

「滋賀県保健医療計画(案)」に対する意見・情報の募集について

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

平成20年(2008年)3月の保健医療計画改定から5年が経過しますが、この間にも、保健・医療・福祉を取り巻く環境は変化してきており、県民のニーズは多様化・高度化していることから、今後の医療福祉提供体制のあり方を検討し、保健・医療・福祉が一体となって生活を支える「医療福祉」の仕組みづくりを目指して、平成25年度(2013年度)から平成29年度(2017年度)までを期間とする「滋賀県保健医療計画」を策定することとしました。

このたび計画(案)を作成しましたので、その内容を公表し、広く県民のみなさんからのご意見・情報を募集します。

なお、お寄せいただいたご意見・情報は、整理した上で公表することとしております。個々のご意見・情報には直接回答いたしませんので、あらかじめご了承ください。

1 公表する資料

「滋賀県保健医療計画(案)」

2 公表の方法

滋賀県ホームページに掲載のほか、医療福祉推進課、県民活動生活課県民情報室および各県税事務所行政情報コーナーに資料を備え付けます。

3 ご意見・情報の募集期間

平成24年12月27日(木)～平成25年1月28日(月)まで(必着)

4 ご意見・情報の提出方法および提出先

- (1) 郵送 〒520-8577(住所の記載は不要) 滋賀県健康福祉部医療福祉推進課
- (2) ファックス 077-528-4851
- (3) 電子メール ed00@pref.shiga.lg.jp

5 お問い合わせ先

滋賀県健康福祉部医療福祉推進課 地域医療・医師確保対策担当
電話 077-528-3581(直通)

6 その他

- (1) ご意見・情報を提出いただく様式は特に定めていませんが、必ず住所、氏名、電話番号を明記してください。(ご意見・情報以外の内容は、公表しません。)
- (2) ご意見・情報は、日本語で提出してください。
- (3) 電話によるご意見・情報はお受けできませんので、ご了承ください。

滋賀県保健医療計画(案)の概要

〔計画期間〕 平成25年度～平成29年度

I 計画改定の趣旨

前回改定から5年が経過したことから、社会環境の変化や国の動き等を踏まえた今後の医療福祉提供体制のあり方を検討し、県民ニーズに的確に対応しつつ保健・医療・福祉が一体となって生活を支える「医療福祉」の仕組みづくりを目指して「滋賀県保健医療計画」の改定を行う。

II 計画の位置づけ

- 医療法第30条の4第1項の規定に基づく計画
- 本県の保健医療施策推進の目標
- 関連計画との整合を図り、一体的な事業を推進(主な関連計画)
 - ・「健康いきいき21 健康しが推進プラン」
 - ・「医療費適正化計画」
 - ・「がん対策推進計画」
 - ・「レイカディア滋賀プラン」
 - ・「障害者福祉しがプラン」等

III 計画の構成

- 第1部 総論**
- 第1章 計画に関する基本事項
 第2章 保健医療環境の概況
 第3章 基本理念
 第4章 保健医療圏
 第5章 基準病床数
- 第2部 健康づくりの推進**
- 第1章 健康づくりと疾病予防・介護予防の推進
- 第3部 総合的な医療福祉提供体制の整備**
- 第1章 医療提供体制のあり方
 第2章 疾病・事業ごとの医療福祉体制
 1 がん／2 脳卒中／3 急性心筋梗塞／4 糖尿病
 5 精神疾患／6 救急医療／7 小児医療
 8 周産期医療／9 へき地医療／10 在宅医療
 11 認知症／12 慢性腎臓病／13 難病／14 感染症
 15 臓器移植・骨髄移植／16 リハビリテーション
 17 障害保健医療福祉／18 薬事保健衛生
- 第3章 災害医療対策と健康危機管理の充実
 第4章 安全、安心な医療福祉サービスの提供
 第5章 患者・利用者を支える人材確保・養成
- 第4部 計画の推進**
- 第1章 推進体制および評価

IV 計画の概要

医療福祉を取り巻く環境

1. 高齢化の進展
2. 疾病構造の変化
3. 高い年少人口割合
4. 生活習慣への関心の高まり
5. 災害などへの不安
6. 情報化の進展
7. ストレスの増大
8. 医療福祉従事者の不足・地域等の偏在

県民の願い

- ◇ 在宅医療や介護サービス、医療施設の整備に力を入れてほしい！
- ・充実してほしい分野は、「がん対策」、「救急医療」、「認知症対策」、「在宅医療」、「小児医療」
- ◇ 人生の最期を迎えたいと思う場所は自宅！
- ・「H24滋賀の医療福祉に関する県民意識調査」で県民の半数が自宅を希望
- ・一方で家族の負担増や症状急変時の対応に不安があり、県民の半数以上が実現困難と回答

〔基本理念〕 『県民の健康的な生活を支える「医療福祉」の推進』

滋賀県保健医療計画で目指す5つの姿

- ① すべての年代が健康的な生活を送れている
- ② 医療と福祉が一体となって生活を支えている
- ③ 安全・安心な地域医療福祉の体制が整備されている
- ④ 高度・専門医療の充実で必要なサービスを受けることができる
- ⑤ 住み慣れたところで在宅療養生活が送れ安心して最期を迎えられる

主な疾病・事業にかかる施策の方向

☆団塊の世代が75歳以上となる平成37年(2025年)も見据え、各種施策を推進する。

- 〔1 健康づくり〕**
 〈健康づくり〉
 ○ 健康なひとづくり(栄養・運動・休養等日常生活習慣見直し)
 ○ 健康なまちづくり(県民活動推進と社会環境整備等の促進)
 〈生活習慣病対策〉
 ○ 生活習慣病の予防・重症化予防対策の推進
 〈歯科保健対策〉
 ○ 各ライフステージの特性に応じた切れ目のない施策の推進
 ○ 歯科疾患の予防強化、口腔機能維持向上
 〈母子保健対策〉
 ○ 生涯を通じた女性の健康づくり
 ○ 不妊等に悩む人への支援、育児不安の軽減、虐待予防
 〈介護予防〉
 ○ 要介護状態の改善や悪化防止
 ○ 介護予防を推進する地域づくり
- 〔2 がん〕**
 ○ がんの予防、早期発見
 ○ 医療機関の整備と連携の推進、小児がん対策
 ○ 診療連携による在宅支援等の充実および強化
 ○ 地域がん登録の充実、生活と治療の両立支援
- 〔3 脳卒中・急性心筋梗塞〕**
 ○ 発症予防、生活習慣病の改善
 ○ 発症後、速やかな搬送と専門的な診療が可能な体制の構築
 ○ 病期に応じたリハビリテーションが可能な体制の構築
 ○ 在宅療養が可能な体制の構築
- 〔4 糖尿病〕**
 ○ 発症予防、保健指導の充実、健診受診率等の向上
 ○ 糖尿病の重症化および合併症予防の推進
- 〔5 精神疾患〕**
 ○ うつ病対策の推進
 ○ 専門的な精神科医療(児童思春期精神疾患、アルコール・薬物依存症等)の充実
 ○ 精神科救急や身体合併症など精神科医療の充実
- 〔6 救急医療〕**
 ○ 適切な病院前救護活動が可能な体制の整備
 ○ 初期・二次・三次の救急医療機関の役割分担と連携の促進
 ○ 患者教育の実施
- 〔7 小児医療〕**
 ○ 小児医療・小児救急体制の強化・連携、小児科医師の確保
 ○ 小児救急電話相談事業による情報提供、患者家族教育実施
- 〔8 周産期医療〕**
 ○ 安全・安心な出産を迎えるための周産期医療体制充実・強化
- 〔9 へき地医療〕**
 ○ へき地医療支援機構、へき地医療拠点病院、へき地診療所などの体制整備と関係機関を含めた相互間の連携強化
- 〔10 在宅医療〕**
 ○ 入院から在宅療養への円滑な移行の促進
 ○ 在宅療養を支援する医療資源の整備とネットワークの構築
 ○ 在宅医療を担う人材養成とスキルアップの仕組みの構築
 ○ 本人が望む場所での看取りが可能な体制の整備
- 〔11 認知症〕**
 ○ 認知症予防対策、早期発見・早期対応ができる体制充実
 ○ 若年認知症対策の推進
- 〔12 慢性腎臓病〕**
 ○ 慢性腎臓病(CKD)の概念、予防に関する普及啓発
 ○ 慢性腎臓病(CKD)に対する医療連携の推進
- 〔13 災害医療〕**
 ○ 災害時においても必要な医療が確保される体制の構築
 ・災害急性期(発災後概ね48時間以内)における体制
 ・急性期後の体制
 ・緊急被災医療体制の整備

〔二次保健医療圏および三次保健医療圏〕

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:km ²)
	湖南保健医療圏	4	草津市、守山市、栗東市、野洲市	321,044	256.55
	甲賀保健医療圏	2	甲賀市、湖南市	147,318	552.18
	東近江保健医療圏	4	近江八幡市、東近江市、日野町、菟町	233,003	728.12
	湖東保健医療圏	5	彦根市、愛荘町、豊郷町、甲良町、多賀町	155,101	392.16
	湖北保健医療圏	2	長浜市、米原市	164,191	931.25
	湖西保健医療圏	1	高島市	52,486	693.00
三次保健医療圏	滋賀県全域	19		1,410,777	4,017.36

《基準病床数》

圏域名	病床数		差引 (b-a)
	基準 a	既存 b	
大津	2,935	3,110	175
湖南	2,192	2,603	411
甲賀	1,057	1,095	38
東近江	1,644	2,281	637
湖東	1,005	1,200	195
湖北	1,097	1,207	110
湖西	349	406	57
合計	10,279	11,902	1,623
精神病床	2,345	2,373	28
感染症病床	34	32	△2
結核病床	73	77	4

主な数値目標

- 〔①健康寿命の延伸〕**
 【日常生活に制限のない期間】
 男性 70.67年(H22) ⇒ 平均寿命と健康寿命の差を縮める
 女性 72.37年(H22) ⇒ ※平均寿命(H22)
 【日常生活動作自立期間】
 男性 79.08年(H22) ⇒ 男性 80.52年 女性 86.64年
 女性 83.50年(H22) ⇒
- 〔②年齢調整死亡率(人口10万対)〕**
 【がん】※75歳未満
 男性 96.8(H22) ⇒ 82.4
 女性 54.3(H22) ⇒ 46.6
 【脳血管疾患】
 男性 42.8(H22) ⇒ 36.0(H34)
 女性 24.2(H22) ⇒ 22.2(H34)
 【虚血性心疾患】※心不全等除く
 男性 30.5(H22) ⇒ 26.3(H34)
 女性 14.2(H22) ⇒ 12.7(H34)
- 〔③母子保健指標の改善〕**
 【周産期死亡率(出産千対)】
 4.3(H23) ⇒ 全国平均より低い ※全国4.1(H23)
 【新生児死亡率(出生千対)】
 1.2(H23) ⇒ 全国平均より低い ※全国1.1(H23)
- 〔④精神科病院の医師数〕**
 64.9人(H22) ⇒ 72.1人
- 〔⑤訪問看護師数〕**
 368人(H22) ⇒ 490人(H27)
- 〔⑥認知症相談医数〕**
 295人(H24) ⇒ 370人
- 〔⑦災害医療コーディネーターの設置〕**
 なし ⇒ 7圏域・20人
- 〔⑧無菌調剤実施薬局〕**
 7薬局(H23) ⇒ 13薬局

滋賀県保健医療計画 (案)

平成25年(2013年)3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	1
第2章 保健医療環境の概況	2
1 地勢	2
2 人口	3
3 人口動態	4
4 平均寿命	7
5 疾病構造の動向	8
6 後期高齢者医療費と平均在院日数の状況	11
7 保健医療施設等の状況	12
8 医療福祉にかかる現状と課題	16
第3章 基本理念	20
1 基本理念と目指す姿	20
2 基本的な施策の方向性	20
3 取組の重点事項	20
第4章 保健医療圏	23
1 設定の趣旨	23
2 保健医療圏の区分	23
3 二次保健医療圏について	23
第5章 基準病床数	26
1 基準病床の考え方	26
2 既存病床数の現状および基準病床数	26

第2部 健康づくりの推進

第1章 健康づくりと疾病予防・介護予防の推進	28
1 健康づくり	28
2 疾病予防・保健対策	34
(1) 生活習慣病対策	34
(2) 歯科保健対策	37
(3) 母子保健対策	42
3 介護予防	45

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	50
1 地域医療体制の整備	50
2 医療機関の機能分化と連携	50
3 公立・公的病院等の機能充実	50
4 保健所機能の充実強化	52
第2章 疾病・事業ごとの医療福祉体制	53
1 がん	53
2 脳卒中	64
3 急性心筋梗塞	70
4 糖尿病	74
5 精神疾患	81
6 救急医療（小児救急を除く）	90
7 小児医療（小児救急を含む）	98
8 周産期医療	105
9 へき地医療	111
10 在宅医療	116
11 認知症	120
12 慢性腎臓病	125
13 難病	128
14 感染症	133
15 臓器移植・骨髄移植	143
16 リハビリテーション	146
17 障害保健医療福祉	150
18 薬事保健衛生	153
第3章 災害医療対策と健康危機管理の充実	157
1 災害医療対策	157
2 健康危機管理	163
（1）健康危機管理体制	163
（2）感染症	165
（3）医薬品・毒物劇物	166
（4）食の安全	167
第4章 安全、安心な医療福祉サービスの提供	169
1 医療安全対策の推進	169
2 医療機能情報公開の推進	171
3 医療情報化の推進	172
4 医薬分業の推進	174

第5章 患者・利用者を支える人材確保・養成	177
1 医師	177
2 歯科医師	180
3 薬剤師	181
4 保健師・助産師・看護師・准看護師	182
5 管理栄養士・栄養士	185
6 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	186
7 歯科衛生士・歯科技工士	187
8 精神保健福祉士	188
9 その他の保健医療従事者	189
10 介護サービス従事者	190

第4部 計画の推進

第1章 推進体制および評価	191
1 推進体制と役割	191
(1) 県民	191
(2) 医療機関等	191
(3) 医療福祉関係団体	191
(4) 保険者	191
(5) 市町	191
(6) 県	192
2 進行管理と評価	192
(1) 計画の進行管理	192
(2) 計画の評価	192
(3) 進捗状況・評価の公表	192

注：本文中の＊は、用語解説参照

第1部 総論

第1章 計画に関する基本事項

1 計画改定の趣旨

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

平成20年（2008年）3月の保健医療計画改定から5年が経過しますが、この間にも、保健・医療・福祉を取り巻く環境は変化してきており、少子・高齢化の一層の進行、がんや認知症患者の増加など疾病構造の変化、医療技術・情報化の進展、災害や健康被害に対する不安などを背景に、県民の医療福祉へのニーズは多様化・高度化しています。

国においては、安心して希望と誇りが持てる社会の実現を目指して「社会保障・税一体改革」が進められており、医療サービス提供体制の制度改革として、急性期をはじめとする医療機能の強化、病院・病床機能の役割分担・連携の推進、在宅医療の充実等について取り組むこととされました。また、医療法に基づき「医療提供体制の確保に関する基本方針」が改正され、5疾病（がん・脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病・精神疾患）、5事業（救急医療・災害医療・へき地医療・周産期医療・小児医療（小児救急を含む））および在宅医療を中心に、それぞれの疾病・事業ごとに必要な医療機能を明確にしたうえで、医療連携体制を推進していくことが求められています。

本県では、このような状況を踏まえ、今後の医療福祉提供体制のあり方を検討し、県民のニーズに的確に対応しつつ、保健・医療・福祉が一体となって生活を支える「医療福祉*」の仕組みづくりを目指して、「滋賀県保健医療計画」の改定を行います。

2 計画の位置づけ

この計画は、次のような性格を有するものです。

- ① 医療法第30条の4第1項の規定に基づく計画です。
- ② 本県の保健医療施策推進の目標であるとともに、市町の保健医療行政の計画的な運営のための指針です。
- ③ 県民、関係機関・団体、行政等が一体となり協力し、推進していくための指針です。
- ④ 県民および関係機関・団体に対しては、計画に沿った活発な活動が自主的に展開されることを期待するものです。
- ⑤ 「健康いきいき21健康しが推進プラン」、「医療費適正化計画」、「がん対策推進計画」、「レイカディア滋賀プラン」、「障害者福祉しがプラン」など、他の健康福祉関係計画との整合を図り、一体的な事業の推進を行うものです。

3 計画期間

この計画は、平成25年度（2013年度）から平成29年度（2017年度）の5年間とします。

ただし、計画期間中であっても、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に対応するため、必要があれば見直しを行います。

第2章 保健医療環境の概況

1 地勢

(1) 地勢

本県は、日本列島のほぼ中央に位置し、面積は、国土の約1%に相当する4,017.36k㎡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号線や8号線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

平成22年(2010年)の国勢調査による滋賀県の就業者は約67万人で、産業別では第3次産業が59.4%と最も多く、次いで第2次産業が32.7%、第1次産業は2.8%にとどまっています。

また、平成21年(2009年)滋賀県民経済計算年報による1人当たりの県民所得は、295万5千円で、1人当たりの国民所得267万6千円(平成21年国民経済計算年報)を27万9千円上回っています。

2 人口

(1) 現状

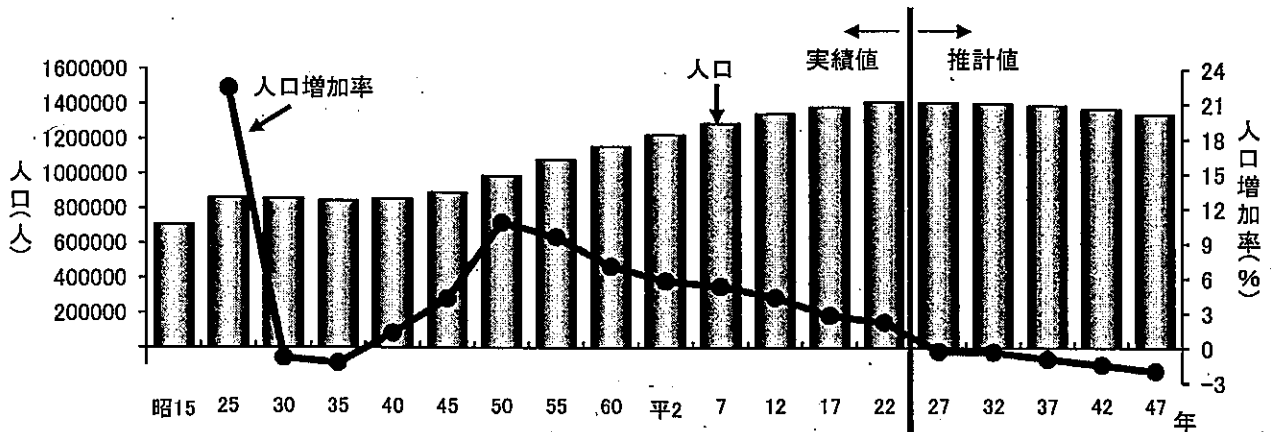
平成 22 年 (2010 年) の国勢調査では、本県の人口は 141 万 777 人となっています。前回 (平成 17 年 (2005 年)) の国勢調査と比較すると、3 万 416 人、2.2% の増加となっています。増加はみられるものの、その増加率は徐々に低下してきています。

(2) 将来の見通し

平成 17 年 (2005 年) 人口を基準に推計された本県の将来推計人口は、平成 27 年 (2015 年) 前後をピークに減少に転じ、平成 47 年 (2035 年) には 134 万 1 千人となり、平成 17 年 (2005 年) の人口の 97.0% になると推計されています。

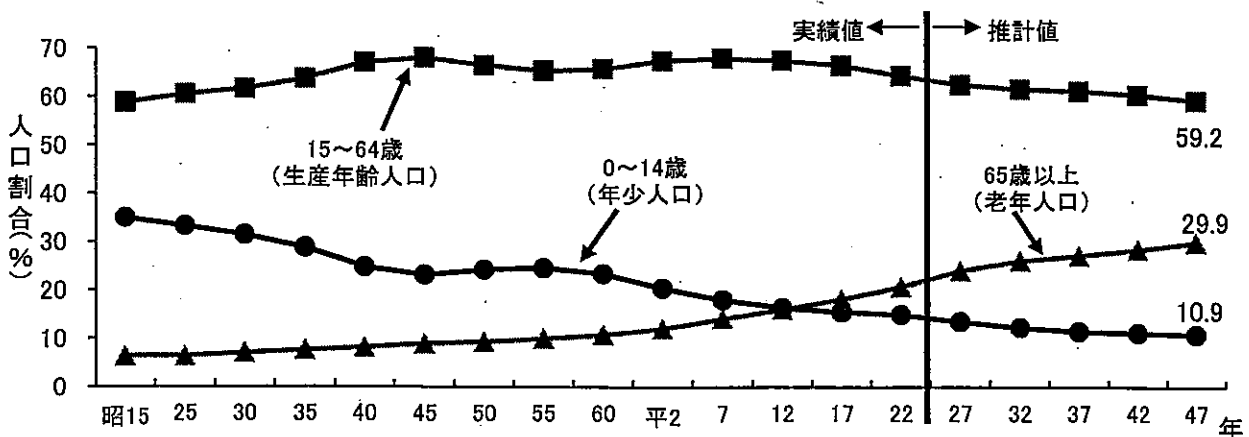
また、平成 17 年 (2005 年) に、65 歳以上人口 (老年人口) 割合は 15 歳未満人口 (年少人口) 割合を上回っており、今後さらに、老年人口割合は増加し、年少人口割合は減少することが見込まれます。

図 1-2-2-1 人口および人口増加率の推移



資料：総務省「国勢調査」平成 22 年 (2010 年) <http://www.stat.go.jp/data/kokusei/2010/index.htm>
 国立社会保障・人口問題研究所「都道府県別将来推計人口平成 19 年 (2007 年) 5 月推計」
<http://www.ipss.go.jp/pp-fuken/j/fuken2007/t-page.as>

図 1-2-2-2 年齢 3 区分別人口の割合の推移



資料：総務省「国勢調査」平成 22 年 (2010 年) <http://www.stat.go.jp/data/kokusei/2010/index.htm>
 国立社会保障・人口問題研究所「都道府県別将来推計人口平成 19 年 (2007 年) 5 月推計」
<http://www.ipss.go.jp/pp-fuken/j/fuken2007/t-page.as>

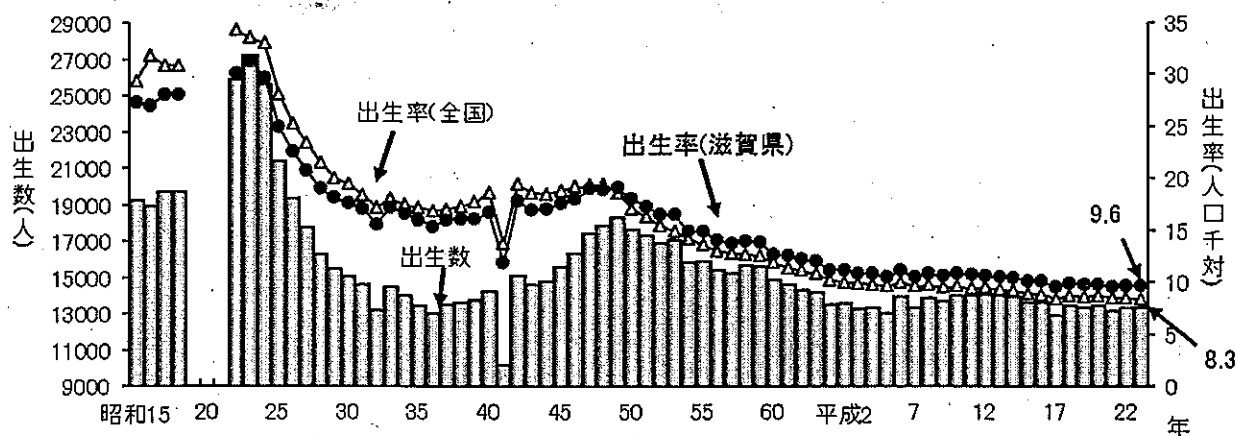
3 人口動態

(1) 出生の動向

平成 23 年（2011 年）の本県の出生数は、1 万 3,338 人、人口千人に対する出生率* は 9.6（全国 8.3）で、全国第 2 位となっています。しかし、本県の出生率は、全国と同じく昭和 50 年（1975 年）以降低下傾向となっています。

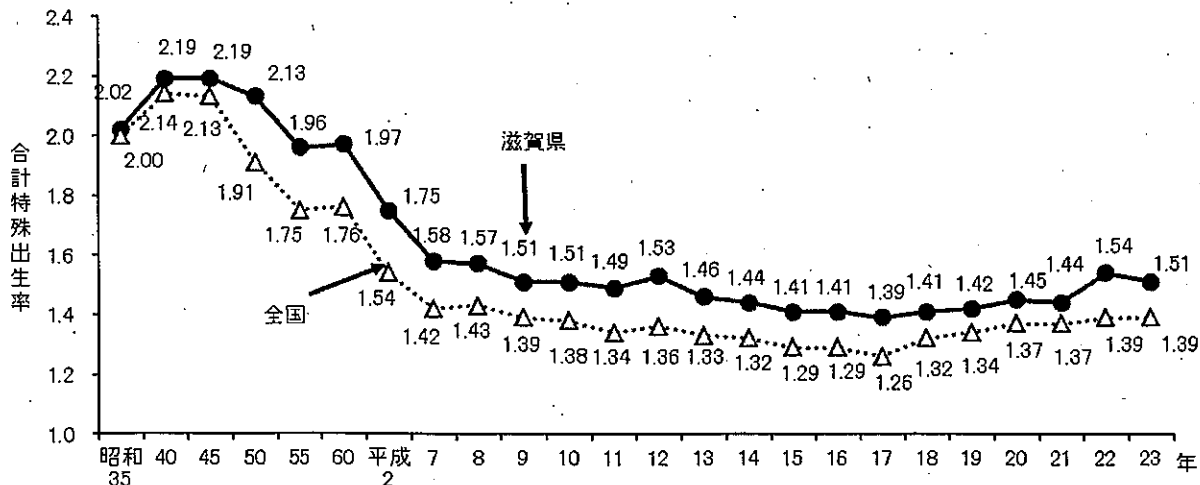
合計特殊出生率（通常一人の女性が生涯に生む平均の子どもの数を表す指標）も、昭和 51 年（1976 年）までは 2.0 以上を維持していましたが、それ以降は低下を続け、平成 17 年（2005 年）は 1.39 と過去最低となりました。しかし、その後は上昇傾向にあり、平成 23 年（2011 年）は 1.51 となっています。

図 1-2-3-1 出生数および出生率の推移



資料：厚生労働省「人口動態統計」昭和 15 年（1940 年）～平成 23 年（2011 年）

図 1-2-3-2 合計特殊出生率の推移

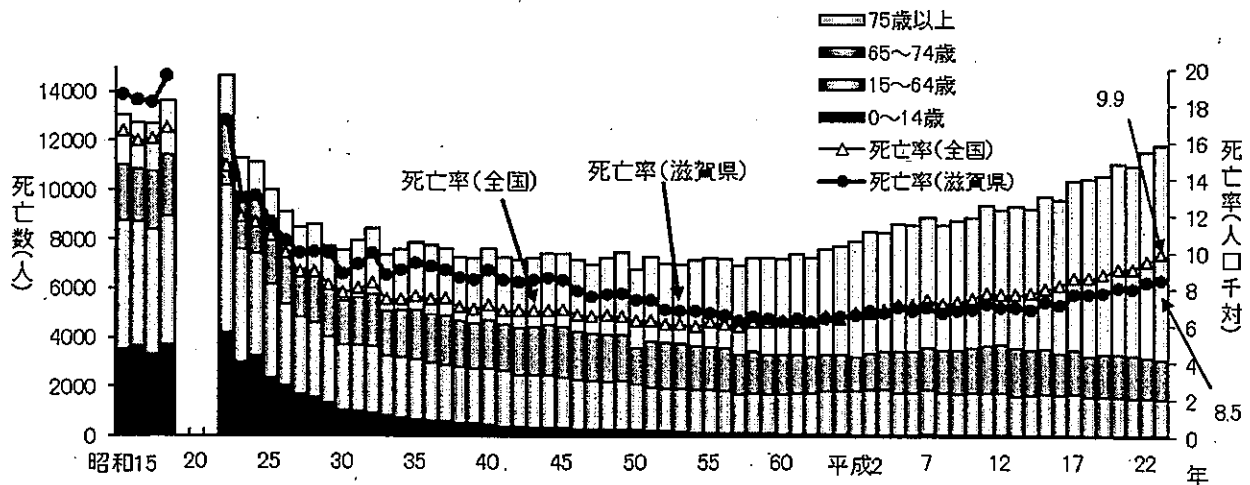


資料：厚生労働省「人口動態統計」昭和 15 年（1940 年）～平成 23 年（2011 年）

(2) 死亡の動向

平成 23 年（2011 年）の本県の死亡数は、1 万 1,884 人、人口千人に対する死亡率は 8.5（全国 9.9）で、低い方から全国で 7 番目の低率となっています。昭和 50 年（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、75 歳以上の死亡数は全死亡数の 7 割を超えています。

図 1-2-3-3 死亡数および死亡率の推移

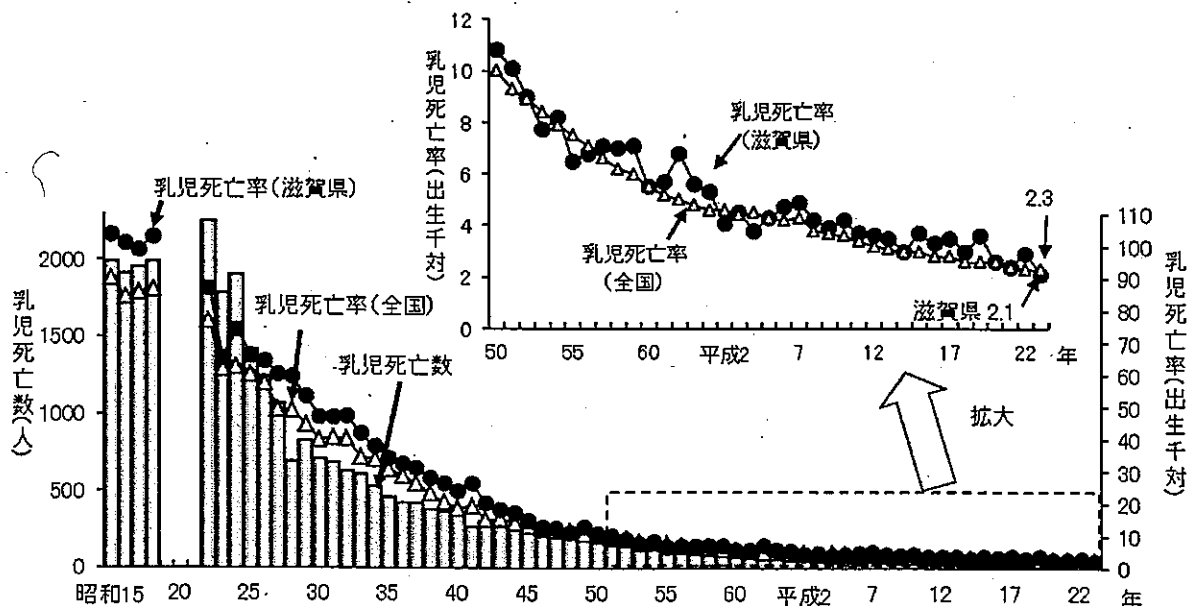


資料：厚生労働省「人口動態統計」昭和 15 年（1940 年）～平成 23 年（2011 年）

(3) 乳児死亡の動向

平成 23 年（2011 年）の本県の乳児死亡（生後 1 年未満児の死亡）数は、28 人で、全死亡数の 0.2% となっています。また、出生数千対の乳児死亡率*は 2.1（全国 2.3）で低い方から全国で 17 番目となっています。

図 1-2-3-4 乳児死亡数および乳児死亡率の推移

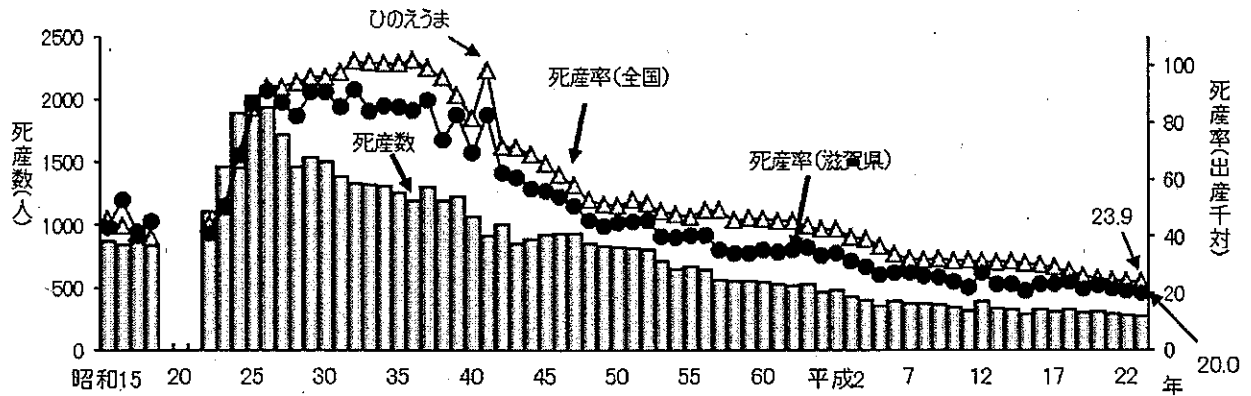


資料：厚生労働省「人口動態統計」昭和 15 年（1940 年）～平成 23 年（2011 年）

(4) 死産の動向

平成 23 年 (2011 年) の本県の死産 (妊娠 12 週以後) 数は、272 で、出産千対の死産率は 20.0 (全国 23.9) で、低い方から全国で 4 番目の低率となっています。

図 1-2-3-5 死産数および死産率の推移

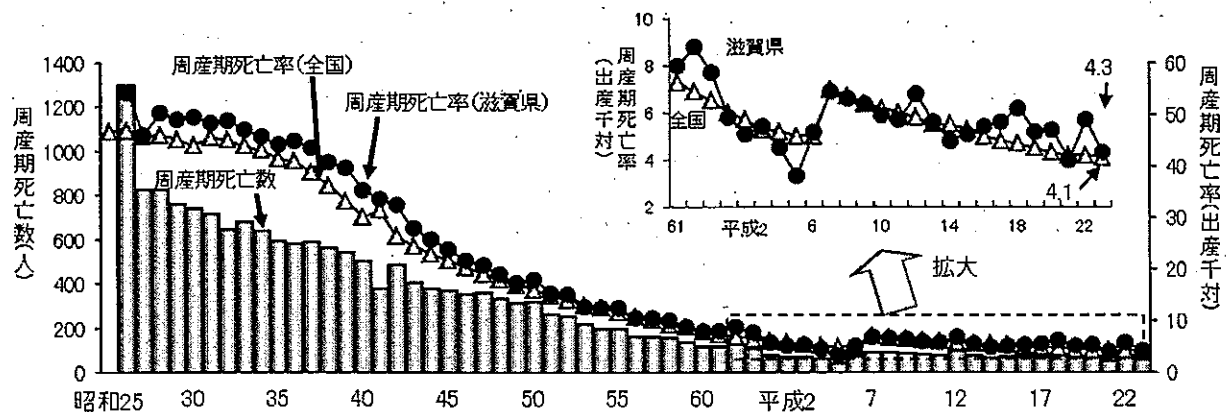


資料：厚生労働省「人口動態統計」昭和 15 年 (1940 年) ~平成 23 年 (2011 年)

(5) 周産期死亡の動向

平成 23 年 (2011 年) の本県の周産期死亡 (妊娠 22 週以後の死産に早期新生児死亡を加えたもの) 数は、58、出産千対の周産期死亡率*は 4.3 (全国 4.1) で、高い方から全国で 20 番目となっています。

図 1-2-3-6 周産期死亡数および周産期死亡率の推移



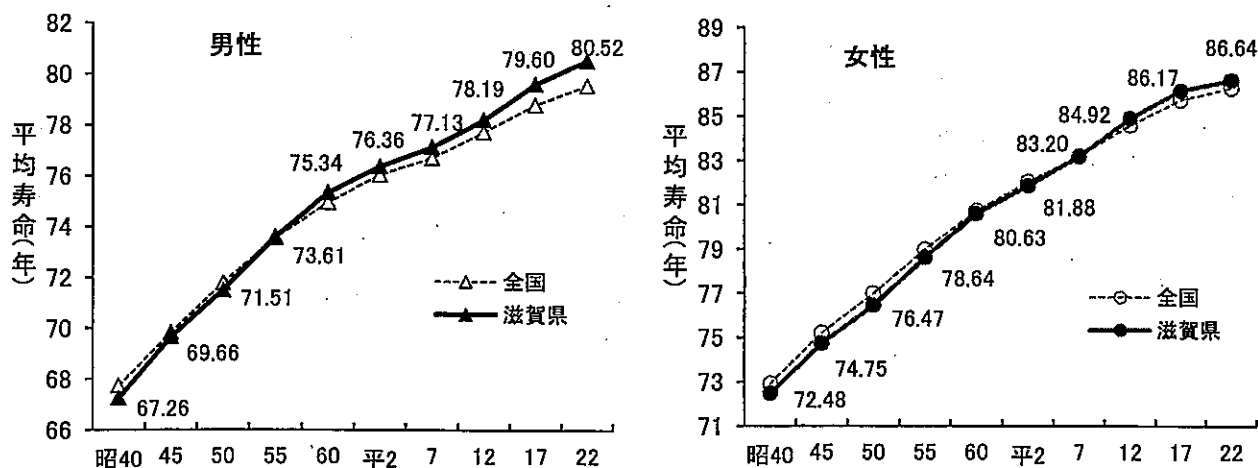
資料：厚生労働省「人口動態統計」昭和 15 年 (1940 年) ~平成 23 年 (2011 年)

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

4 平均寿命

平成 22 年（2010 年）の本県の平均寿命（0 歳の平均余命）は、男性 80.52 年（全国 79.55 年）、女性 86.64 年（全国 86.30 年）となっています。

図 1-2-4-1 平均寿命の推移



資料：厚生労働省「平成 17 年（2005 年）都道府県別生命表」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/tdfk05/index.html>

厚生労働省「第 21 回生命表（完全生命表）」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/seimei/list54-57-02.html>

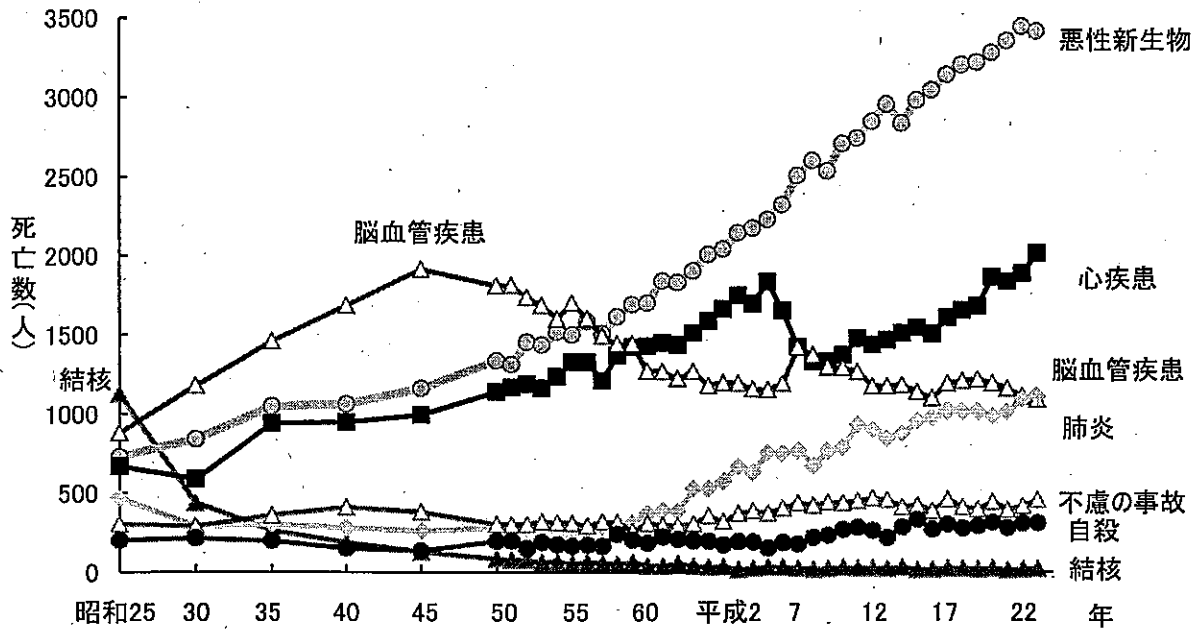
★平成 22 年（2010 年）滋賀県平均寿命は第 21 回生命表（完全生命表）を使用して算出しています。今後、厚生労働省が公表する値と一致しませんので、注意が必要です。

5 疾病構造の動向

(1) 死因別死亡数

本県の悪性新生物（がん）による死亡数は、昭和57年（1982年）に死因順位第1位となり、現在も、急激な増加を続けています。脳血管疾患による死亡数は、昭和26年（1956年）に結核にかわって第1位となりましたが、昭和60年（1985年）に心疾患を下回り、以後現在まで横ばい状態です。

図1-2-5-1 主な死因の死亡数の推移



資料：厚生労働省「人口動態統計」昭和25年（1950年）～平成23年（2011年）

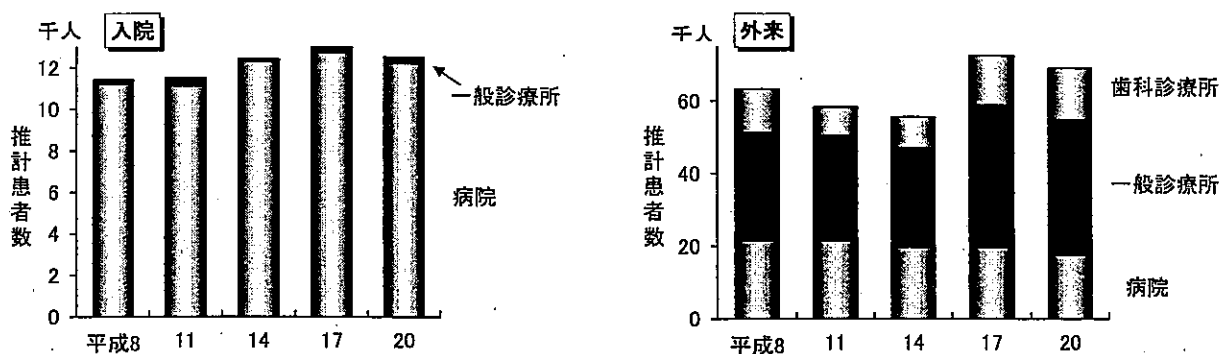
(2) 受療率

受療率は、調査日に、病院、一般診療所、歯科診療所で受療した患者の推計数（推計患者数）を人口 10 万人あたりで表した数です。平成 20 年（2008 年）の患者調査の結果によると、本県の入院受療率は 891（全国 1,091）、外来受療率は 4,915（全国 5,376）で、全国より低くなっています。

推計患者数の年次推移をみると、病院での受療は、入院では徐々に増加し、外来では、横ばいとなっていました。平成 20 年（2008 年）は、入院、外来ともに減少しています。

平成 20 年（2008 年）の受療率を年齢階級別にみると、入院は 5～14 歳、外来は 15～24 歳の受療率が一番低く、その後加齢とともに高くなっています。男女別では、入院は 45～74 歳で男性の方が高く、外来は 15～74 歳で女性の方が高くなっています。

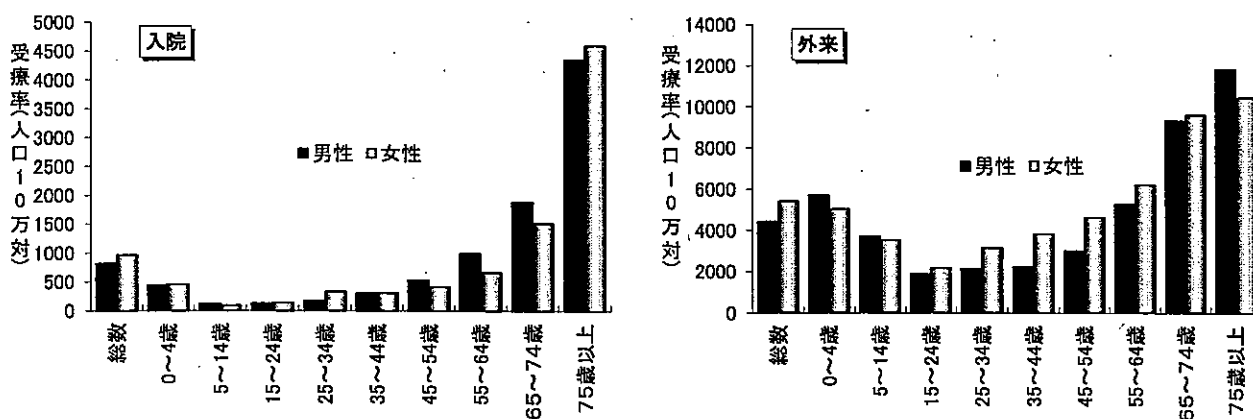
図 1-2-5-2 施設の種類の推計患者数の推移



資料：厚生労働省「患者調査」平成 8 年（1996 年）、平成 11 年（1999 年）、平成 14 年（2002 年）、平成 17 年（2005 年）、平成 20 年（2008 年）

<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/NewList.do?tId=000001031167>

図 1-2-5-3 平成 20 年（2008 年）の男女別年齢階級別受療率（人口 10 万対）

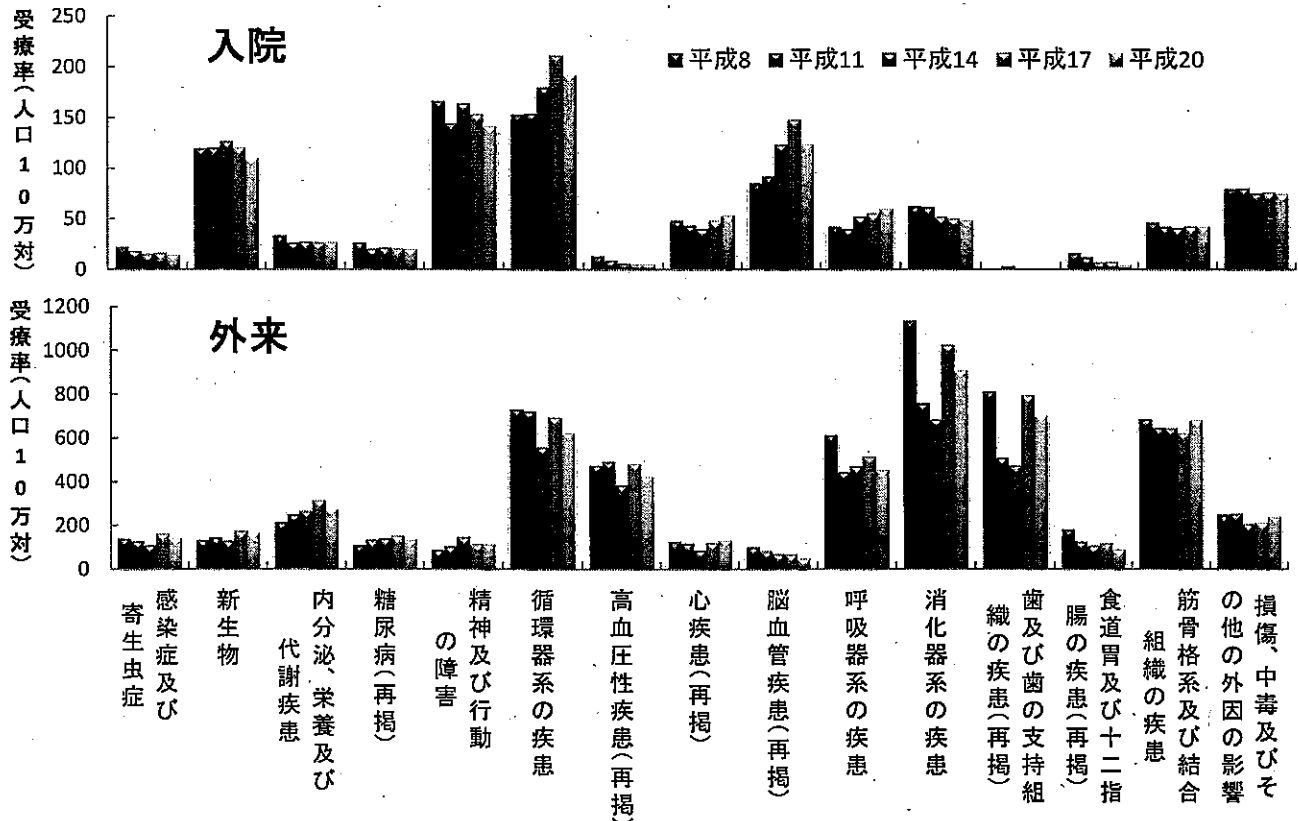


資料：厚生労働省「患者調査」平成 20 年（2008 年）

<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/NewList.do?tId=000001031167>

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

図1-2-5-4 主な傷病別受療率の推移

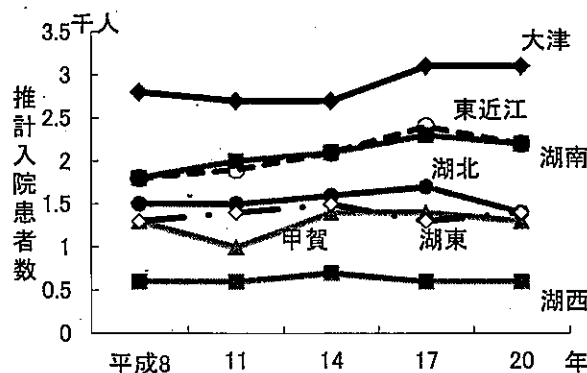


資料：厚生労働省「患者調査」平成8年（1996年）、平成11（1999年）、平成14年（2002年）、平成17年（2005年）、平成20年（2008年）

<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/NewList.do?tid=000001031167>

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17年（2005年）まで、大津、湖南、東近江、湖北は増加傾向でしたが、平成20年（2008年）は低下しています。湖東および湖西は横ばいとなっています。

図1-2-5-5 二次保健医療圏別病院の推計入院患者数の推移（患者住所地）



資料：厚生労働省「患者調査」平成8年（1996年）、平成11（1999年）、平成14年（2002年）、平成17年（2005年）、平成20年（2008年）

<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/NewList.do?tid=000001031167>

6 後期高齢者医療費と平均在院日数の状況

全国および本県における後期高齢者医療費の推移は表1-2-6-1のとおりです。平成20年度（2008年度）の県民医療費は3,384億円であり、本県の後期高齢者医療費が総医療費に占める割合は、およそ3分の1となります。

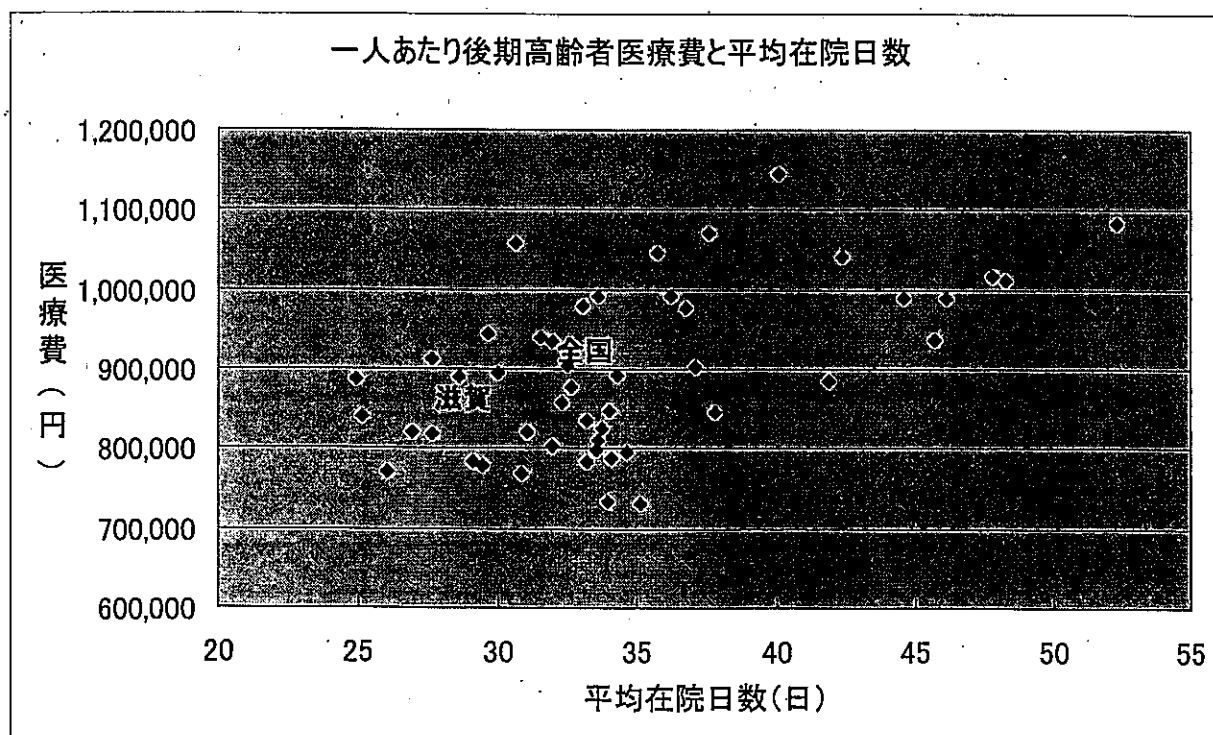
表1-2-6-1 後期高齢者医療費の推移

		平成20年度 (2008年度)	平成21年度 (2009年度)	平成22年度 (2010年度)
全 国		11兆4,145億円	12兆0,108億円	12兆7,213億円
	一人あたり医療費	865,146円	882,118円	904,795円
滋賀県		1,122億円	1,182億円	1,264億円
	一人あたり医療費	833,028円	854,763円	889,512円

(厚生労働省 平成20年、21年、22年「後期高齢者医療事業状況報告」、「病院報告」)

また、図1-2-6-2は、各都道府県の一人あたりの後期高齢者医療費と平均在院日数をグラフ化したもので、平均在院日数が長くなるほど、一人あたりの後期高齢者医療費が高くなる傾向が見られます。

図1-2-6-2 各都道府県別一人あたり後期高齢者医療費と平均在院日数の関係



(厚生労働省 平成22年度「後期高齢者医療事業状況報告」、「病院報告」)

7 保健医療施設等の状況

(1) 病院

病院は、医師または歯科医師が、公衆または特定多数人のため医業または歯科医業を行う場所であって、20人以上の患者を入院させるための施設を有する医療施設です。

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

平成24年(2012年)4月1日現在、県内の病院数は59病院、病院病床数は14,646床で、前回計画改定年度(平成19年(2007年)4月1日)に比べ、病院数では2病院の減少、総病床数では527床の減少となっています。

病院数・病院病床数(開設許可病床数)は、表1-2-7-1のとおりです。

表1-2-7-1 病院数・病院病床数(開設許可病床数)

	県全体	保健医療圏						
		大津	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北	湖西
病院数	59	15	14	7	12	4	4	3
病院病床数	14,646	4,153	3,050	1,548	2,710	1,315	1,460	410
一般病床	9,446	2,481	2,410	838	1,393	972	1,046	306
療養病床	2,718	656	416	299	877	209	161	100
結核病床	77	47	0	0	20	10	0	0
精神病床	2,373	961	220	407	416	120	249	0
感染症病床	32	8	4	4	4	4	4	4

(平成24年(2012年)4月1日現在)

厚生労働省の医療施設調査(平成22年(2010年)10月1日現在)によると、本県の人口10万人あたりの病院数は4.3病院、病院病床数は1,055床で、平均在院日数は28.6日(一般病床14.9日、療養病床143.2日)となっています。

開設者別でみると、表1-2-7-2のとおりとなっています。

表1-2-7-2 開設者別病院数

開設者	県全体	保健医療圏						
		大津	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北	湖西
国	3	1		1	1			
県	3		3					
市	11	1	1	2	3	1	2	1
公的病院の開設者	4	2	1				1	
医療法人	27	8	7	3	6	2		1
その他の法人	9	1	2	1	2	1	1	1
個人	2	2						

(平成24年(2012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	4	3	1					
50～99床	4		1	1	1			1
100～199床	28	5	9	4	6	1	2	1
200床以上	23	7	3	2	5	3	2	1
計	59	15	14	7	12	4	4	3

(平成24年(2012年)4月1日現在)

表1-2-7-4 《参考》諸外国における平均在院日数(一般病床) (単位:日)

	日本	ドイツ	フランス	イギリス	アメリカ
平均在院日数	18.2	9.5	5.7	7.7	4.9

(出典: OECD「Health Data 2012」(2010年実績)、日本の数値…厚生労働省「病院報告」(平成22年(2010年))

(2) 診療所

診療所は、医師または歯科医師が、公衆または特定多数人のため医業または歯科医業を行う場所であって、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。

平成24年(2012年)4月1日現在の県内の一般診療所数は1,028(うち有床診療所49、病床数598)であり、前回計画改定年度(平成19年(2007年)4月1日)に比べ、診療所数では72の増加、病床数では13床の減少となっています。

一般診療所数・病床数は、表1-2-7-5のとおりです。

表1-2-7-5 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	1,028	281	262	82	136	113	114	40
無床診療所	979	266	247	76	130	111	112	37
有床診療所	49	15	15	6	6	2	2	3
有床診療所 病床数	598	129	192	87	80	38	35	37
療養病床	42	17	25	0	0	0	0	0
一般病床	556	112	167	87	80	38	35	37

(平成24年(2012年)4月1日現在)

厚生労働省の医療施設調査（平成 22 年（2010 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 70.5 診療所、診療所病床数は 44.1 病床となっています。

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、歯科医師が、公衆または特定多数人のため歯科医業を行う場所であって、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。

平成 24 年（2012 年）4 月 1 日現在、県内の歯科診療所数は 563 であり、前回計画改定年度（平成 19 年（2007 年）4 月 1 日現在）に比べ、14 の増加となっています。

歯科診療所数は、表 1-2-7-6 のとおりです。

表 1-2-7-6 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	563	141	132	53	85	67	65	20

（平成 24 年（2012 年）4 月 1 日現在）

厚生労働省の医療施設調査（平成 22 年（2010 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 39.3 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。なお、国の検討会では、国全体での歯科医師の過剰感から歯科医師の新規参入の削減などが必要と報告されています。

(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。平成 24 年（2012 年）4 月 1 日現在、県内の薬局数は 510 であり、前回計画改定年度（平成 19 年（2007 年）4 月 1 日）に比べ、61 の増加となっています。

厚生労働省の薬事関係業態数調（平成 22 年度（2010 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 0.94%となっています。

薬局数は、表 1-2-7-7 のとおりです。

表 1-2-7-7 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	510	118	121	44	73	72	60	22

（平成 24 年（2012 年）4 月 1 日現在）

(4) 市町保健センター

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

市町保健センターの設置状況は、表 1-2-7-8 のとおりです。

表 1-2-7-8 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	44	1	4	7	7	5	14	6

(平成 24 年(2012 年) 10 月現在)

(5) 保健所

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

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

災害発生時には、迅速な医療提供体制等が確保されるよう、災害対策地方本部等の運営にあたりとともに、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。

保健所の設置状況は、表 1-2-7-9 のとおりです。

表 1-2-7-9 保健所一覧表

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

8 医療福祉にかかる現状と課題

(1) 高齢化の進展

○ 「日本の都道府県別将来推計人口（国立社会保障・人口問題研究所：平成19年（2007年）5月推計）」によると、本県の65歳以上人口は平成22年（2010年）の約29万人から平成27年（2015年）では約5万人の増加が見込まれており、その増加率は、全国第5位となっています。

○ 75歳以上人口は、平成22年（2010年）の約14万人から平成27年（2015年）では約2万人の増加、平成42年（2030年）では約10万人の増加が見込まれています。

○ 65歳以上の要介護等認定者数は平成18年度（2006年度）では、約3万9千人だったのが、平成23年度（2011年度）末には約4万9千人と、5年間で約1万人増加しています。

○ 世帯数の将来推計によると、本県のひとり暮らし高齢者の世帯数は、平成22年（2010年）の32,000世帯から平成27年（2015年）41,000世帯へと増加が見込まれています。

○ 高齢化の進展と要介護等認定者数の増加を背景に、今後需要が高まることが予測される在宅医療や介護予防等の対策が急務です。

(2) 疾病構造の変化

○ 厚生労働省が実施する人口動態統計によると、本県のがん、心疾患、脳血管疾患の三大死因別死亡数は総死亡数の6割近くで推移しています。

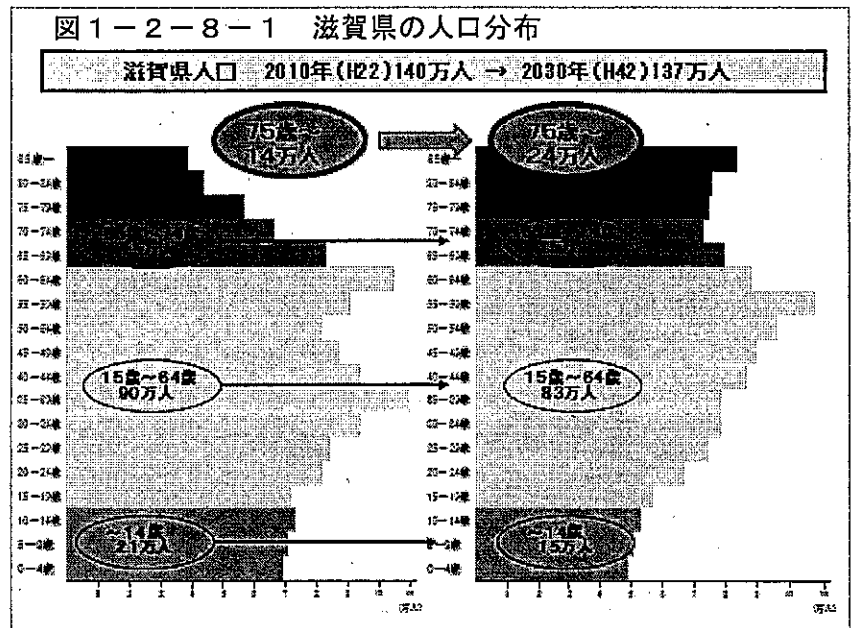
○ 平成20年（2008年）患者調査結果から60歳以上の患者割合をみると、がんでは69.1%、循環器系疾患では85.4%となっており、高齢化の進展に伴い今後ますます率が高まることが予測されます。

○ 本県の認知症高齢者数について、全国推計をもとに算出すると、平成22年（2010年）約27,400人、平成27年（2015年）約34,500人、平成32年（2020年）には約41,400人と推計されます。

○ 将来予測も踏まえた疾病構造の変化を的確に把握し、生活習慣病や認知症等の予防対策の充実を図るとともに、患者増加が見込まれる疾病に対応した医療提供体制の構築が必要です。

(3) 高い年少人口割合

○ 本県の年少人口（0～14歳）割合は、平成23年（2011年）10月現在14.9%であり、沖縄県に次ぐ全国第2位となっています。



- 今後、年少人口割合は減少していく見込みですが、次世代の活力ある地域づくりのために、子どもを安心して産み、育てられる医療福祉環境を整備する必要があります。

(4) 生活習慣への関心の高まり

- 近年の健康志向を背景に、県民の生活習慣病に対する関心が高まっています。
- 県民が自らの健康について理解を深め、生涯を通じて主体的に健康づくりに努めることができるよう、食育や運動指導の推進、生活習慣病予防等に関する適切な情報提供が求められています。

(5) 災害などへの不安

- 平成 23 年（2011 年）3 月 11 日に発生した東日本大震災以降、県民の地震災害、原子力災害に対する不安が高まると同時に、防災意識の高まりも見られます。
- 平成 23 年（2011 年）6 月に実施した「滋賀県政世論調査」の結果によると、県が進めるべき防災対策については、「正確、迅速な情報連絡体制を充実する」が 64.2%と最も高く、次いで「医療体制を整備する」が 43.6%となっています。
- 地震等の大規模災害発生時に、医療救護活動や医薬品等の供給が迅速かつ円滑に行われるよう災害時の医療体制を確保する必要があります。
- また、新型インフルエンザをはじめとする感染症等の健康危機事案への対策も強化する必要があります。

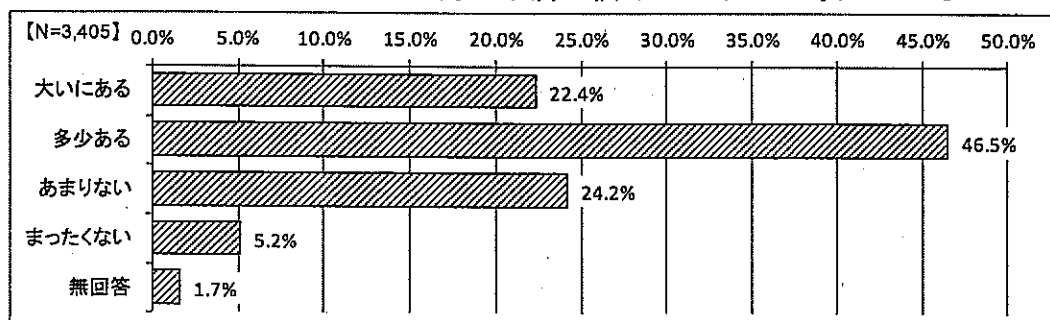
(6) 情報化の進展

- 医療現場における情報化については、電子カルテシステムの普及、レセプト*の電子化等が進展し、電子的な医療情報量が急増しています。
- 病院間や病院と診療所間の適切な役割分担により診断・治療を一体的に行う地域医療連携、また地域の医療福祉に携わる多職種間での迅速で効率的な情報共有等の実現のためには、情報通信技術の活用が不可欠です。
- 限られた資源を有効に活用し、県内のどこに住んでいても質の高い医療福祉サービスが受けられるようにするため、安全な環境の下で医療情報連携の仕組みを整備することが求められています。

(7) ストレスの増大

- 平成 24 年（2012 年）7 月に実施した「滋賀の医療福祉に関する県民意識調査」の結果によると、過去 1 か月の不満・悩み・ストレス等の有無について、「多少ある」が 46.5%で最も多く、「大いにある」の 22.4%とあわせると、7 割近くの人がストレス等を感じています。

図 1-2-8-2 過去 1 か月の不満・悩み・ストレス等について

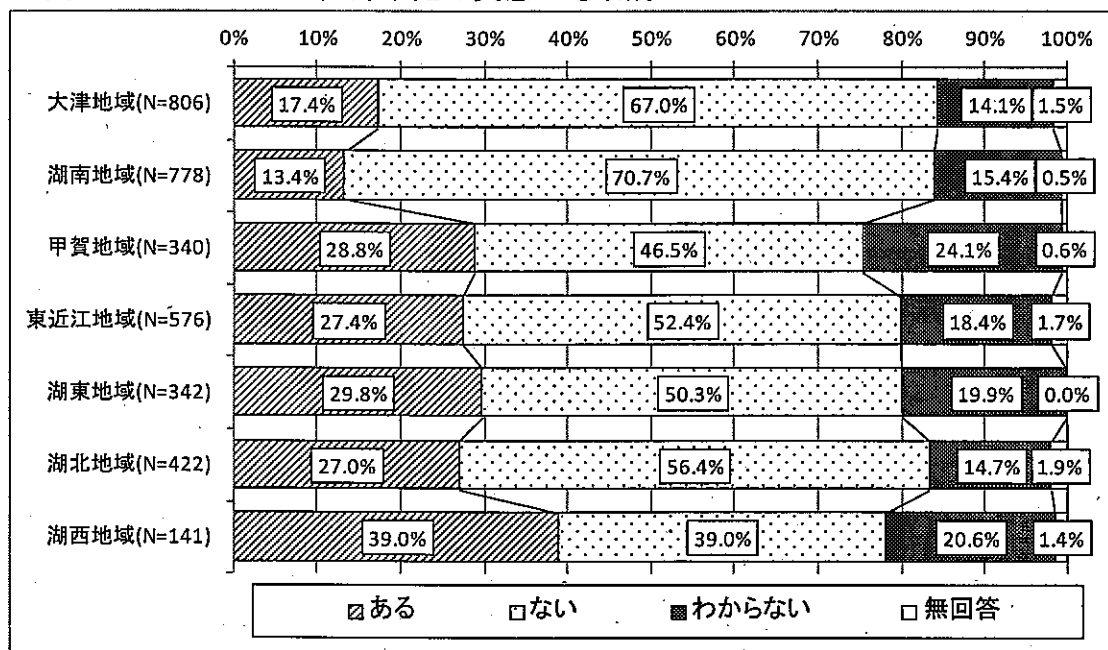


- 本県の自殺者数は、昭和 30 年（1955 年）から 200 人前後で推移してきましたが、平成 15 年（2003 年）には 330 人に達し、以降は 300 人前後で推移しています。
- 精神科等への通院・入院患者が年々増加傾向にある中、自殺者の減少や地域生活の継続が図れるよう、精神疾患の早期発見・早期対応が行える体制整備が必要です。

