

(6) 救急医療の体制

第1 救急医療の概要

1. 救急医療とは

- 救急医療は、主として交通事故などによる外傷や、脳卒中や急性心筋梗塞などのような急激に生命にかかわる疾患を対象としています。
- 求められる医療機能も患者の状態によって異なりますが、本計画においては一括して記載します。

2. 救急医療の提供体制

病院前救護活動

(救急蘇生法の普及とAED(自動体外式除細動器)の設置)

- これまで多くの救急蘇生法の講習が行われてきています。また、2004(平成16)年から一般住民によるAEDの使用が可能となり、地域住民の病院前救護活動への参加が今後さらに期待されています。

(消防機関による救急搬送と救急救命士及びメディカルコントロール体制)

- 救急体制の充実や救命率の向上を図るため、救急搬送途上において医師と連絡をとりながら救命処置ができる救急救命士制度が、1991(平成3)年に発足しました。
- メディカルコントロール体制¹の整備を条件として、救急救命士による「心肺停止状態の傷病者に対する気管挿管(気管内チューブによる気道確保)」や、「心肺機能停止前の傷病者に対する輸液」等が可能です。
- 傷病者への対応については、救急救命士等の標準的な活動内容を定めたプロトコル(活動基準)が策定され、救急救命士等の資質が向上し、業務が標準化されました。
- プロトコルの作成、薬剤投与等を行う救急救命士への指示・助言及び救急救命士の行った活動の事後検証等を行うため、各医療圏にメディカルコントロール協議会が設置されています。
- 消防機関の救急救命士等が、メディカルコントロール体制の下に適切な観察と判断等を行い、地域の特性と患者の重症度・緊急度に応じて適切な医療機関に搬送できる体制の整備が重要です。

(搬送手段の多様化とその選択)

- 従来の救急車に加え、ドクターカーや、救急医療用ヘリコプター(ドクターヘリ)、消防防災ヘリコプター等の活用が広まりつつあります。本県では、2015(平成27)年8月よりドクターヘリの運航を開始しました。

(傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準(実施基準)の策定と実施)

- 本県では、2011(平成23)年2月に「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」が策定され、同年4月から運用されています。

¹ ①事前プロトコルの策定、②救急救命士に対する医師の指示体制及び救急活動に対する指導・助言体制、③救急救命士の再教育及び④救急活動の医学的観点からの事後検証体制

救命救急医療機関（第三次救急医療機関）

- 救命救急医療を担う救命救急センターは、当初、人口 100 万人に 1 か所を目途に整備されてきました。県内では 2 か所の施設が指定され、人口当たりの数としては十分な整備が行われています。
- 救命救急センターでは、脳卒中や急性心筋梗塞等の専門的な医療のみならず、多発外傷やその他の複数の診療科にわたる重篤な患者への医療が提供されています。

入院を要する医療を担う医療機関（第二次救急医療機関）

- 県内公的病院による病院群輪番制により、各医療圏に入院を要する救急患者に対する医療提供体制が確保されています。

初期救急医療を担う医療機関（初期救急医療機関）

- 初期救急医療は、地域医師会・歯科医師会等の協力により、診療所、それを補完する休日夜間急患センターや在宅当番医において実施され、救急搬送を必要としない多くの救急患者の診療を担っています。

第2 必要となる医療機能

1. 病院前救護活動の機能【救護】

目 標

- 患者又は周囲の者が、必要に応じて、速やかに救急車の要請や救急蘇生法を実施すること
- メディカルコントロール体制を充実し、救急救命士等の活動が一層適切に実施されること
- 傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準の運用により、傷病者の搬送及び医療機関への受入れが適切に行われること
- 地域住民の救急医療への理解を深める取組みが行われること

関係者に求められる事項

(住民等)

- 講習会等の受講により、傷病者に対するAEDの使用を含めた救急蘇生法が実施可能であること
- 傷病者の救護のため、必要に応じて速やかに救急車の要請を行うこと
- 小児の傷病者の場合、小児救急電話相談（#8000）を用いて、適切な医療機関の受診、救急車の要請、他の交通手段の利用等を判断すること

(救急救命士等)

- 住民等に対し、応急手当、AEDの使用を含めた救急蘇生法等に関する講習会を実施すること
- 搬送先の医療機関の選定に当たっては、傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準等により、事前に各救命救急医療機関の専門性等を把握すること
- 地域メディカルコントロール協議会が定めたプロトコールに則し、適切な観察・判断・処置を実施すること
- 搬送手段と医療機関を適切に選定し、傷病者を速やかに搬送すること
(メディカルコントロール協議会等)
- 救急救命士等が行う処置や、疾患に応じたプロトコールを策定し、事後検証等によって随時改訂すること
- 傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準を踏まえ、適切な医療機関に搬送するためのプロトコールを策定し、事後検証等によって随時改訂すること
- 医師から救急救命士に対して直接指示・助言を行う体制が確立されていること
- 救急救命士等への再教育を実施すること
- ドクターヘリの活用の適否について、地域において定期的に検討すること
- 地域包括ケアシステムの構築に向け、第二次救急医療機関等の救急医療機関、かかりつけ医や介護施設等の関係機関が連携・協議する体制を、メディカルコントロール協議会等を活用して構築し、より地域で連携したきめ細やかな取組を進めること

2. 救命救急医療機関（第三次救急医療）の機能【救命医療】

目 標

- 24 時間 365 日、救急搬送の受入れに応じること
- 患者の状態に応じた適切な情報や救急医療を提供すること

医療機関に求められる事項

- 脳卒中、急性心筋梗塞、重症外傷等の患者や複数の診療科にわたる重篤な救急患者を原則として 24 時間 365 日受け入れることが可能であること
- 集中治療室（ICU）等を備え、常時、重篤な患者に対し高度な治療が可能であること
- 救急医療について相当の知識と経験を有する医師が常時診療に従事していること
- 救命救急に係る病床の確保のため、一般病棟の病床を含め、医療機関全体としてベッド調整を行う等の院内連携がとられていること
- 急性期のリハビリテーションを実施すること
- 急性期を経た後も、人工呼吸器など特別な管理が必要な患者を受け入れる医療機関等と連携していること
- 都道府県又は地域のメディカルコントロール体制の充実に積極的な役割を果たすこと
- DMAT²の派遣機能を持つなど災害に備えて積極的な役割を果たすこと
- 医師、看護師等の医療従事者に対し、必要な研修を行う体制を有し、研修等を通じ、地域の救命救急医療の充実強化に協力していること
- 都道府県又は地域のメディカルコントロール協議会に医師を参加させるとともに、救急救命士の気管挿管、薬剤投与等の病院実習や就業前研修、再教育などに協力していること

医療機関の例

- 救命救急センターを有する機関
- 地域救命センターを有する機関（初期救急医療機関や第二次救急医療機関の支援機能及び救命救急センターの補完機能を果たす機関）

3. 入院を要する救急医療を担う医療機関（第二次救急医療）の機能【入院救急医療】

目 標

- 病院群輪番制により、24 時間 365 日、救急搬送の受入れに応じること
- 患者の状態に応じた適切な救急医療を提供すること

医療機関に求められる事項

- 救急医療について相当の知識及び経験を有する医師が常時診療に従事していること
- 救急医療を行うために必要な施設及び設備を有すること
- 救急医療を要する傷病者のために優先的に使用される病床又は専用病床を有すること
- 救急隊による傷病者の搬送に容易な場所に所在し、かつ、傷病者の搬入に適した構造設備を有すること
- 急性期にある患者に対して、必要に応じて早期のリハビリテーションを実施すること
- 初期救急医療機関や精神科救急医療体制等と連携していること
- 自施設では完結できない重症救急患者への対応に備え、近隣のより適切な医療機関と連携していること

医療機関の例

² DMAT : Disaster Medical Assistance Team (災害派遣医療チーム)

- 病院群輪番制病院
- その他の救急病院（救急告示病院）

4. 初期救急医療を担う医療機関の機能【初期救急医療】

目 標

- 患者の状態に応じた適切な救急医療を提供すること

医療機関に求められる事項

- 救急医療の必要な患者に対し、外来診療を提供すること
- 休日夜間急患センターの設置や在宅当番医制などと合わせて、地域で診療の空白時間が生じないように努めること
- 病態に応じて速やかに患者を紹介できるよう、近隣の医療機関や精神科救急医療体制等と連携していること
- 休日・夜間に対応できる薬局と連携していること
- 自治体等との連携のうえ、診療可能時間や対応可能な診療科等について住民等に周知していること

医療機関の例

- 在宅当番医制（医科、歯科）参加医療機関
- 休日夜間急患センター
- 救急診療所（救急告示診療所）

5. 救命救急医療機関等からの転院を受け入れる機能【救命期後の医療】

目 標

- 在宅等での療養を望む患者に対し医療機関からの退院を支援すること
- 合併症、後遺症のある患者に対して慢性期の医療を提供すること

医療機関に求められる事項

- 救急医療機関と連携し、人工呼吸器が必要な患者や気管切開等のある患者を受け入れる体制を整備していること
- 重度の脳機能障害の後遺症を持つ患者を受け入れる体制を整備していること
- 救命期を脱した救急患者で、精神疾患と身体疾患を合併した患者を受け入れる体制を整備していること
- 生活機能の維持と向上のためのリハビリテーション（訪問・通所リハビリテーションを含む。）が実施可能であること
- 日常生活動作（ADL）が低下した患者に対し、在宅等での包括的な支援を行う体制を確保していること
- 通院困難な患者の場合、訪問看護ステーション、薬局等と連携して在宅医療を実施するとともに、居宅介護サービス等の利用を調整すること
- 診療情報や治療計画を共有するなどして、救急医療機関や、診療所等の維持期における他の医療機関、在宅での療養を支援する医療機関等と連携していること

医療機関等の例

- 医療機関

- ・療養病床、精神病床又は回復期リハビリテーション病棟を有する病院
 - ・往診又は訪問診療が可能であり在宅訪問リハビリテーション指導管理に対応可能な診療所
- 訪問看護ステーション
 - 訪問リハビリテーション事業所
 - 薬局

第3 救急医療の現状

1. 救急医療をとりまく状況

(搬送体制)

- 2015（平成27）年4月現在、救急救命士は254人、人口10万人当たりで23.4人（全国：20.3人）と全国より多くなっています³。
- 2014（平成26）年の救急要請（覚知）から救急医療機関までの搬送時間は30.2分（全国：39.4分）と、全国最短クラスとなっています³。
- 2014（平成26）年度の救急車の受入れ困難事例については、現場滞在時間30分以上の割合が0.7%（全国：5.3%）、照会回数4回以上の割合が0.5%（全国：5.3%）と極めて少ないなど、救急搬送体制は全国トップクラスです³。

(病院前救護活動)

- 県民に心肺蘇生法等の救命救急法を広く普及するため、消防機関、厚生センター・保健所等で講習会を実施しています。2014（平成26）年の消防機関による住民の救急蘇生法講習の受講率は、人口1万人当たりで153人（全国：114人）であり、県民の意識は高い状況にあります³。
- 一般市民による除細動の実施件数は、2014（平成26）年には5件、人口10万人当たりで0.5件（全国：1.3件）となっています³。
- 心肺停止患者（心原性の心肺停止で、一般県民によって心肺停止の時期が確認された症例）の1か月後の生存率は2014（平成26）では11.6%（全国：12.2%）、1か月後の社会復帰率は6.8%（全国：7.8%）とどちらも全国より低くなっています³

(救急搬送患者)

- 救急搬送人員は、2014（平成26）年には37,507人（全国：約540万人）、人口10万人当たりでは3,435人（全国：4,209人）と全国より少なくなっていますが、10年前と比べて7,840人増、26.4%増（全国：約66万人増、14.0%増）となっています^{4,5}。
- 救急搬送者のうち入院が不要であった軽症者の割合は44.2%（全国：49.4%）となっています³。
- 救急搬送された高齢者は、2014（平成26）年には23,402人（全国：約300万人）となっており、10年前と比べて8,975人（全国：約166万人）増えています^{4,5}。今後も、高齢化の進展とともに救急搬送件数は増大し、救急搬送に占める高齢者の割合も増加するものと見込まれます。
- ヘリコプターによる搬送は、消防防災ヘリコプター「とやま」、県警ヘリコプター「つるぎ」の2機により行われていましたが、2015（平成27）年8月にドクターヘリの運航が開始され、2016（平成28）年度は、運航件数730件、搬送人員635人となっています。
- ドクターカーについては、消防の救急車に病院で医師が同乗し現場に向かう「ピックアップ方式」による取組みが、地域の病院と協定等を結んで実施されています（2016（平成28）年度27件）。

³ 救急医療の体制構築に係る現状把握のための指標

⁴ 県消防課 防災・危機管理課「富山県消防防災年報」

⁵ 消防庁「救急・救助の現況」

2. メディカルコントロール体制

- 救急救命士の確保や技能の向上を図るため、県消防学校において研修を実施するとともに、病院における気管挿管や薬剤投与に関する実習の受入れに対し支援を行っています。
- 救急業務の高度化を推進するため、2001（平成 13）年 12 月に富山県救急業務高度化推進協議会を設置し、救急救命士に対する医師の指示や指導・助言体制の確立など、県内のメディカルコントロール体制の充実に向けた検討や各地域への助言・調整などを行っています。
- 2003（平成 15）年 3 月に、県内 4 医療圏すべてに地域メディカルコントロール協議会が設置され、救急救命士による医師の包括的指示に基づく除細動など特定行為が行われています。また、救急搬送・救急医療体制に対する医学的観点からの事後検証と救急救命士の研修の充実について検討しています。

3. 救命医療（第三次救急医療）

- 救急患者が症状の程度に応じて適切な診療が受けられるよう、脳卒中、心筋梗塞等の重篤な患者を受け入れる第三次救急医療、重症救急患者を受け持つ第二次救急医療、比較的軽症の救急患者を受け持つ初期救急医療と体系的な整備が図られています。
- 第三次救急医療体制として、24 時間体制で重篤な患者に対して高度な治療を行うため、県立中央病院と厚生連高岡病院に救命救急センターが整備されています³。
- 初期救急医療機関や第二次救急医療機関の支援機能及び救命救急センターの補完機能を果たす施設（第二・五次救急医療機関）として、黒部市民病院と市立砺波総合病院に地域救命センターを設置しています。
- 2016（平成 28）年度に県立中央病院と厚生連高岡病院の救命救急センターを受診した患者は約 2.3 万人であり、そのうち 65.6%は入院の必要のない比較的軽症の患者となっています⁶。軽症患者の増加により、重篤な患者への迅速な対応が困難になることが懸念されます。
- 2015（平成 27）年の救命救急センターの救急担当専任医師数は 17 人、人口 10 万人当たり 1.6 人（全国：2.3 人）、看護師数は 132 人、人口 10 万人当たり 12.2 人（全国：14.6 人）と全国より少なくなっています⁶。
- 2014（平成 26）年の集中治療室を有する病院数は 4 施設、人口 10 万人当たり 0.6 施設（全国：0.6 施設）、集中治療室病床数は 34 病床、人口 10 万人当たり 3.1 施設（全国：5.1 施設）と全国より少なくなっています³。

4. 入院救急医療（第二次救急医療）

- 第二次救急医療体制については、公的病院を中心とした病院群輪番制により重症救急患者に必要な治療を行っており、2018（平成 30）年 2 月現在、19 病院が参加しています。
- 病院群輪番制病院の他にも救急告示病院が 16 施設あります。

⁶ 県医務課調べ

- 2016（平成 28）年度に病院群輪番制病院（第三次救急医療機関を除く）を時間外受診した患者は約 4.8 万人であり、そのうち 71.8%は入院の必要のない比較的軽症の患者となっています⁶。軽症患者の増加により、重症患者への迅速な対応が困難になることが懸念されます。
- 2015（平成 27）年度の緊急入院患者における退院調整・支援の実施件数は人口 10 万人当たり 6.2 件（全国：7.0～7.5 件）と全国より少なくなっています³。

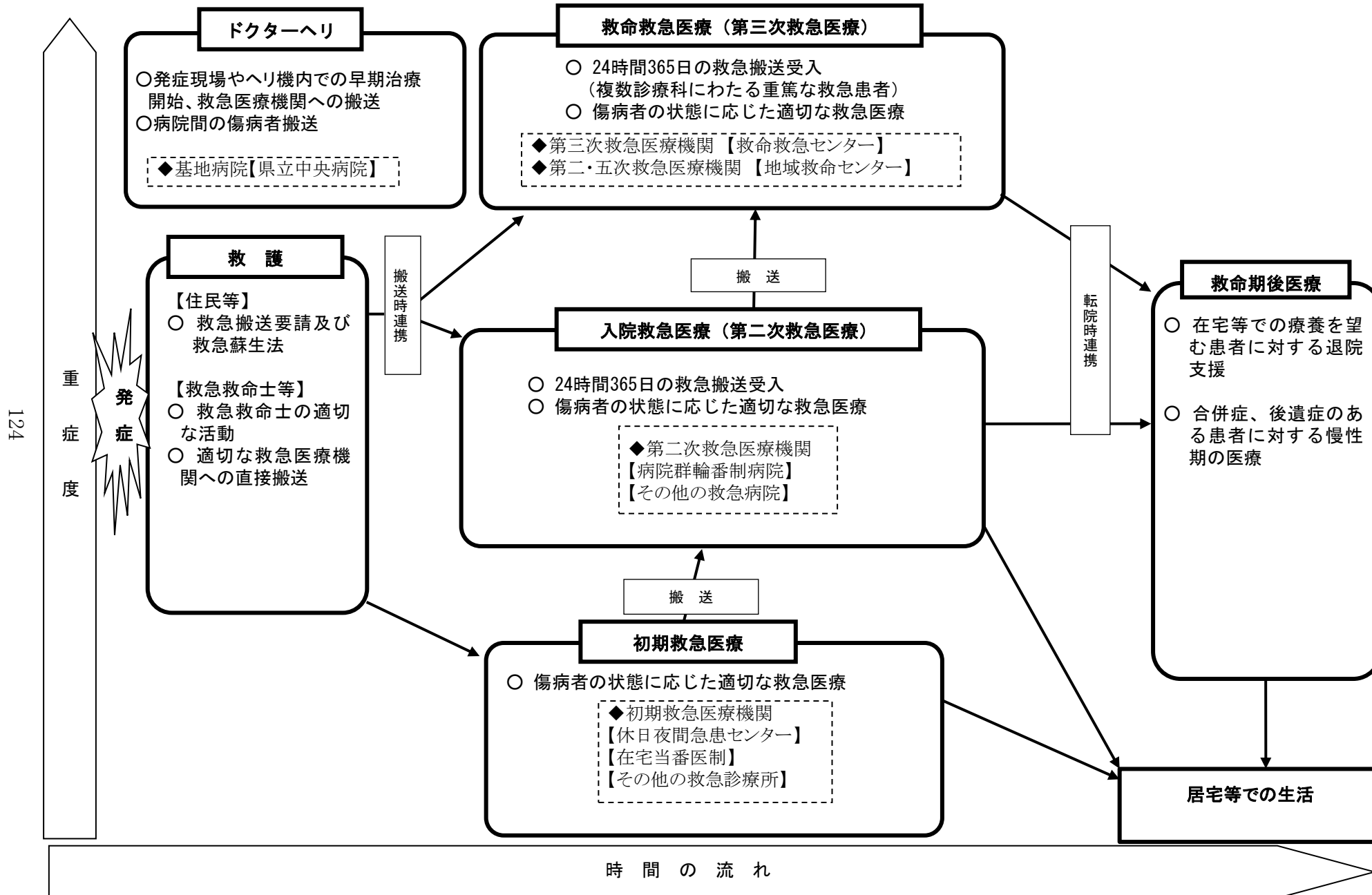
5. 初期救急医療

- 初期救急医療体制として、各医療圏において休日夜間急患センターを設置するとともに、休日の在宅当番医制を郡市医師会で実施しています。
- 2014（平成 26）年 10 月現在、初期救急医療体制を有する病院は 18 施設、人口 10 万人当たりで 1.6 施設（全国：1.1 施設）と全国より多くなっています³。また、一般診療所のうち初期救急医療に参画する施設の割合は 27.2%で³、医師会等の協力により初期救急医療体制が確保されています。
- 2017（平成 29）年 10 月現在、小児科の診療を行う休日夜間急患センターは 4 医療圏に、内科の診療を行う休日夜間急患センターも 4 医療圏に設置されています。
- 歯科については、富山県歯科保健医療総合センターにおいて休日及び休日夜間診療を実施するとともに、各医療圏において休日歯科在宅当番医制が実施されています。

