

第八次香川県保健医療計画 (素案)

香川県

第八次香川県保健医療計画 目次

第1章 計画の基本的な考え方

第1節	計画策定の趣旨	1
第2節	計画の基本理念・取組みの方向性	3
第3節	計画の位置付け	5
第4節	計画の期間	6

第2章 香川県の保健医療提供体制の現状・課題と対策

第1節	地勢・交通及び人口等の状況	7
第2節	医療提供施設等の状況	14
第3節	保健医療圏と基準病床数	27
1	保健医療圏	27
2	二次保健医療圏の圏域設定の考え方	27
3	基準病床数	29

第3章 香川県地域医療構想

第4章 香川県医師確保計画

第5章 医療従事者の確保・養成

第1節	歯科医師	59
第2節	薬剤師	61
第3節	保健師	64
第4節	助産師	66
第5節	看護師・准看護師	68
第6節	理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	72
第7節	歯科衛生士・歯科技工士	74
第8節	管理栄養士・栄養士	76
第9節	その他の医療従事者	77

第6章 香川県外来医療計画

第7章 疾病・事業ごとの医療連携体制の現状・課題と対策

第1節	県民本位の医療連携体制の構築	99
第2節	疾病ごとの医療連携体制の現状・課題と対策	108
1	がん	108
2	脳卒中	119
3	心筋梗塞等の心血管疾患	126
4	糖尿病	133
5	精神疾患	139
6	結核・感染症	153
7	臓器等移植	159
8	難病・小児慢性特定疾病	163
9	アスベスト	165
10	アレルギー疾患	166
11	今後高齢化に伴い増加する疾患等対策	167
第3節	事業ごとの医療連携体制の現状・課題と対策	168
1	救急医療	168
2	災害医療	175
3	へき地医療	181
4	周産期医療	187
5	小児救急を含む小児医療	191
6	新興感染症発生・まん延時における医療	194
第4節	在宅医療連携体制の現状・課題と対策	197
第5節	歯科医療連携体制の現状・課題と対策	203
第6節	医薬等に係る現状・課題と対策	209
第7節	医療安全対策・情報化に係る現状・課題と対策	217

第8章 保健医療計画による事業の推進と数値目標の達成状況の評価

第1節	保健医療計画の周知と情報公開	225
第2節	数値目標の設定	225
第3節	保健医療計画の推進体制と役割	225
第4節	数値目標の進行管理	226

第9章 保健・医療・介護（福祉）の総合的な取組み

第1節	保健・医療・介護（福祉）の連携	236
第2節	健康づくり運動の推進	238
第3節	食育の推進	240
第4節	医療費適正化	242
第5節	高齢者保健福祉対策	246
第6節	障害者保健福祉対策	248
第7節	母子保健福祉対策	252
第8節	保健福祉施設の機能強化	255

第10章 健康危機管理体制の構築

第1節	健康危機管理体制	259
第2節	医薬品等の安全対策	262
第3節	食品の安全性確保対策	265
第4節	生活衛生対策	267

第1章 計画の基本的な考え方

第1節 計画策定の趣旨

本県では、県民だれもが、いつでも、どこでも適切な医療が享受できる体制づくりを進めるとともに、生涯を通じた健康の保持増進から疾病の予防、診断、治療、リハビリテーションに至る一貫したきめ細かな保健医療サービスを的確に提供できる保健医療システムの構築を図るため、平成元年2月に医療法に基づく「香川県保健医療計画」を策定し、その後おおむね5年ごとに見直しを行い、平成30年3月には、令和6年3月末までを計画期間とする第7次計画を策定し、令和3年10月には中間見直しを行った上で、本県における保健医療体制の整備や各種施策の推進に努めてきました。

しかしながら、近年の医療を取り巻く環境は、急速な少子高齢化や社会構造の多様化・複雑化が進む中で、疾病の構造が変化し、がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患及び糖尿病等の生活習慣病に加え、認知症を含む精神疾患が増加するなど、これらに対応した医療提供体制の構築が求められています。

さらには、地域医療の確保において重要な課題である救急、災害、へき地、周産期、小児医療の5事業については、引き続き、その体制確保が必要であることに加え、今後、一層進む高齢化等の状況を踏まえ、需要の増加が見込まれている回復期機能の充実や在宅医療の確保などが求められており、保健医療に対するニーズは、ますます多様化しています。

こうした中で、県民の健康水準の向上を図るためには、良質かつ適切な医療が持続可能な形で効率的に提供される体制を構築することが重要な課題となっており、そのためにはまず本県の保健医療体制のあるべき姿と、これを実現するための施策の方向性を示すことが必要です。

また、医療の質の向上に対する県民の期待は高まっており、日常生活圏において通常の医療需要に対応できるよう医療提供体制の整備を図ることや、患者の立場に立った医療に関する情報提供を促進することが一層求められています。

さらには、平成28年10月に策定した香川県地域医療構想のもと、団塊の世代が75歳以上となる令和7年に向け、将来の医療需要を踏まえた病床の機能分化・連携を進める必要があります。

一方、今般の新型コロナウイルス感染症の感染拡大により、我が国の医療提供体制に多大な影響が生じ、地域における入院・外来・在宅にわたる医療機能の分化・強化、連携等を行う重要性や、地域医療全体を視野に入れて適切な役割分担の下に必要な医療提供を行う重要性などが改めて認識されました。

今回、令和6年3月末までを計画期間とする「第七次香川県保健医療計画」の期間終了に伴い、医療法の改正や本県の現状、新興感染症への対応等も踏まえ、新たに「第八次香川県保健医療計画」を策定するものです。

第2節 計画の基本理念・取組みの方向性

医療は、社会の重要かつ不可欠な資産であり、医療提供体制は、県民の健康を確保するための重要な基盤となっています。

まず、医療は、患者と医療提供者との信頼関係を基本として成り立つものです。患者や県民に対して医療サービスの選択に必要な情報が提供されるとともに、診療の際には、インフォームド・コンセント（医師等が医療を提供するに当たり適切な説明を行い、患者が理解し同意すること）の理念に基づき、医療サービスを提供していくことが重要です。

また、安全で質が高く、効率的な医療の実現に向けて、患者や県民が、利用者あるいは費用負担者として医療に関心を持ち、医療提供者のみに任せるのではなく、自らも積極的かつ主体的に役割を果たしていくことが望ましく、そうした仕組みづくりが求められています。

さらに、医療は、周産期医療、小児医療からはじまり、終末期における医療まで、人生のすべての過程に関わるものであり、傷病の治療だけではなく、健康づくり等を通じた予防や、慢性的な症状を持ちながらの継続した介護サービスの利用等、様々な領域との関わりがあります。

また、医療の提供に際しては、医療分野や福祉分野の専門職種、ボランティア、家族その他様々な人が関わりを持つことから、医療提供者は、医師とその他の医療従事者がそれぞれの専門性を発揮しながら、協力してチーム医療を推進していくことはもとより、地域において、医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携を確保するための体制（以下「医療連携体制」という。）の構築にも積極的に協力していくことが求められています。

今後、これまで経験したことのない超高齢社会を迎える中で、県民だれもが、地域で自立した生活を営むことができるよう、それぞれの身体状況や家庭状況に応じて、医療、介護等が切れ目なく提供される地域包括ケアシステムの深化・推進が必要です。

以上を踏まえ、本計画では、県民の医療に対する安心、信頼の確保を目指し、医療機能の分化・連携を推進することを通じて、地域において切れ目のない医療の提供を実現することにより、良質かつ適切な医療を持続可能な形で効率的に提供する体制の確保を図ることを基本理念とします。

【取組みの方向性】

以上のような計画の基本理念を実現するため、次のような取組みの方向性を定めます。

- (1) 安心して質の高い医療が受けられる環境を整備します。
- (2) 保健医療従事者の養成・確保を推進します。
- (3) 患者や県民に医療に関する情報を積極的に提供します。
- (4) 医療機能の分化・連携を推進します。
- (5) 地域の実状に応じた医療提供体制の整備・充実を推進します。

なお、県や市町、医療提供者や関係団体、さらに患者や県民には、少子・高齢化の進展や医療技術の進歩、県民の意識の変化や医療従事者の厳しい労働環境等も踏まえながら、それぞれの立場において、基本理念を実現していくため、この方向性に則して、積極的に取り組んでいくことが求められています。

また、本計画に掲げる施策と関連する「持続可能な開発目標（Sustainable Development Goals：SDGs）」は次のとおりです。



第3節 計画の位置付け

- 1 医療法第30条の4第1項の規定に基づく、本県における医療提供体制の確保を図るための計画です。
 - (1) 県は、本計画に基づき、市町や医療提供者等と連携を図りながら、第2節に掲げた取組みを推進します。
 - (2) 市町に対しては、保健医療行政の計画的な運営のための指針となるもので、市町は県と連携し、計画の達成を推進するため、必要な措置を講ずるように努めることとされています。
 - (3) 医療提供施設の開設者等は、計画の達成の推進に資するため、医療連携体制の構築のために必要な協力や居宅等における医療の提供に関し必要な支援、研究又は研修のための施設・設備等の利用開放などに努めることとされています。
 - (4) 県民や関係機関、団体等に対しては、相互に協力し、この計画の達成に向けた自主的な行動を求めるものです。

- 2 医療法第30条の27第1項や第31条第1項の規定に基づく、本県において必要とされる医療の確保に関する施策について定めたものです。
 - (1) 医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者は、この施策の実施に協力するよう努めることとされています。
 - (2) 公的医療機関は、この施策の実施に協力しなければならないとされています。

- 3 高齢者の医療の確保に関する法律第9条の規定に基づく、本県における医療費適正化を推進するための計画を包含するものです。

- 4 本県では、令和3年10月に5年間の県政運営の基本指針である「「人生100年時代のフロンティア県・香川」実現計画」を策定しており、本計画は、この基本指針に基づく行動計画です。

また、本計画は、医療に関する事項のほか、公衆衛生、薬事及び社会福祉に関する事項並びに社会経済条件等に関する事項を記載した県の保健医療行政の基本となる計画です。

- 5 計画の策定に際しては、他の法律等の規定による計画であって医療の確保に関する事項を定めるものとの調和が保たれるようにするとともに、公衆衛生、薬事、社会福祉その他医療と密接に関連を有する施策との連携を図ることが求められます。

第4節 計画の期間

本計画の期間は、令和6年4月1日から令和12年3月31日までとします。

ただし、第4章の香川県医師確保計画及び第6章の香川県外来医療計画については、令和6年4月1日から令和9年3月31日までとします。

また、保健医療をめぐる環境の変化などに応じて、必要があると認めるときは、これを変更します。

第2章 香川県の保健医療提供体制の現状・課題と対策

第1節 地勢・交通及び人口等の状況

1 地勢と交通

本県は、四国の東北部に位置し、地形は半月形で南は東西におよそ標高1,000mの讃岐山脈が連なり、これより北に向かってゆるやかに傾斜し讃岐平野が広がっています。北は、小豆島をはじめ大小110余の島々が浮かぶ瀬戸内海に面しています。

面積は1,876.87 k m²と全国最小の県ですが、平地と山地の面積がおおよそ相半し、土地の利用度は極めて高く、可住地面積は53.5%（全国第10位）に及びます。

道路密度は、1,023m/k m²（全国第4位）と道路交通網はよく発達し、県都高松市を中心として県内全域が一日生活圏を形成しています。

2 人口

(1) 総人口

本県の人口は、平成11年の1,030,388人をピークに減少しており、令和4年香川県人口移動調査報告によると、令和4年10月1日現在で933,757人となっています。

また、本県の令和22年の総人口は、都道府県別の将来推計人口（平成30年3月推計。国立社会保障・人口問題研究所）によると、815千人と推計されています。

県では、こうした人口減少の問題や、それがもたらす社会・経済活動への影響などを踏まえ、令和2年10月に「かがわ人口ビジョン」を策定し、令和42年（2060年）に人口約77万人を維持するという目標を掲げており、地域の医療提供体制確保の観点からもこの目標の実現に向けた取組みが求められています。

(2) 年齢区分別人口

令和4年10月1日現在の県人口を、年齢3区分別にみると、年少人口（0～14歳）は109,323人、生産年齢人口（15～64歳）は506,101人、老年人口（65歳以上）は296,435人で、県人口に占める割合はそれぞれ12.0%、55.5%、32.5%となっています。

都道府県別の将来推計人口の年齢3区分別割合（平成30年3月推計。国立社会保障・人口問題研究所）によると、令和22年には本県の年少人口の割合は10.9%、生産年齢人口は52.1%、老年人口は37.0%となり、より一層、少子高齢化が進むと予測されています。令和22年の全国の年少人口割合は10.8%、生産年齢人口は53.9%、老年人口は35.3%となると予測されており、全国平均と比べ本県は高齢化が進むと予測されています。

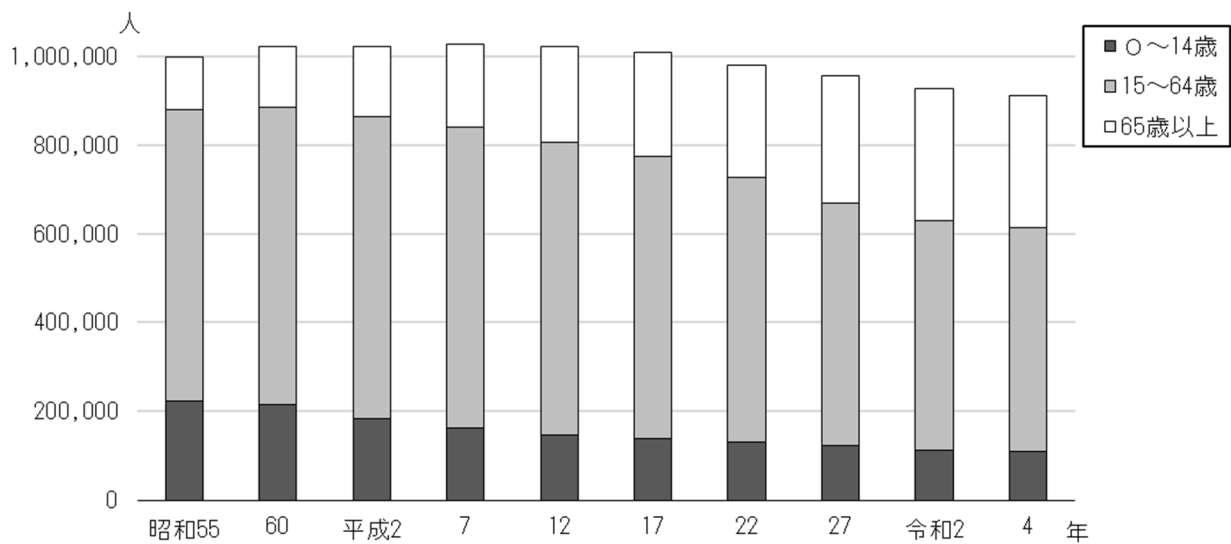
年齢区分別人口の割合

(単位：%)

		年少人口 (0～14歳)	生産年齢人口 (15～64歳)	老年人口 (65歳以上)
令和4年	香川県	12.0	55.5	32.5
	全国	11.6	59.4	29.0
令和22年	香川県	10.9	52.1	37.0
	全国	10.8	53.9	35.3

出典：「香川県人口移動調査報告」、「人口推計」、「日本の将来推計人口」（平成30年3月推計）国立社会保障・人口問題研究所

本県の人口の推移



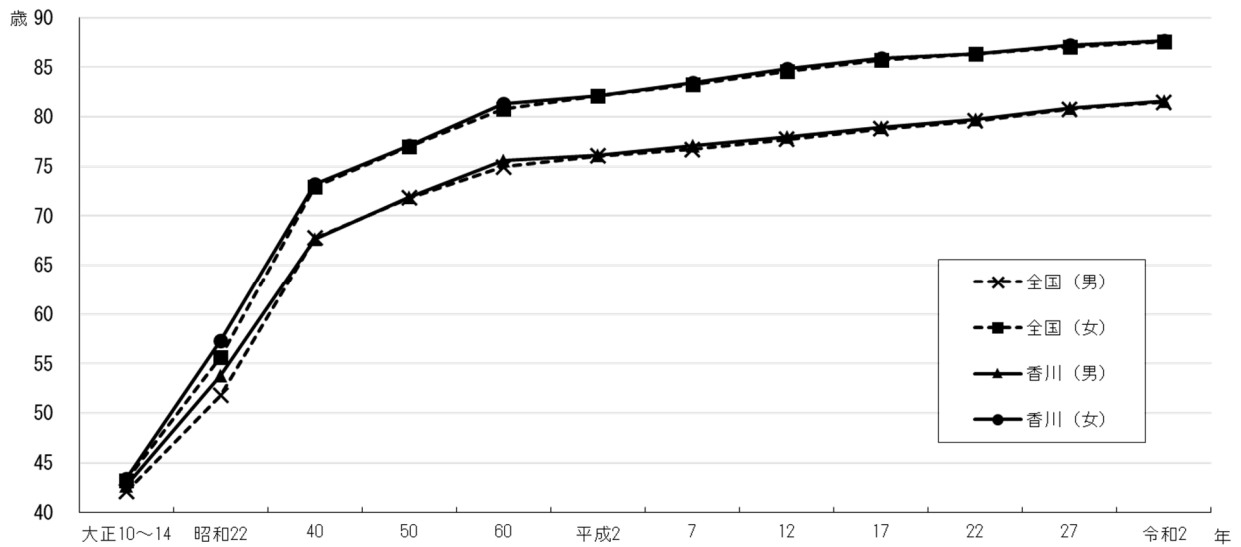
出典：「香川県人口移動調査報告」

3 平均寿命

厚生労働省の都道府県別生命表によると、令和2年の本県県民の平均寿命は、男性81.56歳、女性87.64歳で、全国の平均寿命（男性81.49歳、女性87.60歳）に比べると、男性が0.07年、女性が0.04年長くなっており、本県の男女の平均寿命の差は、女性が男性を6.08年上回っています。

なお、本県の令和17年～22年平均寿命（平成30年3月推計。国立社会保障・人口問題研究所）は、男性83.21歳（全国83.10歳）、女性89.53歳（全国89.46歳）と予測されています。

平均寿命の推移



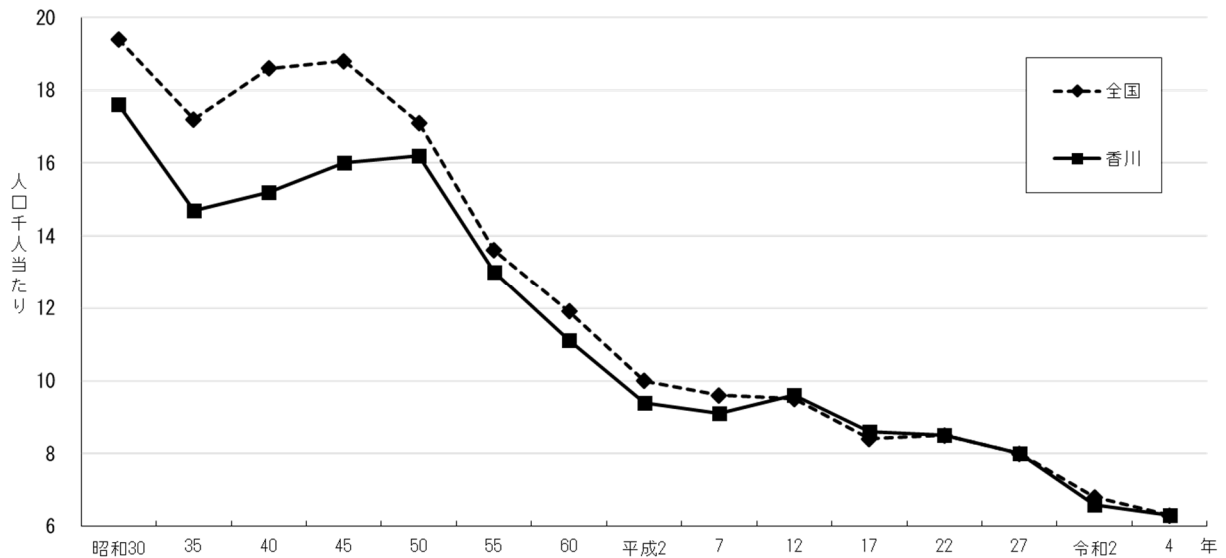
出典：厚生労働省「都道府県別生命表」

4 人口動態等

(1) 出生

令和4年の出生数は5,802人（うち男3,029人、女2,773人）であり、出生率（人口千人当たり）は6.3で全国平均の6.3と同率となっています。

出生率の推移

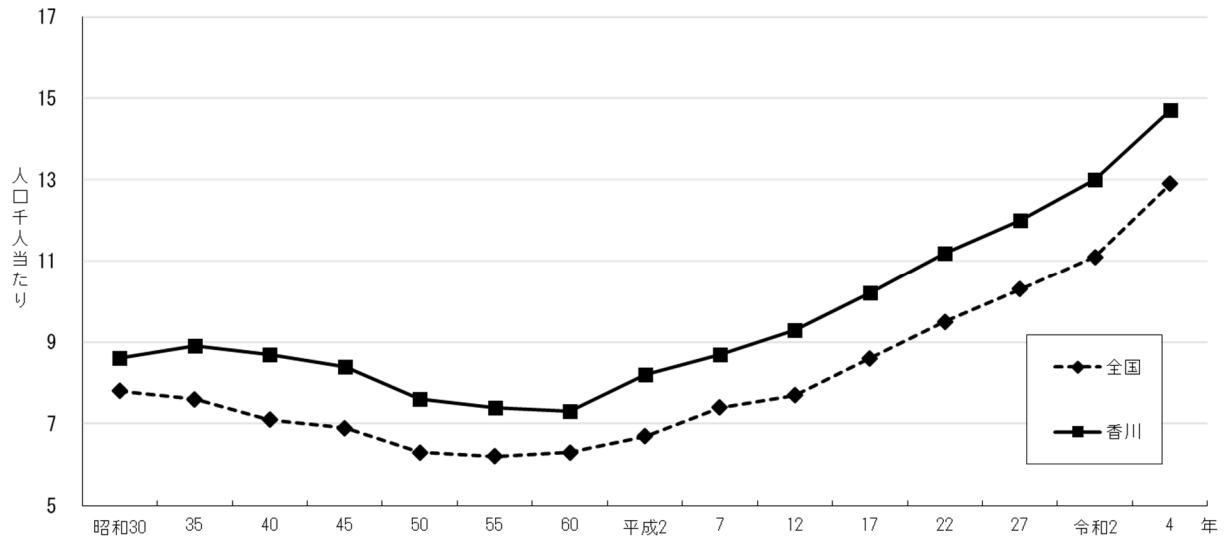


出典：厚生労働省「人口動態調査」

(2) 死亡

令和4年の死亡数は、13,552人（うち男性6,644人、女性6,908人）であり、死亡率（人口千人当たり）は14.7で全国平均の12.9に対して1.8ポイント高くなっています。

死亡率の推移

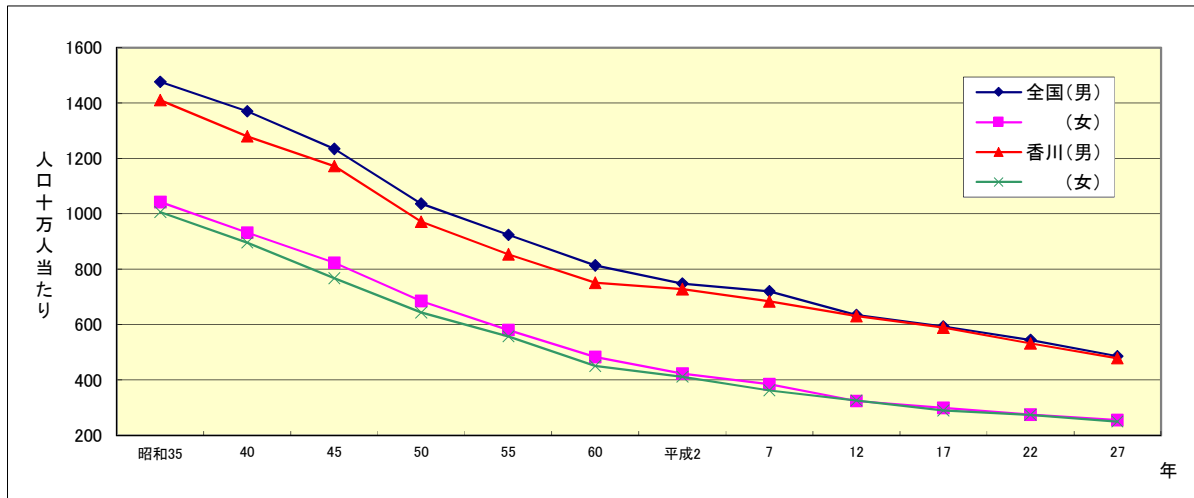


出典：厚生労働省「人口動態調査」

また、平成27年の年齢調整死亡率(注)で見ると、男性の死亡率（人口10万人当たり）は478.8で全国の486.0より7.2ポイント低く、低い方から全国第18位となっています。また、女性の死亡率（人口10万人当たり）は249.8で全国の255.0より5.2ポイント低く、低い方から全国第19位となっています。

(注) 年齢調整死亡率 ⇒ 年齢構成の異なる地域間で死亡状況の比較ができるように年齢構成を調整した死亡率（人口10万人当たり）。この年齢調整死亡率を用いることによって、年齢構成の異なる集団について、年齢構成の相違を気にすることなく、より正確に地域比較や年次比較をすることができます。

年齢調整死亡率の推移



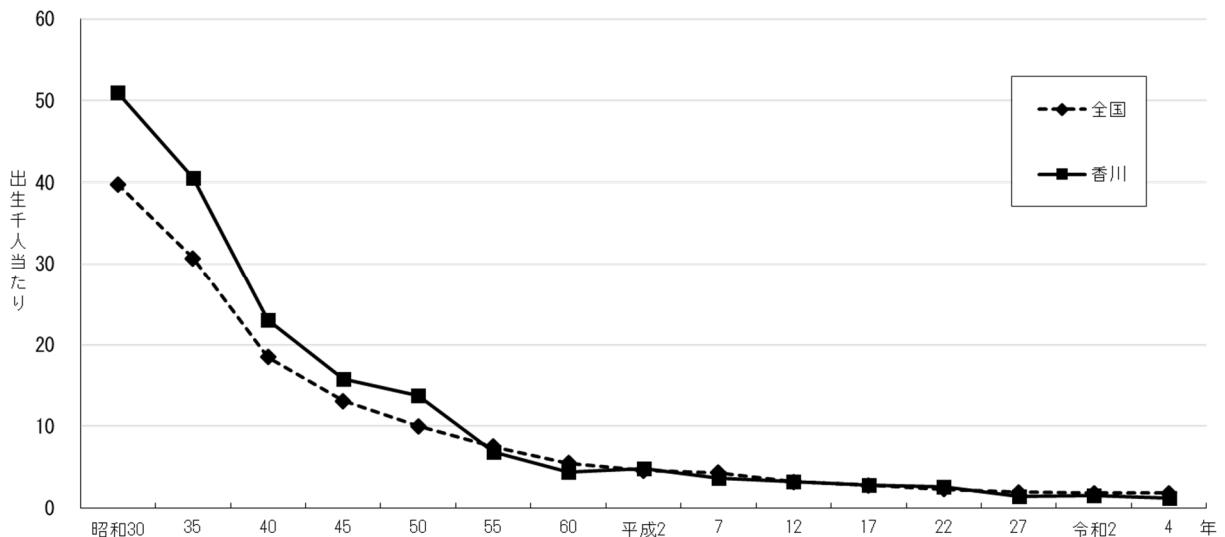
出典：厚生労働省「都道府県別年齢調整死亡率」

(3) 乳児死亡

令和4年の乳児死亡数は、7人であり、乳児死亡率（出生千人当たり）は1.2で全国平均の1.8より0.6ポイント低くなっており、低い方から全国第6位となっています。

(注) 乳児死亡 ⇒ 生後1年未満の死亡

乳児死亡率の推移

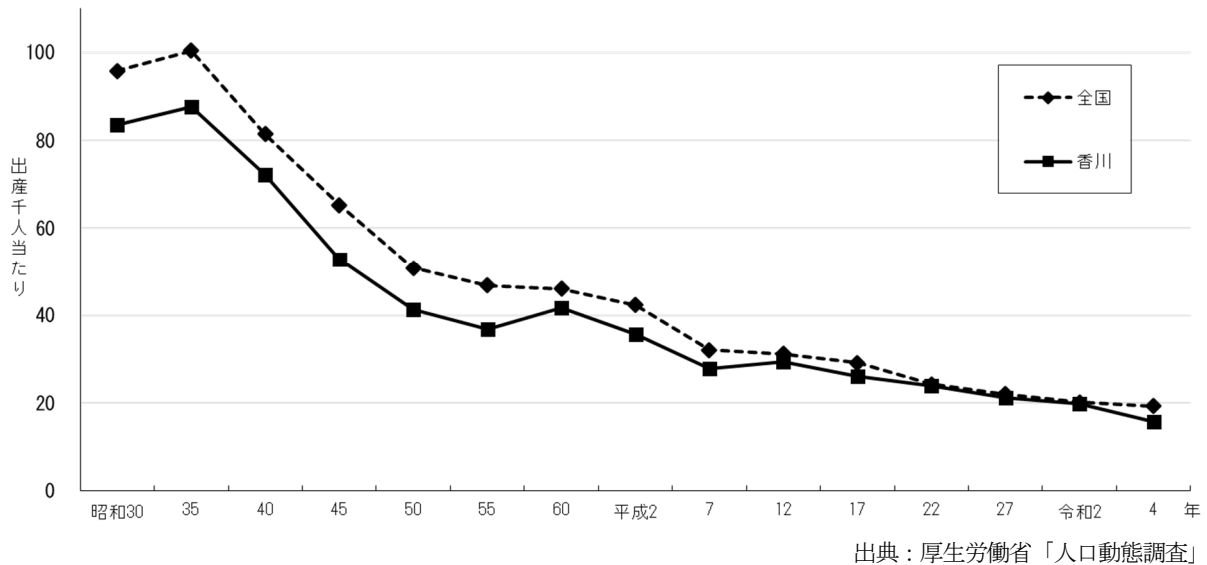


出典：厚生労働省「人口動態調査」

(4) 死産

令和4年の死産数は、92胎であり、死亡率（出産千人当たり）は15.6で全国の19.3に対して3.7ポイント低く、全国一低い数値となっています。

死産率の推移



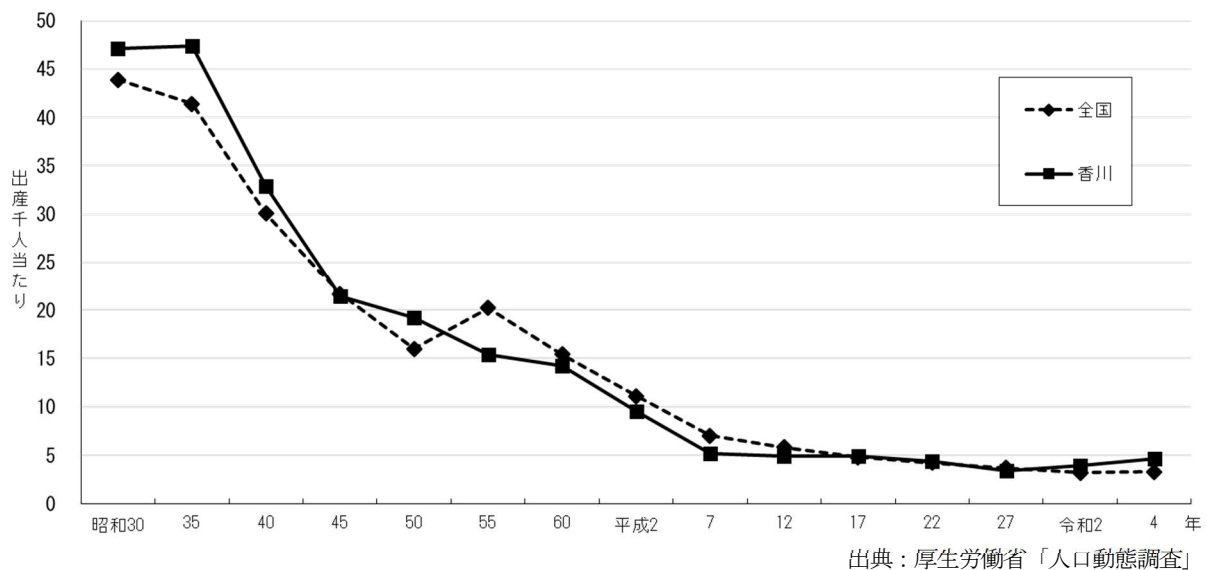
(5) 周産期死亡

令和4年の周産期死亡数は27件で、そのうち妊娠満22週以後の死産は22胎、早期新生児死亡は5人です。

周産期死亡率（出産千人当たり）は4.6で全国平均の3.3より1.3ポイント高くなっており、低い方から全国第46位となっています。

(注) 周産期死亡 ⇒ 妊娠満22週以後の死産と生後1週未満の早期新生児死亡を合わせたもの。

周産期死亡率の推移

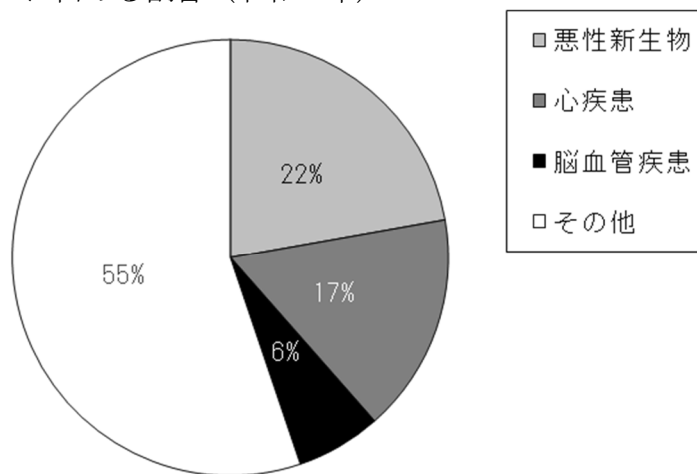


(6) 死因別死亡数

令和4年の死因別死亡数では、悪性新生物、心疾患及び脳血管疾患のいわゆる3大生活習慣病が全死亡数の約45%を占めています。

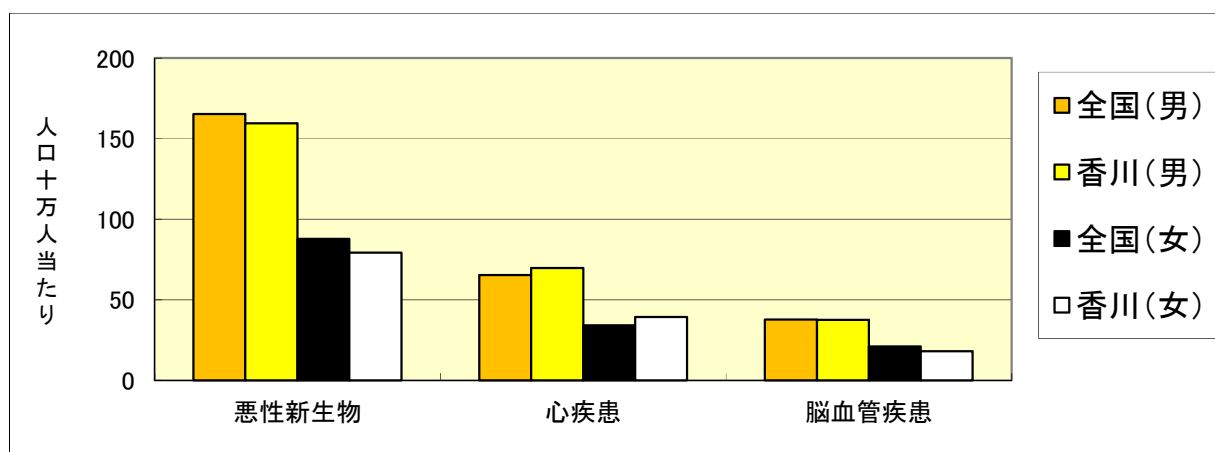
また、平成27年の疾患別の年齢調整死亡率（人口10万人当たり）を見ると、悪性新生物によるものが、男性159.6（全国平均165.3）、女性79.2（全国平均87.7）、心疾患によるものが、男性69.8（全国平均65.4）、女性39.3（全国平均34.2）、脳血管疾患によるものが、男性37.6（全国平均37.8）、女性18.1（全国平均21.0）であり、悪性新生物と脳血管疾患は、男女とも全国平均を下回っていますが、心疾患によるものは、男女とも全国平均を上回っています。

死因別死亡の全死亡に占める割合（令和4年）



出典：厚生労働省「人口動態調査」

3大生活習慣病の年齢調整死亡率（人口10万人当たり）（平成27年）



出典：厚生労働省「人口動態調査特殊報告」

第2節 医療提供施設等の状況

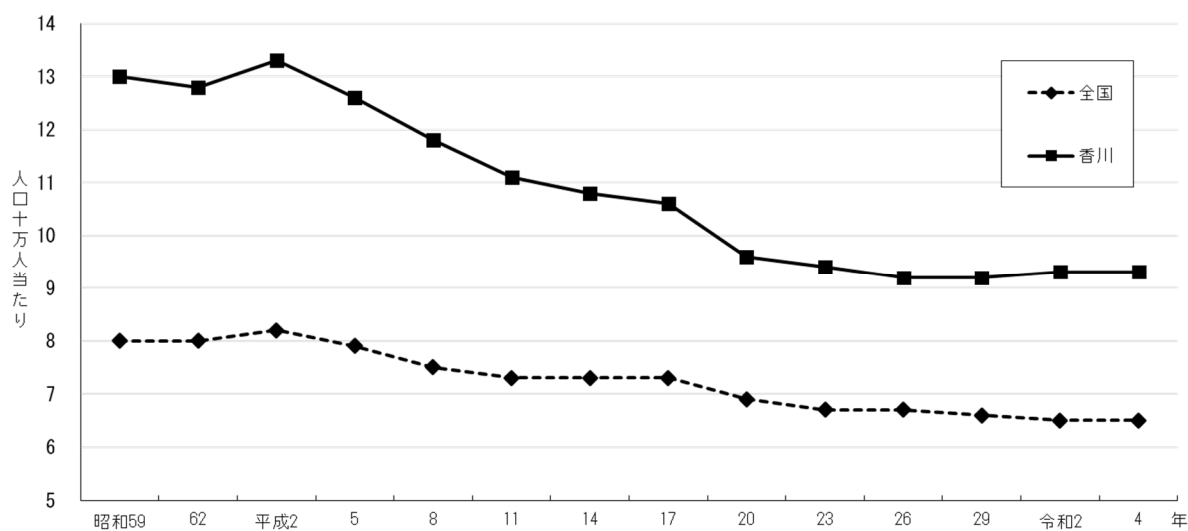
1 病院及び診療所等の概況

(1) 病院数・病床数

「令和4年医療施設調査（厚生労働省）」によると、令和4年10月1日現在の病院数は87病院、病床数は14,059床となっています。

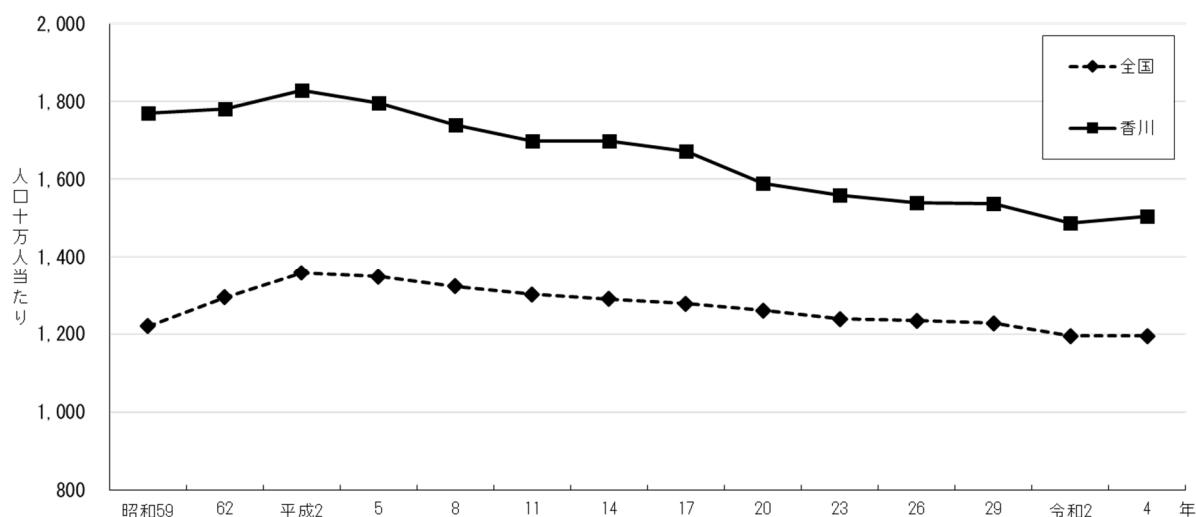
人口10万人当たりでは、病院数は9.3（全国13位）、病床数は1,505.2（全国15位）であり、全国平均（6.5、1,194.9）をそれぞれ大きく上回っています。

病院数の推移



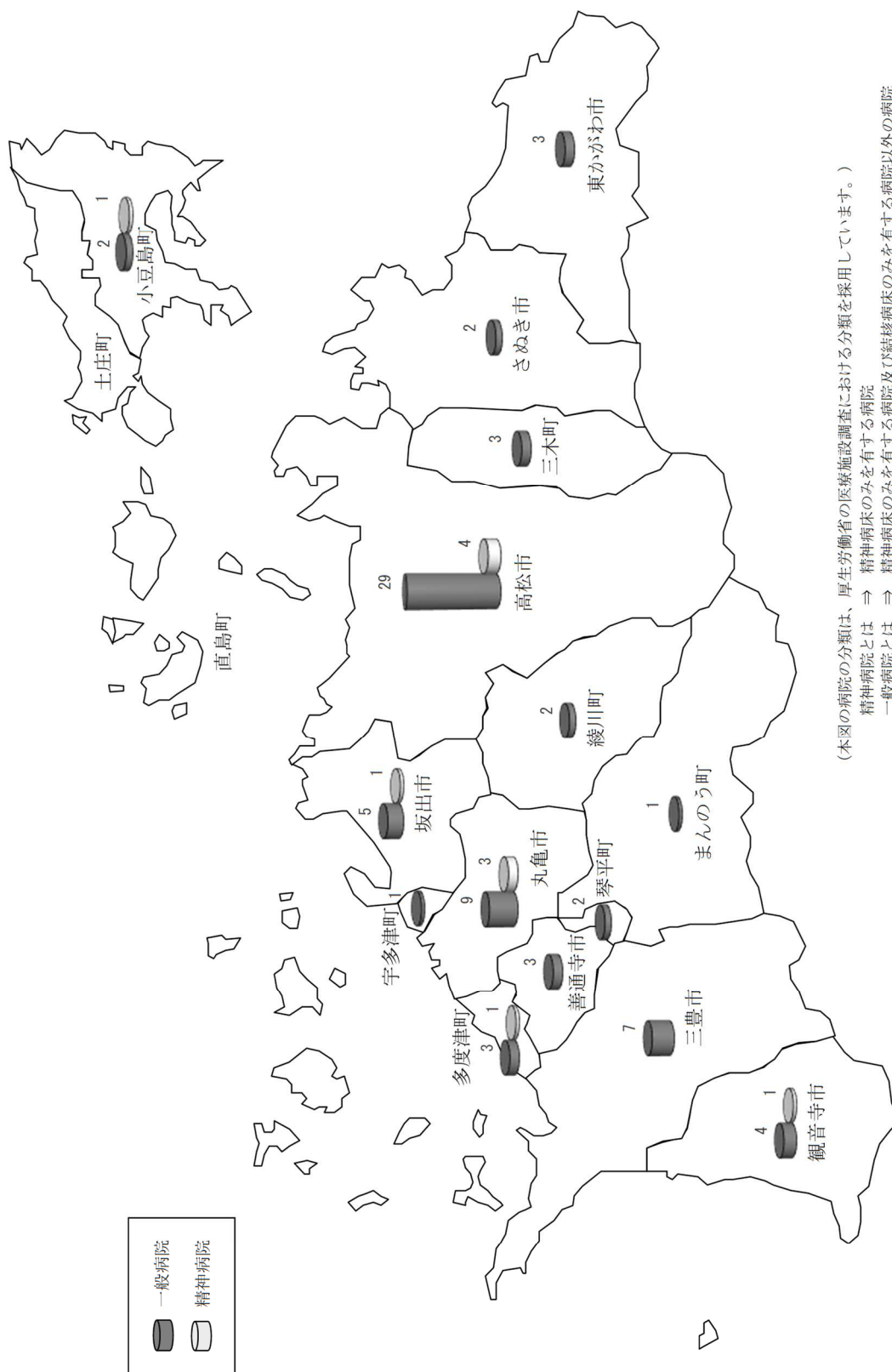
出典：厚生労働省「医療施設調査」

病院における病床数の推移



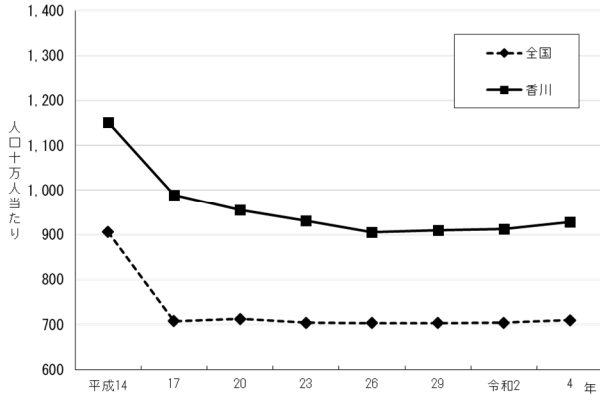
出典：厚生労働省「医療施設調査」

病院分布図（令和4年10月1日現在 87病院）

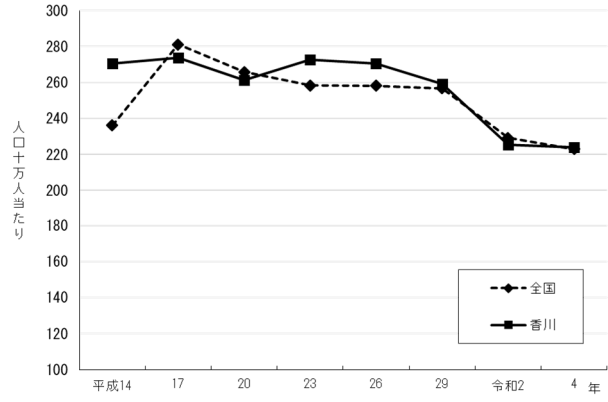


病床種別ごとの推移

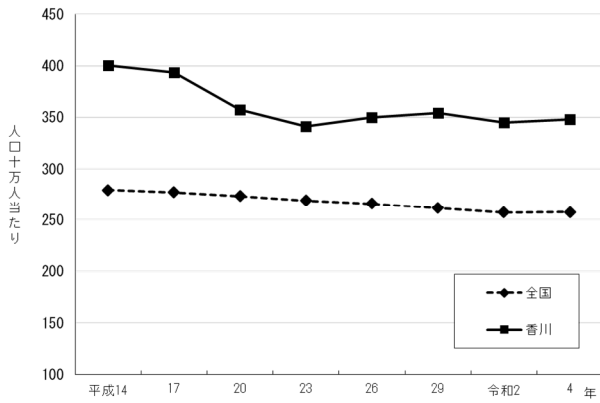
一般病床の推移



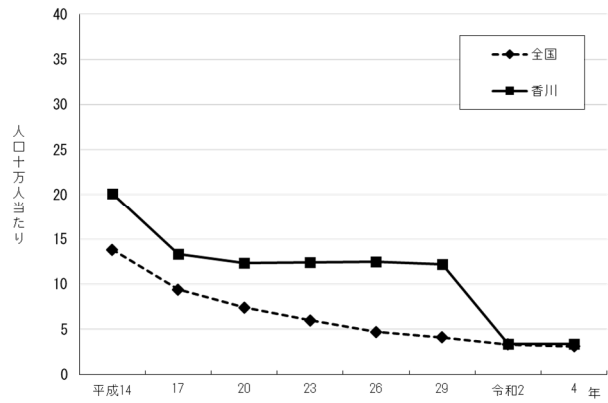
療養病床の推移



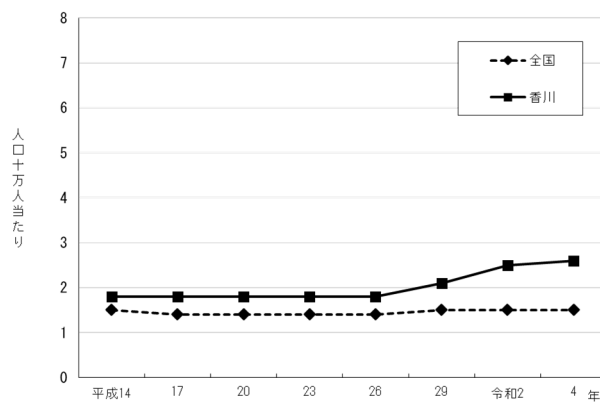
精神病床の推移



結核病床の推移



感染症病床の推移



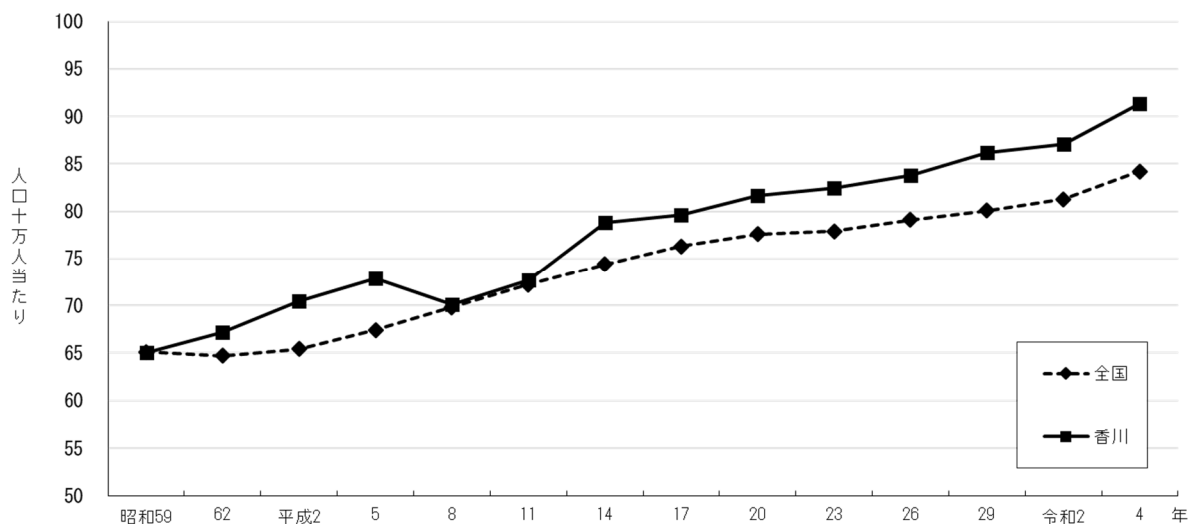
出典：厚生労働省「医療施設調査」

(2) 一般診療所数・病床数

「令和4年医療施設調査（厚生労働省）」によると、令和4年10月1日現在の一般診療所数は850施設、病床数は1,352床となっています。

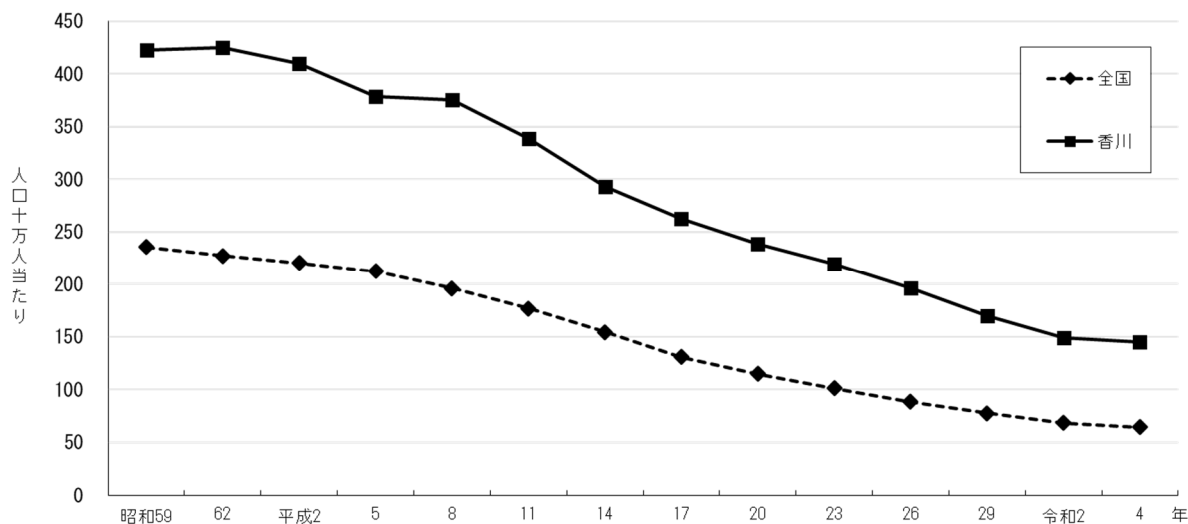
人口10万人あたりでは、一般診療所数は91.3（全国14位）、病床数は144.8（全国10位）となっており、施設数については、全国平均（84.2）を少し上回り、病床数については全国平均（64.4）を大きく上回っています。

一般診療所数の推移



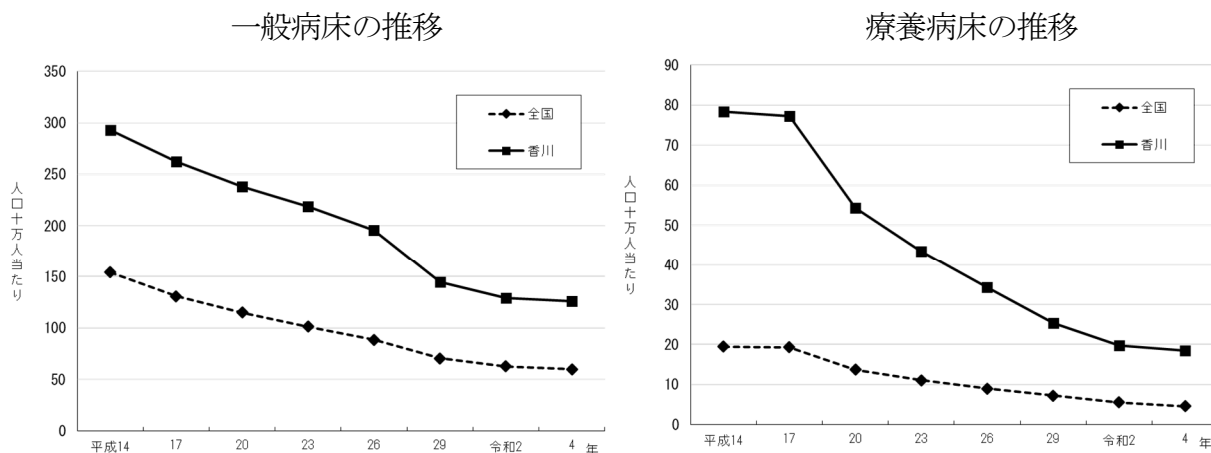
出典：厚生労働省「医療施設調査」

一般診療所病床数の推移



出典：厚生労働省「医療施設調査」

病床種別ごとの推移

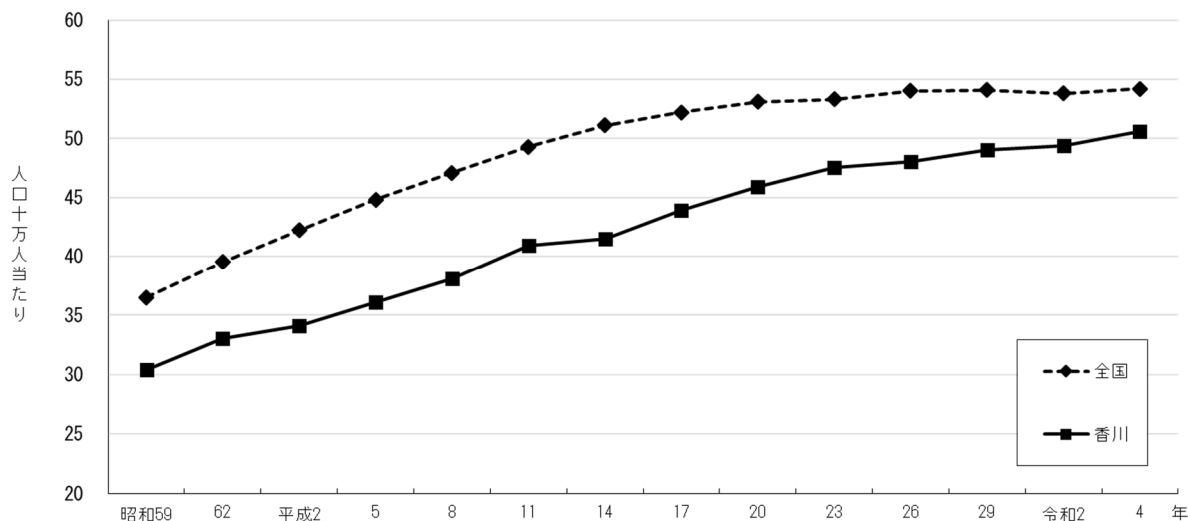


出典：厚生労働省「医療施設調査」

(3) 歯科診療所数

「令和4年医療施設調査（厚生労働省）」によると、令和4年10月1日現在の歯科診療所数は473施設で、すべて無床診療所となっています。人口10万人当たりでは、50.6（全国19位）で全国平均（54.2）を下回っています。

歯科診療所数の推移

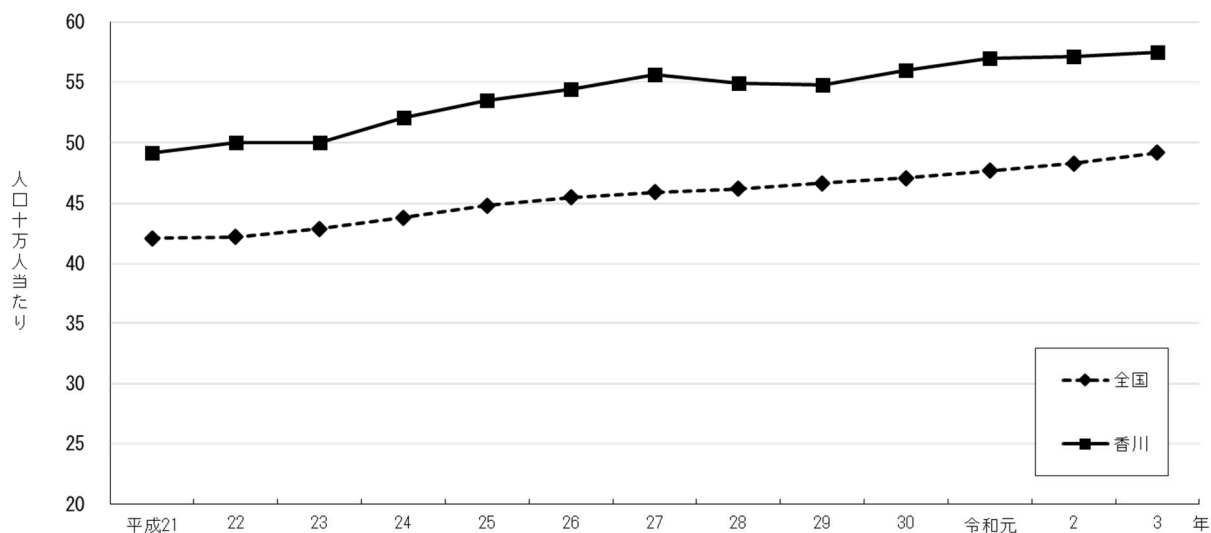


出典：厚生労働省「医療施設調査」

(4) 薬局数

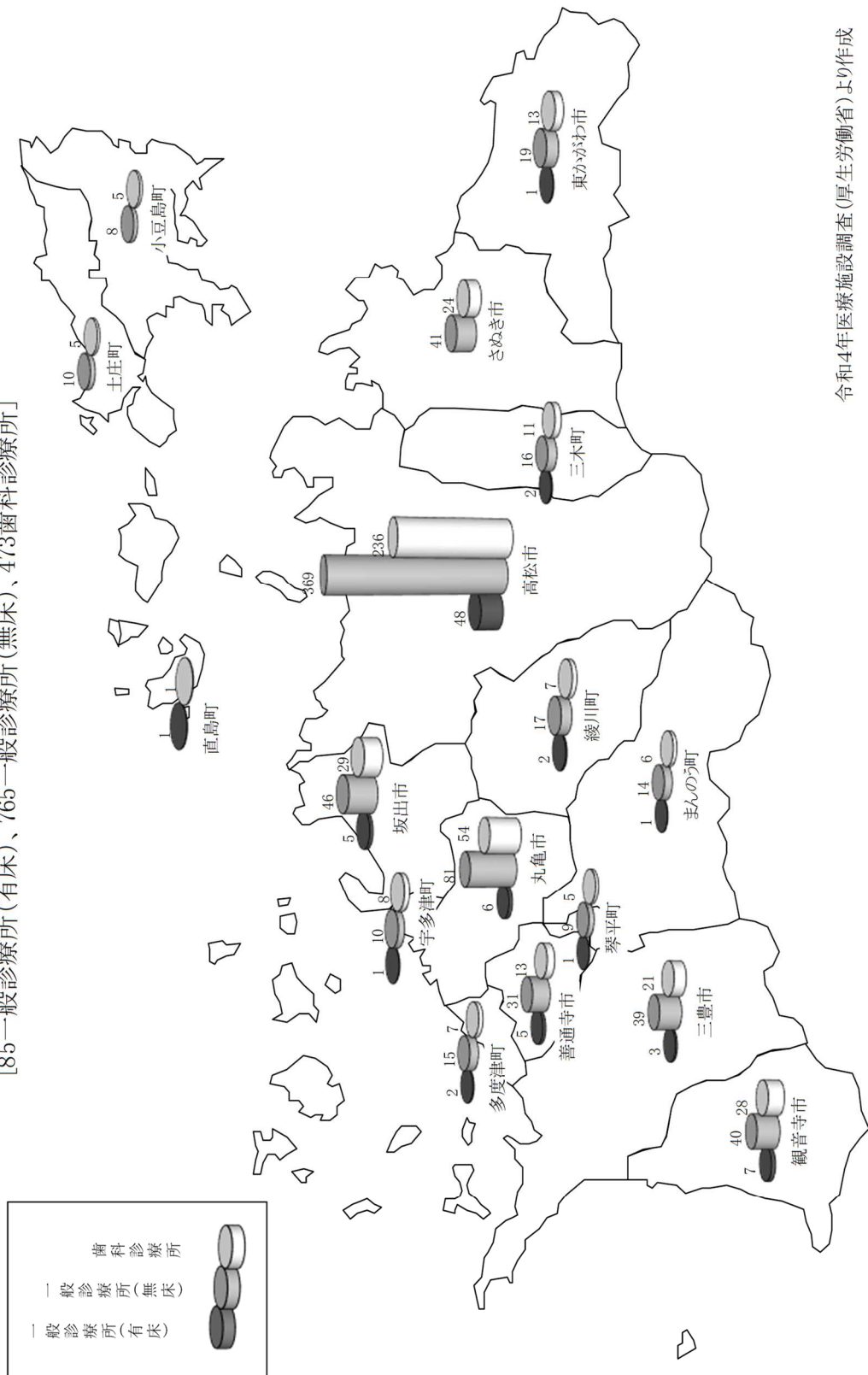
「令和3年度衛生行政報告例（厚生労働省）」によると、令和3年度末現在の薬局数は542施設です。人口10万人あたりでは、57.5（全国5位）で全国平均（49.2）を上回っています。

薬局数の推移



出典：厚生労働省「衛生行政報告例」

診療所分布図(令和4年10月1日現在)
[85一般診療所(有床)、765一般診療所(無床)、473歯科診療所]



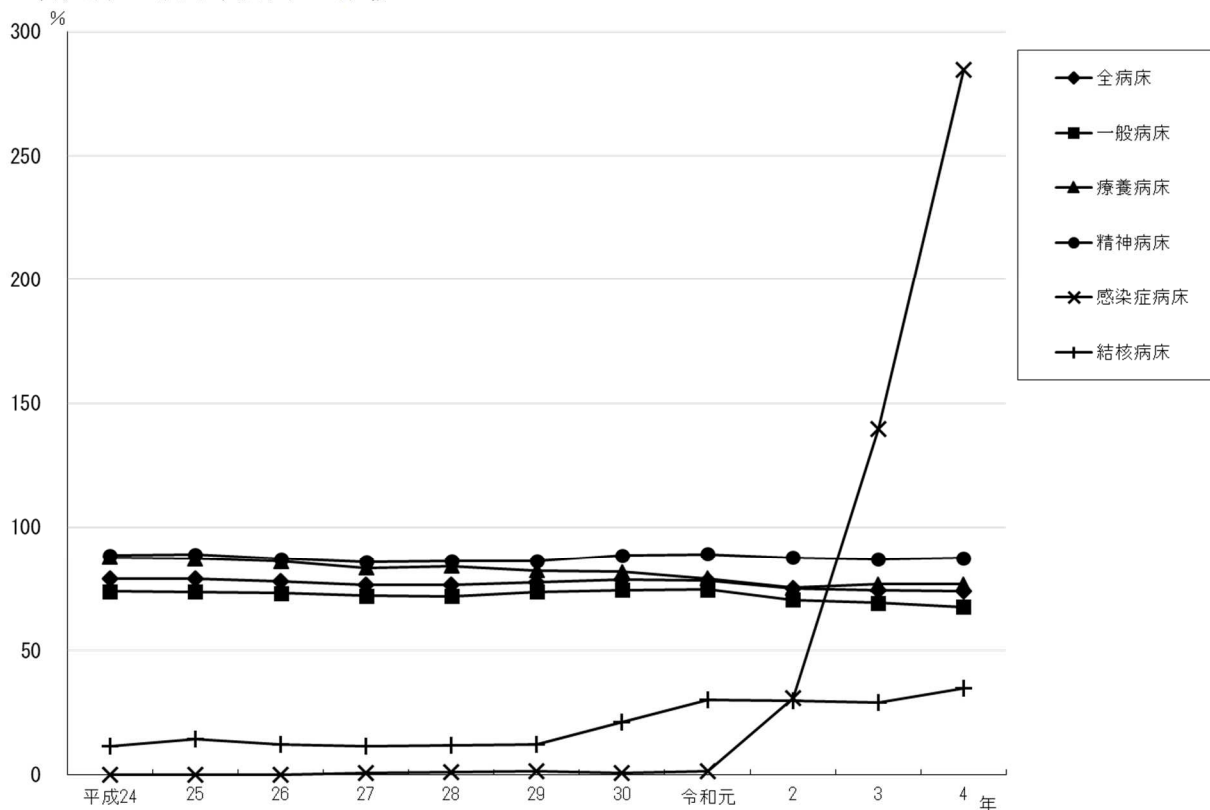
令和4年医療施設調査(厚生労働省)より作成

(5) 病床利用率

「令和4年病院報告（厚生労働省）」によると、令和4年（年間）の香川県内の病院の全病床の病床利用率は、73.9%（全国33位）で全国平均75.3%を下回っています。

また、一般や療養、精神などの病床種別でみると、精神、結核病床は全国平均を上回っていますが、その他の病床は、全国平均を下回っています。

香川県の病床利用率の推移



出典：厚生労働省「病院報告」

全国との比較（令和4年）

(単位：%)

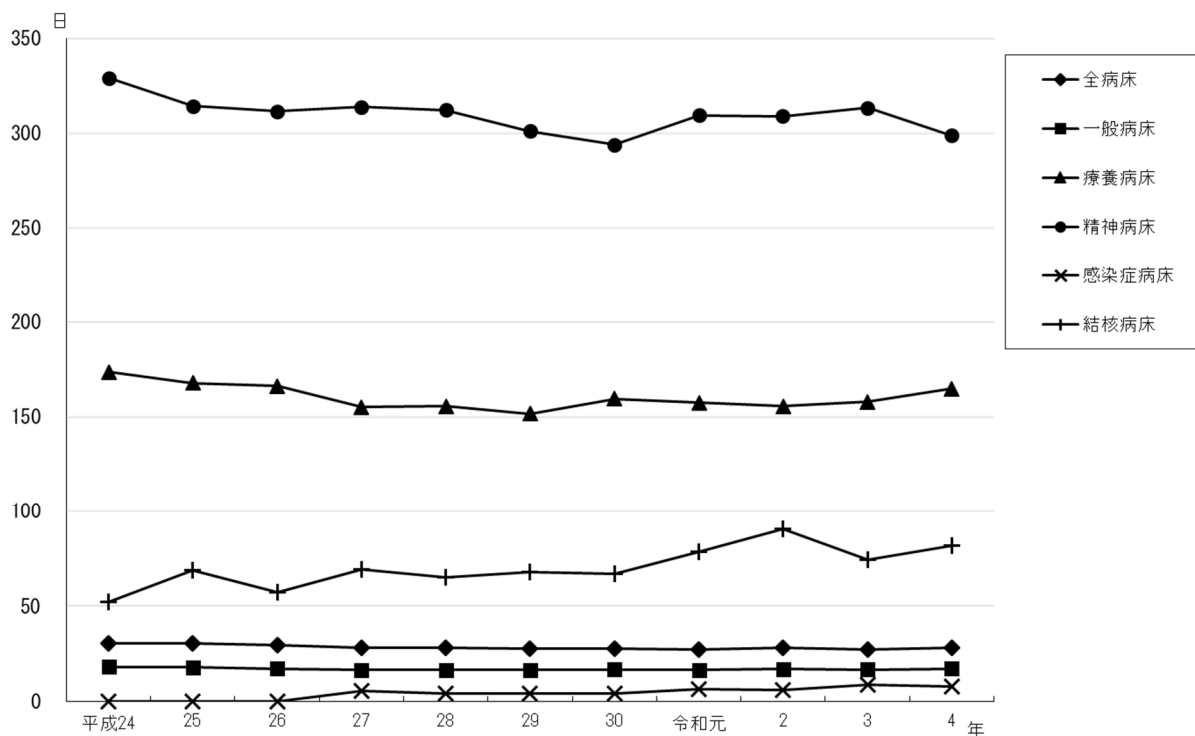
	一般病床	療養病床	精神病床	感染症病床	結核病床	全病床
香川①	67.6	76.7	87.5	284.6	34.9	73.9
全国②	69.0	84.7	82.3	571.2	27.4	75.3
①/②	98.0	90.6	106.3	49.8	127.4	98.1

※ 出典：厚生労働省「病院報告」 病床利用率の算定に用いる在院患者数は、許可（指定）病床数にかかわらず、毎日24時現在に在院している患者数をいうため、感染症病床の在院患者数には、緊急的な対応として一般病床等に在院する者を含むことから、病床利用率は100%を上回ることがある。

(6) 平均在院日数

「令和4年病院報告（厚生労働省）」によると、令和4年（年間）の香川県内の病院の全病床の平均在院日数は、28.0日（全国24位）で全国平均27.3日より長くなっています。また、病床種別でみると、感染症病床を除き、それぞれの病床の平均在院日数は、全国平均より長くなっています。

香川県の平均在院日数の推移



出典：厚生労働省「病院報告」

全国との比較（令和4年）

(単位：日、%)

	一般病床	療養病床	精神病床	感染症病床	結核病床	全病床
香川①	17.0	164.9	298.8	7.6	81.6	28.0
全国②	16.2	126.5	276.7	10.5	44.5	27.3
①/②	104.9	130.4	108.0	72.4	183.4	102.6

出典：厚生労働省「病院報告」

2 住民の受療動向

「令和2年患者調査（厚生労働省）」による本県の受療率（人口10万人当たりの患者数）は7,937人（全国第3位）で、全国平均（6,618人）を大きく上回っています。

これを入院・外来別にみると、入院受療率は1,208人、外来受療率は6,729人で、ともに全国平均（入院960人、外来5,658人）を上回っています。

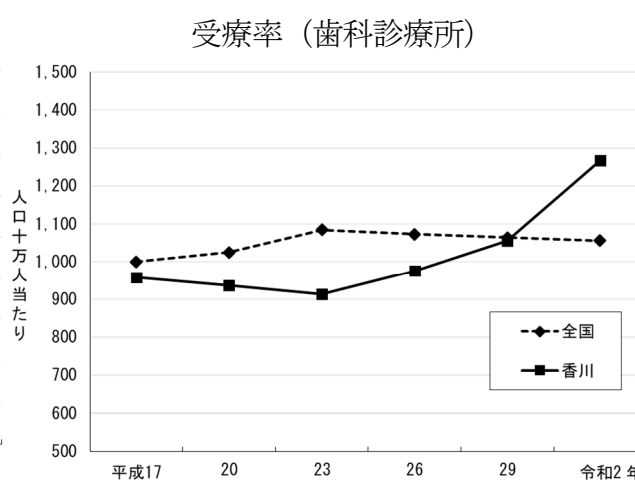
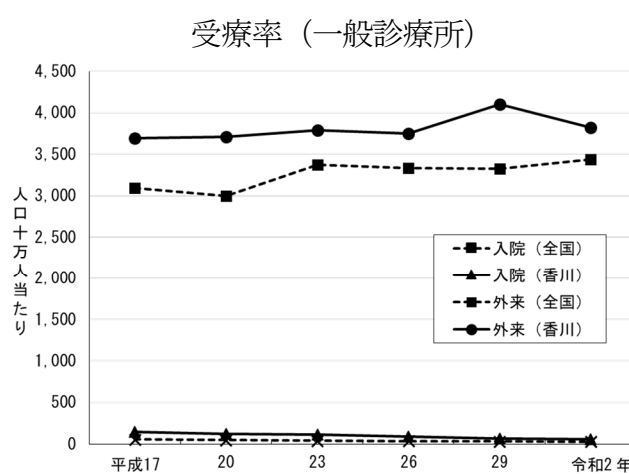
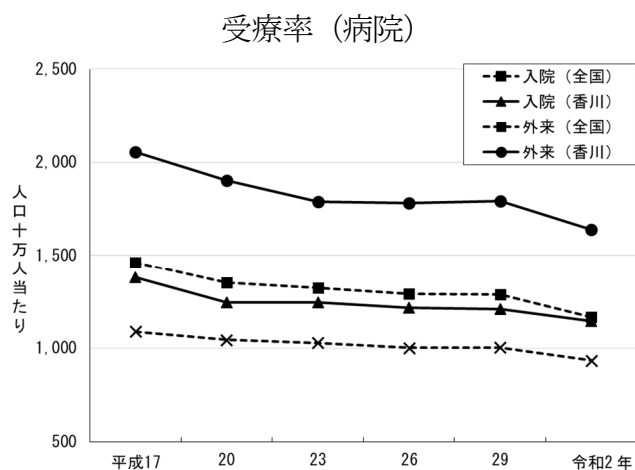
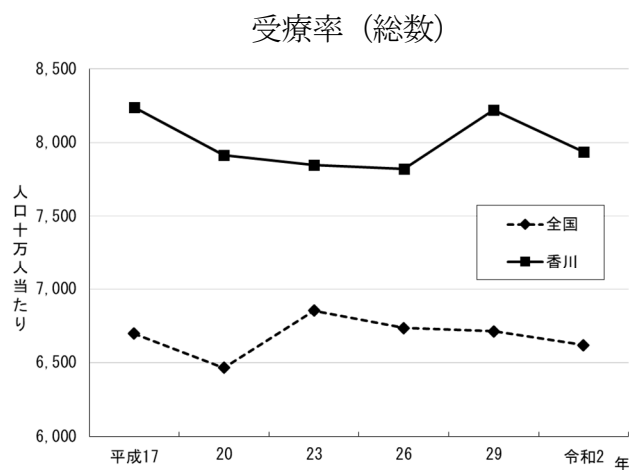
また、歯科診療所については、受療率が1,268人（全国第5位）で全国平均（1,056人）を上回っています。

外来で受療した施設を種類別にみると、病院での受療が24.4%（全国20.6%）、一般診療所での受療が56.8%（全国60.7%）、歯科診療所での受療が18.8%（全国18.7%）となっており、全国と比較して病院での受療割合が高くなっています。

受療率（人口10万人当たり）

区分	年次	総数			病院			一般診療所			歯科診療所
		入院	外来	計	入院	外来	計	入院	外来	計	
香川県	H17	1,528	6,712	8,240	1,379	2,058	3,437	149	3,697	3,846	957
	H20	1,366	6,548	7,914	1,245	1,904	3,149	122	3,707	3,829	937
	H23	1,356	6,492	7,848	1,245	1,790	3,035	111	3,787	3,898	914
	H26	1,310	6,509	7,819	1,217	1,782	2,999	93	3,752	3,845	975
	H29	1,271	6,952	8,223	1,208	1,794	3,002	63	4,104	4,167	1,055
	R 2	1,208	6,729	7,937	1,147	1,640	2,787	62	3,821	3,883	1,268
全国	H17	1,145	5,551	6,696	1,089	1,461	2,550	56	3,091	3,147	1,000
	H20	1,090	5,376	6,466	1,044	1,353	2,397	47	2,998	3,045	1,025
	H23	1,068	5,784	6,852	1,028	1,322	2,350	41	3,377	3,418	1,085
	H26	1,038	5,696	6,734	1,002	1,292	2,294	36	3,331	3,367	1,073
	H29	1,036	5,675	6,711	1,004	1,286	2,290	32	3,325	3,357	1,064
	R 2	960	5,658	6,618	934	1,167	2,101	27	3,435	3,462	1,056

出典：厚生労働省「患者調査」



出典：厚生労働省「患者調査」

病院の受療率については、入院・外来とも年々減少傾向にあります。
 一般診療所の受療率については、入院は減少傾向にあり、外来は上昇傾向にあります。
 また、歯科診療所の受療率は、平成17年以降、やや減少傾向にありましたが、平成23年からは上昇しています。

3 香川県及び各保健医療圏における医療提供施設及び医療従事者の状況

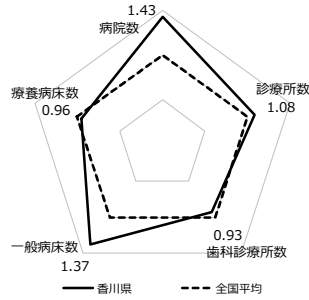
以下の図は、香川県及び各保健医療圏ごとの医療提供施設及び医療従事者の状況について、それぞれの項目ごとに、全国平均との比較をレーダーチャート及び表にしたものです。レーダーチャートについては、全国平均を1とした場合の香川県の状況を記しています。

香川県

【人口10万人当たり病院数等】

	香川県	全国平均
病院数	9.3	6.5
診療所数	91.3	84.2
歯科診療所数	50.6	54.2
一般病床数	1,053.5	769.4
療養病床数	750.0	785.0

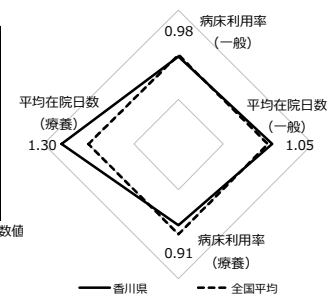
※厚生労働省「令和4年医療施設調査」、総務省「令和4年人口推計」より作成。療養病床のみ、65歳以上人口10万人当たり。



【病床利用率・平均在院日数】

	香川県	全国平均
一般病床病床利用率	67.6%	69.0%
一般病床平均在院日数	17.0日	16.2日
療養病床病床利用率	76.7%	84.7%
療養病床平均在院日数	164.9日	126.5日

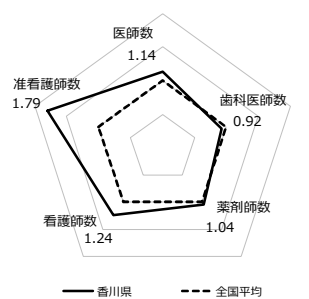
※令和4年病院報告より作成。各数値は病院の数値



【人口10万人当たり医療従事者】

	香川県	全国平均
医師数	309.0	271.8
歯科医師数	79.1	86.0
薬剤師数	268.7	257.7
看護師数	1,271.7	1,025.2
准看護師数	408.5	227.8

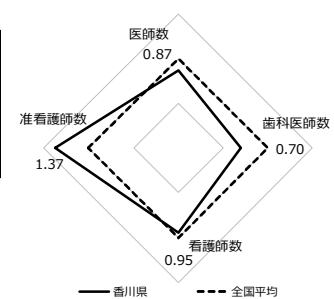
※厚生労働省「令和2年衛生行政報告例」、総務省「令和4年人口推計」より作成。



【病床100床当たり医療従事者】

	香川県	全国平均
医師数	18.7	21.6
歯科医師数	4.8	6.8
看護師数	77.1	81.4
准看護師数	24.8	18.1

※厚生労働省「令和2年衛生行政報告例」、「令和4年医療施設調査」より作成。

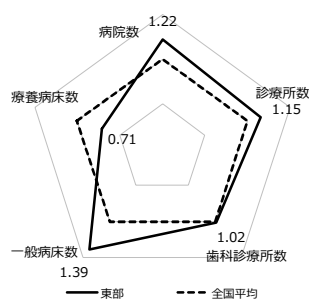


東部保健医療圏

【人口10万人当たり病院数等】

	東部	全国平均
病院数	7.9	6.5
診療所数	96.8	84.2
歯科診療所数	55.2	54.2
一般病床数	1,065.7	769.4
療養病床数	553.7	785.0

