第４節　砺波医療圏地域医療計画

１　医療圏の概況

（１）地域の環境、人口及び人口動態

○　砺波医療圏は、県西部に位置し、砺波市、小矢部市及び南砺市の３市で構成され、圏域の総面積は929.74km²です。

○　西は石川県、南は岐阜県に接し、北は高岡医療圏、東は富山医療圏に接しています。庄川と小矢部川が南から北東へと流れ、広い扇状地と山間地の変化に富んだ地形をなしている自然豊かな圏域です。

○　2022（令和４）年10月１日現在の圏域の総人口は121,820人です。また、2022（令和４）年の65歳以上の老年人口割合は、総人口の 36.3%となっており、県平均(33.2%)を上回っています。2022（令和４）年の出生数は678人、出生率（人口千対）は5.7（県：6.0）で、県平均を下回っています。また、死亡率（人口千対）は17.2（県：15.1）で県平均を上回っています。

（２）医療機関、保健福祉関係施設

○　2022（令和４）年10月１日現在、圏域内には、病院、一般診療所合わせて100施設、歯科診療所46施設があります。

○　2022（令和４）年病院報告では、１日平均患者数は外来1,680人、入院1,614人、病床利用率78.4%、平均在院日数42.3日で、県平均在院日数（29.7日）より長くなっています。

医療機関の数

区　分	医　療 機関数	摘　要
病　院	16	一般　13 精神科　3
一　般 診療所	84	有床　2 無床　82
歯　科 診療所	46	無床　46

厚生労働省「医療施設調査」
2022（令和４）年10月１日

病院病床数

区　分	病床数
一　般	937
療　養	594
精　神	518
結　核	5
感染症	4

厚生労働省「医療施設調査」
2022（令和４）年10月１日

○　保健施設として、保健センター(類似施設含む)がすべての市に、厚生センターの本所が南砺市に、支所が小矢部市に設置されています。なお、障害者・高齢者福祉施設などは、次のとおりです。

障害者福祉施設

日中活動の場	生活介護	12
	自立（生活）訓練	1
	就労移行支援	－
	就労継続支援Ａ型	5
	就労継続支援Ｂ型	10
	地域活動支援センターⅠ型	3
	地域活動支援センターⅡ型	－
	地域活動支援センターⅢ型	－
住まいの場	共同生活援助	10
相談	指定一般相談支援事業	5
	指定特定相談支援事業	10
	指定障害児相談支援事業	7

県障害福祉課調べ
2023（令和５）年８月１日現在

高齢者福祉施設など

入所施設	特別養護老人ホーム（地域密着型含む）	13
	介護老人保健施設	7
	介護医療院	7
	介護療養型医療施設	1
	軽費老人ホーム（ケアハウス）	2
	認知症対応型共同生活介護（グループホーム）	40
相　談	居宅介護支援事業所	46
	地域包括支援センター	3
	在宅介護支援センター	13
その他	訪問看護ステーション	11

県高齢福祉課調べ
2023（令和５）年７月１日現在

（３）医療従事者

○　2020（令和２）年 10 月１日現在、圏域内の医師の数は 292 人、歯科医師の数は 73 人、薬剤師の数は 242 人で、人口 10 万人当たりでは医師 233.5 人（県：273.7 人）、歯科医師 58.3 人（県：62.8 人）、薬剤師 193.5 人（県：275.9 人）といずれも県平均を下回っています。

○　2020（令和２）年 12 月１日現在、圏域内の看護職の数は 2,056 人で、人口 10 万人当たりでは、1,643.8 人と県とほぼ同じです。

○　圏域内の医療機関におけるリハビリテーション及び歯科関係従事者の数は下表のとおりです。

医師・歯科医師等

区　分		人　数	人口 10 万対（砺波）	人口 10 万対（県）
医　　師		292	233.5	273.7
歯科医師		73	58.3	62.8
薬　剤　師		242	193.5	275.9
看　護　職		2,056	1,643.8	1,642.6
内訳	保健師	103	82.4	64.9
	助産師	38	30.4	39.7
	看護師	1,545	1,235.3	1,263.5
	准看護師	370	295.8	274.4

厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」
2020（令和２）年 10 月１日現在
富山県「看護職員業務従事者届」
2020（令和２）年 12 月 31 日現在
人口 10 万対は県医務課計算

リハビリテーション関係従事者
（常勤換算数）

区　分	人　数
理学療法士	79.7
作業療法士	65.4
言語聴覚士	15.7
視能訓練士	11.0

厚生労働省「病院報告」、「医療施設調査」
2020（令和２）年 10 月１日現在

歯科関係従事者
（常勤換算数）

区　分	人　数
歯科衛生士	101.2
歯科技工士	15.6

厚生労働省「病院報告」、「医療施設調査」
2020（令和２）年 10 月１日現在

２　医療

（１）医療機能の分担と連携

がん

〔現状と課題〕

○　2020（令和２）年度の圏域の市のがん検診受診率（胃・肺・大腸・乳・子宮）は、ほとんどが県平均以上です。また、肝炎ウイルス検査は市及び厚生センター等において実施されており、2019（令和元）年度の 40 歳検診（健康増進事業）の管内の受診率はＢ型　23.0％、Ｃ型　23.0％となっています 。

○　圏域内には禁煙外来を行っている医療機関は、2023（令和５年）年 10 月現在、15 施設（診療所 10 施設、病院５施設）あります 。2021（令和３）年度の禁煙外来での治療件数　（ニコチン依存症の診療報酬の算定件数）は、人口 10 万人当たり 103.9（全国：99.6　県：94.1）となっています 。

○　国指定の地域がん診療連携拠点病院に、市立砺波総合病院が指定されています。

○　地域がん診療連携拠点病院として、院内にがん相談支援センターを設置しており、がんサロンやピアサポーターのサロンを開催しています。

○　５大がんの地域連携クリティカルパスを運用するため、市立砺波総合病院を中心にかかりつけ医と連携していますが、2021（令和３）年度のがんの地域連携クリティカルパスの運用数は人口 10 万人当たり 90.5 件（県：186.6 件）となっています。

○　末期がん患者に対して在宅医療を提供する医療機関届出数は、2021（令和３）年 12 月現在５施設です。

○　緩和ケアチームを備えている医療機関は、圏域に２施設あり 、身体的な苦痛及び精神心理的な苦痛等に対するケアを行っています。

○　市立砺波総合病院では、令和７年度から緩和ケア病棟を開設予定です。

〔施策の方向〕

○　各市及び厚生センターは、がん予防の啓発やがん検診の受診率をはじめ、肝炎ウイルス検査の受診率の向上と継続的なフォローアップに取り組みます。

○　2024（令和６）年度からの県・各市の健康増進計画で示される目標値に向け、喫煙対策を推進します。また、地域・職域連携推進協議会等を活用し、中小企業のがん検診受診率の向上や職域での受動喫煙対策を進めます。

○　国指定の地域がん診療連携拠点病院である、市立砺波総合病院では、他の公的病院や診療所、歯科診療所、訪問看護ステーション、薬局等との連携を強化し、患者の状態に合わせた適切な治療の提供や療養生活、服薬管理など質の高い医療の提供を推進します。

○　市立砺波総合病院と各医師会等との研修会等を通じ、地域連携クリティカルパスの円滑な運用を推進するとともに、多職種連携による在宅がん緩和ケアの推進を図ります。

脳卒中

〔現状と課題〕

○　脳卒中の発症予防のため、望ましい生活習慣に関する普及啓発が必要です。

○　脳卒中が疑われる症状が出現した場合、速やかな対処が重要であり、一人暮らし、日中独居など発症が容易に認識できない人への対応が必要です。

○　脳卒中の急性期医療が可能な医療機関として、市立砺波総合病院と南砺市民病院があります。このうち、市立砺波総合病院は、一次脳卒中センターとして24時間365日専門的な診療を行っています。

○　2021（令和３）年の圏域内の脳卒中における血栓溶解療法の実施件数数11件で、人口10万人あたり8.7件（全国12.0～12.4件、県10.1～10.9件）です。引き続き発症後、迅速な受診を図る必要があります。