(8) 医療福祉従事者の不足、地域等の偏在

- 「滋賀の医療福祉に関する県民意識調査（平成 24 年 7 月実施）」の結果から医師不足の実感について地域別にみると、甲賀地域や東近江地域、湖東地域、湖北地域、湖西地域で多くなっています。

図 1-2-8-3 医師不足の実感—地域別



- 本県の医師、歯科医師、薬剤師等の医療従事者は、人口 10 万人あたりでは全国平均を下回っている状況です。また地域や診療科において偏在が生じており、地域間格差の是正や不足する診療科医師の確保が求められています。

(9) 医療福祉に関する県民意識

- 平成 24 年（2012 年）6 月に実施した「滋賀県政世論調査」の結果によると、県の施策で力を入れてほしいと思うことについて、「在宅医療の推進や介護サービス、医療施設の整備」が最も多く 27.4%となっています。この調査項目では、毎年、医療福祉分野が最も多い結果となっています。
- 「滋賀の医療福祉に関する県民意識調査（平成 24 年 7 月実施）」の結果によると、今後充実を望んでいる医療分野では、多い順から「がん対策」、「救急医療」、「認知症対策」、「在宅医療」、「小児医療」となっています。
- また、自分の高齢期（概ね 65 歳以上）の生活に不安を感じているかどうかでは、「多少感じている」が 44.7%で、「おおいに感じている」の 33.5%をあわせると「感じている」とした人が 8 割近くとなっています。不安の内容では、「年金・介護・医療など社会保障」や「自分の健康」が多く、次いで「税金や社会保険料の負担」「家族の健康」となっており、年金などの社会制度と健康への不安感が強くなっています。

図 1-2-8-4 今後充実してほしい医療分野

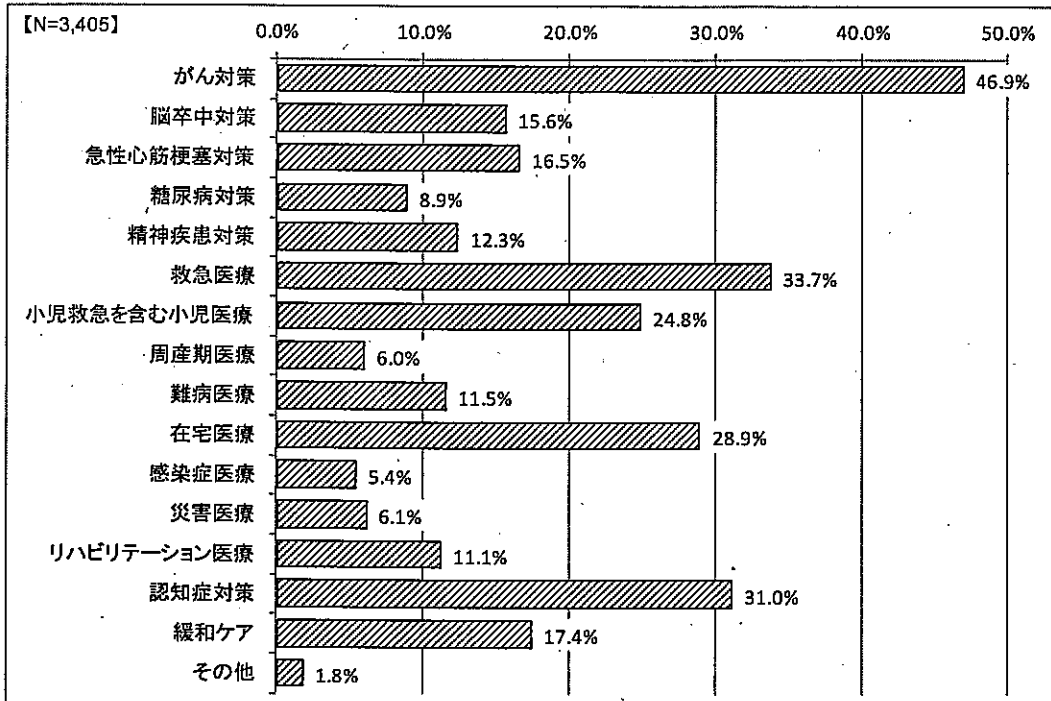


図 1-2-8-5 高齢期の生活の不安

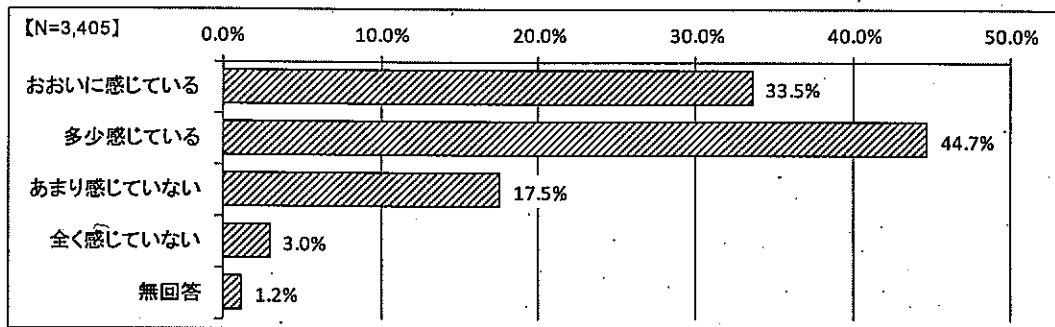
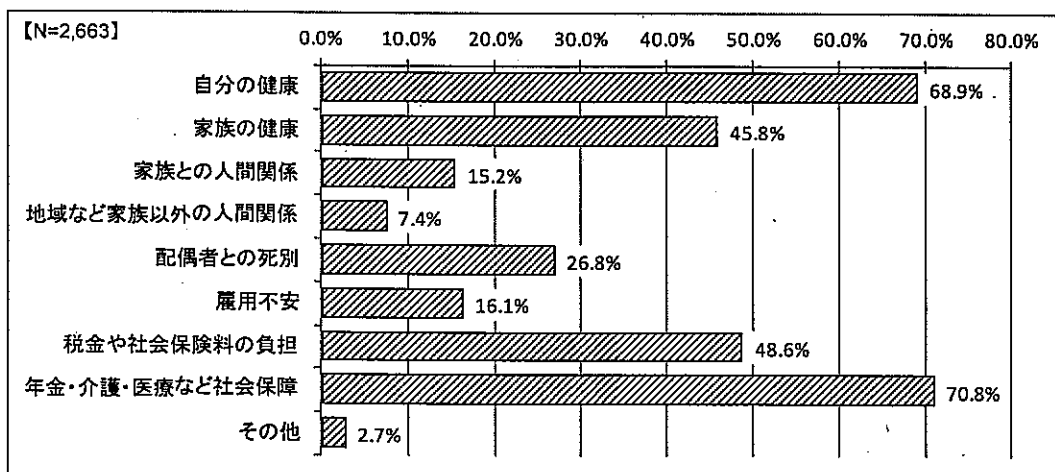


図 1-2-8-6 高齢期の生活の不安の内容



第3章 基本理念

1 基本理念と目指す姿

本県の医療福祉にかかる現状と課題を踏まえ、計画の基本理念を次のとおりとします。また、計画を推進していくことにより、次の5つの姿を目指すこととします。

基本理念：『県民の健康的な生活を支える「医療福祉」の推進』

《保健医療計画で目指す5つの姿》

- 1 すべての年代が健康的な生活を送れている
- 2 医療と福祉が一体となって生活を支えている
- 3 安全・安心な地域医療福祉の体制が整備されている
- 4 高度・専門医療の充実で必要なサービスを受けることができる
- 5 住み慣れたところで在宅療養生活が送れ、安心して人生の最期を迎えられる

2 基本的な施策の方向性

団塊の世代が75歳以上となる平成37年（2025年）も見据えながら、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) 健康寿命を延ばす疾病予防・介護予防の推進
- (2) 次世代を育む医療福祉の充実
- (3) 安全・安心な医療福祉体制の確立
- (4) 医療福祉にかかる連携の強化

3 取組の重点事項

基本理念、基本的な施策の方向性を踏まえ、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、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) 生涯を通じた健康づくりの推進

ア 生活習慣病予防・介護予防の推進、健康寿命の延伸

- ① 健康寿命の延伸と健康格差の縮小
- ② 生活習慣病の発症予防と重症化予防
- ③ 高齢者の自立と社会参加の仕組みづくり

イ 次世代につながる健康づくりの推進

- ① 疾病予防のためのワクチンの活用
- ② 子どもの健康づくり、子どもの頃からの食育推進

(2) 良質な医療福祉提供体制の整備

ア 安全・安心な医療提供体制の構築

- ① 「地域の視点」と「広域の視点」による医療福祉体制整備
- ② 医療法に定める5疾病をはじめ、認知症、慢性腎臓病などの各種疾病および医療分

- 野ごとの医療連携体制の確立
- ③ 最先端医療技術の導入促進
- イ 次世代育成型の医療福祉体制の充実
 - ① 母子保健対策の推進
 - ② 周産期医療・小児医療・小児救急体制の充実強化
- ウ 情報通信技術を活用した医療連携の推進
 - ① 医療機関を結ぶ医療情報連携ネットワークの構築
 - ② がん病理診断などの遠隔医療の推進
 - ③ 「医療知識」と「情報技術」を合わせ持つ人材の養成
- エ 将来予測に基づく医療福祉体制整備を図るためのしくみづくり
 - ① 新しい診断法・治療法・治療機器の開発、医工連携の推進
 - ② 疾病登録・分析の推進
- (3) 精神疾患対策の推進**
 - ア うつ病対策の推進
 - ① かかりつけ医と精神科医との連携（G-Pネット*）の促進
 - ② 産業保健や学校保健、地域保健等との連携によるうつ病対策の推進
 - イ 退院可能な入院患者の地域移行と地域定着の支援
 - ① 患者の状態に応じた訪問型支援や訪問看護などの充実
 - ② グループホームなどの住まいや日中活動の場の整備促進
- (4) 地域を支える医療福祉・在宅看取りの推進**
 - ア 医療福祉サービスの総合的な提供体制
 - ① 入院から在宅への円滑な移行の促進
 - ② 在宅医療を後方支援する機能の強化
 - ③ 多職種連携、チーム医療の推進
 - イ さまざまな看取りが受け入れられる地域づくり
 - ① 在宅医療・在宅看取りの普及啓発、エンディングノート*等の活用促進
 - ② かかりつけ医や在宅主治医をもつことの普及促進
- (5) 患者・利用者を支える人材の確保・養成**
 - ア 医療福祉を支える医師・看護師等の確保・養成
 - ① 県内で不足する診療科医師の確保
 - ② がんや認知症など増加する患者に対応できる専門医や認定看護師の確保・養成
 - イ 在宅医療福祉を支える人材の確保・養成
 - ① 在宅医療を担う専門職種の確保と多様なニーズに対応できる知識や技術の習得
 - ② 地域の医療福祉を支える人材を地域が育てる環境整備
- (6) 災害医療対策と健康危機管理体制の充実**
 - ア 災害医療対策
 - ① 原子力災害を含む災害医療対策の強化
 - イ 健康危機管理体制の充実
 - ① 新型インフルエンザ対策をはじめとする健康危機管理体制の充実

(7) 地域リハビリテーション医療福祉の推進

ア 地域リハビリテーションにおける医療と福祉の統合

- ① 健康的な地域生活を送るための医療と福祉が統合した地域リハシステムの構築
- ② 複合的知識を兼ね備えた理学療法士・作業療法士等の養成

(8) 地域・住民が守り育てる医療福祉

ア 生活を支える地域医療福祉の構築

- ① 住民の主体的な参加による医療福祉のネットワークづくり
- ② 住民と医療福祉関係者との信頼関係（コミュニケーション）に基づく医療資源の有効活用
- ③ 病院内や地域における医療福祉ボランティアの育成

第4章 保健医療圏

1 設定の趣旨

すべ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、関係機関の機能分担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

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ています。

現在の入院患者の動向を見てみると、救急患者および脳卒中、急性心筋梗塞などの急性期患者については、すべての二次保健医療圏内でほぼ完結し、対応できている状況です。また、福祉圏域との整合を図りながら、保健・医療・福祉が一体となって生活を支える「医療福祉」の推進体制の整備が進みつつあります。

これからの超高齢社会に対応するためには、在宅療養患者の急変時の後方支援も含めたケア体制の充実が必要であり、また原発隣接県でもある本県では、圏域単位での原子力災害を含む災害医療の充実強化が重要課題でもあります。こうしたことから、二次保健医療圏の区域は現行のとおりとし、引き続き救急・急性期医療や災害医療、在宅医療（急変時対応等）などの提供単位として対応していきます。

なお、広域での対応が必要な疾病・事業については、医療資源等の実情に応じて、隣接する二次保健医療圏間での連携等により適切な医療福祉提供体制を確保していきます。

表 1-4-3-1 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 m ²)
二次保健医療圏	大津保健医療圏	1	大津市	337,634	464.10
	湖南保健医療圏	4	草津市、守山市、栗東市、野洲市	321,044	256.55
	甲賀保健医療圏	2	甲賀市、湖南市	147,318	552.18
	東近江保健医療圏	4	近江八幡市、東近江市、日野町、竜王町	233,003	728.12
	湖東保健医療圏	5	彦根市、愛荘町、豊郷町、甲良町、多賀町	155,101	392.16
	湖北保健医療圏	2	長浜市、米原市	164,191	931.25
	湖西保健医療圏	1	高島市	52,486	693.00
三次保健医療圏	滋賀県全域	19		1,410,777	4,017.36

圏域人口：平成 22 年国勢調査

圏域面積：平成 23 年全国都道府県市区町村別面積調

图 1-4-3-2 二次保健医療圏図



第5章 基準病床数

基準病床数制度は、人口構成に応じた入院需要の発生率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、全国的に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、入院需要の発生率等の係数や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。

また、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。

なお、本県における、医療法第7条第3項の規定による医療法施行規則第1条の14第7項に該当する診療所（届出により一般病床の設置および増床ができる診療所。）は、「産科または産婦人科を標榜し、実際に分娩を取り扱う診療所（ただし、平成30年（2018年）3月31日までに開設届または開設許可の申請が受理されたものに限る。）」、「診療報酬上の在宅療養支援診療所*の届出をしている診療所」および「地域において良質かつ適切な医療が提供されるために、特に必要であると医療審議会が認めた診療所」とします。これらの診療所の一般病床は、県が医療政策上、特に必要と認めるものであるため、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。

2 既存病床数の現状および基準病床数

平成24年（2012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。

また、病院の全病床の病床利用率は全国の82.3%に対し、本県は79.8%（厚生労働省：平成22年病院報告）となっています。

国の定める算定方法（医療法第30条の4第2項第12号）の規定に基づき、同法施行規則第30条の30に規定された算定方法により算定した、この計画期間における本県の基準病床数は次のとおりです。

表1-5-2-1 保健医療圏別基準病床数および既存病床数

区分	保健医療圏名	基準病床数	開設許可病床数			既存病床数 (補正後)
			合計	一般	療養	
一般病床および療養病床	大津保健医療圏	2,935	3,275	2,602	673	3,110
	湖南保健医療圏	2,192	2,994	2,553	441	2,603
	甲賀保健医療圏	1,057	1,243	925	318	1,095
	東近江保健医療圏	1,644	2,333	1,456	877	2,281
	湖東保健医療圏	1,005	1,200	991	209	1,200
	湖北保健医療圏	1,097	1,242	1,081	161	1,207
	湖西保健医療圏	349	443	343	100	406
	合計	10,279	12,730	9,951	2,779	11,902

県全域	精神病床	2,345	2,373	2,373
	感染症病床	34	32	32
	結核病床	73	77	77

(開設許可病床数および既存病床数は平成24年4月1日現在)

注) 開設許可病床数と既存病床数との差は、医療法の規定によるICU病床等の補正と特定病床(既存病床数に含まれない診療所の一般病床)が存在することによる。

第2部 健康づくりの推進

第1章 健康づくりと疾病予防・介護予防の推進

1 健康づくり

現状と課題

(1) 県民の健康状況

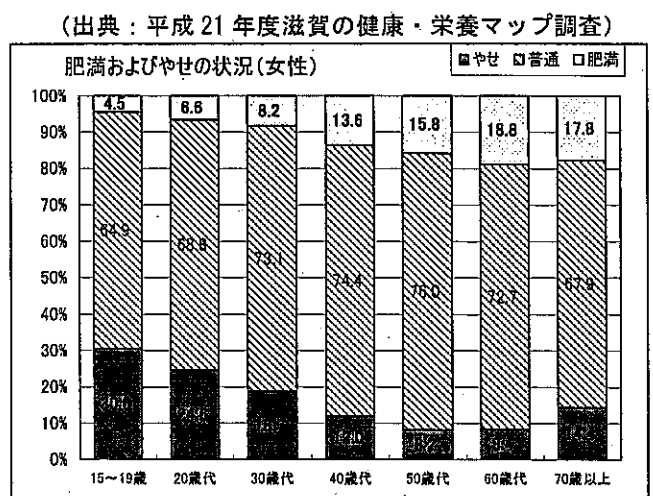
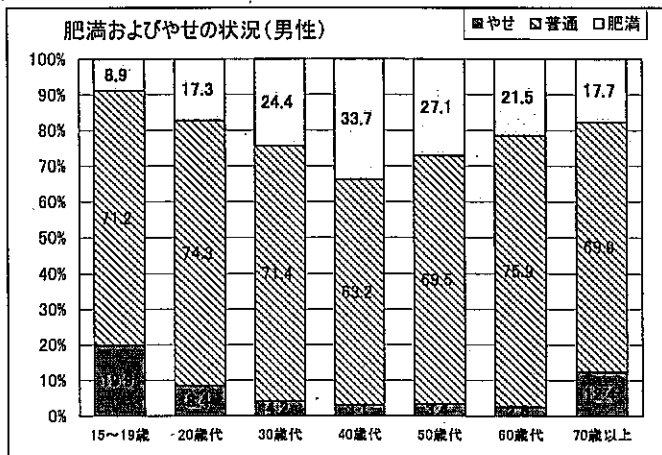
- 本県では、健康づくりを総合的に推進するため、平成12年度(2000年度)に「健康いきいき21—健康しが推進プラン—」を策定し、健康づくりを重点的に推進する11の領域において、目標項目および目標値を定め、県民の健康づくりの推進に取り組んできました。
- 平成23年度(2011年度)に計画の評価を行ったところ、目標項目全体の56%が改善あるいは改善傾向にあり、分野別に見ると、「たばこ」、「歯の健康」、「アルコール」の領域については改善傾向にある項目が多い一方、「栄養・食生活」、「休養・こころの健康」、「循環器病」、「糖尿病」は改善傾向にある項目が少ない状況でした。
- 健康寿命とは、「健康な状態」で生存する期間、あるいはその指標の総称をいい、その指標には「本人が健康を自覚しているか」または「日常生活に活動制限がないか」(国民生活基礎調査)という主観的なものと、要介護度で算出される客観的なもの(平均自立期間)があります。

「日常生活に活動制限のない」期間は、男性70.67歳(全国70.42歳)、女性72.37歳(同73.62歳)です。(国民生活基礎調査)

また、要介護度で算出される平均自立期間は、男性79.08歳(全国78.15歳)、女性83.50歳(同83.16歳)です。

- 県民の肥満の状況は、男性では30～50歳代で高く、40歳代では33.7%と最も高くなっています。また、平成12年度(2000年度)調査の20歳代男性と平成21年度(2009年度)調査の30歳代男性の肥満割合を比べると2.3倍となっており、平成12年度(2000年度)調査の30歳代男性と平成21年度(2009年度)調査の40歳代男性の肥満割合は1.5倍といずれも増加しています。
- 一方、女性のやせの状況は、15～19歳代30.6%、20歳代24.6%で、国民健康・栄養調査では、15～19歳21.1%、20歳代22.3%であり、全国と比べて高い状況です。

図2-1-1-1 肥満およびやせの状況



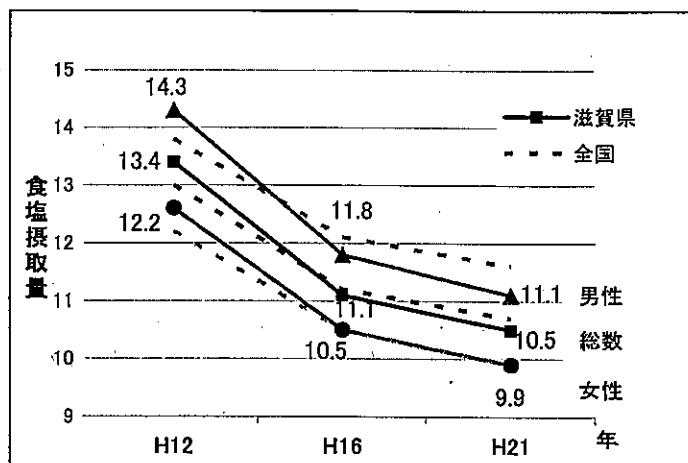
(2) 栄養・食生活の状況

- 健康増進の基本的要素となる栄養・食生活の状況をみると、朝食の欠食率は平成 21 年度（2009 年度）調査では、平成 16 年度（2004 年度）調査に比べて減少していますが 20・30 歳代では依然欠食の割合が高い状況で、特に男性の欠食率が高くなっています。また、この年代の男性が朝食を食べなくなった時期は高校卒業から 20 歳代までで 5～6 割を占めています。（平成 21 年度滋賀の健康・栄養マップ調査）

食事内容について、適切な食事内容や量を知っている者の割合は約 5 割で年齢が高くなるほど割合は高くなっています。また、職業別に見ると学生が 26.6% と他に比べて低くなっています。（平成 24 年度滋賀の医療福祉に関する県民意識調査）

- 高血圧に関係する食塩摂取量は成人一人あたり一日 10.5g と減少傾向にありますが、「食事摂取基準 2010」の目標量に比べて高い状況です。

図 2-1-1-2 食塩摂取量の推移

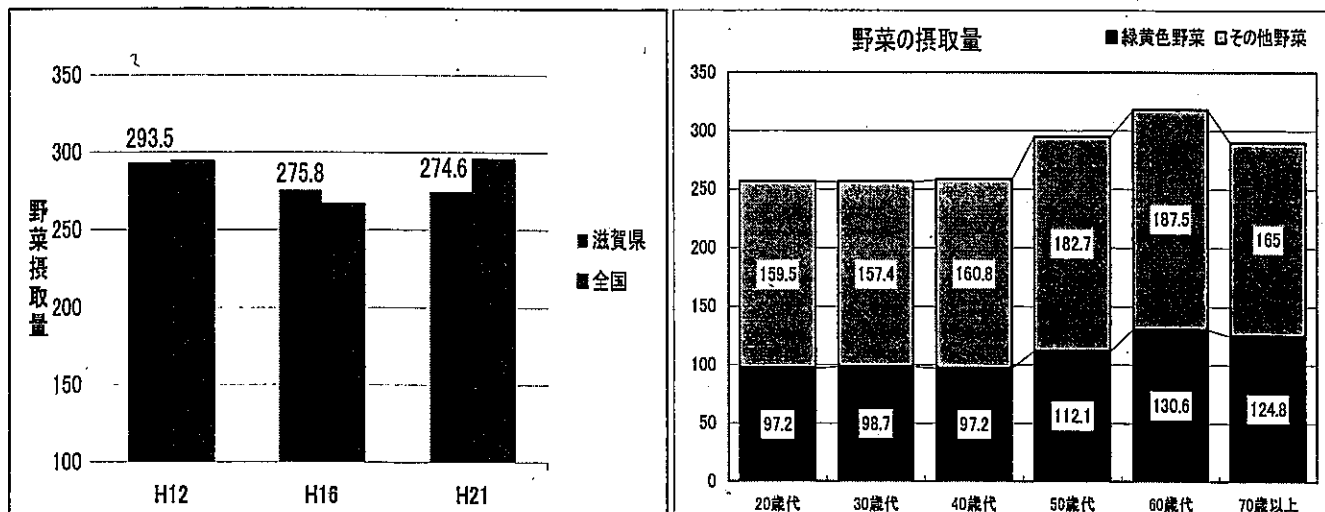


(出典：平成 21 年度
滋賀の健康・栄養マップ調査)

- また、成人一人あたりの野菜の摂取量は一日 274.6g と減少傾向にあります。特に 20～40 歳代の摂取量は少なく、最も摂取量の多い 60 歳代でも 318.1g と「食事摂取基準 2010」の目標量 350g に達していない状況です。

図 2-1-1-3 年代別野菜の摂取量と推移

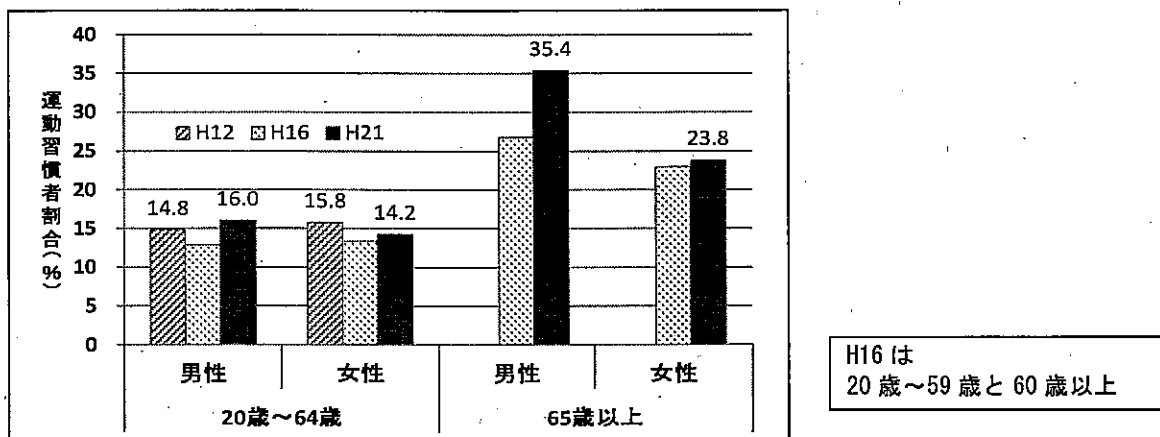
(出典：平成 21 年度滋賀の健康・栄養マップ調査)



(3) 運動・身体活動の状況

- 生活習慣病の予防には運動習慣の定着が重要ですが、「徒歩 10 分で行けるところへ出かけるとしたら、主にどのような方法で行くことが多いですか」という質問に「徒歩で移動する」と回答した人の割合は、男性では増加していますが、女性では変わらない状況です。また、運動を継続して実施している者の割合は、女性では平成 12 年度（2000 年度）調査 15.8%、平成 21 年度（2009 年度）調査 14.2%と減少しています。

図 2-1-1-4 運動習慣者の割合



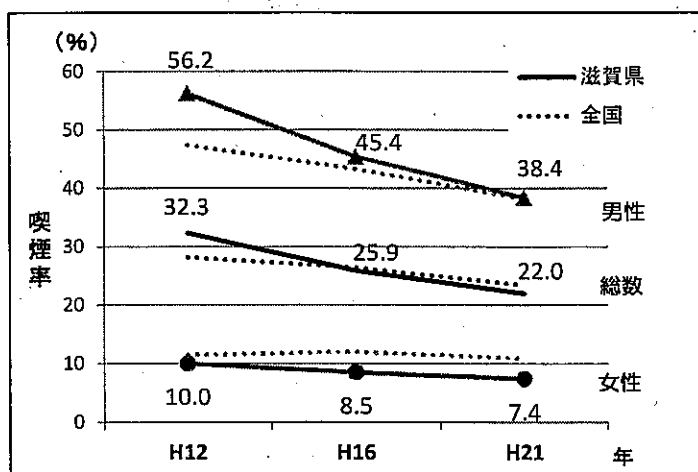
運動習慣者：30分・週2回以上の運動を1年以上継続している者

(出典：平成 21 年度滋賀の健康・栄養マップ調査)

(4) 喫煙の状況

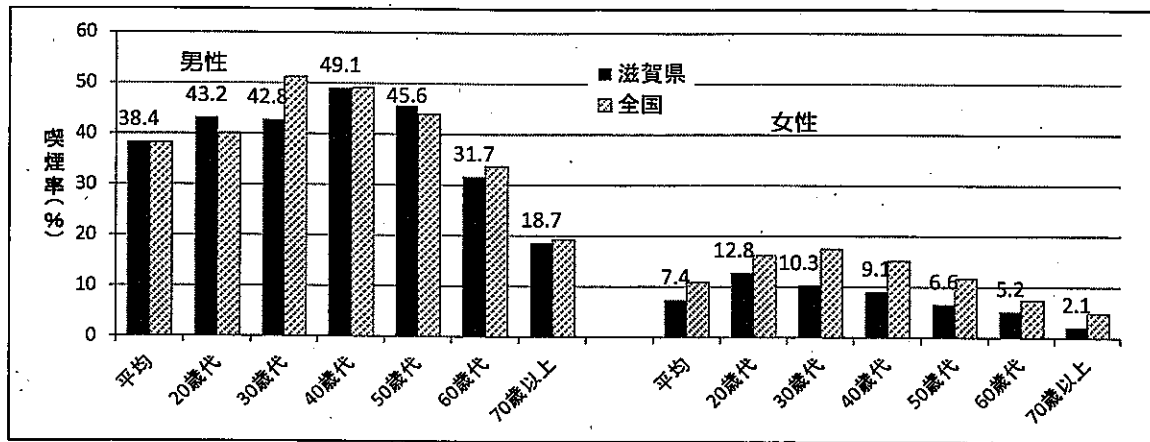
- 成人の喫煙率は、男性が 38.4%、女性 7.4%と全国と変わらない状況で、年々減少しています。年代別に見ると、男性では 40 歳代、50 歳代が高く、女性では 20 歳代が高い状況です。

図 2-1-1-5 喫煙者の割合



(出典：平成 21 年度滋賀の健康・栄養マップ調査
国民健康・栄養調査)

図 2-1-1-6 性・年齢階級別の喫煙率 (平成 21 年度滋賀の健康・栄養マップ調査)



(5) 休養・こころの健康状況

- 「睡眠による休養を十分にとれていない人の割合」は、平成 12 年度 (2000 年度) は、男性 33.8%、女性 33.3%でしたが、平成 21 年度 (2009 年度) には男性 25.5%、女性 28.5%と減少しています。
- 「この 1 か月にストレスを感じた人の割合」は、平成 12 年度は、男性 72.0%、女性 74.9%でしたが、平成 21 年度 (2009 年度) には、男性 72.9%、女性 78.4%と増加しています。

(6) 地域のつながり

- 地域のつながりが健康に影響することについての報告があり、健康でかつ医療費の少ない地域の背景には「いいコミュニティ」があることが指摘されている。平成 24 年度「滋賀の医療福祉に関する県民意識調査」結果では、自分と地域の人たちのつながりに「強い方だと思う」と答えた割合は 36.9% (「強い方だと思う」+「どちらかといえば強い方だと思う」) で内閣府の調査結果 45.7%に比べて低い状況です。

[課題]

- 生涯を通じた健康づくりの推進のためには、妊娠中や子どもの頃のよりよい生活習慣が重要で、特に女性のやせに対する対策が必要です。
- 子どもの頃から高齢者まで、健全な食生活や運動習慣を身につけ、よりよい生活習慣を定着させることが重要であるため、「滋賀県食育推進計画」に基づく生涯を通じた食育を推進していくことが必要です。
- 運動習慣の定着のためには、運動の必要性の啓発と併せて、運動に取り組みやすい環境整備が必要です。
- 喫煙率は減少していますが、引き続き未成年の喫煙防止対策が必要です。また、受動喫煙防止対策として、公共の場の禁煙化をより強化することが必要です。
- 地域のつながりは健康に影響するという報告もあり、今後地域のつながりと健康状況について把握することが必要です。

施策の基本的な方向と目標

- 健康なひとづくり
栄養・運動・休養・飲酒・喫煙などの個人の日常生活習慣を見直すことにより生活習慣病

の発症を予防する「健康なひとづくり」を進めます。

○ 健康なまちづくり

個人の生活習慣の改善を支援するため、県民活動推進と社会環境整備の促進等「健康なまちづくり」を進めます。

《数値目標》

目標項目	現状値 (H22)	目標値 (H34)	備考
健康寿命の延伸 (日常生活に制限のない期間)	男性 70.67年 女性 72.37年	平均寿命と健康寿命の差を縮める	平均寿命 (H22) 男性 80.52年 女性 86.64年
(日常生活動作が自立している期間の平均) ※	男性 79.08年 女性 83.50年		

※日常生活動作が自立している期間…要介護状態でない余命を示す指標であり、自立して暮らせる生存期間。

施策の内容

(1) 健康なひとづくり

ア 子どもの頃からの食育の推進

子どもの頃から、自らの食に関心を持ち、食を選択する力を身につけ、自然からの恵みと関連する多くの人々への感謝の気持ちを養う食育を推進することが必要です。

学校、保育所、地域において、生産者や食品関係事業者との連携による、体験を通じた食育を推進します。

イ 肥満予防のための食生活、運動指導の推進

栄養・食生活、運動・身体活動は、生活習慣病予防、社会生活機能の維持向上および生活の質の向上の観点から重要です。このため、県民一人ひとりが、栄養バランスに優れた日本型食生活の実践の促進、健全な食生活を実践できるように取組を進めるとともに、食環境の整備を進めます。

また、働き盛り世代の運動習慣の定着が大切で、このため、企業や医療保険者等と連携し、健康づくりのための運動、生活習慣病を予防するため運動の必要性を啓発します。

ウ たばこ対策の推進

平成14年12月に「健康しが たばこ対策指針」を策定し、たばこの健康への影響に関する普及啓発を進めるとともに、「未成年の喫煙防止対策」「受動喫煙を防止するための分煙対策」「喫煙習慣を改善するための禁煙サポート」を進めてきました。

今後も、たばこの健康影響について正しい知識の啓発と、たばこをやめたい人への禁煙サポートの実施、さらに未成年の喫煙を防止し、未成年のうちから喫煙習慣を持つ人をなくすこと等によって達成されると考え対策を推進します。

エ 休養・こころの健康づくりの推進

こころの健康を保つには、多くの要素がありますが、適度な運動や、バランスのとれた栄養・食生活は基礎となるもので、これに休養を加えた3要素が重要です。健康づくりのための休養には、心身の疲労を回復する「休む」ことと、社会文化活動や創作活動などを通じて自己実現を図るという積極的な休養とも言える「養う」ことの二つの要素が含まれています。個人の健康状態や環境に応じて、この要素を上手に組み合わせることが、健康づくりのため

の休養として一層効果的なものとなります。

睡眠不足は疲労感の蓄積やストレス増大の要因にもなり、不眠は心の病気の一症状として現れることが多いことも注意が必要です。

うつ病対策としての啓発や講演会、相談事業など、市町および関係機関との連携のもと取組を推進します。

オ 次世代につながる健康づくりの推進

生涯を通じて健やかでこころ豊かに生活するためには、次世代（妊娠中や子どもの頃）の健康が重要です。妊娠前・妊娠期の心身の健康づくりに合わせて子どもの健やかな発育とよりよい生活習慣の形成により生涯を通じた健康づくりを推進することができます。

家庭、学校、地域、民間団体等が連携し、子どもの健全な生活習慣の形成に取り組みます。

低出生体重児の増加については、妊娠中の喫煙や飲酒、女性のやせ対策などの取組を進めます。

(2) 健康なまちづくり

人々の健康は、社会経済的環境の影響を受けることから、健康に関心を持ち、健康づくりに取り組みやすいよう、健康を支える環境を整備するとともに、地域のつながりを深め、社会全体が相互に支え合いながら健康を守るための環境整備を推進します。健康づくりは従来個人への取組が中心でしたが、今後は個人だけでは解決できない地域社会の健康づくりに取り組みます。

ア 健康を支援する県民活動推進

県民一人ひとりが主体的に社会参加しながら、支え合い、地域や人とのつながりを深めながら健康づくりに取り組みます。

子どもから高齢者までが参加できる健康づくりを目的とした主体的な活動の展開が必要で、すでに存在する、生涯教育やスポーツ、福祉、防災等の様々な地域活動のネットワークに、健康の視点を取り入れていけるよう働きかけていきます。

また、健康づくりボランティアとして、地域で活動を展開している健康推進員等の活動を促進します。

イ 健康を支援する社会環境整備

健康を支え、守るための社会環境が整備されるためには、企業、民間団体等の多様な主体が自発的に健康づくりに取り組むことができるよう支援します。

受動喫煙ゼロの店や外食栄養成分表示の店等の推進は、健康づくりに無関心な層や時間等の条件により行動を実行しにくい層に大きな影響をもたらすことが期待できるため、引き続き推進します。

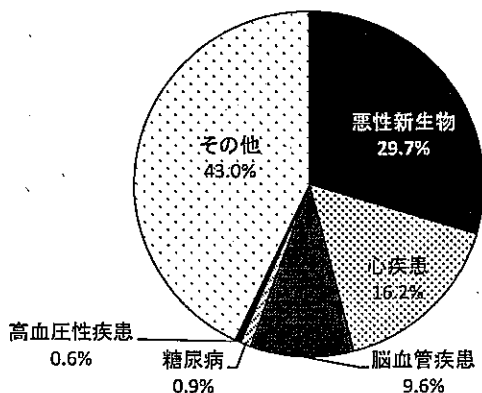
2 疾病予防・保健対策

(1) 生活習慣病対策

現状と課題

- 平成 22 年（2010 年）の本県における死亡原因をみると死亡者数の約 6 割をがん、心疾患、脳血管疾患等の生活習慣病が占めています。

図 2-1-2-1 生活習慣病の死亡割合



- 脳血管疾患は、介護が必要となる要因の第 1 位であり、生活の質の低下をもたらし、健康寿命を短縮させる大きな要因となっています。
- 糖尿病実態調査をもとにした滋賀県糖尿病患者推計によると平成 14 年（2002 年）では糖尿病を強く疑う者約 9 万 6 千人、糖尿病を否定できない者約 11 万 3 千人、平成 19 年（2007 年）では糖尿病を強く疑う者約 11 万 6 千人、糖尿病を否定できない者約 16 万 7 千人と増加しています。
- COPD（慢性閉塞性肺疾患）は、主として長期の喫煙によってもたらされる肺の炎症性疾患で、緩やかに呼吸器障害が進行します。平成 22 年（2010 年）人口動態統計によると滋賀県の COPD（慢性閉塞性肺疾患）による死亡数は男性 138 人、女性 31 人です。
- 平成 22 年度（2010 年度）の市町国民健康保健保険者の特定健康診査受診率は 32.9%、特定保健指導実施率は 20.1%で受診率の目標値 70%、実施率の目標値 45%にはとどかない状況です。

[課題]

- 健康寿命の延伸のためには、生活習慣病の予防・重症化予防対策が必要です。
- 生活習慣病、特に糖尿病の有病者や予備群の減少という観点からメタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目した予防対策が必要です。なかでも若い頃からの男性の肥満対策が必要です。
- 平成 20 年度（2008 年度）から開始された特定健診は受診率が低く、特定保健指導の実施率も低い状況です。受診率向上のための取組を継続して実施していくことが必要です。

施策の基本的な方向と目標

- 生活習慣病の予防・重症化予防対策の推進

《数値目標》

目標項目	現状値 (H22)	目標値 (H34)	備考
健康寿命の延伸〔再掲〕 (日常生活に制限のない期間)	男性 70.67年 女性 72.37年	平均寿命と健康寿命の差を縮める	平均寿命 (H22) 男性 80.52年 女性 86.64年
(日常生活動作が自立している期間の平均)	男性 79.08年 女性 83.50年		
脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率*の減少 (人口10万人あたり)	脳血管疾患 男性 42.8 女性 24.2	脳血管疾患 男性 36.0 女性 22.2	健康いきいき21 -健康しが推進プラン
	虚血性心疾患 男性 30.5 女性 14.2	虚血性心疾患 男性 26.3 女性 12.7	
メタボリックシンドロームの該当者および予備群の減少	平成20年度に比べて 2.3%減少	平成20年度に比べて 25%減少	

施策の内容

ア がん

- がんのリスクを高める要因として、喫煙（受動喫煙を含む）、過剰飲酒、低身体活動、肥満・やせ、野菜・果物不足、塩分の過剰摂取、がんに関連するウイルスや細菌への感染があります。これらのリスクを低減させるため、正しい知識の普及・啓発および環境整備を推進します。
- 進行がんの罹患率を減少させ、がんによる死亡を防ぐために最も重要なのは、がんの早期発見です。そのため、自覚症状がなくても定期的に有効ながん検診を受診するよう、効果的な啓発を行います。

イ 循環器疾患

- 循環器疾患の予防は基本的には危険因子の管理であり、確立した危険因子としては、高血圧・脂質異常・喫煙・糖尿病の4つがあります。これら危険因子の管理のためには生活習慣の改善が最も重要です。関連する生活習慣としては、栄養、運動、喫煙、飲酒があり、それぞれ必要とされる対策は該当の項目に記載しています。特定健診・特定保健指導についても同様です。
- 個々の生活習慣と危険因子の関連、危険因子と循環器疾患との関連について県民の理解を深める事が必要で、市町・保険者・関係団体等と連携し、より効果的な啓発を行います。

ウ 糖尿病

- 糖尿病は心疾患のリスクを高め、神経障害、網膜症、腎症、足病変といった合併症を併発するなど、生活の質の低下や社会経済的活力に影響を及ぼします。
- 糖尿病対策として、メタボリックシンドロームや糖尿病を予防するため、適切な食生活や運動の必要性など、県民が正しい知識をもち実践できるよう、社会環境整備と健康づくりに関する啓発を行います。

エ COPD（慢性閉塞性肺疾患）

- COPD の原因の 90% はたばこ煙によっており、喫煙者の 20% が発症するとされています。また、女性は男性よりたばこ煙に対する感受性が高く女性喫煙率が増加していることにより、男女とも喫煙が最大の発症リスクになっています。
- 今後、COPD の名称と疾患に関する知識の普及と予防可能な生活習慣病であることの理解のための啓発に取り組む必要があります。さらに、市町健康増進事業における COPD の健康教育の推進、支援を行います。

オ 特定健診・特定保健指導

- 特定健診・特定保健指導は個々人の主体的な生活習慣の改善を促すためにも重要です。
- さらに、健診データや保健指導の実施状況を地域・職域連携推進会議*や滋賀県保険者協議会*において共有することで、地域の健康課題と改善を進めていくことにも役立ちます。
- この特定健康診査・特定保健指導の受診率向上を図り、メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少をめざして、医療保険者とともに生活習慣病予防を促進します。

(2) 歯科保健対策

現状と課題

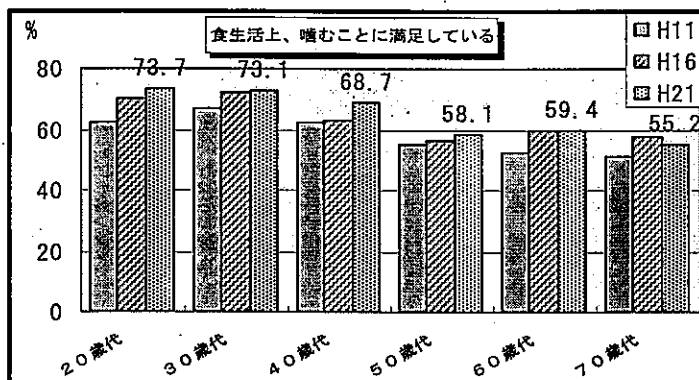
ア 本県の歯科保健対策

- 歯科保健対策は、「健康いきいき 21—健康しが推進プラン—」や、「滋賀県歯科保健計画」を策定し、関係機関との連携のもと推進しています。

イ 県民の口腔内の状況や歯科保健に関する習慣

- 自分の歯でよく味わって食べていくために“80歳で20本以上の歯を保とう”という8020運動が、全国的に展開されています。本県が平成21年度に調査した結果によると、80歳以上で20本以上の歯をもつ者は、15.5%となっています。また、60歳代で24本以上の歯を有する者は49.5%となっています。傾向としては、加齢により歯を喪失せず一生涯自分の歯を多く持つ者が増えてきており、その結果、食生活上噛むことに満足している者は年々増加しています。

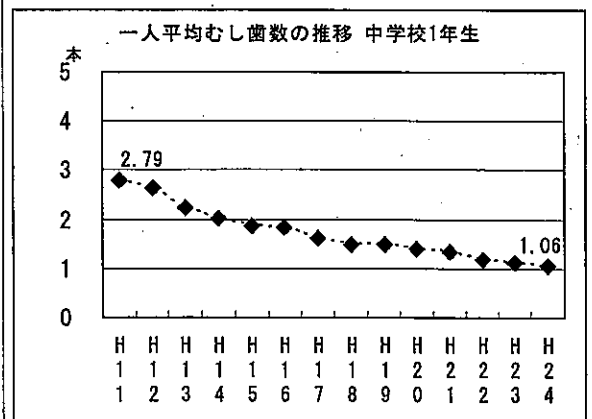
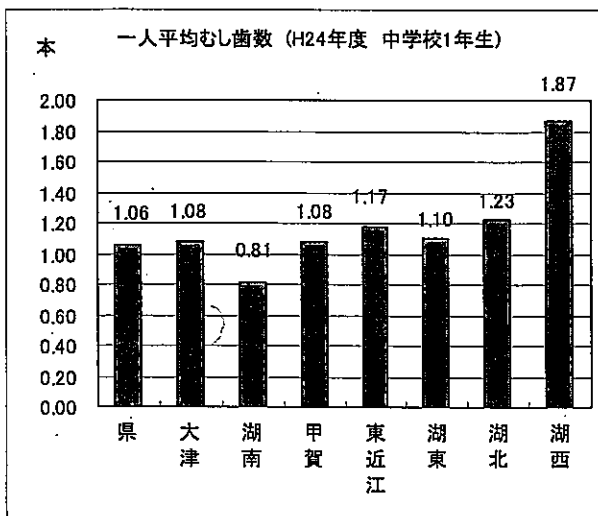
図2-1-2-2 食生活上噛むことに満足している者の割合



(出典：滋賀県歯科保健実態調査)

- 歯を失う原因の主なものは、むし歯と歯周病です。むし歯は、乳幼児や学齢期において、年々減少してきていますが、罹患状況は圏域によって差があります。歯周病については、県での罹患状況は把握できていませんが、成人の約8割に歯ぐきに所見があるとされており(出典：歯科疾患実態調査)、現状把握も含め対策の充実が必要です。

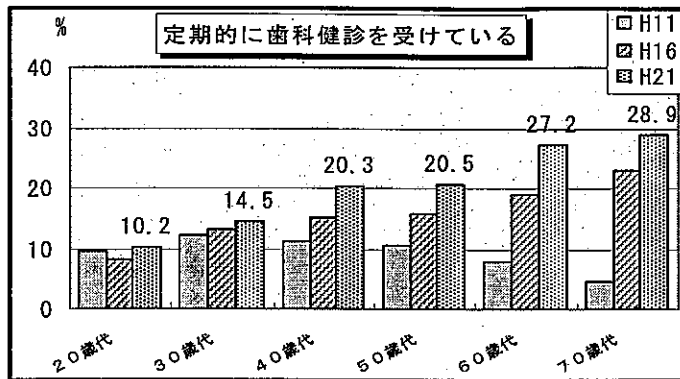
図2-1-2-3 一人平均むし歯数の推移中学校1年生



(出典：滋賀県歯科保健資料集より改変)

- むし歯や歯周病を予防するため、定期歯科健診の受診や、デンタルフロスや歯間ブラシを使うなど、望ましい歯科保健行動を行う者は年々増加してきています。

図 2-1-2-4 定期的に歯科健診を受けている者の割合



(出典：滋賀県歯科保健実態調査)

ウ 児童虐待と歯科保健

- 近年の急速な少子化、核家族化の中で育児環境が大きく変化し、児童虐待の相談件数が増えています。被虐待児の口腔内は、多数歯むし歯やむし歯治療の放置などの状態であることが多く、歯科保健関係者は健診や診療などを通して虐待を早期に発見できる可能性があるということが一部の調査結果から明らかになっています。虐待の疑いがあった際に、適切に支援につなげられる仕組みづくりが必要です。

エ 在宅歯科医療

- 要介護者の増加とともに、訪問歯科診療についてニーズが高まってきていますが、周知が不十分であることや歯科関係者の人材不足等により、高齢者や要介護者における口腔ケアや歯科治療の普及が不十分な状況となっています。
- 訪問歯科診療を実施する歯科医療機関の割合は15.9%です。
- 加齢や疾病による口腔機能の低下に対し、支援者が連携してリハビリ等を行う体制整備が求められています。

オ 障害者（児）歯科保健

- 障害者（児）は、その障害によって、歯科治療や日常の口腔清掃が不十分となり、口腔内状態が悪化する傾向にありますが、むし歯や歯周病は、痛くなってから受診すると治療が長引いたり、より大がかりな治療をすることになります。
- そのため、本県では乳幼児期等早期から地域の歯科診療所でもかかりつけ歯科医をもつことを推進するとともに、二次的な役割として各圏域の障害者（児）歯科治療をする病院の確保の推進とともに、口腔衛生センターにおいても治療事業を実施しています。
- 口腔衛生センターの受診者は年々増加している状況で、とくに在宅の障害者（児）の受診者が増えており、地域での関係機関の連携による歯科治療体制構築が求められています。

カ 歯科と医科との連携

- 歯周疾患と糖尿病が相互の病状に影響するなど、近年歯周疾患と全身疾患についての関連があることがわかってきました。相互の効果的な治療のため、医科と歯科の連携による治療体制の構築が必要です。
- 本県では、糖尿病を切り口に、医科と歯科の連携を進めています。

表 2-1-2-5 糖尿病治療における歯科診療所と一般診療所の連携医療機関割合

	大津	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北	湖西	県
歯科診療所 ※1	5.2%	5.3%	2.4%	15.1%	1.9%	3.4%	19.0%	6.5%
一般診療所 (医科)※2	12.4%	6.3%	9.8%	11.9%	10.3%	10.0%	24.2%	10.7%

(※1 出典：医科から歯科・歯科から医科への患者情報提供状況調査)

(※2 出典：医療機能および医療連携実態調査)

キ 災害時における対応

- 他府県の震災の経験から、地震発生時の初期においては、救命措置が最優先となりますが、災害発生以降、時間の経過とともに、衛生状態や生活環境の悪化により、歯、歯周炎等の急性発作や、義歯の喪失により食事がとれないこと等、様々な歯科治療ニーズがあることがわかりました。また、口腔内が不衛生なことによる誤嚥性肺炎*の発症等も懸念されます。
- 本県において、災害時における歯科口腔保健の重要性についての認知の向上や被災者への対応が行える体制づくりが必要です。

施策の基本的な方向と目標

- 乳幼児期から高齢期まで各ライフステージの特性に応じた切れ目のない施策の推進
- 障害者（児）歯科保健や災害時における対策等支援強化が必要な取組の充実
- 歯科疾患の予防の強化や生活の質の向上に向けた口腔機能の維持向上
- 歯科口腔保健を推進するために必要な社会環境の整備
- 歯科保健医療関係者の連携体制の構築

《数値目標》

目標項目	現状値	目標値（H34）	備考
80歳以上で20本以上の歯がある人の増加	15.5%（H21）	50%	
70歳代で噛むことに満足している人の割合	55.2%（H21）	70%	
60歳代で24本以上の歯がある人の割合の増加	49.5%（H21）	60%	
20歳代で歯ぐきから血が出る人の割合の減少	34%（H21）	25%	
中学校3年生、高校3年生の歯肉の有 所見者率の減少	中3 20.9%（H24） 高3 22.4%（H24）	20%	
12歳児（中学校1年生）の一人平均 むし歯数の減少	1.06本（H24）	0.5本	
12歳児（中学校1年生）のむし歯の ない人の割合の増加	61.0%（H24）	75%	
3歳児でむし歯のない人の割合の増加	80.3%（H23）	90%	

施策の内容

ア ライフステージに応じた取組

① 乳幼児学齢期

むし歯は、食生活、歯磨き習慣を含むフッ化物の応用等により発症リスクが異なります。市町が行う乳幼児健診においては、むし歯発症のリスクのある児を早期に発見し、フッ化物塗布、受診の徹底等の丁寧なフォロー、さらに健診の未受診者対策を行います。

また、むし歯のハイリスク要因として、スポーツ飲料を含むジュースやおやつを頻回に摂取することは大きな要因となります。あらゆる歯科保健指導の場において、歯科衛生士による積極的な指導・支援を行います。

一方、むし歯リスクは全ての者にあるため、ハイリスク児だけでなく、幼少時からかかりつけ歯科医をもつことや、食生活の指導、フッ化物洗口*等のポピュレーションアプローチ*を合わせて行うことが重要です。

② 成人期

歯周病治療および糖尿病治療の相互の治療改善のため、医師は糖尿病で通院中の患者に歯科受診を勧め、歯科医師は歯科に受診中で糖尿病の疑われる患者に医科受診を勧めるなど、医科歯科連携による糖尿病および歯周病の治療を推進します。

また、歯周病は低出生体重児出産や早産等に影響することから、多くの関係者が知識を習得できるための研修を行うとともに、市町における母子健康手帳交付時や産科における妊婦健診時に妊産婦への情報提供を行います。また、県は先進地事例の収集等を行い、歯科と産婦人科の連携について推進します。

地域の一般診療所と歯科診療所での連携や歯科のない病院と地域の歯科診療所との連携をさらにすすめるため、歯科医師、医師をはじめ、関係者の顔の見える関係づくりを行います。

職域と地域の連携について、全国健康保険協会滋賀支部や健康保険組合等と連携し、職域の歯周病対策の取組の実態について把握するとともに、効果的かつ実施可能な取組の普及について検討します。

③ 高齢期

食べる機能や話す機能の維持向上には、歯科治療のみならず、口腔ケアが大切なことから、歯科医師、歯科衛生士が連携して行う訪問歯科診療を普及します。また、在宅療養支援チームの一員として歯科専門職が効果的に関わるため、歯科医師や歯科衛生士の退院時カンファレンスやサービス調整会議の参加を促進するとともに、医師、歯科医師、ケアマネジャー、介護保険事業所等の合同研修会や、連携事例の検討会の開催を通じて、関係者の連携体制を構築します。

研修会の開催や巡回相談等を通じて、介護保険入所施設や、介護保険通所事業所における歯科医師、歯科衛生士等専門職種による口腔ケア（口腔機能訓練含む）の実施を促進します。

イ 支援強化が必要な取組

① 障害者（児）歯科保健

痛くなってからの受診ではなく、普段からかかりつけ歯科医による定期的な歯科健診や歯科衛生士による口腔ケアを受けることなど、専門家の支援を受けるメリットについて啓発します。

地域療育教室通所児について、巡回歯科保健指導事業を継続して実施します。また、口腔衛生センターは入所施設の歯科健診および歯科保健指導を継続して実施します。

通所事業所については、地域により歯科健診・歯科保健指導の取組に差がある状況です。圏域間の情報交換や福祉関係者および歯科関係者との意見交換等を行いながら、関係者の連携による通所事業所での歯科保健体制の整備を進めます。

障害の状況によって、一次医療機関（かかりつけ歯科医）のみでの対応が難しい場合は、二次医療機関（口腔衛生センターや地域の病院歯科）と連携して治療の継続を行います。治療終了後の定期的な歯科健診や専門家による口腔ケアについては、一次医療機関で対応することにより、それぞれの役割が効率的に発揮できます。患者にとっては、通院費用や時間の負担軽減になることから、このような医療機能の分担について、歯科医師会等と協力し、関係者との合意のもと医療連携のネットワークを構築し、当事者への情報発信を行います。

② 児童虐待における歯科からの支援

虐待は深刻化する前に早期発見することが大切であり、潜在化している虐待の実態が顕著に現れやすい口腔内の状況を把握できる歯科専門職は、早期発見と積極的な支援が求められています。このような役割や、疑いがあった際の対応方法について、継続して研修等を実施します。

また、市町に設置された要保護児童対策地域協議会に歯科医師が参加することで、歯科関係者が虐待を疑った場合の通告体制をより強化するとともに、より充実した支援体制の構築を行います。

③ 災害時における対応

災害時における誤嚥性肺炎予防のための口腔ケアの重要性について、健康フェスティバルにおける啓発など様々な機会を活用し、県民へ広く周知します。

また、既存のマニュアル等により関係者がそれぞれの役割を確認するとともに、東日本大震災等の被災地での歯科保健医療活動を踏まえ、災害時の口腔ケア啓発リーフレットや要援護者スクリーニング*表等の作成について検討します。

さらに、災害発生時に県内の歯科医療関係者が迅速かつ適切に活動できるよう、関係機関との連携のもと訓練等を実施するとともに、歯科医師会、歯科衛生士会における研修会の開催を促進します。

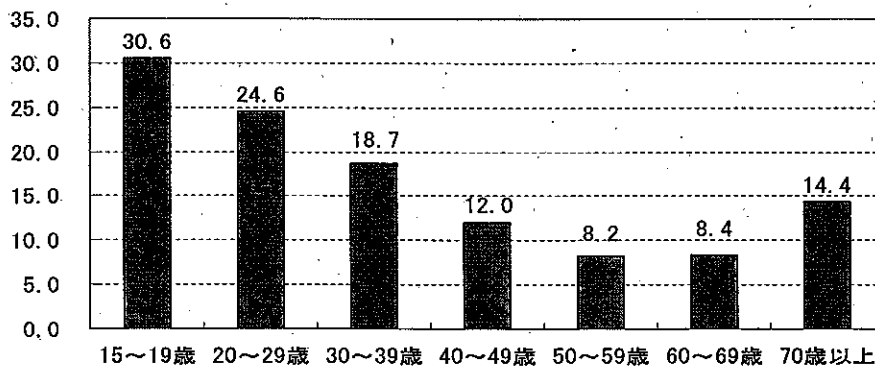
(3) 母子保健対策

現状と課題

ア 思春期から妊娠期・出産期

- 本県では10～20代の女性のやせの割合（BMI（体格指数）：18以下）が、他の世代と比較して高い状況にあります。
- 初産年齢は、わずかですが上昇傾向にあります。また、10代の人工妊娠中絶実施率は減少しているものの、虐待予防の観点から若年に限らず望まない妊娠を避けることも重要です。
- 平成22年（2010年）の出生数は、13,363人で平成12年（2000年）と比べ724人減少しています。一方、2,500g未満の低出生体重児の出生割合は増加しており平成22年（2010年）は9.4%でした。
- 平成20年度（2008年度）より、妊婦の健康管理の充実および経済的負担の軽減を図ることを目的として、妊婦健康診査支援基金を造成し、妊婦健康診査にかかる公費負担の拡充を行っています。また、県内全市町で「妊娠リスクスコア*」の活用を推進し、出産にかかるリスクと妊娠中の健康管理の重要性について啓発を行っています。こうした取組の結果、妊娠早期（11週以内）に届出する人の割合が増加しています。
- 安全・安心な出産を迎えるためには、思春期、妊娠期における母性意識の向上および健康管理が重要なことから、近い将来親になりうる10～20代の人や妊婦に命の大切さ、妊娠・出産についての正しい知識の啓発をさらに推進していくことが必要です。また、公費負担の充実を継続し、妊婦健診にかかる経済的負担の軽減と適切な受診を支援していくことも必要です。

図2-1-2-6 女性の年代別やせ（BMI：18以下）の割合



平成21年度 滋賀の健康・栄養マップ調査

図2-1-2-7 初産年齢の推移

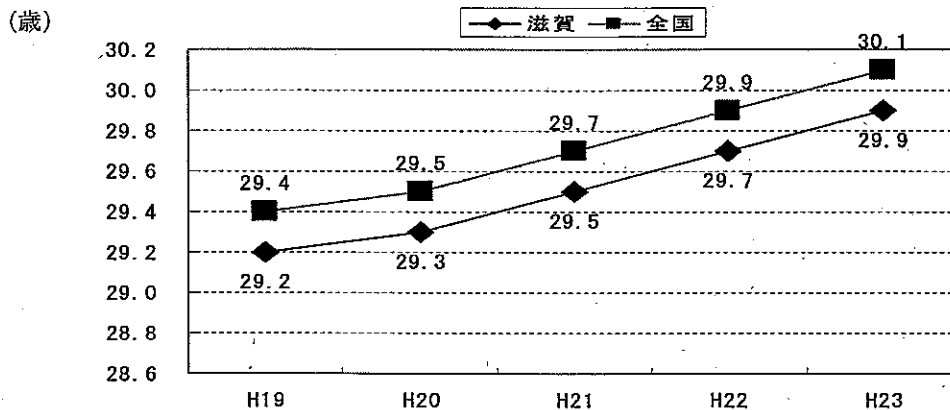


図2-1-2-8 2,500g未満の低出生体重児の割合の推移（滋賀県）

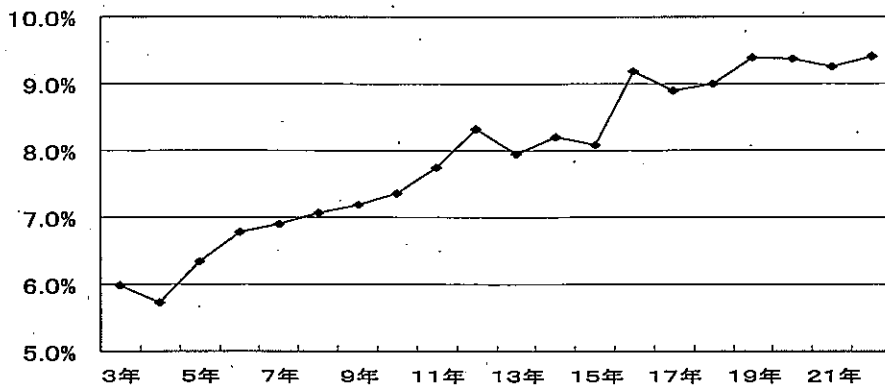
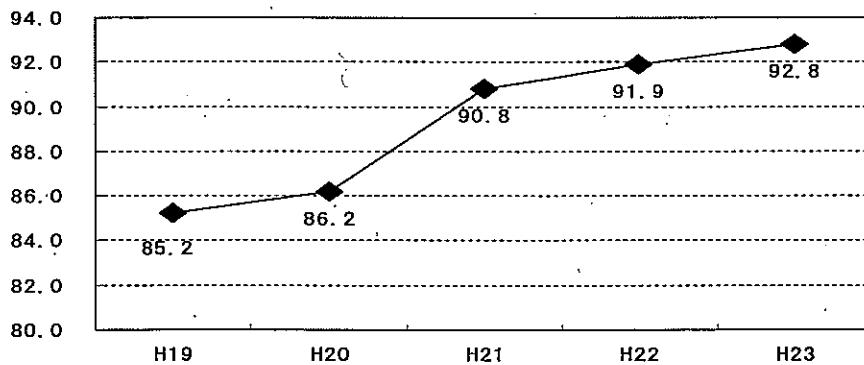


図2-1-2-9 妊娠11週以内に届出をした人の割合の推移（滋賀県）



地域保健・健康増進事業報告

- 不妊の問題は、およそ7～10組に1組の夫婦に存在するといわれており、子どもを希望する夫婦にとって深刻な問題です。近年、不妊治療にかかる医療技術の進歩により、治療を受ける夫婦は年々増加しています。不妊治療については、経済的負担はもとより、精神的負担も大きいことから、支援体制の一層の充実が必要です。また、妊娠はするけれども、流産、死産や新生児死亡を繰り返して、結果的に出産に至らない「不育症*」に悩む方に対する支援体制を充実させることも必要です。

イ 子育て期

- 子育て・女性健康支援センター*では、妊娠期から子育て期の様々な悩みに対する健康相談等を行っており、相談件数は年々増加しています。妊娠、出産などに関する正しい知識の普及や揺さぶられ症候群（SBS）の予防、産後うつへの対応のための啓発、研修、相談体制を充実し、妊娠期からの虐待防止を図っていくことが必要です。
- 児童虐待に関する相談件数は年々増加しています。平成15年（2003年）以降に県内で発生している虐待による死亡事例15例は、すべて5歳未満の乳幼児であり、うち0歳児が10人と最も多くなっています。不適切な養育の早期発見、虐待予防へ対応していくため、直接的に関わる機会の多い市町母子保健従事者の資質向上のための研修等が必要です。
- 障害の予防と早期発見のため、すべての新生児を対象に先天性代謝異常検査を実施しているところです。平成24年（2012年）10月からは、新たな検査法（タンデムマス法）を導入し、19疾患を対象とした検査を実施しています。
- 健康診査や訪問指導などの母子保健事業は、住民に身近な市町において実施されており、障害の早期発見と事後指導のための乳幼児健診体制は定着しており、発達障害については、医療、保健、福祉、教育などの関係機関と連携して、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を行っています。

一方で、医療ケアを必要とする長期療養児およびその家族への支援が少なく、相談支援体制の充実が必要です。

施策の基本的な方向と目標

- 生涯を通じた女性の健康づくりの促進
- 不妊（不育症）に悩む人への支援の充実
- 市町における母子保健活動の促進
- 育児不安の軽減、虐待の予防
- 障害や疾患をもつ児やその家族への子育て・子育て支援の充実

《数値目標》

目標項目	現状値	目標値（H29）	備考
低出生体重児出生割合	9.4%（H22）	減少	

施策の内容

ア 生涯を通じた女性の健康づくり対策の展開

思春期、妊娠期における母性意識の向上や健康管理の促進に対する啓発を実施します。望まない妊娠を避けるとともに不妊や妊娠・分娩に伴うリスクなどを含めて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啓発を関係機関とともに促進します。

また、生涯を通じた女性の健康支援活動を展開する子育て・女性健康支援センターの周知を図るとともに、センターの活動を支援します。

イ 不妊治療費助成制度の継続、不妊（不育症）相談体制の充実

不妊治療にかかる経済的負担を軽減するため、特定不妊治療費助成制度を継続します。また、滋賀医科大学に設置している不妊専門相談センターの充実に努め、不妊・不育に悩む方への治療に関する情報提供や医療機関の紹介等を行い、相談体制の充実に努めます。

ウ 母子保健と周産期医療の連携

低出生体重児の出生を予防するため、妊娠中の健康管理や妊婦健診受診啓発、妊娠リスクスコアの活用促進に努めます。虐待予防の視点も含めハイリスク妊産婦・新生児について、各保健所の周産期保健医療連絡調整会議などを通じて医療機関と市町の連携を強化し、情報提供や支援体制の充実を図ります。

エ 市町の母子保健事業に対する支援

地域で安心して妊娠、出産、子育てができるよう市町における母子保健事業に対する支援、充実に努めます。不適切な養育の早期発見や育児不安の軽減、虐待予防へ対応するため、市町の母子保健事業従事者を対象とした研修会を実施するなど、母子保健事業従事者の資質向上に対する支援を行います。