6. 救命期後医療

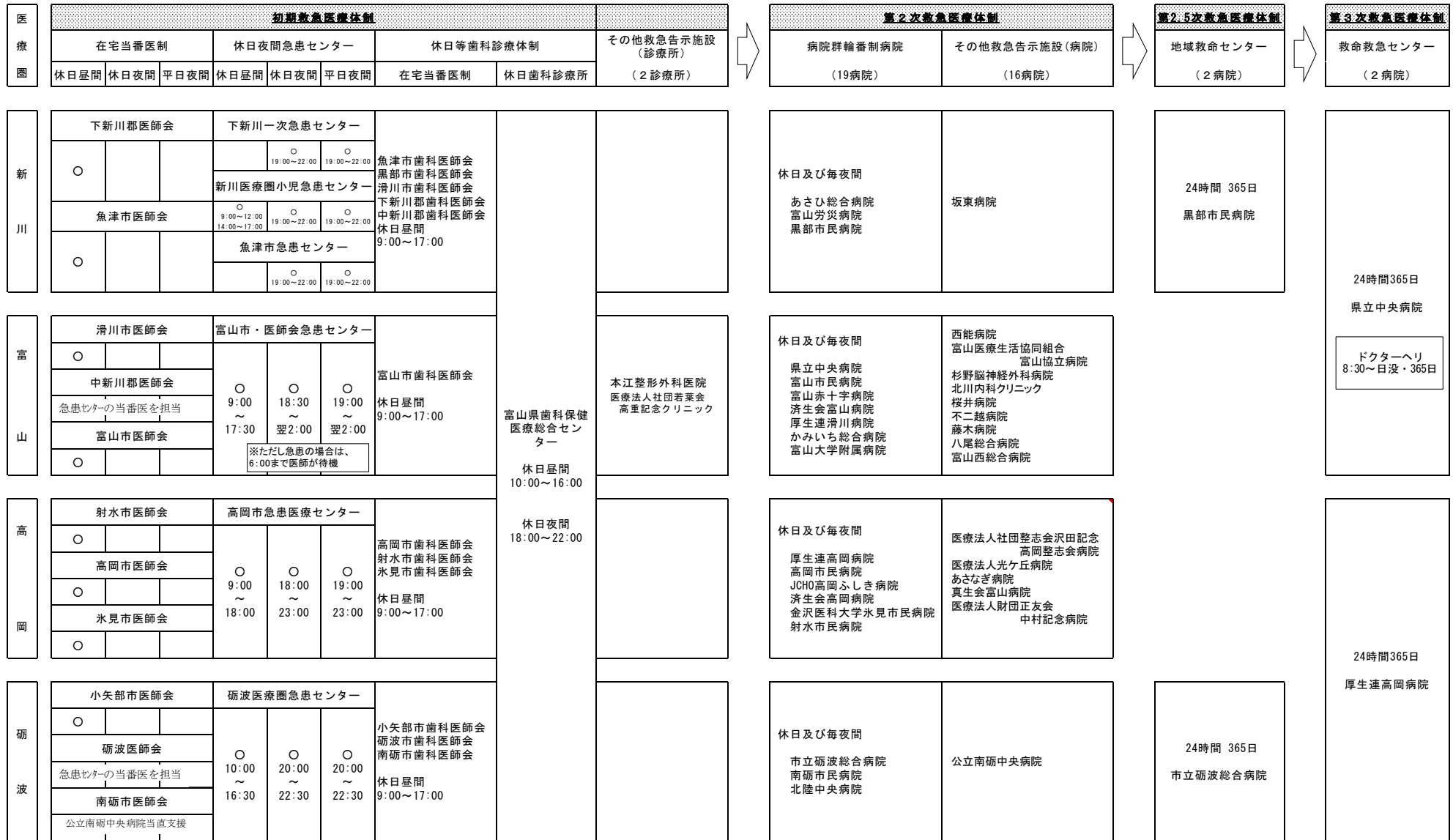
- 2017（平成 29）年 8 月現在、療養病床を有する病院が 51 施設、精神病床を有する病院が 30 施設、回復期リハビリテーション病棟を有する病院が 9 施設あります⁶。

第4 救急医療の提供体制



救急医療を担う医療機関

2018 (平成 30) 年 2 月現在



第5 救急医療の提供体制における主な課題と施策

【救 護】

〔課題①〕

- 救急搬送件数は増加傾向にあり、約半数の搬送者が結果的に軽症であることから、救急車の適正利用について引き続き県民に普及啓発が必要です。

＜施策＞

- 第二次・第三次の救急医療機関を直接受診する軽症者が多くなると、重症患者の診療に支障を来すことが懸念されることから、消防や医療機関等の関係団体と協力し、救急医療体制の仕組みやその適正な利用方法について普及啓発に努めます。
- 救急医療の適正受診、救急車の適正利用を促進するため、救急ハンドブック、ポスター、パンフレット等の配布など、普及啓発を行います。
- 広域災害・救急医療情報システム⁷の活用を促進し、円滑な救急搬送業務等を推進するとともに、救急医療機関に関する情報を県民にわかりやすく提供します。

〔課題②〕

- 県民が心肺停止の傷病者に直ちに対応できるよう、AEDの使用について普及啓発する必要があります。
- 脳卒中や心血管疾患が疑われる症状が出現した場合、速やかに救急搬送の要請がなされるよう県民への普及啓発が必要です。
- 一人暮らしや老々介護など、搬送要請を容易にできない人が今後ますます増加すると見込まれることから、その対応が必要です。

＜施策＞

- AEDの使用を含む救急蘇生法を広く普及するため、消防署、厚生センター等と連携して、県民の救急蘇生法講習の受講促進を図ります。
- 脳卒中や心血管疾患が疑われる症状が出現した場合、速やかに救急搬送を要請するよう、救急ハンドブックの活用などにより県民に普及啓発を実施します。
- 高齢者の事故や急病時の通報に対応するための緊急通報システムの活用等について、介護事業者等への周知を徹底します。
- 救急症例に応じて迅速な救急救命措置が円滑に行えるようドクターカーについて検討します。
- 各消防本部における救急救命士の計画的養成に対する支援や研修教育の充実に努めます。
- メディカルコントロール協議会において、救急救命士に対する指示・指導・助言や救急活動の医学的観点からの事後検証などについて検討するなど、消防、救急医療機関、医師会、介護施設、行政機関のさらなる連携の強化を図り、メディカルコントロール体制の充実に努めます。

⁷ 救急患者の医療を確保するため、インターネットを利用し、救急当番、診療の可否、空床の有無等の情報、医療機関等の情報を医療機関、消防機関等に提供するシステム。全国のネットワーク化が図られており、広域災害に対応したシステムとなっている。

〔救命救急医療（第三次救急医療）、入院救急医療（第二次救急医療）〕

〔課題③〕

- 第二次・第三次救急医療機関の軽症者の受診を総量で減少させることが重要です。
- 救急部門における医師の確保が必要です。

＜施策＞

- 救急医療の適正受診について、引き続き普及啓発を実施し、第二次救急医療機関や救命救急センターの負担軽減を図ります。
- 富山大学や金沢大学の特別枠⁸で入学した医学生等への修学資金の貸与などを通じて、救急科医師の養成に努めます。
- 救急科専門医を目指す医師等への研修会を通し、救急医療を担う人材の確保・育成に努めます。
- 救命救急センターの体制を充実するため、日本救急医学会指導医・専門医の養成確保や救急医療スタッフの質の向上に努めます。
- 富山大学附属病院において、広範囲熱傷、指肢切断、急性中毒など、より重篤な患者の救命医療を行う高度救命救急センターの設置を検討します。
- ドクターヘリを活用した高度救急医療体制の充実強化を図ります。

〔初期救急医療〕

〔課題④〕

- 第二次・第三次救急医療機関の負担軽減のため、休日夜間急患センターなど初期救急医療体制のさらなる充実が必要です。

＜施策＞

- 各医療圏の休日夜間急患センターの充実強化を図ります。
- 医師会や歯科医師会と協力し、在宅当番医制や歯科在宅当番医制、休日夜間急患センターの平日夜間や休日の診療など、初期救急医療体制の維持、充実を図ります。
- 初期救急医療の維持のため、救急医療の適正受診について引き続き普及啓発を実施します。
- 各地域の休日夜間急患センターが円滑に運営できるよう、第二、三次救急医療機関や地域の外来医療機関間での機能分化・連携を推進するとともに、各医療圏の地域医療推進対策協議会や地域医療構想調整会議などで検討していきます。

⁸ 国の緊急医師確保対策及び骨太方針 2009 によって特別に認められた富山大学医学部医学科及び金沢大学医薬保健学域医学類の入学定員の増員分に係る入学定員枠。

【数値目標】

指標名及び指標の説明	現状	国	2023 年	出典等
救急搬送者の軽症者割合	44.2%	49.4%	低下	消防庁「救急・救助の現況」(2015年)
心肺停止患者の1か月後の社会復帰率	6.8%	7.8%	全国平均	消防庁「救急・救助の現況」(2014年)
救命救急センター受診者の軽症者割合	65.6%	—	低下	県医務課調べ(2015年度)
第二次救急医療機関受診者の軽症者割合	71.8%	—	低下	県医務課調べ(2015年度)
休日夜間急患センターの整備された医療圏数	4医療圏	—	4医療圏	県医務課調べ(2017年)

のうそっちゅう

脳卒中が疑われる症状

脳の血管が詰まる「のうこうそく脳梗塞」、脳内の血管が破裂する「のうしゅつ脳出血」、脳表面の血管にできた動脈瘤が破裂する「くももくしゅつくも膜下出血」は、生命が危険な状態になるばかりでなく、重大な後遺症を残すことがある、恐ろしい病気です。



こんな症状が“突然”起こったら…

- 片方の手足・顔半分の麻痺・しびれが起こる(手足のみ、顔のみの場合もあります)。
- ろれつが回らない、言葉が出ない、他人の言うことが理解できない。
- 力はあるのに、立れない、歩けない、フラフラする。
- 片方の目が見えない、物が二つに見える、視野の半分が欠ける。
- 経験したことのない激しい頭痛、突然の激しい吐き気がする。



こんなときはすぐに119番へ

しんきんこうそく

心筋梗塞が疑われる症状

心臓の血管が詰まる「心筋梗塞」は、死に至ることがある恐ろしい病気です。



こんな症状が急にはじまったら…

- 胸の中央が締めつけられるような、または圧迫されるような痛みが、数分続く。
- 胸からのど、肩や背中にかけて痛む。
- 息切れや冷や汗、ふらつき、吐き気が上記の症状にともなう。



「救急受診ハンドブック（第5版）」（富山県厚生部医務課 2017<平成29>年9月発行）より

(7) 災害時における医療体制

第1 災害医療の概要

1. 災害医療とは

- 災害時における医療（災害医療）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活用する必要があります。
- 災害には、地震、風水害、火山災害、雪害等の自然災害や、鉄道災害、海上災害、航空災害、道路災害、原子力災害等の事故災害など、様々な種類があります。また、同じ種類の災害であっても、発生場所、発生時刻や発生時期等によって被災・被害の程度は大きく異なります。
- 災害時に必要となる医療機能は、災害の種類によって異なりますが、本計画においては一括して記載します。

2. 災害の現状

自然災害

- 1948（昭和23）年以降の記録では、本県において自然災害により計17回災害救助法が適用されています。
（地震）
- 1948（昭和23）年以降の記録では、本県において災害救助法が適用されるような地震は発生していません。
- 大規模地震の発生する可能性はすべての地域であり、地震に対する災害医療体制を構築する必要があります。
（風水害等）
- 1963（昭和38）年には、雪害により本県を含む11県109市町に災害救助法が適用されています。
- 2008（平成20）年2月には、寄り回り波により入善町に災害救助法が適用されています。
- 近年、集中豪雨が増加しており、2008（平成20）年7月には、豪雨により南砺市に災害救助法が適用されています。

事故災害

- （原子力災害）
- 2011（平成23）年3月の東京電力福島第一原子力発電所の事故を受け、国において原子力災害対策が見直され、今後、その拡充強化を図る中で、原子力災害医療体制等を整備する必要があります。
- （テロ）
- テロには、銃器の発砲や爆弾等の爆発から、航行中の航空機を使った攻撃まで様々な形態があり、用いられる物質（N：核物質、B：生物剤、C：化学剤）によっても多様な形態をとります。NBCを使ったテロ・災害に対処する災害医療については、特別な対応が求められます。

3. 災害医療の提供

災害拠点病院

- 1996（平成 8）年度以降、災害拠点病院（基幹災害拠点病院、地域災害拠点病院）の整備が図られ、2016（平成 28）年 4 月現在、県内で 8 病院（全国：712 病院）が指定されています。
- 災害拠点病院は、災害による重症患者の救命医療など高度の診療機能を有し、被災地からの患者の受入れ、広域医療搬送に係る対応等を行います。
- 地震等の災害時には、外傷、広範囲熱傷、挫滅症候群¹等が多く発生します。平時においてこれらの診療の多くは救命救急センターが担っていることから、原則として、災害拠点病院は救命救急センター又は第二次救急病院の機能を有する必要があります。また、精神科病院からの患者の受入れや精神症状の安定化等を、災害拠点病院のみで対応することは困難であることから、精神科病院においても、災害拠点病院と類似の機能を有する災害拠点精神科病院を今後整備する必要があります。

災害派遣医療チーム（DMAT）

- 2005（平成 17）年度以降、災害急性期（概ね発災後 48 時間）にトレーニングを受けた医療チームが災害現場へできるだけ早期に出向いて救命医療を行うことが、被災者の救命に重要であるとの認識の下、「災害派遣医療チーム（DMAT：Disaster Medical Assistance Team）」の養成が開始されました。
- DMATは、2016（平成 28）年 4 月現在、県内の 8 病院に 20 チーム（全国：1,508 チーム）が編成されています。
- DMATは、災害発生後直ちに被災地に入り、被災地内におけるトリアージや救命処置、患者を搬送する際における必要な観察・処置、被災地内の病院における診療の支援等を行います。
- 一度に数名から十数名程度の患者が発生する災害では、必要に応じて近隣地域のDMATが災害現場へ入り、トリアージや救命処置等の医療支援を行います。
- 比較的規模の大きな人的被害が発生した災害では、近隣地域のDMATが、災害現場で医療支援を行うことに加えて、災害拠点病院等の負傷者の集まる被災地域の病院で医療支援を行い、必要に応じて、患者を近隣地域の災害拠点病院へ搬送する際の医療支援を行います。
- 甚大な人的被害が起こった場合には、遠隔地域からもDMATが被災地域へ入り、被災地域では対応困難な患者を遠隔地域へ広域医療搬送する際の医療支援を行います。

災害派遣精神医療チーム（DPAT）

- 2011（平成 23）年の東日本大震災における精神保健医療活動支援を通じて、指揮命令系統の改善、被災精神科医療機関への支援の強化等の課題が明らかとなり、2012（平成 24）年度に「災害派遣精神医療チーム（DPAT：Disaster Psychiatric Assistance Team）」の仕組みが創設され、2013（平成 25）年度よりその養成が開始されています。

¹ 身体の一部、特に四肢が瓦礫等により圧迫されると、筋肉等が損傷を受け、壊死した筋細胞からカリウム等が漏出する。その後、圧迫が解除されると、血液中にそれらが大量に流れ込むことにより、不整脈や急性腎不全等を来し致命的になる疾患群。

- DPATは、被災地での精神科医療の提供、被災地での精神保健活動への専門的支援、被災した医療機関への専門的支援（患者避難への支援を含む。）、支援者（地域の医療従事者、救急隊員、自治体職員等）への専門的支援等の役割を担います。

医療救護班等

- 災害急性期以降の中長期においては、避難所や救護所等に避難した住民等に対する健康管理を中心とした医療を提供する医療救護班等が組織されます。
- 医療救護班等として、県、医師会（JMAT：Japan Medical Association Team）、歯科医師会、日本赤十字社、大学など各種医療団体等が組織する医療救護班や、日本薬剤師会、日本看護協会等が組織する災害支援チームが、DMAT、DPAT、DHEAT（災害時健康危機管理支援チーム）などとも連携しつつ、引き続いて活動を行います。
- 今後、我が国の高齢化の進展とともに、どのような災害においても、高齢者等の災害時要配慮者の割合が増加すると見込まれることから、健康管理を中心とした活動はより重要となります。

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

- 災害時の迅速な対応が可能となるよう、患者の医療機関受診状況、ライフラインの稼働状況、医薬品備蓄状況、受入医療機関の状況などの情報を相互に収集・提供する「広域災害・救急医療情報システム（EMIS）」が全国的に整備されています。
- 災害時において機能するシステムとして活用するためには、平時から医療関係者、行政関係者等の災害医療関係者がこの情報システムについて理解し、日頃から入力訓練等を行うことが必要です。
- また、実際に災害が起きた際には、被災した病院に代わって県や厚生センター等が情報システムへの代行入力を行うことが可能であり、地域全体として情報の提供と収集を行う体制を整備することが重要です。

NBC災害・テロへの対応

- 国において、NBC災害・テロ対策設備整備事業等により、災害拠点病院や救命救急センター等に対する設備整備補助や、NBC災害・テロ発生時に対応できる人材の育成を目的としたNBC災害・テロ対策研修等が実施されています。

都道府県等の自治体

- 県においては、富山県地域防災計画に基づき、災害対策本部内に「災害医療対策チーム」を編成し、「災害医療対策チーム」に災害医療コーディネーターを配置し、医療情報の収集及び提供、傷病者の受入れ及び搬送に関する調整、DMATや医療救護班等の派遣調整など、災害時における医療活動に関する総合調整を行います。
- 国、全国知事会、全国の医療関係団体などから、他県における災害医療の支援要請がある場合は、県、医師会、歯科医師会、日本薬剤師会、日本看護協会、日本赤十字社、大学、医療機関などの連携のもと、DMATや医療救護班等の派遣を進めるとともに、県では、各派遣先の医療救護活動の情報収集などに努め、災害医療情報の一元管理やコーディネーター等を行います。
- 厚生センター・保健所では、被災した市町村の医療救護担当課と連携して、医療救護活動に係る情報収集を行い、県災害対策本部や関係機関に速やかに伝達できるような体制の整備が必要です。

- 厚生センター・保健所や市町村等の行政担当者と地域の医師会や災害拠点病院等の医療関係者等が定期的に情報交換し、災害発生時には集合した医療救護班等の配置調整を行うなどのコーディネート機能を発揮できるような体制を整備することが必要です。

第2 必要となる医療機能

1-1. 災害拠点病院

目 標

- 被災した際に、被害状況、診療継続可否等の情報を、EMIS等を用いて県災害対策本部へ共有すること
- 災害時においても、多発外傷、挫滅症候群、広範囲熱傷等の重篤救急患者の救命医療を行うための高度の診療機能を有すること
- 患者等の受入れと搬出を行う広域搬送に対応すること
- DMAT等の派遣機能を有すること
- 被災しても、早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画の整備を含め、平時からの備えを行っていること

医療機関に求められる事項

- 災害時に多発する重篤救急患者の救命医療を行うために必要な施設・設備、医療従事者を確保していること
- 多数の患者に対応可能な居室や簡易ベッド等を有していること
- 基幹災害拠点病院は病院の機能を維持するために必要なすべての施設が、地域災害拠点病院は診療に必要な施設が耐震構造であること
- 被災時においても電気、水、ガス等の生活必需基盤が維持可能であること
- 災害時においても必要な医療機能を発揮できるよう、自家発電機を保有していること
- 災害時においても診療が継続できるよう、適切な容量の受水槽や井戸設備の整備、優先的な給水協定の締結等により、必要な水の確保に努めること
- 飲料水・食料、医薬品、医療機材等を備蓄するとともに、関係団体と協定を締結し、災害時に優先的に供給を受けられるようにしておくこと
- 災害対策マニュアルの整備、研修・訓練等による人材育成を行うこと
- 基幹災害拠点病院においては、災害医療に精通した医療従事者の育成（県医師会等とも連携し、地域の医療従事者への研修を含む。）の役割を担うこと
- 病院敷地内又は病院近接地にヘリコプターの離着陸場（ヘリポート）を有していること
- EMISに加入しており、災害時にデータを入力する複数の担当者を事前に決めておき、訓練を行うことでその使用方法に精通していること
- 複数の災害時の通信手段を確保するよう努めること
- 被災後、早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画の整備を行うこと
- 整備された業務継続計画に基づき、被災した状況を想定した研修及び訓練を実施すること
- 災害急性期を脱した後も継続的に必要な医療を提供できるよう、JMAT、日本赤十字社救護班等の医療関係団体の医療チームと定期的な訓練を実施するなど、適切な連携をとること

