

富山県医療計画

<素案>

2024（令和6）年3月

富山県

目 次

第 1 章 総論

第 1 節	計画の基本的考え方	1
第 2 節	医療を取り巻く現状と課題	2
第 3 節	計画の基本目標	24
第 4 節	医療圏と基準病床数	26

第 2 章 基本計画

第 1 節 質の高い医療の提供

1	医療連携体制の推進	
[1 - 1]	医療機能の分担と連携の推進	
(1)	地域医療連携の推進	28
(2)	公的病院の機能充実	31
(3)	歯科医療機関の機能充実	33
(4)	薬局の機能充実	34
(5)	訪問看護ステーションの機能充実	36
[1 - 2]	5 疾病 6 事業及び在宅医療体制の確保	
(1)	がんの医療体制	38
(2)	脳卒中の医療体制	55
(3)	心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制	69
(4)	糖尿病の医療体制	85
(5)	精神疾患の医療体制	101
(6)	救急医療の体制	125
(7)	災害時における医療体制	148
(8)	新興感染症発生・まん延時における医療体制	166
(9)	へき地の医療体制	181
(10)	周産期医療の体制	191
(11)	小児医療の体制	209
(12)	在宅医療の体制	227
[1 - 3]	医療提供体制の整備充実	
(1)	リハビリテーション	246
(2)	臓器移植等	247
(3)	生殖補助医療	248
(4)	和漢診療	249
(5)	人生の最終段階における医療	250
(6)	医薬品・血液の確保	251
2	医療安全と医療サービスの向上	
(1)	医療安全対策の強化	252
(2)	医療情報の共有化	254
(3)	医療機関情報の提供	255
(4)	診療情報の提供の促進	257
(5)	患者の選択による医療の実現	258
(6)	患者ニーズに応じた医療サービスの提供	259
(7)	医業経営の効率化	260
3	人材の確保と資質の向上	
(1)	医師	262
(2)	歯科医師	265

(3) 薬剤師	266
(4) 看護職員	269
(5) その他の保健医療従事者	271
(6) 介護サービス従事者	273

第2節 医療・保健・福祉の総合的な取組みの推進

1 医療・保健・福祉の総合的な提供	
(1) 要介護等高齢者対策	275
(2) 障害者対策	278
(3) 難病対策	280
(4) アレルギー疾患対策	282
(5) 歯科保健対策	283
(6) 地域リハビリテーションの推進	284
(7) 身近な地域における福祉の推進と連携支援	285
2 健康危機管理の推進	
(1) 健康危機管理体制	286
(2) 感染症対策（新興感染症発生・まん延時における医療体制を除く）	288
(3) 食品・飲料水等の安全確保	295
3 医療関係機関の充実	
(1) 厚生センター、保健所等	298
(2) 研究機関	300
(3) 健康・検診施設	302
(4) その他関係機関等	305

第3章 地域医療計画

第1節 新川医療圏地域医療計画	307
第2節 富山医療圏地域医療計画	326
第3節 高岡医療圏地域医療計画	339
第4節 砺波医療圏地域医療計画	355

第4章 計画の推進

第1節 関係機関の役割分担と連携	368
第2節 計画の普及、実効性の確保	369

付属資料

表1 がんの医療体制構築に係る現状把握のための指標	370
表2 脳卒中の医療体制構築に係る現状把握のための指標	371
表3 心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制構築に係る現状把握のための指標	373
表4 糖尿病の医療体制構築に係る現状把握のための指標	375
表5 救急医療の医療体制構築に係る現状把握のための指標	377
表6 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	378
表7 へき地の医療体制構築に係る現状把握のための指標	379
表8 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	380
表9 小児医療の医療体制構築に係る現状把握のための指標	382
表10 在宅医療の医療体制構築に係る現状把握のための指標	383
委員名簿	384
改定の経緯	399

第1章 総論

第1節 計画の基本的考え方

第2節 医療を取り巻く現状と課題

第3節 計画の基本目標

第4節 医療圏と基準病床数

第1節 計画の基本的考え方

1 計画の趣旨

本県では、1989（平成元）年に「富山県地域医療計画」を本県の医療施策の指針として策定し、以来、1994（平成6）年、1999（平成11）年、2005（平成17）年、2008（平成20）年、2013（平成25）年、2018（平成30）年の改定及び2021（令和3）年の中間見直しを経て、県の医療提供体制の整備に努めてきました。

また、2017（平成29）年には、地域医療構想を策定し、病床機能をはじめとする医療機能の分化及び連携の推進等の取組みを進め、良質かつ適切な医療提供体制の確保にあたっています。

このような中、今般の新型コロナウイルス感染症の感染拡大を受け、外来・入院・在宅にわたり医療機関等が連携し、適切な役割分担の下で医療提供を行う重要性が改めて認識されました。また、2024（令和6）年度からは医師の時間外・休日労働の上限規制への対応も必要となることも踏まえ、地域医療構想の取組みを着実に進めることにより、人口減少・高齢化に伴う医療ニーズの質・量の変化に対応した医療提供体制を維持することが重要です。

医療計画の策定・推進に当たっては、5疾病・6事業及び在宅医療について横断的な医療提供体制を構築する必要があるため、介護保険事業支援計画や感染症予防計画等の他の計画との整合性を確保しています。

県においては、引き続き、SDGsに配慮しつつ、あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保するとともに、県民のウェルビーイングの向上につなげるため、患者本位の良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制を構築していきます。

2 計画期間

2024（令和6）年度から2029（令和11）年度までの6年間を計画期間とし、医療を取り巻く環境の変化に対応するため、必要に応じて見直しを行います。なお、在宅医療、外来医療及び医師の確保に関する事項については、3年ごとに調査、分析及び評価を行い、必要に応じて見直しを行います。

第2節 医療を取り巻く現状と課題

R2 国勢調査に基づいた将来人口推計は、2023 年中に公表予定

1 医療を取り巻く現状

1 人口の動向

(1) 人口の推移

- 2022（令和4）年10月1日現在の本県の人口は1,016,323人であり、1998（平成10）年の1,126,336人をピークに減少傾向が続いています。
- 2018（平成30）年に国立社会保障・人口問題研究所が発表した推計によれば、今後も人口減少が続き、2040年には863千人になると予測されています。

(2) 出生率と死亡率

- 2022（令和4）年の出生率（人口千対）は6.0で、全国の6.3に比べて0.3ポイント低く、低下傾向が続いています。
- 2022（令和4）年の死亡率（人口千対）は15.1で、全国に比べ高齢化の進行が早いことから、全国の12.9に比べて、2.2ポイント高く、上昇傾向で推移しています。

(3) 高齢化率

- 2022（令和4）年の本県の人口に占める65歳以上の高齢者の比率は33.2%で、全国の29.0%よりも4.2ポイント高くなっており、全国を上回って高齢化が進んでいます。2040年には、高齢化率が38.8%になると予測されています。

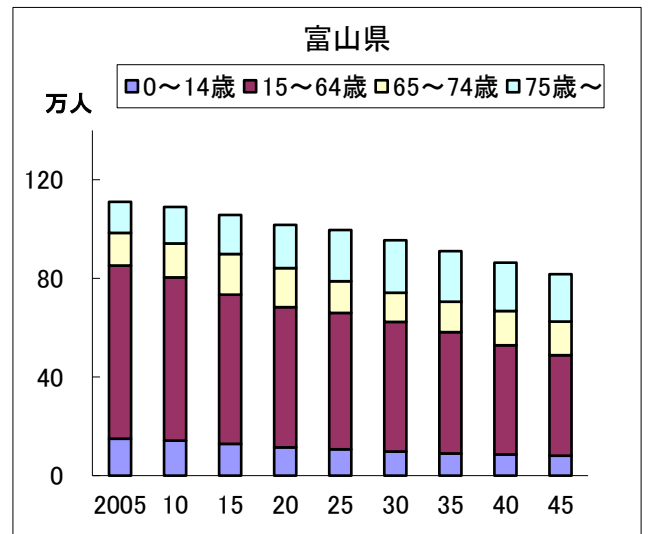
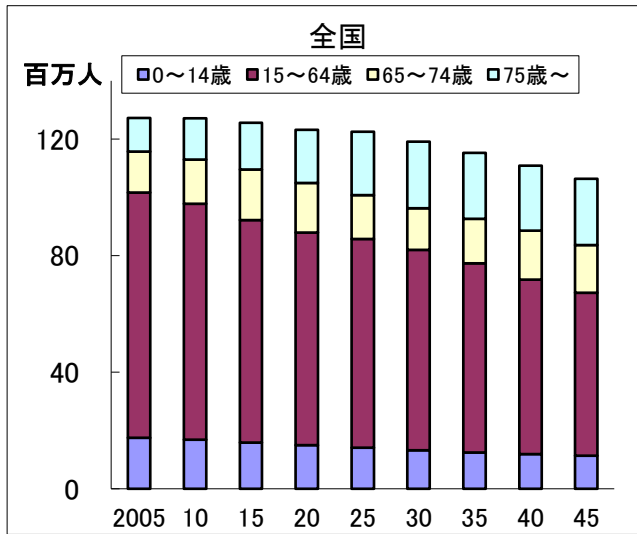
(4) 平均寿命

- 2020（令和2）年の平均寿命は、男性が81.74歳（全国：81.49歳、15位）、女性が87.97歳（全国：87.60歳、10位）と全国より長くなっています。

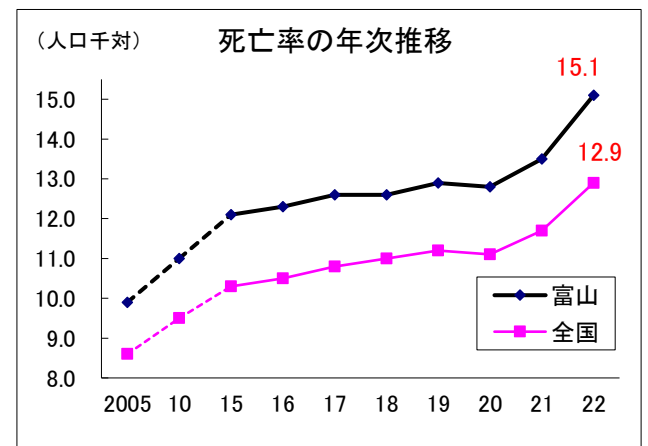
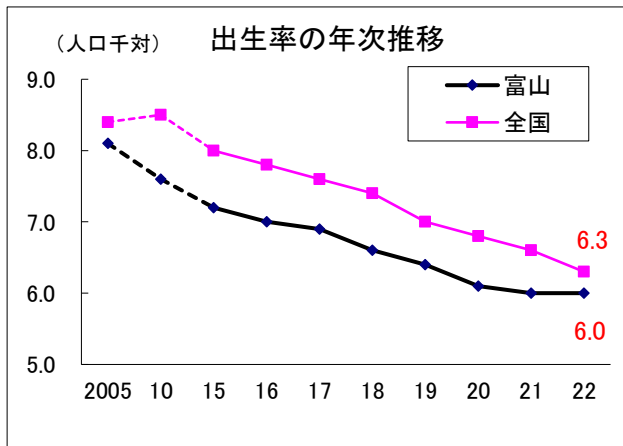
(5) 健康寿命

- 2019（令和元）年の健康寿命は、男性が72.71歳（全国：72.68歳）、女性が76.18歳（全国：75.38歳）と全国より長くなっています。

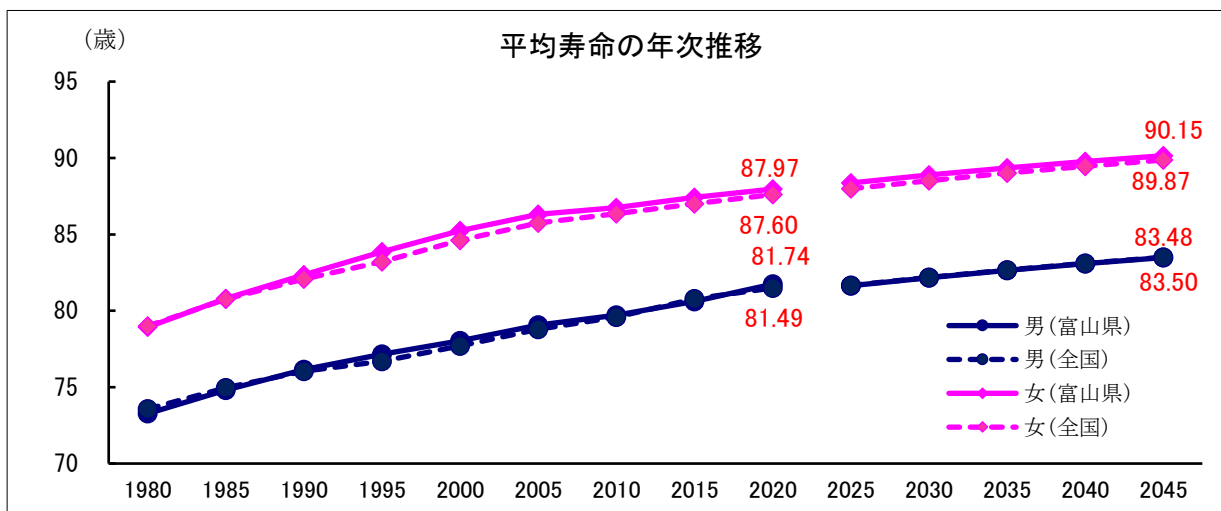
年齢4区分別人口推移(2025年以降は推計値)



国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成30(2018)年推計)－平成27(2015)～57(2045)年－」



厚生労働省「人口動態統計」



厚生労働省「都道府県別生命表」

国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成30(2018)年推計)－平成27(2015)～57(2045)年－」

2 死因の推移

- 悪性新生物、心疾患、脳血管疾患のいわゆる3大生活習慣病による死亡数が、2022(令和4)年では、全死亡数の44.9%を占めています。悪性新生物による死亡数は、上昇傾向にあり、2022(令和4)年では、全死亡数の24.7%を占めています。
- 2015(平成27)年の本県の疾病別の死因を男女別に全国平均と比較(高齢化に伴う死亡率上昇要素を排除した年齢調整後の死亡率)すると、男性は、不慮の事故、胃の悪性新生物、急性心筋梗塞等の死亡率が全国平均より高くなっており、女性は、不慮の事故、胃の悪性新生物、大腸の悪性新生物等が全国平均より高くなっています。

三大生活習慣病死亡数等の推移

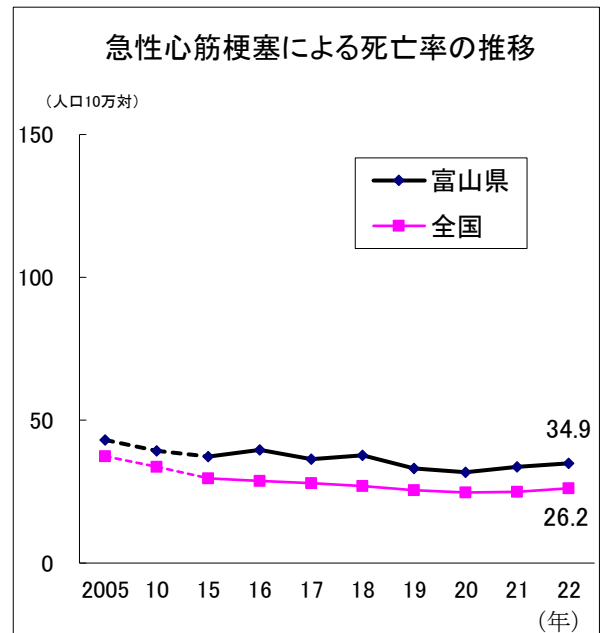
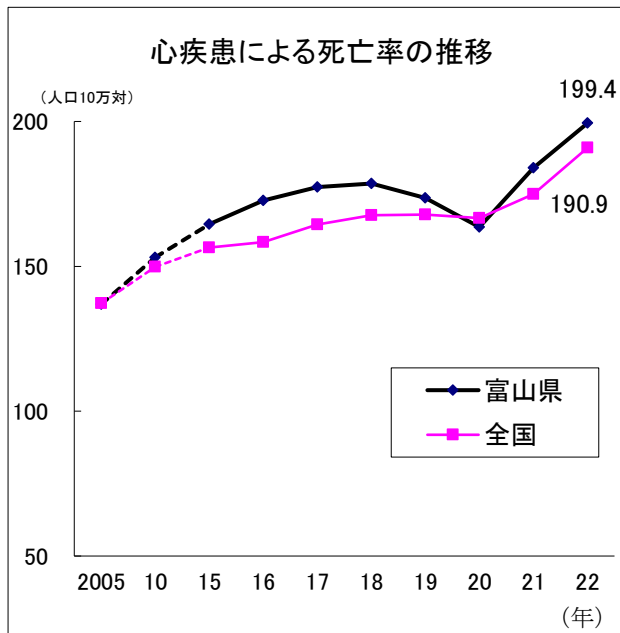
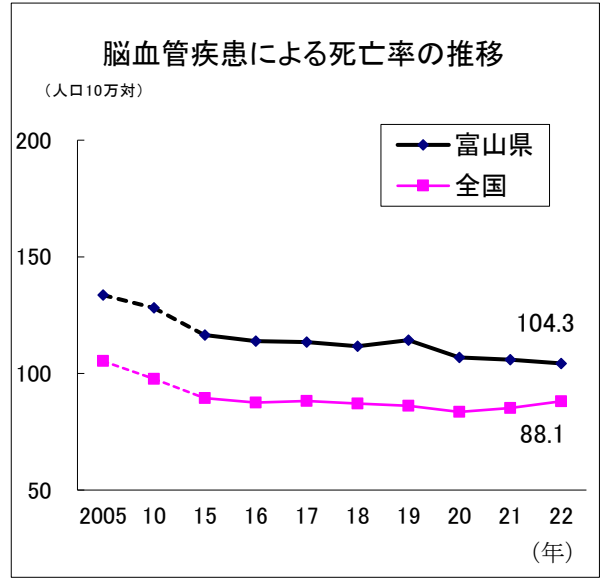
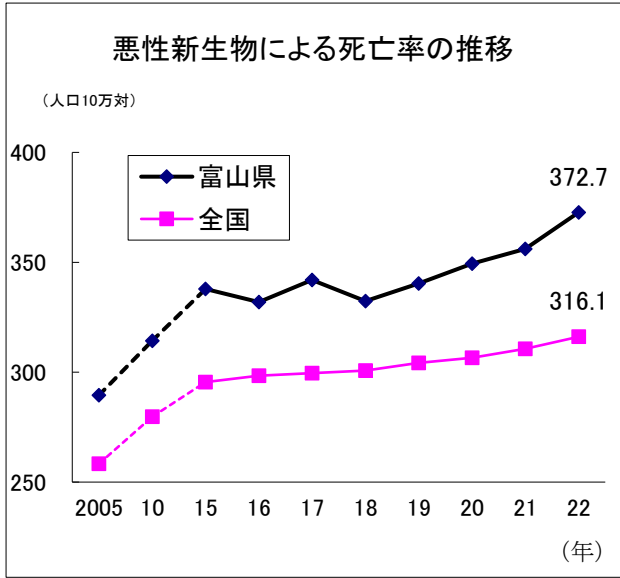
富山県

年次	死亡総数			悪性新生物			脳血管疾患			心疾患			(再掲)急性心筋梗塞		
	死亡数	死亡率	割合	死亡数	死亡率	割合	死亡数	死亡率	割合	死亡数	死亡率	割合	死亡数	死亡率	割合
2005	10,861	986.3		3,188	289.5	29.4	1,471	133.6	13.5	1,508	136.9	13.9	475	43.1	4.4
2010	11,875	1,097.4		3,401	314.3	28.6	1,386	128.1	11.7	1,657	153.1	14.0	425	39.3	3.6
2015	12,731	1,206.1		3,566	337.8	28.0	1,229	116.4	9.7	1,736	164.5	13.6	394	37.3	3.1
2018	13,066	1,262.4		3,440	332.4	26.3	1,155	111.6	8.8	1,849	178.6	14.2	390	37.7	3.0
2019	13,207	1,287.2		3,492	340.4	26.4	1,173	114.3	8.9	1,781	173.6	13.5	340	33.1	2.6
2020	12,981	1,276.0		3,555	349.4	27.4	1,088	106.9	8.4	1,663	163.5	12.8	323	31.8	2.5
2021	13,650	1,354.2		3,589	356.1	26.3	1,067	105.9	7.8	1,855	184.0	13.6	340	33.7	2.5
2022	15,052	1,508.2		3,720	372.7	24.7	1,041	104.3	6.9	1,990	199.4	13.2	348	34.9	2.3

全国

年次	死亡総数			悪性新生物			脳血管疾患			心疾患			(再掲)急性心筋梗塞		
	死亡数	死亡率	割合	死亡数	死亡率	割合	死亡数	死亡率	割合	死亡数	死亡率	割合	死亡数	死亡率	割合
2005	1,083,796	858.8		325,941	258.3	30.1	132,847	105.3	12.3	173,125	137.2	16.0	47,193	37.4	4.4
2010	1,197,014	947.1		353,499	279.7	29.5	123,461	97.7	10.3	189,361	149.8	15.8	42,629	33.7	3.6
2015	1,290,510	1,029.8		370,362	295.5	28.7	111,974	89.4	8.7	196,127	156.5	15.2	37,224	29.7	2.9
2018	1,362,470	1,096.8		373,584	300.7	27.4	108,186	87.1	7.9	208,221	167.6	15.3	33,507	27.0	2.5
2019	1,381,093	1,116.2		376,425	304.2	27.3	106,552	86.1	7.7	207,714	167.9	15.0	31,527	25.5	2.3
2020	1,372,755	1,112.5		378,385	306.6	27.6	102,978	83.5	7.5	205,596	166.6	15.0	30,538	24.7	2.2
2021	1,439,856	1,172.7		381,505	310.7	26.5	104,595	85.2	7.3	214,710	174.9	14.9	30,578	24.9	2.1
2022	1,569,050	1,285.8		385,797	316.1	24.6	107,481	88.1	6.9	232,964	190.9	14.8	32,026	26.2	2.0

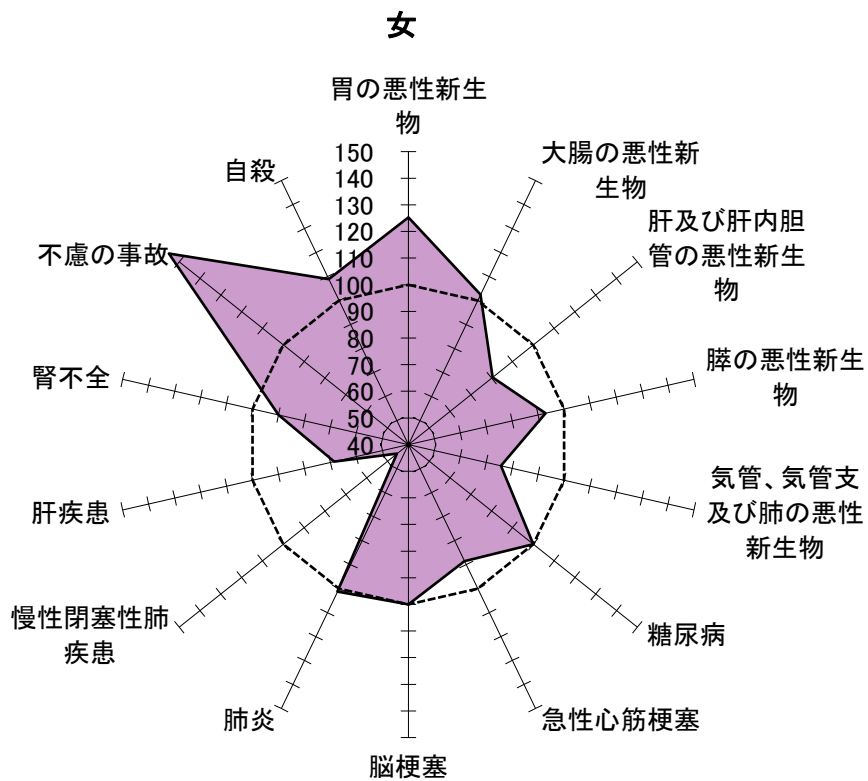
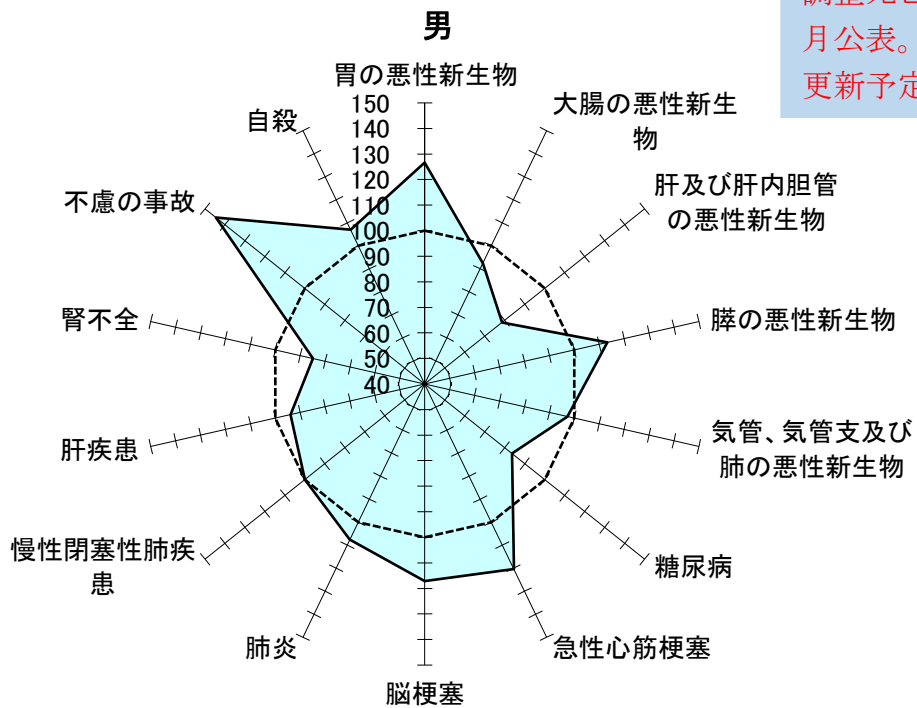
厚生労働省「人口動態統計」



厚生労働省「人口動態統計」

2015(平成27)年の主な死因別年齢調整死亡率の割合(全国平均=100)

令和2年都道府県別年齢調整死亡率は、令和5年12月公表。令和2年の数値に更新予定。

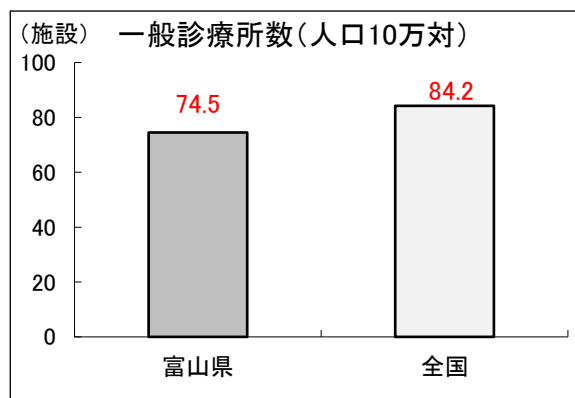
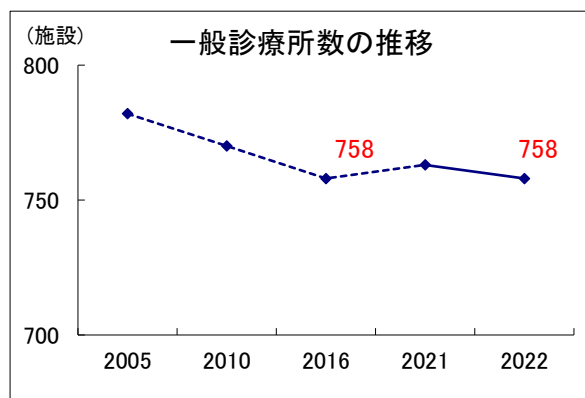


厚生労働省「都道府県別年齢調整死亡率」(2015<平成27>年)

3 医療施設の状況

(1) 一般診療所

- 2022（令和4）年10月現在、一般診療所数は758施設であり、人口10万人当たりで見ると、74.5施設（全国：84.2施設）と全国を下回っています。
- 2016（平成28）年と比べて、一般診療所の施設数は変動はなく（758施設）、病床数は243床減少しています（643床から400床）。

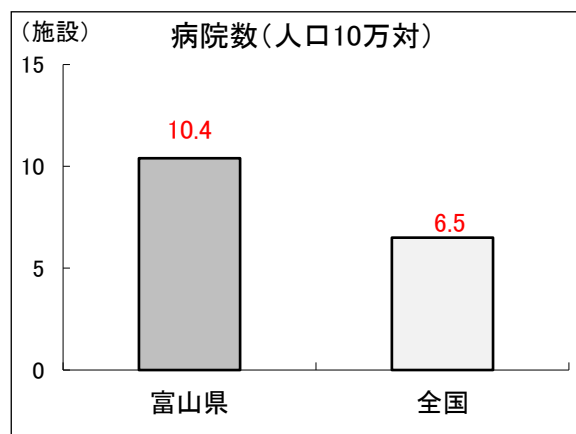
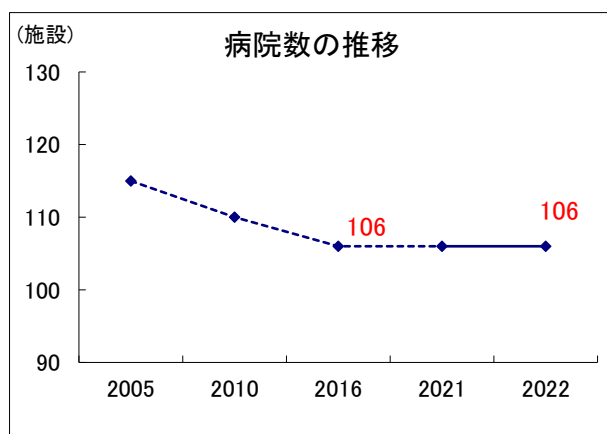


厚生労働省「医療施設調査」(2022<令和4>年)

(2) 病院

① 施設数

- 2022（令和4）年10月現在、病院数は106施設であり、2016（平成28）年と比べて、変動はありません（106施設）。
- 人口10万人当たりで見ると、10.4施設（全国：6.5施設）と全国を上回っています。



厚生労働省「医療施設調査」(2022<令和4>年)

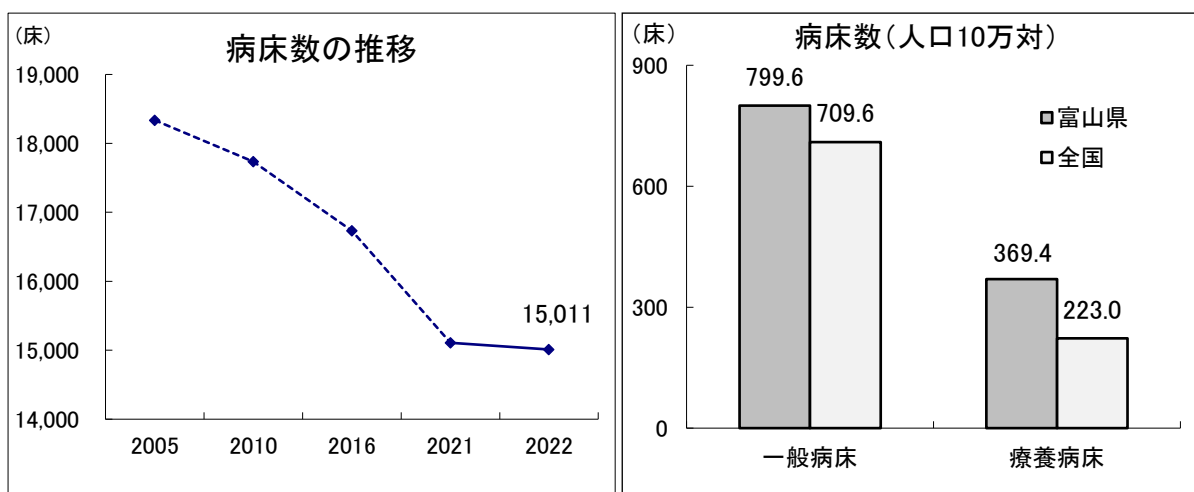
② 病床数

- 2022（令和4）年10月現在、病床数は15,011床で、そのうち精神病床は3,042床、療養病床は3,757床、一般病床は8,132床となっています。
- 病床数は2005（平成17）年以降は減少しています。
- 人口10万人当たりの病床数は、療養病床、一般病床ともに全国を上回っています。

病院の病床数(暫定値)

2022(令和4)年10月1日現在

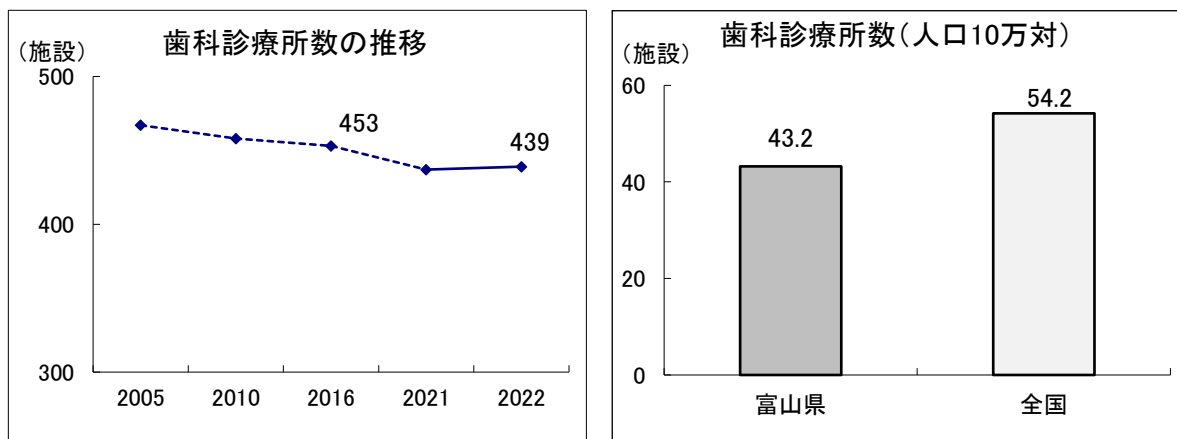
	総数	内 訳				
		精神	感染症	結核	療養	一般
富山県	15,011	3,042	23	57	3,757	8,132



厚生労働省「医療施設調査」(2022<令和4>年)

(3) 歯科診療所

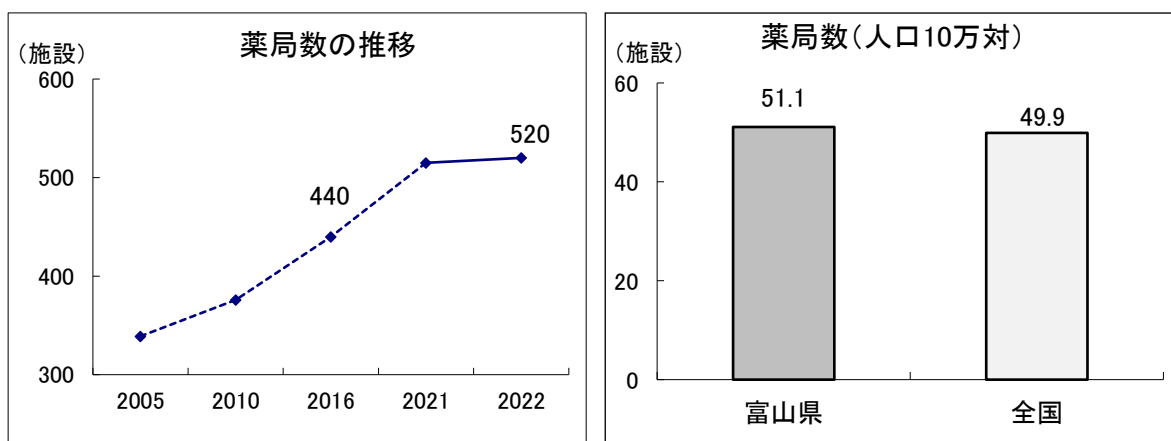
- 2022（令和4）年10月現在、歯科診療所数は439施設であり、人口10万人当たりで見ると、43.2施設（全国：54.2施設）と全国を下回っています。
- 歯科診療所数は、2016（平成28）年と比べて14施設減少しています（453施設から439施設）。



厚生労働省「医療施設調査」（2022<令和4>年）

(4) 薬局

- 2022（令和4）年度末現在、薬局数は520施設であり、人口10万人当たりで見ると、51.1施設（全国：49.9施設）と全国を上回っています。
- 薬局数は、2016（平成28）年と比べて80施設増加しています（440施設から520施設）。

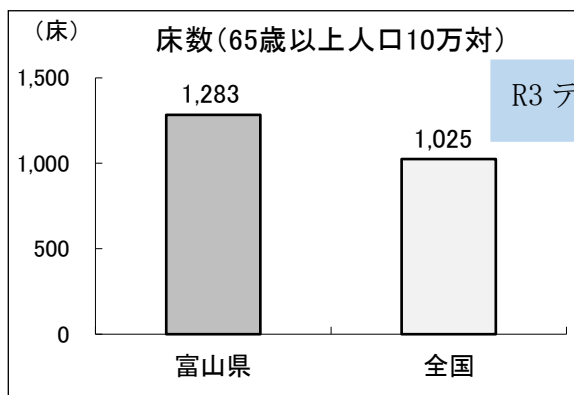
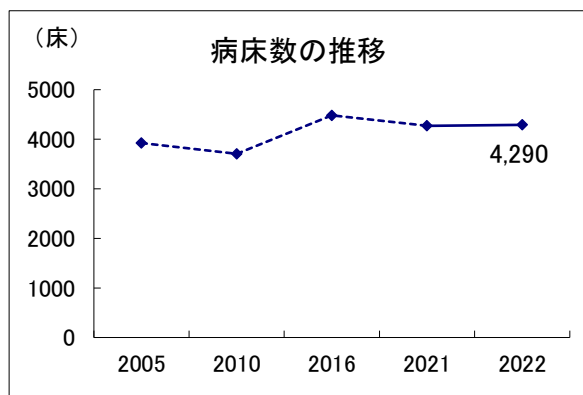


厚生労働省「衛生行政報告例」（2022<令和4>年）

(5) 介護保険施設

① 介護老人保健施設

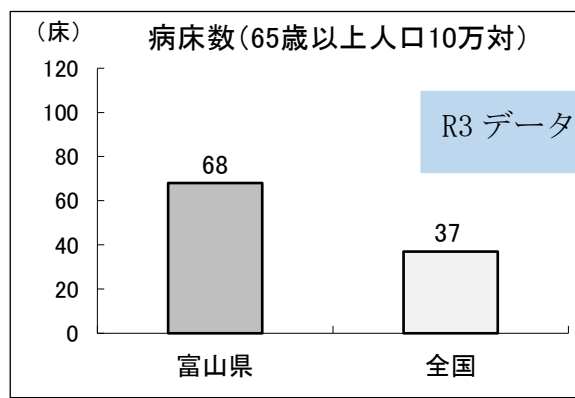
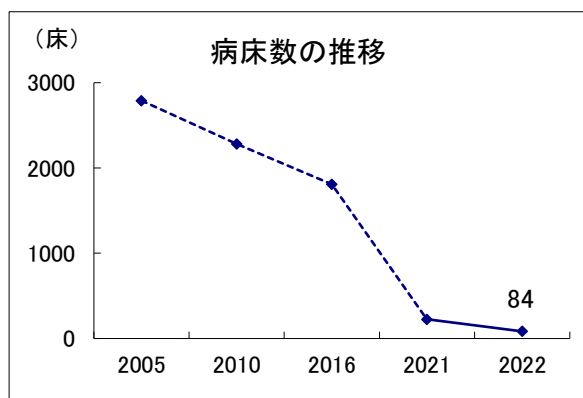
- 介護老人保健施設は、2022（令和4）年10月1日現在、4,290床整備されています。



厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」
(病床数(65歳以上人口10万対)は県高齢福祉課計算)

② 指定介護療養型医療施設

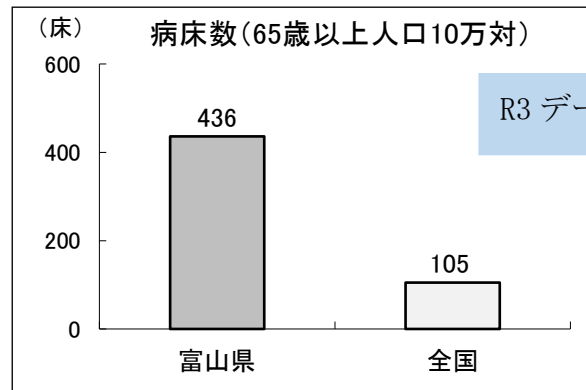
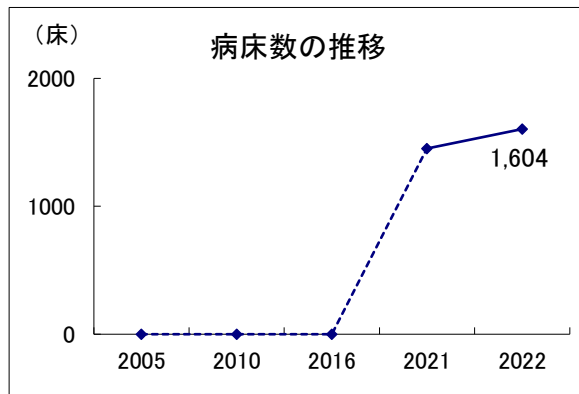
- 指定介護療養型医療施設は、2022（令和4）年10月1日現在、84床整備されています。



厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」
(病床数(65歳以上人口10万対)は県高齢福祉課計算)

③ 介護医療院

○ 介護医療院は、2022（令和4年）年10月1日現在、1,604床整備されています。



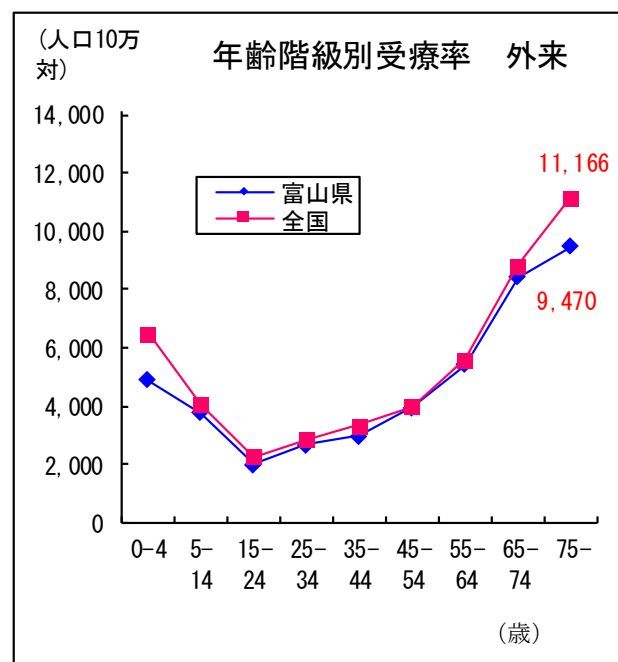
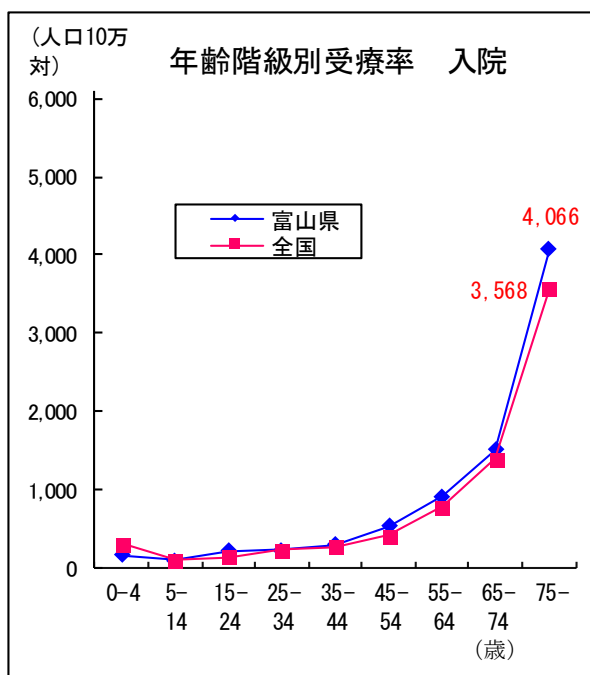
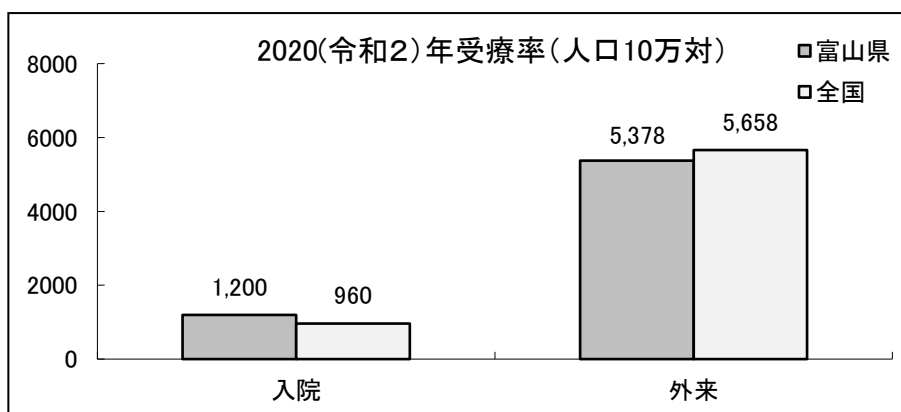
厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」
(病床数(65歳以上人口10万対)は県高齢福祉課計算)

令和4年度介護サービス施設・事業所調査は、令和5年12月公表予定

4 受療状況

(1) 入院・外来別、年齢別受療状況

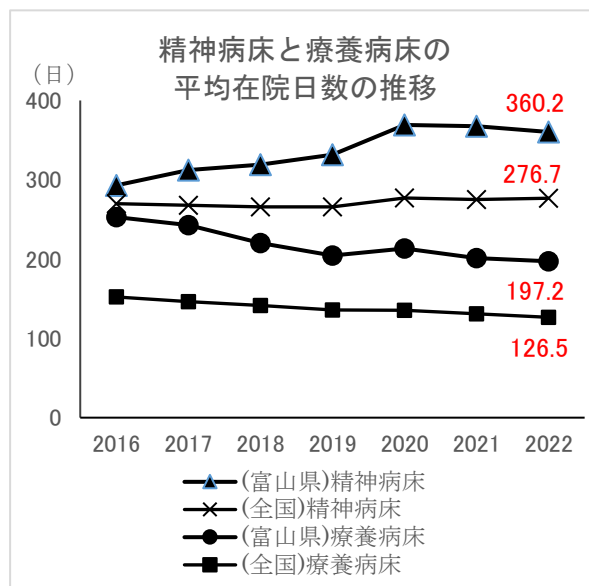
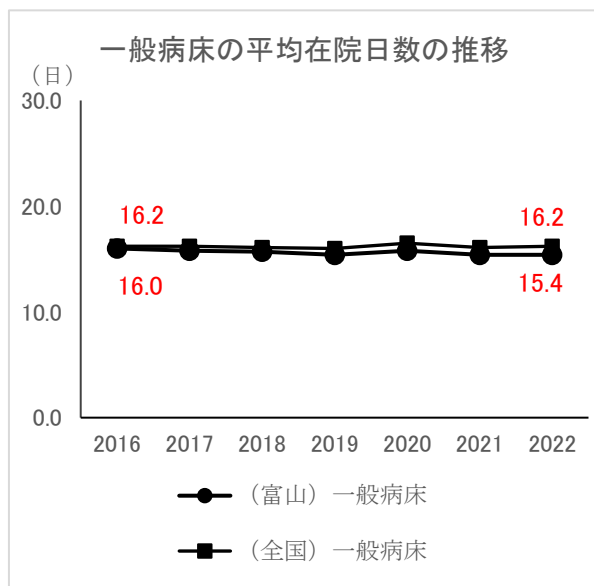
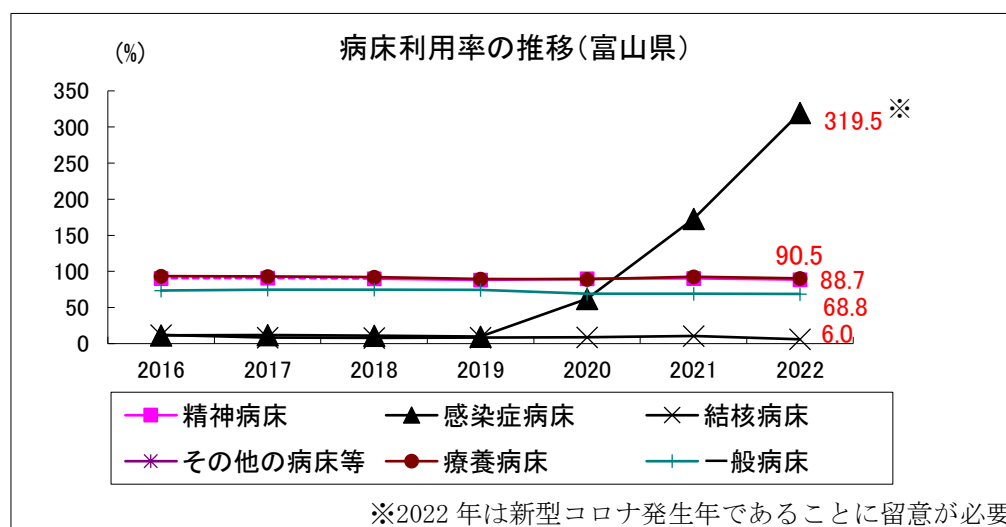
- 2020(令和2)年の受療率(人口10万人当たりの患者数)は、入院で1,200(全国:960)と全国を上回っていますが、外来は5,378(全国:5,658)と全国より低くなっています。
- 入院、外来ともに受療率について、加齢に伴い高くなる等、全国と同様の傾向です。
- 全国との比較では、入院は0~4歳、5~14歳及び25~34歳以外の年齢階級において全国を上回っています。一方、外来では全ての年齢階級で全国を下回っています。



厚生労働省「患者調査」(2020<令和2>年)

(2) 病床利用率・平均在院日数

- 2022（令和4）年の病床利用率は、精神病床が88.7%（全国：82.3%）、療養病床が90.5%（全国：84.7%）と全国を上回っており、一般病床が68.8%（全国：69.0%）で全国を下回っています。
- 2022（令和4）年の本県の病床種類別平均在院日数は、一般病床15.4日（全国：16.2日）、療養病床197.2日（全国：126.5日）、精神病床360.2日（全国：276.7日）、結核病床24.1日（全国：44.5日）、感染症病床8.4日（全国：10.5日）となっています¹。
- 一般病床の平均在院日数は、2016（平成28）年の16.0日（全国：16.2日）から、2022（令和4）年は15.4日（全国：16.2日）へと短くなっています。

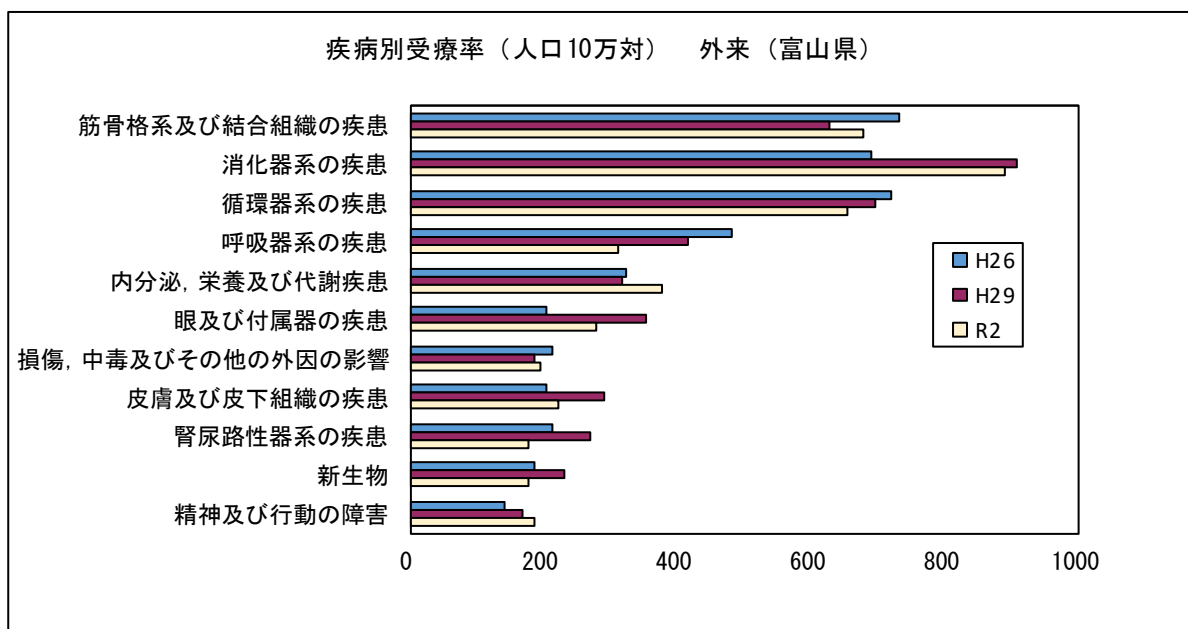


厚生労働省「病院報告」

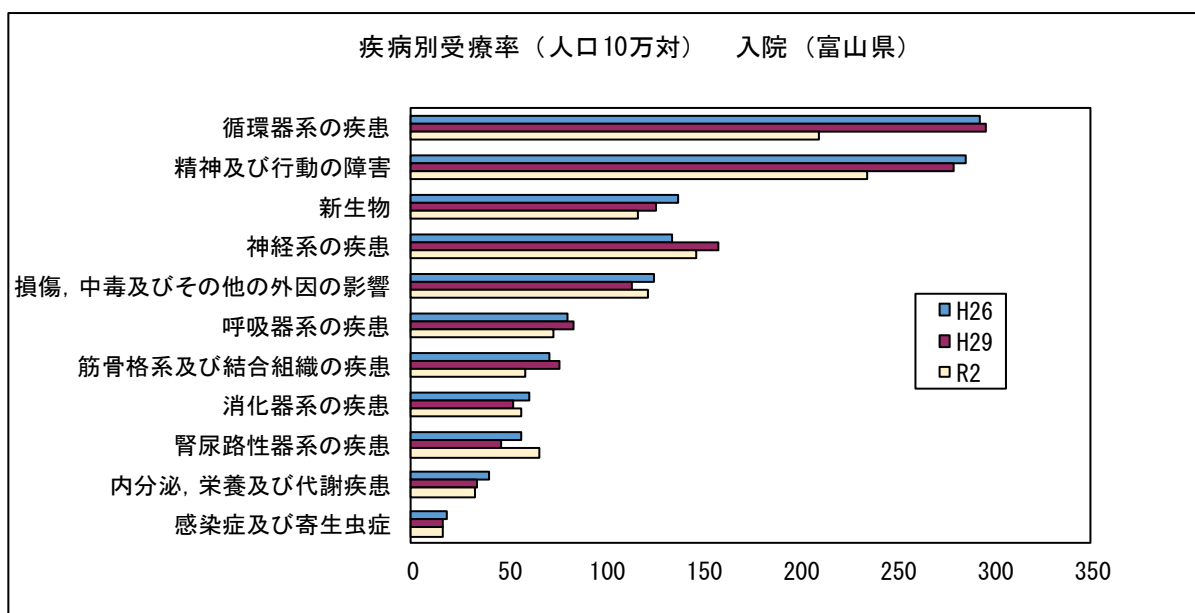
¹ 厚生労働省「病院報告」(2022<令和4>年)

(3) 疾病別受療率

- 2020（令和2）年の疾病別受療率（人口10万対）をみると、外来では、「消化器系の疾患」、「筋骨格系及び結合組織の疾患」、「循環器系の疾患」が多くなっています。
- 入院では、「精神及び行動の障害」、「循環器系の疾患」、「神経系の疾患」が多くなっています。



厚生労働省「患者調査」

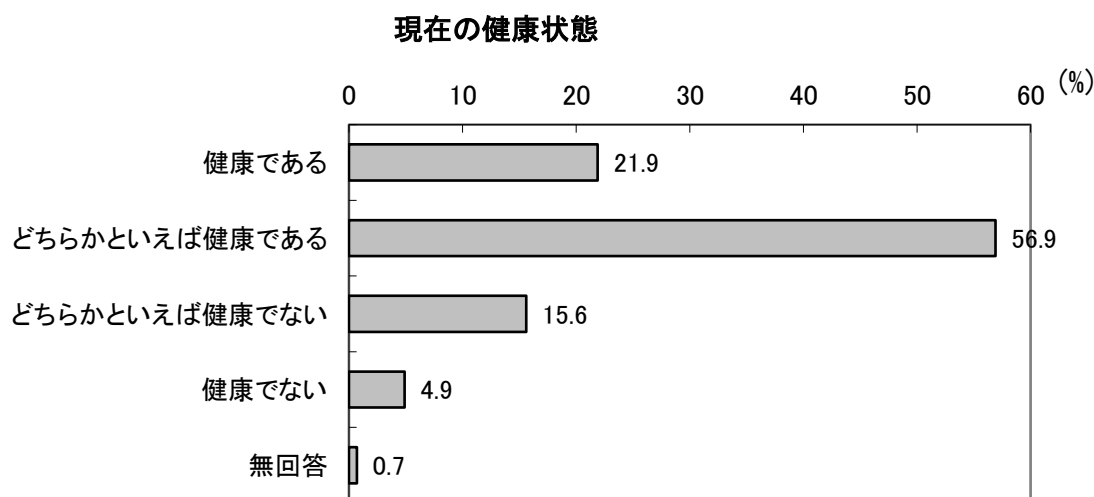


厚生労働省「患者調査」

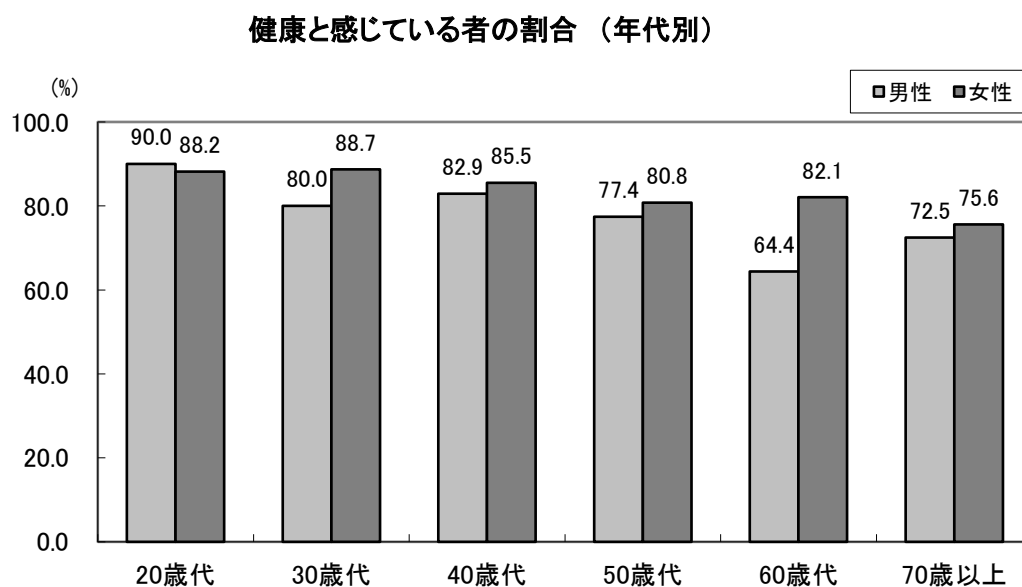
5 県民の医療に対する意識

(1) 健康状態

- 現在の健康状態について「健康である」又は「どちらかといえば健康である」と感じている人は合わせて78.8%となっており、2016（平成28）年の調査と比較すると、7.2ポイント増加しています。年代別にみると、男性は20歳代、女性は30歳代が最も多くなっています。



健康づくり県民意識調査（2021（令和3）年）

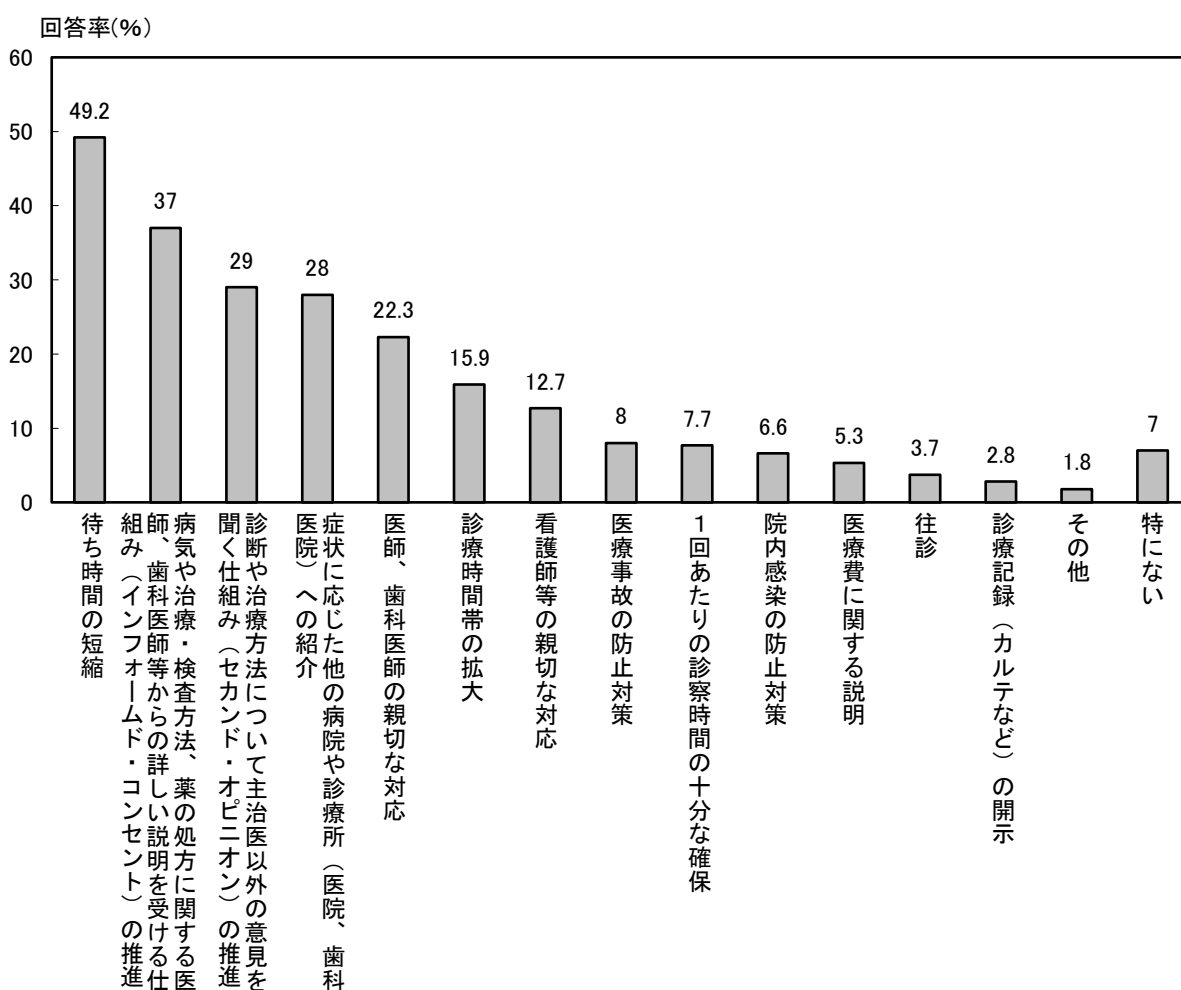


健康づくり県民意識調査（2021（令和3）年）

(2) 医療に対する要望

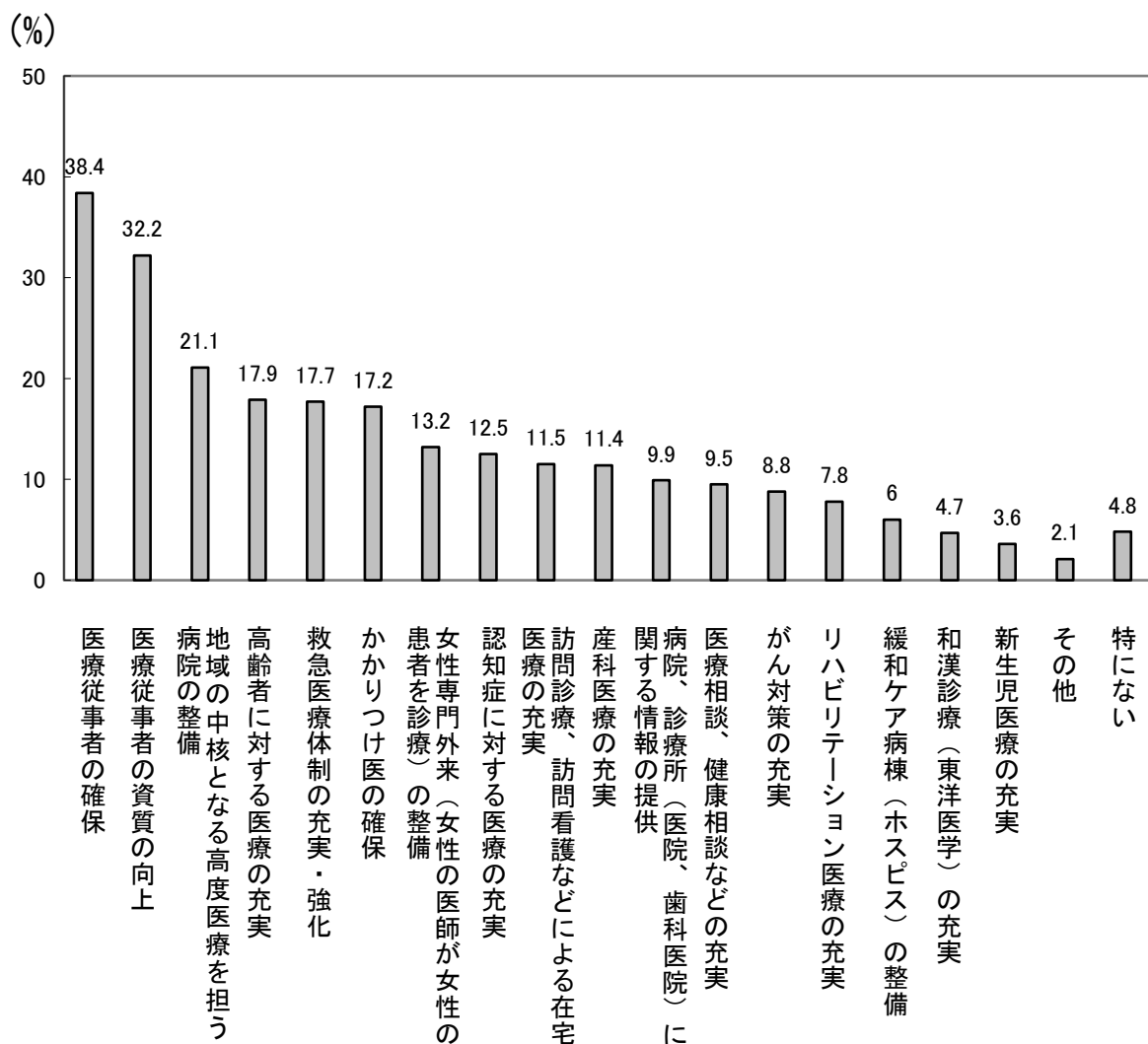
- 病院や診療所の運営や対応に対する要望として最も多かったのは「待ち時間の短縮」で、49.2%と半数近くの人が要望しています。次に多かったのは「病気や治療・検査方法、薬の処方に関する医師、歯科医師等からの詳しい説明を受けるインフォームド・コンセントの推進」で37.0%となっています。
- 地域の医療サービスを向上させるために行政に望む取組みとしては、「医療従事者の確保」と答えた人が38.4%と最も多く、次いで「医療従事者の資質の向上」32.2%、「地域の中核となる高度医療を担う病院の整備」21.1%、「高齢者に対する医療の充実」17.9%の順となっています。

病院や診療所の運営や対応に対する要望 (回答数:3つ以内)



県政世論調査 (2022<令和4>年9月)

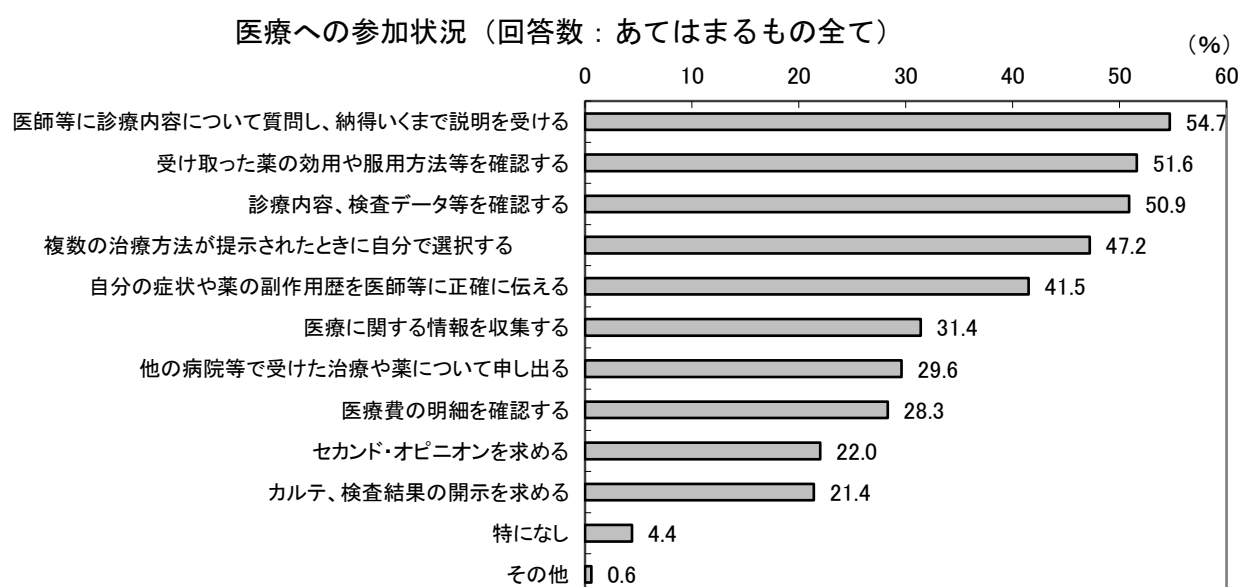
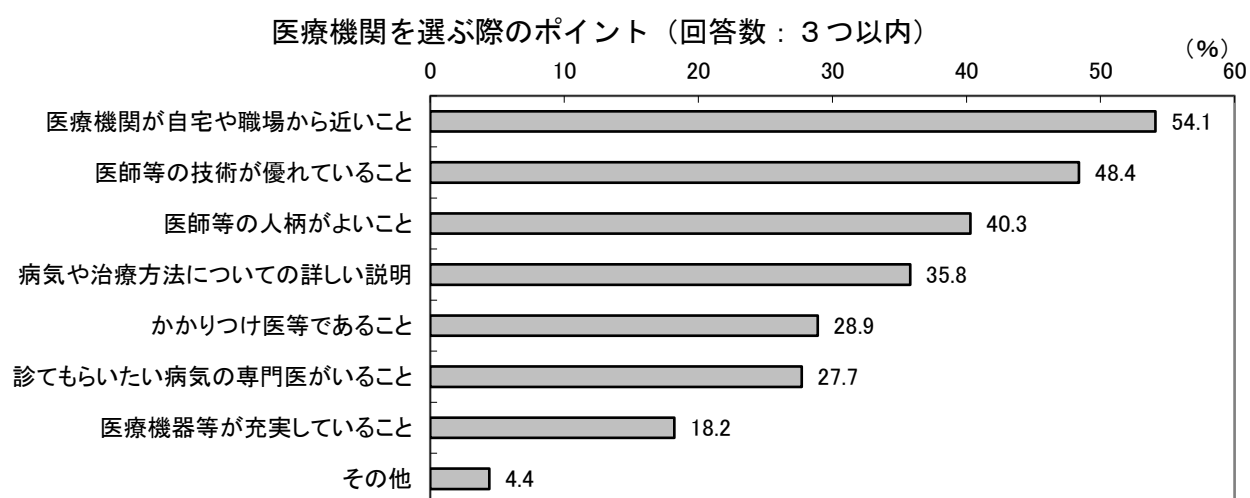
地域医療サービス向上のための行政への要望 (回答数:3つ以内)



県政世論調査 (2022<令和4>9月)

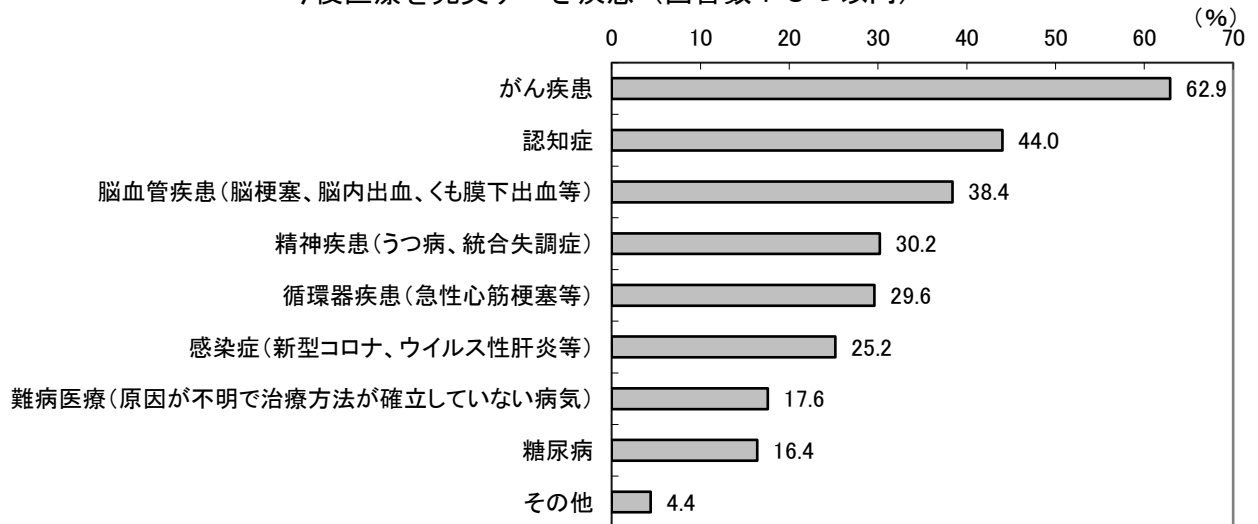
(3) 医療機関の選択や医療への参加状況

- 医療機関を選ぶ際のポイントとして「医療機関が自宅や職場から近いこと」と答えた人が54.1%と半数以上を占めています。次に「医師等の技術が優れていること」48.4%、「医師等の人柄がよいこと」40.3%の順となっています。
- 患者の立場からの医療への参加状況は、「医師等に診療内容について質問し、納得いくまで説明を受ける」、「受け取った薬の効用や服用方法等を確認する」、「診療内容、検査データ等を確認する」、と答えた人が50%を超えています。
- 今後医療を充実すべき疾患として、「がん疾患」が62.9%と最も多く、次いで「認知症」が44.0%となっています。
- 今後医療を充実すべき分野として、「小児医療」が47.2%と最も多く、次いで「救急医療」37.1%、その次に「緩和ケア」30.2%の順となっています。

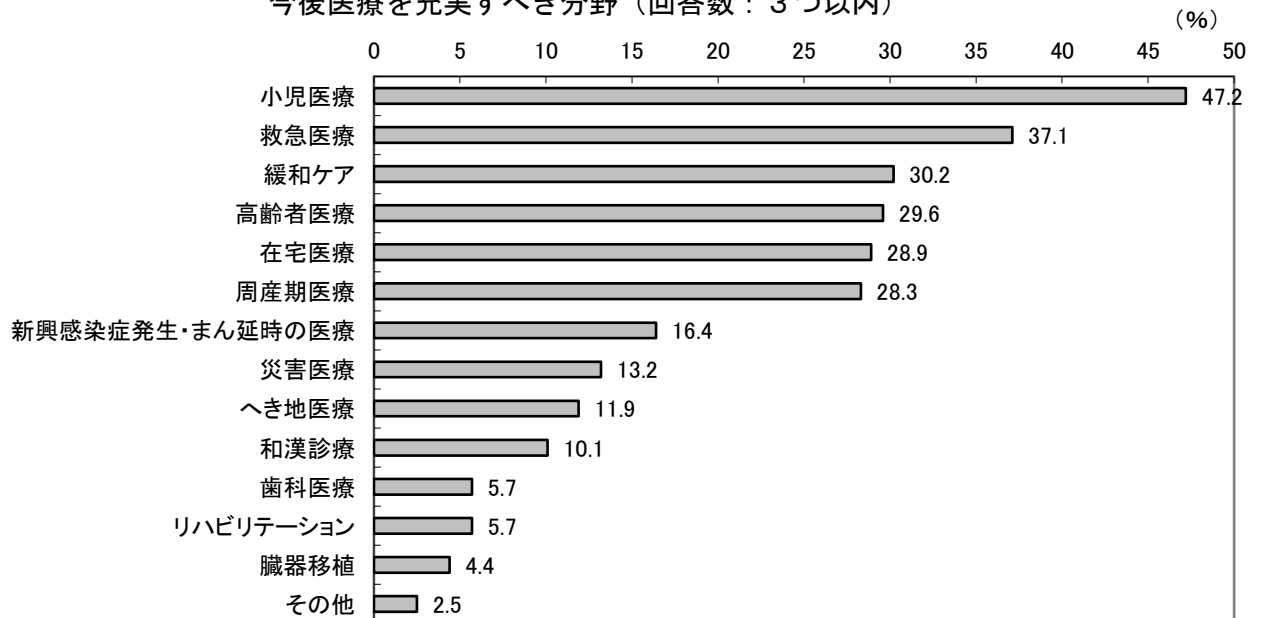


県政モニターアンケート（2022<令和5>年11月）

今後医療を充実すべき疾患（回答数：3つ以内）



今後医療を充実すべき分野（回答数：3つ以内）



県政モニターアンケート（2022<令和5>年11月）

2 国における医療制度改革の取組み

(1) 社会保障改革プログラム法、医療介護総合確保推進法等

少子高齢化の進展、雇用環境の変化や貧困・格差の問題などを背景とし、「安心の支え合い」である社会保障制度を守り、進化させ、受け継いでいくため、2012（平成 24）年に「社会保障・税一体改革大綱」が閣議決定されました。また、社会保障制度改革の全体像及び進め方を明らかにするため、2013（平成 25）年に「維持可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」（「社会保障改革プログラム法」）が制定されました。

このプログラム法に基づく措置として、質が高く効率的な医療提供体制や地域包括ケアシステムを構築し、高度急性期から在宅医療・介護サービスまでの一連の医療・介護サービスを一体的・総合的に確保するため「医療介護総合確保推進法」が成立し（2014（平成 26）年）、医療法、介護保険法等の関係法律の改正が行われました。

<医療法の主な改正点>

- 病床の機能分化・連携の推進
 - ①各医療機関が、その有する病床の医療機能（急性期、亜急性期、回復期等）を都道府県知事に報告する仕組みを創設
 - ②都道府県が、医療計画の一部として、地域の医療需要の将来推計や、医療機関から報告された情報等を活用して、二次医療圏等ごとに各医療機能の必要量等を含む地域の医療提供体制の将来の目指すべき姿（地域医療構想）を策定
- 在宅医療の推進
 - ・医療計画において、在宅医療についても 5 疾病 5 事業と同様、達成すべき目標や医療連携体制に関する事項の記載を義務づけ
- 医師確保対策（地域医療支援センターの設置）
 - ・都道府県に対して、キャリア形成支援と一体となって医師不足病院の医師確保の支援等を行う地域医療支援センターの設置の努力義務規定を創設
- 医療機関における勤務環境の改善
 - ・国における指針の策定など医療機関の勤務環境改善のための自主的なマネジメントシステムを創設するとともに、都道府県ごとに、こうした取組を支援する医療勤務環境改善支援センターの設置等を規定

(2) 医療法の見直し

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観点から、第7次医療計画の計画期間中においても、医療法の改正が行われました。

<医療法の主な改正点>

- 医療計画で定めるべき事項の追加
 - ① 二次医療圏ごとに、医師の確保数の目標・対策を含む「医師確保計画」を策定（2019（平成31）年4月施行）
 - ② 外来医療提供体制を確保するため「外来医療計画」を策定（2019（平成31）年4月施行）
 - ③ 新興感染症発生・まん延時における医療提供体制の確保に関する事項を記載（2024（令和6）年4月施行）
- 長時間労働の医師の労働時間短縮及び健康確保のための措置の整備
 - ・ 時間外労働の上限規制の適用開始（2024（令和6）年4月1日）に対応し、医師が長時間労働となる医療機関における医師労働時間短縮計画の作成等

3 本県における医療提供体制の現状と今後の課題

(1) 医療提供体制の現状

高齢化の進展に伴う患者の増加や県民のニーズに対応するため、がん医療や救急医療、リハビリテーション医療など、医療提供体制の充実や、医療従事者の確保に取り組んできました。

また、近年では、ドクターヘリの導入（2015（平成27）年）や、県がん診療連携拠点病院である県立中央病院の先端医療棟の整備（2016（平成28）年）、さらに、富山県リハビリテーション病院・こども支援センターの開設（2016（平成28）年）など、高度で専門的な医療の充実にも取り組んできました。

このような取り組みによって、医療体制の整備充実が図られ、県民が身近なところで、質の高い医療を受けられる体制が概ね確保されています。

また、介護保険制度の定着や地域包括ケアシステムの整備により、医療、保健、福祉の連携が一層推進されてきています。

(2) 医療提供体制の課題

医療を取り巻く環境変化や国の医療制度改革を踏まえた、本県における医療提供体制の課題は次のとおりです。

① 医療機能の分化・連携の推進

高齢化の進展や人口減少、厳しい財政状況などの環境下で、県民の多様な医療ニーズに対応し、安定的に質の高い医療を提供するためには、二次医療圏の実情に応じ医療機能の分化・連携を一層推進する必要があります。

② 在宅医療の充実

超高齢社会を迎え慢性期の医療ニーズの増大に対し、在宅医療はその受け皿として、さらに看取りを含む医療提供体制の基盤の一つと期待されており、また、多くの県民が自宅など住み慣れた環境での療養を望んでいることから、人生の最期まで自分らしい生活を支える在宅医療の提供体制を構築する必要があります。

③ 医療の質の向上

数次にわたる医療計画の推進により、医療の質は向上してきていますが、死因の半数近くを占めるがん、脳血管疾患、心疾患をはじめ、多様化している県民の医療ニーズに適切に対応し、さらなる質の向上を図る必要があります。

また、第三者による医療の質の客観的な評価を促進し、その結果を含めた医療情報の積極的な提供により、患者の視点を尊重した医療提供体制を確保する必要があります。

④ 安全で安心な医療の提供

医療の高度化・専門化により、医療安全は医療機関が組織的に取り組むべき課題となっており、医療機関の安全確保体制の強化を促進するとともに、県民の関心を深めることも重要となっています。

また、医療への相談・苦情への適切な対応により、医療機関と患者との信頼関係を深めていく必要があります。

⑤ 患者本位の医療の推進

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²の理念に基づき、患者本人が求める医療サービスを提供していくなど、患者本位の医療提供体制を実現していく必要があります。

⑥ 医療従事者の確保育成と資質の向上

医師の時間外労働規制や医療の高度化・専門化に的確に対応し、将来にわたり持続可能な効率的で質の高い医療を提供していくため、引き続き、医療を担う医師や看護師など医療従事者の確保育成に努めていく必要があります。

²医師・歯科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

第3節 計画の基本目標

1 基本目標

この計画の基本目標を、

「患者本位の良質かつ適切な医療提供体制の確保」とします。

これまで、保健・医療機関、行政等の取組みにより、地域における質の高い医療提供体制が概ね整備されてきているところですが、引き続き、患者の視点を重視するとともに、さらなる質の向上を図っていく必要があります。

また、医療、保健、福祉が、疾病予防から治療、リハビリテーションに至るまで、相互に連携を強化しながら提供されるよう取り組んでいく必要があります。

2 基本計画

基本目標の実現に向けて、次の2つの柱からなる基本計画により施策を推進します。

(1) 質の高い医療の提供

患者が病状に応じて良質かつ適切な医療を受けることができるよう、医療機関相互の機能分担と連携、医療機能の充実を図り、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）や6事業（救急医療、災害時における医療、新興感染症発生・まん延時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療）、在宅医療等の医療提供体制の整備充実に努めます。

また、医療機関等における医療安全に対する取組みや医療情報の提供を促進し、患者が自ら医療機関や治療方法を選択し、安心して医療に参加できる環境づくりに努めます。

さらに、医療の高度化・専門化に対応できる資質の高い医療従事者の確保を図ります。

(2) 医療・保健・福祉の総合的な取組みの推進

関係機関の連携による要介護等高齢者対策、障害者対策、難病対策、地域リハビリテーション等の医療と保健・福祉が一体となった総合的かつ効果的なサービス提供体制を推進します。

また、健康危機管理体制や感染症対策、食品・飲料水等の安全確保等について、厚生センター・保健所、医師会、消防機関等の関係機関と連携し、推進します。

3 地域医療構想

(1) 背景

- 人口減少や高齢化が進展する中、2025年には、いわゆる「団塊の世代」がすべて75歳以上となる超高齢社会を迎え、本県においては、3人に1人が65歳以上、5人に1人が75歳以上となると見込まれます。今後、さらに高齢化が進行すると、医療や介護を必要とする人がますます増加し、現在の医療・介護サービスの提供体制のままでは十分に対応できないことが予想されます。
- 将来を見据え、限られた医療資源を有効に活用し、地域ごとに必要なサービスを確保し、提供していくための取組みが急務となっています。

- こうした中、2014（平成26）年6月に医療介護総合確保推進法が成立しました。これに伴う医療法の改正により、患者の状態に応じた適切な医療を、地域において効果的かつ効率的に提供する体制の構築に向け、医療機能の分化・連携や在宅医療等の充実、医療従事者の確保・養成を推進するため、各都道府県は医療計画の一部として将来の医療提供体制の目指すべき姿を示す「地域医療構想」を策定することとなりました。

（2）目的と内容

地域医療構想は、地域の実情や患者のニーズに応じて医療資源の効果的かつ効率的な配置を促し、高度急性期から在宅医療・介護に至るまでの一連のサービスが切れ目なく提供される体制を確保することを目的として、次の事項を定めます。

○構想区域ごとに医療法に基づく厚生労働省令で定める計算式により算定された

- ① 2025年の病床の機能区分ごとの病床数の必要量
- ② 2025年の居宅等における医療（在宅医療等）の必要量

○地域医療構想の達成に向けた病床の機能の分化及び連携に関する事項

（3）位置づけ

医療法第30条の4に基づき、本計画の一部（別冊）として位置づけられます。本県では2017（平成29）年3月に地域医療構想を策定しました。

（4）構成

「基本的事項」「富山県の現状と将来予想」「地域医療構想策定の検討体制」「構想区域」「医療需要と必要病床数」「目指すべき医療提供体制を実現するための施策の方向性」「圏域別の地域医療構想」「地域医療構想の推進」の全8章で構成されています。

（5）目標年次

地域医療構想は、「団塊の世代」がすべて後期高齢者となる2025（令和7）年を目標年次としています。

（6）2025（令和7）年以降における地域医療構想

今後、高齢者人口がピークを迎えて減少に転ずる2040年頃を視野に入れつつ、新型コロナ禍で顕在化した課題を含め、中長期的課題について整理し、新たな地域医療構想を策定する必要があります。そのため、現在の取組みを進めつつ、新たな地域医療構想の策定に向けた課題整理・検討を行っていきます。

4 人口減少、超高齢化を踏まえた今後の展望

人口減少と高齢化が進行する中で、安全で質の高い医療を効果的に提供するためには、働き方改革の本格実施にも対応しながら、引き続き医師の確保・育成と定着に取り組むとともに、地域ごとの状況をよく踏まえ、地域包括ケアシステム等の一層の推進、医療機能の役割分担と連携強化、さらには、医療資源の集約化、重点化を進めることも不可欠であると考えられます。

第4節 医療圏と基準病床数

1 医療圏

(1) 二次医療圏

二次医療圏の設定については、

- ①1989（平成元）年の設定以来、市町村合併に伴う区域の変更を経て、現行の圏域に基づき各種の保健医療施策の展開や保健医療サービスの提供体制の確立が図られていること
- ②高齢者福祉圏域及び障害保健福祉圏域と一致しており、保健・医療と福祉の連携が図りやすいこと
- ③人口規模や流入・流出患者割合、医療資源の分布など圏域設定の要素に大きな変化がないことなどから、引き続き現行の医療圏域とします。

医療圏別人口

二次医療圏	構成市町村	人口
新川	魚津市、黒部市、入善町、朝日町	111,689人
富山	富山市、滑川市、舟橋村、上市町、立山町	487,301人
高岡	高岡市、氷見市、射水市	295,513人
砺波	砺波市、小矢部市、南砺市	121,820人
県		1,016,323人

人口は、2022（令和4）年10月1日現在

(2) 三次医療圏

三次医療圏は高度で先進的な医療を提供する区域として、原則として都道府県の区域を単位として設定することとされており、引き続き、県全域を三次医療圏とします。

2 基準病床数

- 基準病床数は、病床の適正配置を図り、適切な入院体制を確保するため、医療圏内における病床整備の目標と規制基準を示すものです。
- 病床の種別ごとの基準病床数は、医療法施行規則に定める方法により、2023（令和5）年度富山県患者動向調査等の結果に基づき算定を行いました。
- 療養病床及び一般病床の基準病床数については二次医療圏ごとに定め、精神病床、結核病床、感染症病床の各基準病床数については県全域において定めることとされています。

病床の種別	医療圏	基準病床数
	新 川	947
療養病床	富 山	5,499
及 び	高 岡	2,869
一般病床	砺 波	1,235
	合 計	10,550
精神病床	県 全 域	2,601
結核病床	県 全 域	26
感染症病床	県 全 域	25

第2章 基本計画

第1節 質の高い医療の提供

第2節 医療・保健・福祉の総合的な取組みの推進

第1節 質の高い医療の提供

1 医療連携体制の推進

〔1-1〕 医療機能の分担と連携の推進

（1）地域医療連携の推進

[現状と課題]

- 医療法には、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の向上のための研修の実施等により、かかりつけ医を支援する病院として「地域医療支援病院」が位置付けられています。現在、県内では、10の病院（富山市民病院、県立中央病院、富山赤十字病院、厚生連高岡病院、富山労災病院、済生会高岡病院、砺波総合病院、済生会富山病院、黒部市民病院、高岡市民病院）が地域医療支援病院の承認を受けています。
- 患者の大病院志向、専門医志向の結果、二次や三次の医療機関では日常的に患者が集中する傾向にあり、また、生活習慣病などの慢性期疾患により長期の療養を必要とする患者が増加していることから、かかりつけ医を中心とした地域の医療連携を一層推進する必要があります。
- 2023(令和5)年6月現在、県内の14病院において124床の開放病床¹が設置されており、設置病院と地域の医療機関の連携が進められています。また、医療機器が高度化、高額化しており、とやまPET画像診断センターにおけるPET（陽電子放射断層撮影）検査²など、医療機器の共同利用による医療機関の連携が一層必要になっています。
- 二次医療圏における質の高い医療提供体制を確保するため、地域の中核的病院の増改築や高度医療機器等の整備を支援しています。
- 県立中央病院、富山大学附属病院をはじめとする公的病院において、手術支援装置を用いた手術、リニアックなど特殊な医療機器を用いるがん治療や骨髄・腎臓移植などの高度で先進的、専門的な医療体制の整備が図られています。
- がんは県下統一の地域連携クリティカルパス³が導入されているほか、脳卒中、大腿骨頸部骨折、急性心筋梗塞、糖尿病などについても各医療圏において地域連携クリティカルパスが導入されています。

¹ かかりつけ医（登録医）が患者に対して入院加療が必要だと判断した場合、開放型病院の開放病床に入院させることにより、入院中、かかりつけ医が病院の医師と共同して医療を行うことのできる病床のこと。

² 陽電子を放出する放射性同位元素で標識した薬剤などを極微量投与してPET装置により局所放射能の変化を観察し、脳や心臓の機能評価やがんの病巣の大きさや進行度などを診るのに用いる。