○　富山県脳卒中情報システムの活用により、圏域内の脳卒中患者の発症状況や診療状況等の情報を把握し、分析を行っています。

○　2020（令和２）年10月１日現在、圏域内の医療機関におけるリハビリ従事者（常勤換算数）は理学療法士79.7人、作業療法士65.4人、言語聴覚士15.7人です。

○　2021（令和３）年度の圏域内の脳卒中患者に対するリハビリテーション実施件数は1,011件で、人口10万人当たりでは795.8件（県905件）です。

○　2020（令和２）年度の圏域内の在宅等生活の場に復帰した患者の割合は62.3%（県55.7%）です。

○　急性期、回復期、維持期への円滑な移行や再発予防のため、引き続き市立砺波総合病院を中心とした地域連携クリティカルパスの運用を一層推進していく必要があります。

○　市立砺波総合病院及び南砺市民病院は、地域リハビリテーション広域支援センター及び地域包括ケアサポートセンターとして指定されており、リハビリ従事者への援助・研修等の実施による資質向上や、圏域内の関係機関との連絡会の開催による連携強化、住民への地域リハビリテーション等の普及啓発を行っています。

〔施策の方向〕

○　住民に対し、脳卒中についての理解を深めるとともに、危険因子に関する普及啓発を行います。

○　特定健診対象者への受診勧奨の強化と保健指導実施率の向上をさらに進めます。

○　住民に対し、脳卒中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を行うことができるよう普及啓発を行います。

○　急性期病院における、血栓溶解療法や脳血管内治療等の診療データの収集・分析を推進します。

○　引き続き、市立砺波総合病院を中心とした、地域連携クリティカルパスの普及・運用を進めます。

○　市立砺波総合病院及び南砺市民病院を中心とした、圏域内における回復期・維持期リハビリテーションの支援体制及び機能強化を図るとともに、砺波圏域地域リハビリテーション連絡協議会において、管内の現状と課題を分析・評価し、さらなる脳卒中対策の充実に

努めます。

○　病院から在宅等へ療養の場が変わっても、切れ目なく療養支援ができるよう、「砺波医療圏　医療と介護の連携手引き」を運用し、医療・介護に関わる多職種の連携を推進します。

心筋梗塞等の心血管疾患

〔現状と課題〕

○　圏域の市国保特定健康診査の 2021（令和３）年度のデータでは、受診者 10,712 人のうちⅢ度高血圧 の者のうち治療していない者であって 62.9%、LDL コレステロール 160 mg/dl 以上の者であって治療していない者が 90.8%、HbA1c8.0%以上(NGSP 値) の者であって治療していない者が 23.1%おり、治療につなげる必要があります。

○　一人暮らし、日中独居など発症が容易に認識できない人への対応が必要です。

○　急性期の治療は、砺波医療圏では市立砺波総合病院が担っています。

○　市立砺波総合病院では、急性期治療の質向上のため、症例登録等を行い、来院から心臓カテーテル検査までに要した平均時間や退院時転帰など、急性心筋梗塞の治療に関するデータに基づいた治療評価の取組みを行っています。

○　市立砺波総合病院では、入院中及び退院後の心大血管疾患リハビリテーションを行っていますが、人口 10 万人当たり入院中リハビリテーションの実施件数は 107.8 件と県の 183.0 件に比べ少なくなっています。

○　心不全はすべての心疾患に共通した終末期的な病態であり、高齢化等今後の患者増加が予測され、維持期、回復期に対応できる医療体制が必要です。

○　在宅等生活の場に復帰した患者の割合 2014（平成 26）年が 81.1%→2020（令和２）年 92.9%と増加しており、在宅における支援体制の構築が重要です。