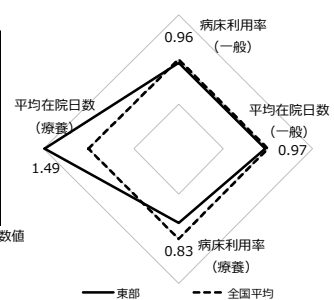
※厚生労働省「令和4年医療施設調査」、香川県統計調査課「令和4年人口移動調査」より作成。療養病床のみ、65歳以上人口10万人当たり。



【病床利用率・平均在院日数】

	東部	全国平均
一般病床病床利用率	66.3%	69.0%
一般病床平均在院日数	15.7日	16.2日
療養病床病床利用率	70.1%	84.7%
療養病床平均在院日数	188.7日	126.5日

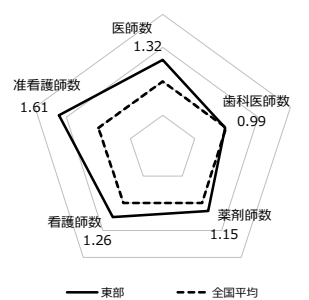
※令和4年病院報告より作成。各数値は病院の数値



【人口10万人当たり医療従事者】

	東部	全国平均
医師数	357.9	271.8
歯科医師数	84.8	86.0
薬剤師数	296.0	257.7
看護師数	1,296.8	1,025.2
准看護師数	367.2	227.8

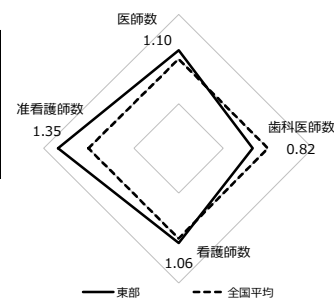
※厚生労働省「令和2年衛生行政報告例」、香川県統計調査課「令和4年人口移動調査」より作成。



【病床100床当たり医療従事者】

	東部	全国平均
医師数	23.8	21.6
歯科医師数	5.6	6.8
看護師数	86.0	81.4
准看護師数	24.4	18.1

※厚生労働省「令和2年衛生行政報告例」、「令和4年医療施設調査」より作成。

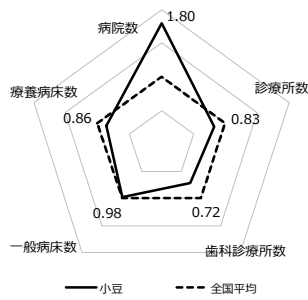


小豆保健医療圏

【人口10万人当たり病院数等】

	小豆	全国平均
病院数	11.7	6.5
診療所数	70.2	84.2
歯科診療所数	39.0	54.2
一般病床数	756.8	769.4
療養病床数	677.7	785.0

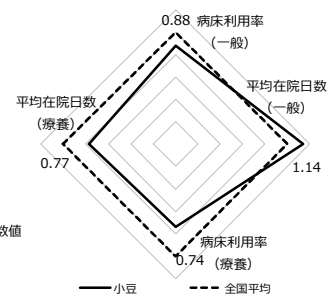
※厚生労働省「令和4年医療施設調査」、香川県統計調査課「令和4年人口移動調査」より作成。
療養病床のみ、65歳以上人口10万人当たり。



【病床利用率・平均在院日数】

	小豆	全国平均
一般病床利用率	60.8%	69.0%
一般病床平均在院日数	18.5日	16.2日
療養病床利用率	62.3%	84.7%
療養病床平均在院日数	98.0日	126.5日

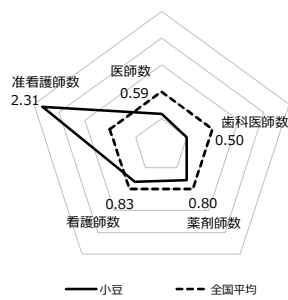
※令和4年病院報告より作成。各数値は病院の数値



【人口10万人当たり医療従事者】

	小豆	全国平均
医師数	160.0	271.8
歯科医師数	42.9	86.0
薬剤師数	206.8	257.7
看護師数	850.5	1,025.2
准看護師数	526.7	227.8

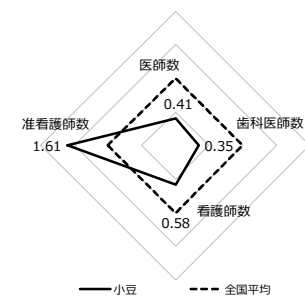
※厚生労働省「令和2年衛生行政報告例」、香川県統計調査課「令和4年人口移動調査」より作成。



【病床100床当たり医療従事者】

	小豆	全国平均
医師数	8.8	21.6
歯科医師数	2.4	6.8
看護師数	46.9	81.4
准看護師数	29.0	18.1

※厚生労働省「令和2年衛生行政報告例」、「令和4年医療施設調査」より作成。

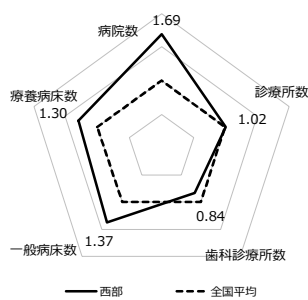


西部保健医療圏

【人口10万人当たり病院数等】

	西部	全国平均
病院数	11.0	6.5
診療所数	85.5	84.2
歯科診療所数	45.4	54.2
一般病床数	1,057.6	769.4
療養病床数	1,021.3	785.0

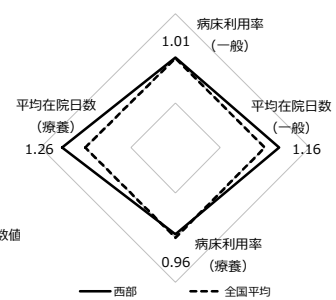
※厚生労働省「令和4年医療施設調査」、香川県統計調査課「令和4年人口移動調査」より作成。
療養病床のみ、65歳以上人口10万人当たり。



【病床利用率・平均在院日数】

	西部	全国平均
一般病床利用率	69.7%	69.0%
一般病床平均在院日数	18.8日	16.2日
療養病床利用率	81.7%	84.7%
療養病床平均在院日数	159.4日	126.5日

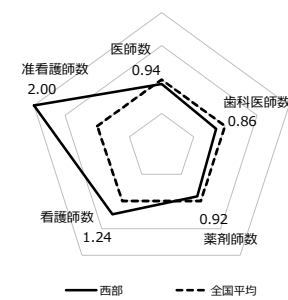
※令和4年病院報告より作成。各数値は病院の数値



【人口10万人当たり医療従事者】

	西部	全国平均
医師数	254.4	271.8
歯科医師数	74.0	86.0
薬剤師数	237.1	257.7
看護師数	1,267.1	1,025.2
准看護師数	455.3	227.8

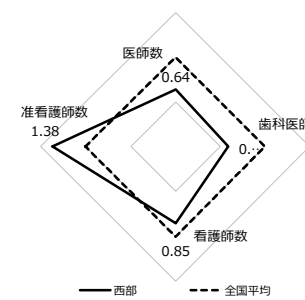
※厚生労働省「令和2年衛生行政報告例」、香川県統計調査課「令和4年人口移動調査」より作成。



【病床100床当たり医療従事者】

	西部	全国平均
医師数	13.9	21.6
歯科医師数	4.0	6.8
看護師数	69.3	81.4
准看護師数	24.9	18.1

※厚生労働省「令和2年衛生行政報告例」、「令和4年医療施設調査」より作成。



第3節 保健医療圏と基準病床数

1 保健医療圏

すべての県民が、その生活している地域において健康で生き生きと暮らしていくためには、だれもが必要なときに適切な保健医療サービスを受けられることが大切です。そのためには、限られた医療資源の効率的かつ適正な配置を図るとともに、医療機関相互が機能を分担し、また連携をしていく必要があります。

保健医療計画においては、これらのことを踏まえ、県民の暮らしを支えていくための地域単位として、一次、二次及び三次の保健医療圏を設定し、包括的な保健医療サービスを供給するための体制整備を推進することとしています。

(1) 一次保健医療圏

一次保健医療圏は、地域住民の日常生活を支える健康相談、健康管理、疾病予防や頻度の高い一般的な傷病の治療など、住民に密着した保健医療サービスを提供していく最も基礎的な圏域であり、市町の行政区画とします。

(2) 二次保健医療圏

二次保健医療圏は、原則として一般の医療需要（特殊な医療を除く）に対応した入院医療を圏域内で基本的に確保する区域であり、医療機関の機能連携に基づく医療サービスと広域的、専門的な保健サービスとの連携などにより、県民に包括的な保健医療サービスを提供していく圏域です。

また、医療法第30条の4第2項第14号の規定により、主として病院、診療所の一般病床及び療養病床の整備を図るべき地域的単位として設定する区域です。

(3) 三次保健医療圏

三次保健医療圏は、一次及び二次の保健医療体制との連携の下に、特殊な医療提供を確保するとともに、県全域での対応が必要な保健医療サービスを提供する区域であり、香川県の全域とします。

2 二次保健医療圏の圏域設定の考え方

本県では、平成元年に策定した「香川県保健医療計画」において、地理的条件、交通事情、日常生活圏、保健医療関係の既存の地域ブロック、保健医療資源の分布等圏域設定に必要な要素を総合的に勘案の上、複数の市町を単位とする5つの圏域を設定しました。なお、平成18年に高松市と国分寺町が、2つの二次保健医療圏に跨る合併を行ったことに伴い、旧国分寺町の地域を高松保健医療圏に編入するため、圏域の一部変更を行っています。

平成29年3月31日付け医政発0331第57号厚生労働省医政局長通知「医療計画について」（以下「医療計画通知」という。）において、「保健医療圏の人口規模が20万人未満で、療養病床及び一般病床の当該保健医療圏への流入患者割合が20%未満であり、当該保健医療圏からの流出患者割合が20%以上の場合は、入院に係る医療を提供する一体の区域として成り立っていないとみなし、医療圏の設定の見直しについて検討することが必要である。（中略）また、構想区域と二次医療圏が異なっている場合は、一致させることが適当であることから、構想区域に二次医療圏を合わせるよう必

要な見直しを行う」こととされました。

第六次香川県保健医療計画まで設定してきた県内の5つの二次保健医療圏のうち、大川保健医療圏、小豆保健医療圏、三豊保健医療圏が上記の医療圏設定の見直しの要件に該当することや、平成28年10月に策定した香川県地域医療構想（第3章「香川県地域医療構想」）では、大川保健医療圏と高松保健医療圏を合わせて東部構想区域、小豆保健医療圏を小豆構想区域、中讃保健医療圏と三豊保健医療圏を合わせて西部構想区域としたことから、第七次香川県保健医療計画の策定に当たり、医療圏の設定の見直しについて検討し、大川保健医療圏と高松保健医療圏を合わせて東部保健医療圏、小豆保健医療圏をそのまま小豆保健医療圏、中讃保健医療圏と三豊保健医療圏を合わせて西部保健医療圏としました。

第八次香川県保健医療計画においては、以下の理由から、第七次香川県保健医療計画から引き続き、東部保健医療圏、小豆保健医療圏、西部保健医療圏を二次保健医療圏とします。

- 地域医療構想との整合を図り、構想区域と二次医療圏を合わせることが適当とされていること。
- 東部・西部保健医療圏は見直し要件に該当しないこと。
また、小豆保健医療圏は、見直し要件に該当するものの、基本的医療への患者のアクセス面や、直近の患者流入状況等を勘案すると、引き続き、「離島であり、かつ、一定の人口規模を有するため、島内で確保すべき医療提供体制について、他の圏域とは別に検討する必要がある」こと。

二次保健医療圏

	市町名	面積 (km ²)	人口 (人)	人口密度 (人/km ²)
東部保健医療圏	高松市、さぬき市、東かがわ市、三木町、直島町	777.02	512,310	659.33
小豆保健医療圏	土庄町、小豆島町	169.93	25,236	148.51
西部保健医療圏	丸亀市、坂出市、善通寺市、観音寺市、三豊市、宇多津町、綾川町、琴平町、多度津町、まんのう町	929.94	389,320	418.65
計		1,876.89	926,866	493.83

※人口は香川県統計調査課「香川県人口移動調査報告」（令和5年4月1日現在）

※面積は国土地理院「全国都道府県市区町村別面積調」（令和5年4月1日現在）

流入患者割合、流出患者割合（網掛け箇所は、見直し要件に該当）

三次医療圏	二次医療圏	人口（千人）	病院の療養病床及び一般病床の推計入院患者	
			流入患者割合	流出患者割合
県全域	東部	512,310	10.1%	10.8%
	小豆	25,236	2.3%	27.9%
	西部	389,320	10.5%	8.9%

出典：香川県統計調査課「香川県人口移動調査報告」（令和5年4月1日現在）、厚生労働省「令和2年患者調査」

なお、いわゆる5疾病（がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患）及び6事業（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。）、新興感染症発生・まん延時における医療）並びに在宅医療のそれぞれに係る医療連携体制を構築する際の圏域については、「二次医療圏に拘らず、患者の移動状況や地域の医療資源等の実情に応じて弾力的に設定する」（医療計画通知）こととされています。

そこで、本計画期間中における5疾病・6事業及び在宅医療の圏域設定については、医療提供体制の継続性や激変緩和の観点などから、精神疾患、へき地医療及び新興感染症発生・まん延時における医療については全県単位で、がんや脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、救急医療、災害医療、小児救急医療を含む小児医療については、大川、小豆、高松、中讃、三豊の5圏域で、周産期医療については、東部、小豆、西部の3圏域で、在宅医療については各市町単位で設定します。

3 基準病床数

基準病床数は、病院の病床及び診療所の病床について、医療圏内における望ましい病床数の水準を示すとともに、圏内において必要な入院医療を受けられるよう病床の適正配置を促進するために設定するものです。

本計画で定められた基準病床数を上回る許可病床を有する圏域（いわゆる病床過剰地域）における新たな病院の開設、増床又は診療所の病床の設置、増床については、医療法第30条の11の規定による知事の勧告の対象となります。

「一般病床」と「療養病床」は、両病床を合わせた基準病床とし、二次保健医療圏を単位として算定します。

「精神病床」、「結核病床」及び「感染症病床」については、三次保健医療圏（県全域）を単位として算定します。

基準病床数は、医療法施行規則第30条の30に規定する式により算出し、次表のとおりとします。

基準病床数

病床の種別	圏域名	基準病床数（床）	既存病床数（床）
療養病床 及び 一般病床	東部保健医療圏	5,397	5,518
	小豆保健医療圏	231	272
	西部保健医療圏	4,090	4,819
	計	9,718	10,609
精神病床	県全域	2,628	3,250
結核病床	県全域	24	32
感染症病床	県全域	24	24

既存病床数は、令和5年8月末現在。

本県における療養病床及び一般病床については、すべての圏域において、既存病床数が基準病床数を上回る病床過剰圏域となっています。

第3章 香川県地域医療構想

平成28年10月に策定した香川県地域医療構想（第六次香川県保健医療計画別冊）を、引き続き、第八次香川県保健医療計画における、医療法第30条の4第2項第7号に規定する地域医療構想に位置付けるものとします。

第4章 香川県医師確保計画

第1節 医師確保計画の基本的な考え方

1 計画策定の趣旨

本県では、これまで行政と関係医療機関が、様々な知恵を出し合い、密に連携を図りながら、医師を目指す高校生等から臨床医まで、各キャリアステージに応じた医師確保施策を継続的に取り組んできました。

平成19年度には、将来県内の医療機関に一定期間従事することを条件に返還を免除する「医学生修学資金貸付制度」を開始し、令和5年度現在、当該修学資金の貸与を受けた医師のうち、臨床研修を終えた医師62名が、県及び関係機関による協議のもと、県内の医師不足地域にある医療機関等で勤務し、本県の地域医療に貢献しています。

また、平成21年度には、県と医師会、大学病院等の中核病院が連携し、専門医及び総合医の育成を目的とした「香川県医師育成キャリア支援プログラム」を策定しました。新専門医制度が開始された平成30年度からは、県内基幹施設が実施する専門研修プログラムへの参加を促す制度へと改め、令和4年度までに新旧制度合わせて178名の若手医師が参加して、基本6領域（内科、外科、救急科、産婦人科、小児科、総合診療）の研修に励み、その多くは、現在も県内の医療機関等で活躍しています。

一方、国では、平成20年度以降の医学部の臨時定員増等により、地域枠医師を中心とした全国的な医師数の増加を行ってきましたが、医師の地域偏在や診療科偏在は、医学部の臨時定員増以降もむしろ格差が広がっており、その解消が急務とされている中、平成31年4月に「医療法及び医師法の一部を改正する法律」が施行され、都道府県は、地域の実情に応じた医師確保対策を進めるための「医師確保計画」を策定することとなりました。

本県においても、令和2年3月に、医療法をはじめとする関係法令や「医師確保計画策定ガイドライン」等を踏まえ、令和2年度から令和5年度までを計画期間とする「香川県医師確保計画」を策定し、医師確保施策に取り組んできたところです。

こうした中、県内の医師数は着実に増加していますが、医師の地域偏在や診療科偏在、高齢化等の課題に引き続き取り組んでいくため、令和5年3月に改正された「医師確保計画策定ガイドライン」等を踏まえ、香川県医師確保計画について、見直しを行うものです。

2 計画の期間

令和6年4月1日から令和9年3月31日までの3年間

第2節 現状と課題

1 現状

県内で就業している医師数（令和2年12月末現在）は2,756人、前回調査（平成30年12月末現在）から38人増となっています。また、令和5年度に厚生労働省が公表した医師偏在指標によると、本県の指標値は266.9で、全国平均の255.6を上回っており、全国都道府県別順位の上位1/3に含まれることから医師多数県に位置付けられています。

(1) 地域偏在

県内の二次医療圏ごとの医師偏在指標は、東部保健医療圏が306.8で、全国二次医療圏別順位の上位1/3に含まれることから医師多数区域に位置付けられていますが、小豆保健医療圏が109.0と、全国二次医療圏別順位の下位1/3に含まれることから医師少数区域に位置付けられています。また、西部保健医療圏は217.0で、全国二次医療圏別順位の上位1/3にも下位1/3にも含まれないことから、医師多数区域でも医師少数区域でもありません。このように、県内においては、医師の地域的な偏在がみられます。

東部保健医療圏及び西部保健医療圏には、これまでの国の調査に基づく人口10万人当たりの医師数において、全国平均を大きく下回り、本県が医師不足地域として重点的に施策に取り組んできた大川圏域と三豊圏域が含まれており、両圏域の医師偏在指標を算出すると、大川圏域が126.9、三豊圏域が179.3となり、いずれも全国平均を大きく下回っており、二次医療圏内においても、医師の地域的な偏在がみられます。

(2) 診療科偏在

診療科別の人口10万人当たりの医師数をみると、産婦人科、救急科などの医師数が全国平均を下回っており、診療科の偏在がみられます。

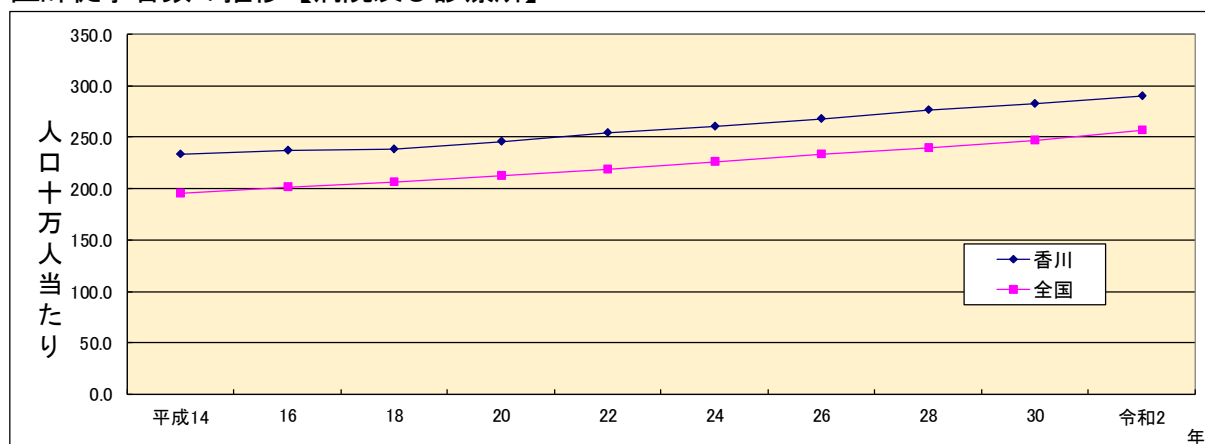
(3) 医師の高齢化

本県の医師の平均年齢は52.0歳で、全国平均の50.1歳を上回る一方、45歳未満の医師の割合は35.3%で、全国平均の40.5%を大きく下回っており、また45歳未満の医師数自体も減少傾向にあるなど、全国に先駆けて医師の高齢化が進行しています。

(4) 各医療機関における必要医師の不足

県内の地域医療を支える主な医療機関を対象とした医師の充足状況等に関する県独自の調査では、他県の大学から派遣される医師が勤務医の2割以上を占めていますが、他県の大学から派遣されている医師も含めて、各医療機関が運営上必要と考える医師数の9割程度しか充足しておらず、主な診療科では救急科の医師充足率が7割に満たない状況です。

医師従事者数の推移【病院及び診療所】



出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

医師従事者数【病院及び診療所】

医療圏	従事者数	医師偏在指標	区分	人口10万人当たり【参考】
香川県（全体）	2,756	266.9	医師多数県	290.0
小豆保健医療圏	40	109.0	医師少数区域	149.7
東部保健医療圏	1,751	306.8	医師多数区域	335.0
<うち大川圏域>	(121)	(126.9)	(-)	(160.7)
（うちさぬき市）	(74)	(132.2)	(-)	(157.4)
（うち東かがわ市）	(47)	(119.3)	(-)	(166.2)
西部保健医療圏	965	217.0	-	240.8
<うち三豊圏域>	(256)	(179.3)	(-)	(214.6)
（うち観音寺市）	(181)	(278.3)	(-)	(315.1)
（うち三豊市）	(75)	(92.6)	(-)	(121.2)
【参考】全国	323,700	255.6	-	256.6

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（令和2年）
厚生労働省「医師偏在指標(※)」（令和5年）

※ 大川圏域（さぬき市、東かがわ市）と三豊圏域（観音寺市、三豊市）の医師偏在指標については、厚生労働省から提供された基礎データを基に、県が算出した数値。

主な診療科の医師従事者数（人口10万人当たり）【病院及び診療所】

医療圏	内科 （※1）	外科 （※2）	救急科	産婦人科 （※3）	小児科
香川県（全体）	103.3	28.2	2.0	10.0	15.9
小豆保健医療圏	67.4	11.2	0.0	3.7	11.2
東部保健医療圏	116.5	33.5	3.1	11.5	16.8
（うち大川圏域）	（73.1）	（12.0）	（0.0）	（1.3）	（8.0）
西部保健医療圏	88.6	22.5	0.7	8.5	15.0
（うち三豊圏域）	（83.8）	（21.8）	（0.0）	（8.4）	（10.1）
【参考】全国	94.9	22.2	3.1	10.8	14.3

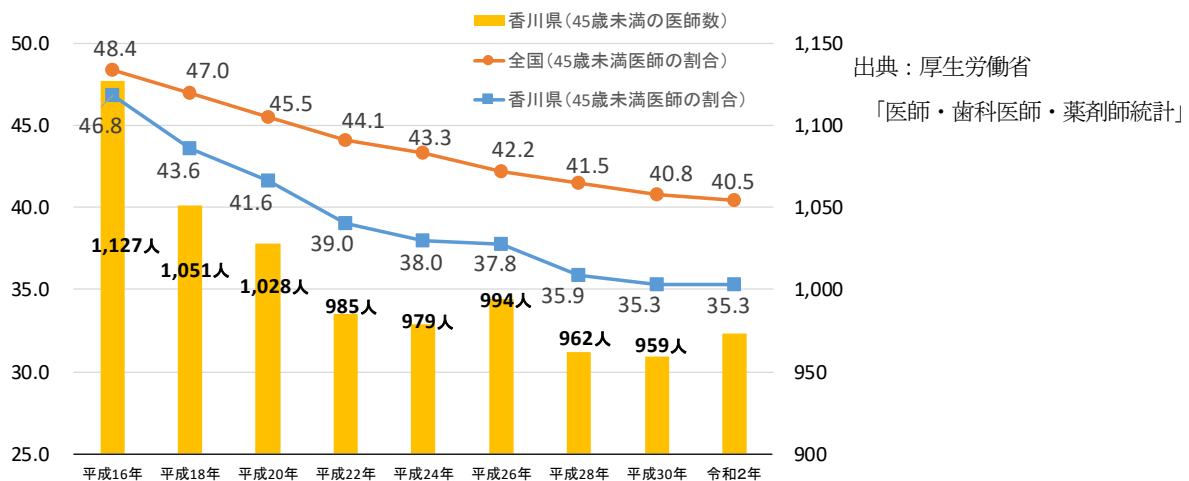
出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（令和2年）

※1 内科は、内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科（胃腸内科）、腎臓内科、脳神経内科、糖尿病内科（代謝内科）、血液内科、感染症内科、アレルギー科、リウマチ科、心療内科を合わせた医師数

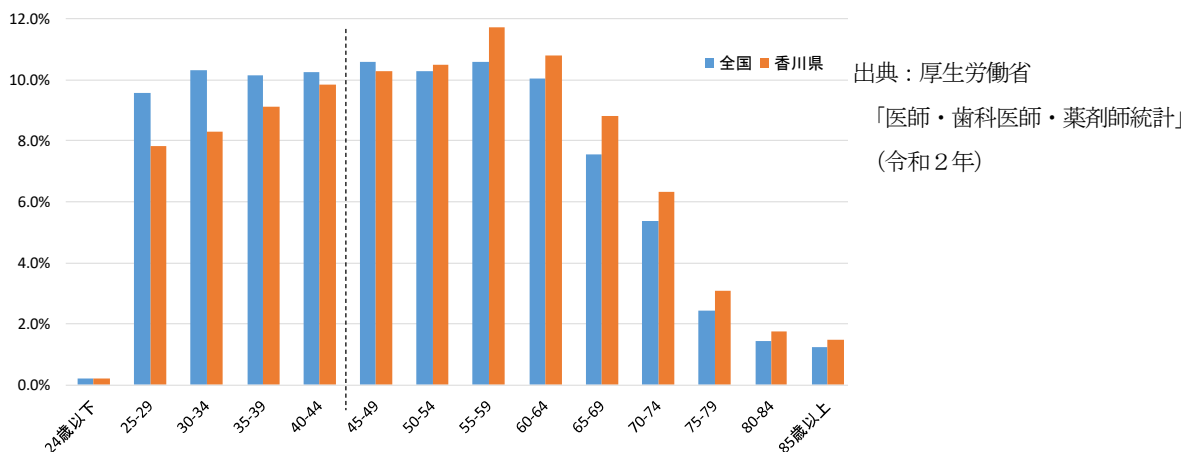
※2 外科は、外科、呼吸器外科、乳腺外科、気管食道外科、消化器外科（胃腸外科）、肛門外科、心臓血管外科、小児外科を合わせた医師数

※3 産婦人科は、産婦人科、産科、婦人科を合わせた医師数

45歳未満の医師従事者数の推移【病院及び診療所】



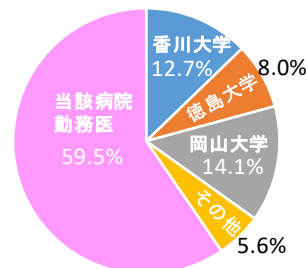
医師従事者の総数に占める各年齢階級の医師数の割合【病院及び診療所】



医師の充足状況等実態調査結果（令和5年4月1日現在）【病院のみ】

1. 全診療科における医師の充足状況等

充足率（勤務医数／定員）	・・・	88.9%
勤務医の内訳（※）		
香川大学から派遣	・・・	12.7%
徳島大学から派遣	・・・	8.0%
岡山大学から派遣	・・・	14.1%

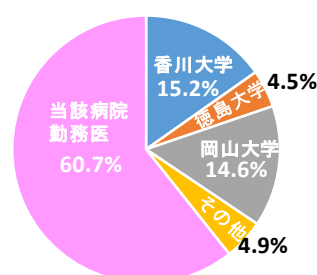


※ 香川大学医学部附属病院の勤務医は「当該病院勤務医」に計上（以下、同じ）

2. 主な診療科別医師の充足状況等

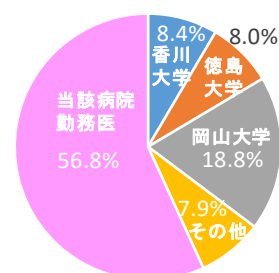
①内科

充足率（勤務医数／定員）	・・・	91.8%
勤務医の内訳		
香川大学から派遣	・・・	15.2%
徳島大学から派遣	・・・	4.5%
岡山大学から派遣	・・・	14.6%



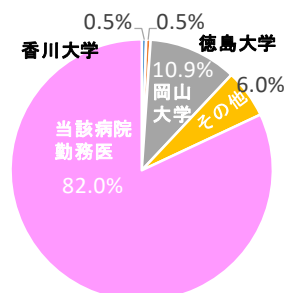
②外科

充足率（勤務医数／定員）	・・・	90.4%
勤務医の内訳		
香川大学から派遣	・・・	8.4%
徳島大学から派遣	・・・	8.0%
岡山大学から派遣	・・・	18.8%



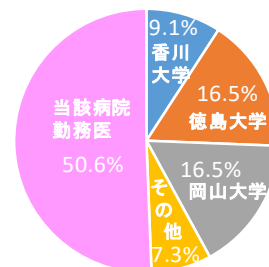
③救急科

充足率（勤務医数／定員）	・・・	67.0%
勤務医の内訳		
香川大学から派遣	・・・	0.5%
徳島大学から派遣	・・・	0.5%
岡山大学から派遣	・・・	10.9%



④産婦人科

充足率（勤務医数／定員）	・・・	86.8%
勤務医の内訳		
香川大学から派遣	・・・	9.1%
徳島大学から派遣	・・・	16.5%
岡山大学から派遣	・・・	16.5%



⑤小児科

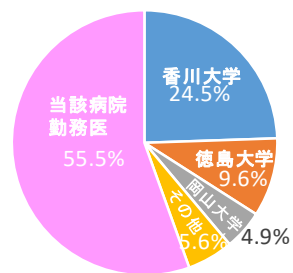
充足率（勤務医数／定員）・・・94.6%

勤務医の内訳

香川大学から派遣・・・24.5%

徳島大学から派遣・・・9.6%

岡山大学から派遣・・・4.9%



（医師の充足状況等実態調査について）

- ◆調査時点：計画開始時（令和元年9月1日）と計画終了時（令和5年4月1日）
- ◆勤務医数：非常勤医師についても常勤換算の上、計上
- ◆定員：各医療機関における定員数もしくは運営上必要と考える医師数
- ◆調査対象：地域枠医師を配置する指定医療機関に加え、若手医師を積極的に育成している臨床研修・専門研修の基幹施設、地域医療を支えるべき地医療拠点施設等27医療機関

2 成果（前医師確保計画の効果の測定・評価）

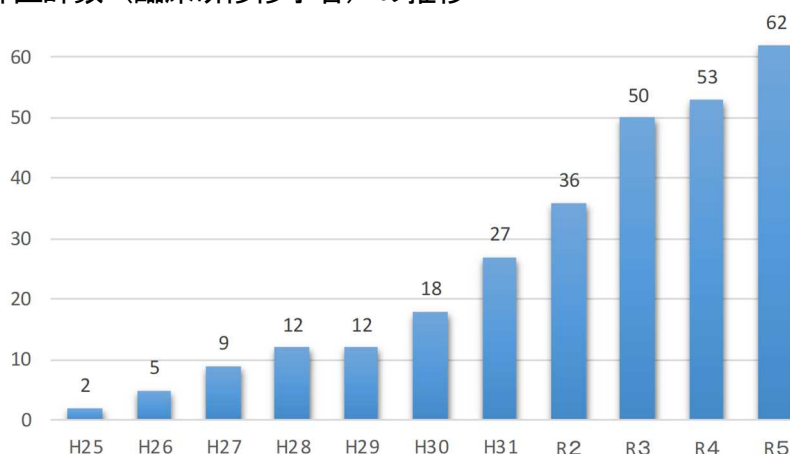
令和2年度から令和5年度までを計画期間とする医師確保計画（以下「前計画」という。）における医師確保施策の効果の測定と評価を行いました。

（1）医師確保の施策

前計画における医師確保の施策は次のとおり、医師を目指す高校生等、医学生、臨床研修医、専攻医、臨床医と各キャリアステージに応じた事業内容となっており、それぞれの取組みを進めることにより、本県の医師確保の課題である医師の地域偏在、診療科偏在、高齢化等の緩和を目指しています。

対 象	各キャリアステージに応じた事業内容	目 的
医師を目指す高校生等	○高校巡回説明会 ・医学生修学資金貸付制度等の説明会の実施	医学部進学者の増加
医学生	○医学生修学資金の貸付け ○夏季地域医療実習 ○総合診療セミナー	医学生の増加と県内定着
初期臨床研修医	○臨床研修病院協議会と連携した事業 ・臨床研修合同説明会の参加・開催、臨床研修受入担当者会の実施 ○県外医学生等病院見学支援事業 ○臨床研修・専門研修ガイドブックの作成（情報発信）	臨床研修医の確保
専攻医	○医師育成キャリア支援プログラムの運営 ・県内専攻医に対する支援等 ○専門医研修資金貸付事業 ・県内専攻医を対象とした義務年限期間付研修資金貸付（240万円/年） ○指導医等養成支援事業 ・県内専門研修基幹施設が負担する勤務医の指導医取得経費を支援 ○専門医認定支援事業 ・医師不足地域等への指導医派遣に要する経費等に対する支援 ○県内臨床研修医合同セミナー ・県内の臨床研修医を一堂に会した合同セミナーを開催	専攻医確保 キャリア形成
臨床医	○地域医療支援センターの運営 ・県内外の医師の就業相談・斡旋。地域枠医師の配置調整等 ・修学金貸与医学生への支援等業務は香川大学医学部へ委託 ○産科医等育成・確保支援事業 ・各医療機関が産科医等へ支給する分娩手当等に対する支援 ○女性医師就業・復職の支援 ・県医師会による女性医師の就業・復職に係る普及啓発事業への支援 ○医師少数区域等における勤務推進事業 ・医師少数区域等で一定期間勤務した医師の認定制度による認定を受けた医師が引き続き医師少数区域等で勤務するための支援 ○小豆構想区域における医師確保・スキルアップへの支援	臨床医確保 地域偏在・診療科偏在の解消

地域枠医師数（臨床研修修了者）の推移



(2) 効果の測定に用いるデータ

ガイドラインにおいて、前計画に定める施策の実施の効果について、都道府県が活用可能なデータを参考として測定し、評価することとされていることから、本県独自の「医師の充足状況等実態調査（以下「実態調査」という。）」に基づく医師数について、計画開始時と計画終了時との差を前計画における医師確保施策の効果として測定し、評価します。

(3) 前計画の効果の測定

前計画の開始時の医師数として令和元年9月1日時点の医師数を、終了時の医師数として令和5年4月1日時点の医師数を用います。

県全体では、全診療科の合計で、医師数、人口10万人当たりの医師数ともに増加しています。主な診療科（5診療科）の合計は医師数、人口10万人当たりの医師数ともに増加し、内科、産婦人科、小児科でも、医師数、人口10万人当たりの医師数ともに増加していますが、外科と救急科は医師数、人口10万人当たりの医師数ともに減少しています。

二次医療圏では、全医療圏で医師数、人口10万人当たりの医師数ともに増加しています。

医師少数スポットにおいては、2つのスポットともに医師数が減少しています。

(4) 前計画の評価

① 県全体及びすべての二次医療圏において、医師数は増加しており、前計画における医師確保施策は、医師確保や地域偏在の緩和に一定の効果があったと考えられますが、医師少数スポットでは、医師数が減少しており、課題となっています。

② 主な診療科全体の医師数も増加しており、診療科偏在の緩和にも一定の効果があったと考えられますが、個別の診療科では医師数が減少している診療科もあり、課題がみられます。

なお、内科については、県全体では医師数が増加しているものの、その増加は主に高松圏域の医療機関や第三次救急医療機関においてであり、西部保健医療圏や大川圏域において救急医療などの地域医療を支える第二次救急医療機関では医師数が減少しており、内科医の確保が課題となっています。

医師の充足状況等実態調査（令和元年と令和5年の比較）【病院のみ】

1 県全体

（単位：人）

診療科	計画開始時(a)		計画終了時(b)		増減(b-a)		
	医師数	人口10万人当たりの医師数	医師数	人口10万人当たりの医師数	医師数	人口10万人当たりの医師数	
主な診療科	内科	458.2	47.9	479.8	51.4	21.6	3.5
	外科	185.3	19.4	178.9	19.2	▲6.4	▲0.2
	救急科	20.5	2.1	18.3	2.0	▲2.2	▲0.2
	産婦人科	54.3	5.7	65.6	7.0	11.3	1.3
	小児科	97.1	10.2	105.1	11.3	8.0	1.1
	計	815.4	85.3	847.7	90.8	32.3	5.5
全診療科	1442.9	150.9	1486.2	159.2	43.3	8.2	

(1) 県全体（第三次救急医療機関）

（単位：人）

診療科	計画開始時(a)		計画終了時(b)		増減(b-a)		
	医師数	人口10万人当たりの医師数	医師数	人口10万人当たりの医師数	医師数	人口10万人当たりの医師数	
主な診療科	内科	190.8	20.0	199.1	21.3	8.3	1.4
	外科	83.1	8.7	74.7	8.0	▲8.4	▲0.7
	救急科	16.5	1.7	13.2	1.4	▲3.3	▲0.3
	産婦人科	18.4	1.9	24.6	2.6	6.2	0.7
	小児科	35.2	3.7	36.0	3.9	0.8	0.2
	計	344.0	36.0	347.6	37.2	3.6	1.2
全診療科	627.0	65.6	630.3	67.5	3.3	1.9	

(2) 県全体（第二次救急医療機関（第三次救急医療機関除く））

（単位：人）

診療科	計画開始時(a)		計画終了時(b)		増減(b-a)		
	医師数	人口10万人当たりの医師数	医師数	人口10万人当たりの医師数	医師数	人口10万人当たりの医師数	
主な診療科	内科	231.8	24.2	241.3	25.8	9.5	1.6
	外科	100.5	10.5	102.9	11.0	2.4	0.5
	救急科	4.0	0.4	5.1	0.5	1.1	0.1
	産婦人科	31.9	3.3	37.5	4.0	5.6	0.7
	小児科	55.1	5.8	61.4	6.6	6.3	0.8
	計	423.3	44.3	448.2	48.0	24.9	3.7
全診療科	732.4	76.6	764.6	81.9	32.2	5.3	

(3) 県全体（第三次・第二次救急医療機関以外の医療機関）

（単位：人）

診療科	計画開始時(a)		計画終了時(b)		増減(b-a)		
	医師数	人口10万人当たりの医師数	医師数	人口10万人当たりの医師数	医師数	人口10万人当たりの医師数	
主な診療科	内科	35.6	3.7	39.4	4.2	3.8	0.5
	外科	1.7	0.2	1.3	0.1	▲0.4	▲0.0
	救急科	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	産婦人科	4.0	0.4	3.5	0.4	▲0.5	▲0.0
	小児科	6.8	0.7	7.7	0.8	0.9	0.1
	計	48.1	5.0	51.9	5.6	3.8	0.5
全診療科	83.5	8.7	91.3	9.8	7.8	1.0	

2 二次医療圏

(単位：人)

医療圏	計画開始時(a)		計画終了時(b)		増減(b-a)	
	医師数	人口10万人当たりの医師数	医師数	人口10万人当たりの医師数	医師数	人口10万人当たりの医師数
小豆保健医療圏	26.6	98.6	32.2	125.6	5.6	27.0
東部保健医療圏	953.5	181.5	987.7	191.3	34.2	9.8
西部保健医療圏	462.8	114.6	466.3	119.0	3.5	4.4

(1) 小豆保健医療圏（第二次救急医療機関）

(単位：人)

診療科	計画開始時(a)		計画終了時(b)		増減(b-a)		
	医師数	人口10万人当たりの医師数	医師数	人口10万人当たりの医師数	医師数	人口10万人当たりの医師数	
主な診療科	内科	11.7	43.4	14.0	54.6	2.3	11.2
	外科	1.3	4.8	2.2	8.6	0.9	3.8
	救急科	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	産婦人科	1.3	4.8	2.3	9.0	1.0	4.2
	小児科	3.4	12.6	3.4	13.3	0.0	0.7
	計	17.7	65.6	21.9	85.4	4.2	19.8
全診療科	26.6	98.6	32.2	125.6	5.6	27.0	

(2) 東部保健医療圏

(単位：人)

診療科	計画開始時(a)		計画終了時(b)		増減(b-a)		
	医師数	人口10万人当たりの医師数	医師数	人口10万人当たりの医師数	医師数	人口10万人当たりの医師数	
主な診療科	内科	308.8	58.8	329.0	63.7	20.2	4.9
	外科	128.2	24.4	126.8	24.6	▲ 1.4	0.2
	救急科	15.8	3.0	14.1	2.7	▲ 1.7	▲ 0.3
	産婦人科	31.0	5.9	40.3	7.8	9.3	1.9
	小児科	51.8	9.9	58.8	11.4	7.0	1.5
	計	535.6	101.9	569.0	110.2	33.4	8.3
全診療科	953.5	181.5	987.7	191.3	34.2	9.8	

① 東部保健医療圏（第三次救急医療機関）

(単位：人)

診療科	計画開始時(a)		計画終了時(b)		増減(b-a)		
	医師数	人口10万人当たりの医師数	医師数	人口10万人当たりの医師数	医師数	人口10万人当たりの医師数	
主な診療科	内科	153.8	29.3	161.7	31.3	7.9	2.0
	外科	73.0	13.9	65.2	12.6	▲ 7.8	▲ 1.3
	救急科	15.8	3.0	13.0	2.5	▲ 2.8	▲ 0.5
	産婦人科	14.6	2.8	21.2	4.1	6.6	1.3
	小児科	29.9	5.7	31.4	6.1	1.5	0.4
	計	287.1	54.6	292.5	56.7	5.4	2.0
全診療科	532.3	101.3	536.5	103.9	4.2	2.6	

② 東部保健医療圏（第二次救急医療機関（第三次救急医療機関除く））

(単位：人)

診療科	計画開始時(a)		計画終了時(b)		増減(b-a)		
	医師数	人口10万人当たりの医師数	医師数	人口10万人当たりの医師数	医師数	人口10万人当たりの医師数	
主な診療科	内科	142.4	27.1	152.5	29.5	10.1	2.4
	外科	54.9	10.5	60.8	11.8	5.9	1.3
	救急科	0.0	0.0	1.1	0.2	1.1	0.2
	産婦人科	16.4	3.1	19.1	3.7	2.7	0.6
	小児科	19.3	3.7	23.6	4.6	4.3	0.9
	計	233.0	44.4	257.1	49.8	24.1	5.4
全診療科	397.7	75.7	422.5	81.8	24.8	6.1	

③ 東部保健医療圏（第三次・第二次救急医療機関以外の医療機関）

(単位：人)

診療科	計画開始時(a)		計画終了時(b)		増減(b-a)		
	医師数	人口10万人当たりの医師数	医師数	人口10万人当たりの医師数	医師数	人口10万人当たりの医師数	
主な診療科	内科	12.6	2.4	14.8	2.9	2.2	0.5
	外科	0.3	0.1	0.8	0.2	0.5	0.1
	救急科	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	産婦人科	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	小児科	2.6	0.5	3.8	0.7	1.2	0.2
	計	15.5	3.0	19.4	3.8	3.9	0.8
全診療科	23.5	4.5	28.7	5.6	5.2	1.1	

(3) 西部保健医療圏

(単位：人)

診療科	計画開始時(a)		計画終了時(b)		増減(b-a)		
	医師数	人口10万人当たりの医師数	医師数	人口10万人当たりの医師数	医師数	人口10万人当たりの医師数	
主な診療科	内科	137.7	34.1	136.8	34.9	▲ 0.9	0.8
	外科	55.8	13.8	49.9	12.7	▲ 5.9	▲ 1.1
	救急科	4.7	1.2	4.2	1.1	▲ 0.5	▲ 0.1
	産婦人科	22.0	5.4	23.0	5.9	1.0	0.4
	小児科	41.9	10.4	42.9	10.9	1.0	0.6
	計	262.1	64.9	256.8	65.5	▲ 5.3	0.6
全診療科	462.8	114.6	466.3	119.0	3.5	4.4	

① 西部保健医療圏（第三次救急医療機関）

(単位：人)

診療科	計画開始時(a)		計画終了時(b)		増減(b-a)		
	医師数	人口10万人当たりの医師数	医師数	人口10万人当たりの医師数	医師数	人口10万人当たりの医師数	
主な診療科	内科	37.0	9.2	37.4	9.5	0.4	0.4
	外科	10.1	2.5	9.5	2.4	▲ 0.6	▲ 0.1
	救急科	0.7	0.2	0.2	0.1	▲ 0.5	▲ 0.1
	産婦人科	3.8	0.9	3.4	0.9	▲ 0.4	▲ 0.1
	小児科	5.3	1.3	4.6	1.2	▲ 0.7	▲ 0.1
	計	56.9	14.1	55.1	14.1	▲ 1.8	▲ 0.0
全診療科	94.7	23.5	93.8	23.9	▲ 0.9	0.5	

② 西部保健医療圏（第二次救急医療機関（第三次救急医療機関除く））

(単位：人)

診療科	計画開始時(a)		計画終了時(b)		増減(b-a)		
	医師数	人口10万人当たりの医師数	医師数	人口10万人当たりの医師数	医師数	人口10万人当たりの医師数	
主な診療科	内科	77.7	19.2	74.8	19.1	▲ 2.9	▲ 0.2
	外科	44.3	11.0	39.9	10.2	▲ 4.4	▲ 0.8
	救急科	4.0	1.0	4.0	1.0	0.0	0.0
	産婦人科	14.2	3.5	16.1	4.1	1.9	0.6
	小児科	32.4	8.0	34.4	8.8	2.0	0.8
	計	172.6	42.8	169.2	43.2	▲ 3.4	0.4
全診療科	308.1	76.3	309.9	79.1	1.8	2.8	

③ 西部保健医療圏（第三次・第二次救急医療機関以外の医療機関）

(単位：人)

診療科	計画開始時(a)		計画終了時(b)		増減(b-a)		
	医師数	人口10万人当たりの医師数	医師数	人口10万人当たりの医師数	医師数	人口10万人当たりの医師数	
主な診療科	内科	23.0	5.7	24.6	6.3	1.6	0.6
	外科	1.4	0.3	0.5	0.1	▲ 0.9	▲ 0.2
	救急科	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	産婦人科	4.0	1.0	3.5	0.9	▲ 0.5	▲ 0.1
	小児科	4.2	1.0	3.9	1.0	▲ 0.3	▲ 0.0
	計	32.6	8.1	32.5	8.3	▲ 0.1	0.2
全診療科	60.0	14.9	62.6	16.0	2.6	1.1	

3 医師少数スポット

(単位：人)

圏域	計画開始時(a)		計画終了時(b)		増減(b-a)	
	医師数	人口10万人当たりの医師数	医師数	人口10万人当たりの医師数	医師数	人口10万人当たりの医師数
大川圏域	55.6	72.8	52.1	71.7	▲3.5	▲1.1
三豊圏域	148.9	124.1	145.6	125.7	▲3.3	1.6

(1) 大川圏域（第二次救急医療機関）

(単位：人)

診療科	計画開始時(a)		計画終了時(b)		増減(b-a)		
	医師数	人口10万人当たりの医師数	医師数	人口10万人当たりの医師数	医師数	人口10万人当たりの医師数	
主な診療科	内科	23.0	30.1	20.2	27.8	▲2.8	▲2.3
	外科	7.0	9.2	6.6	9.1	▲0.4	▲0.1
	救急科	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	産婦人科	1.5	2.0	1.1	1.5	▲0.4	▲0.5
	小児科	3.2	4.2	4.5	6.2	1.3	2.0
	計	34.7	45.4	32.4	44.6	▲2.3	▲0.9
全診療科	55.6	72.8	52.1	71.7	▲3.5	▲1.1	

(2) 三豊圏域

(単位：人)

診療科	計画開始時(a)		計画終了時(b)		増減(b-a)		
	医師数	人口10万人当たりの医師数	医師数	人口10万人当たりの医師数	医師数	人口10万人当たりの医師数	
主な診療科	内科	57.1	47.6	57.1	49.3	0.0	1.7
	外科	11.6	9.7	10.1	8.7	▲ 1.5	▲ 0.9
	救急科	0.7	0.6	0.2	0.2	▲ 0.5	▲ 0.4
	産婦人科	7.8	6.5	6.9	6.0	▲ 0.9	▲ 0.5
	小児科	8.6	7.2	7.6	6.6	▲ 1.0	▲ 0.6
	計	85.8	71.5	81.9	70.7	▲ 3.9	▲ 0.8
全診療科	148.9	124.1	145.6	125.7	▲ 3.3	1.6	

① 三豊圏域 (第三次救急医療機関)

(単位：人)

診療科	計画開始時(a)		計画終了時(b)		増減(b-a)		
	医師数	人口10万人当たりの医師数	医師数	人口10万人当たりの医師数	医師数	人口10万人当たりの医師数	
主な診療科	内科	37.0	30.8	37.4	32.3	0.4	1.5
	外科	10.1	8.4	9.5	8.2	▲ 0.6	▲ 0.2
	救急科	0.7	0.6	0.2	0.2	▲ 0.5	▲ 0.4
	産婦人科	3.8	3.2	3.4	2.9	▲ 0.4	▲ 0.2
	小児科	5.3	4.4	4.6	4.0	▲ 0.7	▲ 0.4
	計	56.9	47.4	55.1	47.6	▲ 1.8	0.1
全診療科	94.7	78.9	93.8	81.0	▲ 0.9	2.1	

② 三豊圏域 (第二次救急医療機関 (第三次救急医療機関除く))

(単位：人)

診療科	計画開始時(a)		計画終了時(b)		増減(b-a)		
	医師数	人口10万人当たりの医師数	医師数	人口10万人当たりの医師数	医師数	人口10万人当たりの医師数	
主な診療科	内科	4.9	4.1	4.0	3.5	▲ 0.9	▲ 0.6
	外科	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0	0.0
	救急科	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	産婦人科	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	小児科	0.1	0.1	0.2	0.2	0.1	0.1
	計	5.1	4.3	4.3	3.7	▲ 0.8	▲ 0.5
全診療科	9.2	7.7	9.5	8.2	0.3	0.5	

③ 三豊圏域 (第三次・第二次救急医療機関以外の医療機関)

(単位：人)

診療科	計画開始時(a)		計画終了時(b)		増減(b-a)		
	医師数	人口10万人当たりの医師数	医師数	人口10万人当たりの医師数	医師数	人口10万人当たりの医師数	
主な診療科	内科	15.2	12.7	15.7	13.6	0.5	0.9
	外科	1.4	1.2	0.5	0.4	▲ 0.9	▲ 0.7
	救急科	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	産婦人科	4.0	3.3	3.5	3.0	▲ 0.5	▲ 0.3
	小児科	3.2	2.7	2.8	2.4	▲ 0.4	▲ 0.2
	計	23.8	19.8	22.5	19.4	▲ 1.3	▲ 0.4
全診療科	45.0	37.5	42.3	36.5	▲ 2.7	▲ 1.0	

※ 計画開始時の人口は令和元年10月1日時点、計画終了時点の人口は令和4年10月1日時点

なお、各時点における医師数の比較を同じベースで行うため、今回、調査対象として追加した1医療機関を除く26医療機関の勤務医数で比較している。

3 問題点（本県の現状及び前計画の評価から見えた課題）

県内医師の地域偏在や診療科偏在、高齢化といった課題がみられることから、これらの緩和等を目指して、医師を目指す高校生等から臨床医まで、各キャリアステージに応じた切れ目のない総合的な医師確保対策を行うとともに、適切なタイミングでの情報発信や県内外の医師の就業相談など、きめ細かな対応が必要となっています。

（1）地域偏在と診療科偏在

県内の医療機関に一定期間勤務することを義務付ける医学生修学資金貸付制度については、香川県キャリア形成プログラムにおいて、継続的に医師の養成が必要または県内で不足している内科や総合診療などの6診療科を専門診療科として選択することを推奨するとともに、医師少数区域や医師少数スポット等にある医療機関へ重点的に2年間配置できるローテーション等を定めて医師の確保や地域偏在の緩和等に貢献してきていますが、今後も県内で勤務する対象医師が一定程度増加することが想定されており、これらの医師が県内の医療機関に円滑に勤務できるよう環境を整えるとともに、地域偏在や診療科偏在の緩和を踏まえた配置調整を行う必要があります。

（2）医師の高齢化

全国より進行する医師の高齢化対策として、若手医師を確保するため、県内の医療機関が基幹施設となる専門研修プログラムに参加して専門医を目指す専攻医を確保するとともに、専門研修終了後の県内定着につながる取組みが必要です。

（3）各医療機関における必要医師の不足

本県は医師多数県に位置付けられていますが、県独自の実態調査の結果、県内の医療機関においては、現状、医師が充足しているとは言えず、また、他県の大学から派遣される医師が勤務医の2割以上も占めており、今後、これらの大学から派遣される医師が減少した場合、本県の地域医療提供体制は維持できなくなるおそれがあることから、本県がこれまで取り組んできた医師確保対策については、今後も手を緩めることなく継続して実施する必要があります。

第3節 医師少数スポット

前計画のガイドラインにおいては、「都道府県においては、必要に応じて二次医療圏よりも小さい単位の地域での施策を検討することができるものとし、局所的に医師が少ない地域を「医師少数スポット」として定め、医師少数区域と同様に取り扱うことができる」とされていたことから、前計画では大川圏域と三豊圏域を医師少数スポットに設定しました。

一方、本計画のガイドラインでは、「医師少数スポットは、原則として市区町村単位で設定し、へき地や離島等においては、必要に応じて市区町村よりも小さい地区単位の設定も可能であるものとする。」とされたことから、以下のとおり、本計画における医師少数スポットを設定します。

1 前計画における医師少数スポットの設定の考え方

東部保健医療圏と西部保健医療圏は、医師少数区域ではありませんが、そのうちの大川圏域と三豊圏域は、医師偏在指標が全国平均を大きく下回っていることから、これらの圏域を医師少数スポットとして設定しました。

なお、第2節で示したとおり、前計画で医師少数スポットとして設定した大川圏域と三豊圏域は、いずれも医師数が減少しており、これらの圏域における救急医療をはじめとする地域医療を維持していくためには、引き続き医師確保施策を積極的に実施する必要があります。

2 本計画における医師少数スポットの設定

(1) 大川圏域

大川圏域を構成するさぬき市及び東かがわ市はともに、医師偏在指標が全国平均を大きく下回っていることから、さぬき市及び東かがわ市をそれぞれ医師少数スポットとして設定します。

(2) 三豊圏域

三豊圏域の医師偏在指標は、全国平均を大きく下回っていますが、圏域を構成する2市のうち、三豊市は医師偏在指標が全国平均を大きく下回っている一方、観音寺市は医師偏在指標が全国平均を大きく上回っています。

しかし、三豊圏域では、観音寺市と三豊市による一部事務組合三豊総合病院企業団が運営する三豊総合病院により、一帯の安定的な医療を提供しています。

三豊総合病院が所在する観音寺市の医師偏在指標が全国平均を上回っていることを理由として、観音寺市を医師少数スポットから外すことは、三豊圏域全体の医師減少に繋がるため、引き続き、地域の実情を踏まえ、三豊市だけでなく、観音寺市を含む三豊圏域として捉えることが妥当であると考えられることから、前計画と同様、三豊圏域全体が該当するよう、観音寺市と三豊市をそれぞれ医師少数スポットとして設定します。

第4節 医師確保の方針と目標医師数

県全体及び二次医療圏ごとの課題の解消に向けた医師確保の方針及び目標医師数について、次のとおり定めます。

なお、ガイドラインにおいて、目標医師数とは、計画開始時点において、医師偏在指標に基づき医師少数とされる都道府県もしくは二次医療圏が、計画終了時点において医師少数都道府県（区域）を脱するために必要な医師数として定義されるとともに、都道府県、二次医療圏全てについて目標医師数を定めることとされていることから、医師少数区域に位置付けられている小豆保健医療圏のほか、その他の二次医療圏及び県全体についても、目標医師数を定めることとなります。

1 県全体

本県は、医師偏在指標により医師多数県に位置付けられており、ガイドラインに基づき、計画開始時点の医師数2,735人（※）を目標医師数として定めます。

ただし、本県は、医師少数区域に位置付けられている小豆保健医療圏をはじめとする県内の医師の地域偏在や、救急科や産婦人科の医師が不足しているといった診療科偏在、そして全国より進行する医師の高齢化といった課題を抱えていることから、これらの課題の解消に向けて、これまで取り組んできた医師確保施策について、今後も切れ目なく継続して実施していきます。

2 二次医療圏

(1) 小豆保健医療圏

小豆保健医療圏は、医師少数区域に位置付けられるため、計画終了時点（令和8年度末）において、医師少数区域を脱するために必要な医師数として、現状の40人に対し、目標医師数を57人と定めます。

また、医師確保の方針としては、引き続き医師多数区域である東部保健医療圏や西部保健医療圏からの医師派遣が継続されるよう香川大学医学部をはじめとする関係機関に働きかけるとともに、地域枠医師及び自治医科大学卒業医師の重点的な配置を行います。

(2) 東部保健医療圏

東部保健医療圏は、医師多数区域に位置付けられており、原則、計画開始時点の医師数が目標医師数の設定上限とされますが、医師少数区域である小豆保健医療圏において17人増の目標医師数を設定するため、県全体の目標医師数を超えないように県内の二次医療圏間で目標医師数を調整する必要があることから、医師数の規模が大きく、かつ、医師多数区域でもある東部保健医療圏において、計画開始時点の医師数1,742人(※)から17人減の1,725人を目標医師数として設定します。

医療圏内のさぬき市と東かがわ市については、医師偏在指標が全国平均を大きく下回っていることから、医師少数スポットに設定します。

さぬき市と東かがわ市を除く東部保健医療圏においては、医師少数区域である小豆保健医療圏や医師少数スポットであるさぬき市と東かがわ市(大川圏域)及び観音寺市と三豊市(三豊圏域)等への医師の派遣が継続できるよう、これまで取り組んできた医師確保施策を引き続き実施します。

また、医師少数スポットであるさぬき市と東かがわ市においては、引き続き医師多数区域である東部保健医療圏や西部保健医療圏からの医師派遣が継続されるよう、香川大学医学部をはじめとする関係機関に働きかけるとともに、地域枠医師及び自治医科大学卒業医師の重点的な配置を行います。

(3) 西部保健医療圏

西部保健医療圏は、医師少数区域でないことから、原則、計画開始時点の医師数が目標医師数の設定上限とされるため、計画開始時点の医師数953人(※)を目標医師数として設定します。

医療圏内の観音寺市と三豊市については、これらの2市で構成する三豊圏域の医師偏在指標が全国平均を大きく下回っていることから、医師少数スポットに設定します。

観音寺市と三豊市を除く西部保健医療圏においては、医師少数区域である小豆保健医療圏や医師少数スポットである観音寺市と三豊市等への医師の派遣が継続されるよう、これまで取り組んできた医師確保施策を引き続き実施します。

また、医師少数スポットである観音寺市と三豊市においては、引き続き医師多数区域である東部保健医療圏や西部保健医療圏からの医師派遣が継続されるよう、香川大学医学部をはじめとする関係機関に働きかけるとともに、地域枠医師及び自治医科大学卒業医師の重点的な配置を行います。

※ 計画開始時点の医師数は、国から示された「標準化医師数(2022年)」

第5節 医師確保対策

1 キャリアステージに対応した体系的な医師確保対策の実施

県医務国保課に設置した香川県地域医療支援センターにおいて、香川大学医学部、県医師会及び関係医療機関とも連携しながら、医師の地域偏在、診療科偏在、高齢化、各医療機関における必要医師の不足といった課題の解消に向け、医師のキャリアステージに対応した体系的な医師確保対策を引き続き実施していきます。

(1) 医学部進学者の確保・支援

【地域偏在、医師の高齢化、各医療機関における必要医師の不足への対策】

高校生等を対象に、ホームページを通じて情報提供等を行うとともに、実際に医学部への進学実績のある高校等へ訪問し、自治医科大学や香川大学医学部等に関する情報について丁寧な説明を行い、医学部への進学を促すなど、将来本県の地域医療に貢献する意欲のある生徒の確保・支援に努めます。

(2) 医学生の確保・支援

【地域偏在、診療科偏在、医師の高齢化、各医療機関における必要医師の不足への対策】

県では、将来県内の医療機関に一定期間従事することを条件とした医学生修学資金貸付制度を設け、香川大学と連携して、香川大学医学部に、修学資金の貸与を前提とした地域枠を臨時定員として設けています。令和6年度における香川大学医学部に設ける地域枠の臨時定員は、増員申請可能数の14名で申請しています。令和7年度以降の臨時定員については、第8次医療計画等に関する検討会等における議論の状況を踏まえて検討することとされているところであり、令和7年度以降も香川大学医学部に14名の臨時定員を設けられるよう努めてまいります。

貸付制度対象者については、医師の県内定着を一層推進する観点から、香川県出身者（香川県内の高等学校卒業見込み者等）に限定するとともに、臨床研修先についても、県内の臨床研修病院に限っています。

また、貸付制度対象医師のキャリア形成に配慮しつつ、円滑に義務を履行できるよう平成30年度に策定した香川県キャリア形成プログラムにおいて、継続的に医師の養成が必要または県内で不足している診療科（内科、外科、救急科、産婦人科、小児科、総合診療）を専門診療科として選択することを推奨するとともに、医師少数区域や医師少数スポット等にある医療機関へ重点的に2年間配置できるローテーション等を定めています。

さらに、医学生を対象として、学生の中に、地域医療に貢献する自らのキャリアを描けるよう支援することを目的とした香川県キャリア形成卒前支援プランを策定し、県内のへき地医療機関等で実施する地域医療実習や地域医療マインドを醸成する地域医療に関するセミナー等を通じて、地域医療を担う医師の動機付け等を行うなど、香川大学医学部との連携・協働により、地域医療人の生涯にわたる医療技術の向上等に努めます。

(3) 初期臨床研修医の確保・支援

【医師の高齢化、各医療機関における必要医師の不足への対策】

県内の臨床研修病院や医師会と連携して組織された「香川県臨床研修病院協議会」として、県外等で実施される医学生を対象とした合同説明会へ参加するほか、県外医学生による県内の臨床研修病院の見学に係る旅費の一部を補助するなど、「オールかがわ」で初期臨床研修医の確保に取り組んでいます。

また、香川県内での臨床研修から専門医取得までの一貫したキャリア形成のイメージを持つことが可能なガイドブックの製作などを通じて、効果的かつ積極的な情報発信等を行うとともに、県内臨床研修病院の受入担当者を対象とした研修会を実施し、受入体制の強化も図ることで、初期臨床研修医の確保や臨床研修の魅力向上等に努めます。

(4) 専攻医の確保・支援

【地域偏在、診療科偏在、医師の高齢化、各医療機関における必要医師の不足への対策】

本県における医師確保を図るために必要な事項について協議を行う場として、平成31年3月に設置された香川県地域医療対策協議会において、県内の医療機関が基幹施設となる専門研修プログラムに参加する専攻医の確保に向けた協議を行うとともに、研修病院の枠を超えて研修医同士が相談し合える場の創出のほか、研修奨励金の交付や研修資金の貸付制度などの県内の専攻医向けの支援策や指導医体制の強化に向けた施策を重点的に実施することで、若手医師のより一層の県内定着及びキャリア形成支援に努めます。

また、地域の医療機関において活躍が見込まれる総合診療専門医について、香川大学などの県内基幹施設と連携して、専門研修プログラムの参加者増に努めます。

(5) 臨床医の確保・支援

【地域偏在、各医療機関における必要医師の不足への対策】

香川県地域医療支援センターにおいて、ワンストップサービスで県内外の医師の就業相談・斡旋等に対応することで、各医療機関における医師確保の促進に取り組んでいます。

このほか、産科医等の処遇改善等の支援を行うとともに、女性医師の就業・復職支援等に努めます。

2 へき地における医師の確保

(1) へき地医療に従事する医師の確保

自治医科大学卒業医師をへき地診療所等に適切に配置するとともに、医師会や県内の基幹病院などの関係機関と一層の連携を図りながら、本節に定める各般の取組みを通じて、引き続き、へき地医療を支える医師確保を図ります。

(2) へき地医療を担う医師の動機付けとキャリアパス

自治医科大学卒業医師の義務年限修了後の県内定着率は6割程度にとどまっていることから、県立中央病院に設置している「へき地医療支援センター（※）」を中心に関係機関と連携・協力しながら、義務年限内の自治医科大学卒業医師のキャリア支援に努めることにより、義務年限終了後の県内定着を図ります。

※ 広域的なへき地医療支援事業の企画・調整等を行い、へき地医療対策に係る各種事業を円滑かつ効率的に実施することを目的として、各都道府県に設置されているへき地保健医療政策の中心的機関。

3 医師確保対策の情報発信の強化

香川県地域医療支援センターが取り組んでいるキャリアステージに対応した体系的な医師確保施策について、香川県地域医療支援センターのホームページをはじめ全国の医学生や若手医師向けの専用情報webサイト等を活用するなど、県内医療機関の魅力や、本県の医師確保に向けた取組みについての情報発信を強化し、対策の実効性の向上を図ります。

4 医療従事者の勤務環境の改善支援

県内医療従事者の離職防止や医療安全の確保等を図るため、各医療機関が自主的かつ継続的に取り組む医療勤務環境改善活動に対し、総合的な支援を行う中核的な拠点として、県に「香川県医療勤務環境改善支援センター」を設置しています。

香川県医療勤務環境改善支援センターは、各医療機関からの相談に応じ、必要な情報の提供、助言等行うとともに、希望に応じて、医療労務管理アドバイザーや医業経営アドバイザーを医療機関に派遣します。

また、「香川県医療勤務環境改善支援連絡協議会」を設置し、同センターの運営が、地域の医療等に係る関係者との連携により、支援が効果的に行われるよう、その業務に関する情報の共有を図っています。

5 子育て医師等の支援

子どもを持つ医師等の離職防止及び復職支援のため、病院内保育所の運営を実施する医療機関に対する支援や女性医師の就業・復職支援等に努めます。

第6節 産科における医師確保計画

1 現状

- ① 令和2年12月末現在の本県の分娩取扱医師数（※1）は69人で、厚生労働省が算出した産科における本県及び県内周産期医療圏の分娩取扱医師偏在指標及びその相対的な区分は次のとおりです。県全体を含め、すべての医療圏において分娩取扱医師偏在指標は全国平均を下回っており、県全体が相対的医師少数都道府県に、小豆医療圏及び西部医療圏が相対的医師少数区域に位置付けられています。

なお、県内の周産期医療圏については、小豆、東部、西部の3医療圏で設定している（第2章第3節）ことから、分娩取扱医師偏在指標についても3医療圏ごとに算出されています。

周産期医療圏	指標値	区分（※2）
香川県（全体）	8.6	相対的医師少数都道府県
小豆医療圏	5.7	相対的医師少数区域
東部医療圏	9.4	相対的医師少数区域外
西部医療圏	7.5	相対的医師少数区域
【参考】全国	10.6	—

- ※1 分娩取扱医師偏在指標は、「医師・歯科医師・薬剤師統計」における「過去2年以内に分娩の取扱いあり」と回答した医師のうち、日常的に分娩を取り扱っていると考えられる産婦人科・産科・婦人科を主たる診療科と回答した医師数を「分娩取扱医師数」と捉え、算出されたものです。

- ※2 ガイドラインにおいて「産科医が相対的に少なくない医療圏等においても、産科医が不足している可能性があることに加え、これまでに医療圏を越えた地域間の連携が進められてきた状況に鑑み、仮に産科医が多いと認められる医療圏を設定すると当該医療圏は産科医の追加的な確保ができない医療圏であるとの誤解を招くおそれがあるため、産科においては医師多数都道府県や医師多数区域を設けない」とされています。

安心して子どもを出産できる環境を整備するため、本県において産科医の確保は喫緊の課題です。

- ② 次に、全体の医師確保計画と同様に、実態調査に基づく産婦人科の医師数について、計画開始時と計画終了時との差を前計画における産科の医師確保施策の効果として測定し、評価します。

県全体の産婦人科では、医師数、人口10万人当たりの医師数ともに増加しており、前計画における産科の医師確保施策は、一定の効果があったと評価できることから、本計画においても引き続き実施する必要があると考えられます。

医師の充足状況等実態調査（令和元年と令和5年の比較）【病院のみ】

県全体（産科）

（単位：人）

計画開始時(a)		計画終了時(b)		増減(b-a)	
医師数	人口10万人当たりの医師数	医師数	人口10万人当たりの医師数	医師数	人口10万人当たりの医師数
54.3	5.7	65.6	7.0	11.3	1.3

※ 計画開始時の人口は令和元年10月1日時点、計画終了時点の人口は令和4年10月1日時点

2 産科医の確保の方針

本県は、分娩取扱医師偏在指標が全国平均を大きく下回っており、相対的医師少数県に位置付けられています。

このため、相対的医師少数区域である小豆医療圏や西部医療圏だけでなく、周産期母子医療センターを核とした本県の周産期医療体制の整備に必要な産科医の確保に向けて、県全体として積極的に取り組む必要があります。

3 産科医確保対策

県から修学資金の貸与を受ける医学生（第5節1(2)）が専門診療科を選択する際、産婦人科を県の推奨する診療科の1つとして示すとともに、県内の専攻医向け支援策の対象者について、産婦人科を含む特定診療科の専攻医に限定する等、将来本県の産科医療を担う人材の確保につながるように各施策を運用します。このほか、地域のお産を支える産科・産婦人科の医師や助産師の処遇改善を通じた人材確保を図ります。

また、県内2か所の総合周産期母子医療センターにおいて、周産期医療に従事する地域の医師、助産師、看護師等を対象に、周産期医療に必要な知識や技術の修得のための研修を行います。

超低出生体重児に対する蘇生などの特殊な医療については、県内の関係医療機関が連携して研修を行うことにより専門医の早期養成を図ります。

第7節 小児科における医師確保計画

1 現状

- ① 令和2年12月末現在の本県の小児科医数は151人で、厚生労働省が算出した小児科における本県及び県内小児医療圏の医師偏在指標及び相対的な区分は次のとおりです。中讃医療圏・三豊医療圏は全国平均を下回るものの、県内に相対的医師少数区域に位置付けられる医療圏はありません。

なお、県内の小児医療圏については、大川、小豆、高松、中讃、三豊の5医療圏で設定している（第2章第3節）ことから、医師偏在指標についても5医療圏ごとに算出されています。

小児医療圏	指標値	区分(※)
香川県(全体)	122.0	相対的医師少数都道府県外
大川医療圏	136.4	相対的医師少数区域外
小豆医療圏	179.6	相対的医師少数区域外
高松医療圏	131.6	相対的医師少数区域外
中讃医療圏	110.8	相対的医師少数区域外
三豊医療圏	110.2	相対的医師少数区域外
【参考】全国	115.1	—

- ※ ガイドラインにおいて「小児科医が相対的に少なくない医療圏等においても、小児科医が不足している可能性があることに加え、これまでに医療圏を越えた地域間の連携が進められてきた状況に鑑み、仮に小児科医が多いと認められる医療圏を設定すると当該医療圏は小児科医の追加的な確保ができない医療圏であるとの誤解を招くおそれがあるため、小児科においては医師多数都道府県や医師多数区域を設けない」とされています。

小児医療における休日・夜間の初期救急医療体制については、5つの圏域ごとに実施している「在宅当番医制」によるほか、高松市が「夜間急病診療所」を設置しています。

また、二次救急医療体制については、圏域ごとに受入体制を整備しています。このうち、さぬき市民病院や三豊総合病院では、郡市地区医師会等の協力のもと、「共同利用型病院制」により運営されています。

一方で、本県の小児科医の高齢化は全国より進行しており、高齢化等に伴い救急医療に参加する小児科医が減少するとともに、病院によっては勤務する小児科医が減少し、現行の救急医療体制を維持することが困難になってきています。

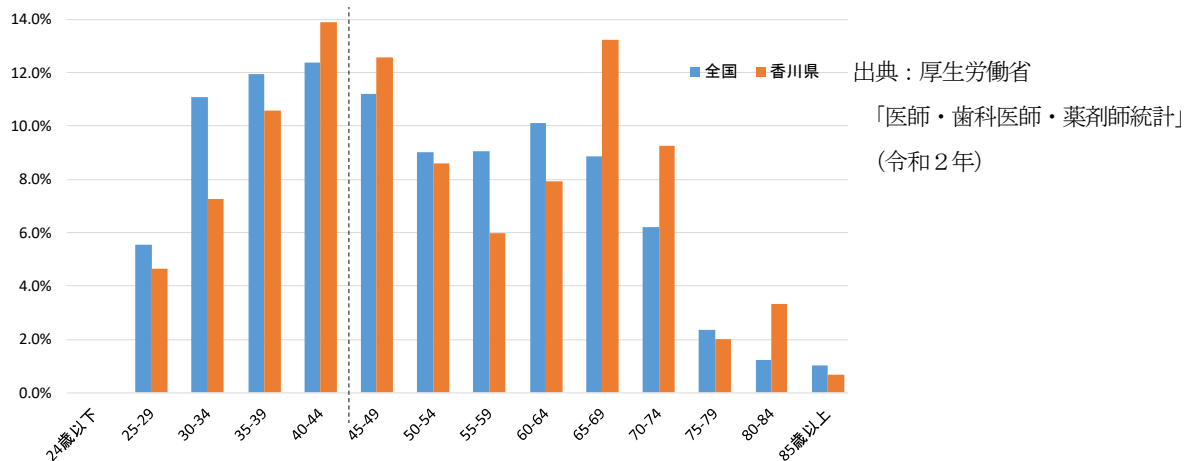
このまま小児科医の高齢化が進行すれば、さらに体制の維持が厳しくなることが見込まれ、安心して子どもを生育できる環境を整備するためには、継続的な小児科医の確保が必要です。

医療施設に従事する小児科医師数のうち45歳未満の医師数【病院及び診療所】

小児医療圏	医療施設に従事する小児科医師数	うち45歳未満の小児科医師数 (%)
香川県 (全体)	151人	55人 (36.4%)
大川医療圏	6人	2人 (33.3%)
小豆医療圏	3人	2人 (66.7%)
高松医療圏	82人	31人 (37.8%)
中讃医療圏	48人	16人 (33.3%)
三豊医療圏	12人	4人 (33.3%)
【参考】全国	17,997人	7,366人 (40.9%)

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」(令和2年)

医療施設従事小児科医師の総数に占める各年齢階級の医師数の割合【病院及び診療所】



② 次に、全体の医師確保計画と同様に、実態調査に基づく小児科の医師数について、計画開始時と計画終了時との差を前計画における小児科の医師確保施策の効果として測定し、評価します。

県全体の小児科では、医師数、人口10万人当たりの医師数ともに増加しており、前計画における産科の医師確保施策は、一定の効果があったと評価できることから、本計画においても引き続き実施する必要があると考えられます。

医師の充足状況等実態調査（令和元年と令和5年の比較）【病院のみ】

県全体（小児科）

（単位：人）

計画開始時(a)		計画終了時(b)		増減(b-a)	
医師数	人口10万人当たりの医師数	医師数	人口10万人当たりの医師数	医師数	人口10万人当たりの医師数
97.1	10.2	105.1	11.3	8.0	1.1

※ 計画開始時の人口は令和元年10月1日時点、計画終了時点の人口は令和4年10月1日時点

2 小児科医の確保の方針

本県は、相対的医師少数県に位置付けられておらず、県内のいずれの小児医療圏も相対的医師少数区域に位置付けられていません。

しかしながら、医師の高齢化が進むとともに、病院勤務医が不足する状況が続いており、小児救急医療をはじめ、現在の小児医療体制を今後も維持していくことは大変厳しい状況にあります。

このような状況を踏まえ、本県の小児救急を含む小児医療体制の維持に必要な小児科医の確保に向けて、県全体として引き続き積極的に取り組む必要があります。

3 小児科医確保対策

県から修学資金の貸与を受ける医学生（第5節1(2)）が専門診療科を選択する際、小児科を県の推奨する診療科の1つとして示すとともに、県内の専攻医向け支援策の対象者について、小児科を含む特定診療科の専攻医に限定する等、将来本県の小児医療を担う人材の確保につながるよう各施策を運用します。

また、香川県外来医療計画（第6章）において、小児救急を含む休日や夜間の初期救急医療は、診療所医師の高齢化もあり、すべての県内二次医療圏において不足する外来医療機能として認められることから、県内で無床診療所を開業しようとする医療関係者に求める外来医療機能の一つに位置付けます。

第5章 医療従事者の確保・養成

第1節 歯科医師

県内の歯科医師数は、増加傾向にあるものの、地域的バランスを考慮した歯科医師の養成・確保が重要です。

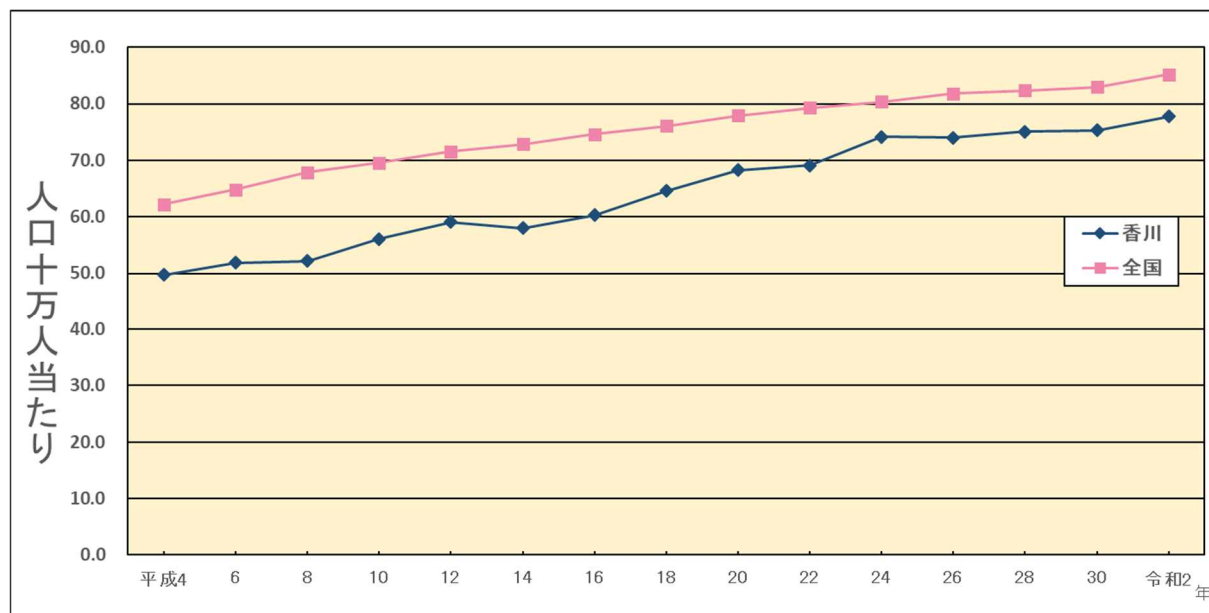
【現状】

- (1) 県内で就業している歯科医師数（令和2年12月末現在）は721名で、人口10万人当たりでは75.9人で、全国平均の82.5人を下回っています。
- (2) 就業先別にみると、診療所の開設者・勤務者が679人（94.2%）と最も多く、次いで病院の勤務者が30人（4.2%）となっています。

【課題】

- (1) 圏域別の歯科医師従事者数をみると、全体の59.0%を東部圏域が占めており、人口10万人当たりの歯科医師数も81.3人と、他の圏域に比べ多く、東部圏域への集中傾向にあり、今後とも地域の実情に即した歯科医師の適正な確保が求められます。
- (2) 口腔と全身の関係について広く指摘されており、医科歯科連携の更なる推進及び病院における歯科医師の役割が重要になっています。

歯科医師数の推移



出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

歯科医師従事者数

	全 国	香川県	圏域別内訳		
			東 部	小 豆	西 部
従 事 者 数	104,118	721	425	11	285
人口10万人当たり	82.5	75.9	81.3	41.2	71.1

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（令和2年）

【対策】

(1) 各圏域間のバランスを考慮した養成・確保

県歯科医師会などの協力を得て、各圏域において等しく地域医療が行われるよう歯科医師の養成・確保に努めます。

(2) 県民の多様化、高度化する医療ニーズに応えられる歯科医師の養成・確保

- ① 卒後臨床研修制度による臨床研修指定医療機関の整備・充実を促進し、歯科医師の養成・確保と県内定着を図ります。
- ② 県歯科医師会との連携のもと、最新の医学知識や技術についての研修会の開催等を促進し、生涯教育の充実を図ります。
- ③ 病院における歯科医療が進展するよう歯科医師の確保を図ると共に、標榜科名として歯科のない地域中核病院等と近在の歯科医療機関との連携を図ります。

