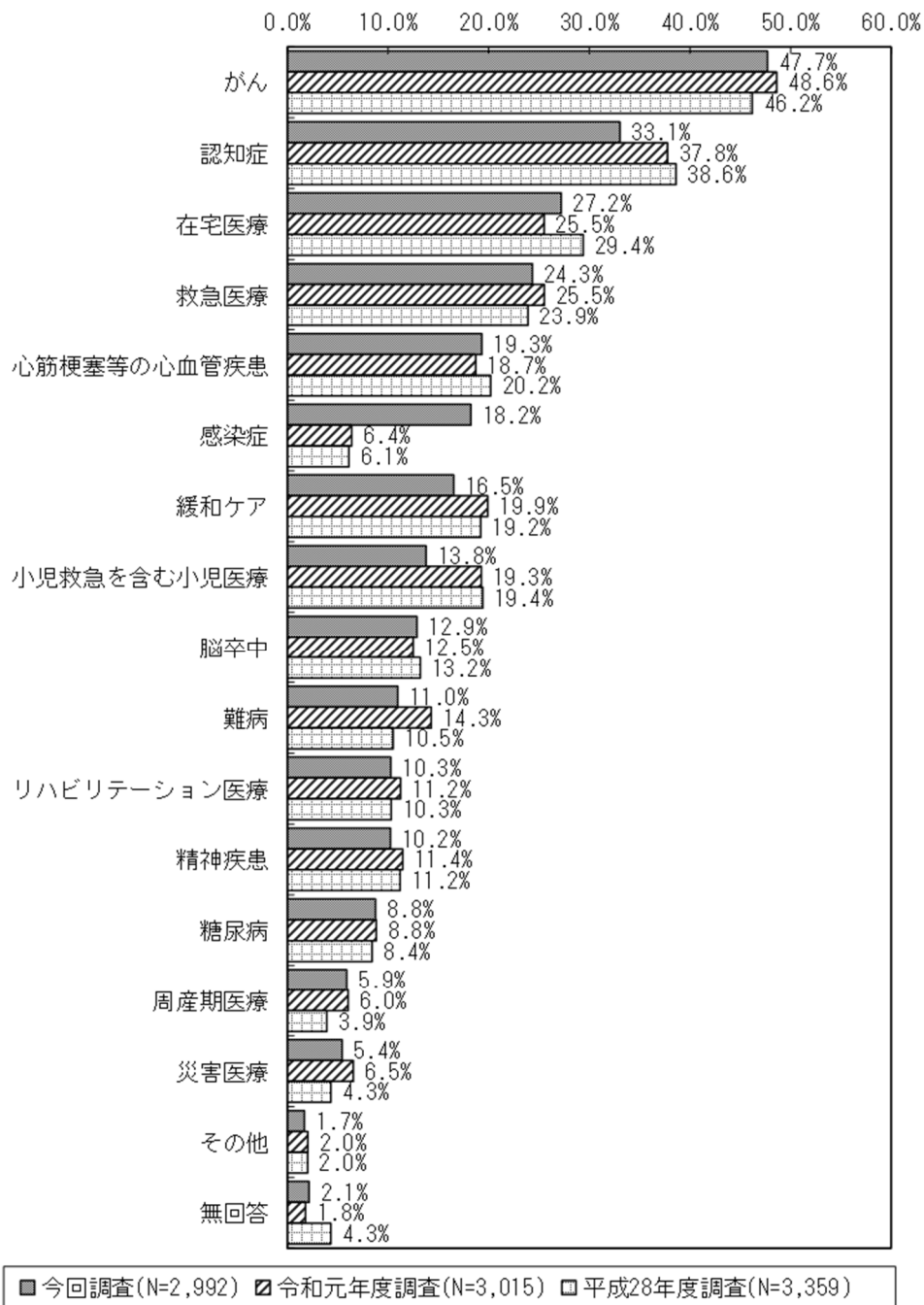
15 (5) 社会保障費の増大

- 16 ○ わが国の社会保障給付費は、戦後右肩上がりに増加してきており、令和 3 年度（2021 年）
17 には 138 兆 7,433 億円となり、過去最高の水準となっています。
- 18 ○ 年金保険給付費、高齢者医療給付費、老人福祉サービス給付費等を含む高齢者関係給付
19 費は、令和 2 年度（2020 年）には 83 兆 1,541 億円となり、社会保障給付費に占める割合は
20 62.9%に上ります。
- 21 ○ 全国での医療費を示す国民医療費は、令和 2 年度の数値で約 43 兆円であり、過去 5 年
22 間で約 6 千億円増加しています。その間の伸び率は約 1.4%となっています。
- 23 ○ 本県の医療費総額は、令和 2 年度（2020 年度）で約 4.337 億円となり、過去 5 年間で約
24 115 億円増加しています。その間の年平均伸び率は約 2.7%で、全国平均を上回っていま
25 す。
- 26 ○ 国民 1 人当たり医療費は、令和 2 年度（2020 年度）で約 34 万 1 千円となっており、増
27 加傾向となっています。県民 1 人当たり医療費は、全国と同様に増加傾向ですが、令和 2
28 年度（2020 年度）で約 30 万 7 千円と全国水準を下回っています。

30 (6) 医療福祉に関する県民意識

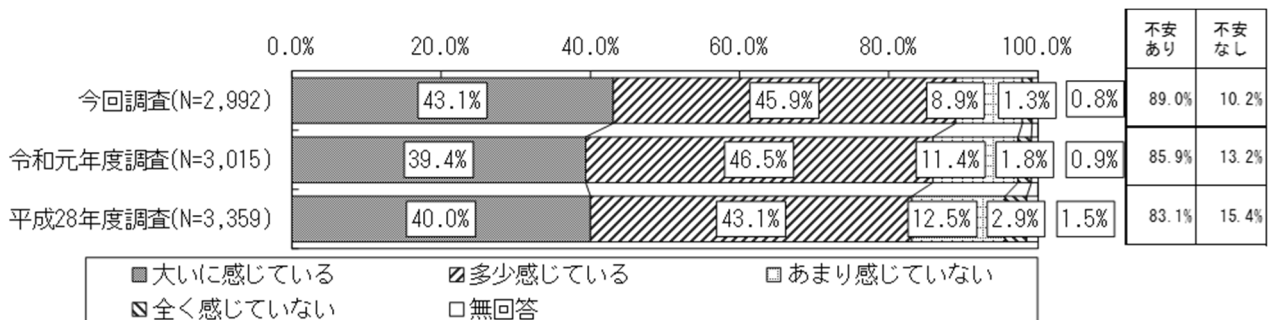
- 31 ○ 「滋賀の医療福祉に関する県民意識調査（令和 4 年 8 月実施）」の結果によると、今後
32 充実を望んでいる医療分野では、多い順から「がん対策」、「認知症」、「在宅医療」、
33 「救急医療」、「心筋梗塞等の心血管疾患」となっています。前回調査（令和元年度）と
34 比較すると、感染症が大きく増加しています。一方で「認知症」「小児救急を含む小児医
35 療」は減少しています。
- 36 ○ また、自分の高齢期（概ね 65 歳以上）の生活に不安を感じているかどうかでは、「多
37 少感じている」が 45.9%、次いで「大いに感じている」が 43.1%となっており、これら
38 を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

1 図1-2-8-1 今後充実してほしい医療分野

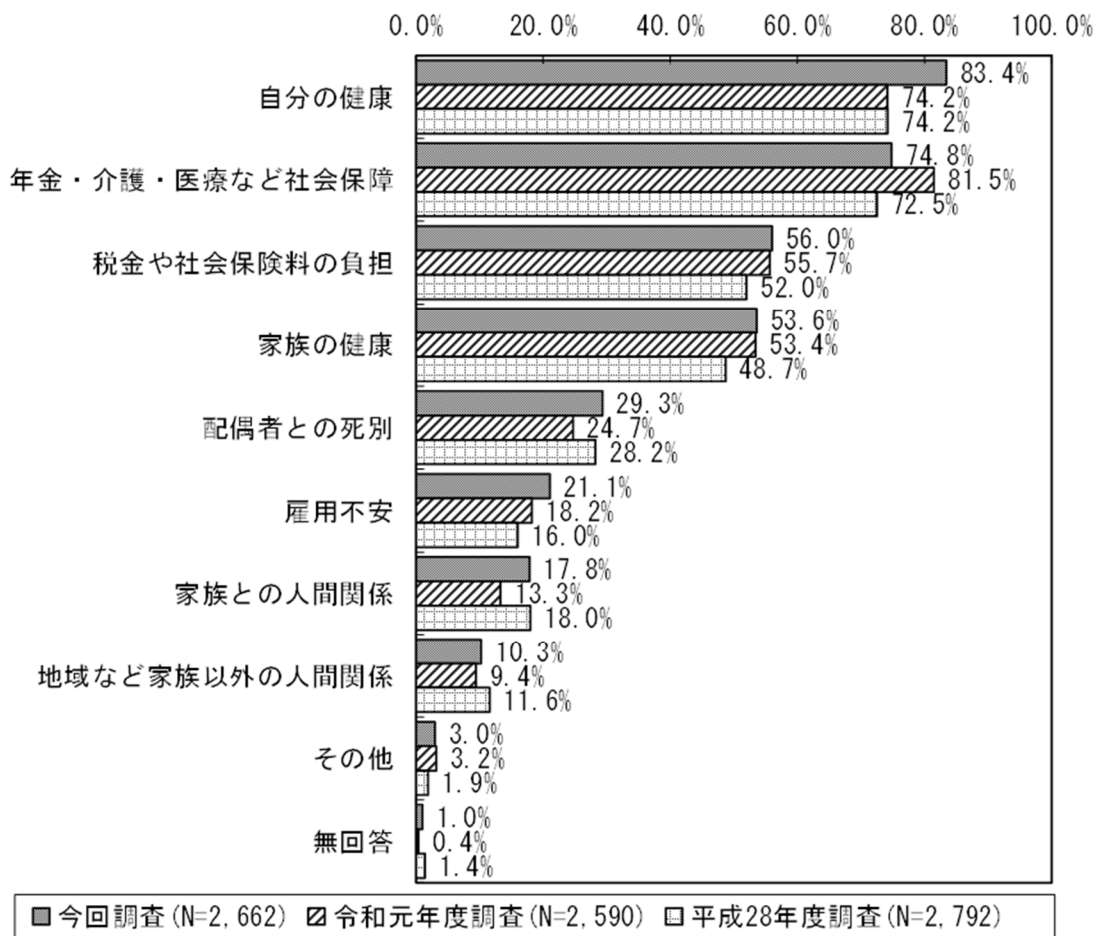


2

3 図1-2-8-2 高齢期の生活の不安



1 図1-2-8-3 高齢期の生活の不安の内容



2

1 第3章 基本理念

1 基本理念と目指す姿

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

基本理念

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

《保健医療計画で目指す3つの姿》

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

2 基本的な施策の方向性

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

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

3 取組の重点事項

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

(1) 健康寿命の延伸に向けた主体的な健康増進とそれらを支えるまちづくりの推進

- ア 「健康なひとづくり」とそれを支える「健康なまちづくり」の推進
- イ 「ひと・社会」の多様なつながりの推進
- ウ 将来を見据えた健康づくりの推進

(2) 新興感染症にも対応できる持続可能な高度・専門医療の提供体制の充実

- ア 新興感染症発生時・まん延時の体制の整備
- イ その他5疾病5事業・在宅医療・認知症・リハビリテーションの提供体制の確保充実

- 1 **(3) 地域完結を目指した医療機能の分化・連携および地域間均衡**
- 2 ア 医療機能の分化・連携の促進
- 3 イ へき地医療の充実
- 4 **(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 ア 生涯を通じてその人の生活を中心に据えた連携体制の構築
- 6 イ 地域を支える医療福祉・在宅看取りの推進
- 7 ウ 医療と介護の提供体制における整合性の確保
- 8 エ 精神疾患を持つ人の地域移行・定着のための支援
- 9 **(5) 医療福祉を支える人材の確保・育成・定着**
- 10 ア 多様なニーズに対応できる人材の確保・育成・定着
- 11 イ 保健・医療・介護・福祉が一体となった多職種連携*の促進
- 12 **(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**
- 13 ア 医療情報連携基盤の利活用
- 14 イ DX 推進による医療福祉の効率化・連携
- 15 ウ DX 推進による健康づくり

1 第4章 保健医療圏

1 設定の趣旨

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

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

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

2 保健医療圏の区分

(1) 一次保健医療圏

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

(2) 二次保健医療圏

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

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

(3) 三次保健医療圏

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

3 二次保健医療圏について

(1) これまでの経過と現状

○ 本県の二次保健医療圏は、昭和 63 年（1988 年）4 月に策定した「滋賀県地域保健医療計画」において、入院患者の受療行動、医療施設の配置状況、保健医療に関する行政や団体の区域、住民の広域的生活圏との整合性などを総合的に検討し、7つの圏域が設定されました。以降、市町村合併に伴う一部区域の変更はあったものの、基本的には設定当初の二次保健医療圏を単位として保健医療サービスの充実が図られてきました。

○ また、平成 28 年（2016 年）3 月に策定した滋賀県地域医療構想では、7つの二次保健医療圏に合わせて構想区域を設定し、区域ごとに設置された地域医療構想調整会議では、圏域ごとの課題や医療連携体制のあり方について協議が進められています。

○ 国の医療計画策定の方針では、二次保健医療圏について①人口規模が 20 万人未満であり、かつ、②圏域内の病院の療養病床及び一般病床の推計流入入院患者割合が 20%未満、③推計流出院患者割合が 20%以上となっている場合は、入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていないと考えられるため、設定の見直しについて検討することが必要であるとされていますが、令和 4 年（2022 年）の第 7 次滋賀県保健医療計画の中間見直し時におい

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

表1-4-3-1 二次保健医療圏ごとの入院患者流出入の状況

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

出典：人口 「令和2年国勢調査」(総務省)

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

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

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

表1-4-3-2 ブロック化の整備状況（令和5年10月時点）

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

※色付きの圏域が、2次保健医療圏を超えて、広域的な圏域を設定したものの

（2）今後の対応

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

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

- 1 ・ 特定の分野については、ブロック化による地域の医療資源の実情に応じた提供体制の
2 整備を図っている。また、ブロック化による提供体制の効果については検証までに時間
3 を要するため。
- 4 ・ 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
5 合性をとったものである。特に、滋賀県医療構想の構想区域を、現在の二次保健医療圏
6 と同様の範囲としており、構想区域ごとの地域医療構想調整会議にて、構想区域ごとに
7 病床機能の分化と連携に関する議論が進展している中で、仮に二次保健医療圏域の見直
8 しをすれば、これまでの議論に支障がでるため。

9
10 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
11 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
12 いくこととします。

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

1 表1-4-3-3 二次保健医療圏および三次保健医療圏の概要

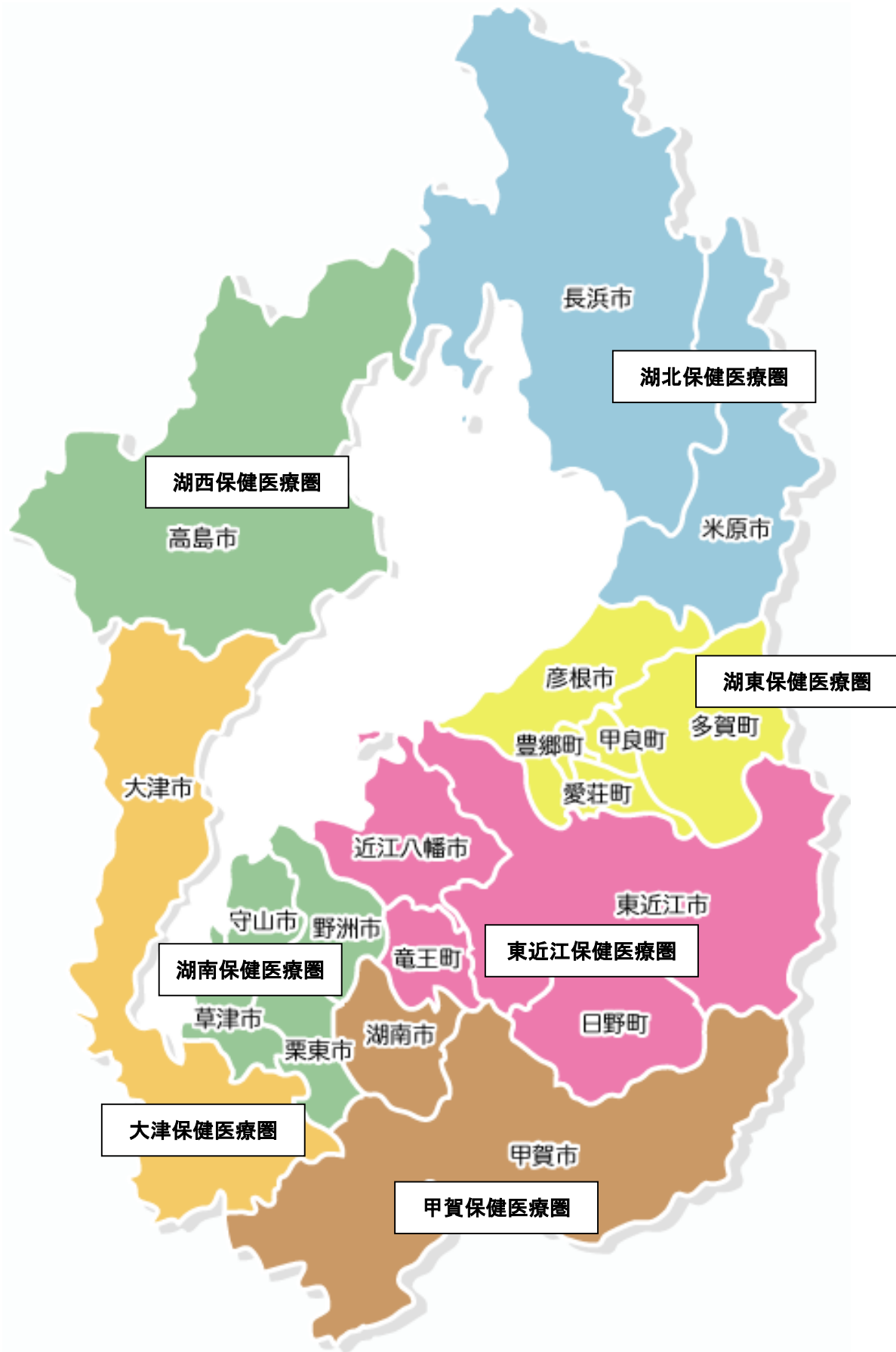
種別	圏域名	構成市町数	構成市町名	圏域人口 (単位:人)	圏域面積 (単位:k㎡)
二次保健医療圏	大津保健医療圏	1	大津市	345,202	464.51
	湖南保健医療圏	4	草津市、守山市、栗東市、野洲市	346,649	256.39
	甲賀保健医療圏	2	甲賀市、湖南市	142,909	552.02
	東近江保健医療圏	4	近江八幡市、東近江市、日野町、竜王町	226,814	727.97
	湖東保健医療圏	5	彦根市、愛荘町、豊郷町、甲良町、多賀町	155,375	392.04
	湖北保健医療圏	2	長浜市、米原市	150,920	931.41
	湖西保健医療圏	1	高島市	46,379	693.05
三次保健医療圏	滋賀県全域	19		1,414,248	4017.38

出典：圏域人口：「令和2年国勢調査」（総務省）

圏域面積：「令和3年全国都道府県市区町村別面積調」（国土地理院）

2
3
4

1 图1-4-3-4 二次保健医療圏図



2

1 第5章 基準病床数

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

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

1 基準病床の考え方

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

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

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

① 医療法第30条の7第2項第2号に掲げる医療の提供の推進のために必要な診療所その他の地域包括ケアシステムの構築のために必要な診療所

② へき地の医療、小児医療、周産期医療、救急医療その他の地域において良質かつ適切な医療が提供されるために必要な診療所

であって、医療審議会の意見を聴いて知事が必要と認めるものです。

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

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

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

2 保健医療圏別基準病床数および既存病床数

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

1 表1-5-2-1 保健医療圏別基準病床数および既存病床数

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

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

2

(既存病床数 令和5年4月1日現在)

1 第2部 健康づくりの推進

2 第1章 健康づくりと介護予防の推進

3

4 1 健康づくり（詳細については、別途「健康いきいき 21-健康しが推進プラン-」（令和6年3月）
5 を策定）

6

7 **目指す姿**

8 > 誰もが自分らしくいきいきと活躍し、みんなでつくり支え合う「健康しが」の実現

9

10 **取組の方向性**

- 11 (1) 「健康なひとづくり」とそれを支える「健康なまちづくり」の推進
12 (2) 「ひと・社会」の多様なつながりの推進
13 (3) 将来を見据えた健康づくりの推進

14

15

16

《数値目標》

目標項目	現状値	目標値 (R17)	備考
健康寿命 (日常生活動作が自立している期間の平均)	男性 81.19 歳 (R3)	「平均自立期間」 延伸	
	女性 84.83 歳 (R3)		

17

※目標年度は、「健康いきいき 21-健康しが推進プラン-」（令和6年3月）に合わせたもの

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

1 《ロジックモデル》

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

1	適切な栄養・食生活対策の推進
2	身体活動・運動の推進
3	休養・睡眠の推進
4	飲酒対策の推進
5	喫煙対策の推進
6	歯・口腔の健康づくりの推進
7	がん予防対策
8	循環器病予防対策
9	糖尿病予防対策
10	COPD予防対策

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

1	「健康なひとづくり」とそれを支える「健康なまちづくり」に取り組める
	1 望ましい生活習慣が定着する
	2 生活機能が維持・向上できる
	3 生活習慣病を発症・重症化させない

番号	目指す姿(分野アウトカム)
----	---------------

1	誰もが自分らしくいきいきと活躍し、みんなでつくり支え合う「健康しが」が実現できている
	指標 健康寿命(日常生活に制限のない期間の平均)

11	社会活動への参画の推進
12	地域共生社会の推進
13	こころの相談、自殺対策等の推進
14	中小企業の健康経営の推進
15	健康的な食環境の推進
16	SNS等を活用した情報発信の推進
17	身体活動を促進する環境づくりの推進

2	「ひと・社会」の多様なつながりの中で生活できる
	4 多様な社会とのつながりの中で、こころの健康が維持・向上できる
	5 正しくわかりやすい情報をもとに多様な健康づくりに取り組める
	6 自然に健康になれる環境の中で生活できる

18	【子ども】 身体活動量の促進対策、肥満対策、飲酒・喫煙対策の推進
19	【高齢者】 低栄養対策、社会活動促進対策等の推進
20	【女性】 やせ・低栄養対策、妊娠中の飲酒・喫煙対策等の推進

3	将来を見据えた健康づくりに取り組める
---	--------------------

2

1 2 保健対策

2 I 歯科保健（詳細については、別途「滋賀県歯科保健計画」（令和6年3月）を策定）

3
4 **目指す姿**

5
6 > 健康で、はつらつとした生活を営むもとなる健康な口を保つことができる

7
8 **取組の方向性**

- 9 (1) 口腔の健康に良い行動が習慣化される
10 (2) 歯科疾患の発症予防と重症化予防ができる
11 (3) 噛む、飲み込む、話す等の口腔機能の獲得・維持・向上ができる
12 (4) 在宅療養中で特別な配慮が必要な状況であっても、歯科保健医療サービスを受けることが
13 できる
14 (5) 障害があり特別な配慮が必要な状況であっても、歯科保健医療サービスを受けることがで
15 きる
16 (6) 災害発生時に避難所において、二次的健康被害予防のための歯科口腔保健サービスを受け
17 ることができる

18
19
20 **《数値目標》**

目標項目	現状値	目標値 (R17)	備考
フッ化物配合歯磨剤を利用する人の割合	3歳児 77.4% 成人 64.4% (R4)	3歳児 90% 成人 80%	成人は年齢調整値
デンタルフロスや歯間ブラシを使用している人の割合	30歳代 57.7% 50歳代 57.8% (R4)	70% 65%	
定期的に歯科健診を受けている人の割合	37.0% (R4)	65%	
フッ化物洗口を実施する市町数	13市町 (R3)	16市町	
3歳児で4本以上のむし歯を有する人の割合	29.6% (R3)	0%	
12歳児でむし歯のない人の割合が90%以上の市町数	3市町 (R4)	11市町	
10代における歯肉に炎症所見を有する人の割合	小6 13.6% 中1 16.1% 中3 15.7% (R4)	10%	

目標項目	現状値	目標値 (R17)	備考
20代～30代における歯ぐきから血が出る人の割合	20.6% (R4)	15%	
40歳以上における自分の歯が19歯以下の人の割合	16.8% (R4)	5%	年齢調整値
80歳で20歯以上の歯を有する人の割合	56.2% (R4)	85%	
50歳以上における咀嚼(そしゃく)良好者の割合	68.0% (R4)	80%	年齢調整値
訪問歯科診療*を実施する歯科医療機関の割合	22.4% (R4)	25%	
要介護高齢者が利用する施設での定期的な歯科健(検)診の実施率	46.0% (R4)	50%	
障害者・障害児が利用する施設での定期的な歯科健(検)診実施率	通所 36.4% 入所 93.8% (R4)	通所 50% 入所 100%	
障害のある児でかかりつけ歯科医院を持ち、定期的に通診する人の割合	54.5% うち定期受診 73.9% (R4)	80% うち定期受診 95%	
「滋賀県大規模災害時保健活動マニュアル」への記載	記載なし (R5)	記載あり	

※目標年度は、「滋賀県歯科保健計画」(令和6年3月)に合わせたもの

1
2

1 《ロジックモデル》

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

1	住民イベント、リーフレット等媒体を用いた歯科保健啓発
2	事業所や集いの場などへの出前講座による、かかりつけ歯科医院での定期的な歯科受診啓発
3	フッ化物の個人応用、集団応用の推進
4	関係者研修会や検討会の開催による課題と対策の周知および技術の習得

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

1	口腔の健康に良好な行動が習慣化される
	指標
	フッ化物配合歯磨剤を利用する人の割合
	デンタルフロスや歯間ブラシを使用している人の割合
	定期的に歯科健診を受けている人の割合
	フッ化物洗口を実施する市町数

番号	目指す姿(分野アウトカム)
----	---------------

1	健康で、はつらつとした生活を営むもとなる健康な口を保つことができる
---	-----------------------------------

5	【再掲】住民イベント、リーフレット等媒体を用いた歯科保健啓発
6	市町の歯科健診等事業への支援
7	【再掲】事業所や集いの場などへの出前講座による、かかりつけ歯科医院での定期的な歯科受診啓発
8	【再掲】フッ化物の個人応用、集団応用の推進
9	【再掲】関係者研修会や検討会の開催による課題と対策の周知および技術の習得

2	歯科疾患の発症予防と重症化予防ができる
	指標
	3歳児で4本以上のう蝕のある歯を有する人の割合
	12歳児でむし歯のない人の割合が90%以上の市町数
	10代における歯肉に炎症所見を有する人の割合
	20代～30代における歯ぐきから血が出る人の割合
	40歳以上における自分の歯が19歯以下の人の割合
80歳で20歯以上の歯を有する人の割合	

10	乳幼児期・少年期における口腔機能発達支援体制の整備
11	若い世代からのオーラルフレイルの周知と、早期からの口腔機能維持・向上のための取組
12	【再掲】事業所や集いの場などへの出前講座による、かかりつけ歯科医院での定期的な歯科受診啓発
13	【再掲】関係者研修会や検討会の開催による課題と対策の周知および技術の習得

3	噛む、飲み込む、話す等の口腔機能の獲得・維持・向上ができる
	指標
	50歳以上における咀嚼(そしゃく)良好者の割合

2

3

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

14	在宅療養支援関係者との研修会や検討会の開催による課題と対策の周知および技術の習得
15	歯科診療所が在宅歯科医療を実施するために必要な機器の整備支援

16	障害のある方が歯科健診、歯科保健指導を利用できる機会の確保
17	地域の歯科診療所、口腔衛生センターの役割の整理と連携の推進
18	市町の発達支援センターと連携した早期からのかかりつけ歯科医院受診の定着推進
19	研修会、健診、歯科保健指導等事業の実施を通じた、歯科保健関係者および障害福祉サービス関係者との連携の推進

20	災害発生時の避難所における県、市町、歯科医師会および歯科衛生士会に求められる役割の確認と情報共有
21	災害発生時の県保健医療福祉調整本部と関係団体との連絡体制の整備

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

4	在宅療養中で特別な配慮が必要な状況であっても、歯科保健医療サービスを受けることができる			
	<table border="1"> <tr> <td>指標</td> <td>訪問歯科診療を実施する歯科医療機関の割合</td> </tr> <tr> <td></td> <td>要介護高齢者が利用する施設での定期的な歯科健(検)診実施率</td> </tr> </table>	指標	訪問歯科診療を実施する歯科医療機関の割合	
指標	訪問歯科診療を実施する歯科医療機関の割合			
	要介護高齢者が利用する施設での定期的な歯科健(検)診実施率			

5	障害があり特別な配慮が必要な状況であっても、歯科保健医療サービスを受けることができる			
	<table border="1"> <tr> <td>指標</td> <td>障害者・障害児が利用する施設での定期的な歯科健(検)診の実施率</td> </tr> <tr> <td></td> <td>障害のある児でかかりつけ歯科医院を持ち、定期的に受診する人の割合</td> </tr> </table>	指標	障害者・障害児が利用する施設での定期的な歯科健(検)診の実施率	
指標	障害者・障害児が利用する施設での定期的な歯科健(検)診の実施率			
	障害のある児でかかりつけ歯科医院を持ち、定期的に受診する人の割合			

6	災害発生時に避難所において、二次的健康被害予防のための歯科口腔保健サービスを受けることができる	
	<table border="1"> <tr> <td>指標</td> <td>「滋賀県大規模災害時保健活動マニュアル」への記載</td> </tr> </table>	指標
指標	「滋賀県大規模災害時保健活動マニュアル」への記載	

番号	目指す姿(分野アウトカム)
----	---------------

1

2 保健対策

II 母子保健

目指す姿

- 県民が妊娠・出産・育児について正しい理解を深め、全ての子どもが心身ともに健やかに生まれ育つことができる

取組の方向性

- (1) 県民にプレコンセプションケア*の理解が広がり、若者が健康な生活を送ることができる
- (2) 妊婦が安心・安全に出産できる
- (3) 保護者(母親、父親等)が孤立せず、心身ともに健康な状態で子育てができる
- (4) 子どもが必要な支援を受けながら、健やかに成長・発達できる

現状と課題

(1) 思春期から妊娠期・出産期

- 本県の令和3年(2021年)の出生数は10,130人で、平成27年(2015年)に比べ2,492人減少し、近年減少幅が大きくなっています。
- 少子化の原因は様々な要因が考えられますが、県民が滋賀で子どもを産み育てたいと思えるよう、母子保健の分野において支援の充実を図るとともに、正しい知識・情報を発信し、将来を見据えて子どもを産み育てることを考える機会を提供していく必要があります。
- 本県の人工妊娠中絶実施件数は、令和3年(2021年)は975件(うち10代105件(10.8%))で、平成27年(2015年)の1,565件(うち10代147件(9.4%))から減少傾向が続いていますが、10代の減少幅は低く、全体に占める割合は増加しています。
- 本県の令和3年度(2021年度)の女性の瘦身傾向*(児)の割合は、中学2年生女子生徒4.54%(全国3.22%)、高校2年生女子2.69%(全国2.33%)で全国より高くなっています。
- 県内の令和3年度(2021年度)の11歳から16歳のHPVワクチン定期接種の接種率は、1回目8.8%、2回目7.9%、3回目6.0%と接種率が低くなっています。
- 安全・安心な出産を迎えるためには、子どもの時からのプレコンセプションケア*の理解が重要です。子どもに命や自分自身の健康を守ることの大切さ、妊娠・出産についての正しい知識について啓発をする必要があります。また、子どもを支える社会全体にも正しい知識を啓発する必要があります。
- 「子育て・女性健康支援センター*」では、小・中・高校生に性に関する正しい知識の啓発、生命の大切さを実感する体験学習、自分自身の健康管理の必要性を理解するための健康教育を実施しています(令和4年度21回)。その他にも助産師会や大学、医療機関などの専門職が講師となり、認定こども園、保育所、幼稚園、小・中・高校等での健康教育を実施しています。
- 県では、思春期の身体の状態、性感染症等について医学的な観点から正しい知識を普及啓発することを目的に「思春期健康教育事業」を実施し、本県の健康課題に応じた健康教育媒体の作成を行っており、令和6年度(2024年度)の完成を目指しています。

*プレコンセプションは、受胎のことをいう。プレコンセプションケアとは、将来の妊娠を考えながら女性やカップルが自分たちの生活や健康に向き合うことをいう。

- 1 ○ 専門職によるプレコンセプションケア*に関する健康教育が行われている学校が増えてきて
2 います。予期せぬ妊娠や人工妊娠中絶を防止するためにも、より一層多くの学校でプレコンセ
3 プションケアに関する健康教育が受けられるよう、体制を構築していく必要があります。
- 4 ○ 県の令和4年度(2022年度)におけるBMI18.5未満の20~30歳代の女性の割合は20.9%で痩身
5 傾向の割合が他の年代と比べて高くなっています。
- 6 ○ 令和3年度(2021年度)の妊娠満12週以降に妊娠届け出があった件数(割合)は、344件(3.4%)
7 で、(内訳は：12週から19週が288件(2.8%)、20週から27週が37件(0.4%)、28週以降が18件
8 (0.2%)、出産後1人)で、令和元年度(2019年度)の妊娠満12週以降に届け出があった件数409
9 件(4.3%)より減少しています。
- 10 ○ 本県の、令和3年(2021年)の出生児10,130人のうち、2,500グラム未満の低出生体重児の割
11 合は、全体の9.1%(919人)で平成27年(2015年)の9.3%(1,168件)と比較すると割合は僅かに
12 減少していますが、10年以上同じ傾向が続いています。
- 13 ○ 低出生体重児の母体側の要因として、年齢(若年妊娠、高齢妊娠)、低栄養、妊娠高血圧症候
14 群*、妊娠糖尿病*、歯周病、喫煙、飲酒等様々な要因が示唆されていることから、妊婦や家族
15 に対して正しい知識を啓発し、妊娠中の母体の健康管理に努めてもらう必要があります。
- 16 ○ 本県の令和3年(2021年)の、出生時の母の年齢は、35歳以上の割合が27.8%で、平成27年
17 の26.7%から増加しています。また、第1子出産時の母の平均年齢は、平成27年(2015年)の30.5
18 歳、令和3年(2021年)は30.6歳(全国30.9歳)で横ばいに推移しています。
- 19 ○ 高齢になるほど、妊娠の確率が低くなり、妊娠しても出産時のリスクが高まることから、妊
20 娠・出産を希望する人は、若い時から自分の身体の状況を知り、妊娠・出産を含めたライフプ
21 ランについて検討できることが必要です。
- 22 ○ 不妊の問題は、およそ4~5組に1組の夫婦に存在するといわれており、全国の出生児に占
23 める生殖補助医療*による出生児の割合は7.2%(令和2年)となっています。また、本県の令和
24 3年(2021年)の不妊に悩む方への特定治療支援事業の実績件数は、延べ2,352件(実1,357人)
25 となっています。
- 26 ○ 不妊治療は通院回数の多さや精神的負担が大きいことから、県では企業向けに不妊治療の啓
27 発事業を実施し、不妊治療と仕事の両立に向けた機運の醸成を図ることを目的に、企業向けに
28 「不妊治療と仕事の両立支援事業」を実施しています。
- 29 ○ 県では、不妊・不育に悩む夫婦等を対象に専門的な相談指導やカウンセリングを行い、不
30 妊をめぐる自己決定等の支援を行うとともに、不妊に関する課題に対応する適切な体制整備
31 を図ることを目的に「不妊専門相談センター」を開設しています。
- 32 ○ 不妊治療を受ける人は、年々増加しており、精神的負担も大きいことから、医学的・専門的
33 相談が受けられるよう、相談機関の啓発や支援体制の充実や周囲の理解が必要です。また、妊
34 娠はするものの、流産、死産を繰り返して、結果的に出産に至らない「不育症*」や「出生前診
35 断*」にかかる相談や支援体制の充実も必要です。
- 36 ○ 県では、予期せぬ妊娠などにより、身体的、精神的な悩みや不安を抱えた若年妊婦等が、身
37 近な地域で必要な支援を受けられるよう、令和4年(2022年)9月より「不安を抱えた若年妊
38 産婦等支援事業(にんしんSOS滋賀)」を県産科婦人科医会に委託して実施しています。にんし
39 んSOS滋賀の令和4年度(2022年度)7か月間の相談件数は、54件で相談件数は少ない状況です。
- 40 ○ 予期せぬ妊娠をした若年妊婦等が一人で悩みを抱え込まず相談機関につながり、支援が受け