〔施策の方向〕

○　高血圧、脂質異常症、糖尿病の危険因子を有している未治療者に対し、適切な治療につなげる特定健康診査・特定健康指導や啓発などの取組みを推進します。

○　住民に対し、急性心筋梗塞の予防を図るとともに、発症が疑われる症状が出現した場合、早期発見し救急搬送の要請等を適切に行うことができるよう普及啓発を行います。

○　高血圧・脂質異常症・糖尿病等の患者については、必要に応じて冠動脈ＣＴ検査の受診を勧めるなど、診療所と病院との連携を進めます。

○　市立砺波総合病院での急性心筋梗塞の治療に関するデータに基づいた治療評価の取組みを支援するとともに、再発予防に有効な心大血管リハビリテーションを、入院中のみならず退院後も継続できるよう推進します。

○　心不全の再発予防のための患者管理・心不全手帳を活用した患者(家族)教育及び指導体制や退院後のリハビリテーションを充実させるため、医療体制の構築を図ります。

○　地域連携クリティカルパスを普及・運用を進めるとともに切れ目のない患者支援に努めます。

糖尿病

〔現状と課題〕

○　圏域の市国保特定健康診査の 2021（令和３）年度のデータでは、HbA1c 値が高い未治療者が多く、受診につなげる必要があります。また、糖尿病の治療者のうち、HbA1c7.0％（NGSP 値）以上の者の割合は 40.1％であり、血糖コントロールの改善を図る必要があります。

○　圏域の市では、糖尿病に関する健康教室や健康相談が実施されていますが、更に効果的にハイリスク者に介入するためには、糖尿病性腎症重症化予防プログラムフローチャート等に基づく対象者の抽出及び訪問指導がより重要になっています。

○　糖尿病治療など管理が継続しにくい一人暮らし高齢者、認知症高齢者等の増加が懸念されています。

○　糖尿病の地域連携クリティカルパスの運用は、一部の公的病院、医師会に留まっています。

○　糖尿病専門医が在籍する医療機関数は４施設、腎臓専門医が在籍する医療機関数は４施設であり、専門的診療体制の連携強化が必要です。

○　2021（令和３）年度の人口 10 万人当たりの新規人工透析導入患者は、県平均は 34.3 人であり、圏域は 33.8 人となっています。人工透析ハイリスク者の抽出に有用な尿中アルブミン（定量）検査の実施件数は全国や県より少なく、かかりつけ医療機関において積極的に実施する必要があります。

○　各市では、医師会や専門医を交えた連絡会議を開催しています。また、厚生センター主催の連絡会議では、圏域での課題を共有しています。

〔施策の方向〕

○　「糖尿病重症化予防対策マニュアル」「糖尿病性腎症重症化プログラム」に基づき、医療機関と市が連携し、健康相談・保健指導等を実施する保健医療連携体制の整備を図ります。市国保特定健康診査で HbA1c 値の高い未治療者について、適切な治療につなげる取組みを推進します。

○　厚生センターの地域・職域連携推進協議会等を通じ、働く世代等の患者が糖尿病の指導を受けやすい体制（糖尿病専門外来等）を整え、職域での糖尿病重症化予防に努めます。

○　高齢の糖尿病患者に対する支援を強化するため、保健・医療・福祉関係者に対して、糖尿病に関する研修会や事例検討会を行います。

○　病院とかかりつけ医との病診連携の強化のため、地域連携クリティカルパスや糖尿病連携手帳を用い、中核病院と医師会との連携を推進します。

○　かかりつけ医における尿中アルブミン検査実施の重要性を普及啓発し、糖尿病性腎症発症・重症化予防の体制を強化します。

○　連絡会議を通じて市と厚生センターが連携し、糖尿病に関する情報の共有や普及啓発を行うなど、糖尿病の早期発見や重症化予防を図ります。

精神疾患

〔現状と課題〕

○　2020（令和２）年医療施設調査では、圏域内には、精神科を標榜する病院が７施設、精神科を標榜する診療所が１施設あります。また、精神科訪問看護を提供する医療機関や訪問看護ステーションは６施設あります。

○　独立行政法人国立病院機構北陸病院には、県内唯一の医療観察法に基づく病床が 34 床設置されています。

○　厚生センターや各市、相談支援事業所、砺波圏域障害者基幹相談支援センター等では、患者本人や家族の相談対応、医療資源や精神保健福祉制度等に関する情報提供等を行っています。また厚生センターでは「精神障害者のための地域生活支援ガイド」を作成し、関係機関へ周知しています。