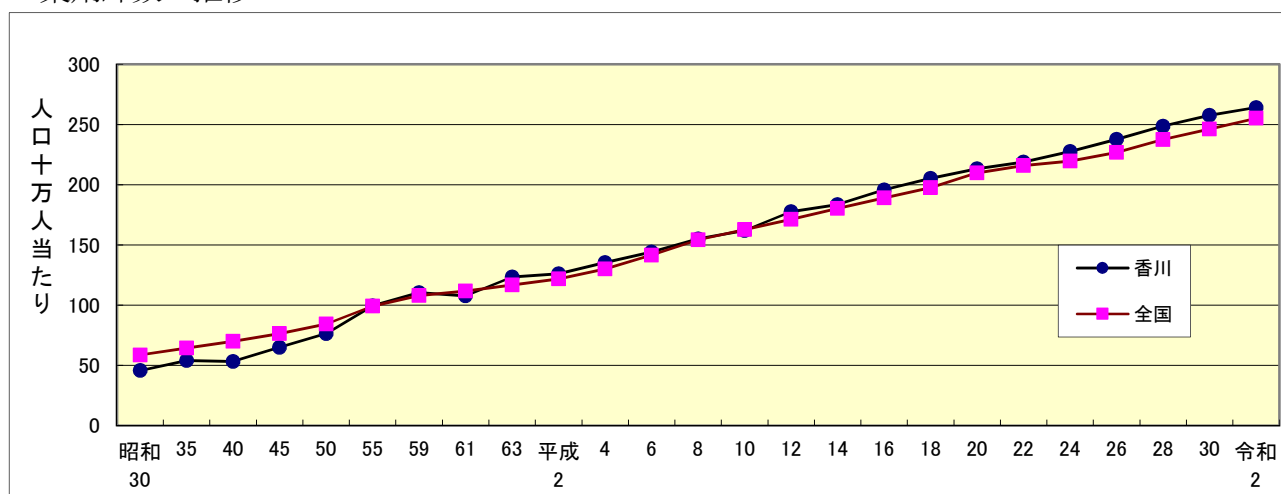
第2節 薬剤師

薬剤師は、医薬品の専門家として、医薬品の開発から使用に至る幅広い分野の業務に従事しています。特に、近年、医療の高度化や医薬分業の進展に伴い、最適な薬物療法の提供や服薬指導など、医療の担い手としての役割が求められており、その安定的確保と一層の資質向上が重要です。

【現状】

- (1) 令和2年12月末現在で、県内に従業地等を有する薬剤師の届出総数は2,510人であり、人口10万人当たりでは264.1人で、全国平均の255.2人を上回っています。
- (2) 就業先別にみると、薬局の開設者・勤務者が1,510人（60.2%）と最も多く、次いで病院・診療所勤務者が546人（21.8%）、以下、医薬品製造販売業・製造業117人（4.7%）、医薬品販売業106人（4.2%）、衛生行政・保健衛生業務の従事者71人（2.8%）、大学の従事者34人（1.4%）、その他35人（1.5%）、無職88人（3.5%）となっています。
- (3) 平成30年と令和2年を比較すると、薬剤師の届出総数は、32人（1.3%）増加しており、就業先別では、薬局の開設者・勤務者は75人（5.2%）の増となっていますが、医療機関は2人減となっています。

薬剤師数の推移



出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

薬剤師従事者数

		全 国	香 川 県	圏域別内訳		
				東 部	小 豆	西 部
従 事 者 数		321,982	2,510	1,528	53	929
人口10万人当たり		255.2	264.1	292.3	198.4	231.8
従事者の内訳	薬 局	188,982	1,510	881	27	602
	医 療 機 関 (うち病院)	61,603 (55,948)	546 (468)	326 (274)	16 (12)	204 (182)
	そ の 他	71,397	454	321	10	123

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」（令和2年）

- (4) これまでの人口10万人当たりの薬剤師数等よりも薬剤師の偏在状況をより適切に反映するものとして、国が都道府県ごとの薬剤師偏在指標を公表しました。国が統計データや病院・薬局への実態調査結果などに基づき算定した令和4年度の香川県における病院薬剤師偏在指標は0.78、薬局薬剤師偏在指標は1.09となっており、数字の上では、病院薬剤師が充足していない状況です。

薬剤師偏在指標は、全国的に統一的な尺度を用いて各地域の薬剤師の偏在状況を相対的に示す指標であり、薬剤師の必要業務時間（需要）に対する、薬剤師の実際の労働時間（供給）の比率を指標としています。

なお、薬剤師偏在指標は一定の仮定のもとに実態間・地域間における偏在の状況を比較するものです。

- (5) 二次医療圏別にみると、令和4年度の小豆圏域における病院薬剤師偏在指標は0.44、薬局薬剤師偏在指標は0.63、東部圏域における病院薬剤師偏在指標は0.85、薬局薬剤師偏在指標は1.15、西部圏域における病院薬剤師偏在指標は0.67、薬局薬剤師偏在指標は1.06となっています。

薬剤師偏在指標（令和4年度）

圏域別	業態別		
	病 院	薬 局	病院+薬局
小 豆	0.44	0.63	0.56
東 部	0.85	1.15	1.06
西 部	0.67	1.06	0.94
香川県	0.78	1.09	1.00

出典：厚生労働省「薬剤師偏在指標等」

【課題】

- (1) いずれの圏域においても、病院より薬局に薬剤師が偏在しており、病院薬剤師の確保が必要です。
- (2) 薬局は、地域において、調剤を中心とする医薬品等の提供拠点として、地域医療に貢献することが求められており、薬局薬剤師の安定的確保と資質の向上が必要です。
また、病院においては、薬剤師が病棟に滞在し、医師、看護師の負担軽減を図りながら有効な薬物療法を提供することが求められており、質の高い病院薬剤師の育成と確保が必要です。

【対策】

(1) 薬剤師の安定的確保

薬剤師の地域偏在・業態偏在を解消するためには長期的な対策が必要となることから、2036年度（令和18年度）までに、薬剤師の偏在の是正に取り組みます。

この間、国において全国共通の指標として設定された目標偏在指標である1.00を視野に、潜在薬剤師の復帰支援などに努めるとともに、県内外の大学薬学部との連携を密にし、薬学生の実務実習教育に協力して、薬剤師の安定的確保や薬剤師の地域偏在・業態偏在の解消に努めます。

また、薬剤師会と連携して、薬剤師の需給動向に注意し、安定的な確保が図られるよう努めます。

(2) 薬剤師の資質の向上

- ① 既卒薬剤師も含めた生涯研修体制の確立を図ることが求められていることから、薬剤師会等関係機関と連携して、自主研修等の実施の促進に努めます。
- ② 関係機関が取り組んでいる実務実習受入施設の確保や指導薬剤師の養成など受入体制の整備を支援するとともに、薬剤師に対するがん専門薬剤師研修等への参画について周知を図ります。

第3節 保健師

急速な少子高齢化の進展や疾病構造の変化、核家族化の進行とともに、社会不安を背景にしたところの健康問題、高齢者や児童の虐待対策、自然災害や新たな感染症等の発生により、地域の健康課題は複雑・多様化し、これに伴い保健師には、より高度かつ専門的な能力が求められています。

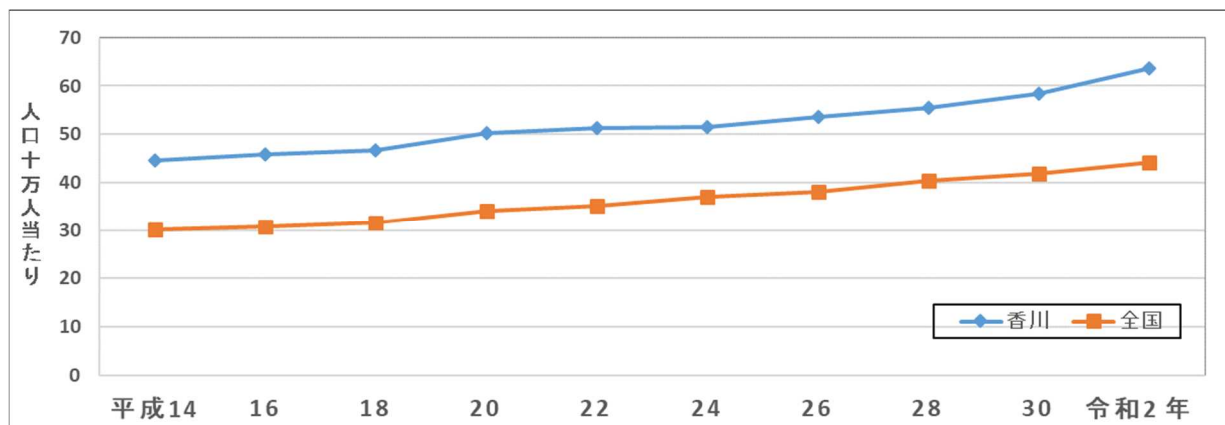
また、保健師の配属部署も時代のニーズに合わせて拡大され、どのような部署においても、保健師がその専門能力を十分に発揮し、継続的に向上させていくことができる人材育成体制を整備することが重要です。

一方で、保健師免許取得までの教育背景、就職までの職務経験が多様化し、さらに、産前産後休暇や育児休業等で長期間職場を離れる場合もあり、保健師の能力は経験年数に応じて一様とは言えない状況になっています。

【現状・課題】

- (1) 県内には、保健師・看護師の養成施設として大学看護学科2校が設置されており、両校ともに、大学院において保健師養成がなされています。
- (2) 県内に就業する保健師の届出総数は605人（令和2年末現在）であり、就業場所別にみると、市町が287人（47.4%）と最も多く、次いで、保健所が県4保健所・高松市保健所で128人（21.2%）、病院・診療所が73人（12.1%）、事業所が43人（7.1%）、県が31人（5.1%）、訪問看護ステーションや介護保険施設等が11人（1.8%）、看護師等学校・養成所又は研究機関が10人（1.7%）、その他22人（3.6%）となっています。人口10万人当たりの保健師数は63.7人で全国の44.1人を上回っています。
- (3) 健康問題が多種・多様化し、保健師の分散配置が進む中、「香川県人材育成方針（平成31年（2019年）3月一部改正）」を基に、令和3年3月に「香川県職員保健師人材育成ガイドライン」を策定しました。今後は、個々の保健師が専門性を高め、組織や職能全体がレベルアップしていくために、本ガイドラインを基に能力開発を行い、資質の向上を図ることが求められています。
- (4) 令和4年2月に改正された「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」（厚生労働省）において、今般の新型コロナウイルス感染症への対応の課題を踏まえ、保健所の機能強化や人材育成のための体制構築等、地域保健対策の推進の基軸とすべき事項が示され、感染症や災害など様々な健康危機管理に対応できる人材育成が必要です。

保健師数の推移



出典：厚生労働省「衛生行政報告例」

保健師従事者数

	全 国	香川県	圏域別内訳		
			東 部	小 豆	西 部
従 事 者 数	55,595	605	330	23	252
人口10万人当たり	44.1	63.7	63.1	86.1	62.9

出典：厚生労働省「衛生行政報告例」（令和2年）

【対策】

(1) 保健師の養成・確保

- ① 香川大学及び県立保健医療大学においては、大学院として、質の高い保健師を養成するとともに、卒業生の県内就業の促進を図ります。

(2) 保健師の資質の向上

- ① 保健師の基礎教育の底上げ、継続教育を推進し、資質の向上を図ります。
- ② 香川大学や県立保健医療大学、県看護協会、市町等の関係機関との連携のもと、保健師の基本的能力の修得状況を踏まえた新任期・中堅期・管理期の各時期に必要な研修体制の充実を図り、地域活動を重視した取組みを継続できるような人材育成を推進します。

第4節 助産師

助産師は、少子・高齢化が進む中、助産業務にとどまらず、地域社会の中で思春期から更年期に至る女性のライフサイクルに合わせた保健指導や援助までを行っており、その安定的確保と資質の向上を図ることが必要です。

【現状・課題】

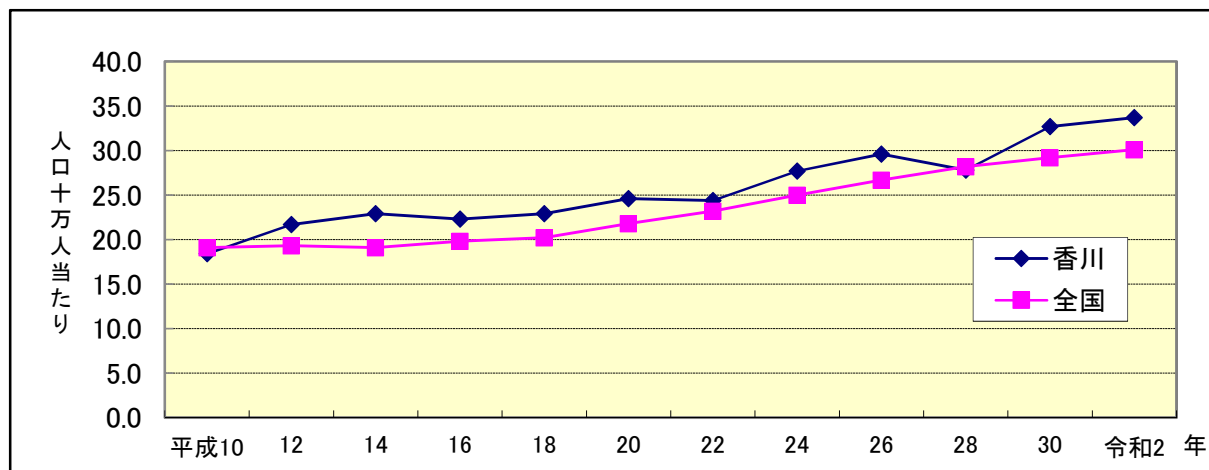
(1) 県内には、助産師養成施設として、香川大学大学院医学系研究科看護学専攻（博士前期課程）助産学コース（定員6名）、県立保健医療大学大学院保健医療学研究科看護学専攻博士前期課程実践者養成コース（助産学）（定員10人）が設置されています。

令和5年3月卒業者10人のうち、県内就業者数は、4人となっています。

(2) 県内で就業している助産師数は320人（令和2年末現在）で、就業場所別にみると、病院・診療所が271人（84.7%）で最も多く、次いで助産所が21人（6.6%）、看護師等学校養成所又は研究機関が9人（2.8%）、市町が9人（2.8%）、その他10人（3.1%）となっています。また、人口10万人当たりの助産師数は33.7人で、全国平均と比較すると、ほぼ同程度となっています。

(3) 産婦人科医の減少が続く中、県民が安心してお産のできる環境を維持していくために、助産師の養成確保や助産ケアの質の向上を図ることが必要です。

助産師数の推移



出典：厚生労働省「衛生行政報告例」

助産師従事者数

	全 国	香川県	圏域別内訳		
			東 部	小 豆	西 部
従 事 者 数	37,940	320	216	8	96
人口10万人当たり	30.1	33.7	41.3	29.9	24.0

出典：厚生労働省「衛生行政報告例」（令和2年）

【対策】

(1) 助産師の養成・確保

香川大学及び県立保健医療大学において、広い視野と高い教養を身につけた質の高い助産師を養成するとともに、卒業生の県内就業の促進を図ります。

(2) 助産師の資質の向上

資質の向上を図るため、新人助産師合同研修の開催、助産師出向支援事業の実施など、院内及び院外における県内助産師の研修体制の充実・強化に努めます。

第5節 看護師・准看護師

看護師・准看護師（以下「看護師等」という。）は、患者の生活の質の向上を目指し、より良い医療・看護サービスを提供するために、他の医療関係職種と連携して、療養生活支援の専門家として適切な看護を提供していくことを目指しています。また、在宅医療等において質の高い安全で安心な医療を提供するためにも、看護師等の安定的な確保と資質の向上を図る必要があります。

【現状・課題】

- (1) 県内には、看護師等の養成施設として、大学看護学科2校、看護師3年課程5校、看護師2年課程4校、5年一貫課程3校、准看護師課程9校が設置されています。

（看護師通信教育課程300人を除いた1学年の定員は995人）

令和5年3月卒業者で看護業務に就業した570人のうち426人（74.7%）が県内の医療機関に就業しており、引き続き、県内就業率の向上が必要です。

- (2) 県内で就業している看護師等の人数は、15,693人（令和2年末現在）で、看護師が11,878人（75.7%）、准看護師が3,815人（24.3%）となっています。

人口10万人当たりの県内の看護師数は1,250.0人で、全国平均の1,015.4人を上回っています。准看護師数は401.5人で、全国225.6人を上回っていますが、近年減少傾向にあります。

人口10万人当たりの就業者数を圏域別にみると、東部・西部圏域は高く、小豆圏域は低くなっています。

就業場所別にみると、病院が9,627人（61.3%）と最も多く、次いで診療所2,526人（16.1%）、介護保険施設2,277人（14.5%）、訪問看護ステーション518人（3.3%）、社会福祉施設341人（2.2%）、看護師等学校養成所又は研究機関が229人（1.5%）、その他175人（1.1%）となっています。

- (3) 医療の高度化・専門化や高齢化に伴う訪問看護の増加など、多様化する看護業務や看護体制の充実に対応するためには、看護師等の確保と資質の向上を図ることが、引き続き重要な課題となっており、専門看護師・認定看護師等、専門性の高い人材の必要性が高まっています。また、新卒者の定着促進、専門職として働きがいのある職場づくり、子育てや介護などでキャリアを中断せず継続して働き続けることのできるワーク・ライフ・バランスの実現などが求められています。

- (4) 2025年に向けて、さらなる在宅医療等の推進を図るために、医師又は歯科医師の判断を待たずに、手順書により、一定の診療の補助を行う看護師を養成する「特定行為に係る看護師の研修制度」が平成27年10月に開始されました。

令和5年3月現在、県内では、指定研修機関が4施設、特定行為研修を修了した看護師は49名となっています。急性期医療や慢性期医療、在宅医療等のそれぞれの場で、患者の状態を見極めて、適時に看護を提供する等の活躍が期待される修了者の養成のため、研修受講に係る費用負担の軽減とともに、研修制度のさらなる普及啓発が必要です。

卒業者就業状況（香川県）

（令和5年3月現在、単位：人）

区 分		卒業 者数*1	看護業務就業			県内 就業率*2	進学者	看護業務 以外就業	その他	
			県内	県外	総数					
保健師 看護師	大学	139	69	41	110	62.7%	23	4	2	
助産師	大学	10	4	5	9	44.4%	0	0	1	
看護師	3年課程	養成所	242	140	68	208	67.3%	7	13	14
	2 年 課程	全日制	52	32	15	47	68.1%	2	0	3
		定時制	29	27	0	27	100.0%	0	1	1
		通信制*3	316	25	210	235	10.6%	0	2	79
		小計	81	59	15	74	79.7%	2	1	4
	5年一貫教育		80	67	9	76	88.2%	2	1	1
	計		403	266	92	358	74.3%	11	15	19
准 看 護 師	衛生看護科		50	2	1	3	66.7%	46	0	1
	養成所		127	85	5	90	94.4%	27	5	5
	計		177	87	6	93	93.5%	73	5	6
合 計		729	426	144	570	74.7%	107	24	28	

- *1 編入者がいるため、入学時学生数より卒業生数が多くなる場合がある。（香川県医務国保課調）
 *2 県内就業率は、看護業務就業者のうち、県内就業者の占める割合である。
 *3 看護師2年課程通信制は合計から除く。

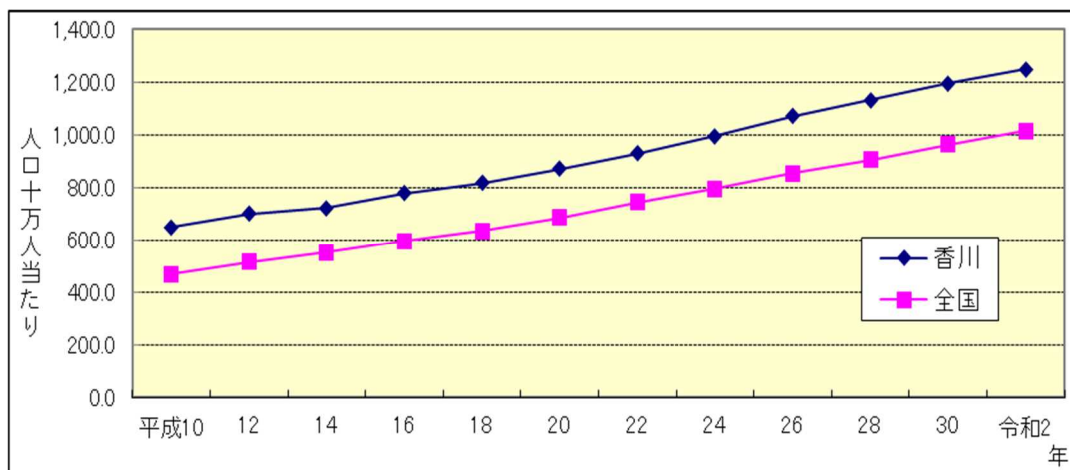
就業状況（香川県）

（令和2年12月末現在、単位：人）

年 次	看護師	准看護師	計
平成16年	7,918	4,295	12,213
平成20年	8,749	4,309	13,058
平成24年	9,841	4,194	14,035
平成28年	11,000	4,139	15,139
平成30年	11,501	4,001	15,502
令和2年	11,878	3,815	15,693

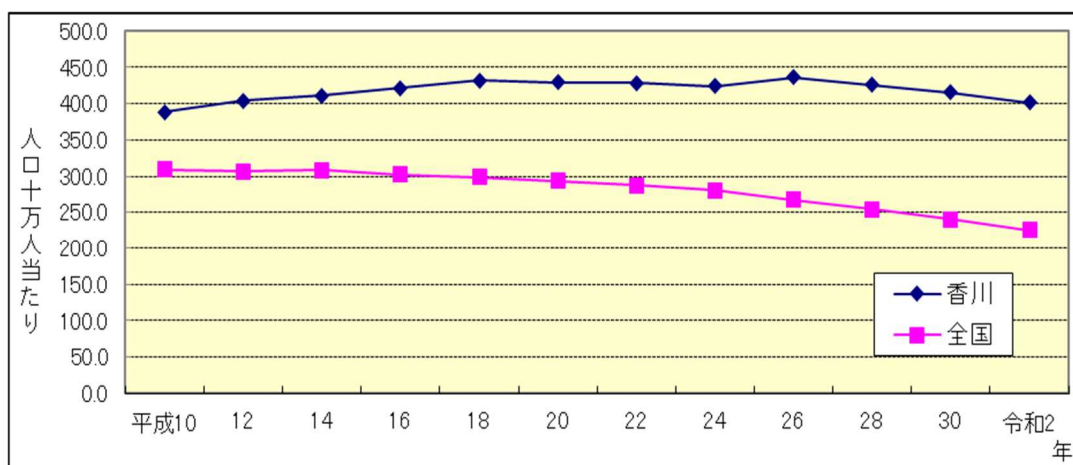
出典：厚生労働省「衛生行政報告例」（令和2年）

看護師数の推移



出典：厚生労働省「衛生行政報告例」

准看護師数の推移



出典：厚生労働省「衛生行政報告例」

看護師・准看護師従事者数

		全 国	香川県	圏域別内訳		
				東 部	小 豆	西 部
看護師	従 事 者 数	1,280,911	11,878	6,695	218	4,965
	人口10万人当たり	1,015.4	1,250.0	1,268.2	816.0	1,238.9
准看護師	従 事 者 数	284,589	3,815	1,896	135	1,784
	人口10万人当たり	225.6	401.5	362.7	505.3	445.1

出典：厚生労働省「衛生行政報告例」 (令和2年)

【対策】

(1) 看護師等の養成・確保

看護師等養成所、各医療機関、県看護協会等と連携し、「看護師等の養成」「離職の防止」「再就業の支援」の大きく3つの観点から、県内で就業する看護師等の養成・確保に取り組みます。

① 看護師等の養成

看護師等養成所の充実や教員の資質の向上に努め、質の高い看護師等を養成します。また、看護学生に対する修学資金の貸付けや合同就職説明会の開催等により、看護学生の県内就業に努めます。さらに、県立保健医療大学大学院においては、保健医療の分野において指導的立場で専門性を発揮できる高度専門職業人を養成します。

② 離職の防止

新人看護職員研修等への支援を実施し、新人看護職員の離職防止を図ります。また、県（医務国保課）に設置した香川県医療勤務環境改善支援センターにおいて、勤務環境の改善に自主的に取り組む医療機関に対して専門家を派遣するなどの支援を行うほか、病院内保育所への支援などにより、働きやすい職場環境づくりを進めることで、離職防止を図ります。

③ 再就業の支援

県看護協会内に設置した香川県ナースセンターにおいて、平成27年10月に開始された離職した看護職員の届出制度を活用するなどして把握した再就業希望の看護師等に対し、就業相談、無料職業紹介及び再就業研修会の開催等を実施し、再就業の支援を図ります。

(2) 看護師等の資質の向上

① 県看護協会などと連携して、訪問看護師養成講習会をはじめとする各種研修会の実施等、看護職員の継続教育を支援します。

② 特定行為研修修了者の活動状況の把握に努め、制度の普及・啓発及び受講環境の整備等、特定行為研修修了者の就業を促進します。

【数値目標】

項目	現状 (令和4年)	目標	目標年次
特定行為研修修了者数	49人	100人	令和11年度

第6節 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士

急速な高齢化の進行や疾病構造の変化に伴いリハビリテーションの必要性は今後ますます高まるものと予想され、理学療法士（PT）、作業療法士（OT）、言語聴覚士（ST）の養成・確保が求められています。

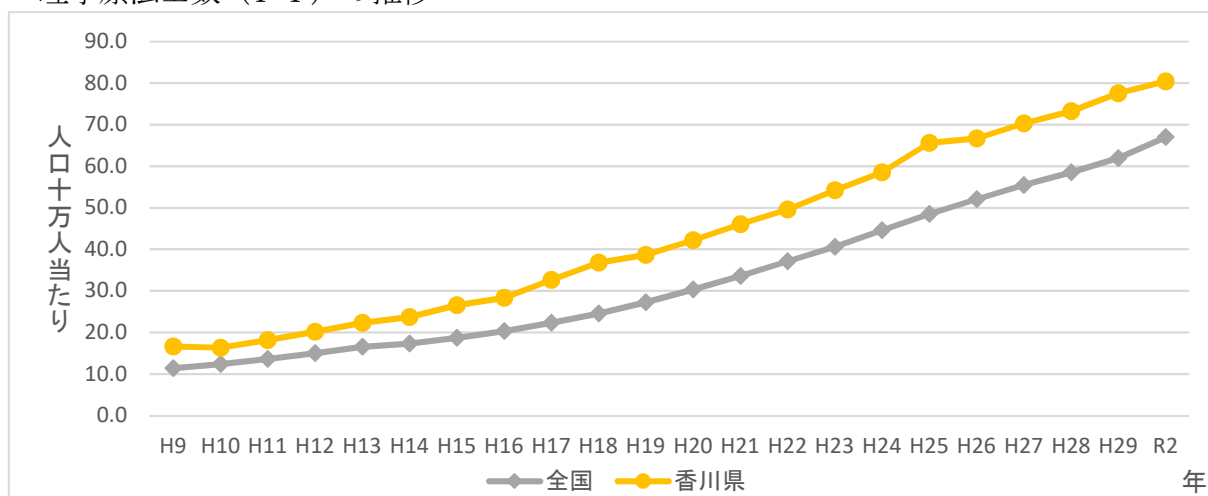
【現状・課題】

- (1) 県内には理学療法士及び作業療法士の養成施設がそれぞれ2か所（入学定員PT76人、OT70人）設置されていますが、言語聴覚士の養成施設はありません。
- (2) 高齢化の進展や社会環境の変化に伴い、脳血管障害や交通事故等による後遺症、精神障害などに対するリハビリテーションは不可欠なものとなっています。基本的な動作能力の回復を目的としたリハビリテーション分野の専門職である理学療法士・作業療法士は、医療や介護の施設だけにとどまらず、在宅分野においても、その確保・充実が望まれています。
- (3) 言語聴覚士は、音声・言語・聴覚機能を原因として言葉によるコミュニケーションが十分でない方に対し、医療職や保健・福祉職との連携を図りながら、専門的知識をもってコミュニケーション能力の回復を図るとともに、摂食や嚥下の問題にも対応します。また、患者等の生活の質の向上、社会参加の支援のために、言語聴覚士の確保・充実が望まれています。
- (4) 令和2年10月1日現在の県内病院への就業状況は、理学療法士764人、作業療法士502人、言語聴覚士144人となっています。また、人口10万人当たりの人数は、理学療法士80.4人（全国67.0人）、作業療法士52.8人（全国37.9人）、言語聴覚士15.2人（全国13.3人）と、いずれも全国平均を上回っています。

【対策】

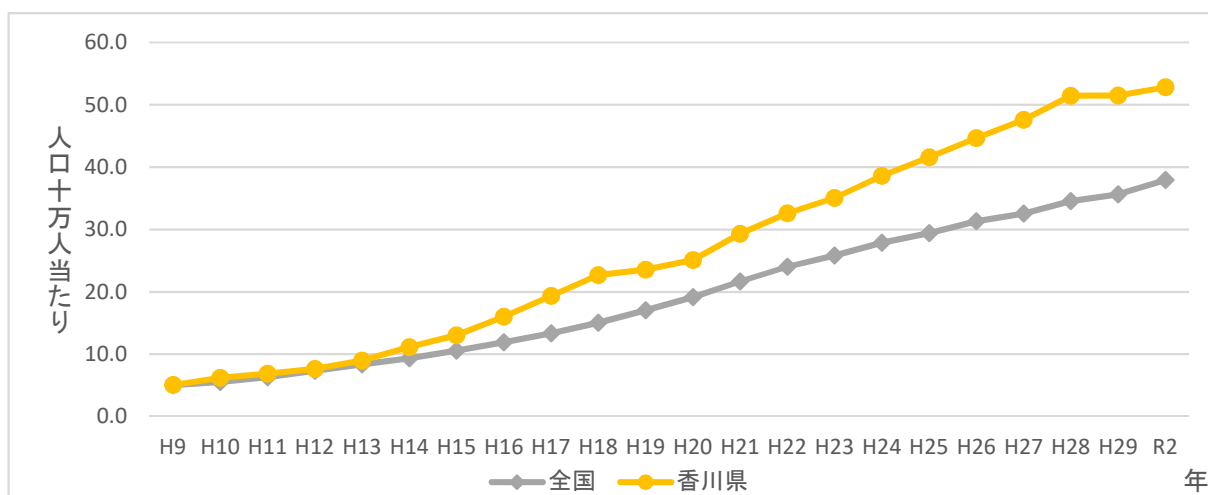
- (1) 理学療法士及び作業療法士の確保と資質の向上
関係養成機関との連携を密にし、その理解と協力のもと、養成確保に努めるとともに、技術の高度化・専門化に対応するため、研修への参加を促進するなどその資質の向上に努めます。
- (2) 言語聴覚士の確保と資質の向上
言葉や摂食、嚥下などが十分でない方が、より豊かな生活を送れるよう、医療機関、保健・福祉機関など幅広い領域において、言語聴覚士の確保・養成と資質の向上に努めます。

理学療法士数（PT）の推移



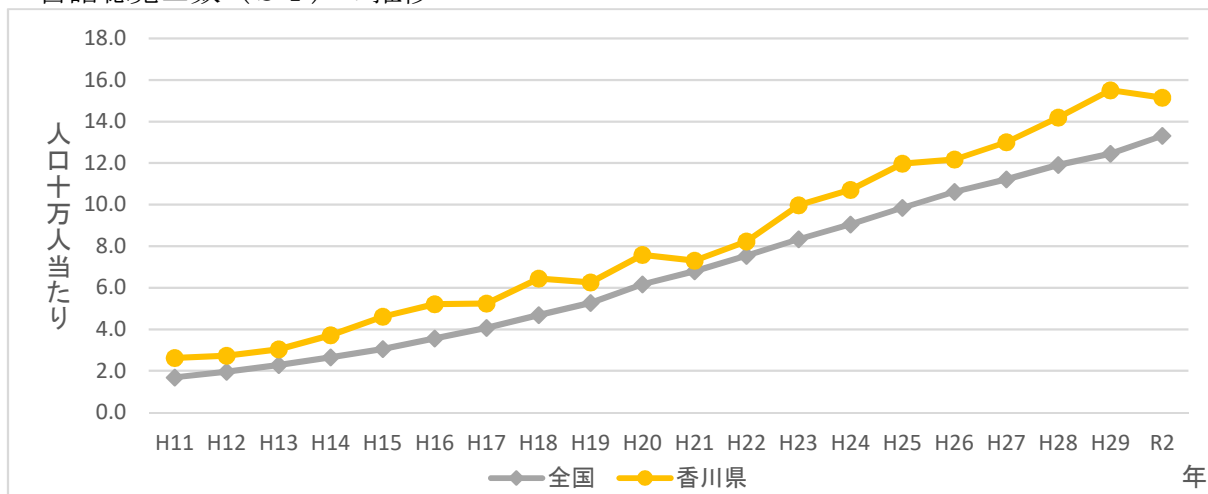
出典：厚生労働省「病院報告」、平成29年度からは「医療施設調査」（静態調査）

作業療法士数（OT）の推移



出典：厚生労働省「病院報告」、平成29年度からは「医療施設調査」（静態調査）

言語聴覚士数（ST）の推移



出典：厚生労働省「病院報告」、平成29年度からは「医療施設調査」（静態調査）

第7節 歯科衛生士・歯科技工士

歯科医療技術の高度化に対応するため、歯科衛生士及び歯科技工士の確保と資質の向上が求められています。

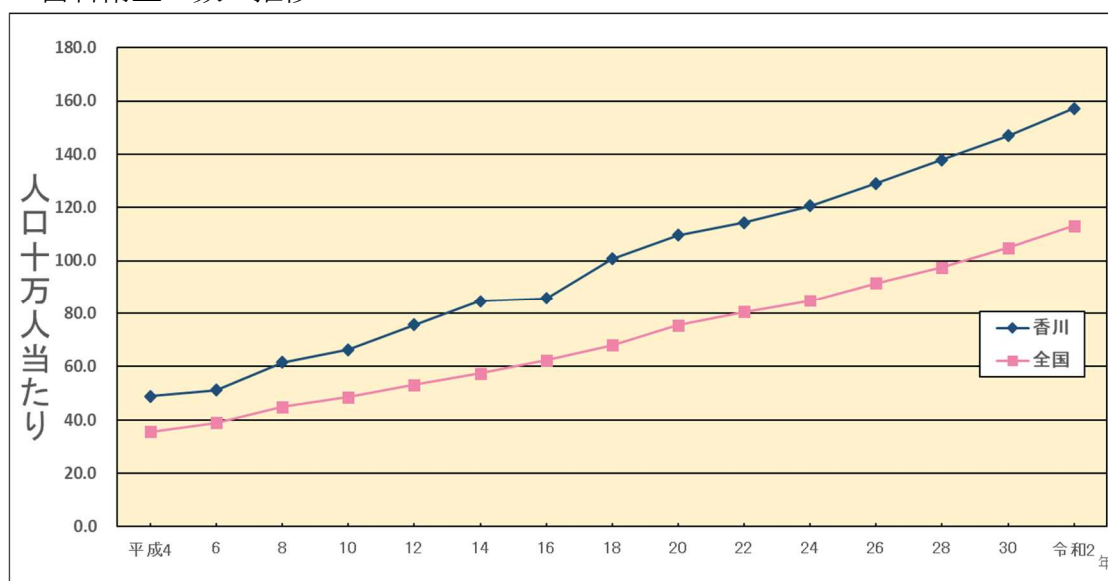
【現状】

- (1) 県内には、歯科衛生士の養成施設が2校（入学定員90人）、歯科技工士の養成施設が1校（入学定員20人）設置されています。
- (2) 県内で就業している歯科衛生士数（令和2年12月末現在）は1,494人で、人口10万人当たりの就業者数は157.2人と、全国平均の113.2人を大きく上回っています。
 また、県内で就業している歯科技工士数（令和2年12月末現在）は557人で、人口10万人当たりの就業者数は58.6人と、全国平均の27.6人を大きく上回っています。

【課題】

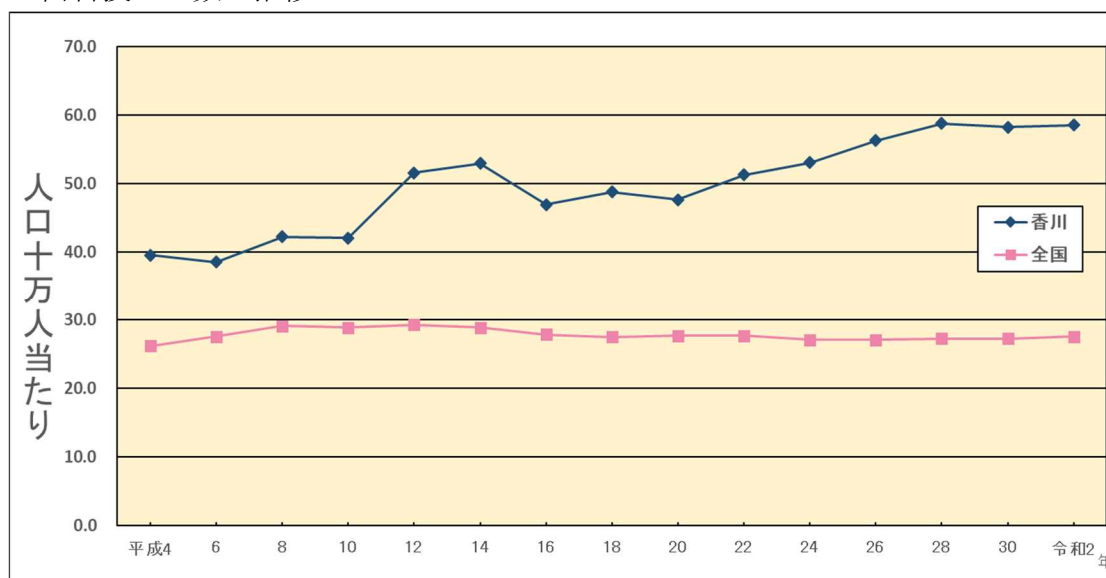
- (1) 歯科医療技術の高度化や、高齢者及び障害者（児）等の歯科保健医療ニーズに的確に応えるため、新卒者の定着促進や再就業を希望する資格所有者の活用などを通じた人材の確保と資質の向上が求められています。
- (2) 歯科衛生士による、周術期の患者や要介護者への口腔健康管理が、がん治療による口腔合併症や誤嚥性肺炎のリスク軽減等に寄与することから、歯科衛生士の確保、資質の向上が求められています。
- (3) 急速な歯科医療技術や歯科材料学の進歩に伴い、歯科技工の面においても、新しい技術の導入とその習得が求められています。また、高齢化に伴い、義歯等の歯科技工物の需要が高まることから、歯科技工士の確保、資質の向上を図り、歯科技工物が患者に対して適切に提供されることが必要です。

歯科衛生士数の推移



出典：厚生労働省「衛生行政報告例」、香川県「香川県の医療施設」

歯科技工士数の推移



出典：厚生労働省「衛生行政報告例」、香川県「香川県の医療施設」

【対策】

- (1) 歯科医療施設における歯科医療業務や市町における歯科保健、医療福祉事業が円滑かつ適切に実施できるよう、関係団体等と連携を図りながら、離職防止及び未就業の歯科衛生士の復職支援に努めるとともに地域的バランスを考慮し、歯科衛生士等の確保に努めます。
- (2) 高度化・多様化する歯科医療技術や歯科保健ニーズに対応できる幅広い知識・技能を有する人材の養成確保に努めるとともに、歯科技工士を目指す新卒者の確保に努めます。

第8節 管理栄養士・栄養士

管理栄養士・栄養士（以下「管理栄養士等」という。）は、栄養指導や入院患者の栄養管理等により、疾病の発症予防や治療、重症化予防や合併症の発症抑制に重要な役割を担っています。

近年では、新興感染症や災害発生時の健康危機管理対策等、複雑で多様化する健康課題に対応できる人材が求められています。

【現状・課題】

- (1) 県内の病院に勤務する管理栄養士は常勤換算で231.4人、栄養士は37.6人で、100床当たりでは管理栄養士が1.7人（全国平均1.5人）、栄養士が0.3人（全国平均0.3人）となっています。（厚生労働省「医療施設調査」令和2年）
- (2) 行政に従事している管理栄養士等は市町に58人（令和4年6月1日現在）、県保健所等に14人（令和4年6月1日現在）となっています。（行政栄養士等の配置状況）
- (3) 少子化・高齢化の進展、総人口・生産年齢人口の減少、独居世帯の増加、女性の社会進出、多様な働き方の広まりによる社会の多様化、あらゆる分野でのデジタルトランスフォーメーションの加速、次なる新興感染症も見据えた新しい生活様式等の社会変化に対応するために、全ての県民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現するため、健やか香川21ヘルスプラン（第3次）を推進する必要があります。
- (4) 県内の栄養士養成施設は、短期大学1校（入学定員50人）で、管理栄養士養成施設は設置されていません。

【対策】

関係機関と連携し、需要に応じた管理栄養士等の確保と資質の向上に取り組めます。

第9節 その他の医療従事者

1 臨床検査技師、診療放射線技師

医療の高度化・複雑化に的確に対応するため、臨床検査技師及び診療放射線技師の養成・確保と資質の向上が求められています。

【現状・課題】

- (1) 県内には、臨床検査技師の養成施設として大学臨床検査学科（入学定員20人）、診療放射線技師の養成施設として大学診療放射線学科（入学定員60人）が設置されています。
- (2) 平成29年4月からは、県立保健医療大学大学院に、臨床検査学専攻博士前期課程（入学定員3人）及び臨床検査学専攻博士後期課程（入学定員2人）を開設し、より高度で専門的能力かつ広範な知識を有する教育者・研究者を育成しています。
- (3) 医学の急速な進歩や高齢化社会の進展に伴い、臨床検査技師及び診療放射線技師の担当分野が専門化しており、各職種の質的充実が求められています。

【対策】

- (1) 臨床検査技師及び診療放射線技師の養成・確保
関係養成機関との連携を密にし、その理解と協力のもと、臨床検査技師及び診療放射線技師の養成確保に努めるとともに、卒業生の県内就業を促進します。
- (2) 臨床検査技師及び診療放射線技師の資質の向上
県臨床検査技師会等関係機関との連携により研修への参加を促進するなど、臨床検査技師等の資質の向上に努めます。

2 あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師

健康づくりへの関心の高まりなどにより、それぞれの専門的な技能を有する職種への保健サービス面での需要が増大しています。

【現状・課題】

- (1) 県内には、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師養成所1ヶ所（入学定員60人）、柔道整復師養成所1ヶ所（入学定員60人）が設置されています。
- (2) 医学の急速な進歩や高齢化社会の進展に伴い、各職種の質的充実が求められています。

【対策】

高齢化社会の進展に伴い、需要の増加が見込まれることから、専門技術者の養成確保とともに関係機関の協力のもとに研修体制の充実に努めます。

3 ソーシャルワーカー（社会福祉士、精神保健福祉士）

日常的な健康管理や積極的な健康増進、疾病予防、治療、リハビリテーションに至る包括的、継続的医療の必要性が指摘されるとともに、高度化、専門化する医療の中で患者や家族の不安感の除去など心理的問題の解決を援助するサービスの充実が求められており、そうした業務に当たる専門職種の需要が高まっています。

【現状・課題】

- (1) 県内には社会福祉士及び精神保健福祉士の養成施設として、大学社会福祉学科1校、専門学校1校が設置されています。
- (2) 医療現場などにおいて、社会福祉、精神保健福祉の立場から患者の抱える経済的、心理的・社会的問題の解決、調整を援助し、社会復帰の促進を図る社会福祉士、精神保健福祉士の果たす役割に対する期待が増大しています。

【対策】

関係養成機関との連携を密にし、その理解と協力のもとに社会福祉士及び精神保健福祉士の確保に努めるとともに、その資質の向上に努めます。

4 公認心理師

【現状・課題】

- (1) 公認心理師は、平成29年9月15日に施行された公認心理師法（平成27年法律第68号）により、保健医療、福祉、教育その他の分野において、心理学に関する専門的知識及び技術をもって、心理に関する支援を要する者に対し、心理状態の観察、その結果の分析、相談、助言、指導その他の援助等を行う者とされています。
- (2) 香川大学医学部では、平成30年（2018年）4月に、医学部としては全国初の臨床心理学科が開設されており、今後、公認心理師や臨床心理士など、幅広い分野で活躍できる心理援助職の育成が期待されています。

【対策】

香川大学医学部等とも連携し、保健医療分野での活躍が期待される公認心理師の養成及び資質の向上に努め、県内定着を図ります。

第6章 香川県外来医療計画

第1節 計画の基本的な考え方

1 計画策定の趣旨

外来医療については、地域で中心的に外来医療を担う無床診療所の開設状況が都市部に偏っており、また、救急医療提供体制の構築、グループ診療の実施、放射線装置の共同利用等の医療機関の連携の取組みが、地域で個々の医療機関の自主的な取組みに委ねられている状況にあります。

このような中、平成31年4月1日に「医療法及び医師法の一部を改正する法律」が施行され、都道府県は、地域ごとの外来診療に従事する診療所の偏在の度合いを示した新たな指標である「外来医師偏在指標」に基づき、外来医療に係る医療提供体制の確保に関する「外来医療計画」を策定することとされました。

また、人口当たりの医療機器の台数には、地域差があり、医療機器ごとに地域差の状況も異なっています。今後、人口減少が見込まれ、効率的な医療提供体制を構築する必要がある中、医療機器についても効率的に活用できるよう対応する必要があります。

このため、外来医療計画には、医療機器の配置状況を表す指標に基づき、「医療機器の効率的な活用に係る計画」を盛り込むことも求められています。

そこで、本県においても、令和2年3月に、関係法令及び「外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン」（平成31年3月29日付け医政発0329第47号。以下本章において「ガイドライン」という。）等を踏まえ、令和5年度までを計画期間とする「香川県外来医療計画」を策定し、取組みを進めてきました。

今回、令和5年3月にガイドラインが改正されたことや本県の現状等を踏まえ、香川県外来医療計画について、見直しを行うものです。

2 計画の期間

令和6年4月1日から令和9年3月31日までの3年間

第2節 対象区域の設定

1 対象区域の設定に当たって考慮すべき香川県の状況

(1) 基本的な考え方

計画の策定に当たり、外来医療が一定程度完結する区域単位で、外来医療に係る医療提供体制の確保に関する取組みを具体化するため、「対象区域」を設定することとされています。

対象区域の設定に当たっては、二次保健医療圏を原則としつつ、人口規模、患者の受療動向、医療機関の設置状況等を勘案して検討することとされています。

(2) 人口規模

	市町名	面積 (km ²)	人口 (人)	人口密度 (人/km ²)
東部保健医療圏	高松市、さぬき市、東かがわ市、三木町、直島町	777.02	512,310	659.33
小豆保健医療圏	土庄町、小豆島町	169.93	25,236	148.51
西部保健医療圏	丸亀市、坂出市、善通寺市、観音寺市、三豊市、宇多津町、綾川町、琴平町、多度津町、まんのう町	929.94	389,320	418.65
計		1,876.89	926,866	493.83

※人口は香川県統計調査課「香川県人口移動調査報告」（令和5年4月1日現在）

※面積は国土地理院「全国都道府県市区町村別面積調」（令和5年4月1日現在）

(3) 患者の受療動向

外来患者の受療動向は、小豆保健医療圏、西部保健医療圏では、隣接する二次保健医療圏への医療需要の流出が見られます。

		患者数（施設所在地）					患者 流出入数
		東部	小豆	西部	県外	計	
患者 数 所在地	東部保健医療圏	29.1	0.0	0.7	0.3	30.1	0.5
	小豆保健医療圏	0.3	1.1	0.0	0.0	1.4	▲0.3
	西部保健医療圏	1.1	0.0	24.2	0.2	25.5	▲0.3
	県外	0.2	0.0	0.3	—	—	—
	計	30.7	1.1	25.2	—	57.0	▲0.1

※患者の受療動向は、厚生労働省提供資料（平成29年度資料）

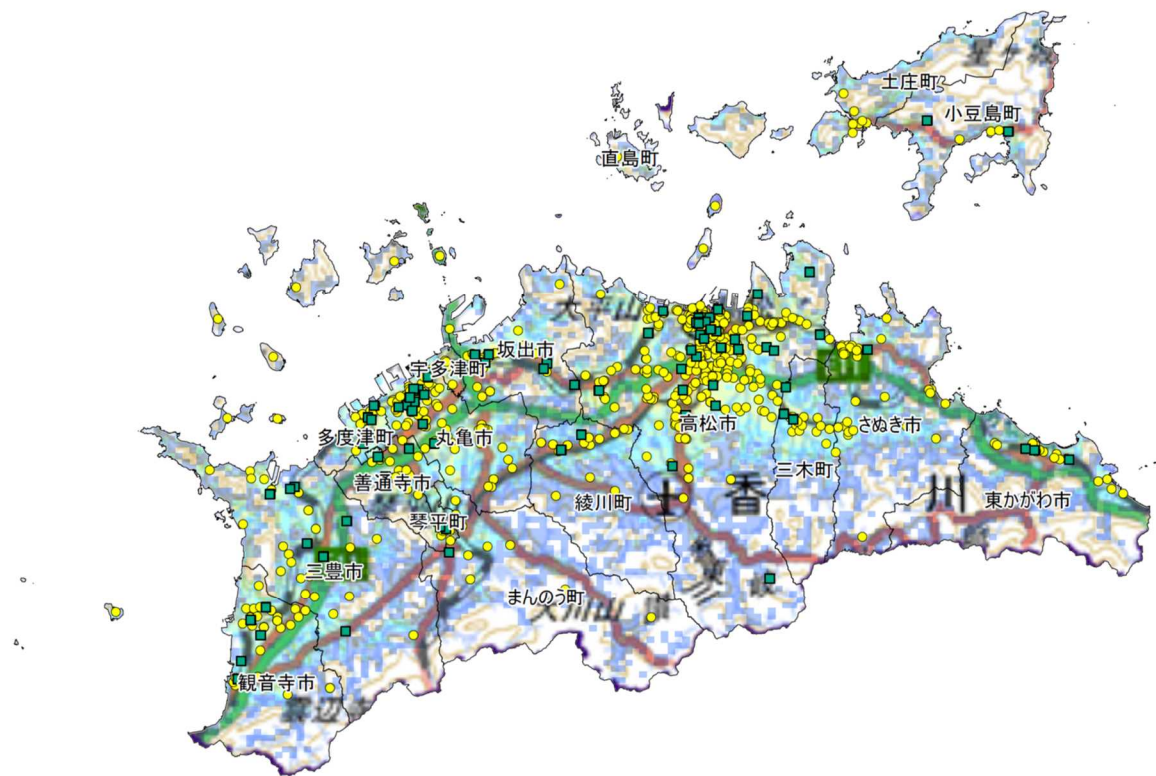
※単位は千人/日。100人未満の患者数を四捨五入しているため、計が合わない場合がある。

(4) 医療機関の設置状況

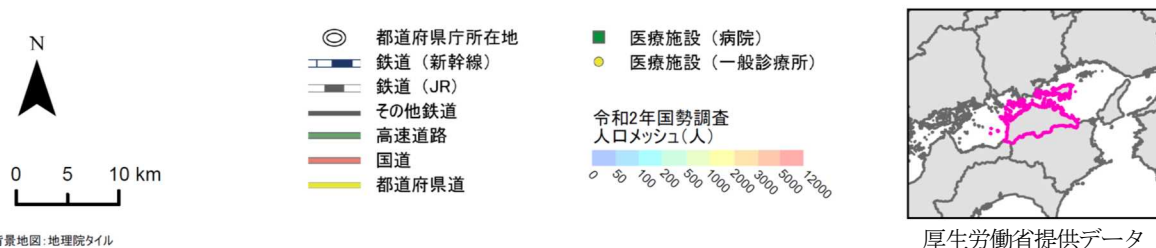
圏域名	医療施設数		人口10万人当たり 医療施設数	
	病院	診療所	病院	診療所
全国	8,238	102,612	6.5	81.0
香川県	88	828	9.0	85.0
東部保健医療圏	42	484	7.9	90.6
小豆保健医療圏	3	16	10.8	57.7
西部保健医療圏	43	328	10.4	79.6

※医療施設調査（2020年） 10月1日現在の病院数及び一般診療所数

医療施設（病院・一般診療所）の所在地マップ



37
香川県



背景地図：地理院サイト

厚生労働省提供データ

(5) 外来診療に関する情報

通院外来患者について、診療所での対応割合が全ての圏域において、全国平均よりも低い状況にあります。

圏域名	通院外来患者延数（回／月）		診療所 対応割合 （%）
	通院外来患者延数 （病院）	通院外来患者延数 （一般診療所）	
全国	30,683,251	95,239,580	75.6
香川県	335,836	767,045	69.5
東部保健医療圏	165,665	429,933	72.2
小豆保健医療圏	11,537	9,265	44.5
西部保健医療圏	158,634	327,847	67.4

(6) 診療所医師の状況

性・年齢別の診療所医師の状況を見ると、65歳以上の医師の割合が、本県全体で43.4%、東部保健医療圏で44.0%、小豆保健医療圏で75.0%、西部保健医療圏で41.5%と、全国平均の35.7%と比較して高くなっており、医師の高齢化が進んでいる状況にあります。

圏域名	総数医師数 （人）	診療所医師・年齢階級別医師 数（人）		65歳以上 比率 （%）
		65歳未満	65歳以上	
全国	107,226	68,929	38,297	35.7
香川県	890	504	386	43.4
東部保健医療圏	554	310	244	44.0
小豆保健医療圏	8	2	6	75.0
西部保健医療圏	328	192	136	41.5

※令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計

2 対象区域の設定

(1) 基本的な考え方

1の本県の状況を踏まえた上で、以下の理由から、第2章第3節に定める二次保健医療圏を、対象区域と設定することとします。

- ① 患者の受療動向を見ると、二次保健医療圏内で外来医療が一定程度完結していること。
- ② 広域の対象区域を設定することにより、患者の受けられる外来医療の選択肢が多様化し、患者の状態に応じたより適切な外来医療の提供につながると考えられること。また、このような外来医療機能の分化・連携により、限られた医療資源の有効活用が図られ、医療提供体制の持続可能性が高まると考えられること。

(2) 対象区域

医療圏名	市町名
東部保健医療圏	高松市、さぬき市、東かがわ市 三木町、直島町
小豆保健医療圏	土庄町、小豆島町
西部保健医療圏	丸亀市、坂出市、善通寺市、観音寺市、三豊市 宇多津町、綾川町、琴平町、多度津町、まんのう町

第3節 外来医師偏在指標と外来医師多数区域の設定

1 外来医師偏在指標

(1) 外来医師偏在指標の算定について

ガイドラインにおいて、外来医師偏在指標の算出に当たっては、5つの要素（医療ニーズ及び人口構成とその変化、患者の流出入、へき地等の地理的条件、医師の性別・年齢分布、医師の偏在の種別（区域、入院／外来））を勘案した人口10万人対診療所医師数を用います。

なお、外来医師偏在指標は厚生労働省が算出し、提供されたものですが、当該指標は、医師の絶対的な充足状況を示すものではなく、あくまでも相対的な偏在の状況を表す性質のものであることに留意する必要があります。

(2) 対象区域間の患者の流出入の調整

① 対象区域間の患者の流出入の考え方

外来医療については、日中の時間内受診が多くを占めることから、患者の流出入については、昼間人口を基本とすることとされています。

② 県内の対象区域間における患者流出入の調整

厚生労働省から提供されたデータに基づき調整しますが、小豆保健医療圏から東部保健医療圏、西部保健医療圏への流出については、小豆保健医療圏において、特に医師不足が顕著であることが、患者が流出している原因の一つと考えられることから、流出数を0人／日とし、必要な調整を行っています。

③ 他の都道府県の対象区域との患者流出入調整

厚生労働省が各都道府県に提供するデータに基づき、厚生労働省において都道府県間の患者流出入が調整されています。

(3) 外来医師偏在指標の算定式

外来医師偏在指標 =

$$\frac{\text{標準化診療所医師数（※1）}}{\left(\frac{\text{地域の人口}}{10万} \times \text{地域の標準化外来受療率比（※2）} \right)} \times \text{地域の診療所の外来患者対応割合（※4）}$$

$$\text{（※1）標準化診療所医師数} = \sum \text{性年齢階級別診療所医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{診療所医師の平均労働時間}}$$

$$\text{（※2）地域の標準化外来受療率比} = \frac{\text{地域の外来期待受療率（※3）}}{\text{全国の外来期待受療率}}$$

$$\text{（※3）地域の外来期待受療率} = \frac{\sum (\text{全国の性年齢階級別外来受療率} \times \text{地域の性年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}}$$

$$\text{（※4）地域の診療所の外来患者対応割合} = \frac{\text{地域の診療所の外来述べ患者数}}{\text{地域の診療所+病院の外来述べ患者数}}$$

2 外来医師多数区域

ガイドラインによると、外来医師偏在指標の値が全二次医療圏（335二次医療圏）の中で上位33.3%に該当する二次医療圏を外来医師多数区域とすることとされています。

3 香川県における外来医師偏在指標及び外来医師多数区域の状況

上記により、本県では、東部保健医療圏、西部保健医療圏が外来医師多数区域に該当することとなります。

対象区域	外来医師偏在指標	全二次医療圏内順位	外来医師多数区域
東部保健医療圏	137.7	22	外来医師多数区域
小豆保健医療圏	51.8	334	
西部保健医療圏	114.6	82	外来医師多数区域
全国平均	112.2	—	—

※二次医療圏は、令和5年4月1日現在、全国に335医療圏ある。

4 外来医師多数区域以外の区域

外来医療の体制整備に当たっては、医師確保の観点も必要であり、特に外来医師多数区域以外の区域においては、医師確保計画とも整合性をとりながら取組みを進めることとされています。

小豆保健医療圏は、医師確保計画における医師偏在指標でも下位33.3%に該当し、医師少数区域に位置付けられていることから、同計画において引き続き、東部保健医療圏や西部保健医療圏からの医師派遣が継続されるよう、香川大学医学部をはじめとする関係機関に働きかけるとともに、地域枠医師及び自治医科大学卒業医師の重点的な配置を行うこととしています。

第4節 外来医療提供体制の協議及び協議を踏まえた取組み

1 新規開業者等に対する情報提供

(1) 外来医師多数区域である東部、西部保健医療圏の情報

① 診療所における主たる診療科別の医師数

圏域名	医療施設従事医師（診療所）の主たる診療科別の 医師数（不詳を含め44診療科目数）												
	総数	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	皮膚科	アレルギー科	リウマチ科	感染症内科
東部保健医療圏	554	193	4	13	14	3	1	5	1	29	0	0	0
西部保健医療圏	328	127	1	13	8	2	0	4	0	21	0	0	0

医療施設従事医師（診療所）の主たる診療科別の 医師数（不詳を含め44診療科目数）																
小児科	精神科	心療内科	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	泌尿器科	肛門外科	脳神経外科	整形外科	形成外科	美容外科	眼科	耳鼻いんこう科
36	19	5	20	0	3	3	0	1	17	2	4	48	3	7	42	35
21	8	1	17	0	0	1	0	0	9	2	7	32	0	0	22	19

医療施設従事医師（診療所）の主たる診療科別の 医師数（不詳を含め44診療科目数）															
小児外科	産婦人科	産科	婦人科	リハビリテーション科	放射線科	麻酔科	病理診断科	臨床検査科	救急科	臨床研修医	全科	その他	主たる診療科不詳	不詳	
0	23	0	4	0	1	4	0	0	0	0	5	7	2	0	
0	3	0	2	1	1	1	0	0	0	0	1	2	0	2	

※令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計

② 診療所医師の取得している広告可能な医師の専門性に関する資格名及び麻酔科の標榜資格

圏域名	医療施設従事医師（診療所）の取得している広告可能な医師の専門性に関する資格名及び麻酔科の標榜資格（複数回答）別の医師数（資格なしを含め58専門医数）											
	総数	総合内科専門医	呼吸器専門医	循環器専門医	消化器病専門医	腎臓専門医	肝臓専門医	神経内科専門医	糖尿病専門医	内分泌代謝科専門医	血液専門医	皮膚科専門医
東部保健医療圏	554	61	29	21	18	17	34	24	33	30	16	4
西部保健医療圏	328	19	13	15	7	10	24	5	15	18	6	4

医療施設従事医師（診療所）の取得している広告可能な医師の専門性に関する資格名及び麻酔科の標榜資格（複数回答）別の医師数（資格なしを含め58専門医数）															
アレルギー専門医	リウマチ専門医	感染症専門医	小児科専門医	心療内科専門医	精神科専門医	外科専門医	呼吸器外科専門医	心臓血管外科専門医	乳腺専門医	気管食道科専門医	消化器外科専門医	泌尿器科専門医	脳神経外科専門医	整形外科専門医	形成外科専門医
2	3	0	1	5	9	10	32	29	9	9	3	14	4	5	7
2	2	1	1	0	4	2	14	20	4	5	2	9	2	1	5

医療施設従事医師（診療所）の取得している広告可能な 医師の専門性に関する資格名及び麻酔科の標榜資格 （複数回答）別の医師数（資格なしを含め58専門医数）															
眼科専門医	耳鼻咽喉科専門医	小児外科専門医	産婦人科専門医	リハビリテーション科専門医	放射線専門医	麻酔科専門医	病理専門医	救急科専門医	超音波専門医	細胞診専門医	透析専門医	老年病専門医	消化器内視鏡専門医	臨床遺伝専門医	漢方専門医
13	2	0	1	1	3	5	6	0	8	0	15	3	19	2	7
3	1	0	0	0	0	0	0	0	5	0	7	1	17	0	4

医療施設従事医師（診療所）の取得している広告可能な 医師の専門性に関する資格名及び麻酔科の標榜資格 （複数回答）別の医師数（資格なしを含め58専門医数）														
レーザー専門医	気管支鏡専門医	核医学専門医	大腸肛門病専門医	婦人科腫瘍専門医	ペインクリニック専門医	熱傷専門医	脳血管内治療専門医	がん薬物療法専門医	周産期（新生児）専門医	生殖医療専門医	小児神経専門医	一般病院連携精神医学専門医	麻酔科標榜医	資格なし
0	2	0	1	0	4	0	0	1	3	0	6	0	17	196
1	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0	8	138

※令和2年医師・歯科医師・薬剤師統計

(2) 周知の方法及び情報提供の範囲

香川県外来医療計画に掲げる情報については、県ホームページ、県内各保健所の窓口で閲覧できるようにするほか、幅広く関係する機関等への周知に取り組むこととし、県内で新規開業を希望する医療従事者に必要な情報が確実に提供されるよう努めることとします。

2 外来医師多数区域における新規開業者の届出の際に求める事項

(1) 新規開業者に求める事項

新規に無床診療所を開業しようとする医療関係者については、次項に記載する地域で不足する外来医療機能のいずれかを担うことを求めることとします。

新規開業者は、管轄する保健所、保健福祉事務所への診療所開業の届出に当たり、地域で不足する外来医療機能を担うことについての同意書を添付するものとします。

(2) 地域で不足する外来医療機能を担うことに合意しない新規開業者への対応

外来医師多数区域において、地域で不足する外来医療機能を担うことに合意しない新規開業者については、協議の場（本県においては、地域医療構想調整会議を協議の場に位置付け）への出席を要請します。

協議の場においては、協議の場の主な構成員と当該新規開業者との間で協議を行うこととし、その協議の結果については、議事録として公表します。

協議の場の開催に当たっては、持ち回りによる開催や新規開業者に文書の提出を求め、当該文書に基づき協議の場で協議するなどの対応を取ることも可能とします。

3 現時点で不足している外来医療機能に関する検討

(1) 地域で不足する外来医療機能

新規開業者に求める事項である地域で不足する外来医療機能について、二次保健医療圏ごとに協議の場において、①夜間や休日等における地域の初期救急医療、②在宅医療、③産業医・予防接種等の公衆衛生に係る医療、④その他の地域医療として対策が必要と考えられる外来医療機能の4つの医療機能について、検討しました。

① 夜間や休日等における地域の初期救急医療

【現状】

時間外診療における現状を見ると、人口10万人当たりの時間外等外来延患者数（診療所）は、全ての二次保健医療圏で全国平均よりも低くなっています。

また、人口10万人当たりの時間外等外来施設数（診療所）を見ると、小豆保健医療圏では、全国平均よりも低いものの、東部・西部保健医療圏では、全国平均よりも多くなっています。

上記から、現時点の診療所の時間外等外来患者数、施設数は、概ね充足していると言えますが、医師の高齢化率を見ると、全ての二次保健医療圏で全国平均を上回っており、診療所の医師の高齢化が進んでいる現状が分かります。

(時間外等外来患者延数)

圏域名	時間外等外来患者延数 (回/月)		人口10万人当たり 時間外等外来患者延数 (回/月)	
	病院	診療所	病院	診療所
全国	817,728	4,621,845	645.6	3,649.2
香川県	6,078	25,128	624.1	2,579.9
東部保健医療圏	3,329	14,528	623.5	2,720.7
小豆保健医療圏	296	59	1,066.0	212.1
西部保健医療圏	2,454	10,541	595.1	2,556.8

※NDBデータ(レセプト情報・特定健診等情報データベース)の平成31年4月から令和2年3月までの診療分データ

(時間外等外来施設数)

圏域名	時間外等外来施設数 (月平均施設数)		人口10万人当たり 時間外等外来施設数 (月平均施設数)	
	病院	診療所	病院	診療所
全国	*	68,592	*	54.2
香川県	87	603	8.9	61.9
東部保健医療圏	42	363	7.9	68.0
小豆保健医療圏	3	7	10.8	25.2
西部保健医療圏	42	233	10.2	56.5

※外来施設数は、NDBデータにおける医科レセプト(入院外)の初診・再診、外来診療料、小児科外来診療料、小児かかりつけ診療料及び往診・在宅訪問診療の診療行為が算定された病院数及び診療所数(月平均施設数)。

※各保健医療圏内市町において3件未満の数値及びそれを含む合計値は、施設の特定を避けるため、「*」としている(0の場合を除く)。以下同じ。

(診療所医師の高齢化状況) (再掲)

圏域名	総数医師数 (人)	診療所医師・年齢階級別 医師数(人)		65歳以上 比率 (%)
		65歳未満	65歳以上	
全国	107,226	68,929	38,297	35.7
香川県	890	504	386	43.4
東部保健医療圏	554	310	244	44.0
小豆保健医療圏	8	2	6	75.0
西部保健医療圏	328	192	136	41.5

※令和2年医師・歯科医師・薬剤師調査

【課題】

現状から、時間外等外来を含む初期救急外来医療機能については、近い将来、診療所医師の高齢化の進行により維持が難しくなることが予想されるため、全ての二次保健医療圏において、現時点で不足し、充実が必要な外来医療機能と言えます。

② 在宅医療

【現状】

在宅医療における現状を見ると、人口10万人当たりの患者数（診療所）は、東部・小豆保健医療圏が全国でも上位にある一方で、西部保健医療圏は半数より下位に位置しています（335医療圏のうち、多い順に、東部：23位、小豆：32位、西部：181位）。

また、人口10万人当たりの施設数（診療所）は、東部・西部保健医療圏が半数より上位に位置していますが、小豆保健医療圏は下位にある（多い順に、東部：105位、小豆：281位、西部：119位）など、医療圏間の偏在が認められます。

(在宅患者訪問診療患者延数)

圏域名	在宅患者訪問診療患者延数（回／月）		人口10万人当たり在宅患者訪問診療患者延数（回／月）	
	病院	診療所	病院	診療所
全国	220,702	*	174.3	*
香川県	2,432	13,801	249.7	1,417.0
東部保健医療圏	950	9,915	177.9	1,856.8
小豆保健医療圏	101	481	363.0	1,734.0
西部保健医療圏	1,381	3,406	335.0	826.0

※在宅患者訪問診療患者延数は、NDBデータ（平成31年4月から令和2年3月まで）における医科レセプト（入院外）の在宅患者訪問診療の診療行為の算定回数を病院・診療所別に合算

(在宅患者訪問診療実施施設数)

圏域名	在宅患者訪問診療実施施設数（月平均施設数）		人口10万人当たり在宅患者訪問診療実施施設数（月平均施設数）	
	病院	診療所	病院	診療所
全国	*	*	*	*
香川県	*	231	*	23.7
東部保健医療圏	20	132	3.7	24.7
小豆保健医療圏	*	3	*	10.8
西部保健医療圏	23	96	5.6	23.3

※在宅患者訪問診療実施施設数は、NDBデータ（平成31年4月から令和2年3月まで）における医科レセプト（入院外）の在宅患者訪問診療の診療行為が算定された病院数及び診療所数

【課題】

在宅医療については、香川県地域医療構想において、入院医療以外で対応可能な慢性期患者を在宅医療等で対応することとされています。地域医療構想の実現に向けて、全県的に在宅医療の充実を図る必要があります。

このため、全ての二次保健医療圏において、現時点で不足し、充実が必要な外来医療機能と言えます。

③ 産業医、学校医、予防接種等の公衆衛生

【現状】

学校医の配置状況を確認すると、全ての市町において、1人の医師が複数の学校の学校医を兼務しており、学校医の確保状況について「充足している」と考えている市町は、5市町に留まっている状況です。

(学校医配置状況)

圏域名	学校数	学校医					
		内科		眼科		耳鼻科	
		配置人数	複数施設兼務人数	配置人数	複数施設兼務人数	配置人数	複数施設兼務人数
香川県	308	280	86	148	53	144	56
東部保健医療圏	126	140	32	99	28	97	29
小豆保健医療圏	15	10	3	0	0	0	0
西部保健医療圏	167	130	51	49	25	47	27

※令和5年4月1日現在。

【課題】

現状から、学校医のみに限っても、今後の充実が必要と認められることから、産業医、学校医、予防接種等の公衆衛生についても、全ての医療圏において、現時点で不足し、充実が必要な外来医療機能と言えます。

④ その他の地域医療として対策が必要と考えられる外来医療機能

【現状】

現時点において、把握しきれていない外来医療機能について、新規診療所開業希望者から指摘がある場合が想定されます。

【課題】

現時点において、把握しきれていない外来医療機能について、新規診療所開業希望者から指摘がある場合は、開業希望者に対し、根拠となる資料の提出を求め、厚生労働省から提供されたデータ等と照合し、現時点で不足し、充実が必要な外来医療機能と協議の場において認められる場合は、地域において不足する外来医療機能として取り扱うこととします。

第5節 医療機器の効率的な活用に係る計画

1 医療機器の効率的な活用に関する考え方

人口当たりの医療機器の台数には、地域差があり、医療機器ごとに地域差の状況も異なっています。今後、人口減少が見込まれ、効率的な医療提供体制を構築する必要がある中、医療機器についても効率的に活用できるよう対応する必要があります。

そこで、地域の医療ニーズを踏まえた地域ごとの医療機器の配置状況を可視化する指標を作成し、医療機器を有する医療機関をマッピングした上で、新規購入希望者に対してこれらの情報を提供し、外来医療に関する協議の場を活用し、医療機器の共同利用について協議することとします。

2 協議の場と区域単位

(1) 医療機器の効果的な活用に係る計画

医療法第30条の18の4第1項において、医療提供施設の建物の全部又は一部、設備、器械及び器具の効率的な活用に関する事項について協議を行い、その結果を取りまとめ、公表するものとされています。

このため、医療機器の効果的な活用に係る計画についても、外来医療計画に盛り込むものとします。

(2) 医療機器の効果的な活用に係る協議の場

医療機器の効果的な活用に係る協議の場については、外来医療に係る医療提供体制に関する協議の場を活用することとします。

(3) 医療機器の効果的な活用に係る協議を行う区域

医療機器の効果的な活用に係る協議を行う区域については、外来医療計画と同様に二次保健医療圏ごととします。

3 医療機器の効率的な活用のための検討

(1) 医療機器の配置状況に関する情報の可視化

医療機器のニーズは、医療機器の項目ごと、性・年齢別ごとに大きな差があることから、医療機器の項目ごと及び地域ごとに性・年齢構成を調整した人口当たり機器数を用いて指標を作成することとします。

この指標は、厚生労働省において算出され、提供されています。

(2) 指標の状況

① 指標の対象となる医療機器

- ・CT (全てのマルチスライスCT及びマルチスライスCT以外のCT)
- ・MRI (1.5テスラ未満、1.5テスラ以上3.0テスラ未満及び3.0テスラ以上のMRI)
- ・PET (PET及びPET-CT)
- ・放射線治療 (リニアック及びガンマナイフ)
- ・マンモグラフィ

② 指標の算定式

$$\text{調整人口当たり台数} = \frac{\text{地域の医療機器の台数}}{\frac{\text{地域の人口}}{10万}} \times \text{地域の標準化検査率比(※1)}$$

$$\text{(※1) 地域の標準化検査率比} = \frac{\text{地域の性年齢調整人口当たり期待検査数(外来)(※2)}}{\text{全国の人口当たり期待検査数(外来)}}$$

$$\text{(※2) 地域の性年齢調整人口当たり期待検査数(外来)} =$$

$$\frac{\sum \left\{ \frac{\text{全国の性年齢階級別検査数(外来)}}{\text{全国の性年齢階級別人口}} \times \text{地域の性年齢階級別人口} \right\}}{\text{地域の人口}}$$

③ 指標(調整人口10万人当たり台数)の状況

	東部保健 医療圏	小豆保健 医療圏	西部保健 医療圏	全国平均
CT	16.0	8.2	16.2	11.5
MRI	8.4	5.8	9.9	5.7
PET	0.91	0.00	0.45	0.5
放射線治療	1.09	0.00	0.90	0.8
マンモグラフィ	5.2	3.6	4.0	3.4

※厚生労働省提供資料

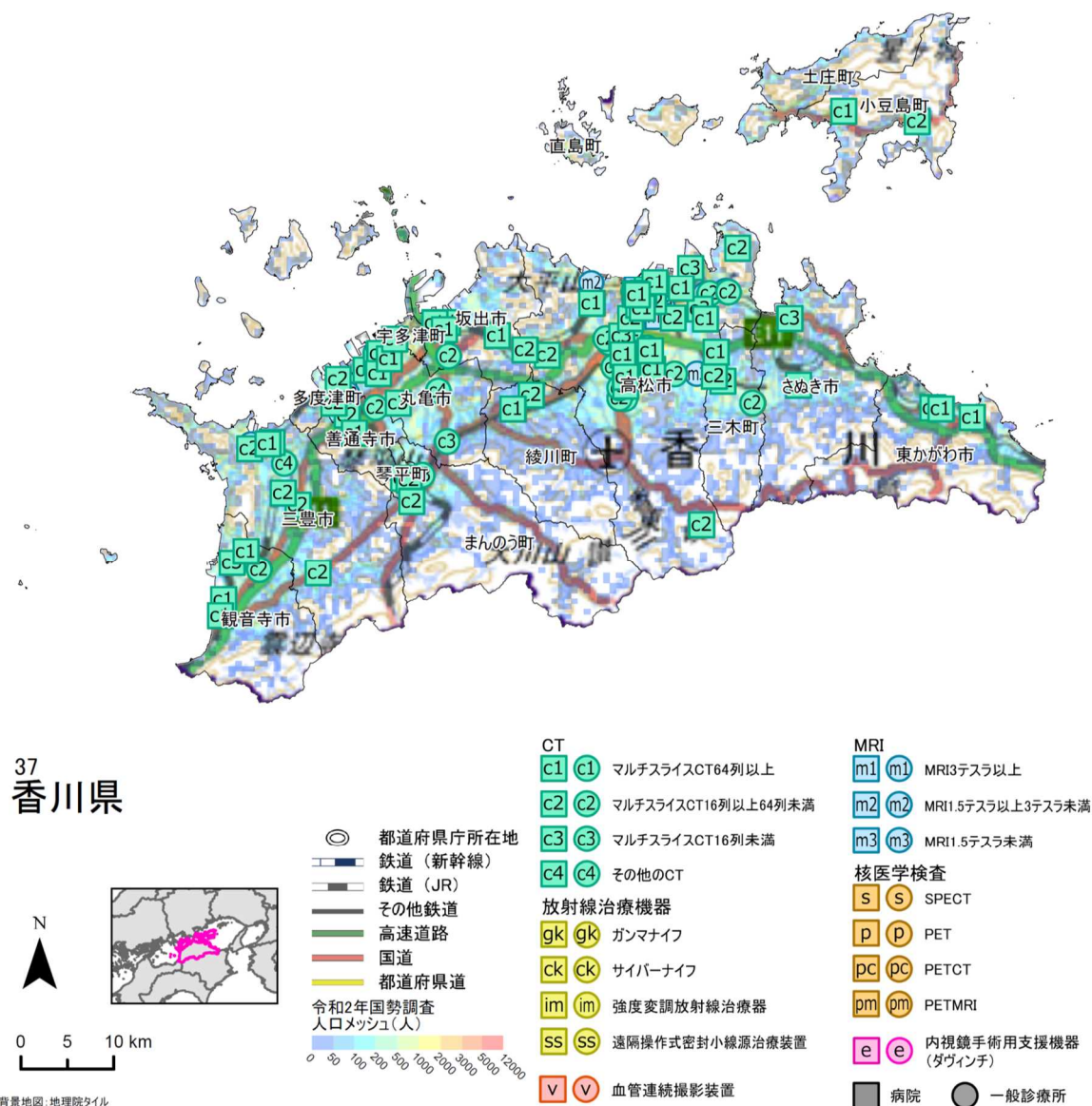
(3) 医療機器の保有状況等に関する情報提供

既に存在する医療機器の共同利用による効率的な活用を進めるためには、医療機器の購入を検討している医療機関が、近隣の医療機関で保有している共同利用可能な医療機器の配置状況及び利用状況を把握できる環境を整える必要があります。

また、医療機器の協議の場において当該配置状況や利用状況に基づいた適切な共同利用の方針が示されることが重要です。そこで、医療機器を有する病院及び有床診療所のマッピング情報等を提供することとします。

当該情報は、厚生労働省において、病床機能報告を基に作成され、情報提供されたものです。

医療機器保有施設の所在地マップ



厚生労働省提供データ

(4) 協議の内容

① 協議の場における協議

人口減少が見込まれる中で、既存の医療機器の効率的な活用を推進するため、医療設備・機器等の情報の可視化を行い、可視化された情報を新規購入希望者へ提供するだけでなく、医療機器の協議の場において、医療設備・機器等の共同利用の方針及び共同利用計画について協議を行い、結果を取りまとめて公表します。

② 共同利用の方針

ア 共同利用方針策定に当たっての考え方

ガイドラインによると、共同利用の方針については、医療機器ごと及び区域ごとに定めることされていますが、対象機器ごと区域ごとの配置状況に大きな差がないことから、一括して方針を策定することとします。

イ 共同利用方針

共同利用方針は、全ての対象機器及び全ての区域に対し、以下のとおりとします。

- 対象となる医療機器を購入する医療機関は、当該医療機器を共同利用（対象となる医療機器について連携先の病院又は診療所から紹介された患者のために利用される場合を含む。）することとします。
- 対象となる医療機器を共同利用するに当たっては、共同利用計画を策定し、管轄する保健所を通して、医療機器の協議の場に提出することとします。
- 共同利用計画の策定に当たっては、次に掲げる内容を盛り込むこととします。
 - ・共同利用の相手方となる医療機関
 - ・共同利用の対象とする医療機器
 - ・保守、整備等の実施に関する方針
 - ・画像撮影等の検査機器については画像情報及び画像診断情報の提供に関する方針

③ 共同利用しない場合の対応

対象となる医療機器の購入を希望する医療機関で、共同利用を行わないとする医療機関については、医療機器の協議の場において、その理由を確認することとします。

第6節 地域における外来医療の機能分化・連携

1 外来機能報告

外来機能報告は、医療法の規定に基づき、地域における外来医療に係る病院及び診療所の機能の分化及び連携の推進のため、医療機関の管理者が外来医療の実施状況等を都道府県知事に報告するものであり、令和3年5月に公布された「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」（令和3年法律第49号）により、令和4年度から開始されました。

ガイドラインにおいて、都道府県は、外来機能報告により入手可能な紹介受診重点外来や紹介・逆紹介等のデータを活用し、地域の外来医療の提供状況について把握するとともに、紹介受診重点医療機関の機能・役割も踏まえた、地域における外来医療提供体制のあり方について、検討を行うこととされています。

2 紹介受診重点医療機関

さらに、外来機能の明確化・連携を強化し、患者の流れの円滑化を図るため、外来機能報告により把握した、医療資源を重点的に活用する外来（重点外来）に関する基準（※）等を参考に、地域の協議の場での協議を踏まえて、重点外来を地域で基幹的に担う医療機関「紹介受診重点医療機関」を公表することとされました。

患者の流れがより円滑になることで、病院の外来患者の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減、医師の働き方改革に寄与することが期待されています。