1-2. 災害拠点精神科病院

目 標

- 被災した際に、被害状況、診療継続可否等の情報を、EMIS等を用いて県災害対策本部へ共有すること
- 災害時においても、医療保護入院、措置入院等の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）に基づく精神科医療を行うための診療機能を有すること
- 災害時においても、精神疾患を有する患者の受入れや、一時的避難場所としての機能を有すること
- DPATの派遣機能を有すること
- 被災しても、早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画の整備を含め、平時からの備えを行っていること

医療機関に求められる事項

- 災害時に精神疾患を有する患者の一時的避難に対応できる場所を確保していること（体育館等）
- 重症な精神疾患を有する患者に対応可能な保護室等を有していること
- 診療に必要な施設が耐震構造であること
- 被災時においても電気、水、ガス等の生活必需基盤が維持可能であること
- 災害時において必要な医療機能を発揮できるよう、自家発電機を保有していること
- 災害時においても診療が継続できるよう、適切な容量の受水槽や井戸設備の整備、優先的な給水協定の締結等により、必要な水の確保に努めること
- 飲料水・食料、医薬品、医療機材等を備蓄するとともに、関係団体と協定を締結し、災害時に優先的に供給を受けられるようにしておくこと
- 災害時における精神科医療に精通した医療従事者の育成の役割を担うこと
- EMISに加入しており、災害時にデータを入力する複数の担当者を事前に決めておき、訓練を行うことでその使用方法に精通していること
- 複数の災害時の通信手段を確保するよう努めること
- 被災後、早急に診療機能を回復できるよう、業務継続計画の整備を行うこと
- 整備された業務継続計画に基づき、被災した状況を想定した研修・訓練を実施すること
- 災害急性期を脱した後も継続的に必要な医療を提供できるよう、日本医師会災害医療チーム（JMAT）、日本赤十字社救護班等の医療関係団体の医療チームと、定期的な訓練を実施するなど、適切な連携をとること

2. 災害時に拠点となる病院以外の病院

目 標

- 被災した際に、被害状況、診療継続可否等の情報を、EMIS等を用いて県災害対策本部へ共有すること
- 被災しても、早期に診療機能を回復できるよう、業務継続計画の整備を含め、平時からの備えを行っていること

医療機関に求められる事項

- 被災後、早急に診療機能を回復できるよう、業務継続計画の整備を行うこと
- 整備された業務継続計画に基づき、被災した状況を想定した研修・訓練を実施すること
- EMISへ登録し、自らの被災情報を被災地内に発信することができるよう備えること。

また、災害時にデータを入力する複数の担当者を事前に決めておき、訓練を行うことでその使用方法に精通していること

- 災害急性期を脱した後も継続的に必要な医療を提供できるよう、日本医師会災害医療チーム（JMAT）、日本赤十字社救護班等の医療関係団体の医療チームと連携をとること

3. 都道府県等の自治体

目 標

- 消防、警察等の関係機関や公共輸送機関等が、実災害時において迅速に適切な対応がとれ、連携できること
- 保健所管轄区域や市町村単位での保健所等を中心とした地域コーディネート体制を充実させることで、実災害時に救護所、避難所の被災者に対して感染症のまん延防止、衛生面のケア、災害時要支援者へのサポート、メンタルヘルスケア等に関してより質の高いサービスを提供すること

自治体に求められる事項

- 平時から、災害支援を目的としたDMAT、DPATの養成と派遣体制の構築に努めること
- 災害医療コーディネート体制の構築要員（都道府県災害医療コーディネーター、災害時小児周産期リエゾンを含む。）の育成に努めること
- 災害時の医療チーム等の受入れも想定した災害訓練を実施すること。訓練においては、被災時の関係機関・関係団体と連携の上、都道府県としての体制だけでなく、保健所管轄区域や市町村単位等での保健所等を中心としたコーディネート体制に関しても確認を行うこと
- 災害急性期を脱した後も避難所等の被災者に対して感染症のまん延防止、衛生面のケア、災害時要支援者へのサポート、メンタルヘルスケア等に関して継続的で質の高いサービスを提供できるよう、保健所を中心とした体制整備に平時から取り組むこと
- 都道府県を超える広域医療搬送を想定した災害訓練の実施又は参加に努めること

第3 災害医療の現状

1. 災害拠点病院

- 2017（平成 29）年 4 月現在、災害拠点病院として、県全域を対象とする基幹災害拠点病院に県立中央病院と富山大学附属病院が、二次医療圏ごとの地域災害拠点病院に黒部市民病院、富山市民病院、富山赤十字病院、高岡市民病院、厚生連高岡病院、市立砺波総合病院が指定されています。
- 2016（平成 28）年 9 月現在、病院機能を維持するために必要な建物がすべて耐震化された災害拠点病院は 8 病院中 8 病院となっています²。
- 2016（平成 28）年 4 月現在、衛星電話や衛星インターネットなど、災害時の通信手段を確保している災害拠点病院は 8 病院中 8 病院となっています²。
- 2017（平成 29）年 1 月現在、EMIS の操作について、研修・訓練を実施している病院は 100%（全国：98.2%）となっています²。
- 2016（平成 28）年 4 月現在、業務継続計画を策定している病院の割合は 37.5%（全国：38.5%）となっています²。
- 県内では、2017（平成 29）年 3 月末現在、県立中央病院、富山大学附属病院、黒部市民病院、富山市民病院、富山赤十字病院、高岡市民病院、厚生連高岡病院、市立砺波総合病院の 8 病院に DMA T が編成されており、DMA T の研修を修了した隊員数は 154 名、人口 10 万人当たり 14.3 名（全国：9.0 名）と全国を上回っています²。

2. 災害拠点病院以外の病院

- 2016（平成 28）年 9 月現在、災害拠点病院以外の病院で耐震化された病院の割合は 83.0%（全国：71.5）と全国を上回っています。
- 2016（平成 28）年 9 月現在、災害拠点病院以外の病院で業務継続計画を策定している病院の割合は 9.2%となっています。また、災害実動訓練を実施している病院の割合は 18%となっており²、未対応の病院については対策が必要です。
- 2017（平成 29）年 4 月現在、EMIS に登録している病院の割合は、100%となっています²。

3. 広域医療搬送

- 大規模災害時には、県内医療機関のみでは受入れ困難な重症患者を被災地域外に広域搬送する際の拠点となる広域搬送拠点臨時医療施設（SCU）³を設置する必要がありますが、そのための資機材が整備されています。

4. 連携

- 災害時に地域の関係者が連携して対策にあたるため、平常時から顔の見える関係を構築

² 災害時における医療体制構築に係る現状把握のための指標

³ 広域搬送拠点臨時医療施設（SCU：Staging Care Unit）：被災地内広域搬送拠点内に臨時に設置する広域医療搬送対象患者を一時収容するための医療施設。

しておく重要性が指摘されています。

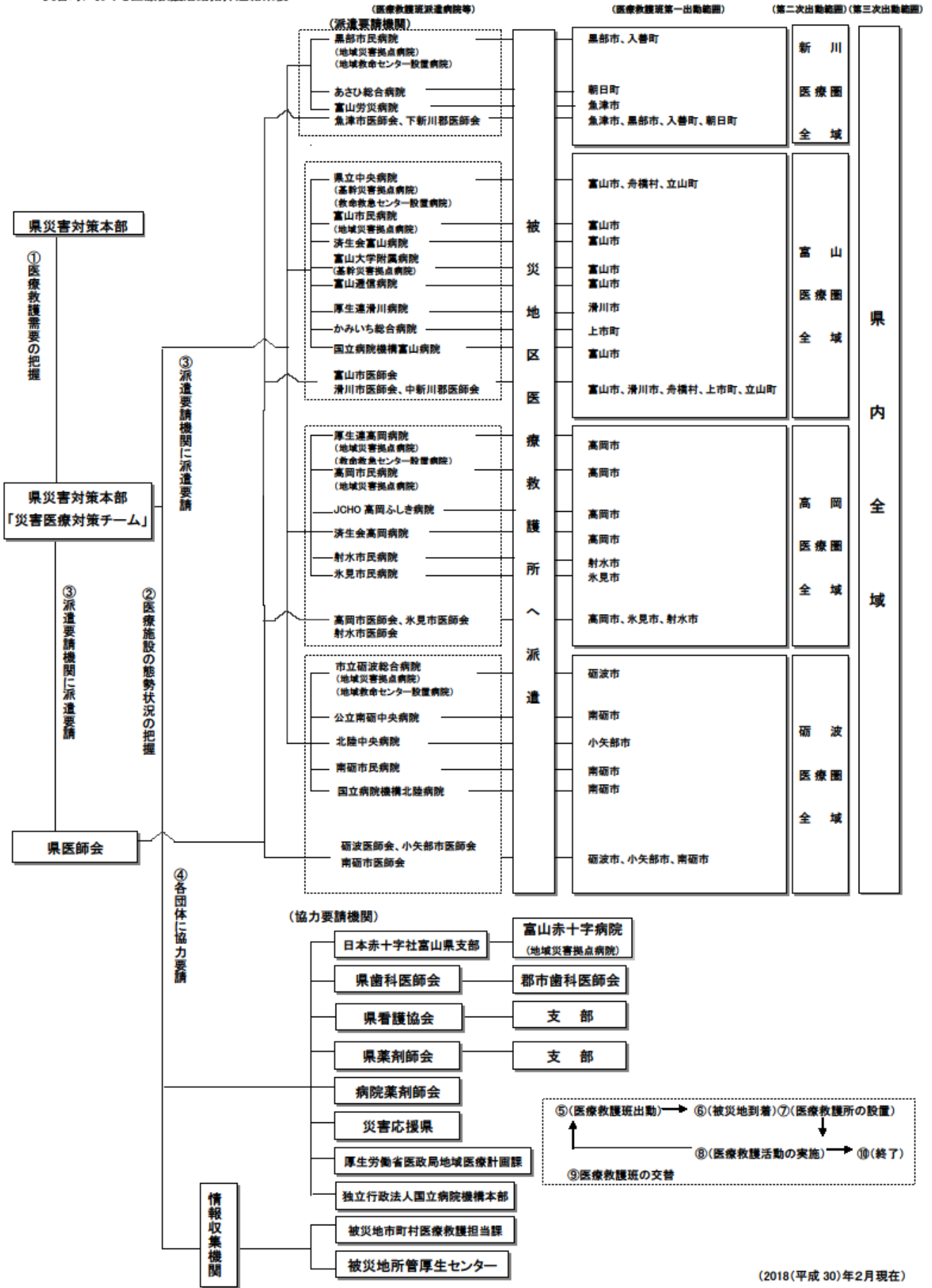
- 災害時における医療の確保のため、県と、県医師会、県歯科医師会及び県看護協会との間で災害時の医療救護についての協定が締結されています。また、公的病院や郡市医師会からなる医療救護班が県からの要請に基づいて派遣され、医療救護活動を行うこととなっています。
- 県と県医薬品卸業協同組合及び一般社団法人日本産業・医療ガス協会北陸地域本部との間で災害時の医薬品や医療ガスの供給に関する協定が締結されています。
また、県薬剤師会との間で災害時の医療救護についての協定が締結されており、県からの要請に基づき、医療救護所等における調剤等のほか、医薬品の仕分けや管理を行うこととなっています。
- 災害被災者のニーズに的確に対応した健康管理（保健指導及び栄養指導）を行うため、災害時の保健活動マニュアルを作成しています。
- 災害発生時における被災者への適切な歯科保健医療を提供するため、災害時の歯科医療救護マニュアルを作成しています。
- 災害時における医薬品の確保を図るため、医薬品等の供給マニュアルを作成しています。

災害医療を担う医療機関等

(2017<平成29>年11月現在)

医療圏	新川	富山	高岡	砺波
災害拠点病院等	基幹災害拠点病院		県立中央病院 富山大学附属病院	
	救命救急センター		県立中央病院	厚生連高岡病院
	地域災害拠点病院	黒部市民病院	富山市民病院 富山赤十字病院	高岡市民病院
災害急性期の応援派遣	DMAT派遣		県立中央病院 富山大学附属病院 厚生連高岡病院 黒部市民病院 富山市民病院 富山赤十字病院 高岡市民病院 市立砺波総合病院	
	DPAT派遣		県立中央病院 富山大学附属病院 北陸病院	
災害中長期の応援派遣 (健康管理)			公的病院が編成する医療救護班 日本赤十字社富山県支部が編成する医療救護班 県医師会が編成する災害医療チーム(JMAT) 県歯科医師会が編成する医療救護班 県看護協会が編成する災害支援ナース 県薬剤師会が編成する災害支援チーム	

災害時における医療救護活動指揮連絡系統



[災害拠点病院]

[課題①]

- 災害拠点病院の施設・設備整備、職員による実動訓練や研修の実施など、総合的な機能強化が必要です。

<施策>

- 衛星電話や衛星回線インターネットなど、複数の通信手段の確保を推進します。
- 業務継続計画の策定及び訓練実施を支援します。
- DMA TやD P A T研修を修了した隊員数のさらなる増加を図り、災害時に迅速な派遣が可能な体制を整備します。
- 災害時に災害医療関係者が連携を図りながら迅速に対応できるよう、県総合防災訓練やDMA T実動訓練など災害医療に関する実動訓練を実施します。
- 災害医療従事者を対象とした研修を実施します。
- 災害拠点精神科病院について検討します。

[災害拠点病院以外の病院]

[課題②]

- 病院の耐震化を進めることが必要です。
- 業務継続計画の策定や災害実動訓練の実施を促進する必要があります。

<施策>

- 補助制度等を活用し、病院の耐震化を促進します。
- 業務継続計画の策定や災害実動訓練の実施を促進します。

[広域医療搬送]

[課題③]

- 災害発生時に速やかに広域搬送拠点臨時医療施設（S C U）を設置できるよう、体制整備が引き続き必要です。

<施策>

- 大規模な災害により、県内の医療機関において被災患者に対する救急救命処置が行えない場合、速やかに被災地域外の医療機関に重症患者を搬送する広域医療搬送を行う必要があります。このため、広域搬送拠点臨時医療施設（S C U）の設置訓練を実施します。

[連携]

[課題④]

- 災害医療関係者が平常時から顔の見える関係を構築しておくことが重要です。
- 災害発生時の災害医療関係者の役割分担や連携方策について明確にしたうえで情報を共有することが必要です。

<施策>

（平常時からの連携強化の取組み）

- 厚生センター・保健所単位で、行政、災害拠点病院、医師会、歯科医師会、看護協会、薬剤師会等の災害医療関係者等による連携会議を定期的で開催し、平常時から顔の見える

関係を構築します。

- 大規模な災害を想定した関係病院、医師会、消防、警察等との合同訓練を実施し、連携体制づくりを促進します。また、DMATや医療救護班を組織している災害拠点病院、他の公的病院、医師会に対し、市町村等が実施する防災訓練への積極的な参加を促します。
- 災害発生時等における保健衛生の確保、健康管理、心的外傷後ストレス障害（PTSD）等への対応を促進するため、厚生センター等関係職員の研修を充実します。
- 原子力災害医療体制の整備・充実に努めます。

（急性期の連携方策）

- 県災害対策本部に「災害医療対策チーム」を編成し、災害医療コーディネーターとも連携し、情報の共有を行い、DMAT等の派遣調整や救急隊との連携などを行う体制を充実します。

（中長期の連携方策）

- 県災害対策本部「災害医療対策チーム」を拠点に、県、県医師会、富山大学、県歯科医師会などが編成する医療救護班、県看護協会、県薬剤師会が編成する災害支援チーム、災害リハビリテーション関係者、心のケアチームなどの派遣調整や救急隊との連携を行う体制を充実します。
- 厚生センター・保健所単位で、行政、災害拠点病院、医師会、歯科医師会、看護協会、薬剤師会等の災害医療関係者等による連携会議を開催します。また、被災地における医療機関の患者受入れ・搬送調整や医療救護班等の受入れ・派遣調整など、コーディネート機能の整備に努めます。

【数値目標】

指標名及び指標の説明	現状	国	2023年	出典等
（災害拠点病院） 災害時の複数の通信手段の確保率	87.5% (7/8 病院)	82.7%	100%	都道府県調査 (2016年4月)
（災害拠点病院） 業務継続計画の策定率	37.5%	38.5%	100%	都道府県調査 (2016年4月)
（病院） 耐震化率	83.0% (88/106 病院)	71.5%	100%	都道府県調査 (2016年9月)
災害医療関係者による定期 会議の開催	開催	—	開催	県医務課調べ (2017年10月)

(8) へき地の医療体制

第1 へき地医療の概要

1 へき地とは

- へき地とは、無医地区、無歯科医地区、無医地区に準ずる地区、無歯科医地区に準ずる地区、その他へき地診療所が設置されているなど、へき地保健医療対策の対象とされている地域をいいます。
- 無医地区、無歯科医地区とは、原則として医療機関のない地域で、当該地区の中心的な場所を起点としておおむね半径4kmの区域内に50人以上が居住している地区であり、かつ容易に医療機関を利用することができない地区をいいます。
- 無医地区に準ずる地区、無歯科医地区に準ずる地区とは、人口が50人に達しないなど無医地区、無歯科医地区には該当しないが、巡回診療などにより、無医地区、無歯科医地区に準じた医療の確保が必要な地区をいいます。

2 へき地の医療提供体制

医療提供施設等

- へき地診療所は、無医地区、無医地区に準ずる地区等における地域住民への医療の提供を行います。
- へき地医療拠点病院は、代診医の派遣等へき地診療所の支援、巡回診療等を行います。

へき地医療を支援する施設等

- へき地医療支援機構は、広域的なへき地医療支援事業の企画調整を行います。

3 無医地区等の現状

- 2014(平成26)年現在、無医地区10地区(人口2,232人)、無医地区に準ずる地区10地区(人口916人)の計20地区となっています¹。
- 2014(平成26)年現在、無歯科医地区10地区(人口2,668人)、無歯科医地区に準ずる地区5地区(人口174人)の計15地区となっています¹。

¹ へき地の医療体制構築に係る現状把握のための指標

無医地区・無医地区に準ずる地区

医療圏	市町村	地区数	地区名	最寄診療所との距離(km)	最寄総合診療病院*との距離(km)
新川	朝日町	(1)	(大平)	11.0	あさひ総合病院 11.0
	黒部市	(2)	(布施山)	3.0	黒部市民病院 4.0
			(栗寺)	3.5	〃 4.6
	魚津市	(2)	(白倉)	12.0	厚生連滑川病院 14.0
(池谷小菅沼)			10.0	富山労災病院 12.0	
富山	上市町	2 (1)	(白萩東部)	8.0	かみいち総合病院 9.3
			白萩南部	6.2	〃 8.0
			山加積	2.8	〃 4.1
	立山町	(1)	(東峯)	10.0	かみいち総合病院 11.0
富山市(八尾)	1	大長谷	19.5	八尾総合病院 19.8	
高岡	氷見市	6	女良	11.5	金沢医科大学氷見市民病院 15.1
			宇波	8.7	〃 13.1
			久目	16.4	〃 17.2
			仏生寺	10.3	〃 15.0
			碁石	12.1	〃 12.9
			八代	9.7	〃 13.6
	高岡市(福岡)	1	五位山	7.0	厚生連高岡病院 12.9
砺波	砺波市	(1)	(梅檀山)	8.0	市立砺波総合病院 13.0
	南砺市(城端)	(1)	(東西原)	4.3	公立南砺中央病院 6.8
	南砺市(利賀)	(1)	(大勘場)	11.0 (利賀診療所)	南砺市民病院 32.6
合計		10 (10)			