○　2020（令和２）年患者調査では、「精神及び行動の障害」による退院患者平均在院日数は 685 日で県平均よりも長くなっています。また、最近の入院患者は、１年以内での退院が多い状況です。

○　2016（平成 28）年の精神科身体合併症管理加算の算定件数は 52 件であり、人口 10 万人当たりでは県よりも少なくなっています。高齢化の進展に伴い、身体合併症を有する患者が増加しています。また、2022（令和４）年度の自立支援医療（精神通院）における心理的発達障害の認定数は 74 件であり、2018（平成 30）年の 45 件と比べ発達障害児者が増加しています。

○　関係機関や団体が参画する「地域精神保健福祉推進協議会」が設置されており、精神保健福祉に関する知識の普及啓発などに努めています。

○　「かかりつけ医から精神科医への紹介システムの手引き」を作成し、うつに関するかかりつけ医と専門医との連携を推進しています。

○　独立行政法人国立病院機構北陸病院に認知症疾患医療センターが設置されており、相談や鑑別診断及び周辺症状に対する治療等を行うとともに、保健・医療・介護機関などとの連携を図るため、研修会や情報発信を行っています。

○　2022（令和３）年の自殺による死亡者数は 27 人で、人口 10 万人当たり 22.3 人で県の 18.3 人より多くなっています 。

〔施策の方向〕

○ 精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、保健・医療・福祉・介護等との重層的な連携を推進するために関係者連絡会等を継続し、精神障害者にも対応した地域包括ケアシステムの構築に努めます。

○　引き続き、厚生センターや市では、地域住民や精神障害者及びその家族に対し、相談や訪問指導等を行います。また、精神科医療機関と地域関係機関が連携して、地域移行・地域定着支援及び措置入院者等退院支援等に取り組んでいきます。

○　医療観察法に基づく患者の社会復帰を支援していきます。

○　身体合併症を有する患者や発達障害児者の医療連携の推進に努めます。

○　うつ病をはじめとする精神疾患や認知症の早期発見・早期治療を図るため、かかりつけ医

から精神科医への紹介システムの手引きに基づき、連携推進に努めます。また、認知症サポート医の養成を図っていきます。

○　認知症疾患医療センターは、地域の認知症疾患の保健・医療・介護サービスの向上を図るため研修会等を行い、「認知症疾患治療ガイドライン」に基づく診療等を推進するとともに、関係機関との連携を図ります。

○　地域精神保健福祉推進協議会では、関係機関や関係団体と連携を図り、地域の理解者が増えるよう、地域住民への精神保健福祉に関する普及啓発を進めます。

○　引き続き、厚生センター及び市が連携しながら自殺予防対策の推進に努めます。

その他

〔現状と課題〕

○　市立砺波総合病院には、開放型病床が５床設置されています。

○　圏域内の５公的病院、９私立病院、６診療所に地域医療連携窓口が設置されており、患者の退院支援等医療機関及び地域との連携が推進されています。

〔施策の方向〕

○　病院等の地域医療連携窓口を通じて、医療・保健・福祉等関係機関の連携の強化を図ります。

（２）救急医療

〔現状と課題〕

○　初期救急医療体制として、砺波医療圏急患センターが内科及び小児科の休日・夜間診療を実施しています。

○　第二次救急として、４病院（市立砺波総合病院、南砺市民病院、公立南砺中央病院、北陸中央病院）による輪番制を行っています。また、第二･五次救急として、地域救命センター（市立砺波総合病院）が対応しています。

○　第二次及び第二・五次救急の負担軽減のため、初期救急医療体制について充実を図る必要があります。また、砺波医療圏急患センターの診療件数は、近年減少傾向にありますが、適切な受診について啓発する必要があります。

○　2021（令和３）年の圏域内における救急出場件数は4,603件、搬送人員は4,381人です 。

○　救急出場状況では、年齢区分や傷病程度を見ると、管内では高齢者の搬送割合が73.2%と県（69.5%）よりも高く、又、傷病程度別でも重症者の割合が27.6%と県（10.8%）よりも高くなっており、独居や老々介護などの高齢者に対する対応が必要です。