※ 初診に占める「重点外来」の割合が40%以上、かつ、再診に占める「重点外来」の割合が25%以上。

なお、「重点外来」は以下のとおり。

- ① 医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来（悪性腫瘍手術の前後の外来など）
- ② 高額等の医療機器・設備を必要とする外来（外来化学療法、外来放射線治療など）
- ③ 特定の領域に特化した機能を有する外来（紹介患者に対する外来など）

令和5年9月1日現在

(紹介受診重点医療機関の一覧)

医療機関名称	医療圏	初診 (令和3年4月～令和4年3月)				再診 (令和3年4月～令和4年3月)				重点外来割合	一般病床数		
		外来患者延べ数	重点外来割合	うち、重点外来の患者数 うち、重点外来の患者数 うち、重点外来の患者数 うち、重点外来の患者数	うち、重点外来の患者数 うち、重点外来の患者数 うち、重点外来の患者数 うち、重点外来の患者数	外来患者延べ数	重点外来割合	うち、重点外来の患者数 うち、重点外来の患者数 うち、重点外来の患者数 うち、重点外来の患者数	うち、重点外来の患者数 うち、重点外来の患者数 うち、重点外来の患者数 うち、重点外来の患者数				
香川県立中央病院	東部	11,617	74.1	8,607	1,439	6,423	5,165	65,573	31,076	55,406	5,321	39.6	526
高松赤十字病院	東部	12,600	68.5	8,630	1,039	5,515	5,871	57,597	20,469	40,655	4,342	35.7	505
K K R 高松病院	東部	4,910	57.1	2,806	424	2,025	1,655	23,383	4,980	18,741	1,568	31.4	179
高松市立みんなの病院	東部	9,020	60.8	5,482	604	4,042	2,980	24,588	8,863	17,679	1,507	35.3	299
香川大学医学部附属病院	東部	9,251	68.2	6,312	1,159	2,063	5,260	44,859	18,595	27,146	4,120	26.1	587
独立行政法人労働者健康 安全機構 香川労災病院	西部	15,471	70.5	10,900	2,884	4,307	7,009	105,181	66,092	48,925	4,445	48.3	404
社会医療法人財団大樹会 総合病院回生病院	西部	9,101	53.4	4,862	337	4,328	1,772	23,524	5,489	19,200	1,249	30.0	346
独立行政法人国立病院機構 四国こどもとおとなの 医療センター	西部	12,436	43.7	5,437	692	3,717	2,910	29,445	9,688	21,002	1,995	29.1	667
香川県厚生農業協同組合 連合会 滝宮総合病院	西部	6,428	50.0	3,212	181	2,798	1,450	16,825	4,443	13,119	990	25.2	191
三豊総合病院	西部	12,280	56.5	6,943	637	4,786	4,375	48,667	15,274	36,145	3,934	33.9	458

※数値は、令和4年度外来機能報告結果から抜粋

第7章 疾病・事業ごとの医療連携体制の現状・課題と対策

第1節 県民本位の医療連携体制の構築

1 基本的考え方

急速な高齢化や人口減少などに伴う疾病構造の変化、医療技術の高度化や専門化、さらには医療費の増加など、保健医療を取り巻く環境は、大きく変化しています。

また、県民の医療に対する関心は高く、安全で良質な医療サービスの提供が強く求められている中、比較的規模の大きな病院への患者の集中や、軽症患者の時間外診療などに伴い、大規模病院の勤務医を中心として医師の負担感が増加している現状など、必ずしもそれぞれの医療機関が、その機能を効果的に果たせていない面も見られます。

こうした中、県民だれもが、いつでもどこでも身近な地域で、症状に合った適切な医療を、より効率的に受けることができるようにするためには、県民に対して、医療機関の治療内容等の機能情報を積極的に提供するとともに、限られた医療資源である病院や診療所、歯科診療所、薬局、さらには介護サービス事業者等が、それぞれ機能分化を進め、相互に連携していくことが重要です。

2 県民・患者の視点

近年、疾病構造や県民の価値観の変化、インターネットの普及などによって、県民の生活様式が多様化しており、医療機関への診療等についても、自ら医療機関や治療方法を選択したいという意識が高まっています。このため、県民・患者が、病院、診療所、薬局等の選択を適切に行うことができるよう、医療機関に関する客観的な情報の提供が求められています。

一方、医療従事者には、インフォームド・コンセント（医師等が医療を提供するに当たり適切な説明を行い、患者が理解し同意すること）の推進やセカンドオピニオンへの対応が求められています。

【現状・課題】

(1) 医療サービスを利用する県民が、自ら治療を行う医療機関を選択するには、医療機関等のきめ細かな情報を提供する必要があります。

県では、平成21年から、医療法に基づく「医療機能情報提供制度」を通じて、ホームページ上で、医療機関の各種機能に関する情報を提供し、患者の適切な医療機関の選択に資するものとなるよう対応しています。

(2) 医療は、患者が疾病と診療の内容を十分に理解し、医療の担い手である医師と医療を受ける患者とが、共に疾病を克服していくことが重要です。インフォームド・コンセントの普及などにより、医療従事者と患者の意思の疎通が図られる機会が増えてきています。

(3) 近年、患者が自分の病状に対する認識を深めたり、治療方法等を選択するために、診療録の開示を求めることや、主治医以外の専門医師などの意見を聞き、自分の治療

等について判断したいと考える人が増えています。現在、県内の医療機関では、約3割の機関で情報開示に関する窓口を設置し、約4割の機関でセカンドオピニオンのための診療情報を提供するなどの対応がなされていますが、今後、患者のこのようなニーズはますます高まると考えられ、医療機関側の一層の取組みが求められます。

病院・一般診療所における情報開示窓口等の設置状況

項目	東 部	小 豆	西 部	県 計
情報開示窓口の設置	173	7	125	305
セカンドオピニオンのための診療情報の提供	230	6	166	402

出典：香川県広域災害・救急・周産期医療情報システム

【対策】

(1) 医療機能情報の提供

医療法に基づき、病院、診療所、助産所及び薬局は、医療を受ける者が適切な医療機関を選択できるように、予め定められた情報を知事へ報告することが義務付けられおり、県では、こうした個別医療機関の情報について、効果的に県民が活用できるよう、インターネットなどを通じて、県民に分かりやすい形で、引き続き提供します。

また、インターネットなどでの情報提供のほか、医療安全支援センターも活用し、電話での照会などに際し、適切に対応します。

(2) 疾病・事業ごとの医療連携体制に関する情報提供

第2節以降において、疾病・事業ごとの医療連携体制の現状・課題と対策について記載していますが、それぞれの医療連携体制に係る各段階の医療を担う具体的な医療機関名を、インターネットを通じて県民に分かりやすい形で提供します。

(3) 患者への診療情報の提供促進

① 医療技術の高度化、多様化が進む中で、患者に対して診療情報が積極的に提供され、患者の選択や同意が適切に行われるように、インフォームド・コンセントやセカンドオピニオンの充実を促進します。

② 診療録の開示等については、「個人情報の保護に関する法律」、日本医師会や厚生労働省等が策定した診療情報の提供に関する指針などに基づき、県医師会等の関係団体と連携しながら、各医療機関における取組みを促進します。

3 医療機関等の機能分化と連携

(1) かかりつけ医・かかりつけ歯科医等

【現状・課題】

県民が生涯を通じて心身ともに健康で生活していくためには、重症な病気や負傷の治療はもとより、健康維持・増進や病気の予防・早期発見、治療後リハビリテーションや再発防止など、継続的・包括的な保健医療サービスが必要であり、日常的な診療や健康相談など、いわゆるプライマリ・ケアを担う「かかりつけ医」「かかりつけ歯

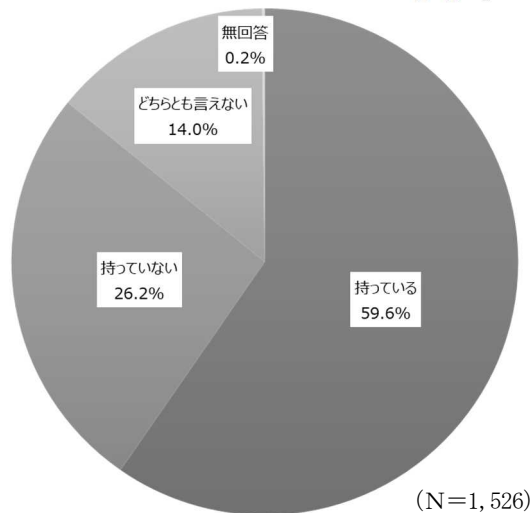
科医」等の普及・定着を図ることが重要です。

令和5年度県政世論調査では、約6割の県民がかかりつけ医を持っていると回答していますが、年齢層などによってその割合には差が見られます。

かかりつけ医等によるプライマリ・ケアが十分機能しないと、適切な治療が受けられなくなるばかりでなく、救急医療機関などの地域の拠点病院に過度な負担を強いる恐れもあり、地域の医療提供体制を確保していく上で、「かかりつけ医」「かかりつけ歯科医」等の維持が重要です。

また、県民・患者がメリットを実感できる医薬分業を進めるためには、国が「患者のための薬局ビジョン」においてそのあり方を示す「かかりつけ薬剤師・薬局」の定着を図っていくことが、安全な薬物治療等に寄与します。

かかりつけ医の有無



年齢別	持っている	持っていない	どちらとも言えない・無回答
20代	42.6	41.2	16.2
30代	48.2	37.4	14.4
40代	47.4	31.1	21.5
50代	50.4	33.6	20.0
60代	63.8	22.6	13.5
70以上	80.2	11.0	8.8

出典：香川県「県政世論調査」（令和5年）

【対策】

- (1) かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局等を持つことの意義や重要性について、医師会や歯科医師会、薬剤師会など、地域の関係団体等と連携し、サービスの受け手である県民への普及啓発に努めるとともに、医療機能情報提供制度などの運用を通じて、県民のかかりつけ医等の選択を支援します。
- (2) 医師会、歯科医師会、薬剤師会等の協力を得て、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師・薬局等を対象とした研修機会の拡大、医師、歯科医師、薬剤師をはじめとする医療人材の生涯学習を含めた研修内容の充実に努めます。

(2) 地域医療支援病院

【現状・課題】

地域における医療は、できる限り県民・患者に身近な地域で提供されることが望ましいという観点から、かかりつけ医、かかりつけ歯科医等を地域における第一線の医療機関として位置付けるとともに、他の医療機関との適切な役割分担と連携を図っていく必要があります。

こうした観点から、二次保健医療圏内の医療連携の中心として役割を担い、かかりつけ医等を支援する能力を備え、地域医療の確保を図るためにふさわしい構造設備等を有する病院として、医療法に基づき、知事が承認しているのが地域医療支援病院です。

地域医療支援病院は、かかりつけ医等からの紹介患者に対する医療の提供や、医療機器の共同利用、地域の医療従事者の資質向上のための研修などを通じて、かかりつけ医等を支援する役割を担っています。

今後、地域医療支援病院を中心に地域の医療機関相互の役割分担と連携を推進していくことが重要です。

県内の地域医療支援病院の承認状況

保健医療圏	病 院 名	承認年月日
東 部	高松赤十字病院	平成19年11月22日
	県立中央病院	(平成22年7月29日) ※1 平成26年2月14日
	高松市立みんなの病院	(平成26年12月15日) ※2 平成30年7月1日
西 部	総合病院回生病院	平成18年7月25日
	香川労災病院	平成19年7月24日
	三豊総合病院	平成23年6月22日
	四国こどもとおとなの医療センター	令和3年8月10日

※1 括弧書きは、旧県立病院（高松市番町）での承認日

※2 括弧書きは、旧市民病院（高松市宮脇町）での承認日

【対策】

既に地域医療支援病院に承認された医療機関について、その機能が十分に果たされるよう努めるとともに、毎年の実績について、県のホームページなどを通じ県民等へ公表します。

【数値目標】

項 目	現 状	目 標	目標年次
地域医療支援病院数	7病院	維持	令和11年度

(3) 地域医療連携に対する窓口設置及び開放病床等

【現状・課題】

医療提供者は、地域において、県民・患者の視点に立った医療提供施設相互間あるいは保健、介護関係事業者などとの間で、機能の分担や業務の連携を確保するための

体制の構築について、協力していくことが求められていますが、県内の医療機関における連携窓口の設置は、十分ではありません。

また、高度な医療・検診機器を所有している地域の中核的な病院においては、地域の診療所など他の医療機関等に対し病床の一部を開放したり、地域医療連携窓口の設置や医療機器の共同利用を進めるなどの対応を行い、効率的な医療の提供体制を構築していくことが求められています。

医療機関における連携窓口等の設置状況

項目	現状
病院・診療所における地域連携窓口の設置	120
開放病床の設置病院	14

出典：香川県広域災害・救急・周産期医療情報システム

四国厚生支局「届出受理医療機関名簿」（令和5年9月1日現在）

【対策】

- (1) 病院等における医療連携窓口の設置を促進し、医療機関における地域の関係機関との連携体制の構築に向けて取り組みます。
- (2) 開放病床の整備や中核的医療機関が保有する高度・専門的な医療機器の整備を支援し、地域の診療所などとの共同利用に向けた取組みを促進します。

(4) 地域連携クリティカルパス

【現状・課題】

地域連携クリティカルパスとは、複数の医療機関等の間で、共通の治療計画書に従って治療を行うシステムであり、急性期病院から回復期病院等へ転院する場合などに、パスを引き継ぎ、必要な情報を共有化するものです。これにより、医療機関等ではそれぞれの役割分担に応じた診療やリハビリを担い、県民や患者にとっても、安心して医療を受けることが可能となります。

県内の地域連携クリティカルパスについては、これまでのがん、大腿骨近位部骨折、脳卒中に加え、平成28年度に新たに急性心筋梗塞も導入され、運用する対象疾患が拡大しています。

今後は、地域連携クリティカルパスの地域における運用拡大が望まれます。

地域連携クリティカルパスの導入状況

疾病別	導入状況
五大がん	策定・運用中
大腿骨近位部骨折	策定・運用中
脳卒中	策定・運用中
急性心筋梗塞	策定・運用中

【対策】

地域連携クリティカルパスの地域における運用拡大を目的とした取組みを促進します。

4 地域医療における病院相互間の機能分担等

病院は、設置主体別に大きく区分すると、大学に附属する大学病院、独立行政法人国立病院機構や労働者健康安全機構が設置する病院、県や市町が設置する公立病院、日本赤十字社や社会福祉法人恩賜財団済生会などが設置する公的病院、医療法人などが設置する民間病院に分けられます。これらの病院が相互に機能分担や連携を進め、県民・患者に対する良質な医療を提供していくことが求められています。

【現状】

(1) 全体的事項

令和7年には、団塊の世代が75歳以上となり、国民の3人に1人が65歳以上、5人に1人が75歳以上になることが見込まれ、高齢化の進展に伴い、医療に対するニーズが変化していくことが予想されています。

こうした中、平成26年6月に「地域における医療と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」が成立し、各都道府県において、医療需要の将来推計等を活用して、医療機能の分化と連携を適切に推進するために、保健医療計画の一部として、地域医療構想を策定することとなりました。

本県においても、平成28年10月、香川県地域医療構想を策定し、令和7年に向け、病床の機能分化・連携を進めるため、4つの医療機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）ごとに、令和7年の医療需要と病床の必要量、その実現のための施策を定めました。

本県では、人口当たりの救急告示病院数が全国上位にランクされるなど、急性期を担う医療機関が多い反面、急性期からの受け皿となる回復期の医療機関が少なく、入院医療に関する機能分化が十分行われていない状況です。

また、多数の標榜科目を備え、幅広い分野で診療を行う病院が多く見受けられることから、診療科による機能分化も十分でないことが指摘されているところです。

今後の超高齢化などの環境変化や、限られた医療資源の状況などを踏まえ、より一層の機能分担と連携により、効率的な医療提供体制の構築を図っていく必要があります。

(2) 大学病院・大学医学部

本県には、香川大学医学部附属病院があり、医療法上の特定機能病院として指定を受け、高度専門・特殊医療などに主導的な役割を担っています。また、香川大学医学部は、本県唯一の医師育成機関として、地域医療を支える人材輩出に重要な役割を有しています。

(3) 独立行政法人国立病院機構・労働者健康安全機構・独立行政法人地域医療機能推進機構、国立療養所

本県には、独立行政法人国立病院機構が設置した病院として、四国こどもとおとな

の医療センター、高松医療センターの2病院、独立行政法人労働者健康安全機構が設置した病院として香川労災病院、独立行政法人地域医療機能推進機構が設置した病院としてりつりん病院があり、それぞれ国の政策として担うべき政策的な医療等を提供しています。また、国立療養所大島青松園では、入所者に対する療養が実施されています。

(4) 県立病院

本県には、県立中央病院、白鳥病院、丸亀病院があり、また、社会福祉法人かがわ総合リハビリテーション事業団が指定管理者として運営するかがわ総合リハビリテーション病院があります。

県立中央病院は、高度医療や急性期医療、救命救急や災害医療などの政策的医療の面において県の基幹病院としての機能を有しているほか、白鳥病院は大川圏域の拠点病院として二次救急などの地域医療を、丸亀病院は県の精神科医療の基幹病院としての役割を、それぞれ担っています。

また、かがわ総合リハビリテーション病院は、身体障害者（児）等のリハビリテーションを医療面から支えているほか、急性期医療機関からの受け皿となる回復期リハビリテーション病棟を運用するなど、幅広いリハビリテーション機能を有しています。

(5) 市町立病院・公的病院

本県では、市町等が設立した公立病院が9病院、日本赤十字社や社会福祉法人恩賜財団済生会、香川県厚生農業協同組合連合会が設立した公的病院が4病院あります。

いずれも、がんや脳卒中、糖尿病などの主要な疾病の診療のほか、救急や周産期、災害医療やへき地医療などの政策的な医療面を含め、多様な分野においてそれぞれの機能に応じた中核的な役割を果たしています。

また、地域の公立病院を中心として、医療のみならず保健や介護、福祉といった分野との連携において、拠点的な役割を担いながら、地域の医療・福祉を支えています。

(6) 民間病院・社会医療法人

県内には、63の民間病院があり、病院全体の4分の3を占めています。地域の医療の実情などに応じ、それぞれの設立目的に従って公立・公的病院等との連携により、幅広い分野で地域医療の根幹を支えており、精神分野やリハビリテーションその他個別の分野や専門科目において、専門的な高い医療機能を有する病院も増加するなど、地域医療の充実に貢献しています。

また、本県では、へき地や災害医療などの政策的な分野において、積極的な貢献を行う社会医療法人として、総合病院回生病院（救急・災害医療分野）の設置主体である社会医療法人財団大樹会が認定を受けています。

【対策】

(1) 全体的事項

国における病床の機能分化などの政策動向を注意深く見守りつつ、急性期や回復期といった入院医療における機能分化や、診療科目による分担・連携などについて、各

病院の管理者等で具体的な検討を行う場を設定し、関係団体とも協力しながら、より効率的な機能分化・連携を推進していきます。

(2) 大学病院の機能充実

香川大学医学部附属病院は、医療法に規定された特定機能病院としての機能を発揮し、高度専門・特殊医療などにあたるとともに、県がん診療連携拠点病院や救命救急センター、総合周産期母子医療センターなどの政策医療の分野においても、県内医療機関を主導する役割を担います。

また、香川大学医学部は、本県唯一の医師育成機関として、引き続き、地域医療を支える人材の養成・確保・定着に重要な役割を果たしていきます。

(3) 独立行政法人国立病院機構・労働者健康安全機構の機能充実

がんや循環器などに関する高度な医療、神経難病や結核、重度心身障害児（者）に関する個別医療、災害時医療や小児の三次救急医療をはじめとする広域的な観点が必要な医療など、国の政策として担うべき医療等を、引き続き提供します。

特に、四国こどもとおとなの医療センターは、小児救命救急センターや総合周産期母子医療センター、災害拠点病院に指定されており、小児救急や周産期医療、災害医療などに関する拠点的作用を担うほか、空床確保による重度心身障害児（者）の在宅介護を支援し、香川労災病院は、中讃地域の救急医療の拠点としての役割を發揮するとともに、災害拠点病院として災害医療の拠点的作用を担うなど、それぞれの役割に応じた政策的医療を担います。

(4) 県立病院の機能充実

県立中央病院については、がんや脳卒中、心臓病などのセンター機能を十分に発揮し、県の基幹病院にふさわしい医療機能を發揮するとともに、救命救急センターや基幹災害拠点病院などの役割を担います。

また、白鳥病院にあつては引き続き、二次救急医療をはじめ地域の拠点病院としての役割を担うとともに、丸亀病院については精神科救急医療など、精神科における県の基幹病院としての機能の發揮に努めます。

かがわ総合リハビリテーション病院については、身体障害者（児）に対するサービスはもとより、回復期リハビリテーション機能を充実するなどして、一般患者等も含めたリハビリテーション機能を強化し、総合的なリハビリテーション機能の充実を図ります。

(5) 市町立病院・公的病院の機能充実

それぞれの圏域において、二次救急医療機能を中心とした中核病院としての機能を發揮するとともに、他の公的病院や民間病院と連携し、地域医療における機能充実と確保に努めます。

また、今後の超高齢社会の中で、これまでの入院・外来医療と、在宅医療や介護、保健分野などとの連携・融合による「地域包括ケア」体制の整備が重要な意義をもってきており、地域の公立病院は、その連携の中核的拠点としての役割を發揮することが望まれます。

特に、高松赤十字病院は、災害拠点病院や地域周産期母子医療センターとして、災害医療や周産期医療の拠点としての役割を担います。

(6) 民間病院・社会医療法人の機能充実

公立・公的病院と民間病院が担う機能の特性を生かしつつ、病院間の連携や病診連携などによる機能分担を進め、それぞれの病院が担う機能の充実を図ります。

また、社会医療法人が開設した病院については、救急医療等確保事業などへの積極的な関与を求め、良質な医療の提供を図ります。

第2節 疾病ごとの医療連携体制の現状・課題と対策

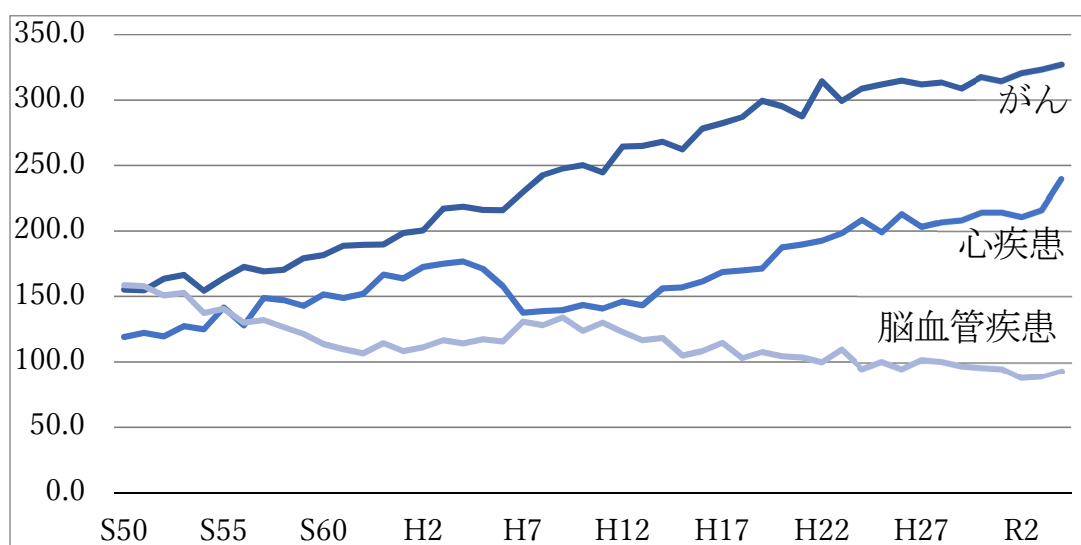
1 がん

【現状】

(1) がんの現状

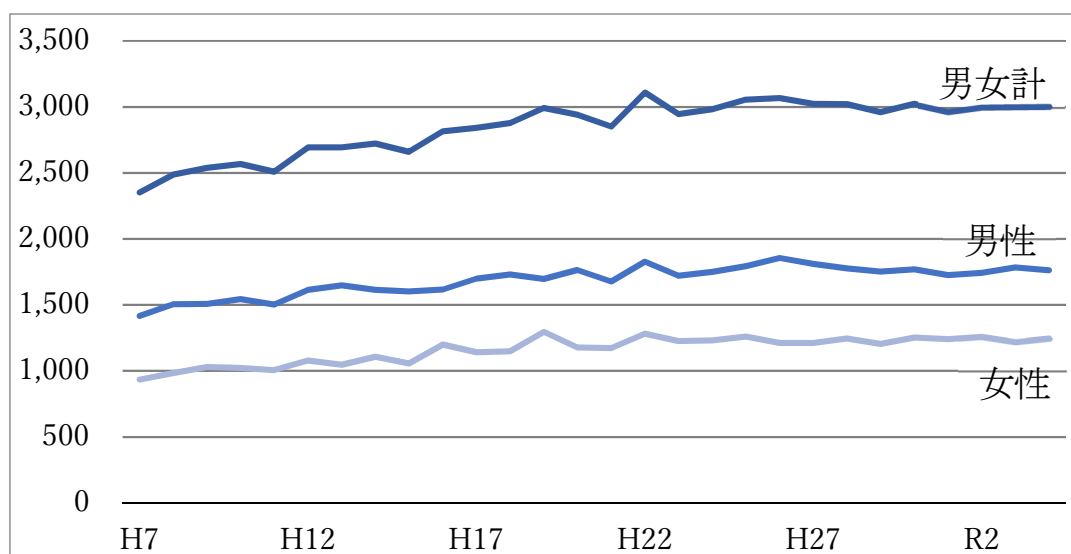
がんは、昭和52年から死亡原因の第1位となっています。令和元年には8,375の方ががんに罹患するとともに、令和4年には3,007の方ががんで亡くなっており、がんは県民の生命と健康にとって重大な問題となっています。

香川県の三大生活習慣病の死亡率の推移（人口10万人当たり）



出典：人口動態統計（厚生労働省）

香川県のがんの死亡数の推移（人）



出典：国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」（人口動態統計）

(2) がん予防とがん検診

① がん予防

喫煙は、がんや狭心症、心筋梗塞、脳卒中、慢性閉塞性肺疾患（COPD）などさまざまな病気の原因となることが科学的知見として確立しており、その健康への影響は明らかになっています。また、受動喫煙は、肺がんのリスクを高めるとされています。禁煙することによる健康改善効果についても明らかにされており、肺がんをはじめ、喫煙関連疾患のリスクが禁煙後の年数とともに確実に低下します。

20歳以上の喫煙率

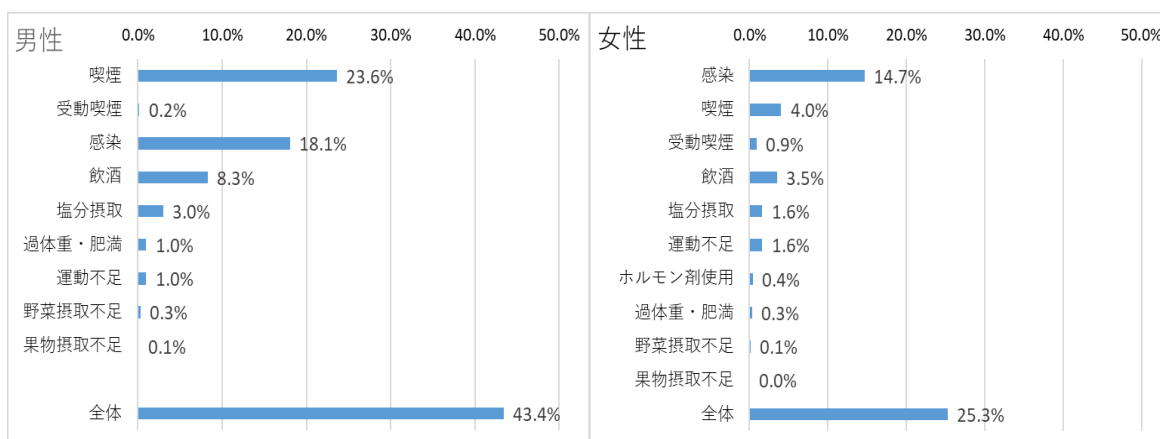
	H22	H25	H28	R 1	R 4
20歳以上の喫煙率 (男女計)	20.2%	19.4%	17.4%	16.6%	15.6%

出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」

ウイルスや細菌の持続感染によるがんには、子宮頸がんに関連するヒトパピローマウイルス（HPV）、肝がんに関連する肝炎ウイルス、成人T細胞白血病（ALT）と関連するヒトT細胞白血病ウイルス1型（HTLV-1）、胃がんに関連するヘリコバクター・ピロリ（ピロリ菌）などがあります。感染に起因するがんは、女性では1番、男性では喫煙に次いで2番目に多くがん発生の大きな因子となっています。

がん罹患リスクを減少させるための科学的根拠に基づく予防方法として、「禁煙」以外に、「節酒（節度ある飲酒）」、「食生活（減塩、野菜・果物等の摂取）」、「身体活動（運動）」、「適正体重の維持」があります。

日本人におけるがんの要因



出典：国立がん研究センターがん情報サービス「科学的根拠に基づくがん予防」

(Inoue M, et al. Burden of cancer attributable to modifiable factors in Japan in 2015. Glob Health Med. 2022; 4(1): 26-36. を元に国立がん研究センターがん情報サービスが作成。)

※棒グラフ中の項目「全体」は、複数のリスク要因が組み合わさってがんになった場合を調整しているため、各項目の単純合計値ではない。

② がん検診

がん検診には、市町が健康増進法に基づいて行うがん検診以外にも、保険者や事業主が福利厚生の一環として行う職域のがん検診や、人間ドックなど個人で受けるがん検診があります。

がん検診の目的は、がんを早期に発見し、早期に治療を行うことでがんによる死亡を減少させることです。がんによる死亡を減少させるためには、科学的根拠に基づくがん検診を受診することが必要です。

第七次香川県保健医療計画における、がん検診の受診率の目標は55%ですが、いずれのがん種においても目標を達成できていません。

香川県のがん検診の受診率

	胃がん	肺がん	大腸がん	子宮頸がん	乳がん
受診率	52.7%	54.0%	47.9%	48.8%	52.2%

※40歳～69歳（胃がんは50歳～69歳、子宮頸がんは20歳～69歳）の受診率

出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」（令和4年）

がんの早期発見・早期治療により、がんによる死亡率の減少を図るためには、がん検診により精密検査が必要と判定された受診者が、必ず精密検査を受診することが重要です。

第七次香川県保健医療計画における、がん検診の精密検査の受診率の目標は90%以上ですが、胃がん、肺がん、乳がんについては目標を達成しているものの、大腸がん及び子宮頸がんは90%未満で、目標を達成できていません。

香川県の精密検査の受診率

	胃がん	肺がん	大腸がん	子宮頸がん	乳がん
受診率	93.0%	94.3%	79.2%	86.5%	96.7%

※40歳～74歳（胃がんは50歳～74歳、子宮頸がんは20歳～74歳）の受診率

出典：厚生労働省「地域保健・健康増進事業報告」（令和3年度）

(3) がん医療等の提供

① がん医療提供体制の充実とチーム医療等の推進

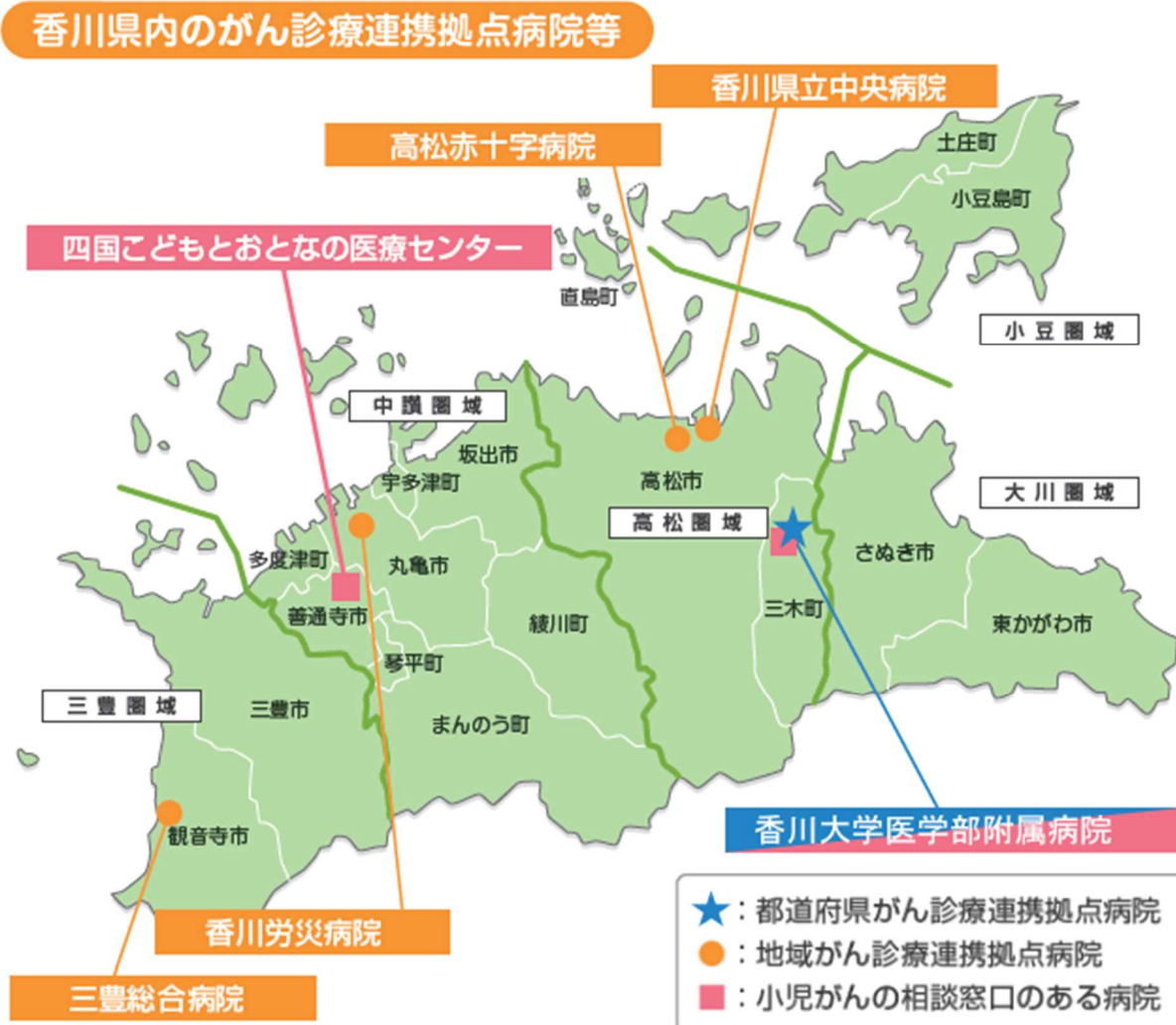
全国どこでも質の高いがん医療を提供することができるよう、がん診療連携拠点病院を整備することとされており、本県では、都道府県がん診療連携拠点病院には香川大学医学部附属病院が、地域がん診療連携拠点病院には県立中央病院、高松赤十字病院、香川労災病院及び三豊総合病院が、厚生労働大臣の指定を受けています。

小児がんについては、小児がん診療を行う連携病院として香川大学医学部附属病院、四国こどもとおとなの医療センターが指定されています。

がんゲノム医療を受けられる体制を構築するため、がんゲノム中核拠点病院や拠点病院と連携してがんゲノム医療を行うがんゲノム連携病院として、香川大学医学部附属病院、県立中央病院、高松赤十字病院及び香川労災病院が、厚生労働大臣の指定を

受けています。

がん診療連携拠点病院等では、手術療法、放射線療法や薬物療法などを効果的に組み合わせた集学的治療や、がんと診断されたときからの緩和ケアの提供、安全かつ安心で質の高いがん医療を提供するための多職種によるチーム医療を推進しています。



令和5年10月3日時点

② がんの特性や世代に応じた対策

様々な希少がんについて、がん診療連携拠点病院等を中心として、県民が適切な医療を受けられるようになっています。

小児がん診療を行う連携病院では、小児がん患者とその家族等が安心して適切な医療や支援を受けられるように診療体制が整備されています。

香川県において令和元年にがんと診断された8,375人のうち、65歳以上の高齢者は6,466人とがん患者全体の約8割となっており、今後もがん患者に占める高齢者の割合が増えると推測されます。

③ 歯科医療による口腔健康管理及び口腔機能リハビリテーション、緩和ケア

がん診療連携拠点病院等や歯科医療機関と連携して、周術期口腔機能管理計画に基づいた歯科処置や、口腔機能リハビリテーション、口腔領域に対する緩和ケアを

提供しています。

④ がん登録の推進

質の高いがん医療の実施や県民へのがんに対する理解を深めるため、がん拠点病院等からのがんに関する診断情報の届出によりがん登録を実施しています。

(4) 尊厳を持って安心して暮らせる社会

① 相談支援及び情報提供

がん患者とその家族等が抱える様々な精神心理的・社会的な悩みに対して対応するため、がん診療連携拠点病院等では「がん相談支援センター」が設置されています。がん相談支援センターには医療ソーシャルワーカーやがん専門の看護師等が配置され、がん患者とその家族のがんに対する不安や疑問への対応を行っています。

がん診療連携拠点病院等には、がん患者同士の語らいの場であるがんサロンの開催や、がんを経験したピア・サポーターによる情報交換の場を提供するところもあります。

がん患者やその家族に対し、がんに関する情報提供等について「香川県がん患者必携」を作成し配布しています。

② 社会連携に基づく患者支援

がん診療連携拠点病院等では、がん患者やその家族が納得した治療方針を選択できる有効な手段として、担当以外の医師に診断や治療方法の意見を聞く「セカンドオピニオン」の体制が整っています。

複数の医療機関同士等の間で、共通の治療計画書に従って治療を行うシステムの「地域連携クリティカルパス」を作成し、がん診療連携拠点病院等と地域の医療機関をつなぎ、切れ目のないがん医療を提供するための体制整備が進められています。

③ がん患者等の社会的な問題への対策

がん医療の進歩により、働きながらがん治療が受けられる方が増えています。がん相談支援センターでは、ハローワーク等と連携して、就労と治療が両立できる環境が整備されています。

がん治療に伴う外見の変化に起因する苦痛を軽減するアピランスキンケアについて、がん相談支援センター等を通じて相談することができます。また、がん治療による外見変貌を補正する補整具の購入費用の一部を補助する制度を設けています。

小児・AYA世代のがん患者に対して、がん診療連携拠点病院等の一部や小児がん診療を行う連携病院においては院内学級体制等が整備されています。

【課題】

(1) がん予防とがん検診

① がん予防

喫煙率の低下と受動喫煙の防止のための具体的な施策をより一層充実させる必要があります。感染に起因するがんとして、子宮頸がんを予防するHPVワクチンの定期接種の促進や、肝炎ウイルス検査の促進が求められています。また、食生活、

運動等の生活習慣の改善などにより、がんのリスクを低減させることが求められます。

② がん検診

がん検診によりがんの死亡者を減少させるためには、死亡率の減少効果が科学的に証明されている検診を実施し、検診の質（精度）を管理した上で、事業評価を行いながら、がん検診の受診率を向上させることが求められます。

(2) がん医療等の提供

① がん医療提供体制の充実とチーム医療等の推進

安心かつ安全で質の高いがん医療を提供し、個々の患者の状況に応じた多職種の連携によるチーム医療を行うとともに、がん患者や家族等に対するがんの告知や、インフォームド・コンセントの取得、セカンドオピニオンの提示などが適切に実施されるような体制を引き続き推進する必要があります。

がん医療水準の向上と均てん化を図るため、がん診療連携拠点病院以外の医療機関においても、適切ながん医療を提供することが求められています。

地域連携クリティカルパス等を活用した医療機関をつなぐ診療体制のほか、病理診断や画像診断に関する依頼、手術、放射線療法や薬物療法に関する相談などの、がん診療連携拠点病院等との連携体制の整備や、がんと診断されたときからの緩和ケアの実施などが求められます。

② がんの特性や世代に応じた対策

希少がんに関し、国は、適切な診断に基づく治療を提供するため、病理診断や治療等に係る希少がん中央機関とがん診療連携拠点病院等との連携体制の整備を引き続き推進することとしています。

小児・AYA世代（おおむね15歳～30代の思春期・若年成人）については、多種多様ながん種を含むことや、薬物療法、放射線治療など治療の影響によって生じる成長発達への影響や臓器機能の障害など、個々の状況や世代に応じた多様な課題があります。

がん治療によって、主に卵巣、精巣等の機能に影響を及ぼし、妊孕性が低下することがあります。将来子供を産み育てることを望む小児・AYA世代に対して適切な情報提供と相談支援及び、妊孕性温存療法の医療体制の整備が課題です。

高齢者のがんについて、全身の状態や他の疾患があること等により、標準的な治療が適用にならない場合等があります。また、高齢のがん患者に対する意思決定支援の体制整備や地域の医療機関及び介護事業所等との連携体制の整備等が求められています。

③ 歯科医療による口腔健康管理及び口腔機能リハビリテーション、緩和ケア

患者の身体状態を維持又は回復し、生活の質を保つには、口からの感染予防や口腔機能（食べる、飲み込み、会話などの日常生活における口の機能）を維持することが重要です。

④ がん登録の推進

がん登録の精度の維持・向上のため、医療関係者をはじめ、県民のがん登録に対

する理解を促進する必要があります。また、がん登録によって得られる情報を県民へ効果的に情報提供することが求められています。

(3) 尊厳を持って安心して暮らせる社会

① 相談支援及び情報提供

がん相談支援センターががん患者とその家族等が抱える多様な相談内容に対応するためには、相談支援に携わる人材の継続的な育成とともに、協力体制の強化のために院内・院外へ周知が必要です。また、がん患者とその家族等が、相談支援が受けられるようにがん相談支援センターの周知啓発が必要です。

がん患者同士の体験共有ができるピア・サポーターの継続的な養成と質の担保が課題です。また、ピア・サポート活動の場の提供も課題です。さらに、がん患者等がピア・サポーターやがんサロンの場において相談支援が受けやすくなるような仕組みについても検討する必要があります。

がんに関する情報があふれている中で、科学的な根拠に基づいているとは言えない情報が含まれていることがあります。がん患者とその家族等が、確実に、必要な情報や正しい情報にアクセスできる環境が求められています。

② 社会連携に基づく患者支援

セカンドオピニオン自体の周知啓発とともに、セカンドオピニオンが受けられる医療機関等に関する情報提供について検討する必要があります。

がん診療連携拠点病院等を中心とした医療機関は、在宅緩和ケアを提供できる診療所などと連携し、患者とその家族の意向に応じた切れ目のない在宅医療の提供体制を整備する必要があります。薬局や訪問看護ステーション等との連携により、切れ目なく質の高い緩和ケアを含めた在宅医療・介護サービスを提供することが求められます。

③ がん患者等の社会的な問題への対策

がん医療の進歩により治療を継続しながら社会生活を送るがん患者が増加しています。がんになっても自分らしく生き活きと働き、安心して暮らせる社会の構築に向けて、働く世代のがん患者の離職防止や再就職のための就労支援体制の拡充が求められています。

がんの治療と学業や仕事との両立を可能とするため、がんの治療に伴う外見変化に対する苦痛を軽減するアピアランスケアの重要性が高まっています。

小児・AYA世代のがん患者は、保育、就学、進学、就職・就労などライフステージごとに、個々の状況や世代に応じた多様な課題があります。

【対策】

(1) がん予防とがん検診

① がん予防

喫煙がもたらす健康への悪影響について、県民に対して正しい知識の普及を図るとともに、禁煙希望者に対して医療機関への受診促進などの積極的な禁煙支援を行います。受動喫煙の防止については、県有施設における禁煙施策をはじめ、事業者

等における受動喫煙対策を促進します。

HPVなどウイルスや細菌の感染に起因するがんについて、正しい知識の普及啓発を行うとともに、ワクチンの定期接種の体制整備について推進します。また、肝炎ウイルス検査の受検を推進します。

「健やか香川21ヘルスプラン（第3次）」に基づき、関係機関と連携して、生活習慣の改善を推進します。

② がん検診

「香川県がん検診受診率向上プロジェクト推進企業グループ」や「ピンクリボンかがわ県協議会」との協働等により、定期的ながん検診受診の必要性についての効果的な普及啓発を行うとともに、働く世代等が受診しやすい環境の整備を図ります。また、がん検診や精密検査の未受診者への受診勧奨・再勧奨等を行います。

その精度向上を図るため、市町におけるがん検診の精度管理を行うとともに、国の指針に基づいた科学的根拠に基づくがん検診の実施を推進していきます。

(2) がん医療等の提供

① がん医療提供体制の充実とチーム医療等の推進

県内で安心かつ安全で質の高いがん医療を提供できるよう、引き続き、がん診療連携拠点病院等を中心としたがん医療の均てん化と医療体制の充実を図ります。また、がん医療水準の向上と均てん化を図るため、県独自のがん診療連携拠点病院に準じる指定制度を推進します。

適切かつ安全ながんの標準的治療を提供するとともに、科学的根拠に基づくがん治療が受けられるように図ります。

がん診療連携拠点病院等において、医師、看護師、薬剤師、社会福祉士など多職種によるチーム医療を引き続き推進します。

② がんの特性や世代に応じた対策

がん診療連携拠点病院等は、希少がんや難治性がん患者が適切な医療を受けられるように努めます。

小児がん・AYA世代のがん患者が、適切な医療を受けられるように、小児がん診療を行う連携病院とがん診療拠点病院等を含めた医療機関における連携を進めます。

がん治療が妊孕性に与える影響に関する適切な情報提供と相談支援の体制について検討します。また、がん医療と妊孕性温存療法の連携ネットワーク体制の整備を推進します。

高齢のがん患者に対する意思決定支援の体制整備や、自らが望む医療やケアについて、家族等と、医療・介護従事者たちと情報を共有するアドバンス・ケア・プランニング（ACP／愛称：人生会議）の取組みを推進します。地域の医療機関及び介護事業所等との連携体制の整備等を推進します。

③ 歯科医療による口腔健康管理及び口腔機能リハビリテーション、緩和ケア

がん診療医療機関及び在宅療養支援機関と歯科医療機関が連携して、周術期口腔機能管理計画（口腔健康管理を含む）に基づく感染予防、手術時の歯の破折等の防

止及び咀嚼機能の改善を目的とした歯科処置や、摂食嚥下機能の低下を防ぐための口腔機能リハビリテーション（食べて飲み込む訓練）等を終末期に至るまで提供する取組みを進めます。

また、口腔機能を完全に回復できない場合や口腔内症状の改善が見込めないような場合においては、口腔領域に対する緩和ケアを行っていきます。

④ がん登録の推進

がん登録の意義と内容について周知を図るとともに、医療機関にさらなる協力を求めることで、がん登録の精度の維持・向上を図ります。がん登録によって得られる情報を活用した県民への分かりやすい情報提供を行います。

(3) 尊厳を持って安心して暮らせる社会

① 相談支援及び情報提供

がん診療拠点病院等に設置されているがん相談支援センターの相談員の質の向上と、様々な部門の連携体制の強化を図ります。がん患者やその家族等ががん相談支援センターを利用できるように周知啓発に努めます。

ピア・サポーターの継続的な養成と質の向上を目指した取組みを図ります。また、ピア・サポート活動の場が確保されるように図ります。がんサロンやがん相談支援センターを通じて、がん患者等がピア・サポーターからの相談支援が受けやすくなるような仕組みを検討していきます。

がん患者とその家族等が、確実に、必要な情報や正しい情報にアクセスできるように、国立がん研究センター等や、がん診療連携拠点病院等と連携して県のHPや啓発資材を通じて情報発信を強化します。

② 社会連携に基づく患者支援

がん患者やその家族等が納得した治療を選択できる有効な手段となる「セカンドオピニオン」についての情報提供を推進します。

がん診療拠点病院等から地域の医療機関への移行をつなぐ「地域連携クリティカルパス」を活用していきます。また、病院・診療所・調剤薬局等をネットワークで繋ぎ、医療情報を相互に共有し、質の高い医療サービスを提供できる「かがわ医療情報ネットワーク（通称K-MIX R）」の活用を推進します。

③ がん患者等の社会的な問題への対策

働く世代のがん患者の離職防止や再就職のため、がん相談支援センター等やハローワーク等との連携協力を通じて就労支援の体制の拡充を図ります。また、職場におけるがん患者への理解や協力体制の整備について情報提供や普及啓発を図ります。

アピアランスケアの充実に向けて、がん診療連携拠点病院等と連携して相談支援及び情報提供体制の整備を図ります。

小児・AYA世代のがん患者が、療養中においても適切な教育が受けられるように環境整備を行うとともに、復学・就学支援等の支援を推進します。また、小児・AYA世代のがん経験者において、就労支援に関係する機関とも連携して体制整備を図ります。

【数値目標】

(1) がん予防とがん検診

項目		現状	目標	目標年次
がんの年齢調整死亡率 (75歳未満/人口10万人当たり)	男性	80.8 (R 3)	65.7	令和11年度
	女性	49.9 (R 3)	45.7	
20歳以上の喫煙率		15.6% (R 4)	8.0%	令和11年度
がん検診の受診率 ^{※1}	胃がん	52.7% (R 4)	60%以上	令和11年度
	肺がん	54.0% (R 4)		
	大腸がん	47.9% (R 4)		
	子宮頸がん	48.8% (R 4)		
	乳がん	52.2% (R 4)		
精密検査の受診率 ^{※2}	胃がん	93.0% (R 2)	90%以上	令和11年度
	肺がん	94.3% (R 2)		
	大腸がん	79.2% (R 2)		
	子宮頸がん	86.5% (R 2)		
	乳がん	96.7% (R 2)		

※ 年齢調整死亡率の値は昭和60年モデル人口による数値

※1 40歳～69歳（胃がんは50歳～69歳、子宮頸がんは20歳～69歳）の受診率

※2 40歳～74歳（胃がんは50歳～74歳、子宮頸がんは20歳～74歳）の受診率

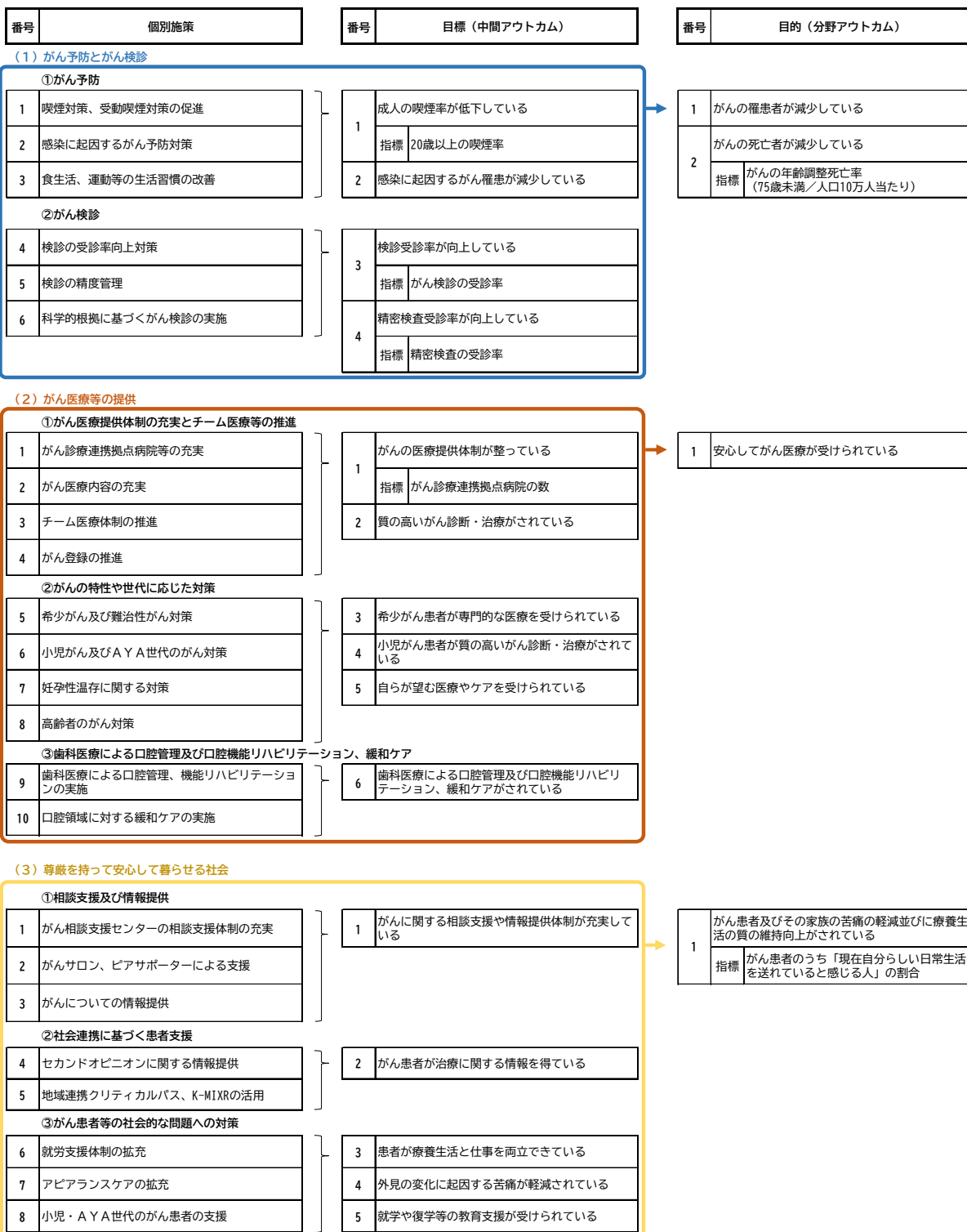
(2) がん医療等の提供

項目	現状	目標	目標年次
がん診療連携拠点病院の数	5病院	維持	令和11年度

(3) 尊厳を持って安心して暮らせる社会

項目	現状	目標	目標年次
がん患者のうち「現在自分らしい日常生活を送れていると感じる人」の割合	62.3% (H30)	増加	令和11年度

【ロジックモデル】



2 脳卒中

【現状】

(1) 脳卒中の現状

全国の脳血管疾患を原因とした死亡者は年間約10.7万人となっており、死亡数全体の6.9%を占め、死因の第4位となっています。

本県では、脳血管疾患を原因とした死亡者は年間859人であり、死亡数全体の6.3%を占め、死因の第4位となっています。〔厚生労働省「人口動態調査」（令和4年）〕

脳卒中は、死亡を免れても後遺症として片麻痺、嚥下障害、言語障害などの後遺症が残ることが少なくありません。介護が必要になった者のうち、16.1%は脳血管疾患を原因としており、その原因の第2位となっています。脳卒中の発症後に、後遺症が残るなどした患者やその家族にとっては、日常生活に極めて大きな影響を与えることになっています。

(2) 香川県の状況

本県における脳卒中を死因とする年齢調整死亡率は、平成27年の前回調査から男女ともに低下しています。

脳神経内科を主たる診療科とする医師数は、人口10万人当たり全国平均より少ない一方、脳神経外科を主たる診療科とする医師数は、全国平均より多くなっています。

脳血管疾患により救急搬送された患者数は、人口10万人当たりの全国平均より多い一方、救急要請時から医療機関に収容されるまでの救急搬送時間も全国平均より短くなっています。

脳梗塞患者の発症直後の治療法であるrt-PAの静脈内投与による血栓溶解療法においては、24時間365日施行可能な医療機関が県内に複数あり、脳外科的処置が必要な場合、迅速に対応できる体制がありますが、圏域によって地域的偏在が見られます。

脳血管疾患に係るリハビリテーションに対応できる医療機関数は、人口10万人当たりで全国平均を上回っています。また、在宅復帰を目指し、集中的にリハビリテーションに取り組む回復期リハビリテーション病棟についても、人口10万人当たりの病床数は全国平均並みですが、圏域によって地域的偏在が見られるほか、四国の他県と比べると少なくなっています。

① 予防関係

特定健康診査の実施率

項目	実施率	各県実施率の最高／最低	全国順位	備考
香川	55.8%	66.3%／45.7%	23	全国順位は実施率の高い順
全国平均	56.2%	—	—	

出典：厚生労働省（令和3年）

② 受療関係

脳血管疾患受療率（人口10万人当たり）

項目	受療率	各県受療率の最高／最低	全国順位	備考
香川(男)	184	292／104	32	全国順位は受療率の低い順
全国平均(男)	155	—	—	
香川(女)	149	390／108	13	
全国平均(女)	158	—	—	

出典：厚生労働省「患者調査」（令和2年）

③ 治療・連携等の状況

項目	全県	東部	小豆	西部
脳神経内科医師数 （令和2年「医師・歯科医師・薬剤師統計」）	36	29	0	7
脳神経外科医師数 （令和2年「医師・歯科医師・薬剤師統計」）	77	44	1	32
脳血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数 （令和3年3月「脳血管疾患等リハビリテーション料（I）」届出施設数）	31	15	1	15
脳梗塞に対するt-PAによる脳血栓溶解療法の実施可能な病院数 （令和3年3月「超急性期脳卒中加算」の届出施設数）	12	7	0	5
脳梗塞に対するt-PAによる血栓溶解療法の実施件数 （レセプト件数）（令和3年度「NDB」）※1	*	57	*	102
くも膜下出血に対する脳動脈瘤クリッピング術の実施件数 （レセプト件数）（令和3年度「NDB」）	35	12	0	23
くも膜下出血に対する脳動脈瘤コイル塞栓術の実施件数 （レセプト件数）（令和3年度「NDB」）	53	37	0	16
脳卒中患者における地域連携計画作成等の実施件数 （レセプト件数）（令和3年度「NDB」）	257	131	0	126
脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数 （レセプト件数）（令和3年度「NDB」）	6,656	3,143	103	3,410
回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関数 （令和5年9月「回復期リハビリテーション病棟」施設基準届出数）	15	7	0	8
回復期リハビリテーション病棟の病床数 （令和5年9月「回復期リハビリテーション病棟」施設基準届出数）	605	221	0	384

脳卒中患者に対する嚥下機能訓練の実施件数（レセプト件数）（令和3年度「NDB」）	2,583	1,081	149	1,353
在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合（令和2年患者調査の特別集計※2）	52.2	55.0	33.4	50.4

※1 NDBから得られる数値については、「レセプト情報・特定健診等情報の提供に関するガイドライン」に準じたマスク処理「*」を実施している。

※2 厚生労働省における特別集計によって把握した数値であり、調査結果の精度に一定の限界がある。

④ 平均在院日数・年齢調整死亡率

脳血管疾患 病院の退院患者平均在院日数

項目	日数	各県日数の最高／最低	全国順位	備考
香川	57.2	151.3／51.1	7	全国順位は日数の短い順
全国平均	77.4	—	—	

出典：厚生労働省「患者調査」（令和2年）

脳血管疾患 年齢調整死亡率（人口10万人当たり）

項目	H27	各県の率の最高／最低	全国順位	R2	各県の率の最高／最低	全国順位
香川(男)	37.6	52.8／26.4	23	(令和5年12月に公表予定)		
全国平均(男)	37.8	—	—			
香川(女)	18.1	29.3／16.6	7			
全国平均(女)	21.0	—	—			

※全国順位は死亡率の低い順 出典：厚生労働省「人口動態特殊報告」

【課題】

(1) 発症予防

脳卒中の危険因子は、高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病、歯周病などであり、発症予防のためには、適切な食事、適度な運動、禁煙、正しい口腔ケアなどの生活習慣の改善や基礎疾患の適切な治療が重要です。

(2) 応急手当・病院前救護

脳卒中を疑うような症状が出現した場合は、速やかに専門の医療機関を受診し、専門的な治療が受けられるようにすることが重要です。

このため、本人や家族等周囲にいる者は、発症後速やかに救急搬送の要請を行うことが必要であり、救急救命士等においては、適切な観察・判断・処置の上、急性期医療を担う医療機関に速やかに搬送することが求められます。

(3) 救急医療【急性期】

脳卒中の急性期には、呼吸管理、循環管理等の全身管理とともに、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血などの個々の病態に応じた治療が行われることとなりますが、いずれにせよ、脳卒中の急性期治療を担う医療機関においては、早急に専門的な治療を開始することが肝要です。また、廃用症候群や合併症の予防のため、早期にリハビリ

テーションを実施することも求められます。

(4) 身体機能を回復させるリハビリテーション【回復期】

回復期においては、身体機能の早期改善のための集中的なリハビリテーションが求められます。また、併せて再発予防を目的とした生活や食事、服薬指導等の患者教育の実施や基礎疾患・危険因子の管理が求められるなど、回復期リハビリテーションにおける役割は重要です。

本県における人口10万人当たりの回復期リハビリテーション病棟の整備状況は、全国平均並みである一方、四国の他の3県に比較すると最下位に位置しています。超高齢化の状況を踏まえると、急性期からの受け皿となる回復期リハビリテーション病棟の整備促進が必要です。

(5) 日常生活への復帰及び生活維持のためのリハビリテーション【維持期】

維持期においては、生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションを実施することにより、在宅への復帰及び日常生活の継続を支援することが求められます。

(6) 生活の場における療養【維持期】

患者が在宅等の生活の場で療養できるよう、薬局や訪問看護ステーション等と連携して在宅医療を実施するとともに、介護・福祉サービス等との連携により在宅医療を支援することが求められています。

併せて、最期まで在宅等での療養を望む患者に対する看取りを行うことも求められます。

(7) 歯科医療による口腔機能リハビリテーション及び口腔管理

脳卒中はその発生原因の一つに口腔内細菌の血管への侵入によるアテロームプラーク（アテローム硬化）が示唆されており、適切な口腔健康管理による予防が望まれます。

また、発症後は後遺症が残ることが多く、口腔機能についても障害が発生する場合がありますことから、経口摂取への移行に向けた口腔機能リハビリテーション（食べて飲み込む訓練）を、適切な評価に基づき、できるだけ早期から実施する必要があります。また、脳卒中の後遺症として嚥下障害がある場合、軟口蓋挙上装置（パラタルリフト）や舌触補助床など、歯科医療機関が作成する装置が有効な場合もあるので、歯科専門職と連携をとったリハビリテーションの実施が望まれます。

さらに、口腔健康管理を行うことで、脳卒中の合併症としての誤嚥性肺炎を予防し、急性期、回復期、維持期を通して、口腔機能管理を継続することも重要です。

(8) 医療連携

発症直後の急性期において、高度・専門的な脳分野の手術が可能な医療機関は限定されており、その後の回復期や維持期など医療機関の役割分担が細分化していることから、日頃から連携する医療機関等の中での情報共有・交換や、地域連携クリティカルパスを活用した連携体制の構築が重要となっています。

【対策】

(1) 予防関係

「健やか香川2 1ヘルスプラン（第3次）」に基づき、関係機関と連携して、各年代に応じた生活習慣の改善を推進し、生活習慣病全般の発症予防に努めるとともに、基礎疾患の適切な受診・治療を進めます。

(2) 医療関係

① 連携体制の構築

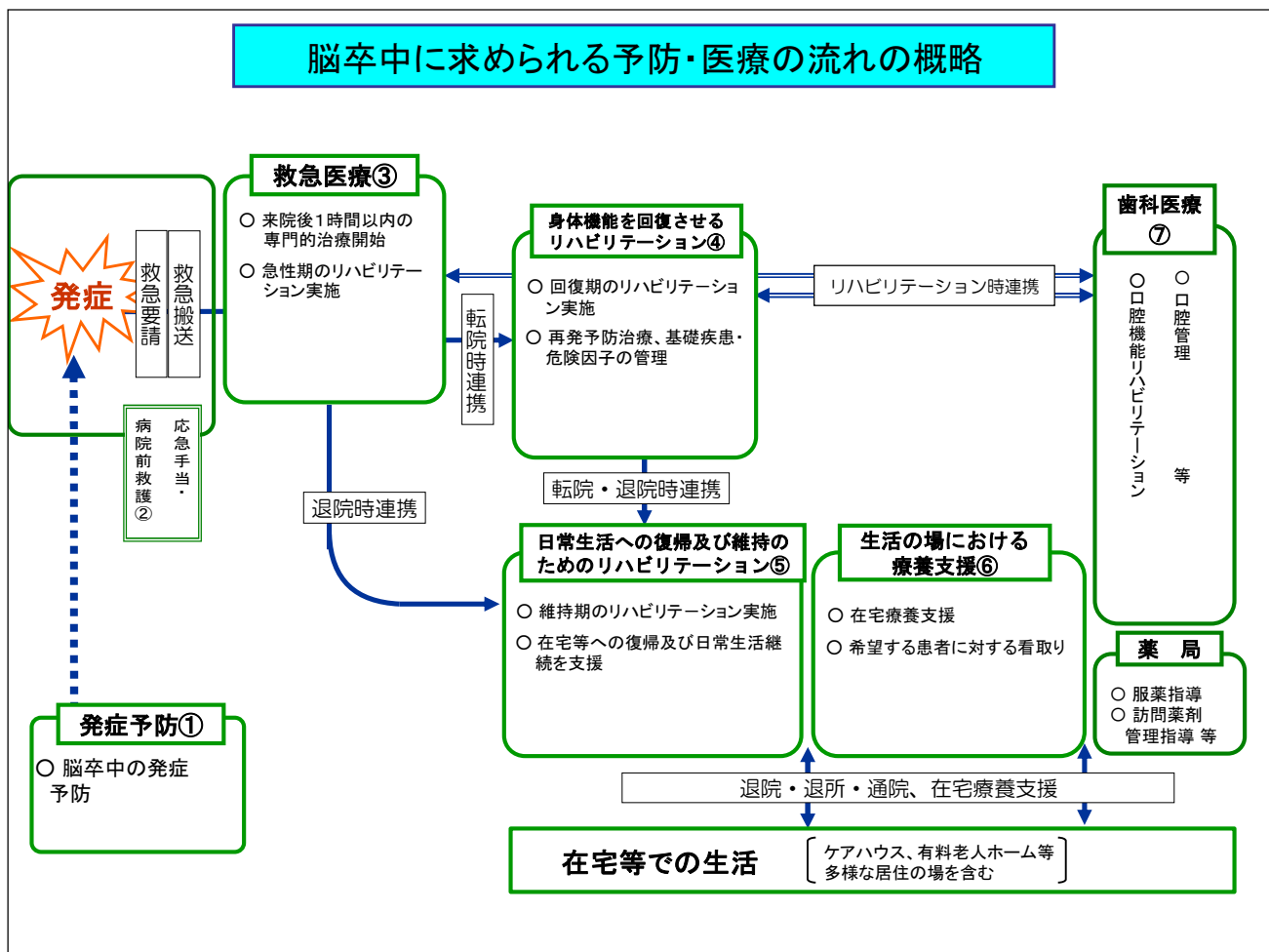
行政機関や歯科医療機関を含む関係医療機関、介護サービス事業所などにおいて積極的に話し合いを進め、脳卒中医療に関する連携体制を構築するよう努めます。

なお、連携体制を構築するに当たって、求められる予防・医療の流れを大まかに示すと、次ページの図のとおりです。

また、急性期から回復期・維持期までの関係機関等の情報共有化を図るため、地域連携クリティカルパス等の活用を促進し、適用機関の拡大を進めます。

② 医療機能を担う医療機関等の名称の公表

脳卒中に係る医療機能を担う医療機関等の名称を、インターネット等を通じて公表します。



③ 発症直後の医療等

一般県民の救護処置等に関する普及啓発を進めるとともに、救急医療体制の整備・充実を図り、発症直後の医療体制の強化を進めます。

④ リハビリテーション等の充実

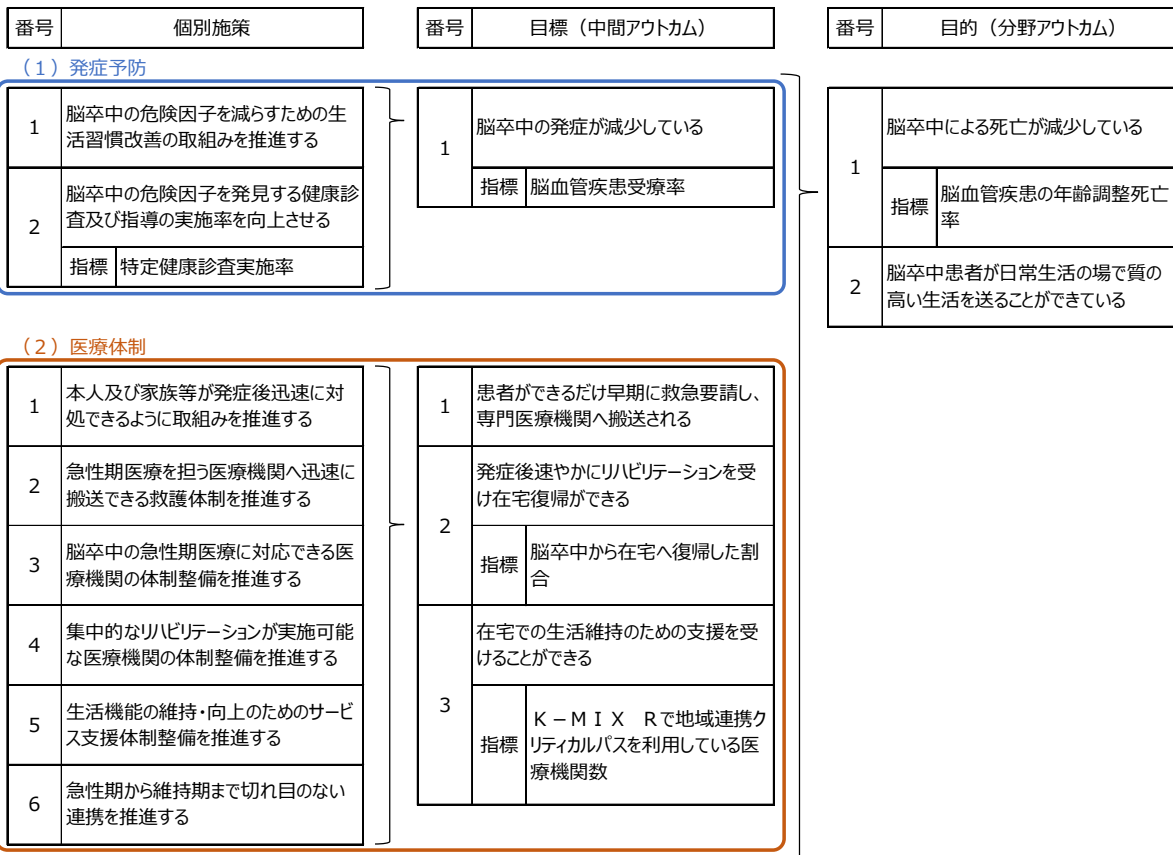
脳卒中による日常生活動作の低下を防ぐため、集中的にリハビリテーションを実施して在宅復帰を目指す回復期リハビリテーション病棟の整備を促進するとともに、急性期から維持期に至るリハビリテーション体制の充実を図ります。

また、脳卒中患者の口腔機能管理ができる歯科医師等を養成し、医療・介護関係職種との連携により、口腔健康管理・口腔機能リハビリを推進します。

【数値目標】

項目		現 状	目 標	目標年次
脳血管疾患年齢調整死亡率 (人口10万人当たり)	男性	(令和5年12月に公表予定の 令和2年度数値を踏まえ、 設定)		令和11年度
	女性			
脳血管疾患受療率 (人口10万人当たり)	男性	184 (令和2年度)	155	令和11年度
	女性	149 (令和2年度)	108	
在宅等生活の場に復帰した患者の 割合		52.2% (令和2年度)	55.2%	令和11年度
K-MIX Rで地域連携 クリティカルパスを利用している 医療機関数		24 (令和4年度)	35	令和11年度
特定健康診査の実施率		55.8% (令和3年度)	70%以上	令和11年度

【ロジックモデル】



3 心筋梗塞等の心血管疾患

【現状】

(1) 心筋梗塞等の心血管疾患の現状

全国における心疾患を原因とした死亡者は年間約23.3万人となっており、死亡数全体の14.8%を占め、死亡順位の第2位となっています。このうち、急性心筋梗塞による死亡数は、心疾患死亡数の13.7%で約3.2万人、心不全による死亡数は、心疾患死亡数の42.4%で約9.9万人と急性心筋梗塞の約3倍となっており、増加傾向にあります。

本県においても、心疾患を原因とした死亡者は年間2,205人で、死亡数全体の16.3%を占め、がんに次いで死亡順位の第2位です。このうち、急性心筋梗塞による死亡数は年間210人と心疾患死亡数の9.5%、心不全は830人で心疾患死亡数の37.6%を占めています。〔厚生労働省「人口動態調査」（令和4年）〕

急性心筋梗塞や大動脈解離などの急性期心血管疾患は、自覚症状が出現してから治療が開始されるまでの時間によって、治療法や予後が大きく左右されるという特色があります。突然死の危険性もあり、その生命予後に直結するため、病院前救護や救急搬送を含めた迅速な対応と適切な治療が早急に開始されることが求められます。また、同時に再発予防や在宅復帰を目指して、心臓リハビリテーションの実施も求められ、急性期から回復期、在宅までの医療機関が相互に連携しながら継続して治療が実施されることが重要です。

一方、慢性心不全患者は、心不全増悪による再入院を繰り返しながら、身体機能が徐々に悪化していく悪循環に陥ることが多く、再発予防・再入院予防に向けては、急性期心血管疾患と同様に心臓リハビリテーションの実施と基礎疾患、危険因子の継続的な管理が重要です。

(2) 香川県の状況

虚血性心疾患の受療率は全国平均よりも高く、虚血性心疾患を死因とする死亡率は、男女ともに全国平均より低くなっています。

循環器内科を主たる診療科とする医師数及び心臓血管外科を主たる診療科とする医師数は、ともに、人口10万人当たりで全国平均より多くなっています。

また、心臓外科領域の手術や、心大血管リハビリテーションの実施に関し、地域的な偏在がみられ、救急要請時から医療機関に収容されるまでの救急搬送時間は、全国平均より短くなっています。

① 予防関係

特定健康診査の実施率

項目	実施率	各県実施率の最高／最低	全国順位	備考
香川	55.8%	66.3%／45.7%	23	全国順位は実施率の高い順
全国平均	56.2%	—	—	

出典：厚生労働省（令和3年）

② 受療関係
虚血性心疾患 受療率（人口10万人当たり）

項目	受療率	各県受療率の最高/最低	全国順位	備考
香川(男)	93	149/44	44	全国順位は受療率の低い順
全国平均(男)	64	—	—	
香川(女)	75	93/19	45	
全国平均(女)	40	—	—	

出典：厚生労働省「患者調査」（令和2年）

③ 治療・連携等の状況

項目	全県	東部	小豆	西部
循環器内科医師数 (令和2年「医師・歯科医師・薬剤師統計」)	122	84	1	37
心臓血管外科医師数 (令和2年「医師・歯科医師・薬剤師統計」)	26	19	0	7
心筋梗塞専用集中治療室(CCU)病床数 (令和2年「医療施設調査」)	33	23	0	10
急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈インターベンションの実施件数(レセプト件数)(令和3年度「NDB」)	1,545	875	0	670
虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数(レセプト件数)(令和3年度「NDB」)	105	80	0	25
心筋梗塞に対する来院後90分以内冠動脈再開通件数(レセプト件数)(令和3年度「NDB」)	275	155	0	120
心大血管リハビリテーション実施可能な医療機関数(令和4年3月「心大血管リハビリテーション料(I)」届出施設数)	19	12	0	7
在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合(令和2年患者調査の特別集計※)	95.3	96.4	100	93.6

※ 厚生労働省における特別集計によって把握した数値であり、調査結果の精度に一定の限界がある。

④ 虚血性心疾患 退院患者平均在院日数

項目	日数	各県日数の最高/最低	全国順位	備考
香川	11.3	87.2/4.1	33	全国順位は日数の短い順
全国平均	12.4	—		

出典：厚生労働省「患者調査」（令和2年）

⑤ 年齢調整死亡率（人口10万人当たり）
心疾患

項目	H27	各県の率の 最高/最低	全国 順位	R 2	各県の率の 最高/最低	全国 順位
香川(男)	69.8	81.0/42.3	33	(令和5年12月に公表予定)		
全国平均(男)	65.4	—	—			
香川(女)	39.3	42.8/23.9	42			
全国平均(女)	34.2	—	—			

※全国順位は死亡率の低い順 出典:厚生労働省「人口動態特殊報告」

虚血性心疾患

項目	H27	各県の率の 最高/最低	全国 順位	R 2	各県の率の 最高/最低	全国 順位
香川(男)	21.0	50.9/14.8	9	(令和5年12月に公表予定)		
全国平均(男)	31.3	—	—			
香川(女)	8.9	20.8/5.5	20			
全国平均(女)	11.8	—	—			

※全国順位は死亡率の低い順 出典:厚生労働省「人口動態特殊報告」

⑥ その他
救急搬送時間（救急要請から医療機関収容までの平均時間）

項目	平均時間	各県の最高/最低	全国順位	備考
香川	38.2	55.5/33.5	11	全国順位は 時間の短い順
全国平均	42.8	—		

出典:総務省消防庁「救急・救助の現況」（令和3年）

【課題】

(1) 発症予防

急性心筋梗塞等の心血管疾患の危険因子は、高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病などであり、発症予防のためには、適切な食事、適度な運動、禁煙などの生活習慣の改善や基礎疾患の適切な治療が重要です。

また、歯周病によって、歯周病原細菌が血管中に入り血栓を作る可能性や、産生された炎症性サイトカインが間接的に冠動脈に作用することも言われており、歯周病原細菌による免疫・炎症性反応が血管疾患に関わる可能性が考えられています。

(2) 応急手当・病院前救護

急性心筋梗塞や大動脈解離などの急性期心血管疾患を疑うような症状が出現した場合は、速やかに専門の医療機関を受診できるよう、本人や家族等周囲にいる者が、救急搬送の要請を行うことが必要です。また、救急救命士を含む救急隊員は、急性期医療を担う医療機関へ速やかに搬送することが求められます。

さらに、急性心筋梗塞の発症後は、病院外で心肺停止状態になった場合、周囲にいる者などによる心肺蘇生が有効であるとともに、できるだけ早く急性期の治療を受ける必要があることから、迅速かつ適切な医療を受療できる救急医療体制の充実が必要です。

(3) 救急医療

救急医療を担う急性期医療機関においては、患者の疾患や重症度に応じた適切な治療を開始するほか、合併症や再発の予防、在宅復帰のための心臓リハビリテーションを実施することが求められます。また、再発予防のための定期的専門的検査の実施も求められます。

(4) 身体機能を回復させる心臓リハビリテーションの実施

心臓リハビリテーションは、合併症や再発の予防、早期の在宅復帰及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ことが求められます。

(5) 再発予防

急性期心血管疾患の急性期を脱した後は、不整脈、ポンプ失調等の治療やそれらの合併症予防、再発予防、心臓リハビリテーション、基礎疾患や危険因子（高血圧、高脂血症、喫煙、糖尿病、歯周病等）の継続的な管理が必要です。また、在宅医療を継続できるように在宅でのリハビリ、再発予防のための管理を薬局や訪問看護ステーション等と連携して実施することが求められます。

加えて、患者の周囲にいる者に対する病気への理解、再発時における適切な対応についての教育等も重要となります。

また、慢性心不全患者は、心不全増悪による再入院を繰り返しながら、身体機能が徐々に悪化していく悪循環に陥ることが多く、再発予防・再入院予防に向けては、急性期心血管疾患と同様に心臓リハビリテーションの実施や基礎疾患、危険因子の継続的な管理が重要です。

なお、急性心筋梗塞発症から間隔を置かず歯科治療を行うことにより、再発作を起こす危険性があることから、歯科治療が必要な場合には、治療のリスクを十分説明することが必要です。

(6) 医療連携

心臓の外科的手術ができる医療機関は限定されており、医療機関の役割がある程度細分化している分野であることから、日頃から連携する医療機関間での情報共有や、地域連携クリティカルパスを活用した連携体制の構築が重要となっています。

【対策】

(1) 予防関係

「健やか香川21ヘルスプラン（第3次）」に基づき、関係機関と連携して、各年代に応じた生活習慣の改善を促進し、生活習慣病全般の発症予防に努めるとともに、基礎疾患の適切な受診・治療を進めます。

(2) 医療関係

① 連携体制の構築

行政機関や歯科医療機関を含む関係医療機関、介護事業所などにおいて積極的に話し合いを進め、心筋梗塞等の心血管疾患医療に関する連携体制を構築するよう努めます。連携体制を構築するに当たり、求められる予防・医療の流れは、次頁の図のとおりです。

