

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。）、居宅等における医療（在宅医療）等の医療が効果的、効率的に提供できるよう整備・充実を図ります。
- 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したり、従来の二次保健医療圏域にかかわらず弾力的に圏域を設定したりするなど、限られた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。

2 医療機関の機能分化と連携

- 超高齢社会・人口減少社会を迎え、人口の急速な高齢化に伴い医療需要の増加が見込まれる中、限られた医療資源を効果的、効率的に活用するため、地域の医療機関の機能の分化と連携を進めるとともに、在宅医療を進めることで、急性期から回復期、慢性期、在宅に至るまでの体制を構築します。
- 医療機関が担っている医療機能（急性期、回復期、慢性期など）の情報を把握、分析し、必要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、入退院調整機能の充実や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の分化と連携は、地域医療構想における将来推計を参考に、県や市町、医療機関、医師会等で構成される地域医療構想調整会議において協議・調整を行い、地域医療介護総合確保基金も活用しながら、関係者の協力を得て進めます。
- 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を図ることができる地域医療支援病院*（大津赤十字病院、市立大津市民病院、済生会滋賀県病院、草津総合病院、県立総合病院（旧成人病センター）、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）の積極的・主体的な取組を求めています。また、開放病床の利用促進を図り、病院と診療所の連携を推進します。

3 医療と介護の一層の連携

- 超高齢社会のもと、日常生活上の支援が必要な高齢者や医療・介護のニーズを併せ持つ高齢者の増加が見込まれることから、医療と介護の一層の連携を図り、効率的かつ質の高い医療提供体制の構築と地域の特性に応じた地域包括ケアシステムの構築を車の両輪として取り組んでいきます。
- 高齢者の増加に伴い新たに生じる在宅医療・介護サービス需要に適切に対応しながら、県民が

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

4 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・公的病院を中心に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。
- 併せて、地域の医療機能の分化・連携を進めるため、公立病院にあっては「新公立病院改革ガイドライン*」を参考に策定する「新公立病院改革プラン」においてその果たすべき役割を明確化し、経営の効率化、再編・ネットワーク化などに取り組むとともに、公的病院にあっては国からの要請に基づき策定する「公的医療機関等 2025 プラン」においてその果たすべき役割や将来の方向性を示し、それに沿った取組を進めるものとします。
- 民間病院は、現在では、回復期、慢性期だけでなく、急性期における三次機能を担うなど、本県が目指す切れ目のない医療を提供する重要な役割を担っており、今後も二次保健医療圏域のみ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、効率的で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優れた医師、看護師等の医療人材の育成が行われています。引き続き患者の立場に立った全人的医療を理念として、本県の地域医療や医療福祉の分野への貢献が期待されます。
- 県立病院は、全県を視野に入れ、将来を展望して、県民の皆さんの望ましい健康を創生するためにそれぞれのビジョンに基づいて、必要な医療を提供していきます。その機能充実の方向性は以下のとおりです。

(1) 県立総合病院（旧成人病センター）

- 県立の急性期医療機関として、がん、心疾患、脳血管疾患等の生活習慣病に対する高度専門医療を提供するとともに、運動器の障害や認知症など、複合的に生じる様々な疾患にも対応し、安全で質の高い医療を提供します。
- がん医療に関しては、都道府県がん診療連携拠点病院として引き続き全県のがん医療の質の向上と均てん化*を推進するとともに、地域のがん診療の中核的医療機関としての機能を発揮します。また、病理標本を電子化し ICT（情報通信技術）を活用して遠隔診断を行う遠隔病理診断ネットワーク事業を更に推進し、県内の病理診断の充実強化および質の向上に取り組みます。
- 地域医療支援病院として、急性期から回復期、在宅への切れ目のない医療の提供に向けて、地域医療構想を踏まえながら病床機能を最適化しつつ、地域の医療機関との役割分担と連携の強化を図るとともに、地域の医療機関の人材育成を支援します。
- 研究所においては、生来の高度難聴や加齢性難聴の治療のための新型人工内耳の開発など、より臨床に直結した研究を進めます。

(2) 小児保健医療センター

- 一般医療機関では対応困難な心身障害児、小児慢性疾患や難治性疾患に対する高度専門的かつ

包括的医療を充実・強化するとともに、県民ニーズに対応した全県的医療の提供を図ります。

- 周産期医療における後方支援病院として、NICU*（新生児集中治療管理室）およびGCU*（新生児治療回復室）に退院困難で長期入院している児の在宅移行に向けた受入れを行います。
- 在宅療養を支援するため、家族負担を軽減する短期入院を積極的に受け入れるとともに、地域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。
- 成人に達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、成人に達した患者の紹介窓口の設置など、小児期から成人期へ切れ目なく移行できる体制づくりに努めます。
- 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

- 県内の精神医療を担う中核施設として、地域医療機関や保健所など関係機関との連携のもと、思春期精神障害、アルコール依存症等中毒性精神障害、触法精神障害、身体疾患を伴う精神障害などの処遇困難症例を中心として高度・特殊専門医療の充実・向上を図ります。
- また、精神科救急医療システムにおける後方病院としての役割を担っていることから、処遇困難な救急患者に確実に対応できる体制を維持します。
- 更に、医療観察法*に基づく鑑定入院および指定通院・指定入院医療機関としての役割を果たし、法対象患者の円滑な社会復帰に努めます。
- このほか、長期入院患者の退院促進等に向けた福祉施設等関係機関との連携強化を図るとともに、訪問看護等をより積極的に推進し、地域で生活を送る退院後の患者への医療提供を促進することにより、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。

5 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での地域診断に基づく企画調整機能と技術的助言などの広域的・専門的な役割が一層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、健康づくりを支援します。
- 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、2025年を見据えた地域包括ケアシステムの構築に向け、市町、関係機関・団体と地域の課題や取組の方向性等を共有するとともに、連携・協働しながら、切れ目のない円滑な医療福祉サービスの提供体制の確保に努めます。
- 災害や感染症などの健康危機事案に備えて、平常時から市町・関係団体等と連携し、情報共有や体制整備に努めるとともに、発生時には、市町・医療機関等との調整を図り、被害を受けた者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 地域医療構想

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

なお、病床機能報告の結果については、別冊では平成27年度（2015年度）の滋賀県調査結果を記載していますが、以下の概要では、平成28年度（2016年度）の結果に置き換えています。

1 地域医療構想策定の趣旨

- 我が国では、平成37年（2025年）には、団塊の世代全てが75歳以上となり、3人に1人が65歳以上、5人に1人が75歳以上となります。今後、高齢化が更に進展すると医療や介護を必要とする人がますます増加しますが、現在の医療・介護サービスの提供体制のままでは十分対応できないことが予想されます。
- 平成26年（2014年）6月、「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」（医療介護総合確保推進法）が成立し、各都道府県において地域医療構想を策定することが義務づけられました。その目的は、①地域の医療需要（患者数）の将来推計等をデータに基づき明らかにすること、②構想区域ごとの各医療機能の必要見込量について検討すること、③地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を推進すること、④地域で安心して暮らせる地域包括ケアシステムを構築することです。
- これを受け、本県でも平成28年（2016年）3月に「滋賀県地域医療構想」を策定しました。

2 滋賀県地域医療構想の概要

（1）構想区域の設定

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

（2）医療機能の現状

ア 病床機能報告制度について

- 病床機能報告は、医療法第30条の13の規定により、医療機関が有する病床（一般病床および療養病床）において担っている医療機能の現状と今後の方向について、次表の機能区分の定義に基づき病棟単位で選択し、都道府県に報告する制度です。

表 3—2—2—1 医療機能4区分

機能区分	医療機能の内容
高度急性期	・急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能。 ※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟
急性期	・急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期	・急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 ・特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)
慢性期	・長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ・長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者または難病患者等を入院させる機能

イ 病床機能報告の結果

- 平成28年度(2016年度)の病床機能報告では、対象医療機関は、89機関(50病院、39診療所)、対象病床数は、12,472床です。
- 平成28年(2016年)7月1日時点の医療機能の内訳、6年経過後の医療機能の予定は次の図表のとおりとなっています。

図 3—2—2—2 医療機能別病床数(県全体)

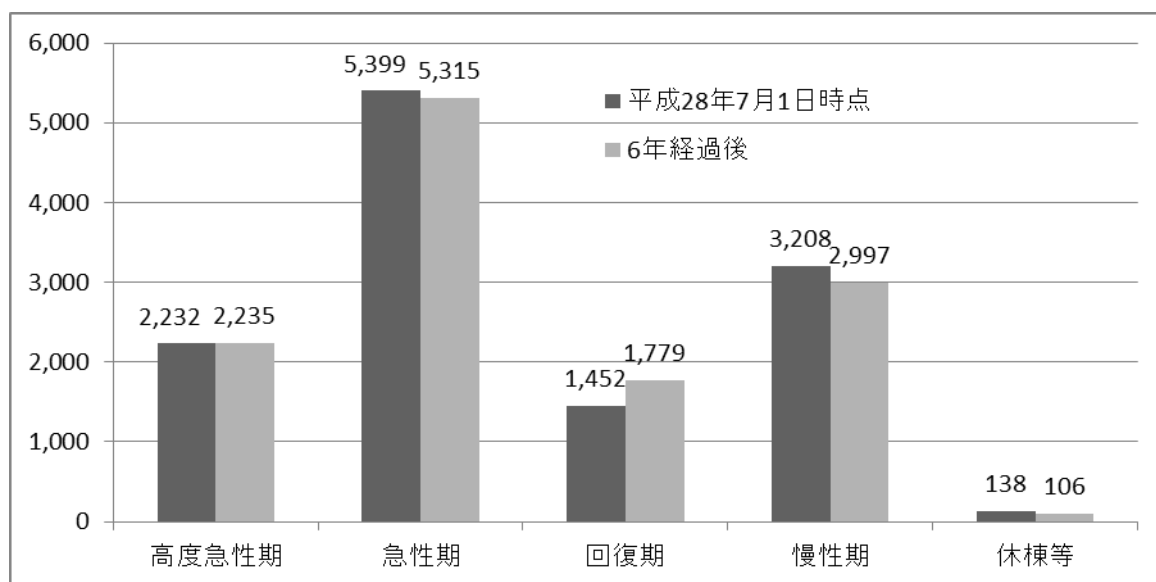


表 3-2-2-3 医療機能別病床数（県全体）

平成 28 年（2016 年）7 月 1 日時点の医療機能

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟等	合計
病床数 ①	2,232	5,399	1,452	3,208	138	12,429
構成比	18.0%	43.4%	11.7%	25.8%	1.1%	100%



平成 28 年（2016 年）7 月 1 日から 6 年経過後の医療機能の予定

	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休棟等	合計
病床数 ②	2,235	5,315	1,779	2,997	106	12,432
構成比	18.0%	42.8%	14.3%	24.1%	0.9%	100%
②-①	12	▲84	327	▲211	▲32	3

（３）医療需要の推計

ア 推計の考え方

- 構想区域ごとの医療需要の推計方法については、医療法施行規則等で定められ、詳細は「地域医療構想策定ガイドライン（厚生労働省作成）」（以下「ガイドライン」という。）でまとめられています。これらに基づき、医療需要と必要病床数については、4つの医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）ごとに推計しています。
- 高度急性期、急性期および回復期の医療機能は、患者に対して行われた診療行為を診療報酬の出来高点数（入院基本料相当分は含まない）で換算した値（以下「医療資源投入量」という。）で区分します。
- 慢性期の医療機能は、医療資源投入量を用いず、慢性期機能の入院患者数の一定割合について、在宅医療等に対応する患者数として見込む前提で推計しています。

【医療需要の推計方法】

$$\left[\begin{array}{c} 2013 \text{ 年の} \\ \text{性・年齢階級別の} \\ \text{入院受療率} \end{array} \right] \times \left[\begin{array}{c} 2025 \text{ 年の} \\ \text{性・年齢階級別の} \\ \text{推計人口} \end{array} \right] = \left[\begin{array}{c} \text{性・年齢階級別} \\ 2025 \text{ 年の} \\ \text{医療需要} \end{array} \right]$$

イ 医療機能別の推計

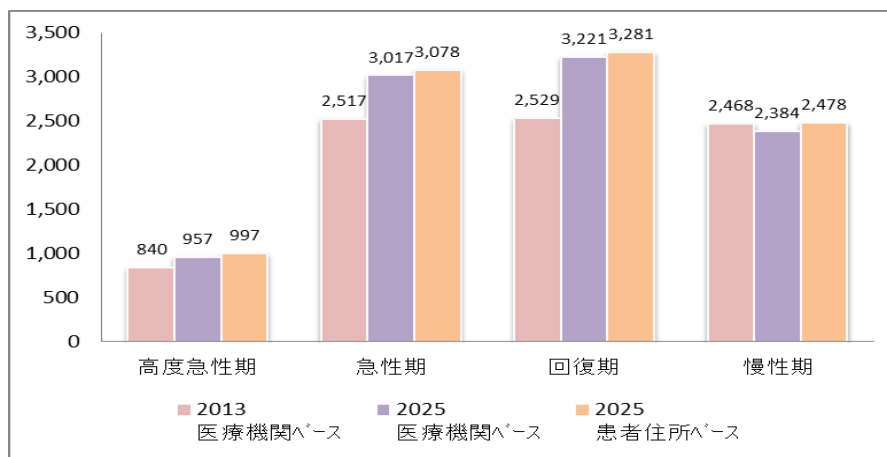
- 医療機能別の医療需要推計では、「医療機関所在地ベース」と「患者住所地ベース」の2つの推計値がありますが、滋賀県地域医療構想では、医療機関所在地ベースに基づき病床数を推計しています。

ただし、今後の関係者の協議においては、患者住所地ベースによる医療需要についても参考としながら必要な病床が確保できるよう検討を進めていくことが必要です。

- 医療機関所在地ベースでは、平成 37 年（2025 年）の 1 日あたり医療需要は高度急性期が 957 人、急性期が 3,017 人、回復期が 3,221 人、慢性期が 2,384 人と推計されます。

表・図 3—2—2—4 医療機能別（高度急性期～慢性期）の医療需要

		2013年度 医療需要 〔医療機関〕 (人/日)①	2025年推計		医療需要 増減(人／日)				+流入 -流出 ②－③
			医療需要 〔医療機関〕 (人/日)②	医療需要 〔患者住所〕 (人／日)③	現行の流出入		流出入調整後		
					2025需要②-2013需要①		2025需要③-2013需要①		
滋賀県	高度急性期	840	957	997	117	113.9%	157	118.7%	-40
	急性期	2,517	3,017	3,078	500	119.9%	561	122.3%	-61
	回復期	2,529	3,221	3,281	692	127.4%	752	129.7%	-60
	慢性期	2,468	2,384	2,478	-84	96.6%	10	100.4%	-94
	計	8,354	9,579	9,834	1,225	114.7%	1,480	117.7%	-255



- 在宅医療等の需要は、平成 25 年（2013 年）の 9,278 人/日に対して、平成 37 年（2025 年）は、医療機関所在地ベースの場合、13,995 人/日（1.51 倍）と見込まれています。

表 3—2—2—5 在宅医療等の医療需要

		2013年度 医療需要① 〔医療機関〕	2025年 在宅医療等の医療需要(人)					
			〔医療機関〕 ②	差引②-①	増加率	〔患者住所〕 ③	差引③-①	増加率
滋賀県	在宅医療等	9,278	13,995	4,717	151%	14,218	4,941	153%
	(再掲)うち訪問診療分	5,193	7,428	2,235	143%	7,504	2,310	144%

※在宅医療等の需要には、訪問診療や老健施設で対応する需要のほか、医療資源投入量 175 点未満、慢性期機能から移行する分の需要も含まれています。

（４）平成 37 年（2025 年）における必要病床数

- 病床数の推計は、現在の患者流出入の状況が続くと仮定した供給数（医療機関所在地ベース）に基づき推計しています。
- 各構想区域における平成 37 年（2025 年）の病床推計は、推定供給数を病床稼働率で除し

て求めることとされています。

- 病床稼働率は医療法施行規則で定められており、高度急性期75%、急性期78%、回復期90%、慢性期92%となっています。
- 推計の結果、平成37年（2025年）に必要と推定される病床数は、高度急性期で1,277床、急性期で3,871床、回復期で3,579床、慢性期で2,592床、合計11,319床となっています。

【必要病床数の推計方法】

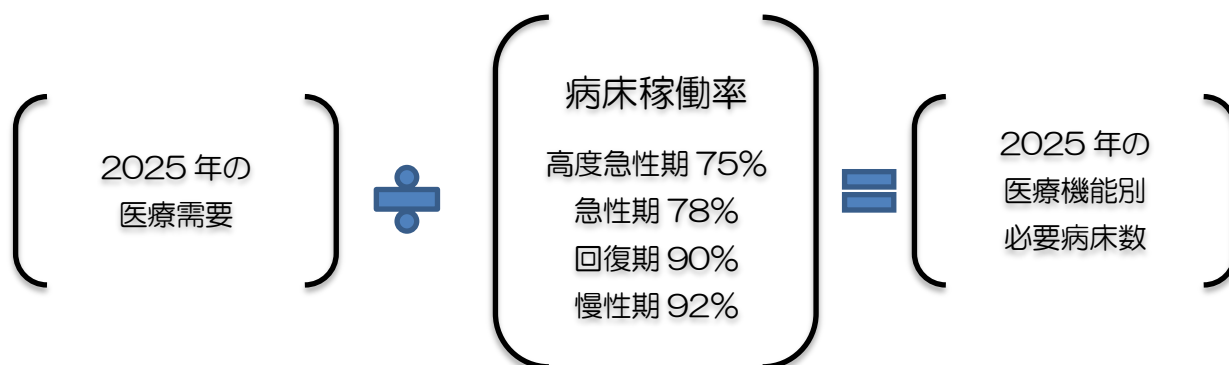


表3—2—2—6 医療機能別・病床数の推計

構想区域	医療機能区分	2025年医療需要 (患者住所地ベースの医療需要) ① (人/日)	2025年医療供給	
			現在の医療提供体制が変わらないと仮定した場合の供給数 ② (人/日)	病床の必要量(病床稼働率で割り戻した病床数) ③ (床)
滋賀県	高度急性期	997	957	1,277
	急性期	3,078	3,017	3,871
	回復期	3,281	3,221	3,579
	慢性期	2,478	2,384	2,592
	合 計	9,834	9,579	11,319

表 3—2—2—7 医療機能別・病床数の内訳

構想区域	医療機能区分	2025年医療需要 (患者住所地ベースの 医療需要) ① (人/日)	2025年医療供給	
			現在の医療提供体制が変 わらないと仮定した場合 の供給数 ② (人/日)	病床の必要量(病床稼働 率で割り戻した病床数) ③ (床)
大津	高度急性期	283	352	470
	急性期	810	905	1,161
	回復期	819	865	961
	慢性期	676	593	645
	合 計	2,588	2,715	3,237
湖南	高度急性期	217	221	294
	急性期	697	779	999
	回復期	751	803	892
	慢性期	475	479	521
	合 計	2,140	2,282	2,706
甲賀	高度急性期	96	58	78
	急性期	314	242	311
	回復期	389	403	448
	慢性期	282	314	341
	合 計	1,081	1,017	1,178
東近江	高度急性期	158	131	174
	急性期	448	378	485
	回復期	527	496	551
	慢性期	403	572	622
	合 計	1,536	1,577	1,832
湖東	高度急性期	93	61	82
	急性期	339	277	355
	回復期	350	264	293
	慢性期	277	261	284
	合 計	1,059	863	1,014
湖北	高度急性期	121	121	161
	急性期	350	347	446
	回復期	278	259	288
	慢性期	248	62	67
	合 計	997	789	962
湖西	高度急性期	29	13	18
	急性期	120	89	114
	回復期	167	131	146
	慢性期	117	103	112
	合 計	433	336	390

3 滋賀県地域医療構想策定後の取組

(1) 地域医療構想調整会議

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

第3章 疾病・事業ごとの医療福祉体制

1 がん

目指す姿

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

取組の方向性

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

現状と課題

(1) がんの死亡と罹患

- 本県の死因のトップは悪性新生物（以下「がん」という。）であり、全死亡の約3割を占めています。平成28年（2016年）の75歳未満の年齢調整死亡率は70.0（全国76.1）で、低下傾向にあります。（平成28年厚生労働省人口動態統計）
- 本県の平成28年（2016年）のがんによる死亡者数は、3,641人であり、男性が2,182人、女性が1,459人です。部位別では、男性女性ともに、「肺がん」「胃がん」「大腸がん」「膵臓がん」の順に多くなっています。（平成28年厚生労働省人口統計）
- 本県の平成25年（2013年）の地域がん登録*による、がんの罹患数は、約8,500人であり、男性が5,000人、女性が3,500人です。部位別では、男性が「胃がん」「肺がん」「大腸がん」「前立腺がん」、女性が「乳がん」「大腸がん」「胃がん」「肺がん」の順に多くなっています。
- 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に関係なく、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、全国で約2,000人です。本県では、平成29年（2017年）7月末の小児慢性特定疾患受給状況によると、がんによる受給者数は217人です。

(2) がんの予防（1次予防）

- がんの予防は、国立がん研究センターによると、「禁煙」「節酒」「食生活（バランスよく、食塩摂取は最小限に、野菜・果物不足にならない）」「身体活動」「体形（適正体重にこころがける）」「感染」の6つに対する対応が科学的根拠に基づくとされています。
- がんと関係する感染症は、肝がんと関係する肝炎ウイルス、子宮頸がんと関係するヒトパピローマウイルス、胃がんと関係するヘリコバクター・ピロリ菌などがあります。
- 感染症の中で、がんの予防が治療によって可能な肝炎ウイルスについて、肝炎ウイルス検査の勧奨やウイルス陽性者の確実な治療への支援が必要です。

- がんの予防は、生活習慣に関係するものであるため、県民が正しい知識を持ち、生活習慣を改善していくことが必要です。

(3) がんの早期発見・がん検診（２次予防）

- がん検診受診率は、平成 28 年国民生活基礎調査によると、胃がん 37.1%、肺がん 41.1%、大腸がん 38.8%、乳がん 34.2%、子宮がん 33.2%でいずれの検診も全国平均を下回っており、がん検診の受診率 50%の目標に及ばない状況です。
- がん検診によってがんが早期発見されると、治療による生活への影響が少なくなるとともに、がん死亡率減少につながるため、がん検診の受診率を向上させることが必要です。
- 県内の市町がん検診は、有効性評価がされた国の「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」に基づいた「がん検診のための指針」に基づいて行われています。
- 県内の市町がん検診の精度を示す、精密検査受診率は、全国トップレベルであり、その他の精度管理指標についても国の示す許容値内であり、がん検診の精度は高い状況です。
- 県は、がん対策推進協議会のがん予防・がん検診部会において、市町が行うがん検診の精度管理の維持と向上に努めています。
- 職域におけるがん検診は、市町がん検診のように、指針等で定められたものではなく、がん検診の実施の有無やがん検診が実施されている場合でも種類や方法は様々で、精度管理が不十分な場合が多いことが平成 25 年度（2013 年度）に県が実施した調査でわかっています。
- 職域におけるがん検診は、国が策定する予定である「職域におけるがん検診に関するガイドライン（仮称）」の普及啓発を行う必要があります。

(4) がんの医療提供体制

ア 診療所の役割

- 身近な診療所で検査を受け、がんを疑われた際には、確定診断可能な病院へ紹介し、その後、地域連携クリティカルパス*などにより、かかりつけ医としての適切なフォローアップを行っています。
- 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、薬局等の医療福祉関係者と連携して在宅医療が提供されるよう体制整備を進めています。

イ 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、治療を行っています。
- 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、次のとおり病院の指定がされています。

[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〕 県立総合病院（旧成人病センター）

○ 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

○ 地域がん診療病院（１か所）

〔役 割〕 がん診療連携拠点病院（決められた要件を満たした厚生労働大臣指定の病院）が無い地域（二次保健医療圏）に、基本的に隣接する地域のがん診療連携拠点病院のグループとして指定され、拠点病院と連携しつつ、専門的ながん医療の提供、相談支援や情報提供などの役割を担う。知事の推薦に基づき、厚生労働大臣が指定。

〔病院名〕 高島市民病院

〔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。知事が指定。

〔病院名〕 滋賀医科大学医学部附属病院、県立総合病院（旧成人病センター）

○ 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〕 市立大津市民病院、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、東近江総合医療センター、長浜赤十字病院

○ がん診療連携拠点病院、がん診療連携支援病院を中心に、我が国に多いがん（肺・胃・肝・大腸・乳がん。以下「５大がん」という。）の診療ガイドライン*に基づく集学的治療*を提供しています。

○ がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院、がん診療連携支援病院により、県民が質の高い医療を身近な地域で受けられるようにがん医療の均てん化*を進めてきました。

○ がん医療の集学的治療を実施している病院は二次保健医療圏域別にみると、大津４、湖南４、甲賀１、東近江４、湖東１、湖北２、湖西１か所です。

○ ５大がんの標準的治療を自院で行うことができる病院数は、肺がん １３、胃がん ２７、大腸が

ん 27、肝がん 21、乳がん 21 か所です。

- セカンドオピニオン*を提示する機能がある病院は、肺がん 17、胃がん 20、大腸がん 20、肝がん 20、乳がん 18 か所です。
- 小児がんの集学的治療ができる病院は大津圏域の3か所のみとなっています。
- 滋賀医科大学医学部附属病院と大津赤十字病院は、近畿ブロック小児がん診療病院として、国が指定する小児がん拠点病院と協力・連携して医療を提供しています。

図3-3-1-1 滋賀県のがんに関する指定病院

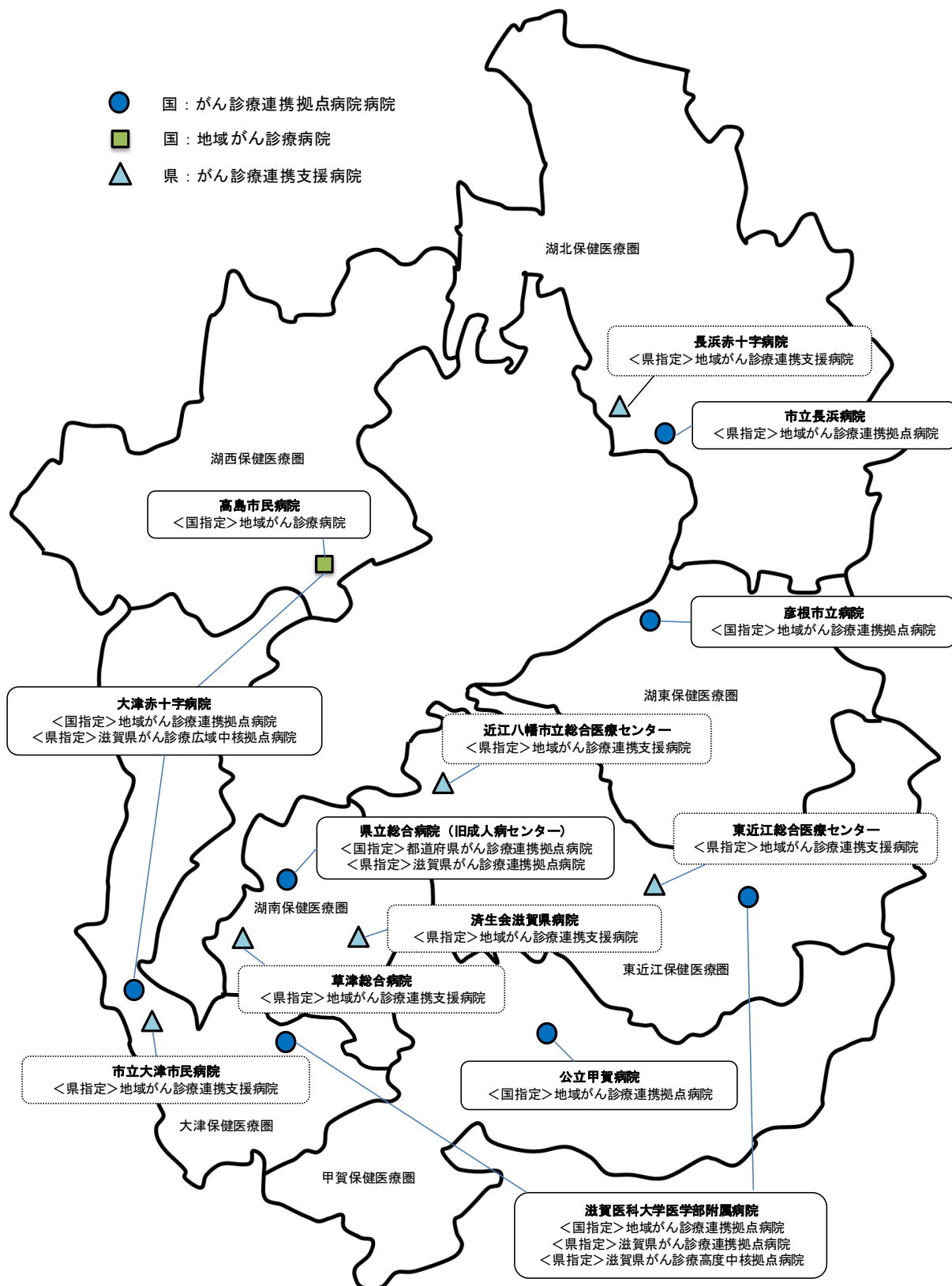


表3-3-1-2 がん診療機能を有する病院

			診 療 機 能																				
			成 人										小 児										
			検診・ （検診ドック）	病理診断	放射線診断	集学的治療	手術療法	内視鏡治療	放射線治療	薬物療法（化学療法）	免疫療法	緩和ケア	検診・ （検診ドック）	病理診断	放射線診断	集学的治療	手術療法	内視鏡治療	放射線治療	薬物療法（化学療法）	免疫療法	緩和ケア	
大津	（支）	市立大津市民病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	（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		○	○	○	○	○	○	○	○		○	○	○	○	○	○	○		○		
		地域医療機能推進機構滋賀病院	○	○	○		○	○		○													
		ひかり病院	○																				
		琵琶湖大橋病院	○	○			○			○		○											
		琵琶湖中央病院	○		○					○													
湖南		近江草津徳洲会病院	○	○	○		○	○		○		○	○	○									
	（支）	草津総合病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○												
		びわこ学園医療福祉センター草津									○											○	
		南草津野村病院	○	○																			
		南草津病院	○		○			○		○													
	（拠）	県立総合病院（旧成人病センター）	○	○	○	○	○	○	○		○												
		守山市民病院	○				○	○		○													
	（支）	済生会滋賀県病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○			○								
甲賀		野洲病院	○	○	○	○	○	○		○	○	○	○	○	○								
		甲賀市立信楽中央病院	○		○			○		○		○											
		甲南病院	○		○		○	○		○													
	（拠）	公立甲賀病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○												
		生田病院		○			○	○		○													
	東近江		ヴォーリス記念病院	○	○	○	○	○			○		○										
		（支）	近江八幡市立総合医療センター	○	○	○		○	○		○	○											
		（支）	国立病院機構東近江総合医療センター	○	○	○	○	○	○	○	○	○											
		湖東記念病院	○	○	○	○	○	○	○	○													
		青葉病院								○													
		東近江敬愛病院	○		○		○	○		○													
		東近江市立能登川病院					○	○		○													
		日野記念病院	○	○	○	○	○	○		○		○											
湖東	（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	（地診）	高島市民病院	○	○	○	○	○	○		○		○	○	○								○	
		マキノ病院	○		○		○	○		○		○											
	（特）	特定機能病院	33	23	29	17	30	30	12	34	11	22	6	7	8	3	3	3	3	3	2	5	
	（拠）	がん診療連携拠点病院	出典：医療機能調査（平成29年）																				
	（地診）	地域がん診療病院																					
	（支）	がん診療連携支援病院																					

表3-3-1-3 がんの標準治療とセカンドオピニオン提供体制の状況

			診 療 体 制														
			肺がん			胃がん			大腸がん			肝がん			乳がん		
			る自 院で 標準 治療 を行う 体制が あ	療他 を行う 体制が ある	機セ 能カ があ ンド オピ ニ オン を提 示す る	る自 院で 標準 治療 を行う 体制が あ	療他 を行う 体制が ある	機セ 能カ があ ンド オピ ニ オン を提 示す る	る自 院で 標準 治療 を行う 体制が あ	療他 を行う 体制が ある	機セ 能カ があ ンド オピ ニ オン を提 示す る	る自 院で 標準 治療 を行う 体制が あ	療他 を行う 体制が ある	機セ 能カ があ ンド オピ ニ オン を提 示す る	る自 院で 標準 治療 を行う 体制が あ	療他 を行う 体制が ある	機セ 能カ があ ンド オピ ニ オン を提 示す る
大津	(支)	市立大津市民病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	(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	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		地域医療機能推進機構滋賀病院	○	○	○	○		○	○		○	○	○	○	○	○	○
		ひかり病院															
		琵琶湖大橋病院		○		○		○					○			○	
		琵琶湖中央病院															
湖南		近江草津徳洲会病院		○		○			○			○			○		
	(支)	草津総合病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		びわこ学園医療福祉センター草津															
		南草津野村病院														○	
		南草津病院			○			○			○			○			
	(拠)	県立総合病院（旧成人病センター）	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		守山市民病院					○		○	○					○	○	
	(支)	済生会滋賀県病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
甲賀		野洲病院				○			○				○			○	
		甲賀市立信楽中央病院		○			○			○			○			○	
		甲南病院				○	○	○	○	○	○	○	○	○			
	(拠)	公立甲賀病院	○		○	○		○	○		○	○		○	○		○
		生田病院		○			○			○			○			○	○
		ヴォーリス記念病院		○			○			○						○	
	(支)	近江八幡市立総合医療センター		○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	(支)	国立病院機構東近江総合医療センター	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
東近江		湖東記念病院		○		○			○			○			○	○	
		青葉病院															
		東近江敬愛病院		○	○	○	○	○	○	○		○	○	○	○	○	○
		東近江市立能登川病院					○			○			○				
		日野記念病院		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	(拠)	彦根市立病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		彦根中央病院															
		友仁山崎病院		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		○	○
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	(地診)	高島市民病院		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
		マキノ病院				○			○								
	(特)	特定機能病院	13	23	17	27	22	20	27	22	20	21	24	20	21	27	18
	(拠)	がん診療連携拠点病院	出典：医療機能調査（平成29年）														
	(地診)	地域がん診療病院															
	(支)	がん診療連携支援病院															

(5) がんの治療

- 手術療法は、5大がん以外や高度なものについては、大津保健医療圏域や湖南保健医療圏域のがん診療連携拠点病院を中心に提供しています。
- 放射線療法は、湖西保健医療圏を除く二次保健医療圏にリニアック*が整備され提供できるようになっています。湖西保健医療圏域では、地域がん診療病院の高島市民病院のグループ指定先であるがん診療連携拠点病院の大津赤十字病院で提供できる体制がとられています。
- 薬物療法は、外来化学療法が増加しており、患者に対する服薬管理や副作用対策等が必要になっています。
- リハビリテーションは、がん治療前後の機能低下や障害の予防と改善のために、がん診療連携拠点病院、がん診療支援病院を中心に、がん患者に対して実施しています。
- がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院、がん診療連携支援病院は、がん患者の治療方針を検討するために、多職種によるカンサーボード*を定期的に行っています。
- がん医療の質の向上を図るとともに、5大がんの集学的治療を行う体制を継続することが必要です。
- がん医療は、個々の状態に応じた治療が行われるよう、チーム医療の充実が必要です。
- 質の高い医療のために、専門的な医療従事者の配置および育成と、患者および家族に対するインフォームド・コンセント*の充実やセカンドオピニオン*情報提供の取組が今後必要です。

(6) がん種やライフステージ別のがんの治療

ア 希少がん・難治性がん*

- 早期発見や治療が難しい、転移・再発しやすい性質をもつ膵がん、スキルス性胃がんなどの難治性がんは、5年相対生存率が改善されていない状況です。
- 希少がんは、症例が少なく、標準的な診断や治療法の診療体制が確立されていません。
- 希少がん・難治性がんについては、国で治療や体制についての検討が行われているところですが、県内で適切な医療が行えるようにしていくことが必要です。

イ 小児がん

- 県内で、小児がんの集学的治療ができる病院は、大津保健医療圏域の3か所のみとなっています。
- 小児がん患者には、治療後も発育、臓器障害、合併症などの晩期合併症*とよばれる問題が生じることがあります。
- 小児がんについては、住んでいる地域で継続的に治療が受けられるよう、診療連携を充実することが必要です。

ウ AYA 世代*のがん（思春期・若年成人世代）

- 10歳代のがん罹患は毎年約10人です。20歳代では子宮がん、30歳代では子宮がんと乳がんが多くなっています。
- がん治療に伴う生殖機能等への影響について、県は、県民および医療従事者に対して啓発するとともに、将来子どもをもつことを望むがん患者に対しては、滋賀がん・生殖医療ネットワークの医療機関により妊^{よう}娠性温存*治療を行っています。
- AYA 世代は、年代により就学、就労、妊娠、育児など状況が異なり、個々に応じた情報提

供や支援が必要です。

エ 高齢者のがん

- 地域がん登録では、全罹患約 8,500 人中、65 歳以上は 71.5%、75 歳以上は 42.2%を占めています。
- 高齢者は、がんと診断される前から合併症や全身状態が不良であることから、標準的治療の適応とならない場合があります。また、身体状況は個人差が大きいため、それぞれが状態に応じて治療の選択ができるように、国で作成が予定される高齢者の診療ガイドラインを活用していく必要があります。

(7) 病理診断

- 病理診断の常勤医が不足している二次保健医療圏があります。
- 滋賀県さざなみ病理ネットは、病理標本を電子化し、ネットワークを活用して術中迅速診断*や通常病理診断、コンサルテーション等の遠隔病理診断を行うシステムで、平成 29 年度(2017 年度)は 13 機関が参加しています。
- 病理医不足による検査結果の遅延の解消、病理医と技師の育成のために遠隔病理診断*の連携機関を拡大し、正確かつ適正な病理診断を提供する体制の強化が必要です。

(8) がん患者の生活を支える体制

ア 緩和ケア*

- 緩和ケアとは、がんと診断されたときから、身体的・精神的・社会的な苦痛や不安を緩和することで、療養生活の質の維持・向上を図ることをいいます。
- がん診療連携拠点病院・地域がん診療病院・がん診療連携支援病院において緩和ケアチームと緩和ケア外来が整備されています。
- 県内の緩和ケア病棟は、市立大津市民病院(20 床)、県立総合病院(旧成人病センター)(20 床)、公立甲賀病院(12 床)、ヴォーリス記念病院(16 床)、彦根市立病院(20 床)に整備されています。
- 平成 28 年度滋賀の医療福祉に関する県民意識調査においては、緩和ケアに関する認識は、「緩和ケアの意味を知っている」が 19.2%、「痛みなどの身体症状のみを対象とすると思っている」が 25.0%、「人生の最終段階の患者だけが対象である」が 31.5%となっており、県民の理解は十分とは言えない状況です。
- 緩和ケア研修会は、平成 20 年度(2008 年度)から、がん診療連携拠点病院、がん診療連携支援病院で開催し、修了者数は、平成 28 年度(2016 年度)末までに、医師 1,228 人、看護師、薬剤師、臨床心理士、社会福祉士等の職種では、315 人となっています。
- がんと診断されたときからの緩和ケア提供のために、がん診療に携わる全ての職種の受講をすすめることが必要です。
- 緩和ケア研修は、がん診療連携拠点病院と連携する在宅療養支援診療所、緩和ケア病棟を有する病院の医師等の受講を促進していく必要があります。
- がんと診断されたときから緩和ケアが受けられることを啓発していくことが必要です。

イ 相談支援、情報提供

- がん診療連携拠点病院に設置されているがん相談支援センターの平成 28 年度(2016 年度)

の年間相談件数は、6,121 件で、がん診療連携支援病院のがん相談窓口では 2,613 件です。

- がん患者団体連絡協議会が行うがん患者サロン*は、がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院・がん診療連携支援病院内で9か所、がん患者団体が行う小児がん、AYA世代や遺族サロンなどはNPO法人淡海かいつぶりセンターで行われています。
- ピアサポーター*の活動が可能な相談員は、1 保健医療圏域あたり 11.9 人です。
- がんに関するポータルサイトを、がん患者団体、関係機関、がん診療連携協議会や県が開設して情報提供をしています。
- がん患者団体や関係機関が行うがん患者サロン、相談や研修などの機関と情報提供の充実を図る必要があります。
- がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院のがん相談支援センター、がん診療連携支援病院のがん相談窓口の利用の増加や質の向上を図る必要があります。

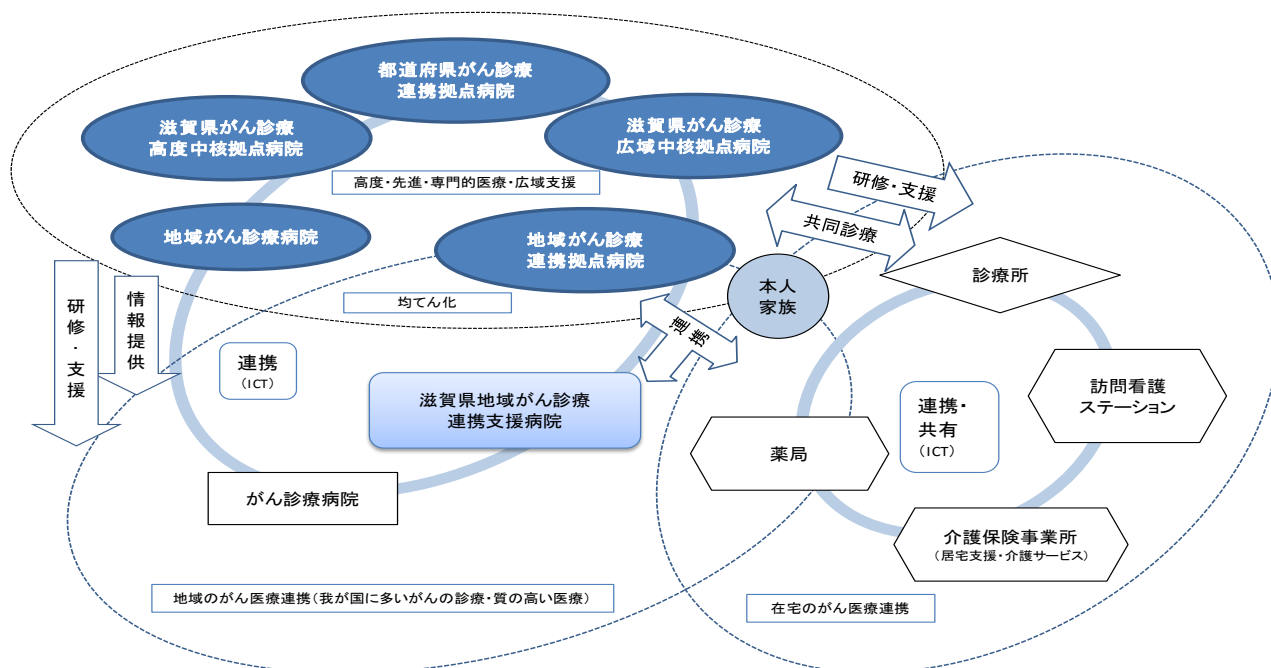
ウ 地域連携と在宅医療の充実

- 県内のがん患者の在宅での死亡は、9.9%（平成 27 年（2015 年）人口動態統計）となっています。
- 在宅療養支援診療所は、137 か所あり、人口 10 万人あたりの数は、9.7 か所です。
- 地域連携クリティカルパスは、平成 22 年（2010 年）からがん診療連携拠点病院、がん診療連携支援病院で運用しています。平成 28 年度（2016 年度）までに、1,604 件登録されています。
- がん患者が望む場所での在宅療養が可能になるよう、在宅医療、在宅緩和ケア、看取りの提供体制の構築を引き続き進めていく必要があります。
- 地域連携クリティカルパスの運用を増やすためには、病院からの患者への紹介や県民への啓発が必要です。

表3-3-1-4 二次保健医療圏域別の在宅医療に関係する医療機関数

	大津	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北	湖西	出典
在宅療養支援診療所	54	27	6	21	6	15	8	H29.10.1近畿厚生局
末期がん患者に対する在宅医療提供医療機関	37	14	5	11	4	11	8	H28.3.31診療報酬施設基準
医療用麻薬処方診療所	13	10	4	5	1	12	6	H26年医療施設調査

図3-3-1-5 がんの医療連携のイメージ



エ がん患者・家族等の社会的な問題

- 20 歳から 59 歳までの就労可能年齢で 1,956 人（全罹患数の 22.4%）ががんに罹患しています（平成 25 年地域がん登録）。がんと診断されて療養生活を送る中で、休職、離職からの経済問題などに直面する人も多いです。
- がんや治療により、アピアランス*（外見）の変化が生じることで社会生活上に支障がでることがあります。
- がんになっても働くことができるよう治療と仕事の両立をサポートし、離職や再就職のための就労支援を充実していく必要があります。
- 外見の変化に悩むがん患者に対して相談支援、情報提供をしていく必要があります。

オ ライフステージに応じたがん対策

- がん治療に伴う生殖機能の低下や妊^{よう}孕性温存*治療について、がん診療連携拠点病院・地域がん診療病院・がん診療連携支援病院等で医療従事者に対して研修を行い、患者に情報提供を行えるようにしています。
- 小児やAYA世代、子育て中、就労中のがん患者とその家族には、就学、就労継続、がんになった親をもつ子ども、がんになった子どものきょうだいへの支援など、がん治療だけでなく社会生活を送る上で多様な課題があります。
- 将来子どもをもつことを希望するがん患者に対し、医療機関で妊^{よう}孕性温存*治療についての情報提供がなされるよう体制を整備していく必要があります。
- 患者の状況に応じた生活支援が行われるように体制を整備していく必要があります。

(9) がん対策の基盤

ア 人材育成

- がん医療の均てん化を目指して拠点病院を中心に専門的な医療従事者の養成と配置を行っています。
- 質の高いがん医療と相談支援を行うために、がんに関する認定薬剤師や専門看護師、認定看護師、就労支援に関わる相談員など、がん医療・相談支援従事者の人材育成について引き続き行っていく必要があります。
- 高度な医療を行うために、放射線治療、外科治療、薬物療法の専門医の人材育成を進める必要があります。

表3-3-1-6 がん診療領域に関する二次保健医療圏域ごとの専門職員の配置

職種	医師														薬剤師	看護師	臨床心理士	診療録管理士	放射線技師	臨床検査技師	医学物理士											
専門職機能	外科的治療に関する専門知識・技術を有する医師		抗がん剤治療に関する専門知識・技術を有する医師		病理診断医		放射線診断に関する専門知識・技術を有する医師		放射線治療に関する専門知識・技術を有する医師		移植医療に関する専門知識・技術を有する医師		小児がん医療に関する専門知識・技術を有する医師		緩和ケアの専門医師		精神腫瘍医		がん専門薬剤師、認定薬剤師、薬剤師	がん専門看護師、認定看護師、看護師等	医療心理に携わる担当者		診療録管理に携わる責任者		放射線治療に従事する放射線医師		臨床検査技師		医学物理士			
	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	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	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		
保健医療圏域	184	8	126	5.1	6	0.8	19	1.5	7	0.4	8		10	0.1	13		4		12		40	0.9	2		9	4.8	34		59	28.5	4	
大津圏域計	117	8.6	33	1.6	5	2	12	1.4	7	1.1	1	0.3	1		9	0.2			24		13		4		12	1	48	1.4	67	1	3	
湖南圏域計	14	2	9	1			3	1							1				1		1		3		3		3.5		9	1.2	0.5	
甲賀圏域計	50	3.3	88	4.8	3	1	9	3	4	0.4	2				8	2			8		14				10	0.8	28	0.8	56	3.4		
東近江圏域計	32	0.9	48			0.3	2	0.8		0.7					2	0.1			5		7	2.1			6		8		20	5.8		
湖東圏域計	54	11	30	0.5	3		6	1.2	7	1.2					1	0.1		0.1	5		12		2		14		24		30		1	0.2
湖北圏域計	4		7			0.3	2	0.3							5	0.1			2		2		2		5				13	1.94		
湖西圏域計	455	34	341	13	17	7.4	51	8.2	25	3.8	11	0.3	11	0.1	39	2.5	4	0.1	57	0	89	3	13	0	59	6.6	146	2.2	254	41.8	8.5	0.2
滋賀県全域計																																

出典：医療機能調査（平成29年）

イ がん教育

- がん教育は、小学校、中学校、高等学校で行われています。年齢に応じて健康と命の大切さを学び、がんに対する正しい知識やがん患者への理解につなげるような教育内容に努めています。
- 県民に対するがんに関する知識の普及啓発は、各団体や機関のホームページの充実やパンフレット、講演会などにより行っています。
- 県民が、がんを知り、がん患者への理解を更に深めていく必要があります。
- がんに関わる関係者と学校が、がん教育を協働して進めていく必要があります。

ウ がん登録

- 全国がん登録*が平成 27 年（2015 年）1 月から開始しています。県内のがん登録指定診療所は 11 か所です。院内がん登録*の実施は、一般病床 100 床以上の 32 病院中 17 か所です。
- 全国がん登録の、罹患、死亡や進行度などのデータを活用して、予防や医療の対策を検討することが必要です。

具体的な施策

(1) 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

ア がんの予防

- 県は、関係機関とともに、県民に対してがんのリスクを減少させる生活習慣とがんと関係する感染症について正しい知識を普及します。
- 県は、関係機関とともに、県民に対して適正体重が維持できるよう、食生活改善と身体活動の習慣化のための支援を進めます。

イ がんの早期発見、がん検診

- 県と市町および関係機関は、個別勧奨や職域との連携により各種がん検診の受診率を向上します。
- 県は、科学的根拠に基づくがん検診を進め、市町と検診機関とともにがん検診全体の精度管理の向上に努めます。
- 県は、がん予防・検診専門部会、がん検診検討会、がん検診精度管理事業、がん登録の利用によりがん検診の精度管理を行います。

(2) 患者本位のがん医療の実現

ア がん医療の充実

- がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院、がん診療連携支援病院は、相互の連携により、医療の均てん化に取り組みます。
- がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院、がん診療連携支援病院を中心に診療ガイドラインに基づく集学的治療を提供します。
- 県は、県民ががんゲノム医療等の高度・先進的な治療が受けられるよう体制整備や情報提供のあり方を検討します。
- がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院、がん診療連携支援病院は、セカンドオピニオン*が受けられるよう医療機関で説明します。
- がん診療連携拠点病院・地域がん診療病院・がん診療連携支援病院において、多職種による治療方針の共有、意見交換等を行う検討会を実施して患者の状態に応じたがん医療を提供します。
- がん診療連携拠点病院を中心に、治療後の早期回復、日常生活の早期復帰に向けて、質の高いリハビリテーションを提供します。

イ がん種やライフステージに応じたがん医療の提供

- 県は、希少がん・難治性がんに対して、国立がん研究センターの病理コンサルテーションや情報を活用し、県内で治療が提供できるよう医療提供体制の検討を進めます。
- 県は、小児がん・AYA世代のがんが適切な治療が受けられるよう医療機関の連携を進めます。
- 県はがん診療連携拠点病院、地域がん診療病院、がん診療連携支援病院とともに、高齢者のがん患者に対して治療の選択ができるように診療ガイドラインを普及します。

ウ 病理診断

- 県は、病理医の育成と常勤医の配置を進めながら、遠隔病理診断を活用して、正確かつ迅速な病理診断を提供する体制を維持します。

(3) 尊厳をもって安心して暮らせる社会の構築

ア がんと診断された時からの緩和ケアの推進

- 県とがん診療連携拠点病院、地域がん診療病院、がん診療連携支援病院は、がん診療に携わる医療従事者の緩和ケア研修会の受講を促進します。
- 県とがん診療連携拠点病院、地域がん診療病院、がん診療連携支援病院は、緩和ケアについての県民の理解をすすめる緩和ケアが早期に受けられるように医療機関の体制を強化します。

イ 相談支援、情報提供

- 県は、患者団体や関係機関が行う取組について支援します。
- がん相談支援センター、がん相談窓口は、相談支援者の質の向上と利用の増加を図ります。

ウ 地域連携と在宅医療の充実

- 県および医療機関は、がん患者が望む場所での治療や療養が可能になるよう医療・介護の提供体制の構築に努めます。
- がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院、がん診療連携支援病院は、地域連携クリティカルパスの積極的な活用を促進します。

エ がん患者・家族等の社会的な問題への支援

- 県、労働局、医療機関、滋賀産業保健総合支援センター*は、がん治療と仕事の両立をサポートし、離職防止や再就職のための就労支援を充実します。
- 県と医療機関は、外見変化に悩むがん患者に対して相談支援、情報提供を行います。

オ ライフステージに応じたがん対策

- 県およびがん診療連携拠点病院、地域がん診療病院、がん診療連携支援病院は、がん患者の年代や状況に応じた情報提供や支援を行います。
- 県は、高齢のがん患者の意思決定についての支援を検討します。

(4) これらを支える基盤の整備

ア 人材育成

- 県は、がん医療の均てん化のためにがん医療・相談支援従事者の育成を推進します。
- 県は、高度ながん医療を担う医療従事者の育成を推進します。

イ がん教育、がんに関する知識の普及啓発

- 学校と関係機関は、発達年齢等に応じて、正しいがんの知識と患者に対する正しい認識を持ち、いのちや健康について学べるよう協力してがん教育を実施します。
- 県は、県民ががんに対する正しい知識を持ち、がん患者への理解を深めるよう研修等の機会を充実します。

ウ がん登録

- 県は、県民、医療従事者に対してがん登録の意義や内容についてわかりやすく周知して理解を求めます。

《数値目標》

目標項目	現状値	目標値（H35）	備 考
成人喫煙率	男性 29.1% 女性 4.0% (H27)	男性 27.2% 女性 3.0%	滋賀の健康・栄養マップ調査
がん検診受診率	胃がん 37.1% 肺がん 41.1% 大腸がん 38.8% 乳がん 34.2% 子宮がん 33.2% (H28)	全ての受診率について50%	国民生活基礎調査 ＊子宮がんは20歳以上、 その他のがんは40歳以上
がん年齢調整罹患率	男性 421.8 女性 280.6 (H25)	減少	がん罹患モニタリング集計 (がん登録)
75歳未満年齢調整 死亡率 (人口10万人あたり)	70.0 (H28)	減少	人口動態統計
5年相対生存率	全部位 60.9 (H28)	向上	がん罹患モニタリング集計 (がん登録)

2 脳卒中

目指す姿

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

取組の方向性

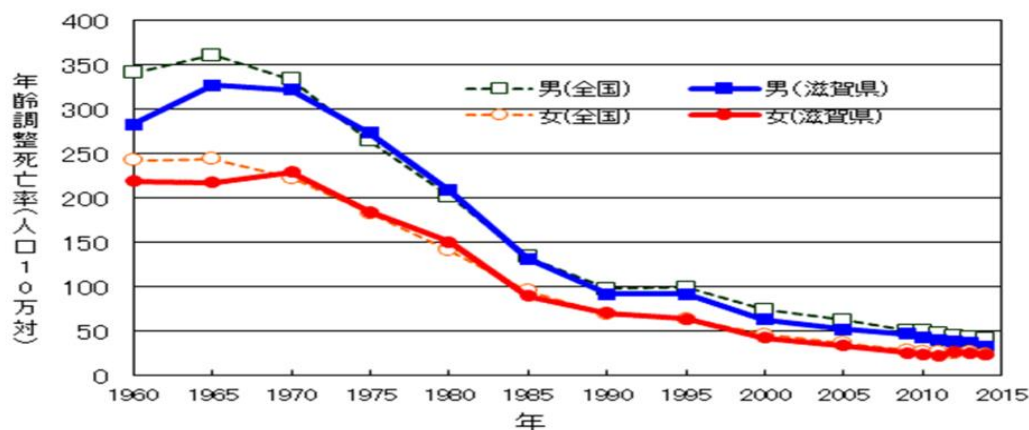
- (1) 若年からの発症予防、生活習慣病の改善と管理
- (2) 発症後の速やかな搬送と専門的な治療が可能な体制の構築
- (3) 病期に応じたりハビリテーションを施行できる体制の構築
- (4) 在宅療養が可能な体制の構築
- (5) 再発予防のための医療の実践と生活管理

現状と課題

(1) 脳卒中の現状

- 「脳卒中」(急性期脳血管障害)は、血栓等により脳の血流が低下して起こる「脳梗塞」、脳の細い血管が破綻することにより起こる「脳出血」、脳動脈瘤が破綻することにより起こる「くも膜下出血」に大別されます。また、脳梗塞には、アテローム血栓性脳梗塞、心原性脳梗塞、ラクナ梗塞、その他があります。急性期における治療法はそれぞれの病型で異なりますが、急性期を脱したのちに行われる医療は共通した部分が多くなります。
- 本県における平成 27 年(2015 年)の脳卒中による死亡者は 910 人であり、全死亡者数 12,507 人の 7.3%を占めています。内訳は脳梗塞 505 人(40.4%)、脳出血 242 人(19.3%)、くも膜下出血 134 人(10.7%)となっています。(平成 27 年人口動態調査)
- 年齢調整死亡率は、男性 26.4 (全国 37.8)、女性 17.1 (全国 21.0)であり、全国と比較すると低くなっています。(平成 27 年都道府県年齢調整死亡率)

図3-3-2-1 脳血管疾患の年齢調整死亡率(人口10万対)の年次推移



- 脳卒中はいったん発症すると、片麻痺、言語障害、嚥下障害、認知機能などの後遺症が持続することがあり、平均在院日数は、県平均 80 日（全国 89.1 日）となっており、全疾患平均 28.9 日（全国 33.2 日）と比較すると長期の入院が必要となっています。（平成 26 年患者調査）
- 本県では、脳卒中発症後、在宅生活の場に復帰した患者の割合は 65.0%で、35%の患者は在宅生活に復帰できていない状況です。また、介護が必要となった者の原因に占める脳卒中の割合は 18.4%であり、脳卒中を発症しないための予防の取組が重要となっています。（平成 26 年患者調査、平成 28 年国民生活基礎調査）
- また、県内の脳卒中患者における再発患者の割合は、平成 25 年度（2013 年度）で 24%となっており、再発予防のための取組が重要です。（滋賀脳卒中データセンター登録患者データ）
- 脳卒中の最大の危険因子は高血圧であり、発症の予防には血圧のコントロールが重要となります。その他、脂質異常症、不整脈（特に心房細動）、喫煙、過度の飲酒も危険因子であり、生活習慣の改善や適切な治療についての取組が必要です。
- 脳卒中危険因子保有者の治療者の割合で算出した危険因子を管理できている人の割合は、初発患者と比較して、再発患者の方が高い傾向にありますが、糖尿病や心房細動については管理が不十分な傾向にあります。