オ 子どもの在宅医療福祉の充実

障害や慢性疾患により医療ケアを必要とする子どもの在宅医療の実態を調査し、子どもおよびその家族が在宅療養中においても適切なケアと生活支援を受けられるよう保健、医療、福祉、教育が連携し、子どもと家族に対する長期的な支援の充実に努めます。

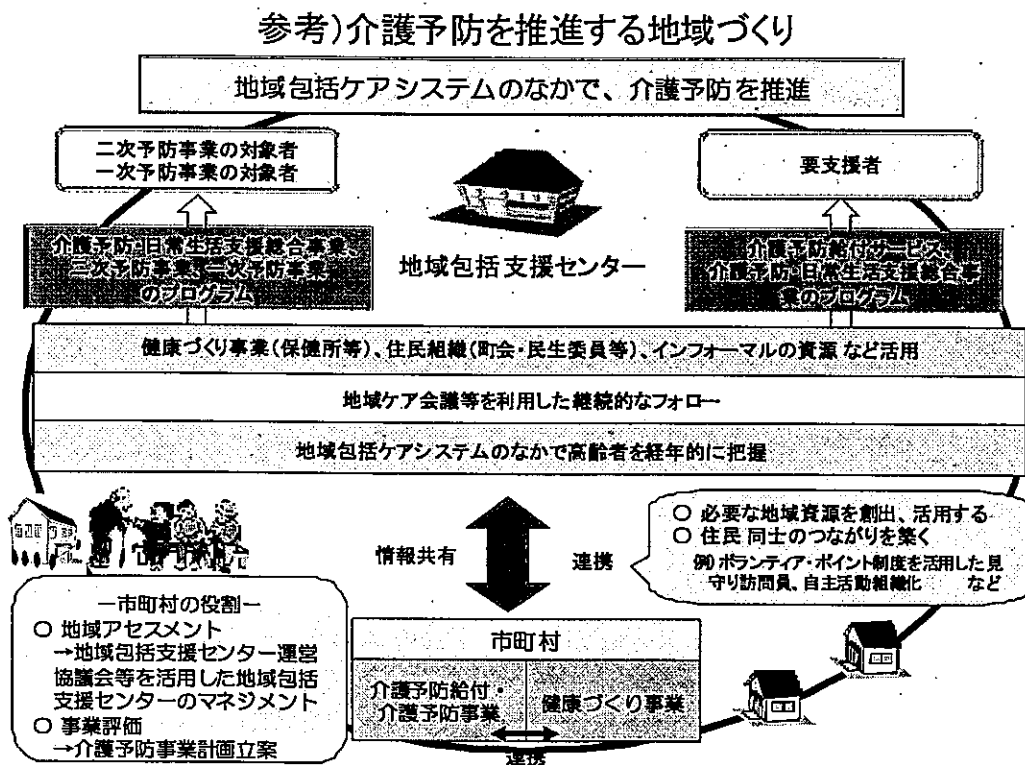
3 介護予防

現状と課題

(1) 介護予防の現状

- 介護予防の取組は、高齢者が可能な限り自立した日常生活を送り続けていけるよう、生きがいや自己実現のための取組を支援することにより、生活の質（QOL）の向上を目指すもので、地域づくりの視点が重要です。
- 介護予防は生活習慣病と同様に一次予防、二次予防、三次予防の三段階にとらえ推進することが重要です。
 一次予防は、主として活動的な状態にある高齢者を対象に生活機能の維持・向上に向けた取組であり、二次予防は、要支援・要介護状態に陥るリスクが高い高齢者を早期発見し、早期に対応することにより状態を改善し要支援状態となることを遅らせる取組、三次予防は、要支援・要介護状態にある高齢者を対象に、要介護状態の改善や重症化を予防する取組です。
- 介護予防を推進するには、壮年期からの生活習慣病の発症予防や重症化予防を含む、予防に関わる関係者が互いに、連携協働しながらそれぞれの役割を果たし、さらに地域包括ケアの核となる地域包括支援センターが地域の情報を分析し、地域の課題に応じて身近な地域の中で介護予防を推進することが重要です。

図2-1-3-1 介護予防を推進する地域づくり概念図（厚生労働省）



(2) 高齢者を取り巻く現状

- 本県の総人口に占める 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、平成 22 年（2010 年）

では、288,788人（高齢化率 20.7%）となっています。全国と比較すると若干下回る水準で推移しています。（国勢調査）

- 本県の65歳以上の要介護認定者*数（第1号被保険者*）は平成12年度（2000年度）では22,205人（10.1%）であったものが、平成23年度（2011年度）末には48,699人（16.5%）と年々増加しています。（介護保険事業報告）

表 2-1-3-2 人口構造の推移

	平成12年		平成17年		平成22年	
	滋賀県	全国	滋賀県	全国	滋賀県	全国
総人口	1,342,832	126,925,843	1,380,361	127,767,994	1,410,777	128,057,352
40歳以上人口 (総人口に占める割合)	658,681 (49.1%)	65,633,374 (51.7%)	704,383 (51.0%)	69,074,754 (54.1%)	747,694 (53.5%)	72,366,148 (56.9%)
65歳以上人口 (")	215,552 (16.1%)	22,005,152 (17.3%)	249,418 (18.1%)	25,672,005 (20.1%)	288,788 (20.7%)	29,245,685 (23.0%)
70歳以上人口 (")	148,408 (11.1%)	14,899,213 (11.7%)	179,996 (13.0%)	18,239,395 (14.3%)	206,130 (14.8%)	21,035,512 (16.6%)
75歳以上人口 (")	89,574 (6.7%)	8,998,637 (7.1%)	116,688 (8.5%)	11,601,898 (9.1%)	140,289 (10.0%)	14,028,328 (11.0%)

(出典：国勢調査)

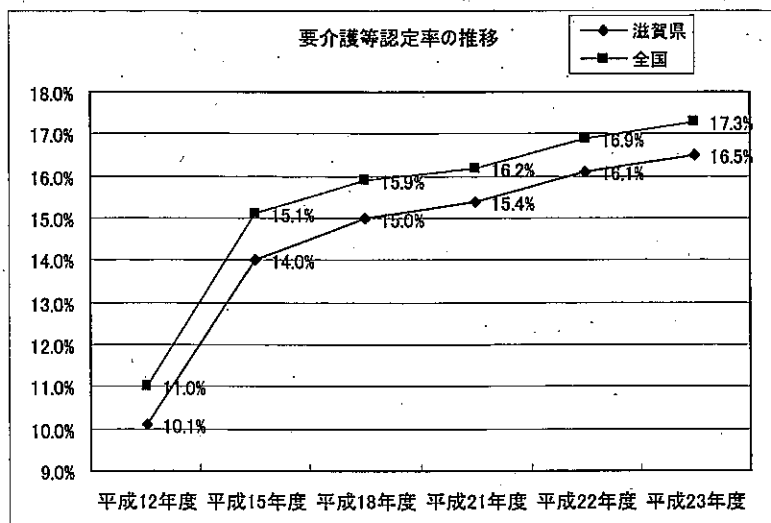
表 2-1-3-3 要介護（要支援）認定者数の推移

滋賀県	平成12年度	平成15年度	平成18年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度
総数	23,080	34,731	40,502	45,432	47,652	50,142
第1号被保険者	22,205	33,556	39,181	44,104	46,245	48,699
第2号被保険者※	875	1,175	1,321	1,328	1,407	1,443

(出典：介護保険事業報告)

図 2-1-3-4 要介護（要支援）認定率の推移

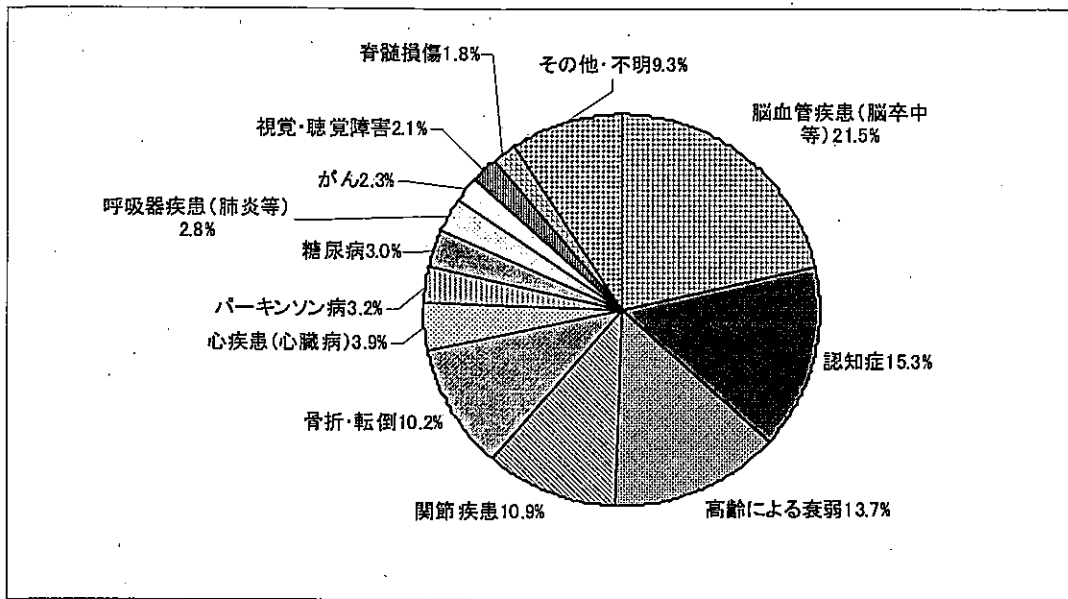
* H23は暫定値



(出典：介護保険事業報告)

- 介護が必要となった原因疾患は、脳血管疾患が21.5%と一番多く、認知症15.3%、高齢による衰弱13.7%、これらの疾患で約半数を占めています。（平成22年国民生活基礎調査）

図 2-1-3-5 介護を要する状態になった理由



(出典：平成22年 国民生活基礎調査)

(3) 介護予防事業の現状

○ 市町の介護予防事業の取組状況

(一次予防事業) 普及啓発事業として、パンフレットの配布や、講演会・教室の開催、市町独自で介護予防体操を作成し、DVDを配布する等の取組が行われています。

(二次予防事業) 通所型介護予防事業は、運動器の機能向上事業は14市町、栄養改善事業は6市町、口腔機能向上事業は8市町で取り組まれています。(平成23年度介護予防(地域支援事業*) 実施状況調査)

○ 平成23年度(2011年度)の地域支援事業の2次予防事業対象者は、25,896人で県内高齢者の約5.5%となっており、このうち2次予防事業への参加者は、平成23年度(2011年度)は1,257人で対象者の5%程度であり、平成19年度(2007年度)の1,748人、平成22年度(2010年度)の1,552人から年々減少しています。

また、参加した者のうち状態が改善して終了した者は6割を超えています。(平成23年度介護予防(地域支援事業) 実施状況調査)

(4) 高齢者の社会参加の現状

○ 「参加している地域活動等」を調査したところ、「参加していない」と回答した方は、60歳代で28.5%、70歳代で30.9%となっています。60歳以上では、「参加している」活動は、自治会・町内会が46.5%、老人クラブが22.2%、となっています。(平成24年度滋賀の医療福祉に関する県民意識調査)

○ 地域における介護予防につながる取組を実施する事業実施団体数は395団体です。(平成23年度介護予防事業(地域支援事業) 実施状況調査)

[課題]

○ 高齢化の進展に伴い要介護認定者が増加しており、なお一層高齢者の健康の維持、介護予防および要介護状態の改善に力を入れて取り組む必要があります。

- 市町介護予防事業のうち二次予防事業への参加は減少しています。
- 高齢者が日常生活の中で気軽に参加できる多様な活動の場が身近にあり、地域づくりの視点を持つ介護予防事業が必要ですが、地域の中で総合的に把握し、介護予防のために適切に情報提供できていない状況です。

施策の基本的な方向と目標

- 高齢者の健康増進および要介護の原因になる生活習慣病の予防
- 要介護状態の改善や悪化防止
- 市町介護予防事業（地域支援事業）への支援
- 介護予防を推進する地域づくり

《数値目標》

目標項目	現状値	目標値（H34）	備考
健康寿命の延伸【再掲】 （日常生活に制限のない期間）	男性 70.67年(H22) 女性 72.37年(H22)	平均寿命と健康寿命の差を縮める	平均寿命（H22） 男性 80.52年 女性 86.64年
（日常生活動作が自立している期間の平均）	男性 79.08年(H22) 女性 83.50年(H22)		
介護予防につながる取組を実施する団体数	395団体（H23）	600団体	

施策の内容

（1）高齢者の健康増進および要介護状態の原因になる疾病の予防

- 高齢者が体力・年齢・技術・興味関心に応じて、スポーツや健康づくりに取り組むことができるよう、「ねんりんピックびわこ・レイカディア県民大会」や老人クラブが行う取組への支援、総合型地域スポーツクラブの育成・定着を図ります。
- また、壮年期から、適度な運動、休養、食事等の適正な日常生活習慣を身につけ、生活習慣病の予防を図り、要介護状態の原因となる脳血管疾患、その原因となる高血圧、糖尿病等の予防に努めます。
- 介護予防に関する知識を広く県民に普及・啓発します。
- 県民が身近な地域で一人ひとりの状態に応じて、自主的、継続的に介護予防に取り組む「県民主導の介護予防」ができるための環境づくり推進します。

（2）要介護状態の改善や悪化防止

- 施設に入所しても、要介護状態の改善や悪化防止が図れる取組を促進します。
- 介護事業所における介護予防の重要性を啓発するとともに、通所事業所が要介護度の維持・改善に積極的に取り組める仕組みづくりを進めます。

（3）市町が行う介護予防事業への支援

- 市町が行う介護予防事業について、介護予防市町支援委員会や専門部会において検討を行い、効果的な事業が実施されるよう支援します。
- 要支援者・2次予防事業対象者に対して、介護予防や配食・見守りなどの生活支援サービス等が、総合的に提供される介護予防・日常生活総合支援事業*について、市町の取組

を支援します。

(4) 介護予防を推進する地域づくり

- 高齢者が活動的な生活を送れるよう、老人クラブ会員が自ら行う介護予防の実践を支援するとともに、介護予防サポーターを育成します。
- 近隣住民の友愛訪問や地域住民との交流の場を提供する「ふれあいサロン」など、住民主体の地域福祉活動による介護予防を支援します。
- 健康づくり、介護予防、要介護度の改善を図るため、市町や団体、NPO等が行う効果的な事業を支援し、地域の様々な組織・団体による自主的な介護予防の活動が増加し、高齢者が気軽に参加できる機会や場がある地域づくりを推進します。

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

1 地域医療体制の整備

- 市町、医療保険者は、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。
- 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。）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。
- 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化するなど、限られた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。
- 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、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。
- 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病院の適切な役割分担が図れる地域医療支援病院*（大津赤十字病院、大津市民病院、済生会滋賀県病院、近江八幡市立総合医療センター、長浜赤十字病院）の取組や開放病床*の利用促進を支援し、安全・安心の医療の提供に努めます。

2 医療機関の機能分化と連携

- 少子高齢社会を迎え、限られた医療資源を効果的、効率的に活用するため、医療機関の機能分化を進めることで、急性期から亜急性期、回復期、在宅に至るまでの体制を構築します。
- 医療機関が担っている医療機能（急性期、亜急性期、回復期など）の情報を把握、分析し、必要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。
- 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、地域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。
- 各保健医療圏域における医療機関の機能分化と連携は、県や市町、医療機関、医師会等が協議・調整を行い、関係者の協力を得て進めます。

3 公立・公的病院等の機能充実

- 県内の医療提供は、これまで公立・公的病院を中心とした体制で行われてきましたが、今後も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。
- 民間病院は、現在では、回復期、維持期だけでなく、急性期における三次機能を担うなど、本県が目指す切れ目のない安全・安心の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。
- 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、質の高い医療を提供するとともに、大学では高度先進的医療の研究開発やすぐれた医師、看護師等の医療人材の

育成が行われています。引き続き信頼と満足を追求する全人的医療を理念として、本県の地域医療や医療福祉の分野への貢献が期待されます。

○ 県立病院の機能充実の方向性は以下のとおりです。

(1) 成人病センター

これまでから、がんをはじめとする生活習慣病に対して高度専門医療を中心とした急性期病院として医療を行ってきましたが、今後は、そうした取組に加え、県内のどこに住むどなたにも最適な医療を提供すべく全県型医療の実現に向け機能再構築に取り組み、安全で質の高い医療福祉の創生の実現を目指します。

その取組として、都道府県がん診療連携拠点病院として引き続き県内におけるがん医療の均てん化*に向け取り組むとともに、ICT（情報通信技術）を活用した遠隔病理診断体制をさらに充実し、広域連携体制の構築を進めます。

また、医療資源の不足が危惧される2025年問題対策として、医療情報ネットワークを活用した病診在宅連携の構築を進めるとともに、その具体化に必要となる地域での医療専門職の人材育成の推進やICT活用集中リハビリテーションの推進に努めます。

こうした取組を積極的に進める一方、県民の望ましい健康創生を目指し、疾病・介護予防体制を整備するとともに、適切な医療体制構築のための「疾病登録」の実施、さらには、県民に適切な健康情報を発信し、県民自らが健康をつくり、必要な時には遅れることなく適切な医療福祉が享受できる地域づくりに取り組みます。

(2) 小児保健医療センター

一般医療機関で対応できない心身障害児、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）、GCU*（NICUに併設された回復期室）に退院困難で長期入院している児を、在宅移行に向けて受け入れる機能を強化していきます。在宅療養を支援するため、介護されている方の負担を軽減するレスパイト入院*を積極的に受け入れるとともに、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。

また、成人化した患者への総合的な医療サービスを提供するため、地域診療所などとの連携のシステムを構築し、地域の受入体制整備への協力、成人化した患者の紹介窓口の設置など、小児期から成人期へ切れ目なく移行できる体制づくりに努めます。

今後においても健やかな子育ての拠点として、早期診断、早期治療、療育のシステムを構築します。

(3) 精神医療センター

近年、精神疾患の患者数が増加していることから、公立の精神科病院として、患者の早期治療や県民ニーズに対応した専門医療の提供を行います。特に、思春期精神障害やアルコール依存症等中毒性精神障害などの専門医療の充実、向上を図るとともに、引き続き県内の処遇困難な精神科救急患者等を確実に受け入れるための機能の充実を図ります。

また、医療観察法に基づく指定入院医療機関として新たに入院治療を提供することにより、これまで指定通院医療機関として行っている通院治療と併せて、対象となる患者が円滑に社会復帰できるよう役割を果たします。

このほか、行政や各医療機関、福祉施設等と一層の連携強化を図り、患者の早期治療と患

者が地域で生活を送る中で適切な医療が受けられるよう支援するとともに、治療から社会復帰に至るまでの一貫したサービスを提供します。

4 保健所機能の充実強化

- 近年の医療福祉を取り巻く環境の変化を背景に、多様化・高度化する地域住民のニーズに応えるため、保健所には二次保健医療圏域内での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求められてきています。
- 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との積極的な連携・協働を図り、健康づくりを支援するまちづくりを進めます。
- 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づくりを進め、圏域単位で策定している医療福祉ビジョンの取組を地域が一体となって実践することにより、地域・住民が守り育てる医療福祉の実現に努めます。
- 保健所は、地域における保健・医療・福祉を結ぶ総合的なケアシステムが構築できるよう、関係機関・団体と協働し、関係者による会議・研修の実施や地域連携クリティカルパスの活用等により、切れ目のない円滑な医療福祉サービスの提供体制の確保に努めます。
- 災害や健康危機事案に備えて、平常時から市町・関係団体等と連携し、情報共有や体制整備に努めます。また、災害・健康危機事案が発生した場合には、市町・医療機関等との調整を図り、被害を受けた者や地域住民に対する医療福祉を確保し、心のケア等の支援を行います。

第2章 疾病・事業ごとの医療福祉体制

1 がん

現状と課題

(1) がん死亡と罹患

- 本県の死因のトップは悪性新生物（以下「がん」）であり、全死亡の約3割を占めています。75歳未満の年齢調整死亡率は75.0（全国84.3）であり、低下傾向にあります。（平成22年厚生働省人口動態調査）
- 本県の平成22年（2010年）のがんによる死亡者数は3,448人であり、部位別では「気管支および肺」が最も多く、以下「胃」「大腸（結腸・直腸）」「肝臓」の順になっています。
- 性別死亡者数は、男性が2,091人、女性が1,357人で、部位別では男性では「肺がん」が最も多く、次いで「胃がん」「大腸がん」の順であり、女性では「肺がん」が最も多く、次いで「大腸がん」「胃がん」の順になっています。
- がんは加齢により発生のリスクが高まり、今後高齢化が進行すると、ますます死亡者が増加すると考えられます。
- 県民が人生の最期を迎えたい場所は自宅が48%（平成24年滋賀の医療福祉に関する県民意識調査）となっていますが、現状ではがん患者の在宅での死亡数は平成22年（2010年）268人（7.8%）となっています。
- 小児がんは、小児の病死原因の第1位です。小児がんは、成人のがんと異なり生活習慣病と関係なく、乳幼児から思春期、若年成人まで幅広い年齢に発症し、希少で多種多様ながん種からなります。
- 小児がんの年間患者数は、全国でも2,000人から2,500人と少ないですが、小児がんを扱う施設は約200程度と推定され、医療機関によっては少ない経験の中で医療が行われている可能性があり、小児がん患者が必ずしも適切な医療を受けられないことが懸念されています。
- 小児慢性特定疾患受給状況（平成23年度（2011年度）末）によると、小児がん患者数は163人です。
- 県民が今後充実を希望する医療分野の第1位はがん医療で、大きな期待が寄せられています。（平成24年滋賀の医療福祉に関する県民意識調査）
- 今後、がんによる死亡の増加を抑制すること、特に若い世代の罹患と死亡を減少させることが重要であり、がんの予防、早期発見、適切な治療など、総合的ながん対策の充実が求められます。
- また、生涯のうちに男性の2人に1人、女性の3人に1人ががんになるなか、がんになっても安心して暮らせるよう、県民全体が、がんやがん患者を理解し支援する仕組みが求められています。

(2) がんの予防

- がんの原因は、喫煙（受動喫煙を含む）、食生活、運動等の生活習慣、ウイルスや細菌への感染など様々なものがあります。
- 平成21年度（2009年度）の滋賀の健康栄養マップ調査によると、食生活では食塩摂取量が成人一人あたり一日10.5g、野菜の摂取量が同274.6gであり、平成16年度（2004年度）調査に比べてやや改善はしたものの、野菜については目標量の3分の2強にとどまっており、

食生活の一層の改善が必要です。

- 喫煙が肺がんをはじめとする種々のがんの原因となっていることは、科学的根拠をもって示されています。喫煙率（平成 21 年度滋賀の健康・栄養マップ調査）は、男性 38.4%、女性 7.4%で前回（平成 16 年度(2004 年度)）調査に比べて改善しました。がん予防のため、さらに喫煙率を減らしていく必要があります。
- ウイルスや細菌への感染は、男性では喫煙に次いで 2 番目、女性では最もがんの原因として寄与が高い因子とされています。
- 持続性感染*によるがんは、B型肝炎ウイルス、C型肝炎ウイルスによる肝がん、ヒトパピローマウイルス (HPV)による子宮頸がん、ヒトT細胞白血病ウイルス 1 型 (HTLV-1)による成人T細胞型白血病、ヘリコバクター・ピロリ菌による胃がんなどがあります。
- 子宮頸がんについては、平成 22 年度 (2012 年度) から「ワクチン接種緊急促進事業」が開始され、県内全域において、子宮頸がん予防ワクチンの接種の啓発および公費助成が行われています。今後、予防接種法に基づく定期接種に位置づけられる予定があり、一層の接種の推進が望まれます。
- 成人T細胞白血病については、HTLV-1 の感染予防対策等を実施しています。

(3) がんの早期発見

- がん検診受診率は、胃がん 27.9% (全国 30.1%)、肺がん 16.3% (同 23.0%)、大腸がん 24.0% (同 24.8%)、子宮がん 29.2% (同 32.0%)、乳がん 29.3% (同 31.4%) で、いずれも全国平均より低く、目標の 50%におよびません。(平成 22 年国民生活基礎調査)
- がん検診の受診率が低く、特にがんの好発年齢にさしかかる働き盛り世代の受診率を向上させる必要があります。
- 県内のすべての市町において、胃がん・大腸がん・乳がん・子宮がん検診は実施されていますが、肺がん検診を実施しているのは 15 市町となっています。
- 肝臓がんのリスクとなる肝炎ウイルスの感染を早期に発見するために、保健所において肝炎ウイルス検査を、また健康増進法に基づく市町の健康増進事業の一環として、40 歳以上の住民を対象とした肝炎ウイルス検査を実施しています。

(4) 医療機関の整備と連携

図 3-2-1-1 がんの医療体制

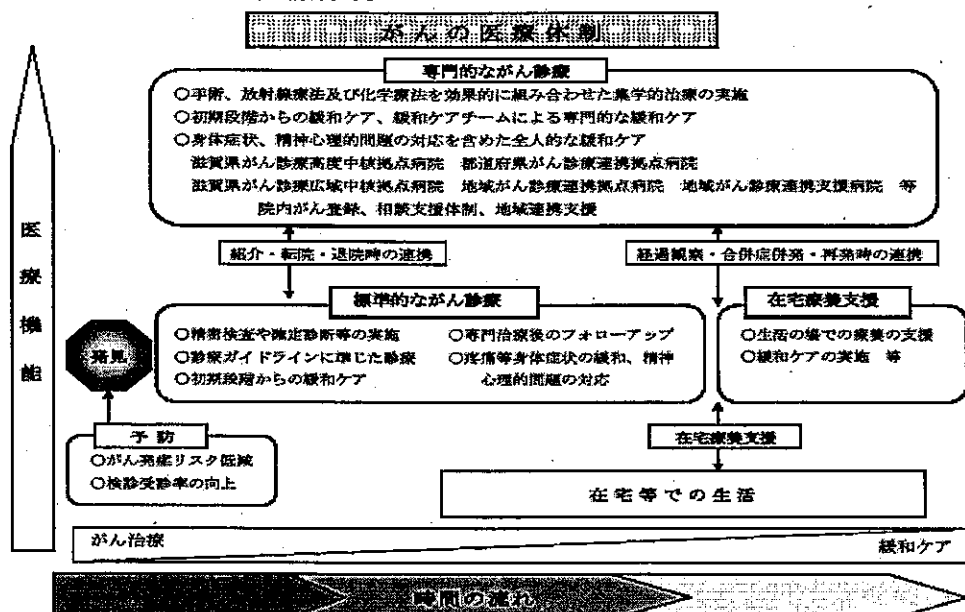
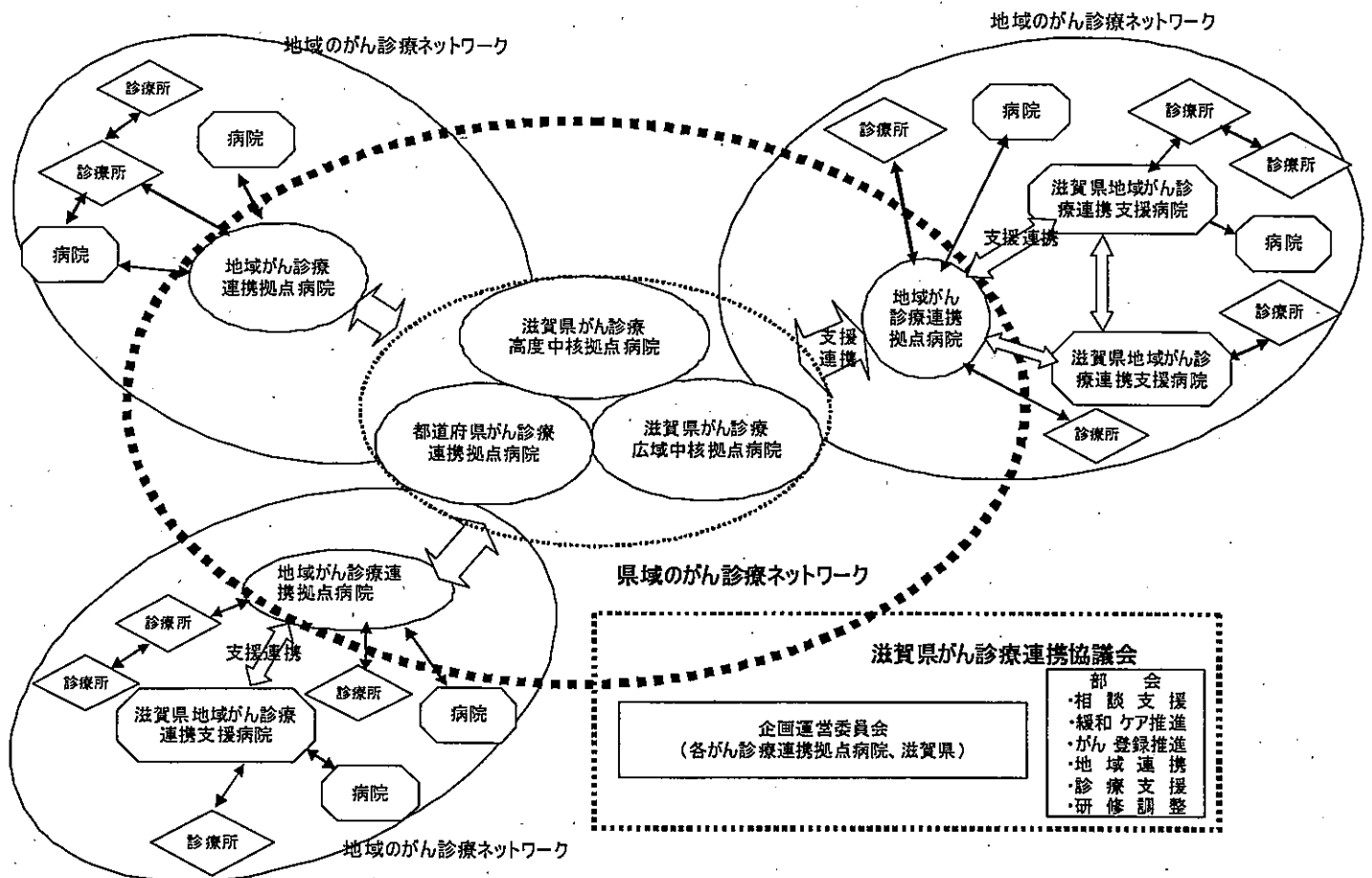


図3-2-1-2 連携イメージ図



① 診療所の役割

- 身近な診療所で検査を受け、がんが疑われた際には、確定診断可能な病院へ紹介がなされ、治療後の適切なフォローアップが必要です。
- また、在宅療養を希望する患者に対しては、訪問看護ステーションや薬局等、医療福祉関係者と連携して在宅医療が提供されています。

② 病院の役割

- 病院はそれぞれの専門性に応じ、かかりつけ医と連携しながら検査、診断、治療を行います。
- 地域におけるがんの専門的な医療の提供を行うとともに、がん診療に携わる医師を対象とした緩和ケア*等の研修の実施、院内がん登録*の実施、がん患者等に対する情報提供や相談支援などの役割を担うため、下記のとおりがん診療連携拠点病院等が指定されています。

[国の制度]

- 都道府県がん診療連携拠点病院（1か所）

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

〔病院名〕 滋賀県立成人病センター

○ 地域がん診療連携拠点病院（5か所）

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

〔病院名〕 滋賀医科大学医学部附属病院、大津赤十字病院、公立甲賀病院、彦根市立病院、市立長浜病院

〔県の制度〕

○ 滋賀県がん診療連携拠点病院（2か所）

〔役割〕 上記、都道府県がん診療連携拠点病院の機能と同じ。

〔病院名〕 滋賀医科大学医学部附属病院、滋賀県立成人病センター

○ 滋賀県がん診療高度中核拠点病院（1か所）

〔役割〕 がん医療における高度先進医療を提供するとともに、医師等の人材支援、人材育成の中核を担う。知事が指定。

〔病院名〕 滋賀医科大学医学部附属病院

○ 滋賀県がん診療広域中核拠点病院（1か所）

〔役割〕 大津保健医療圏域における専門的ながん医療の提供に加え、広域的に専門的ながん医療の提供を行う。知事が指定。

〔病院名〕 大津赤十字病院

○ 滋賀県地域がん診療連携支援病院（6か所）

〔役割〕 がん診療連携拠点病院と連携し、各二次保健医療圏域において専門的ながん医療の提供を行う。病院からの申請に基づき、知事が指定。

〔病院名〕 大津市民病院、草津総合病院、済生会滋賀県病院、近江八幡市立総合医療センター、国立病院機構滋賀病院、長浜赤十字病院

図3-2-1-3 滋賀県のがん診療連携拠点病院およびがん診療連携支援病院

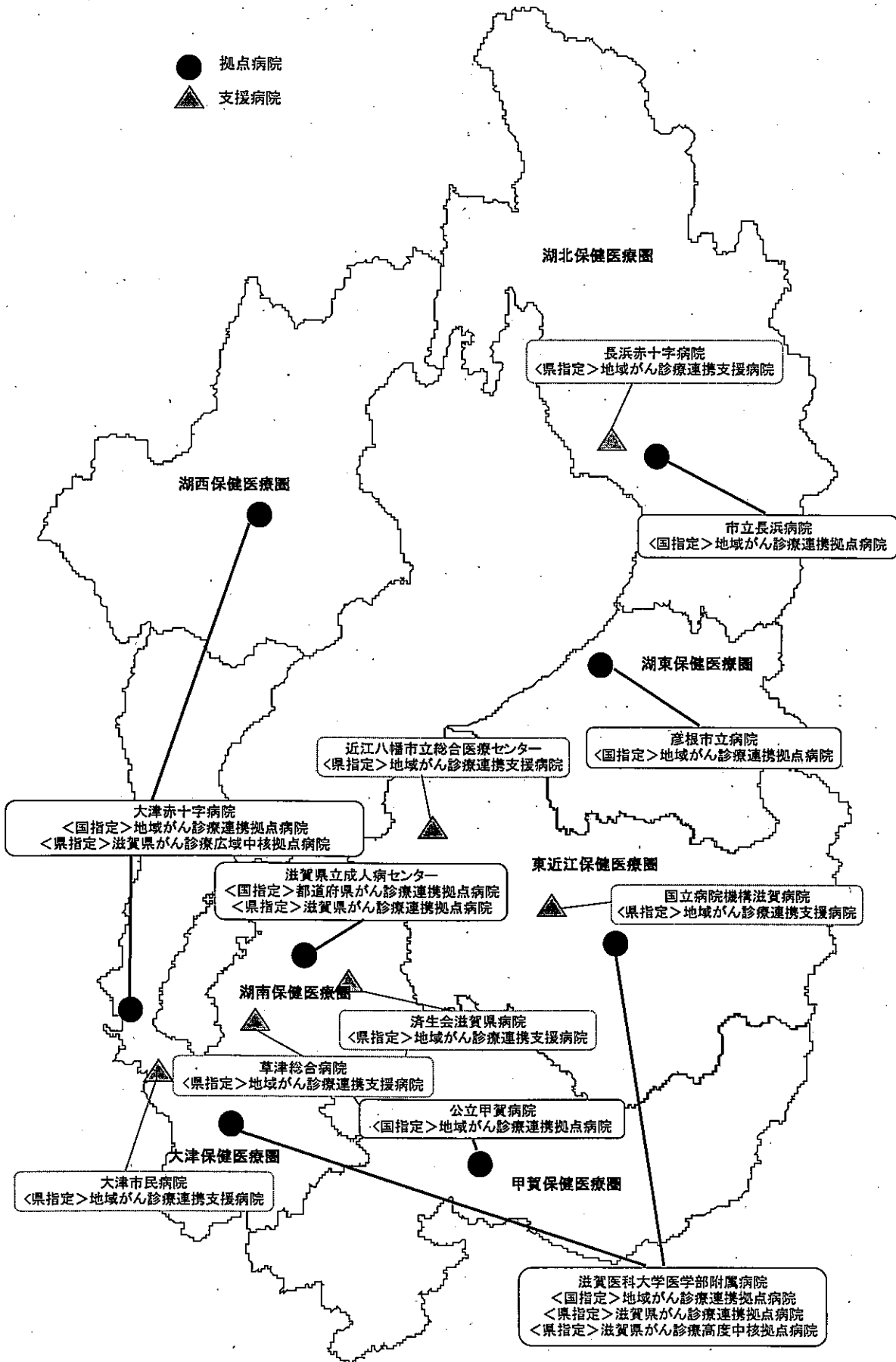


表3-2-1-4 がん診療機能を有する病院

		診療機能											標準的治療の提供						
		成人						小児					1 胃がん	2 大腸がん	3 肝がん	4 肺がん	5 乳がん		
		1 集学的治療	2 外科手術	3 放射線治療	4 化学療法	5 検査(検診ドック)	6 緩和ケア	1 集学的治療	2 外科手術	3 放射線治療	4 化学療法	5 検査(検診ドック)						6 緩和ケア	
大津	(支) 大津市民病院	○	○		○	○	○								○	○	○	○	○
	(拠) 大津赤十字病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		○	○	○	○	○
	大津赤十字志賀病院	○	○		○	○	○								○	○	○		
	(特)(拠) 滋賀医科大学医学部附属病院	○	○	○	○		○	○	○	○		○			○	○	○	○	○
	社会保険滋賀病院	○	○		○	○									○	○	○	○	○
	ひかり病院				○	○	○												○
	琵琶湖大橋病院		○		○	○													○
	琵琶湖中央病院				○	○	○												
琵琶湖養育院病院				○	○												○		
湖南	近江草津徳州会病院				○														
	(支) 草津総合病院	○	○	○	○	○	○										○	○	○
	南草津野村病院		○			○													
	宮脇病院		○		○	○	○												
	(拠) 滋賀県立成人病センター	○	○	○	○	○	○												
	守山市民病院		○		○	○													○
	(支) 済生会滋賀県病院		○	○	○	○									○				
野洲病院		○		○	○													○	
甲賀	甲賀市立信楽中央病院				○	○	○												
	甲南病院	○	○		○														○
	(拠) 公立甲賀病院	○	○	○	○	○	○												○
	国立病院機構紫香楽病院					○													
	生田病院		○		○	○													○
東近江	ヴォーリズ記念病院		○		○	○	○												○
	(支) 近江八幡市立総合医療センター	○	○		○	○	○											△	○
	神崎中央病院				○														
	(支) 国立病院機構滋賀病院	○	○	○	○	○	○												○
	湖東記念病院	○	○	○	○	○	○				○								○
	東近江敬愛病院	○	○		○	○													○
	東近江市立蒲生病院	○	○			○			○					○					
	東近江市立能登川病院				○	○								○					
日野記念病院	○	○		○	○	○			○				○					○	
湖東	(拠) 彦根市立病院	○	○	○	○	○	○												○
	彦根中央病院		○		○	○													○
	友仁山崎病院		○		○	○													○
	豊郷病院	○	○		○	○	○												○
湖北	(拠) 市立長浜病院	○	○	○	○	○	○												○
	(支) 長浜赤十字病院	○	○	○	○	○	○												○
	長浜市立湖北病院		○		○	○	○												○
湖西	今津病院					○	○												
	高島市民病院		○		○	○	○							○					○
	マキノ病院		○		○	○	○							○					○
(拠)	がん診療連携拠点病院																		
(特)	特定機能病院																		
(支)	がん診療連携支援病院																		

出典：医療機能および医療連携調査(平成24年7月)

<診療機能>

- がん診療連携拠点病院を中心にがんの診療ガイドライン*に基づく集学的治療を実施しています。
- 5大がん*の治療を行う病院数は、胃がん 34、大腸がん 33、肝がん 26、肺がん 18、乳がん 26 か所です。
- 質の高い医療を提供するため、全てのがん診療連携拠点病院において各職種の専門性を活かした多職種でのチーム医療の体制が整備されつつあります。
- 治療の影響から、患者の嚥下や呼吸運動など、日常生活動作に障害が生じるため、がん領域でのリハビリテーションが重要です。
- 希少がん*は、数多く種類が存在しますが、専門施設も少なく対策が講じられていないとの声があります。
- 小児がんの集学的治療ができる病院数は、2圏域3病院で、病院数が少なくかつ地域偏在がみられます。
- 小児がん患者の多くは、医療機関受診後、2か所、3か所目で診断されていますが、5か所以上の場合もあります。転院経験者の理由の多くは専門医を求めているものです。(平成 24 年滋賀県小児がん患者の実態調査)
- 小児がん患者は、県外の医療機関で診断、治療を受けている場合も多く、診断では 28.4%、治療では 40.7%を占めています。(平成 24 年滋賀県小児がん患者の実態調査)

<連携機能>

- がん医療の均てん化を図るため、平成 21 年度 (2009 年度)、がん診療連携拠点病院を中心に県内統一の 5 大がん地域連携クリティカルパスの整備を行い、地域の医療連携ツールとして、平成 22 年 (2010 年) 4 月からその運用を開始しました。
- 5 大がん地域連携クリティカルパスの運用状況は 202 件で、その内 95%は胃がんおよび大腸がんで占めています。(がん診療連携拠点病院地域連携部会調べ (平成 24 年 5 月現在))
- 今後、病院間の機能分担と連携体制の整備を進めるとともに、さらなる病診連携の推進が必要です。

<医療従事者の配置>

- 病院においてがん診療領域に携わる専門職員は、全体的には増加しています。
- しかし、病理診断医や放射線診断、放射線治療の専門知識を有する医師などはあまり増加していません。また、二次保健医療圏域間でがん専門医療従事者の配置に偏在がみられます。
- 病院においては、がん診療に携わる専門医師、看護師の配置を進めるとともに、平成 24 年度 (2012 年度) に本格稼働した「全県型遠隔病理診断事業*」をはじめとした人材の有効活用策を検討していく必要があります。

機能の充実が必要です。

- がん患者や家族の交流の場であるがん患者サロン*は7か所に設置されています。
- サロンに従事するピアカウンセラー*は、滋賀県がん患者団体連絡協議会において、平成21年度（2009年度）から23年度（2011年度）の間、合計54人養成されました。養成後、活動が困難となる人もあるため、二次保健医療圏域ごとに5人を確保する必要があります。
- 患者サロンの利用を促進し、がん患者・経験者との協働を進め、ピアサポートをさらに充実していく必要があります。

(5) 在宅療養支援機能

- がん患者の在宅での死亡数は、268人で全体の7.8%と低い状況です。（平成22年人口動態統計）
- 在宅療養支援診療所は、96か所で、人口10万人あたり6.8か所と全国的にも少ない状況です（平成24年（2012年）7月現在）。
- 逆紹介*を受入れた診療所数は、323か所、受入患者は378人あります。（医療機能および医療連携調査（平成24年（2012年）7月））
- 地域連携クリティカルパスを運用している診療所数は227か所です。（医療機能および医療連携調査（平成24年（2012年）7月））
- がん性疼痛のコントロールに必要な医療用麻薬を処方している診療所数は人口10万人あたり2.7か所で全国の6.2か所より低い状況です。
- がん患者が望む場所での在宅療養、看取りが可能となるよう、医療と介護の提供体制の構築と在宅における積極的な緩和ケアの推進が求められます。

(6) がん登録の状況

- 地域がん登録*に協力している病院は、一般病床を有する病院45病院中22病院で、約半数に留まります。また、院内がん登録*の実施は、一般病床100床以上の病院32病院中17病院と低い状況です。
- このうち、5年生存率*を公表している病院は1か所のみです。
- 県民に病院ごとの治療成績を提供するためには、5年生存率を公表する病院を増やす必要があります。公表のためには正確ながんの罹患数や生存率などの把握が欠かせないので、がん登録の精度向上が必要です。
- がん登録の意義や内容について、県民、医療機関へ周知し、協力を求める必要があります。

施策の基本的な方向と目標

- がんの予防
食育の推進、運動習慣の定着、たばこ対策の推進、予防ワクチンの接種の推進
- がんの早期発見
がん検診率の向上
- 医療機関の整備と連携の推進
専門医、看護師等の確保、小児がん対策
- 診療連携による在宅支援等の充実強化
- 地域がん登録の充実
- 生活と治療の両立支援

《数値目標》

目標項目	現状値	目標値 (H29)	備考
75歳未満 年齢調整死亡率 (人口10万人あたり)	75.0 (H22) 男性 96.8 女性 54.3	63.7 男性 82.4 女性 46.6	H18の80%
がん検診受診率	胃がん 27.9% (H22) 肺がん 16.3% (H22) 大腸がん 24.0% (H22) 子宮がん 29.2% (H22) 乳がん 29.3% (H22)	すべての受診率に ついて50.0%	
成人の喫煙率	男性 38.4% (H21) 女性 7.4% (H21)	男性 27.2% (H34) 女性 4.4% (H34)	

施策の内容

(1) がんの予防

ア 滋賀県食育推進計画および食生活指針に基づく食育の推進

- 食事バランスガイドの普及を図ります。
- 滋賀の健康栄養マップ調査を実施します。

イ 身体活動（運動）の普及と習慣化の促進

- 関係機関とともに健康づくりや生活習慣病を予防するための運動の必要性を啓発します。
- 運動定着のため関係機関とのネットワークを進めます。

ウ たばこ対策指針に基づくたばこ対策の推進

- 喫煙が及ぼす健康影響の知識を普及します。

エ 予防ワクチンの接種の推進

- 子宮頸がん予防ワクチンの接種の啓発を図ります。

(2) がんの早期発見

ア 各種がん検診の受診率の向上

個別勧奨や地域・職域連携による働き盛り世代の受診率の向上対策を支援します。また、市町において、受診率の向上とともに精密検査の受診率100%を目指します。

イ 機器整備をはじめとする検診体制の整備促進

- 県内の検診機関における機器整備について、国の助成制度を活用して支援します。
- 市町における検診の精度管理情報と併せて、滋賀県がん検診精度管理事業における検討会を実施します。

(3) 医療機関の整備と連携の推進

ア がん診療連携拠点病院の役割分担の推進

- 各がん診療連携拠点病院、各支援病院の特徴を活かした医療機能分担のため、検討を進めます。
- がん診療に携わる専門医師、看護師の配置を支援するとともに人材の有効活用策を検討します。(例 ICT (情報通信技術) を活用した遠隔病理診断)

イ 緩和ケアの推進

- 緩和ケアについて県民の理解を促進し、従事者の知識技術の向上を図ります。

ウ 情報提供と相談体制の整備

- がん相談支援センターの一層の充実を支援します
- ピアカウンセリング相談員の養成を支援します。
- 患者サロンの質の向上についての取組について支援します。

エ 小児がん対策

- 患者が速やかに適切な治療が受けられるよう、拠点病院等と県内医療機関等との役割分担と連携を進めます。

(4) 診療連携による在宅支援等の充実強化

- ア 病院と地域の間地域連携クリティカルパスを活用し、治療者と患者・家族等の当事者がともに治療や療養生活に関する計画を確認し、療養生活を送ることができる体制を整えます。
- イ 地域連携クリティカルパスの利用促進のため、県民に啓発します。
- ウ 在宅医療に携わる関係者は、在宅療養を支援する診療所（医科・歯科）や訪問看護ステーション、薬局の数を増やすとともに、各地域の特性に見合った24時間対応が可能となるようネットワークの構築に努めます。

(5) 地域がん登録の充実

- ア 県民、医療機関従事者に対し、地域がん登録の意義を周知します。また、医療従事者の理解と協力を促進します。
- イ がん診療連携拠点病院は、がん登録の精度の向上を図るとともに、予後調査を実施し、5年生存率を公表するなど、県民への情報提供に努めます。
- ウ 精度の高い地域がん登録情報を他の基礎的データと関連させて分析し、がん予防および生活習慣病予防施策に活用します。

(6) 生活と治療の両立支援

- ア 就労等社会的問題への対応
 - 県内のがん患者の就労等の現状把握を進め、対策につなげます。
- イ 小児がん患者と経験者および家族の支援の充実
 - 小児がん経験者が安心して暮らせるよう、地域の中で患者とその家族の不安や治療による合併症、二次がんなどに対応できる長期フォローアップの体制とともに、小児がん経験者の自立に向けた心理社会的な支援について検討します。
- ウ がんの教育、普及啓発
 - 県民全体に対しては、がん予防や早期発見につながる行動変容を促し、自分や身近な人ががんに罹患してもそれを正しく理解できるよう、がんの普及啓発活動を進めます。
 - 患者に対しては、がんを正しく理解し向き合うため、自分の病状、治療等を学ぶことができる環境を整備します。患者の家族についても、患者の病状を正しく理解し、患者の心の変化、患者を支える方法などに加え、患者の家族自身も心身のケアについて学ぶことができる環境を整備します。
 - 子どもに対しては、健康と命の大切さについて学び、自らの健康を適切に管理し、がんに対する正しい知識とがん患者に対する正しい認識を持つことができる教育の実施体制、実施方法を検討します。

2 脳卒中

現状と課題

(1) 脳卒中の現状

- 「脳卒中」(脳血管疾患)は、血栓等により脳の血管が詰まって起こる「脳梗塞」、脳の細かい血管が破綻することによって起こる「脳出血」、脳動脈瘤が破綻することによって起こる「くも膜下出血」に大別されます。発症直後の急性期における治療法はそれぞれ異なりますが、急性期を脱した後の医療は共通した内容が多くなります。
- 本県における平成23年(2011年)の脳卒中による死亡者は1,093人であり、全死亡数11,884人の9.2%を占めています。脳梗塞が最も多く617人(56.5%)、脳出血308人(28.2%)、くも膜下出血136人(12.4%)となっています。(平成23年人口動態調査)
- 年齢調整死亡率は、男性42.8(全国49.5)女性24.2(全国25.6)であり、全国と比較すると低くなっています。(平成22年都道府県年齢調整死亡率)
- 脳卒中はいったん発症すれば、生命が助かったとしても、片麻痺、嚥下障害、言語障害、認知障害などの後遺症が残ることがあり、患者およびその家族の日常生活に大きな影響を及ぼす疾病です。
- 脳卒中による退院患者平均在院日数*は、県平均107日(全国109.2日)であり、全疾患平均35.6日(全国31.9日)と比較すると長期の入院が必要となっています。(平成20年患者調査)
- 介護が必要となった者の24.1%は脳卒中が原因であり、介護が必要となった原因の第1位となっています。(平成22年国民生活基礎調査)
- 在宅等生活の場に復帰した患者の割合は、本県65.5%(全国57.7%)と高い状況にあります。(平成20年患者調査)
- 在宅死亡の割合は、本県27.3%(全国18.7%)と高い状況にあります。(平成22年人口動態統計)

(2) 脳卒中医療の概要

図3-2-2-1 脳卒中に対する医療の流れ

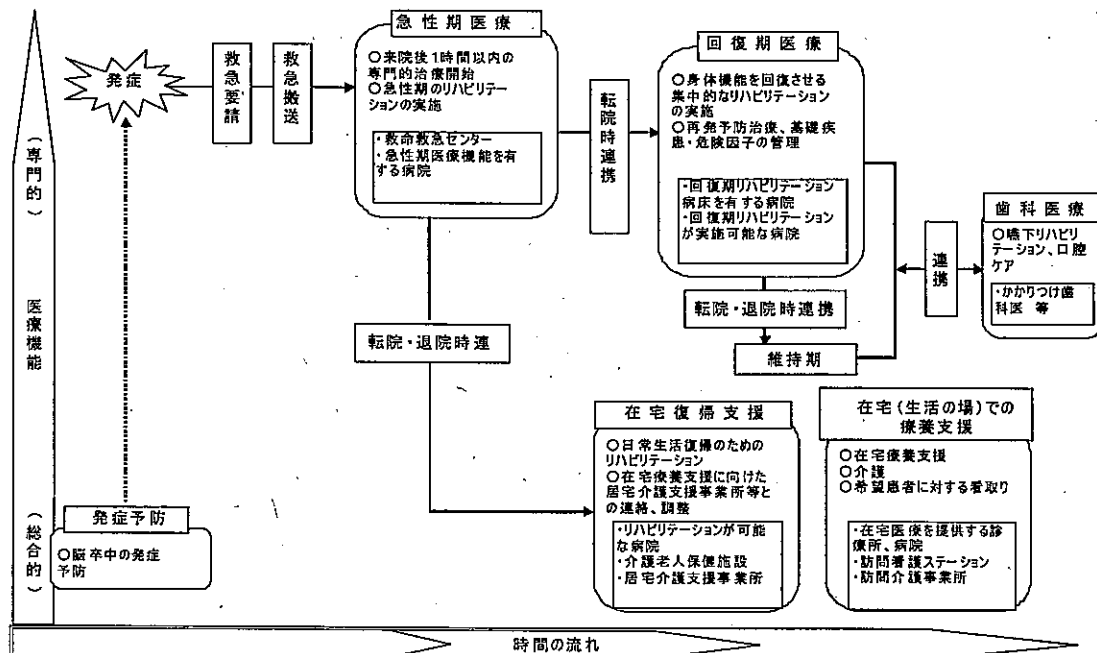


表 3-2-2-2 脳卒中の医療体制

	【予防】	【救護】	【急性期】	【回復期】	【維持期】	
機能	発症予防	応急手当 病院前救護	救急医療 急性期の診断、治療	身体機能を回復させるリ ハビリテーション	日常生活への復帰及 び維持のためのリハ ビリテーション	生活の場での療養支 援(在宅療養)
目標	●脳卒中の発症予 防	●発症後2時間以 内の急性期病院到 着	●来院後1時間以内の 専門的治療開始 ●急性期に行うリハビ リテーション実施	●回復期に行うリハビ リテーション実施 ●再発予防治療、基礎 疾患・危険因子の管理	●維持期に行うリハビ リテーション実施 ●在宅等への復帰及 び生活の継続支援	●在宅療養支援 ●希望する患者に対 する 看取り
医療機 関例			●救命救急センターを有 する病院 ●急性期の医療、リハビ リテーションに対応できる病 院	●回復期リハビリテーシ ョン病棟を有する病院 ●回復期のリハビリテー ションに対応できる病院	●介護保険によるリハ ビリテーションを行う病 院・診療所 ●介護老人保健施 設	●在宅療養支援診療 所等
求めら れる事 項	●基礎疾患・危険 因子の管理 ●初期症状出現時 の対応について、本 人等に教育・啓発 ●初期症状出現時 における急性期病 院への受診勧奨	【本人・周囲にいる 者】 ●速やかな救急搬 送要請 【救急救命士】 ●適切な観察・判 断・処置 ●急性期病院に2 時間以内に搬送	●CT・MRI検査の24時 間実施 ●専門的診療の24時間 実施 ●来院後1時間以内に t-PAによる脳血栓溶解 療法を実施 ●外科的治療が必要な 場合2時間以内に治療 開始 ●廃用症候群や合併症 の予防、セルフケアの早期 自立のための リハビリテーション実施	●再発予防治療、基礎 疾患・危険因子の管理 ●抑うつ状態への対応 ●機能障害の改善及び ADL向上のリハビリテ ーションを集中的に実施	●再発予防治療、基 礎疾患・危険因子の 管理 ●抑うつ状態への対 応 ●生活機能の維持・ 向上の リハビリテーション実施 ●在宅復帰のための 居宅介護サービスを 調整	●再発予防治療、基 礎疾患・危険因子の 管理 ●抑うつ状態への対 応 ●訪問看護ステーシ ョン、調剤薬局と連携し た在宅医療 ●希望する患者に対 する居宅での看取り ●居宅介護サービスと の連携

(3) 医療機関の連携と現状

ア 医療機能の現状 (医療機能および医療連携調査 平成 24 年 7 月)

- 脳卒中の急性期におけるほぼ全ての症例に 24 時間対応できる専門的な治療が可能な病院 (=急性期病院) は、全ての保健医療圏域にあります。
- 脳卒中集中治療室* (SCU) を有する病院は県内 1 か所 (病床数 3 床) です。
- 脳梗塞の治療薬である t-PA* による脳血栓溶解療法の実施可能医療機関は 16 か所あり、全ての二次保健医療圏域で実施できる体制が整っています。
- t-PA による脳血栓溶解療法の実施状況は、平成 22 年 (2010 年) 76 件 (人口 10 万人あたり 5.6)、平成 23 年 (2011 年) 89 件 (人口 10 万人あたり 6.4) と使用症例数は微増しています。
- t-PA による脳血栓溶解療法は、46%が発症から医療機関収容までに時間がかかり、時間的制限で未実施となっています。(滋賀医科大学調査) 平成 24 年 (2012 年) 8 月から、発症後使用できる時間がこれまでの 3 時間以内から 4 時間半まで延長しました。
- 発症直後の救護、搬送にあたるのは消防の救急隊が中心となります。本県では 7 つの消防圏域があり、平成 22 年度 (2010 年度) 中の急病の場合の救急出動から医療機関に収容するまでの平均所要時間は 31.2 分となっています。
- 回復期リハビリテーション病棟* を有する病院は、大津、湖南、東近江保健医療圏には各 4 か所、甲賀、湖東保健医療圏には各 1 か所あり県全体では 14 か所 (628 床) あります。また、平成 25 年度 (2013 年度) 中にさらに 3 病院が回復期リハビリテーション病棟を設置予定であり、すべての保健医療圏域に設置されます。
- 訪問診療や緊急時の往診を行う在宅療養支援診療所は 96 か所、在宅療養支援病院は 7 か所あります。また、在宅時医学総合管理料* の届出を行っている診療所は 159 か所あり、在宅療養支援診療所以外の診療所でも訪問診療や往診が行われています。(近畿厚生局

平成24年7月)

- 医師をはじめとする専門スタッフが、介護を必要とする高齢者の自立を支援する介護老人保健施設は32か所あります。
- 看護師等が生活の場へ訪問し看護ケアを提供する訪問看護ステーションは72か所、患者の退院後に必要な介護サービスのマネジメントを行うケアマネジャーがいる居宅介護支援事業所*は409か所あります。退院後も介護が必要になる場合が多い脳卒中患者のQOL（生活の質）向上のためには、医療機関等との情報共有、調整などの連携に努め、効果的に機能していくことが望まれます。

表3-2-2-3 急性期の医療に対応できる病院

二保健医療圏域	医療機関名	脳梗塞 急性期治療			脳梗塞 再発予防治療			脳出血		くも膜下 出血		24時間 対応可能	地域 連携バス の運用
		tPAによる 脳血栓溶解療法	tPA含まない 内科的治療	血管内治療	外科治療	内科的治療	外科治療	血管内治療	内科的治療	外科治療	開頭術		
大津	大津市民病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	大津赤十字病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	大津赤十字志賀病院	-	○	-	-	○	-	○	○	-	-	-	-
	滋賀医科大学医学部附属病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	社会保険滋賀病院	○	○	-	-	○	-	-	○	-	-	-	-
	琵琶湖中央病院	-	○	-	-	○	-	-	○	-	-	-	○
湖南	近江草津徳州会病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	-
	草津総合病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	-
	宮脇病院	-	○	-	-	○	-	-	○	-	-	-	-
	滋賀県立成人病センター	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	守山市民病院	○	○	-	○	○	-	○	○	○	○	-	○
	済生会滋賀県病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	野洲病院	-	○	-	-	○	-	-	-	-	-	-	-
甲賀	甲南病院	-	○	-	-	○	-	-	○	-	-	-	○
	公立甲賀病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
東近江	近江八幡市立総合医療センター	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	国立病院機構滋賀病院	-	○	○	-	-	○	-	-	○	-	-	○
	湖東記念病院	○	○	-	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	日野記念病院	-	○	-	-	○	-	-	○	-	-	-	○
湖東	彦根市立病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
湖北	市市長浜病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	長浜赤十字病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
湖西	高島市民病院	○	○	-	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	マキノ病院	-	○	-	-	○	-	-	○	-	-	-	○

出典：医療機能および医療連携調査（平成24年7月）

表3-2-2-4 脳卒中のリハビリテーションに対応できる病院

		急性期リハビリテーション	回復期リハビリテーション病棟を有する病院	回復期リハビリテーション	維持期(慢性期)リハビリテーション
				病床数	
大津	大津市民病院	○	○	30	○
	大津赤十字病院	○	○	41	○
	大津赤十字志賀病院	○			○
	滋賀医科大学医学部附属病院	○	○	40	○
	社会保険滋賀病院	○			○
	ひかり病院				○
	琵琶湖大橋病院				○
	琵琶湖中央病院	○	○	60	○
	琵琶湖養育院病院				○
湖南	山田整形外科病院				○
	近江草津徳州会病院	○			○
	草津総合病院	○	○	40	○
	南草津病院	○	○	42	○
	宮脇病院	○			○
	滋賀県立小児保健医療センター				○
	滋賀県立成人病センター	○	○	40	○
	守山市民病院	○			○
	済生会滋賀県病院	○			○
甲賀	野洲病院	○	○	41	○
	甲南病院	○			○
	公立甲賀病院	○	25年度予定		
	国立病院機構紫香楽病院				○
	生田病院				○
東近江	甲西リハビリ病院		○	56	○
	ウォリス記念病院		○	42	○
	近江八幡市立総合医療センター	○	○	50	○
	青葉病院				○
	近江温泉病院		○	56	○
	神崎中央病院		○	60	○
	国立病院機構滋賀病院	○			○
	湖東記念病院	○			
	東近江敬愛病院				○
	東近江市立能登川病院				○
	東近江市立蒲生病院				○
湖東	日野記念病院	○			○
	彦根市立病院	○			
	彦根中央病院				○
	友仁山崎病院	○			○
湖北	豊郷病院	○	○	30	○
	市立長浜病院	○	25年度予定		
	長浜赤十字病院	○			○
	長浜市立湖北病院				○
湖西	今津病院	○	25年度予定		○
	高島市民病院	○			○
	マキノ病院	○			○

出典: 医療機能および医療連携調査(平成24年7月)

イ 医療機関連携の状況 (医療機能および医療連携調査 平成24年7月)

- 急性期医療においては、大津、湖南および湖北の各保健医療圏域では、病院間連携(自病院で対応できないと判断した場合の紹介)、診療所と病院の連携(診療所から専門的な診断・治療が可能な病院への紹介)は、ほぼ圏域内で完結しています。甲賀、東近江、湖東、湖西の各保健医療圏域は、一部は隣接する圏域への紹介が行われています。
- 入院患者の住所地別にみると、大津 86.1%、湖南 69.9%、甲賀 78.8%、東近江 81.5%、湖東 44.2%、湖北 51.8%、湖西 74.6%、が各保健医療圏域内の医療機関に入院しており、湖東、湖北は約半数が圏域を越えた回復期リハビリテーションの機能を有する医療機関へ入院しています。

- 地域連携クリティカルパスの運用状況では、病院 33 か所（診療報酬届出 21 か所）、診療所 54 か所（診療報酬届出 16 か所）が運用し、平成 23 年度（2011 年度）年間運用数は、病院 933 件、診療所 51 件でした。全圏域で運用されており、運用状況も徐々に増加しています。

表 3-2-2-5 脳卒中地域連携クリティカルパス運用状況

圏域	病院数		件数	診療所		件数
	運用あり	(内訳) 診療報酬届有		運用あり	(内訳) 診療報酬届有	
大津	6	6	126	11	3	1
湖南	4	2	66	5	0	5
甲賀	4	4	110	5	2	0
東近江	10	6	258	13	1	26
湖東	3	3	98	11	7	17
湖北	3	0	272	7	1	2
湖西	3	0	3	2	1	0
計	33	21	933	54	15	51

施策の基本的な方向と目標

- 発症予防、生活習慣病の改善
- 発症後、速やかな搬送と専門的な診療が可能な体制の構築
- 病期に応じたリハビリテーションが可能な体制の構築
- 在宅療養が可能な体制の構築

《数値目標》

目標項目	現状値	目標値 (H29)	備考
脳血管疾患による年齢調整死亡率の減少〔再掲〕	男性 42.8 (H22)	36.0 (H34)	健康いきいき 21-健康しが推進プラン
	女性 24.2 (H22)	22.2 (H34)	
t-PA による脳血栓溶解療法実施件数の増加	年間 89 件 (H24)	増加	
脳卒中医療連携体制の構築 (地域連携クリティカルパス運用件数の増加)	33 病院 (H24) 933 件 (H24)	増加 増加	

施策の内容

(1) 脳卒中の発症予防の推進

- 脳卒中は予防可能な疾病であるため、市町、保険者を中心とした生活習慣病の改善指導や高血圧などの早期発見のための健診、事後フォローの充実、発症予防のための保健指導を推進し、県はこれらが円滑に行われるよう支援していきます。
- 脳卒中の危険因子である高血圧症は、血圧のコントロールが重要であり、医療機関における適切な治療が継続されるよう、関係団体等とともに啓発します。

(2) 脳卒中の理解を広げるため県民啓発、発症後速やかな搬送体制の整備の推進

- 脳卒中は、できるだけ早く適切な治療を行うことで高い効果が見込まれ、後遺症の危険性も少なくなることから、速やかな治療開始が非常に重要です。

迅速な救急出動要請が行えるよう、市町、医師会等とともに、脳卒中の初期症状に関する県民理解を深めるための啓発活動を行います。特に脳梗塞のt-PAによる脳血栓溶解療法を必要な患者が適応時間内で使用できるよう関係機関と共に啓発活動を促進します。

- 救急搬送の基準に基づき、救急救命士等による適切な判断、処置が行われ、脳卒中急性期医療を担う病院へ速やかに搬送できる体制づくりを推進します。

(3) 専門的な診療が可能な体制の構築

- 脳卒中の検査、診療、治療が24時間対応可能な体制およびt-PAによる脳血栓溶解療法の実施施設基準を満たす医療機関の周知を行い、治療実績状況等の把握に努めます。
- 急性期の治療を行う医療機関は、来院後1時間以内に専門的な治療を開始できる院内体制の構築に努めるとともに、脳梗塞の治療に有効とされるt-PAによる脳血栓溶解療法の実施施設基準を満たすよう努力するものとします。

(4) 病期に応じたリハビリテーションが可能な体制の構築

- 身体機能の早期改善のための集中的な急性期リハビリテーションの実施、機能回復および日常生活動作向上のために専門的かつ集中的な回復期リハビリテーションの実施、生活機能を維持向上させる維持期リハビリテーションの実施が必要な時期に切れ目なく行われるよう医療連携体制の推進を図ります。
- 地域連携クリティカルパスの活用をさらに促進し、県内で統一した地域連携クリティカルパスの検討を進め、効果的な運用の推進を図ります。
- 脳卒中の後遺症として、高次脳機能障害*が多く発症するため、適切な評価が行われ、個々の障害に応じたリハビリテーションが推進されるよう支援します。

(5) 在宅療養が可能な体制づくりを強化

- 在宅療養では、再発予防の治療、基礎疾患や危険因子の継続的な管理など医療面での加療が行われますが、脳卒中は再発することが多く、周囲への適切な指導等も必要となり、様々な関係機関と連携し啓発活動を進めます。
- 保健所は、医療連携の円滑な実施に向けて、地域医師会等と連携して、医療機関相互または医療機関と介護サービス事業所等との調整を行うなど、二次保健医療圏の医療連携体制の構築に努めます。
- 在宅復帰困難患者を受け入れる病院・診療所、介護・福祉施設等と、急性期、回復期の医療機関との入院中からの連携強化を図り、総合的かつ切れ目のない対応が行われるよう支援します。
- 居宅介護支援事業所は、患者情報の共有に努め、訪問看護ステーションや薬局も含めた患者に必要な医療・介護サービスをコーディネートすることにより、患者が安心して在宅療養生活を送れるための適切なケアプランを作成する機能の強化に努めます。

(6) 脳卒中医療情報データの収集分析、総合的な研究、関係者等研修の充実

- 滋賀医科大学で実施している脳卒中データセンターの整備を進め、県内の脳卒中発症頻度、罹患状況、治療成績等における情報の収集分析が推進されるよう支援します。
- 日本脳卒中協会滋賀県支部や関係病院、医師会、消防等との連携を図り、脳卒中に関する研究や県民啓発活動など、脳卒中对策の促進を図ります。