また、急性期から回復期・維持期までの関係機関等の情報共有化を図るため、地域連携クリティカルパス等の活用を促進し、その運用拡大を進めます。

② 各医療機関等の名称の公表

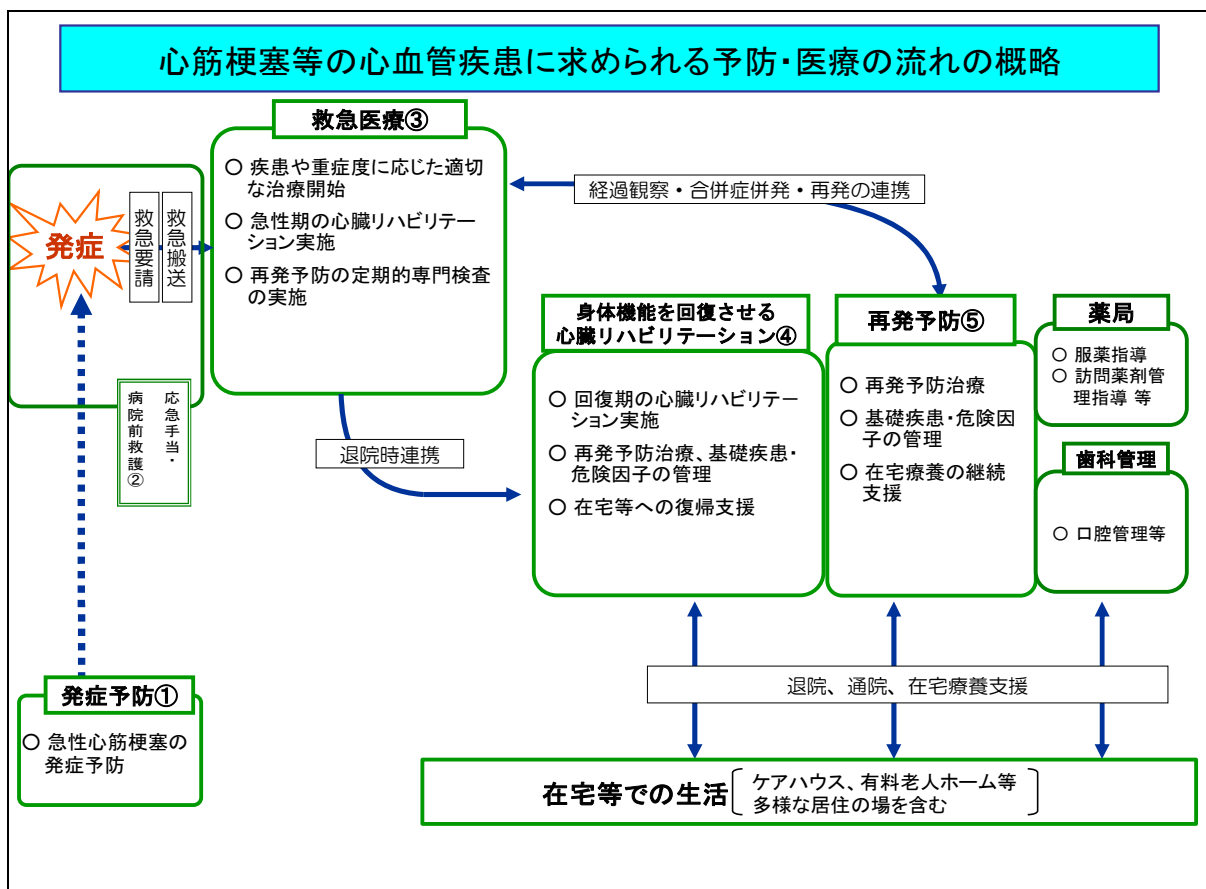
急性心筋梗塞等に係る医療機能を担う医療機関等の名称を、インターネット等を通じて公表します。

③ 発症直後の医療等

発症直後に周囲の県民等が心肺蘇生を迅速に実施できるよう、心肺蘇生法の手順や自動体外式除細動器（AED）設置場所の周知啓発により、救命率向上を図ります。

④ リハビリテーションの充実

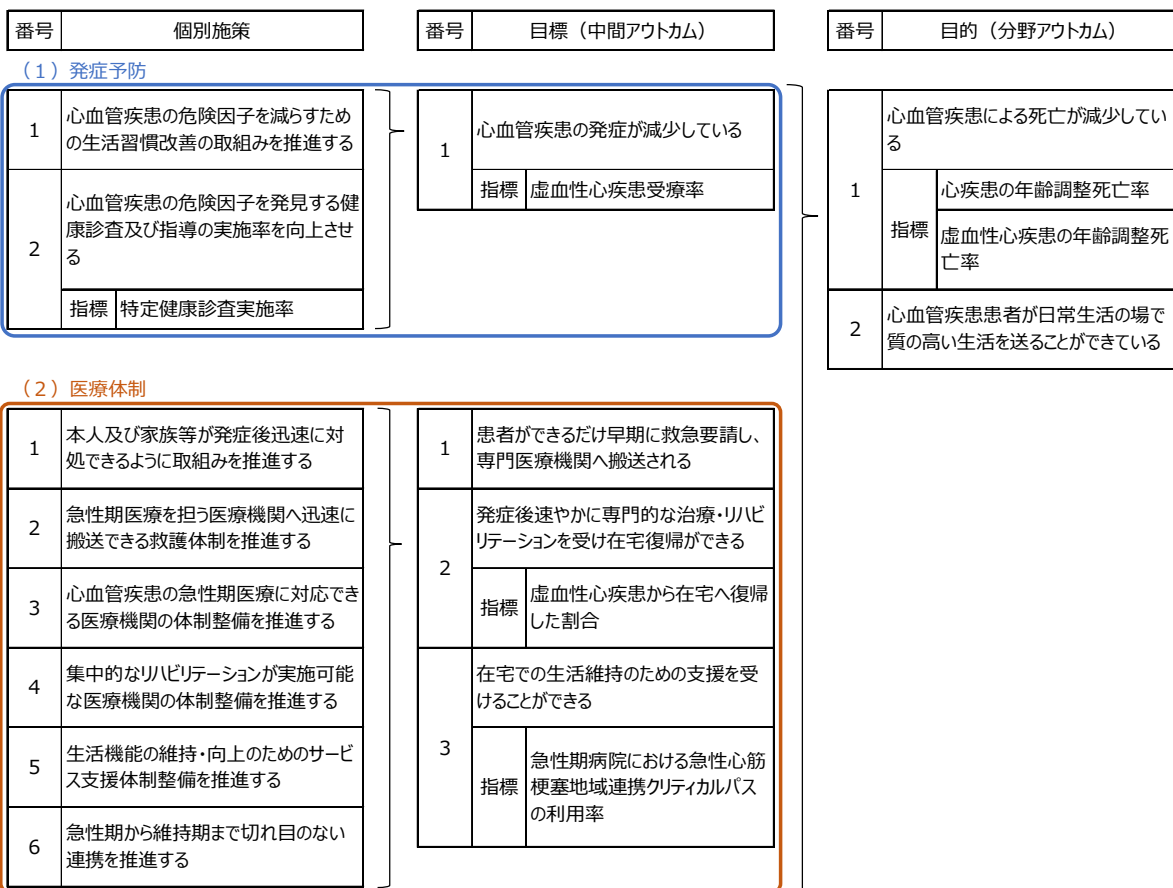
治療の初期段階からリハビリテーションを積極的に実施し、早期の社会復帰ができるよう、リハビリテーション体制の充実に努めます。



【数値目標】

項目		現状	目標	目標年次
心疾患の年齢調整死亡率 (人口10万人当たり)	男性	(令和5年12月に公表予定の 令和2年度数値を踏まえ、 設定)		令和11年度
	女性			
虚血性心疾患の年齢調整 死亡率 (人口10万人当たり)	男性	(令和5年12月に公表予定の 令和2年度数値を踏まえ、 設定)		令和11年度
	女性			
虚血性心疾患受療率 (人口10万人当たり)	男性	93 (令和2年度)	64	令和11年度
	女性	75 (令和2年度)	40	
在宅等生活の場に復帰した虚血性 心疾患患者の割合		95.3% (令和2年度)	96.7%	令和11年度
急性期病院における急性心筋梗塞 地域連携クリティカルパスの利用率		86.6% (令和4年度)	90.0%	令和11年度
特定健康診査の実施率		55.8% (令和3年度)	70%以上	令和11年度

【ロジックモデル】



4 糖尿病

【現状】

(1) 糖尿病の現状（全国）

令和4年の全国における糖尿病を原因として死亡した者は、15,927人で、死亡数全体の約1.0%を占めます。〔厚生労働省「人口動態統計（確定数）」（令和4年）〕

本県において、令和4年に糖尿病を原因として死亡した者は171人と死亡数全体の1.3%となっています。〔厚生労働省「人口動態統計」（令和4年）〕

平成28年国民健康・栄養調査によると、「糖尿病が強く疑われる者」は約1,000万人と推計され、前回調査した平成24年より50万人増加しています。また、「糖尿病の可能性を否定できない者」も約1,000万人と推計され、前回調査時より100万人減少しています。

糖尿病は、脳卒中、急性心筋梗塞等他疾患の危険因子となる慢性疾患であり、患者は多種多様な合併症により日常生活に支障を来すことが多いといわれています。

中でも三大合併症である糖尿病性網膜症・糖尿病性腎症・糖尿病性神経障害は患者の生活の質を著しく低下させるといわれています。

糖尿病性腎症を含めた慢性腎臓病（CKD）から、透析導入への移行は生活の質と医療経済への影響が大きいことから、重症化を予防することが重要です。

また、歯周病は、糖尿病における腎症、網膜症、神経障害、虚血性心疾患、脳血管障害に次ぐ第6の慢性合併症ともいわれ、糖尿病があると、歯周病が発症・悪化しやすいことがわかっています。さらに、近年、糖尿病患者に対し歯周病の治療・管理を行うことにより、血糖コントロールが改善することが示され、糖尿病（高血糖）と歯周病の間には双方向の関連性が示唆されており、糖尿病患者は歯周病の治療・管理が必要です。

糖尿病には根治的な治療方法がないものの、血糖コントロールを適切に行うことにより、合併症の発症を予防することが可能です。合併症の発症は、患者の生活の質（QOL）を低下させ、生命予後を左右することから、その予防が重要です。

予防・治療には、患者自身による生活習慣の自己管理に加えて、各診療科が、日本糖尿病療養指導士や糖尿病の知識を有する管理栄養士、保健師、看護師、薬剤師、歯科衛生士等の専門職種と連携して実施する医療サービスが必要です。

(2) 香川県の状況

① 糖尿病等に関する主な指標

項目	香川	全国平均	備考
特定健康診査実施率	55.8%	56.2%	令和3年 厚生労働省保険局提供
糖尿病患者の年齢調整外来受療率 (人口10万人当たり)	118.3	92.0	令和2年患者調査
糖尿病の退院患者平均在院日数 (病院)	20.6	30.1	令和2年患者調査
新規透析導入患者数 (人口10万人当たり)	37.6	30.0	令和3年 日本透析医学会
糖尿病性腎症による新規透析導入 患者数(人口10万人当たり)	12.8	12.2	
糖尿病による年齢調整 死亡率	男性	令和5年12月に 公表予定	令和2年 人口動態特殊報告
	女性		

② 糖尿病患者の状況

令和2年の患者調査では、本県の糖尿病受療率は人口10万人当たり247人で、全国で4番目に高くなっており(全国平均182人)、糖尿病による死亡率は、令和4年の人口動態調査では人口10万人当たり18.6人で全国4位(全国平均13.1人)となっています。

患者調査の結果推移から、受療率、患者数ともに増加傾向にあります。

また、糖尿病患者が治療を中断した場合、重症化を招き合併症の出現率が高くなると言われていますが、本県が実施した令和4年度糖尿病実態調査の結果では、治療中の2型糖尿病患者(20歳以上)の約1割が治療を中断したことがあると答えており、治療を中断した理由は、「仕事で忙しいため通院できなかった」が最も多く、次いで「治療がおっくうになった」、「症状がなかった」という意見が多くありました。

本県の新規透析導入患者数のうち、糖尿病性腎症による新規透析導入患者数は人口10万当たり12.8人で、全国平均(12.2人)を上回っています。[日本透析医学会「わが国の慢性透析療法の現況」、「新規透析導入患者と糖尿病性腎症について」]

③ 医療機関の状況

	病院+診療所					
	全県	大川	小豆	高松	中讃	三豊
糖尿病内科(代謝内科)の医師数 ※医師届出票において、従事する診療科名を「糖尿病内科(代謝内科)」と届け出た医師数	93	5	3	57	24	4

糖尿病専門医が在籍する医療機関の数	49	2	1	26	14	6
内分泌・代謝・栄養領域の一次診療に対応できる医療機関の数	429	32	10	204	133	50
「内分泌機能検査」に対応できる医療機関の数	188	12	5	92	59	20
「インスリン療法」に対応できる医療機関の数	365	23	11	167	119	45
「糖尿病患者教育」に対応できる医療機関の数	309	17	8	143	103	38
糖尿病による合併症に対する継続的な管理・指導に対応できる医療機関の数	239	14	6	111	81	27
「小児糖尿病」に対応できる医療機関の数	34	1	1	17	11	4
「小児内分泌疾患」に対応できる医療機関の数	37	4	1	19	10	3
「小児先天性代謝疾患」に対応できる医療機関の数	19	1	1	9	5	3
糖尿病専門外来のある医療機関の数	74	4	0	38	21	11
「在宅患者訪問栄養食事指導」ができる医療機関の数	19	1	1	7	8	2
「在宅自己注射指導管理」ができる医療機関の数	404	28	9	198	122	47
「在宅自己腹膜還流指導管理」ができる医療機関の数	34	1	1	16	14	2

(医師・歯科医師・薬剤師統計、広域災害・救急・周産期医療情報システム)

糖尿病内科（代謝内科）の医師数は人口10万人当たり9.8人となり、全国平均の8.0人を上回っているなど、初期から安定期にかけての治療については、概ね各圏域とも確保されています。[医師・歯科医師・薬剤師統計（令和2年）]

【課題】

(1) 発症予防

糖尿病死亡率・受療率が全国平均と比べ、高い状況にあることから、低年齢層を含めた生活習慣の改善による糖尿病の発症予防や、健診の受診勧奨等により糖尿病予備群の早期発見や適切な対応が必要です。

(2) 重症化予防

令和4年度糖尿病実態調査では、主治医と糖尿病専門医間での連携は81.7%、腎疾患専門医との連携は69.7%、眼科医との連携は63.9%で前回調査と比較すると連携は促進されていましたが、歯科医との連携は31.1%、市町との連携は24.7%、事業所・学校との連携は15.9%にとどまっています。

糖尿病の重症化予防には治療継続が必要となるため、かかりつけ医や高度医療を担う医療機関等の情報提供を充実させるほか、医療機関等が連携を深め、患者が継続して治療を受けられるような体制の構築が必要です。さらに、医療機関や地域保健、職域保健等が連携し、患者が治療を継続できるような支援が必要です。

歯周病の進行は糖尿病をさらに悪化させるといった、歯周病と糖尿病の相互関係のエビデンスが確立されています。歯周病の治療を行うことで、糖尿病のコントロールが改善されることも明らかになってきていることから、糖尿病治療機関と歯科医療機

関との連携体制を整備する必要があります。

糖尿病と歯周病に関する正確な知識を深めた日本糖尿病協会歯科医師登録医は24名（令和5年6月現在）となっており、医科歯科連携の強化を進めるうえで、登録医の貢献が期待されます。

また、歯周病を早期に発見し適切な対応ができるよう、歯周病検診の実施率を向上させることが求められます。

さらに、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が受けられる体制整備を進める必要があります。

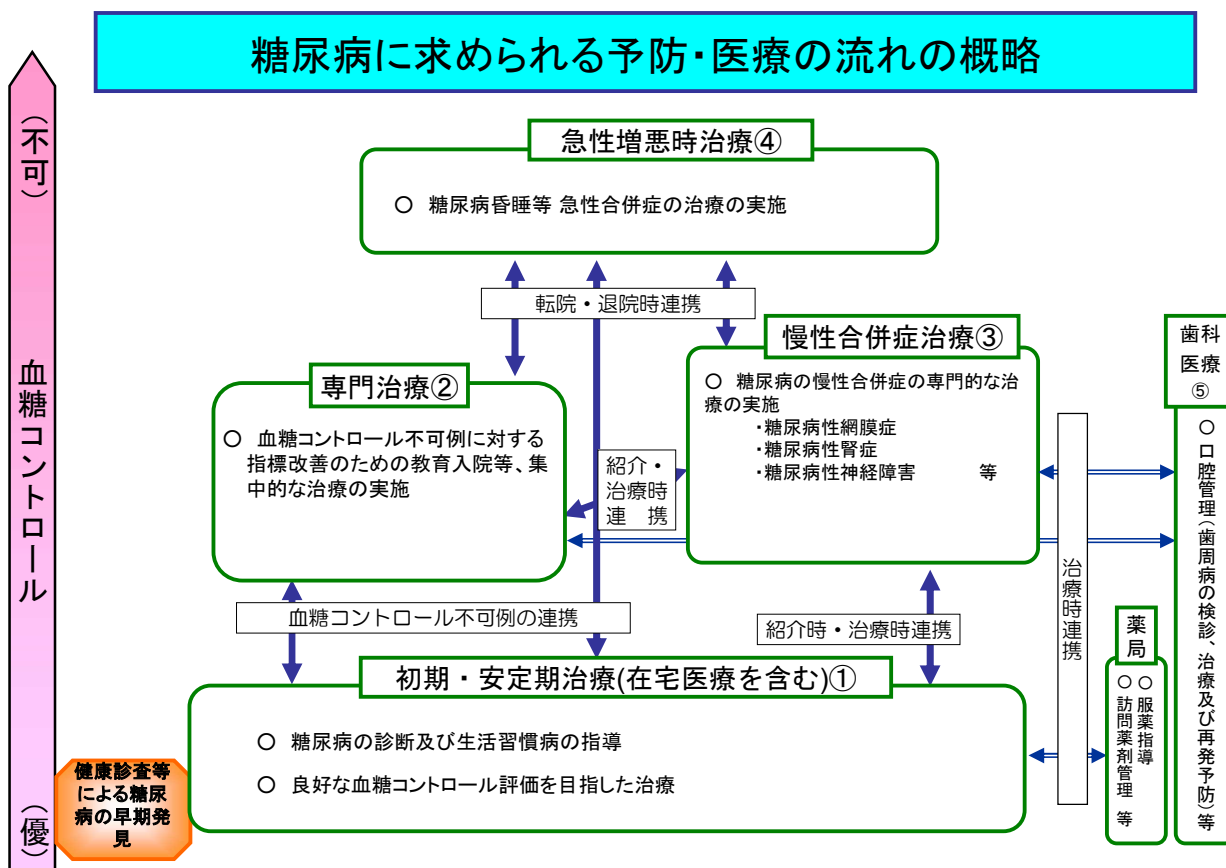
【対策】

（1）発症予防

- ① 「健やか香川21ヘルスプラン（第3次）」に基づき、関係機関と連携して、各年代に応じた生活習慣改善の取組みを推進し、糖尿病の発症予防に取り組みます。
- ② 子どもの健康状態の把握や子どもと保護者等への普及啓発を行うなど、子どもの頃から生活習慣病の予防に関する意識向上を図ります。
- ③ 糖尿病予備群を早期に発見し適切な対応ができるよう、特定健康診査・特定保健指導の実施率向上及び従事者の資質向上を図ります。
- ④ 保健・医療・教育・地域等の関係者による情報交換や意見交換の機会を設け、効果的な予防対策について検討を進めます。

（2）重症化予防

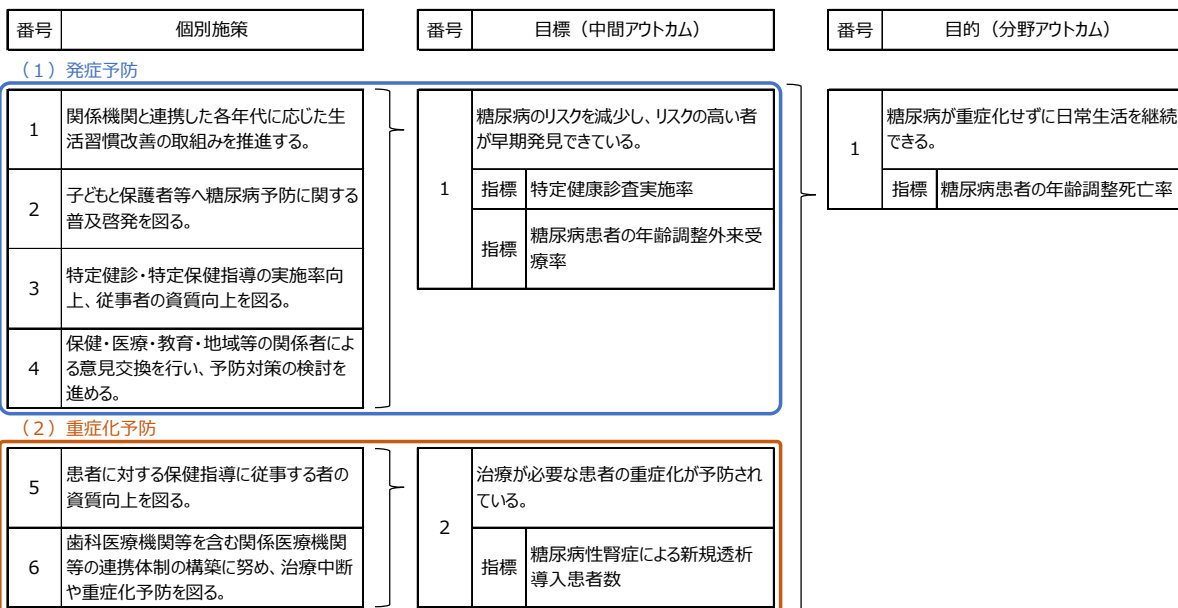
- ① 患者が適切な治療を受け、療養生活ができるよう、患者に対する保健指導に従事する者の資質向上を図ります。
- ② 糖尿病対策及び慢性腎臓病（CKD）対策を実施することで、より効果的な重症化予防の取組みを促進します。
- ③ 歯科医療機関等を含む関係医療機関、地域保健、職域保健等の連携体制の構築を進め、治療中断や重症化予防に取り組みます。
- ④ 新興感染症の発生・まん延時において、透析治療を行うことができる入院患者、重症患者受入医療機関の病床確保に取り組みます。



【数値目標】

項目	現状	目標	目標年次
糖尿病の年齢調整死亡率 (人口10万人当たり)	男性	(令和5年12月公表予定の 令和2年度数値を踏まえ、 設定)	令和11年度
	女性		
糖尿病性腎症による新規透析導入患者数(人口10万人当たり)	12.8 (令和3年度)	12.2	令和11年度
糖尿病患者の年齢調整外来受療率(人口10万人当たり)	118.3 (令和2年度)	92.0	令和11年度
特定健康診査の実施率	55.8% (令和3年度)	70%以上	令和11年度

【ロジックモデル】



5 精神疾患

5-1 認知症を除く精神疾患

精神疾患は、近年その患者数が増加しており、令和2年には推定患者数が約615万人となっています。国の調査結果では、国民の4人に1人が、生涯でうつ病等の気分障害、不安障害及び物質関連障害のいずれかを経験していることが明らかとなっています。

また、自殺者数は、平成22年以降は10年連続で減少していましたが、新型コロナウイルス感染症の流行下で自殺の要因となる様々な状況が悪化したことにより、令和2年に増加に転じ、令和4年の自殺者数は約22,000人となっています。さらに、人口10万人当たりの自殺死亡率は主要国の中で高い水準にあり、依然として厳しい状況にあります。

精神疾患は、症状が多様であるにもかかわらず自覚しにくい場合があるため、症状が比較的軽いうちには精神科医を受診せず、症状が重くなり入院治療が必要になって初めて精神科医を受診するという場合があります。

また、重症化してから入院すると、治療が困難になるなど、長期の入院が必要となってしまう場合もあります。

しかしながら、精神医学の進歩によって、発症してからできるだけ早期に必要な精神科医療が提供されれば、再び地域生活や社会生活を営むことができるようになってきています。

精神疾患に罹患しても、より多くの方がそれを克服し、地域や社会で生活できるようにするため、患者やその家族等に対して、精神科医療機関や関係機関が連携しながら、必要な精神科医療が提供される体制、さらには自治体を中心とした地域精神保健医療福祉の一体的な取組みの推進に加え、地域住民の協力を得ながら、あらゆる人が共生できる社会を構築する必要があります。

【現状】

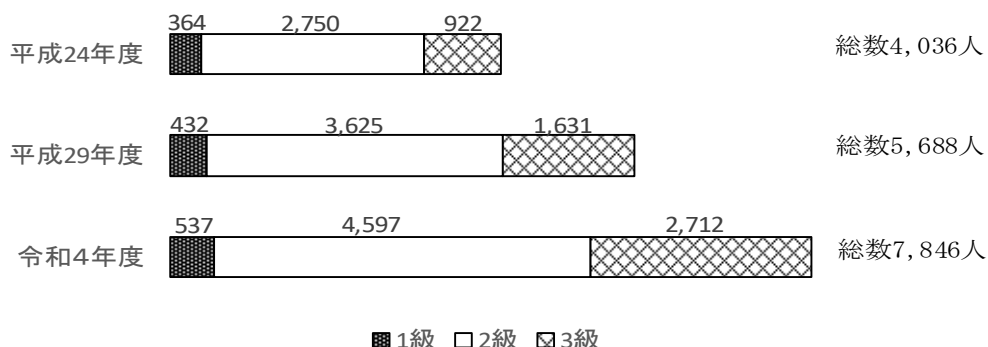
(1) 精神障害者の現状

香川県における令和4年度末現在の精神障害者保健福祉手帳交付者数は7,846人（令和3年度末現在6,791人）です。

また、入院患者数は2,824人（令和3年度末2,835人）と減少傾向ですが、通院患者数（通院医療費公費負担患者数）は13,917人（令和3年度末12,989人）と増加傾向です。

疾患別入院患者数は、「統合失調症」が1,509人（52.0%）と最も多く、次いで「症状性を含む器質性精神障害」が756人（26.1%）、「気分（感情）障害」が254人（8.8%）となっています。

精神障害者数（精神障害者保健福祉手帳交付者数）の推移 （各年度末現在 単位：人）



入院形態別入院患者数 （令和5年3月31日現在）

種別	措置入院	医療保護入院	任意入院	その他	合計
人数(割合)	20人(0.7%)	709人(25.1%)	2,095人(74.2%)	0人(0%)	2,824人(100%)

疾病名別入院患者数 （令和4年6月30日現在 単位：人）

種別	合計
症状性を含む器質性精神障害	756
アルツハイマー病型認知症	456
血管性認知症	67
上記以外の症状性を含む器質性精神障害	233
精神作用物質による精神及び行動の障害	131
アルコール使用による精神及び行動の障害	124
覚せい剤による精神及び行動の障害	2
アルコール、覚せい剤を除く精神作用物質使用による精神及び行動の障害	5
統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	1,509
気分（感情）障害	254
神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	51
生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群	11
成人のパーソナリティ及び行動の障害	18
精神遅滞[知的障害]	76
心理的発達の障害	21
小児期及び青年期に通常発生する行動及び情緒の障害及び特定不能の精神障害	18
てんかん	26
その他	31
合計	2,902

出典：厚生労働省「令和4年度精神保健福祉資料」

自立支援医療（精神通院医療）公費負担者数 (各年度3月31日現在)

年 度	令和2年度	令和3年度	令和4年度
人 数	13,521人	12,989人	13,917人

香川県障害福祉課調

(2) 精神科医療体制の現状

① 精神科病院

令和4年6月末現在の精神科病院は18病院、病床数は3,250床で、病床利用率は89.3%です。

精神科病院・病床数・人口1万人当たり病床数 (各年度6月30日現在)

項目		病院数 (施設)	精神病床数 (床)	人口1万人 当たり病床数 (床)	入院患者数 (人)	病床利用率 (%)
H30	香川県	19	3,349	34.8	2,951	88.1
	(全 国)	(1,612)	(318,311)	(25.2)	(280,815)	(88.2)
R 1	香川県	18	3,279	34.3	2,921	89.1
	(全 国)	(1,577)	(315,068)	(25.0)	(272,096)	(86.4)
2	香川県	18	3,279	34.5	2,886	88.0
	(全 国)	(1,569)	(316,543)	(25.2)	(269,542)	(85.2)
3	香川県	18	3,279	34.7	2,869	87.5
	(全 国)	(1,554)	(311,640)	(24.8)	(263,007)	(84.4)
4	香川県	18	3,250	34.7	2,902	89.3
	(全 国)	(1,545)	(308,667)	(24.7)	(258,920)	(83.9)

出典：厚生労働省「精神保健福祉資料」、香川県障害福祉課「精神科病院月報」

② 精神科医師

精神科医師数は、人口10万人当たり17.1人と全国（13.8人）と比べて3.3人多くなっています。

しかし、近年、病院勤務医の確保が難しくなっており、特に、公立病院における精神科医師不足は深刻な状況です。

また、50歳代以上の医師の割合が半分以上を占めるようになり、それよりも若い世代の医師の割合が減少しています。このことは、近い将来、本県において精神科病院の医師が大幅に減少することを意味しています。

精神科医師数（人口10万人当たり医師数）

（単位：人）

		H16	H18	H20	H22	H24	H26	H28	H30	R2
香川県	精神科	11.8	12.1	12.0	12.4	12.8	13.3	14.6	16.1	16.3
	心療内科	1.0	1.1	1.4	1.2	1.3	1.1	1.1	0.7	0.8
	神経科	0.2	0.1	—	—	—	—	—	—	—
	計	13.0	13.3	13.4	13.6	14.1	14.4	15.7	16.8	17.1
全 国	精神科	9.5	9.8	10.6	11.1	11.6	12.0	12.3	12.5	13.1
	心療内科	0.6	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7
	神経科	0.4	0.3	—	—	—	—	—	—	—
	計	10.5	10.8	11.3	11.8	12.3	12.7	13.1	13.3	13.8

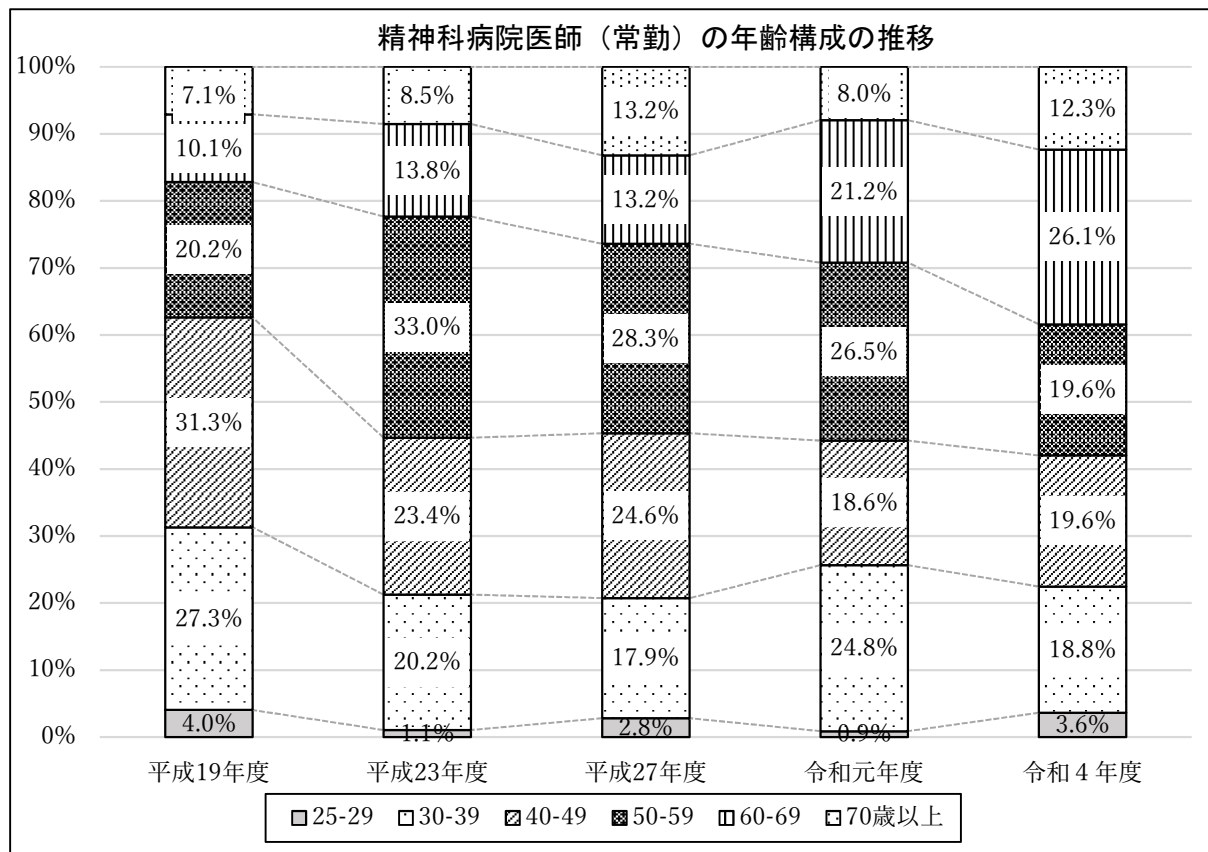
出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

精神科医師数（香川県）

（単位：人）

		H16	H18	H20	H22	H24	H26	H28	H30	R2
精神科	病 院	111	107	103	102	106	106	118	128	128
	診療所	9	15	17	21	21	24	24	27	27
心療内科	病 院	3	4	4	4	4	2	0	1	2
	診療所	7	7	10	8	9	9	11	6	6
神経科	病 院	2	1	—	—	—	—	—	—	—
	診療所	—	—	—	—	—	—	—	—	—
計	病 院	116	112	107	106	110	108	118	129	130
	診療所	16	22	27	29	30	33	35	33	33
総 計		132	134	134	135	140	141	153	162	163

出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」



③ 精神科救急医療体制

ア 輪番病院（救急指定病院）

夜間・休日に緊急な医療を必要とする精神障害者のため、平成16年7月から、県内を2圏域に分け、精神科病院の輪番制による受入体制を整備しています。

大川・高松圏域	馬場病院、三光病院、大西病院、いわき病院 (こころの医療センター 五色台、赤沢病院)
中讃・三豊圏域	三船病院、こころの医療センター 五色台、赤沢病院、 西紋病院、丸亀病院、しおかぜ病院、回生病院、清水病院

※こころの医療センター 五色台、赤沢病院は大川・高松圏域も担当しています。

※地域拠点病院として小豆島病院を指定しています。

イ 精神科救急情報センター

身体疾患を合併している者を含め、緊急な医療を必要とする精神障害者等の搬送先となる医療機関と円滑な連絡調整を行うため、16年度から丸亀病院を精神科救急情報センターとして指定しています。

(3) 精神保健福祉体制の現状

① 相談体制の整備、普及啓発活動

精神保健福祉センター、保健所、市町等において、こころの健康に関する問題の相談体制を整備したり、精神障害者をはじめ家族等が、地域で安定した日常生活を送ることができるよう、当事者グループや家族会等の活動の支援に努めるとともに、関係機関と連携し、普及啓発活動を行っています。

② 精神障害者地域移行・地域定着支援

精神障害者の精神科病院からの退院を促進し、安定した地域生活を支援するため、関係機関の連携のもと、精神障害者の地域移行・地域定着支援の推進に努めています。

③ 自殺対策

自殺者数の減少を目指し、関係機関への普及啓発活動、情報交換を積極的に実施しています。

精神障害者の相談状況

(各年度3月31日現在 単位：人)

項目 年度	相談窓口	来所相談件数		訪問指導件数		デイ・ケア利用数	
		実人員	延べ人員	実人員	延べ人員	実人員	延べ人員
R3	精神保健福祉センター	240	961	5	13	休止中	
	保健所	182 (142)	611 (401)	348 (272)	2,132 (928)	— (13)	— (279)
R4	精神保健福祉センター	217	946	7	13	休止中	
	保健所	184 (133)	574 (338)	380 (205)	1,787 (678)	— (15)	— (303)

※ () 内は高松市保健所分の内数

香川県障害福祉課調

精神障害者における地域相談支援（地域移行支援・地域定着支援）の状況

(各年度3月31日現在 単位：人)

年 度	H30	R元	R 2	R 3	R 4	合 計
地域移行支援	6	5	2	1	0	14
地域定着支援	3	4	2	4	1	14

香川県障害福祉課調

自殺者数の推移

(単位：人)

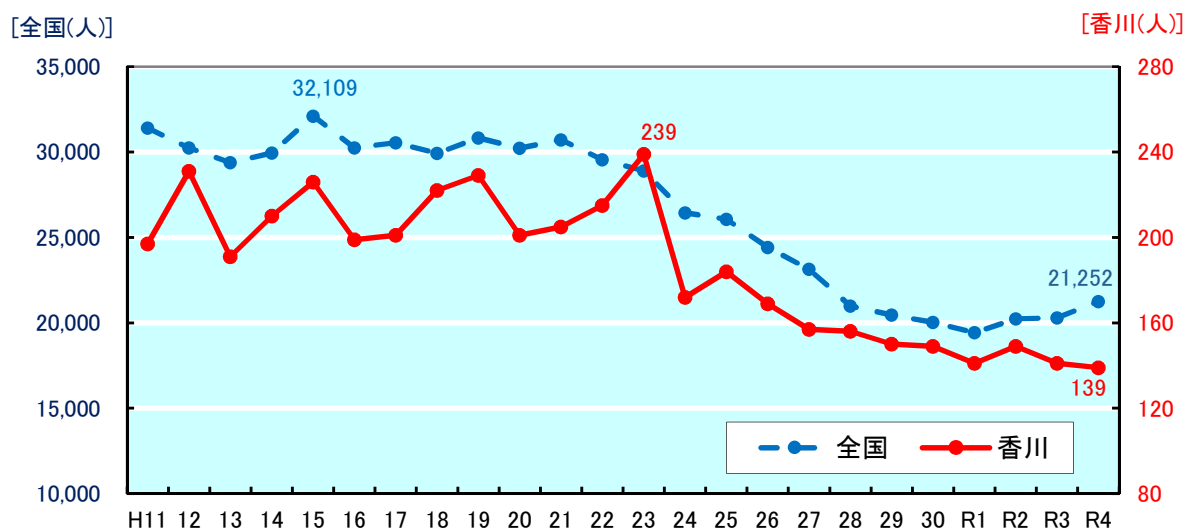
年	H11	H12	H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22
全 国	31,413 (25.0)	30,251 (24.1)	29,375 (23.3)	29,949 (23.8)	32,109 (25.5)	30,247 (24.0)	30,553 (24.2)	29,921 (23.7)	30,827 (24.4)	30,229 (24.0)	30,707 (24.4)	29,554 (23.4)
香 川	197 (19.2)	231 (22.7)	191 (18.8)	210 (20.7)	226 (22.3)	199 (19.7)	201 (20.0)	222 (22.1)	229 (22.8)	201 (20.2)	205 (20.7)	215 (21.7)

年	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4
全 国	28,896 (22.9)	26,433 (21.0)	26,063 (20.7)	24,417 (19.5)	23,152 (18.5)	21,021 (16.8)	20,468 (16.4)	20,031 (16.1)	19,425 (15.7)	20,243 (16.4)	20,291 (16.5)	21,252 (17.4)
香 川	239 (24.3)	172 (17.5)	184 (18.8)	169 (17.4)	157 (16.2)	156 (16.2)	150 (15.6)	149 (15.7)	141 (14.9)	149 (15.9)	141 (15.2)	139 (15.1)

※()内は自殺死亡率(人口10万人当たり)

出典：厚生労働省「人口動態統計」

自殺者数の推移



【課題】

(1) 精神科救急医療体制の維持、拡充【優先課題】

精神科救急情報センターの維持・機能強化や精神医療相談窓口の設置等により、「精神科救急医療システム」の維持・拡充を図る必要があります。

(2) 地域における身体合併症患者の受入体制の確保【優先課題】

大川・高松圏域における中核病院、精神科病院、精神科診療所等の関係機関の連携の推進や、香川大学医学部との協力体制の構築等により、身体合併症患者の受入体制の確保を図ることが求められます。

(3) 災害時精神医療の確保

南海トラフ地震の発生確率が高まるとともに、全国各地で大規模な地震や風水害が頻発する中、災害発生時においても、必要な精神医療の確保を図る必要があります。

(4) 精神科医師の確保【優先課題】

本県の精神科医療においては、公立病院や地域の中核病院だけでなく、民間病院においても勤務医の確保が難しくなっていることなどから、さらに精神科医師の確保対策を推進する必要があります。

(5) 精神障害者の地域での生活の支援

地域での生活を望む精神障害者を支援するため、相談体制の充実や住まいの場の確保等の支援を行っていくことが求められます。

(6) 精神障害者が安心して暮せる地域づくり

精神障害者が地域で安心して暮せるよう、保健・医療サービスの充実が求められます。

【圏域の分析、設定】

(1) 圏域の分析

- ① 精神科病院（精神病床を有する病院）は、中讃圏域に偏在しています。
- ② 小豆圏域では精神科病院は1病院しかなく、大川圏域には精神病床を有する病院がありません。
- ③ 県内全域を対象とした身体合併症拠点病院として、中讃圏域にある総合病院回生病院を指定していますが、県内全域での身体合併症患者の受入体制の十分な確保が必要です。

(2) 圏域の設定

精神疾患の医療体制については県全域を1圏域とし、精神科救急医療体制については、輪番病院の運用状況から東西2圏域とします。

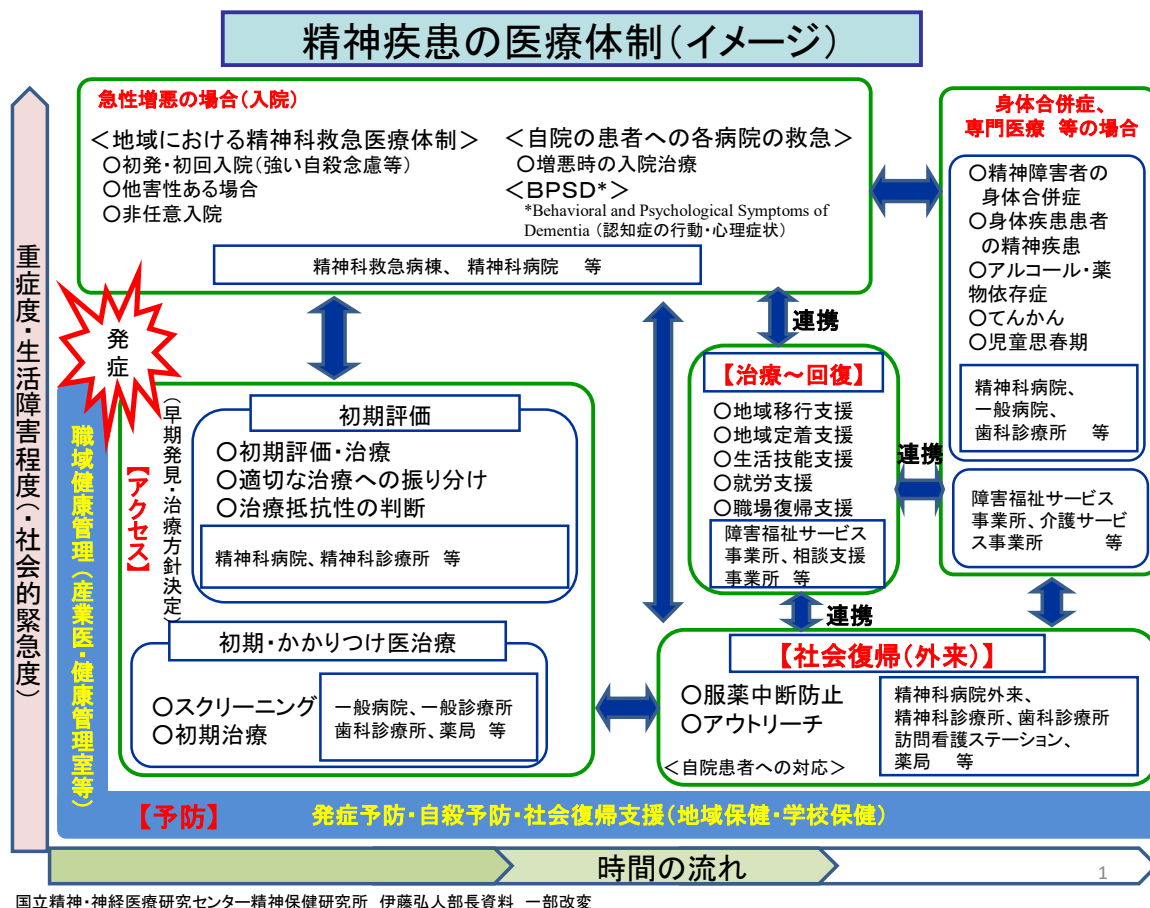
【対策】

地域において精神障害者の医療が適切かつ効率的に提供されるよう、医療機関相互及び保健・福祉サービス等との連携を推進します。

特に、本県においては、関係機関の連携・協力により、精神科救急医療体制の維持・拡充や、地域の身体合併症患者の受入体制の確保、災害精神医療の整備を図るとともに、精神科医師の確保対策を推進します。

また、精神障害者の地域での生活を支援し、安心して暮せる地域づくりを推進します。

精神疾患の医療体制（イメージ）



(1) 精神科救急医療体制の維持・充実

① 精神科救急情報センターの維持、機能の強化

精神科救急情報センターは、精神科救急医療体制の中核的な機能・役割を持つ施設として位置付けられており、輪番病院等の負担を軽減し、今後の本県における精神科救急医療体制の強化を図る上からも、その機能を維持・充実します。

② 精神医療相談窓口の設置

軽症の救急患者が重篤者用の救急外来を受診することのないよう、また、輪番病院等の電話対応による負担を軽減するため設置している精神障害者専用の医療相談窓口について、その機能を維持・充実します。

(2) 身体合併症患者の受入体制の確保

地域における身体合併症患者の受入体制の確保を図るため、地域の中核病院、精神科病院、精神科診療所等による「地域精神科医療連携体制推進協議会」を設置するなど、精神科医療の連携体制の構築を推進しています。

また、地域の中核病院において身体合併症患者の受入体制の確保を推進します。

(3) 災害精神医療の確保

災害派遣精神医療チーム(DPAT)の体制整備を行うとともに、丸亀病院及びこころの医療センター五色台を災害拠点精神科病院に位置付け、災害発生時における精神医療体制の構築を図ります。

(4) 香川大学医学部との連携・協力体制の構築

公立病院等に対する常勤医師派遣等の診療支援、身体合併症患者等の受入れ及び精神科医療行政施策の支援等を行う寄附講座を設置するなど、香川大学医学部との連携・協力体制の構築を推進します。

(5) 精神科医師確保の推進

本県の精神科医療においては、公立病院や地域の中核病院だけでなく、民間病院においても勤務医の確保が難しくなっていることから、さらに精神科医師の確保対策を推進します。

- ① 平成24年度から運用を開始した「精神科専門医師育成プログラム」を継続実施するとともに、香川大学医学部と連携し、県内の精神保健指定医の確保に努めます。
- ② 本県の医師確保対策について、医師が不足している特定の診療科として、救急、産婦人科、小児科などとともに精神科を含め、総合的・体系的な対策を実施します。

(6) 精神障害者の地域での生活の支援

- ① 地域相談支援（地域移行支援・地域定着支援）を行う相談支援事業所の設置を促進するとともに、地域自立支援協議会との連携を強化し、精神科病院から地域生活へ移行できるよう、地域生活移行へ向けての相談支援体制の充実を図ります。
- ② 精神科病院の入院患者に対する退院促進に向けた事業の支援や地域住民への啓発活動などを実施し、人権擁護の促進を図るほか、精神障害者の地域移行及び地域定着を推進します。なお、併せて精神科病院の入院患者に対する不適切な隔離・身体的拘束をゼロとする取組みも促進していきます。
- ③ 障害者が、その個性やニーズに応じたサービスをできるだけ身近なところで選択できるよう、介護や訓練、就労等の支援を行う日中活動事業を行う事業所の量的・質的な充実を図り、利用者一人ひとりに効果的・効率的にサービスを提供できるよう努めます。
- ④ 医療や福祉のみならず、住まいや社会参加、地域の助け合いなどが包括的に確保されるよう努めます。
- ⑤ 同じ体験を持つ者同士支え合うピアサポーターを養成し、地域移行・地域定着の促進、精神障害者に対する理解促進のため、ピアサポーター活動を活性化していきます。

(7) 精神障害者が安心して暮らせる地域づくり

- ① 精神障害者が、地域で様々な活動に参加したり、安定した日常生活を送ることができるよう、当事者グループ、家族会、断酒会等の育成や、自助活動の支援に努めます。
- ② 精神保健福祉センターや保健所において、関係機関と連携し、思春期における様々な問題への対策や、アルコール依存症対策等を実施するとともに、こころの健康に関する普及啓発活動を行います。
- ③ 地域で生活する精神障害者に対する相談対応や訪問による支援を推進し、精神障害者の地域での生活の安定や定着が図られるよう努めます。

- ④ 歯科疾患を合併した精神疾患患者においては、自己の口腔ケアへの意識の欠落や、薬の副作用としての唾液の減少による口腔内乾燥症等により、多数歯に渡る急速なう蝕の発生や、広範囲に渡る歯周疾患の進行が出現することがあるため、歯科治療へと円滑につなげるよう、精神科医療機関と歯科医療機関との連携を推進します。

<うつ病関連>

- ⑤ 自殺の背景に深く関係しているうつ病について、早期発見・早期治療による適切な診療ができるよう、一般かかりつけ医と精神科医との連携強化を図るための研修を実施します。
- ⑥ 精神保健福祉センター、保健所、市町等の関係機関において、うつ病等のこころの健康に関する問題を、気軽に相談できる体制の整備に努めます。
- ⑦ 「こころの健康展」や「精神保健福祉大会」等の行事や精神保健福祉センター、保健所、各市町等による普及啓発活動を通じて、うつ病等の精神疾患に対する正しい理解を推進します。

(8) 医療機関の名称等の公表

精神疾患に関する各医療機能（専門外来等）を担う具体的な医療機関の名称等を、インターネット等を通じて公表します。

【数値目標】

(1) 精神障害者の地域での生活の支援

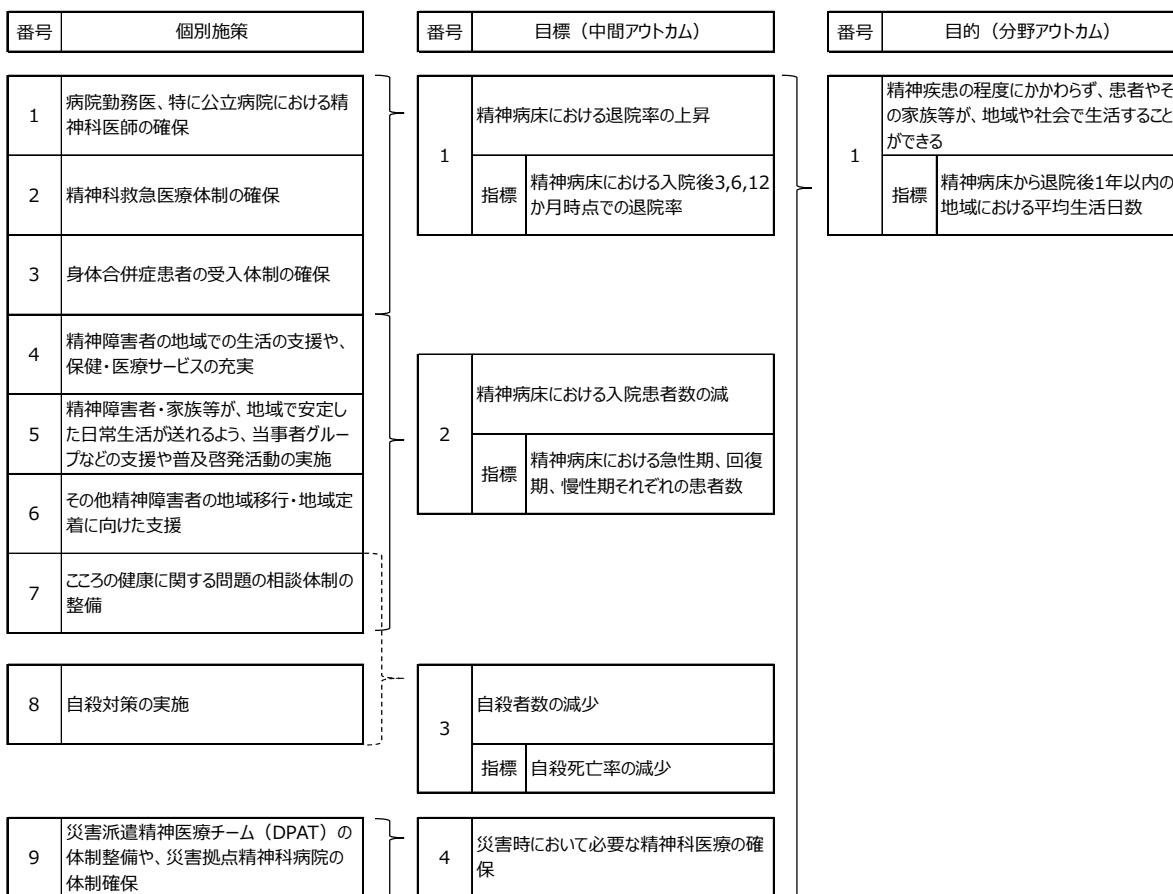
項目	現 状	目 標	目標年次
精神病床における急性期（3か月未満）入院需要（患者数）	601人 (令和4年)	564人	令和11年度
精神病床における回復期（3か月以上1年未満）入院需要（患者数）	440人 (令和4年)	526人	令和11年度
精神病床における慢性期（1年以上）入院需要（患者数）	1,861人 (令和4年)	1,183人	令和11年度
精神病床における慢性期入院需要（65歳以上患者数）	1,232人 (令和4年)	744人	令和11年度
精神病床における慢性期入院需要（65歳未満患者数）	629人 (令和4年)	439人	令和11年度
精神病床における入院需要（患者数）	2,902人 (令和4年)	2,273人	令和11年度
精神病床における入院後3か月時点の退院率	61% (令和2年)	68.9%	令和11年度

精神病床における入院後6か月時点の退院率	77% (令和2年)	84.5%	令和11年度
精神病床における入院後1年時点の退院率	85% (令和2年)	91.0%	令和11年度
精神病床から退院後1年以内の地域における平均生活日数	319日 (令和2年)	325.3日	令和11年度

(2) 精神障害者が安心して暮らせる地域づくり

項目	現状	目標	目標年次
自殺死亡率(人口10万人当たり)	15.2 (令和3年)	13.0以下	令和11年

【ロジックモデル】



5-2 認知症疾患

【現状】

- (1) 本県の65歳以上推計人口^{※1}に、認知症施策推進大綱（概要）に示されている認知症有病率^{※2}を乗じて本県の認知症高齢者の数を試算すると、令和7（2025）年には約5万4千人、令和22（2040）年には約6万3千人になると見込まれます。

※1 国社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30年推計）」

※2 日本医療研究開発機構 認知症研究開発事業「健康長寿社会の実現を目指した大規模認知症コホート研究（研究代表者二宮教授）」

【課題】

- (1) 認知症は誰でもなりうるものであり、認知症の発症を遅らせ、認知症になっても地域で安心して暮らせるよう、認知症に関する正しい理解の普及・啓発や見守り、医療・ケア体制を充実させる必要があります。

【対策】

- (1) 認知症への正しい理解や予防の普及啓発・本人発信支援
- ① 認知症の人や家族が安心して生活できる地域づくりを推進するため、認知症に対する正しい知識を持って、地域や職域で認知症の人や家族を手助けする認知症サポーターの養成を市町と協力して小・中・高校生や事業所従業員等に対して重点的に進めるとともに、その養成講座の講師となるキャラバン・メイトの養成に取り組みます。
 - ② 認知症に対する社会一般のイメージ改善や、認知症の人の不安軽減を図るため、認知症に関する相談先などの情報提供や認知症の人本人からの発信支援に取り組みます。
 - ③ 通いの場に専門職を派遣するなど、認知症予防に効果があるとされる運動・栄養・社会交流による認知症予防を推進するとともに、認知症や認知症ケアに対する正しい理解の促進を図ります。
- (2) 適時・適切な医療・介護等の提供
- ① 各市町に配置され、医療機関や介護サービス事業所など地域の支援機関間の連携支援や認知症の人やその家族への相談等の業務を行う認知症地域支援推進員の質の向上や関係機関との連携の強化を推進します。
 - ② 地域の認知症医療の中核機関である認知症疾患医療センターにおいて、認知症に関する鑑別診断や専門医療相談、高齢者が日頃から受診しているかかりつけ医等の認知症医療従事者に専門研修を行うことなどにより、認知症への対応力の向上を図るとともに、認知症高齢者の早期発見や適切なケアを行うため、かかりつけ医やかかりつけ歯科医、専門医療機関等の医療関係者、地域包括支援センター等の介護関係者の連携体制の構築を推進します。
 - ③ かかりつけ医やかかりつけ歯科医等との連携のもと、認知症の人やその家族に早期に関わり適切な支援を行う認知症初期集中支援チームを市町が円滑に運営できる

よう、市町に対し必要な支援や助言を行います。

- ④ 認知症の診療に習熟し、かかりつけ医等への助言その他の支援を行い、認知症専門医療機関や地域包括支援センター等との連携の推進役となる「認知症サポート医」を養成します。
- ⑤ かかりつけ医に対し、適切な認知症診療の知識・技術や認知症の人とその家族を支える知識と方法を習熟するための研修を行い、その受講者を「もの忘れ相談医」として、また、精神科や心療内科等を標榜する医療機関で、専門的な認知症の診断や治療が可能な医療機関を「認知症専門医療機関」として位置付け、県のホームページで公表し、認知症の早期発見・早期治療につながる連携体制の整備を推進します。
- ⑥ 医療機関での認知症の人への処置等が適切に実施されるよう、医師、歯科医師、看護師、薬剤師等の医療従事者に対し、認知症の人や家族を支えるために必要な基本知識や医療と介護の連携の重要性、認知症ケアの原則等の知識を習得するための研修を実施します。
- ⑦ 認知症の早期発見・早期対応を行うため、香川県運転免許センターに認知症の相談等に応じる看護師を配置し、地域包括支援センターによる支援につなげます。
- ⑧ 若年性認知症は、その特性に配慮した就労継続支援、社会参加支援等が求められることから、若年性認知症支援コーディネーターを中心に、若年性認知症に関する普及啓発や相談窓口の設置、支援に向けたネットワークづくりなど、総合的な支援を推進します。

【数値目標】

項目	現状 (令和4年度)	目標	目標年次
認知症サポート医数(累計)	89人	102人	令和8年度
もの忘れ相談医研修の新規受講者数 (累計)	458人	500人	令和8年度
認知症サポーター養成数(累計)	123,953人	136,000人	令和8年度

6 結核・感染症

6-1 結核対策

かつて「国民病」といわれた結核は、各種予防対策の推進や医療技術の進歩により、年々患者数が減少しているものの、今でも年間1万人以上の新規患者が発生するわが国最大の慢性感染症です。県民一人ひとりが結核の正しい知識を身につけ、適切な予防対策・医療を推進する必要があります。

【現状・課題】

- (1) 令和4年の香川県における新規患者数は80人で、人口10万人当たりの新規患者発生数は8.6人となり、全国平均の8.2人より高い水準です。
- (2) 昭和20年代のピーク時に比べると大幅に改善されたものの、近年は、結核患者の減少が鈍化してきています。この要因は、人口の高齢化、地域格差、集団感染の増加、外国人患者の増加、多剤耐性菌の出現などです。
- (3) 年齢別に見ると、70歳以上の高齢者が発病する割合が増え、新規患者全体の66.3%を占めている現状を踏まえ、高齢者対策を推進する必要があります。
また、患者総数は減少しているものの、患者の高齢化などに伴い、高度な合併症を有する結核患者が増加しており、医療体制の整備が必要です。
- (4) さらに、患者自身の人権への配慮と周囲の者の「感染から守られる」権利を両立しながら、接触者健診（注1）などの感染拡大防止策を実施していく必要があります。

結核病床を有する医療機関

(令和5年8月末現在)

医療機関名	許可病床数	稼働病床数
高松医療センター※	20	20
高松赤十字病院	2	2
県立中央病院	5	5
小豆島中央病院	5	5

一般病床・精神病床における結核モデル病床を有する医療機関

(令和5年8月末現在)

医療機関名	一般病床数	精神病床数
県立丸亀病院		4
四国子どもとおとなの医療センター	3	
高松医療センター※	—	

※ 高松医療センターについては、令和5年度中の、一般病床・精神病床における結核モデル病床への移行を検討しているところであり、本計画策定中に変更となる可能性がある。

【対策】

(1) 普及啓発活動の充実強化

- ① 早期発見・早期受診が図れるよう、高齢者施設や外国人等に対し啓発活動を行います。
- ② 予防接種法による定期のBCG接種が、乳児期における唯一の接種機会であり、小児結核は重症化しやすいため、標準的接種期間内に必ず受けるよう周知します。

(2) 「結核の接触者健康診断の手引き」に基づき、感染の拡大防止に努めます。

(3) 定期健診等による早期発見、早期治療を促進し、学校、事業所、病院、福祉施設等での集団感染の拡大防止に努めます。

(4) 医療従事者等に対する研修等を実施し、結核対策の推進に必要な医療関係者の資質向上を図ります。また、検診精度の向上及び結核医療の基準に沿った薬剤の適正な使用など、適正医療の普及に努めます。

(5) 結核予防体制及び患者管理の充実強化

- ① 感染症サーベイランスシステムを有効活用し、結核患者の発生状況を迅速かつ的確に把握し、結核予防体制の充実に努めます。
- ② 管理検診^(注2)、保健指導等による患者管理の充実強化を図ります。

(6) 直接服薬確認療法による患者支援

潜在性結核感染症の者も含めた結核患者に対して、患者の生活環境に合わせながら、直接服薬確認療法(DOTS)を軸とした患者支援を行います。また、地域の医療機関、薬局等との連携を強化することによって、DOTS実施体制の構築に努めます。

(注1) 接触者検診とは ⇒ 結核を発症し感染させる可能性のある期間、結核発症者と同じ時間と空間を共有した人に対して、結核を発症しているか、発症はしていても感染しているかを確認するため実施する、医学的検査を主体とした健康診断のこと。

(注2) 管理検診とは ⇒ 管轄保健所において結核患者として登録されている者の病状を把握するために、胸部エックス線検査等による精密検査を実施すること。

6-2 感染症対策

近年、感染症を取り巻く状況は、エボラ出血熱、後天性免疫不全症候群（H I V）、重症熱性血小板減少症候群（S F T S）等の感染症や、マラリア等の再興、医学・医療の進歩、公衆衛生水準の向上、国際交流の活発化等により著しく変化しています。新型インフルエンザなどの未知の感染症の発生に備えた体制を整備するとともに、感染症発生時に良質で適切な医療の提供が図れるよう、感染症対策を積極的に推進する必要があります。また、B型肝炎、C型肝炎や肝がん対策を充実させる必要があります。

【現状・課題】

- (1) 感染症対策においては、基本的には感染症が発生してから防疫措置を講ずるのみならず、感染症発生動向調査体制（注1）の整備、発生予防の啓発など、普段から感染症の流行状況を把握し、感染症の発生・拡大を防止していく事前対応型の取組みを進める必要があります。
- (2) 一類感染症の発生に備え、香川県立中央病院を第一種感染症指定医療機関として指定し、2床の病床を整備しています。また、二類感染症の発生に備え、さぬき市民病院、小豆島中央病院、高松市立みんなの病院、坂出市立病院、三豊総合病院の5医療機関を第二種感染症指定医療機関として指定し、22床の病床を整備しています。
- (3) 予防接種率の向上を図り、麻しん等感染症罹患を防止するため、県内において、居住地外でも定期予防接種（注2）が受けられる広域予防接種体制を整備しています。また、新たなワクチンの定期接種化に対応していく必要があります。
- (4) 新規のH I V感染者数は、世界的には減少傾向にあり、国内でも新規H I V感染者数は減少傾向にあります。新規エイズ患者数は横ばいであり、H I V感染者とエイズ患者を合わせた新規報告数に占めるエイズ患者の割合は約30%と高い水準にあります。また、近年梅毒患者が増加しており、H I V及びエイズ対策とともに、性感染症に関する正しい知識の普及啓発、相談・検査体制の充実、診療体制の整備及び感染者・患者に対するカウンセリング体制の整備等を推進していく必要があります。
- (5) インフルエンザや新型コロナウイルス感染症（病原体がベータコロナウイルス属のコロナウイルス（令和2年1月に、中華人民共和国から世界保健機関に対して、人に伝染する能力を有することが新たに報告されたものに限る。）であるものに限る。）は、特に高齢者や子どもを中心とした人々の健康と生命にかかわり、その防止は社会的に重要な課題です。
- (6) 新型インフルエンザは、人に免疫がないこと、その感染力の強さから完全な封じ込めは困難と考えられ、感染拡大を可能な限り防止し、健康被害を最小限に抑えることが課題です。そのため、新型インフルエンザに対して、適切な医療を提供できる体制を整備していく必要があります。
- (7) 肝炎ウイルス検査は、保健所及び指定医療機関において無料で実施していますが、ウイルス慢性肝炎は自覚症状に乏しく、治療、経過観察の必要性について理解が得られにくい場合があります。このため、検査を受けて、早期に感染を発見し、適切な医療に結びつけることが重要です。

第一種感染症指定医療機関

(令和6年3月末現在)

医療機関名	指定病床数
香川県立中央病院	2

第二種感染症指定医療機関

(令和6年3月末現在)

医療機関名	指定病床数
さぬき市民病院	4
小豆島中央病院	4
高松市立みんなの病院	6
坂出市立病院	4
三豊総合病院	4

【対策】

(1) 感染症患者発生時に備えた十分な病床数の確保及び体制の充実

- ① 一類感染症(注3)患者発生時の第一種感染症指定医療機関(注4)における適切な医療を提供するとともに、感染拡大防止に努めます。
- ② 二類感染症の発生時に適切な医療を提供できる体制を整備し、感染拡大防止に努めます。
- ③ 新型インフルエンザ等の感染症の発生に備え、患者が安心して医療を受けることができるよう、病床等の確保や、外来での診療・検査などの医療提供体制の確保に努めます。

(2) 予防接種体制の充実

広域予防接種体制の充実を図り、予防接種率の向上に努めるとともに、新たなワクチンの定期接種化に円滑に対応していけるよう市町を支援していきます。

(3) エイズ等予防対策の充実

- ① 感染者等の人権に配慮しながら、保健所等におけるエイズに関する相談・検査体制の強化及びエイズの診療体制の充実に努めます。
- ② エイズを含めた性感染症に対する正しい知識の普及・啓発を通じ、感染予防に努めます。

(4) インフルエンザ及び新型コロナウイルス感染症予防体制の強化

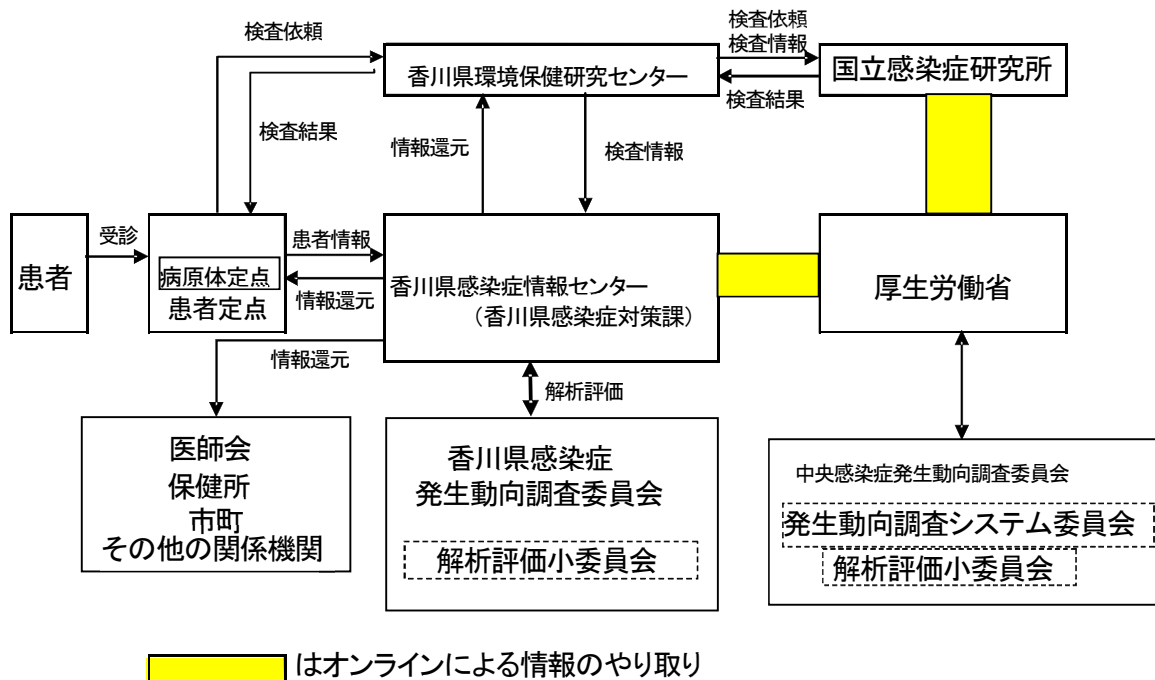
患者数を迅速に把握し、流行期のまん延拡大防止対策として報道機関・ホームページを通じた情報提供に努めます。

(5) 新型インフルエンザ対策

- ① 感染症発生動向調査によるサーベイランスの強化及び発生時における積極的疫学調査に努めます。
- ② 新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づき、適時「香川県新型インフルエンザ等対策行動計画」及び「香川県新型インフルエンザ等対応マニュアル」を見直し、発生段階に応じた対策の実施に努めます。

- ③ 発生・まん延時における病床確保、発熱外来の確保など医療提供体制の確保に努めます。
 - ④ 発生時における入院、死亡等重症化を防ぐとともに感染拡大の防止のために抗インフルエンザ薬の備蓄に努めます。
 - ⑤ 新型インフルエンザ等の感染症に対応可能な医師の確保・養成に努めます。
- (6) ウイルス性慢性肝炎等対策
- ① 肝炎検診において要診療とされた者に対して保健所等の医師、保健師が肝疾患に対する基本的事項の説明や医療機関受診の必要性等について保健指導に努めます。
 - ② 肝疾患における診療体制の構築に努めます。
 - ③ 肝疾患診療に関わる人材の育成に努めます。

(注1) 感染症発生動向調査体制



(注2) 定期予防接種とは ⇒ 予防接種法に基づいて市町村が公費負担で実施する予防接種。

(注3) 一類感染症とは ⇒ 「感染症予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」(以後、感染症法という。)で感染症が一〜五類及び指定感染症、新感染症に分類されており、一類感染症とは感染力、罹患した場合の重篤性等に基づく総合的な観点から見た危険性が極めて高い感染症(エボラ出血熱等)のこと。

(注4) 第一種感染症指定医療機関とは ⇒ 感染症法により、一類感染症及び二類感染症の患者を入院させる医療機関のことで、都道府県知事が指定する。(第二種感染症指定医療機関は二類感染症患者のみ)

6-3 ハンセン病対策

ハンセン病は、らい菌によって発病する感染症で極めて感染力は弱く、かつては、遺伝する病気と誤って考えられたことがあります。また、昭和21年に特効薬が登場し、その後、治療法が確立されてもハンセン病患者を隔離することを定めた「らい予防法」は平成8年3月まで継続されました。このため、患者・回復者やその家族は、長い間、このような誤った政策や誤解、偏見により苦痛を強いられており、ハンセン病についての正しい知識の普及啓発と患者等に対する支援が必要です。

【現状・課題】

平成8年4月に「らい予防法」が廃止された後、平成13年の熊本地裁判決を受けて、同年6月に「ハンセン病療養所入所者等に対する補償金の支給等に関する法律」が制定されました。

しかし、ハンセン病療養所の入所者等に対する偏見や差別が完全に払拭された状況にはありません。また、施設入所者が社会復帰しやすい条件は整ってきているものの、入所者の高齢化が進んでいるため、社会復帰が難しい状況となっていることなど、様々な課題が存在しています。

こうした課題の解決を図るため、平成21年4月に「ハンセン病問題の解決の促進に関する法律」が施行されています。また、令和元年11月には、同年6月の熊本地裁判決を受け、「ハンセン病元患者家族に対する補償金の支給等に関する法律」が施行され、国がハンセン病元患者の家族の方へ補償金を支給しています。

【対策】

(1) 正しく知り、理解してもらうための普及啓発活動の充実強化

- ① 副読本やリーフレットを各学校に配布し、人権学習等で活用してもらい、児童、生徒に正しい知識の周知を行います。
- ② 入所者作品展や啓発パネル展を実施します。
- ③ 各種広報媒体を活用して正しい知識の周知を行います。

(2) ハンセン病療養所入所者の福祉の増進を図るための施策の充実

- ① 今も根強く残る差別や偏見に加え、高齢化により、郷里に帰れない入所者のために里帰り事業や郷土名産品の送付、讃岐うどん交流会、療養所の訪問などを行います。
- ② ハンセン病の専用電話で、相談を受けます。
- ③ 社会復帰支援のため、療養所退所者に対する医療・介護費の助成を行います。

7 臓器等移植

心臓、肺、肝臓、腎臓など臓器の重い病気で苦しむ患者にとって、臓器移植は唯一の有効な根治療法です。平成9年10月に「臓器の移植に関する法律」（臓器移植法）が施行され、脳死下での臓器（心臓、肺、肝臓、腎臓、膵臓、小腸及び眼球）の移植が可能となりました。さらに、平成22年7月に改正臓器移植法が全面施行され、本人の意思が不明でも家族の書面による承諾での臓器提供や、15歳未満の者からの脳死後の臓器提供が可能になり、脳死下での臓器提供件数が大幅に増加しています。このような中、臓器移植が円滑に行われるためには、県民に対する臓器移植に関する正しい知識の普及啓発に加え、医療機関における体制の整備などが重要です。

また、白血病や再生不良性貧血などの血液の病気に侵された患者の造血幹細胞を健康なものに置きかえるための造血幹細胞（骨髄、末梢血、臍帯血）移植の円滑かつ適正な実施に資するため、移植に用いる造血幹細胞の適切な提供の推進を図ることが重要です。

【現状・課題】

(1) 臓器移植

- ① 他の臓器に比べて一番移植希望者の多い腎臓の移植希望者は、県内では令和5年3月末現在で157人となっていますが、臓器提供による腎臓移植件数は年間数件程度で推移しています。
- ② 平成14年1月に、レシピエント（移植希望者）選択基準が見直され、同じ県内の移植希望者が優先されることとなり、本県における腎臓移植を取り巻く状況はより厳しくなりました。そこで、臓器移植の環境整備の取組みが一層強く求められています。
- ③ 本県では、臓器移植コーディネーター（注1）を配置し、香川いのちのリレー財団（注2）と連携・協力して、県民や医療従事者への臓器移植についての普及啓発を進めるとともに、関係機関との連絡調整や臓器移植ワーキンググループ（注3）の設置、院内コーディネーター（注4）の委嘱等、臓器移植体制の整備充実を図っています。
- ④ 平成19年3月から、インターネットによる臓器提供意思登録制度が開始され、臓器提供意思表示カードに加え、携帯電話やパソコンからの意思登録が可能になりました。また、平成22年7月から運転免許証や健康保険証に、平成28年1月からマイナンバーカードにも意思表示欄が設けられるようになりました。
- ⑤ 眼球については、香川アイバンク（注5）において眼球の提供登録やあっせんが行われていますが、さらに眼球提供についての普及啓発活動の積極的な推進を図る必要があります。

(2) 造血幹細胞移植

- ① 骨髄移植及び末梢血幹細胞移植は、白血病、再生不良性貧血、先天性免疫不全症などの血液難病に対する治療法です。しかし、患者と提供者（ドナー）の白血球の型（HLA型）が一致しなければ行えません。非血縁者（他人）間では、数百人から数万人に1人しか白血球の型が一致しないため、一人でも多くの方にドナー登録

をしてもらうために、日本骨髄バンク（注6）が主体となり、県と日本赤十字社等が協力して骨髄バンク事業を行っています。

- ② 本県においても、県の保健所にドナー登録の窓口を設置し、ドナー登録を受け付けるなど、ドナー登録者の増加に努めています。
- ③ 令和5年3月末現在で、本県におけるドナー登録者は4,345人（移植希望者16人）、全国では545,870人（移植希望者1,199人）となっており、今後、一層の登録者数の増加に向けて普及啓発活動を展開する必要があります。
- ④ 令和5年5月現在、県内全ての市町において骨髄等移植ドナー等に対する助成金交付事業が実施されています。骨髄バンクで骨髄・末梢血幹細胞移植を希望する患者の9割以上に少なくとも1名以上のドナーが見つかるようになりましたが、そのうち6割程度の患者しか移植を受けることができないと言われており、骨髄等提供者の確保が課題です。
- ⑤ 出産後のへその緒や胎盤に含まれている臍帯血の移植をする臍帯血移植については、骨髄移植を補完するものとして行われています。各さい帯血バンク（注7）が臍帯血を管理しており、臍帯血移植は、香川大学医学部附属病院と高松赤十字病院において行われています。

【対策】

（1）臓器移植体制の整備

- ① 県民に対し、「臓器提供意思表示カード」や「インターネットによる臓器提供意思登録制度」の普及啓発を行うとともに、各種広報活動や臓器移植コーディネーターによる出張講座などを通して知識の普及に努め、脳死又は心停止後の臓器提供について、本人や家族の意思に基づいた、円滑な臓器提供が行われる環境を整備します。

また、移植可能な医療機関の情報を広く県民に提供します。

- ② 医療従事者に対し、病院内における勉強会の開催や「意思確認パンフレット（注8）」を活用した意思確認作業を働きかけるなど、院内コーディネーターを中心として臓器移植にさらに高い意識を持つような病院の体制づくりに努めます。
- ③ 臓器移植ワーキンググループ会議で、移植に関する事例報告等を通して問題点を共有するなど、香川いのちのリレー財団や関係医療機関、さらには香川アイバンクと連携体制の強化を図ります。

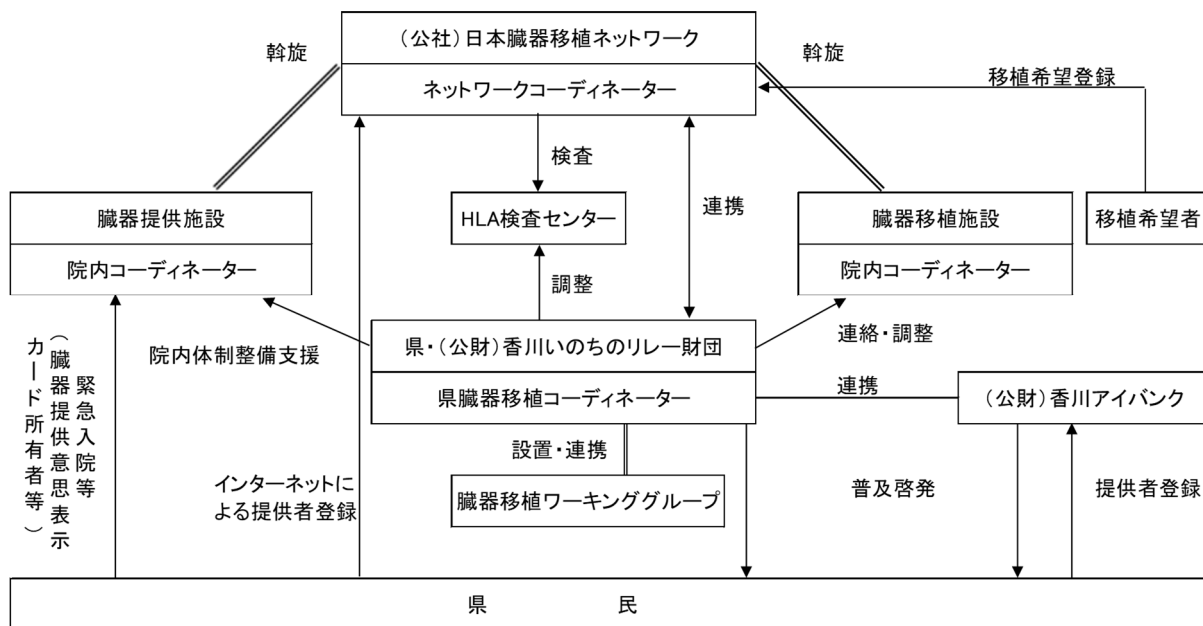
（2）造血幹細胞移植体制の整備

- ① 日本骨髄バンクや県赤十字血液センターと連携し、パンフレットの配布や広報の実施などにより、骨髄移植等に関する知識の普及啓発を行うとともに、骨髄ドナー登録会（献血並行型骨髄ドナー登録会（注9）を含む）を開催するなど登録者の確保を図ります。
- ② 骨髄等移植ドナーに対する助成金交付事業を実施する市町への助成や企業等におけるドナー休暇制度の普及促進に取り組み、関係機関と連携・協力して、骨髄等の提供を希望する者が骨髄を提供しやすい環境の整備に努めます。

- ③ 各さい帯血バンクなどの関係機関との連携を図り、臍帯血移植が促進されるよう情報の提供を行います。
- ④ 平成24年9月に公布された「移植に用いる造血幹細胞の適切な提供の推進に関する法律」に基づき、国において策定される基本方針を踏まえ、関係機関と十分な連携を図りながら、造血幹細胞の適切な提供のための施策を行います。また、関係団体等で構成する造血幹細胞移植推進連絡協議会を設置し、情報交換や対策を検討します。