() は無医地区に準ずる地区

厚生労働省「平成26年度無医地区等調査」

*従前の医療法の規定による総合病院に相当する病院

無歯科医地区・無歯科医地区に準ずる地区

医療圏	市町村	地区数	地区名	最寄歯科医療機関との距離(km)
新川	魚津市	(2)	(白倉)	14.0
			(池谷小菅沼)	11.8
	朝日町	(1)	(大平)	11.0
富山	上市町	1	白萩南部	8.0
	立山町	(1)	(東峯)	10.5
	富山市(八尾)	1	大長谷	19.5
高岡	氷見市	6	女良	15.1
			宇波	13.1
			八代	13.0
			久目	17.2
			仏生寺	9.8
			碁石	12.9
高岡市(福岡)	1	五位山	8.0	
砺波	南砺市(城端)	(1)	(東西原)	3.9
	南砺市(利賀)	1	利賀	21.4
合計		10 (5)		

() は無歯科医地区に準ずる地区

厚生労働省「平成26年度無歯科医地区等調査」

第2 必要となる医療機能

1. へき地における保健指導の機能【保健指導】

目 標

- 無医地区等において、保健指導を提供すること

関係機関に求められる事項

- 保健師等が実施し、必要な体制が確保できていること
- 地区の保健衛生状態を十分把握し、市町村保健センターと最寄りのへき地診療所等との緊密な連携のもとに計画的に地区の実情に即した活動を行うこと

関係機関等の例

- へき地診療所
- 市町村保健センター

2. へき地における診療の機能【へき地診療】

目 標

- 無医地区等において、地域住民の医療を確保すること
- 24時間365日対応できる連携体制を構築すること
- 専門的な医療や高度な医療を担う医療機関へ搬送する体制を整備すること

医療機関に求められる事項

- プライマリケアの診療が可能な医師等がいること又は巡回診療を実施していること
- 必要な診療部門、医療機器等があること
- へき地診療所診療支援システム²を活用していること
- 緊急の内科的・外科的処置が可能なへき地医療拠点病院等と連携していること
- へき地医療拠点病院等における職員研修等に計画的に参加していること

医療機関の例

- へき地診療所
- 巡回診療・歯科診療を実施する医療機関

3. へき地の診療を支援する医療の機能【へき地診療の支援医療】

目 標

- 診療支援機能の向上を図ること

医療機関に求められる事項

- へき地医療拠点病院支援システム³を活用していること
- へき地診療所支援システムを活用していること
- 巡回診療等によりへき地住民の医療を確保すること
- へき地診療所等への代診医等の派遣（継続的な医師派遣も含む。）及び技術指導、援助を

² へき地医療拠点病院とへき地診療所との間に伝送装置を設置し、へき地医療拠点病院がへき地診療所の診療活動等を援助するもの。

³ 小規模なへき地医療拠点病院の機能を強化するため、高度の機能を有する病院等医療機関とへき地医療拠点病院との間に伝送装置を設置し、へき地医療拠点病院の診療活動等を援助するもの。

行うこと

- へき地の医療従事者に対する研修の実施及び研究施設を提供すること
- 遠隔診療等の実施により各種の診療支援を行うこと
- その他県及び市町村がへき地における医療確保のため実施する事業に対して協力すること
- 高度の診療機能を有し、へき地医療拠点病院の診療活動等を援助すること
- へき地医療拠点病院は、巡回診療、医師派遣、代診医派遣をいずれか月1回以上、あるいは年12回以上実施すること

医療機関の例

- へき地医療拠点病院
- 救命救急センターを有する病院

4. 行政機関等によるへき地医療の支援【行政機関等の支援】

目 標

(行政機関)

- へき地を支援する医療機関等を支援すること
- (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、へき地において継続的に医療サービスを提供できるよう、関係機関の調整等を行うこと

関係者に求められる事項

(行政機関)

- 医療計画の策定及びそれに基づく施策を実施すること
- (へき地医療支援機構)
- へき地診療所から代診医派遣、医師派遣の要請があった場合の調整と、へき地医療拠点病院への派遣要請を行うこと
- へき地医療に従事する医師を確保するためのドクタープール機能を持つこと
- へき地医療に従事する医師のキャリア形成支援を行うこと
- 地域医療支援センターとのより緊密な連携や一体化を進め、へき地の医療体制について、総合的な企画・調整を行うこと

第3 へき地医療の現状

1. へき地診療

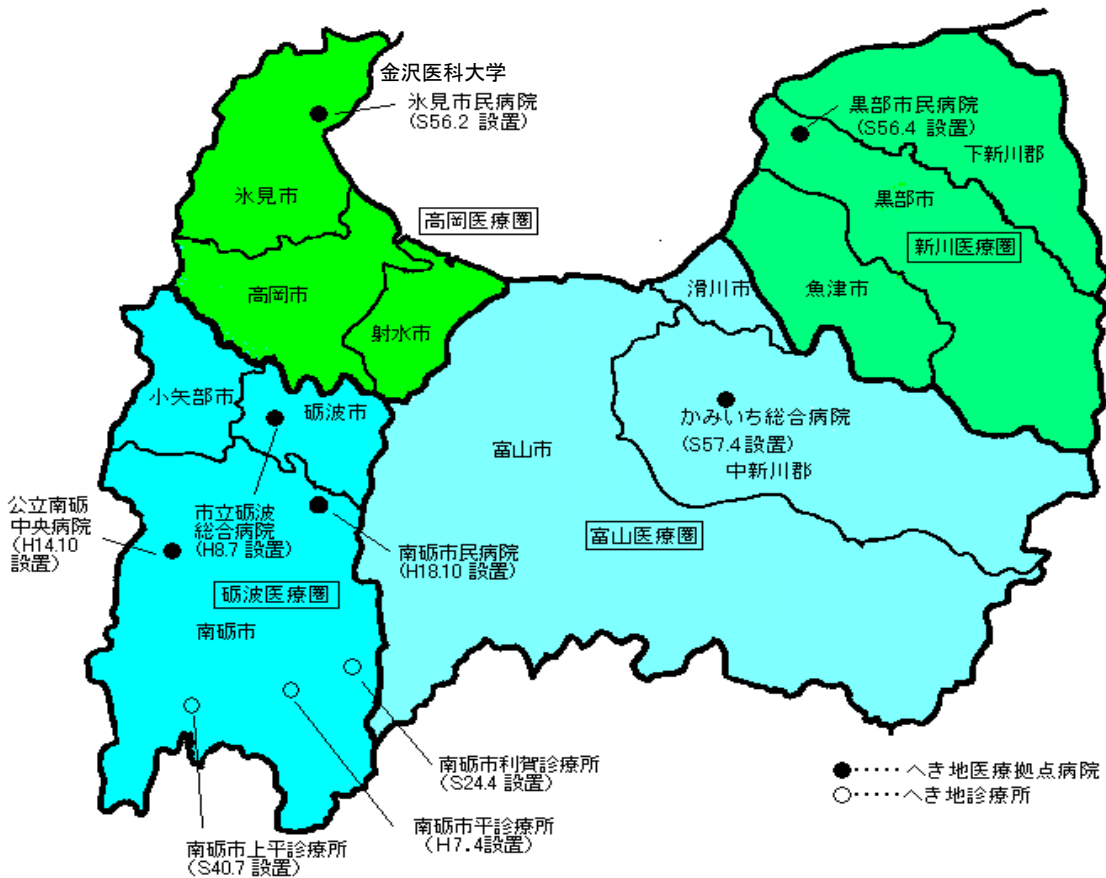
- 2017（平成 29）年現在、県内には、南砺市に上平、平、利賀の 3 つのへき地診療所があり、それぞれのへき地診療所には 1 名ずつの常勤医が勤務しています¹。
- 2017（平成 29）年現在、黒部市民病院、かみいち総合病院、金沢医科大学氷見市民病院、市立砺波総合病院、公立南砺中央病院及び南砺市民病院がへき地医療拠点病院に指定されています。
- 2015（平成 27）年度、黒部市民病院、かみいち総合病院、金沢医科大学氷見市民病院、市立砺波総合病院、公立南砺中央病院の 5 病院が巡回診療（合計 508 回）を行っています¹。また、公立南砺中央病院と南砺市民病院では、へき地診療所の医師が研修等に参加する際に、代診医の派遣（合計 102 回）を行っています¹。
- 自治医科大学において本県出身の医師を養成し、卒業した医師をへき地診療所やへき地医療拠点病院へ派遣し、へき地診療所の運営、へき地医療拠点病院からの代診医の派遣、巡回診療を支援しています。
- 公立南砺中央病院、南砺市民病院と上平診療所、平診療所、利賀診療所との間で遠隔医療システムが整備されており、住民への医療提供体制の充実と医療水準の向上が図られています。
- 重篤な救急患者を 24 時間体制で受け入れる救命救急センターが、県立中央病院と厚生連高岡病院に整備されています。また、救命救急センターの補完機能を果たす施設として、黒部市民病院と市立砺波総合病院に地域救命センターが設置されています。

へき地医療拠点病院

医療圏	新川	富山	高岡	砺波		
病院名	黒部市民病院	かみいち総合病院	金沢医科大学氷見市民病院	市立砺波総合病院	公立南砺中央病院	南砺市民病院
指定年	2003 年	2003 年	2003 年	2003 年	2003 年	2006 年
巡回診療実施回数	134 回	88 回	199 回	75 回	12 回	—
代診医派遣回数	—	—	—	—	49 回	53 回

県医務課調べ（2015<平成 27>年度実績）

へき地医療体制の状況

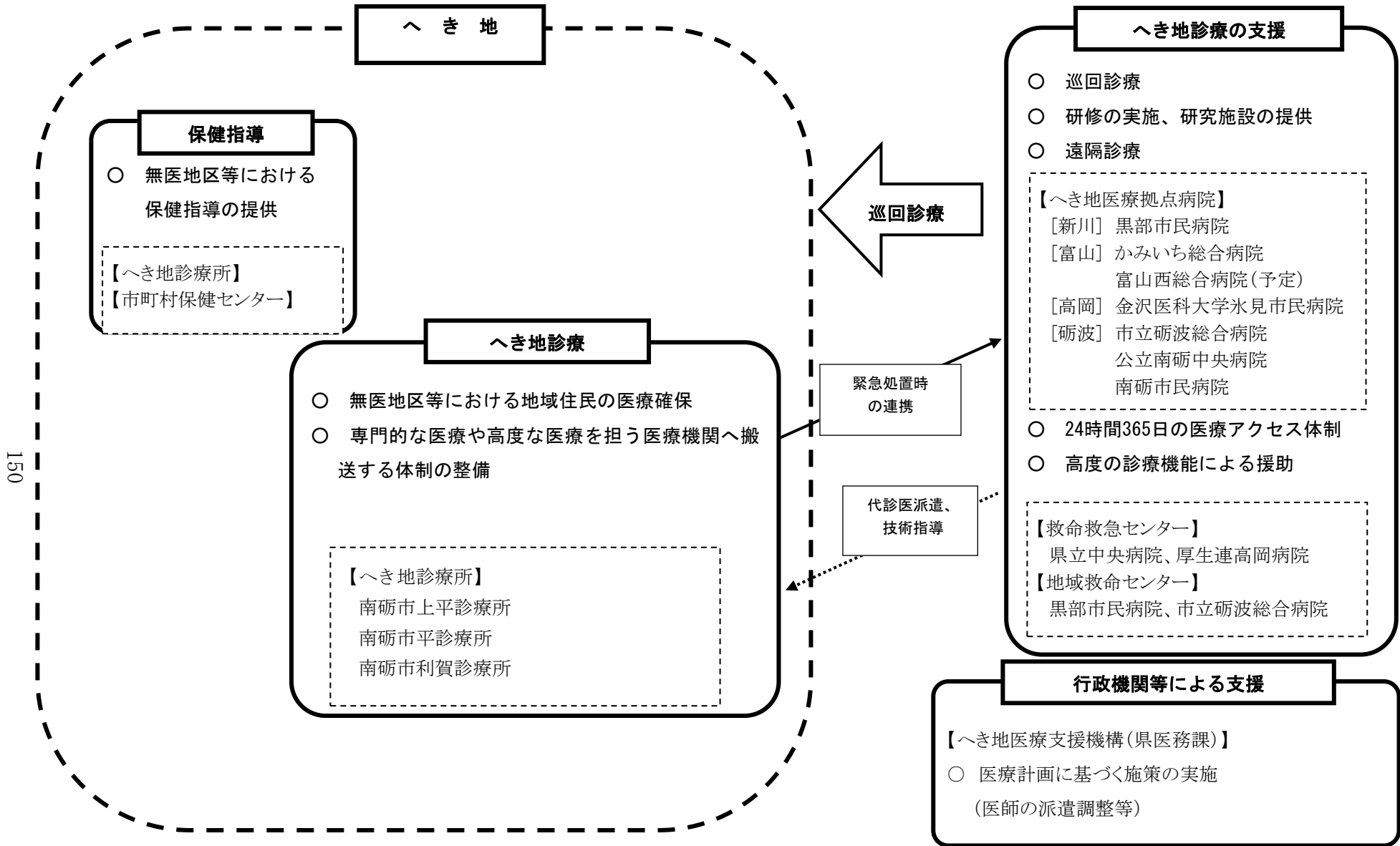


(2018<平成 30>年 2 月現在)

2. 医師確保

- へき地診療所とへき地医療拠点病院に勤務している自治医科大学卒業医師数は 2017 (平成 29) 年 4 月現在で 8 人となっています¹。
- 都市部の病院での研修や勤務を望む医師が多いなか、へき地医療拠点病院など地方の中・小規模の公的病院での医師確保が必要になっています。
- 県厚生部医務課内に「富山県へき地医療支援機構」が設置され、広域的なへき地医療対策の企画・調整等を行っています。

第4 へき地の医療提供体制



へき地医療を担う医療機関等

医療圏	新川	富山	高岡	砺波
保健指導				上平診療所 平診療所 利賀診療所
へき地診療所				上平診療所 平診療所 利賀診療所
へき地医療 巡回診療等 を実施する 医療機関	黒部市民病院	かみいち総合 病院 富山西総合 病院（予定）	金沢医科大学 氷見市民病院	市立砺波総合 病院 公立南砺中央 病院 南砺市民病院
へき地診療の 支援医療	へき地医療 拠点病院 黒部市民病院	かみいち総合 病院 富山西総合 病院（予定）	金沢医科大学氷 見市民病院	市立砺波総合 病院 公立南砺中央 病院 南砺市民病院
	救命救急セ ンター 地域救命セ ンター	県立中央病院 厚生連高岡病院 黒部市民病院 市立砺波総合病院		
行政機関等の支援		へき地医療支援機構		

(2018<平成30>年3月現在)

第5 へき地の医療提供体制における主な課題と施策

[へき地医療]

[課題①]

- へき地医療拠点病院による代診医の派遣や巡回診療等のへき地支援活動を継続する必要があります。

<施策>

- へき地診療所での診療や無医地区等への巡回診療を維持し、住民の健康管理や医療の確保に努めます。
- へき地医療拠点病院からへき地診療所への代診医の派遣について円滑な運用を図ります。
- へき地診療所とへき地医療拠点病院等を結ぶ、ITを利用した遠隔医療システムを利用し、へき地診療所における診療を支援します。
- 歯科領域のへき地を含む在宅診療の充実を支援します。
- へき地医療拠点病院やへき地診療所の施設整備や、医療機器、車輛、遠隔医療機器等の設備の充実を支援します。
- 必要に応じてドクターヘリ等を活用し、傷病者を搬送受入病院等へ搬送します。
- へき地医療拠点病院間の情報交換や連携を強化し、へき地医療の質の向上を図ります。
- 県のホームページや広報などを活用し、へき地医療の取組みについて医療関係者や地域住民への普及・啓発に努めます。

[医師確保]

[課題②]

- へき地医療に従事する医師の確保に向けた取組みが必要です。

<施策>

- へき地医療に携わる医師や、総合的な診療能力を有する、いわゆる「総合診療医」をへき地医療拠点病院で育成し、地域医療に従事する人材の確保を図ります。
- 自治医科大学を卒業した医師を県内のへき地医療拠点病院やへき地診療所へ派遣するとともに、義務年限終了後の県内定着に努めます。
- 富山大学や金沢大学の特別枠¹⁵を卒業した医師を県内のへき地医療拠点病院を含む公的病院等に派遣し、地域医療に従事する人材の確保を図ります。

¹⁵国の緊急医師確保対策及び骨太方針2009によって特別に認められた富山大学医学部医学科及び金沢大学医薬保健学域医学類の入学定員の増員分に係る入学定員枠。

【数値目標】

指標名及び指標の説明	現状	国	2023 年	出典等
へき地診療所への 代診医派遣回数	102 回	—	現状維持	県医務課調べ（2015 年）
へき地巡回診療回数	508 回	—	現状維持	県医務課調べ（2015 年）

(9) 周産期医療の体制

第1 周産期医療の概要

1. 周産期医療とは

- 周産期医療とは、妊娠、分娩に関わる母体・胎児管理と出生後の新生児管理を主に対象とする医療のことをいいます。
- 周産期とは統計上、妊娠満22週から出生後7日未満までのことをいいますが、本計画では、その前後の期間も含めて周産期医療として取り組みます。

2. 周産期医療の提供体制

周産期医療の提供体制に係る経緯と現状

- 2011（平成23）年3月に策定した「富山県周産期医療体制整備計画」に基づき、NICU（新生児集中治療管理室）¹、MFICU（母体・胎児集中治療管理室）²等の周産期医療病床の整備、医療体制や搬送体制の整備、人材の確保・育成等を進めてきました。
- 本県の周産期医療体制は、総合周産期母子医療センターである県立中央病院、二次医療圏ごとの地域周産期母子医療センター（黒部市民病院、富山大学附属病院、富山市民病院、厚生連高岡病院、市立砺波総合病院）、周産期母子医療センターを補完する周産期母子医療センター連携病院（富山赤十字病院、済生会高岡病院）を位置付けています。
- 妊婦及び新生児の搬送体制については、2010（平成22）年9月に策定した「富山県周産期医療搬送・紹介ガイドライン」に基づき、妊婦及び新生児の適切な搬送及び受入れ体制が構築され、連携体制がより強化されました。また、搬送の必要性の判断や搬送時間の短縮を図るため、県立中央病院、富山大学附属病院、厚生連高岡病院の産科及びNICUに、平成22年7月から搬送連絡用直通電話（当直医師が所持する携帯電話）を設置しています。
- 周産期保健医療体制の具体的な推進方策の協議を行うために、「富山県周産期保健医療協議会」を設置しています。また、母体や新生児の搬送状況等の調査・分析、周産期死亡等改善対策のための事例検討会や講習会を開催するなど、周産期医療の充実・改善に努めています。なお、富山県周産期保健医療協議会会長が富山県救急業務高度化推進協議会委員として参画しています。
- 総合周産期母子医療センターである県立中央病院に周産期情報センターを設置し、周産期医療に関する情報を収集し、周産期医療関係者等に提供しています。また、「富山県周産期救急情報システム」の充実を図るなど、周産期医療関係者等への情報提供に努めています。

¹ 新生児の治療に必要な保育器、人工呼吸器等を備え、24時間体制で集中治療が必要な新生児を治療するユニット。

² 合併症妊娠、胎児異常など、母体又は胎児におけるハイリスク妊娠に対応するため、分娩監視装置、人工呼吸器等を備え、主として産科のスタッフが24時間体制で治療を行うユニット。

第2 必要となる医療機能

1. 正常分娩等を扱う機能（日常生活・保健指導及び新生児の医療の相談を含む。）【正常分娩】

目 標

- 正常分娩に対応すること
- 妊婦健診等を含めた分娩前後の診療を行うこと
- 地域周産期母子医療センター及びそれに準ずる施設など他の医療機関との連携により、リスクの低い帝王切開術に対応すること

医療機関に求められる事項

- 産科に必要とされる検査、診断、治療が実施可能であること
- 正常分娩を安全に実施可能であること
- 他の医療機関との連携により、合併症や帝王切開術その他の手術に適切に対応できること
- 妊産婦のメンタルヘルスに対応可能であること
- 緊急時の搬送にあたっては、周産期救急情報システム等を活用し、病態や緊急度に応じて適切な医療機関を選定すること。また平時から近隣の高次施設との連携体制を構築すること