³ 急性期病院や地域の診療所など複数の医療機関が、役割分担を含め診療内容をあらかじめ患者に提示・説明することにより、患者が入院から退院後の住み慣れた地域での療養まで、安心して医療を受けることができるようにする診療計画表。

[施策の方向]

- かかりつけ医を中心とした地域の医療連携を一層推進し、患者の状態に応じた適切な医療を、地域において効果的かつ効率的に提供する体制を構築します。
- 各地域の中核病院を中心に、紹介率の向上、病院の施設・設備の共同利用など地域医療支援機能の整備・充実を図り、地域医療支援病院の整備を目指します。
- 各医療圏の中核的な病院において、開放病床の整備拡充や高度医療機器の共同利用、医療従事者の研修など地域医療を支援する機能の充実を図り、病病連携、病診連携を推進します。
- 医療圏ごとに、多職種による症例検討会や研修会、関係者による連絡会を実施し、発症から入院、在宅復帰まで、切れ目のない医療を提供できる体制づくりに努めます。
- 特殊な診断や治療を必要とする高度・先進的な医療については、医療資源の集積を考慮し医療圏を越えた広域連携体制を推進し、かかりつけ医をはじめとする地域の医療機関と高度専門医療機関（県立中央病院や特定機能病院である富山大学附属病院など）との連携の強化に努めます。

地域医療支援病院について

○ 地域医療支援病院の承認要件（令和5年10月1日現在）

(1) 紹介外来制を原則としていること

次の①、②又は③のいずれかに該当すること

① 紹介率が80%を上回っていること

② 紹介率が65%を超え、かつ、逆紹介率が40%を超えること

③ 紹介率が50%を超え、かつ、逆紹介率が70%を超えること

(2) 共同利用のための体制が整備されていること

(3) 救急医療を提供する能力を有すること

(4) 地域の医療従事者の資質向上を図るための研修を行わせる能力を有すること

(5) 原則として200床以上の病床を有すること

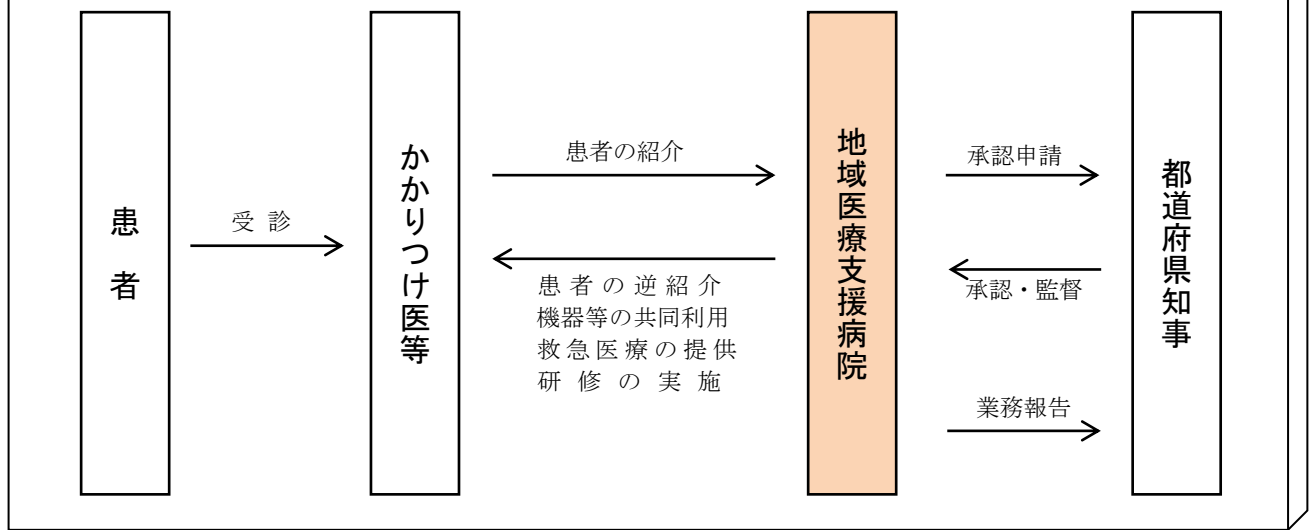
(6) 一般の病院に必要な施設に加え、集中治療室、化学、細菌及び病理の検査施設、病理解剖室、研究室、講義室、図書室、救急用又は患者輸送用自動車並びに医薬品情報管理室を有すること 等

○ 本県における承認状況

2022(令和5)年10月1日現在

医療圏	医療機関の名称	所在地	承認年月日
新川	富山労災病院	魚津市	2017(平成29)年3月27日
	黒部市民病院	黒部市	2019(令和元)年6月1日
富山	富山市民病院	富山市	2008(平成20)年10月3日
	県立中央病院	富山市	2009(平成21)年8月6日
	富山赤十字病院	富山市	2010(平成22)年8月26日
	済生会富山病院	富山市	2019(令和元)年4月25日
高岡	厚生連高岡病院	高岡市	2013(平成25)年5月23日
	済生会高岡病院	高岡市	2018(平成30)年5月24日
	高岡市民病院	高岡市	2019(令和元)年6月1日
砺波	市立砺波総合病院	砺波市	2018(平成30)年5月24日

○ 地域医療支援病院イメージ



開放病床設置病院の状況

医療圏	病院名	病床数	医療圏	病院名	病床数
新川	あさひ総合病院	5	高岡	射水市民病院	10
	富山労災病院	5		高岡市民病院	5
	黒部市民病院	10		済生会高岡病院	6
富山	富山市民病院	30		JCHO高岡ふしき病院	8
	富山赤十字病院	10		厚生連高岡病院	10
	県立中央病院	10	砺波	市立砺波総合病院	5
	済生会富山病院	5			
	かみいち総合病院	5	計	14 病院	124

県医務課調べ (2023<令和5>年6月)

(2) 公的病院の機能充実

[現状と課題]

- 県内にいわゆる「公的病院」は24施設あり、主に高度急性期や急性期医療を担うとともに、県の基幹病院や地域の中核病院として、高度・先進医療、救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療など地域において欠くことのできない医療を提供しています。

開設主体別公的病院数

	計	医 療 圏			
		新川	富山	高岡	砺波
国立大学法人	1		1		
独立行政法人	4	1	1	1	1
県	2		2		
市町	1 1	2	3	3	3
その他公的団体	6		3	2	1
計	2 4	3	1 0	6	5

2023（令和5）年10月現在

- 公的病院は、その役割に応じたより質の高い医療の提供が期待されるとともに、地域において今後担うべき機能・役割等の方向性を明らかにし、医療機能の分化・連携を進めていく必要があります。

[施策の方向]

- 地域において、良質な医療を効率的に提供する体制を確保するため、地域医療構想を踏まえ、個々の公的病院の役割分担を明確にし、機能の重点化を進めるとともに、病病連携・病診連携や在宅医療の推進などにより、民間医療機関との連携の強化に努めます。
- 公的病院における高度な医療施設・設備や専門スタッフ等の医療資源を最大限に活用し、高度で先進的な医療を提供するとともに、高度医療機器の共同利用を推進するなど、民間医療機関に対する地域医療支援機能の充実を図ります。

国立大学法人富山大学附属病院

県内唯一の特定機能病院、教育研究機関として、高度・先進医療の提供や高度医療技術の開発・評価及び医療従事者の育成・供給など大きな役割を担っており、今後はさらに、高度救急医療、災害医療及び小児医療など地域医療に対する一層の支援機能の充実が期待されます。

富山県立中央病院

県民への高度医療の提供と県内の医療水準の向上を図る三次医療を行う病院として、また、県の基幹病院として、高度・先進医療、救急医療、災害医療、周産期医療等の政策医療を担っており、今後とも、救命救急センター、県がん診療連携拠点病院、総合周産期母子医療センターなど三次医療機能を充実するなど県内の医療機関をリードする役割を果たしていきます。

富山県リハビリテーション病院・こども支援センター

県内唯一の公立のリハビリテーション専門病院として、高度専門的なリハビリテーション医療の提供や重度心身障害児への対応のほか、地域リハビリテーション事業への支援等により県内のリハビリテーション機能の強化を図るなど、専門性の発揮と地域への普及を通じ、本県におけるリハビリテーションの中核的施設としての役割を果たしていきます。

その他の公的病院

各地域の中核となる病院は、がん、脳卒中、急性心筋梗塞などの一般的な医療のほか、救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療など、二次医療圏において通常有すべき医療機能を一層充実していくことが期待されます。その他の公的病院は、プライマリケアの機能を充実させるとともに、回復期や慢性期を担う施設として地域住民のニーズに応じた医療を提供していくことが期待されます。

(3) 歯科医療機関の機能充実

[現状と課題]

- 2022（令和4）年10月現在、歯科診療所数は439施設であり、人口10万人当たり43.2施設と全国の54.2施設を下回っています。
- 医療技術の進歩により、歯科医療の専門分化や治療方法の多様化などが進んでおり、県民の歯科保健医療に対する様々なニーズに対応する必要があります。
- 歯周病と糖尿病など歯科疾患と全身疾患との密接な関連性が指摘されています。また、誤嚥性肺炎等の外科手術後の合併症予防や術後の早期回復のため、医科歯科連携による口腔ケアの充実が必要です。
- 高齢者の増加により基礎疾患を持つ者が増えており、歯科診療所と病院歯科、又は歯科医療機関と医科の医療機関が連携し、体系的に適切な歯科医療を提供する体制を整備することが必要です。
- 歯・口腔の健康が全身の健康に及ぼす影響が明らかになっていることから、歯科医療機関は保健・医療・福祉・介護関係機関との連携を図り、歯科治療や口腔ケア等を提供する役割が求められています。
- 在宅歯科医療の充実を図るために、各地域に持ち運び可能な歯科診療機器を配置しています。
- 県歯科医師会では在宅歯科医療連携室を設置し、訪問歯科診療を希望する者への歯科医療機関の紹介・調整などを行っています。また、訪問歯科診療に対応可能な歯科医療機関を県歯科医師会のホームページに公開しています。
- 障害児（者）歯科医療ネットワーク体制により、障害児（者）への適切で質の高い歯科医療を効率的に提供しています。
- 歯科救急医療として、休日等歯科診療は、富山県歯科保健医療総合センターと4医療圏ごとに1か所（当番制）の歯科診療所で実施しています。また、休日等夜間歯科診療は、富山県歯科保健医療総合センターで実施しています。

[施策の方向]

- 新たな知識や技術に対応するため、県歯科医師会での学術研修や生涯研修などの充実を図り、多様化する県民ニーズに対応していきます。
- 県民及び保健・医療・福祉・介護関係者に対し、歯科医療機関の有する機能の情報提供に努めます。
- 地域包括ケアシステムの構築に向けて、医科歯科連携など、歯科医療機関と保健・医療・福祉・介護関係機関が円滑に連携を図るための体制を整備し、歯科医療機関の有する機能が効果的に提供されるように努めます。
- 在宅医療を行う診療所や訪問看護ステーション、介護保険施設等との連携の強化に努めます。
- 障害児（者）歯科医療ネットワーク体制の整備や富山県歯科保健医療総合センター等での障害福祉施設への訪問による健康教育、歯科保健指導を引き続き推進します。

(4) 薬局の機能充実

[現状と課題]

- 薬局は、医療提供施設として、5 疾病及び6 事業並びに在宅医療に係る医療連携体制の中で、調剤を中心とした医薬品や医療・衛生材料等の提供拠点としての役割を担うことが求められています。このため、入院、外来、在宅医療に至るまで、「薬薬連携（かかりつけ薬局と医療機関の薬剤師の連携）」を推進することにより、医療安全の確保や効率的な医療の提供に寄与するなど医療提供施設としての社会的要請に応えることが必要とされています。
- 医師・歯科医師と薬剤師が各々の専門性を発揮して、医薬品の適正な使用を進め、より質の高い安全で適切な医療を患者に提供することが求められています。
- 複数の医療機関から処方される医薬品の重複や飲み合わせをチェックし、医薬品の安全で適切な使用を進めるためには、患者一人ひとりの薬歴の記録・管理及びこれに基づく服薬指導を行う「かかりつけ薬局」の普及定着を図る必要があります。
- 令和3年8月には「かかりつけ薬局」としての役割を果たす薬局（地域連携薬局等）を認定する制度が導入されました。その認定要件として、在宅医療の実施、無菌調剤を実施できる体制構築、医療機関等との情報連携体制の構築等を満たすことが求められています。
- 地域における救急医療の対応状況にあわせて、休日、夜間の医薬品等供給体制を構築する必要があります。
- 県薬剤師会では在宅医療に取り組む薬局の機能充実、薬剤師の資質向上、無菌調剤の技術習得等に対する支援を行っています。
- 在宅医療を行う診療所や訪問看護ステーション等と連携し、疼痛緩和に必要な麻薬の調剤・管理技術の普及、小児への対応を含めた訪問薬剤管理指導業務を通じて在宅医療に積極的に取り組む必要があります。
- 近年、医療分野におけるデジタルトランスフォーメーションが急速に進んでおり、電子処方箋システムやオンライン服薬指導など、薬剤師を取り巻く環境も変化していることから、こういったデジタル技術への対応が求められています。
- 患者による薬局の適切な選択を支援するため、各薬局の機能に関する情報を集約し、インターネットにより公表されています。

[施策の方向]

- 関係機関や関係団体との連携を図りながら、地域の実情に応じた薬局の機能強化や在宅医療を推進します。
- 薬と健康に関する地域の身近な専門家、アドバイザーとして「かかりつけ薬局」の普及定着を図ります。
- 「かかりつけ薬局」と医療機関の薬剤師が相互に患者の薬歴等の情報提供を行う薬薬連携を推進するとともに、薬局薬剤師による服薬指導や薬歴管理の充実を図るなど、県薬剤師会による「かかりつけ薬局」の機能強化や調剤過誤防止のための取組みなどに対して支援します。
- 「かかりつけ薬局」の役割について県民の理解が得られるよう、薬の消費者教室などの

様々な機会を活用した効果的な啓発活動に取り組みます。

- 県薬剤師会の情報提供機能、薬剤師研修機能などの充実を支援します。
- 県薬剤師会と十分な連携を図り、薬局薬剤師の資質向上に努めるなど、処方箋応需体制の整備充実を図ります。
- 県薬剤師会による休日、夜間の処方箋応需体制の整備に対する取組みを支援します。
- 麻薬調剤や無菌製剤処理、小児への薬剤管理指導、24 時間対応、多職種連携、災害時対応、介護相談など高度な薬剤管理に対応できるよう薬局機能の充実を図ります。
- 医療機関等との連携による電子処方箋システムやオンライン服薬指導への対応、患者の服薬情報の一元的・継続的把握とそれに基づく薬学的管理・指導など、薬局における ICT 化への対応を支援します。
- 医薬品の重複や飲み合わせのチェック、患者の服薬状況の確認等が十分行えるよう、「お薬手帳」の活用を推進します。
- 患者による薬局の適切な選択を支援するため、薬局の機能に関する情報の提供制度について周知を図ります。

(5) 訪問看護ステーションの機能充実

[現状と課題]

- 2022（令和4）年4月現在、訪問看護ステーション数は87事業所であり、人口10万人当たり8.4事業所と、全国の11.4事業所を下回っています。
- 2022（令和4）年度の訪問看護利用者10,896人のうち、医療保険による利用者は4,124人、介護保険による利用者は7,173人で、利用者は年々増加しています。
- 2022（令和4）年度の訪問看護ステーションの看護職員常勤換算数は、5人未満の小規模な事業所が51か所で全体の半数を占めています。また、7.5人以上の事業所は21か所で、規模が大きい訪問看護ステーションほど、24時間対応の体制がとられています。
- 「富山県訪問看護総合支援センター」（2022（令和4）年4月開設）を富山県看護協会に設置し、訪問看護の普及や相談対応、訪問看護ステーションの運営支援などを行っています。
- 県民や医療・介護関係者、求職中の看護師等向けに、ウェブサイト上で訪問看護ステーションの所在地や業務の特徴、対応可能な処置・ケア等に関する情報を公開しています。
- 訪問看護ステーションの事業所数は全国平均と比較して少なく、1事業所あたりの看護職員数も全国平均を下回っていることから、新たなステーションの整備を進めつつ、中核的な役割を担う多機能型ステーションの整備も進める必要があります。さらに、中山間地域等県内どこに住んでいてもサービスが提供できるようにサテライトステーションの設置も必要です。
- がん末期患者や人工呼吸器やチューブ装着者などの重症度の高い利用者や看取り等の対応が求められており、訪問看護ステーション間の相互支援や職員増員による規模拡大、看護技術のスキルアップ、関係機関との連携強化を図る必要があります。
- 高齢者にとどまらず医療的ケア児への対応についても、医療・福祉サービスを提供する関係機関との連携を強化する必要があります。
- 訪問看護に従事する職員を確保・定着するための、多様な働き方や、訪問看護未経験者に必要な知識や技術を取得する教育の機会を提供することが必要です。
- 訪問看護師の資質及び水準の向上により訪問看護の普及を図るため、認定看護師や特定行為が可能な看護師の養成を支援することが求められています。

[施策の方向]

- 県民及び保健・医療・福祉・介護関係者に対し、訪問看護の所在地や対応可能な処置など、訪問看護ステーションが有する機能の情報提供に努めます。
- 訪問看護ステーションの新設やサテライトの設置、地域の中核的な役割を担う多機能型ステーションの整備などに支援します。
- 訪問診療を行う医師や病院看護師、介護支援専門員（ケアマネジャー）との連携を強化し、訪問看護の利用が促進される取組みを進めます。
- 在宅医療を行う診療所や歯科診療所、薬局、介護サービス事業所等との連携を強化し、訪問看護ステーションが有する機能が効果的に提供されるように努めます。
- 重症心身障害児及び医療的ケア児等も対応可能な訪問看護ステーションの拡充に向けた

取り組みを強化するため、専門的看護技術の習得と医療・保健・障害福祉・保育・教育などと連携した支援体制の整備に努めます。

- 重度化・多様化する在宅療養者のニーズに対応するため、看護協会等での研修の充実を図るとともに、専門技術・専門資格習得に向けた支援をします。
- 新たに訪問看護の知識と技術を習得し、訪問看護に従事する人材の養成や、訪問看護未経験者の雇用促進、ICT化の促進など、人材確保と柔軟な働き方に向けた支援をします。

〔1－2〕 5 疾病 6 事業及び在宅医療体制の確保

(1) がんの医療体制

第1 がん医療の概要

1. がんという病気

- がんは、浸潤性に増殖し転移する悪性腫瘍であり、基本的にすべての臓器・組織で発生しうるものです。
- このため、がん医療は、その種類によって異なる部分がありますが、本計画においては、がん医療全体に共通する事項を記載することとします。

2. がんの現状

がんの予防

- がんの原因には、喫煙（受動喫煙を含む。）やウイルス・細菌の感染、飲酒、食生活、運動等の生活習慣など様々なものがあります。
- がんの予防には、望ましい生活習慣への改善やウイルス等の感染予防等が重要であり、個々の取組みを促進するとともに、これを地域や学校、職域など社会全体で支えていく必要があります。

がんの早期発見

- がんの早期発見のために、胃がんでは胃エックス線検査又は胃内視鏡検査、肺がんでは胸部エックス線検査及び喀痰細胞診、乳がんでは乳房エックス線検査、大腸がんでは便潜血検査、子宮頸がんでは細胞診等のがん検診が行われています。
- これらの検診においてがんの可能性が疑われた場合、さらにCT・MRI検査等の精密検査が実施されます。

診断

- がん検診によりがんが疑われた場合や症状を呈し場合、確定診断のための精密検査が実施され、がんの種類やがんの進行度の把握、治療方針の決定等が行われます。

がん治療

- がんの治療については、がんの種類や病態に応じて、手術療法、放射線療法及び薬物療法又はこれらを組み合わせた集学的治療等が行われます。
- がん治療は、学会等が様々ながんに対する診療ガイドラインを作成しています。

緩和ケア

- がんと診断された時から、身体的苦痛だけでなく、不安や抑うつなどの心理的苦痛、就業や経済負担等の社会的苦痛など様々な苦痛に対して、患者とその家族等への緩和ケアを、がんの治療と並行して実施するとともに、必要に応じて在宅においても適切に提供することが必要です。
- がん疼痛の緩和については、医療用麻薬等の投与や、専門的疼痛治療としての神経ブロ

ック等が行われます。また、疼痛以外の悪心や食欲不振、呼吸困難感といった身体的諸症状を和らげる治療やケアも行われます。

- 患者とその家族等には、しばしば不安や抑うつ等の精神心理的な問題が生じることから、心のケアを含めた精神医学的な対応が行われます。

リハビリテーション、定期的なフォローアップ、在宅療養

- がんの治療後は、治療の影響や病状の進行により、患者の嚥下や呼吸運動などの日常生活動作に障害を来すことがあるため、リハビリテーションが行われます。
- 再発したがんの早期発見などを目的として、定期的なフォローアップ等が行われます。
- 在宅療養を希望する患者に対しては、患者やその家族の意向に沿った継続的な医療が提供されるとともに、居宅等での生活に必要な介護サービスが提供されます。
- 人生の最終段階には、看取りまで含めた医療や介護サービスが行われます。

小児・AYA 世代（思春期世代と若年成人世代）のがん

- 小児及び AYA 世代のがんは、多種多様ながん種を含み、特徴あるライフステージで発症することから、成人のがんとは異なる対策が求められています。
- 小児がん患者とその家族等が適切な医療や支援を受けられるように、小児がん拠点病院及び小児がん連携病院を中心とした地域のネットワークによる診療体制が構築されています。

がんゲノム医療

- ゲノム医療を必要とするがん患者が、全国どこにいても、がんゲノム医療を受けられる体制を国とともに段階的に構築し、患者・家族等の理解を促し、心情面でのサポートや治療法選択の意思決定支援を可能とする体制の整備が求められています。
- がんゲノム医療の推進とともに、がんゲノム情報の取扱いやがんゲノム医療に関する国民の理解を促進するため、教育や普及啓発に努めるとともに、安心してがんゲノム医療に参加できる環境の整備が求められています。

第2 必要となる医療機能

1. がんを予防する機能【予防・早期発見】

目 標

- 禁煙やがんに関連するウイルス等の感染予防、生活習慣の改善などがんのリスクを低減させること
- 科学的根拠に基づくがん検診の実施、がん検診の精度管理・事業評価の実施及びがん検診受診率を向上させること

関係者に求められる事項

(医療機関)

- がん検診の結果、要精密検査とされたもの（以下「要精検者」という。）等に対して、がんに係る精密検査を実施すること
- 精密検査の結果を市町村や検診機関等の関係機関にフィードバックするなど、がん検診の精度管理に協力すること
- 禁煙外来を実施すること

(行政)

- 県及び市町村は、がん予防に関する正しい知識の普及啓発を行うこと
- 市町村は、科学的根拠に基づくがん検診を実施すること
- 市町村は、関係機関等と連携し、要精検者や未受診者が受診しやすい環境整備を行うこと
- 県は、市町村や関係機関と連携し、禁煙希望者に対する禁煙支援や受動喫煙の防止等のたばこ対策に取り組むこと
- 県は、ウイルス等の感染に起因するがんへの対策を推進すること
- 県は、市町村に対して、指針の内容を遵守し、科学的根拠に基づくがん検診を実施するよう、必要な助言・指導等を実施すること
- がん登録等から得られた情報を活用してがんの現状把握に努めること
- 県は、がん対策推進協議会がん予防検診部会において、検診の実施方法や精度管理の向上等に向けた取組みを検討すること

医療機関の例

(がん共通事項)

- 禁煙外来に対応可能な病院・診療所
(肺がん)
- 気管支ファイバースコープ又は単純CT撮影に対応可能な病院・診療所
(胃がん)
- 上部消化管内視鏡検査に対応可能な病院・診療所
(肝がん)
- 腹部超音波検査に対応可能な病院・診療所
(大腸がん)
- 下部消化管内視鏡検査に対応可能な病院・診療所
(乳がん)

- 乳房エックス線検査に対応可能な病院・診療所
(子宮がん)
- 婦人科領域の一次診療に対応可能な病院・診療所

2. がん診療機能【治療】

目 標

<診断、治療>

- 精密検査や確定診断等を実施すること
- 診療ガイドラインに則した標準的治療を推進すること
- 患者の状態やがんの病態に応じて、手術療法、放射線療法及び薬物療法等や、これらを組み合わせた集学的治療を実施すること
- がんの治療の合併症の予防や軽減を図り、支持療法を推進すること
- 各職種の特長を活かした多職種でのチーム医療を実施すること
- 患者やその家族が自ら治療方法等を選択できるよう、インフォームドコンセントをしっかりと行うとともに、セカンドオピニオンを受けやすい環境の整備を図ること

<緩和ケア>

- がんと診断された時から、治療、在宅療養など様々な場面で切れ目なく緩和ケアを実施するとともに、チームによる専門的な緩和ケアを提供すること
- 身体的苦痛の緩和だけでなく、不安や抑うつなど心理的苦痛、就業、経済負担等の社会的苦痛など様々な苦痛に対して十分な緩和ケアを提供すること

<相談支援>

- 医療だけでなく生活・介護・就労など、がん患者からの様々な相談に応じる相談支援体制の充実を図ること

医療機関に求められる事項

(がん診療機能を担うすべての医療機関に求められる事項)

- 診療ガイドラインに準じた診療を実施していること
- 血液検査、画像検査(エックス線検査、CT、MRI、核医学検査、超音波検査、内視鏡)及び病理検査等の診断・治療に必要な検査が実施可能であること
- 画像診断や病理診断等が実施可能であること
- 患者の状態やがんの病態に応じて、手術療法、放射線療法及び薬物療法等や、これらを組み合わせた集学的治療が実施可能であること
- がんと診断された時から患者とその家族等に対して全人的な緩和ケアを実施すること
(がん診療連携拠点病院に求められる事項)

<診断、治療>

- 患者の状態やがんの病態に応じて、手術療法、放射線療法及び薬物療法等や、これらを組み合わせた集学的治療、緩和ケア及び外来化学療法が実施可能であること
- 専門医や専門・認定看護師、放射線治療専門放射線技師、がん薬物療法認定薬剤師など専門性の高い医療従事者で構成された多職種でのチーム医療を実施すること
- がんの治療の合併症予防や、その症状の軽減を図るため、治療中の口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関と連携を図ること

- 患者とその家族の意向に応じて、専門的な知識を有する第三者の立場にある医師の意見を求めるためのセカンドオピニオンを提示する体制を整備し、患者やその家族等に分かりやすく公表すること

- 院内がん登録を実施すること

<緩和ケア>

- 緩和ケアチームや緩和ケア外来の診療機能の向上を図り、身体的苦痛の緩和だけでなく、不安や抑うつなど心理的苦痛、就業、経済負担等の社会的苦痛など様々な苦痛に対して十分な緩和ケアを提供すること
- 地域連携支援の体制を確保するため、病院間の役割分担を進めるとともに、研修、カンファレンス、診療支援等を活用し、急変時の対応や緩和ケアについて、他のがん診療機能や在宅療養支援機能を有している医療機関等と連携すること

<相談支援>

- 相談支援の体制を確保し、情報の収集・発信、患者・家族等の交流の支援等を実施していること。その際、小児・AYA世代のがん、希少がん、難治性がん等に関する情報についても提供できるよう留意すること
- 就職支援や、仕事と治療の両立に向けた就労継続支援を行えるよう、事業者・産業医等との連携を含めた体制を確保し、相談支援や情報の発信等を行うこと

医療機関の例

- がん診療連携拠点病院、がん診療地域連携拠点病院
- がん診療連携拠点病院以外の病院・診療所
(がん共通事項)
 - ◇ 医療用麻薬によるがん疼痛治療、がんに伴う精神症状のケア、禁煙外来に対応可能であり、敷地内全面禁煙を実施している病院・診療所
(肺がん)
 - ◇ 肺悪性腫瘍摘出術と肺悪性腫瘍化学療法に対応可能な病院・診療所
(胃がん)
 - ◇ 胃悪性腫瘍手術と胃悪性腫瘍化学療法に対応可能な病院・診療所
(肝がん)
 - ◇ 肝悪性腫瘍手術及び肝悪性腫瘍化学療法に対応可能な病院・診療所
(大腸がん)
 - ◇ 大腸悪性腫瘍手術と大腸悪性腫瘍化学療法に対応可能な病院・診療所
(乳がん)
 - ◇ 乳腺悪性腫瘍手術と乳腺悪性腫瘍化学療法に対応可能な病院・診療所
(子宮がん)
 - ◇ 子宮悪性腫瘍手術と子宮悪性腫瘍化学療法に対応可能な病院・診療所

3. 在宅療養支援機能【療養支援】

目 標

- がん患者やその家族等が希望する場所で、切れ目のない緩和ケアを含めた在宅医療・介護サービスを受けられるよう在宅療養体制を充実させること

医療機関に求められる事項

- 診療情報や治療計画を共有するなど、がん診療連携拠点病院等がん診療機能を有する医療機関と連携し、退院後の切れ目のない緩和ケア等を提供すること
- 地域においては、24時間対応が可能な在宅医療提供体制を構築し、看取りを含めた人生の最終段階におけるケアを提供すること
- 医療用麻薬の適正使用によりがん疼痛等に対するケアを実施すること
- がん診療連携拠点病院等と地域の医療機関の連携を強化すること

医療機関等の例

- 緩和ケア病棟・病床を有する病院
- 緩和ケア病棟・病床を有する病院以外の病院・診療所
(がん共通事項)
 - ◇ 医療用麻薬によるがん疼痛治療、在宅における看取り、往診あるいは在宅訪問診療、疼痛の管理及び在宅終末期ケアに対応可能な病院・診療所
(肺がん)
 - ◇ 呼吸器領域の一次診療に対応可能な病院・診療所
(胃がん、大腸がん)
 - ◇ 消化器系領域の一次診療に対応可能な病院・診療所
(肝がん)
 - ◇ 肝・胆道・膵臓領域の一次診療に対応可能な病院・診療所
(乳がん)
 - ◇ 乳腺領域の一次診療に対応可能な病院・診療所
(子宮がん)
 - ◇ 婦人科領域の一次診療に対応可能な病院・診療所
- 医療用麻薬の調剤と在宅患者訪問薬剤管理指導の提供が可能な薬局（専門医療機関連携薬局を含む）
- 訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、介護サービス事業者等

第3 がん医療の現状

1. 死亡数等

- がんは、本県において、1979（昭和54）年から（全国：1981（昭和56）年から）死因の第1位となっています。2022（令和4）年では、3,720人（全国：385,797人）が亡くなっており、死亡者数全体の24.7%（全国：24.6%）を占めています⁴。
- 医療圏別にみると、新川医療圏では448人（死亡数全体の24.4%）、富山医療圏では1,658人（死亡数全体の25.1%）、高岡医療圏では1,109人（死亡数全体の24.3%）、砺波医療圏では505人（死亡数全体の24.6%）が、がんで亡くなっています⁴。
- 2021（令和3）年のがんの年齢調整死亡率⁵（75歳未満）は、人口10万人当たり男性で79.1（全国：82.4）、女性で50.2（全国：53.6）と全国より低くなっています⁶。
- 2019（令和元）年のがんの年齢調整罹患率⁵は、人口10万人当たり男性で474.3（全国：445.7）、女性で356.3（全国：346.7）となっています⁷。
- 本県における2022（令和4）年のがんの部位別死亡状況は、男性は肺がん（23.8%）、胃がん（12.9%）、大腸がん（12.3%）の順で、女性は大腸がん（17.0%）、膵臓がん（12.9%）、肺がん（11.8%）の順となっています⁴。
- 2020（令和2）年10月現在、継続的に医療を受けている本県のがん患者数は約26千人（全国：約3,656千人）と推計されています⁸。

2. 予防

- 2021（令和3）年の喫煙率は男性で27.3%（全国：27.1%）、女性で4.6%（全国：7.6%）となっています⁹。
- 2020（令和2）年10月現在、禁煙外来を行っている医療機関数は157施設、人口10万人当たりで14.9施設（全国：12.7施設）と全国より多く¹⁰、禁煙支援の体制が整備されてきていますが、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986件、人口10万人当たりで94.1件（全国：99.6件）と全国より少なくなっており¹¹、禁煙希望者へのさらなる支援が必要です。
- 2021（令和3）年の成人一日あたりの食塩摂取量は、男性12.1g、女性10.3gであり、目標である男性8.0g未満、女性7.0g未満に達していません¹²。
- 2021（令和3）年の野菜摂取量は256.5gで目標の350gに達していません⁹。

⁴ 厚生労働省「人口動態統計」（2022<令和4>年）

⁵ 年齢構成の影響を除くために標準人口を用いて算定した死亡率罹患率。年齢構成の異なる地域の死亡率を比較する場合などに用いられる。

⁶ 厚生労働省「人口動態統計」（2021<令和3>年）国立がん研究センターがん情報サービス

⁷ 厚生労働省「全国がん登録罹患数・率報告」（2019<令和元>年）

⁸ 厚生労働省「患者調査」（2020<令和2>年）

⁹ 県：健康づくり県民意識調査（2021<令和3>年）国：国民健康・栄養調査（2019<令和元>年）

¹⁰ 医療施設調査（2020<令和2>年）

¹¹ NDB（2020<令和2>年）

¹² 県民健康栄養調査（2021<令和3>年）（国民健康栄養調査が中止となり県独自調査のため参考値）

3. 検診

- 2021（令和3）年度の市町村におけるがん検診の受診率は、胃がんでは16.9%（全国：12.1%）、肺がんでは19.6%（全国：15.2%）、大腸がんでは16.8%（全国：16.0%）、子宮頸がんでは16.0%（全国：16.2%）、乳がんでは18.5%（全国：18.2%）と、すべてのがん種で10%台と低くなっており¹³、コロナ禍における受診控えの影響と考えられます。
- 2022（令和4）年度のあらゆる実施主体によるものを含めた検診受診率は、胃がんでは47.6%（全国：41.9%）、肺がんでは58.1%（全国：49.7%）、大腸がんでは52.1%（全国：45.9%）、子宮頸がんでは47.7%（全国：43.6%）、乳がんでは52.5%（全国：47.4%）であり、いずれも全国より高くなっています¹⁴。
- 2020（令和2）年度の市町村におけるがん検診精密検査の受診率は、胃がんでは95.2%（全国：85.9%）、肺がんでは90.7%（全国：82.7%）、大腸がんでは78.2%（全国：68.6%）、子宮頸がんでは83.8%（全国：76.6%）、乳がんでは93.0%（全国：90.1%）であり、いずれも全国より高くなっています¹³。

4. 治療

（診断、治療）

- 本県では、国指定の5つの拠点病院（県がん診療連携拠点病院として県立中央病院、地域がん診療連携拠点病院として黒部市民病院、富山大学附属病院、厚生連高岡病院、市立砺波総合病院の4病院）と、県が独自に指定する5つの拠点病院（がん診療地域連携拠点病院として富山労災病院、富山赤十字病院、富山市民病院、済生会高岡病院、高岡市民病院。）にとやまPET画像診断センターを加えた県のがん診療体制により、がん医療の均てん化と質の向上を図ってきました。
- 2020（令和2）年9月中の病院での悪性腫瘍手術の実施件数は571件、人口10万人当たりでは54.1件（全国：46.2件）、放射線療法（体外照射）は1,417件、人口10万人当たりでは134.2件（全国：157.5件）、外来化学療法は病院で3,271件、人口10万人当たりでは309.8件（全国：240.2件）といずれも全国より多くなっています¹⁰。
- 2022（令和4）年12月現在、がん分野の認定看護師数は95人となっています¹⁵。
- がんゲノム医療拠点病院である富山大学附属病院や、がんゲノム医療連携病院である富山県立中央病院において、がんゲノム医療が提供できる体制が整備されています。

（緩和ケア）

- 2022（令和4）年10月現在、緩和ケア病床は県立中央病院（25床）、富山市民病院（17床）^{*}、富山赤十字病院（12床）、高岡市民病院（20床）と厚生連高岡病院（16床）に設置されています¹⁶。

¹³ 地域保健・健康増進事業報告（2021<令和3>年）

¹⁴ 国民生活基礎調査（2022<令和4>年）

¹⁵ 日本看護協会調べ

¹⁶ 県健康課調べ

^{*} 2021（令和3）年10月から休止中

- がん診療連携拠点病院等では、がん診療に専門的に携わる医師や看護師、薬剤師等の医療従事者からなる多職種でのチームにより緩和ケアが提供されており、2020（令和2）年10月現在、緩和ケアチームのある医療機関数は18機関、人口10万人当たりでは1.7機関（全国：0.9機関）と全国より多くなっています¹⁰。
- 2021（令和3）年の緩和ケア外来利用患者数は、4,520人となっています¹⁶。

（相談支援）

- 2013（平成25）年9月、県がん総合相談支援センターを開設しました。
- すべてのがん診療連携拠点病院等に「相談支援センター」を設置し、がん専門相談員が、がん患者やその家族からの治療や医療費など医療を中心とした幅広い相談に応じ、情報提供を行っています。
- がん医療の進歩により、患者の療養生活が多様化する中で、相談内容が多様化・複雑化しており、医療だけでなく、心理、生活、介護、就労など様々な問題への対応が求められています。
- 2021（令和3）年の拠点病院の相談支援センター・県がん総合相談支援センターにおける相談件数は、7,373件となっています¹⁶。

（小児・AYA世代、高齢者のがん）

- 小児がんの質の高い医療及び支援を提供するため、東海・北陸ブロック内に3か所の小児がん拠点病院が国から指定されています。県内では、小児がん拠点病院が指定する連携病院として、富山大学附属病院が指定されています。
- 小児・AYA世代や高齢者のがんなどライフステージに合わせた相談体制等の充実が求められています。
- 小児・AYA世代のがん患者の長期フォローアップが必要であり、晩期合併症への対応、保育、教育、就労、自立に関する支援が求められています。
- 国の「高齢者がん診療に関するガイドライン」の検討結果を踏まえ、本県の拠点病院等におけるガイドライン活用推進を図る必要があります。

5. 療養支援

- 2021（令和3）年の訪問診療を実施している診療所・病院数（人口10万対）は24.3機関（全国：12.5～12.9機関）と全国より多くなっています¹⁷。
- 2021（令和3）年10月現在、訪問看護ステーションに従事する看護師数（人口10万対）は46.1人（全国：60.0人）と全国に比べて少なくなっています¹⁷。
- 2022（令和4）年4月現在、訪問看護ステーションの数は87事業所、24時間体制の訪問看護ステーションの届出割合は89.7%となっています¹⁸。
- 2022（令和4）年のがん患者の在宅死亡割合は22.9%（全国：28.6%）と全国より低くなっています¹。

¹⁷ 介護サービス施設・事業所調査（2021<令和3>年）

¹⁸ 県高齢福祉課調べ（2022<令和4>年）

- 開業医のグループ化など、がんの在宅医療体制の整備は進んできましたが、看護師、歯科医師、薬剤師等の多職種連携を推進することが必要です。
- 医師、訪問看護師等の連携による在宅緩和ケアが進められています。

第4 がんの医療提供体制における主な課題と施策

がんの年齢調整死亡率は年々低下していますが、がん対策のさらなる充実により、死亡者の減少を図っていく必要があります。以下の施策を実施します。

[予防]

〔課題①〕

- 適正体重・定期的な運動を含めた食生活の改善など、がん予防に関連する望ましい生活習慣の普及啓発が必要です。
- 喫煙が及ぼす影響と禁煙のための知識の普及啓発が必要です。

<施策>

- 健康教育や健康相談の場を通じて、がんに関する正しい知識や、栄養・食生活などがん予防のための望ましい生活習慣の確立に向けた普及啓発等を行います。
- 企業や団体等と連携した、喫煙が与える健康への悪影響に関する意識向上のための普及啓発の推進や禁煙希望者に対する禁煙支援を行います。
- 学校保健と連携した喫煙防止教育を推進します。
- 家庭や職場等における受動喫煙防止の啓発や受動喫煙防止対策を推進します。

[検診]

〔課題②〕

- 受診率向上に向け、関係機関と連携し、職場や家庭等も含めた幅広い普及啓発が必要です。

<施策>

- がん検診や精密検査を受けることの重要性について、市町村や企業、関係団体と連携し、普及啓発を行います。
- 市町村等と連携し、未受診者への効果的な受診勧奨等への支援やがん検診受診料負担軽減など受診しやすい環境整備を促進します。
- 働く世代のがん検診の受診を促進するため、事業主への啓発を推進します。

[治療]

〔課題③〕

- 各職種の専門性を活かしたチーム医療の推進が必要です。
- がんと診断された時からの切れ目のない緩和ケアの実施が必要です。
- 患者、家族の多様な相談ニーズに十分に対応できるよう相談支援センターの機能充実や、ピア・サポーターの活用等による相談支援体制の充実が必要です。
- 小児・AYA世代、高齢者などのライフステージに合わせた支援体制が必要です。

（診断、治療）

<施策>

- がん診療連携拠点病院等がこれまで担ってきた機能を強化し、県全体のがん医療水準のさらなる向上を図ります。
- がん診療連携拠点病院等と地域の医療機関が、各々の機能分担のもと連携し、がん医療を提供できる体制を充実します。
- 質の高いがん医療が提供できるよう、手術療法、放射線療法、薬物療法、これらを組み合わせた集学的治療等を提供し、がん医療推進のため、各専門性を活かした多職種でのチーム医療を推進します。
- 小児・AYA世代のがん患者等の妊孕性温存療法の推進のため、引き続き、がん・生殖医療の関係者のネットワークにおいて、情報提供及び意思決定支援を行う体制の充実を図るとともに、妊孕性温存療法及び温存後生殖補助医療に対する支援を行います。
- 富山県及び富山県がん診療連携拠点病院等を中心として、感染症発生・まん延時や災害時等の状況下においても、必要ながん医療を提供できるよう、診療機能の役割分担、各施設が協力した人材育成や応援体制の構築等、地域の実情に応じた連携体制を整備するよう努めます。

（緩和ケア）

<施策>

- 身体的症状だけでなく、精神心理的な苦痛に対する心のケアを同時に行い、患者の生活の質（QOL）を総合的に高めるという緩和ケアの意義や必要性について県民への周知に努めます。
- がんと診断された時から、患者・家族が抱える様々な苦痛に対し、確実に緩和ケアを提供できる診療体制の充実を推進します。
- 拠点病院と地域の医療機関との連携を促進し、診断から治療、療養に至る様々な場面で切れ目のない緩和ケアの提供を進めます。
- がん診療連携拠点病院を中心に、緩和ケアに携わる専門スタッフの育成を促進します。

（相談支援）

<施策>

- 「富山県がん総合相談支援センター」及びがん診療連携拠点病院等の「相談支援センター」の機能強化を図ります。
- 富山県がん総合相談支援センターにおいて、相談支援を実施するとともに、がんピア・サポーターの養成や活動支援を実施し、がん患者・経験者との協働を進めます。
- がん診療連携拠点病院を中心に、就労支援やアピアランスケアなどライフステージごとに抱える問題について、がん患者やその家族からの様々な相談に応じるとともに、がんに関する情報提供体制の充実を図ります。

[療養支援]

[課題④]

- 拠点病院や地域の医療機関、訪問看護ステーション、薬局等の関係機関の連携が必要です。

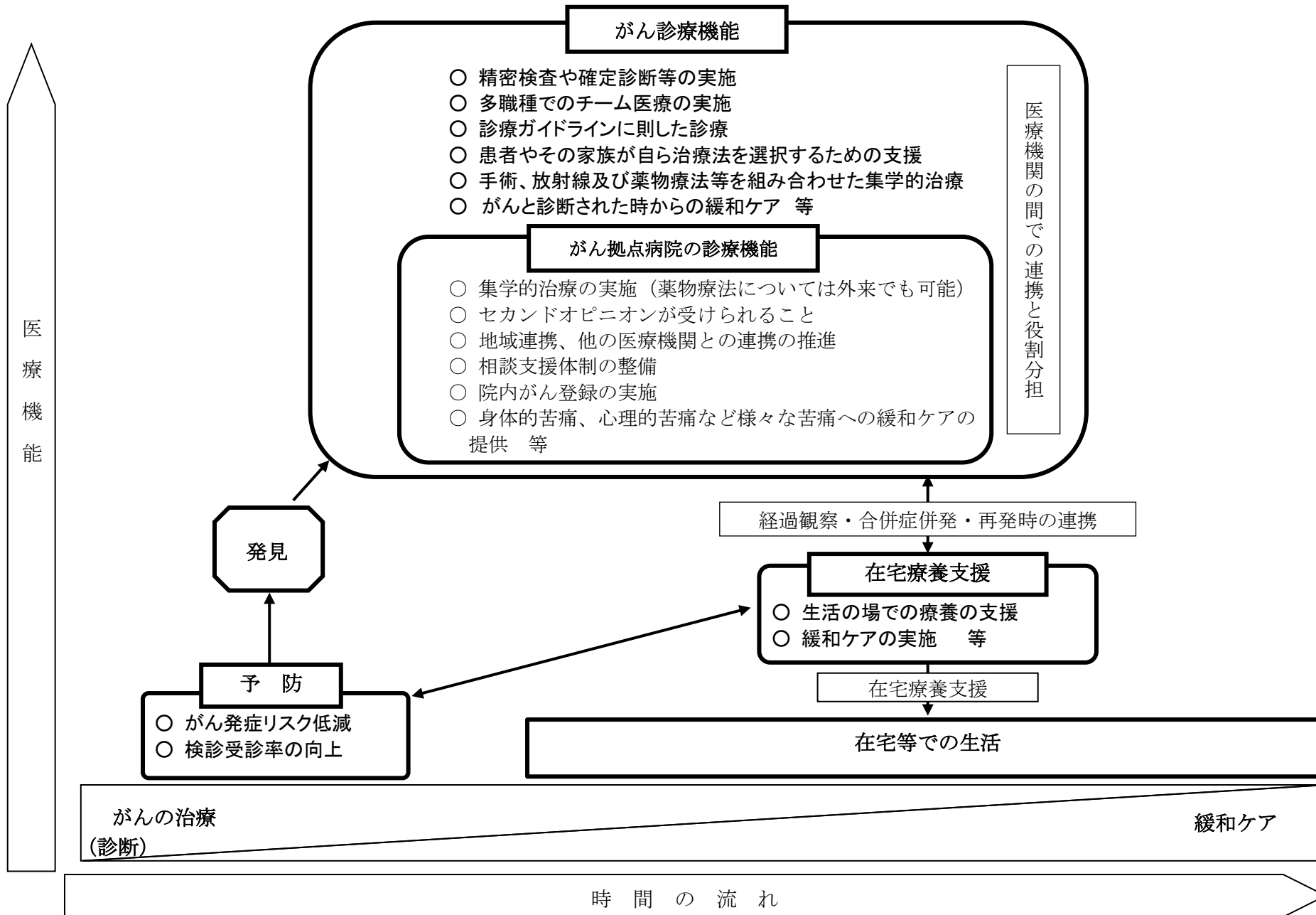
<施策>

- 在宅医療に取り組む医師の参入促進や訪問看護の普及、機能強化を図るとともに、多職種連携によるチーム医療を推進します。
- 住み慣れた家庭や地域で安心して療養できるよう、診療所、訪問看護ステーション、薬局と居宅介護支援事業所等が連携して、緩和ケアを含めた在宅療養支援体制を構築します。
- 在宅医療における在宅薬剤管理や在宅麻薬管理の取組みを充実するため、医薬連携や薬局間連携を推進します。
- 富山県看護協会の協力を得て、訪問看護の普及啓発、訪問看護師の養成、現任研修会の開催等を実施します。

第5 数値目標

指標名及び指標の説明	現状	国	2029年	出典等
がんの年齢調整死亡率 (75歳未満：人口10万対)	男 79.1 女 50.2	男 82.4 女 53.6	低下	厚生労働省「人口動態統計」(2021年) 国立がん研究センターがん情報サービス
がんの年齢調整罹患率 (人口10万対)	男 474.3 女 356.3	男 445.7 女 346.7	低下	厚生労働省「全国がん登録罹患数・率報告」(2019年)
喫煙率	男 27.3% 女 4.6%	男 27.1% 女 7.6%	男 21.0% 女 2.0%	県：健康づくり県民意識調査(2021年) 国：国民健康・栄養調査(2019年)
⑨がん検診受診率 (市町村・職域)	胃 47.6% 肺 58.1% 大腸 52.1% 乳 52.5% 子宮頸47.7%	胃 41.9% 肺 49.7% 大腸 45.9% 乳 47.4% 子宮頸43.6%	60%	国民生活基礎調査(2022年)
がん検診精密検査受診率 (市町村実施)	胃 95.2% 肺 90.7% 大腸 78.2% 乳 93.0% 子宮頸83.8%	胃 85.9% 肺 82.7% 大腸 68.6% 乳 90.1% 子宮頸76.6%	90%	地域保健・健康増進事業報告(2020年)
がん分野の認定看護師数	95人	5,928人	増加	日本看護協会調べ(2022年12月)

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）



医療機関の間での連携と役割分担

第7 現状把握のための指標

指標名及び指標の説明	国	現状	参考値 (コロナ前)	出典等
がんの年齢調整死亡率 (75歳未満：人口10万対)	男 82.4 女 53.6	男 79.1 女 50.2	男 77.8 女 52.4 (2019年)	厚生労働省「人口動態統計」(2021年) 国立がん研究センターがん情報サービス
がんの年齢調整罹患率 (人口10万対)	男 445.7 女 346.7	男 474.3 女 356.3	男 441.0 女 349.4 (2018年)	厚生労働省「全国がん登録罹患数・率報告」(2019年)
喫煙率	男 27.1% 女 7.6%	男 27.3% 女 4.6%	—	健康づくり県民意識調査(2021年)
禁煙外来治療件数 (人口10万対)	99.6件	94.1件	236.0件 (2019年)	NDB (2021年度)
⑨がん検診受診率 (市町村・職域)	胃 41.9% 肺 49.7% 大腸 45.9% 乳 47.4% 子宮頸43.6%	胃 47.6% 肺 58.1% 大腸 52.1% 乳 52.5% 子宮頸47.7%	胃 49.6% 肺 57.1% 大腸 48.5% 乳 52.3% 子宮頸49.7% (2019年)	国民生活基礎調査 (2022年)
⑩がん検診受診率 (市町村実施) (国保被保険者)	胃 12.1% 肺 15.2% 大腸 16.0% 乳 18.2% 子宮頸16.2%	胃 16.9% 肺 19.6% 大腸 16.8% 乳 18.5% 子宮頸16.0%	胃 21.1% 肺 21.3% 大腸 17.0% 乳 20.9% 子宮頸18.4% (2019年)	地域保健・健康増進 事業報告 (2021年)
がん検診精密検査受診率 (市町村実施)	胃 85.9% 肺 82.7% 大腸 68.6% 乳 90.1% 子宮頸76.6%	胃 95.2% 肺 90.7% 大腸 78.2% 乳 93.0% 子宮頸83.8%	胃 92.9% 肺 90.4% 大腸 79.8% 乳 94.5% 子宮頸84.3% (2019年)	地域保健・健康増進 事業報告 (2020年)
がん診療連携拠点病院数 (国指定) (人口10万対)	0.4施設	0.5施設	0.5施設 (2021年)	県健康課調べ (2022年)
拠点病院におけるがん医療関連チーム数	—	70チーム	60チーム (2019年)	県健康課調べ (2022年)
がん分野の認定看護師数	5,928人	95人	91人 (2019年)	日本看護協会調べ (2022年)
拠点病院の相談支援センター・県総合相談支援センターにおける相談件数	—	7,373件	6,351件 (2019年)	県健康課調べ (2021年)

緩和ケア外来利用患者数	—	4,520人	4,496人 (2018年)	県健康課調べ (2021年)
地域連携クリティカルパスの運用件数	—	146件	162件 (2019年)	県健康課調べ (2022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）

(2)脳卒中の医療体制

第1 脳卒中の医療の概要

1. 脳卒中という病気

- 脳卒中は、脳血管の閉塞や破綻によって脳機能に障害が起きる疾患であり、脳梗塞、脳出血、くも膜下出血に大別されます。
- 脳梗塞は、動脈硬化により血管内腔が狭くなりそこに血栓ができて脳血管が閉塞するアテローム性血栓性脳梗塞、脳の細い血管が主に高血圧を基盤とする変化により閉塞するラクナ梗塞、心臓等に生じた血栓が脳血管まで流れて血管を閉塞する心原性塞栓症の3種類がある。また、脳出血は脳の細い血管が破綻するものであり、くも膜下出血は脳動脈瘤が破綻し出血するものです。
- 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、高次脳機能障害、遷延性意識障害などの後遺症が残ることがあり、患者及びその家族の日常生活に大きな影響を与えます。
- 脳卒中発症直後の医療（超急性期の医療）は、脳梗塞、脳出血及びくも膜下出血によって異なりますが、超急性期及び急性期を脱した後の医療は共通するものが多いことから、本計画においては一括して記載します。

2. 脳卒中治療の内容

予 防

- 脳卒中の最大の危険因子は高血圧であり、発症の予防には高血圧のコントロールが重要です。そのほか、糖尿病、脂質異常症、不整脈（特に心房細動）、喫煙、過度の飲酒なども危険因子であり、生活習慣の改善や適切な治療が重要です。
- 一過性脳虚血発作直後は脳梗塞発症リスクが高く、これが疑われる場合は、脳梗塞予防のための適切な治療を速やかに開始します。
- 脳卒中が疑われる症状（救急医療の項参照）が出現したとき、速やかな救急受診の必要性について住民に周知するように、啓発を行う必要があります。

発症直後の救護、搬送等

- できるだけ早く治療を始めることでより高い治療効果が見込まれ、さらに後遺症も少なくなることから、脳卒中が疑われる症状が出現した場合、本人や家族など周囲の者は、速やかに救急搬送を要請するなどの対処が重要です。

診 断

- 問診や身体所見の診察等に加えて、画像検査（CT、MRI、MRA、超音波検査等）を行うことで正確な診断が可能になります。最近ではCTの画像解像度の向上、MRIの普及もあり、脳梗塞超急性期の診断が可能となり、血栓溶解療法の適応や予後がある程度予測できるようになっています。

急性期の治療

- 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、くも膜下出血等の個々の病態に応じた治療が行われます。

- 脳梗塞では、まず発症後 4.5 時間以内の超急性期血栓溶解療法（組織プラスミノゲン・アクチベータ（t-PA）静注療法）の適応患者に対する適切な処置が取られる必要があります。
- 脳梗塞を発症した時刻が不明であっても、MR I の画像所見に基づき、t-PA 静注療法の適応となることがあるため、発症時刻が明確でない患者に対しても適切な処置を行う必要があります。
- 国内の一部の地域においては、血栓溶解療法を行う際、日本脳卒中学会が定める「脳卒中診療における遠隔医療（Telestroke）ガイドライン」に沿って、情報通信機器を用いて他の医療機関と連携し、診療を行っています。
- 機械的血栓回収療法は、症状の重症度と画像所見に基づき、発症後 24 時間以内の脳梗塞に対して適応となる可能性があります。機械的血栓回収療法についても、治療開始までの時間が短いほどその有効性は高いため、その適応と考えられる患者に、速やかに治療を開始する必要があります。
- 超急性期の血管の再開通治療の適応とならない患者も、できる限り早期に、脳梗塞の原因に応じた、抗凝固療法や抗血小板療法、脳保護療法などを行うことが重要です。
- 脳出血の治療は、血圧や脳浮腫の管理、凝固能異常時の是正が主体であり、出血部位（皮質・皮質下出血や小脳出血等）によって手術が行われることもあります。
- くも膜下出血の治療は、動脈瘤の再破裂の予防が重要であり、再破裂の防止を目的に開頭手術による外科的治療あるいは開頭を要しない血管内治療が行われることもあります。

リハビリテーション

- 急性期に行うリハビリテーションは、廃用症候群や合併症の予防及びセルフケアの早期自立を目的として、可能であれば発症当日からベッドサイドで開始されます。
- 回復期に行うリハビリテーションは、機能回復やADL（日常生活動作）の向上を目的として、訓練室での訓練が可能になった時期から集中して実施されます。
- 維持期・生活期に行うリハビリテーションは、回復した機能や残存した機能を活用し、歩行能力等の生活機能の維持、生活の質の向上を目的として実施されます。

急性期以後の医療・在宅療養

- 超急性期・急性期を脱した後は、再発予防のための治療、基礎疾患や危険因子（高血圧、糖尿病、脂質異常症、不整脈（特に心房細動）、喫煙、過度の飲酒等）の継続的な管理、脳卒中に合併する種々の症状や病態に対する加療が行われます。
- 在宅療養では、上記治療に加えて、機能を維持するためのリハビリテーションを実施し、在宅生活に必要な介護サービスを受けます。脳卒中は再発することも多く、患者や患者の周囲の者に対し、適切な服薬や危険因子の管理の継続の必要性及び脳卒中の再発が疑われる場合の適切な対応について教育するなど、再発に備えることが重要です。
- 急性期を脱しても重度の後遺症等により退院や転院が困難となっている状況が見受けられることから、急性期移行の医療機関における診療及び在宅医療を強化するとともに、医療機関と介護・福祉施設等との連携の強化も必要です。

第2 必要となる医療機能

1. 発症予防の機能【予防】

目 標

- 脳卒中の発症を予防すること

医療機関に求められる事項

- 高血圧、糖尿病、脂質異常症、不整脈（特に心房細動）、喫煙、過度の飲酒等の基礎疾患及び危険因子の管理が可能であること
- 突然の症状出現時における対応と、急性期医療を担う医療機関への受診の必要性について、本人及び家族など患者の周囲の者に対する教育、啓発を実施すること

2. 応急手当・病院前救護の機能【救護】

目 標

- 脳卒中が疑われる患者が、発症後迅速に専門的な診療が可能な医療機関に到着できること。

関係者に求められる事項

（本人及び家族等周囲にいる者）

- 発症後速やかに救急搬送の要請を行うこと
（救急救命士等）
- 地域メディカルコントロール協議会の定めたプロトコール（活動基準）に沿い、適切な観察・判断・処置を行うこと
- 急性期医療を担う医療機関へ発症後迅速に搬送すること

3. 救急医療の機能【急性期】

目 標

- t-PA 静注療法の適応となる脳梗塞患者については、少しでも早く治療を開始すること
- 脳梗塞患者については機械的血栓回収療法の実施についても検討し、治療の適応となる患者に対して、速やかに治療を開始すること
- 専門的な治療を実施できない医療機関においては、画像伝送等の遠隔医療を利用して治療が実施可能な医療機関と連携をとり、転院搬送など適切な対応を検討すること
- 廃用症候群や合併症の予防、早期にセルフケアについて自立できるためのリハビリテーションを実施すること

医療機関に求められる事項

- 血液検査や画像検査等の必要な検査が24時間実施可能であること
- 脳卒中が疑われる患者に対して、専門的診療が24時間実施可能であること（画像伝送等の遠隔診断に基づく治療を含む。）
- 適応のある脳梗塞症例に対し、来院後1時間以内（若しくは発症後4.5時間以内）にt-PAの静脈内投与による血栓溶解療法が実施可能であること（医療機関が単独でt-PA療法を実施できない場合には、遠隔画像診断等を用いた診断の補助に基づく実施を含む。）血栓溶解療法の適応のある患者に対し、退院後に少しでも早く治療を開始すること（遅くとも来院

後1時間以内に治療を開始することが望ましい)

- 症状の重症度と画像所見に基づき、患者に対する血栓回収療法の適応を検討し、適応がある患者に対しては速やかに治療を開始すること
- 血栓溶解療法や機械的血栓回収療法、外科手術等の治療を実施できない医療機関においては、日本脳卒中学会が提言している「脳卒中診療における遠隔医療 (Telestroke)」など、デジタル技術を活用した診療を行うことで、治療が実施可能な医療機関と連携をとり、転院搬送など適切な対応を検討すること
- 呼吸・循環・栄養等の全身管理及び感染症や深部静脈血栓症等の合併症に対する診療が可能であること
- 合併症の中でも、特に誤嚥性肺炎の予防のために、口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関等を含め、多職種間で連携して対策を図ること
- リスク管理のもとに早期座位・立位、関節可動域訓練、摂食・嚥下訓練、装具を用いた早期歩行訓練、セルフケア訓練等のリハビリテーションが実施可能であること
- 個々の患者の神経症状等の程度に基づき、回復期リハビリテーションの適応を検討できること
- 診療情報やリハビリテーションを含む治療計画を共有するなど回復期又は維持期の医療機関等と連携していること
- 回復期又は維持期に、重度の後遺症等により自宅への退院が容易でない患者を受け入れる医療施設や介護施設等と連携し、その調整を行うこと
- 脳卒中の疑いで救急搬送された患者について、その最終判断を救急隊に情報提供することが望ましい

医療機関の例

- 選択的脳血栓・塞栓溶解術、抗血栓療法 (t-PA)、頭蓋内血腫除去術、脳動脈瘤根治術 (被包術、クリッピング)、脳血管内手術のいずれかに対応可能であり、脳卒中情報システムに参加している病院・診療所

4. 身体機能を回復させるリハビリテーションを実施する機能【回復期】

目 標

- 機能回復やADL (日常生活動作) の向上のための集中的なリハビリテーションを実施すること
- 回復期の医療機関における医療提供体制を強化すること
- 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施すること
- 誤嚥性肺炎等の合併症の予防を図ること

医療機関に求められる事項

- 再発予防の治療、基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態や認知症などの脳卒中後の様々な合併症への対応が可能であること
- 重篤な神経機能障害・精神機能障害等を生じた患者であっても、急性期病院からの受入れが可能となるよう、回復期の医療提供体制を強化すること
- 失語、高次脳機能障害、嚥下障害、歩行障害などの機能障害の改善とADL (日常生活動作) の向上を目的とした、理学療法、作業療法、言語聴覚療法等のリハビリテーション

が専門医療スタッフにより集中的に実施可能であること

- 合併症の中でも、特に誤嚥性肺炎の予防のために、口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関等を含め、多職種間で連携して対策を図ること
- 診療情報やリハビリテーションを含む治療計画を共有するなど、急性期や回復期の医療機関等と連携していること
- 再発が疑われる場合には、急性期の医療機関と連携すること等により、患者の病態を適切に評価すること

医療機関の例

- 入院が可能であり、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士が勤務し、回復期リハビリテーション病棟を有するか、又は脳血管疾患等リハビリテーションを実施する病院・診療所

5. リハビリテーションを実施する機能【維持期・生活期】

目 標

- 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し、在宅等への復帰及び就労支援並びに日常生活の継続を支援すること
- 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施すること
- 誤嚥性肺炎等の合併症の予防を図ること

医療機関等に求められる事項

- 再発予防の治療、基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態への対応等が可能であること
- 生活機能の維持及び向上のためのリハビリテーションが実施可能であること
- 合併症の中でも、特に誤嚥性肺炎の予防のために、口腔管理を実施する病院内の歯科や歯科医療機関等を含め、多職種間で連携して対策を図ること
- 介護支援専門員が自立生活又は在宅療養を支援するための居宅介護サービスを調整すること
- 担当の両立支援コーディネーターを配置し、産業医などの治療と仕事の両立支援に係る人材と連携し、脳卒中患者の就労支援を推進させ、生活の質の向上を目指すこと
- 診療情報やリハビリテーションを含む治療計画(地域連携クリティカルパス等)を共有するなど回復期又は急性期の医療機関等と連携していること
- 合併症発症時や脳卒中の再発時に、患者の状態に応じた適切な医療を提供できる医療機関と連携していること

医療機関等の例

- 脳血管疾患等リハビリテーションを実施する病院・診療所
- 介護老人保健施設

第3 脳卒中の現状

1. 死亡数等

- 本県の2022年(令和4)年の脳卒中を原因とした死亡数は1,041人(全国:107,481人)、死亡数全体の6.9%(全国:6.9%)を占め、死亡順位の第4位(全国:第4位)となっています¹⁸。
- 2021年(令和3)年の脳卒中の死亡数を医療圏別にみると、新川医療圏では129人(死亡数全体の7.6%)、富山医療圏では462人(死亡数全体の7.7%)、高岡医療圏では333人(死亡数全体の8.0%)、砺波医療圏では143人(死亡数全体の8.1%)となっています¹⁸。
- 本県の脳血管疾患の年齢調整死亡率¹⁹(人口10万対)は、2010(平成22)年には、男性は171.9(全国:153.7)、女性は97.5(全国:93.3)でしたが、2020(令和2)年には、男性は101.8(全国:93.8)、女性は64.6(全国:56.4)と年々低下していますが、全国より高くなっています²⁰。
- 2020(令和2)年10月現在、本県の脳卒中の受療率(人口10万対)は、入院137.0、外来53.0(全国:入院98.0、外来59.0)と推計されています²¹。

2. 予防

- 2019(令和元)年、過去1年以内の健康診断・健康診査の受診率は78.8%(全国:73.3%)と全国より高くなっています²²。
- 2021(令和3)年度の特定健康診査の受診率は62.9%(全国:58.6%)と全国より高くなっています。特定保健指導の実施率は29.6%(全国:28.4%)と全国より高くなっています²⁰。
- 脳卒中の危険因子の一つである高血圧について、高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率(人口10万対)は196.7(全国:215.3)と全国より低くなっています²⁰。
- 脳卒中の危険因子の一つである脂質異常症について、脂質異常症患者の年齢調整外来受療率(人口10万対)は83.4(全国:67.7)と全国より高くなっています²⁰。
- 2021(令和3)年の喫煙率は男性で27.3%(全国:令和元年27.1%)、女性で4.6%(全国:令和元年7.6%)となっています²³。
- 2020(令和2)年10月現在、禁煙外来を行っている医療機関数は157施設、人口10万人当たりで14.9施設(全国:12.7施設)と全国より多く、禁煙支援の体制が整備されてきています²⁴。

¹⁸ 厚生労働省「人口動態統計」(2022<令和4>年、2021<令和3>年)

¹⁹ 年齢構成の影響を除くため標準人口を用いて算定した死亡率。年齢構成の異なる地域の死亡率を比較する場合などに用いられる。

²⁰ 脳卒中の医療体制構築に係る現状把握のための指標

²¹ 厚生労働省「患者調査」(2020<令和2>年)

²² 厚生労働省「国民生活基礎調査」(2019<令和元>年)

²³ 県民健康栄養調査(2021年)(国民健康栄養調査が中止となり県独自調査のため参考値)、国民健康・栄養調査(2019年)

²⁴ 厚生労働省「医療施設調査」(2020<令和2>年)

3. 救護

- 本県において2021（令和3）年の1年間に救急車によって搬送された急病者の8.7%、2,279人（全国：7.5%、269,577人）が脳血管疾患です^{25,26}。
- 2021（令和3）年の救急要請（覚知）から救急医療機関までの搬送時間は33.6分（全国：42.8分）と、全国最短クラスとなっています²⁰。

4. 急性期

- 脳卒中を含む重篤な救急患者を24時間365日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。
- 脳外科医師数は、2020（令和2）年で人口10万人当たり6.0（全国5.8）となっています。日本脳神経外科学会による救急担当脳外科医師数は、2021（令和3）年で人口10万当たり4.35（全国4.62）となっています。2023（令和5）年度より、特別枠医師が従事する特定診療科の一つとして脳神経外科を追加しており、医師数を増やしていく必要があります。
- 神経内科医師数は33人、人口10万人当たりでは3.1人（全国：4.5人）となっています。²⁰、富山大学では神経内科学講座を設置し、神経内科医の養成に取り組んでいます。
- 2021（令和3）年3月現在、脳卒中が疑われる患者に対する血栓溶解療法等の専門的診療が24時間実施可能な医療機関は、各医療圏に整備されており、人口10万人当たりでは1.0施設（全国：0.9施設）と全国より多くなっていますが、2021（令和3）年度の血栓溶解療法実施件数は106～114件、人口10万人当たり10.1～10.9件（全国：12.0～12.4件）と全国より少なくなっています²⁰。

5. 回復期

- 身体機能の早期改善と生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションを実施する医療機関は、各医療圏に整備されています。
- 2021（令和3）年3月現在、脳血管疾患等リハビリテーション料届出医療機関数は78機関、人口10万人当たり7.4機関（全国：6.4機関）と全国より多くなっています²⁰。
- 2021（令和3）年度の脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数は9,482件、人口10万人当たり905.0（全国：742.2件）と全国より多くなっています²⁰。
- 2023（令和5）年7月現在、公的病院のリハビリテーション科の医師数は17人と増加しています²⁷。
- 2022（令和4）年の回復期リハビリテーション病床数は499床、人口10万人当たり48床（全国：68床）で全国より少なくなっています²⁸。
- 2021（令和3）年度、療養・就労両立支援指導料の算定件数は、人口10万人当たり0.0件（全国0.1～0.2件）で全国より低くなっています²⁰。
- 在宅療養中の脳卒中患者等の機能の維持及び生活の質（QOL）の向上を目的とした地

²⁵ 県消防課 防災・危機管理課「富山県消防防災年報」

²⁶ 消防庁「救急・救助の現況」

²⁷ 医務課調べ

²⁸ 病床機能報告2022〈令和4〉年

域リハビリテーションを推進するため、リハビリテーション支援センター等を指定し、訪問等による技術支援を行うほか、リハビリテーション従事者への研修や情報提供を行っています。

6. 連携

- 2020年（令和2）年の脳血管疾患の退院患者平均在院日数は、93.8日（全国：79.2日）と全国より長くなっています²⁰。
- 脳卒中の地域連携クリティカルパスが導入されており、2021（令和3）年度の地域連携クリティカルパスに基づく診療計画書作成等の実施件数は632件、人口10万人当たり60.3件（全国：32.0～32.2件）と全国より多くなっています²⁰。
- 2020（令和2）年の脳血管疾患の患者の在宅等生活の場に復帰した患者の割合は、55.7%（全国：54.4%）と全国より高くなっています²⁰。
- 富山大学附属病院では、循環器病に関する専門的な知識をもとに、相談支援や情報提供、地域の関係機関との連携を目的とする脳卒中・心臓病等総合支援センターが設置されています。

第4 脳卒中の医療提供体制における主な課題と施策

脳卒中の年齢調整死亡率の低下を目指して、以下の施策を実施します。

[予防]

〔課題①〕

- 脳卒中発症予防のため、望ましい生活習慣や危険因子に関する普及啓発が必要です。
- 喫煙率の低下や受動喫煙防止のため、総合的なたばこ対策の推進が必要です。
- 高血圧、脂質異常症等の受診勧奨者（要治療者）が医療機関を受診し、脳卒中の発症を防ぐ対策が必要です。

<施策>

- 県民に対して、脳卒中への理解を深め、発症予防のための望ましい生活習慣や、高血圧、脂質異常症、糖尿病、心房細動等の危険因子に関する普及啓発や、食に関係する団体・企業等が実施する食生活改善活動への支援や連携を推進します。
- 企業や団体等と連携した、喫煙が与える健康への悪影響に関する意識向上のための普及啓発の推進や禁煙希望者に対する禁煙支援を行います。
- 学校保健と連携した喫煙防止教育を推進します。
- 家庭や職場等における受動喫煙防止の啓発や受動喫煙防止対策を推進します。
- 医療保険者・事業所等と協力し、健康診断の受診促進や、受診勧奨対象者の医療機関への受診促進を図るとともに、保健指導実施率の向上をさらに進めます。

[急性期]

〔課題②〕

- 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がなされるよう、県民への普及啓発が必要です。
- 血栓溶解療法や脳血管内治療（機械的血栓回収療法、経動脈的血栓溶解用法等）をさらに増加させるための方策等について検討し、適応患者への実施件数を増加させることが必要です。
- 画像検査所見の転送等による遠隔診断や遠隔診療を用いた補助など、デジタル技術を活用した医療機関の連携について検討していくことが必要です。

<施策>

- 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よう様々な機会を利用した普及啓発に取り組みます。
- 血栓溶解療法や脳血管内治療が実施可能な病院の診療データを収集・分析し、血栓溶解療法や脳血管内治療をさらに増加させるための方策等について検討します。
- 身体所見及び画像検査等による診断を実施する医療機関と脳血管内治療による機械的血栓除去術などの超急性期の血管の再開通治療を実施する専門的医療機関との連携体制の強化を図ります。
- メディカルコントロール協議会における検討を通じて、消防、救急医療機関、医師会、介護施設及び行政機関の連携を一層強化し、メディカルコントロール体制の充実を図りま

す。

- 血栓溶解療法や脳血管内治療が必要な患者に、できるだけ速やかに提供できるよう、遠隔医療など、デジタル技術を活用した医療機関の連携について検討します。

[回復期]

〔課題③〕

- 回復期リハビリテーション病床が全国より少なく、増加させることが必要です。

<施策>

- 一般病床、療養病床から回復期病床（回復期リハビリテーション病床、地域包括ケア病床）への転換を支援します。
- 県リハビリテーション支援センターや地域リハビリテーション広域支援センター等において、リハビリテーション従事者の資質向上、連携強化を推進します。

[連携]

〔課題④〕

- 日常生活への復帰に向けて、急性期、回復期、維持期・生活期への円滑な移行や再発予防が重要であり、引き続き地域連携クリティカルパスによる医療連携や、介護分野との連携を一層推進することが必要です。

<施策>

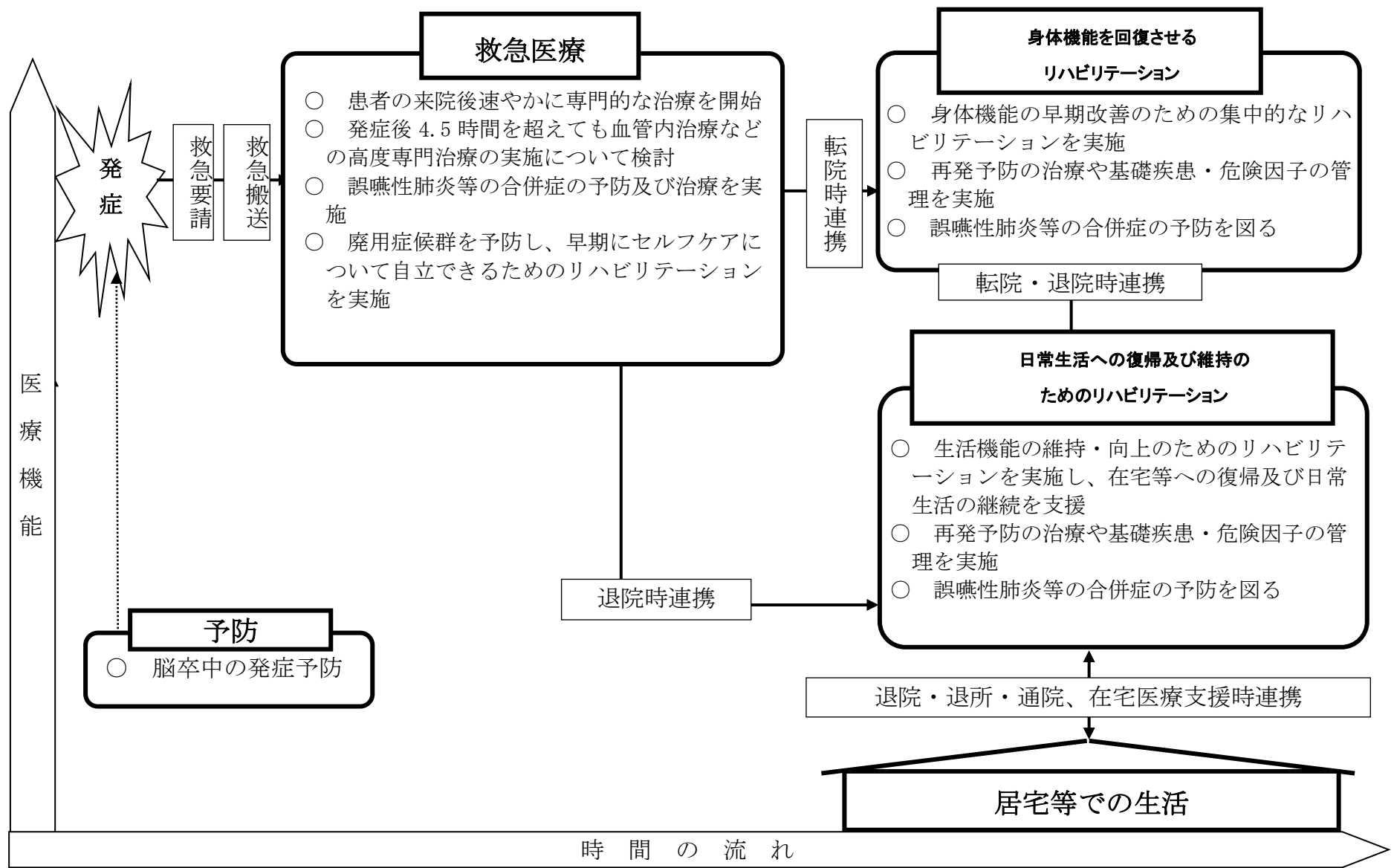
- 脳卒中に係る地域連携クリティカルパスの作成・普及を促進します。
- 富山県脳卒中情報システムの活用により、県内の脳卒中患者の発症状況、回復期等の診療状況や連携状況の情報を把握し、急性期と回復期等の連携を図るなど、脳卒中对策に活用します。
- 入退院支援ルール の普及、介護保険利用者における退院時の医療機関及びケアマネジャーの連携により、病院と在宅の連携を強化します。
- 「富山県地域リハビリテーション推進会議」を設置し、医療介護関係者の代表者等による地域リハビリテーション支援体制の充実に向けて協議します。
- 厚生センター単位で、リハビリテーション関係機関等からなる「地域リハビリテーション連絡調整会議」を通じ、地域の医療介護関係者の連携を推進します。
- 地域リハビリテーション地域包括ケアサポートセンターを指定し、協力機関と連携しながら、市町村介護予防事業等へリハビリ専門職等を派遣し、高齢者の介護予防・重度化防止に係る取組みの充実に努めます。
- 脳卒中・心臓病等総合支援センター(富山大学附属病院)、富山県脳卒中・心臓病医療ケア従事者連合等と連携し、地域の医療機関への支援や情報提供を行う等、協力体制の強化と包括的な支援体制を構築することで、地域の患者支援体制の充実を図ります。
- 平時のみならず感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても、地域の医療資源を有効に活用できるよう連携を推進します。

第5 数値目標

指標名及び指標の説明	現状	国	2029年	出典等
脳卒中の年齢調整死亡率 (人口10万対)	男101.8 女 64.6	男 93.8 女 56.4	全国値以下	人口動態特殊報告 (2020年)
脳梗塞に対する血栓回収 療法の実施可能な医療機 関(人口10万対)	0.8~1.0	0.6~0.7	全国値以上	NDB(2021年度)
脳卒中リハビリテーショ ンが実施可能な医療機関 (人口10万対)	7.4	6.4	全国値以上	NDB(2021年度)
回復期リハビリテーショ ン病床数(人口10万対)	48床	68床	増加	病床機能報告(2022 年)
喫煙率	男27.3% 女 4.6%	男27.1% 女 7.6%	男 21.0% 女 2.0%	県：健康づくり県民意 識調査(2021年) 国： 国民健康・栄養調査 (2019年)
特定健康診査受診率	62.9%	58.6%	70%	特定健康診査・特定保 健指導に関するデー タ(2021年)
特定保健指導実施率	29.6%	28.4%	45%	特定健康診査・特定保 健指導に関するデー タ(2021年)
脳梗塞患者に対するt-PA による血栓溶解療法実施 件数(人口10万対)	10.1~10.9 件	12.0~12.4 件	増加	NDB(2021年度)
地域連携クリティカルパ スに基づく診療計画作成 件数(人口10万対)	60.3件	32.0~32.2件	増加	NDB(2021年度)
脳卒中患者に対する療 養・就労両立支援の実施 件数(人口10万対)	0.0件	0.1~0.2件	増加	NDB(2021年度)
在宅等生活の場に復帰し た患者の割合	55.7%	55.2%	増加	患者調査(2020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)

第6 脳卒中の医療提供体制



第7 現状把握のための指標

指標名及び指標の説明	国	現状	参考値	出典等
脳卒中の年齢調整死亡率（人口10万対）	男 93.8 女 56.4	男101.8 女 64.6	—	人口動態特殊報告（2020年）
脳梗塞に対する血栓回収療法の実施可能な医療機関（人口10万対）	0.6～0.7	0.8～1.0	—	NDB（2021年度）
脳卒中リハビリテーションが実施可能な医療機関（人口10万対）	6.4	7.4	—	NDB（2021年度）
回復期リハビリテーション病床数（人口10万対）	68床	48床	48床（2021年）	病床機能報告（2022年）
喫煙率	男27.1% 女 7.6%	男27.3% 女 4.6%	—	県：健康づくり県民意識調査（2021年）国：国民健康・栄養調査（2019年）
特定健康診査受診率	58.6%	62.9%	61.7%（2019年）	特定健康診査・特定保健指導に関するデータ（2021年）
特定保健指導実施率	28.4%	29.6%	29.3%（2019年）	特定健康診査・特定保健指導に関するデータ（2021年）
高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率（人口10万対）	215.3	196.7	201.1（2017年）	患者調査（2020年）
脳梗塞患者に対するt-PAによる血栓溶解療法実施件数（人口10万対, レセプト件数）	12.0～12.4件	10.1～10.9件	16.6件（2019年）	NDB（2021年度）
血栓溶解療法の実施可能病院数（人口10万対）	0.9施設	1.0施設	0.95施設（2020年）	診療報酬施設基準（2020年）
脳外科医師数 神経内科医師数 （人口10万対）	5.8人 4.5人	6.0人 3.1人	6.1人 2.4人 （2018年）	医師・歯科医師・薬剤師統計（2020年）
脳卒中ケアユニットを有する病院数（人口10万対）	0.2施設	0.1施設	0.1施設（2019年）	診療報酬施設基準（2020年）
リハビリテーションが可能な医療機関数（人口	6.4施設	7.5施設	7.0施設（2020年）	診療報酬施設基準（2020年）

10万対)				
脳卒中患者リハビリテーション実施件数(人口10万対, レセプト件数)	742.2件	905.0件	1,380.2件 (2019年)	NDB (2021年度)
地域連携クリティカルパスに基づく診療計画作成件数(人口10万対, レセプト件数)	32.0~ 32.2件	60.3件	24.1件 (2019年)	NDB (2021年度)
脳卒中患者に対する療養・就労両立支援の実施件数(人口10万対)	0.1~ 0.2件	0.0件	増加	NDB (2021年度)
退院患者平均在院日数	79.2日	93.8日	106.2日 (2017年)	患者調査(2020年)
在宅等生活の場に復帰した患者の割合	55.2%	55.7%	54.2% (2017年)	患者調査(2020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）

(3) 心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制

第1 心筋梗塞等の心血管疾患の医療の概要

1. 急性心筋梗塞（急性冠症候群からST上昇型急性心筋梗塞・不安定型狭心症について）

- 急性心筋梗塞は、冠動脈の閉塞等によって心筋への血流が阻害され、心筋が壊死し心臓機能の低下が起きる疾患であり、心電図波形の所見によりST上昇型心筋梗塞と非ST上昇型心筋梗塞に大別されます。
- 急性心筋梗塞発症直後の医療は、ST上昇型心筋梗塞と非ST上昇型心筋梗塞で異なるところもありますが、治療には共通するところも多いことから、本計画においては一括して記載します。

予 防

- 急性心筋梗塞の危険因子は、高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病、メタボリックシンドローム、ストレス等であり、発症予防には生活習慣の改善や適切な治療が重要です。

発症直後の救護、搬送等

- できるだけ早く治療を始めることでより高い効果が見込まれ、さらに後遺症も少なくなることから、急性心筋梗塞が疑われる症状（救急医療の項参照）が出現した場合、本人や家族など周囲の者は、速やかに専門の医療施設を受診できるように救急搬送を要請するなどの対処が重要です。
- 急性心筋梗塞発症直後に病院外で心肺停止状態となった場合、周囲の者や救急救命士等による救急蘇生の実施とAED（自動体外式除細動器）の使用により、救命率の改善が見込まれます。

診 断

- 問診や診察に加えて、心電図検査、血液生化学検査、エックス線検査や心エコー検査、心筋逸脱酵素、冠動脈造影検査の血液検査等を行うことで正確な診断が可能になります。

急性期の治療

- 循環管理、呼吸管理、疼痛管理等の全身管理とともに、個々の病態に応じた治療が行われます。また、心臓の負荷を軽減させるために苦痛と不安の除去も行われます。
- 血行再建術を行う場合には、心筋の壊死範囲を縮小し、予後を改善し死亡率を下げるために、病院到着から冠動脈再灌流開始までの時間（Door to Balloon Time）を短縮することが重要であるといわれています。
- 血行再建後、集中治療室において、適正なモニタリングを行いながら、離床に向けた心血管リハビリテーションを行うことが重要です。
- 冠動脈インターベンション後の管理において、定期的なフォローアップを継続することが重要です。

疾病管理プログラム²⁹としての心血管疾患リハビリテーション

- 心筋梗塞患者に対する心血管疾患リハビリテーションは、合併症や再発の予防、早期の

²⁹ 多職種チームが退院前から退院後にわたり医学的評価・患者教育・生活指導を包括的かつ計画的に実施して再入院抑制を含む予後改善を目指す中～長期プログラム

在宅復帰と社会復帰を目的に、発症した日から患者の状態に応じ、運動療法、食事療法、患者教育等が実施されます。

- トレッドミルや自転車エルゴメーターを用いて運動耐容能を評価した上で、運動処方を作成し、身体的、精神・心理的、社会的に最も適切な状態に改善することを目的とする多面的・包括的なリハビリテーションが多職種（医師・看護師・薬剤師・管理栄養士・理学療法士等）のチームにより実施されます。
- 喪失した心機能の回復だけではなく、再発予防、リスク管理などの多要素の改善に焦点が当てられ、患者教育、運動療法、危険因子の管理等を含む、疾病管理プログラムとして実施されます。

急性期以後の医療

- 急性期を脱した後は、不整脈、ポンプ失調等の治療、それらの合併症や再発の予防のため、抗血小板薬等の再発防止のための薬物治療を継続的に実施することが重要です。
- 基礎疾患や危険因子（高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病など）の管理、患者教育、運動療法等の疾病管理プログラムとしての慢性期心血管疾患リハビリテーションが退院後も含めて継続的に行われます。
- 患者の周囲の者に対する再発時の適切な対応に関する教育等が重要です。

2 大動脈解離

- 大動脈解離は、大動脈壁が二層に剥離し、突然の急激な胸背部痛、解離に引き続く動脈の破裂による出血症状等、様々な症状が現れる疾患です。
- 慢性大動脈解離は、多くの場合、症状を有する急性大動脈解離を経ているため、あらかじめ診断がついていることがほとんどです。そのため、本計画では主に急性大動脈解離について記載します。

診断

- 問診や身体所見の診察に加えて、心電図検査、血液生化学検査、画像検査（エックス線検査、超音波検査、CT等）等を行うことで、大動脈解離の範囲を含めた、正確な診断が可能になります。

治療

- 厳格な降圧を中心とした内科的治療と、大動脈人工血管置換術等の外科的治療のどちらを選択するかは、解離の部位、合併症の有無等に基づき、選択されます。

疾病管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーション

- 術後の廃用性症候群の予防や、早期の退院と社会復帰を目指すことを目的に、運動療法、食事療法、患者教育等を含む、多職種による多面的・包括的なリハビリテーションが実施されます。

急性期以後の医療

- 再解離の予防を目標とした、降圧療法を中心とした内科的治療が行われます。大動脈径の拡大等を認める場合には、外科的治療が必要となることもあります。
- 血管置換術やステントグラフト等の術後の管理において、定期的なフォローアップを継続することが重要です。

3 慢性心不全

- 慢性心不全は、慢性の心筋障害により心臓のポンプ機能が低下し、肺、体静脈系または両系のうっ血や、組織の低灌流を来し日常生活に障害を生じた状態です。労作時呼吸困難、息切れ、四肢浮腫、全身倦怠感、尿量低下等、様々な症状があります。
- 慢性心不全における心筋障害の原因疾患としては、高血圧、虚血性心疾患、心臓弁膜症、心筋症等があります。
- 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、身体機能が悪化することが特徴です。慢性心不全患者の再入院率改善のためには、薬物療法、運動療法、患者教育等を含む多面的な介入を、入院中から退院後まで継続して行うことが重要です。

診断

- 問診や身体所見の診察に加えて、心電図検査、血液生化学検査（BNP／N t -proBNP等）等で心不全が疑われた場合は、エックス線検査や心エコー検査等の画像診断を行うことで正確な診断が可能になります。

治療

- 慢性心不全患者の症状および重症度に応じた薬物療法や運動療法が行われます。
- 心不全増悪時には、症状に対する治療に加えて、心不全の増悪要因に対する介入も重要です。

増悪予防

- 心不全の増悪要因には、虚血性心疾患や不整脈等の心不全原因疾患の再発・悪化、感染症や低栄養等の予防に加えて、塩分・水分制限の不徹底や服薬中断等の患者要因、社会的支援の欠如等の社会的要因といった多面的な要因が含まれます。
- 心不全増悪予防には、ガイドラインに沿った薬物療法・運動療法、自己管理能力を高めるための患者教育、カウンセリング等の多面的な介入を、多職種（医師・看護師・薬剤師・管理栄養士・理学療法士等）によるチームで行うことが重要です。

疾患管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーション

- 自覚症状や運動耐容能の改善及び心不全増悪や再入院の防止を目的に、運動療法、患者教育、カウンセリング等を含む、多職種による多面的・包括的なリハビリテーションが実施されます。

第2 必要となる医療機能

1. 発症予防の機能【予防】

目 標

- 心筋梗塞等の心血管疾患の発症を予防すること

医療機関に求められる事項

- 高血圧、脂質異常症、喫煙、糖尿病等の危険因子の管理が可能であること
- 初期症状出現時における対応について、本人及び家族など患者の周囲の者に対する教育、啓発を実施すること
- 初期症状出現時に、急性期医療を担う医療機関への受診を勧奨すること

2. 応急手当・病院前救護の機能【救護】

目 標

- 心筋梗塞の心血管疾患の疑われる患者が、速やかに救急要請搬送を要請するなどして、できるだけ早期に冠動再灌流のための治療を開始すること

関係者に求められる事項

(本人及び家族等周囲の者)

- 発症後速やかに救急要請を行うこと
 - 心肺停止が疑われる者に対して、AEDの使用を含めた救急蘇生法など適切な処置を実施すること
- (救急救命士等)
- 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（活動基準）に則し、適切な観察・判断・処置を実施すること
 - 急性期医療を担う医療機関へ速やかに搬送すること

3. 救急医療の機能【急性期】

目 標

- 患者の来院後速やかに初期治療を開始するとともに、速やかに専門的な治療を開始すること
- 再発予防、合併症の予防、在宅復帰のため、心血管疾患リハビリテーションを実施すること
- 再発予防のため、定期的専門的検査を実施すること

医療機関に求められる事項

- 心電図検査、血液生化学検査、心エコー検査、エックス線検査、CT検査、心臓カテーテル検査、機械的補助循環装置など必要な検査や処置が24時間対応可能であること
- 心筋梗塞等の心血管疾患が疑われる患者について、専門的な診療を行う医師等が24時間対応可能であること
- ST上昇型心筋梗塞の場合、冠動脈造影検査及び適応があれば経皮的冠動脈形成術（PCI）を行い、来院後90分以内の冠動脈再疎通が可能であること
- 慢性心不全の急性増悪の場合、状態の安定化に必要な内科的治療が可能であること

- 循環管理、呼吸管理、疼痛管理等の全身管理や、ポンプ失調、心破裂等の合併症治療が可能であること
- 虚血性心疾患に対する冠動脈バイパス術（C A B G）や大動脈解離に対する大動脈人工血管置換術の外科的治療が可能又は外科的治療が可能な施設との連携体制がとれていること
- 電氣的除細動、機械的補助循環装置、緊急ペーシングへの対応が可能であること
- 運動耐容能等に基づいた運動処方により合併症を防ぎつつ、身体的、精神・心理的、社会的に最も適切な状態に改善することを目的とする心臓リハビリテーションが可能であること
- 抑うつ状態等の対応が可能であること
- 診療情報や治療計画を共有するなど回復期の医療機関等と連携していること、またその一環として、再発予防のための定期的専門的検査を実施すること