1 られるよう、「にんしんSOS滋賀」の啓発を強化していく必要があります。

- 2 ○ 市町では、母子健康手帳交付時に保健師や助産師が面談し、妊娠時から必要な相談・支援を
3 実施しています。また、「ハイリスク妊産婦・新生児援助事業*」により医療機関との連携体制
4 が構築されています。
- 5 ○ 市町では、医療機関と委託契約を行い、必要な回数分の妊婦健康診査の受診券を交付し、健
6 診を定期的に受診できるよう支援しています。
- 7 ○ 本県の令和3年度（2021年度）の「ハイリスク妊産婦・新生児援助事業」における医療機関
8 から市町への妊婦の連絡件数は、381件で増加傾向が続いています。また、ハイリスク連絡票の
9 内容は、家庭環境問題が220件、精神疾患が108件と多くなっています。
- 10 ○ 市町では、「ハイリスク妊産婦・新生児援助事業」で連絡を受けた妊婦に対して個別支援を行
11 っており、令和3年度（2021年度）の初回指導実施率は85.9%、要継続フォロー対象者の事後
12 指導実施率は100%となっています。
- 13 ○ 支援が必要な妊婦・家族には、関係機関が連携し、周囲からの支えの中で出産・子育てがで
14 きるよう妊娠早期から支援していく必要があります。
- 15 ○ 本県の令和3年（2021年）の周産期死亡率は1.7、新生児死亡率*は0.6、乳児死亡率は1.6で
16 全国平均より低く、低下傾向が続いています。
- 17 ○ 県内の出産ができる医療機関は、令和5年9月末現在26医療機関で年々減少しています。
- 18 ○ 出産に関する指標は改善傾向が続いているものの、県内の出産できる医療機関は減少してき
19 ており、周産期の医療体制を検討し、県内で安心・安全な出産ができる体制を確保していく必
20 要があります。
- 21 ○ 県内市町では、妊娠期から子育て期にわたり支援を切れ目なく提供するための総合的な相談
22 支援の拠点としての「子育て世代包括支援センター」（「母子健康包括支援センター（母子保健
23 法）」）は、全市町に設置されています。また、令和4年度（2022年度）からは「出産子育て応
24 援交付金事業*」による「伴走型相談支援*」が開始され、妊娠期から切れ目のない支援体制の
25 充実強化が図られています。

26 27 (2) 子育て期（新生児から乳幼児期）

28 ア 保護者（母親・父親等）

- 29 ○ 産後うつや母体等の健康状態の確認、新生児への虐待予防等を図る観点から、出産後間もな
30 い時期の産婦に対する健康診査の重要性が指摘され、国では平成29年度（2017年度）に「産婦
31 健康診査事業」が創設され、令和5年（2023年）10月現在県内11市町で実施されています。
- 32 ○ 産後うつの予防や新生児への虐待予防の観点から、県内全市町で「産婦健康診査事業」が実
33 施され、県内の産婦が健診を受けられる体制を整える必要があります。
- 34 ○ 令和3年度（2021年度）の「ハイリスク妊産婦・新生児援助事業」の産婦の連絡件数は、1,896
35 件で、ハイリスク連絡票の内容は、産婦の精神面からの連絡が多く、育児不安1,218件、精神疾
36 患349件、マタニティブルー34件（重複あり）となっています。
- 37 ○ 市町では、「ハイリスク妊産婦・新生児援助事業」で連絡を受けた産婦に対して個別支援を行っ
38 ており、令和3年度の初回指導実施率は95.5%、要継続フォロー対象者の事後指導実施率は
39 98.9%となっています。
- 40 ○ 令和3年度（2021年度）の「乳幼児健康診査」の4か月健診において、「産後、退院してから

1 の1か月程度、助産師や保健師等からの指導・ケアは十分に受けることができましたか。」の設
2 問で「はい」と回答した母親の割合は85.8%で、全国の86.2%より低くなっています。

- 3 ○ 県では、産前産後ケア等の体制整備の推進や関係機関の連携強化を図るため、関係機関によ
4 る「妊産婦ケア検討会」を開催しています。
- 5 ○ 県では、妊産婦のメンタルヘルスについて、支援が必要な人に、産科、精神科、地域が連携
6 して支援できるよう、「妊産婦メンタルヘルス医療連携事業」を滋賀県産科婦人科医会に委託し
7 実施しています。本事業において産後うつ等の診療体制が検討され、産科と精神科の連携が円滑
8 に進むように取組を行っています。
- 9 ○ 産婦人科医療機関や市町の「子育て世代包括支援センター（母子健康包括支援センター）」
10 の相談支援や「産後ケア事業*」（心身のケアや育児サポート等）の活用等により、育児不安が
11 軽減するように支援するとともに、精神疾患のある人には必要な医療が受けられるよう、産科、
12 精神科、行政機関との連携体制の充実が必要です。
- 13 ○ 「産前・産後サポート事業」（保健師・助産師等の専門職や子育て経験者等による相談支援）
14 や「産後ケア事業」が全市町で実施されています。県内の産後ケア事業の令和4年度の利用者
15 （実人数）は、短期入所型132人、通所型116人、訪問型137人で増加傾向となっています。また、
16 令和5年度より、「産後ケア事業」の対象者が「出生後1年以内の母子であって、産後ケアを必
17 要とする者」に拡大されました。
- 18 ○ 県では、産後ケアを実施する助産師等の従事者が、質の高い技術を持って母子へのケアが行
19 えるよう「産後ケア従事者研修会」を県助産師会に委託して実施しています。令和4年度（2022
20 年度）はオンデマンドで開催し457人の参加がありました。
- 21 ○ 「産後ケア事業」の利用対象者が令和5年度から拡大されたため、今後、利用者が増加する
22 と考えられます。事業実施施設が限られており、受け入れ施設の確保が今後の課題です。
- 23 ○ 令和3年度（2021年度）の「積極的に育児をしている父親の割合」は、3・4か月児65.5%、1
24 歳6か月児64.4%、3歳児60.0%で全国平均より低くなっています。また、男性の育児休業取得
25 率は、令和4年度21.8%で年々上昇傾向となっています。
- 26 ○ 今後、職域とも連携しながら、父親に育児参加してもらえよう啓発するとともに、育児に
27 必要な知識や技術を習得できるよう個別支援や父親教室等の父親向けの支援を実施する必要が
28 あります。
- 29 ○ 令和3年度（2021年度）の各「乳幼児健康診査」において、「ゆったりとした気分でこどもと
30 過ごせる時間がある保護者の割合」は、3・4か月児87.9%、1歳6か月児79.2%、3歳児73.0
31 で、全国平均より低くなっています。
- 32 ○ 令和3年度（2021年度）の各「乳幼児健康診査」における「体罰や暴言、ネグレクト*等によ
33 らない子育てをしている親の割合」は、3・4か月児94.5%、1歳6か月児85.3%、3歳児70.9%
34 となっています。
- 35 ○ 令和3年度（2021年度）の各「乳幼児健康診査」における「不適切な養育（養育者側の問題）」
36 の割合は、4か月健診6.9%、10か月健診8.2%、1歳6か月健診7.6%、3歳6か月健診7.5%となっ
37 てます。
- 38 ○ 県内市町の「乳幼児健康診査」対象者のうち、市町が子どもの状況を把握している対象者の
39 割合は、令和3年度（2021年度）、3・4か月児99.3%、1歳6か月児96.9%、3歳6か月児96.2%
40 で全数把握には至っていません。

- 県内の児童虐待に関する相談件数は、令和3年度（2021年度）は8,301件、うち、0歳から学齢前までの相談件数は、2,976件（35.9%）で令和2年度（2020年度）より増加しています。
- 「乳幼児健康診査」における未受診者の全ての子どもの状況を把握するとともに、「乳幼児健康診査」等で親子と関わる時は、虐待のリスクや養育の状況について確認し、虐待のリスクがある場合は、必要な相談・支援を実施し、関係機関とも連携しながら虐待予防に努める必要があります。
- 「育てにくさを感じたときに対処できる親の割合」は、平均78.1%（3・4月児77.4%1歳6か月児75.5%、3歳児81.3%）で、国の平均より低くなっています。
- 育てにくさを感じている親への相談支援や保健、医療、福祉、教育などの関係機関が連携し、発達上の支援を必要とする子どもやその家族等に対する支援体制の充実が必要です。
- 令和6年（2024年）4月から市町において、「子ども家庭センター*」の設置が努力義務となり、母子保健と児童福祉が一体的に相談支援を行う体制となる予定です。
- 県では、思春期の子ども達や子育て期の保護者等に対して身体的、精神的、社会的側面から多面的に捉えた専門的な健康教育、健康相談を実施し、子どもの健康の保持増進と子どもの心の安らかな発達の促進および育児不安をを図ることを目的に「子育て・女性健康支援事業」を実施しています。

イ 子ども

- 令和3年度（2021年度）の「ハイリスク妊産婦・新生児援助事業」の新生児の連絡件数は、1,178件でそのうち、低出生体重児629件、身体的な問題が586件となっています。
- 市町では、「ハイリスク妊産婦・新生児援助事業」で連絡を受けた新生児に対して個別支援を行っており、令和3年度（2021年度）の初回指導実施率は93.7%、要継続フォロー対象者の事後指導実施率は97.9%となっています。
- 障害の予防と早期発見のため、全ての子どもを対象に先天性代謝異常検査*の公費負担を実施しています。平成24年度（2012年度）からは、新たな検査法（タンデムマス法）を導入し、平成29年度（2017年度）からは20疾患を対象として実施しています。
- 近年、20疾患以外でも先天性代謝異常検査ができる疾患が増えてきていることから、早期発見により、障害が予防できるものは新たに検査の公費負担等検討していく必要があります。
- 聴覚障害の早期発見・早期療育が図られるよう、全ての子どもを対象として聴覚検査を実施することが重要とされています。令和5年（2023年）5月現在、県内の分娩を取り扱う産婦人科医療機関27か所中、26か所において新生児聴覚検査が実施されており、県内全市町で公費負担が実施されています。全ての子どもが検査を受けられているか、新生児聴覚検査でリファー*となった子どもが、その後専門医療機関に受診できたか確認ができていない子どもがいます。
- 子どもの成長・発達において新生児聴覚検査による異常の早期発見は重要です。全ての子どもが、新生児聴覚検査が受検できるようになるとともに、新生児聴覚検査でリファーとなった子どもが、その後も適切にフォローができる体制を構築する必要があります。
- 子どもの弱視は、外観や行動に現れないこともあるため、問診や視力検査だけでは見落とされるケースがあり、屈折検査*が視覚異常のスクリーニングに有効とされています。県内では、令和5年度（2023年度）中に全市町において「乳幼児健康診査」の中で、屈折検査が導入されることとなりました。
- 屈折検査は新たに導入された検査のため、適切に検査が実施され、異常の早期発見につなが

ているか、継続的にフォローされているか精度管理を行っていく必要があります。

- 市町の「乳幼児健康診査」の受診率は、令和3年度（2021年度）は、4か月健診で97.9%、1歳6か月95.5%、3歳6か月健診94.1%で新型コロナウイルス感染症が流行していても高い健診受診率を維持するなど、障害の早期発見と事後指導のための乳幼児健診システムは定着してきています。
- 県内市町で発達相談を行った令和3年度（2021年度）の実人数は4,226人で年々増加傾向にあります。
- 発達障害のある子どもは、早期から発達段階に応じた一貫した支援を行うことが重要なため、保健・医療・福祉・教育機関が連携して支援ができる体制の構築が必要です。
- 令和3年度（2021年度）の「乳幼児健康診査」で、要精密検査となった子どもの精密健診の受診率は、令和3年度で4か月健診89.0%、10か月健診89.2%、1歳6か月健診91.9%、2歳6か月健診87.8%、3歳6か月健診81.5%で精密検査を受診できていない子どもがいます。
- 病気や障害が見過ごされた場合、子どもの成長・発達に大きく影響が及ぶことが考えられる。精密検査を受診できたか確認し、受診していない子どもには確実に受診できるよう受診勧奨をしていく必要があります。
- 県（小児保健医療センター）では、「乳幼児健康診査」等における障害の早期発見、早期支援が適切に行われるよう「乳幼児健診従事者研修会」の開催や、市町への技術協力、精密検査を行っています。

図2-1-2-1

滋賀県と全国の低出生体重児の割合

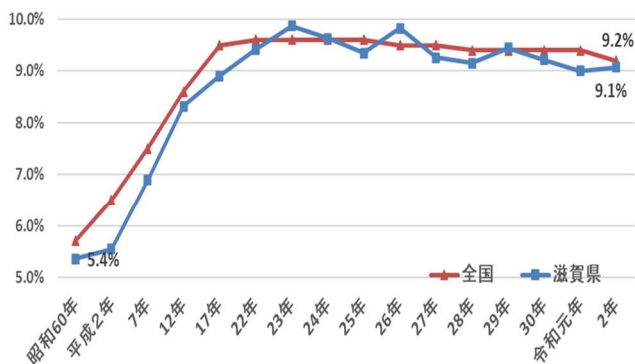
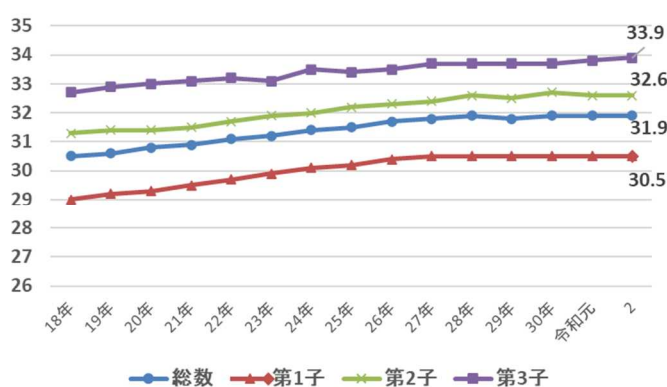


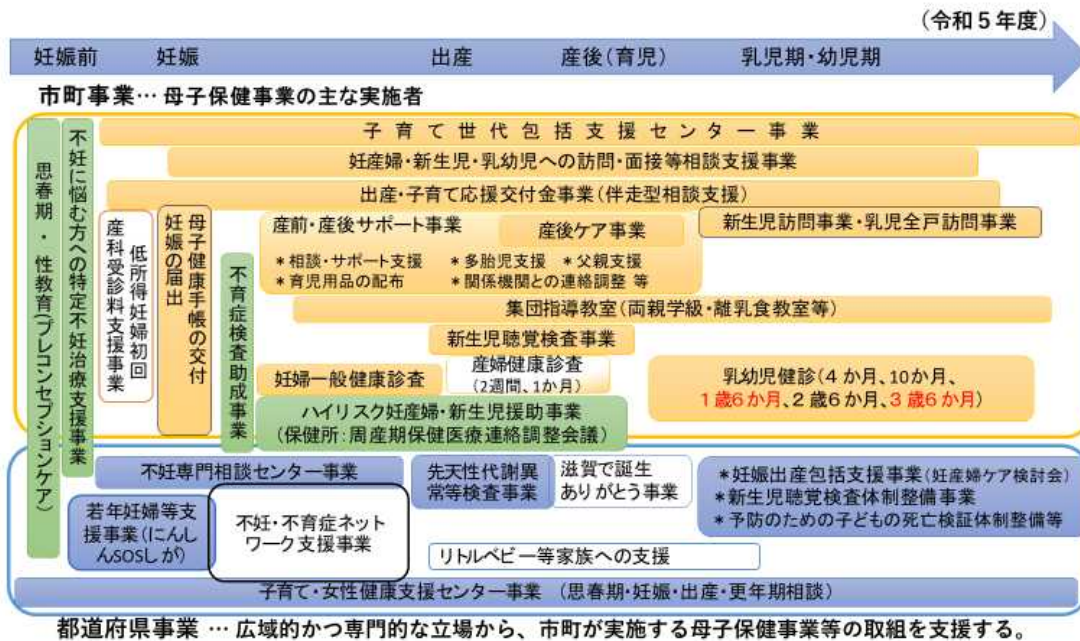
図2-1-2-2

出生順位別にみた母の平均年齢の推移



出典：「人口動態統計」（厚生労働省）

図2-1-2-3 滋賀県の母子保健関連施策の体系



具体的な施策

(1) 県民にプレコンセプションケアの理解が広がり、若者が健康な生活を送ることができる

ア 子ども・若者へのプレコンセプションケアの推進

- 県は、教育機関等の関係機関と連携し、小学校、中学校、高校等で、若い頃から健康な身体づくりを行うとともに、望まない妊娠を避けること、ライフサイクルの適した時期での妊娠・出産など、正しい知識の普及に努めます。また、教職員が使用できる教育媒体を開発するとともに、各学校の希望に応じた専門講師の派遣や教職員向けの研修会を開催します。さらに、保育所や幼稚園と連携し、園児に、命の大切さや性に関する教育が実施されるよう努めます。
- 市町や県は、女性の子宮頸がんの発症を予防するため、HPV ワクチンの接種について啓発等を行います。

イ 県民全体へのプレコンセプションケアの啓発

- 県は、啓発動画や、一般県民向けの啓発資材や教育資材等を作成し、市町や他関係機関とも連携し、県民に広く啓発活動を行います。職域とも連携を行い、職域における出産・子育てについての理解の促進に努めます。また、研修会の開催を希望する団体や会社、地域等に専門の講師を派遣し、検査や健診の受診、心身の健康を保つことの重要性、ライフプランを考えるの大切さなどプレコンセプションケアの理解・促進に努めます。

ウ プレコンセプションケア推進体制の構築

- 県は、プレコンセプションケアを推進していくため、関係機関や専門家とともに県の現状と課題、推進のために必要な施策について検討する「プレコンセプションケア推進会議」を開催します。

(2) 妊婦が安心・安全に出産できる

ア 安全・安心な出産のための相談・支援

- 市町や県は、ICT(アプリ、マイナポータル、ホームページ)や広報紙等を活用し、必要な情

1 報が妊婦やその家族に届くように情報発信を行います。

2 ○ 市町は、妊娠期からの切れ目のない「伴走型相談支援」を実施し、「母子健康手帳」交付時
3 の面談や相談時に「母子健康手帳別冊」やリーフレット等を用いて情報提供を行います。面談
4 では、安心・安全な出産が迎えられるよう、睡眠や休息の重要性、喫煙や飲酒をやめること、
5 栄養バランスのとれた食生活、感染症予防、「妊婦健康診査」や歯科健診の大切さ等について
6 啓発していきます。また、外国人の方でも、安心して出産・子育てできるための情報提供や相
7 談支援ができるよう検討し実施します。

8 ○ 市町は、親の経済状況に関わらず、出産に向けて、必要な健診の受診や出産の準備ができる
9 よう、全妊婦を対象とした、「妊婦健康診査」・「産婦健康診査」の公費負担や「出産子育て
10 応援交付金」等の経済的支援を行うとともに経済的に困窮している妊婦には福祉部門と連携し
11 て支援を行います。

12 ○ 市町の「子育て世代包括支援センター（母子健康包括支援センター）」では、相談を随時実
13 施するとともに、市町の状況に応じた「産前・産後サポート事業」、「両親学級」等を実施し、
14 妊婦や家族の悩みや不安が軽減されるよう取り組むとともに、妊産婦のメンタルヘルスについ
15 て、妊婦や家族に周知を図ります。

16 ○ 医療機関は、妊婦や産婦の健康診査時の指導や相談を実施し、母親（両親）学級を開催する
17 など、妊婦や家族の不安の軽減等に努めます。また、「ハイリスク妊産婦・新生児援助事業」
18 の対象となる妊婦は、市町に連絡し、市町と連携しながら支援を行います。

19 ○ 保健所（健康福祉事務所）は、「周産期保健医療連絡調整会議」を開催し、ハイリスク妊婦
20 の状況、市町の支援状況等の情報を収集し、「ハイリスク妊産婦・新生児援助事業」の効果的
21 な実施方法を検討します。また、県は、「ハイリスク妊産婦・新生児援助事業検討会」を開催
22 し、本事業の評価・検討を行い、関係機関との調整やガイドラインの整備を行います。

23 ○ 県は、思春期の子ども達や子育て期の保護者等に対して身体的、精神的、社会的側面から多
24 面的に捉えた専門的な健康相談を実施し、子どもの健康の保持増進と子どもの心の安らかな発
25 達の促進および育児不安の軽減を図る「子育て・女性健康支援事業」や、予期せぬ妊娠などに
26 より、身体的、精神的な悩みや不安を抱えた若年妊婦等が、身近な地域で必要な支援を受けら
27 れるよう「不安を抱えた若年妊婦等支援事業（にんしん SOS 滋賀）」を実施し悩んでいる人の
28 相談支援を行います。

29 ○ 県は、出生前検査（NIPT 等）で悩んでいる人の不安の軽減を図れるよう、相談体制の整備を
30 行います。

31 イ 不妊・不育に悩む方への支援の推進

32 ○ 県は、「不妊専門相談支援センター」において、個別相談を実施し、不妊・不育に悩む方へ
33 の治療に関する情報提供や医療機関の紹介等を行います。また、不妊・不育に悩む方を対象と
34 した講演会や支援者向けの専門研修会を開催します。

35 ○ 県は、当事者同士の繋がりが重要であることから、不妊や不育に関し、当事者をサポートす
36 る民間団体への支援や連携に努めます。

37 ○ 不妊治療は、令和5年4月から健康保険の適用となりました。県や市町は、不妊症や不育症に
38 において、保険適用の対象でない検査等の公費負担等について、国の動向や当事者の状況を踏ま
39 えて支援の検討を行います。

40 ○ 不妊治療は通院回数の多さや精神的負担が大きいことから、県は不妊治療と仕事の両立に向

けた機運の醸成を図ることを目的に、企業を対象に「不妊治療と仕事の両立支援事業」を実施し啓発等を行います。

- 市町や医療機関は、死産や流産を経験した人の多くは、子どもを亡くした後に辛さを感じ、日常生活に支障をきたすこともあるため、個別の状況に応じた相談支援を実施します。

ウ 安心して出産できる体制の構築

- 県は、「周産期医療等協議会」や「周産期医療等協議会検討部会」、「分娩のあり方検討会」等を通じて、県の周産期医療提供体制の課題とその対応について検討し、安心して出産できる体制が継続していけるよう関係機関と連携して取り組みます。
- 県は、市町での「産後ケア事業」や「産前・産後サポート事業」の取組の推進等、県内の妊産婦支援体制が整備されることを目的に、妊産婦ケア検討会を開催します。

(3) 保護者（母親、父親等）が孤立せず、心身ともに健康な状態で子育てができる。

ア 滋賀で子どもを産み育てたいと思う機運の醸成

- 市町では、それぞれの市町の状況に応じて、「子育て支援施策」や「保健福祉サービス」の充実に努め子育てしやすいまちづくりに継続して取り組みます。
- 県は、「滋賀で誕生ありがとう事業」を実施し、県内で生まれた子どもやそのご家族へ「おめでとう、ありがとう」のメッセージや地場産の記念品と企業からの協賛品を届け、社会全体で出産や子育てを応援しようという機運を高めます。
- 県は、「すまいる・あくしょん事業」（子どもたちの声をもとに作成した子どもの笑顔を増やすための滋賀発の行動様式）を実施し、企業や団体・地域と協働して県民全体で子育て世代を応援します。
- 県は、「淡海子育て応援団事業」で、子育て家庭を応援するサービスの提供を行っている事業所を登録し、そのサービス内容をホームページで発信する等、子育てしやすい県を目指します。

イ 育児や子育てに関する相談支援体制の充実

- 市町や県は、子育て期に必要な情報を ICT（アプリ、マイナポータル、ホームページ）や広報紙等を活用し、情報発信に努めます。また、外国人の方でも、安心して出産・子育てをするための情報提供や相談支援を各市町で検討して実施します。
- 市町は、妊娠期からの切れ目のない「伴走型相談支援」を継続し、出生後は、「新生児訪問事業」、「乳幼児全戸訪問事業」、「産前・産後サポート事業」、「乳幼児健康診査」や各種教室等の場を通じて、育児や子育てに悩んでいる人への相談支援を行います。
- 小児科医療機関は、健診や予防接種等で保護者が小児科に来院した際、保護者が子育ての悩みや心身の不調があるか確認し、必要な場合は、適切な相談窓口を紹介するなどの相談・支援を行います。
- 県は、子育て期の保護者等に対して身体的、精神的、社会的側面から多面的に捉えた専門的な健康相談を実施し、子どもの健康の保持増進と子どもの心の安らかな発達の促進および育児不安の軽減を図る「子育て・女性健康支援事業」を実施します。

ウ 精神的・身体的・経済的問題を抱えないための育児・子育て負担の軽減

- 県や市町は、関係機関と連携して、保護者が悩みを抱え込まず、子育てがしやすい地域づくりに努めます。

- 市町では、産婦に産婦健康診査を受診してもらえるよう公費助成を行います。医療機関や助産所は、産婦健康診査を実施し、心身に不調がみられた場合は、市町や精神科等の医療機関と連携し必要な支援に繋がります。
- 市町は、父親が育児参加できるように、市町の状況に応じて父親向けの事業を実施します。
- 県は、母子保健に関する会議に職域代表者にも参加してもらう等、連携を強化し父親が育児参加しやすい方策を検討し、実施します。
- 市町は、「産後ケア事業」を出生後1年以内の母子に対して実施し、心身のケアや育児サポート等の支援を行い、産後も安心して子育てができる支援を行います。
- 県は、支援が必要な妊産婦に対して、産科、精神科、地域が連携して支援することを目的に「妊産婦メンタルヘルス医療連携検討会」や「妊産婦メンタルヘルスケア研修会（産科・精神科の合同研修会）」、産後ケアを提供する助産師等の資質向上のための「産後ケア従事者研修会」を引き続き実施します。
- 市町と県、産後ケア実施機関は、市町と産後ケア実施機関との間で、利用者が広域利用できるよう集合契約の締結を目指します。
- 産科医療機関は、ハイリスク産婦を「ハイリスク妊産婦・新生児援助事業」に基づき市町と連携しながら支援します。
- 市町の「子育て世代包括支援センター（母子健康包括支援センター）」では、「ハイリスク妊産婦・新生児援助事業」の対象者や、不適切な養育の状態等にある保護者には、支援プランを作成し、個別に応じた必要な支援を行います。経済的な支援が必要な家庭は福祉部門と連携し必要な経済的支援を行います。
- 保健所（健康福祉事務所）は、「周産期保健医療連絡会議」を開催し、支援した事例の評価・検討を行い、産科等医療機関と行政機関の連携強化に努めます。
- 市町は、低出生体重児や多胎児、医療的ケア児*等の保護者や若年や育児不安の強い保護者、被虐待歴があるなど子育てに困難を抱えやすい保護者には、自助グループとも連携し、必要な支援を行います。

(4) 子どもが必要な支援を受けながら、健やかに成長・発達できる。

ア 子どもの病気や障害を早期発見・早期対応

- 市町は、子どもの保護者への相談支援や「乳幼児健康診査」等を通して、子どもの病気や障害が早期発見・早期対応されるように努めます。
- 県は産科医療機関や助産所等と連携し、全ての子どもに新生児聴覚検査が実施されるよう、体制を整備します。また、リファーマと判定された子どもが確実に専門医療機関に繋がり、その後も必要な支援を受けられるよう精度管理を行いながら体制整備を進めます。
- 県は、全ての子どもに20疾患を対象とした先天性代謝異常検査を実施します。また、20疾患以外でも先天性代謝異常検査ができる疾患が増えてきていることから、国の動向もみながら、早期発見により、障害が予防できる疾患は検査の公費負担等を検討していきます。
- 市町は、各「乳幼児健康診査」にて要精密検査となった子どものフォローアップを確実にを行い、全員が適切に医療精密検査に繋がるよう支援します。
- 県（小児保健医療センター）は、市町の職員が、「乳幼児健康診査」を適切に実施できるよう「乳幼児健診従事者研修会」や技術的な支援を引き続き実施します。

- 県は、「乳幼児健康診査(一次)保健指導用手引書」について、5年に1回を目途に改訂します。改定した「乳幼児健康診査(一次)保健指導用手引書」は、各市町に配布し乳幼児健診の質の維持向上を図ります。
- 「乳幼児健康診査」で実施される屈折異常検査は、令和5年(2023年)中に県内全市町に導入されました。市町や保健所(健康福祉事務所)、県は、適切に検査が実施され、異常と判定された子どもがフォローアップできているか精度管理を実施します。
- 市町は、「乳幼児健康診査」等を通して、発達障害児を早期に発見し、早期に支援が開始できるよう体制整備を行います。
- 市町は、妊婦のHTLV-1、B型肝炎検査の公費負担を実施し、子どもへの母子感染を予防します。
- 産科医療機関は、「ハイリスク妊産婦・新生児援助事業」の対象となる子どもは、速やかに市町に連絡し、市町と連携し支援します。
- 市町や県は、「母子健康手帳別冊」やその他の啓発資材、広報誌等を通じて、「#8000小児救急電話相談」等、子どもの状態に応じた適切な医療機関の受診を啓発します。

イ 虐待リスクの早期発見、虐待、虐待疑児への支援

- 市町は、「乳幼児健康診査」において未受診者の把握を徹底し、不適切な養育を把握した場合や虐待の連絡を受けている保護者には、福祉部門や関係機関と連携しながら支援を行います。また育児不安の解消や育児負担の軽減に努めるなど、虐待を未然に予防できるよう支援します。
- 各市町では令和6年(2024年)4月から、「子ども家庭センター」の設置が努力義務となるため、「子ども家庭センター」設置後も、医療・保健・福祉機関が連携して支援を実施します。
- 保健所(健康福祉事務所)や県は「担当者会議」や情報交換、研修会の開催等を行い、市町の技術的支援を行います。

ウ こどもの事故予防

- 県は、「滋賀県CDR体制整備モデル事業」を継続し、死亡事例から予防可能な子どもの死亡について検討を行います。また、検討結果から明らかになった予防対策は、再び同じような事故が起こらないよう、関係機関への啓発や研修会を実施します。
- 県や市町は、保育所やこども園、産後ケア事業施設等と連携して各施設に事故予防対策やマニュアル整備を進めます。
- 市町や県、医療機関等は、家庭での事故予防を保護者に啓発します。

1 <<数値目標>>

目標項目	現状値	目標値(R11)	備考
目指す姿（分野アウトカム）			
ゆったりとした気分でこどもと過ごせる時間がある保護者の割合	3・4か月児：87.9% 1歳6か月児：79.2% 3歳児：73.0% (R3)	3・4か月児：92% 1歳6か月児：85% 3歳児：77%	
育てにくさを感じた時に対処できる親の割合	平均：78.1% 3・4か月児：77.4% 1歳6か月児：77.5% 3歳児：81.3% (R3)	平均 90%	
児童・生徒における痩身傾向児の割合	10歳(小学5年生) 男子:3.72%、女子:2.85% 13歳(中学2年生) 男子:2.84%、女子:4.54% 16歳(高校2年生) 男子:2.36%、女子:2.69% (R3)	16歳女子 1.0% その他は減少	
取り組みの方向性（中間アウトカム）			
1 県民にプレコンセプションケアの理解が広がり、若者が健康な生活を送ることができる			
十代の人工妊娠中絶率	3.1 (R3)	減少	
十代の性感染症罹患率	性器クラミジア感染症 0.45 (5人) 淋菌感染症 0.27 (3人) 尖圭コンジローマ 0.09 (1人) 性器ヘルペスウイルス感染 0.09 (1人) 梅毒 2 ※実数による報告 (R3)	減少	
全出生中の低出生体重児の割合	1,500g未満：0.9% 2,500g未満：9.1% (R3)	減少	
HPVワクチンの定期接種接種率	1回目 8.8%、2回目 7.9%、 3回目 6.0% (R3)	検討中	
朝食を欠食するこどもの割合	(確認中)	減少	
高校生の喫煙率	0.5% (R4)	0%	
高校生の飲酒率	2.8% (R4)	0%	
プレコンセプションケアについて知っている県民の割合	-	20%	
2 妊婦が安心・安全に出産できる			
周産期死亡率	1.7 (R3)	全国平均より低い	
新生児死亡率	0.6 (R3)	全国平均より低い	
妊産婦死亡率	0 (R3)	全国平均より低い	
妊娠11週以内での妊娠の届出率	96.7% (R3)	増加	
全出生中の低出生体重児の割合（再掲）	1,500g未満：0.9% 2,500g未満：9.1% (R3)	減少	

目標項目	現状値	目標値(R11)	備考
妊婦の喫煙率	1.9% (R3)	0%	
妊婦の飲酒率	0.7% (R3)	0%	
BMI18.5未満の20～30歳の女性の割合	20.9% (R4)	15%	
「ハイリスク妊産婦・新生児援助事業」における、妊婦の支援実施率	初回指導実施率：85.9% 要継続フォロー対象者の事後指導実施率：100% (R3)	初回指導実施率：100% 要継続フォロー対象者の事後指導実施率：100%	
3 保護者（母親・父親等）が孤立せず心身ともに健康な状態で子育てができる			
産後1か月時点での産後うつ のハイリスク者の割合	(確認中)	全国平均より低い	
産後ケア事業の利用率	—	増加	
積極的に育児をしている父親の割合	3・4か月児：65.5% 1歳6か月児：64.4% 3歳児：60.0% (R3)	増加	
男性の育児休業取得率	21.8% (R4)	50%	
妊娠・出産について満足している人の割合	85.8% (R3)	増加	
乳幼児健診における不適切な養育の割合	3・4か月児：6.9% 1歳6か月児：6.3% 3歳児：7.5% (R3)	減少	
「ハイリスク妊産婦・新生児援助事業」における、産婦の支援実施率	初回指導実施率：93.7% 要継続フォロー対象者の事後指導実施率：97.9% (R3)	初回指導実施率：100% 要継続フォロー対象者の事後指導実施率：100%	
4 子どもが必要な支援を受けながら、健やかに成長発達ができる			
朝食を欠食するこどもの割合	(確認中)	減少	
乳幼児期に体罰や暴言、ネグレクト等によらない子育てをしている親の割合	3・4か月児：94.5% 1歳6か月児：85.3% 3歳児：70.9% (R3)	増加	
乳幼児健診対象者のうち、市町が児の状況を把握している割合	3・4か月児：98.5% 1歳6か月児：95.9% 3歳児：94.3% (R3)	100%	
乳幼児健診で要精密検査となった児の精密検査受診率	3・4か月児：89.0% 1歳6か月児：91.9% 3歳児：81.5% (R3)	100%	
「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	初回指導実施率：95.5% 要継続フォロー対象者の事後指導実施率：98.9% (R3)	初回指導実施率：100% 要継続フォロー対象者の事後指導実施率：100%	

