

1.1 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ている
- 本人が望む場所で、人生の最終段階におけるケア、看取りができている

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

介護保険の第 1 号被保険者の要介護・要支援認定者*数は、平成 28 年度（2016 年度）約 60,000 人が平成 32 年度（2020 年度）には 67,000 人を超え、平成 37 年度（2025 年度）には約 78,000 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 28 年(2016 年)7 月 1 日～平成 29 年(2017 年)6 月 30 日の 1 年間で 626 人となっており、5 年前の 366 人と比べると約 1.7 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 3-3-11-1 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

:「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 - 1 1 - 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

「医療機能調査」(平成 29 年度)(滋賀県)

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状況

ア 退院調整部署の設置

「医療機関における地域医療連携に関する状況調査」(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。

診療所で働く看護師については、地域において患者の在宅療養を医療的視点からサポートし、また介護施設で働く看護師については、利用者の病状観察や急変時の対応を行う等、いずれも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・介護の提供体制に向けて、健康福祉事務所が中心となって、圏域の提供体制の構築や地域医師会など関係団体との連携体制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 ダイニング）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	訪問看護ステーション実態調査 （滋賀県看護協会）
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）

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

<p>自助</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 	<p>互助</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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
<p>共助</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 	<p>公助</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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14病院767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
湖南	21	11	9	4	5	0	0	3
甲賀	10	6	4	2	2	0	0	1
東近江	18	15	5	2	2	1	0	0
湖東	5	4	4	2	1	0	0	0
湖北	10	8	4	2	2	0	0	1
湖西	4	4	4	0	0	0	0	0
計	88	63	38	16	17	1	0	5

運：運動器リハ*料、
 脳：脳血管疾患等リハ*料、
 呼：呼吸器リハ*料、
 がん：がん患者リハ*料
 心：心大血管疾患リハ*料、
 認：認知症患者リハ*料
 難：難病患者リハ*料
 障：障害児（者）リハ*料
 *リハ：リハビリテーション

出典：平成29年10月1日現在の施設基準の届出受理状況（近畿厚生局）を基に滋賀県集計

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け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（理学療養士・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入り入れられるよう、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、取組を拓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う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等の現状

リハビリテーションセンターは、県立リハビリテーションセンター支援部（以下、「支援部」という。）と県立総合病院（旧成人病センター）リハビリテーションセンター医療部（以下、「医療部」という。）が協働して担うこととして、平成18年度（2006年度）に開設され、地域リハビリテーション提供体制の構築を目的とした支援と、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の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、医療部においては、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。

また、支援部においては、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。

県福祉用具センターにおいては、障害特性に合った福祉用具や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、支援部（身体障害者更生相談所〔平成25年6月に同一組織に編成〕含む）、医療部、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。

医療部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、医療部は、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は、地域リハビリテーション支援機能として、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機能を担うことが必要です。

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

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が、県全体を視野に医療福祉の連携を進め、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 - 1 9 - 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

出典：平成 28 年度 日本リハビリテーション医学会

表 3 - 3 - 1 9 - 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	677.6	48.0	74,235.6	58.5
作業療法士	346.5	24.6	43,884.1	34.6
言語聴覚士	121.9	8.7	15,123.2	12.0

出典：平成 28 年度「病院報告」(厚生労働省)

表 3 - 3 - 1 9 - 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	216	15.3	32,082	25.3
作業療法士	114	8.1	17,281	13.7
言語聴覚士	19	1.4	3,418	2.7

出典：平成 28 年度「介護サービス施設・事業所調査」(厚生労働省)