○　砺波地域消防組合では、応急手当や公共施設等に設置されているＡＥＤ（自動体外式除細動器）に関する救命講習を実施しています。また、各市においてＡＥＤの設置場所等について広報するなど、ＡＥＤを含む救急蘇生法に関する普及啓発が行われています。

〔施策の方向〕

○　今後とも、初期、第二次、第二･五次救急医療体制の充実に努めるとともに、住民に対し、

的確な救急医療機関の情報の提供に努めます。

○　脳卒中や急性心筋梗塞を早期発見し、発症時に救急搬送の要請等を適切に行うことができるよう、「救急受診ハンドブック」や「小児救急医療ガイドブック」、子ども救急電話相談（＃８０００）の活用などの普及啓発に努めます。

○　独居や老々介護の高齢者の急病時に対する体制づくりを検討していきます。

○　病院前救護体制の充実のため、今後とも救急蘇生法の講習会などを通じて、ＡＥＤの使用方法の啓発に努めます。

（３）災害医療

〔現状と課題〕

○　市立砺波総合病院が地域災害拠点病院に指定されており、業務継続計画（BCP）は策定済であり、診療に必要な施設の耐震化はすべて完了しています。

○　国立病院機構北陸病院は、被災地において被災者の心のケアに従事する「災害派遣精神医療チーム（DPAT）」を有しています。

○　2022（令和４）年 11 月現在、業務継続計画（BCP）を策定している災害拠点病院以外の病院は８病院（53.3%）となっています。

○　災害拠点病院及び災害拠点病院以外の病院における豪雨災害等の被害を軽減する体制の構築が必要です。

○　災害拠点病院及び公的病院、医師会、歯科医師会、薬剤師会、消防、行政等で構成される「砺波地域災害医療連携会議」を設置し、災害発生時の医療連携体制の整備充実を図っています。

○　「災害時厚生センター活動マニュアル」に基づいて大規模災害発生時の応急活動に関する図上訓練を厚生センターで実施しています。

○　災害時には、地域コーディネート体制を充実させ、救護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を行う必要があります。

○　市は人工呼吸器等の医療機器を使用している患者等、優先度が高い避難行動要支援者から個別避難計画を作成する必要があります。

〔施策の方向〕

○　広域災害・救急医療情報システム（EMIS）を利用し、管轄区域の医療機関の状況について把握できるように推進します。

○　災害拠点病院以外の病院に対し、業務継続計画（BCP）の策定や災害実動訓練の実施を促進します。

○　災害拠点病院及び災害拠点病院以外の病院に対し、豪雨災害等の被害を軽減するため、浸水対策等の促進を働きかけます。

○　災害拠点病院以外の病院に対において、施設の耐震化や非常用自家発電機の整備、備蓄など総合的な防災対策を働きかけます。

○　災害医療連携会議等を開催し、ネットワークの構築を進めるとともに、災害時に医療・保健・福祉ニーズ等の調整及びコーディネート機能を発揮できるよう体制の整備に努めます。

○　人工呼吸器等の医療機器を使用している患者等について市が定める個別避難計画の策定を支援するなど、平時から災害時の対応を検討し、必要な準備を進めます。

○　「災害時における栄養・食生活支援マニュアル」により、研修会等を通じて適切な備蓄を推進します。

（４）周産期・小児医療

〔現状と課題〕

○　管内の出生数は 2016（平成 27）年では　918 件でしたが、2022（令和４）年では 678 件と減少しています。

○　2022（令和４年）年度末現在、分娩を取り扱う医療機関は、３施設（病院１施設、診療所1 施設、助産所１施設）です。

○　市立砺波総合病院は、地域周産期母子医療センターとして、母体及び新生児の救急搬送受入体制を備えています。

○　厚生センターでは、医療的ケア児やメンタル面で支援を要する妊産婦に対して、市と協働で支援を行っています。

○　管内産科・小児科連絡会、周産期ネットワーク会議等を開催し、分娩可能な医療機関と保健、福祉関係機関の連携の推進や、妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援を提供する体制の構築に努めています。