医療機関の例

- 産科又は産婦人科を標榜する正常分娩、軽度の異常分娩に対応可能な病院・診療所
- 分娩を取り扱わないが妊婦健康診査を実施する病院・診療所
- 助産所

2. 周産期に係る比較的高度な医療行為を行うことができる機能【地域周産期母子医療センター等】

目 標

- 周産期に係る比較的高度な医療行為を実施すること
- 24時間体制での周産期救急医療（緊急帝王切開術、その他の緊急手術を含む。）に対応すること

医療機関に求められる事項

【地域周産期母子医療センター】

（ア）機能

- 主として正常分娩等を扱う医療機関からの救急搬送、総合周産期母子医療センターからの戻り搬送³に応じること
- オープンシステム⁴やセミオープンシステム⁵等の活用、合同症例検討会等の開催等により、

³ 状態が改善した妊婦又は新生児を受入医療機関から搬送元又は地域の医療機関に搬送すること。

⁴ 妊婦健診は診療所等において主に実施し、連携している病院において分娩するもののうち、妊婦健診を実施した診療所等の医師が連携している病院に出向き分娩介助するもの。

⁵ 妊婦健診は診療所等において主に実施し、連携している病院において分娩するもののうち、妊婦健診を実施した診療所等の医師が連携している病院に出向き分娩介助しないもの。

その他の周産期医療関連施設等との連携を図ること

(イ) 整備内容及び職員等

- 地域周産期母子医療センターは、二次医療圏ごとに1病院又は必要に応じそれ以上整備することが望ましい。また、診療科目、設備、職員等に関しては表1のとおり。
- 周産期母子医療センター連携病院は、二次医療圏ごとに必要に応じ整備することとし、24時間体制で自院及び他の医療機関からの妊産婦の搬送受入れが可能であること、産婦人科医師については、当直・呼出しにより24時間の診療体制が確保されていること。

【周産期母子医療センター連携病院】

県全体としての周産期医療体制を充実・強化する観点から、総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センターを補完する病院を「周産期母子医療センター連携病院」として位置付けます。

(ア) 機能

- 妊婦の搬送受入体制を有し、出生体重2,000g以上、妊娠週数35週以上のハイリスク児や切迫早産等の妊娠週数35週以降の中等症妊産婦に対する医療を行う。

(イ) 整備内容及び職員等

- 24時間体制で自院及び他の医療機関からの妊産婦の搬送受入れが可能であること
- 産婦人科医師については、当直・呼出しにより24時間の診療体制が確保されていること

医療機関の例

- 地域周産期母子医療センターを有する病院
- 総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センターを補完する周産期母子医療センター連携病院

3. 母体又は児におけるリスクの高い妊娠に対する医療及び高度な新生児医療等の周産期医療を行うことができる機能【総合周産期母子医療センター】

目 標

- 合併症妊娠、胎児・新生児異常など母体又は児にリスクの高い妊娠に対する医療、高度な新生児医療等を実施すること
- 必要時に関係診療科又は他の施設と連携し、産科合併症以外の合併症を有する母体に対応すること
- 周産期医療の中核として地域の各周産期医療関連施設との連携を図ること

医療機関に求められる事項

(ア) 機能

- MFICU及びNICUを備え、常時の母体及び新生児搬送受入体制を有し、合併症妊娠（重症妊娠高血圧症候群、切迫早産等）、胎児・新生児異常（超低出生体重児、先天異常児等）など母体又は児におけるリスクの高い妊娠に対する医療及び高度な新生児医療等の周産期医療を行うこと
- 必要時、関係診療科又は他の施設と連携し、脳血管疾患、心疾患、敗血症、外傷、精神疾患等を有する母体に対応すること
- 地域の周産期医療関連施設からの救急搬送に応じるなど、周産期医療体制の中核として連携・調整を行うこと

- オープンシステム、セミオープンシステム等の活用、救急搬送の受入れ、合同症例検討会等の開催等により、地域周産期母子医療センターその他の地域で分娩を取り扱う全ての周産期医療関連施設等との連携を図ること

(イ) 整備内容及び職員等

- 総合周産期母子医療センターは、原則として、三次医療圏に一か所整備するものとする。また、診療科目、設備、職員等に関しては表2のとおり。
- 救命救急センターを設置している場合は、都道府県は、その旨を医療計画に記載し、関係者及び住民に情報提供すること
- 精神科を有し施設内連携が図られている場合はその旨を医療計画に記載し、精神疾患を合併する妊産婦についても対応可能な体制を整え、関係者および住民に情報提供すること

(ウ) 病床数

- MFICU及びNICUの病床数は、過去の患者受入実績やカバーする医療圏の人口等に応じ、適切な病床数をすることを基本とする。施設当たりのMFICU病床数は6床以上、NICU病床数は9床以上（12床以上とすることが望ましい。）とする。

※MFICU病床数は同等の機能を有する陣痛室の病床も含めて算定して差し支えない。

ただし、この場合、陣痛室以外のMFICU病床数が6床を下回ることはできない。

※NICU病床数は、新生児用人工換気装置を有する病床について算定するものとする。

- MFICUの後方病室（一般産科病床等）は、MFICUの2倍以上の病床数を有することが望ましい。
- GCUは、NICUの2倍以上の病床数を有することが望ましい。

(エ) 災害対策

- 災害時を見据えて業務継続計画を策定すること。また、自都道府県のみならず近隣都道府県の被災時においても、災害時小児周産期リエゾン等を介して物資や人員の支援を積極的に担うこと。

医療機関の例

- 総合周産期母子医療センターを有する病院

4. 周産期医療関連施設を退院した障害児等が生活の場（施設を含む。）で療養・療育できる

よう支援する機能【療養・療育支援】

目 標

- 地域の保健・福祉との連携により、周産期医療関連施設を退院した障害児等が生活の場（施設を含む。）で療養・療育できる体制を提供すること
- 在宅において療養・療育を行っている児及び家族に対する支援を実施すること

医療機関に求められる事項

- 周産期医療関連施設等と連携し、人工呼吸器の管理が必要な児や気管切開等のある児の受入れが可能であること
- 児の急変時に備え、救急対応可能な病院等との連携が図られていること
- 訪問看護ステーション、薬局、福祉サービス事業者及び自治体等との連携により、医療、保健及び福祉サービスを調整し、適切に療養・療育できる体制を支援すること
- 周産期医療関連施設等と連携し、療養・療育が必要な児の情報（診療情報や治療計画等）

を共有していること

- 医療型障害児入所施設等の自宅以外の場や在宅において療養・療育ができるよう、周産期医療関連施設と連携し支援すること
- 家族に対する精神的サポートや各種情報提供等の支援を実施すること

医療機関の例

- 小児科を標榜する病院・診療所
- 小児在宅医療を行う病院・診療所
- 訪問看護ステーション
- 医療型障害児入所施設
- 医療型短期入所施設
- 日中一時支援施設

表1 地域周産期母子医療センターに求められる機能、整備内容及び職員

I：必須、III：望ましい

国指針による規定			
診療 科目	産科	(NICUを備える小児専門病院等であって、県が相当と認める施設であれば必要なし)	I
	小児科	(新生児医療を担当する小児科)	I
	麻酔科その他の関係診療科		III
設備	産科	緊急帝王切開術等の実施に必要な医療機器	III
		分娩監視装置	III
		超音波診断装置(カラードップラー機能を有する)	III
		微量輸液装置	III
		その他産科医療に必要な設備	III
	小児科	新生児病室(NICUを含む)	I
(NICU)	新生児用呼吸循環監視装置	III	
	新生児用人工換気装置	III	
	保育器	III	
	その他新生児集中治療に必要な設備	III	
職員	小児科 (新生児病室)	医師(24時間体制で小児科医が病院内に勤務していることが望ましい。)	III
	産科	医師(帝王切開術が必要な場合に迅速(概ね30分以内)に手術への対応が可能)	III
	看護師(適当数勤務)		III
	臨床心理士等の臨床心理技術者		III
	入院児支援コーディネーター(NICUを有する場合)		III

表2 総合周産期母子医療センターの診療科目、設備、職員等

I：必須、II：必要に応じて、III：望ましい、IV：努める

	国指針よる規定		
診療科目	産科 (MFICUを有すること)	I	
	新生児医療を専門とする小児科 (NICUを有すること)	I	
	麻酔科その他の関係診療科	I	
設備	MFICU 個室	II	
	分娩監視装置	I	
	呼吸循環監視装置	I	
	超音波診断装置 (カラードップラー機能)	I	
	その他母体・胎児集中治療に必要な設備	I	
	NICU 新生児用呼吸循環監視装置	I	
	新生児用人工換気装置	I	
超音波診断装置 (カラードップラー機能)	I		
新生児搬送用保育器	I		
その他新生児集中治療に必要な設備	I		
GCU	NICUから退出した児並びに輸液、酸素投与等の処置及び心拍呼吸監視装置の使用を必要とする新生児の治療に必要な設備を備える	I	
	新生児と家族の愛着形成を支援するための設備 NICU、GCU等への入室面会及び母乳保育を行うための設備、家族宿泊設備等を備える	III	
	ドクターカー	II	
	検査機能 常時可能	I	
病床数	MFICU	6床以上 (同等の機能を有する陣痛室の病床を含めて差し支えない。ただし、この場合、陣痛室以外のMFICUの病床数は6床を下回ることができない)	I
	NICU	9床以上 (12床以上が望ましい) (新生児用人工換気装置を有する病床)	I
	MFICUの後方病室	MFICUの2倍以上	III
	GCU	NICUの2倍以上	III
職員	MFICU	医師 (24時間体制で産科を担当する複数の医師が勤務していること) 助産師または看護師 (3対1)	IV IV
	NICU	医師：24時間体制で新生児医療を担当する医師が勤務 看護師 (3対1) 臨床心理士等の臨床心理技術者	IV IV IV
	GCU	看護師 (6対1)	IV
	分娩室	助産師及び看護師は病棟と独立して勤務 (MFICUの勤務を兼ねることは差し支えない)	IV
	麻酔科医	センター内に麻酔科医を配置	IV
	NICU入院児支援コーディネーター	NICU、GCU等に長期入院している児童について、その状態に応じた望ましい療育・療養環境への円滑な移行を図る	IV
	関係診療科との連携	当該施設の関係診療科と日頃から緊密な連携を図る。 (救命救急センターを設置している場合は医療計画に記載) (精神科を有し、施設内連携が図られている場合は医療計画に記載)	I
災害対策	災害時を見据えた業務継続計画を策定している	I	
	災害時に小児周産期リエゾン等を介して物資や人員の支援を積極的に担うこと	I	

第3 周産期医療の現状

1. 周産期医療をとりまく状況

(分娩・出生)

- 分娩件数⁶は、2005（平成17）年は9,088件（全国：約108万件）でしたが、2015（平成27）年には7,656件（全国：約102万件）と約16%（全国：約6%）減少しています⁷。
- 出生場所は、2015（平成27）年は診療所が46.4%（全国：45.5%）、病院が53.4%（全国：53.7%）、「助産所」が0.04%（全国：0.7%）、「自宅・その他」が0.3%（全国：0.1%）と、診療所と病院がそれぞれ約半数を担っています⁷。
- 35歳以上の母からの出生割合は、1970（昭和45）年の2.5%（全国：4.7%）から増加を続け、2015（平成27）年には27.4%（全国：28.0%）となっています。また、2015（平成27）年の40歳以上の母からの出生割合は5.4%（全国：5.3%）となっています⁷。
- 出生数に対する早産（妊娠37週未満）の割合は、1990（平成2）年の4.6%（全国：4.5%）から2015（平成27）年5.4%（全国：5.6%）へと微増しています⁷。
- 全分娩数に対する複産（双子、三つ児など）の割合は、1995（平成7）年0.9%（全国：0.9%）から2005（平成17）年は1.3%（全国：1.2%）と微増しましたが、2015（平成27）年は1.0%（全国：1.0%）となっています⁷。
- 分娩数に対する帝王切開術の割合は、2000（平成12）年は11.0%（全国：10.0%）、2014（平成26）年は15.9%（全国：19.5%）と増加しています。医療機関別では、2000（平成12）年は病院が13.0%、診療所が8.2%（全国：病院11.2%、診療所8.3%）でしたが、2014（平成26）年は病院が20.8%、診療所が10.5%（全国：病院24.8%、診療所13.6%）と、特に病院における帝王切開率が大きく増加しています⁸。

(低出生体重児)

- 低出生体重児（2,500g未満）の出生割合は、1990（平成2）年の5.5%（全国：6.3%）から2015（平成27）年は8.9%（全国：9.5%）と増加しています。また、超低出生体重児（1,000g未満）の割合は、1990（平成2）年に0.27%（全国：0.19%）、2015（平成27）年は0.19%（全国：0.31%）となっています⁷。

(周産期死亡等)

- 周産期死亡率⁹（出産千対）は、1995（平成7）年は7.6（全国：7.0）でしたが、2015（平成27）年には5.0（全国：3.7）と低下しています。2006（平成18）年から2010（平成22）年までの5か年平均では4.9（全国：4.4）、2011（平成23）年から2015（平成27）年までの5か年平均では4.9（全国：3.8）と横ばいです⁷。
- このうち早期新生児死亡率¹⁰（出生千対）は、2006（平成18）年から2010（平成22）年までの5か年平均の1.0（全国：0.9）から、2011（平成23）年から2015（平成27）年まで

⁶ 出産（出生及び死産）をした母の数

⁷ 厚生労働省「人口動態統計」

⁸ 厚生労働省「医療施設調査」

⁹ 年間後期死産数（妊娠22週以降の死産数）と年間出生数の合計1,000に対する年間周産期死亡数（後期死産数＋早期新生児死亡数＜生後1週間未満の死亡数＞）をいう。

¹⁰ 年間後期死産数と年間出生数の合計1,000に対する年間早期新生児死亡数をいう。

の5か年平均では0.6（全国：0.7）と横ばいです。後期死産率¹¹（出産千対）は、2006（平成18）年から2010（平成22）年までの5か年平均が4.0（全国：3.5）、2011（平成23）年から2015（平成27）年までの5か年平均も4.2（全国：3.1）と横ばいです⁷。

- 死産率¹²（出産千対）は、1995（平成7）年の24.8（全国：32.1）から、2015（平成27）年には21.2（全国：22.0）と低下しておりますが、自然死産率は、1995（平成7）年の14.3（全国：14.9）から2015（平成27）年には12.0（全国：10.9）と低下しています⁷。
- 乳児死亡率¹³（出生千対）は、1990（平成2）年の6.3（全国：4.6）から、2000（平成12）年は4.1（全国：3.2）、2015（平成27）年は1.5（全国：1.9）と低下しています⁷。
- 妊産婦死亡率（出産10万対）は、2006（平成18）年から2010（平成22）年までの5か年平均の4.6（全国：4.1）から、2011（平成23）年から2015（平成27）年までの5か年平均では5.2（全国：3.5）と横ばいです⁷。

2. 地域の周産期医療機関・助産所

- 産科及び産婦人科の医師数は、2014（平成26）年は93人と2006（平成18）年から3人増加しており、出産千人当たりでは12.3人（全国：11.0人）と全国より多くなっています。医療圏別では、新川医療圏が10.3人、富山医療圏が15.3人、高岡医療圏が8.3人、砺波医療圏が10.8人となっています¹⁴。
- 2014（平成26）年10月現在、分娩を取扱う医師数（常勤換算）は診療所で13.9人、15～49歳女性人口10万人当たりでは6.6人（全国：8.7人）と全国より少なくなっています。病院では48.9人、15～49歳女性人口10万人当たりでは23.2人（全国：24.4人）とほぼ全国と同じとなっています¹⁴。施設別の分娩割合は診療所と病院が約半数であり、医師の少ない診療所が多数の分娩を担う状況となっています。
- 2014（平成26）年10月現在、分娩を取り扱う診療所数は10か所であり、そのうち新川医療圏が1か所、富山医療圏が4か所、高岡医療圏が4か所、砺波医療圏が1か所となっています。病院数は12か所であり、そのうち新川医療圏では1か所、富山医療圏では7か所、高岡医療圏では3か所、砺波医療圏では1か所となっています¹⁴。
- 分娩を取り扱う医療機関が少ない新川、砺波の医療圏では、分娩を取り扱う医療機関の安定した医療確保のために、妊婦健診と分娩の機能分担と連携を図ることにより産科医療が維持されています。
- 2014（平成26）年10月現在、分娩施設に勤務する助産師数（常勤換算）は、診療所で51.2人、15～49歳女性人口10万人当たりでは24.3人（全国：19.2人）と全国より多くなっています。病院では142.6人、15～49歳女性人口10万人当たりでは67.7人（全国：70.5人）とほぼ全国と同じとなっています¹⁴。
- 2017（平成29）年3月現在、助産所は26か所あり、そのうち分娩を取り扱っているのは1か所です¹⁵。

¹¹ 年間後期死産数と年間出生数の合計1,000に対する年間後期死産数をいう。

¹² 年間出産数（出生数＋死産数＜自然死産数＋人口死産数＞）1,000に対する年間死産数をいう。

¹³ 年間出生数1,000に対する年間乳児死亡数（生後1年未満の死亡数）をいう。

¹⁴ 周産期医療の医療体制構築に係る現状把握のための指標

¹⁵ 衛生行政報告例

- 2017(平成29)年4月現在、助産師外来は10病院と2診療所で開設されています。また、院内助産所は、富山赤十字病院、市立砺波総合病院で開設されています¹⁵。

3. 総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター等

- 総合周産期母子医療センターは、県立中央病院に整備されています。また、周産期医療情報センターを備え、周産期医療に関する情報の収集や解析、情報提供等を行っています。
- 地域周産期母子医療センターは、黒部市民病院、富山大学附属病院、富山市民病院、厚生連高岡病院、市立砺波総合病院と、すべての医療圏で整備されています。
- 富山赤十字病院及び済生会高岡病院は、地域周産期母子医療センター及び、総合周産期母子医療センターを補完する周産期母子医療センター連携病院として位置付けられています。
- NICU及びGCU(新生児治療回復室)¹⁶は、県立中央病院、富山大学附属病院、厚生連高岡病院、黒部市民病院、市立砺波総合病院に設置されており、県内の病床整備数は66床となっています¹⁷。
- NICU病床数は、県立中央病院12床、富山大学附属病院12床、厚生連高岡病院3床、合計27床(出生千対3.5床)が設置されており、国の基準である出生千対2.5~3.0床を上回っています¹⁷。
- 母体・胎児(特定)集中管理料の算定要件を満たすMFICUの病床数は9床(出産千対1.2床)となっています¹⁷。
- 「富山県周産期医療搬送・紹介ガイドライン」の策定(2010(平成22)年9月)により、周産期医療機関の医療機能分類や搬送基準が明確になり、救急隊員等も含め妊婦及び新生児の適切な搬送及び受入れ体制が構築され、連携体制がより強化されました。また、県立中央病院、富山大学附属病院、厚生連高岡病院の産科及びNICUに搬送連絡用直通電話を設置し、搬送必要性の判断や搬送時間の短縮を図っています。
- 2000(平成12)年の母体搬送件数は149件、新生児搬送件数は140件でしたが、2011(平成23)年には母体搬送件数は236件、新生児搬送件数は98件、2015(平成27)年には母体搬送件数は267件、新生児搬送件数は111件となっており¹⁷、周産期医療体制の充実により、母体搬送が定着してきています。
- 2016(平成28)年度に災害時小児周産期リエゾン研修を受講した医療従事者は4名です。