※再発患者の危険因子管理率（治療率）

高血圧 87%、脂質異常症 76%、心房細動 58%、糖尿病 57%

（滋賀脳卒中データセンター登録患者データ）

- 脳卒中の再発予防のためには、医療における適切な管理や、患者本人による生活管理が適切に行えるための支援が重要です。
- 脳卒中を疑うような症状が出現した場合、速やかに専門の医療機関を受診することが必要なことから、脳卒中の症状や発症時の緊急受診の必要性について、県民の理解を促進することが重要です。

（２）脳卒中医療の概要

図３－３－２－２ 脳卒中の診療提供体制の全体像イメージ

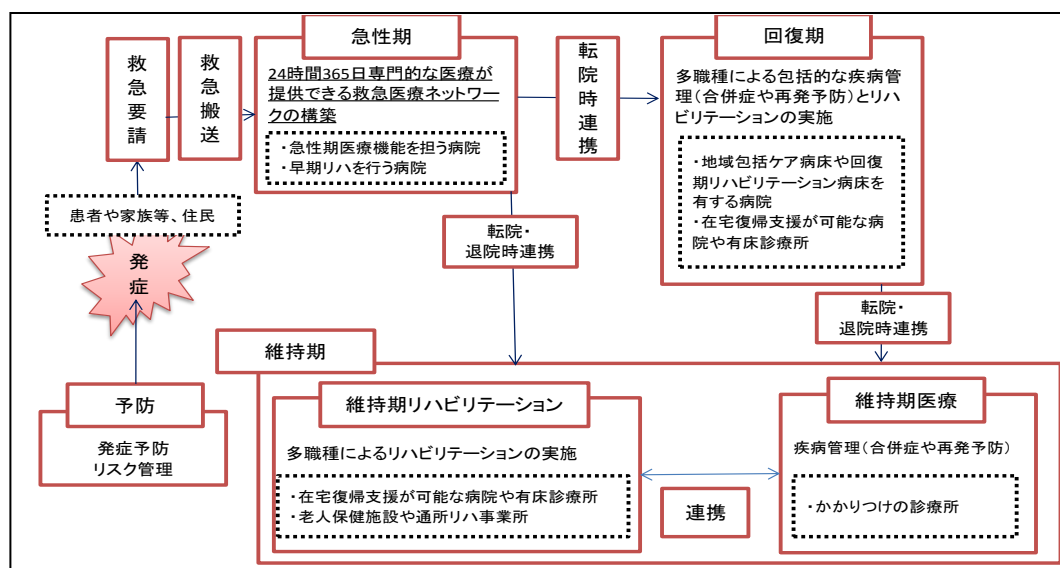


表3-3-2-3 脳卒中の医療体制

	【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	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 日常生活維持のためのリハビリテーション
目標	●脳卒中の発症予防	●発症後迅速に専門的な診療が可能な医療機関に到着 ●t-PA適応時間を超えた場合でも血管内治療等の専門的な治療が可能な医療機関への搬送	●来院後1時間以内(発症後4.5時間以内)に専門的治療開始 ●発症後、4.5時間を超えた場合も血管内治療等を検討 ●誤嚥性肺炎等の合併症予防及び治療の実施 ●廃用性症候群を予防し、早期リハビリテーションの実施	●身体機能の早期改善のための集中的リハビリテーションの実施 ●再発予防の治療と基礎疾患、危険因子の管理 ●誤嚥性肺炎等の合併症予防	●再発予防の治療と基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態への対応 ●生活機能維持・向上のためのリハビリテーションの実施(訪問リハ及び通所リハビリテーションを含む) ●誤嚥性肺炎の予防のために口腔管理を実施する病院内歯科や歯科医療機関等も含め、多職種連携で対策 ●自立生活又は在宅療養を支援するための居宅介護サービスを調整 ●回復期あるいは急性期医療機関等と診療情報やリハビリテーションを含む治療計画を共有するなど連携 ●合併症発症時や脳卒中の発症時に、状態に応じた医療を提供できる医療機関と連携
医療機関例			●救命救急センターを有する病院 ●脳卒中の専用病室を有する病院 ●急性期の血管内治療が実施可能な病院 ●脳卒中に対する急性期の専門的医療を担う病院又は有床診療所	●リハビリテーションを専門とする病院又は診療所 ●回復期リハビリテーション病棟を有する病院	●介護老人保健施設 ●介護保険によるリハビリテーションを行う病院又は診療所
求められる事項	●高血圧、糖尿病、脂質異常症、心房細動、喫煙、過度の飲酒等の基礎疾患及び危険因子の管理 ●突然の症状出現時における対応について、本人及び家族等患者の周囲にいる者に対する教育、啓発 ●突然の症状出現時に、急性期医療を担う医療機関への受診勧奨	【本人及び家族等周囲にいる者】 ●速やかな救急搬送の要請 【救急救命士等】 ●適切な観察・判断・処置 ●急性期病院への速やかな搬送	以下について24時間体制での実施または複数の医療機関連携による実施が可能 ●血液検査や画像検査 ●専門的治療の実施 ●神経学的検査の実施 ●発症後4.5時間以内にt-PA療法の実施 ●外科的手術や血管内治療の実施または実施可能な医療機関との連携 ●合併症に対する治療の実施 ●誤嚥性肺炎予防のための口腔管理の実施 ●早期リハビリテーションの実施 ●回復期リハビリテーションの適応を検討 ●回復期リハビリテーション病院等との診療情報やリハビリテーションを含む治療計画の共有 ●重度の後遺症等により、自宅への退院が容易でない患者を受け入れる医療施設や介護施設等との連携と調整 ●救急搬送患者について、最終判断を救急隊員に情報提供	●再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理、及び抑うつ状態や認知症などへの対応 ●機能障害の改善及びADLの向上を目的としたリハビリテーションを集中的に実施 ●誤嚥性肺炎予防のための口腔管理の実施 ●急性期の医療機関及び維持期の医療機関と診療情報やリハビリテーションを含む治療計画の共有 ●再発疑いの場合には、急性期医療機関との連携により、病態を適切に評価	●再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理 ●生活機能の維持向上のためのリハビリテーションの実施 ●誤嚥性肺炎予防のための口腔管理の実施 ●自立生活又は在宅療養を支援するための居宅介護サービスの調整 ●回復期あるいは急性期の医療機関と診療情報やリハビリテーションを含む治療計画の共有 ●合併症予防や脳卒中再発時に適切な医療を提供できる医療機関との連携

(3) 医療機能の現状

ア 医療機能の現状（医療機能および医療連携調査 平成 29 年）

- 脳卒中急性期の症例に対応できる病院（急性期病院）は各二次保健医療圏域にあります。また、急性期脳梗塞治療の t-PA 静脈投与による脳血栓溶解療法の実施可能な病院は 15 か所、血管内治療が実施可能な病院は 12 か所あり、全ての二次保健医療圏域で実施が可能です。
- t-PA 静脈投与による脳血栓溶解療法の実施症例は、平成 27 年（2015 年）の 118 件から、平成 28 年（2016 年）は 146 件となっており、少しずつ増加しています。また、発症から 4.5 時間を経過する等、t-PA の適応がない症例や無効な症例に対しては、血管内治療による脳血栓回収療法が有効とされており、実施症例は平成 27 年度（2015 年度）の 71 件から平成 28 年度（2016 年度）は 81 件に増加しています。（平成 29 年医療機能調査）
- t-PA 静脈投与による脳血栓溶解療法の実施や血管内治療による血栓除去術については、全ての二次保健医療圏域での実施が可能です。甲賀・東近江・湖西の圏域においてはオンコール等による 24 時間対応可能な体制をとっています。
- 病期に応じたリハビリテーションを行う回復期リハビリテーション病床は全ての二次保健医療圏域に設置されており、平成 29 年医療機能調査では 15 病院 808 床に増加しています。（平成 24 年 14 病院 628 床）

- 地域医療構想において、リハビリや在宅復帰に向けた回復期病床の需要の増加が見込まれており、整備が必要です。
- 脳卒中の急性期の治療は 24 時間 365 日求められており、休日や夜間等にも対応できる診療提供体制の構築が必要です。
- 脳卒中の再発予防の取組を進めるためには、生活習慣の改善とともに服薬などの必要な医療が適切に行われるよう、多職種連携による支援を進めるとともに、滋賀脳卒中データセンターにおいてデータを集約・分析し、情報の適切な提供をしていくことが必要です。

表3-3-2-4 脳卒中急性期の医療に対応できる病院

二次保健医療圏域	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		脳卒中の治療に関する体制				t-PA静脈療法の実施実績				脳血栓回収療法の実施実績		
		脳血栓溶解療法t-PAによる	t-PA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	血管内治療	24時間整っている	脳卒中の治療に 対応できない 診療時間以外 は原則として 対応できない	診療時間以外 は原則として 対応できない 診療時間以外 は原則として 対応できない	実績あり	H27		H28		実績あり	H27	H28			
																	実施件数	（急性期脳梗塞症例に対する割合）	実施件数	（急性期脳梗塞症例に対する割合）						
大津	琵琶湖大橋病院		○			○								○												
	市立大津市民病院	○	○	○		○		○	○	○	○	○	○	○		○	6	3%	12	5%	○	3	4			
	大津赤十字病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		○	9	4%	18	8%	○	4	6			
	地域医療機能推進機構滋賀病院		○			○				○			○													
	琵琶湖養育院病院													○												
	滋賀医科大学医学部附属病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		○	15	16%	14	15%	○	13	8			
	琵琶湖中央病院					○				○				○												
	ひかり病院																									
計		3	5	3	2	6	2	3	5	3	3	3	1	3	3	3	30		44		3	20	18			
湖南	南草津病院																									
	近江草津徳洲会病院	○	○			○	○	○	○	○				○		○	1	4%	0			○	0	1		
	草津総合病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○			○	13	8.1%	4	2.2%	○	8	4			
	県立総合病院(旧成人病センター)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○				13	8.1%	4	2.2%	○	8	4			
	守山市民病院													○												
	済生会滋賀県病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○			○	23	8.8%	26	10.3%	○	11	28			
	野洲病院		○			○				○				○												
計		4	5	3	3	5	4	4	5	4	3	3	3	0	3	4	37		30		3	19	33			
甲賀	生田病院	○	○			○			○					○												
	甲西リハビリ病院																									
	公立甲賀病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		○		○	8	3%	14	5%	○	1	1			
	甲南病院		○							○					○											
	信楽中央病院		○			○									○											
計		2	4	1	1	4	1	1	3	1	1	1	0	2	2	1	8		14		1	1	1			
東近江	湖東記念病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		○		○	5	4%	5	5%	○	1	3			
	青葉病院		○			○				○				○												
	東近江敬愛病院		○							○				○												
	ヴォーリス記念病院													○												
	能登川病院		○			○				○				○												
	日野記念病院		○			○				○				○												
	近江八幡市立総合医療センター	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		○		○	4	4%	5	4%	○	7	6			
	近江温泉病院					○								○												
	東近江総合医療センター		○			○				○				○												
計		2	7	2	2	8	2	2	7	2	2	2	0	3	7	2	9		10		2	8	9			
湖東	彦根市立病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○			○	15	9%	23	16%	○	8	4			
	彦根中央病院		○			○				○				○												
	友仁山崎病院		○			○				○				○												
	豊郷病院													○												
計		1	3	1	1	3	1	1	3	1	1	1	1	0	3	1	15		23		1	8	4			
湖北	市立長浜病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○			○	7	6%	7	6%	○	8	5			
	長浜市立湖北病院													○												
	長浜赤十字病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○			○	7	5%	9	7%	○	7	11			
計		2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	14		16		2	15	16			
湖西	マキノ病院					○																				
	今津病院		○			○				○				○												
	高島市民病院	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○		○		○	5	15%	9	26%						
計		1	2	0	1	3	1	1	2	1	1	1	0	1	1	1	5		9		0	0	0			
全県 計		15	28	12	12	31	13	14	27	14	13	13	6	10	20	14	118		146		12	71	81			

出典：医療機能調査（平成29年）

表3-3-2-5 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	高次脳機能障害のリ ハビリテーション
			病床数				
大津	琵琶湖大橋病院				○	○	
	市立大津市民病院	○					
	大津赤十字病院	○	○	41	○	○	○
	地域医療機能推進機構滋賀病院	○				○	○
	琵琶湖養育院病院					○	
	滋賀医科大学医学部附属病院	○					
	琵琶湖中央病院		○	130	○	○	○
	ひかり病院				○	○	
	計	4	2	171	4	6	3
湖南	南草津病院		○	77	○	○	○
	近江草津徳洲会病院	○				○	○
	草津総合病院	○	○	41	○	○	○
	県立総合病院(旧成人病センター)	○	○	40	○	○	○
	守山市民病院					○	
	済生会滋賀県病院	○					
	野洲病院	○	○	41	○		
	計	5	4	199	4	5	4
甲賀	生田病院	○			○	○	○
	甲西リハビリ病院		○	100	○	○	○
	公立甲賀病院	○	○	46	○	○	○
	甲南病院	○			○	○	○
	信楽中央病院				○	○	
	計	3	2	146	5	5	4
東近江	湖東記念病院	○			○		○
	青葉病院					○	
	東近江敬愛病院	○			○	○	
	ヴォーリス記念病院		○	42	○	○	○
	能登川病院	○				○	
	日野記念病院	○			○		
	近江八幡市立総合医療センター	○					○
	近江温泉病院		○	56	○	○	○
	東近江総合医療センター	○					○
	神崎中央病院		○	32	○	○	
	計	6	3	130	6	6	5
湖東	彦根市立病院	○					
	彦根中央病院		○	40	○	○	○
	友仁山崎病院	○			○	○	
	豊郷病院	○	○	30	○	○	
	計	3	2	70	3	3	1
湖北	市立長浜病院	○	○	52	○	○	○
	長浜市立湖北病院	○			○		
	長浜赤十字病院	○					○
	計	3	1	52	2	1	2
湖西	マキノ病院	○			○	○	
	今津病院	○	○	40	○	○	○
	高島市民病院	○					
	計	3	1	40	2	2	1
全県	計	27	15	808	26	28	20

出典：医療機能調査（平成29年）

イ 医療機関連携の状況

- 地域医療連携クリティカルパスによる連携の状況は、平成 24 年（2012 年）では 33 病院 933 件でしたが、平成 29 年（2017 年）5 月の調査では、34 病院 1,679 件に増加しています。

表 3-3-2-6 脳卒中地域連携クリティカルパス運用状況

	大津	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北	湖西	合計
運用病院数	6	5	3	10	4	3	3	34
運用件数	451	191	146	279	143	409	60	1679

出典：地域医療連携クリティカルパス運用状況調査（平成 29 年 5 月）

具体的な施策

（１）若年からの発症予防、生活習慣病の改善と管理

- 県・市町・保険者等を中心に関係機関・団体と協力し、脳卒中発症予防および再発予防のために、生活習慣の指導や危険因子の発見・管理のための健康教育、健診、保健指導などの取組を推進します。
- 県は、血圧管理、適度な運動、禁煙、食生活改善などとともに適切な服薬指導が継続して行われるように、日本脳卒中協会滋賀県支部、関連病院、医師会、看護協会、薬剤師会、栄養士会等との連携を推進し、脳卒中に関する研究や県民啓発活動を行い脳卒中对策の促進を図ります。
- 県は、脳卒中データセンターによる県内の脳卒中発症頻度、治療成績、機能予後、死亡率等の情報収集と解析が推進され、これまで以上にデータ活用できる方策を検討します。

（２）発症後の速やかな搬送と専門的な治療が可能な体制の構築

- 脳卒中は、速やかな治療により後遺症の軽減が見込まれるため、県・市町・保険者等を中心に関係機関・団体と協力し、脳卒中の初期症状に関する県民への啓発を促進します。
- 県は、脳卒中の検査、診断、治療が 24 時間 365 日対応可能で t-PA による脳血栓溶解療法、脳血管内治療による脳血栓回収療法を行える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。
- 急性期治療を行う医療機関は、来院後速やかに専門的治療が開始できる院内体制の構築とともに、t-PA による脳血栓溶解療法、脳血管内治療による脳血栓回収療法に対応できるように努めます。
- 脳血管内治療による脳血栓回収療法施行体制が困難な場合には、施行可能な医療機関との連携構築が必要なことや、24 時間 365 日急性期の症例に対応できる病院が限られていることなどから、急性期治療においては医療需要に応じて二次保健医療圏の枠組にとらわれない新たなネットワーク構築を目指します。

具体的には、次の 4 ブロックを基本とします。

- 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）
- 滋賀脳卒中データセンターを中心に、脳卒中医療に携わる関係者への最新医療の情報提供とと

もに、研修会の開催を行い、脳卒中医療の改善に努めます。

図 3-3-2-7 脳卒中医療提供体制の枠組み



(3) 病期に応じたりハビリテーションが可能な体制の構築

- 関係機関が連携し、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、機能回復および日常生活動作向上のための専門的かつ集中的な回復期リハビリテーション、生活機能を維持向上させる維持期*リハビリテーション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更に促進し、急性期～回復期～維持期*、特に在宅での取組につながるよう、地域連携クリティカルパスの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、県立リハビリテーションセンターを中心に、適切な神経心理学的評価等が行われ、個々の障害に応じた総合的なリハビリテーションが推進されるよう支援します。
- 関係機関・団体が連携し、急性期・回復期・維持期*（生活期）・在宅生活におけるサービスについて、生活の質の向上に向けた切れ目のないリハビリテーションの提供体制の整備を図ります。

(4) 在宅療養が可能な体制づくりの強化

- 医療連携の円滑な実施に向けて、市町単位や二次保健医療圏域単位の中で、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医療連携体制の構築に努めます。
- 関係機関・団体が連携し、本人の望む生活の実現に向けた支援が推進されるよう、居宅介護支援専門員を中心に多職種関係者の資質向上に努めます。

(5) 再発予防のための医療の実践と生活管理

- 脳卒中の再発により重症化し、介護度が上昇することを回避するために、医師、薬剤師、看護

師、保健師、管理栄養士など関係機関・団体が連携し、服薬状況および危険因子の管理を推進します。

《数値目標》

目標項目		現状値	目標値(H35)	備考
脳血管疾患による年齢調整死亡率（人口10万対）の減少	男性	26.4（H27）	23.8	健康いきいき21-健康しが推進プラン
	女性	17.1（H27）	15.4	
t-PAによる脳血栓溶解療法実施件数の増加		年間146件（H28）	増加	
脳血栓回収療法実施件数の増加		年間81件（H28）	増加	
脳卒中地域連携クリティカルパスの運用件数の増加		29医療機関（H28） 1,679件（H28）	増加	

3 心筋梗塞等の心血管疾患

目指す姿

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

取組の方向性

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

現状と課題

(1) 心筋梗塞等の心血管疾患の概況

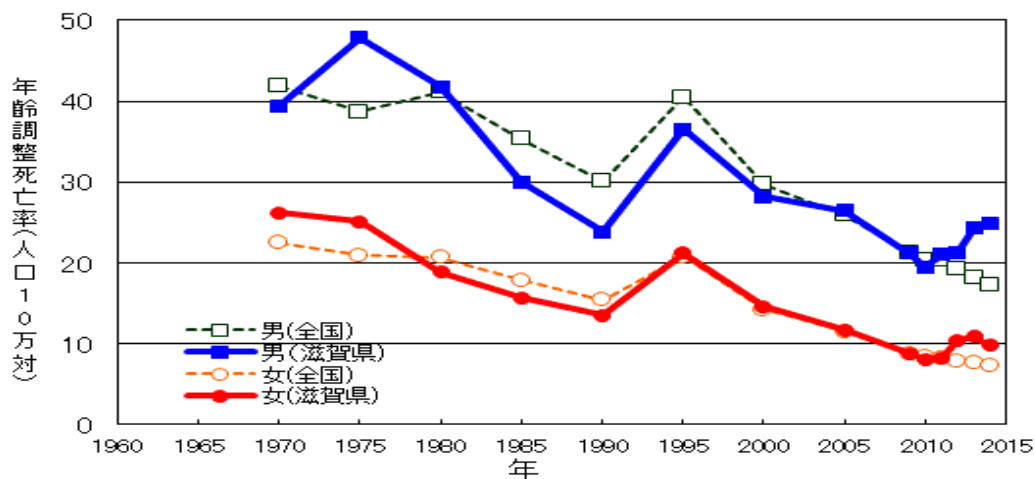
- 心血管疾患の代表的な疾患として、虚血性心疾患（急性心筋梗塞、狭心症等）、急性大動脈解離等、心不全（急性心不全・慢性心不全）が挙げられます。
- 本県における心疾患による死亡者数は、2,061 人で全死亡者数 12,507 人の 16.5%を占めています。（平成 27 年人口動態調査）
- 心筋梗塞等の心血管疾患を発症した場合、急性期には内科的・外科的治療が行われ、同時に再発予防や在宅復帰を目指して、患者教育、運動療法、心血管疾患のリハビリテーションが開始されます。
- 心血管疾患は自覚症状が出現してから治療が開始されるまでの時間や疾患によって治療法や予後が大きく変わります。
- 在宅復帰後は、基礎疾患や危険因子の管理に加えて、慢性心不全の管理など、長期の継続した治療が必要となります。
- 危険因子となる高血圧、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、発症予防のために生活習慣病の改善や、早期に症状に気づき適切な治療を行うことが重要となります。

ア 急性心筋梗塞の概況

- 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、全国的には 1 年間に救急車で搬送される急病の 8.6%、約 30 万 2 千人が心疾患等とされています。（消防庁 平成 28 年版救急救助の現況）
- 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 8 千人と推計されています。（平成 26 年患者調査）
- 急性心筋梗塞の年齢調整死亡率は、男性 20.3（全国 16.2）、女性 8.1（全国 6.1）となっており、平成 25 年（2013 年）以降増加傾向にあります。また、全国と比較するとやや高い状況にあります。（平成 27 年都道府県年齢調整死亡率）

- 急性心筋梗塞等の虚血性心疾患による退院患者の平均在院日数は、県平均 9.3 日（全国 8.3 日）となっており、全国よりやや長い状況にあります。（平成 26 年患者調査）
- そのため、急性心筋梗塞発症直後に心肺停止となった場合に、いち早く周囲にいる者による心肺蘇生の実施や AED の使用により救命を図ることが重要となります。住民による心肺機能停止傷病者への応急手当は約 48%に実施されています。（出典：日本循環器学会「心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン（2012 年改訂版）」（平成 27 年 1 月 14 日更新版）

図 3-3-3-1 急性心筋梗塞の年齢調整死亡率（人口 10 万対）の年次推移



- 急性心筋梗塞による死亡者は増加傾向にあり、生活習慣改善の取組について県民への一層の周知が必要です。
- 適切に医療機関を受診するためには、速やかな搬送が必要となりますが、本人や家族等周囲にいる人が速やかに救命手当を行うとともに、専門の医療施設を受診するために行動できるよう、初期症状や手当に関する県民啓発が必要です。

イ 急性大動脈解離等の概況

- 大動脈解離は、大動脈壁が二層に剥離し、二腔（真腔・偽腔）になった状態であり、突然の急激な胸背部痛、解離に引き続く動脈の破裂による出血症状や動脈の狭窄・閉塞による胸部虚血症状等様々な症状が起こります。
- 全国で年間約 1.7 万人が大動脈瘤および大動脈解離を原因として死亡し、死亡数全体の 1.3%を占め、死亡順位の第 9 位となっています。（平成 27 年人口動態統計）
- 大動脈瘤および解離の年齢調整死亡率は、男性 6.1（全国 6.4）、女性 3.3（全国 3.3）となっており、全国とほぼ同じ状況です。（平成 27 年都道府県年齢調整死亡率）
- 急性大動脈解離等は、死亡率が高く予後不良な疾患であり、発症後の死亡率は 1 時間ごとに 1~2%ずつ上昇するといわれています。急性大動脈解離等の予後の改善には、迅速な診断と治療ができる医療機関の整備が重要となります。

ウ 慢性心不全の概況

- 慢性心不全は、様々な原因による慢性の心筋障害により心臓のポンプ機能が低下し、日常生活に支障を来した状態であり、労作時の呼吸困難、息切れ、四肢浮腫、全身倦怠感、尿量低下

等、様々な症状が起こり、だんだん悪くなり、生命を縮める病気です。

- 全国で心不全の継続的な医療を受けている患者数は約 30 万人と推計され、原因疾患は高血圧性心疾患 35%、虚血性心疾患 30%、心臓弁膜症 26%、心筋症 15%となっています。また、心不全による死亡数は心疾患死亡数全体の約 36.6%、約 7.2 万人となっています。（平成 26 年患者調査、平成 27 年人口動態調査）
- 心不全の年齢調整死亡率は、男性 19.8（全国 16.5）、女性 13.6（全国 12.4）となっており、全国と比較するとやや高い状況です。（平成 27 年都道府県年齢調整死亡率）
- 慢性心不全患者に対する心血管疾患リハビリテーションが実施可能な病院は、県内で 16 病院となっており、湖西圏域に実施できる病院がない状況です。
- 慢性心不全は、心不全増悪による再入院を繰り返しながら身体機能が悪化することが多いため、入院から退院後の生活まで多職種の連携による継続的な支援が必要です。

（２）急性心筋梗塞等の医療の概要

図 3-3-3-2 心血管疾患の診療提供体制の全体像イメージ

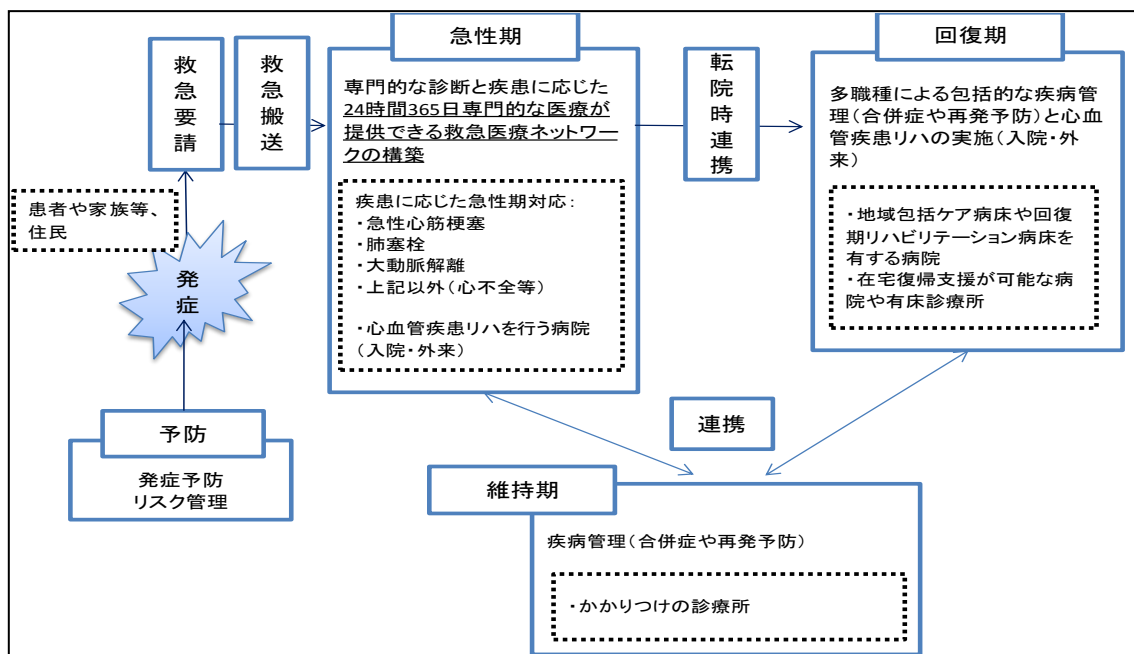


表3-3-3-3 急性心筋梗塞の医療体制

機能	【予防】	【救護】	【急性期】	【回復期】	【再発予防】
目標	●心血管疾患の発症予防	●できるだけ早期に疾患に応じた専門的な診療が可能な医療機関に到着	●来院後30分以内に専門的治療開始 ●合併症や再発予防、心血管疾患リハビリテーションの実施 ●再発予防の定期的専門的検査の実施	●再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理 ●合併症や再発の予防、在宅復帰のための心血管疾患リハビリテーションを入院または通院により実施 ●在宅生活の場への復帰支援 ●再発予防に必要な知識の教育	●再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理 ●在宅療養の継続支援
医療機関例			●救命救急センターを有する病院 ●心臓内科系集中治療室(CCU)等を有する病院 ●心筋梗塞等の心血管疾患に対する急性期医療を担う病院または有床診療所	●内科、循環器科もしくは心臓血管外科を有する病院または診療所	●病院または診療所
求められる事項	●高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病等の危険因子の管理 ●初期症状出現時における対応について、本人および家族等患者の周囲にいる者に対する教育、啓発 ●初期症状出現時に、専門的な診療が可能な医療機関への受診勧奨	【本人および家族等周囲にいる者】 ●速やかな救急搬送の要請 ●AEDの使用を含めた救急蘇生法等適切な処置 【救急救命士等】 ●適切な観察・判断・処置 ●急性期医療を担う医療機関への速やかな搬送	●心電図検査、血液生化学検査、心臓超音波検査、エックス線検査、CT検査、心臓カテーテル検査、機械的補助循環装置等必要な検査および処置の24時間対応 ●専門的な診療を行う医師等の24時間対応 ●ST上昇型心筋梗塞の場合、冠動脈造影検査および適応があればPCIを行い、来院後90分以内の冠動脈再疎通が可能 ●呼吸管理、疼痛管理等の全身管理や、ポンプ失調、心破裂等の合併症治療 ●虚血性心疾患に対する冠動脈バイパス術や大動脈解離に対する大動脈人工血管置換術等の外科的治療が可能または外科的治療が可能な施設との連携体制 ●電気的除細動、機械的補助循環装置、緊急ペーシングへの対応 ●運動療法のみならず多面的・包括的なリハビリテーションの実施 ●抑うつ状態等の対応 ●回復期(あるいは在宅医療)の医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携、またその一環として再発予防の定期的専門検査の実施	●再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態等の対応 ●心電図検査、電気的除細動等急性増悪時の対応 ●合併症併発時や再発時に緊急の内科的・外科的治療が可能な医療機関との連携 ●運動療法、食事療法、患者教育等の心血管疾患リハビリテーションの実施 ●心血管疾患の再発や重症不整脈などの対応法について、患者および家族等患者の周囲にいる者に対する教育 ●急性期医療を担う医療機関および二次予防の医療機関と診療情報や治療計画を共有して連携していること	●再発予防治療、基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態等の対応 ●緊急時の除細動等急性増悪時への対応 ●合併症併発時や再発時に緊急の内科的・外科的治療が可能な医療機関との連携 ●急性期医療を担う医療機関や介護保険サービス事業所等と再発予防のための定期的専門的検査、合併症併発時や再発時の対応を含めた診療情報や治療計画の共有と連携 ●在宅での運動療法、再発予防のための管理を医療機関と訪問看護ステーション・かかりつけ薬剤師・薬局が連携しての実施

(3) 医療機能の現状（平成 29 年医療機能調査）

- 緊急冠動脈インターベンション、大動脈バルーンパンピング等のカテーテル対応が可能な病院は、県内で 18 病院あり、全ての保健医療圏域で可能となっています。
- CCU（心臓内科系集中治療室）または ICU（集中治療室）を設置している医療機関は、県内で 13 病院あります。
- 急性心筋梗塞についての対応は、オンコール等による 24 時間体制も含めて全ての保健医療圏域で対応できる状況となっています。
- 急性大動脈解離等についての対応は、24 時間体制ができる病院は、大津・湖南・東近江・湖北の圏域にはありますが、甲賀および湖東・湖西では対応できない状況となっています。
- 心血管疾患リハビリテーションが実施可能な病院は 16 病院で、湖西では実施ができない状況となっています。
- 心筋梗塞等の心血管疾患の急性期の治療は 24 時間 365 日求められており、休日や夜間等にも対応できる診療提供体制の構築が必要です。
- 自覚症状の改善や運動に対する耐久性、許容量の改善、および心不全増悪や再入院を防止するための心血管リハビリテーションについて、身近な地域で、多職種が連携し、より多面的・包括的に実施できる体制整備が必要です。

表3-3-3-4 心血管疾患の急性期に必要なとされる主な治療法に対応できる病院

		緊急冠動脈インターベンション (PCI)	緊急冠動脈バイパス術 (CABG)	大動脈バルーンパンピング法 (IABP)	経皮的心臓補助装置 (PCPS)	大動脈解離に対する緊急手術	CCU または ICU	心臓リハビリテーション	心筋梗塞等の心血管疾患の治療に関する体制		
									検査、治療を行う体制が原則24時間整っている	オンコール等により24時間対応可能な体制を確保している	診療時間以外は原則として対応できない
大津	琵琶湖大橋病院	○		○						○	
	市立大津市民病院	○	○	○	○		○	○		○	
	大津赤十字病院	○	○	○	○	○	○	○		○	
	地域医療機能推進機構滋賀病院	○		○	○		○	○		○	
	滋賀医科大学医学部附属病院	○	○	○	○	○	○	○	○		
	琵琶湖中央病院										○
	打出病院										
	大津赤十字病院志賀病院							○			○
	計	5	3	5	4	2	4	5	1	4	2
湖南	近江草津徳洲会病院			○	○			○			○
	草津総合病院	○	○	○	○	○	○	○	○		
	県立総合病院(旧成人病センター)	○	○	○	○	○	○	○	○		
	済生会滋賀県病院	○		○	○		○	○	○		
	計	3	2	4	4	2	3	4	3	0	1
甲賀	生田病院										○
	公立甲賀病院	○		○	○		○	○		○	
	甲南病院	○	○	○				○			○
	信楽中央病院										○
	計	2	1	2	1	0	1	2	0	1	3
東近江	湖東記念病院	○	○	○	○	○	○	○	○		
	近江八幡市立総合医療センター	○	○	○	○	○	○	○		○	
	東近江総合医療センター	○		○	○					○	
	計	3	2	3	3	2	2	2	1	2	0
湖東	彦根市立病院	○		○	○		○	○	○		
	彦根中央病院										○
	友仁山崎病院										○
	豊郷病院										○
	計	1	0	1	1	0	1	1	1	0	3
湖北	市立長浜病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
	長浜市立湖北病院										○
	長浜赤十字病院	○		○	○		○	○		○	
	計	2	1	2	2	1	2	2	1	2	1
湖西	今津病院										○
	高島市民病院	○		○	○					○	
	計	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1
全県	計	17	9	18	16	7	13	16	7	10	11

出典：医療機能調査（平成 29 年）

具体的な施策

(1) 若年からの発症予防、生活習慣病の改善と管理

- 急性心筋梗塞等心血管疾患の発症予防のためには生活習慣の改善や適切な基礎疾患の治療が重要であり、関係機関・団体は連携して、啓発を推進します。
- 県・市町・保険者等を中心に関係機関・団体が協力し、急性心筋梗塞等心血管疾患の発症予防のために、生活習慣の指導や危険因子の発見・管理に関する健康教育、健診、保健指導などの取組を推進します。
- 県民が心筋梗塞等心血管疾患について正しい知識をもち、早期受診につながるよう関係機関・団体と連携し、啓発を推進します。

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

- 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。
- 県は、急性心筋梗塞等心血管疾患の医療提供体制について、二次保健医療圏域を中心とした体制づくりを推進します。また、急性大動脈解離等については、県内で治療可能な病院が限られることから、より広域なネットワーク体制を整備します。
- 再発予防や基礎疾患・危険因子の管理のためには、定期的な専門的検査が必要となります。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。
- 慢性心不全については、かかりつけ医を中心に、病院と連携し、入院から退院後の生活まで多職種連携による継続的な支援のネットワークづくりを促進します。

【疾患毎の医療提供体制の枠組み】

急性心筋梗塞

二次保健医療圏域ごとの対応とします。

慢性心不全

二次保健医療圏域ごとの対応とします。

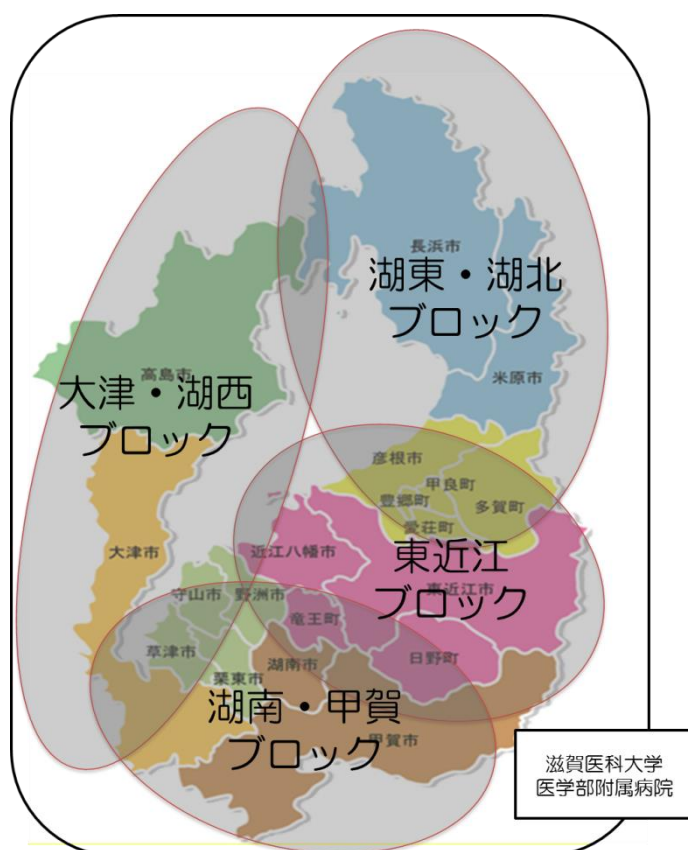
急性大動脈解離等

県内4ブロックでの対応とします。

- 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）

滋賀医科大学医学部附属病院は、4ブロックの医療機関と連携し、全圏域をカバーします。

図3-3-3-5 急性大動脈解離等の診療提供体制のイメージ



(3) 心血管疾患リハビリテーションが可能な体制の構築

- 心血管疾患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。今後高齢化が進展することから患者数の増加が予測され、身近な地域で心血管疾患リハビリテーションが受けられるよう、体制整備を進めます。

《数値目標》

目標項目		現状値（H27）	目標値（H35）	備考
急性心筋梗塞年齢調整死亡率（人口 10 万対）の減少	男性	20.3	18.3	H27 の 90%
	女性	8.1	7.3	
大動脈瘤および解離の年齢調整死亡率（人口 10 万対）の減少	男性	6.1	5.5	H27 の 90%
	女性	3.3	3.0	
心血管疾患リハビリテーションが実施可能な二次保健医療圏域の増加		6 圏域（H29）	全圏域	

4 糖尿病

目指す姿

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

取組の方向性

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

現状と課題

(1) 糖尿病患者および糖尿病を疑う人の状況

- 糖尿病は、インスリン作用不足による慢性の高血糖状態を主な特徴とする代謝性疾患です。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。

糖尿病には根治的な治療方法がないものの、血糖コントロールを適切に行うことにより、合併症の発症を予防することが可能です。

糖尿病の合併症である網膜症、腎症、神経障害、足病変は、視力の低下や慢性透析につながり、ADL(日常生活動作)が制限されるなど、患者の生活の質(QOL)を低下させます。

- 平成 28 年(2016 年)国民健康・栄養調査から、本県の糖尿病患者を推計すると、糖尿病を強く疑われる人は約 10 万 3 千人であり、過去 4 年間で約 4 千人増加しています。

また、糖尿病の可能性が否定できない人は約 10 万 3 千人であり、過去 4 年間で約 9 千人減少しています。

- 平成 26 年(2014 年)の患者調査では、医療機関を受診している糖尿病患者数は、約 3 万 2 千人と推計され、平成 20 年(2008 年)の調査結果より 6 千人増加しています。

- 平成 24 年(2012 年)10 月～11 月に滋賀県医師会が実施した糖尿病患者実態調査によると、調査期間に滋賀県内の医療機関を受診した糖尿病患者 24,243 例の報告があり、管理状況を見ると全登録患者の平均 HbA1c 値は 7.1%であり、平成 18 年(2006 年)調査時の 7.3%に比べ改善傾向でした。

また、合併症予防のための目標 HbA1c 値 7.0%未満を達成しているのは全体の 57.2%で、増加していました。

糖尿病患者における肥満者(BMI $\geq$ 25)の割合は 41%と前回 36%に比べて増加傾向であり、特に 50 歳までの若い世代の患者の半数以上が肥満に該当していました。

- 平成 27 年度(2015 年度)、市町国民健康保険(以下「市町国保」という。)における特定健康診査の結果、糖尿病治療中の者で HbA1c 値 7.0%以上の人は 2,221 人(37.7%)、平成 24 年度(2012 年度)の 2,179 人(45.8%)に比べ減少していました。

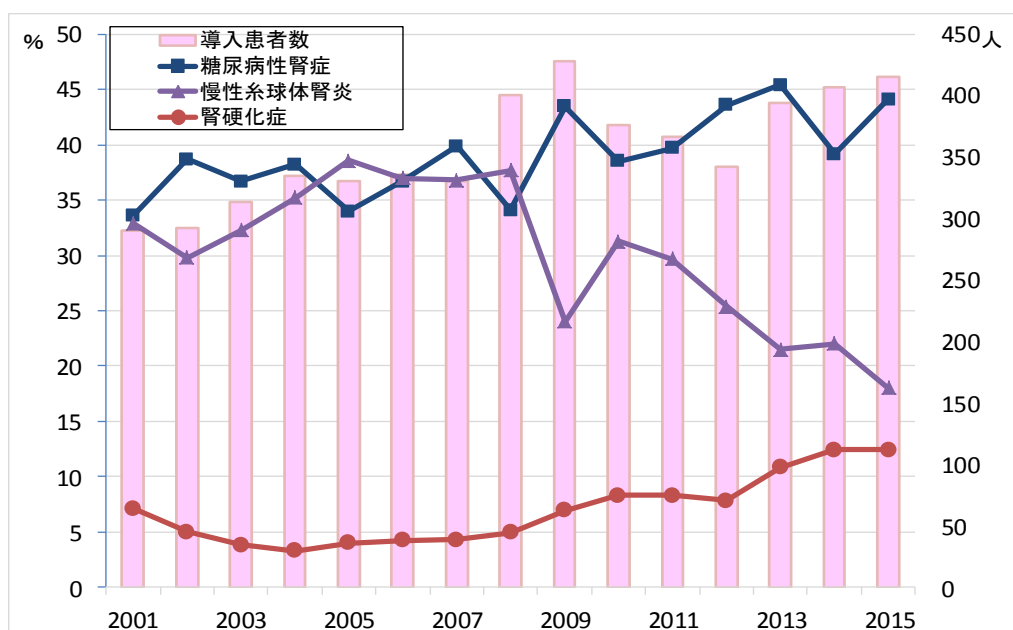
- 日本透析医学会および滋賀腎・透析研究会の調査によると、県内の慢性透析患者数は増加しており、平成 27 年(2015 年)12 月末現在で 3,122 人となっています。

- 糖尿病が原因の死亡者数は 111 人で、死亡数全体の 0.9%であり、全国（死亡数 13,480 人、死亡数全体の 1.0%）と比べて少ない状況です。（平成 28 年人口動態調査）

年齢調整死亡率（人口 10 万人対）は、3.2（全国 3.9）であり、男性は 4.4（全国 5.5）、女性は 2.0（全国 2.5）と全国より低い状況です。（平成 27 年人口動態調査より計算）

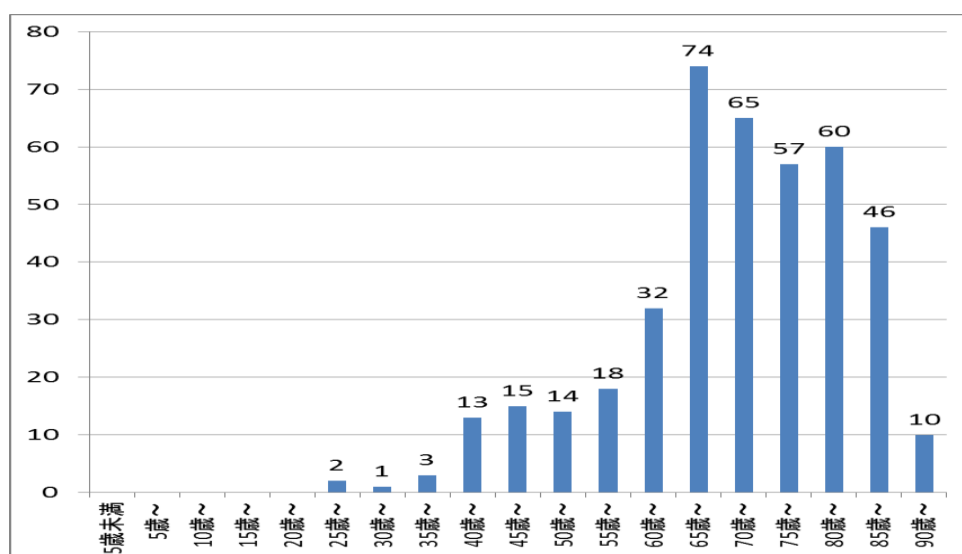
- 糖尿病患者の増加が続いているため、糖尿病発症予防、メタボリックシンドローム対策の推進や、糖尿病が疑われる人への早期介入や連携システムを構築するための検討が必要です。
- 平成 27 年（2015 年）の新規透析導入患者数（415 人）の導入原疾患をみると、糖尿病性腎症が 181 人（44.1%）と最も多くを占め、その割合が増加傾向にあり、課題となっています。（日本透析医学会）

図 3-3-4-1 新規透析導入患者数および導入原疾患比率の推移



出典：日本透析医学会、滋賀腎・透析研究会 調査

図 3-3-4-2 透析導入患者の年齢別人数（平成 27 年度・2015 年度）



出典：日本透析医学会、滋賀腎・透析研究会 調査

(2) 予防・特定健康診査・保健指導

- 健康教育、保健指導などをとおして、県民が正しく糖尿病について知ることは、糖尿病の発症予防や重症化予防に欠かすことができません。
- 平成 27 年度（2015 年度）の市町国保の特定健康診査受診率は 38.2%、特定保健指導実施率は 30.8%で、平成 24 年度（2012 年度）の受診率 35.6%、実施率 25.6%に比べて増加していますが、今後も、受診率、実施率向上が望まれる状況です。

市町国保の特定健康診査受診者 81,445 人のうち HbA1c 検査受診者 81,039 人の結果をみると、受診勧奨値である HbA1c 値 6.5%以上の人は、6,993 人（8.7%）、更に 7.0%以上の人は 3,304 人（4.1%）、8.0%以上の人は 802 人（1.0%）でした。

また、市町国保の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 5,897 人のうち、HbA1c 値 7.0%以上の人は 2,221 人（37.7%）、8.0%以上の人は 519 人（8.8%）でした。

HbA1c 値 6.5%以上のうち、未治療者は 1,279 人（18.3%）で、平成 24 年度（2012 年度）結果(22.1%)に比べて減少していました。

- 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。
- 個人の糖尿病のリスクを把握することや糖尿病の早期発見による重症化予防につなげるために、特定健診や職域での健康診査などの定期的な健診を受診することが重要です。
- 健診の結果、医療機関への受診が必要な人、保健指導が必要な人が確実に医療や保健指導を受けられる体制の整備が課題です。
- 医療機関での特定健診受診者等のうち糖尿病の発症リスクが高まっている者の生活習慣改善が促進されるよう、かかりつけ医の判断により医療保険者等と連携した保健指導の実施体制の整備、充実が必要です。

(3) 医療機能と医療機関連携

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、各二次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、各二次保健医療圏に存在しています。

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

実施可能な治療等 圏域別病院名		ア（急） シ（糖） ン（尿） ド（病） ー（シ） シ（ス） スト（症）	慢性合併症				専門職種の チームによる 治療	糖尿病 妊娠患者の 管理	患者教育	
			網糖 膜尿 症病	腎糖 尿病 症	神経糖 尿病 障害	足糖 尿病 変			教育入院	糖尿病 教室
大津	琵琶湖大橋病院	—	○	○	○	○	—	—	—	○
	市立大津市民病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	大津赤十字病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	地域医療機能推進機構滋賀病院	○	○	○	○	○	○	—	○	○
	滋賀医科大学医学部附属病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	琵琶湖中央病院	—	—	○	○	—	—	—	—	—
	打出病院	—	—	—	—	—	—	—	○	—
湖南	大津赤十字志賀病院	—	—	○	○	—	—	○	—	—
	南草津病院	—	—	○	○	—	—	—	—	—
	近江草津徳洲会病院	○	—	○	○	○	—	—	○	○
	草津総合病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	県立総合病院（旧成人病センター）	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	守山市民病院	—	○	○	○	○	○	—	—	—
	県立小児保健医療センター	○	—	—	—	—	—	—	—	—
甲賀	済生会滋賀県病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	野洲病院	○	○	○	○	○	○	—	○	○
	生田病院	○	—	○	—	○	—	—	○	—
	公立甲賀病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	甲南病院	—	—	○	○	○	—	—	○	○
	信楽中央病院	○	—	—	○	○	○	—	○	—
	湖東記念病院	○	—	○	○	○	—	—	—	○
東近江	青葉病院	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	東近江敬愛病院	—	—	○	—	—	—	—	—	—
	ウォーリス記念病院	—	—	—	—	—	—	—	—	○
	東近江市立能登川病院	○	○	—	○	○	—	—	—	○
	日野記念病院	○	○	○	○	○	—	—	—	—
	近江八幡市立総合医療センター	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	東近江総合医療センター	○	○	—	○	○	○	○	○	○
湖東	神崎中央病院	—	—	○	—	—	—	—	—	○
	彦根市立病院	○	○	○	○	○	○	○	—	○
	友仁山崎病院	—	—	○	—	○	○	—	○	○
	豊郷病院	○	—	—	—	—	—	—	○	—
湖北	市立長浜病院	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	長浜市立湖北病院	○	○	○	○	○	—	—	—	○
	長浜赤十字病院	○	—	○	○	○	○	○	○	○
湖西	マキノ病院	○	—	—	○	○	—	—	—	○
	今津病院	—	—	○	—	—	—	—	—	○
	高島市民病院	○	○	○	○	○	—	—	—	○
		25	19	29	28	27	17	13	20	26

出典：医療機能調査（平成 29 年）

- 血糖コントロール不良例、急性合併症の治療機能を有する病院は、各二次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二次保健医療圏に存在しています。
- 医療機能調査（平成 29 年）によると、標準的治療指針に沿って治療をしている診療所は 550 か所中 446 か所でした。
- 糖尿病患者に対して、糖尿病を的確に診断し、標準治療指針に沿って治療し、血糖コントロールを継続することが重要です。また、増加している高齢者患者には、個別性に配慮された治療指針に沿って治療することが必要です。
- 人工透析を必要とする糖尿病性腎症や失明の原因となる糖尿病性網膜症等の糖尿病合併症は、生活の質を低下させるため、重症化予防の観点から早期に治療を開始することが重要です。

イ 医療機関連携の状況

- 医療機能調査（平成 29 年）によると、糖尿病診療機能を有する 47 病院のうち 31 病院が糖尿病に関して一般診療所との連携を行っています。また、糖尿病診療を行っている 550 診療所のうち、326 診療所が専門治療を行う医療機関と連携を行っています。

表3-3-4-4 一般診療所との連携を行っている病院数

大津	南部	甲賀	東近江	湖東	湖北	湖西	県
8	6	3	5	3	4	2	31

出典：医療機能調査（平成 29 年）

表3-3-4-5 専門的治療を行う医療機関と連携を行っている診療所数

大津	南部	甲賀	東近江	湖東	湖北	湖西	県
82	64	25	54	30	56	15	326

出典：医療機能調査（平成 29 年）

- 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。

医療機能調査（平成 29 年）によると、連携のツールとして、糖尿病地域連携クリティカルパスは、7 病院、91 診療所、糖尿病連携手帳は 13 病院、139 診療所が活用していました。

- 慢性合併症についての他科との連携状況では、平成 24 年（2012 年）の滋賀県医師会糖尿病患者実態調査によると、網膜症に関しての眼科での年 1 回以上の眼底検査実施率は 49.1%（前回 H18 調査時 46.9%）、腎症に関して尿中アルブミン検査実施率は 37.2%（前回調査時 27.2%）でした。

また、年 1 回以上の頻度で歯科受診をしている割合については、全体で 29.4%でした。

- 行政（市町）と糖尿病性腎症重症化予防のための連携（市町の規定する対象者が主治医と連携して保健指導等を受ける等）をしている医療機関は、糖尿病診療を行っている 47 病院のうち 7 病院、また 550 診療所のうち、89 診療所です。（平成 29 年医療機能調査）
- 栄養ケアステーションを利用している診療所は、糖尿病診療を行っている 550 診療所のうち 10 診療所（1.8%）です。（平成 29 年医療機能調査）
- 多機関、多職種がかかわる患者情報を共有するために、医療連携ツール（ICT、地域連携クリティカルパス、糖尿病連携手帳）の運用や効果的な活用方法の検討が必要です。
- 糖尿病治療中の患者については、眼科・腎臓内科・神経内科・歯科などの慢性合併症にかかる定期的な検査の実施が重要です。
- 重症化・合併症予防のため、病態に応じた適切な治療や栄養ケアステーション等を活用した栄養指導、運動指導、薬剤師による服薬指導等、多職種連携、病診連携体制の推進が必要です。

表3-3-4-6 行政（市町）と糖尿病性腎症重症化予防のための連携をしている医療機関数

	大津	南部	甲賀	東近江	湖東	湖北	湖西	県
病院（か所）	2	0	1	1	1	2	0	7
診療所（か所）	6	23	12	22	6	16	4	89

出典：医療機能調査（平成 29 年）

（４）糖尿病診療従事者の状況

- 日本糖尿病学会認定専門医は、県内で 54 名です。各二次保健医療圏別では、大津 23 人、湖南 14 人、甲賀 6 人、東近江 3 人、湖東 3 人、湖北 5 人、湖西 0 人となっています。（平成 29

年 6 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 229 名です。(平成 28 年 6 月現在) また、滋賀糖尿病療養指導士 (CDE 滋賀) 認定者は 326 名です。(平成 28 年度末現在)
- 日本看護協会認定の慢性疾患看護専門看護師は県内で 1 人、糖尿病看護認定看護師は 11 人です。
- 糖尿病治療および合併症予防ための人材育成や患者にかかわる人材のネットワークが必要です。

具体的な施策

(1) 糖尿病発症予防、メタボリックシンドローム対策の推進

- 県・市町や保険者、教育機関、関係団体などが、糖尿病発症に関連する正しい情報の発信、健康教育、保健指導などを実施することにより、県民が糖尿病を正しく知ることができるように努めます。
また、食生活、運動習慣など生涯を通じた健康づくりができるよう、関係機関が連携して県民への啓発や環境づくりを進めていきます。
発症予防対策として、各保険者は、発症予防 (メタボリックシンドローム) 対策として、特定健診、特定保健指導の実施率の向上に努めます。

(2) 多機関連携、病診連携を含む他科連携による重症化予防対策の推進

- 個人の糖尿病リスクの把握や、糖尿病の早期発見による重症化予防ために、各保険者や事業所などは特定健診などの定期的な健康診査の受診ができるよう受診率の向上に向けた働きかけを充実します。
- 健康診査の実施主体である各保険者や事業所などにおいて、医療機関未受診者を把握し、リスクの高い人には医療に結び付ける受診勧奨を行うように努めます。
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診療所において精査、診断および生活習慣の改善指導、標準的治療指針に沿った治療ができる体制の構築を推進します。
- かかりつけ医は、慢性合併症の予防の観点から、治療の中断者を減らすよう、継続的な治療の必要性を指導する必要があります。
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づけを行うことが必要です。
また、生活習慣改善等の必要性があると認められる場合は、栄養ケアステーション等を活用した栄養指導の実施や、保険者や市町の相談事業への紹介を行うなど、医療機関と保険者等がそれぞれの役割について理解を深め、連携して対応できる体制を推進します。
- 糖尿病は県民の約 5 人に 1 人が罹患しているという疾患であり、限られた医療資源を有効活用する観点からも、県は、専門性の高い専門医との病診連携のもと、かかりつけ医で診療を行う体制を促進します。また、紹介・逆紹介の強化による連携や、専門医への相談体制の整備など、かかりつけ医と専門医との連携体制の整備を推進します。
- かかりつけ医や専門医は、合併症の精査や早期発見のため眼科、腎臓内科、神経内科、歯科などの他科との連携体制の構築を推進し重症化を予防します。

- 各保険者や県・市町は、糖尿病性腎症による慢性透析の導入を予防するために、糖尿病性腎症重症化予防プログラムを参考に、かかりつけ医と連携した専門職種による保健指導の実施体制構築を促進します。また、慢性腎臓病（CKD）対策と連携して、適切な治療や生活習慣の改善により、発症や重症化予防を推進します。