○　市と厚生センターが協働して発達障害児の早期療育体制の充実に努めるとともに、厚生センターでは、長期療養児支援としておひさまの会等を実施しています。

○　医療的ケア児やその家族が安心して療養できる在宅ケア体制の整備が必要です。

○　砺波医療圏急患センターの小児利用者は、2021（令和３）年で 1,771 人、夜間一日あたり 4.8 人となっています。

〔施策の方向〕

○　地域の分娩を取り扱う医療機関の連携体制を維持する必要があります。

○　妊婦及び新生児の周産期医療救急搬送については、「周産期医療搬送・紹介ガイドライン」に沿って適切に運用されるよう、その周知等に努めます。

○　2024（令和６）年度に各市がこども家庭支援センターを設置し、すべての妊産婦や子育て世帯、こどもへ一体的に相談支援を行うとともに、関係機関との広域的な支援体制の構築を図ります。

○　妊娠期から出産、子育て期を支援するために産前・産後サポート事業や産後ケア事業などの充実を図ります。

○　管内産科・小児科連絡会や周産期ネットワーク会議等を通じて、関係機関との更なるの連携強化に努めます。

○　今後とも関係機関との連携を図りながら、発達障害児の早期療育体制の充実、及び医療的ケア児の在宅医療体制の整備や人材育成の推進に努めます。

○　「小児救急医療ガイドブック」や子ども救急電話相談等（＃８０００）について、住民への普及啓発を図ります。

（５）在宅医療

〔現状と課題〕

○　退院支援（退院調整）を受けた患者数は圏域内で 4,758 人、人口 10 万人当たり 3,745.3 人（全国：828.5 人、県：3,792.5 人）となってます。

○　訪問診療を実施している診療所・病院は、2021（令和３）年度末現在 34 施設あります。圏域内で、訪問診療を受けた患者数は 10,102 人、人口 10 万人当たり 7,951.9 人(県:7,231.2 人）です。医療ニーズの高い在宅患者に対応できるよう、多職種連携・バックアップ病床の確保など、在宅医療のシステムの充実を図る必要があります。

○　2021（令和３）年９月現在、圏域内では、在宅患者訪問薬剤管理指導の届出薬局数は 36 施設、人口 10 万人当たり 28.3 施設（県：29.3 施設）です。また、訪問薬剤師で指導を受けた患者数は人口 10 万人当たり 7,889.7 人（県：6,247.8 人）となっています。

○　訪問看護ステーションは増加しており、圏域内には 11 か所あり、訪問看護利用者数は人口 10 万当たり 7,889.7 人（県：6,247.8）となっています。また、24 時間体制をとっている訪問看護ステーションは、2021（令和３）年度末現在６施設、人口 10 万人当たり 4.7 施設（県：6.2 施設）となっています 。

○　在宅看取りを実施している診療所・病院は、2021（令和３年）年度末現在圏域内で９施設、人口 10 万人当たり 7.1 施設（県：8.1 施設）であり、圏域内で在宅における看取り数は 224 人で、人口 10 万人当たり 176.3 人（県：159.6 人）となっています。また、在宅ターミナルケアを受けた患者は、圏域内で 86 人、人口 10 万人当たり 67.7 人（県：78.5 人）となっています。

○　2021（令和３）年度末現在、在宅療養支援歯科診療所の届出を行っている歯科診療所数は６施設あります。

○　各医師会は在宅医療支援センター事業として、多職種連携の事例検討会の実施等により在宅医療体制を推進しています。

〔施策の方向〕

○　在宅療養者が安心して療養生活を送れるように、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、訪問看護ステーション、薬局、介護保険サービス事業所等との連携により、療養支援から看取りまでを含めた継続的な医療の提供を推進します。

○　入院医療から在宅医療への切れ目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の連携を推進します。

○　住民に対し、在宅医療や従事する職種の機能や役割を広く紹介するとともに、在宅緩和ケアや在宅看取り（アドバンスケア）についても普及啓発を図り、引き続き在宅における看取りができる体制を推進します。