1
2
3
4
5
6

1 《ロジックモデル》

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

1	子ども・若者へのプレコンセプションケアの推進
	-1 小学校・中学校・高校等で年齢に応じた健康教育の実施（学校等）
	-2 中学校・高校等における健康教育に必要な媒体、教育内容の開発（県）
	-3 各学校の実態や必要に応じた健康教育を実施するための専門的知識を持つ講師を学校等へ派遣する（県）
	-4 教職員向け研修会の開催（県）
	-5 若者を対象に自分の身体の状況を知るための検査や健診受診の啓発（県、市町）
	-6 幼稚園や保育所で、いのちの大切さや、性に関する教育を実施（保育所、幼稚園等）
-7 HPVワクチン接種の啓発（市町、県）	

2	県民全体へのプレコンセプションケアの啓発
	-1 県民に対し広くプレコンセプションケアの啓発の実施（市町、県）
	-2 職場と連携して、職場における出産・子育ての理解の促進（県）
-3 必要な健康教育・研修を実施するための講師の派遣（県）	

3	プレコンセプションケア推進体制の構築
-1 プレコンセプションケア検討会の開催（県）	

4	安全・安心な出産のための相談・支援
	-1 母子健康手帳交付時の面談、相談、リーフレット等による情報提供（市町）
	-2 ICT（アプリ、マイナビポータル、ホームページ）や広報を活用した情報発信（市町・県）
	-3 子育て女性健康支援センターでの相談の実施（県）
	-4 にんしんSOSしがでの相談の実施（県）
	-5 子育て世代包括支援センター（母子健康包括支援センター）における相談の実施（市町）
	-6 産前・産後サポート事業の実施（市町）
	-7 妊婦健診時の指導、相談支援（医療）
	-8 母親（両親）学級等による支援（市町・医療）
	-9 妊娠期からの切れ目のない伴走型相談支援（市町）
	-10 ハイリスク妊産婦・新生児援助事業の実施（市町・県）
	-11 妊娠中の齲歯、歯周疾患の予防・改善の取組（市・歯科医療）
	-12 外国人の方でも、安心して出産・子育てできるための情報提供、相談支援（市町）
	-13 妊婦健診・産婦健診・出産子育て応援交付金等の経済的支援（市町）
	-14 出生前検査（NIPT等）の正しい理解のための啓発、相談支援（医療、県）
	-15 周産期保健医療連絡会議の開催（保健所）
-16 ハイリスク・新生児援助事業検討会の開催（県）	

5	不妊・不育に悩む方への支援の推進
	-1 不妊専門相談センターでの不妊・不育・NIPTに関する専門相談（県）
	-2 不育症検査や不妊治療の助成（市町、県）
	-3 不妊治療と仕事の両立支援事業の実施（県）
	-4 死産・流産を経験された方への相談支援（市町、医療）
-5 不妊や不育に関する民間団体活動への支援と連携（県）	

6	安心して出産できる体制の構築
	-1 周産期協議会（検討部会・分娩のあり方検討部会）の開催（県、保健所（ブロック）、医療）
-2 妊産婦ケア検討会の開催（県）	

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

1	県民にプレコンセプションケアの理解が広がり、若者が健康な生活を送ることができる
	-1 子どものころから、プレコンセプションケア等を実践し健康な生活を送ることができる
	-2 県民全員がプレコンセプションケアについて知る機会がある
	-3 プレコンセプションケアの推進体制が構築できる
	①十代の人工妊娠中絶率
	②十代の性感染症罹患率
	③全出生中の低出生体重児の割合
	④HPVワクチンの定期接種接種率
	⑤朝食を欠食するこどもの割合
	⑥高校生の喫煙率
⑦高校生の飲酒率	
⑧プレコンセプションケアについて知っている県民の割合	

2	妊婦が安心・安全に出産できる
	-1 妊娠・出産に関する必要な情報を得られ、困った時に必要な相談・支援を受けることができる
	-2 妊娠を希望しているが、妊娠・出産が難しい場合に、治療や相談を受けることができる
	-3 滋賀県で安心して出産できる
	①周産期死亡率
	②新生児死亡率
	③妊産婦死亡率
	④妊娠11週以内での妊娠の届出率
	⑤全出生中の低出生体重児の割合（再掲）
	⑥妊婦の喫煙率
⑦妊婦の飲酒率	
⑧BMI18.5未満の20～30歳代の女性の割合	
⑨ハイリスク妊産婦・新生児援助事業における、妊婦の対象者の支援実施率	

番号	目指す姿（最終アウトカム）
----	---------------

1	県民が妊娠・出産・子育てについて正しい理解を深め、全ての子どもが心身ともに健やかに生まれ育ち、育つことができる
	①ゆったりとした気分でもともと過ごせる時間がある保護者の割合
	②育てにくさを感じた時に対処できる親の割合
③児童・生徒における痩身傾向の割合	

2
3

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

7	滋賀で子どもを産み育てたいと思う機運の醸成
	-1 滋賀で誕生ありがとう事業の実施(県)
	-2 企業や団体・地域と協働して民全体で子育て世代を応援する(「すまいる・あくしよん」事業)(県)

8	育児や子育てに悩んでいる人への相談支援
	-1 ICT(アプリ、マイナポータル、ホームページ)や広報を活用した情報発信(再掲)(市町・県)
	-2 妊娠期からの切れ目のない伴走型相談支援(再掲)(市町)
	-3 新生児訪問事業・乳幼児全戸訪問事業等における相談支援(市町)
	-4 乳幼児健康診査での相談支援・保健指導(市町)
	-5 子育て女性健康支援センターでの相談(再掲)(県)
	-6 産前・産後サポート事業の実施(再掲)(市町)
	-7 小児科での健診・予防接種受診時の母親・父親への相談・支援(医療)

9	精神的・身体的・経済的問題を抱えないための育児・子育て負担の軽減
	-1 産婦健康診査の実施(市町、医療、助産)
	-2 産後ケア事業の充実(市町)
	-3 妊産婦メンタルヘルスクア研修会の開催(支援者研修会)(県)
	-4 産後ケア研修会の開催(支援者研修会)(県)
	-5 妊産婦ケア検討会の開催(再掲)(県)
	-6 産後ケア事業の集合契約による広域利用の実施(市町、医師会、助産師会、県)
	-7 周産期保健医療連絡協議会による産科・精神科・行政機関との連携体制の構築(県、市町、医療)
	-8 子育て世代包括支援センター(母子健康包括支援センター)における支援プランの作成と支援の実施(市町)
	-9 子育てにかかる経済的な支援の実施(市町)
	-10 リトルベビー・多胎児等家族の支援(県、市町、医療)
	-11 多胎児・低出生体重児、若年保護者等のグループ支援、自助グループ、ピアカウンセリングの啓発(県、市町)

10	子どもの病気や障害を早期発見・早期対応
	-1 新生児・乳幼児への相談等支援事業の実施(市町)
	-2 新生児聴覚検査事業の体制整備(市町、県、医療)
	-3 先天性代謝異常検査の実施・拡充(県、医療)
	-4 乳幼児健康診査の実施(4か月～3歳6か月)と要精密検査児のフォローアップの実施(市町、医療)
	-5 乳幼児健診従事者研修会の実施(県)
	-6 乳幼児健康診査(一次)保健指導用引書の作成・改訂(県)
	-7 乳幼児健康診査(屈折異常検査等)の精度管理の実施(県、市町、医療)
	-8 発達障害児の早期発見、早期に支援が開始できる体制の構築(県、保健所、市町)
	-9 HTLV-1、B型肝炎等の母子感染対策の実施(県、市町)
	-10 ハイリスク妊産婦・新生児援助事業の実施(再掲)(市町・県)

11	虐待リスクの早期発見、虐待、虐待疑いへの支援
	-1 母子保健事業を通じた虐待リスクの発見と早期対応、予防支援(市町)
	-2 乳幼児健康診査未受診者の把握や未就園児の状況把握(市町)

12	こどもの事故予防
	-1 滋賀県CDR体制整備モデル事業の実施(県)
	-2 各施設での事故予防マニュアルの整備(各施設、県)

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

3	保護者(母親・父親等)が孤立せず心身ともに健康な状態で子育てができる
	-1 保護者(母親・父親等)が子どもが生まれてきて良かったと感じ、この地域で育てたいと思うことができる
	-2 育児や子育てに悩んだ時に相談することができる

3	指標
	-3 精神的・身体的・経済的な問題を抱え込まず、周りの支援を受けながら子育てができる
	①ハイリスク妊産婦・新生児援助事業における、産婦の対象者の支援実施率
	②産後1か月時点での産後うつハイリスク者の割合
	③産後ケア事業の利用率
	④積極的に育児をしている父親の割合
	⑤男性の育児休業取得率

4	子どもが必要な支援を受けながら、健やかに成長発達ができる
	-1 病気や障害が早期に発見され、全ての子どもが健やかに成長・発達に対応ができる
	-2 虐待リスクがある家庭の把握ができ、適切な支援により虐待受けずに生活ができる
	-3 子どもの事故が予防できる

4	指標
	①乳幼児期に体罰や暴言、ネグレクト等によらない子育てをしている親の割合
	②乳幼児健診対象者のうち、市町が児の状況を把握している割合
	③乳幼児健診で要精密検査となった児の精密検査受診率

番号	目指す姿(最終アウトカム)
----	---------------

3 介護予防

目指す姿

- 県民が、主体的に疾病予防に取り組むとともに、地域の中で生きがいや役割を持つことで、心身ともに健やかな生活を送ることができている また、要介護状態になっても、重度化が予防・改善され、自分らしい暮らしができている

取組の方向性

- (1) 県民が要介護の原因となる疾病等の予防ができている
- (2) 県民が心身機能の維持向上、生きがいづくりや役割保持につながる場に参加できている
- (3) 県民が自身の能力を発揮することにより、心身機能の維持や要介護状態等の改善、重度化予防ができている

現状と課題

(1) 高齢者を取り巻く現状

- 本県における総人口に占める65歳以上の人口の割合（高齢化率）は、年々高くなっており、平成12年（2000年）に215,552人（高齢化率16.1%）であったものが、令和2年（2020年）では、365,311人（高齢化率26.4%）となっています。都道府県別に比較すると、低い順から5番目となっています。（国勢調査）
- 本県における65歳以上の要介護（要支援）認定者*数は、令和4年度（2022年度）末時点で68,521人であり、介護保険制度創設時（平成12年度（2000年度））と比較して約3倍となっています。また、65歳以上の第1号被保険者に占める認定者の割合は、近年はおおむね横ばいで推移しており、全国平均（約19.0%）と比較して、約1.1ポイント低い17.9%となっています。（介護保険事業状況報告）

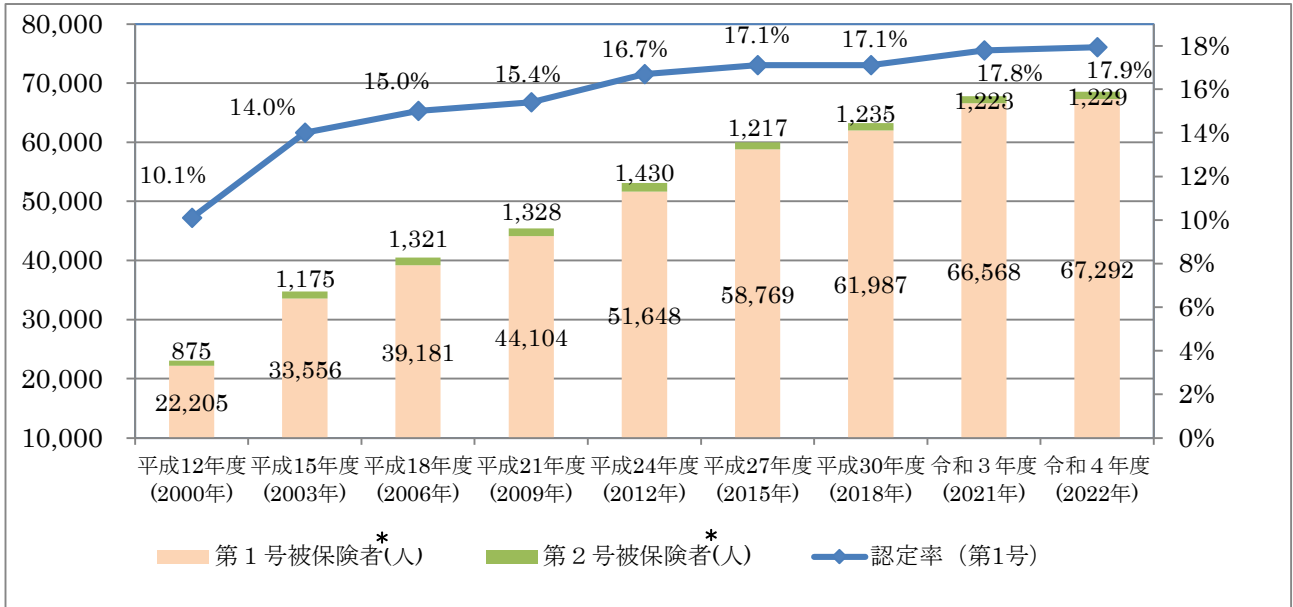
表 2-1-3-1 人口構造の推移

	平成12年(2000年)		平成22年(2010年)		平成27年(2015年)		令和2年(2020年)	
	滋賀県	全国	滋賀県	全国	滋賀県	全国	滋賀県	全国
総人口	1,342,832	126,925,843	1,410,777	128,057,352	1,412,916	127,094,745	1,413,610	126,146,099
40歳以上人口 (総人口に占める割合)	658,681 (49.1%)	65,633,374 (51.7%)	747,694 (53.5%)	72,366,148 (56.9%)	797,508 (57.0%)	75,761,015 (60.3%)	825,362 (59.7%)	76,881,698 (62.4%)
65歳以上人口 (")	215,552 (16.1%)	22,005,152 (17.3%)	288,788 (20.7%)	29,245,685 (23.0%)	337,877 (24.2%)	33,465,441 (26.6%)	365,311 (26.4%)	35,335,805 (28.7%)
70歳以上人口 (")	148,408 (11.1%)	14,899,213 (11.7%)	206,130 (14.8%)	21,035,512 (16.6%)	236,268 (16.9%)	23,821,574 (19.0%)	278,815 (20.2%)	27,260,537 (22.1%)
75歳以上人口 (")	89,574 (6.7%)	8,998,637 (7.1%)	140,289 (10.0%)	14,028,328 (11.0%)	158,340 (11.3%)	16,125,763 (12.8%)	182,545 (13.2%)	18,248,742 (14.8%)

出典：各年「国勢調査」（総務省）

注）総人口に占める割合は「年齢不詳」の人数を除いて算出（総人口には「年齢不詳」の人数を含む。）

1 図 2-1-3-2 要介護（要支援）認定者数と認定率の推移

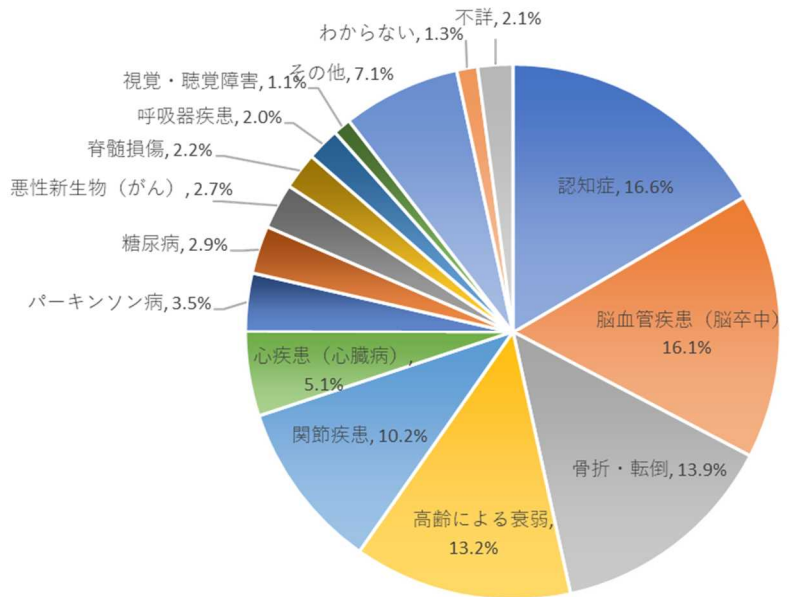


出典：各年度「介護保険事業状況報告」（厚生労働省）

※令和3年度・4年度は暫定値

- 介護を要する状態となった理由としては、「認知症」が最も多く、次いで「脳血管疾患（脳卒中）」、「骨折・転倒」となっています。（令和4年（2022年）国民生活基礎調査）
- 要介護の原因となる疾患等の予防のためには、若年世代から生涯を通じた健康づくりに取り組むことが重要です。また、要介護状態になっても、地域住民を含む支援者とともに、本人が主体的に望む生活を実現できるよう取り組む地域リハビリテーション*の推進や社会参加等により、重度化の予防や改善を図り、クオリティ・オブ・ライフ（QOL）の向上につなげていくことが求められます。
- 筋肉や骨、関節などの運動器の障害により、移動機能が低下した状態であることを「ロコモティブシンドローム（以下「ロコモ」という。）」といいます。その認知度は、平成28年度（2016年度）は30.6%、令和元年度（2019年度）は33.3%、令和4年度（2022年度）は31.2%と低い割合で横ばい状態となっていることから、引き続き周知啓発が必要です。（令和4年度（2022年度）滋賀の医療福祉に関する県民意識調査）
- また、ロコモの進行により、介護を必要とするリスクが高まることから、予防のための運動習慣の普及を図ることが必要です。

1 図2-1-3-3 介護を要する状態になった理由



出典：令和4年（2022年）「国民生活基礎調査」（厚生労働省）

○ 新型コロナウイルス感染症の影響により、フレイルに該当する対象者が増加傾向にあるとの調査結果が報告されています^注。本県においても「外出の機会が減った」「人と話す機会が減った」「趣味活動や社会参加の頻度が減った」との調査結果が出ており、外出機会の減少に伴って、運動や社会参加等の機会が減少し、心身の健康に悪影響を及ぼしたものと推測されます。（令和4年度（2022年度）滋賀の医療福祉に関する県民意識調査）

○ フレイルの予防には、「社会参加（就労、余暇活動、ボランティアなど人とのつながり）」、「栄養（食・口腔機能）」、「身体活動（運動、社会活動など）」の観点からの取組が重要とされており、フレイル対策の一層の充実が必要です。

^注 国際医療福祉大学が2023年にまとめた栃木県大田原市の調査分析によると、フレイルに該当する対象者の割合は、2017年に11.5%だったものが、2020年には16.4%、2021年には17.4%と増加がみられたことが報告されています。（<https://otawara.iuhw.ac.jp/topics/2023/07/14036.html>）

(2) 介護予防事業の取組状況

○ 介護予防の推進にあたっては、高齢者の心身機能を高めるとともに、高齢者が地域の中で生きがいや役割を持って主体的に活動できる地域づくりを展開していくことが重要です。県には、各地域での取組が効果的に展開されるよう、好事例の提供や伴走支援など必要な支援を行うことが求められます。

○ 市町では、地域の実情に応じた取組として、いきいき百歳体操やウォーキング教室など、要支援者等への生活支援サービスや介護を必要としない高齢者等への介護予防事業が実施されています。

○ また、介護予防に資する取組として、住民主体の通いの場*が、全19市町で実施されています。県内における通いの場の箇所数は、2,217か所で、週1回以上の参加者は15,876人（参加率

4.3%（全国：2.1%）となっています。（令和3年度介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）実施状況調査）

○ 通いの場の活動内容については、体操（運動）の活動の割合が57.5%と、全国55.8%よりやや高くなっています。一方で、通いの場について、把握している参加者実人数の性別では、男性17.1%、女性82.9%と、男性の比率が低くなっています。（令和3年度介護予防・日常生活支援総合事業（地域支援事業）実施状況調査）

○ 全ての市町の介護予防・日常生活支援総合事業*にリハビリテーション専門職が関わっており、地域包括支援センター*等に対し、自立支援に資する助言や運動指導およびその効果測定等の技術的支援を行っています。

（3）高齢者の社会参加の状況

○ 本県の高齢者は、全国平均と比較して「学習・自己啓発・訓練」、「ボランティア活動」、「スポーツ」の活動に参加する割合が高い状況です。（令和3年（2021年）社会生活基本調査）

表 2-1-3-4 65歳以上の高齢者のうち、過去1年間（令和2年（2020年）10月20日から令和3年（2021年）に該当の活動を行った人の割合（行動者率）

		学習・自己啓発・ 訓練	ボランティア 活動	スポーツ	趣味・娯楽
滋賀県	値	30.5%	28.6%	61.5%	74.2%
	順位	全国4位	全国1位	全国6位	全国13位
全国平均		28.4%	19.9%	60.2%	74.2%

出典：令和3年（2021年）「社会生活基本調査」（総務省）

○ 地域におけるつながりの状況について、「地域の行事に参加している」が最も多く（38.9%）、次いで「地域に友人がいる」（38.7%）、「地域で困った時に助けてくれる人がいる」（22.4%）となる一方で、「地域ととくにつながりがない」（30.4%）となっています。（令和4年度（2022年度）滋賀の医療福祉に関する県民意識調査）

○ 本県における65歳までの高齢者雇用確保措置*を実施済みの企業の割合は99.8%、70歳までの同措置を実施済みの企業の割合は29.1%となっており、60歳を過ぎても働き続けられる環境が整いつつあります。（令和4年「高齢者雇用状況等報告」）

○ 県内にはすべての市町にシルバー人材センターが設置されており、令和4年度（2022年度）時点の会員数は12,683人となっています。（公益社団法人滋賀県シルバー人材センター連合会「令和4年度事業報告」）

○ シルバー人材センターでは、地域の高齢者が「自主・自立・共働・共助」の理念のもと、長年培った知識や経験、技能を活かして就業しており、こうした活動を通して生きがいづくりや社会参加につながることを期待されます。

1 具体的な施策

2 (1) 県民が要介護の原因となる疾病等の予防ができています

3 ア 生活習慣病の発症・重症化予防など生涯を通じた健康づくりの推進

- 4 ○ 要介護の原因となる疾病等の予防のため、若年世代や働き盛り世代など、健康に関心が向
5 きづらい層に向けた啓発を行うなど、生涯を通じた健康づくりを推進します。

6 イ ロコモ・フレイル予防に向けた取組の推進

- 7 ○ 高齢期における心身機能の維持は重要であることから、より早期から介護予防等の取組を
8 推進していくため、SNS等を活用した情報発信を行うなど、ロコモやフレイルの認知度向
9 上に向けた取組を進めます。
- 10 ○ フレイル予防に向けて、食事や栄養に関する相談受付や地域団体等を対象とした低栄養予
11 防や生活習慣病発症・重症化予防に関する出前講座を実施します。また、スマートフォンの
12 ウォーキングアプリ等を活用するなど、楽しみながら運動できる環境づくりを推進します。

13 ウ 企業における健康づくりの取組の推進

- 14 ○ 生産年齢人口の減少に伴い、高齢になっても働く人の増加が見込まれることから、「健康経
15 営」など、企業における健康づくりの取組を推進します。

17 (2) 県民が心身機能の維持向上、生きがいづくりや役割保持につながる場に参加できている

18 ア 市町の介護予防・日常生活支援総合事業の効果的な展開に向けた支援

- 19 ○ 市町の介護予防・日常生活支援総合事業が効果的に展開されるよう、市町同士の情報交換
20 や研修会の実施、県内外の好事例の収集・横展開等を行うとともに、健康福祉事務所や県立
21 リハビリテーションセンター等による支援を行います。
- 22 ○ 市町が実施する自立支援・重度化防止に向けた地域ケア個別会議や短期集中予防サービス*、
23 住民主体の通いの場への活動支援等に対して、リハビリテーション専門職が積極的に関与し
24 て技術的助言や支援ができるよう、リハビリテーション専門職の所属する医療機関や介護事
25 業所、リハビリテーション職能団体等との調整を行います。

26 イ 市町の生活支援体制の整備に向けた支援

- 27 ○ 介護予防と生活支援が一体的に提供される地域づくりに向けて、地域の支え合いを推進す
28 る市町的生活支援コーディネーター*（地域支え合い推進員）の養成や現任コーディネーター
29 の活動のフォローアップ、相互の情報交換の場を目的とした研修を実施し、コーディネータ
30 ーがスキルアップできるよう支援します。

31 ウ 生きがいづくりや社会参加の促進

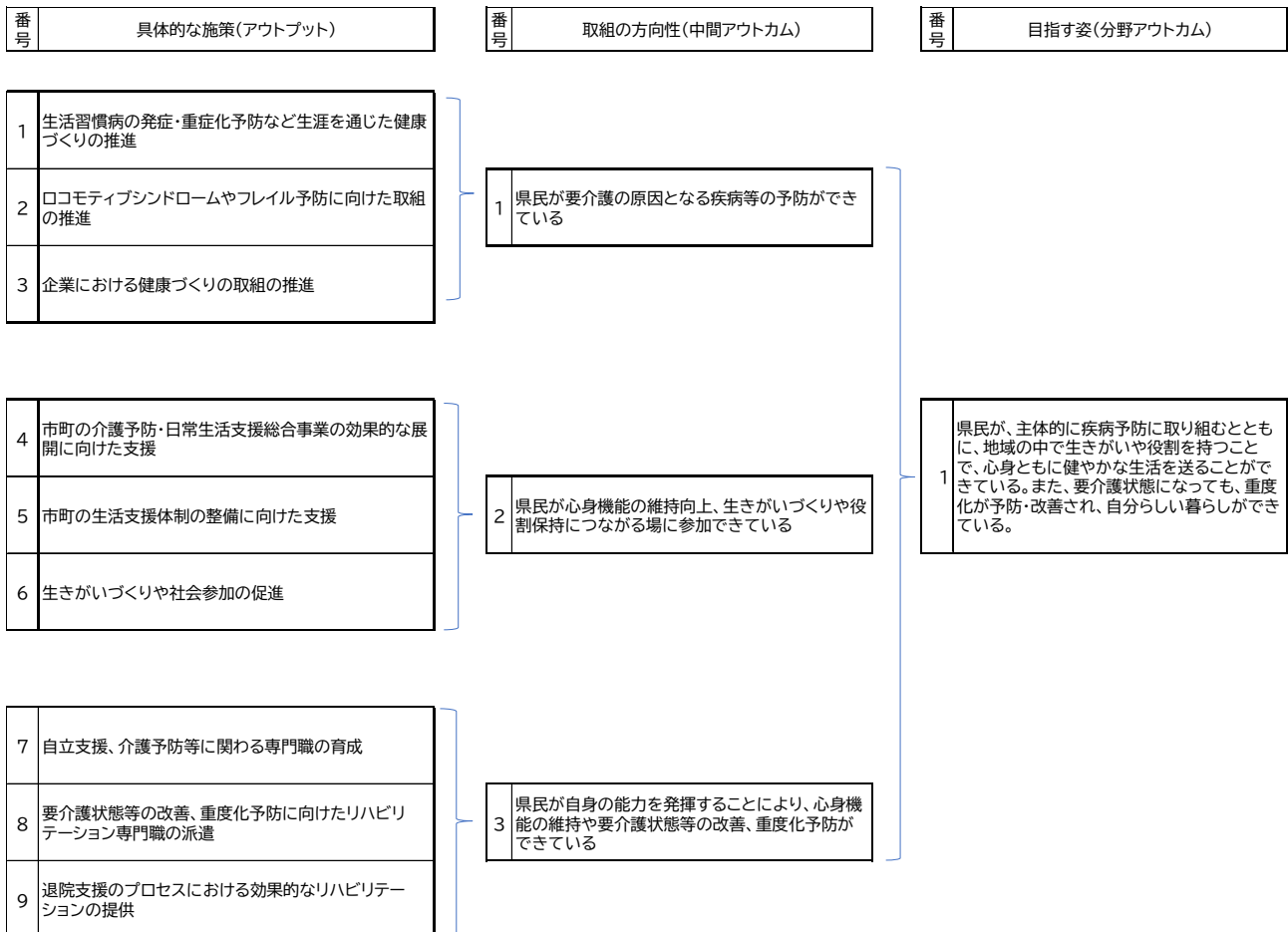
- 32 ○ 自身の体力や年齢、技術、興味・関心に応じて、主体的にスポーツや健康づくりに取り組
33 むことができるよう、「全国健康福祉祭（ねんりんピック）」への参加や老人クラブ等におけ
34 る活動を支援します。
- 35 ○ 市町のシルバー人材センターにおける取組支援等を通じて、高齢者の多様な就業ニーズに
36 応えらるとともに、生きがいづくりや社会参加の促進を図ります。

38 (3) 県民が自身の能力を発揮することにより、心身機能の維持や要介護状態等の改善、重度化予防 39 ができています

40 ア 自立支援、介護予防等に関わる専門職の育成

- 1 ○ 市町が取り組む介護予防事業等への関与など、地域リハビリテーション推進の中核を担う
 2 ことができるリハビリテーション専門職の育成を行います。
- 3 ○ 高齢者の自立支援に資するケアマネジメントの推進に向けて、介護支援専門員*を対象と
 4 した研修の充実を図ります。
- 5 **イ 要介護状態等の改善、重度化予防に向けたリハビリテーション専門職の派遣**
- 6 ○ リハビリテーション専門職が配置されていない介護事業所に対して、理学療法士*や作業
 7 療法士、言語聴覚士*等を派遣し、当該事業所の介護職員が適切なアセスメントや技術指導を
 8 受けられる仕組みを構築することにより、利用者の生活機能を維持・向上できるよう支援し
 9 ます。
- 10 **ウ 退院支援のプロセスにおける効果的なリハビリテーションの提供**
- 11 ○ 病院からの退院支援のプロセスにリハビリテーション専門職が関与して、適切な時期に効
 12 果的なリハビリテーションが導入・継続されるよう、各二次保健医療圏域における入退院支
 13 援ルールや地域連携クリティカルパス*の評価・検討を行います。

14
15 **《ロジックモデル》**



16

1 第3部 総合的な医療福祉提供体制の整備

2 第1章 医療福祉提供体制のあり方

3

4 1 地域医療体制の整備

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

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

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

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

15

16 2 医療機関の機能分化と連携

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

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

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

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

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

34

35 3 医療と介護の一層の連携

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

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

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

4 公立・公的病院等の機能充実

- 5 ○ 公立・公的病院は、二次保健医療圏域の中核的医療機関として、病病連携、病診連携の中心に
6 なるとともに、地域の医療ニーズや県域全体のバランスを考慮し、効果的で効率的な医療機能の
7 充実が図れるよう、医療水準の向上に努めるものとします。
- 8 ○ 併せて、公立病院にあっては、公・民の適切な役割分担の下、地域において必要な医療提供体
9 制の確保を図り、その中で安定した経営の下で医療を提供する重要な役割を継続的に担っていく
10 ことができるようにするため、「公立病院経営強化ガイドライン*」を参考に策定する「公立病院
11 経営強化プラン」において、地域の中で各公立病院が担うべき役割・機能を改めて見直し、明確
12 化・最適化した上で、病院間の連携を強化する「機能分化・連携強化」を進めていくことが必要
13 である。また、公的病院にあっては、国から要請に基づき「公的医療機関等 2025 プラン」を策定
14 しているところであり、これに示された果たすべき役割や将来の方向性に沿って、取組を進める
15 ものとします。
- 16 ○ 民間病院は、現在では、回復期、慢性期だけでなく、急性期における三次機能を担うなど、本
17 県が目指す切れ目のない医療を提供する重要な役割を担っており、今後も二次保健医療圏域のみ
18 ならず県全体の医療機能の充実に寄与するものと期待されます。
- 19 ○ 滋賀医科大学医学部附属病院は、県内唯一の特定機能病院*として、効率的で質の高い医療を提
20 供するとともに、大学では高度先進的医療の研究開発や優れた医師、看護師等の医療人材の育成
21 が行われています。引き続き患者の立場に立った全人的医療を理念として、本県の地域医療や医
22 療福祉の分野への貢献が期待されます。
- 23 ○ 県立病院は、「健康しが」の実現に向けて、医療を取り巻く環境の変化に対応しながら、県民
24 が望む質の高い医療を提供することで、県民の命と健康を守り、県民に信頼される病院であり続
25 けます。また、新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組を充実させるとともに、県の
26 方針に基づき、県立病院として迅速かつ積極的に対応します。
27 なお、令和7年1月には、県立総合病院と県立小児保健医療センターが統合することにより、
28 これまでの3病院体制から県立総合病院と県立精神医療センターの2病院体制になる予定です。
29 2病院の機能充実の方向性は以下のとおりです。

(1) 県立総合病院・県立小児保健医療センター（令和7年1月に病院統合予定）

32 県立総合病院と県立小児保健医療センターは、令和7年1月に病院統合し、統合後の県立総合病
33 院においては、それぞれの病院が担っている機能は確実に引継ぎ、充実を図ります。

34 （県立総合病院が担っている機能）

- 35 ○ 県立の急性期医療機関として、がん、心疾患、脳血管疾患等の生活習慣病に対する高度専門医
36 療を提供するとともに、運動器の障害や認知症など、複合的に生じる様々な疾患にも対応し、安
37 全で質の高い医療を提供します。
- 38 ○ がん医療に関しては、都道府県がん診療連携拠点病院として引き続き全県のがん医療の質の向
39 上と均てん化を推進し、手術、放射線治療、化学療法、免疫療法を組み合わせた総合的ながん診
40 療を行います。また、がんゲノム医療、ロボット手術、最新の放射線治療機器および施設の整備

などによる高度ながん診療を提供するとともに、地域のがん診療の中核的医療機関としての機能を発揮します。

- 地域医療支援病院として、急性期から回復期、在宅への切れ目ない医療の提供に向けて、地域医療構想を踏まえながら病床機能を最適化しつつ、地域の医療機関との役割分担と連携の強化を図るとともに、地域の医療機関の人材育成を支援します。
- 令和5年度に研究所から改組した臨床研究センターにおいては、県や大学などと連携を図り、県民の健康改善に貢献するための先制医療*の研究を進め、若手医師をはじめとする医療専門職に対するゲノム教育も推進します。

(県立小児保健医療センターが担っている機能)

- 一般医療機関では対応困難な心身障害児、小児慢性疾患や難治性疾患に対する高度専門的かつ包括的医療を充実・強化するとともに、県民ニーズに対応した全県的医療の提供を図ります。
- 周産期医療における後方支援病院として、NICU*（新生児集中治療管理室）およびGCU*（新生児治療回復室）に退院困難で長期入院している児の在宅移行に向けた受入れを行います。
- 在宅療養を支援するため、医療型短期入所*（レスパイト入院*）への体制を整備するとともに、地域の医療機関や訪問看護ステーション*との連携を図ります。
- 重度障害児・者医療において、患者・家族負担を軽減し、健やかな生活を送ってもらえるようにするため、地域医療機関との連携を強化するとともに、正しい知識の普及や地域支援の充実を目的として研修会や勉強会等を行います。
- 今後においても健やかな子育ての拠点として、予防医療、早期診断、早期治療、療育のシステムを維持します。

(病院統合により拡充を目指す機能)