- (注1) 臓器移植コーディネーターとは ⇒ 県民や医療従事者に対して臓器移植に関する普及啓発活動を行い、臓器提供発生時には臓器移植のあっせん業務を行う人物。
- (注2) 公益財団法人香川のちのリレー財団とは ⇒ 腎臓移植に関する助成を行うとともに、臓器移植に関する関係機関との連絡調整、臓器移植に関する知識の普及啓発等を行う団体。連絡先：087-832-3315
- (注3) 臓器移植ワーキンググループとは ⇒ 関係医療機関（臓器提供・移植施設、二次・三次救急医療機関等）の移植医・救急部門の医師・看護師、いのちのリレー財団等で構成し、臓器移植に関わる医療従事者の臓器移植に対する認識を強めるため、臓器移植をめぐる問題について相互に情報提供・検討を行う組織。
- (注4) 院内コーディネーターとは ⇒ 関係医療機関において臓器移植に関する普及啓発や連絡調整の中心となる医療従事者を知事から委嘱し、医療従事者の臓器移植に対する認識を深め、臓器提供発生時の適切な対応を促す人物。
- (注5) 公益財団法人香川アイバンクとは ⇒ 角膜移植による視力障害者の視力の回復に資するために協力、援助を行う団体。連絡先：087-898-5111
- (注6) 公益財団法人日本骨髄バンクとは ⇒ 骨髄・末梢血幹細胞移植が必要な患者のために、血縁関係のない健康な人（非血縁者）から提供される骨髄・末梢血幹細胞を患者に斡旋する仕組みやその業務を担う団体。連絡先：03-5280-1789
- (注7) 各さい帯血バンクとは ⇒ 白血病などの治療のための移植に用いられる臍帯血を供給する事業者。臍帯血の採取、調整、保存を行うとともに、患者が移植を希望した場合には、その患者が移植を受ける医療機関へ臍帯血を引き渡す業務を行っている。令和5年7月現在、臍帯血供給事業者として厚生労働大臣の許可を受けた業者は全国6カ所ある。
- (注8) 意思確認パンフレットとは ⇒ 回復不可能な状態にある患者の家族に対し、臓器提供も選択肢の一つとして提示し、少しでも本人や家族の意思を尊重できるようにすることを目的とするパンフレット。
- (注9) 献血並行型骨髄ドナー登録会とは ⇒ 骨髄ドナー登録を献血会場で同時に行うこと。登録者への針刺しが余分にかからないため負担が少ないなどのメリットがある。

臓器移植推進体制



8 難病・小児慢性特定疾病

難病は、発病の機構が明らかでなく、治療法が確立していない希少な疾病であり、長期にわたる療養を要することから、患者やその家族に対するきめ細やかな支援が求められています。

難病のうち客観的な診断基準（又はそれに準ずるもの）が定まっている等の要件を満たす特定の疾病を対象に、医療費の自己負担分の助成を行うとともに、保健・医療・福祉の連携により難病患者等に対する支援を図っています。

小児慢性特定疾病は、慢性的な疾病にかかっていることにより、長期にわたり療養を必要とする児童等の健全育成及び自立促進を図るため、児童等とその家族の持つ様々なニーズに対応するとともに、小児期から成人期にかけて切れ目ない支援が求められています。

【現状・課題】

- (1) 平成27年1月に施行された「難病の患者に対する医療等に関する法律」により、難病の患者に対する新たな医療費助成制度が整備されるとともに、対象疾病が大幅に拡大しました。従来は特定疾患治療研究事業として61疾患（国指定56、県指定5）を対象としてきましたが、この法律に基づき、令和3年11月現在で338疾病が「指定難病」に指定されています。

なお、指定難病に移行しなかったスモン等の国指定疾病については、引き続き特定疾患治療研究事業として、同じく指定難病に移行しなかった県指定の3疾病は「香川県指定難病」として医療費助成を行っています。

- (2) 平成16年から香川県難病相談支援ネットワーク事業として、関係医療機関（難病診療連携拠点病院、難病診療分野別拠点病院、協力病院）と県医師会等の関係団体の委員で構成する「香川県難病対策連絡協議会」を設置し、難病患者に対する医療確保のための連絡調整を行っています。

県（健康福祉総務課）、各保健所、拠点病院等に相談窓口を設置し、関係機関と連携して相談支援を行っています。また、保健所では、訪問相談事業、医療相談事業、事例検討会等を実施し、サービスの質の向上とネットワークの充実・強化を図っています。

- (3) 難病は患者数が少なく多様であることから、早期に正しい診断ができる医療提供体制の構築、身近な医療機関での適切な疾病管理の継続、難病の患者が安心して学業・就労と治療を両立できる環境の整備、難病に関する啓発の必要性など様々な課題が指摘されています。

- (4) 小児慢性特定疾病対策として、18歳未満の児童を対象に16疾患群（令和5年4月現在）について、医療費助成を行っています。なお、この事業の対象者については、継続手続きを行えば、20歳未満まで延長することができます。

平成28年8月から、慢性疾患を抱える児童やその家族が、子どもの療育や日常生活、学校、就労等の困りごとについて、小児慢性自立支援員が関係機関と連携して相談に応じる相談窓口を設置しています。

【対策】

(1) 難病医療提供体制の整備

平成31年4月に指定した難病診療連携拠点病院（香川大学医学部附属病院）を中心に、早期に正しい診断ができる医療提供体制の構築に努めます。

また、香川県難病対策連絡協議会において、難病患者に対する医療確保のための連絡調整を行うとともに、県内における難病の医療提供体制のあり方等について検討を進めます。

(2) 難病患者等の相談支援体制の充実

難病患者・家族の療養上・生活上の悩みや不安等の解消を図るとともに、医療相談、就労相談など、難病患者のもつ様々なニーズに対応したきめ細やかな相談支援が行えるよう、「香川県難病相談支援ネットワーク」の充実・強化に努めます。

(3) 小児慢性特定疾病対策の充実

小児慢性特定疾病児童等について、患児家族の医療費の負担軽減を図るとともに、慢性的な疾病を抱える児童及びその家族の負担軽減及び長期療養をしている児童の成長支援や自立支援について、関係機関と連携した支援の充実に努めます。

(参 考)

各医療費助成制度における受給者数（令和4年度末）

名 称	受給者数（人）
国指定難病	9,638
県指定難病	473
特定疾患治療研究事業	9
小児慢性特定疾病（高松市を除く）	387

（香川県健康福祉総務課、子ども家庭課調）

9 アスベスト

アスベスト（石綿）は、肉眼では見ることができない極めて細かい線維で、建材など様々な用途に広く使用されてきましたが、飛散すると空気中に浮遊しやすく、ヒトが吸い込むと非常に長い期間を経て、肺がん、中皮腫などの健康被害を引き起こすおそれがあります。

また、アスベストにさらされる作業に従事していた方だけでなく、アスベスト取扱事業場などの周辺住民の健康被害が明らかとなっています。

このため、アスベストによる健康被害に対する県民の不安や疑問を解消するとともに、健康被害を迅速に救済するための対策が必要です。

【現状・課題】

- (1) 平成18年3月に「石綿による健康被害の救済に関する法律」が施行され、アスベストによる健康被害を受けた方やその遺族で、労災補償の対象とならない方に対する医療費などの救済給付が行われています。救済給付の申請受付は、独立行政法人環境再生保全機構や環境省地方環境事務所のほか、保健所や県（健康福祉総務課）でも行っています。
- (2) 県のホームページなどを活用し、アスベストによる健康被害やその救済制度について周知するとともに、保健所や県（健康福祉総務課）において健康相談を行っています。
- (3) アスベスト疾患センターが設置されている香川労災病院のほか、呼吸器内科などがある県内の医療機関に呼びかけ、平成18年9月からアスベストによる健康被害の救済に対応可能な医療機関による「アスベスト疾患診療ネットワーク」を構築しています。
- (4) アスベスト関連疾患の潜伏期間（15年～50年）とアスベストが大量に輸入使用されていた時代（1970年～1990年）を考慮すると、今後更にアスベストによる健康被害の増加が見込まれることから、アスベスト関連疾患を早期に発見し、アスベストによる健康被害を迅速に救済できる体制の充実が必要です。

【対策】

- (1) 環境省、厚生労働省、独立行政法人環境再生保全機構などと連携して、アスベストによる健康被害やその救済制度の普及啓発に努めます。
- (2) 保健所や県（健康福祉総務課）において、引き続き、アスベストによる健康被害に関する健康相談や「石綿による健康被害の救済に関する法律」に基づく救済給付の申請受付を行います。
- (3) アスベスト関連疾患の診断技術やアスベストによる健康被害に関する相談能力の向上を目的に、医師などを対象とした研修会を開催するとともに、「アスベスト疾患診療ネットワーク」への新たな登録を推進し、アスベストによる健康被害に対応可能な医療機関によるネットワークの充実に努めます。

10 アレルギー疾患

【現状と課題】

- (1) 「アレルギー疾患対策基本法」(平成26年度法律第98号)第11条第1項に基づく「アレルギー疾患対策の推進に関する基本的な指針」(平成29年厚生労働省告示第76号)において、「地方公共団体は、地域の実情を把握し、医療関係者、アレルギー疾患を有する者その他の関係者の意見を参考に、地域のアレルギー疾患対策の施策を策定し、及び実施するよう努める」こととされています。
- (2) アレルギー疾患は、国民の約5割が罹患する国民病であり、全国的には喘息による死亡率は減少しているものの、花粉症などのアレルギー疾患は増加しています。一方、香川県においては喘息による死亡率が全国上位で推移しているほか、アレルギー性鼻炎やアトピー性皮膚炎により医療機関を受診する患者数は増加傾向です。また、香川県における日本アレルギー学会専門医は27名(22医療機関)ですが、地域偏在があります。
- (3) 県内どこでも等しく適切なアレルギー疾患医療を受けることができるよう、かかりつけ医と専門医療機関の円滑な連携体制を確保するとともに、アレルギー疾患に関する正しい情報の提供体制も確保する必要があります。

【対策】

- (1) 香川県アレルギー疾患医療拠点病院との連携による情報提供等
居住する地域に関わらず等しくアレルギー疾患医療を受けることができるよう、アレルギー疾患医療拠点病院と連携し、アレルギー疾患患者やその家族、地域住民に対するアレルギー疾患に関する適切な情報提供、医療従事者の知識や技能の向上に資するための研修の実施や学校、保育所、社会福祉施設や行政機関等、患者の相談や支援に携わる関係者がアレルギー疾患に関する知識の習得し適切な対応がとれるよう支援します。
- (2) 診療連携体制の推進
地域の実情に応じたアレルギー疾患対策の推進を図るため設置したアレルギー疾患医療連絡協議会等を通じ、医療関係者等の意見を参考に、専門医や専門的なアレルギー診療を提供する病院等と円滑な診療連携体制を推進します。また、標準的な治療では病状が安定しない症例、難治性の症例等について、香川県アレルギー疾患医療拠点病院を中心とした診療連携体制の充実を図れるよう支援します。

1.1 今後高齢化に伴い増加する疾患等対策

超高齢社会において、健康寿命を延ばし、要介護状態となる時期を遅らせるためには、ロコモティブシンドローム（注1）やフレイル（注2）、大腿骨頸部骨折、誤嚥性肺炎など高齢化に伴い増加する病気などについての知識を普及し、予防に向けた実践を促すことが重要です。

【現状・課題】

高齢化に伴い増加する疾患を発症することにより、健康寿命や高齢者の生活の質（QOL）は著しく低下することから、ロコモティブシンドロームやフレイル、大腿骨頸部骨折、誤嚥性肺炎などの予防対策は喫緊の課題ですが、認知度は低い状態です。

【対策】

（1）予防対策の充実

ロコモティブシンドロームやフレイル、大腿骨頸部骨折、誤嚥性肺炎など高齢化に伴い増加する病気などについて、高齢者の低栄養の予防や生活習慣の改善、運動機能・摂食嚥下機能の維持、口腔健康管理など、各市町とも協力し、保健・医療・介護の連携による総合的な予防対策に取り組みます。

（2）ロコモティブシンドロームやフレイルなどに関する普及啓発

医療機関や介護事業者、市町など関係機関と連携して、ロコモティブシンドロームやフレイルなどの認知度向上を図るため、様々な機会を通じて県民に広く周知します。

（注1）ロコモティブシンドロームとは⇒骨や関節、筋肉、神経などの「運動器」が、加齢や運動不足、骨や関節の病気などのために衰え、将来、要介護となる危険性の高い状態をいいます。

（注2）フレイルとは⇒加齢とともに心身の活力（運動機能や認知機能等）が低下し、複数の慢性疾患の併存などの影響もあり、生活機能が障害され、心身の脆弱性が出現した状態をいいます。

第3節 事業ごとの医療連携体制の現状・課題と対策

1 救急医療

令和3年中の本県における救急隊の出動件数は44,880件、搬送人員は41,353人で、直近10年の傾向としては、出動件数、搬送人員とも増加傾向となっています。また、搬送人員の事故種別内訳は、急病が60.0%、交通事故が7.7%で、急病が占める割合が増加しており、今後の高齢化の進展に伴い、救急医療に対するさらなる需要増加が見込まれます。

救急医療資源に限りがある中で、この需要に対応しつつ、より質の高い救急医療を提供し、県民が安心できる救急医療体制を整備する必要があります。

【現状】

(1) 救急医療をとりまく状況

① 高齢者救急の増加

救急搬送された高齢者（満65歳以上）についてみると、平成22年には約22,000人で全体の54.6%だったものが、令和3年には約27,000人で全体の66.2%を占めており、今後も高齢化の進展に伴い高齢者救急の件数増加が見込まれています。

② 疾病構造の変化

昭和62年時点では救急搬送人員の43.5%であった急病について、令和3年には60.0%を占めるに至りました。今後も急病の対応が増加し、特に、高齢化の進展に伴い、脳梗塞、肺炎、心不全、骨折などによる搬送の増加が見込まれます。

③ 救急患者の動向

救急搬送される傷病者で急病に分類されるもののうち、診療の結果として帰宅可能な「軽症」が37.4%を占めています。救急車の不要不急な利用は、救急搬送を実施する消防機関に負担をかけるのみならず、救急医療機関にも過重な負担をかけることとなり、ひいては真に救急対応が必要な者への救急医療に支障を来す結果となりかねません。

(2) 救急医療の提供体制

① 医療機関の受診や救急車の要請に迷う場合の相談機能

救急医療機関への適正受診や患者の不安解消を図るため、夜間の急病などについての応急処置や救急搬送の要否等について相談を行う救急電話相談事業を実施しています。

② 病院前救護体制

メディカルコントロール体制を整備するため、香川県メディカルコントロール協議会を設置し、救急救命士が行う救急救命処置について、その質の確保に努めています。

また、救急搬送の迅速化と救急医療の円滑化を図るため、救急隊が患者情報を登録し、医療機関と共有する救急システムを平成24年4月から運用しています。

さらに、救急医療や災害医療の充実・高度化を図るため、令和4年4月からドクターヘリを運航しており、ドクターヘリの出動中に緊急性の高い搬送案件が発生し

た場合や、大規模災害発生時などに備えて、令和5年4月からは岡山県と、同年7月からは四国3県との相互応援を行っています。

③ 初期救急医療体制

休日昼間の初期救急患者については、「在宅当番医制」により対応しているほか、夜間については、高松圏域で高松市が夜間急病診療所を設置しています。

④ 二次救急医療体制

二次救急医療は、入院治療を必要とする救急医療を担う医療であり、主に各圏域の「病院群輪番制」により、患者の受入れ体制を整備しています。

⑤ 三次救急医療体制

三次救急医療は、重症及び複数の診療科領域にわたる重篤な救急患者に対し、24時間体制で高度な救急医療を提供するものであり、県内では、香川大学医学部附属病院、県立中央病院、三豊総合病院の3箇所に救命救急センターが設置され、三次救急医療に対応しています。

⑥ 救急告示医療機関

「救急病院等を定める省令」に基づき、消防法に規定する救急隊により搬送される傷病者に関する医療を担当する救急告示医療機関は、令和5年9月時点で57医療機関を認定しています。

【課題】

救急隊の出動件数が増加傾向にあり、今後も高齢化の進展に伴い、救急医療に対するさらなる需要増加が見込まれる中、救急医や内科医等、地域で救急医療を担う人材の確保が厳しく、救急医療に係る設備も限られており、これら医療資源を効率的かつ効果的に活用した初期から三次までの体系的な救急医療体制の構築が必要です。

こうした状況の中、救急搬送先がすぐに決まらない救急搬送困難事案への対応が喫緊の課題となっており、地域の実情に応じた初期救急医療体制の構築が必要です。

また、脳卒中や急性心筋梗塞等の専門的な医療や重症外傷や複数診療科にまたがる重篤な患者への医療提供が、救命救急センターを有する病院以外の病院においても行われていることから、三次救急医療体制のあり方、三次救急医療機関の後方支援としての二次救急医療体制のあり方についても検討し、各医療機関の役割分担を明確にする必要があります。

こうした検討に当たっては、地域医療構想を踏まえた病床の機能分化・連携の推進、在宅医療の推進を含めた地域包括ケアシステム構築の進捗状況、人生の最終段階における医療のあり方の議論の進展など、将来の医療需要や医療供給の大きな変動要因の状況を見極める必要があります。

また、新型コロナウイルス感染症まん延時においては、疑い患者を救急外来内で隔離するため、同時に受入れ可能な救急患者数が減少したこと、入院が必要な患者に対するスクリーニングによる待機時間の発生等による機能制限や、医療従事者が濃厚接触者となるなどによる人員不足等の複合的な要因により、救急患者の受入れが困難になる事案が全国的に発生し、救急医療における様々な課題が顕在化したところです。

【対策】

(1) 病院前救護体制の強化

- ① 香川県メディカルコントロール協議会の指導のもと、救急救命士の資質の向上を図るため、引き続き、事後検証の実施や病院研修等の充実に努めます。
- ② 救急自動車の適切な利用について、関係機関と連携を図りながら普及啓発に努めます。
- ③ ドクターヘリについては、運航調整委員会や安全管理部会において、運航状況等の分析や安全かつ効果的な運用に向けた検討を行うとともに、関係医療機関や消防機関等と連携した現場訓練等に取り組みます。
- ④ 運用中の救急システムに、効率的な事後検証が行える機能を搭載しており、これを活用し、より一層の救急搬送の迅速化、救急医療の円滑化を図り、病院前救護体制の質の向上に努めます。

(2) 医療機関の役割分担と連携体制の構築

- ① 関係市町や郡市区医師会と連携しながら、在宅当番医制の実施や夜間急病診療所の運営などについて、各圏域の状況を踏まえた対応を協議します。
- ② 救急医療機関が行う救急医療機能の強化のための施設・設備整備や医師確保対策に係る支援を行います。
- ③ 各圏域の救急医療に関する現状分析や情報の共有化を図り、二次救急医療体制のあり方について、各圏域の二次救急医療機関等の意見を踏まえながら、検討を行います。
- ④ 二次救急医療体制の検討に合わせて、県全体の救急医療体制のあり方について、病床の機能分化・連携の推進など、将来の医療需要・医療供給の変動要因も見極めつつ、地元市町や関係機関の意見を聴きながら、検討を行います。
- ⑤ 初期救急医療機関、二次救急医療機関及び三次救急医療機関相互の連携強化を図り、各傷病に対応した適切な救急医療が行われるよう努めます。

(3) 救急医療を担う人材の確保

医学生修学資金制度において、救急科等を推奨診療科とするとともに、県内で救急科等の専門研修プログラムに参加する専攻医に研修奨励金を手厚く支給するなどにより、救急医療を担う人材の確保に努めます。

(4) 救急医療に関する普及啓発

夜間救急電話相談事業の利用促進や、医療機関を受診する際のルールやマナーについて、関係機関と連携しながら普及啓発に努めます。

(5) 新興感染症の発生・まん延時における救急医療提供体制の構築

- ① 医療機関が救急患者を受け入れるために必要な感染対策を講じることができる人材の平時からの育成支援に努めます。
- ② それぞれの状態に応じて、すべての患者が救急外来を受診しなくても済むよう、夜間救急電話相談事業の利用促進やオンライン診療の実施体制の確保等により、新興感染症のまん延によって救急外来の需要が急増した際にも対応できる体制づくりに努めます。

【数値目標】

項目	現状	目標	目標年次
搬送困難事案数	2,524件 (令和4年度)	減少	令和11年度
診療時間外における軽症患者の受診割合	74.6% (令和4年度)	70%	令和11年度

※香川県医務国保課調べ

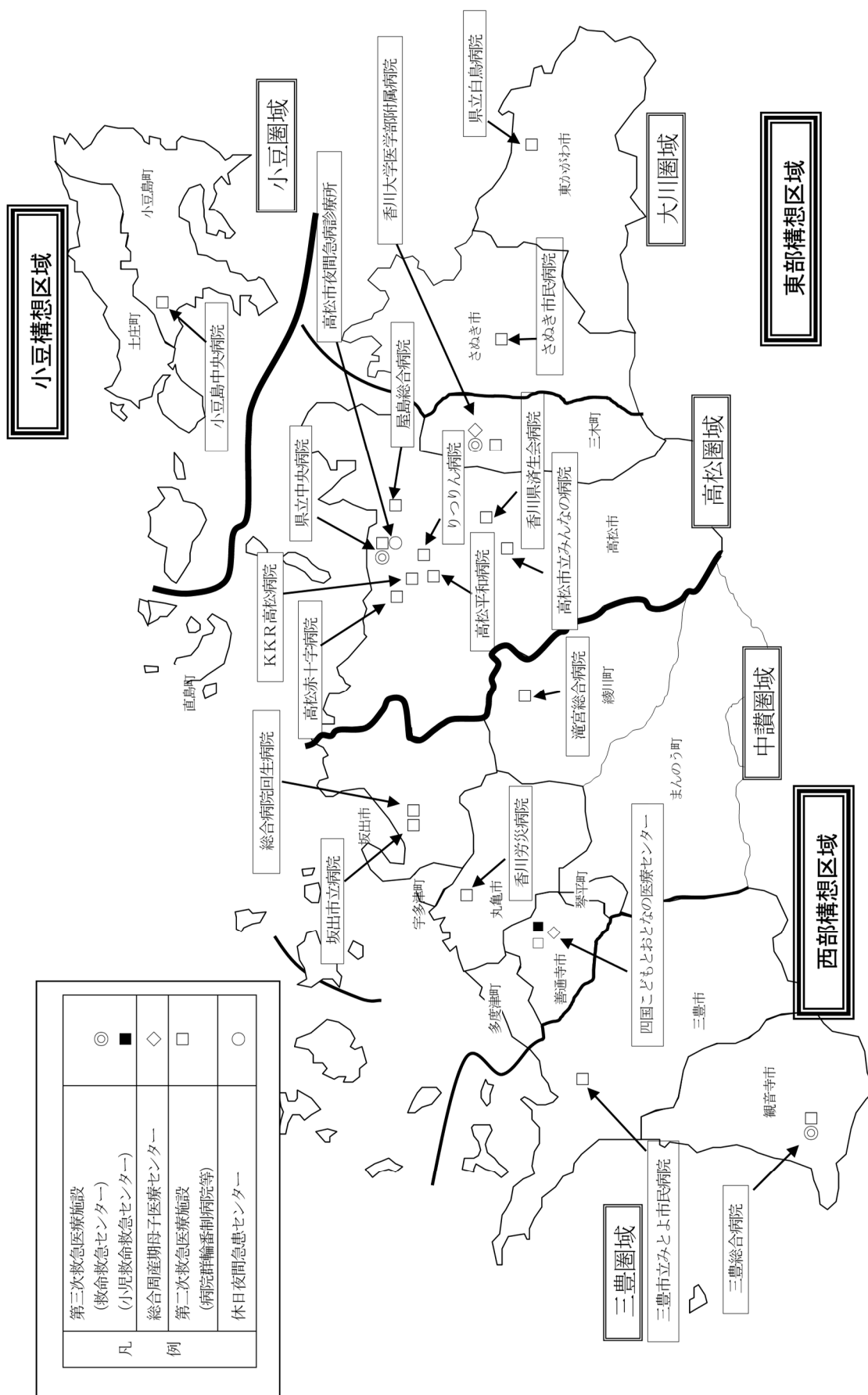
香川県救急医療体制

圏域名	市町名	圏域人口	初期救急医療機関		第二次救急医療機関		第三次救急医療機関	その他
			休日夜間急患センター	在宅当番医制	制度名	施設名		
大川	さぬき市 東かがわ市	72,691		大川地区医師会	病院群 輪番制	さぬき市民病院 県立白鳥病院	県立中央病院救命救急センター	香川県広域災害・救急・周産期医療情報システム「医療Netさぬき」を運用。
					共同利用型 (小児救急)	さぬき市民病院内		
小豆	小豆島町 土庄町	26,633		小豆郡医師会		小豆島中央病院	香川大学医学部附属病院救命救急センター	57医療機関を「救急病院等を定める省令」に基づく救急告示医療機関として認定。
高松	高松市 三木町 直島町	443,598	高松市 夜間急病診療所	高松市医師会 木田地区医師会 (他に、綾歌地区医師会のうち旧国分寺町の施設を含む)	病院群 輪番制	県立中央病院 高松市立みんなの病院 高松赤十字病院 香川県済生会病院 屋島総合病院 りつりん病院 KKR高松病院 高松平和病院 香川大学医学部附属病院	三豊総合病院地域救命救急センター 四国こどもとおとなの医療センター (総合周産期母子医療センター・小児救命救急センター)	
中讃	丸亀市 坂出市 善通寺市 宇多津町 綾川町 琴平町 多度津町 まんのう町	275,998		丸亀市医師会 坂出市医師会 綾歌地区医師会 仲多度郡・善通寺市医師会	病院群 輪番制	坂出市立病院 香川労災病院 四国こどもとおとなの医療センター 滝宮総合病院 総合病院回生病院		
三豊	観音寺市 三豊市	115,837		三豊・観音寺市医師会	病院群 輪番制	三豊総合病院 みとよ市民病院		
					共同利用型 (小児救急)	三豊総合病院内		

※令和5年9月1日現在（人口：令和4年10月1日現在）

(注) 共同利用型とは ⇒ 各圏域ごとに、病院の一部を開放し、郡市地区医師会等の協力のもと夜間の救急患者の受入を行うもの。

救命救急センター、病院群輪番制病院及び夜間急患センター位置図 (R4.5.1)



【ロジックモデル】



2 災害医療

災害時における医療（以下「災害医療」という。）については、災害発生時に、災害の種類や規模に応じて利用可能な医療資源を可能な限り有効に使う必要があるとともに、平時から、災害を念頭に置いた関係機関による連携体制をあらかじめ構築しておくことが必要不可欠です。

我が国の災害医療体制については、平成7年の阪神・淡路大震災を契機として、災害拠点病院の整備や広域災害・救急医療情報システム（EMIS）の構築、DMAT（災害派遣医療チーム）の養成等の体制が整備されてきました。

また、平成23年3月に発生した東日本大震災や、平成28年4月に発生した熊本地震等の大規模災害を踏まえて、大規模災害時の保健医療福祉活動に係る体制の整備について、見直しが行われたところです。

本県においても、今後30年以内の発生確率が70%～80%となっている南海トラフ地震等の大規模災害が発生した場合に、県民に適切な医療が提供できるよう、災害医療提供体制の整備を進める必要があります。

【現状】

(1) 香川県医療救護計画

大規模な地震等に備えるため、「香川県地域防災計画」に基づき、「香川県医療救護計画」を策定し、災害時における医療救護体制を整備しています。

(2) 南海トラフ地震における香川県広域受援マニュアル

「南海トラフ地震における具体的な応急対策活動に関する計画」（令和5年5月23日中央防災会議幹事会）に基づき、南海トラフ地震発生時に、国や他県が実施する応援について、本県が迅速かつ効果的に受け入れられる体制を確保するために必要な対応について定めています。

(3) 医療救護体制

① 香川県災害対策本部等

香川県災害対策本部が設置された場合は、必要に応じて、災害対策本部内にその災害対策に係る保健医療福祉活動の総合調整を行うための保健医療福祉調整本部を設置し、保健医療活動チーム（DMAT、JMAT、日本赤十字社の救護班、歯科医師チーム、薬剤師チーム、看護師チーム、DPAT等）の派遣調整、保健医療福祉活動に関する情報連携、保健医療福祉活動に係る情報の整理及び分析等の保健医療福祉活動の総合調整を行います。

また、災害対策本部などにおけるコーディネートを強化するため、医療の専門的見地から、関係機関との調整を行う災害医療コーディネーターとして、災害拠点病院の医師など22名（令和5年9月1日現在）を選任しています。

さらに、災害時の小児・周産期支援体制を強化するため、小児周産期リエゾンを養成し、23名（令和5年4月1日現在）の医師を選任しています。

② 災害拠点病院等

被災患者の受入れ・治療、DMAT等の派遣を行う災害医療の中核を担う災害拠点病院として、県内で10病院を指定しています（基幹災害拠点病院を県で1か所、

地域災害拠点病院を5圏域（大川・小豆・高松・中讃・三豊）ごとに1～3か所）。

また、災害拠点病院や市町と連携して、被災患者の受入れ・治療、被災地への救護班の派遣などを担う広域救護病院（30病院）を県独自に指定しています。

③ DMA T

災害急性期（概ね発災後48時間）に、災害現場に出向いて救急医療を行うDMA Tが、県内の10病院に40チーム（令和5年4月1日現在）配置されています。また、災害現場で活動するDMA Tの指揮を行う統括DMA Tを21名（令和5年6月23日現在）配置しています。

④ 関係団体との協定

県医師会、県歯科医師会、県薬剤師会、県看護協会、県柔道整復師会、日本赤十字社香川県支部等の関係団体と、「災害時の医療救護に関する協定書」等を締結しており、必要に応じて、JMA T香川などの医療救護班等の派遣を要請します。

(4) 広域医療搬送

県内で治療、収容できない患者の搬送については、国等に要請し、受入れ可能な県外の病院へ広域医療搬送を実施します。

広域医療搬送を実施する場合は、高松空港内にSCU（航空搬送拠点臨時医療施設）を設置し、航空機等での搬送が可能となるよう患者の安定化処置を行います。

(5) 医薬品等の確保

災害発生初期の救護活動に必要とされる医薬品及び医療機器を、公的医療機関等28箇所（令和2年4月1日現在）に分散し、備蓄しています。また、災害救護に必要な薬品等の確保について、香川県医薬品卸業協会、香川県医薬品小売商業組合及び日本産業・医療ガス協会香川県支部並びに香川県医療機器販売業協会と協定を締結しています。

【課題】

(1) 災害医療体制の整備

災害拠点病院は、災害発生時にその機能を十分発揮することができるよう、施設の耐震化やライフラインの維持・確保、情報通信機器や医療資器材等の確保・備蓄などの体制を整備しておく必要があります。

また、広域医療搬送を円滑に実施することができるよう、普段からSCUの設置に必要な医療資器材等を維持・メンテナンスするとともに、DMA T及び関係機関と訓練することが必要です。

加えて、DMA Tや災害医療コーディネーターなど、災害医療を熟知する人材を引き続き養成することが必要です。

(2) 関係機関の連携強化

災害拠点病院や医師会、歯科医師会等の医療関係団体、防災関係機関など、災害時の医療救護活動に関わる機関と、相互の連絡体制の整備を図り、災害時の速やかな連携体制を構築する必要があります。

(3) 医薬品等の確保・供給体制の整備

災害発生時には、情報、通信及び交通の混乱が想定されます。このような中、被災地の医療機関等からの供給要請に応じ、医薬品等を迅速かつ円滑に供給するためには、関係機関や団体の役割分担を明確化するとともに、情報伝達体制の整備が必要です。

【対策】

(1) 災害医療体制の整備

災害拠点病院が実施するライフラインの維持・確保などの整備事業を支援します。

加えて、災害発生時に高松空港内に設置・運営するSCUに必要な医療資機材等を維持・メンテナンスするとともに、DMAT及び関係機関と訓練を行います。

また、DMAT、災害医療コーディネーターなどを、計画的に養成するとともに、既存のDMATの技能維持・向上を図るため、訓練・研修を実施します。

(2) 関係機関の連携強化

香川県災害医療救護活動連絡会、DMAT連絡会や災害医療コーディネーター連絡会などを継続的に開催するとともに、災害医療に関する研修や訓練を実施するなど、関係機関の連携強化を図ります。

(3) 医薬品の確保・供給体制の整備

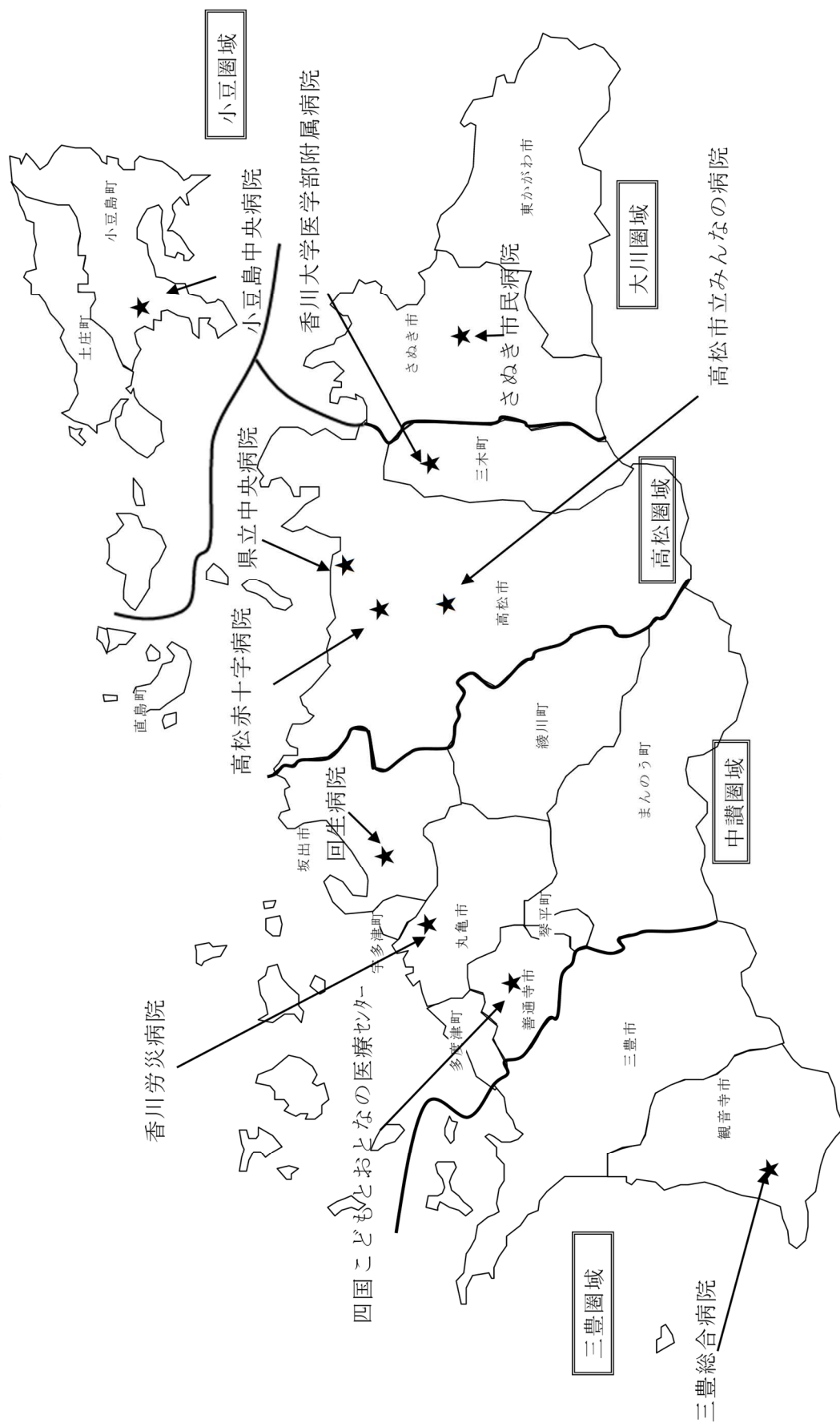
災害時の医薬品等供給体制検討会において、平成25年3月に作成した「災害時における医薬品等の供給マニュアル（令和元年5月改正）」の見直しを必要に応じ行い、関係者との連絡調整及び地域における医薬品の確保・供給体制の強化を図ります。

また、災害時に薬剤師、医薬品の需要の把握と調整を行い、県に対して効率的かつ的確に薬剤師、医薬品を配置、供給するための助言及び支援を適宜行う災害薬事コーディネーターの設置に努めます。

【数値目標】

項目	現状 (令和5年度)	目標	目標年次
DMATチーム数	40チーム	55チーム	令和11年度
DMAT連絡会の開催	毎年度実施	毎年度実施	令和11年度

災害拠点病院位置図 (R5.9.1 現在)



DMAT指定医療機関・災害拠点病院・広域救護病院一覧(令和4年5月1日現在)

	地区	番号	施設名	病床数	所在地	電話	備考
DMAT指定医療機関	大川	1	さぬき市民病院	179	さぬき市寒川町石田東甲387-1	0879-43-2521	
	小豆	2	小豆島中央病院	234	小豆郡小豆島町池田2060番地1	0879-75-1121	
	高松	3	県立中央病院	533	高松市朝日町1丁目2-1	087-811-3333	
		4	高松市立みんなの病院	305	高松市仏生山町甲847番地1	087-813-7171	
		5	高松赤十字病院	564	高松市番町4丁目1-3	087-831-7101	
		6	香川大学医学部附属病院	613	木田郡三木町池戸1750-1	087-898-5111	
	中讃	7	四国こどもとおとなの医療センター	689	善通寺市仙遊町2丁目1-1	0877-62-1000	
		8	回生病院	397	坂出市室町3丁目5-28	0877-46-1011	
		9	香川労災病院	404	丸亀市城東町3丁目3-1	0877-23-3111	
	三豊	10	三豊総合病院	462	観音寺市豊浜町姫浜708	0875-52-3366	
災害拠点病院	大川	1	さぬき市民病院	179	さぬき市寒川町石田東甲387-1	0879-43-2521	※
	小豆	2	小豆島中央病院	234	小豆郡小豆島町池田2060番地1	0879-75-1121	※
	高松	3	県立中央病院	533	高松市朝日町1丁目2-1	087-811-3333	※
		4	高松市立みんなの病院	305	高松市仏生山町甲847番地1	087-813-7171	※
		5	高松赤十字病院	564	高松市番町4丁目1-3	087-831-7101	※
		6	香川大学医学部附属病院	613	木田郡三木町池戸1750-1	087-898-5111	※
	中讃	7	四国こどもとおとなの医療センター	689	善通寺市仙遊町2丁目1-1	0877-62-1000	※
		8	回生病院	397	坂出市室町3丁目5-28	0877-46-1011	※
		9	香川労災病院	404	丸亀市城東町3丁目3-1	0877-23-3111	※
	三豊	10	三豊総合病院	462	観音寺市豊浜町姫浜708	0875-52-3366	※
広域救護病院	大川	1	県立白鳥病院	148	東かがわ市松原963	0879-25-4154	
		2	さぬき市民病院	179	さぬき市寒川町石田東甲387-1	0879-43-2521	※
	小豆	3	小豆島中央病院	234	小豆郡小豆島町池田2060番地1	0879-75-1121	※
		4	小豆島病院	184	小豆郡小豆島町池田2519-4	0879-75-0570	
		5	牟礼病院	47	小豆郡小豆島町安田甲33	0879-82-1111	
	高松	6	高松医療センター	240	高松市新田町乙8	087-841-2146	
		7	国立療養所大島青松園	100	高松市庵治町6034-1	087-871-3131	
		8	香川大学医学部附属病院	613	木田郡三木町池戸1750-1	087-898-5111	※
		9	県立中央病院	533	高松市朝日町1丁目2-1	087-811-3333	※
		10	かがわ総合リハビリテーション病院	184	高松市市田村町1114	087-867-6008	
		11	高松市立みんなの病院	305	高松市仏生山町甲847番地1	087-813-7171	※
		12	高松市民病院塩江分院	87	高松市塩江町安原上東99-1	087-893-0031	
		13	高松赤十字病院	564	高松市番町4丁目1-3	087-831-7101	※
		14	香川県済生会病院	198	高松市多肥上町1331-1	087-868-1551	
		15	屋島総合病院	279	高松市屋島西町2105-17	087-841-9141	
		16	りっりん病院	199	高松市栗林町3丁目5-9	087-862-3171	
		17	高松病院	179	高松市天神前4-18	087-861-3261	
	中讃	18	四国こどもとおとなの医療センター	689	善通寺市仙遊町2丁目1-1	0877-62-1000	※
		19	香川労災病院	404	丸亀市城東町3丁目3-1	0877-23-3111	※
		20	県立丸亀病院	215	丸亀市土器町東9丁目291	0877-22-2131	
		21	坂出市立病院	194	坂出市寿町三丁目1番2号	0877-46-5131	
		22	滝宮総合病院	191	綾歌郡綾川町滝宮486	087-876-1145	
		23	坂出聖マルチン病院	196	坂出市谷町1丁目4-13	0877-46-5195	
		24	回生病院	397	坂出市室町3丁目5-28	0877-46-1011	※
	三豊	25	みとよ市民病院	122	三豊市詫間町詫間6784-206	0875-83-3001	
		26	三豊総合病院	462	観音寺市豊浜町姫浜708	0875-52-3366	※
		27	松井病院	253	観音寺市村黒町739	0875-23-2111	
		28	岩崎病院	108	三豊市詫間町松崎2780-426	0875-83-6011	
		29	橋本病院	156	三豊市山本町財田西902-1	0875-63-3311	
		30	香川井下病院	243	観音寺市大野原町花稲818-1	0875-52-2215	

※印は上部に既に掲載されている病院

【ロジックモデル】



3 へき地医療

県内には、交通条件や地理的条件に恵まれない山間地域や離島など、いわゆるへき地があります。これまで、へき地診療所やへき地医療拠点病院などを中心に、へき地医療の推進に努めてきましたが、近年、へき地の過疎化や高齢化が進行する一方、へき地医療に携わる医師の確保が課題となるなど、へき地医療を取り巻く環境は一層厳しさを増しており、引き続き、へき地医療対策を推進することが重要です。

なお、本県を含め、へき地を有する都道府県は、国が示した指針を基に「へき地医療支援計画（直近計画の実施期間：平成23年～29年度）」を策定するとともに、医療計画においても「へき地の医療」を定めてきましたが、両者の整合性を確保するとともに、へき地医療の対策が地域医療の取組みとも連動していることから、平成30年度以降は、医療計画において、へき地医療対策を定めています。

【現状】

(1) 無医地区等の現状

県内には、令和4年10月現在で、無医地区が3地区、無医地区に準じる地区が15地区あります。また、無歯科医地区が9地区、無歯科医地区に準じる地区が9地区あります。

将来人口推計によると、本県の人口は、今後減少を続けるとともに、65歳以上の高齢者の割合が増加することが予想されており、へき地では、より一層の過疎化や高齢化が見込まれています。

(2) へき地の医療提供施設

① へき地診療所

県内では、18のへき地診療所が無医地区等における地域住民への医療提供を行っています。

② へき地医療拠点病院

県内の19病院をへき地医療拠点病院に指定し、へき地医療支援機構の指導・調整のもと、無医地区等における巡回診療や、へき地診療所への代診医の派遣のほか、へき地医療に関する支援事業を実施しています。

本県のへき地医療拠点病院による支援は、全国的にみても多くなっています。

項目	回数		人口10万人当たり	
	県	全国	県	全国
へき地医療拠点病院等からへき地への巡回診療実施回数	739回	4,539回	77.8回	3.6回
へき地医療拠点病院等からへき地への代診医派遣回数	1,176回	17,600回	123.8回	14回

厚生労働省「令和4年度へき地医療現況調査」

③ 離島巡回診療

瀬戸内海沿岸の4県（香川県、愛媛県、岡山県、広島県）が共同で瀬戸内海巡回診療船済生丸の活動を支援して、離島の巡回診療（検診）を実施しています。

また、豊島地区への歯科巡回診療班事業として、歯科医師等による離島歯科診療を実施しています。

(3) へき地医療を支援する機関等

① へき地医療支援機構

へき地保健医療政策の中心的機関として、へき地診療所等への代診医派遣調整等広域的なへき地医療支援事業の企画・調整等を行い、へき地医療対策の各種事業を円滑かつ効率的に実施することを目的として都道府県に設置されるへき地医療支援機構について、本県では、県立中央病院に設置したへき地医療支援センターが当該業務を担っています。

② へき地医療対策に関する協議会

へき地医療対策にかかる総合的な意見交換・調整等を実施するため、へき地医療対策に関する協議会を設置しています。

(4) 患者の搬送体制

ドクターヘリ及び県防災航空隊の防災ヘリコプターが活用されているほか、離島においては、定期船、海上タクシー、高松市の救急艇「せとのあかり」等による搬送も行われています。

(5) 医師の確保

へき地の公的医療機関に勤務する医師を確保するため、自治医科大学で医師を養成しているほか、香川県地域医療支援センターにおいて、県内外の医師の就業相談・あっせんの対応を行う中で、島嶼部公的病院・へき地診療所への県外勤務医のU J Iターンを促進するなど、へき地で勤務する医師を含めた医師確保対策を実施しています。

【課題】

(1) へき地の医療提供体制の維持・強化

へき地の一層の過疎化や高齢化が見込まれる中、県内のどこの地域においても必要な医療が受けられるよう、へき地医療支援機構を中心に、現在実施されている巡回診療や代診医を派遣する体制の維持・強化を図ることが必要です。

そのためにも、現在へき地医療拠点病院に指定されている19病院すべてが確実にへき地医療を行う体制づくりが必要です。

(2) 遠隔診療体制の充実

本県の医療情報ネットワークである、「かがわ医療情報ネットワーク」（K-M I X R）等を活用した遠隔診療体制の拡充を図り、へき地診療所とへき地医療拠点病院との連携強化が必要です。

(3) へき地医療に従事する医師等の確保

へき地の公的医療機関で勤務する医師等の医療従事者を継続的に確保する対策が必要です。

【対策】

(1) へき地の医療提供体制への支援

① へき地医療支援機構の充実

県立中央病院のへき地医療支援センターは、市町、へき地医療拠点病院との意見交換などを通じて、お互いの意思疎通を図り、連携しながらへき地医療対策を円滑かつ効率的に推進します。また、へき地医療拠点病院の活動の評価やへき地診療所の現地視察等を通じて、総合的診療支援事業の企画・調整等を行います。

② へき地医療拠点病院・へき地診療所への支援

へき地医療拠点病院やへき地診療所が行うへき地医療対策等を実施するための施設・設備の整備や、へき地医療拠点病院が行う巡回診療やへき地診療所への代診医等の派遣に対して、国庫補助を活用した支援を行います。

③ 遠隔診療体制の整備・充実

かがわ医療情報ネットワーク（K-MIX R）などのICTを活用した医療提供体制の整備を推進し、へき地や離島に暮らす患者がどこでも適切な医療を受けられるよう努めます。

(2) へき地における医師の確保

① へき地医療に従事する医師の確保

自治医科大学卒業医師をへき地診療所等に適切に配置するとともに、香川県地域医療支援センターや医師会・基幹病院などの関係機関と一層の連携を図りながら、第4章に記載している各般の取組みを通じて、引き続き、へき地医療を支える医師確保を図ります。

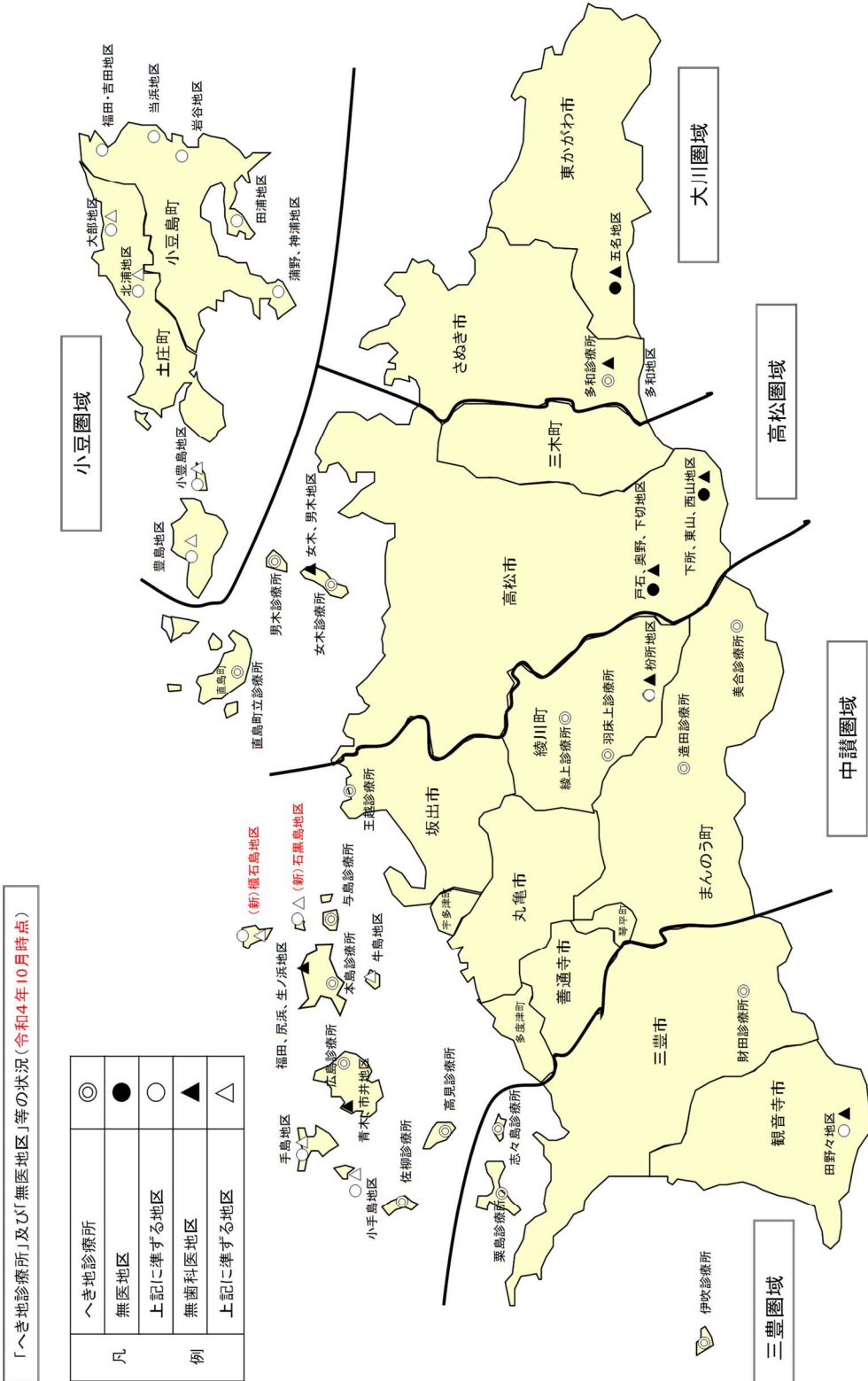
② へき地医療を担う医師の動機付けとキャリアパスの構築

医学生修学資金貸与と学生を含め、香川大学医学部の学生に対し、地域医療教育・地域医療実習を実施するなど、地域医療を担う医療人の教育・研修、医師に対するキャリア支援等の実施に努めます。

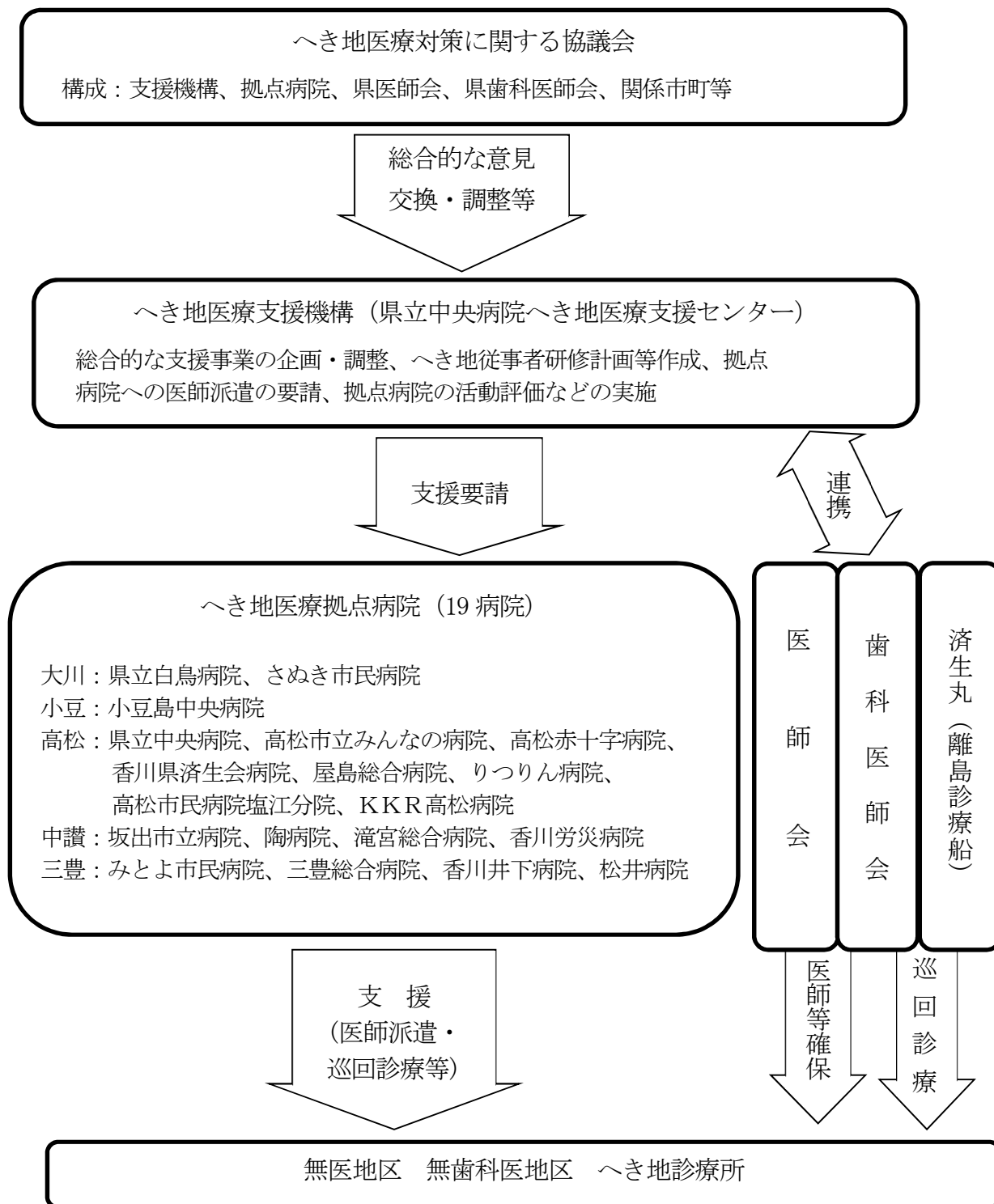
また、自治医科大学卒業医師の義務年限修了後の県内定着を図るため、へき地医療支援センターと連携・協力しながら、義務年限内の自治医科大学卒業医師のキャリア支援に努めます。

【数値目標】

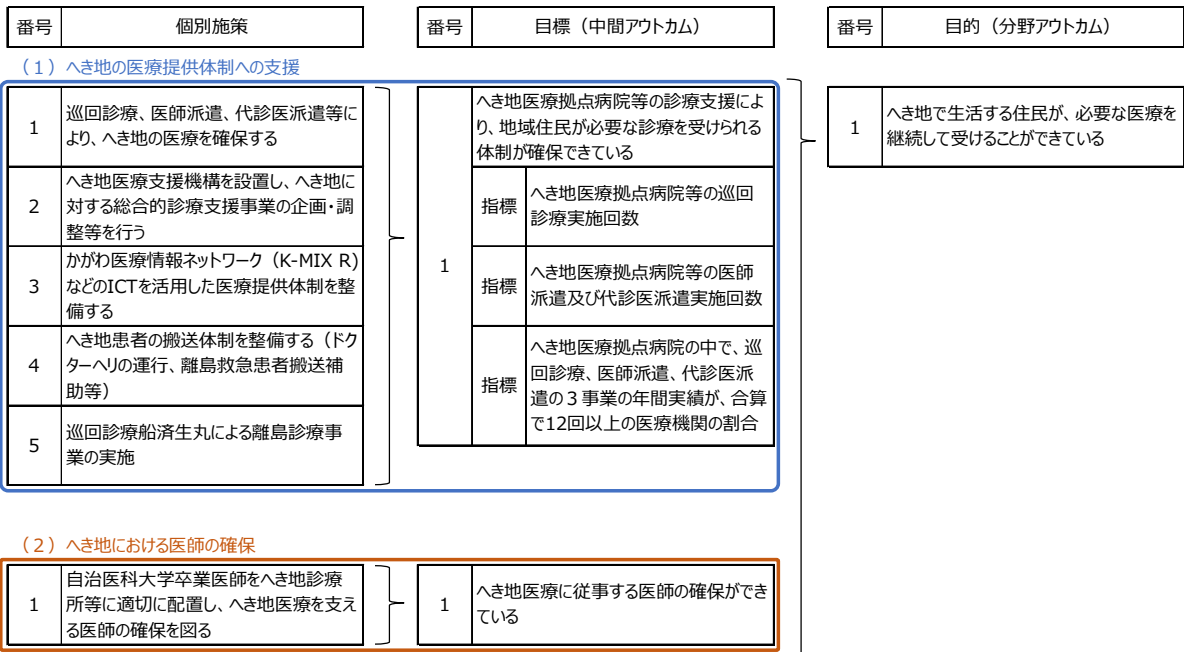
項目	現状 (令和3年度)	目標	目標年次
へき地医療拠点病院等からへき地への巡回診療実施回数	739回	現状維持	令和11年度
へき地医療拠点病院等からへき地への医師派遣及び代診医派遣回数	1,176回	現状維持	令和11年度
へき地医療拠点病院等の中で巡回診療、医師派遣及び代診医派遣の3事業の年間実績が合計で12回以上の医療機関の割合	57.9%	70.0%	令和11年度



へき地医療体制図



【ロジックモデル】



4 周産期医療

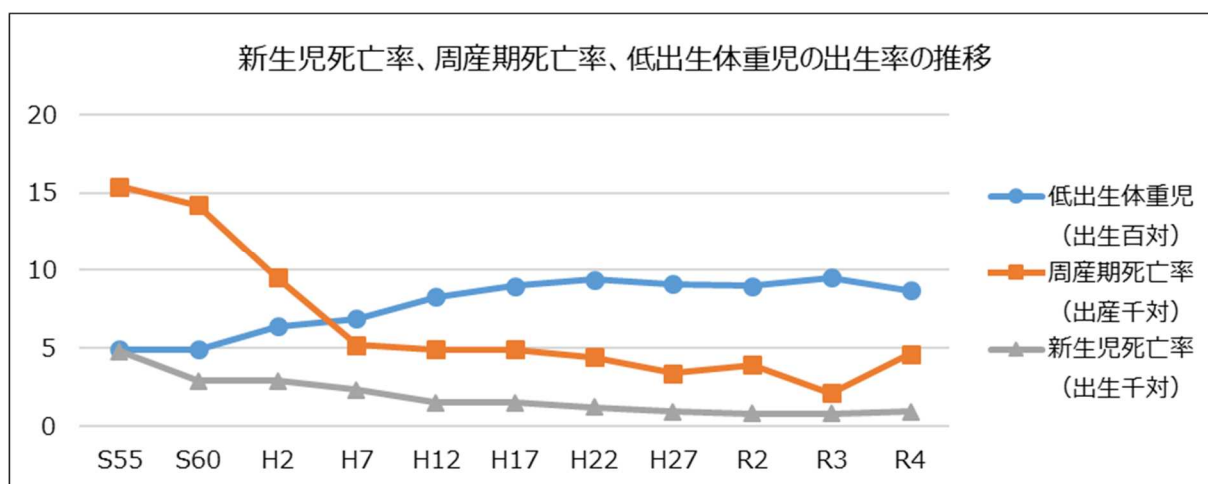
周産期とは妊娠22週から生後満1週未満までの期間を指し、この期間は、母子ともに異常を生じやすいことから、突発的な緊急事態に備えて、産科・小児科双方からの一貫した総合的な医療体制が必要です。

本県では、ハイリスクの母体や新生児を受け入れ、高度な周産期医療を提供する総合周産期母子医療センターと地域の医療機関等が連携して周産期医療体制の整備に取り組んでいます。

周産期医療の状況を示す主な指標である新生児死亡率（注1）や周産期死亡率（注2）は、全国と同様に本県も減少しており、全国平均値と比べても良好な状態にあります。

一方、低出生体重児（2,500g未満）の割合は、近年9%前後で推移しているとともに、出産年齢の高齢化や不妊治療等によるリスクの高い妊娠や出産の割合は増えており、周産期医療の重要性はますます増加しています。

このため引き続き、妊娠、出産から新生児に至る高度専門的な医療を効率的に提供する総合的な周産期医療体制の整備に努めます。



出典：厚生労働省「人口動態統計」

【現状・課題】

(1) 周産期医療施設

① 分娩取扱施設の状況

令和4年中に分娩を取り扱った県内の医療機関数（香川県調査）は、東部保健医療圏が10施設（病院6、診療所3、助産所1）、小豆保健医療圏が1施設（病院1）、西部保健医療圏が7施設（病院7）の合計18施設で、令和元年中の20施設から2施設（診療所2）減少しています。

また、令和2年12月末現在の本県の分娩取扱医師数は69人となっています。

② 周産期母子医療センターの状況

県内では、新生児集中治療管理室（NICU）、母体・胎児集中治療管理室（MFICU）を備え24時間体制でハイリスクの母体や新生児を受け入れて高度な周産

期医療を提供する総合周産期母子医療センターに、四国こどもとおとなの医療センターと香川大学医学部附属病院の2病院を指定しています。さらに、NICUを備え比較的高度な周産期医療を提供する地域周産期母子医療センターに、高松赤十字病院を認定しています。

③ 周産期医療施設の課題

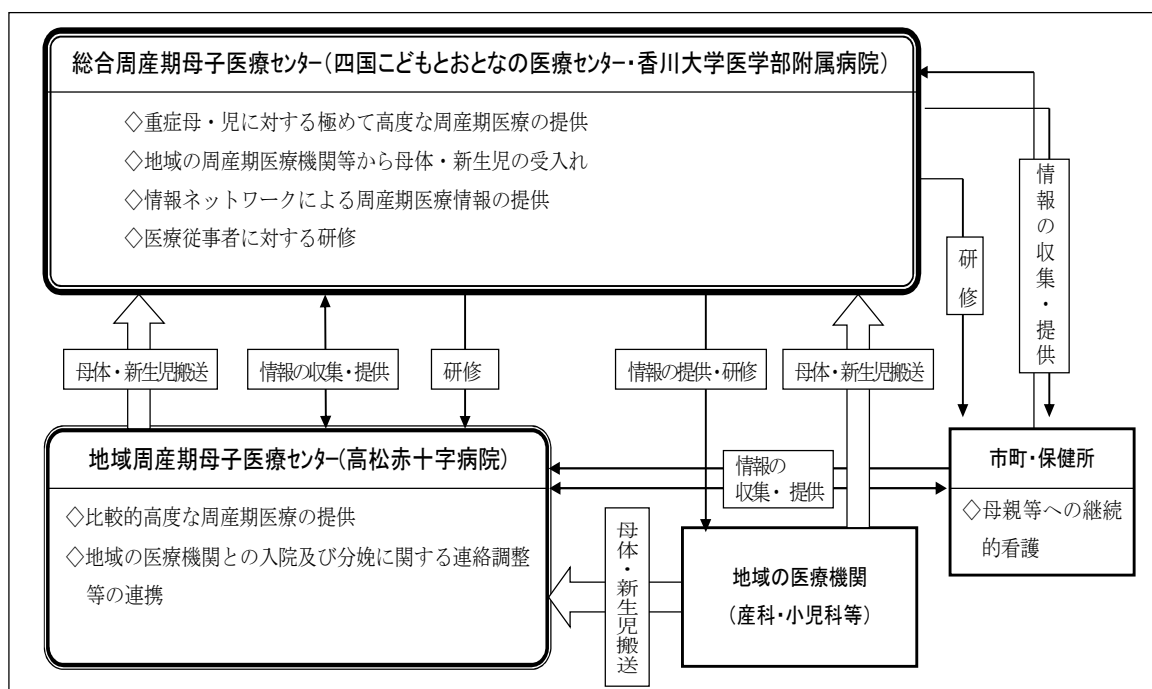
今後の出生数の減少、分娩取扱施設数や産科医師数の減少によって、地域での分娩等に支障を来すことや、周産期母子医療センターに過大な負担がかかることがないよう、ICTの活用や医療機関・機能の集約化・重点化も含めた検討を行う必要があります。

また、ハイリスクの母体や新生児の増加により周産期母子医療センターのNICU、MFICU等の病床稼働率が高くなっており、特にNICUは、満床に近い状態にあることから、救急搬送の受入に支障を来さないよう改善を図る必要があります。

(2) 周産期医療体制

県内においては、高度な医療が適切に提供されるよう、別図（周産期医療体制イメージ）のとおり、周産期母子医療センターと地域医療機関等が連携して母体及び新生児の搬送受入体制や高度な医療の提供体制の構築を図っています。

【別図 香川県周産期医療体制イメージ】



周産期母子医療センター等での母体及び新生児の受入体制については、関係医療機関等が情報共有し、迅速な母体・新生児搬送が行われるよう周産期医療情報システムを運用しています。また、母体、新生児の救急搬送については、適切に行われるよう定めた母体・新生児救急搬送マニュアルに基づき実施することとしています。

【対策】

(1) 新生児集中治療管理室（NICU）の稼働率の緩和等

周産期母子医療センターのNICUは、近年、ほぼ満床に近い状況にあるため、救急搬送の受入に支障を来さないよう関係医療機関相互の一層の連携に努めます。

また、NICU等に入院する新生児の状態が改善した際に、搬送元又は地域の医療機関に搬送する「戻り搬送」や、NICU等退院後の在宅療養児向けのレスパイト病床の確保、在宅療養に必要な小児を対象とした訪問看護、訪問診療体制の整備などに努めます。

(2) 周産期医療関係者の人材確保と育成

香川県医師育成キャリア支援プログラム等により医療従事者の確保・養成（詳細は第4章参照）に努めるとともに、県内2か所の総合周産期母子医療センターにおいて、周産期医療に従事する地域の医師、助産師、看護師等を対象に、周産期医療に必要な知識や技術の習得のための研修を行います。

また、超低出生体重児に対する蘇生などの特殊な医療については、県内の関係医療機関が連携して研修を行うことにより専門医の早期養成を図ります。

(3) 災害時の周産期医療体制の整備

災害発生時における周産期の医療支援等は一般の災害医療とは異なる対応が求められるとともに、新興感染症発生・まん延時においても、適切な妊婦のトリアージや入院等に係るコーディネートを行うことが重要です。平成28年度から国が開始した周産期の医療支援を調整する「災害時小児周産期リエゾン」養成研修に、周産期母子医療センターの医師等を派遣し、23名（令和5年4月1日現在）の医師を任命しています。災害時に災害対策本部の下に設置される保健医療福祉調整本部等において、災害医療コーディネーターのサポートとして、日本産婦人科学会 大規模災害対策情報システム（PEACE）等を活用し、小児・周産期領域におけるネットワークを経由した患者搬送や物資の支援を円滑に行う役割を担います。

また、災害時小児周産期リエゾンによる支援調整等が円滑に行われるよう、災害医療コーディネーターやDMAT（災害派遣医療チーム）と連携した救護体制を整備します。

(4) 周産期メンタルヘルス等対策の推進

精神疾患を合併した妊産婦の受入や早期の産後うつ対策の充実が求められていることから、これら周産期メンタルヘルスに対応できる精神科医療機関のリストを整備し、連携を図ります。

また、経済的要因・家庭的要因などにより、子育て困難が予測される社会的ハイリスク妊産婦への対応も含めて、医療（精神科、産科、小児科等）、保健、福祉等関係者が連携した支援体制の構築に努めます。

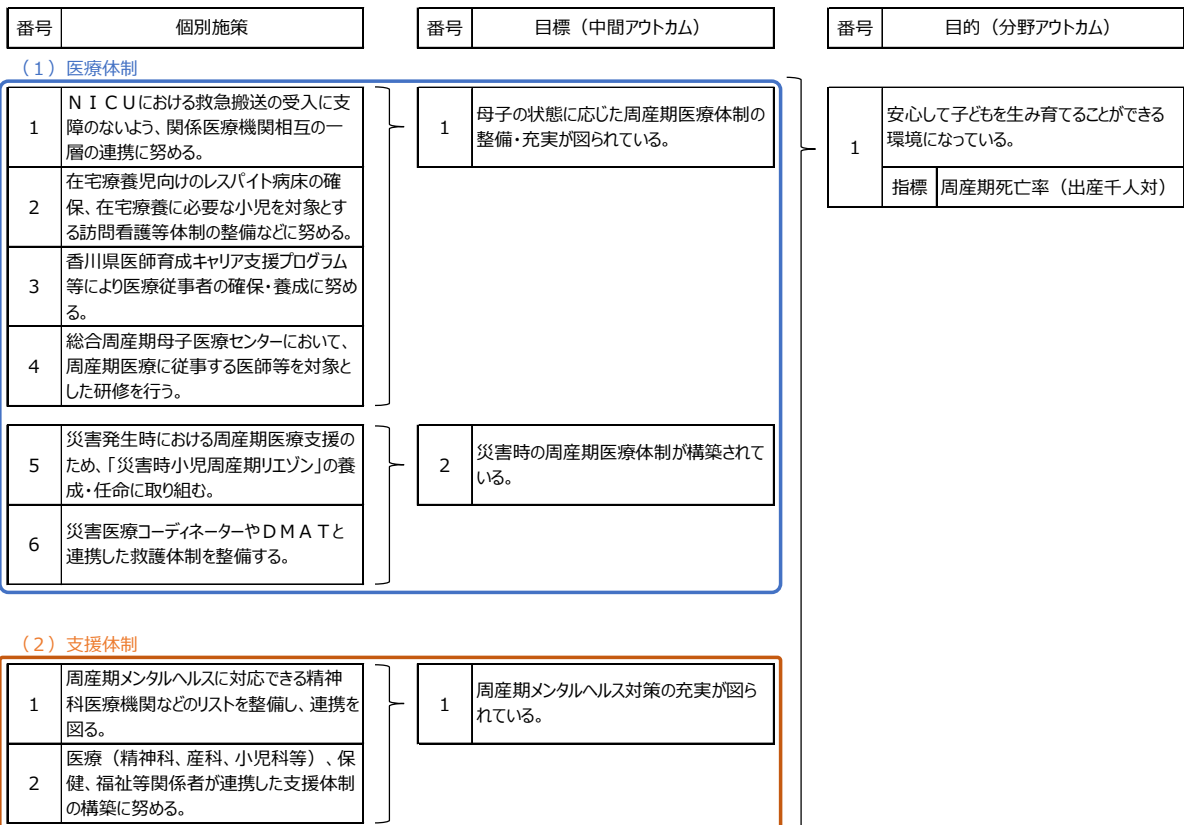
【数値目標】

項目	現状	目標	目標年次
周産期死亡率（出産千人対）	3.1 (R元～R3)	現状維持	令和11年度

(注1) 新生児死亡率とは ⇒ 生後4週未満の乳児死亡の出生千人当たりの割合である。

(注2) 周産期死亡率とは ⇒ 妊娠満22週以後の死産に生後1週未満の早期新生児死亡を加えた周産期死亡の出産（出生＋死産）千人当たりの割合である。

【ロジックモデル】



5 小児救急を含む小児医療

少子化・核家族化の進行や地域のつながりの希薄化などにより、子育てに対する不安感、負担感が増大しており、子育て支援を推進し、これらの軽減を図るためにも、小児医療の提供体制の充実を図ることが重要です。

本県の小児医療の状況を示す指標のうち乳幼児死亡については、全国と同様に減少しており、良好な状態にあります。

本県の人口10万人当たりの小児科医数は、全国平均を上回るものの、地域偏在が存在していることから、小児医療機能の集約化や連携を進め、限られた医療資源を効果的に活用し、小児患者の症状に応じた対応が可能な体制を整備していく必要があります。

また、小児の救急医療機関を訪れる患者数のうち、9割以上は入院の必要がない軽症者であるとの指摘もあることから、急病時の対応等にアドバイスを行う小児救急電話相談事業の活用や医療機関の適正受診についての普及啓発に努める必要があります。

【現状】

(1) 小児科医の状況

県内で小児科を標榜する病院及び小児科を主たる診療科目とする診療所は、令和4年4月1日現在で97医療機関あり、令和元年4月1日現在の97医療機関から横ばいで推移しています。また、令和2年12月末現在の本県の小児科医数は151人となっています。

(2) 相談支援体制

平成17年1月から小児救急電話相談を開始し、午後7時から翌朝8時まで毎日、看護師が電話による相談にあたっています。令和4年度においては、10,195件の相談があり、そのうち、すぐに最寄りの医療機関を受診するか、救急車を呼ぶよう勧めたものは全体の約38%であり、残りの62%はホームケアアドバイスによる経過観察等で解決しており、患者の不安解消と救急医療機関の負担軽減に寄与しています。

(3) 小児救急医療体制

休日・夜間の救急医療体制については、5つの圏域（大川・小豆・高松・中讃・三豊）ごとに実施している「在宅当番医制」によるほか、高松市が開設している「夜間急病診療所」や、さぬき市民病院、三豊総合病院における「共同利用型病院制」を整備するとともに、中讃・小豆圏域では地域の中核となる病院において受入れを行っています。一方で、本県の小児科医の高齢化は全国より進行しており、高齢化等に伴い救急医療に参加する小児科医が減少するとともに、病院によっては勤務する小児科医が減少し、現在の小児救急医療体制を維持することが困難になってきています。

(4) 小児の三次救急医療体制

平成25年5月から四国こどもとおとなの医療センターを、原則として、診療科領域を問わず、すべての重篤な小児救急患者を24時間体制で必ず受入れる「小児救命救急センター」に指定し、圏域ごとに整備している他の二次救急医療機関と連携した体制を構築しています。

また、県内に3箇所ある救命救急センター（香川大学医学部附属病院、香川県立中央病院、三豊総合病院）においても小児の三次救急医療に対応することとしています。

【課題】

小児科医の高齢化や病院勤務医の不足など、小児医療を担う人材や設備が限られている中で、これら医療資源を効率的かつ効果的に活用し、その症状に応じた対応が可能となる小児救急医療体制を構築することが必要です。

また、小児救急患者の家族の不安を解消するため、救急電話相談事業などによる相談体制の充実が重要です。

近年、医療的技術の進歩等を背景として、新生児集中治療管理室（NICU）等に長期入院の後、引き続き在宅等で人工呼吸器や胃ろう等を使用し、たんの吸引や経管栄養などの医療的なケアを必要とする医療的ケア児が増加しています。

【対策】

（1）体系的な小児救急医療体制の整備

引き続き、圏域ごとに「在宅当番医制」など初期救急医療体制や、「共同利用型病院」や「病院群輪番制」など二次救急医療体制の確保・充実に努めるとともに、重篤な小児救急患者を24時間体制で受入れる小児救命救急センターなど三次救急医療体制の確保に努め、小児救急医療提供体制を確保します。

（2）小児科医確保対策

小児科医の高齢化が進むとともに、病院勤務医が不足する状況が続いており、小児救急医療をはじめ、現在の小児医療体制を今後も維持していくことは大変厳しい状況にあります。このような状況を踏まえ、医師のキャリアステージに応じた確保対策を実施する中で、引き続き、積極的に小児科医確保に取り組みます。

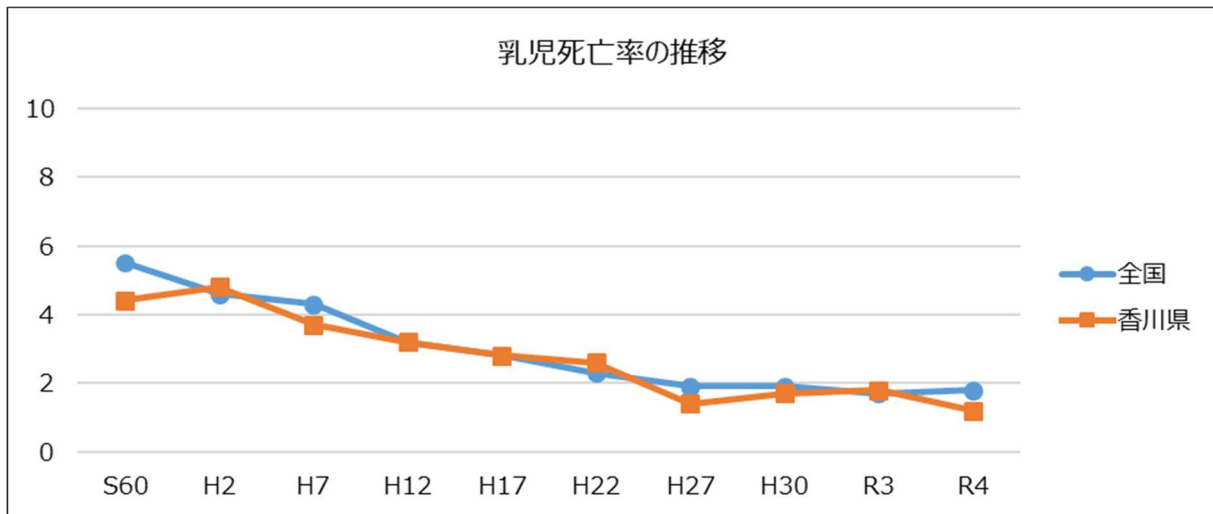
（3）情報提供、相談体制などの整備充実

引き続き、小児救急電話相談事業（#8000）の活用のほか、医療機関の適正受診などについての普及啓発に努めます。

（4）医療的ケア児への支援

医療的ケア児が、地域において必要な支援を円滑に受けることができるよう、訪問診療や訪問看護等を受けながら生活できる小児在宅医療体制の整備に努めます。

乳児死亡率



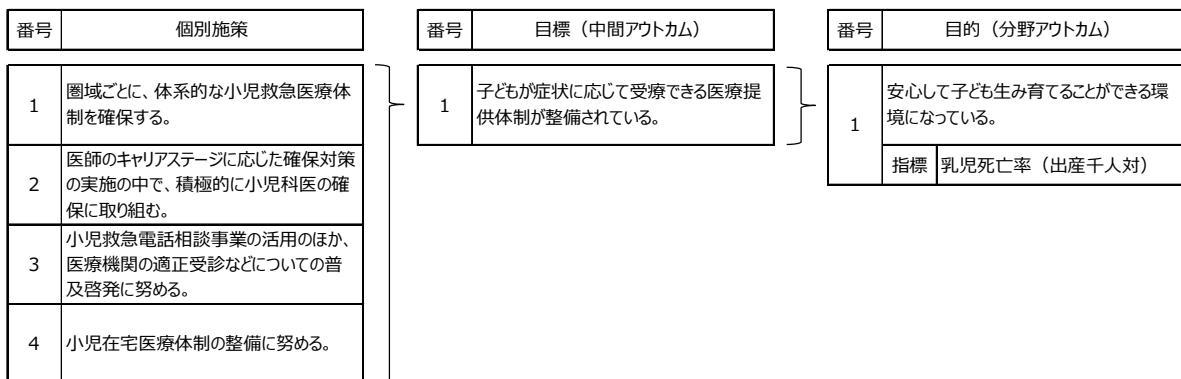
出典：厚生労働省「人口動態統計」

※ 乳児死亡率とは ⇒ 生後1年未満の乳児死亡の出生千人当たりの割合である。

【数値目標】

項目	現状	目標	目標年次
乳児死亡率（出生千人対）	1.5 (R元～R3)	現状維持	令和11年度

【ロジックモデル】



6 新興感染症発生・まん延時における医療

新興感染症発生・まん延時における医療については、新型コロナウイルス感染症対応の教訓を踏まえ、当該対応を念頭に、まずはその最大規模の体制を目指します。感染症法に基づく、県と医療機関との協定締結等を通じ、平時から地域における役割分担を踏まえた新興感染症に対応する医療及び新興感染症以外の通常医療の提供体制の確保を図ってまいります。

【現状・課題】

通常医療よりも多くの医療人材を必要とする新興感染症医療を行うためには、医療資源を再配置する必要があり、特に、感染症法に基づく入院勧告・措置は、通常、医療機関と患者との間の合意により提供される医療に行政が介入する仕組みであることから、平時から関係者間の情報共有やきめ細かい調整、役割分担・連携が必要となります。

令和4年度に改正された感染症法においては、感染症の発生の予防及びまん延の防止のための施策の実施に当たっての連携協力体制の整備を図るため、都道府県、保健所設置市等、感染症指定医療機関、診療に関する学識経験者の団体及び消防機関などから構成される協議会を組織するものとされ、本県においても「香川県感染症対策連携協議会」を設置しています。

新型コロナウイルス感染症での対応においては、度重なる感染拡大による医療逼迫を防ぐため、病床や外来医療機関の確保が必要となったほか、療養解除後の患者を受け入れる医療機関の確保、自宅療養者等への医療提供体制の確保などが課題となりました。

このほか、感染拡大時に、精神科を含む医療機関などにおいて、クラスターが発生した場合には、必要な医療を継続するために、迅速なクラスター対策が求められました。

また、感染拡大初期において、感染症指定医療機関以外に、新型コロナウイルス感染症の特性も明らかではない時期から対応する医療機関、ウイルスの特性が明らかになってきた後に対応する医療機関との役割が平時から明確とはなっていませんでした。