3 急性心筋梗塞

現状と課題

(1) 急性心筋梗塞の現状

- 急性心筋梗塞は、冠動脈の閉塞等によって心筋への血流が阻害され、心筋が壊死し、心臓機能の低下が起きる疾患であり、心室細動などの致死性不整脈が原因で起こります。全国的には1年間に救急車で搬送される急病の9.1%、約28万1千人が心疾患等とされています。(平成23年版救急・救助の現状)
- 本県における虚血性心疾患(狭心症および心筋梗塞)の継続的な医療を受けている患者数は約1万3千人と推計されています。(平成20年患者調査)
- 本県における平成23年(2011年)の心疾患(高血圧性除く)による死亡数は2,013人で、全死亡者数の16.9%を占めています。そのうち急性心筋梗塞は454人で心疾患死亡数全体の22.6%、男性258人(56.8%)、女性196人(43.2%)となっています。(平成23年人口動態調査)
- 平成22年(2010年)の本県の年齢調整死亡率は男性19.5(全国20.4)女性8.1(同8.4)であり、いずれもやや低い状況にあります。(平成22年都道府県別年齢調整死亡率)
- 平均在院日数は11.3日であり、全国の12.8日よりやや短い状況にありますが、二次保健医療圏により5.7~15.5日の差があります。また、在宅等生活の場に復帰した患者割合は、95.2%であり、全国の92.8%より高い状況です。(平成20年患者調査)
- 急性心筋梗塞の危険因子は、高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病、メタボリックシンドローム、ストレスなどであり、発症の予防のためには生活習慣の改善や適切な治療が重要となります。
- 急性心筋梗塞は自覚症状が出現してから治療が開始されるまでの時間によって治療法や予後が大きく変わります。
- 救急要請から医療機関への収容までの時間は、県内平均では約30分であり、迅速な救急要請ができれば、専門的な治療までの時間短縮が図れます。早期に専門的な治療が受けられるよう、初期症状に関する県民啓発が必要となります。

(2) 急性心筋梗塞医療の概要

図3-2-3-1 急性心筋梗塞に対する医療の流れ

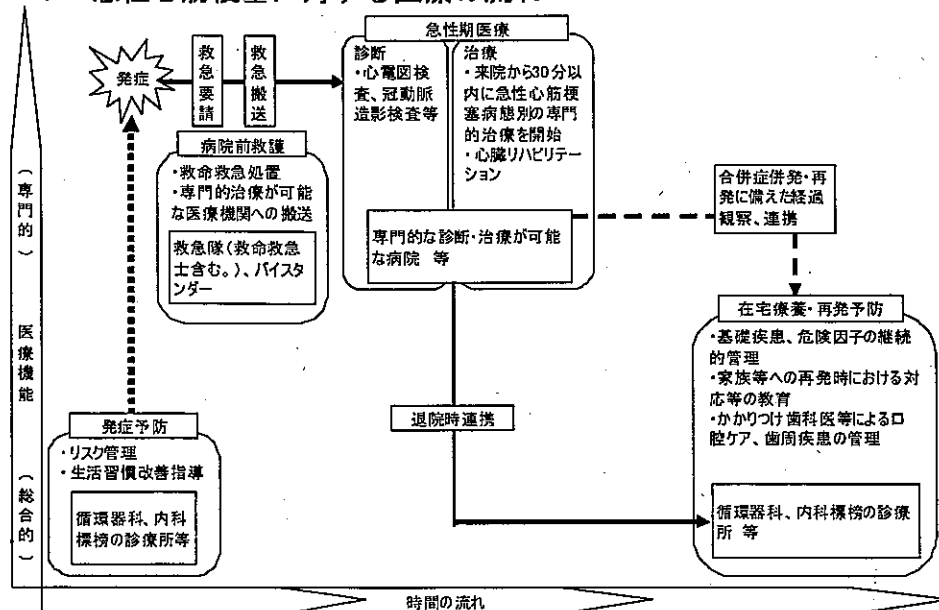


表3-2-3-2 急性心筋梗塞の医療体制

	【予防】	【救護】	【急性期】	【回復期】	【再発予防】
機能	発生予防	応急手当 病院前救護	救急医療	身体機能を回復させる心臓 リハビリテーション	再発予防
目標	○急性心筋梗塞の発症予防	○専門的医療機関への早期到着	○来院後30分以内の専門的治療開始 ○急性期医療における心臓リハビリテーション ○再発予防の定期的専門的検査	○再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理 ○心臓リハビリテーションの実施 ○在宅復帰支援 ○再発予防に必要な知識の教育	○再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理 ○在宅療養支援
医療機関例			○救命救急センターを有する病院 ○心臓病専用病室(CCU)等を有する病院	○内科及びリハビリテーション科を有する病院又は診療所	○病院又は診療所
求められる事項	○基礎疾患・危険因子の管理 ○初期症状出現時の対応について、本人等に教育・啓発 ○初期症状出現時における急性期病院への受診勧奨	【本人・周囲にいる者】 ○速やかな救急搬送要請 ○救急蘇生法等適切な処置 【救急救命士】 ○適切な観察・判断・処置 ○急性期病院への速やかな搬送	○心臓カテーテル検査等の24時間実施 ○専門的診療の24時間対応 ○来院後30分以内の冠動脈造影検査実施 ○呼吸管理等の全身管理や、ポンプ失調、心破裂等の合併症の治療 ○電気的除細動、機械的補助循環装置、緊急ペースメーカー不全の対応 ○包括的あるいは多要素リハビリテーションの実施 ○抑うつ状態等の対応	○再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理 ○抑うつ状態への対応 ○電気的除細動等急性増悪時の対応 ○運動療法、食事療法等心臓リハビリテーションが実施 ○再発時等における対応法について、患者及び家族への教育	○再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理 ○抑うつ状態への対応 ○電気的除細動等急性増悪時の対応 ○在宅復帰のための居宅介護サービスを調整

(3) 医療機能と医療連携の現状

ア 医療機能の現状

- 心筋梗塞を発症した場合、まず急性期には内科的・外科的治療が行われ、同時に再発予防や在宅復帰を目指して心臓リハビリテーション*が開始されます。
- 急性期治療である緊急血栓溶解療法*、緊急冠動脈インターベンション*、大動脈内バルーンポンピング*が実施可能な病院は、県内に17病院あり、全ての保健医療圏で可能となっています。
- 心臓の外科的治療である緊急冠動脈バイパス術*が可能な病院は県内で8病院であり、大津保健医療圏(3病院)、湖南保健医療圏(3病院)、甲賀保健医療圏(1病院)、湖北保健医療圏(1病院)となっています。東近江、湖東および湖西の各保健医療圏では実施が不可能となっています。
- 心臓血管専用集中治療室(CCU)*を設置している医療機関は県内で11か所あります。
- 心臓リハビリテーションが可能な病院は県内で13病院あり、大津保健医療圏(5病院)、湖南保健医療圏(3病院)、甲賀保健医療圏(2病院)、東近江保健医療圏(2病院)、湖北保健医療圏(1病院)となっています。湖東および湖西の各保健医療圏では実施可能な医療機関がなく、早期の社会復帰のためには、心臓リハビリテーションが実施可能な体制の充実が必要と考えられます。
- 検査・診断については、急性期医療を提供する病院以外にも実施可能な医療機関が全ての二次保健医療圏に存在しています。

イ 医療機関連携の状況

- 大津、湖南および湖北の各保健医療圏では、病院間連携（自病院で対応できないと判断した場合の紹介）、診療所と病院の連携（診療所から専門的な診療・治療が可能な病院への紹介、在宅療養期を迎えた患者の病院から診療所への紹介(逆紹介)）は、ほぼ圏域内で完結しています。
- 甲賀、東近江、湖東、湖西の保健医療圏では、外科的な冠動脈バイパス手術が必要な症例を中心に、それぞれの隣接する保健医療圏の病院への紹介が行われています。また診療所と病院間の連携についても各保健医療圏を越えた連携によって必要な医療機能が確保されています。限られた医療資源の有効活用のため、連携体制の強化が必要と考えられます。

表 3-2-3-3

圏域別病院名	実施可能な急性期治療等	緊急血栓溶解療法 (PTCR)	緊急冠動脈インターベンション (PCI)	緊急冠動脈バイパス手術 (CABG)	大動脈バルーンパンチング法 (IABP)	経皮的心肺補助装置 (PCPS) *	心臓リハビリテーション	心臓血管疾患集中治療部 (CCU)	集中治療室 (ICU)		(オンコール含む) 24時間対応可能	原則、自院対応専門的診断・治療	
									病床数	病床数			
大津	大津市民病院	-	○	○	○	○	○	○	4	○	6	○	○
	大津赤十字病院	○	○	○	○	○	○	○	2	○	4	○	○
	滋賀医科大学医学部附属病院	○	○	○	○	○	○	○	2	○	12	○	○
	社会保険滋賀病院	○	○	-	○	○	○	○	2	-	-	○	一部紹介
	琵琶湖大橋病院	○	○	-	○	○	○	-	-	-	-	○	一部紹介
湖南	近江草津徳洲会病院	-	-	-	○	○	○	○	-	-	-	○	○
	草津総合病院	○	○	○	○	○	○	○	-	○	12	○	○
	滋賀県立成人病センター	○	○	○	○	○	○	○	5	○	4	○	○
	済生会滋賀県病院	○	○	○	○	○	○	○	2	○	2	○	○
甲賀	甲南病院	○	○	○	○	○	○	-	-	-	-	○	一部紹介
	公立甲賀病院	○	○	-	○	-	○	-	-	-	-	○	一部紹介
東近江	近江八幡市立総合医療センター	○	○	-	○	○	○	○	3	○	3	○	○
	国立病院機構滋賀病院	○	○	-	○	○	○	-	-	-	-	-	一部紹介
	湖東記念病院	○	○	-	○	○	-	○	-	○	-	○	一部紹介
湖東	彦根市立病院	○	○	-	○	○	-	○	6	○	6	○	○
湖北	市立長浜病院	○	○	○	○	○	○	○	3	○	5	○	○
	長浜赤十字病院	○	○	-	○	○	○	○	-	○	3	○	一部紹介
湖西	高島市民病院	○	○	-	○	○	-	-	-	-	-	○	一部紹介

出典：医療機能および医療連携調査(平成24年7月)

施策の基本的な方向と目標

- 発症予防、生活習慣病の改善
- 発症後、速やかな搬送と専門的な診療が可能な体制の構築
- 心臓リハビリテーションが可能な体制の構築

《数値目標》

目標項目		現状値	目標値 (H29)	備考
急性心筋梗塞 年齢調整死亡率 (人口 10 万人あたり)	男性	19.5 (H22)	17.6	H22 の 90%
	女性	8.1 (H22)	7.3	H22 の 90%
心臓リハビリテーションが可能な 二次保健医療圏の数		5 圏域 (H23)	7 圏域	

施策の内容

(1) 発症予防および生活習慣病の改善、適切な治療の推進

- 急性心筋梗塞の発症予防のためには生活習慣の改善や適切な治療が重要であり、これらについて関係機関とともに啓発を図ります。
- 急性心筋梗塞は予防可能な疾患であるため、市町、保険者を中心とした生活習慣の改善指導やリスクの早期発見のための健診、発症予防のための保健指導の実施を推進し、県はこれが円滑に行われるよう支援していきます。

(2) 発症直後の速やかな救命処置の実施と搬送が可能な体制の充実

- 迅速な救急要請が行えるよう、市町、医師会等とともに、急性心筋梗塞の初期症状に関する基礎知識の普及や心肺停止が疑われる者に対して AED の使用を含めた救急蘇生法等の処置方法について、県民への啓発を図ります。

(3) 急性期医療機関における専門的治療開始までの時間短縮

- 急性期医療を提供する医療機関においては、来院後速やかに初期治療を開始するとともに、できる限り来院後 30 分以内に専門的な治療が開始できる体制づくりを進め、治療効果を高めることに努めます。

(4) 早期社会復帰に向けた心臓リハビリテーションの強化

- 心臓リハビリテーションは合併症や再発の予防、早期の在宅復帰および社会復帰を目的に、発症した日から患者の状態に応じ、運動療法、食事療法等を実施するものです。急性期病院においては、心臓リハビリテーションまで一環して実施できるよう、施設基準を満たす体制整備に向けて努力するものとします。

(5) 退院後の在宅療養が可能な体制の充実

- 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理のために、定期的な専門的検査が必要となります。退院後は、地域の診療所や訪問看護ステーション、薬局、介護保険事業所等が相互の連携を進め、合併症併発時や再発時の対応を含めた診療情報等を共有して、安心して在宅療養生活を送れる体制づくりを促進します。

4 糖尿病

現状と課題

(1) 糖尿病患者および糖尿病を疑う人の現状

- 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。合併症にはインスリン作用不足が高度になって起こる急性合併症と長年にわたる慢性の高血糖の結果生じる慢性合併症があります。

糖尿病は、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、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。

- 平成 19 年（2007 年）11 月に厚生労働省が行った国民健康栄養調査から本県の糖尿病患者を推計すると、糖尿病を強く疑う人は約 11 万 6 千人、糖尿病を否定できない人は約 16 万 7 千人となり平成 14 年（2002 年）の前回調査結果より約 7 万 4 千人増加しています。

- 平成 20 年（2008 年）の患者調査では、医療機関に受診している糖尿病患者数は、約 2 万 6 千人と推計されます。

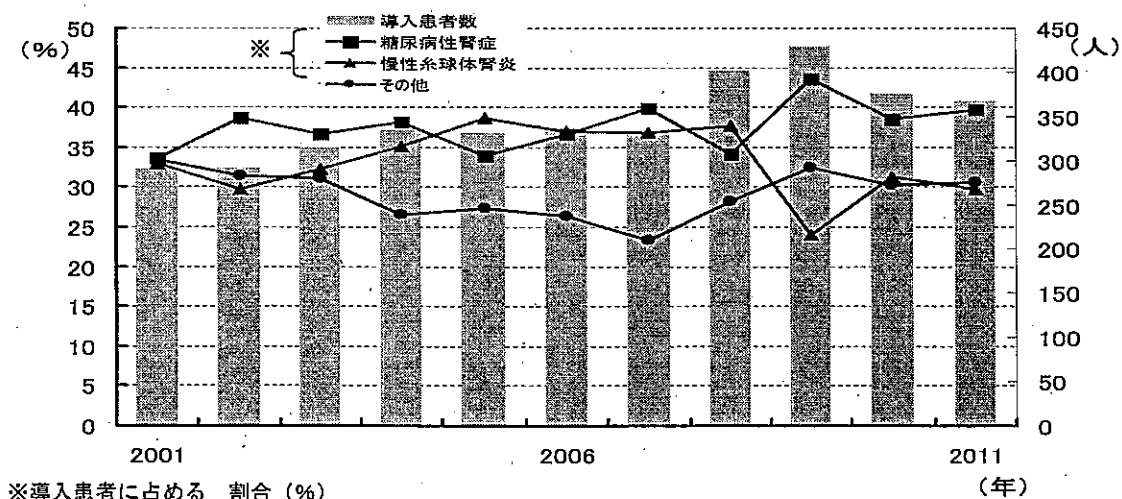
平成 18 年（2006 年）10 月～12 月に滋賀県医師会が実施した糖尿病実態調査によると、調査期間に滋賀県内の医療機関を受診した糖尿病患者 19,039 例の報告があり、管理状況を見ると全登録患者の平均 HbA1c*は 6.9%（JDS*）であり、平成 12 年（2000 年）の調査時と同じ値でした。全登録患者の 60%、薬剤治療患者の 70%が HbA1c6.5%以上と不良な血糖管理状況にありました。

- 糖尿病の三大合併症である網膜症、腎症、神経障害は、視力の低下や慢性透析につながり、ADL（日常生活動作）が不自由になるなど糖尿病患者の生活の質（QOL）を低下させます。

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、平成 23 年（2011 年）12 月末現在で 2,862 人となっています。新規透析導入患者数（367 人）の導入原疾患をみると、糖尿病性腎症が 39.7%と最も多くを占めており課題となっています。

- 糖尿病が原因の死亡者数は 128 人で、死亡数全体の 1.1%であり、全国（死亡数 14,664 人、死亡数全体の 1.2%）と同様の状況です。（平成 23 年人口動態調査）

図 3-2-4-1 新規透析導入患者数および導入原疾患比率の推移



(2) 特定健康診査・保健指導の現状

- 近年、糖尿病の発症には、内臓脂肪の蓄積が大きく関与していることが明らかになっており、平成 20 年度（2008 年度）から開始された医療保険者による特定健康診査・保健指導では、メタボリックシンドロームに着目した健診・保健指導が実施されています。

平成 24 年度（2012 年度）から県内すべての市町で、国民健康保険の健診項目に HbA1c 検査が追加されました。

- 平成 22 年度（2010 年度）の特定健康診査の受診率は、43.8%、特定保健指導の実施率は 12.8%でした。

平成 22 年度（2010 年度）の市町国民健康保険保険者（以下「市町国保」という。）特定健康診査受診率は 32.9%、特定保健指導実施率は 20.1%でした。

特定健康診査受診者 71,118 人のうち HbA1c 検査受診者 47,094 人の結果をみると、医療受診勧奨値である HbA1c6.1%以上の方は、全体で 3,807 人（8.1%）、さらに重症とみなされる HbA1c8.0%以上の方は、全体の 1%（454 人）でした。

- 糖尿病の服薬治療中（「血糖を下げる薬を飲んでいる」と回答）の 2,701 人のうち、HbA1c7.0%以上は 819 人（30.3%）、うち HbA1c8.0%以上は 266 人（9.8%）でした。
- 特定健康診査の結果、医療への受診が必要となった人への受診勧奨通知はすべての市町国保で実施されていますが、受診の有無を把握し、未受診の人に対して受診の働きかけを行っている保険者は 19 のうち 12 保険者（63.2%）でした。（平成 23 年 7 月滋賀県調査）
- 特定健康診査の受診率が低く、健診の結果、医療受診が必要な人、保健指導が必要な人が確実に医療や保健指導が受けられる体制の整備が課題です。
- 特定健康診査の他にも、労働安全衛生法に基づく健康診査が各事業所で実施されており、75 歳以上の高齢者については、後期高齢者医療広域連合において健康診査が実施されています。

(3) 医療機能と医療機関連携の現状

ア 医療機能の状況

- 糖尿病の診断に関する基本的な検査、初期・安定期治療ができる診療所は、各保健医療圏に複数存在しています。また、慢性合併症（網膜症、腎症、神経障害、足病変）に対応可能な診療所についても、各保健医療圏に存在しています。
- 血糖コントロール不可例、急性合併症の治療機能を有する病院は、各保健医療圏に存在しています。教育入院を受け入れている病院および糖尿病教室を開催している病院についても各保健医療圏に存在しています。
- 平成 24 年（2012 年）7 月の医療機能および医療連携調査によると、診療所で医師以外の職種（管理栄養士等）が参加した治療を行っているという回答があったのは、512 か所中 35 か所でした。

表3-2-4-2 血糖コントロール不可例の専門的治療、急性合併症等急性憎悪時の治療、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	実施可能な急性期治療等	血糖コントロール不可例、急性合併症	慢性合併症				専門職種による治療のチームに	患者教育	
			糖尿病網膜症	糖尿病腎症	糖尿病神経障害	糖尿病足病変		入院糖尿病患者への教育	糖尿病教室の開催
	大津市民病院	○	○	○	○	○	○	○	○
	大津赤十字病院	○	○	○	○	○	○	○	○
	大津赤十字志賀病院	○	—	—	○	○	—	○	—
	滋賀医科大学附属病院	○	○	○	○	○	○	○	○
	社会保険滋賀病院	○	○	○	○	○	○	○	○
	琵琶湖大橋病院	—	○	○	○	○	○	○	○
湖南	近江草津徳州会病院	○	○	○	○	○	—	○	○
	草津総合病院	○	○	○	○	○	○	○	○
	南草津病院	—	—	○	○	—	—	—	—
	宮脇病院	○	—	—	○	○	—	○	—
	県立成人病センター	○	○	○	○	○	○	○	○
	守山市民病院	—	—	○	○	○	—	○	○
	済生会滋賀県病院	○	○	○	○	○	○	○	○
野洲病院	○	○	○	○	○	○	○	○	
甲賀	信楽中央病院	○	—	—	—	○	○	○	○
	甲南病院	—	—	○	○	—	—	○	○
	公立甲賀病院	○	○	○	○	○	○	○	○
	紫香楽病院	—	—	—	○	—	—	—	—
	生田病院	—	—	○	—	—	—	○	—
東近江	ヴォーリス記念病院	—	—	○	○	○	—	○	○
	近江八幡市立総合医療センター	○	○	○	○	○	○	○	○
	神崎中央病院	○	—	○	○	○	—	—	○
	国立病院機構滋賀病院	○	○	○	○	○	○	○	○
	湖東記念病院	○	○	○	○	○	—	○	○
	東近江敬愛病院	—	—	—	—	—	—	○	—
	東近江市立蒲生病院	—	—	—	—	—	—	○	—
	東近江市立能登川病院	○	○	○	○	○	—	○	○
日野記念病院	○	○	○	○	○	○	○	○	
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	○	○	○	○	○	○	○	○
	セフィロト病院	—	—	—	○	—	—	—	—
	長浜赤十字病院	○	—	○	○	○	○	○	○
	長浜市立湖北病院	○	○	○	○	○	○	○	○
湖西	今津病院	○	—	○	○	○	—	○	—
	高島市民病院	○	—	○	○	○	○	○	○
	マキノ病院	○	—	○	○	○	—	○	○

出典：医療機能および医療連携調査(平成24年7月)

※ ○が付されている病院であっても、特定の処置を要する場合等、症例によっては対応できない場合もあります。

イ 医療機関連携の状況

- 大津、湖北保健医療圏では、病院間連携、診療所と病院の連携、教育入院等を終えた患者の逆紹介は、ほぼ圏域内で完結しています。
- 湖南、湖東保健医療圏では一部隣接する保健医療圏の医療機関との連携がみられるもののおおむね圏域内で完結しています。甲賀、東近江保健医療圏は、県立成人病センターや滋賀医科大学医学部附属病院など湖南や大津保健医療圏の病院との連携が一定程度行われています。湖西保健医療圏では、大津赤十字病院など大津保健医療圏の病院との連携が半数程度行われています。隣接する保健医療圏との連携によって医療提供体制が確保されている状況です。
- 医療機能および医療連携調査（平成 24 年 7 月）において糖尿病に関して一般診療所との連携を行っているとは回答したのは 29 病院、また、専門治療を行う医療機関と連携を行っているとは回答した診療所は、糖尿病診療を行っている 512 診療所のうち、286 診療所でした。

表 3-2-4-3 一般診療所との連携を行っている病院

	大津	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北	湖西	県
病院（か所）	8	5	2	8	1	3	2	29

表 3-2-4-4 専門治療を行う医療機関と連携を行っている診療所

	大津	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北	湖西	県
診療所（か所）	84	56	31	31	33	37	14	286

（医療機能および医療連携調査 平成 24 年 7 月）

- 糖尿病に関して、病院と診療所の診療連携においては、従来からの糖尿病連携手帳*や紹介状、糖尿病地域連携クリティカルパスが連携のツールとして活用されています。
医療機能および医療連携調査（平成 24 年 7 月）において、連携のツールでは、糖尿病地域連携クリティカルパスが 12 病院、糖尿病連携手帳は 17 病院でした。
- 慢性合併症についての他科との連携状況では、平成 18 年（2006 年）の滋賀県医師会糖尿病実態調査によると、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 46.9%でした。診療所では 39.4%、病院では 51.6%で病院の方が高い状況でした。
近年、歯周病と糖尿病には密接な関係があることがわかってきており、平成 22 年度（2010 年度）から糖尿病治療における歯科医科連携モデル事業（滋賀県歯科医師会委託）を実施しています。歯科医師会支部ごとに連携体制構築のための検討や研修が行われています。
- 重症化・合併症予防のため、病態に応じた適切な治療や療養指導が受けられる連携体制が不十分であることが課題です。

表 3-2-4-5 診療所と歯科との連携状況

	大津	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北	湖西	県
一般診療所 （医科）	12.4%	6.3%	9.8%	11.9%	10.3%	10.0%	24.2%	10.7%

（医療機能および医療連携調査 平成 24 年 7 月）

（4）糖尿病診療従事者の現状

- 日本糖尿病学会認定の専門医は、県内で 47 名です。各保健医療圏別では、大津 27 人、湖

南6人、甲賀3人、東近江4人、湖東2人、湖北5人、湖西0人となっています。(平成24年(2012年)7月現在)

- 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199人です。(平成24年(2012年)7月現在)
- 日本看護協会認定の慢性疾患専門看護師は2人(滋賀医科大学医学部附属病院、近江八幡市立総合医療センター)、糖尿病看護認定看護師は6人(大津市民病院、県立成人病センター、近江八幡市立総合医療センター、彦根市立病院、市立長浜病院)です。平成22年度(2010年度)から滋賀県糖尿病専門分野看護師育成事業を実施しており、平成22(2010)～23年度(2011年度)に24人が修了しています。

施策の基本的な方向と目標

- 糖尿病発症予防、メタボリックシンドローム対策の推進
- 保健指導の充実
対象者自身が体に起こっている変化を理解し、納得できる保健指導
- 健診受診率および特定保健指導実施率の向上
- 糖尿病の重症化および合併症予防の推進

《数値目標》

目標項目	現状値	目標値(H29)	備考
特定健康診査受診率	43.8%(H22)	70%	医療費適正化計画
特定保健指導実施率	12.8%(H22)	45%	医療費適正化計画
健診の結果、受診が必要な者の対応(未受診者対応)を実施している保険者数(市町国民健康保険)	19保険者中 12保険者 (H23)	19保険者すべて	
糖尿病患者の病診連携を実施している診療所数	286か所 (H24)	350か所	医療機能および医療連携調査
糖尿病性腎症による新規透析導入者数	143人(H23)	減少	健康いきいき21 健康しが推進プラン

施策の内容

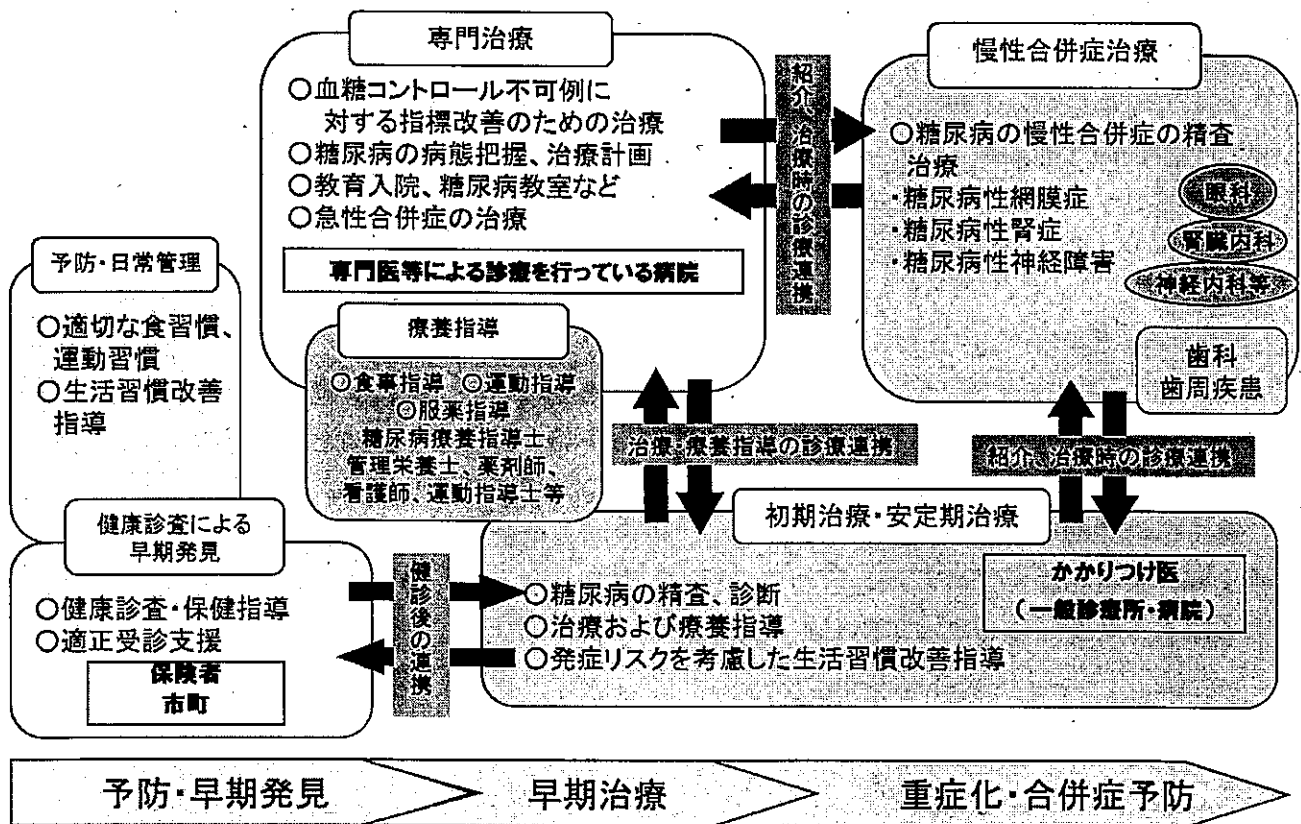
- (1) 糖尿病の発症予防の推進、メタボリックシンドローム対策の推進
 - 食生活、運動習慣など生涯を通じた健康づくりを推進し、発症予防対策を推進します。
- (2) 特定健康診査、保健指導の充実
 - 保険者における特定健康診査の結果、発症リスクの高い人に保健指導が確実に実施できる体制を促進します。保健指導が必要な人が支援を受けられるために、多くの人に健康診査を受診してもらえるよう受診率の向上に向けた働きかけを促進します。特定健康診査・保健指導の充実にあたっては、保険者協議会や地域・職域連携推進会議*などを通じて促進を図ります。

- 県は、平成 23 年度（2011 年度）に作成した国民健康保険保健指導事業管理ガイドラインをもとに、特定健康診査・保健指導の実施体制充実のための支援を行います。
- 保健指導の実施にあたっては、自覚症状がなく進行し、“「何かある時」は合併症発症の時”という糖尿病の特徴を対象者一人ひとりが納得し、受診や生活習慣改善などの行動につながるような質の高い保健指導の実施を促進します。
- 健康診査の結果、受診が必要な者が、確実に医療受診できるよう働きかけることが重要です。健康診査の実施主体である各保険者や事業所等において、医療機関未受診者を把握し、特にリスクの高い人に受診の働きかけを行うよう努めます。
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受診を勧め、かかりつけ医となる一般診療所において精査、診断、治療、生活習慣改善指導ができる体制の構築を推進します。
- 治療中の人の重症化予防として、特に、糖尿病性腎症による慢性透析の導入を予防するために、医療機関と連携した保健指導の実施体制を促進します。
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) 二次保健医療圏ごとの医療連携体制の構築

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。

図 3-2-4-6 糖尿病地域医療連携体制のイメージ



○ 健康診査と医療との連携

特定健診・特定保健指導においては、糖尿病の予防や改善のために生活習慣の改善が有効な人には保健指導を実施し、受診勧奨値以上の人には、確実に医療機関につなぎ診断基準に沿った検査、診断、治療を行う体制の整備が必要です。

薬物治療の対象とならなかった人の中で、将来の糖尿病発症や動脈硬化発症リスクを考慮して、医師から糖尿病の危険性の説明や生活習慣改善への動機付けを行うこと、生活習慣改善等の必要性があると認められる場合は、市町など地域の相談事業への紹介を行うなど、医療機関と保険者がそれぞれの役割について理解を深め連携できる体制を推進します。

○ かかりつけ医（一般診療所）と専門医等による診療を行っている病院との連携

糖尿病は日常的な疾患であり、限られた医療資源を有効活用する観点からも、専門性の高い専門医との病診連携のもと、かかりつけ医（一般診療所）で診療を行う体制を促進します。

糖尿病を疑い受診が必要となった人は、まずは身近な地域の診療所を受診し必要に応じて専門医のいる病院と連携し診療するといった診療所と病院の役割やかかりつけ医（一般診療所）をもつことの必要性について理解を深める啓発を行います。

○ 合併症予防のための他科との連携

糖尿病診療は、合併症予防が大きな目的であるため、合併症の精査や早期発見のため眼科、腎臓内科、神経内科など他科との連携体制の構築を推進します。また、糖尿病も歯周病も良好に管理できるよう医科と歯科がお互いに理解を深め、効果的な連携体制を促進します。

（４）糖尿病治療および合併症予防のための人材育成体制の強化

糖尿病の治療や合併症予防のための医療体制を充実するため、医師、看護職、管理栄養士等の人材育成体制を強化します。

○ 医師の生涯教育支援

ほとんどの診療所で糖尿病患者の診療が行われていることから、糖尿病の治療に関して初期治療や診断のスキルアップにつながるような情報の提供、糖尿病非専門医師に対する生涯教育を支援します。平成23年度（2011年度）から滋賀医科大学への委託により実施しているeラーニングシステムを活用した糖尿病治療の最新情報の提供を通じて医師の生涯学習支援を推進します。

○ 療養指導に従事する人材の育成支援と活用

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、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、看護職や管理栄養士等の育成を推進します。

多くの糖尿病患者が一般診療所において、糖尿病の治療を受けていますが、診療所で管理栄養士等の栄養指導が受けられるところは限られています。多くの糖尿病患者が管理栄養士等による療養指導が受けられる体制づくりを推進します。

5 精神疾患

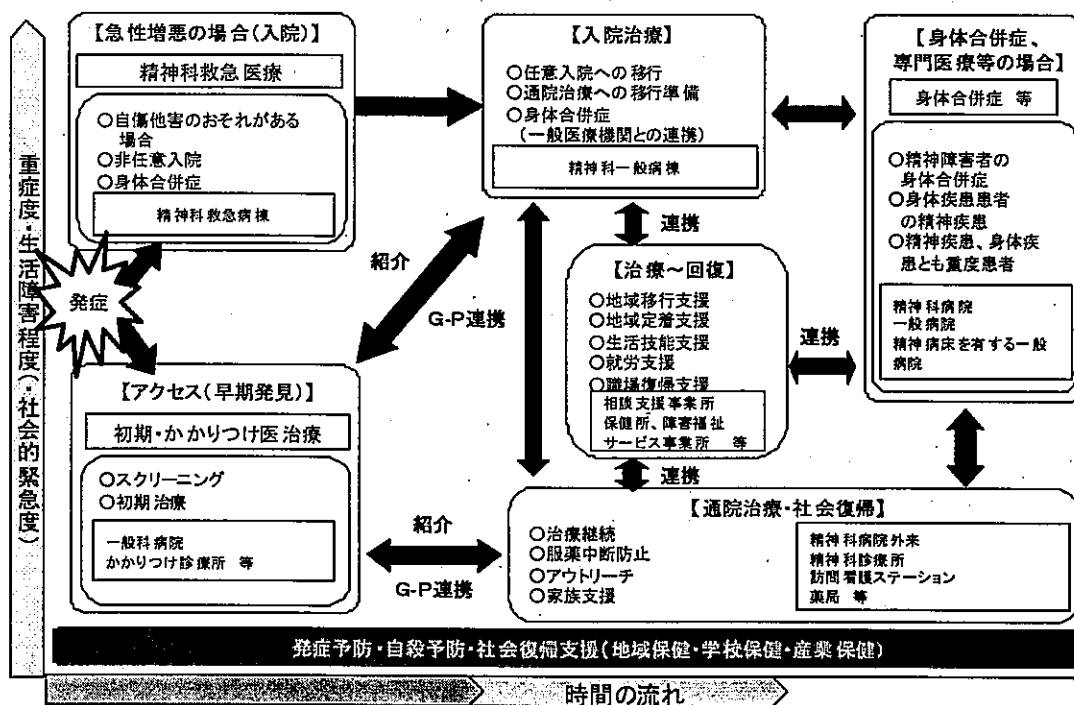
現状と課題

(1) 精神疾患の現状

- 滋賀県の精神疾患の患者数は、平成8年(1996年)に約1万6千人であったものが、平成20年(2008年)には約2万5千人と大幅に増加しています。そのうち、うつ病等の気分障害患者数は、約8千人と推計され、患者全体の約1/3を占めています。また、精神疾患と関連の深い自殺者数も300人前後と高い水準で推移しています。
- 滋賀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13年度(2001年度)に1,405人であったものが、平成23年度(2011年度)には6,023人とこの10年で4倍超になっています。

(2) 精神疾患医療の概要

図3-2-5-1 【精神疾患に対する医療の流れ】



ア 発症予防

- こころを健康に保つためには、適度な運動やバランスのとれた食生活、心身の休養・睡眠などが大切です。ストレスと上手につきあい、悩みを相談できる場を持つことや精神疾患に関する正しい知識を持つことも大切です。
- また、東日本大震災などの災害や学校での事件などを経験し、大規模災害や事件・事故後のこころのケアの重要性が認識されています。

イ 発症から受診

- 精神疾患は身近な病気であるにもかかわらず、症状を自覚しにくい特徴があります。また、精神疾患に対する偏見や誤解から精神科受診に抵抗感を持たれがちです。
- そのため、症状が軽いうちは精神科を受診せず、悪化して初めて受診することが少なくありません。

- 早期発見・早期治療には、なにより身近な人の気づきや理解が重要です。

ウ 診断、治療

- 精神疾患の診断は、観察・問診による精神症状の把握が中心で、心理検査、客観的診断（神経画像、脳機能画像）が補助として行われます。
- 精神疾患の治療は、薬物療法などの生物学的治療、認知行動療法などの精神療法、および作業療法・復職リハビリテーションなどの社会療法に大別され、患者の症状や状態に応じて、いくつかの療法を組み合わせることで治療効果が向上します。

エ 回復・社会復帰

- 精神科医療は、入院医療中心から地域生活中心へと移行しており、地域の医療機関や福祉、その他関係機関の継続的な支援が重要です。

(3) 精神疾患の医療体制

ア 精神科医療機関等の状況

① 医療機関

- 二次保健医療圏毎の精神科病院および精神科を標榜する一般病院は、表3-2-5-2のとおりで、県内に18病院あり、うち精神病床を有する病院は13病院あります。
- 精神科病床は2,373床で、人口あたりの病床の数は47都道府県中46位（平成21年度精神保健福祉資料）と少ないですが、入院期間の短縮、外来診療の充実など、なるべく入院に頼らない精神科医療を提供しています。
- 二次保健医療圏毎の精神科を標榜する診療所数は、表3-2-5-3のとおりで、県内に24診療所ありますが、東近江、湖西の二次保健医療圏には診療所がありません。
- 自立支援医療機関（精神通院医療）の指定を受けた訪問看護事業所は52か所ありますが、精神科訪問看護を提供する医療機関は、病院、診療所とも全国平均を下まわっています。

表3-2-5-2 精神科病院および精神科を標榜する一般病院

二次保健医療圏	医療機関	病床数		指定病院	精神単科病院
			うち精神病床		
大津保健医療圏	大津赤十字病院	824	40	○	
	滋賀医科大学医学部附属病院	614	45		
	滋賀里病院	315	315	○	○
	瀬田川病院	282	282	○	○
	琵琶湖病院	303	279	○	
	大津市民病院	506	—		
湖南保健医療圏	滋賀県立精神医療センター	100	100		○
	湖南病院	120	120	○	○
	済生会滋賀県病院	393	—		
甲賀保健医療圏	水口病院	407	407	○	○
	公立甲賀病院	467	—		
東近江保健医療圏	八幡青樹会病院	360	360	○	○
	近江温泉病院	352	56		
湖東保健医療圏	豊郷病院	338	120	○	
湖北保健医療圏	セフィロト病院	179	179	○	○
	長浜赤十字病院	504	70	○	
	長浜市立湖北病院	153	—		
湖西保健医療圏	高島市民病院	210	—		
合計		6,427	2,373	10	7

表 3-2-5-3 県内の精神科を標榜する診療所数（平成 23 年 精神保健福祉資料）

二次保健医療圏	大津	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北	湖西	合計
診療所数	11	8	1	—	3	1	—	24

② 医療従事者

- 二次保健医療圏毎の精神科病院および精神科診療所等の医師等の従事者数は、表 3-2-5-4 のとおりで、二次保健医療圏によって偏在が見られます。
- 精神科病院の医師数は、64.9 人で、人口あたりの医師数は、47 都道府県中 43 位です。また、正・准看護師は 571.3 人で同 42 位となり、いずれも大変少ない状況にあります。

表 3-2-5-4 精神科病院および精神科診療所等の従事者数（平成 23 年 精神保健福祉資料）

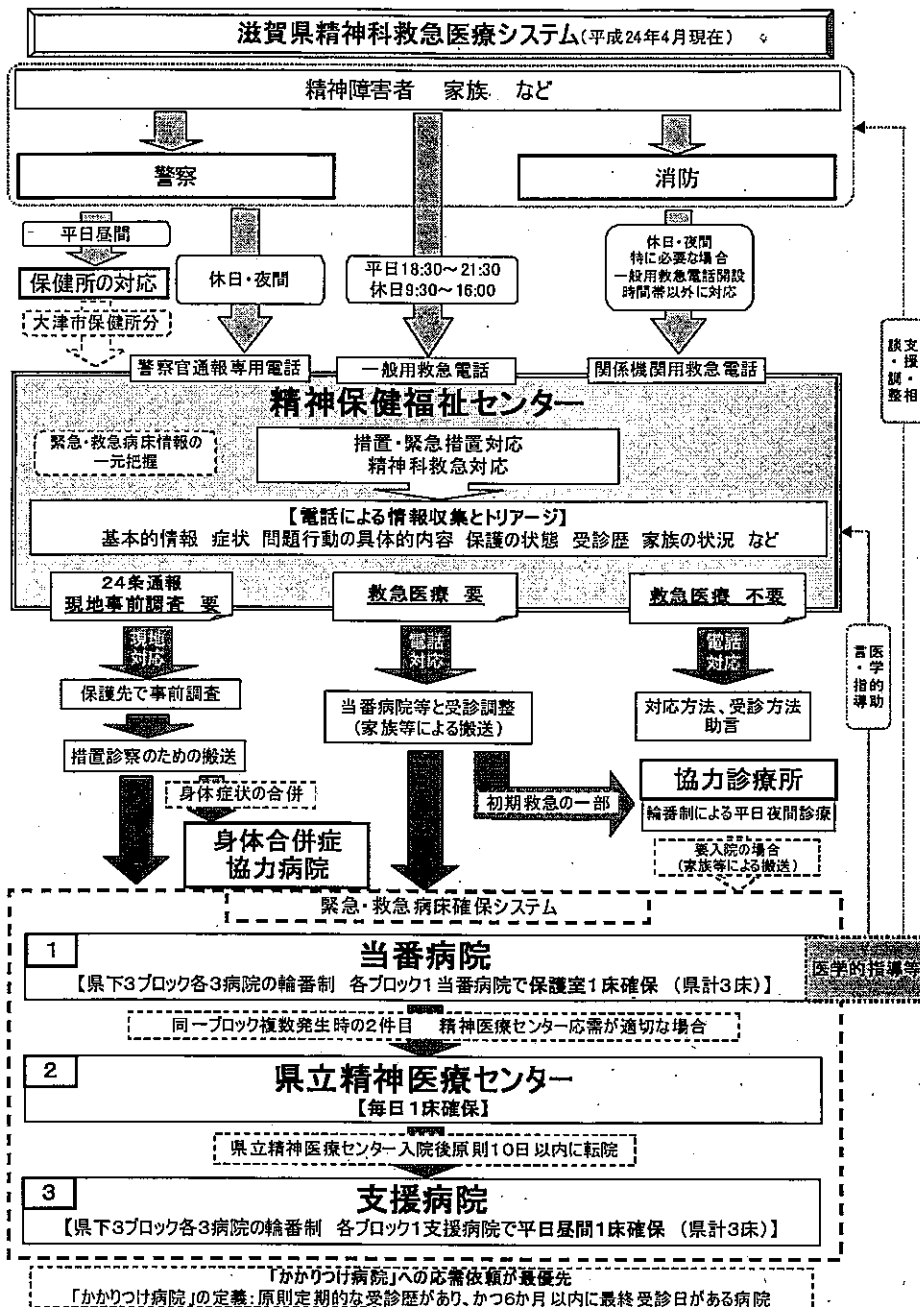
二次保健医療圏	医 師						看護師		准看護師	
			うち指定医		うち特定医師					
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
大津保健医療圏	45	38	32	22	2	1	206	27	88	9
湖南保健医療圏	27	11	23	10	0	0	110	12	4	5
甲賀保健医療圏	9	11	5	8	2	0	63	26	21	18
東近江保健医療圏	10	12	8	5	0	0	98	11	30	2
湖東保健医療圏	6	6	6	2	0	0	23	4	9	1
湖北保健医療圏	12	11	11	9	0	0	85	12	14	5
湖西保健医療圏	0	6	0	3	0	0	98	24	12	14
合 計	109	95	85	59	4	1	683	116	178	54

二次保健医療圏	作業療法士		ソーシャルワーカー (社会福祉士を含む)				臨床心理技術者	
					精神保健福祉士			
	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
大津保健医療圏	13	4	18	5	16	4	11	25
湖南保健医療圏	11	1	7	3	6	1	11	10
甲賀保健医療圏	10	2	11	0	11	0	4	0
東近江保健医療圏	7	0	9	0	9	0	1	0
湖東保健医療圏	2	0	11	0	8	0	3	1
湖北保健医療圏	5	0	5	0	5	0	1	2
湖西保健医療圏	5	0	1	2	0	1	0	0
合 計	53	7	62	10	55	6	31	38

イ 精神科救急医療

- 平成 9 年度（1997 年度）から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。
- 平成 21 年度（2009 年度）には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の窓口を一元化しました。
- 精神科診療所では、入院治療までの必要がない程度の精神疾患患者に対して、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、診療時間の拡大など外来診療の充実が図られています。
- 現在、輪番病院のうち 1 病院が精神保健指定医*の不足により当番を休止するなど、精神科病院における精神保健指定医の確保が課題となっています。

図3-2-5-5 滋賀県精神科救急医療システムフロー図



ウ 身体疾患を合併する精神疾患患者

- 入院患者のうち、副傷病に精神疾患のある患者の割合は14.4%（全国14.2%）で、一般科患者全体の7人に1人が精神疾患を抱えています。
- 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。

エ 専門医療

県内の精神科医療機関がそれぞれの医療機能を明確化し、機能分担・特化するとともに、必要に応じて連携体制をとることが望まれます。

① 児童思春期の精神疾患

- ひきこもりや虐待の背景に精神疾患が存在することも多く、学校などでもこころの健康への関心が高まっており、教育機関や青少年関係相談機関、児童施設等と精神科医療機関や保健所などとの連携が重要となります。
- しかし、現状では子どもの心の診療に関する専門医が不足しています。

② アルコールや薬物、その他の依存症

- アルコール・薬物依存症による精神科病院の入院患者は、平成 21 年（2009 年）は 60 人で、ほとんどがアルコールによるものです。
- アルコール・薬物依存症に対して、アルコール依存症リハビリテーションプログラムなどの専門治療や家族教室などの家族支援のほか、自助グループ活動が行われています。
- アルコール・薬物依存症以外にも、ギャンブル依存症、ネット依存症、ゲーム依存症等に対する専門的な取組が必要です。

③ てんかん

- 県内のてんかん患者は、約 2 千人と推計されています。
- てんかんの治療は、発症早期に開始することができれば高い確率で発作を抑制することが可能とされ、未治療の期間が長くなるほど難しくなると考えられています。

④ 医療観察制度

- 「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（医療観察法）」に基づき、対象者に対して適切な医療を提供し、社会復帰を促進することが必要です。

⑤ 災害や事件・事故後のこころのケア

- 精神保健福祉センター*では、保健所と共同して、学校等における事件や事故後の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」の派遣事業を実施しています。
- 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、県の連携による「こころのケアチーム」を派遣し、福島県で約 6 か月間、活動しました。
- 本県にも多くの活断層が存在し、東南海・南海地震の発生も危惧される中、被災県となった場合を想定したこころのケア対策も重要です。

オ うつ病対策

- うつ病を難治化させないためには、早期発見・早期治療が重要です。医師のうつ病対応力向上やかかりつけ医と精神科医師の連携（G-P ネット*）の充実、精神科医師と地域保健や学校保健、産業保健と協力体制の構築が求められます。
- また、G-P ネットなどの連携を充実するためには、紹介・相談先となる精神科医師の不足が課題となっています。
- 自殺未遂により救急病院に搬送された患者の中には精神疾患を抱えている人も多く、未遂を繰り返す懸念もあることから、精神科医療機関や保健所、市町などとの連携が必要となります。

カ 入院患者の地域移行

- 退院患者の平均在院日数は平成 20 年（2008 年）では 218.6 日（全国は 290.6 日）と平成 8 年（1996 年）の 246.9 日から 1 割以上短縮されています。一方、5 年以上の長期入院患者

が全入院患者の4割近くを占めています。これら長期入院患者の中には、受け入れ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）も多く含まれると考えられています。

- 社会的入院患者の退院を促進するためには、地域生活の受け皿となるグループホームやケアホームなど退院後の住まいの確保や日中活動の場が必要です。
- また、退院後の地域生活を支えるため医療・保健福祉、介護、就労サービスなど地域の多様な関係機関が連携した支援体制が求められます。

キ 地域精神保健福祉

- 精神障害者が住み慣れた地域で安定した生活を送るためには、医療や保健福祉、その他の関係機関の総合的な見守り体制が重要です。また、精神障害者の家族や自助グループなどの支援者に対する支援も欠かせない取組です。
- 各保健所では、福祉事務所や相談支援事業所などと連携し、精神疾患に関する啓発や相談、未治療者や治療中断者に対する訪問や受診支援、地域の自助グループに対する協力や家族支援など、精神障害者の地域移行や地域生活を支援しています。
- 精神保健福祉センターは、県の精神保健福祉の中核的な機関として、より専門的な相談や人材養成、保健所等に対する技術支援などを行っています。
- 各福祉圏域では、地域自立支援協議会が中心となり総合的な障害者支援が行われていますが、安定した在宅生活を送るためには精神科医療機関とのより一層の連携が望まれます。
- 精神障害者は、その障害の特性から、安定した就労が困難な場合も少なくありません。企業や社会の精神疾患に対する理解の促進や、雇用機会の拡大など就労、就労定着のための取組が必要です。

(4) 医療機関の連携と現状

<診療機能>

- 県内全ての二次保健医療圏で、主な精神疾患（認知症、アルコール依存症、その他薬物依存症、統合失調症、気分障害、神経症、摂食障害を含む児童・思春期精神障害、発達障害、てんかん）の診断ができる病院があります。
- 湖西保健医療圏では、精神科病院および精神科を標榜する診療所もなく、精神科外来がある病院のみで、入院治療を要する場合には、主に大津保健医療圏内の病院に入院しています。

<医療機関連携>

- 病院において、より専門的な治療が必要と判断された場合、原則自院で対応するとした病院は28.4%、同じ二次保健医療圏内の医療機関に紹介するとした病院34.1%をあわせると62.5%が同じ二次保健医療圏で完結しています。
- 同じく県外の医療機関に紹介するとした病院は2.8%で、精神病床が少ない中でもほぼ県内で必要な精神科医療が提供されています。
- また、精神疾患の疑いがあるとして他の医療機関に紹介したことがある診療所は20.7%で、紹介先の医療機関は、同じ二次保健医療圏内の医療機関が71.2%、県外の医療機関が0.82%となっています。

<精神科救急医療>

- 精神科救急医療については、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、③大津・湖西）に区分した圏域を単位として応需体制を整備しており、対

応困難事例を除いてほぼブロック内で応需しています。

[重点課題]

- 患者数が増加しているうつ病対策の充実
- 医師等精神科医療従事者の確保
- 専門医療（児童思春期精神疾患、各種依存症、医療観察制度など）の充実
- 受け入れ条件が整えば退院可能な入院患者の地域移行と地域定着の促進
- 患者や家族の地域生活を総合的に支える医療機能の充実と関係機関の連携強化

施策の基本的な方向と目標

- うつ病対策の推進（うつ病の予防、早期発見・早期治療）
- 児童思春期精神疾患、アルコール・薬物依存症など専門的な精神科医療の充実
- 精神科救急や身体合併症など精神科医療の充実
- 住み慣れた地域で患者や家族が必要な医療や支援を総合的に受けられる体制づくり
- 地域精神保健福祉活動など県民のこころの健康づくりの推進

《圏域の考え方》

- 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。
- なお、精神科救急においては、平成9年度（1997年度）から県内の指定病院の立地状況、地理的条件などを勘案し、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、③大津・湖西）に区分した圏域を単位とした応需体制を整備しており、効果的に機能していることから、現状の3ブロックを精神科救急医療圏に設定します。

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

《数値目標》

目標項目	現状値	目標値（H29）	備考
G-P連携会議の開催地域数	1地域（H23） 人口100万対0.7地域 全国22位	3地域 人口100万対2.1地域 全国8位	事業報告
精神障害者の1年未満入院者の平均退院率	74.9%（H21） 全国6位	78.5% 全国1位	精神保健福祉資料
在院期間5年以上かつ65歳以上の退院患者数	12人（H23）	18人	精神保健福祉資料をもとに独自調査
3か月以内再入院率	15.4%（H21） 全国16位	13.8% 全国10位	精神保健福祉資料
精神科病院の医師数	64.9人（H22） 人口100万対4.7人 全国43位	72.1人 人口100万対5.2人 全国40位	病院報告

施策の内容

(1) うつ病対策の充実

- うつ病の予防や早期発見・早期治療のための知識の普及を図ります。
- かかりつけ医と精神科医師の連携（G-Pネット）を充実させ、全県的な取組に広がります。
- かかりつけ医や精神科医師を対象にした研修の実施など、うつ病をはじめとする精神疾患の早期治療を促進します。
- 精神科医師と地域保健や学校保健、産業保健との連携を推進し、こころの健康診断など早期発見・早期治療のための施策を促進します。
- 救急告示病院に搬送された自殺未遂者などで精神科医療が必要な場合に、適切な治療や支援を受けられるようかかりつけ医や精神科医療機関、保健所、市町などとの連携を推進します。

(2) 医師など精神科医療従事者の確保

- 精神科病院の医師や看護師の確保対策を支援するとともに、精神科医師を志す医学生や臨床研修医、専門研修医の修学資金等の貸付などを行います。
- 滋賀医科大学に地域精神医療学講座を設け、精神科医療の研究を支援し、医師確保とともに滋賀県の精神科医療の質の向上を図ります。

(3) 精神科救急医療の充実

- 各精神科救急医療機関が行う精神保健指定医の確保対策に対して支援を行い、安定した精神科救急システムの実施に努めます。
- 精神科救急情報センターの相談支援体制を充実し、増加傾向にある急性憎悪時の精神科医療へのアクセスの向上に努めます。
- 入院治療の必要がない程度の精神科医療（ソフト救急）について、精神科診療所の協力のもと、病診連携の推進、初期救急応需体制の充実に努めます。
- 身体疾患を合併した患者の精神科救急医療体制の充実に努めます。

(4) 身体疾患を合併する患者に対する医療の充実

- 救急告示病院における精神疾患患者への適切な対応について研修を行い、身体疾患、精神疾患ともに適切な医療が提供できるよう努めます。
- 精神疾患、身体疾患ともに適切な医療が提供できるように一般科医療機関と精神科医療機関との連携・協力体制を促進します。

(5) 専門的な精神科医療の充実

ア 児童思春期の精神疾患

- 児童思春期精神疾患患者に適切に対応できる専門医師を養成・確保を支援します。
- 教育機関や青少年関係相談機関、児童施設等と精神科医療機関や保健所などとの連携を推進し、学齢期におけるメンタルヘルス*の充実に努めます。

イ アルコール・薬物依存症など

- アルコール・薬物依存症やてんかんなどの専門的な精神科医療については、県内の精神科病院や診療所の役割分担と連携のもと、その充実・強化を促進します。

ウ 医療観察制度

- 県立精神医療センターに整備予定の医療観察法指定入院病棟において、適切な入院治療と円滑な社会復帰を進めます。

エ 災害や事件・事故後のこころのケア体制の充実

- 災害発生を想定し、危機管理体制のもと迅速にこころのケアチームを組織できるように、平時から行政と県内の精神科医療機関とシステム構築を検討します。
- こころのケア活動の安定した運用のため、医療機関や関係機関の人材の養成・確保を推進します。

(6) 退院可能な入院患者の地域移行と安心・安定した地域定着のための支援

- 退院可能な入院患者の地域移行を促進し、退院後の地域生活を支援するため、多職種チームによるアウトリーチ（訪問）支援を推進します。
- 生活介護や福祉サービスを受けながら身近な地域で安心して生活できるようにグループホームやケアホームの整備を推進します。

(7) 地域福祉の向上と地域精神保健福祉活動

- うつ病など精神疾患に関する正確な知識の普及・啓発や障害者への理解促進のための取組を積極的に推進します。
- 当事者・家族会などの関係団体の活動を支援し、精神保健福祉の草の根活動の充実を図ります。
- 保健所や福祉事務所、相談支援事業所および医療機関等との連携のもと、在宅の精神障害者をはじめ、その家族に対する相談支援・訪問活動の充実を図ります。
- 精神障害者職業リハビリテーション事業などを積極的に活用するとともに地域の働き・暮らし応援センターやハローワークなどとの連携を強化し、精神障害者の一般就労・定着のための取組を推進します。

6 救急医療（小児救急を除く）

現状と課題

(1) 救急医療をとりまく状況

- 本県における平成 23 年（2011 年）の救急出場件数は 56,827 件、救急搬送人数は 53,769 人で、うち急病にかかる搬送人数は 33,464 人（62.2%）となっており、急病を中心に年々増加し、特に脳卒中や急性心筋梗塞等の生活習慣病に起因する急病の割合は、高くなっています。
- 急病にかかる搬送人数のうち高齢者の割合は 58.3%あり、高齢者の割合は年々増加しています。
- 急病にかかる搬送人員を疾病別にみると、重症 2,602 人（死亡含む。）と分類されたもののうち、脳疾患が 632 人（24.3%）、心疾患等が 594 人（22.8%）と循環器系が 47.1%と高い割合を占めています。
- 本県における救急医療の体制としては、医療機関への搬送中に救急救命士が行う病院前救護体制、入院医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体制で対応しています。

図 3-2-6-1

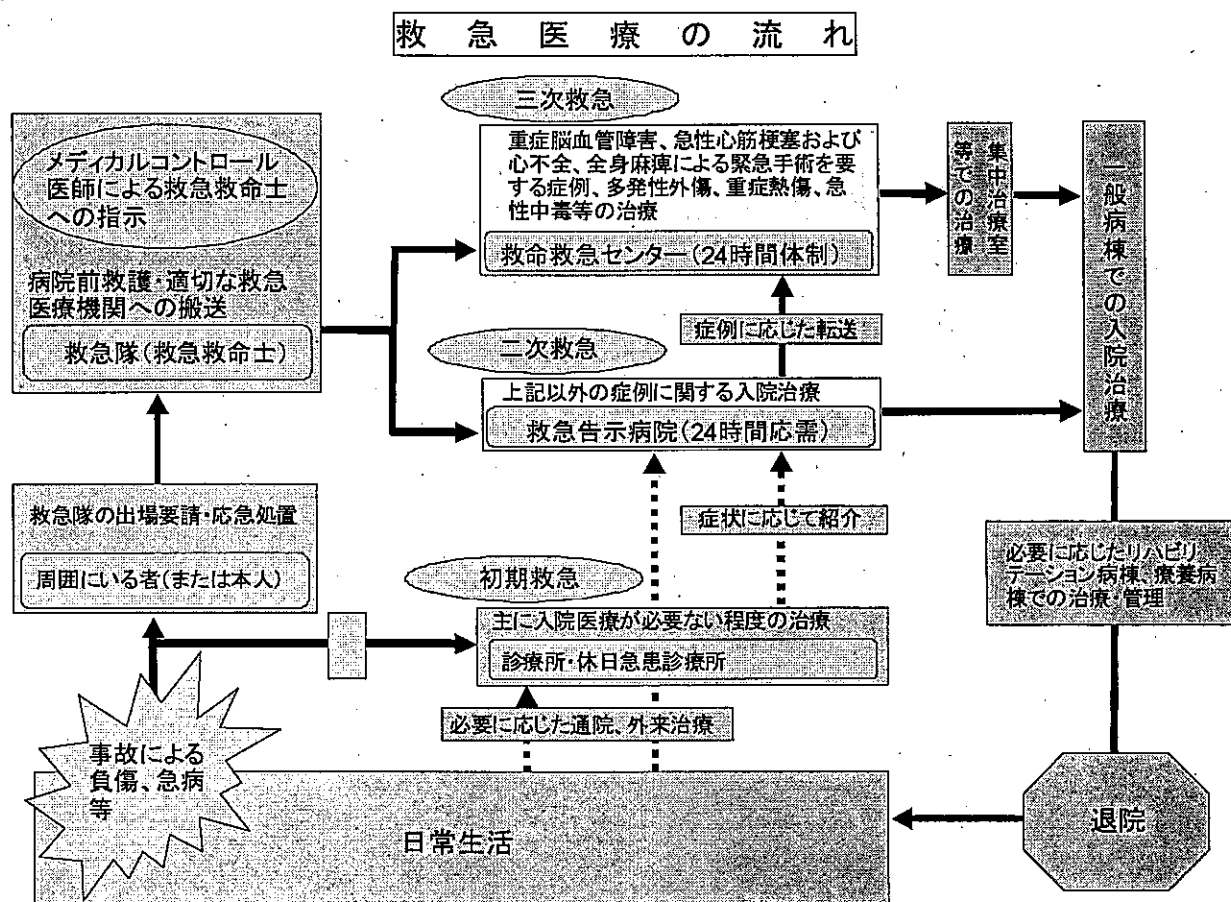


表3-2-6-2 救急搬送人員数のうち急病における年齢区分別・傷病程度

	H20年		H21年		H22年		H23年		
	件数	軽症割合	件数	軽症割合	件数	軽症割合	件数	軽症割合	
救急搬送件数	48,593		47,713		50,682		53,769		
急病にかかる搬送件数	29,474		29,146		31,283		33,464		
合計	死亡	462	53.1	422	54.5	442	55.2	392	56.6
	重症	1,966		2,029		1,955		2,210	
	中等症	11,379		10,809		11,605		11,916	
	軽症	15,653		15,875		17,269		18,937	
	その他	14		11		12		9	
計	29,474		29,146		31,283		33,464		
小児	計	2,276	50.0	2,433	57.1	2,268	62.5	2,636	44.4
成人	死亡	64	67.2	68	69.2	46	70.2	53	70.8
	重症	443		465		396		468	
	中等症	3,047		2,652		2,779		2,774	
	軽症	7,315		7,169		7,588		8,013	
	その他	10		4		7		7	
計	10,879		10,358		10,816		11,315		
高齢者	死亡	391	40.7	353	42.2	391	43.6	338	45.4
	重症	1,505		1,533		1,530		1,717	
	中等症	7,782		7,562		8,336		8,589	
	軽症	6,637		6,900		7,938		8,868	
	その他	4		7		4		1	
計	16,319		16,355		18,199		19,513		

(消防年報基礎データより)

表3-2-6-3 平成23年度 急病にかかる疾病分類別傷病程度別搬送人員調

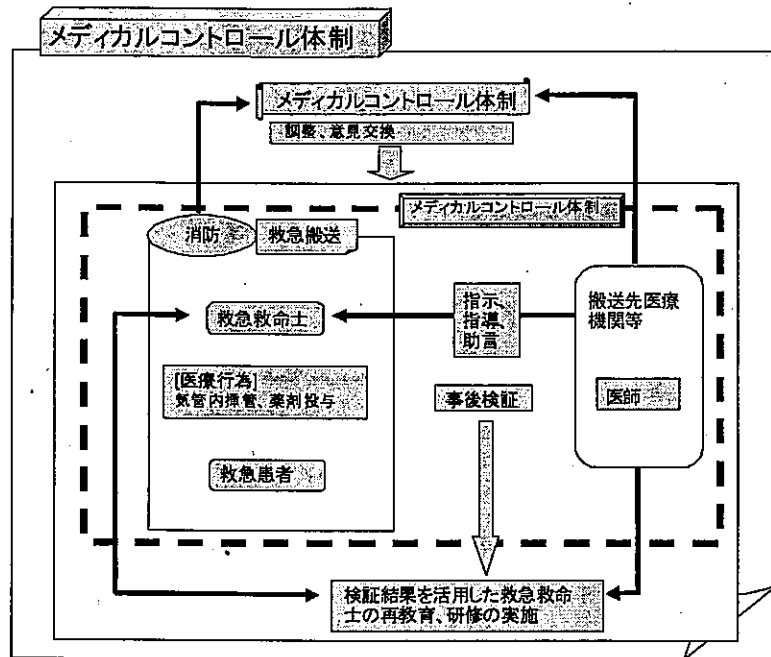
年齢区分	病分類別 傷病程度	循環器系		消化器系	呼吸器系	精神系	感覚系	泌尿器系	新生物	その他	症状・兆候・診断名不明確な状態	合計
		脳疾患	心疾患等									
合計	死亡	15	135	11	13	1	0	1	9	90	117	392
	重症	617	459	109	207	7	12	28	132	241	398	2,210
	中等症	1,521	1,392	1,214	1,464	149	288	302	401	2,496	2,689	11,916
	軽傷	660	1,015	1,852	1,111	1,128	1,076	710	79	5,043	6,263	18,937
	その他	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	9
	計	2,813	3,001	3,186	2,795	1,285	1,376	1,041	621	7,870	9,476	33,464
小児	計	112	11	130	249	35	167	5	0	962	965	2,636
成人	死亡	3	20	2	0	0	0	0	0	14	14	53
	重症	172	95	22	18	6	7	2	38	50	58	468
	中等症	326	287	401	143	119	116	126	100	623	533	2,774
	軽傷	184	290	936	410	911	526	473	18	1,911	2,354	8,013
											7	7
	計	685	692	1,361	571	1,036	649	601	156	2,598	2,966	11,315
高齢者	死亡	12	115	9	13	1	0	1	9	76	102	338
	重症	442	364	87	188	1	4	26	94	182	329	1,717
	中等症	1,151	1,100	792	1,276	29	121	175	301	1,666	1,978	8,589
	軽傷	411	719	807	498	183	435	233	61	2,386	3,135	8,868
											1	1
	計	2,016	2,298	1,695	1,975	214	560	435	465	4,310	5,545	19,513

(滋賀県防災危機管理局より)

(2) 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、非医療従事者が行うAED（自動体外式除細動器）の使用等による心肺蘇生や救急救命士が行う救命措置があります。
- AED（自動体外式除細動器）の設置状況は、民間企業や公共施設等に平成23年（2011年）7月1日現在、2,380台設置されており、うち公共施設は714台となっています。
- 本県の平成22年（2010年）中における救命措置がとられる前に心肺停止した搬送者数は1,231人でした。このうち周囲にいた者によって心肺蘇生法が実施された件数は510件で、実施率は41.4%となっています。
- 消防が応急手当普及啓発活動の一環として実施している普通救命講習会は、平成22年（2010年）中に1,055回実施され、21,618人が受講しています。
- 病院前救護の充実を図るため、今後も県民へのAED（自動体外式除細動器）の使用や救急蘇生法等の啓発・研修が必要です。
- 本県における救急隊は平成23年（2011年）4月1日現在、65台の救急自動車を保有しており、隊員数は907人、うち救急救命士269人、救急隊における救急救命士の同乗率は96.6%となっています。
- 救急救命士は、搬送途上で緊急の必要がある場合に、医師の無線等による指示・指導・助言のもとで「気管挿管*」や「薬剤投与*」（以下、「特定行為」という。）を行うことができ、地域の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、救命処置が認められています。
- 本県における、救急救命士の特定行為の認定者は、平成24年（2012年）4月1日現在、気管挿管88人、薬剤投与214人となっています。
- 傷病者の救急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、消防法の一部が改正され、傷病者の搬送および受入の実施に関するルール（以下、「実施基準」という。）の策定および実施基準に基づく傷病者の搬送、受入の実施状況の調査、見直しなどの協議が行われています。
- 今後、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を構築していくことが重要です。
- ドクターヘリ*は、搬送時間の短縮ができ、救命率の向上が見込まれ、後遺症の軽減が図れるなどの効果があることから、本県においては、平成23年（2011年）4月から大阪府ドクターヘリの共同利用を開始しました。（平成23年度（2011年度）実績：9件）
- 現在の大阪府のドクターヘリは、天候等により利用できない事例もあり、今後より安定した運行が出来るよう体制の整備が必要です。