- 救急医療を段階的に充実強化し、子どもから大人まで、また、重度障害児・者へも対応可能な体制の構築を進めていくとともに、湖南・甲賀小児救急ブロックにおける小児救急医療提供体制を引き続き支援します。
- 専門医等の連携強化により、診療できる疾患を拡大し、障害者歯科治療への対応も検討します。
- 重度障害児・者に対して総合的な高度専門医療を提供することにより、子どもから大人まで切れ目のない医療を実現します。

(2) 県立精神医療センター

- 県内の精神医療を担う中核施設として、地域の医療機関や保健所など関係機関との連携のもと、処遇困難症例を中心に高度・特殊専門治療の充実・向上を図るとともに、精神科救急医療システムにおける後方病院として、処遇困難な救急患者に確実に対応できる体制を維持します。
- 依存症治療拠点医療機関として、アルコール・薬物・ギャンブル等の依存症*に対し、依存症治療等専門医療を行なうとともに、地域の医療・保健機関等との連携・研修等を行います。
- 児童・思春期精神障害については、中・高生こころの専門外来や入院診療を行い、発達障害や摂食障害等の患者に対して地域の医療・保健機関との連携により対応します。
- 医療観察法*に基づく鑑定入院および指定通院・指定入院医療機関としての役割を果たし、法対象患者の円滑な社会復帰に努めます。

- 1 ○ 医療観察法病棟入院患者、一般病棟長期入院患者の退院促進に向けたカンファレンスの充実お
2 よび関係機関との連携強化を図ります。

4 5 保健所機能の充実強化

- 5 ○ 人口減少社会の到来や健康危機への対応の必要性の高まりなど、近年の保健医療福祉を取り巻
6 く環境の変化を背景に、多様化・高度化する地域住民のニーズに応えるため、保健所には二次保
7 健医療圏域での地域診断に基づく企画調整機能と技術的助言などの広域的・専門的な役割が一層
8 求められています。
- 9 ○ 健康づくりや介護予防などの取組について、関係団体、学校、企業等による活動や市町の施策
10 との積極的な連携・協働を図るとともに、必要な支援を行います。
- 11 ○ 保健所がコーディネーターの役割を果たしながら、関係機関や住民の参加によるネットワーク
12 づくりを進め、圏域単位で策定している医療福祉ビジョン等の取組を地域が一体となって実践す
13 ることにより、地域住民が守り育てる医療福祉の実現に努めます。
- 14 ○ 保健所は、地域包括ケアシステムの深化・推進に向け、市町、関係機関・団体と地域の課題や
15 取組の方向性等を共有するとともに、連携・協働しながら、切れ目のない円滑な医療福祉サービ
16 スの提供体制の確保に努めます。
- 17 ○ 地域の健康危機管理の拠点として、災害や感染症などの健康危機事案に備え、平時から、市町
18 や医療機関等の関係機関との連携体制の構築等に取り組むとともに、健康危機発生時には、関係
19 機関との連携のもと、地域住民に対する医療福祉を確保し、支援を行います。
- 20 ○ 保健所に求められる役割を適切に果たしていけるよう、人材確保や人材育成に取り組むととも
21 に、デジタル技術を積極的に活用することにより、業務の効率化・迅速化・標準化を図ります。

1 第2章 地域医療構想

1 1 滋賀県地域医療構想の策定

※ 別途、平成28年（2016年）3月に「滋賀県地域医療構想」を策定。

2 滋賀県地域医療構想策定後の取組

(1) 地域医療構想調整会議

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

(2) 滋賀県地域医療構想調整推進会議

- 令和元年度（2019年度）から構想区域ごとの地域医療構想調整会議における議論が円滑に進むよう情報の共有その他構想区域を超えた広域での調整が必要な協議等を行うため、滋賀県地域医療構想調整推進会議を設置しました。

(3) 地域医療連携推進法人の認定制度

- 平成27年（2015年）9月に医療法が改正され、地域医療連携推進法人制度が施行されました。地域医療連携推進法人とは、地域において良質かつ適切な医療を効率するため、病院等に係る業務の連携を推進するための方針（医療連携推進方針）を定め、医療連携推進業務を行う一般社団法人を都道府県知事が認定する制度であり、本県では平成31年（2019年）4月に湖西区域において「地域医療連携推進法人 滋賀高島」が、令和2年（2020年）4月に湖南区域において「地域医療連携推進法人 湖南メディカル・コンソーシアム」が、令和4年（2022年）4月に東近江区域において「地域医療連携推進法人 東近江メディカルケアネットワーク」が、それぞれ認定されています。

(4) 重点支援区域の指定

- 経済財政運営と改革の基本方針2019（令和元年6月21日閣議決定）において、地域医療構想の実現に向け、重点支援区域の設定を通じて国による助言や集中的な支援を行うこととされました。
- 本県では、湖北区域において、地域の持続可能な医療提供体制をつくっていくため、区域内の4病院（市立長浜病院、長浜市立湖北病院、長浜赤十字病院、セフィロト病院）の医療機能の再編について重点支援区域の指定を受けています。
- 長浜市では、医療機能の再編に向けて、3病院（市立長浜病院、長浜市立湖北病院および長浜赤十字病院）を存続させつつ、経営の一体化を目指す方針が示されていて、県としても関係者間の議論が進められるよう支援していきます。

1 (5) 新型コロナウイルス感染症を踏まえた医療提供体制の構築

- 2 ○ 新型コロナウイルス感染症の感染拡大は、我が国の医療提供体制に多大な影響を及ぼし、局所
3 的な病床・人材不足の発生、感染症対応も含めた医療機関間の役割分担・連携体制の構築、マス
4 ク等の感染防護具や人工呼吸器等の医療用物資の確保・備蓄など、地域医療の様々な課題が浮き
5 彫りとなりました。
- 6 ○ 一方で、人口減少・高齢化は着実に進みつつあり、医療ニーズの質・量が徐々に変化するとと
7 もに、労働力人口の減少によるマンパワーの制約も一層厳しくなりつつあることや、各地域にお
8 いて、こうした実態を見据えつつ、質の高い効率的な医療提供体制を維持していくため、医療機
9 能の分化・連携の取組は必要不可欠であることなど、地域医療構想の背景となる中長期的な状況
10 や見通しは変わっていないところです。
- 11 ○ 継続して進行する人口構造の変化を見据えた上で、新興感染症等が発生した際の影響にも留意
12 しつつ、質の高い効率的な医療提供体制の構築に向けた取組を着実に進める必要があることか
13 ら、本県においては国の動向を踏まえつつ、引き続き地域の実情に応じた病床機能の分化と連携
14 の議論を進めていきます。

1 (5) 新型コロナウイルス感染症を踏まえた医療提供体制の構築

- 2 ○ 新型コロナウイルス感染症の感染拡大は、我が国の医療提供体制に多大な影響を及ぼし、局所
3 的な病床・人材不足の発生、感染症対応も含めた医療機関間の役割分担・連携体制の構築、マス
4 ク等の感染防護具や人工呼吸器等の医療用物資の確保・備蓄など、地域医療の様々な課題が浮き
5 彫りとなりました。
- 6 ○ 一方で、人口減少・高齢化は着実に進みつつあり、医療ニーズの質・量が徐々に変化するとと
7 もに、労働力人口の減少によるマンパワーの制約も一層厳しくなりつつあることや、各地域にお
8 いて、こうした実態を見据えつつ、質の高い効率的な医療提供体制を維持していくため、医療機
9 能の分化・連携の取組は必要不可欠であることなど、地域医療構想の背景となる中長期的な状況
10 や見通しは変わっていないところです。
- 11 ○ 継続して進行する人口構造の変化を見据えた上で、新興感染症等が発生した際の影響にも留意
12 しつつ、質の高い効率的な医療提供体制の構築に向けた取組を着実に進める必要があることか
13 ら、本県においては国の動向を踏まえつつ、引き続き地域の実情に応じた病床機能の分化と連携
14 の議論を進めていきます。

1 第3章 疾病・事業ごとの医療福祉体制

2
3 1 がん（詳細については、別途「滋賀県がん対策推進計画」（令和6年3月）を策定）

4
5 **目指す姿**

- 6
7 ▶ 県民が、がんを知り、がんを予防し、がんになっても納得した医療・支援が切れ目なく受けら
8 れ、自分らしく暮らせる滋賀を目指す

9 **取組の方向性**

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

14
15 **現状と課題**および**具体的な施策**は「滋賀県がん対策推進計画」の第2章（本県のがんに関する現状）
16 および第4章（分野別施策および目標）の項目に記載する。

17
18 **《数値目標》**

目標項目	現状値	目標 (R11)	備考
目指す姿（分野アウトカム）			
がん年齢調整り患率*	男性 447.6 女性 311.2 (R1)	減少	
75歳未満年齢調整死亡率* (人口10万人あたり)	59.0 (R3)	減少	
5年相対生存率*	全部位 64.4% (R1)	向上	
取組の方向性（中間アウトカム）			
成人喫煙率	男性 19.3% 女性 4.2% (R4)	男性 15.0% 女性 3.0% (R17)	
がん検診受診率	胃がん 35.0% 肺がん 42.0% 大腸がん 39.2% 乳がん 35.8% 子宮頸がん 32.7% (R4)	全ての受診率について 50%	*子宮頸がんは 20歳以上、その 他のがんは40歳 以上
がん検診受診率 (対象年齢69歳まで)	胃がん 40.5% 肺がん 47.6% 大腸がん 44.8%	全ての受診率について 60%	*子宮頸がんは 20歳以上、その 他のがんは40歳

目標項目	現状値	目標 (R11)	備考
	乳がん 47.2% 子宮頸がん 40.7% (R4)		以上
質の高いがん医療の均てん化	6病院 (拠点) 1病院 (地域) 6病院 (支援) (R4)	維持	
専門的な医療従事者の配置 (拠点病院 6 病院)	放射線治療専門医 5/6 病院 がん薬物療法*専門医 4/6 病院 病理専門医 5/6 病院 細胞診専門医 5/6 病院 (R4)	増加	
がんと診断されたときから緩和ケア*の対象であると思っていると回答した割合	27.0% (R4)	増加	
がん診療領域に関する専門職員の配置状況 (がんの指定病院)	医師 常勤： 855 人 非常勤： 53.27 人 薬剤師 常勤： 83 人 非常勤： 3.97 人 看護師 常勤： 64 人 非常勤： 1.74 人 臨床心理士 常勤： 10 人 非常勤： 2 人 診療録管理士 常勤： 48 人 非常勤： 16.7 人 放射線技師 常勤： 165 人 非常勤： 6.01 人 臨床検査技師 常勤： 233 人 非常勤： 40 人	総数の増加	

目標項目	現状値	目標 (R11)	備考
	医学物理士 常勤： 3人 非常勤： 0.3人 総数(常勤・非常勤) 1584.99人		
がん教育の外部講師 活用校数	小学校 47校 中学校 32校 高校 3校 特別支援学校 1校 (R4)	増加	
院内がん登録の実施機関数	実施：17病院 (R4)	維持	
がん情報しがへの閲覧件数	4,288件 (R4)	増加	
がん相談支援センターにおいてメール相談を実施している拠点病院数	6病院 (R4)	維持	

1
2

1 《ロジックモデル》

番号	具体的な施策(アウトプット)	
1	がんの予防	
	1	生活習慣とがんに関係する感染症についての知識の普及
	2	食生活改善と身体活動の習慣化のための支援

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

3	がん医療の充実	
	1	医療の均てん化
	2	がんゲノム医療が受けられる体制を推進
	3	診療ガイドラインに基づく集学的治療
	4	医療機関におけるセカンドオピニオン
	5	多職種による検討会を実施し患者の状況に応じたがん医療の提供
	6	質の高いリハビリテーションの提供
	7	がんと診断された時からの緩和ケアの推進

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

5	滋賀医大を中心に、高度・先進的ながん医療の開発、研究、人材育成	
	1	病理診断
	2	遠隔病理診断を活用した病理診断体制の維持

番号	取組の方向性(中間アウトカム)	
1	科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実	
	指標	成人喫煙率(男・女)
		がん検診受診率(胃・肺・大腸・乳・子宮)

2	患者本位のがん医療の実現(感染症発生・まん延時や災害時を見据えた対策を含む)	
	指標	圏質の高いがん医療の均てん化
		圏専門的な医療従事者の配置

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

2
3

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

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

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

8	がん患者・家族等の社会的な問題への支援	
	1	離職防止や再就職のための就労支援の充実
	2	外見変化に悩む患者に対して相談支援、情報提供(アピアランスケア)

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

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

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

12	がん登録	
	1	がん登録の周知

13	デジタル化の推進	
	1	患者やその家族等が、がんに関する情報へ容易にアクセス

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

3	尊厳をもって安心して暮らせる社会の構築	
	指標	圏がんと診断されたときから緩和ケアの対象であると思っていると回答した割合

4	これらを支える基盤の整備	
	指標	圏がん診察領域に関する専門職員の配置状況
		圏がん教育の外部講師活用校数
		圏院内がん登録の実施機関数
		圏がん情報しがへの閲覧件数
		圏がん相談支援センターにおいてメール相談を実施している拠点病院数

番号	目指す姿(分野アウトカム)
----	---------------

1

2 脳卒中（詳細については、別途「滋賀県循環器病対策推進計画」（令和6年3月）を策定）

目指す姿

- 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

取組の方向性

- (1) よりよい生活習慣の定着や危険因子の管理により、脳卒中が予防できている
- (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る

現状と課題および具体的な施策は「滋賀県循環器病対策推進計画」の第2章（本県の循環器病に関する現状）および第5章（分野別施策）1から3の項目に記載する。

《数値目標》

目標項目	現状値	目標値（R11）
目指す姿（分野アウトカム）		
健康寿命（日常生活動作が自立している期間の平均）	男性 81.19 歳（R3）	延伸
	女性 84.83 歳（R3）	
脳血管疾患受療率（人口 10 万対）	入院 78.0（R2）	減少
	外来 40.0（R2）	
脳血管疾患の年齢調整死亡率（人口 10 万対）	男性 73.7 歳（R3）	減少
	女性 49.6 歳（R3）	
脳卒中初発の退院時 mRS*（0～2）	48.7%（R4）	増加
脳血管リハビリテーション実績指数	49.36 点（R5.8）	向上
脳卒中の再発率	24.4% （2011～2016 年）	減少
取組の方向性（中間アウトカム）		
特定健康診査*受診率	60.0%（R3）	70%以上
特定保健指導*実施率	26.3%（R3）	45%以上
肥満傾向にある子どもの割合	男子 10.07%（R3）	減少
	女子 6.75%（R3）	
塩分摂取量	10.6g（R4）	7.0g
rt-PA*による脳血栓溶解療法実施件数・脳血栓回収療法*実施件数（合算）	320 件（R4）	増加
来院から rt-PA 静脈療法開始までの時間の中央値	77.0 分（R4）	短縮
来院から動脈穿刺までの時間の中央値	98.5 分（R4）	短縮

目標項目	現状値	目標値 (R11)
脳血管疾患退院患者平均在院日数	132.3 日(R2)	短縮
回復期リハビリテーション病棟*	全圏域 7 / 7 14 病院 (R5)	維持
脳卒中の相談窓口を設置している急性期脳卒中診療が常時可能な医療機関数	4 病院(R5)	増加

1

2 《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	健診、保健指導などの取組の推進	1	よりよい生活習慣の定着や危険因子の管理により、脳卒中が予防できている。	1	県民が脳卒中の発症を予防し、健康寿命が延伸する。			
2	健康的な生活習慣の普及啓発		特定健診受診率			指標	脳健康寿命(日常生活動作が自立している期間の平均)	
3	適切な救急要請と早期受診の推進		特定保健指導実施率					脳脳血管疾患受療率(入院・外来)
4	滋賀脳卒中センターによる情報収集と解析の推進、データ活用できる方策の検討		肥満傾向にある子どもの割合					
			圏区分摂取量					
5	脳卒中の検査、診断、治療が24時間365日対応可能でrt-PAによる血栓溶解療法、脳血管内治療による脳血栓回収療法を行える医療機関の周知、治療実績の把握	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。(感染症の発生・まん延、災害時等を見据えた対策を含む)	2	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する。			
6	急性期治療を行う医療機関で、速やかに専門的治療が開始できる院内体制の構築		rt-PAによる脳血栓溶解療法実施件数・脳血栓回収療法実施件数(合算)			指標	脳血管疾患による年齢調整死亡率(人口10万対)(男・女)	
7	医療需要に応じて二次保健医療圏にとられないネットワークの構築		来院からrt-PA静脈療法開始までの時間の中央値					脳卒中初発の退院時mRS(0~2)
8	圏急性期医療機関において、身体機能の早期改善のために早期にリハビリテーションが開始できる体制整備		来院から動脈穿刺までの時間の中央値					
9	圏支援者に対する知識や技術習得に向けた研修の開催やリハビリに関する情報発信等の推進	3	必要なリ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。	3	再発・重症化を予防し、自分らしい暮らしが継続できる。			
10	生活の質の向上に向けた切れ目ないリハビリテーションの提供体制の整備		脳血管疾患退院患者平均在院日数			指標	脳卒中の再発率	
11	圏重症化・再入院予防のための医療の実践と生活管理の推進		回復期リハビリテーション病棟					
12	多職種連携体制の推進		脳卒中中の相談窓口を設置している急性期脳卒中診療が常時可能な医療機関数					
13	関係機関・職能による危険因子の管理の推進							

3

3 心疾患（詳細については、別途「滋賀県循環器病対策推進計画」（令和6年3月）を策定）

目指す姿

- 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

取組の方向性

- (1) よりよい生活習慣の定着や危険因子の管理により、心疾患が予防できている
- (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る

現状と課題および具体的な施策は「滋賀県循環器病対策推進計画」の第2章（本県の循環器病に関する現状）および第5章（分野別施策）1から3の項目に記載する。

《数値目標》

目標項目	現状値	目標値（R11）
目指す姿（分野アウトカム）		
健康寿命（日常生活動作が自立している期間の平均）	男性 81.19 歳（R3）	延伸
	女性 84.83 歳（R3）	
心疾患（高血圧症性のものを除く）受療率（人口 10 万対）	入院 43.0（R2）	減少 （外来はモニタリング）
	外来 110.0（R2）	
虚血性心疾患の年齢調整死亡率（人口 10 万対）	男性 75.5 歳（R3）	減少
	女性 32.4 歳（R3）	
心不全の再入院率（半年後）	14.9%(R4)	減少
取組の方向性（中間アウトカム）		
特定健康診査受診率	60.0%（R3）	70%以上
特定保健指導実施率	26.3%（R3）	45%以上
肥満傾向にある子どもの割合	男子 10.07%（R3）	減少
	女子 6.75%（R3）	
塩分摂取量	10.6g（R4）	7.0g
急性心筋梗塞患者の来院時から PCI*施行までの所要時間が 90 分以内の患者の割合（中央値）	68.2%（R4）	増加
虚血性心疾患退院患者平均在院日数	6.8 日(R2)	短縮
心血管疾患リハビリテーションが実施可能な二次保健医療圏域	6 圏域（R4）	全圏域
心血管疾患リハビリテーションの実施件数（SCR）	入院 128.9(R2)	増加
	外来 179.4(R2)	

目標項目	現状値	目標値 (R11)
病院連携でシート等を活用している診療所数/病院と連携している診療所数	18 か所/301 か所 (R5)	増加

1

2 《ロジックモデル》



3

4 糖尿病

目指す姿

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

取組の方向性

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

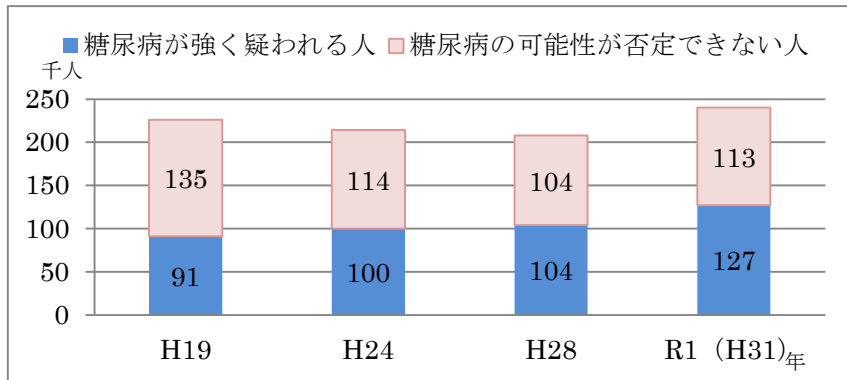
現状と課題

(1) 糖尿病患者および糖尿病を疑う人の状況

- 糖尿病は、インスリン作用不足による慢性の高血糖状態を主な特徴とする代謝性疾患です。インスリンがほとんど出なくなることが主要因となる1型糖尿病と、遺伝的素因によりインスリンが出にくくなることや効きにくくなること、過食（特に高脂肪食）、運動不足、肥満等の環境因子および加齢が加わり発症する2型糖尿病に大別されます。
- 急性合併症にはケトアシドーシスや高血糖高浸透圧昏睡といった糖尿病昏睡等があり、慢性合併症は全身の様々な臓器に起こります。特に細小血管症に分類される網膜症、腎症、神経障害や、大血管症に分類される脳卒中、心筋梗塞・狭心症、末梢血管障害、また、神経障害と末梢血流障害を成因とする足病変等があります。
- 糖尿病の医療は、1型糖尿病と2型糖尿病によって異なりますが、適切な血糖コントロールを基本とした医療は共通であることから、本計画においては一括して記載します。
- 糖尿病には根治的な治療方法がないものの、血糖コントロールを適切に行うことにより、合併症の発症を予防することが可能です。合併症の発症は、視力の低下や人工透析等につながり、患者の生活の質（QOL）を低下させ、生命予後を左右することから、その予防が重要です。
- 慢性合併症の予防の観点から、治療の中断者を減らすよう、継続的な治療の必要性を指導する必要があります。治療と仕事の両立支援の取組や、正しい知識の普及によるスティグマの払拭等により継続的に治療を受けられる環境を整えることも重要です。
- 高齢者に関しては、日本糖尿病学会と日本老年医学会が定めた「高齢者糖尿病の血糖コントロール目標」を踏まえ、個別に血糖コントロール目標を設定することが重要です。
- 令和元年（2019年）国民健康・栄養調査から、本県の糖尿病患者を推計すると、糖尿病を強く疑われる人（糖尿病有病者）は約12万7千人であり、過去4年間で約2万3千人増加しています。糖尿病の可能性が否定できない人（糖尿病予備群）は約11万3千人であり、過去4年間で約9千人増加しています。
- 令和2年（2020年）の患者調査では、医療機関を受診している糖尿病患者数は、約5万9千人と推計され、平成26年（2014年）の調査結果より2万7千人増加しています。
- 平成30年（2018年）10月～11月に滋賀県医師会が実施した糖尿病患者実態調査によると、血糖管理状況の平均HbA1c値*は7.1%であり、前回の平成24年と同様の値でした。

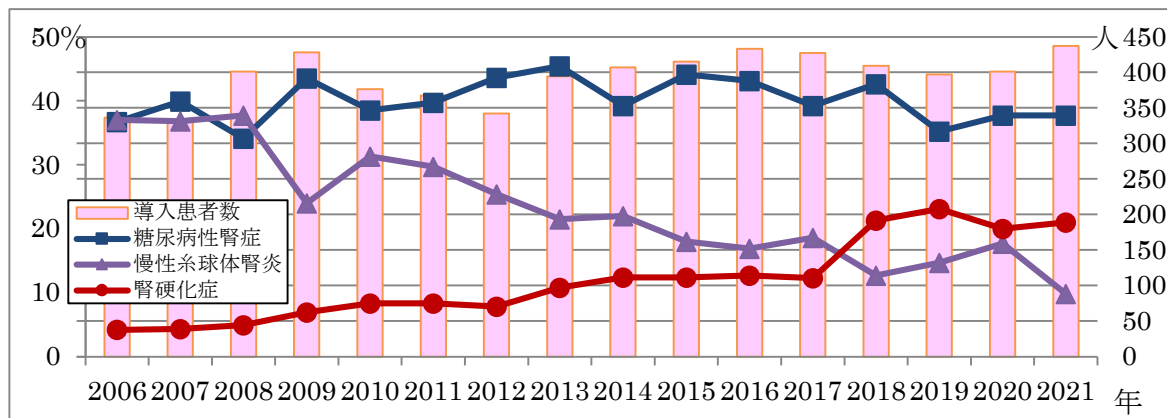
- 糖尿病患者における肥満者 (BMI* \geq 25) の割合は 44%と前回 41%に比べて増加傾向であり、特に 50 代までの若い世代では患者の半数以上が肥満に該当していました。小児の 2 型糖尿病患者は診断時に約 70~80%が肥満を伴っていることが明らかになっています。令和 3 年度学校保健統計では、肥満傾向にある子どもの割合 (小学 5 年生) は男子 10.07%、女子 6.75%と増加傾向にあります。肥満は糖尿病発症のリスク因子であることから、子どもの頃からの栄養・食生活や運動習慣などの指導が必要です。
- 令和 4 年度 (2022 年度) の滋賀県治療と仕事の両立支援に関する事業所調査によると、過去 5 年間で糖尿病治療中の (治療していた) 労働者がいると回答した事業所は、事業所規模 5 人未満では 11.3%、事業所規模 5 人~49 人では 22.5%でした。業種別に見ると運輸・郵便業の労働者の割合が高くなっています。
- 日本透析医学会および滋賀腎・透析研究会の調査によると、県内の慢性透析患者数は増加しており、令和 3 年 (2021 年) 12 月末現在で 3,464 人となっています。
- 糖尿病が原因の死者数は 170 人で死亡数全体の 1.1% (全国 15,927 人、1.0%) と全国とほぼ同じ値です。(令和 4 年人口動態調査)
 年齢調整死亡率 (人口 10 万人対) は、男性は 12.6 (全国 14.1)、女性は 7.9 (全国 7.0) と女性は全国より高い状況です。(令和 3 年人口動態調査から滋賀県衛生科学センター算出)
- 令和 3 年 (2021 年) の新規透析導入患者数は 437 人で、導入原疾患は糖尿病性腎症が 165 人 (37.3%) と最も多く、課題となっています。(日本透析医学会、滋賀腎・透析研究会調査)

図 3-3-4-1 滋賀県の糖尿病患者予備軍の年次推移



出典：「国民健康・栄養調査」(厚生労働省)

図 3-3-4-2 新規透析導入患者数および導入原疾患比率の推移



出典：日本透析医学会、滋賀腎・透析研究会 調査

1 (2) 予防・特定健康診査・保健指導

- 2 ○ 県民が正しく糖尿病について知るためには、広報啓発、健康教育、保健指導などあらゆる機
3 会を通して正しい情報を発信、伝えていくことが必要です。不規則な生活習慣等が原因で、糖
4 尿病の発症リスクが高まっている場合は、生活習慣の改善により発症を予防することが期待
5 できます。
- 6 ○ 個人の糖尿病のリスクを把握し、糖尿病の早期発見・早期治療による重症化予防につなげる
7 ため、定期的に特定健康診査等を受診することが必要です。また、健診の結果を踏まえ、適切
8 な生活習慣の改善や受診勧奨、特定保健指導を行うことが重要となります。
- 9 ○ 令和3年度(2021年度)の特定健康診査受診率は60.0%、特定保健指導実施率は26.3%で、
10 平成27年度(2015年度)の受診率49.7%、実施率20.5%に比べて増加していますが、今後も、
11 受診率、実施率向上が望まれる状況です。
- 12 ○ 市町の糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づく受診勧奨や保健指導の実施状況は市町
13 によってばらつきがあります。かかりつけ医や専門医と連携した保健指導は全ての市町で実施
14 できていない状況です。
- 15 ○ 医療機関での特定健康診査受診者等のうち糖尿病の発症リスクが高まっている者の生活習慣
16 改善が促進されるよう、かかりつけ医と市町や保険者の連携による保健指導の実施体制の整備
17 と充実が必要です。

18
19 (3) 医療機能と医療機関連携

20 ア 医療機能の状況

- 21 ○ 各二次保健医療圏では、糖尿病の診断に関する基本的な検査、初期・安定期治療、急性合併
22 症・慢性合併症に対応可能な医療機関があります。
- 23 ○ 糖尿病患者に対して、糖尿病を的確に診断し、標準治療指針に沿って治療し、血糖コント
24 ールを継続することが重要です。また、シックデイ(発熱、下痢、嘔吐をきたすときや、食欲
25 不振のために食事ができないとき)の対応や、低血糖時の対応について十分な指導を行うこと
26 が必要です。高齢者患者には、個別性に配慮された治療指針に沿って治療することが必要です。
- 27 ○ 人工透析を必要とする糖尿病性腎症や失明の原因となる糖尿病性網膜症等の糖尿病合併症は、
28 生活の質を低下させるため、重症化予防の観点から早期に治療を開始することが重要です。

29
30 表3-3-4-3 糖尿病治療に関して対応している診療所

	大津	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北	湖西	合計
内服薬による治療	118	103	37	63	51	61	24	457
インスリンによる治療	96	80	33	53	34	53	19	368
糖尿病網膜症に関する治療	16	9	4	8	4	9	2	52
糖尿病腎症に関する治療	64	51	20	40	23	40	8	246
糖尿病神経障害に関する治療	59	37	16	25	18	37	10	202
糖尿病足病変に関する治療	24	20	9	16	7	18	5	99

31 「医療機能調査」(令和5年度)(滋賀県)

1 表3-3-4-4 急性合併症等急性増悪時の治療および慢性合併症の治療に対応できる病院

圏域別病院名	実施可能な治療等	急性合併症(糖尿病 ケトアシドーシス等)	慢性合併症					専門職種のチーム による治療	糖尿病患者の 妊娠管理	1型糖尿病に 対する専門的治療	患者教育	
			網膜症	糖尿病 腎症	糖尿病性 神経障害	糖尿病 足病変	糖尿病 網膜症				教育入院	糖尿病教室
大津	琵琶湖大橋病院	○	○	○	○	○	-	-	○	-	-	
	市立大津市民病院	○	○	○	○	○	○	-	○	○	-	
	大津赤十字病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	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	○	○	○	○	○	○	○	○	-	○	
	大津赤十字志賀病院	-	-	○	○	-	-	○	○	-	○	
湖南	南草津病院	-	-	○	-	○	-	-	-	-	○	
	南草津野村病院	-	-	-	-	-	-	○	-	-	-	
	近江草津徳洲会病院	○	○	○	○	○	-	-	○	-	○	
	淡海医療センター	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	淡海ふれあい病院	○	-	○	○	○	-	-	○	○	-	
	滋賀県立総合病院	○	○	○	○	○	○	-	○	○	-	
	済生会守山市民病院	○	-	○	○	○	○	-	○	○	○	
	滋賀県立小児保健医療センター	○	-	-	-	-	○	-	○	○	-	
	済生会滋賀県病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
市立野洲病院	-	○	○	-	-	○	-	○	○	○		
甲賀	生田病院	○	-	○	○	○	-	-	○	-	-	
	公立甲賀病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	甲南病院	-	-	○	○	○	○	-	○	○	○	
	信楽中央病院	○	-	○	○	○	-	-	-	-	-	
東近江	湖東記念病院	-	○	○	○	-	-	-	-	-	-	
	東近江敬愛病院	-	-	○	-	-	-	-	-	-	-	
	ヴォーリズ記念病院	-	-	-	-	-	-	-	-	○	○	
	東近江市立能登川病院	-	○	-	○	○	-	-	○	○	-	
	日野記念病院	○	○	○	○	○	○	-	-	○	-	
	近江八幡市立総合医療センター	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	滋賀八幡病院	-	-	-	○	-	-	-	-	-	-	
	東近江総合医療センター	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
湖東	彦根市立病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	彦根中央病院	-	-	-	-	-	-	-	-	○	-	
	友仁山崎病院	-	-	○	-	○	○	-	○	-	○	
	豊郷病院	○	○	○	-	-	-	-	○	-	-	
湖北	市立長浜病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	長浜市立湖北病院	○	○	○	-	-	-	-	○	○	○	
	長浜赤十字病院	○	-	○	○	○	○	○	○	○	○	
湖西	マキノ病院	-	-	-	-	-	-	-	○	○	-	
	今津病院	-	-	-	-	○	-	-	-	-	-	
	高島市民病院	○	○	○	○	-	-	○	○	-	-	
		24	21	30	26	25	19	13	28	23	20	

「医療機能調査」(令和5年度)(滋賀県)

2
3
4

1 イ 医療機関連携の状況

- 2 ○ 医療機能調査（令和5年度）によると、糖尿病診療機能を有する45病院のうち31病院が糖
 3 尿病に関して一般診療所との連携を行っています。また、糖尿病診療を行っている494診療所
 4 のうち、312診療所が専門治療を行う医療機関と連携を行っています。
 5 ○ 行政（市町）と糖尿病性腎症重症化予防のための連携（市町の規定する対象者が主治医と連
 6 携して保健指導等を受ける等）をしている医療機関は、糖尿病診療を行っている46病院のうち
 7 14病院、また494診療所のうち、120診療所です。（令和5年度医療機能調査）
 8 ○ 滋賀県糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づく主治医と連携した保健指導は実施されて
 9 きており、保健指導実施率を上げるために引き続き連携した診療所数を増やす必要があります。

10 表3-3-4-5 一般診療所との連携を行っている病院数

	大津	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北	湖西	合計
病院	9	5	3	5	3	4	2	31

11 「医療機能調査」（令和5年度）（滋賀県）

12 表3-3-4-6 専門的治療を行う医療機関と連携を行っている診療所数

	大津	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北	湖西	合計
診療所	91	62	26	43	35	43	12	312

13 「医療機能調査」（令和5年度）（滋賀県）

14 表3-3-4-7 行政（市町）と糖尿病性腎症重症化予防のための連携をしている医療機関数

	大津	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北	湖西	合計
病院	4	2	2	0	3	2	1	14
診療所	15	30	19	12	18	19	7	120

15 「医療機能調査」（令和5年度）（滋賀県）

- 16
- 17 ○ 慢性合併症についての他科との連携状況では、平成30年（2018年）の滋賀県医師会糖尿病
 18 患者実態調査によると、網膜症に関して眼科での年1回以上の眼底検査実施率は49.8%（平成
 19 24年（2012年）49.1%）、腎症に関して尿中アルブミン検査実施率は44.6%（平成24年（2012
 20 年）37.2%）でした。年1回以上の頻度で歯科受診をしている割合は24.4%（平成24年（2012
 21 年）29.4%）と前回調査より減少していました。歯周病はインスリンの働きを阻害するため、
 22 定期的に歯科受診を促すことが必要です。
 23 ○ 多機関、多職種がかかわる患者情報を共有するために医療連携ツール（ICT、地域連携クリテ
 24 ィカルパス、糖尿病連携手帳等）が活用されていますが、二次医療圏域ごとに活用状況は異な
 25 ります。利便性のよい医療連携ツールの活用について引き続き検討が必要です。
 26 ○ 重症化・合併症予防のため、病態に応じた適切な治療を病診連携により行うことや、栄養ケ
 27 アステーション等を活用した食事療法、リハビリテーション専門職による運動療法、薬剤師に
 28 による薬物療法等を多職種連携により支援することが必要です。
 29 ○ 初めて糖尿病と診断された患者においても、すでに糖尿病性腎症、糖尿病網膜症等を合併し
 30 ていることがあるため、尿検査や眼底検査等の糖尿病合併症の発見に必要な検査を行うととも
 31 に、糖尿病の診断時から各診療科と連携を図る必要があります。

