

次期滋賀県保健医療計画 主要分野の方向性(案)

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

①がん I

【目指す姿(分野アウトカム)】

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

【現状と課題(○現状 ●課題)】

○糖尿病の発症リスクの1つである肥満について、20～60歳代男性の割合は増加している。

平成27年 25.8% ⇒ 令和4年 28.0%(+2.2P)

○成人喫煙率は男性は減少(平成27年:29.1% → 令和4年:19.3%)

女性は増加(平成27年:4.0% → 令和4年:4.2%)

○がん検診受診率は、新型コロナウイルスの影響もあり、約40%台にとどまり、目標値の50%に至っていない。

～がん検診受診率～(令和4年国民生活基礎調査)※対象年齢～69歳まで

胃がん 40.5%、肺がん 47.6%、大腸がん 44.8%、乳がん 47.2%、子宮頸がん 40.7%

○がん年齢調整罹患率(人口10万人対)が男性は平成25年より増加、女性は減少。

男性 421.8 女性 280.6 (平成25年)

男性 447.6 女性 331.2 (令和元年) 【全国】男性 445.7 女性 346.7

○75歳未満年齢調整死亡率(人口10万人対)は平成28年より減少。

全体 70.0 男性 88.1 女性 53.8 (平成28年)

全体 59.0 男性 73.2 女性 45.7 (令和3年)

●女性ががんでは子宮頸がんワクチン接種の積極的勧奨が令和3年11月に再開され、さらに、積極的勧奨が差し控えられていた期間の対象者へのキャッチアップ接種も開始された。子宮頸がん発症予防のため、周知啓発が重要である。

●がん予防、医療の充実、がんとの共生に取り組んできたことにより、がん年齢調整死亡率が減少することができた。がんは誰もが罹患する可能性があり、がんになっても自分らしい暮らしが継続できる支援の充実が重要である。

①がんⅡ

【取組の方向性(中間アウトカム)】

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

【計画改定における主な検討項目】

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

3

②脳卒中Ⅰ

【目指す姿(分野アウトカム)】

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

【現状と課題(○現状 ●課題)】

- 循環器病の発症リスクの1つである肥満について、20～60歳代男性の割合が増加している。
平成27年 25.8% ⇒ 令和4年 28.0%(+2.2P)
- 特定健診受診率の低下(R2年)等、新型コロナウイルス感染症の影響と考えられる状況が認められたが、一次脳卒中センターを中心にコロナ禍においても発症後の速やかな搬送や専門的医療の提供ができており、本県の脳血管疾患による年齢調整死亡率は全国値より低値を維持できた。

<脳血管疾患年齢調整死亡率> (人口10万対) *()は全国値

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

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

4

②脳卒中Ⅱ

【取組の方向性(中間アウトカム)】

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

【計画改定における主な検討項目】

- 感染症発生・まん延時や災害時等を見据えた対策**
 - ・医療機関連携による医療提供体制の強化
 - ・地域連携による在宅医療の体制強化
 - ・各病院の空床状況や収容能力、人的資源等の情報を一元的に把握し、地域における医療資源を有効活用できる体制構築等
- 他の疾患等に係る対策との連携促進**
 - ・循環器病は合併症や併発症も多く、病態は多岐にわたるため、他の疾患等に係る対策との連携促進が重要となる。がんに関連した脳卒中では、「第4期がん対策推進計画」等、諸計画の関連施策と連携を図る。

5

③心筋梗塞等の心血管疾患Ⅰ

【目指す姿(分野アウトカム)】

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

【現状と課題(○現状 ●課題)】

- 循環器病の発症リスクの1つである肥満について、20～60歳代男性の割合が増加している。
平成27年 25.8% ⇒ 令和4年 28.0%(+2.2P)
- 特定健診受診率の低下や心疾患受療率(入院・外来)の変動等、R2年は新型コロナウイルス感染症拡大の影響と考えられる状況が認められたため、経年的にみて評価を行っていく必要がある。
- 虚血性心疾患の年齢調整死亡率は経年的にみると減少傾向にあるが、全国値よりも高値であることから、引き続き、県循環器病対策推進計画の具体的施策の方向性で取組を進めていく。