医療機関の例

- 心臓カテーテル法による諸検査、冠動脈バイパス術（C A B G）、経皮的冠動脈形成術（P C I）又は経皮的冠動脈血栓吸引術に対応可能な病院

4. 疾患管理プログラムとしての心血管疾患リハビリテーションを実施する機能【回復期】

目 標

- 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施すること
- 合併症や再発の予防、在宅復帰のための心血管疾患リハビリテーションを入院又は通院により実施すること
- 在宅など生活の場への復帰を支援すること
- 患者に対し、再発予防などに関し必要な知識を教育すること

医療機関に求められる事項

- 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態等の対応等が可能であること
- 心電図検査、電氣的除細動など急性増悪時の対応が可能であること
- 合併症併発時や再発時に緊急の内科的・外科的治療が可能な医療機関と連携していること
- 運動耐容能を評価した上で、運動療法、食事療法、患者教育等の心血管疾患リハビリテーションが実施可能であること
- 心筋梗塞等の心血管疾患の再発や重症不整脈等の発生時における対応法について、患者及び家族への教育を行っていること
- 診療情報や治療計画を共有するなど急性期の医療機関等と連携していること
- 担当の両立支援コーディネーターを配置し、産業医などの治療と仕事の両立支援に係る人材と連携し、心血管疾患患者の就労支援を推進させ、生活の質の向上を目指すこと

医療機関の例

- 心大血管リハビリテーションを実施する病院

5. 再発予防の機能【再発予防】

目 標

- 再発予防の治療や基礎疾患・危険因子の管理を実施すること
- 在宅療養を継続できるよう支援すること

医療機関等に求められる事項

- 再発予防のための治療や基礎疾患・危険因子の管理、抑うつ状態への対応が可能であること
- 緊急時の除細動など急性増悪時への対応が可能であること
- 合併症併発時や再発時に緊急の内科的・外科的治療が可能な医療機関と連携していること
- 再発予防のための定期的専門的検査、合併症併発時や再発時の対応を含めた診療情報や治療計画を共有するなど急性期の医療機関や介護保険サービス事業所等と連携していること
- 在宅での運動療法、再発予防のための管理を医療機関と訪問看護ステーション、かかりつけ薬剤師・薬局が連携し実施できること

第3 急性心筋梗塞等の心血管疾患の現状

1. 死亡数等

- 2022(令和4)年の本県の心疾患を原因とした死亡数は1,990人(全国:232,964人)で、死亡数全体の13.2%(全国:14.8%)を占め、死亡順位の第3位(全国:第2位)となっています³⁰。
- 2021(令和3)年の新川医療圏の心疾患を原因とした死亡数は249人(死亡数全体の14.6%)、うち急性心筋梗塞による死亡数は37人(心疾患死亡数全体の14.9%)です。同様に、富山医療圏では心疾患を原因とした死亡数は816人(死亡数全体の13.6%)、うち急性心筋梗塞による死亡数は154人(心疾患死亡数全体の18.9%)、高岡医療圏では心疾患を原因とした死亡数は520人(死亡数全体の12.5%)、うち急性心筋梗塞による死亡数は101人(心疾患死亡数全体の19.4人)、砺波医療圏では心疾患を原因とした死亡数は270人(死亡数全体の15.4%)、うち急性心筋梗塞による死亡数は48人(心疾患死亡数全体の17.8%)となっています³⁰。
- 2020(令和2)年の急性心筋梗塞の年齢調整死亡率(人口10万対)は、男性で37.5(全国:32.5)、女性で15.3(全国:14.0)と全国より高くなっています³¹。
- 2020(令和2)年の虚血性心疾患の年齢調整死亡率(人口10万対)は、男性で57.1(全国:73.0)、女性で23.5(全国:30.2)と全国より低くなっています³¹。
- 2020(令和2)年の心不全の年齢調整死亡率(人口10万対)は、男性で65.0(全国:69.0)、女性で47.1(全国:48.9)と全国より低くなっています³¹。
- 2015(平成27)年の大動脈疾患の年齢調整死亡率(人口10万対)は、男性で7.1(全国:6.4)、女性で3.9(全国:3.3)と全国より高くなっています³¹。
- 2020(令和2)年10月現在、本県の虚血性心疾患の受療率(人口10万対)は、入院9.0、外来56.0(全国:入院9.0、外来42.0)と推計されています³²。

2. 予防

- 2019(令和元)年現在、過去1年以内の健康診断・健康診査の受診率は78.8%(全国:73.3%)と全国より高くなっています³³。
- 2021(令和3)年度の特定健康診査の受診率は62.9%(全国:58.6%)と全国より高くなっています。特定保健指導の実施率は29.6%(全国:28.4%)と全国より高くなっています³¹。
- 心疾患の危険因子の一つである高血圧について、高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率(人口10万対)は196.7(全国:215.3)と全国より低くなっています³¹。
- 心疾患の危険因子の一つである脂質異常症について、脂質異常症患者の年齢調整外来受療率(人口10万対)は83.4(全国:67.7)と全国より高くなっています³¹。
- 2021(令和3)年の喫煙率は男性で27.3%(全国:令和元年27.1%)、女性で4.6%(全

³⁰ 厚生労働省「人口動態統計」(2022<令和4>年、2021<令和3>年)

³¹ 急性心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制構築に係る現状把握のための指標

³² 厚生労働省「患者調査」(2020<令和2>年)

³³ 厚生労働省「国民生活基礎調査」(2019<令和元>年)

国：令和元年 7.6%) となっています³⁴。

- 2020(令和2)年 10月現在、禁煙外来を行っている医療機関数は 157 施設、人口 10 万人当たりで 14.9 施設(全国：12.7 施設)と全国より多く、禁煙支援の体制が整備されてきています³⁵。

3. 救護

- 本県において 2021(令和3)年の 1 年間に救急車によって搬送された急病者の 9.3%、2,432 人(全国：約 8.9%、322,117 人)が心疾患です^{36、37}。
- 2021(令和3)年の救急要請(覚知)から救急医療機関までの搬送時間は 33.6 分(全国：42.8 分)と、全国最短期間となっています³¹。
- AED の使用を含めた救急蘇生法等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。2021(令和3)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 52.5 人(全国：37.3 人)であり、県民の意識は高い状況にあります³⁸。
- 一般市民による除細動の実施件数は、2021(令和3)年には 14 件、人口 10 万人当たりで 1.4 件(全国：1.4 件)となっています³¹。
- 心肺停止患者(心原性的心肺停止で、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 か月後の社会復帰率は 8.3%(全国：6.9%)と全国より高くなっています³¹。

4. 急性期

- 急性心筋梗塞等が疑われる患者に対する専門的診療が 24 時間実施可能な医療機関は、各医療圏に整備されています。
- 急性心筋梗塞等を含む重篤な救急患者を 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。
- 各医療圏において、急性期病院の診療データを分析し、治療件数の増加や予後の改善に向けた対策を検討する体制が整備されています。
- 主たる診療科を「循環器内科」とする医師数は 2020(令和2)年現在で 81 人、人口 10 万人当たりでは 7.7 人(全国：10.2 人)と全国より少なくなっています。主たる診療科を「心臓血管外科」とする医師数は 29 人、人口 10 万人当たりでは 2.7 人(全国：2.5 人)と全国より多くなっています³¹。
- 急性心筋梗塞に関する経皮的冠動脈インターベンションの実施件数は 1,692 人、人口 10 万人あたり 161.5 件(全国：154.2~154.3 件)と全国より多くなっています³¹。
- 心筋梗塞に対する冠動脈再開通件数は 406 件、人口 10 万人あたり 38.8 件(全国：40.2 件)、うち心筋梗塞に対する来院後 90 分以内の冠動脈再開通件数は人口 10 万人あたり 24.0 件(全

³⁴ 県民健康栄養調査(2021 年)(国民健康栄養調査が中止となり県独自調査のため参考値)、国民健康・栄養調査(2019 年)

³⁵ 厚生労働省「医療施設調査」(2020<令和2>年)

³⁶ 県消防課 防災・危機管理課「富山県消防防災年報」

³⁷ 消防庁「救急・救助の現況」

³⁸ 救急医療の体制構築に係る現状把握のための指標

国：24.6～24.7件）と全国より少なくなっています³¹。

5. 回復期

- 2021(令和3)年現在、心血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数は16施設、人口10万人当たり1.5施設（全国：1.2施設）と全国より多くなっています³¹。
- 2021(令和3)年度の心血管疾患リハビリテーション実施件数（心大血管リハビリテーション料の算定件数）は3,293件、人口10万人当たり303.3件（全国：259.2件）と全国より多くなっています³¹。

6. 連携

- 2020(令和2)年の虚血性心疾患の退院患者平均在院日数は、8.8日（全国：12.4日）と全国より短くなっています。心血管疾患は、35.1日（全国24.4日）と全国より長くなっています³¹。
- 急性心筋梗塞の地域連携クリティカルパスは4医療圏で導入されています。
- 2020(令和2)年の虚血性心疾患の患者の在宅等生活の場に復帰した患者の割合は、94.7%（全国：92.3%）と全国より高くなっています。大動脈疾患の患者は、65.5%（全国：63.6～87.0%）となっています³¹。
- 富山大学附属病院では、循環器病に関する専門的な知識をもとに、相談支援や情報提供、地域の関係機関との連携を目的とする脳卒中・心臓病等総合支援センターが設置されています。

第4 急性心筋梗塞等の心血管疾患の医療提供体制における主な課題と施策

急性心筋梗塞・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の低下を目指して、以下の施策を実施します。

[予 防]

〔課題①〕

- 心血管疾患の発症予防のため望ましい生活習慣や危険因子に関する普及啓発が必要です。
- 喫煙率の低下や受動喫煙防止のため、総合的なたばこ対策の推進が必要です。
- 高血圧、脂質異常症等の受診勧奨者（要治療者）が医療機関を受診し、心血管疾患の発症を防ぐための対策が必要です。

<施策>

- 県民に対して、心血管疾患への理解を深め、発症予防のための望ましい生活習慣や、高血圧、脂質異常症、糖尿病、心房細動等の危険因子に関する普及啓発や、食に関係する団体・企業等が実施する食生活改善活動への支援や連携を推進します。
- 企業や団体等と連携した、喫煙が与える健康への悪影響に関する意識向上のための普及啓発の推進や禁煙希望者に対する禁煙支援を行います。
- 学校保健と連携した喫煙防止教育を推進します。
- 家庭や職場等における受動喫煙防止の啓発や受動喫煙防止対策を推進します。
- 医療保険者・事業所等と協力し、健康診断の受診促進や、受診勧奨対象者の医療機関への受診促進を図るとともに、保健指導実施率の向上をさらに進めます。
- 糖尿病合併症例について、糖尿病重症化予防を推進し、急性心筋梗塞の予防に取り組みます。

[病院前救護]

〔課題②〕

- 心血管疾患が疑われる症状が出現した場合の迅速な救急搬送の要請や、心肺停止患者に対する除細動の実施について、県民への普及啓発が重要です。

<施策>

- 発症直後の心肺停止に対応するため、職域や一般県民を対象とした救急蘇生法の講習（AEDの使用を含めた救急蘇生法）を実施します。
- 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を行うような機会を活用した普及啓発に取り組みます。
- メディカルコントロール協議会における検討を通じて、消防、救急医療機関、医師会、介護施設及び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を図っています。

[急性期（治療）]

〔課題③〕

- 発症後の速やかな受診と治療の開始が、生存率や社会復帰率の向上につながることから、専門的治療の推進と診療データの収集・分析が引続き必要です。

<施策>

- 急性心筋梗塞等が疑われる症状が出現した場合の迅速な救急搬送要請の周知や、患者の来院後速やかに経皮的冠動脈形成術（P C I）など専門的な治療を開始することができる体制整備を推進します。
- 急性期病院の診療データを収集・分析し、治療件数の増加や予後の改善に向けた対策の検討を各医療圏で実施します。

[急性期（治療後）・回復期]

〔課題④〕

- 合併症や再発予防のための心血管疾患リハビリテーションを実施していくことが重要です。

<施策>

- 退院後の再入院のリスクを下げるため、心血管疾患リハビリテーションを促進します。
- リハビリテーション従事者の資質向上のため、関係団体と協力して研修会等を開催します。

[連 携]

〔課題⑤〕

- 心不全については、入院治療体制の充実を図るとともに地域内での重症化予防・再入院防止・症状緩和のための管理や支援、急性増悪等に対応するため、医療・介護・福祉における連携体制の構築が必要です。

<施策>

- 心不全の再発予防のための治療、基礎疾患や危険因子の管理、緊急時、除細動等急性増悪時への対応等について、多職種連携、多機関連携を推進します。
- 脳卒中・心臓病等総合支援センター（富山大学附属病院）、富山県脳卒中・心臓病医療ケア従事者連合等と連携し、地域の医療機関への支援や情報提供を行う等、協力体制の強化と包括的な支援体制を構築することで、地域の患者支援体制の充実を図ります。
- 平時のみならず感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても、地域の医療資源を有効に活用できるよう連携を推進します。

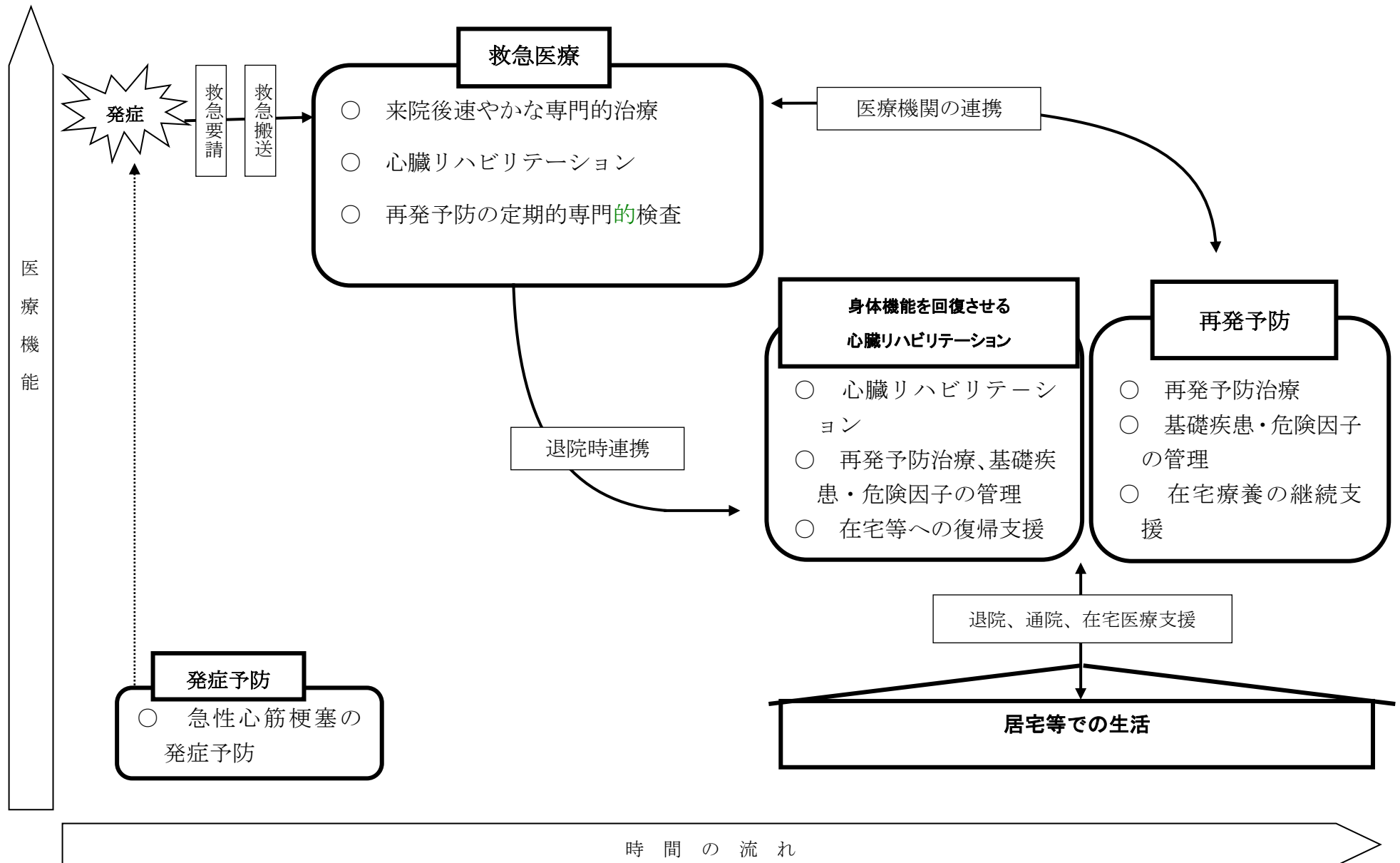
第5 数値目標

指標名及び指標の説明	現状	国	2029年	出典等
急性心筋梗塞の年齢調整死亡率(人口10万対)	男37.5 女15.3	男32.5 女14.0	低下	人口動態特殊報告(2020年)
虚血性心疾患の年齢調整死亡率(人口10万対)	男57.1 女23.5	男73.0 女30.2	低下	人口動態特殊報告(2020年)
心不全の年齢調整死亡率(人口10万対)	男65.0 女47.1	男69.0 女48.9	低下	人口動態特殊報告(2020年)
大動脈疾患の年齢調整死亡率(人口10万対)	男17.4 女15.7	男15.8 女14.6	低下	人口動態特殊報告(2020年)
心血管疾患の年齢調整死亡率(人口10万対)	男151.7 女 91.1	男190.1 女109.2	低下	人口動態特殊報告(2020年)
喫煙率	男 27.3% 女 4.6%	男 27.1% 女 7.6%	男 21.0% 女 2.0%	県：健康づくり県民意識調査(2021年) 国：国民健康・栄養調査(2019年)
特定健康診査受診率	62.9%	58.6%	70%	特定健康診査・特定保健指導に関するデータ(2021年)
特定保健指導実施率	29.6%	28.4%	45%	特定健康診査・特定保健指導に関するデータ(2021年)
PCI を施行された急性心筋梗塞患者数のうち、90分以内の冠動脈再開通割合	61.8%	61.3~61.5%	増加	NDB(2021年度)
心血管リハビリテーションの実施件数(人口10万対)	入院183.0件 外来272.0~ 272.8件	入院182.8件 外来145.2~ 145.3件	増加	NDB(2021年度)
救急要請から救急医療機関への搬送までに要した平均時間	33.6分	42.8分	短縮	救急救助の現況(2021年)
心肺停止患者の1か月後の社会復帰率	8.3%	6.9%	増加	消防庁「救急・救助の現況」(2021年)
退院患者平均在院日数(虚血性心疾患)	8.8日	12.4日	低下	患者調査(2020年)
新退院患者平均在院日数(心血管疾患)	35.1日	24.4日	低下	患者調査(2020年)
在宅等生活の場に復帰した患者の割合(虚血性心疾患)	94.7%	93.4%	増加	患者調査(2020年)

在宅等生活の場に復帰した患者の割合（大動脈疾患）	65.5%	63.6～ 87.0%	増加	患者調査（2020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）

第6 急性心筋梗塞等の心血管疾患の医療提供体制



第7 現状把握のための指標

指標名及び指標の説明	国	現状	参考値	出典等（現状）
急性心筋梗塞の年齢調整死亡率（人口10万対）	男32.5 女14.0	男37.5 女15.3	—	人口動態特殊報告（2020年）
虚血性心疾患の年齢調整死亡率（人口10万対）	男73.0 女30.2	男57.1 女23.5	—	人口動態特殊報告（2020年）
心不全の年齢調整死亡率（人口10万対）	男69.0 女48.9	男65.0 女47.1	—	人口動態特殊報告（2020年）
大動脈疾患の年齢調整死亡率（人口10万対）	男15.8 女14.6	男17.4 女15.7	—	人口動態特殊報告（2020年）
心血管疾患の年齢調整死亡率（人口10万対）	男190.1 女109.2	男151.7 女91.1	—	人口動態特殊報告（2020年）
喫煙率	男27.1% 女7.6%	男27.3% 女4.6%	—	県：健康づくり県民意識調査（2021年） 国：国民健康・栄養調査（2019年）
特定健康診査受診率	58.6%	62.9%	61.7% (2019年)	特定健康診査・特定保健指導に関するデータ（2021年）
特定保健指導実施率	28.4%	29.6%	29.3% (2019年)	特定健康診査・特定保健指導に関するデータ（2021年）
高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率（人口10万対）	215.3	196.7	201.1 (2017年)	患者調査（2020年）
救急要請から医療機関への搬送時間	42.8分	33.6分	31.0分 (2019年)	消防庁「救急・救助の現況」（2021年）
住民の救命講習受講者数（人口1万対）	37.3	52.5	— (2019年)	消防庁「救急・救助の現況」（2021年）
一般市民による除細動実施件数（人口10万対）	1.4件	1.3	1.3件 (2019年)	消防庁「救急・救助の現況」（2021年）
心肺停止患者の1か月後の生存率	11.1%	13.0%	19.7% (2019年)	消防庁「救急・救助の現況」（2021年）
心肺停止患者の1か月後の社会復帰率	6.9%	8.3%	13.6% (2019年)	消防庁「救急・救助の現況」（2021年）
救急要請から救急医療機関への搬送までに要した平均時間	42.8分	33.6分	—	救急救助の現況（2021年）

循環器内科医師数 心臓血管外科医師数 (人口10万対)	10.2人 2.5人	7.7人 2.7人	7.9人 3.0人 (2018年)	医師・歯科医師・薬剤師統計(2020年)
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(人口10万対,算定件数)	154.2~ 154.3件	161.5件	214.9件 (2019年)	NDB(2021年)
PCIを施行された急性心筋梗塞患者数のうち、90分以内の冠動脈再開通割合	61.3~61.5%	61.8%	—	NDB(2021年度)
心筋梗塞に対する冠動脈再開通件数(人口10万対,算定件数)	40.2件	38.8件	49.6件 (2019年)	NDB(2021年)
心筋梗塞に対する冠動脈再開通件数のうち来院後90分以内冠動脈再開通件数(人口10万対,算定件数)	24.6~ 24.7	24.0件	30.0件 (2019年)	NDB(2021年)
心血管疾患リハビリテーション(I,II)が実施可能な医療機関数(人口10万対)	1.2施設	1.5施設	1.6施設 (2019年)	NDB(2021年)
入院心臓リハビリテーションの実施件数(人口10万対,レセプト件数)	182.8件	183.0件	185.5件 (2019年)	NDB(2021年)
退院患者平均在院日数(虚血性心疾患)	12.4日	8.8日	—	患者調査(2020年)
退院患者平均在院日数(心血管疾患)	24.4日	35.1日	—	患者調査(2020年)
在宅等生活の場に復帰した患者の割合(虚血性心疾患)	93.4%	94.7%	94.1% (2017年)	患者調査(2020年)
在宅等生活の場に復帰した患者の割合(大動脈疾患)	63.6~87.0%	65.5%	—	患者調査(2020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)

(4) 糖尿病の医療体制

第1 糖尿病医療の概要

1. 糖尿病という病気

- 糖尿病は、インスリンの作用不足による慢性の高血糖状態を主な特徴とする代謝疾患群です。
- 糖尿病は、主にインスリンを合成・分泌する細胞の破壊・消失によるインスリンの作用不足を主要因とする1型糖尿病と、インスリン分泌低下・抵抗性等をきたす遺伝因子に、過食、運動不足、肥満等の環境因子と加齢により発症する2型糖尿病に大別されます。
- インスリンの作用不足により高血糖状態になると、口渇、多飲、多尿、体重減少等の症状がみられ、高血糖が持続することにより合併症を発症します。糖尿病合併症には、著しい高血糖によって起こる急性合併症と、長年にわたる慢性の高血糖の結果として起こる慢性合併症があります。
- 慢性合併症は、全身の様々な臓器に起こるが、特に細小血管症に分類される糖尿病網膜症、糖尿病性腎症、糖尿病性神経障害や、大血管症に分類される脳卒中、心筋梗塞・狭心症、末梢血管障害、また、神経障害と末梢血流障害を成因とする糖尿病足病変等があります。
- 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、その予防が重要となっています。
- 糖尿病の医療は、1型糖尿病と2型糖尿病によって異なりますが、適切な血糖コントロールを基本とすることは共通していることから、本計画においては一括して記載します。

2. 糖尿病治療の内容

予防・健診・保健指導

- 2型糖尿病の発症には生活習慣が関連しているといわれており、発症予防には適切な食習慣、適度な身体活動や運動習慣が重要です。
- 個人の糖尿病のリスクを把握するためや糖尿病の早期発見によって重症化を予防するために、特定健康診査等の定期的な健診を受診することが必要です。また、健診の結果を踏まえ、適切な生活習慣の改善を行うことが重要です。
- 医療機関は、地域における糖尿病の予防の取組によって、日頃から糖尿病の発症リスクが高まっている者の生活習慣の改善が促進されるよう、保健指導等の予防・健康づくりの取組を行う保健師・管理栄養士や、保険者等と連携することが必要です。
- また、健診後、受診勧奨により対象者が実際に医療機関を受診したかどうか等についてフォローを行う等、糖尿病の発症予防と医療の連携に関する取組も重要です。

診断

- 進行すると人工透析を必要とする糖尿病性腎症や失明の原因となる糖尿病網膜症等の糖尿病合併症は、生活の質を低下させるため、糖尿病患者を的確に診断し、重症化予防の観点から、早期に治療を開始することが重要です。

- 初めて糖尿病と診断された患者においても、すでに糖尿病性腎症、糖尿病網膜症等を合併していることがあるため、尿検査や眼底検査等の糖尿病合併症の発見に必要な検査を行うとともに、糖尿病の診断時から各診療科が連携を図る必要があります。

治療・保健指導

- 1型糖尿病は、インスリンの作用不足を主要因とするため、多くの場合、直ちにインスリン療法を行います。
- 2型糖尿病は、生活習慣が関連しているといわれており、診断後2～3か月の食事療法、運動療法を行ったうえで、目標の血糖コントロールが達成できない場合に、経口血糖降下薬、注射製剤（GLP-1受容体作動薬やインスリン製剤等）を用いた薬物療法を開始します。
- 薬物療法開始後でも、体重減少や生活習慣の改善により、経口血糖降下薬や注射製剤（GLP-1受容体作動薬、インスリン製剤等）の投薬を減量又は中止できることがあるため、医師、薬剤師、保健師、看護師、管理栄養士等の専門職等が連携して、外来療養指導や外来食事栄養指導を行う等、食生活、運動習慣に関する指導を継続します。
- 慢性合併症は、血糖コントロールの他、高血圧症、脂質異常症の治療や禁煙指導等、危険因子の包括的な管理を行うことによりその発症を予防するとともに、発症後であっても病期の進展を防ぎ又は遅らせることが可能です。慢性合併症の予防の観点から、治療の中断者を減らすよう継続的な治療の必要性を指導する必要があります。
- 「事業場における治療と仕事の両立支援のためのガイドライン」に基づく治療と仕事の両立支援の取組みや、正しい知識の普及によるスティグマ³⁹の払拭等により継続的に治療を受けられる環境を整えることも重要です。
- 血糖コントロールの指標として、患者の過去1～2か月の平均血糖値を反映する指標であるHbA1cが用いられます。血糖コントロールの目標は、年齢、罹病期間、合併症の状態、サポート体制等を考慮して、個別に設定することが望ましいとされています。
- 糖尿病患者には、シックデイ（発熱、下痢、嘔吐をきたしたときや、食欲不振のために食事ができない状態。）の対応や、低血糖時の対応について事前に十分な指導が必要です。
- 高齢者糖尿病に関しては、「高齢者糖尿病の血糖コントロール目標」が作成されたことを踏まえ、年齢、認知機能、身体活動、フレイル、がんや心不全等の併発疾患、重症低血糖リスク等も考慮して、個別に血糖コントロール目標を設定することが重要です。

合併症の治療

- 急性合併症として糖尿病性ケトアシドーシスや高浸透圧高血糖状態を発症した場合には、輸液、インスリン投与等の治療が実施されます。
- 内科、眼科等の診療科が連携し、糖尿病網膜症、糖尿病性腎症、糖尿病性神経障害等の慢性合併症の早期発見に努める必要があります。慢性合併症の治療を行うに当たっては、眼科等の専門医を有する医療機関や透析療法の実施可能な医療機関等が連携する必要があります。

³⁹ スティグマとはギリシャ語で「負の烙印」という意味で、糖尿病の方への社会的偏見や差別を意味し、これにより糖尿病患者が社会活動で不利益を被るのみならず、糖尿病であることを隠し適切な治療の機会を喪失する等の弊害をもたらす。

他疾患で治療中の血糖管理

- 周術期や化学療法中、感染症治療中等に適切な血糖管理を行うことは予後の改善に繋がります。糖尿病を持つ患者が手術を受ける際や感染症等他疾患で入院する際、また糖尿病患者に限らず副腎皮質ステロイド等血糖値が上昇する可能性のある薬剤を用いた治療を行う際は、血糖値の推移を把握し適切な血糖コントロールを行う必要があります。

第2 必要となる医療機能

1. 糖尿病を予防する機能【予防】

目 標

- 生活習慣の改善等により糖尿病の発症リスクを低減させること
- 特定健康診査・特定保健指導や健診後の受診勧奨を実施すること

関係者に求められる事項（行政・保険者）

- 適切な食生活、適度な身体活動をはじめとする生活習慣の改善等により糖尿病発症リスクを低減させる取組を実施すること
- 禁煙希望者に対する禁煙支援や受動喫煙の防止等のたばこ対策に取り組むこと
- 県民に対し、糖尿病や合併症に関する情報発信や、正しい知識の普及啓発を行うこと
- 保険者は特定健康診査・特定保健指導を実施すること
- 健診受診後に受診勧奨値を超える者が確実に医療機関を受診するよう連携体制を構築すること
- 富山県糖尿病対策推進会議等を活用し、関係団体等と連携して糖尿病対策を推進すること

医療機関に求められる事項

- 健診受診後の受診勧奨等により医療機関を受診した対象者に対し、適切な検査や糖尿病発症予防のための指導を行うこと

関係者の例

- 県・市町村及び保険者等
- 病院又は診療所

2. 糖尿病の重症化予防のための初期・安定期治療を行う機能【初期・安定期治療】

目 標

- 糖尿病の診断及び生活習慣の指導を実施すること
- 良好な血糖コントロールを目指した治療を実施すること

医療機関に求められる事項

- 糖尿病の診断及び患者や家族等に対する専門的指導が可能であること
- 75gOGTT、HbA1c 測定、血糖測定等糖尿病の評価に必要な検査が実施可能であること
- 食事療法、運動療法及び薬物療法による血糖コントロールが可能であること
- 外来栄養食事指導や外来療養指導等の指導を行える体制があること
- 食事療法、運動療法及び薬物療法による血糖コントロールが可能であること
- 高血圧症、脂質異常症の治療や禁煙指導等、包括的な危険因子の管理を行うこと
- 低血糖時やシックデイの対応が可能であること
- 糖尿病の発症初期から定期的に慢性合併症の検査を行うとともに、継続的な眼科受診、歯科受診を促すこと
- 関連学会で整理された紹介基準等も踏まえて、適切に専門医療機関を紹介すること

- 診療情報や治療計画を共有するなど専門的治療を行う医療機関、急性・慢性合併症治療を行う医療機関と連携していること
- 健診受診後の受診勧奨により医療機関を受診した対象者に対する適切な対応等、糖尿病の発症予防の取組と連携した医療を行うこと
- 高齢者糖尿病の管理に関しては、在宅医療や訪問看護、介護サービス等を行う事業所等と連携が可能であること
- 富山県糖尿病対策推進会議や糖尿病性腎症重症化予防プログラム等、保険者や関係団体等と連携した取組を実施していること
- 糖尿病の動向や治療の実態を把握するための取組を行っていることが望ましい。

医療機関の例

- 糖負荷試験（常用負荷試験）、インスリン療法、糖尿病患者教育（食事療法、運動療法、自己血糖測定）及び糖尿病による合併症に対する継続的な管理・指導に対応可能な病院・診療所

3. 専門的治療を必要とする患者への対応を行う機能【専門的治療】

目 標

- 血糖コントロール指標を改善するために、教育入院等の集中的な治療を実施すること
- 1型糖尿病や妊娠糖尿病・糖尿病合併妊娠に対する専門的な治療を実施すること

医療機関に求められる事項

- 75gOGTT、HbA1C 測定、血糖測定、インスリン分泌能、合併症の検査等糖尿病の評価に必要な検査が実施可能であること
- 各専門職種ของทีมによる食事療法、運動療法、薬物療法等を組み合わせた教育入院等の集中的な治療（心理問題を含む。）が実施可能であること
- 糖尿病患者の妊娠に対応可能であること
- 食事療法、運動療法を実施するための設備があること
- 外来栄養食事指導や外来療養指導、糖尿病透析予防指導等の指導を行える体制があること
- 1型糖尿病に対する専門的な治療が可能であること
- 糖尿病患者の妊娠に対応可能であること。
- 糖尿病の初期・安定期治療を行う医療機関、急性・慢性合併症の治療を行う医療機関と診療情報や治療計画を共有するなど連携していること
- 定期的な慢性合併症の検査を行うとともに、継続的な眼科受診、歯科受診を促すこと
- 高齢者糖尿病の管理に関しては、在宅医療や訪問看護、介護サービス等を行う事業者等との連携が可能であること
- 富山県糖尿病対策推進会議や糖尿病性腎症重症化予防プログラム等、保険者や関係団体等と連携した取組を実施していること
- 糖尿病の動向や治療の実態を把握するための取組を行っていることが望ましい。

医療機関の例

- 入院が可能で、管理栄養士又は糖尿病療養指導士がおり、糖負荷試験（耐糖能精密検査）、

インスリン療法、糖尿病患者教育（食事療法、運動療法、自己血糖測定）、糖尿病教育入院（各専門職種ของทีมによる）及び糖尿病による合併症に対する継続的な管理・指導に対応可能な病院・診療所

4. 急性合併症の治療を行う機能【急性合併症治療】

目 標

- 糖尿病性ケトアシドーシスや高浸透圧高血糖状態等急性合併症の治療を実施すること

医療機関に求められる事項

- 糖尿病性ケトアシドーシス、高浸透圧高血糖状態等急性合併症の治療が 24 時間実施可能であること
- 食事療法、運動療法を実施するための設備があること
- 診療情報や治療計画を共有するなど糖尿病の初期・安定期治療を行う医療機関、専門的治療を行う医療機関及び慢性合併症の治療を行う医療機関と連携していること

医療機関の例

- 入院が可能で、管理栄養士又は糖尿病療養指導士がおり、糖負荷試験（耐糖能精密検査）、インスリン療法、糖尿病患者教育（食事療法、運動療法、自己血糖測定）、糖尿病教育入院（各専門職種ของทีมによる）、糖尿病による合併症に対する継続的な管理・指導及び糖尿病昏睡治療に対応可能な病院・診療所

5. 慢性合併症の発症予防・治療・重症化予防を行う機能【慢性合併症治療】

目 標

- 糖尿病の慢性合併症の専門的な治療を実施すること
- 糖尿病の慢性合併症の発症予防・重症化予防のための検査・指導を実施すること

医療機関に求められる事項

- 糖尿病の慢性合併症（糖尿病網膜症、糖尿病性腎症、糖尿病性神経障害等）について、それぞれ専門的な検査・治療が実施可能であること（単一医療機関で全ての合併症治療が可能である必要はない。）
- 糖尿病網膜症治療の場合、蛍光眼底造影検査、光凝固療法、硝子体出血・網膜剥離の手術等が実施可能であること
- 糖尿病性腎症の場合、尿一般検査、尿中アルブミン排泄量検査、腎生検、腎臓超音波検査、透析療法等が実施可能であること
- 外来栄養食事指導や外来療養指導、糖尿病透析予防指導等の指導を行える体制があること
- 診療情報や治療計画を共有するなど糖尿病の初期・安定期治療を行う医療機関、専門的治療を行う医療機関及び急性合併症の治療を行う医療機関と連携していること

医療機関の例

（慢性合併症治療一般）

- 糖負荷試験（耐糖能精密検査）、インスリン療法、糖尿病患者教育（食事療法、運動療法、自己血糖測定）あるいは、糖尿病教育入院（各専門職種ของทีมによる）及び糖尿病による合併症に対する継続的な管理・指導に対応可能な病院・診療所

(糖尿病網膜症)

- 網膜光凝固術(網膜剥離手術)に対応可能な病院・診療所

(糖尿病腎症)

- 腎代替療法及びインスリン療法に対応可能な病院・診療所

6 他疾患の治療のために入院中の患者の血糖管理を行う機能【他疾患治療中の血糖管理】

目 標

- 周術期や感染症入院時等、他疾患の治療のために入院中の患者の血糖値を把握し適切な血糖管理を行うための体制整備を行うこと

医療機関に求められる事項

- 75gOGTT、HbA1C 測定、血糖測定等糖尿病の評価に必要な検査が実施可能であること
- 専門的な経験を持つ医師を含め、各専門職種による、食事療法、運動療法、薬物療法等を組み合わせた集中的な血糖管理が実施可能であること
- 食事療法、運動療法を実施するための設備があること
- 糖尿病初期・安定期治療を行う医療機関・専門的治療を行う医療機関及び急性・慢性合併症の治療を行う医療機関等と診療情報や治療計画を共有するなどして連携していること
- 退院時に、在宅医療や訪問看護、介護サービス等を行う事業者等を連携が可能であること

医療機関の例

- 糖尿病内科を有する病院又は有床診療所

7 地域や職域と連携する機能【連携】

目 標

- 市町村や保険者、職域と連携すること

医療機関に求められる事項

- 市町村や保険者から保健指導を行う目的で情報提供等の協力の求めがある場合、患者の同意を得て、必要な協力を行っていること
- 地域で予防・健康づくりの取組を行う保健師や管理栄養士等と連携・協力すること等により、糖尿病の発症を予防
- 健診受診後の受診勧奨により医療機関を受診した対象者に対し、検査、治療及び指導等の適切な対応を行う等、糖尿病の発症予防の取組と連携した医療を行うこと
- 市町村や保険者が保健指導するための情報提供を行っていること
- 糖尿病の発症予防、重症化予防を行う市町村及び保険者、薬局等の社会資源と情報共有や協力体制を構築するなどして連携していること
- 富山県糖尿病対策推進会議を活用して関連団体等と連携した対策を行うこと
- 糖尿病性腎症重症化予防プログラム等、保険者等と連携して、糖尿病未治療者・治療中断者減少のための取組を進めること

- 治療と仕事の両立支援等、産業医等と連携した医療を行うこと
- 高齢糖尿病の管理に関しては、在宅医療や訪問看護、介護サービス等を行う事業者等との連携を図っていること

医療機関

- 病院または診療所

7 感染症流行時等の非常時に対応する機能【感染症流行時等への対応】

目標

- 感染症流行時等の非常時においても、切れ目なく適切な医療を受けられる体制整備を進めること
- 多施設・多職種連携により発症予防・重症化予防を目的とした介入を継続できる体制整備を進めること

医療機関に求められる事項

- 在宅医療や訪問看護を行う事業者等と連携できる体制があること
- オンライン診療による診療継続が可能な体制にあること
- ICTの活用やPHR(パーソナル・ヘルス・レコード)の利活用が望ましい

医療機関

- 病院または診療所

第3 糖尿病の現状

1. 死亡数等

- 2021（令和3）年の本県の糖尿病を原因とした死亡数は139人（全国：14,356人）、死亡数全体の1.0%（全国：1.0%）を占めています⁴⁰。
- 糖尿病の死亡数を医療圏別にみると、新川医療圏は12（死亡数全体の0.7%）、富山医療圏は50人（死亡数全体の0.8%）、高岡医療圏は48人（死亡数全体の1.2%）、砺波医療圏は29人（死亡数全体の1.7%）となっています⁴⁰。
- 糖尿病の年齢調整死亡率（人口10万対）は年々低下しており、2020（令和2）年には男性13.3（全国：13.9）、女性6.0（全国：6.9）で、男女ともに全国より低くなっています⁴¹。

2. 予防

- 2019（令和元）年の厚生労働省の調査によると、全国で糖尿病が強く疑われる者は351万人、糖尿病の可能性が否定できない者は307万人となっています⁴²。
- 2019（令和元）年現在、過去1年以内の健康診断・健康診査の受診率は78.8%（全国：73.3%）と全国より高くなっています。
- 2021（令和3）度の特定健康診査の受診率は62.9%（全国：56.2%）と全国より高くなっています。特定保健指導の実施率は29.6%（全国：24.7%）と全国より高くなっています。
- 糖尿病の患者数が多くなっており、健康診断の受診率や保健指導の実施率は全国平均より高くなっていますが、糖尿病予備群からの発症予防が十分になされていないことや、本来治療が必要な受診勧奨者の受診につながっていないことなどが懸念されます。

3. 初期・安定期治療

- 糖尿病患者の年齢調整外来受療率（人口10万対）は88.7（全国：92.0）と全国より低くなっています⁴³。
- 2021（令和3）年度調査では、HbA1cもしくはGA検査の実施割合は、96.1%（全国：95.7）と全国よりも高くなっています。
- 2021（令和3）年度調査では、尿中アルブミン・尿蛋白定量検査の実施割合は、11.5%（全国：18.4%）と全国より低くなっています。
- 2021（令和3）年度調査では、クレアチニン検査の実施割合は85.2%（全国：88.3%）と全国より高くなっています。
- 外来栄養食事指導料の実施割合は6.0%（全国：5.1%）と全国より高くなっています。

4. 専門的治療体制

- 2022（令和4）年現在、糖尿病専門医が在籍する医療機関数（人口10万人対）は4施設

⁴⁰ 厚生労働省「人口動態統計」（2021<令和3>年）

⁴¹ 糖尿病の医療体制構築に係る現状把握のための指標

⁴² 厚生労働省「国民健康・栄養調査」（2019<令和元>年）

(全国：3施設)と全国より多くなっています。2023(令和5)年の腎臓専門医が在籍する医療機関数(人口10万人対)は3施設(全国：2.3施設4.7人)と全国より多くなっています。2022(令和4)年12月現在、歯周病専門医が在籍する医療機関数(人口10万人対)は、0.7施設(全国：0.8施設)で全国よりも少なくなっています。

- 2022(令和4)年現在、糖尿病療養指導士が在籍する医療機関数(人口10万人対)は、5.7施設(全国：4.1施設)となっています。
- 2021(令和3)年の妊娠糖尿病・糖尿病合併妊娠に対する専門的治療を行う医療機関は、11施設となっています。
- 糖尿病性ケトアシドーシスや高浸透圧高血糖状態など急性合併症の治療が実施可能な医療機関は、各医療圏に整備されています。

5. 慢性合併症治療

- 2021(令和3)年3月現在、糖尿病の足病変に対する指導を行う医療機関数(人口10万人対)は2.6施設(全国：1.6施設)と全国より多くなっています。
- 2021(令和3)年度の糖尿病網膜症に対する専門的治療を行う医療機関数(人口10万人対)は6.0施設(全国5.2施設)と全国よりも多くなっています。糖尿病網膜症手術数は、963件、人口10万人当たりで91.9件(全国：74.3~74.4件)と全国よりも多くなっています。
- 2021(令和3)年度、糖尿病性腎症に対する専門的治療を行う医療機関数(人口10万人対)は、各医療圏に整備されており、2021(令和3)年では2.1施設(全国0.85施設)となっています。
- 糖尿病内科医師数や糖尿病療養指導士数など人材面は比較的充実しており、足病変や網膜症の治療を行う医療機関など専門治療の実施体制も整備されています。
- 2021(令和3)年の糖尿病性腎症による新規人工透析導入患者数は141人、となっています。14.1人(全国：12.4人)と全国より多くなっています。

6. 連携

- 糖尿病患者が多く、かかりつけ医と専門医が協力して診ていく必要があります。
- かかりつけ医、専門医、保健担当者の連携を推進するため、糖尿病重症化予防対策マニュアルや地域連携クリティカルパスが導入されています。

第4 糖尿病の医療提供体制における主な課題と施策

糖尿病の年齢調整死亡率の低下を目指して、以下の施策を実施します。

[予防]

【課題①】

- 糖尿病発症予防のため、望ましい生活習慣に関する普及啓発が必要です。
- 糖尿病予備群が糖尿病に移行しないよう、健康診断、保健指導の強化が必要です。
- 受診勧奨者（要治療者）が医療機関を受診し、悪化を防ぐ対策が必要です。

<施策>

- 医師会や富山県糖尿病対策推進会議、糖尿病協会等と協力して県民に対して糖尿病に関する普及啓発を行います。
- 市町村や医療保険者等と連携し、糖尿病予防のための食生活や運動等の生活習慣づくりに関する保健指導、健康教育を推進します。
- 医療保険者・事業所等と協力し、特定健康診査等の受診率の向上に取り組めます。また、肥満や高血糖等の危険因子を有する者への個別指導や健康教育等の実施や治療継続支援を行います。
- 医療機関・地域の多職種連携（医師、歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士、保健師等）による治療の継続支援や効果的な保健指導の実施を推進します。

[治療・重症化予防（初期・安定期）]

【課題②】

- 合併症予防のため、継続的な受診の重要性に関する普及啓発が必要です。

<施策>

- 患者や一般県民に対して、糖尿病性腎症や糖尿病網膜症等、合併症に対する予防や継続的な受診についての普及啓発を実施します。
- 糖尿病の初期（発症早期又は初回診断）におけるかかりつけ医・専門医の連携による患者への疾病管理の意識付けや適切な治療薬の選択による良好な血糖コントロールの維持を推進します。
- 糖尿病の発症初期から定期的な慢性合併症の検査や眼科受診、歯科受診の実施を推進します。
- 「富山県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」等に基づき、保険者等と連携して、未治療者や治療中断者における受診勧奨や保健指導を実施します。

[治療・重症化予防（専門治療）]

【課題③】

- かかりつけ医と専門医が連携した重症化させない治療体制が必要です。
- 働く世代の糖尿病患者への対策が必要です。

<施策>

- 1型糖尿病や妊娠糖尿病・糖尿病合併妊娠に対する専門的な治療の実施を推進します。
- かかりつけ医と専門医が連携した治療体制を強化します。
- 働く世代の患者が受診の継続や教育入院、保健指導等を受けやすい体制の整備について検討するとともに、地域・職域連携を推進します。

[合併症の予防・重症化予防（急性・慢性合併症治療）]

【課題④】

- 急性合併症や慢性合併症の専門的治療の推進が必要です。
 - 慢性合併症の発症予防・重症化予防のための検査・指導の推進が必要です。
- 医療機関において、糖尿病教育入院等の集中的な治療及び糖尿病昏睡等急性合併症治療を実施します。
 - 糖尿病性腎症や糖尿病網膜症等、合併症の専門治療を行う医療機関とかかりつけ医との連携強化に取り組めます。

[連 携]

【課題⑤】

- 治療中の患者の重症化を予防するため、すべての医療圏で、かかりつけ医、専門医、保健担当者等が連携を強化することが必要です。

<施策>

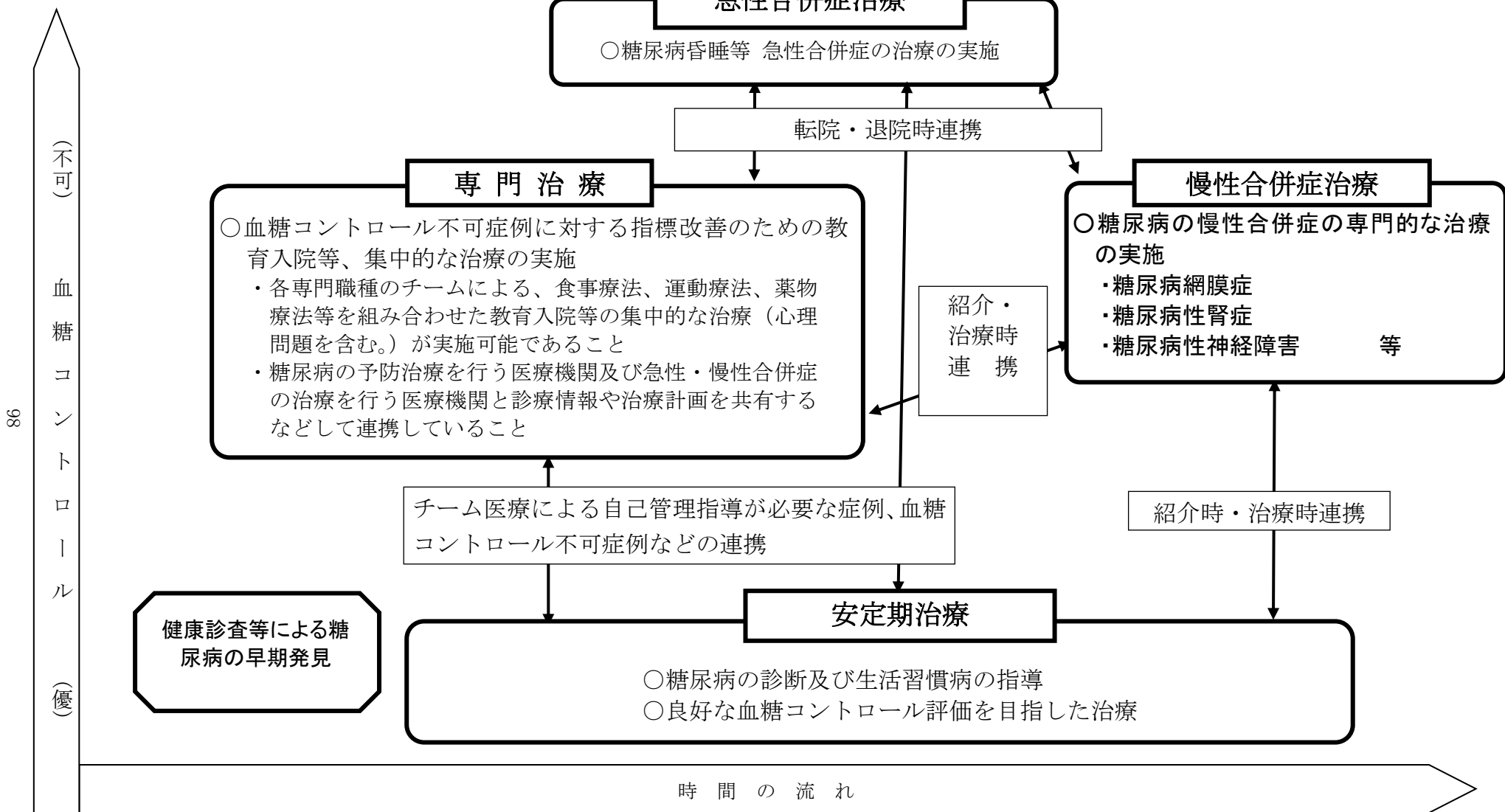
- 「糖尿病重症化予防対策マニュアル」等を活用しかかりつけ医、糖尿病専門医、腎臓専門医や眼科医、歯科医等との連携を強化し、継続的・持続的な医療を提供できる体制の整備を推進します。
- 「富山県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」等を推進し、保険者による糖尿病未治療者・治療中断者減少のための取組を推進します。
- 市町村において、高齢者の保健事業と介護予防事業を一体的に実施することにより重症化予防を推進します。
- 糖尿病患者は歯周病が重症化しやすく、また、歯周病が重症であるほど血糖コントロールは不良となることから、糖尿病の診療における医師と歯科医師の連携を強化します。
- 学校と医療機関、市町村等との連携により、小児糖尿病患者を支援します。
- 富山県透析患者等発生予防推進事業連絡協議会や医療圏ごとの協議会の開催等、関係者・関係団体等との連携強化により、県全体で糖尿病重症化予防の取組を推進します。
- 感染症流行時等においても、切れ目なく適切な医療が受けられるよう体制整備を推進します。

第5 数値目標

指標名及び指標の説明	現状	国	2023年	出典等
糖尿病の年齢調整死亡率（人口10万人対）	男 13.3 女 6.0	男 13.9 女 6.9	全国平均以下を維持しつつ低下	人口動態統計特殊報告（2020年）
特定健康診査受診率	62.9%	56.2%	70%	特定健康診査・特定保健指導に関するデータ（2021年）
特定保健指導実施率	29.6%	24.7%	45%	特定健康診査・特定保健指導に関するデータ（2021年）
糖尿病性腎症による新規人工透析導入患者数	141人	15,271人	減少	わが国の慢性透析療法の現況（日本透析医学会）（2021年）
1型糖尿病患者に対する専門的治療を行う医療機関数（人口10万対）	2.2機関	1.2機関	現状維持	NDB（2021年）
㊦HbA1C もしくは GA 検査の実施割合	96.1%	95.7%	増加	NDB（2021年）
㊦眼底検査の実施割合	38.8%	40.0%	増加	NDB（2021年）
㊦尿中アルブミン・尿蛋白定量検査の実施割合	11.5%	18.4%	増加	NDB（2021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）

第6 糖尿病の医療提供体制



第7 現状把握のための指標

指標名及び指標の説明	国	現状	参考値	出典等
糖尿病の年齢調整死亡率（人口10万対）	男13.9 女 6.9	男13.3 女6.0	—	人口動態統計特殊報告（2020年）
特定健康診査受診率	56.2%	62.9%	61.7% (2019年)	特定健康診査・特定保健指導に関するデータ（2021年）
特定保健指導実施率	24.7	29.6%	29.3% (2019年)	特定健康診査・特定保健指導に関するデータ（2021年）
糖尿病患者の年齢調整外来受療率（人口10万対）	92.0	88.7	85.0 (2017年)	患者調査（2020年）
新糖尿病専門医が在籍する医療機関数（人口10万対）	3機関	4機関	—	日本糖尿病学会 HP（2022年）
新腎臓専門医が在籍する医療機関数（人口10万対）	2.3機関	3機関	—	腎臓専門医県別人数（日本腎臓学会 HP）（令和5年1月31日現在）
新歯周病専門医が在籍する医療機関数（人口10万人対）	0.8機関	0.7機関	—	歯周病専門医の認定状況（日本歯周病学会 HP）（令和4年12月31日現在）
㊦糖尿病療養指導士が在籍する医療機関数	4.1	5.7	—	日本糖尿病療養指導士認定機構 HP（2022年）
1型糖尿病に対する専門的治療を行う医療機関数（人口10万対）	1.2機関	2.2機関	2.15機関 (2019年)	NDB（2021年）
㊦妊娠糖尿病・糖尿病合併妊婦に対する専門的治療を行う医療機関数	1,273機関	11機関	—	NDB（2021年）
新HbA1cもしくはGA検査の実施割合	95.7%	96.1%	—	NDB（2021年）
新インスリン治療の実施割合	12.1%	13.4%	—	NDB（2021年）
新糖尿病透析予防指導もしくは糖尿病合併症管理の実施割合	0.8%	1.5%	—	NDB（2021年）
新外来栄養食事指導料の実施割合	5.1%	6.0%	—	NDB（2021年）

新重症低血糖の発生 (糖尿病患者1年当たり)	0.7%	0.6%	-	NDB (2021年)
新糖尿病網膜症に対する専門的治療を行う医療機関数(人口10万対)	5.2機関	6.0機関	-	NDB (2021年)
新糖尿病性腎症に対する専門的治療を行う医療機関数(人口10万対)	0.9機関	2.1機関	-	NDB (2021年)
新糖尿病足病変に対する専門的治療を行う医療機関数(人口10万対)	1.6機関	2.6機関	-	NDB (2021年)
⑩眼底検査の実施割合	40.0%	38.8%	-	NDB (2021年)
⑩尿中アルブミン・尿蛋白定量検査の実施割合	18.4%	11.5%	-	NDB (2021年)
クレアチニン検査の実施割合	88.3%	85.2%	-	NDB (2021年)
⑩治療が必要な糖尿病網膜症の発生(糖尿病患者1年当たり)	1.6%	2.0%	-	NDB (2021年)
⑩糖尿病治療を主にした入院の発生(DKA・昏睡・低血糖等に限定) (糖尿病患者1年当たり)	213.1	244.1	-	NDB (2021年)
⑩糖尿病患者の下肢切断の発生(糖尿病患者1年当たり)	61.1	46.1	-	NDB (2021年)
糖尿病性腎症による新規人工透析導入患者数	15,271人	141人	133人 (2019年)	わが国の慢性透析療法の現況 (日本透析医学会)(2021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）

(5) 精神疾患の医療体制

第1 精神疾患の医療の概要

- 精神疾患は症状が多様であるとともに自覚しにくい場合があります、症状が比較的軽いうちには精神科医療機関を受診せず、症状が重くなり入院治療が必要な状態や状況になって初めて精神科医療機関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。発症してできるだけ早期に必要な精神科医療が提供されれば、回復し、再び地域生活や社会生活を営むことができるようになります。
- 精神疾患は全ての人にとって身近な病気であり、精神障害の有無やその程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるような地域づくりを進める必要があります。また、長期間入院している精神障害者の地域移行を進めるに当たっては、精神科病院や地域援助事業者による努力のみでは限界があり、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の推進に加えて、地域住民の協力を得ながら、差別や偏見のない、あらゆる人が共生できる包摂的（インクルーシブ）な社会（地域共生社会）を構築していく必要があります。このため、精神障害者が、地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を進める必要があります。
- さらに、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）に基づく良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」（平成 26 年厚生労働省告示第 65 号）を踏まえて、多様な精神疾患等ごとに医療機関の役割分担を整理し、相互の連携を推進するとともに、患者本位の医療を実現していけるよう、各医療機関の医療機能を明確化する必要があります⁴⁴。
- 本計画では、これらを踏まえつつ、地域の現状を把握・分析したうえで圏域（精神医療圏）を設定し、医療機能の明確化を図るとともに、精神疾患に係る良質かつ適切な医療を提供する体制について定量的な評価を行えるよう目標を設定し、その達成に向けた施策を推進します。

⁴⁴ 「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（令和 5 年 3 月 31 日付け厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）

第2 精神疾患の現状と課題

- 精神疾患は、近年その患者数が増加しており、2020（令和2）年には全国の推定患者数が約615万人となっています。また、富山県の精神障害を有する総患者数は3万2千人となっています⁴⁵。
- 国民の4人に1人（25%）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国の調査で明らかとなっています⁴⁶。
- 一般の方々を対象とした令和3年の調査では、3割から5割程度の方が様々な不安を感じており⁴⁷、精神保健医療福祉上のニーズや精神疾患は住民に広く関わっています。
- 令和3年3月にとりまとめられた「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」報告書においては、精神保健医療福祉上のニーズを有する方が必要な保健医療サービス及び福祉サービスの提供を受け、地域の一員として安心して生活することができるよう、精神疾患や精神障害に関する普及啓発を推進することが重要であるとされています。
- 令和4年6月にとりまとめられた「障害者総合支援法改正施行後3年の見直しについて」（社会保障審議会障害者部会報告書）においては、地域共生社会を実現するために、身近な市町村で精神保健に関する相談支援が受けられる体制を整備することが求められているほか、人権擁護の観点から、入院医療を必要最小限にするための取組や、不適切な隔離・身体的拘束をゼロとする取組についても求められています。
- 「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（令和5年3月31日付け厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）の「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」において、多様な精神疾患として統合失調症、うつ病・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患及び発達障害、依存症、外傷後ストレス障害（PTSD）、高次脳機能障害、摂食障害、てんかん、精神科救急、身体合併症、自殺対策、災害精神医療、医療観察法における対象者への医療の14疾患等が挙げられています。この14疾患等について、現状と課題を整理します。

（1）統合失調症

全国の患者動向

- 2020（令和2）年に医療機関を継続的に受療している統合失調症の総患者数は約88万人（うち入院患者数は約14万人であり、その中で1年以上長期入院患者数は約11万人）です⁴⁵。長期入院患者（認知症を除く。）を対象とした全国調査では、1年以上の長期入院精神障害者（認知症を除く。）の多くは、地域の精神保健医療福祉体制の基盤を整備することによって、入院から地域生活への移行が可能であると示唆されています。また、治療法の普及や、精神科リハビリテーションをはじめとする予防的アプローチの充実などによって、

⁴⁵ 厚生労働省「患者調査」（令和2年）

⁴⁶ 厚生労働科学研究「こころの健康についての疫学調査に関する研究」（研究代表者 川上憲人）（平成18年度）

⁴⁷ 厚生労働省障害者総合福祉推進事業「新型コロナウイルス感染症流行下におけるメンタルヘルスに関する相談対応」（株式会社インテージリサーチ）（令和3年度）

入院から地域生活へのさらなる移行が期待されています⁴⁸。

本県の現状と課題

- 2020（令和2）年に、医療機関を継続的に受療している統合失調症の総患者数は約6千人です⁴⁵。
- 2020（令和2）年度の統合失調症の精神病床での入院患者数は1,980人であり、外来患者数は5,617人です⁴⁹。
- 入院患者を疾患分類別に見ると、「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害（F2）」を主診断とする患者が最も多く、入院患者の地域移行がなかなか進まないという課題があります。
- 治療抵抗性統合失調症治療薬や閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法（mECT）等の専門的治療方法が、必要な時に必要な場所で受けられるように、地域の実情を踏まえた連携体制を構築する必要があります。
- 「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」に基づき、本計画において、統合失調症に対応できる医療機関を明確にする必要があります。

（2）うつ病・躁うつ病

全国の患者動向

- 2020（令和2）年に医療機関を継続的に受療しているうつ病・躁うつ病の総患者数は約172万人（うち入院患者数は約3万人）です⁴⁴。
- うつ病に対する適切な対応は自殺予防において極めて重要です。全国において自殺の原因・動機を特定できた者のうち、約24%はうつ病が原因の一つであったと報告されています⁵⁰。

本県の現状と課題

- 2020（令和2）年に、医療機関を継続的に受療しているうつ病・躁うつ病の総患者数は約8千人です⁴⁵。
- 2020（令和2）年度のうつ病・躁うつ病の精神病床での入院患者数は702人であり、外来患者数は10,883人です⁴⁹。
- うつ病の診療を担当する精神科医療機関において求められることは、次のとおりです。
 - ・うつ病と双極性障害等のうつ状態を伴う他の疾患について鑑別診断できること。
 - ・うつ病と他の精神障害や身体疾患の合併などを多面的に評価できること。
 - ・患者の状態に応じて、薬物療法及び精神療法等の非薬物療法を含む適切な精神科医療を提供でき、必要に応じて、他の医療機関と連携できること。
 - ・患者の状態に応じて、生活習慣などの環境の調整等に関する助言ができること。
 - ・かかりつけの医師をはじめとする地域の医療機関と連携していること（例えば、地域のかかりつけの医師等に対するうつ病の診断・治療に関する研修会や事例検討会等への協力）。

⁴⁸ 厚生労働科学研究「精神障害者の重症度判定及び重症患者の治療体制等に関する研究」（研究代表者 安西信雄）（平成25～27年度）

⁴⁹ 精神保健福祉資料

⁵⁰ 厚生労働省自殺対策推進室、警察庁生活安全局生活安全企画課「令和4年中における自殺の状況」（令和5年3月14日）

- ・産業医等を通じた事業者との連携や、地域産業保健センター、メンタルヘルス対策支援センター、産業保健推進センター、ハローワーク、地域障害者職業センター等との連携、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所等との連携により、患者の就職や復職等に必要な支援を提供すること。
- 一般科医と精神科医との連携について、一般の医療機関に求められることは次のとおりであり、引き続き、更なる連携を進めることが必要です。
 - ・うつ病の可能性について判断できること。
 - ・症状が軽快しない場合等に適切に紹介できる専門医療機関と連携していること。
 - ・内科等の身体疾患を担当する医師等（救命救急医、産業医を含む。）と精神科医との連携会議等（G P連携事業等）へ参画すること。
 - ・うつ病等に対する対応力向上のための研修等に参加していること。
- 妊産婦を対象としたメンタルヘルスのスクリーニング検査を実施する等、産後うつ早期発見に努めるとともに、妊娠期から子育て期にわたる切れ目ない支援を行うための母子保健体制の強化を図ることが重要です。
- 「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」に基づき、本計画において、うつ病・躁うつ病に対応できる医療機関を明確にする必要があります。

（３）認知症

全国の患者動向

- 認知症高齢者数は、2012（平成 24）年で 462 万人と 65 歳以上高齢者の約 7 人に 1 人と推計されています。認知機能低下のある人（軽度認知障害（MCI））と推計される約 400 万人と合わせると、65 歳以上高齢者の約 4 人に 1 人が認知症の人又はその予備軍とも言われています。また、高齢化の進展に伴い 2025（令和 7）年には、675 万人～730 万人、すなわち約 700 万人と約 5 人に 1 人に上昇すると見込まれています⁵¹。なお、2020（令和 2）年に医療機関を継続的に受療している認知症の総患者数は 100.5 万人であり、うち入院患者数は 7.6 万人です⁴⁵。

本県の現状と課題

- 65 歳以上の高齢者における認知症の有病率は 15.7%（高齢者の 6 人に 1 人）であり、約 5.0 万人の方が認知症と推計されています⁵²。また、2025 年には約 6.7 万人（有病率 20.1%）、2035 年には約 8.7 万人（有病率 27.4%）に増加する可能性があるとして推計されています⁵³。
- 2020（令和 2）年度における認知症の精神病床での入院患者数は 1,299 人であり、外来患者数は 3,952 人となっています。
- 認知症発症予防のため生活習慣病予防と、社会参加の促進が重要です。
- 住民および関係者が認知症の理解を深め、早期診断、早期対応を進めることが必要です。
- 医療圏域毎に設置した認知症疾患医療センターは、関係機関と連携しながら詳細な診断や急性期治療、専門医療相談、研修会の実施など、地域における認知症疾患の保健医療水

⁵¹ 厚生労働科学研究「日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究」（研究代表者 二宮利治）（平成 26 年度）

⁵² 平成 26 年度富山県認知症高齢者実態調査

⁵³ 平成 26 年富山県認知症高齢者実態調査結果を富山大学分析

準向上の役割を果たすことが必要です。

- 徘徊等により行方不明になった場合は、市町村をまたぐことがあることから、広域的な連携体制を整備していくことが必要です。
- 高齢化の進展に伴い、認知症の人の数はさらに増加すると見込まれることから、認知症初期集中支援チームの活動の活性化が必要です。
- 認知症地域支援推進員は市町村において令和5年4月現在、111名配置されていますが活動実績にはばらつきがあります。
- 認知症ケアパスを活用した切れ目のないサービスが提供されるよう支援することが必要です。
- 富山県若年性認知症相談・支援センターの相談は、症状や病院の問い合わせ、介護方法、社会資源、就労、経済面など多岐にわたっています。
- 若年性認知症の人が初期の段階からその状態に応じた適切なサービス（居場所含）が利用できるよう支援する必要があります。
- 「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」に基づき、本計画において、認知症に対応できる医療機関を明確にする必要があります。

（４）児童・思春期精神疾患及び発達障害

（子どものこころの問題について、小児医療の項に再掲）

全国の患者動向

- 2020（令和2）年に医療機関を継続的に受療している20歳未満の精神疾患を有する総患者数は約60万人です。また、2020（令和2）年に医療機関を継続的に受療している発達障害者支援法（平成16年法律第167号）に規定する発達障害（F80-F89、F90-F98）の総患者数は約59万人です⁴⁵。

本県の現状と課題

- 2020（令和2）年度の、20歳未満の精神病床での入院患者数は69人であり、外来患者数は2,775人です⁴⁹。
- 2020（令和2）年度の、発達障害と診断された者の精神病床での入院者数は113人であり、外来患者数は2,941人です⁴⁹。
- 発達障害、いじめ、不登校、摂食障害、家庭問題、虐待、自殺未遂など、子どものこころを取り巻く環境は厳しくなっており、早期発見・早期治療に加え、こころのケアを継続的・安定的に提供するための取組を進めることが必要です。また、発達障害児の状態や症状に応じた段階的な診療・療育体制の整備を行うことが重要です。
- 改正発達障害者支援法の施行を踏まえ、関係機関による情報の共有や緊密な連携、体制の整備等についてさらに取り組んでいく必要があります。
- 身近なかかりつけ医等における発達障害の早期発見や適切な医療提供について、専門医や公認心理師等関係者が連携し支援等を充実していく必要があります。
- 「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」に基づき、本計画において、児童・思春期精神疾患及び発達障害に対応できる医療機関を明確にする必要があります。

(5) 依存症

①アルコール依存症

全国の患者動向

- 2020（令和2）年に医療機関を継続的に受療しているアルコール依存症の総患者数は約5万人です⁴⁵。

本県の現状と課題

- 2020（令和2）年度の、アルコール依存症の精神病床での入院患者数は182人であり、外来患者数は728人です⁴⁹。
- アルコール依存症は、飲酒をしていれば、誰でもなる可能性のある疾患ですが、誤解や偏見が存在しており、本人や家族にアルコール依存症を否認させ、医療や就労支援の場でも障壁となっています。飲酒に伴うリスクに関する知識の普及を徹底し、将来にわたるアルコール健康障害の発生を予防することが必要です。
- アルコール健康障害対策基本法に基づき、2023（令和5）年3月に「富山県アルコール健康障害対策推進計画（第2期）」を策定しました。引き続き、地域における相談拠点とアルコール依存症に対する適切な医療を提供することのできる専門医療機関を定め、予防及び相談から治療、回復支援に至る切れ目ない支援体制を整備していく必要があります。
- アルコール依存症を含むアルコール健康障害を有している者が受診していることが多いと考えられる一般医療機関と、精神科医療機関との連携を強化する必要があります。
- 「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」に基づき、本計画において、アルコール依存症に対応できる医療機関を明確にする必要があります。

②薬物依存症

全国の患者動向

- 2020（令和2）年に医療機関を継続的に受療している薬物依存症の総患者数は約5千人です⁴⁵。

本県の現状と課題

- 2020（令和2）年度の、薬物依存症の精神病床での入院患者数は16人であり、外来患者数は58人です⁴⁹。
- 本人や家族がどこに相談をすればよいか分からず、適切な相談や治療が受けられない場合があります。
- 「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」に基づき、本計画において、薬物依存症に対応できる医療機関を明確にする必要があります。

③ギャンブル等依存症

全国の患者動向

- 2020（令和2）年に医療機関を継続的に受療しているギャンブル等依存症の総患者数は約3千人です⁴⁵。

本県の現状と課題

- 2020（令和2）年度の、ギャンブル等依存症による精神病床での入院患者数は9人以下で

あり（患者数が少ないため、統計上、特定数の表示がされていない）、外来患者数は 20 人です⁴⁹。

- 本人や家族がどこに相談をすればよいか分からず、適切な相談や治療が受けられない場合があります。
- ギャンブル等依存症対策基本法に基づき、2023（令和 5）年 3 月に「富山県ギャンブル等依存症対策推進計画」を策定しました。引き続き、地域における相談拠点とギャンブル等依存症に対する適切な医療を提供することのできる専門医療機関を定め、予防及び相談から治療、回復支援に至る切れ目ない支援体制を整備していく必要があります。
- 「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」に基づき、本計画において、ギャンブル等依存症に対応できる医療機関を明確にする必要があります。

（6）外傷後ストレス障害（PTSD）

全国の患者動向

- 2020（令和 2）年に医療機関を継続的に受療している PTSD の総患者数は約 7 千人です⁴⁵。

本県の現状と課題

- 2020（令和 2）年度の PTSD による精神病床での入院患者数は 9 人以下であり（患者数が少ないため、統計上、特定数の表示がされていない）、外来患者数は 145 人です⁴⁹。
- PTSD が日本で注目されるようになったのは、阪神・淡路大震災や地下鉄サリン事件がきっかけですが、実際にはこのような大規模な災害、犯罪だけではなく、交通事故、単独の犯罪被害、DV（家庭内暴力）、虐待などによっても生じます。
- 犯罪被害者等は、身体への被害を受けた場合も精神的被害がみられるほか、身体的被害がない場合でも、精神的被害を受けている方もいる状況にあります。精神的ショックから重度の PTSD を発症する場合があります。心身に受けた影響から早期に回復できるよう、関係機関との連携を密にし、被害直後から充実した保健医療、福祉サービスの提供を図る必要があります。
- PTSD を発症した人の半数以上がうつ病、不安障害などを合併しています。また、人によってはアルコールの問題や摂食障害を合併することもあります。PTSD に注目し、治療を受けることで、こうした多くの精神疾患を治療、あるいは予防していく必要があります。
- 「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」に基づき、本計画において、PTSD に対応できる医療機関を明確にする必要があります。

（7）高次脳機能障害

全国の患者動向

- 2001（平成 13）～2005（平成 17）年度の高次脳機能障害支援モデル事業における調査では、高次脳機能障害者は、全国に約 27 万人いると推計されています⁵⁴。

⁵⁴ 「高次脳機能障害ハンドブックー診断・評価から自立支援まで」（編集 中嶋八十一、寺島彰）医学書院

本県の現状と課題

- 2007（平成19）年1月に支援拠点として、富山県高次脳機能障害支援センターを開設し、専門的な相談や支援計画に基づく生活・就労訓練等のコーディネーターや支援者等に対する研修、県民への啓発普及を行っています。相談件数は、2007（平成19）年度が延べ252件でしたが、2022（令和4）年度には1,698件と大幅に増加しています。
- 県民の理解を深め、早期診断、早期支援につなげる必要があります。
- 早期診断からシームレスな支援を行うことが重要であり、急性期病院や回復期リハビリテーション病院等の医療機関の連携強化が必要です。
- 高次脳機能障害の診断、リハビリ、生活支援、就労・就学支援、各種診断書作成を行える医療機関を増やすことが望まれます。
- 家族への支援を充実する必要があります。

（8）摂食障害

全国の患者動向

- 2020（令和2）年に医療機関を継続的に受療している摂食障害の総患者数は約4万人です⁴⁵。

本県の現状と課題

- 2020（令和2）年度の、摂食障害の精神病床での入院患者数は54人であり、外来患者数は379人です⁴⁹。
- 適切な治療と支援によって回復が可能な疾患である一方、極度の脱水症状等の身体合併症があり、生命の危険を伴う場合もあることから、摂食障害の患者に対して身体合併症の治療や、栄養管理等を行う必要があります。
- 摂食障害への適時適切な対応を充実するため、摂食障害の治療・支援を行う医療機関の連携強化や、拠点機能の強化を図ることが重要です。
- 「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」に基づき、本計画において、摂食障害に対応できる医療機関を明確にする必要があります。

（9）てんかん

全国の患者動向

- 2020（令和2）年に医療機関を継続的に受療しているてんかんの総患者数は約42万人です⁴⁵。

本県の現状と課題

- 2020（令和2）年度の、てんかんの精神病床での入院患者数は890人であり、外来患者数は4,032人です⁴⁹。
- てんかん患者は、適切な診療、手術や服薬等の治療によって症状を抑えることができる、又は治癒する場合もあり、社会で活動しながら生活することができる場合も多いことから、てんかん患者が適切な服薬等を行うことができるよう、てんかんに関する正しい知識や理解の普及啓発を推進する必要があります。
- てんかん患者にとって、どの医療機関を受診すればよいか分からないことが課題とな

っています。

- 「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」に基づき、本計画において、てんかんに対応できる医療機関を明確にする必要があります。

(10) 精神科救急

全国の状況

- 国の精神科救急医療体制整備事業報告に基づく 2020（令和 2）年度の夜間・休日の受診件数は約 3.5 万件（人口 100 万人あたり 1 日 0.79 件）、入院件数は約 1.7 万件（同 0.38 件）となっています⁵⁵。
- 消防庁の調査では、2020（令和 2）年中の疾病分類別収容平均所要時間（入電から医師引継ぎまでの時間）において、全体の平均が 40.6 分であったのに対して、精神疾患を主な理由として搬送された疾病者の平均は 44.2 分と、長い時間がかかりました⁵⁶。

本県の現状と課題

- 精神保健福祉法において、都道府県は精神障害の救急医療が適切かつ効率的に提供されるよう、精神科救急医療体制の整備を図るよう努める必要があるとされており、本県では精神障害者及びその家族等からの緊急的な精神医療相談に適切に対応するため、精神科救急情報センターを設置するとともに、県内の各精神科病院の協力のもと、輪番制により入院及び受診に対応しています。
- 「精神科救急医療体制整備事業」における本県の 2023（令和 4）年度の相談件数は 2,717 件であり、うち受診・入院件数は 103 件でした。
- 精神障害者の場合、地域生活へと移行した後においても、突発的に医療が必要となる事態が想定されることから、精神障害者が地域において生活を営む上で、精神科救急が適切に提供されることが重要です。
- 本県の精神科救急医療体制については、2015（平成 27）年 10 月の見直しにより、従前の東西 2 圏域での体制を全県 1 圏域として運営しており、当番病院が遠隔地となることもあります。精神科救急参画医療機関等で構成する検討会議で、精神科救急に関する諸課題について継続的に検討を行っていますが、制度の維持と更なる円滑な運営を図っていくことが重要です。
- 「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」に基づき、本計画において、精神科救急に対応できる医療機関を明確にする必要があります。

(11) 身体合併症

全国の状況

- 身体合併症対応については、精神科救急医療を担う医療機関の多くは精神科単科の医療機関であり、受入れが困難である場合も少なくありません。一方、精神科以外の診療科においては、患者が精神疾患を合併している場合の対応に苦慮していることが多い点も指摘

⁵⁵ 厚生労働科学研究「精神科救急医療体制整備の均てん化に資する研究」（研究代表者 杉山直也）（令和 3 年度）

⁵⁶ 総務省消防庁「令和 3 年版 救急・救助の現況」（令和 3 年）

されています。

- 身体疾患と精神疾患ともに入院による治療を必要とする患者が発生する割合は人口 1 万人対年間 2.5 件と推計されています⁵⁷。救命救急センターの入院患者のうち、12%の入院患者は何らかの精神科医療を必要とし、2.2%の入院患者は身体疾患と精神疾患ともに入院による治療を必要とするとされています⁵⁸。

本県の現状と課題

- 2020（令和 2）年度の精神科入院患者で重篤な身体合併症の診療を受けた患者数は 474 人です⁴⁹。
- 「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」に基づき、本計画において、精神障害者の身体合併症に対応できる医療機関を明確にする必要があります。
- 新型コロナウイルス感染症を含めた新興感染症について、定期的に外来を受診又は在宅医療を受けている精神疾患を有する患者が新興感染症に罹患した場合や、精神病床に入院した患者が新興感染症に罹患した場合等に対応が可能な医療機関を明確にする必要があります。

(12) 自殺対策

全国の状況

- 警察庁の自殺統計原票を集計した結果によれば、我が国の自殺者数は、2010（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症状等が悪化したことなどにより、2020（令和 2）年に増加に転じました。2022（令和 4）年の自殺者数は 21,881 人となり、対前年比では 874 人（約 4.2%）の増加となりました⁵⁰。男女別にみると、男性は 13 年ぶりの増加、女性は 3 年連続の増加となり、小中高生は 514 人と過去最多となりました⁵⁰。
- 日本の自殺死亡率は、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。特に、年代別の死因順位をみると、10～39 歳の各年代の死因の第 1 位は自殺となっています⁵⁹。

本県の現状と課題

- 本県の自殺者数は、2003（平成 15）年の 356 人をピークに減少傾向にありましたが、新型コロナウイルス感染症が拡大した 2020（令和 2）年に増加に転じ、その後は減らない状況が続いています。直近の 2022（令和 4）年の自殺者数は 198 人です⁶⁰。
- また、本県の自殺死亡率（人口 10 万人あたりの自殺死亡者数）は、全国平均より高い状態が続いており、2022（令和 4）年は 19.8 であり、全国平均の 17.4 よりも高くなっています⁶⁰。
- 自殺の原因・動機では「健康問題」が 46.4%と、最も高い割合となっています⁵⁰。

⁵⁷ 厚生労働科学研究「精神科医療、特に身体疾患や認知症疾患合併症例の対応に関する研究」（研究代表者 黒澤尚）（平成 19 年度）

⁵⁸ 厚生労働科学研究「精神科病棟における患者像と医療内容に関する研究」（研究代表者 保坂隆）（平成 18 年度）

⁵⁹ 厚生労働省「自殺対策白書」（令和 4 年度版）

⁶⁰ 厚生労働省「人口動態統計」

- 自殺対策基本法に基づき 2018（平成 30）年 4 月に策定した「富山県自殺対策計画」を踏まえ、自殺対策を更に推進する必要があります。
- 2022（令和 4）年 10 月に国の第 4 次「自殺総合対策大綱」が策定され、子ども・若者、女性の自殺対策の強化など総合的な自殺対策のさらなる推進等が新たに規定されました。本県の実情を踏まえた対応が求められます。
- 子どもが自ら命を絶つことのないよう、関係機関と連携して、医療機関としてできるケアを引き続き実施していくことが重要です。（小児医療の項参照）

（13）災害精神医療

①災害派遣精神医療チーム（DPAT：Disaster Psychiatric Assistance Team）

全国の状況

- 2023（令和 5）年 1 月時点で、全国 46 都道府県において災害派遣精神医療チーム（DPAT）先遣隊が整備されています。

本県の現状と課題

- 本県では 1 病院において、DPAT 先遣隊が整備されています。
- 平時において DPAT の研修を継続し、災害発生時に迅速な対応ができるよう体制整備をしておく必要があります。
- 「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」に基づき、本計画において、災害精神医療に対応できる医療機関を明確にする必要があります。

②災害拠点精神科病院

全国の状況

- 2023（令和 5）年 1 月時点で、全国 22 都道府県において災害拠点精神科病院が整備されています。

本県の現状と課題

- 「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」に基づき、災害拠点精神科病院の指定について検討する必要があります。

（14）医療観察法における対象者への医療

全国の状況

- 2005（平成 17）年 7 月の心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成 15 年法律第 110 号。以下「医療観察法」という。）の施行から 2020（令和 2）年 12 月末までの地方裁判所の当初審判における入院処遇決定は 3,695 件、通院処遇決定は 678 件となっています⁶¹。2022（令和 4）年 4 月 1 日時点における入院者数は 818 名であり、その疾病別内訳は、統合失調症等（F2）が約 83.4%、次いで精神作用物質使用による精神および行動の障害（F1）及び気分障害（F3）が約 10.6%です⁶²。

本県の現状と課題

⁶¹ 法務省「犯罪白書」（令和 3 年度版）

⁶² 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課調べ

- 本県における医療観察法の指定入院医療機関である精神科病院は1病院、指定通院医療機関である精神科病院は7病院となっています。
- 指定通院医療機関の所在地に偏りがあり、通院患者が継続的に通院するうえでは課題があります。
- 入院医療において治療抵抗性統合失調症治療薬を使用している対象者が円滑に退院できるように、治療抵抗性統合失調症治療薬の使用可能な指定通院医療機関の一層の確保を図る必要があります。

第3 圏域の設定

精神疾患における圏域は、新川医療圏、富山医療圏、高岡医療圏、砺波医療圏の4圏域とします。

- 本計画では、統合失調症、うつ病・躁うつ病、認知症、児童・思春期精神疾患及び発達障害、依存症などの多様な精神疾患等に対応できる医療連携体制の構築に向けて、多様な精神疾患等ごとに、医療機関の役割分担・連携を推進するとともに、患者本位の医療を実現していけるよう、各医療機関の医療機能を明確化します。
- 医療法に基づく医療機能情報をもとにすれば、新川医療圏、富山医療圏、高岡医療圏、砺波医療圏の4圏域については、圏域によって医療機関数に偏りは見られるものの、各圏域で、多様な精神疾患等についてその医療を提供できる体制にあります。
- これまでも様々な会議等の開催による連携体制の構築、関係者の理解促進・協力を図っていますが、これらは厚生センターの所管区域など2次医療圏の範囲内で行うことが多いことから、精神医療圏についても、新川医療圏、富山医療圏、高岡医療圏、砺波医療圏の4圏域とすることが、地域の連携の推進には望ましいと考えられます。
- 精神障害者が地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築を進めることが重要です。障害福祉計画においては、障害福祉圏域ごと及び市町村ごとに保健・医療・福祉関係者による協議の場を設置することが成果目標とされていることから、障害保健福祉圏域と合わせ、精神医療圏も4圏域とすることにより、保健・医療と福祉分野との連携が図りやすくなると考えられます。

第4 医療機能の明確化

- 精神疾患の現状を踏まえ、行政と医療、障害福祉サービス、介護サービス等の顔の見える連携を推進し、精神保健医療福祉上のニーズを有する方が、その意向やニーズに応じ、切れ目なくこれらのサービスを利用し、安心してその人らしい地域生活を送ることができるよう、地域における多職種・多機関が有機的に連携する体制の構築を進める必要があります。
- 本計画では、多様な精神疾患等ごとに、医療機関の役割分担・連携を推進するとともに、患者本位の医療を実現していけるよう、各医療機関の医療機能の明確化を行います。

<対象とする疾患等>

- (1) 統合失調症
 - (2) うつ病・躁うつ病
 - (3) 認知症
 - (4) 児童・思春期精神疾患及び発達障害
 - (5) 依存症（アルコール依存症、薬物依存症、ギャンブル等依存症）
 - (6) 外傷後ストレス障害（PTSD）
 - (7) 高次脳機能障害
 - (8) 摂食障害
 - (9) てんかん
 - (10) 精神科救急
 - (11) 身体合併症
 - (12) 災害精神医療
 - (13) 医療観察法における対象者への医療
- 「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」では上記のほか、自殺対策も挙げられていますが、自殺対策は医療機能の明確化からは除きます。自殺対策については、自殺の背景には精神保健上の問題だけでなく、過労、生活困窮、育児や介護疲れ、いじめや孤立など様々な社会的要因があるとされており、県自殺対策計画で対応します。
 - 医療機能の明確化にあたり、上記の疾患等に対応した医療機関の名称を明らかにします。対象とする医療機関は、精神保健福祉資料（630 調査）の対象機関のうち訪問看護ステーションを除いた、精神科・心療内科を標榜している病院、診療所及び、精神科、心療内科を持たない公立病院、公的病院等とします。

医療機能の明確化の基準

- 医療機能の明確化にあたり、多様な精神疾患等ごとに、各医療機能の内容（目標、医療機関に求められる事項）を設定する必要があります。「精神疾患の医療体制の構築に係る指針」を基本とし、都道府県連携拠点機能を担う医療機関、地域連携拠点機能を担う医療機関、地域精神科医療提供機能を担う医療機関の3分類について、その基準を設定します。

(1) 都道府県連携拠点機能

目 標

- ・患者本位の精神科医療を提供すること。
- ・ I C F（国際生活機能分類 WH02001年：International Classification of Functioning, Disability and Health）の基本的考え方を踏まえながら多職種協働による支援を提供すること。
- ・地域の保健医療福祉介護の関係機関との連携・協力を行うこと。
- ・医療連携の都道府県拠点の役割を果たすこと。
- ・情報収集発信の都道府県拠点の役割を果たすこと。
- ・人材育成の都道府県拠点の役割を果たすこと。
- ・地域連携拠点機能を支援する役割を果たすこと。

医療機関に求められる事項

- ・患者の状況に応じて、適切な精神科医療（外来医療、訪問診療を含む。）を提供するとともに、精神症状悪化時等の緊急時の対応体制や連絡体制を確保すること。
- ・精神科医、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、公認心理師等の多職種によるチームによる支援体制を作るよう努めること。
- ・医療機関（救急医療、周産期医療を含む。）、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等と連携し、生活の場で、必要な支援を提供するよう努めること。
- ・県全域や地域の連携を深めるための会議等への参加や運営支援に努めること。
- ・積極的な情報発信に努めること。
- ・特定の疾患について、県全域の医療機関の状況を概ね把握しており、患者の状況に応じて適切な医療機関へつなぐことができること。
- ・多職種や専門職に対する研修の企画・実施、研修への参加や運営支援に努めること。

(2) 地域連携拠点機能

目 標

- ・患者本位の精神科医療を提供すること。
- ・ I C Fの基本的考え方を踏まえながら多職種協働による支援を提供すること。
- ・地域の保健医療福祉介護の関係機関との連携・協力を行うこと。
- ・医療連携の地域拠点の役割を果たすこと。
- ・情報収集発信の地域拠点の役割を果たすこと。
- ・人材育成の地域拠点の役割を果たすこと。
- ・地域精神科医療提供機能を支援する役割を果たすこと。

医療機関に求められる事項

- ・患者の状況に応じて、適切な精神科医療（外来医療、訪問診療を含む。）を提供するとともに、精神症状悪化時等の緊急時の対応体制や連絡体制を確保すること。
- ・精神科医、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、公認心理師等の多職種によるチームによる支援体制を作るよう努めること。
- ・医療機関（救急医療、周産期医療を含む。）、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所、

居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等と連携し、生活の場で必要な支援を提供すること。

- ・地域の連携を深めるための会議等への参加や運営支援に努めること。
- ・積極的な情報発信に努めること。
- ・特定の疾患について、地域の医療機関の状況を概ね把握しており、患者の状況に応じて適切な医療機関へつなぐことができること。
- ・多職種による研修の企画・実施、研修への参加や運営支援に努めること。

(3) 地域精神科医療提供機能

目 標

- ・患者本位の精神科医療を提供すること。
- ・地域の保健医療福祉介護の関係機関との連携・協力を行うこと。

医療機関に求められる事項

- ・患者の状況に応じて、適切な精神科医療（外来医療、訪問診療を含む。）を提供するとともに、精神症状悪化時等の緊急時の対応体制や連絡体制を確保すること。
- ・医療機関（救急医療、周産期医療を含む。）、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等と連携するよう努めること。

本県における医療機能の明確化への対応

- 上記を踏まえた、多様な精神疾患等についての医療機能の明確化を行います。
- なお、疾患等によっては、都道府県連携拠点機能を担う医療機関、地域連携拠点機能を担う医療機関、地域精神科医療提供機能を担う医療機関を設定しないものもあります。

第5 精神疾患の医療提供体制の主な施策

(1) こころの健康づくりの推進

- 県民一人ひとりがこころの健康の大切さを認識し、こころの健康づくりに取り組むとともに、心の不調に気付いたときに早期に相談や受診できるよう、心の健康に関する正しい知識の普及啓発を行います。
- 精神障害者の生活実態やニーズを踏まえた、こころの健康づくりに関する施策を推進します。
- 厚生センター・富山市保健所や心の健康センター等における相談体制の充実、こころの健康に関する啓発活動に取り組みます。
- 県民にとって身近な窓口となる市町村や民間団体、各種支援機関等と連携しながら、相談者やご家族等の心に寄り添った相談しやすい体制を整備します。
- ひきこもり地域支援センター等において、本人や家族への相談支援を行うとともに、医療、保健、福祉、教育、就労等の関係機関とのネットワークの構築を推進し、連携してひきこもり支援に取り組みます。
- 市町村が行う精神保健に関する相談支援に対し、人材育成研修等による重層的な支援体制整備を行います。

(2) 精神障害者の地域移行の推進

- 病院の専門職が、退院支援委員会等を通じた地域支援関係者との連携強化や患者及び家族への情報提供の充実等を通して、精神科病院に長期入院している精神障害者の地域生活への移行や、新規入院患者の早期退院を推進できるよう支援します。
- 入院患者が高齢化していることから、保健、医療、福祉と高齢介護分野との連携を推進しながら、地域生活へ移行できるよう支援します。
- 精神障害者の地域移行のための普及啓発を図り、精神障害者家族の交流や相談のための事業を実施します。
- 地域移行の受け皿となるグループホームの整備を推進します。
- 相談支援専門員の育成・確保と相談スキルの向上のため、研修を開催します。
- 精神障害者支援に関する研修を実施し人材育成を行うことで、精神障害者へのサービスの質の向上と、より多くの事業所で精神障害者の受入れができる体制の整備を行います。
- ピア・フレンズやメンタルヘルスサポーター等の、地域生活を支援する人材の養成を推進し、地域における受入基盤の拡充を進めます。
- 多職種チームによるアウトリーチなど、精神障害者本人や家族が安心して地域生活を継続できる支援体制を整備し、保健、医療、福祉等の関係機関との連携を強化します。
- 症状が悪化した場合や緊急対応が必要な場合に、安心して相談や医療が受けられるよう、精神科救急医療体制の円滑な運用に努めます。
- 本計画において医療機能の明確化を図ることで、医療機関相互の連携を促進し、患者に適切な医療を提供することができるよう努めます。
- 医療機能情報提供制度に基づき、医療機関から報告された情報を「とやま医療情報ガイド」ホームページで公表し、県民への適切な情報提供に努めます。

(3) 多様な疾患等への対応

統合失調症

- 治療抵抗性統合失調症治療薬や閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法（mECT）等の専門的治療方法が、必要な時に必要な場所で受けられる、地域連携体制の構築について検討します。

うつ病・躁うつ病

- うつ病の可能性について判断できるように、内科等の身体疾患を担当する医師等と精神科医との連携を推進するため、精神科医・一般科医うつ病連携体制整備事業を実施します。
- かかりつけの医師をはじめとする地域の医療機関と連携を推進するため、かかりつけ医うつ病対応力向上研修事業を実施します。
- 周産期保健医療地域連携ネットワーク会議の開催、研修会・事例検討会・連絡会の開催や相談支援を実施します。