（３） 発症予防、治療および合併症予防のための人材育成の強化

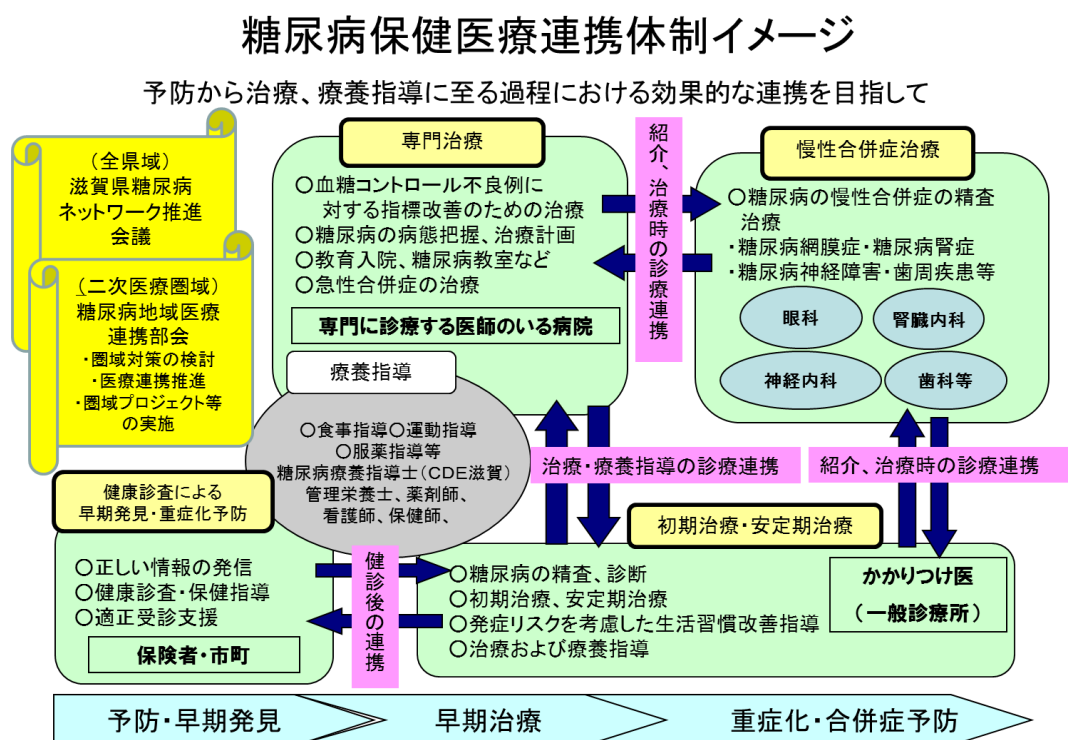
- 糖尿病の発症予防や治療、合併症予防のための医療体制を充実するため、県や関係機関は、医師、保健師、看護師、管理栄養士、薬剤師などの人材育成を強化していきます。
- 多くの診療所で糖尿病患者の診療が行われていることから、県や医師会などは、糖尿病治療に關しての診断のスキルアップ、標準的治療指針の周知を目指して、医師への研修を推進します。
- 糖尿病の基本的治療は食事療法、運動療法、薬物療法です。特に管理栄養士や薬剤師、看護師等の医師以外の職種との連携による療養指導は、重症化予防や網膜症、腎症、神経障害、足病変などの合併症予防にとって重要です。質の高い療養指導を行うために、県や関係団体は、管理栄養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

（４） 地域における有機的な医療福祉連携体制の構築

- 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。

また、全圏域に、糖尿病地域医療連携推進会議等を設置し、糖尿病対策推進のためのネットワーク構築を推進し、糖尿病の発症や重症化予防対策の効果的な体制整備を行います。

図 3-3-4-7 糖尿病地域医療連携体制のイメージ



滋賀県糖尿病地域医療連携指針（平成 23 年 10 月）一部改訂

《数値目標》

目標項目	現状値	目標値（H35）	備考
行政（市町）と糖尿病性腎症重症化予防のための連携（市町と連携して保健指導等を実施する等）をしている診療所数	89 か所 （H29） （550 か所中）	110 か所	医療機能調査 現状の 1.2 倍程度
糖尿病患者の病診連携を実施している診療所数	326 か所 （H29） （550 か所中）	400 か所	医療機能調査 現状の 1.2 倍程度
合併症予防として糖尿病治療中者で、HbA1c7.0%以上の者の割合の減少	37.7% （H27）	30.0%	健康いきいき 21 健康しが 推進プラン
糖尿病性腎症による新規透析導入者数	181 人（H27）	増加の抑制	健康いきいき 21 健康しが 推進プラン 医療費適正化計画

5 精神疾患

目指す姿

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

取組の方向性

- (1) 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築
 - ① 多様な精神疾患等ごとに患者に応じた質の高い精神科医療を提供できる体制の構築
 - ② 多様な精神疾患等ごとに病院、診療所、訪問看護ステーション等の役割分担・連携を推進するための体制の構築
- (2) 地域精神保健福祉活動の充実と地域包括ケアシステムの構築
 - ① 精神科医療機関、その他の医療機関、地域援助事業者、市町などの重層的な連携による支援体制の構築
 - ② 本人の意思を尊重し国際生活機能分類（ICF）の基本的考え方を踏まえた、多職種協働による支援体制の構築
 - ③ 精神障害者の家族や自助グループなどの悩みや問題を抱えた個人や集団に対する支援
 - ④ 保健所による福祉事務所や相談支援事業所などとの連携、精神疾患に関する啓発や相談、未治療者や治療中断者に対する訪問や受診支援、地域の自助グループに対する協力や家族支援、精神障害者の地域移行や日常生活の支援など
 - ⑤ 精神保健福祉センターによる啓発や専門相談、保健所・市町保健師、相談支援従事者に対する研修や人材養成、地域の関係機関への技術支援など

現状と課題

(1) 精神疾患

- 滋賀県の精神疾患の患者数は、平成 20 年（2008 年）には約 2 万 5 千人であったものが、平成 26 年（2014 年）には約 3 万 7 千人に増加しており、この 6 年で 1 万 2 千人増加しています。
- 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、平成 28 年度（2016 年度）には 9,024 人とこの 5 年で約 3,000 人増加しています。
- 精神病床における 1 年以上の長期入院患者数は 1,265 人となっています。1 年以上の長期入院精神障害者（認知症を除く。）の中には、受入条件が整えば退院可能な入院患者（いわゆる社会的入院患者）も含まれると考えられています。
- 滋賀県では、医療機関と地域関係機関とが連携し、入院の必要な精神障害者の医療機関の受入れと、退院可能な精神障害者の地域の受入れを円滑にする取組を進めています。退院後 3 か月時点での再入院率は全国で 2 番目に少ない状況となっています。

ア 統合失調症

- 平成 26 年（2014 年）に県内の医療機関を継続的に受療している統合失調症の総患者数は

約 6 千人であり、うち入院患者数は約 1 千人です。

- 従来の統合失調症治療薬で改善が認められない治療抵抗性統合失調症の方に対して、治療抵抗性統合失調症治療薬（クロザピン）という唯一有効な治療薬があります。現在は処方する精神科医が知識や経験が不足しているため使いこなせず、十分普及していません。

イ うつ病・躁うつ病

- 平成 26 年（2014 年）に医療機関を継続的に受療しているうつ病等の総患者数は 1 万 3 千人であり、平成 11 年（1995 年）の総患者数 5 千人から増加しています。
- うつ病を難治化させないためには、早期発見・早期治療が重要であり、医師のうつ病対応力向上やかかりつけ医と精神科医との連携を強化が必要な状況です。精神科医療と地域保健や学校保健、産業保健との協力体制の構築が求められています。
- 平成 21 年度（2009 年度）から継続的に実施している一般科医に対する「かかりつけ医うつ病対応力向上研修」は、これまで約 360 人が受講し、地域での円滑な連携につながっています。また、平成 23 年度（2011 年度）から継続的に実施している医療従事者に対する「専門医等うつ病治療向上研修」は、これまで約 500 人が受講し、治療技法の普及に向けて技術向上を図っています。

ウ 児童・思春期精神疾患

- 児童・思春期の心の問題に関わっている、医師、看護師、保健師、精神保健福祉士、臨床心理士等が少ないという現状があります。
- 早期に発達障害等の診断を受けることができる医療機関が少なく、児童・思春期を専門とする医師の養成や、医師と地域の支援者との連携強化が必要となっています。
- 児童・思春期の特性を踏まえた療育、教育や福祉関係機関と連携した治療や支援が提供できる医療機関の整備に関する研究を目的に滋賀医科大学精神医学講座に事業委託して実施しています。
- ひきこもり支援センターでは、児童・思春期事例を医療・福祉・保健・教育等の支援者が合同で検討する場を設け、その見立てと支援を検討できる人材を育成しています。

エ 発達障害

- 市町で実施する乳幼児健診や、保育所・幼稚園等に対して発達障害に関する専門知識を有する職員が巡回することにより、発達障害の早期発見に取り組んでいます。市町の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）、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、身近な地域での早期支援を実施しています。
- 児童・思春期の特性を踏まえた療育、教育や福祉関係機関と連携した治療や支援が提供できる医療機関の整備に関する研究を目的に滋賀医科大学精神医学講座に事業委託して実施しています。（再掲）
- 発達障害者支援センターは、医療福祉相談モール構成機関と市町や福祉圏域に対するバックアップ、人材育成等を担っています。
- 乳幼児・学童期から思春期・青年期に向けての支援体制の構築と人材育成を目的に、ひきこもり支援センターが市町発達支援課・センターの連絡会を開催しています。
- 発達障害者支援法に基づく発達障害者支援地域協議会を設置し、発達障害者支援に関する情報を共有するとともに、支援体制の整備について協議を行っています。
- 早期に発達障害等の診断を受けることができる医療機関が少なく、児童・思春期を専門とする

医師の養成や、専門医と地域の支援者との連携強化が必要となっています。（再掲）

- 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なったりする発達障害者等に対する支援が課題となっています。成人期の発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。

オ 依存症

- 県内のアルコール依存症者は、平成 25 年（2013 年）の国の調査に基づき県人口で換算すると約 11,900 人ですが、同年の入院患者は 51 人、また自立支援医療受給者は 283 人（薬物依存症者等含む）となっています。
- アルコール依存症に対して、精神医療センターでは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入院治療や認知行動療法が行われ、精神保健福祉センターでは家族教室や交流会などの家族支援のほか、自助グループとの連携や活動支援が行われています。
- アルコール健康障害対策推進会議において様々な分野の関係者が連携することで、切れ目のない支援体制を確保することが必要です。
- 依存症は、様々な依存症との重複もあり、本人・家族に認識されにくい特性があることなどから、アルコール依存症・薬物依存症・ギャンブル依存症等依存症対策として総合的に対応する専門医療機関や相談機関が必要です。

カ 外傷後ストレス障害（PTSD）

- 県内外で事件・事故が発生した場合の「Crisis Intervention team（CIT*）通称こころのケアチーム」の派遣事業の安定した運用のため、医療機関や関係機関の人材育成が必要です。

キ 高次脳機能障害

- 県内には高次脳機能障害を診断、評価できる医療機関が少なく、高次脳機能障害に対応したリハビリが可能な医療機関が少ないという課題があります。
- 当事者・家族が高次脳機能障害の理解や地域生活のイメージがないまま退院し、地域で問題を抱え込み孤立している現状があり、地域支援者また障害特性を理解したアセスメントや地域支援のマネジメントができる人材が少ないという現状があります。
- 医師やリハビリテーション専門職への高次脳機能障害の理解のための啓発・研修会を開催し、医療機関での家族教育の強化や地域でのリハビリテーションの充実が必要です。
- 地域支援者が適切に対応できる技術を身につけられるよう資質の向上が必要です。
- 医療機関と地域支援機関の連携を強化し、高次脳機能障害と診断され、障害特性を理解した上で、退院後には必要な支援につながる体制の整備が必要です。
- 高次脳機能障害支援センターにおいて、医療福祉相談モール構成機関と連携しながら、当事者、家族、支援者への相談支援および普及啓発、人材育成、支援体制づくりに取り組んでいます。地域生活支援センターに委託して、圏域支援体制の充実を図るための事業を実施してきました。平成 27 年度（2015 年度）からは地域支援で中心となりうる「専門相談支援員」の養成を行い、これまでに 38 名を認定しています。

ク 摂食障害

- 摂食障害患者は、厚生労働科学研究において、医療機関の受療の有無にかかわらず、女子中学生の 100 人に 1～2 人、男子中学生の 1,000 人に 2～5 人いると推計されており、県内には、女子中学生では約 200～400 人、男子中学生では約 40～100 人（平成 29 年 6 月「数

字で見る滋賀の教育」生徒数より算出）の患者がいるとされます。しかしながら、県内には摂食障害の専門医療機関が少ないことから、県外の医療機関で受療している人もあります。

- 県内で児童・思春期を含め摂食障害を専門とする医師の養成や、専門医と地域の支援者との連携強化が必要となっています。

ケ てんかん

- 県内のてんかん患者は、実態調査（平成27年3月）の結果では、8,519人となっています。
- てんかんの治療については、平成26年度（2014年度）に実施した「てんかん診療に関する調査」によると、調査対象とした県内58病院のうち、外来診療を行っているのは39病院、入院診療をおこなっているのは33病院となっています。
- 年齢別の受診状況をみると、小学生から高校生までの年齢層と70歳以上の高齢層にピークがみられ、初診患者は1歳未満に次いで70歳以上の年齢層が多くなっています。
- 小児期から成人期へのてんかん治療の連携体制の構築や、診療機関の情報提供体制等の整備が必要とされています。

（２）精神保健医療福祉施策

ア 精神科救急

- 民間精神科病院の輪番制を中心に、精神医療センター、輪番診療所、身体合併症協力病院による精神科救急医療システムにより、24時間365日応需できる体制を整備しています。
- 精神科救急情報センターを設置し、夜間・休日における緊急対応や精神科救急医療相談を行っています。
- 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。
- 精神疾患患者の病態が多様化する中で、精神科初期救急、精神科救急医療相談、措置入院後フォローアップ体制整備等の充実が必要です。
- 県民が適切に精神科救急医療を受けられるようにするために、医師や看護師など対応する人材の養成が必要です。

イ 身体合併症

- 身体疾患を合併する精神疾患患者の治療は、一般科と精神科を併設する医療機関のほか、精神科を持たない医療機関と精神科医療機関との連携により医療が提供されていますが、身体疾患、精神疾患がともに重篤な患者については、医療機関の受入れが困難となる場合があります。
- 自傷・自殺企図者に対する身体処置後の一般科と精神科の連携の充実が必要です。

ウ 自殺対策

- 自殺の多くは、多様かつ複合的な原因や背景があり、様々な要因が関連する中で起こっています。自殺の原因・動機として「健康問題」が最も多く、自殺の直前には「うつ病」を発症していることが多いといわれています。
- 自殺未遂者支援体制の充実などにより、未遂歴のある自殺既遂者は減少してきています。
- 若年の自殺未遂者の中には、背景に虐待や発達障害などの要因を持つものもあり、市町家庭児童相談室や教育との連携が必要です。
- 警察・消防・救急告示病院等や精神科医療機関と保健所、市町などとの連携による自殺未遂

者支援の更なる強化が必要です。

エ 災害精神医療

- 精神保健福祉センターでは、保健所と協働して、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、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」を派遣しました。また、熊本地震では、こころのケアチームとして精神医療センター・滋賀医科大学の協力を得て5チームが現地に赴き、現地での災害支援活動を行ったところです。
- 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、災害発生を想定し、有事の際に、精神科医療および精神保健活動の支援を行う災害派遣精神医療チーム(DPAT)の体制づくりが急務です。

オ 医療観察法における対象者への医療

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

(3) 地域精神保健福祉

- 滋賀県の退院患者の平均在院日数は平成26年（2014年）では216.3日（全国は291.9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（患者調査）。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、受入条件が整えば退院可能な入院患者（いわゆる社会的入院患者）も含まれると考えられています。
- 精神障害があっても本人の望む場所で、本人が望む暮らしを安定して送るためには、医療や保健福祉による支援、家族や地域の見守り等の公私協働による地域づくりが必要です。
- 治療中断者や自らの意思では受診困難な精神障害者が、新たな入院や再入院をすることなく、地域で生活するための包括的な地域医療体制の構築を行うモデル事業を実施しています。
- 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など退院後の住まいの確保や日中活動の場の一層の確保が必要です。
- 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様々な関係機関が連携した支援体制が求められています。
- 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ないことから、企業や県民の精神疾患に対する理解の促進や、雇用機会の拡大また就労定着のための体制の強化など取組の更なる充実が必要です。
- 精神疾患や精神障害に対する正しい理解を促進するため、精神疾患や精神障害への正しい知識の普及・啓発を行っています。
- 各二次保健医療圏では、地域自立支援協議会が中心となり地域の実情に応じた総合的な障害者

支援が行われています。

- 各保健所では、市町の関係機関や相談支援事業所などと連携し、精神保健福祉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、民間団体との連携や家族支援などを行う「滋賀のみんなでつくる地域精神医療保健福祉チーム」事業を実施しています。
- 精神保健福祉センターとセンター内の「精神科救急情報センター」「ひきこもり支援センター」「自殺対策推進センター」「知的障害者更生相談所」では、地域精神保健福祉の中核的な機関として、より専門的な相談支援や人材養成、地域の関係機関に対する技術支援などを行っています。

(4) 精神科医療機関

- 県内の精神科病院および精神科を標榜する一般病院は、18 病院あり、うち精神病床を有する病院は 12 病院です。
- 精神病床は 2,318 床で、人口あたりの病床の数は 47 都道府県中 45 位（平成 27 年度精神保健福祉資料）と少なく、入院期間の短縮、外来診療の充実を図り、なるべく入院に頼らない精神科医療を提供しています。
- 県内の精神科を標榜する診療所は、県下に 32 診療所（平成 27 年度精神保健福祉資料）ありますが、湖西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 141 か所ありますが、全国平均を下回っています。

具体的な施策

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

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

(1) 多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築

多様な精神疾患等に対応するための医療機能の明確化に向けて、各二次保健医療圏等において体制構築のための会議を開催し、疾病ごとに地域精神科医療提供機能、医療機関拠点連携機能、都道府県連携拠点機能を有する医療機関を位置づけるための検討を進めます。

＜地域精神科医療提供機能を有する医療機関＞

【役割】

- ① 医療連携への参画
- ② 情報収集発信への参画
- ③ 人材育成への参画
- ④ 地域精神科専門医療の提供

＜医療機関拠点連携機能を有する医療機関＞

【役割】

- ① 医療連携の地域拠点
- ② 情報収集発信の地域拠点
- ③ 人材育成の地域拠点
- ④ 地域精神科医療提供機能支援

＜都道府県連携拠点機能を有する医療機関＞

【役割】

- ① 医療連携の都道府県拠点
- ② 情報収集発信の都道府県拠点
- ③ 人材育成の都道府県拠点
- ④ 地域連携拠点機能支援

図3-3-5-1 保健医療計画上の多様な精神疾患ごとの医療機能の明確化のイメージ

圏域	医療機関	統合失調症	うつ病等	認知症	児童	発達障害	依存症(*)	PTSD	高次脳	摂食障害	てんかん	精神科救急	身体合併症	自殺対策	災害精神	医療観察
全域	A病院	☆		☆							☆	☆	☆	☆	☆	☆
	B病院	☆	☆	☆				☆				☆	☆	☆		
	C病院				☆	☆	☆		☆	☆						
〇〇圏域	A病院				◎	◎				◎						
	D病院	◎	◎	◎			◎	◎	◎		◎	◎	◎	◎	◎	◎
	E病院	◎	○	◎					○			◎	○	○	○	
	F診療所	○		○	○	○				○		○				
	G診療所	○	○	○			○	○	○						○	○
	H訪問ST	○		○					○				○			
△△圏域	B病院	◎		◎	◎	◎	◎		◎	◎		◎	◎	◎	◎	◎
	I病院	◎	◎	◎				◎			◎	◎	◎	◎		
	J病院	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○			○	
	K病院	○	○	○			○					○			○	
	L診療所	○		○							○					
	M診療所	○	○							○						
◆◆圏域	C病院	◎	◎	◎	◎	○	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
	N病院	◎	◎	◎			○		○		○	○	○		○	
	O診療所	○		○					○	○						

*計画の実効性を高めるため、PDCAサイクルの手法を活用し、定期的に評価を行い、必要に応じて計画の内容を見直します。

ア 統合失調症

- 治療法の普及や精神科リハビリテーションをはじめとする予防的アプローチの充実などによって更なる入院期間の短縮につなげ、入院から地域生活への移行に努めます。
- 重度かつ慢性の統合失調症患者に対するクロザピン等による治療のための連携体制の導入を

促進します。

イ うつ病・躁うつ病

- うつ病の予防や早期発見・早期支援の強化を図るため、広く県民に対し、自らのこころの健康に関心を持てるよう引き続き知識の普及啓発に努めます。
- 一般科医に対する「かかりつけ医うつ病対応力向上研修」による早期発見・早期治療の普及や「専門医等うつ病治療向上研修」による治療技法の普及を今後も引き続き実施するとともに、早期に有効な治療につながるような連携を促進します。
- 地域で相談に従事する様々な領域の支援者の資質向上に向けた研修等を実施し、うつ病・躁うつ病の対応力の向上に努めます。
- 二次保健医療圏で自殺未遂者支援体制の整備を図る中で救急告示病院を中心に精神科との連携体制の構築を進めます。

ウ 児童・思春期精神疾患

- 子どもの心の診療に関する医師の養成に努めます。
- 入院対応のできる専門病床を有する医療機関の確保について検討します。
- 精神保健福祉センターが中心となって、保健、医療、福祉、教育、就労等、他分野の機関と包括的な支援を行える体制を目指します。「子ども・若者支援地域連絡協議会」「発達支援課・センター連絡会」等のネットワークを活用して、人材育成や啓発を行います。
- 精神保健福祉センターと子ども・青少年局が協働し、滋賀県子ども・若者総合相談窓口を設置することで、早期介入とメンタルヘルスの重症化の予防に努めます。

エ 発達障害

- 発達障害の早期発見や医療的支援の充実を図るために、研修会等を開催し、発達障害の診療ができる医師の養成に努めます。
- 入院対応のできる専門病床を有する医療機関の確保について検討します。（再掲）
- 発達障害者支援センターとひきこもり支援センターが協力し、保健、医療、福祉、教育、就労等、他分野の機関と包括的な支援を行える体制作りを目指します。「子ども・若者支援地域協議会」「発達支援課・センター連絡会」等のネットワークを活用して、人材育成や啓発を行います。
- 成人期の発達障害者に対して、地域での自立生活を支援するための支援プログラムの活用などにより支援スキルの向上を目指し、支援サービスの充実を図ります。

オ 依存症（アルコール依存症・薬物依存症・ギャンブル等依存症等）

- アルコール依存症については、発症予防から進行予防、再発予防と切れ目なく取り組むために、精神医療センターがアルコール健康障害の専門医療機関・依存症治療拠点機関として核となり、地域の医療機関におけるアルコール診療技術の向上や連携体制の構築に取り組みます。
- アルコール健康障害対策推進会議の構成団体等が相互に連携・協力を図りながら、分野横断による包括的推進体制の確保をとおして、アルコール健康障害対策の推進に取り組みます。
- 薬物依存症・ギャンブル依存症に対応する専門医療機関や依存症治療拠点機関、相談拠点についても確保に努めます。

カ 外傷後ストレス障害（PTSD）

- 県内で事件・事故が発生した場合に、速やかにこころのケアチームを結成し、適切な活動ができるよう、保健福祉、教育、医療の各関係機関間の連携強化や、人材育成を行います。

- 精神保健福祉センター*を中心に、保健所等と協働して、学校等における事件や事故後のPTSD等二次的な精神的被害の拡大を防止するため、「Crisis Intervention team (C I T*) 通称こころのケアチーム」の派遣事業を引き続き実施します。

キ 高次脳機能障害

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

ク 摂食障害

- 不足している子どもの心の診療に関する専門医と併せて、摂食障害に関する医師の養成に努めます。
- 精神保健福祉センターは、摂食障害に関する相談に対応し、患者・家族への摂食障害に関する心理教育の場を開催します。摂食障害に関する知識・技術の普及啓発、支援従事者等への研修・技術的支援、他の児童・思春期に好発する疾患等を含め、関係機関との地域連携支援の調整に努めます。
- 摂食障害に対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携の推進に努めます。

ケ てんかん

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

コ 精神科救急

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

サ 身体合併症

- 身体疾患、精神疾患がともに重篤な患者について対応できる体制整備を検討します。
- 二次保健医療圏域で自殺未遂者への支援体制の整備に向け、一般科・精神科医療機関に対し自殺未遂者への対応についての研修等を実施します。

- 精神科救急医療システム調整会議において、滋賀県医師会、滋賀県病院協会の参画により意見交換を行うとともに、県メディカルコントロール協議会とも連携し、救急事案の対応について検討し、一般科と精神科医療機関の連携に努めます。

シ 自殺対策

- 「かかりつけ医うつ病対応力向上研修」を継続的に実施し、一般科と精神科の連携により早期に必要な治療につながるような連携体制の構築を進めます。
- 学校保健、産業保健等との連携に加え、妊産婦支援施策や生活困窮者自立支援施策、労働施策等との連携を進め、生きる支援につながるよう対策を進めます。
- 自殺未遂者の支援体制においては、救急告示病院等や精神科医療機関と保健所、市町などとの連携に加え、今後、警察や消防との連携強化を図ります。
- 自殺対策推進センターを核として、保健所、市町等との協働により、滋賀県自殺対策計画と連動した取組を推進するとともに、自殺対策連絡協議会において様々な分野の関係者による、多角的評価を受けつつ対策の推進を図ります。
- 若年の自殺未遂者の中には、背景に虐待や発達障害などの要因を持つものもあるため、市町家庭児童相談室や教育への技術支援を行います。

ス 災害精神医療

- 災害発生を想定し、有事の際には、危機管理体制のもと迅速に災害派遣精神医療チーム（DPAT）を組織できるように、県内の精神科医療機関と検討を進めます。

セ 医療観察法における対象者への医療

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

（２）地域精神保健福祉活動の充実と地域包括ケアシステムの構築

- 各二次保健医療圏において、医療、保健、福祉等の関係機関が連携して、チーム支援を行うことにより、精神障害のある本人および家族が安定した生活を継続するための支援を推進します。
- 精神科病院、保健所、市町、相談支援事業所、一般科医療機関、社会福祉協議会、家族会、自助グループ、民生委員等のネットワークによる地域の見守り体制の構築に取り組みます。
- 身近な地域で安心して生活ができるよう退院後におけるグループホームなど地域の住まいの場や日中活動の場の確保に取り組みます。
- 市町を中心とした介護保険等高齢者施策との連携や、高齢者の地域移行の促進等により地域生活支援の強化を図ることにより、高齢精神障害者の支援の充実に努めます。
- 回復途上にある精神障害者に対して、実際の就労の場において必要な集中力、対人能力、仕事に対する持久力、環境適応能力等を高めるための社会適応訓練を行うとともに、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することにより、精神障害者の一般就労・定着のために取り組みます。
- 思春期・青年期の予防を含むメンタルヘルスについて、ひきこもり支援センターが市町関係機関や医療、保健所、各事業所、教育等様々な機関とともに包括的な支援に取り組むために、「子ども・若者支援地域協議会」を通じ、体制整備やネットワークの構築に取り組みます。

- 保健所や市町の保健師・精神科医療機関関係者・相談支援従事者等の精神保健医療福祉従事者を対象に体系的な研修等を行うことにより、支援の質の向上を図ります。
- 保健所と市町等が協働し、自治会行事等の様々な機会を通して自治会や民生委員児童委員などへの精神障害者等に対する理解の深化に努めます。
- 精神疾患や精神障害に対する正しい理解を促進するため、精神疾患や精神障害への正しい知識の普及・啓発に引き続き取り組みます。

《数値目標》

目標項目	現状値	目標値（H32）	備考
精神障害者地域移行・地域定着推進協議会などの保健、医療、福祉関係者による協議の場を設置	3 圏域(H28)	7 圏域	
精神病床における 65 歳以上の 1 年以上長期入院患者数	813 人(H26)	794 人	患者調査
精神病床における 65 歳未満の 1 年以上長期入院患者数	452 人(H26)	349 人	患者調査
入院後 3 か月時点の退院率	54.2%(H27)	69%以上	精神保健福祉資料
入院後 6 か月時点の退院率	78.1%(H27)	84%以上	精神保健福祉資料
入院後 1 年時点の退院率	82.7%(H27)	90%以上	精神保健福祉資料

6 救急医療（小児救急を除く）

目指す姿

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

取組の方向性

- (1) 救急医療に関する圏域の見直し
- (2) 救急医療機能の明確化
- (3) 救急医療における医師の養成・確保
- (4) 病院前救護体制の強化
- (5) ドクターヘリの活用
- (6) 県民啓発の実施

現状と課題

(1) 救急医療の現状

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

図3-3-6-1 救急医療体制

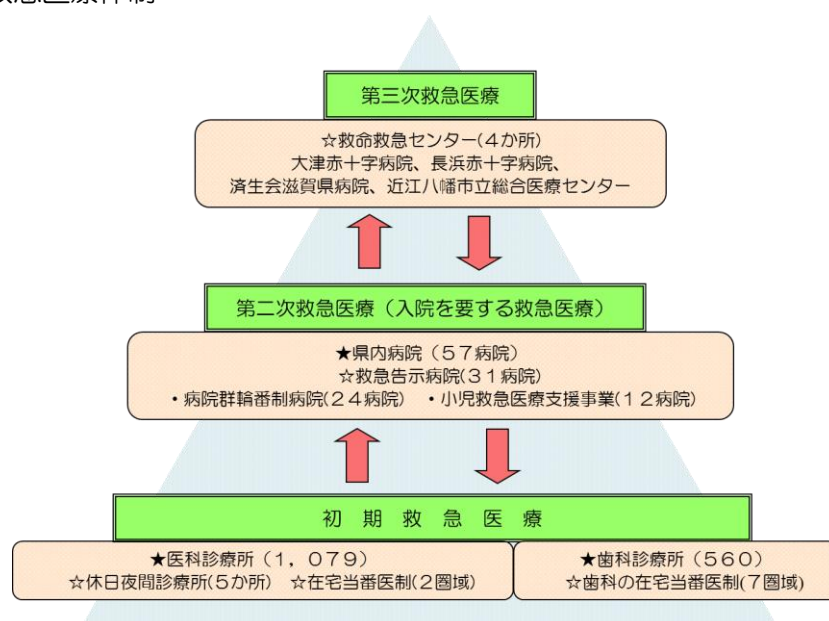
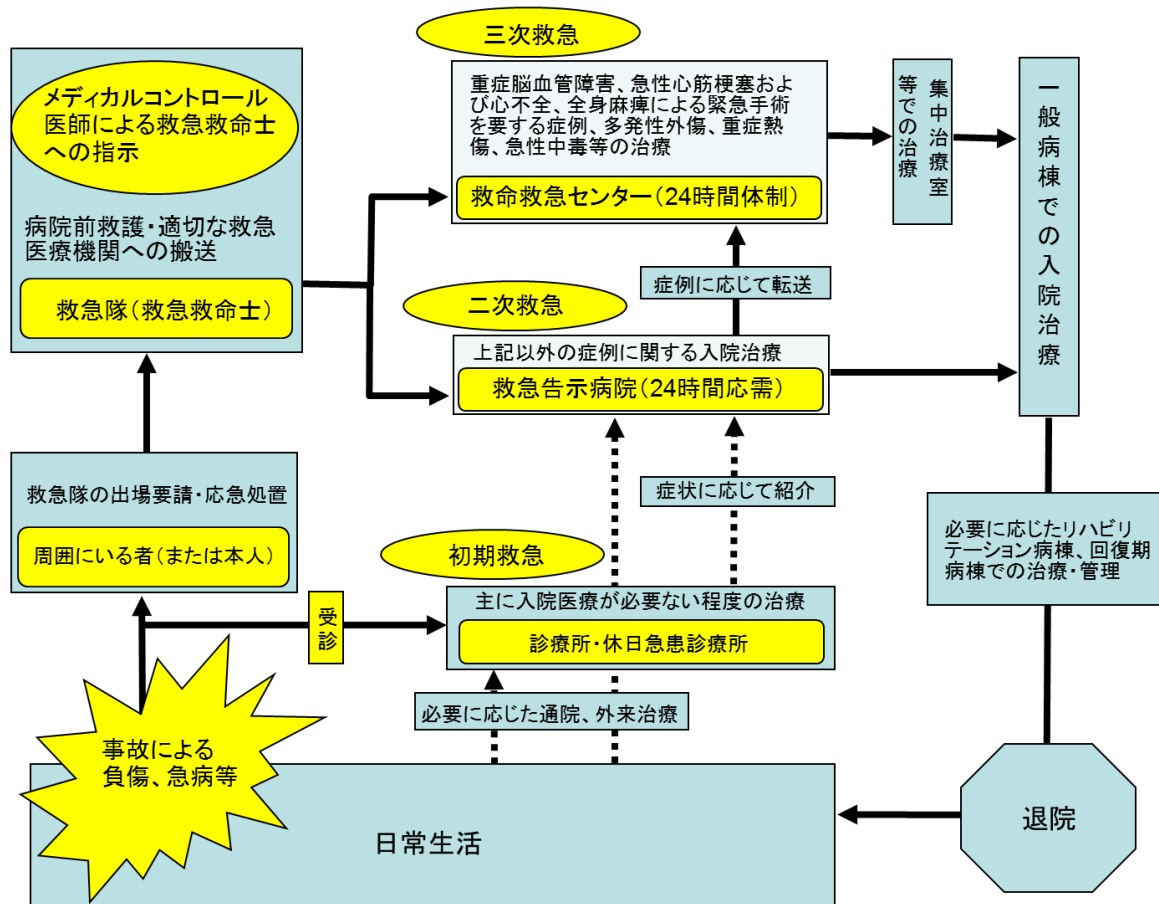
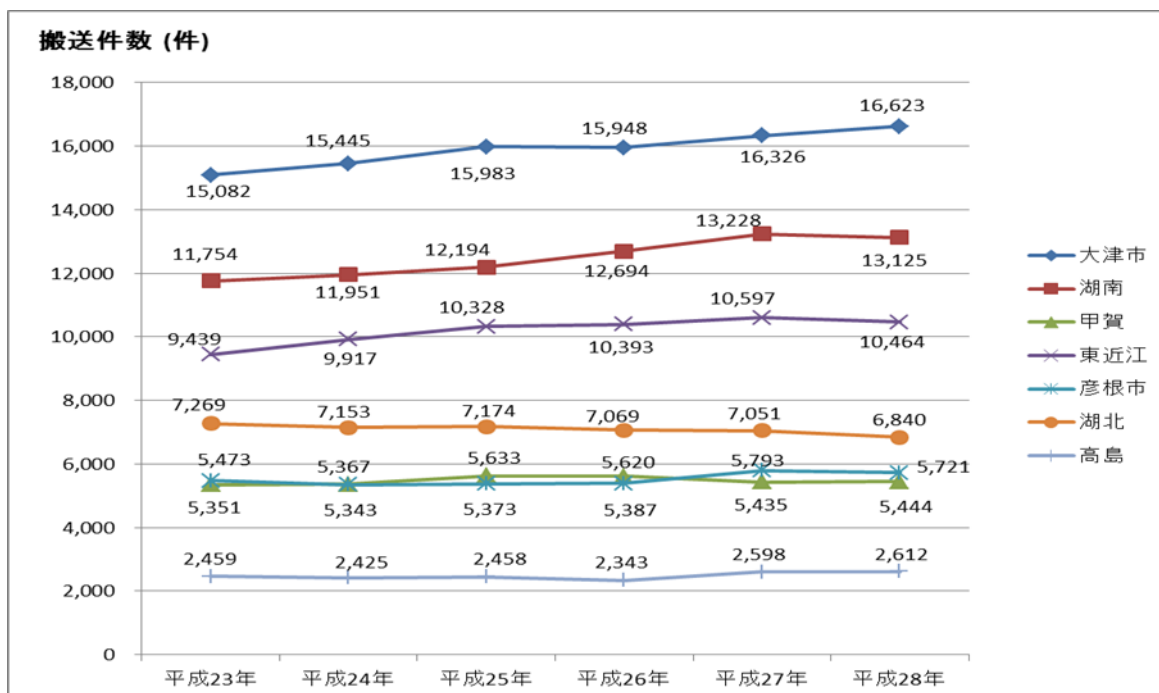


図3-3-6-2 救急医療の流れ



○ 本県における救急出動件数は増加し続けていますが、消防本部(局)ごとの件数には隔たりがあります。

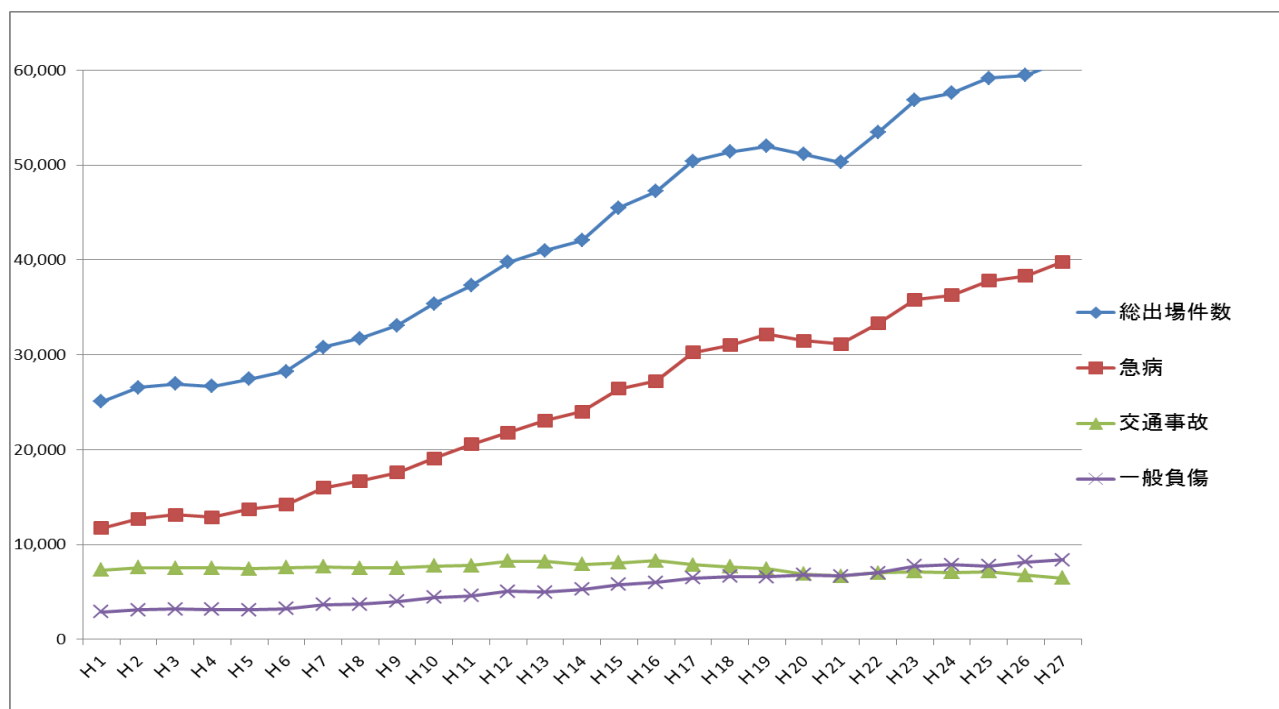
図3-3-6-3 消防本部(局)の搬送件数の推移



(出典：消防年報)

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

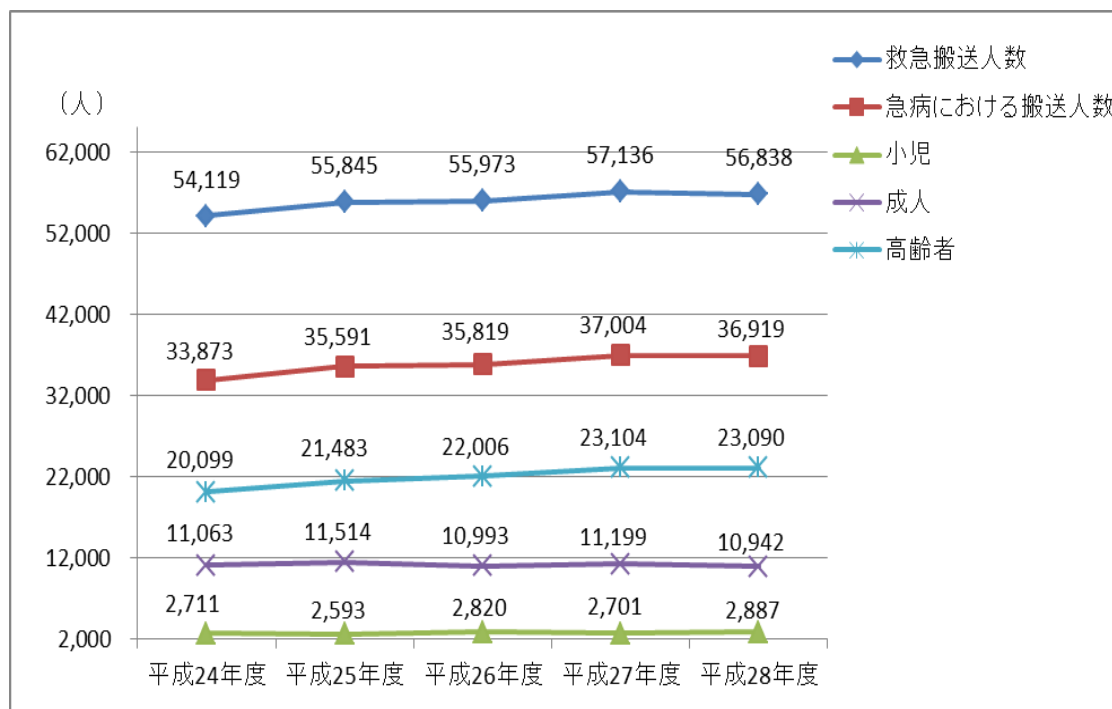
図3-3-6-4 救急出場件数の推移



(出典：消防年報)

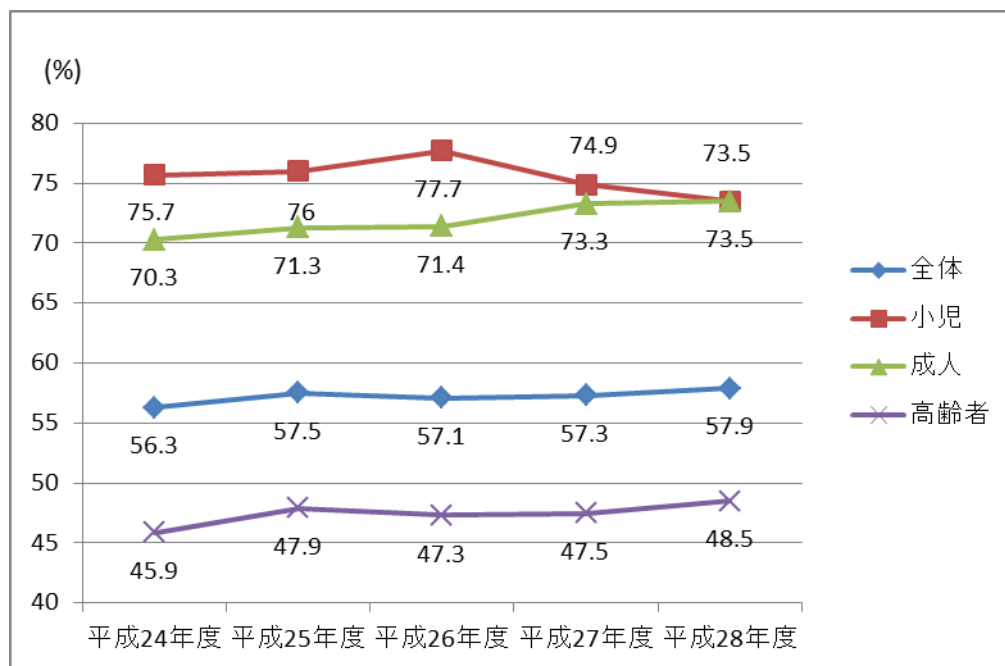
- 急病による救急搬送患者における軽症者の割合は継続して高く、また高齢者の占める割合も年々増加しています。

図3-3-6-5 急病搬送人数



(出典：救急年報報告)

図3-3-6-6 急病搬送における軽症者の割合



(出典：救急年報報告)

- 搬送件数は年々増加していますが、救急車台数は変化がないため医療機関収容までの時間が延長していることから、救急車の適正利用が必要です。

表3-3-6-7 救急搬送にかかる資源

	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年
救急車台数	65	65	66	66	66
救急隊員数	879	865	882	899	931
救急救命士数	276	273	283	286	296
救急救命士同乗率(%)	96.6	100.0	100.0	100.0	100.0
搬送件数	53,033	54,832	54,902	56,179	56,523
医療機関収容までの時間(分)	31.7	32.0	32.8	33.4	33.7

(出典：消防年報)

- 急病にかかる搬送人員を疾患別にみると、死亡を含む重症者のうち、脳疾患が 25.9%、心疾患が全体の 21.1%と他の疾患よりも高い割合になっています。

表3-3-6-8 平成28年（2016年）中 急病にかかる疾病分類別傷病程度別搬送人員

年齢区分	疾病分類 疾病程度	循環器系		消化器系	呼吸器系	神経系	感覚系	泌尿器系	新生物系	その他	診断名等 不明確な 状態	合計
		脳疾患	心疾患									
全 体	死 亡	10	122	5	12	0	0	2	13	87	98	349
	重 症	475	475	86	133	5	17	21	92	228	420	1,952
	中等症	1,563	1,463	1,360	1,535	150	284	292	442	2,830	3,338	13,257
	軽 傷	583	979	2,077	980	1,072	1,220	735	126	5,671	7,917	21,360
	その他	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	計	2,631	3,039	3,528	2,660	1,227	1,521	1,050	673	8,816	11,773	36,918
小児 (0歳～18歳未満)	計	111	13	164	194	55	149	10	0	1,080	1,111	980
成人 (18歳以上～ 65歳未満)	死 亡	1	15	2	2	0	0	1	0	11	10	42
	重 症	106	101	15	10	2	6	4	17	50	51	362
	中等症	299	238	394	108	110	112	85	77	591	478	2,492
	軽 傷	149	241	908	343	849	521	453	18	1,969	2,594	8,045
	その他	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	計	555	595	1,319	463	961	639	543	112	2,621	3,133	10,941
高齢者 (65歳以上)	死 亡	9	107	3	10	0	0	1	13	75	86	304
	重 症	367	374	69	123	3	9	17	75	169	366	1,572
	中等症	1,216	1,220	950	1,373	33	125	205	365	1,969	2,565	10,021
	軽 傷	373	730	1,023	497	175	599	274	108	2,902	4,512	11,193
	その他	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	計	1,965	2,431	2,045	2,003	211	733	497	561	5,115	7,529	23,090
重症(死亡含む)の割合		21.1	25.9	4.0	6.3	0.2	0.7	1.0	4.6	13.7	22.5	100.0

(出典：救急年報報告)

(2) 救急医療における医師の現状

- 医療機関の救急部門の専従医師は、平成28年（2016年）3月31日現在43名であり、二次保健医療圏による偏在がみられます。

表3-3-6-9 圏域ごとの救急医数

圏域名	救急部門専従医師	救急科専門医※	指導医※
大 津	28	18	3
湖 南	7	8	1
甲 賀	0	0	0
東近江	5	2	0
湖 東	0	0	0
湖 北	0	2	0
湖 西	3	0	0
計	43	30	4

(救急医療体制の現況調べ H28.3.31現在)

(※日本救急医学会認定)

(3) 病院前救護体制

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

ア 救急救命士

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

を策定しています。

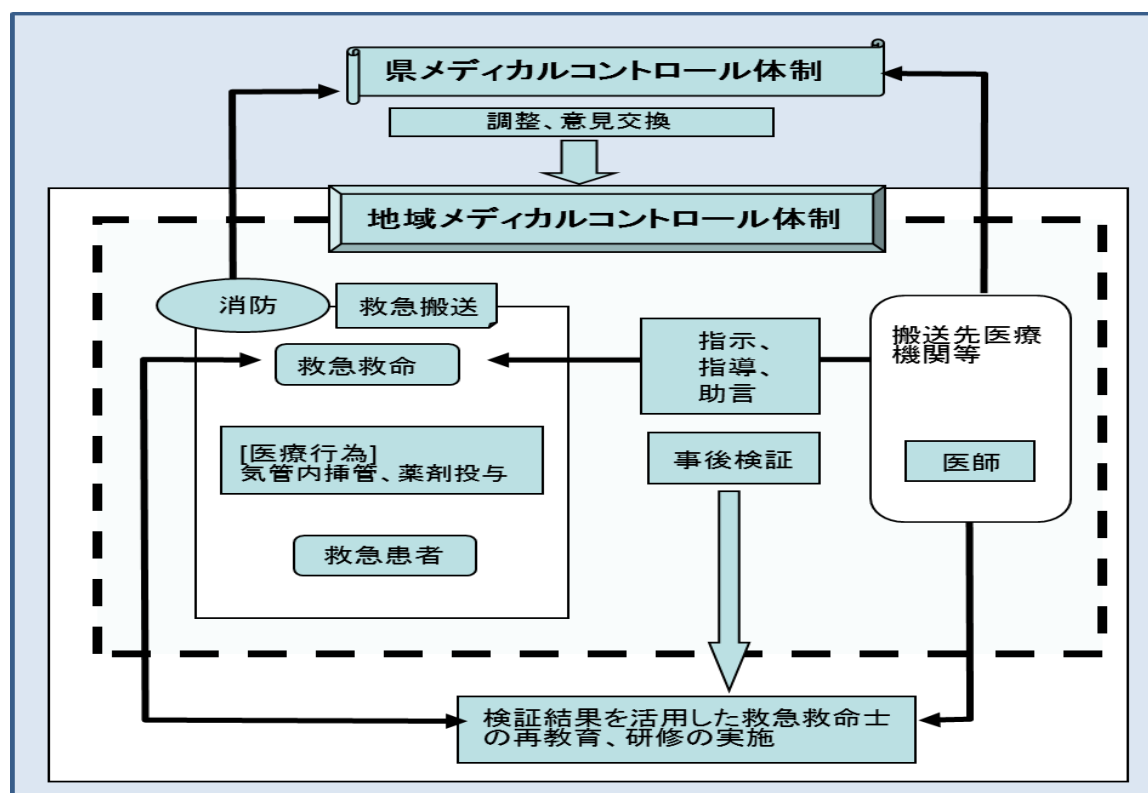
また、実施基準に基づく搬送、受入れの状況調査、内容の検討、実施基準の見直し等の協議をメディカルコントロール協議会で行っています。

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

表3-3-6-10 救急救命士・特定行為認定者数

	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
気管挿管	101	113	130	145	160
薬剤投与	257	287	301	317	339

図3-3-6-11 メディカルコントロール体制



イ バイスタンダー

- 本県の平成 27 年(2015 年)中における心原性(心臓に原因がある)心肺機能停止者でバイスタンダーによる心肺蘇生が実施されたのは 139 件でした。
- 消防庁の統計によると、バイスタンダーによる心肺蘇生の実施の有無による 1 ヶ月後の生存率では約 1.8 倍、社会復帰率では約 2.5 倍の差があります。
- 平成 29 年(2017 年)10 月現在、本県には 4,430 台の AED が設置されていますが、外部者の使用が認められている AED は 1,590 台です。
- 病院前救護の充実を図るためには、今後も県民への AED の使用方法や救急蘇生法等の研修、啓発が必要です。

表3-3-6-12 講習会受講人数等

		平成24年	平成25年	平成26年	平成27年
普通救命講習会	回数	1,000	1,081	1,056	1,023
	人数	20,914	20,481	20,874	20,338
バイスタンダーによる心肺蘇生件数		111	127	133	139

(救急・救助の現況)

(4) 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や夜間に自院で診療を行う「在宅医当番制」と休日および休日の夜間に比較的軽症の救急患者を受け入れている「休日急患診療所」があります。
- 入院治療の必要のない軽症の救急患者を休日急患診療所等で受け入れることにより、二次・三次救急医療機関の負担を軽減しています。

表3-6-6-13 在宅当番医制と参画医療機関

圏域名	体 制	参 画 医 療 機 関
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、青葉メディカル、 レイメイクリニック、宮路医院、鳥越医院、 中村医院、榊田医院、古道医院、竹中医院、 高畑医院、東近江市湖東診療所、 東近江市あいとう診療所、東近江永源寺診療所、 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、山口内科クリニック、 たなか小児科、布引内科クリニック、さつき診療所
湖 東	在宅当番医制 (愛荘町) * 3月～10月 日曜 午前9時～午後1時 * 11月～2月 日曜 午前9時～午後5時	近江温泉病院、竹中医院、 こすぎクリニック、 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、上林医院

(平成29年10月1日現在)

表3-6-6-14 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 ~ 20時 休 日 10時 ~ 20時
	東近江休日急患診療所	休 日 10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

(平成29年6月1日現在)

(5) 二次救急医療体制

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

表3-6-6-15 二次救急医療提供体制

(平成29年度各二次保健医療圏域における救急告示病院と病院群輪番制参画病院)

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

(6) 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、複数の診療科にわたる治療等を要する患者)を24時間365日体制で対応する医療で

あり、本県では4か所の救命救急センターが担っています。

- 救命救急センターに関する国の整備目標が人口 100 万人あたり1か所としているところ、本県の場合は既に4か所を指定しています。

また、平成 25 年（2013 年）8 月には広範囲熱傷、四肢切断、急性中毒等の特殊患者を受け入れることが可能な「高度救命救急センター」として大津赤十字病院を指定したことから、整備は完了しています。

- 平成 27 年（2015 年）4 月 28 日、滋賀県全域と京都府南部を運航範囲とする京滋ドクターヘリ(基地病院：済生会滋賀県病院)が運航を開始し、滋賀県全域で 30 分以内に救急医療を提供できる体制が整いました。
- 救命救急センターは、県南東部に所在し、二次保健医療圏によっては三次救急医療の提供に差が生じていましたが、京滋ドクターヘリの運航開始により、一定の改善をみました。
- ドクターヘリの機動力により、滋賀県内のみならず、関西広域連合管内を1つの医療圏(四次医療圏)とする救急医療提供体制の構築も可能となりました。
- 滋賀医科大学医学部附属病院は、全科当直体制を敷き、急性大動脈解離に対する緊急手術に対応する等、急性期医療の拠点病院としての機能を果たしています。
- 入院治療の必要がない軽症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。
- 自殺企図による多発外傷等、精神疾患を背景に持つ身体的救急疾病・外傷患者(身体合併症の精神疾患患者)への対応には特殊性があります。
- 長浜赤十字病院では精神科医師が 24 時間救急対応し、救急担当医師と連携する体制を取っており、身体合併症の精神疾患患者の受入れを行っています。
- しかし、精神科を持たない二次救急医療機関および救命救急センターに搬送された身体合併症の精神疾患患者については、身体疾患治療後は精神科の治療が必要となる場合が多く、精神科病院との連携が必要です。

表3-6-6-16 本県の救命救急センターと運営体制の概要

名称	体制の概要	専用病床数		一日あたりの従事医師数（人）		指定日	
		I C U	C C U等	専任 兼任	オンコール		
大津赤十字病院 救命救急センター		38	4	34	5（専任） 24（兼任）	18	昭和57年3月24日
済生会滋賀県病院 救命救急センター		32	6	2	6（専任） 96（兼任）	11	平成8年4月1日
近江八幡市立総合医療センター 救命救急センター		18	6	12	4（専任） 101（兼任）	12	平成18年10月1日
長浜赤十字病院 救命救急センター		20	7	3	0（専任） 75（兼任）	14	昭和58年2月15日

（平成28年度救命救急センター現況調べ）

具体的な施策

（1） 救急医療に関する圏域の見直し

- 各二次保健医療圏における二次救急医療体制の維持が困難になっていることから、救急医療体制における圏域を見直し、救命救急センターを核としたブロック化を図り、次の4ブロックとします。

①大津・湖西救急ブロック(大津保健医療圏・湖西保健医療圏)

②湖南・甲賀救急ブロック(湖南保健医療圏・甲賀保健医療圏)

③東近江救急ブロック(東近江保健医療圏)

④湖東・湖北救急ブロック(湖東保健医療圏・湖北保健医療圏)

- ブロックごとに関係機関(医療機関、消防、市町等)で構成する救急医療体制の検討の場を設定し、ブロック化の円滑な推進のための調整を図ります。
- 計画の中間見直し時期である3年後までに調整し、各ブロックにおける救急医療体制の整備を図ります。

(2) 救急医療機能の明確化

- 医療機関ごとの救急医療にかかる機能を明確にし、患者の状況に応じた医療機関の受診や搬送を可能とするため、疾病ごとに設置している検討会の結果を反映した医療機能一覧表を作成し、定期的な更新に努めます。
- 二次・三次救急医療機関に搬送された身体合併症の精神疾患患者について、身体疾病治療後の精神科治療が円滑に行えるよう、精神科病院との連携や実施基準の検証に引き続き努めます。

(3) 救急医療における医師の養成・確保

- 専門研修の基幹病院となっている、滋賀医科大学医学部附属病院、大津赤十字病院、済生会滋賀県病院と連携し、救急医療に必要な能力を有した医師の育成・確保に努めます。

(4) 病院前救護体制の強化

ア 救急救命士の確保および資質向上

- 救急救命士病院実習の受入れの促進を図るとともに、地域メディカルコントロール協議会や病院等との連携により救急救命士数の確保および特定行為にかかる技術水準の向上を図り、救命率の向上や予後の改善を推進します。

また、地域メディカルコントロール協議会における症例検討等により、救急救命士の資質向上を図ります。

イ 実施基準の検討・見直し

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

ウ バイスタンダーの育成

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

(5) ドクターヘリの活用

- キーワード方式*の徹底により、早期医療介入を実施し、後遺症の軽減や救命数の増加を図ります。
- ドクターヘリの機動力を生かし、大動脈解離の緊急手術では全県を医療圏とする等、疾病ごとの医療圏の再構築や、関西広域連合管内を4次保健医療圏と見なす高度救急医療体制の構築に努めます。
- 「出動要請が重複した場合」や「多数の傷病者が発生した場合」には、京滋ドクターヘリだけ

でなく、大阪府ドクターヘリ*等の関西広域連合ドクターヘリ*を容易に要請できる補完体制を引き続き活用します。

- 三重県や岐阜県等の隣接県のドクターヘリとの連携体制の構築に努めます。

(6) 県民啓発の実施

- 患者が必要とする医療機関の情報、診察時間や診療科目等を提供できる「医療ネット滋賀」の利用を促進するため、機会を捉えて普及啓発に努めます。

また、患者ニーズに対応するため、情報更新の徹底を医療機関に対して指導します。

- 医療機関の適切な選択、救急車の正しい利用方法やかかりつけ医を持つことの重要性の啓発に努めます。

《数値目標》

目標項目		現状値 (H28)	目標値 (H35)	備考
特定行為が可能な 救急救命士	気管挿管	160人	250人	15人/年
	薬剤投与	339人	430人	
重症患者における受入れ医療機関決定までの照会回数が4回以上の割合		0.1% (H27)	0.1% 未滿	現状維持
救命救急センターの充実評価Aの数		4	4	新評価基準においてもA判定を維持

図 3-3-6-17 救急医療体制

●救急告示病院(31)

■ …救命救急センター(4)

□ …災害拠点病院(10)

◆ …小児救急支援病院(12)