<虚血性心疾患年齢調整死亡率> (人口10万対) *()は全国値

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

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

6

③心筋梗塞等の心血管疾患Ⅱ

【取組の方向性(中間アウトカム)】

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

【計画改定における主な検討項目】

- 感染症発生・まん延時や災害時等を見据えた対策**
 - ・医療機関連携による医療提供体制の強化
 - ・地域連携による在宅医療の体制強化
 - ・各病院の空床状況や収容能力、人的資源等の情報を一元的に把握し、地域における医療資源を有効活用できる体制構築等
- 他の疾患等に係る対策との連携促進**
 - ・循環器病は合併症や併発症も多く、病態は多岐にわたるため、他の疾患等に係る対策との連携促進が重要となる。がん治療に伴う心血管合併症では、「第4期がん対策推進計画」等、諸計画の関連施策と連携を図る。

7

④糖尿病Ⅰ

【目指す姿(分野アウトカム)】

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

【現状と課題(○現状 ●課題)】

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

8

④糖尿病Ⅱ

【取組の方向性(中間アウトカム)】

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

【計画改定における主な検討項目】

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

9

⑤精神疾患Ⅰ

【目指す姿(分野アウトカム)】

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

【現状と課題(○現状 ●課題)】

- 精神疾患の患者数は、平成20年には約2万5千人であったものが、平成26年には約3万7千人に、令和2年には約6万4千人に増加しており、この6年で2万7千人増加している。¹
- 精神障害者保健福祉手帳の交付者数も年々増加しており、平成24年度に6,656人であったものが、令和4年度には13,399人と、この10年で2倍超に増加している²。
- 精神障害者地域移行・地域定着推進協議会などの保健、医療、福祉関係者による協議の場を県内すべての圏域で設置し、現状や課題の検討が行える体制を構築した。

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

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

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

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

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

10

⑤精神疾患Ⅱ

【取組の方向性(中間アウトカム)】

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

【計画改定における主な検討項目】

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

11

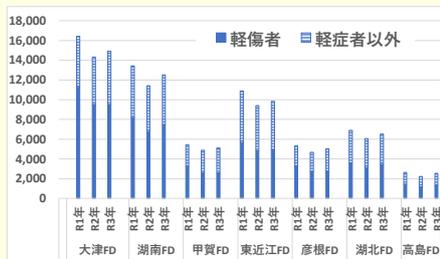
⑥救急医療Ⅰ

【目指す姿(分野アウトカム)】

救急医療機関の役割を明確化し、患者が重症度・緊急度に応じた適切な医療を受けることができている。

【現状と課題】 ○現状 ●課題

○救急搬送の現状



●課題

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

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

(軽症者割合の推移)

- ・救急医療機関の役割の明確化

○救命救急センターの現状

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

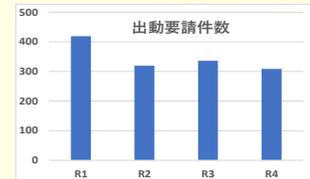
受入に至らなかった理由と件数

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

●課題

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

○ドクターヘリ運航の現状



●課題

- ・関西広域連合外の隣接県との連携推進

○救急科専門医の現状

H28年	R4年
30人	52人

(日本救急医学会認定)

●課題

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

12

⑥救急医療Ⅱ

【取組の方向性(中間アウトカム)】

- (1)地域における救急医療機関の役割を明確化し、初期・二次・三次医療機関の機能分担や連携ができています。
- (2)救急医療における医師の計画的な養成・確保ができています。
- (3)病院前救護体制の強化ができています。
- (4)医療機関の受診や救急要請の相談に対応できる体制整備ができています。
- (5)ドクターヘリの活用の際に際して関西広域連合外の隣接県との広域連携ができています。

【計画改定における主な検討項目】

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

13

⑦災害医療Ⅰ

【目指す姿(分野アウトカム)】

災害時においても必要な医療を受けることができる

【現状と課題(○現状 ●課題)】

- 近年は大規模地震に加え、豪雨災害が増加傾向にあり、病院の耐震化に加え、浸水対策やBCPの作成等の災害対策が求められている。
- 県内では、業務継続計画(BCP)未作成の病院があり、浸水想定区域に所在する病院の浸水対策についても多くが未実施など、ハード面・ソフト面の両面から体制の整備が必要。
また、災害時における情報共有ツールである広域災害救急医療情報システム(EMIS)の入力率が低く、入力の推進が必要。
※システム未入力の病院・有床診療所は35/94機関(37%)。入力している機関についても全ての項目は入力できていない。