認知症

- 国がとりまとめた認知症施策推進大綱に沿った取組みを進めます。
- 認知症の人への偏見をなくし、正しい理解と地域全体の見守り体制を作るため、認知症サポーターの養成研修等を実施します。
- 生活習慣病予防対策やフレイル予防などにより認知症発症予防を行う市町村の活動を支援します。
- 認知症に関する専門相談、鑑別診断など専門医療の提供や、地域における認知症疾患の保健医療水準の向上を図る観点から、認知症疾患医療センターの運営を支援します。
- 医療従事者を対象とした認知症対応力向上研修を開催します。
- 認知症初期集中支援チームの体制整備への支援や資質向上に向けた研修等を実施します。
- 介護現場での効果的な対応ができるよう、認知症介護に関する研修を開催します。
- 認知症地域支援推進員活動の活性化に向けた好事例紹介や情報交換等を行うほか、市町村や関係機関の連携による広域見守り体制の整備を通じ、認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりを推進します。
- 若年性認知症相談・支援センターを設置し、若年性認知症の人やその家族が交流できる居場所づくりを進めるとともに、若年性認知症の人の特徴に配慮した就労・社会参加支援の推進、相談支援、関係者研修等を実施します。

児童・思春期精神疾患及び発達障害（小児医療の項も参照）

- 発達障害、虐待によるトラウマなど、こころの問題に悩む子どもに対し、県リハビリテーション病院・こども支援センターなど専門的機関と地域の医療機関が連携し、継続的に診療できるシステムを体系化し構築します。
- 富山大学に設置した寄附講座（こどものこころと発達診療学講座）において、子どものこころの診療を専門とする児童精神科医や小児科医等の育成を充実します。
- 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、幼児期から高齢期までのライフステージに応じた、高度で専門的なりハビリテーション医療の提供をはじめ、障害者（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。
- 県医師会と連携して研修を開催するなど、発達障害者に身近なかかりつけ医等の発達障

害への対応力の向上を図ります。

依存症

- 「富山県アルコール健康障害対策推進計画」及び「富山県ギャンブル等依存症対策推進計画」に基づき、依存症対策を推進します。
- かかりつけ医が精神科等の専門医師との連携方法等を修得するための研修を実施し、依存症の早期発見・早期治療につなげられる体制を整備します。
- 心の健康センターにおいて、相談対応、研修会、家族教室、依存症回復プログラムを実施します。
- 心の健康センター内に設置している富山県依存症相談支援センターにおいて、保健、医療、福祉、司法等の関係機関や、依存症対策に取り組む民間団体との連携を通じ、対策を推進します。

外傷後ストレス障害（PTSD）

- DV被害者への対応に関し、市町村や医療関係者向けの研修会を開催するとともに、民間団体が実施するDV被害者支援事業及びDV防止事業を支援します。
- カウンセリング等の充実により、犯罪被害者等への精神的・経済的支援を推進します。また、（公社）とやま被害者支援センターの活動支援、支援者の育成等を実施します。
- 「性暴力被害ワンストップ支援センターとやま」を設置しており、性暴力被害の潜在化の防止等を図るとともに、性暴力被害者の支援、医師や教員等への研修を実施します。

高次脳機能障害

- 富山県高次脳機能障害支援センターと医療機関との連携強化に努めます。
- 早期診断、早期支援につなげるとともに、就学（復学）、就労（復職）及び家族支援を包括的に行うため、医療・福祉・教育等、関係機関の連携を強化します。
- 家族・当事者が自身の体験をもとに「支援をする側」として活躍し、社会資源の1つとしてピアサポートを展開できるよう、ピアサポート事業を充実します。

摂食障害

- 摂食障害支援拠点病院の指定について検討します。

精神科救急

- 精神科救急参画医療機関等で構成する検討会議を開催し、精神科救急に関する諸課題について継続的に検討を行い、精神科救急医療システムの維持と更なる円滑な運営を図ります。
- 精神科救急情報センターによる、24時間365日の相談体制の維持に努めます。

身体合併症

- 新興感染症発生・まん延時の対応について、富山県感染症予防計画を踏まえて検討します。

自殺対策

- 「富山県自殺対策計画」に基づき、自殺対策を推進します。
- 心の健康センター内に設置した富山県自殺対策推進センターにおいて、保健・福祉・医療・労働・教育・警察等の関係機関と連携を図りながら、市町村や民間団体等に対し適切な助言や情報提供、研修等を行うとともに、市町村の自殺対策事業への支援等を行います。
- 心の悩みに関する相談を受け付ける「富山県こころの電話」の24時間365日の対応など、

相談支援体制の充実を図ります。

- 子どもが悩みを自分で抱えこみ追い詰められる前に、相談窓口へのアクセス方法を知らせるとともに、小児科医や児童精神科医等における専門的な治療に繋げる仕組みを、教育現場などと協力して検討します。(小児医療の項参照)

災害精神医療

- D P A T研修を開催し、災害時における精神医療体制及び被災地における支援体制を整備します。
- 災害拠点精神科病院の指定について検討します。

医療観察法における対象者への医療

- 医療観察法に対する関係者の理解を推進するため、関係機関と連携し、研修会の開催等を支援します。
- 関係機関と連携し、指定通院医療機関が増えるよう働きかけを進めます。

第6 数値目標

●総論

指標名及び指標の説明	現状値	全国値 (※は中央値)	目標	関連する計画
精神病床における入院後3ヶ月時点の退院率	62.2% (2020年)	62.8%※	68.9%以上 (2026年)	障害福祉計画
精神病床における入院後6ヶ月時点の退院率	75.5% (2020年)	79.8%※	84.5%以上 (2026年)	障害福祉計画
精神病床における入院後1年時点の退院率	83.6% (2020年)	87.8%※	91.0%以上 (2026年)	障害福祉計画
精神障害者の精神病床から退院後1年以内の地域での平均生活日数	326日 (2020年)	325日※	伸ばす	障害福祉計画
精神病床における急性期(3ヶ月未満)入院患者数	409人 (2022年)		471人 (2026年)	
精神病床における回復期(3ヶ月以上1年未満)入院患者数	422人 (2022年)		428人 (2026年)	
精神病床における慢性期(1年以上)入院患者数(65歳未満)	646人 (2022年)		584人 (2026年)	障害福祉計画
精神病床における慢性期(1年以上)入院患者数(65歳以上)	1,266人 (2022年)		986人 (2026年)	障害福祉計画

●こころの健康づくりの推進、精神障害者の地域移行の推進

指標名及び指標の説明	現状値	全国値 (※は中央値)	目標	関連する計画
ピア・フレンズ派遣登録者数	35人 (2022年)		53人 (2029年)	
アウトリーチ事業による支援対象者数(累計)	13人 (2022年)		25人 (2029年)	障害福祉計画
【新】厚生センター・保健所による訪問指導件数	640件 (2022年)		増加	障害福祉計画

●多様な精神疾患等への対応

指標名及び指標の説明	現状値	全国値 (※は中央値)	目標	関連する計画
<統合失調症>				
【新】統合失調症患者における治療抵抗性統合失調症治療薬の使用率	0.48% (2020年)	0.81%※	全国値 (中央値) (2029年)	
【新】閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法を実施した患者数	54人 (2020年)	6,854人	増加	
<認知症>				
認知症サポート医養成研修修了者数(累計)	147人 (2022年)	12,370人	171人 (2029年)	
かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者数(累計)	403人 (2022年)	72,299人	490人 (2029年)	
認知症疾患医療センター設置数	4か所 (2022年)	496か所	維持	
<依存症>				
生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の減少	男性:16.0% 女性:6.3% (2021年) (参考値)	男性:14.9% 女性:9.1%	男性:13.0% 女性:減少 (2027年)	アルコール健康障害対策計画、健康増進計画
妊娠中の飲酒をなくす	0.7% (2021年)	0.8%	0% (2027年)	アルコール健康障害対策計画
<摂食障害>				
【新】摂食障害支援拠点病院数	0か所 (2023年)	6か所	1か所 (2029年)	
<自殺対策>				
自殺死亡率(人口10万人あたりの自殺者数)	19.8人 (2022年)	17.4人	14.4人 (2026年)	自殺対策計画、健康増進計画

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）

第7 現状把握のための指標

●総論

指標名及び指標の説明	国 (※は中央値)	現状	参考値 (第7次計画 策定時等)	出典等
精神病床における入院後3ヶ月 時点の退院率	62.8%※	62.2% (2020年)	62% (2014年)	NDB
精神病床における入院後6ヶ月 時点の退院率	79.8%※	75.5% (2020年)	76% (2014年)	NDB
精神病床における入院後1年 時点の退院率	87.8%※	83.6% (2020年)	83% (2014年)	NDB
精神障害者の精神病床から退 院後1年以内の地域での平均 生活日数	325日※	326日 (2020年)		厚生労働行政推進 調査事業費補助金 (障害者政策総合 研究事業)「良質な 精神保健医療福祉 の提供体制構築を 目指したモニタリ ング研究」
精神病床における急性期(3ヶ 月未満)入院患者数		409人 (2022年)	548人 (2014年)	630調査
精神病床における回復期(3ヶ 月以上1年未満)入院患者数		422人 (2022年)	439人 (2014年)	630調査
精神病床における慢性期(1年 以上)入院患者数(65歳未満)		646人 (2022年)	906人 (2014年)	630調査
精神病床における慢性期(1年 以上)入院患者数(65歳以上)		1,266人 (2022年)	1,059人 (2014年)	630調査

●こころの健康づくりの推進、精神障害者の地域移行の推進

指標名及び指標の説明	国 (※は中央値)	現状	参考値 (第7次計画 策定時等)	出典等
ピア・フレンズ派遣登録者数		35人 (2022年)	23人 (2016年)	富山県調べ
アウトリーチ事業による支援対 象者数(累計)		13人 (2022年)	6人 (2015～ 2016年)	富山県調べ
【新】厚生センター・保健所によ る訪問指導件数		640件 (2022年)		富山県調べ

●多様な精神疾患等への対応

指標名及び指標の説明	国 (※は中央値)	現状	参考値 (第7次計画 策定時等)	出典等
<統合失調症>				
【新】統合失調症患者における治療抵抗性統合失調症治療薬の使用率	0.81%※	0.48% (2020年)		NDB
【新】閉鎖循環式全身麻酔の精神科電気痙攣療法を実施した患者数	6,854人	54人 (2020年)		NDB
<認知症>				
認知症サポート医養成研修修了者数(累計)	12,370人	147人 (2022年)	76人 (2016年)	厚生労働省資料
かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者数(累計)	72,299人	403人 (2022年)	304人 (2016年)	厚生労働省資料
認知症疾患医療センター設置数	496か所	4か所 (2022年)	4か所 (2017年)	厚生労働省資料
<依存症>				
生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の減少	男性:14.9% 女性:9.1%	男性:16.0% 女性:6.3% (2021年) (参考値)	男性:16.1% 女性:2.9% (2016年)	厚生労働省「国民健康・栄養調査」、富山県「県民健康栄養調査」
妊娠中の飲酒をなくす	0.8%	0.7% (2021年)	1.6% (2016年)	厚生労働省「健やか親子 21(第2次)」の指標に基づく乳幼児健康診査必須問診項目に係る調査
<摂食障害>				
【新】摂食障害支援拠点病院数	6か所	0か所 (2023年)		厚生労働省資料
<自殺対策>				
自殺死亡率(人口10万人あたりの自殺者数)	17.4人	19.8人 (2022年)	17.7人 (2016年)	厚生労働省「人口動態統計」

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)

(6) 救急医療の体制

第1 救急医療の概要

(はじめに)

富山県における救急搬送人数は、2019（令和元）年に41,636人（全国：598万人）と過去最多となり、救急医療の需要は増加しています⁶³。2020（令和2）年には、新型コロナウイルス感染症のまん延の影響を受け、37,733人（全国：約529万人）に減少しましたが、2021（令和3）年には40,504人（全国：約549万人）⁶²と、救急医療の需要が増加する傾向は今後も続くことが予想されます。

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するためには、地域の救急医療機関が連携するとともに、救急治療後の医療を担う医療機関など地域が一体となって、全ての救急患者に対応できる体制を構築することが重要です。

(新型コロナウイルス感染症まん延時の救急医療の動向)

今般の新型コロナウイルス感染症まん延において、新型コロナウイルス感染症患者受入専用の検査・診療室を確保したため、救急外来における診療スペースの減少、疑い患者を救急外来等で隔離するため、同時に受け入れができる救急患者数を制限せざるをえなかったこと、入院が必要な患者へのスクリーニング検査による待機時間の発生などが生じ、救急外来の機能が制限されました。

また、新型コロナウイルス感染症患者を受け入れる病床を確保するため一般病床を減らし対応したこと、医療従事者が濃厚接触や感染によって出勤できなくなるケースが発生したこと、さらに、退院や転院が滞ることによる出口問題が生じたこと等から、入院病床の機能も制限せざるをえない事態も経験しました。

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の使用が可能となっており、地域住民の病院前救護活動への参加がさらに期待されています。

⁶³ 消防庁「救急・救助の現況」

(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⁶⁴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ール（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。
- プロトコールの作成、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。

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、医療機関、大学病院、市町村等の協力により、休日夜間急患センターや在宅当番医等において実施され、救急搬送を必要としない多くの軽症患者の診療を担っています。

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を維持しています。

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。県内では現時点で2か所の施設が指定され、多くの救急車を受け入れ救命

⁶⁴ ①事前プロトコールの策定、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

救急医療を担当しています。一方、病院群輪番制における輪番病院の役割も担っていることから、負荷が大きくなっています。

- 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。

第2 必要となる医療機能

1. 医療機関の受診や救急車の要請の相談に対応する機能

目 標

- 適切かつ速やかな救急要請を行う、あるいは病態に応じた適切な医療機関への受診が行われること

関係者に求められる事項

(住民等)

- 重篤である等緊急治療が必要だと疑った場合は、迷わず速やかに救急車の要請を行うこと
- 病態に応じた適切な医療機関への受診ができるよう、「救急ハンドブック」や「医療情報ガイド」等の活用を図ること。また、救急車を呼ぶかどうか迷ったら、かかりつけ医に相談すること

2. 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、子ども医療電話相談（#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
- 人生の最終段階においてどのような医療・ケアを望むかについて日頃から話し合うこと

(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、ドクターカー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

(地域の救急医療関係者)

- 医療関係者、介護関係者は、地域包括ケアシステムやアドバンス・ケア・プランニング(ACP^{*})に関する議論の場等において、患者の希望する医療・ケアについて必要な時に確認できる方法について検討すること
- 自治体や医療従事者等は、患者や家族等が、人生の最終段階においてどのような医療・ケアを望むかについて日頃から話し合うよう促すこと
- ACPに関する議論や救急現場における心肺蘇生を望まない心肺停止患者への対応方針等は、地域の実情に応じ地域の多様な関係者が協力して検討すること

*ACP：人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス

3. 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により、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）

4. 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、当番日には原則として、全ての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
- 急性期を乗り越えた患者が安心して治療・療養が続けられるよう、救急医療提供後の post-acute、sub-acute の時期の医療提供を行う医療機関や介護施設等と連携していること

医療機関の例

- 病院群輪番制病院
- その他の救急病院（救急告示病院）

5. 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 日受け入れる体制を整備していること
- 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
- 急性期を乗り越えた患者が安心して治療・療養が続けられるよう、急性期医療提供後の

post-acute、sub-acute、recovery の時期の医療提供を行う医療機関や介護施設等と連携していること

- 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
- DMA T⁶⁵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）

6. 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病床を有する病院
 - ・往診又は訪問診療が可能で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

⁶⁵ DMA T : Disaster Medical Assistance Team (災害派遣医療チーム)

第3 救急医療の現状

1. 救急医療をとりまく状況

全国における一日の救急患者（救急車等によって救急搬送される患者や、休日・夜間等の通常の診療時間外に医療機関を受診する患者等を指す。以下、「救急患者」という）は約5万人であり、うち約1.3万人が入院していると推測されます⁶²。

（救急搬送人員数）

救急搬送人員は、人口10万人あたり、2014（平成26）年には3,435人（全国：4,209人）でしたが、2019（令和元）年には3,904人（全国4,736人）、2020（令和2）年には3,573人（全国：4,164人）、2021（令和3）年には3,866人（全国：4,336人）、2022（令和4）年は4,527人（全国：4,937人）を数えるなど、増加傾向にあります⁶²。その背景の一つに、高齢化の進展が挙げられています。

なお、2020年から2022年にかけて新型コロナウイルス感染症の感染拡大が広がっていたことに留意が必要です。

（高齢者救急の状況）

救急搬送された高齢者（満65歳以上）についてみると、2010（平成22）年には19,474人（全国：約254万人）となっていますが、2020（令和2）年には、26,304人（全国：約330万人）を数え、この10年間で6,830人増（全国：約76万人増）となっています⁶²。

県における救急搬送者全体に占める高齢者の割合は、2019（令和元）年には66.7%の27,791人（全国：60.0%）、2020（令和2）年には69.7%の26,304人（全国：62.3%）、2021（令和3）年には69.5%の28,159人（全国：61.9%）、2022（令和4）年には69.9%の32,818人（全国：62.1%）となり⁶²、今後さらに、高齢者の増加に伴い高齢者救急の件数は増加するものと見込まれています。

（疾病構造の変化）

全国では、2010（平成22）年には急病が61.8%（約308万人）、2020（令和2）年には65.2%（約345万人）を占めるに至り、この10年間で急病の救急搬送人員は37万人増加しています⁶²。今後も急病の対応が増加し、特に、高齢者救急の増加に伴い、脳梗塞、肺炎、心不全、骨折などによる入院が増加すると見込まれます。

（全国的にみた救急患者の動向）

2020（令和2）年における急病の救急搬送人員のうち、「重症」と「死亡」に分類された数をみると、「心疾患等」が最も多く約8.6万人、次いで「症状・徴候・診断名不明確の状態」が約7.6万人、「脳疾患」が約6.6万人となっています。急病のうち死亡が最も多いのは「心疾患等」であり「死亡」に占める割合は40.7%です⁶²。

このため、重篤な患者の救命救急医療体制を構築するためには、外傷に加えて脳卒中や急性心筋梗塞等の生活習慣の救急患者への対応が重要となります。

また、救急搬送患者のうち、診察の結果、帰宅可能となる「軽症患者」が約半数を占めているため、真に救急対応が必要な者が受診するよう、住民に理解を促すことが重要です。

富山県において、令和3年中に救急搬送された40,504人の37.5%が軽症（外来診療のみ）、50.3%が中等症（入院治療）、10.8%が重症（長期入院）となっていました⁶⁶。

（搬送体制）

- 県における救急救命士は、2015（平成27）年には254人、人口10万人当たりで23.4人（全国：20.3人）であり、2022（令和4）年4月1日現在で269人、人口10万人当たりで25.9人（全国：25.2人）となっています⁶⁷。
- 救急要請（覚知）から救急医療機関までの搬送時間は、2014（平成26）年は30.2分（全国：39.4分）、2020（令和2）年は32.2分（全国：40.6分）、2021（令和3）年は33.6分（全国：42.8分）となっています。なお、コロナウイルス感染症の感染拡大の影響に留意が必要です。
- 救急車の受入れ困難事例については、2014（平成26）年度は現場滞在時間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%）、2020（令和2）年度はそれぞれ0.7%（全国5.3%）、0.5%（全国：3.2%）となりました。

（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。住民の救急蘇生法講習の受講率は、普通・上級講習の人口1万人当たりで2021（令和3）年は52.5人（全国：37.3人）と、県民の意識は高い状況にあります。
- 心肺機能停止傷病者全搬送人員のうち、一般市民により除細動が実施された件数は、2014（平成26）年には5件でしたが、2021（令和3）年には14件となっています。
- 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）について、まず、1か月後の生存率は2014（平成26）年では11.6%（全国：12.2%）、2021（令和3）年では13.0%（全国：11.1%）となっています。次に、1か月後の社会復帰率は2014（平成26）年では6.8%（全国：7.8%）でしたが、2021（令和3）年では8.3%（全国：6.9%）と上昇しています。
- 救急搬送者のうち入院が不要であった軽症者の割合は、2021（令和3）年では37.5%（全国：44.8%）となっています。
- 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、2022（令和4）年度は、要請件数650件、搬送人員307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。南砺市民病院においては「地域密着型ドクターカー」が運用されています。

⁶⁶ 県消防課「富山県消防防災年報」

⁶⁷ 救急医療の体制構築に係る現状把握のための指標

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・助言体制の確立等、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地域への助言・調整を行っています。
- 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ました。現在は、救急救命士による医師の包括的指示に基づく気管挿管、薬剤投与など特定行為が行われ、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や救急救命士の研修の充実についても検討しています。

3. 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。
- 2020（令和2）年10月現在、初期救急医療体制を有する病院は20施設、人口10万人当たりで1.9施設（全国：1.2施設）と全国より多くなっています。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21.5%で、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。
- 2023（令和5）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。

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、2023（令和5）年4月現在、20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17施設あります。
- 2022（令和4）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5.9万人であり、そのうち72.2%は入院の必要のない比較的軽症の患者となっています⁶⁸。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る状態になっています。
- 2021（令和3）年度の緊急入院患者における退院調整・支援の実施件数（レセプト件数）は人口10万人当たり807件（全国：617件）と全国より多くなっています。

5. 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

⁶⁸ 県医務課調べ

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 365 日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。
- 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。
- 2022（令和 4）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 2.5 万人であり、そのうち 66.6%は入院の必要のない比較的軽症の患者となっています⁶⁷。
- 第 3 次救命救急センターを受診する軽症患者数が増加しており、真に救命救急医療を要する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。
- 2021（令和 3）年の救命救急センターの救急担当専任医師数は 12 人、人口 10 万人当たり 1.1 人（全国：2.6 人）、看護師数は 128 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。
- 2020（令和 2）年の集中治療室を有する病院数は 8 施設、人口 10 万人当たり 0.8 施設（全国：0.5 施設）、集中治療室病床数は 49 病床、人口 10 万人当たり 4.6 床（全国：5.0 床）と全国より少なくなっています

6. 救命期後医療

- 2023（令和 5）年 8 月現在、療養病床を有する病院が 50 施設、精神病床を有する病院が 27 施設、回復期リハビリテーション病棟を有する病院が 8 施設あります⁶⁷。

第4 救急医療の提供体制における主な課題と施策

【目標】 限りある医療資源の中で、地域の救急医療機関が連携し地域が一体となって、より質の高い救急医療を提供します。

【救急車の適正利用】

【課題①】

- 救急搬送件数は増加しており、第2次救急医療機関及び第2.5次医療機関を受診した者のうち約7割が軽症者であること等を踏まえ、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ため、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】

- 脳卒中や心血管疾患など、救命救急処置が必要と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。
- 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。

<施策>

- 脳卒中や心血管疾患など救命救急処置が必要と疑われる症状（17ページの救急図1参照）が出現した場合、速やかに救急搬送を要請するよう、また、疾患の重篤度や救急車要請の必要性に迷った場合、迅速かつ適切な医療機関（救急外来）受診の選択ができるよう、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。
- 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。

【病院前救護】

【課題③】

- メディカルコントロール体制の整備による救急救命士等による適切な活動（観察・判断・処置・搬送先医療機関の判断等）のより一層の充実が必要です。

<施策>

- 各消防本部（局）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医学的観点からの指示・

指導・助言や、救急活動の事後検証を行うなど、消防機関、医療機関、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。

- 病院前救護に加えて、救急外来における救急救命士の救命活動を推進するため、研修体制の推進に努めます。
- 医療機関と消防機関の連携による救急ワークステーション*の取組みを推進します。
*救急ワークステーション：医療機関に救急隊（救急車）を派遣し、医療機関において院内研修等を行うとともに医師による救急車同乗研修を行う体制

【高齢救急患者への対応】

〔課題④〕

- 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。
- 急性期を脱した患者で在宅への復帰が困難な患者について、引き続き医療や療養を提供する医療機関や介護施設等との連携の強化を図ることが重要です。

<施策>

- 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、市町村において、利用者や介護事業者等への周知を徹底します。
- 高齢患者、特に要介護高齢者の救急搬送においては、継続的な治療を受けている疾患を抱えながら体調を管理しなければならない等複合的な医療ニーズが背景にあります。このような要介護高齢者が、いったん救急搬送を要する状態にまで陥ると、その後の入院治療期間が長期にわたり、生活の質の低下につながりかねません。
このため、救急搬送が必要となるほど全身状態が悪化する前に、かかりつけ医に相談・受診するなど早めの手当てをこころがけるなど、日頃から体調管理や持病の治療継続に気を配ることも救急の適正受診にとって重要です。
- 治す医療とともに支える医療及び介護を必要とする高齢者の救急医療については、医療圏における医療資源や医療技術を活用しながら、医療機関間で連携・協力し、日常生活圏域である2次医療圏毎の受入れを基本とします。
なお、高度専門的な救急医療については、引き続き、症例の重症度等に応じて、他の医療圏にある高次医療機関と連携して対応します。
- 重度の合併症・後遺症のある場合や介護度が高い等の事情で在宅への復帰が困難な高齢患者について、高次の救急医療機関での救命期を乗り越えた後、回復期医療、慢性期医療、あるいは介護施設等と緊密に連携し、地域包括ケアの視点も含めた適切な医療・介護へとスムーズに移行する体制を充実することが必要です。
- 高齢患者が受診後に安心して生活できるよう、生活上の留意点に関する指導を行い、必要な支援へつなぐ体制を整備する必要があります。
- 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。なお、2020（令和2）年4月より南砺市民病院において「地域密着型ドクターカー」の運用を開始しています。

【初期救急医療】

初期救急医療は、診療所、休日夜間急患センターや在宅当番医制において、医師会、医療機関、大学病院、市町村等の協力により実施され、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きた実績があります。

一方、曜日、時間帯や初期救急を担う医療機関の診療科などが限られているところも多く、入院を要する救急医療を担う医療機関に、多くの軽症患者が直接受診しています。その結果、入院を要する救急医療を担う医療機関が本来担うべき救急医療に支障を来す可能性が指摘されています。

今後も軽症患者の救急需要の増大が予想されるため、あらためて初期救急医療の提供体制について関係者が一体となって検討していく必要があります。

〔課題⑤〕

- 医師会、医療機関、大学病院、市町村等関係機関が連携して、医師の働き方改革に対応しながら、休日夜間急患センターなど初期救急医療体制を維持・継続することが重要です。

＜施策＞

- 各医療圏において、急患センターの安定的な運営を維持するため、勤務体制や対応時間帯の見直しについて検討を行っています。
- 軽症の急患患者の診療を担う急患センターなど初期救急医療体制を継続し、医師の働き方改革に沿いながら、過度な負荷がかかっている2次輪番制の救急医療体制の維持に資するためにも、救急の適正受診と通常診療時間内の受診の重要性等について引き続き普及啓発を実施します。
- 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、充実に努めます。
- 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ます。

〔入院救急医療（第二次救急医療）、救命救急医療（第三次救急医療）〕

入院を要する救急医療を担う医療機関（第二次救急医療機関）は、脳卒中や急性心筋梗塞等に対する専門的な医療を要する患者を含め、救急搬送される患者を受け入れてきました。今後さらに増加が見込まれる高齢救急患者の受入れニーズも高まる中医師の働き方改革に沿いながら、増加するすべての救急患者に対応するため、各圏域の医療機関間で重症度・緊急度に応じた医療機能の分担を確認し連携をとりながら、医療圏ごとの特性に応じた二次輪番制の維持に努めます。

〔課題⑥〕

- 医師の働き方改革に対応し、かつ、救急医療の質の維持・向上に資するよう、救急部門の医師の確保が必要です。
- 第二次救急及び第三次救急医療機関において、役割の明確化と機能分担を推進することが重要です。
- 高度かつ特殊な救命救急医療の充実になお一層推進する必要があります。
- 第二次救急及び第三次救急医療機関への適正受診について、普及啓発を推進する必要があります。

あります。

<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（第三次救急）に対し、さらなる過度な負担が生じないための体制を引き続き検討する必要があります。
- 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。
- 今後、高齢患者を中心として増加が見込まれる救急医療において、真に救命救急医療が必要な患者に迅速に対応できるように、第3次救急医療機関として県立中央病院と厚生連高岡病院に整備されている救命救急センターが担っている救命救急医療機能を一層強固とする必要があります。

また、今後、県内の救命救急（第3次救急）医療を一層充実するため、専門性のさらに高い救急医療ニーズや救急患者の増加等に備え、富山大学附属病院における救急医療提供体制についても関係機関と連携しながら引き続き検討します。

- 指肢切断に対するマイクロサージェリー、広範囲熱傷や中毒等に対応する高度救命救急センターの在り方について、安定的かつ機動的に高度救命医療が提供できるよう、特定機能病院である富山大学附属病院と第3次救急医療機関の富山県立中央病院を中心として、関係機関と連携しながら引き続き検討します。

【高度救命救急センターの持つ機能イメージ】

- ① 第三次救命救急センターである
- ② 広範囲熱傷、指肢切断、急性中毒等の特殊疾病患者に対する診療機能を有する
- ③ 常時高度救命救急医療に対応できる医師の体制をとる。特に麻酔科等の手術に必要な要員を待機させている
- ④ 特殊疾病患者の診療体制に必要な看護師等医療従事者を常時確保し、特に手術に必要な動員体制をあらかじめ考慮している
- ⑤ 必要な医療機器を備えている
- ⑥ ACP等を基に患者の尊厳に最大限の配慮する体制を整備している

[救急医療に係る医師等医療人材の確保]

【課題⑦】

- 医師の働き方改革に対応しながら、救急医療に携わる医師等医療専門人材を育成し、確保することが重要です。

<施策>

1. 富山県臨床研修病院連絡協議会での取組みなどを通じて、臨床研修医の確保対策を推進します。
2. 専門研修プログラム合同説明会を富山大学医学部救急医学講座等と連携して開催し、救急医の確保・育成に努めます。

3. 救急科専門医等育成確保事業の一環として救急科専門医連絡会議を設置し、救急専門医養成プログラムを有する県内5病院（県立中央病院、富山大学附属病院、厚生連高岡病院、市立砺波総合病院、黒部市民病院）における救急専門医の連携・協力のもと、県の救急医療全体を視野に入れて、救急医の育成と救急医療の質の向上に取り組んでいます。

4. 医師の働き方改革への対応

【県の取組み】

- 医師の働き方改革について県民に周知を図り、救急外来への適切な受診につなげるなど、医師の負担軽減を図ります。

【医療機関と連携して実施する取組み】

- 医療現場の勤務環境の改善に向けた医療機関の取組みを支援します。

5. 特定診療科としての救急科

- 富山大学や金沢大学へ特別枠⁶⁹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・確保に努めます。

⁶⁹ 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、脳神経外科、感染症内科)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。)

脳卒中が疑われる症状例



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。
- ・ろれつが回らない、言葉がでない、他人の言うことが理解できない。
- ・力はあるのに、立てない、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、等



急性心筋梗塞が疑われる症状例

こんな症状が急にはじまったら・・・

- ・胸の中央が締め付けられるような、または圧迫されるような痛みが続く。
- ・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、等

こんなときはすぐに

119番

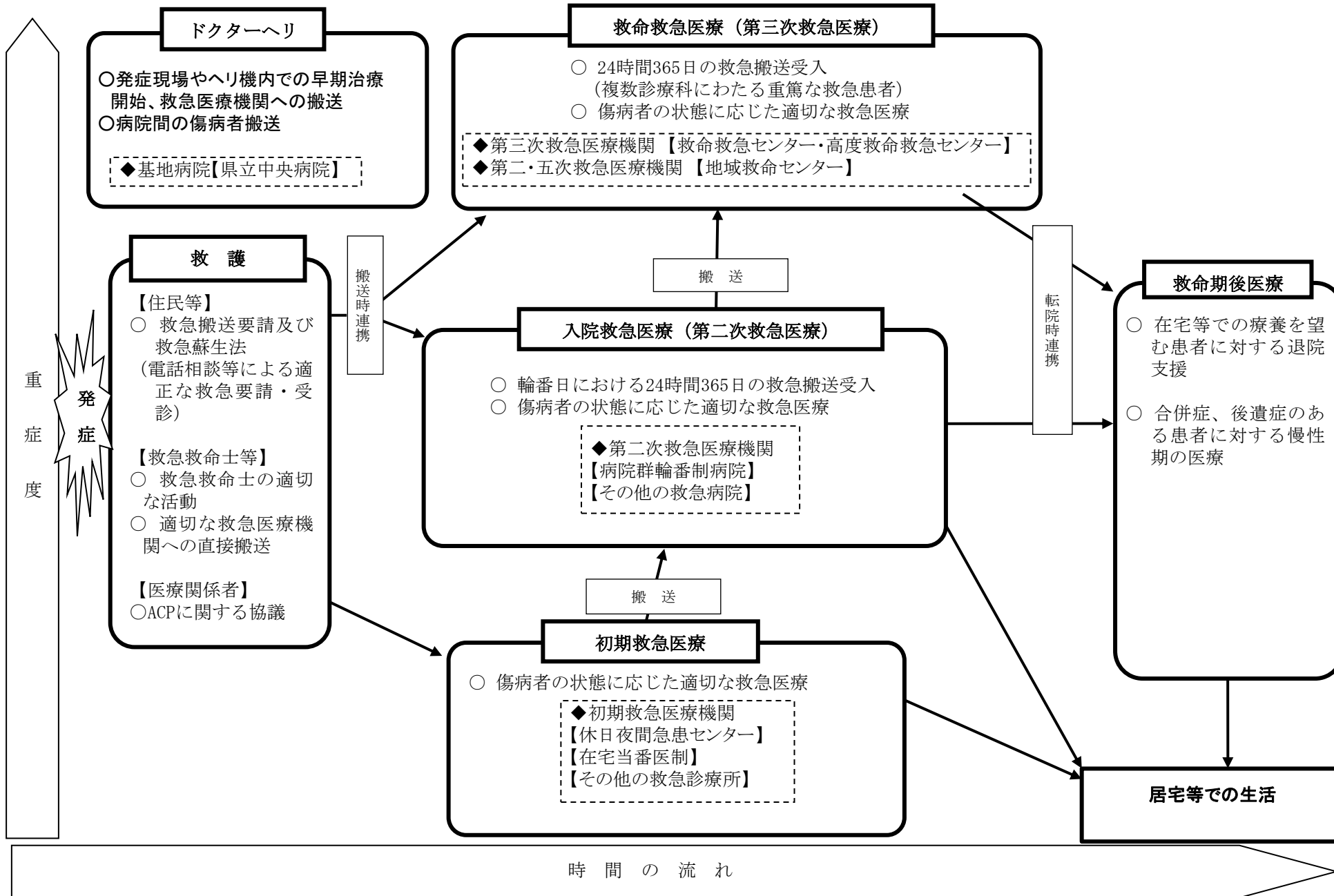
第6 数値目標

(2020年～2022年までは新型コロナウイルス感染症拡大時であることに留意が必要)

指標名及び指標の説明	現状	国	2029年	出典等
救急搬送者の軽症者*割合	41.2% (2018年)	48.8% (2018年)	低下	消防庁「救急・救助の現況」
	40.2% (2019年)	48.0% (2019年)		
	38.2% (2020年)	45.6% (2020年)		
	37.5% (2021年)	44.8% (2021年)		
救急搬送者全体に占める高齢者の割合	66.6% (2018年)	59.4% (2018年)	低下	消防庁「救急・救助の現況」
	66.7% (2019年)	60.0% (2019年)		
	69.7% (2020年)	62.3% (2020年)		
	69.5% (2021年)	61.9% (2021年)		
心肺停止患者の1か月後の社会復帰率	8.3% (2021年)	6.9%	上昇	消防庁「救急・救助の現況」(2021年)
救命救急センター受診者の軽症者割合	64.8% (2018年)	—	低下	県医務課調べ(2022年度)
	63.0% (2019年)			
	62.6% (2020年)			
	62.9% (2021年)			
	66.6% (2022年)			
第二次救急医療機関受診者の軽症者割合	70.5% (2018年)	—	低下	県医務課調べ(2022年度)
	70.3% (2019年)			
	68.9% (2020年)			
	70.8% (2021年)			
	72.2% (2022年)			
休日夜間急患センターの整備された医療圏数	4医療圏 (2023年)	—	4医療圏	県医務課調べ(2023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）

第7 救急医療の提供体制



救急医療を担う医療機関

2023（令和5）年4月現在



突然のこんな症状の時にはすぐ119番!!

高齢者

頭

- 頭半分が動きにくい、しびれる
- 笑うと口や顔の片方がゆがむ
- ろれつがまわりにくい
- 見える範囲が狭くなる
- 周りが二重に見える

胸や背中

- 突然の激しい頭痛
- 突然の高熱
- 息にふらつき、立ってられない
- 突然の激痛
- 急な息切れ、呼吸困難
- 旅行などの後に痛み出した
- 痛み場所が移動する

おなか

- 突然の激しい腹痛
- 血を吐く

手・足

- 突然のしびれ
- 突然、片方の腕や足に力が入らなくなる

意識の障害

- 意識がない(返事がない)又はおかしい(もうろうとしている)

けいれん

- けいれんが止まらない

けが・やけど

- 大量の出血を伴うけが
- 広範囲のやけど

吐き気

- 冷や汗を伴うような強い吐き気

飲み込み

- 物をのどにつまらせた

事故

- 交通事故や転落、転倒で強い衝撃を受けた

◎その他、いつもと違う場合、様子がおかしい場合◎
高齢者は自覚症状が出にくい場合もありますので注意しましょう。

迷ったら「かかりつけ医」に相談しましょう!

※発熱等の症状がある場合は、新型コロナウイルスに関する受診・相談センターに電話相談するか、速やかに発熱外来/かかりつけ医/地域外来/検査センターを受診しましょう。
 ※さらに、119番通報などの判断に迷った時は、お近くの救急相談窓口(＃7119等)にご相談下さい。

こんなときはすぐに119番へ



重大な病気やけがの可能性がります!

おとな

頭

- 頭半分が動きにくい、または、しびれる
- ニョコリ笑うと口や顔の片方がゆがむ
- ろれつがまわりにくく、うまく話せない
- 見える範囲が狭くなる
- 突然、周りが二重に見える
- 顔色が明らかに悪い

胸や背中

- 突然の激しい頭痛
- 突然の高熱
- 支えなしで立てないくらい息にふらつく
- 突然の激痛
- 急な息切れ、呼吸困難
- 胸の中央が締め付けられるような、または圧迫されるような痛みが2〜3分続く
- 痛み場所が移動する

おなか

- 突然の激しい腹痛
- 激しい腹痛が持続する
- 血を吐く
- 便に血が混ざるまたは、真っ黒い便が出る

手・足

- 突然のしびれ
- 突然、片方の腕や足に力が入らなくなる

意識の障害

- 意識がない(返事がない)またはおかしい(もうろうとしている)
- ぐったりしている

けいれん

- けいれんが止まらない
- けいれんが止まっても、意識がもどらない

けが・やけど

- 大量の出血を伴うけが
- 広範囲のやけど

吐き気

- 冷や汗を伴うような強い吐き気

飲み込み

- 物をのどにつまらせて、呼吸が苦しい、意識がない

事故

- 交通事故にあつた(強い衝撃を受けた)
- 水におぼれている
- 高いところから落ちた

◎その他、いつもと違う場合、様子がおかしい場合

※発熱等の症状がある場合は、新型コロナウイルスに関する受診・相談センターに電話相談しましょう。
 (特に、妊婦や基礎疾患がある方については、発熱等の症状がある場合は、新型コロナウイルスに関する受診・相談センターに電話相談するか、速やかに発熱外来/かかりつけ医/地域外来/検査センターを受診しましょう。)
 ※さらに、119番通報などの判断に迷った時は、お近くの救急相談窓口(＃7119等)にご相談下さい。

出典)「救急お役立ちポータルサイト、消防庁ホームページ

第8 現状把握のための指標

指標名及び指標の説明	国	現状	参考値	出典等
救急救命士の数（人口10万対）	25.2人	25.9人 (2022年4月1日)	25.6人 (2020年4月1日)	消防庁「救急・救助の現況」(2022年)
救急要請から医療機関への搬送までに要した平均時間	42.8分	33.6分 (2021年)	31.0分 (2019年)	消防庁「救急・救助の現況」(2021年)
関係機関が参加した県メディカルコントロール協議会の開催回数	—	0回 (2022年)	1回 (2020年)	県消防課調べ (2022年)
受入れ困難事例数 ・滞在30分以上 ・照会4回以上	5.3% 3.2%	0.7% 0.5% (2020年)	0.7% 0.2% (2019年)	救急搬送における医療機関の受入れ状況等実態調査 (2020年)
住民の救急蘇生法講習受講者数（人口1万対）	37.3人	52.5人 (2021年)	111人 (2019年)	消防庁「救急・救助の現況」(2021年)
一般市民による除細動実施件数（人口10万対）	1.4件	1.3件 (2021年)	1.3件 (2019年)	消防庁「救急・救助の現況」(2021年)
心肺停止患者の1か月後の生存率	11.1%	13.0% (2021年)	19.7% (2019年)	消防庁「救急・救助の現況」 (2021年)
心肺停止患者の1か月後の社会復帰率	6.9%	8.3% (2021年)	13.6% (2019年)	消防庁「救急・救助の現況」 (2021年)
救急搬送患者数（人口10万対）	4,336人	3,866人 (2021年)	3,904人 (2019年)	消防庁「救急・救助の現況」(2021年)
救急搬送者の軽症者割合	44.8%	37.5% (2021年)	40.2% (2019年)	消防庁「救急・救助の現況」(2021年)
救命救急センター数（人口10万対）	0.2施設	0.2施設 (2022年)	0.2施設 (2018年)	救急医療体制に関する調査 (2022年)

救命救急センター充実 段階評価	—	A評価 (県立中央病院・ 厚生連高岡病院) (2021年)	A評価 (県立中央病院・ 厚生連高岡病院) (2020年)	救命救急センター の評価結果 (2021年)
救急担当専任医師数・ 看護師数 (人口 10 万 対)	医師 2.6 人 看護師 14.6 人	医師 1.1 人 看護師 12.2 人 (2021年)	医師 1.5 人 看護師 15.2 人 (2020年)	救命救急センター の評価結果 (2021年)
I C Uを有する病院 数・病床数 (人口 10 万対)	病院 0.5 施設 病床 5.0 床	病院 0.8 施設 病床 4.6 床 (2020年)	病院 0.6 施設 病床 2.7 床 (2016年)	医療施設調査 (2020年)
第二次救急医療機関数 (人口 10 万対)	2.6 施設	2.4 施設 (2021年)	2.2 施設 (2020年)	病床機能報告 (2021年)
緊急入院患者における 退院調整・支援の実施 件数 (人口 10 万対、レ セプト件数)	617 件	807 件 (2021年度)	2.1 件 (2019年)	N D B (2021 年 度)
初期救急医療機関数 (人口 10 万対)	1.2 施設	1.9 施設 (2020年)	2.0 施設 (2016年)	医療施設調査 (2020年)
一般診療所で初期救急 医療に参加する機関の 割合	—	21.5% (2020年)	24.9% (2016年)	医療施設調査 (2020年)
休日夜間急患センター の整備された医療圏数	—	4 医療圏 (2023年)	4 医療圏 (2021年)	県医務課調べ (2023年)

N D B : 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)

(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、海上災害、航空災害、鉄道災害、道路災害、大規模な事故による災害（事故災害）に至るまで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19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全ての地域であり、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。
- 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。また直近の豪雨被害では、2023（令和5）年7月に富山市、高岡市、小矢部市及び南砺市の4市に災害救助法が適用されています。
- 2021（令和3）年1月には、雪害により砺波市、小矢部市、南砺市及び氷見市に災害救助法が適用されています。
- 近年、線状降水帯の発生等による短時間強雨の年間発生回数が明瞭な増加傾向にあり、今後も、大雨の頻度や熱帯低気圧の強度の増加が予想されています。

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、県においても、原子力災害拠点病院を指定するなど原子力災害医療体制を整備しています。

（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（基幹災害拠点病院及び地域災害拠点病院）の整備が図られ、2023（令和5）年4月現在、県内で8病院が指定されています。
- 災害拠点病院は、災害による重篤患者の救命医療等の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⁷⁰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、予防できる被災者の死の回避につながるとの認識の下、「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、医師、看護師、業務調整員から構成され、2023（令和5）年4月現在、県内の8病院に23チーム（隊員数138名）が編成されています。
- DMATは、大地震及び航空機・列車事故等の災害時や新興感染症等の発生・まん延時において、県庁、航空搬送拠点臨時医療施設（SCU：Staging Care Unit）⁷¹、災害現場、医療施設等において、本部活動、搬送、医療活動を行います。
- 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するような災害では、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。
- 甚大な人的被害が発生するような災害では、上記の対応に加えて、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。

⁷⁰ 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死的になる疾患群。

⁷¹ 被災地域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

- 新興感染症等の発生・まん延時において、災害医療の経験を活かして、感染症の専門家とともに、県の患者受入れを調整する機能を持つ組織・部門での入院調整や、クラスターが発生した介護施設等での感染制御や業務継続の支援等を行います。

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。
- DPATは、精神科医師、看護師、業務調整員等から構成され、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。
- DPATは、2023（令和 5）年 4 月現在、県立中央病院、富山大学附属病院、国立病院機構北陸病院において編成されています。

災害支援ナース

- 災害発生時における看護ニーズに迅速に対応できるよう、日本看護協会及び都道府県看護協会において、災害支援ナースの養成が行われています。
- 災害支援ナースは、被災地域に派遣されて、被災した医療機関における看護業務、避難所の環境整備や感染症対策、避難所における心身の体調不良者に対する受診支援、医療チームへの患者の引継ぎ及び救急搬送等の活動を行います。

保健医療活動チーム

- 災害が沈静化した後においても、被災地の医療提供体制が復旧するまでの間、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様々な保健医療活動チームが組織されます。
- 様々な保健医療活動チーム（日本医師会災害医療チーム（JMAT）、日本赤十字社の救護班、独立行政法人国立病院機構の医療班、全日本病院医療支援班（AMAT）、日本災害歯科支援チーム（JDAT）、薬剤師チーム、看護師チーム（富山県以外の都道府県、市町村、日本看護協会等の関係団体や医療機関から派遣された看護職員を含む）、保健師チーム、管理栄養士チーム、日本栄養士会災害支援チーム（JDA-DAT）、日本災害リハビリテーション支援チーム（JRAT）、その他の災害医療に係る保健医療活動を行うチーム）が、DMAT、DPAT、災害時健康危機管理支援チーム（DHEAT：Disaster Health Emergency Assistance Team）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、医療機関の患者の受入れ可否等の情報、患者の医療機関受診状況、ライフラインの稼働状況、DMATの活動状況等、医薬品備蓄状況、受入医療機関の状況などの情報を、災害時において一元的に収集・提供し、関係者間で情報共有する「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、被災した医療機関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や医療救護班をはじめとした保健医療活動チームの派遣調整など、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ト等を行います。
- 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。

業務継続計画（BCP）

- 災害などの緊急時に低下する診療機能について、その影響を最小限に抑え、早期復旧を可能とするための準備体制及び方策をまとめた業務継続計画（BCP）及び災害対策マニュアルの策定が、全ての医療機関に求められています。
- 業務継続計画（BCP）の策定は、地域における医療機関の役割やライフライン復旧対策など他機関（行政・消防・関連業者等）との連携・協力が必要な内容を含むため、地域防災計画など他のマニュアルとの整合性をとる必要があります。

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、広範囲熱傷、挫滅症候群等の重篤な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
- 患者等の受入れ及び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（BCP）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な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全ての施設が、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、通常時の6割程度の発電容量のある自家発電機を保有し、3日分程度の備蓄燃料を確保していること
- 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、少なくとも3日分の水の確保に努めること
- 浸水想定区域（洪水・雨水出水）に所在する場合は、風水害が生じた際の被災を軽減するため、止水板等の設置による止水対策や自家発電機等の高所移設、排水ポンプ設置等による浸水対策を講ずること
- 飲料水・食料、医薬品、医療機材等は、流通を通じて適切に供給されるまでに必要な量として、3日分程度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
- 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
- 災害時にEMISの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（BCP）の整備を行うこと
- 整備された業務継続計画（BCP）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、厚生センター及び保健所、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（BCP）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（体育館等）を確保していること
- 重症の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
- 浸水想定区域（洪水・雨水出水）に所在する場合は、風水害が生じた際の被災を軽減するため、止水板等の設置による止水対策や自家発電機等の高所移設、排水ポンプ設置等による浸水対策を講じること
- 飲料水・食料、医薬品、医療機材等は、流通を通じて適切に供給されるまでに必要な量として、3日分程度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
- 災害時にEMISの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（BCP）の整備を行うこと
- 整備された業務継続計画（BCP）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、厚生センター及び保健所、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（BCP）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

- 災害時には災害時に拠点となる病院とともに、その機能や地域における役割に応じた医療の提供に努めること
- 被災後、早急に診療機能を回復できるよう、業務継続計画（BCP）の整備を行うよう努めること
- 整備された業務継続計画（BCP）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
- 診療に必要な施設の耐震化や、自家発電機の整備、燃料の備蓄等を含めた必要な防災対策を講じるよう努めること
- 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、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
- 浸水想定区域（洪水・雨水出水・高潮）又は津波災害警戒区域に所在する場合は、風水害が生じた際の被災を軽減するため、止水板等の設置による止水対策や自家発電機等の高所移設、排水ポンプ設置等による浸水対策を講じるよう努めること

3. 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
- 厚生センター及び保健所管轄区域や市町村単位での厚生センター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（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、災害薬事コーディネーターを含む。）の育成に努めること
- 精神疾患を有する患者、障害者、小児、妊婦、透析患者等、特に災害時においても配慮を有する被災者に対応できる体制構築について平時より検討すること
- 平時より、県防災会議や災害医療関連の協議会等において、災害医療コーディネーター

や災害拠点病院を含む地域の医療機関の代表者、その他地域の災害医療に関する関係者とともに、関係機関の役割・医療機関間の連携について確認すること

- 風水害も含め災害時に医療活動が真に機能するため、地域防災会議や災害医療対策関連の協議会等への医療関係者の参画を促進すること
- 都道府県間での相互応援協定の締結に努めること
- 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、県としての体制だけでなく、厚生センター及び保健所管轄区域や市町村単位等での厚生センター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、厚生センター及び保健所を中心とした体制整備に平時から取り組むこと
- 災害時のドクターヘリの運用指針に則り、ドクターヘリの要請手順や自地域における参集拠点に関しても訓練等を通して確認を行うこと
- 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。その際には、航空搬送拠点臨時医療施設（SCU）の設置場所及び協力を行う医療機関との連携確認を行うこと
- 県や医療機関は、平成 26 年に改正された消防法施行令（昭和 36 年政令第 37 号）により新たにスプリンクラーの設置義務が生じた病院・有床診療所等について、設置状況を把握し、有床診療所等スプリンクラー等施設整備事業を活用しつつ設置義務の猶予期限である令和 7 年 6 月 30 日までに整備を完了すること

第3 災害医療の現状

1. 災害拠点病院

- 2023（令和5）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。
- 2023（令和5）年4月現在、全ての災害拠点病院において、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ています⁷²。
- 2023（令和5）年4月現在、全ての災害拠点病院において、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ます⁷¹。
- 2022（令和4）年4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：92.0%）となっています⁷¹。
- 県内では、2023（令和5）年4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DMAT（23チーム）が編成されています。2022（令和4）年4月現在、災害拠点病院以外の隊員を含めDMATの研修を修了した隊員数は人口10万人当たり18.0名（全国：12.6名）と全国を上回っています⁷¹。

2. 災害拠点病院以外の病院

- 2022（令和4）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89.8%となっています⁷¹。
- 2023（令和5）年1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56.1%となっています⁷³。
- 2023（令和5）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⁷¹。

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航空搬送拠点臨時医療施設（SCU）を設置する必要がありますが、その設置場所の調整及び資機材の整備がなされています。

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

⁷² 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

⁷³ 県医務課調べ

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。

- 県と富山県医薬品卸業協同組合、一般社団法人日本産業・医療ガス協会北陸地域本部及び富山県医療機器協会との間で災害時の医薬品や医療ガス、医療機器等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。
- 県と県柔道整復師会との間で災害時の支援活動にかかる協定が締結されています。

第4 災害医療の主な課題と施策

[目標]

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できるようにするため、平時から十分に災害に備えるとともに、関係機関による強固な連携体制を構築する。

[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。
- 豪雨災害等を対象とした業務継続計画（BCP）を策定するとともに、その被害を軽減するため、地域と連携して止水対策を含む浸水対策が必要です。

<施策>

- 整備された地震災害を対象とした業務継続計画（BCP）に基づき、被災した状況を想定した研修・訓練を実施します。
- DMA TやDPA 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。
- 災害拠点精神科病院について検討します。
- 浸水想定区域（洪水・雨水出水）に所在する場合は、風水害を対象とした業務継続計画（BCP）の策定を促進するとともに、風水害が生じた場合の被災を軽減するため、補助制度等を活用し、止水板等の設置による止水対策や自家発電機等の高所移設、排水ポンプ設置等による浸水対策を促進します。

[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（BCP）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。
- 豪雨災害等の被害を軽減するため、地域と連携して止水対策を含む浸水対策が必要です。

<施策>

- 補助制度等を活用し、病院の耐震化を促進します。
- BCP策定研修事業等を活用し、地震災害及び風水害を対象とした実効性の高い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。
- 浸水想定区域（洪水・雨水出水・高潮）に所在する場合は、風水害が生じた場合の被災を軽減するため、補助制度等を活用し、止水板等の設置による止水対策や自家発電機等の高所移設、排水ポンプ設置等による浸水対策を促進します。

[連携]

〔課題③〕

- 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必要があります。
- D M A T ・ D P A T等の派遣や活動の円滑化や、災害医療コーディネーターを中心に、様々な保健医療活動チームの間での多職種連携を推進する必要があります。

<施策>

(平常時からの連携強化の取組み)

- 災害医療コーディネーターや様々な保健医療活動チームとともに、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、災害時におけるそれぞれの必要な役割や受援体制を確認します。また、D M A T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。
- 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に行い、平常時から顔の見える関係を構築します。また、様々な保健医療福祉活動チームの指揮、連絡等を行うほか、被災地における保健医療福祉ニーズ等の情報収集及び整理・分析を迅速に行えるよう、D H E A Tによるコーディネート機能の確保に努めます。
- 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（P T S D）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。
- M E I S（医療的ケア児等医療情報システム）の活用を促進します。
- 原子力災害医療体制の充実に努めます。

(災害発生時の連携方策)

- 県災害対策本部内において、災害医療コーディネーターとも連携し、情報の共有を行います。また、D M A T等、D H E A Tや保健医療活動チームの派遣調整や救急隊との連携を行う体制の整備に努めます。
- 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、D H E A Tを中心に、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・派遣調整などを行います。
- 令和2年3月に「富山県原子力災害医療対応マニュアル」を作成し、原子力災害医療体制の整備・充実に努めています。

[生活必需基盤等の確保]

【課題④】

- 地震や台風等による風水害の影響による、大規模停電（ブラックアウト）や、ガス、水道の供給停止等に対し、十分に備えることが必要です。
- 飲料水・食料、医薬品、医療機材等について、流通を通じて適切に供給されるまでに必要な量として3日分程度備蓄するとともに、災害時に優先的に供給を受けられるように関係団体と協定を締結することが重要です。

<施策>

- 災害拠点病院以外の病院において、施設の耐震化、非常用自家発電機の整備や燃料の備蓄、飲料水・食料、医薬品、医療機材等の備蓄等を含めた総合的な防災対策を講じるよう働きかけるとともに、必要な支援に努めます。
- 在宅人工呼吸器や在宅酸素等を使用している医療的ケア児等に対して、医療機関が貸し出す非常用電源の整備について支援します。
- 災害時における医薬品、医療用ガス、医療機器等の供給について、富山県医薬品卸業協同組合、一般社団法人日本産業・医療ガス協会北陸地域本部及び富山県医療機器協会と締結した協定について、必要に応じて見直しを行います。

[ドクターヘリ]

【課題⑤】

- 災害発生時に速やかにドクターヘリの緊急運航体制がとれるよう、体制整備が引き続き必要です。

<施策>

- 医療従事者等の人員輸送、負傷者の救急搬送など、災害医療活動を迅速に実施していくため、急事に備えた出動体制を常に整えます。

[広域医療搬送]

【課題⑥】

- 災害発生時に速やかに航空搬送拠点臨時医療施設（SCU）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、航空搬送拠点臨時医療施設（SCU）の資機材の整備を行うとともに、設置訓練を実施します。

第5 災害医療の主な課題と施策

指標名及び指標の説明	現状	国	2029年	出典等
(災害拠点病院※浸水等想定区域に所在する病院) 浸水を想定した業務継続計画の策定率	42.9%	—	100%	都道府県調査 (2022年10月)
(災害拠点病院以外の病院) 業務継続計画の策定率	56.1%	—	100%	県医務課調べ (2023年1月)
(災害拠点病院以外の病院) 耐震化率	89.8%	77.0%	100%	都道府県調査 (2022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 (2023年)
災害医療コーディネーター研修修了者数	25名	—	増加	県医務課調べ (2022年)

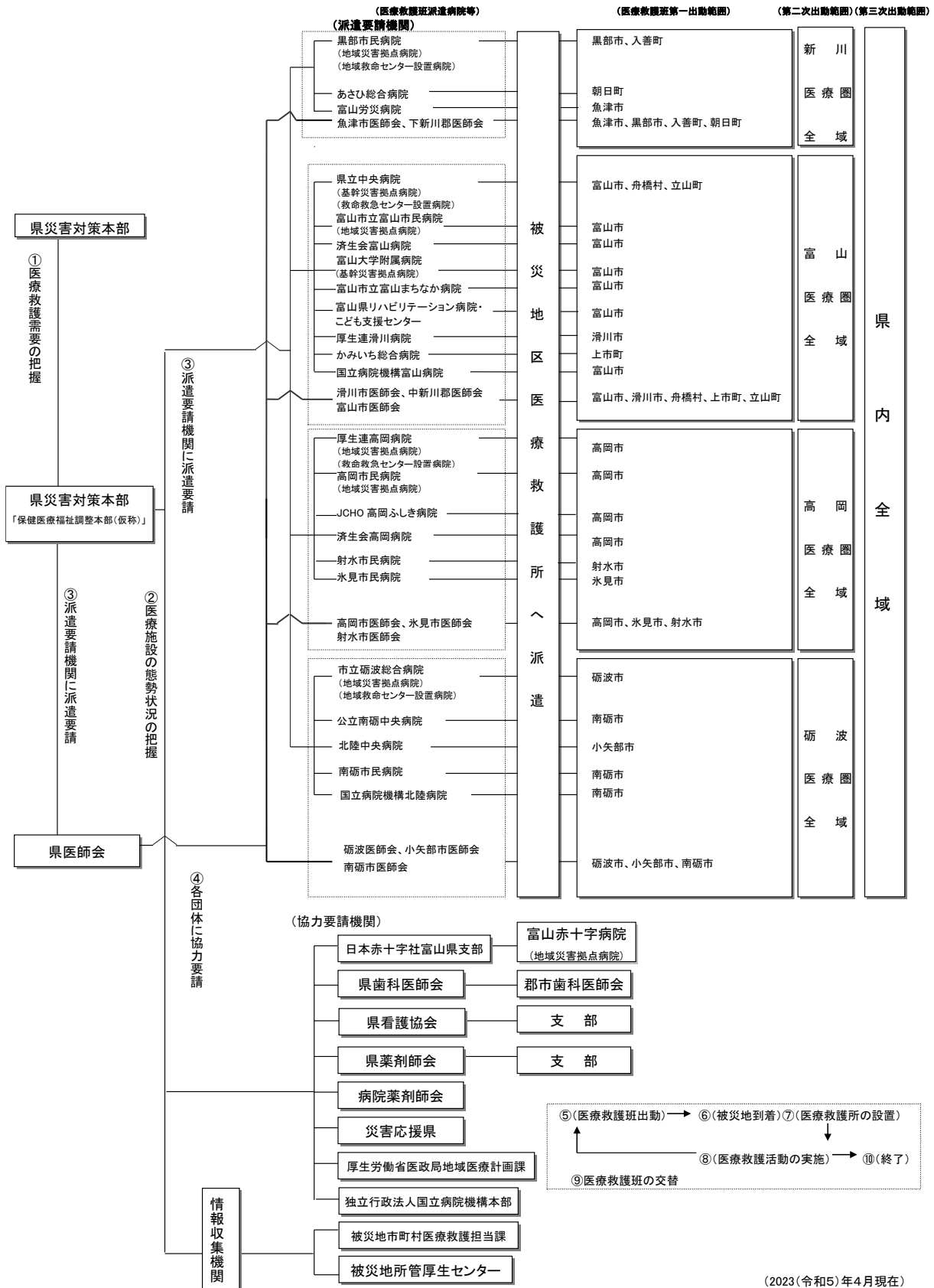
NDB：厚生労働省レセプト情報・特定健診等情報データベース（ナショナルデータベース）

災害医療を担う医療機関等

(2023<令和5>年4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 厚生連高岡病院
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	
	D PAT 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



第7 現状把握のための指標

指標名及び指標の説明	国	現状	参考値	出典等
(災害拠点病院) 病院の耐震化率	95.4% (2022年)	100% (2022年)	100% (2021年)	都道府県調査 (2022年)
(災害拠点病院) 災害時の複数の通信手段の 確保率	94.4% (2022年)	100% (2022年)	100% (2021年)	都道府県調査 (2022年)
(災害拠点病院) 業務継続計画の策定率	—	100% (2022年)	100% (2021年)	都道府県調査 (2022年)
(災害拠点病院) E M I S の操作を含む研 修・訓練を実施している病院 の割合	92.0% (2022年)	100% (2022年)	100% (2021年)	都道府県調査 (2022年)
DMA T 隊員数 (人口10万対)	12.6人 (2022年)	18.0人 (2022年)	12.3人 (2021年)	都道府県調査 (2022年)
DMA T 感染症研修を受講 したDMA T 隊員数 (割合)	25.6% (2022年)	10.6% (2022年)	—	都道府県調査 (2022年)
(災害拠点病院以外の病院) 耐震化率	77.0% (2022年)	89.8% (2022年)	88.8% (2021年)	都道府県調査 (2022年)
(災害拠点病院以外の病院) 業務継続計画の策定率	—	56.1% (2023年)	40.8% (2021年)	県医務課調べ (2023年)
(災害拠点病院以外の病院) 広域災害・救急医療情報シス テム (E M I S) への登録	—	100% (2023年)	100% (2021年)	都道府県調査 (2023年)
航空搬送拠点臨時医療施設 (SCU) の資機材	—	整備 (2023年)	整備 (2021年)	都道府県調査 (2023年)
災害医療関係者による定期 会議の開催	—	開催 (2023年)	開催 (2021年)	県医務課調べ (2023年)
災害医療コーディネーター 研修修了者数	—	25名 (2022年)	22名 (2021年)	県医務課調べ (2022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）

(8) 新興感染症発生・まん延時における医療体制

第1 新興感染症発生・まん延時における医療の概要

1. 新興感染症とは

- 感染症は、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号。以下「感染症法」という。）第6条に規定する一類感染症、二類感染症、三類感染症、四類感染症、五類感染症、新型インフルエンザ等感染症、指定感染症、新感染症を指し、本計画における新興感染症は、新型インフルエンザ等感染症、指定感染症及び新感染症を指します。国立感染症研究所によると、過去に流行した新興感染症は主に以下の疾患が含まれます。

例. SARS（重症急性呼吸器症候群）、鳥インフルエンザ、ウエストナイル熱、エボラ出血熱、クリプトスポリジウム症、クリミア・コンゴ出血熱、後天性免疫不全症候群（HIV）、重症熱性血小板減少症候群（SFTS）、腸管出血性大腸菌感染症、ニパウイルス感染症、日本紅斑熱、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌（VRSA）感染症、マールブルグ病、ラッサ熱等。

2. 感染症の発生予防及びまん延の防止に向けた取組み

- 県は、感染症の発生予防及びまん延の防止を目的として、「富山県感染症予防計画」（以下「予防計画」という。）を定め、感染症患者等の人権を尊重しつつ、感染症対策を総合的かつ計画的に推進します。
- 新興感染症発生・まん延時における医療提供体制の構築に当たっては、予防計画及び富山県新型インフルエンザ等対策行動計画との整合性を確保するほか、県、富山市、第一種及び第二種感染症指定医療機関、消防機関その他の関係機関及び関係団体で構成される富山県感染症対策連携協議会（以下「連携協議会」という。）を通じ、協議を行います。
- 新興感染症発生・まん延時の医療提供体制は、新型コロナウイルス感染症（COVID-19をいう。以下同じ）対応を念頭に、感染症法に基づく県と医療機関との医療措置協定の締結等⁷⁴を通じ、新興感染症の患者の入院体制及び外来体制、後方支援体制を迅速に確保します。

3. 感染症指定医療機関

- 感染症指定医療機関は、感染症の患者及び新感染症の所見がある者へ医療を提供する医療機関であり、県内には第一種感染症指定医療機関、第二種感染症指定医療機関、第一種協定指定医療機関、第二種協定指定医療機関及び結核指定医療機関があります。
- 第一種感染症指定医療機関は、主として一類感染症の患者の入院を担当させ、これと併せて二類感染症患者又は新型インフルエンザ等感染症の患者の入院を担当させる医療機関であり、県では、富山県立中央病院を指定しています。
- 第二種感染症指定医療機関は、二類感染症又は新型インフルエンザ等感染症の患者の入

⁷⁴県は、感染症法第36条の2に基づき、新型インフルエンザ等感染症等発生等公表期間に新興感染症に係る医療を提供する体制の確保に必要な措置を講ずるため、公的医療機関等、特定機能病院及び地域医療支援病院の管理者に対し、医療措置協定の締結に加え、県におけるその機能や役割を踏まえ、当該医療機関が講ずべき措置を通知し、当該措置を講ずることを義務付ける。

院を担当させる医療機関であり、県内の二次医療圏ごとに原則として1か所指定することとされ、県ではこれまで、黒部市民病院（新川医療圏）、富山市立富山市民病院（富山医療圏）、高岡市民病院（高岡医療圏）、市立砺波総合病院（砺波医療圏）を第二種感染症指定医療機関に指定しています。また、新型コロナウイルス感染症の急速なまん延に対応するため、2020（令和2）年5月に、富山大学附属病院（富山医療圏）を指定しました。

- 第一種協定指定医療機関は、新型インフルエンザ等感染症等発生等公表期間⁷⁵に新興感染症の入院を担当する医療機関であり、県は、病院又は診療所と平時に医療措置協定を締結し、第一種協定指定医療機関に指定します。
- 第二種協定指定医療機関は、新型インフルエンザ等感染症等発生等公表期間に新興感染症の発熱外来、自宅療養者等への医療の提供を担当する医療機関であり、県は、病院又は診療所、薬局及び訪問看護事業所と平時に医療措置協定を締結し、第二種協定指定医療機関に指定します。
- 結核指定医療機関は、結核患者に対する適正な医療を担当する医療機関であり、詳細は、第2章第2節健康危機管理の推進（2）感染症対策において記載します。

4. 発生時期に応じた新興感染症発生・まん延時における医療提供体制

- 新興感染症の発生早期（発生公表前）は、第一種及び第二種感染症指定医療機関の感染症病床を中心に対応します。
- 新興感染症発生の公表後の流行初期の一定期間（3箇月を基本とし必要最小限の期間を想定）には、まず発生早期から対応実績のある第一種及び第二種感染症指定医療機関が、流行初期医療確保措置⁷⁶の対象となる医療措置協定に基づく対応も含め引き続き対応を行います。また、県は県独自の判断に基づき第一種及び第二種感染症指定医療機関以外の流行初期医療確保措置の対象となる医療措置協定を締結した医療機関とも連携して対応します。
- 一定期間の経過後は、流行初期に対応を行った医療機関に加え、当該医療機関以外の医療措置協定を締結した医療機関のうち、公的医療機関等（公的医療機関等以外の医療機関のうち新興感染症に対応することができる医療機関を含む。）も中心となった対応とし、その後3箇月程度を目途に、順次速やかに、医療措置協定を締結した全ての医療機関で対応していきます。

⁷⁵厚生労働大臣が、新型インフルエンザ等感染症等に係る発生等の公表を行ったときから、厚生労働大臣によって新興感染症が認められなくなった旨の公表等が行われるまでの間。

⁷⁶感染症流行前の診療報酬収入と当該年度の診療報酬及び補助金収入の差額を支援する制度。

第2 必要となる医療機能

- 新型コロナウイルス感染症の対応を念頭に、当該対応での最大規模の体制を目指します。体制の構築に当たっては、医療機関が地域の関係機関と連携して感染症への対応を行うことができるよう、平時から連携協議会を通じて連携の緊密化を図ります。

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）

医療機関に求められる事項

- 患者の受入病床として確保する病床の基準は、①病棟単位で新興感染症患者あるいは疑い患者用の病床確保を行っていること、②確保している全ての病床で、酸素投与及び呼吸モニタリングが可能であること、③県知事からの要請後速やかに（1週間以内を目途に）即応病床化すること、④このほか、関係学会等の最新の知見に基づくガイドライン等を参考に、院内感染対策（ゾーニング、換気、個人防護具の着脱等を含む研修・訓練等）を適切に実施し、入院医療を行うことを基本とします。
- 流行初期医療確保措置の対象となる協定（入院）を締結する医療機関の基準は、①新興感染症発生・まん延時に入院患者を受け入れる病床を10床以上確保し継続して対応できること、②新興感染症の発生の公表後、県知事の要請後速やかに（1週間以内を目途に）即応病床化すること、③病床の確保に当たり影響が生じ得る一般患者への対応について、後方支援を行う医療機関との連携も含め、あらかじめ確認を行うこととします。
- 新興感染症の疑い患者については、その他の患者と接触しないよう、独立した動線等を要することから、①新興感染症疑い患者専用の個室を設定して、新興感染症疑い患者を受け入れるための病床を確保すること、②確保している全ての病床で、酸素投与及び呼吸モニタリングが可能であること、③新興感染症疑い患者を受け入れるための病床は、個室であり、トイレやシャワー等、他の患者と独立した動線であること、④新興感染症疑い患者に対して必要な検体採取が行えることとします。
- 重症者用病床の確保に当たっては、重症の感染症患者に使用する人工呼吸器等の設備や当該患者に対応する医療従事者（人工呼吸器に関する講習受講や集中治療室等における勤務ローテーションによる治療の経験を有する医療従事者）の確保に留意します。また、重症者用病床の確保に伴い、患者の生命に重大な影響が及ぶおそれのある通常医療（例えば、脳卒中や急性心筋梗塞、術後に集中治療が必要となる手術等）が制限される場合も考えられることから、後方支援を行う医療機関との連携体制を構築します。
- 確保病床を稼働（即応化）させるためには、医療従事者の確保も重要であり、第一種協定指定医療機関は、自院の医療従事者への訓練・研修等を通じ、対応能力を高めていきます。例えば、新興感染症発生・まん延時に新興感染症患者の入院を受け入れる病床を確保するため、県からの要請後、どのようにシフトを調整するか等の対応の流れを点検します。

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）

医療機関に求められる事項

- 発熱外来を担当する医療機関は、①発熱患者等が新興感染症以外の疾患の患者と接触しないよう、可能な限り動線が分けられていること、②必要な検査体制が確保されているこ

と（検査（検体採取）を地域外来・検査センター等に依頼する場合には、連携体制が取れていること）、③医療従事者の十分な感染対策を行うなどの適切な感染対策が講じられていること、④発熱患者等の対応時間帯を事前に住民へ周知し、又は地域の医療機関等と情報共有して、発熱患者等を受け入れる体制を整備することを基本とします。

- このほか、関係学会等の最新の知見に基づくガイドライン等を参考に、院内感染対策（ゾーニング、換気、個人防護具の着脱等を含む研修・訓練等）を適切に実施し、発熱外来を行います。
- 流行初期医療確保措置の対象となる協定（発熱外来）を締結する医療機関の基準は、①流行初期から1日あたり10人以上の発熱患者を診察できること、②発生の公表後、県知事の要請後速やかに（1週間以内を目途に）発熱外来を開始することとします。
- 発熱外来を行うに当たっては、郡市医師会等の関係者と協力して取り組みます。
- 救急医療機関においては、入院が必要な疑い患者の救急搬送等が想定されることから、受入れ先が確保されるよう、県は二次救急医療機関等との間で入院・発熱外来に係る医療措置協定を締結します。
- 新興感染症医療を行うことができる病院及び診療所は、可能な限り医療措置協定を締結することとし、また、新興感染症医療以外の通常医療を担う診療所も含め、日頃から患者のことをよく知る医師の在院する診療所と新興感染症医療を担う医療機関で連携します。
- 新興感染症医療以外の通常医療を担う病院及び診療所は、患者からの相談に応じ、発熱外来等の適切な受診先の案内に努めます。その際は、当該患者に対して、自身の基礎疾患等や受けている治療内容、当該診療所での受診歴等の情報を当該受診先に伝えることやお薬手帳を活用すること等を助言します。

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）

医療機関に求められる事項

- 病院及び診療所は、郡市医師会等の関係者と連携・協力した体制整備を行い、必要に応じ、薬局や訪問看護事業所と連携し、また、各医療機関間でも連携しながら、電話やオンライン診療、往診等、服薬指導や訪問看護等を行います。また、自宅療養者等の症状が悪化した場合には、入院医療機関等へ適切につながります。診療所等と救急医療機関との連携も重要です。さらに、関係学会等の最新の知見に基づくガイドライン等を参考に、感染対策（ゾーニング、換気、個人防護具の着脱等を含む研修・訓練等）を適切に実施し、医療の提供を行うことを基本とします。
- 患者に身近な診療所等が自宅療養者への医療を行う際は、患者の容態の変化等の場合に迅速に医療につなげるため、できる限り健康観察の協力を行います。
- 患者に身近な診療所等が高齢者施設及び障害者施設等の入所者への医療を行う際は、必要に応じて医療従事者の施設への往診・派遣等を行います。

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）

医療機関に求められる事項

- 通常医療の確保のため、①特に流行初期の感染症患者以外の患者の受入れや②感染症か

ら回復後に入院が必要な患者の転院の受入れを行います。

- 新型コロナウイルス感染症対応での実績を参考に、関係団体間連携の枠組み等と連携した上で、感染症患者以外の受入れを進めます。

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)

医療機関に求められる事項

- 感染症指定医療機関においては、感染症対応を行う医療従事者等の新興感染症の発生を想定した研修・訓練の実施や、国、県及び富山市等が実施する研修・訓練に医療従事者を参加させることにより、対応能力を高めます。また、新興感染症発生等公表期間においては、感染症医療担当従事者等を他の医療機関、宿泊療養施設、高齢者施設等に派遣できるように平時から研修や訓練の実施に努めます。

6. 個人防護具の備蓄

医療機関に求められる事項

- 新興感染症医療を提供する医療機関は、感染症危機に適切に備えるため、平時から、個人防護具の備蓄をします。
- 備蓄する個人防護具の対象品目は、病院、診療所及び訪問看護事業所は、サージカルマスク、N95 マスク、アイソレーションガウン、フェイスシールド及び非滅菌手袋の5物資とします。
- 備蓄量は、5物資全部について一括して設定するか、物資を分けて、又は物資ごとに設定します。
- 個人防護具の備蓄は、平時において、物資を購入して保管し、使用期限が来たら廃棄するのではなく、平時から備蓄物資を有効に活用する観点から、備蓄物資を順次取り崩して一般医療の現場で使用する、回転型での運営が推奨されます。また、施設外の保管施設を利用するなどにより使用量2箇月分の備蓄を確保することを想定しています。
- 有事の際、「使用量2箇月分」の想定以上に需要が急増し、一方で十分な供給が確保されず物資が不足する事態が生じた場合には、国の備蓄等に対応します。

第3 新興感染症発生・まん延時における医療の現状

1. 新型コロナウイルス感染症への対応

富山県内の新型コロナウイルス感染状況

- 県内の感染1例目は国内初の症例報告から2箇月半を経過した、2020（令和2）年3月30日に確認されました。
- 県内の新型コロナウイルス感染症新規感染者数⁷⁷は累計で24万511人（2020（令和2）年3月30日から2023（令和5）年5月8日公表分までの資料から引用）。1日あたりの最大新規感染者数は、2,891人（2022（令和4）年8月）でした。県内の新型コロナウイルス感染症死者数は累計324人でした。
- 県内の新型コロナウイルス感染症新規入院者数⁷⁸は6,155人（2020（令和2）年3月30日から2023（令和5）年5月8日公表分までの資料から引用）。1日当たりの最大入院者数は362人（2022（令和4）年12月19日）。新型コロナウイルス感染症宿泊療養者数は累計1万1,488人でした。
- 県内の医療機関、高齢者施設、障害者施設における集団発生（クラスター）公表件数は、550件（2020（令和2）年3月30日から2023（令和5）年5月8日公表分までの資料から引用）でした。
- これら新規感染者数・入院者数・死者数・宿泊療養者数・クラスター公表件数のいずれも最大発生値は、2021（令和3）年11月以降、オミクロン株流行後の数値でした。
- 県内の感染症患者の死亡率は、第3～4波（アルファ株）は0.9～2.0%、第5波（デルタ株）は0.5%、第6波以降（オミクロン株）では、0.09～0.13%です。重症者の最大値は、第5波でデルタ株流行時でした。
- 新型コロナウイルスワクチン接種は2021（令和3）年から開始。接種開始初期は、高齢者や基礎疾患を有する方、医療従事者を対象としました。

新型コロナウイルス感染症の流行初期（2020年1月～2021年10月）の医療提供体制

- 県は流行初期から、医療機関における十分な受入れ体制確保のため、入院病床の確保に係る費用の支援や、感染症患者等の受入れに必要な施設・設備整備への支援を行う等、医療提供体制の構築を推進しました。
- 2020（令和2）年2月6日、発熱患者を診療する帰国者・接触者相談センター及び帰国者・接触者相談外来を設置しました。また、発熱外来の負担軽減とPCR検査体制の増強を図るため、地域外来・検査センターの設置や発熱外来を行う病院等への設備整備に対して支援を実施しました。2020（令和2）年10月、発熱患者等の診療や検査を行う外来対応医療機関（診療・検査医療機関）の指定及び公表を開始しました。
- 感染症の流行初期は、マスク等の個人防護具の備蓄がなかったことや、医療現場でのクラスター発生の影響を受け、個人防護具は更に不足し、民間事業者から医療機関への個人

⁷⁷新規感染者数、最大新規感染者数、新規入院者数、死者数、宿泊療養者数は5類移行以前の令和5年5月8日公表分まで。公表日時点の医療機関等からの報告数を基に作成しており、集計時期・方法等により他の資料と異なることがある。

⁷⁸最初の療養場所が「確保病床を有する病院への入院」であった入院患者について、令和4年9月26日の全数届出見直しまでの公表データ等を基に作成。

防護具の寄附の受け入れのほか、既存のビニール製品やプラスチック製品、手製のマスクやアイシールド・ゴーグル等を個人防護具として利用しました。

- 2020（令和2）年4月、新型コロナウイルス感染症軽症者及び無症状患者を対象とした宿泊療養施設を富山市内に設置。2021（令和3）年8月、宿泊療養施設1棟体制を2棟での体制としました。
- 2020（令和2）年1月、富山県新型コロナウイルス感染症対策本部を設置。県での新型コロナウイルス感染症対応を行う体制を整え、医療提供体制、検査体制の構築や宿泊療養施設の確保、医療物資の確保、感染対策の総括や本部会議等の運営、報道発表、厚生労働省・富山市保健所との調整を実施。2021（令和3）年4月、新型コロナウイルス感染症対策を強化するため、健康対策室及び同室内に感染症対策課を新設。庁内各課から応援職員の派遣などの協力を得て、新型コロナウイルス感染症対応を実施しました。
- 富山市保健所・厚生センターにおいて、国からの情報や発生の正確な情報把握と分析を行い、県内まん延状況の実態をつかむため積極的疫学調査を実施し、併せて疑い患者を探知し、検体採取、就業制限、入院勧告を順次実施しました。また、県は感染症審査協議会を開催し、患者に必要な措置を協議しました。
- 衛生研究所において、PCR検査体制の構築及びPCR検査を開始しました（2020（令和2）年1月30日）。また、2020（令和2）年4月中旬には、富山大学での検査体制が構築され、厚生センターにおいても、2020（令和2）年5月20日からPCR検査を開始しました。
- 流行初期には、感染者や家族への風評被害が見られたほか、医療従事者等に対する誹謗中傷も見られました。県HPやラジオCM、公共交通機関でのポスター掲示を活用し、新型コロナウイルス感染症に関連した人権への配慮や感染者、医療従事者、家族等に対する誤解や偏見に基づく差別防止について、正しい知識の啓発と相談窓口の案内を行いました。

流行初期以降（2021年11月～2023年5月）の医療提供体制

- コロナウイルス変異株がオミクロンに変わると、これまで感染者が少なかった、小児の感染者も認められるようになり、小児感染者から家庭内感染（いわゆる「くっつきコロナ」）が増加しました。
- 感染者の急増により、富山市保健所や厚生センターの電話による積極的疫学調査がひっ迫し、また、医療機関の事務負担が増大したため、感染症発生届（HER-SYS入力等）の内容を簡略化して対応しました。
- 医療機関における受け入れ体制確保のため、引き続き設備整備に対して支援を実施しました。
- 流行初期以降は、次第に民間検査機関での検査体制も整い、迅速な結果報告ができるようになったほか、検査キットの開発も進められました。県は、県民から受診先を悩む場合の相談窓口として受診・相談センターや、県民からの自己登録情報を基に医師が診断を行う陽性者登録センターを設置（2022（令和4）年8月30日）しました。
- 2021（令和3）年10月に県西部（高岡市）、2022（令和4）年2月に県東部（魚津市）にそれぞれ宿泊療養施設を追加設置し、最大で県内4棟の宿泊療養体制を構築しました。
- 感染者の増加による医療現場や宿泊施設のひっ迫状況を軽減するために自宅療養が開始されました。自宅療養者の健康状態を適切に把握し、急な健康状態や症状の悪化等に迅速

に対応するために、自宅療養者の健康観察を行うコールセンター（2022（令和4）年1月17日）や、自宅療養中の体調不安等の相談窓口としてフォローアップセンター（2022（令和4）年9月26日）を設置しました。また、自宅療養中の呼吸状態急変に備え、各厚生センターからパルスオキシメーターの貸出しや、自分自身や家族の協力を得ての食糧調達が困難な自宅療養者向けに食事支援セットを配布しました。

- 社会福祉施設等でのクラスターが頻繁に発生しました。県は、クラスター発生時には、富山市保健所・厚生センター職員によるラウンド（感染対策巡視・指導）、医師や看護師からなる地域医療支援チームの派遣による初動対応、感染対策指導を行いました。また、クラスターを未然に防止するために、介護施設・療養施設の従事者等に対する个人防护具の着脱確認や検査キットの配布による集中的検査等を実施しました。
- 富山市保健所・厚生センターでは、急激な検査数・感染者数の増加により、感染症発生届への対応や検体採取、就業制限、入院勧告の手続きに時間と人手を要するようになりました。県対策本部において富山市保健所・厚生センター業務の一元化や外部委託を実施し、富山市保健所・厚生センターは、病院と診療所、高齢者施設と医療機関との受診又は入院調整を行いました。

第4 新興感染症発生・まん延時における医療の提供体制における主な課題と施策

[医療提供体制の確保]

[課題①]

- 新興感染症の発生時期や感染力等を予測することは困難ですが、平時から新興感染症発生・まん延時の医療提供体制を検討し、速やかに対応できるよう準備を進めておくことが必要です。
- 医療提供体制の検討にあたっては、まずは現に対応しており、これまでの教訓を生かすことができる新型コロナウイルスへの対応を念頭に、入院（病床確保）、発熱外来、自宅療養者等への医療提供、新興感染症患者以外の患者に医療を提供する後方支援、新興感染症に対応する医療従事者の確保及び医療人材派遣機能の強化に取り組むことが重要です。
- 新型コロナウイルス感染症の対応を踏まえ、特に配慮が必要な患者等（精神疾患を有する患者、妊産婦、小児、透析患者等）、感染症以外の患者への対応を含めて切れ目のない医療提供体制を整備することが重要です。

<施策>

富山県感染症対策連携協議会の設置

- 県、保健所設置市、第一種及び第二種感染症指定医療機関、消防機関、県医師会、県看護協会、県薬剤師会など関係団体からなる富山県感染症対策連携協議会を通じ、予防計画の策定等に関する協議、予防計画に基づく取組状況の情報共有や進捗確認を行いながら、関係機関の連携を強化し、平時より新興感染症発生・まん延時の医療提供体制構築のための取組みを進めます。

医療措置協定の締結

- 平時に新興感染症の対応を行う病院・診療所、薬局及び訪問看護事業所と協議を行い、病床、発熱外来、自宅療養者等に対する医療の提供、後方支援、医療人材の派遣について協定を締結し、発生段階に応じた医療提供体制の速やかな構築に取り組めます。
- 医療措置協定の締結にあたっては、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や患者数を念頭に医療機関等と協議を行うとともに、診療の際に用いる個人防護具の備蓄を促進します。

感染症病床の強化

- 今後の全国的かつ急速なまん延が想定される新興感染症への対応を強化するため、第一種感染症指定医療機関である県立中央病院の感染症病床の増床及び富山大学附属病院の第一種感染症指定医療機関への指定を検討します。さらに、医療圏を越えた感染症医療の充実を図るため、富山県厚生農業協同組合連合会高岡病院の第二種感染症指定医療機関への指定を検討します。

特に配慮が必要な患者への医療の提供

- 県医師会や専門医会、関係機関と連携し、感染症以外の疾患の特性に応じた受入医療機関の設定や入院調整体制の構築等に取り組めます。

(精神疾患を有する患者)

- 精神疾患を有する患者への対応において、新興感染症に罹患した場合の対応可能な医療機関をあらかじめ明確にしておきます。その際、精神疾患及び新興感染症それぞれの重症度等も考慮した上で、連携医療機関の確保・調整を行っておきます。特に、措置入院患者が感染した場合や入院患者が新興感染症により重症化した場合を想定して、感染症対応が可能な指定病院等の確保・調整を行っておきます。
- 精神科救急について、精神科救急医療体制整備事業における医療提供体制の整備において、新興感染症への対応を含めた体制整備を図ります。
- 精神疾患を有する患者が円滑に入院できるようにするため、精神科リエゾンとの連携による入院調整体制の構築、実施を図ります。

(妊産婦)

- 新興感染症発生・まん延時においても地域で周産期医療を確保するため、地域の周産期医療に関する協議会等において、感染症の罹患又は罹患が疑われる妊産婦に対して産科的救急症例を含む産科診療を実施する医療機関について、あらかじめ協議します。
- 産科的緊急処置が必要な妊産婦の受入れにおいて、これを行う医療機関を確実に設定するとともに、当該医療機関に妊産婦が集中することの軽減策を講じることにより、必要な体制の確保を図ります。
- 産科的に入院が望ましい妊産婦が円滑に入院できるようにするため、富山県産婦人科医会等との連携による入院調整体制の構築、実施を図ります。更に妊産婦が宿泊療養及び自宅療養を行う際は、健康観察の体制整備等、産科医との連携体制の構築を図ります。

(小児)

- 新興感染症発生・まん延時においても、地域で小児医療を確保するため、地域の小児医療に関する協議会等において、感染症の罹患又は罹患が疑われる小児に対して救急医療を含む小児医療を実施する医療機関について、あらかじめ協議します。また、小児への対応において、新興感染症により、地域によっては小児医療のひっ迫が生じることが想定されることから、関係者と小児医療体制について改めて確認する等により、医療需要が増加した場合も含め、確実な体制の確保を図ります。
- 小児が円滑に入院できるようにするため、富山県小児科医会との連携による入院調整体制の構築、実施を図ります。さらに小児が自宅療養を行う際は、健康観察の体制整備など小児科医との連携体制の構築を図ります。

(透析患者)

- 透析患者への対応において、透析治療を行うことができる新興感染症の入院患者、重症患者受入医療機関の設定を行う等、病床の確保に努めます。
- 透析患者が円滑に透析を行えるよう、透析専門医との連携による入院調整体制の構築や感染症患者数の増加による病床のひっ迫に伴い、やむを得ず透析患者の入院が困難な状況下にあっては、富山県透析医会との調整のもと、かかりつけ医療機関において感染症患者の透析を行う等、円滑な透析実施体制の構築、実施を検討します。

[感染症の発生の予防・まん延防止]

[課題②]

- 感染拡大を可能な限り抑制することにより、県民の生命と健康を守るとともに、救急医療や通常医療のひっ迫を回避することが重要です。

<施策>

- 平時から社会福祉施設や施設の清掃業務等を受託する業者の従業員等を対象とした感染予防対策に係る研修の開催や巡回相談等を行い、基本的な感染対策指導を実施します。また、クラスター発生時には、富山市保健所・厚生センターによるラウンドや地域医療支援チームの派遣による初動対応、感染対策指導を行います。
- 感染拡大時には、居宅等の療養者への支援や、宿泊療養施設の確保、電話・オンライン診療、往診、服薬指導、訪問看護、健康相談窓口の設置、適時適切な感染症発生動向や感染予防の情報提供等の施策を組み合わせながら、患者が安心して療養できる環境を整え、更なる感染拡大の防止に努めます。

[患者や医療従事者等の人権の尊重]

[課題③]

- 感染症の予防と患者やその家族の人権尊重を両立させながら、一人ひとりが差別的な扱いを受けずに安心して医療を受けることができ、早期に社会復帰できるような環境整備を進める必要があります。
- また、感染症患者への対応を献身的に行う医療従事者等に対する偏見や差別的扱いが行われることがないよう、全ての県民が、感染症に関する正しい知識を身に付ける必要があります。

<施策>

- 感染症に関する個人情報の保護に十分留意し、感染症患者等に対する差別や偏見解消のため、報道機関に協力を求めることも含め、あらゆる機会や媒体を通じて、感染症に関する正しい知識の普及啓発に努めます。また、感染症発生時は、差別的取扱いの実態把握や相談支援を行う等、罹患患者や診療に当たる医療従事者及びその家族等に対する差別的取扱い等の防止に取り組みます。

[感染症予防に関する人材育成及び資質の向上]

[課題④]

- 医療現場において新たな感染症に対応できる医療専門職、高齢者施設等でクラスターが発生した際に適切な感染拡大防止対策を行うことができる感染管理の専門家、行政の中において感染症対策の政策立案や医療関係者との連絡調整を円滑に行うことができる人材の育成・確保が必要です。

<施策>

- 富山大学医学部や県医師会、県看護協会など関係団体と連携し、感染症専門医や災害・救急医療専門医、感染管理認定看護師の育成に取り組みます。
- 院内感染対策講習会や危機管理マネジメント研修の開催、感染症指定医療機関、富山市

保健所・厚生センター、衛生研究所等と連携した感染症発生時対応訓練を定期的に行い、健康危機対処能力の維持・向上に取り組みます。

- 富山市保健所・厚生センター業務の支援を行う IHEAT 要員の確保・育成に取り組みます。
- 災害医療コーディネーターや DMAT、DHEAT、災害支援ナース等と連携した体制整備を検討します。

第5 新興感染症発生・まん延時の医療提供体制に係る数値目標

指標名及び指標の説明	目標値	参考値 (新型コロナ実績)	出典等
確保病床数 (重症者用病床数)	流行初期	228床 (10床)	県感染症対策課調べ (2023年)
	流行初期以降	502床 (26床)	
外来対応医療機関数	流行初期	207機関	県感染症対策課調べ (2023年)
	流行初期以降	336機関	
自宅療養者等への医療の提供を行う 病院・診療所数	232機関		県感染症対策課調べ (2023年)
自宅療養者等への医療の提供を行う 薬局数	328機関		県感染症対策課調べ (2023年)
自宅療養者等への医療の提供を行う 訪問看護事業所	56機関		県感染症対策課調べ (2023年)
後方支援医療機関数	52機関		県感染症対策課調べ (2023年)
派遣可能な医師(看護師)数	37名 (65名)		県感染症対策課調べ (2023年)
個人防護具を2ヶ月以上備蓄している 医療機関数	243機関		県感染症対策課調べ (2023年)