図 3-2-6-4



(3) 初期救急医療体制

- 初期救急医療体制は、地域の開業医師が当番制で休日および夜間に自院で診療を行う「在宅当番医制」と休日および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」があり、「在宅当番医制」は東近江、湖東保健医療圏域で、「休日急患診療所」は湖南、東近江、湖東、湖北保健医療圏域で開設されています。
- 初期救急医療機関が担うべき入院治療の必要のない軽症の救急患者が、二次救急医療機関で多数受診しており、本来初期救急医療機関が担うべき救急医療を提供できていない状況にあります。

表 3-2-6-5 在宅当番医制と参画診療所

圏域名	体制	参画診療所
東近江	在宅当番医制 (東近江医師会) * 休日を除く夜間 午後6時～8時30分	島田医院、中沢医院、わたなべ小児科医院、青葉メディカル、宮路医院、鳥越医院、中村医院、榊田医院、古道医院、城医院、高畑医院、東近江市湖東診療所、東近江市あいとう診療所、東近江市永源寺診療所、武地医院、広島外科整形外科医院、笠原レディースクリニック、おざき内科医院、つちだ内科医院、小串医院、こすぎクリニック
湖東	在宅当番医制 (愛知郡広域行政組合) * 休日 午前9時～午後5時	近江温泉病院、湖東記念病院、東近江市あいとう診療所、東近江市湖東診療所、城医院、こすぎクリニック、池田医院、石川医院、北村医院、矢部医院、成宮クリニック、中川クリニック、世一クリニック、野口小児科医院、上林医院

表 3-2-6-6 休日急患診療所

圏域名	診療所	診療時間
湖 南	湖南広域休日急病診療所	休 日 10時 ~ 22時
東近江	近江八幡休日急患診療所	土曜日 15時 ~ 18時 19時 ~ 20時
		休 日 10時 ~ 12時 13時 ~ 18時 19時 ~ 20時
	八日市休日急患診療所	休 日 10時 ~ 12時 13時 ~ 18時 19時 ~ 20時
湖 東	彦根休日急病診療所	休 日 10時 ~ 19時
湖 北	長浜米原休日急患診療所	休 日 9時 ~ 18時

(4) 二次救急医療体制

- 二次救急医療は、緊急の手術や入院治療が必要な症例に対応するための医療であり、本県では現在、33 病院が救急告示病院となっており、23 病院が二次保健医療圏ごとに当番日を決め、病院群輪番制*により対応しています。
- 入院治療が必要ない軽症患者が、多数受診しており、過大な負担が二次救急医療機関にかかっています。
- 病院群輪番制に参加していない救急告示病院があり、救急の負担が輪番制の病院に偏っています。
- 病院群輪番制参画病院においても、症状や疾患によって受入が困難な病院がみられます。

表 3-2-6-7

二次救急医療提供体制（各保健医療圏における救急告示病院と病院群輪番の参画病院）

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	●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 ●社会保険滋賀病院、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	●草津総合病院、●守山市民病院、●済生会滋賀県病院 ●野洲病院、近江草津徳洲会病院、宮脇病院 県立成人病センター
甲 賀	病院群輪番制 * 休日昼夜間	●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 ●国立病院機構滋賀病院、●東近江敬愛病院 ●東近江市立蒲生病院、●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

(5) 三次救急医療体制

- 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、急性心筋梗塞や重症外傷等複数の診療領域にわたる治療等を要する救急患者）を 24 時間 365 日体制で

受け入れる救急医療です。

- 三次救急医療は、救命救急センターが担います。本県には現在、4か所の救命救急センターがあり、人口30万人あたりに1か所という県としての整備目標はほぼ達成されています。
- 県立成人病センターはICU（集中治療室）、CCU（冠状動脈疾患管理室）を備え、循環器系疾患・脳神経系疾患を中心とした三次的救急医療を担っています。
- 三次救急医療体制においても、緊急手術の必要のない患者が、多数受診しており、過大な負担が救命救急センターにかかっています。
- 本県においては、広範囲熱傷、四肢切断、急性中毒等の特殊疾患を受け入れることが可能な高度救命救急センターの設置が求められており、今後、医療機関や消防機関などの意見を踏まえ、設置に向けた検討を行っていきます。
- 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救急の身体合併症の精神疾患患者については、救急治療後は、精神科の治療が必要となる場合があり、精神科病院との連携が求められています。

表3-2-6-8 本県の救命救急センターと運営体制の概要

体制の概要 名称	専用病床数		一日あたり 従事医師数（人）	
	専用病床 の内ICU	専用病床 の内CCU等	常勤 兼任	オンコール*
大津赤十字病院 救命救急センター	38	4	2 19（常勤） 34（兼任）	18
済生会滋賀県病院 救命救急センター	30	2	7（常勤） 81（兼任）	8
近江八幡市立総合 医療センター救命 救急センター	18	6	2（常勤） 71（兼任）	2
長浜赤十字病院 救命救急センター	20	0	2（常勤） 70（兼任）	12

（平成24年度救急救命センター現況調べより）

施策の基本的な方向と目標

- 適切な病院前救護活動が可能な体制の整備
- 初期・二次・三次の救急医療機関の役割分担と連携の促進
- 患者教育の実施

《数値目標》

目標項目	現状値	目標値（H29）	備考	
特定行為が可能な救急救命士数	気管挿管	88人（H23）	140人	10人/年
	薬剤投与	214人（H23）	270人	10人/年
救急蘇生法等の研修の受講者数	21,618人（H22）	22,700人	5%増	

施策の内容

(1) 適切な病院前救護活動が可能な体制の整備

- 各消防署と連携して、企業や自治会、高等学校等の幅広い世代を対象に、疾病者に対する応急手当、AED（自動体外式除細動器）による救急蘇生法の啓発・研修を行います。
- 救急救命士病院実習の受入病院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、病院等との連携により救急救命士の数の充足および特定行為にかかる技術水準の向上を推進します。
- 「受け入れ困難」事例をなくすため、実施基準を滋賀県メディカルコントロール協議会で適宜、検討・見直しすることにより、実効的、有効的な実施基準となることを目指します。

(2) 初期・二次・三次の救急医療機関の役割分担と連携の促進

- 限りある医療資源を有効に活用するため、患者の重症度・緊急度・疾病に応じた医療提供が可能な体制の整備に努めます。
- 急性期から亜急性期、回復期、在宅までの切れ目ない医療提供体制を構築するため、病病連携、病診連携など公立・公的病院、民間病院のそれぞれの役割を生かした多施設の連携を強化します。
- 患者が安全安心で良質な医療を受けることが出来るよう病院の医療機能の明確化、医療従事者の役割分担、チーム医療*の推進など医療提供体制の強化に努めます。
- これまでの二次保健医療圏を基本とした医療提供体制に加え、高度先進医療などの機能に応じて圏域を超えた連携の取組を進めます。
- 県や市町、医師会、医療機関等が協力し、各保健医療圏における医療機能の分化と連携を進めます。
- 関西広域連合で配備するドクターヘリは、緊急搬送や災害時の対応に有効なことから、県内救命救急センター等への配備の検討を進めます。
- 二次・三次救急に搬送された身体合併症の精神疾患患者については、救急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に努めます。

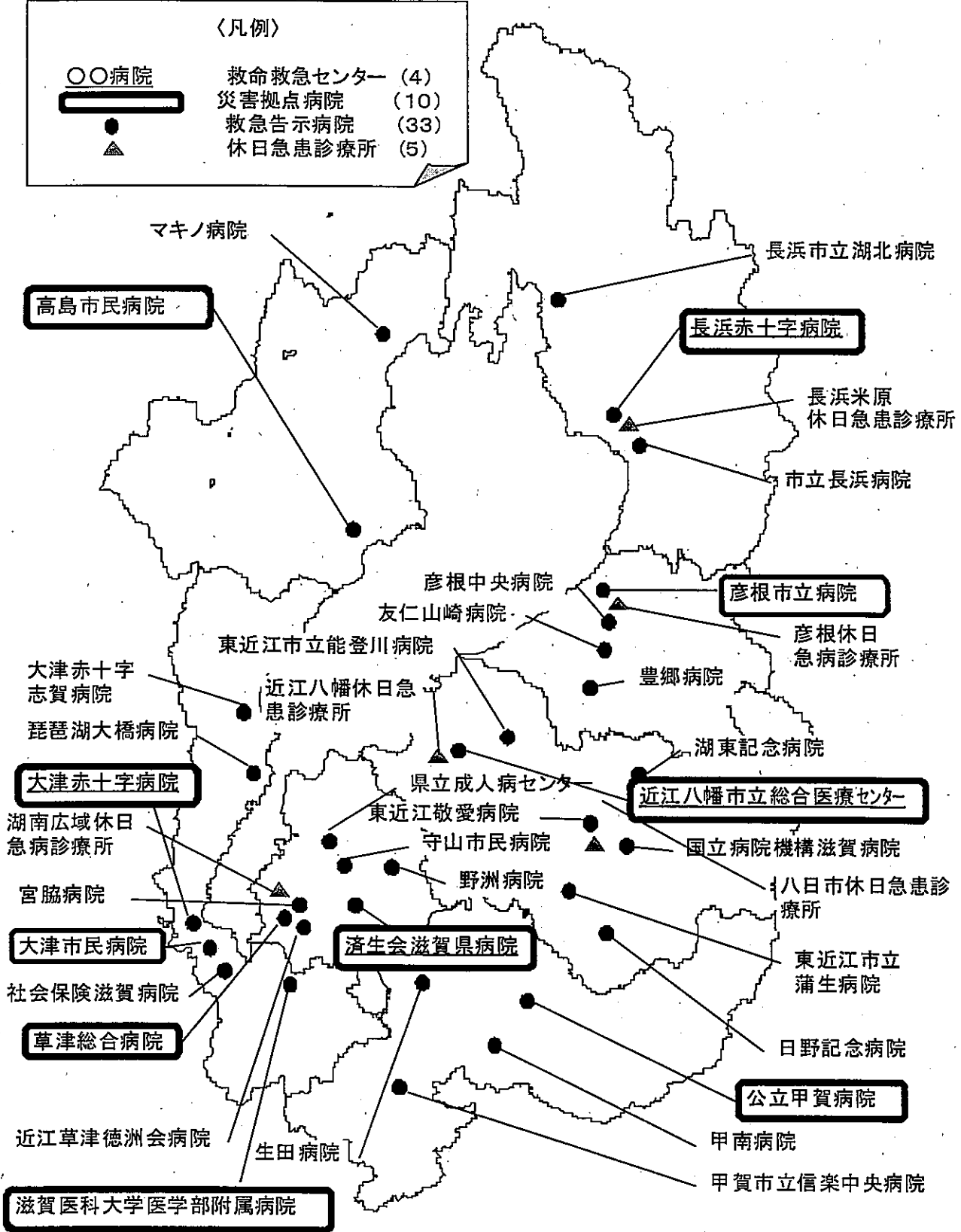
(3) 患者教育の実施

- 患者の受診行動の適正化を図るため、県が開催する地域医療フォーラムや広報誌、新聞等を活用した啓発に努めます。
- 患者が必要とする医療機関や診療時間、受診科目等の詳細な情報がリアルタイムで提供できる「滋賀県広域災害・救急医療情報システム（救急医療ネットしが）」を患者のニーズに合わせて引き続き運用していきます。
- 患者の受診行動の適正化を図るため、救急車や医療機関を適切に選択できるよう情報の提供や適正な受診の啓発に努めます。
- 身近で、頻度の高い保健医療サービスに対応した一次保健医療圏を担う市町や医師会と連携し、かかりつけ医の受診推進や救急車の適正利用などの啓発を行います。

滋賀県の救急医療機関

〈凡例〉

○ ○ 病院	救命救急センター (4)
▭	災害拠点病院 (10)
●	救急告示病院 (33)
▲	休日急患診療所 (5)



7 小児医療(小児救急を含む)

現状と課題

(1) 小児医療

ア 小児の疾病

- 県内小児人口(0歳から14歳までを指す。以下同じ)は、平成20年(2008年)10月の213,802人から平成23年(2011年)10月は、210,786人と減少していますが、小児人口の割合をみると、平成23年(2011年)10月現在では14.9%を占め、全国で第2位となっています。
- 平成22年度(2010年度)における小児医療の二次・三次医療機関への救急搬送者の一日平均人数は、232.03人で、そのうち入院した患者数は14.21人となっています。
- また、平成23年度(2011年度)の小児の救急搬送人員は、2,636人で、うち78%が軽症となっており、比較的軽症と考えられる患者の二次・三次医療機関の利用が多い状況にあります。
- 二次・三次医療機関での軽症患者の利用が多く、診療所の利用を促す等、一次医療機関との適切な役割分担が必要です。

表3-2-7-1 平成22年度二次・三次医療機関への小児救急患者数(一日平均、人)

圏域名	小児救急患者数	うち入院患者数
大津	27.80	2.40
湖南	73.20	4.00
甲賀	7.060	0.23
東近江	25.00	1.73
湖東	41.80	1.79
湖北	52.39	3.63
湖西	4.78	0.43
合計	232.03	14.21

(平成23年度 小児救急医療体制の取組状況調査より)

表3-2-7-2 救急搬送人員数のうち急病における年齢区分別・傷病程度

	H20年		H21年		H22年		H23年	
	件数	軽症割合	件数	軽症割合	件数	軽症割合	件数	軽症割合
救急搬送件数	48,593		47,713		50,682		53,769	
急病にかかる搬送件数	29,474		29,146		31,283		33,464	
合計	死亡	7	1	5	76.9	1		
	重症	18	31	29		25		
	中等症	550	595	490		553		
	軽症	1,701	1,806	1,743		2,056		
	その他	0	0	1		1		
	計	2,276	2,433	2,268		2,636		
新生児	死亡	1	0	0		0		
	重症	0	0	2		0		
	中等症	3	3	1	62.5	5		
	軽症	4	4	5		4		
	その他	0	0	0		0		
	計	8	7	8		9		

乳幼児	死亡	4	74.3	1	73.4	5	75.6	1	77.5
	重症	9		15		23		20	
	中等症	381		399		348		381	
	軽症	1,141		1,143		1,166		1,382	
	その他	0		0		1		0	
計	1,535	1,558	1,543	1,784					
少年	死亡	2	75.9	0	75.9	0	79.8	0	79.5
	重症	9		16		4		5	
	中等症	166		193		141		167	
	軽症	556		659		572		670	
	その他	0		0		0		1	
計	733	868	717	843					

(消防年報基礎データより)

イ 医療施設の状況

- 平成22年(2010年)の医療施設調査では、県内で小児科を標榜している病院は、60病院中33病院ありますが、小児科の常勤医がいる病院は29病院となっています。
- 一般診療所995施設のうちで小児科を標榜している診療所は、284施設となっています。

表3-2-7-3 小児科を標榜している病院数、診療所数(平成22年 医療施設調査より)

圏域名	病院数	診療所数
大津	5	58
湖南	9	62
甲賀	4	25
東近江	6	43
湖東	4	38
湖北	3	45
湖西	2	13
合計	33	284

ウ 小児医療に係わる医師の状況

- 県内における、平成16年(2004年)小児科従事医師数は209人でしたが、平成22年(2010年)医師数は224人となっており、若干増加しています。
- 病院の小児科医師(常勤)数も、平成15年(2003年)99人から平成23年(2011年)115人と増加しています。
- しかし、平成22年度の「0~14歳人口10万人あたりの医師数」は、106.3人と全国平均より12.1人多いですが、保健医療圏域ごとにみると4圏域で全国平均を下回り、圏域間で最大約3倍の差がみられます。
- 医師の偏在化により、保健医療圏域によっては小児科医師の不足が問題となっています。

表3-2-7-4 小児科医師数の推移

	平18		平20		平22	
	滋賀県	全国	滋賀県	全国	滋賀県	全国
小児科	197	14,700	207	15,236	224	15,870
人口10万人あたりの医師数	14.2	11.5	14.8	11.9	15.9	12.4
0~14歳の人口(滋賀県×人、全国×千人)	212,785	17,434	213,802	17,176	210,753	16,839
0~14歳人口10万人あたり医師数	92.6	84.3	96.8	88.7	106.3	94.2

(平成22年医師・歯科医師・薬剤師調査より)

表3-2-7-5 病院小児科医師数（常勤）の推移

年	平15	平16	平17	平18	平19	平20	平21	平22	平23
病院小児科医師数	99	103	106	102	97	102	106	117	115

（小児救急医療体制の取組状況調査より）

表3-2-7-6 平成22年 0～14歳人口10万人あたり医師数（圏域別）

圏域名	小児科医師数	0～14歳の人口 （人）	0～14歳人口10万 人あたり医師数
大津	80	49,390	162.0
湖南	66	51,905	127.2
甲賀	12	21,677	55.4
東近江	24	34,066	70.5
湖東	15	23,056	65.1
湖北	20	23,957	83.5
湖西	7	6,702	104.4
合計	224	210,753	106.3

（平成22年 医師・歯科医師・薬剤師調査より）

エ 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、血液免疫疾患、先天性整形外科疾患、アレルギー疾患等）を目的とする病院で、慢性疾患の難治患者の急病には、救急対応をしています。
- 国立病院機構紫香楽病院では、旧療養所としての特性を生かし重症心身障害児医療を行っています。
- びわこ学園は、重症心身障害児者施設として児童福祉法上の施設であると同時に、医療法で規定される病院の機能を持ち、重症心身障害児の医療を行っています。
- 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。

(2) 小児救急医療

ア 初期救急医療体制

- 小児医療の初期救急については、在宅当番医制や休日急患診療所等による一般的な体制の中で対応しています。
- 保健医療圏域によっては、二次救急医療機関が初期救急も担っていることから、小児科医師に負担がかかっています。

表3-2-7-7 小児初期救急体制の状況

圏域名	在宅当番医 制度	共同利用型	休日急患診療所	一日平均の 利用者数
大津	—	○	—	27.80
湖南	—	—	○	12.00
甲賀	—	○	—	7.06
東近江	○	—	○	88.97
湖東	—	—	○	30.70
湖北	—	—	○	37.80
湖西	—	—	—	—

（平成23年度 小児救急医療体制の取組状況調査より）

イ 二次救急医療体制

- 小児医療の二次救急については、二次保健医療圏域に小児科医を夜間と休日に確保するために病院群輪番制*や共同利用型病院方式*による小児救急医療支援事業を全圏域で実施しています。
- 湖南、東近江、湖東、湖北保健医療圏域では、地域内の病院が共同連携して、輪番制方式により対応し、大津、甲賀保健医療圏域では、地域医師会の医師が大津赤十字病院と公立甲賀病院で診察する共同利用型病院方式により対応しています。
- 湖西保健医療圏域においては、高島市民病院において、オンコール*体制で対応しています。
- 小児救急医療については、核家族化、夫婦共働きといった家庭環境の変化や保護者による病院指向等から入院・設備の整った医療施設への受診傾向にあり、病院勤務の小児科医には、過重な負担が生じています。
- 病院を受診する小児救急患者は、大半が軽症であり、救急というよりは通常の診療時間外に受診するという実態になっています。

表3-2-7-8 滋賀県の小児救急医療体制 (平成24年度)

圏域名	救急体制	参加医療機関	診療時間等
大津	小児救急医療支援事業	大津赤十字病院(共同利用型)	土日祝日昼夜間 8:00~8:00 毎夜間18:00~8:00
湖南	休日急患診療所	湖南広域休日急病診療所	休日10:00~22:00
	小児救急医療支援事業	守山市民病院 済生会滋賀県病院 野洲病院 草津総合病院	土日祝日昼夜間 8:00~8:00 毎夜間18:00~8:00
甲賀	小児救急医療支援事業	公立甲賀病院(共同利用型)	土曜日13:00~18:00 日祝日8:00~18:00
東近江	休日急患診療所	近江八幡休日急患診療所 八日市休日急患診療所	土曜日15:00~18:00 19:00~20:00 休日 10:00~12:00 13:00~18:00 19:00~20:00 休日 10:00~12:00 13:00~18:00 19:00~20:00
	小児救急医療支援事業	近江八幡市立総合医療センター 東近江市立蒲生病院 日野記念病院	土日祝日昼夜間 8:00~8:00 毎夜間 18:00~8:00
湖東	休日急患診療所	彦根休日急病診療所	日祝日10:00~19:00
	小児救急医療支援事業	彦根市立病院 彦根中央病院	日祝日昼夜間 8:00~18:00 18:00~8:00

湖北	休日急患診療所	長浜米原休日急患診療所	日祝日昼夜間 9:00~18:00
	小児救急医療支援事業	市立長浜病院 長浜赤十字病院	土日祝日昼夜間 8:00 ~18:00 毎夜間18:00~8:00
湖西	(一般救急医療体制の中で対応)		

表3-2-7-9 大津・甲賀地域拠点病院体制(平成24年10月1日現在)

圏域名	体制等	参画医療機関
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 17:30~22:30 日祝日 10:00~23:00	大津市医師会 (37診療所) あすとこクリニック、池野医院、池ノ上医院 小児科伊吹医院、皇子山こどもクリニック スワン会大澤小児科医院、大津ファミリークリニック 大道医院、岡本医院、小児科おくだ医院、おの医院 金田医院、上田上診療所、輝生産婦人科内科小児科医院北村 医院、こんどう小児科、しみず小児科内科医院 下嘉医院、高岡医院 湖明会たかはし小児科循環器科医院、竹内医院 田中ファミリークリニック、為我井医院 西角三愛小児科、原田医院、藤井医院、小児科藤井医院 藤澤医院、まつだ医院、央友会光吉医院 もみじが丘診療所、森岡こどもクリニック、山中医院 やまもとファミリークリニック、誠仁会吉徳医院 米村小児科、レイクサイドクリニック (38人) 協力病院 (2病院) 京都大学医学部附属病院 14人 京都府立医科大学附属病院 1人
甲賀	小児救急医療拠点病院体制 拠点病院：公立甲賀病院 土曜日：13:00~18:00 日祝日：8:00~18:00	甲賀湖南医師会 (6診療所) 梅村こどもクリニック、太田医院、たなか小児科医院、のむら小児科、こんどう医院、湖南市国民健康保険岩根診療所 (6人) 協力病院 国立病院機構紫香楽病院 4人 拠点病院 公立甲賀病院 4人

ウ 三次救急医療体制

- 小児医療の三次救急体制については、一般救急と同様、県内4か所の救命救急センターで対応しています。
- 三次救急医療機関を受診する患者のうち大半は軽症であり、初期から三次までの病院の小児科に患者が集中し、小児科医が疲弊していることが課題としてあげられます。

エ 小児救急電話相談事業

- 救急医療施設への安易な受診の増加により、重症救急患者への診療に支障を来すことから、平成17年(2005年)7月から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番)を実施しています。

- 平成21年(2009年)8月からは、土日祝日のみの対応から365日対応へと充実を図り、さらに平成24年度(2012年度)からは、18時から22時までの相談の多い時間帯に2回線に対応するなど、保護者の不安解消および受診の適正化に努めています。
- 相談件数は、平成20年度(2008年度)の2,445件から、平成23年度(2011年度)では16,005件と急激に増加しています。
- 相談患児の年齢は、0歳から2歳未満が8,432件で、全体の52.7%を占めています。対応内容として、「翌日に医療機関を受診するようすすめた」が27.9%、「一般的な保健指導・育児指導」が54.2%の割合を占め、不安の解消と適正な医療機関の利用につながっています。
- 子育てに不安を抱える親が増加していることから、家庭での子どもの急病時の対処や、かかりつけ医に相談できる体制を確保し、安心して子育てができるよう支援する必要があります。

表3-2-7-10 相談に対する対応内容(平成23年4月～平成24年3月)

対応内容	119番をすすめた	すぐに医療機関を受診するようすすめた	翌日に医療機関を受診するようすすめた	一般的な保健指導・育児指導	その他	計
件数 (割合)	33 (0.2%)	2,498 (15.6%)	4,471 (27.9%)	8,680 (54.2%)	323 (2%)	16,005

施策の基本的な方向と目標

- 小児医療・小児救急体制の強化・連携
- 小児科医師の確保
- 小児救急電話相談事業による情報提供
- 患者家族教育の実施

《数値目標》

目標項目	現状値(H23)	目標値(H29)	備考
小児救急電話相談件数	16,005件	18,000件	
小児救急電話相談件数の内、119番や医療機関の即受診をすすめなかった割合	82.2%	85%	

施策の内容

(1) 小児医療・小児救急体制の強化・連携

- 保健医療圏ごとの特性・医療資源に応じた医療体制を構築するため、県、市町、医師会、医療機関等が協力、連携し、患者の重症度・緊急度に応じて適切な医療の受診できる体制の検討・構築に努めます。
- 病院に勤務する小児科医の負担を軽減するため、小児科標榜する診療所の住所や診療時間等の情報入手が可能な「滋賀県広域災害・救急医療情報システム(救急医療ネットしが)」の利用を促進し、普段から身近な小児科診療所を利用することを習慣づけ、かかりつけ医を

もつための環境を整備していきます。

(2) 小児科医師の確保

- 平成 24 年度（2012 年度）に設置された滋賀県医師キャリアサポートセンターで実施する医師確保総合対策事業の中で病院小児科医の過重労働を軽減していくために各病院における医師の確保対策を支援していきます。
- また、小児科医師以外の医師を対象とした小児救急医療に関する専門知識を修得する研修会を開催し、小児救急医療に従事できる医師の確保に努めます。

(3) 小児救急電話相談事業による情報提供

- 各市町や幼稚園、保育園等を対象に小児救急電話相談のポスター・ちらしの配布や新聞広告掲載等により小児救急電話相談の利用促進を図ります。
- 小児救急電話相談による専門家の的確なアドバイスにより、子育て中の親の不安を解消し、安易な受診を減少させ、病院の小児科医師の負担軽減を図ります。

(4) 患者家族教育の実施

- 県が作成する冊子「もしものときに役立つ赤ちゃんと子どもの応急手当」やフォーラムの開催を通じてかかりつけ医をもつメリットや医療機関の適正受診の周知を図ります。
- 消防署や保健所による出前講座を通じて、救急車の適正利用や小児救急に対する正しい知識の普及に努めます。

8 周産期医療

現状と課題

(1) 母子保健の指標から見る現状と課題

- 本県では、出生率*および合計特殊出生率*は、全国的に見て高い値で推移しています。一方、低出生体重児（2,500グラム未満）の割合は、やや上昇しています。また、周産期死亡率*および新生児死亡率*は、一定の改善傾向が見られるものの、全国の平均値と比較すると、依然として高い値となっており、母子保健指標の改善が課題となっています。

表3-2-8-1 母子保健指標の推移

指標項目		平成19年	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年
出生率	滋賀	9.7	9.8	9.5	9.6	9.6
	全国	8.6	8.7	8.5	8.5	8.3
合計特殊出生率	滋賀	1.42	1.45	1.44	1.48	1.51
	全国	1.34	1.37	1.37	1.39	1.39
低出生体重児の割合	滋賀	9.4	9.4	9.3	9.4	9.9
	全国	9.7	9.6	9.6	9.6	9.6
周産期死亡率	滋賀	5.2	5.3	4.0	5.7	4.3
	全国	4.5	4.3	4.2	4.2	4.1
新生児死亡率	滋賀	2.1	1.5	1.3	1.6	1.2
	全国	1.3	1.2	1.2	1.1	1.1
乳児死亡率*	滋賀	3.6	2.6	2.4	2.9	2.1
	全国	2.6	2.6	2.4	2.3	2.3

人口動態調査（厚生労働省）

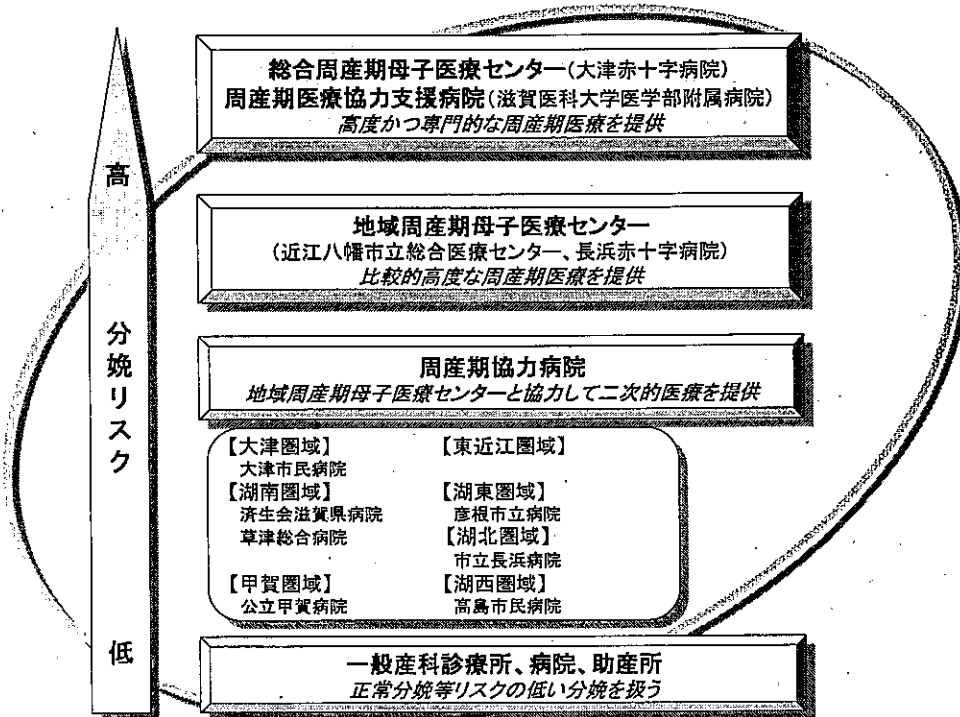
(2) 県の特性と医療資源から見る現状と課題

- 本県の周産期医療体制は、正常な妊娠、分娩の場合は、身近な地域の医療機関（病院、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、地域周産期母子医療センター*と周産期協力病院*が連携して二次医療の提供を行い、総合周産期母子医療センター*と周産期医療協力支援病院で高度かつ専門的な医療の提供を行っています。なかでも、総合周産期母子医療センター、周産期医療協力支援病院および2か所の地域周産期母子医療センターは、本県の周産期医療体制の中核となる医療機関であり、質の高い周産期医療の提供を行っていくためには、これらの医療機関の一層の充実が必要です。

表 3-2-8-2 県内の産科医療機関（分娩取扱あり）（平成 24 年（2012 年）4 月現在）

圏域名	区分	医療機関名	圏域名	区分	医療機関名	
大津	病院	大津赤十字病院 ※2	東近江	病院	近江八幡市立総合医療センター ※2	
		滋賀医科大学医学部附属病院 ※1 ※2			国立病院機構滋賀病院	
		大津市民病院 ※1 ※2		診療所	太田産婦人科医院	
	診療所	松島産婦人科医院			鶴崎産婦人科医院	
		輝生医院			笠原レディースクリニック	
		青木レディースクリニック			うえだウィメンズクリニック	
		木下産婦人科医院	緑町診療所			
	助産所	桂川レディースクリニック	助産所	うたな助産所		
		竹林ウィメンズクリニック		磯部助産院		
	湖南	病院	南郷助産所	湖東	病院	彦根市立病院 ※1 ※2
榎田助産院			診療所			神野レディースクリニック
医療法人誠光会草津総合病院			助産所		神野レディースクリニック アリス	
済生会滋賀県病院				助産院 NORIKO		
南草津野村病院 ※1 ※2		湖北	病院	長浜赤十字病院		
野洲病院 ※2				市立長浜病院 ※1 ※2		
診療所			ハビネスバースクリニック	診療所	橋場レディースクリニック	
			医療法人智林会山田産婦人科		佐藤クリニック	
		入江産婦人科 ※3	湖西	病院	高島市民病院	
		明愛産婦人科			診療所	浮田医院
		坂井産婦人科		合計		病院
		産婦人科ちばレディースクリニック			診療所	27施設
渡辺産婦人科		助産所	7施設			
希望が丘クリニック						
甲賀	病院	公立甲賀病院	※1 院内助産所あり（5病院）			
		親愛レディースクリニック	※2 助産師外来あり（8病院）			
	診療所	産科・婦人科 濱田クリニック	※3 産科オープンシステム*			
		野村産婦人科				
	助産所	ゆうこ助産院				
	医療法人真心会まごころ助産院					

図 3-2-8-3 滋賀県周産期医療体制（～平成 25 年（2013 年）3 月）



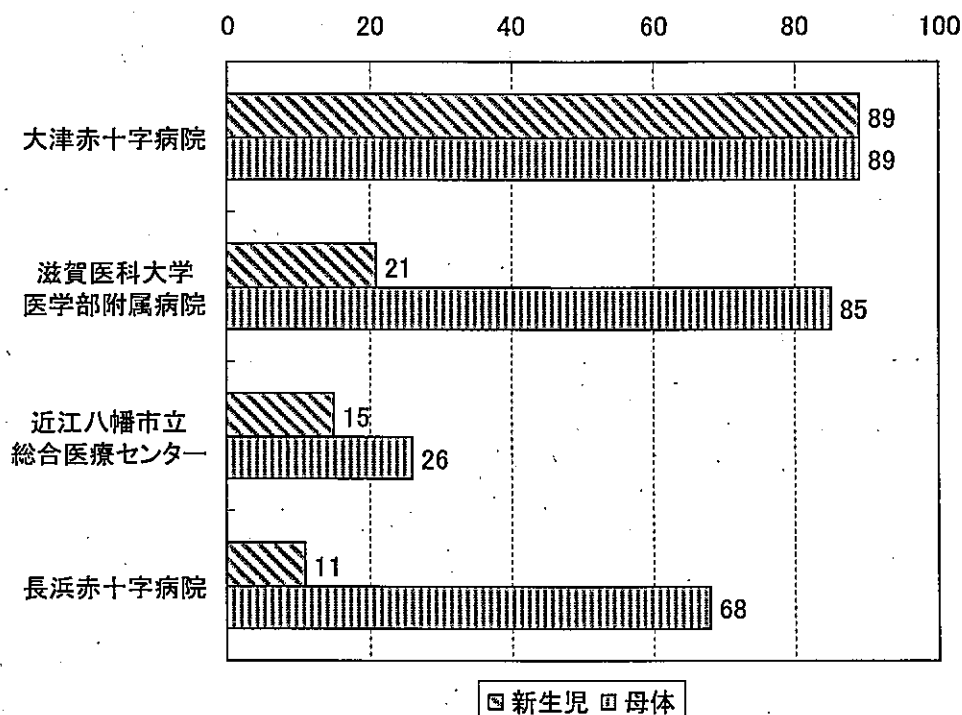
- 本県では、診療所で出産する割合が高い状況にあります。今後とも、分娩リスクに応じた医療の提供とハイリスク妊産婦・新生児の搬送受入のための連携を緊密にしていくことが必要です。あわせて、妊婦健康診査の適切な受診や妊娠リスクスコア*の活用を啓発するなど、母子保健事業との連携により、安全・安心な出産を支援していくことも必要です。

表 3-2-8-4 出生の分娩場所別の割合（平成 23 年（2011 年））

	病院	診療所	助産所	その他
滋賀	33.4	66.2	0.3	0.1
全国	52.0	47.0	0.9	0.2

人口動態調査（厚生労働省）

図 3-2-8-5 新生児および母体の搬送受入件数（平成 23 年度（2011 年度））



滋賀県周産期救急医療情報管理事業報告書

- 本県における周産期関係病床（MFICU（母体・胎児集中治療管理室）*、NICU（新生児集中治療管理室）*およびGCU（NICUに併設された回復期室）*）の数は、表 3-2-8-6 のとおりです（平成 24 年（2012 年）9 月現在）。このうち、NICU の病床数について、国の「周産期医療体制整備指針」には、出生 1 万人に対して 25~30 床を目標として整備を進めるものとされています。これを本県の出生数に置き換えると、34~40 床が必要となり、病床数が不足していることから、整備を進める必要があります。また、MFICU についても、大津赤十字病院にある 6 床は常時満床の状態が継続していることから、同様に病床整備を進める必要があります。

- 一方、NICUが常時満床状態にあるため、ハイリスク妊産婦・新生児の搬送受入が困難となるケースが発生しています。平成23年(2011年)には、NICUに6か月以上入院している児が9人いました。NICUを効率的に運営していくためには、NICUに長期入院している児に対する後方病床、後方病院の確保、さらには在宅医療への移行が可能な体制を構築することが必要です。あわせて、在宅医療へ移行した後においても、児およびその家族に対する支援体制を構築することが必要です。

表3-2-8-6 県内周産期関係病床数(平成24年(2012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	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	周産期医療協力支援病院		9	9	12
近江八幡市立 総合医療センター	地域周産期母子医療センター		3	3	6
長浜赤十字病院	地域周産期母子医療センター		8	5	13
市立長浜病院	周産期協力病院		3	2	
合計		6	32	28	52

※対象医療機関：受入可能な新生児の出生体重に制限のない医療機関

(3) 周産期医療を担う人材の育成と確保に関する現状と課題

- 本県における産科医師数は、人口10万人あたり7.3人であり、全国平均と比較すると少ない状況にあります。また、小児科医師数は全国平均と比較すると多いですが、新生児医療を担当する医師数は少ない状況です。さらに、周産期医療、特に新生児医療を担当する看護職が不足しており、確保が困難な状況となっています。こうしたことから、医師や看護師など、周産期医療を支える職員の確保および質の向上を図ることが必要です。

施策の基本的な方向と目標

- 安全・安心な出産を迎えるため、周産期医療体制の充実・強化

《圏域の考え方》

- 周産期医療提供体制については、医療資源を集約し、その有効活用を図ることで、県内の高度・専門医療の提供体制を充実させ、必要な医療を受けることができるよう、周産期医療関連施設の状況および周産期医療ネットワーク*による母体・新生児の搬送受入の実績を踏まえて、7つの二次保健医療圏を次の4ブロックに区分し、設定します。

- ① 大津・湖西ブロック(大津保健医療圏・湖西保健医療圏)
- ② 湖南・甲賀ブロック(湖南保健医療圏・甲賀保健医療圏)
- ③ 東近江ブロック(東近江保健医療圏)
- ④ 湖東・湖北ブロック(湖東保健医療圏・湖北保健医療圏)

《数値目標》

目標項目		現状値	目標値 (H29)	備考
母子保健指標の改善	周産期死亡率 (出産千対)	4.3 (H23)	全国平均より低い	全国平均 4.1 (H23)
	新生児死亡率 (出生千対)	1.2 (H23)	全国平均より低い	全国平均 1.1 (H23)
周産期関連病床の整備	MFICU 病床	6 床 (H24)	12 床以上	MFICU (母体・胎児集中治療管理室)
	NICU 病床 (人工換気管理可能病床)	28 床 (H24)	34 床以上	NICU (新生児集中治療管理室)

施策の内容

(1) 周産期医療体制の充実・強化

本県における周産期医療体制をより一層充実させるため、現行の周産期医療体制に滋賀医科大学医学部附属病院を総合周産期母子医療センターに指定し、すでに同センターに指定している大津赤十字病院とともに周産期にかかる三次医療の提供を行います。また、それぞれの医療機関の特性を踏まえて、以下の役割を担うこととします。

さらに、現行の周産期医療体制に国立病院機構滋賀病院を周産期協力病院として加え、東近江ブロックの周産期医療体制の強化を図ります。

表3-2-8-7 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。県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。

(2) 母子保健事業との連携

妊婦健康診査の適切な受診や妊娠リスクスコアの活用の啓発、妊婦を対象とした健康教育の実施など、母子保健事業と連携して、安全・安心な出産を支援します。

(3) 周産期関係病床の整備

ハイリスク妊産婦・新生児に対応するため、NICU 病床の整備は重要な課題となっていること

から、本県では、国の「周産期医療体制整備指針」のNICU整備目標に基づき、NICU病床（人工換気管理可能な病床）を6床以上整備することとします。

また、MFICUについても、常時満床状態の解消を図るため、6床以上整備することとします。

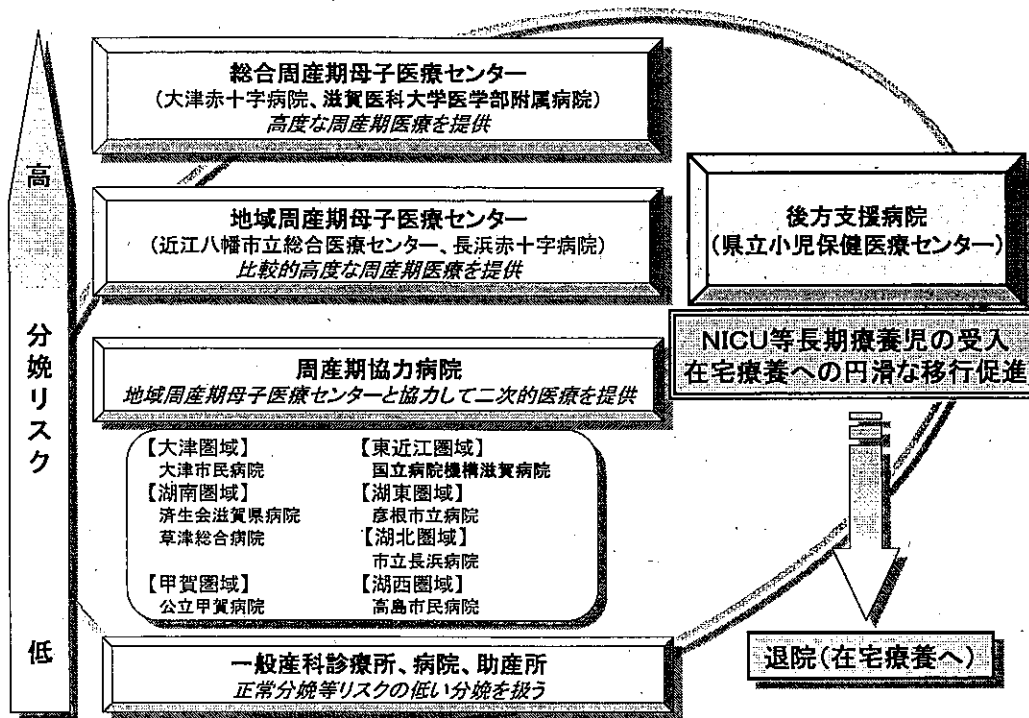
(4) NICU等長期入院児の後方病床の確保等によるNICU病床の効率的な運用

NICU等への長期入院により、ハイリスク妊産婦・新生児の搬送受入に支障を来している状況を改善するため、NICU等長期入院児および小児在宅医療の実態調査を行います。その結果を踏まえ、療育・療養支援機能を有する施設や周産期協力病院の小児科等と連携して、長期入院児の受入体制および在宅医療への円滑な移行を行うことができる体制を整備し、NICU病床の効率的な運用を図ります。また、在宅医療への移行後においても、児およびその家族に対して、適切なケアを提供できるよう支援します。

(5) 周産期医療を担当する医師、看護職の確保および質の向上

周産期医療体制の充実のためには、医療施設の整備とともに、周産期医療を担う医療従事者の確保が不可欠です。特に、周産期医療を担当する医師や看護職が不足していることから、その確保に努めます。また、看護職の資質向上を図るため、周産期医療従事者研修や新生児蘇生法講習会など各種研修会の開催や新生児集中ケア認定看護師の育成に対する支援を行います。

図3-2-8-8 滋賀県周産期医療提供体制（平成25年（2013年）4月～）



9 へき地医療

現状と課題

(1) へき地、無医地区*等の状況

- 本県では、平成 24 年(2012 年) 3 月現在、無医地区が 2 市(甲賀市、高島市)に 4 地区、無医地区に準ずる地区(準無医地区)が 3 市(東近江市、長浜市、高島市)に 4 地区あります。
- 無医地区等の住民数は、平成 22 年(2010 年) 4 月現在、1,662 人で平成 19 年(2007 年)時点と比較し約 15%の減少傾向にあります。
- 本県では、国が指定する地域として過疎地域自立促進特別措置法の指定地域が 2 市(長浜市・高島市)、豪雪地帯対策特別措置法の指定地域が 4 市(大津市・長浜市・米原市・高島市)、山村振興法の指定地域が 5 市 1 町(甲賀市・長浜市・米原市・東近江市・高島市・多賀町)となっています。

表 3-2-9-1 無医地区等の状況

市 町 名	無 医 地 区 等		住 民 数(人)
	地 区 数		
	無医地区	準無医地区	
甲賀市	2		380
東近江市		1	501
長浜市		2	629
高島市	2	1	152
計	4	4	1,662

(平成 22 年無医地区等調査)

(2) へき地における医療の確保の状況

- 本県では、へき地医療支援機構を設置し、へき地医療の総合的な診療支援事業の企画・調整などを行うとともに、へき地医療拠点病院(長浜市立湖北病院)がへき地医療対策にかかる各種事業を実施しています。
- 本県では、無医地区等への巡回診療の実施、へき地診療所*への代診医の派遣、へき地医療従事者の支援・研修など、へき地医療を支援するための拠点として長浜市立湖北病院、高島市民病院の 2 病院をへき地医療拠点病院に指定しています。
- へき地診療所は、5 市に 11 診療所(うち出張診療所 5 診療所)が設置されています。診察日数は週 5 日診療を行っている診療所は 4 診療所、週 3 日診療を行っている診療所は 2 診療所で、出張診療所では週 1 日程度の診療で診療時間は 2 時間～半日程度であり、十分な診療日数の確保とはいえない状況です。

(3) へき地における医師確保の状況

- へき地医療拠点病院の長浜市立湖北病院が長浜市の無医地区等の巡回診療を、高島市民病院が高島市の無医地区等の巡回診療とへき地診療所(高島市国民健康保険朽木診療所)への代診医派遣を、甲賀市立信楽中央病院が甲賀市の無医地区等の巡回診療を実施しています。

- へき地医療拠点病院での医師確保が困難なこともあり、へき地診療所への巡回診療や代診医派遣への医師派遣を行う余力が不足しています。
- へき地医療においては総合的な診療能力を有する医師が求められていますが、その養成・確保が十分ではありません。

(4) へき地医療支援の状況等

- 平成 23 年(2011 年) 4 月よりドクターヘリの運航を開始しましたが、へき地は山間部が多く救急搬送に時間を要することから、さらなる広域搬送体制の確立が求められます。
- へき地医療の充実には、へき地医療支援機構、へき地医療拠点病院、へき地診療所、地域医師会、周辺病院などとの相互間の連携が求められます。
- へき地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・福祉が一体となった取組が必要です。

図 3-2-9-2 へき地医療の体制図

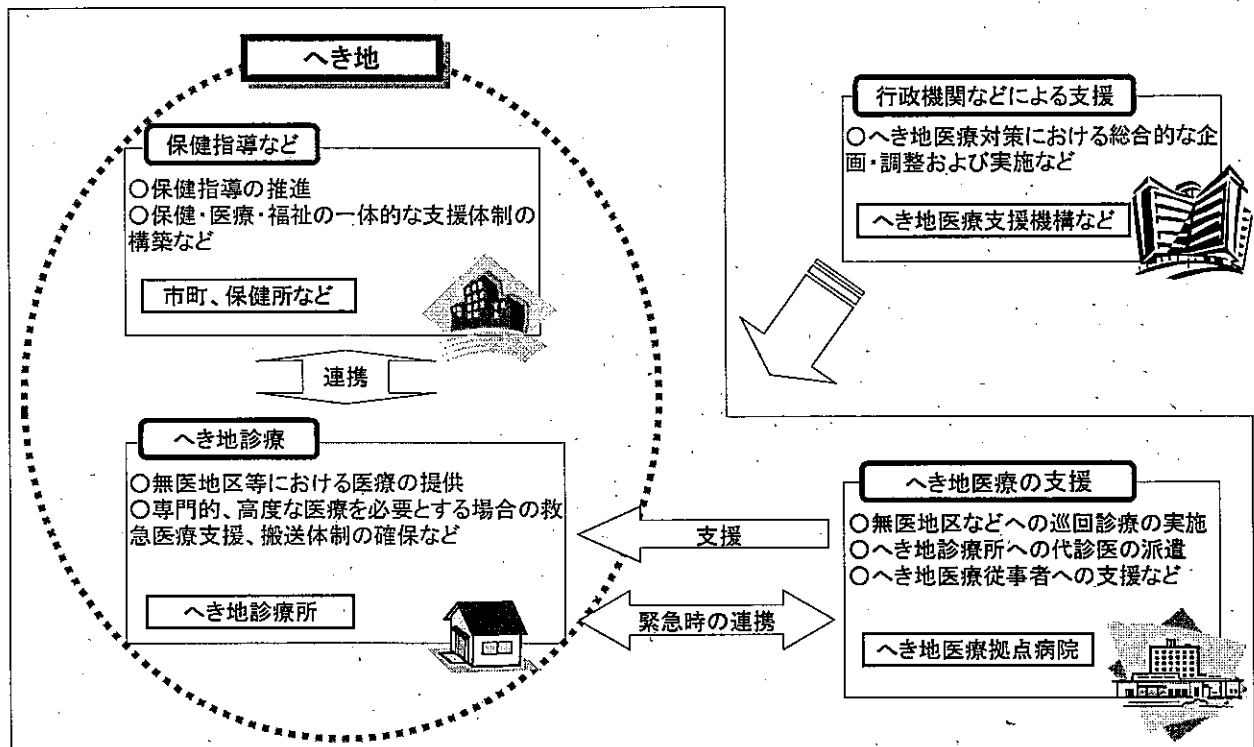


表3-2-9-3 へき地診療所の状況

二次保健医療圏名	診療所名	診療科	医師数	年間診療日数
大津保健医療圏	大津市国民健康保険葛川診療所	内科、小児科、外科	常勤1	228
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	(兼)常勤1	22
湖北保健医療圏	米原市国民健康保険吉槻診療所	内科	常勤1	140
	米原市国民健康保険吉槻診療所板並出張所	内科	(兼)常勤1	48
	中之郷診療所今市出張診療所	内科、小児科	(兼)常勤1	47
	中之郷診療所上丹生出張診療所	内科、小児科	(兼)常勤1	50
	中之郷診療所	内科、小児科	常勤1	242
	塩津診療所	内科、小児科、外科	非常勤1	211
	永原診療所	内科、小児科、外科	常勤1	224
	永原診療所菅浦出張診療所	内科、小児科、外科	(兼)常勤1	24
湖西保健医療圏	高島市国民健康保険朽木診療所	内科、小児科、外科	常勤1	236

出典：都道府県第11次へき地保健医療計画の実態・進捗状況調査（平成24年（2012年）

【年間診療日数は平成21年度（2009年度）実績】※（兼）は他の診療所との兼務医師

施策の基本的な方向と目標

- へき地医療支援機構、へき地医療拠点病院、へき地診療所などの体制整備と関係機関を含めた相互間の連携強化
- へき地における医師確保の推進
- 救急搬送体制、広域搬送体制の充実、保健・医療・福祉の連携強化

《数値目標》

目標項目	現状値	目標値（H29）	備考
へき地医療拠点病院からへき地診療所への巡回診療述べ日数（年間）	49.5日 （全国平均22.9日）	50日	現状の維持、増加を目指す

出典：都道府県第11次へき地保健医療計画の実態・進捗状況調査（平成24年1月1日現在）

施策の内容

（1）へき地における医療の確保

ア へき地医療支援機構を中心としたへき地医療の推進

へき地医療支援機構は、へき地医療拠点病院などとの連携を強化し、へき地医療対策にお

ける総合的な調整機関として、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。

イ 無医地区等への巡回診療による医療の確保

へき地医療拠点病院は、計画的な巡回診療を実施し無医地区等における医療の確保を図り、これら運営に対して本県は支援を行います。

ウ へき地医療拠点病院およびへき地診療所の整備

本県は、へき地医療拠点病院およびへき地診療所の整備を支援します。

(2) へき地における医師の確保

ア 自治医科大学卒業医師の派遣

本県は、自治医科大学卒業医師の義務年限経過後における継続勤務を働きかけ、県内での定着が図られるよう努めます。

イ へき地医療支援機構による代診医の派遣

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、へき地医療拠点病院などに勤務している医師をへき地診療所へ派遣します。

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

本県は、在宅医療を支え、様々な症状の患者に対応し総合的な診療能力を有した医師の養成・確保を支援します。

エ 医師確保のための補助制度など

本県は、今後も資金貸付制度やへき地医療拠点病院への就業支度金や非常勤雇用医師への補助を実施し、補助制度などを充実させ医師確保を推進します。

(3) へき地医療の支援

ア 救急医療支援体制の確保

本県は、へき地医療拠点病院、へき地診療所、地域医師会、周辺病院、救命救急センターなどとの連携を図り、へき地における救急医療体制の確保に努めます。

イ 広域搬送体制の検討

本県は、今後、関西広域連合によりドクターヘリを共同運航し、救命率の向上を目指し広域搬送体制の充実を図ります。

ウ 保健・医療・福祉の連携強化

本県は、保健・医療・福祉が一体となった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ため、病院、診療所、その他医療福祉関係機関などの連携を支援します。

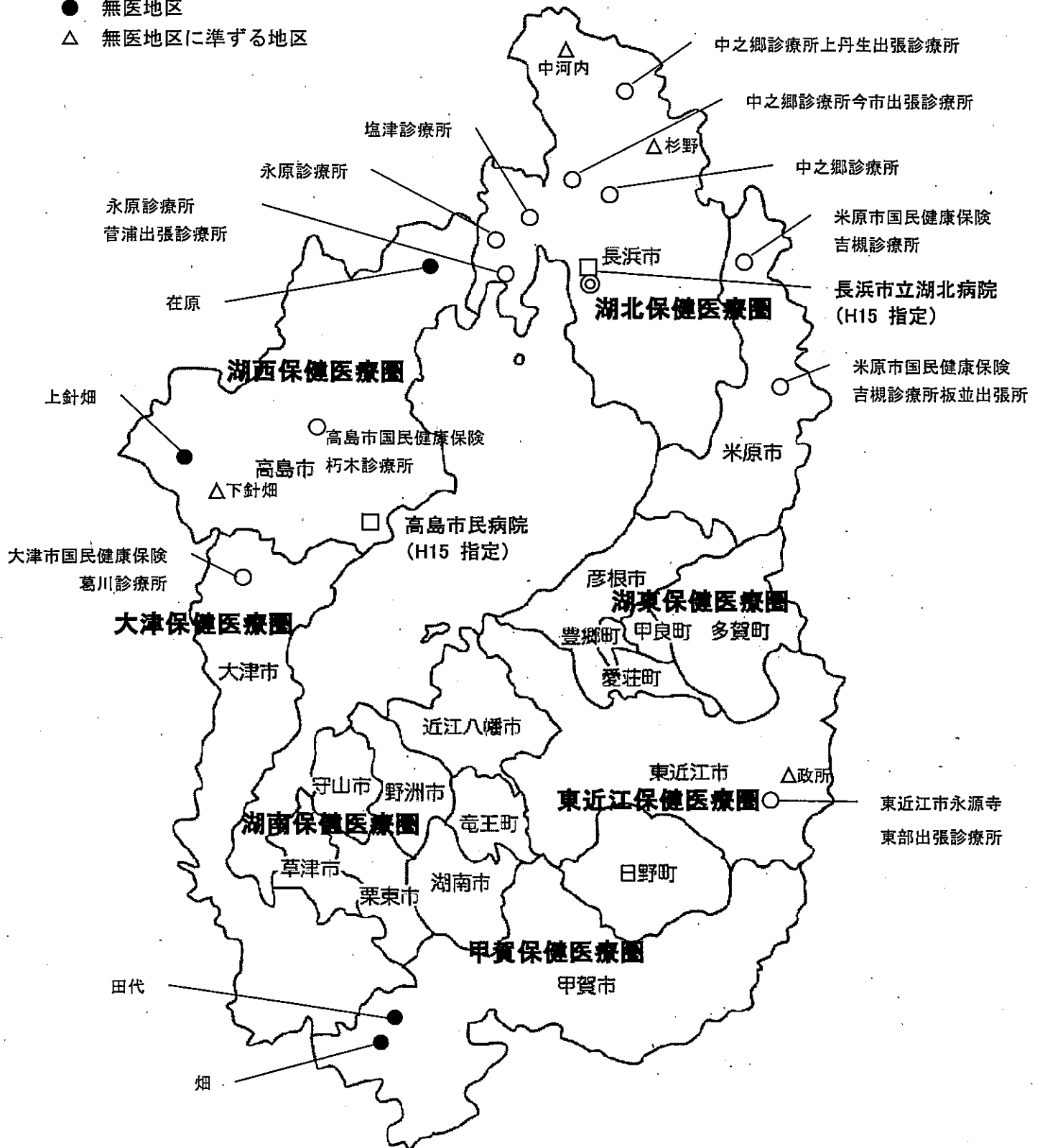
(4) へき地医療の普及・啓発

ア へき地医療への理解の促進

本県は、医療従事者や医学生、地域住民に対し、へき地医療に関する情報を普及・啓発し、へき地医療への理解に努めます。

図3-2-9-4 へき地保健医療対策現況図 (平成24年(2012年))

- ◎ へき地医療支援機構
- へき地医療拠点病院
- へき地診療所
- 無医地区
- △ 無医地区に準ずる地区



10 在宅医療

現状と課題

(1) 在宅医療ニーズの状況

- 平成24年度(2012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、人生の最期を迎えたい場所として48%の人が自宅を希望しています。
- 終末期の療養場所は、自宅での療養を中心に必要な時は緩和ケア病棟などに入院することを希望する人が67%でした。一方で、最期まで自宅で療養できるかについては、家族の負担や症状悪化時の不安等から、実現困難と考える人が56%と多くなっています。
- 延命医療については、望まない人(どちらかという望まない人を含む)が83%となっています。
- 高齢化の進展に伴い、多死社会が到来します。死亡者数は、平成23年(2011年)11,884人ですが、平成42年(2030年)には16,000人を超えるものと推計され、病院以外での看取りの必要数は約5,000人と、現在の約2倍になります。(人口動態調査、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年12月)」をもとに推計)
- 県民の希望に応じた療養や人生の最期が迎えられるための体制整備や県民への啓発が必要です。

(2) 在宅医療の対象者の状況

ア 要介護・要医療高齢者の状況

- 介護保険の要介護・要支援認定者数は、平成24年(2012年)48,699人が平成27年(2015年)には61,916人になると推計されます。なかでも要介護4・5の重度の人の占める割合や単身世帯、夫婦のみの世帯が増えることが予測されます。
- 病院の平均在院日数は、平成17年(2005年)19.8日から平成22年(2010年)17.9日と年々短縮しており、在宅での療養を必要とする人が増えることが予測されます。
- 人口の高齢化に伴う慢性疾患療養者および認知症高齢者の増加とともに、日常の療養管理や介護への支援を要する人が増えていくことが予測されます。

イ 特定疾患治療研究事業*、小児慢性特定疾患治療研究事業*による医療受給者証所持者および障害者の状況

- 特定疾患治療研究事業、小児慢性特定疾患治療研究事業対象者や在宅の重症心身障害児者数が増加しており、在宅療養支援を必要とする人が増えます。

ウ 在宅死亡者の状況

- 死亡者のうち自宅で死亡した人の割合は、平成23年(2011年)14.9%で、全国の12.5%より高くなっています。
- 在宅療養支援診療所の患者のうち自宅での死亡者数は、平成22年(2010年)7月1日～平成23年(2011年)6月30日の1年間で366人でした。

エ 自宅・施設での療養者の状況

- 平成24年(2012年)に行った調査によると、自宅療養者の中で人工呼吸器および在宅酸素の使用者が延べ1,668人である一方、入所施設では延べ116人であり、自宅療養者の方が施設利用者より医療機器を利用している人が多い状況です。

(3) 在宅療養を支える医療資源の状況

- 在宅療養を支える医療資源の状況は下表のとおりです。在宅療養支援診療所 96 か所、在宅療養支援病院* 7 か所、訪問看護ステーション 72 か所などとなっており、増加してきましたが、今後さらに増大するニーズに対応するためには十分な状況とはいえません。

表 3-2-10-1 在宅療養における医療資源の状況

	調査日	合計	大津	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北	湖西	出典
在宅療養支援病院数*	H24.7.1	7	1	2	1	2	0	0	1	近畿厚生局
診療所数	H24.3.31	1,024	280	261	82	145	102	114	40	医務業務課
在宅療養支援診療所数*	H24.7.1	96	36	15	4	14	5	14	8	近畿厚生局
(人口10万対)	H24.4.1	6.8	10.6	4.6	2.7	6.0	3.2	8.6	15.4	
有床診療所数	H24.3.31	45	13	12	5	6	2	4	3	医務業務課
在宅時医学総合管理料*	H24.7.1	159	59	32	10	17	11	21	9	近畿厚生局
歯科診療所数	H24.4.1	560	141	128	53	85	67	66	20	医務業務課
在宅療養支援歯科診療所数	H24.7.1	4	2	2	0	0	0	0	0	近畿厚生局
訪問診療を行う歯科診療所数	H24.4.1	89								滋賀県歯科医師会
保険薬局数	H24.8.1	479	112	108	49	65	69	54	22	医務業務課
時間外対応可能薬局数	H24.8.1	253	67	61	30	41	28	18	8	医務業務課
訪問看護ステーション数*	H24.7.1	72	17	14	10	10	5	12	4	医療福祉推進課
通所介護事業所数	H24.7.1	441	108	97	40	72	47	60	17	医療福祉推進課
通所リハビリテーション数	H24.7.1	56	16	9	5	10	4	8	4	医療福祉推進課
介護老人保健施設数*	H24.7.1	32	8	5	4	6	2	5	2	医療福祉推進課
居宅介護支援事業所数*	H24.7.1	409	123	79	33	63	43	49	19	医療福祉推進課
訪問介護事業所数	H24.7.1	299	99	55	18	43	31	44	9	医療福祉推進課
介護老人福祉施設数*	H24.7.1	67	11	10	9	15	8	10	4	医療福祉推進課

(4) 在宅ネットワークの現状

ア 退院調整部署の設置

- 平成 24 年 (2012 年) 5 月に行った医療機関における地域医療連携に関する状況調査によると、県内 59 病院中 57 病院が退院調整部署を設置しています。

イ 退院調整カンファレンスの実施状況

- 介護支援専門員*に対する調査によると、退院調整カンファレンスは 678 退院事例中 29.6% で実施されていませんでした。入院病床別にみると、急性期病床 35.7%、回復期病床 8.2%、療養病床 20.4% でカンファレンスが開催されていません。(平成 23 年滋賀県介護支援専門員連絡協議会調査)

ウ 地域連携クリティカルパスの運用状況

- 平成 24 年 (2012 年) 5 月に行った調査によると、地域連携クリティカルパスを利用している病院は、県内 59 病院中、脳卒中 34 病院、がん 20 病院、糖尿病 6 病院、急性心筋梗塞 3 病院です。
- 脳卒中パスについては、二次保健医療圏単位での作成を推進し、全圏域で取組が進んだことを受け、平成 24 年度 (2012 年度) から県内統一パスの作成に取り組んでいます。

施策の基本的な方向と目標

- 入院から在宅療養への円滑な移行の促進
- 在宅療養を支援する医療資源の整備・充実とネットワークの構築
- 在宅医療を担う人材養成とスキルアップの仕組みの構築
- 本人が望む場所での療養、終末期ケア、看取りが可能な体制の整備
- 在宅療養を支援する拠点の整備

《数値目標》

目標項目	現状値	目標値 (H29)	備考
地域連携クリティカルパス実施病院数 (脳卒中、がん、糖尿病、心筋梗塞)	延べ63病院(H24)	延べ118病院	
在宅療養支援診療所数	96診療所(H24)	150診療所	
訪問診療を受けた患者数	3,805人/月(H22)	5,100人/月	
訪問看護師数(常勤換算)	368人(H22)	490人(H27)	

施策の内容

(1) 入院から在宅療養への円滑な移行の促進(切れ目のない医療の提供)

- 在宅での療養環境を想定した退院時指導を行うなど病院における退院調整機能の充実を促進します。
- 患者や家族が望む在宅生活への円滑な移行のため、疾患に応じた地域連携クリティカルパスの活用を図ります。

(2) 在宅療養を支援する医療資源の整備・充実とネットワークの促進

- 在宅療養を担う診療所、訪問看護ステーション、薬局や、在宅医療のニーズを適切にマネジメントできる介護支援専門員*、痰の吸引等を実施できる介護職員等の増加を図ります。
- 医療職と介護職、医療関係機関と介護事業所が連携して在宅療養者や家族を支援できるよう、ネットワーク化を促進するとともに、住民に対しかかりつけ医をもつことの普及啓発を図ります。

(3) 在宅医療を担う人材養成とスキルアップの仕組みの構築

- 在宅チーム医療に取り組む医師の増加に向けたセミナーの開催や、訪問看護師養成プログラムの作成と現任教育の充実、地域の医療福祉関係者が協働して行う従事者の資質向上と人材確保に向けた取組などを促進します。
- 多職種協働により在宅チーム医療を担う人材の養成を目的とした研修会を開催し、各市町においてチームによる在宅ケアを行える体制づくりを促進します。

(4) 本人が望む場所での療養・終末期ケア・看取りが可能な体制の整備

- 本人が望む形での終末期を過ごすため、終末期に医療とどう関わるかについて県民が自らの意思を表明するエンディングノートの活用等について意識啓発を行います。
- 医療福祉関係者および住民を対象として在宅終末期ケアに関する研修・啓発を行います。
- 医療福祉関係者は、本人の意思に添ったケアを行えるよう、情報共有と連携に努めます。

(5) 在宅療養の継続のため、緊急時に対応が可能な体制の整備

- 複数の医師、看護師や薬剤師などが連携して、24時間の対応を可能とする体制づくりを促

進し、在宅療養者を支えるとともに、家族の不安を軽減します。

- 在宅療養中の急変時や、家族のレスパイト*のための後方支援病院や有床診療所等の確保に努めます。

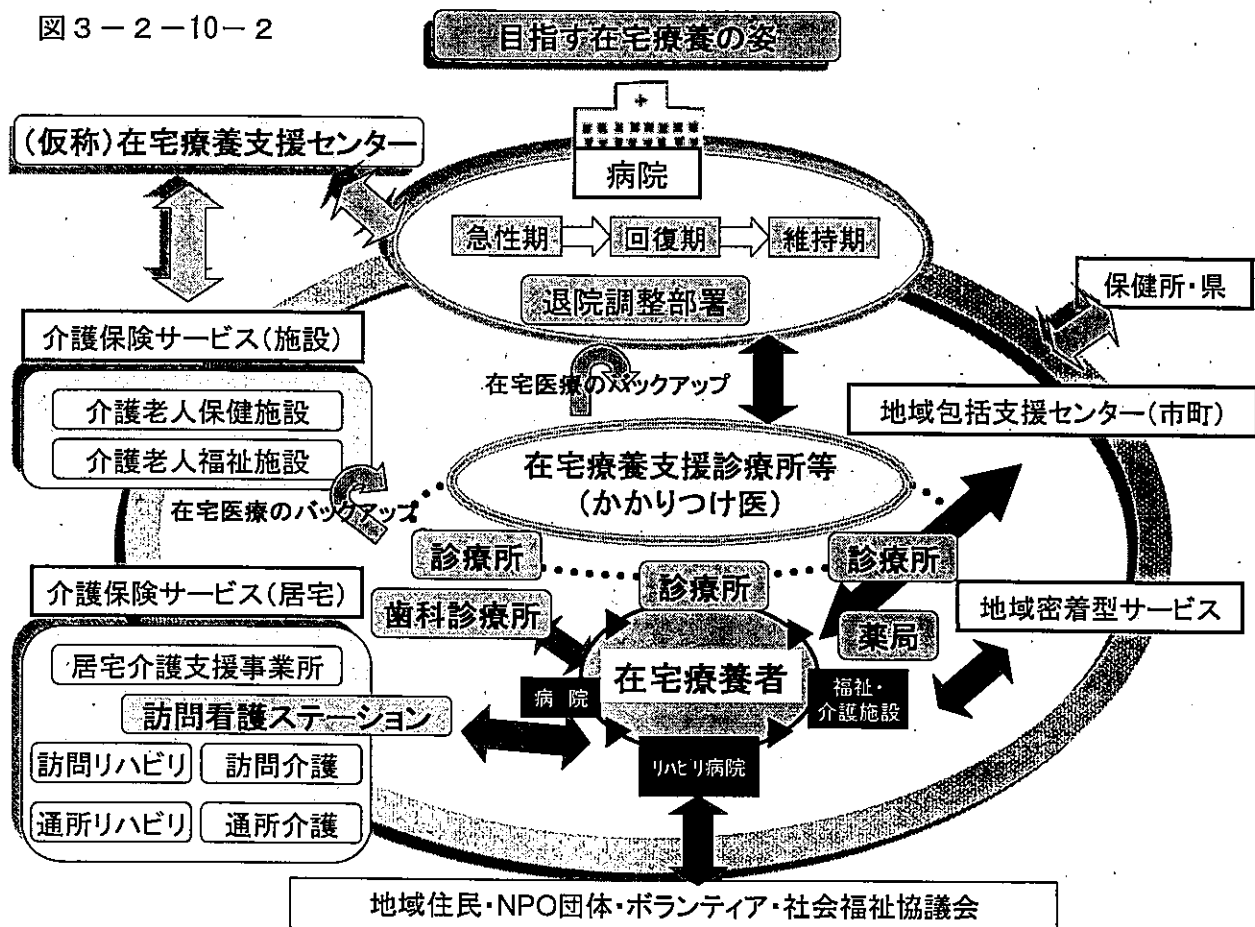
(6) 在宅療養を支援する拠点の整備

- 地域の在宅医療に関する課題共有と課題解決に向けた意見交換等が行える場の確保や、多職種・多機関の連携体制づくり、在宅療養に関する情報の一元管理など、患者や家族の安心と在宅医療の充実強化が図れるよう、在宅療養を支援する機能を有する拠点の整備を促進します。