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

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。

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。

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。

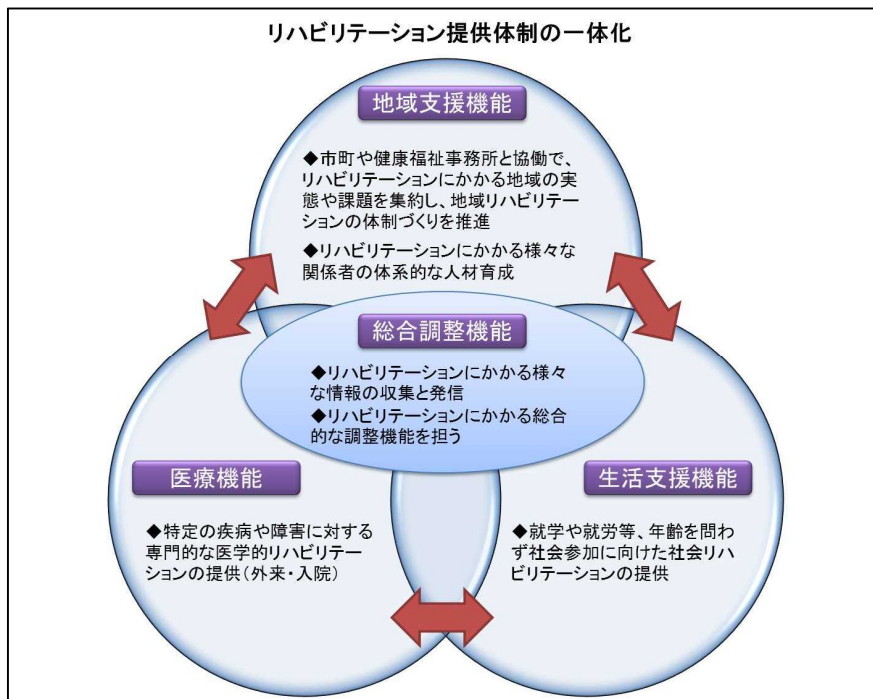
健康福祉事務所と協働してリハビリテーションにかかる地域の実態や課題を集約し、リハビリテーションの観点から三次機関として県域を俯瞰的に捉え、県民の健康増進、社会参画につながるリハビリテーションの体制づくりを進めます。

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、医療、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、県庁周辺県有地を利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	1,908 人	3,000 人(H37)	県の推計による
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	

病期	指標名	全国	滋賀県	大津	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北	湖西	備考
へき地診療	へき地における診療所数 (人口10万対)	1,082	14								H28年度 へき地医療現況調査
		0.8	1.1								
へき地診療	へき地診療所の常勤医師数 (人口10万対)	656	10								H28年度 へき地医療現況調査
		0.5	0.7								
へき地診断の支援医療	へき地医療拠点病院数 (人口10万対)	313	2								H28年度へき地医療現況調査
		0.2	0.1								
へき地診断の支援医療	へき地医療拠点病院からへき地への巡回診療日数 (人口10万対)	3,999	195								H28年度 へき地医療現況調査
		3.1	13.7								
へき地診断の支援医療	へき地医療拠点病院からへき地への巡回診療延べ受診患者数 (人口10万対)	26,170	1,823								H28年度 へき地医療現況調査
		20.4	128.4								
在宅医療											
療養支援	在宅療養支援診療所数 (人口10万対)	14,683 (H28.3現在)	137	54	27	6	21	6	15	8	平成29年10月 診療報酬施設基準
		11.7	9.7	15.8	8.0	4.2	9.2	3.8	9.7	16.4	
療養支援	在宅療養支援病院数 (人口10万対)	1,111 (H28.3現在)	9	3	1	2	1	0	1	1	平成29年10月 診療報酬施設基準
		0.9	0.6	0.9	0.3	1.4	0.4	0.0	0.6	2.1	
緊急時対応	在宅療養後方支援病院数 (人口10万対)		5	1	0	1	0	2	0	1	平成29年10月 診療報酬施設基準
			0.4	0.3	0.0	0.7	0.0	1.3	0.0	2.1	
療養支援	在宅療養支援歯科診療所数 (人口10万対)		69	13	20	5	13	6	5	7	平成29年10月 診療報酬施設基準
			4.9	3.8	5.9	3.5	5.7	3.8	3.2	14.4	
療養支援	訪問看護ステーション数 (人口10万対)	10,672 (H29.4介護給付)	102	26	23	11	12	9	16	5	平成29年10月 診療報酬施設基準
		8.4	7.2	7.6	6.8	7.6	5.2	5.8	10.3	10.3	
療養支援	訪問看護ステーション看護職員数(常勤換算) (人口10万対)		607.6	139.8	148.7	69.1	72.3	56.2	90.2	31.3	平成29年10月 訪問看護ステーション実態調査 (滋賀県看護協会)
			43.0	41.0	43.8	47.9	31.6	36.0	58.3	64.4	
緊急時対応	24時間体制をとっている訪問看護ステーション数 (人口10万対)		90	24	19	10	11	9	14	3	平成29年10月 訪問看護ステーション実態調査 (滋賀県看護協会)
			6.4	7.0	5.6	6.9	4.8	5.8	9.0	6.2	
療養支援	在宅患者訪問薬剤管理指導届出施設数 (人口10万対)		519	122	122	58	81	61	57	18	平成29年10月 診療報酬施設基準
			36.7	35.8	35.9	40.2	35.4	39.1	36.8	37.0	
退院支援	退院支援担当者を配置している病院数 (人口10万対)		36	10	8	3	6	4	3	2	平成26年医療施設調査
			2.5	2.9	2.4	2.1	2.6	2.6	1.9	4.0	
退院支援	退院支援(退院調整)を受けた患者数(レセプト件数) (人口10万対)		15,425	8,162	1,920	243	1,741	985	1,864	510	平成27年度 NDB
			1,085.2	2,380.8	585.9	164.4	747.3	629.3	1,151.0	988.4	
退院支援	退院患者平均在院日数 病院		33.2	28.9							平成26年 患者調査
退院支援	退院患者平均在院日数 一般診療所		17.4	6.1							平成26年 患者調査
療養支援	短期入所サービス(ショートステイ)実施施設数 (人口10万対)		117	25	20	13	24	12	14	9	平成27年介護サービス施設・事業所調査
			8.3	7.3	6.0	9.0	10.4	7.7	8.8	18.0	
療養支援	訪問診療を実施している病院数 (人口10万対)	2,692 (H26医療施設調査)	23	6	4	6	3	1	2	1	平成28年度国保連データ
		2.1	1.6	1.8	1.2	4.2	1.3	0.6	1.3	2.0	
療養支援	訪問診療を実施している診療所数 (人口10万対)	20,597 (H26医療施設調査)	322	92	66	27	47	29	46	15	平成28年度国保連データ
		16.2	22.8	27.0	19.6	18.8	20.5	18.6	29.2	30.4	
療養支援	訪問診療を受けた患者数(レセプト件数) (人口10万対)		61,758	21,125	8,975	5,542	9,577	4,874	9,073	2,592	平成27年度 NDB
			4,345.0	6,161.9	2,739.0	3,749.9	4,110.9	3,113.7	5,602.5	5,023.5	
緊急時対応	往診を実施している診療所・病院数 (人口10万対)		487	150	95	44	65	48	64	21	平成27年度 NDB
			34.3	43.8	29.0	29.8	27.9	30.7	39.5	40.7	
緊急時対応	往診を受けた患者数(レセプト件数) (人口10万対)		16,882	4,712	3,639	1,319	2,147	1,322	3,281	462	平成27年度 NDB
			1,187.8	1,374.4	1,110.5	892.5	921.6	844.5	2,026.0	895.4	
療養支援	訪問看護利用者数(医療保険と介護保険の年間実人員数) (人口10万対)		10,895	2,142	2,567	1,271	1,436	1,261	1,677	541	平成28年度国保連データ
			771.0	628.2	763.5	882.9	626.9	809.2	1,062.8	1,097.5	
療養支援	訪問薬剤指導を実施する薬局・診療所・病院数 (人口10万対)		213	65	40	17	32	18	30	11	平成27年度 介護DB
			15.1	19.1	12.0	11.8	13.9	11.5	18.9	22.0	
療養支援	訪問薬剤管理指導(薬剤師)を受けた者の数(レセプト件数) (人口10万対)		14,769	5,313	4,507	713	1,534	1,302	1,129	271	平成27年度 介護DB
			1,044.4	1,557.4	1,351.0	493.3	666.6	835.4	710.9	542.0	
看取り	在宅看取りを実施している一般診療所 (人口10万対)		4,312	61	10	14	6	13	4	11	平成26年医療施設調査
			3.4	4.3	2.9	4.2	4.1	5.6	2.6	6.9	
看取り	在宅看取りを実施している病院数 (人口10万対)		476	4	1	1	1	-	1	-	平成26年医療施設調査
			0.4	0.3	0.3	0.3	0.7	-	0.6	-	