【対策】

新興感染症発生・まん延時に備え、令和5年度に設置した香川県感染症対策連携協議会において、引き続き、平時から、関係機関との連携強化を図ります。

また、新型コロナウイルス感染症対応の教訓を踏まえ、限られた医療資源が適切に配分されるよう、平時より、医療機能の分化、感染症発生・まん延時の役割の明確化を図るとともに、実践的な訓練をはじめとした平時からの備えを確実に行うことにより、危機時に医療機関や医師、看護師等の行動がその役割に沿って確実に実行されるよう、次の機能について、県と医療機関で協定の締結を行い、新型コロナウイルス感染症対応で確保した最大規模の体制を目指します。

- ① 新興感染症患者を入院させ、必要な医療を提供する機能（病床確保）

- ② 新興感染症の疑似症患者等の診療を行う機能（発熱外来）
- ③ 居宅又は高齢者施設等で療養する新興感染症患者に対し医療を提供する機能（自宅療養者等への医療の提供）
- ④ 新興感染症患者以外の患者に対し医療を提供する機能（後方支援）
- ⑤ 新興感染症に対応する医療従事者を確保し、医療機関その他の機関に派遣する機能（医療人材派遣）

なお、平時からの備えとして、精神疾患を有する患者をはじめとして、産科的処置が必要な妊産婦や透析患者など、配慮が必要な患者がいることも踏まえて、院内感染対策などを含め、必要な研修・訓練が行われるよう努めます。

【数値目標】

- ・ 新興感染症患者を入院させ、必要な医療を提供する機能（病床確保）

項目	目標病床数（床）	
	流行初期 （発生公表後3ヶ月まで）	流行初期以降 （発生公表後6ヶ月まで）
確保病床数	63	280

- ・ 新興感染症の疑似症患者等の診療を行う機能（発熱外来）

項目	目標医療機関数（機関）	
	流行初期 （発生公表後3ヶ月まで）	流行初期以降 （発生公表後6ヶ月まで）
発熱外来数	16	399

- ・ 居宅又は高齢者施設等で療養する新興感染症患者に対し医療を提供する機能（自宅療養者等への医療の提供）

項目		目標医療機関数（機関） （発生公表後6ヶ月まで）
自宅療養者等への医療を提供する医療機関数		375
機関種別	病院	20
	診療所	110
	薬局	229
	訪問看護ステーション	16

- ・ 新興感染症患者以外の患者に対し医療を提供する機能（後方支援）

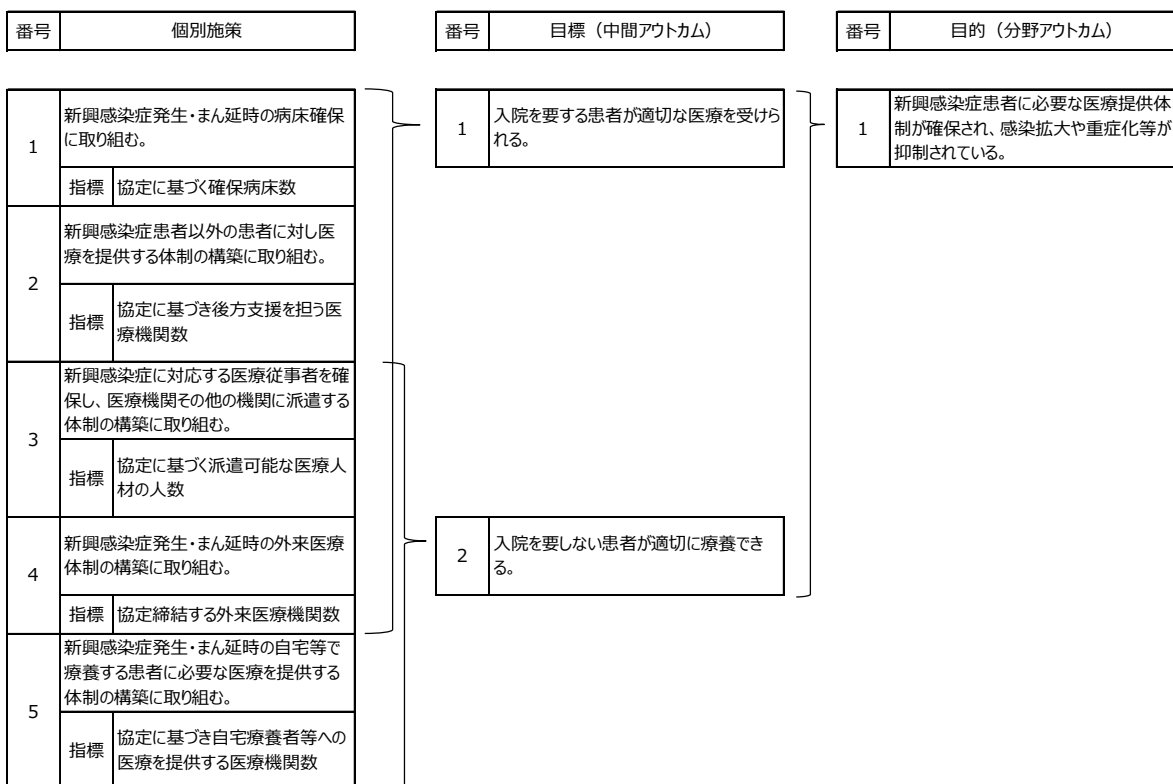
項目	目標医療機関数（機関） （発生公表後6ヶ月まで）
受入れ可能医療機関数	33

- ・ 新興感染症に対応する医療従事者を確保し、医療機関その他の機関に派遣する機能
(医療人材派遣)

項目	目標医療機関数（人）（発生公表後6ヶ月まで）
人材派遣者数	92

※新興感染症発生・まん延時における医療を実施する協定締結医療機関名については、県ホームページにおいて公表しています。

【ロジックモデル】



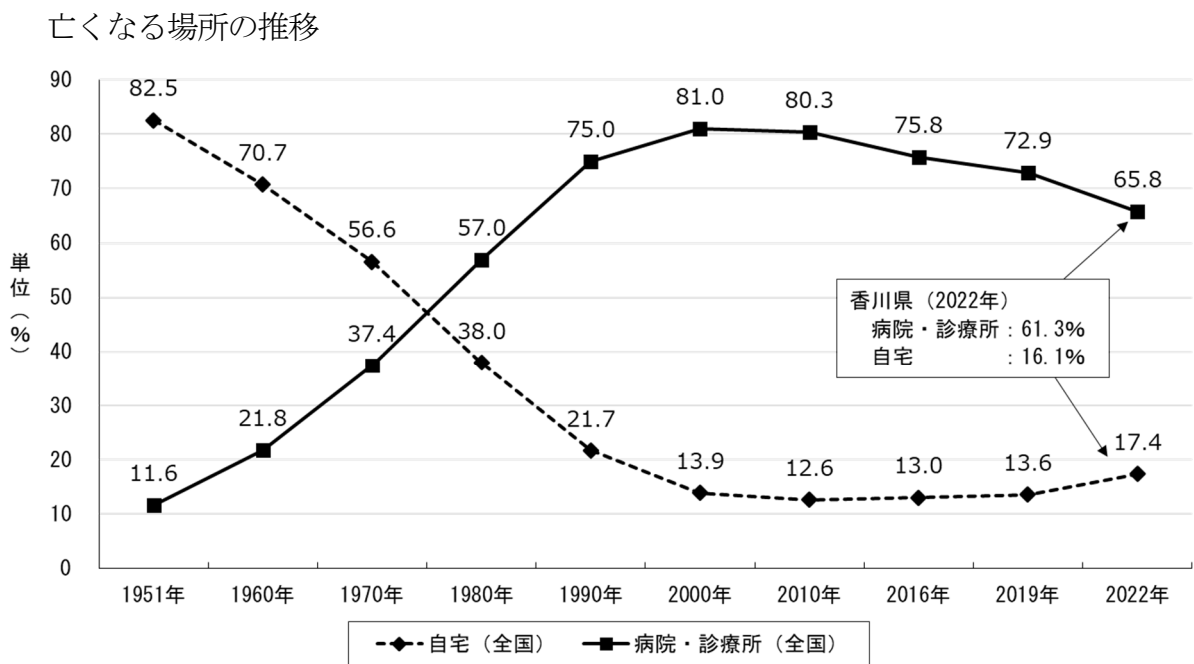
「6 新興感染症発生・まん延時における医療」の内容は、後日開催予定の「香川県感染症対策連携協議会」において、修正を行う場合があります。

第4節 在宅医療連携体制の現状・課題と対策

令和5年度県政世論調査によると、自分の最期を迎えたい場所について、半数を超える方が「自宅」と回答しており、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしく、満足度の高い生活を送ることは多くの県民の願いです。

しかしながら、現状では、県民の死亡場所の約6割が病院等の施設となっており、「自宅」は16.1%に過ぎません。

こうしたことから、要介護状態や病を抱えながらも住み慣れた地域で安心して過ごせるよう、受け皿となる在宅医療の推進が喫緊の課題となっています。



出典：厚生労働省「人口動態調査」

【現状】

(1) 在宅医療の提供体制

① 退院調整支援

令和2年医療施設調査（静態・動態）によると、本県における退院調整支援担当者を配置している病院・一般診療所は46施設であり、人口10万人当たり15.5となっており、全国平均（12.9）を上回っています。

② 訪問診療・往診

令和2年医療施設調査（静態・動態）によると、県内の人口10万人当たりの往診件数（病院・一般診療所）は203.7件と全国平均（169.4件）を上回っています。

また、人口10万人当たりの在宅患者訪問診療の件数（病院・一般診療所）は1,440.6件と全国平均（1,171.0件）を上回っています。

高齢化の進展や地域のつながりが希薄になる中、住み慣れた地域で安心して暮らすことができるよう、在宅療養支援診療所等において実施される定期的な訪問診療が一層求められています。

③ 訪問看護

令和3年介護サービス施設・事業所調査によると、要支援・要介護認定者に占める訪問看護ステーション（介護予防サービスを含む。）の利用者の割合は5.8%と全国平均（10.1%）を下回っており、訪問看護の指示をする医療機関と訪問看護を実施する訪問看護ステーションとの連携強化が求められています。

④ 訪問歯科診療

令和2年医療施設調査（静態・動態）によると、県内で在宅医療サービスを実施している歯科診療所は、全歯科診療所469か所のうち、223か所（47.5%、全国平均34.9%）となっています。また、令和5年9月1日現在、在宅療養支援歯科診療所は85か所と、全歯科診療所の18.1%にとどまっています。

超高齢社会を迎え、要介護高齢者への歯科治療や口腔機能管理を含む専門的口腔ケアの必要性は高まっており、口腔と全身との関連性を踏まえて、医療機関等との連携をさらに推進していくことが必要です。

⑤ 訪問薬剤管理指導

令和5年6月1日現在、県内の在宅患者訪問薬剤管理指導に係る届出薬局数は508か所ですが、令和4年に在宅患者訪問管理指導を実施した薬局数は、県内で330か所となっています。

在宅療養者の多様なニーズに対応できるよう、薬局の機能強化や在宅医療に関わる薬剤師の資質向上が求められています。

(2) 在宅医療・介護連携体制の整備

① 連携体制の構築に向けた取組み

県では、関係機関と連携・協働し、県内における在宅医療の基盤強化や多職種間のネットワークづくり等に努めています。

また、地域の中核的医療機関や診療所、介護施設等との間で、患者情報や要介護認定情報等を共有化するかがわ医療情報ネットワーク（K-MIX R）を導入し、医療と介護の連携体制の構築に取り組んでいます。

② 在宅医療・介護を担う人材育成

在宅医療には、医師、歯科医師、薬剤師、看護師、介護支援専門員などの多くの職種が関わることから、在宅医療従事者等の資質向上や多職種連携に向けて、地域の人材育成に取り組んでいます。

【課題】

(1) 在宅医療の基盤整備

今後の高齢化の進展に伴い、「第3章 香川県地域医療構想」のとおり、令和7年（2025年）には、居宅のほか、特別養護老人ホームや介護老人保健施設等、入院外において継続的な療養を必要とする患者数は、1日当たり13,305人と推計されており、入院医療ではなく、在宅医療や介護サービス等に対応することが求められています。

このうち、在宅医療等に対する需要に対応するために、在宅医療の基盤整備などの対策に取り組む必要があります。

また、人生の最期を迎えるとき、どのような場所で迎えたいかについて、県民の半数以上が自宅での生活を希望していますが、場所別の死亡率をみると、医療機関での死亡率が61.3%となっており、患者や家族等のQOLの維持向上を図りつつ療養生活を支えるとともに、患者や家族等が希望した場合には、自宅で最期を迎えることを可能にする医療及び介護体制の構築が求められています。

(2) 在宅医療・介護連携の推進

医療ニーズ及び介護ニーズを併せ持つ高齢者が、可能な限り住み慣れた地域において継続して日常生活を営むことができるよう、在宅医療及び介護の連携の核となる人材の確保・養成を図りつつ、地域の関係団体等と協働して在宅医療・介護連携を推進する必要があります。

① 退院調整支援の体制整備

地域において、円滑な在宅療養へ移行ができるよう退院調整支援を行うための連携体制づくりが求められています。

② 急変時の入院受け入れ体制

急変時の入院受入等について在宅療養者やその家族が不安にならないよう、在宅療養者の病状急変時や重症例等の場合の連携体制の整備が必要となっています。

③ 多職種間のネットワーク構築等

在宅医療においては、地域の医療従事者・介護支援専門員などの多職種が連携し、専門的な知識を活かしながらチームとなって患者・家族を支える体制づくりが重要となっています。

【対策】

(1) 在宅医療の基盤整備

① 在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所

小規模の在宅療養支援診療所が多いことから、在宅療養者の24時間対応、急変時の対応及び看取りを行うため、複数の在宅医の連携による24時間対応、地域で入院機能を有する医療機関との円滑な連携による診療体制の確保や、地域で対応困難な重症例等の受入に係る地域医療支援病院等との連携支援に努めます。

② 訪問看護等

在宅医療を推進するため、市町と連携し、サービスの需給バランスも勘案しながら、訪問看護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）の事業所の整備を促進します。

③ 訪問歯科診療

高齢者をはじめとする在宅療養者の歯科治療や専門的口腔ケアの必要性を周知するとともに、口腔機能の維持改善や管理、誤嚥性肺炎の予防、口から食べることへの支援等に向けて、在宅療養者の歯科受療率の向上に努めます。

④ 訪問薬剤管理指導

患者の服薬情報の一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導、薬物療法に関する情報の共有をはじめとした多職種との連携、夜間・休日を含む急変時に対応できる薬剤師の人材育成に取り組みます。

⑤ 在宅での看取りの体制構築

住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制構築に取り組みます。

また、その前提として、今後の治療・療養について患者・家族と医療従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセスであるアドバンス・ケア・プランニング（ACP）を推進することにより、患者の価値や目標、選好を実際に受ける医療や介護に反映できるよう取り組みます。

⑥ 在宅医療において積極的役割を担う医療機関

自ら24時間対応体制の在宅医療を提供するとともに、他の医療機関の支援も行いながら、医療や介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援を行う病院・診療所である在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所を在宅医療において積極的役割を担う医療機関に位置付けます。

(2) 在宅医療・介護連携の推進

① 地域包括ケアシステムの深化・推進

高齢者が、介護が必要な状態になったとしても、可能な限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、医療・介護・介護予防・住まい・生活支援サービスが包括的に確保される地域包括ケアシステムの深化・推進に取り組みます。

② 在宅医療・介護連携推進事業の円滑な実施

在宅医療を提供する病院、診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護事業所等の在宅医療関係機関と、在宅介護を提供する介護サービス事業所等の介護関係機関の連携の推進や広域的な調整を行うとともに、情報提供や普及啓発を行うなど、地域支援事業に位置付けられた在宅医療・介護連携推進事業を市町が円滑に実施できるよう支援します。

③ 疾患別の連携体制整備

がん、難病、認知症など、それぞれの疾患の特徴に応じた体制の整備が必要なものについては、疾患別の連携体制の構築に努めます。

④ 在宅医療・介護を担う人材の育成と多職種連携

在宅医療・介護連携を推進するため、地域の医療機関等において在宅医療に携わるコーディネーターを養成するほか、在宅医療に係るスタートアップ事業や市町職員等を対象にした多職種連携に係る研修を実施するなど、在宅医療・介護を担う人材の育成に努めます。

⑤ 情報通信技術を活用した連携の推進

在宅医療を効率的、効果的に進めるため、かがわ医療情報ネットワーク（K-MIX R）の運用など、情報通信技術を生かした基盤構築による関係者の情報共有や、通院が困難な在宅療養者への診療のための遠隔医療基盤の整備等等を推進します。

⑥ 在宅医療に必要な連携を担う拠点

次の目標を達成するため、各市町又は在宅医療・介護連携推進事業の実施主体を、在宅医療に必要な連携を担う拠点として位置付けます。

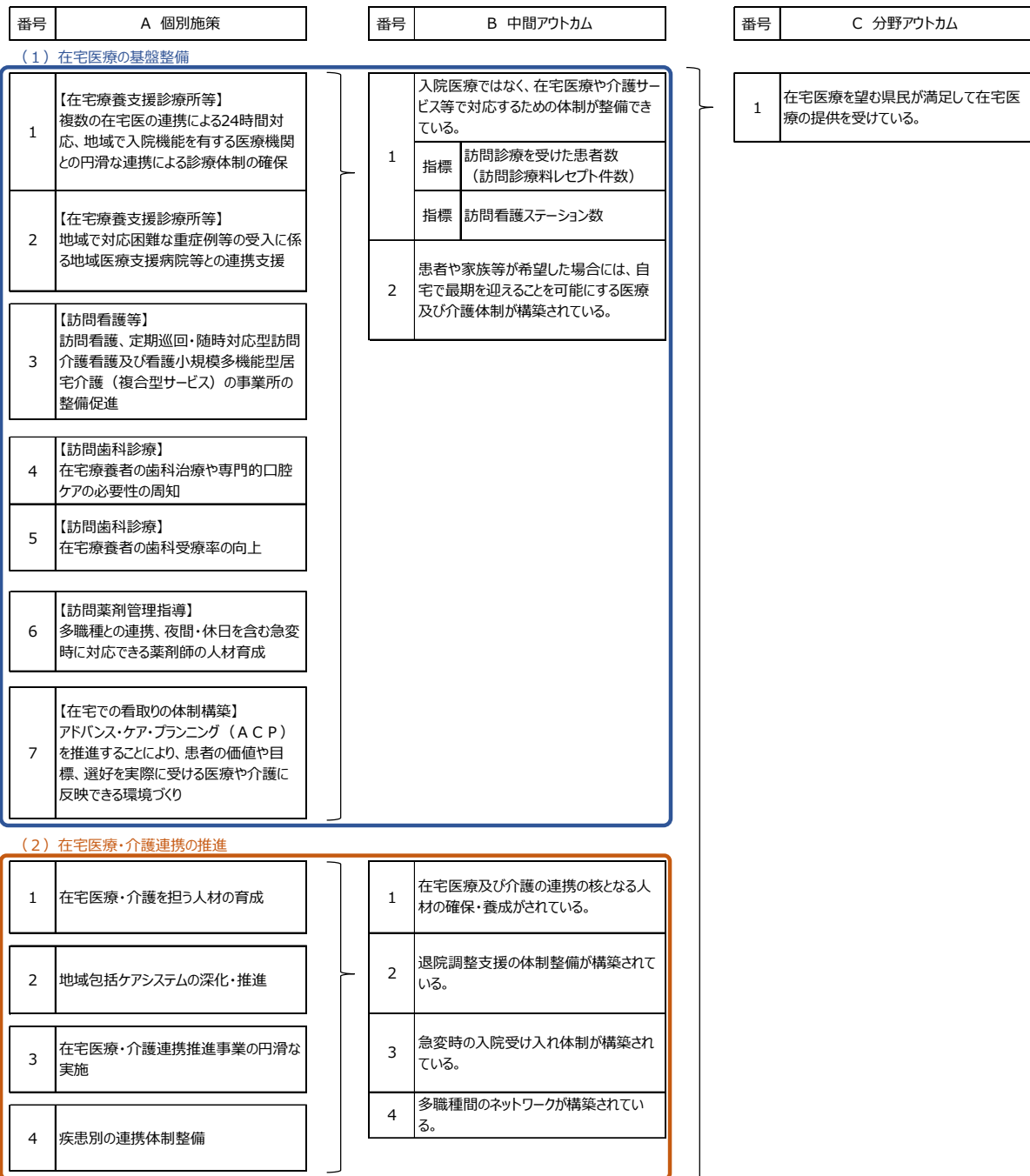
○目標

- ・多職種共同による包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制の構築を図ること
- ・在宅医療に関する人材育成を行うこと
- ・在宅医療に関する地域住民への普及啓発を行うこと
- ・災害時及び災害に備えた体制構築への支援を行うこと

【数値目標】

項目	現状	目標	目標年次
訪問診療を受けた患者数 【在宅患者訪問診療料のレセプト件数】	69,022 (令和3年度)	79,656	令和11年度
訪問看護ステーション数	130 (令和5年度)	149	令和8年度

【ロジックモデル】



第5節 歯科医療連携体制の現状・課題と対策

1 歯科口腔保健の推進

(1) ライフステージに応じた歯科口腔保健の推進

① 乳幼児期（0～5歳）及び妊産婦期

【現状・課題】

3歳児及び5歳児のむし歯のない幼児の割合は増加傾向にありますが、3歳児では86.2%と全国平均よりも低い傾向にあります。

【対策】

(1) 乳幼児の歯科口腔保健に関する知識の普及啓発

各市町及び関係機関で取り組む1歳6か月児、3歳児歯科健診等において、特に保護者に対して、乳幼児期の正しい生活習慣や食行動、歯と口の健康と全身疾患の関係、フッ化物の正しい応用方法及び健全な口腔の発育発達のための歯科口腔保健に関する知識を普及啓発します。

また、「歯と口の健康週間行事」などにより、乳幼児の歯科口腔保健について普及啓発を行います。

(2) 歯科健診等の受診勧奨

継続的な歯科健診や歯科保健指導等の受診を勧奨するとともに、市町及び関係機関による歯科健診等の充実を図ることで、乳幼児から就学前までの一貫した歯科健康管理の充実を図ります。

(3) 妊産婦期の歯科口腔保健に関する知識の普及啓発

妊産婦やその家族に対して、妊産婦期の適切な栄養、食生活、乳幼児の歯と口腔の発育など、歯科口腔保健に関する知識を妊娠中から出産前後の時期において普及啓発するとともに、歯科健診及び歯科保健指導を受ける機会が確保できるよう努めます。

② 少年期（6～14歳）

【現状・課題】

(1) 12歳児の一人当たりの平均むし歯数は0.6本と改善状況ですが、中学生以降の学齢期の後半にむし歯罹患の増加がみられます。

(2) 中学生における歯肉に炎症所見がみられる割合は9.5%で、全国値（4.1%）より多くなっています。

【対策】

(1) 少年期の歯科口腔保健に関する知識の普及啓発

歯や口腔の健康や健全な育成のために、むし歯や歯周病予防、さらに歯並び、歯の外傷などの学校保健医療上注意を要する歯科疾患及びその予防に関する知識を普及啓発します。

また、「香川県よい歯の児童生徒審査会」や「歯と口の健康週間行事」などにより、少年期の歯科口腔保健について普及啓発を行います。

(2) 歯科健康管理の充実

継続的な歯科健診及び健診結果を踏まえた事後処置、歯科保健指導などにより、口腔諸機能の健全な育成、フッ化物応用などの科学的知見に基づくむし歯及び生活習慣病としての歯周病予防、適切な歯科保健習慣の定着をめざした歯科健康管理の充実を図ります。

③ 青壮年期（15～44歳）

【現状・課題】

- (1) 高校生における歯肉に炎症所見を有する者の割合が4.2%と、全国値（4.0%）と同程度の状況です。
- (2) 青壮年期以降では、進学や仕事、家庭等の関係で、定期的な歯科健診や歯科保健指導を受けられる機会が少なくなります。
- (3) 進行した歯周炎を有する者の割合は、40歳で59.4%となっており、歯周病検診の受診者を増やすための取組みが必要です。

【対策】

- (1) 歯の喪失防止に関する知識の普及啓発
歯の喪失防止のためのむし歯や歯周病予防、さらに喫煙などの生活習慣による影響や全身疾患との関連性などに関する知識を普及啓発します。
- (2) 歯科健診の受診率の向上
歯科健診及び歯科保健指導の受診率の向上を、各市町及び関係機関・団体等と連携して促進します。
- (3) かかりつけ歯科医の定着
学校を卒業すると、歯科健診等を受ける機会が少なくなるため、定期的な歯科健診や歯石除去、必要時の歯科医療が困難なく受診できるよう、かかりつけ歯科医を持つことの意義について啓発します。

④ 中年期・高齢期（45歳～）

【現状・課題】

- (1) 中年期以降では歯周病を有する者が多くなり、自覚症状が乏しいため加齢とともに歯周病が進行し、高齢期の歯の喪失の原因になっています。
- (2) 80歳における一人平均現在歯数は20.4本です。
- (3) 咀嚼良好者の割合は、60歳代では76.5%となっており、咀嚼機能が良好でない者が2割以上います。
- (4) 高齢期では、食べる、飲み込むなどの機能が低下すると、摂食機能障害から低栄養や脱水、また誤嚥性肺炎につながることから、歯科疾患の予防とともに、口腔機能の維持・向上に関する知識の啓発等が望まれています。
- (5) 加齢に伴う口腔機能の低下が心身の虚弱を招き、要介護状態に進む、「オーラルフレイル」という概念が提唱されていることから、関係者に対し、その予防や改善の方法について情報提供を行うことが必要です。

【対策】

(1) 食べる・会話する機能を維持するための知識の普及啓発

歯周病などの歯科疾患の予防とあわせて、会話や咀嚼・摂食・嚥下機能に関わる舌や顔面周囲の筋力の保持・増進を中心とした口腔機能の維持・向上の必要性について、高齢期を迎える以前の早期段階から啓発します。

要介護状態にならないよう、健康で自立した暮らしを長く保つためには、オーラルフレイルの予防や改善に努めることが重要であることから、その予防等の必要性について県民に広く普及啓発します。

(2) 8020達成者の増加

自分の歯が20本以上残っている人の咀嚼状況は良好であることから、さらなる8020達成者の増加を図ります。

(2) 障害児・者、介護を必要とする者等に対する歯科口腔保健の推進

【現状・課題】

障害児・者、介護を必要とする者等は、各種の基礎疾患や障害により、様々な歯科疾患や口腔機能障害の問題を抱え、専門的また全身管理を伴う歯科治療や訪問による治療を必要とすることがあります。

【対策】

障害児・者及び要介護者等に対して、歯科健診や歯科保健指導及び適切な歯科医療を受ける機会を確保し、関係機関・団体等と連携して歯科保健医療体制の整備を図ります。

2 歯科保健医療体制の整備

(1) 歯科救急医療体制の整備

【現状・課題】

(1) 歯科疾患が急性に発症した場合、緊急処置を要するケースが多くあり、地域ごとに歯科救急医療を担う歯科医療機関の確保が必要です。

(2) 各地域において、休日における歯科救急医療体制の確保を図っています。

【対策】

県民が安心して暮らせるよう、歯科救急医療体制について検討を行い、事故や歯科疾患の急性発症等に対応できる歯科救急医療体制の整備に努めます。

(2) 災害対策及び新興感染症発生・まん延時における歯科保健医療連携体制の整備

【現状・課題】

(1) 大規模災害で、避難所等での生活が中長期にわたると、入れ歯の紛失による摂食嚥下や低栄養状態の問題、歯みがきができないことによる、むし歯や歯周疾患の罹患などの問題が出てきます。そのため、災害時には、歯科医師会や歯科衛生士会、歯科技工士会等の関係団体との連携が望まれます。

- (2) 避難所等での生活では、高齢者の肺炎のリスクが高まるといわれているため、災害時における口腔健康管理を提供できるようにする必要があります。
- (3) 新興感染症発生・まん延時において、歯科保健医療を提供するための連携体制を整備することが必要です。

【対策】

- (1) 平成23年度に、県歯科医師会と災害時の歯科医療活動について、「災害時の医療救護活動に関する協定」を締結しています。
- (2) 肺炎等の呼吸器感染症の予防及び口腔機能低下予防のための口腔健康管理支援体制の整備に努めます。
- (3) 新興感染症患者への緊急歯科医療（対面診療、在宅での指導管理）を行う際の連携体制の整備や、そのための人材育成を図ります。

(3) 離島又はへき地における歯科保健医療体制の整備

【現状・課題】

- (1) 本県は、多くの有人離島があり、他の地域と同様の歯科保健医療を提供することが難しい状況です。
- (2) 離島及びへき地では、歯科保健知識を得る機会が乏しいことから、歯科疾患の発見や治療の遅れによる重症化、歯の喪失に至る可能性があります。

【対策】

- (1) 歯と口腔に関する地域間の健康格差の縮小を目指し、離島又はへき地における歯科保健医療体制の整備に努めます。
- (2) 離島及びへき地の住民に対して、歯科口腔保健に関する知識についての普及啓発に努めます。

3 連携体制の構築

(1) 歯科保健医療に関する実態の把握

【現状・課題】

県の特性に応じた歯科口腔保健対策を展開するためには、県民の状況を的確に把握することが必要です。

【対策】

関係機関における歯科健診、歯科保健指導等の歯科保健の取り組みや対策に関する効果の検証及び新たな課題を把握するため、県民や関係機関・団体の協力を得て、必要な調査を実施します。

(2) 歯科保健医療に携わる者の資質の向上

【現状・課題】

歯科保健医療に携わる者は、県民に対して、正しい知識及び適切な生活習慣につい

て啓発する必要があることから、資質の向上が求められています。

【対策】

歯科保健医療に携わる者に対して、研修会等を実施することにより、歯と口腔の健康づくりに関する知識、技術の習得を図ります。

(3) 市町、関係団体・機関との連携の構築・強化

【現状・課題】

歯と口腔の健康づくりに携わる分野は、保健、医療、福祉や教育等、様々な分野に広がっており、市町や関係団体・機関等の地域における関係者の連携が求められています。

【対策】

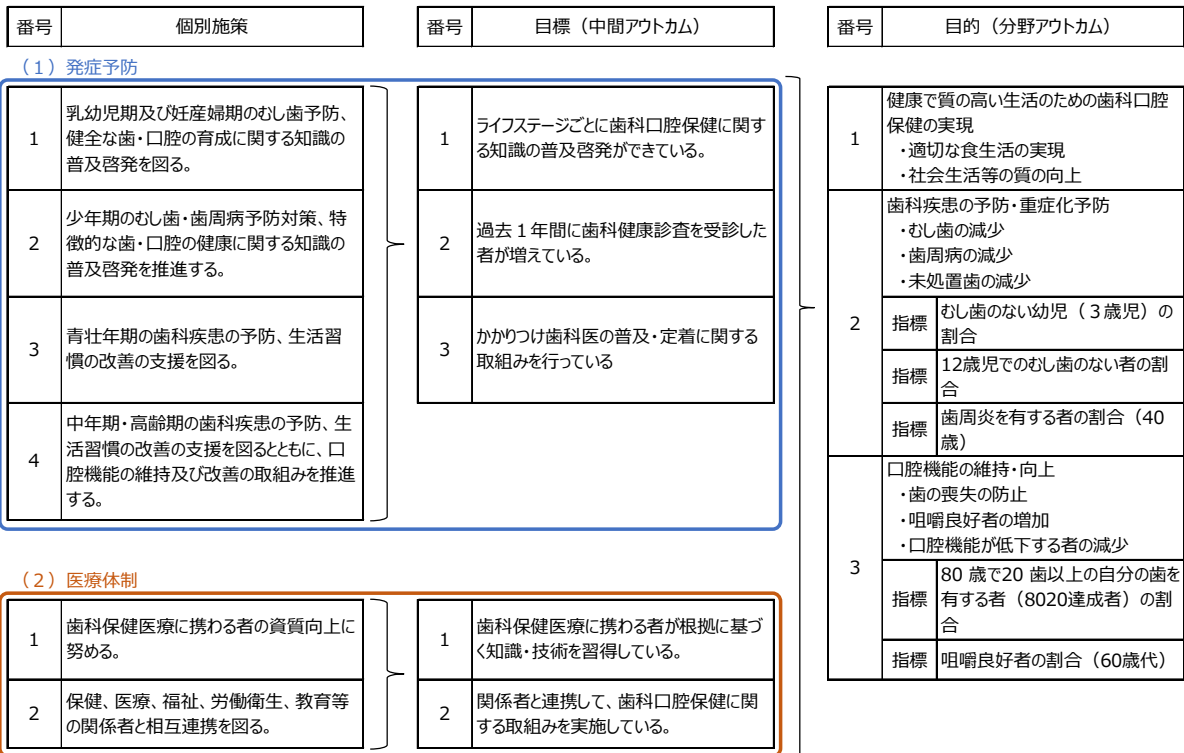
歯科口腔保健の推進にあたって、県、市町、関係団体・機関はお互いに幅広く協力して取り組むことが必要であることから、連携体制の構築・強化を図ります。

4 数値目標

項目		現 状	目 標	目標年次
乳幼児期	むし歯のない幼児（3歳児）の割合	86.2% (令和3年度)	90.6%	令和11年度
少年期	12歳児でのむし歯のない者の割合	70.5% (令和3年度)	80.3%	令和11年度
青壮年期 中年期 高齢期	歯周炎を有する者の割合 (40歳)	59.4% (令和3年度)	49.7%	令和11年度
	咀嚼良好者の割合（60歳代）	76.5% (令和4年度)	78.2%	令和11年度
	80歳で20歯以上の自分の歯を有する者（8020達成者）の割合	65.8% (令和4年度)	75.4%	令和11年度

※ 令和11年度における目標値は、第2次香川県歯と口腔の健康づくり基本計画（R6～R17）の令和17年度目標値を基に、設定しています。

【ロジックモデル】



第6節 医薬等に係る現状・課題と対策

1 医薬関係

医療において、薬物治療は重要な位置を占めており、薬局は、医療機関と連携して適切な調剤及び服薬指導を行い、質の高い医療サービスを提供するとともに、地域の医薬品等の提供拠点として重要な機能を有しています。

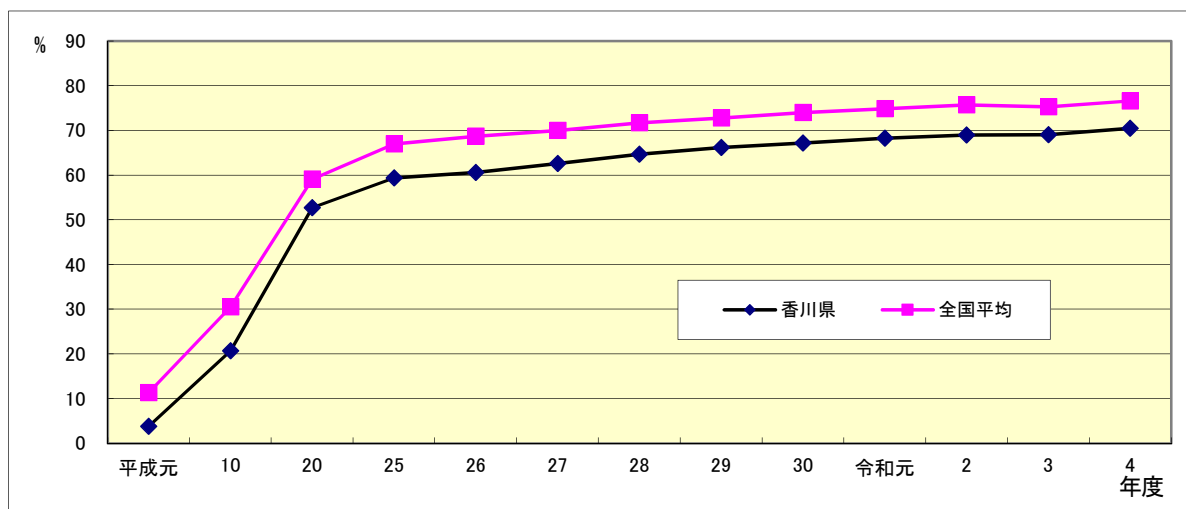
【現状】

(1) 医薬分業の推進

医薬分業は、医師、歯科医師が外来患者を診察して、薬が必要な場合、処方箋を発行し、患者は、その処方箋を調剤薬局に持っていき、そこで薬剤師が処方箋に基づき調剤するというように、それぞれの専門分野を明確にし、責任をもって遂行することにより、よりよい医療の提供を行おうとする制度です。

本県の医薬分業進捗状況は、処方箋受取率で平成元年度に3.8%だったものが、平成20年度には52.7%と急速に進展してきましたが、その後は、全国的にその伸びが鈍化する傾向にあり、令和4年度には70.5%となっています。なお、全国平均(76.6%)に比べると若干低い状況にあります。

処方箋受取率の推移

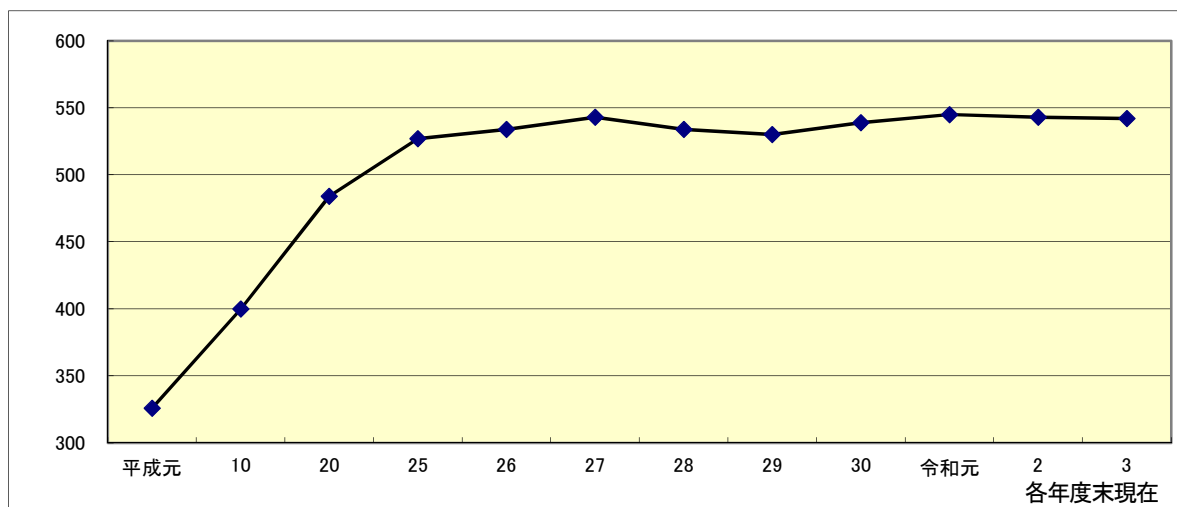


出典：公益社団法人日本薬剤師会「基金統計月報及び国保連合会審査支払業務統計」から算出

(2) 医薬品提供体制

本県の薬局数は、医薬分業の進展に合わせて増加し、令和4年度末現在で544薬局と平成元年に比べて約1.6倍になっています。なお、人口10万人当たりでは57.5薬局で、全国平均の49.2薬局を上回っています(令和3年度末現在)。

薬局数の推移



出典：厚生労働省「衛生行政報告例」

香川県内の圏域別薬局数（令和4年度末現在）

圏域	東部		小豆	西部		計
	(東讃)	(高松)	(小豆)	(中讃)	(西讃)	
薬局数	57	240	12	171	64	544

(3) 薬局の役割

地域において安全で質の高い医療を提供するためには、薬物療法の安全性・有効性の向上やそれに伴う医療保険財政の効率化といった医薬分業の意義は大きく、処方箋受取率は一貫して上昇してきましたが、その一方で、医療機関の周りにいわゆる門前薬局が乱立し、患者の服薬情報の一元的な把握などの機能が必ずしも発揮できていないなど、患者本位の医薬分業になっていないといった指摘等を背景に、平成27年に「患者のための薬局ビジョン」が策定されました。

「患者のための薬局ビジョン」では、団塊の世代が後期高齢者になる2025年までに、すべての薬局がかかりつけ薬局としての機能を持つことを目指すとされています。また、団塊の世代が要介護状態の方が多くなる85歳以上に到達する2035年までに、薬局についても、患者に身近な日常生活圏域単位で地域包括ケアの一翼を担える体制が構築されることが期待されています。

(4) 薬局機能情報

薬局から薬局機能情報（医療を受ける者が薬局の選択を適切に行うための必要な情報）の報告を受け、厚生労働省「医療情報ネット」で公表しています。

各機能を有している薬局数

圏域 薬局機能	東 部		小 豆	西 部		計
	(大川)	(高松)	(小豆)	(中讃)	(三豊)	
夜間休日緊急対応	36	197	9	140	53	435
介護に関する相談応需	36	181	10	133	44	404
禁煙相談応需	37	211	10	146	52	456
無菌製剤の実施	5	28	1	25	3	62
一包化調剤の実施	40	245	11	166	59	521
麻薬調剤の実施	38	220	10	156	53	477
浸煎薬、湯薬調剤の実施	5	36	5	14	5	65
在宅調剤の実施	34	200	11	146	47	438
健康サポート薬局	7	13	0	11	6	37
地域連携薬局	3	20	0	9	7	39
専門医療機関連携薬局	0	0	0	0	0	0

香川県薬局機能情報項目から抜粋（令和5年6月末現在）

(5) 後発医薬品（ジェネリック医薬品）

後発医薬品（ジェネリック医薬品）については、薬価が低く設定されるので、医療費を低く抑えることができ、患者の負担額も少なくなることから、国においては、その使用の推進が図られています。

これを受けて、県では、「ジェネリック医薬品安心使用促進協議会」を設置し、医療関係者及び県民が安心してジェネリック医薬品を使用できる環境整備のための取り組みを行っています。

【課題】

(1) 患者本位の医薬分業の推進

- ① 医薬分業の一番のメリットは、薬局の薬剤師が患者の状態や服用薬を一元的・継続的に把握し、処方内容をチェックすることにより、複数の医療機関受診による薬の重複投薬や相互作用の有無の確認、副作用や期待される効果の継続的な確認ができ、薬物療法の安全性・有効性が向上することです。そのためには、「かかりつけ薬剤師・薬局」が普及し、また、薬のみならず健康全般について気軽に相談できる健康サポート体制の整備が望まれます。
- ② がん等特段の注意を払う必要がある疾患を有する患者においては、専門的な薬物療法を提供できる薬局をかかりつけ薬局として選択する場合も考えられるため、高度薬学管理機能を充実・強化することが求められます。

③ かかりつけ薬局以外の薬局で調剤を受ける場合もあり得ることから、服薬情報の一元的把握のために、お薬手帳を持つことも有効です。また、「電子版お薬手帳」については、スマートフォン等を活用するため、長期にわたる服用歴の継続的な管理が可能だったり、服用歴以外にもシステム独自にさまざまな健康に関する情報も管理できることから、患者の属性や希望に応じて、その普及を図る必要があります。

(2) セルフメディケーションの推進

自分に合った一般用医薬品を安心して購入し、使用するために、リスクを最小限に抑え、効き目が最大限に発揮できるよう、薬剤師などの専門家が適切なアドバイスをすることが必要です。

(3) ジェネリック医薬品の安心使用の促進

後発医薬品（ジェネリック医薬品）及びバイオ後続品を安心して使用するためには、薬の専門家である薬剤師を含め、医療関係者が理解を深める必要があります。また、薬局、薬剤師会に対して、後発医薬品備蓄の推進及び患者に対する適正な説明を要請するとともに、県民に対して、正しい知識の普及啓発を図る必要があります。

【対策】

(1) かかりつけ薬剤師・薬局等の推進

患者がメリットを実感できる医薬分業を実現するため、関係団体と協力して、薬剤師・薬局のかかりつけ機能や健康サポート機能の強化を図るとともに、お薬手帳（電子版を含む）の普及を促進します。

また、医師会、歯科医師会及び薬剤師会との連携を図り、休日・夜間の対応を含めて地域の実情にあった医薬分業の推進に努めます。

(2) 機能別の薬局の認定制度の普及

患者自身が自分に適した薬局を選択できるよう、機能別の薬局^{*}の認定制度の普及を促進します。

- ※
- ① 地域連携薬局：入退院時や在宅医療に他医療提供施設と連携して対応できる薬局
 - ② 専門医療機関連携薬局：がん等の専門的な薬学管理に他医療提供施設と連携して対応できる薬局

(3) 薬局機能情報の提供

薬局機能情報をわかりやすい形で提供することにより、住民・患者等による薬局の適切な選択を支援します。

(4) セルフメディケーションの推進

一般用医薬品を販売している薬局等に対して、薬剤師等の専門家が医薬品のリスク区分に応じた適切な情報提供を行うことにより、セルフメディケーションの推進に寄与するよう普及啓発を図ります。

(5) ジェネリック医薬品及びバイオ後続品の普及啓発

薬剤師会や関係機関と連携し、医療関係者や県民に、ジェネリック医薬品及びバイオ後続品の正しい知識の普及啓発を図り、安心して使用できる環境整備に努めます。

2 血液確保対策

少子高齢化が進展する中で、血液製剤を安定的に医療機関に供給できるよう、香川県赤十字血液センターと連携し、献血者確保のための啓発事業を推進しています。

また、輸血用血液製剤(注1)は、県民の善意による献血で概ね賄うことができているが、血漿分画製剤(注2)については、国内で確保が困難な血漿や一部の製剤を海外からの輸入に頼らざるを得ない状況にあり、国内自給体制の確立が求められています。

【現状】

- (1) 県内献血者数は、平成4年度をピークに減少傾向でしたが、令和元年度からは増加傾向がみられます。令和4年度の県内献血者数は、微減し、37,656人で前年度比99.6%となっておりますが、県内で、必要とされる輸血用血液製剤は不足することなく医療機関に供給することができています。
- (2) 今後、血液製剤の需要は、医療技術の進歩や血液製剤の適正使用の推進等により、横ばいから微減の傾向と見込まれていますが、少子高齢化の進展及び若年層の献血者数が減少傾向にあることから、献血者、特に若年層の確保が重要となっています。令和4年度の県内の10代、20代献血者数の献血者全体に占める割合は、それぞれ、3.8%(全国4.3%)、11.6%(同13.9%)となっています。
- (3) 血漿分画製剤については、依然として、国内で確保が困難な血漿や一部の製剤を海外からの輸入に頼らざるを得ない状況にあり、倫理性、国際的公平性等の観点から国内自給の確保が必要となっています。

【課題】

- (1) 血液製剤は、長期保存ができないことから、継続的かつ安定的に献血者を確保することが必要です。また、人口構造の変化に対応し、将来的な安定確保に向けた取組みが求められています。
- (2) 血液製剤は、人の血液に由来する有限で貴重なものであることから、医療機関においても適正な使用が求められています。

【対策】

(1) 献血目標の設定及び献血推進事業

- ① 毎年度、県内で必要とされる輸血用血液製剤及び血漿分画製剤の製造に必要な原料血漿の需要見込量を算出し、これに見合う献血目標値を設定して、達成できるよう努めます。
- ② 献血思想の普及啓発
 - ア 夏季及び冬季の血液不足傾向を解消するため、各種団体、報道機関等の協力を得て、献血普及運動を実施します。
 - イ 広く県民の方々に献血の重要性を周知し、特に、400mL献血と成分献血の必要性を理解していただくため、各種広報活動を実施します。
 - ウ 次代を担う若年層を対象とした対策
 - ・小・中学生を対象とした血液センター見学会等を実施し、幼い時期からの献血

思想の普及啓発に努めます。

- ・若年層を主な対象とした献血啓発イベント、大学生・高校生ボランティアによる街頭キャンペーンや高校生献血セミナーを実施し、献血の現状についての理解を深めてもらうことにより、次代の献血者の拡大を図ります。

③ 献血協力者の安定確保

ア 高松市丸亀町の献血ルーム「オリーブ」の広報に努め、より一層の利用促進を図ります。

イ 若年層献血者や複数回献血者の確保のため献血Web会員サービス「ラブラッド」の周知に努め、活用を促します。

④ 献血組織の育成

ア 香川県血液対策推進協議会を開催し、血液事業の適正な運営を図るため、献血目標及び献血推進計画について協議します。

イ 地域ごとの血液対策推進協議会等を開催し、献血推進組織の育成拡充に努めるとともに、血液事業の円滑な推進を図ります。

(2) 血液製剤の適正使用

有限で貴重な血液製剤をより有効に使用するため、医療関係者を対象にした講習会等を開催し、その趣旨の普及を図ります。

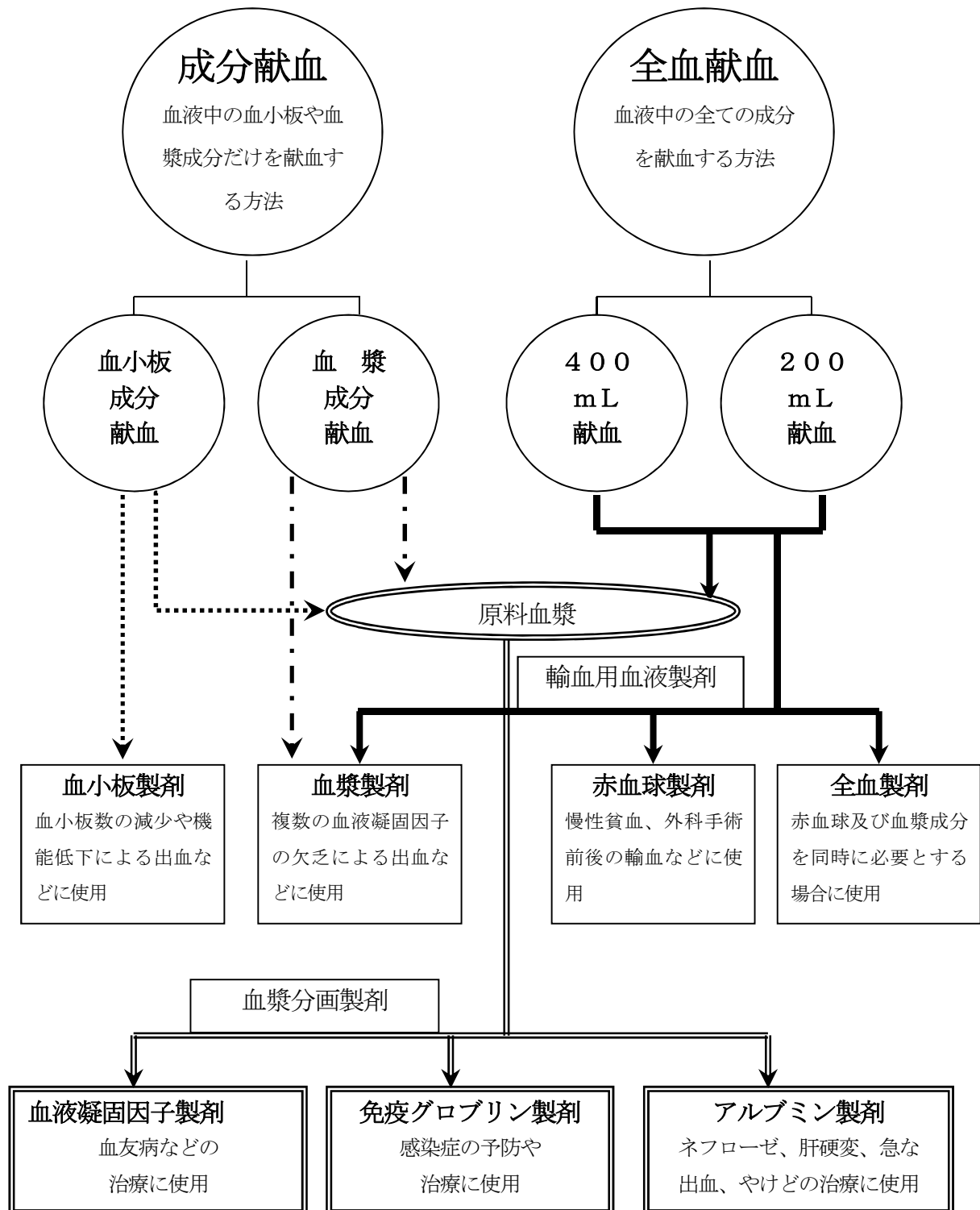
(注1) 輸血用血液製剤とは ⇒ 採血した血液を分離したり、保存液を加えて製造した医薬品です。

全血製剤、成分を分離した赤血球製剤、血漿製剤及び血小板製剤があります。

(注2) 血漿分画製剤とは ⇒ 血液中の血漿部分に含まれる血液凝固因子、免疫グロブリン、アルブミンなどのタンパク質を抽出・精製して製造した医薬品です。病気の治療や予防のために使用されます。(後記「献血された血液の流れ」参照)

献血された血液の流れ

献血された血液は、輸血用血液製剤及び血漿分画製剤として有効に利用されます。



献血に関する相談等の連絡先

香川県赤十字血液センター

高松市郷東町587-1

フリーダイヤル 0120-81-1582

<https://www.bs.jrc.or.jp/csk/kagawa/>

丸亀町献血ルーム「オリーブ」

高松市丸亀町商店街 高松丸亀町参番街東館3階

フリーダイヤル 0120-34-2307

第7節 医療安全対策・情報化に係る現状・課題と対策

1 医療安全対策

(1) 医療事故・院内感染対策等の強化

最近の医学・医療技術の進歩発展が、医療の細分化・機械化、さらには医療行為の複雑化をもたらし、その結果、医療従事者には高度な知識・技術が求められるようになっていきます。

こうした状況の中で、全国的に医療事故や院内感染の発生が多数報じられており、医療の安全性に対する関心が高まってきています。

医療事故や院内感染の対策は、医療従事者個人の努力だけに依存するのではなく、医療システム全体の問題として捉え、組織的・系統的な対策（リスクマネジメント）が必要になっています。

【現状・課題】

平成19年4月に施行された改正医療法に基づき、全ての病院・一般診療所・歯科診療所及び助産所に対し、①安全管理体制の整備、②院内感染防止体制の整備、③医薬品・医療機器の安全使用・管理体制の整備が義務付けられました。

また、薬事法（現「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律」）の改正も行われ、薬局に対しては医療安全管理体制を整備することが義務付けられました。

加えて、平成27年10月から、医療事故が発生した医療機関において院内調査を行い、その調査報告等を民間の第三者機関（医療事故調査・支援センター）が収集・分析することで再発防止につなげる、医療事故調査支援制度が施行されました。

このため、各医療機関等においては、医療安全に関する法令上の義務を遵守していくことのほか、さらなる医療安全対策を講じることが望まれています。

県においては、医療提供施設が講じている医療安全を確保するための取り組み状況を把握し、医療の安全に関する情報の提供、研修の実施、意識の啓発等に関して必要な措置を講ずるよう努めることが重要であり、今後とも、対策委員会の定期的な開催、医療機関内の各部門を対象としたマニュアルづくり、「事故報告書」や「ヒヤリ・ハット報告書」の作成・活用などの各医療機関における対策を、より一層促す必要があります。

【対策】

(1) 医療機関における医療事故・院内感染防止対策等の推進

医療事故・院内感染防止対策等は、各医療機関における取り組みが重要であることから、医療監視の際の重点事項と位置付け、医療機関の主体的な取り組みを促進します。

(2) 医療事故・院内感染防止等に関する情報提供の充実

医療事故の分析やインシデント（医療現場でヒヤリとしたり、ハットした体験）事例、医療事故防止等に関するガイドラインなどの国等から提供される情報や医療事故調査・支援センターが公表する医療事故の再発防止に向けた提言、全国における先導

的な取組み事例などの医療安全に関する各種情報について、医療機関や医療関係団体への周知を図ります。

(3) 医療事故・院内感染等の防止徹底の喚起

個々の医療従事者、医療機関、医療機器・医薬品メーカーなどに対して、様々なレベルで医療機器や医薬品等の誤使用、誤認を防止するための取組みを行うよう意識啓発を図ります。

(2) 医療安全相談体制の確保

医療相談は、医療安全を推進するための環境整備の一つとして重要な意義を有しています。医療安全相談体制を充実させ、医療の安全性と信頼性を高めていくために、行政をはじめ、全ての医療関係者の積極的な取組みが求められています。

【現状・課題】

医療相談体制については、特定機能病院・臨床研修病院に患者相談窓口の設置が義務付けられています。また、一般病院・診療所においても患者相談窓口の設置が進められています。香川県医療機能情報調査による令和5年5月現在の医療機関における患者相談窓口等の設置・相談員の配置状況は、県内87病院のうち77病院（うち73病院が相談員（医療ソーシャルワーカー等）を配置）、829診療所のうち289診療所が相談員を配置、473歯科診療所のうち118歯科診療所が相談員を配置となっており、設置率は病院で88.5%、診療所で34.9%、歯科診療所で24.9%となっています。

県内医療機関における患者相談窓口等の設置状況

	総数	患者相談窓口設置数	設置率 (%)
病院	87	77	88.5

	総数	相談員配置件数 (院長等の兼任を含む)	設置率 (%)
一般診療所	829	289	34.9
歯科診療所	473	118	24.9

出典：香川県「医療機能情報調査」（令和5年）

また、平成15年6月に県（医務国保課）及び各保健所等に「医療相談窓口」を開設し、患者やその家族からの医療に関する相談や苦情に対応しています。さらに、医療相談窓口の運営方針の検討や相談業務の実施に係る関係機関・団体との連絡調整などを行うために、平成15年度に「医療安全推進協議会」を設置しました。

なお、医療法の改正により、平成19年4月から各県に「医療安全支援センター」を設ける旨の努力義務規定が設けられたことを踏まえ、苦情・相談への対応、医療安全の確保に関する必要な情報の提供、医療機関の管理者・従業員に対する医療安全に関する研修の実施等の施策を推進するため、県（医務国保課）及び各保健所に医療安全

支援センターを設置しています。

県内の医療安全支援センター設置状況

名 称	住 所
香川県医療安全支援センター (香川県健康福祉部医務国保課) TEL 087-832-3333 (医療相談専用電話)	香川県高松市番町4-1-10
香川県小豆地域医療安全支援センター (香川県小豆保健所) TEL 0879-62-1373	香川県小豆郡土庄町湊崎甲2079-5 (香川県小豆総合事務所内)
香川県東讃地域医療安全支援センター (香川県東讃保健所) TEL 0879-29-8260	香川県さぬき市津田町津田930-2 (香川県東讃保健福祉事務所内)
香川県中讃地域医療安全支援センター (香川県中讃保健所) TEL 0877-24-9962	香川県丸亀市土器町東8丁目526 (香川県中讃保健福祉事務所内)
香川県西讃地域医療安全支援センター (香川県西讃保健所) TEL 0875-25-2052	香川県観音寺市坂本町7-3-18 (香川県西讃保健福祉事務所内)
高松市医療安全支援センター (高松市保健所) TEL 087-839-2860	香川県高松市桜町1-10-27 (高松市保健所保健予防課内)

県内の医療安全支援センター（医療相談窓口）での相談件数

年度	医務国保課	県保健所	高松市保健所	合計
平成30年度	438件	117件	281件	836件
令和元年度	521件	95件	236件	852件
令和2年度	477件	103件	336件	916件
令和3年度	449件	95件	294件	838件
令和4年度	475件	136件	230件	841件

【対策】

(1) 病院等の患者相談窓口の設置の推進及び相談体制の充実

患者相談窓口の設置が義務付けられている特定機能病院・臨床研修病院のみならず、それ以外の全ての病院・診療所においても患者相談窓口の設置に努めます。

また、設置済みの医療機関については、医療機関自らが相談体制の充実を図り、寄せられた相談内容を医療現場へフィードバックするなど、組織として医療安全対策に取り組む体制づくりが行われるよう、相談担当職員向けの研修会を開催します。

(2) 医療相談窓口の相談機能の充実

- ① 県医務国保課と各保健所の医療相談窓口間の連携を図る一方、相談業務に関する研修を通して相談員の資質向上を図るなど窓口相談業務の充実を図ります。また、患者等からの相談や苦情に関する情報を医療機関に提供し、医療機関における医療サービスの向上を図ります。
- ② 医師会・歯科医師会・薬剤師会などの関係団体や、医療機関に設けられた患者相談窓口との連携を図り、県民からの医療相談に迅速かつ効果的に対応し、医療の安全性や信頼性の向上を図ります。

2 医療における情報化

情報通信技術は、大きなデジタル化の流れの中で、著しいスピードで進化・発展を続けており、5G・光海底ケーブルなどのICTインフラシステムに加え、遠隔医療へのデジタル活用など、医療分野などにおけるICTソリューションの展開が進められており、日々の生活において利便性や生活様式に大きな変化をもたらしています。

特に、医療分野においては、こうした情報通信技術を活用し、よりよい医療の提供や、医療機関の間の連携を効率的に行うことが求められています。

また、インターネット等を活用し、県民や患者に対し、医療機関の機能に関する情報を、できる限り分かりやすく提供し、県民の利便性向上を図る取組みも進められています。

【現状・課題】

(1) かがわ医療情報ネットワーク (K-MIX R)

① かがわ遠隔医療ネットワーク (K-MIX)

平成15年に、遠隔地での画像診断を実現するための遠隔読影システムとして、中核病院とかかりつけ医との連携を図るため、県・香川大学・県医師会などが連携して、「かがわ遠隔医療ネットワーク」(K-MIX)を整備しました。

② 地域連携クリティカルパス

平成20年度に、医療法改正に伴いK-MIXのネットワークを活用して、脳卒中に関する「地域連携クリティカルパス」の機能を付加しました。

③ かがわ医療情報ネットワーク (K-MIX+)

平成26年度に、県内の中核病院が電子カルテや画像等の診療情報をかかりつけ医へ共有することができる「かがわ医療情報ネットワーク」(K-MIX+)を構築しました。

④ レセプト情報を活用した診療支援システム (K-MIX R BASIC)

令和3年度に、各保険者が持つレセプト(診療報酬明細書)の情報を医療機関・薬局での臨床に活用することで、主に初診患者の病歴・治療歴等や新型コロナウイルス感染症患者の基礎疾患等を把握し、適切な療養の給付に繋げることができる「K-MIX R BASIC」を構築しました。

⑤ かがわ医療情報ネットワーク (K-MIX R)

同年度には、これまで一方向での情報共有だったK-MIX+を強化するため、9つの中核病院が継続利用するK-MIX+に加え、新たに8つの中核病院及び病院・診療所・薬局等が利用するMInCSを整備。2つのシステムをK-MIX Rポータルシステムで連携させることで、中核病院とかかりつけ医が双方向で診療情報を共有することができる、新たな地域連携ネットワークとして「医療機関情報システム」を構築しました。

そして、これら「遠隔読影システム」、「地域連携クリティカルパス」、「K-MIX R BASIC」、「医療機関情報システム」のシステム群の総称を「かがわ医療情報ネットワーク」(K-MIX R)とし、運用を開始しました。

	合 計	医療圏		
		東 部	小 豆	西 部
電子カルテの導入施設数 (普及率)	577 (49.0%)	335 (49.3%)	16 (58.6%)	226 (48.1%)
K-MIX R 参加施設数	353	183	5	160

出典：電子カルテ：厚生労働省「令和2年医療施設（静態）調査」

K-MIX R：県医務国保課調（令和5年3月）

※「合計」には県外の施設を含むため各医療圏の合計と一致しない。

(2) 各医療機関・薬局等における情報化

① 情報化に係る全国的な情勢

電子カルテ導入やレセプト電子化など、各医療機関においては、医療情報等の電子化により、諸業務の効率化や患者情報の共有化などが進められており、今後もその流れは継続していくものと考えられます。

また、今後、我が国が超高齢化社会を迎える中、国においては、「データヘルス集中改革プラン」において、健康・医療・介護分野のICTインフラを作りかえ、各施策のパラダイムシフトを目指すこと、また、「医療DX令和ビジョン2030」や「経済財政運営と改革の基本方針2023」等において、「全国医療情報プラットフォーム」の創設、電子カルテ情報の標準化、「診療報酬改定DX」、及びPHRの仕組みの整備等の推進など、保険・医療・介護の各段階で発生する情報に対する情報基盤整備、標準化及びデータの利活用等を目指すこととされています。今後は、医療・ケアだけでなく、社会生活全体が大きく変化していくことが考えられ、国の動きに注視していく必要があります。

② K-MIX Rが目指す方向性

このような状況下において、国との連携や役割分担を明確化しつつ、K-MIX Rのメリットの周知及びネットワーク・機能の強化等により、参加医療機関数の拡大を図り、県内医療機関・薬局・介護施設等のより一層の連携や機能分担を促進していくことが必要です。

また、事業の発展と表裏して、K-MIX Rが持続可能な仕組みとするため、その利用方法や運営業務に係る業務効率化についても検討が必要です。

【対策】

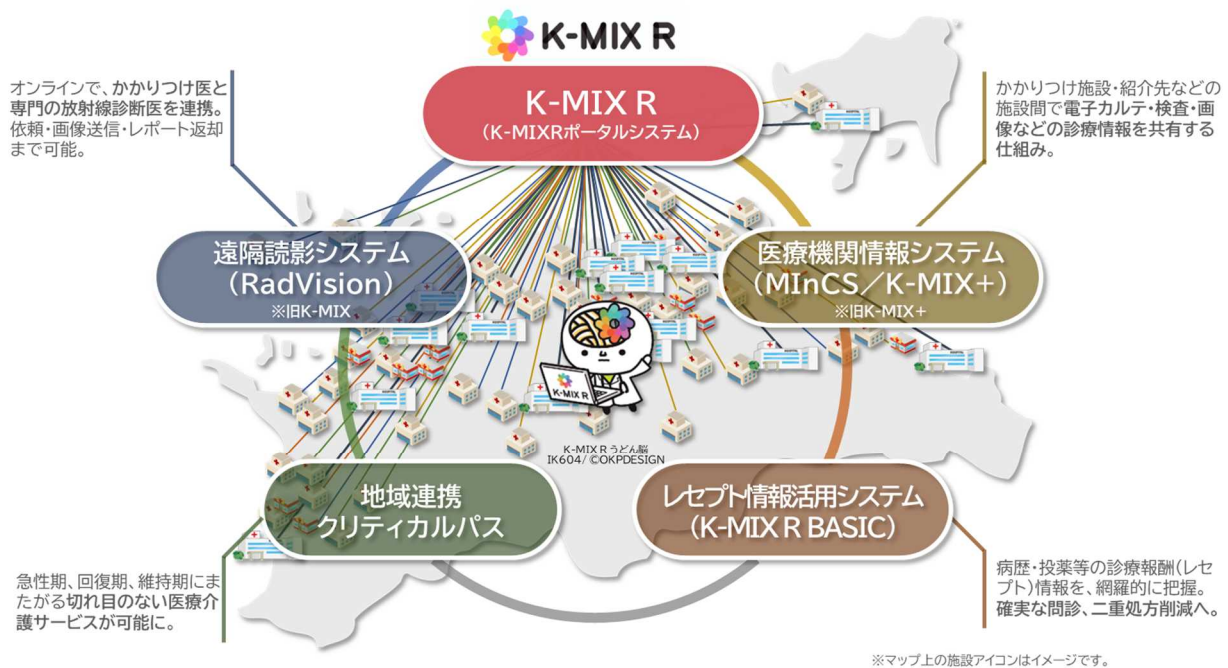
- (1) K-MIX Rについては、参加医療機関の増加により、その機能がより効果的に発揮されることから、医療機関への周知に努めるとともに、国庫補助制度を活用して医療機関の遠隔設備整備を支援し、K-MIX Rへの参加を促進します。
- (2) 国が実施する、健康・医療・介護データ利活用基盤の構築に係る情報収集に努め、当該基盤との連携を含めて、適切な役割分担のもと、対応できるよう検討を進めます。

(3) 県内の各医療機関においては、電子カルテなどの導入により、患者の待ち時間短縮や、各診療部門での情報共有が進み、診療の質の向上が図れることから、地域医療連携の推進に向けた有用性やシステムの安全性等の周知に努め、早期の導入に向けた取組みを促進します。

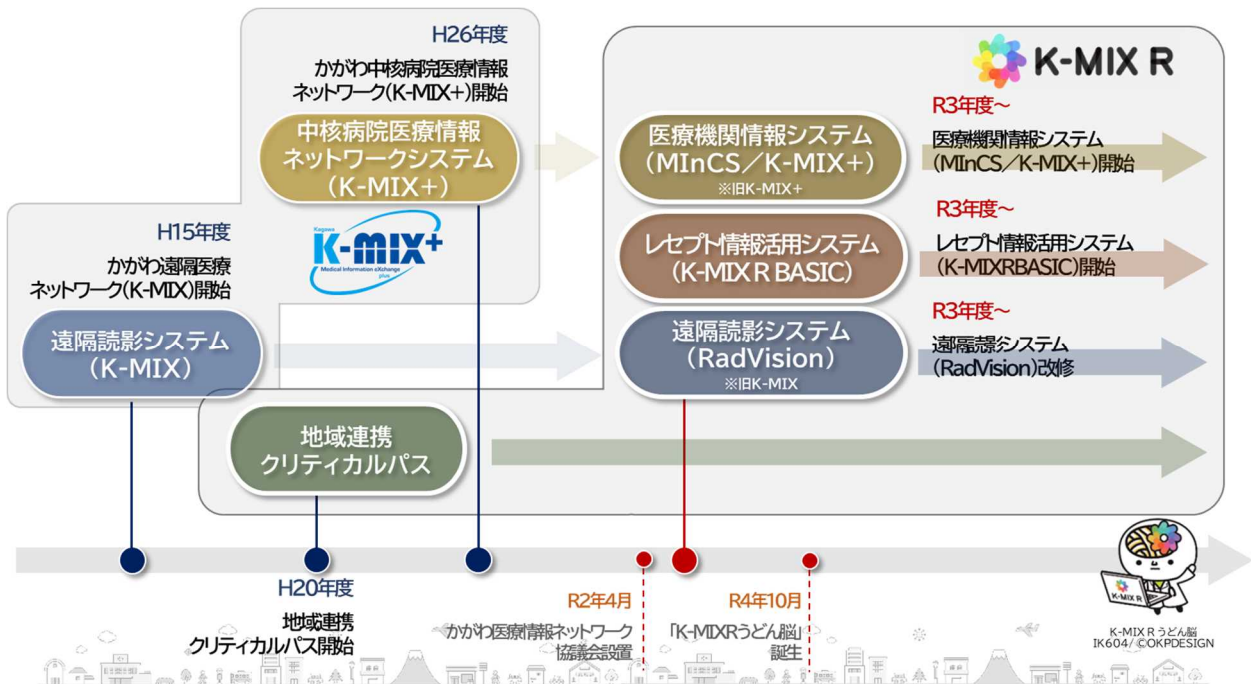
さらに、広域災害救急医療情報システムなどにおいても情報通信技術を生かした施策に、引き続き取り組めます。

(4) K-MIX Rについては、県内の中核病院とかかりつけ医との電子カルテや画像等の診療情報を共有できる仕組みであり、円滑な病診連携の促進や検査、薬剤の重複抑制、へき地医療の推進等に繋がることから、医療・介護の分野を含めてK-MIX Rの周知等を図り、より一層の利用拡大及び利便性の向上に向けた取組みを進めます。

【K-MIX Rの全体像】



【K-MIX Rの沿革】



【数値目標】

(1) K-MIX R参加施設数

項目	現状 (令和4年度)	目標	目標年次
K-MIX R参加施設数	353	450	令和11年度

(2) K-MIX Rで情報連携した患者数

項目	現状 (令和4年度)	目標	目標年次
K-MIX Rで中核病院等が新たに情報連携した患者数	4,195	18,000※	令和11年度

※目標値は令和6年度～令和11年度までの実績の累計数。

第8章 保健医療計画による事業の推進と数値目標の達成状況 の評価

第1節 保健医療計画の周知と情報公開

1 第七次香川県保健医療計画の数値目標と達成状況

前回の計画で定めた数値目標について、その達成状況は、「第七次香川県保健医療計画（医療提供体制）数値目標と達成状況」のとおりとなっています。

なお、把握可能な実績が目標年次の途中のものであることなどから、現時点では達成されていない項目があります。

今回の計画の目標設定に当たっては、できるだけ評価可能で具体的な数値目標を定め、その実現に向けてそれぞれが取り組むこととしています。

2 計画の周知

県民が安心して医療を受けられる環境を整備するために、患者や県民に医療に関する情報を積極的に提供することとしており、本計画も県のホームページに掲載するなどして、県民をはじめ関係者への周知と情報公開に努めます。

第2節 数値目標の設定

1 数値目標

各分野において、良質かつ適切な医療を提供する体制について、事後に定量的な比較評価を行えるよう、本県の実状に応じた数値目標を設定しました。整理すると「第八次香川県保健医療計画数値目標一覧」のとおりとなります。

2 数値目標の意味

目標達成に当たっては、県とともに、市町、医療提供施設、介護施設等のほか患者を含めた県民の相互理解と協力が不可欠であることから、お互いに連携を密にし、各目標の達成に向けて取り組むことが必要です。県民が主体的に役割を果たしていくことが、患者本位の医療を実現していくことに繋がります。

第3節 保健医療計画の推進体制と役割

1 県

- (1) 保健医療計画に掲げた各種の取組みについて、県民への周知・啓発に努めます。
- (2) 必要に応じ香川県医療審議会や地域医療構想調整会議等で審議し、その結果を踏まえるとともに、予算の範囲内で具体的な施策を定めて、計画を適切かつ効果的に推進します。
- (3) 5疾病・6事業及び在宅医療について、計画推進のための協議の場を順次設けるなど、関係者が互いに情報を共有することにより、信頼関係を醸成し、円滑な連携が推進されるよう努めます。

2 市町

医療法においては、市町は、県ともども、医療提供の理念に基づき、住民に対して良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制が確保されるよう努めなければならないとされています。したがって、県と連携し、計画の達成を推進するため、必要な措置を講ずるよう努めることが求められます。

3 医療提供施設の開設者等

計画の達成の推進に資するため、医療連携体制の構築に必要な協力、居宅等における医療の提供に関し必要な支援、研究又は研修のための施設・設備等の利用開放などに努めることとされています。

4 県民・患者

医療に参加することによって医療提供者との共同作業を行うことが大切です。特に、生活習慣や食生活の改善、検診の受診等では、自覚と責任をもった行動が求められています。

第4節 数値目標の進行管理

計画の実効性を上げるためには、具体的な数値目標の設定と評価を行い、その評価結果に基づき、計画の内容を見直すことが大切です。そのために、各数値目標の達成状況を定期的に把握するとともに、いわゆるPDCAサイクルによって、進行管理を行います。

また、各数値目標の達成状況については、インターネット等を通じて、定期的に公表することとします。

第七次香川県保健医療計画 数値目標と達成状況

直近の実績が目標を超えており、このまま維持すれば達成となるもの・・・・・・・・・・◎
 直近の実績が中間見直し時の状況と比べて向上しており、このまま推移すれば達成となるもの・・・・・・・・・・○
 直近の実績が中間見直し時の状況と比べて向上しているものの、このまま推移すれば未達となるもの・・・・・・・・・・△
 直近の実績が中間見直し時の状況と比べて向上していないもの・・・・・・・・・・×
 該当数値が集計中であるなど、直近の実績が把握できていないもの・・・・・・・・・・—

1 がん

項目		中間見直し時の状況		直近の実績		目標		評価	出典
がんの年齢調整死亡率（75歳未満）（人口10万人当たり）	男性	83.6	H30	80.8	R3	88.2	R5	◎	国立がん研究センター がん対策情報センター
	女性	51.4		49.9		47.4		△	
成人の喫煙率		16.0%	H28	15.4%	R4	8.0%	R5	△	県民健康・栄養調査
がん検診の受診率	胃がん	45.6%	R1	45.1%	R4	55%以上	R5	×	国民生活基礎調査
	大腸がん	46.6%		47.9%				△	
	肺がん	55.4%		54.0%				×	
	乳がん	51.2%		52.2%				△	
	子宮頸がん	48.4%		48.8%				△	
精密検査の受診率		81.7%	H29	82.6%	R2	90%以上	R5	△	地域保健・健康増進事業報告
がん登録の精度向上	DCN	3.6%	H29	3.9%	R1	10%以下	R5	◎	全国がん登録罹患数・率報告
	DCO	2.4%		2.5%		5%以下		◎	
緩和ケアチームを有するがん診療を行う医療機関数		12病院	H29	14病院	R2	15病院	R5	○	医療施設調査
緩和ケア病棟（病床）を有する病院数		4病院	H30	3病院	R2	5病院	R5	×	診療報酬施設基準等

2 脳卒中

項目		中間見直し時の状況		直近の実績		目標		評価	出典
脳血管疾患の年齢調整死亡率（人口10万人当たり）	男性	37.6	H27	R5. 12月公表予定		26.4	R5	—	人口動態統計特殊報告
	女性	18.1				16.6		—	
地域連携クリティカルパスの運用		運用中	H30	運用中	R5	運用継続	R5	◎	医務国保課
在宅等生活の場に復帰した患者の割合		55.8%	H29	52.2%	R2	65%	R5	×	患者調査

3 心筋梗塞等の心血管疾患

項目		中間見直し時の状況		直近の実績		目標		評価	出典
虚血性心疾患の年齢調整死亡率（人口10万人当たり）	男性	21.0	H27	R5. 12月公表予定		14.8	R5	—	人口動態統計特殊報告
	女性	8.9				5.5		—	
地域連携クリティカルパスの運用		運用中	H30	運用中	R5	運用継続	R5	◎	医務国保課
在宅等生活の場に復帰した患者の割合		96.2%	H29	95.3%	R2	95%	R5	◎	患者調査

4 糖尿病

項目		中間見直し時の状況		直近の実績		目標		評価	出典
糖尿病性腎症による新規透析導入患者数 (人口10万人当たり)		14.6	H30	12.8	R3	12.6	R5	○	日本透析医学会
糖尿病の年齢調整死亡率 (人口10万人当たり)	男性	7.1	H27	R5.12月公表予定		5.5	R5	-	人口動態統計特殊報告
	女性	3.4				2.5		-	

5 精神疾患

項目		中間見直し時の状況		直近の実績		目標		評価	出典
精神病床における急性期(3か月未満)入院 需要(患者数)		427人	H30	601人	R4	462人	R5	×	精神保健福祉資料
精神病床における回復期(3か月以上1年 未満)入院需要(患者数)		647人	H30	440人	R4	392人	R5	○	
精神病床における慢性期(1年以上)入院 需要(患者数)		1,880人	H30	1,861人	R4	1,351人	R5	△	
精神病床における慢性期入院需要(65歳以上 患者数)		1,134人	H30	1,232人	R4	831人	R5	×	
精神病床における慢性期入院需要(65歳未満 患者数)		746人	H30	629人	R4	520人	R5	△	
精神病床における入院需要(患者数)		2,954人	H30	2,902人	R4	2,205人	R5	△	
精神病床における入院後3か月時点の退院率		62%	H29	61%	R2	69%	R5	×	
精神病床における入院後6か月時点の退院率		79%	H29	77%	R2	86%	R5	×	
精神病床における入院後1年時点の退院率		84%	H29	85%	R2	92%	R5	△	
精神病床から退院後1年以内の地域における 平均生活日数		307日	H30	319日	R2	316日	R5	◎	
地域移行に伴う基盤整備量(利用者数)		-	-	-	-	616	R5	-	-
地域移行に伴う基盤整備量(65歳以上利用者 数)		-	-	-	-	347	R5	-	-
地域移行に伴う基盤整備量(65歳未満利用者 数)		-	-	-	-	269	R5	-	-
指定一般相談支援事業利用人員		10人/月	R1	24人/月	R4	43人/月	R5	△	かがわ障害者プラン進捗 状況
指定特定相談支援事業利用人員		6,422人/月	R1	5,968人/月	R4	7,066人/月	R5	×	
生活介護利用量		41,045人/月	R1	42,411人/月	R4	43,800人/月	R5	△	
自立訓練(生活訓練)利用量		605人日	R1	483人日	R4	842人日	R5	×	
自殺死亡率(人口10万人当たり)		14.9	R1	15.2	R3	14.3以下	R4	×	人口動態統計
認知症サポート医数(累計)		69人	R1	89人	R4	90人	R5	○	長寿社会対策課
もの忘れ相談医研修受講者数(累計)		443人	R1	458人	R4	500人	R5	△	
認知症サポーター養成数(累計)		105,662人	R1	122,581人	R4	120,000人	R5	◎	

6 在宅医療

項目		中間見直し時の状況		直近の実績		目標		評価	出典
訪問診療を実施している診療所・病院数		252	H29	244	R5	346	R5	×	NDB
訪問看護ステーション数		105	R1	130	R5	124	R5	◎	長寿社会対策課