(7) 地域包括ケアシステム*の推進

- 高齢期になっても、安心して住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう、医療と介護の連携による在宅療養支援の充実・強化に向けた取組を促進します。
- 一人暮らし、認知症、夫婦のみの高齢世帯など個々の状況に応じて、見守り、配食、買い物等の生活支援サービスや権利擁護など、様々な支援が身近なところで提供できる体制づくりへの支援を行います。

図3-2-10-2



11 認知症

現状と課題

(1) 認知症予防対策について

- 本県の認知症高齢者は全国推計をもとに算出すると、平成 22 年(2010 年)約 27,400 人、平成 27 年(2015 年)約 34,500 人、平成 32 年(2020 年)には約 41,400 人と高齢化の進展に伴い認知症高齢者の増加が見込まれます。
- 要介護となる原因疾患は、脳血管疾患の 21.5%に次いで認知症が 15.3%となっています。(平成 22 年国民生活基礎調査)
- 生活習慣病が認知症の発症の危険因子であると言われていることから、生活習慣病予防が重要であり、日頃の生活の中で継続して取り組める予防対策の普及、啓発が必要です。

(2) 早期発見・早期対応体制について

- 本県においては、かかりつけ医認知症対応力向上研修を平成 17 年度(2005 年度)から実施し、平成 23 年度(2011 年度)末現在 399 人が研修を修了しています。また、研修修了者のうち、認知症に理解のある医師の認定制度として、認知症相談医制度*を設け、現在 295 人を認知症相談医として認定しています。また、認知症サポート医*は 38 人となっています。

表 3-2-11-1 認知症相談医数

(平成 23 年度末現在)

保健医療圏	大津	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北	湖西	合計
相談医数	71	59	24	47	40	42	12	295

表 3-2-11-2 認知症サポート医数

(平成 23 年度末現在)

保健医療圏	大津	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北	湖西	合計
サポート医数	7	9	4	6	4	5	3	38

- 認知症の人への日常的な診療や家族への助言においてかかりつけ医が担う役割は大きく、かかりつけ医の認知症対応力の一層の向上が必要です。
- 認知症に対する関心は高まっていますが、いまだ県民の認知症に対する正しい理解が不足しており、認知症に関する正しい知識の普及を行うとともに、認知症について不安を感じた時に、身近な地域で早期に受診行動がとれるよう診断可能な医療機関の周知を行い、早期発見・早期対応を促進し、適切なサービスにつなげることが重要です。

(3) 地域で支える認知症対策の推進について

ア 医療の現状

- 認知症疾患における鑑別診断、地域における医療機関等の紹介、行動・心理症状への対応についての相談の受付などを行う専門医療機関として、認知症疾患医療センター*(地域型)を指定しています。

瀬田川病院 琵琶湖病院 水口病院 豊郷病院

- 各二次保健医療圏域に、認知症専門外来等、認知症の診断・診療が可能な病院があり、院内デイや院内専門家チームによる病棟ラウンド等を行い、せん妄に対する対応に効果をあげている事例もありますが、行動・心理症状による急変時や身体合併のある人については、医療機関の受け

入れ体制が十分でない現状があります。

表 3-2-11-3 認知症に関する診断、治療のいずれかができる病院数

(平成 24 年度医療機能および医療連携調査)

保健医療圏	大津	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北	湖西	合計
医療機関数	10	4	5	8	2	4	2	35

- 認知症の人の入院状況について、退院患者平均在院日数が全国では 342.7 日に対し、本県においては、714.2 日となっており、平均在院日数が長くなっています(平成 20 年患者調査)。
- 疾患別退院患者平均在院日数についてみると、血管性および詳細不明の認知症の人は、全国では 420.4 日に対し、本県においては 1173.4 日と長くなっています。一方、アルツハイマー型認知症は、全国では、264.9 日に対し、本県においては、251.1 日と全国より短くなっています(平成 20 年患者調査)。
- 認知症治療病棟における認知症新規入院患者 2 か月目以内退院率は、全国では 27.6% に対し、本県においては、37.0% (5 年累計) と、全国に比べて退院率が高くなっています(平成 21 年精神保健福祉資料)。これらのことより、平均在院日数については、長期入院者による要因が大きいと推察されます。

イ 地域における認知症の人および家族への支援の現状

- 保健・医療・福祉専門職、家族等からの介護相談に応じる、もの忘れサポートセンター・しが*を指定し、相談・支援を実施しています。
- 各市町において、認知症キャラバンメイト*の養成およびキャラバンメイトと協働し、認知症サポーター*の養成を行い、地域住民への認知症の理解の普及啓発を実施しています。

表 3-2-11-4 認知症サポーター・キャラバンメイト養成数(平成 24 年 6 月 30 日現在)

	全国	滋賀県
認知症サポーター養成数	3,135,547 人	75,657 人
認知症キャラバンメイト養成数	68,228 人	1,179 人
メイトおよびサポーター一人あたり担当高齢者人口	9 人	4 人

- 介護を要する認知症の人が身近な地域で生活をするためには、地域で認知症の人と家族を支える仕組みづくり、地域づくりの推進が必要です。また、状態に応じた介護サービスが利用できるようサービス提供体制の確立と質の高い介護サービスの確保が必要です。

ウ 認知症の人を支える機関の連携について

- 各二次保健医療圏域において、多職種協働連携協議会の開催や各地域医師会が中心となった認知症ケアネットワークが設立され、かかりつけ医や専門医、介護支援専門員、介護保険事業所職員、行政職員など、保健・医療・福祉関係者が連携を図っています。
- また、「患者手帳」や「認知症クリティカルパス」、「医療と介護の情報連携シート」の検討・活用を通じて、地域において認知症の人および家族を支援する体制の構築が進められています。
- 認知症の行動・心理症状が重症化してからの対応は家族、介護従事者の負担が大きく、在

宅での生活が困難となる場合もあり、認知症の人や家族を、早期から多職種がチームで連携し、自立生活のサポートを行う支援体制の整備が必要です。

エ 認知症に関わる専門的人材育成の向上

- 保健・医療・福祉関係者の認知症に関する研修を実施し、人材育成に努めています。
- 認知症の疾患理解と介護現場での実践を通して、認知症介護を指導できる人材の育成が必要です。平成 23 年度（2011 年度）末現在、認知症介護実践リーダー研修の受講者数は 297 人、認知症介護指導者養成研修の受講者数は 26 人となっています。
- 認知症に関わる保健・医療・福祉の関係者が認知症の理解を深め、また行動・心理症状を早期に発見し、対応できるように、関係者の認知症対応力の向上が必要です。

(4) 若年認知症

- 本県の若年認知症の人は全国推計をもとに算出すると約 400 人と推計されていますが、現役世代が発症する若年認知症は、病気に対する認識が不足し、症状が進行してからの診断となっており、診断・告知後も、介護保険によるサービスを受けるまでに時間を要することが多い状況です。
- もの忘れサポートセンター・しが／滋賀県若年認知症コールセンター*への若年認知症に関する相談件数は平成 19 年度（2007 年度）の 30 件から平成 23 年度（2011 年度）には 80 件に増加しており、相談件数に若年認知症に関して占める割合は 6.7%から 21.1%に増加しています。
- 若年認知症の人が、早期に診断を受け、早期に適切な支援が受けられるよう、県民、医療、産業等をはじめとする関係者への啓発を行うことが重要です。また、就労支援や身近な場所での居場所づくりを通して、早期から支援できる体制および身近な地域社会でサポートできる体制の構築が必要です。

(5) 認知症の人に対する権利擁護

- 滋賀県の平成 22 年度（2010 年度）高齢者虐待防止法*に基づく対応状況等に関する調査では、要介護認定者 270 人における、認知症日常生活自立度「Ⅱ以上」の人は 208 人（77.70%）であり、被虐待高齢者 337 人の中の 61.7%を占めています。今後、認知症の高齢者の増加が予想されており、虐待対応の充実が急務となっています。
- 判断能力が低下した高齢者を支援するための成年後見制度*や地域福祉権利擁護事業*の活用の促進や、虐待防止のため、医療機関との連携のもと、地域でのきめ細やかな見守りや相談体制の充実、権利擁護の推進が必要です。

施策の基本的な方向と目標

- 認知症予防対策の推進
- 早期発見・早期対応ができる体制の充実
- 地域で支える認知症対策の推進
- 若年認知症対策の推進
- 認知症の人に対する権利擁護の推進

《数値目標》

目標項目	現状値	目標値 (H29)	備考
認知症疾患医療センターの整備 認知症の鑑別診断を行う医療機関	4か所	6か所	65歳以上人口 6万人に1か所程度
認知症相談医数	295名	370名	事業報告

施策の内容

(1) 認知症予防対策の推進

- 地域において生活習慣病予防対策と連動し、継続的に取り組むことのできる認知症予防対策の推進を支援します。
- 認知症予防を推進する仲間づくり、地域づくりを支援します。

(2) 早期発見・早期対応ができる体制の充実

- 認知症相談医制度による認知症の早期発見および相談機能の充実・強化を図ります。
- 市町における家族や介護者に認知症の理解を促す啓発、地域住民に認知症に対する正しい理解を促す啓発等を支援し、相談窓口や身近な地域で診断可能な医療機関の周知を行うとともに、地域の中で認知症の人および家族を支えることができる地域づくりを支援します。
- 認知症の行動・心理症状が重症化する前に適切な対応が可能となるよう、認知症の人を初期から支援できるチーム体制の整備を促進します。
- 認知症の人を支援する多職種が継続的なアセスメントを行い、認知症ケアの適切な提供につなげていけるよう、認知症の重症度の推測、早期受診につながるツールの普及・啓発に努めます。

(3) 地域で支える認知症対策の推進

- 認知症相談医をはじめとするかかりつけ医が、認知症の人の日常的な診療を行い、認知症相談医およびサポート医、認知症疾患医療センター、鑑別診断や治療が可能な医療機関それぞれの役割を明確にし、身近な地域で認知症の人および家族を支援することができる体制の構築を図ります。
- 認知症の人ができる限り住み慣れた地域で暮らし続けられるよう、地域の実情に応じた認知症クリティカルパスの策定を支援します。また、地域の保健・医療・福祉の関係機関の連携により地域での生活ができるよう支援体制の充実を図ります。
- 二次保健医療圏域ごとに、保健・医療・福祉等専門職による顔の見えるネットワークの構築を支援し、医療と介護の連携ツール等の活用を行い、認知症の人や家族支援の充実を図ります。
- 認知症に関わる保健・医療・福祉の関係者が認知症の理解を深め、認知症の人が安心して医療と介護を受けられるよう、人材の育成に努めます。
- 地域住民による支え合いも含めた認知症の人に適した介護サービス等の提供体制の構築を推進します。

(4) 若年認知症対策の推進

- もの忘れサポートセンター・しが／滋賀県若年認知症コールセンターや認知症疾患医療センター等において相談に応じ助言等を行い支援します。
- 若年認知症の人と家族のための相談窓口や利用できるサービス等について周知を図りま

す。

- 若年認知症の人と家族を社会で支えることができるよう県民意識の醸成を図るため県民や企業・事業者等に対し啓発を行います。
- 若年認知症に対する理解を促進し、医療、介護、産業、障害、行政等、若年認知症の人を支援する関係者が連携し、早期から本人の状態に応じた適切な支援ができる体制づくりを推進していくとともに、若年認知症の人に対する相談、支援の場の充実を図ります。

(5) 認知症の人に対する権利擁護の推進

- 地域包括支援センターを中心に県、市町、保健・医療・福祉関係者の連携の中で相談に応じ、必要な援助が実施できる虐待対応ネットワークの構築を支援します。
- 高齢者虐待に関する研修会の開催や、高齢者成年後見支援センターにおいて、市町や地域包括支援センター等に対して成年後見制度および高齢者虐待の困難事例等への技術的な助言、人材育成等の支援を行い、市町において医療との連携のもと、高齢者虐待防止のための地域でのきめ細やかな見守りや相談体制が充実できるように支援します。
- 権利擁護センター*での法律や医療等の専門的な権利擁護相談や市町の地域包括支援センター等関係機関と連携した問題解決に向けた取組を支援します。

12 慢性腎臓病

現状と課題

(1) 慢性腎臓病 (CKD) の現状

- 慢性腎臓病 (CKD) は、原因疾患を問わず慢性に経過する腎臓病を包括するもので、腎機能 (糸球体ろ過量 GFR*) により、腎機能の程度によりステージ 1～5 期に分類されます。慢性腎臓病 (CKD) は、脳卒中や心筋梗塞等の心血管疾患のリスクを高めるため、予防、早期発見、適切な治療や保健指導により重症化を予防することが重要です。
- 慢性腎臓病 (CKD) 患者 (20 歳以上のステージ 3 以上と尿蛋白 (+) 以上) は、全国で約 1,330 万人、成人人口の 12.9% と推計されており、本県の患者数は約 14 万人となります。(平成 23 年度厚生労働省研究班) しかし、慢性腎臓病 (CKD) の概念や予防について十分に周知されていない現状があり、普及啓発が必要です。
- 県内の日本腎臓学会専門医は 22 人です。保健医療圏別では、大津 12 人、湖南 4 人、甲賀 1 人、東近江 2 人、湖東 1 人、湖北 2 人、湖西 0 人となっています。
- 大津および東近江保健医療圏では、CKD 連携クリティカルパスが運用されています。

(2) 特定健康診査・保健指導

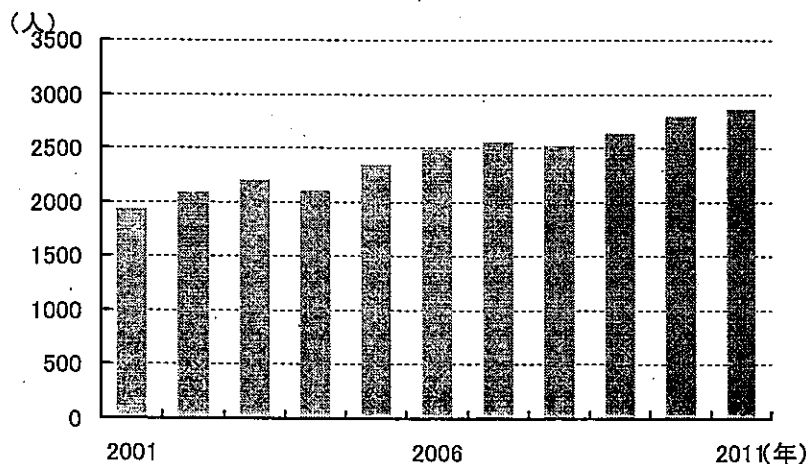
- 平成 22 年度 (2010 年度) の県内国民健康保険保険者 (以下「市町国保」という) の特定健康診査受診率は 32.9%、特定保健指導実施率は 20.1% でした。尿検査受診者 68,250 人のうち、尿蛋白 (+) 以上の人は 2,405 人 (3.5%) でした。また、より重症と思われる尿蛋白 (2+) 以上の人は、893 人 (1.3%) でした。

県内全ての市町国保において、平成 24 年度 (2012 年度) から血清クレアチニン*検査が健診項目に追加され、腎機能の評価に活用できるようになりました。自覚症状がないため健診受診による早期発見と慢性腎臓病 (CKD) の状態を見極め、適切な保健指導や治療による重症化の予防が行われる体制の充実、人材の育成が必要です。

(3) 慢性透析の現状

- 慢性透析患者数は年々増加しており、平成 23 年 (2011 年) 12 月末現在で維持透析患者は 2,862 人となっています。導入原疾患の占める割合では、糖尿病腎症が 39.7% と最も高く、次いで慢性糸球体腎炎 29.7%、腎硬化症 8.3% となっています。(平成 23 年日本透析医学会) 慢性腎臓病 (CKD) 対策は、糖尿病など生活習慣病対策と連携した対応が必要です。

図 3-2-12-1 透析患者数の推移



- 災害時支援体制の整備として、平成 24 年（2012 年）7 月に人工透析・クラッシュシンδροーム支援マニュアル（県健康福祉部初動マニュアル）を改定するとともに人工透析患者災害時支援シートを配布しています。

表 3-2-12-2 透析実施医療機関

医療圏域	区分	医療機関名	所在地	医療圏域	区分	医療機関名	所在地	
大津	病院	大津赤十字病院	大津市	東近江	病院	近江八幡市立総合医療センター	近江八幡市	
		大津市民病院	大津市			東近江敬愛病院	東近江市	
		社会保険滋賀病院	大津市			神崎中央病院	東近江市	
		琵琶湖養育院病院	大津市			日野記念病院	日野町	
		滋賀医科大学医学部附属病院	大津市		診療所	若林クリニック	近江八幡市	
		琵琶湖大橋病院	大津市			山崎クリニック	東近江市	
	診療所	瀬田クリニック	大津市		湖東	病院	彦根市立病院	彦根市
		わたなべ湖西クリニック	大津市				友仁山崎病院	彦根市
湖南	病院	草津総合病院	草津市	診療所		豊郷病院	豊郷町	
		近江草津徳洲会病院	草津市		池田クリニック	彦根市		
		滋賀県立成人病センター	守山市	湖北	病院	長浜赤十字病院	長浜市	
		守山市民病院	守山市			市立長浜病院	長浜市	
		済生会滋賀県病院	栗東市			市立湖北病院	長浜市	
		診療所	野洲病院	野洲市	診療所	下坂クリニック	長浜市	
	富田クリニック		草津市	はなの木下坂クリニック		長浜市		
	甲賀	病院	第二富田クリニック	草津市	湖西	病院	今津病院	高島市
おおはし腎透析クリニック			野洲市	高島市民病院			高島市	
診療所			公立甲賀病院	甲賀市	病院	27施設	-	
		甲南病院	甲賀市	診療所		13施設	-	
		生田病院	湖南市			合計	40施設	-
		ハートクリニックこころ	甲賀市					
		荒川クリニック	湖南市					
小川診療所		湖南市						

施策の基本的な方向と目標

- 慢性腎臓病（CKD）の概念、予防に関する普及啓発
- 特定健康診査受診率の向上と保健指導の充実
- 慢性腎臓病（CKD）に対する医療連携の推進
- 慢性透析患者への災害時支援体制の充実

《数値目標》

目標項目	現状値	目標値（H29）	備考
糖尿病性腎症による新規透析導入者数 〔再掲〕	143人（H23）	減少	健康いきいき 21-健康しが推進プラン-

施策の内容

（1）慢性腎臓病（CKD）の概念、予防に関する普及啓発

慢性腎臓病（CKD）は、自覚症状がなく健診での早期発見が重要であること、適切な治療

や生活習慣の改善、糖尿病や高血圧の適切な管理により重症化予防が可能なこと等について県民や医療保健関係者への普及啓発を図ります。啓発にあたっては、患者団体や関係機関と連携を図ります。

(2) 特定健康診査・保健指導の充実

特定健康診査の結果、リスクの高い人に保健指導が確実に実施できる体制を促進します。各保険者において腎機能を把握するクレアチニン検査結果を活かした保健指導の実施体制が充実するよう支援します。また、受診率向上に向けた働きかけを促進します。

(3) 慢性腎臓病（CKD）に対する医療提供体制の構築

慢性腎臓病の早期発見、早期治療のため、かかりつけ医となる一般診療所と専門医の医療連携体制の構築を推進します。統一した連携ツールの検討や各保健医療圏での運用促進など糖尿病や高血圧など循環器疾患とあわせて連携を推進します。

(4) 慢性腎臓病の診療、保健指導実践力向上のための人材育成支援

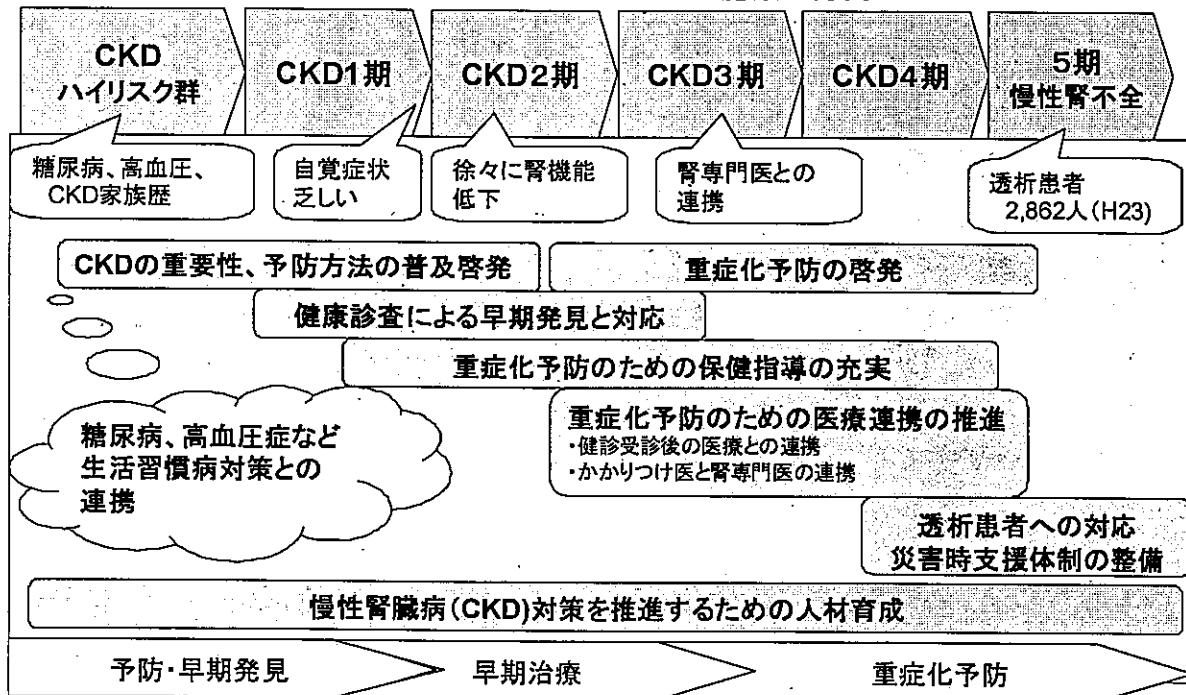
慢性腎臓病の予防、重症化予防のための適切な保健指導を推進するため、保健師、管理栄養士等の保健指導従事者の研修を行います。また、かかりつけ医となる一般診療所の医師への情報提供などを検討します。

(5) 透析患者への災害時支援体制の充実

災害時支援を充実するため「人工透析患者災害時支援シート」の周知と活用促進に努めます。

また、災害時に備えた訓練等の実施など滋賀県腎臓病患者福祉協会や滋賀県腎・透析研究会琵琶湖災害時ネットワークを通じて関係機関との連携を推進します。

図 3-2-12-3 慢性腎臓病（CKD）のステージと施策の方向



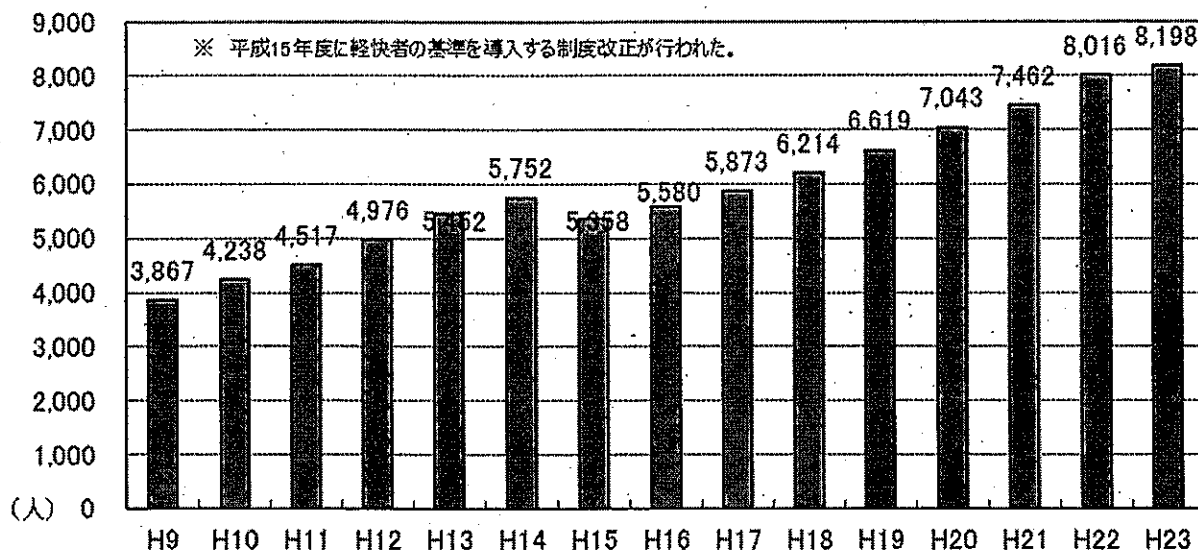
現状と課題

(1) 難病医療の現状

ア 治療研究・医療費助成

- 原因が不明で、治療法も確立していないいわゆる難病は、数千疾患あるといわれていますが、難治性疾患克服研究事業（臨床調査研究分野）*の対象は 130 疾患であり、うち特定疾患治療研究事業（医療費助成）の対象は 56 疾患で、特定疾患受給者数は年々増加し、平成 24 年（2012 年）3 月末現在 8,198 人となっています。
- 小児慢性特定疾患治療研究事業（医療費助成）の対象は、児童の健全な育成が阻害される 514 疾患で、その受給者数は平成 24 年（2012 年）3 月末現在 1,592 人となっています。小児慢性疾患は、成人となっても治療が必要となることもあります。医療費助成を含めた支援が途切れる現状や、医療費助成のない特定疾患以外の難病との不公平が指摘されています。

図 3-2-13-1 本県の特定疾患受給者数



イ 難病医療体制

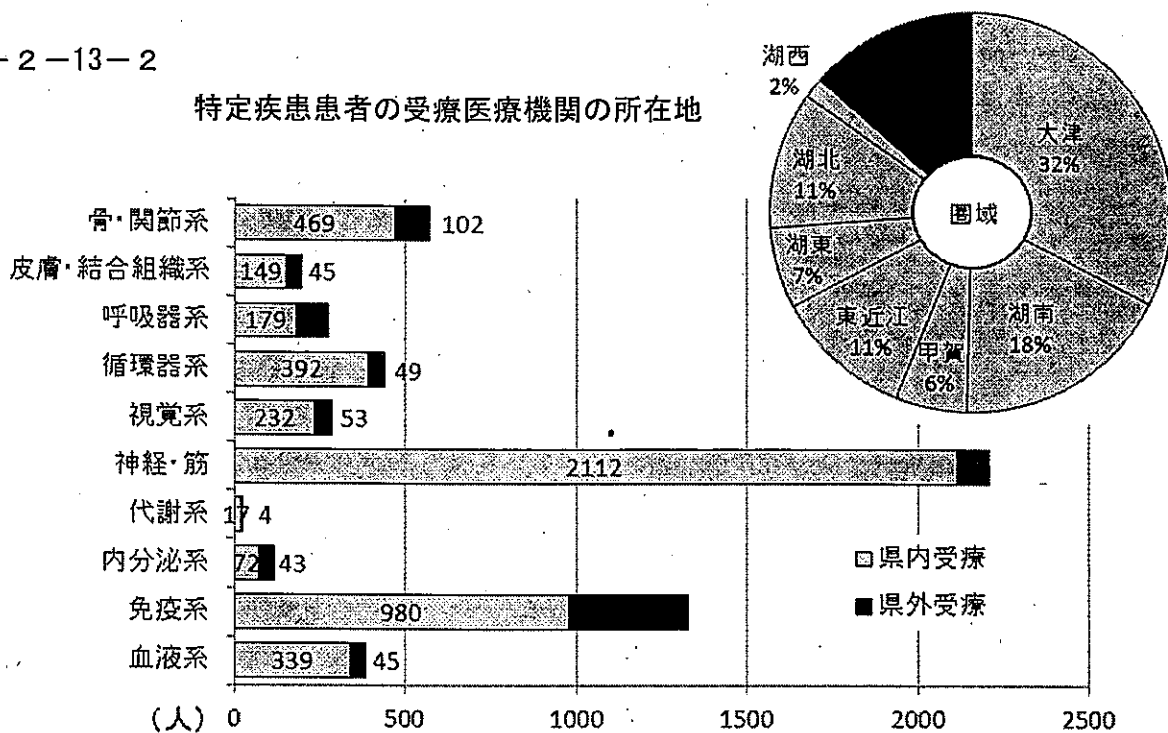
- 特定疾患受給者のうち、県内の医療機関で受療されている人は 86.5%、県外は 13.5%です。
- 難病患者が身近な地域で医療を受けられるよう、重症難病医療拠点病院および協力病院を疾患群ごとに指定するとともに、重症難病患者の受入を円滑に行うため、「難病医療連携協議会」を拠点病院である大津市民病院に委託しています。

ウ 在宅療養

- 24 時間医療ケアを必要とする在宅重症難病患者（人工呼吸器装着者など）は、県内 202 人で、大津・湖南地域に多い傾向があります。また、重症難病患者の在宅療養は介護者に多大な負担がかかるため、在宅療養を支える社会資源（訪問診療、訪問看護等）が必要です。
- 地域で安心して難病患者が療養するためには、在宅を支える医療・看護・介護・福祉関係者の連携と資質の向上が必要です。

図 3-2-13-2

特定疾患患者の受療医療機関の所在地



(2) 難病支援の現状

ア 相談・支援

- 平成 18 年 (2006 年) に「滋賀県難病相談・支援センター*」を開所し、患者および家族への相談支援や医療講演会、交流会、ピアカウンセリング等を実施しています。しかし、年間の相談件数は 350 件程度で、県民に難病相談・支援センターが十分周知できていない状況です。
- 各保健所において、難病に関する相談や医療講演会等を実施しています。
- 難病の疾患特性や患者・家族の生活状況を踏まえ、必要な支援を関係機関と連携しながら適切・迅速に提供する必要があります。

イ 難病福祉施策

- 難病患者は「障害者自立支援法」の対象とならず、制度の谷間となっていました。平成 25 年 (2013 年) 4 月 1 日施行の「障害者総合支援法*」において、障害者の範囲に難病等が明記されました。
- 市町が難病患者の居宅生活を支援するため実施するホームヘルプサービス事業、短期入所事業、および日常生活用具給付事業に補助しています。しかし、一部実施していない市町があり、また利用件数は県内で年間 10 件程度で、十分に活用されている状況ではありません。
- 福祉関係者が難病の特性を理解して支援を行うことができるよう、資質の向上および関係機関の役割の理解と連携体制の構築が必要です。
- 難病相談・支援センターにおいて、滋賀労働局や働き暮らし応援センターなどと連携した就労支援を実施しています。しかし、難病は、病名や病態が知られていないことから、社会の理解が進んでおらず、就業などの社会生活への参加が進みにくい状況です。

ウ 災害対策

- 保健所において、平常時からライフラインの途絶により生命に危機を及ぼすおそれのある難病患者をリストアップし、大規模地震発生時には、健康福祉部医療・救護初動マニュアル

に基づき、対象者の安否確認を行うこととしています。また、人工呼吸器等を使用する在宅重症難病患者の自助対策の啓発を目的とした「災害時対応ノート*」を作成し、患者・家族、関係機関に配布しています。

- 市町は、要援護者対策を実施し、病院・介護事業所等も安否確認を含めた支援を個々の災害マニュアル等により実施することとなっています。
- 東日本大震災後、患者・家族および関係者において、災害時対応への機運が高まりつつありますが、関係者が連携した災害時個別支援計画*の立案はモデルケースにとどまっています。また、保健所、市町、各関係機関が連携した支援を効果的に実施する必要があります。

施策の基本的な方向と目標

- 相談・支援の充実
- 在宅療養支援の充実
- 医療費の自己負担の軽減

《数値目標》

目標項目	現状 (H23)	目標値 (H29)	備考
相談件数			
難病相談・支援センター	344 件	500 件	現状の 1.5 倍
難病医療連携協議会	87 件	150 件	現状の 2 倍
保健所	421 件	600 件	現状の 1.5 倍
在宅重症難病患者一時入院事業* 利用数	13 人、171 日	35 人、450 日	
災害時個別支援計画立案数	3 件	200 件	在宅重症患者数

施策の内容

(1) 医療費助成

現在、国において検討されている「今後の難病対策のあり方」を踏まえて、特定疾患治療研究事業、小児慢性特定疾患治療研究事業、先天性血液凝固因子障害等治療研究事業*および在宅人工呼吸器使用特定疾患患者訪問看護治療研究事業を行い、患者の自己負担の軽減を図ります。

(2) 難病医療体制

重症難病医療拠点病院・協力病院を毎年見直し、難病医療連携協議会において拠点病院・協力病院のネットワークを構築するなど、医療体制の充実に努めます。

(3) 在宅療養

- 在宅重症難病患者の一時入院を受入れる病院を支援し、介護者の休息等のためのレスパイト入院*の推進を図ります。
- 難病医療連携協議会や保健所が中心となり、保健医療圏域ごとに医療・看護・介護・福祉サービス提供者の連携体制の構築を図り、従事者研修会を開催するなど地域で安心して療養できる体制整備に努めます。

(4) 相談支援

難病相談・支援センター事業の周知および保健所の相談機能の充実に努め、難病患者が必

要な時に気軽に相談でき、適切な支援が受けられる環境づくりに努めます。

(5) 難病福祉施策

- 難病患者が適切な福祉施策を受けられるよう、福祉関係者への研修会等を実施し、難病の特性について理解の促進を図ります。
- 難病患者の社会参加を進めるため、関係機関、団体等と協働して難病が正しく理解されるよう啓発に努めます。

(6) 災害対策

「災害時対応ノート」等を活用し、患者・家族および支援関係者が連携した災害時個別支援計画の策定を推進します。また、関係者が連携した災害支援体制の整備を促進します。

図3-2-13-3 難病対策の体系

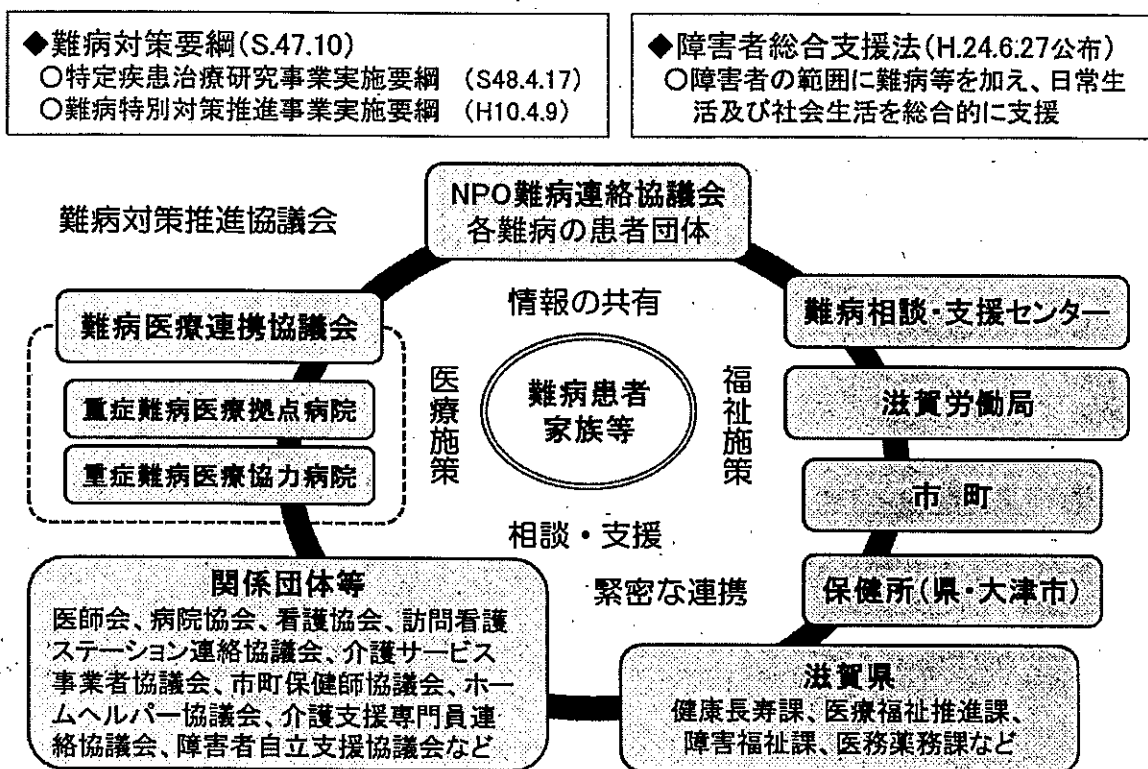


表3-2-13-4 重症難病医療拠点病院・協力病院一覧

(平成24年6月現在)

圏域	疾患群 医療機関名	血液	免疫	内分泌	代謝	神経・筋	視覚	循環器	呼吸器	消化器	合組織	皮膚・結	骨・関節
大津	大津市民病院	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	大津赤十字病院	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	大津赤十字志賀病院	○	○							○			○
	滋賀医科大学医学部附属病院	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	社会保険滋賀病院		○	○	○	○			◎	○	◎		◎
	琵琶湖大橋病院						○		○		○		○
	琵琶湖養育院病院						○				○		
	山田整形外科病院												○
湖南	草津総合病院			○				◎	○	○			○
	びわこ学園医療福祉センター草津					○							
	滋賀県立小児保健医療センター					◎							
	滋賀県立成人病センター	◎	◎	○	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	◎
	守山市民病院							○					
	済生会滋賀県病院	○					○	○	○		○		○
甲賀	甲南病院					○							
	公立甲賀病院	○		○	○	◎	○	◎		◎	○	◎	
	国立病院機構紫香楽病院					◎							
	水口病院					○							
	生田病院		○	○	○	○		○	○	○			○
東近江	ヴォーリス記念病院					○					○		
	近江八幡市立総合医療センター	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	◎	◎	◎	◎
	青葉病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	近江温泉病院					○							
	神崎中央病院		○	○		○		○		○			○
	国立病院機構滋賀病院		◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎		◎
	湖東記念病院							◎			○		
	東近江敬愛病院		○		○	○		○		○	○	○	○
	東近江市立蒲生病院										○		
	東近江市立能登川病院						○						
日野記念病院						○							
湖東	彦根市立病院	◎						◎	◎	◎	○	○	
	友仁山崎病院									○			
	豊郷病院							○					
湖北	市立長浜病院	○	○	○	○		○	○	○				◎
	長浜赤十字病院	◎	◎	◎	○	◎		◎		◎	○	◎	
	長浜市立湖北病院	○	○							○			
湖西	今津病院		○			○		○	○	○	○	○	○
	高島市民病院	○	○					○	○	◎			◎
	マキノ病院		○	○	○	○				○	○		
拠点病院数		7	7	6	5	10	6	11	6	11	4		11
協力病院数		7	11	9	9	17	4	12	8	16	8		11

◎：拠点病院 ○：協力病院

14 感染症

現状と課題

(1) 県内の感染症の発生状況

- 平成 23 年度 (2011 年度) は、一類感染症の発生はなく、二類感染症では結核が 337 例、三類感染症では細菌性赤痢が 5 例、腸管出血性大腸菌感染症が 71 例発生しています。また、五類感染症であっても、インフルエンザや感染性胃腸炎が介護保険施設等で発生すると、流行が拡大し重症化することが多く、平成 23 年度 (2011 年度) には 10 施設でインフルエンザ、9 施設で感染性胃腸炎の集団発生事例があり、3 名の死者が発生しました。

(2) 感染症医療の概要

- 一類感染症、二類感染症、新型インフルエンザ等感染症の患者の入院治療を行うため、第一種感染症指定医療機関を 1 病院 2 床、第二種感染症指定医療機関を二次保健医療圏ごとに 7 病院 30 床を指定していますが、県内の人口増加により感染症病床数を見直す必要があります。
- 予防接種の接種率向上のため、居住する市町以外の医療機関でも予防接種が受けられるよう広域化事業を実施しています。また、予防接種法に位置づけられていない子宮頸がん予防ワクチン、ヒブ (インフルエンザ菌 b 型) ワクチンおよび小児用肺炎球菌ワクチンの接種を促進するため、基金を創設して費用を補助しています。
- 今後、病原性の強い新たな感染症が発生した場合の医療体制、診断技術、検査方法の確立が必要となります。また、訪問看護・訪問介護、介護保険施設等における感染症対策が重要となってきています。

(3) 感染症発生情報の周知、啓発

- 衛生科学センターのホームページに感染症発生状況を掲載するとともに、腸管出血性大腸菌感染症および定点把握感染症の流行時に警報を発令し、関係機関および県民に周知し、注意喚起を図っています。

施策の基本的な方向と目標

- 的確な感染症情報の把握と正しい知識や予防対策の普及
- 感染者等のプライバシーの保護に配慮した防疫体制の強化
- 感染症治療のための医療体制の充実
- 医療機関などの施設や在宅における感染予防対策の推進

《数値目標》

目標項目	現状値 (H23)	目標値 (H29)	備考
感染症患者発生数			
二類感染症	338 人	270 人以下	現状の 8 割
三類感染症	76 人	60 人以下	
感染症情報提供回数 (HP 更新回数)	5 回/年	12 回/年	月毎に情報の見直し

施策の内容

(1) 感染症発生動向調査の実施

一類感染症から五類感染症の全ての感染症の発生に対応するため、流行実態を早期に把握し、医療機関、施設、県民へ必要な情報を速やかに提供します。

(2) 防疫対策の強化充実

感染症発生時には、情報提供、相談窓口、発生状況調査、検査などの防疫体制の充実および二次感染の防止に努めます。

(3) 定期予防接種の促進

各市町における予防接種の周知、啓発に加え、予防接種広域化事業*の充実による予防接種の接種率の向上を促進するとともに、心臓血管系疾患などの病気により予防接種に注意が必要な者に対しては、滋賀県予防接種センター*において適切な予防接種や相談対応を行います。

(4) 感染症指定医療機関の指定および医療体制の充実

感染症の患者に対する適切な医療を提供するため、医療関係者等に対して感染症に関する情報を提供するとともに、必要な病床の確保および適正な配置に努めます。

(5) 施設内感染の予防対策

医療機関、介護施設等に対し、日常からの手洗いなどの基本的な対策をはじめ感染対策を総合的に行うための組織や体制づくりの促進に努めます。

(6) 施設管理者等への情報発信の充実

感染症の発生状況について、医療機関、介護施設などが迅速に情報を把握し、施設内での感染症防止対策に活用できるよう、県ホームページなどを活用した情報の発信に努めます。

(7) 在宅での感染の予防対策

訪問看護や訪問介護などによる在宅での感染予防のため、それぞれの実施主体において必要な予防対策が講じられるよう指導に努めます。

(8) 緊急時対応の強化

緊急時（一類感染症、二類感染症、新型インフルエンザ等感染症の発生またはまん延のおそれが生じた場合）の感染症対策の充実強化に努めます。

表3-2-14-1

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

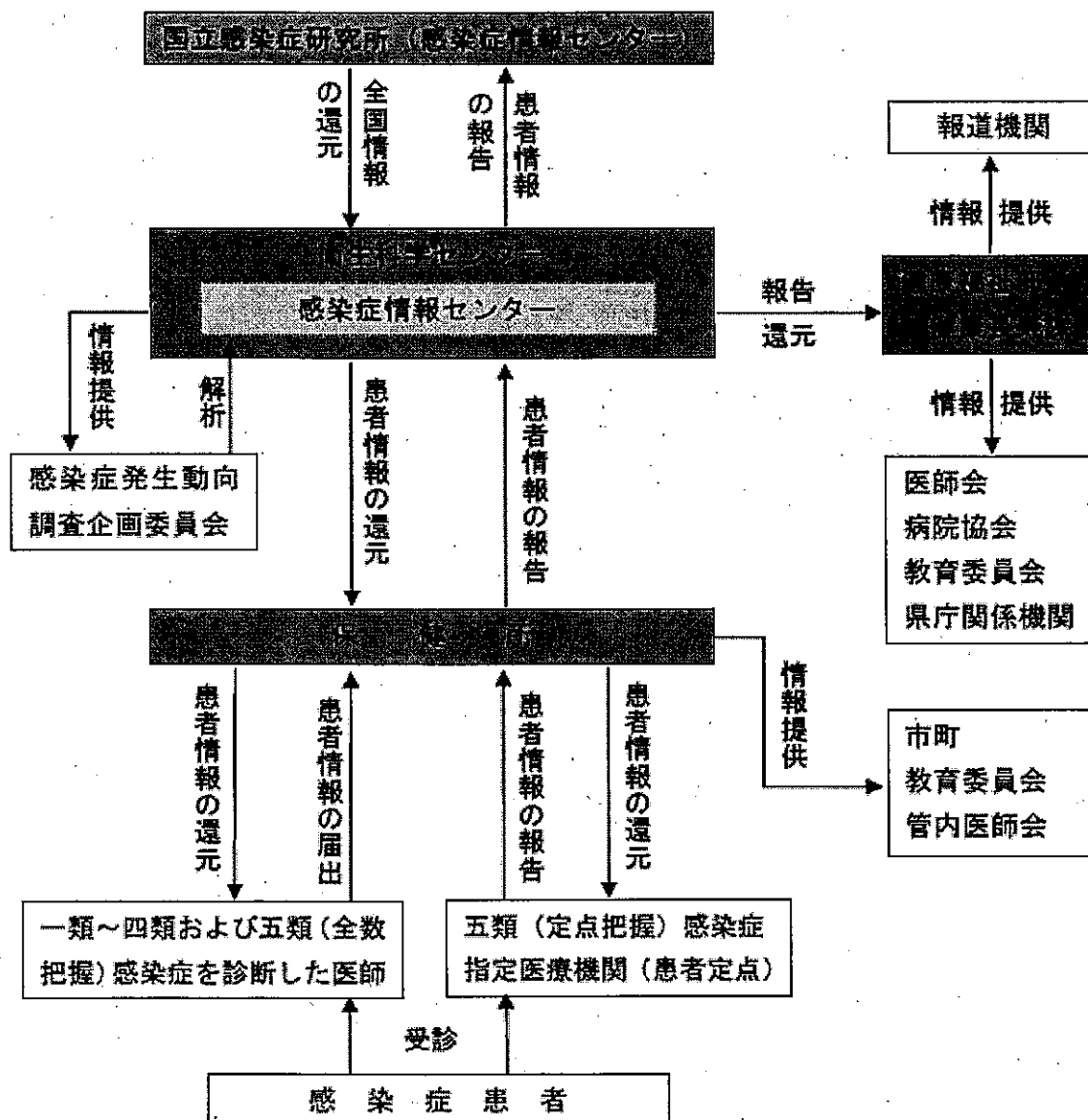
	対象疾病	定義・類型	主な対応・措置	医療体制
一類 感染症	エボラ出血熱 クリミア・コンゴ出血熱 痘そう 南米出血熱 ペスト マールブルグ病 ラッサ熱	感染力、罹患した場合の重篤性等に基づく総合的な観点からみた危険性が極めて高い感染症	原則入院 消毒等の対物措置（例外的に、建物への措置、通行制限等の措置も適用対象とする。）	第一種感染症指定医療機関（都道府県知事が指定、各都道府県に1か所）

	対象疾病	定義・類型	主な対応・措置	医療体制
二類 感染症	急性灰白髄炎 結核 ジフテリア 重症急性呼吸器症候群 (SARS コロナウイルスに 限る) 鳥インフルエンザ (AH5N1に限る)	感染力、罹患した場合の重 篤性等に基づく総合的な 観点からみた危険性が高 い感染症	状況に応じて入院消毒等の 対物措置	第二種感染症指 定医療機関(都 道府県知事が指 定、二次保健医 療圏に1か所)
三類 感染症	コレラ 細菌性赤痢 腸管出血性大腸菌感染症 腸チフス パラチフス	感染力、罹患した場合の重 篤性等に基づく総合的な 観点からみた危険性が高 くないが、特定の職業への 就業によって感染症の集 団発生を起こし得る感染 症	特定の職種への就業制限 消毒等の対物措置	一般の医療機関
四類 感染症	ウエストナイル熱 狂犬病 鳥インフルエンザ(AH5N1 を除く) 日本脳炎 マラリア 他 計42疾患	人から人への感染はほと んどないが、動物、飲食物 等の物件を介して感染す るため、動物や物件の消 毒、廃棄などの措置が必要 となる感染症	動物の措置を含む消毒等の 対物措置	一般の医療機関
五類 感染症	後天性免疫不全症候群 麻しん インフルエンザ(鳥インフ ルエンザを除く) メチシリン耐性黄色ブド ウ球菌感染症 他 計42疾患	感染症発生動向調査を行 い、その結果等に基づいて 必要な情報を一般国民や 医療関係者に提供・公開し ていくことによって、発 生・拡大を防止すべき感染 症	感染症発生状況の収集、分析 とその結果の公開、提供	一般の医療機関
新型イン フルエン ザ等感染 症	新型インフルエンザ 再興型インフルエンザ	全国的かつ急速なまん延 により国民の生命および 健康に重大な影響を与え るおそれのある感染症	状況に応じて入院消毒等の 対物措置	第二種感染症指 定医療機関
新 感染症	(該当なし)	人から人に伝染すると認 められる疾病であって、既 知の感染症と症状等が明 らかに異なり、その伝染力 および罹患した場合の重 篤度から判断した危険性 が極めて高い感染症	[当初] 都道府県知事が、厚生労働大 臣の技術的指導・助言を得て 個別に応急対応する。(緊急 の場合は、厚生労働大臣が都 道府県知事に指示をする。) [政令指定後] 政令で症状等の要件指定し た後に一類感染症に準じた 対応を行う。	特定感染症 指定医療機関 (国が指定、全 国に数か所)
指定 感染症	既知の感染症の中で上記 一類～三類に分類されな い感染症において一～三 類に準じた対応の必要が 生じた感染症 (政令で指定)	一類～三類感染症に準じ た入院対応や消毒等の対 物措置を実施(適用する規 定は政令で規定する。)	一類～三類感染症に準じた 措置	

表 3-2-14-2 感染症指定医療機関

種 別	圏 域	指定医療機関名	感染症病床数	
			現 状	計 画
第一種感染症指定医療機関	全 県	大津市民病院	2 床	2 床
第二種感染症指定医療機関	大 津	大津市民病院	6 床	6 床
	湖 南	済生会滋賀県病院	4 床	6 床
	甲 賀	公立甲賀病院	4 床	4 床
	東近江	近江八幡市立総合医療センター	4 床	4 床
	湖 東	彦根市立病院	4 床	4 床
	湖 北	長浜赤十字病院	4 床	4 床
	湖 西	高島市民病院	4 床	4 床

図 3-2-14-3 滋賀県感染症発生動向調査事業の概要図

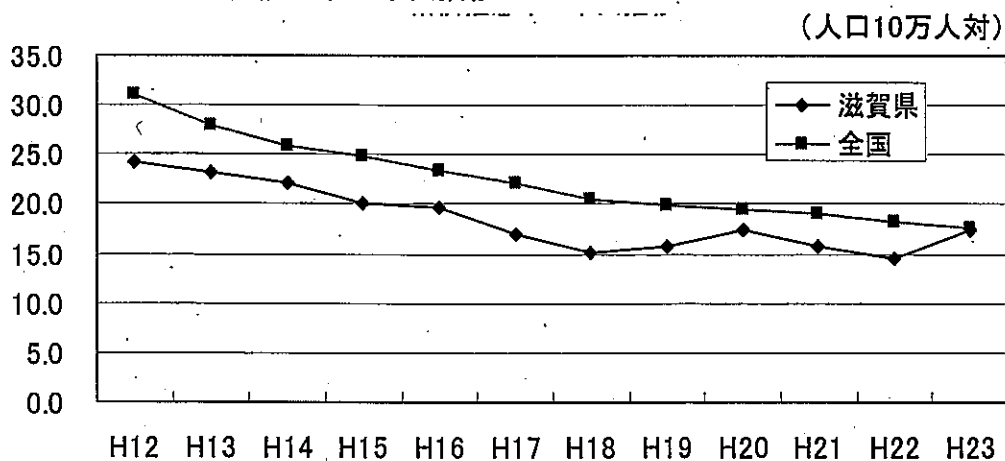


① 結核

現状と課題

- 本県における平成23年(2011年)の新登録患者数は244人で、前年より39人増加しており、人口10万人あたりの罹患率も17.3人に増加し、全国平均の17.7人に近づいています。また、結核患者の高齢化が進んでおり、新登録患者の6割以上は70歳以上の高齢患者が占めています。一方、20歳代の新登録患者数は17人(7.0%)で、若い世代の発病もあり、外国人の新登録患者数も16人(6.6%)で、全国平均の4.1%より高い状況です。患者の早期発見のためには、健康診断の受診、長引く咳(2週間以上)などの症状がある者には早期の医療機関への受診を勧め、早期治療につながるように、高齢者、外国人、若い世代への予防施策が必要です。
- 結核集団感染事例の発生時には、速やかに発生状況を調査し、情報提供を行うとともに、感染の拡大を防ぐ取組が重要です。また、医療関係者、教育関係者や介護関係者、労働関係者に対して、正しい知識の普及を図り、集団発生の予防対策を進めることが必要です。
- 平成22年(2010年)の登録肺結核患者147人のうち4人が治療を中断しています。結核は再発の可能性がある疾患で、治療期間中に規則的な服薬が行われなかった患者は再発の可能性が大きくなることから、結核患者の治療が確実に行われるように、医療機関や関係機関が連携して服薬療養支援(DOTS)*を行う必要があります。
- 結核病床を有する第二種感染症指定医療機関において、結核病床が減少しており、病床の確保が必要です。また、結核患者の高齢化等により、糖尿病を有する新登録患者数は30人(12.3%)と増加傾向にあり、合併症の患者への対応として、透析、心疾患、認知症への対応ができる結核医療体制の整備が必要です。

図3-2-14-4 結核罹患率の年次推移



(出典：結核統計)

施策の基本的な方向と目標

- 的確な結核情報の把握と正しい知識や予防対策の普及
- 結核患者の早期発見と患者への服薬療養支援
- 結核治療のための保健・医療提供体制の充実

《数値目標》

目標項目	現状値 (H23)	目標値 (H29)	備考
人口 10 万人あたりの罹患率	17.3	14.5	過去最低値
前年新登録肺結核患者の治療中断者数	147 人中 4 人	0 人	

施策の内容

(1) 結核情報の把握と結核の予防知識の普及啓発

- 結核の発生状況および健康診断の実施状況を把握し、高齢者および介護者ならびに健康診断受診率の低い団体に対して重点的な結核の予防知識の普及啓発および指導に努めます。
- 外国人や若い世代への定期健康診断を提供する実施主体の医療関係者、教育関係者や介護関係者、労働関係者に対して、研修会等による正しい知識の普及を図ります。

(2) 健康診断の強化および確実な治療の推進

患者の早期発見のため定期健康診断の実施および患者に接触した者への健康診断を強化するとともに、患者の確実な治療のために、滋賀県薬剤師会や訪問看護ステーション等と連携し、服薬療養支援 (DOTS) を推進します。

(3) 医療関係者等に対する研修の実施および医療体制の整備

- 保健・医療水準の向上のため医療関係者等に対して結核医療技術・情報に関する研修を実施するとともに、必要な結核病床の確保に努めます。
- 国立病院機構滋賀病院および社会保険滋賀病院を中核的な病院として位置づけ、医療体制の整備を促進します。

表 3-2-14-5 結核病床を有する第二種感染症指定医療機関

医療機関名	結核病床数	
	現状	計画
大津市民病院	10 床	10 床
社会保険滋賀病院	10 床 (許可 37 床中 27 床が休床)	10 床 (許可 37 床中 27 床が休床)
公立甲賀病院	0 床 (許可 25 床中 25 床が休床)	0 床 (結核モデル病床 *2 床)
国立病院機構滋賀病院	20 床	16 床 (結核モデル病床 4 床)
彦根市立病院	10 床	10 床

② エイズ (後天性免疫不全症候群)

現状と課題

- 本県では、平成 2 年 (1990 年) に初めてエイズ患者が報告されて以降、毎年、新規の HIV 感染者・エイズ患者が報告されています。エイズを発症して初めて HIV 感染が判明する者の割合 (いきなりエイズ発症率) が高い傾向にあることから、早期にエイズ検査を受け、適切な相談や医療機関を受診することは、HIV 感染の予防およびエイズ発症の防止に極めて重要です。
- エイズ専門電話や保健所で実施しているエイズ一般相談は、平成 23 年度 (2011 年度) 3,250 件、また、抗 HIV 抗体検査数は 919 件であり、徐々に増加していますが、未受検者も多く更なる周知、啓発が必要です。

- 感染者・患者が地域の医療機関で継続して良質かつ適切な医療が受けられるよう、中核拠点病院、診療拠点病院、協力病院および長期療養患者担当協力病院を指定しています。
- 感染経路の大部分は性的接触等によるものであり、個別施策層（感染の可能性が疫学的に懸念されながらも、感染に関する正しい知識の入手が困難であったり、偏見や差別が存在している社会的背景等から、適切な保健医療サービスを受けていないと考えられるために施策の実施において特別な配慮を必要とする人々をいう。）に対する重点的な予防施策を医療関係者、患者団体を含む非営利組織または非政府組織（以下「NGO等」という。）の関係者と連携して講ずることが必要です。

表3-2-14-6 HIV感染者・エイズ患者の届出年次推移

	平成19年	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年
新規HIV感染者	8人	9人	2人	1人	2人
新規エイズ患者	1人	2人	7人	0人	4人
合計	9人	11人	9人	1人	6人

施策の基本的な方向と目標

- HIV感染の予防およびエイズ発症の防止
- エイズ治療のための保健・医療提供体制の充実
- 人権を尊重した普及啓発および教育の推進
- 医療機関、NGO等の関係者との連携強化

《数値目標》

目標項目	現状値 (H23)	目標値 (H29)	備考
エイズ相談件数	3,250件	4,700件	人口千人あたり 3.00件を3.35件にする
HIV検査件数	919件	1,400件	人口千人あたり 0.65件を1.00件にする

施策の内容

(1) 保健所における検査・相談体制の充実

匿名・無料・即日検査を継続実施し、検査を受けやすい環境整備を推進するとともに、個別カウンセリングの実施等、検査・相談体制の充実に努めます。

(2) エイズ医療体制の整備・充実

- 総合的かつ専門的なエイズ治療を行う中核拠点病院、診療拠点病院と関係医療機関等との連携体制の充実に努めます。
- HIV感染症対策専門家会議の意見を聞いて、中核拠点病院および診療拠点病院、協力病院によるエイズ医療体制の整備を促進するとともに、長期療養患者担当協力病院や介護関係者と連携しながら、長期療養患者への地域での生活支援に努めます。
- HIV感染予防薬を拠点病院等に配置し、医療事故による感染予防対策を徹底するとともに、

診断時やその後の心理的ケアを行うカウンセリング体制を強化するため、県からカウンセラーの派遣を行います。

(3) 正しい知識の普及啓発

パンフレット等の配布、研修会の開催、ラジオCMスポット放送、情報誌への掲載などによる啓発を推進し、感染予防および感染者・患者の人権保護のための正しい知識の普及に努めます。

(4) 医療関係者、NGO等関係者との連携

- 個別施策層に対して、適切な保健医療サービスを提供するため、対象層の特性を踏まえた対応が必要であり、関係者への研修、個別的な対応について検討していきます。
- 外国人に対する医療への対応にあたっては、医療従事者に対する研修を実施するとともに、NGO等と協力して、通訳の確保など対応の充実に努めます。

表3-2-14-7 エイズ医療体制

種別	圏域	医療機関名
エイズ治療中核拠点病院	全県	滋賀医科大学医学部附属病院
エイズ診療拠点病院	(大津)	大津赤十字病院
	(湖南)	滋賀県立成人病センター
	(湖東)	彦根市立病院
エイズ診療協力病院	大津	社会保険滋賀病院、大津市民病院、大津赤十字志賀病院
	湖南	滋賀県立小児保健医療センター、滋賀県立精神医療センター、済生会滋賀県病院
	甲賀	国立病院機構紫香楽病院、○公立甲賀病院
	東近江	近江八幡市立総合医療センター、国立病院機構滋賀病院 ○ヴォーリス記念病院
	湖北	○長浜赤十字病院、市立長浜病院、長浜市立湖北病院
	湖西	○高島市民病院

○：長期療養患者担当

③ 肝炎

現状と課題

- ウイルス性肝炎は国内で約200万人の患者がいると推計されており、県内にも相当数の患者がいると考えられます。ウイルス性肝炎は自覚症状がなく、感染に気づいていない場合もあり、正しい知識の普及啓発に努める必要があります。また、長期間の経過後に肝硬変や肝臓がんを引き起こす危険性が指摘されていますので、早期に肝炎ウイルス検査を受け、適切な相談および医療機関を受診することは、発生の予防およびまん延の防止に極めて重要です。
- 平成13年度(2001年度)から保健所で肝炎ウイルス検査を実施するとともに、平成19年度(2007年度)から契約医療機関でも無料検査を実施し、感染の可能性がある県民の早期発見を図っています。また、平成14年度(2002年度)から市町が実施する40歳以上の住民

健診における肝炎ウイルス検査により、感染者の早期発見と検査陽性者に対する受診勧奨が実施されています。しかし、検査受診数は減少しており、さらなる周知、啓発が必要です。

- 平成 21 年度（2009 年度）に肝炎診療連携拠点病院 2 か所および専門医療機関 11 か所を指定し、各二次保健医療圏における肝炎診療の中核として位置づけ、地域の医療機関で継続して良質かつ適切な医療が受けられる診療体制を整備しています。
- ウイルス性肝炎治療については、平成 20 年度（2008 年度）からインターフェロン治療、平成 22 年度（2010 年度）から核酸アナログ製剤治療、平成 23 年度（2011 年度）からテラプレビルを含む 3 剤併用療法に対する医療費助成を行い、治療の促進を図っています。

施策の基本的な方向と目標

- 感染者の早期発見と正しい知識や予防対策の普及
- ウイルス感染者対策のための保健・医療提供体制の充実

《数値目標》

目標項目		現状値（H23）	目標値（H29）	備考
保健所における肝炎 ウイルス検査・相談	検査件数	B 型： 892 件 C 型： 867 件	B 型： 1,070 件 C 型： 1,040 件	現状の 1.2 倍
	相談件数	B 型： 1,566 件 C 型： 1,551 件	B 型： 1,880 件 C 型： 1,860 件	

施策の内容

（1）肝炎の予防知識の普及啓発

パンフレット等の配布、研修会の開催、県ホームページ等により、肝炎について正しい知識の普及啓発に努めます。

（2）保健所における検査相談体制の充実

匿名および無料による即日検査を継続実施し、検査を受けやすい環境を整備するとともに、個別カウンセリングの実施など、検査・相談体制の充実に努めます。

（3）市町における肝炎ウイルス検診受診者数の向上支援

健康増進法に基づき市町が実施する肝炎ウイルス検査の受診率向上を支援し、県民の受診率の向上を図ります。

（4）ウイルス性肝炎治療助成の実施

肝炎患者が必要な治療を受診できるよう、医療費助成を行い、患者の治療促進に努めます。

（5）相談窓口および肝疾患診療体制の整備・充実

拠点病院において肝炎に関する相談窓口を設置し、保健指導を行うとともに、専門的な肝炎診療を提供する肝疾患診療拠点病院および肝疾患専門医療機関と、かかりつけ医とのネットワークを構築し、診療体制の充実に努めます。

（6）薬害等によるウイルス性肝炎患者に対する支援

相談窓口の充実や県ホームページを活用した情報提供に努めます。

表 3-2-14-8 肝疾患診療体制

種 別	圏域	医療機関名
肝疾患診療連携拠点病院	全県	大津赤十字病院
		滋賀医科大学医学部附属病院
肝疾患専門医療機関	大津	大津市民病院、社会保険滋賀病院
	湖南	滋賀県立成人病センター、済生会滋賀県病院
	甲賀	公立甲賀病院
	東近江	近江八幡市立総合医療センター、東近江市立能登川病院
	湖東	彦根市立病院
	湖北	市立長浜病院、長浜赤十字病院
	湖西	高島市民病院

15 臓器移植・骨髄移植

(1) 臓器移植

現状と課題

- 「臓器の移植に関する法律」が改正され、平成 22 年（2010 年）7 月から家族の承諾のみによる脳死下臓器提供および 15 歳未満の児童からの脳死下臓器提供が可能となりました。それ以降、脳死下臓器提供事例は増加してきましたが、その多くが家族（遺族）の承諾による臓器提供であるため、本人の意思表示の記載を啓発する必要があります。
- 円滑な臓器提供や移植に対する正しい知識の普及啓発、医療機関との連絡調整のため、滋賀県健康づくり財団に「滋賀県臓器移植コーディネーター*」を設置するとともに、脳死下臓器提供の対象病院の体制整備を推進するため、「臓器移植院内コーディネーター」を委嘱しています。
- 滋賀県健康づくり財団に設置された「腎・アイバンクセンター*」において、心停止後の腎臓、眼球の提供を希望する者の登録を行っています。

施策の基本的な方向と目標

- 臓器移植に対する正しい知識の普及啓発
- 臓器提供医療機関の体制整備の促進

《数値目標》

目標項目	現状 (H23)	目標値 (H29)	備考
脳死下臓器提供可能医療機関	6病院	10病院	

施策の内容

ア 県民への普及啓発

日本臓器移植ネットワーク、滋賀県医師会、滋賀県病院協会、臓器移植コーディネーター等の関係者と連携した啓発を推進します。特に、臓器移植推進月間（10月）には、関係団体等と協力して、引き続き臓器移植普及推進キャンペーン（街頭啓発）等を実施し、本人の「意思表示の記載の促進」を重点とした啓発に努めます。