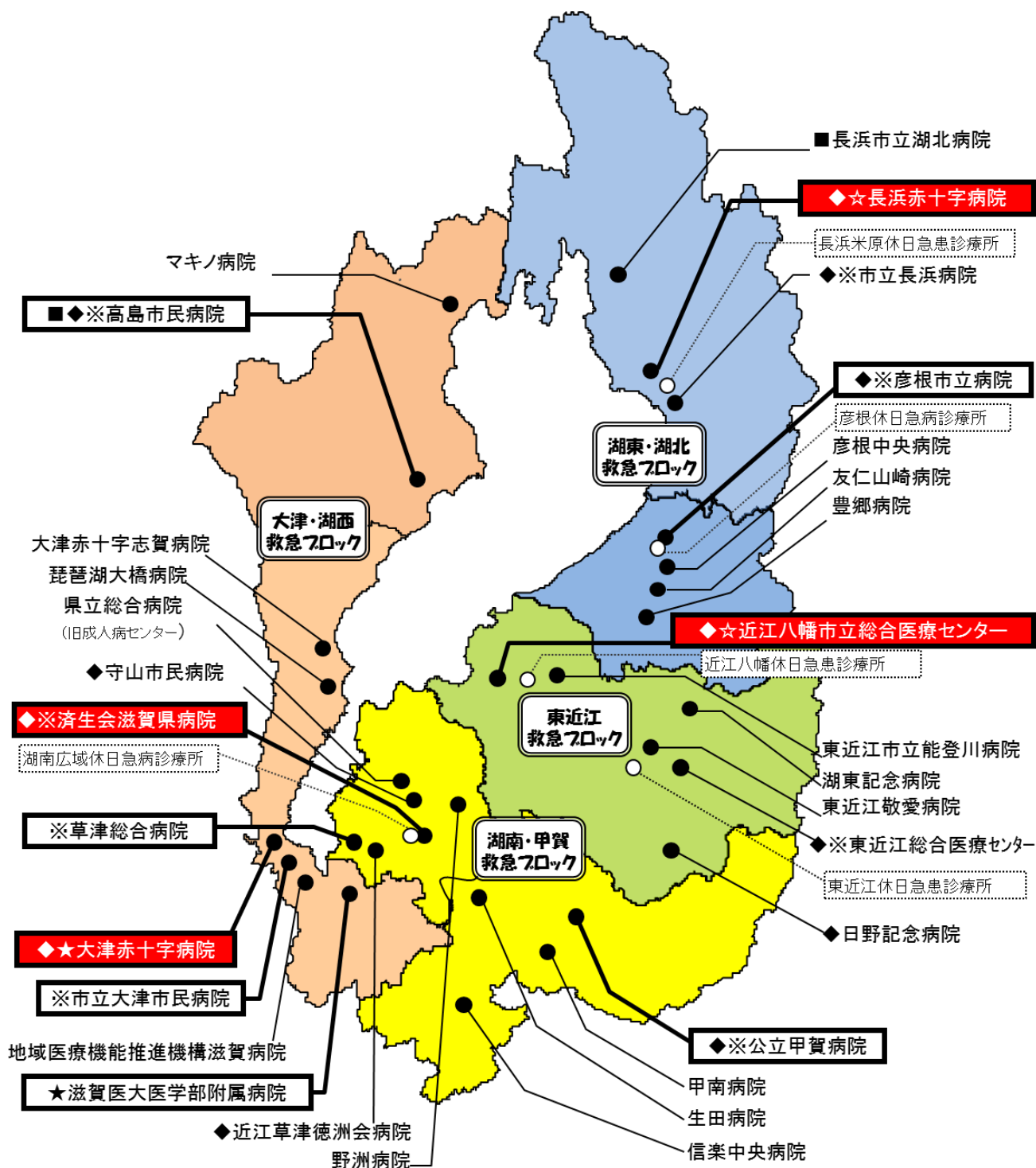
■ …へき地医療拠点病院(2)

★ …総合周産期母子医療センター(2)

☆ …地域周産期母子医療センター(2)

※ …周産期協力病院(8)

○休日急患診療所(5)



7 災害医療

目指す姿

- 災害時においても必要な医療を受けることができる

取組の方向性

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

現状と課題

(1) 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ります。

ア 自然災害

① 地震

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

表3-3-7-1 近年における大規模地震の発生状況

発生年	名 称	備 考
平成 7 年	阪神・淡路大震災	死者 6,433 名
平成 23 年	東日本大震災	死者 15,893 名、行方不明者 2,556 名 (平成 28 年 12 月 9 日 時点)
平成 28 年	熊本地震	死者 49 名、重傷者 345 名、軽傷者 1,318 名 (平成 28 年 5 月 31 日 時点)

(厚生労働省平成 29 年 3 月 31 日付医政地発 0331 第 3 号 (一部改正平成 29 年 7 月 31 日付
医政地発 0731 第 1 号)「疾病・事業及び在宅医療に係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。

② 風水害等

- 近年、短時間強雨の年間発生回数の増加が顕著であり、大河川の氾濫も相次ぎ県内では、平成 25 年度（2013 年度）の台風 18 号による大雨で、県内各地の河川が氾濫し、死者 1 名、負傷者 9 名を出し、多くの住家が全壊、床上、床下浸水する等、大きな被害が発生しました。

イ 事故災害

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

（２）災害医療体制

ア 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二次保健医療圏で計 10 病院指定しており、その状況は次のとおりです。

図 3-3-7-2 災害拠点病院の位置

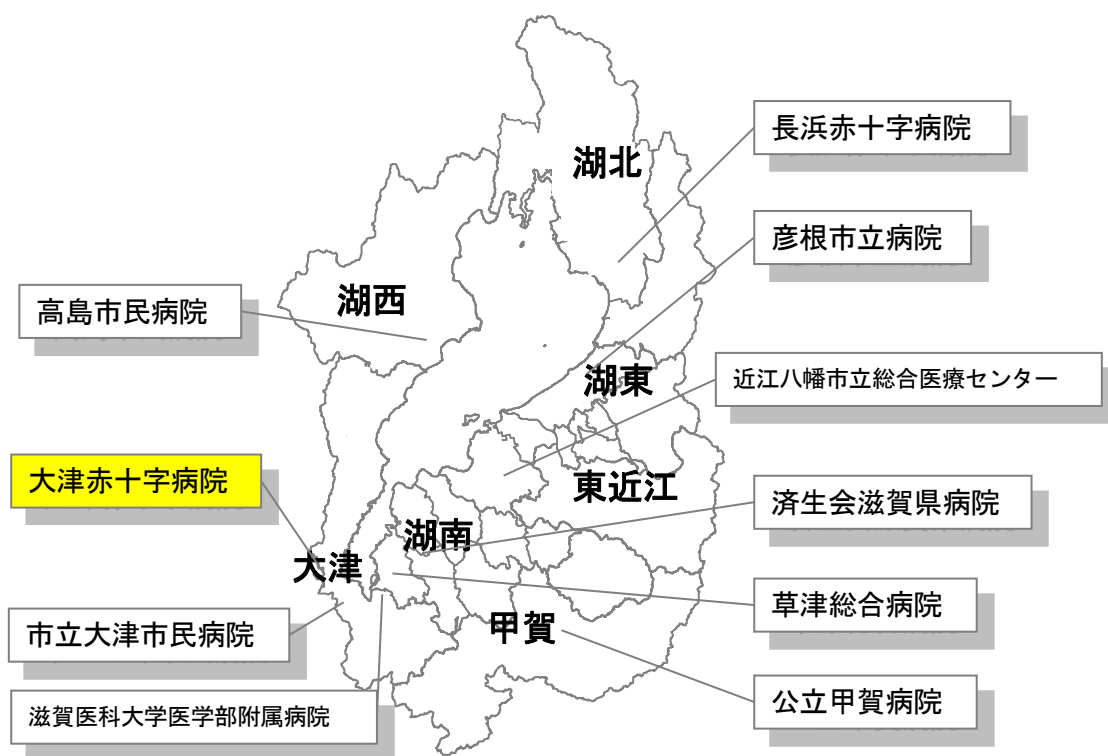


表3-3-7-3 災害拠点病院一覧

種 別	保健医療圏	医療機関名	指定年月日
基幹災害拠点病院	県全域	大津赤十字病院	平成9年1月20日
地域災害拠点病院	大 津	市立大津市民病院	平成9年1月20日
		滋賀医科大学医学部附属病院	平成22年3月5日
	湖 南	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。

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

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

表3-3-7-4 SCUおよび担当医療機関一覧

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

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

ウ 災害対策(防災)マニュアル

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

表3-3-7-5 県内57病院の災害対策(防災)マニュアル等策定状況

項目	現状値 (H28)
災害対策(防災)マニュアル	・ 策定済み 43 病院 ・ 準備中 12 病院 ・ 策定予定無し 2 病院
BCP	・ 策定済み 12 病院 ・ 準備中 33 病院 ・ 策定予定無し 12 病院
職員参集マニュアル	・ 策定済み 32 病院 ・ 準備中 20 病院 ・ 策定予定無し 5 病院

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

エ 医療チーム

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

- DMATは、災害発生直後の急性期(概ね 48 時間以内)に活動を開始できる機動性を持った、専門的な研修・訓練を受けた医療チームで、下記の活動を行います。
 - ・病院支援(診療支援、病院避難支援)
 - ・現場活動(救護所、救助現場)
 - ・地域医療搬送
 - ・広域医療搬送(機内活動、SCU 活動)
 - ・避難所救護所活動 等
- 災害の発生に備えて、DMAT 隊員の資質向上と連携を図るために、定期的な研修や訓練を実施しています。
 - ・DMAT 隊員技能維持研修
 - ・DMAT 強化訓練、近畿地方 DMAT 訓練
 - ・広域搬送訓練
 - ・県総合防災訓練、近畿2府7県合同防災訓練 等
- DMAT の派遣要請は、県と災害拠点病院の間で締結した協定に基づき、知事が行うことになっており、現在県内の災害拠点病院に 30 チーム保有しています。
(平成 29 年(2017 年) 2月末時点)
- 平成 28 年(2016 年) 4月に発生した熊本地震での活動を踏まえ、円滑なDMAT 活動を進めるには、活動期間の長期化、病院避難や避難所等での活動を念頭に置き、更なる人材の養成や資質の向上、ロジスティック*の充実が求められています。

※ DMAT の活動

DMAT 1 隊あたりの活動期間は、その機動性を確保する観点から、移動時間を除き概ね48時間以内を基本とする。

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、DMAT 2次隊、3次隊等の追加派遣で対応することを考慮する。

(日本DMAT 活動要領)

② 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 3-3-7-6 医療救護活動に関する協定締結団体

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

- 東日本大震災や熊本地震では被災された住民の避難生活が長期化したことから、急性期医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、災害時健康危機管理支援チーム(DHEAT: Disaster Health Emergency Assistance Team)*や日本医師会災害医療チーム*(JMAT: Japan Medical Association Team)を初めとする各団体の活動との連携も含めて検討する必要があります。

③ 災害精神医療

- 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」を派遣しました。また、熊本地震では、こころのケアチームとして精神医療センター・滋賀医科大学の協力を得て5チームが現地に赴き、現地での災害支援活動を行ったところです。
- 災害発生を想定し、有事の際に、精神科医療および精神保健活動の支援を行う災害派遣精神医療チーム(DPAT)の体制づくりが急務です。

④ 災害時小児周産期医療

- 過去の災害から、災害時に機能する小児周産期医療体制を平時から構築する必要性が指摘されています。
- 本県では、県総合防災訓練時に、DMAT等と連携できるよう取組を進めているところです。
- 平時からの日本産科婦人科学会大規模災害対策情報システムの活用などを含め、今後県内の医療状況に沿った体制を検討していくとともに、災害時の小児周産期医療の調整役である災害時小児周産期リエゾンの人材育成に取り組む必要があります。

⑤ 災害時人工透析医療

- 災害時支援体制の整備として、平成29年(2017年)に人工透析担当マニュアル(県大規模災害発生時マニュアル)を改定するとともに透析患者に人工透析患者災害時支援シートを配布しています。

オ 災害医療のコーディネート機能

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

カ 滋賀県広域災害時における医療救護活動指針

- 大規模災害が発生した際の混乱期にあっても、「最大多数の人たちに最良の医療を提供する」という災害医療の考え方に沿って、県民の生命と健康を守ることを最優先とし、災害時においても必要とされる医療を適切かつ効率的に提供することができるよう、平成26年(2014年)10月に指針を策定しました。

- 発生が予測される大規模災害に備え、最新の知見や訓練等で得られた課題を踏まえて、不断の見直しを行うことが必要です。

キ 原子力災害医療

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

表 3-3-7-7 原子力災害拠点病院および原子力災害医療協力機関一覧

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

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

ク 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。
- 災害発生時にEMISを活用して、円滑に情報提供と収集を行うためには、医療関係者等に対して定期的な入力訓練を実施し、被災状況等の入力を徹底するとともに操作の習熟度を上げる必要があります。
- 災害時には被災のため、被災状況等を入力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する必要があります。

具体的な施策

(1) 災害拠点病院の体制強化

- 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) 航空搬送拠点臨時医療施設(SCU)の体制確立

- 大規模災害発生時の航空機等による患者搬送を円滑に行うため、SCUを効率的に運営できる体制づくりを行います。

(3) 災害対策(防災)マニュアル等の策定支援

- 災害時、県民に必要な医療機能を迅速に復旧させるため、県内病院の災害対策(防災)マニュアル、BCPおよび職員参集マニュアル等の策定を支援します。

(4) 医療救護班の強化

- DMATを含む自己完結型の医療救護班を迅速に派遣するため、これまで整備してきた物的、人的資源が円滑に機能するよう、研修や訓練等を充実させ、災害医療関係者の資質向上を図ります。また、研修や訓練等を通じて、関係機関・団体との顔の見える関係を構築する等、相互理解や連携強化を図ります。
- 平時からの日本産科婦人科学会大規模災害対策情報システムの活用や災害時小児周産期リエゾンの育成を進め、防災訓練や研修会等に参加し、DMAT(災害派遣医療チーム)等と連携することができる体制を構築していきます。
- 透析患者への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・透析研究会の琵琶湖災害時透析ネットワークを通じて関係機関との連携を推進します。

(5) 災害医療のコーディネート機能の充実・強化

- 災害時の多様な調整業務に対応するため、多職種の災害医療コーディネーターの委嘱、資質向上を図ります。
- 災害医療本部に保健活動調整本部を併設し、保健医療活動チーム*(DMAT、JMAT、DPAT、日本赤十字社の医療救護班、歯科医師チーム、薬剤師チーム、看護師チーム、保健師チーム、管理栄養士チーム等)の総合調整を行うための機能の充実・強化を図ります。

(6) 滋賀県広域災害時における医療救護活動指針の充実

- 発生が予測される大規模災害に備え、最新の知見や訓練等で得られた課題を踏まえて、指針の不断の見直しを行います。

(7) 原子力災害医療の強化

- 原子力災害医療を充実させるため、原子力災害拠点病院や原子力災害医療協力機関の機能強化や隣接府県および関係機関との連携、協力関係の構築を図ります。
- 訓練を通して緊急被ばく医療マニュアルの点検を行い、適宜、改定を行うとともに、隣接府県および関係団体との連携、協力関係の構築を図ります。
- 医療機関における原子力災害医療に従事する人材養成についての支援、協力を行い、原子力災害医療に従事する医療関係者の資質の向上を図ります。

(8) 広域災害救急医療情報システム（EMIS）の活用

- 日頃から災害の発生に備えて、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。

《数値目標》

目標項目		現状値（H29）	目標値（H35）
マニュアル等の策定支援	災害対策(防災)マニュアル	・策定済み 43 病院 ・準備中 12 病院 ・策定予定無し 2 病院	全 57 病院策定済み
	B C P	・策定済み 12 病院 ・準備中 33 病院 ・策定予定無し 12 病院	全 57 病院策定済み
	職員参集マニュアル	・策定済み 32 病院 ・準備中 20 病院 ・策定予定無し 5 病院	全 57 病院策定済み
体制整備等	DMAT チーム数および有資格者	30 チーム 183 人	34 チーム 200 人
	災害医療コーディネーター研修の実施	災害医療コーディネーターの受講率 73%	災害医療コーディネーターの受講率 100%

8 小児医療（小児救急を含む）

（１）小児救急医療

目指す姿

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

取組の方向性

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

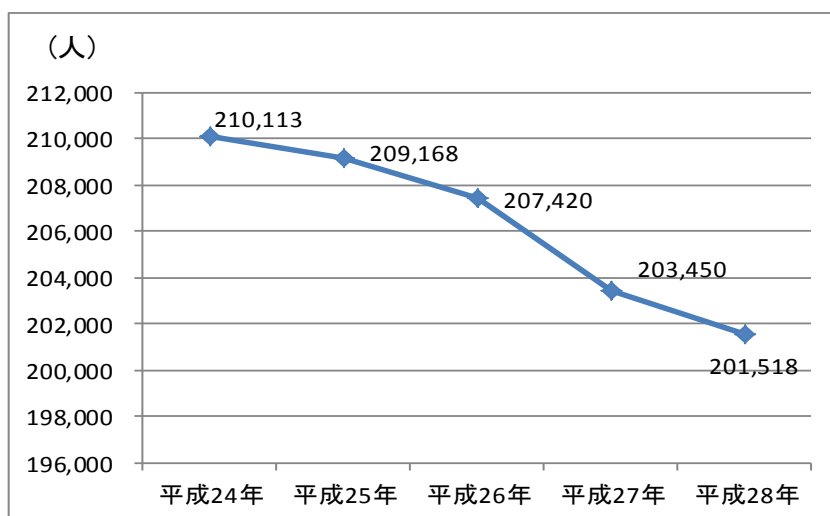
現状と課題

ア 小児医療をとりまく現状

① 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２４年（２０１２年）１０月の２１０,１１３人から平成２８年（２０１６年）１０月は、２０１,５１８人と減少しています。
- 小児の疾病については、急性上気道感染症をはじめとする呼吸器系の疾患が圧倒的に多くなっています。
- 医療の進歩等により、人工呼吸器や胃ろう等を使用し、痰の吸引や経管栄養などの医療的ケアが必要な子どもが増加しており、小児在宅医療体制の整備が必要です。

図 ３－３－８－１ 小児人口の推移



（滋賀県推計人口年報）

② 死亡の状況

- 平成 27 年度（2015 年度）の本県の小児死亡数は 42 人であり、主な原因は先天奇形および染色体異常が最も多く、次いで周産期に発生した病態、がん、不慮の事故でした。

③ 医療提供体制

a 施設の状況

- 平成 28 年（2016 年）10 月現在、県内で小児科を標榜している病院は 57 病院中 30 病院であり、一般診療所では 1,063 施設中 279 施設です。

図 3-3-8-2 小児科を標榜している医療機関数

圏域名	病 院	診療所
大 津	5	58
湖 南	9	50
甲 賀	3	25
東近江	5	53
湖 東	3	35
湖 北	3	49
湖 西	2	9
計	30	279

【平成29年10月現在】

（医療ネット滋賀）

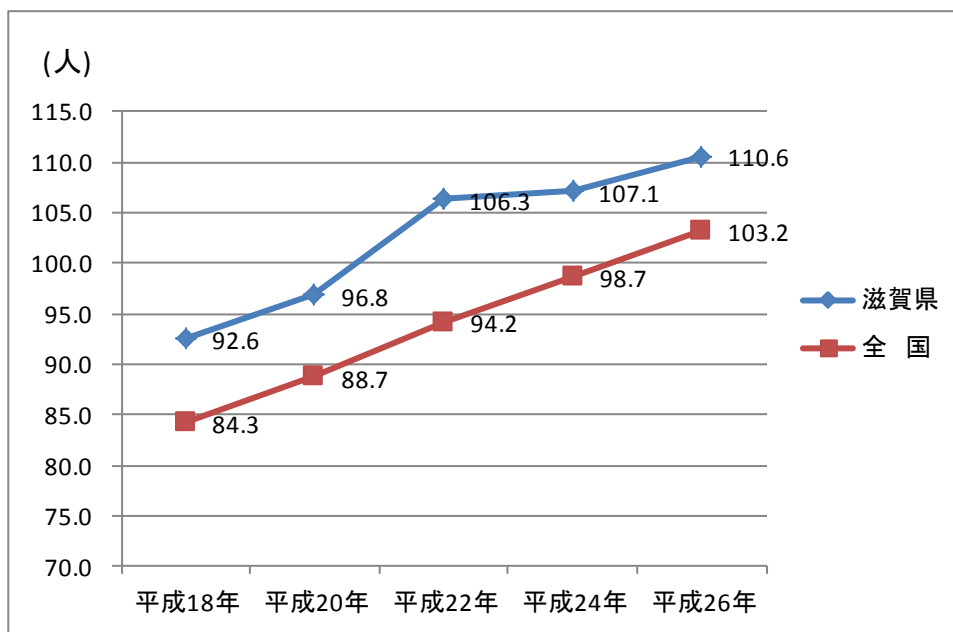
b 小児専門医療を担う機関

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

c 小児医療に係わる医師の状況

- 県内における、平成 22 年（2010 年）小児科従事医師数は 224 人でしたが、平成 26 年（2014 年）医師数は 229 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 23 年（2011 年）115 人から平成 28 年（2016 年）121 人と増加しています。
- しかし、平成 26 年度（2014 年）の「0～14 歳人口 10 万人あたりの医師数」は、110.6 人と全国平均より 7.4 人多いですが、保健医療圏域ごとにみると 5 圏域で全国平均を下回り、圏域間で最大 3 倍の差が見られます。
- 医師の偏在による小児科医師の不足は、依然解消されていない状態にあります。

図 3-3-8-3 人口10万人当たりの医師数



(医師・歯科医師・薬剤師調査)

表 3-3-8-4 平成26年二次保健医療圏ごとの小児科医師数

圏域	人数	小児人口10万人あたりの医師数
大 津	80	163.9
湖 南	67	125.4
甲 賀	11	53.8
東近江	28	84.0
湖 東	15	65.5
湖 北	22	97.8
湖 西	6	100.1
計	229	110.6

(平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査)

イ 小児救急医療の現状

- 本県における小児救急医療体制は、以下の3体制で対応しています。
 - ・入院治療が必要ない程度の治療を診療所や休日急患診療所で行う初期救急医療体制
 - ・入院治療を必要とする医療を救急告示病院で行う二次救急医療体制
 - ・重篤な救急患者の治療を必要とする医療を救命救急センターで行う三次救急医療体制
- 小児救急搬送患者においても一般救急搬送患者と同様、軽症者が多くを占めています。
- 平成27年度(2015年度)における小児医療の二次・三次医療機関における小児救急患者の一日平均人数は、191.3人で、そのうち入院した患者数は16.4人となっています。

表 3-3-8-5 二次・三次医療機関を受診した小児救急患者(1日平均・人)

圏域名	小児救急患者		うち入院患者	
	平成22年度	平成27年度	平成22年度	平成27年度
大 津	27.8	31.1	2.4	2.2
湖 南	73.2	47.1	4.0	3.9
甲 賀	7.1	8.9	0.2	0.2
東近江	25.0	31.0	1.7	3.8
湖 東	41.8	17.2	1.8	0.9
湖 北	52.4	47.3	3.6	4.9
湖 西	4.8	8.8	0.4	0.4
計	232.0	191.3	14.2	16.4

(小児救急医療体制の取組状況調査)

表 3-3-8-6 急病における救急搬送患者のうち軽症者が占める割合(%)

	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
全 体	75.7	76.0	77.7	74.9	73.5
新生児 (生後28日未満)	54.5	46.2	54.5	64.7	41.2
乳幼児 (生後28日以上7歳未満)	75.0	74.8	76.0	74.0	71.3
少 年 (7歳以上18歳未満)	77.5	78.6	80.9	76.7	78.3

(救急年報報告)

ウ 初期救急医療体制

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

表 3-3-8-7 初期救急医療体制

圏域名	在宅医当番制	共同利用型*	休日急患診療所
大 津	—	○	—
湖 南	—	—	○
甲 賀	—	○	—
東近江	○	—	○
湖 東	—	—	○
湖 北	—	—	○
湖 西	—	—	—

エ 二次救急医療体制

- 二次救急医療体制は、二次保健医療圏域に小児科医師を確保するため、病院群輪番制*や共同利用型病院方式*による小児救急医療支援事業を実施しています。
- 家庭環境の変化や保護者の病院志向から、本来は初期救急医療機関を受診すべき患者が二次救急医療機関を受診しており、病院勤務の小児科医師に過大な負担が生じています。

- 病院勤務の小児科医師が減少していることから病院群輪番制に参画する病院が減少しており、また、二次保健医療圏における小児科医師の偏在が顕著であることから、現在の7つの各二次保健医療圏で二次救急医療を完結することが困難な状況になっています。

表 3-3-8-8 二次救急医療体制(小児救急医療支援事業)

圏域名	参加医療機関
大 津	大津赤十字病院(共同利用型)
湖 南	守山市民病院、済生会滋賀県病院 近江草津徳洲会病院
甲 賀	公立甲賀病院(共同利用型)
東近江	近江八幡市立総合医療センター 東近江総合医療センター 日野記念病院
湖 東	彦根市立病院
湖 北	長浜赤十字病院、市立長浜病院
湖 西	高島市民病院

表 3-3-8-9 大津・甲賀地域拠点病院体制

圏域名	体 制	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 17:00 ~ 23:00 日祝日 10:00 ~ 23:00	【大津市医師会（34診療所）】 あすこクリニック、小児科伊吹医院、池野医院、 皇子山こどもクリニック、大津ファミリークリニック、おの医院、 スワン会大津小児科医院、金田医院、小児科おくだ医院、 医療法人北村医院、大道医院、医療法人岡本医院、 医療法人輝生産婦人科内科小児科医院、医療法人社団こんどう小児科、 下嘉医院、しみず小児科内科医院、高岡医院、竹内医院、 田中ファミリークリニック、西角三愛小児科、原田医院、 医療法人藤井医院、小児科藤井医院、医療法人明光会まつだ医院、 医療法人央友会光吉医院、医療法人社団湖光会もみじが丘診療所、 森岡こどもクリニック、医療法人山中医院、宮川医院、 医療法人やまもとファミリークリニック、米村小児科、 瀬田三愛小児科、医療法人レイクサイドクリニック、 しろやま赤ちゃんこどもクリニック (36人) 【協力病院（1病院）】 京都大学医学部附属病院 (19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（4診療所）】 たなか小児科医院、のむら小児科、太田医院、 湖南市国民健康保険岩根診療所 (4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)

【平成29年10月1日】

オ 三次救急医療体制

- 三次救急医療体制は、一般救急と同様に、4か所の救命救急センターで対応しています。

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

カ 小児救急電話相談事業

- 小児の夜間、休日における急変時の保護者の不安を解消するとともに、適切な受診を促すことで、重症化を防ぎ医療機関の負担を軽減するため、電話でアドバイスを受けられる小児救急電話相談事業(短縮ダイヤル#8000番)を実施しています。
- 家庭での子どもの急病時の対応や、かかりつけ医に相談できる体制を確保していく必要があります。

表 3-3-8-10 小児救急電話相談件数の推移

	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度
相談件数 (件)	16,830	18,912	18,791	20,306	19,288
即受診を薦めなかった割合(%)	80.9	80.0	84.4	86.2	92.2

具体的な施策

ア 小児救急医療に関する圏域の見直し

- 各二次保健医療圏における二次救急医療体制の維持が困難になっていることから、小児救急医療体制における圏域を見直し、周産期医療ブロックとの整合性を図り、次の4ブロックとします。
 - ① 大津・湖西小児救急ブロック(大津保健医療圏・湖西保健医療圏)
 - ② 湖南・甲賀小児救急ブロック(湖南保健医療圏・甲賀保健医療圏)
 - ③ 東近江小児救急医療ブロック(東近江保健医療圏)
 - ④ 湖東・湖北小児救急ブロック(湖東保健医療圏・湖北保健医療圏)
- ブロック化の円滑な推進や今後の小児救急医療体制の検討のため、関係機関(医療機関、消防、市町等)で構成する検討会を設置します。

イ 小児救急医の効率的な活用

- 二次救急医療を維持するため、現在の二次救急医療体制を再編し、効率的に小児科医師を配置することを検討します。
- 二次救急医療体制の再編においては、日本小児科学会の「中核病院小児科・地域小児科セン

ター登録事業」を参考に検討を進めます。

- 小児重症患者が発生した病院には小児救急医を緊急派遣して病院支援を行ったのち、小児集中治療医のもとへ患者を搬送する体制を新たに構築し、県内全ての小児に地域格差のない小児救急・集中治療を提供できるよう努めます。

ウ 二次救急医療機関と開業小児科医師との連携

- 病院勤務の小児科医師を支援するため、各ブロックで開業小児科医師と二次救急医療機関との連携を図れるよう検討を進めます。

エ 小児科を専門としない医師による初期小児救急医療の強化

- 主たる診療科目を小児科以外の診療科目とする開業医師や病院勤務医師等を対象に、小児救急医療に精通した医師を講師として研修を実施することにより、ブロックの初期医療体制の強化を図ります。

オ 保護者への啓発

- 県が作成する保護者向けの啓発冊子を市町の実施する乳幼児健診の際に配布し、かかりつけ医を持つことのメリットや医療機関の適正受診について啓発を実施します。
- 小児救急電話相談（短縮ダイヤル#8000 番）の利用促進について、フォーラムやイベント等の機会を捉えて啓発に努めます。
- 小児科を標榜する医療機関の診療時間、受診科目等の詳細な情報がリアルタイムに提供できる「医療ネット滋賀」の普及啓発に努め、かかりつけ医の選択の一助とします。
- 関係機関(小児科医、消防機関等)が実施する保護者のための研修会等に協力します。

《数値目標》

目標項目	現状値	目標値（H35）	備 考
小児救急搬送症例における受入不可となった件数の割合	7.7% (H27)	7%未満	
小児人口 10 万人当たりの時間外外来受診人数	19,014 人 (H28)	18,000 人以下	

（２）小児在宅医療

目指す姿

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

取組の方向性

- ア 地域における小児在宅医療の連携体制の構築
- イ 小児在宅支援を担う医療機関の拡充
- ウ 医療的ケア児*の災害時支援体制の構築
- エ 医療的ケア児*と家族の交流の支援

現状と課題

ア 医療的ケアが必要な子どもの現状と課題

- 医療の進歩等により、人工呼吸器や胃ろう等を使用し、痰の吸引や経管栄養などの医療的ケアが必要な子ども（以下「医療的ケア児」という。）が増加してきています。
- 県内の小児慢性特定疾病児童等の人工呼吸器装着者（24 時間人工呼吸器を装着しており離脱の見込みがない者）は、平成 26 年度（2014 年度）27 人でしたが、平成 28 年度（2016 年度）には 55 人と 28 人増加しています。
- 特別支援学校等の医療的ケアに関する調査（文部科学省）では、県立特別支援学校に通う医療的ケアが必要な児童生徒数は平成 19 年度（2007 年度）75 人でしたが、平成 28 年度（2016 年度）には 138 人と増加しています。
- また、医療機器の進歩により、人工呼吸器を装着し在宅で生活される方が増加することが見込まれます。気管切開*等をしていても歩ける子どもがおられます。保育所等の入所体制についても課題があります。

イ 小児在宅医療体制の現状と課題

- 医療機能調査（平成 29 年 6 月）の結果では、医療的ケア児に対して、訪問診療が可能である診療所は 42 施設ありました。
- しかし、在宅医療全体では、訪問診療を実施している診療所は 294 施設あり、成人に比べ小児在宅診療を担う医療機関が少ない状態です。
- 在宅医療への移行後も、入院していた医療機関に受診する傾向があります。入院していた医療機関が遠方である場合も多くあり、家族の負担になっています。
- そのため、退院後の診療はかかりつけ医が担い、緊急時等には病院に受診できる体制など、小児在宅医療にかかる医療連携体制を検討していく必要があります。
- 訪問看護ステーション実態調査（平成 28 年 9 月）では、小児（18 歳未満）の訪問看護の受入れが可能な訪問看護ステーションは 58 施設で、半数以上で受入れ可能という結果ですが、診療所と同じく成人に比べるとまだまだ小児では少ない状態です。
- また、医療的ケア児が、成人期に達する移行期が課題となっています。医療機能調査では、小児期から成人（18 歳以上）への移行時の受入れについて可能と回答した診療所が 90 施設ありました。

表3-3-8-11 診療所における訪問診療の実施状況（平成29年）

		小児在宅医療					
		訪問診療が可能	緊急時の往診のみ対応可能	条件が整えば可能	困難	無回答	合計
在宅医療（全体）	訪問診療を実施している	39	7	44	186	18	294
	訪問診療を実施していない	3	15	29	313	35	395
	無回答	0	0	1	11	4	16
	合計	42	22	74	510	57	705

（出典：医療機能調査）※特別養護老人ホーム内の診療所除く。

表3-3-8-12

訪問看護ステーションにおける小児（18歳未満）の訪問看護の受入状況（平成28年9月）

圏域名	可能	不可能	未記入	施設数
大津	19	3	2	24
湖南	9	8	2	19
甲賀	6	3	1	10
東近江	8	3	2	13
湖東	7	0	1	8
湖北	8	3	2	13
湖西	1	1	2	4
合計	58	21	12	91

（出典：訪問看護ステーション実態調査）

表3-3-8-13

診療所における小児期から成人（18歳以上）への移行時の受入状況（平成29年）

圏域名	可能	条件によっては可能	困難
大津	23	17	82
湖南	14	12	111
甲賀	9	7	19
東近江	15	11	54
湖東	7	5	37
湖北	15	9	34
湖西	7	2	12
合計	90	63	349

（出典：医療機能調査）

ウ 医療的ケア児および家族への支援の現状と課題

- 周産期医療では、NICU*（新生児集中治療管理室）病床の満床状態緩和を図るため、NICU*等の長期入院児後方支援病床の整備を進めています。円滑に在宅医療へ移行するには、身近な地域の病院で退院調整、移行支援が行われ、在宅移行後の急変時の受入れ体制が整備されている必要があります。
- 在宅医療に移行後、家族の一時的な休息や、急用の際に預けることができるレスパイト入院*や医療型短期入所*が可能な医療機関や事業所の数が少なく、二次保健医療圏間で偏りがあります。
- レスパイト入院*や医療型短期入所*が可能な施設の整備が喫緊の課題となっています。
- 災害時の支援体制も重要な課題です。どこの地域に、どのような医療的ケア児が生活しているか把握することで、災害時に円滑に支援を行う体制を構築していく必要があります。

表3-3-8-14 医療型短期入所*が可能な事業所数

県内	大津	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北	湖西
5	0	3	1	0	0	1	0

表3-3-8-15 レスパイト入院*実施可能と回答があった病院数（平成29年）

県内	大津	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北	湖西
8	0	5	0	1	0	2	0

（出典：医療機能調査）

具体的な施策

ア 地域における小児在宅医療の連携体制の構築

- 在宅医療へ移行する医療的ケア児が増加しているため、小児在宅医療を担う人材養成が不可欠です。専門病院の医師等による集合研修や実地研修等を行い、人材育成および資質向上を図ります。
- 研修を受講した医師等が、実際に小児在宅医療を実践できる体制の構築を図ります。
- 小児在宅医療を実践するために、病院・診療所・訪問看護ステーション等の連携体制づくりを促進します。退院時には病院から診療所や訪問看護ステーションへの情報提供や、夜間等の緊急時への対応では平時から病院のバックアップ体制を構築していきます。
- 在宅医療体制をより充実するために、各圏域に調整会議等を設置し、医療や福祉、教育等の専門職が連携を図り、地域包括ケアシステムの推進を図ります。

イ 小児在宅支援を担う医療機関の拡充

- 小児在宅医療への円滑な移行を図るため、より身近な病院から、在宅医療への移行に向けて準備を行うことができるように、二次保健医療圏ごとに1病院以上、NICU*等の長期入院児後方支援病床を整備することとします。
- 在宅医療移行後に、家族を支援するための資源として、レスパイト入院*が可能な医療機関または医療型短期入所*の受入れができる事業所が二次保健医療圏ごとに1か所以上は確保で

きるようにします。

ウ 医療的ケア児の災害時支援体制の構築

- どの地域にどのような医療的ケア児がおられるか把握します。得られた情報を災害時対応に使用できるようマッピング化するなど、円滑かつ確実に支援できる体制の構築を図ります。
- 平時から災害時の備えができるように、災害時個別支援計画の作成を支援します。

エ 医療的ケア児と家族の交流の支援

- レスパイト入院*等の資源拡充とともに、医療的ケア児およびその家族が、日常の情報を共有し、精神的にサポートし合える交流会や学習会の場づくりを支援します。

《数値目標》

目標項目	現状値（H28）	目標値（H35）	備考
NICU*等の長期入院児後方支援病床	3/7圏域	各二次保健医療圏域に 1 か所以上整備	8床 (平成 29 年現在)
レスパイト入院*受入れ可能病院および 医療型短期入所*可能事業所	3/7 圏域	各二次保健医療圏域に 1 か所以上整備	
訪問診療可能な診療所	41 診療所	各二次保健医療圏域に 現在数以上整備	
小児在宅受入れ可能な 訪問看護ステーション	57 施設		

9 周産期医療

目指す姿

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

取組の方向性

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

現状と課題

(1) 母子保健指標から見る現状と課題

- 本県における出生率および合計特殊出生率は、全国的に高い値で推移しています。しかし、出生数は、全国的な傾向と同様に減少しており、これまでプラスであった自然増減数が、平成 28 年(2016 年)にはマイナスとなりました。また、低出生体重児(2,500 グラム未満)の数は、出生数の9%台以上となっています。
- 本県における周産期死亡率*は、平成 28 年(2016 年)は全国平均より低い値となっており、全国 1 位となりました。しかし、過去5年間の周産期死亡率*の平均値では、全国平均 3.7 と比べ、本県では 3.8 とやや高い値となっています。新生児死亡率*についても、平成 28 年(2016 年)は全国平均よりも低い値となっていますが、過去5年間の新生児死亡率*の平均値は、全国平均 0.9 と比べ、本県は 1.0 とやや高い値となっています。
- 単年の指標では変動があるため、長期的な母子保健指標の改善を維持していく必要があります。

表 3-3-9-1 母子保健指標の推移

指標項目		平成 23 年	平成 24 年	平成 25 年	平成 26 年	平成 27 年	平成 28 年
出生率	滋賀	9.6	9.5	9.3	9.1	9.1	8.7
	全国	8.3	8.2	8.2	8.0	8.0	7.8
合計特殊出生率	滋賀	1.51	1.53	1.53	1.53	1.61	1.56
	全国	1.39	1.41	1.43	1.42	1.45	1.44
低出生体重児 の数(割合)	滋賀	1,317 (9.9)	1,275 (9.6)	1,217 (9.4)	1,251 (9.8)	1,168 (9.3)	1,105 (9.2)
	全国	100,438 (9.6)	99,311 (9.6)	98,624 (9.6)	95,768 (9.5)	95,206 (9.5)	92,082 (9.4)
周産期死亡率*	滋賀	4.3	3.8	4.4	3.7	4.5	2.4
	全国	4.1	4.0	3.7	3.7	3.7	3.6
新生児死亡率*	滋賀	1.2	1.1	1.5	0.8	0.8	0.8
	全国	1.1	1.0	1.0	0.9	0.9	0.9
乳児死亡率*	滋賀	2.1	2.2	2.8	1.6	1.8	1.7
	全国	2.3	2.2	2.1	2.1	1.9	2.0

出典：厚生労働省 人口動態統計

（２）周産期医療体制の現状と課題

- 本県における周産期医療体制は、正常な妊娠・分娩の場合は、身近な地域の医療機関（病院、診療所、助産所、病院が設置する助産師外来*や院内助産所）で対応し、ハイリスク妊産婦・新生児*は、総合周産期母子医療センター*（大津赤十字病院および滋賀医科大学医学部附属病院）および地域周産期母子医療センター*（近江八幡市立総合医療センターおよび長浜赤十字病院）が、周産期協力病院*と連携して高度かつ専門的な医療の提供を行っています。
- また、県内7つの二次保健医療圏を大津・湖西ブロック、湖南・甲賀ブロック、東近江ブロック、湖東・湖北ブロックの4ブロックに区分し、医療資源を集約することで、高度かつ専門的な医療提供体制の充実を図っています。
- 大津赤十字病院が大津・湖西ブロック、滋賀医科大学医学部附属病院が湖南・甲賀ブロック、近江八幡市立総合医療センターが東近江ブロック、長浜赤十字病院が湖東・湖北ブロックで、周産期医療の中核を担っています。
- 総合周産期母子医療センター*および地域周産期母子医療センター*において、人工換気管理のできるNICU*（新生児集中治療管理室）病床が不足している状態であり、周産期医療体制の更なる整備が必要となります。更に、眼科等の専門医療を十分提供できていない状態もあり、周産期の診療体制についても専門医療の確保が必要です。
- NICU*病床の満床状態の緩和を図るためには、NICU*病床の整備だけでなく、GCU*（新生児治療回復室）病床やNICU*等の長期入院児後方支援病床の整備も必要になります。
- 現在、東近江ブロックでは、GCU*病床が0床となっており、地域周産期母子医療センターである近江八幡市立総合医療センターでNICU*病床が満床の時には、状態が安定している児の転院、ハイリスクな妊婦を母体搬送している現状があり、GCU*病床の整備が喫緊の課題となっています。
- NICU*等の長期入院児後方支援病床は、小児保健医療センター4床、大津赤十字病院2床、彦根市立病院2床が設置されています。平成28年度(2016年度)においては、入院児11人中7人が退院し在宅医療に移行しています。
- 今後、身近な地域の病院から在宅医療へ移行できるよう体制を整備する必要があり、併せて在宅医療移行後においても、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。
- 新生児の救急搬送については、大津赤十字病院および長浜赤十字病院で、医師等が同乗し、治療をしながら新生児を搬送する新生児救急搬送車（新生児ドクターカー*）の運営を行い、新生児医療の確保、充実を図っています。大津赤十字病院の新生児ドクターカー*が県内全域、長浜赤十字病院の新生児ドクターカーが湖東・湖北ブロックを対応しています。
- 新生児ドクターカー*出動時の協力体制について、消防機関等関係機関と調整を行っていく必要があります。

図 3-3-9-2 滋賀県周産期医療提供体制（平成 29 年（2017 年）4 月現在）

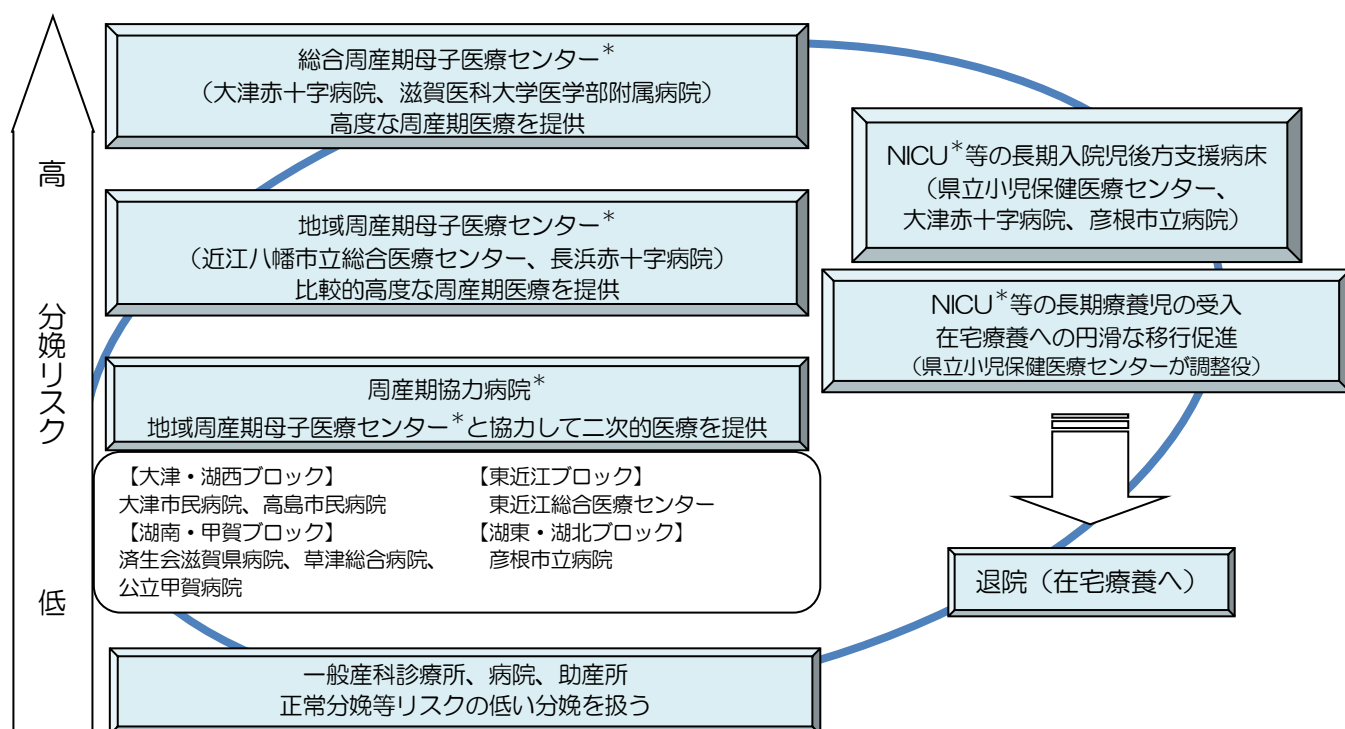


表 3-3-9-3 県内周産期関係病床数（平成 29 年（2017 年）4 月現在）

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	総合周産期母子 医療センター*	6	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*	0	9	6	0
長浜赤十字病院	地域周産期母子 医療センター*	0	8	8	13
合計		12	35	32	46

出典：周産期医療施設状況調査（平成 29 年）

表 3-3-9-4 県内の産科医療機関（分娩取扱あり）（平成 29 年（2017 年）8 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			東近江総合医療センター
		市立大津市民病院 ※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
		青木レディース・クリニック			笠原レディースクリニック
		桂川レディースクリニック			うえだウィメンズクリニック
		竹林ウィメンズクリニック			緑町診療所
		浮田クリニック		助産所	うたな助産所
	助産所	槇田助産院			磯部助産院
湖西	病院	高島市民病院	湖東	病院	彦根市立病院 ※2
湖南	病院	草津総合病院 ※2		診療所	神野レディースクリニック
		済生会滋賀県病院 ※2			神野レディースクリニック アリス
		南草津野村病院 ※1 ※2	湖北	病院	長浜赤十字病院 ※1 ※2
	診療所	ハビネスバースクリニック			市立長浜病院 ※1 ※2
		山田産婦人科		診療所	橋場レディースクリニック
		坂井産婦人科			佐藤クリニック
		ちばレディースクリニック	合計	病院	13 施設
		渡辺産婦人科		診療所	23 施設
		希望が丘クリニック			5 施設 ※施設内分娩取扱いのみ
		清水産婦人科		助産所	
甲賀	病院	公立甲賀病院			
	診療所	産科・婦人科 濱田クリニック			
		野村産婦人科			
	助産所	まごころ助産院			
		ゆうこ助産院			

※1 院内助産所あり（5 病院）

※2 助産師外来*あり（10 病院）

（3）県の特性と医療資源からみる現状と課題

- 本県の特性として、診療所で出産する割合が約6割と病院より高くなっています。
- 周産期医療体制としては、正常な妊娠、分娩については、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）で対応していますが、診療所の産婦人科医師の半数は、年齢が60歳以上となっています。分娩を取り扱う診療所の数については平成24年度(2012年度)には27施設ありましたが、平成29年(2017年)8月現在では23施設と減少しています。
- 今後、分娩できる産科診療所の減少を想定し、安心・安全に出産ができるように今後の出産場所のあり方について検討していく必要があります。
- 周産期医療を担う医療従事者に対し、研修等を行い人材育成と確保を図る必要があります。

表 3-3-9-5 出生の分娩場所別の割合（平成28年（2016年））

	病院	診療所	助産所	その他
滋賀	39.0%	60.6%	0.3%	0.1%
全国	54.3%	45.0%	0.6%	0.2%

表 3-3-9-6 分娩取扱診療所における医師の年齢（平成29年4月現在）

	20歳台	30歳台	40歳台	50歳台	60歳台	70歳台
男	0	3人	3人	7人	13人	2人
女	0	1人	0	1人	1人	0
合計	0	4人	3人	8人	14人	2人
割合	0%	13%	10%	26%	45%	6%

（４）災害時の小児・周産期医療に関する現状と課題

- 過去の災害から、災害時に機能する小児周産期医療体制を平時から構築する必要性が指摘されています。
- 本県では、総合防災訓練時に、DMAT（災害派遣医療チーム）等と連携できるよう取組を進めているところです。
- 平時からの日本産科婦人科学会大規模災害対策情報システムの活用などを含め、今後県内の医療状況に沿った体制を検討していくとともに、災害時の小児周産期医療の調整役である災害時小児周産期リエゾンの人材育成に取り組む必要があります。

（５）ハイリスク妊産婦*への診療体制に関する現状と課題

- 出産年齢の上昇等により、健康管理が重要となる妊婦が増加傾向にあります。
- また、産後うつ等の予防等を図るため、産後2週間、産後1か月などの出産後間もない時期からの産婦に対する健康診査の重要性が指摘されています。
- 妊婦健康診査の適切な受診や、自らの健康管理の推進を図る必要があります。また、産後においては、産婦健康診査の実施や支援体制の充実を図り、必要時には精神科医療機関等と連携し、適切な医療を受けることができる体制の整備が必要です。

具体的な施策

《圏域の考え方》

- 周産期医療提供体制については、従来と同様に医療資源を集約し、その有効活用を図ることで、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）

(1) 周産期医療体制の充実・強化

- 総合周産期母子医療センター*については、引き続きそれぞれの特性を踏まえて、以下の役割を担うこととし、周産期医療体制の更なる充実を図ります。
- また、NICU*病床の満床状態を緩和し、緊急時に対応できるよう、県は、国の「周産期医療体制整備指針」のNICU*整備目標に基づき、人工換気管理可能なNICU*病床を県内で37床以上となるよう整備することとします。
- NICU*の満床状態の緩和のためには、GCU*病床の体制整備も必須となります。特に東近江ブロックのGCU*病床を整備することとし、周産期医療体制の強化を図ります。
- 総合周産期母子医療センターと地域周産期母子医療センターにおいて、専門医療が提供できるよう体制の整備に努めます。
- 新生児救急搬送については、大津赤十字病院および長浜赤十字病院において、現在の体制を継続し、新生児医療の確保と充実を図ります。
- 新生児ドクターカー*が出動できない場合の救急搬送体制について、関係機関と調整を行うとともに、迅速な救急医療を提供するため必要に応じドクターヘリを活用します。
- 周産期医療体制の充実・強化のため、周産期医療協議会および検討部会等で、具体的な取組について引き続き検討を進めていきます。

表 3-3-9-7 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。圏域を越える広域連携について調整拠点病院として受入調整を行う。	(2) 周産期医療を志望する医師の計画的育成を行う。
(3) 新生児専用ドクターカーによる搬送を行う。	(3) 県内の周産期医療の充実のため、滋賀県医師キャリアサポートセンターと連携し、産婦人科医師、小児科医師の人材育成と適正配置を行う。
(4) 周産期医療情報センター*として、滋賀県の周産期救急医療の動向を取りまとめ、各周産期医療施設へ情報提供を行う。	(4) 周産期医療を担う教育研究期間として、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) NICU*等の長期入院児後方支援病床の充実・強化

- NICU*病床の効率的な運用を図るために、NICU*およびGCU*に長期入院している児が、NICU*等から在宅医療へ円滑に移行できる体制を整備します。
- NICU*等の長期入院児後方支援病床は、より身近な病院で在宅医療への移行に向けて準備を行うことができるよう各二次保健医療圏に1か所以上整備することを目指します。

（３）地域における分娩取扱場所の確保

- 本県の実情に沿った分娩取扱場所について、産婦人科医師、小児科・新生児科医師、助産師等とともに検討する場を立ち上げ、安心・安全な分娩取扱場所の確保を図ります。

（４）災害時周産期医療体制の構築

- 災害時に備えて、災害時小児・周産期医療体制の検討を進めます。
- 平時からの日本産科婦人科学会大規模災害対策情報システムの活用や災害時小児周産期リエゾン*の育成を進め、防災訓練や研修会等に参加し、DMAT（災害派遣医療チーム）等と連携することができる体制を構築していきます。

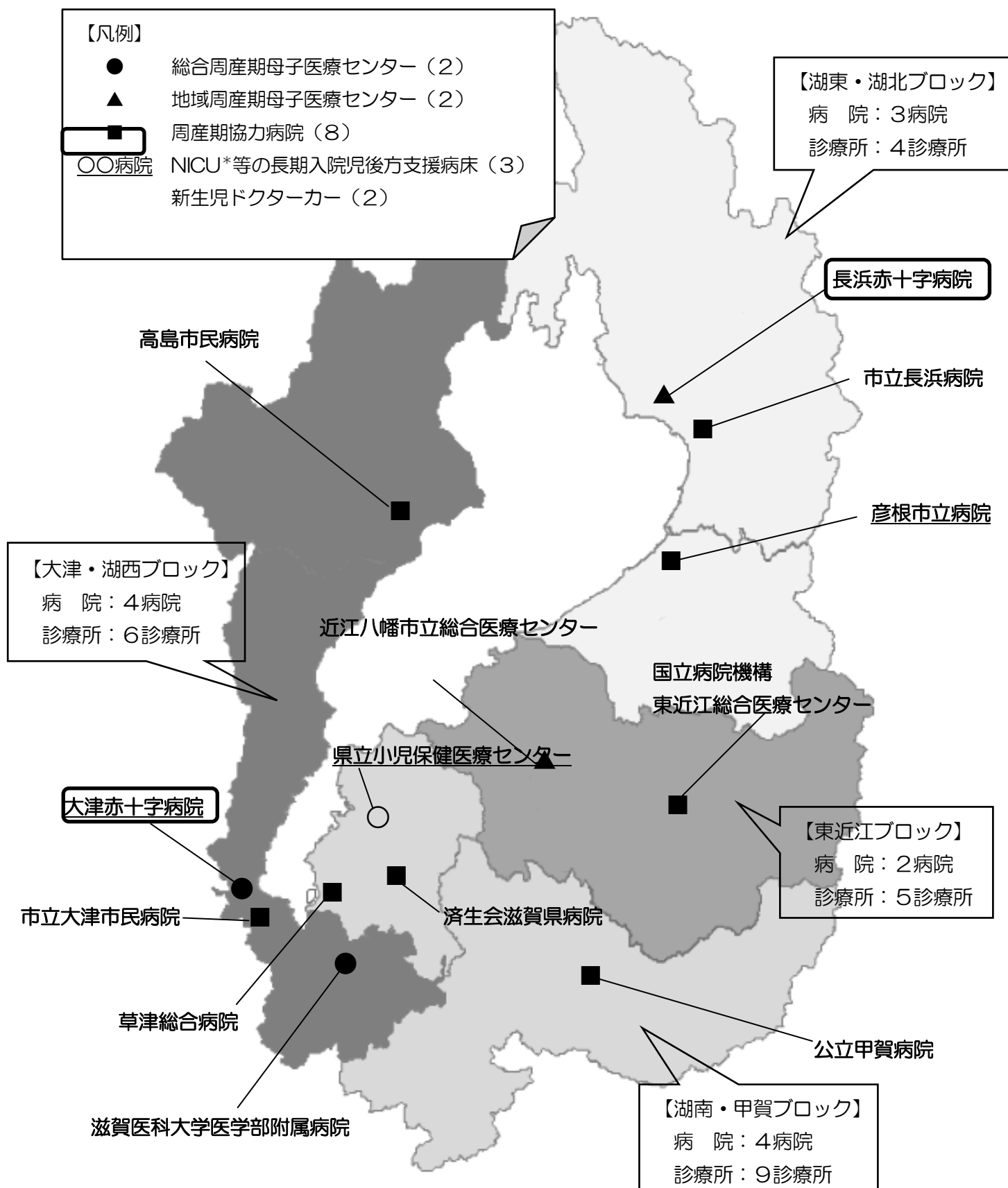
（５）ハイリスク妊産婦*への診療体制の確保

- 産前から産後にわたり切れ目のない支援ができるよう、産前では、健康管理や妊婦健診受診の啓発、妊娠リスクスコア*の活用促進、胎児の異常があった場合に早期受診ができるように胎動カウントの促進を図ります。
- 産後うつ等の予防等が効果的に行われるよう母子保健事業と連携し、産婦健康診査事業の推進を図り、必要時に速やかに精神科医療機関等の関係機関と連携できる診療体制の確保を図ります。

《数値目標》

目標項目		現状値	目標値（H35）	備考
母子保健指標 の改善	周産期死亡率* （出産千対）	3.8 （H24～H28の平均値）	H29～H34の 平均値が 全国平均より低い	全国平均 3.7 （H24～H28の平均値）
	新生児死亡率* （出生千対）	1.0 （H24～H28の平均値）	H29～H34の 平均値が 全国平均より低い	全国平均 0.9 （H24～H28の平均値）
周産期関連 病床の整備	NICU*病床 （ただし人工換気 管理可能な病床）	32 床（H29）	37 床以上	
	GCU*病床	46 床（H29）	地域周産期医療 センターに増床	
	NICU*等の 長期入院児後方支援病床	3/7 圏域（H29）	各圏域に 1 か所以上整備	8 床（H29）

滋賀県の周産期医療体制



10 ヘキ地医療

目指す姿

- ヘキ地においても保健医療サービスを継続して受けることができる

取組の方向性

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

ヘキ地における医療の確保については、昭和31年度（1956年度）以来、11次にわたって「ヘキ地保健医療計画」を策定し、対策を講じてきたところです。

しかし、ヘキ地保健医療対策は、ドクターヘリによる救急医療提供体制など地域医療の取組と連動していることから、今後、ヘキ地保健医療対策は保健医療計画（ヘキ地医療）に統合し、一体的に対策を講じていくこととします。

現状と課題

(1) ヘキ地、無医地区等の状況

- 平成26年（2014年）10月現在、無医地区*が2市（甲賀市、高島市）に3地区、無医地区に準ずる地区（準無医地区）が4市（東近江市、近江八幡市、長浜市、高島市）に10地区あります。
- 平成22年（2010年）時点と比較し、無医地区が1地区減少する一方、準無医地区は6地区増加し、無医地区等の住民数は2,144人となっています。

表3-3-10-1 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	—	357
東 近 江 市	—	1	473
近 江 八 幡 市	—	1	311
長 浜 市	—	6	816
高 島 市	1	2	187
計	3	10	2,144

（平成26年無医地区等調査）

(2) ヘキ地における医療の確保の状況

- ヘキ地医療支援機構*を設置し、ヘキ地医療拠点病院に対する医師派遣の要請、ヘキ地医療従事者の研修計画の策定、ヘキ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、長浜市立湖北病院がヘキ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、ヘキ地診療所*への代診医の派遣、ヘキ地医療従