○　各医師会では、在宅医療支援センターが「在宅医療に必要な連携を担う拠点」として、より一層、関係機関との連携強化に努めます。

○ 今後、在宅医療においては、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が必要です。今後は市町村が位置付ける「在宅医療に必要な連携を担う拠点」において、地域の医療及び介護、障害福祉の関係者の連携により、退院時から看取りまでの医療、介護、障害福祉サービスにまたがる様々な支援を包括的に提供できるように努めます。

３　医療・保健・福祉等の地域連携

（１）医療と保健、福祉の連携

〔現状と課題〕

○　厚生センターを事務局として、公的病院・小児科医療機関による感染症メーリングリストを運用するとともに、市立砺波総合病院において、圏域内の公的病院及び厚生センターが参加して地域医療感染防止対策連携会議を定例的に開催しています。

○　厚生センターでは、小規模医療機関及び福祉施設の看護職員を対象に医療安全、感染対策等の研修会を開催しています。

○　厚生センターでは、保健・医療・福祉等関係機関からなる精神関係機関長会議を開催しています。また、３市合同で砺波地域障害者自立支援協議会を設置し、相談支援事業の運営評価や処遇困難事例の対応のあり方の協議等を行っています。また、３市において障害福祉計画を策定し、推進しています。

○　厚生センターでは、難病患者や家族の療養上の不安の軽減やきめ細かな日常生活への支援を目的として、家庭訪問及び療養相談会等の充実、医療機関を交えての地域難病ケア連絡会の開催、地域住民を対象とした難病ボランティアの養成を、市や医療機関等関係機関と連携して実施しています。

○　住民ができる限り住み慣れた地域で生活できるよう、予防の推進や入院・退院・在宅復帰を通しての切れ目ないサービスを提供する「地域包括ケア」を推進するため、医療・保健・介護・福祉の連携を図ることが必要です。

〔施策の方向〕

○　今後とも、厚生センターと医療機関、福祉施設、市町村等が連携し、ネットワーク会議や講習会等を通じて、感染対策等の安全対策を推進します。

○　今後とも、３市において関係機関との連携のもと、砺波地域障害者自立支援協議会の活動を活性化し、障害福祉計画を着実に推進します。また、厚生センターでは、精神関係機関長会議や研修会等を通じて関係機関の連携を推進します。

○　砺波圏域地域リハビリテーション連携指針に基づき、砺波地域リハビリテーション広域支援センターを中核として保健・医療・福祉施設との連携を推進します。

○　今後とも、難病患者の在宅療養を支援するため、保健・医療・福祉等の関係機関及び地域の難病ボランティア等と連携して取り組んでいきます。

○　行政・医師会・歯科医師会・薬剤師会・訪問看護ステーション・介護保険事業者等の協働により「地域包括ケア」を推進すると共に地域共生社会の実現に向けた取り組みを推進します。

（２）関係団体・ボランティアとの連携、情報の提供

〔現状と課題〕

○　ソーシャルキャピタルの核となるヘルスボランティアや、食生活改善推進員、母子保健

推進員、メンタルヘルスサポーター、難病ボランティア、薬物乱用防止指導員等による地域活動が積極的に行われています。

○　厚生センターでは、上記関係団体やボランティア組織等のソーシャルキャピタルを活用し連携を図りながら各種事業を推進しています。

○　厚生センターでは、ホームページ等を通じて、医療連携体制や医療機能に関する情報を提供しています。

〔施策の方向〕

○　厚生センターでは、今後とも、関係団体や各ボランティア組織等のソーシャルキャピタルを活用し、連携・協力しながら各種事業の推進に努めます。また、地域住民のネットワークを基盤に、医療、保健、福祉・介護等の関係機関、関係団体の協働により「地域包括ケアシステム」を構築すると共に、地域共生社会の実現に向けた取り組みを推進します。

○　厚生センターでは、今後とも、ホームページや各種の事業を通じて、医療連携体制や医療機能に関する情報をわかりやすく提供していきます。