7 歯科医療

項目		中間見直し時の状況	直近の実績	目標	評価	出典				
乳幼児期	むし歯のない幼児の割合	3歳児	81.4%	R1	86.2%	R3	90%	R4	△	地域保健・健康増進事業報告
		5歳児	68.0%		72.9%		70%		◎	香川県学校保健統計調査
	定期的にフッ化物歯面塗布をしている幼児の割合		38.0%	H29	35.6%	R4	50%以上	R4	×	歯の健康とたばこの調査
学齢期	12歳児でのむし歯のない者の割合		64.2%	R1	70.5%	R3	70%	R4	◎	香川県学校保健統計調査
	歯肉に炎症があり、専門医（歯科医師）による診断が必要とされた高校生の割合		5.6%	R1	4.2%	R3	5%	R4	◎	
成人期・高齢期	何でもかんで食べることができる者の割合	60歳代	71.2%	H28	76.5%	R4	80%	R4	△	県民健康・栄養調査
		60歳で24歯以上の自分の歯を有する者の割合		78.3%	H28	91.2%	R4	85%	R4	◎
	80歳で20歯以上の自分の歯を有する者（8020達成者）の割合		52.0%	H28	65.8%	R4	60%	R4	◎	
	進行した歯周炎を有する者の割合	40歳代	36.5%	H28	59.4%	R3	25%	R4	×	
		50歳代	57.1%		67.4%		32%		×	
60歳代		58.4%	72.0%		45%		×			

8 上記以外の事業

項目	中間見直し時の状況	直近の実績	目標	評価	出典
看護師の特定行為研修修了者	31人 R2	49人 R4	52人 R5	○	日本看護協会
地域医療支援病院数の維持	6病院 R1	7病院 R4	6病院 R5	◎	医務国保課
耐震化が完了した災害拠点病院及び第二次救急医療機関の割合	94.7% R2	100% R4	100% R5	◎	病院の耐震改修状況調査
DMA Tチーム数	47 R2	40 R5	52 R5	×	医務国保課
へき地医療拠点病院からへき地への巡回診療実施回数	697回 R1	739回 R3	現状維持 R5	◎	へき地医療現況調査
へき地医療拠点病院からへき地への代診医派遣回数	1,363回 R1	1,176回 R3	現状維持 R5	×	
へき地医療拠点病院の中で巡回診療、代診医派遣の年間実績が合計で12回以上の医療機関の割合	61.1% R1	57.9% R3	70.0% R5	×	
周産期死亡率（出産千人対）	3.1 H29	3.1 R1	現状維持 R5	◎	人口動態統計
乳児死亡率（出産千人対）	1.8 R1	1.5 R3	現状維持 R5	◎	
病院における医療安全についての相談窓口の設置	77箇所 R2	77箇所 R5	全ての病院 R5	×	医療機能情報提供システム
一般診療所における医療安全についての相談員の配置	316箇所 R2	289箇所 R5	全ての診療所 R5	×	
歯科診療所における医療安全についての相談員の配置	117箇所 R2	118箇所 R5	全ての歯科診療所 R5	△	
K-MIX R参加医療機関数	163 R1	353 R4	200 R5	◎	医務国保課
K-MIX Rカルテ参照件数	14,452 R1	10,173 R4	20,000 R5	×	

9 医療費適正化

項目	中間見直し時の状況		直近の実績		目標		評価	出典
	達成率	年度	達成率	年度	達成率	年度		
特定健康診査の実施率の向上	53.2%	H30	55.8%	R3	70%以上	R5	△	特定健康診査・特定保健指導に関するデータ
特定保健指導の実施率の向上	34.9%	H30	35.0%	R3	45%以上	R5	△	
メタボリックシンドロームの該当者及び予備軍の減少率 ※H20年度の人数と比べた減少率	13.6%減	H30	15.8%減	R3	25%減	R5	△	
後発医薬品の使用促進（数量ベース）	76.6%	R1	80.0%	R3	80%以上	R5	○	調剤医療費（電算処理分）の動向

第八次香川県保健医療計画 数値目標一覧

1 がん

項目		現状	目標	目標年次
がんの年齢調整死亡率 (75歳未満/人口10万人当たり)	男性	80.8	65.7	令和11年度
	女性	49.9	45.7	
20歳以上の喫煙率		15.6%	8.0%	令和11年度
がん検診の受診率※1	胃がん	52.7%	60%以上	令和11年度
	肺がん	54.0%		
	大腸がん	47.9%		
	子宮頸がん	48.8%		
	乳がん	52.2%		
精密検査の受診率※2	胃がん	93.0%	90%以上	令和11年度
	肺がん	94.3%		
	大腸がん	79.2%		
	子宮頸がん	86.5%		
	乳がん	96.7%		
がん診療連携拠点病院の数		5病院	維持	令和11年度
がん患者のうち「現在自分らしい日常生活を送れていると感じる人」の割合		62.3%	増加	令和11年度

※ 年齢調整死亡率の値は昭和60年モデル人口による数値

※1 40歳～69歳（胃がんは50歳～69歳、子宮頸がんは20歳～69歳）の受診率

※2 40歳～74歳（胃がんは50歳～74歳、子宮頸がんは20歳～74歳）の受診率

2 脳卒中

項目		現状	目標	目標年次
脳血管疾患年齢調整死亡率 (人口10万人当たり)	男性	令和5年12月公表予定の 令和2年度数値を踏まえ、設定		令和11年度
	女性			
脳血管疾患受療率 (人口10万人当たり)	男性	184	155	令和11年度
	女性	149	108	
在宅等生活の場に復帰した患者の割合		52.2%	55.2%	令和11年度
K-MIX Rで地域連携クリティカルパスを利用している医療機関数		24	35	令和11年度
特定健康診査の実施率		55.8%	70%以上	令和11年度

3 心筋梗塞等の心血管疾患

項目		現状	目標	目標年次
心疾患の年齢調整死亡率 (人口10万人当たり)	男性	令和5年12月公表予定の 令和2年度数値を踏まえ、設定		令和11年度
	女性			
虚血性心疾患の年齢調整死亡率 (人口10万人当たり)	男性	令和5年12月公表予定の 令和2年度数値を踏まえ、設定		令和11年度
	女性			
虚血性心疾患受療率 (人口10万人当たり)	男性	93	64	令和11年度
	女性	75	40	
在宅等生活の場に復帰した虚血性心疾患患者の割合		95.3%	96.7%	令和11年度
急性期病院における急性心筋梗塞 地域連携クリティカルパスの利用率		86.6%	90.0%	令和11年度
特定健康診査の実施率		55.8%	70%以上	令和11年度

4 糖尿病

項目		現状	目標	目標年次
糖尿病の年齢調整死亡率 (人口10万人当たり)	男性	令和5年12月公表予定の 令和2年度数値を踏まえ、設定		令和11年度
	女性			
糖尿病性腎症による新規透析導入患者数 (人口10万人当たり)		12.8	12.2	令和11年度
糖尿病患者の年齢調整外来受療率 (人口10万人当たり)		118.3	92.0	令和11年度
特定健康診査の実施率		55.8%	70%以上	令和11年度

5 精神疾患

項目	現状	目標	目標年次
精神病床における急性期（3か月未満）入院需要（患者数）	601人	564人	令和11年度
精神病床における回復期（3か月以上1年未満）入院需要（患者数）	440人	526人	令和11年度
精神病床における慢性期（1年以上）入院需要（患者数）	1,861人	1,183人	令和11年度
精神病床における慢性期入院需要（65歳以上患者数）	1,232人	744人	令和11年度
精神病床における慢性期入院需要（65歳未満患者数）	629人	439人	令和11年度
精神病床における入院需要（患者数）	2,902人	2,273人	令和11年度
精神病床における入院後3か月時点の退院率	61%	68.9%	令和11年度
精神病床における入院後6か月時点の退院率	77%	84.5%	令和11年度
精神病床における入院後1年時点の退院率	85%	91.0%	令和11年度
精神病床から退院後1年以内の地域における平均生活日数	319日	325.3日	令和11年度
自殺死亡率（人口10万人当たり）	15.2	13.0以下	令和11年度
認知症サポート医数（累計）	89人	102人	令和8年度
もの忘れ相談医研修受講者数（累計）	458人	500人	令和8年度
認知症サポーター養成数（累計）	123,953人	136,000人	令和8年度

※ 県の他の計画において、別途目標年次が定められている項目については、他の計画と併せて進行管理を行います。

6 新興感染症発生・まん延時における医療

項目	目標	
新興感染症患者を入院させ、必要な医療を提供する機能（確保病床数）	流行初期（発生公表後3ヶ月まで）	63
	流行初期以降（発生公表後6ヶ月まで）	280
新興感染症の疑似症患者等の診療を行う機能（発熱外来数）	流行初期（発生公表後3ヶ月まで）	16
	流行初期以降（発生公表後6ヶ月まで）	399
居宅又は高齢者施設等で療養する新興感染症患者に対し医療を提供する機能（自宅療養者等への医療を提供する医療機関数）（発生公表後6ヶ月まで）	375	
病院	20	
診療所	110	
薬局	229	
訪問看護ステーション	16	
新興感染症患者以外の患者に対し医療を提供する機能（後方支援）（受入れ可能医療機関数）（発生公表後6ヶ月まで）	33	
新興感染症に対応する医療従事者を確保し、医療機関その他の機関に派遣する機能（医療人材派遣者数）（発生公表後6ヶ月まで）	92	

7 在宅医療

項目	現状	目標	目標年次
訪問診療を受けた患者数 【在宅患者訪問診療料のレセプト件数】	69,022	79,656	令和11年度
訪問看護ステーション数	130	149	令和8年度

※ 県の他の計画において、別途目標年次が定められている項目については、他の計画と併せて進行管理を行います。

8 歯科医療

項目	現状	目標	目標年次	
乳幼児期 むし歯のない幼児（3歳児）の割合	86.2%	90.6%	令和11年度	
少年期 12歳児でのむし歯のない者の割合	70.5%	80.3%	令和11年度	
青壮年期 中年期 高齢期	歯周炎を有する者の割合（40歳）	59.4%	49.7%	令和11年度
	咀嚼良好者の割合（60歳代）	76.5%	78.2%	令和11年度
	80歳で20歯以上の自分の歯を有する者（8020達成者）の割合	65.8%	75.4%	令和11年度

※ 令和11年度における目標値は、第2次香川県歯と口腔の健康づくり基本計画（R6～R17）の令和17年度目標値を基に、設定しています。

9 上記以外の事業

項目	現状	目標	目標年次
看護師の特定行為研修修了者数	49人	100人	令和11年度
地域医療支援病院数	7病院	維持	令和11年度
搬送困難事案数	2,524件	減少	令和11年度
診療時間外における軽症患者の受診割合	74.6%	70%	令和11年度
DMA Tチーム数	40チーム	55チーム	令和11年度
DMA T連絡会の開催	毎年度実施	毎年度実施	令和11年度
へき地医療拠点病院等からへき地への巡回診療実施回数	739回	現状維持	令和11年度
へき地医療拠点病院等からへき地への医師派遣及び代診医派遣回数	1,176回	現状維持	令和11年度
へき地医療拠点病院等の中で巡回診療、医師派遣及び代診医派遣の3事業の年間実績が合計で12回以上の医療機関の割合	57.9%	70.0%	令和11年度
周産期死亡率（出産千人対）	3.1	現状維持	令和11年度
乳児死亡率（出産千人対）	1.5	現状維持	令和11年度
K-MIX R参加施設数	353	450	令和11年度
K-MIX Rで中核病院等が新たに情報連携した患者数	4,195	18,000※	令和11年度

※ 目標値は令和6年度～令和11年度までの実績の累計数。

10 医療費適正化

項目	現状	目標	目標年次
特定健康診査の実施率の向上	55.8%	70%以上	令和11年度
特定保健指導の実施率の向上	35.0%	45%以上	令和11年度
メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率（特定保健指導対象者の減少率） ※平成20年度の人数と比べた減少率をいう。	15.8%減	25%減	令和11年度
訪問診療を受けた患者数 【在宅患者訪問診療料のレセプト件数】	69,022	79,656	令和11年度

第9章 保健・医療・介護（福祉）の総合的な取組み

第1節 保健・医療・介護（福祉）の連携

1 患者・利用者の立場に立った保健・医療・介護（福祉）の切れ目のない連携体制の構築

少子高齢化の急速な進行に伴い、保健・医療・福祉サービスに対する県民のニーズは多様化、高度化しており、地域の医療提供体制の確保に当たっても、疾病予防から治療、介護（福祉）までのニーズに応じた多様なサービスが地域において切れ目なく一貫して提供されることが求められます。

また、今後これまで経験したことのない超高齢社会を迎える中で、県民だれもが、地域で自立した生活を営むことができるよう、各人の身体状況や家庭状況に応じて、保健、医療、介護等が切れ目なく提供される地域包括ケアシステムの深化・推進が必要とされています。

【現状・課題】

- (1) 県民の保健・医療・介護（福祉）に対するニーズは多様化、高度化しており、高齢者や障害者はもとより県民すべてが、地域において、質の高い総合的なサービスが受けられる体制が求められます。
- (2) 特に、高齢化の進展を踏まえ、急性期や回復期の治療を終えた患者の在宅復帰などに際しては保健・医療・介護（福祉）の各分野の事業者が情報を共有するなどにより連携に努め、切れ目のないサービスの提供が求められます。
- (3) 保健事業や介護予防などのサービスは、市町が主体となって実施しており、地域において、市町保健センターや地域包括支援センターなどの関係機関との連携体制の充実が求められます。

【対策】

- (1) 県、市町など行政相互間の連携に努めます。
- (2) 保健・医療・介護（福祉）の各事業者相互間における情報共有を促進するとともに、各地域で拠点となる施設等を中心に、関係団体や市町との連携体制を強化して、医療・介護等が切れ目なく提供される地域包括ケアシステムの構築を支援します。
- (3) 質の高い総合的なサービスが提供できるよう、専門職員の確保や資質の向上に努めます。
- (4) 地域連携クリティカルパスの地域における運用拡大を目的とした取組みを促進します。

2 他の計画との整合性の確保

計画の作成に際しては、他の法律等の規定による計画であって医療の確保に関する事項を定めるものとの調和が保たれるようにするとともに、公衆衛生、薬事、社会福祉その他医療と密接に関連を有する施策との連携を図ることが求められます。

具体的には、主に以下の計画と整合を図ります。

国の計画名①	①に対応する県の計画名	計画期間等
健康日本21（第3次）	健やか香川21ヘルスプラン	令和6年度－ 令和17年度
食育推進基本計画（第4次）	かがわ食育アクションプラン	令和3年度－ 令和7年度
がん対策推進基本計画	香川県がん対策推進計画	令和6年度－ 令和11年度
循環器病対策推進基本計画（第2期）	香川県循環器病対策推進計画	令和6年度－ 令和11年度
歯科口腔保健の推進に関する基本的事項	香川県歯と口腔の健康づくり基本計画	令和6年度－ 令和17年度
介護保険法に定める基本指針	香川県高齢者保健福祉計画	令和6年度－ 令和8年度
健やか親子21（第2次）	香川県健やか子ども支援計画	令和2年度－ 令和6年度
障害者基本法等に定める障害者基本計画	かがわ障害者プラン	令和6年度－ 令和8年度
自殺総合対策大綱	いのち支える香川県自殺対策計画	令和5年度－ 令和10年度
肝炎対策基本指針	香川県肝炎対策推進計画	令和4年度－ 令和8年度
感染症の予防の総合的な推進を図るための基本的な指針	香川県感染症予防計画	令和6年度－ 令和11年度

第2節 健康づくり運動の推進

だれもが生涯を通じて健康で明るく生きがいを持って暮らすことができる「健康長寿かがわの実現」を目指して、「健やか香川21ヘルスプラン（第3次）」に基づき、市町や関係団体等と連携して、各種健康増進施策を推進しています。

【現状・課題】

(1) 栄養・食生活

県民1人1日当たりの野菜の摂取量は244.5gで、成人1人1日当たりが必要とされている350gより約105g不足しています。また、20～40歳代男性、20歳代女性の朝食の欠食率が3割を超えるなど、若い世代、働き盛り世代に朝食を欠食する割合が高いほか、20～60歳代男性の肥満者の割合も約3割と、依然として高い状況にあります。

栄養・食生活は、生活習慣病の予防のほか、生活の質の向上及び社会機能の維持・向上の観点から重要であり、県民一人ひとりが、健康に関心を持ち適切な食生活を実践することが必要です。さらに、健康の増進に加え、豊かな人間形成、食に関する感謝の念の醸成など、家庭、地域、学校等における食育の充実が望まれます。

(2) 身体活動・運動

運動を習慣として行っている人の割合は増加傾向にありますが、20～64歳の男性は約3割、20～64歳の女性は約2割と、依然として低い状況にあります。

身体活動・運動は生活習慣病の予防に効果があり、10分程度の散歩を1日に数回行う程度の簡単な運動でも、健康上の効果が期待できます。歩行やスポーツなど体を動かすことを日常生活の中に組み込むことが必要です。

特に、身体活動・運動が不足している働き盛りの世代に対して、地域や職域を通じた啓発・支援・普及が必要です。

(3) 休養・睡眠

「ストレスを感じる人」は増加しており、「睡眠で充分疲れが取れていない人」は約3割います。

県民一人ひとりが、健康や環境に応じた休養が日常生活の中に適切に取り入れられた生活習慣を確立することが重要です。

(4) 喫煙・飲酒

「喫煙率」は減少傾向にあるものの、「生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している人」は増加傾向にあります。

喫煙や飲酒が健康に及ぼす影響についての正しい知識の普及や、受動喫煙防止対策のさらなる強化が必要です。

(5) 生活習慣病

糖尿病の受療率や死亡率が全国で上位に位置しているなか、「特定健康診査・特定保健指導の実施率」や「メタボリックシンドローム該当者及び予備群」については、現状値と目標値には大きな開きがある状況にあります。

引き続き、発症予防、重症化予防に重点を置いた対策を推進する必要があります。

【対策】

健康寿命の延伸は、生活習慣の改善や社会環境の整備によって実現される最終的な目標です。健康寿命の延伸に向け、生活習慣病対策を総合的に推進するほか、医療や介護など様々な分野における支援等に取り組みます。

また、県民の健康づくりに関係する団体等で構成された「健やか香川21県民会議」と連携し、家庭、地域、学校、職域等において、県民の自主的な健康づくり運動を実践する気運の醸成を図り、県民総ぐるみによる健康づくり運動を推進します。

第3節 食育の推進

生涯にわたって心身ともに健やかな県民生活の実現に向け、子どもから高齢者までの県民一人ひとりが食に関する正しい知識や望ましい食習慣を身に付けるとともに、香川県の地場産物や食文化についても理解を深め、健全な食生活を実践するため「第4次かがわ食育アクションプラン」に基づき、市町や関係団体等と連携して、「食育」を推進します。

【現状・課題】

(1) 家庭

朝食を毎日食べている児童生徒の割合は、8割前後を推移しています。また、20～30歳代男性の朝食をほとんど食べない人の割合が17%程度みられます。

核家族化の進行や一人暮らしの増加、生活様式の多様化などにより、1日に1回以上誰かと一緒に食事をしていない人の割合は、3割程度みられます。

子どもが朝食を毎日食べるためには、早寝早起きなどの生活習慣を身に付けることが重要ですが、子どもだけでなく、その家族が一緒になり、望ましい生活習慣が定着するよう働きかける必要があります。

家庭や地域で共食が推進できるよう、家庭、学校・保育所等、職場、地域の連携・協働を図る必要があります。

(2) 子ども

小学校4年生を対象に行った小児生活習慣病予防健診の結果では、「肥満傾向」「脂質異常」「糖尿病リスクの指標であるHbA1c5.6%以上」がそれぞれ1割程度みられます。

幼稚園や高校における食育教室の実施数、また、栄養教諭・学校栄養職員による教科や学級活動における食に関する指導を行っている学校の割合が伸び悩んでいる状況です。

食に関する指導の時間が十分確保されるよう、栄養教諭を中心として教職員が連携・協働し食育を推進していく必要があります。

(3) 健康・食生活

主食・主菜・副菜をそろえて食べるようにする人の割合が低く、栄養バランスに偏りがみられます。

県民の野菜摂取量は、男性が251.6g、女性が238.3gと、20歳以上1人1日当たりに必要とされている350gより100g程度少ない状況です。

20歳以上の男性の肥満者の割合は30%以上であり、50歳代で4割を超えています。

特に、若い世代や働き盛り世代が食に関する理解や関心を深めることができるよう、ライフスタイルに応じ、栄養バランスに配慮した食生活の実践等について情報提供することが必要です。

(4) 食品ロス・地産地消

県全体では毎日100トンを超える食品ロスが発生しているものと推計されています。

地域と連携した体験活動を行う小学校の割合は9割、学校給食における地場産物を活用する割合は5割となっています。

食べ物が食卓にのぼるまでの過程への理解や食に対する感謝の念が子どもの頃から身に付けられるよう、環境を意識した食の理解の浸透や、地産地消・体験活動の実践を図る必要があります。

【対策】

(1) 生涯を通じた心身の健康を支える食育

生涯にわたって健全な心身と豊かな人間性を育むために、望ましい生活習慣を身に付けるとともに、食に関する正しい知識と食を選択する力を習得し、健康管理と健康に配慮した食生活を自ら行うことができるように、家庭や地域、学校、関係団体等と連携して、子どもの発育・発達段階に応じた食育など、子どもから成人、高齢者に至るまで、生涯にわたるライフステージに応じた切れ目のない食育を推進します。

(2) 持続可能なかがわの食を支える食育

都市と農山漁村の共生・対流や生産者と消費者との間の交流を促進することにより、それらの信頼関係を構築し、県民の食に関する理解と関心の増進に努めるとともに、食品ロス削減に取り組むことにより、環境と調和のとれた持続可能なかがわの食を支える食育の推進に努めます。

また、地域において、食育ボランティアや関係団体と連携し、郷土食の保存活動や地産地消の取組み等を通して、かがわの食文化の継承や食の理解の促進を図り、食文化を活かした地域づくりを推進します。

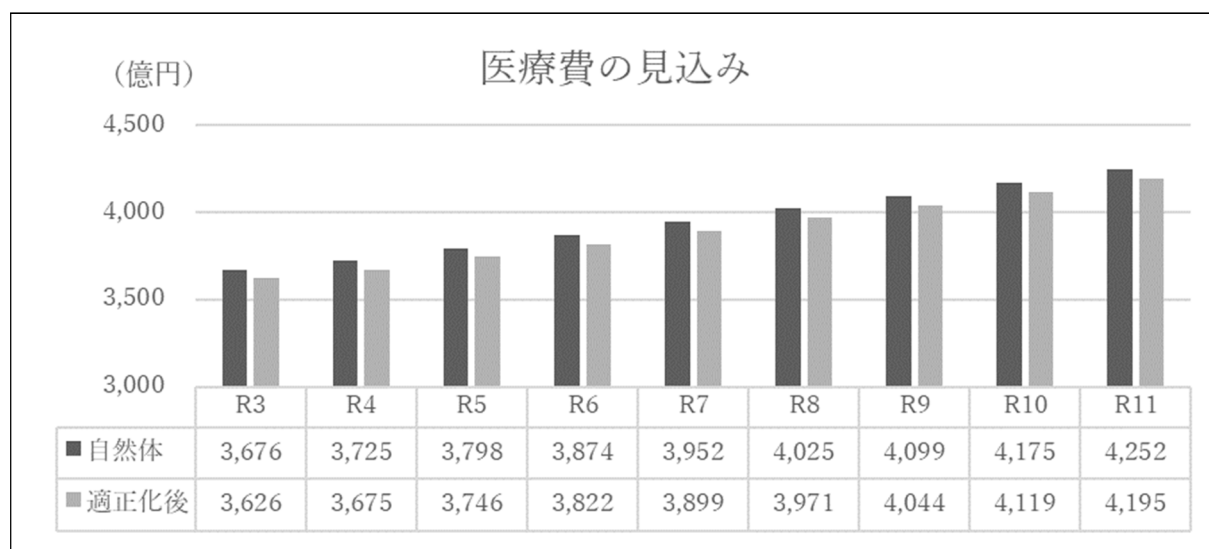
(3) かがわの食を育む環境づくり

家庭、地域、学校・保育所等、関係団体や生産者、企業等が、それぞれの役割分担のもと、相互に緊密な連携協力を図りながら、県内全域で食育活動が展開されるよう推進体制の充実や望ましい食習慣の定着を目指した県民運動の推進を図ります。

第4節 医療費適正化

【現状・課題】

- (1) 急速な少子高齢化、経済の低成長、国民生活や意識の変化等、医療を取り巻く様々な環境が変化してきており、国民皆保険を堅持し続けていくためには、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、今後、医療費が過度に増大しないようにしていくとともに、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図っていく必要があります。
- (2) このための仕組みとして、平成18年の医療制度改革において、医療費適正化計画に関する制度が創設され、本県においても、平成20年4月に香川県医療費適正化計画、平成25年7月に第2期香川県医療費適正化計画、平成30年3月には第3期香川県医療費適正化計画を策定し、各種施策に取り組んできました。
- (3) 医療費適正化に関する施策についての基本的な方針（令和5年7月20日厚生労働省告示第234号。以下「医療費適正化基本方針」という。）により、県は、医療費の現状に基づき、令和11年度の医療費の見込みを算出することとされています。高齢化の進展や医療の高度化により下図のとおり医療費は増加し、県民の負担増加が懸念されます。
- (4) このような中、令和5年の法改正により、医療費適正化計画の目標の達成に向けて、保険者協議会等を通じて、医療保険者、医療関係者その他の地域の関係者と連携・協力して取り組むこととされました。
- (5) また、医療保険制度の持続可能性を高める観点からは、県民一人ひとりが「自分の健康は自ら守る」と意識して行動することが重要であり、若年期から健康の保持増進に努める必要があります。



※ この見込みは「都道府県医療費の将来推計ツール」（厚生労働省提供）を用いた令和元年度実績値を起点とする推計であり、入院医療については、香川県地域医療構想を踏まえて推計しています。

【対策】

- (1) この保健医療計画では、令和6年度からの6年間を計画期間とする第4期香川県医療費適正化計画を包含したものとすることにより、医療費適正化計画の基本理念である「①住民の生活の質の維持及び向上を図るものであること、②今後の人口構成の変化に対応するものであること、③目標及び施策の達成状況等の評価を適切に行うものであること」に沿って、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図りつつ、医療費の適正化に資する施策に取り組めます。
- (2) 住民の健康の保持を推進する観点から、生活習慣病の発症予防と重症化予防、予防接種の推進、食育の推進、歯科口腔保健の推進などに取り組めます。
- (3) 医療の効率的な提供を推進する観点から、医療機関の機能分化と連携の推進、地域包括ケアシステムの深化・推進、後発医薬品の使用促進などに取り組めます。

住民の健康の保持の推進

①	生活習慣病の発症予防と重症化予防	第7章第2節「疾病ごとの医療連携体制の現状・課題と対策」参照
②	生活習慣及び社会環境の改善	第9章第2節「健康づくり運動の推進」参照
③	喫煙による健康被害の予防	
④	食育の推進	第9章第3節「食育の推進」参照
⑤	歯科口腔保健の推進	第7章第5節「歯科医療連携体制の現状・課題と対策」参照
⑥	保険者による特定健康診査等の推進支援	<ul style="list-style-type: none"> ・先進的な事例の収集・情報提供 ・特定健診・保健指導事業に関する研修の実施 ・香川県糖尿病性腎症等重症化予防プログラムの活用 ・特定健診等受診に係る県民への普及啓発
⑦	予防接種の推進	<ul style="list-style-type: none"> ・予防接種に関する普及啓発 ・市町間の広域的な連携 ・感染症の発生動向の調査及び情報の公開
⑧	高齢者の健康の維持・向上	<ul style="list-style-type: none"> ・自立支援、介護予防・重度化防止の推進 ・高齢者の社会参加・生きがいづくり (第9章第5節「高齢者保健福祉対策」参照)

医療の効率的な提供の推進

①	医療機関の機能分化と連携の推進	第3章「地域医療構想」参照
②	在宅医療の充実	第7章第4節「在宅医療連携体制の現状・課題と対策」参照
③	地域包括ケアシステムの深化・推進	
④	後発医薬品の使用促進	<ul style="list-style-type: none"> ・後発医薬品利用差額通知の活用促進 ・後発医薬品希望カード・希望シールの活用促進 ・その他、後発医薬品の使用促進に係る県民への普及啓発 (第7章第6節「医薬等に係る現状・課題と対策」、第10章第2節「医薬品等の安全対策」参照)
⑤	医薬品の適正使用の推進	
⑥	適正受診の促進	<ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ医等を持つことの重要性の啓発 ・医療費通知の活用促進 ・救急電話相談の活用促進 ・その他、適正受診の促進に係る県民への普及啓発 (第7章第1節「県民本位の医療連携体制の構築」参照)

【数値目標】

(1) 住民の健康の保持の推進

項目	現状 (令和3年度)	目標	目標年次
① 特定健康診査の実施率の向上	55.8%	70%以上	令和11年度
② 特定保健指導の実施率の向上	35.0%	45%以上	令和11年度
③ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率 (特定保健指導対象者の減少率) ※平成20年度の人数と比べた減少率をいう。	15.8%減	25%減	令和11年度

(2) 医療の効率的な提供の推進

項目	現状 (令和3年度)	目標	目標年次
在宅医療の充実 訪問診療を受けた患者数 (在宅患者訪問診療料レセプト件数)	69,022	79,656	令和11年度

※ジェネリック医薬品及びバイオ後続品の普及啓発に関する目標値については、香川県の現状や国の目標、供給状況等を踏まえ、中間見直し時に決定する。

【令和11年度の医療費の見込み】

		県全体	後期高齢者 医療制度	市町国民 健康保険	被用者 保険等※
医療費の見込み（自然体）		4,252億円	2,193億円	769億円	1,290億円
適 正 化 効 果 額	後発医薬品の普及及び バイオ後続品の効果	▲24億円	—	—	—
	特定健診等の実施率の 達成による効果	▲1億円	—	—	—
	地域差縮減を目指す 取組みの効果	▲29億円	—	—	—
	医療資源の効果的・効率的 な活用の推進による効果	▲3億円	—	—	—
適 正 化 後	医療費の見込み	4,195億円	2,164億円	759億円	1,272億円
	一人当たり保険料の見込み	—	8,530円	7,496円	—

※国民健康保険組合を含む。

医療費の見込み（適正化後）の推計式

① 入院医療費

地域医療構想において設定した、令和11年度の病床機能区分別患者数の見込みに、各一人当たり推計額を乗じた額とし、計画期間中の令和7年度に向けて策定される地域医療構想の検討状況を踏まえて、計画期間中に算出方法を見直します。

② 入院外・歯科医療費等

令和元年度を基準年度として自然増を加味した医療費見込みから、下記取組みによる適正化効果額を差し引いた額とします。

- 後発医薬品及びバイオ後続品の普及啓発による効果
- 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上（70％・45％）による効果
- 地域差縮減に向けた取組みの効果（生活習慣病（糖尿病）重症化予防の取組効果、重複投薬の適正化、複数種類医薬品の投与の適正化）
- 医療資源の効果的・効率的な活用の推進の適正化効果

なお、病床機能の分化及び連携に伴う在宅医療等の増加分については、現時点では移行する患者の状態等が明らかでなく、医療費の推計式が医療費適正化基本方針で示されていないことから、含めていません。

第5節 高齢者保健福祉対策

1 高齢者の保健福祉対策

【現状・課題】

- (1) 高齢化が進行する中、平均寿命の延伸とともに、「自立して健康に暮らす」ことのできる期間である健康寿命を延伸することが重要です。健康寿命の延伸に向けて、生活習慣病対策を総合的に推進するほか、生涯を通じた健康づくりや生きがいづくり、心身の衰えを予防・回復するための介護予防を進める必要があります。また、生活習慣病対策と介護予防の連携の観点から、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施を推進する必要があります。
- (2) 要介護者等やその世帯が抱える課題は近年複雑化・複合化しており、要介護者等の生活全般の課題を解決するためには、対象者の属性を問わない相談支援、多様な参加支援、地域づくりに向けた支援を一体的に行う重層的支援体制整備事業などによる他分野との連携を図るとともに、地域住民が「支える側」「支えられる側」の立場を超えて、共に支え合う地域共生社会の実現に向け、地域包括ケアシステムの深化・推進を図る必要があります。
- (3) 有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅が多様な介護需要の受け皿となっている状況を踏まえつつ、令和22年を見据え、居宅サービスと施設・居住系サービスの役割分担や需給バランスを勘案しながら基盤整備を進める必要があります。
- (4) 現状の介護人材不足に加え、今後、介護人材の担い手となる現役世代の減少が見込まれており、ますます増加・多様化する介護サービス需要に対応し、地域包括ケアシステムの深化・推進を図るためには、利用者のニーズに的確に対応できる質の高い介護人材の安定的な確保が重要です。

また、介護現場の業務改善や文書量削減、ロボット・ICTの活用の推進等による業務の効率化・生産性向上に係る取組みを強化する必要があります。

【対策】

(1) 介護予防の推進

地域ケア会議、通いの場等において、介護予防に向けた課題の解決や取組みが促進されるよう、関係機関・団体と連携し、専門職の広域派遣調整等の支援を行います。

市町が介護予防ケアマネジメントを適切に実施できるよう、地域包括支援センターの保健師等に対する効果的な研修や助言等を実施します。

また、市町が地域の実情に応じた介護予防事業を実施できるよう、市町と連携して効果的な介護予防事業の在り方を検討するとともに、研修の実施や適切な助言、先進的取組みの紹介などの必要な情報提供により、市町を支援します。

さらに、市町が高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施を推進するに当たり、先進的な取組みの紹介など必要な情報提供等により、市町を支援します。

(2) 地域における支え合いの仕組みづくり

複雑化・複合化する要介護者やその家族の課題を解決するために、市町が取り組む属性を問わない重層的な支援体制の整備を支援します。

地域のあらゆる住民が自らの役割を持ち、いきいきと生きがいをもって生活できる活発な地域コミュニティを構築するために、市町や関係団体と連携し、豊かな経験や知識等を持った高齢者の社会参加の促進・生きがいづくりを支援するとともに、幅広い世代の地域住民による支え合いの仕組みづくりを支援します。

認知症の発症を遅らせ、認知症になっても地域で安心して暮らせる社会を目指し、認知症の人や家族の視点を重視しながら、「共生」と「予防」を車の両輪とする認知症施策を推進します。

(3) 介護サービス提供体制の整備

高齢者ができる限り住み慣れた自宅や地域で必要な介護サービスを受けながら生活できるよう、居宅サービスの充実を図るとともに、自宅での生活が困難となった要介護者に対しても、住み慣れた地域の中で施設に入所できるように、必要な施設・居住系サービスを整備するなど、居宅サービスと施設・居住系サービスの役割分担や需給バランスを勘案しながら、計画的な基盤整備を進めます。

(4) 介護・福祉人材の安定的確保及び介護現場の生産性向上

介護福祉士を目指す学生に対する修学資金の貸付や、関係団体とも連携しながら、介護職員や介護支援専門員向けの各種研修事業等を実施し、介護人材のすそ野拡大に向けた介護未経験者や外国人材をはじめとする多様な人材確保の取組みを進めるとともに、介護職員の負担軽減や介護現場の生産性の向上を図るため、介護ロボットやICT導入を支援します。

第6節 障害者保健福祉対策

1 障害者の保健福祉対策

【現状・課題】

(1) 障害者(児)の現状

令和4年度末で県内の身体障害のある人(身体障害者手帳所持者)は、40,377人、知的障害のある人(療育手帳所持者)は8,133人、精神に障害のある人のうち、精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている人は7,846人であり、障害者福祉サービスの事業量の確保が求められています。

(2) 障害福祉サービス提供体制の充実

平成25年に「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律」(障害者総合支援法)が施行され、難病患者が障害福祉サービスの対象となり、利用者のニーズに対応した障害福祉サービスの提供が求められています。また、平成28年度には、障害者総合支援法及び児童福祉法の一部が改正され、障害児支援のニーズの多様化にきめ細かく対応することが求められています。

(3) 障害者の地域生活の支援

障害者の地域生活支援にあたっては、住み慣れた地域で、障害者が自分らしく暮らせる社会を目指し、障害者が意思決定を行えるよう相談支援体制を整備するとともに、生活の場や活動の場の確保のための支援や、医療や保健など様々な分野と連携したサービスの充実を図り、障害者の地域での生活を支援することが重要です。

このため、市町と連携し、相談支援事業者の活動促進を図り、障害者がいつでも安心して相談できる仕組みづくりが求められています。

(4) 障害者の就労の促進

障害者を雇用する義務のある民間企業で働いている障害者の数は、令和4年6月で3,266.5人となっており、雇用率は2.16%であり、全国平均の2.25%や法定雇用率である2.3%を下回っており、障害者の雇用促進に向けての取組みが必要です。

(5) 障害者の社会参加の促進

障害のある人も社会活動に参加できるよう、生活上の各場面で十分な情報保障等を図るため、手話通訳者や要約筆記者、音訳等のボランティアの育成に努めているとともに、障害者スポーツや文化・芸術活動などの機会の拡充に努めています。

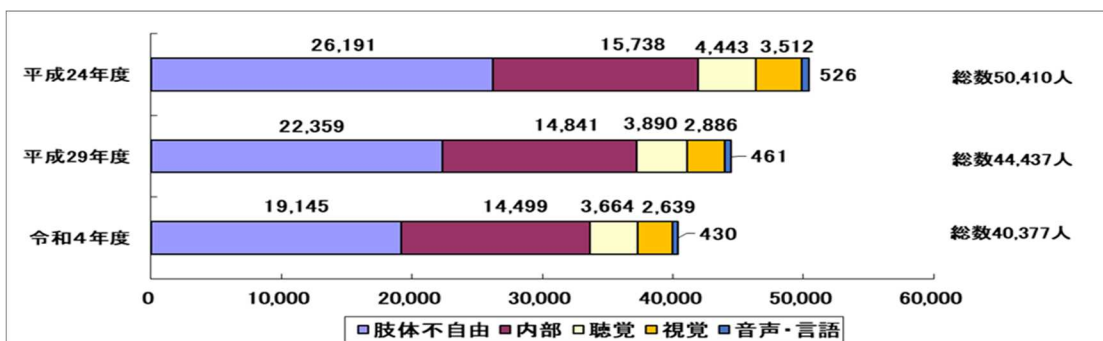
障害者の虐待防止を図るため、平成24年10月に施行された「障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律」(障害者虐待防止法)に基づき、県障害者権利擁護センターを設置し、市町や関係機関等と連携し、障害者の虐待防止及び養護者に対する支援等に努めています。

(6) 多様な障害への対応

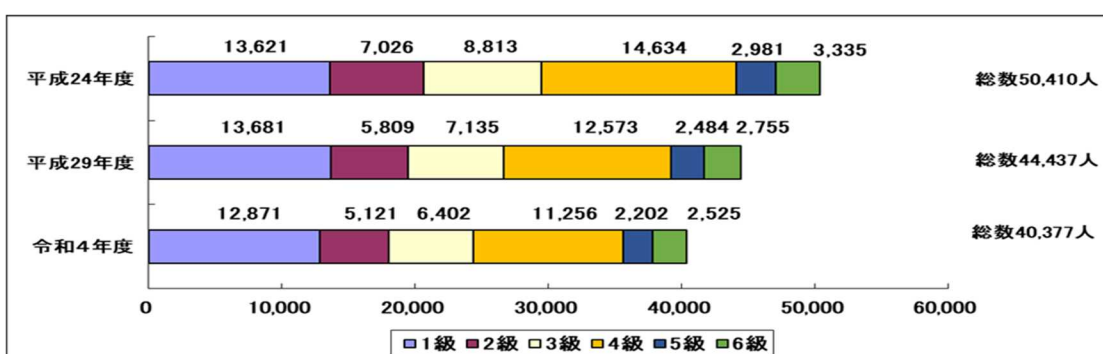
アスペルガーや自閉症などの発達障害や頭部外傷等による高次脳機能障害のある人に対し、発達障害者支援センターや高次脳機能障害者相談支援窓口を開設し、支援に努めています。また、発達障害については、保育所、幼稚園、学校等が連携し、乳幼児期から成人期まで一貫した支援が求められています。

身体障害者数（身体障害者手帳交付者数）の推移

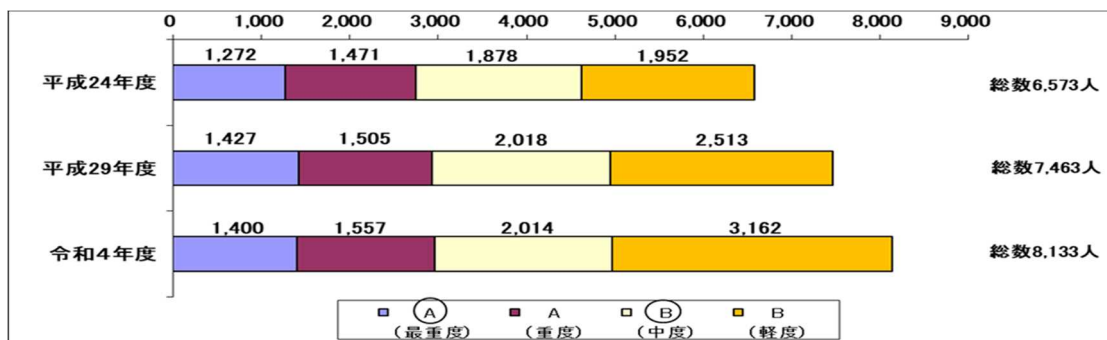
【障害別】



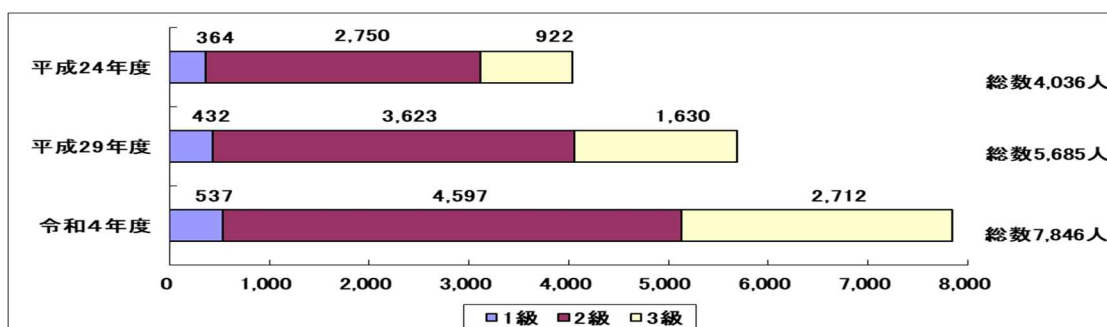
【程度別】



知的障害児・者数（療育手帳交付者数）の推移



精神障害者数（精神障害者保健福祉手帳交付者数）の推移



出典：障害福祉課

【対策】

(1) 障害福祉サービス提供体制の充実

① 障害福祉サービスの事業量の確保

障害者が地域においてライフステージに応じた適切な支援を受けることができるよう、かがわ障害者プランに基づき、市町と連携して、利用者のニーズに対応した障害福祉サービスの事業量を確保します。

② 障害福祉サービスの質の確保

適切な指導監査の実施、障害者施設・サービス事業者における苦情解決窓口や第三者委員の設置、運営適正化委員会における苦情解決、福祉サービス第三者評価制度の導入等を通じ、サービスの質の確保・向上を図ります。

③ 福祉人材の養成・確保

市町の相談窓口や指定相談支援事業所において相談支援を行う相談支援従事者、障害者施設・サービス事業者においてサービス提供を管理するサービス管理責任者など、福祉サービスを担う人材の養成・資質向上に努めます。

④ 様々な分野との連携体制の整備

日常生活を営むために医療を要する状態にある障害児（医療的ケア児）や発達障害等を含む精神障害者に対する支援体制の整備を図るため、関係する様々な分野が連携を図るため協議の場を設置し、総合的な支援体制の整備に努めます。

(2) 障害者の就労の促進

障害者の働く場を確保するため、障害者就業・生活支援センターの活動を充実させるとともに、障害者施設の工賃向上の取組みを支援するなど、福祉施設で働く障害者の所得向上を促進します。

(3) 障害者の社会参加の促進

まちのバリアフリー、情報のバリアフリー、心のバリアフリー、スポーツ、文化・芸術活動の振興などを通じて、障害者の自立と社会参加を促進します。

(4) 権利擁護の推進

判断能力が不十分な障害者が地域で自立した生活を送れるよう、かがわ後見ネットワーク等と連携し、成年後見制度の普及啓発を行い、その利用促進を図るとともに、市町や関係機関と連携し、障害者虐待の未然防止、早期発見及び迅速な対応、その後の適切な支援が図られるよう努めます。

(5) 多様な障害のある人への対応

① 発達障害児・者への対応

発達障害者支援センター「アルプスかがわ」において、発達障害児・者やその家族に対する相談支援、発達支援及び就労支援を行うとともに、保育所、幼稚園、学校等に対し専門的な助言、支援を行うほか、各種研修を実施し、発達障害に関する理解促進に努めます。

② 高次脳機能障害者への対応

かがわ総合リハビリテーションセンターに、高次脳機能障害者への支援を行うための拠点施設をおき、専門的な相談支援、支援手法等に関する研修等を実施します。

2 障害者の医療の確保等

【現状・課題】

障害による影響を軽減するためには、障害の早期発見や傷病治療の継続のほか、リハビリテーションにより心身機能の維持・回復に努めることが肝要です。しかし、障害のある人が心身の状態が不安定のまま放置されると、さらに二次障害を引き起こすことなどにより障害が重複・重度化する場合があります。

このため、医療だけでなく、保健、福祉と連携を密にして、障害児・者への援助などの取組みが重要となります。

【対策】

(1) リハビリテーションの推進

脳卒中や事故等による傷病治療後の障害状態の軽減や機能回復、障害児・者の心身機能の低下や障害状態の悪化防止（二次障害の予防）等を目指し、専門的なリハビリテーションから身近なものまで地域において適切なリハビリテーションが提供されるよう、地域リハビリテーション体制の構築を推進します。

(2) 育成医療、更生医療、精神通院医療、特定疾患治療研究事業等の継続

心身に障害のある児・者や慢性疾患児・者に対する育成医療、更生医療、精神に障害のある者に対する精神通院医療、特定疾患医療治療研究事業等の公費負担制度を継続するとともに、障害者の医療費負担の軽減を図るため、重度の心身障害児・者に対し医療費自己負担分の一部を給付します。

(3) 在宅障害児・者の医療確保

在宅の障害児・者の疾病の予防及び治療のため、地域の医療機関などでの受診しやすい体制について検討を進めるとともに、地域における歯科診療体制の整備を推進します。

(4) 在宅障害児・者の歯科医療確保

県においては、障害児・者に対する歯科医療や相談が円滑に実施できるよう体制整備を行っています。また、県歯科医師会における訪問歯科診療対応窓口の設置等の取組みもなされています。今後は、各地域における障害児・者の歯科医療の拠点の整備について検討を進めます。

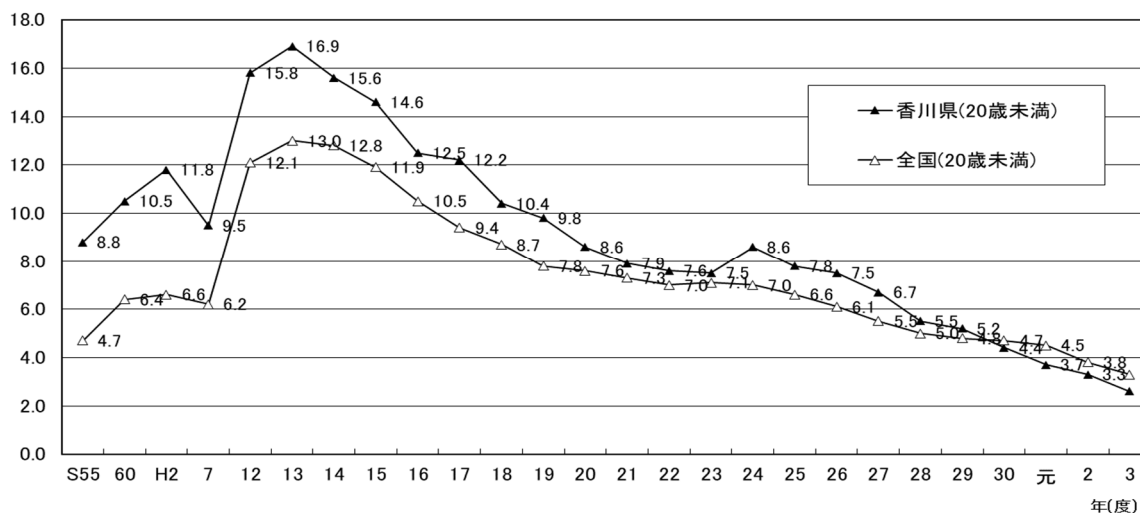
第7節 母子保健福祉対策

安心して子どもを産み、すべての子どもが健やかに育つための家庭や地域の環境づくりを目指し、妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援等を推進するため、保健・医療・福祉・教育などのより幅広い関係分野の連携による総合的な母子保健福祉対策の充実強化が求められており、本県の「第2期香川県健やか子ども支援計画」(注1)において具体的な目標を設定して取り組んでいます。また、令和5年3月に改定された「成育医療等の提供に関する施策の総合的な推進に関する基本的な方針」(注2)を踏まえて、更なる取り組みを推進します。

【現状・課題】

- (1) 本県の20歳未満の人工妊娠中絶率(注3)は、平成30年度以降、全国平均を下回っていますが、更なる減少を目指します。
- (2) 出産年齢の高年齢化に伴い、周産期医療の重要性は増大し、安心できる母子保健医療体制の充実や総合的な周産期医療体制の整備を図る必要があることから、「総合周産期母子医療センター」を2ヶ所(四国こどもとおとなの医療センター・香川大学医学部附属病院)指定し、「地域周産期母子医療センター」を1ヶ所(高松赤十字病院)認定しています。
(*周産期医療体制の項を参照)
- (3) 子どもを持ちたいと望むカップルの不妊や不育に関する不安や悩みに対応するため、不妊・不育症相談センターを開設し、専門的な相談に応じています。
- (4) 乳幼児期からの生活リズムの乱れ、学齢期における朝食の欠食や肥満など食習慣・生活習慣の問題が深刻化する中、家庭や地域、学校、関係機関が連携し、食育の推進に取り組んでいく必要があり、子どもの肥満防止対策や幼児肥満に対するハイリスクアプローチの必要性についての啓発に取り組んでいます。
- (5) 核家族化や晩婚化、若年妊娠等によって、不安や孤立感を抱いたり、うつ状態の中で育児を行う母親がいる中、子ども女性相談センターと西部子ども相談センターでの児童虐待対応件数は依然として深刻な状況にあり(令和4年度対応件数1,152件)、警察、学校、地域、関係機関が連携して虐待の未然防止や早期発見・早期対応に取り組むことが求められています。
- (6) 自閉症、注意欠陥/多動性障害(ADHD)などの発達障害を含む気になる子どもを早期に発見し、早期に適切な支援につなげるため、乳幼児健康診査や相談体制の充実、さらには、保健、医療、福祉、教育などの関係機関が連携した継続的な支援が求められています。

10代の人工妊娠中絶率の年次推移 (女子人口千人当たり)



出典：厚生労働省「衛生行政報告例」

【対策】

(1) 思春期保健対策の強化と健康教育の推進

- ① 思春期における性や心の問題に対応するため、家庭、学校、市町、保健所、医療機関等が連携を図りながら、相談活動や保健指導の充実に努めるとともに、情報や意見交換を行うためのネットワークづくりを推進し、正しい知識の普及啓発や情報提供の充実に努めます。
- ② 次代を担う若い世代が、結婚、妊娠・出産、子育てを含んだ人生設計を考え、将来のライフデザインを希望どおり描けるよう、からだ（生殖機能）の仕組みや性感染症予防等についての正しい知識の普及啓発を図るとともに、望まない妊娠について考える機会を提供します。

(2) 妊娠・出産に関する安全・安心の確保と不妊症・不育症等への支援

- ① 周産期医療体制の充実（*周産期医療体制の項を参照）
- ② 安全で安心な出産環境により、その後の子育てが楽しいと感じられるような「いいお産」の普及啓発を図ります。
- ③ 不妊・不育症相談センターにおいて、不妊症・不育症等に悩む夫婦等を対象として、専門的知識を有する医師、助産師、看護師、保健師等による相談に加えて、心理カウンセラーによる妊娠・出産をとりまく精神的な悩み相談等、こころのケアの充実に図ります。
- ④ 不妊治療費や不育症治療費の一部を助成することにより、子どもを持とうとする夫婦の経済的負担の軽減を図ります。

(3) 小児保健医療水準を維持・向上させるための環境整備

- ① 母子保健医療に関する知識等の普及啓発
 - ア 各種相談指導の場等を活用して、母子保健に関する正しい知識の普及啓発と、母子保健施策についての情報提供に努めます。
 - イ 特定の慢性疾病などについて医療費の助成を行い、早期治療や障害の軽減に努めます。

- ② 妊産婦、乳幼児の健康診査や保健指導などの充実
- ア 乳幼児や妊産婦の健康診査の精度管理や家庭訪問などにより、育児支援の必要な養育者の把握とその後の支援が図られるよう市町に対する母子保健情報の収集・提供や、分析・評価に努めます。
 - イ 乳幼児期からの生活リズムの確立や望ましい食習慣の普及啓発に努めるとともに、保育所等や地域子育て支援拠点など関係団体が連携・協働した食育活動の取組みを促進します。
 - ウ 幼児肥満に対してハイリスクアプローチの必要性を啓発します。
- ③ 子どもの心の健やかな発達の促進と育児不安の軽減
- ア 妊娠期から出産・子育てまで一貫して身近で相談に応じ、様々なニーズに即した必要な支援につなぐ伴走型相談支援の充実を図るとともに、育児に対して不安感や負担感を抱える家庭を早期発見し、切れ目ない支援を行うなど、専門的・重点的子育て支援施策を実施し、親の養育支援や虐待の未然防止に努めます。
 - イ ハイリスク妊産婦等に対する心のケアが重要であることから、周産期及び精神科医療機関等と連携して、産後ケアの利用や訪問指導による未熟児等への早期支援を図り、母親への心のケアに努めるなど継続的な看護体制の充実を図ります。
 - ウ 発達障害やストレス関連障害など様々な子どもの心の問題に対し、適切な対応ができる支援体制を構築します。
 - エ 発達障害等の障害及びその疑いのある子どもを対象に、心身の健全な発育や運動機能の発達を促すための親子の運動教室（かるがも教室）を開催します。
 - オ 地域で孤立しがちな親子に対し、声かけ・見守りなどを行う子育てボランティアやNPOなどの相談支援におけるマンパワーの充実を図るとともに、地域子育て支援センターやつどいの広場など、身近な場所での地域での子育て支援の拠点づくりを促進し、育児不安の軽減に努めます。

注1：「第2期香川県健やか子ども支援計画」（令和2年度～令和6年度）とは ⇒

次世代を担う子どもたちを安心して産み、健やかに育てることができるかがわづくりを目指し、①結婚・妊娠からの支援、②地域における子ども・子育て支援の充実、③子どもや子育て家庭にやさしい環境の整備、④子ども・子育て支援を担う人材の確保・資質の向上等を基本施策としている。

注2：「成育医療等の提供に関する施策の総合的な推進に関する基本的な方針（成育医療等基本方針）」とは ⇒

成育過程にある者及びその保護者並びに妊産婦に対し必要な成育医療等を切れ目なく提供するための施策の総合的な推進に関する法律（平成30年法律第104号）第11条に基づく方針である。なお、「健やか親子21（第2次）」は、成育医療等基本方針に基づく国民運動として位置づけられた。

「健やか親子21（第2次）」とは ⇒ 21世紀における母子保健の国民運動計画（平成27年度～令和6年度）。

①切れ目ない妊産婦・乳幼児への保健対策 ②学童期・思春期から成人期に向けた保健対策 ③子どもの健やかな成長を見守り育む地域づくり ④育てにくさを感じる親に寄り添う支援 ⑤妊娠期からの児童虐待防止対策を課題とする。

注3：20歳未満の人工妊娠中絶実施率とは ⇒ 15歳以上20歳未満の女子人口千人当たりの数値

第8節 保健福祉施設の機能強化

疾病予防から治療、介護（福祉）までのニーズに応じた多様なサービスが、地域において切れ目なく一貫して提供される、患者本位の医療の確立に向けては、医療提供施設の機能の強化に加え、保健・福祉関係施設の機能も強化され、その上で相互の連携を高めていくことが重要です。

1 保健所

【現状・課題】

保健所は、地域における疾病の予防や感染症等の対応、医事、薬事、食品衛生、環境衛生などの公衆衛生行政の中心的な機関として、住民の健康の保持及び増進に寄与しています。

近年、少子高齢化の急速な進行や住民の健康意識の高まり、生活習慣病の増加など疾病構造の変化、感染症、毒物及び災害等に起因する健康危機事案や精神保健事案への対応など、保健・医療・福祉に係るニーズは高度化・多様化してきており、これらに迅速かつ的確に対応していくことが求められています。

また、新型コロナウイルス感染症の全国的な感染拡大に伴う対応に当たっては、保健所において業務負担が増大するなど、保健所における業務がひっ迫したことから、新興・再興感染症の感染拡大以外の健康危機管理やこれらが複合的に発生した場合においても、地域保健対策の拠点としての機能を発揮できるよう、必要な体制強化に向けた取組みを着実に進めていく必要があります。

【対策】

- (1) 地域における健康危機管理の拠点として、必要な情報の収集、分析、対応策の企画立案・実施、リスクコミュニケーションを行うとともに、健康危機発生時における健康危機への対応のみならず、地域住民に不可欠な施策を提供し続けることができるよう、平時から健康危機に備えた準備を計画的に推進します。
- (2) 地域における保健医療の管理機関として、平時から、法令に基づく監視業務等を行うことにより、健康危機の発生の防止に努めるほか、保健・医療・福祉に係る関係機関との連携体制の強化を図り、地域における医療提供体制の確保に努めます。
- (3) 新型コロナウイルス感染症対応における課題を踏まえ、改正された感染症法及び地域保健法等に基づき策定する香川県感染症予防計画及び健康危機対処計画等により、各保健所において、平時のうちから感染症危機に備え、体制整備、人材確保・育成、関係機関との連携強化などの準備を計画的に進めます。

2 精神保健福祉センター

【現状・課題】

精神保健福祉センターは、精神保健及び精神障害者の福祉に関する中核機関として、地域住民の精神的健康の保持増進、精神障害の予防、適切な精神医療の推進、社会復帰の促進、自立と社会経済活動への参加促進のための援助等、広範囲にわたって

精神障害者の保健福祉活動に大きな役割を担っています。

近年、社会情勢や家庭環境が大きく変化する中で、ひきこもりや自殺、依存症などの問題が注目を集めています。このようなこころの健康問題は、年齢や属性を問わず深刻化しており、県民の身近な問題として一層の対応が求められています。

【対策】

地域住民の精神的健康の保持・増進を目指し、地域精神保健福祉活動を推進するために、保健所や市町などの関係機関に対して、専門的な立場から積極的な技術指導及び技術援助を行います。

広く県民の身近な問題にも対応できるよう、相談体制を充実強化し、こころの健康相談、アルコール、薬物、思春期などの相談活動を積極的に行います。

当センター内に設置するひきこもり地域支援センターの取組みを通じて、ひきこもり本人や家族などへの支援の一層の強化を図ります。周囲で身近な支援者を増やすなどの自殺対策にも取り組んでいきます。

3 障害福祉相談所

【現状・課題】

障害福祉相談所は、身体障害者、知的障害者、障害児の福祉に関する中核機関として、補装具、自立支援医療、障害者手帳、発達等の相談、判定、指導を行っています。さらに、障害者権利擁護センターとして、市町、障害福祉課、労働局等の関係機関と連携し、障害者虐待の未然防止、早期発見などへの対応をしています。特に、市町の機能強化を目指した専門的助言が求められています。

また、障害者差別に関する相談に的確に応じながら、障害を理由とする差別の解消を図り、障害者の暮らしやすい地域づくりの推進に努めています。

【対策】

障害者（児）等に関する相談支援が効果的に展開されるよう、市町や関係機関と連携し、積極的に対応するとともに、専門的な立場から、市町や関係機関に対し、技術的な指導や援助を行います。

障害者権利擁護センターでは、障害福祉課及び市町と連携し、障害者虐待の早期発見、迅速な対応を行うとともに、障害者虐待を未然に防ぐための体制を確立していきます。

障害者差別に関しては、相談内容に関する関係者等への啓発に努め、障害者の暮らしやすい地域づくりを図ります。

4 児童相談所（子ども女性相談センター）

【現状・課題】

児童相談所は、市町との適切な連携の下で、子どもに関する家庭その他からの相談に応じ、個々の子どもや家庭に最も効果的な支援を行うことにより、子どもの福祉を図るとともに、その権利を擁護することを主たる目的として設置された機関です。

近年、児童虐待や不登校など子どもの心身を取り巻く問題が深刻化しており、市町との適切な役割分担に基づく対応や、警察、保健・医療機関、教育機関等との連携の強化が求められています。

【対策】

児童家庭相談に応じる市町に対し支援を行うとともに、効果的なソーシャルワークの技法開発や確立はもとより、医療、保健その他の幅広い専門機関や職種との連携強化、司法関与の仕組みの有効活用等により迅速かつ的確な対応を図ります。

また、児童虐待を受けた子ども等が良好な家庭環境の下で生活できるよう、子どものみならず保護者も含めた家庭支援に一層積極的に取り組みます。

5 環境保健研究センター

【現状・課題】

環境保健研究センターは、本県における科学的かつ技術的中核として、関係行政部局、保健所等と緊密な連携の下、調査研究、試験検査、研修指導及び公衆衛生情報の解析・提供の業務を通じ、公衆衛生の向上及び増進に重要な役割を果たしています。

食中毒や微生物による感染症の疫学調査をはじめ、医薬品、食品及び家庭用品等の安全性に関する調査研究や試験検査を行っています。また、地域保健・衛生関係機関に対する検査技術の支援を行うとともに公衆衛生情報の収集・解析・提供を行っています。

近年、新興・再興感染症対策、食品中の残留農薬等による健康被害の原因の特定など、様々な健康危機に対応するため、環境保健研究センターが果たすべき役割の重要性は増しています。

高度化かつ多様化する公衆衛生及び健康危機管理上の要請に応えるため、環境保健研究センターの体制と機能が維持強化されるよう、技術系職員の検査技術の向上や検査機器類の整備を図る必要があります。

【対策】

(1) 検査機器の整備拡充

国際化に伴う新興・再興感染症対策、食品中の残留農薬等による健康被害の原因の特定など、様々な健康危機に対応するため、検査機器の整備拡充を図ります。

(2) 調査研究事業の推進

県民ニーズに対応するため、食中毒や感染症の疫学調査、医薬品・食品等の安全性などに関する調査研究事業の一層の充実を図ります。

(3) 公衆衛生情報の収集・提供

調査研究成果の効率的な運用を図るため、広く県民及び関係機関に対し、必要な情報の提供に努めます。

(4) 試験検査の信頼性確保

試験検査の信頼性を確保するため、定期的に外部・内部精度管理を実施するとともに、業務の実施に必要な検査技術の向上を図ります。

(5) 技術の支援

公衆衛生及び健康危機管理の向上のため、関係検査機関の検査技術の支援を積極的に推進します。

第10章 健康危機管理体制の構築

第1節 健康危機管理体制

東日本大震災、O157食中毒、高病原性鳥インフルエンザ、豪雨災害、世界各地に極めて深刻な影響をもたらした新型コロナウイルス感染症（COVID-19）など、全国で地域住民の生命、健康を脅かす事態が相次いで発生し、今後も南海トラフ地震や新たな感染症の発生が予想されています。

健康危機管理とは、感染症、医薬品、食中毒、飲料水汚染その他何らかの原因により生じる住民の生命、健康の安全を脅かす事態に対して行われる健康被害の発生予防、拡大防止、治療等に関する業務のことを指しており、不特定多数の人々に健康被害が発生又は拡大する可能性がある場合には、公衆衛生の確保という観点から積極的に対応を図っていくことが重要です。

【現状・課題】

(1) 特定の事象への対応

- ① 健康危機の具体的な事象としては、感染症、毒物・劇物、集団急性中毒、大規模食中毒などによる健康危機のほか、大地震や風水害などによるものがありますが、個別事象ごとの健康危機管理については、事象別のマニュアルにより対応することとしています。

また、健康危機への対応については、各保健福祉事務所及び小豆総合事務所が、それぞれの地域において中核的役割を担っており、各保健福祉事務所等に安全・安心対策班を設置して所内の体制を強化し、健康危機管理マニュアル、発災時業務リスト等を整備し、健康危機の発生時を想定した組織・体制の確保に努めています。

- ② 新型コロナウイルス感染症等の感染症、化学物質による災害あるいは生物テロ等の健康危機に直面した場合に、県民の不安を解消し、沈静化することは健康危機管理業務の最も重要な課題です。特に、原因不明の事例については、急性に発症する疾患だけではなく、環境汚染や薬害等の慢性的な経過をたどる疾患についても把握することが重要です。

- ③ 感染症の大規模発生時の対応として、感染症法に基づき策定した「香川県感染症予防計画」により健康危機に対する情報・適切な医療の提供、知識の普及、予防のための対応方針が整備されています。

新型コロナウイルス感染症の全国的な感染拡大に伴う対応を踏まえ、「香川県新型コロナウイルス感染症等対策行動計画」及び「香川県新型コロナウイルス感染症等対応マニュアル」を見直すなど、今回の知見を活かした対策の強化が必要です。

その他の感染症に対する医療提供体制等の一層の整備・充実も必要です。

- ④ 食中毒の発生時の対応として、迅速かつ的確な調査を行い、事故の拡大防止や再発防止を図るための「香川県食中毒対策要綱」を策定しています。

また、大規模食中毒事件など、県民に重大な健康危機が発生した場合、その拡大を防止するとともに、迅速かつ的確な医療の確保、関係部局の情報の共有化と連携

強化を図ることを目的に、「香川県食中毒対策本部」及び「現地対策本部」を設置し、危機管理体制の強化を図ることとしています。

- ⑤ 南海トラフ地震の発生に備え、想定される負傷者の医療救護を迅速かつ的確に行うため、市町、郡市区医師会、医療機関、消防などの関係機関による医療救護体制を整備することが重要です。

(2) 医療機関等との連携体制

健康危機が発生した場合には、地域保健の第一線機関である各保健福祉事務所等が初動対応を担うことから、それらを中心とした健康危機管理体制の構築が必要です。

特に、早急な原因の究明や適切な医療の確保が求められるため、医療機関、警察、消防等との連携の強化が必要です。

(3) 平時対応、有事対応、事後対応

① 平時対応

健康危機管理において最も重要なことは、健康危機の発生を未然に防止することです。平常時における監視等の事前管理を徹底し、健康危機の発生を未然に防止するとともに、常に健康危機管理の意識を高めておく必要があります。

② 有事対応

健康危機が発生した場合には、各保健福祉事務所等においては対応体制の確定、正確な情報の把握、原因の究明、医療の確保等を迅速に行い、住民の健康被害の拡大防止に努めることが必要です。また、風評被害や精神的な不安による被害の拡大の防止が必要です。

③ 事後対応

健康危機発生による被害の回復に当たっては、PTSD対策も含めた精神保健医療活動を充実させる必要があります。

【対策】

(1) 特定の事象への対応

- ① 健康危機の発生時に迅速かつ適切な対応を行うために、県及び各保健福祉事務所等の組織及び体制の確保、関係機関との連携の確保、人材の確保、訓練等による人材の資質の向上、施設、設備及び物資の確保、知見の集積等を図ります。
- ② 新興感染症などの新たな健康危機、原因不明の健康危機についても、県民の不安解消やまん延防止のため、正確な情報提供に努めるとともに、関係機関との連携のもと、迅速かつ適切な対応により被害の拡大防止に努めます。
- ③ 感染症発生動向調査による情報の収集・分析等により、感染症の発生状況等、流行の実態を迅速に把握し、感染症の発生及び拡大防止に努めます。
- ④ 感染症指定医療機関等の整備及び感染症発生時の検査体制、患者搬送体制の整備に努めるとともに、大学等と連携した感染症対応医療従事者の確保・養成を通じて医療提供体制の充実を図ります。
- ⑤ 広域的な食中毒事例を早期に探知するため、「中国四国広域連携協議会」での国及び関係自治体との情報共有等に努めるとともに、保健福祉事務所等の担当者を対象に、現場における対処・検査等の研修を実施し、緊急時における対応の強化を図

ります。

- ⑥ 毒物又は劇物の流出・漏洩事故などの未然防止対策の充実に努めます。また、健康被害が発生した場合は、できる限りその拡大を防止するとともに、迅速かつ的確な医療の確保等を図るため、関係部局が横断的かつ総合的に取り組めるよう情報を共有化し、迅速な対応ができるよう関係機関の連携強化を図ります。
- ⑦ 南海トラフ地震の発生に備え、香川県医療救護計画に基づき円滑な医療救護活動を実施できるよう、各保健福祉事務所が中心となり、管内の医療提供体制の情報の収集を行う体制の確立や医療救護に関する総合調整機能の向上に努めます。

(2) 医療機関等との連携体制

各保健福祉事務所等ごとに医療機関、警察、消防等の関係機関で構成する健康危機管理連絡会を開催し、健康危機の未然防止や発生時の円滑な対応のため、連携の強化を図ります。

(3) 平時対応、有事対応、事後対応

① 平時対応

ア 各種法令に基づく監視業務の多くは、健康危機の発生の防止を目的として設けられたものであり、各保健福祉事務所等における平常時の監視業務について、日頃から万全の対応を図ります。

イ 健康危機に対する適切な管理能力を身につけるためには、様々な健康危機事例の原因とその対応策について熟知すること、健康危機に際しても落ち着いて適切に対応する力量を身につけることが必要です。そのため、様々な研修を通して専門的知識の習得を図るとともに、模擬訓練や図上演習を実施して職員の意識を高め、その訓練を通して把握された課題への対策検討、マニュアルの修正などを行い健康危機への対応能力の向上を図ります。

② 有事対応

ア 健康危機発生時には、保健福祉事務所等を中心に健康危機管理マニュアル等に従い、迅速かつ適切な対応を図ります。健康危機の規模が大きい場合や社会的な影響が大きい場合などその内容が重大な場合には、必要に応じて県対策本部を設置し、他の保健福祉事務所等や市町からの応援を要請する、また、健康危機の原因究明が困難である場合には、国立感染症研究所等の専門機関の協力を要請するなど、健康被害の拡大防止を図ります。

イ 被害の状況及び原因、健康危機に対する基本的な対処方法や注意事項、今後の見通し等について早期に説明を行い住民の不安の除去に努めます。

ウ 健康被害を受けた被害者の情報は個人情報として保護し、プライバシーへの配慮に努めます。

③ 事後対応

ア 被害者の心理的な変化を幅広く捉え、心のケア等を行うため、受診・相談体制の確保を図ります。

イ 健康危機の経過、対応等について分析、事後評価を行います。再発が危惧される健康危機事象については、課題の整理、検討を行い、再発防止に向けた必要な対策を実施します。

第 2 節 医薬品等の安全対策

1 医薬品等の安全確保

人の生命、健康を守るために不可欠な医薬品・医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保を図るためには、その開発、治験から承認審査、製造、販売、使用、市販後の調査に至る総合的な施策の充実を図ることが重要です。

【現状・課題】

- (1) 医薬品等の品質、有効性及び安全性の確保のためには、製造販売業者における品質管理及び製造販売後の安全管理の徹底と製造業者における製造管理及び品質管理の徹底が重要であることから、県が立入検査等により監視指導を行っています。
- (2) 薬局・医薬品販売業においては、薬剤師等による医薬品の適正な管理と消費者への情報提供が求められています。これらの実現を図るために、保健所の薬事監視員が監視指導を実施しています。また、一般用医薬品のインターネット販売、リスクの程度に応じた情報提供と適切な相談応需については、定着状況を継続して確認し、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律に基づき、適切な対応を徹底する必要があります。
- (3) 医薬品は、適正に使用されなければその効果が期待できないばかりか、思わぬ副作用が起きることもあります。さらには、近年、医薬品等を安易に個人輸入するような実態も存在します。そこで、様々な機会をとらえて、医薬品の正しい使い方について普及啓発を行う必要があります。
- (4) ダイエット用などの健康食品に含まれていた医薬品成分による健康被害が全国的に発生しており、県においても、健康食品の買い上げ検査を行うとともに、県ホームページやリーフレット等を活用して県民に注意を呼びかけています。
- (5) 覚醒剤、大麻等の薬物乱用は、依然として後を絶たず、特に大麻においては、若年層における乱用が著しい状況であり、その社会的弊害は、計り知れないものがあります。

また、危険ドラッグ（注）に関しては、検挙者数が減少し、全国でも街頭店舗が消滅する等、一定の成果は挙げているものの、入手方法がインターネットを利用するなど、潜在化が継続しています。

【対策】

(1) 監視指導の充実強化

医薬品等の品質、有効性及び安全性を確保するため、医薬品等製造販売業者及び製造業者に対する監視指導の充実強化に努めます。

また、薬局・医薬品販売業者に対して、消費者へ医薬品のリスクに応じた適正な情報提供が行われるよう、監視指導を強化します。

(2) 医薬品情報の収集と提供

県のホームページや関係機関の発行する医薬品情報などを活用し、医薬品等の副作用や適正使用などに関する情報を、医療機関等へ正確かつ迅速に提供するように努めます。

(3) 医薬品の適正使用についての普及啓発

「薬と健康の週間」(10月17日～23日)を中心に、県薬剤師会等の関係機関と連携して、市町の健康まつり等におけるパネル展示やお薬相談コーナーの設置、その他各種広報媒体を利用して医薬品の正しい知識の普及啓発に努めます。

(4) 薬物乱用防止の推進

薬物乱用防止教室の開催など若年層を中心とした薬物乱用防止啓発活動を一層充実し、薬物乱用を許さない社会環境の醸成に努めます。

また、大麻や危険ドラッグ(注)については、その有害性のみならず、麻薬等の乱用の契機となることも危惧されることから取締りの強化に努めます。

(注) 危険ドラッグとは ⇒ 大麻の成分であるTHC(テトラヒドロカンナビノール)に類似した構造を持つ合成化学物質を、乾燥させた植物片に浸透させたり、混ぜたもの。「脱法ドラッグ」等の名称で呼ばれていたが、危険性が伝わらないとして、平成26年7月、厚生労働省は新たな名称を公募により「危険ドラッグ」とした。

2 緊急医薬品の備蓄

抗毒素やワクチン等の緊急医薬品及び災害時用医薬品等の備蓄・供給体制を一層整備することが重要です。

【現状・課題】

- (1) 県は、大規模な地震災害に対応するため、災害発生初期の救護活動に必要とされる医薬品及び医療機器を公的医療機関等28箇所(令和2年4月1日現在)に分散し、備蓄しています。また、災害救助に必要な医薬品等の確保について、香川県医薬品卸業協会、香川県医薬品小売商業組合及び日本産業・医療ガス協会香川県支部並びに香川県医療機器販売業協会と協定を締結しています。
- (2) シアン・ヒ素等の薬物中毒の発生に対応するための解毒剤を県内の5病院で備蓄しており、今後も継続実施する必要があります。
- (3) 抗毒素やワクチン等の緊急医薬品は、国有ワクチンとして、県内では(一財)阪大微生物病研究会観音寺研究所に備蓄されており、必要な時に円滑に医療機関に供給が行われる必要があります。
- (4) 新型インフルエンザ対策として、抗インフルエンザウイルス薬【タミフル(カプセル)36,872人分、タミフル(ドライシロップ)19,100人分、リレンザ31,096人分及びラピアクタ6,800人分、イナビル42,600人分(令和5年6月末)】を備蓄しています。

【対策】

(1) 災害時用医薬品等の備蓄

備蓄医薬品等の期限切れがないよう管理し、また、必要に応じて備蓄品目の見直しを行うとともに、関係機関・団体と連携を図って効率的かつ確実な備蓄に努めます。

また、災害時に薬剤師、医薬品の需要の把握と調整を行い、県に対して効率的かつ的確に薬剤師、医薬品を配置、供給するための助言及び支援を適宜行う災害薬事コーディネーターの設置に努めます。

(2) ワクチン等緊急医薬品の供給

関係機関・団体及び国有ワクチン備蓄場所との連携のもと、緊急医薬品の供給体制の整備を推進し、円滑な供給が行われるよう努めます。

第3節 食品の安全性確保対策

食品の安全性確保は、健康な生活の基礎となるものです。しかし、都道府県等を超える広域的な食中毒の発生や食中毒発生数の下げ止まり等、食品による健康被害への対応が喫緊の課題となっています。また、調理食品、外食・中食への需要の増加等の食へのニーズの変化、輸入食品の増加など食のグローバル化の進展といった食や食品を取り巻く環境が変化しています。

このような状況に対し、県民の食の安全・安心を確保する体制をさらに充実させる必要があります。

【現状・課題】

(1) 食品等の安全性確保

計画的に食品営業施設等への立入調査及び食品の収去検査を実施し、各種基準への適合性を確認しています。また、食品製造施設や小売店舗等への立入調査の際、アレルギー物質や遺伝子組換え食品の表示等、食品の衛生的な表示事項を確認しています。

(2) 食品等による危害発生防止

食品衛生法の一部改正により、令和3年6月から、HACCP（ハサップ）に沿った衛生管理の実施が義務化され、原則すべての食品等事業者が、衛生管理計画の作成や実施状況の記録を残すこととなりました。そのため、食品等事業者に対して、計画的な監視指導を行うとともに、HACCPに沿った衛生管理が実施され、検証や見直しが行われるよう講習会の開催などの支援を行っています。

(3) 輸入食品対策

計画的に食品輸入事業者、小売店舗等への立入調査を行い、食品の保管状況、表示事項等の確認を行うとともに、収去検査を行っています。

(4) 乳肉衛生対策の推進

畜水産食品（食肉、鶏卵、魚介類等）を取扱う営業者に対して、定期的に立入調査及び収去検査を行い、食中毒の発生防止と衛生水準の向上を図っています。また、野生鳥獣肉の利用が普及しつつあることを踏まえ、野生鳥獣肉の衛生管理について周知啓発し、事業者及び消費者の安全の確保を図っています。

【対策】

(1) 各種計画の策定

「香川県食の安全・安心基本指針」に基づき、「食品衛生監視指導計画」、「農林水産物の安全・安心確保計画」及び「消費者の食の安全安心推進計画」を策定し、適正に実行することにより、食品の安全性確保を図ります。

(2) 監視指導体制の充実、食品衛生知識の普及啓発

(1)の計画を実行するに当たり、食品衛生専門監視指導班、食品衛生監視機動班を有効に活用し、広域的な監視を行います。また、営業者、消費者に対し、最新の情報を様々な媒体を通じて提供します。

(3) 食中毒防止対策

大量に調理を行う、仕出し・弁当調製施設、各種給食施設等に対して、適正な食品の取扱いを徹底するよう、重点的に監視指導し、食中毒の発生防止と食品衛生の向上を図ります。また、食中毒が発生しやすい気象条件等になった場合、「食中毒警報」を発令し、営業者のみならず、一般家庭へも注意喚起します。

(4) 輸入食品の衛生対策

食品輸入事業者、小売店舗等へ計画的に立入し、保管状況、表示事項の確認等を行うとともに、収去検査を行い、各種基準の適合性を確認します。

第 4 節 生活衛生対策

理容業、美容業、クリーニング業、公衆浴場業、旅館業、興行場などの生活衛生関係施設は県民の日常生活に密接不可分な施設であり、衛生水準の確保や向上を図ることが常に求められています。

また、不特定多数の人々が利用する特定建築物（3,000㎡以上の店舗・百貨店・ホテルなど）においては、衛生的に維持管理することが求められています。

さらには、生活衛生関係業界の近代化や合理化に対する支援も必要となっています。

【現状・課題】

(1) 生活衛生関係施設

県民が日常的に利用する生活衛生関係施設においては、健康被害が生じないように常に一定の衛生水準を保つ必要があります。

特に、公衆浴場業及び旅館業においては、入浴施設に対するレジオネラ症防止対策を十分に講ずることが求められています。

また、理容業及び美容業においては、毛染めによる皮膚障害を防止するため、安全性の確保をより充実していく必要があります。

(2) 特定建築物衛生

近年、大型ショッピングセンターの増加等により、県民が密閉された特定建築物内で過ごす時間が増えており、特定建築物内の空気環境や給排水設備の衛生管理が重要となっています。

(3) 生活衛生関係業界

生活衛生関係営業者は、中小零細事業者が多く、経営が不安定になりやすい傾向があります。さらに、生活衛生諸営業を取り巻く環境は、少子高齢化社会の進展や消費者ニーズの変化に伴う多様なサービスの提供が求められるなど、年々厳しくなっており、これらに的確に対応するため、経営の安定化、創意工夫と個性を生かしたサービスの提供、従業者の技術力向上、後継者の確保などの対策を図っていく必要があります。

【対策】

(1) 生活衛生関係施設の監視、指導の強化

生活衛生関係施設の監視、指導を計画的、効率的に実施し、県民が安心してこれらの施設を利用できるよう、今後も継続して法令遵守、衛生管理の徹底を図っていきます。

(2) 特定建築物衛生の監視、指導強化

特定建築物の監視及び特定建築物の衛生管理責任者に対する指導をさらに強化し、県民が安心して特定建築物内で過ごせるよう、衛生管理の徹底を図っていきます。

(3) 生活衛生関係業界の指導、育成

業種ごとに組織化された生活衛生同業組合の指導、育成を図るとともに、生活衛生関係事業者の経営の健全化と衛生水準の維持向上を図り、県民の安全・安心な生活環境づくりを推進するため、関係団体等と連携を図りながら各事業者及び関係団体の指導育成に努めていきます。