事者の支援・研修などをへき地医療支援機構の企画・調整のもと、へき地医療を支援するため長浜市立湖北病院、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、7市に14診療所が設置されています。

(3) へき地における医師確保の状況

- 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(高島市民病院朽木診療所)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等に自治医科大学卒業医師を派遣しています。
- 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おり、引き続き確保に努めています。

(4) へき地医療支援の状況等

- へき地においては、救急医療体制の確保が特に重要であり、へき地医療拠点病院などが二次救急医療機関として対応していますが、無医地区等は医療機関から遠方では約25km離れており、山間部が多い地理的条件があり、救急車で搬送は時間を要します。
- 平成27年(2015年)4月から京滋ドクターヘリが運航を開始し、へき地においても30分以内に救急医療を提供できる体制が整いました。
- 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、地域の医師会や病院などの相互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。
- へき地医療拠点病院では医師確保が難しく、へき地診療所への巡回診療や代診医派遣について医師派遣が困難な状況にあります。

表3-3-10-2 へき地医療の体制図

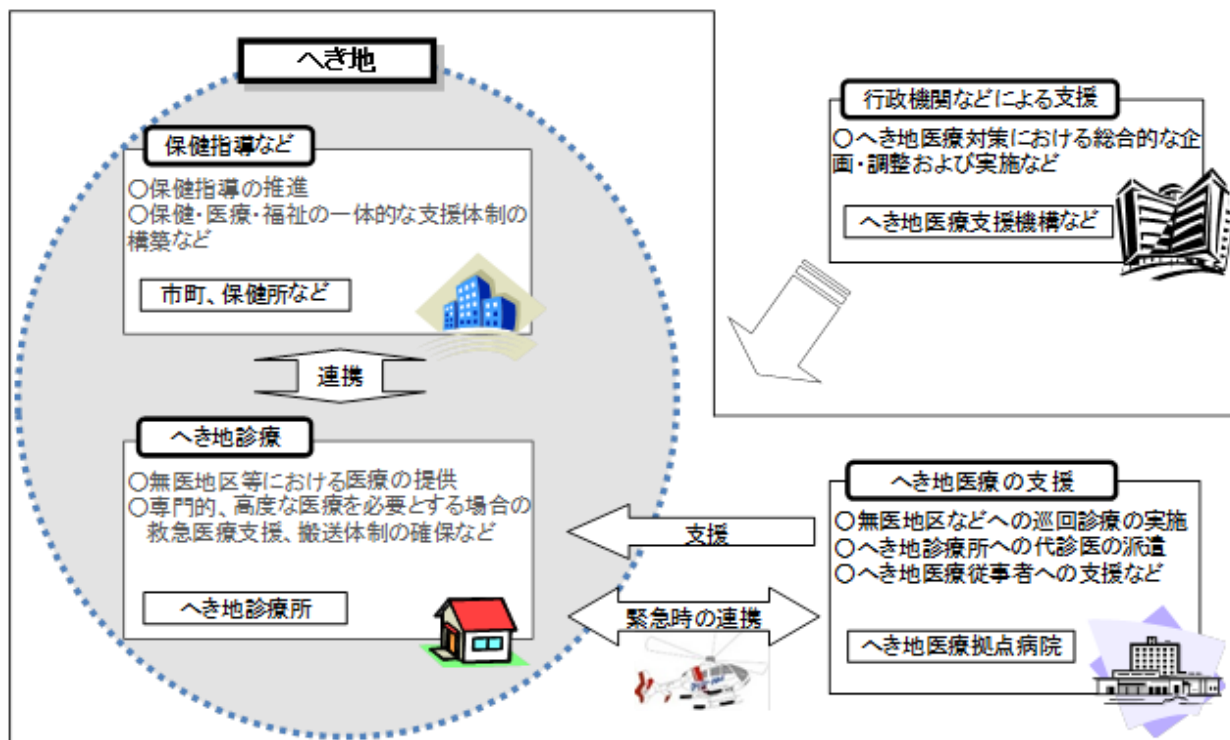


表3-3-10-3 へき地診療所の状況

二次保健医療圏名	診療所名	診療科	医師数	1週あたり開院日数
大津保健医療圏	大津市国民健康保険葛川診療所	内科、小児科	非常勤1	4
甲賀保健医療圏	甲賀市立信楽中央病院 朝宮出張診療所	内科、外科	非常勤1	1
東近江保健医療圏	東近江市永源寺東部出張診療所	内科、小児科	常勤1	0.5
	近江八幡市立沖島診療所	内科、小児科	非常勤1	1
湖北保健医療圏	吉槻診療所	内科	常勤1	2
	板並出張診療所	内科	常勤1	1
	中之郷診療所	内科、小児科	非常勤1	4
	中之郷診療所今市出張診療所	内科、小児科	非常勤1	0.25
	中之郷診療所上丹生出張診療所	内科、小児科	非常勤1	0.25
	塩津診療所	内科、小児科	常勤1	4.75
	永原診療所	内科、小児科	常勤1	2.5
	永原診療所菅浦出張診療所	内科、小児科	(兼)常勤1	0.25
	浅井東診療所	内科、小児科、皮膚科	常勤3、非常勤1	5
湖西保健医療圏	高島市民病院朽木診療所	内科、小児科、外科	常勤1、非常勤1	5

平成28年度へき地医療現況調査(平成29年1月1日現在)

具体的な施策

(1) ヘき地における医療の確保

ア ヘき地医療支援機構を中心としたヘき地医療の推進

ヘき地医療支援機構は、ヘき地医療拠点病院などとの連携を強化し、ヘき地医療対策における総合的な調整機関として、ヘき地診療所への代診医派遣や診療所医師への研修の実施により、ヘ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

ヘ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るとともに、県はヘき地医療拠点病院およびヘき地診療所の運営が安定して行えるよう、引き続き支援を行います。

ウ ヘき地医療拠点病院に対する評価・検討

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

(2) ヘき地における医師確保の推進

ア 自治医科大学卒業医師の派遣

県は、自治医科大学卒業医師をヘき地医療拠点病院等に引き続き派遣するとともに、義務年限経過後における継続勤務を働きかけ、県内での定着を図られるよう努めます。

イ ヘき地医療支援機構による代診医の派遣

ヘき地医療支援機構は、ヘき地診療所からの代診医の派遣要請に基づき、医師をヘき地診療所へ派遣します。

また、ヘき地勤務医に対し、医療水準の向上、医療機器の進歩等に対応することができるよう、研修機会の確保に努めるなど診療支援に努めます。

ウ ヘ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

県は、「キャリア形成プログラム」を策定し、それに基づく医師養成に取り組むことにより、在宅医療を支え、総合的な診療能力を有した医師の養成・確保に努めます。

また、研修医にヘき地医療の体験の機会を提供するなどヘき地を含む地域医療への理解を図るとともに、「キャリア形成プログラム」においてヘき地での診療も含んだ研修プログラムの検討を行い、ヘき地医療拠点病院や滋賀医科大学医学部附属病院をはじめとする専門研修における県内の基幹施設と連携し、ヘき地診療所勤務医師の養成・確保に努めます。

エ 医師キャリアサポートセンターとヘき地医療支援機構との連携・協力

県は、医師の確保・養成についてより効果的な支援を行えるよう、滋賀県医師キャリアサポートセンターとヘき地医療支援機構との連携・協力についても検討を行います。

(3) 救急医療支援体制、保健・医療・福祉の連携強化

ア 救急医療支援体制の確保

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

イ 保健・医療・福祉の連携強化

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

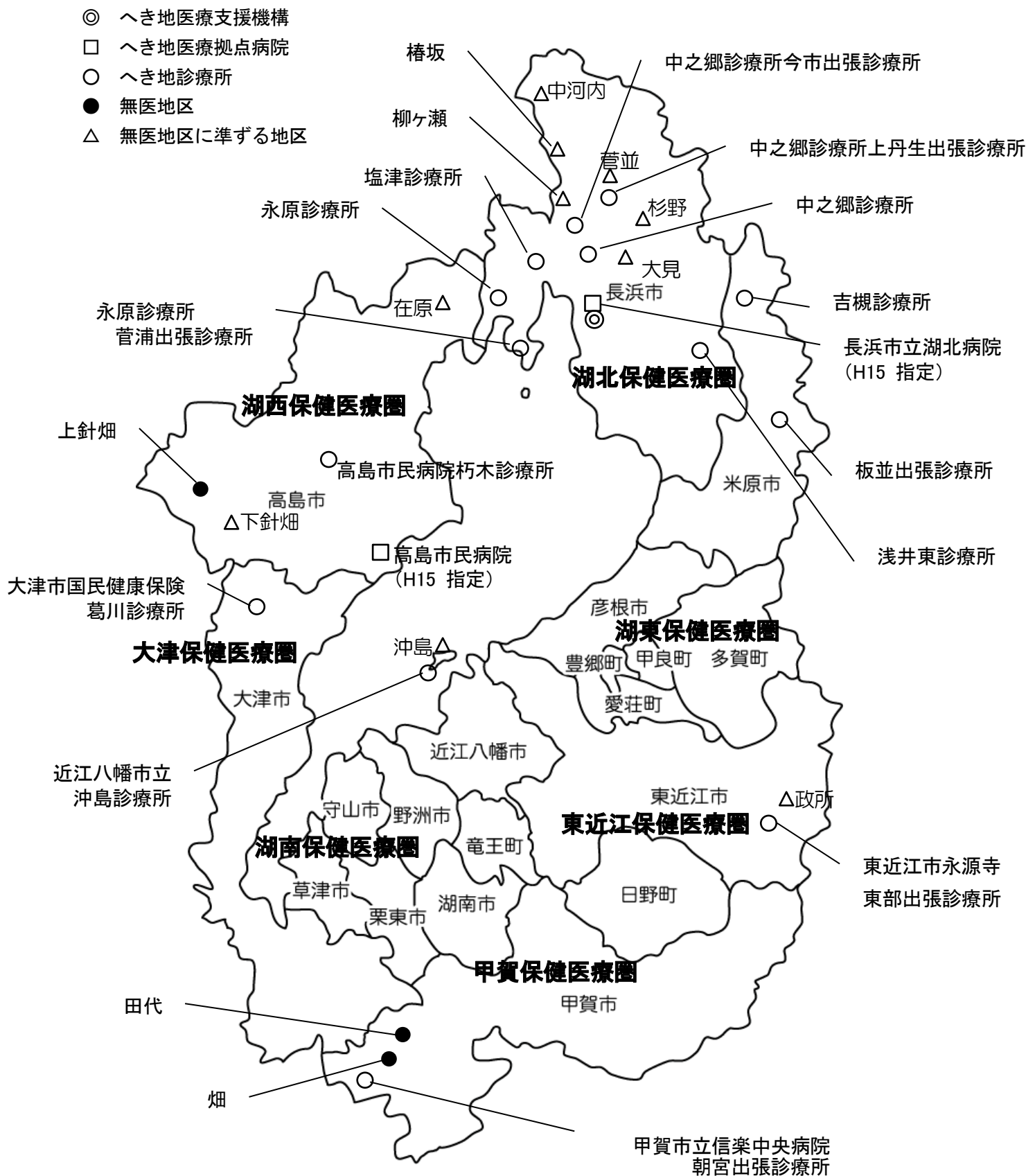
ウ へき地医療への理解の促進

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

《数値目標》

目標項目	現状値（H29.3）	目標値（H35）	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）	47.5 日	50 日	現状の維持、増加を目指す

表3-3-10-4 へき地保健医療対策現況図（平成29年（2017年））



11 在宅医療

目指す姿

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

取組の方向性

- (1) 入退院と在宅療養との切れ目ない円滑な連携の促進
- (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活動の促進
- (3) 新たな在宅医療ニーズに対応できる人材の育成とスキルアップの仕組みの構築
- (4) 本人が望む場所での日常療養から人生の最終段階におけるケア、看取りが可能な体制づくり
- (5) 在宅療養を支援する多職種・多機関連携をコーディネートする拠点機能の充実
- (6) 本人の暮らしを中心に据えた医療福祉の推進

現状と課題

(1) 在宅医療ニーズの状況

- 平成 28 年度（2016 年度）に実施した「滋賀の医療福祉に関する県民意識調査」によると、将来介護が必要になったときに介護を受けたい場所については、「自宅で介護してほしい」が 29.1%と最も多く、また、人生の最終段階を迎えたい場所については、「自宅」が 41.9%で最も多くなっています。
- 人生の最終段階の療養場所については、「自宅での療養を中心に療養して、必要になれば緩和ケア病棟に入院したい」などの自宅での療養を希望する人が 61.2%と多くを占めています。
- 平成 27 年度（2015 年度）に策定した滋賀県地域医療構想では、平成 25 年（2013 年）に 9,278 人／日であった在宅医療等の医療需要（医療機関所在地ベース）が、平成 37 年（2025 年）には 13,995 人／日と約 1.5 倍に増加すると推計されています。
- 高齢者人口の増加とともに独居高齢者や高齢夫婦世帯の増加が見込まれる中で、増大する在宅医療ニーズに対応していくためには、医療と介護の一体的な提供により県民が安心して在宅療養でき、人生の最終段階を希望どおりに迎えられる体制を整備するとともに、県民への在宅療養に関する情報提供や人生の最終段階の迎え方を考える機会となる啓発が必要となっています。

(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 28 年度（2016 年度）61,135 人が平成 32 年度（2020 年度）には約 72,500 人、平成 37 年度（2025 年度）には約 80,500 人になると推計されています。
- 平成 27 年（2015 年）病院報告（厚生労働省）では、本県における病院の一般病床の平均在院日数は、平成 22 年（2010 年）17.9 日から、平成 27 年（2015 年）16.4 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。

- 平成 26 年（2014 年）患者調査（厚生労働省）によると、65 歳以上の高齢者では、入院では「脳血管疾患」「悪性新生物（がん）」「心疾患」、外来では「高血圧性疾患」などと、慢性疾患による受療率が高くなっています。
- 特に、75 歳以上の高齢者は、慢性疾患による受療率が高いほか、複数の疾病にかかりやすい、要介護の発生率が高い、認知症の発生率が高い等の特徴を有していることから、医療ニーズと介護ニーズを併せ持ち、自宅や地域で疾病や障害を抱えつつ生活を送る高齢者が今後も増加していくことが予測されます。

イ 指定難病*受給者、特定疾患*受給者、小児慢性特定疾病児童等*および障害者の状況

- 指定難病受給者、特定疾患受給者、小児慢性特定疾病児童等や在宅の重症心身障害児者数が増加しており、今後も在宅療養支援を必要とする人の増加が見込まれます。

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 28 年（2016 年）14.0%で、全国の 13.0%より高くなっていますが、平成 28 年度（2016 年度）の県民意識調査で自宅を希望すると答えた 41.9%とは大きな差が生じています。
- 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 27 年（2015 年）7 月 1 日～平成 28 年（2016 年）6 月 30 日の 1 年間で 652 人となっており、5 年前の 366 人と比べると約 1.8 倍に増加しています。

エ 在宅療養者の状況

- 滋賀県国民健康保険団体連合会のレセプトデータによると、平成 28 年度（2016 年度）に在宅医療に関する医療保険および介護保険のレセプトの請求対象となった患者の実人員は下表のとおりとなっています。

表 3-3-1 1-1 在宅医療に係る患者の実人員

	(単位: 人)			
	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度
訪問診療(国保・後期)	7,494	7,888	8,235	8,952
訪問歯科診療(国保・後期)	2,765	4,420	5,509	6,089
訪問薬剤(国保・後期・介護)	1,339	1,692	2,233	2,757
訪問看護(国保・後期・介護)	8,721	9,411	10,011	10,895
訪問リハビリ(国保・後期・介護)	1,810	1,823	1,884	2,085
訪問歯科衛生指導(国保・後期・介護)	1,679	2,576	3,095	3,547
訪問栄養食事指導(国保・後期・介護)	16	20	34	47

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

- 平成 29 年（2017 年）6 月に病院の地域連携部署を対象に行った「退院時の訪問看護連携内容調査」によると、主病名・状態では、がん 25%、精神疾患 11%、心不全 9%、脳血管疾患 8%、腎疾患 6%が上位を占めています。求められるケア内容は、人工肛門管理、褥瘡処置、栄養（経管含む）管理、人工呼吸器管理、血糖管理が中心となっています。また、24 時間 365 日の緊急時を含む対応や、再発を繰り返しやすい誤嚥性肺炎、心不全に対する予防的関わり、

独居や介護力の弱い世帯への支援に対するニーズが高い状況です。

- 疾病構造の変化や医療技術の進歩、QOL 向上を重視した医療への期待の高まり等により、在宅医療ニーズは増大かつ多様化しており、医療依存度の高い在宅療養患者に対応できるよう、24 時間往診、訪問看護等の体制構築や医療福祉を担う人材の確保と更なるスキルアップ、病院看護師と訪問看護師等の連携による再発予防や再入院時の関わりなどが必要となっています。

(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。平成 29 年（2017 年）10 月現在では、在宅療養支援診療所*137 か所、在宅療養支援病院*9 か所（大津赤十字志賀病院、琵琶湖大橋病院、ひかり病院、南草津病院、甲南病院、甲賀市立信楽中央病院、ヴォーリス記念病院、長浜市立湖北病院、今津病院）、在宅療養後方支援病院*5 か所（地域医療機能推進機構滋賀病院、公立甲賀病院、彦根中央病院、彦根市立病院、高島市民病院）、訪問看護ステーション*102 か所などと、在宅療養を支える医療資源は着実に増加していますが、今後増大する在宅医療ニーズに対応するためには、更なる充実が必要となっています。

表3-3-11-2 在宅療養を支える医療資源の状況

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

- 滋賀県医療機能調査（平成 29 年 6 月）の結果によると、往診は 18 病院（32.1%）、382 診療所（47.9%）、訪問診療は 23 病院（41.1%）、303 診療所（38.3%）が実施しています。
- 平成 28 年度（2016 年度）中に在宅で看取った実績がある医療機関は、15 病院（27.3%）、249 診療所（32.4%）でした。体制はあるが実績がなかったところを含めると、看取る体制がある医療機関は、19 病院（34.5%）、311 診療所（40.4%）となっています。

- 在宅療養患者の後方支援として、急変時対応の入院のために病床を常に確保しているのは 11 病院（20.4%）、病床が空いていれば受け入れるのは 32 病院（59.3%）となっており、レスパイト入院*のために病床を常に確保しているのは 4 病院（7.4%）、病床が空いていれば受け入れるのは 37 病院（68.5%）となっています。
- 診療所において在宅医療を担うために必要な条件整備として「必要だと思う」と回答が多かったのは、病院や診療所、薬局、訪問看護ステーションとの連携、地域医師会単位のネットワーク、専門医からのアドバイスが受けられる体制などとなっています。

（４）在宅ネットワークの現状

ア 退院調整部署の設置

- 「医療機関における地域医療連携に関する状況調査」（平成 29 年 5 月）によると、県内 57 病院中 55 病院（96.5%）が退院調整部署を設置しています。

イ 病院と介護支援専門員の連携（入退院支援ルールの運用）状況

- 平成 27 年度（2015 年度）から、全ての二次保健医療圏域において病院と介護支援専門員の連携ルールを策定し、入院時から退院に向けたスムーズな連携を図っています。
- 「病院と介護支援専門員の連携に関する調査」（平成 29 年（2017 年）6 月）では、入院時に介護支援専門員から病院へ情報提供を行った率は 83.9%、退院時に病院から介護支援専門員への引継ぎを行った率は 89.7%と医療・介護の情報連携の取組は進んできていますが、暮らしを分断せず、入院前から退院後の在宅療養環境や本人・家族の状況を見据えた支援を行うためには、多職種・多機関連携の更なる促進が必要となっています。

ウ 地域連携クリティカルパスの運用状況

- 平成 29 年（2017 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 57 病院中、脳卒中 32 病院、がん 21 病院、糖尿病 7 病院、急性心筋梗塞 4 病院となっています。

エ 在宅療養を支える多職種連携の活動

- 県内では多職種で研修や事例検討等を行う約 50 の研究会や勉強会等の集まりがあり（平成 29 年（2017 年）3 月現在）、多職種連携による在宅療養・看取り支援の充実を目的とした活動が行われています。
- 市町単位での在宅医療・介護連携の推進に向けて、平成 29 年（2017 年）1 月現在で 14 名のコーディネーターが市町や医師会等により各連携拠点に設置され、在宅療養を支援する活動が行われています。
- 在宅療養を支える関係機関や職能団体において、組織内での在宅療養に対する理解の促進や、他職種・他機関に対する役割理解と連携を深め、多職種連携の活動を更に充実していく必要があります。

具体的な施策

（１）入退院と在宅療養との切れ目ない円滑な連携の促進

- 病院と在宅療養をつなぐ入退院支援ルールを効果的に運用し、病院と介護支援専門員との間の情報連携の量と質の向上を図るなどして、暮らしを分断しない外来・入院治療、退院支援、在宅療養を支援する医療介護連携体制の構築を図ります。

- 入院前から退院後の在宅療養を見据えた支援が行えるよう、病院の退院支援機能の強化に向け、病院看護師に対する研修の実施や訪問看護体験等の取組を支援します。
- 急性期、回復期、慢性期の医療が患者の回復状態に応じて切れ目なく提供されるよう、医療関係者が患者情報を共有するための地域連携クリティカルパスの活用を促進します。

(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活動の促進

- 24 時間往診、訪問看護の提供が可能な体制を確保している在宅療養支援診療所をはじめ、在宅医療を担う診療所（医科、歯科）や訪問看護ステーション、薬局等の整備・充実を図ります。
- 在宅療養を支援する多職種が、支援目的を共有し、互いの機能を引き出し高め合えるよう、顔の見える関係づくりの支援や市町の地域リーダーの活動強化に向けた研修会や交流会の開催等により、ネットワーク活動の促進を図ります。
- 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、家族の不安の軽減を図ります。
- 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。

(3) 新たな在宅医療ニーズに対応できる人材の育成とスキルアップの仕組みの構築

- 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、新たに在宅医療を始めようとする医師が訪問診療に同行体験する機会の提供などにより、在宅医療に携わる医師の増加を図ります。
- 複数の疾患や合併症を持つ高齢者等に対応できる総合的な診療能力を有し、身体の状態だけでなく心理的・社会的問題も含めて継続的に診察し、必要に応じて専門医に紹介することができるかかりつけ医の確保・定着・育成に対する支援を行います。
- 訪問看護の量と質の向上を図るため、訪問看護ステーションの開設支援や機能強化、訪問看護師の人材確保やキャリアアップに向けた取組を支援します。
- 介護施設で働く看護師については、病状観察や急変時の対応等、その担うべき役割は重要であることから、関係団体とともに実態の把握や必要な研修などを行いながら、更なるスキルアップを図ります。
- 人工呼吸器、経管栄養（胃ろうや中心静脈栄養等）、人工肛門など医療的管理を要する在宅療養者に対応できるよう、訪問看護師の実践力を向上する研修や特定行為を適切に行うことができる看護師の育成、医療的ケアを実施できる介護職員の計画的な養成、介護支援専門員の医療的ケアの知識向上のための研修等を通じて、新たな在宅医療ニーズに対応できる人材の育成や資質の向上を図ります。
- 在宅療養を多職種のチームで支えるため、訪問歯科診療等を行う歯科医師、訪問指導等を行う薬剤師、訪問栄養指導等を行う管理栄養士、地域リハビリテーションを推進するリハビリテーション専門職、訪問による歯科口腔ケアを実施できる歯科衛生士など、関係機関・団体と協力しながら、在宅療養を支える人材の確保・育成を図ります。
- 多職種による在宅医療チームの質の向上を図るため、チームケア教育プログラムの開発検討や多職種連携共通人材育成研修（在宅シミュレーション研修）などの取組を支援します。

(4) 本人が望む場所での日常療養から人生の最終段階におけるケア、看取りが可能な体制づくり

- 住み慣れた地域・在宅での療養・看取りを推進するため、二次保健医療圏域ごとに多職種で協議を行いながら、地域特性に応じた支援体制づくりを進めます。
- 人生の最終段階において、多職種のチームアプローチにより本人の意向を尊重した意思決定支援ができるよう、研修会を開催するなどして医療福祉関係者の資質の向上を図ります。
- 増加する介護施設での看取りに対応できるよう、老人福祉施設等の介護職員を対象とした研修会やグループワーク等を開催し、看取り介護技術の向上や人の死に直面する職員の精神的不安の軽減を図ります。
- 人生の最終段階におけるケアに関する知識や経験の豊富な診療所や訪問看護ステーションなどの地域の医療人材・機関が、介護施設での看取りについて助言・支援できる体制が構築できるよう、関係者間調整を行います。

(5) 在宅療養を支援する多職種・多機関連携をコーディネートする拠点機能の充実

- 市町単位での在宅医療・介護連携を推進するため、必要な医療・介護情報の集約と発信、退院時における在宅療養を支援する多職種チームへの適切なつなぎ、日常の在宅療養の課題共有や解決へ向けた協議等が円滑に進められるよう、これらの取組をコーディネートできる人材の育成や環境づくりを支援し、在宅療養を支援する拠点機能の充実を図ります。
- 暮らしを中心とした医療・介護連携の推進に向けて、市町が目指す姿を描きながら多職種・多機関の協働のもとで計画的に推進できるよう、市町に対するヒアリング等を通じた現状把握を行うとともに、各種情報提供や意見交換を行う場の設定や必要な研修会の開催、医療福祉アドバイザーの派遣等により、市町の取組を支援します。
- 市町が地域の課題を踏まえ、課題に応じた対応策を実施できるよう、地域の現状把握、課題分析に必要な在宅医療・介護連携に係るデータの提供や分析に対する支援を行います。
- 切れ目のない在宅医療・在宅介護の提供体制を構築できるよう、健康福祉事務所を中心に、市町と地域医師会等関係団体との関係づくりを促進します。
- 医療福祉関係者が情報共有して緊密に連携できるよう、ICTを活用した多職種・多機関で情報連携を行う基盤づくりを支援します。

(6) 本人の暮らしを中心に据えた医療福祉の推進

- 自分らしい暮らしを人生の最終段階まで続けることを目的とし、本人の暮らしを中心に据えた医療福祉サービスが多職種・多機関の連携によって提供されるよう、医療福祉の関係者・関係機関とともに協議や必要な研修の開催などを行いながら、一体となって推進します。
- かかりつけの医師、看護師、薬剤師等を持つなど、限られた医療・介護資源を暮らしの中でどのように活用すれば、人生の最終段階を迎えるまで自らが望む形で暮らし続けることができるかについて、県民自らが考えて行動できるよう、県民に対する情報発信やフォーラムの開催等により普及・啓発を行います。
- 在宅医療の現状、多職種の役割、多職種チームの活用の仕方等について、地域の多職種チームが地域の集まりに出前講座を開催する等して、必要時に県民が地域の多職種チームにアプローチできる関係の構築を促進します。

- どれだけ自分らしい満足した暮らしをすることができているか（QOL：クオリティ・オブ・ライフ）、どのようにすれば満足な死を迎えることができるか（QOD：クオリティ・オブ・デス もしくは ダイイング）について本人が主体的に考え、日常療養、急変時の対応など、暮らしの中で具体的なイメージを持ちながら、本人が望む形での在宅療養・看取りが実現できる地域を創造するため、医療福祉サービス関係者をはじめ県民や行政等が参画し、ワーキング会議の開催や県民への普及啓発等を行う活動を支援します。

《数値目標》

目標項目		現状値	目標値（H35）	備考
訪問診療を実施する診療所・病院数	診療所	322（H28）	414	在宅患者訪問診療を算定した医療機関数（国保連データ）
	病院	23（H28）	29	
入退院時における病院と介護支援専門員との情報連携率	入院時	83.9%（H29）	95.0%	病院と介護支援専門員の連携に関する調査
	退院時	89.7%（H29）	100%	
在宅療養支援病院数		9病院（H29.10）	12 病院	診療報酬施設基準届出（近畿厚生局）
在宅療養支援診療所数		137 診療所（H29.10）	170 診療所	診療報酬施設基準届出（近畿厚生局）
在宅療養支援歯科診療所数		69 歯科診療所（H29.10）	80 歯科診療所	診療報酬施設基準届出（近畿厚生局）
24 時間体制をとっている訪問看護ステーション数		90 か所（H29.10）	102 か所	滋賀県訪問看護支援センター調査
在宅医療支援薬局数		163 か所（H29）	全薬局の 50%	滋賀県薬剤師会調査
在宅ターミナルケアを受けた患者数		694（H28）	893	在宅ターミナルケア加算を算定した年間実人数（国保連データ）

1 2 認知症

目指す姿

- 誰もが認知症の有無に関わらず、住みたい・住みやすい、やさしい地域で、意思を尊重され、地域の人々と交わりながら、その人らしく安心して暮らし続けている

取組の方向性

認知症とともに生きる「そなえ」、切れ目ない支援を提供するための「つながり」、認知症の人や家族の意見を反映した実践の「磨き上げ」を推進します。

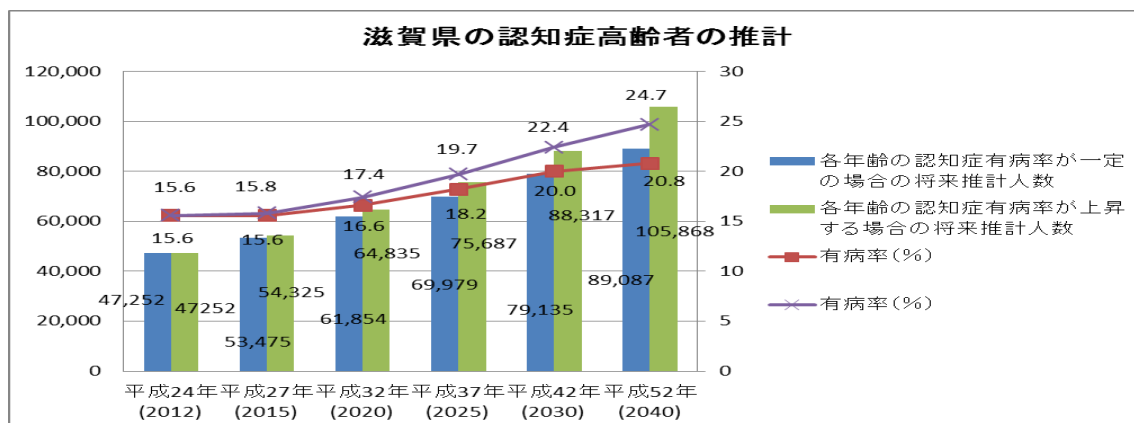
- (1) 認知症とともに生きるためのそなえの推進と医療的支援の充実
- (2) 地域での日常生活支援、家族支援の強化
- (3) 高齢者の権利擁護の推進

現状と課題

(1) 認知症高齢者の増加

- 認知症高齢者数は、65 歳以上人口の増加に伴い増加すると予測され、平成 37 年(2025 年)の県内の認知症高齢者数は、認知症有病率が一定の場合約 7 万人、高齢者の 5 人に 1 人が認知症と見込まれます。

図 3-3-1 2-1 滋賀県の認知症高齢者の推計



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

- 平成 28 年度(2016 年度)の市町が把握した行方不明高齢者発生状況は 174 件で、増加傾向にあり、市町を越えて発見される事例や発見が遅れ死に至った事例もあります。
- 平成 28 年(2016 年)末の 65 歳以上の高齢者の運転免許保有者は約 20 万人で年々増加しています。道路交通法改正により平成 29 年(2017 年)3 月 12 日より 75 歳以上の運転免許保有者は免許更新時に認知機能検査を受けることとなったため、認知症のおそれがあるとされた高齢者に対し、警察と地域包括支援センターや市町の担当課が連携し生活支援を始めています。

(2) 認知症の相談体制

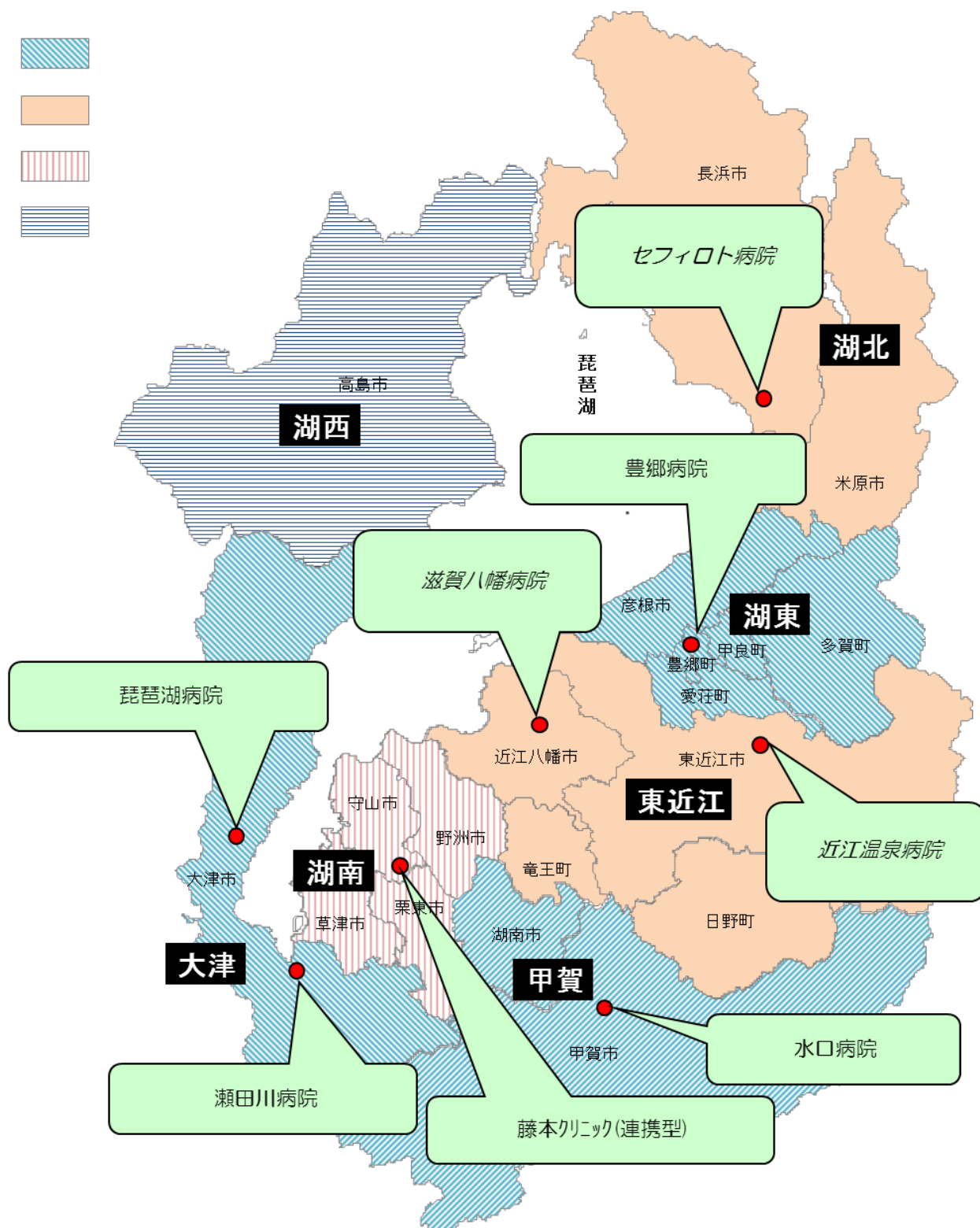
- 認知症に関する相談機関には、地域包括支援センターや認知症疾患医療センター*、認知症の人と家族の会が実施している「もの忘れ介護相談室」などがあり、相談機関は増加していますが、平成 26 年度(2014 年度)の滋賀県政世論調査によると、相談機関の認知度は「知っている」45.4%、「知らない」50.2%と「知らない」が上回っています。また、知っている相談機関は、病院が最も多くなっています。
- 平成 28 年度(2016 年度)の滋賀の医療福祉に関する県民意識調査によると、認知症の医療について、早く受診した方がいいと答えた人は、約 7 割を占めましたが、何科を受診していいかわからないと答えた人が 36.1%と約 3 分の 1 を占めています。
- 本県では、認知症の早期発見とその状態の変化の把握、認知症の人への日常的な診療や家族への助言を行うかかりつけ医を認知症相談医として認定しており、平成 28 年度(2016 年度)末で 367 人となっています。
- 早期発見・早期対応に向けて相談体制は充実しつつありますが、単身や夫婦のみの高齢者世帯などの増加に伴い、相談につながらない、あるいは認知症の症状が進行してからつながる事例も見られます。

(3) 認知症の人に対する医療と介護

- 認知症の専門医療相談や鑑別診断などを実施する専門医療機関として「認知症疾患医療センター」が 6 つの二次保健医療圏域に 8 か所ありますが、初診までに 1 週間から 3 ヶ月を要している状況にあります。
- 一般病院においては、入院患者に占める高齢患者の割合が増加しており、認知症高齢者への対応が求められています。診療報酬施設基準の認知症加算 1 の算定要件である認知症ケアチーム*の設置や、院内デイケア*など様々な取組が実施されつつありますが、認知症の行動・心理症状*に対応できない急性増悪時には精神科病院との連携が必要です。
- 認知症の行動・心理症状については、その発現には身体的要因や環境要因が関与することがあり、脱水、便秘、がんなど身体合併症や薬剤により悪化することが多いといわれていることから、適正な薬剤管理や身体管理など、予防的介入が必要です。医療介護の連携により、行動・心理症状の悪化要因に早期に気づき、対応することが求められますが、行動・心理症状が重症化してから対応になると、在宅、介護施設・事業所での生活が困難となる場合があります。
- 介護事業所等介護の現場では、認知症介護指導者や認知症介護実践リーダー研修等の受講者を中心に、認知症の人を中心に考える介護の実践が勧められていますが、限られた人材の中では、科学的あるいは個別的な介護を展開するのは難しい状況にあります。

図3-3-12-2 認知症疾患医療センター

◎滋賀県の二次保健医療圏域と認知症疾患医療センターの位置



(4) 若年・軽度認知症の支援体制

- 65 歳未満で発症する若年認知症の人は、全国推計で示された性・年齢別有病率をもとに算出すると、本県では 18 歳～64 歳人口約 80 万人(平成 28 年(2016 年))のうち、約 360 人と算出されます。
- 若年認知症は、就労や生活費、子どもの教育費などの経済的問題が大きく、主介護者が配偶者となることが多く、時に本人や配偶者の親などの介護が重なるなどの高齢者とは異なる課題があります。
- 若年・軽度認知症の相談機関として、若年認知症コールセンター*、軽度認知症サポートセンター*を指定し、更に、若年認知症コーディネーター*を配置して本人・家族交流会、本人・家族心理教育、職場における就労継続支援などの総合的な支援を実施しています。
- 若年認知症や軽度認知症の人は、診断後しばらくは介護等を必要としない場合が多いため、介護保険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。
- 平成 24 年度(2012 年度)から若年認知症の人が働く「仕事の間」を県内に 1 か所、平成 27 年度(2015 年度)からは更に 3 か所の取組を支援してきましたが、働く以外のニーズにも対応する居場所の創出が求められています。
- 平成 28 年度(2016 年度)の滋賀県若年認知症実態調査によると、介護事業所等若年認知症の人の受入先は増加していますが、若年認知症に対応したサービスが少ないという意見が多く、居場所や受入先を増やしていくとともに、今ある社会資源の見える化と周知を図っていくことが必要です。

(5) 高齢者の権利擁護

- 平成 27 年度(2015 年度)に高齢者虐待と判断された件数は、養護者による虐待 329 件、養介護施設従事者による虐待 9 件で、これまで養護者による虐待は 300 件前後、養介護施設従事者による虐待は 0～1 件で推移していたのが急増しています。
- 平成 27 年度(2015 年度)に養介護施設従事者等による高齢者虐待が認められた 9 件のうち、グループホームとサービス付き高齢者向け住宅での虐待が 5 件と過半数を占めています。
- 職員の少ない事業所では研修にも参加しにくく、有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅では閉鎖的なサービス提供になりがちな状況です。
- 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などを行う滋賀県地域福祉権利擁護事業*の実利用者数は、平成 28 年度(2016 年度)には 1,430 人と年々増加しています。
- 成年後見制度*首長申立てに関する相談件数は、平成 27 年度(2015 年度)で 93 件ですが、高齢者が 71 件と 76.1%を占めています。
- 平成 28 年(2016 年)12 月末現在、成年後見制度により家庭裁判所で管理継続されている人は、2,756 人で年々増加しているものの、認知症高齢者の増加に比べ、成年後見制度の利用者は少ない状況です。
- 国の成年後見制度利用促進計画では、中核となる機関の設置や市町計画の策定が進められており、県内には、各二次保健医療圏域に成年後見支援センターが整備されていますが、各センターの機能や役割には差がある状況です。

具体的な施策

(1) 認知症とともに生きるためのそなえの推進と医療的支援の充実

ア 予防を含む認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進

- 認知症の最大の要因は加齢であり、誰にとっても身近な病気であること、また、認知症の根本的治療薬や予防法は十分に確立されていませんが、認知症の発症に影響する様々な危険因子や防御因子が明らかになっていることから、老化を遅延するための望ましい生活習慣の啓発を推進します。
- 市町における介護予防や健康寿命延伸に向けた認知機能低下に対する取組についての情報交換の場を設けるなどして、効果的な実践ができるよう支援します。
- 認知症の正しい知識を普及し、認知症になっても生き生きと活動していけることを発信します。
- 引き続き、企業や、小・中学校など様々な団体に向けて、認知症サポーター*養成講座等への受講の働きかけを行い、認知症に対する理解を促進します。

イ 早期発見・早期対応ができる体制の充実

- 認知症の相談機関や医療機関の周知について、市町とともに取り組みます。
- 認知症相談医の拡充による早期発見と早期対応を推進します。
- 歯科医師・薬局薬剤師の認知症対応力向上による早期発見を推進します。
- 医師や保健師、介護福祉士などの多職種により市町が設置する認知症に早期に対応できる認知症初期集中支援チーム*について、チーム員である認知症サポート医*の確保やチーム員研修・初期集中支援事業に関する市町の情報交換等の支援を実施します。

ウ 本人の状況に応じた医療・介護等の提供

- 病院における院内デイケア等、認知症高齢者に対する取組への支援を推進します。
- 医療機関における認知症ケアのリーダー的存在が期待される認知症看護認定看護師の拡大を図ります。
- 医療従事者向けの認知症対応力向上研修や、フォローアップ研修を通して、薬剤の使い方や認知症アセスメントの徹底、体調管理など、認知症の行動・心理症状やせん妄等の予防的介入を推進します。
- 介護従事者への認知症介護研修による介護人材の資質向上を図ります。
- 認知症の人の意向をくみ取れるよう、医療・介護等の従事者のスキルアップを図ります。
- 認知症の人の当事者ミーティングなどを通じて、認知症施策に対する当事者の意見を反映するよう努めます。
- 認知症にかかる医療と介護の滋賀県大会を実施し、認知症の医療と介護の前向きな取組を発信し、共有します。

エ 若年・軽度認知症施策の推進

- 医療、介護、産業、障害、行政など、若年認知症の人を支援する関係者が連携するネットワークの機会を提供します。
- 若年・軽度認知症の特性に配慮した介護プランを立案する介護支援専門員に対する支援を検討します。
- 若年・軽度認知症の支援機関や支援内容が周知されるよう、若年認知症支援者の見える化を図ります。

- 若年認知症と軽度認知症の人に対する相談、支援の場を拡充します。

(2) 地域での日常生活支援、家族支援の強化

ア 認知症の人と家族を支える地域づくり

- 企業等との見守り協定を通じて、認知症サポーターや認知症キャラバンメイト*の養成を推進します。
- 認知症カフェ等、仲間づくりや社会的交流、認知症に対する学習や相談ができる機会を確保し、啓発を強化します。
- 市町が行う利用できる社会資源の周知や情報提供をバックアップします。
- 地域住民による小地域単位の見守りネットワーク構築を推進します。
- 地域の実情に応じて認知症の人やその家族を支援する事業の推進役を担う認知症地域支援推進員*の養成と活動への支援を行います。
- 警察等との連携による行方不明高齢者や認知症により運転免許を返納した高齢者等への支援の充実を図ります。

イ 地域における専門的支援体制の推進について

- 精神科病院等からの円滑な退院、在宅復帰への支援体制の充実を図ります。
- 地域の実情に応じた認知症クリティカルパスの作成や医療と介護の連携ツールの活用等、各二次保健医療圏域における医療と介護の連携を推進します。
- 医療、介護従事者への研修等を通して、認知症対応力の向上を図ります。
- 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、認知症専門外来等がそれぞれの役割を認識し、地域で認知症の方および家族を支援することができる仕組みづくりを推進します。

(3) 高齢者の権利擁護

ア 高齢者虐待の防止

① 相談

- 高齢者権利擁護支援センターを指定し、市町の保健福祉関係者などに対して、高齢者虐待の困難事例や成年後見制度などへの専門的・技術的助言を行い、地域包括支援センターなどにおける権利擁護相談が充実するよう支援します。
- 市町における虐待対応ネットワークの構築を支援します。

② 研修・啓発・指導

- 市町の保健福祉関係者などに対して、養護者支援の視点を含む高齢者虐待問題研修会や養介護施設従事者による虐待対応研修会などを実施し、高齢者虐待対応にあたる人材を育成します。
- 県民を対象にした高齢者虐待防止セミナーなどを実施し、高齢者虐待についての問題意識の喚起、成年後見制度の普及啓発を推進します。
- 小規模介護事業所やサービス付き高齢者向け住宅などの従事者に研修機会が行き届くようその方法などを検討します。
- 集団指導の機会を通じて、介護保険事業所に対する高齢者虐待防止の意識啓発を強化します。

③高齢者権利擁護推進会議

- 高齢者虐待防止の取組を推進するなど高齢者の権利擁護を推進するため、現状や課題の共有化と今後の支援対策についての意見交換を行う関係機関・団体による推進会議を開催し、権利擁護支援センター等の支援機関、介護・福祉関係機関、市町、警察等との連携を図ります。

イ 身体拘束廃止

- 介護保険施設・事業所における身体拘束の実態を把握し、その結果を介護保険施設・事業所へ還元することで、身体拘束廃止に向けた取組を推進します。
- 介護現場において高齢者の尊厳を守るケアを実現するために、権利擁護推進員の養成研修を実施し、身体拘束廃止の取組等を事業所内で推進できる人材を育成します。
- 身体拘束についての問題意識を喚起するために、県民を対象とした身体拘束ゼロセミナーを実施します。
- 医療機関における身体拘束について、各種の医療従事者向けの認知症対応力向上研修の中で、高齢者の権利擁護や倫理的配慮等を含む教育を強化します。

ウ 成年後見制度の利用促進

- 国の成年後見制度利用促進基本計画に示された、地域連携ネットワークの整備や市町計画の策定に向けた市町の取組を支援します。
- 成年後見制度と、市町社会福祉協議会が実施する地域福祉権利擁護支援事業について、個々の事情を検討して適切な活用を進めます。
- 成年後見制度利用促進に向けた、市町や介護保険事業所に対する高齢者権利擁護支援センターからの助言や支援を推進します。
- 市民後見人養成を目指した市町権利擁護人材育成事業の実施による市町支援と、実施成果について全県で共有し県内市町への横展開を図ります。

《数値目標》

目標項目	現状値	目標値（H35）	備考
認知症疾患医療センター指定数	8 か所	各二次保健医療圏域に 1 か所以上	
認知症相談医数	367 人（H28）	430 人	
認知症サポート医数	105 人（H28）	195 人	
若年・軽度認知症見える化に取り組む事業所数	4（H28）	13 か所	

13 慢性腎臓病

目指す姿

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

取組の方向性

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

現状と課題

（１）慢性腎臓病（CKD）の現状と課題

- 慢性腎臓病（CKD）（以下「CKD」という。）は、原因疾患を問わず慢性に経過する腎臓病を包括するもので、腎機能（糸球体ろ過量 GFR*）等により、ステージ１～５期に分類されます。CKD は、脳卒中や心筋梗塞等の心血管疾患のリスクを高めるため、予防、早期発見、適切な治療や保健指導により重症化を予防することが重要です。
- CKD 患者（20 歳以上のステージ３以上と尿蛋白（+）以上）は、全国で約 1,330 万人、成人人口の 12.9%と推計されており、本県の患者数は約 14 万人と推計されます。（平成 23 年度厚生労働省研究班）
- 腎不全が原因の死亡者数は 247 人、死亡者数全体の約 2.0%（全国約 1.9%）を占めます。また、腎不全死亡率（人口 10 万人対）は、滋賀県 17.7 人（全国 19.6）と全国より低い状況です。（平成 27 年人口動態調査）
- 「CKD という病気を知っている」県民は 21.2%、「聞いたことがあるがどんな病気か知らない」は 31.8%、「聞いたことがない」は 47.1%でした。（平成 27 年 8 月県政モニターアンケート）
- 県内の日本腎臓学会専門医は 42 名です。二次保健医療圏別では、大津 21 人、湖南 9 人、甲賀 3 人、東近江 2 人、湖東 0 人、湖北 5 人、湖西 2 人となっています。（日本腎臓学会 平成 29 年 5 月）
- CKD の概念や予防について理解されている県民の割合が低いため、あらゆる機会をとらえて啓発をしていく必要があります。

（２）特定健康診査・保健指導の現状と課題

- 平成 27 年度（2015 年度）の特定健康診査の受診率は 49.7%（全国平均 50.1%）、特定保健指導実施率は 20.5%（同 17.5%）でした。
- 県内全ての国民健康保険（以下「市町国保」という。）の特定健診において、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、平成 30 年度（2018 年度）から、全保険者の特定健診の詳細項目に追加され、腎機能の評価に活用できるようになります。

- 発症・重症化予防のためには、県民が定期的に健診を受診することによる早期発見、ハイリスク者への受診勧奨、適切な保健指導や治療体制の充実、人材の育成等が必要です。

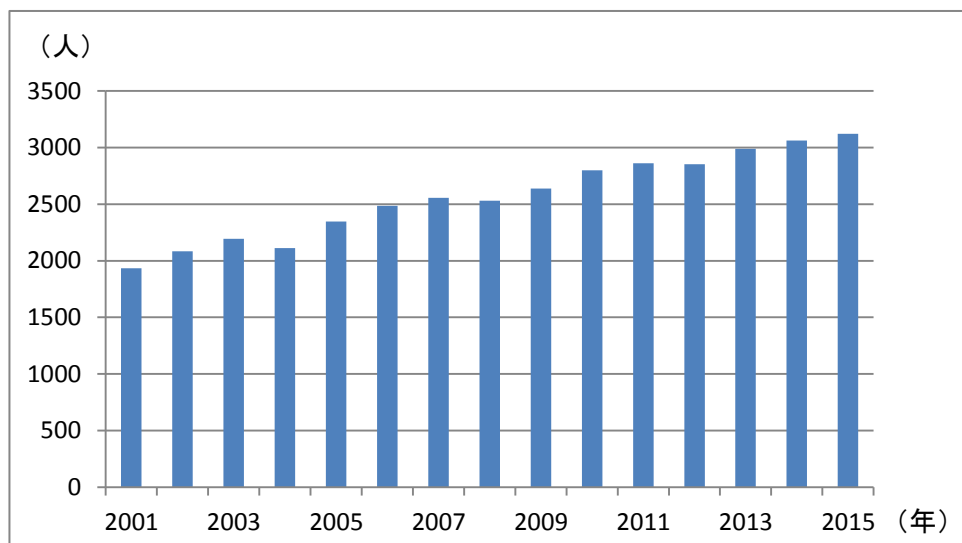
(3) 関係機関連携の現状と課題

- 腎臓内科への紹介経験のある診療所は、診療所全体の 86%、内科標榜診療所の 91.7%でした。
また、腎臓内科医への紹介時期は、血清クレアチニン値 2.0mg/dl（eGFR に換算すると腎機能は高度低下の状態）での紹介が最も多い状況でした。そして、糖尿病患者の紹介は、腎症第 3 期までの紹介頻度は 50%に満たず、透析を考えるとときに紹介するとの意見が多く見られました。
（平成 27 年 CKD 医療連携にかかる状況調査）
- CKD 連携クリティカルパスは、全ての二次保健医療圏で使用されており、CKD シールの活用もされてきていますが、地域により運用件数に差があります。
- CKD の診療連携を充実させるため、かかりつけ医に対する腎臓専門医への紹介基準の啓発や、栄養ケアステーション等を活用した栄養指導、運動指導、薬剤師による服薬指導等、多職種連携による療養指導の推進が必要です。
糖尿病による透析導入の増加を抑制するために、糖尿病性腎症重症化予防の保健医療連携と協働した関わりが必要です。
- 医療連携ツール（CKD 連携クリティカルパス、糖尿病連携手帳、ICT）の運用や CKD シールの啓発・活用による医療連携の充実が必要です。

(4) 慢性透析の現状と課題

- 県内の慢性透析患者数は年々増加しており、平成 27 年（2015 年）12 月末現在で維持透析患者は 3,122 人となっています。新規透析導入原疾患の占める割合では、糖尿病性腎症が 44.1%と最も高く、次いで慢性糸球体腎炎 18.0%、腎硬化症 12.4%となっています。（日本透析医学会、滋賀腎・透析研究会）
- 災害時支援体制の整備として、平成 29 年（2017 年）に人工透析担当マニュアル（県大規模災害発生時マニュアル）を改定するとともに透析患者に人工透析患者災害時支援シートを配布しています。
- CKD 対策は、原疾患となる糖尿病や高血圧など生活習慣病対策と連携した対応が必要です。
- 災害時支援においては、平常時からの患者や関係機関の備えが重要であり、災害時に適切に対応できるように日頃からの関係者間の連携を充実する必要があります。

図3-3-13-1 透析患者数の推移



出展：日本透析医学会、滋賀腎・透析研究会 調査

表3-3-13-2 透析実施医療機関

医療圏域	区分	医療機関名	所在地	医療圏域	区分	医療機関名	所在地
大津	病院	大津赤十字病院	大津市	東近江	病院	近江八幡市立総合医療センター	近江八幡市
		市立大津市民病院	大津市			東近江敬愛病院	東近江市
		地域医療機能推進機構滋賀病院	大津市			神崎中央病院	東近江市
		琵琶湖養育院病院	大津市			日野記念病院	日野町
		滋賀医科大学医学部附属病院	大津市		診療所	若林クリニック	近江八幡市
		琵琶湖大橋病院	大津市			ちとせ長命診療所	近江八幡市
	診療所	瀬田クリニック	大津市			山崎クリニック	東近江市
		わたなべ湖西クリニック	大津市			布引内科クリニック	東近江市
湖南	病院	草津総合病院	草津市	湖東	病院	彦根市立病院	彦根市
		近江草津徳洲会病院	草津市			友仁山崎病院	彦根市
		県立総合病院(旧成人病センター)	守山市			豊郷病院	豊郷町
		守山市民病院	守山市		診療所	池田クリニック彦根	彦根市
	診療所	済生会滋賀県病院	栗東市	湖北	病院	長浜赤十字病院	長浜市
		野洲病院	野洲市			市立長浜病院	長浜市
		富田クリニック	草津市			長浜市立湖北病院	長浜市
		第二富田クリニック	草津市		診療所	下坂クリニック	長浜市
甲賀	病院	公立甲賀病院	甲賀市	湖西	病院	今津病院	高島市
		甲南病院	甲賀市			高島市民病院	高島市
		生田病院	湖南市		病院	27 施設	—
	診療所	ハートクリニックこころ	甲賀市		診療所	14 施設	—
		荒川クリニック	湖南市		合計	41 施設	—
		小川診療所	湖南市				

出典：人工透析実施医療機関調査（平成 29 年）

具体的な施策

(１) 慢性腎臓病（CKD）予防に関する啓発および健診による早期発見

ア CKD 予防に関する啓発

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

イ 健診による早期発見と受診勧奨

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

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

- 重症化予防として、糖尿病性腎症重症化予防プログラムに基づき、関係機関が連携して受診勧奨や保健指導等に取り組みます。

ア かかりつけ医と連携した保健指導

- 県・市町、関係機関は、CKD の早期治療のため、行政と医療関係者が協働・連携できる体制を推進します。また、eGFR などを活用してリスクの高い人に確実に保健指導が実施できる体制を充実します。そして、重症化予防のため、かかりつけ医は、専門職（保健師、管理栄養士、薬剤師等）を活用した保健指導の実施を推進します。

イ かかりつけ医と専門医との連携等の推進

- かかりつけ医と専門医との紹介基準の啓発や連携体制の構築を推進します。医療連携ツールの運用や、CKD シールの活用により、患者に関わる多職種連携を促進します。

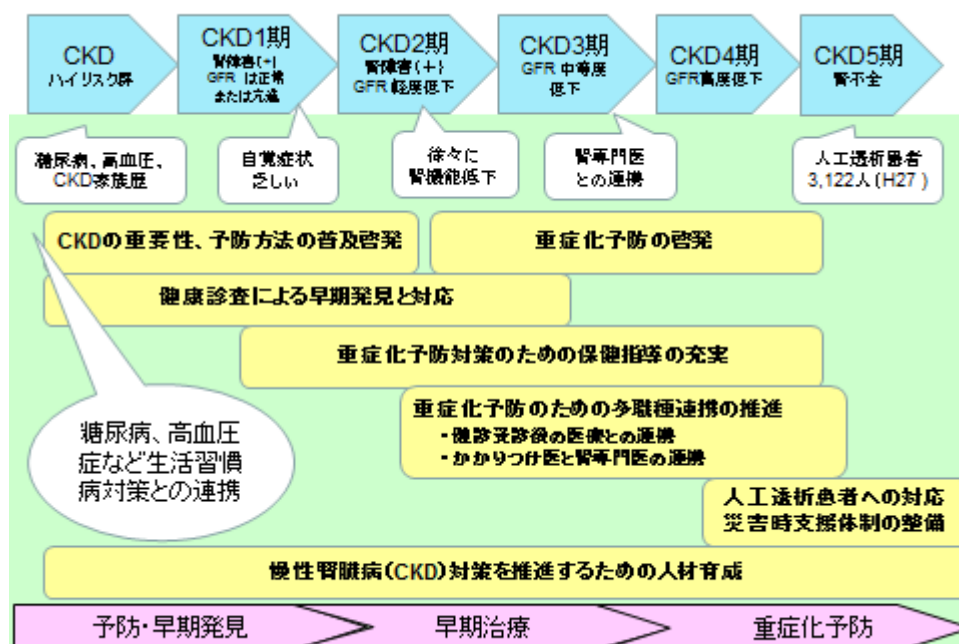
(３) 慢性腎臓病（CKD）予防・医療を担う人材育成支援

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

(４) 透析患者への災害時支援体制の充実

- 県は、災害時支援を充実するため「人工透析患者災害時支援シート」の周知と活用促進に努めます。
- 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3-3-1 3-3 慢性腎臓病（CKD）のステージと施策の方向