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

- 災害時においても精神科医療を行うための診療機能を有し、被災地からの精神疾患を有する患者の受入れやDPATの派遣等のできる体制が求められている。
- 災害拠点精神科病院の指定ができていないため、早期の指定が必要。
- 平時から有事に備え、災害医療従事者の確保と資質向上、関係機関との連携が求められている。
- DMAT、DPAT、DHEAT、災害支援ナース等の保健医療活動チームについて、総合防災訓練をはじめとした実効性のある訓練・研修等を通じて、更なる連携強化が必要。

14

⑦災害医療Ⅱ

【取組の方向性(中間アウトカム)】

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

【計画改定における主な検討項目】

- 県内病院の **災害に備えた体制の確保**
 - ・ 災害拠点病院・災害拠点精神科病院の整備
 - ・ 浸水想定区域内に所在する病院の浸水対策の支援
 - ・ 業務継続計画(BCP)の作成支援
 - ・ 広域災害救急医療情報システム(EMIS)の活用
- 災害時に活動する **人材の確保**
 - ・ DMAT、DPAT、DHEAT、災害支援ナース等の **保健医療活動チームの養成**
 - ・ 保健医療活動チームの研修・訓練の実施
- **防災関係機関との連携強化**
 - ・ 災害医療コーディネーターの確保・資質向上
 - ・ 保健医療福祉調整本部としての訓練の実施

15

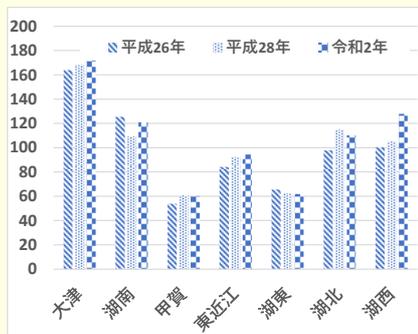
⑧小児医療(小児救急)Ⅰ

【目指す姿(分野アウトカム)】

良質かつ適切な小児医療を受けることができる。

【現状と課題】 ○現状 ●課題

○ 小児人口(0~14歳)10万人あたりの圏域別小児科医の現状



●課題

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

○ 小児救急搬送件数および軽症者割合

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

●課題

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

○ #8000利用の現状

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

●課題

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

○ ブロック化の現状

H30年度	R5年度
0/4	1/4*

*一部集約化:1

●課題

- ・ 地域の実情が異なるため、協議を継続し丁寧に進める必要がある

16

⑧小児医療(小児救急)Ⅱ

【取組の方向性(中間アウトカム)】

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

【計画改定における主な検討項目】

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

17

⑧小児医療(小児在宅)Ⅰ

【目指す姿(分野アウトカム)】

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

【現状と課題(○現状 ●課題)】

- 医療の進歩等により、慢性疾患を持つ児童および医療的ケア児は増加傾向。一方で、小児在宅医療を担う医療機関(診療所・訪問看護ステーション等)は成人に比べ少なく、圏域により資源が偏在している。
- 小児在宅医療に対応できる人材育成、関係者間の情報共有、連携の推進が必要。

□圏域別訪問看護事業所数(R4訪問看護実態調査)

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

□圏域別訪問診療対応可の診療所数(R3医療機能調査)

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

- 慢性疾患児童およびその家族は身体的・精神的・経済的に様々な問題を抱えるが、適切に相談ができず家族が抱え込み負担が大きい場合がある。
- 継続して身近に相談できる支援者や、同じ立場(疾患)の人との繋がりが必要。児の成長発達や自立のための支援が必要。
- 小児期に慢性疾患に罹患し成人を迎える患者の増加。成人を迎えても小児科にかかり続ける患者がある。
- 小児診療科と成人診療科の連携体制の構築、移行期の様々な問題の相談先および患者家族が移行準備ができる支援体制整備が必要。
- 県内の小児慢性特定疾病受給者における在宅人工呼吸器装着者のうち個別避難計画作成済みは約40%。
- 当事者および居住している地域に対し、発災時に安全を確保できるための支援が必要。発災後も療養生活が継続できるよう日頃からの支援者間での連携体制の構築が必要。