第6 新興感染症発生・まん延時における医療の提供体制

体制	平時	発生段階	流行初期	流行初期以降	低減期
	連携協議会等で情報共有 医療措置協定等を締結	感染症発生 1週間以内	感染症発生公表 から3ヶ月程度	感染症発生公表後 3ヶ月～6ヶ月	感染が 収まった時期
医療提供体制	<ul style="list-style-type: none"> ○第一種感染症指定医療機関 ○第二種感染症指定医療機関 ○第一種協定指定医療機関 ○第二種協定指定医療機関 ○後方支援医療機関 ○薬局 ○訪問看護事業所 	<ul style="list-style-type: none"> ○第一種感染症指定医療機関 ○第二種感染症指定医療機関 	<ul style="list-style-type: none"> ○第一種感染症指定医療機関 ○第二種感染症指定医療機関 ○第一種協定指定医療機関 ○第二種協定指定医療機関 	<ul style="list-style-type: none"> ○第一種感染症指定医療機関 ○第二種感染症指定医療機関 ○第一種協定指定医療機関 ○第二種協定指定医療機関 ○後方支援医療機関 ○薬局 ○訪問看護事業所 	○平時の医療提供体制に移行
検査体制	<ul style="list-style-type: none"> ○県衛生研究所 ○医療機関 ○民間検査機関 	○県衛生研究所	<ul style="list-style-type: none"> ○県衛生研究所 ○厚生センター・保健所 ○医療機関 ○民間検査機関 	<ul style="list-style-type: none"> ○県衛生研究所 ○厚生センター・保健所 ○医療機関 ○民間検査機関 	<ul style="list-style-type: none"> ○県衛生研究所 ○厚生センター・保健所
宿泊療養体制	○県内宿泊施設	○県内宿泊施設	○県内宿泊施設	○県内宿泊施設	○県内宿泊施設
本庁体制	<ul style="list-style-type: none"> ○指揮命令系統訓練 ○人材確保・育成 	○県対策本部立上げ	新型インフルエンザ等対策行動計画の改訂において具体的に検討		
厚生センター・保健所体制	<ul style="list-style-type: none"> ○指揮命令系統訓練 ○人材育成 ○検査機器機能整備 	○地域本部体制立上げ	健康危機対処計画において具体的に検討		
衛生研究所体制	<ul style="list-style-type: none"> ○指揮命令系統訓練 ○人材育成 ○検査機器機能整備 				

新興感染症発生・まん延時における医療を担う医療機関

2023(令和5)年10月現在

流行初期		流行初期以降		特に配慮が必要な患者への医療提供 (新型コロナ実績)		
入院	感染症指定医療機関（第一種1機関、第二種5機関） 第一種：富山県立中央病院 2床 第二種：黒部市民病院 4床 富山大学附属病院 3床 富山市民病院 6床 高岡市民病院 6床 市立砺波総合病院 4床	入院	感染症指定医療機関（第一種1機関、第二種5機関） 第一種：富山県立中央病院 2床 第二種：黒部市民病院 4床 富山大学附属病院 3床 富山市民病院 6床 高岡市民病院 6床 市立砺波総合病院 4床	妊産婦	正常	黒部市民病院 富山県立中央病院 富山市民病院 高岡市民病院 ※富山大学附属病院・厚生連高岡病院は県内状況により支援
	第一種協定指定医療機関 228床（31機関） （病床確保） 流行初期医療確保措置対象 128床（10機関）		第一種協定指定医療機関 502床（35機関） （病床確保）		未熟児 リスクの 伴う出産	富山県立中央病院 ※富山大学附属病院・厚生連高岡病院は県内状況により支援
外来	第二種協定指定医療機関 207機関（2,075人/日） （発熱外来） 流行初期医療確保措置対象 85機関（1,502人/日）	外来	第二種協定指定医療機関 336機関（2,897人/日） （発熱外来）	小児	軽症	黒部市民病院 富山県立中央病院 富山市民病院 高岡市民病院 市立砺波総合病院 ※富山大学附属病院・厚生連高岡病院、富山赤十字病院は県内状況により支援
自宅療養者等への医療提供	第二種協定指定医療機関（自宅療養者等への医療提供） 病院・診療所 223機関 薬局 319機関 訪問看護事業所 51機関	自宅療養者等への医療提供	第二種協定指定医療機関（自宅療養者等への医療提供） 病院・診療所 232機関 薬局 328機関 訪問看護事業所 56機関		重症	富山県立中央病院 富山大学附属病院
後方支援医療機関	通常診療病院・診療所 10機関 バックアップ病院 37機関	後方支援医療機関	通常診療病院・診療所 10機関 バックアップ病院 42機関	透析患者	軽症	黒部市民病院 富山県立中央病院 富山市民病院 高岡市民病院 市立砺波総合病院 ※富山大学附属病院は県内状況により支援
検査	衛生研究所等 432件/日	検査	衛生研究所等 2,942件/日		重症	富山県立中央病院 富山大学附属病院
宿泊施設	県内宿泊施設 250室	宿泊施設	県内宿泊施設 760室	精神科患者	精神疾患 軽症	感染症指定医療機関で対応 ※クラスター発生時：病床の使用状況により、患者発生病院での療養もあり得る
					精神疾患 重症	富山県立中央病院 富山市民病院 高岡市民病院 市立砺波総合病院
<p>地域医療支援チーム：感染症指定医療機関及び地域医療機関（19機関） 黒部市民病院・富山県立中央病院・富山市民病院・富山大学附属病院・市立砺波総合病院・厚生連高岡病院・富山労災病院・富山赤十字病院・済生会富山病院・厚生連滑川病院・かみいち総合病院・国立富山病院・富山西総合病院・氷見市民病院・射水市民病院・真生会富山病院・北陸中央病院・南砺市民病院・公立砺波中央病院</p>		<p>富山県感染症対策連携協議会 ・平時：連携協力体制の整備 ・有事：医療提供体制・感染対策の協議</p>				
<p>移送および相談先 ・保健所・厚生センター ・県内消防機関との連携、民間事業者等への業務委託等 ・子ども医療電話相談（#8000）</p>		<p>富山県・富山市 予防計画の策定 富山県保健所 健康危機対応計画の策定 富山県保健所 富山県保健所 富山県保健所 富山県保健所 富山県保健所 富山県保健所</p>				
<p>人材派遣（医師37名、看護師65名） ・感染症医療担当従事者 ・感染症予防等業務対応関係者 ・DMAT ・DPAT など</p>		<p>富山県・富山市 予防計画の策定 富山県保健所 健康危機対応計画の策定 富山県保健所 富山県保健所 富山県保健所 富山県保健所 富山県保健所 富山県保健所</p>				
<p>備蓄（個人防護具：243機関）：各医療機関2ヶ月分 ・サージカルマスク ・N95マスク ・フェイスシールド ・非滅菌手袋 ・イソレーションガウン</p>		<p>富山県・富山市 予防計画の策定 富山県保健所 健康危機対応計画の策定 富山県保健所 富山県保健所 富山県保健所 富山県保健所 富山県保健所 富山県保健所</p>				

(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

- 2022(令和4)年現在、無医地区8地区(人口1,168人)、無医地区に準ずる地区11地区(人口1,570人)の計19地区となっています。
- 2022(令和4)年現在、無歯科医地区8地区(人口1,168人)、無歯科医地区に準ずる地区9地区(人口2,039人)の計17地区となっています。

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	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)	(鉢、虎谷)	9.5	厚生連滑川病院 13.6
(小菅沼)			8.1	富山労災病院 11.0	
富山	上市町	1	白萩南部	6.2	かみいち総合病院 8.0
		(1)	(白萩東部)	8.0	〃 9.3
	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 15.9
			宇波	8.7	〃 12.6
			久目	16.4	〃 15.7
			仏生寺	9.7	〃 18.0
			碁石	12.1	〃 12.6
			八代	9.7	〃 13.2
	高岡市(福岡)	1	五位山	9.4	厚生連高岡病院 13.6
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(平)	(1)	(平)	0	公立南砺中央病院 19.3
				(平診療所)	
	南砺市(利賀)	(1)	(大勘場)	11.0	南砺市民病院 34.0
合計		8 (11)			

() は無医地区に準ずる地区

厚生労働省「令和4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)	(鉢、虎谷)	11.8
			(小菅沼)	7.5
富山	上市町	1	白萩南部	8.0
		(1)	(白萩東部)	10.0
	立山町	(1)	(東峯)	11.0
	富山市(八尾)	(1)	(大長谷)	18.1
高岡	氷見市	6	女良	15.9
			宇波	12.6
			久目	13.8
			仏生寺	9.7
			碁石	12.6
			八代	13.2
高岡市(福岡)	1	五位山	8.0	
砺波	南砺市(城端)	(1)	(東西原)	4.3
	南砺市(上平)	(1)	(上平)	23.2
	南砺市(平)	(1)	(平)	16.7
	南砺市(利賀)	(1)	(利賀)	21.4
合計		8 (9)		

() は無歯科医地区に準ずる地区

厚生労働省「令和4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⁷⁹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⁸⁰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

⁷⁹ 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。

⁸⁰ 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

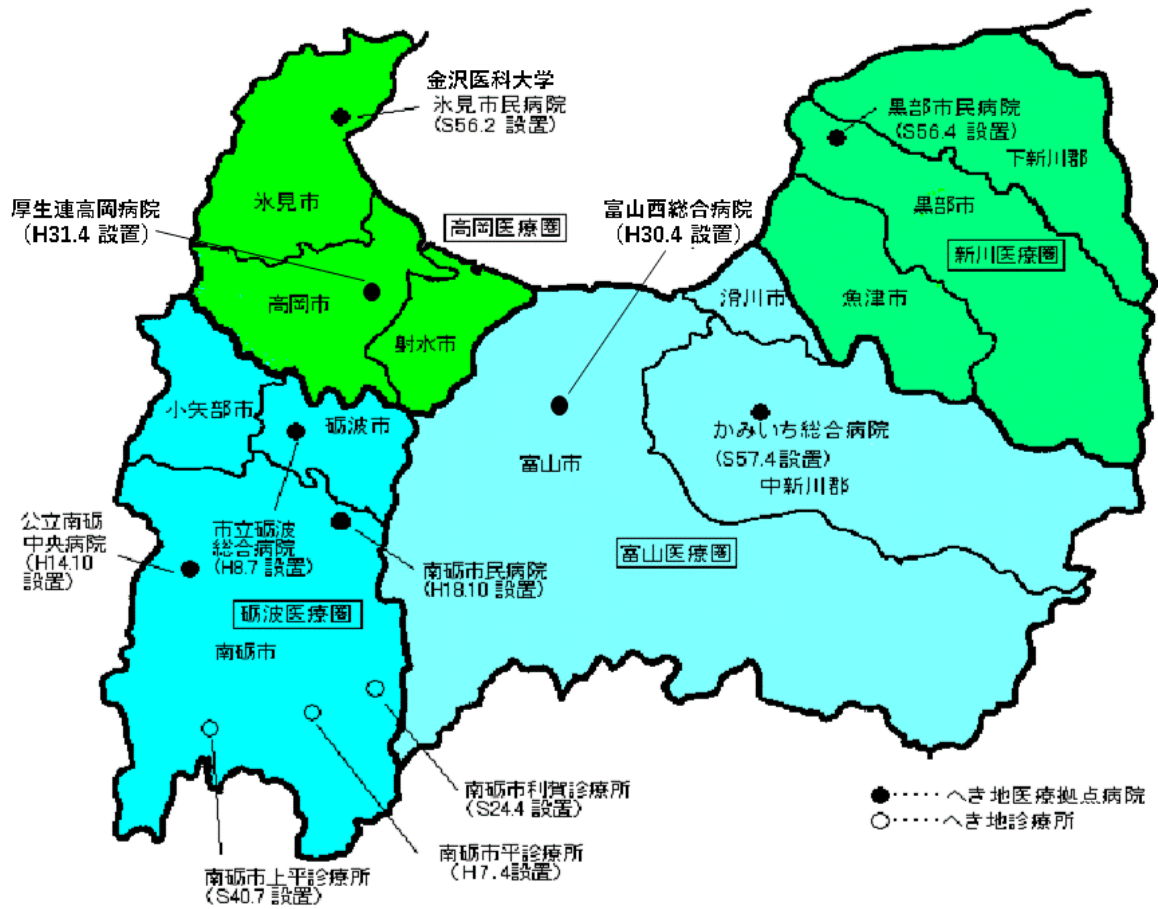
- 2023（令和5）年現在、県内には、南砺市に上平、平、利賀の3つのへき地診療所があり、それぞれのへき地診療所には1名ずつの常勤医が勤務しています。
- 2023（令和5）年現在、黒部市民病院、かみいち総合病院、金沢医科大学氷見市民病院、市立砺波総合病院、公立南砺中央病院、南砺市民病院、富山西総合病院及び厚生連高岡病院がへき地医療拠点病院に指定されています。
- 2021（令和3）年度、黒部市民病院、かみいち総合病院、金沢医科大学氷見市民病院、市立砺波総合病院、富山西総合病院、厚生連高岡病院の6病院が巡回診療（合計326回）を行っています。また、公立南砺中央病院と南砺市民病院では、へき地診療所の医師が研修等に参加する際に、代診医の派遣（合計7回）を行っています。
- 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	富山西総合病院	金沢医科大学氷見市民病院	厚生連高岡病院	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	2018年	2003年	2019年	2003年	2006年	2006年
巡回診療実施回数	48回	48回	24回	89回	14回	103回	—	—
代診医派遣回数	—	—	—	—	—	—	5回	2回

厚生労働省「令和4年度へき地医療現況調査」（2021〈令和3〉年度実績）

へき地医療体制の状況



(2023<令和5>年4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 2023（令和5）年4月現在で7人となっています。
- 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。
- へき地医療拠点病院に対する運営支援を実施します。

[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。

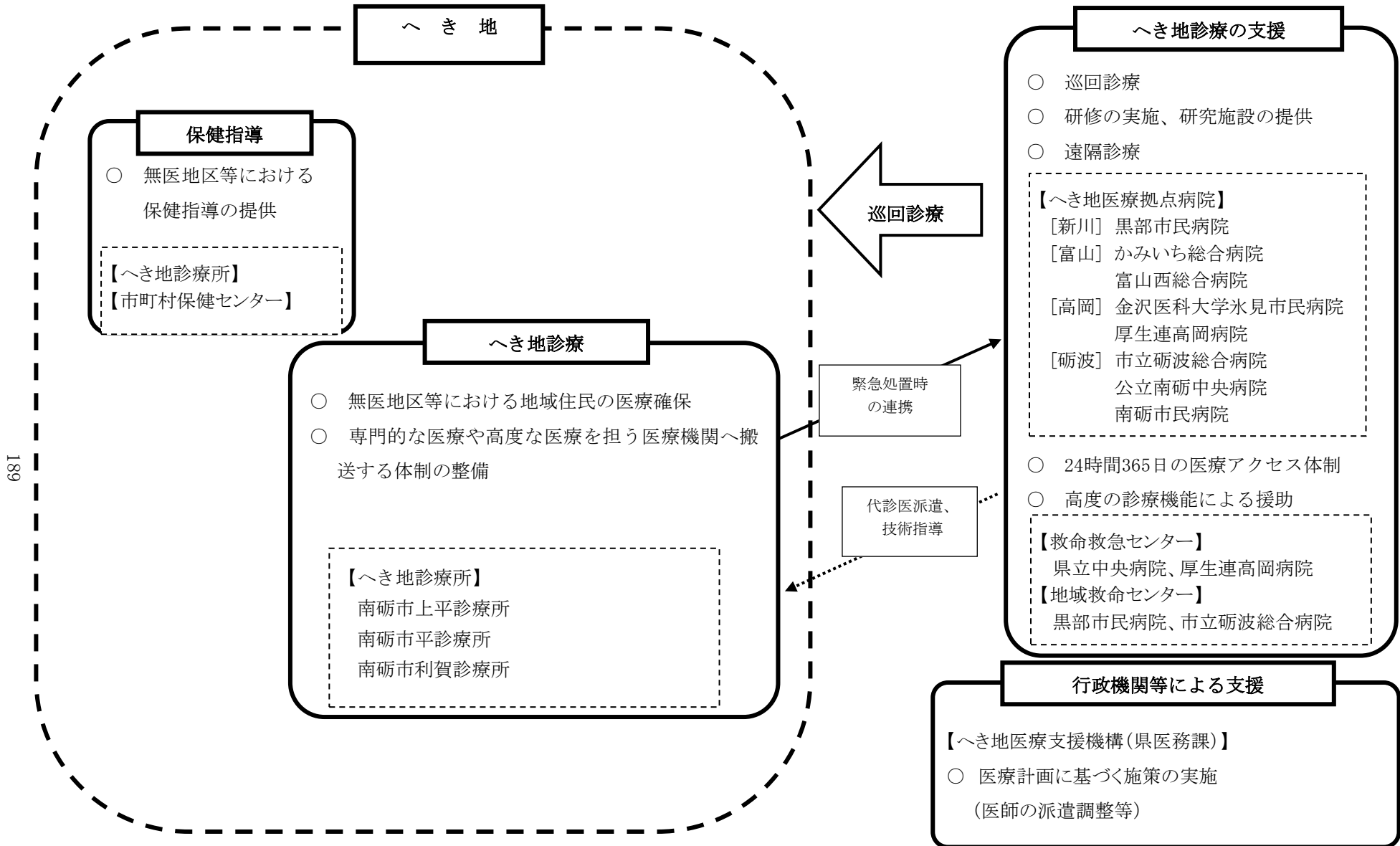
第5 数値目標

指標名及び指標の説明	現状	国	2029年	出典等
へき地診療所への 代診医派遣回数	7回 (2021年)	—	現状維持	厚生労働省「令和4年度へ き地医療現況調査」(2022 年)
へき地巡回診療回数	326回 (2021年)	—	現状維持	厚生労働省「令和4年度へ き地医療現況調査」(2022 年)
へき地医療拠点病院数	8施設 (2023年)	—	現状維持	県医務課調べ(2023年)
へき地医療拠点病院の中 で、主要3事業(※1) の年間実績が合算で12回 以上の医療機関の割合	75% (2021年)	—	現状維持	県医務課調べ(2022年)
へき地医療拠点病院の中 で、へき地医療拠点病院 の必須事業(※2)の実 施回数が年間1回以上の 医療機関の割合	100% (2021年)	—	現状維持	県医務課調べ(2022年)

※1) 主要3事業：へき地医療拠点病院におけるへき地への巡回診療、へき地診療所等への医師派遣及び代診医派遣

※2) 必須事業：巡回診療等によるへき地住民の医療確保に関する事。へき地診療所等への代診医等の派遣及び技術指導、援助に関する事。遠隔医療等の各種診療支援に関する事。

第6 へき地の医療提供体制



第7 現状把握のための指標

指標名及び指標の説明	国	現状	参考値	出典等
へき地の数 無医地区 無医地区に準ずる地区		8地区 11地区 (2022年)	9地区 10地区 (2019年)	厚生労働省「令和4年度無医地区等調査」 (2022年)
へき地診療所数		3施設 (2023年)	3施設 (2021年)	県医務課調べ(2023年)
へき地医療拠点病院数		8施設 (2023年)	8施設 (2021年)	県医務課調べ(2023年)
へき地診療所への 代診医派遣回数		7回 (2021年)	54回 (2020年)	厚生労働省「令和4年度へき地医療現況調査」(2022年)
へき地巡回診療回数		326回 (2021年)	370回 (2020年)	厚生労働省「令和4年度へき地医療現況調査」(2022年)
へき地医療拠点病院・診療 所に派遣している自治医 科大学卒業医師数		7人 (2023年)	10人 (2021年)	県医務課調べ(2023年)
へき地医療拠点病院の中 で、主要3事業の年間実績 が合算で12回以上の医療 機関の割合		75% (2021年)	87.5% (2020年)	県医務課調べ(2022年)
へき地医療拠点病院の中 で、へき地医療拠点病院の 必須事業の実施回数が年 間1回以上の医療機関の 割合		100% (2021年)	100% (2020年)	県医務課調べ(2022年)

(10) 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（新生児集中治療室）⁸¹、MFICU（母体・胎児集中治療室）⁸²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。
- 本県の周産期医療は、周産期医療の人材育成と高度医療を担う富山大学附属病院、総合周産期母子医療センターである県立中央病院、また、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）と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）が核となり一般産科と連携協力して推進してきている。
- 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」では、母体搬送基準及び新生児集中治療室への新生児搬送基準、妊婦の外来紹介基準、妊婦及び新生児の適切な搬送及び受入れ体制を整備しています。
- 母体、新生児の搬送の必要性を迅速に判断し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、2010（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。
- 「富山県周産期保健医療協議会」を設置し、周産期保健医療体制の具体的な推進方策を協議しています。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、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。
- 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。

⁸¹ 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。

⁸² 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と
- 妊産婦のメンタルヘルスに対応可能であること
- 分娩の立会いや面会の方針など、医療機関を選択する上で必要な情報をあらかじめ提供すること
- 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
- 助産所においては、嘱託医師・嘱託医療機関を定め、妊産婦の状況の変化や異常分娩が生じた際には適切に連携を行うこと

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
- 助産所

2. 【分娩を取り扱わないが、妊婦健診や産前・産褥管理・産後ケアを実施する機能】

目 標

- 妊婦健診や産前・産褥管理・産後ケアを実施すること

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、初期治療が実施可能であること
- 妊産婦のメンタルヘルスケアを行うこと
- 妊産婦の日常的な生活・保健指導に対応すること
- オープンシステム⁸³・セミオープンシステム⁸⁴を活用し、分娩取扱医療機関との連携により、分娩以外の産科診療に対応すること
- 当該施設の休診時間等におけるかかりつけの妊産婦の症状等への対応について、連携す

⁸³ 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。

⁸⁴ 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。

る分娩取扱医療機関と取決めを行うこと

- 当該施設のかかりつけ妊婦の分娩が近くなった際に、適切に分娩取扱医療機関への診療情報提供を行うこと。また、オープンシステム等を活用し、情報の共有に努めること。
- 緊急時の搬送に当たっては、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

- 分娩を取り扱わない産婦人科を標榜する病院又は診療所
- 分娩を取り扱わない助産所

3. 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⁸⁵に応じること
- オープンシステム等の活用、合同症例検討会等の開催等により、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

⁸⁵ 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。

- 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

4. 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、県において、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、県において、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（新生児回復期治療室）⁸⁶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、富山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

5. 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医療的ケア児、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

○ レスパイト等の在宅において療養・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、薬局

○ 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

⁸⁶ 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。

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、県が適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
	公認心理師等		III
	入院児支援コーディネーター(NICUを有する場合)		III
災害 対策	災害時を見据えた業務継続計画を策定		I

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) 公認心理師等	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	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⁸⁷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）、2021（令和3）年には6,132件（全国：約81万件）⁸⁸と減少の一途にあります。
- 出生場所は、2022（令和4）年は診療所が47.7%（全国：45.3%）、病院が52.1%（全国：54.0%）、「助産所」が0.1%（全国：0.5%）、「自宅・その他」が0.2%（全国：0.2%）と、診療所と病院がそれぞれ約半数を担っています⁸。
- 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、2021（令和3）年には27.9%（全国：30.0%）となっています。また、2021（令和3）年の40歳以上の母からの出生割合は5.4%（全国：6.2%）となっています⁸。
- 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2020（令和2）年の6.0%（全国：5.5%）へと微増しています⁸。
- 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、2021（令和3）年は1.0%（全国：1.1%）となっています⁸。
- 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%）、2020（令和2）年は15.8%（全国：21.6%）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、2020（令和2）年は病院が20.1%、診療所が10.4%（全国：病院27.4%、診療所14.7%）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⁸⁹。

(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2021（令和3）年は9.3%（全国：9.4%）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%）、2021（令和3）年は0.15%（全国：0.30%）となっています⁸。

(周産期死亡等)

- 周産期死亡率⁹⁰（出産千対）は、1995（平成7）年は7.6（全国：7.0）でしたが、2021（令和3）年には4.4（全国：3.4）と低下しています。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）、2016（平成28）年から2020（令和2）年までの5か年平均では3.6（全国：3.4）と低下しています⁸。
- このうち早期新生児死亡率⁹¹（出生千対）は、2011（平成23）年から2015（平成27）年ま

⁸⁷ 出産（出生及び死産）をした母の数

⁸⁸ 厚生労働省「人口動態調査」

⁸⁹ 厚生労働省「医療施設調査」

⁹⁰ 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。

⁹¹ 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。

での5か年平均の0.6（全国：0.7）から、2016（平成28）年から2020（令和2）年までの5か年平均では0.8（全国：0.7）と横ばいです。後期死産率⁹²（出産千対）は、2011（平成23）年から2015（平成27）年までの5か年平均が4.2（全国：3.1）、2016（平成28）年から2020（令和2）年までの5か年平均は2.8（全国：2.7）と低下しています⁸。

- 死産率⁹³（出産千対）は、1995（平成7）年の24.8（全国：32.1）から、2020（令和2）年には18.2（全国：20.1）と低下しています。また、自然死産率も、1995（平成7）年の14.3（全国：14.9）から2020（令和2）年には8.3（全国：9.5）と低下しています⁸。
- 乳児死亡率⁹⁴（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）、2020（令和2）年は1.8（全国：1.8）と低下傾向にあります⁸。
- 妊産婦死亡率（出産10万対）は、2011（平成23）年から2015（平成27）年までの5か年平均の5.2（全国：3.6）から、2016（平成28）年から2020（令和2）年までの5か年平均では5.9（全国：3.3）と横ばいです⁸。

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、2020（令和2）年は103人と2014（平成26）年から10人増加しており、出産千人当たりでは16.5人（全国：13.9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17.0人、富山医療圏が19.2人、高岡医療圏が12.3人、砺波医療圏が13.3人となっています⁹⁵。
- 2020（令和2）年10月現在、分娩を取扱う医師数（常勤換算）は診療所で13.4人、15～49歳女性人口10万人当たりでは6.9人（全国：8.5人）と全国より少なくなっています。病院では56.1人、15～49歳女性人口10万人当たりでは28.8人（全国：26.5人）と全国より多くなっています⁹。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。
- 2020（令和2）年10月現在、分娩を取り扱う診療所数は9か所であり、そのうち新川医療圏が1か所、富山医療圏が3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10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5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⁹。
- 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。
- 2020（令和2）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53.6人、15～49歳女性人口10万人当たりでは27.5人（全国：24.5人）と全国より多くなっています。病院でも192.8人、15～49歳女性人口10万人当たりでは99.0人（全国：73.7人）と全国より多くなっています⁹。
- 2022（令和4）年3月現在、助産所は30か所あり、そのうち分娩を取り扱っているのは

⁹² 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。

⁹³ 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。

⁹⁴ 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。

⁹⁵ 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

1か所です⁹⁶。

- 2022（令和4）年4月現在、助産師外来は11病院と3診療所で開設されています。また、院内助産は、富山赤十字病院、県立中央病院、市立砺波総合病院で開設されています¹⁶。

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。
- N I C U及びG C U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⁹⁷。
- 新生児特定集中治療室管理料の算定要件を満たすN I C U病床数は、県立中央病院9床、富山大学附属病院12床、厚生連高岡病院3床、合計24床（出生千対3.8床）となっており、国の基準である出生千対2.5～3.0床を上回っています⁹⁷。
- 母体・胎児（特定）集中管理料の算定要件を満たすM F I C Uの病床数は9床（出生千対1.4床）となっています⁹⁷。
- 「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N I C U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、2021（令和3）年には母体搬送件数は175件、新生児搬送件数は68件となっており⁹⁸、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。
- 2023（令和5）年現在、災害時小児周産期リエゾン任命者数は6名です。

4. 療養・療育支援

- N I C UやG C U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357床整備されています⁹⁹。
- 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2021（令和3）年度で567人（全国246人）、未熟児の産後訪問指導実施率は151人（全国60人）と全国より多くなっています¹⁰⁰。

⁹⁶ 衛生行政報告例

⁹⁷ 県医務課調べ

⁹⁸ 救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査・周産期医療体制調

⁹⁹ 県障害福祉課調べ

¹⁰⁰ 地域保健・健康増進事業報告

第4 周産期医療の提供体制における主な課題と施策

質の高い周産期医療の安定的な提供体制を目指して、以下の施策を実施します。

1. 地域の周産期医療機関

〔課題①〕

- 質の高い周産期医療を安定的に確保するため、地域の医療機関が妊産婦、胎児及び新生児のリスクや重症度に応じて機能を分担・重点化するなど連携を強化することが必要です。

<施策>

- 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、地域周産期医療関連施設、及び一般の産科医院における機能分担と連携を推進します。
- 医療圏ごとでは、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。
- 各医療圏における地域医療推進対策協議会や地域医療構想調整会議など協議の場を活用して、各医療機関の状況等について情報共有する場を設けていきます。

〔課題②〕

- 医師の働き方改革に対応しながら、産婦人科医を育成し確保することが重要です。

<施策>

1. 産婦人科医師の育成・確保への対応

【県の取組み】

- 富山県臨床研修病院連絡協議会での取組みなどを通じて、産婦人科医療に携わる臨床研修医の確保対策を推進します。
- 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。

【富山大学附属病院と連携して実施する取組み】

- 専門研修プログラム合同説明会の開催などを通じて、産婦人科医の確保・育成に努めます。

2. (医師の働き方改革への対応)

【県の取組み】

- 医師の働き方改革について県民に周知を図り、医療機関への適切な受診につなげるなど、医師の負担軽減を図ります。

【医療機関と連携して実施する取組み】

- 医療現場の勤務環境の改善に向けた医療機関の取組みを支援します。

3. (若手医師への支援)

- 若手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若手医師の職場復帰を支援します。

4. 特定診療科としての産婦人科

- 富山大学や金沢大学へ特別枠¹⁰¹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。

2. 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③〕

- 産科領域における高度急性期医療を安定的に提供するため、NICU、MFICU等の機能を維持する必要があります。

<施策>

- 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床以上を維持しつつ、周産期医療の高度専門化に伴う体制を検討します。

〔課題④〕

- 周産期医療搬送・紹介ガイドラインに基づき、適正な母体管理や搬送体制の適正化・迅速化を引き続き推進する必要があります。

<施策>

- 妊産婦及び新生児の病態や緊急度に応じて、より高次医療機関の医療機関へ搬送を行うなど、周産期医療関係者のネットワークが構築されています。
- 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。

〔課題⑤〕

- 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。

3. 助産

〔課題⑥〕

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

¹⁰¹ 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、脳神経外科、感染症内科)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。)

<施策>

- 院内助産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の取組を推進します。

4. 産前・産後ケア

【課題⑦】

- 産前・産後ケアを充実する必要があります。

<施策>

(1) 市町村が行う産前・産後ケア

- 市町村においては、安全・安心な妊娠・出産のため、妊婦健康診査等に係る費用の助成を実施しています。
-
- 産後も安心して子育てができるよう、医療機関や助産所と連携を図り、産後ケア事業（宿泊型、デイサービス型、アウトリーチ型）の実施や利用促進に努めます。また、妊産婦の心身の状態に応じて、助産師や保健師による個別相談など産前・産後サポート事業を展開します。

(2) 県・厚生センターが行う産前・産後ケア

- 厚生センターにおいて、産婦人科医療機関と協力して妊婦向けリーフレットを作成し、身近な医療機関での健診や相談体制及び緊急時の対応へのアドバイス等、産前ケアの情報提供に努めます。
- 厚生センターにおいて、気がかりな妊婦に多機関が連携して対応できるよう、連携窓口一覧等をまとめた冊子「周産期保健医療地域連携ネットワーク手引き」を作成しています。

【総合的な産前・産後ケア】

- 厚生センターにおいて、管内の周産期医療機関や市町村母子保健担当者、児童相談所職員等が集まる「連携ネットワーク会議」を開催し、連携体制の強化に努めます。

(3) 関係機関の連携による産前・産後ケア

- 産科（分娩）医療機関では主に産後の健康診査時に、市町村では新生児訪問等において、妊産婦を対象に、メンタルヘルスのスクリーニング検査を実施し、産後うつ等の早期発見に努めています。また、母や家族の気持ちに寄り添いながら、適切な相談や医療に繋げるなど多機関と連携します。

5. 療養・療育支援

【課題⑧】

- 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>

- 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⑨】

- N I C U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>

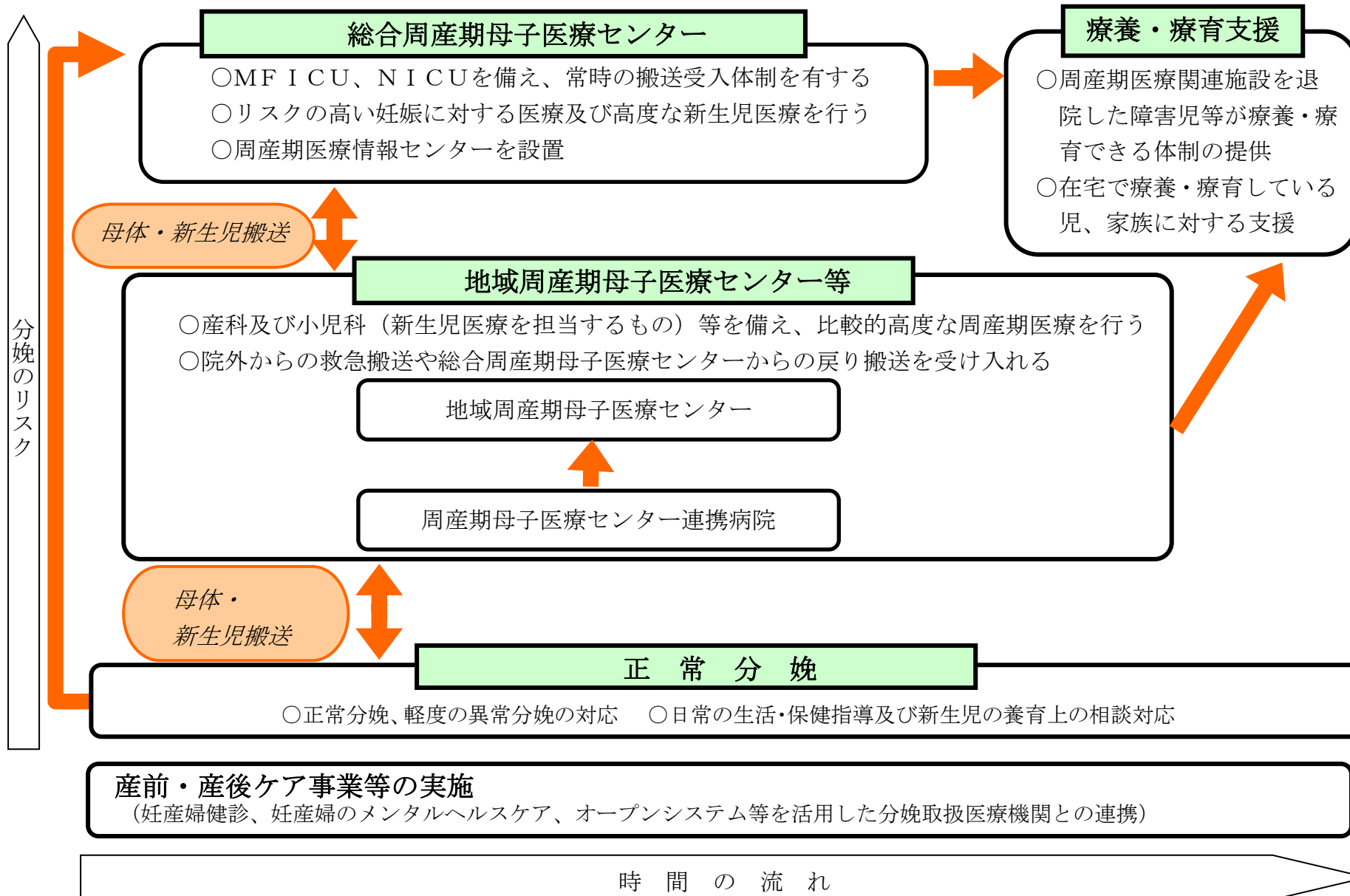
- 国立病院機構富山病院及び県リハビリテーション病院・こども支援センター等において、ライフステージに応じた障害児支援のための多様なサービス提供体制の充実を図ります。
- 厚生センター・保健所、市町村では、周産期医療関連施設等と連携し、N I C Uを退院した児及び家族への支援を引き続き実施し、支援体制の強化に努めます。

第5 数値目標

指標名及び指標の説明	現状	国	2029年	出典等
周産期死亡率 (出産千対)	4.4 (2021年)	3.4	低下	厚生労働省 「人口動態調査」 (2021年)
産科・産婦人科医師数 (出産千対)	16.5人 (2020年)	13.9人	増加	厚生労働省「医師・ 歯科医師・薬剤師統 計」(2020年)
ハイリスク妊産婦連携指 導料2届出医療機関数	8施設 (2022年)	381施設	6施設以上	診療報酬施設基準 (2022年)
N I C U病床数 (出生千対)	3.8床 (2020年)	4.0床	3.0床以上	医療施設調査 (2020年10月)
M F I C U病床数 (出生千対)	1.4床 (2020年)	1.0床	1.0床以上	医療施設調査 (2020年10月)
院内助産を設置する 医療機関数	3施設 (2022年)	—	増加	県医務課調べ (2022年4月)
産後訪問指導実施率(未 熟児を除く) (出産千対)	567 (2021年)	246	増加	地域保健・健康増進 事業報告(2021年)

※N I C U病床数は、新生児用人工換気装置を有する病床

第6 周産期医療の提供体制



第7 現状把握のための指標

指標名及び指標の説明	国	現状	参考値	出典等
周産期死亡率 (出産千対)	3.4	4.4 (2021年)	3.9 (2019年)	厚生労働省「人口動態調査」(2021年)
産科・産婦人科医師数 (出産千対)	13.9人	16.5人 (2020年)	14.0人 (2018年)	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」(2020年)
分娩を取扱う医師数				
病院：常勤換算	病院 26.5人	病院 28.8人	病院 27.2人	医療施設調査(2020年)
診療所：常勤換算	診療所 8.5人	診療所 6.9人	診療所 6.7人	
(15-49歳女性人口10万対)		(2020年)	(2017年)	
分娩を取扱う病院	—	新川 1 富山 5 高岡 3 砺波 1 (2020年)	新川 1 富山 7 高岡 3 砺波 1 (2017年)	医療施設調査(2020年)
分娩を取扱う診療所	—	新川 1 富山 3 高岡 4 砺波 1 (2020年)	新川 1 富山 3 高岡 4 砺波 1 (2017年)	医療施設調査(2020年)
就業助産師数(15-49歳女性人口10万対)	148.6人	211.0人 (2020年)	222.1人 (2020年)	衛生行政報告例(2020年)
助産師外来	—	病院 11 診療所 3* (2022年)	病院 11 診療所 3* (2021年)	県医務課調べ(2022年) ※休止中1施設を含む
院内助産を設置する医療機関数	—	3施設 (2022年)	3施設 (2021年)	県医務課調べ(2022年)
NICU病床数 (出生千対)	4.0床	3.8床 (2020年)	3.3床 (2017年)	医療施設調査(2020年)
MFICU病床数 (出生千対)	1.0床	1.4床 (2020年)	2.1床 (2017年)	医療施設調査(2020年)
母体・新生児搬送数 (15-49歳女性人口10万対)	149.7件	127.8件 (2021年)	159.4件 (2018年)	救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査・周産期医療体制調(2021年)

母体搬送数	—	175 件 (2021 年)	175 件 (2018 年)	救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査・周産期医療体制調 (2021 年)
新生児搬送数	—	68 件 (2021 年)	146 件 (2018 年)	救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査・周産期医療体制調 (2021 年)
災害時小児周産期リエゾン任命者数	—	6 人 (2023 年)	0 人 (2019 年)	県子育て支援課調べ (2023 年)
早産割合	5.5%	6.0% (2020 年)	5.2% (2019 年)	厚生労働省「人口動態調査」(2020 年)
低出生体重児の出生割合	9.4%	9.3% (2021 年)	8.7% (2019 年)	厚生労働省「人口動態調査」(2021 年)
35 歳以上の母からの出生率	30.0%	27.9% (2021 年)	27.9% (2019 年)	厚生労働省「人口動態調査」(2021 年)
40 歳以上の母からの出生率	6.2%	5.4% (2021 年)	5.2% (2019 年)	厚生労働省「人口動態調査」(2021 年)
産後訪問指導実施率 (未熟児を除く)(出産千対)	246	567 (2021 年)	572 (2019 年)	地域保健・健康増進事業報告 (2021 年)
未熟児の産後訪問指導実施率 (出産千対)	60	151 (2021 年)	126 (2019 年)	地域保健・健康増進事業報告 (2021 年)
重症心身障害児 (者) 用病床数	—	357 床 (2022 年)	357 床 (2021 年)	県障害福祉課調べ (2022 年)
ハイリスク妊産婦連携指導料 1 届出医療機関数	643 施設	12 施設 (2022 年)	11 施設 (2020 年)	診療報酬施設基準 (2022 年)
ハイリスク妊産婦連携指導料 2 届出医療機関数	381 施設	8 施設 (2022 年)	8 施設 (2020 年)	診療報酬施設基準 (2022 年)

※NICU病床数は、新生児用人工換気装置を有する病床

(11) 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0歳から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、小児救急及び子どものこころに関する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、2020（令和2）年は6,256人（全国：841千人）と減少しています¹⁰²。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、2020（令和2）年は116,349人（全国：15,025千人）と減少しています¹⁰³。

3. 小児の疾病構造

- 1日当たりの全国の小児（0歳から14歳までを指す。以下同じ。）患者数（推計）は、入院で約2.3万人、外来で約72万人となっています^{引用資料1}。
- ① 入院については、「周産期に発生した病態」（25.8%）のほか、「先天奇形、変形及び染色体異常」（13.1%）、「神経系の疾患」（9.2%）、「呼吸器系の疾患」（7.9%）が多くなっています^{引用資料1}。
- ② 外来については、急性上気道感染症（12.8%）をはじめとする呼吸器系の疾患（29.6%）が圧倒的に多く^{引用資料1}、また、小児医療に関連する業務においては、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い状況です。

【引用資料¹】；厚生労働省「患者調査」（令和2年）】

- 本県の小児慢性特定疾病医療給付件数は、2005（平成17）年度は803件、2010（平成22）年度は945件、2021（令和3）年度は800件となっています。また、2021（令和3）年度の疾患内訳は、内分泌疾患25.1%、次いで悪性新生物17.6%、慢性心疾患13.9%となっています¹⁰⁴。

4. 小児救急の現状

- 18歳未満の救急搬送数は、全国において、2015（平成27）年の約46万人から2020（令和2）年の約17万人と減少傾向にあります^{引用資料4}。一方で同搬送における軽症者の割合は約72%であり

¹⁰² 厚生労働省「人口動態統計」

¹⁰³ 総務省「人口推計」各年10月1日現在、富山県「人口移動調査」

¹⁰⁴ 県健康課調べ（2016年度まで）、厚生労働省「衛生行政報告例」（2017年度以降）

引用資料⁴⁾、さらに、小児の入院救急医療機関(第二次救急医療機関)を訪れる患者数のうち、9割以上は軽症であることが以前から報告^{引用資料⁵⁾}されています。

全国の小児救急患者の時間帯別の受診状況を見ると、平日では夕刻から準夜帯(18時から 22時頃まで)にかけて増加傾向にあり、さらに土・日では多くなっており^{引用資料⁶⁾}、いわゆる時間外受診が多いことが指摘されています。

【引用資料】

⁴⁾ ;消防庁「平成 28 年版 救急・救助の現状」(令和3年)

⁵⁾ ;日本医師会「小児救急医療体制のあり方に関する検討委員会報告書」(平成 14 年)ほか

⁶⁾ ;厚生労働科学研究「小児救急医療における患者・家族ニーズへの対応策に関する研究」(主任研究者 衛 藤義勝)(平成 16 年度)

5. 小児医療の体制整備の構築

- 小児医療に関する協議を行う場を設定することが重要です。このため、県では 2021 (令和 3) 年 6 月に「富山県小児医療等提供体制検討会」を立ち上げています。
- 小児医療における災害対策の一環として、発災時に災害医療コーディネーターをサポートすることを目的として、「災害時小児周産期リエゾン」を任命しておくことが重要です。

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

- 子どもの急病時の対応等を支援すること
- 慢性疾患の診療やこころの診療が必要な小児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)

- AED（自動体外式除細動器）の使用を含む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・夜間等に子ども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係る啓発を実施すること
- AEDの使用を含む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
- 慢性疾患の診療やこころ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（NICU）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む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
- 医療型障害児入所施設など、自宅以外の生活の場を含む在宅医療を実施すること（再掲）
- 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
- 富山大学附属病院
- 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、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、小児救急患者の入院医療を担うこと
- 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¹⁰⁵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について、病院群輪番制に参加する医療機関にあってはその当番日に、あるいはまた、第3次救命救急医療機関においては 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
- 小児救急において病院群輪番制に参加している病院

¹⁰⁵ 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

- 日本における 2021（令和3）年の周産期死亡率（出産千対）は 3.4、乳児死亡率（出生千対）は 1.7、幼児（1歳から4歳まで）、児童（5歳から9歳まで）、児童（10歳から14歳まで）の死亡率（人口 10 万対）はそれぞれ、13.8、6.7、8.3 となっている^{引用資料 7)}。
また、幼児（1歳から4歳まで）の死亡の主な原因は、「先天奇形、変形及び染色体異常」（20.5%）、「悪性新生物」（11.0%）、「不慮の事故」（10.3%）となっている。一方、児童（10歳から14歳まで）の主な原因は、「自殺」（29.0%）、「悪性新生物」（18.6%）、「不慮の事故」（11.8%）となっています^{引用資料 7)}。
- 本県における乳児死亡率（出生千対）は、1990（平成2）年は 6.3（全国 4.6）でしたが、周産期保健医療対策に取り組んできた結果、年々減少し、2021（令和3）年は 2.1（全国：1.7）となっています。
- 乳幼児（0～4歳）の死亡率（乳幼児人口 10 万対）は 2021（令和3）年に 40.2（全国：40.7）となっています^{引用資料 7)}。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、2021（令和3）年に 14.4（全国：17.3）となっています^{引用資料 7)}。死亡の主な原因は「不慮の事故」、「先天奇形・変形・染色体異常」などとなっています。

【引用資料⁷⁾；厚生労働省「人口動態統計（確定数）」（令和3年）】

2. 小児科医師等

- 小児科医師の数は、2000（平成12）年から 2018（平成30）年までの間に 143 人（全国：14,156 人）から 147 人（全国：17,321 人）へと微増し¹⁰⁶⁾、2020（令和2）年には 154 人（全国：17,997 人）となっています。
- 小児人口 1 万人当たりの小児科医師数でも、2000（平成12）年の 9.1 人（全国：7.7 人）から 2018（平成30）年の 12.0 人（全国：10.3 人）へと増加傾向にあり、2020（令和2）年には 13.2 人（全国：12.0 人）と全国より多い状況です。
医療圏別では、2018（平成30）年から 2020（令和2）年において、新川医療圏が 6.2 人→7.5 人、富山医療圏が 15.1 人→16.3 人、高岡医療圏が 11.1 人→11.6 人、砺波医療圏が 7.5 人→9.4 人となっています。医療圏によって差はありますが、すべての医療圏で小児科医師数（小児人口 1 万人あたり）は増加傾向にあります。
- 小児科を標榜している病院は、2018（平成30）年に 32 施設、2020（令和2）年は 30 施設であり、小児人口 10 万人あたりでは 25.4 施設（全国：16.4 施設）から 2020（令和2）年には 24.9 施設（全国：16.4 施設）と減少傾向にあります。
また、小児科を標榜している診療所は 45 施設から 47 施設、小児人口 10 万人あたりでは、35.8 施設（全国：34.0 施設）から 39.0 施設（全国：35.2 施設）となっています¹⁰⁷⁾。

¹⁰⁶⁾ 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

¹⁰⁷⁾ 小児医療の体制構築に係る現状把握のための指標

- 小児に対応している訪問看護ステーション数は2013（平成25）年に1施設、小児人口10万人当たり0.7施設（全国：2.3施設）でしたが、2022（令和4）年には26施設、小児人口10万人あたり22.6施設（全国：26.2施設）と大幅に増加しています^{引用資料8)}。

【引用資料⁸⁾；訪問看護レセプト（令和2年）】

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、親子のこころのケア、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－富山県の現状）

- 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）、2019（令和元）年は2,818人（全国：49.6万人）、2020（令和2）年は1,866人（全国：約17万人）となっています^{引用資料9)}。
- 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、2019（令和元）年は64.4%、2020（令和2）年は65.6%となっています^{引用資料9)}。
なお、2020年はコロナ感染が拡大しており、その点に留意が必要です。

【引用資料⁹⁾：県消防課 防災・危機管理課「富山県消防防災年報」】

（児童虐待の件数－富山県の現状）

- 児童虐待に関する相談については、2011（平成23）年度は258件、2019（令和元）年度は1,097件、2020（令和2）年度は1,035件^{a)}と増加傾向にある中、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。

【引用資料^{a)}：児童相談所での児童虐待対応件数、厚生労働省/子ども家庭庁】

（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子ども医療電話相談（#8000）が2回線設置されています^{引用資料10)}。
- 子ども医療電話相談（#8000）の相談件数は、2020（令和2）年度6,384件、小児人口10万人当たり5,293件（全国：5,022件）、2021（令和3）年度7,516件、小児人口10万人当たり6,368件（全国：6,178件）となっており、年々増加傾向にあります^{引用資料10)}。

【引用資料¹⁰⁾県医務課調べ】

（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、身近なところでの初期救急の重要な役割を担っています。また、患者の重症度に応じて第二次・第三次救急医療機関と連携しています。
- 2021（令和3）年度の小児の時間外外来受診件数は69,288件、小児人口10万人当たり

58,704件（全国：31,161件）と全国より相当数多くなっています^{引用資料 11)}。

【引用資料¹¹⁾：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】

（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。
- 県において、2022（令和4）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83.9%は入院が必要でない患者となっており¹⁰⁸⁾、小児救急患者の多くが軽症であり、重症患者を扱う医療機関を多数受診する状況になっています。

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。
- 高度専門医療を担う医療機関として、県立中央病院、富山大学附属病院等があります。
- 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があるため、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。
- NICUでの高度な新生児医療が、総合周産期母子医療センターを有する県立中央病院とともに、地域周産期母子医療センターである富山大学附属病院及び厚生連高岡病院で実施される等、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4医療圏すべて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：37病院）^{引用資料 12)}。【引用資料¹²⁾；医療施設調査（令和2年）】

6. 子どものこころの診療体制

- 精神発達の遅れや発達障害等の小児期からの子どものこころと発達の問題について、早期発見、早期支援を実施するため、子どものこころの医療の充実が必要です。
- 子どものこころに極めて深刻な傷を残す虐待によるトラウマ等への対応について、専門的な医療や療育をできるだけ早期に開始するため、富山大学附属病院、国立病院機構富山病院、県リハビリテーション病院・こども支援センター、県立中央病院などの専門医療機関、児童精神に対応する診療科、及び児童相談所や今後新設される児童心理治療施設などの関係機関の連携体制の強化が重要です。
- このため、児童・思春期精神疾患や発達障害に対応できる専門職の養成や多職種連携・多施設連携の充実を推進していきます。
- 子どもが自ら命を絶つことのないよう、医療機関の診療の場等において、できうる限り、そのリスクを感じ取り、防止していくことが求められます。

¹⁰⁸⁾ 県医務課調べ

第4 小児医療の提供体制における課題と施策

小児医療（小児救急とところの問題を含む）全般にわたり各種施策を実施し、安定的な提供体制を維持していきます。

[小児救急等]

〔課題①〕

- 医師会、地域の医療機関、大学病院、市町村及び広域圏事務組合等関係機関が緊密に連携して、4医療圏毎の休日夜間小児急患センターの運営を維持することが重要です。
- 小児二次救急輪番制度について、医師の働き方改革に対応しながら、4医療圏がそれぞれの圏域における医療資源に応じた形態で維持することが重要です。
- 小児救急医療機関の負担軽減のため、子ども医療電話相談（#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た適切な救急医療体制を維持するためにも、できるだけ診療時間内に受診することが重要である等、県民への普及啓発を進めていく必要があります。

<施策>

1. 基本的な方向性

- 子ども医療電話相談（#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の健康診断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係る普及啓発を行います。
- 各医療圏の休日夜間小児急患センターについて、医師会、地域の医療機関、大学附属病院、市町村・広域圏事務組合等が協力して、医療圏毎の医療資源に応じたスタイルで、運営の継続に努めます。
- 各医療圏で運営されている小児救急の二次輪番制度について、医師の働き方改革に留意しながら、二次輪番病院をはじめとする医療機関、大学附属病院、医師会等が協力し、圏域における医療資源に応じたサステナブルなスタイルでの運営に努めます。

二次医療圏での当番病院が有する医療技術では提供が困難な高度・専門救急医療が必要となった場合、引き続き、第三次救急センターと連携しながら医療圏がお互いに協力して対応します。

2. 長期的な課題

- 持続可能な小児救急医療体制を検討していく必要があります。具体的な視点として；
 - ① 二次医療圏ごとの体制の持続可能性
 - ② 病児とその家族の受診に係る利便性
 - ③ 少子化の進行の状況
 - ④ 医療従事者の働き方改革の状況

- ⑤ 一次急患センターや二次輪番病院等小児救急医療への負担軽減を図るため、オンライン診療導入の検討等があります。

[小児専門医療・高度小児専門医療]

[課題②]

- 高度小児専門医療体制を一層充実することが重要です。

<施策>

1. 基本的な方向

- 県立中央病院、富山大学附属病院、厚生連高岡病院を中心とした専門医療に関するネットワークの維持と強化を図ります。具体的な内容として；
- ① 県立中央病院や富山大学附属病院等において、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
 - ② 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
 - ③ 富山大学附属病院こども医療センターにおける専門分野の見える化の推進
- 小児がんに関する医療の提供や相談支援などについて、小児がん連携病院である富山大学附属病院と、国が指定する東海・北陸ブロック内の小児がん拠点病院（名古屋大学医学部附属病院、三重大学医学部附属病院及び静岡県立こども病院）とが連携し、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。
- 県リハビリテーション病院・こども支援センターと国立病院機構富山病院等において、重症心身障害児への入院（入所）に引き続き対応していきます。
- 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します。
- 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。

2. 長期的な課題

- 各医療機関の得意分野の伸長や役割分担を推進するとともに、データも活用しながら県民への医療の見える化を図ることが重要です。
- 高度かつ先進医療等を要する低出生体重児等の新生児に対応するため、NICU や GCU の充実を図ることが重要です。
- 移行期医療のあり方を検討する必要があります。

[小児科医師等]

[課題③]

- 医師の働き方改革に対応しながら、小児科医師の確保に向けた対策を一層充実することが必要です。

<施策>

1. 基本的な方向

- 富山大学や金沢大学へ特別枠¹⁰⁹で入学した医学生等への修学資金の貸与などを通じ、小児科医師の養成・確保に努めるとともに、キャリア形成プログラムを適切に運用し、引き続き、キャリア形成支援を図ります。
- 若手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若手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。また、小児に対応できる訪問看護ステーションを充実します。
- 平日の日中における通常の小児診療は、地域における小児科及び小児科を標榜する内科等において行います。
- 子どものこころの診療を担う小児科医や児童精神科医等について、富山大学附属病院に設置された「こどものこころと発達診療学講座」を核として、小児科及び精神科等と連携を図りながら、育成・確保します。

2. 医師の働き方改革への対応

【県の取組み】

- 医師の働き方改革について県民に周知を図り、医療機関への適切な受診につなげるなど、医師の負担軽減を図ります。

【医療機関と連携して実施する取組み】

- 医療現場の勤務環境の改善に向けた医療機関の取組みを支援します。

3. 長期的な課題

- 少子化の進行、医師の働き方改革等も踏まえた人材の確保について、引き続き検討する必要があります。検討の視点には、富山大学における小児科医の育成の継続・総合診療医等の育成と小児科医療への参入促進、医療機関ごとの役割分担と連携の促進等があります。

¹⁰⁹ 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、脳神経外科、感染症内科)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)。

[小児在宅医療（医療的ケア児）]

[課題④]

- 医療的ケア児に対する在宅医療、救急医療、災害医療等の提供体制を整備することが必要です。

<施策>

1. 基本的な方向

【平時の対応】

- 在宅療養支援のため、訪問診療や訪問看護ステーションにおける対応がなお一層充実されるよう、情報提供の充実や連携体制の強化に取り組みます。
- 引き続き小児在宅医療を担う人材の育成を支援します。
- 在宅人工呼吸器あるいは高流量の在宅酸素等を使用している医療的ケア児について、NICU退院時に、在宅療養に必要な状態の引継ぎ等を充実していく必要があります。
- 県リハビリテーション病院・こども支援センター内の医療的ケア児等支援センターと市町村等関係機関の連携促進を図り、地域における医療的ケア児及びその家族への支援体制の充実に努めます。
- 医療的ケア児に関する短期入所サービスやレスパイトについて、県リハビリテーション病院・こども支援センターや国立病院機構富山病院などの医療機関で入院対応ができるよう病院機能の充実に努めます。

【病状の悪化時、災害時の対応】

- 医療的ケア児の急変時は、県立中央病院、富山大学附属病院、厚生連高岡病院が中心となって救急対応を行います。
- また、富山大学附属病院や国立病院機構富山病院においても、医療依存度の高い児等に対応できる体制を充実します。
- 災害時に備えた体制の整備を進めます。具体的には；
 - ・ 県立中央病院を中心に災害時支援ネットワークを形成します。
 - ・ MEIS（医療的ケア児等医療情報共有システム）¹¹⁰の活用を促進します。
 - ・ 医療機関が人工呼吸器装着児等に貸し出す非常用電源の整備を支援します。

2. 長期的な課題

- 「医療的ケア児及びその家族に対する支援に関する法律」（令和3年6月成立）の理念を踏まえ、医療的ケア児及びその家族の生活を社会全体で支援することが重要であり、医療機関も一翼を担うことが求められています。

地域全体で医療的ケア児を支えるため、医療機関、訪問看護ステーション、市町村（母子保健・福祉部門）等の関係機関が連携協力することが必要です。

¹¹⁰ 医療的ケアが必要な児童等が救急時や予想外の災害、事故に遭遇した際に、全国の医師・医療機関（特に、救急医）が迅速に必要な患者情報を共有できるようにするためのシステム。医療的ケア児等は、原疾患や心身の状態が様々であり、遠方で緊急搬送等された際にも速やかに医療情報の共有を図る必要があることから、厚生労働省が令和2年7月から運用開始。

[子どもこころの問題]

【課題⑤】

- 発達障害（発達神経症）、いじめ、不登校、摂食障害、家庭問題、虐待、自殺未遂など、子どものこころを取り巻く環境は厳しくなっており、早期発見・早期治療に加え、こころのケアを継続的・安定的に提供するための取組を進める必要があります。
- 発達障害、虐待によるトラウマなど、こころの問題に悩む子どもに対し、専門的医療機関と地域の医療機関が連携し、継続的に診療することが重要です。

<施策>

1. 基本的な方向

- 増加傾向にある発達障害児へのこころのケアについて、県リハビリテーション病院・こども支援センター、国立病院機構富山病院、高岡市きずな子ども発達支援センター、厚生連高岡病院、富山大学附属病院こどものこころと発達診療学講座を中心として、小児科や児童精神に対応する診療所、教育委員会、市町村等と連携しながら、取り組みます。
- 県リハビリテーション病院・こども支援センターから地域の病院に専門医を派遣し、OJT等を通じて、市町村や教育委員会等とも連携しながら、身近な地域においても発達障害児等こどものこころの診療を実施できるよう、医療提供体制の整備に努めます。
- 発達障害児への適時適切な療育あるいは治療の機会を確保するため、保育園・学校等の集団生活の場からプライマリーケアを担う小児科への受診、専門的な医療機関への紹介受診という体系的な診療の流れをスムーズにするため、症状評価シート等のアセスメントツールの作成に努めます。
- 入院を要する児については、救急対応は県立中央病院を中心に、慢性かつ継続的な対応が必要な場合には県リハビリテーション病院・こども支援センター、国立病院機構富山病院などが中心になって治療を行います。
- 小児科医をはじめとした子どもの診療にあたる医師においては、挫傷や口腔外傷等 sentinel injury がないか等、虐待（虐待疑い）の早期発見に努めます。
- 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、児童精神科医や心理職、保育士、医療クラークの増員等により、子どものこころの診療体制の充実を図ります。
- 子どものこころの診療を専門とする児童精神科医や小児科医等の育成・確保するため、富山大学に寄附講座（こどものこころと発達診療学講座）を設置し、子どものこころの診療を専門とする小児科医及び児童精神科医の育成の充実を図ります。
- 公認心理師等心理分野の専門職と、児童精神科医や小児科医等との連携体制の充実が重要です。

2. 長期的な課題

- 子どものこころの診療を担う医療機関の診療体制を充実する必要があります。
- 発達障害児等の状態や症状に応じた、段階的な診療・療育体制の整備を行います。
- 子どものこころの診療を担う小児科医や児童精神科医等の育成状況を踏まえ、小児ユニット等入院診療体制の構築を検討します。
- 医療機関、児童相談所など専門機関とともに、保育施設、学校、市町村、民間支援団体、

県民が一体となって、子どものこころを支える体制を充実することが重要です。特に、医療機関と児童相談所及び学校等との連携体制の強化が必要です。

- 子どものこころの診療を専門とする小児科医・児童精神科医を育成するための研修
- 地域の小児科医をはじめとするかかりつけ医等を対象とした、発達障害児への初期対応マニュアルの整備
- 専門医とプライマリーケアを担う小児科医等における共通の診療情報提供書及び症状評価シートの整備 等

【子どものこころの診療を専門とする小児科医・児童精神科医の育成のためシステム例】

上手な小児医療のかかり方

診療時間内に

受診しましょう

- 診療には医師や看護師とともに多くのメディカルスタッフが必要です。スタッフがそろっている通常の診療時間に受診するのが一番です。



- 熱、食事や服薬の状況など、子どもの様子がわかる人が一緒に連れて行きましょう。



夜間や休日における子どもの急な病気やけがで、受診するかどうか迷ったとき



子ども医療電話相談
#8000
をご利用ください

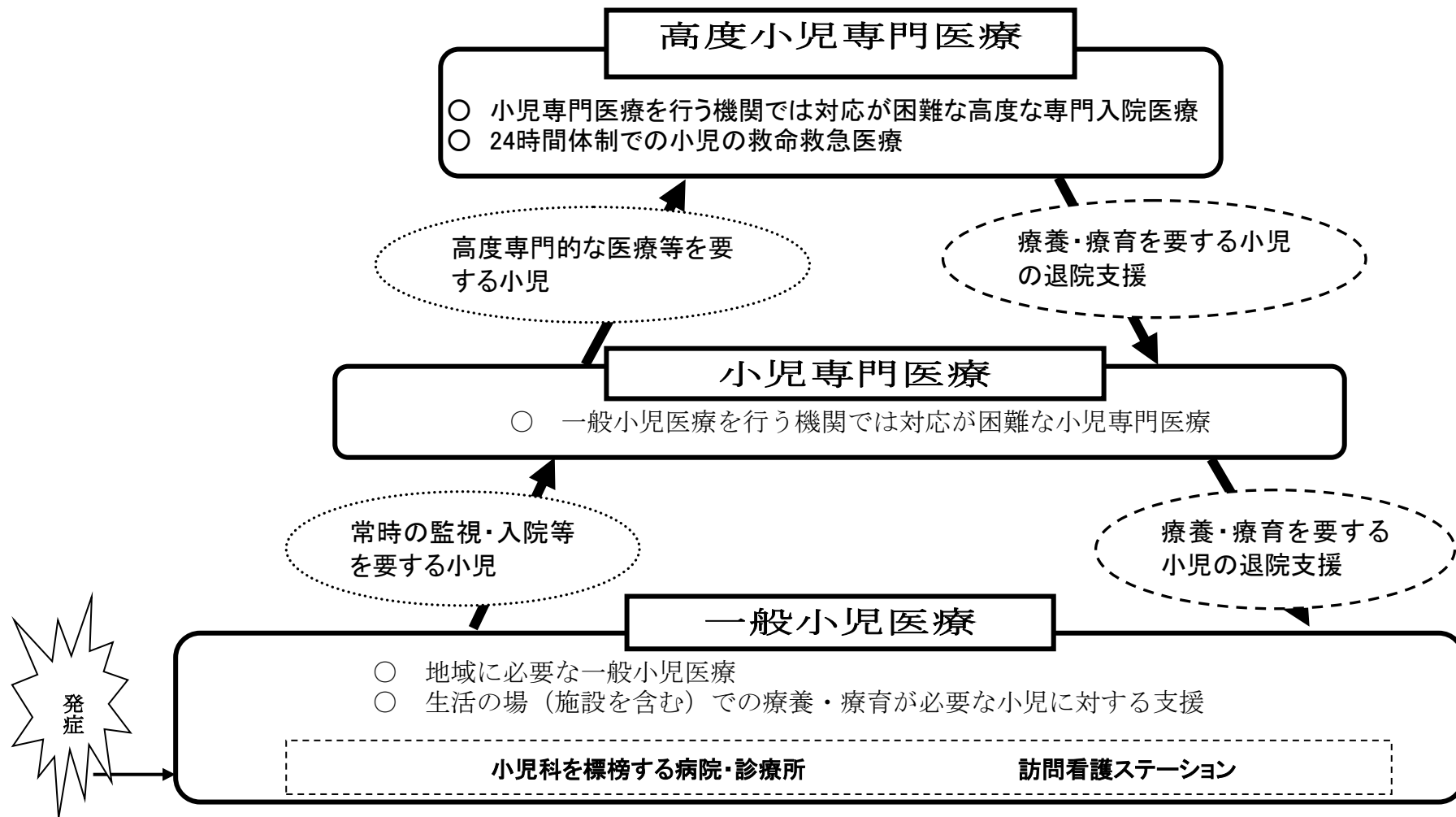
第5 数値目標

指標名及び指標の説明	直近（富山県）	国	2029年	出典等
乳児死亡率（出生千対）	2.1 (2021年)	1.7	低下	厚生労働省「人口動態調査」 (2021年)
乳幼児死亡率（乳幼児人口10万対）	40.2 (2021年)	40.7	低下	厚生労働省「人口動態調査」 (2021年)
小児科医師数（小児人口1万対）	13.2人 (2020年)	12.0人	増加	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」 (2020年)
小児の訪問看護を実施している訪問看護ステーション数（小児人口10万対）	22.6施設 (2022年)	26.2施設	全国平均	訪問看護レセプト (2022年6月審査分)
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 (2023年)	—	現状維持	県医務課調べ (2023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 (2023年)	—	現状維持	県医務課調べ (2023年)
時間外外来受診回数（小児人口10万対、レセプト件数）	58,704回 (2021年度)	31,161回	低下	NDB (2021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	83.9% (2022年度)	—	低下	県医務課調べ (2022年度)

第6 小児医療の提供体制イメージ

医療機能

224



健康相談等の支援（子ども医療電話相談「#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

2023（令和5）年4月現在



第7 現状把握のための指標

指標名及び指標の説明	国	富山県 現状 (直近値)	富山県 参考値 (コロナ前)	出典等
乳児死亡率 (出生千対)	1.7	2.1	1.2 (2019年)	厚生労働省「人口動態調査」(2021年)
乳幼児死亡率 (乳幼児人口10万対)	40.7	40.2	40.6 (2019年)	厚生労働省「人口動態調査」(2021年)
小児死亡率 (小児人口10万対)	17.3	14.4	17.8 (2019年)	厚生労働省「人口動態調査」(2021年)
小児科医師数 (小児人口1万対)	12.0人	13.2人	12.0人 (2018年)	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」(2020年)
小児の訪問看護を実施する訪問看護ステーション数 (小児人口10万対)	26.2施設	22.6施設	0.7施設 (2013年)	訪問看護レセプト (2022年6月審査分) 介護サービス施設・事業所調査 (2013年)
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	4医療圏 (2017年)	県医務課調べ (2023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	4医療圏 (2017年)	県医務課調べ (2023年)
時間外外来受診回数 (小児人口10万対、レセプト件数)	31,161回	58,704回	36,478回 (2019年)	NDB (2021年度)
小児の救急入院患者数 (レセプト件数)	—	330件	267件 (2019年)	NDB (2021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	—	83.9%	84.3% (2017年)	県医務課調べ (2022年度)
子ども医療電話相談の件数 (小児人口10万対)	6,177.9件	6,367.9件	8,823.1件 (2019年)	県医務課調べ (2021年)
小児集中治療管理室(PICU)を有する医療機関数	37施設	0施設	0施設	医療施設調査 (2020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)

(12) 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、可能な限り在宅医療に係る機関での研修や実習を受けさせること
- 入院初期から退院後の生活を見据えた関連職種による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、関連職種を含む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
- 介護老人保健施設においても、在宅への移行に向けた取組が行われている

■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、今後の方針や病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、訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問栄養食事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・介護老人保健施設の退院(退所)支援担当者に対し、地域の在宅医療及び介護、障害福祉サービス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（病院・診療所には、歯科を標榜するものを含む。以下同じ。）
- 薬局
- 訪問看護事業所
- 居宅介護支援事業所
- 地域包括支援センター
- 基幹相談支援センター・相談支援事業所

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、可能な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

- 関係機関の相互の連携により、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患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、家族等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
- 災害時にも適切な医療を提供するための計画(人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送等に係る計画を含む。)を策定すること
- 医薬品や医療機器等の提供を円滑に行うため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口腔の管理・リハビリテーション・栄養管理を適切に提供するために、関係職種間体制を構築すること
- 日常生活の中で、栄養ケア・ステーション等と連携し、患者の状態に応じた栄養管理を行うことや適切な食事提供に資する情報を提供するための体制を構築すること
- 在宅療養患者への医療・ケアの提供にあたり、医師・歯科医師の定期的な診察と適切な評価に基づく指示により、患者の病態に応じて、適切な時期にサービスが提供される必要がある

関係機関の例

- 病院・診療所
- 薬局
- 訪問看護事業所
- 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
- 介護医療院
- 短期入所サービス提供施設
- 基幹相談支援センター・相談支援事業所

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、薬局、訪問看護事業所及び入院機能を有する病院・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等に提示し、また、求めがあった際に24時間対応が可能な体制を確保すること
- 24時間対応が自院で難しい場合も、近隣の病院や診療所、薬局、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て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連携を図ること
- 患者の病状急変時にその症状や状況に応じて、円滑に入院医療へ繋げるため、事前から入院先として想定される病院・有床診療所と情報共有を行う、急変時対応における連携ルールを作成する等、地域の在宅医療に関する協議の場も活用し、消防関係者含め連携体制の構築を進めることが望ましい

関係機関の例

- 病院・診療所
- 薬局
- 訪問看護事業所
- 消防機関

■入院医療機関に求められる事項

- 在宅療養支援病院、有床診療所（在宅療養支援診療所を含む。）、在宅療養後方支援病院、二次救急医療機関等において、在宅医療に係る機関（特に無床診療所）が担当する患者の症状が急変した際の受入れを行うこと
- 特に、在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院においては、地域の在宅医療に係る機関と事前から情報共有を行う等連携することで、円滑な診療体制の確保に努めること

医療機関の例

- 病院、有床診療所

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
- 本人と家族等が希望する医療・ケアを提供するにあたり、医療と介護の両方を視野に入れ、利用者の状態の変化に対応し、最期を支えられる訪問看護の体制を整備すること
- 麻薬を始めとするターミナルケアに必要な医薬品や医療機器等の提供体制を整備すること
- 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
- 介護施設等によ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
- 薬局
- 訪問看護事業所
- 居宅介護支援事業所

- 地域包括支援センター
- 基幹相談支援センター・相談支援事業所

■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・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
- 災害時及び災害に備えた体制構築への対応を行うこと
- 患者の家族等への支援を行うこと

■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
- 在宅での療養に移行する患者にとって必要な医療及び介護、障害福祉サービスが十分に確保できるよう、関係機関に働きかけること
- 臨床研修制度における地域医療研修において、在宅医療の現場での研修を受ける機会等の確保に努めること
- 災害時等にも適切な医療を提供するための計画（人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送等に係る計画を含む。）を策定し、他の医療機関等の計画策定等の支援を行うこと
- 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等の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること
- 入院機能を有する医療機関においては、患者の病状が急変した際の受入れを行うこと

医療機関

- 救急告示病院
- 在宅療養支援診療所・病院
- 在宅療養後方支援病院
- 地域医療支援病院
- 訪問診療を行っている医療機関

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

■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、障害福祉の関係者による会議を定期的を開催し、在宅医療における提供状況の把握、災害時対応を含む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
- 地域包括ケアシステムを踏まえた在宅医療の提供体制を整備する観点から、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や障害者相談支援事業所等と連携しながら、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急変時の対応や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
- 在宅医療に係る医療及び介護、障害福祉関係者に必要な知識・技能に関する研修の実施や情報の共有を行うこと
- 在宅医療に関する地域住民への普及啓発を実施すること

拠点

- 市町村
- 在宅医療支援センター
- 地域医療支援病院

第3 在宅医療の現状

1 在宅医療患者等

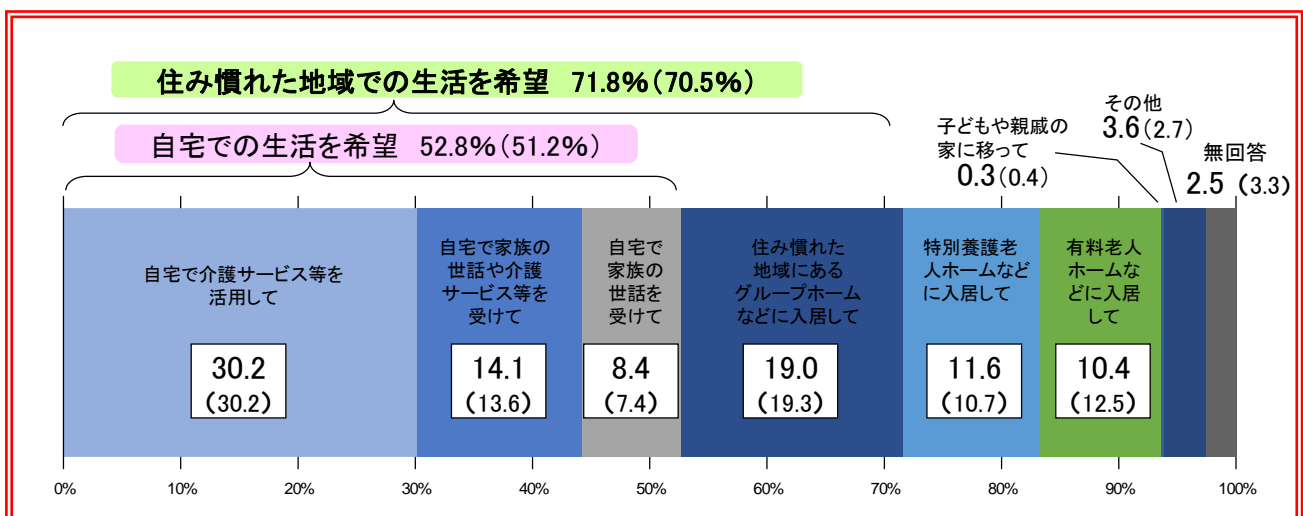
- 我が国では、1955（昭和30）年代前半までは約8割の方が家で亡くなっていましたが、1975（昭和50）年頃には医療機関で亡くなる割合が上回るようになりました。本県の2022（令和4）年の医療機関死亡割合は68.3%（全国：65.8%）、在宅死亡割合22.1%（全国：28.4%）となっています。
- 2021（令和3）年に県で実施した在宅医療実施状況調査によれば、2021（令和3）年7月中に在宅医療を受けた患者は6,851人となっています。
- 在宅療養に従事している医師数は、診療所244人、病院111人で、2018（平成30）年の前回調査からは、診療所23.3%（74人）減少、病院6.7%（7人）の伸びとなっています。
- 2022（令和4）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10,896人で、そのうち7,850人（72.0%）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24.8%で最も多く、次いで悪性新生物16.7%、認知症9.0%、難病8.4%となっています。
- 在宅での医療器具装着の内訳は、「尿留置カテーテル」が29.1%で最も多く、「在宅酸素療法」15.2%、「ストーマ」8.1%、その他「胃ろう」「CVポート」「輸液ポンプ」などとなっています。
- 2022（令和4）年中に訪問看護が終了した在宅療養患者は4,533人で、その理由は「在宅死」が32.6%で最も多く、以下「医療機関への入院」が31.5%、「介護保険施設等への入所」が10.1%、「軽快」が9.8%等となっています。

2 県民の意識等

- 2023（令和5）年度「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1,990人）



※かっこ書き2021（令和3）年度調査結果

3. 在宅医療の提供体制

(1) 病院等からの退院支援

- 2020（令和2）年に退院支援担当者を配置している病院数は47施設で、人口10万人当たりでは4.5施設（全国：3.3施設）と全国より高くなっています。
- 2022（令和4）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87.1%で、2016（平成28）年の80.7%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)

- 2021（令和3）年度中に、訪問診療を行った診療所・病院数は255施設で、人口10万人当たりでは24.3施設（全国：12.5～12.9施設）と全国より多くなっています。
- 2022（令和4）年4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72施設で、人口10万人当たりでは6.9施設（全国：11.9施設（2021（令和3）年3月末））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、2022（令和4）年9月末現在、13グループ、202人の医師が参加しています。
- 2021（令和3）年7月の1か月間に訪問診療・往診を受けた患者数は6,851人で、2018（平成30）年7月の5,498人に比べて多くなっています。

(訪問看護)

- 2022（令和4）年4月現在、訪問看護ステーションの数は87事業所、人口10万人当たりでは8.4事業所（全国：11.4事業所）と全国に比べて少ない状況です。
- 2021（令和3）年の訪問看護ステーションに従事する看護師は483人で、人口10万人当たりでは46.1人（全国：60.0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)

- 2021（令和3）年の訪問リハビリテーション事業所数は66事業所、人口10万人当たりでは6.3事業所（全国：4.5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)

- 2021（令和3）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56施設、人口10万人当たり5.3施設（全国：6.7施設）と全国より少なくなっています。
- 2021（令和3）年に歯科訪問診療を実施している歯科診療所・病院数は177施設、人口10万人当たり16.9施設（全国：10.1～10.4施設）と全国より多くなっています。

(服薬指導等)

- 2022（令和4）年の在宅患者訪問薬剤管理指導の届出薬局数は289施設あり、訪問実績のある薬局数は人口10万人当たり27.9施設となっています。

(訪問介護)

- 2021（令和3）年10月現在、訪問介護事業所が254事業所、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所が13事業所、夜間対応型訪問介護事業所が4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。
- 2023（令和5）年4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診療連携拠点病院・難病診療分野別拠点病院・難病医療協力病院が41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、2022（令和4）年9月現在、13グループ、202人の医師が参加しています。（再掲）
- 2023（令和5）年10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。

(訪問栄養食事指導)

- 2021（令和3）年の訪問栄養食事指導を受けた患者数は、10万人当たり1.4人（全国：2.3～2.4人）と全国に比べて少ない状況です。

(3) 症状が急変したとき等の対応

- 2021（令和3）年に往診を実施している診療所・病院は290施設、人口10万人当たり27.7施設（全国：18.5～18.9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、2022（令和4）年4月現在78か所（89.7%）で、2016（平成28）年の56か所（91.8%）から事業所数は増加しています。

(4) 居宅等での看取り

- 2021（令和3）年度、在宅での看取りを実施している診療所・病院数は85施設、人口10万人当たり8.1施設（全国：5.0～5.4施設）で全国より多くなっています。
- 2022（令和4）年の自宅での死亡者数は2,017人で、自宅での死亡者割合は全死亡者の中で13.4%（全国：17.4%）と全国より低くなっています。

(5) 在宅医療で積極的な役割を担う医療機関

- 2021（令和3）年3月末現在、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71施設で、人口10万人当たりでは6.8施設（全国：11.9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、2022（令和4）年9月末現在、13グループ、202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。
- 2023（令和5）年10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4 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支援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入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の支援、バックアップ体制づくりに努めます。

- 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>

- 訪問看護総合支援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。
- 専門性の高い看護師との同行訪問や資質向上のための技術的研修など訪問看護師の人材養成に努めるとともに、人材確保、定着化に向けた取組を支援します。
- 訪問看護ステーションの開設や規模拡大のため、管理者など関係者を集めた意見交換を実施し、必要な設備整備を支援します。
- 訪問看護ステーションの機能強化に向けて、相互支援体制の整備や連携強化に努めます。
- 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支援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提供を支援します。
- 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、在宅歯科医療や摂食嚥下障害等に取り組む歯科専門職等の確保と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の支援、バックアップ体制づくりに努めます。(再掲)
- 医療・介護に関わる多職種の連携を進めるため、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。
- 在宅医療に関わる多職種の連携、研修会等による資質向上に努め、在宅医療を円滑に受けられる体制の構築を推進します。
- 医療・介護などの専門機関との連携や家族対応などを担うケアマネジャーの確保に努めるとともに、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、ケアマネジャーの在宅医療現場への体験を取り入れた研修など資質向上に努めます。

(10) 訪問栄養食事指導

〔課題⑪〕

- 在宅療養における管理栄養士による訪問栄養食事指導の取り組みが必要です。

<施策>

- 在宅療養における適切な管理栄養の必要性について普及啓発を行います。
- 日常生活の中で、患者の状態に応じた栄養管理を行うことや適切な食事提供に資する情報を提供するための体制の整備に努めます。

3. 急変時の対応

(1) 普及啓発

〔課題⑫〕

- 生活習慣の改善や適切な治療につなげるため、循環器疾患が疑われる症状の突然の出現時における対応や発症予防の普及啓発が重要です。

<施策>

- 救急蘇生法の講習会の実施や脳卒中、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を行うよう普及啓発に取り組みます。
- 循環器疾患発症予防のため、望ましい生活習慣や危険因子に関する普及啓発を実施します。

(2) 症状が急変したときの対応

〔課題⑬〕

- 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の支援、バックアップ体制づくりに努めます。（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の構築に努めます。

4. 居宅等での看取り

〔課題⑭〕

- 住み慣れた環境のもとで最期を迎えられるよう、在宅看取りの理解を深めるとともに、介護家族負担にも配慮した体制が必要です。

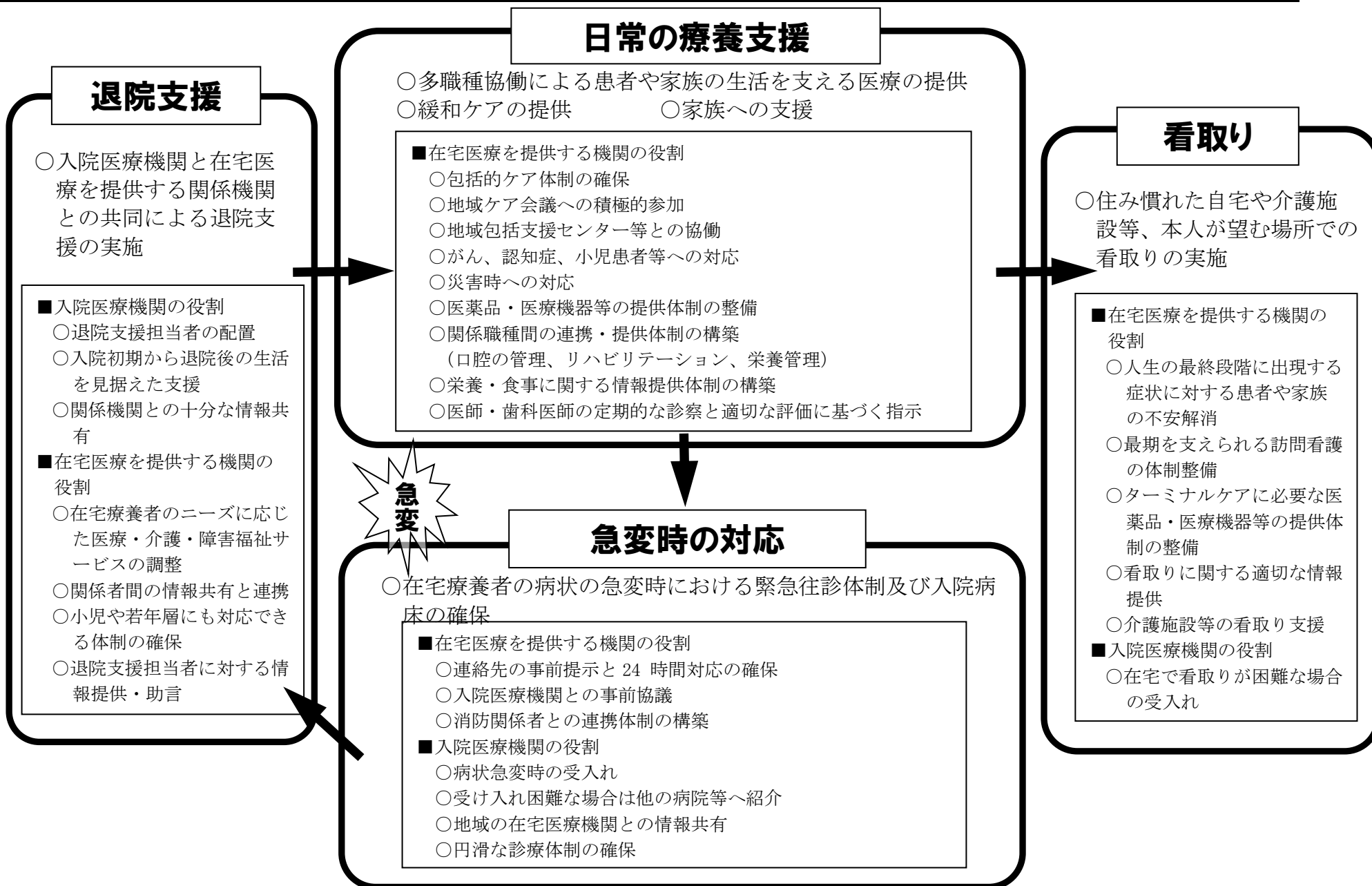
<施策>

- 自らが望む人生の最終段階が過ごせるよう関連機関などと連携して、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）や在宅看取りの理解を深めるための普及啓発に努めます。
- 居宅等での看取りを希望する患者やその家族の介護負担を軽減するため、医療、看護、介護が連携した看取りの体制づくりを推進します。
- 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づくりを推進します。
- 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。

第5 数値目標

指標名及び指標の説明	現状	国	2026年 2029年	出典等
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）	87.1% (2022 (R4) 年)	—	94%	県地域リハビリテーション支援センター調査
訪問診療を実施している診療所・病院数 (人口10万対)	24.3施設 (2021 (R3) 年)	12.5～12.9施設 (2021 (R3) 年)	増加	NDB：在宅患者訪問診療料
在宅療養支援診療所数 (人口10万対)	6.9施設 (2021 (R3) 年4.1)	11.9施設 (2021 (R3) 年3.31)	増加	診療報酬施設基準
在宅療養支援病院数 (人口10万対)	1.6施設 (2021 (R3) 年4.1)	1.3施設 (2021 (R3) 年3.31)	増加	診療報酬施設基準
訪問看護ステーションに従事する看護師数 (人口10万対)	46.1人 (2021 (R3) 年10.1)	60.0人 (2021 (R3) 年10.1)	65.7人 67.4人	介護サービス施設・事業所調査
在宅療養支援歯科診療所数(人口10万対)	5.3施設 (2021 (R3) 年3.31)	6.7施設 (2021 (R3) 年3.31)	増加	診療報酬施設基準
訪問薬剤指導の実績のある薬局数	289施設 (2022 (R4) 年)	—	増加	県薬剤師会調査
24時間体制の訪問看護ステーション届出割合	89.7% (2022 (R4) 年)	—	100%	県高齢福祉課調査
在宅看取りを実施している医療機関数 (人口10万対)	8.1施設 (2021 (R3) 年)	5.0～5.4施設 (2021 (R3) 年)	増加	NDB：在宅ターミナルケア加算等
看取り加算算定回数 (人口10万対)	159.6回 (2021 (R3) 年)	117.9～119.1回 (2021 (R3) 年)	増加	NDB：死亡診断加算等
訪問栄養食事指導を受けた患者数(人口10万対)	1.4人 (2021 (R3) 年)	2.3～2.4人 (2021 (R3) 年)	増加	NDB：在宅患者訪問栄養食事指導算定件数

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）



第7 現状把握のための指標

指標名及び指標の説明	国	現状	参考値	出典等
退院支援担当者を配置している病院数(人口10万対)	3.3施設 (2020 (R2) 年)	4.5施設 (2020 (R2) 年)	—	NDB:医療施設調査
退院支援を実施している診療所・病院数(人口10万対)	0.1~0.2施設 (2021 (R3) 年)	2.0施設 (2021 (R3) 年)	—	NDB:退院調整加算
退院支援(退院調整)を受けた患者数(人口10万対)	828.5人 (2021 (R3) 年)	3,792.5人 (2021 (R3) 年)	—	NDB:退院調整加算
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)	—	87.1% (2022 (R4) 年)	—	県地域リハビリテーション支援センター調査
訪問診療を実施している診療所・病院数(人口10万対)	12.5~12.9施設 (2021 (R3) 年)	24.3施設 (2021 (R3) 年)	—	NDB:在宅患者訪問診療料
在宅医療を受けた患者数	—	6,851人 (2021 (R3) 年)	—	高齢福祉課、在宅医療支援センター調査
在宅療養支援診療所数(人口10万対)	11.9施設 (2021 (R3) 年3.31)	6.9施設 (2022 (R4) 年4.1)	—	診療報酬施設基準
在宅療養支援病院数(人口10万対)	1.3施設 (2021 (R3) 年3.31)	1.6施設 (2022 (R4) 年4.1)	—	診療報酬施設基準
訪問看護ステーション数(人口10万対)	11.4事業所 (2022 (R4) 年4.1)	8.4事業所 (2022 (R4) 年4.1)	—	全国訪問看護事業協会調査
訪問看護ステーションに従事する看護師数(人口10万対)	60.0人 (2021 (R3) 年10.1)	46.1人 (2021 (R3) 年10.1)	—	介護サービス施設・事業所調査
訪問看護利用者数(人口10万対)	745.8人 (2021 (R3) 年)	558.3人 (2021 (R3) 年)	—	介護サービス施設・事業所調査
訪問リハビリテーション事業所数(人口10万対)	4.5施設 (2021 (R3) 年)	6.3施設 (2021 (R3) 年)	—	介護保険総合データベース
在宅療養支援歯科診療所数(人口10万対)	6.7施設 (2021 (R3) 年3.31)	5.3施設 (2021 (R3) 年3.31)	7.2施設 (2019 (R1) 年)	診療報酬施設基準
歯科訪問診療を実施している診療所・病院数(人口10万対)	10.1~10.4施設 (2021 (R3) 年)	16.9施設 (2021 (R3) 年)	16.8施設 (2019 (R1) 年)	NDB:歯科訪問診療を算定した診療所・病院数
訪問薬剤指導の実績のある薬局数	—	289施設 (2022 (R4) 年)	—	県薬剤師会調査

訪問薬剤指導の実績のある 薬局数(人口10万対)	—	27.9施設 (2022 (R4) 年)	—	県薬剤師会調査
訪問介護事業所数	35,612施設 (2021 (R3) 年10.1)	254施設 (2021 (R3) 年10.1)	—	介護サービス施設・事業調査
医療系ショートステイ病床 (介護家族の緊急時の一時的 な受け入れ病床)の利用率	—	12.7% (2022 (R4) 年)	34.5% (2019 (R1) 年)	高齢福祉課調査
往診を実施している診療 所・病院数(人口10万対)	18.5~18.9 (2021 (R3) 年)	27.7施設 (2021 (R3) 年)	—	NDB:往診料を 算定した診療 所・病院数
往診を受けた患者数 (人口10万対)	1272.5~1273.1人 (2021 (R3) 年)	973.5人 (2021 (R3) 年)	—	NDB:往診の件 数
24時間体制の訪問看護ステ ーション届出割合	—	89.7% (2022 (R4) 年)	—	県高齢福祉課調 べ
緊急時訪問看護加算算定数 (介護保険)(実数)	—	5,199人 (2022 (R4) 年)	—	県訪問看護ステ ーション連絡協 議会調査
24時間対応体制加算算定数 (医療保険)(実数)	—	2,958人 (2022 (R4) 年)	—	県訪問看護ステ ーション連絡協 議会調査
在宅看取りを実施している 医療機関数(人口10万対)	5.0~5.4施設 (2021 (R3) 年)	8.1施設 (2021 (R3) 年)	—	NDB:在宅ター ミナルケア加算 等
自宅死亡割合	17.4% (2022 (R4) 年)	13.4% (2022 (R4) 年)	—	人口動態調査
看取り加算算定回数 (人口10万対)	117.9~119.1回 (2021 (R3) 年)	159.6回 (2021 (R3) 年)	—	NDB:死亡診断 加算等
訪問栄養食事指導を受けた 患者数(人口10万対)	2.3~2.4人 (2021 (R3) 年)	1.4人 (2021 (R3) 年)	—	NDB:在宅患者 訪問栄養食事指 導算定件数