1 (4) 糖尿病専門スタッフの状況

- 2 ○ 日本糖尿病学会認定専門医は、県内で 86 名です。各二次保健医療圏別では、大津 40 人、湖
3 南 24 人、甲賀 5 人、東近江 6 人、湖東 3 人、湖北 8 人、湖西 0 人です。(令和 5 年 8 月現在)
- 4 ○ 日本糖尿病療養指導士 (CDEJ) (日本糖尿病療養指導士認定機構) の有資格者は、県内で 211
5 名です。(令和 4 年 8 月現在) また、滋賀糖尿病療養指導士 (CDE 滋賀) 認定者は 429 名です。
6 (令和 5 年 4 月現在)
- 7 ○ 日本看護協会認定の慢性疾患看護専門看護師は県内で 6 人、糖尿病看護認定看護師は 16 人
8 です。(令和 4 年 12 月現在)
- 9 ○ 糖尿病の発症予防や治療等では栄養・運動・服薬指導などを行うため、医師、薬剤師、保健師、
10 看護師、管理栄養士など多職種が患者や家族に関わっていることから、引き続き専門職の人材
11 育成とともに多職種連携による関わりができるネットワークを築くことが必要です。

13 具体的な施策

14 (1) 糖尿病発症予防、メタボリックシンドローム対策の推進ができています

- 15 ○ 県・市町や保険者、教育機関、関係団体などが、糖尿病や合併症に関連する情報の発信、健
16 康教育、保健指導などを実施し、県民が糖尿病を正しく知ることができるように努めます。ま
17 た、食生活、運動習慣など子どもの頃から生涯を通じた健康づくりができるよう、関係機関が
18 連携して県民への啓発や環境づくりを進めていきます。
- 19 ○ 個人の糖尿病リスクの把握や発症予防 (メタボリックシンドローム) 対策、糖尿病の早期発
20 見による重症化予防のために、各保険者や事業所などは特定健診などの定期的な健康診査の受
21 診や特定保健指導ができるよう受診率の向上に向けた働きかけを充実します。

23 (2) 多機関連携、病診連携を含む他科連携による重症化予防対策の推進ができています

- 24 ○ 健康診査の実施主体である各保険者や事業所などにおいて、健診受診後に受診勧奨値を超え
25 る者については確実に医療機関を受診できるよう連携体制を構築する必要があります。また、
26 医療機関未受診者を把握し、リスクの高い人には受診勧奨を行うように努める必要があります。
27 受診勧奨においては、かかりつけ医をもつという観点からも、まずは身近な地域の診療所への
28 受診を勧め、かかりつけ医となる診療所において精査、診断および生活習慣の改善指導、標準
29 的治療指針に沿った治療ができる体制の構築を推進します。
- 30 ○ かかりつけ医は、慢性合併症の予防の観点から、治療の中断者を減らすよう、継続的な治療
31 の必要性を指導する必要があります。また、生活習慣改善等の必要性があると認められる場合
32 は、栄養ケアステーション等を活用した栄養指導の実施や、保険者や市町の相談事業への紹介
33 を行うなど、医療機関と保険者等がそれぞれの役割について理解を深め、連携して対応できる
34 体制を推進します。
- 35 ○ 事業主やかかりつけ医は、仕事が忙しい等の理由による治療の自己中断を防ぐため定期的な
36 外来通院を促すことが必要です。治療と仕事の両立のための制度・体制を支援します。
- 37 ○ 糖尿病予備群を含めると県民の約 5 人に 1 人がり患しており、県は、専門性の高い専門医と
38 の病診連携のもと、かかりつけ医で診療を行う体制を促進します。また、紹介・逆紹介の強化
39 による連携や専門医への相談体制の整備など、かかりつけ医と専門医の連携体制の整備を推進
40 します。

- かかりつけ医や専門医は、合併症の精査や早期発見、早期治療のため眼科、腎臓内科、神経内科、歯科、皮膚科（フットケア外来）など他科との連携を推進し重症化を予防します。
- 各保険者や県・市町は、滋賀県糖尿病性腎症重症化予防プログラムを基に、かかりつけ医と連携した専門職種による保健指導の実施体制を構築し、さらなる充実を図ります。また、慢性腎臓病（CKD）対策と連携して適切な治療や生活習慣の改善により、発症や重症化予防を推進します。

(3) 発症予防、治療および合併症予防のための人材育成の強化ができています

- 糖尿病の発症予防や治療、合併症予防のための医療体制を充実するため、県や関係機関は、医師、薬剤師、保健師、看護師、管理栄養士などの人材育成を強化していきます。
- 多くの診療所で糖尿病患者の診療が行われていることから、県や医師会などは、糖尿病治療に関する診断のスキルアップ、標準的治療指針の周知を目指して、医師への研修を推進します。
- 糖尿病の基本的治療は食事療法、運動療法、薬物療法です。特に管理栄養士や薬剤師、看護師等の医師以外の職種との連携による療養指導は、重症化予防や網膜症、腎症、神経障害、足病変などの合併症予防にとって重要です。質の高い療養指導を行うために、県や関係団体は、管理栄養士や看護職等の育成を推進します。

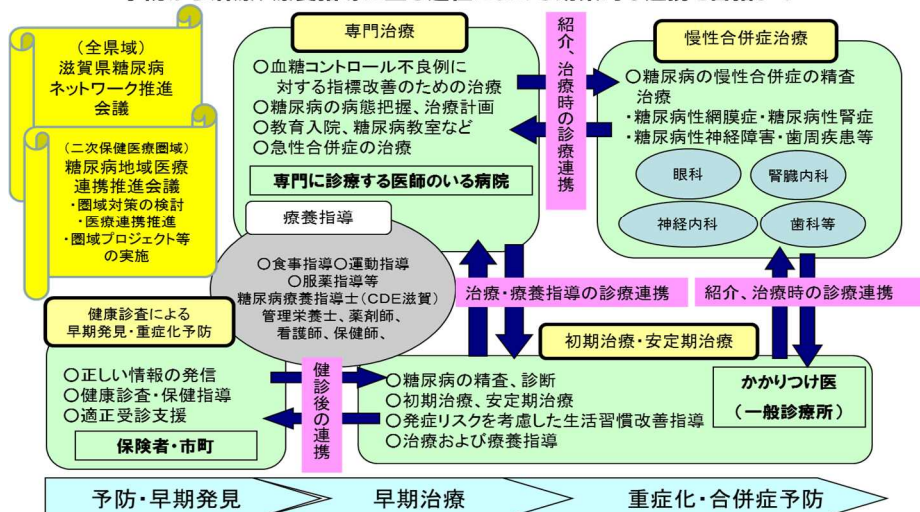
(4) 地域における有機的な保健医療連携体制の構築ができています

- 平成23年（2011年）10月に策定した滋賀県糖尿病地域医療連携指針をもとに、二次保健医療圏ごとの医療連携体制の構築を推進します。また、全圏域に、糖尿病地域医療連携推進会議等を設置し、糖尿病対策推進のためのネットワーク構築を推進し、糖尿病の発症や重症化予防対策の効果的な体制整備を行います。
- 感染症発生・まん延時や災害時等の非常時においても、切れ目なく適切な医療等を受けられる体制整備を検討します。

図3-3-4-8 糖尿病地域保健医療連携体制のイメージ

糖尿病保健医療連携体制イメージ

予防から治療、療養指導に至る過程における効果的な連携を目指して



出典：滋賀県糖尿病地域医療連携指針（平成23年10月作成）平成30年3月一部改訂

1 《数値目標》

目標項目	現状値	目標値 (R11)	備考
目指す姿 (分野アウトカム)			
糖尿病が強く疑われる者の割合	10.5% (R2)	増加の抑制	NDB
重症低血糖の発生率	0.73% (R3)	増加の抑制	
糖尿病性腎症による新規透析導入患者数	165人 (R3)	増加の抑制	
糖尿病足病変にかかる下肢切断術の件数	78件 (R1)	増加の抑制	
取組の方向性 (中間アウトカム)			
糖尿病の可能性が否定できない者の割合	20.4% (R3)	減少傾向へ	国保
肥満傾向にある子どもの割合	男子 10.07% 女子 6.75% (R3)	減少傾向へ	小5
治療継続者の割合	50.9% (R2)	70%	NDB
糖尿病患者の年齢調整外来受療率	95.9% (R3)	現状維持	
治療が必要な糖尿病網膜症の発症率	0.0156% (R3)	増加の抑制	
滋賀糖尿病療養指導士の数	429人 (R4)	現状維持	
糖尿病地域医療連携推進会議の開催	7/7 圏域 (R5)	全ての圏域で開催	
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	
糖尿病患者の病診連携を実施している診療所数	312か所 (494か所中)	374か所	現状の 1.2倍程度
1型糖尿病に対する専門治療を行う医療機関数	28か所 (R5)	現状維持	
糖尿病-歯周病連携推進歯科医療機関の数	442か所 (R4)	現状維持	
行政(市町)と糖尿病性腎症重症化予防のための連携をしている診療所数	120か所 (494か所中)	144か所	現状の 1.2倍程度

2

1 《ロジックモデル》

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

1	糖尿病発症に関連する正しい情報の発信、健康教育、保健指導などの実施
2	特定健診などの定期的な健康診査の受診ができるよう受診率向上に向けた働きかけ
	指標 特定健康診査受診率 特定保健指導実施率

3	医療機関未受診者を把握してリスクの高い人への受診勧奨、かかりつけ医の体制構築の推進および医療機関と保険者等の連携体制構築の推進
指標	糖尿病患者の病診連携を実施している診療所数
4	かかりつけ医、専門医および他科との連携体制構築の推進
	指標 1型糖尿病に対する専門治療を行う医療機関数 糖尿病-歯周病連携推進歯科医療機関の数
5	糖尿病の治療と重症化予防、合併症の治療と重症化予防のため、治療と仕事の両立支援に向けた働きかけを推進
6	滋賀県糖尿病重症化予防プログラムを基に専門職種による保健指導の実施体制構築を促進
	指標 行政(市町)と糖尿病性腎症重症化予防のための連携をしている診療所数

7	糖尿病治療に関して医師への研修推進
8	質の高い療養指導を行うために管理栄養士や看護職等の育成推進

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

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

1	糖尿病発症予防、メタボリックシンドローム対策の推進ができています
指標	糖尿病の可能性が否定できない者の割合(国保データ) 肥満傾向にある子どもの割合

2	多機関連携、病診連携を含む他科連携による重症化予防対策の推進ができています
指標	治療継続者の割合 糖尿病患者の年齢調整外来受療率 治療が必要な糖尿病網膜症の発症率

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ます
指標	滋賀糖尿病療養指導士の数

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ます
指標	糖尿病地域医療連携推進会議の開催

番号	目指す姿(分野アウトカム)
----	---------------

1	全ての県民が、糖尿病について知ることで、発症・重症化を予防し、病気になるっても継続的な治療を受け、いきいきとした生活を営むことができる
指標	糖尿病が強く疑われる者の割合 重症低血糖の発生率 糖尿病性腎症による新規透析導入患者数 糖尿病足病変にかかる下肢切断手術の件数

2

5 精神疾患

目指す姿

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

取組の方向性

- (1) 多様な精神疾患等に対応できる質の高い医療が提供できている
- (2) 多様な精神疾患等に対応できる連携ができている
- (3) 地域精神保健福祉活動の充実と地域包括ケアシステムが確保されている

現状と課題

- 本県の精神疾患の患者数は、平成 20 年（2008 年）には約 2 万 5 千人であったものが、平成 26 年（2014 年）には約 3 万 7 千人に、令和 2 年（2020 年）には約 6 万 4 千人に増加しており、この 6 年で 2 万 7 千人増加しています。
- 本県の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（2012 年度）に 6,656 人であったものが、令和 4 年度（2022 年度）には 13,399 人と、この 10 年で 2 倍超に増加しています。
- 精神病床における 1 年以上の長期入院患者数は、1,069 人となっています。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ています。
- 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ます。令和元年度における入院後 90 日時点の退院患者割合は全国で最も高い状況となっています。
- 精神保健福祉法 38 条 5 による退院等の請求の審査件数が増加傾向にあることや、令和 4 年 12 月 16 日に公布された改正精神保健福祉法により精神科病院の患者人権への配慮や対応が求められることから、入院者訪問支援事業の創設や虐待通報窓口の設置が求められているところです。

(1) 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築

ア 統合失調症

- 令和 2 年（2020 年）の県内医療機関を受療している統合失調症の入院患者数は 1,291 人であり、外来患者数は 5,779 人です。
- 入院・外来における治療抵抗性統合失調症治療薬による専門的な医療を提供できる医療機関は 8 機関で、人口 10 万人当たり 0.57 と全国平均の 0.39 より高くなっています。

イ うつ病・躁うつ病

- 令和 2 年（2020 年）の県内医療機関を受療しているうつ病・躁うつ病の入院患者数は 832 人であり、外来患者数は 20,546 人です。

1 ○ うつ病・躁うつ病については、一般医に対する「かかりつけ医うつ病対応力向上研修」を
2 実施し、うつ病の早期発見・早期治療の普及を図っています。平成30年度（2018年度）から令
3 和4年度（2022年度）に205名の医師が受講しています。

4 ○ また、精神科医等に対する「専門医等うつ病治療向上研修」等を実施し、治療技法の普及を
5 図っています。平成30年度（2018年度）から令和4年度（2022年度）に306名の医師が受講
6 しています。

7 **ウ 児童・思春期精神疾患 および 発達障害**

8 ○ 精神科医の数が全国と比べて少なく、また、発達障害の診断や診療に対応する小児科医も限
9 られており、医療機関で初診を受けるまでの待機時間が長くなっていることが課題となってい
10 ます。医療機関と地域の関係機関の連携の在り方について検討し、不要不急な受診の削減や、
11 受診までの待機時間および問診に要する時間の縮減を図るために、受診の必要性の目安や受診
12 手順などについて整理した冊子を作成し、啓発を行っています。

13 ○ 発達障害者支援センターでは、一般的な相談対応に追われ、支援体制の整備や市町・福祉圏
14 域に対するバックアップ、人材育成等三次機関としての役割を十分果たせてないことが課題と
15 なっています。各市町発達支援センター等（一次支援機関）、各圏域発達障害者支援ケアマネジ
16 メント事業所（二次支援機関）、発達障害者支援センターそれぞれの果たすべき役割の機能強化
17 を図り、重層的支援体制を構築していく必要があります。

18 ○ ひきこもり支援センターでは、医療・保健・福祉・法律、教育、就労分野で構成される専門
19 家チームを設置し、事例検討や保健所・市町・相談支援事業所等に対し専門的観点から助言や
20 直接支援等を通して人材育成に取り組んでいます。

21 ○ 乳幼児・学童期から思春期・青年期に向けての支援体制の構築と市町間の情報連携を目的に、
22 各市町の障害福祉・発達支援主管課を対象とした市町発達支援室・センター等連絡会を開催し
23 ています。

24 ○ 発達障害者支援法に基づく発達障害者支援地域協議会を設置し、発達障害者支援に関する情
25 報を共有するとともに、支援体制の整備について協議を行っています。

26 ○ 診断や支援を受ける機会のないまま成人期に至り、二次的に他の精神障害を発症したり、ひ
27 きこもりの状態になったりする発達障害者等に対する支援が課題となっています。成人期の発
28 達障害者に対する医療的な支援や地域生活に向けた具体的な支援サービスの充実が求められて
29 います。

30 **エ 依存症（アルコール依存症・薬物依存症・ギャンブル等依存症等）**

31 ○ 依存症専門医療等機関については、県立精神医療センターを令和元年度（2019年度）にアル
32 コール依存症、令和2年度（2020年度）に薬物依存症・ギャンブル等依存症の専門医療機関・
33 治療拠点機関に指定するとともに、精神保健福祉センター*をアルコール依存症・薬物依存症・
34 ギャンブル等依存症の相談拠点に位置付けたことで、専門医療の提供、医療従事者や相談員等
35 を対象とした専門的な研修を実施できる体制を構築しました。

36 ○ 国等の調査に基づき県人口で換算すると、アルコール依存症が疑われる者は約32,600人、ギヤ
37 ンブル等依存症が疑われる者は約21,600人、違法薬物の生涯経験者数は約20,100人と推計さ
38 れますが、専門医療機関の外来患者および入院患者の実人数や依存症相談拠点等における相談
39 延べ件数と乖離（かいり）がある状況です。

40 ○ 依存症は、他の依存症との重複やその背景にある関連問題もあり、認識されにくい特性があ

ることなどから、依存症の正しい知識の普及啓発や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が必要です。

○ 学識経験者・医療関係者・福祉関係者・民間支援団体等で構成される滋賀県依存症関係機関連絡協議会等により、様々な分野の関係者が連携することで、切れ目のない支援体制を構築しています。

○ 依存症対策を一体的に、総合的かつ計画的に推進するために「(仮称)滋賀県依存症総合対策計画」の策定に向けた検討を進めています。

オ 外傷後ストレス障害 (PTSD)

○ 県内外で事件・事故が発生した場合の生命・身体・財産などに対する直接の一次被害に起因する精神的な二次被害の拡大を防止するため、「Crisis Intervention team (CIT) 通称こころのケアチーム*」の派遣事業を行っていますが、当該事業の安定した運用のため、医療機関や関係機関の人材育成が必要です。

○ 令和元年度(2019年度)の保育関連施設事故発生時にこころのケアチームを派遣した。また、新型コロナウイルス感染症の感染者やその家族、医療従事者、クラスターが発生した施設の職員等に対してこころのケアチームを派遣してこころのケアを行うなど、二次被害の防止等の対応を行っています。

カ 高次脳機能障害*

○ 県内には高次脳機能障害を診断、評価できる医療機関が少なく、高次脳機能障害に対応したリハビリテーションが可能な医療機関が少ないという課題があります。

○ 当事者・家族が高次脳機能障害の理解や地域生活のイメージがないまま退院し、地域で問題を抱え込み孤立している現状があることから、高次脳機能障害支援センターおよび高次脳機能障害友の会しがにおいて、高次脳機能障害の理解を深めるために県民や関係機関等への研修会等を実施し、広く周知を図っています。

○ 地域支援者が適切に対応できる技術の向上に向けて、平成27年度(2015年度)からは地域支援で中心となりうる「専門相談支援員」の養成を行い、これまでに169名を認定しています。

○ 高次脳機能障害と診断された上で、必要な支援につながる体制の整備が必要であることから、高次脳機能障害圏域ネットワーク支援事業により、各圏域において医療機関と地域支援機関の連携を強化のための協議会の開催や研修会、事例検討会を実施しています。

○ 高次脳機能障害支援センターにおいて、医療福祉相談モールド構成機関と連携しながら、当事者、家族、支援者への相談支援および普及啓発、人材育成、支援体制づくりを実施するとともに、圏域支援体制の充実を図るための取組を進めてきましたが、社会的行動障害に対応できる機関が少ないことから、医師やリハビリテーション専門職への高次脳機能障害の理解のための啓発・研修会を開催し、関係機関への働きかけが引き続き必要です。

キ 摂食障害

○ 令和2年(2020年)の県内医療機関を受療している摂食障害の入院患者数は41人であり、外来患者数は177人です。

○ 県内で児童・思春期を含め摂食障害を専門とする医師の不足や、一般科と精神科の連携や専門医と学校や地域の連携についての課題があることから、専門とする医師の養成や、専門医と地域の支援者等との連携強化が必要となっています。

ク てんかん

- 令和2年（2020年）の県内医療機関を受療しているてんかんの入院患者数は26人であり、外来患者数は538人です。
- 滋賀県CDR体制整備モデル事業で、てんかん患者が長時間入浴して溺死するという例が把握されたことから、入浴を中心とした生活指導については患者本人のみならず家族にも行うことが必要とされています。
- 小児期から成人期へのてんかん治療の連携体制の構築や、診療機関の情報提供体制等の整備が必要とされています。

(2) 精神保健医療福祉施策

ア 精神科救急

- 民間精神科病院の輪番制を中心に、県立精神医療センター、輪番診療所、身体合併症協力病院による精神科救急医療システムにより、24時間365日応需できる体制を整備しています。
- 精神科救急情報センターを設置し、夜間・休日における緊急対応や精神科救急医療相談を行っています。
- 通報件数/措置入院件数は、平成29年度（2017年）265件/72件であったものが、令和4年度（2022年度）293件/93件となり、ともに増加傾向にあります。
- 令和2年度（2020年度）から、新型コロナウイルス感染症の疑いのある方については、事前に受入病院を調整し対応しました。
- 精神科診療所では、入院治療の必要がない程度の精神科救急医療（ソフト救急）の対象患者に対して、夜間・休日における精神科救急の一部を輪番制により担うほか、かかりつけ診療所として自院患者が精神科救急に至らないよう、診療時間の延長など外来診療の拡充が図られています。
- 精神疾患患者の病態が多様化する中で、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が必要です。
- 平成30年度（2018年度）に「滋賀県精神障害者の退院後支援に関するマニュアル」を作成し、措置入院患者の退院後支援計画による支援に取り組んでいます。

イ 身体合併症

- 身体疾患を合併する精神疾患患者の治療は、一般科と精神科を併設する医療機関のほか、精神科を持たない医療機関と精神科医療機関との連携により医療が提供されていますが、身体疾患、精神疾患がともに重篤な患者については、医療機関の受け入れが困難となる場合があります。
- 措置診療の必要があり、身体合併症について入院医療を要する患者については、身体合併症精神障害者等救急診療ガイドライン*に基づき身体合併症協力病院への応需依頼を行うなどの対応を行っています。
- 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が必要です。

ウ 自殺対策

- 自殺の多くは、多様かつ複合的な原因や背景があり、様々な要因が関連する中で起こっています。自殺の原因・動機として「健康問題」が最も多く、自殺の直前には「うつ病」を発症していることが多いといわれています。
- 本県では平成30年（2018年）3月に「滋賀県自殺対策推進計画」を策定し、令和5年（2023年）3月に滋賀県自殺対策連絡協議会において評価・改定を行い、自殺対策を総合的に推進しています。

- 新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえ、若年層や経済・生活問題、女性の自殺未遂者の対策により一層取り組むことが求められています。
- 自殺未遂者の支援体制として保健所や市町と救急告示病院*や精神科医療機関、警察、消防等との連携体制を構築し、支援を行っています。

エ 災害精神医療

- 東日本大震災では、精神科病院から多数の患者搬送が行われるなど、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入れや災害派遣精神医療チーム (DPAT) (以下「DPAT」という。) の派遣等のできる体制が求められています。
- 令和2年度 (2020 年度) に精神保健福祉センターを DPAT 先遣隊として1チーム登録したほか、毎年総合防災訓練を実施し、各精神科病院や関係団体等と連携を図っています。
- 災害拠点精神科病院は、平時に定期的な訓練や研修を行うとともに、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、DPAT の派遣に係る対応等を行います。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ていないため、早期に指定をする必要があります。

オ 医療観察法における対象者への医療

- 県と大津保護観察所との共催で滋賀県医療観察制度運営連絡協議会を開催し、近畿厚生局等の関係機関との意見交換を実施しています。
- 県立精神医療センターは、医療観察法に基づく指定入院医療機関として、医療観察病棟の運営状況や治療内容に関する情報公開の評価を受ける医療観察法外部評価会議を実施しています。また、医療観察病棟の安全かつ円滑な運営および地元関係者等との密接な連携を図ることを目的とした医療観察法地域連絡会議を実施しています。

(3) 地域精神保健福祉活動の充実と地域包括ケアシステムの構築

- 入院から地域生活を支える支援や仕組み等を医療・福祉・行政・当事者が協働して相互理解と連携強化を図るため、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ました。
- 地域でのピア活動*については、県内 10 の相談支援事業所に事業を委託し、ピアサポーター*の活用、地域住民との交流事業を各圏域の特性に応じて実施しています。
- 精神障害者家族会連合会では、家族自身の高齢化や、福祉サービスにうまくつながらず家族への負担が大きいことなどから、家族への支援の充実を求められています。
- 各圏域に相談支援アドバイザーを配置し、保健所と連携して地域のネットワークを構築し、対応困難事例など精神障害のある本人および家族が安定した生活を継続するための相談支援体制を構築しました。
- 精神障害者の住まいの場の確保に係る課題への対応として、グループホームの整備を平成 30 年度 (2019 年度) 160 力所 (定員 1,295 人) から令和 4 年度 (2022 年度) 209 力所 (1,945 人) に進めるとともに、令和 3 年度 (2021 年度) から大家や不動産会社向けに精神障害や支援に係る内容の啓発や研修を実施し、理解促進に努めています。
- 県内の働き・暮らし応援センター (7か所) において、障害者の就労ニーズと雇用ニーズのマッチング、企業での職場定着就労に伴う生活支援を行い、平成 30 年度 (2018 年度) から令

1 和2年度（2020年度）においては660名の精神障害者が新規で企業就労に至っているほか、そ
2 の就労定着を促進するため各圏域に対し定着支援の適切な役割分担や連携の在り方を周知して
3 います。

4 ○ こころの健康に関心を持った方に対して、精神疾患や精神障害への正しい知識の普及・啓発
5 のための、こころの健康フェスタを開催し、平成30年度（2018年度）から令和4年度（2022
6 年度）に、360人の参加者に対して啓発を実施し、こころの健康への理解を深める機会としま
7 したが、啓発を継続して行っていく必要があります。

8 ○ 保健所、市町、障害者支援施設、その他の関係機関等、県内の精神保健福祉業務に従事する
9 職員に対する「精神保健医療福祉業務従事者研修会基礎コース」と「スキルアップコース」の
10 研修を実施し、資質の向上を図っています。平成30年度（2018年度）から令和4年度（2022
11 年度）に647名が受講しています。

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

15 具体的な施策

16 《圏域の考え方》

17 ○ 精神疾患にかかる保健医療圏は、二次保健医療圏を基本とします。

18 ○ 精神科救急医療圏は、7つの二次保健医療圏を3ブロック(①湖北・湖東、②東近江・湖南・甲賀、
19 ③大津・湖西)に区分した圏域とします。

精神科救急医療圏	二次保健医療圏の範囲
湖北・湖東	湖北保健医療圏、湖東保健医療圏
東近江・湖南・甲賀	東近江保健医療圏、湖南保健医療圏、甲賀保健医療圏
大津・湖西	大津保健医療圏、湖西保健医療圏

20 (1) 多様な精神疾患等に対応できる質の高い医療が提供できている

21 ア 統合失調症

22 ○ 治療法の普及や精神科リハビリテーションをはじめとする予防的アプローチの充実などによっ
23 て更なる入院期間の短縮につなげ、入院から地域生活への移行に努めます。

24 ○ 重度かつ慢性の統合失調症患者に対する治療抵抗性統合失調症治療薬等による治療のための
25 連携体制の導入を促進します。

26 イ うつ病・躁うつ病

27 ○ うつ病の予防や早期発見・早期支援の強化を図るため、広く県民に対し、自らのこころの健
28 康に関心を持てるよう引き続き知識の普及啓発に努めます。

29 ○ 一般科医に対する「かかりつけ医うつ病対応力向上研修」による早期発見・早期治療の普及
30 や「専門医等うつ病治療向上研修」による治療技法の普及を今後も引き続き実施するとともに、
31 早期に有効な治療につながるような連携を促進します。

32 ○ 地域で相談に従事する様々な領域の支援者の資質向上に向けた研修等を実施し、うつ病・躁
33 うつ病の対応力の向上に努めます。

34 ウ 児童・思春期精神疾患および発達障害

- 大学と連携して、児童・思春期精神疾患の診療ができる医師を養成します。
- 入院対応のできる専門病床を有する医療機関の確保について検討します。
- 保健、医療、福祉、教育、就労等、他分野の機関と協働のもと、包括的な支援を行える体制づくりを目指します。
- 児童・思春期精神疾患に関する普及啓発を通して、早期介入とメンタルヘルスの重症化の予防に努めます。
- 支援ニーズの多様化や相談内容の複雑化に対応するため、機関コンサルテーションの充実に取り組むとともに、研修等の機会の増加及び内容の充実により、人材の育成の強化に努めます。

エ 依存症（アルコール依存症・薬物依存症・ギャンブル等依存症等）

- 精神保健福祉センターや保健所等で相談対応や本人・家族支援を行うとともに、相談・支援に従事する人材の育成や県民への普及啓発に努めます。
- 県立精神医療センターが依存症の専門医療機関・依存症治療拠点機関として核となり、地域の医療機関における診療技術の向上や連携体制の構築に取り組みます。
- 滋賀県依存症関係機関連絡協議会の構成団体等が相互に連携・協力を図りながら、分野横断による包括的推進体制の確保をとおして、依存症対策の推進に取り組めます。
- 民間の自助グループや回復施設、関係機関との連携を通して、団体活動の後方支援や活動場所の確保に向けた協力等、必要な支援を実施します。

オ 外傷後ストレス障害（PTSD）

- 精神保健福祉センターを中心に、保健所等と協働して、学校等における事件や事故後のPTSD等二次的な精神的被害の拡大を防止するため、「Crisis Intervention team（CIT）通称こころのケアチーム」の派遣事業を引き続き実施します。
- 県内で事件・事故が発生した場合に、速やかにこころのケアチームを結成し、適切な活動ができるよう、保健福祉、教育、医療の各関係機関間の連携強化や、人材育成を行います。

カ 高次脳機能障害

- リハビリテーションセンターや高次脳機能障害支援センターが連携し、医師やリハビリテーション専門職への高次脳機能障害の理解のための啓発・研修会を開催します。
- 高次脳機能障害について、必要な医療や支援に速やかにつながるよう、医療機関における適切な診断と、退院時にはかかりつけの医療機関や障害福祉サービスに切れ目なくつながる体制の構築を図ります。
- 医療機関で障害特性や地域生活に関する心理教育を当事者・家族に実施できるように働きかけ、地域でのリハビリテーションを更に充実させます。
- 相談を受けた支援者が、誰でも適切に対応できる技術を身につけられるよう資質の向上を図ります。
- 二次保健医療圏において、主体となる機関を中心として連絡調整会議を開催し、保健・医療（リハビリテーションを含む）・介護・福祉・労働等の関係機関による圏域の課題整理や解決に向けた方策の検討、関係者の資質向上等を行います。

キ 摂食障害

- 不足している子どもの心の診療に関する専門医と併せて、摂食障害に関する医師の養成に努めます。
- 精神保健福祉センターは、摂食障害に関する相談に対応し、患者・家族への摂食障害に関する

1 る心理教育の場を開催します。摂食障害に関する知識・技術の普及啓発、支援従事者等への研
2 修・技術的支援、他の児童・思春期に好発する疾患等を含め、関係機関との地域連携支援の調
3 整に努めます。

- 4 ○ 摂食障害に対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進に努めます。

5 ク てんかん

- 6 ○ 小児期から成人期へのてんかん治療の連携体制の構築や、診療機関の情報提供体制等の整備
7 に努めます。
- 8 ○ てんかん患者・家族の支援においては、生活上の留意点への理解に向けた支援や、就労関係
9 者への理解促進、生活支援の充実に努めます。

10 ケ 精神科救急

- 11 ○ 急性増悪時に迅速かつ適切に精神科医療につながるよう、精神科救急情報センターの充実に
12 努めます。
- 13 ○ 入院治療の必要がない程度の精神科救急医療（ソフト救急）について、精神科診療所の協力
14 のもと、病診連携の推進、初期救急応需体制の充実に努めます。
- 15 ○ 身体合併症を併発している精神障害者またはその疑いのある者で措置診察の必要があると認
16 めた者を受け入れる身体合併症協力病院との連携に努めます。

17 コ 身体合併症

- 18 ○ 身体疾患、精神疾患がともに重篤な患者について対応できる体制整備を検討します。
- 19 ○ 二次保健医療圏域で自殺未遂者への支援体制の整備に向け、一般科・精神科医療機関に対し
20 自殺未遂者への対応についての研修等を実施します。
- 21 ○ 精神科救急医療システム調整会議において、滋賀県医師会、滋賀県病院協会の参画により意
22 見交換を行うとともに、県メディカルコントロール*協議会とも連携し、救急事案の対応につ
23 いて検討し、一般科と精神科医療機関の連携に努めます。

24 サ 自殺対策

- 25 ○ 自殺対策推進センターを核として、保健所、市町等との協働により、滋賀県自殺対策計画と
26 連動した取組を推進するとともに、自殺対策連絡協議会において様々な分野の関係者による、
27 多角的評価を受けつつ対策の推進を図ります。
- 28 ○ 子ども・若者の自殺対策では、SOS の出し方に関する教育の推進、SNS を活用した相談体制の
29 充実を図ります。
- 30 ○ 自殺未遂者対策においては、救急医療機関と精神科医療機関との連携を強化し、自殺未遂者
31 に対する支援体制を充実するとともに、未遂者支援部会を設けて課題等について検討を進めま
32 す。
- 33 ○ 自殺総合対策の推進に資する調査研究では、情報収集・分析・提供等を充実し、統計検討部
34 会を設けて分析の強化を図ります。また、滋賀県 CDR 体制整備モデル事業との連携を図ります。

35 シ 災害精神医療

- 36 ○ 災害発生を想定し、有事の際には、危機管理体制のもと迅速に災害派遣精神医療チーム(DPAT)
37 を組織できるように、また、被災時には円滑な受援体制を確保できるよう、先遣隊の設置や、
38 総合防災訓練への参加などを通して、体制整備を進めます。
- 39 ○ 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病
40 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を1

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。

- 2 ○ また、災害精神医療における中長期のメンタルヘルスニーズへの対応が重要であることから、
3 こころのケアチーム派遣事業で継続した支援を行います。

4 ス 医療観察法における対象者への医療

- 5 ○ 医療観察法に基づき、引き続き対象者に対して適切な医療を提供し、社会復帰を促進します。
- 6 ○ 対象者の円滑な地域移行と地域生活の安定を図るため、滋賀県医療観察制度運営連絡協議会
7 等により、医療観察法処遇終了後の精神保健福祉サービスに至る支援に円滑に引き継がれるよ
8 うに努めます。

10 (2) 多様な精神疾患等に対応できる連携ができています

- 11 ○ 精神科病院へ訪問し、入院者の体験や気持ちを丁寧に聴くとともに、入院中の生活に関する一
12 般的な相談や必要な情報提供等を行うことで、入院者本人の孤独感や自尊心低下の解消を行う
13 ことについて検討します。
- 14 ○ 精神科病院における虐待通報窓口を設置し、虐待通報の窓口を明確にするとともに、虐待の
15 早期発見、発生防止、再発防止等の対応ができる体制を整備について検討します。
- 16 ○ 滋賀県精神障害者の退院後支援に関するマニュアルによる退院後支援計画の作成をすすめ、
17 入院早期から医療機関と地域関係機関の連携体制の強化を図ります。

19 (3) 地域精神保健福祉活動の充実と地域包括ケアシステムが確保されている

20 ア 精神障害に対する正しい理解の促進

- 21 ○ 精神疾患や精神障害に関する正しい知識や情報を講演会等により県民に提供し理解を深め、
22 また、心のサポーターの養成を進めることにより、精神疾患の早期発見、早期治療を促すとと
23 もに、精神障害のある人が住み慣れた地域で、本人の望む生活ができるよう支援します。

24 イ 医療、保健、福祉の連携による包括的な支援体制の充実

- 25 ○ 精神疾患の治療中断者や自らの意思では受診困難な精神障害のある人が必要な医療や支援を
26 受けながら地域で生活していけるよう、包括的な支援体制の充実に取り組みます。
- 27 ○ 福祉圏域において、医療、保健、福祉等の関係機関の連携の下でチーム支援を行うことによ
28 り、精神障害のある本人および家族が安定した生活を継続するための支援を推進します。