18

⑧小児医療(小児在宅)Ⅱ

【取組の方向性(中間アウトカム)】

- (1) 身近な医療機関で外来・在宅・入院医療を円滑に受けられる
- (2) 日常生活支援により、成長発達・自立が促進される
- (3) 成人を見据えた医療・自立支援を受けられる
- (4) 災害・新興感染症発生時も療養生活が継続できる

【計画改定における主な検討項目】

- 小児在宅医療の受け入れ可能な医療機関、福祉事業所等の充実と、そこに従事する人材の育成および関係者同士の連携体制の強化を連動して行う必要がある。
- 対象者のニーズの把握に努め、保健所での相談をはじめ、療育相談事業、交流会事業等の支援体制について検討していく必要がある。
- コロナ禍を経験し、より平時からの医療的ケア児とその家族が安心して生活できる体制整備の重要性が明確となり、災害支援体制について、さらなる強化が求められる。
- 児の将来を見据え、移行期医療支援を含むライフステージに応じた支援を受けられるような体制を検討していく。

19

⑨周産期医療Ⅰ

【目指す姿(分野アウトカム)】

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

【現状と課題(○現状 ●課題)】

○出生等に関する動向

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

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

○災害時周産期医療体制の整備

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

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

○医療資源・連携等

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

*1年間のうち、NICUが1床以上確保されていた日数の割合

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

○県内7つの二次保健医療圏を大津・湖西ブロック、湖南・甲賀ブロック、東近江ブロック、湖東・湖北ブロックの4ブロックに区分し、医療資源を集約することで、高度かつ専門的な医療提供体制の充実を図っている。搬送の多くは、各医療圏内の病院で受入れが来ており、地域完結型の治療が行われているといえる。ただし、湖南・甲賀地域の中核を担う周産期母子医療センターが、大津・湖西地域内にあることから、特に大津地域と湖南地域は連携して行われており、対応した率としては低くなっている。

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

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

20

⑨周産期医療Ⅱ

【取組の方向性(中間アウトカム)】

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

【計画改定における主な検討項目】

- 地域における分娩場所の確保やハイリスク妊産婦への診療体制の確保
⇒それぞれの医療機関の役割に応じた周産期医療の提供や、妊娠・出産・産後のケアの連続性についての検討が必要と考えることから、母子保健・精神保健と連携して実施するとともに、(1)の施策の中に盛り込み、検討していく。
- これまでの計画に、人材確保の項目がなかったが、医師確保計画と併せて、本計画のなかに周産期医療提供体制にかかる必要な人材確保にむけた取り組みについて記載していく。
- リエゾンの確保と災害発生時の連携体制の構築
⇒医師だけでなく、看護職のリエゾンの配置や災害発生時の連携体制の構築
- NICU等の長期入院児後方支援病床の充実・強化 ⇒ 在宅ケアへの円滑な移行に変更する。在宅ケアへの円滑な移行については、後方支援病床の充実・強化にとどまらず、NICUからの退院も含めて充実・強化が必要と考えることから、小児在宅医療と連携して実施することに変更する。

21

⑩へき地医療Ⅰ

【目指す姿(分野アウトカム)】

へき地においても保健医療サービスを継続して受けることができる

【現状と課題(○現状 ●課題)】

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

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

(準無医地区・準無歯科医地区)
無医地区・無歯科医地区に準じて医療確保が必要な地域

■無医地区等の状況

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

※ () 内は無医地区・無歯科医地区数

■へき地巡回診療等の実施状況(H30～R4年度)

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

※ ★はへき地医療拠点病院

22

⑩へき地医療Ⅱ

【取組の方向性(中間アウトカム)】

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

【計画改定における主な検討項目】

- へき地医療計画と医師確保計画の連動
⇒へき地保健医療対策協議会を他の医師確保関係協議会とともに地域医療対策協議会に一本化しており、へき地の医師確保に向けて、へき地医療支援機構との具体的な連携方法を検討していく。
- オンライン診療を含む遠隔医療の活用
⇒国からは、へき地医療におけるオンライン診療の有用性が示唆されており、他府県での好事例等を参考に、導入・活用を検討するとともに、オンライン診療等に要する設備整備についても支援していく。
- 保健・医療・福祉の連携
⇒保健・医療・福祉が一体となった総合的なへき地保健医療支援体制の構築に向けて、市町・保健所等との連携を強化していく。