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)

〔1—3〕 医療提供体制の整備充実

（1）リハビリテーション

〔現状と課題〕

- リハビリテーションは、患者の症状に応じて適切な時期に行うことが効果的であり、医療機関において、主に急性期・回復期リハビリテーションが行われています。また、維持期・生活期リハビリテーションは、通所リハビリテーションや訪問リハビリテーション等で行われています。
- 2023（令和5）年7月現在、公的病院のリハビリテーション科の医師数は17人となっています¹¹¹。
- 県内でリハビリテーション科を設置している病院は64施設となっています¹¹²。
- 2022（令和4）年の回復期リハビリテーション病床数は499床、人口10万人当たり48床（全国：68床）で全国より少なくなっています¹¹³。
- 2023（令和5）年4月現在、通所リハビリテーション事業所数は78事業所となっています¹¹⁴。
- 高次脳機能障害、摂食嚥下障害、神経難病などの多様な疾患に対応したリハビリテーション医療が求められています。
- 富山県リハビリテーション病院・こども支援センターを「富山県リハビリテーション支援センター」に指定し、関係者・関係機関への人的・技術的支援、リハビリテーション資源の調査・研究、研修会の開催、情報の提供など、本県の中核施設として、地域リハビリテーションの支援体制整備を進めています。

〔施策の方向〕

- 急性期から回復期、維持期・生活期に至るまで、患者の症状に応じたリハビリテーションを行う体制の充実を図ります。
- 一般病床、療養病床から回復期リハビリテーション病床への転換を支援します。
- 富山県リハビリテーション病院・こども支援センターを本県のリハビリテーション医療の推進拠点として機能の充実強化を図るとともに、県全体のリハビリテーション医療水準の底上げと地域リハビリテーションの一層の推進を図ります。
- 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、リハビリテーション関係技術職員の研修やリハビリテーション技術の開発、普及など医療機能の充実を図ります。

¹¹¹ 県医務課調べ

¹¹² 医療機能情報報告（2023（令和5）年11月）

¹¹³ 病床機能報告（2022（令和4）年）

¹¹⁴ 県高齢福祉課調べ

(2) 臓器移植等

[現状と課題]

- 1997（平成9）年に「臓器の移植に関する法律」が施行され、心臓停止後に加え脳死下での臓器提供が行われるようになりました。また、2010（平成22）年の同法の改正施行により、15歳未満の方からの脳死後の臓器提供も可能になりました。
- 脳死下の臓器提供は、県内の9公的病院で可能となっています（2023<令和5>年9月現在）。また、角膜移植は富山大学附属病院、腎臓移植は富山大学附属病院及び県立中央病院、骨髄移植は富山大学附属病院、県立中央病院及び富山赤十字病院で可能となっています。
- 2006（平成18）年3月に、県立中央病院において北陸初の脳死下での臓器提供が実施されました。また、2012（平成24）年6月には、富山大学附属病院において6歳未満の小児としては国内初（15歳未満としては2例目）となる脳死下での臓器提供が実施されました。
- 虐待を受けた児からの臓器の提供を防ぐため、臓器提供を行う医療機関と児童虐待に関する情報を持つ機関との連携が求められています。
- 1989（平成元）年に財団法人富山県腎臓バンク（現：公益財団法人富山県移植推進財団）が、1991（平成3）年に財団法人富山県アイバンク（現：公益財団法人富山県アイバンク）が設立され、それぞれ臓器移植及び角膜移植に関する普及啓発や移植のコーディネート等を行っています。
- 富山県腎臓バンクが1997（平成9）年から開始した、臓器移植コーディネーター設置事業や医療機関における臓器移植担当者（院内移植コーディネーター：2006<平成18>年度から知事が委嘱。）を対象とした研修の実施等に対し助成を行い、臓器移植の普及啓発や移植時のコーディネートを推進しています。また、富山県アイバンクが実施する献眼思想の普及啓発事業に対し助成を行っています。
- 2002（平成14）年度から、移動献血併行型骨髄ドナー登録会を開催するとともに、マリエ献血ルームや各厚生センターにおいてもドナー登録受付業務を行い、骨髄提供希望者が登録しやすい環境整備を図っています。これらの普及啓発活動の結果、県内のドナー登録者は2023（令和5）年3月末現在4,292人となっています。

[施策の方向]

- 臓器提供施設における脳死判定や臓器提供体制等の充実、腎臓・角膜・骨髄移植実施医療機関の設備及び人的体制の整備に努めます。
- 臓器移植や献眼思想について県民の理解を深めるため、引き続き臓器提供意思表示カードやポスター、パンフレットの効果的な配布などにより、普及啓発を行います。また、移植医療機関や各バンク、県臓器移植コーディネーター、院内移植コーディネーター等関係機関と連携を図りながら、臓器提供が円滑に行われるよう環境整備を図ります。
- 小児からの臓器提供に当たって、児童相談所など虐待に関する情報を持つ機関と臓器提供を行う医療機関との間で、情報交換が円滑に行われるよう、連携体制の充実に努めます。
- 骨髄移植普及啓発用パンフレット等の配布や各種広報活動を通じ、骨髄移植思想の普及啓発を推進するとともに、引き続き富山県赤十字血液センターと連携を図りながら移動献血併行型骨髄ドナー登録会等を開催し、ドナー登録を行いやすい環境整備を進めます。

(3) 生殖補助医療

[現状と課題]

- 結婚や出産の年齢が上昇していることなどから、不妊や不育症に悩む方が増加しており、今後も増加するものと考えられます。
- 富山県不妊専門相談センターでは、不妊や不育症についての相談や専門医による個別相談会を実施しており、治療についての情報提供や医療機関の紹介などを行っていますが、相談支援体制の一層の充実が必要です。
- 2022（令和4）年4月より生殖補助医療は保険適用となりましたが、県では引き続き、保険適用外となる通算7回目以降の生殖補助医療（体外受精、県日受精）を対象とした特定不妊治療助成事業を実施しています。
- 本県の特定不妊治療指定医療機関は、2017（平成29）年7月現在、県内に6か所、県外に31か所ありますが、近年は不妊治療を専門とする医療機関や県外の医療機関が増加する一方、公的病院が減少しています。

[施策の方向]

- 不妊や不育症について、健康講座の開催や治療に対する職場等の理解促進のための普及啓発により、正しい知識の普及と理解の促進を図ります。
- 富山県不妊専門相談センターにおいて引き続き相談事業や情報提供を実施するとともに、相談や診療を担う保健・医療関係者に対する生殖補助医療の理解を深めるための研修に努め、不妊や不育症に悩む方への相談・支援体制の充実を図ります。
- 特定不妊治療費助成事業について周知を図るとともに、医療機関、市町村等と連携して円滑な実施に努めます。
- 不妊や不育症等の生殖に係る医療は進歩が著しい専門性の高い医療であり、また、倫理面で留意すべき課題やハイリスク妊娠・出産などの課題もあります。このため、国レベルの研究や学会等の動きを注視しながら、富山大学附属病院や総合周産期母子医療センターである県立中央病院など専門医療機関が核となり、病院、診療所等における取組みとも連携し、適切な医療の提供を図ります。

(4) 和漢診療

[現状と課題]

- 富山大学附属病院に和漢診療科が設置されており、西洋医学と漢方治療を融合させた医療が行われています。
- 県立中央病院にリウマチ・和漢診療科が設置されているほか、公的病院や民間病院等において和漢診療を受けることのできる専門外来等が設けられています。
- 富山大学和漢医薬学総合研究所、県薬事総合研究開発センターにおいて、和漢薬の基礎から臨床等にわたる研究が進められています。

[施策の方向]

- 富山大学の協力を得て、研修の充実等を図り、病院、診療所等における和漢診療の取組みを促進します。
- 富山大学や同和漢医薬学総合研究所、県薬事総合研究開発センターにおいて、和漢薬の薬効・薬理評価等の基礎的な調査研究を促進します。
- 和漢薬の薬効・薬理研究や臨床的研究に関するシンポジウムの開催等により、医療関係者に対する情報提供を推進します。

(5) 人生の最終段階における医療

[現状と課題]

- 人生の最終段階における医療及びケアは、必ずしも最新もしくは高度の医療やケアの技術のすべてを注ぎこむことを意味するものではなく、高齢者の心身の特性に配慮し、残された期間の生活の質（QOL）を重視する考え方が日本老年医学会より提示¹¹⁵されるなど、人生の最終段階における医療のあり方は社会的に大きな関心事となっています。
- 2007（平成 19）年に厚生労働省の検討会において「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」（2015（平成 27）年に「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」に名称変更）が策定されましたが、地域包括ケアシステムの構築に対応したものとする必要があることや、アドバンス・ケア・プランニング（以下、ACP）¹¹⁶の概念を踏まえた研究・取組が普及してきていることを踏まえて、2018（平成 30）年に、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」と名称が改訂されました。
- 人生の最終段階において、本人の意思に沿った医療・ケアが行われるようにするためには、人生の最終段階における医療・ケアについて繰り返し話し合う取組みが、社会の中に浸透することが必要となります。このため、人生の最終段階における医療・ケアについて、ACP等の概念を盛り込んだ意思決定及びその支援の取組の重要性をより深く理解できるよう、一層の普及・啓発が必要です。
- 今後、「病院完結型」の医療から「地域完結型」の医療へと転換を進める中で、人生の最終段階における医療の在り方について合意形成を図り、人生の最終段階を穏やかに過ごすことができるよう環境の整備を行っていく必要があります。
- 人生の最終段階を過ごしたい場所として、居宅で過ごすことを希望する意見が多くあります。在宅での医療体制づくりとして、訪問診療・訪問看護などによる医学的管理に加え、相談体制を充実させ、医療・介護・保健・福祉にかかる各種サービスを提供することが必要です。

[施策の方向]

- 人生の最終段階に適切な医療が提供されるよう、県内医療機関に対して、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」の周知に努めます。
- ACPの理解が深まるよう、県民に対して「人生会議」（ACPの愛称）の普及・啓発に努めます。
- 在宅での療養を望む患者に対し、患者や家族の心身の状況を把握し適切なケアを提供できるよう、訪問診療を行っている在宅主治医と病院の連携を推進するとともに、訪問看護ステーションや介護支援専門員（ケアマネジャー）など、医療・介護・保健・福祉の関係者が連携協力し、在宅での人生の最終段階における医療及びケアを充実させる体制づくりを促進します。

¹¹⁵ 「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」2012

¹¹⁶ 年齢と病期にかかわらず、成人患者と価値、人生の目標、将来の医療に関する望みを理解し共有し合うプロセスのこと

³ 厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査」（2023<令和 5>年 6月）

(6) 医薬品・血液の確保

[現状と課題]

- 本県は、「くすりの富山」として300年以上の歴史と伝統を有し、2023（令和5）年現在、新薬、後発医薬品、一般用医薬品、配置用医薬品、原薬など多種多様な医薬品製造業者80社が存在しています。2021（令和3）年の医薬品生産金額は6,204億円で全国第5位となっており、全国トップクラスの生産拠点を形成しています。
- 昨今、新型コロナウイルス感染症の世界的流行によるサプライチェーンの混乱や後発医薬品をはじめとする医薬品の供給不安を経験した中で、医薬品や血液製剤が、疾病の予防や治療に必要な不可欠なものであり、製造から医療従事者や患者の手に渡るところまで、関係者が協力して安定した供給体制の確保に努める必要が改めて認識されたところです。
- 一般用医薬品はリスクの程度に応じて、薬剤師・登録販売者が情報提供と相談応需などを行う必要があります。
- 血液製剤は、安定供給を確保し、一層の安全性向上を図るとともに、適正な使用を推進するため、「安全な血液製剤の安定供給の確保等に関する法律」において、血液事業に関わる関係者の責務の明確化や都道府県における献血推進計画の策定が義務付けられています。
- 本県における献血の状況については、県内の医療に必要な血液は確保されています。しかし、最近では若年層の献血が少なくなっていることから、献血についての広報啓発等を一層推進する必要があります。

[施策の方向]

- 医薬品関係団体の協力を得て、医療用医薬品、一般用医薬品、医療機器、介護用品等を、休日・夜間も含め、必要な患者に提供できる体制の充実に努めます。
- 県内医薬品製造業者の製造管理・品質管理体制の強化を支援し、ジェネリック医薬品を含む医薬品の信頼性確保と安定供給を後押しします。
- 県薬剤師会が設置する薬事情報センターにおける医薬品情報の収集及び医療機関や県民への情報提供体制の充実に支援するとともに、県薬剤師会等と連携し、薬の消費者教室の開催などにより、県民に対する医薬品の正しい知識の普及啓発に努めます。
- 一般用医薬品の販売制度を遵守し、県民に対してリスクの程度に応じた情報提供や相談対応が適切に行われるよう、医薬品販売業者に対する指導、資質の向上に努めます。また、配置用医薬品の販売従事者が消費者に対して適切な服薬指導や医薬品情報を提供できるよう、業界における研修体制の充実に図り、資質の向上に努めます。
- 「安全な血液製剤の安定供給の確保等に関する法律」に基づき、毎年、献血推進計画を作成し、富山県赤十字血液センターが円滑に採血業務を行えるよう、特に、若年層向けの献血啓発CMの作成やはたちの献血キャンペーンなどの街頭献血活動等を通じて、献血の普及啓発に努めます。
- 医療現場で必要な血小板製剤等の確保を図るため、成分献血登録制度の普及・啓発を図るとともに、医療機関における血液製剤の使用の適正化を促進します。

2 医療安全と医療サービスの向上

(1) 医療安全対策の強化

[現状と課題]

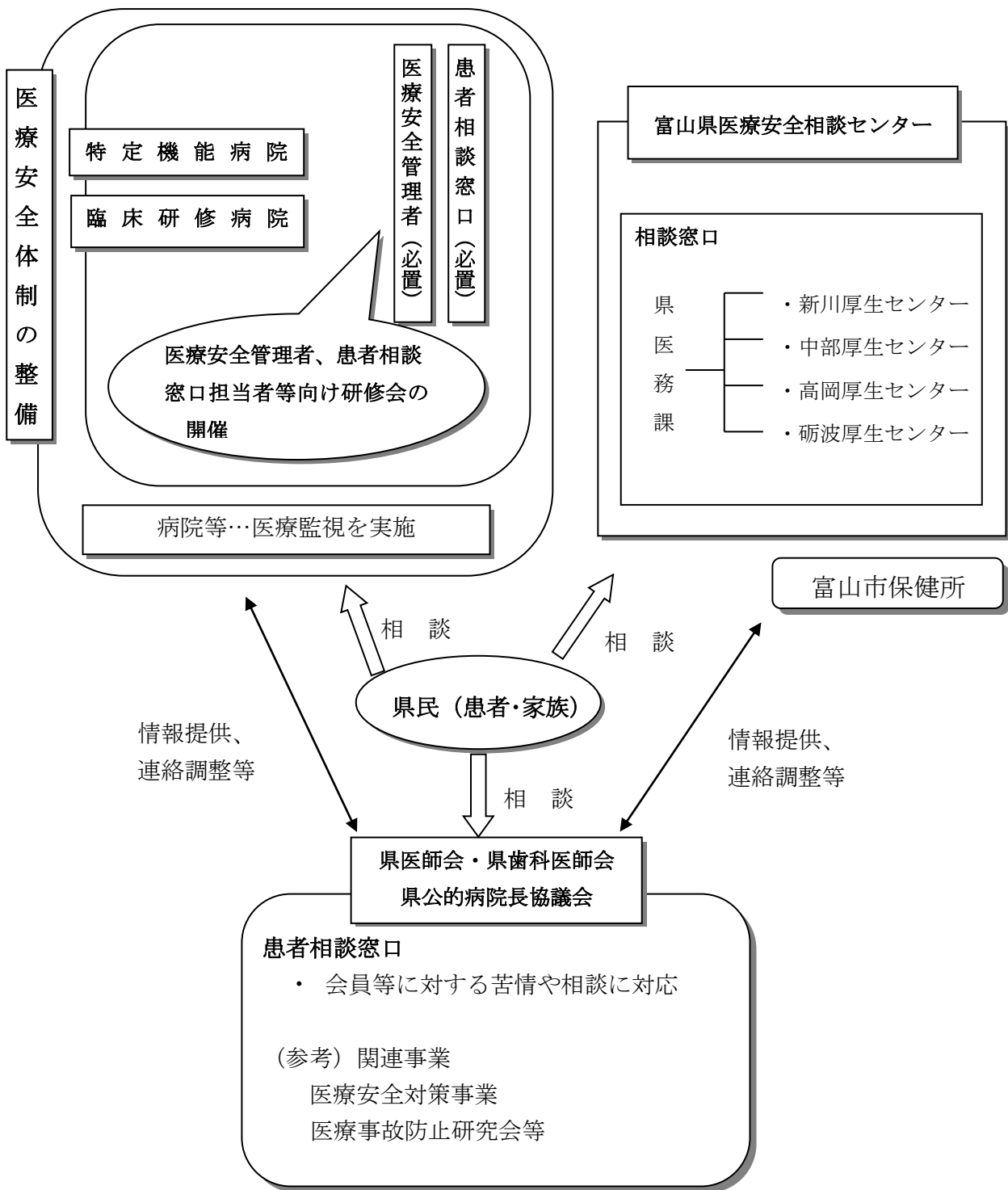
- 2007（平成 19）年4月の医療法等の改正により、すべての病院、診療所、助産所に対して医療の安全管理と院内感染対策のための、①指針の整備、②委員会の開催（入院させるための施設を有する機関のみ）、③職員研修の実施、④事故報告等の院内報告制度の体制整備が義務付けられています。また、医薬品・医療機器の安全管理、安全使用のため、職員研修の実施や責任者の配置などが義務付けられています。
- 医療法に基づく医療監視を通して、病院等の医療事故防止への取組み状況を把握するとともに、医療事故防止や院内感染防止対策に関する指導を行っています。
- 県公的病院長協議会が実施するインシデント事例等を基にした医療事故防止研究会や県医師会等が実施する医療安全対策研修会、県看護協会に委託し医療安全対策等の専門研修などを行っています。
- 医療安全対策の一環として、医療機関における患者サービスの向上、医療の安全と信頼を高めることを目的に、2003（平成 15）年4月に「富山県医療安全相談センター」を設置し、県民からの医療に関する苦情や相談等に対応しています。
- 県内の院内感染対策の質の向上を図るため、2005（平成 17）年2月に県内の病院、有床診療所、厚生センター、衛生研究所等で構成する院内感染対策協議会を設立し、研修会開催などの事業を行っています。
- 医療の安全の向上のため、医療事故が発生した際に、その原因を究明し、再発防止に役立てていくことを目的に、2015（平成27）年10月より医療事故調査制度が開始されています。
- 医薬品の安全性確保の観点から県民に対する医薬品等の適正な使用に関する啓発や正しい知識の普及に努めています。
- 薬局における医薬品の業務に係る医療の安全確保措置として、①指針の策定、②従業者に対する研修の実施、③医薬品安全管理責任者の設置、④事故報告体制の整備、⑤医薬品業務手順書の作成とこれに基づく業務の実施などが義務付けられています。

[施策の方向]

- 医療監視等を通して、各病院等において、医療安全管理体制が適切に整備され、それらの機能が十分に発揮されるよう個別具体的な指導を行います。
- 県医師会、県歯科医師会、県看護協会、県公的病院長協議会等と連携し、医療従事者等に対する医療安全対策の普及、向上に努めます。
- 公的病院等の医療安全管理者や患者相談窓口担当者等を対象とした医療安全研修会により、医療機関における相談対応能力の向上、安全意識の高揚に努めます。
- 院内感染対策協議会を通じ、院内感染対策専門職員養成のための研修会の開催、専門家による相談・助言体制の整備など医療施設における院内感染防止体制の充実を図ります。
- 医療機関において、高度な医療機器（CT、MRI等を含む）の安全管理が適切になされるよう、その取組みを促します。

- 医薬品の安全確保の観点から医薬品の重複や複数投与等を含めて医薬品等の適正な使用に関する啓発を推進します。
- 薬局の医薬品の業務に係る医療安全確保体制が適切に整備され、その機能が十分発揮されるよう監視指導を行います。

医療安全対策施策体系図



(2) 医療情報の共有化

[現状と課題]

- 医療情報の共有化を推進することにより、医療従事者間で患者データが共有、活用され、患者への適切な情報提供が行われるなど、診療の質の向上が図られます。また、医療コストの削減も期待できることから、医療機関の経営の健全化、効率化を図るための有効な手段であると考えられます。
- 全ての公的病院が電子カルテシステムを導入しており、私立病院及び一般診療所においても導入が進んでいます。
- 電子カルテシステムの導入拡大に伴い、現在、各地域において病院と病院、病院と診療所間の医療連携ネットワークが整備されてきており診療情報の共有化や相互利用が進んでいます。

[施策の方向]

- 医療機関における電子カルテシステムの導入及び地域における医療機関相互間のネットワーク化について、個人の医療情報のセキュリティ確保対策などにも十分配慮しながら、普及を進めます。
- オンライン資格認証等システムの導入や電子処方箋管理サービスを促進するとともに、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿ったオンライン診療の導入の支援を行うなど、医療DXの推進に努めます。

電子カルテシステムの導入状況

区分	導入医療機関数	導入割合	参考：2018(平成30)年 導入割合
公的病院	24	100%	91.7%
私立病院	29	35.4%	24.4%
一般診療所	390	51.4%	36.4%

富山県医療施設静態調査 (2020<令和2>年10月)

(3) 医療機関情報の提供

【現状と課題】

- 患者の選択による医療の実現のためには、患者のニーズを踏まえたうえで、医療機関自らが情報を積極的に提供できるような基盤整備が必要です。
- 2007（平成19）年4月施行の改正医療法により、医療機関に対し、医療機関の有する医療機能に関する情報について、都道府県知事への報告を義務付け、都道府県知事は報告を受けた情報を住民・患者に対し分かりやすい形で提供する医療機能情報提供制度が実施されています。
- 県では、住民・患者に対し医療機能情報を提供するために、医療機能情報提供システム（とやま医療情報ガイド）を構築し、管理・運営・サービス等に関する事項、提供サービスや医療連携体制に関する事項、医療の実績・結果に関する事項についての情報を提供しています。
- 2014（平成26）年度より、医療機関が有する病床において担っている医療機能の現状と今後の方向性について、病棟単位で都道府県に報告する仕組み（病床機能報告制度）が導入され、毎年度、各医療機関から報告された情報を県のホームページで公表しています。
- 「医療機関のホームページの内容の適切なあり方に関する指針（医療機関ホームページガイドライン）」を踏まえ、ホームページに掲載されている内容を県民・患者が適切に理解し、治療等を選択できるよう、客観的で正確な情報提供に努めることが求められています。
- 2023（令和5）年11月に実施した医療に関する意識調査（県政モニターアンケート）によると、病院・診療所を選択するときに欲しい情報として、「対応できる検査・治療・手術の内容」81.1%、「医師や歯科医師の専門分野」61.0%、「検査、治療、手術の実績（件数）」50.3%、「治療や入院に必要な経費」30.2%の順となっており、医療機関に関するより詳しい情報が求められています。

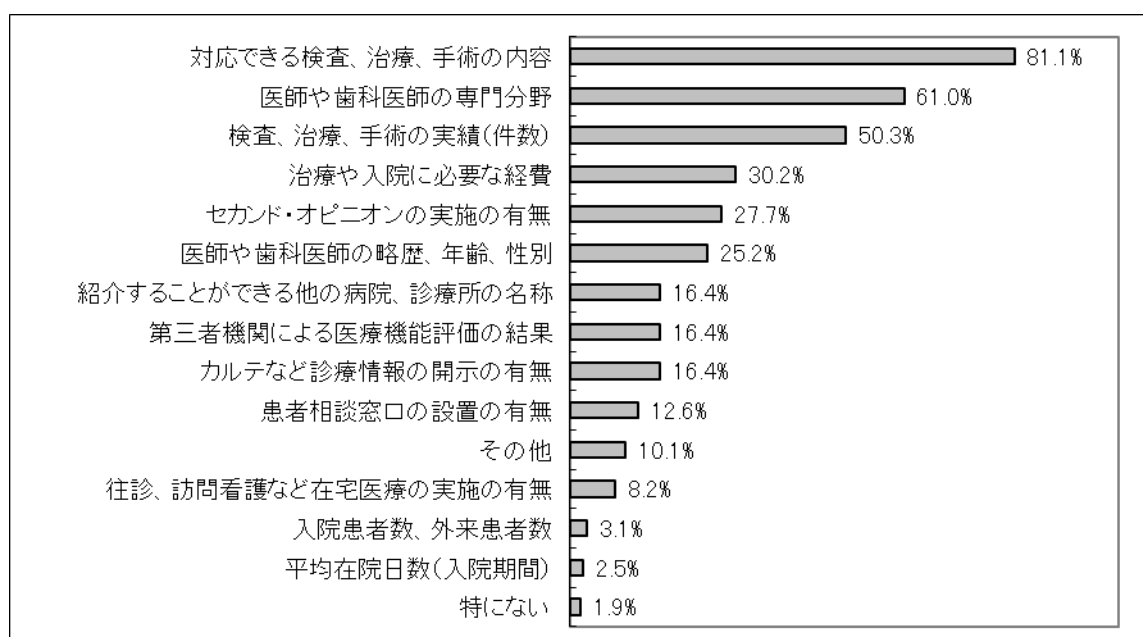
【施策の方向】

- 2024（令和6）年4月から全国統一システムとして運用が開始される「医療情報ネット」をはじめとする医療機能情報提供制度や病床機能報告制度の円滑な運用により、県民が医療機関等に関する多様な情報を容易に入手することができるよう取り組みます。
- 国が定めた「医業若しくは歯科医業又は病院若しくは診療所に関して広告し得る事項等及び広告適正化のための指導等に関する指針（医療広告ガイドライン）」に沿った医療に関する広告の相談、指導等を実施します。

医療情報ネットにより提供される医療機能情報

<p>1 管理・運営・サービス・アメニティに関する事項</p> <p>(1) 基本情報</p> <p>① 名称</p> <p>② 所在地</p> <p>③ 診療科目 等</p> <p>(2) 医療機関へのアクセス</p> <p>① 主な利用交通手段</p> <p>② 駐車場</p> <p>③ 時間外(休日・夜間)対応 等</p> <p>(3) 医療機関内サービス等</p> <p>① 障害者に対するサービス内容</p> <p>② 医療に関する相談に対する体制の状況</p> <p>③ 対応することができる外国語 等</p> <p>(4) 費用負担等</p> <p>① 保険医療機関、公費負担医療機関及びその他の病院の種類</p> <p>② 治験の実施の有無及び契約件数 等</p>	<p>2 提供サービスや医療連携体制に関する事項</p> <p>① 専門医の種類及び人数</p> <p>② 対応することができる疾患・治療内容</p> <p>③ 対応することができる在宅医療</p> <p>④ 地域医療連携体制 等</p>
	<p>3 医療の実績に関する事項</p> <p>① 医療機関の人員配置</p> <p>② 法令上の義務以外の医療安全対策</p> <p>③ 情報開示に関する窓口の有無 等</p>

病院・診療所を選択するときに欲しい情報 (回答数：5つ以内)



県政モニターアンケート (2023 (令和5) 年11月)

(4) 診療情報の提供の促進

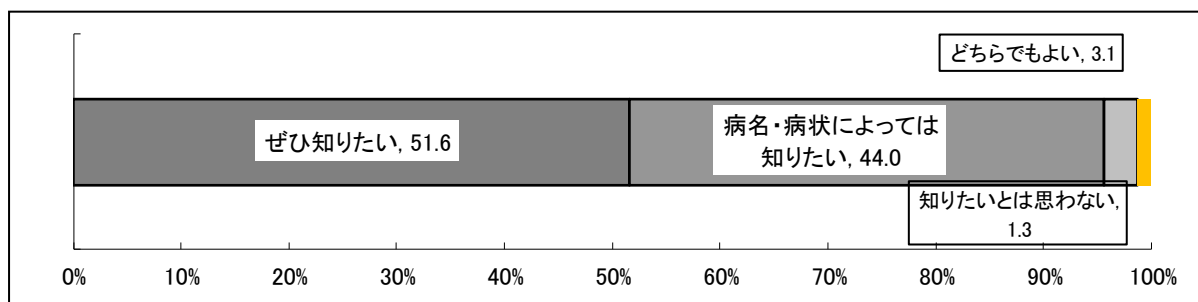
[現状と課題]

- 厚生労働省が作成した「診療情報の提供等に関する指針」を踏まえ、医療機関は、患者等がカルテの開示を求めた場合には、原則としてこれに応じなければならないとされています。
- 2023（令和5）年11月に実施した医療に関する意識調査（県政モニターアンケート）によると、カルテの内容や検査結果について「ぜひ知りたい」が51.6%、「病名・病状によっては知りたい」が44.0%と高い割合を示しています。

[施策の方向]

- 厚生労働省や日本医師会の診療情報の提供に関する指針の趣旨等も踏まえ、県医師会等と連携しながら、カルテ開示等の取組みを推進します。
- 県医療安全相談センターに寄せられる相談や苦情への対応の中で、インフォームド・コンセント¹¹⁷やセカンドオピニオン¹¹⁸を推進する観点から、診療情報の提供等について、必要に応じ、医療機関に対する助言等を行います。

カルテの内容や検査結果の開示要望



県政モニターアンケート（2023（令和5）年11月）

¹¹⁷ 医療の提供に当たり、疾病の状況、治療目的、治療内容、処置に内在する危険性、別の治療法の可能性、経費などについて、医師等が、患者が理解できるよう十分な説明を行い、患者の同意のもとに治療を行うこと。

¹¹⁸ 診断や治療方法について主治医以外の意見を聞くこと。セカンドオピニオンを希望する患者を受け入れ、又は患者に対して適切な医師を紹介すること。

(5) 患者の選択による医療の実現

[現状と課題]

- 医療関係者と患者との信頼関係のもと、患者が納得できる安心で質の高い医療が提供されるためには、インフォームド・コンセント¹¹⁹の実践が重要です。
- 国は、より良質な医療提供体制の推進を図るため、第三者機関である公益財団法人日本医療機能評価機構による学術的な医療機能評価の受審を促進しており、2023（令和5）年8月現在、全国で1,993病院、県内においても25病院が受審し認定を受けています。
- 2003（平成15）年4月から特定機能病院と臨床研修病院について、医療安全対策の一環として、患者相談窓口の設置が義務付けられており、県内では公的病院のほか多くの民間病院等にも患者相談窓口が設置されています。
- 患者が納得して適切な医療を選択するためには、主治医以外の専門医等の意見を聞く、セカンドオピニオン¹²⁰が日常的に行われるよう普及させていく必要があります。
- 県内の医療機関のうち204施設でセカンドオピニオンのための診察が行われています（2023（令和5）年5月とやま医療情報ガイド）。

[施策の方向]

- インフォームド・コンセントに基づく医療を実現するため、医療機関、県医師会、県歯科医師会等と連携しながら、治療方法の選択を患者自身ができるよう医療従事者が説明等を行うとともに、医療機関において相談しやすい体制が確保されるよう取り組んでいきます。
- 県民に対しては、患者が正確な医療情報を入手し、自ら責任をもって治療方法を選択するなど、医療に参加することの重要性について啓発を進めます。
- 医療の質の向上を図っていくためには、第三者機関による評価が有益なことから、医療機能評価の受審を促進します。
- 患者サービスの向上を図る観点から、病院等における患者相談窓口の設置を促進します。
- 公的病院におけるセカンドオピニオン外来の設置や協力体制の整備など、セカンドオピニオンの普及定着を促進します。

¹¹⁹ 医療の提供に当たり、疾病の状況、治療目的、治療内容、処置に内在する危険性、別の治療法の可能性、経費などについて、医師等が、患者が理解できるよう十分な説明を行い、患者の同意のもとに治療を行うこと。

¹²⁰ 診断や治療方法について主治医以外の意見を聞くこと。セカンド・オピニオンを希望する患者を受け入れ、又は患者に対して適切な医師を紹介すること。

(6) 患者ニーズに応じた医療サービスの提供

[現状と課題]

- 県民からの要望の高い待ち時間の短縮などニーズに応じた医療サービスの提供を促進するとともに、患者が可能な限り満足した状態で治療に専念できる環境づくりを進めていくことが重要です。
- 患者が少しでも癒しと安らぎを感じながら、うるおいのある入院生活をおくることができるよう、「入院生活やすらぎ事業」により、コンサートなどのイベントを実施する医療機関に対し支援を行っています。
- 医療機能情報提供制度（医療情報ネット）では、英語等の外国語での対応が可能な医療機関についての情報を提供するなど、外国人が安心して適切な保健・医療サービスを受けることのできる環境づくりに取り組んでいます。

[施策の方向]

- 予約制の実施や待合室の環境整備、入退院センターの設置等による待ち時間対策の実施など、患者の声を踏まえた院内サービスの向上を図ります。
- 医療施設近代化施設整備事業の活用等により、引き続き、バリアフリーやプライバシーに配慮され、患者が快適に入院生活を送ることのできる環境の整備を図ります。
- 医療機能情報提供制度（医療情報ネット）などにより、外国人に対する医療情報の提供を充実します。

(7) 医業経営の効率化

① 医療法人化の推進等

[現状と課題]

- 医療法では、医療機関が医業の非営利性を損なうことなく法人格を取得することにより、医業の継続性を確保するとともに、資金の集積を容易にし、医療の普及向上を図ることを目的として、医療法人制度を設けています。医療法人化により、①高額医療機器の導入が容易になるなど医療の高度化を図ることができ、②地域医療の供給が安定するなどのメリットがあります。
- 2007（平成 19）年4月に医療法が改正され、救急医療やへき地医療、周産期医療など、特に地域で必要な医療の提供を担う社会医療法人制度が創設されました。また、2015（平成 27）年9月の医療法改正により、医療機関相互間の機能の分担や業務連携を推進することを目的とした地域医療連携推進法人制度が創設されました。
- 県内の医療法人化率は、病院が70.7%、診療所が28.9%であり、全国（病院69.4%、診療所43.7%）と比較すると病院は高く、診療所は低い水準となっています¹²¹。
- 医療機関の検体検査、滅菌消毒、食事の提供、医療機器や医療ガスの供給設備の保守点検、洗濯、清掃など診療や患者の入院に著しい影響を与える業務を委託する場合には、厚生労働省令で定める基準に適合する者に委託することとされています。

[施策の方向]

- 医療事業に係る経営の合理化や組織の適正化、医業の継続性の確保を図るため、県医師会等と連携しながら、医療機関の医療法人化を推進します。
- 医業経営の効率化とともに、多様化する医療ニーズへの対応や業務の質的向上を図るため、医療機関における適正な外部委託を推進します。また、医療機関において的確に医療関連サービスの活用が図られるよう、情報提供の促進に努めます。
- 診断や治療に直接影響する検査業務については、衛生検査所における検査の精度向上を図ります。

¹²¹ 厚生労働省「医療施設調査」

② ジェネリック医薬品及びバイオシミラーの使用促進

[現状と課題]

- 2020（令和2）年度の国民医療費は43.0兆円（国民一人当たり約34.1万円）で、うち薬剤費は約2割を占めると言われています。
- ジェネリック医薬品やバイオシミラーは、有効性や安全性が新薬と同等であるのに薬価はジェネリック医薬品では新薬の3～5割、バイオシミラーでは新薬の約7割で済むことから、その使用促進を図ることは、患者負担の軽減につながるとされています。
- 厚生労働省は、診療報酬上の優遇措置を設けるなど、ジェネリック医薬品及びバイオシミラーの使用環境の整備を進めています。
- 県では、2004（平成16）年度からジェネリック医薬品使用促進事業に取り組んでおり、医療関係者等による検討の場を設け、使用促進に向けた環境整備に努めています。ジェネリック医薬品及びバイオシミラーの正しい知識の普及啓発のため、ガイドブックの作成や医療関係者を対象としたメーカー視察研修を実施するなどを行っています。
- 厚生労働省「調剤医療費の動向」によれば、ジェネリック医薬品の使用割合（数量ベース）は、全国及び富山県のいずれも80%を超えています。ただし、バイオシミラーについては、ジェネリック医薬品よりも認知度が低いと指摘されています。

[施策の方向]

- 安価で良質なジェネリック医薬品及びバイオシミラーが幅広く使用されることは、患者の経済的負担を減らし、医療保険財政の改善が図られることなどから、国においては、一般名処方¹²²している場合の評価を見直すなどの使用促進策が講じられています。
- 医師、薬剤師、公的病院の医療関係者等と連携して、さらなる使用促進のための具体的な対応策を講じ、新薬とジェネリック医薬品及びバイオシミラーをバランスよく使用するための環境整備を進めていきます。
- ジェネリック医薬品に関する情報を広く医療関係者や県民に対して提供することなどにより、ジェネリック医薬品及びバイオシミラーに対する理解を深め、安心して使用できるよう、普及啓発を図ります。
- 県内の医薬品製造業者における製造管理・品質管理体制の強化を支援し、ジェネリック医薬品を含む医薬品の信頼性確保と安定供給を後押しします。

ジェネリック医薬品（バイオシミラーを含む。）使用割合（数量ベース）単位（%）				
	2020年3月	2021年3月	2022年3月	2023年3月
富山県	83.1	84.1	83.7	85.2
全 国	80.4	82.1	82.1	83.7

厚生労働省「調剤医療費の動向」

¹²² 有効成分が同じであれば、どのジェネリック医薬品も調剤可とする。

3 人材の確保と資質の向上

(1) 医師

〔現状と課題〕

- 2020（令和2）年末現在、本県の医師数は2,832人で、人口10万人当たりでは273.7人と全国の269.2人を上回っています。
- 2020（令和2）年末現在、医療施設に従事する医師数は2,706人で、人口10万人当たりでは261.5人と全国の256.6人を上回っています。
- 病院勤務医は2014（平成26）年の1,772人から2020（令和2）年の1,962人へ増加しています。
- 人口10万人当たりの医療施設従事医師数を医療圏別で見ると、新川医療圏が222.4人、富山医療圏が307.8人、高岡医療圏が215.5人、砺波医療圏が225.3人となっており、富山医療圏と高岡医療圏の格差は約1.4倍で、全国で一番小さくなっています。
- 小児科医師数は154人、小児人口1万人当たりで13.2人（全国：12.0人）、産科・産婦人科の医師数は103人、出産千人当たりで16.5人（全国：13.9人）と全国より多くなっています。
- 2004（平成16）年度から導入された医師臨床研修制度により、若い医師が大都市圏に集中し、地方圏で医師の確保が困難となっています。本県でも、主に急性期医療を担っている公的病院等で、小児科、産科等の診療科や救急部門において、医師の確保が課題となっています。
- 医療技術の高度化に伴い医師の専門分化が進み、専門医の対応する領域が拡大しており、最新の医学知識や技術をもとに高度医療や専門医療を提供できる医師の確保が求められています。
- 2018（平成30）年度から導入された新専門医制度¹²³により若い医師の大都市圏集中による医師偏在が起きないように、臨床研修医の県内定着や専門医研修の質の向上などが重要となっています。
- 地域医療の担い手として、特定の領域についてより知識・技術を有する専門医とともに、幅広く病気を診ることのできる、いわゆる「総合診療医」を育成する体制を整えることが重要となっています。
- 2024（令和6）年度から適用される医師に対する時間外・休日労働時間の上限規制、いわゆる「医師の働き方改革」をふまえ、個別の医療機関における取組みだけでなく、地域医療提供体制全体として、医師の負担軽減・処遇改善を図るとともに、医師確保の取組みを進めることが求められています。
- 医療提供体制を維持するためには、若手医師が勤務を続けられる環境を整えることが重要となっています。

¹²³ 厚生労働省において、医師の質の一層の向上を図ること等を目的として、平成23年度から検討が進められ、一般社団法人日本専門医機構（H26設立）が、専門医の認定と養成プログラムの評価・認定を統一的に行い、平成30年度から専門医の研修が開始（一部の診療科によっては、平成29年から研修開始）。

医師数の推移

年次	総 数			医療施設の従事者（再掲）		
	富 山 県		全 国	富 山 県		全 国
	実数（人）	人口 10 万対	人口 10 万対	実数（人）	人口 10 万対	人口 10 万対
1980 年	1,429	129.6	133.5	1,359	123.2	127.1
1990 年	1,993	177.9	171.3	1,899	169.6	164.9
2000 年	2,452	218.8	201.5	2,289	204.2	191.6
2002 年	2,521	225.3	206.1	2,354	210.4	195.8
2004 年	2,574	230.4	211.7	2,386	213.6	201.0
2006 年	2,645	238.3	217.5	2,443	220.1	206.3
2008 年	2,642	240.0	224.5	2,462	223.6	212.9
2010 年	2,635	241.0	230.4	2,445	223.6	219.0
2012 年	2,689	248.5	237.8	2,519	232.8	226.5
2014 年	2,656	248.2	244.9	2,513	234.9	233.6
2016 年	2,723	256.6	251.7	2,566	241.8	240.1
2018 年	2,808	267.4	258.8	2,671	254.4	246.7
2020 年	2,832	273.7	269.2	2,706	261.5	256.6

厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計（調査）」

各医療圏別の医療施設従事医師数（2020<令和2>年末：従業地）

医療圏	新 川	富 山	高 岡	砺 波	富 山 県
医師数	257	1,521	648	280	2,706
人口 10 万対	222.4	307.8	215.5	225.3	261.5

【施策の方向】

- 県全体での医師の充足を目指して、引き続き、総合的な医師確保対策に積極的に取り組みます。
- 富山大学や金沢大学へ特別枠¹²⁴で入学した医学生等への修学資金貸与制度を活用し、公的病院等で勤務する医師及び公的病院等の特定診療科¹²⁵の医師の確保・定着を図り、医師不足の解消に取り組みます。
- 今後、医療現場で活躍することになる富山大学や金沢大学の特別枠¹²⁴の医学生に対して、キャリア形成卒前支援プラン及びキャリア形成プログラムに基づき、医師としてのキャリア

¹²⁴国が決定する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臨時定員枠。特別枠の医学生には、県が指定する公的病院の特定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。）

¹²⁵ 県内で特に確保を図る必要がある診療科として県が指定している。必要に応じて見直しを行っている。現在、小児科、外科、産科、麻酔科、救急科、総合診療科、脳神経外科、感染症内科を指定している。

ア形成(臨床研修、専門医取得等)等を支援します。

- 地域枠・富山県一般枠¹²⁶入学の卒業生など富山大学医学部を卒業した医師や、県内外で臨床研修を受けている若い医師の県内定着に努めます。
- 医師の確保と県内定着を図るため、臨床研修病院をはじめとした公的病院等における医師の育成体制の強化や、研修内容の充実の支援、専門医取得などのキャリア形成支援を図ります。
- 臨床研修医や専攻医の確保を図るため、県及び県内臨床研修病院で構成する富山県臨床研修病院連絡協議会が中心となり、各病院の研修プログラムや魅力について県内外へ情報発信を行います。
- 地域医療に特に必要とされている、いわゆる「総合診療医」を育成するための研修に取り組むべき地医療拠点病院等を支援します。
- 地域医療に従事する医師を確保し、定着を図るため、地域医療支援センター¹²⁷において、医師のあっせん(無料職業紹介)等を行います。
- 自治医科大学において、へき地等に勤務する医師を引き続き養成するとともに、義務年限が経過した医師の県内定着を図ります。
- 医師の働き方改革に確実に対応するため、2014(平成 26)年度に設置した富山県医療勤務環境改善支援センターにおいて、病院からの労務管理の相談等に専門アドバイザーが対応し、指導・助言等を行うとともに、研修会等を通じた情報発信や啓発活動、その他必要な支援を行うなど、各医療機関の勤務環境改善に向けた取組みを支援します。
- 医師のライフステージに応じた勤務環境の整備の促進や、育児等により休業中等の医師が職場復帰しやすい環境づくりに対し支援します。
- 地域の医療機関やかかりつけ医等が高度化・多様化する医療ニーズに対応できるよう、公的病院における研修機会の確保を図るとともに、医師会等と連携しながら、医師の生涯研修体制の充実に努めます。

¹²⁶ 富山大学医学部医学科の入学選抜において、県内高校出身者を対象とした入学定員枠。地域枠は平成 19 年度、富山県一般枠は令和 4 年度から導入され、定員は地域枠 15 名、富山県一般枠 10 名。

¹²⁷ 都道府県が特別枠医師や自らが確保した医師などを活用しながら、キャリア形成支援と一体的に地域の医師不足病院の医師確保を支援する機関

(2) 歯科医師

[現状と課題]

- 2020(令和2)年末現在、本県の歯科医師数は650人であり、人口10万人当たりで62.8人と全国の85.2人を下回っています。
- 2020(令和2)年末現在、医療施設に従事する歯科医師数は627人で全体の96.5%を占め、人口10万人当たりでは60.6人と全国の82.5人を下回っていますが、増加傾向にあります。
- 人口10万人当たりの医療施設従事歯科医師数を医療圏別でみると、新川医療圏が61.7人、富山医療圏が61.8人、高岡医療圏が60.4人、砺波医療圏が55.2人となっています。
- 2006(平成18)年4月から、診療に従事しようとする歯科医師は1年間の臨床研修が必修となっています。
- 医療技術の進歩により、歯科医療の専門分化や治療方法の多様化などが進んでおり、県民の歯科保健医療に対する様々なニーズに対応する必要があります。

歯科医師数の推移

年次	総数			医療施設の従事者(再掲)		
	富山県		全国	富山県		全国
	実数(人)	人口10万対	人口10万対	実数(人)	人口10万対	人口10万対
1980年	369	33.5	45.8	351	31.8	44.1
1990年	495	44.2	59.9	473	42.2	58.3
2000年	583	52.0	71.6	559	49.9	69.7
2002年	599	53.5	72.9	575	51.4	71.0
2004年	623	55.8	74.9	597	53.4	72.6
2006年	637	57.4	76.1	605	54.5	74.0
2008年	648	58.9	77.9	613	55.7	75.7
2010年	651	59.5	79.3	612	56.0	77.1
2012年	630	58.2	80.4	606	56.0	78.2
2014年	623	58.2	81.8	604	56.4	79.4
2016年	649	61.2	82.4	626	59.0	80.0
2018年	653	62.2	83.0	629	59.9	80.5
2020年	650	62.8	85.2	627	60.6	82.5

厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

各医療圏別の医療施設従事歯科医師数(2020<令和2>年末:従業地)

医療圏	新川	富山	高岡	砺波	富山県
歯科医師数	71	305	182	69	627
人口10万対	61.7	61.8	60.4	55.2	60.6

厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」(医療圏別の人口10万対は県医務課計算)

[施策の方向]

- 県歯科医師会等と連携し、必要な歯科医師の確保に努めます。
- 歯周病と糖尿病の関連性、口腔ケアによる誤嚥性肺炎予防や栄養状態の改善など多様化する歯科保健医療ニーズに適切に対応するため、県歯科医師会が実施する学術研修、生涯教育に対する支援を行い、地域のかかりつけ歯科医師の資質の向上と生涯学習教育の充実に努めます。
- 在宅歯科医療や口腔ケアを推進するため、在宅医療を行う診療所や訪問看護ステーション、介護保険施設等との連携や摂食嚥下障害等に取り組む歯科医師等の育成に努めます。

(3) 薬剤師

【現状と課題】

- 2020（令和2）年末現在、本県の薬剤師数は2,855人で、人口10万人当たり275.9人と全国の255.2人を大きく上回り、全国第5位となっています。
- 業務別では、薬局の従事者が1,233人、人口10万人当たり119.2人（全国：149.8人）、病院・診療所の従事者が580人、人口10万人当たり56.0人（全国：48.8人）、医薬品メーカーの従事者が538人、人口10万人当たり52.0人（全国：21.7人）となっています。本県の伝統的地場産業である医薬品製造業等に従事する薬剤師の割合が高く、薬局・医療施設の従事者の割合は、人口10万人当たり175.2人と全国の198.6人を下回っています。

業務の種別薬剤師数（人口10万人対）

（単位 人）

年次	総数		薬局・医療施設の従事者		医薬品製造業の従事者	
	富山県	全国	富山県	全国	富山県	全国
2014年	265.7	226.7	154.1	170.0	61.5	24.2
2016年	265.1	237.4	159.7	181.3	56.4	23.8
2018年	266.1	246.2	166.5	190.1	50.5	22.9
2020年	275.9	255.2	175.2	198.6	52.0	21.7

厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」

- 薬剤師の従事先には地域偏在や業態偏在があり、特に病院薬剤師の確保が喫緊の課題であることが指摘されています。国の薬剤師総数は、概ね今後10年間は需要と供給が同程度で推移すると推計されていますが、今後当面は偏在が続いていくと想定されており、偏在の解消に向けた薬剤師確保の取組が重要とされています。
- 全国ベースで薬剤師の多寡を統一的・客観的に比較・評価する指標として、厚生労働省において薬剤師偏在指標が設定されました。これは、都道府県や二次医療圏などの個々の地域において、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）の比率で表されます。本県の現在の薬剤師偏在指標は次のとおりです。厚生労働省では、目標年次2036（令和18）年までに目標偏在指標1.0を達成することを長期的な目標としています。

現在の薬剤師偏在指標

	病院偏在指標	薬局偏在指標	地域別（病院+薬局）
富山県	0.75（26位）	0.82（46位）	0.80（45位）
全都道府県ベース	0.80	1.08	0.99
新川医療圏	0.69（164位）	0.68（294位）	0.68（276位）
富山医療圏	0.80（82位）	0.96（135位）	0.90（116位）
高岡医療圏	0.74（127位）	0.72（275位）	0.73（252位）
砺波医療圏	0.68（172位）	0.69（291位）	0.69（273位）

注：2次医療圏は全国で335医療圏

厚生労働省「薬剤師偏在指標等について」

- 将来（目標年次（2036（令和18）年度））の偏在指標の推計は次のとおりとされています。この推計値は、現在の偏在指標の算定状況から、薬剤師需給予測による薬剤師数の伸び率（1.15倍）、将来推計人口、在宅医療の需要の伸び率（1.36倍）を考慮のうえで算定されています。

将来（目標年次（2036（令和18）年度））の薬剤師偏在指標

	病院偏在指標	薬局偏在指標	地域別（病院+薬局）
富山県	0.81（22位）	1.00（45位）	0.94（45位）
全都道府県ベース	0.82	1.22	1.09
新川医療圏	0.80（130位）	0.90（292位）	0.86（281位）
富山医療圏	0.84（95位）	1.11（184位）	1.02（159位）
高岡医療圏	0.81（117位）	0.90（291位）	0.88（273位）
砺波医療圏	0.76（162位）	0.89（297位）	0.84（287位）

注：2次医療圏は全国で335医療圏

厚生労働省「薬剤師偏在指標等について」

- なお、薬剤師偏在指標の算定に当たっては一定の仮定が必要であり、また、入手できるデータの限界などにより、指標の算定式に必ずしも全ての薬剤師偏在の状況を表しうる要素を盛り込んでいるものではないということに留意が必要です。
- 2023（令和5）年5月時点で、6年制薬学部在籍している本県出身者は345名と報告されています。この在籍者数は、人口千人当たりで0.3392人と全国平均の0.5240人を大きく下回り、全国第46位となっています。

出身都道府県別6年制薬学部在籍者数（人口千人対）

（単位 人）

順位	都道府県	在籍者数	人口千人当たり	順位	都道府県	在籍者数	人口千人当たり
	全国	65,478	0.5240	43位	島根県	258	0.3921
1位	奈良県	972	0.7443	44位	山形県	390	0.3746
2位	兵庫県	3,408	0.6309	45位	秋田県	325	0.3495
3位	和歌山県	559	0.6190	46位	富山県	345	0.3392
4位	徳島県	435	0.6179	47位	岩手県	399	0.3378
5位	山梨県	492	0.6135				

一般社団法人薬学教育協議会「令和5年度在籍者数調査結果」
総務省統計局「人口推計（2022（令和4）年10月1日現在）」

- 医療技術の高度化、在宅医療の進展等に伴う医薬品の安全使用といった社会的要請に応える医療の担い手として、質の高い薬剤師が求められています。また、チーム医療において薬剤師が主体的に薬物療法に参加することが期待されており、入院患者への服薬指導、在宅医療への参画が求められるなど業務、役割が多様化しています。

【施策の方向】

- 県内における薬剤師の育成、確保及び定着の推進については、関係団体で構成する「富山県薬剤師確保対策推進協議会」において、産学官がワンチームとなって対策の検討を行います。

- 中高生を対象とした薬剤師業務の体験や薬学キャリアのPRを強化するなど、薬剤師確保の裾野を拡大し、薬剤師を志望する学生の増加を図ります。
- 就職前の薬学生らに対して、県内の公的病院、製薬企業等での薬剤師キャリアを紹介するポータルサイトや、病院薬剤師の紹介動画・パンフレット等による情報発信を行います。また、県内外の薬学生が複数の病院の現場を体験する公的病院での短期インターンシップの取組みにより、県内就職のきっかけを創出します。
- 富山大学薬学部地域枠¹²⁸の学生への修学資金貸与制度を創設し、地域への貢献意欲の高い学生を、富山県をリードする薬剤師人材として育成し、県内の公的病院や製薬企業等での薬剤師確保・活躍に繋がります。
- 薬剤師の質の向上を図るため、県薬剤師会が開催する医療安全や臨床薬学、薬局研修、地域別研修や在宅医療等に関する各種研修に対する支援を行います。

¹²⁸ 富山大学薬学部薬学科の入学選抜において、県内の地域医療や製薬企業に貢献するという強い意志を有し、県内高校等出身である者を対象とした入学定員枠。令和6年度入学から導入され、定員は10名。

(4) 看護職員

【現状と課題】

- 2020（令和2）年末現在、本県の就業看護職員数は16,998人、人口10万人当たりで1,642.5人（全国：1,315.2人）と全国より多くなっています。職種別では保健師672人、助産師411人、看護師13,075人、准看護師2,840人となっています。
- 人口10万人当たりでは、保健師64.9人（全国：44.1人）、助産師39.7人（全国：30.1人）、看護師1,263.5人（全国：1,015.4人）、准看護師274.3人（全国：225.6人）となっており、いずれも全国を上回っています。
- 2022（令和4）年度看護職員実態調査では、2022（令和4）年4月の公的病院における看護職員募集数に対する採用者の割合（充足率）は82.9%となっています。看護職員の職域は福祉施設や在宅看護へと領域が拡大しており、依然として不足感があります。
- 2023（令和5）年4月現在、県内の看護職員の養成機関は9施設（14課程）、入学定員は690人です。入学定員に対する充足率は88.0%となっています。今後さらに年少人口が減少すると見込まれるなか、学生確保の取組みを強化する必要があります。
- 富山県立大学看護学部が2019（平成31）年4月に開設され、入学定員は120名となっています。また、2023（令和5）年4月からは看護学を研究するための「大学院」と保健師・助産師を養成する「専攻科」が開設されました。
- 2021（令和3）年度新卒看護職員の離職率が4.8%になっており、看護職員の職場定着支援の一層の充実が必要です。
- 2022（令和4）年12月現在、認定看護師¹²⁹数は331人、専門看護師¹³⁰数は27人となっています。人口10万人当たりでは、認定看護師は32.55人（全国：18.62人）、専門看護師は2.65人（全国：2.53人）となっており、いずれも全国を上回っています。
また、特定行為¹³⁰に係る看護師の研修制度が2015（平成27）年10月に創設され、診療の補助の一部を特定行為として実施できるようになりました。県内の特定行為研修修了者数は2023（令和5）年8月現在、126人となっています。質の高い医療を提供するため、高度な技術と専門知識を持つ認定看護師や専門看護師、特定行為に係る看護師のさらなる増加が必要です。

¹²⁹ 特定の看護分野（21分野）において、看護現場における高い水準の実践、相談、指導の3つの役割を果たすことにより看護、ケアの広がりや質の向上に資する看護師。

¹³⁰ 特定の専門看護分野（14分野）において、実践、相談、調整、倫理調整、教育、研究の6つの役割を果たすことにより、保健医療福祉や看護学の発展に資する看護師。

*いずれも日本看護協会の認定を受ける。

¹³⁰ 特定行為（21区分）は、医師が行う医療行為のうち一定の研修を受けた看護師が手順書により実施する診療の補助。

【施策の方向】

- 看護人材養成に係る教育環境の充実を図るため、看護師等養成機関運営に対する支援のほか、県内就職率向上のため、看護学生修学資金の貸与、県内病院ガイドブックの作成、県外に進学した看護学生のUターン促進などに努めます。
- 看護職を目指す学生の増加を図るため、小・中学生や高校生を対象にしたふれあい体験や出前講座等のほか、高校生の1日看護見学会の開催や看護師養成機関PRガイドブックの作成等により、看護職の魅力を広く発信します。
- 看護職員の職場定着を促進するため、ワークライフバランスに配慮し、多様な働き方に対応した働きやすい職場環境を整備する病院の取り組みや病院内保育所の運営に対して支援します。
- 富山県医療勤務環境改善センターにおいて、看護職員の勤務環境改善に関する情報発信や勤務環境改善に取り組む医療機関を支援するとともに、看護職員の相談にも個別に対応します。
- 看護職員の早期離職を防止するため、新卒や若手職員を対象にした研修会・交流会を開催します。
- 看護教員や看護実習指導者を対象とした研修会を開催し、看護基礎教育の充実強化を図ります。
- 高度化・多様化する看護需要に対応するため、小規模施設で働く看護職員に研修の機会を提供するとともに、県看護協会等が実施する研修会を支援します。
- 未就業者や離職者の再就業を促進するため、富山県ナースセンターでの就職相談や再就業支援研修会、ハローワークでの就職相談、資質向上に関する研修会などを開催します。
- 質の高い医療を提供するため、認定看護師教育課程や特定行為研修に看護師を派遣する病院等へ支援を行います。また、特定行為に係る指定研修機関等連絡会を通じ、研修体制の充実や研修修了者の活動推進に向けた病院の取り組みを支援します。

職種別・場所別就業者数(2020<令和2>年12月31日現在)

(単位:人)

区分	総数	病院	診療所	保健 施設 老人 施設	福祉 施設 老人 施設	ステ ーシ ョ ン 訪 問 看 護 シ ョ ン	その他
看護師	13,075	9,149	1,259	239	313	437	1,678
准看護師	2,840	986	655	209	184	21	785
助産師	411	267	71	-	-	1	72
保健師	672	49	30	-	-	5	588
合計	16,998	10,451	2,015	448	497	464	3,123

厚生労働省「衛生行政報告例」

(5) その他の保健医療従事者

【現状と課題】

- 本県における病院等医療施設で就業する理学療法士¹³¹、作業療法士¹³²、歯科衛生士¹³³、歯科技工士¹³⁴、診療放射線技師¹³⁵、臨床検査技師¹³⁶、柔道整復師¹³⁷、管理栄養士¹³⁸等の状況は下記のとおりです。

その他の保健医療従事者の状況（2020<令和2>年10月1日現在）（単位：人）

	医療施設計		病院		診療所		歯科診療所	
	富山県	全国	富山県	全国	富山県	全国	富山県	全国
理学療法士	682.2 (65.9)	100,964.5 (80.0)	628.2 (60.7)	84,459.3 (67.0)	54.0 (5.2)	16,505.2 (13.1)	…	…
作業療法士	428.6 (41.4)	51,055.7 (40.5)	404.0 (39.0)	47,853.9 (37.9)	24.6 (2.4)	3,201.8 (2.5)	…	…
視能訓練士	104.2 (10.1)	10,130.1 (8.0)	69.8 (6.7)	4,586.3 (3.6)	34.4 (3.3)	5,543.8 (4.4)	…	…
言語聴覚士	119.4 (11.5)	17,905.4 (14.2)	113.5 (11.0)	16,799.0 (13.3)	5.9 (0.6)	1,106.4 (0.9)	…	…
義肢装具士	0.0 (0.0)	127.6 (0.1)	…	97.3 (0.1)	…	30.3 (0.0)	…	…
歯科衛生士	1,051.0 (101.6)	131,303.6 (104.1)	51.4 (5.0)	6,124.4 (4.9)	8.9 (0.9)	1,810.7 (1.4)	990.7 (95.7)	123,368.5 (97.8)
歯科技工士	171.6 (16.6)	10,064.9 (8.0)	5.7 (0.6)	645.2 (0.5)	1.8 (0.2)	181.6 (0.1)	164.1 (15.9)	9,238.1 (7.3)
診療放射線技師	551.0 (53.2)	55,624.3 (44.1)	430.3 (41.6)	45,177.0 (35.8)	120.7 (11.7)	10,447.3 (8.3)	…	…
診療X線技師	7.7 (0.7)	1,249.4 (1.0)	0.1 (0.0)	146.4 (0.1)	7.6 (0.7)	1,103.0 (0.9)	…	…
臨床検査技師	601.6 (58.1)	67,752.0 (53.7)	492.4 (47.6)	55,169.8 (43.7)	109.2 (10.6)	12,582.2 (10.0)	…	…
衛生検査技師	5.4 (0.5)	509.8 (0.4)	…	88.6 (0.1)	5.4 (0.5)	421.2 (0.3)	…	…
臨床工学技士	173.4 (16.8)	30,408.9 (24.1)	160.9 (15.5)	22,653.7 (18.0)	12.5 (1.2)	7,755.2 (6.1)	…	…
あん摩マッサージ指圧師	29.6 (2.9)	3,070.6 (2.4)	11.1 (1.1)	934.5 (0.7)	18.5 (1.8)	2,136.1 (1.7)	…	…
柔道整復師	39.0 (3.8)	4,088.4 (3.2)	12.8 (1.2)	439.1 (0.3)	26.2 (2.5)	3,649.3 (2.9)	…	…
管理栄養士	288.4 (27.9)	27,149.0 (21.5)	254.4 (24.6)	22,475.5 (17.8)	34.0 (3.3)	4,673.5 (3.7)	…	…
栄養士	99.6 (9.6)	6,039.6 (4.8)	93.4 (9.0)	4,444.8 (3.5)	6.2 (0.6)	1,594.8 (1.3)	…	…
精神保健福祉士	114.3 (11.0)	11,171.2 (8.9)	103.0 (10.0)	9,374.2 (7.4)	11.3 (1.1)	1,797.0 (1.4)	…	…
社会福祉士	147.6 (14.3)	16,249.5 (12.9)	143.1 (13.8)	14,643.4 (11.6)	4.5 (0.4)	1,606.1 (1.3)	…	…
介護福祉士	714.5 (69.0)	58,571.4 (46.4)	637.5 (61.6)	38,965.7 (30.9)	77.0 (7.4)	19,605.7 (15.5)	…	…
医療社会事業従事者	44.8 (4.3)	4,580.3 (3.6)	42.0 (4.1)	3,478.1 (2.8)	2.8 (0.3)	1,102.2 (0.9)	…	…

厚生労働省「医療施設調査」（人口10万対は県医師課計算）

注1：下段（ ）内は人口10万対。算出基準となる人口は、総務省統計局「2020（令和2）年国勢調査人口等基本集計結果」（総人口）を用いた。

注2：常勤換算数である。

131 厚生労働大臣の免許を受けて、医師の指導の下に理学療法を行う者

132 厚生労働大臣の免許を受けて、医師の指導の下に作業療法を行う者

133 歯科衛生士法に基づき、歯科疾患の予防・衛生指導などを行なって歯科医師を補助する者

134 歯科技工士法に基づき、義歯・歯冠・充填じゅうてん物などを作製・加工して歯科医師を補助する者

135 厚生労働大臣の免許を受けて、医師や歯科医師の指導監督の下に、診療用の放射線の照射・撮影を行う者

136 厚生労働大臣の免許を受けて、臨床検査技師の名称を用いて、医師又は歯科医師の指示の下に、厚生労働省令で定める 検体検査、及び生理学的検査を行うことを業とする者

137 厚生労働大臣の免許を受けて、柔道整復（打撲、捻挫、脱臼又は骨折の患部の整復）を行う者

138 栄養士法に基づき、栄養士を指導し、給食管理などの業務を行う者

[施策の方向]

- 県民のニーズに応じた保健医療サービスを提供するため、医療施設従事者等の需要と供給の把握に努め、養成機関等と連携しながら、保健医療関係者の確保を図ります。
- 個々の保健医療従事者が医療技術の進歩や医療環境の変化に対応できるよう、各職種の関係団体が実施する研修会や県内で開催される医療関係学会への支援等を行い、その資質の向上に努めます。

(6) 介護サービス従事者

〔現状と課題〕

- 高齢化等の進展により福祉・介護ニーズが増大していく中、サービスを支える質の高い福祉・介護職員の確保が大きな課題となっています。本県においても、2025（令和7）年度の介護職員必要数（21,060人）に対して、2019（令和元）年度で19,060人であり、この間約2,000人（約330人/年）の増加が必要です。

〔施策の方向〕

- 関係団体と連携し、若者や中高年齢者等を対象とした介護の魅力のPRに努めるとともに、多様な人材が介護・福祉分野に参入しやすくなるよう取組みを進めていきます。また、介護福祉士等を目指す学生への支援や、介護職場で働く職員の資質向上に向けた研修の充実などにより、介護人材の育成・確保を図っていきます。
- 介護分野への新規就業、再就業を希望する者が、介護現場にスムーズに就業できるための支援を行うとともに、キャリアパスの整備、介護ロボットやICTの導入等による処遇や職場環境の改善に向けた取組みへの支援を行うなど、職員の介護職場への定着を促します。

○介護職員の推移

R元	R2	R3
19,060	19,349	19,551

（厚生労働省社会・援護局福祉基盤課調べ）

【数値目標】

指標名及び指標の説明	現状	国	2029年	出典等
医師数 (人口10万対)	273.7人	269.2人	増加	
小児科医師数 (小児人口1万対)	13.2人	12.0人	増加	
産婦人科医師数 (出産千対)	16.5人	13.9人	増加	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」(2020年)
歯科医師数 (人口10万対)	62.8人	85.2人	現状維持	
薬剤師数 (人口10万対)	275.9人	255.2人	増加	
看護職員数 (人口10万対)	1642.5人	1,315.2人	1,956.1人	厚生労働省「衛生行政報告例」(2020年)
認定看護師の就業者数	291人	23,260人	345人	県：医務課調べ(2023年8月) 国：日本看護協会「登録者数」(2022年12月)
特定行為研修修了者の就業者数	126人	6,875人	360人	県：医務課調べ(2023年8月) 国：厚生労働省看護課調べ(2023年5月)
特定行為に係る指定研修機関数	8機関	373機関	現状維持	厚生労働省「指定研修機関一覧」(2023年8月)

第2節 医療・保健・福祉の総合的な取組みの推進

1 医療・保健・福祉の総合的な提供

(1) 要介護等高齢者対策

[現状と課題]

- 高齢者が介護が必要となっても、できるだけ住み慣れた地域で自立して生活を送ることができるよう、2000（平成12）年度に、加齢による病気などで介護が必要となった人を社会全体で支える介護保険制度がスタートしました。2023（令和5）年3月の要介護認定者数（65歳以上）は64,419人（65歳以上人口比19.3%）と、制度導入時の22,757人（同9.9%）の約2.8倍に増加し、介護サービス給付も増大するなど、介護保険制度は広く浸透しています。
- 高齢者、とりわけ心身の機能が低下し、医療・介護ニーズが高まる75歳以上の人の増加に伴い、要介護高齢者の一層の増加が見込まれることから、要介護状態にならないよう、地域全体へ介護予防を普及啓発するとともに、介護予防の通いの場の充実と参加を促進する必要があります。
また、要介護状態になっても、その状態の軽減若しくは悪化防止のため、多職種連携の取組み等による重度化予防を推進する必要があります。
- 高齢者が介護が必要になっても、住み慣れた地域での生活を支えるには、訪問看護、訪問介護などの訪問による介護サービスや通所介護、通所リハビリテーションなどの通所サービスのほか、通い、泊まり、訪問等のサービスを柔軟に組み合わせた小規模多機能型居宅介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護などの地域密着型サービスの提供や、施設での生活を居宅での生活に近いものとし、高齢者の意思及び自己決定を最大限尊重する必要があります。
- 要介護者は、医療と介護のニーズを併せ持つ場合が増加することから、在宅での生活を支えるためには、退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り等の様々な局面において、安心を提供する在宅医療の体制を充実するとともに、介護との連携をさらに強化していく必要があります。
- 高齢者がロコモティブシンドローム（運動器症候群）¹³⁹やフレイル¹⁴⁰、転倒等による大腿骨頸部骨折等により要介護状態にならないための予防には、適切な介入・支援により生活機能の維持向上を図る必要があります。
- 嚥下機能や飲み込む機能が低下するオーラルフレイルは、低栄養や心身機能の低下につながり、フレイルの大きな要因の一つとされていることから、介護予防のためにはオーラルフレイル予防の取組み推進が必要です。
また、口腔機能の低下によって、口腔内の細菌に起因する誤嚥性肺炎が引き起こされや

¹³⁹ 運動器の障害のために自立度が低下し介護が必要となる危険性の高い状態

¹⁴⁰ 加齢とともに、心身の活力が低下し、生活機能障害、要介護状態、死亡等の危険性が高くなった状態

すくなるため、要介護高齢者においては口腔を清潔に保つことも重要です。

- 高齢化の進展に伴いさらに認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症への理解を深めるための普及・啓発や認知症の容態に応じた適切な医療・介護の提供、認知症の人の介護者への支援等が重要であり、医療・ケア体制を一層充実する必要があります。

また、身近な地域における認知症高齢者の見守り体制の構築等の取組みの充実が望まれます。

- 超高齢社会にあたっては、高齢者が医療や介護が必要な状態になっても、可能な限り住み慣れた地域で暮らし続けられるよう、医療、介護、介護予防に加え、安心して生活できる住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される「地域包括ケアシステム」の構築を推進していく必要があります。

さらに、災害時における高齢者への支援体制の整備や、虐待などから高齢者を守る権利擁護の取組みを一層推進する必要があります。

【施策の方向】

- ロコモティブシンドローム（運動器症候群）やフレイルの予防に努めるとともに、適度な筋力負荷を伴う運動（例えば、ウォーキング等）や、たんぱく質を含む十分な栄養摂取等による介護予防の取組みを推進します。

- 口腔機能の向上と誤嚥性肺炎の防止を図るため、オーラルフレイル予防や口腔ケアの重要性について、家族や介護・福祉関係者等への普及啓発を行います。

また、医師や介護支援専門員、訪問看護師、介護職員等の多職種と、歯科専門職である歯科医師や歯科衛生士の地域における連携を促進することで、介護予防の活動とも一体となった取組みを支援します。

- 地域住民やボランティア団体などの多様な主体による生活支援・介護予防サービスの充実に向け、生活支援の担い手となる人材の発掘・養成などの地域資源の開発やネットワーク化などを行う生活支援コーディネーター（地域支え合い推進員）を養成します。

- 要介護者や認知症高齢者の増加への対応、在宅介護の推進、住み慣れた地域での生活の継続や復帰を支援する観点から、富山型デイサービス、地域密着型サービスの整備・普及を推進するとともに、在宅サービスの充実と質の向上、在宅医療と介護の連携、家族介護者への支援の充実を図ります。

また、施設サービスについては、小規模な特別養護老人ホーム等の地域密着型サービス基盤の整備を推進するとともに、自宅や住み慣れた地域での生活への復帰に向けた支援など、施設ケアの充実と地域連携を目指します。

- 認知症の予防と早期発見の推進、医療・ケア体制の整備、地域支援体制の構築など総合的な支援体制の推進に取り組み、認知症になっても、自らの尊厳を保ちながら穏やかに生活できるような地域社会の実現を目指します。

- 一人暮らし高齢者や高齢者夫婦のみの世帯、介護する家族を支えるため、介護予防や医療・介護サービスの提供に加え、地域住民やボランティア団体等も含めた多様な主体による総合的な生活支援、サービス付き高齢者向け住宅など多様な住まい等が連携して提供される地域包括ケアシステムの構築を推進します。

また、災害時における要援護者の支援体制の充実、高齢者の虐待防止対策の推進、成年

後見制度の活用促進など、高齢者の権利擁護体制を整備します。

さらに、これらの支援を行う関係者の連携に中心的な役割を担うことが期待されている地域包括支援センターの機能の充実・強化を推進します。

(2) 障害者対策

[現状と課題]

- 2024（令和6）年3月、障害福祉サービスのさらなる充実を図り、障害者の自立と社会参加を一層促進するため、「富山県障害者計画（第5次）」を策定しました。さらに、「富山県第6期障害福祉計画・第2期障害児福祉計画」の計画期間の終了を受けて、2024（令和6）年度から2026（令和8）年度までの障害福祉サービス等の提供体制の確保に関する実施計画として、「富山県第7期障害福祉計画・第3期障害児福祉計画」を2024（令和6）年3月に策定しました。
- 国の政策医療のうち、国立病院機構富山病院では成育医療、呼吸器疾患（結核を含む）、重症心身障害の専門的な医療が行われており、また、国立病院機構北陸病院では、精神疾患、神経・筋疾患、重症心身障害の専門的な医療が行われています。
- 上記2病院に加え、「あゆみの郷」（定員57人）が主として重症心身障害者に対し入所支援を行う施設として開設され、併せて短期入所専用居室を提供しています。
- 富山県リハビリテーション病院・こども支援センターでは、脳卒中等の回復期患者はもとより、難病患者や重症心身障害者（児）など様々な障害の程度に応じた高度専門的なりハビリテーション医療の提供を行っています。
- 富山県リハビリテーション病院・こども支援センター内に富山県高次脳機能障害支援センターを設置（2007（平成19）年1月）し、高次脳機能障害者に対する相談や診察、評価を行うとともに、各地域の医療機関や福祉施設と連携して早期発見に努めるほか、適切な治療や訓練の提供に努めています。
- 在宅の障害者が地域で継続的かつ適切な療育相談や療育指導を受けられるよう、在宅サービスの充実を図っていく必要があります。
- 重症心身障害児（者）等の受入施設への支援や関係機関による連携体制の整備を進めています。
- 心身障害者（児）に対する歯科診療を富山県歯科保健医療総合センターで実施しています。
- 発達障害や心の問題を抱える児童などに対応した専門的な医療が求められています。
- 医療的ケア児等及びその家族の生活を社会全体で支援することが重要であり、市町村等関係機関の連携促進を図るとともに、その支援体制の充実を図っていく必要があります。

[施策の方向]

- 「富山県障害者計画（第5次）」に基づき、地域の資源を活かしながら、住民相互が包括的に支え合うことにより、年齢や障害の有無等に関わらず、誰もが安心・幸せを感じる“ウェルビーイング”を目指す「とやま型地域共生社会」の実現を目指します。
- 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、幼児期から高齢期までライフステージに応じた、高度で専門的なりハビリテーション医療の提供をはじめ、障害者（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。
- 障害児等療育支援事業を実施し、福祉施設の人材や設備などを活用した在宅療育の相談・指導体制の充実に努めます。

- ホームヘルプや短期入所、障害児通所支援サービス等の提供体制の整備や利用促進を図るとともに、家族の負担軽減のため、レスパイトの充実に努めます。
- 重症心身障害児（者）や医療的ケア児（者）等が地域で安心して生活できるよう、富山県リハビリテーション病院・こども支援センター内の医療的ケア児等支援センターにおいて、相談支援体制の充実に努るとともに、医療的ケア児支援コーディネーター等支援人材の育成、市町村等関係機関による連携体制の整備促進に努めます。
- 富山県リハビリテーション病院・こども支援センターに設置している発達障害者支援センターにおいて、発達障害者等及びその家族その他の関係者が、可能な限り身近な地域で必要な支援を受けられるよう、きめ細やかな相談や情報提供、助言等を行うとともに、発達障害に関する普及啓発や人材育成の充実に努めます。
- 心身障害者（児）に対する歯科診療体制の充実に努めます。
- 自閉症、アスペルガー症候群、その他の広汎性発達障害等について、診断や発達支援を円滑に実施できるよう、児童精神科医療の充実に努めます。また、県医師会と連携して、地域のかかりつけ医等の発達障害への対応力の向上や関係機関との連携体制の整備を図ります。

(3) 難病対策

[現状と課題]

- 2015（平成 27）年 1 月に「難病の患者に対する医療等に関する法律」が施行され、発病の機構が明らかでなく、かつ、治療方法が確立していない希少な疾病であって、当該疾病にかかることにより長期にわたり療養を必要とする、いわゆる難病のうち指定難病¹⁴¹について、患者及びその家族等の負担を軽減し治療の促進を図る目的で、医療費の助成を実施しています。
- 指定難病は、2015（平成 27）年 1 月 1 日より 110 疾病、その後の追加指定により、2021（令和 3）年 11 月 1 日には 338 疾病に拡充されました。
- 特定の慢性疾患にかかっていることにより長期に療養を必要とする児童の健全な育成を図るため、児童福祉法に基づき小児慢性特定疾病にかかる医療費の支給を行うとともに、健康状態などを記録する手帳を交付しています。
- 難病患者（児）の療養上の不安解決や適切な在宅生活を支援するため、厚生センター等の保健師による訪問事業や相談事業、さらに地域の関係機関との連携による事例検討会や連絡・研修会を実施し、地域支援体制の整備に努めています。
- 2004（平成 16）年 10 月に、地域で生活する患者等の日常生活における相談・支援、地域交流活動の促進及び就労支援等を行う拠点として富山県難病相談・支援センターを設置し、難病の患者等の療養上の悩みや不安を解消する相談事業や、当事者同士の交流会、専門医を講師とした講演会・研修会、ピア・サポーターの養成等を行っています。また、近年はハローワークと連携し就労支援や、終了後もフォローアップに努めています。
- 2015（平成 27）年 1 月に、小児慢性特定疾病児童等の健全育成及び自立支援を図るため、難病相談支援センターに小児慢性特定疾病自立支援員を配置して、相談業務を実施しています。
- 2010（平成 22）年 12 月に、本県における難病の医療体制の整備を図るため、富山大学附属病院を難病医療拠点病院に指定し、病院内に難病医療相談や入転院、レスパイト入院の調整などを行う難病医療支援室を設置するとともに、地域の医療機関の連携や難病医療提供体制の構築に向け難病医療連絡協議会を開催しています。
- 在宅難病患者一時入院事業を実施し、在宅難病患者が家族等介護者の休息（レスパイト）等の理由により、一時的に在宅で介護を受けることが困難になった場合に一時入院することが可能な病床を確保し、難病患者の在宅療養支援に努めています。

[施策の方向]

- 厚生センターを中心とした地域難病患者（児）ケア体制をさらに充実し、保健・医療・福祉の全般にわたる効果的なサービス提供体制を目指します。また、災害時に対応できるよう、支援が必要な難病患者等を把握した避難行動要支援者名簿を作成し、市町村との間

¹⁴¹ 難病のうち、患者数が本邦において一定の人数（人口の約 0.1%程度）に達せず、かつ、客観的な診断基準が成立している、という要件を満たす疾患を指定難病という。

で情報を共有する仕組みの構築に努めます。

- 富山県難病相談・支援センターにおいて、公的助成などの福祉サービス等の相談や住居や就労などの生活情報の提供を行うなど、きめ細やかな相談や支援を通じて、地域における患者等への支援対策を一層推進します。
- 難病患者（児）・家族のQOL（生活の質）の向上を目指し、難病患者（児）支援に携わる関係職員の研修、難病等ホームヘルパーの養成研修を実施し、資質の向上に努めます。
- 2017（平成 29）年4月に国から示された「難病の医療提供体制における各医療機能と連携の在り方（モデルケース）」に基づき、本県における難病医療の実情に応じて、難病医療の中心となる「難病診療連携拠点病院」、専門領域の診断と治療を提供する機能を有する「難病診療分野別拠点病院」及び身近な医療機関での医療の提供と支援する機能を有する「難病医療協力病院」の指定に向けた検討を行います。

(4) アレルギー疾患対策

【現状と課題】

- アレルギー疾患は、気管支ぜん息、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、アレルギー性結膜炎、花粉症、食物アレルギーなど多種多様であり、乳幼児から高齢者まで国民の約2人に1人が何らかのアレルギー疾患を有するとされています。
- 県内の食物アレルギーを有する児童生徒は、2007（平成19）年度の2,087人から2022（令和4）年度は3,386人となり、15年で1.6倍以上に増加しています。
- アレルギー疾患の中には、急激な症状の悪化を繰り返したり、重症化により死に至ったりするものがあり、職場、学校等のあらゆる場面で日常生活に多大な影響を及ぼす場合もあります。
- インターネット等にはアレルギー疾患の原因やその予防法、症状の軽減に関する膨大な情報があふれています。しかしこの中から、適切な情報を選択することは困難な場合があります。このため適切でない情報を選択したがゆえに、科学的知見に基づく治療から逸脱し、症状が再燃又は増悪する例が指摘されています。
- アレルギー疾患は、その種類や病態が多様であることから、患者が、その居住する地域に関わらず、等しくその状態に応じた適切な医療を受けることができるよう、アレルギー疾患医療全体の質の向上を進める必要があります。

【施策の方向】

- 2017（平成29）年7月に国から示された「都道府県におけるアレルギー疾患の医療提供体制の整備について」に基づき、平成31年4月に、富山大学附属病院及び富山県立中央病院の2医療機関を県アレルギー疾患医療の中核を担う「富山県アレルギー疾患医療拠点病院」に指定しました。
- アレルギー疾患医療連絡協議会を設置し、拠点病院を中心とした診療体制及び情報提供等、地域の実情に応じた対策の推進や対応の質の向上を図ります。加えて、アレルギー疾患について地域の中で中心的な役割を担う保健師等の人材育成を図ります。
- 県ホームページの活用などにより、県民への情報の提供、アレルギー疾患に関する正しい知識の普及啓発に努めます。
- アレルギー疾患医療拠点病院を核として、アレルギー疾患医療に携わる関係者全体の知識の普及を図ります。

(5) 歯科保健対策

[現状と課題]

- むし歯のない子どもの割合は、3歳児で90.6%、12歳児で76.7%（いずれも2021（令和3）年度）と増加（改善）しており、全国と比較しても高くなっています。
- むし歯予防及び健康格差の縮小の観点から、集団フッ化物洗口を施設等で実施することが望ましいですが、フッ化物洗口を実施している施設は、保育所・認定こども園・幼稚園で30.1%、小学校で46.1%、中学校で21.3%（いずれも2022（令和4）年度）と2011（平成23）年度から横ばいに推移しており、実施状況は市町村間で格差が見られます。
- 中学生・高校生における歯肉に炎症所見を有する者は、2011（平成23）年度と比較すると減少しているものの、2021（令和3年）からは増加（悪化）に転じ、2022（令和4）年度は15.5%となっています。
- 歯周病を有する者は、20歳代で50.6%、40歳代で63.9%、60歳代で77.0%（いずれも2021（令和3）年度）と2011（平成23）年度から増加（悪化）しています。
- 歯周病は、歯を失う大きな原因となるだけでなく、糖尿病や循環器疾患等の生活習慣病などとの関連性が報告されているため、全身の健康増進を図るためにも、歯周病予防対策の推進が重要となっています。
- 60歳以上における「なんでもかんで食べることができる」と回答した咀嚼良好者は55.6%（2021（令和3）年度）と、全国と比べて低い状況です。
- 口腔機能の低下は、低栄養や心身機能の低下に繋がることから、成人期から高齢期では、乳幼児期から学齢期に獲得した口腔機能の維持・向上・回復を図ることが必要です。

[施策の方向]

- 乳幼児期・学齢期の対策として、フッ化物洗口の実施学校・施設の市町村間格差の縮小に向けた取組みを推進します。
- 成人期の歯周病対策として、歯科検診・歯科保健指導による早期受診の促進など重症化予防の取組みを推進します。
- 口腔機能の維持と低下した際の回復及び向上を図るため、オーラルフレイル等に関する知識の普及啓発に係る取組みを推進します。
- 県民に対する十分かつ的確な情報提供による県民一人ひとりの行動変容を促すとともに、定期的な歯科検診の機会の拡充等の歯と口腔の健康づくりを行うために必要な環境整備に努めます。

(6) 地域リハビリテーションの推進

【現状と課題】

- 高齢者や障害者が、住み慣れた地域において、生涯を通じてできる限り自立した生活を送ることができるよう、保健・医療・福祉の関係機関等の連携を図り、適切なリハビリテーションが円滑に提供される体制を整備していくことが重要です。
- 富山県リハビリテーション支援センターとして、富山県リハビリテーション病院・こども支援センターを、地域リハビリテーション広域支援センターとして、黒部市民病院、富山市民病院、かみいち総合病院、高岡市民病院、市立砺波総合病院、南砺市民病院を指定するとともに、各医療圏の医療機関を地域包括ケアサポートセンターや協力機関に指定し、県下全域におけるリハビリテーション体制の整備に取り組んでいます。
- 高齢者が要介護状態になることへの予防や、要介護状態等の軽減・重度化防止には、機能回復訓練等のアプローチだけでなく、生活機能全体を向上させ、活動的で生きがいを持てる生活を営むことができる生活環境の調整及び地域づくり等、バランスの取れたアプローチが求められています。

【施策の方向】

- リハビリテーションを患者の病態等に応じて効果的に提供していくため、富山県地域リハビリテーション推進会議や各圏域の地域リハビリテーション連絡調整会議における検討及び地域リハビリテーション広域支援センターを中心として、地域の病院、診療所、介護老人保健施設、訪問看護ステーションなど保健・医療・福祉関係者の連携協力体制の整備を促進するとともに、切れ目のないリハビリテーション提供体制を構築します。
- 富山県リハビリテーション支援センター等において、リハビリテーション実施機関に対する技術的支援やリハビリテーション従事者に対する研修を実施するなど、リハビリテーション機能の充実強化を図ります。
- 地域のリハビリテーション専門職などが、地域リハビリテーション広域支援センターや地域包括ケアサポートセンター、協力機関等と連携しながら、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション等の介護サービス事業と、市町村が行う地域ケア会議、住民主体の通いの場等の介護予防の取組みを支援します。
- 地域リハビリテーションを理解する人が増えるよう、住民向け講演会を開催するなど、普及啓発に努めます。
- 富山県リハビリテーション支援センターが設置されている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は、リハビリテーション関係者の研修の充実を図るとともに、医療機関と介護保険事業所との連携強化に努め、維持期リハビリテーションの充実を図ります。

(7) 身近な地域における福祉の推進と連携支援

【現状と課題】

- 一人暮らしの高齢者、在宅障害者、子育て中の人などの地域で支援を必要とする人に対し、その地域住民で構成されたケアネットチームによる見守り、話し相手、ゴミ出し、買物代行などのきめ細かな個別援助サービスを行うケアネット活動を実施しています。
- 地域リハビリテーション支援体制整備事業、糖尿病対策推進強化事業、地域精神保健福祉対策促進事業や長期療養児ケアネットワーク事業などの各種事業を通して、厚生センター等を中心とした地域の医療・福祉関係機関との連携システムが構築されています。
- 地域において、保健・医療・福祉サービスを一体的に提供する体制づくりを進めるうえで、サービスの提供者や利用者が保健・医療・福祉分野に関する情報を適切かつ効率的に得ることができるよう、総合的な情報提供が重要になってきています。

【施策の方向】

- 年齢や障害の有無にかかわらず、誰もが一緒に住み慣れた地域において、家庭的な雰囲気のもとでケアを受けることができる富山型デイサービスの整備を促進します。
- 住み慣れた地域で、高齢者、障害者、子育て中の人など支援を必要とする人に必要な支援が行き届くよう個別サービスを提供するケアネット活動などの地域福祉活動を推進します。
- インターネットを通じ情報提供を行っている富山県救急医療情報システム、医療機能情報提供制度（医療情報ネット）、福祉情報システム、介護サービス情報公表システムなど、保健・医療・福祉分野の情報の共有化・ネットワーク化に努めます。

2 健康危機管理の推進

(1) 健康危機管理体制

【現状と課題】

- 県民の健康と安全に関する危機管理を適正に行う観点から、平時の予防対策の充実を図るとともに、原因不明の健康被害の発生など既存のマニュアルや要綱等では対応できない健康危機管理事例に対応するため、2002（平成14）年3月に「富山県健康危機管理マニュアル」を策定しました。
- 県関係課、厚生センター、医師会、消防等関係機関で構成する健康危機管理対策調整会議を毎月開催し、感染症や食中毒など健康危機管理事例に関する対応の検討や情報交換等を行っています。
- 厚生センター、消防等の関係職員を対象に、新型インフルエンザ等感染症などを想定したシミュレーションや実地訓練などを実施しています。
- 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原子力災害医療体制等を整備しています。
- 2022（令和4）年12月の地域保健法の改正に伴い、「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」において、厚生センター・富山市保健所、衛生研究所は平時のうちから健康危機に備えた準備を進めるため、「健康危機対処計画」を策定することとなりました。

【施策の方向】

- 健康危機管理対策調整会議の開催等により、平時の体制整備、健康危機事案発生時の対処方針について検討を行い、厚生センター、病院、消防、警察等が連携した健康危機管理体制の充実を図ります。
- 健康危機発生時の職員の対処能力の向上を図るため、健康危機管理業務に従事する職員を対象とした研修会や関係機関との連携による健康危機事例発生を想定したシミュレーション等を実施します。
- 健康危機管理に関するマニュアル・要綱等について、実地訓練、シミュレーション等を通じてその実効性を検証し、必要に応じて見直しを行います。
- 「富山県地域防災計画（原子力災害編）」等に基づき、原子力災害医療体制等の充実を図ります。
- 厚生センター・富山市保健所、衛生研究所において、「健康危機対処計画」を策定し、健康危機管理体制の充実を図ります。

健康危機管理に関する主なマニュアル・要綱

想定される事例	適応する要綱等	作成(改正)年月
感染症	富山県感染症予防計画	2024(令和6)年4月
結核	富山県結核予防計画	2018(平成30)年3月
O157	O157等腸管出血性大腸菌対策要綱	1997(平成9)年5月
SARS	富山県重症急性呼吸器症候群(SARS)対応行動計画	2003(平成15)年4月
新型インフルエンザ	富山県新型インフルエンザ等対策行動計画	2013(平成25)年11月
食中毒	富山県食中毒対策要綱	2021(令和3)年11月
食品への毒物混入	食品への毒物混入防止等対応マニュアル	2009(平成21)年4月
飲料水の汚染	富山県飲料水健康危機管理実施要領	2018(平成30)年2月
大気汚染	富山県大気汚染緊急時対策要綱	2021(令和3)年4月

(2) 感染症対策（新興感染症発生・まん延時における医療体制を除く）

① 感染症対策

【現状と課題】

- 感染症対策は、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」（以下、「感染症法」という。）のもと、感染症の発生時に行う防疫措置とともに、感染症発生動向調査の体制整備等を通じて、平時から感染症の発生とまん延防止に備えた事前対応型行政を推進していくことが重要です。
- 県では、感染症法及び同法に基く国の基本指針を踏まえ、「富山県感染症予防計画」を策定し、感染症の予防のための施策を総合的に推進しています。
- 県立中央病院が、一類感染症、二類感染症及び新型インフルエンザ等感染症の患者の入院を担当する第一種感染症指定医療機関として、また、黒部市民病院、富山市民病院、富山大学附属病院、高岡市民病院及び市立砺波総合病院が、二類感染症患者（結核患者を除く。）の入院を担当する第二種感染症指定医療機関として指定されています。
- 感染症法に基き、感染症発生動向調査を実施し、県内 48 の定点医療機関から患者発生情報を収集し、医療機関や学校等、関係機関、県民への適時適切な情報提供や注意喚起に努めています。
- 近年、麻疹の輸入症例や風疹の数年ごとの流行、エムボックスなどが国内で確認されています。また、ダニや蚊など動物が媒介する感染症、腸管出血性大腸菌感染症などの経口感染症等、様々な感染症が県内の医療圏を超えて発生しています。
- 我が国におけるエイズ患者¹⁴²・HIV 感染者¹⁴³の報告数は年々増加傾向にあり、令和 4 年の全国年齢階級別エイズ患者数および HIV 感染者数をみると、30～34 歳代の割合が最も高く、次いで 25～29 歳代の年齢層が高くなってきています。
- 県内のエイズ患者・HIV 感染者の報告数は、毎年一定数認められており、2023（令和 5）年 10 月までに、エイズ患者 45 人、HIV 感染者 54 人の報告がなされています。性的接触による感染が大半を占めるなど今後も拡大する傾向にあり、さらなる対策の強化が必要です。
- 富山市保健所・厚生センターにおいて、1992（平成 4）年度から匿名による HIV 抗体検査を開始し、1994（平成 6）年度から無料検査、さらに 2006（平成 18）年度から迅速検査を導入し、検査体制の充実を図っています。
- 2011（平成 23）年度からは、NPO 法人との協働により学園祭の場などを利用して、HIV / エイズに関する普及啓発及び出前検査を実施し、若年層向けの正しい知識の普及啓発と相談・検査体制の充実を図っています。2021（令和 2）年度からは新型コロナウイルス感染症の影響による学園祭中止等のため、実施できない時期もありましたが、今後も他団体とも協力し若年層への普及啓発を図ります。
- 県は、県立中央病院をエイズ治療中核拠点病院、富山大学附属病院をエイズ治療拠点病院として選定し、設備の充実や関係職員の資質の向上を図り、患者・感染者が安心して医療を受けることができる体制の整備に努めています。