病期	指標名	全国	滋賀県	大津	湖南	甲賀	東近江	湖東	湖北	湖西	備考
看取り	ターミナルケア対応訪問看護ステーション数 (人口10万対)		69 4.9	14 4.1	13 3.9	9 6.2	11 4.8	6 3.8	12 7.6	4 8.0	平成27年介護サービス施設・事業所調査
看取り	在宅看取り(ターミナルケア)を実施している診療所・病院数 (人口10万対)		145 10.2	41 12.0	22 6.7	11 7.4	23 9.9	11 7.0	26 16.1	11 21.3	平成27年度 NDB
看取り	在宅ターミナルケアを受けた患者数(レセプト件数) (人口10万対)		694 49.1	174 51.0	112 33.3	18 12.5	131 57.2	56 35.9	164 103.9	39 79.1	平成28年度国保連データ
看取り	看取り数(死亡診断書のみを含む)(レセプト件数) (人口10万対)		1,384 97.4	317 92.5	180 54.9	125 84.6	238 102.2	149 95.2	311 192.0	64 124.0	平成27年度 NDB
看取り	在宅死亡者数(自宅) 在宅死亡者数百分率	169,400 13	1,750 14	392 13.4	253 11.6	172 13	325 14.5	208 13.5	308 18.1	92 15.4	平成28年人口動態調査