《数値目標》

目標項目	現状値	目標値（H35）	備考
県民の慢性腎臓病（CKD）認知度（CKDについて知っている）	21.2% （H27）	40%	県政モニターアンケート
糖尿病性腎症による新規透析導入者数 〔再掲〕	181人 （H27）	増加の抑制	健康いきいき21-健康しが推進プラン-

1 4 難病

目指す姿

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

取組の方向性

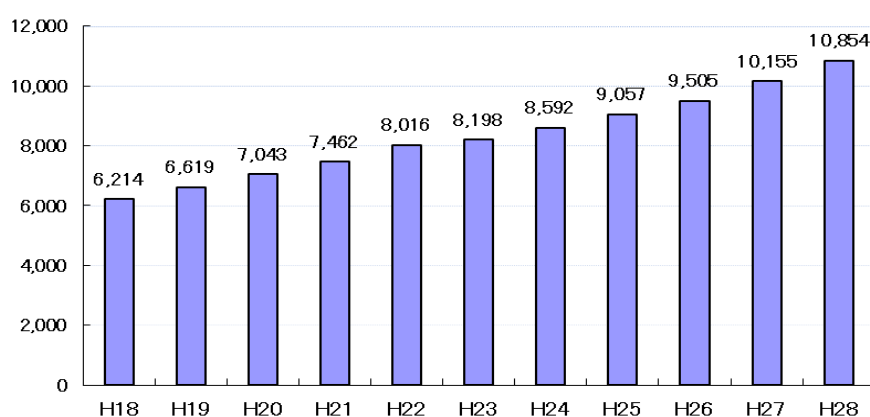
- (1) 医療費助成等の普及啓発
- (2) 難病医療提供体制の充実
- (3) 療養支援体制の充実
- (4) 福祉施策の一層の推進
- (5) 災害支援体制の取組強化

現状と課題

(1) 医療費助成等

- 難病の患者に対する良質かつ適切な医療の確保と、療養生活の質の向上を図るため、「難病の患者に対する医療等に関する法律」（以下「難病法」という。）に基づき、指定難病*の患者に対し、医療費の一部を助成しています。
- 平成 29 年（2017 年）4 月 1 日現在、主に小児期に発症する疾病等も含め 330 疾病が難病法に基づく医療費助成の対象であり、対象となる疾病の追加については引き続き検討が進められています。
- 本県における特定疾患*受給者数および指定難病受給者数は年々増加し、平成 29 年（2017 年）3 月末現在 10,854 人となっており、この 10 年で 1.6 倍となっています。

図 3-3-1 4-1 特定疾患および指定難病受給者数



(2) 難病医療提供体制

- 平成 29 年（2017 年）4 月 1 日時点では、疾患群ごとに重症難病医療拠点病院を 16 病院、協力病院を 27 病院指定していますが、「難病の医療提供体制の構築に係る手引き」（平成 29 年 4 月 14 日付け厚生労働省健康局難病対策課長通知）では、専門領域の診断と治療を提供する「難病診療分野別拠点病院」と、身近な医療機関で医療の提供と支援をする「難病医療協力病院」の

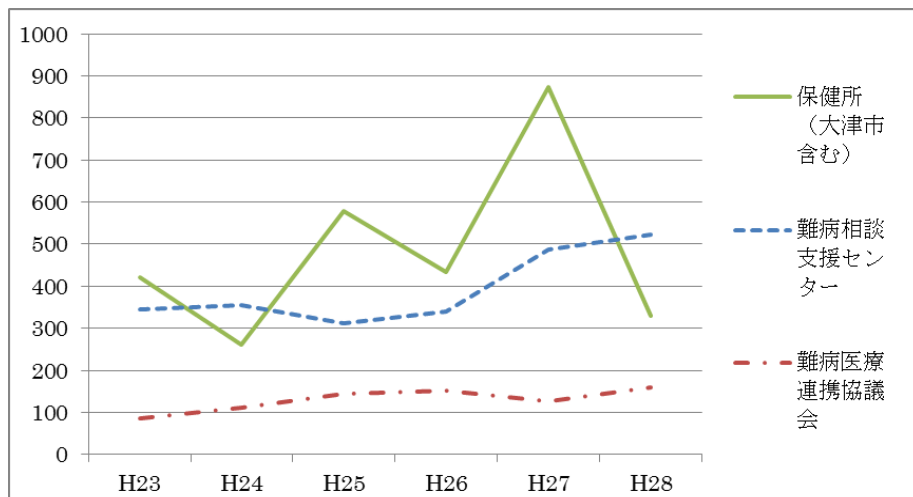
整備に努めることとされており、本県においても現在の重症難病医療拠点病院・協力病院の指定を活用しながら整備を進めていく必要があります。

- 平成 28 年（2016 年）3 月に NPO 法人滋賀県難病連絡協議会がまとめた「難病患者等の生活と福祉ニーズに関する実態調査結果報告書」によると、診断がつくまでに 3 か所以上の医療機関に通った患者が 31%を占めており、より早期に診断が受けられるようにするための取組が必要です。
- 難病診療連携の拠点となる病院である国立大学法人滋賀医科大学に、平成 27 年度（2015 年度）より難病医療支援体制推進事業を委託しており、難病コーディネーターを配置し、医療相談、従事者研修、病院間の連絡調整など、拠点病院等のネットワークの構築を目指す取組を行っています。
- 難病の特性を理解して、適切な看護・介護を提供するため、従事者の資質の向上が必要です。
- 小児慢性特定疾病児童等は成人後も引き続き小児科で治療を受けている現状があるため、小児期診療科と成人期診療科が連携し、小児科から各診療科へスムーズに移行できる診療体制を構築する必要があります。

（３）療養支援体制

- 24 時間医療ケアを必要とする在宅重症難病患者（人工呼吸器装着・酸素療法・たん吸引）は、県内で 299 人（平成 28 年度おたすね票集計結果）であり、介護者に多大な介護負担がかかるため、24 時間在宅療養を支える社会資源（訪問診療、訪問看護等）が必要です。
- 介護者の休息等のためのレスパイト入院*を進めるため、在宅重症難病患者の一時入院を受け入れた病院に助成しています。
- 地域で安心して難病患者が療養するためには、在宅療養を支える医療・看護・介護・福祉関係者の資質の向上と連携が必要です。
- 県立リハビリテーションセンターでは、神経難病を中心にリハビリ専門相談や従事者研修会を実施しており、引き続き難病患者に対するリハビリテーションを推進する必要があります。
- 県では、「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・サポート、就労支援等を実施しています。相談件数は徐々に増加しており、その認知度は高まっていると思われますが、難病法に基づく対象疾病が段階的に増えている中で幅広い疾病への対応を求められており、相談支援体制のさらなる充実を図る必要があります。
- 各保健所で難病に関する相談・医療講演会等を実施するとともに、疾病それぞれの特性や患者および家族の状況により、在宅療養・リハビリテーション・各種機器の紹介・就労等様々な困りごとに対し、市町をはじめとした関係機関とともに支援を行っています。対象疾病の増加や他分野にわたる相談に対応するためにも、一層疾病に関する幅広い知識の普及と支援の質の向上が求められています。
- 各保健所では、難病対策地域協議会を設置し、地域における難病患者への支援体制に関する課題について情報を共有するとともに、体制整備について協議を行っています。

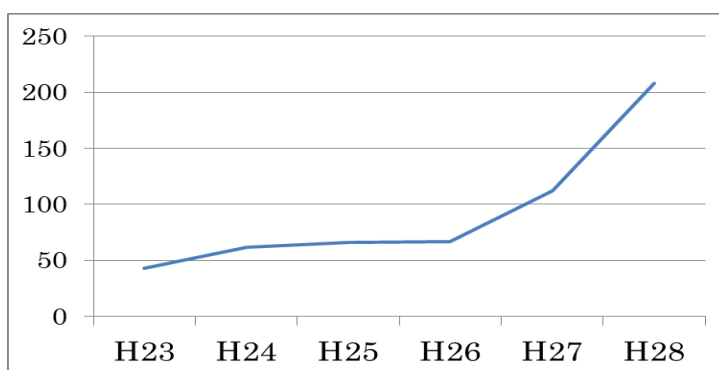
図3-3-14-2 各相談支援機関における相談件数の推移



(4) 福祉施策

- 障害者総合支援法における障害福祉サービスの対象となる難病は、平成 29 年（2017 年）4 月 1 日現在 358 疾病となっています。
- 障害福祉サービスの対象であるにも関わらず、適切にサービスの給付が行われない難病患者の事例があり、福祉関係者が対象疾病や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、公共職業安定所の難病就労サポーター・働き暮らし応援センター・障害者職業センター等の他機関との連携のもと個々の状況に応じた支援を行っていますが、その相談件数は増加しており、今後は更なる就労相談支援体制の充実が必要です。
- 難病は、病名や病態が知られていないことから、社会の理解が進んでおらず、地域での支援や就業などの社会生活への参加が進みにくい状況にあります。関係団体等と協働して難病が正しく理解されるような啓発に努める必要があります。

図3-3-14-3 難病相談支援センターにおける就労相談件数推移



(5) 災害対策

- 各保健所において、平時から難病患者でライフラインの途絶により生命に危機を及ぼすおそれのある者をリストアップし、大規模地震発生時には、地域防災計画およびマニュアル等に基づき、対象者の安否確認を市町とともにすることとしています。
- 各市町は、災害対策基本法に基づき避難行動要支援者名簿を作成することとなっていますが、

保健所から市町への難病患者における要支援者名簿の提供は、6割の市町にとどまっており（大津市除く）、対象者の情報が十分共有されていない状況です。引き続き、保健所と市町での難病患者における要支援者名簿の共有を進める必要があります。

- 県では、市町における避難行動要支援者個別計画の作成を支援するため、在宅人工呼吸器・酸素・吸引器を使用する指定難病患者等のための「災害時対応ノート」の配布や検討の場の提供等を行っています。今後は更に保健所、市町、各関係機関が連携した支援を効果的に実施する必要があります。

図3-3-14-4 要支援者名簿の提供状況（大津市を除く）

H28年度	提供有り	提供なし
自治体数	11市町	7市町
割合	61%	39%

具体的な施策

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

（１）医療費助成等の普及啓発

患者の医療費の自己負担の軽減を図るため、以下の取組を進めます。

- 特定医療費（指定難病）助成制度、特定疾患治療研究事業、在宅人工呼吸器使用特定疾患患者訪問看護治療研究事業、先天性血液凝固因子障害等治療研究事業といった医療費助成等の制度に関する普及啓発に取り組みます。

（２）難病医療提供体制の充実

難病患者を支える医療機関のネットワークを構築するため、以下の取組を進めます。

- 難病医療連携協議会において、ICTの活用を含めた各医療機関等との情報共有を推進する仕組みづくりに取り組みます。
- 疾患群ごとに難病診療分野別拠点病院を指定し、早期に正しい診断ができる仕組みづくりに取り組みます。
- 重症難病患者一時入院（レスパイト入院*）の受皿となる難病医療協力病院を指定します。
- 在宅療養を支える医療機関に対し、難病患者に対する理解と受入れを促進します。
- 難病医療従事者の資質向上に努めます。
- 小児期診療科と成人期診療科の連携を推進します。

（３）療養支援体制の充実

ア 在宅療養

難病患者が安心して地域で療養できるようにするため、以下の取組を進めます。

- 介護者の休息の確保のため、重症難病患者一時入院（レスパイト入院*）受入体制整備事業を継続的に実施します。
- 在宅療養支援従事者の資質向上に努めます。

イ 相談支援

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

- 患者療養状況データを収集活用し、支援に役立てます。
- 難病相談支援センターによる相談対応、講演会、交流会、ホッとサロン、ピア・サポート事業等を実施します。
- 保健所による相談対応、講演会、交流会、従事者研修会事業等を実施し、地域の支援体制の整備を図ります。

(4) 福祉施策の一層の推進

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

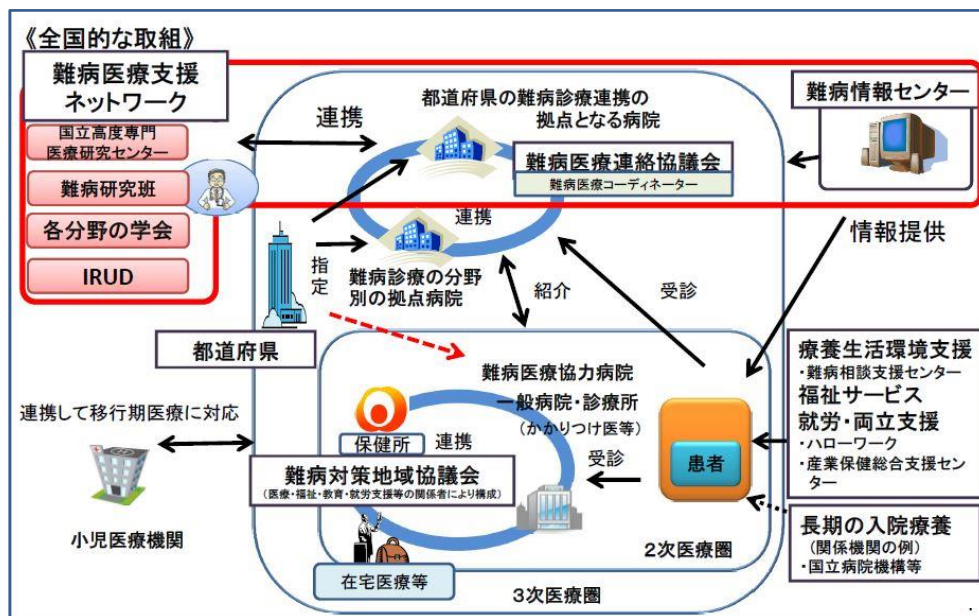
- 県民に対し、疾病や療養生活等難病に関する普及啓発に努めます。
- 難病患者に対し、障害者総合支援法に基づく福祉施策の周知に努めます。
- 市町等福祉関係者への研修会等を実施し、難病の特性の理解を推進します。
- 難病患者に対する就労相談関係機関の連携強化を図ります。

(5) 災害支援体制の取組強化

災害時に難病患者等に対してスムーズな支援ができる体制を整えるため、以下の取組を進めます。

- 各二次保健医療圏域において、難病対策地域協議会等を活用した災害時の支援体制整備の推進を図ります。
- 各市町に対し、災害時要支援者名簿の情報提供を推進します。
- 各市町に対し、避難行動要支援者個別計画の策定を支援します。
- 難病患者および家族に対し、平時の備えについて支援します。

図3-3-14-5 難病医療提供体制のイメージ図（厚生労働省）

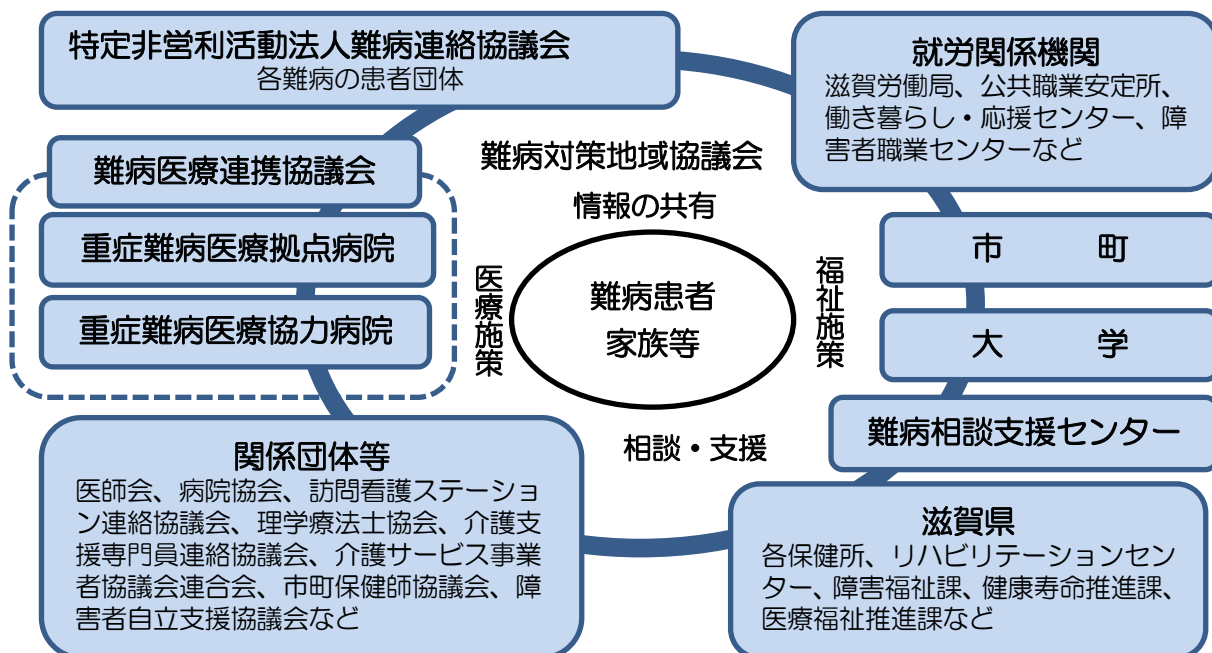


出典：厚生科学審議会疾病対策部会難病対策委員会資料)

図3-3-14-6 関係機関の連携による難病対策（イメージ図）

- ◆難病の患者に対する医療等に関する法律（H27.1.1）
- ◆特定疾患治療研究事業実施要綱（S48.4.17）
- ◆難病特別対策推進事業実施要綱（H10.4.9）

- ◆障害者総合支援法（H25.4.1）
- 358 疾病（H29.4.1 より）の難病患者等に対し、日常生活及び社会生活を総合的に支援



《数値目標》

目標項目	現状 (H28)	目標値 (H35)	備考
疾患群ごとの難病診療分野別拠点病院の指定数	—	84 か所	各二次保健医療圏域に各疾患群指定
難病医療協力病院指定数	—	14 か所	各二次保健医療圏域に 2 か所
従事者向け研修受講者数 難病相談支援センター 難病医療連携協議会 保健所	41 名 176 名 149 名	50 名 210 名 180 名	現状の 1.2 倍
患者および家族向け講演会・交流会受講者数 難病相談支援センター 保健所	473 名 762 名	570 名 910 名	現状の 1.2 倍
避難行動要支援者名簿（ライフラインの途絶により生命に危険を及ぼす可能性のある患者）の情報提供市町数	11 市町	18 市町	全数 （大津市を除く）

目指す姿

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

取組の方向性

- (1) 重症化の予防と症状の軽減のための取組の推進
- (2) アレルギー疾患医療提供体制の整備
- (3) 生活の質の維持・向上のための取組の推進

アレルギー疾患対策については、アレルギー疾患対策基本法（平成 26 年法律第 98 号。以下この項において「法」という。）が平成 27 年（2015 年）12 月に施行されたところであり、法第 11 条第 1 項に基づき、平成 29 年（2017 年）3 月にアレルギー疾患対策の推進に関する基本的な指針が策定されたところです。

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

現状と課題

(1) アレルギー疾患の現状

- アレルギー疾患は、気管支ぜん息やアトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、アレルギー性結膜炎、花粉症、食物アレルギーなど、乳幼児から高齢者まで国民の 2～3 人に 1 人が何らかのアレルギー疾患を有しています。
- また、複数の疾患を合併することも多く、発症、増悪、寛解、再燃を繰り返すこともあり、QOL の低下を来しやすい疾患です。
- 本県では、平成 25 年度（2013 年度）から小児アレルギー疾患対策推進事業として小児アレルギー疾患対策連絡会議や、小児アレルギー関連調査、関係者研修会・普及啓発、小児アレルギー関係者相談窓口、医療関係者対象の研修会、一般向け講演会等を実施してきましたが、平成 27 年（2015 年）12 月に法が施行され、総合的なアレルギー疾患対策の推進が求められています。
- 平成 25 年度（2013 年度）県内の保育所における食物アレルギー実態調査では、アレルギー児は 1,602 例(6.1%)、アナフィラキシー経験例は 161 例、エピペン所有者は 39 例でした。（平成 25 年度小児アレルギー疾患対策推進事業調査として調査した 253/264 施設中、食物アレルギーのある乳幼児に対して医師の指示書を求めていると回答した 237 施設(全体の 89.8%)の児童総数 26,210 例を解析）
- 平成 28 年度学校保健実態調査では、平成 27 年（2015 年）の食物アレルギーの有病者率は全体で 1.67%と、年々増加傾向にあります。
- 標準的な治療を推進するため、アレルギー総合ガイドラインが作成されましたが、重症例が専門医以外で長期間治療を継続し改善していないことや、不適切なステロイド内服治療を継続され

ている例もあるなど、悪化・慢性化して専門医に受診されることがあります。

(2) これまでの取組

- 県内学校給食において、除去食、代替食の提供が求められており、安全性を確保した上で、対応可能な場合、除去食・代替食の提供を実施されています。
- 滋賀医科大学では、花粉飛散情報の発信をしています。
- 県立小児保健医療センターでは、ホームページで食物アレルギー等についての情報発信をしています。

(3) アレルギー疾患に関する医療の現状

- 平成 29 年（2017 年）の医療機能調査において、回答のあった医療機関（病院 54、診療所 780）のうち、アレルギー疾患に関する診療機能を有している病院は 35 か所、診療所は 509 か所です。（表 3-3-15-1）
- 県内の一般社団法人日本アレルギー学会認定の専門医は、小児科 15 名、内科 5 名、耳鼻咽喉科 4 名、眼科 1 名、皮膚科 2 名、合計 27 名（平成 29 年 6 月現在）です。
- 日本小児臨床アレルギー学会認定の高度なアレルギーの専門知識と指導技術をもった医療専門職である小児アレルギーエデュケーターは、県内では 9 名です。（日本社団法人日本小児臨床アレルギー学会認定平成 29 年 10 月現在）
- 災害時の対応として、県の備蓄物資に一部アレルギー対応の食品があります。

表 3-3-15-1 アレルギー疾患に関する診療機能を有している診療所・病院

	診療所	病院
大津	135	6
湖南	125	8
甲賀	41	4
東近江	74	7
湖東	46	4
湖北	66	3
湖西	22	3
合計	509	35

（出典：平成 29 年医療機能調査）

(4) アレルギー疾患の対策

ア 発症・重症化の予防

- 関係機関がアレルギー疾患の正しい情報提供を行い、患者自身がアレルギー疾患についての正しい情報を身につけ、患者力を高めることが必要です。

イ 適切な診療を受けられる体制の確保

- アレルギー疾患の重症化の予防のためには、正確な診断に基づく、適切な治療と管理が行われることが重要であり、アレルギー総合ガイドラインに基づく標準治療がどの地域においても

受けられるようガイドラインの更なる普及が必要です。

- かかりつけ医と専門医の連携体制や、診断が困難な症例や標準的治療では安定しない重症および難治性アレルギー疾患患者の治療を行う医療機関等のネットワークを構築することが重要です。

ウ 支援する人材や相談体制の確保

- アレルギー疾患は、慢性疾患であり、長期的に生活の質に影響を及ぼす場合が多く、幅広い内容についての相談対応や支援が必要になります。このため、多職種・多機関連携による相談支援体制づくりが必要です。
- 相談支援に対応するためには、医師だけではなく看護師や薬剤師、栄養士等の医療従事者をはじめ、地域の保健医療従事者、学校関係者、福祉施設等の関係者が正しい知識を持って相談支援に当たれるよう資質向上の取組が必要です。

具体的な施策

(1) 重症化の予防と症状の軽減のための取組の推進

- 関係機関と連携し、ホームページの活用などにより、アレルギー疾患に関する基礎知識、自己管理に関する情報等についての情報をわかりやすく提供します。
- 滋賀医科大学では、アレルギー疾患対策として、花粉飛散情報や県内アレルギー診療情報の提供、鼻炎・結膜炎・ぜん息・薬疹・アナフィラキシーなどの重症例・難治例に対する医療の提供、医療従事者の資質向上を目指した取組を行います。
- 県立小児保健医療センターでは、小児アレルギー疾患対策として、重症例や難治例の受入れ、各疾患に関する情報や県内病院小児科のアレルギー診療情報の発信、研修会などの啓発活動を行います。
- 滋賀県薬剤師会では、患者が自身のアレルギー歴を保持・開示するのに役立つ「紙」と「電子」版お薬手帳の適正使用に関する普及啓発に努めます。
- 県が指定するアレルギー疾患医療拠点病院を中心に、アレルギー疾患に関する最新情報や自己管理方法、標準的な治療などについての情報をわかりやすく提供します。
- 保健・医療・福祉・教育等の関係者に対して、エビデンスに基づく正しい知識の普及啓発に努めます。

(2) アレルギー疾患医療提供体制の整備

- 県は、アレルギー疾患医療拠点病院を指定します。
アレルギー疾患医療拠点病院は、標準的治療では安定しない重症および難治性アレルギー疾患患者に対する医療の提供や、アレルギー疾患に関する情報提供、アレルギー疾患医療に携わる医療従事者や、保健・医療・福祉・教育等の関係者に対する資質の向上を目指した取組を行います。
- 県は、アレルギー疾患医療拠点病院と地域の専門医療機関との協力体制について検討を行います。
- アレルギー疾患医療拠点病院を中心に、科学的知見に基づく最新の診療ガイドラインの普及を図るとともに、身近な地域におけるかかりつけ医の資質向上およびかかりつけ医と専門医の連携体制の推進を図ります。

(3) 生活の質の維持・向上のための取組の推進

- 患者・家族の支援に携わる保健・医療・福祉関係者等を対象に、アレルギー疾患の標準治療や、日常生活や疾患管理などについての情報提供や研修会の開催を行い、関係者の相談対応力の向上を図ります。
- 保育施設や学校関係者に対して、生命に危険が及ぶおそれのあるぜん息発作やアナフィラキシー症状が起きた時に適切な対応できるよう、緊急時対応に関する知識と技術の習得ができる研修会等を開催します。
- 市町における母子保健活動等において、身近な地域で多様な相談に適切に対応できるよう、乳幼児健康診査従事者研修会にアレルギー疾患についての項目を入れる等研修機会の確保に努めます。
- 身近な地域における関係者のネットワークを構築し、患者や家族が安心して生活できるよう、保健・医療・福祉・教育関係者が相互の役割と連携の必要性を理解し、関係者の連携強化を推進します。
- 災害時の対応について、関係機関との連携により、自助も含め平時からの備えや緊急時の対応についての普及啓発を図るとともに、民間も含めた関係団体等と協力し災害時の取組について検討していきます。

目指す姿

- 感染症にかからない
- 感染症にかかった場合でも適正な医療により重症化を防ぐ

取組の方向性

感染症発生予防のために、平常時の感染症情報の提供に努めるとともに、二類、三類感染症発生時の速やかな疫学調査などの感染拡大防止対策を充実させます。

- (1) 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
- (2) 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
- (3) 感染者等の人権に配慮した防疫体制の強化
- (4) 感染症治療のための医療体制の充実

現状と課題

(1) 県内の感染症の発生状況

- 平成 28 年（2016 年）は、一類感染症の発生はなく、二類感染症では結核が 249 例、三類感染症では腸管出血性大腸菌感染症が 56 例発生しています。
- 患者発生時の疫学調査、広報等の情報提供を行い、感染症発生の拡大防止に努めた結果、平成 27 年（2015 年）、平成 28 年（2016 年）の患者発生数は目標（二類感染症：270 人以下、三類感染症：60 人以下）を達成しました。
- 今後も感染予防に関する啓発や、患者発生時の感染防止対策を実施し、患者発生数の一層の減少および適正医療の提供に取り組む必要があります。

(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合計 7 病院 32 床（平成 25 年度（2013 年度）に 2 床増床）を指定しています。
- 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。平成 25 年（2013 年）4 月から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、小児用肺炎球菌ワクチンが定期接種化され、平成 26 年（2014 年）10 月からは、水痘ワクチン、成人用肺炎球菌ワクチンが定期接種化されました。また、平成 28 年（2016 年）10 月からは、B 型肝炎ワクチンが定期接種化されました。
- 地球規模での人・モノの移動の活発化に伴い、国内での感染が見られない感染症が、海外から持ち込まれる事例が増加しています。デング熱等の蚊が媒介する感染症についても、海外で感染した者が帰国後発症する事例が継続的に報告されています。平成 26 年（2014 年）8 月には、海外渡航歴がなく都内の公園等で蚊に刺された者からデング熱患者が発生し、最終的には国内感染者として 162 人の患者が報告されました。これらの蚊が媒介する感染症の発生に対応するため、平成 28 年度（2016 年度）に蚊媒介感染症対策対応指針を策定しました。

- 西アフリカにおけるエボラ出血熱発生に係る防護資器材の備蓄を平成 26 年度（2014 年度）から始め、当該患者の移送に係る協定を各消防機関と締結を行っています。また、平成 28 年度（2016 年度）には、長浜保健所に患者移送車を追加で配備しました。

（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、しらがメールや各種 SNS を利用し注意喚起を図っています。
- 学校欠席者・感染症情報収集システム*を平成 26 年（2014 年）11 月から導入し、学校、幼稚園、保育園で発生している感染症に関する有病者の発生数をリアルタイムに把握・情報共有できる体制を構築しました。

表 3-3-16-1

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）
二類 感染症	急性灰白髄炎 結核 ジフテリア 重症急性呼吸器症候群（SARS コロナウイルスに限る） 中東呼吸器症候群（MERS コロナウイルスに限る） 鳥インフルエンザ（H5N1） 鳥インフルエンザ（N7H9）	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

	対象疾病	定義・類型	主な対応・措置	医療体制
四類 感染症	ウエストナイル熱 狂犬病 鳥インフルエンザ（A H 5 N 1 および H 7 N 9 を除く） 日本脳炎 マラリア 他 計 44 疾患	人から人への感染はほとん どないが、動物、飲食物等の物 件を介して感染するため、動物 や物件の消毒、廃棄などの措 置が必要となる感染症	動物の措置を含む消毒等の対 物措置	一般の医療機関
五類 感染症	後天性免疫不全症候群 麻しん インフルエンザ（鳥インフル エンザおよび新型インフル エンザ等感染症を除く） メチシリン耐性黄色ブドウ 球菌感染症 他 計 46 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 言を得て個別に緊急対応する。 （緊急の場合は、厚生労働大 臣が都道府県知事に指示をす る。）【政令指定後】政令で症 状等の要件指定した後に一類 感染症に準じた対応を行う。	特定感染症指定医療機関（国 が指定、全国に数か所）
指定 感染症	既知の感染症の中で上記一類 ～三類に分類されない感染症 において一類～三類に準じた 対応の必要が生じた感染症 （政令で指定）	一類～三類感染症に準じた入 院対応や消毒等の対物措置を 実施（適用する規定は政令で 規定する。）	一類～三類感染症に準じた措 置	

表3-3-16-2 感染症指定医療機関

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

```

graph TD
    NIID[国立感染症研究所<br/>(感染症情報センター)]
    HSC[衛生科学センター<br/>感染症情報センター]
    B[保健所]
    S1[一類～四類および五類<br/>(全数把握) 感染症を診断した医師]
    S2[五類<br/>(定点把握) 感染症<br/>指定医療機関<br/>(患者定点)]
    R[報道機関]
    M[健康医療福祉部<br/>業務感染症対策課]
    D[医師会<br/>病院協会<br/>教育委員会]
    C[市町<br/>教育委員会<br/>管内医師会]
    P[感染症患者]

    NIID -- "患者情報の報告" --> HSC
    NIID -- "全国情報の還元" --> HSC
    HSC -- "報告還元" --> M
    M -- "情報提供" --> R
    M -- "情報提供" --> D
    B -- "患者情報の報告" --> HSC
    B -- "患者情報の還元" --> HSC
    B -- "患者情報の報告" --> S1
    B -- "患者情報の還元" --> S1
    B -- "患者情報の報告" --> S2
    B -- "患者情報の還元" --> S2
    B -- "情報提供" --> C
    S1 -- "受診" --> P
    S2 -- "受診" --> P
    
```

(1) 感染症にかからないための施策

- 県民に感染症に対する正しい知識を深めてもらうため、市町や関係機関と連携しながら、世代別や行動別に対象を絞るなど効果的・効率的な普及啓発活動を人権に配慮し実施します。
- 県民が定期的な受診、健康診断を受けることにより感染症予防を意識した健康管理を行うよう啓発に努めます。また、感染症の早期発見により、周囲への感染を予防します。
- 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（麻しん、風しんについては接種率95%以上）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。
- 予防接種における副作用および事故情報については、市町と共有し、適正接種が行われるように努めます。

- 利用しやすい制度の構築や予防接種実施医療機関の増加等に努めます。

イ 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

- 医療機関および介護施設に対し、基本的な対策をはじめ感染予防対策を総合的に行うための組織や体制づくりの促進や研修会の実施に努めます。
- また、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、施設内での感染予防対策に活用できるよう、県ホームページや SNS などを活用した情報の発信に努めます。
- 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情報提供や指導に努めます。

ウ 感染者等の人権に配慮した防疫体制の強化

- 国、市町、関係機関との情報共有・連携を図るとともに関係職員の資質向上に努めます。
- 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。
- 保健所等感染症相談窓口の周知および利用しやすい相談窓口の整備、ならびに対応職員の資質向上に努めます。
- 緊急時（一類感染症、二類感染症（結核を除く。）、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）の適切な情報提供、適切な積極的疫学調査*等感染症対策の充実強化に努めます。

（２）適正な医療により重症化を防ぐための施策

ア 感染症治療のための医療体制の充実

- 感染症の患者等に対する適切な医療を提供するため、必要な病床の確保および適正な配置に努めます。また、感染症指定医療機関が安定運営できるよう支援します。
- 医療機関等が、感染症の早期発見・早期治療できるよう流行状況の情報を適宜提供するとともに、検査・診断・治療技術の向上のための支援に努め、患者の重症化を予防します。
- 届出対象感染症については、適正に届出されるよう医療機関に周知します。
- 感染症の患者等が受診しやすい環境、相談・カウンセリングが受けやすい環境を整備するよう努めます。
- 患者等に適正な医療を提供するため、必要に応じ患者等を感染症指定医療機関等に移送します。また、警察や消防と連携し、移送体制の整備に努めます。

《数値目標》

目標項目	現状値（H28）	目標値（H35）	備考
感染症患者発生数 二類感染症（結核を除く）	発生数 〇人 死亡数 〇人	発生数〇人 死亡数〇人	未発生を維持
感染症患者発生数 三類感染症（食中毒関連患者を除く）	発生数 35 人 死亡数 〇人	発生数 30 人以下 死亡数〇人	直近 5 年の最低数

【疾病別の対策】

① 結核

目指す姿

- 結核にかからない
- 結核にかかった場合でも適正な医療により重症化を防ぐ

取組の方向性

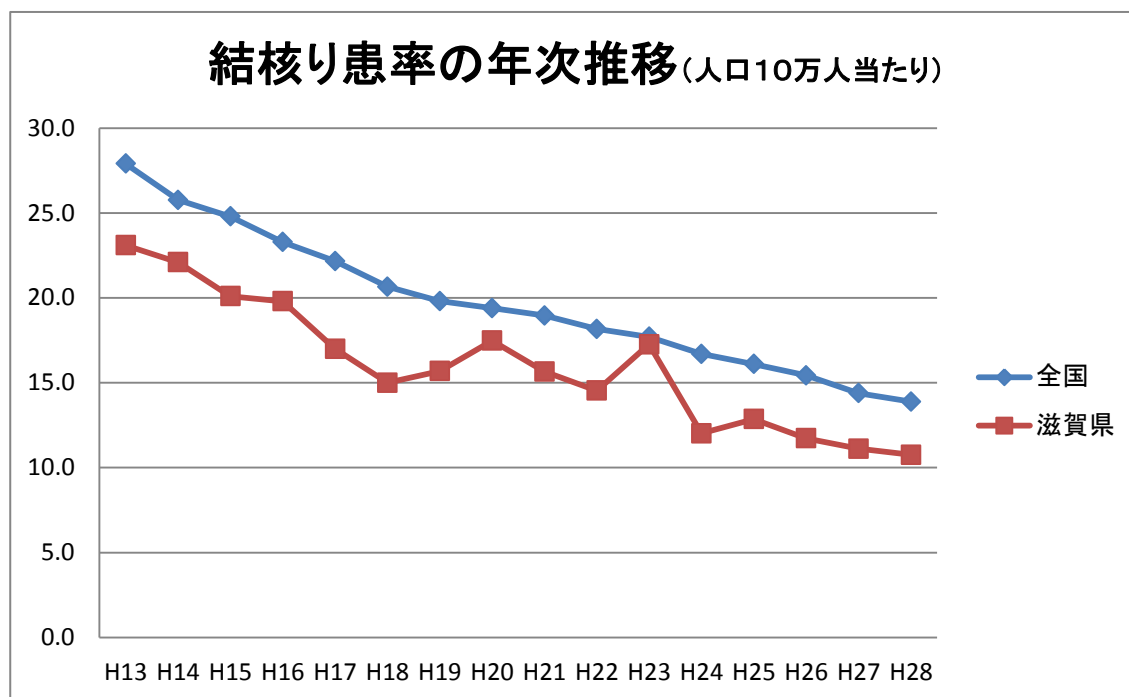
- (1) 的確な結核情報の把握と正しい知識や予防対策の普及
- (2) 結核治療のための保健・医療提供体制の充実
- (3) 結核患者の早期発見と患者への服薬療養支援

現状と課題

- 本県における平成 28 年（2016 年）の新登録患者数は 152 人で、前年より 5 人減少しており、人口 10 万人あたりの罹患率も 10.8 に減少し、全国平均の 13.9 を下回っています。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 6 人（3.9%）で、若い世代の発病もあり、外国人の新登録患者数も 11 人（7.2%）で、全国平均の 7.6% より低い状況ですが、平成 23 年（2011 年）に比べ 0.6 ポイント増加しています。
- 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、特に、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必要があります。
- 平成 27 年（2015 年）の新登録肺結核患者 111 人のうち 17 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。
- 平成 27 年度（2015 年度）から保健所で、結核治療の中断・治療失敗の原因や患者支援のあり方を検討するコホート検討会*を実施し、結核治療の向上を図っています。
- 結核病床が減少しており、病床の確保が必要です。平成 27 年度（2015 年度）には、2 医療機関で結核モデル病床*が認定され、一般・精神病床の有効利用を図っています。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 21 人（13.8%）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。
- 医療機関における接触者検診に BCG 接種に影響されない IGRA 検査*を導入し、検査精度の向上を図りました。
- 乳児に対する BCG 接種の実施や潜在性結核感染症の者への治療の勧奨により、人口 10 万人

あたりの罹患率は順調に減少してきていますが、前年新登録肺結核患者の治療中断者数は前計画目標（治療中断者数：0人）に達していません。国が定めた人口10万人あたりの罹患率10以下を達成するために、結核患者が治療を中断する原因を把握し、適切な対策を講じる必要があります。

図3-3-16-4 結核り患率の年次推移



(出典：結核予防会)

表3-3-16-5 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
地域医療機能推進機構滋賀病院	37 床	37 床
公立甲賀病院	0 床(結核モデル病床*2 床)	0 床(結核モデル病床*2 床)
国立病院機構東近江総合医療センター	16 床(結核モデル病床*4 床)	16 床(結核モデル病床*4 床)
彦根市立病院	10 床	10 床

具体的な施策

(1) 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。
- 各市町における BCG 予防接種の周知、啓発に加え、予防接種における副作用および事故情報については、市町と共有し、適正接種が行われるように努めます。

（２） 結核治療のための保健・医療提供体制の充実

- 結核の患者等に対する適切な医療を提供するため、必要な病床の確保および適正な配置に努めます。また、結核指定医療機関の増加に努めます。
- 患者等に適正な医療を提供するため、必要に応じ患者等を結核指定医療機関等に移送します。

（３） 結核患者の早期発見と患者への服薬療養支援等

- 保健・医療水準の向上のため医療関係者等に対する結核医療技術・情報に関する研修の実施に努めます。
- 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します。
- 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。
- 人に結核を感染させるおそれのない結核患者の医療費および人に結核を感染させるおそれのある結核入院患者の医療費は、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律に基づき公費負担します。

《数値目標》

目標項目	現状値（H28）	目標値（H35）	備考
人口 10 万人あたりの罹患率	10.8	10.0 以下	国の H32 目標値
前年新登録肺結核患者の 治療中断者数	111 人中 17 人	0 人	

② HIV・エイズ（後天性免疫不全症候群）

目指す姿

- HIVに感染しない
- HIVに感染した場合でも適正な医療により重症化を防ぐ

取組の方向性

- (1) 人権を尊重した普及啓発および教育の推進
- (2) HIV 感染の予防
- (3) 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
- (4) HIV 感染者の早期発見・早期治療体制の強化
- (5) 医療機関等の関係者との連携強化

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。平成 28 年（2016 年）の HIV 感染者は 6 人、エイズ患者は 4 人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（平成 28 年（2016 年）は 40%））が高い傾向にあることから、早期に HIV 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あり、HIV 検査や受診しやすい環境整備が必要です。しかしながら、HIV 感染症については、病気について正しく理解されていない現状があります。
- 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 28 年度（2016 年度）3,043 件、抗 HIV 抗体検査数は 775 件であり、いずれも近年、減少傾向にあり、世界エイズデー等に合わせた夜間検査等の実施やラジオ CM、しらしがメール、twitter 等による未受検者への周知、啓発を行っています。
- 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、エイズ診療中核拠点病院、エイズ診療拠点病院、エイズ診療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。
- エイズカウンセラーを病院等に派遣し、エイズ患者への専門カウンセリングを実施しています。
- 平成 27 年度（2015 年度）に歯科診療ネットワークの整備を行い、HIV 感染者等の歯科治療が可能な一般歯科診療所を紹介しています。
- 社会福祉施設や介護保険施設が、自立困難な HIV 陽性者を偏見や差別なく受け入れることが期待されています。これらの事業者に対して、HIV 感染予防研修会を実施し、感染に関する正しい知識の普及、偏見や差別の解消に努めています。
- HIV 医療連絡会を開催し、滋賀県および各医療機関における現状と課題について協議をしています。

表3-3-16-6 HIV感染者・エイズ患者の届出年次推移（人）

年	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28
新規HIV感染者	9	2	1	2	5	6	4	4	6
新規エイズ患者	2	7	0	4	4	7	5	6	4
新規合計	11	9	1	6	9	13	9	10	10

表3-3-16-7 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)	県立総合病院(旧成人病センター)
	(湖東)	彦根市立病院
エイズ診療協力病院	大津	地域医療機能推進機構滋賀病院、市立大津市民病院、大津赤十字志賀病院
	湖南	県立小児保健医療センター、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、○ヴォーリス記念病院、国立病院機構東近江総合医療センター
	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

具体的な施策**(1) 人権を尊重した普及啓発および教育の推進**

- 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。

(2) HIV感染の予防

- 県民にHIV感染症・エイズに対する正しい知識を深めてもらうため、市町や関係機関と連携しながら、世代別や行動別に対象を絞るなど効果的・効率的な普及啓発活動を実施します。また、ラジオCM、しらがメール、twitter等による更なる周知、啓発も行います。

(3) 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

- 総合的かつ専門的なエイズ治療を行うエイズ治療中核拠点病院、エイズ診療拠点病院と関係医療機関等との連携体制の充実を図ります。
- HIV感染症対策専門家会議の意見を聞いて、エイズ治療中核拠点病院およびエイズ診療拠点病院、エイズ診療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。

- 感染者等の歯科治療が可能な一般歯科診療所を紹介します。

(4) HIV感染者の早期発見・早期治療体制の強化

- 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・相談体制を充実させ、相談・検査件数の増加により早期発見・早期治療に努めます。

(5) 医療機関等の関係者との連携強化

- HIV感染予防薬を診療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。
- 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、関係機関と協力して、通訳の確保など対応の充実を図ります。

《数値目標》

目標項目	現状値 (H28)	目標値 (H35)	備考
いきなりエイズ率	40.0%	25.0%	東京都・大阪府なみにする
HIV検査件数	775 件	1,400 件	人口千人あたり 1.00 件にする

③ 肝炎

目指す姿

- ウイルス性肝炎に感染しない
- ウイルス性肝炎に感染した場合でも適正な医療により重症化を防ぐ

取組の方向性

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

現状と課題

- ウイルス性肝炎は国内には B 型で 110～140 万人、C 型で 140～230 万人の患者がいると推計されており、人口比から県内でも 2～4 万人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、検査受検数は減少しており、更なる周知、啓発が必要です。
- 平成 21 年度（2009 年度）に肝疾患診療連携拠点病院 2 か所および肝疾患専門医療機関 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、平成 26 年度（2014 年度）からインターフェロンフリー治療に対する医療費助成を行い、治療の促進を図っています。
- 保健所で実施している B 型および C 型肝炎の一般相談は、平成 28 年度（2016 年度）3,470 件、B 型および C 型肝炎ウイルス検査数は 1,555 件であり、いずれも近年、減少傾向にあります。夜間検査等の実施やラジオ CM、しらがメール、twitter 等による未受検者への周知、啓発も行っています。
- 研修会の開催、県ホームページ等により肝炎についての正しい知識の普及啓発を行っています。
- 肝炎ウイルス検査陽性判定者への初回精密検査（平成 27 年度（2015 年度）から）、および治療終了後の経過観察者等の定期検査（平成 28 年度（2016 年度）から）の費用の助成を行っています。
- 拠点病院に相談窓口を設置し、患者等の保健指導を行うとともに、肝疾患専門医療機関との連

携を強化に努めています。

- 肝炎対策協議議会、肝疾患診療連携拠点病院等連絡協議会を開催し、滋賀県、各医療機関および患者団体における現状と課題について協議をしています。

表3-3-16-7 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 滋賀県医科大学医学部附属病院
肝疾患専門医療機関	大津	市立大津市民病院、地域医療機能推進機構滋賀病院
	湖南	県立総合病院(旧成人病センター)、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

具体的な施策

(1) 感染者の早期発見と正しい知識や予防対策の普及

- 県民に肝炎に対する正しい知識を深めてもらうため、市町や関係機関と連携しながら、世代別や行動別に対象を絞るなど効果的・効率的な普及啓発活動を実施します。また、ラジオ CM、しらがメール、twitter 等による更なる周知、啓発も行います。
- 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。
- 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検率向上を支援し、県民の受検率の向上を図ります。

(2) ウイルス感染者のための保健・医療提供体制の充実

- 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。
- 肝疾患診療連携拠点病院に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連携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。
- また、肝がん等の重症化への移行者を減らす目標を達成するためには、県民や関係者に肝炎への基本的な理解を広め、肝炎ウイルス検査の受検を促すこと(受検)、検査で陽性となった者が速やかに肝疾患に関する専門医療機関を受診すること(受診)、適切な診療を継続して受けること(受療)が重要であり、また、行政や医療機関が陽性者や患者の状況を把握して、必要な情報提供、受診や受療の勧奨等を行うこと(フォローアップ)が必要です。

これら4つのことが促進され、肝炎患者やその家族への支援が適切に行われるようにするため、肝炎に関する基礎的な知識や情報を提供し、地域や職域における肝炎への理解の浸透、肝炎患者やその家族からの相談に対する助言、行政や肝疾患診療連携拠点病院などの相談窓口の案内、肝

炎ウイルス検査の受検の勧奨、陽性者等に対する専門医療機関の受診の勧奨、医療費助成制度の説明などを行う肝炎医療コーディネーターを養成します。

- 保健・医療水準の向上のため医療関係者等に対する肝疾患医療技術・情報に関する研修の実施に努めます。
- 肝炎ウイルス検査陽性判定者に対する（精密）検査および治療終了後の経過観察者の定期検査費用の助成を行い、ウイルス性肝炎患者の重症化を予防します。

《数値目標》

目標項目	現状値（H28）	目標値（H35）	備考
保健所における肝炎ウイルス検査	B型C型： 1,555件	B型C型： 2,213件	H26（直近最多）の 1.1倍

17 その他疾病

(1) 慢性疼痛対策

現状と課題

- 慢性の痛みを来す疾患は、変形性脊椎症や腰痛症といった筋骨格系および結合組織の疾患から、神経疾患、リウマチ性疾患などの内科的疾患、更には線維筋痛症や複合性局所疼痛症候群等の原因不明のものまで多種多様です。
- 厚生労働科学研究によると、全人口の約 20%が慢性の痛みを有し、受診頻度も高く、就労困難やADL（日常生活動作）障害、QOL の低下を引き起こすなど、大きな社会問題となっています。
- 国において、平成 22 年度（2010 年度）に「慢性の痛みに関する検討会」提言がまとめられ、慢性の痛みに対する研究の推進や医療体制の整備を通じて、ガイドラインによる診療レベルの向上や国民に対する啓発などの慢性の痛みに対する対策を進められているところです。
- 全国的には「痛みセンター」が 22 か所に設置されており、滋賀医科大学医学部附属病院（ペインクリニック科）においても平成 25 年度（2013 年度）から設置されています。
- 滋賀医科大学医学部附属病院（ペインクリニック科）を中心に、チーム医療による集学的な疼痛治療システム構築の研究を行い、地域医療従事者（医師、看護師、理学療法士等）に対して慢性疼痛に関する現状や課題、適切な対処方法等についての研修会開催や、慢性の痛みに対する適切な管理と理解を広めるため医療従事者や県民への啓発活動を行っています。
- 医療従事者や県民が慢性の痛みについての理解を深め、適切な管理ができるための取組が必要です。

具体的な施策

- 滋賀医科大学医学部附属病院の痛みセンターが実施する医療従事者の育成や県民への啓発のための取組について支援します。

(2) 脳脊髄液減少症

現状と課題

- 脳脊髄液減少症は、交通事故やスポーツ外傷など、体への衝撃によって脊髄の硬膜が破れ、脳脊髄液が漏れ出し、減少することによって、頭痛やめまい、耳鳴など、さまざまな症状を呈する疾患です。
- 平成 24 年（2012 年）6 月にブラッドパッチ療法が先進医療として承認され、平成 28 年（2016 年）4 月から保険適用となりました。
- 県内で脳脊髄液減少症の検査および診断ができる医療機関は 11 か所で、治療ができる医療機関は 8 か所です。そのうちブラッドパッチ療法が可能な医療機関は 4 か所です。（平成 29 年 7 月末現在：健康寿命推進課調）
- 県の健康医療福祉部および教育委員会のホームページにおいて、脳脊髄液減少症の専用ページを設けて啓発を行っています。また、脳脊髄液減少症ホームページ（CSF JAPAN）についても県のホームページに専用バナーを記載し、更に情報の周知に取り組んでいます。
- 毎年、医療機関調査を実施しており、その際に各病院に対して、掲載ページの周知を行っています。

- 適切な医療が提供されるよう、医師向けの研修会を平成 27 年(2015 年)に実施しています。
- 医療機関において、診断基準に沿った検査・診断が行われることで、適切な医療が提供できる取組が必要です。
- 脳脊髄液減少症について、医療関係者や教育関係者等の理解促進が必要です。

具体的な施策

- 医療機関において、適切な治療が提供されるよう、関係機関と共同で開催している医療従事者向け研修会や意見交換会の中で、脳脊髄液減少症の病気の理解や診断・治療についての内容を取り入れます。
- 継続的に医療機関調査を実施し、県内の医療提供状況を把握するとともに、医療機関に対する啓発に取り組みます。
- 医療関係者や教育関係者等の理解促進・資質向上に向け、研修会や意見交換会の中に、脳脊髄液減少症の病気の理解や診断・治療についての内容を取り入れます。

(3) COPD（慢性閉塞性肺疾患）

現状と課題

- 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。かつて、肺気腫、慢性気管支炎と称されていた疾患が含まれます。
- COPD（慢性閉塞性肺疾患）の原因の 90%は、たばこの煙であり、喫煙者の 20%が COPD（慢性閉塞性肺疾患）を発症するとされています。
- 平成 27 年（2015 年）人口動態統計によると県内の COPD（慢性閉塞性肺疾患）による死亡者数は男性 149 人、女性 30 人です。年齢調整死亡率では、男性 8.5、女性 1.0 であり、全国の男性 7.4、女性 1.1 に比較して男性が高い傾向にあります。
- 平成 28 年度（2016 年度）「滋賀の医療福祉に関する県民意識調査」によると、COPD(慢性閉塞性肺疾患)の認知度(名前は聞いたことがある・どんな病気か知っている)は 32.2%であり、平成 24 年度（2012 年度）の 29.1%から 3.1 ポイント増加しているものの、まだ 3 割程度の認知度であり、引き続き啓発が必要です。
- 滋賀医科大学医学部附属病院を中心に、地域医師会、薬剤師会等関係団体とともに、在宅酸素療法、吸入指導ができるよう研修会を開催しています。
- 直接患者指導を行う薬剤師・看護師・リハビリテーション専門職等医療従事者の資質向上を目指した取組が必要です。
- 適切な医療が身近な地域で受けられるよう医師の資質向上が必要です。

具体的な施策

- COPD(慢性閉塞性肺疾患)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を推進します。
- 医師をはじめとした医療従事者向けの研修会を開催します。
- 市町健康増進事業における COPD(慢性閉塞性肺疾患)の健康教育の推進、支援を行います。

18 臓器移植・骨髄移植

(1) 臓器移植

目指す姿

- 県民が、臓器移植についての理解を深めるとともに、医療体制が整うことで、一人でも多くの患者の臓器移植が実現できる。

取組の方向性

- ア 臓器移植に対する正しい知識の普及啓発
- イ 臓器移植普及推進のための院内体制整備の促進

現状と課題

- 「臓器の移植に関する法律」の改正に伴い、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。
- 脳死下臓器提供の多くが家族（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広く啓発していく必要があります。
- 移植医療に関する正しい知識の普及啓発や臓器提供体制の整備および連絡調整のため、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、脳死下臓器提供可能医療機関の院内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」を県内の11医療機関に委嘱しています。
- 全ての脳死下臓器提供可能医療機関において体制が整備されているわけではないため、今後、滋賀県臓器移植コーディネーターと臓器移植院内コーディネーターが連携し、院内体制の整備を促進していく必要があります。
- 滋賀県健康づくり財団においては「腎・アイバンクセンター」を設置し、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。

具体的な施策

ア 臓器移植に対する正しい知識の普及啓発

臓器移植に対する正しい知識を県民に普及させるため、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、臓器移植普及推進キャンペーンでの街頭啓発や各種広報媒体を利用した啓発を広く実施し、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 臓器移植普及推進のための院内体制整備の促進

臓器移植院内コーディネーター連絡会や医療従事者、臓器提供に関わる関係者等を対象とした研修会を実施し、脳死下臓器提供可能医療機関における院内のマニュアル作成や臓器提供に関する院内研修会の開催、臓器提供シミュレーションの実施等の院内体制整備を促進します。

表3-2-18-1 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 可能施設	眼球摘出 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	○	○		○		
草津総合病院	○					
県立総合病院(旧成人病センター)	○	○				
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	○				○	

*上記は、臓器移植に関するマニュアルや院内研修会の開催、臓器提供シミュレーションを実施している医療機関。実際の移植の際は、状況や体制により、近隣府県と連携して移植を実施。

《数値目標》

目標項目	現状（H28）	目標値（H35）	備考
脳死下臓器提供可能医療機関	7病院	11病院	

(2) 骨髄移植

目指す姿

- 一人でも多くの移植希望者が一日でも早く移植を受けられる。

取組の方向性

- ア 骨髄移植推進のための普及啓発
- イ 骨髄提供希望者の登録推進
- ウ 提供できる環境の整備

現状と課題

- 平成29年(2017年)3月末現在、本県の骨髄移植の希望者数は16人で、提供希望登録者は4,207人です。これは、提供対象年齢人口千人あたり6.73人で、全国平均8.29人に比べ登録が少ない状況です。
- これまでに全国で20,547件の骨髄移植が行われており、うち本県の移植患者は217人、提供者は243人です。
- 現在、新規の登録は、献血併行型骨髄バンク登録会*におけるものが全体のほとんどを占めていますが、多くの献血会場でこの登録会を行うには、ドナー登録に関する説明員を確保する必要があります。
- 提供希望登録者が全国平均を下回っている状況にあることや、全国的な傾向と同様に、県内での登録者の高齢化が進む傾向にあり、新規の登録者を増やす必要があります。
- 骨髄移植の現状や正しい知識について一層理解が進むよう、更に普及啓発する必要があります。

具体的な施策

ア 骨髄移植推進のための普及啓発

- 日本骨髄バンク、滋賀県赤十字血液センター、ボランティア団体、市町等と連携し、骨髄バンク、骨髄移植の理解を促進するための啓発に取り組みます。
また、登録者の高齢化が進む傾向にあることから、学校における啓発など、若年層に対する啓発を強化します。

イ 骨髄提供希望者の登録の推進

- 献血併行型骨髄バンク登録会開催回数の増加を図るため、登録会開催に必要となる説明員について、レイカディア大学の卒業生に働きかけるなど、人材の確保に努めます。

ウ 提供できる環境の整備

- 企業等に対し「骨髄ドナー特別休暇制度」の創設を働きかけるなど、骨髄提供者が安心して提供できる環境の構築に努めます。

《数値目標》

目標項目	現状(H28)	目標値(H35)	備考
人口千人当たりの提供希望登録者数	6.73人	8.29人	

19 リハビリテーション

目指す姿

- 県民誰もがあらゆるライフステージ*において、持ちうる能力を活かし、自立して活動、社会参加しながら地域で暮らすことができる

取組の方向性

- (1) 医学的リハビリテーションの推進
- (2) 地域リハビリテーション*の推進
- (3) リハビリテーション提供体制の整備

現状と課題

- リハビリテーションは、国際生活機能分類（ICF*：International Classification of Functioning, Disability and Health）の考え方にに基づき、医学・教育・職業等様々な働きかけと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目指しています。
- 地域包括ケアシステム*構築におけるリハビリテーションの推進には、様々な分野をつなげる自助・互助・共助・公助における地域づくりの視点が必要です。