23

⑪新興感染症発生・まん延時における医療Ⅰ

【目指す姿(分野アウトカム)】

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

【現状と課題(○現状 ●課題)】

- 新型コロナウイルス感染症発生以前の対応は、新興感染症患者は原則、専用病床をもつ感染症指定医療機関で入院治療を行うことと想定していたが、新型コロナウイルス感染症の対応では、既存の感染症病床数を大幅に上回る患者数が発生した。また、感染症指定医療機関以外の医療機関で感染症に対応する体制の立ち上げに時日を要した。
- 令和6年4月施行の改正感染症法で、新興感染症発生・まん延時の医療提供体制を迅速に整備するため、感染症患者の「入院」「発熱外来」「自宅療養者等への医療提供」等を行う医療機関との「協定」の仕組みが新設された。次期新興感染症に係る「平時の備え」として、医療機関との協議を行い、「協定」を締結し、新興感染症発生・まん延時に備える必要がある。

24

①新興感染症発生・まん延時における医療Ⅱ

【取組の方向性(中間アウトカム)】

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

【計画改定における主な検討項目】

○発熱外来体制の確保

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

流行初期以降は、より身近な地域で受診相談できる医療機関を確保

○入院体制の確保

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

流行初期以降は、幅広い医療機関で入院できる医療提供体制の構築

特に配慮を要する患者への医療提供体制を充実

○自宅・宿泊・施設療養できる地域の医療福祉の連携推進

自宅療養者・宿泊療養者・高齢者施設等での療養者等への医療提供体制の確保

入院適用外の特に配慮を要する患者への医療提供体制の充実

25

②在宅医療Ⅰ

【目指す姿(分野アウトカム)】

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

【現状と課題(○現状 ●課題)】

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

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

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

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

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

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



26

②在宅医療Ⅱ

【取組の方向性(中間アウトカム)】

- (1) 病院から在宅療養の移行に向けて切れ目のない入退院支援を受けることができる
- (2) 望む場所での日常療養を行ううえで、どのような状態であっても必要な支援を受けることができる
- (3) 病状急変に際し、必要な支援を受けることができる
- (4) 望む場所で人生の最終段階における支援を受け、本人・家族が望む最期を迎えることができる
- (5) 災害や新興感染症が発生した際にも、療養を継続することができる
- (6) 多職種・多機関連携をコーディネートする圏域・市町の連携拠点機能の充実

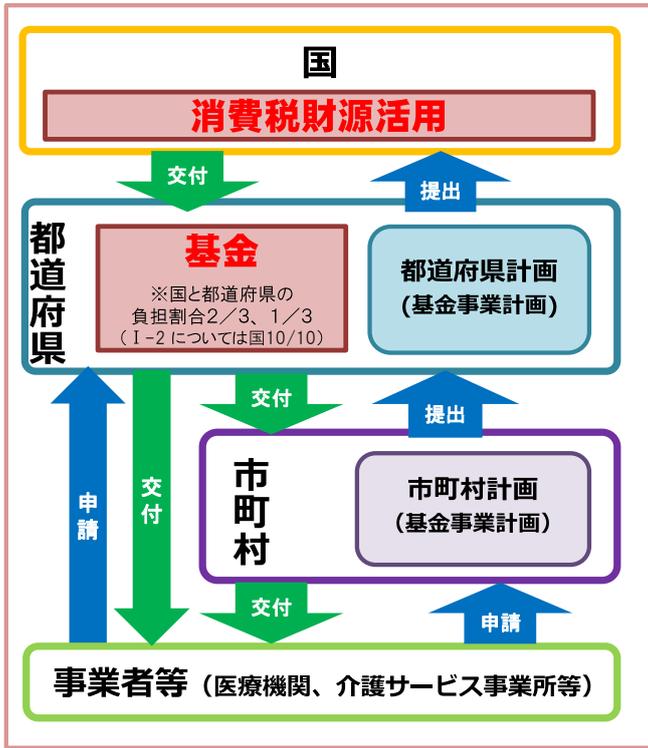
【計画改定における主な検討項目】

- 「急変時の対応体制」、「災害や新興感染症発生時の対応体制」について、現状を把握するとともに取組の検討を行う。
- 在宅医療に関与する各機関や職種の役割の明確化や共有を行い、さらなる連携の推進を行うための取組を検討する。