4. 療養・療育支援

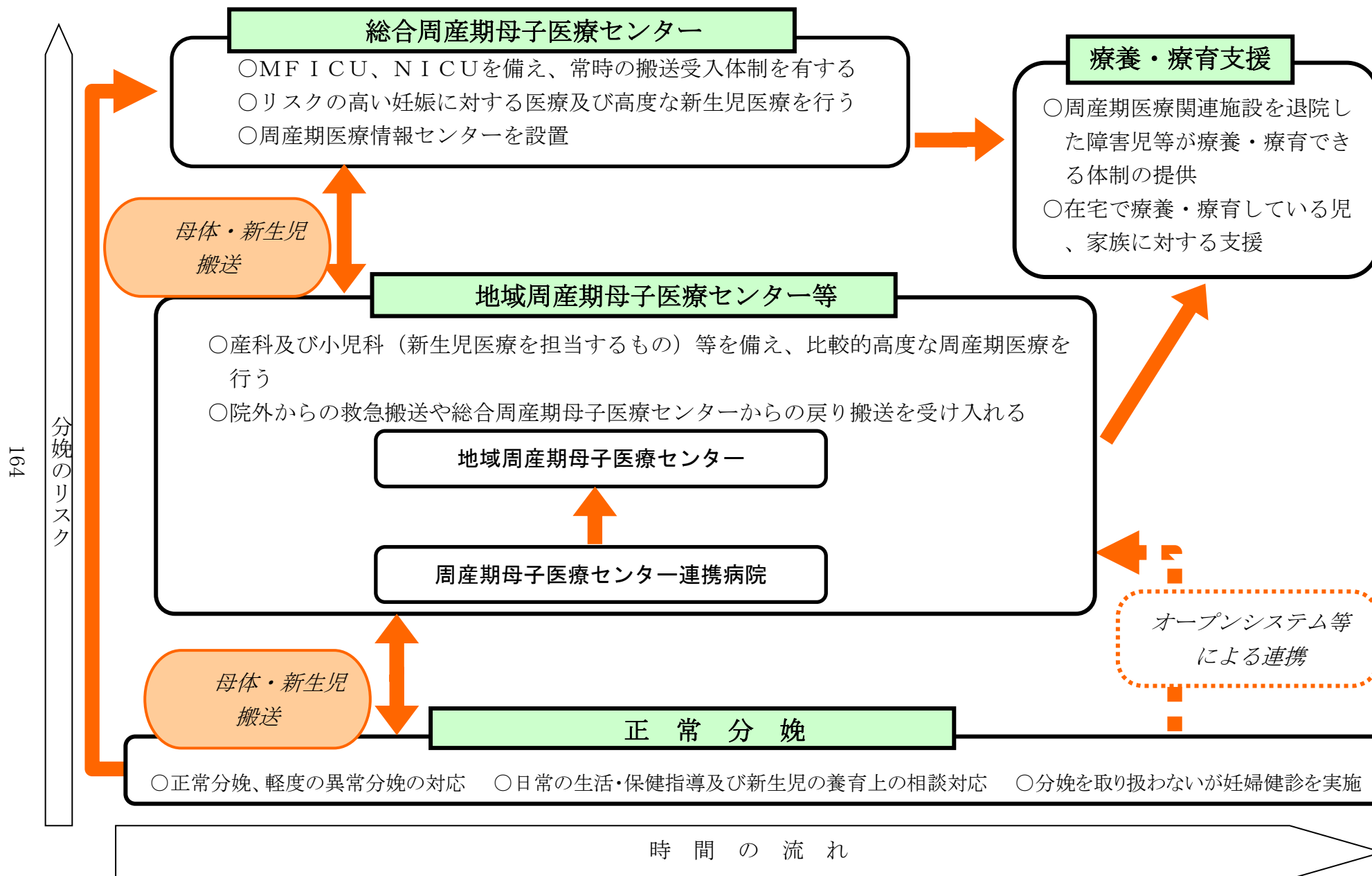
- NICUやGCUを退院した後、重度の合併症や障害等のため家庭での療養が困難な重症心身障害児を受け入れる病床が合計277床整備されています¹⁸。
- 未熟児を除く新生児の産後訪問指導実施率は出産千人あたりでは2014(平成26)年で543.3人(全国243.1人)、未熟児の産後訪問指導実施率は出産千人あたりでは2014(平成26)年で121.1人(全国54.1人)となっています¹⁴。

¹⁶ NICUの後方病床。NICUでの治療により急性期を脱した児、又は入院時より中等症であってNICUによる集中治療までは必要としないものの、これに準じた医療的管理を要する児を収容するユニット。

¹⁷ 県健康課調べ

¹⁸ 県障害福祉課調べ

第4 周産期医療の提供体制



第5 周産期医療の提供体制における主な課題と施策

周産期死亡率の低下を目指して、以下の施策を実施します。

地域の周産期医療機関・助産所

〔課題①〕

- 産科・産婦人科医師の確保が必要です。

<施策>

- 富山大学や金沢大学へ特別枠³⁴で入学した医学生等への修学資金の貸与などを通じて、産科・産婦人科医師の養成・確保に努めます。
- 病院が行う産科医確保対策（分娩手当の支給）を支援します。
- 増加傾向にある女性医師が働きやすい勤務環境の整備を支援します。また、育児等のため休業中あるいは退職した女性医師の職場復帰を支援します。

〔課題②〕

- 分娩を取り扱う医療機関の少ない地域では、安定した周産期医療を確保するため、地域連携の一層の推進が必要です。

<施策>

- 医療圏ごとの地域周産期母子医療センターを中心とした周産期医療体制の一層の充実に努めます。
- 産婦人科医療機関における妊婦健診と分娩の医療機能に応じた役割分担と連携を推進します。
- 厚生センターを拠点として、医療圏ごとに地域の特性に応じた病診連携及び厚生センター・保健所、市町村の母子保健事業との連携を一層強化し継続的な支援に努めます。

〔課題③〕

- 助産師の能力を活用した助産師外来や院内助産所の充実について検討が必要です。

<施策>

- 院内助産所を開設する医療機関に対して支援するなど、助産師外来や院内助産所の開設を促進します。

総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター等

〔課題④〕

- 整備されたNICU、MFICU等の運営体制の維持が必要です。

<施策>

³⁴ 国の緊急医師確保対策及び骨太方針2009によって特別に認められた富山大学医学部医学科及び金沢大学医薬保健学域医学類の入学定員の増員分に係る入学定員枠。特別枠の医学生には、県が指定する公的病院の診療科（小児科、外科、呼吸器外科、消化器外科、乳腺外科、小児外科、産科、麻酔科、救急科、総合診療科）に勤務することを返還免除要件とした修学資金が貸与される（富山大学特別枠定員：平成21年5名、平成22年～10名。金沢大学特別枠定員：平成22年～2名。）。

- 総合周産期母子医療センターを核として、県内の各地域周産期医療関連施設の機能分担と連携を推進します。
- 周産期母子医療センターの運営を引き続き支援します。
- 富山県周産期医療体制整備計画に基づいた医療機関の施設・設備目標である、出生千人当たりのNICU病床（重症対応病床）数3床以上を維持します。

【課題⑤】

- 周産期医療搬送・紹介ガイドラインに基づき、周産期医療関連施設の医療機能分担と連携によって、適正な母体管理や搬送体制の適正化・迅速化を推進する必要があります。

<施策>

- 富山県周産期医療搬送・紹介ガイドラインに基づき、母体管理や搬送体制の適正化・迅速化を推進します。
- 周産期医療救急情報システムの充実を図るなど、周産期医療関係者への情報提供に努めます。

【課題⑥】

- 周産期医療における災害対策が必要です。

<施策>

- 災害医療コーディネーターのサポートとして、小児・周産期医療に特化した調整役である「災害時小児周産期リエゾン」を育成します。

療養・療育支援

【課題⑦】

- 高齢出産は増加傾向にあり、低出生体重児の出生割合は増加しています。
- 母子を取り巻く環境が複雑化・多様化するなか、子どもの健やかな成長を見守るとともに、子育て世代の親を孤立させないよう温かく見守り支える地域づくりが重要で、妊娠期から子育て期への切れ目ない支援が必要です。

<施策>

- 子どもの健やかな成長のための母と子の健康管理や妊産婦のメンタルヘルスの保持や産後うつの早期発見等へ支援します。
- 子育て世代包括支援センターを整備する市町村に対する連絡調整や技術的支援を実施します。
- 女性健康相談センター等による、安全・安心な妊娠・出産支援体制の充実を図ります。

【課題⑧】

- NICUを退院する児の継続した療養・療育環境の確保が必要です。
- 在宅療養児及び家族に対する支援体制の強化が必要です。

<施策>

- 富山県リハビリテーション病院・こども支援センターにおいて、ライフステージに応じた障害児支援のための多様なサービス提供体制の充実を図ります。

- 厚生センター・保健所、市町村では、周産期医療関連施設等と連携し、NICUを退院した児及び家族への支援を引き続き実施し、支援体制の強化に努めます。
- 在宅障害児の短期入所や障害児通所支援等の児童福祉サービス、重症心身障害児（者）レスパイトサービス、訪問看護ステーション等の活用や連携など、児童の療育環境の整備や介護している家族の負担軽減等への支援の充実に努めます。

【数値目標】

指標名及び指標の説明	現状	国	2023年	出典等
周産期死亡率	3.9 (出産千対)	3.6 (出産千対)	低下	厚生労働省 「人口動態統計」 (2016年)
産科・産婦人科医師数	12.3人 (出産千対)	11.0人 (出産千対)	14人以上 (出産千対)	厚生労働省「医師・ 歯科医師・薬剤師・ 調査」(2014年)
院内助産所を設置する 医療機関数	2施設	—	増加	県医務課調べ (2017年4月)
NICU病床数	3.6床 (出生千対)	3.0 (出生千対)	3.0床以上 (出生千対)	医療施設調査 (2014年10月)
MFICU病床数	1.2床 (出生千対)	0.7 (出生千対)	1.0床以上 (出生千対)	医療施設調査 (2014年10月)
産後訪問指導実施率 (未熟児を除く)	543.3 (出産千対)	—	増加	地域保健・健康増進 事業報告(2014年)

※NICU病床数は、新生児用人工換気装置を有する病床

(10) 小児医療の体制

第1 小児医療の概要

1. 小児医療とは

- 小児医療の対象は、一般的には生後から14歳までといわれています。また、対象疾患は、患者の多い感染症から慢性疾患まで多岐にわたります。
- 小児医療に求められる機能は様々ですが、本計画においては、小児救急医療も含めて一括して記載します。

2. 小児人口等

- 本県の出生数は、2000（平成12）年は10,170人（全国：1,190千人）でしたが、2016（平成28）年は7,301人（全国：977千人）と減少しています¹。また、小児（0歳から14歳まで。以下同じ。）人口も、2000（平成12）年は157,179人（全国：18,472千人）でしたが、2016（平成28）年は126,393人（全国：15,780千人）と減少しています²。

3. 小児の疾病構造

- 2014（平成26）年10月現在、1日当たりの全国の小児患者数（推計）は、入院で約2.8万人、外来で約74万人となっています³。
- 入院については、喘息（5.0%）をはじめとする呼吸器系の疾患（17.4%）のほか、「先天奇形、変形及び染色体異常」（11.0%）、神経系の疾患（10.0%）が多くなっています³。
- 外来については、急性上気道感染症（15.6%）をはじめとする呼吸器系の疾患（38.1%）が多くなっています³。
- 本県の小児慢性特定疾患医療給付件数は、2005（平成17）年度は803件、2010（平成22）年度は945件、2016（平成28）年度は860件となっています。また、2016（平成28）年度の疾患内訳は、内分泌疾患37.7%、次いで悪性新生物14.3%、慢性心疾患12.7%となっています⁴。

¹ 厚生労働省「人口動態統計」

² 総務省「人口推計」各年10月1日現在、富山県「人口移動調査」

³ 厚生労働省「患者調査」

⁴ 厚生労働省、県健康課調べ

第2 必要となる医療機能

小児医療

1. 健康相談等の支援の機能【相談支援等】

目 標

- 子供の急病時の対応等を支援すること
- 慢性疾患の診療や心の診療が必要な児童及びその家族に対し、地域の医療資源や福祉サービス等について情報を提供すること
- 不慮の事故等の救急対応が必要な場合に、救急蘇生法等を実施できること
- 小児かかりつけ医を持つとともに、適正な受療行動をとること

関係者に求められる事項

(家族等周囲にいる者)

- 必要な時に行政等が実施している育児や救急に関する相談窓口を活用できること
- 不慮の事故の原因となるリスクを可能な限り取り除くこと
- 救急蘇生法等の適切な処置を実施すること

(消防機関等)

- A E D (自動体外式除細動器) の使用を含めた救急蘇生法や不慮の事故予防に対する必要な知識を家族等に対し指導すること
- 急性期医療を担う医療機関へ速やかに搬送すること
- 救急医療情報システム等を活用し、適切な医療機関へ速やかに搬送すること

(行政機関)

- 育児や救急に関する相談窓口の周知を図ること
- 休日・夜間等に子供の急病等に関する相談体制を確保すること
- 急病時の対応など受療行動についての啓発を実施すること
- A E D の使用を含めた救急蘇生法や不慮の事故予防に対する必要な知識を家族等に対し指導する体制を確保すること
- 慢性疾患の診療や心の診療が必要な児童及びその家族に対し、地域の医療資源や福祉サービス等について情報を提供すること

2. 一般小児医療を担う機能【一般小児医療】

目 標

- 地域に必要な一般小児医療を実施すること
- 生活の場(施設を含む。)での療養・療育が必要な小児に対し、支援を実施すること

医療機関に求められる事項

- 一般的な小児医療に必要とされる診断・検査・治療を実施すること
- 入院設備を有する場合に、軽症者の入院診療を実施すること
- 他の医療機関の小児病棟や新生児集中治療管理室(N I C U)等から退院するときに、生活の場(施設を含む。)での療養・療育が必要な小児に対し、支援を実施すること
- 訪問看護ステーション、福祉サービス事業者、行政等との連携により、医療、介護及び福祉サービスを調整すること

- 医療型障害児入所施設など、自宅以外の生活の場を含めた在宅医療を実施すること
- 家族に対する精神的サポート等の支援を実施すること
- 慢性疾患の急変時に備え、対応可能な医療機関と連携していること
- 診療情報や治療計画を共有するなど、専門医療を担う地域の病院と連携していること

医療機関等の例

- 小児科を標榜する病院・診療所
- 訪問看護ステーション

3. 小児専門医療を担う機能【小児専門医療】

目 標

- 一般小児医療を担う機関では対応が困難な患者に対する専門医療を実施すること

医療機関に求められる事項

- 高度の診断・検査・治療や、勤務医の専門性に応じた専門医療を行うこと
- 一般の小児医療を担う機関では対応が困難な患者や、常時監視・治療の必要な患者等に対する入院診療を行うこと
- 小児科を標榜する診療所や病院等と連携体制を形成し、地域で求められる小児医療を全体として実施すること
- より高度専門的な対応について、高度小児専門医療を担う病院と連携していること
- 療養・療育支援を担う施設と連携するとともに、在宅医療を支援していること
- 家族に対する精神的サポート等の支援を実施すること

医療機関の例

- 地域周産期母子医療センターを有する病院
- 入院可能で常勤小児科医師が勤務する病院

4. 高度な小児専門医療を担う機能【高度小児専門医療】

目 標

- 小児専門医療を担う医療機関では対応が困難な患者に対する高度な専門入院医療を実施すること

医療機関に求められる事項

- 関係医療機関との連携により、小児専門医療を担う医療機関では対応が困難な患者に対する高度専門的な診断・検査・治療を実施し、医療人材の育成、交流などを含めて地域医療に貢献すること
- 療養・療育支援を担う施設と連携していること
- 家族に対する精神的サポート等の支援を実施すること

医療機関の例

- 総合周産期母子医療センターを有する病院
- 大学附属病院
- 救命救急センターを有する病院

小児救急医療

1. 初期小児救急医療を担う機能【初期小児救急】

目 標

- 初期小児救急を実施すること

医療機関に求められる事項

- 休日夜間急患センター等において、平日夜間や休日の初期小児救急医療を実施すること
- 緊急手術や入院等を要する場合に備え、対応可能な医療機関と連携していること
- 地域で小児医療に従事する開業医等が、夜間休日の初期小児救急医療に参画すること

医療機関の例

(平日日中)

- 小児科を標榜する病院・診療所

(夜間休日)

- 休日夜間小児急患センター

2. 入院を要する小児救急患者に対する医療を担う機能【入院小児救急】

目 標

- 入院を要する小児救急患者に対する医療を 24 時間体制で実施すること

医療機関に求められる事項

- 小児科医師や看護師などの人員体制を含めて、入院を要する小児救急患者に対する医療を 24 時間 365 日体制で実施可能であること
- 小児科を標榜する診療所や病院等と連携し、入院を要する小児救急患者に対する医療を担うこと
- 高度専門的な対応について、小児救命救急医療を担う病院と連携していること
- 療養・療育支援を担う施設と連携していること
- 家族に対する精神的サポート等の支援を実施すること

医療機関の例

- 病院群輪番制⁵に参加している病院

3. 小児の救命救急医療を担う機能【小児救命救急医療】

目 標

- 小児の救命救急医療を 24 時間体制で実施すること

医療機関に求められる事項

- 入院小児救急等を担う医療機関からの紹介患者や救急搬送による患者など、重篤な小児患者に対する救急医療を 24 時間 365 日体制で実施すること
- 療養・療育支援を担う施設と連携していること
- 家族に対する精神的サポート等の支援を実施すること

医療機関の例

- 救命救急センターを有する病院

⁵ 救急医療において、休日や夜間に対応できる病院が日を決めて順番に担当する仕組み。

第3 小児医療の現状

1. 死亡数等

- 乳児死亡率（出生千対）は、1990（平成2）年、本県は6.3と全国の4.6を大きく上回っていましたが、周産期保健医療対策に取り組んできた結果、年々減少し、2015（平成27）年は1.5（全国：1.9）と全国を下回っています。
- 乳児死亡の原因は、「先天奇形・変形・染色体異常」が多くなっています⁶。
- 乳幼児（0～4歳）の死亡率（乳幼児人口10万対）は2015（平成27）年に44.7（全国：47.2）となっています⁶。乳幼児死亡の主な原因は、「先天奇形・変形・染色体異常」、「周産期に発生した病態」などとなっています。
- 小児（0～14歳）の死亡率（小児人口10万対）は、2015（平成27）年に23.3（全国：19.4）となっています⁶。死亡の主な原因は「悪性新生物」、「不慮の事故」、「先天奇形及び染色体異常」などとなっています。

2. 小児科医師等

- 2000（平成12）年から2014（平成26）年までの間に小児科医師の数は143人（全国：14,156人）から161人（全国：16,758人）へと増加しています⁷。また、小児人口1万人当たりの小児科医師数でも、9.1人（全国：7.7人）から12.1人（全国：10.3人）へと増加傾向にあります。医療圏別では、新川医療圏が5.5人、富山医療圏が16.0人、高岡医療圏が10.3人、砺波医療圏が6.8人となっており、医療圏によって格差があります。
- 2016（平成28）年4月現在、公的病院の小児科の必要医師数は85人となっていますが、現員数は79人で、6人不足しています⁸。
- 2014（平成26）年に小児科を標榜している病院は34施設、小児人口10万人当たり24.9施設（全国：16.1施設）、小児科を標榜している診療所は50施設、小児人口10万人当たり36.7施設（全国：33.1施設）とどちらも全国より多くなっています⁹。
- 2013（平成25）年に小児に対応している訪問看護ステーション数は1施設、小児人口10万人当たり0.7施設（全国：2.3施設）と全国より少なくなっています⁹。

3. 相談支援等

（相談支援等）

- 小児医療に関連する業務は、育児不安や小児の成長発達上の相談、親子の心のケア、予防接種、児童虐待への対応等の保健活動が占める割合が大きくなっています。

4. 小児救急

（小児救急搬送）

- 18歳未満の救急搬送件数は、2010（平成22）年は2,702人（全国：45.6万人）、2015（平

⁶ 厚生労働省「人口動態統計」

⁷ 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

⁸ 県医務課「小児救急医療体制の取組状況調査」

⁹ 小児医療の体制構築に係る現状把握のための指標

成 27) 年は 2,688 人 (全国 : 46.4 万人) とほぼ横ばいになっています¹⁰。

- 2014 (平成 26) 年の 18 歳未満の救急搬送において入院の必要のない軽症者の割合は 60.2%となっています⁸。
- 児童虐待に関する相談が増加している中、小児科診察における子どもの虐待の早期発見の役割は大きく、保健機関や児童福祉機関との連携の必要性が高くなっています。

(小児救急電話相談)

- 夜間における子どもの急な病気やけがの際に相談ができる小児救急電話相談 (# 8 0 0 0) が 2 回線設置されています⁹。
- 2015 (平成 27) 年度の小児救急電話相談 (# 8 0 0 0) の相談件数は 6,110 件、小児人口 10 万人当たり 4,568 件 (全国 : 4,566 件) となっており、また、年々増加傾向にあります⁹。

(休日夜間小児急患センター等)