表3-3-19-1 地域包括ケアにおけるリハビリテーションが担う役割

■ 自助 ・ 疾病や暮らし方などの理解を深める支援 情報提供、研修（教育）など ・ 運動や生活が自己管理できるための支援 ・ 自立のための生活環境の工夫などに関わる支援	■ 互助 ・ 住民による支え合いが可能となる活動の支援 ・ 高齢者・障害者が交流できる場の創設支援 ・ 自助（セルフヘルプ）グループの育成と支援
■ 共助 ・ 早期にADL自立ができるためのリハ*（急性期） ・ 早期に自宅復帰できるためのリハ*（回復期） ・ 生活機能維持・向上のためのリハ*（維持期*・生活期） 通所・訪問リハ、福祉用具の選定、住宅改修など	■ 公助 ・ 介護予防・日常生活支援総合事業へのかかわり ・ 地域リハ活動支援事業の推進 ・ 連携活動への参画と推進 地域包括支援センターや健康福祉事務所との連携 ネットワークの構築活動

* リハ：リハビリテーションの略

※「全国リハビリテーション医療機関関連団体協議会」資料を一部改編

(1) 医学的リハビリテーションの状況

- 対象となる疾患や障害は、脳血管疾患、脊髄損傷、切断、骨関節疾患、神経疾患、リウマチ疾患等から、呼吸器疾患、心血管疾患、がん等の内科的疾患による全身の機能低下まで多岐にわたります。
- 急性期*・回復期*・維持期*（生活期）においては、診断・治療を経て、早期の離床やリハビリテーションにより廃用症候群を予防し、心身機能の改善やADL（日常生活動作）の向上が図

られています。

- 退院後の心身機能やADLの維持・向上だけでなく、生活機能（活動や参加を含む）やQOL等の向上に向けて、リハビリテーション専門職*を含めた多職種によるチームアプローチが少しずつ増えています。しかし、退院後に適切なリハビリテーション等のフォローがされないことで、患者の能力低下を招いている場合もあります。
- 急性期病院の在院日数が短縮化する中で、回復期病床の果たす役割が重要となります。県内の回復期リハビリテーション病床*は、平成24年度（2012年度）の14病院628床から平成29年（2017年）には15病院808床まで増加し、全ての二次保健医療圏に設置されました。
- 運動器、脳血管疾患、呼吸器の疾患別リハビリテーション料*については、全ての二次保健医療圏に届出医療機関がありますが、がん患者リハビリテーション料や心大血管リハビリテーション料については、湖西保健医療圏域では届出医療機関がありません。

表3-3-19-2 県内の疾患別リハビリテーション料届出医療機関数

二次保健医療圏	運	脳	呼	がん	心	認	難	障	
大津	20	15	8	4	5	0	0	0	運：運動器リハ*料Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ
湖南	21	11	9	4	5	0	0	3	脳：脳血管疾患等リハ*料Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ
甲賀	10	6	4	2	2	0	0	1	呼：呼吸器リハ*料Ⅰ、Ⅱ
東近江	18	15	5	2	2	1	0	0	がん：がん患者リハ*料
湖東	5	4	4	2	1	0	0	0	心：心大血管疾患リハ*料Ⅰ、Ⅱ
湖北	10	8	4	2	2	0	0	1	認：認知症患者リハ*料
湖西	4	4	4	0	0	0	0	0	難：難病患者リハ*料
計	88	63	38	16	17	1	0	5	障：障害児（者）リハ*料

*リハ：リハビリテーション

（近畿厚生局届出状況 平成29年10月1日現在）

- 障害児（者）リハビリテーション料を算定している病院は5か所、認知症患者リハビリテーション料を算定している病院は1か所となっています。届出医療機関以外でのリハビリテーションの提供もありますが、運動器や脳血管疾患に対するリハビリテーションと比較して、小児期や障害者にかかるリハビリテーションの実施機関は少ない状況です。
- 高次脳機能障害や脊髄損傷、神経難病のリハビリテーションの受入れができる病院は増えていますが、障害特性に応じた専門的なリハビリテーションの提供体制は十分とはいえない状況です。
- 脊髄損傷や高次脳機能障害は、長期の入院期間を必要とする場合が多く、現状の医療制度では回復期の入院期間だけでは、社会参加までの支援が十分にできない事例があります。
- 神経難病については、発症早期からのリハビリテーションの有効性が示されていますが、難病患者リハビリテーション料を算定している病院は県内にはありません。
- 若年者では、医学的リハビリテーションと併せて、就労等の社会復帰に向けたリハビリテーションが受けられる県外の医療機関等を利用している事例があります。
- ICT*やロボットの活用を行うことにより、効果的なリハビリテーションが提供できることが報告されていますが、県内の病院においては、積極的なロボットの導入は少ない状況です。

- 小児から高齢者まで全てのライフステージ*に応じたリハビリテーションが身近な地域で提供されることが求められています。
- 今後、患者数の増加が見込まれる、がんや心血管疾患、認知症のリハビリテーションは、身近な地域で受けられる体制整備が必要です。
- 退院した後も能力低下に陥らないよう、包括的な合併症管理等、疾患特性に応じた適切な維持期*（生活期）リハビリテーションが継続的に提供できる体制が必要です。
- 社会参加に向けた就学や就労等の具体的なリハビリテーションや、日常生活の維持に必要な短期集中リハビリテーションの提供等、障害特性に応じた医療福祉一体的なリハビリテーションプログラムの提供が求められています。
- ICT*やロボットの普及については診療報酬上の課題等がありますが、効果的なリハビリテーションの提供につながるよう、情報の収集と県民や県内病院等の関係機関への情報発信が必要です。

（２）地域リハビリテーション*の状況

ア リハビリテーションサービスの状況について

- 高齢者の介護予防については、心身機能の維持・向上だけでなく、地域の中で生きがいや役割を持って生活できるような居場所や出番づくりなど、高齢者の取り巻く環境への働きかけも含めた取組を進めています。
- 市町の介護予防・日常生活支援総合事業*において、高齢者の自立に向けた取組を進めるため、リハビリテーション専門職*の 3 職種（理学療法士*・作業療法士*・言語聴覚士*）を二次保健医療圏単位で人材派遣する体制整備を進め、平成 29 年度（2017 年度）は 7 圏域で派遣を実施しています。
- これにより、全ての市町において、介護予防・日常生活支援総合事業*にリハビリテーション専門職*が関わっています。しかし、多職種が協働して高齢者の自立に資するケアマネジメントを実施する個別ケースレベルの地域ケア会議へのリハビリテーション専門職*の関与は、16 市町（平成 28 年度）となっています。リハビリテーション専門職*が関与する個別ケースレベルの地域ケア会議を推し進めるために、平成 29 年度（2017 年度）から国のモデル事業として介護予防活動普及展開事業を日野町で実施しています。
- 通所療育教室等の児童発達支援事業所等を利用する児童は増加しています。特に医療的ケア児が増加しており、受入れ施設が限られている状況です。
- 障害のある人は、学校生活や就労等の場で引き起こされる身体の痛み等の二次障害により、ADL の低下や就労の継続に影響が生じることがあり、平成 20 年度（2008 年度）から県立リハビリテーションセンターが県内の障害福祉サービス事業所等を訪問し、作業姿勢の評価・改善にかかるアドバイスや事業所向け研修会等を実施していますが、十分な支援に繋がっていません。
- 障害のある人や児童が、学校における活動や就労等を長く継続できるように、障害特性の理解を深めた対応が必要なことから、県立リハビリテーションセンターが学校や働き・暮らし応援センターと連携し、医学的リハビリテーションの視点を取り入れた取組を進めていますが、一部の限られた対象者に留まった支援となっています。
- 市町はリハビリテーション専門職*を雇用し、日常生活圏域で専門職に相談できる体制整備

を進めています。平成 29 年度（2017 年度）は 14 市町（大津市、彦根市〔愛荘町、豊郷町、甲良町、多賀町〕、長浜市、草津市、栗東市、野洲市、湖南市、高島市、東近江市、米原市）で雇用されています。市町に雇用されているリハビリテーション専門職*は、主に高齢者主管課に配属されているため、小児や障害分野にかかる相談に対して十分な対応ができていない状況です。

- リハビリテーション専門職*による個別ケースレベルの地域ケア会議への支援が、全ての市町で実施されることが必要です。
- 市町の介護予防・日常生活支援総合事業*に ICF の考え方に基づいたリハビリテーションの視点が取り入れられるよう、事業の企画から評価まで医師を含めて専門職が総合的に関与できることが必要です。
- 通所療育教室等の児童発達支援事業所等において、リハビリテーション専門職*等の医療職種による支援が求められています。
- 障害福祉サービス事業所や学校等の関係者が二次障害予防の取組や障害特性を踏まえた対応を行えるよう、日常生活圏域における支援体制の充実を図ることが必要です。
- 住民の身近な地域において、ライフステージ*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、リハビリテーション相談支援体制の整備が求められています。

イ 連携体制について

- 高次脳機能障害や脊髄損傷、神経難病については、就学や就労、社会生活の維持等を目的とした個別性の高いリハビリテーションや支援が必要となることから、医療機関でのリハビリテーションのみならず、当事者団体を含めた多機関・多職種によるチームアプローチが重要ですが、十分には行われていません。
- 県立リハビリテーションセンターが関係機関と連携して、高次脳機能障害者の就労を目的とした集団プログラムや、脊髄損傷者のスポーツ体験や外出訓練等、社会参加に向けた様々なプログラムを行ってきましたが、一部の対象者への実施に留まっている状況です。
- 各圏域において、市町や健康福祉事務所が調整し、関係職種が集まり、様々な機会にリハビリテーションにかかる情報共有や協議が行われる機会が増えつつあります。
- 各関連団体で構成される滋賀県連携リハビリテーション学会は、平成 28 年度（2016 年度）から多職種連携学会と名称を変更し、リハビリテーション専門職*だけでなく、当事者や家族、多職種・多機関が連携した取組を推進しています。
- 医療機関において、就学や就労等、具体的な社会生活への移行にかかる関係団体や関係支援機関との連携が更に必要です。
- 高次脳機能障害や脊髄損傷、神経難病の方の社会参加が身近な地域で展開されるよう、当事者団体の意見を取り入れながら関係機関が連携し、取組を上げていくことが必要です。
- リハビリテーションにかかる地域の実態や課題を集約し、ICF*の考え方に基づいたリハビリテーションの観点から総合的なマネジメントが推進できるよう、県立リハビリテーションセンターと市町や健康福祉事務所との連携強化が必要です。
- 多職種連携学会等を通じて、多職種・多機関の取組を有機的なネットワークの形成等につなげていく必要があります。

ウ リハビリテーションの啓発と地域づくり

- リハビリテーションは、単に機能回復だけでなく、個人の生きがいや価値観等も考慮しながら

ら機能予後*の見通しを踏まえて、患者自らが具体的な活動や社会参加を目標に取り組むことが重要ですが、リハビリテーションは専門職に行ってもらえるものであるという認識が一般的となっています。

- 年齢や障害の有無に関わらず、その人らしく役割をもちながら生活できるよう、県民の健康に対する意識の向上や、地域リハビリテーション*の推進を図ることを目的に、県立リハビリテーションセンターが公開講座等のリハビリテーションに関する啓発を行っています。
- リハビリテーション専門職*の3団体や関連機関においても、疾病や障害のある人だけがリハビリテーションの対象でなく、予防から行うリハビリテーションの必要性や効果について、広報活動や講座の開催等が行われています。
- リハビリテーションは専門職だけが行うものではなく、県民自身が主体的に自助・互助・共助の取組を進めていくための意識の醸成が必要です。
- 県民自らが活動や社会参加に向けたリハビリテーションに取り組めるよう、保健・医療・福祉・教育・職業等にかかるリハビリテーションの情報を総合的に収集し、わかりやすく提供する必要があります。

(3) リハビリテーション提供体制

ア 県立リハビリテーションセンターの現状

- 県立リハビリテーションセンターは、平成18年度(2006年度)に開設され、全県から高次脳機能障害や脊髄損傷の方を受け入れるため、回復期の機能に重点を置いた取組を進めてきました。しかし、各二次保健医療圏における回復期病床が増加してきたことや、高次脳機能障害や脊髄損傷についても他の病院での受入れが進んでおり、全県からの患者の受入れは減少傾向にあります。
- 県福祉用具センターにおいて、障害特性に合った福祉用具や補装具の選定・生活環境の調整などの相談に対応しています。
- 県内のリハビリテーションに関連する施設は、リハビリテーションセンター医療部門(県立総合病院(旧成人病センター))、支援部門(県直営)、県立むれやま荘、県福祉用具センター等がありますが、運営主体が異なっており、また、所在地も点在していることから、一部の事業では連携していますが、多くの日常業務の施設間の連携は乏しい状況です。
- 県立リハビリテーションセンターが、保健・医療・福祉・教育・職業等、様々な関係機関に働きかけ、ICF*の考え方に基づいた支援を展開していますが、各分野における個別支援が中心となっており、地域で継続できる取組には至っていません。
- 県立リハビリテーションセンターが担うべき医療機能は、特定の疾病や障害(高次脳機能障害や神経難病等)に対し、全県を視野に入れた高度先進的な医学的リハビリテーションを提供することです。
- また、他の医療機関や専門機関と連携し、社会参加までを視野に入れたリハビリテーションを提供する必要があります。
- 県立リハビリテーションセンターにおいて、医学的リハビリテーションや地域リハビリテーション*の機能と、社会生活に必要な支援とを一体的に行える体制が必要です。
- 県立リハビリテーションセンターの地域支援機能として、様々な分野をつなげ、自助・互助・共助・公助における地域づくりを推進することが必要です。

- 県立リハビリテーションセンターが、県全体を視野に総合的なリハビリテーションが提供できる機能を担うことが必要です。

イ 人材の確保・育成

- リハビリテーション専門医および病院や介護保険サービス施設・事業所に従事する人口 10 万人当たりのリハビリテーション専門職*の数は、全国と比べて少ない状況です。

表3-3-19-3 リハビリテーション専門医数

	滋賀県	全国
リハビリテーション専門医	22 人	2,273 人
対人口 10 万人	1.6	1.8

(平成 28 年度 日本リハビリテーション医学会)

表3-3-19-4 病院に従事するリハビリテーション専門職数

	滋賀		全国	
	常勤換算数	対人口 10 万人	常勤換算数	対人口 10 万人
理学療法士	620.5	44.5	70,492.4	56.2
作業療法士	329.2	23.6	41,376.0	33.0
言語聴覚士	111.3	8.0	14,256.7	11.4

(平成 27 年度 厚生労働省病院報告)

表3-3-19-5 介護保険サービス施設・事業所に従事するリハビリテーション専門職数

	滋賀		全国	
	常勤換算数	対人口 10 万人	常勤換算数	対人口 10 万人
理学療法士	205	14.5	28,345	22.3
作業療法士	93	6.6	16,980	13.3
言語聴覚士	26	1.8	3,218	2.5

(平成 27 年度 厚生労働省 介護サービス施設・事業所調査)

- 県内の養成施設は、平成 29 年（2017 年）4 月現在、1 施設であり、入学定員は理学療法士養成課程 80 人、作業療法士養成課程 40 人です。
- 県立高等学校卒業生を対象とした進学調査では、平成 28 年（2016 年）3 月卒業生のうち 200 人がリハビリテーション専門職*の養成校に進学していますが、そのうち 152 人は県外の養成校に進学し、その約 8 割にあたる 117 人が 4 年制大学に進学しており、大学志向の傾向にあります。
- 平成 29 年度に県内のリハビリテーション専門職に行った実態調査によると、県内の病院で従事する理学療法士*、作業療法士*の 46.4%が経験年数 5 年未満となっています。
- 県立リハビリテーションセンターにおいて、リハビリテーションに関わる全ての職種を対象とした教育研修事業を行っています。平成 23 年度（2011 年度）の研修参加者の合計人数は 380 人でしたが、平成 28 年度（2016 年度）には 689 人に増加しています。

- リハビリテーション専門職*を志す高校生等が、県内で進学できる機会の確保が必要です。
- 地域包括ケアシステム*の深化を見据えた在宅療養を推進するためには、リハビリテーション専門医およびリハビリテーション専門職*（特に作業療法士*、言語聴覚士*）を確保するとともに、体系的な人材育成を進める必要があります。
- 保健・医療・福祉・教育・職業等、様々な分野の従事者が継続的にリハビリテーションについて学べる機会が必要です。

ウ 中核となる人材育成・地域展開

- 子どもから高齢者までを対象にしたリハビリテーションを身近な地域で推進するためにリハビリテーション専門職*の旗振り役となれる中核的人材の育成を平成 29 年度（2017 年度）から県立リハビリテーションセンターにおいて行っています。
- 今後も中核的人材の育成に取り組む必要があります。

エ 県民意識の醸成

- 高齢者や障害のある人が望む生活を送るには、「してもらいリハビリ」から「自分でするリハビリ」として考えることが必要ですが、県民に対して十分な啓発ができていません。
- 子どもから高齢者まであらゆるライフステージ*において、どのような心身状態であっても、住み慣れた地域で社会参加できることの理解が県民に対して深まることが重要です。
- 当事者や家族が主体となって、地域リハビリテーション*に取り組むための啓発が必要です。

具体的な施策

（１）医学的リハビリテーションの推進

ア 疾患別リハビリテーションの推進

- がん・呼吸器・心血管疾患・認知症等、今後増加が見込まれる疾患に対する医学的リハビリテーションの充実や、ライフステージ*に応じた医学的リハビリテーションが全ての二次保健医療圏で実施されるよう、医師会やリハビリテーション専門職*の団体に研修機会等が設けられるように働きかけます。

イ 高次脳機能障害、脊髄損傷、神経難病等の質的向上

- 医師やリハビリテーション専門職*等、医療従事者への障害特性の理解のための啓発・研修会を開催し、医療機関における家族への障害特性や地域生活に関する家族教育等が充実されるよう働きかけます。
- 高次脳機能障害が適切に診断され、障害特性を理解した上で、回復期病院から退院後に必要な支援につながる体制を強化します。

ウ 先進技術の活用

- ICT*の活用や最新のロボット技術の導入が円滑に進むよう、県立リハビリテーションセンターが情報の収集や発信を行います。

（２）地域リハビリテーション*の推進

ア リハビリテーションサービスの整備と充実

① 介護予防、二次障害予防の推進

- 市町が実施する介護予防・日常生活支援総合事業*に対して、リハビリテーション専門職*が積極的に関与して技術的助言や支援ができるよう、専門職の所属する医療機関や事業所の

ほか、関係団体等との関係者間調整に努めます。

- 障害福祉サービス事業所や学校の関係者が、自立や社会参加に向けた支援や二次障害予防の取組を行えるよう、関係機関等と継続的な支援が行える仕組みや体制について検討します。

② 急性期*・回復期*・維持期*（生活期）リハビリテーションの質の向上と切れ目のない体制整備

- 退院支援において、本人の持ちうる能力を活かした支援が行われるよう、リハビリテーション専門職*の資質向上を図ります。
- 関係機関・団体が連携し、急性期*・回復期*・維持期*（生活期）・在宅生活におけるサービスについて、生活の質の向上に向けた切れ目のないリハビリテーションの提供体制の整備を図ります。

③ ライフステージに応じた適切な総合的リハビリテーションサービスの提供

- 日常生活圏域において、高齢分野だけでなく小児や障害の分野からの相談等にも対応できるよう、地域の事情に応じたリハビリテーション相談支援体制の構築に向けた検討を行います。また、県では相談内容に応じて関係機関が連携し、支援にあたることのできる全県対応の相談支援体制の整備を図ります。

イ 連携活動の強化とネットワークの構築

- 保健・医療・福祉・教育・職業等、行政や関係機関・団体が連携し、リハビリテーションの取組の推進を図れるよう、有機的なネットワークを構築します。
- ピアサポート（同じような立場にある人のサポート）や自助グループが行う社会参加に向けた活動等、当事者の視点にたったリハビリテーションの充実を図れるよう、当事者団体や関係機関の協働支援を推進します。
- 県立リハビリテーションセンターと健康福祉事務所が協働して、リハビリテーションに係る地域の実態や課題を集約し、ICF*の考え方に基づいたリハビリテーションの視点を加えて、地域をマネジメントできる体制づくりを検討します。
- 関係機関・団体が協働し、多職種連携学会等を通じた有機的な取組を推進します。

ウ リハビリテーションの啓発と地域づくりの支援

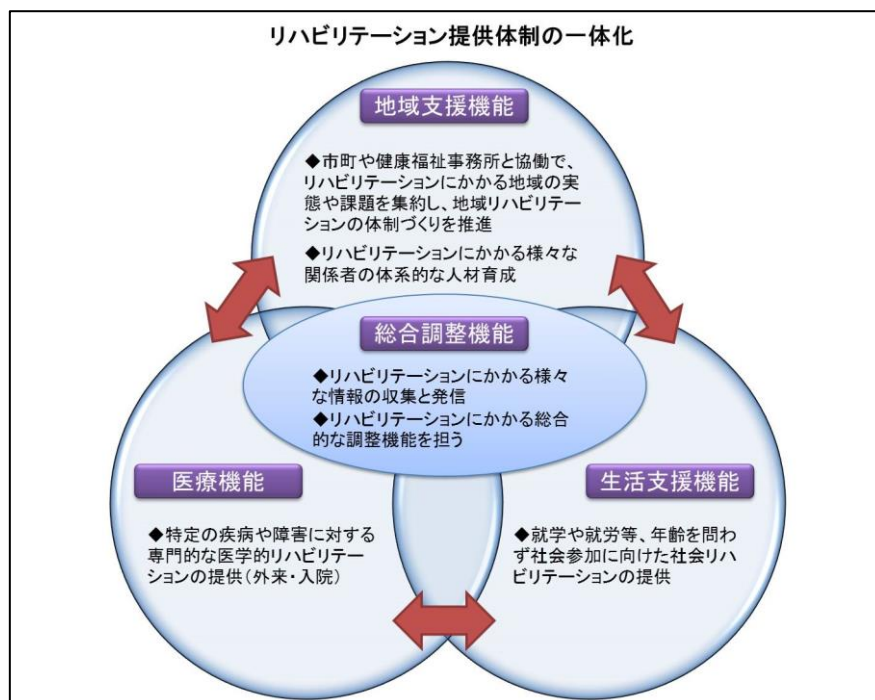
- リハビリテーションの目的は、住み慣れたところでそこに住む人々とともに、その人の望む生活が送れることにあります。当事者や家族の主体的な活動や自立支援を促す社会を構築していくために、当事者や家族だけでなく、その地域で生活する全ての人がこの考え方を理解できるように啓発等の取組を推進します。
- 県民自らが活動や参加に向けて取り組めるよう、県立リハビリテーションセンターが、保健・医療・福祉・教育・職業等にかかるリハビリテーションの情報を総合的に収集し、わかりやすく提供します。
- 地域包括ケアシステム*の構築に向けて、日常生活圏域の中で、県民自らが主体的に行う活動（自助）や、住民同士の助け合い（互助）、医療保険や介護保険等の社会保障制度・サービス（共助）、生活保護等の公的サービス（公助）など、それぞれの力を重層的に活かし、ICF*の考え方に基づいたリハビリテーションの観点から地域づくりを推進します。

(3) リハビリテーション提供体制の整備

ア 県立リハビリテーションセンターの再構築

- 県立リハビリテーションセンターの医療機能では、継続的にリハビリテーション医療を必要とする特定の疾病・障害（高次脳機能障害や脊髄損傷、神経難病等）に対して、高度先進的なリハビリテーションの提供や、就学や就労等の社会参加につなげるプログラムの研究開発等を行います。
- また、障害特性に応じた環境調整や短期集中リハビリテーション等、若年の障害のある人に対する医学的リハビリテーションの充実を図ります。
- リハビリテーション専門職*の団体と協働し、地域包括ケアシステム*構築に向けた地域リハビリテーションの展開を図るとともに、地域リハビリテーション*の旗振り役となれるリハビリテーション専門職*の中核人材の育成を進めます。
- リハビリテーションにかかる県内外の先駆的な取組や、ICT*やロボット等、医療介護分野等にかかる先進技術について情報収集と実践を行い、わかりやすい形で情報発信します。
- 健康福祉事務所と協働してリハビリテーションにかかる地域の実態や課題を集約し、リハビリテーションの観点から三次機関として県域を俯瞰的に捉え、県民の健康増進、社会参画につながるリハビリテーションの体制づくりを進めます。
- 年齢や障害を問わず、リハビリテーションにかかる相談等に総合的に対応できるよう、ピアサポート、福祉用具の普及や義肢装具の適正利用等、専門的な相談の充実を図るとともに、様々な分野のリハビリテーションにかかる課題に対する取組が推進されるよう調査研究等を進めます。また、関係機関や団体と協働し、県域における総合的なリハビリテーションが提供されるための基盤形成を進めます。
- あわせて、県民や様々な分野の支援者が地域リハビリテーションの担い手となれるよう、県民や支援者等へのリハビリテーションの理解促進を図ります。
- 子どもから高齢者まで全世代を対象に、それぞれのライフステージ*に応じた活動や社会参加につながるリハビリテーションが提供できるよう、リハビリテーションの知識・技術を活かしながら、保健、介護、福祉、教育、職業等、様々な分野を総合的に調整できるハブ機能を備え、医療福祉の一体的なサービス提供を行うため、県立リハビリテーションセンターの機能の再構築を目指します。

図 3-3-19-6 県立リハビリテーションセンター機能 イメージ図



イ 人材の確保・育成

- リハビリテーション専門職*の県内定着、県内誘導を図るために、修学資金制度の運用を行うとともに、医療福祉拠点整備事業（医療福祉関係団体の事務所機能の集約や各職種連携を進める医療福祉センター機能および不足するリハビリテーション専門職*の人材養成機能等を併せ持つ医療福祉拠点を、県庁周辺県有地を活用して事業者提案により整備する事業）等により、大学等の高等教育機関の整備を促進します。
- 保健・医療・福祉・教育・職業等様々な分野の多職種が、リハビリテーションについて共通理解ができ、専門的技術が習得できるなど、多職種協働でリハビリテーションの推進が図れるための人材を育成します。
- 医師やリハビリテーション専門職*の関係団体と意見交換しながら、体系的な人材育成体制の整備を図ります。

ウ 中核となる人材育成・地域展開

- 地域ごとのリハビリテーション推進の中核を担う責務があることを自覚し、総合知識を習得した、各地域における旗振り役となれる人材の育成を推進するとともに、地域での活動展開のあり方についての検討を進めます。

エ 県民意識の醸成

- 当事者や家族の意識の醸成に向けて、啓発媒体を作成するなどして、当事者や家族自らがリハビリテーションに取り組めるよう支援します。

《数値目標》

目標項目	現状値	目標値（H35）	備考
県内で従事するリハビリテーション専門職の確保	（精査中）	（検討中）	
地域リハビリテーションの中核を担う人材の育成	0 人	60 人	
個別ケースレベルの地域ケア会議にリハビリテーション専門職を活用する市町の増加	16 市町（H28）	19 市町	

20 障害保健医療福祉

目指す姿

- 障害の特性や状態、それぞれのライフステージに応じた保健・医療・福祉が連携した支援により、障害のある人が地域で生活を送ることができている

取組の方向性

- (1) 重症心身障害児者への支援の充実
- (2) 子どもの障害への支援の充実

現状と課題

(1) 障害保健医療福祉の現状

- 本県における平成28年度(2016年度)末の障害者手帳の所持者は、身体障害者手帳 53,679 人、療育手帳 13,080 人、精神障害者保健福祉手帳 9,024 人となっています。
- 重症心身障害などの障害の特性や状態、子どもの障害などのライフステージ、それぞれに応じて提供されている保健、医療、福祉サービスの充実が求められています。

ア 重症心身障害

- 医療型障害児入所施設や療養介護事業所において、入所支援が必要な障害児者に対して、医療と介護を併せて提供しています。
- 施設入所者以外にも医療的ケア等の様々な支援が必要な在宅の重症心身障害児者は、平成25年(2013年)の538人から平成29年(2017年)の556人(いずれも4月1日現在：障害福祉課調べ)へと、増加傾向にあります。
- 重症心身障害児者が地域で生活をしていくために、短期入所等の家族のレスパイト*等のためのサービスや、医療的ケアに対応できる生活介護等の通所の場、グループホーム等の居住の場が必要となっています。
- 重症心身障害児者や医療的ケアが必要な障害児者に対応できる地域の医療機関の充実や専門的支援が可能な人材の確保・育成が必要となっています。

イ 子どもの障害

- 市町が実施する乳幼児健診による障害の早期発見と各市町の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)や県立小児保健医療センター(療育部)において、早期発見・早期支援を実施しています。
- より身近な地域での療育支援が受けられるよう市町単位での児童発達支援等の充実や重度障害児の受入れ体制の整備が求められるとともに、県立小児保健医療センター(療育部)においては、市町で対応困難な医療面の支援が必要な児童への対応や市町事業所等に対する支援が求められています。
- 医療技術の進歩等により医療的ケアの必要な児童が増えており、その支援の充実が求められ

ています。

- 放課後等デイサービス事業所の増加により、障害をもつ就学児童の支援の場は広がっていますが、重症心身障害児や医療的ケアが必要な児童に対応できる事業所は少ない現状にあります。また、事業所により支援の質に差があることから、支援の質の向上が求められています。

具体的な施策

障害のある人の地域生活を実現するための医療的ケアと福祉サービスの一体的な支援体制の整備、障害の早期発見と早期支援の推進、重症心身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

- 重症心身障害児者や医療的ケアに対応できる短期入所や生活介護事業所、グループホーム等の整備を促進します。
- 障害者自立支援協議会等において、重症心身障害児者・医療的ケア児への支援に関する関係機関の連携の強化や専門的ケアマネジメントを含む支援体制の整備を検討し、支援の充実に努めます。
- たんの吸引等の医療的ケアを行う介護職員等専門職員等、重症心身障害児者・医療的ケアが必要な障害児者の支援に対応できる人材の養成を推進します。

(2) 子どもの障害への支援の充実

- 県立小児保健医療センターにおいて、重症心身障害児や医療的ケア児等に対する専門的な医療・療育の一体的な提供を図ります。
- 県は県立小児保健医療センター（療育部）を中心に、地域の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。
- 県は医療的ケア児に関する協議会（障害者自立支援協議会）において、医療的ケア児への支援に関する関係機関の連携の強化や支援体制の整備を検討し、支援の充実に努めます。
- 身近な地域で支援を受けられるよう市町や圏域ごとに重症心身障害児等に対応できる児童発達支援事業所や放課後等デイサービス事業所の整備が促進されるよう支援に努めます。
- 県は保育所等において医療的ケア児を受け入れるため看護師等を派遣するなどの体制整備を行う市町を支援し、地域生活支援の向上を図ります。

《数値目標》

目標項目	現状値（H28）	目標値（H35）	備考
レスパイト入院*受入れ可能病院および医療型短期入所*可能事業所（再掲）	3/7 圏域	各二次保健医療圏域に1 か所以上整備	

2 1 薬事保健衛生

(1) 医薬品の適正使用

目指す姿

- 県民がかかりつけ薬局を持ち、地域で暮らす患者本位の医薬分業*の実現
- 電子版お薬手帳が活用されている

取組の方向性

- (1) 医薬品情報の収集および提供システムの充実と医療現場における医薬品適正使用の推進（医薬分業の推進）
- (2) 医療関係者の教育・研修の充実

現状と課題

- 平成 28 年度（2016 年度）末現在の本県の後発医薬品割合（数量ベース）は 67.0%、全国 66.8%であり全国 29 位となっています。また、平成 28 年度（2016 年度）末現在の本県の医薬分業率は 70.7%（処方箋約 767 万枚）、全国 71.7%であり、全国 28 位となっています。
- かかりつけ薬剤師・薬局として、患者服薬情報の一元化・継続的な把握や在宅での対応を含む薬学的管理・指導などの機能を果たし、地域で暮らす患者本位の医薬分業の実現に取り組むべく、医薬品の適正使用に関する知識の普及啓発を行う必要があります。
- 平成 29 年（2017 年）10 月末現在、本県での電子お薬手帳（カード）発行数は 62,666 枚であり、県民の約 4.4%となっています。導入施設は 224 薬局、3 病院です。
- 品質、有効性および安全性を確保した医薬品等が速やかに供給されるよう、医薬品等製造販売業者、製造業者への立入調査を行っています。
- 平成 28 年度（2016 年度）末現在、本県の薬局や医薬品等販売業数は 5,579 施設あり、医薬品等はこれらの営業者を通じて県民に情報とともに提供されています。毎年、これらの約 20% に当たる施設について、時期を定めて一斉監視指導を実施しています。

具体的な施策

- (1) 医薬品情報の収集および提供システムの充実と医療現場における医薬品適正使用の推進（医薬分業の推進）
 - ICT（電子お薬手帳等）の活用を地域の中で推進することにより、重複頻回受診や残薬軽減、医療従事者の負担軽減に加えて、医薬品の飲み合わせによる相互作用の確認や副作用の防止などが期待できます。調剤履歴が基礎データとして蓄積され、薬局のみならず医師、看護師、介護福祉士などと共有することにより総合的な健康サポート薬局*機能の充実を図ります。
 - 一般用医薬品を含めた医薬品に関する休日・夜間お薬電話相談体制を維持します。
 - 県民への普及啓発活動として、毎年「薬と健康の週間（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。

(2) 医療関係者の教育・研修の充実

- 在宅医療推進のため、かかりつけ薬剤師・薬局を対象に関係団体が実施する自主研修の充実に努めます。
- 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。
- 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。
- 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。

《数値目標》

目標項目	現状値 (H28)	目標値 (H35)	備考
後発医薬品使用割合 (数量ベース)	67%	80%以上	
電子お薬手帳の普及率	県民の約4.4% (H29.10月現在)	県民の20%	
在宅医療支援薬局	30% (H29.10月現在)	50%	
在宅ホスピス薬剤師	45名 (H29.10月現在)	10%	
医薬品等による健康被害発生数	0件	0件	

(2) 血液製剤

目指す姿

- 血液が将来にわたり、需要に応じて安定的に確保できる

取組の方向性

- (1) 地域全体での献血の普及啓発
- (2) 若年層献血の推進
- (3) 血液製剤*の適正使用の促進

現状と課題

- 現在、血液の需給調整は、近畿ブロックをひとつの単位として行われており、ブロック内において需給バランスが維持されています。
- 平成28年度(2016年度)の本県の献血者数は45,572人、うち10代の献血者数1,637人、20代の献血者数5,988人です。
- 平成28年度(2016年度)の16歳から19歳までの若年層の献血率が2.8%(全国平均5.2%)と全国でも最下層となっています。
- 高齢化の進展や医療の高度化に伴う血液の需要増大、少子化による献血者の減少により、現在のままの献血率で推移すると将来的に血液の需要に対応できなくなることが予測されます。
- 将来にわたり安定的な血液を確保する観点から、若年層の献血に対する気運を醸成する必要があります。

具体的な施策

(1) 地域全体での献血の普及啓発

- 広報誌やインターネットなど様々な媒体を活用した献血情報の発信に努めるとともに、滋賀県赤十字血液センター、市町、ボランティア団体、企業、学校など関係機関との連携により地域における献血者の確保を図ります。

(2) 若年層献血の推進

- 高等学校における献血学習の実施や献血セミナーの実施、学生ボランティアによる啓発イベントの開催、血液センターや市町と連携したキャンペーンの実施など、若年層を対象とした啓発に努めます。

また、高等学校や大学における献血を促進するため、教育委員会、学校、滋賀県赤十字血液センターとの一層の連携を図ります。

(3) 血液製剤の適正使用の促進

- 輸血療法を行う医療機関等による合同輸血療法委員会の開催や、医療機関における血液製剤の適正使用に関する研修の開催など、安全で適正かつ効率的な輸血療法の推進を図ります。

《数値目標》

目標項目	現状値 (H28)	目標値 (H35)	備考
全献血者に占める 10 代から 20 代の割合	16.7%	21.4%	

(3) 薬物乱用防止対策

目指す姿

- 薬物乱用を許さない社会環境

取組の方向性

- (1) 未然防止対策としての教育・予防啓発の一層の充実・強化
- (2) 薬物乱用を許さない社会環境づくり

現状と課題

- 近年、全国的に薬物乱用の低年齢化が進んでおり、特に青少年への大麻乱用を助長する恐れが生じているため、引き続き、若年層への啓発を強化し、関係団体と協働して薬物乱用の撲滅に取り組んでいくことが必要です。
- 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。
- 小・中・高等学校の薬物乱用防止教室では、学校医や学校薬剤師が積極的に協力しています。
- 平成 27 年（2015 年）4 月に「滋賀県薬物の濫用の防止に関する条例」を制定し、県内で濫用の恐れがある物質を知事指定薬物として指定する体制を整えるとともに、警察と連携し、危険ドラッグの販売業者等に対する監視体制の強化に努めています。

具体的な施策

(1) 未然防止対策としての教育・予防啓発の一層の充実・強化

- 小・中・高校での薬物乱用防止教室では、啓発用副読本や DVD 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、学校医および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薬物に関する正しい知識の普及・啓発教育を実施し、20 歳未満の薬物検挙者ゼロを目指します。
- 関係機関・団体との協働による街頭啓発や実行委員会形式での「危険ドラッグ等薬物乱用防止キャンペーン」などを継続的に実施します。

(2) 薬物乱用を許さない社会環境づくり

- 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啓発活動の推進を図ります。
- 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。
- 薬物乱用に関する相談については、精神保健福祉センター、保健所、薬務感染症対策課が窓口となり、薬物依存症を有する患者等の支援に努めます。

第4章 健康危機管理の充実

1 健康危機管理体制

目指す姿

- 従来想定し得なかった健康危機事案発生時にも、関係機関の連携・協力により、迅速かつ適切な対応がとれている

取組の方向性

- (1) 関係機関との連携強化
- (2) 職員の資質向上
- (3) 適切な初動対応

現状と課題

- 県民の生命と健康の安全を脅かす事態は、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、治療等の健康危機管理は、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、健康医療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。

具体的な施策

(1) 関係機関との連携強化

- 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。

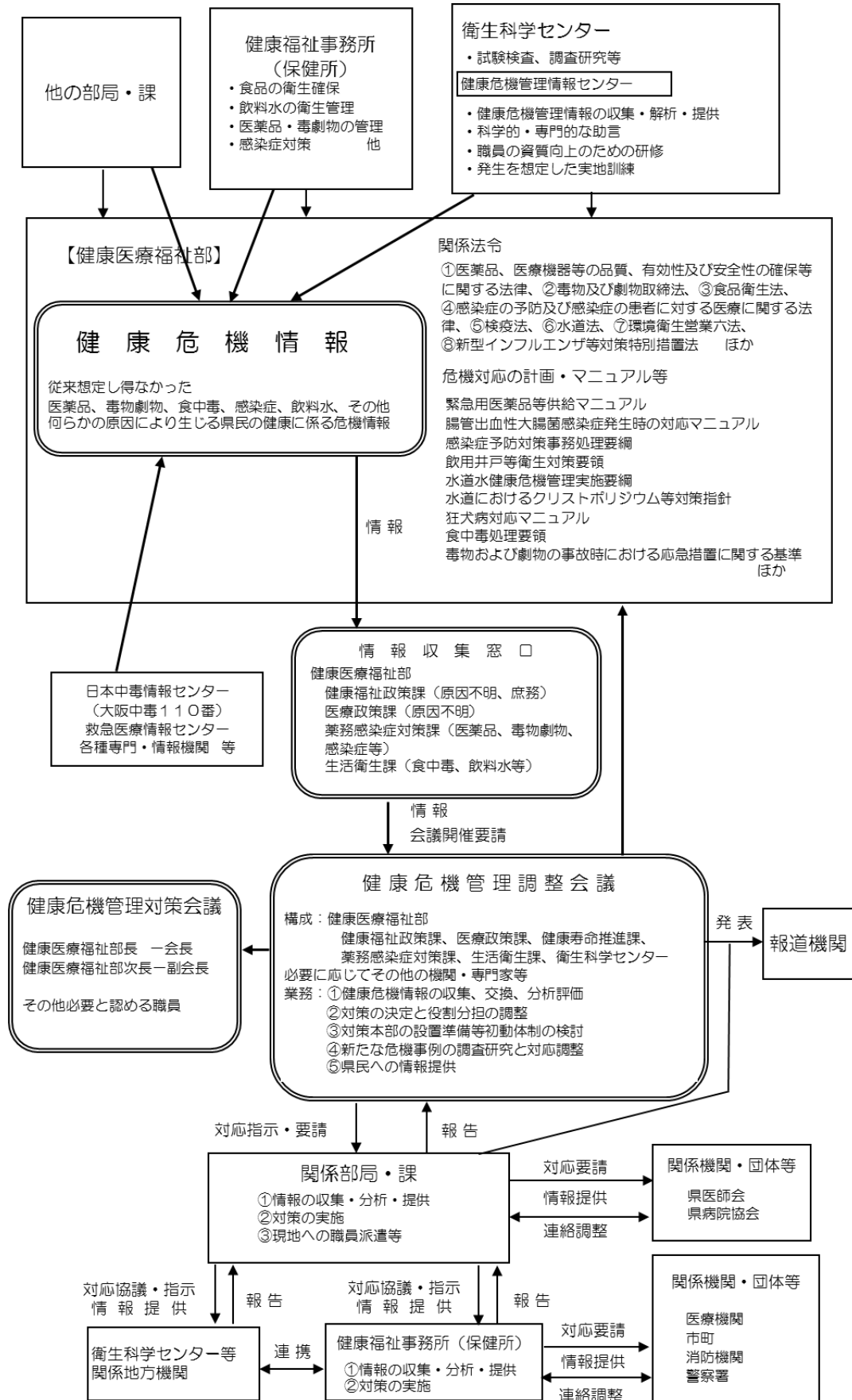
(2) 職員の資質向上

- 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) 適切な初動対応

- 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3-4-1-1 滋賀県健康危機管理処理体制



2 感染症

(1) 新型インフルエンザ

目指す姿

- 新型インフルエンザ等にかからない
- 新型インフルエンザ等にかかった場合でも適正な医療により重症化を防ぐ

取組の方向性

- (1) 新型インフルエンザ等発生時の情報提供、予防啓発
- (2) 新型インフルエンザ等患者の医療体制の整備
- (3) 新型インフルエンザ等患者の早期発見
- (4) 研修会・訓練の実施

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（以下「特措法」という。）が公布されました。県では、平成 26 年（2014 年）3 月に滋賀県新型インフルエンザ等対策行動計画を策定しました。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、抗インフルエンザウイルス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。
- 平成 29 年度（2017 年度）に特措法に基づく特定接種*対象事業者のシステム登録を行いました。
- 連絡訓練により、特措法に基づく緊急事態宣言が発令された際の関係機関への連絡体制を構築しています。
- 防護服の着脱訓練や患者発生時の搬送訓練により、緊急時の対応について保健所等の関係機関の共通認識を図るとともに、必要な資機材の整備に努めています。
- 感染症指定医療機関および新型インフルエンザ発熱外来設置医療機関に対する施設整備を支援しました。
- 特措法に基づく指定地方公共機関*において、新型インフルエンザ等対策業務計画を策定しました。

具体的な施策

(1) 新型インフルエンザ等発生時の情報提供、予防啓発

ア 感染症知識の普及啓発

- 県民に新型インフルエンザ等に対する正しい知識を深めてもらうため、市町や関係機関と連携しながら、効果的・効率的な普及啓発活動の人権に配慮し実施します。

イ 防疫体制の構築

- 国、市町、関係機関との情報共有・連携を図るとともに関係職員の資質向上に努めます。

- 新型インフルエンザ等発生時には、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。

ウ 医療機関における感染の予防対策

- 特定接種対象事業者のシステム登録を行い、医療従事者が適正に医療を提供できる体制づくりに努めます。

エ 緊急時対応の強化

- 新型インフルエンザ等の発生またはまん延のおそれが生じた場合、適切な情報提供、適切な積極的疫学調査等感染症対策の充実強化に努め、拡大防止に対応します。

(2) 新型インフルエンザ等患者の医療体制の整備

ア 感染症指定医療機関の指定等

- 新型インフルエンザの患者等に対する適切な医療を提供するため、必要な病床の確保および適正な配置に努めます。
- また、新型インフルエンザ発熱外来設置医療機関の確保および適正な配置に努めます。
- 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、県では平成 29 年（2017 年）11 月現在 257,700 人分の抗インフルエンザウイルス薬の備蓄を継続しています。

イ 患者等の移送

- 患者等に適正な医療を提供するため、必要に応じ患者等を感染症指定医療機関等に移送します。

(3) 新型インフルエンザ等患者の早期発見

ア 早期発見・早期治療体制の強化

- 医療機関等が新型インフルエンザ等を早期発見・早期治療できるよう、流行状況の情報を適宜提供するとともに、検査・診断・治療技術の向上のための支援に努め、患者の重症化を予防します。

イ 予防接種の促進

- 新型インフルエンザ等の出現時には、季節性インフルエンザとの診断を明確に分けることが困難となる可能性があることから、季節性インフルエンザの予防接種を受けておくことで、新型インフルエンザ等の診断がしやすくなると考えられるため、季節性インフルエンザの予防接種を促進します。

(4) 研修会・訓練の実施

- 上記（１）～（３）の施策が適切に実施できるよう、研修会または発生対応訓練を実施します。

《数値目標》

目標項目	現状値（H28）	目標値（H35）	備考
新型インフルエンザ等研修会または発生対応訓練の実施	年 1 回	年 1 回以上	継続実施

(2) 狂犬病

目指す姿

- 犬の登録と狂犬病予防注射が徹底されている
- 関係機関の連携が強化されている

取組の方向性

- (1) 犬の登録原簿の適正管理と狂犬病予防注射の徹底
- (2) 関係機関の連携による狂犬病発生時の対応

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。

具体的な施策

(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) 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

- 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 毒物劇物

目指す姿

- 毒物劇物による事件・事故の発生がない

取組の方向性

- (1) 毒物劇物情報の収集および提供の充実・強化
- (2) 取締りの徹底および関係機関との連携の強化

現状と課題

- 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・立入調査を実施しています。
- 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。

具体的な施策

(1) 毒物劇物情報の収集および提供の充実・強化

ア 解毒剤の備蓄（備蓄状況の提供、解毒剤の更新）

- 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。

イ 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定期的を実施し、消防署、警察署等へ情報提供を行います。

(2) 取締りの徹底および関係機関との連携の強化

- 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。

《数値目標》

目標項目	現状値（H28）	目標値（H35）	備考
毒物劇物による事件・事故発生	1件	0件	
年間営業施設立入調査割合	35%	35%	許可施設の35%を維持する

4 食の安全

(1) 食品

目指す姿

- 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が確保されている

取組の方向性

- (1) 滋賀県食の安全・安心推進条例に基づく施策の推進
- (2) 食品衛生法に基づく食品衛生監視指導計画に沿った監視指導の実施
- (3) 食中毒発生時の対応

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やカンピロバクターによる食中毒が増加しています。また、未加熱の野菜調理品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。
- 食品の安全性について不安を感じている県民の割合が 50%を超えている状況が続いていることから、引き続き保健所等による監視指導の充実強化、食品衛生に関する啓発や情報提供等を効果的に行う必要があります。

具体的な施策

- (1) 滋賀県食の安全・安心推進条例に基づく施策の推進
 - 条例に基づく「滋賀県食の安全・安心推進計画」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に沿った監視指導の実施
 - 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。

(2) 飲料水

目指す姿

- 安全で安定した水道水の供給が確保されている

取組の方向性

- (1) 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水道事業ビジョン策定についての助言
- (2) 放射能検査体制の確立
- (3) 水道水におけるクリプトスポリジウム*等対策の徹底
- (4) 関係機関との連携による水道の危機管理体制の整備

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す。
- 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。

具体的な施策

- (1) 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水道事業ビジョン策定についての助言

ア 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。

イ 水道事業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、水道事業ビジョンの策定について必要な助言を行います。

- (2) 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。

(3) 水道水におけるクリプトスポリジウム等対策の徹底

- 「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。

(4) 関係機関との連携による水道の危機管理体制の整備

- 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5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

目指す姿

- 安全、安心な医療サービスが提供されている

取組の方向性

- (1) 医療安全相談機能の充実
- (2) 医療安全対策の推進による医療の質の向上
- (3) 医療安全に関する助言・指導

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医療安全相談室を設置し、医療に関する患者や家族等からの苦情、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。
また、保健所にも相談窓口を設置しています。

表 3-5-1-1 医療相談窓口一覧

設置場所	電話番号
医療安全相談室	077-528-4980
草津保健所	077-562-3527
甲賀保健所	0748-63-6111
東近江保健所	0748-22-1253
彦根保健所	0749-22-1770
長浜保健所	0749-65-6660
高島保健所	0740-22-2525
大津市保健所（大津市医療安全支援センター）	077-511-9671

表3-5-1-2 医療安全相談室における相談件数の推移

	平成 24 年度 (2012 年度)	平成 25 年度 (2013 年度)	平成 26 年度 (2014 年度)	平成 27 年度 (2015 年度)	平成 28 年度 (2016 年度)
件数	338 件	419 件	550 件	527 件	585 件

(2) 医療安全に関する助言・指導について

- 医療の安全を確保する「医療事故調査制度*」が平成27年(2015年)10月1日より施行されました。医療事故が発生した場合、医療機関が設置する院内医療事故調査委員会を支援する「医療事故調査等支援団体*」を関係機関の協力のもと組織しています。
- 医療機関に対する立入検査を定期的(病院は年1回以上)に実施し、院内感染の予防対策、医療安全対策に係る指針の策定、医薬品や医療機器の安全管理体制等を確認し、必要に応じて助言・指導を行っています。

(3) 医療従事者に対する研修について

- 医師や看護師などの医療従事者を対象とした医療安全などに関する研修に対して支援を行っています。

具体的な施策

(1) 医療安全相談機能の充実

- 医療安全相談室において、関係機関等と連携しながら、患者や家族等からの苦情や相談に対して医療機関との調整を行い、患者等と医療関係者、医療機関との信頼関係の構築に努めます。
- また、医療機関に対し相談窓口が充実するよう助言します。
- 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) 医療安全対策の推進による医療の質の向上

- 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徹底を図ります。
- 医療従事者を対象とした医療安全などに関する研修を支援し、医療従事者の資質の向上に努めます。

(3) 医療機関に対する助言・指導の徹底

- 医療機関立入検査を定期的に実施し、医療安全対策について確認し、助言・指導を行います。
- 医療機関において院内感染や医療事故等が発生した場合には、保健所は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。

《数値目標》

目標項目	現状値	目標値 (H35)	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	35 病院 (H29)	57 病院 (全病院)	
医療相談窓口を設置している病院数	57 病院 (H29)	57 病院 (全病院)	現状維持

2 医療機能情報公開の推進

目指す姿

- 県民が適切な医療機関を選択できる

取組の方向性

- (1) 適切な医療機関選択の支援
- (2) 患者の受診行動の適正化の啓発

現状と課題

- 医療法の規定に基づき、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。
- 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、スマートフォンからのアクセス対応、キーワード検索機能、外国語（英語、中国語、韓国語）への翻訳機能を有しています。

表3-5-2-1 医療ネット滋賀上で公開している医療機関数（平成29年8月時点）

病院	診療所	歯科診療所	助産所	薬局
57	1,054	556	47	593

- 平成26年(2014年)に、医療機関がその病床において担っている医療機能を報告する「病床機能報告制度」が導入されました。県民が地域の医療提供体制の現状と将来の姿について共通認識を持てるよう、報告された情報を県ホームページで公表しています。
- 医療機関の診療科目や診療時間等の情報、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です。

具体的な施策

(1) 適切な医療機関選択の支援

- 公表している医療機能情報を随時更新し、信頼性の高い情報提供をすることで、県民の適切な医療機関の選択を支援します。
- 最新の医療機能情報を提供できるよう医療機関に対して情報の更新の徹底を促します。

(2) 患者の受診行動の適正化の啓発

- 医療機関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、適正に受診するよう啓発します。

3 医療情報化の推進

目指す姿

《患者・住民のQOL*向上》

- ICT*の活用による医療情報連携の推進により、患者・住民が安心して適切なサービスを受けられている
- 県民が自らの健康・医療情報について ICT を活用して把握することで、健康づくりに主体的に関わっている

取組の方向性

- (1) 患者・住民の健康寿命延伸につながる医療情報基盤の構築支援
- (2) ICT の利活用による限られた医療資源の効果的・効率的な連携・活用
- (3) ICT の更なる利活用による県民の健康づくりの推進

現状と課題

- 国では、平成 28 年（2016 年）10 月に厚生労働省が開催した「保健医療分野の ICT 活用推進懇談会」において、ICT を活用した「次世代型保健医療システム」の構築に向けた提言がされています。
- 平成 29 年（2017 年）1 月には、厚生労働省に「データヘルス改革推進本部」が設置され、健康・医療・介護の分野を有機的に連結した大規模な ICT インフラを平成 32 年度（2020 年度）から本格稼働させることを目標として、具体策の検討が加速化されています。
- 平成 29 年（2017 年）5 月には、官民データ活用推進基本法（平成 28 年法律第 103 号）に基づく「世界最先端 IT 国家創造宣言・官民データ活用推進基本計画」が閣議決定され、健康・医療・介護は重点分野として指定されています。
- 平成 29 年（2017 年）6 月には、「未来投資戦略 2017」が閣議決定され、国民の健康寿命を延伸するため、データ利活用基盤となる「全国保健医療情報ネットワーク」を構築し、平成 32 年度（2020 年度）から本格稼働させることが目標に掲げられています。
- 本県においては、地域や行政の課題解決に向けた有効な手段として ICT を積極的に活用し、ICT の進展に的確に対応しながら、中長期的かつ計画的に ICT 活用施策を推進していくための指針として、「（仮称）滋賀県 ICT 推進戦略」が平成 29 年度（2017 年度）に策定されています。
- 保健医療分野においては、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、社会保険診療報酬支払基金における平成 28 年（2016 年）3 月審査分の本県の電子レセプト普及率は、医科（病院・一般診療所）で 98.3%、歯科で 98.1%、調剤で 98.6%となっています。
- 県内の病院が電子カルテまたはオーダリングシステム*を導入している割合は、医療ネット滋賀によると、平成 29 年（2017 年）8 月現在、64.9%となっています。
- 平成 25 年（2013 年）4 月からは、医師、訪問看護、介護支援専門員*等の多職種で在宅療養の記録や申し送り事項等を共有し、チームによる在宅療養を支援するシステム「淡海あさがおネット」が滋賀県医師会によって本格運用開始され、平成 29 年（2017 年）3 月現在、総登録

患者数 1,640 人、利用者 ID 発行数 2,396 人となっています。

- 平成 25 年（2013 年）7 月からは、病理医がいない医療機関でも遠隔による病理診断を可能とする遠隔病理診断ネットワーク「さざなみ病理ネット」が本格稼働し、年間診断件数は 400 件超となっています。
- 平成 25 年（2013 年）12 月からは、東近江圏域において脳卒中地域連携パスを地域の医療機関同士で連携・集積・分析するシステム「東近江脳卒中地域連携パスシステム」が東近江脳卒中パスシステム運営協議会によって運用開始され、平成 29 年（2017 年）3 月現在、パスシステムの運用件数は 242 件となっています。
- 平成 26 年（2014 年）7 月からは、患者の診療履歴や検査データ等について、病院・診療所等と情報連携を行う全県型システムである「びわ湖メディカルネット」が特定非営利活動法人滋賀県医療情報連携ネットワーク協議会によって運用開始され、平成 29 年（2017 年）10 月現在、情報提供病院 22、閲覧施設数 217、実登録患者数 21,343 人となっています。
- 平成 26 年（2014 年）7 月からは、服用薬の種類や投薬履歴が管理できる「電子お薬手帳」が滋賀県薬剤師会により導入され、平成 29 年（2017 年）10 月現在、利用登録者 62,666 人、利用可能な施設数 227（薬局数 224、病院 3）となっています。
- 平成 26 年（2014 年）11 月からは、これまで FAX を用いて実施していた学校における感染症による欠席者の情報収集について、県内全ての学校および園を対象としてインターネットを利用した新たな「学校欠席者・感染症情報システム*」により実施されており、平成 29 年（2017 年）1 月実績では、約 19 万人を対象に、約 80%の園・学校等でデータ入力されています。
- ICT を活用した取組は、これまで主に事務処理の効率化・合理化や関係者間の情報連携のツールとして利用されてきましたが、国においては、医療の質や信頼性を向上させる新たな価値を生み出す情報基盤として、今後、患者・国民がメリットを実感できる次世代インフラを構築していくことが必要としています。
- 保健医療の各分野において、個別のニーズに応じたシステム構築をそれぞれに進めてきた結果、データが分散して相互につながらない形となっている部分があるため、今後はデータを連結して一体的に機能させ、限られた医療分野の資源の効果的・効率的な連携・活用につなげ、保健医療サービスの価値を最大化していくことが望ましいと考えられます。
- 将来的には、県民が自身の一連の保健医療データを経年的に把握でき、自らの健康づくりに主体的に関わりができるような仕組みや、ビッグデータ分析による保険者機能の強化等へつなげていく必要があります。
- これらを持続可能な仕組みとして実現していくためには、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、健康・医療・介護等、複数の分野にまたがる医療情報施策として、県と関係機関が一体となって推進する体制が必要となっています。

具体的な施策

（１） 患者・住民の健康寿命延伸につながる医療情報基盤の構築支援

- 患者・県民がメリットを実感できる次世代インフラを構築検討に向けて、ICT を活用した多機関・多職種が参加する医療情報連携ネットワークについて、既存システムを活用しながら、データの集積や双方向化等により、医療の質や信頼性を向上させる取組に対し、支援します。

- がんの病理診断や画像診断など、県内の医療資源の不足や偏在に対応し、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。
- 健康・医療・介護等、複数の分野にまたがる医療情報施策を一体的に推進していくため、県の関係部署および病院・診療所等の関係団体が円滑に連携・協力できる体制づくりを進めます。

(2) ICT の活用による限られた資源の効果的・効率的な連携・活用

- 初診や救急、災害時等の切れ目ない効果的な診療や重複検査・投薬のない効率的な診療ができるよう、ICT 連携による好事例の収集・発信等を行いながら、医療情報連携ネットワーク基盤への参加機関・登録患者の拡大を促進します。
- これら ICT を活用した全県型ネットワークの周知・啓発等により、新たに本県で就業や開業をする医師の確保・育成につなげます。
- また、医療機関の機能分化を支える地域連携クリティカルパス*について、各二次保健医療圏において取組の評価を行いながら、全県統一や ICT 化に向けた検討を行います。
- このほか、学校・園における学校欠席者・感染症情報システムのデータ登録・利活用の促進により関係機関におけるリアルタイムな情報共有体制を強化し、感染症の早期発見・早期対応を支援します。