¹⁴² HIV（Human immunodeficiency virus：ヒト免疫不全ウイルス）に感染し、免疫力が低下することによって、AIDS（エイズ）（Acquired immunodeficiency syndrome：後天性免疫不全症候群）を発症した者。

¹⁴³ HIV に感染しているが、後天性免疫不全症候群を発症していない状態の者。

- 2016（平成 28）年 3 月に富山県 HIV 感染予防薬整備要領を策定し、エイズ治療拠点病院に HIV 感染予防薬を配置することにより、県内医療従事者の針刺し等による HIV 感染防止体制の整備に努めています。
- 性感染症は、若年層への感染拡大が懸念されています。性器クラミジア感染症は骨盤腹膜炎や不妊症等の後遺障害を引き起こす場合があります、早期発見を図るため、2004（平成 16）年 11 月から、厚生センターにおいてクラミジア抗体検査を行っています。
- 梅毒患者の件数は全国的に増加しており、富山県においても増加傾向にあります。厚生センターでは、2018（平成 30）年度から、梅毒の血清反応検査を行っています。また、梅毒のまん延防止のために、2022（令和 4）年度に梅毒に関する基本的知識や県内の無料検査場所等を記載したリーフレットを作成し、県民へ梅毒の感染者が増加している現状や正しい知識を周知する普及活動を行っています。
- 日本では毎年 1 万人を超える女性が子宮頸がん罹患し、約 2,900 人が亡くなっています。本県でも年間で約 100 人が罹患しています。ヒトパピローマウイルス（HPV）は、性的接触のある女性であれば 8 割以上が生涯で一度は感染するとされている一般的なウイルスで、子宮頸がんをはじめ、肛門がん、外陰がん、咽頭がんなどのがんや、尖圭コンジローマ等、多くの病気の発生に関わっています。
- 国においては、HPV ワクチンの接種勧奨を一時的に差し控えていましたが、専門家の評価により、2022（令和 4）年 4 月から積極的な接種勧奨を再開しており、差し控えていた期間（平成 25 年～令和 3 年）に接種機会を逃した方へのキャッチアップ接種を実施しています。

【施策の方向】

- 富山県感染症予防計画、富山県新型インフルエンザ等対策行動計画との整合性を図りながら、医療体制の確保に努めています。
- 衛生研究所においては、感染症及び病原体等の技術的かつ専門的な機関として、感染症及び病原体等の調査、研究、試験検査並びに感染症及び病原体等に関する情報等の収集・分析及び提供など重要な役割を果たせるよう、その機能強化に努めます。
- 感染症情報については、感染症発生動向調査や感染症流行予測調査などのサーベイランス機能の強化を図り、県感染症情報センターから医療機関、保健福祉関係者、学校等関係者、一般県民に広く情報提供し、その内容の充実に努めます。
- 性感染症の拡大を防止するため、正しい知識の普及啓発と相談・検査体制の充実に努めます。
- 教育機関と連携して、性感染症の感染拡大が懸念される若年層に対して性感染症に関する正しい知識と予防方法の普及を図ります。
- 第一種感染症指定医療機関及び第二種感染症指定医療機関が、それぞれの役割を果たすとともに、相互の連携や他の医療機関等関係機関との連携体制の構築を強化し、感染症患者に対して早期の適切な医療を提供することにより、まん延防止を図ります。
- 厚生センター等の HIV 抗体検査・相談体制を充実し、検査希望者の利便性等の向上を

図るとともに、県立中央病院のエイズ治療中核拠点病院としての機能の質的向上を図ります。

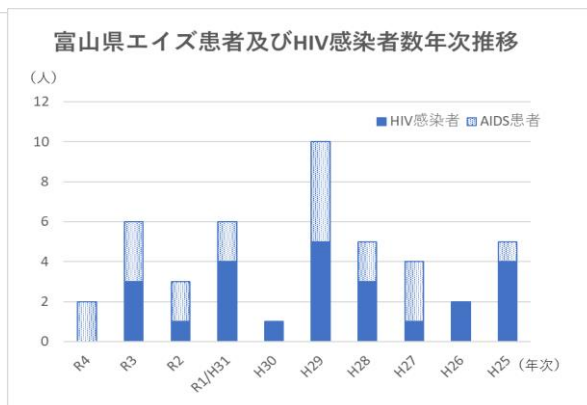
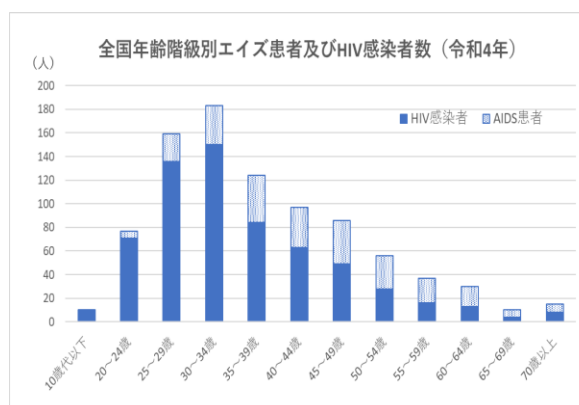
- 医療機関における診察等に際して、患者・感染者のプライバシーに配慮するとともに、「抗 HIV 治療ガイドライン」の周知を図り、良質かつ適切な医療の提供を推進します。
- 医療機関、厚生センター、衛生研究所の相互の連携を深め、感染症発生時に適切な対応ができる体制を整備するなど、まん延防止対策の強化・推進を図ります。
- 子宮頸がんに関する正しい理解と HPV ワクチン接種や子宮頸がん検診の正しい知識の普及を行うとともに、市町村や県医師会、大学など関係機関と連携しキャッチアップ接種の促進に取り組みます。

第一種感染症指定医療機関

医療圏	富山医療圏
医療機関名	県立中央病院
指定病床数	2床

第二種感染症指定医療機関

医療圏	新川医療圏	富山医療圏	高岡医療圏	砺波医療圏
医療機関名	黒部市民病院	富山市民病院	富山大学附属病院	市立砺波総合病院
指定病床数	4床	6床	3床	4床



② 結核対策

[現状と課題]

- 結核対策を取り巻く状況の変化を踏まえ、乳幼児への直接BCG接種の実施、定期健康診断及び接触者健康診断の効率的・効果的実施のための見直しなど結核対策の効率化・重点化を図ることを目的として、結核予防法が2005(平成17)年に改正されました。しかし、人権意識の高まりや結核発生時の手続き・緊急対応・まん延防止対策、グローバル化する

国際社会の状況下で多剤耐性結核菌のテロ対策など従来の解釈や実行との違いから、保健所、医療機関では対応に困難が生じてきたため、2007(平成 19)年 3 月に結核予防法が廃止され感染症法に統合され、また BCG 接種については、予防接種法へ統合されました。

- 日本は、2020(令和 3 年)に WHO が定義する「結核低まん延国¹⁴⁴」である罹患率 10.0 未満(人口 10 万人対)を達成しました。
- 本県における結核罹患率は、2018(平成 30)年の 10.2 から 2022(令和 4)年の 6.4 と減少傾向にあります。また、新登録者数は、2018(平成 30)年の 107 人から 2022(令和 4)年の 65 人へと減少傾向にあります。また、新登録者に占める 70 歳以上の割合は 2022(令和 4)年 78.5%(全国 65.0%)と高く、加齢や生活習慣病等による免疫力の低下等で、結核発病リスクが高くなる傾向にあります。
- 新登録患者に占める外国生まれの割合は 2022(令和 4)年 12.3%(全国 11.9%)と過去に比べて高くなっており、日本への外国人技能実習生や留学生が増加しているため、結核の啓発活動が求められます。
- 医療機関や老人保健施設における集団感染事例や、多剤耐性菌¹⁴⁵の出現等の課題が発生しており、早期診断ならびに予防対策を強化した取組みが必要です。
- 現在、黒部市民病院(基幹)、県立中央病院(基幹)、国立病院機構富山病院(中核)、高岡市民病院(基幹)、射水市民病院、金沢医科大学氷見市民病院、市立砺波総合病院(基幹)の 7 医療機関に結核病床を有し、地域の結核指定医療機関¹⁴⁶と連携し、結核患者が身近な地域において個別の病態に応じた治療を受けることができる体制が整備されています。

医療圏	新川医療圏	富山医療圏	高岡医療圏	砺波医療圏			
医療機関名	黒部市民病院	県立中央病院	国立病院機構富山病院	高岡市民病院	射水市民病院	金沢医科大学氷見市民病院	市立砺波総合病院
結核病床数	5床	16床	5床	12床	4床	5床	5床
区分	基幹	基幹	中核	基幹			基幹

【施策の方向】

- 国の「結核に関する特定感染症予防指針」に基き、結核の予防及びまん延の防止、健康診断及び患者に対する良質かつ適切な医療の提供、知識の普及などを総合的に推進します。
- 結核に関する最新知識を修得するため、医療従事者や結核対策関係者を対象とした研修会を実施するとともに、医療関係者の派遣研修を支援します。
- 結核発生時に、適切かつ迅速な接触者健康診断¹⁴⁷を実施し、二次感染を防止します。
- 県内における感染状況の把握や、集団感染の早期探知及び拡大防止等のため、感染症法

¹⁴⁴ 低まん延国とは、結核の流行状況が低い国のことを指す。世界保健機構(WHO)は、人口 10 万人あたりの新規感染者数が 10 未満の国を低まん延国と定義している。中まん延国は 20 以上 100 未満、高まん延国は 100 以上となる。

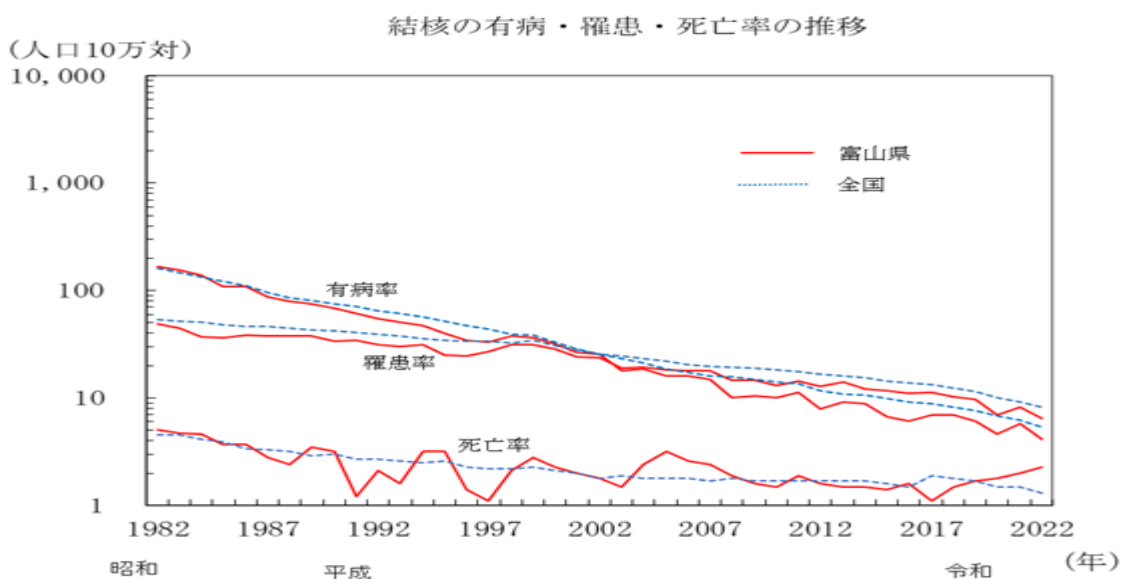
¹⁴⁵ 多種の抗結核薬に耐性があり、少なくともINH及びRFPの両薬剤に対して耐性を示す結核菌。

¹⁴⁶ 感染症法による公費負担患者に対する適正な医療を提供する医療機関(病院・診療所・薬局)のこと。開設者の申請に基き医療機関の所在地を管轄する長(保健所設置市は市長、それ以外は知事)が指定する。指定を受けていない医療機関は、原則として結核公費医療を行うことができない。

¹⁴⁷ 結核患者が発生した場合、感染症法第 17 条に基づき患者の周囲にいた者に対して行われる健康診断。

に基く患者発生動向調査のほか、衛生研究所を中心に分子疫学的手法からなる病原体サーベイランスの機能強化を図ります。

- 結核の早期発見・拡大防止を図るため、健康診断の普及啓発に努めます。
- 医療従事者、教員、福祉施設職員等の定期健康診断の受診を徹底し、二次感染を防止します。
- 結核患者の治療成功率を高めるため、全結核患者に対しDOTS（直接服薬確認療法）¹⁴⁸を推進し、服薬支援の強化を図ります。
- 結核病床は、近年の結核患者の発生状況等を踏まえ、必要に応じ基準病床数の見直しを行いながら、引き続き各医療圏において必要な医療が提供できるよう、適正な医療提供体制を整備します。
- 結核患者の高齢化や、高齢化に伴う合併症の比重の高まり、外国人出生患者の割合の増加傾向等、病態や患者の背景が多様化・複雑化によって、多剤耐性菌に対する治療も求められます。結核の集団発生や再燃を防ぐためにも、各医療圏の感染症指定医療機関や中核的な病院を含めた地域連携体制の強化や、最新の治療法の啓発・刷新、患者の治療完遂を目指した取り組み等の総合的な施策を推進します。



③肝炎対策

【現状と課題】

- 2002（平成14）年度から健康増進法に基づき市町村において40歳以上の県民を対象に肝炎ウイルス検査を実施し、感染の早期発見と速やかな治療につなげる受検体制を整備しています。

さらに、2009（平成21）年に「肝炎対策基本法」が制定され、肝炎の正しい理解の普及や、肝炎ウイルス感染者に対する適切な医療の提供の確保など、肝炎の克服に向けた取り組みを推進しています。

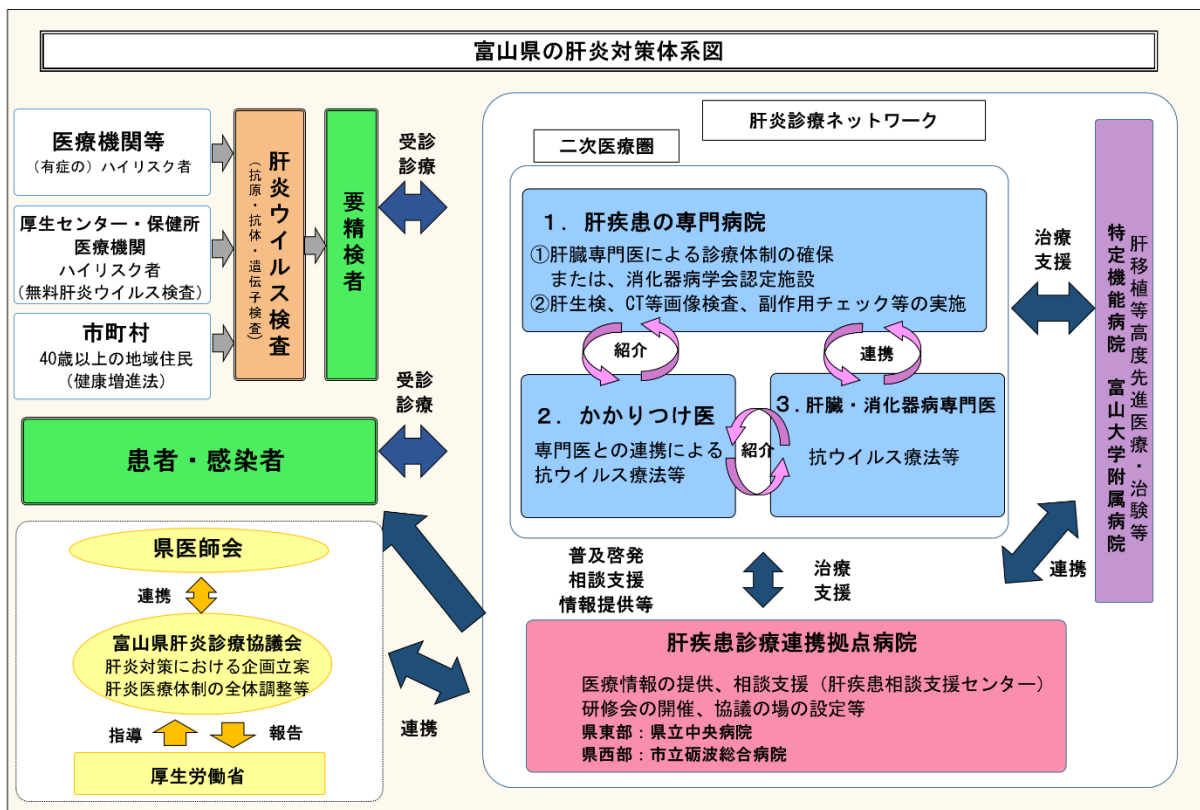
¹⁴⁸ WHOが推奨する、患者の服薬を第三者が確認する治療方法

- 市町村における肝炎ウイルス検査のほか、県及び富山市保健所では、ウイルス感染に不安を持つ方に対して、厚生センターや富山市保健所、委託医療機関での受検体制を整備しています。
- 県内の市町村が実施する肝炎ウイルス検査の2002（平成14）年度から2021（令和3）年度までの受検者数はB型肝炎、C型肝炎ともに約17万人となっています。
- 肝炎の治療は、肝炎の状態に応じた治療方法の選択が重要であることから、肝疾患専門病院とかかりつけ医等の連携による診療ネットワークを構築し、正確な病態把握と治療方針の決定、適切な治療の継続を支援しています。
また、県東部では県立中央病院、県西部では市立砺波総合病院を肝疾患診療連携拠点病院に指定し、診療ネットワークの強化と相談支援の充実等を図っています。
- 肝炎治療費への支援は、2008（平成20）年度からB型肝炎及びC型肝炎患者のインターフェロン治療への助成を開始し、2010（平成22）年度からはB型肝炎患者の核酸アナログ製剤治療、2014（平成26）年度からは、C型肝炎患者のインターフェロンフリー治療に助成を拡大しています。
- 2015（平成27）年度から、重症化予防を図るため、肝炎ウイルス陽性者のフォローアップ及び初回精密検査費用、定期検査費用の助成を実施しています。
- B型肝炎ワクチンは、2016（平成28）年10月から、予防接種法に基づく定期接種となり、1歳になる前までに3回の接種を行います。
- 2018（平成30）年度から、患者の医療費の負担軽減や治療研究を促進するため、B型またはC型肝炎ウイルスが原因で重度肝硬変や肝がんの診断を受けた方に医療費の助成を行っています。

【施策の方向】

- 「日本肝炎デー」（7月28日）に合わせてキャンペーンや広報等を行い、肝炎についての正しい知識の普及を行います。
- 肝炎に関する正しい理解が進むよう、肝炎の知識の普及を促進するとともに、肝炎患者等に対する偏見や差別の解消に資するよう、肝炎患者等の人権の尊重について、機会を捉えて普及啓発に努めます。
- 市町村における肝炎ウイルス検査を周知するとともに、厚生センターや委託医療機関等での検査を継続し、県民の利便性を考慮した検査体制の充実を図ります。
- 妊婦健診においてB型肝炎抗原検査を実施し、各医療機関において、陽性の妊婦から出生した児に対するB型肝炎免疫グロブリンやB型肝炎ワクチン接種、保健指導等を行うなど、母子感染予防対策に取り組みます。
また、B型及びC型肝炎ウイルス陽性の妊婦に対しては、必要な医療につながるよう産婦人科医と肝臓専門医の医療連携を推進するとともに、市町村が医療機関と連携し、治療に関する情報提供を行い、切れ目なくフォローアップされるよう取り組みます。
- 厚生センター、市町村、医療機関、健診機関、医療保険者、事業主等と協力して、すべての人が一生に1回は肝炎ウイルス検査を受検することが必要であることや肝炎ウイルス陽性者には早期から受診を継続することが必要であることについての啓発を強化します。

- B型肝炎について、治療によりウイルス抑制が可能であることや、C型肝炎患者について、インターフェロンフリー治療によりウイルス排除が可能になったこと等について、普及啓発を行います。
- 肝炎ウイルス感染者が適切な治療を受けられるよう、肝疾患連携拠点病院や専門医療機関等と協力しながら、診療ネットワークの強化を図ります。
- 肝炎患者が適切な治療を継続できるよう、医療費助成及び初回精密検査費用助成、定期検査費用助成に関する情報を提供します。



(3) 食品・飲料水等の安全確保

① 食品の安全確保

〔現状と課題〕

- 県民に安全な食品を提供するため、毎年度、県食品衛生監視指導計画を定め、地域の実情に応じた効果的な監視指導や、収去検査を組み合わせた科学的な監視指導を行っています。
- 夏期及び年末には、食品一斉取締りを実施し、原則、全ての食品等事業者にHACCP¹⁴⁹に沿った衛生管理が定着するよう、支援を行うとともに、簡易検査を取り入れた重点監視などの食中毒防止対策を推進しています。
- 集団給食施設（学校、社会福祉施設等）の食品の安全を確保するため、毎年重点監視期間を設け、「大量調理施設衛生管理マニュアル」に基づき、監視指導を実施しています。
- 食品製造施設や大量調理施設等を対象にした専門的な監視指導を実施するため、中部厚生センター及び高岡厚生センターに食品衛生監視機動班を設置するとともに、衛生研究所等に高度検査機器を整備するなど、科学的な監視指導体制の整備を進めています。
- 富山県食品安全推進本部を設置し、県民の声を反映した食品安全行政の推進や、突発的な事件・事故等に迅速に対応するよう努めています。
- 消費者等に対して情報を提供し、意見交換を行うリスクコミュニケーション¹⁵⁰の推進が重要なことから、食品安全フォーラムの開催や食品安全出前講座など各種研修会を通じ、消費者等との双方向のコミュニケーションの充実に努めています。

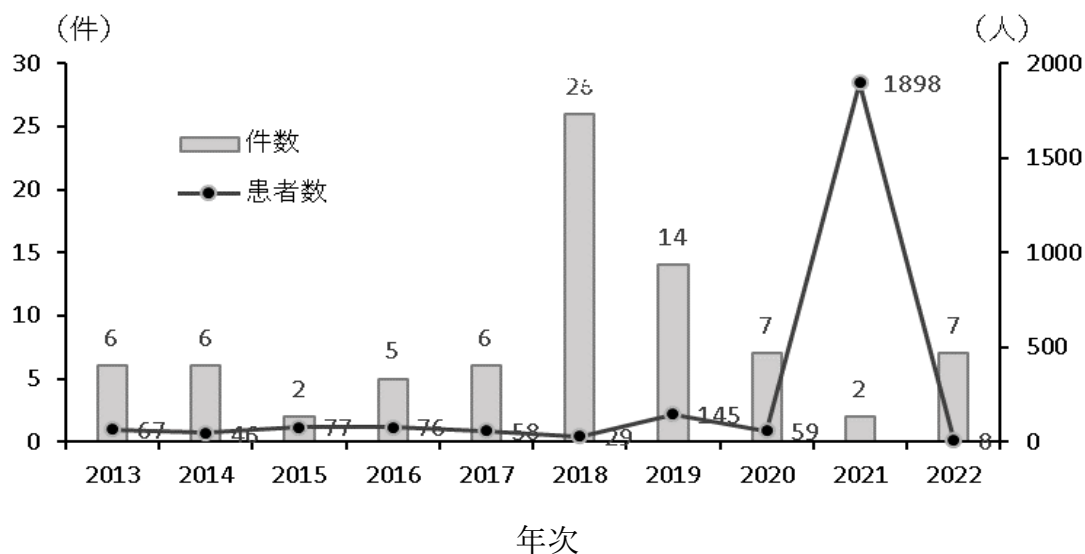
〔施策の方向〕

- 食品の安全性を確保するために、生産から消費まで一貫した食品の監視・指導を実施するとともに、消費者等への情報の提供や意見交換を行い、食品安全の施策に取り入れるよう努めます。
- HACCPに沿った衛生管理の定着や検査の実施など、食品製造業者等の衛生管理の推進を図ります。
- 細菌やウイルス等による大規模食中毒や食品への毒物混入による健康被害等に迅速かつ的確に対応するため、「富山県食中毒対策要綱」や「食品への毒物混入防止等対応マニュアル」等に基づき、関係機関等との円滑な連携体制づくりを推進します。
- 衛生研究所、食肉検査所及び厚生センターにおける検査精度の向上や検査担当者の技術研修の実施など検査体制の充実に図ります。

¹⁴⁹ Hazard Analysis and Critical Control Point 危害分析重要管理点：食品の製造過程において、原材料の受入れから、最終製品に至る一連の工程を管理の対象とし、工程別にどのような危害があるかを分析し、特に重要な工程(重要管理点という。)を重点的に監視(モニタリング)することにより製品の安全性を保証するシステム。食品衛生法の改正により、令和3年6月から、原則、全ての食品等事業者にHACCPの導入が求められる。

¹⁵⁰ リスク(食品を食べることによって、有害な要因が健康に及ぼす悪影響の発生確率と程度)について、消費者、生産者、食品関連事業者などが、関係者相互間における幅広い情報及び意見の交換をすること。

富山県における食中毒の発生状況



(県生活衛生課調べ)

② 飲料水の安全確保

【現状と課題】

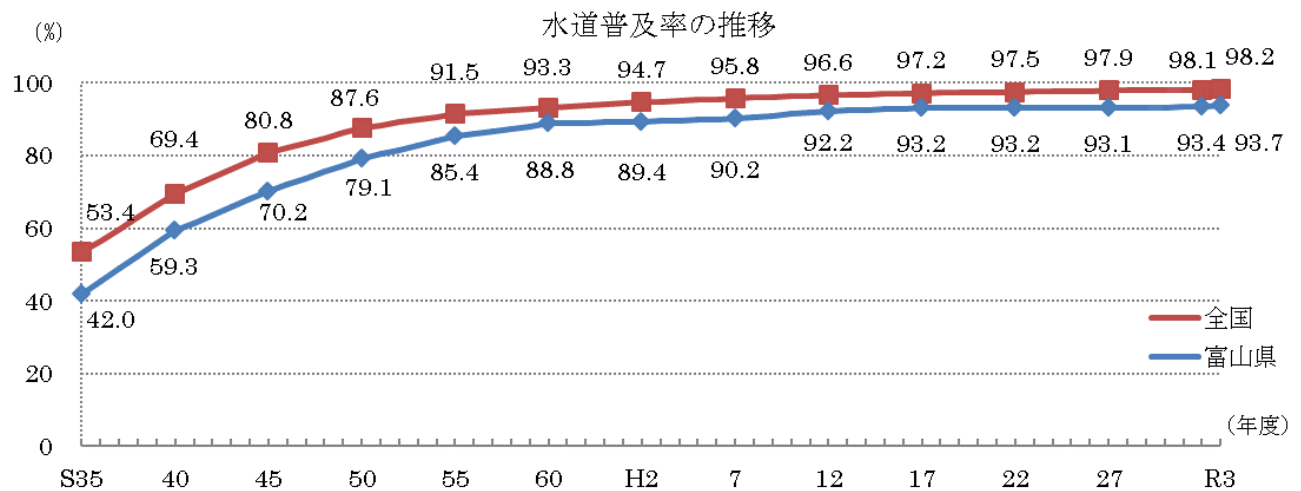
- 本県には、2022（令和4）年3月末現在、水道事業者が水道水を供給している水道用水供給事業が県西部に2、市町村等が経営する水道事業が58あります。
また、2022（令和4）年3月末現在の本県の水道普及率は93.7%（全国：98.2%）となっており、平野部の扇状地においては、豊富で良質な地下水に恵まれているため、約6.4万人が水道未利用人口となっています。
- 安全で安心な水道水を給水するためには、微量有害化学物質や塩素消毒に耐性を有する病原生物等の水質監視を行うとともに、その結果を踏まえた対策を行う必要があります。
- 水道は、県民生活におけるライフラインであることから、渇水・地震等の自然災害に対応できる施設整備面の対応や災害発生後の迅速な応急復旧等のソフト面の対策など、危機管理体制の整備が求められています。
- 人口の減少や節水意識の向上等により水道事業の給水量は減少しており、給水収益が減少するなか、水道施設の老朽化に伴う更新や維持管理体制の一層の充実を図るため、事業の効率化や経営基盤の強化が求められています。
- 水道を利用していない県民は、自家用井戸等を利用しているものと推定されますが、これらは浅い井戸が多いため、井戸周辺の環境や地表の影響を受けやすく、水質は不安定で、その衛生管理が課題となっています。

【施策の方向】

- 「富山県水道水質管理計画」に基づき、水道用水供給事業者や水道事業者と連携して、体系的かつ組織的に水道水質基準項目、水質管理目標設定項目、要検討項目、浄水処理等

の工程管理のために有用となる項目及びクリプトスポリジウム¹⁵¹等の水質検査体制の整備や水質監視の強化を図ります。

- 渇水あるいは地震等の災害に強い水道を構築するため、水道事業者等に対して国庫補助や国交付金制度を活用し、老朽管の更新、水道施設の耐震化や広域的なバックアップ機能の充実強化等を推進します。また、水道水を含む飲料水に起因して、県民に健康危機が発生した場合に速やかに対応するため、「富山県飲料水健康危機管理要領」に基づき、危機管理体制の整備を図ります。
- 将来にわたって安全な水道水を安定的に供給するため、水道事業の基盤強化策として、水道施設の統廃合、経営面での統合などや、事業統合に限らず、地域の実情、水道事業者のニーズに応じた広域連携を支援し、事業規模の適正化や管理体制の強化を図ります。
- 自家用井戸等を利用している県民に対しては、「富山県飲用井戸等衛生対策要領」等に基づき、施設の適正管理、定期的な水質検査及び汚染時における措置について、市町村と連携して普及・啓発を図ります。また、各厚生センターにおいて、衛生監視や県民に対する衛生指導の充実を、衛生研究所においては、水道事故発生時の行政検査が実施できるような検査体制の整備を図ります。



県生活衛生課調べ

¹⁵¹ 寄生虫の一種で、人、牛、豚、犬、猫などのほ乳動物の腸に寄生する。大きさは4~6 μ m(1 μ mは1mmの千分の1)の原虫で、食べ物や水を介して口から感染する。感染すると、2~5日後に下痢、腹痛、吐き気や嘔吐、軽い発熱などの症状を起こす。

3 医療関係機関の充実

(1) 厚生センター、保健所等

〔現状と課題〕

- 厚生センター・保健所は、地域保健における中核的拠点として、精神保健福祉対策、難病対策、結核・感染症対策等の専門技術的業務を実施するとともに、母子保健や老人保健など身近なサービスを提供する市町村保健センター等に対する技術協力や支援を行っています。また、食品衛生、環境衛生対策や医事、薬事業務等を行い、地域住民の快適で安心できる生活環境の確保を図っています。
- 戦後、県立保健所 10 か所体制が続いていましたが、富山市の中核市指定に伴い、1996（平成 8）年 4 月に富山市保健所が設置されました。また、1998（平成 10）年 7 月に県立保健所の再編を行い、4 本所・5 支所体制に集約強化し、2002（平成 14）年 7 月には保健所と社会福祉事務所を統合し、厚生センターを設置しました。2005（平成 17）年 4 月には、市町村合併の進展に伴い、4 本所・4 支所体制としました。
- 厚生センター・保健所は、SARS・新型インフルエンザ・新型コロナウイルス等の感染症や食品流通の広域化等に伴う大規模食中毒の発生、地震などの自然災害など、地域における健康危機管理の拠点としての役割が増大しています。

また、介護保険制度や障害者総合支援法の普及等に伴い、住民の多様なニーズに対応するため、保健・医療・福祉関係機関の連携・調整、地域医療構想の推進並びに市町村等に対する支援など企画調整機能の強化が求められています。

〔施策の方向〕

- 地域保健対策の推進に当たっては、地域のソーシャルキャピタルを活用し、住民による共助への支援を推進します。
- 精神、難病等の地域生活への移行・継続を支援するため、医療機関、福祉施設、市町村等の関係機関とのネットワークを推進するとともに、人材の確保と資質の向上に努めます。
- 専門技術的観点から市町村健康増進計画や介護保険事業計画等の各種計画の策定を支援するとともに、市町村保健センター等に対する技術協力、保健福祉関係職員の研修、市町村相互間の連絡調整等を通じて、市町村における保健福祉事業の推進に努めます。また、二次医療圏における効率的で質の高い医療提供体制の構築を図ります。さらに、健康づくりや感染症対策等において、学校保健や職域保健との連携体制の強化を図ります。
- 所管区域に係る保健、医療、福祉に関する情報を幅広く収集、管理、分析し、関係機関及び地域住民に対して積極的に提供します。また、各地域が抱える課題に即した調査研究を推進します。
- 感染症や食中毒等の健康危機への対応を強化するため、平常時における事前管理又は監視を徹底し、情報共有体制の強化や連絡体制を徹底します。また、衛生研究所等と連携して試験検査機能の充実を図ります。

また、地域の医療機関、医師会、市町村等関係機関と連携し、健康危機の発生時を想定した訓練や研修を推進します。

厚生センター・保健所の所管区域(2023<令和5年>年4月現在)[]内は支所所管区域

保 健 所	支 所	所 管 区 域
新川厚生センター	魚津支所	黒部市、入善町、朝日町、〔魚津市〕
中部厚生センター		滑川市、舟橋村、上市町、立山町
高岡厚生センター	射水支所 氷見支所	高岡市、〔射水市〕、〔氷見市〕
砺波厚生センター	小矢部支所	砺波市、南砺市、〔小矢部市〕
富山市保健所		富山市

(2) 研究機関

① 衛生研究所

【現状と課題】

- 地域保健医療対策を効果的に推進するため、「県民の生命と健康を守り、くらしの安全の確保」を図る科学的・技術的中核機関として、医療機関や厚生センター等と連携して、①調査研究、②試験検査、③地域保健に関する情報の収集・整理・活用、④研修指導等を行っています。
- 調査研究の科学的合理性と倫理的妥当性を確保するため、内部及び外部有識者による研究評価委員会や倫理審査委員会を開催するなど、より質の高い、適正な調査研究の推進に努めています。
- 感染性の高い病原体等の取扱施設として、安全管理に係る各種規程の策定や関係設備の整備、内外の職員等を対象とした研修会の開催を行うとともに、新たな防犯システムの設置や国の査察の受入れなど、病原体等の適正な保管管理に万全を期しています。
- 2011（平成23）年に発生した腸管出血性大腸菌による集団食中毒事件や2019（令和元）年に海外で発生し世界的に大流行した新型コロナウイルス感染症において、病原体の検出、同定等により感染拡大防止策に貢献してきましたが、引き続き、このような健康危機事例に対して、関係機関との連携のもと、迅速、的確に対応することが求められています。
- 海外で鳥インフルエンザ（H7N9）やエボラ出血熱、中東呼吸器症候群（MERS）、ジカ熱、新たな薬剤耐性菌による感染症などが相次いで発生し、国内でもマダニが媒介する重症熱性血小板減少症候群（SFTS）や蚊が媒介するデング熱が発生するなど、新興・再興感染症への対応が喫緊の課題となっています。

【施策の方向】

- 県民の健康の保持増進を目指し、県内医療機関や厚生センター、市町村保健センター等との連携のもと、健康づくり対策や疾病予防対策など各種施策に関する調査研究に努め、科学的根拠に基づいた地域保健対策の展開を図ります。
- 健康危機事例への対応を強化するため、緊急時においても使命が果たせるよう、新たな検査技術の導入や高度分析機器の整備など検査体制の充実を図るとともに、分析技術の開発研究を推進します。
- 感染症危機に対しては、平時から健康危機に備えた準備を計画的に進めるため、富山県感染症予防計画と整合をとった「富山県衛生研究所健康危機対処計画（感染症）」を策定し、この計画に基づき検査体制の整備等を推進します。
- 国立感染症研究所や公的病院をはじめとする県内医療機関等との連携を強化し、新たな感染症や食中毒事例などの発生や拡大に備え、サーベイランス機能の強化を図るとともに、県民の健康に関する情報の収集、解析を行い、情報提供の充実を図ります。
- 県内試験検査機関の検査精度の向上及び信頼性の確保を図るため、引き続き、第三者機関による外部精度管理や合同査察等を行うほか、地域保健に関わる専門職員に対する研修会等を行うなど人材の育成に努めます。
- 専門性を活かした質の高い調査研究を推進するため、内部及び外部の有識者による研究

評価を行うなど調査研究内容の充実を図るとともに、国立試験研究機関や大学、企業等との共同研究に取り組むほか、積極的に外部競争的資金の確保に努めます。

② 薬事総合研究開発センター

【現状と課題】

- 2018（平成30）年、創薬研究・育薬研究を行う「創薬研究開発センター」、製剤化研究・分析研究を行う「製剤開発支援センター」、薬用植物の栽培・試験研究を行う「薬用植物指導センター」の3センター制とし、「薬事総合研究開発センター」と改称しました。製剤機器、高性能の質量分析計、細胞分析装置等を備え、県内製薬企業による新しい製品の研究開発等を支援しています。
- 県内製薬企業に対する技術支援として、技術相談及び施設・設備の開放を行っているほか、優良な医薬品の安定供給に資するため、富山県薬業連合会が実施する外部精度管理調査に協力しています。
- 天然物等からの医薬品シーズの探索研究やワクチン用新規アジュバント開発のための基盤研究及び飲みやすさに配慮した製剤の開発等研究開発に取り組んでいます。特に2018（平成30）年からは「くすりのシリコンバレーTOYAMA 創造コンソーシアム」の研究開発事業として、事業化を目的とした応用研究に取り組んでいます。
- 医薬品等の品質や有効性及び安全性の確保に資するため、県及び富山市からの収去試験並びに県内製薬企業からの依頼試験を実施しています。また、後発医薬品の品質確保を図るため、国が実施している後発医薬品品質情報提供等推進事業に参画しています。

【施策の方向】

- 県医薬品産業の振興のため、県内製薬企業等に対する医薬品の品質管理や製剤技術などの専門的技術指導や研究開発の支援及び人材育成の支援に努めます。
- 「くすりのシリコンバレーTOYAMA 創造コンソーシアム」に参画し、医薬品分野の研究開発と人材育成に協力します。
- 「創薬研究開発センター」に整備する高度な分析機器等を活用し、バイオ医薬品などの付加価値の高い医薬品開発への支援に努めます。
- 県内製薬企業に研究成果を還元できるよう、国立医薬品食品衛生研究所等の国の研究機関や大学等との共同研究の推進及び競争的外部資金の獲得に取り組みます。

(3) 健康・検診施設

① 国際健康プラザ

【現状と課題】

- 国際健康プラザでは、
 - (i) 生命科学館を活用した参加体験型の教室やイベント等の開催
 - (ii) 健康医学講演会や講座の開催などの普及啓発
 - (iii) 健康づくりに関するリーフレットやホームページによる情報の発信
 - (iv) 健康づくり指導者研修会などの人材育成
 - (v) 健康スタジアムにおける総合的な健康づくりプログラムの提供及び実践指導
 - (vi) 大学等と連携した各種コース受講者の受講結果などの調査研究などの事業を実施しています。
- 県民の健康・体力づくりを一層推進するため、「富山県健康増進施設連絡協議会」を運営し、県内の健康増進施設のネットワーク化を図り、研修会の開催、指導員の交流や情報交換等を行っています。

【施策の方向】

- 県内の健康増進施設、健診機関、医療機関や市町村保健センター等との連携を図り、県民一人ひとりの健康状態に応じた健康づくりの実践指導を推進します。
- 健康診断や特定健康診査後の健康管理・特定保健指導の支援を推進するため、各種団体、健診機関等との連携の強化を図ります。
- より効果的な健康づくりの実践指導法などの調査研究を推進します。

② 心の健康センター

【現状と課題】

- 精神保健及び精神障害者の福祉に関する総合的な技術センターとして、精神保健福祉に関する調査研究、技術指導・援助、相談等の業務を行っています。
- 県精神保健福祉協会をはじめ、県精神科病院協会、県精神科医会、日本精神科看護技術協会県支部、県精神保健福祉士協会、県精神障害者家族連合会などの精神保健福祉関係団体との連携を図り、精神障害に対する正しい知識の普及啓発や社会復帰促進事業などを行っています。
- 自立支援医療費（精神通院）や精神障害者保健福祉手帳の判定及び交付事務、精神医療審査会の開催等を行い、精神障害者の医療の充実や人権の擁護、社会参加の促進を図っています。
- ひきこもりに関する総合的な相談窓口としてひきこもり地域支援センターを設置し、専任の職員が相談に対応するなど、ひきこもり対策を行っています。
- 心の健康に関する電話相談や自殺対策関係者に対する研修など、自殺対策を推進しています。
- アルコール依存症、薬物依存症、ギャンブル依存症、ゲーム依存症をはじめ、依存症に関する正しい知識の理解や普及を図り、適切な対応、支援をおこなうため依存症対策を推

進んでいます。

【施策の方向】

- 学校や地域、職域におけるメンタルヘルス事業に対して積極的な支援に努めます。
- 精神障害者の社会復帰を促進するため、社会復帰を援助する技術研究や関係施設等への技術援助に取り組めます。
- 厚生センターや市町村等に対する技術指導や専門的な教育研修を体系化し、技術支援の強化を図ります。
- 県内精神保健福祉行政のシンクタンクとして、精神保健福祉に関する先見的調査研究や事業の企画・立案を推進します。また、精神保健福祉に関する広域的な情報収集・分析・提供機能の充実を図ります。
- ひきこもりや依存症（アルコール、薬物、ギャンブル等）など、心の健康相談から精神医療に関わる相談など、多様化する相談ニーズに対応するため、当事者グループや家族教室など支援体制の拡充・整備を図るとともに、職員の専門性の向上に努めます。
- 様々な背景や要因によりひきこもり状態にある人やその家族の悩みや問題を解決するため、医療、保健、福祉、教育、労働等の関係機関と連携し、支援の充実に努めます。
- 自殺予防に関する普及啓発を図るとともに、企業に出向いて行う心の健康に関する講座や自死遺族へのカウンセリングの実施、自殺対策に取り組む民間団体等の関係機関との連携など総合的な自殺対策に取り組めます。

③ 女性健康相談センター・不妊専門相談センター

【現状と課題】

- 女性健康相談センターは、女性の健康に関する専門相談機関として、電話や面接で女性特有の心や体の健康に関する相談、教室、関係機関との連絡会や研修等行っています。また、2011（平成 23）年度から妊娠・出産の悩みについての専用電話相談「妊娠・出産の悩みほっとライン」を開設しています。また、必要な方には産科受診同行支援を行っています。
- 不妊専門相談センターでは、電話や面接で不妊や不育症に関する相談業務を行っており、2012（平成 24）年度から、不育症について専門医師による相談日を開設しています。また、2015（平成 27）年度から、不育症患者の同士の交流会を実施しています。

【施策の方向】

- 女性のライフスタイルの多様化等により、女性特有の健康問題や不妊や不育症の悩みをもつ人が増加しており、正しい情報の提供や相談支援の充実に努めます。
- 女性の健康に関する専門相談機関として、関係機関との連携や相談スキルの向上に努め、相談体制の充実を図ります。

④ とやまPET画像診断センター

【現状と課題】

- がんの早期発見・診療のためのPET（陽電子放射断層撮影）装置の導入を推進するため、行政と民間が共同で施設を整備し、各医療機関や企業が共同利用する方式で2007（平成19）年11月から事業を開始しました。
- 2023（令和5）年2月には、最新型の半導体PET/CT機器を導入し、より短時間で高精度な検査を行うことができるようになりました。
- 県内のがん診療連携拠点病院など医療機関や人間ドック施設などと連携し、PET/CT検査の利点を医療関係者や県民向けにPRして、すべての県民が必要なときに等しくPET/CT検査を受けられる体制づくりに努めています。

【施策の方向】

- 安心して質の高いがん医療を推進するため、各病院から紹介を受けた患者のがんの診断を迅速に行い、各がん診療連携拠点病院の診療を支援します。
- 検診の場合は、人間ドック施設と連携して、検診機関からの紹介でPET/CT検査を行います。また、個人の希望により、直接の申込みでも検査を行います。

(4) その他関係機関等

① 福祉関係機関

【現状と課題】

- 厚生センター福祉課や市町村福祉部門、県・市町村社会福祉協議会との連携により、必要に応じて適切な福祉サービスが利用できる体制の整備を進めています。
- 介護現場におけるロボットや ICT の普及を促進するため、「とやま介護テクノロジー普及・推進センター」を設置しています。
- 認知症高齢者本人やその家族が抱える認知症に関する悩みごとの相談窓口として「認知症ほっと電話相談」を設置しています。
さらに、若年性認知症(65歳未満で発症する認知症)の相談を受ける「富山県若年性認知症相談・支援センター」を設置しています。
- 矯正施設出所予定者及び刑事司法手続きの入口段階にある被疑者・被告人のうち高齢又は障害を有する者に対し福祉サービス等の支援を行う地域生活定着支援センターが、済生会富山病院に設置されています。

【施策の方向】

- 地域における福祉サービス提供の中核を担う社会福祉協議会において、保健・医療機関等との連携を強化し、地域におけるコミュニティ・ケア体制の充実に努めます。
- 保健・医療分野と連携した福祉サービスを推進するため、富山県福祉カレッジ等における人材養成研修の充実に図ります。
- 介護ロボットや ICT の相談対応、県民を対象とした展示・体験事業、研修の実施等による介護ロボット等の普及啓発や活用促進を図ります。
- 若年性認知症の人やその家族、企業の労務担当者、医療・福祉関係者等からの相談に応じるとともに、関係者の連携体制の整備、居場所づくり、就労・社会参加の支援など様々な分野にわたる支援に総合的に取り組みます。

② ボランティア

【現状と課題】

- 社会の幅広い分野でNPOやボランティア活動が公共サービスや地域づくりの新たな担い手となっていますが、特に高齢者や障害者等へのサービスの提供など保健・医療・福祉分野におけるボランティア活動等の貢献度は高まっています。
- ボランティアコーディネーターの設置や県民のボランティア意識の醸成・活動普及を行っている富山県社会福祉協議会や、NPO団体等の運営に対する情報提供や相談等を行っている富山県民ボランティア総合支援センターに対して支援しています。
- 地域において健康づくり活動を自主的に行うヘルスボランティアをはじめ、食生活改善推進員、母子保健推進員、がん対策推進員、メンタルヘルスサポーター等の健康づくりボランティアによる地域での活動が積極的に展開されています。
- 高齢者がこれまで培ってきた知識や経験を活かし、意欲や能力に応じて、地域社会の担い手として生涯活躍できる「エイジレス社会(生涯現役社会)」の実現が期待されています。

【施策の方向】

- 富山県社会福祉協議会ボランティアセンターや富山県民ボランティア総合支援センターとの連携を図り、保健・医療・福祉分野における多様なボランティア活動が活発化するよう努めます。
- 健康づくりボランティア等の活動や、保育所や幼稚園、学校や職場・企業、様々な機関や団体等との連携による健康づくりを推進します。
- 豊かな経験や知識を活かして、NPOやボランティア、地域活動等に参加し、活躍する高齢者を育成するとともに、その活動を支援します。

第3章 地域医療計画

第1節 新川医療圏地域医療計画

第2節 富山医療圏地域医療計画

第3節 高岡医療圏地域医療計画

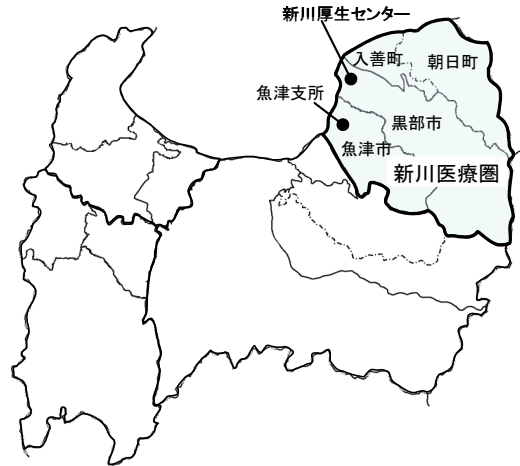
第4節 砺波医療圏地域医療計画

第1節 新川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

- 新川医療圏は県東部の魚津市、黒部市、入善町、朝日町で構成され、圏域の総面積は 924.47 km² で、山林地帯が 80%以上を占めています。
- 東は新潟県と長野県に、西は富山医療圏に接しています。圏域内には本県最大の温泉旅館街である宇奈月温泉をはじめ、黒部峡谷鉄道や後立山連峰など、有数の山岳観光地があります。
- 2022（令和4）年10月1日現在の圏域の総人口は 111,689 人で、総人口の 36.4%が 65 歳以上、20.4%が 75 歳以上で県平均を上回っています。



2021（令和3）年の出生数は 572 人、出生率（人口千対）は 5.1（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 15.3（県：13.5）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 14 施設、一般診療所 74 施設（有床 2 施設、無床 72 施設）、歯科診療所 52 施設があります。
- 2022（令和4）年病院報告では、圏域内病院の 1 日平均患者数は外来 1,674 人、入院 1,377 人、また、病院の病床利用率は 71.8%となっており、平均在院日数は 29.9 日で県平均（29.7 日）と同程度です。
- 保健施設として、保健センターがすべての市町に、また、厚生センターの本所が黒部市に、支所が魚津市に設置されています。なお、障害者・高齢者福祉施設等は、次のとおりです。

医療機関の数

区分	医療機関数	摘要
病院	14	一般 12 精神科 2
一般診療所	74	有床 2 無床 72
歯科診療所	52	無床 52

厚生労働省「医療施設調査」
(2022<令和4>年10月1日現在)

病院病床数

区分	病床数
一般	1,045
療養	573
精神	290
結核	10
感染症	4

厚生労働省「医療施設調査」
(2022<令和4>年10月1日現在)

障害福祉サービス事業所等

日中活動の場	生活介護	19
	自立（生活）訓練	1
	就労移行支援	3
	就労継続支援A型	5
	就労継続支援B型	14
	地域活動支援センターⅠ型	1
	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	14
相談	指定一般相談支援事業	4
	指定特定相談支援事業	10
	指定障害児相談支援事業	6

県障害福祉課調べ
(2023<令和5>年10月1日現在)

高齢者福祉施設等

入所施設	特別養護老人ホーム (地域密着含む)	17
	介護老人保健施設	7
	介護医療院	4
	介護療養型医療施設	—
	軽費老人ホーム (ケアハウス)	3
	認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)	24
	居宅介護支援事業所	35
相談	地域包括支援センター	5
	在宅介護支援センター	3
その他	訪問看護ステーション	7

県高齢福祉課調べ

(3) 医療従事者

- 2020(令和2)年12月末現在、圏域内の医師数は275人、人口10万人当たりで238.9人(県:273.7人)、歯科医師数は72人、人口10万人当たりで62.6人(県:62.8人)、薬剤師数は208人、人口10万人当たりで180.7人(県:275.9人)となっており、人口10万人当たりではいずれの職種も県平均を下回っています。
- 2020(令和2)年12月末現在、圏域内の看護職員の就業者数は1,813人であり、職種別では保健師86人、助産師39人、看護師1,285人、准看護師403人となっています。
- 人口10万人当たりでは看護職員全体で1,575.2人、職種別では保健師74.7人、助産師33.9人、看護師1,116.5人、准看護師350.2人です。
- リハビリテーション関係従事者及び歯科関係従事者の数は、次のとおりとなっています。

医師・歯科医師等

区分	人数	人口10万対		
		(新川)	(県)	
医師	275	238.9	273.7	
歯科医師	72	62.6	62.8	
薬剤師	208	180.7	275.9	
看護職	1,813	1,575.2	1,642.6	
内訳	保健師	86	74.7	64.9
	助産師	39	33.9	39.7
	看護師	1,285	1,116.5	1,263.5
	准看護師	403	350.2	274.4

厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」
(2020<令和2>年12月31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	91.6
作業療法士	45.8
言語聴覚士	13.0
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	114.3
歯科技工士	20.6

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〕

- 市町が実施するがん検診受診率（胃・肺・大腸・乳・子宮）は、2020（令和2）年度以降新型コロナウイルスの影響で低下していますが、胃がん、大腸がんの検診受診率は回復傾向にあります。
- 2020（令和2）年10月現在、当圏域の禁煙外来を行っている医療機関は17施設（診療所13、病院4）あり、人口10万人当たりの施設数は、診療所10.9施設（県：11.2施設）、病院3.4施設（県：3.7施設）となっています。また、2021（令和3）年度の禁煙外来での治療件数（ニコチン依存症管理料の算定件数）は、人口10万人当たりで全国、県との水準に比して多い状況にあります。
- 黒部市民病院が国指定の地域がん診療連携拠点病院に、また、富山労災病院が県指定の地域がん診療連携拠点病院に指定されていましたが、黒部市民病院は常勤の放射線治療医の確保が難しいことから、令和5年度から1年間「地域がん診療連携拠点病院（特例型）」の指定となりました。
- 2021（令和3）年度のがんリハビリテーション実施件数は、人口10万人当たり111.3件（県：431.6件、全国：335.4件）と、全国及び県内の他の医療圏に比して少ない状況にあります。
- 2021（令和3）年度の地域連携クリティカルパスに基づく診療提供の実施件数は、人口10万人当たり57.8件（県：186.6件、全国：164.0～164.2件）と、全国及び県内の他の医療圏に比して少ない状況にあります。
- 地域がん診療連携拠点病院では、手術療法、薬物療法、放射線療法を組み合わせた治療を行っており、外来化学療法や外来放射線療法も実施されています。また、がん患者の相談支援、医療従事者の研修、院内がん登録事業等を行っています。
- 県全体のがんの医療の均てん化を推進するため、黒部市民病院と富山労災病院が、地域がん診療連携拠点病院として臨床研究の推進やがん情報の収集・発信、医療従事者等を対象とした研修会の開催など、圏域内におけるがん治療の中心的な役割を担っています。
- がんの早期発見や治療法の選択に有効なPET（陽電子放射断層撮影）が黒部市民病院に整備されており、地域の医療機関と共同利用が図られています。
- 2021（令和3年）年度現在、専門的ながん診療に携わる認定看護師として、がん化学療法看護認定看護師が黒部市民病院に2人、富山労災病院に1人、がん性疼痛看護認定看護師及びがん放射線看護認定看護師が黒部市民病院に各1人、緩和ケア認定看護師が黒部市民病院、富山労災病院及びあさひ総合病院に各2人が配置されており、がん看護の質の向上について中心的な役割を担っています。
- 地域がん診療連携拠点病院では、がんの専門知識を有する医師、看護師、薬剤師等による緩和ケアチームが設置され、在宅療養を支援するがん相談支援センターが開設されています。また、がん患者の在宅療養体制を構築するための事例検討会を新川厚生センターと共同

で開催しています。

- がん患者の在宅療養を支援するため、PCA ポンプを使用した治療を調剤薬局と連携して実施するなど、関係機関と協力しながら在宅緩和ケアの充実に取り組んでいます。
- 2022（令和4）年5月、黒部市民病院に緩和ケアセンターが開設されていますが、圏域内に緩和ケア病棟はありません。
- 2019（令和元）年度に、あさひ総合病院では、機能強化型訪問看護ステーションを含む在宅介護支援センターを院内に設置し、訪問診療・訪問リハビリテーションを拡充するなど在宅療養支援を積極的に推進しており、同様の取組みが他の医療機関にも広がることを期待されます。
- 市町において、がん患者の身体的・心理的な負担や社会生活上の不安を和らげるため、医療用ウィッグ・乳房補正具購入等費用を助成しています。

〔施策の方向〕

- 地域や職域でのがん検診について、検診受診率の一層の向上と精度の高い効果的な検診が実施されるよう、「地域職域連携推進会議」等を通じて関係機関と連携して啓発等に努めます。
- 関係機関や関係団体とともに、喫煙者に対する禁煙治療や、公共施設をはじめとして多数の方が利用する施設における受動喫煙対策に取り組めます。
- 地域がん診療連携拠点病院などの中核的な病院における医療機器の整備と連携を促進することにより、質の高いがん診療が適切に提供されるよう支援します。
- がんや緩和ケアに関する地域連携クリティカルパスなどを有効に活用し、地域がん診療連携拠点病院と地域の医療機関との連携を図ります。特に、在宅医療・介護連携推進（支援）事業等を通じて多職種連携を強化し、意思決定支援（アドバンス・ケア・プランニング等）の充実、グリーフケア、医療用麻薬の使用に関するプログラム、がん以外の疾患に対する緩和ケアのなどの一層の推進に努めます。
- がんと診断された時から、障害の予防や緩和、あるいは能力の回復や維持を目的としたがんリハビリテーションが実施されるよう支援します。
- 患者とその家族が、がんと診断された時から、身体的・精神心理的・社会的苦痛などに対して適切にケアを受け、苦痛が緩和されるよう、地域がん診療連携拠点病院を中心に、緩和ケアチームや緩和ケア外来の診療機能の向上に努めます。
- 在宅緩和ケアの充実に向け、がん診療連携拠点病院等のバックアップのもと、診療所、訪問看護ステーション、調剤薬局等の地域における支援体制の強化を図ります。
- がん患者に対するアピアランスケア（医学的・整容的・心理社会的支援を用いて、外見の変化を補完し、外見の変化に起因するがん患者の苦痛を軽減するケア）の充実に向けて、地域医療推進対策協議会がん部会等を通じて地域がん診療連携拠点病院等を中心としたアピアランスケアに係る相談支援・情報提供体制を推進します。

脳卒中

〔現状と課題〕

- 市町が実施する特定健康診査・特定保健指導の実施率は、2020（令和2）年度以降、新型コロナウイルスの影響で低下しましたが回復傾向にあり、県・全国と比べて高い実施状況です。
- 脳卒中の発症が疑われる症状を住民が正しく理解し、救急搬送の要請等を速やかに行うことができるよう、医師会や市町とともに、発症時の症状等に関するパンフレットを作成し普及啓発を行っています。
- 2020（令和2）年の当医療圏における主たる診療科を「神経内科」と届出をした医師数は2人（人口10万対1.7人）と県・全国を上回り、「脳神経外科」と届出をした医師数は10人（人口10万対8.4人）と県・全国を下回っています。2024（令和6）年度から適用される医師の働き方改革（時間外労働上限規制）に対応するため、神経内科・脳神経外科専門医の充実を図る必要があります。
- 脳卒中の急性期医療が可能な医療機関として、黒部市民病院、富山労災病院、あさひ総合病院、丸川病院があり、このうち黒部市民病院と富山労災病院では、①専門的治療が24時間可能、②適応のある脳梗塞症例に対し、来院後1時間以内（発症後4.5時間以内）にt-PAによる血栓溶解療法が実施可能、③外科的手術が必要と判断した場合における来院後2時間以内の治療が可能です。2021（令和3）年度の脳卒中情報システムでは、来院方法のうち自力・介助来院が52.5%、救急車が44.7%、来院までの時間は4.5時間以内が38.8%となっています。
- 2022（令和4）年7月現在、回復期病床を有する医療機関として、あさひ総合病院、坂東病院、丸川病院、池田リハビリテーション病院、富山労災病院があり、病床数は人口10万人あたり188.0床で県（144.1床）を上回っています。また、池田リハビリテーション病院は回復期リハビリテーション病棟を有し、病床数は、人口10万人あたり35.9床で、県（49.0床）を下回っています。
- 2002（平成14）年に、黒部市民病院が「地域リハビリテーション広域支援センター」に指定され、地域連携クリティカルパス症例検討会や関係者研修会の開催、病院-在宅連携実態調査の実施、「新川圏域地域リハビリテーション活動マップ」の更新等を行っています。また、2022（令和4）年の病院-在宅連携実態調査では、介護支援専門員から入院時の情報提供率は75.5%と横ばい、退院時に病院から介護支援専門員への情報提供率は90.2%と年々増加しています。
- 2019（平成31）年に丸川病院、2020（令和2）年に富山労災病院が「地域リハビリテーション地域包括ケアサポートセンター」に指定され、市町の介護予防事業へのリハビリ専門職の派遣等を行っています。
- 2008（平成20）年から「新川地域連携クリティカルパス」を運用し、医療から介護までの情報を集約して継続的に多職種連携を進めています。2022（令和4）年度の脳卒中地域連携クリティカルパス使用率は82.8%、大腿骨頸部骨折地域連携クリティカルパス使用率は91.9%となっています。
- 2023（令和5）年の介護予防・日常生活圏域ニーズ調査からは、転倒、口腔機能低下、認

知機能低下、閉じこもり等のフレイル対策が重要となっています。

- 2002（平成 14）年から「新川圏域地域リハビリテーション連絡協議会」を設置し、医療や福祉、市町と高齢者の実態や課題、関係機関との連携、地域リハビリテーション支援体制の充実を図っています。

〔施策の方向〕

- 市町が実施する特定健康診査・特定保健指導の実施率向上のため、研修会等を通じて関係者の資質向上を図るとともに、市町との協議の場等での情報提供などの支援に努めます。
- 「地域医療推進対策協議会脳卒中中部会」を通して脳卒中患者に関する治療状況等のデータ収集・分析を行い、関係機関とともに脳卒中発症時の早期受診に関する普及啓発を継続的にを行います。
- 「新川地域リハビリテーション広域支援センター」及び「地域リハビリテーション地域包括ケアサポートセンター」との協働、「新川地域連携クリティカルパス活用に関する手引き」を必要に応じて改訂し、急性期から回復期、生活期に至るまで、切れ目のないリハビリテーションを行うことにより、生活機能の維持・向上を図り、在宅等への復帰と日常生活の継続を目指します。
- 「新川圏域地域リハビリテーション活動マップ」を更新し、圏域における医療・介護におけるリハビリテーションの情報を共有します。
- 「新川圏域地域リハビリテーション連絡協議会」を通じて、地域リハビリテーション支援体制の構築と活動の推進を図ります。

心筋梗塞等の心血管疾患

〔現状と課題〕

- 2020（令和 2）年 10 月現在、当圏域の禁煙外来を行っている医療機関は 17 施設（病院 4、診療所 13）あり、人口 10 万人当たりの施設数は、診療所 10.9 施設（県：11.2 施設）、病院 3.4 施設（県：3.7 施設）となっています。また、ニコチン依存症管理料の算定件数が、人口 10 万人当たり 117.3 件（県：94.1 件、全国：99.6 件）と、全国、県に比して多い状況にあります。
- 市町が実施する特定健診、特定保健指導の実施率は、2020（令和 2）年度以降新型コロナの影響で低下しましたが回復傾向にあり、全国、県の水準に比して高い状況にあります。
- 2004（平成 16）年 7 月から、非医療従事者の AED（自動体外式除細動器）の使用が認められたことに伴い、体育館をはじめ公共施設等に AED が設置され、各地で関係者や住民を対象にした AED の使用を含む救急蘇生法の講習会が開催されています。
- 急性心筋梗塞が疑われる患者に対する専門的治療が 24 時間実施可能な医療機関として、黒部市民病院と富山労災病院があります。
- 2020（令和 2）年の当圏域における主たる診療科を「循環器内科」と届出をした医師数は 6 人、人口 10 万人当たり 5.0 人（県：7.7 人、全国：10.2 人）、「心臓血管外科」と届出をした医師数は 1 人、人口 10 万人当たり 0.8 人（県：2.7 人、全国：2.5 人）と、いずれも

全国、県に比して少ない状況にあります。2024(令和6)年度から適用される医師の働き方改革(時間外労働の上限規制)に対応するため、循環器専門医の充実を図る必要があります。

- 急性期医療を担う病院(黒部市民病院、富山労災病院、坂東病院)において、2021(令和3)年度の急性心筋梗塞が疑われる患者のWalk inによる来院方法の割合は、他の医療圏に比して高い状況にあります。
- 2021(令和3)年度の当圏域における心筋梗塞に対する冠動脈再開通件数は、人口10万人当たり41.6件(県:38.8件、全国:40.2件)、うち来院後90分以内の冠動脈再開通割合は51.0%となっています。
- 急性期医療を担う病院において、人工心肺装置を用いた心臓血管手術が必要な患者は、富山医療圏の医療機関へ搬送し対応しています。
- 急性期医療を担う病院を退院した患者に対し、状況に応じた切れ目のない医療の提供のための地域連携クリティカルパスが導入されていますが、医療圏全体としての実施件数は2020(令和2)年度以降少ない状況にあります。
- 黒部市民病院、富山労災病院において、心大血管疾患リハビリテーションを実施していますが、医療圏全体としての実施件数は他の医療圏に比して少ない状況にあります。また、運動機能が低下している高齢者に対し、廃用症候群リハビリテーションを実施しています。
- 慢性心不全患者の急性増悪に適切に対応する必要があります。
- 黒部市民病院において、末期心不全の患者に対し、麻薬による苦痛緩和治療を実施しています。

〔施策の方向〕

- 関係機関や関係団体とともに、喫煙者に対する禁煙治療や禁煙外来の普及啓発、公共施設をはじめとして多数の方が利用する施設における受動喫煙防止対策等に取り組みます。
- 市町が実施する特定健診、特定保健指導の実施率の向上のため、特定健診・保健指導研修会等を通じて関係者の資質向上を図るとともに、市町との協議の場等での情報提供などの支援に努めます。
- 「地域職域連携推進会議」等を通じて、職域における効果的な特定健診・特定保健指導の実施を支援するとともに、治療が必要な勤務者が安心して治療と仕事の両立を図れるよう支援体制の整備に努めます。
- 病院前救護体制の充実のため、今後とも県民を対象とした救急蘇生法の講習会等を通じて、AEDの使用方法の周知を図ります。
- 医師の働き方改革に対応するため、県が実施する医師確保対策等を通じて、急性期医療を担う病院における循環器内科医師、心臓血管外科医師の確保に努めます。
- 住民に対し、急性心筋梗塞の発症が疑われる初発症状を正しく理解し、救急搬送の要請等を適切に行うことができるよう、市町等の関係機関や関係団体とともに、初発症状等に関する普及啓発を行います。
- 診療所の医療関係者に対し、急性心筋梗塞の発症が疑われる患者に対しては速やかに急性期治療の医療機関への救急搬送がされるよう、啓発に努めます。
- 急性期医療を担う病院に関して、来院から心臓カテーテル検査までに要した時間や心臓

リハビリテーション実施率等のデータ収集・分析を行い、地域医療推進対策協議会心血管疾患部会等を通じて治療件数の増加や予後の改善に向けた支援体制の構築に努めます。

- 急性期医療を担う病院において、再発予防等に有効な心大血管疾患リハビリテーションの実施を推進します。
- かかりつけ医と循環器専門医が連携した慢性心不全の診療体制を推進するとともに、末期心不全の患者に対する緩和ケアを推進します。
- 継続的・持続的な医療の提供のため、急性心筋梗塞の地域連携クリティカルパスの利用を促進するとともに、より使いやすいよう地域医療推進対策協議会心血管疾患部会等を通じて記載内容等の見直しに努めます。

糖尿病

〔現状と課題〕

- 国民健康保険者（以下「国保保険者」）の特定健診受診率や特定保指導実施率の向上及び健診結果やレセプトデータを活用して糖尿病未治療者・治療中断者への医療受診勧奨の強化により糖尿病発症予防や有症者の重症化予防をさらに推進していく必要があります。
- 2020（令和 2）年度の特定健診受診者の健診結果によると、血糖管理が不十分な者（HbA1c8.0%以上）は、男性の勤務世代（40～60 歳未満）が 6 割以上を占め、また増加している傾向にあります。国保保険者のみならず被用者保険者ととも勤務世代にある男性の治療中断、合併症・重症化予防に取り組む必要があります。
- 管内公的病院における糖尿病性ケトアシドーシス・非ケトン昏睡患者に対する急性合併症等の治療件数は県に比べ高く、慢性合併症における足病変の管理（糖尿病合併症管理料算定件数）は県に比べ低く、四肢切断（下肢・足）件数は県より高い状況にあります。急性合併症・慢性合併症の予防（再発予防）や重症化予防のため、診療科間連携の強化と患者教育や在宅療養支援の充実を図る必要があります。
- 「糖尿病療養指導従事者研修会」等を通じて糖尿病対策に従事する保健・医療・福祉等の関係者の人材育成・資質向上、多職種連携、地域力の醸成に取り組んでいます。
- 2010（平成 22）年から糖尿病地域連携クリティカルパス（以下「糖尿病マイカルテ」等）を運用し、病診連携や重症化予防体制の推進をしています。糖尿病マイカルテ等の更なる活用に向けたブラッシュアップと地域専門職との共有により、配慮が必要な患者に対する支援の連携を図る必要があります。
- 2010（平成 22）年から多機関・多職種からなる「糖尿病地域ケア体制検討会」を開催し、糖尿病発症予防から重症化予防に係る地域全体のサポート体制の構築に取り組んでいます。
2017（平成 29）年からは、保健（国保保険者）が主体となる「富山県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に基づく「新川管内版糖尿病性腎症重症化予防プログラムフローチャート」を活用した取組みと医療が主体となる「透析予防に係る専門的な診療（透析予防診療チーム）」の 2 軸で糖尿病性腎症重症化予防に取り組んでいます。より効率的な取組みと保健と医療の更なる連携推進が必要です。
- 2021（令和 3）年度の身体障害者手帳による透析患者の把握では、管内の糖尿病による新規透析患者数は 21 名（24%）で減少傾向ですが、導入年齢は 60～80 歳代が約 6 割を占め高

齢化が進んでいます。

- 管内公的病院が透析予防診療チームによる重症化予防に取組み、糖尿病透析予防指導管理料の算定件数は県に比べ高い状態です。
- 管内の尿中アルブミン（定量）の実施が県に比べて低く、糖尿病性腎症の早期診断・治療のため糖尿病患者に定期的な検査が必要です。

〔施策の方向〕

- 「糖尿病対策に係る市町と医療との連絡会」を通じて、国保保険者と健診医療機関が協力し健診未受診者に対する受診勧奨を推し進め、また糖尿病未治療者・治療中断者が早期に治療を開始・再開できる体制を支援します。
- 「地域職域連携推進会議」等を通じて、職域における効果的な特定健診・特定保健指導の実施の支援や治療が必要な勤務者が安心して治療と仕事の両立を図れるよう企業（産業医等）と医療機関（主治医）との連携推進を支援します。
- 専門医療機関での患者教育を通じた患者・家族への正しい知識の提供並びに、ハイリスク者（高齢者、独居、認知症等の複合疾患併存者等）に対しては治療後かかりつけ医と地域専門職種が連携した療養支援を図り合併症予防・再発予防に努めます。
- 複雑困難な課題を抱える在宅療養者にも対応できるよう関係者の資質の向上を図るため、糖尿病療養指導従事者研修会等を通じて技術支援や各専門職が包括的に重症化予防に取組む地域力の醸成と多職種連携の強化に努めます。
- 糖尿病地域ケア体制検討会を通じて、糖尿病マイカルテ等の関係機関・関係者への周知と活用による病診連携・医科歯科連携の推進、更なる医療機能分担と定期的な合併症検査の実施による疾病管理と合併症予防・重症化予防を支援します。
- 配慮が必要な患者には、保健と医療の連携を生かした保健師・看護師、栄養士、薬剤師等の訪問等によるハイリスクアプローチや福祉との連携を推進します。
- 「保健福祉事業連絡会」や高齢の糖尿病患者を支える介護サービス機関や市町、勤労者の治療を管理する産業医とも糖尿病マイカルテ等の周知と活用を図り、地域連携の円滑化を支援します。
- 保健福祉事業連絡会を通じて、高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施による切れ目のない保健事業の展開と受診勧奨強化により高齢者の重症化予防施策の推進に努めます。
- 糖尿病対策に係る市町と医療との連絡会や糖尿病地域ケア体制検討会を通じて、保健と医療の推進やかかりつけ医から糖尿病専門医、腎臓専門医への紹介基準による連携体制の円滑化ならびに、郡市医師会に尿中アルブミン（定量）検査の重要性を周知し、郡市医師会の協力のもと糖尿病性腎症等の早期発見・診断に努めます。

精神疾患

〔現状と課題〕

- 精神科病床を有する医療機関として、魚津神経サナトリウムと魚津緑ヶ丘病院、精神科外来を標榜する医療機関として、黒部市民病院があります。3医療機関では診療の他、デイケアと精神科訪問看護を実施しており、患者本人の活動場所の提供や在宅生活への支援も行

- っています。精神科訪問看護については、管内の実施件数は県に比べて高い状況にあります。
- 厚生センター、市町、相談支援事業者等では、患者本人や家族の相談に対応するとともに、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。厚生センターでは、「精神障がい者のための地域生活支援ガイド」により管内の医療・福祉資源の情報を提供しています。
 - 保健・医療・福祉等の関係者による「精神医療保健福祉関係者連絡会議」や「地域精神保健福祉ネットワーク推進事業」（新川地域自立支援協議会精神部会を兼ねる）を通じて、精神障害者の実態や課題の把握、関係機関との連携と地域の支援体制の充実を図っています。
 - 圏域内の医療保護入院の中では、認知症の割合が最も高くなっています。市町では認知症ケアパス、認知症初期集中支援チームを活用し、早期からの相談や医療機関への受診、適切なサービスの利用を推進しています。また、2010（平成22）年に、認知症の鑑別診断、急性期医療、専門医療相談等を行う「にいかわ認知症疾患医療センター」が魚津緑ヶ丘病院に設置され、市町と連携し住民向けの相談会や研修会の開催、普及啓発にも取り組んでいます。
 - 全国・都道府県の精神保健福祉資料では、県と比較すると圏域の退院率は比較的高く、一方再入院率も高い状況となっています。
 - 厚生センターでは、商工会や市町等と連携して、心の健康づくりや精神保健福祉施策に関する普及啓発を行うほか、「新川地域精神保健福祉推進協議会」においても、地域住民への精神保健福祉に関する正しい知識の普及啓発や、精神的健康の保持増進の観点から、公開講演会等を実施しています。
 - 厚生センターでは、2018（平成30）年より、「富山県措置入院者等退院後支援マニュアル」に基づき、措置入院患者の同意を得た上で退院後支援計画を作成し、関係機関と協力しながら退院後の地域での生活等の支援を実施しています。
 - 厚生センターでは、ひきこもりやアルコールなどの問題で悩んでいる家族等に対し、「ひきこもり等家族相談会」、「アルコール家族教室」を開催し、本人への理解や対応方法等の相談・助言を行っています。また、精神障害者の家族が集う地域家族会への運営支援も行っています。

〔施策の方向〕

- 住民や企業、関係機関等を対象に、心の健康づくりや精神保健福祉施策に関する普及啓発に努めます。
- 関係機関や関係団体等と連携を図りながら、患者本人や家族の相談に適切に対応するとともに、多様な疾患に対応できる医療の連携体制の構築を図ります。また、精神保健福祉法改正に基づき、市町における精神障害者等への相談支援の充実等、市町の取組みを支援します。
- 精神医療保健福祉関係者連絡会議を通じて、一般かかりつけ医と精神科医及び関係機関の連携体制の構築に努めます。
- 精神医療保健福祉関係者連絡会議、地域精神保健福祉ネットワーク推進事業を通じて、患者やその家族が、地域の一員として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・介護等関係者の多職種連携による支援体制のさらなる充実に努めます。また、住まい、社会参加（就労）、地域の助け合い、教育が包括的に確保された、精神障害にも対応

した地域包括ケアシステムの構築に努めます。

- 精神医療保健福祉関係者連絡会議、地域精神保健福祉ネットワーク推進事業を通じて、地域移行・地域定着を支援するため、病院と地域の連携強化及び地域の体制整備に努めます。また、措置入院者については引き続き退院後支援計画に基づき支援します。
- 認知症の人が、できる限り住み慣れた地域で生活を継続できるよう、認知症疾患医療センター（魚津緑ヶ丘病院）と市町地域包括支援センターが連携しながら、必要な医療や介護サービスが総合的に提供されるよう支援します。
- 患者やその家族、保健・医療・福祉関係機関に対し、積極的に心の健康センター事業やピア・フレンズ派遣事業等を活用し支援します。
- 精神保健福祉法改正に基づき、精神科医療機関における虐待防止を目的とした研修会、相談体制の整備等の取組みを推進します。

その他

〔現状と課題〕

- 黒部市民病院、富山労災病院、あさひ総合病院が、第二次救急医療などの政策医療を担っています。
- 当医療圏には、地域の医療機関との連携のため、開放病床が黒部市民病院に 10 床、富山労災病院に 5 床設置、あさひ総合病院に 5 床設置されているとともに、黒部市民病院、富山労災病院、あさひ総合病院に地域医療連携室が設置され、かかりつけ医との患者紹介が推進されています。
- 圏域内の公的病院、民間病院の間で高度医療機器の共同利用が進んでいます。また、2006（平成 18）年から、黒部市民病院では、下新川地域医療連携ネットワーク「扇状地ネット」を稼働させ、患者の承諾を得たうえで、電子カルテの情報を連携先の医療機関と共有し、病診・病病連携が進められています。
- 黒部市民病院は、地域救命センター、災害拠点病院、第二種感染症指定医療機関、地域周産期母子医療センター、地域リハビリテーション広域支援センター等に指定されており、圏域内における中核的な役割を担っています。
- 富山労災病院は、2005（平成 17）年にアスベスト健診やアスベストに関する相談業務を行う「アスベスト疾患センター」を設置しています。また、2017（平成 29）年 3 月に地域医療支援病院の承認を受けています。
- 分娩可能な医療機関が減少し、特定の医療機関に負担が集中するなどの課題に対応するため、2009（平成 21）年から、分娩可能な医療機関と妊婦健診を行う医療機関が相互に連携を図る周産期医療連携体制を圏域内で構築しています。
- へき地医療拠点病院として、黒部市民病院は無医地区に準ずる地区等への巡回診療を行っています。

〔施策の方向〕

- 圏域内の特性や医療資源等を最大限に活用し、医療機能の分担と連携を推進します。
- 公的病院の地域医療連携室を通じて、病院とかかりつけ医との連携を強化し、開放病床及

び高度医療機器の共同利用等をさらに推進します。

- 扇状地ネット等の地域医療連携システムや大腿骨頸部骨折等の地域連携クリティカルパスの普及・推進を通じて、質の高い医療連携体制の構築を支援します。
- 地域周産期母子医療センターを中心に、今後ともセミオープンシステムを利用して医療機能に応じた分担と連携を推進し、安全で安心な周産期医療体制の充実に努めます。

(2) 救急医療

〔現状と課題〕

- 救急医療体制は、初期救急として2005（平成17）年10月に開設された「新川医療圏小児急患センター」、2015（平成27）年11月に開設された「下新川一次急患センター」、2016（平成28）年4月に開設された「魚津市急患センター」と在宅当番医制があります。また、第二次救急として、病院群輪番制（黒部市民病院、富山労災病院、あさひ総合病院）、第二・五次救急として地域救命センター（黒部市民病院）があります。このほか、坂東病院が救急告示医療機関に指定されています。
- 新川医療圏小児救急センターでは、2020（令和2）年度以降、新型コロナの影響で利用実績が大きく減少しましたが、徐々に回復傾向にあります（2019（令和元）年度：2,303人、2020（令和2）年度：568人、2022（令和4）年度：926人）。また、2市2町では運営が安定するよう連携して支援を行っています。
- 黒部市民病院は、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有し、出生体重1,500g以上、妊娠週数33週以上のハイリスク児や、切迫早産等の妊娠33週以降の重症妊産婦に対する比較的高度な周産期救急医療に対応しています。
- 2021（令和3）年の圏域内における救急搬送人員は4,086人となっています¹。また、2022（令和4）年4月1日現在の救急救命士は50人で各市町の消防署に配置されており、人口10万人当たりの人数は44.5人（県：25.9人）で、県平均を上回っています。
- 2004（平成16）年7月から、非医療従事者のAED（自動体外式除細動器）の使用が認められたことに伴い、体育館をはじめ公共施設等にAEDが設置され、各地で関係者や住民を対象としたAEDの使用を含む救急蘇生法の講習会が開催されています。
- 2015（平成27）年8月に運航を開始した富山県ドクターヘリについては、黒部市民病院、富山労災病院が患者受入医療機関となっています。また、ドクターヘリの運用を明確にするため、2023（令和5）年7月から圏域における非要請区域を設定しました。
- 関係機関が連携し「新川メディカルコントロール協議会」を設置し、病院実習や症例検討会・講習会の開催など救急救命士の研修教育等を実施し、救急業務の高度化に取り組んでいます。

〔施策の方向〕

- 初期救急の適正な受診について、引き続き市町の広報や母子保健事業、ケーブルテレビ等のメディアを活用して普及啓発を行います。

¹ 県消防課 防災・危機管理課「富山県消防防災年報」

- 病院前救護体制の充実のため、今後とも県民を対象とした救急蘇生法の講習会等を通じて、AEDの使用法の周知を図ります。
- 今後とも、初期、第二次、第二・五次救急医療体制を維持し、救急医療施設の充実を図るとともに、住民に対しては、市町等の関係機関や関係団体とともに、救急医療の適正受診について、引き続き普及啓発を行います。
- 今後とも、新川医療圏小児急患センター、下新川一次急患センター、魚津市急患センターの運営及び在宅当番医制の運用を通じ、初期救急医療体制の維持に努めます。
- 妊婦及び新生児の周産期医療救急搬送については、2010（平成 22）年に県で策定した「周産期医療搬送・紹介ガイドライン」に沿った搬送体制の適正化・迅速化に取り組みます。
- 今後とも、圏域で対応が難しい症例については第三次救急医療機関で診てもらするなど、高次医療機関との連携強化を図るとともに、医療スタッフの負担軽減に対応するため、二次輪番体制のあり方について引き続き検討します。

（３）災害医療

〔現状と課題〕

- 地域災害拠点病院及びDMA T 指定病院となっている黒部市民病院は、2016（平成 28）年度の増改築により全館耐震化されたほか、連続 72 時間稼働可能な自家発電装置の設置や太陽光発電設備の導入、外来待合・講堂への医療ガス設備の設置など、より災害に強い病院となっています。
- 市町の災害対策本部は、医師会等と連携して医療救護所を開設し、近隣地域から派遣された JMA T などの医療救護班等と協力しながら、災害直後から数週間以上にわたり災害医療やメンタルヘルス、公衆衛生対策を実施することとなっています。
- 2012（平成 24）年 8 月に、災害時の医療救護活動を迅速に行うため、公的 3 病院（黒部市民病院、富山労災病院、あさひ総合病院）は、相互応援協定を締結しています。
- B C P（業務継続計画）が未作成となっている病院があります。
- 災害拠点病院及び公的病院、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、消防、行政で構成される「新川地域災害医療連携会議」により、災害発生時の医療連携体制の整備・充実を図っています。
- 2019（平成 31）年 2 月に「新川医療圏災害医療活動マニュアル」を作成し、新川医療圏の関係機関等が、災害発生時の医療連携における各々の役割を横断的に把握できるよう取り組んでいます。
- 2014（平成 26）年に策定した「災害時厚生センター活動マニュアル」に基づき、各厚生センターが参加して災害対応図上訓練を実施しています。

〔施策の方向〕

- 新川地域が被災した場合、黒部市民病院が核となり、富山労災病院やあさひ総合病院、医師会、市町、県内外のDMA T 等と協力しながら、急性期の災害医療を担う体制を整備します。
- 被災地内外から参集する医療チーム等の配置調整、情報の提供など、災害時に必要なコー

ディネート機能が十分発揮できるよう、新川地域災害医療連携会議を通じて、通信手段の確保等を含む関係機関の連携体制を整備します。

- BCP（業務継続計画）が未作成の病院に対し、速やかな作成を促します。
- 新川地域災害医療連携会議を通じ、関係者の情報交換を行うとともに、「新川医療圏災害医療活動マニュアル」について、関係機関等の防災計画や災害対応マニュアルとの整合性をとるなど随時ブラッシュアップを図り、その実用性を高めます。
- 各厚生センターによる災害対応図上訓練において、全国保健所長会が推奨するアクションカードを活用した実践的訓練を継続し、そのノウハウの定着を図ります。
- 災害時に「広域災害救急医療情報システム」（EMIS）を利用して管内の医療機関の被災状況や患者受入状況等を迅速に情報共有できるよう、情報の提供・収集体制の整備を図ります。

（４）周産期・小児医療

〔現状と課題〕

- 圏域内の出生数は、2015（平成27）年には767件（県：7,567件）でしたが、2021（令和3）年には572件（県：6,076件）と減少の一途にあります。
- 分娩可能な医療機関が減少し、特定の医療機関に負担が集中するなどの課題に対応するため、2009（平成21）年から、分娩可能な医療機関と妊婦健診を行う医療機関が相互に連携を図る周産期医療連携体制を圏域内で構築しています。
- 2023（令和5）年4月現在、新川医療圏において分娩を取り扱う医療機関は2施設（病院1、診療所1）、妊婦健診に対応できる医療機関は2施設（病院1、診療所1）であり、魚津市の医療機関においては、セミオープンシステム¹を利用した病診連携により産科医療が維持されています。
- 地域周産期母子医療センターは黒部市民病院に整備されており、新生児集中治療管理室（NICU）病床を3床設置し、出生体重1,500g以上、妊娠週数33週以上のハイリスク児や、切迫早産等の妊娠33週以降の重症妊産婦に対する比較的高度な周産期救急医療に対応しています。
- 近年、外国人の方や精神疾患の合併等、支援が必要なハイリスク妊産婦が増加傾向にあります。産科医療機関においては、産後2週間や1か月の産婦健診で、市町村においては新生児訪問等において妊産婦を対象にメンタルヘルスのスクリーニング検査を実施し、産後うつ等の早期発見に努めています。
- 黒部市民病院、こうちウイメンズクリニックにおいては、精神疾患を有する妊産婦（疑い含む）に対し、精神科の医療機関や市町等と多職種によるカンファレンスを行うなど関係機関と連携し対応しています。
- 市町においては、妊娠期から出産、子育て家庭を支援する伴走型相談支援を行うとともに、産後も安心して子育てができるよう産後ケア（デイサービス型及び宿泊型）を圏域であるわの産婦人科医院に委託し実施しています。
- 圏域内の小児科を標榜している医療機関は21施設（病院4施設、診療所16施設）であり、一般の小児医療を担う医療機関で対応が困難な患者の受入れや入院診療など小児専門

医療は黒部市民病院に集約されています。

- 県障害福祉課の調査によると、2023（令和5）年1月現在、新川圏域において在宅で療養する18歳未満の医療的ケア児は17人であるのに対し、重症心身障害児者あるいは医療的ケア児者のいずれかの受入れ可能な訪問看護ステーションは2事業所であり、医療的ケア児及びその家族等への支援体制を進めていく必要があります。

〔施策の方向〕

- 将来、親になる世代への啓発を充実するなど安全で安心な妊娠、出産、子育てを支援する体制を関係機関と協力して整えるよう努めます。
- 地域周産期母子医療センターを中心に、今後ともセミオープンシステムを利用して医療機能に応じた分担と連携を推進し、安全で安心な周産期医療体制の充実に努めます。
- 外国人の方や精神疾患の合併等を含むハイリスク妊産婦や乳幼児への支援、児童虐待の防止を図るため、周産期地域連携ネットワーク会議等を通じて、地域の実情に応じた病診連携及び医療と市町村の保健・福祉事業の更なる連携を図るとともに、関係者の資質の向上に努めます。
- 妊娠期から子育て期にわたる切れ目ない支援の実現にむけ、市町が行う個別相談や教室等の産前・産後サポート事業や産後ケア（宿泊型、デイサービス型、アウトリーチ型）の利用促進など支援体制の整備を推進します。
- 小児専門医に限らず小児科を標榜する医療機関も含めて、地域の実情に応じた一般小児医療の体制を確保するとともに、黒部市民病院による入院診療など小児専門医療の提供体制を維持できるように努めます。
- 医療的ケア児及びその家族にとって望ましい療養・療育環境や在宅ケアの支援体制について、在宅医療・介護連携推進研修会や新川地域自立支援協議会児童部会の医療的ケア児支援ネットワーク会議等を通じて、支援者の資質向上を支援するとともに、多職種連携の推進など支援体制の構築に努めます。

¹セミオープンシステム 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

（5）在宅医療

〔現状と課題〕

- 県リハビリテーション支援センターによる「病院—在宅連携に関する実態調査」（毎年実施）によると、2018（平成30）年度から、「入院時情報提供率（入院時に、ケアマネジャーが医療機関に患者の生活環境等を情報提供）」は横ばいで推移する一方、「退院時情報提供率（退院前に、病院担当者からケアマネジャーに連絡）」は増加傾向にあります。
- 独居、高齢者世帯や複雑困難な課題を抱え退院調整に苦慮する患者が増えてきており、入院中からの多職種による退院支援カンファレンスを推進していく必要があります。
- 「新川地域在宅医療療養連携協議会」の活動を支援し、多職種連携による在宅医療を推進

するとともに、病院等の医療機関と在宅との地域連携を推進するため、管内看護管理者等連絡会や在宅医療・介護連携推進に係る連絡会等を開催しています。

- 在宅医療・介護連携推進のために「在宅医療・介護ネットワークの手引き」を関係者と協働して作成・更新するとともに、入退院支援ルールの運用などを推進しています。
- 2009（平成 21）年度に、県の在宅患者情報共有モデル事業で導入した「あんしん在宅ネットにいかわ（Microsoft Office Groove）」を、2019（令和元）年度に「あんしん在宅ネット（Net 4U）」に切り替えて、運用管理・利用支援を行い、ICTを活用した多職種による情報連携を推進しています。
- 情報連携ツール「あんしん在宅ネット（Net 4U）」を活用する関係機関が増加するよう、広く普及を進めるとともに、タイムリーな情報入力 of 促進を図る必要があります。
- 多職種連携による在宅医療を推進するため、新川地域在宅医療療養連携協議会と、魚津市医師会が母体の「メディカルケアネット昼気楼」が協働で、市町の支援を受け（在宅医療・介護連携推進事業の一部委託）、「新川地域在宅医療支援センター」を拠点に、市民公開講座や医療・介護・福祉従事者研修会等を開催するなど、在宅医療の推進に取り組んでいます。
- 新川地域在宅医療支援センターでは、2020（令和2）年度に、県の「在宅医療・本人の意思決定支援事業」を活用し、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）アニメーション動画を作成し、ホームページに掲載するとともに、診療所、訪問看護ステーションへの医療・衛生材料等の供給を円滑にするため、「診療材料共同購入システム」の運用管理を行っています。
- 新川地域在宅医療支援センターの活動を支援し、新川地域の在宅医療の推進に努めています。
- 急性期からの受け入れや在宅・生活復帰支援等の役割を担う地域包括ケア病棟が、富山労災病院、あさひ総合病院、坂東病院に設置されています。
- 2019（令和元）年度に、あさひ総合病院では、機能強化型訪問看護ステーションを含む在宅介護支援センターを院内に設置し、訪問診療・訪問リハビリテーションを拡充するなど在宅療養支援を積極的に推進しており、同様の取組みが他の医療機関にも広がることを期待されます。
- 黒部市民病院における訪問看護ステーションの院内設置について、看護師の充足状況等を踏まえながら検討していく必要があります。
- 障害福祉課の調査によると、2022（令和4）年11月現在、新川地域において、重症心身障害児者あるいは医療的ケア児者のいずれかの受け入れ可能とした訪問看護ステーションは2事業所であり、医療的ケア児等の支援体制を進めていく必要があります。
- 魚津市では、月の当番制で訪問歯科診療を実施しています。在宅医療における口腔ケアの推進のため、医科歯科連携を進めるとともに、ケアマネジャー等関係者の資質向上を支援していく必要があります。
- がん患者の在宅療養者が増えてきており、麻薬の処方箋も増加しています。新川圏域には、無菌調剤の対応が可能な薬局が複数あり、一部の薬局では、共同利用により圏域の施設を利用し、対応しています。