29 ウ 精神障害のある人が利用する障害福祉サービス等の確保

- 30 ○ 長期入院患者等が退院後、身近な地域で安心して生活ができるよう、グループホームなど地
31 域の住まいの場や日中活動の場の確保に取り組みます。
- 32 ○ 入院後、早期から退院に向けての環境調整や福祉サービスの紹介ができる体制づくりを進め
33 るとともに、通院や通所が不安定な人への訪問支援を促進し、精神障害のある人の地域での生
34 活を支援する取り組みを促進します。
- 35 ○ 精神疾患の治療中断者や自らの意思では受診困難な精神障害のある人が、必要な医療を受け
36 ながら地域で生活していけるよう、包括的な支援体制の充実に取り組みます。

37 エ 相談支援体制の充実

- 38 ○ 県民が精神的不調を感じた時に相談できる窓口を明確にし、周知を行うとともに、訪問や面
39 談等によるきめ細やかな支援の提供と、市町と相談支援事業所等関係機関の連携支援により、
40 安心して相談できる体制の充実を図ります。

- 各福祉圏域に配置されている相談支援アドバイザーと保健所が連携し、地域のネットワークを構築することにより、対応困難事例や圏域外調整を必要とする場合に対応できる相談支援体制を整備します。

オ 支援人材の養成

- 保健所や市町の担当者、精神科医療機関関係者、相談支援従事者等の精神保健医療福祉従事者を対象とした体系的な研修等を行うことにより、支援の質の向上を図ります。

カ 家族会、自助グループ等への支援およびピアサポーターの活用

- 精神障害者患者家族会や依存症等の回復のための自助グループその他関係団体と連携するとともに、その活動を支援することにより、各団体の活性化を図ります。
- 長期入院患者の退院の意欲喚起としての病院訪問や支援者研修会における講演など、当事者の経験を活かしたピアサポーターの活用や人材育成を推進します。

《数値目標》

目標項目	現状値	目標値 (R8)	備考
目指す姿（分野アウトカム）			
精神障害者の精神病床から退院後一年以内の地域における平均生活日数	333.5日 (R1年度)	増加	国目標 325.3日 以上を達成
取組の方向性（中間アウトカム）			
精神科入院後3か月時点の退院率	70.8% (R1年度)	増加	国目標 68.9% 以上を達成
精神科入院後6か月時点の退院率	85.4% (R1年度)	増加	国目標 84.5% 以上を達成
精神科入院後1年時点の退院率	91.1% (R1年度)	増加	国目標 91.0% 以上を達成
多様な精神疾患等に対応できる医療機関	1384 機関	増加	
精神病床における 65 歳以上の 1 年以上長期入院患者数	763 人	619 人	
精神病床における 65 歳未満の 1 年以上長期入院患者数	306 人	273 人	
具体的な施策（アウトプット）			
災害拠点精神科病院の指定数	0機関	2機関	
入院者訪問支援員の養成数（各圏域2名以上）	0人	42人	
入院者訪問支援事業の支援数	0回	120回	

退院後支援計画の策定数	集計中 (R4年度)	60件	
心のサポーター養成研修の修了者数	0人	300人	
保健、医療、福祉関係者による協議の場の設置と開催	7圏域	7圏域	
精神保健医療福祉業務従事者研修の修了者数	77人 (R4年度)	240人	

1 表3-3-5-1 多様な精神疾患に対応できる医療機関一覧

圏域	施設名	診療可能な精神疾患												対応可能な支援や連携								
		1 統合失調症	2 うつ病、躁うつ病	3 認知症	4 児童・思春期精神疾患	5 発達障害	6 アルコール依存症	7 薬物依存症	8 ギャンブル依存症	9 PTSD	10 高次脳機能障害	11 摂食障害	12 てんかん	1 精神科救急患者受入	2 精神疾患・身体疾患合併症患者受入	3 自殺未遂患者搬送時の連携	4 災害精神医療の協力	5 医療観察法の通院患者受入	6 ピアサポーターの受入	7 住診	8 訪問診療	
大津圏域	大津赤十字病院	1	1	1					1						1	1						6
	市立大津市民病院	1	1	1	1	1																5
	大津赤十字志賀病院			1																		1
	琵琶湖病院	1	1	1	1	1		1		1	1	1	1				1		1	1	14	
	独立行政法人地域医療機能推進機構滋賀病院																					0
	医療法人藤樹会滋賀里病院	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19
	医療法人堅田病院																					0
	医療法人華頂会琵琶湖養育院病院																					0
	医療法人弘英会琵琶湖大橋病院																					0
	山田整形外科病院																					0
	医療法人良善会ひかり病院			1																		1
	琵琶湖中央リハビリテーション病院			1						1												2
	医療法人社団湖田川病院	1	1	1										1	1		1					6
	打出病院																					0
滋賀医科大学医学部附属病院	1	1	1	1	1								1	1		1					8	
圏域内診療所	25	49	71	9	14	7	2	2	10	9	4	17	1	3	0	0	3	0	19	24	269	
圏域内小計	31	55	80	13	18	8	4	3	13	12	5	19	5	7	2	3	5	1	21	26	331	
湖南圏域	社会福祉法人恩賜財団済生会滋賀県病院			1									1		1						4	
	社会医療法人誠光会淡海医療センター																					0
	社会医療法人誠光会淡海ふれあい病院																					0
	医療法人芙蓉会南草津病院	1	1	1						1	1	1							1	1	8	8
	びわこ学園医療福祉センター草津																					0
	滋賀県立小児保健医療センター		1		1	1				1	1	1	1									7
	市立野洲病院			1						1		1								1	4	4
	びわこ学園医療福祉センター野洲					1							1									2
	滋賀県立総合病院	1	1	1		1	1			1	1	1	1		1	1						11
	湖南病院	1	1	1	1	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1	1	1	1	1	17
	社会福祉法人恩賜財団済生会守山市民病院																					0
	滋賀県立精神医療センター	1	1		1	1	1	1	1	1		1	1	1	1	1	1					14
	南草津野村病院																					0
	医療法人徳洲会近江草津徳洲会病院			1										1	1	1						5
圏域内診療所	11	30	60	8	12	9	5	5	7	11	6	20	2	2	2	3	2	0	16	22	233	
圏域内小計	15	35	66	11	17	12	7	6	11	16	10	27	4	7	7	5	4	1	18	26	305	
甲賀圏域	独立行政法人国立病院機構榑栗香葉病院			1						1		1								1	4	
	一般社団法人水口病院	1	1	1		1			1	1	1	1	1		1		1				11	
	公立甲賀病院	1	1	1		1				1												5
	甲賀市立榑栗中央病院		1	1						1		1			1					1	6	6
	医療法人社団仁生会甲南病院			1									1									2
	医療法人社団美松会生田病院																					0
	医療法人社団阿星会甲西リハビリ病院										1											1
	圏域内診療所	5	13	24	2	3	3	1	2	3	4	3	9	0	0	0	1	0	0	8	7	88
	圏域内小計	7	16	29	2	5	3	1	2	5	8	4	13	1	0	2	1	1	0	8	9	117
	東近江圏域	近江八幡市立総合医療センター					1							1	1	1						4
公益財団法人近江兄弟社ヴォーリズ記念病院			1	1			1			1		1	1	1	1				1	1	8	
滋賀八幡病院		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				16	
医療法人社団那会日野記念病院																						0
独立行政法人国立病院機構東近江総合医療センター													1									1
東近江市立能登川病院				1																		1
東近江敬愛病院																						0
医療法人医誠会神崎中央病院																						0
医療法人社団幸信会青葉病院				1																		1
医療法人信仁会近江温泉病院				1																		1
医療法人社団那会湖東記念病院				1		1					1		1									4
圏域内診療所	8	23	52	3	11	3	1	1	1	9	4	13	0	3	0	0	2	0	15	17	166	
圏域内小計	9	25	58	4	14	5	2	2	2	12	5	18	1	6	2	1	2	0	16	18	202	
湖東圏域	彦根市立病院			1		1				1		1		1	1						6	
	公益財団法人豊郷病院	1	1	1		1						1	1	1	1	1					9	
	医療法人森昭会彦根中央病院																					0
	医療法人友仁会友仁山崎病院						1					1										3
圏域内診療所	7	20	31	5	6	1	0	0	5	6	3	5	1	0	0	0	0	0	5	7	102	
圏域内小計	8	21	34	5	8	2	0	0	5	7	3	8	2	2	2	0	1	0	5	7	120	
湖北圏域	長浜赤十字病院	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16	
	市立長浜病院	1	1	1	1	1	1			1	1	1									9	
	セフィロト病院	1	1	1		1	1			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	
	長浜市立湖北病院	1	1	1		1																4
	圏域内診療所	6	26	46	7	7	7	4	4	6	8	5	17	2	5	3	0	3	0	19	12	187
圏域内小計	10	30	50	9	11	10	5	4	8	11	8	20	4	7	5	2	5	0	19	12	230	
湖西圏域	一般財団法人近江黄檗園津病院																			1	2	
	高島市民病院	1	1	1						1											4	
	医療法人マキノ病院	1	1	1									1							1	6	
	圏域内診療所	3	11	20	2	3	2	1	0	2	0	2	2	0	1	1	2	1	0	7	7	67
圏域内小計	5	13	22	2	3	2	1	0	2	1	2	3	0	1	1	2	1	0	9	9	79	
合計	85	195	339	46	76	42	20	17	46	67	37	108	17	30	21	14	19	2	96	107	1384	

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

【診療機能】【拠点機能】【危機介入】

1	統合失調症 入院期間の短縮、入院から地域生活への移行 重度かつ慢性の統合失調症患者に対するクロザピン等による治療のための連携体制の導入
	うつ病・躁うつ病 うつ病の予防や早期発見・早期支援の強化をはかるため知識の普及啓発 一般科医、専門医に対する研修による早期発見・早期治療等の普及、早期に有効な治療に繋がるよう連携促進 地域で相談に従事する様々な領域の支援者の資質向上に向けた研修等の実施 自殺未遂者支援体制の整備を図る中で救急告示病院を中心に精神科との連携体制の構築
3	児童・思春期精神疾患及び発達障害 子どもの心の診療に関する医師の養成 入院対応のできる専門病床を有する医療機関の確保について検討 他分野の機関の協働のもと、包括的な支援を行える体制づくりを目指す 児童・思春期精神疾患に関する普及啓発を通じた早期介入とメンタルヘルスの重症化予防 機関コンサルテーションの充実、及び研修等の機会の増加及び内容の充実による人材の育成の強化
	依存症(アルコール依存症・薬物依存症・ギャンブル依存症) 精神保健福祉センターや保健所等における相談対応や本人・家族支援、相談・支援に従事する人材の育成や県民への普及啓発 県立精神医療センターが核となり診療技術の向上や連携体制の構築 滋賀県依存症関係機関連絡協議会の構成団体等の相互連携・協力による依存症対策の推進 民間の自助グループや回復施設、関係機関との連携を通して、団体活動の後方支援や活動場所の確保に向けた協力等、必要な支援の実施
5	外傷後ストレス障害(PTSD) PTSD等二次的な精神的被害の拡大を防止するため、こころのケアチーム派遣事業の継続実施 事件・事故発生時に速やかにこころのケアチームが活動できるように関係機関間の連携強化、人材育成
6	高次脳機能障害 医師やリハビリテーション専門職への高次脳機能障害の理解のための啓発・研修会 医療機関における適切な診断と退院時の医療機関や障害福祉サービスに切れ目なくつながる体制の構築 地域でのリハビリテーションを更なる充実 相談を受ける支援者の資質の向上 二次保健医療圏において連絡調整会議を開催し、課題整理や方策の検討、資質向上等の実施
	摂食障害 摂食障害に関する医師の養成 精神保健福祉センターで、相談対応、患者・家族への心理教育の場の開催。関係機関との地域連携支援の調整 専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進
8	てんかん 小児期から成人期へのてんかん治療の連携体制の構築や、診療機関の情報提供体制等の整備 生活上の留意点への理解に向けた支援や就労関係者への理解促進、生活支援の充実

1	指標	多様な精神疾患等に対応できる質の高い医療が提供できている
		精神科入院後3か月時点の退院率
		精神科入院後6か月時点の退院率
		精神科入院後1年時点の退院率
多様な精神疾患等に対応できる医療機関		

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

2
3
4
5

番号	具体的な施策(アウトプット)
9	精神科救急 精神科救急情報センターの充実
	入院治療の必要がない程度の精神科救急(ソフト救急)における病診連携の推進、初期救急応需体制の充実 身体合併症を併発している精神障害者等の措置入院を受け入れる身体合併症協力病院との連携
10	身体合併症 身体疾患、精神疾患がともに重篤な患者について対応できる体制整備 一般科・精神科医療機関に対し自殺未遂者への対応についての研修等の実施 救急事案の対応について検討、一般科と精神科医療機関の連携
	自殺対策 滋賀県自殺対策計画と連動した取組を推進するとともに、様々な分野の関係者から多角的評価を受けつつ対策の推進 子ども・若者の自殺対策の推進 自殺未遂者支援体制の推進 自殺総合対策の推進に資する調査研究等の推進
12	災害精神医療 有事の際に災害派遣精神医療チーム(DPAT)を組織できるように、また受援体制を確保できるように訓練および研修の実施 災害拠点精神科病院の指定と支援
	指標 災害拠点精神科病院の指定数
13	医療観察法における対象者への医療 適切な医療を提供し、社会復帰を促進 医療観察法処遇終了後の精神保健福祉サービスに至る支援に円滑に引き継がれるよう努める

番号	取組の方向性(中間アウトカム)
2	多様な精神疾患等に対応できる質の高い医療が提供できている
	指標 精神科入院後3か月時点の退院率
	指標 精神科入院後6か月時点の退院率
	指標 精神科入院後1年時点の退院率
	多様な精神疾患等に対応できる医療機関

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

【地域移行・人権擁護】

14	入院者訪問支援事業の実施
	指標 入院者訪問支援員の養成数 指標 入院者訪問支援事業の支援数
15	精神科病院における虐待通報窓口の設置
16	措置入院者退院後支援計画の策定と支援
	指標 退院後支援計画の策定数

3	多様な精神疾患等に対応できる連携ができています
	指標 精神病床における65歳以上の1年以上長期入院患者数
	指標 精神病床における65歳未満の1年以上長期入院患者数

【普及啓発・相談支援】【地域における支援】

17	精神障害に対する正しい理解の促進
	指標 心のサポーター養成研修の修了者数
18	医療、保健、福祉の連携による包括的な支援体制の充実
19	精神障害のある人が利用する障害福祉サービス等の確保
20	相談支援体制の充実
21	支援人材の養成
	指標 精神保健医療福祉業務従事者研修の修了者数
22	家族会、自助グループ等への支援およびピアサポーターの活用

4	地域精神保健福祉活動の充実と地域包括ケアシステムが確保されている
	指標 保健、医療、福祉関係者による協議の場の設置と開催

6 救急医療（小児救急を除く）

目指す姿

- 患者が重症度・緊急度に応じた適切な医療を受けることができる

取組の方向性

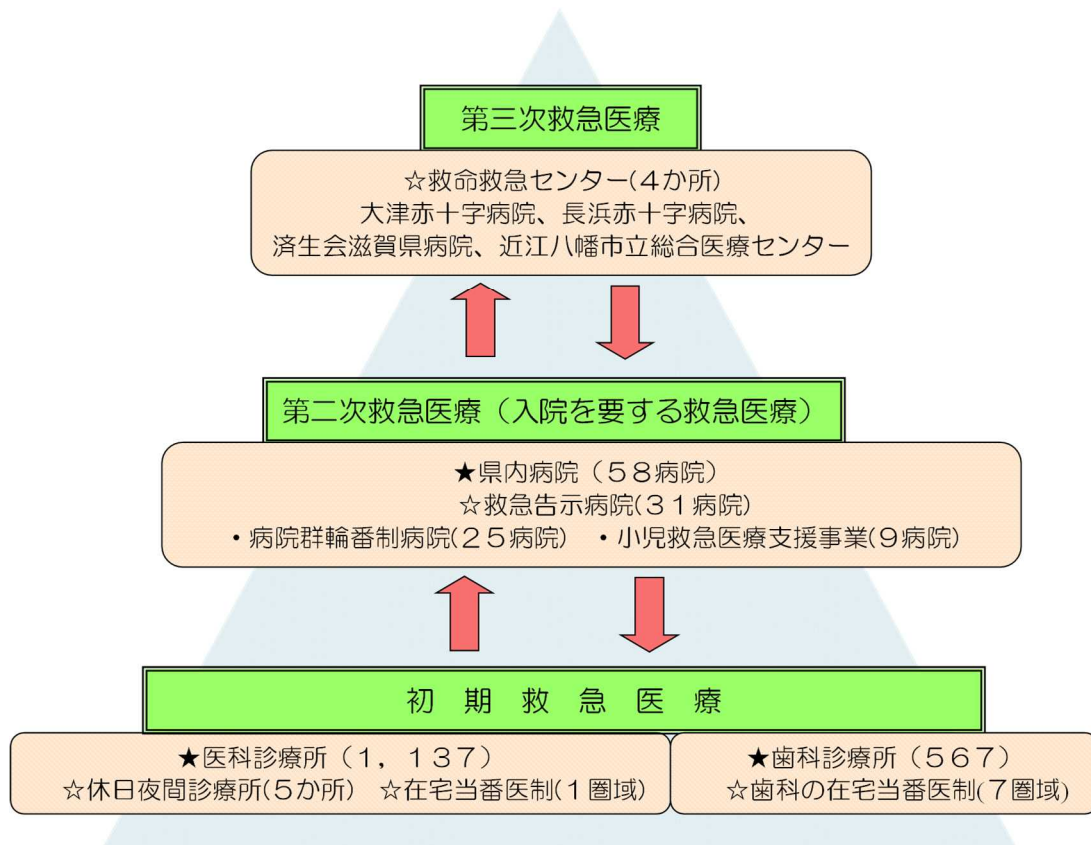
- (1) 地域における救急医療機関の機能分担と連携の推進ができています
- (2) 救急医療における医師の養成・確保ができています
- (3) 病院前救護体制の強化ができています
- (4) ドクターヘリ*の活用ができています
- (5) 医療機関の適正受診ができています

現状と課題

(1) 救急医療の現状

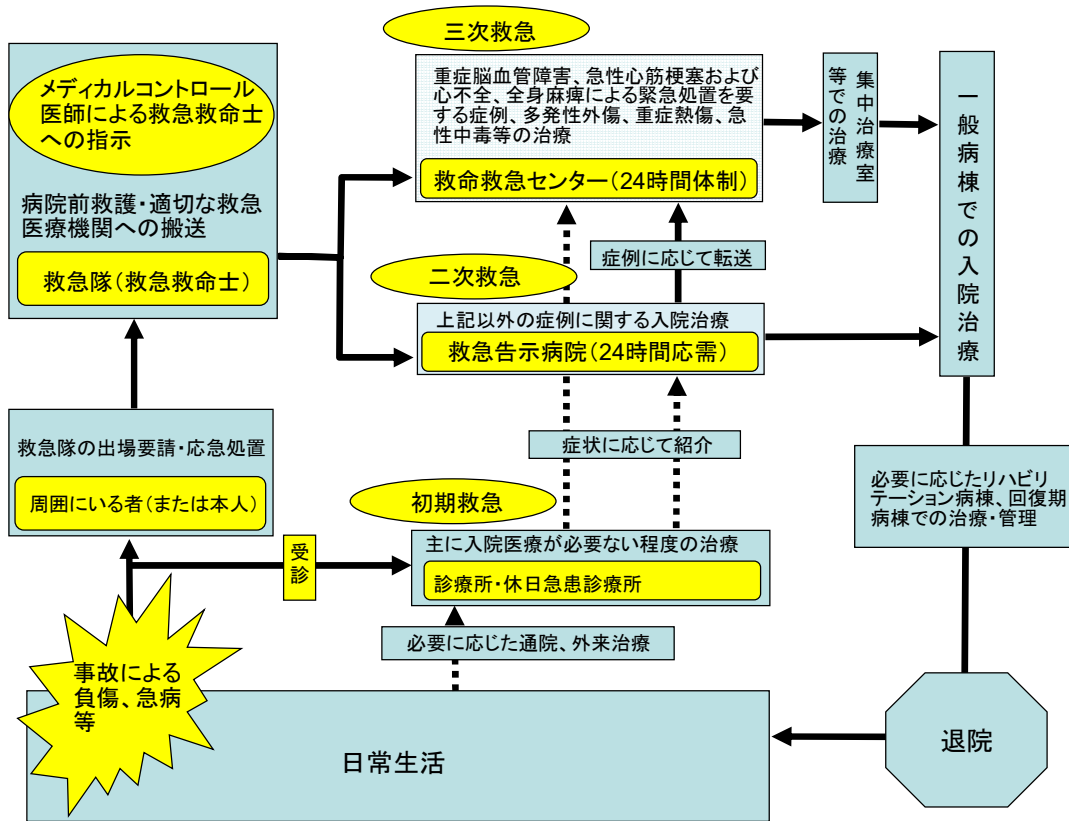
- 本県の救急医療体制は、以下の4体制で対応しています。
 - ・ 医療機関への搬送までに救急救命士が救急救命処置を行う病院前救護体制
 - ・ 入院治療が必要ない程度の治療を診療所や休日急患診療所*で行う初期救急医療体制
 - ・ 入院治療を必要とする医療を救急告示病院等で行う二次救急医療体制
 - ・ 重篤な救急患者の治療を必要とする医療を救命救急センターで行う三次救急医療体制

図3-3-6-1 救急医療体制



1

2 図3-3-6-2 救急医療の流れ

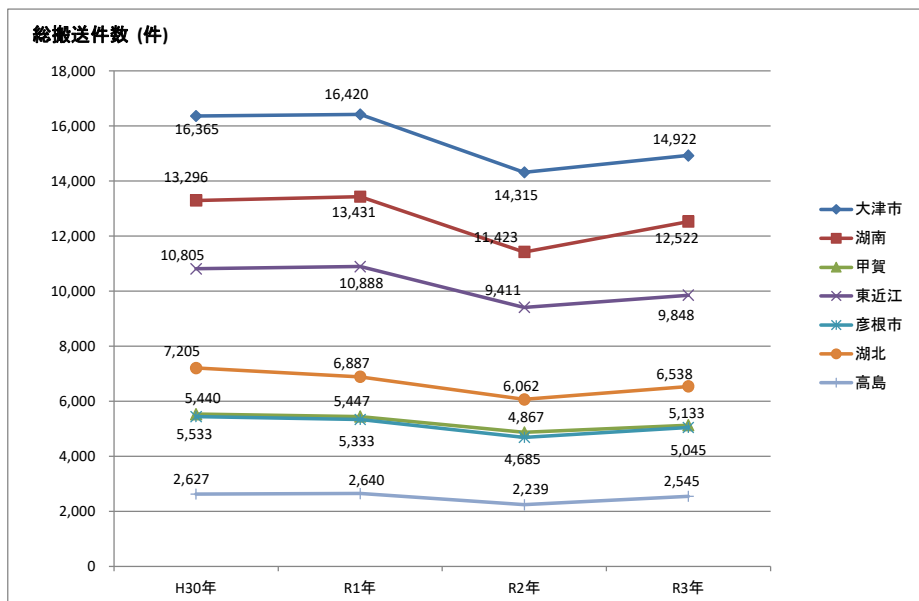


3

4 ○ 本県における救急出動件数は令和2年は減少しましたが、令和3年以降は増加傾向にあります。
5 また、消防本部(局)ごとの総搬送件数には圏域毎の居住人口の違いなどもあり隔たりがあり
6 ます。

7

8 図3-3-6-3 消防本部(局)の総搬送件数の推移



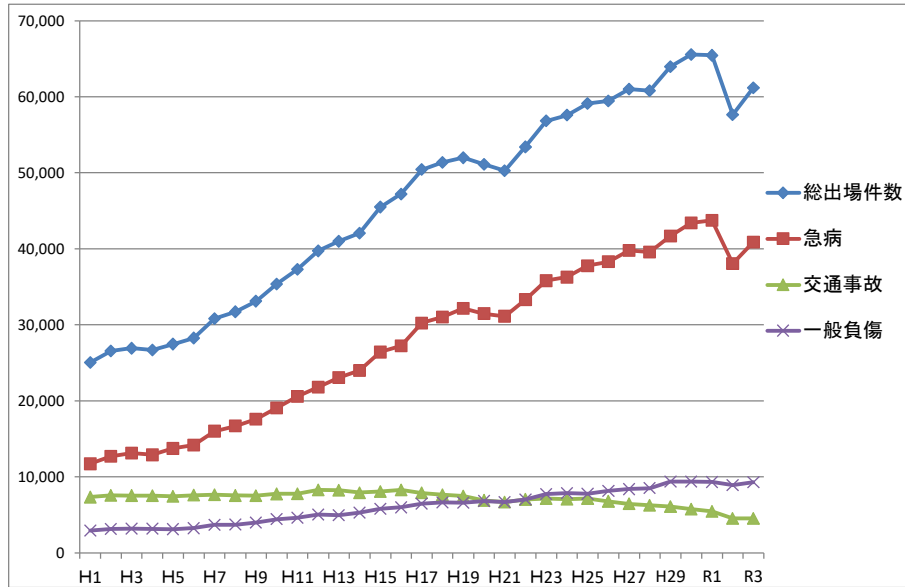
9

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
2
3
4
5

- 救急搬送における疾病構造に変化が生じています。
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。

図3-3-6-4 救急出場件数の推移

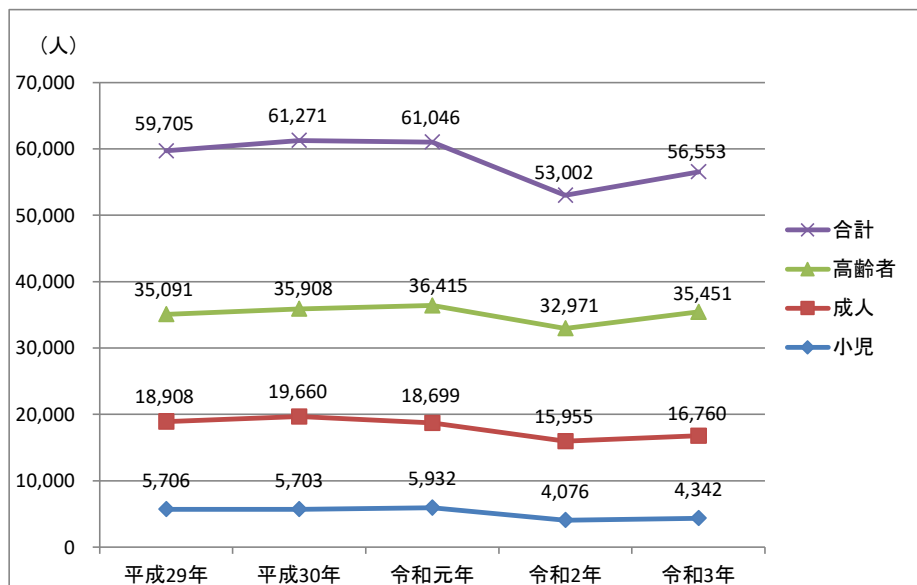


出典：「消防年報」(各消防本部(局))

6
7
8
9
10

- 年齢区分別では特に高齢者数が高い件数で推移しています。

図3-3-6-5 年齢区分別搬送人数

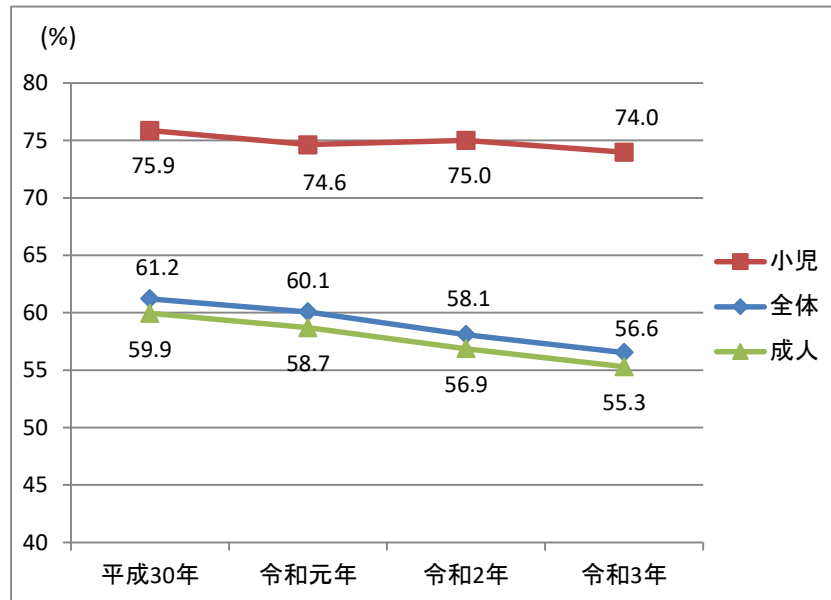


出典：「救急・救助の現況」(消防庁)

11
12
13
14

- 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%

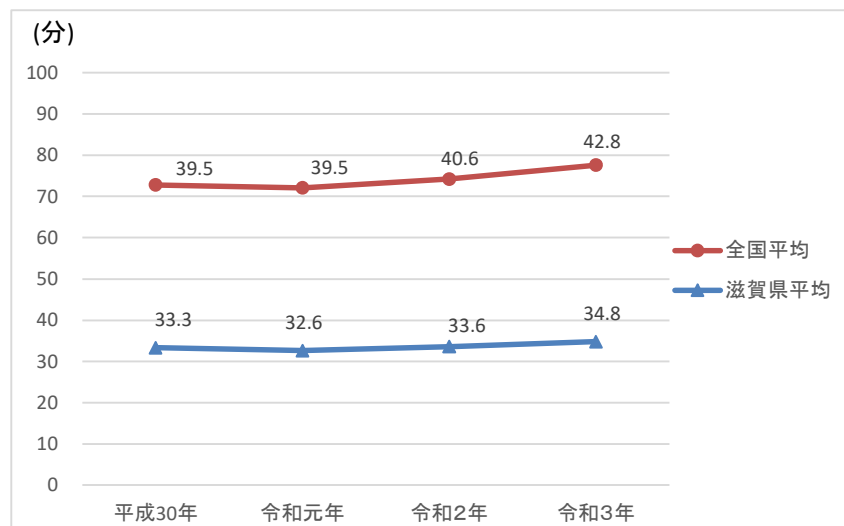
2 その他：医師の診断が無いものおよび傷病程度が判明しないもの、並びにその他の場所に搬送したもの

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 図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)

- 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能分担や連携についての検討も必要です。

表3-3-6-11 救命救急センターへの搬送割合

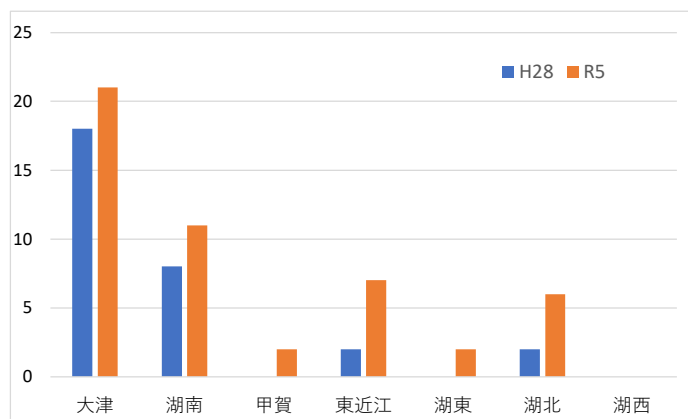
	総搬送人員		うち救命救急センター搬送	
	件数	件数	割合	全国平均
令和元年	61,046	23,342	38.2%	17.4%
令和2年	53,002	20,582	38.8%	17.8%
令和3年	56,553	21,604	38.2%	17.7%

出典：「救急搬送における医療機関の受け入れ状況等実態調査」(消防庁)

(2) 救急医療における医師の現状

- 日本専門医機構認定専門医(救急科専門医)数は令和5年(2023年)1月27日現在52名であり第7次保健医療計画策定時に比べ増加傾向にあります。依然として二次保健医療圏による偏在がみられます。
- 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。

図3-3-6-12 圏域ごとの日本専門医機構認定専門医数



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

(3) 病院前救護体制

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「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置があります。

ア 救急救命士

- 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

よる指示・指導・助言（電話等を使用）のもとで「気管挿管*」や「薬剤投与*」（以下「特定行為*」という。）を、滋賀県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す。

- 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。

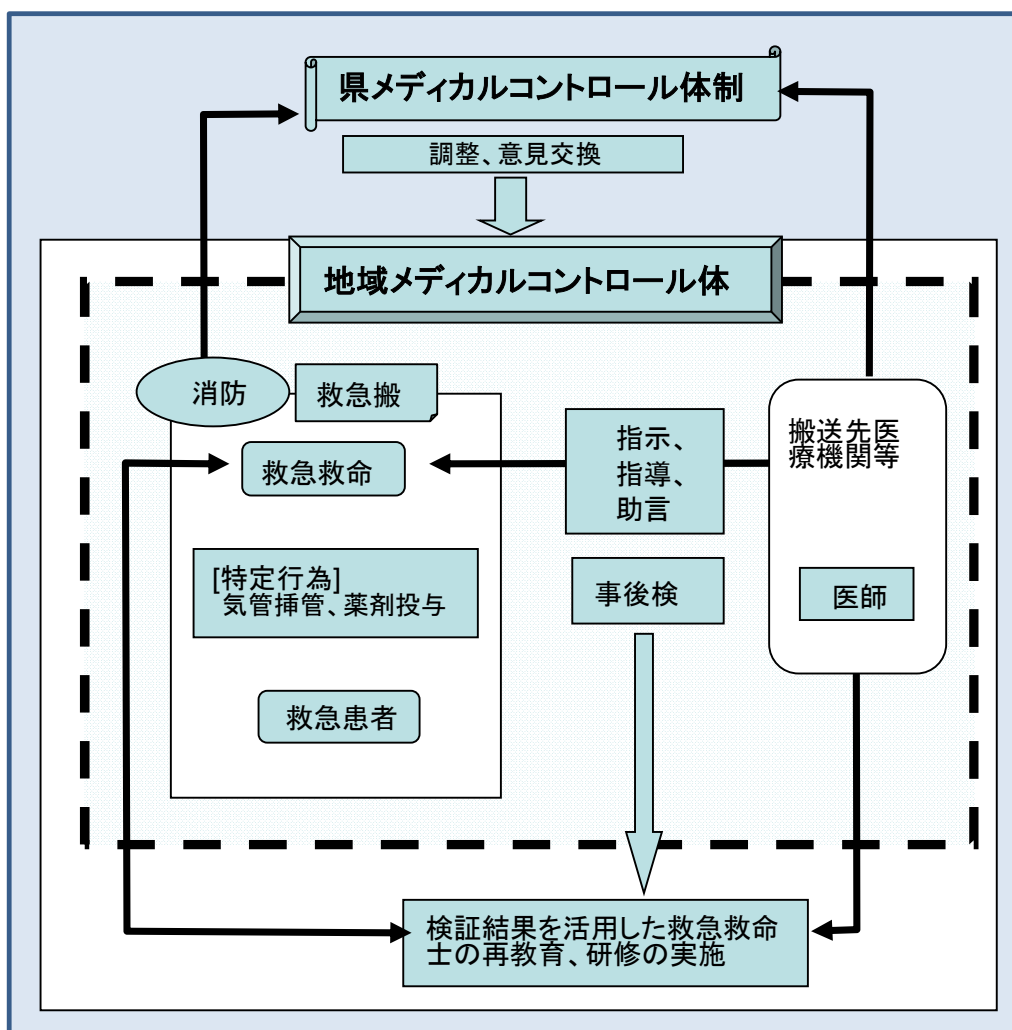
また、実施基準に基づく搬送、受入れの状況調査、内容の検討、実施基準の見直し等の協議をメディカルコントロール協議会で行っています。