地域医療介護総合確保基金

令和5年度予算案: 公費で1,763億円
(医療分 1,029億円、介護分 734億円)

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善等、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」が急務の課題。
- このため、平成26年度から消費税増収分等を活用した財政支援制度(地域医療介護総合確保基金)を創設し、各都道府県に設置。各都道府県は、都道府県計画を作成し、当該計画に基づき事業を実施。



都道府県計画及び市町村計画(基金事業計画)

- **基金に関する基本的事項**
 - ・公正かつ透明なプロセスの確保(関係者の意見を反映させる仕組みの整備)
 - ・事業主体間の公平性など公正性・透明性の確保
 - ・診療報酬・介護報酬等との役割分担
- **都道府県計画及び市町村計画の基本的な記載事項**

医療介護総合確保区域の設定※1 / 目標と計画期間(原則1年間) / 事業の内容、費用の額等 / 事業の評価方法※2

 - ※1 都道府県は、二次医療圏及び老人福祉圏域を念頭に置きつつ、地域の実情を踏まえて設定。市町村は、日常生活圏域を念頭に設定。
 - ※2 都道府県は、市町村の協力を得つつ、事業の事後評価等を実施。国は都道府県の事業を検証し、基金の配分等に活用。
- 都道府県は市町村計画の事業をとりまとめて、都道府県計画を作成

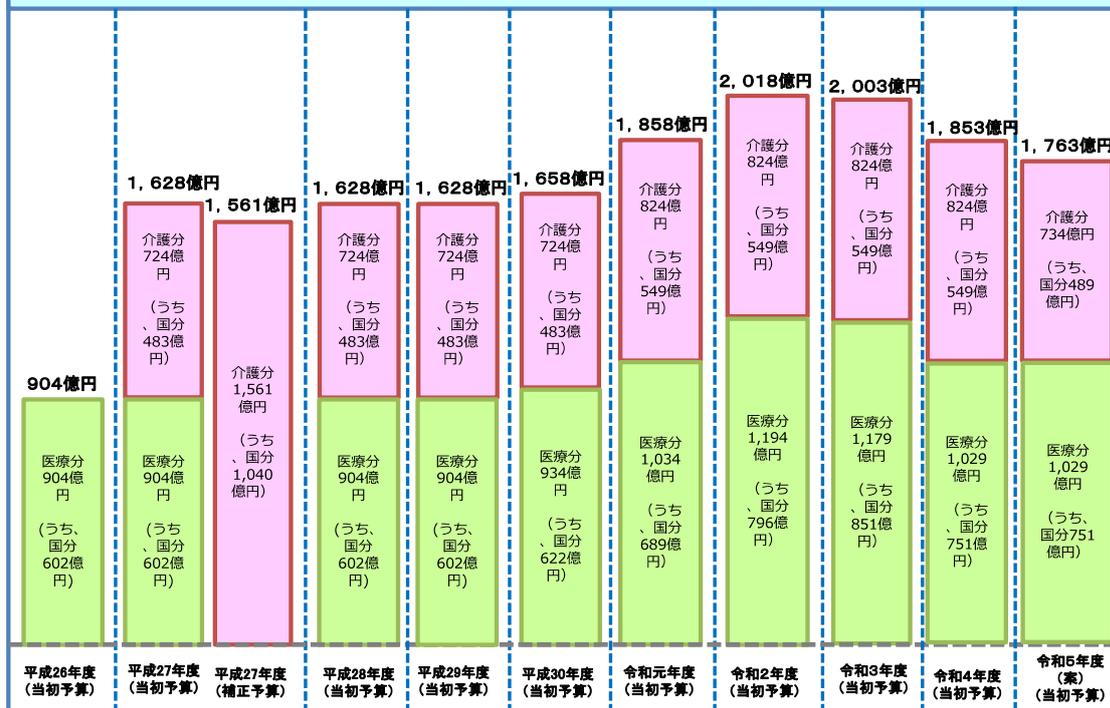
地域医療介護総合確保基金の対象事業

- I-1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
- I-2 地域医療構想の達成に向けた病床の機能又は病床数の変更に関する事業
- II 居宅等における医療の提供に関する事業
- III 介護施設等の整備に関する事業(地域密着型サービス等)
- IV 医療従事者の確保に関する事業
- V 介護従事者の確保に関する事業
- VI 勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業