(3) ICT の更なる利活用による県民の健康づくりの推進

- 患者個人の服薬情報や副作用情報等を一元的・継続的に管理することができ、患者自らの健康管理に役立てることができるよう、電子お薬手帳による PHR*管理に向けた将来性の検証等を支援します。
- 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の促進を図ります。
- 本県の関係機関が持つデータを集約および分析し、根拠に基づいた健康寿命延伸のための施策を進めるとともに、市町の効果的な取組の推進に向けて、関連するデータの提供および地域課題の分析等を技術的に支援します。
- 平成 29 年(2017 年)4 月に成立した次世代医療基盤法について、国の動向を注視しながら、認定匿名加工医療情報作成事業者*と連携したデータ利活用等に向けて、検討を進めます。
- 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するとともに、情報に関する研修等の取組を進めます。

《数値目標》

目標項目	現状値 (H29.10)	目標値 (H35)	備考
医療情報連携ネットワーク基盤の登録患者数	21,343 人	100,000 人	

第6章 患者・利用者を支える人材の確保

1 医師

目指す姿

- 県民が必要な医療を受けられる体制整備に必要な医師の確保

取組の方向性

- (1) 医師の安定的な確保と適正な配置
- (2) 病院・大学・県の一層の連携によるキャリア形成支援の充実

現状と課題

(1) 医師確保の取組の経過

- 医師の確保に係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、県では、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）3月に同協議会の提言に基づき創設した「医師確保対策基金」、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、関連大学への寄付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修学資金貸付けの実施といった医師確保対策を行ってきました。
- 更に、平成26年度（2014年度）からは医療・介護サービスの提供体制の改革の推進のため創設された「地域医療介護総合確保基金」も財源とし、上記の事業に加え、医療機関の勤務環境改善支援事業に取り組むなど、更なる医師確保対策を進めています。
- 平成24年度（2012年度）には滋賀医科大学と共同で「滋賀県医師キャリアサポートセンター」を設置し、平成25年（2013年）3月改定の「滋賀県保健医療計画」で掲げた、「安定的な医師確保システムの構築」、「魅力ある病院づくり」、「女性医師の働きやすい職場づくり」の3本柱を基本とした総合的な医師確保対策に取り組んできたところです。

(2) 医師数の現状

- 平成26年（2014年）末現在の本県の医師数は3,149人で、平成16年（2004年）末の2,755人より394人増加したものの、人口10万人あたりの医師数は222.4人であり、全国平均の244.9人より少なく、全国35位となっています。また、二次保健医療圏ごとに見ても、大津保健医療圏域以外は全国平均を下回っています。

表3—6—1—1 医師数

	平成20年		平成22年		平成24年		平成26年		平成28年	
	滋賀県	全国	滋賀県	全国	滋賀県	全国	滋賀県	全国	滋賀県	全国
医師数	2,900	286,699	2,983	295,049	3,048	303,268	3,149	311,205	結果公表され次第、入力	
人口10万人あたり	206.8	224.5	211.4	230.4	215.4	237.8	222.4	244.9		

（厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師数調査」）

表3-6-1-2 二次保健医療圏ごとの人口10万人当たりの医師数（H26）

		大津圏域		湖南圏域		甲賀圏域		東近江圏域		湖東圏域		湖北圏域		湖西圏域		滋賀県		全国	
		医師数	人口10万対	医師数	人口10万対	医師数	人口10万対	医師数	人口10万対	医師数	人口10万対	医師数	人口10万対	医師数	人口10万対	医師数	人口10万対	医師数	人口10万対
医師	総数	1,246人	364.3人	702人	210.8人	193人	133.1人	404人	174.9人	242人	155.1人	284人	178.6人	78人	156.0人	3,149人	222.4人	311,205人	244.9人
	勤務場所別																		
	病院	887人	259.4人	427人	128.2人	113人	77.9人	264人	114.3人	116人	74.4人	180人	113.2人	46人	92.0人	2,033人	143.6人	194,961人	153.4人
	診療所	282人	82.5人	237人	71.2人	77人	53.1人	131人	56.7人	108人	69.2人	99人	62.3人	30人	60.0人	964人	68.1人	101,884人	80.2人
	その他	77人	22.5人	38人	11.4人	3人	2.1人	9人	3.9人	18人	11.5人	5人	3.1人	2人	4.0人	152人	10.7人	14,360人	11.3人
	主たる診療科別（病院・診療所勤務）																		
	内科	380人	111.1人	207人	62.2人	79人	54.5人	171人	74.0人	94人	60.3人	114人	71.7人	33人	66.0人	1,078人	76.1人	109,581人	86.2人
	外科	198人	57.9人	137人	41.1人	43人	29.7人	83人	35.9人	53人	34.0人	53人	33.3人	18人	36.0人	585人	41.3人	59,060人	46.5人
	産婦人科**	49人	65.9人	25人	33.5人	9人	30.2人	13人	27.6人	4人	12.2人	13人	40.6人	2人	21.5人	115人	38.3人	11,085人	42.2人
	小児科***	80人	164.3人	67人	125.7人	11人	53.9人	28人	84.1人	15人	65.5人	22人	98.2人	6人	100.0人	229人	110.6人	16,758人	103.2人
	麻酔科	40人	11.7人	20人	6.0人	2人	1.4人	7人	3.0人	5人	3.2人	5人	3.1人	2人	4.0人	81人	5.7人	8,625人	6.8人
	精神科	54人	15.8人	31人	9.3人	9人	6.2人	11人	4.8人	9人	5.8人	12人	7.5人	0人	0.0人	126人	8.9人	15,187人	12.0人
※内科・内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科、神経内科、糖尿病内科、血液内科、感染症内科、心療内科の合計																			
※外科・外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科、肛門外科、脳神経外科、整形外科、形成外科、美容外科、小児外科の合計																			

（厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師数調査」）

表3-6-1-3 二次保健医療圏ごとの医師数の推移

	H16	H18	H20	H22	H24	H26	H28
大津	1,060	1,062	1,128	1,182	1,195	1,246	結果が 次公表され 力
湖南	575	599	643	696	687	702	
甲賀	166	169	182	176	181	193	
東近江	306	345	333	330	375	404	
湖東	276	257	238	236	244	242	
湖北	294	302	306	292	288	284	
湖西	78	76	70	71	78	78	
合計	2,755	2,810	2,900	2,983	3,048	3,149	

（厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師数調査」）

- 「病院」で勤務する医師数も平成20年（2008年）頃を境に県全体としては増加傾向にありますが、平成16年（2004年）の状況まで回復していない二次保健医療圏もあります。

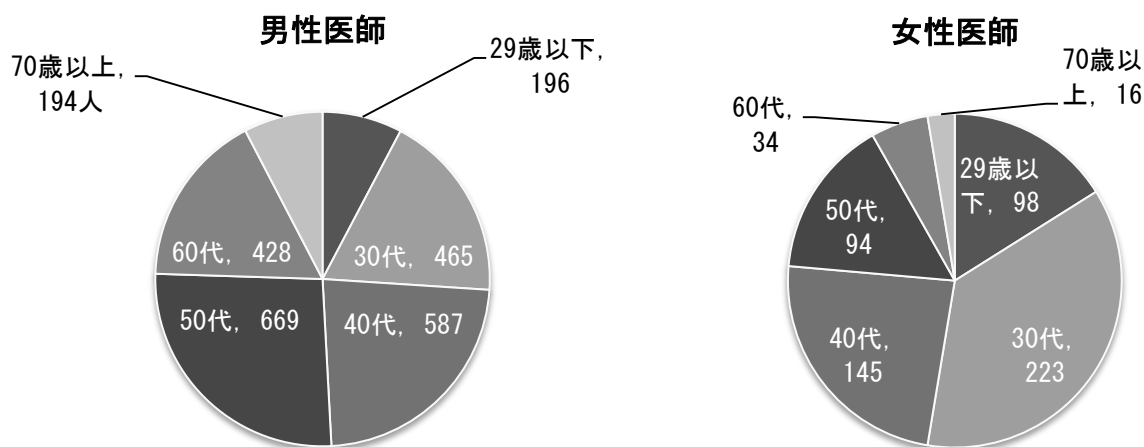
表3-6-1-4 「病院」勤務医師の地域分布の推移

	H16	H18	H20	H22	H24	H26	H28
大津	478	495	440	567	584	613	607
湖南	290	328	326	369	382	375	388
甲賀	96	99	94	98	103	106	109
東近江	199	200	194	194	212	226	239
湖東	135	140	116	110	110	111	119
湖北	183	192	164	156	169	155	172
湖西	40	38	32	33	38	41	46
全県	1,421	1,492	1,366	1,527	1,598	1,627	1,680

（出典：滋賀県「病院診療科別医師数実態調査」）

- 診療科における地域偏在も存在し、特定の診療科において、ひとつの病院だけでは医師を確保することが困難なため、近隣の病院と連携して診療体制を維持している地域も見られます。
- 医師の平均年齢は、男性が50.2歳、女性が41.7歳となっています（平成26年）。年々上昇傾向にあり、特に診療所の医師は男性が59.3歳、女性が53.8歳と男女とも50歳を超えており、医師の高齢化も見られます。
- 女性医師の人数、割合は年々増加傾向にあり、その半数以上が20～30歳代です。そのため、妊娠・出産・育児による離職の防止、職場復帰へのシステム構築など、働き続けられる職場づくりについてより一層の支援が必要です。

図3-6-1-5 医師の年齢構成（平成26年）



（出典：平成26年 厚生労働省 医師歯科医師薬剤師調査）

（3） 国の取組等

- 国の政策により全国の医学部入学定員は増加しており、平成24年（2012年）4月の8,991人から平成29年（2017年）4月には429人増の9,420人に拡大しました。平成20年（2008年）には100人であった滋賀医科大学においても、平成23年（2011年）以降は117人の定員が維持されています。
- 平成26年度（2014年度）には初期臨床研修医の募集定員の見直しが行われ、13ある滋賀県内の臨床研修病院の定員の合計は、平成26年度（2014年度）106人に対し、翌平成27年度（2015年度）には125人となりました。これに伴い、採用数も平成26年度（2014年度）74人から、平成27年度（2015年度）は90人へと増加し、平成28年度（2016年度）には101人と初めて100人を超えました。
- 現在国が進めている「働き方改革」は医療現場にも求められており、様々な検討会において医師等の長時間労働の是正や待遇改善について議論が進められています。

表3-6-1-6 初期臨床研修医の募集定員と採用者数の推移

採用年度	H21年度	H22年度	H23年度	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度
募集定員（県全体）	112	103	107	106	105	106	125	125	126
県内の病院で採用された研修医数	80	67	77	78	75	74	90	101	101

（滋賀県調査）

表3-6-1-7 県内の3年目医師数の推移

採用年度	H22年度	H23年度	H24年度	H25年度	H26年度	H27年度	H28年度	H29年度
初期臨床研修終了後、 県内病院に勤務した医師数	61	64	44	52	53	41	47	56
初期臨床研修終了後、 県外病院から滋賀県にきた医師数	17	15	21	24	12	33	18	17
県内病院の3年目医師数	78	79	65	76	65	74	65	73

(出典：滋賀県調査)

- 平成30年(2018年)4月から新たな専門医制度が導入される予定です。この制度に対しては地域医療への影響が懸念されていることから、国は都道府県に対し、都道府県協議会を設置して、基幹病院の研修プログラムの内容・運用状況が地域医療の悪化を招かないよう確認・検討することとしました。これを受け、県では「滋賀県専門研修プログラム協議会」を設置し、平成29年(2017年)9月にプログラム認定前の確認・検討を行ったところです。
- 国は、医療計画において、都道府県の医師確保の方針、目標、施策内容を記載することを法律上に位置付け、これまでの地域医療対策をその中に組み込み「医師確保計画」とすることを検討しています。

具体的な施策

県は、滋賀医科大学や県内にある13の初期臨床研修病院等との連携を密にし、県全体で医師の確保とキャリア形成支援に取り組む体制づくりに努めます。

(1) 医師の安定的な確保と適正な配置

- これまで「滋賀県医師キャリアサポートセンター」が行ってきた「安定的な医師確保システムの構築」、「魅力ある病院づくり」、「女性医師の働きやすい職場づくり」の3本柱を深化させ、取組を進めていきます。

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、自治医科大学卒業医師や修学資金等を貸与していた医師の配置先病院・診療科の検討を行います。
- ② 地域医療介護総合確保基金等を活用し、滋賀医科大学をはじめとした医学生への修学資金の貸与を行います。
- ③ 診療科ごとの医師確保が課題となっている産婦人科、小児科、精神科および総合診療科等については、政策的医療の観点から、個別に医師の確保・定着に資するよう検討していきます。また、麻酔科については、麻酔科医ブラッシュアップ事業等を通じて、確保に取り組んでいきます。
- ④ 初期臨床研修から専門研修、専門医資格取得まで連続性・一貫性があり、ローテートで医師不足地域の医療機関においても若手医師等が一定期間従事する研修プログラムとなるよう検討・策定します。
- ⑤ 県内で就業を希望する医師に対して、ホームページで情報発信を行うなど、スムーズに県内病院での勤務が始められるよう支援します。

イ 魅力ある病院づくり

- ① 各臨床研修病院の研修プログラムの質の向上や指導体制の強化、特色づくりを支援し、医学生・研修医にとって魅力ある研修先とすることで、近年 100 人を超える初期臨床研修医の採用数を維持、3 年目医師の県内定着率の向上と県外病院からの呼び込みを図り、若手医師の確保に繋がります。
- ② 県内病院の医師確保や離職防止等のため、「滋賀県医療勤務環境改善支援センター」とも連携し、国の「働き方改革」の議論の動向にも注視しつつ、医師が働きやすい環境整備の取組に対する支援を行います。

ウ 女性医師の働きやすい職場づくり

- ① 「滋賀県医師キャリアサポートセンター」に設置している総合相談窓口を活用し、職場復帰やキャリアアップについての助言や支援を継続して行います。
 - ② 復職を希望する女性医師のための研修プログラムの検討・作成を行い、スムーズに復職できるよう支援します。
 - ③ 女性医師が結婚・出産を経ても働き続けられる環境づくりのため、女性医師ネットワーク会議を活用し、交流会等の実施を通じて、更なる女性医師間の連携の促進に努めます。
- 滋賀県専門研修プログラム協議会において、県内基幹施設の専門研修プログラムの内容や運用状況を確認し、地域医療確保のための検討を行います。
- 国が検討している「医師確保計画」では、医師の偏在状況の変化に柔軟に対応するため、3 年ごとに見直すこととされています。こうした国の動向も注視しつつ、県は滋賀県地域医療対策協議会等において、これまで行ってきた事業の検証を行い、二次保健医療圏域ごとの医療ニーズに応じた医師偏在対策について検討を行います。

(2) 病院・大学・県の一層の連携によるキャリア形成支援の充実

- 「滋賀県医師キャリアサポートセンター」において「キャリア形成プログラム」を作成し、修学資金等の貸与を受けた医師を、地域医療を担う人材として養成していきます。
- 修学資金等貸与者への面談を継続して行い、キャリア形成における助言や支援を行います。また、その他県内医療機関に勤務する若手医師等に対しても、「滋賀県医師キャリアサポートセンター」に設置した総合相談窓口を活用し、助言や支援を行います。
- NPO 法人が主催する医大生と地域の医療関係者との交流事業や、若手医師等を対象とした研修会や交流会、臨床研修指導医講習会の開催に対する支援を継続して行い、キャリアアップや県内定着への働きかけを行います。
- 臨床研修病院の指導医の情報交換の場を設け、研修医の指導に関する病院間の協力体制を構築することにより、県内病院の指導体制強化を図ります。

《数値目標》

目標項目	現状値 (H29)	目標値 (H35)	備考
初期臨床研修医採用数	101 人	毎年 100 人を維持	
3 年目医師数採用数 (専攻医含む)	73 人	100 人	県内病院の研修修了者と県外病院からの転入者の合計

2 歯科医師

目指す姿

- かかりつけ歯科医として、予防から治療まで、地域住民の全てのライフステージにおいて、ともに口腔の健康管理を実施する歯科医師の確保

取組の方向性

- (1) 地域住民の歯科口腔保健を支える中心となる歯科医師の確保
- (2) 訪問歯科診療等、在宅歯科医療を担う歯科医師の増加

現状と課題

- 平成26年（2014年）末現在の県内の歯科医師数は801人です。

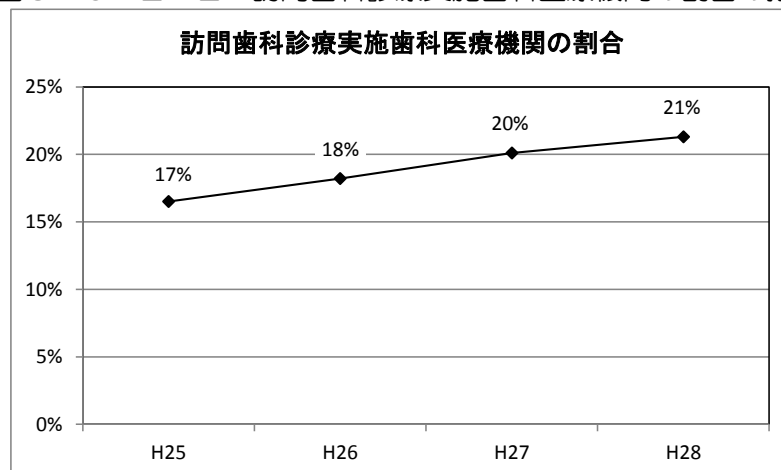
表3-6-2-1 歯科医師数

	平成20年		平成22年		平成24年		平成26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	776	99,426	807	101,576	799	102,551	801	103,972
人口10万人あたり	55.3	77.9	57.2	79.3	56.5	80.4	56.6	81.8

（出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」）

- 滋賀県歯科保健実態調査結果から、定期的に歯科健診を受診する人は増加しています。
- 訪問歯科診療*を実施する歯科医療機関の割合は増加しています。

図3-6-2-2 訪問歯科診療実施歯科医療機関の割合の推移



（滋賀県歯科医師会調べ）

- 在宅療養支援歯科診療所*の施設数は増加していますが、二次保健医療圏による施設数の分布に偏在傾向が見られます。

表3-6-2-3

	大津	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北	湖西	県
施設数	13	20	5	13	6	5	7	69

(出典：近畿厚生局ホームページ 平成29年10月現在)

具体的な施策

- 県は、地域の歯科口腔保健の向上のための事業を実施する際には、歯科医師会に協力を求め、事業を通じて、関係機関および関係者同士の顔が見える関係が広がるよう促すことで、地域で中心的な役割を担う歯科医師を確保します。
- 県は、歯科医師会とともに、訪問歯科診療を含む在宅歯科医療に携わる歯科医師の確保のために、人材育成や多職種連携の関係づくりの支援を行います。
- 多様化する地域の歯科保健医療ニーズに対応するため、歯科医師会の積極的な取組に加え、県は歯科医師会が歯科衛生士会、歯科技工士会、医師会、薬剤師会等他の関係機関との連携が円滑に行われるよう支援することで、歯科保健医療の充実を図ります。

3 薬剤師

目指す姿

- 県民がかかりつけ薬剤師を持ち、地域で暮らす患者本位の医薬分業の実現

取組の方向性

- (1) かかりつけ薬剤師・薬局の機能強化
- (2) 電子お薬手帳の活用による在宅療養の推進

現状と課題

○ 平成 26 年（2014 年）末の県内の薬剤師数は、2,936 人となっています。

表 3-6-3-1 薬剤師数（厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」）

	平成 24 年		平成 26 年		平成 28 年	
	滋賀県	全国	滋賀県	全国	滋賀県	全国
薬剤師数	2,849	280,052	2,936	288,151		
人口10万人あたり	201.3	216.6	207.3	226.7		

- 従事場所別に見ると、平成 26 年（2014 年）では、薬局・医療施設の従事者が 2,237 人（76.2%）、医薬品関係企業の従事者が 419 人（14.3%）、未就業薬剤師 125 人（4.3%）、行政や大学等、その他が 155 人（5.3%）となっています。
- かかりつけ薬剤師として、患者服薬情報の一元化・継続的な把握や在宅での対応を含む薬学的管理・指導などの機能を果たすべく、地域で暮らす患者本位の医薬分業の実現に取り組むことが必要となっています。
- 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おり、薬剤師が訪問指導できることについて在宅医療に携わる関係者や県民に周知が必要です。

具体的な施策

(1) かかりつけ薬剤師・薬局の機能強化

- 地域の特性に応じて、多職種や他機関との意見交換の場を持つなど在宅での薬剤師の役割の理解と連携の推進を図ります。
- 訪問指導に従事する薬剤師の最新の医療および医薬品等に関する専門的情報の習得に加え、患者・住民とのコミュニケーション能力の向上に資する研修などにより育成を図ります。
- かかりつけ医を中心に他職種連携を図りつつ、医療材料の提供システムや、在宅に関わる薬剤師の登録などを関係機関に幅広く活用してもらえるよう周知を図ります。

(2) 電子お薬手帳の活用による在宅療養の推進

- ICT（電子お薬手帳等）の活用を地域の中で推進することにより、重複頻回受診や残薬軽減、医療従事者の負担軽減に加えて、医薬品の飲み合わせによる相互作用の確認や副作用の防止などが期待でき、調剤履歴が基礎データとして蓄積されることから、薬局薬剤師のみならず医師、看護師、介護福祉士などとこれらデータを共有することにより、総合的な健康サポート薬局*機能の充実を図ります。

4 保健師・助産師・看護師・准看護師

【看護職員】

目指す姿

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

取組の方向性

- (1) 滋賀県における医療需要の変化(高度化および機能分化、就業場所の変化)に対応する看護職員の養成・確保・定着の推進
- (2) 在宅医療福祉を担う質の高い看護職員の確保と多様化する医療ニーズに対応できる専門性の高い看護職員の育成

現状と課題

(1) 本県における看護職員確保の現状

- 平成28年(2016年)末現在の県内看護職員の就業者数は16,304人であり、職種別の内訳は、保健師650人、助産師478人、看護師13,348人、准看護師1,828人です。
- 人口10万人あたりの就業者数は、保健師が46.0人、助産師は33.8人、看護師は944.7人、准看護師は129.4人となっています。
- 就業者数は、平成22年(2010年)末との比較で准看護師以外の看護職員で増加し、人口10万人あたりの就業者数も平成28年(2016年)末時点で准看護師を除く看護職員において全国値を上回っています。
- 看護職員の確保については、国では、平成37年(2025年)までに少なくとも毎年3万人の増加が必要としており、本県では全国と同様に平成22年(2010年)から平成28年(2016年)まで平均290人/年で増加しています。

表3-6-4-1 看護職員就業者数、人口10万人当たり就業者数

	22年		24年		26年		28年	
	滋賀県	全国	滋賀県	全国	滋賀県	全国	滋賀県	全国
看護職員数	14,568	1,394,787	14,780	1,452,635	15,846	1,509,340	16,304	1,559,562
人口10万人あたり	1,033.0	1089.2	1,044.5	1139.3	1,119.1	1187.7	1,153.9	1228.7
保健師数	603	45,003	594	47,279	668	48,452	650	51,280
人口10万人あたり	42.8	35.1	42.0	37.1	47.2	38.1	46.0	40.4
助産師数	395	29,670	398	31,835	461	33,956	478	35,774
人口10万人あたり	28.0	23.2	28.1	25.0	32.6	26.7	33.8	28.2
看護師数	11,414	953,521	11,821	1,015,744	12,735	1,086,779	13,348	1,149,397
人口10万人あたり	809.3	744.6	835.4	796.6	899.4	855.2	944.7	905.5
准看護師数	2,156	366,593	1,967	357,777	1,982	340,153	1,828	323,111
人口10万人あたり	152.9	286.3	139	280.6	140	267.7	129.4	254.6

(単位：人) 出典：厚生労働省「衛生行政報告例」

表3-6-4-2 看護師・准看護師の就業場所別就業者数

	22年		24年		26年		28年	
病院	9,166	67.5%	9,333	67.7%	9,884	67.2%	9,831	64.8%
診療所	2,035	15.0%	1,912	13.9%	2,161	14.7%	2,167	14.3%
訪問看護	445	3.3%	491	3.6%	503	3.4%	610	4.0%
福祉施設	1,483	10.9%	1,591	11.5%	1,713	11.6%	2,101	13.8%
その他	441	3.2%	461	3.3%	456	3.1%	467	3.1%
合計	13,570	100.0%	13,788	100.0%	14,717	100.0%	15,176	100.0%

(単位：人) 出典：厚生労働省「衛生行政報告例」

- 県内の看護師等養成所は、4年制大学3校を含む15機関で、平成29年度（2017年度）の入学定員は775人です。課程別の入学定員等は次の表のとおりです。

表3-6-4-3 看護師等養成所課程別入学定員等

課程	施設数	学年定員	入学者数	充足率
4年生（大学）	3	210	224	100.0%
看護師3年課程	10	480	441	91.9%
看護師2年課程	1	40	10	25.0%
准看護師課程	2	45	43	95.6%
合計	16	775	718	92.6%

(単位：人) 出典：滋賀県調べ：平成29年（2017年）4月現在

- 平成24年（2012年）以降、本県の入学者数の状況は、大学を除く看護師等養成所の一部では、入学定員に満たない状態が続いています。その理由としては、18歳人口の減少や京阪神地域に新たに開設された看護大学への流出が考えられます。
- 県内の看護師等養成所の入学定員は、平成30年度（2018年度）に2校が募集を中止することにより80人減少します。また、少子化の進展や看護基礎教育のカリキュラム改正などにより、今後の県内の看護職員養成数に変化を及ぼすことが予測されます。
- 病院看護職員の離職率は、全国では11%前後を推移していますが、滋賀県では10%前後を保っています。
- 県内の看護職員の離職率は、看護職のワーク・ライフ・バランス推進事業を県と滋賀県看護協会が連携して行い、勤務環境改善に取り組む施設が増えることにより、全国平均以下で継続しています。しかし、働き方の変化により出産・子育て・介護をしながら就業を続けることができる制度の活用が望まれる一方で、夜勤就業者が減少するという新たな課題があります。
- 平成21年度（2009年度）の本県の新人看護職員の離職率は10.2%と高値でしたが、新人看護職員研修ガイドラインに沿った新人看護職員研修や新人看護職員研修の支援事業等を実施することにより、平成28年度（2016年度）の新人看護職員の離職率は6.4%となっています。

表3-6-4-4 病院看護職員の離職率の推移（過去6年）

	23年度	24年度	25年度	26年度	27年度	28年度
常勤（滋賀県）	9.6%	10.2%	9.6%	9.9%	10.3%	9.8%
新卒（滋賀県）	6.9%	6.6%	5.9%	8.6%	9.2%	6.4%
常勤（全国）	10.9%	11.0%	11.0%	10.8%	10.9%	
新卒（全国）	7.5%	7.9%	7.5%	7.5%	7.8%	

（２） 本県における在宅看護の人材確保について

- 在宅看護については、少子化・高齢化の進展や平成 37 年（2025 年）に向けた医療需要の変化から地域で支える医療への転換が進むことが見込まれるため、在宅医療福祉を担う看護職員の確保対策が重要となります。平成 24 年（2012 年）3 月に在宅医療福祉を担う看護職員確保対策基金を設置し、この基金を活用した事業を行うことで、訪問看護師数も増加しています。しかし、地域医療構想において在宅医療等の医療需要は平成 37 年（2025 年）までに平成 25 年（2013 年）の約 1.5 倍に増加すると推計しており、訪問看護ステーションや福祉施設等の就業者数を更に増やす必要があります。
- 在宅看護の質の確保については、少子化・高齢化の進展、医療の高度化・専門化、そして、地域医療構想の実現に向けた病院機能の変化を背景に、医療施設から在宅療養へ移行する医療依存度の高い利用者の増加などに対応するため、それらを支える質の高い看護の提供ができる看護職員の育成が課題です。そのため、在宅看護に関連した専門看護師・認定看護師や特定行為*を適切に行うことができる看護師を地域の実情に応じて確保していく必要があり、また、その活躍が期待されます。

具体的な施策

（１） 本県における医療需要の変化（高度化および機能分化、働き場所の変化）に対応する看護職員の養成・確保・定着の推進

ア 2025 年に向けた地域医療構想と整合性のある看護職員配置数の推計

- 県は、平成 30 年度（2018 年度）、国の示す需給推計方法に基づき、地域医療構想と整合性のある看護配置の推計を行い、目標値を明らかにします。

イ 看護職員の総合的な確保対策と資質向上

- 県は、現在の増加率を維持できるよう看護職員を養成し確保定着を図ります。また、滋賀県看護協会をはじめ関係団体との役割分担、連携を図りながら看護職員の資質向上に取り組みます。

① 看護職員の養成

- 中高生を対象とした看護職の魅力伝える啓発を推進し、看護師等養成所（大学を含む）の学生確保に取り組みます。
- 質の高い看護職員を養成するため、看護師等養成所の安定した運営を支援します。
- 看護師等養成所における充実した基礎教育を実施するため、養成所専任教員の資質向上や実習指導者の養成に努めます。

② 看護職員の確保定着および離職防止対策の推進

- 県内・県外の新規就職者を確保するため、看護職員修学資金等貸与事業のほか、滋賀県の

医療機関等の魅力を伝える広報事業を行います。

- 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の改善を促進します。
- 働き方改革を推進するために、看護職だけでなく他の職種を含む医療勤務環境全体の改善に向けて、ナースセンター事業の充実を図るとともに、医療勤務環境改善支援センターとの連携を促進します。

③ 潜在看護力活用の推進

- 滋賀県ナースセンター事業の周知および充実を図り、退職時の届出の定着と潜在看護職員の再就業を促進します。

④ 看護職員の資質向上

- 新人看護職員研修ガイドラインに沿った新人研修の支援や教育担当者の育成を行います。また、基礎教育と連携した新人教育が行えるよう、意見交換会等を開催し支援します。
- 医療の高度化・専門化に対応するため、資質向上研修や研修補助事業を行い、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支援します。

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

ア 在宅医療福祉を担う看護職員の確保対策

- 県は、訪問看護ステーションや福祉施設等の就業者数を増やすために看護職員の確保定着を図ります。
- ① 潜在看護職員の活用
 - 再就業のコーディネート（就業相談）や就職説明会、復職支援研修を実施し再就業を支援します。
- ② 在宅医療福祉を担う看護職員の確保定着および離職防止
 - 在宅看護を担う新人訪問看護師を育成します。
 - 就業後の職場内研修および勤務環境整備への支援を行います。

イ 在宅医療福祉を担う看護職員の資質向上と多様化する医療ニーズに対応できる専門性の高い看護職員の育成

- 医療施設から在宅療養へ移行する医療依存度の高い利用者が増加するなど多様化する医療ニーズに対応できるよう、看護職員の資質向上を支援します。そのために、指定研修機関である滋賀医科大学と連携し、特定行為研修制度の周知や情報提供、受講支援を実施し、特定行為を適切に行うことができる看護師を地域の実情に応じて育成します。また、在宅看護に関連する専門看護師・認定看護師を育成し看護職員全体の資質向上を図ります。
- 訪問看護支援センターや訪問看護連絡協議会、関係団体等と連携し、在宅看護に関する教育体系に沿った研修を実施し看護職員の資質向上を図ります。

【職種別：保健師】

目指す姿

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

取組の方向性

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

現状と課題

- 就業者数は、平成 22 年（2010 年）に比べて増加しています。従事場所としては、83.7% が自治体であり、その他に医療関係機関 6.9%、事業所 4.0%となっています。
- 自治体で働く保健師の活動領域は、保健分野を中心に福祉分野・健康管理分野等、他の行政分野への分散配置が進んでいます。
- 本県では平成 25 年度（2013 年度）に「滋賀県保健師活動指針」を策定し、地域に責任をもつ保健師活動の推進に向けた取組を行っています。
- 自治体で働く保健師が、どのような所属や執務体制であっても、必要な能力を継続的に獲得するための人材育成体制を整備することが必要です。

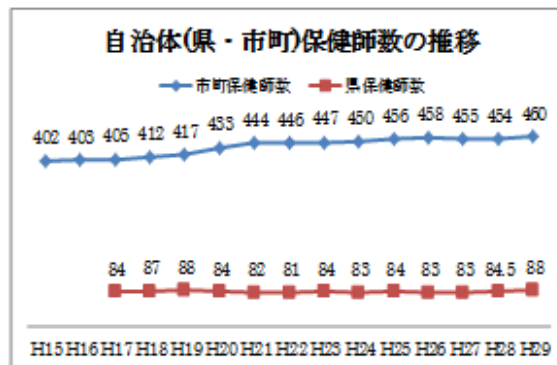
表 3-6-4-5 保健師数の年次推移

区分		H22	H24	H26	H28
滋賀県	保健師数(人)	603	594	668	650
	人口10万対	42.8	42.0	47.2	46.0
全国	保健師数(人)	45,003	47,279	48,452	51,280
	人口10万対	35.1	37.1	38.1	40.4

(単位：人) 出典：厚生労働省「衛生行政報告例」

図 3-6-4-6

自治体で働く保健師数の年次推移



(単位：人) 出典：滋賀県調べ：各 4 月 1 日現在

具体的な施策

(1) 地域に責任を持つ活動ができる保健師の確保・育成

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

(2) 保健師人材育成体制の整備

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

【職種別：助産師】

目指す姿

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

取組の方向性

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

現状と課題

- 就業者数は、年々増加しており、そのうち病院の就業者数は平成22年（2010年）以降全体の半数近くを占める状態が続いています。しかし、本県の特性として、診療所で出産する割合が高く、病院での正常分娩が少ないことから、病院の就業助産師は正常分娩を経験する機会が少なく、助産師外来や院内助産に必要な正常分娩の経験が十分に積めない状況にあります。逆に、診療所や助産所の就業助産師は、ハイリスクな分娩の経験をする機会が少ない状況にあります。
- 県内診療所の産婦人科医の高齢化を含めた周産期医療体制の変化から、今後、分娩できる産科診療所の減少が予測され、院内助産の需要が増える可能性があります。

表3-6-4-7 助産師の就業場所別就業者数

	22年		24年		26年		28年	
病院	198	50.1%	222	55.8%	243	52.7%	229	47.9%
診療所	141	35.7%	129	32.4%	163	35.4%	184	38.5%
助産所	30	7.6%	29	7.3%	27	5.9%	28	5.8%
保健所・市町	11	2.8%	4	1.0%	13	2.8%	18	3.7%
看護師等養成所	14	3.5%	13	3.3%	14	3.0%	17	3.5%
その他	1	0.3%	1	0.3%	1	0.2%	2	0.4%
合計	395	100.0%	398	100.0%	461	100.0%	478	100.0%

（単位：人） 出典：厚生労働省「衛生行政報告例」

具体的な施策

(1) 院内助産にも対応できる助産師の育成と確保

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

(2) 安全な助産のための県内助産師全体の資質の向上

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

【職種別：看護師・准看護師】

目指す姿

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

取組の方向性

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

現状と課題

- 病院での就業者数は平成 26 年(2014 年)まで増加していましたが、平成 28 年(2016 年)に初めて減少に転じています。診療所での就業者数は、横ばいもしくは微増しています。また、訪問看護ステーションや福祉施設での就業者数は、年々増加の傾向にあります。
- 就業者数は増加していますが、今後、病院から訪問看護ステーション・福祉施設へと就業場所が徐々に移行すると考えられ、看護師の就業者数はゆるやかな増加が予測されます。
- 平成 30 年度(2018 年度)後半に予定されている看護職員需給見通しの推計結果に基づき、地域医療構想と整合性のある看護職員配置数等を明らかにする必要があります。
- 病院の就業者は、医療の高度化・専門化により、また、地域医療構想で示されるように病院の機能分化が進むことで、高い専門性がますます求められます。

具体的な施策

- (1) 2025 年に向けて必要な場所に必要サービスが提供できる看護師・准看護師の確保
 - 在宅医療福祉を担う看護師を育成する研修や就業を促進する支援を行い、訪問看護ステーションや福祉施設等へ就職する看護師の確保に取り組みます。
- (2) 医療現場の高度化・専門化および機能分化、就業場所の変化に対応できる質の高い看護師の育成
 - 専門看護師、認定看護師、認定看護管理者などの看護師の育成を支援し、看護職員全体の資質向上を図ります。
 - 医療依存度の高い患者や利用者への対応のために、特定行為を適切に行うことができる看護師を地域の実情に応じて育成します。

《数値目標》

目標項目	現状値 (H28)	目標値 (H35)	備考
看護職員の就業者数	290 人/年 増加 (H22~H28 の平均値)	290 人/年 増加	平成 30 年度に、国の示す需給推計方法に基づき目標値を見直す
看護職員の離職率	9.8%	10%前後の維持	平成 30 年度に、国の示す需給推計方法に基づき目標値を見直す

5 管理栄養士・栄養士

目指す姿

- 地域包括ケアシステムの下、管理栄養士・栄養士が多職種と連携し、優先的に解決すべき栄養の課題を解決することができる

取組の方向性

- (1) 管理栄養士・栄養士の資質向上
- (2) 市町における管理栄養士・栄養士の配置促進

現状と課題

- 平成 26 年（2014 年）末度現在の県内病院に従事する管理栄養士、栄養士は 327 人です。

表 3-6-5-1 管理栄養士・栄養士数

	平成 20 年		平成 22 年		平成 24 年		平成 26 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	272	34,303	308	35,496	310	37,628	327	38,780
人口 10 万人あたり	19.8	27.2	22.2	28.1	21.9	29.5	23.1	30.5

（出典：厚生労働省「衛生行政報告例」）

- 県内の養成施設は、平成 29 年(2017 年) 4 月 1 日現在、管理栄養士養成施設 2 施設（入学定員 110 人）、栄養士養成施設 1 施設（入学定員 35 人）です。
- 平成 29 年（2017 年）6 月現在、県内 19 市町のうち 15 市町に管理栄養士が配置されています。
- 病院や診療所において、生活習慣病重症化予防のために継続した栄養指導が求められるなど、管理栄養士の役割が重要となっています。
- 地域包括ケアシステムの下、在宅を基本とした生活の継続を目指すために、だれもが自分の口から食べる楽しみを得られるよう、多職種連携により適切な支援を行うことが求められています。
- 地域においては、ライフステージを通じた望ましい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など、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。
- 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。

具体的な施策

- 県は栄養士会など関係機関と協力しながら、多職種と連携した栄養・食生活支援の充実のため、研修会を通じて管理栄養士・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

目指す姿

- 身近な地域でリハビリテーションが受けられる専門職が確保されることにより、県民誰もがあらゆるライフステージにおいて、持ちうる能力を活かし、自立して活動、社会参加しながら地域で暮らすことができる

取組の方向性

- (1) リハビリテーション専門職の人材確保・育成
- (2) リハビリテーション専門職の中核的人材の育成

※リハビリテーション専門職：理学療法士*・作業療法士*・言語聴覚士*をいう。

現状と課題

- 平成 27 年（2015 年）10 月現在の県内の病院に従事する理学療法士*は人口 10 万人あたり 44.5 人（全国 56.2 人）、作業療法士*は人口 10 万人あたり 23.6 人（全国 33.0 人）、言語聴覚士*は 8.0 人（全国 11.4 人）となっており、3 職種全てにおいて全国よりも少ない状況です。

表 3-6-6-1 病院に従事するリハビリテーション専門職数

	滋賀	全国
理学療法士	44.5	56.2
作業療法士	23.6	33.0
言語聴覚士	8.0	11.4

※人口 10 万人あたりの常勤換算数

（出典：平成 27 年度 厚生労働省病院報告）

表 3-6-6-2 介護保険サービス施設・事業所に従事するリハビリテーション専門職数

	滋賀	全国
理学療法士	14.5	22.3
作業療法士	6.6	13.3
言語聴覚士	1.8	2.5

※人口 10 万人あたりの常勤換算数

（出典：平成 27 年度 厚生労働省 介護サービス施設・事業所調査）

- 県内の養成施設は、平成 29 年（2017 年）4 月 1 日現在、1 施設であり、入学定員は理学療法士養成課程 80 人、作業療法士養成課程 40 人です。
- 県内の病院で従事する理学療法士*、作業療法士*の年齢別状況では、50.5%が 20 歳代で、経験年数でみると 46.4%が 5 年未満となっています。

- 機能回復を目指した医学的リハビリテーションだけにとどまらず、障害福祉や教育、就労、地域づくりなど、人々の暮らしにかかわる様々な領域において、心身機能の評価のみならず「活動」と「参加」に働きかけるリハビリテーション専門職*の中核的人材の育成が重要です。
- 市町で実施される介護予防・日常生活支援総合事業*等に対してリハビリテーション専門職*が積極的に関与することが重要です。
- 病院や地域の様々な分野においてリハビリテーション専門職の*活躍が期待されていることから、リハビリテーション専門職*の確保および資質向上のための体系的な人材育成が必要です。

具体的な施策

(1) リハビリテーション専門職*の人材確保・育成

- リハビリテーション専門職*の県内定着、県内誘導を図るために、修学資金制度の運用を行うとともに、医療福祉拠点整備事業等により、大学等の高等教育機関の整備を促進します。
- 保健・医療・福祉・教育・職業等様々な分野の多職種が、リハビリテーションについて共通理解ができ、専門的技術が習得できるなど、多職種協働でリハビリテーションの推進を図れるための人材を育成します。
- リハビリテーション専門職*の関係団体と意見交換しながら、体系的な人材育成体制の整備を図ります。

(2) リハビリテーション専門職*の中核的人材の育成

- 地域ごとのリハビリテーション推進の中核を担う責務があることを自覚し、総合的な知識を習得した、各地域における旗振り役となれる人材の育成を推進するとともに、地域での活動展開のあり方についての検討を進めます。

《数値目標》

目標項目	現状値	目標値 (H35)	備考
県内で従事するリハビリテーション専門職の確保	(精査中)	(検討中)	
地域リハビリテーションの中核を担う人材の育成	0 人	60 人	

7 歯科衛生士・歯科技工士

目指す姿

- 全てのライフステージにおいて、県民が必要な歯科保健医療サービスを受けることができる体制に必要な歯科衛生士および歯科技工士の確保

取組の方向性

- (1) 歯科衛生士および歯科技工士の早期離職防止と復職支援
- (2) 超高齢社会の歯科保健医療ニーズに応えられる人材の育成

現状と課題

- 平成 28 年（2016 年）末現在の県内の歯科衛生士数は、1,290 人です。

表 3-6-7-1 歯科衛生士数

	平成 22 年		平成 24 年		平成 26 年		平成 28 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	1,137	103,180	1,187	108,123	1,182	116,299	1,290	123,831
人口10万人あたり	80.6	80.6	83.9	84.8	83.5	91.5	91.3	97.6

（厚生労働省「衛生行政報告例」）

- 平成 28 年（2016 年）末現在の県内で従事する歯科技工士数は、374 人です。

表 3-6-7-2

	平成 22 年		平成 24 年		平成 26 年		平成 28 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	405	35,413	394	34,613	401	34,495	374	34,640
人口10万人あたり	28.7	27.7	27.8	27.1	28.3	27.1	26.5	27.3

（厚生労働省「衛生行政報告例」）

- 県内の養成施設は、平成 29 年（2017 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、平成 30 年度新規入学生の募集停止）です。
- 在宅療養者や施設入所者、病院入院患者等に対する訪問歯科診療*や口腔ケアの必要性が高まっており、地域包括ケアシステムの下で歯科分野を担う人材が必要になっています。
- 超高齢社会を背景に、歯科治療ニーズが多様化しており、ニーズに合った技工物を作成できる、知識と経験を備えた歯科技工士が求められています。

具体的な施策

- 県は、歯科衛生士および歯科技工士の人材確保と資質向上の課題に対して、早期離職防止、離職者に対する復職支援を基本方針として取り組みます。
- 県は、歯科衛生士会や歯科技工士会との情報共有を行いながら、人材の確保と育成にかかる課題の抽出、具体策の検討を行い、実施します。
- 県は、歯科医師会と連携し、歯科衛生士、歯科技工士の人材確保に関する施策の方向性を共有し、県民が必要とする歯科保健医療サービスの提供体制を整えます。

8 精神保健福祉士

目指す姿

- 広く県民の精神保健福祉の保持に資するために、保健、医療、福祉にまたがる領域において、精神保健福祉士が県民一人ひとりの安心で安定した地域生活の実現に寄与している

取組の方向性

- (1) 医療機関や相談支援機関等に所属する精神保健福祉士の専門的機能の充実強化と多機関・多職種との連携・協働ができる人材の育成
- (2) ケアマネジメント、コンサルテーション、チームアプローチ、ネットワーキング等の関連援助技術などの実践的教育による資質の向上

現状と課題

- 精神障害者の社会復帰を促進する上で、精神障害者の保健・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。
- 精神保健福祉士は、社会福祉学を学問的基盤として、精神障害者の抱える生活問題や社会問題の解決のための援助や、社会参加に向けての支援活動をととして、その人らしいライフスタイルの獲得を目標としています。
- 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 27 年(2015 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に 72 人(うち非常勤 4 人)が従事しています。

表 3-6-8-1 精神保健福祉士数 (厚生労働省「精神保健福祉資料」)

	平成 24 年		平成 25 年		平成 26 年		平成 27 年	
	滋賀県	全国	滋賀県	全国	滋賀県	全国	滋賀県	全国
精神科病院および精神科診療所に従事者する精神保健福祉士数 (うち非常勤)	71 (7)	9,556 (606)	73 (9)	10,017 (657)	62 (4)	10,073 (574)	72 (4)	10,539 (646)
人口 10 万人あたり	5.09	7.54	5.14	7.80	4.36	7.86	5.07	8.22

具体的な施策

- 精神障害者の地域移行を促進するための家族調整や住居確保など、地域移行に係わる精神保健福祉士の専門的知識に加え、幅広い支援技術の向上に努めます。
- 精神障害者のニーズに寄り添った包括的な相談支援が実施できるよう、適正なアセスメントに基づく、多機関協働による支援ができる実践的技術の習得を図ります。
- 滋賀県精神保健福祉士会の積極的な取組との協働により、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

目指す姿

- 保健医療従事者が、患者に適切な医療を提供する「チーム医療」に対応できる

取組の方向性

- (1) 各保健医療従事者の資質の向上
- (2) 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

現状と課題

- その他の保健医療従事者として、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。
- 診療放射線技師（診療エックス線技師を含む）
平成 27 年(2015 年)10 月現在、県内の病院に 421 人が従事しています。
- 臨床検査技師（衛生検査技師を含む）
平成 27 年(2015 年)10 月現在、県内の病院に 485 人が従事しています。
- 臨床工学技士
平成 27 年(2015 年)10 月現在、県内の病院に 240 人が従事しています。
- 視能訓練士
平成 27 年(2015 年)10 月現在、県内の病院に 53 人が従事しています。
- 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 28 年(2016 年)末現在の県内就業者数は、あん摩マッサージ指圧師 878 人、はり師 1,077 人、きゅう師 1,062 人、柔道整復師 634 人です。
- 専門性を有する保健医療従事者が、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。
- 資格を必要としないマッサージ類似行為の施術所が増加し、健康被害の報告もあることから、県民への正しい情報の提供が必要となっています

具体的な施策

(1) 各保健医療従事者の資質の向上

- 保健医療従事者が、緊密な連携を保ち、患者に適切な医療を提供する「チーム医療」に対応できるよう、保健医療従事者の資質の向上を支援します。

(2) 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

- 県民に対し、ホームページを利用した情報発信を行います。
- あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師の施術所に関し、「施術所開設届出済証」を発行し、県民の施術所選択の一助とします。

10 介護サービス従事者

目指す姿

- 介護サービス利用者やその家族が安心して生活している
- 需要に対して必要な介護職員が確保されている

取組の方向性

- (1) 介護人材の参入促進と介護のイメージアップの強化
- (2) 多様なニーズに対応できる介護職員の育成と研修体系の構築等
- (3) 介護支援専門員*の質の向上
- (4) 新任・現任職員に対する定着支援
- (5) 働きやすい環境改善に向けた支援
- (6) 介護人材確保・育成・定着施策の効果的实施に向けた環境整備

現状と課題

(1) 介護人材の不足

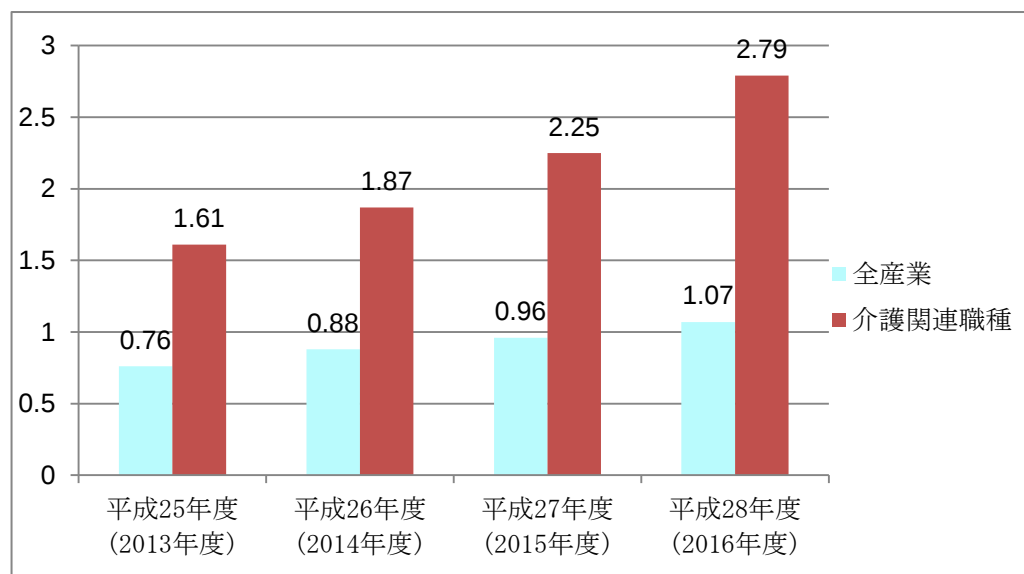
- 平成 28 年（2016 年）10 月現在の本県の介護サービス施設・事業所の介護職員数は、実人員で 16,297 人、常勤換算で 11,063 人です。
- 県内の介護福祉士養成施設*等の定員は 70 人であり、平成 25 年度（2013 年度）比で 30 人（30%）の減少となっています。また、平成 28 年度（2016 年度）の卒後進路の状況は、90%が介護等の業務に就業しています。
- 平成 28 年（2016 年）の滋賀県内の有効求人倍率を見ると、全産業計で 1.07 倍であるのに対し介護関係では 2.79 倍と非常に厳しい現状となっています。
- 国の需給推計によれば、平成 37 年（2025 年）には、本県において、25,000 人の介護職員が必要であると推計されるとともに、3,500 人の介護職員が不足する見通しとなっており、介護人材確保は喫緊の課題となっています。 ※今年度実施の国需給推計値に置き換え

図 3-6-10-1 介護職員数等の推移

	H18.10 月 (2006 年)	H21.10 月 (2009 年)	H24.10 月 (2012 年)	H27.10 月 (2015 年)	H28.10 月 (2016 年)
要介護(要支援)認定者数	40,805	44,861	51,933	59,467	61,112
介護職員数(実数)	11,370	12,782	14,319	15,997	16,297
うち介護福祉士*数	2,912	4,382	5,576	7,054	7,439

出典：介護保険事業状況調査（厚生労働省）・介護サービス施設・事業所調査（厚生労働省）

図3-6-10-2 滋賀県の有効求人倍率の推移



職業安定業務統計（厚生労働省）により作成

(2) 介護職員の離職

- 介護職員の離職率は、全産業と比較し若干高い水準となっているとともに、1年間に離職した者のうち「入職後3年未満の者」が7割以上となっています。

図3-6-10-3 介護職員および全産業の離職率

		H26	H27	H28
介護職員	全 国	16.5%	16.5%	16.7%
	滋賀県	16.9%	15.6%	15.5%
全 産 業	全 国	15.5%	15.0%	15.0%
	滋賀県	11.5%	14.2%	14.9%

注1：介護職員の離職率は、介護労働実態調査（（財）介護労働安定センター）による。

注2：全産業の離職率は、雇用動向調査（厚生労働省）による。

図3-6-10-4 介護職員離職者のうち入職後3年未満の者の割合

	H26	H27	H28
全 国	73.9% (40.1%)	74.8% (40.2%)	67.2% (39.9%)
滋賀県	68.8% (34.9%)	76.5% (48.3%)	66.2% (37.4%)

注1：介護職員の離職率は、介護労働実態調査（介護労働安定センター）による。

注2：括弧内は、入職後1年未満の者。

- また、離職理由を見ると、「職場の人間関係」、「収入が少ない」、「法人・事業所の理念や運営のあり方への不満」、「結婚・出産・妊娠・育児」、「将来の見込みが立たない」といった理由が上位を占めています。

図 3－6－10－5 離職理由

		H26	H27	H28
職場の人間関係	全 国	26.6%	25.4%	23.9%
	滋賀県	26.5%	19.6%	21.2%
法人・事業所の理念 運営のあり方への不満	全 国	22.7%	21.6%	18.6%
	滋賀県	19.1%	17.6%	19.2%
収入が少ない	全 国	18.3%	17.0%	16.5%
	滋賀県	10.3%	19.6%	11.5%
将来の見込みが立たない	全 国	15.9%	16.4%	17.7%
	滋賀県	10.3%	9.8%	5.8%
結婚・出産・妊娠・育児	全 国	8.5%	14.1%	20.5%
	滋賀県	8.8%	17.6%	25.0%

注：介護労働実態調査（介護労働安定センター）による。

【参考：平成 27 年度社会福祉士・介護福祉士就労状況調査】

（（財）社会福祉振興・試験センター）

●離職理由（介護福祉士）

- ・法人・事業所の理念や運営のあり方への不満 33.5%
- ・職場の人間関係 29.4%
- ・収入が少ない 28.0%
- ・労働時間・休日・勤務体制が合わない 21.4%
- ・将来のキャリアアップが見込めない 17.6%
- ・結婚、出産、妊娠、育児 8.4%

（３）介護職員の育成

- 介護ニーズと医療ニーズを併せ持つ要介護者や認知症高齢者、高齢者のみの世帯などの増加に伴い、介護ニーズの多様化に対応できるよう、また、医療職と適切に連携できるよう、介護職員の質の向上が求められています。

具体的な施策

（１）介護人材の参入促進と介護のイメージアップの強化

- 学校や関係団体等と連携しながら、広く県民への介護の仕事の魅力などの啓発により介護への関心や認識を高めることや、介護福祉士養成施設・養成学校の入学者に対する修学資金貸付け、介護・福祉人材センター*とハローワークや市町など関係機関との一層の連携強化を図ることにより、介護人材の参入を促進します。
- 高齢者、障害者、外国人等に対する介護職員初任者研修等の実施や介護の未経験者に対するガイダンス、介護・福祉職場体験の実施などにより他分野からの新規参入や多様な人材の新規参入を促進するとともに、介護福祉士*や介護職員初任者研修修了者など潜在有資格者等の登録と再

就職に向けた支援に取り組みます。

- マスメディアやポスターなどを活用した啓発、介護関係のイベントの開催等を支援するなど積極的に介護のイメージアップを図るとともに、介護職の魅力などについても情報を発信します。

(2) 多様なニーズに対応できる介護職員の育成と研修体系の構築等

- 喀痰吸引等の医療的ケアができる介護職員の育成を進めます。
- 多職種と連携して的確な介護サービス提供などができる介護職員を養成するとともに、当該職員による地域の多職種連携ネットワークへの参画や他事業所への出前講座などを通じて地域の介護の質の向上支援を図ります。
- また、このような質の高い人材を、より早い段階から養成するため、介護福祉士養成施設の取組を支援します。
- 働きながら介護職員実務者研修等を受講できるよう支援します。
- キャリアアップに向けて、研修体系の再構築の検討や効率的かつ効果的な研修の実施に向けて、その環境整備を図るとともに、介護職員個々のキャリア形成に向けた支援を行います。
- 人権について、正しい理解と認識を深め、人権尊重の視野に立った質の高いサービスが提供できるよう利用者の人権擁護等に関する啓発・研修の推進を図ります。

(3) 介護支援専門員の質の向上

- 医療に関連した事例のケアマネジメントの展開等が盛り込まれた新研修カリキュラム等に基づき、研修内容を充実し、地域包括ケアシステム*の担い手となる介護支援専門員を育成します。
- 主任介護支援専門員*は、地域包括ケアシステムの構築に向けて地域課題の把握から社会資源の開発などの地域づくり、介護支援専門員の育成などの役割を担うことから、こうした役割を的確に担える質の高い主任介護支援専門員を養成します。
- 高齢障害者のニーズに応じた適切なサービスが提供されるよう、障害者自立支援協議会*や地域包括支援センター*などを通じて、介護支援専門員と相談支援専門員*との連携促進を図ります。

(4) 新任・現任職員に対する定着支援

- 合同入職式やその後の新人職員向けの研修・交流会の開催により、新人職員間のネットワークづくりやモチベーションの維持向上を支援することで新人職員の定着を促進するとともに、新人職員の育成役に中堅職員を配置する「メンター制度」の導入を推進します。

(5) 働きやすい環境改善に向けた支援

- 介護従事者に対する職業生活相談などの実施により職員の離職防止に努めます。
- 介護職員が将来に見通しを持って働き続けられる環境を整備することで、定着を促進するとともに、新規参入も促進します。
- キャリアパスの整備促進による処遇改善を図るほか、ワーク・ライフ・バランス*の実現、育児休暇、子どもの看護休暇、時間単位での休暇制度の導入など働きやすい労働環境の整備に向けて、セミナーの開催などの支援策を実施するとともに、業務の負担軽減や効率化に資する機器や用具について、事業所での導入を進めるとともにその効果や課題を情報提供することにより普及を促進します。

(6) 確保・育成・定着施策の効果的实施に向けた環境整備

- 介護職員の確保・育成・定着支援の中核である介護・福祉人材センターと福祉研修センター*が、就職前から育成、定着支援まで一貫して効果的に実施できるよう、そのあり方を見直します。

《数値目標》

●介護職員数

H32、H35、H37 は現在値を据え置き 受給推計を受けて おって数値修正

H28(2016)年 基準値	H32(2020)年 目標値	H35(2023)年 目標値	H37(2025)年 目標値
18,600 人	22,000 人	24,000 人	25,000 人

●介護福祉士数

H32、H35、H37 は現在値を据え置き 受給推計を受けて おって数値修正

H28(2016)年 基準値	H32(2020)年 目標値	H35(2023)年 目標値	H37(2025)年 目標値
8,500 人	9,700 人	10,600 人	11,000 人

(指標の出典)

- ・「介護サービス施設・事業所調査」(厚生労働省)より、調査の回収率で割戻して本県の推計値として算出。