- 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



1 イ バイスタンダー

- 2 ○ 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
- 3 ンダーによる心肺蘇生が実施されたのは137件でした。
- 4 ○ 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
- 5 率では約2倍、社会復帰率では約3倍の差があります。
- 6 ○ 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、
- 7 啓発が必要です。

8
9 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

10 出典：救急・救助の現況(消防庁)

11
12 (4) 初期救急医療体制

- 13 ○ 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
- 14 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」
- 15 があります。
- 16 ○ 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・
- 17 三次救急医療機関の負担を軽減しています

18
19 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	診療科	診療時間
湖 南	湖南広域休日急病診療所	内科・小児科	日・祝 10時～22時
東近江	在宅当番医制(東近江医師会)	—	平日夜間 18時～20時30分
	近江八幡休日急患診療所	内科・小児科・外科	土曜日 15時～20時 日・祝 10時～20時
	東近江休日急患診療所	内科・小児科・外科	日・祝 10時～18時
湖 東	彦根休日急病診療所	内科・小児科	日・祝 10時～17時
湖 北	長浜米原休日急患診療所	内科・小児科	日・祝 9時～18時

20 (令和5年9月1日現在)

21
22 (5) 二次救急医療体制

- 23 ○ 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
- 24 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
- 25 う。)対応しています。
- 26 ○ 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

1 医療機関にかかっています。

- 2 ○ 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。
- 3 ○ 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
- 4 病院もあります。

6 表3-3-6-17 二次救急医療提供体制

7 (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、●市立野洲病院、●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

8
9 (6) 三次救急医療体制

- 10 ○ 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
- 11 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で
- 12 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。
- 13 ○ 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こ
- 14 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。
- 15 ○ 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
- 16 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
- 17 搬送が集中している状況です。
- 18 ○ 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
- 19 命救急センターにかかっています。
- 20 ○ 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
- 21 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
- 22 困難な重症患者も多数受け入れています。
- 23 ○ 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
- 24 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
- 25 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。

- 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ます。
- 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3-3-6-18 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ができています

- 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、医師会、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、身体疾病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。

(2) 救急医療における医師の養成・確保ができています

- 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できるよう体制を整えます。
- 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めます。
- 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・教育ができる拠点に集約化し、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。

(3) 病院前救護体制の強化ができています

ア 救急救命士の確保および資質向上

- 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ると共に、可能な限り傷病者の意思を尊重した対応に努めます。

イ 実施基準の検討・見直し

- 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・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。

ウ バイスタンダーの育成

- 消防機関や日本赤十字社とも連携して、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当や心肺蘇生法の啓発・研修を行います。

エ ドクターカー*の活用

- 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。

(4) ドクターヘリの活用ができています

- 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ります。
- 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に努めます。
- 「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

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を引き続き活用します。

- 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。

(5) 医療機関の適正受診ができている

- 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*」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め、情報更新の徹底を医療機関に対して指導します。
- 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に努めます。
- 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*（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（救急安心センター事業（#7119）*）を進めます。

《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		1 (R4)	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)

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	幅広い世代を対象とした応急手当や心肺蘇生法の普及啓発

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できています。 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・確保ができています。 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できています。 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できています。 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できています。 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
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12
- 13
- 14
- 15
- 16
- 17
- 18
- 19
- 20

1 図3-3-6-19 救急医療体制

●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(9)

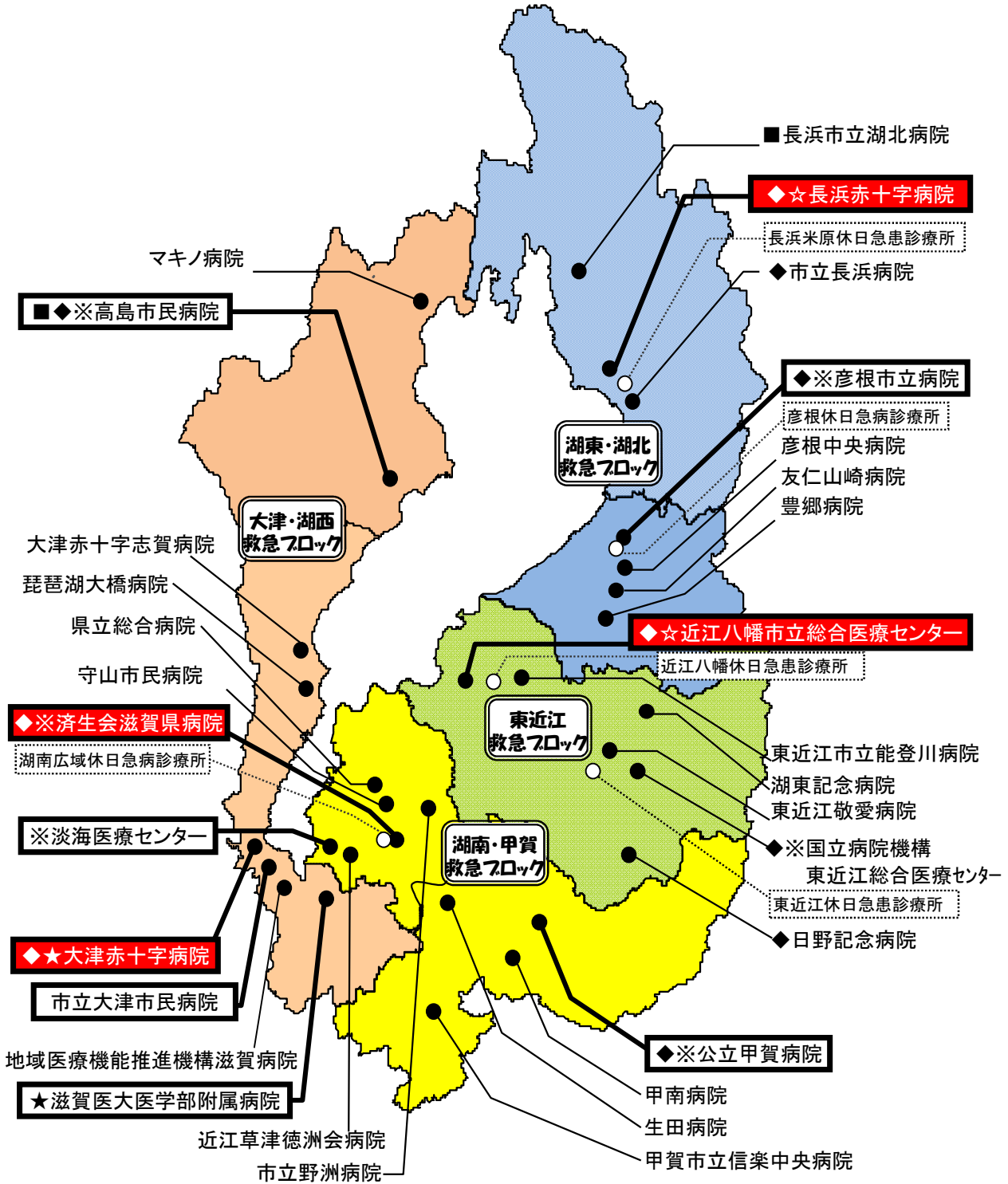
■ …へき地医療拠点病院(2)

★ …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)



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

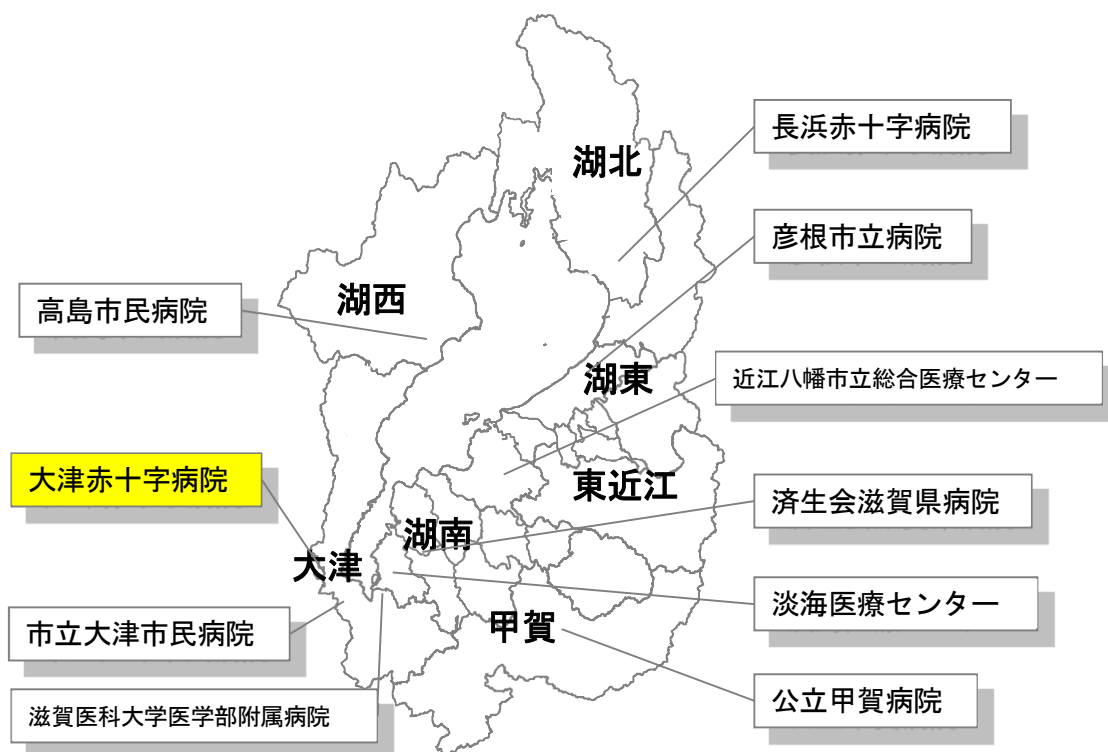
- 県内では平成 3 年（1991 年）に死者 42 名、負傷者 628 名の信楽高原鉄道の列車正面衝突事故が発生しました。
- 平成 23 年（2011 年）3 月に発生した東日本大震災では、福島第一原子力発電所の事故により、セシウム等の放射性物質が広範囲に拡散し、現在も多くの住民の方が避難を強いられている等、周辺地域に大きな影響を与えています。

(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）（以下、「D
8 PAT」という。）の派遣に係る対応等を行います。しかしながら、本県においては、未だ災
9 害拠点精神科病院の指定ができていないため、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か所の航空搬送拠点臨時医療施設（以下、「SCU」という。）
12 を設置し、併せて、その運営に必要な資機材を整備しました。

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
16 ○ 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
17 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: Business Continuity Planning）**

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（以下、「BCP」という。）および職員参集マニュアルを策定し、平素より
21 訓練を実施する等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。

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 46 病院 ・準備中 11 病院 ・策定予定無し 1 病院
B C P	<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 36 病院 ・準備中 19 病院 ・策定予定無し 3 病院

- 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。

オ 医療チーム

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

- 災害派遣医療チーム（以下、「DMAT」という。）は、災害発生直後の急性期（概ね 48 時間以内）に活動を開始できる機動性を持った、専門的な研修・訓練を受けた医療チームで、以下の活動を行います。

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

- 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を実施しています。

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

- 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。

（令和 5 年（2023 年）4 月 1 日時点）

- 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。

- 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 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れることが法で位置づけられました。

※ DMAT の活動

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、移動時間を除き概ね 48 時間以内を基本とする。

1 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
2 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。

3 （日本DMAT活動要領）

4 ②保健医療活動チーム*（医療救護班）

- 5 ○ 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
6 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。

7
8 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	一般社団法人滋賀県医師会 一般社団法人滋賀県歯科医師会 一般社団法人滋賀県薬剤師会 公益社団法人滋賀県看護協会 一般社団法人滋賀県病院協会

- 9
10 ○ 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
11 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
12 チーム*(DHEAT: Disaster Health Emergency Assistance Team)や日本医師会災害医療
13 チーム*(JMAT: Japan Medical Association Team)を初めとする各団体と連携しつつ活
14 動することが必要となります。

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

- 16 ○ 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
17 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
18 ー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
19 での災害支援活動を行いました。

- 20 ○ 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
21 ーム保有しています。

- 22 ○ 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
23 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。

24 ④災害支援ナース

- 25 ○ 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
26 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
27 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
28 ーズへの迅速な対応に貢献しています。

29 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
30 の活動が円滑に行われるような体制づくりが必要です。

31 ⑤災害時人工透析医療

- 32 ○ 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）
33 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。

カ 災害医療のコーディネート機能

①災害医療コーディネーター

- 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、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。
- 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。
- 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す。
- 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す。

②災害薬事コーディネーター*

- 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です。

③災害時小児周産期リエゾン*

- 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ンに任命しています。
- 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要があります。

キ 滋賀県広域災害時における医療救護活動指針

- 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(2014 年)10月に指針を策定しました。
- 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、不断の見直しを行うことが必要です。

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 京滋ドクターハリ基地病院
	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診療放射線技師会		
	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。
- 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必要があります。

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

- 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おり、本県においてもこのシステムを導入しています。
- 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、入力を推進していく必要があります。
- また、災害発生時に広域災害救急医療情報システム（以下、「EMIS」という。）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熟度を上げる必要があります。
- 災害時には被災のため、被災状況等を入力できない病院が発生することが想定されることから、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。

コ 保健医療福祉調整本部

- 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。
- 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、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めて訓練を行っています。
- 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確認することが必要です。
- また、保健医療福祉調整地方本部では、建物の老朽化や災害対策地方本部（各合同庁舎）と離れた状況下で、保健医療福祉調整地方本部を運営する必要があります。大規模災害時に備えて、平時から準備や想定をしておく必要があります。

具体的な施策

（1）災害時に拠点となる病院の体制が強化されている

ア 指定要件変更等にも適合した災害拠点病院の指定

- 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ります。

1 **イ 災害拠点精神科病院の指定**

- 2 ○ 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
3 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
4 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。

5 **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**

- 6 ○ 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
7 病院の施設・設備整備の支援を行います。

8 **エ DMAT および DPAT に対する訓練・研修の実施**

- 9 ○ 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。

10
11 **(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**

12 **ア 浸水想定区域に所在する病院の浸水対策の支援**

- 13 ○ 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
14 水対策の支援を行います。

15 **イ 病院における業務継続計画（BCP）の策定**

- 16 ○ 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
17 継続計画（BCP）の策定を促進します。

18 **ウ 平時からの EMIS の基本情報および施設情報の入力推進**

- 19 ○ 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、
20 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。

21 **エ 定期的な EMIS 入力訓練および代行入力訓練の実施**

- 22 ○ 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
23 代行入力訓練を実施します。

24
25 **(3) 災害時に活動できる人材が確保されている**

26 **ア 災害医療コーディネーター研修の実施**

- 27 ○ 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。

28 **イ 災害薬事コーディネーターの確保**

- 29 ○ 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。

30 **ウ 災害時小児周産期リエゾンの確保**

- 31 ○ 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
32 害時小児周産期リエゾン任命します。

33 **エ 災害支援ナース派遣に係る医療機関との協定の締結**

- 34 ○ 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
35 します。

36 **オ DHEAT 養成研修の実施**

- 37 ○ 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
38 内 DHEAT を対象に技能維持のための研修を実施します。

39 **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**

- 40 ○ 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

1 修を実施します。

3 (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

4 ア 災害医療体制連絡協議会の開催

5 ○ 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
6 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。

7 イ 保健医療福祉調整本部としての訓練の実施

8 ○ 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
9 め、県や様々な保健医療福祉の各活動チームとともに、訓練での到達目標や目的などを明確
10 に設定のうえ、保健医療福祉調整本部の運営訓練を実施します。

11 ウ 各保健医療圏における保健所を中心とした災害対応体制の構築

12 ○ 県は、各保健医療圏における保健所を中心とした災害対応体制の強化を図るため、保健所
13 の非常用自家発電設備等の資機材の見直しを行うとともに、圏域内の災害拠点病院等と連携
14 した訓練を実施します。

15 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

16 ○ 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
17 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。

19 (5) 原子力災害医療体制が強化されている

20 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

21 ○ 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
22 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。

23 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

24 ○ 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
25 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。

26 ウ UPZ 内に所在する病院の業務継続計画（BCP）の策定

27 ○ 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
28 継続計画（BCP）の策定を促進します。

29 エ 原子力防災訓練の実施

30 ○ 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、訓練での到達目標
31 や目的などを明確に設定のうえ、年1回、原子力防災訓練を実施します。

32 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）

33 ○ 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
34 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。

35 ○ 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
36 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。

37 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

38 ○ 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
39 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	—	70人	
各関係機関と連携した防災訓練の実施回数	年8回	年8回	
各関係機関と連携した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以上	
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	—	34	
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》

2

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

5	浸水想定区域に所在する病院の浸水対策の支援
	指標 -
6	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
7	平時からのEMISの基本情報および施設情報の入力率の推進
	指標 EMIS入力訓練の実施回数
8	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

9	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
10	災害業務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
11	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
12	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
13	DHEAT養成研修の実施
	指標 DHEATの養成研修の受講者数
14	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

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

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	

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

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

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

15	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
16	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
17	各医療圏における保健所を中心とした災害対応体制の構築
	指標 各圏域における訓練の実施回数
18	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 -

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 各関係機関と連携した防災訓練の実施回数

19	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
20	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
21	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
22	原子力防災訓練の実施
	指標 原子力防災訓練の実施回数
23	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
24	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

5	原子力災害医療体制が強化されている
	指標 各関係機関と連携した原子力防災訓練の実施回数

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

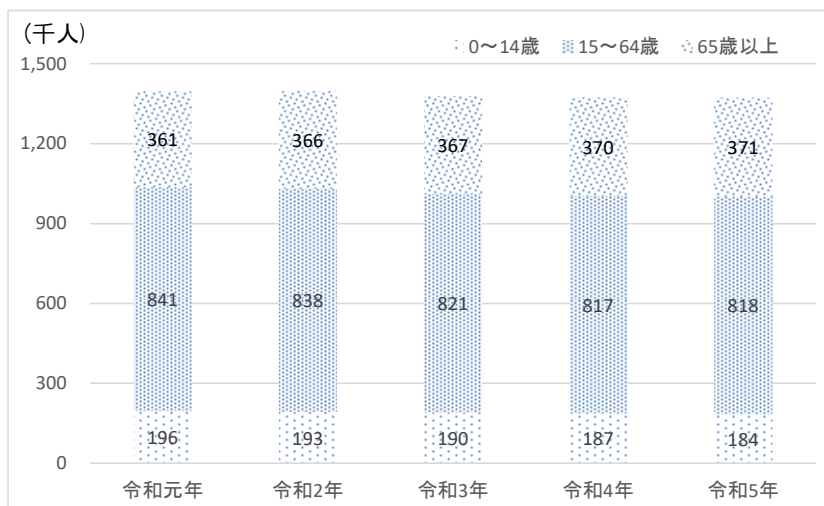
14
15
16 **現状と課題**

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



出典：「滋賀県推計人口年報」（滋賀県）

イ 死亡の状況

- 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。

ウ 医療提供体制

①施設の状況

- 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病院であり、一般診療所では914施設中247施設です。

表 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

【医療ネット滋賀 医療機関一覧(令和5年4月現在)】

②小児専門医療を担う機関

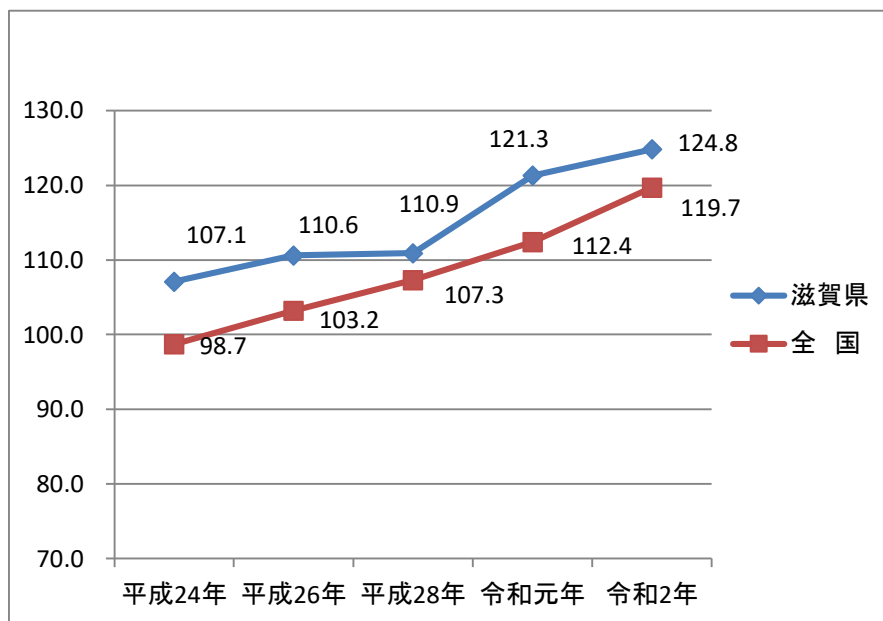
- 県立小児保健医療センターは、難治・慢性疾患の診療（神経疾患、筋疾患、先天性整形外科疾患、先天性難聴、アレルギー疾患等）を担い、難治・慢性疾患児の急変時に対応をしています。
- 国立病院機構紫香楽病院やびわこ学園医療福祉センター草津・野洲では、児童福祉法による医療型障害児入所施設として重症心身障害児等への支援を行うと同時に、医療法で規定される病院の機能を持ち、重症心身障害児等に対する医療を担っています。
- 滋賀医科大学医学部附属病院は、特定機能病院として高度専門的な小児医療を担っています。
- 難治・慢性疾患や外傷などの高度専門的な小児医療に対応できる医療機関について把握を進め、明確にして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

③小児医療に係わる医師の状況

- 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年）医師数は240人となっており増加しています。
- 病院の小児科医師（常勤）数も、平成30年（2018年）122人から令和2年（2021年）139人と増加しています。
- 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人と全国平均より5.1人多いですが、保健医療圏域ごとにもみると4圏域で全国平均を下回り、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

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。

- 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。

表 3-3-8-5 二次救急医療体制

圏域名	ブロック化後に拠点となる病院
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	

(3) 小児救急医療の現状

- 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。
 - ・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
 - ・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
 - ・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
- 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。

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

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)

- 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	診療科	診療時間
湖 南	湖南広域休日急病診療所	内科・小児科	日・祝 10時～22時
東近江	在宅当番医制(東近江医師会)	—	平日夜間 18時～20時30分
	近江八幡休日急患診療所	内科・小児科・外科	土曜日 15時～20時 日・祝 10時～20時
	東近江休日急患診療所	内科・小児科・外科	日・祝 10時～18時
湖 東	彦根休日急病診療所	内科・小児科	日・祝 10時～17時
湖 北	長浜米原休日急患診療所	内科・小児科	日・祝 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 14時～19時 日祝日 9時～19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はブロック化し、済生会滋賀県病院が拠点
7 となっています。また、令和5年度より湖東保健医療圏と湖北保健医療圏は一部ブロック化し、
8 長浜赤十字病院が拠点となっています。
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を拠点とする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ブロック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(基地病
15 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が
33 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) 県内において小児医療を受けることができる

- 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。
- 5 ○ 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)
- 7 ○ 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。
- 8 ○ 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ができている

- 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ブロック化による対応を推進します。
 - 16 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)
 - 17 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)
 - 18 ③ 東近江小児救急医療ブロック(東近江保健医療圏)
 - 19 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)
- 20 ○ 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の連携協議ができている

- 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。
- 26 ○ 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ができ、地域における医療機関の機能分担と連携ができている

- 32 ○ 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、病院や診療所の小児科医師が拠点となる病院で勤務することにより、地域として救急医療体制を維持でき、無理のない働き方や小児科医師の資質の向上につなげます。
- 36 ○ 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。
- 38 ○ 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。
- 40 ○ 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。

(5) 保護者への啓発

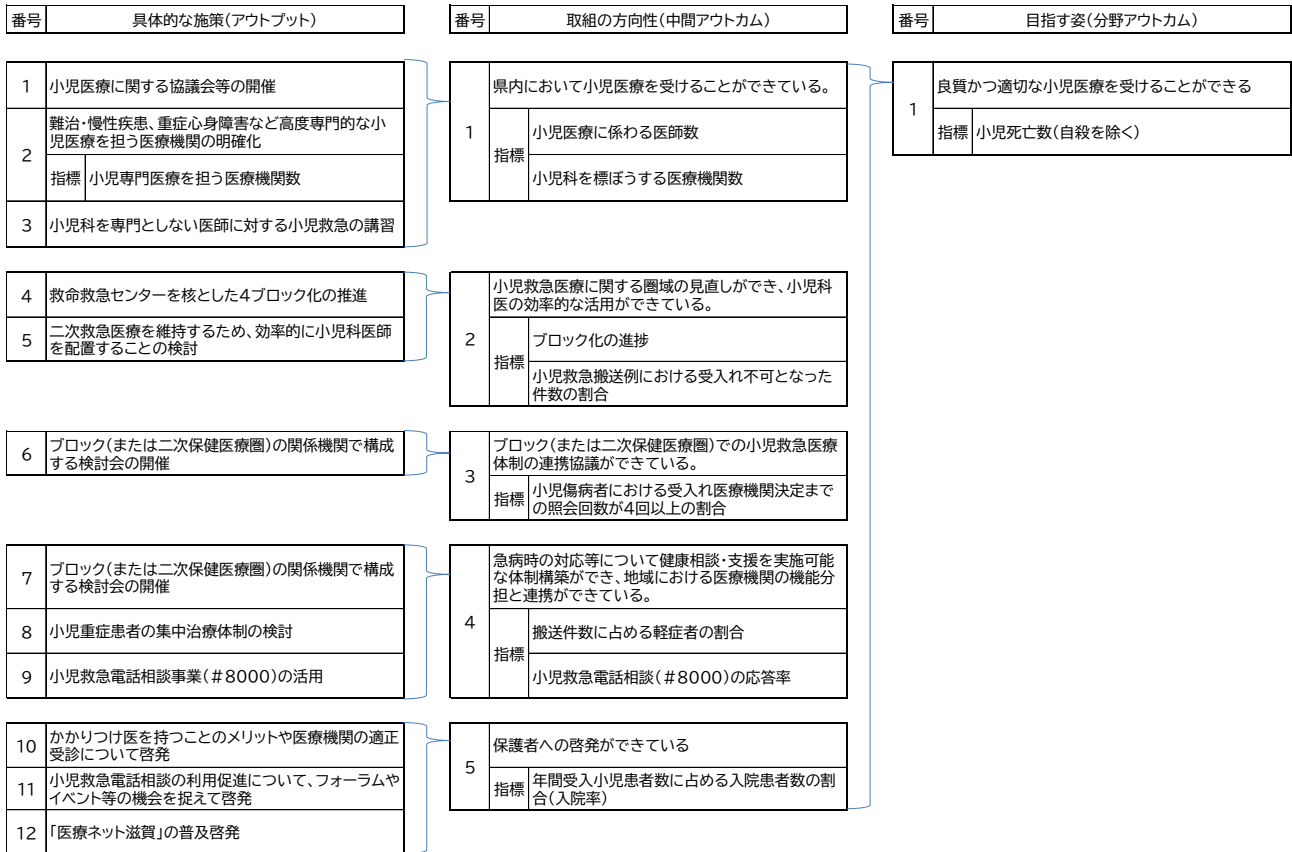
- 県が作成する保護者向けの啓発冊子を市町の実施する乳幼児健診の際に配布し、かかりつけ医を持つことのメリットや医療機関の適正受診について啓発を実施します。
- 小児救急電話相談（短縮ダイヤル#8000番）の利用促進について、フォーラムやイベント等の機会を捉えて啓発に努めます。
- 小児救急電話相談（短縮ダイヤル#8000番）の認知度について、県政モニターアンケートだけではなく、実際に活用することが多い子育て世代の認知度についても把握を進めます。
- 小児科を標榜する医療機関の診療時間、受診科目等の詳細な情報がリアルタイムに提供できる「医療ネット滋賀」の普及啓発に努め、かかりつけ医の選択の一助と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

《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	
小児科を標ぼうする医療機関数	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	

1

2 《ロジックモデル》



3

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、たんの吸引や経管栄養などの医療的
20 ケアが必要な子ども（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
21 童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持ち、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。また、訪問看護において小
36 児へのターミナルケアを実施した件数は1年間で3件でした（令和4年度訪問看護における緊
37 急対応調査）。滋賀県 CDR 体制整備モデル事業においても慢性疾病児童等の症例が報告、検討
38 されていますが、慢性疾病児童等の苦痛の緩和、家族に対する精神的なフォローなど、小
39 児在宅医療における緩和ケアの実態把握をしていくことが必要です。

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%

2 「医療機能調査」(令和5年度)(滋賀県)

3
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%

6 「訪問看護ステーション実態調査」(令和4年度)(滋賀県)

7
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

9 「医療機能調査」(令和5年度)(滋賀県)

10
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。
- 13
- 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、
- 15 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。
- 16
- 17 ○ 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)。
- 18
- 19 ○ 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
- 20 持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、
- 21 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。
- 22
- 23
- 24
- 25

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
 12 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

13 「医療機能調査」(令和5年度)(滋賀県)

14
 15 (4) 災害等発生時における小児在宅医療の現状と課題

- 16 ○ 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
 17 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
 18 個別避難計画を作成するよう市町への支援を行っており、現在、終日在宅人工呼吸器装着者の

- 1 うち 40.5%の方が作成済みとなっています（大津市除く）。また、県内の 16 市町が医療的ケア
2 児*を含む避難行動要支援者の個別避難計画作成に取り組み始めています。（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**

- 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 ○ 慢性疾病児童等の緩和ケアについて、実態および課題の把握を行います。

20 **（２）日常生活支援による成長発達・自立が促進される**

- 21 ○ 身近に相談できる体制の整備のため、慢性疾病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を受けられるよう、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、慢性疾病児童等および
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**

- 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、移行期医療支援
31 に関する情報収集・情報発信、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
32 る移行期医療支援センターの設置を検討します。
33 ○ 慢性疾病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、患者・家族・関係機関からの相談対応・連絡調整、成人移行に関する啓発・指導・
35 助言に取り組む移行期医療支援コーディネーターの配置を検討します。

37 **（４）災害等発生時も療養生活が継続できる**

- 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、県は慢性疾病児童等の
39 うち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
40 います。また、災害時の備えに関する啓発および、市町への災害時個別避難計画の作成支援を

行います。

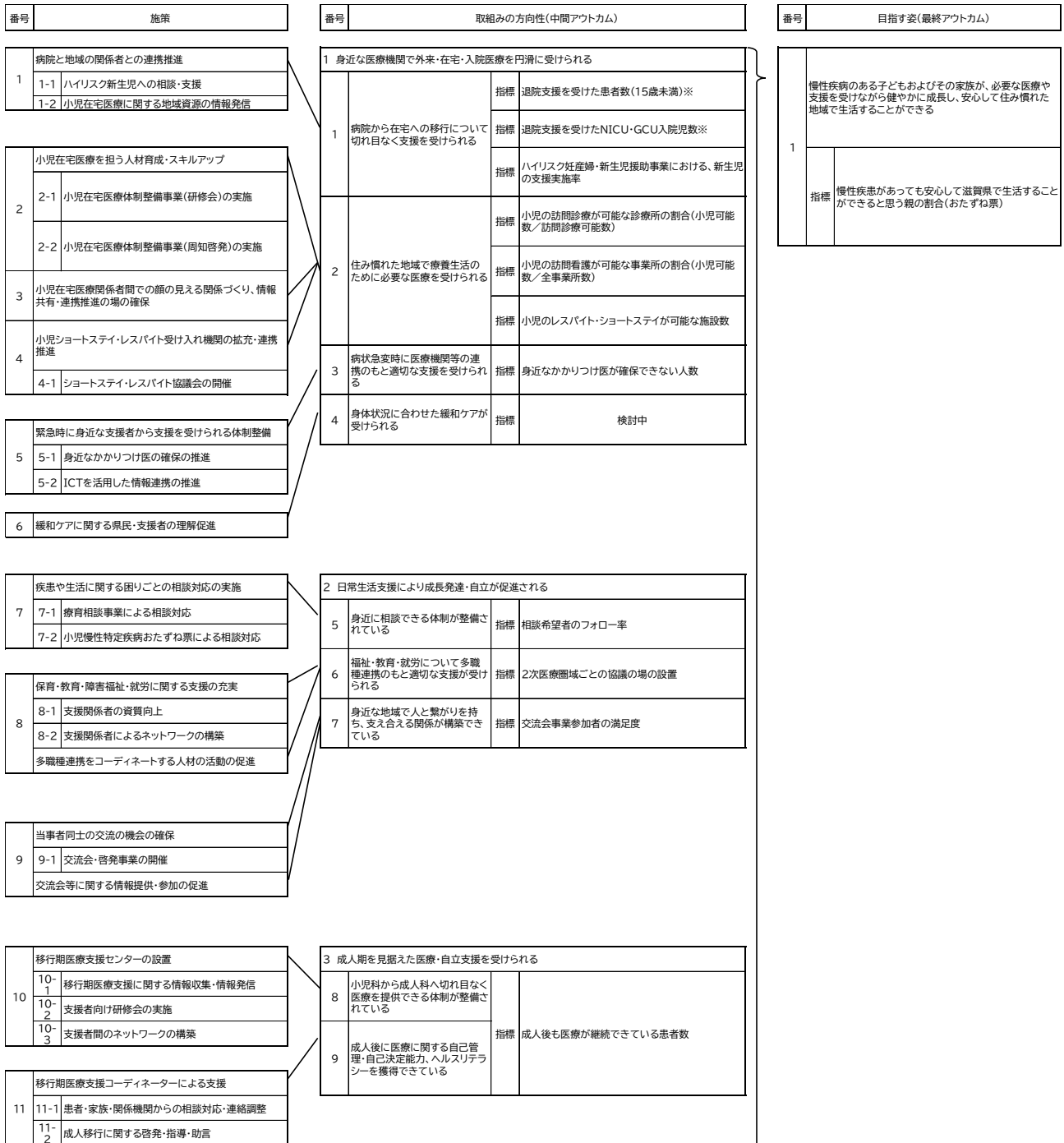
- 発災後も多職種連携のもと、継続して必要な医療を提供できる体制が整備されるよう、災害時小児周産期リエゾン等と連携した安否確認体制の構築および災害時の連絡調整におけるICT化の促進を図ります。

《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）	1,410人 (R3)	増加	
退院支援を受けたNICU・GCU入院児の割合	72.2%(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%（R3）	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%	県平均以上の圏域は維持、以下の圏域は増加
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%	県平均以上の圏域は維持、以下の圏域は増加
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と回答した人数	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	7/7	維持	
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

1
2

《ロジックモデル》



3
4

番号	施策
----	----

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

14	関係機関同士の連携の推進
	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

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

4	災害等発生時も療養生活が継続できる
10	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
	11 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
	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

番号	目指す姿(最終アウトカム)
----	---------------

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。周産期死亡率の5年平均の推移としては、平成20年から平成24年は4.62（全国4.16）と全国44位であったのが、平成25年から平成29年には3.64（全国3.64）と全国23位になり、平成30年から令和4年は2.84（全国3.32）と、全国3位となりました。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

低出生体重児の割合	滋賀	9.4	9.2	9.0	9.1	9.1	9.1
	全国	9.4	9.4	9.4	9.2	9.4	9.4
周産期死亡率 (出産千対)	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) 本県の特性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。