地域医療介護総合確保基金の令和5年度予算案について

- 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平成26年度から消費税増収分等を活用した財政支援制度(地域医療介護総合確保基金)を創設し、各都道府県に設置。
- 地域医療介護総合確保基金の令和5年度予算案は、**公費ベースで1,763億円(医療分1,029億円(うち、国分751億円)、介護分734億円(うち、国分489億円))**を計上。

地域医療介護総合確保基金の予算額



地域医療介護総合確保基金の対象事業

- I-1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
 - I-2 地域医療構想の達成に向けた病床の機能又は病床数の変更に関する事業
 - II 居宅等における医療の提供に関する事業
 - III 介護施設等の整備に関する事業(地域密着型サービス等)
 - IV 医療従事者の確保に関する事業
 - V 介護従事者の確保に関する事業
 - VI 勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業
- ※ 基金の対象事業変遷
- 平成26年度に医療を対象としてI-1、II、IVで創設
 - 平成27年度より介護を対象としてIII、Vが追加
 - 令和2年度より医療を対象としてVIが追加
 - 令和3年度より医療を対象としてI-2が追加

地域医療介護総合確保基金（医療分）の対象事業①

I-1. 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業

急性期病床から回復期病床への転換等、地域医療構想の達成に向けた病床の機能の分化及び連携等について実効性のあるものとするため、医療機関が実施する施設・設備の整備に対する助成を行う。

（病床の機能分化・連携を推進するための基盤整備等の医療提供体制の改革に向けた施設及び設備等の整備）

- ・平成28年度末までに策定された地域医療構想に基づいた病床機能の転換等の施設・設備整備に対する助成事業
- ・ICTを活用した地域医療情報ネットワークの構築を行う事業

I-2. 地域医療構想の達成に向けた病床の機能又は病床数の変更に関する事業

地域医療構想の実現を図る観点から、地域医療構想調整会議等の意見を踏まえ、自主的に行われる病床減少を伴う病床機能再編や、病床減少を伴う医療機関の統合等の取組に対する助成を行う。

（「単独医療機関」の取組に対する財政支援）

- ・病床数の減少を伴う病床機能再編を行う医療機関に対する支援

（「複数医療機関」の取組に対する財政支援）

- ・病床数の減少を伴う統合計画に参加する医療機関に対する支援
- ・統合に伴い廃止される医療機関の残債を承継する医療機関に対し発生する利子について支援

II. 居宅等における医療の提供に関する事業

地域包括ケアシステムの構築を図るため、在宅医療の実施に係る拠点の整備や連携体制を確保するための支援等、在宅における医療を提供する体制の整備に対する助成を行う。

（在宅医療の実施に係る拠点・支援体制の整備）

- ・在宅医療の実施に係る拠点の整備 / 在宅医療に係る医療連携体制の運営支援 / 在宅医療推進協議会の設置・運営 等

（在宅医療や訪問看護を担う人材の確保・養成に資する事業）

- ・在宅医療の従事者やかかりつけ医の育成 / 訪問看護の促進、人材確保を図るための研修等の実施 等

（その他在宅医療の推進に資する事業）

- ・在宅歯科医療の実施に係る拠点・支援体制の整備 / 在宅医療や終末期医療における衛生材料や医療用麻薬等の円滑供給の支援 等

3

地域医療介護総合確保基金（医療分）の対象事業②

IV. 医療従事者の確保に関する事業

医師等の偏在の解消、医療機関の勤務環境の改善、チーム医療の推進等の事業に助成することにより、医師、看護師等の地域に必要な質の高い医療従事者の確保・養成を推進する。

（医師確保対策）

- ・地域医療支援センターの運営
- ・医科・歯科連携に資する人材養成のための研修の実施
- ・卒業後に地域医療に従事する意思を有する医学生に対する修学資金の貸与
- ・産科・救急・小児等の不足している診療科の医師確保支援
- ・女性医師や歯科医師、薬剤師、歯科衛生士、歯科技工士の復職や再就業の支援 等

（看護職員等確保対策）

- ・新人看護職員・看護職員等の質の向上を図るための研修の実施
- ・看護職員が都道府県内に定着するための支援
- ・看護師等養成所の施設・設備整備、看護職員定着促進のための宿舎整備 等