- 各医療圏に休日夜間小児急患センターが整備されています。また、医師会や病院勤務医等の協力により運営が維持され、第二次・第三次救急医療機関の負担軽減が図られています。
- 2015 (平成 27) 年度の小児の時間外来受診件数は 16,044 件、小児人口 10 万人当たり 11,996 件 (全国 : 16,817 件) と全国より少なくなっています⁹。

(第二次小児救急・第三次小児救急)

- 各医療圏に入院小児救急 (第二次小児救急) を担う医療機関が整備されています。
- 県立中央病院と厚生連高岡病院の救命救急センターにおいて、小児救命救急 (第三次小児救急) 医療が提供できる体制を整備しています。
- 2016 (平成 28) 年度に第二次小児救急医療機関及び第三次小児救急医療機関を受診した小児患者のうち 83.4% は入院が必要でない患者となっています¹¹。このように、小児救急患者については、その多くが軽症者であり、かつ、重症患者を扱う医療機関に多数受診しています。

5. 小児専門医療・高度小児専門医療

- 各医療圏に小児専門医療を担う医療機関が整備されています。
- 高度小児専門医療を担う医療機関として、県立中央病院、厚生連高岡病院、富山大学附属病院があります。
- 小児心疾患の手術や白血病等の小児がんの治療は、主に富山大学附属病院において行われています。
- 小児がんについては、治療後も長期にわたり、日常生活や就学・就労に支障を及ぼすこともあることから、患者の教育や自立と患者を支える家族に向けた長期的な支援や配慮が求められています。
- 総合周産期母子医療センターを有する県立中央病院を中心としてNICUでの高度な新生児医療が行われるとともに、入院を要する小児救急医療を 24 時間体制で行う医療機関が

¹⁰ 県消防課 防災・危機管理課「富山県消防防災年報」

¹¹ 県医務課調べ

すべての医療圏で整備されています。

- PICU（小児集中治療室）を有する病院は、県内にはありません（全国：41病院）⁹。
- 精神発達の遅れや発達障害、情緒障害等の小児期の心の問題など、早期発見、早期支援のために、児童精神科医療の充実が必要となっています。

第4 小児医療の提供体制

医療機能

高度小児専門医療

- 小児専門医療を行う機関では対応が困難な高度な専門入院医療
- 24時間体制での小児の救命救急医療

高度専門的な医療等を要する小児

療養・療育を要する小児の退院支援

小児専門医療

- 一般小児医療を行う機関では対応が困難な小児専門医療

常時の監視・入院等を要する小児

療養・療育を要する小児の退院支援

一般小児医療

- 地域に必要な一般小児医療
- 生活の場（施設を含む）での療養・療育が必要な小児に対する支援

小児科を標榜する病院・診療所

訪問看護ステーション

発症

健康相談等の支援（小児救急電話相談「#8000」、市町村・厚生センター(保健所)の健康相談、子育てほっとラインなど）

時間の流れ

富山県における小児救急医療体制図

2018（平成30）年2月現在



第5 小児医療の提供体制における課題と施策

乳児死亡率、乳幼児死亡率の低下を目指して、以下の施策を実施します。

[小児科医師等]

〔課題①〕

- 小児科医師の確保に向けた対策が必要となっています。

<施策>

- 富山大学や金沢大学へ特別枠で入学した⁴⁶医学生等への修学資金の貸与などを通じて、小児科医師の養成・確保に努めます。
- 医師が働きやすい勤務環境の整備を支援します。また、育児等のため休業中あるいは退職した女性医師の職場復帰を支援します。
- 小児在宅医療を担う人材の育成を支援します。

[小児救急]

〔課題②〕

- 休日夜間小児急患センターの運営の維持が必要です。
- 小児救急医療機関の負担軽減のため、小児救急電話相談（#8000）の利用促進について普及啓発が必要です。
- 重症度や緊急度に応じて、適切な受診が行われるよう、県民への啓発を進めていく必要があります。

<施策>

- 休日夜間小児急患センターの運営を維持するなど、小児救急医療体制の維持に努めます。
- 小児救急電話相談（#8000）を充実強化するとともに、利用促進について普及啓発を実施します。
- 子どもが病気になったときの対応等を記載した「小児救急医療ガイドブック」などを活用し、小児救急の適正受診について普及啓発に努めます。
- 市町村等が実施する小児健診等の保健事業と連携し、疾病予防や事故予防、各種相談窓口、小児医療の適正受診等についての普及啓発を行います。

[小児専門医療・高度小児専門医療]

〔課題③〕

- 高度小児専門医療体制の充実について検討が必要です。

<施策>

- 県立中央病院や富山大学附属病院において、NICUでの高度な新生児医療、小児心疾患や小児がんなどの高度小児専門医療の充実に努めます。

⁴⁶ 国の緊急医師確保対策及び骨太方針 2009 によって特別に認められた富山大学医学部医学科及び金沢大学医薬保健学域医学類の入学定員の増員分に係る入学定員枠。特別枠の医学生には、県が指定する公的病院の診療科(小児科、外科、呼吸器外科、消化器外科、乳腺外科、小児外科、産科、麻酔科、救急科、総合診療科)に勤務することを返還免除要件とした修学資金が貸与される(富山大学特別枠定員：平成 21 年 5 名、平成 22 年～10 名。金沢大学特別枠定員：平成 22 年～2 名。)

- 富山県リハビリテーション病院・こども支援センターにおいて、重症児専用ユニットや多職種連携によるチーム医療の提供により脳性まひ等重度障害児への支援を充実するとともに、自閉症やアスペルガー症候群、その他の広汎性発達障害等に対する診断や発達支援を行うなど子どもの多様な障害への対応を強化します。
- 小児がんに関する医療の提供や相談支援などについて、国が指定するブロック内の小児がん拠点病院（東海・北陸ブロックは、名古屋大学医学部附属病院及び三重大学医学部附属病院）と連携し、小児がん患者とその家族が安心して適切な医療や支援を受けられる体制の整備を進めます。
- 県内の小児医療を担う医療機関は、小児がん拠点病院との役割分担と連携を進め、小児がん患者とその家族が、可能な限り住み慣れた地域で、医療や支援を受けながら生活し、教育を受けられるよう努めます。
- 小児科を標榜する病院、診療所とがん診療連携拠点病院、難病医療拠点病院、高度小児専門医療機関との連携の充実・強化を図ります。

【数値目標】

指標名及び指標の説明	現状	国	2023年	出典等
乳児死亡率	1.5 (出生千対)	1.9 (出生千対)	低下	厚生労働省「人口動態統計」(2015年)
乳幼児死亡率	44.7 (乳幼児人口10万対)	47.2 (乳幼児人口10万対)	低下	厚生労働省「人口動態統計」(2015年)
小児科医師数	12.1人 (小児人口1万対)	10.3人 (小児人口1万対)	12人以上 (小児人口1万対)	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」(2014年)
小児に対応している訪問看護ステーション数	0.7 (小児人口10万対)	2.3 (小児人口10万対)	全国平均	介護サービス施設・事業所調査(2013)
休日夜間小児急患センターが整備された医療圏数	4医療圏	—	現状維持	県医務課調べ(2017年)
24時間365日対応可能な小児救急が整備された医療圏数	4医療圏	—	現状維持	県医務課調べ(2017年)
時間外外来受診回数	11,996件 (小児人口10万対)	16,817件 (小児人口10万対)	全国以下を維持しつつ低下	NDB(2015年度)
第二次・第三次小児救急病院の救急外来受診者の中で入院が必要でなかった割合	83.4%	—	低下	県医務課調べ(2016年度)

NDB：厚生労働省レセプト情報・特定健診等情報データベース（ナショナルデータベース）

(11) 在宅医療の体制

第1 在宅医療の概要

1. 在宅医療とは

- 在宅医療は、治療や療養を必要とする患者が居宅等の生活の場で必要な医療を受けられるよう、病院・診療所等の医師や看護師等が患者の居宅等を訪問し、医療を提供するものです。
- 居宅等において安心して療養生活を行うためには、医療に加え、心身機能の維持回復を図るリハビリテーションや日常生活を維持するために必要な介護などのサービス、さらに療養に適した居住環境などが求められます。
- 在宅医療は、医療や介護などの質が確保されるとともに、患者のニーズに応じて適切かつ効率的に提供される必要があります。
- 「居宅」の範囲には、自宅のみならず、ケアハウス、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅など多様な居住の場が含まれますが、本計画においてはこれらを含めて在宅医療として一括して記載します。

2. 在宅医療提供場面

病院等からの退院支援

- 医療の継続性や居宅への移行に伴って生じる患者・家族の不安の解消などのために、入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援が行われます。

日常の療養生活の支援

- 診療所等の在宅主治医などが中心となり、他の医療機関、薬局、訪問看護事業所、訪問リハビリテーション事業所等の医師、歯科医師、薬剤師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、栄養士、歯科衛生士、医療ソーシャルワーカー等が互いに連携しながら在宅医療が提供されます。
- 在宅主治医は、症状の悪化や合併症の発生など居宅等における対応が困難な状態に陥った場合、状況に応じて救急医療の機能を持った医療機関、リハビリテーション機能を持った医療機関又は療養機能を持った医療機関へ引き継ぐなどの対応を行います。
- 歯科診療所等の歯科医師は、療養中の患者の摂食、咀嚼、嚥下等の口腔機能の維持改善を図るため、居宅等において歯科治療や口腔ケアを提供します。
- 薬局の薬剤師は、主治医等の指示に基づき居宅等において、薬歴管理、服薬指導等の訪問薬剤管理指導を行います。
- 診療所や訪問看護事業所等の訪問看護師は、居宅等において療養上の看護又は必要な診療の補助等の訪問看護を提供します。
- 訪問リハビリテーション事業所のリハビリ専門職は、居宅等において心身機能の維持回復、日常生活の自立援助のためのリハビリテーションを行います。

急変時の対応

- 患者の急変時等に適切に対応できるよう、患者の家族をはじめ療養生活に関わる関係者の間で、日常から患者情報を共有します。また、症状が急変したときは、関係者の連携に

より、24時間いつでも訪問診療や訪問看護が提供されます。

- 病院・有床診療所は、患者の急性増悪等の緊急時などには、在宅主治医の要請などに基づいて、一時的な入院受入れを行うなど、在宅医療を支援します。

居宅等での看取り

- 居宅等で療養している患者が終末期になった場合でも、患者や家族等の希望により、引き続き居宅等において看取りまでを含めた医療が提供されます。

第2 必要となる医療機能

1. 円滑な在宅医療移行に向けての退院支援が可能な体制【退院支援】

目 標

- 入院医療機関と在宅医療に係る機関の円滑な連携により、切れ目のない継続的な医療体制を確保すること

■入院医療機関に求められる事項

- 退院支援担当者を配置すること
- 退院支援担当者は、できる限り在宅医療に係る機関での研修や実習を受けること
- 入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援を開始すること
- 退院支援の際には、患者の住み慣れた地域に配慮した在宅医療及び介護、障害福祉サービスの調整を十分図ること
- 退院後、患者に起こりうる症状の変化やその対応について、退院前カンファレンスや文書、電話等で、在宅医療に係る機関との情報共有を十分図ること

医療機関等の例

- 病院・有床診療所
- 介護老人保健施設

■在宅医療に係る機関に求められる事項

- 患者のニーズに応じて、医療や介護、障害福祉サービスを包括的に提供できるよう調整すること
- 在宅医療や介護、障害福祉サービスの担当者間で、今後の方針や症状に関する情報や計画を共有し、連携すること
- 高齢者のみではなく、小児や若年層の患者に対する訪問診療、訪問看護、訪問薬剤管理指導等にも対応できるような体制を確保すること
- 病院・有床診療所等の退院(退所)支援担当者に対し、地域の在宅医療及び介護資源に関する情報提供や在宅療養に関する助言を行うこと

関係機関の例

- 病院・診療所
- 歯科診療所
- 訪問看護事業所
- 薬局
- 居宅介護支援事業所
- 地域包括支援センター
- 介護老人保健施設

2. 日常の療養支援が可能な体制【日常の療養支援】

目 標

- 患者の疾患、重症度に応じた医療（緩和ケアを含む。）が多職種協働により、できる限り患者が住み慣れた地域で継続的、包括的に提供されること

■在宅医療に係る機関に求められる事項

- 相互の連携により、患者のニーズに対応した医療や介護、障害福祉サービスが包括的に提供される体制を確保すること
- 医療関係者は、地域包括支援センターが地域ケア会議において在宅療養者に関する検討をする際には積極的に参加すること
- 地域包括支援センター等と協働しつつ、在宅療養に必要な医療や介護、障害福祉サービス、家族の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること
- がん患者(緩和ケア体制の整備)、認知症患者(身体合併等の初期対応や専門医療機関への適切な紹介)、小児患者(小児の入院機能を有する医療機関との連携)等、それぞれの患者の特徴に応じた在宅医療の体制を整備すること
- 身体機能及び生活機能の維持向上のためのリハビリを適切に提供する体制を構築すること
- 介護家族等が一時的に介護ができない場合や心身の疲れを癒したりする場合に、患者を短期間受け入れ、必要な医療・介護を提供できる体制を整備すること

関係機関の例

- 病院・診療所
- 歯科診療所
- 訪問看護事業所
- 薬局
- 居宅介護支援事業所
- 地域包括支援センター
- 介護老人保健施設
- 短期入所療養介護施設
- 医療系ショートステイ病床確保事業実施病院
- 在宅重症難病患者の一時受け入れ病院

3. 急変時の対応が可能な体制【急変時の対応】

目 標

- 患者の症状急変時に対応できるよう、在宅医療を担う病院、診療所、訪問看護事業所及び入院医療を有する病院、診療所との円滑な連携による診療体制を確保すること

■在宅医療に係る機関に求められる事項

- 症状急変時における連絡先をあらかじめ患者やその家族に提示し、また、診療等の求めがあった際には、24時間対応が可能な体制を確保すること
- 一つの機関だけでは患者への24時間対応が難しい場合も、近隣の病院や診療所、訪問看護事業所等との連携により、24時間対応が可能な体制を確保すること
- 在宅医療に係る機関で対応できない急変の場合は、その症状や状況に応じて、搬送先として想定される入院医療機関と協議し入院病床を確保するとともに、搬送については地域の消防関係者との連携を図ること

関係機関の例

- 病院・診療所
- 訪問看護事業所

- 薬局

■入院医療機関に求められる事項

- 連携している医療機関が担当する在宅療養者の症状が急変した際に、必要に応じて一時受入れを行うこと
- 患者が重症等で対応できない場合は、他の適切な医療機関と連携する体制を構築すること

医療機関の例

- 病院、診療所
- 地域医療支援病院

4. 患者が望む場所での看取りが可能な体制【看取り】

目 標

- 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を確保すること

■在宅医療に係る機関に求められる事項

- 人生の最終段階に出現する症状に対する患者や家族の不安を解消し、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を構築すること
- 患者や家族に対して、自宅や住み慣れた地域で受けられる看取りに必要な医療及び介護、障害福祉サービスや看取りに関する適切な情報提供を行うこと
- 介護施設等の入所者に対する看取りを必要に応じて支援すること

関係機関の例

- 病院・診療所
- 訪問看護事業所
- 薬局
- 居宅介護支援事業所
- 地域包括支援センター

■入院医療機関に求められる事項

- 在宅医療に係る機関で看取りに対応できない場合について、病院・有床診療所で必要に応じて受け入れること

医療機関の例

- 病院・有床診療所

5. 在宅医療において積極的な役割を担う医療機関

目 標

- 在宅医療の提供及び他医療機関の支援を行うこと
- 多職種が連携し、包括的、継続的な在宅医療を提供するための支援を行うこと
- 在宅医療に関する人材養成の研修を行うこと
- 災害時及び災害に備えた体制構築への対応を行うこと
- 患者の家族への支援を行うこと
- 在宅医療に関する地域住民への普及啓発を行うこと

■在宅医療において積極的な役割を担う医療機関に求められる事項

- 医療機関（特に一人の医師が開業している診療所）が必ずしも対応しきれない夜間や医師不在時、患者の病状の急変時等における診療の支援を行うこと
- 在宅医療に係る医療及び介護、障害福祉サービス関係者に必要な基本的知識・技能に関する研修の実施や情報の共有を行うこと
- 地域包括支援センター等と協働しつつ、療養に必要な医療及び介護、障害福祉サービスや家族の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること
- 入院医療機関においては、在宅療養者の症状が急変した際の受入れを行うこと
- 地域住民に対し、在宅医療の内容や地域の医療及び介護、障害福祉サービス資源に関する情報提供を行うこと

医療機関の例

- 在宅療養支援診療所・病院
- 在宅医療のためのグループに参加している病院・診療所

6. 在宅医療に必要な連携を担う拠点

目 標

- 多職種協働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

■在宅医療に必要な連携を担う拠点に求められる事項

- 地域の医療及び介護、障害福祉関係者による会議を定期的で開催し、在宅医療における連携上の課題の抽出及びその対応策の検討等を実施すること
- 地域の医療及び介護、障害福祉サービスについて、所在地や機能等を把握し、地域包括支援センター等と連携しながら退院時から看取りまでの医療や介護、障害福祉サービスにまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供するよう、関係機関との調整を行うこと
- 質の高い在宅医療をより効率的に提供するため、関係機関の連携による24時間体制の構築や多職種による情報共有の促進を図ること
- 在宅医療に関する人材育成及び普及啓発を実施すること

関係機関等の例

- 在宅医療連携拠点
- 地域医療支援病院
- 在宅医療支援センター

第3 在宅医療の現状

1. 在宅医療患者等

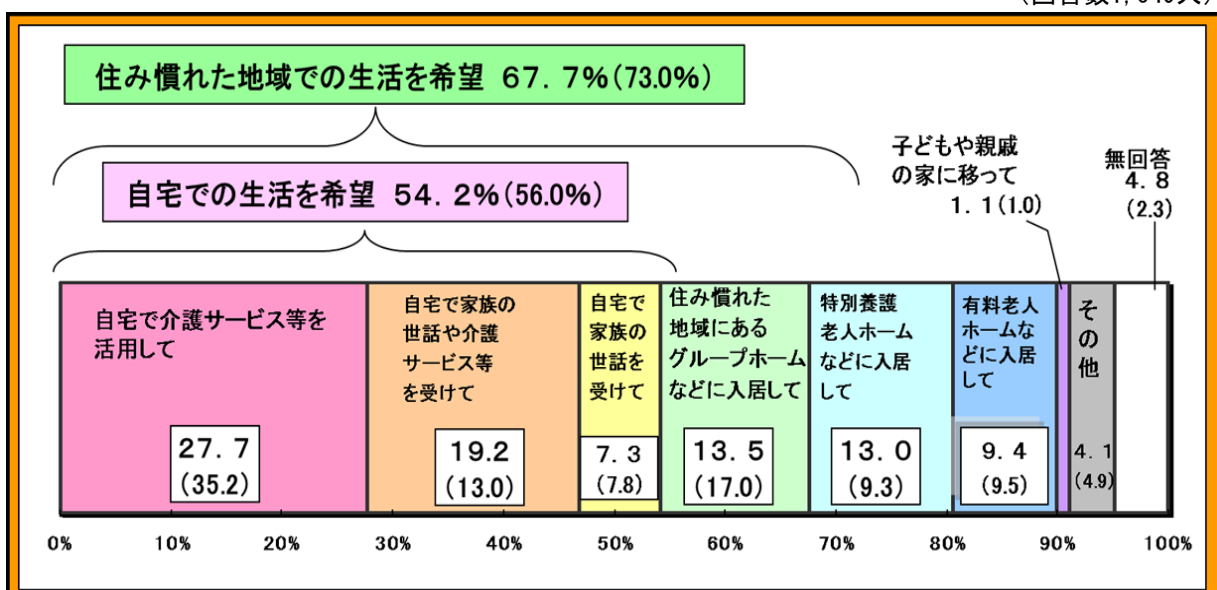
- 我が国では、1955（昭和30）年代前半までは約8割の方が家で亡くなっていましたが、1975（昭和50）年頃には医療機関で亡くなる割合が上回るようになりました。本県の2016（平成28）年の医療機関死亡割合は87.6%（全国：85.0%）、在宅死亡割合10.6%（全国：13.0%）となっています。
- 2015（平成27）年に県で実施した在宅医療実施状況調査によれば、2015（平成27）年9月中に在宅医療を受けた患者は4,810人となっています。
- 在宅療養に従事している医師数は、診療所346人、病院110人で、2012（平成24）年の前回調査からは、診療所36.0%（96人）、病院70.3%（52人）の伸びとなっています。
- 2016（平成28）年に訪問看護ステーションの訪問看護を受けた在宅療養患者は6,457人で、そのうち4,667人（72.2%）が75歳以上となっています。（富山県訪問看護ステーション連絡協議会調べ）（以下、同調査による。）
- 在宅療養患者の主たる疾患は、脳血管疾患・心疾患・高血圧等循環器疾患が23.1%で最も多く、次いで悪性新生物18.5%、難病9.2%、認知症8.9%となっています。
- 在宅での医療器具装着内容は、「尿留置カテーテル」が11.2%で最も多く、「在宅酸素療法」7.4%、「胃ろう」5.4%、その他「人工肛門」「中心静脈栄養」「気管カニューレ」などとなっています。
- 2016（平成28）年中に訪問看護が終了した在宅療養患者は2,651人で、その理由は「医療機関への入院」が42.2%で最も多く、以下「在宅死」が24.8%、「軽快」が12.1%、「介護保険施設等への入所」が8.7%等となっています。