イ 臓器移植促進のための体制整備

臓器移植院内コーディネーター等連絡会議や臓器移植・臓器提供に関する医療従事者研修会により、脳死下の臓器提供が可能な医療機関の体制整備を促進します。

(2) 骨髄移植

現状と課題

- 骨髄移植は、白血病、再生不良性貧血、先天性免疫不全症等の根治療法です。平成 24 年（2012 年）3 月末現在、本県の移植希望者数は 31 人で、提供希望登録者は 2,984 人です。これは、提供対象年齢人口千人あたり 4.63 人であり、全国平均 6.79 人に比べ登録が少ない状況です。また、これまでに全国で 14,490 件の骨髄移植が行われており、うち本県の移植患者は 146 人、提供者は 159 人です。

- 保健所での提供希望者の登録が少ないことから、平成 20 年度（2008 年度）から市町・県における献血並行型骨髄バンク登録会*を開始しました。この登録会での提供希望者の登録が年々増加し、平成 23 年度（2011 年度）は 139 人の登録がありました。登録会では、「滋賀県骨髄献血の和を広げる会」の会員が対象者に説明を行うため、対応可能な日程に限りがあり、すべての献血会場で登録会を実施することができない状況となっています。
- 骨髄移植について、正しい知識が十分に周知されているとはいえ、更なる普及啓発が必要です。

図 3-2-15-1

骨髄提供希望登録者数の推移

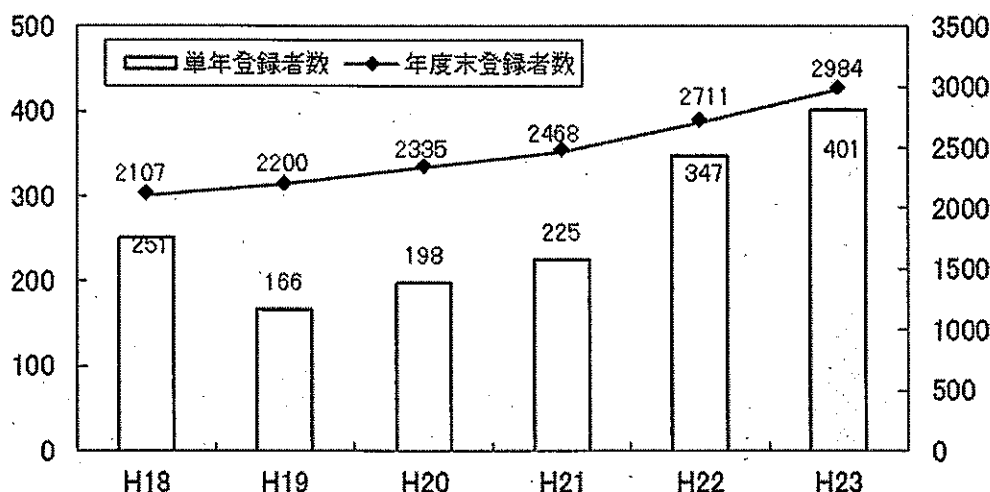


表 3-2-15-2

献血並行型骨髄バンク登録事業

	平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度	平成 23 年度
登録会実施回数	6 回	42 回	27 回	41 回
提供希望登録者数	13 人	61 人	63 人	139 人

施策の基本的な方向と目標

- 骨髄移植推進のための普及啓発
- 骨髄提供希望者の登録推進

《数値目標》

目標項目	現状 (H23)	目標値 (H29)	備考
提供希望登録者数	2,984 人	3,750 人	現状の 1.25 倍
献血並行型骨髄バンク登録会 (市町・保健所での開催回数)	41 回	50 回	現状の 1.25 倍
(登録者数)	139 人	175 人	

施策の内容

ア 普及啓発

- 骨髄移植推進財団、滋賀県医師会、滋賀県病院協会、滋賀県骨髄献血の和を広げる会等の関係団体等と連携した啓発を推進します。特に、骨髄バンク推進月間(10月)には、関係団体等と連携し重点的な普及啓発に努めます。
- 骨髄バンクに登録可能な年齢は18歳以上54歳以下と定められているため、特に大学生など若年層に対する登録の啓発を強化します。

イ 骨髄提供希望者の登録推進

- 保健所および骨髄データバンクセンターで移植希望者の登録、提供希望者への相談を行うとともに、滋賀県赤十字血液センター、市町等の協力を得た献血並行型骨髄バンク登録会の充実に努めます。
- 保健所、市町、関係団体による骨髄提供連絡会において、情報を共有し、連携して骨髄バンクへの登録を促進します。

表3-2-15-3 臓器移植・骨髄移植関係医療機関

医療機関名	院内コーディネーター 設置施設	脳死下 臓器提供 可能施設	心停止後			骨髄移植 可能施設
			腎臓 摘出・提供 可能施設	眼球摘出 角膜移植 可能施設	角膜移植 可能施設	
滋賀医科大学医学部附属病院	○	○	○	○		○
大津赤十字病院	○	○		○		○
大津市民病院	○	○				
済生会滋賀県病院	○	○				
滋賀県立成人病センター	○					
滋賀県立小児保健医療センター	○					
公立甲賀病院					○	
近江八幡市立総合医療センター	○	○	○			
長浜赤十字病院	○	○				
市立長浜病院	○				○	

16 リハビリテーション

現状と課題

- 一般にリハビリテーションは、理学療法士や作業療法士に行ってもらえるものであるという認識が広く浸透しています。実際のリハビリテーションは、ICF*（国際生活機能分類）の考え方にもとづき、生活機能の向上を目的として、医学・教育・職業等様々な働きかけを連動して日常生活や地域社会における制限制約を最小限にし、高齢者や障害のある人達が望む生活を支える働きかけをめざしています。
- そのため県民のみならずリハビリテーション関係職員に対して、リハビリテーションに対する考え方について啓発し理解の促進を図ることが必要です。
- 市町・圏域（二次保健医療圏域）・県域（三次保健医療圏域）において医療・教育・職業・社会リハビリテーションを担うそれぞれの関係機関が地域リハビリテーションにおける互いの役割を認識した上で、発症から回復過程における切れ目のない連携が必要です。
- リハビリテーションは身近な地域での実施が望まれているため、市町が主体となり社会的リハビリテーションの観点から、看護、生活支援サービス、社会活動への参加支援といったサービスの相談・調整が行われています。
- 市町において、リハビリテーション専門職を配置しているのは、7市町であり、在宅リハステーションを設置しているのは、8市町です。さらにリハビリテーション事業に従事する専門職員が必要です。
- 圏域では、保健所が調整役となり、関係機関、市町等の連携を図り、高齢者や障害のある人などに対して、地域で一貫したリハビリテーションが実施できるよう、関係者の協議の場の設置や協働支援を進めています。
- 県域では、県立リハビリテーションセンターがリハビリテーションの総合的な発展を目的に、先駆的なリハビリテーションの実践、医療・教育・職業・社会リハビリテーション、保健、福祉などを担う機関や施設の連携、人材の育成等を包括的に進めています。
- 本県の医療リハビリテーションにおける回復期リハビリテーション病棟の整備については、平成25年度（2013年度）末にて人口10万人あたり54.7床となる予定であり、全国回復期リハビリテーション病棟連絡協議会の設定する目標値50床を達成する見込みです。
- 平成24年（2012年）末現在の本県のリハビリテーション専門医は、人口10万人あたり1.3人であり、全国平均とほぼ同じ状況です。
- 県立リハビリテーションセンターでは、高次脳機能障害や脊髄損傷などに対応した専門的な医学リハビリテーションが、また県立むれやま荘では、日常生活訓練等の社会リハビリテーションが実施されています。
- 小児リハビリテーションに取り組んでいる医療機関は非常に少なく、保健、医療、福祉、教育等の各分野との連携が必要です。
- 障害のある人の持続的な異常姿勢に伴う二次障害の予防や障害者医療の充実が求められており、提供機関の連携による体系的な取組が必要です。
- 医療、教育、職業、社会におけるリハビリテーション提供機関および従事者が、保健・医療・福祉の一貫した総合的なリハビリテーションの推進について研鑽するために、平成18年度（2006年度）より「滋賀県連携リハビリテーション学会」を開催しています。

- 県のリハビリテーション提供体制等について、関係団体より課題や課題解決に向けて協議するために、「滋賀県リハビリテーション協議会*」を開催しています。

表3-2-16-1 リハビリテーション専門医（日本リハビリテーション医学会）

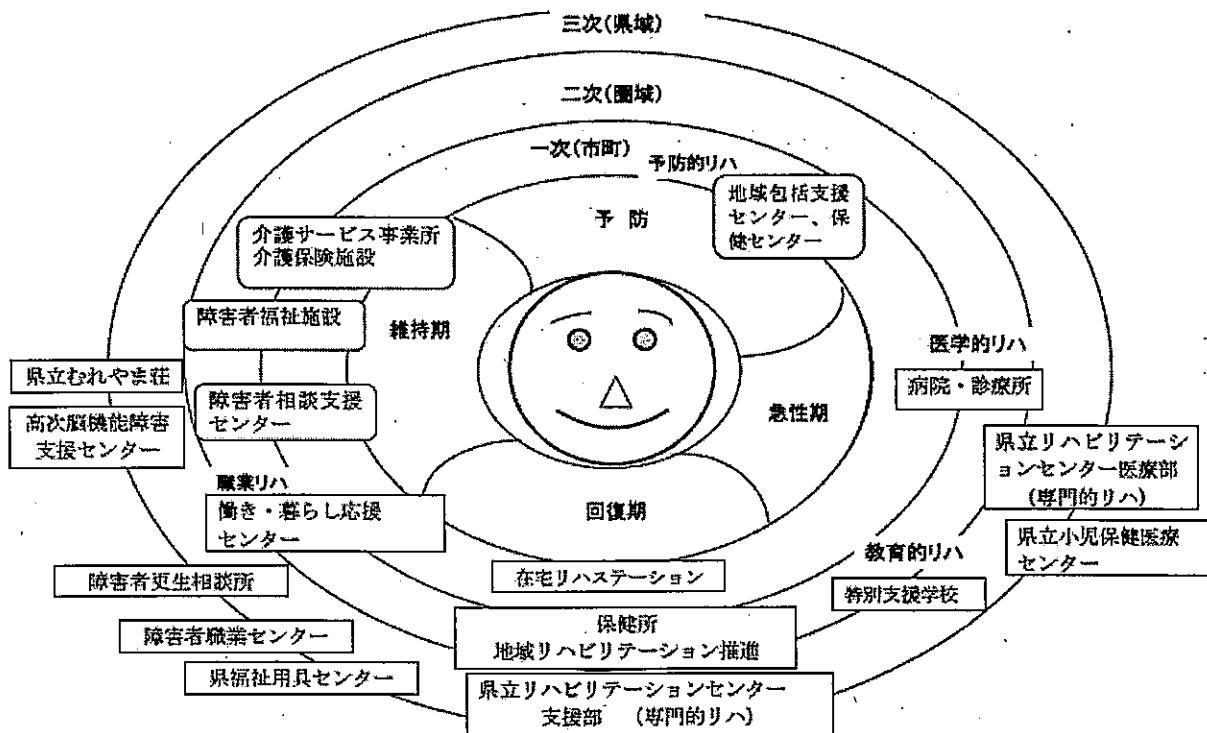
	平成17年		平成22年		平成24年	
	滋賀県	全国	滋賀県	全国	滋賀県	全国
リハビリテーション 専門医数	8	1,103	16	1,728	18	1,849
人口10万人あたり	0.56	0.86	1.14	1.36	1.3	1.4

施策の基本的な方向と目標

- 地域を主体としたリハビリテーション事業の充実
- 医学・教育・職業・社会等総合リハビリテーション提供体制の構築
- 利用者の視点からみた一体的なサービスの提供
- 地域リハビリテーションに係る人材育成

図3-2-16-2 対象に応じたりハビリテーション提供体制イメージ図

(滋賀県リハビリテーション連携指針より一部改定)



《数値目標》

目標項目	現状値（H24）	目標値（H29）	備考
地域包括ケアを支えるリハビリテーション専門職（理学療法士等）の配置	15市町区域	19市町区域	在宅リハステーション含む

施策の内容

（１）リハビリテーション啓発等の推進

- ICF（国際生活機能分類）に基づくリハビリテーションの考え方について当事者や家族に啓発するとともに、リハビリテーションの目的は身体機能の回復だけではなく、住み慣れたところでそこに住む人々とともに、その人の望む生活が送れるようになることを当事者や家族が理解できるように啓発します。従事者に対してもこの考え方にもとづく助言・支援について理解の促進を図ります。

（２）市町における在宅リハビリテーション支援拠点の促進

- 市町において、リハビリテーション専門職である理学療法士や作業療法士等の配置を促進し、身近な地域で、リハビリ専門職に相談できる体制を促進します。

（３）健康増進から要介護状態（二次障害）の予防を目的としたリハビリテーションの推進

- 市町が行う高齢者の介護予防や健康増進事業の充実により、介護を要する状態への移行を防止する取組を促進します。
- 障害のある人が、日常生活や就労等を通して二次障害に至ることを予防する取組を推進します。

（４）専門的なリハビリテーション（急性期・回復期・維持期）の充実

- 急性期、回復期、維持期のそれぞれの病期において、適切かつ効果的な医学的リハビリテーションが提供されるよう、地域連携クリティカルパスの活用など医療機関、介護保険等サービス提供事業との連携による体制整備を促進します。
- 県立リハビリテーションセンターにおいて高次脳機能障害、脊髄損傷、難病といった特定の障害にかかる専門的な医学的リハビリテーションや専門相談を実施します。

（５）維持期における職業・社会リハビリテーション関係機関・施設等の拡充

- 医療から職業・社会リハビリテーションへの円滑な移行を促進するとともに、各分野における一層の充実を図ります。

（６）利用者の視点にたった総合的なリハビリテーション体制の構築

- 市町・圏域や県域において、急性期・回復期・維持期の医学的リハビリテーションと、教育・職業・社会リハビリテーション等を一貫して包括的に提供できる体制の整備を促進します。

（７）利用者にとって迅速で総合的なリハビリテーションサービスの提供

- 社会的リハビリテーションの観点から、市町における看護、生活支援サービス、社会活動への参加支援といったサービスの提供を促進します。
- 圏域では保健所が調整役となり、地域の関係機関との連携を図り、関係者の協議の場の設置や協働支援を行います。県立リハビリテーションセンターが、広域的、専門的視点から保健所の支援を行います。
- 県域では県立リハビリテーションセンターが中心となり、医療・教育・職業・社会リハビ

リハビリテーションや保健、福祉などを担う機関、施設の連携を図ります。

(8) 人材育成

- がん、脳梗塞、心筋梗塞、認知症等になっても地域でいきいきと生活できる支援を行うため、地域リハビリテーションの中核を担う人材を育成します。
- 地域リハビリテーションについて、保健、医療、福祉などの複合的な知識を持ったリーダー、医学・医療の広い領域を理解しチーム医療を構成できる人材、他分野（工学・情報・心理等）を活用できる人材を育成します。

17 障害保健医療福祉

現状と課題

- 平成23年度(2011年度)末の身体障害者手帳所持者は50,774人、療育手帳所持者は10,759人、精神障害者保健福祉手帳所持者は6,023人となっています。
- 重症心身障害、発達障害、子どもの障害、高次脳機能障害など障害の状態やライフステージに応じて保健、医療、福祉サービスが提供されています。

(1) 重症心身障害

- 医療型療養介護事業所・医療型障害児入所施設(旧重症心身障害児施設)において、医療ケアと介護ケアを併せて提供していますが、約80人の入所待機者が存在し、医療ケアが必要な在宅重症心身障害児者が増加しています。
- 医療ケアに対応できる生活介護サービス事業所等の通所の場合やケアホーム等の居住の場合が必要となっています。

(2) 発達障害

- 市町で実施する乳幼児健診や、保育所・幼稚園に対して発達障害に関する専門知識を有する専門員が巡回することにより、発達障害の早期発見に取り組むとともに、福祉型児童発達支援センターや児童発達支援事業所(地域療育教室)、県立小児保健医療センター(療育部)、発達障害者支援センター等で早期支援を実施しています。
- 早期に発達障害の診断を受けることができる医療機関が少ない現状があります。
- 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、ひきこもりの状態にある発達障害者等に対する支援が課題となっており、成人期の発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います。

(3) 子どもの障害

- 市町で実施する乳幼児健診と県立小児保健医療センター(療育部)、福祉型児童発達支援センター、児童発達支援事業所(地域療育教室)において、障害の進行予防、早期発見・早期支援を実施しています。
- 改正児童福祉法による給付主体の県から市町への移行、福祉型児童発達支援センター・児童発達支援事業所(地域療育教室)の普及により、県立小児保健医療センター(療育部)においては市町で対応が困難な医療面の支援が求められています。

(4) 高次脳機能障害

- 平成18年(2006年)に障害者自立支援法に基づく地域支援事業として高次脳機能障害支援センターを県立むれやま荘に併設し、高次脳機能障害者に対する専門的な相談支援や関係機関とのネットワークの整備、普及啓発、人材養成、当事者活動の支援を行っています。
- 高次脳機能障害に対する当事者や家族、医療・福祉関係者の理解は進んできていますが、一般県民の認知度は十分とは言えず、早期に必要な支援につなぐににくい現状があります。
- 身近な地域における訓練機関や日中活動の場などの資源が不足しています。また、当事者の生活を支える地域支援機関とのネットワークの構築が課題です。

(5) リハビリテーション

- 地域の医療機関等においてリハビリテーション医療、更生医療を提供し、県立リハビリテ

ーションセンターにおいて専門的リハビリテーション医療の提供や、関係機関・事業所に対する二次障害予防のための支援を実施しています。

- 保健、医療、福祉の関係機関の連携による一貫したリハビリテーション提供体制が求められています。

施策の基本的な方向と目標

- 重症心身障害児者への支援の充実
- 発達障害の早期発見と早期支援
- 児童発達支援の推進
- 高次脳機能障害者への支援の充実
- リハビリテーションの推進

《数値目標》

目標項目	現状値 (H23)	目標値 (H29)	備考
発達障害者支援センターの相談支援	年間延 4,489 人	年間延 6,000 人	
宿泊型生活訓練と就労準備訓練の一体的支援を利用する発達障害者数	0 人	年間 10 人	

施策の内容

- 障害のある人の地域生活を実現するための医療ケアと福祉サービスの一体的推進、障害の早期発見と早期療育・早期支援の推進、重症心身障害や発達障害等についての専門性をもつ人材の養成を基本的な視点とし、障害のある人の地域生活を支援するため各種事業を実施します。

(1) 重症心身障害児者への支援の充実

- 医療ケアに対応する生活介護サービス事業所やケアホーム等の整備を促進します。
- 重症心身障害の特性に応じた専門的ケアマネジメントの充実を図ります。
- たんの吸引等の医療ケアを行う介護職員等専門職員の養成を推進します。

(2) 発達障害の早期発見と早期支援

- 乳幼児期や成人期の鑑別診断による発達障害の早期発見や、発達障害者に対する医療的支援の充実を図るため、研修会等を開催することにより、発達障害の診療ができる医師の養成と確保に努めます。
- 小児保健医療センター、精神医療センターなどの県立医療機関や発達障害の診療を行う民間の医療機関と発達障害者支援センターなどの相談支援機関との連携を強化し、早期に医療的支援を受けることができる体制の整備を図ります。
- 成人期の発達障害者に対して、障害特性にあわせた宿泊型の生活訓練と就労準備訓練を一体的に実施し、発達障害者の地域での自立生活を支援するとともに、既存の障害福祉サービス事業所に対して支援ノウハウを提供することにより、支援サービスの充実を図ります。

(3) 児童発達支援の推進

- 県立小児保健医療センターにおける専門的な医療・療育の一体的な提供を図ります。
- 県立小児保健医療センター療育部の医療型児童発達支援センター機能への重点化を進め医療的ケアが必要な子どもへの支援を推進します。

- 地域における福祉型児童発達支援センター・児童発達支援事業所（地域療育教室）の専門性向上への支援を図ります。

(4) 高次脳機能障害者への支援の充実

- 一般の県民や相談機関等を対象とした高次脳機能障害の特性をわかりやすく伝える研修の実施などにより理解促進に努めます。
- 障害福祉サービス事業所など当事者の日中活動の場となる地域資源の開拓や、これら関係機関のネットワークの構築を進めます。

(5) リハビリテーションの推進

- 県立リハビリテーションセンターにおいて高次脳機能障害、脊髄損傷、難病といった特定の障害にかかる専門的な医学的リハビリテーションや専門相談を実施します。
- 市町・二次保健医療圏・三次保健医療圏域における関係機関による急性期・回復期・維持期の医学的リハビリテーションと、教育・職業・社会的リハビリテーション等を一貫して包括的に提供できる体制の整備を促進します。
- 障害者更生相談所（身体障害者更生相談所機能）と福祉用具センター、県立リハビリテーションセンターとの連携強化による補装具等に関する相談、判定等の充実を図ります。

18 薬事保健衛生

(1) 薬事衛生

現状と課題

- 本県は、150社を超える医薬品等製造業者があり、平成23年(2011年)の医薬品の県内生産金額は約2,506億円、医療機器は約580億円で、それぞれ全国第11位および第10位に位置し、生産県として住民の保健衛生の向上に貢献しています。
- 安全性、品質、有効性を確保した医薬品等を速やかに供給できるよう医薬品等の製造業者および製造販売業者は法令を遵守し、自主管理を徹底する必要があります。
- 高齢社会にあつては慢性疾患の一層の増加が見込まれ、何らかの疾患を抱えながらもQOL(生活の質)の向上が求められている中、健康でいきいきとした活力ある社会を構築するためには、医薬品等の有効かつ適切な使用が不可欠です。
- 県民は、自らの健康状態を自らが把握・管理し、「自分の健康は自分で守る」、いわゆるセルフメディケーションを身につけることが重要となってきました。このセルフメディケーションの推進には、適正な医薬品情報を提供する必要があります。
- 平成24年(2012年)3月、薬学教育6年制を修了した薬剤師が誕生し、医療現場および在宅での薬物治療の専門家としての活躍が期待されています。また、平成21年度(2009年度)から医薬品販売の新たな専門家として登録販売者*の制度が始まっています。平成24年(2012年)4月1日現在1,039名の登録販売者が一般用医薬品のリスクに応じた情報提供を行っています。
- 平成24年(2012年)4月1日現在、本県では、895の薬局・医薬品販売業者があり、医薬品はこれらの業者を通じて県民に情報とともに提供されています。
- 今後、薬局が医薬品や医療・衛生材料等の供給拠点として地域医療に貢献していくよう医薬品等の適正使用やかかりつけ薬局*等についての啓発を行うなど、医薬分業の定着を図るとともに、患者負担の軽減、医療保険財政の改善の観点から後発医薬品*の普及促進を図る必要があります。

施策の基本的な方向と目標

- 安全で有効な医薬品等の安定的な供給の促進
- 県民への医薬品等の適正な使用に関する知識の普及
- 新たな医薬品販売制度の円滑な実施と県民への普及啓発

施策の内容

① 安全で有効な医薬品等の供給

安全で有効な医薬品等の供給を確保するため、医薬品等製造販売業者および製造業者に対する監視指導を強化します。

② 県民への普及啓発活動の推進

「薬と健康の週間(毎年10月17日～23日)」を通じて、県民に対して医薬品の適正使用に関する広報を行います。また、関係団体の協力を得ながら、医薬品等の正しい知識の啓発に努めます。

③ 薬局・医薬品販売業者への自主研修の推進

薬局・医薬品販売業者の資質向上を図るため、関係団体が実施する自主研修の充実に努めます。

④ 監視指導の実施

薬事監視を通じて、薬局・医薬品販売業者において、医薬品等の適正管理や適正販売が行われるよう指導を行います。

(2) 血液製剤

現状と課題

- 血液製剤*は、「献血」として提供いただいている県民の血液を原料としており、県民の善意の上に成り立つものです。
- 献血については「安全な血液製剤の安定供給の確保等に関する法律」に基づき、県における献血推進計画を作成し、国、地方公共団体、日本赤十字社の三者が一体となって推進しています。
- 高齢社会や医療の高度化にともなう血液製剤の需要増大、少子化による献血者の減少が予想されます。
- 血液製剤による変異型クローンフェルト・ヤコブ病*(vCJD)やヒト免疫不全ウイルス(HIV)などの感染や副作用などに対して、安全対策を一層推進することが重要な課題となっています。
- 本県は、平成23年(2011年)の16歳から19歳までの若年齢層の献血率が1.8%(全国平均5.0%)と全国でも最下層であることから、若年齢層の献血に対する気運を醸成する取組を進めていくことが必要です。

施策の基本的な方向と目標

- 地域全体での献血の普及啓発
- 若年齢層献血の推進
- 安全性の高い血液製剤の安定的な供給の促進
- 血液製剤の適正使用の促進

《数値目標》

目標項目	現状値	目標値(H29)	備考
10代の献血率	1.8%(H23)	3.6%	

施策の内容

① 献血の普及啓発と献血情報の提供

献血マスケットキャラクター(県:「ちーたん」、厚生労働省:「けんけつちゃん」)を使用した広報活動や街頭啓発活動などにより、献血の普及啓発、献血情報の提供を促進します。特に、医療機関からの要請が多い400ml献血・成分献血の推進に努めます。

また、ボランティア団体などの献血推進組織の活性化を図るとともに、長期的な献血基盤の確保のため、高校生などの若年齢層に対する啓発活動を強化し、理解と協力を求めます。

② 若年層献血の推進

平成 24 年度（2012 年度）に整備された若い世代が多く生活する都市部での献血ルームを拠点として、特に若い世代の献血者をターゲットとして献血の大切さについて啓発を行うとともに、安定的な献血者の確保を図ります。

また、献血年齢に達する若者に対して啓発用 DVD、冊子、リーフレットなどを用いて啓発に努めます。

③ 血液製剤の安全性確保と安定的供給

血液製剤の安全性を高めるため、検査や問診の強化、献血者自己申告制度*を徹底します。また、献血者に対しては、献血に対する正しい知識と理解を求めます。

医療需要に見合った血液製剤を安定して確保していくために、複数回献血の推進を図ります。特に、血漿分画製剤の原料として必要な成分献血を重点的に促進します。

献血者数が減少する中、血液製剤の安定的な供給を図るため、企業献血の推進を図ります。

④ 血液製剤の適正使用

善意の献血が有効に用いられるよう、医療機関に対して、啓発冊子の配布や研修会の開催などにより、血液製剤の使用適正化について周知徹底を図ります。

（3）薬物乱用防止対策

現状と課題

- 昭和 57 年（1982 年）8 月に設置した滋賀県薬物乱用対策推進本部*を中心に、関係機関と連携を図り、普及啓発活動や麻薬・覚せい剤等の取扱者に対する指導取締りに努めるとともに、約 400 人の薬物乱用防止指導員*を依頼し、少年センターや薬剤師会が主体となって、地域住民に対する啓発を行っています。
- 昭和 58 年（1983 年）9 月に定めた「滋賀県シンナー等乱用防止のための販売等指導要綱」に基づき、中・高等学校生徒および一般県民に対する啓発を行うとともに、少年センターが主体となってシンナー等取扱業務所に対する立入調査を実施し、その取扱いおよび保管管理を徹底するよう指導しています。
- 小・中・高等学校で実施される薬物乱用防止教室では、学校薬剤師が積極的に協力しています。

施策の基本的な方向と目標

- 薬物に関する正しい知識の普及
- 薬物の乱用を許さない社会環境づくり

《数値目標》

目標項目	現状値	目標値（H29）	備考
中学生・高校生等への薬物乱用防止教室の実施数	94%（H23）	100%	

施策の内容

① 啓発活動の強化充実

滋賀県薬物乱用対策推進本部および少年センターならびに薬物乱用防止指導員を中心に、青少年健全育成事業と連携を密にして啓発活動の強化充実を図ります。

「覚せい剤・シンナー乱用防止強化運動」および「国連薬物乱用根絶宣言」の支援事業である「「ダメ。ゼッタイ。」普及運動」の強化充実を図ることにより、薬物乱用を許さない社会環境づくりに努めます。

また、近年、若者や一般人において、違法ドラッグ*（いわゆる脱法ドラッグ）乱用の広がりが見られており、麻薬等の乱用へのゲートウェイ・ドラッグ*となることが懸念されていることから、乱用防止に関する啓発活動を実施します。

特に、中・高等学校生徒等に対しては、啓発用副読本などを利用し、乱用される薬物の有害性・危険性等について、効果的な教育を実施するように努めます。また、少年センターや警察の職員、学校薬剤師等の協力を得て、保健体育の授業や文化祭などの学校教育の場で、啓発用資機材を用いて啓発教育を実施します。

② 麻薬等薬物対策

少年センター、薬剤師会、警察、保健所等から構成される薬物乱用防止指導員のスキルアップを図る研修事業などの取組を行うとともに、県内各地域の情勢など情報収集に努め、麻薬・覚せい剤等の薬物乱用防止活動の推進を図ります。

また、医療用麻薬・向精神薬等においては医療機関等への立入検査等を通じて適正な管理・取扱いについて指導監督の強化を図ります。

③ 薬物乱用に関する相談

精神保健福祉センター、保健所等において薬物に関する相談に努めます。

第3章 災害医療対策と健康危機管理の充実

1 災害医療対策

災害の現状

災害には、地震、風水害、土砂災害、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。

(1) 自然災害

ア 地震

- 我が国は、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3-3-1-1 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16年	中越沖地震	
平成19年	能登半島地震	
平成23年	東日本大震災	死者15,845名、行方不明者3,375名 (平成24年1月24日現在)

(厚生労働省平成24年3月30日付医政指発0330第9号「疾病・事業及び在宅医療にかかる医療体制について」)

- このほかにも、東海地震、東南海・南海地震、首都直下型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。

イ 風水害等

- 平成23年度(2011年度)には、台風12号による大雨で死者82名、行方不明者16名(平成24年9月28日消防庁災害対策本部発表)の被害が発生するなど、地震以外の大規模な自然災害が発生しています。

(2) 事故災害

- 航空機事故では、昭和60年(1985年)に搭乗者524名中520名が死亡した日航機墜落事故や、平成17年(2005年)には、JR福知山線の脱線転覆事故により死者107名、負傷者555名という大きな被害が発生しています。
- 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ています。
- 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。

災害医療の現状と課題

(1) 災害拠点病院*

- 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 3-3-1-2 災害拠点病院の位置

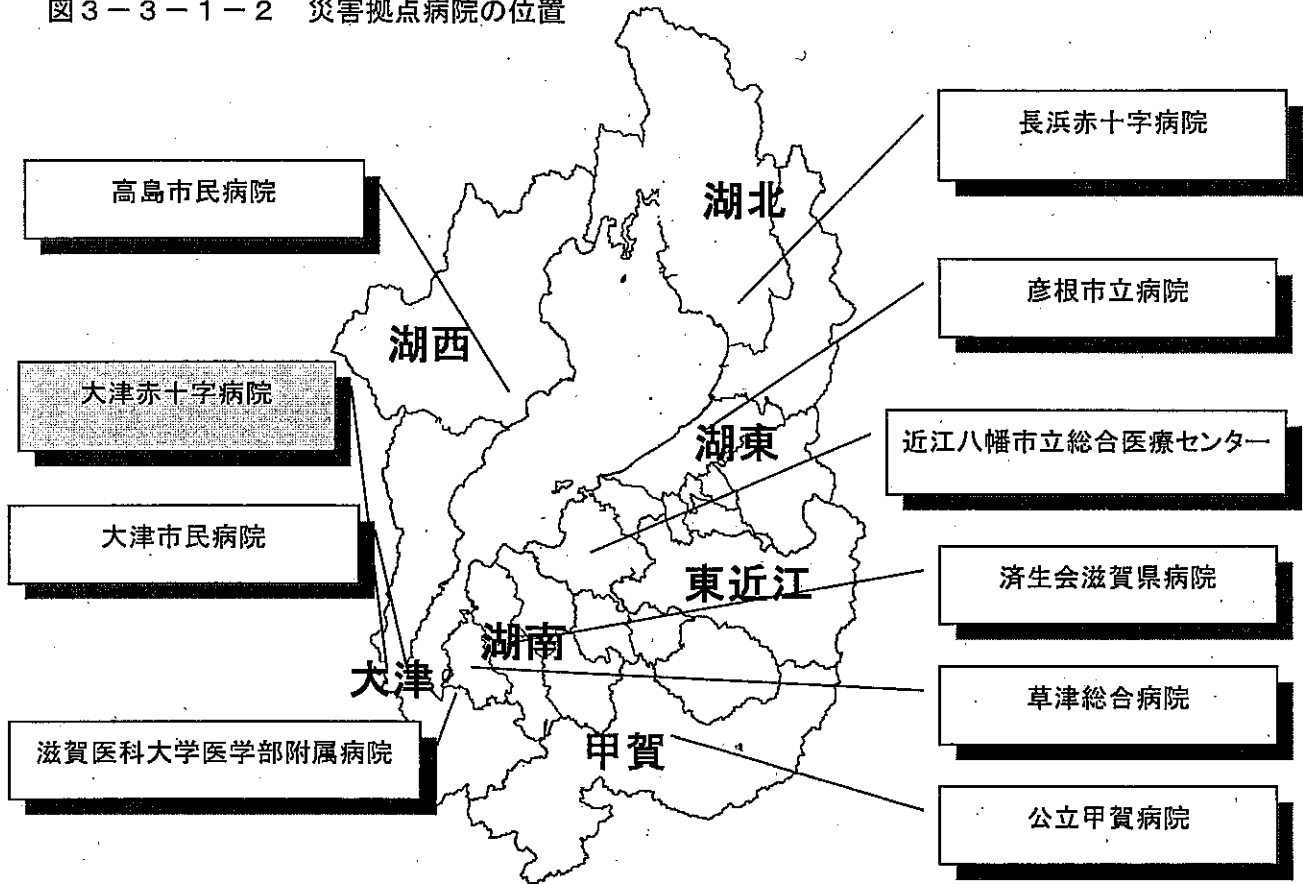


表 3-3-1-3 災害拠点病院一覧

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	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	草津総合病院	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	

○ 重篤な患者を被災地域外で治療を行うための患者広域医療搬送や、災害拠点病院と保健所等関係機関、団体との連携を図るための体制の強化が求められています。

(2) 医療チーム

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

- DMATは、専門的な研修を受け、災害発生直後の急性期等に活動を開始できる機動性を持った医療チームで、下記の救命医療を行います。
 - ・被災地内におけるトリアージ*や救命処置
 - ・患者を近隣・広域へ搬送する際における必要な観察・処置
 - ・被災地内の病院における診療支援
 - ・被災地域の患者を遠隔地域へ広域医療搬送*する際の医療支援
- 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強化訓練
 - ・DMAT隊員技能維持研修
 - ・近畿地方DMAT訓練
 - ・広域医療搬送訓練
 - ・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、知事が派遣の要請を行うことになっており、現在県内の災害拠点病院に24チーム保有しています。(平成24年10月1日現在)
- 平成23年(2011年)3月に発生した東日本大震災での活動を踏まえ、今後は交代要員の派遣や、活動期間の長期化が見込まれることなどから、円滑なDMAT活動を進めるには、更なる人材の養成が求められています。

※ DMATの活動

DMAT1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。なお、災害の規模に応じて、DMATの活動が長期間(1週間など)に及ぶ場合には、DMAT2次隊、3次隊等の追加派遣で対応することを考慮する。

(日本DMAT活動要領)

イ 医療救護班

- 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。

表3-3-1-4. 医療救護活動に関する協定締結団体

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

- 東日本大震災では、被災された住民の方の避難所や救護所での避難生活が長期化していることから、急性期医療に続く、健康管理を中心とした医療の提供や相談体制についても検討する必要があります。

(3) 災害医療のコーディネート機能

- 関西広域連合で、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していくために、下記のような体制整備を図ることが必要です。
 - ・ 県災害対策本部のもとに、派遣調整本部を設置し、DMAT を含む医療チームの派遣調整と、連携した情報の共有
 - ・ 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」の設置
 - ・ 災害現場での連絡調整や医療支援の受け入れを図る「地域災害医療対策会議」の保健所管轄区域や市町単位等での設置、派遣調整本部との連携、医療チームの受け入れ

(4) 広域災害時医療救護活動マニュアル

- 大規模災害が発生した場合の混乱期に、医療救護活動や医薬品等の供給が迅速かつ円滑に行うことを目的に「滋賀県広域災害時医療救護活動マニュアル」を平成 18 年度（2006 年度）に策定しています。
- 策定から相当の年月が経過したことや、国での「災害医療のあり方等検討会」での議論、また東日本大震災における医療支援活動の経験などを踏まえて、内容の見直しを行うことが必要です。

(5) 緊急被ばく医療

- 原子力発電所からの距離が半径 10km 以内を、「緊急時計画区域（EPZ）」*に指定し、この範囲が原子力発電所に係る防災対策を重点的に充実すべき地域とされてきましたが、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うけて、新たに発電所からの距離が概ね 30km の地域を「緊急時防護措置を準備する区域（UPZ）」*として防災対策を行う方針が示され、このことにより、本県北部がこの UPZ に含まれることになりました。
- 県域の一部が UPZ となったことから、本県においても「緊急被ばく医療体制」*の整備を速やかに進めることが必要な状況になっています。

(6) 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。
- 災害の発生に備えて、医療関係者による定期的な入力訓練の実施や、実際に災害が発生した場合に、被災した病院に代わって入力する体制や、システムを活用した情報提供と収集を行う体制の整備が必要です。

施策の基本的な方向と目標

- 災害時においても必要な医療が確保される体制の構築
 - ア 災害急性期（発災後概ね 48 時間以内）における体制
 - ・ 被災地の医療確保、被災した地域への医療支援
 - ・ DMAT の派遣
 - ・ 広域医療搬送への対応

イ 急性期後の体制

- ・救護所、避難所等における住民の健康管理

ウ 緊急被ばく医療体制の整備

《数値目標》

目標項目		現状値 (H23)	目標値 (H29)	備考
災害拠点病院	食料や飲料水、医薬品等を3日分程度備蓄している病院	7病院	10病院	全ての災害拠点病院
	食料や飲料水、医薬品等の物資の供給について、関係団体と締結を結び優先的に供給される体制を整えている病院	4病院	10病院	全ての災害拠点病院
	災害派遣医療チーム（DMAT）の保有数および有資格者数	23チーム 127人	34チーム 200人	各病院3チーム （救命救急センター指定病院4チーム）
調整機能	災害医療コーディネーターの設置、県災害対策本部医療班および各地域本部医療班への参画	なし	20人 7圏域	（県本部+7圏域）×2人 交代要員を含む
	航空搬送拠点臨時医療施設*（SCU）の設置に必要な体制整備	なし	2か所	県北部および南部に 1か所

施策の内容

（1）災害拠点病院

- 災害医療において中心的な役割を担う災害拠点病院が、災害発生直後のDMAT派遣、災害時に多発する重篤救急患者の救命医療を行うための診療、患者等の受入れや搬出を行う域内および広域医療搬送への対応等を円滑に実施できる体制づくりを支援していきます。

（2）医療救護班

- 被災地周辺に対し、DMATを含む自己完結型の医療救護班を派遣できるよう、関係機関・団体との連携強化を図るとともに、被災患者を受け入れる特定の医療機関に被災患者が集中した場合等に、医療従事者を応援派遣する体制について整備を図ります。
- 住民の避難生活が長期化した場合に、救護所や避難所における感染症のまん延防止等衛生面のケアや避難者のメンタルヘルスケアを行うための支援を円滑に実施できる体制づくりを行います。

（3）災害医療のコーディネート機能

- 災害時の限られた医療資源を効率的に活用しながら、適切な医療を提供する体制を構築するために、医療機関や行政機関をはじめとする関係機関・団体のコーディネートを行う人材の育成や、あわせて県災害対策本部への医療従事者の参画など、必要な体制の整備を行います。

- 医療機関の被災状況に応じて、重篤な患者を県外の医療機関へ航空搬送するための体制の検討と整備を行います。

(4) 広域災害時医療救護活動マニュアル

- 国での「災害医療のあり方等検討会」での議論、また東日本大震災における医療支援活動の経験などを踏まえて、マニュアルの内容の見直しを行い、必要な箇所については改定を行います。

(5) 緊急被ばく医療体制

- 本県における緊急被ばく医療体制を早急に整備するため、緊急被ばく医療機関の指定、緊急被ばく医療マニュアルの策定を行うとともに、隣接府県との連携、協力関係の構築を図ります。
- 医療機関における緊急被ばく医療に従事する人材育成についての支援、協力をを行い、緊急被ばく医療に従事する医療スタッフの充実を図ります。

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

- 日頃から災害の発生に備えるため、定期的な入力訓練を実施します。また、災害時には被災のため、情報入力が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します。

2 健康危機管理

(1) 健康危機管理体制

現状と課題

- 県民の生命と健康の安全を脅かす事態は、原因不明の感染症、毒物劇物、食中毒や、地震・洪水等の自然災害、電力不足による計画停電など、非常に幅広いものがあります。健康被害の発生防止、拡大防止、治療等に関する健康危機管理は、県の責務としてますます重要なものになってきています。
- 県では、迅速かつ適切な健康危機管理を行い、県民の生命および健康の安全を確保するため、健康福祉部に健康危機管理調整会議を設置するとともに、各健康福祉事務所(保健所)においても地域における迅速かつ適切な健康危機管理を行うため、健康危機管理地域調整会議を設置しています。
- また、健康危機管理の手順を定めた「健康危機管理の基本マニュアル」を策定するとともに、各健康福祉事務所(保健所)においても円滑な対応を行う体制を確立する手順を定めた健康危機管理マニュアルを策定しています。

施策の基本的な方向と目標

- 関係機関との連携強化
- 職員の資質向上
- マニュアルの充実

施策の内容

① 健康危機管理調整会議の開催

日常的には毎月1回定例会議を開催し、情報交換等を行うとともに、必要に応じて随時会議を開催し、健康被害にかかる対策の決定や役割分担の調整等を行います。

また、各地域においても、健康危機管理地域調整会議を必要に応じて随時開催します。

なお、特に重大な健康被害が発生し、もしくは発生するおそれのある場合は、健康危機管理対策会議を設置し、関係機関との連携のもと迅速に対応します。

② 健康危機管理研修会の開催

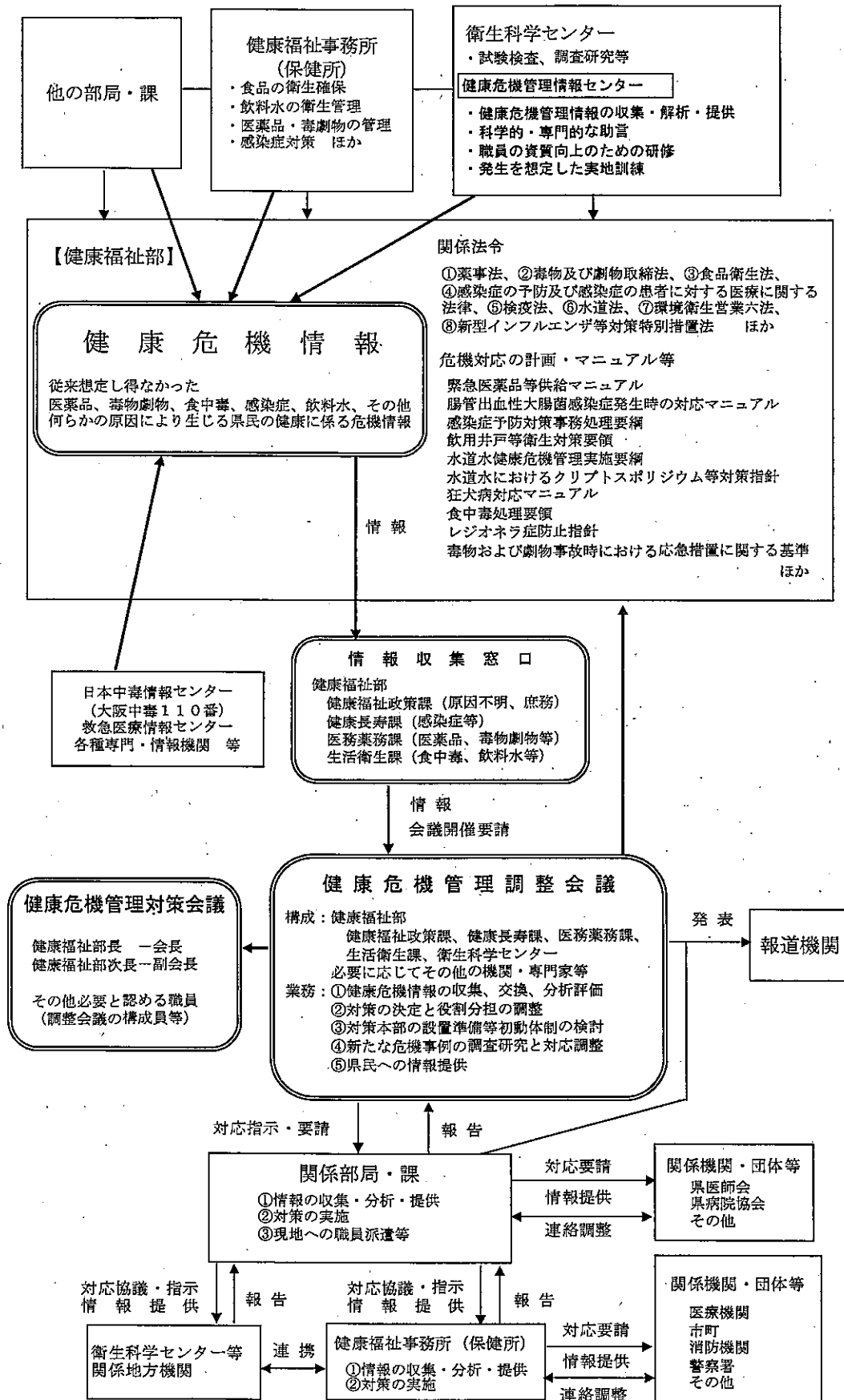
健康危機管理関係機関等の職員を対象に、健康危機管理研修会を開催します。

③ マニュアルの充実

危機対応の計画・マニュアルを必要に応じ見直し、特に初動時において適切な対応がとれるように努めます。

図3-3-2-1

滋賀県健康危機管理処理体系



(2) 感染症

ア 新型インフルエンザ

現状と課題

- 平成 21 年（2009 年）に発生した新型インフルエンザでは、県内で 2,000 人以上が発熱外来を受診し 613 人が入院、1 名の死者が発生しました。
- 平成 24 年（2012 年）5 月には新型インフルエンザ等対策特別措置法が公布されました。今後は、発生時に備えた具体的なマニュアル作成や訓練を行い、予防対策を進めていく必要があります。
- 新しい感染症の診察、診断、検査体制の整備、抗インフルエンザ薬の備蓄を図るとともに、感染症発生時における県民への情報提供、対策周知の効果的方法を検討する必要があります。

施策の基本的な方向と目標

- 新型インフルエンザ等患者の早期発見
- 新型インフルエンザ等患者の医療体制の整備
- 新型インフルエンザ等発生時の情報提供、予防啓発

《数値目標》

目標項目	現状値 (H24)	目標値 (H29)	備考
新型インフルエンザ等研修会および発生対応訓練の実施	年 1 回	年 1 回以上	継続実施

施策の内容

① 行動計画の制定、改正

新型インフルエンザ等特別措置法に基づき、対策のための行動計画およびガイドラインを制定するとともに、発生時の感染症対策を行うための医療体制の整備に努めます。また、市町における行動計画作成を促進します。

② 関係機関と連携強化

関係機関との連携、早期対応の強化を目的として、平常時から医療機関との情報交換、研修、訓練等の実施に努めます。また、県民に対する感染症等の発生、予防情報の提供に努めます。

③ 抗インフルエンザウイルス薬の備蓄

新型インフルエンザの発生に備え、国との役割分担のもと、県では 276,800 人分の抗インフルエンザウイルス薬の備蓄を継続して行います。

イ 狂犬病

現状と課題

- 人畜共通感染症として恐れられている狂犬病は、先進国を含む多くの国で依然として発生しており、日本では、常に海外からの侵入のおそれがあります。
- 国内では昭和 32 年（1957 年）を最後に犬での発生はなく、人では海外で犬に咬まれた後

に帰国してから発症した事例が報告されています。

- 犬の飼い主の狂犬病に対する危機意識が薄れ、狂犬病の予防注射率の低下が危惧されることから、狂犬病の危険性に関する県民への啓発を行うとともに、市町において犬の登録原簿の整備を行い、狂犬病予防注射の徹底を図っています。
- 犬による咬傷事故の発生時には、犬の検診を行い狂犬病発生の早期発見に努めるとともに、狂犬病対応マニュアルを整備して、保健所・市町・開業獣医師等を対象に研修を行うなどの危機管理に努めています。

施策の基本的な方向と目標

- 犬の登録と狂犬病予防注射の推進
- 関係機関の連携の強化

施策の内容

① 犬の登録原簿の適正管理と狂犬病予防注射の徹底

市町に対し、登録原簿の適正管理を促すとともに、犬の飼い主に対して、各種の広報媒体を利用して登録と狂犬病予防注射の必要性を啓発します。

② 関係機関の連携による狂犬病発生時の対応

関係機関の担当者、開業獣医師等を含めた狂犬病予防研修会を開催し、狂犬病に関する知識向上と狂犬病の発生に備えた連携体制を強化します。

(3) 医薬品・毒物劇物

現状と課題

- 医薬品等による健康被害の発生を未然に防止し、発生した健康被害の拡大を防止するため、監視指導を実施しています。
- 毒物劇物による事件・事故の発生を防止するため、毒物劇物営業者等に対し、監視指導を実施しています。
- 「毒物および劇物の事故時における応急措置に関する基準」を県のホームページに掲載し、毒物劇物営業者等への情報提供を行っています。

施策の基本的な方向と目標

- 医薬品等による健康被害発生の防止
- 毒物劇物による事件・事故の防止
- 関係機関との連携強化

施策の内容

① 無承認無許可医薬品に対する監視指導

海外や国内で製造され、県内市場およびインターネット等を介して販売されている、いわゆる健康食品の買上げ検査を実施し、その表示および広告内容に医薬品的効能効果が標榜されていないか確認するとともに、医薬品成分等の混入の有無について検査を行い、健康被害の発生を未然に防止します。

② 解毒剤の備蓄

毒物劇物等による事故発生時に備え、県内4か所の救命救急センターに、有機リン、ヒ素化合物、シアン化合物等の解毒剤6品目を備蓄しています。

③ 関係機関に対する情報提供

登録・届出義務のない毒物劇物業務上取扱者の実態調査を実施し、消防署、警察署等へ情報提供を行います。

④ 監視指導の強化

毒物劇物営業者等の施設や店舗への立入検査を実施し、毒物劇物の取扱いについて指導の徹底を図ります。

(4) 食の安全

ア 食品

現状と課題

- 食中毒は年間を通じて発生しており、近年はノロウイルス食中毒とカンピロバクター食中毒が増加しています。また、ユッケや浅漬けを原因とする腸管出血性大腸菌による集団食中毒で死亡事例も発生しています。
- 営業者や消費者の食の安全確保に関する認識を高めるためには、正しい食品衛生知識や食中毒防止対策を浸透させるとともに、自主衛生管理を徹底する必要があります。
- 不適正表示食品などの流通や東日本大震災にかかる食品の放射性物質汚染などにより消費者の不安が高まっていることから、保健所等による監視指導の充実強化および食品衛生に関する啓発や情報提供を効果的に行う必要があります。

施策の基本的な方向と目標

- 食の安全性を確保するための消費者・事業者・行政による相互の信頼確保の構築

施策の内容

① 滋賀県食の安全・安心推進条例

推進計画である「食の安全・安心アクションプラン」に沿って、各施策の総合的かつ計画的な推進を図ります。

② 食品衛生法に基づく食品衛生監視指導計画

毎年度の計画に沿って監視指導を実施し、各種の試験検査により食中毒の防止および不良食品の流通防止を図ります。

③ 食中毒発生時の対応

「食中毒処理要領」に基づく調査および措置を迅速に行い、健康被害の拡大と再発防止を図ります。

イ 飲料水

現状と課題

- 東日本大震災では水道施設に甚大な被害が発生しました。一方、水道施設の耐震化の進捗状況は十分ではなく、本県においても、将来、東南海・南海地震や琵琶湖西岸断層帯地震で

の被害想定から、水道施設の耐震化促進が必要とされています。

- 福島第一原子力発電所の事故では、放出された放射性物質により水道水が汚染され、水道事業者に対して、水道水の摂取制限およびその広報の要請が行われました。本県においても、近隣で原子力事故が発生し、放射性物質が放出された場合には水道水の汚染状況検査が必要となりますが、県内の放射性物質の検査機器は限られており、県への検査要請が想定されません。
- 水道水源の汚染、耐塩素性病原生物であるクリプトスポリジウム*等の検出により、水道水の供給に支障を来す事故が国内で毎年発生しており、対応の遅れや不適切な措置によって、重大な健康被害を発生させるおそれがあります。

施策の基本的な方向と目標

- 東日本大震災を踏まえた危機管理のあり方やアセットマネジメント*の活用の視点などを加えた地域水道ビジョン策定についての助言
- 放射能検査体制の確立
- 水道水におけるクリプトスポリジウム等対策の徹底
- 関係機関との連携による水道の危機管理体制の整備

施策の内容

① 水道施設の耐震化促進

水道事業者に対して、耐震化計画策定について必要な助言を行うとともに、国庫補助制度の活用による水道施設の耐震化を促進します。

② 地域水道ビジョンの策定指導

水道施設の大規模更新や、災害時の安定的な給水に向けた取組の基礎となる運営基盤の強化や技術力の確保等が必要とされており、これらの課題に適切に対処していくため、水道事業者に対して、地域水道ビジョンの策定について必要な助言を行います。

③ 放射能検査体制の確立

近隣での原子力事故発生時における県内水道事業者からの検査要請に対応して、放射能検査体制を整備します。

④ 健康危機管理対策の実施

「水道水におけるクリプトスポリジウム等対策指針」、「滋賀県水道水健康危機管理実施要綱」に基づき、水道水を原因とする健康被害の発生予防と拡大防止に努めます。

⑤ 関係機関との連携による危機対応

水質汚染事故により給水を停止した水道事業者に対する技術的支援を行うため、「滋賀県水道技術支援チーム」を設置しており、汚染原因の究明や早期の給水再開に向けての専門的な助言を行います。

第4章 安全、安心な医療福祉サービスの提供

1 医療安全対策の推進

現状と課題

(1) 医療安全相談機能について

本県では、医療安全対策を進めるため平成15年度(2003年度)から医療安全相談室を設置し、医療に関する患者などからの苦情、相談に対応するとともに、医療機関などへの情報提供を行っています。

表3-4-1-1 医療安全相談室における相談件数の推移

	平成19年度 (2007年度)	平成20年度 (2008年度)	平成21年度 (2009年度)	平成22年度 (2010年度)	平成23年度 (2011年度)
件数	390件	383件	395件	406件	384件

(2) 院内感染防止対策について

医療機関に対する立入検査において、院内感染の予防対策の指導などを行っています。また、医療機関での院内感染(集団感染)が発生した場合の報告に対応しています。

(3) 医療事故防止対策について

医療機関などに対して医療事故防止に向けた注意喚起の周知などを行っています。また、医療機関に対して医療事故が発生した場合の報告に対応しています。

表3-4-1-2 医療事故報告件数の推移

	平成19年度 (2007年度)	平成20年度 (2008年度)	平成21年度 (2009年度)	平成22年度 (2010年度)	平成23年度 (2011年度)
件数	16件	16件	14件	14件	18件

(4) 医療従事者に対する研修について

医師や看護師の医療従事者を対象とした医療安全などに関する研修を行っています。

施策の基本的な方向と目標

- 医療安全相談機能の充実
- 医療安全対策の推進による医療の質の向上
- 医療機関における院内感染防止対策および医療事故防止対策の徹底

《数値目標》

目標項目	現状値	目標値(H29)	備考
医療安全対策加算(診療報酬施設基準)の届出を行っている病院数	33病院(H24)	59病院(全病院)	全病院の届出目標
医療相談窓口を設置している病院数	59病院(H24)	59病院(全病院)	全病院の設置維持

施策の内容

(1) 医療安全相談機能の充実

- 医療安全相談室において、関係機関などと連携しながら、患者などからの苦情や相談に対して医療機関との調整を行い、患者と医療機関との信頼の回復に努めます。
- また、医療機関に対し相談窓口機能の設置および充実に向けて指導します。
- 県が設置する滋賀県医療安全推進検討会において、相談業務の方針などを検討、協議し、相談業務の適切な実施を図ります。

(2) 院内感染防止対策の徹底

- 医療機関立入検査により院内感染防止対策について指導するとともに、院内感染地域支援ネットワーク事業の活用などにより、院内感染防止対策の充実を図ります。
- 専門家で組織された滋賀県感染制御委員会により、院内感染防止対策について指導助言などを行い、院内感染の予防および拡大防止を図ります。
- 医療機関において院内感染が発生した場合、速やかに管轄の保健所に報告し、適切な対応を行うよう指導するとともに、医療機関が行う公表について助言を行います。また、原因究明・分析に基づき再発防止策の徹底を指導します。

(3) 医療事故防止対策の徹底

- 医療機関などに対して医療事故防止に向けた注意喚起の周知徹底などを図ります。また、医療関係団体が医療機関に対して行う医療事故防止対策の研修などを支援します。
- 医療機関において医療事故が発生した場合、速やかに管轄の保健所に報告し、適切な対応を行うよう指導するとともに、医療機関が行う公表について助言を行います。また、原因究明、分析に基づき再発防止策の徹底を指導します。

(4) 医療従事者に対する研修の充実

- 医療従事者を対象とした医療安全などに関する研修を充実させ、医療従事者の質の向上に努めます。

2 医療機能情報公開の推進

現状と課題

- 平成 17 年(2005 年)から、滋賀県広域災害・救急医療情報システムにより県内医療機関の救急医療情報および医療機関情報を公開しています。
- 医療法の一部が改正され、平成 19 年(2007 年)4 月 1 日からインターネット上で医療機能情報を公表する「医療機能情報提供制度」を実施しています。
- 平成 22 年(2010 年)には、平成 17 年(2005 年)から運用してきたシステムを改修し、「滋賀県広域災害・救急医療情報システム(救急医療ネットしが)」により県内医療機関の診療科目や診療時間等の医療機能情報をよりわかりやすく公開しています。

図 3-4-2-1 救急医療ネットしが上で公開している医療機関数(平成 24 年 8 月現在)

病院	診療所	歯科診療所	助産所	薬局
59	845	558	35	510

- 医療機関の診療科目や医師・看護師数等の情報、治療内容に関する情報、また医療連携や医療安全に関する情報などについて、県民に対しわかりやすく信頼性の高い情報提供がなされるよう、的確な制度運用および情報管理を図っていくことが必要となっています。

施策の基本的な方向と目標

- 病院、診療所、助産所および薬局の持っている機能情報の提供による、県民の病院等の適切な選択の支援
- 情報提供を通じた県民ニーズの把握と県民の視点に立った医療連携体制の確立
- 患者の受診行動の適正化の啓発

施策の内容

(1) 医療機関の選択の支援

システムで公開している医療機能情報を随時更新し、県民に信頼性の高い情報提供をすることで、適切な医療機関の選択を支援します。

(2) 患者の受診行動の適正化の啓発

病院への過重な負担の要因となるコンビニ受診*を防止するため、適正な受診の啓発を実施します。

3 医療情報化の推進

現状と課題

- 国では、平成 22 年（2010 年）5 月、高度情報通信ネットワーク社会推進戦略本部において「新たな情報通信技術戦略（IT 戦略）」が策定されており、平成 22 年（2010 年）までに情報通信技術を活用することにより、すべての国民が地域を問わず、質の高い医療サービスを受けることを可能にするとの目標が掲げられています。
- 医療保険事務の効率化を図るためレセプト*の電子化が進められてきており、平成 24 年（2012 年）7 月現在、本県の電子レセプトによる請求件数率は、医科（病院・一般診療所）で約 95%、歯科で約 49%、調剤で約 99%となっています。
- 県内の病院が電子カルテまたはオーダーリングシステム*を導入している割合は 52.5%です（平成 24 年（2012 年）10 月現在）。
- これまでに蓄積された電子レセプト等の匿名化された情報を活用し、患者の受療動向等を分析するなど、医療の効率化や質の向上を図ることが求められています。
- 質の高いサービス提供や医療の安全性向上のためには、情報通信技術を活用した医療福祉関係機関の情報連携が必要不可欠ですが、システム導入および管理経費の負担、セキュリティ対策、情報に関する教育・研修、患者への理解促進などの課題があります。
- 情報通信技術を活用した医療福祉連携を円滑に進めるためには、人的なネットワーク構築の取組も必要です。

施策の基本的な方向と目標

- 医療福祉分野における電子化・情報化の推進
- 情報通信技術を活用した医療福祉連携の推進

《数値目標》

目標項目	現状値	目標値（H29）	備考
情報通信技術を活用して医療情報連携を実施している二次保健医療圏の数	0 圏域（H24）	7 圏域	

施策の内容

（1）医療機関における情報化の推進

診療情報等を電子化することは、機関内での効率的な情報管理が可能となり、また関係機関との間で情報共有し、円滑な医療福祉連携を進めるための基礎となることから、電子カルテの導入を促進するなど、医療機関内における環境整備を図ります。

（2）医療情報連携ネットワークの構築

多機関・多職種が参加できる、安全で持続的に運用可能なネットワーク連携基盤の整備を促進します。また、安全なネットワーク環境を活用して関係機関で情報共有が可能となる仕組みを構築します。

（3）遠隔医療の推進

がんの病理診断など、県内の医療資源の不足や偏在に対応するため、身近なところで必要

な診断・治療が行える体制を確保するため、情報通信技術を活用した遠隔医療システムの整備、普及を促進します。

(4) 疾病登録・分析

がんや脳卒中などの疾病登録を進め、登録された情報を分析・活用することにより、将来的な疾病予測や疾病対策、またそれらに基づく医療システムの構築が可能となる仕組みづくりを促進します。

(5) 医療福祉情報の発信

県民が主体的に健康増進・疾病予防・介護予防等に取り組めるよう、収集・分析等された診療情報や疾病登録、健診データなどの医療福祉に関する情報について、それぞれの関係機関が県民へわかりやすく提供できるよう情報発信を促進します。

4 医薬分業の推進

現状と課題

- 平成 23 年度(2011 年度)における本県の状況は、処方せん枚数は約 680 万枚、医薬分業*率(処方せん受取率)は 61.6% (全国平均 64.6%)、全国第 29 位の状況にあります。
 医薬分業が進展する中、医薬品の重複投薬や相互作用の確認など、患者ごとにきめ細やかな医薬品の適正使用を指導することにより、患者満足度の高い医薬分業の推進が必要です。そのためには、「かかりつけ薬局(薬剤師)」を中心とした処方せん受入れ体制の確立が必要となってきます。
- また、薬局は医療提供施設として地域における医療連携体制の中で、調剤を中心とした医薬品や医療・衛生材料等の供給拠点としての役割を担うことが求められるとともに、医療機関と調剤を実施する薬局の医療機能の分担および業務の連携によって時間外(休日・夜間)においても対応できることが必要となっています。
- さらに、病院から在宅への流れの中で、患者の療養環境が変化しても、安全で安心な薬物療法を継続して受けられるよう薬剤管理指導の内容を引き継ぐことが必要であり、病院薬剤師と薬局薬剤師との連携が必要となっています。
- 在宅医療推進のために、医療用麻薬が円滑に提供される体制づくりが必要です。現在、麻薬小売業者の免許を取得している薬局は県内の保険薬局の約 66%であり、医療用麻薬を扱う薬局を増やす必要があります。また、無菌調剤室を有する薬局の共同利用ができる体制づくりが必要です。
- 平成 24 年(2012 年)8 月 1 日現在の圏域別保険薬局数、麻薬小売業者数、時間外対応可能薬局数および無菌調剤が実施できる薬局数は表 3-4-4-1 のとおりです。

表 3-4-4-1

	県全体	保 健 医 療 圏						
		大津	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北	湖西
保険薬局数	479	112	108	49	65	69	54	22
麻薬小売業者数	315	74	72	31	52	36	35	15
時間外対応可能薬局数	253	67	61	30	41	28	18	8
無菌調剤実施薬局数	8	1	4		1	1	1	

保険薬局：医師の処方せんに基づいて薬の保険調剤ができる薬局

麻薬小売業者：医師の処方せんに基づいて麻薬の調剤ができる薬局

時間外対応可能薬局：開局時間以外の時間において、患者が薬剤師に連絡を取ることができ、薬が調剤できる態勢をとっている薬局

無菌調剤実施薬局：クリーンベンチ等の無菌環境において、がん患者等に必要な無菌の製剤処理を提供できる薬局

施策の基本的な方向と目標

- 処方せん受入れ体制の充実
- 医療機関と薬局との連携の強化

《数値目標》

目標項目	現状値 (H23)	目標値 (H29)	備考
麻薬小売業者数	66%	75%	
無菌調剤実施薬局	7薬局	13薬局	

施策の内容

(1) 処方せん受入れ体制の充実

ア 薬局の基盤整備

地域住民に信頼される「かかりつけ薬局（薬剤師）」を育成するため、薬局業務運営ガイドラインに基づく適切な業務運営を推進します。

また、「かかりつけ薬局（薬剤師）」の普及定着を図る中で、休日・夜間の処方せん受入れ体制について、時間外対応できる薬局を増やします。

イ 薬剤師研修の充実

薬剤師会は、薬剤師の資質向上を目的として、生涯学習の充実を図ります。

ウ 薬事情報の提供機能の充実

医療関係者や県民からの薬に関する照会や薬局に対する最新の薬事情報・備蓄医薬品情報を迅速に提供するために、薬剤師会に設置された薬事情報センターの機能の充実を図ります。

エ 薬局における安全管理体制の強化

医療提供施設として薬局開設者が、医薬品の安全使用のための業務に関する手順書に基づき、医療の安全確保のために万全の方策を講じるよう徹底を図ります。

また、薬局ヒヤリ・ハット事例を収集し、上記手順書に則り、薬局における医療安全対策が図られていることの確認および医療事故防止のより一層の徹底を図ります。

オ 医薬分業をより健全に進展させ、県民のニーズに応えるため、麻薬をはじめとする医薬品の供給や薬局間の医薬品分譲の円滑化、一般名処方方の推進に取り組みます。

(2) 医療機関と薬局との連携

ア 病院薬剤師と薬局薬剤師との連携（薬薬連携）

服薬指導に関し医療機関と保険薬局がスムーズな連携を取ることで、より良い薬物療法を患者に提供できるよう努めます。

イ 「お薬手帳」の推進

患者の既往歴やアレルギー歴、副作用歴、医薬品服用歴等薬物療法に関する情報が記載されている「お薬手帳」は、患者と医師・薬剤師をつなぐ情報媒体として有効であることから、今後、電子化を含めこれを普及します。

ウ 在宅医療の推進

がん患者等の在宅医療を推進するため、高い無菌性が求められる注射剤や輸液などを身近な薬局で調製できるよう、薬剤師の無菌調製技術の向上を図り、無菌調剤室の共同利用化の推進に努めるとともに、薬局（薬局薬剤師）が在宅医療に必要な医薬品や医療・衛生材料等の供給拠点として地域医療に貢献できるよう努めます。

診療所や訪問看護ステーション等との連携により、在宅医療への参画を促進していきます。

(3) 県民への普及啓発活動の推進

県民に医薬分業や「かかりつけ薬局（薬剤師）」の正しい理解が得られるよう普及啓発に努めます。

(4) 医療用麻薬の供給体制の充実

在宅における疼痛緩和医療を推進するため、医療用麻薬の供給体制の充実を図るとともに、麻薬の適正な流通が保たれるよう、厳正な監視を行います。

第5章 患者・利用者を支える人材確保・養成

1 医師

現状と課題

(1) 医師確保の取組の経過

- 医師の確保にかかる諸問題への対応策について検討・協議を行い、具体的な取組を推進するため平成18年度（2006年度）に「滋賀県地域医療対策協議会」を設置しました。
- 平成19年（2007年）1月に同協議会により取りまとめられた「滋賀県における医師確保の方策について（中間まとめ）」の提言に基づき、県に「滋賀県医師確保支援センター」を設置するとともに「医師確保対策基金」を創設し、医師確保総合対策事業を展開する中で医師の確保を図っています。
- また、平成22年度（2010年度）からは、国の地域医療再生臨時特例交付金を活用した滋賀県地域医療再生計画に基づき、関連大学への寄附講座の設置や滋賀医科大学の定員増のための医科大学生への貸付の実施など医師確保対策に集中的に取り組んでいます。
- さらに、平成24年度（2012年度）からは、「滋賀県医師確保支援センター」の機能を充実・強化した「滋賀県医師キャリアサポートセンター」を設置し、滋賀医科大学と連携を図りながら医師のキャリア形成支援等にも取り組んでいます。