（医療従事者の勤務環境改善対策）

- ・医療勤務環境改善支援センターの運営
- ・各医療機関の勤務環境改善や再就業促進の取組への支援
- ・電話による小児患者の相談体制や休日・夜間の小児救急医療体制の整備 等

VI. 勤務医の労働時間短縮に向けた体制の整備に関する事業

医師の労働時間短縮を図るため、労働時間短縮のための計画を策定し、勤務環境改善の体制整備に取り組む医療機関に対する助成を行う。

（労働時間短縮に向けた総合的な取組に対する財政支援）

- ・勤務間インターバルや連続勤務時間制限の適切な設定
- ・当直明けの勤務負担の緩和
- ・複数主治医制の導入
- ・女性医師等に対する短時間勤務等多様で柔軟な働き方を推進
- ・タスク・シフティング、タスク・シェアリングの推進 等

4

「持続可能な地域医療提供体制を確保するための公立病院経営強化ガイドライン」の概要

第1 公立病院経営強化の必要性

- 公立病院は、これまで**再編・ネットワーク化、経営形態の見直し**などに取り組んできたが、**医師・看護師等の不足**、人口減少・少子高齢化に伴う医療需要の変化等により、依然として、**持続可能な経営を確保しきれない病院も多い**のが実態。
- また、コロナ対応に公立病院が中核的な役割を果たし、**感染症拡大時の対応における公立病院の果たす役割**の重要性が改めて認識されるとともに、病院間の役割分担の明確化・最適化や医師・看護師等の確保などの取組を平時から進めておく必要性が浮き彫りとなった。
- 今後、**医師の時間外労働規制への対応**も迫られるなど、さらに厳しい状況が見込まれる。
- 持続可能な地域医療提供体制を確保するため、**限られた医師・看護師等の医療資源を地域全体で最大限効率的に活用するという視点**を最も重視し、新興感染症の感染拡大時等の対応という視点も持って、**公立病院の経営を強化していくことが重要**。

第2 地方公共団体における公立病院経営強化プランの策定

- 策定期間 令和4年度又は令和5年度中に策定
- プランの期間 策定年度又はその次年度～令和9年度を標準
- プランの内容 **持続可能な地域医療提供体制を確保**するため、地域の実情を踏まえつつ、必要な**経営強化の取組**を記載

公立病院経営強化プランの内容

(1) 役割・機能の最適化と連携の強化

- ・ 地域医療構想等を踏まえた当該病院の果たすべき役割・機能
- ・ 地域包括ケアシステムの構築に向けて果たすべき役割・機能
- ・ **機能分化・連携強化**

各公立病院の役割・機能を明確化・最適化し、連携を強化。特に、地域において中核的医療を行う基幹病院に急性期機能を集約して医師・看護師等を確保し、基幹病院以外の病院等は回復期機能・初期救急等を担うなど、双方の間の役割分担を明確化するとともに、連携を強化することが重要。

(2) 医師・看護師等の確保と働き方改革

- ・ **医師・看護師等の確保**（特に、不採算地区病院等への医師派遣を強化）
- ・ 医師の**働き方改革**への対応

(3) 経営形態の見直し

(4) 新興感染症の感染拡大時等に備えた平時からの取組

(5) 施設・設備の最適化

- ・ 施設・設備の適正管理と整備費の抑制
- ・ デジタル化への対応

(6) 経営の効率化等

- ・ 経営指標に係る数値目標

第3 都道府県の役割・責任の強化

- 都道府県が、市町村のプラン策定や公立病院の施設の新設・建替等にあたり、地域医療構想との整合性等について積極的に助言。
- 医療資源が比較的充実した**都道府県立病院等が、中小規模の公立病院等との連携・支援を強化**していくことが重要。

第4 経営強化プランの策定・点検・評価・公表

- 病院事業担当部局だけでなく、企画・財政担当部局や医療政策担当部局など関係部局が連携して策定。関係者と丁寧に意見交換するとともに、策定段階から議会、住民に適切に説明。
- 概ね年1回以上点検・評価を行い、その結果を公表するとともに、必要に応じ、プランを改定。

第5 財政措置

- **機能分化・連携強化**に伴う施設整備等に係る病院事業債（特別分）や**医師派遣**に係る特別交付税措置を**拡充**。