2. 県民の意識等

- 2017（平成29）年「県政世論調査」では、自身に介護が必要になった場合でも、およそ7割の人が、自宅や住み慣れた地域で生活を続けたいと希望しています。

問：あなたは、ご自身の介護が必要になった場合、どのような生活を望みますか。（1つ選択）

（回答数1,649人）



3. 在宅医療の提供体制

(1) 病院等からの退院支援

- 2014（平成26）年10月現在、退院支援担当者を配置している病院数は38施設で、人口10万人当たりでは3.5施設（全国：2.8施設）と全国より高くなっています。
- 2016（平成28）年10月の1か月間に、要介護状態の患者が、退院時に医療機関から介護支援専門員（ケアマネジャー）へ患者の状態について引継ぎが行われた割合は80.7%で、2014（平成26）年の76.7%より高く、退院調整実施率が徐々に高まっています。

(2) 日常の療養生活の支援

(訪問診療・往診)

- 2014（平成27）年度中に、訪問診療を行った診療所・病院数は282施設で、人口10万人当たりでは26.0施設（全国：21.7施設）と全国より多くなっています。
- 2016（平成28）年3月現在、24時間体制で往診や訪問看護を実施する在宅療養支援診療所として届出を行っている医療機関数は60施設で、人口10万人当たりでは5.6施設（全国：11.5施設）と全国より少なくなっています。
- 本県では、「在宅主治医のグループ化」によって在宅医療の24時間体制がとられており、2016（平成28）年10月現在、15グループ、203人の医師が参加しています。
- 2015（平成27）年9月の1か月間に訪問診療・往診を受けた患者数は4,810人で、2012（平成24）年9月の3,725人に比べて多くなっています。

(訪問看護)

- 2016（平成28）年4月現在、訪問看護ステーションの数は61事業所、人口10万人当たりでは5.7事業所（全国：7.1事業所）と全国に比べて少ない状況です。
- 2015（平成27）年の訪問看護ステーションに従事する看護師は247人で、人口10万人当たりでは23.2人（全国：25.8人）と全国に比べて少ない状況です。

(訪問リハビリテーション)

- 2016（平成28）年4月現在、訪問リハビリテーション事業所数は41事業所、人口10万人当たりでは3.9事業所（全国：3.0事業所）と全国に比べてやや多くなっています。

(訪問歯科診療)

- 2016（平成28）年3月末現在、在宅歯科診療が可能な歯科診療所数（在宅療養支援歯科診療所として届出を行っている数）は22施設、人口10万人当たり2.0施設（全国：4.8施設）と全国より少なくなっています。
- 2014（平成26）年10月現在、歯科訪問診療を実施している歯科診療所・病院数は66施設、人口10万人当たり6.0施設（全国：7.1施設）と全国より少なくなっています。

(服薬指導等)

- 2016（平成28）年12月末現在、在宅患者訪問薬剤管理指導の届出薬局数は315施設あり、訪問実績のある薬局数は185施設となっています。

(訪問介護)

- 2017（平成29）年1月現在、訪問介護事業所が235事業所、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所が10事業所、夜間対応型訪問介護事業所が5事業所あります。

(家族支援)

- 介護家族等の急病で介護できないときなど、在宅療養者が一時入院できる療養型の病院の病床（医療系ショートステイ病床）を二次医療圏ごとに1床確保しています。
- 2017（平成29）年3月現在、介護家族等が休養したい時や病気などで介護できないときなど、在宅の重症難病患者が一時入院できる難病医療拠点病院・協力病院が24施設あります。

(多職種連携と人材育成)

- 本県では、「在宅主治医のグループ化」によって在宅医療の24時間体制がとられており、2016（平成28）年10月現在、15グループ、203人の医師が参加しています。（再掲）
- 2017（平成29）年4月現在、地域で医療と介護の多職種連携を図る地域包括支援センター数は61か所設置されています。
- 介護支援専門員（ケアマネジャー）が訪問看護や訪問リハビリテーションの現場実習を含む在宅医療研修を実施し、医療・介護の連携促進を図っています。

(3) 症状が急変したとき等の対応

- 2015（平成27）年度、往診を実施している診療所・病院は370施設、人口10万対34.1施設（全国：31.6施設）で全国よりやや多くなっています。
- 24時間対応または連絡体制を取っている訪問看護ステーションは2016（平成28）年は56か所（91.8%）で、2012（平成24）年の35か所（84.6%）から増加しています。

(4) 居宅等での看取り

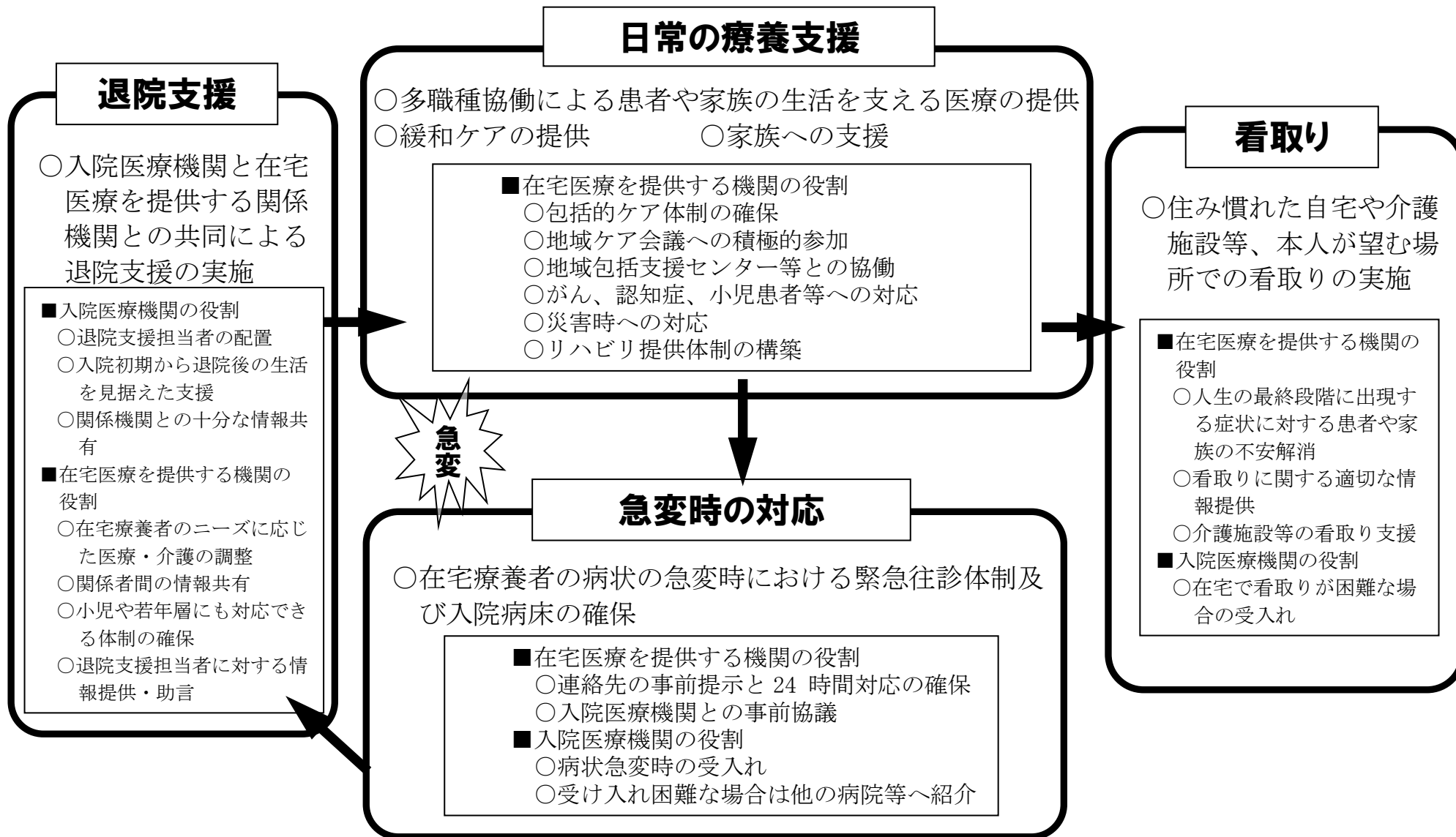
- 2015（平成27）年度、在宅での看取りを実施している診療所・病院数は90施設、人口10万人当たり8.3施設（全国：8.6施設）で全国よりやや少なくなっています。
- 2016（平成28）年の自宅での死亡者数は1,361人で、在宅での死亡者割合は全死亡者の中で10.6%（全国：13.0%）と低くなっています。

(5) 在宅医療で積極的な役割を担う医療機関

- 2016（平成28）年3月現在、24時間体制で往診や訪問看護を実施する在宅療養支援診療所として届出を行っている医療機関数は60施設で、人口10万人当たりでは5.6施設（全国：11.4施設）と全国より少なくなっています。（再掲）
- 本県では、「在宅主治医のグループ化」によって在宅医療の24時間体制がとられており、2016（平成28）年10月現在、15グループ、203人の医師が参加しています。（再掲）

(6) 在宅医療に必要な連携を担う拠点

- 2015（平成27）年4月富山県在宅医療支援センターを設置し、郡市医師会の在宅医療支援センターを支援しています。
- 2017（平成29）年4月現在、地域で医療と介護の多職種連携を図る地域包括支援センター数は61か所設置されています。（再掲）



第5 在宅医療の提供体制における主な課題と施策

1. 病院等からの退院支援

〔課題①〕

- 入院医療から在宅医療等への切れ目のない医療体制を確保するため、質の高い入退院支援の実施と、多職種連携の仕組みづくりが必要です。

<施策>

- 在宅への移行や在宅における急変時の対応が円滑に行われるよう、退院時カンファレンスの実施を促進するとともに、病院の医師や在宅主治医をはじめ医療・介護に関わる多職種連携を推進する研修会等を実施します。
- 入退院の際に入院医療機関と介護支援専門員や地域包括支援センター等が情報共有を行い、退院後に安心して療養生活を送れるようにするための入退院調整ルールの普及と適切な運用を促進します。
- 入院初期から退院後生活を見据えた質の高い退院支援が行われるよう、病院関係者の養成等に取り組みます。

2. 日常の療養生活の支援

(1) 普及啓発

〔課題②〕

- 日常的な診療、服薬管理、口腔ケア、健康管理等を充実させるため、かかりつけ医やかかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師等を持つことが必要です。

<施策>

- 日常的な診察、処方、服薬管理、口腔ケア、健康管理等を行い、必要に応じて専門的な医療につなぐ役割を担うかかりつけ医やかかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師等を持つことの必要性を、関係機関と連携して県民に普及啓発します。

(2) 訪問診療・往診

〔課題③〕

- 在宅医療に取り組む医師確保、人材育成と、在宅主治医が相互に補完しあう連携協力体制が必要です。

<施策>

- 県在宅医療支援センターを拠点とした在宅医療に取り組む医師の確保、人材育成に取り組みます。
- 患者の状態に応じ、24時間対応できる体制を整備するため、在宅主治医相互の連携や、在宅医療に取り組む医師のグループ化等を支援します。
- 高齢者や、小児や若年層の在宅療養者に対する訪問診療、訪問看護、訪問薬剤指導等にも対応できる体制の確保に努めます。

- 在宅主治医と在宅療養者を支援する機関が連携し、看取りまでを含めた継続的・持続的な医療を提供できる体制の整備を推進します。

(3) 訪問看護

〔課題④〕

- 訪問看護の利用を促進するためには、訪問看護ステーションや訪問看護師の増加と、機能強化に向けた取組みが必要です。

<施策>

- 訪問看護ネットワークセンターを拠点として、訪問看護の普及啓発や利用に関する相談、ウェブサイト上での訪問看護ステーションの情報提供等に対応し、訪問看護の利用拡大を推進します。
- 訪問看護師の養成と資質の向上のための研修や、人材確保、定着化に向けたトライアル雇用等を支援します。
- 訪問看護ステーションの開設や規模拡大に必要な設備整備を支援します。
- 小規模な訪問看護ステーションの機能強化に向けて、相互支援や連携強化の支援体制の整備に努めます。
- 訪問看護ステーションの安定した経営基盤の確保を支援する運営アドバイザーの派遣や、管理者のための研修を実施します。

(4) 訪問リハビリテーション

〔課題⑤〕

- 患者が居宅での療養生活を継続するためには、生活機能の維持向上を図るためのリハビリテーションが一体的に提供される体制が必要です。

<施策>

- 介護家族や関係者に対する訪問リハビリテーションの普及啓発を行います。
- 在宅療養を支える医療・介護関係者とリハビリ専門職が連携した、切れ目のない効果的なリハビリテーションの提供を支援します。
- 生活機能の維持向上を図るリハビリテーションを提供し、介護が必要な状態の予防と重度化防止に向けて、連携体制を強化します。

(5) 訪問歯科診療

〔課題⑥〕

- 摂食、咀嚼、嚥下など口腔機能の向上や誤嚥による肺炎の防止を図るため、訪問歯科診療や口腔ケアの重要性についての普及啓発や、歯科専門職の資質向上、関係機関との連携強化が必要です。

<施策>

- 在宅歯科医療や口腔ケアの重要性について、介護家族や関係者に対する普及啓発に努め

ます。

- 在宅歯科医療研修事業や口腔ケア普及啓発事業等を実施し、摂食嚥下障害等に取り組む歯科専門職等の資質向上に努めます。
- 歯科医師・歯科衛生士と在宅医療に取り組む診療所、訪問看護ステーション、介護保険施設等との連携強化に向けた研修会等を実施します。

(6) 服薬指導等

【課題⑦】

- 在宅での適切な服薬を推進するため、薬剤師による服薬指導の啓発と、医療・介護との連携や薬局間連携等を推進することが必要です。

<施策>

- 在宅医療における薬剤師による服薬指導の取組みを推進するとともに、その役割について県民に対する普及啓発に努めます。
- 多職種連携会議等において、在宅医療に取り組む医師や訪問看護師、介護職員等と薬剤師との連携を強化します。
- 在宅医療における在宅薬剤管理、在宅麻薬管理の取組みを充実するため、医薬連携、薬局間連携を推進します。

(7) 訪問介護

【課題⑧】

- 患者が居宅での療養生活を継続するためには、訪問診療・訪問看護等に加え、日常生活上の必要な世話をを行う訪問介護サービスが一体的に提供される体制が必要です。

<施策>

- 訪問介護事業者等に対し、24時間対応可能な訪問介護サービスの必要性について理解を求めるとともに、新たに取組みを検討する事業者等に対する支援に努めます。

(8) 家族等に対する支援

【課題⑨】

- 患者が居宅療養を望んだ場合、介護を担う家族等の理解が最も重要であることから、在宅医療に関する理解を深めるとともに、療養期間中における介護家族等の負担を軽減するための支援が必要です。

<施策>

- 広く県民が在宅医療について理解を深めるため、講演会や広報活動等を実施します。
- 介護家族等のレスパイト等のため、在宅の重症難病患者が一時入院できるレスパイト入院を継続します。
- 介護家族等の緊急時等に在宅療養者を一時的に受け入れる医療系ショートステイ病床を引き続き確保します。

(9) 多職種連携と必要な人材育成

〔課題⑩〕

- 入院医療から在宅医療等への切れ目のない継続的な医療体制を確保するには、在宅医療に関わる多職種の連携と人材育成が必要です。また、在宅医療介護連携を推進するため情報共有基盤を整備することが必要です。

<施策>

- 患者の状態に応じ、24時間対応できる体制を整備するため、在宅主治医相互の連携や、在宅医療に取り組む医師のグループ化等を支援します。(再掲)
- 医療・介護に関わる多職種の連携を進めるため、事例検討会などの実施やICTを活用した、情報共有ネットワーク基盤の整備を支援します。
- ケアマネジャーが在宅医療を効果的にマネジメントする能力を高めるため、在宅医療の現場体験を取り入れた研修などを実施します。

3. 症状が急変したときの対応

〔課題⑪〕

- 患者が安心して居宅での生活を続けるためには、療養中に症状が急変した場合においても、速やかに適切な治療を受けられ、また、必要に応じて入院できる環境が必要です。

<施策>

- 患者やその家族が、居宅で安心して療養を続けられるよう、症状が急変しても、24時間いつでも訪問診療や訪問看護が受けられる体制づくりを進めます。
- 患者の状態に応じ、24時間対応できる体制を整備するため、在宅主治医相互の連携や、在宅医療に取り組む医師のグループ化等を支援します。(再掲)
- 病状急変時に在宅療養支援病院や地域包括ケア病床を有する医療機関に入院できるよう、医療と介護との連携体制を構築に努めます。

4. 居宅等での看取り

〔課題⑫〕

- 住み慣れた環境のもとで最期を迎えられるよう、介護家族負担にも配慮した体制が必要です。

<施策>

- 患者やその家族が人生の最終段階を在宅で希望する場合、医療と看護、介護が連携した看取り体制の構築に向け、県民や関係機関等の理解を深めるための普及啓発に努めます。
- 心身の苦痛に適切に対応できるよう、医師、薬剤師、訪問看護師等の連携による在宅麻薬管理等により、質の高い在宅緩和ケアへの提供体制を推進します。
- 患者の容態に応じて対応できる、専門知識・技術を持った認定看護師や特定行為を行う看護師の養成・確保に努めます。

【数値目標】

指標名及び指標の説明	現状	国	2020年	出典等
			2023年	
退院調整実施率（退院時に在宅療養生活に向けた調整が行われた割合）	80.7%	—	88% 94%	県地域リハビリテーション支援センター調査（2016年10月）
訪問診療を実施している診療所・病院数	26.0施設 (人口10万対)	21.7施設 (人口10万対)	増加	NDB（2015年）
在宅医療を行う開業医グループへの参加医師数	203人	—	増加	県在宅医療支援センター調査（2016年10月）
在宅療養支援診療所数	5.6施設 (人口10万対)	11.4施設 (人口10万対)	増加	診療報酬施設基準（2016年3月）
在宅療養支援病院数	1.0施設 (人口10万対)	0.8施設 (人口10万対)	増加	診療報酬施設基準（2016年3月）
訪問看護ステーション数	5.7事業所 (人口10万対)	7.1事業所 (人口10万対)	6.7 7.4 事業所	全国訪問看護事業協会調べ（2016年4月）
訪問看護ステーションに従事する看護師数	23.2人 (人口10万対)	25.8人 (人口10万対)	増加	介護サービス・施設事業調査（2015年）
在宅療養支援歯科診療所数	2.0施設 (人口10万対)	4.8施設 (人口10万対)	増加	診療報酬施設基準（2016年3月）
訪問薬剤指導の実績のある薬局数	185施設	—	増加	県薬剤師会調べ（2016年）
24時間体制の訪問看護ステーション届出割合	90.2%	—	96% 100%に近い水準	県高齢福祉課調査（2016年4月）
在宅看取りを実施している医療機関数	8.3施設 (人口10万対)	8.6施設 (人口10万対)	増加	NDB（2015年）

NDB：厚生労働省レセプト情報・特定健診等情報データベース（ナショナルデータベース）