(2) 医師数の現状

- 平成22年（2010年）末現在の本県の医師数は、人口10万人あたり211.4人であり、全国平均の230.3人よりやや少なく全国35位となっています。

表3-5-1-1 医師数

（厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」）

	平成16年		平成18年		平成20年		平成22年	
	滋賀県	全国	滋賀県	全国	滋賀県	全国	滋賀県	全国
医師数	2,755	270,371	2,810	277,927	2,900	286,699	2,983	295,049
人口10万人あたり	200.8	211.7	202.3	217.5	206.8	224.5	211.4	230.4

- 新医師臨床研修制度実施前の平成15年（2003年）と比較すると、病院常勤医師の全体数は増加していますが、湖東、湖北、湖西の各保健医療圏においては減少しており、地域偏在の解消が課題となっています。
- 県が重点的に取り組んできた産科、小児科、麻酔科の医師数については、全体数は増加していますが、産科においては湖東保健医療圏が、小児科においては甲賀および湖東保健医療圏が、麻酔科においては甲賀保健医療圏が減少しています。
- また、精神科の医師数は、全体数が減少しており、甲賀保健医療圏を除く他の保健医療圏においては、横ばい若しくは減少しています。
- 産科医の減少により病院での分娩ができない保健医療圏や、病院常勤の精神科医が不在の保健医療圏が存するなどの診療科偏在の解消が課題となっています。
- 近年、女性医師の人数、割合とも増加してきていますが、出産や育児のために離職せざるを得ないケースもあり、就業を続けるための支援や職場復帰のための研修等のシステムづくりが必要です。

(3) 国の取組等

- 国においては専門医の在り方に関する検討会において、総合的な診察能力を有する医師

の名称や養成について議論がなされており、今後の高齢化の進展に伴い地域医療を担う総合的な診察能力を有する医師の養成・確保が必要となっています。

- 国の政策転換により全国の医学部入学定員は、平成 19 年（2007 年）4 月の 7,625 人から年々増員され、平成 24 年（2012 年）4 月には 1,366 人増の 8,991 人となり、滋賀医科大学においても、同時点の比較で 17 人増員の 117 人となっています。
- 平成 15 年度（2003 年度）から 21 年度（2009 年度）の間の滋賀医科大学卒業生（定員 100 名）のうち、県内病院に就業した医師数は 306 人（県内就業率 46.4%、年平均 43 人）であり、今後も概ねこのような傾向で県内に就業すると思われます。

施策の基本的な方向と目標

- 魅力ある医師キャリアアップシステムの構築による地域偏在の解消
- 女性医師の就業支援にかかる具体的施策の構築
- 病院や市町などの関係機関、団体などの医師定着の取組の推進と県による支援

施策の内容

- (1) 平成 24 年度（2012 年度）に設置した「滋賀県医師キャリアサポートセンター」において、以下の 3 本柱を基本に医師確保の総合的な対策に取り組みます。

ア 安定的な医師確保システムの構築

- ① 県内病院の医師配置状況等の調査・分析に基づき、優先的に支援すべき保健医療圏、病院、診療科等の検討を行います。
- ② 専門医育成プログラムなどの魅力あるプログラムを作成し、医師のキャリア形成を支援します。プログラム作成にあたっては、研修先の病院として可能な限り医師不足地域の病院を組み入れることにより、地域偏在の解消に努めます。
- ③ 医学生、臨床研修医、専門研修医といった各医師養成課程において修学資金や研修資金を用意し、高齢化の進展等を考慮した将来予測に基づく必要な医師の確保と県内定着を図っていきます。
- ④ 修学資金等貸与者が、順次、県の指定する医療機関への就業時期を迎えることから、本人の意向を勘案しながら、上記①の検討結果に基づく病院への配置を行います。
- ⑤ 総合的な診察能力を有する医師は、高齢化に伴い臓器や領域を超えた多様な問題を抱える患者が今後も増えることや、地域の保健・医療・介護等の様々な分野において包括ケアのリーダーシップをとるような役割も期待されていることから、その養成のシステムを構築します。
- ⑥ 大学・病院等から医師に関する情報収集を行うとともに、県の施策などについて情報提供を行います。

イ 魅力ある病院づくり

- ① 臨床研修医の県内病院での初期研修を誘導するとともに、研修終了後の県内定着率を高めるため、若手医師を対象として研修会、交流会の実施や、臨床研修指導医の講習会を開催します。
- ② 医師確保や離職防止等の医師が働きやすい環境整備の取組に対して支援します。
- ③ 県内病院の魅力や特色をホームページや情報誌等で発信し、県外の医師の県内病院への

就業を促進します。

ウ 女性医師の就業支援

- ① 女性医師等からの就業や職場復帰等に関する相談に対応するため、総合相談窓口を設置し、支援制度の紹介や家庭と仕事を両立させている女性医師の体験に基づくアドバイスをを行います。
 - ② 職場復帰を希望する女性医師がスムーズに復職できるよう、研修の実施やコーディネートを行います。
 - ③ 女性医師が働きやすい職場環境を目指した環境整備の取組に対して支援します。
 - ④ 女性医師ネットワークの構築により、情報交換の場を設け、女性医師同士の連携の促進を図ります。
- (2) 限られた医療資源を有効に活用し、医師の地域偏在等の解消を図るため、二次保健医療圏における医療機関の相互の機能分化と連携の促進を図ります。
 - (3) 滋賀県地域医療対策協議会において、これまでの事業の検証を踏まえ、さらなる医師確保対策の検討を行っていきます。
 - (4) 滋賀医科大学をはじめ、京都大学、京都府立医科大学などを中心に、情報交換を密にするなど、医師確保にかかる連携体制を強化していきます。

2 歯科医師

現状と課題

- 平成22年（2010年）末現在の県内の歯科医師数は、807人となっています。

表3-5-2-1 歯科医師数

（厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」）

	平成16年		平成18年		平成20年		平成22年	
	滋賀県	全国	滋賀県	全国	滋賀県	全国	滋賀県	全国
歯科医師数	752	95,197	775	97,198	776	99,426	807	101,576
人口10万人あたり	54.8	74.6	55.8	76.1	55.3	77.9	57.2	79.3

- 定期的に歯科健診を受ける者は増えてきましたが、引き続き、全てのライフステージにおける「かかりつけ歯科医の育成」が求められています。
- 虐待の早期発見には、歯科医師の役割が重要であり、虐待を疑ったときの通報等対応が求められています。
- 在宅療養者や要介護者を支援するために、多職種連携での体制づくりが進んでおり、歯科医師は、訪問歯科診療や口腔機能訓練での関わりが求められています。

施策の基本的な方向と目標

- 定期的な歯科健診、歯科保健指導による口腔疾患の予防および口腔機能に対する訓練等を行う「かかりつけ歯科医」の確保
- 多職種と連携して訪問歯科診療や口腔機能訓練を行う歯科医師の確保、資質の向上

施策の内容

- 多様化する地域の歯科保健医療ニーズに対応するため、歯科医師会など関係機関の積極的な取組により、医師会等他の医療機関との連携を図りながら、歯科保健医療の充実を図っていきます。

3 薬剤師

現状と課題

- 平成22年（2010年）末現在の本県の薬剤師数は、人口10万人あたり198人（総数2,794人）であり、全国平均の215.9人よりやや少なく全国19位となっています。

表3-5-3-1 薬剤師数

（厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」）

	平成16年		平成18年		平成20年		平成22年	
	滋賀県	全国	滋賀県	全国	滋賀県	全国	滋賀県	全国
薬剤師数	2,345	241,369	2,425	252,533	2,697	267,751	2,794	276,517
人口10万人あたり	170.9	189.0	174.6	197.6	192.4	209.7	198.0	215.9

- 業種の種別では、薬局・医療施設の従事者が、2,008人（71.8%）と最も多く、他に医薬品関係企業の従事者など就業薬剤師数は624人ですが、今後、在宅医療やチーム医療を推進していく中で、未就業薬剤師（162人（5.8%））の活用が求められています。
- 「セルフメディケーション」の浸透により、医薬品の専門家としての「かかりつけ薬局（薬剤師）」の重要性が認識されてきています。
- より高度で専門的な医療ニーズに対応するためにチーム医療の一員として薬剤師の積極的な活用が求められています。
- 在宅医療を推進するために、他の医療スタッフと協働して、積極的な処方提案や薬物療法を患者に提供するために資質の向上が必要となっています。

施策の基本的な方向と目標

- 医療の高度化・複雑化・煩雑化に対応した薬剤師の確保と資質の向上
- 地域医療のための多職種間連携の推進

施策の内容

- 在宅医療におけるチーム医療の参加や医薬品の専門家として地域医療に対応できる薬剤師の育成を図っていきます。
- 薬剤師会など医薬関係機関の取組による薬剤師の資質向上のための生涯教育の充実を図っていきます。

4 保健師・助産師・看護師・准看護師

現状と課題

- 平成22年(2010年)末現在の本県の看護職員の就業者数は14,568人であり、職種別の内訳は、保健師603人、助産師395人、看護師11,414人、准看護師2,156人です。
- 人口10万人あたりでは、保健師が42.7人、助産師が28.0人、看護師が809.1人、准看護師が152.8人となっています。
- 年次別推移を全国値と併せて示したものが表3-5-4-1で、就業者数は平成16年(2004年)末との比較で准看護師以外の全ての職種で増加し、人口10万人あたりの就業者数も平成22年(2010年)末時点で准看護師を除く全ての職種で全国値を上回っています。

表3-5-4-1 就業者数、人口10万人あたり就業者数(単位:人)

(厚生労働省「衛生行政報告例」)

	平成16年		平成18年		平成20年		平成22年	
	滋賀県	全国	滋賀県	全国	滋賀県	全国	滋賀県	全国
保健師就業者数	564	39,195	567	40,191	619	43,446	603	45,028
人口10万人あたり	41.1	30.7	40.8	31.5	44.2	34.0	42.7	35.2
助産師就業者数	313	25,257	260	25,775	335	27,789	395	29,672
人口10万人あたり	22.8	19.8	18.7	20.2	23.9	21.8	28.0	23.2
看護師就業者数	9,184	760,221	9,842	811,972	10,494	87,7182	11,414	952,723
人口10万人あたり	669.4	595.4	708.0	635.5	748.5	687.0	809.1	744.0
准看護師就業者数	2,304	385,960	2,195	382,149	2,273	37,5042	2,156	368,148
人口10万人あたり	167.9	302.3	158.1	299.1	162.1	293.7	152.8	287.5

- 本県における看護師、准看護師の就業者数を年次別、就業場所別で見ると、表3-5-4-2のとおりです。

表3-5-4-2 看護師、准看護師の就業場所別就業者数(単位:人)

(厚生労働省「衛生行政報告例」)

	平成16年		平成18年		平成20年		平成22年	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
病院	8,136	70.8%	8,323	69.1%	8,662	67.8%	9,166	67.5%
診療所	1,591	13.8%	1,570	13.1%	1,852	14.5%	2,035	15.0%
訪問看護ステーション	297	2.6%	323	2.7%	367	2.9%	445	3.3%
介護保険施設等	880	7.7%	1,231	10.2%	1,321	10.3%	1,362	10.0%
社会福祉施設	159	1.4%	95	0.8%	86	0.7%	121	0.9%
その他	425	3.7%	495	4.1%	479	3.8%	441	3.3%
合計	11,488	100.0%	12,037	100.0%	12,767	100.0%	13,570	100.0%

- 県内における看護職員の教育・養成機関は4年生大学3校を含む15機関で、入学定員は805人です。課程別の入学定員等は表3-5-4-3のとおりです。

表3-5-4-3 看護職員教育養成機関課程別入学定員等（単位：人）

（滋賀県調べ：平成24年（2012年）4月現在）

課程	施設数	学年定員	入学者数	充足率（%）
4年制（大学）	3	200	212	106.0
看護師3年課程	10	520	460	88.5
看護師2年課程	1	40	28	70.0
准看護師課程	2	45	46	102.2

- 平成24年（2012年）4月には看護職員確保支援センターを設置し、看護職員の確保に向けた体制強化を図っています。
- 少子化や高齢化の進行、医療の高度化・専門化に伴い、多様化する医療ニーズに対応するため、看護職を必要とする医療・福祉施設を意識した確保・定着対策が求められるとともに、より質の高い看護の提供を行うため、専門看護師や認定看護師などの育成が求められています。
- 自宅など医療機関以外で医療の提供を受ける機会が増加すると予測されるため、訪問看護ステーションなどにおいて在宅医療福祉を担う看護職員の確保・養成が必要です。
- 県では、訪問看護ステーションなどにおいて在宅医療福祉を担う看護職員の確保対策を実施するため、平成24年（2012年）3月に在宅医療福祉を担う看護職員確保対策基金を設置しました。
- 少子高齢化、疾病構造の変化に伴う生活習慣病対策・介護予防、在宅医療、児童虐待、健康危機管理など、保健師に求められる健康課題が多様化しています。

施策の基本的な方向と目標

- 高度な専門知識と技能を有する看護職員の確保および定着対策の推進
- 在宅医療福祉を担う看護職員の確保および養成対策の推進
- 地域の健康課題を把握し、対応できる保健師の資質向上

施策の内容

（1）看護職員の総合的な確保対策

ア 看護職員の養成

- 養成機関の学生確保を図るため、中高生を対象に看護職の魅力伝える啓発を推進します。
- 質の高い看護職員を確保するため、県立養成所2校を運営するとともに、民間等が運営する養成所の運営を支援します。
- 充実した看護基礎教育を実施するため、養成所専任教員の資質向上や実習指導者の養成に努めます。

イ 看護職員の県内確保定着および離職防止対策の促進

- 看護職員修学資金貸与事業により、新規就業者の県内確保定着を図ります。
- 病院内保育所運営費の助成、ワークライフバランスの推進や相談体制の整備などにより、看護職員の勤務環境を促進します。
- 助産師の離職防止を図るため、助産師外来や院内助産所の開設を支援し、働く場とやりがいの拡大に努めます。

ウ 潜在看護力活用の促進

- ハローワーク等と連携を強化することなどにより、滋賀県ナースセンター事業の充実を図り、潜在看護職員の再就業を促進します。
- 看護に対する県民の理解や関心を高めるため、「看護の日（毎年5月12日）」や「看護週間」を中心として啓発事業に取り組みます。

エ 看護職員の資質向上

- 新人看護職員の臨床能力向上を図るため、滋賀県看護協会をはじめ関係団体との役割分担のもとに、各病院が実施する新人看護職員研修を支援します。
- 医療の高度化・専門化に対応するため、より高度な知識と技術を習得し、質の高い看護ができるよう、資質の向上を図るとともに、研修機会の少ない小規模施設の看護職員に対する研修機会の確保に努めます。
- 新人、中堅、エキスパート別の助産師研修を実施し、助産師のキャリアアップを図ります。
- 保健師については、「滋賀県新任保健師の保健活動支援ガイドライン」（平成21年3月）、「滋賀県中堅保健師育成ガイドライン」（平成24年3月）に基づき、各職場内で現任教育が推進できるよう支援するとともに、保健師活動における、計画・実施・評価（PDCAサイクル）の定着と、初任期、中堅期、指導期等、階層的な研修を通じて実践力が向上できる体制を構築します。

(2) 在宅医療福祉を担う看護職員の確保・養成

ア 潜在看護職員の掘り起こし

- 再就業を支援するコーディネーターを配置し、二次保健医療圏における出張相談を実施するなど、潜在看護職員が就業相談しやすい環境を整えます。
- 滋賀県看護協会と一体となり、ナースバンク登録者の拡大を図るとともに、訪問看護ステーションや福祉施設などへの就業意思のある潜在看護職員の把握に努めます。

イ 職場復帰支援

- 再就業にあたっての技術的不安などを解消し、円滑な現場復帰を図るため、訪問看護ステーションや福祉施設など就業先に応じた研修を実施します。
- 潜在看護職員を雇用した訪問看護ステーションや福祉施設などに対して、雇用後一定期間の研修を支援します。

ウ 子育て環境支援

- 病院内保育所が他施設児童の受け入れや病児等保育を実施した場合の助成を拡大することにより、訪問看護ステーションや福祉施設などの看護職員の子育て環境を支援します。

5 管理栄養士・栄養士

現状と課題

- 平成 22 年（2010 年）末現在の県内病院に従事する管理栄養士、栄養士は 308 人です。

表 3-5-5-1 管理栄養士・栄養士数

	平成 16 年		平成 18 年		平成 20 年		平成 22 年	
	滋賀県	全国	滋賀県	全国	滋賀県	全国	滋賀県	全国
管理栄養士・栄養士数	273	32,015	290	33,794	272	34,303	308	35,496
人口10万人あたり	20.2	25.4	21.2	26.8	19.8	27.2	22.2	28.1

（厚生労働省「衛生行政報告例」）

- 県内の養成施設は、平成 24 年(2012 年) 4 月 1 日現在、管理栄養士養成施設 1 施設（入学定員 30 人）、栄養士養成施設 1 施設（入学定員 30 人）です。
- 平成 23 年（2011 年）7 月現在、県内 19 市町のうち 13 市町に管理栄養士が配置されています。
- 栄養サポートチーム加算、糖尿病透析予防指導管理料など、チーム医療が進む中、管理栄養士の役割が重要となっています。
- 特定健診・特定保健指導が医療保険者に義務づけられ、管理栄養士には、保健指導に関する専門的知識および技術が求められています。
- 糖尿病地域医療連携体制の整備が進む中、管理栄養士による療養指導体制の推進が必要です。
- また、診療所との連携による訪問栄養指導の推進等、在宅医療における管理栄養士の役割が重要です。
- 地域においては、ライフステージを通じた健康な生活習慣の獲得およびメタボリックシンドロームに関する知識の普及や、栄養・食生活および運動に関する適切な情報提供、食品産業等と連携した食環境の整備が求められており、食育も含めた健康づくりに関する取組を推進することが必要です。

施策の基本的な方向と目標

- 多職種と連携し、療養指導・保健指導ができる管理栄養士・栄養士の資質の向上

施策の内容

- 療養指導・保健指導の充実のため、栄養士会など関係機関と協力しながら、管理栄養士・栄養士の資質向上を図ります。
- 地域における食環境整備の推進、食育推進体制の確保のため、市町における管理栄養士等の配置促進を図ります。

6 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士

現状と課題

- 平成22年(2010年)10月現在の県内に従事する理学療法士は人口10万人あたり32.1人、作業療法士は人口10万人あたり18.6人、言語聴覚士は人口10万人あたり5.7人であり、すべての職種において全国平均よりやや少ない状況です。

表3-5-6-1 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士数(常勤換算)

	平成16年		平成18年		平成20年		平成22年	
	滋賀県	全国	滋賀県	全国	滋賀県	全国	滋賀県	全国
理学療法士	258.3	25948.7	313.5	31385.7	365.3	38675.3	450.1	47541.2
人口10万人あたり	18.8	20.3	22.6	24.6	26.1	30.3	32.1	37.1
作業療法士	117	15206.9	164.8	19202.5	199	24456.7	260.9	30795
人口10万人あたり	8.5	11.9	11.9	15.0	14.2	19.2	18.6	24.0
言語聴覚士	32.5	4545.2	50.9	5987.2	73.2	7869.2	79.6	9663.1
人口10万人あたり	2.4	3.6	3.7	4.7	5.2	6.2	5.7	7.5

(厚生労働省病院報告)

- 県内の養成施設は、平成24年(2012年)4月1日現在、1施設であり、入学定員は理学療法士80人、作業療法士40人です。
- 市町で実施される介護予防事業や機能回復を中心とした医学的リハビリテーションから、自立した生活を目指した地域リハビリテーションと幅広い分野において理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の充実が求められています。
- 保健・医療・福祉などの複合的な知識を持った地域リハビリテーション支援の中核を担う人材が求められています。
- 医学的リハビリテーションや地域リハビリテーションを行う人材として、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の確保および資質向上が必要です。

施策の基本的な方向と目標

- 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の確保と資質の向上
- 地域リハビリテーションの中核を担う人材の育成

施策の内容

- 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士等の専門職としての卒後教育プログラムなどの取組やリハビリテーションセンターの研修事業の中で、資質の向上の充実を目指します。
- 保健・医療・福祉などの複合的な知識を持った地域リハビリテーション支援を行う人材の育成を支援していきます。

7 歯科衛生士・歯科技工士

現状と課題

○ 平成 22 年（2010 年）末現在の県内に従事する歯科衛生士数は、1,137 人となっています。

表 3-5-7-1 歯科衛生士数

	平成 16 年		平成 18 年		平成 20 年		平成 22 年	
	滋賀県	全国	滋賀県	全国	滋賀県	全国	滋賀県	全国
歯科衛生士数	881	79,695	974	86,939	1,044	96,442	1,137	103,180
人口10万人あたり	64.2	62.4	70.1	68.0	74.5	75.5	80.6	80.6

（厚生労働省「衛生行政報告例」）

○ 平成 22 年（2010 年）末現在の県内に従事する歯科技工士数は、405 人となっています。

表 3-5-7-2 歯科技工士数

	平成 16 年		平成 18 年		平成 20 年		平成 22 年	
	滋賀県	全国	滋賀県	全国	滋賀県	全国	滋賀県	全国
歯科技工士数	355	35,668	410	35,147	407	35,337	405	35,413
人口10万人あたり	25.9	27.9	29.5	27.5	29.0	27.7	28.7	27.7

（厚生労働省「衛生行政報告例」）

- 県内の養成施設は、平成 24 年（2012 年）4 月 1 日現在、歯科衛生士 1 施設（入学定員 38 人）、歯科技工士 1 施設（入学定員 30 人）です。
- 歯科衛生士の養成については、歯科衛生士学校養成所指定規則の改正により、県立歯科保健専門学校歯科衛生学科の就業年限が平成 18 年（2006 年）4 月より 3 年とされ、平成 22 年（2010 年）には、全国の全ての歯科衛生士養成校が 3 年制となりました。
- 訪問歯科診療の推進や口腔ケアの推進、障害者歯科保健医療の充実等多様化する歯科保健ニーズに対応するための歯科衛生士の人材が不足しています。
- 社会構造の変化により歯科治療ニーズが多様化しており、歯科治療ニーズにあった製品をつくることのできる技術を持った歯科技工士が求められています。

施策の基本的な方向と目標

- 多様化する歯科保健ニーズに対応できる歯科衛生士と歯科技工士の資質向上

施策の内容

- 歯科衛生士会や歯科技工士会など関係機関の積極的な取組を得て、資質向上に向けた取組の充実を図ります。
- 歯科衛生士については、離職防止および復職支援を図ります。

8 精神保健福祉士

現状と課題

- 精神障害のある人の社会復帰を促進する上で、精神障害のある人の保健・福祉に関する専門的知識・技術を有する者による相談・援助を行うことが重要です。本県においても、精神疾患患者は増加傾向にあり、こうした人たちへの相談・援助を行う精神保健福祉士の適正な配置や資質の向上が求められています。
- 平成23年(2011年)6月30日現在で、本県の精神科病院および精神科診療所等に61人(うち非常勤6人)が従事しています。

表3-5-8-1 精神保健福祉士数

(厚生労働省「精神保健福祉資料」)

	平成20年		平成21年		平成22年		平成23年	
	滋賀県	全国	滋賀県	全国	滋賀県	全国	滋賀県	全国
精神科病院に従事者する精神保健福祉士数(うち非常勤)	54 (5)	8,133 (437)	50 (6)	8,505 (480)	65 (4)	— (—)	61 (6)	— (—)
人口10万人あたり	3.92	6.40	3.62	6.69	4.69	—	4.39	—

施策の基本的な方向と目標

- 精神保健福祉士の確保と資質の向上

施策の内容

- 滋賀県精神保健福祉士会の積極的な取組により、精神保健福祉士の確保と資質の向上に向けた取組の充実を図ります。

9 その他の保健医療従事者

診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、視能訓練士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師等があります。

現状と課題

- (1) 診療放射線技師（診療エックス線技師を含む）
平成 22 年(2010 年)現在県内の病院に、371 人が従事しています。
 - (2) 臨床検査技師（衛生検査技師を含む）
平成 22 年(2010 年)現在県内の病院に、448 人が従事しています。
 - (3) 臨床工学技士
平成 22 年(2010 年)現在県内の病院に、187 人が従事しています。
 - (4) 視能訓練士
平成 22 年(2010 年)現在県内の病院に、41 人が従事しています。
 - (5) あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師
平成 22 年(2010 年)末現在の県内就業者数は、あん摩マッサージ指圧師 715 人、はり師 683 人、きゅう師 678 人、柔道整復師 377 人です。
- 専門性を有するメディカルスタッフが、医療と福祉が一体となった質の高い医療を提供するため、「チーム医療」として業務を分担、連携、補完することが必要です。
 - あん摩マッサージ指圧等の施術について、資格を必要としないマッサージ類似行為の施術所も増加していることから、県民への正しい情報の提供が必要となっています。

施策の基本的な方向と目標

- 保健医療従事者の資質の向上
- あん摩マッサージ指圧等の施術に関する適切な情報提供の実施

施策の内容

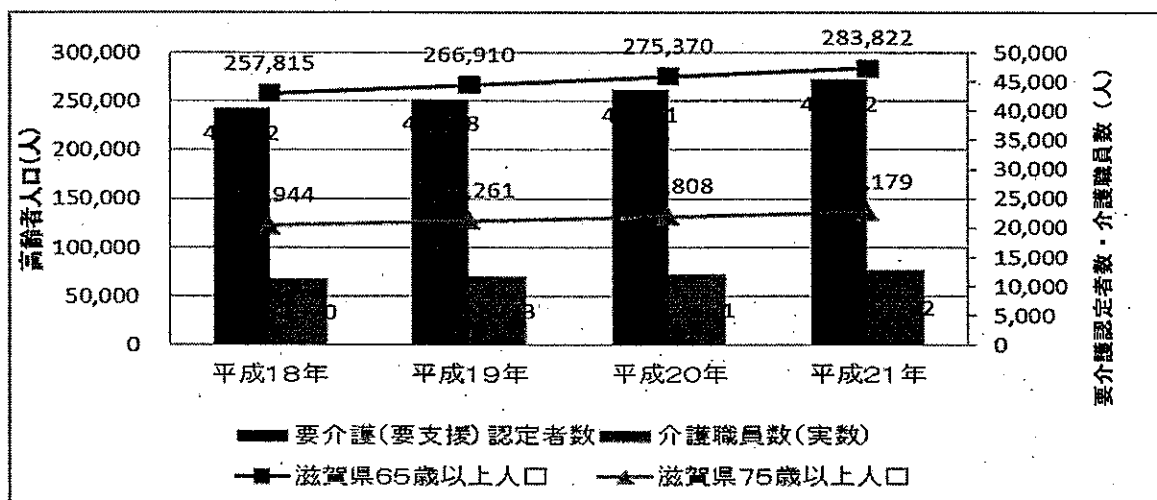
- 医師や看護師を含めた保健医療従事者が、緊密な連携を保ち、患者の適切な医療を提供する「チーム医療」に対応できるよう、資質の高い保健医療従事者の育成を支援します。
- あん摩マッサージ等の施術を受ける前に、施術者の資格を確認するよう呼びかけるなど、県民への正しい情報の提供を実施します。

10 介護サービス従事者

現状と課題

- 平成 21 年 (2009 年) 10 月現在の本県の介護サービス施設・事業所の介護職員数は、12,782 人 (実人員) [常勤換算で 8,385 人] です。
- 平成 37 年 (2025 年) には、現在の介護職員数の 2 倍以上である 23,700 人～24,900 人の介護職員が必要であると推計されます。
- 県内の介護福祉士等養成施設の定員は 100 名であり、平成 20 年 (2008 年) 比で 70 名 (41%) の減少となっています。また、平成 23 年度 (2011 年度) の卒後進路の状況は、95%が介護等の業務に就業しています。
- 介護が必要になっても、住み慣れた地域で自立した生活を送りたいというニーズが高まっており、医療、介護、予防、生活支援、住まいを包括的かつ継続的に提供する地域包括ケアシステムの構築に向けて在宅生活を支える介護人材の確保が必要です。
- 重度要介護者の中には医療的なケアを必要とする人が多く、医師の指示のもと、看護職員と介護職員等が連携して、利用者にとって安全・安心なケアの提供が求められています。

図 3-5-10-1 高齢者人口・要介護認定者数・介護職員数の推移



(出典：滋賀県「毎月人口推計」、厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」、滋賀県「介護保険事業状況報告」)

施策の基本的な方向と目標

- 医療知識や高い介護技術を習得した介護職員の確保・養成
- 医療依存度の高い利用者チーム支援を行うことができる介護職員等の確保

施策の内容

- 介護の資格や実務経験などを有する質の高い介護職員を確保するため、事業者関係団体や職能団体、市町と連携した取組を進めます。
- たんの吸引や経管栄養など、介護サービス事業者 (登録特定行為事業者) において安全かつ適正に実施される体制を整備するため、介護職員の技術向上に努めます。
- 多職種連携により医療依存度の高い重度要介護者を支援できる介護職員や、医療と連携したケアマネジメントができる介護支援専門員の確保・養成を図ります。

第4部 計画の推進

第1章 推進体制および評価

1 推進体制と役割

本計画は医療福祉に関して広範囲にわたる計画であるため、県民をはじめ、関係するすべての機関がその役割を認識し、相互に連携を図りつつ主体的な行動をとるとともに、有効なチェック機能のもとに必要な見直しが行える体制を整備し、計画の着実な推進を目指します。

(1) 県民

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

(2) 医療機関等

- 医療機関は、計画に記載する医療提供体制等における自らの位置づけや役割を認識し、求められる医療機能の充実・強化に努めることにより、計画の推進に協力するものとします。
- 病院と病院、病院と診療所間の一層の連携を図り、また薬局や訪問看護ステーション、介護サービス施設・事業所なども含め、多職種が連携することにより医療と福祉が一体となった地域住民への質の高いサービス提供が求められています。

(3) 医療福祉関係団体

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

(4) 保険者

- 保険者は、特定健康診査、特定保健指導の円滑な実施や健診・医療・介護データ等の分析・活用による効率的で効果的な保健医療事業を実施することにより、計画の重点事項の一つとして掲げる県民の健康増進・疾病予防・介護予防への貢献が期待されます。

(5) 市町

- 市町は、住民に最も身近な事業実施主体として、健康づくりの推進や疾病予防、初期救急への対応、介護サービスなど、地域の実情に応じた医療福祉にかかる施策を企画・実施していくことが求められます。
- また、地域包括支援センター等を中心として、保健・医療・福祉が一体となって地域住民の日常生活を支える医療福祉体制が構築できるよう、保健所とともにその調整機能が期待されます。

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

(6) 県

- 県は、市町、医療機関、保険者等関係機関への計画の周知を行うとともに、関係機関がそれぞれの役割に沿って計画を遂行するための調整・支援、計画の進行管理を行います。
- また、県民に対し、計画の周知を含め医療福祉に関する情報提供を積極的に行うとともに、県民や各種団体と連携・協力しながら計画の推進に努めます。
- 保健所は、圏域の医療福祉資源の状況や健康課題、医療福祉サービスの実態を踏まえ、市町、医療機関、関係団体等との総合的な調整を図り、計画に基づく施策を進めます。

2 進行管理と評価

(1) 計画の進行管理

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

(2) 計画の評価

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

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

(3) 進捗状況・評価の公表

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

用語解説

あ 行

アセットマネジメント

施設のライフサイクルコスト（施設整備から維持管理まで全体にかかる費用）を考慮した効率的な資産管理方法のひとつで、適切な時期に施設の改修や更新の投資を行い、将来も含む総コストの縮減を図っていこうとするもの。

違法ドラッグ（いわゆる脱法ドラッグ）

麻薬や覚せい剤には指定されていないため、それらと類似の有害性が疑われる物質であって、「合法ドラッグ」「合法ハーブ」などといって販売されているが、人に乱用させることを目的として販売等がされるもの。どのような物質が含まれているか不明な製品が多い。規制を逃れるため、目的を偽装（芳香剤、研究用試薬等）して販売等がされる。

医薬分業

医療において、医師・歯科医師が患者を診察し、治療上薬剤を投与する必要があると認めた場合、医師・歯科医師は患者に処方せんを交付し、薬局の薬剤師が処方せんに基づき調剤を行うことにより、医師・歯科医師と薬剤師がそれぞれの専門性を発揮して医療の質的向上を図ろうとする制度。

医療福祉

保健、医療、福祉といった縦割りの各分野のサービスが単に連携するということにとどまらず、地域における生活を支えるという統一的な理念の下で、各分野が一体的かつ有機的にネットワークを形成していくことが重要であり、この考え方を表す言葉。

院内がん登録

各医療機関で診断・治療を受けた全がん患者を対象とするがん登録。当該施設における診療支援とがん診療の機能評価を第一の目的とする。

院内助産所

分娩を目的に入院する産婦および産後の母子に対して、助産師が主体的に分娩等の援助を行う。

エンディングノート

人生の終末期に自身に生じる万一のことに備えて、治療、介護、葬儀などについての希望や、家族への伝言、連絡すべき知人のリストなどを書き留めておくノート。遺言と異なり法的な拘束力はない。

オーダーリングシステム

カルテの記入やオーダー（処方せん・検査オーダー）等の医療情報を直接コンピュータに入力し、その情報をもとに各種医療業務を合理的・能率的に行うことを目的としたコンピュータシステム。

オンコール

夜間や休日等の診療時間外の救急患者の手当等に対応するため、電話で連絡が取れる体制のこと。

か 行

介護支援専門員

介護を必要とする高齢者等が心身の状況等に応じた適切なサービスを受けることができるよう、市町や居宅サービス事業者等との連絡調整や介護サービス計画の作成等を業務としている専門職。ケアマネージャー。

介護予防・日常生活総合支援事業

地域支援事業において、要支援者、2次予防事業対象者に対して、介護予防や配食・見守り等の生活支援サービス等を市町の判断により総合的に提供する事業。

介護老人福祉施設

特別養護老人ホームとも呼ばれる。原則65歳以上の高齢者の、要介護者に対して介護保険サービスを行なう施設。利用する要介護者に対し、介護サービス計画に基づき、入浴・排せつ・食事等の介護、日常生活上の世話、機能訓練、健康管理及び療養上の世話をを行う。

介護老人保健施設

病状が安定期にある要介護者に対し、施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理下における介護、機能訓練その他必要な医療、日常生活上の世話をを行う施設として、知事の許可を受けたもの。

回復期リハビリテーション病棟

脳血管疾患または大腿骨頸部骨折等の患者に対して、ADL（日常生活動作）の向上による寝たきりの防止と家庭復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に行うための病棟。

開放病床

かかりつけ医と病院の医師が協力して、患者に対し通院から入院、退院までの一貫した診療を行い、継続的に検査、手術などが行える専用の病床。

かかりつけ薬局

医療機関から発行された処方せんを、患者自らが選択した薬局に持って行き、薬の服用方法や注意事項などの適切な助言を受けられる薬局を「かかりつけ薬局」といい、薬に関することや健康について気軽に相談できる薬局のこと。

がん患者サロン

がんの患者同士が交流する場所。

緩和ケア

生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、痛みやその他の身体的問題、心理社会的問題を早期に発見し、的確な対処（治療・処置）を行うことによって、苦しみを予防し、和らげること。

気管挿管

呼吸の停止した救急患者に対して、空気の通る道（気道という）を確保するため、肺につながる気管に直接チューブを入れ人工呼吸を行うため、もっとも確実に気道を確保できる方法。「気管挿管」は、これまで医師のみに認められていたが、平成16年7月から高度な救急救命処置ができる救急救命士に、医師の具体的指示のもと「気管挿管」の実施が認められた。

希少がん

患者数の少ないがん。目のがん、神経内分泌腫瘍など数多く存在する。

逆紹介

専門的治療を目的にかかりつけ医から専門医に紹介され専門的診断、専門的治療を受けた後、再びかかりつけ医へ紹介すること。

救急搬送コーディネーター

医療施設または消防機関からの要請により、母体または新生児の受入医療施設の調整および選定を行う。本県では、大津赤十字病院内に設置している。

共同利用型病院方式

拠点となる救急指定病院において、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る方式。

居宅介護支援事業所

介護支援専門員（ケアマネジャー）による介護サービス計画（ケアプラン）の作成や、介護事業者との連絡調整・紹介などのサービスを行う。

緊急冠動脈インターベンション（PCI：Percutaneous Coronary Intervention）

急性心筋梗塞の治療法の一つ。狭くなった冠動脈を、カテーテルを用いて広げ、血液を流れやすくする方法。先端にバルーン（風船）がついたカテーテルを通し、狭くなった部分まで進めた後、膨らませる方法。

緊急冠動脈バイパス術（CABG：Coronary Arterial Bypass Grafting）

急性心筋梗塞の治療法の一つ。狭くなり、閉塞している冠動脈の先に別の血管をつなげ、新しい路（バイパス）を作り、血液を流す手術療法。人工心肺装置を使用し心臓を止めて行う手術と、人工心肺装置を使用せず心臓が動いたまま行う方法がある。

緊急血栓溶解療法（PTCR：Percutaneous Transluminal Coronary Recanaryzation）

急性心筋梗塞の治療法の一つ。カテーテルを使って冠動脈内に血栓溶解剤を直接流し込み、血管内部にできた血栓を溶かして血流を改善させる方法。

緊急時計画区域（EPZ：Emergency Planning Zone）

国の旧原子力安全委員会が策定した「原子力施設等の防災対策について」に基づく、原子力施設における異常事態に備えた対策を講じておくべき地域。原子力発電所から概ね8～10kmの範囲とされていた。

緊急時防護措置を準備する区域（UPZ：Urgent Protective action Planning Zone）

原子力施設における異常事態を仮定し、その影響の及ぶ可能性がある区域を定めて、重点的に原子力災害に特有な対策を講じる区域のうち、確率的影響を最小限に抑えるために緊急時の防護措置を準備する区域。国の原子力規制委員会から示された「原子力災害対策指針」では、原子力施設から概ね30kmを目安とされている。

緊急被ばく医療体制

原子力施設における緊急事態の発生時に、被ばく患者を受け入れる医療体制のことをいい、汚染の有無にかかわらず初期診療や救急診療を実践する「初期被ばく医療機関」、専門的な診療を実践する「二次被ばく医療機関」、高度専門的な診療を実践する「三次被ばく医療機関」からなる。

均てん化

どこに住んでいてもがんの標準的な専門医療を受けられるよう、医療技術等の格差の是正を図ること。

クリプトスポリジウム

牛・馬・豚・犬・猫等のほ乳類の腸に寄生する大きさ5μm程度の原因であり、食品や水を通じて感染すると下痢や嘔吐などの症状を示す。通常の水道水の消毒では死滅しないため、過去に水道水が汚染され大規模な集団感染が発生している。現在は、水道施設で徹底したろ過処理や紫外線による消毒を行い除去している。

経皮的心肺補助装置（PCPS：Percutaneous CardioPulmonary Support）

急性心筋梗塞や心不全で自身の心臓では生命を維持できなくなった場合に、心肺補助に使用される人工心肺装置。

血液製剤

人の血液またはこれから得られたものを有効成分とする医薬品のことで、輸血用血液製剤と血漿分画製剤に分けられる。「輸血用血液製剤」は、人の血液の全部または人の血液から赤血球・血小板・血漿の成分を分離・調整したも

のであり、「血漿分画製剤」は、人の血液から分離した血漿から治療に必要な血漿タンパク質を種類ごとに分画したもので、主なものに、アルブミン製剤・免疫グロブリン製剤・血液凝固因子製剤がある。

結核モデル病床

合併症を有する結核患者または精神障害者である結核患者に対して、医療上の必要性から、一般病床または精神病床において収容治療するモデル事業を実施する病床のこと。

血清クレアチニン

腎機能をみる検査。クレアチニンとは血液中の老廃物のひとつであり、通常であれば腎臓でろ過され、ほとんどが尿中に排出される。腎機能が低下していると尿中に排出されずに血液中に蓄積される。この血液中のクレアチニンの値のこと。

ゲートウェイ・ドラッグ

薬物乱用の入り口となる薬物。

献血者自己申告制度

HIV感染の危険性がある人が献血後、その献血者本人が問診事項に対する回答を修正する必要があると考えた場合、献血終了後三時間以内に当該献血者の採血番号と生年月日を当該献血者が献血を行った血液センターに対して連絡を行う制度。

献血並行型骨髄バンク登録会

公益財団法人骨髄移植推進財団が、移動献血会場において、献血者を対象として骨髄バンクに骨髄提供希望者の登録を受けけるため設けた会場のこと。

権利擁護センター

自らの判断能力が不十分なため、財産や身体監護（医療、住居、介護、教育等本人の身上面に関する保護）等に関する権利を行使することが困難な認知症高齢者等の権利擁護に関する相談に対応する機関。運営主体は、滋賀県社会福祉協議会。

広域医療搬送

被災地域で対応困難な重症患者を被災地域外に搬送し、緊急の治療を行うために国が政府の各機関の協力の下で行う活動であり、自衛隊機等による航空搬送時の診療、航空搬送拠点臨時医療施設（SCU）における診療、SCUの運営等を含む。

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

災害時に被災した都道府県を越えて、医療機関の稼働状況など災害医療に関わる情報を共有し、被災地域での迅速かつ適切な医療・救護に関わる各種情報を集約・提供するためのシステム。

航空搬送拠点臨時医療施設（SCU: Staging Care Unit）

主に航空機搬送に際して患者の症状の安定化を図り、搬送を実施するための救護所として、必要に応じて被災地域および被災地域外の航空搬送拠点に、広域医療搬送や地域医療搬送に際して設置される。

合計特殊出生率

その年次の15歳から49歳までの女性の年齢別出生率を合計したもので、仮に1人の女性がこの年の年齢別出生率にしたがって子どもを生んでいった場合、生涯に生む平均の子どもの数に相当する。

高次脳機能障害

脳梗塞や脳出血、交通事故などで脳を損傷した後、さまざまな問題を引き起こす障害。一見、障害とはわからないた

め、医療などの専門家でも理解が十分ではない。易疲労性、注意障害、記憶障害などの症状を示す。

後発医薬品（ジェネリック医薬品）

新薬（先発医薬品）と同じ有効成分で効能・効果の等しい医療用の医薬品のこと。先発医薬品の特許が切れた後に、厚生労働大臣の承認のもとに新たに他社から製造販売されるため、後発医薬品と言われている。

高齢者虐待防止法

「高齢者虐待防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」の通称名。高齢者の尊厳の保持にとって高齢者に対する虐待を防止することが極めて重要であることから、高齢者虐待の定義を明確化し、その上で虐待の防止と養護者への支援のため、国や地方公共団体、国民の責務などを規定している。

誤嚥性肺炎

咳反射や嚥下反射の神経活動が低下し、細菌が唾液や胃液と共に肺に流れ込んで生じる肺炎。高齢者に多く発症し、再発を繰り返す特徴がある。

子育て・女性健康支援センター

思春期、妊娠期、子育て期、更年期など生涯にわたり女性の健康保持増進を目的に、健康相談と健康教育を行う。

5大がん

日本人に発生する頻度の高い肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん、乳がんの5つのがんのこと。

5年生存率

がんと診断された患者数を分母として、診断後、一定期間（5年間）生存した患者数の割合を示す値。

コンビニ受診

夜間や休日を問わず、体調のちょっとした変化でも救急外来を受診すること。このような患者の対応が増えると重症患者の対応が困難になったり、医師が疲弊する原因の一つにもなる。

さ 行

災害拠点病院

災害時に多発する重篤救急患者の救命医療を行うための高度の診療機能を有し、被災地からの重症傷病者の受入れ機能を有するとともに、災害派遣医療チーム等の派遣および受入れ機能、広域搬送への対応機能、地域の医療機関への応急用資器材の貸出し機能を有する病院で、都道府県が指定する。

災害時個別支援計画

災害時、ライフラインの途絶により生命に危機をおよぼすことがないように、各患者の療養状況に応じて、患者・家族や関係者が、災害時のそれぞれの対応・支援の内容をまとめた計画のこと。

災害時対応ノート

災害時への備えとして、平常時に準備すべきことや緊急時の療養に必要な本人・家族の情報等をまとめておく自助対策のノートのこと。県が作成し、特定疾患等で人工呼吸器・酸素吸入・たん吸引器を使用している患者やその関係者へ配布している。

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

災害の発生直後の急性期（概ね48時間以内）に活動が開始できる機動性を持った、専門的な研修・訓練を受けた医療チームで、1隊の構成は、医師1名、看護師2名、業務調整員1名の4名を基本とする。

在宅時医学総合管理料

診療所または200床未満の病院である届出保険医療機関が、在宅療養計画を策定し、月2回以上訪問診療を行った場合に算定できる診療報酬点数。

在宅重症難病患者一時入院事業

在宅で人工呼吸器を装着している重症難病患者が、介護者の休息（レスパイト）等の理由により、一時的に在宅で介護等を受けることが困難になった場合に、一時入院することが可能な病床を確保する事業。

在宅療養支援診療所（病院）

高齢者等の在宅での療養を支えられるよう、24時間往診・訪問看護の提供が可能な体制や、緊急時の入院受入体制を構築して、近畿厚生局に届出を行った診療所（病院）。

産科オープンシステム

日常の妊婦健診や相談は地域の診療所や助産所で行い、分娩時はその状況に応じ、それまでの診療や相談で関わっていた医師や助産師が、設備や医師数の整った病院の協力を得て出産を行うもの。

滋賀県保険者協議会

県内の医療保険者を構成委員として、医療保険者相互が連携、協力して被保険者の健康保持、増進を図るとともに、保険者の保健事業等の効率的かつ円滑な運営を図ることを目的に設立された団体。事務局は滋賀県国民健康保健団体連合会に設けられている。

滋賀県薬物乱用対策推進本部

薬物乱用に関する総合的かつ効率的な対策を強力に推進するために設置されたもので、国の関係機関の職員、関係団体の役職員等により構成されている。

滋賀県リハビリテーション協議会

医学、社会福祉、職業、教育、行政および当事者からの各分野の代表委員で構成し、保健・医療・福祉の連携により高齢者や障害者の状態に応じた適切なリハビリテーションサービスが提供されるよう連携や支援体制について協議・検討する組織。

糸球体ろ過量（GFR：Glomerular Filtration Rate）

腎臓の基本的な働きを評価するもの。フィルター役目を果たす糸球体が1分間にどれくらいの血液をろ過し、尿を作れるかを表す。

持続性感染

一過性感染に対して、感染したウイルスが体から排除されず、6か月以上にわたって感染の状態が続くこと。一部のがんの原因となる。B型肝炎ウイルス、C型肝炎ウイルスによる肝がん、ヒトパピローマウイルス（HPV）による子宮頸がん、ヒトT細胞白血病ウイルス1型（HTLV-1）による成人T細胞型白血病、ヘリコバクター・ピロリ菌による胃がんなど。

周産期医療情報センター

周産期関連病床の空床状況など、周産期医療の運営に必要な情報の収集を行い、地域周産期医療関連施設等に提供を行う。本県では、大津赤十字病院内に設置している。

周産期医療ネットワーク

出産の安全を守るため、一般産科施設と高次の医療機関（総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター等）が、空床情報や適切な医療を提供できるよう連携していること。

周産期協力病院

周産期医療体制の中で、地域周産期母子医療センターと協力して、ハイリスク妊婦、ハイリスク新生児に対して医療の提供を行うことが可能な医療機関。

周産期死亡率

日本の人口動態統計では平成6年まで周産期死亡を妊娠満28週未満の死産と生後1週未満の早期新生児死亡をあわせたものとしていたが、WHO（世界保健機構）の勧告により、平成7年からは、妊娠満22週以後の死産と生後1週未満の早期新生児死亡をあわせたものとし、次の式で算出される。

$$\text{周産期死亡率} = \frac{\text{妊娠22週以後の死産数} + \text{早期新生児死亡数}}{\text{出産（出生} + \text{妊娠満22週以後の死産）数}} \times 1,000$$

出生率

人口千人あたりの一定の時間内（通常1年）における出生数を人口で割ったもので、次の式で算出される。

$$\text{出生率} = \frac{\text{出生数}}{\text{人口}} \times 1,000$$

障害者総合支援法

障害福祉サービスの充実等、障害者の日常生活および社会生活を総合的に支援するための法律で、障害者の定義に難病等が追加され、平成25年4月1日から施行される。

小児慢性特定疾患治療研究事業

児童福祉法に基づき、小児慢性疾患のうち小児がんなど特定の疾患について、その治療の確立と普及を図り、あわせて患者家庭の医療費の負担軽減を図るための医療費の助成制度のこと。原則18歳未満の児童が対象である。

助産師外来

妊婦・褥婦に対する健康診査や保健指導が助産師によって行われる外来。

腎・アイバンクセンター

眼球提供者の募集、登録および提供眼球的のあっせん、ならびに死後の腎臓提供者の登録などを行うところ。

新生児死亡率

生後4週未満の死亡をいい、このうち1週未満の死亡を早期新生児死亡という。新生児死亡率は次の式で算出され、出生千人あたりを用いる。

$$\text{新生児死亡率} = \frac{\text{新生児死亡数}}{\text{出生}} \times 1,000$$

新生児専用ドクターカー

医師等が同乗し、治療を行える医療設備を有する新生児専用救急搬送車のこと。

心臓血管疾患集中治療部（CCU：Coronary Care Unit）

急性心筋梗塞などの冠動脈疾患患者に対して集中治療を行う部門。

心臓リハビリテーション

心筋梗塞、狭心症など心疾患の治療で社会復帰や再発予防のため、医学的な評価、運動処方、冠危険因子の是正、教育およびカウンセリングからなる長期にわたる包括的なプログラムである。個々の患者の心疾患に基づく身体的・精神的影響を出来るだけ軽減し、突然死や再梗塞のリスクを是正し、症状を調整し、動脈硬化の過程を抑制あるいは逆転さ

せ、心理社会的ならびに職業的状況を改善することを目的とする。

診療ガイドライン

医療現場において適切な診断と治療を補助することを目的として、厚生労働科学研究費補助金診療ガイドライン作成班または学会等により「根拠に基づいた医療」に則って、予防から診断、治療、リハビリテーションに至るまで、医師と患者の合意の上で最善の診療方法を選択できるよう支援するために作られた文書。

スクリーニング

集団の中から、精密検査が必要な人やハイリスク要因を持った人などを選び出すふり分けのこと。

精神科救急医療システム

緊急な精神医療を必要とする精神障害者等の医療・保護を迅速かつ適切に行うため、県立精神医療センターおよび民間の精神科病院の協力を得て、県内を3ブロックに分け、ブロック毎の輪番制による当番病院体制と保健所および警察、消防の協働体制により精神科の救急医療を確保するもの。

精神障害者保健福祉手帳

精神障害を有する人のうち、精神障害のため長期にわたり日常生活または社会生活への制約のある人が、「精神保健及び精神障害者に福祉に関する法律施行令」第6条に定める障害等級に該当する場合に交付されるもの。

精神保健指定医

精神障害者に対して医療を行うに当たって、人権に十分配慮しつつ適正な医療を行うことができる観点に立って、昭和62年に法改正で設けられた制度。指定医は、5年ごとの研修が義務づけられている。

精神保健福祉センター

精神保健の向上および精神障害者の福祉の増進を図るため都道府県が設置する機関。精神保健および精神障害者の福祉に関する知識の普及啓発、調査研究、複雑または困難な相談および指導、精神医療審査会の事務などを行う。

成年後見制度

判断能力の不十分な認知症の人などを保護するための制度。家庭裁判所によって援助者として成年後見人等（成年後見人・補佐人・補助人）が選ばれる「法定後見制度」と判断能力が不十分になったときに備えてあらかじめ候補者と契約をしておく「任意後見制度」とがある。

全県型遠隔病理診断事業

成人病センターを中心として「地域ICT利活用広域連携事業」を活用して、全県型遠隔病理診断ICTネットワークの整備や、遠隔病理診断を支える病理担当技師等の人材育成、医療やICTを支える人材の教育支援、県民向けの健康情報の提供に向けた取組。

先天性血液凝固因子障害等治療研究事業

先天性血液凝固因子欠乏症および血液凝固因子製剤に起因するHIV感染症患者への医療費の助成制度のこと。

臓器移植コーディネーター

臓器提供・移植に対する正しい知識の普及啓発や、臓器提供事例発生時に円滑な臓器提供の実施に向けた連絡調整などの業務を行う連絡調整者のこと。

総合周産期母子医療センター

母体・胎児集中治療管理室を含む産科病棟および新生児集中管理室を含む新生児病棟を備え、母体および新生児搬送受入体制を有し、母体または児におけるリスクの高い妊娠に対する医療および高度な新生児医療等の周産期医療を行うことのできる医療施設。

た 行

第1号被保険者

市町村の住民のうち65歳以上の人。住所地の市町村に保険料を納め、介護が必要となった場合にはその市町村から介護サービスを受けることができる。

第2号被保険者

市町村の住民のうち、40歳以上65歳未満の医療保険加入者。65歳に達した時には第1号被保険者となる。第2号被保険者は、加齢に伴って生じる心身の変化に起因する病気（特定疾病）により要介護状態や要支援状態になった場合にサービスが受けられる。

退院患者平均在院日数

対象患者が平均して何日間で退院することができたかが反映される指標。

大動脈バルーンパイピング法（IABP：IntraAortic Balloon Pumping）

急性心筋梗塞の治療法の一つ。胸部大動脈内にカテーテルにつけたバルーンの拡張・収縮によって心臓のポンプ機能を助け、冠動脈の血流を改善する治療法。

地域医療支援病院

紹介患者に対する医療提供、医療機器等の共同利用の実施等を通じて、かかりつけ医、かかりつけ歯科医等を支援する病院。

地域がん登録

滋賀県に居住するすべてのがん患者の情報について、発病から治療、死亡に至るまでの全課程の医療情報を多方面より集め、個々の患者ごとに集約したもの。これらの情報をもとに罹患率の測定、受療状況の把握、生存率の測定、がん予防や医療活動の評価、医療機関におけるがん医療の評価の援助および疫学研究を行うことを目的としている。

地域支援事業

市町村が介護保険法に基づき、被保険者が要介護状態や要支援状態になることを予防するとともに要介護状態等になった場合においても、可能な限り、地域において自立した日常生活を営むことができることを目的に行う事業。

地域周産期母子医療センター

産科および小児科等を備え、周産期に係る比較的高度な医療を行うことができる医療施設。一つまたは複数の二次保健医療圏域に1か所ないし必要に応じて設けることが望ましいとされている。

地域・職域連携推進会議

県：市町、事業者および医療保険者等と地域と職域の関係者が相互に情報交換を行うことで、保健事業に関する共通理解を図り、生涯を通じた健康づくりに必要な課題やその解決のための施策を検討する場。

地域福祉権利擁護事業

認知症高齢者、知的障害者、精神障害者などで判断能力が不十分な者が自立した地域生活を送れるよう福祉サービスの利用援助等を行う事業。

地域包括ケアシステム

ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが、日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制。

地域連携クリティカルパス

病気が発症した際に治療を行う「急性期病院」から集中的なりハビリをする「回復期病院」を経て、生活機能維持のためのリハビリをする「維持期病院・施設」まで、切れ目のない治療が提供でき、早期に自宅に帰れるよう地域全体の関係機関が協働で作成する診療計画表。

チーム医療

医療に従事する多種多様な医療スタッフが、各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつも互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供すること。

糖尿病連携手帳

血糖やHbA1cなどの検査値や治療内容などを記録するように作られたポケットサイズのノート。(社)日本糖尿病協会が発行し、全国の患者に主治医を通じて無償配布されているもの。平成20年8月に従来の「糖尿病手帳」から「糖尿病連携手帳」に改められた。

登録販売者

一般用医薬品の販売に必要な資質を備えているかを確認する試験に合格し、都道府県知事の登録を受けた者で、一般用医薬品の販売を担う薬剤師とは別の新たな専門家(但し、特にリスクが高い第1類医薬品は扱えない)。

ドクターヘリ

医療機器を装備し、救急医療の専門医師と看護師が搭乗した救急専用のヘリコプターのこと。救命救急センターに常駐し、消防機関等からの出動要請に基づいて救急現場に向かい、現場から救命救急センター等の病院に搬送するまでの間、患者に救命医療を行う。

特定機能病院

①高度の医療を提供・評価・開発・研修することができる、②内科・外科など主要な診療科が10以上ある、③病床数が400以上ある、④集中治療室などの高度な医療機器・施設がある、⑤医師・看護師・薬剤師らが特定数以上いる、以上のような条件を全て満たし、厚生労働大臣の承認を得た病院。

特定疾患治療研究事業

診断基準が一応確立し、かつ難治度、重症度が高く患者数が比較的少ないため、公費負担の方法をとらないと原因の究明、治療方法の開発等に困難を来すおそれのある疾患を対象とした医療費の助成制度のこと。

トリアージ

災害時の医療現場において、多数の傷病者を重症度と緊急性によって分別し、治療の優先順位を決定すること。

な 行

難治性疾患克服研究事業(臨床調査研究分野)

症例数が少なく、原因不明で治療方法も未確立であり、かつ、生活面で長期にわたる支障がある疾患について、国が研究班を設置し、原因の究明、治療方法の確立に向けた研究を行う事業。

難病相談・支援センター

地域で生活する患者等の日常生活における相談・支援、地域交流活動の促進および就労支援などを行うため、都道府県が設置するものであり、本県は、その運営を滋賀県難病連絡協議会に委託している。

日本糖尿病療養指導士

糖尿病とその療養指導全般に関する正しい知識を有し、医師の指示のもとで療養指導を行う医療従事者(看護師、管理栄養士、薬剤師、臨床検査技師、理学療法士)。日本糖尿病療養指導士認定機構が与える資格。

乳児死亡率

乳児死亡とは生後1年未満の死亡であり、このうち4週未満の死亡を新生児死亡、1週未満の死亡を早期新生児死亡という。乳児死亡率は次の式で算出され、出生千人あたりを用いる。

$$\text{乳児死亡率} = \frac{\text{乳児死亡数}}{\text{出生}} \times 1,000$$

妊娠リスクスコア

妊娠に伴うリスク（危険）を自己評価表にて点数化し、それを参考に主治医と相談し妊婦健診、分娩施設を考慮することに活用するもの。厚生労働科学研究「産科領域における安全対策に関する研究」に基づく。

認知症キャラバンメイト

認知症サポーターを養成する「認知症サポーター養成講座」の講師役を務める者で、キャラバンメイトになるための所定のキャラバンメイト養成研修を受講したもの。

認知症サポーター

「認知症サポーター養成講座」を受講し、認知症について正しい知識をもち、認知症の人や家族を応援し、だれもが暮らしやすい地域をつくっていくボランティアのことをいう。

認知症サポート医

認知症の人の診療に習熟し、かかりつけ医への助言その他の支援を行い、専門医療機関や地域包括支援センター等との連携の推進役となる医師。

認知症疾患医療センター

認知症疾患の専門医療機関として県が指定し、保健医療・介護機関等と連携を図りながら、認知症疾患に関する鑑別診断、周辺症状と身体合併症に対する急性期治療、専門医療相談を実施するとともに、地域保健医療・介護関係者への研修等を行う機関。

認知症相談医制度

認知症の発見から終末期にいたるまで、かかりつけ医には認知症の人の生活全般にわたる幅広い役割が期待されており、特に認知症の早期発見と対応に当たっては、かかりつけ医が気づき、適切な機関につなぐなどの助言を行うことが非常に重要であることから、平成19年2月に滋賀県と滋賀県医師会とが協働で認知症相談医制度を創設。

年齢調整死亡率

人口構成の異なる集団間で死亡率を比較するために、一定の基準人口にあてはめて調整した指標である。基準人口は昭和60年モデル人口を用いている。

$$\text{年齢調整死亡率} = \frac{\sum [(\text{観察集団の年齢階級別死亡率}) \times (\text{基準となる人口集団の年齢階級別人口})]}{\text{基準となる人口集団の総和}}$$

脳卒中集中治療室 (SCU: Stroke Care Unit)

脳梗塞、脳出血、くも膜下出血の患者に対して、専門の医師等により組織的、計画的に24時間体制で脳血流などの状況を監視する脳卒中専用ケアユニット。

は 行

ハイリスク妊産婦・新生児

ハイリスク妊産婦とは、母体・胎児・新生児のいずれかが著しく危険な状態に陥ると予想される妊娠状態の妊産婦。例えば、流産・早産、慢性の疾患をもっている妊産婦など。

ハイリスク新生児とは、出生後生命を脅かされ、非常に危険な状態に陥る確率が高い因子をもった新生児。例えば、2,000グラム未満の低出生体重児、重症仮死などの周産期の異常のあった児など。

ピアカウンセラー

がん患者当事者の立場でお互いの苦しさ、辛さを話しあうことにより、辛さを分かち合い、助言しあう人。

病院群輪番制

救急指定病院が、当番病院を定めて休日、夜間の救急医療に当たる方式。

不育症

いわゆる「不育症」は単一の診断名ではなく、複数の病態を含む。厚生労働省科学研究班（斎藤班）では、「妊娠はするけれど2回以上の流産・死産もしくは生後1週間以内に死亡する早期新生児死亡によって児が得られない場合」と定義されている。

服薬療養支援 (DOTS: Directly Observed Treatment Short-course)

直接服薬確認療法のこと。医療従事者は患者に薬を処方するだけでなく、患者が服薬することを確認し、支援する方式をいう。

フッ化物洗口

むし歯予防のため、フッ化物水溶液を用いてうがいをを行う方法で、毎日法と週1回法がある。フッ化物水溶液とは、フッ素を水溶液にしたもの。フッ素は自然界に普遍的に存在する元素で、歯の一番表層の組織であるエナメル質の結晶構造を丈夫にする作用がある。

へき地診療所

市町村などが開設した診療所で、同診療所を中心として概ね半径4kmの地区内に他の診療所が無く、人口が原則として1,000人以上で、同診療所から最寄りの医療機関まで交通機関を利用して30分以上を要する診療所。

変異型クロイツフェルト・ヤコブ病 (vCJD)

神経難病のひとつで、抑うつ、不安などの精神症状で始まり、進行性認知症、運動失調等を呈し、発症から1年～2年で全身衰弱・呼吸不全・肺炎などで死亡する。原因は、感染性を有する異常プリオン蛋白と考えられ、他の病型を含めて「プリオン病」と総称されている。

訪問看護ステーション

かかりつけの医師の指示にもとづいて看護師が訪問し、自宅で高齢者や障害のある人などに看護サービスを提供する事業所。

ポピュレーションアプローチ

健康障害を引き起こす危険因子を持つ集団のうち、集団全体に対して働きかける方法や環境整備のこと。一方、危険度がより高い者に対して、危険度を下げよう働きかけをして病気を予防する方法をハイリスクアプローチという。

ま 行

無医地区

医療機関のない地域で、当該地域の中心的な場所を起点として、概ね半径4kmの区域内に人口50人以上が居住している地域であって、かつ、容易に医療機関を利用することができない地区。

メディカルコントロール

救急現場から医療機関へ患者を搬送するまでの間の質を保証するための体制をいう。具体的には、救急救命士を含む救急隊員が、搬送中の傷病者に対して行う処置等の医療行為に関し、医師の指示、指導、助言を受ける体制や事後検証を行う体制を構築することを指す。

メンタルヘルス

精神（こころ）の健康、精神衛生のこと。

もの忘れサポートセンター・しが／滋賀県若年認知症コールセンター

認知症になっても、尊厳を保ちながら生活できるよう、保健・医療・福祉等専門職の地域のネットワークの視点として県が指定。若年認知症の相談にも対応。

や 行

薬剤投与

器具を用いた気道確保や静脈路確保のための輸液と同様に医師の具体的指示のもと、心肺機能停止の状態である傷病者に対して平成18年4月から救急救命士による薬剤（アドレナリン：心拍再開のための強心剤）投与が認められた。

薬物乱用防止指導員

薬物乱用防止を目的とする啓発活動を推進するために、滋賀県薬物対策推進本部長が依頼する者。

要介護認定者

心身の障害のために日常生活を送るうえで常時介護が必要な状態（要介護者）、あるいはそれに近い状態（要支援者）であると市町村により認定された者。

予防接種広域化事業

予防接種は居住する市町内の委託医療機関で実施していますが、県内の居住する市町外の医療機関においても、円滑に予防接種を受けられるようにする広域化事業。

予防接種センター

接種要注意者（心臓血管系疾患等の基礎疾患を有する者、全身性発疹等のアレルギーを疑う症状を呈したことのある者等）への予防接種および予防接種に関する情報提供や医療相談を行うため、県立小児保健医療センターに設けている。

ら 行

レスパイト入院

レスパイトとは、本来は「一時休止」「休息」という意味で、介護者の休息や介護者がやむをえない事情のため、一時的に在宅で介護等を受けることが困難になった場合に、一時入院すること。

レセプト

患者が受けた診療について、医療機関等が保険者（市町村や健康保険組合等）に請求する医療費の明細書のことであり、診療報酬明細書（医科・歯科の場合）または調剤報酬明細書（薬局における調剤の場合）とも呼ばれる。

A～Z

CIT (Crisis Intervention Team)

重大な事件・事故等が発生した場合、各関係機関が医師、保健師、心理士等で「こころのケアチーム」を編成し、組織的かつ継続的な積極的危機介入を行い、精神的な二次被害の拡大防止のため、必要な援助を行うチームをいう。

GCU (Growing Care Unit)

NICUの後方病床。NICUにおける治療により急性期を脱した児、または入院時より中等症であって、NICUによる治療までは必要としないものの、これに準じた医療的管理を要する児を收容する。

G-Pネット

G-Pは、一般医の「General physician」と精神科医の「Psychiatrist」の頭文字を取ったもの。うつ病など精神疾患の早期発見・早期治療のため、内科などの一般医と精神科医との連携を目的として立ち上げられた組織「一般医－精神科医ネットワーク」の通称。

HbA1c (JDS)

ヘモグロビン エイワンシーと読む。糖尿病の診断や血糖コントロールの指標に使われる検査。過去1～2か月間の血糖値の平均を表す。国際標準化に伴い2012年4月から新しいHbA1c (NGSP)が使われるようになり、これまでよりおよそ0.4高くなる。日本でこれまで使用していたHbA1cをJDS値と表す。

ICF (International Classification of Functioning, Disability and Healthy)

2001年にWHO(世界保健機構)で採択された機能障害と社会的不利に関する分野のこと。ICFでは、人間の生活機能と障害について、「心身機能」「身体構造」「活動と参加」「環境因子」など、約1,500項目に分類している。

MFIU (Maternal Fetal Intensive Care Unit)

母体または胎児におけるハイリスク妊娠等に対応するため、分娩監視装置、呼吸循環モニター、超音波診断装置、人工呼吸器などの機器を備え、主として産科医療を専門とするスタッフが24時間体制で治療を行う室のこと。

NICU (Neonatal Intensive Care Unit)

早産や低体重、先天性の障害などにより集中治療を必要とする新生児のために、保育器、人工呼吸器、微量輸液ポンプ、呼吸管理モニターなどの機器を備え、主として新生児医療を専門とするスタッフが24時間体制で治療を行う室のこと。

t-PAによる脳血栓溶解療法

超急性期の脳梗塞治療のため、脳血栓を溶解させる薬剤t-PA(アルテプラゼ、遺伝子組み換え組織プラスミノゲンアクチベーター)を使用して治療。発症後4時間半以内であれば、適応基準に基づき実施され、早期に血管の再開通ができれば、症状の著名な改善が期待できる。