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）

- 診療所に勤務する産婦人科医師の約4割が60歳以上である医師の高齢化や、医師の働き方改革として医師の集約化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。
- 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、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 3-3-9-3 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 ※2			東近江総合医療センター ※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				あらかわ助産院	
	助産所	あそびと助産院		共同助産所お産子の家			
		榎田助産院		磯部助産院			
	湖西	病院		高島市民病院	湖東	診療所	イーリスウィメンズクリニック
	病院	淡海医療センター ※2		イーリスウィメンズクリニック			
済生会滋賀県病院 ※2		アリス					
南草津野村病院		助産所	よしむら助産所				
湖南	診療所	ハピネスバースクリニック	湖北	病院	長浜赤十字病院 ※2		
		渡辺産婦人科		診療所	橋場レディースクリニック		
		希望が丘クリニック		助産所	ゆらら助産所		
		清水産婦人科	合計	病院	10 施設		
		公立甲賀病院		診療所	15 施設		
甲賀	診療所	産科・婦人科 濱田クリニック	助産所	10 施設			
		野村産婦人科					
	助産所	あずま助産院					
		まごころ助産院					

※1 院内助産所あり（0病院）
 ※2 助産師外来*あり（6病院）

2
3 (3) 周産期医療体制の現状と課題

4 《圏域の考え方》

- 5 ○ 周産期医療提供体制については、周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*
 6 による母体・新生児の搬送受入の実績を踏まえて、県内7つの二次保健医療圏を次の4ブロッ
 7 クに区分し、設定することで、医療資源の集約することで、資源を有効活用し、高度かつ専門
 8 的な医療提供体制の充実を図っています。
- 9 ① 大津・湖西ブロック（大津保健医療圏・湖西保健医療圏）
 - 10 ② 湖南・甲賀ブロック（湖南保健医療圏・甲賀保健医療圏）
 - 11 ③ 東近江ブロック（東近江保健医療圏）
 - 12 ④ 湖東・湖北ブロック（湖東保健医療圏・湖北保健医療圏）
- 13 ○ 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、
 14 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、
 15 周産期医療の中核を担っています。

- 1 ○ 正常な妊娠・分娩の場合は、身近な地域の医療機関（病院、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・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。
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6 ○ 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。
- 7
- 8
- 9
- 10

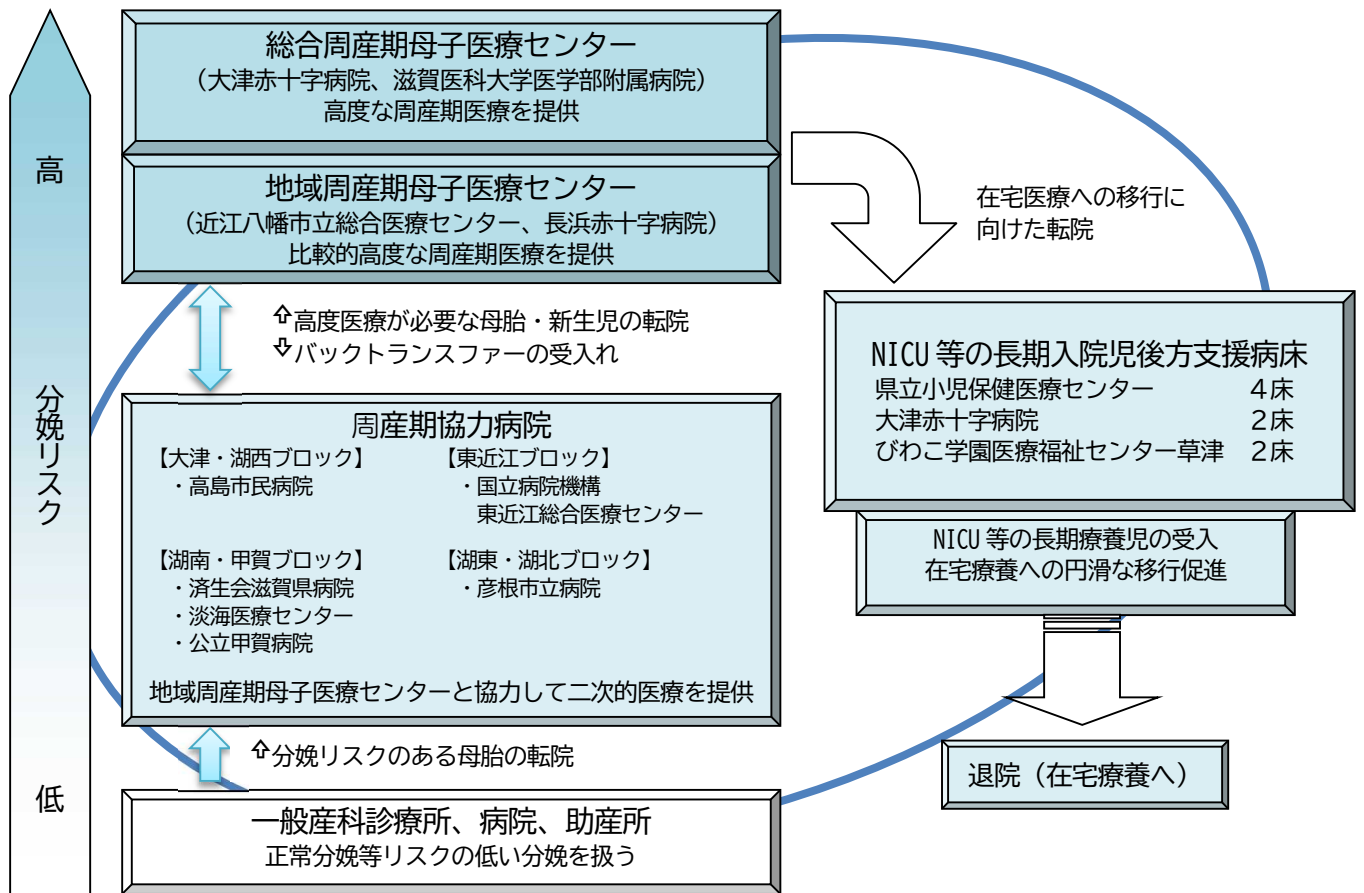
11 表 3-3-9-6 県内周産期母子医療センター関係病床数（令和5年（2023年）9月現在）

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

12 出典：周産期医療施設状況調査（令和5年）（滋賀県）

- 13
- 14 ○ 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。
- 15
- 16
- 17
- 18 ○ 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出来ており、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。
- 19
- 20
- 21
- 22
- 23 ○ 妊産婦・新生児の救急搬送が安全に行われるよう、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。
- 24
- 25 ○ 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。
- 26
- 27
- 28 ○ 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。
- 29

図 3-3-9-4 滋賀県周産期医療提供体制（令和5年（2023年）9月現在）



(4) 災害時の小児・周産期医療に関する現状と課題

- 災害時や新興感染症発生時にも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あり、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ブロックの産科医と小児科医から任命しています。
- 新興感染症発生時には、従来の周産期医療提供体制に災害時小児周産期リエゾンを活用した連携支援体制を構築することで、妊産婦が安心・安全な妊娠・出産を迎えることができた。
- 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、総合防災訓練への参加等取組を進めているところです。
- 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。
- 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。

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

具体的な施策

(1) 周産期保健医療体制を充実・強化できている

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きる体制の確保

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、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。

イ 新生児救急搬送の体制の確保

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、現在の体制を継続し、新生児医療の確保と充実を図ります。

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が安全に行えるよう、救急車による転院搬送の場合は医療従事者が必ず同乗する等関係機関と調整を行うとともに、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。

ウ 周産期医療等協議会等の開催

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、具体的な取組について引き続き検討を進めていきます。

エ 関係機関による連携体制の確保

各ブロックの中で、周産期保健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。

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と連携できる診療体制の確保を図ります。

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。

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 特に関連大学とも連携し、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・シェア*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 助産師の体系的な研修システムについて検討し、構築することで、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質の高い助産師の確保を目指します。また、このことを滋賀県で働く魅力のひとつとして、助産師の定着・離職防止を目指します。

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。

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

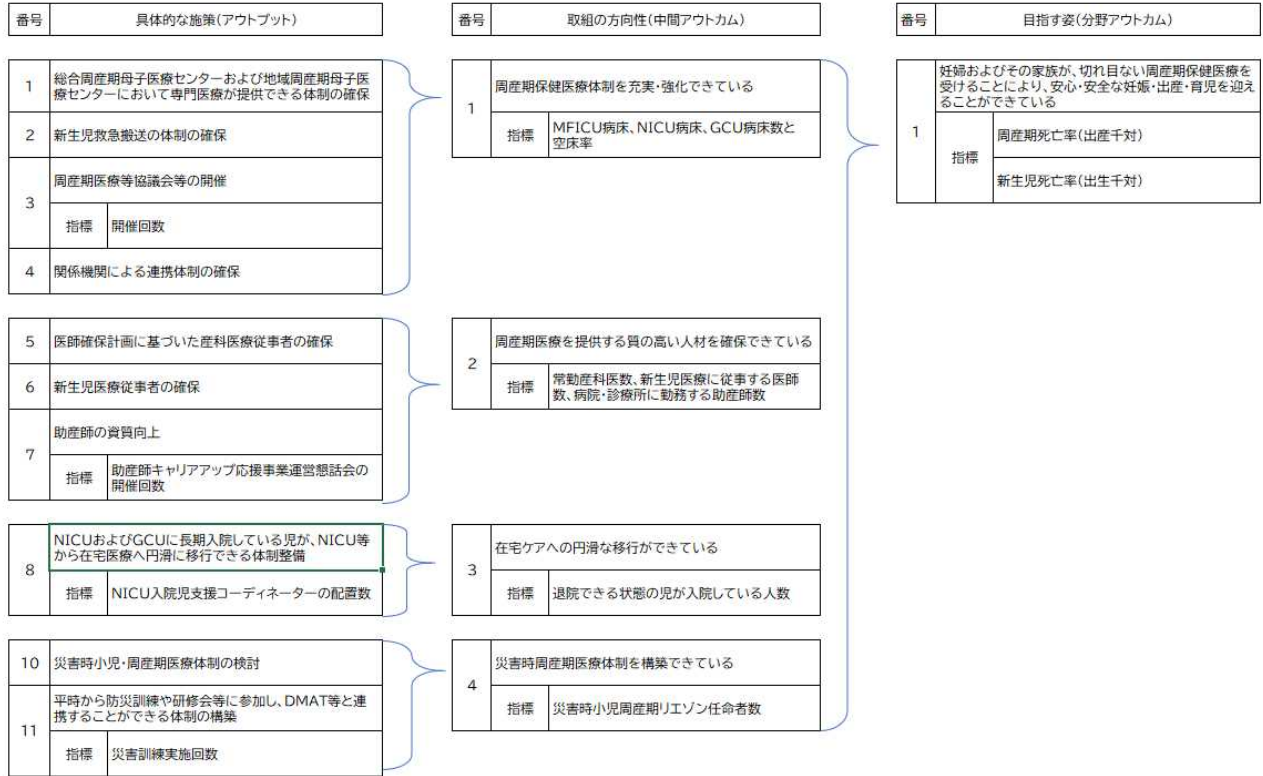
24 平時からの日本産科婦人科学会大規模災害対策情報システムの活用や災害時小児周産期リエゾンの育成を進め、防災訓練や研修会等に参加し、DMAT（災害派遣医療チーム）等と連携することができる体制や災害時小児周産期リエゾンのネットワークを構築していきます。

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

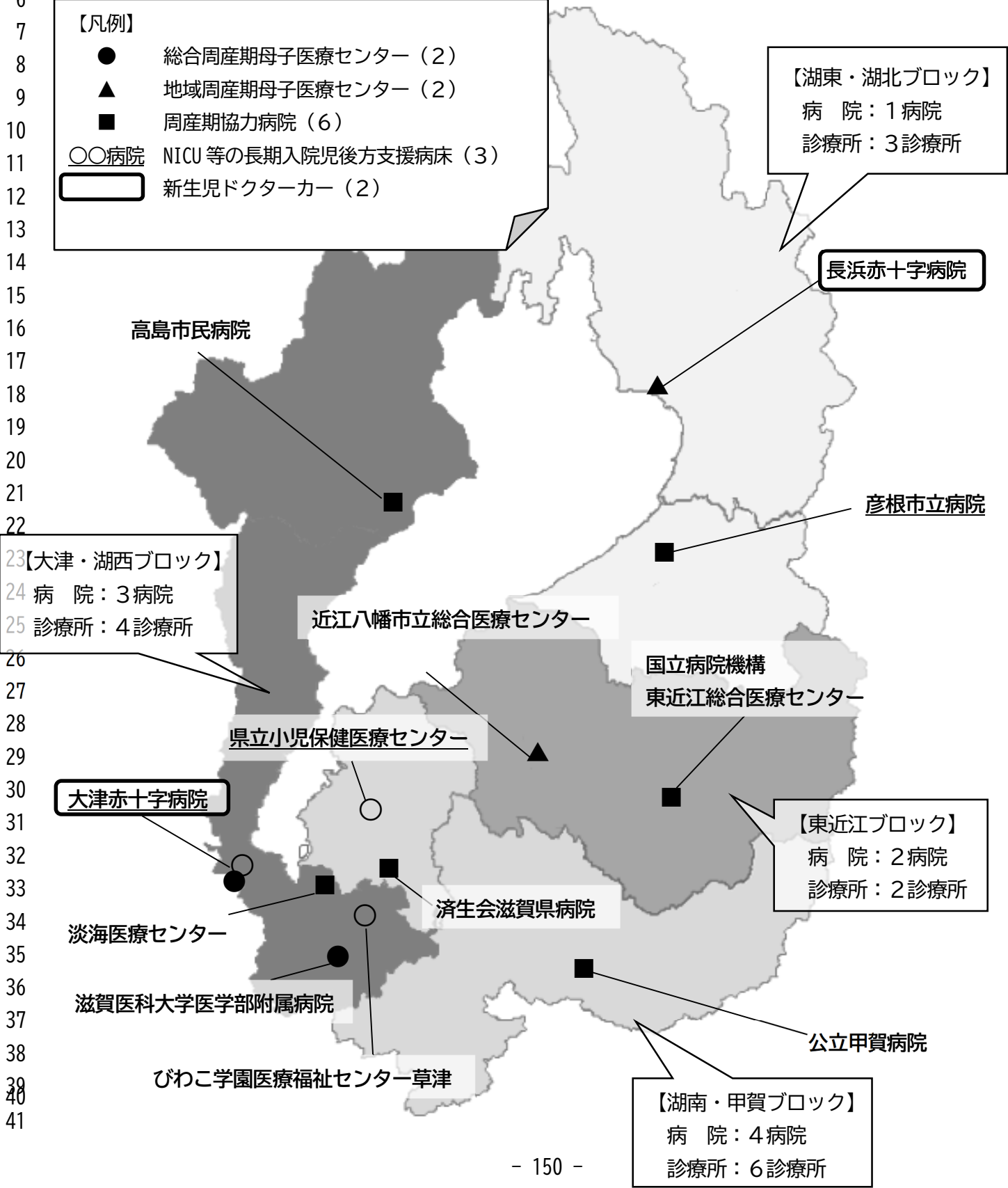
1 《ロジックモデル》



2
3

1 図 3-3-9-9

滋賀県の周産期医療体制



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

5
6
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

11
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

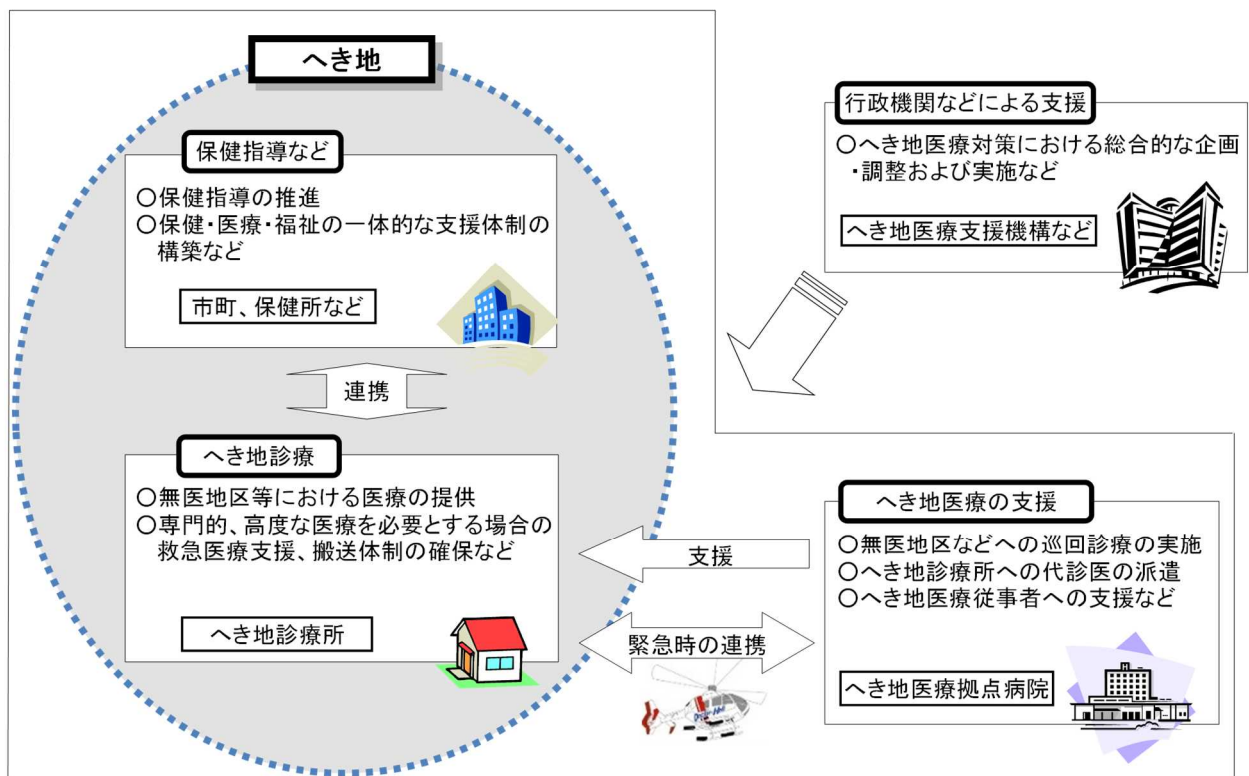
市町名	令和元年(2019年)				令和4年(2022年)			
	地区数		無医地区等内の住民数(人)		地区数		無医地区等内の住民数(人)	
	無医地区	準無医地区	総数	うち、65歳以上	無医地区	準無医地区	総数	うち、65歳以上
甲賀市	2	—	383	85	2	—	337	83
東近江市	—	1	395	222	—	1	362	204
近江八幡市	—	1	272	162	—	1	240	159
長浜市	—	6	663	383	—	6	588	355
高島市	1	2	149	89	1	2	137	76
計	3	10	1,862	941	3	10	1,664	877

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 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。
19 ○ 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。
24 ○ 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。
35 ○ 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**

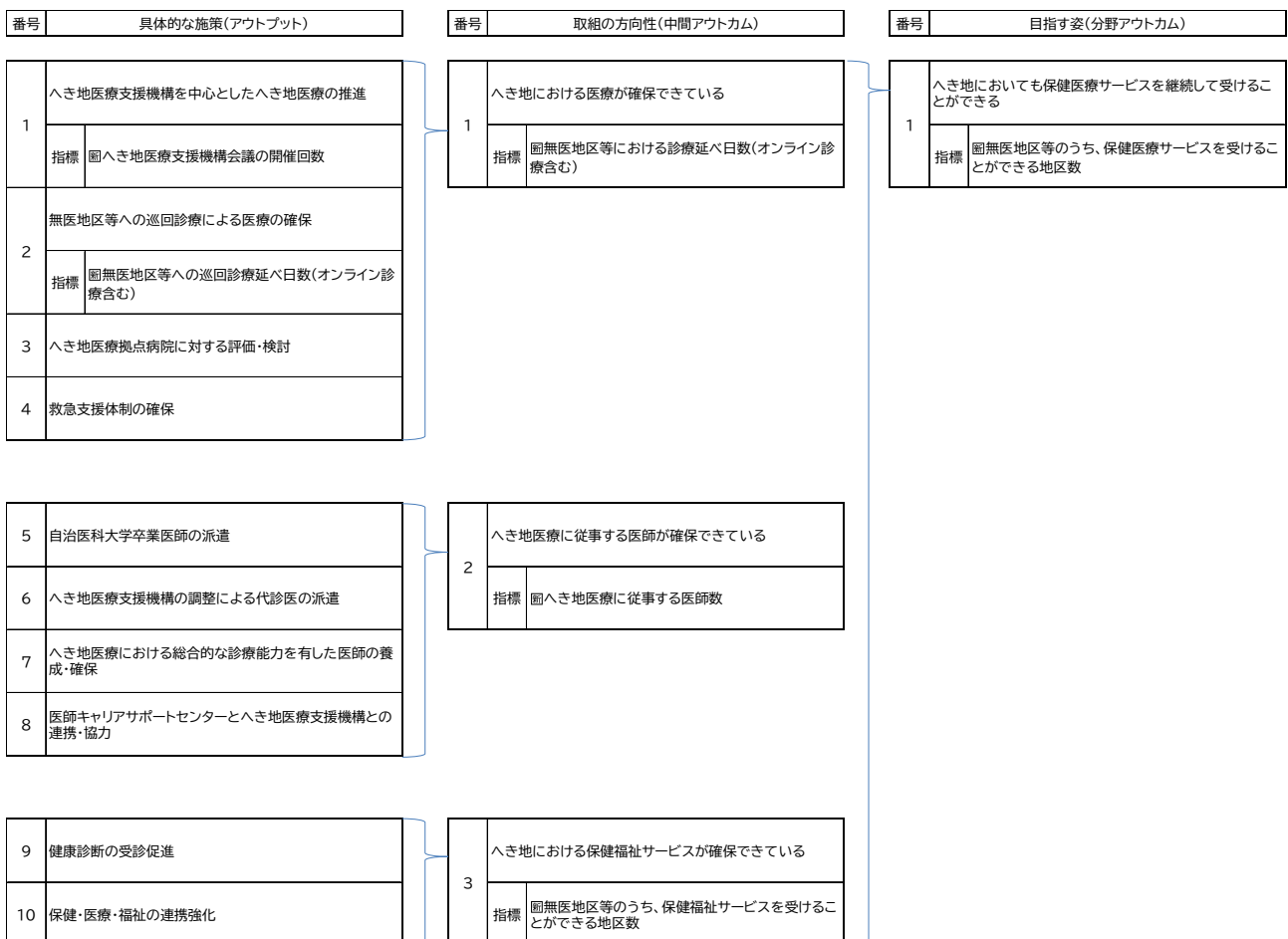
- 39 ○ 県は、保健・医療・福祉が一体となった総合的なへき地保健医療支援体制の構築を目指し、在宅医療を推進するとともに、地域包括ケアシステムの構築に努めます。

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	

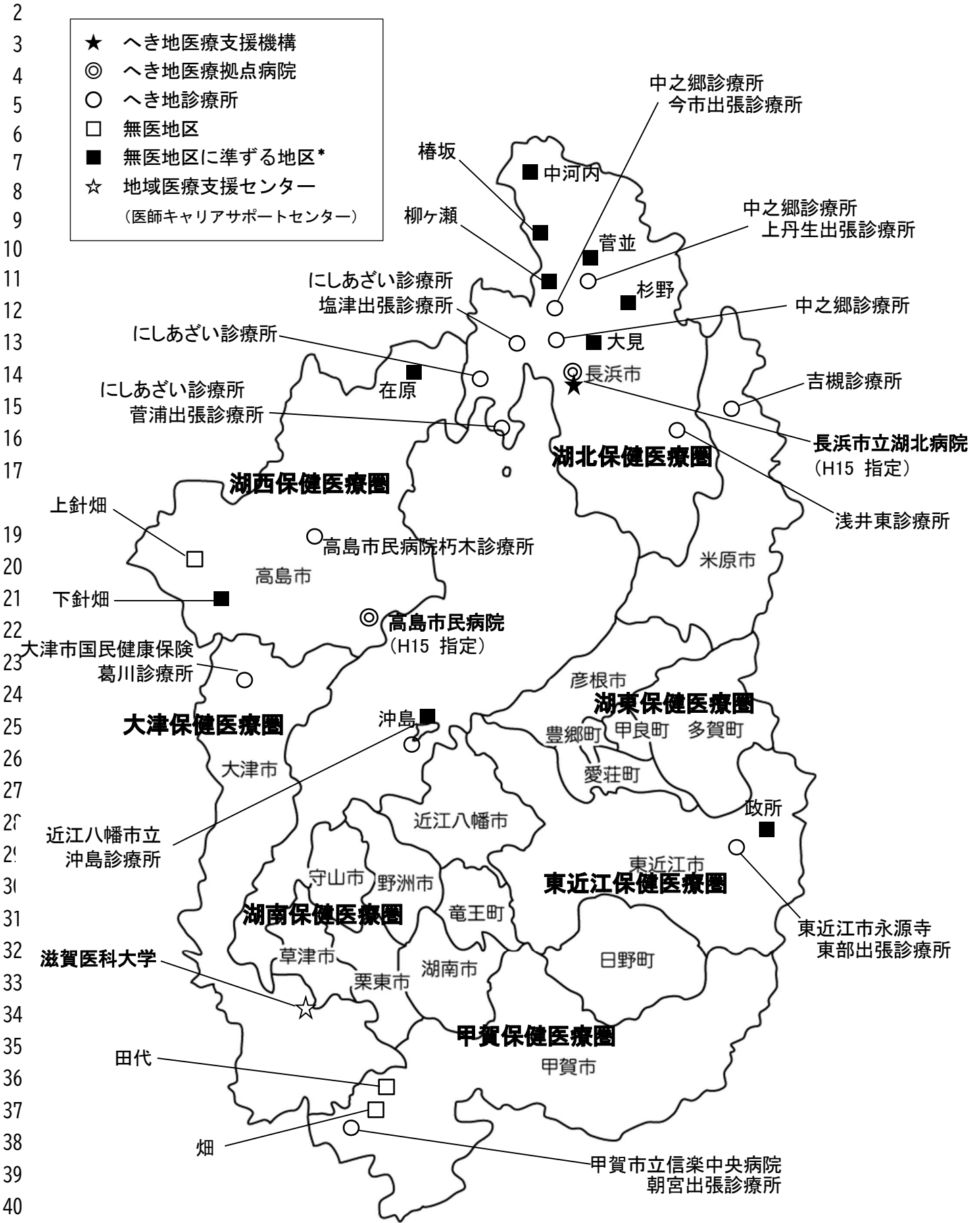
2

3 《ロジックモデル》



4
5

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

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

＜＜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%
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%
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%

目標項目	現状値 (R5)	目標値 (R11)
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日あたり核酸検出検査可能数	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日あたりの核酸検出検査可能数	—	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
医療圏域毎に、流行初期以降に確保する病床数	—	500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)
----	----------------

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	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	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隔研修・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

6	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
7	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
8	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日あたり核酸検出検査可能数 指標 検査措置協定により確保する1日あたりの核酸検出検査可能数

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
	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	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ように、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

9	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 指標 医療圏域毎に、流行初期以降に確保する病床数
10	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
11	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
12	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

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
	指標 病床確保の協定を締結する病院・有床診療所の割合

13	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
14	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

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
	指標 医療機関と提携している高齢者施設等の割合

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
〔クオリティ・オブ・ライフ* (QOL) の維持・向上/クオリティ・オブ・デス* (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) 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
- (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。

1 (2) 望む場所での日常療養支援の推進

2 ア 在宅医療ニーズの状況

- 3 ○ 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
4 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
5 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、
6 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。
7 ○ 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
8 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
9 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%、
10 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。

12 イ 在宅医療の対象者の状況

- 13 ○ 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
14 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
15 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。
16 (※10月中旬以降に仮推計判明予定)
- 17 ○ 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
18 需要を試算すると、令和4年(2022年)の7,251.7人/日から、令和11年には8,740.4人/日と
19 1.21倍に増加すると推計されています。
- 20 ○ 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
21 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
22 よる受療率が高くなっています。
- 23 ○ 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
24 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、
25 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、
26 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
27 測されます。
- 28 ○ 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
29 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。
- 30 ○ 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、
31 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
32 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、
33 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
34 加しています。

1 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

2 ※：「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

3
4
5 **ウ 在宅療養を支える医療資源の状況**

6 ○ 在宅療養を支える医療資源の状況は下表のとおりです。

7 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、
8 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
9 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
10 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。

11
12 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	高島	出典
病院数	R5.10.1	58	15	14	7	11	4	4	3	医療政策課
在宅療養支援病院数	R5.10.1	18	3	5	2	4	1	1	2	近畿厚生局
在宅療養後方支援病院	R5.10.1	6	1	0	0	1	3	0	1	近畿厚生局
訪問診療を行った病院数	R4	29	6	6	4	5	3	2	3	国保連データ
無床診療所数	R5.4.1	1,098	294	296	87	150	110	119	42	医療政策課
有床診療所数	R5.4.1	36	12	10	3	6	2	2	1	医療政策課
在宅療養支援診療所数	R5.10.1	166	60	42	6	26	6	16	10	近畿厚生局
在宅時医学総合管理料	R5.10.1	268	91	67	19	36	14	25	16	近畿厚生局
訪問診療を行った診療所数	R4	321	92	75	26	45	29	39	16	国保連データ
歯科診療所数	R5.4.1	570	145	140	53	87	61	63	21	医療政策課
在宅療養支援歯科診療所数	R5.4.1	51	7	19	3	9	2	6	5	近畿厚生局
訪問歯科診療を行った医療機関数	R4	214	44	57	22	26	20	34	11	国保連データ
訪問歯科衛生を行った機関数	R4	95	-	-	-	-	-	-	-	国保連データ
薬局数	R5.4.1	655	153	162	63	104	74	74	25	医療政策課
在宅医療支援薬局数	R4.10	197	51	56	27	30	10	18	5	薬剤師会
訪問薬剤指導を行った薬局数	R4	460	-	-	-	-	-	-	-	国保連データ
訪問看護ステーション数	R5.10.1	185	54	44	14	19	29	18	7	近畿厚生局
24時間対応型訪問看護ステーション数	R5.10.1	168	49	42	13	18	24	16	6	近畿厚生局
機能強化型訪問看護ステーション数	R5.10.1	17	4	4	3	4	2	0	0	医療福祉推進課
訪問リハビリを行った機関数	R4	162	-	-	-	-	-	-	-	国保連データ
訪問栄養を行った機関数	R4	16	-	-	-	-	-	-	-	国保連データ
居宅介護支援事業所数	R5.10.1	457	146	92	38	61	48	58	14	医療福祉推進課
通所介護事業所数	R5.10.1	277	56	57	24	47	39	43	11	医療福祉推進課
地域密着型通所介護事業所数	R5.10.1	298	96	71	24	41	25	30	11	医療福祉推進課
地域密着型認知症通所介護	R5.10.1	77	12	10	11	12	13	16	3	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	R5.10.1	69	15	13	6	16	3	12	4	医療福祉推進課
訪問介護事業所数	R5.10.1	385	131	87	25	48	45	39	10	医療福祉推進課
認知症対応型共同生活介護	R5.10.1	158	45	20	15	28	20	21	9	医療福祉推進課
介護老人福祉施設数	R5.10.1	98	19	17	14	17	12	13	6	医療福祉推進課
短期入所生活介護事業所数	R5.10.1	122	30	25	15	18	12	13	9	医療福祉推進課
介護老人保健施設数	R5.10.1	33	7	6	4	7	2	5	2	医療福祉推進課
短期入所療養介護事業所数	R5.10.1	38	8	7	5	8	3	5	2	医療福祉推進課
小規模多機能型居宅介護	R5.10.1	88	16	19	9	14	12	8	10	医療福祉推進課
看護小規模多機能型居宅介護	R5.10.1	13	4	1	1	1	3	3	0	医療福祉推進課

13

- 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。

- 1 ○ 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
2 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
3 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・
4 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
5 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。
6

7 (3) 感染症や災害発生時の対応体制の状況

- 8 ○ 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
9 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
10 の継続に向けた支援が進められています。
11 ○ 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
12 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。
13 ○ 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
14 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。
15

16 (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

- 17 ○ 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
18 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。
19 ○ 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
20 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
21 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
22 す。
23 ○ 県は、在宅医療・介護連携の推進に向けた各市町の取組が一層充実するよう、後方的な支援
24 を行っています。とりわけ、健康福祉事務所においては、圏域における関係機関・団体との連
25 携など広域的な調整を行うことが求められています。
26 ○ 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
27 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
28 行われています。
29 ○ 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
30 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
31 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
32 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
33 ています。
34
35
36
37
38
39
40

1
2 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

3
4
5 **具体的な施策**

6 (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

- 7 ○ 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
8 支える関係者と窓口の共有を行います。
- 9 ○ 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。
- 10 ○ 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
11 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
12 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。
- 13 ○ 病院と在宅療養をつなぐ入退院支援ルールの効果的な運用、地域連携クリティカルパスの
14 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
15 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

1 支援の継続が行われるような取組を推進します。

- 2 ○ 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
3 の評価や退院後支援の強化などをとおして、在宅での療養生活の充実や再入院の予防につながる
4 連携の取組を支援します。

5
6 **(2) 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
7 ことができる**

- 8 ○ 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
9 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
10 ます。
- 11 ○ 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
12 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
13 きるかかりつけ医の確保・育成に対する支援を行います。
- 14 ○ 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
15 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。
- 16 ○ 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
17 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。
- 18 ○ 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
19 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
20 る看護師育成への支援、また、喀たん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。
- 21 ○ 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
22 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。
- 23 ○ 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
24 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。
- 25 ○ 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
26 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、
27 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
28 す。
- 29 ○ 「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、
30 県民や関係者が互いに学びつながり合う「医療福祉の地域創造会議*」の活動を支援します。
- 31 ○ 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
32 情報連携を行う基盤づくりを支援します。
- 33 ○ 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、
34 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。
- 35 ○ 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、
36 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
37 により普及・啓発を行います。

38
39 **(3) 病状急変に際し、必要な支援を受けることができる**

- 40 ○ 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、在宅での生活をバックアップする在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、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支援を受け、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医師・薬剤師・訪問看護師等の確保・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発生した際にも、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。
- 県民が感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・市町の連携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。

- 1 ○ 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
2 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
3 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。
- 4 ○ 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
5 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、
6 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。
- 7 ○ 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
8 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。
- 9 ○ 在宅医療・介護を一体的に提供できる体制の充実に向けて、健康福祉事務所は市町を超えた
10 病院と地域・医療と介護の連携に関する広域調整等を行うことにより、市町の取組を支援しま
11 す。
- 12 ○ 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に図るため、在宅医療・介護連
13 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
14 組みます。
- 15 ○ 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、
16 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。
- 17 ○ 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
18 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、
19 災害時に備えた体制構築などの取組を推進します。
- 20 ○ 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
21 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
22 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
23 なって推進します。

24
25
26

《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	

1
2

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)
1	退院支援部門の明確化と関係機関との窓口共有	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 指標 入退院支援を受けた患者数	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	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 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 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	2	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 指標 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		
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	具体的な施策(アウトプット)	番号	取組みの方向性(中間アウトカム)	番号	目指す姿(最終アウトカム)
31	在宅を支える病院のバックアップ体制の確保	3	病状急変に際し、必要な支援を受けることができる		
	指標 在宅療養後方支援病院数				
	指標 住診を行う病院数				
	指標 住診を行う診療所数				
32	24時間薬剤調整体制の構築	4	望む場所で人生の最終段階における支援を受け、本人・家族が望み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	
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)				
再掲	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	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)	
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				
	指標 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				