〔施策の方向〕

- 公的病院等の地域医療連携室等の関係者と連携し、病院等の医療機関と在宅との双方向の移行について、質の高い入退院支援が行われるよう体制づくりを推進します。
- 在宅療養者が安心して療養生活を送れるよう、在宅医や訪問看護等による在宅医療体制を強化し療養環境を整備します。また、管内看護管理者等連絡会や新川圏域地域リハビリテーション連絡協議会、在宅医療・介護連携推進に係る連絡会等を通じて、病院における退院前及び退院後の訪問指導の推進を図ります。
- 新川地域在宅医療支援センターを拠点として、多職種連携により、できる限り患者（小児を含む）の住み慣れた地域で患者の疾患、重症度に応じた医療（緩和ケアを含む）が、継続的・包括的に提供されるよう支援します。
- 在宅療養者の病状急変時に対応できるよう、地域包括ケア病棟の整備を推進するとともに、在宅医療を担う医療機関や訪問看護ステーションと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構築を目指します。
- 住み慣れた自宅での看取りだけでなく、在宅で療養している患者が、本人や家族の希望に応じて最期を入院で看取れるよう、在宅・病院間の連携を推進します。
- 新川地域在宅医療支援センターによる市民公開講座や医療・介護・福祉従事者研修会の開催や人生会議（ACP）のアニメーション動画等を通じて、人生の最終段階における医療について啓発普及を行います。
- がん患者在宅療養支援事例検討会や在宅医療・介護連携推進研修会、関係者連絡会等を通じて、在宅医療に関わる関係者の資質向上と多職種連携の推進に努めます。
- 医療的ケア児等に対する支援について、在宅医療・介護連携推進研修会等を通じて、支援者の資質向上を支援するとともに、多職種連携の推進など支援体制の構築に努めます。
- 在宅医療に関する地域住民の理解を促進するため、管内市町をはじめとする保健・医療・福祉関係機関との連携により、市民公開講座等の開催等を支援します。
- 地域包括ケア推進支援事業等を通じて、市町が行なう在宅医療・介護連携推進事業（地域支援事業）を支援します。
- 在宅医療・介護連携推進に係る連絡会議、在宅医療・介護連携推進研修会等を通じて、在宅での医科歯科連携を進めるとともに、口腔ケアや食支援の推進に努めます。
- かかりつけ薬剤師・薬局や「在宅対応可能薬局（県薬剤師会で独自とりまとめ）」の普及を図るとともに、病院薬剤師のチーム医療参画を進めます。
- がん患者在宅療養支援事例検討会等を通じて、薬剤師の在宅緩和ケアの推進に努めます。

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〕

- 「新川地域連携クリティカルパス（大腿骨頸部骨折・脳卒中）」を運用し、医療から介護まで継続的な多職種連携を進めています。
- 介護老人保健福祉施設等の社会福祉施設における感染症や食中毒等の発生・対応に備え、平時から、施設職員に対する研修会や関係者連絡会議の開催、医療機関等との連携及び調理

施設の衛生監視に努めています。

- 新川厚生センターでは、健やかな妊娠・出産・育児を支援するため、「周産期地域連携ネットワーク会議」を開催し、周産期医療と保健、福祉の連携を推進しています。
- 市町では、「要保護児童対策地域協議会」を設置し、保健、児童福祉、教育、警察など子供や家庭をとりまく地域の関係機関や関係者が、情報共有や役割分担を行い、連携しながら支援を行っています。
- 医療と介護の連携を強化し、地域包括ケアを推進するため、在宅医療・介護連携推進に係る連絡会議や在宅医療・介護連携推進研修会等を通じて、医療、保健、福祉、介護等関係者の連携構築に努めています。

〔施策の方向〕

- 今後とも、社会福祉施設等における感染症や食中毒等の発生・対応に備え、平時から、施設職員に対する研修会や関係者連絡会議の開催、医療機関等との連携及び調理施設の衛生監視に努めます。
- 子育て世代包括支援センター（市町）が行う産前・産後サポート事業や産後ケア事業が充実し、妊娠期から子育て期にわたる切れ目ない支援体制の充実に向け、母子保健事業連絡会や関係者研修会、周産期地域連携ネットワーク会議等を通じて支援します。
- 地域包括ケアを推進するため、市町の地域包括支援センターを拠点として、医療と介護の連携を強化するなど、医療、保健、福祉、介護等関係機関のさらなる連携促進に努めます。

（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〕

- 圏域内では、ソーシャルキャピタルの核となる様々な方々の協力を得て、地域の医療、保健、介護、福祉の向上のための地域活動が積極的に行われています。
- 健康づくり推進員（食生活改善推進員、ヘルスボランティア、母子保健推進員等）は、市町単位で協議会が組織され、各種の保健福祉事業に参画、協力し、自主的で積極的な活動を展開しています。
- メンタルヘルスサポーターは、精神障害者に対する理解を図るための普及啓発を行い、地域において精神障害者及び家族が安心して生活できるための支援を行っています。
- 難病ボランティアは、難病療養相談会において難病患者の介助や話し相手として協力しながら、難病患者の障害や生活にあった支援について理解を深めています。
- 薬物乱用防止指導員は、街頭キャンペーンや学校での講演会など、薬物乱用防止の啓発活動を積極的に行っています。
- 新川厚生センターでは、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等を提供しています。

〔施策の方向〕

- 新川厚生センターでは、今後とも、関係団体や各ボランティア組織等と連携・協力しながら、地域の医療、保健、介護、福祉の向上のための各種事業を推進します。

- 関係機関・団体が連携・協働し、高齢者のみならず、障害者や子どもなど生活上の困難を抱える方が地域において自立した生活を送ることができるよう、地域共生社会の実現に向けた取り組みを推進し、包括的な支援体制の構築を図ります。
- 新川厚生センターでは、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等をわかりやすく提供します。

第2節 富山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

- 富山医療圏は、県中央部の富山市、滑川市、舟橋村、上市町、立山町で構成されています。圏域の面積は1,843.78k㎡で、県の43.4%を占めています。
- 東は新川医療圏、西は高岡、砺波医療圏、南は北アルプスを経て長野県、岐阜県に接しており、神通川、常願寺川の2大河川により形成された扇状地である富山平野と立山・劔岳に代表される山岳観光地があります。
- 2022(令和4)年10月1日現在、圏域の総人口は487,301人で、県全体の47.9%を占めています。65歳以上の老年人口の割合は、総人口の30.4%(県:32.6%)で、県平均を下回っていますが、都市部と山村部ではその構成割合に大きな開きがあります。2021(令和3)年の出生数は3,095人、出生率(人口千対)は6.3(県:6.0)で、県平均を上回っています。死亡率(人口千対)は12.3(県:13.5)で県平均を下回っています。※出生率死亡率は、令和4年の確定数が届き次第更新。



(2) 医療機関、保健福祉関係施設

- 2020(令和2)年10月1日現在、圏域内には、病院、一般診療所合わせて438施設、歯科診療所213施設があります。
- 2020(令和2)年病院報告では、圏域内病院の1日平均患者数は外来5,952人、入院6,059人、また、病院の病床利用率は79.7%、平均在院日数は31.2日です。

医療機関の数

区分	医療機関数	摘要
病院	50	一般 43 精神科 7
一般診療所	388	有床 17 無床 371
歯科診療所	213	無床 213

厚生労働省「医療施設調査」
(2020<令和2>年10月1日現在)

病院病床数

区分	病床数
一般	4,044
療養	1,947
精神	1,372
結核	21
感染症	9

厚生労働省「医療施設調査」
(2020<令和2>年10月1日現在)

- 保健施設として、中部厚生センター(以下「厚生センター」という。)、富山市保健所(以下「保健所」という。)があり、また、市町村に保健センター(類似施設を含む。)が設置されています。なお、障害者・高齢者福祉施設等は、次のとおりです。

障害福祉サービス事業所等

日中活動の場	生活介護	82
	自立（生活）訓練	26
	就労移行支援	14
	就労継続支援A型	37
	就労継続支援B型	70
	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	1
	地域活動支援センターⅢ型	5
住まいの場	共同生活援助（グループホーム）	49
相談	指定一般相談支援事業	17
	指定特定相談支援事業	36
	指定障害児相談支援事業	26

県障害福祉課調べ
(2023<令和5>年11月現在)

高齢者福祉施設等

入所施設	養護老人ホーム	2
	特別養護老人ホーム	45
	介護老人保健施設	20
	介護医療院	11
	介護療養型医療施設	1
	軽費老人ホーム(ケアハウス)	10
	認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	62
	相談	居宅介護支援事業所
地域包括支援センター		36
在宅介護支援センター		2
その他	訪問看護ステーション	54

県高齢福祉課調べ
(2023<令和5>年10月現在)

(3) 医療従事者

- 2020(令和2)年12月末現在、圏域内の医師数は1,589人、人口10万人当たりで321.9人(県:273.7人)、歯科医師数は315人、人口10万人当たりで63.8人(県:62.8人)、薬剤師は1,686人、人口10万人当たりで341.6人(県:275.9人)となっています。人口10万人当たりではいずれの職種も県平均を上回っています。
- 2020(令和2)年12月末現在、圏域内の看護職員の就業者数は8,705人であり、職種別では保健師342人、助産師247人、看護師6,847人、准看護師1,269人となっています。また、リハビリテーション及び歯科関係従事者の数は、下表のとおりとなっています。

医師・歯科医師等

区分	人数	人口10万対		
		(富山)	(県)	
医師	1,589	321.9	273.7	
歯科医師	315	63.8	62.8	
薬剤師	1,686	341.6	275.9	
看護職内訳	看護職	8,705	1,763.7	1,642.6
	保健師	342	69.3	64.9
	助産師	247	50.0	39.7
	看護師	6,847	1,387.3	1,263.5
	准看護師	1,269	257.1	274.4

厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」
(2020<令和2>年12月31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	358.2
作業療法士	228.3
言語聴覚士	44.0
視能訓練士	71.3

厚生労働省「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	491.1
歯科技工士	79.7

厚生労働省「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〕

- 2023（令和5）年現在、禁煙外来を行っている医療機関は63施設（病院17施設、診療所46施設）あります²。
- がん診療の拠点として、県立中央病院が県がん診療連携拠点病院、富山大学附属病院が地域がん診療連携拠点病院及びがん診療人材育成拠点病院、富山赤十字病院と富山市民病院が富山県がん診療地域連携拠点病院にそれぞれ指定されています。
- 専門的な機能としては、県がん診療連携拠点病院である県立中央病院と特定機能病院の富山大学附属病院が、2次医療圏の地域がん診療拠点病院と連携し、難治性がん、特殊ながん、小児がん等の治療に対応しています。
また、がんゲノム医療拠点病院である富山大学附属病院や、がんゲノム医療連携病院である富山県立中央病院において、がんゲノム医療が提供できる体制が整備されています。
- がん診療連携拠点病院では、手術療法、放射線療法、薬物療法を組み合わせた集学的治療を行っており、緩和ケア病棟が県立中央病院（25床）と富山市民病院（17床）^{*}、富山赤十字病院（12床）に設置されています。また、多職種で医療にあたるチーム医療が推進されています。患者支援として、相談支援センターが設置され、医療や介護、就労等に関する情報提供や相談に対応するとともに、がん診療の向上のため医療従事者の研修やがん登録事業等を行っています。
- がん診療連携拠点病院などには、専門的ながん診療に携わる認定看護師が43人（がん化学療法看護7人、がん放射線療法看護1人、がん性疼痛看護2人、緩和ケア26人、乳がん看護7人）、がん専門看護師が9人います。
- とやまPET画像診断センターが共同利用型PETセンターとして、県内の公的病院、がん診療連携拠点病院をはじめとする様々な医療機関と連携して、がんの検査と診断を行っています。
- がん診療連携拠点病院を中心に、5大がんの地域連携クリティカルパスが運用されています。
- 2021（令和3）年3月現在、圏域における末期のがん患者に対して在宅医療を提供する医療機関数が34施設、人口10万人当たり6.9施設（県：5.4施設、全国：10.2施設）で、県全体より多く、全国より少ない状況です。

〔施策の方向〕

- 受動喫煙の防止、がん予防の啓発のために医療機関における敷地内禁煙を推進するとともに、禁煙指導を行う医療機関が増加するよう働きかけます。
- ウイルス等の感染に起因するがんへの対策を推進します。

² 診療報酬届出施設数

^{*}2021（令和3）年10月より休止中

- 市町村や医療保険者によるがん検診を推進するとともに、健康教育などにおいてがんに関する正しい知識の普及を行います。
- がんに関する医療機能が整っているという圏域の特徴を生かし、中核となる病院に対する支援を強化するとともに、質の高い医療提供体制の確保に努めます。
- 今後とも中核的な病院における医療機器の整備充実を進め、がん診療をはじめとする高度医療が適切に提供されるように努めます。
- 希少がんや小児がんなどの治療について、全国の専門病院の情報提供や相談体制整備に努めます。
- 病診連携や在宅主治医同士がチームで在宅療養者を支援する体制の整備、関係者の連携を促進し在宅医療を推進します。

脳卒中

〔現状と課題〕

- 富山大学附属病院に、2018（平成30）年、包括的脳卒中センターが、2022（令和4）年、脳卒中・心臓病等総合支援センターが設置されました。
- 2021（令和3）年度の rt-PA による脳血栓溶解療法の件数が人口 10 万人当たり 13.1 件（全国：12.0～12.4、県 10.1～10.9）と高い状況です³。
- 2023（令和5）年3月現在、回復期リハビリテーションが、富山県リハビリテーション病院・こども支援センター、アルペンリハビリテーション病院、富山西リハビリテーション病院、かみいち総合病院の4病院で提供されています。
- 地域リハビリテーション広域支援センターである富山市民病院とかみいち総合病院において、「富山圏域地域リハビリテーション連携指針」に基づき、リハビリテーション実施機関や保健・福祉関係施設職員に対する相談対応や指導、研修の実施等を行っています。

〔施策の方向〕

- 発症後速やかに専門的治療を受けられるよう、発症が疑われる症状に関すること及びそれらの症状が出現した場合の速やかな救急搬送の要請について住民への普及啓発を行います。
- 急性期病院における rt-PA による血栓溶解療法の実施状況を把握検証し、実施件数の増加を図ります。
- カテーテルによる機械的な血栓除去術などの血管内治療を促進し、その実施状況を把握していきます。
- 地域連携クリティカルパスを効果的に運用し、急性期から回復期及び生活期リハビリテーションへの円滑な移行を推進するとともに、その運用状況の把握に努めます。
- 退院後、必要な医療・介護サービスが利用できる体制づくりを推進、多職種の円滑な連携を図ることができるように努めます。
- 脳卒中の予防、治療、リハビリテーション、介護を支える関係者の資質の向上と連携の強

³ 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 NDB）

化に努めます。

心筋梗塞等の心血管疾患

〔現状と課題〕

- 急性期治療は、県立中央病院、富山大学附属病院、富山赤十字病院、富山市民病院、済生会富山病院の5病院が担っています。
- 上記5病院共通の地域連携クリティカルパスを作成し、2012（平成24）年8月から運用しています。
- 発症後の速やかな受診と治療の開始が、生存率や社会復帰率の向上につながることから、急性期病院到着から治療開始までの時間など急性期治療に関する評価を行っています。
- 2022（令和4）年、富山大学附属病院に脳卒中・心臓病等総合支援センターが設置されました。
- 慢性心不全患者の増加に対応するため、その実態を把握するとともに、かかりつけ医などを含め多職種で支える体制整備が必要です。

〔施策の方向〕

- 関係機関とともに、喫煙者に対する喫煙外来の情報提供や、公共施設をはじめ多数の方が利用する施設における受動喫煙対策に取り組みます。
- 心筋梗塞の発症が疑われる初期症状を住民が正しく理解し、救急搬送の要請等を適切に行うことができるよう、市町村の関係機関や関係団体とともに、初期症状などに関する普及啓発を行います。
- いずれの急性期病院においても、救急患者の急性期治療が迅速に行われるよう、引き続き来院から心臓カテーテル検査までに要した時間（Door to Balloon time）などのデータ収集・分析を行い、治療の評価を5病院共同で行います。
- 慢性心不全患者が、安心して在宅療養できるよう、関係者などの資質の向上と連携の強化に努めます。

糖尿病

〔現状と課題〕

- 2021（令和3）年4月現在、糖尿病専門外来が15医療機関に開設されています。インスリン導入や血糖コントロール不可例などに対する教育入院を15病院で行っています⁴。
- 2021（令和3）年4月現在、県立中央病院、富山大学附属病院、富山赤十字病院、富山市民病院、かみいち総合病院、富山県リハビリテーション病院・こども支援センターが糖尿病に関する人材育成を担う認定教育施設となっています⁴。
- 2017（平成29年）6月に設立されたNPO法人とやまCDEネットワークにおいてとやま糖尿病療養指導士認定制度を開始し、人材育成を実施しています。
- 糖尿病を原因とする腎疾患による人工透析患者が減少傾向になく、糖尿病の重症化を予

⁴ 富山県糖尿病医療資源調査（2021<令和3>年度）

防する必要があります。

- 重症化予防対策には、医療保険者や医療機関等が連携し、治療中断者や未治療者を減らす必要があります。

〔施策の方向〕

- 市町村、事業所、医療保険者等と協力し、正しい知識の普及や生活習慣の見直しなど糖尿病予防や早期の受診勧奨、治療中断防止に努めます。
- 糖尿病重症化予防と糖尿病網膜症や糖尿病腎症など合併症の予防および専門治療が行えるよう、かかりつけ医、糖尿病専門医、腎臓専門医や眼科医等との連携を強化します。
- 2020(令和2)年3月に改定された「富山県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」により、医療・保健・医療保険者等の連携強化を図っています。
- 連絡会・研修会等の開催を通じて、糖尿病の予防、治療に関わる関係者の資質の向上と多職種連携の強化に努めます。
- 歯周病が糖尿病を悪化させる要因の一つであることから、歯周病予防や治療について普及啓発に努めるとともに、糖尿病の診療における医師と歯科医師の連携を強化します。

精神疾患

〔現状と課題〕

- 2022(令和4)年3月現在、精神疾患による通院患者は7,407人であり、そのうち気分(感情)障害が37.1%、次いで統合失調症が26.1%を占めています(自立支援医療費 精神医療支給認定者数)。
- 市町村及び厚生センター、相談支援事業者等では、心の健康に関する相談や普及啓発を行っています。
- うつの軽症者は内科等のかかりつけ医を受診することが多いことから、かかりつけ医と精神科医の連携を促すため、「かかりつけ医と精神科医の連携に関するマニュアル」により、相談、紹介、研修会の体制が整えられています。
- 統合失調症で、高齢の長期入院患者が多く、地域移行が進まない課題があります。
- 高齢化の進展に伴い認知症高齢者が増加しています。
- 谷野呉山病院に、認知症の専門医療相談などを行う認知症疾患医療センターが設置されています。
- 病院群輪番制病院と基幹病院である県立中央病院が精神科の救急医療体制を支えています。
- 県立中央病院、富山大学附属病院、富山市民病院、厚生連滑川病院、かみいち総合病院の総合病院精神科などでは、身体疾患を合併する患者の治療が行われています。

〔施策の方向〕

- 住民や企業、関係機関等を対象に、心の健康づくりや精神保健福祉施策に関する普及啓発に努めます。
- 会議や連絡会などにより関係機関や関係団体等と連携を図り、精神障害者やその疾患に

対する理解を深める働きかけを行います。

- 患者本人や家族からの相談に適切に対応するとともに、病状等に応じた医療が提供されるよう支援します。
- うつの早期発見・早期治療を図るため、「かかりつけ医と精神科医の連携に関するマニュアル」に基づき、うつ診療の連携を図ります。
- 長期入院患者の地域移行・地域定着を推進するため、地域で支える医療や福祉サービスとのさらなる重層的な連携を図り、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に努めます。
- 認知症の人ができる限り住み慣れた地域で生活を継続できるよう、認知症初期集中支援チーム等により早期から医療と介護などが連携しながら、必要な医療や介護サービスが総合的に提供されるよう支援します。また、若年性認知症の人やその家族を支援するため、関係者のネットワーク構築に努めます。
- 精神疾患及び精神保健に課題を抱える者の相談、治療、福祉サービスに関わる市町村の窓口で対応する関係者の資質の向上と連携の強化に努めます。

その他

〔現状と課題〕

- 富山大学附属病院が、特定機能病院として承認されています。
- 県立中央病院、富山市民病院、富山赤十字病院、済生会富山病院が、地域医療支援病院として承認されています。
- 開放病床が、かみいち総合病院に5床、県立中央病院に10床、富山市民病院に30床、富山赤十字病院に14床、済生会富山病院に5床設置されています。
- 地域医療連携室など地域医療連携を推進する窓口が、多くの病院に設置されています。
- 第一種感染症指定医療機関（感染症病床を有する指定医療機関）に県立中央病院、第二種感染症指定医療機関（感染症病床を有する指定医療機関）に富山市民病院と富山大学附属病院が指定されています。
- 第二種感染症指定医療機関（結核病床を有する指定医療機関）に県立中央病院と国立病院機構富山病院が指定されています。
- へき地医療拠点病院にかみいち総合病院と富山西総合病院が指定されており、無医地区への巡回診療等を行っています。

〔施策の方向〕

- 医療体制上必要ではあるが、不採算等で民間では実施が困難な医療（政策医療）は、同じ政策医療の機能を有する病院が相互に連携を図りながら、医療サービス提供体制を確保していきます。

（２）救急医療

〔現状と課題〕

- 圏域内の救急医療体制は、初期救急として郡市医師会・歯科医師会による在宅当番医制や

富山市・医師会急患センター、富山県歯科保健医療総合センターが対応しています。第二次救急は7公的病院（富山市民病院、富山赤十字病院、県立中央病院、済生会富山病院、厚生連滑川病院、かみいち総合病院、富山大学附属病院）による病院群輪番制を実施しています。第三次救急は救命救急センターに指定されている県立中央病院が、重症度の極めて高い患者を24時間体制で受け入れています。この他に救急告示医療施設として、10病院、2診療所があります。このように、圏域内の救急医療体制は整備が進んでいますが、軽症者を含めて患者が公的病院などに集中する傾向にあります。

- 富山市・医師会急患センターは、2011（平成23）年10月から富山市民病院に隣接して移転開設し、内科、小児科、外科に加えて、眼科、耳鼻いんこう科、皮膚科の診療を行っています。富山市民病院の検査機器を共同利用するなどの連携を図り、初期救急機能が充実しています。
- 2021（令和3）年の圏域内における救急搬送出場件数は19,609件、搬送人員は18,630人となっています⁵。また、2022（令和4）年4月1日現在の救急救命士は110人で各市町消防署に配置されています⁴。

〔施策の方向〕

- 今後とも初期、第二次、第三次救急医療体制を維持し、救急医療施設の充実を図るとともに、住民に対してタイムリーな救急医療機関情報の提供に努めます。
- 厚生センター・市町村の保健事業などを活用して、傷病の程度に応じた医療機関の適正な利用方法について住民に理解と協力を求めるなど、初期、第二次、第三次救急医療体制の仕組みについて普及啓発に努めます。
- 「かかりつけ医」機能の一層の充実と普及定着を推進し、初期救急については、富山市・医師会急患センターと在宅当番医制の活用を促進します。
- 病院に搬送される前の救護体制の充実のため、今後とも非医療従事者のAED（自動体外式除細動器）の使用などに関して、住民に対する普及啓発に努めます。

（3）災害医療

〔現状と課題〕

- 県立中央病院と富山大学附属病院が基幹災害拠点病院に、富山市民病院と富山赤十字病院が地域災害拠点病院に指定されています。これらの4病院はDMAT指定病院となっています。
- 災害拠点病院やDMATの機能強化が必要です。
- 市町村の災害対策本部は、医療救護所を開設し、近隣地域から派遣されたJMATなどの医療救護班などと協力しながら、発災直後から数週間以上にわたる中長期災害医療やメンタルヘルス、公衆衛生対策を実施することとなっています。
- 平時より災害医療関係者などの連携を推進するため、2013（平成25）年に、富山地域災害医療連携会議を設置し協議を進めてきましたが、災害拠点病院や医師会、歯科医師会、看

⁵ 県消防課 防災・危機管理課「令和3年版 富山県消防防災年報」

護協会、薬剤師会、行政等関係機関、関係団体との連携体制のさらなる強化を図る必要があります。

〔施策の方向〕

- 災害拠点病院やDMATの機能強化を図るために支援を行います。
- 富山地域が被災した場合は、災害拠点病院が中心となり、済生会富山病院、かみいち総合病院、厚生連滑川病院等の公的病院、県内外のDMATなどと協力しながら、急性期災害医療を担う体制を整備します。
- 災害時において、避難所における感染症予防やメンタルヘルスケアの充実を図るとともに、被災地外から参集する医療救護班等の配置調整、情報の提供を行うなど、コーディネーター機能が発揮できるよう、富山地域災害医療連携会議を基盤にした体制の整備を行います。また、平常時から、関係機関や関係団体等との情報交換を定期的実施するなど、災害を念頭においた連携体制の強化に努めます。
- 各種研修会や訓練等の開催や参加を通じて、関係職員の災害発生時における迅速かつ適切な対応や医療救護活動の体制整備の充実を図ります。

（４）周産期・小児医療

〔現状と課題〕

- 2023（令和5）年4月現在、分娩を取り扱う医療機関は7施設（病院4施設、診療所3施設）あり2021（令和3）年には3,102件⁶（15～49歳女性人口10万対3243.3件）の分娩があります。また、分娩を取り扱わない産婦人科を標榜する病院または診療所は9施設あります。
- 富山大学附属病院では、2006（平成18）年4月から産科オープンシステムを運用しています。
- 周産期における高度専門的な医療を提供する拠点として、県立中央病院に総合周産期母子医療センターが、算定NICUを備え周産期医療に関する研究や人材育成を行う富山大学附属病院と、富山市民病院に地域周産期母子医療センターが設置されています。また、富山赤十字病院が周産期母子医療センター連携病院に位置づけられています。
- 新生児集中治療管理病床（NICU）が21床（県立中央病院9床、富山大学附属病院12床）、母体・胎児集中治療病床（MFICU）が9床（県立中央病院6床、富山大学附属病院3床）設置されています。
- 近年、精神疾患の合併など、支援が必要な妊産婦が増加傾向にあります。
- 医療的ニーズの高い重度心身障害児の入所支援として、2018（平成30）年7月に富山県リハビリテーション病院・こども支援センターに療養介護病棟30床が開設されました。
- 2011（平成23）年10月に開設された富山市・医師会急患センターの小児科では、2022（令和4）年には年間約11,000人、1日あたり夜間平均16.7人の受診があります。
- 2022（令和4）年度に富山医療圏の第二次・第三次救急病院を利用した小児患者のうち、

⁶ 出産（出生及び死産）をした母の数

約8割は入院を必要としていない状況です⁷。

- 在宅で療養する医療的ケアを必要とする児（18歳未満）は増加しています。（2021（令和3）年4月66人→2023（令和5）年1月現在95人⁸）

〔施策の方向〕

- 将来、親になる世代への啓発を充実するなど安全で安心な妊娠、出産、子育てを支援する体制を関係機関と協力して整えるよう努めます。
- 母とその家族が安心して妊娠期を過ごし、産後も健やかに育児ができるような支援体制について関係機関と協議のうえ、整備や利用促進に努めます。
- 精神疾患の合併等を含むハイリスク妊産婦や乳幼児への支援、児童虐待の防止等⁹のため、周産期地域連携ネットワーク事業等を通じて、医療機関と行政との連携強化を図るとともに、関係者の資質の向上に努めます。
- 医療的ケアを必要とする児とその家族が安心して生活できるよう、望ましい療養・療育環境や在宅での療養について、地域全体で支える体制を関係機関と協議のうえ整備に努めます。
- 小児の急病に対応するため、初期救急医療の体制を引き続き整備するとともに、母子健康手帳の交付や乳幼児健康診査などの機会を通じて小児救急などの適切な利用に関する啓発を行います。

（5）在宅医療

〔現状と課題〕

- 2023（令和5）年度現在、圏域には、在宅療養支援病院11施設（富山市8、滑川市1、上市町1、立山町1）、在宅療養支援診療所が39施設（富山市37、立山町2）あります²。
- 急性期からの受け入れや在宅・生活復帰支援等の役割を担う地域包括ケア病棟が、13病院（富山市10、滑川市1、上市町1、立山町1）に設置されています。
- 2021（令和3）年度に訪問診療を受けた患者は、人口10万人当たり6881.4人（県：7231.2人）、往診を受けた患者は820.0人（県：973.5人）でいずれも県より少ない状況です⁹。
- 郡市医師会を中心に関係機関による在宅医療を推進する協議の場として、とやま在宅協議会、滑川在宅医療推進協議会、たてやまつるぎ在宅ネットワーク等が設けられています。
- 富山市医師会・滑川市医師会・中新川郡医師会には、在宅医療支援センターが設置されています。
- 複数の在宅主治医がグループを構成して在宅療養者の診療にあたるチームづくりが行われています。
- 介護家族など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病床をいま泉病院に1床確保しています。
- 在宅医療・介護連携推進のために「在宅医療・介護ネットワークの手引き」を関係者と協

⁷ 県医務課調べ

⁸ 県障害福祉課調べ

⁹ 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 NDB）

働して作成・更新するとともに、入退院支援ルールの運用などを推進しています。

〔施策の方向〕

- 病診連携や開業医同士がチームで在宅療養者を支援する体制など関係者の連携を促進し在宅医療を推進します。
- 在宅療養者が安心して療養生活を送れるために、医療機関や訪問看護ステーション、薬局、居宅介護支援事業所等の関係機関のネットワークを構築し、療養支援から看取りまでを含めた継続的な医療提供体制の推進に努めます。
- 在宅医療の連携拠点となる在宅医療支援センターが効果的に運営されるよう支援します。
- とやま在宅協議会、滑川在宅医療推進協議会、たてやまつるぎ在宅ネットワーク等の組織を通じて多職種及び関係機関の連携を促進します。
- 関係団体と協力して在宅医療に関わる訪問看護ステーションや介護支援事業所などの関係者の資質の向上に努めます。
- 市町村が行う在宅医療・介護連携推進事業（地域支援事業）を支援します。

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〕

- 圏域内の医療機関においては、健康診査や予防接種事業等の受託や健康相談、感染症情報の提供など市町村及び厚生センターにおける様々な事業への協力、患者紹介や情報連絡などを通じて保健・福祉施設との連携が図られています。
- 地域包括ケアを推進し、在宅医療・介護連携を強化するため、在宅療養等の事例検討会、連絡会及び研修会等を通じて、医療、保健、福祉、介護等関係者の連携構築に努めています。
- 厚生センターと保健所では、筋萎縮性側索硬化症（ALS）などの在宅で生活する難病患者を支援するため、関係者の技術研修や専門医とかかりつけ医の連絡調整などの支援を通じて、患者を中心とする在宅におけるケアネットワークの構築に努めています。
- 厚生センターでは、精神科医、市町村及び関係者からなる地域精神保健福祉連絡会などを開催し、地域住民の精神保健福祉に関する理解と関心を深めるとともに、関係者の資質の向上を目的として、研修会、事例検討会等を行っています。
- 市町村では障害者自立支援協議会を設置し、保健・医療・福祉・教育・就労等に係る各種サービスの提供について調整するとともに、関係者の連携が促進されるよう努めています。

〔施策の方向〕

- 「富山圏域地域リハビリテーション連携指針」に基づき、2か所の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・福祉関係機関との連携を推進します。
- 会議や連絡会などを通じ、保健・医療・福祉関係機関等との連携を図り、住み慣れた地域での生活を基盤とした支援体制の推進に努めます。

(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健康づくりボランティア（食生活改善推進員、ヘルスボランティア、(母子)保健推進員等）が市町村単位で協議会を組織し、市町村などと協働し、健康づくり活動を積極的にしています。
- 地域住民と地域の保健、医療、福祉関係者（保健師、かかりつけ医、ホームヘルパー、障害者、相談員等）が一体となった地域総合福祉推進事業（ケアネット 21）を展開し、高齢者や障害児（者）などが安心して生活できる環境づくりを進めています。
- 厚生センターと保健所から依頼を受けたメンタルヘルスサポーターは、障害者支援施設などにおけるボランティア活動や厚生センターなどの事業に積極的に参加しています。
- 厚生センターで養成した難病ボランティアの自主的な活動や難病患者療養相談会などの取り組みを支援しています。
- 厚生センターでは、ホームページなどを通じて、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〕

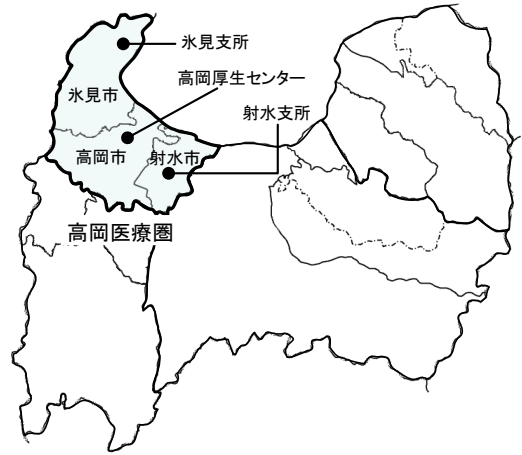
- 関係機関・団体の連携・協働により、誰もが住み慣れた地域で自分らしく安心して暮らすことができるよう、地域共生社会の実現に向けた取組みを推進し、包括的な支援体制の構築を図ります。
- 厚生センターや保健所の運営協議会、富山地域医療推進対策協議会、市町村の健康づくり推進協議会、各種の保健・福祉事業等を通じて、関係団体やボランティア相互の連携を推進します。
- 厚生センターでは、今後ともホームページや各種の事業を通じて、医療連携体制や医療機能に関する情報をわかりやすく提供します。

第3節 高岡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

- 高岡医療圏は県西部に位置し高岡市、氷見市、射水市で構成され、圏域の総面積は 549.56km² と県の約 13%を占めています。
- 東は富山医療圏、西は石川県、南は砺波医療圏、北部は日本海側の富山湾に面し、海・川等の自然環境に恵まれた地域です。圏域内の歴史は古く、越中文化発祥の地であり、城下町として商工業が発展した地域、漁業が盛んな地域やベッドタウンとして発展した地域等があります。
- 2022(令和4)年 10月1日現在の圏域の人口は 295,513人で、県人口の 29.1%を占めます。また、65歳以上の老年人口割合は 34.5%であり、県平均(33.2%)を上回っています。2022(令和4)年の出生数は 1,755人、出生率(人口千対)は 6.2(県:6.0)で、県平均を 0.2ポイント上回っています。また、死亡率(人口千対)は 16.0(県:15.1)で県平均を 0.9ポイント上回っています。



(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 26施設、一般診療所 214施設(有床 11施設、無床 203施設)、歯科診療所 127施設があります。
- 2022(令和4)年の病院報告では、圏域内医療機関の1日平均患者数は外来 3,677人、入院 2,839人、また病院の病床利用率は 77.9%、平均在院日数は 26.9日です。

医療機関の数

区分	医療機関数	摘要
病院	26	一般 19 精神科 7
一般診療所	214	有床 11 無床 203
歯科診療所	127	有床 1 無床 126

厚生労働省「医療施設調査」
(2022<令和4>年 10月1日現在)

病院病床数

区分	病床数
一般	2,106
療養	643
精神	862
結核	21
感染症	6

厚生労働省「医療施設調査」
(2022<令和4>年 10月1日現在)

- 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高岡市に、支所が射水市と氷見市に設置されています。なお、障害者・高齢者福祉施設等は、次のとおりです。

障害福祉サービス事業所等

日中活動の場	生活介護	37
	自立（生活）訓練	7
	就労移行支援	4
	就労継続支援A型	16
	就労継続支援B型	34
	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	1
	地域活動支援センターⅡ型	2
住まいの場	共同生活援助	17
相談	指定一般相談支援事業	9
	指定特定相談支援事業	31
	指定障害児相談支援事業	27

県障害福祉課調べ

(2023<令和5>年8月1日現在)

高齢者福祉施設等

入所施設	特別養護老人ホーム (地域密着型含む)	36
	介護老人保健施設	12
	介護療養型医療施設	-
	介護医療院	5
	軽費老人ホーム (ケアハウス)	6
	認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)	60
相談	居宅介護支援事業所	105
	地域包括支援センター	17
	在宅介護支援センター	5
その他	訪問看護ステーション	30

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12月末現在、圏域内の医師数は676人、人口10万人当たり224.5人と、県平均を下回っています。また、歯科医師数は190人、人口10万人当たり63.1人と、県平均を上回っています。薬剤師数は719人、人口10万人当たり238.8人と、県平均を下回っています。
- 2020(令和2)年12月末現在、圏域内の看護職の就業者数は4,424人、人口10万人当たり1,469.4人と、県平均を下回っています。種別では保健師141人、助産師87人、看護師3,398人、准看護師798人となっています。
- 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テーション従事者数及び歯科関係従事者数は、次のとおりです。

医師・歯科医師等
(常勤換算数)

区 分	人数	人口10万対	
		高岡	県
医 師	676	224.5	273.7
歯 科 医 師	190	63.1	62.8
薬 剤 師	719	238.8	275.9
看 護 職	4,424	1,469.4	1,642.6
内 訳	保健師	141	46.8
	助産師	87	28.9
	看護師	3,398	1,128.6
	准看護師	798	265.0

厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」
(2020<令和2>年12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	高岡	県
理学療法士	152.7	682.2
作業療法士	89.1	428.6
言語聴覚士	19.4	119.4
視能訓練士	38.2	104.2

厚生労働省「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	
	高岡	県
歯科衛生士	332.8	1051.0
歯科技工士	54.7	171.6

厚生労働省「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10月現在、圏域において禁煙外来を行っている医療機関数は、53施設（病院11、診療所42）あり¹⁰、2021（令和3）年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266件、人口10万人当たり86.6件（県：94.1件、全国：99.6件）と、県、全国より少なくなっています¹¹。
- 国指定の地域がん診療連携拠点病院として厚生連高岡病院が、県指定の地域がん診療連携拠点病院として高岡市民病院と富山県済生会高岡病院が指定されており、がん情報の収集・発信や医療従事者等を対象とした研修会の開催など、がん治療の均てん化を推進する中心的な役割を担っています。
- 2020年（令和2）年9月の外来化学療法実施件数は、人口10万人当たり、病院296.0件、診療所0件（県：309.8件・8.0件、全国：240.2件・6.6件）と、病院について全国より多くなっています¹⁰。
- 2022（令和3）年、がん治療認定医数は20人、人口10万人当たり6.6人（県：13.0人、全国：14.4人）と、県、全国より少なくなっています¹²。
- 2022（令和4）年12月現在、がん分野の認定看護師数は21人（県95人）です¹³。
- 2021（令和3）年の地域連携クリティカルパスに基づく診療提供の実施件数は、人口10万人当たり349.0件（県：186.6件、全国164.0～164.2件）と、県、全国より多くなっています¹¹。
- 2022（令和4）年10月現在、緩和ケア病床は、高岡市民病院（20床）、厚生連高岡病院（16床）に設置されており、管内5医療機関で緩和ケアチームによる医療が行われています。

〔施策の方向〕

- 禁煙指導を行う医療機関について住民へ啓発し、禁煙を希望する者の禁煙支援を推進するとともに、医療機関、公共施設等における施設内禁煙、集会所や飲食店などにおいても受動喫煙防止の取組みを推進します。
- 住み慣れた家庭や地域で安心して療養できるよう地域がん診療連携拠点病院を核として、診療所、歯科診療所、訪問看護ステーション、薬局などの連携を強化し、患者の病態に応じた最適な治療の提供、療養生活支援、服薬管理指導などの質の高い医療の提供を推進します。
- 5大がんの県内統一の地域連携クリティカルパスや、在宅緩和ケア地域連携クリティカルパスの円滑な運用を支援し、切れ目のない患者支援の推進に努めます。
- がんと診断された時から病気や療養生活について相談できるよう、また緩和ケアについ

¹⁰ 医療施設調査

¹¹ 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）

¹² 日本がん治療認定医機構

¹³ 日本看護協会ホームページ

て、住民、医療従事者、介護関係者等へ啓発します。緩和ケアチーム、がん治療認定医、がん分野認定看護師、在宅医療関係者等とともに、患者と家族の身体的、精神的な苦痛や社会生活上の不安を緩和し、患者の療養生活の質の維持向上を推進します。

- がん患者等の療養にかかる意思決定支援（アドバンスケアプランニング）の充実を図るため、医療・介護関係者への研修会を開催します。
- がんの治療と社会生活の両立を目指していけるような相談体制や医療体制をがん拠点病院とともに検討し、職域も含めた啓発普及が図れるように努めます。

脳卒中

〔現状と課題〕

- 2023（令和5）年11月現在、血栓溶解療法等の専門的診療が可能な病院（超急性期脳卒中加算の届出施設）は、厚生連高岡病院、高岡市民病院、富山県済生会高岡病院の3病院です¹⁴。
- 2020（令和2）年12月末時点の脳神経外科医師数は12人、人口10万人当たり3.9人（県：6.0人、全国：5.8人）、また、神経内科医師数は9人、人口10万人当たり2.9人（県：3.1人、全国：4.5人）と、いずれも県、全国より少なくなっており、医師の確保が課題です¹⁵。
- 2021（令和3）年3月現在、脳血管疾患等リハビリテーションが可能な医療機関数は、15機関、人口10万人当たり4.9機関（県：7.4機関、全国：6.4機関）と、県、全国より少なくなっています¹⁴。
- 2022（令和4）年の回復期リハビリテーション病床は94床あるほか、一般病床から地域包括ケア病床への転換が進み、2022（令和4）年7月末で、371床の地域包括ケア病床があります¹⁴。
- 2020（令和2）年の管内の脳血管疾患の退院患者平均在院日数は、88.6日（県：93.8日、全国：79.2日）と、県より短く、全国より長くなっています¹⁶。
- 在宅等の生活の場に復帰した患者の割合は、49.8%（県：55.7%、全国：55.2%）となっています¹⁶。
- 高岡市民病院が高岡地域リハビリテーション広域支援センターに指定されており、リハビリ従事者の資質向上、住民への普及啓発を実施しています。
- 2010（平成22）年度から地域連携クリティカルパスが運用され、高岡市民病院、厚生連高岡病院、富山県済生会高岡病院、真生会富山病院の4病院が計画病院として、回復期機関、維持期機関とともに地域連携パス連絡会を開催しています。

〔施策の方向〕

- 脳卒中が疑われる症状が出現した場合は、出現時刻を把握し、速やかに救急車を要請するよう、住民への啓発を行います。

¹⁴ 診療報酬施設基準

¹⁵ 医師・歯科医師・薬剤師調査

¹⁶ 患者調査

- 急性期病院における t-PA による血栓溶解療法や脳血管内治療の実施状況を把握し、適応患者への適切な実施を推進します。
- 急性期治療の早期から、歯科医師、言語聴覚士、栄養士等の連携により、適切な口腔ケアや栄養管理、摂食嚥下リハビリテーション等を行い、誤嚥性肺炎等の合併症の予防に努めます。
- 患者、家族や住民に対して再発予防やリハビリテーションに関する正しい知識の普及啓発に努め、地域連携クリティカルパスを効果的に運用し、急性期から回復期、維持期への円滑な移行と医療と介護・福祉分野との連携の強化を推進します。
- 患者、家族や住民に対し、急性期病院から回復期、慢性期病院への転院（医療機能の分化と連携）により、状態に応じた切れ目ない医療を受けられることの啓発を推進します。
- 高岡地域リハビリテーション広域支援センターの事業や高岡圏域地域リハビリテーション連絡協議会等を通して、リハビリテーション従事者の資質の向上、連携強化に努めます。

心筋梗塞等の心血管疾患

〔現状と課題〕

- 急性期の治療は、厚生連高岡病院、高岡市民病院、富山県済生会高岡病院、射水市民病院、金沢医科大学氷見市民病院の 5 か所の公的病院と高岡みなみハートセンターみなみの杜病院が担っています¹⁷。
- 2020（令和 2）年 12 月現在、主たる診療科を「循環器内科」とする医師数は 26 人、人口 10 万人当たり 8.4 人（県：7.7 人、全国：10.2 人）と、県より多く全国より少なくなっています。また、主たる診療科を「心臓血管外科」としている医師数は 5 人、人口 10 万人当たり 1.6 人（県：2.7 人、全国：2.5 人）と、県、全国より少なくなっています¹⁵。
- 2021（令和 3）年度の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は、人口 10 万人当たり 235.4 件（県：161.5 件、全国：154.2～154.3 件）となっています¹¹。
- 2021（令和 3）年度の心筋梗塞に対する冠動脈再開通件数は、人口 10 万人当たり 29.6 件（県：24.0 件、全国：24.6～24.7 件）、うち来院後 90 分以内の冠動脈再開通割合は、71.7% となっています¹¹。
- 2021（令和 3）年 3 月現在、圏域内で心疾患リハビリテーションを実施している医療機関は 7 施設、人口 10 万人当たり 2.3 施設（県：1.5 施設、全国：1.2 施設）と、県、全国より多くなっています。
- 2021（令和 3）年度の心血管疾患リハビリテーション実施件数（心大血管リハビリテーション）は、人口 10 万人当たり 221.1 件（県：183.0 件、全国：182.8 件）と、県、全国より多くなっています¹¹。

〔施策の方向〕

- 心筋梗塞が疑われる症状が出現した場合は、速やかに救急車を要請することや、徒歩や自

¹⁷ とやま医療情報ガイド

家用車等による来院を減らすよう、住民、医療関係者への啓発を推進します。

- 引き続き、心臓リハビリテーションが必要な患者へ、運動療法、危険因子の管理を含む疾患プログラムとしての心血管疾患リハビリテーションを推進します。
- 地域連携クリティカルパスの円滑な運用を支援し、切れ目のない患者支援の推進に努めます。
- 心不全患者が、安心して在宅で療養できるよう、増悪時の対応や看取りについて、住民に啓発し、地域医療、介護、救急医療の円滑な連携を推進します。

糖尿病

〔現状と課題〕

- 2020（令和2）年現在、糖尿病内科（代謝内科）の医師数は、10名、人口10万人当たり3.2（県：3.9、全国4.4）と、県、全国より少なくなっています¹⁸。
- 2020（令和2）年現在、糖尿病内科（代謝内科）を標榜している診療所数は1施設、人口10万人当たり0.3（県：0.1、全国：0.5）となっています。また、糖尿病内科（代謝内科）を標榜している病院数は3施設、人口10万人当たり1.0（県：1.3、全国：1.3）となっています¹⁸。
- 2022（令和4）年5月現在、腎臓専門医数は14人、人口10万人当たり4.6（県：4.9、全国：4.7）となっています¹⁸。
- 2021（令和3）年の外来栄養食事指導料実施件数は5,499件、人口10万人当たり1790.3（県：1444.6、全国：1546.9）と、県、全国より高くなっています¹⁸。
- 2021（令和3）年のHbA1c検査実施件数は184,572件、人口10万人当たり60091.4（県58441.8、全国：49131.1）と、県、全国より高くなっています¹⁸。
- 2021（令和3）年の尿中アルブミン（定量）検査実施件数は6,169件、人口10万人当たり2008.5（県：1174.2、全国：2185.7）となっています¹⁸。
- 2021（令和3）年調査では、クレアチニン検査実施件数は137,111件、人口10万人当たり44639.5（県：46651.7、全国：42380.1）となっています¹⁸。
- 糖尿病治療中であっても、HbA1cの値が高い者の割合は県を上回っています。
- 2021（令和3）年の新規人工透析導入患者数は113人、人口10万人当たり36.8（県：34.3、全国：24.6～24.7）となっており、また、糖尿病性腎症に対する人工透析実施件数は、5,358人、人口10万人当たり1744.4（県：1598.1、全国：1611.0）と県、全国より高くなっています。
- 2021（令和3）年3月現在、糖尿病性腎症の管理が可能な医療機関数は9施設、人口10万人当たり2.9（県：2.4、全国：1.3）と県、全国より高くなっています¹⁸。
- 高齢者の透析患者も増加しており、医療と介護が連携した高齢者のサポート体制が必要です。
- 2017（平成29）年度から、医療保険者と地域保健が連携して糖尿病重症化予防事業に取り組んでいます。

¹⁸ 糖尿病の医療体制構築に係る現状把握のための指標

〔施策の方向〕

- 糖尿病専門医や市医師会、市町村と協力して、糖尿病予防のために望ましい生活習慣について啓発するとともに、糖尿病治療の早期から、良好な血糖コントロールを目指した、生活習慣指導、疾患管理、治療薬の選択について専門医等に相談できるよう普及啓発を推進します。
- 医療保険者、事業所、病院、医師会、調剤薬局等と協力して、企業の管理者等の健康意識の醸成を推進するとともに、働く世代の健康診断の受診勧奨、受診勧奨者の適切な受診のほか、糖尿病の治療を受けている従業員が受診、治療継続しやすい体制づくりを推進します。
- 独居高齢者等、食事・栄養の管理や服薬管理等が困難な糖尿病患者が増加するなか、糖尿病治療、療養に係る関係者への連絡会や研修等を通して、保健指導技術の向上や多職種関係者の連携を推進し、患者への支援の充実を図ります。
- 糖尿病性腎症や糖尿病網膜症など、合併症の専門治療や歯周病治療を行えるよう、かかりつけ医や専門医、かかりつけ歯科医師等との連携を推進します。
- 糖尿病重症化予防対策マニュアルや糖尿病診療用指針、地域連携クリティカルパス等を活用し、かかりつけ医、糖尿病専門医、腎臓専門医や眼科医、歯科医、医療保険者等との連携を推進します。

精神疾患

〔現状と課題〕

- 2022（令和4）年10月現在、精神科病院は7機関、2020（令和2）年10月現在、精神科を標榜する診療所は11機関となっています¹⁰。
- 精神及び行動の障害による推計入院患者数は、「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」患者が最も多く、長期入院患者の地域移行がなかなか進まないという課題があります。
- 2020（令和2）年の精神及び行動の障害退院患者平均在院日数は、315日（県：334.3日、全国：296.9日）と、長くなっています¹⁶。
- 圏域の2020（令和2）年の自殺による死亡率は、人口10万人当たり男30.2人、女9.2人（県：男28.7人、女9.7人、全国：男22.6人、女10.5人）となっています¹⁹。
- 高齢化の進展に伴い認知症の人の増加が見込まれます。
- 2017（平成29）年10月1日、高岡市民病院に「認知症疾患医療センター」が設置され、認知症にかかる相談や鑑別診断のほか、精神科病院と連携して認知症患者の治療を行っています。
- 2015（平成27）年から、かかりつけ医から精神科医への紹介システムを運用しています。
- アルコール依存症患者の治療において、離脱症状に対応し、依存症治療専門プログラムを提供できる医療体制の充実が必要です。
- 2020（令和2）年に、保健・医療・福祉関係者による協議の場として高岡圏域精神保健医療福祉推進連絡協議会を設置し、各市に設置された協議の場と連携し、精神障害にも対応し

¹⁹ 厚生労働省「人口動態統計」（2020〈令和2〉年）

た地域包括ケアシステム構築に向け協議しています。

- 1974（昭和 49）年に高岡地域精神保健研究会が発足し、地域医療保健福祉関係者が事例検討会や研修会を開催しています。

〔施策の方向〕

- 心の健康づくりや精神疾患、認知症の疾患理解、対応や治療等についての普及啓発に努め、地域の理解者が増えるように働きかけます。
- 地域で生活する患者やその家族等が、安心して自分らしい生活ができるよう、関係者連絡会や協議の場を通して、保健・医療・福祉・介護等との重層的な連携を推進し、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。
- 地域移行・地域定着を支援するため、関係者の連絡会や高岡地域精神保健研究会等を通して、精神保健福祉に関する人材の育成や、病院が実施する地域移行の取組みの推進及び病院と地域の連携強化等さらなる体制整備に努めます。
- 医師会、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等と認知症疾患医療センターとの連携を推進し、センターの充実に努めます。
- 認知症の人が、できる限り住み慣れた地域で生活を継続できるよう、地域包括支援センターや認知症初期集中支援チーム、早期から医療と介護等が連携し、必要な医療や介護サービスが総合的に提供されるように支援します。
- 統合失調症、うつ病をはじめとする精神疾患や認知症の早期発見、病状等に応じた適切な医療の提供や、精神科医療が必要な患者への身体疾患の治療について、一般科医と精神科医の連携による診療を推進します。

その他

〔現状と課題〕

- 厚生連高岡病院、高岡市民病院、富山県済生会高岡病院、JCHO高岡ふしき病院、射水市民病院、金沢医科大学氷見市民病院の6つの公的病院が、救急医療などの政策医療を担っています。
- 公立・公的病院においては、2025年に向けた「新公立病院改革プラン」、「公的医療機関等2025プラン」を策定し、圏域内で担う医療提供体制等の方針について定めています。
- 地域医療支援病院として厚生連高岡病院（2013（平成25）年5月～）、富山県済生会高岡病院（2018（平成30）年5月～）、高岡市民病院（2019（令和元）年6月～）が承認されています。
- 開放型病床が、厚生連高岡病院、高岡市民病院、富山済生会高岡病院、JCHO高岡ふしき病院、射水市民病院に設置されています¹⁴。
- 金沢医科大学氷見市民病院と厚生連高岡病院は、へき地医療拠点病院として巡回診療を行っています。
- 高岡市民病院は、二類感染症患者（結核患者を除く。）等の医療を担う第二種感染症指定医療機関に指定されています。

- 圏域内では、かかりつけ医と中核病院等をインターネットで結び、診療や検査の予約を行う「高岡れんけいネット」が2007（平成19）年4月から運用されています。2013（平成25）年には、かかりつけ医が中核病院の診療情報を閲覧可能となる機能を有した地域医療連携システムが運用されています。
- ICTによる多職種連携システムを活用し、公的病院と診療所をはじめ訪問看護ステーション等との多職種連携を進めています。

〔施策の方向〕

- 圏域内の特性や医療資源等を最大限に活用し、医療機能の分担と連携を推進します。
- 公的病院とかかりつけ医との連携を強化し、開放型病床及び高度医療機器の共同利用等とともに、ICTを活用したネットワークシステムによる診療情報の共有化を引き続き推進します。
- 感染症発生・まん延時や災害時等の有事においても、地域の医療資源を有効に活用できるよう、平時からの連携体制を強化するよう努めます。

（２） 救急医療

〔現状と課題〕

- 2021（令和3）年の圏域内の3市の救急要請から医療機関搬送までに要した平均時間は、29.7分～33.4分で全国平均42.8分より短時間となっています²⁰。
- 2021（令和3）年の救急搬送患者数は、11,136人、人口10万人当たり3,664人（令和3年：県：3,866人、全国：4,336人）と、県、全国より少なくなっています。
- 厚生連高岡病院、高岡市民病院、富山県済生会高岡病院、JCHO高岡ふしき病院、射水市民病院、金沢医科大学氷見市民病院の6機関がドクターヘリ受入医療機関となっています。
- 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、厚生連高岡病院に救命救急センターが整備されており、2022（令和4）年の救急患者総数は、10,162人（救急搬送：3,453人、ウォークイン：6,709人）となっています²¹。
- 6か所の公的病院が第二次救急の病院群輪番制病院となっています。
- 2021（令和3）年の救急搬送受診者の中で入院が必要でなかった割合は32.3%であり、県平均(37.52%)を下回っています²²。
- 初期救急医療は、高岡市が高岡市医師会を中心に、射水市医師会や氷見市医師会等の協力を得て、高岡市急患医療センターにおいて、小児科、内科、外科の休日・夜間診療を実施しており、年々増加していましたが、新型コロナウイルス感染症が流行した令和2年度から令和4年度は減少しました。市医師会、市歯科医師会による休日在宅当番医制も実施しています²³。

²⁰ 救急医療の体制構築に係る現状把握のための指標

²¹ 厚生連高岡病院ホームページ

²² 富山県消防防災年報

²³ 高岡市急患医療センターだより

- 高岡市医師会主催で、救急医療に関する市民フォーラムが実施され、住民へ普及啓発を実施しています。
- 圏域に高岡地域メディカルコントロール協議会が設置され、救命救急士等が行う処置や、疾患に応じたプロトコール（活動基準）を策定して、適切な傷病者の搬送、医療処置を行うよう努めています。

〔施策の方向〕

- 引き続き、医師会が開催する救急医療に関する市民フォーラムに協力し、救急医療体制、適正受診、救急車の適正利用等の住民への普及啓発に努めます。
- 救急医療の適正受診を推進するため、救急医療の救急ハンドブックやリーフレット、小児救急電話（#8000）等について住民に普及啓発を行います。
- 脳卒中や急性心筋梗塞が疑われる場合は、速やかに救急車を要請するよう住民への啓発に努めます。
- AED（自動体外式除細動器）の使用法や救急蘇生法に関する啓発に努めます。
- 高齢夫婦世帯や65歳以上の単独世帯数が多くなっており、在宅で療養する高齢者も増加するなか、本人や家族等が希望する場所での看取りを推進するため、看取り段階の療養者の急変時の対応について、住民への啓発に努めます。
- 救命救急後の合併症、後遺症のある患者が継続した医療を受けられるよう、引き続き、退院調整・支援の取組みを推進します。
- 新たな新興感染症の発生に対し、国や県の方針を踏まえて、高岡医療圏において新型コロナウイルス感染症への救急を含めた医療対応にあたった経験を活かし、日々備えていくことに努めます。

（3）災害医療

〔現状と課題〕

- 2023（令和5）年4月現在、高岡市民病院、厚生連高岡病院が地域災害拠点病院に指定され、すべての建物が耐震構造になっています。
- 2023（令和5）年1月現在、業務継続計画（BCP）を策定している病院は、地域災害拠点病院以外ではまだ半数程度です²⁴。
- 豪雨被害で、2023（令和5）年7月には高岡市に災害救助法が適用されています。近年の豪雨災害等に備え、止水対策を含む浸水対策が必要です。
- 2023（令和5）年4月現在、DMATは6チームあります。
- 災害時に地域の関係者が連携して対策にあたるため、災害拠点病院、医師会、歯科医師会、薬剤師会、消防、行政等の関係機関、関係団体で構成される「高岡医療圏災害医療連携会議」等を開催し、平常時から顔の見える関係を構築しています。

〔施策の方向〕

²⁴ 都道府県調査

- 災害拠点病院以外の病院に、業務継続計画（BCP）の策定や、災害実働訓練の実施を推進します。
- 補助金制度等を活用し、止水版等の設置による止水対策や自家発電機の高所移設等浸水対策を推進します。
- 高岡市民病院、厚生連高岡病院が中心となり、富山県済生会高岡病院、JCHO高岡ふしき病院、射水市民病院、金沢医科大学氷見市民病院などの救急告示病院や医師会、市、県内外のDMAT等と協力しながら、発災直後からの災害医療を担う体制を整備します。
- 災害拠点病院、医師会、歯科医師会、薬剤師会、地区組織、行政等の関係者と災害医療に関する情報交換を定期的に行い、連携を推進します。
- 災害拠点病院以外の病院に、非常用自家発電機の整備、飲料水などの備蓄当を含めた総合的な防災対策を講じるよう働きかけます。
- 原子力災害時の訓練等を通して、医師会、薬剤師会、地区組織、行政等の関係者が連携し、住民の円滑で迅速な避難体制や避難先での受入体制等の具体的な対応について検討を推進します。

（４）周産期医療・小児医療

〔現状と課題〕

- 2020（令和2）年の産科医・産婦人科医師数は、出産千人当たり12.3人（県：16.5人、全国：13.9人）と少なく¹⁵、分娩施設に勤務する産科・産婦人科医師（常勤換算）は、15～49歳女性人口10万人あたり病院18.9人（県：28.8人、全国：26.5人）、診療所10.5人（県：6.9人、全国：8.5人）となっています¹⁰。
- 2020（令和2）年の小児科医師数は、小児人口1万人当たり11.6人（県：13.2人、全国：12.0人）となっており¹⁵、小児医療に係る病院勤務医師数は、小児人口10万人当たり49.3人（県：81.3人、全国：71.4人）と、県、全国より少なく、小児科標榜診療所勤務医師数は、64.2人（県：56.1人、全国：47.1人）となっています¹⁰。
- 2022（令和4）年度、助産所は8か所あり、母乳育児相談や栄養相談、訪問指導などを行っています。
- 厚生連高岡病院が、地域周産期母子医療センターとしてNICUを整備し、新生児用人工換気装置を有する病床を3床、GCU（新生児治療回復室：6床）を設置しています。
- 富山県済生会高岡病院が、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整備されています。
- 厚生センター管内周産期医療機関から地域の各保健センター等へ、低出生体重児と産後うつが疑われる産婦への支援依頼が増えています。
- 医療的ニーズが必要な在宅で療養する児が増えてきています。

〔施策の方向〕

- 産科、小児科、保健センター等、行政の相互連携により妊産婦健診の受診率の向上と産前・産後サポート保健指導の充実を図り、妊産婦支援の一層の充実を図るとともに、産婦のメンタルヘルスの保持、産後うつの早期発見等を推進します。

- 精神疾患を有する妊産婦への支援について、産科、小児科、精神科、保健センター等関係機関、関係者がチームで支援を行う仕組みづくりを推進します。
- 地域周産期母子医療センターや富山県周産期医療搬送・紹介ガイドラインに基づいた、母体管理、搬送体制の維持に努めます。
- リスクの高い妊産婦について、早期に地域周産期母子医療センター等の受診を推進し、産科医と母子医療センターの連携を一層推進します。
- 厚生センター管内周産期ネットワーク事業等を通して、周産期医療機関・保健機関の連携の強化に努めます。
- 医療的ケアニーズの高い障害児への在宅医療の推進体制について引き続き検討し、支援体制の充実に努めます。

(5) 在宅医療

〔現状と課題〕

- 2021（令和3）年度、訪問診療を実施している診療所・病院数は、81施設、人口10万人当たり26.4施設（県：24.3施設、全国：12.5～12.9施設）と、県、全国より多く¹¹、訪問診療を受けた患者は22,855人、人口10万人当たり7440.9人（県：7231.2人）と、県と同程度です¹¹。
- 2021（令和3）年度、往診を実施している診療所・病院数は94施設、人口10万人当たり、30.6施設（県：27.2、全国：18.5～18.9）と、県、全国より多く、往診を受けた患者数は、3,105件、人口10万人当たり1010.9件（県：973.5件、全国：1,272.5～1,273.1件）と、県より多く、全国より少なくなっています¹¹。
- 2023（令和5）年9月現在、在宅療養者を複数の在宅主治医が診療にあたる医師のグループが、4グループ（71医療機関）あります²⁵。
- 急性期治療を受けた患者が、安心して在宅療養を送れるよう、入院早期から関係者間が連携し、退院前カンファレンスや退院前及び退院後の自宅訪問を行い、療養環境の整備を行っています。
- 訪問リハビリを担う人材を確保し、訪問リハビリテーションに取り組む体制を整備することが必要です。
- 2021（令和3）年度、圏域内で、在宅における看取りを実施している診療所、病院は38か所あり、人口10万人当たり12.4施設（県：8.1施設、全国：5.0～5.4施設）と、県、全国より多くなっています¹¹。
- 訪問看護ステーション数は増加しており、圏域内には、2022（令和4）年現在、29か所あり、すべて24時間体制をとっています²⁵。
- 2022（令和4）年度、在宅患者訪問薬剤管理指導の届出を行っている薬局数は、109か所となっています²⁶。
- 2021（令和3）年度、在宅ターミナルケアを受けた患者数は、人口10万人当たり96.7人（県：78.5人）と、県より多くなっています¹¹。

²⁵ 県高齢福祉課調べ

²⁶ 県薬剤師会調べ

- 市と市医師会が中心となって運営している在宅医療支援センターでは、医療や介護が必要な高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、関係者との連絡会や研修会等を開催しています。

〔施策の方向〕

- 医療・介護に関わる多職種が顔の見える関係づくりを進める連絡会や研修会を実施するとともに、入院時の情報提供や退院カンファレンスの実施など、高岡医療圏退院調整ルールを活用して医療と介護の連携を推進します。
- 慢性期機能病床から在宅医療等へ移行できるよう、慢性期病床を有する医療機関の円滑な退院調整の体制づくりを推進します。
- 在宅療養者が安心して療養生活を送れるよう、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等への移行後も、患者の状態に応じた切れ目ないリハビリテーションの提供体制の推進に努めます。
- 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を推進するとともに、かかりつけ歯科医を持つ必要性について普及啓発します。
- 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。
- 急性期病院での入院治療までは必要としない、在宅療養患者の療養について、在宅療養支援病院や慢性期病院など受入について検討できるよう努めます。
- 在宅療養における適切な管理栄養の必要性について普及啓発を行います。
- 療養中の方の急変時の対応方法について、医師会、地域の医療機関、訪問看護ステーション、介護保険サービス事業所・施設、消防署、行政等と連携して、市民への普及啓発を推進します。
- 医療機関の認定看護師の参画により、心身の苦痛に適切に対応した質の高い在宅緩和ケアが提供されるよう努めます。
- 在宅ケア・人生の最終段階における医療（アドバンスケアプランニング）について、住民、医療・介護関係者への啓発を推進します。
- 市町村が行う在宅医療・介護連携推進事業（地域支援事業）を支援します。

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〕

- 圏域内の医療機関においては、健康診査や予防接種事業等の受託や健康相談、感染症情報の提供など保健センターや厚生センターにおける様々な事業への協力、患者紹介や情報連絡等を通じて保健・福祉施設との連携が図られています。
- 薬剤師会では、医師会と連携して事業所等での生活習慣改善のための講演会の開催、薬局での禁煙サポートや医療機関受診勧奨、栄養士等の多職種・多機関と連携した薬局以外の場所でのお薬・健康相談の実施など、住民の健康の保持増進への取組みを積極的に行っています。
- 厚生センターでは、難病患者等、リハビリテーションが必要な方への個別支援を通して、適切なサービスが利用いただけるよう、関係機関の調整を行うとともに、高岡地域リハビリテーション広域支援センターと協働して、連絡協議会を開催し、関係機関の有機的な連携を図っています。
- 精神科医療機関、市及び関係者からなる高岡地域精神保健研究会を設置し、関係者の資質の向上やネットワークづくりを目的として、研修会や事例検討会等を開催しています。
- 市では、子育て世代包括支援センターを設置し、産前・産後サポート事業や産後ケア事業を通して、妊産婦や子育て世代の保護者等が、妊娠期から切れ目なく必要な支援が受けられる体制を整備しており、厚生センターでは、母子保健事業連絡会や周産期地域連携ネットワーク事業等により、厚生センター、市、産科・小児科医療機関の関係者の連携を推進しています。
- 厚生センター、市町村、医師会、病院、診療所、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等の連携により、各機関において、地域包括ケア、在宅医療・介護連携の推進に必要な連絡会や研修会が開催されています。

〔施策の方向〕

- 今後とも、難病ケア連絡会や高岡地域精神保健研究会を通して、難病患者や精神障害者の支援におけるネットワーク構築に努めます。
- 高岡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、リハビリテーションの充実に努めます。
- 今後とも、市の母子保健事業や厚生センターの周産期地域連携ネットワーク事業、母乳育児をすすめる会等を通じて、妊娠・出産・育児期における支援が効果的に行われるよう努めます。

(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〕

- 圏域内では、健康づくり推進員（食生活改善推進員、ヘルスボランティア、母子保健推進員等）が市町村単位で協議会を組織するなど、ソーシャルキャピタルの醸成が進み、

様々な個人や団体・組織が協調・協働し、住民の福祉の向上、健康づくり活動を積極的に行っています。

- 難病ボランティアが難病療養相談会の開催や、難病患者自主グループの活動に対して支援しています。

〔施策の方向〕

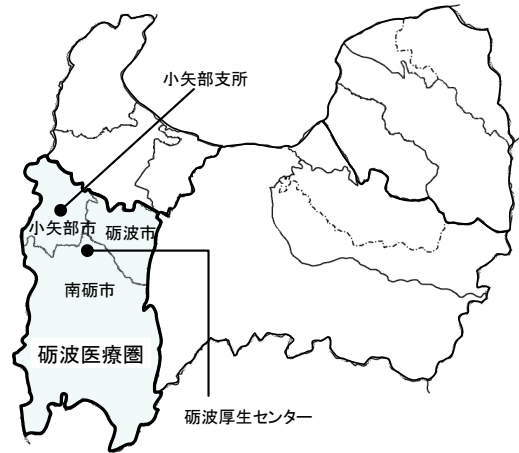
- 地域住民のネットワークを基盤に、医療・保健・福祉・介護等の関係機関・関係団体の協働により、地域包括ケアシステムを推進するとともに、重層的支援体制整備等の地域共生社会の実現に向けた取組みを推進します。
- 今後とも、厚生センターでは、関係団体や各ボランティア組織等と連携・協力しながらソーシャルキャピタルの醸成や各種事業の推進に努めるとともに、ホームページや各種の事業を通じて、医療連携体制や医療機能に関する情報をわかりやすく提供していきます。

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。
- 2021(令和3)年10月1日現在の圏域の総人口は123,348人です。また、2021(令和3)年の65歳以上の老年人口割合は、総人口の36.1%となっており、県平均(33.1%)を上回っています。2021(令和3)年の出生数は643人、出生率(人口千対)は5.3(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14.5(県:13.5)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

- 2020(令和2)年10月1日現在、圏域内には、病院、一般診療所合わせて99施設、歯科診療所46施設があります。
- 2021(令和3)年病院報告では、1日平均患者数は外来1,669人、入院1,694人、病床利用率は82.3%、平均在院日数44.1日で、県平均在院日数(30.1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	83	有床 2 無床 81
歯科診療所	46	無床 46

厚生労働省「医療施設調査」
2020<令和2>年10月1日

病院病床数

区分	病床数
一般	980
療養	795
精神	594
結核	5
感染症	4

厚生労働省「医療施設調査」
2020<令和2>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
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、1643.8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)	(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	
	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。
- 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床を開床予定です。

〔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。

〔現状と課題〕

- 2024（令和6年）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〕

- 脳卒中が疑われる症状が出現した場合、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。
- 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、脳卒中の予防を図るとともに、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。
- 引き続き、急性期病院における、血栓溶解療法の実施状況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。
- 住民がリハビリテーションに関する正しい知識を持ち、急性期リハビリテーションだけでなく、予防や障害に応じ日常生活の自立を図るリハビリテーションについて理解できるよう啓発します。
- 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機能強化及び医療介護の連携について、引き続き検討を進めます。

心筋梗塞等の心血管

〔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。
- 2021（令和 2）年度の急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈形成術件数は 91 件で、人口 10 万人当たりでは 71.6 人となっています。
- 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。
- 地域連携クリティカルパスについては、最新の診療に合わせて円滑に進むように運用を推進します。

〔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支援します。
- 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。
- 地域連携クリティカルパスを普及・改良するため、研修会を開催し、地域連携パス（診療報酬適用外）を使用している患者や病院主治医、かかりつけ医に効果が感じられる運用方法を検討します。

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り組みを推進します。
- 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、砺波広域圏事務組合では砺波医師会や富山大学附属病院等の協力を得て、砺波医療圏急患センター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。また、救急救命士は、2022（令和4）年4月1日現在44人で各市消防署・出張所に配置されています。
- 2021（令和3）年の圏域内の救急要請から救急医療機関への搬送までに要した時間は平均31.8分（県：平均33.6分）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」、小児救急電話相談（＃8000）の活用などの普及啓発に努めます。
- 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なっており、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。
- 令和4年11月現在、業務継続計画（BCP）を策定している病院は9病院（56.3%）となっています。
- 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。

〔施策の方向〕

- 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。
- 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。

(4) 周産期・小児医療

〔現状と課題〕

<地域の周産期医療機関>

- 管内の出生数は2016年（平成27年）では918件でしたが、2021年（令和3年）では643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。

<産前・産後ケア／療養支援>

- 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。

＜小児の相談支援・在宅療養＞

- 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年（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。
- 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に図ります。
- 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、およ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」や小児救急電話相談等（#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）となっています。
- 訪問診療を実施している診療所・病院は、2021（令和3年）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に努める必要があります。
- 2021（令和3年）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10万人当たり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)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)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。
- 各医師会は「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、在宅医療・介護連携推進事業及び、障がい福祉における相談支援等との連携により、退院時から看取りまでの医療、介護、障害福祉までの包括的な支援が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。

第4章 計画の推進

第1節 関係機関の役割分担と連携

第2節 計画の普及、実効性の確保

第1節 関係機関の役割分担と連携

本計画を推進するためには、この計画の基本的な方向や施策について、県民、保健医療関係機関、市町村、県等が各分野においてそれぞれの役割を認識し、相互に連携を図りつつ、それぞれの責任を果たしていくことが重要です。

1 県民への期待

生涯を通じて健康でいきいきと暮らせるよう、県民一人ひとりが健康的な生活習慣づくりや疾病予防に努めるとともに、早期受診・早期治療により健康の保持に努めることが重要です。

また、医療を受ける県民が、医療機関相互間の機能分化・連携の重要性を理解し、医療機関の機能に応じ、医療に関する選択を適切に行い、適切な医療機関を受診するよう努めることが必要です。

2 保健医療関係機関の役割

① 医療機関

医療機関は、生命の尊重と個人の尊厳を旨として、患者の心身の状況に応じた医療を提供することが重要であり、患者の視点に立った安心で質の高い医療サービスの提供が求められています。

また、医療の高度化にも対応するとともに、医療機関の機能の分担と連携を推進し、医療の効率化を図ることが求められています。

② 保健医療関係団体（医師会、歯科医師会、看護協会、薬剤師会など）

保健医療関係団体は、医療機関や市町村、県等と連携して、県民の健康づくりに対する支援や医療従事者を対象とした研修の実施などに積極的に取り組んでいくことが期待されます。

3 行政の役割等

① 市町村

市町村は、住民に最も身近な行政主体として、住民ニーズを適確に把握し、地域の実情に応じた初期救急医療や在宅医療、地域包括ケア等の体制の整備や医療と連携した保健、福祉サービスの提供など、保健医療活動に対する自主的かつ主体的な取り組みが期待されます。

② 県

県は、保健医療関係機関や県民に広く計画の内容を周知し、計画の進捗状況や県民ニーズを的確に把握するとともに、二次医療圏や県下全域の広域的な視点から、保健医療提供体制の整備・充実を図るため、総合的かつ効果的な施策を展開していくことが必要です。

第2節 計画の普及、実効性の確保

本計画を推進するにあたっては、保健医療関係者はもとより、広く一般県民の理解と協力を求めることが重要であることから、計画の趣旨、内容についての積極的な普及に努めます。

また、医療計画の実効性を確保するためのマネジメントシステムとして、疾病・事業ごとのPDCAサイクル(計画・実行・評価・改善)による施策の進捗状況の検証や必要に応じた施策の見直しを行うとともに、国の医療制度改革の動向や県民ニーズ等も踏まえ、保健医療提供体制を充実・確保するために必要な施策を積極的に展開していくこととします。

1 計画の普及

- 計画を県のホームページに掲載するとともに、県民等からの質問、意見を受け付けます。
- 県の広報誌等に計画の趣旨、内容等を掲載します。
- 医療機能情報提供制度を通じて、医療機関や疾病別の医療機能等に関する情報を提供します。

2 計画の実効性の確保（PDCAサイクルの推進）

- 計画の実効性を高めるため、疾病・事業ごとに以下のPDCAサイクル(計画・実行・評価・改善)による施策の進捗状況の検証や必要に応じた施策の見直しを行います。
 - ◇医療提供体制の現状を把握
 - ◇現状から医療課題を抽出
 - ◇課題解決のための数値目標を設定
 - ◇目標達成のための施策を策定
 - ◇毎年度、施策の進捗状況等を評価
- 県医療審議会において、全県的な施策の実施状況の把握・評価等の進行管理を行うとともに、具体的な推進方策や新たな課題への対応などについて審議します。
- 各医療圏の地域医療推進対策協議会において、地域における計画の進捗状況を把握するとともに、推進の方策、課題等に対する対応について検討を行います。
- この計画を推進していくために必要又は有効な国の制度等の見直しや支援策については、国に対し理解を求めるとともに、強力な働きかけに努めます。
- 評価の内容等については、ホームページ等により公表し、県民への情報提供に努めます。

付属資料

- 表 1 がんの医療体制構築に係る現状把握のための指標
- 表 2 脳卒中の医療体制構築に係る現状把握のための指標
- 表 3 心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制構築に係る現状把握のための指標
- 表 4 糖尿病の医療体制構築に係る現状把握のための指標
- 表 5 救急医療の医療体制構築に係る現状把握のための指標
- 表 6 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
- 表 7 へき地の医療体制構築に係る現状把握のための指標
- 表 8 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
- 表 9 小児医療の医療体制構築に係る現状把握のための指標
- 表 10 在宅医療の医療体制構築に係る現状把握のための指標

委員名簿

改定の経緯

表1 がんの医療体制構築に係る現状把握のための指標

指標名	調査年	調査名		全国	富山県	新川	富山	高岡	砺波
がんの年齢調整死亡率(75歳未満;人口10万対)	2021	厚生労働省「人口動態統計」国立がん研究センターがん情報サービス	男性	82.4	79.1				
			女性	53.6	50.2				
がんの年齢調整罹患率(人口10万対)	2019	厚生労働省「全国がん登録罹患数・率報告」	男性	445.7	474.3				
			女性	346.7	356.3				
喫煙率	2021	健康づくり県民意識調査	男性	27.1%	27.3%				
			女性	7.6%	4.6%				
禁煙外来治療件数(人口10万対)	2021	NDB	総数	126,102~126,110	986				
			人口10万対	99.6	94.1				
がん検診受診率(市町村・職域)	2022	国民生活基礎調査	胃がん	41.9	47.6				
			肺がん	49.7	58.1				
			大腸がん	45.9	52.1				
			乳がん	47.4	52.5				
			子宮頸がん	43.6	47.7				
がん検診受診率(市町村実施)(国民健康保険被保険者)	2021	地域保健・健康増進事業報告	胃がん	12.1	16.9				
			肺がん	15.2	19.6				
			大腸がん	16.0	16.8				
			乳がん	18.2	18.5				
			子宮頸がん	16.2	16.0				
がん検診精密検査受診率(市町村実施)	2020	地域保健・健康増進事業報告	胃がん	85.9	95.2				
			肺がん	82.7	90.7				
			大腸がん	68.6	78.2				
			乳がん	90.1	93.0				
			子宮頸がん	76.6	83.8				
がん診療連携拠点病院数	2022	県健康課調べ	総数	450	5	1	2	1	1
			人口10万対	0.4	0.5	0.9	0.4	0.3	0.8
拠点病院におけるがん医療関連チーム数	2022	県健康課調べ			70				
がん分野の認定看護師数	2022	日本看護協会調べ			95				
拠点病院の相談支援センター・県総合相談支援センターにおける相談件数	2021	県健康課調べ			7,373				
緩和ケア外来利用患者数	2021	県健康課調べ			4,520				
地域連携クリティカルパスの運用件数	2022	県健康課調べ			146				

「*」:「最小集計単位の原則」により値の提示なし

表2 脳卒中の医療体制構築に係る現状把握のための指標

指標名	調査年	調査名			全国	富山県	新川	富山	高岡	砺波	
年齢調整死亡率(脳卒中)	2020	人口動態特殊報告	男性	人口10万対	93.8	101.8					
			女性	人口10万対	56.4	64.6					
喫煙率	2019	県:健康づくり県民意識調査(2021年) 国:国民健康・栄養調査(2019年)	男性		27.1%	27.3%					
			女性		7.6%	4.6%					
特定健康診査受診率	2021	特定健康診査・特定保健指導に関するデータ			58.6%	62.9%					
特定保健指導実施率	2021	特定健康診査・特定保健指導に関するデータ			28.4%	29.6%					
高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率	2020	患者調査	高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率		215.3	196.7					
脂質異常症患者の年齢調整外来受療率	2020	患者調査	脂質異常症患者の年齢調整外来受療率		67.7	83.4					
脳血管疾患により救急搬送された患者数	2020	患者調査	主病名「脳血管疾患」×「救急車による搬送」で個票解析	脳血管疾患により救急搬送された患者数[0.1千人]	219.5	1.5	0.0	0.0	0.0	0.0	
				脳血管疾患により救急搬送された患者数[0.1千人](10万対)	0.2	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	
救急要請(覚知)から救急医療機関への収容までに要した平均時間	2021	救急・救助の現状	救急要請(覚知)から救急医療機関への搬送までに要した平均時間(分)		42.8	33.6					
神経内科医師数、脳神経外科医師数	2020	医師・歯科医師・薬剤師統計	主たる診療科を「神経内科」と届出をした医師数	総数	5,758	33	2	19	9	3	
				人口10万対	4.5	3.1	1.7	3.8	2.9	2.3	
				主たる診療科を「脳神経外科」と届出をした医師数	総数	7,349	63	10	36	12	5
				人口10万対	5.8	6.0	8.4	7.2	3.9	3.9	
救急担当脳外科医師数	2021	日本脳神経外科学会	救急担当脳外科医師数	人口10万対	4.62	4.35					
脳卒中の専用病室を有する病院数・病床数	2020	医療施設調査	病院数	総数	193	2	1	1	0	0	
				人口10万対	0.2	0.2	0.8	0.2	0.0	0.0	
	病床数		総数	1,577	8	2	6	0	0		
			人口10万対	1.2	0.8	1.7	1.2	0.0	0.0		
2022.3.31現在	診療報酬施設基準	脳卒中ケアユニット入院管理料の届出施設数	総数	201	1	0	1	0	0		
			人口10万対	0.2	0.1	0.0	0.2	0.0	0.0		
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	2021.3.31現在	診療報酬施設基準	超急性期脳卒中加算の届出施設数	総数	1,078	11	2	5	3	1	
				人口10万対	0.9	1.0	1.7	1.0	1.0	0.8	
脳梗塞に対する血栓回収療法の実施可能な病院数	2021	NDB	経費的血栓回収術の算定のある施設数	総数	757~914	8~11	1~2	5	1~2	1~2	
				人口10万対	0.6~0.7	0.8~1.0	0.8~1.7	1.0	0.3~0.7	0.8~1.6	
脳卒中の相談窓口を設置している急性期脳卒中診療が常時可能な医療機関数	R4.11月時点	脳卒中学会年次報告	脳卒中相談窓口を設置している一次脳卒中センター数	総数	251	1					
				人口10万対	0.2	0.1					
理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の人数	2020	医療施設調査	理学療法士常勤換算数	総数	100,964.5	682.2					
				人口10万対	79.4	64.6					
				作業療法士常勤換算数	総数	51,055.7	428.6				
リハビリテーション科医師数	2020	医師・歯科医師・薬剤師統計		総数	2,903	26					
				人口10万対	2.3	2.5					
				言語聴覚士常勤換算数	総数	17,905.4	119.4				
脳卒中の相談窓口を設置している急性期脳卒中診療が常時可能な医療機関数	2021.3.31現在	診療報酬施設基準	脳血管疾患リハビリテーション料(Ⅰ)の届出施設数	総数	3,143	27	4	14	5	4	
				人口10万対	2.5	2.6	3.4	2.8	1.6	3.1	
				脳血管疾患リハビリテーション料(Ⅱ)の届出施設数	総数	2,001	21	2	13	3	3
脳梗塞に対するt-PAによる脳血栓溶解療法の実施件数	2021	NDB	(レセプト数)	総数	15,171~15,667	106~114	29	65	1~9	11	
				人口10万対	12.0~12.4	10.1~10.9	24.6	13.1	0.3~2.9	8.7	
				脳血管疾患リハビリテーション料(Ⅲ)の届出施設数	総数	2,901	30	3	15	7	5
人口10万対	2.3	2.9	2.5	3.0	2.3	3.9					

脳梗塞に対する脳血管内治療(経皮的脳血管回収術等)の実施件数	2021	NDB	(レセプト数)	総数	17,697~18,017	118~126	14	89	14	1~9
				人口10万対	14.0~14.2	11.3~12.0	11.9	17.9	4.6	0.8~7.1
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	2021	NDB	(レセプト数)	総数	5,524~6,268	37~53	1~9	24	1~9	11
				人口10万対	4.4~4.9	3.5~5.1	0.8~7.6	4.8	0.3~2.9	8.7
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	2021	NDB	(レセプト数)	総数	5,856~6,584	53~69	1~9	51	1~9	0
				人口10万対	4.6~5.2	5.1~6.6	0.8~7.6	10.3	0.3~2.9	0.0
脳卒中患者に対するリハビリテーションの実施件数	2021	NDB	脳血管疾患等リハビリテーション料の算定件数	総数	940,008~940,016	9,482	921	5,525	2,025	1,011
				人口10万対	742.2	905.0	782.8	1,114.2	659.3	795.8
脳卒中患者における地域連携計画作成等の実施件数	2021	NDB	(レセプト数)	総数	40,493~40,765	632	11	480	141	0
				人口10万対	32.0~32.2	60.3	9.3	96.8	45.9	0.0
退院患者平均在院日数	2020	患者調査	傷病分類「脳血管疾患」の退院患者平均在院日数		79.2	93.8	65.3	59.5	88.6	332.6
両立支援コーディネーター基礎研修の受講者数	R4.3.31現在	(独)労働者健康安全機構養成研修HP	両立支援コーディネーター基礎研修受講者数	総数	12,087	83				
				人口10万対	9.6	8.0				
脳卒中患者に対する療養・就労両立支援の実施件数	2021	NDB	療養・就労両立支援指導料の算定件数	総数	104~288	0				
				人口10万対	0.1~0.2	0.0				
脳卒中患者における介護連携指導の実施件数	2021	NDB	介護連携指導料の算定件数	総数	26443~26451	40				
				人口10万対	20.9	3.8				
在宅等生活の場に復帰した患者の割合	2020	患者調査	「脳血管疾患」×退院後の行き先「家庭」で個票解析	在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者数[0.1千人]	306.6	2.8	0.0	1.5	0.6	0.0
				脳血管疾患患者数[0.1千人]	555.7	5.1	0.7	2.7	1.2	0.0
				在宅等生活の場に復帰した脳血管疾患患者の割合	55.2	55.7	68.0	53.8	49.8	62.3
脳卒中リハビリテーション認定看護師数	R4.12.25時点	日本看護協会	脳卒中リハビリテーション看護認定看護師あるいは脳卒中認定看護師の数	総数	792	8				
				人口10万対	0.6	0.8				
歯周病専門医が在籍する医療機関数	R4.12.31現在	日本歯周病学会	日本歯周病学会により認定された歯周病専門医が在籍する医療機関数	総数	973	7				
				人口10万対	0.8	0.7				
脳卒中による入院と同月に摂食機能療法を実施された患者数	2021	NDB	(レセプト数)	総数	185,832	2,658				
				人口10万対	146.7	253.7				

【*】「-」：「最小集計単位の原則」等により値の提示なし

表3 心筋梗塞等の心血管疾患の医療体制構築に係る現状把握のための指標

指標名	調査年	調査名			全国	富山県	新川	富山	高岡	砺波
年齢調整死亡率 (急性心筋梗塞)	2020	人口動態特殊 報告	男性	人口10万対	32.5	37.5				
			女性	人口10万対	14.0	15.3				
年齢調整死亡率 (虚血性心疾患)	2020	人口動態特殊 報告	男性	人口10万対	73.0	57.1				
			女性	人口10万対	30.2	23.5				
年齢調整死亡率 (心不全)	2020	人口動態特殊 報告	男性	人口10万対	69.0	65.0				
			女性	人口10万対	48.9	47.1				
年齢調整死亡率 (大動脈疾患)	2015	人口動態特殊 報告※基準人 口昭和60年	男性	人口10万対	6.4	7.1				
			女性	人口10万対	3.3	3.9				
年齢調整死亡率 (心血管疾患)	2020	人口動態特殊 報告	男性	人口10万対	190.1	151.7				
			女性	人口10万対	109.2	91.1				
喫煙率	2019	県:健康づくり県 民意識調査 (2021年) 国:国民健康・ 栄養調査(2019 年)	男性		27.1%	27.3%				
			女性		7.6%	4.6%				
特定健康診査受診率	2021	特定健康診査・ 特定保健指導 に関するデータ			58.6%	62.9%				
特定保健指導実施率	2021	特定健康診査・ 特定保健指導 に関するデータ			28.4%	29.6%				
高血圧性疾患患者の 年齢調整外来受療率	2020	患者調査	高血圧性疾患患者の年齢調整 外来受療率		215.3	196.7				
脂質異常症患者の年齢調整 外来受療率	2020	患者調査	脂質異常症患者の年齢調整 外来受療率		67.7	83.4				
心肺機能停止傷病者 (心肺停止患者)全搬 送人員のうち、一般市 民により除細動が実 施された件数	2021	消防庁「救急・ 救助の現況」	総数		1,719	14				
			人口10万対		1.4	1.3				
虚血性心疾患及び大 動脈疾患により救急 搬送された患者数	2021	患者調査	「虚血性心疾患」X「救急車に より搬送」個票解析	人口10万対	9.4~128.4	0.01~0.49	0.0	0.01~0.49	0.01~0.49	0.0
			「大動脈疾患」X「救急車に より搬送」個票解析	人口10万対	1.7~81.3	0.01~0.49	0.0	0.01~0.49	0.0	0.01~0.49
救急要請(覚知)から 医療機関への収容ま でに要した平均時間	2021	消防庁「救急・ 救助の現況」	救急要請(覚知)から救急医 療機関への搬送までに要し た平均時間(分)		42.8	33.6				
住民の救命講習受講 者数	2021	消防庁「救急・ 救助の現況」		人口1万対	37.3	52.5				
心肺停止患者の1か 月後の生存率	2021	消防庁「救急・ 救助の現況」			11.1%	13.0%				
心肺停止患者の1か 月後の社会復帰率	2021	消防庁「救急・ 救助の現況」			6.9%	8.3%				
循環器内科医師数、 心臓血管外科医師数	2020	医師・歯科医 師・薬剤師統計	主たる診療科を「循環器内 科」と届出をした医師数	総数	13,026	81	6	44	26	5
				人口10万対	10.2	7.7	5.0	8.8	8.4	3.9
			主たる診療科を「心臓血管外 科」と届出をした医師数	総数	3,222	29	1	23	5	0
				人口10万対	2.5	2.7	0.8	4.6	1.6	0.0
心臓内科系集中治療 室(CCU)を有する病 院数・病床数	2020	医療施設調査	病院票(28)特殊診療設備で、 CCUを有する施設数	総数	258	3	1	2	0	0
				人口10万対	0.2	0.3	0.8	0.4	0.0	0.0
			病院票(28)特殊診療設備で、 CCU病床数	総数	1,584	13	3	10	0	0
				人口10万対	1.2	1.2	2.5	2.0	0.0	0.0
心臓血管外科手術が 実施可能な医療機関 数	2021	NDB	心臓血管外科手術の算定件 数	総数	505~632	4~5	0	3	1~2	0
				人口10万対	0.4~0.5	0.4~0.5	0.0	0.6	0.3~0.7	0.0
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	2021	NDB	経皮的冠動脈形成術等の算 定件数(レセプト数)	総数	195,320~195,376	1,692	129	749	723	91
				人口10万対	154.2~154.3	161.5	109.6	151.0	235.4	71.6
来院後90分以内冠動 脈再開通達成率	2021	NDB	経皮的冠動脈形成術等の算 定件数(レセプト数)	率	61.3~61.5	61.8	51.0	58.7	71.7	58.5
心筋梗塞に対する冠 動脈再開通件数				総数	50,853~50,941	406	49	189	127	41
				人口10万対	40.2	38.8	41.6	38.1	41.3	32.3
うち心筋梗塞に対す る来院後90分以内冠 動脈再開通件数				総数	31,152~31,312	251	25	111	91	24
	人口10万対	24.6~24.7	24.0	21.2	22.4	29.6	18.9			

虚血性心疾患に対する心臓血管外科手術件数	2021	NDB	心臓血管外科手術の算定件数(レセプト数)	総数	13,923~14,107	119	0	104	15	0
				人口10万対	11.0~11.1	11.4	0.0	21.0	4.9	0.0
大動脈疾患患者に対する心臓血管外科手術件数	2021	NDB	大動脈瘤切除術の件数(レセプト数)	総数	16519~16759	88~96	1~9	74	13	0
				人口10万対	13.0~13.2	8.4~9.2	0.8~7.6	14.9	4.2	0.0
心血管疾患リハビリテーションが実施可能な医療機関数	2021.3.31現在	診療報酬施設基準	心大血管リハビリテーション料(Ⅰ)の届出施設数	総数	1,404	16	2	6	7	1
				人口10万対	1.1	1.5	1.7	1.2	2.3	0.8
			心大血管リハビリテーション料(Ⅱ)の届出施設数	総数	132	0	0	0	0	0
				人口10万対	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
入院心血管疾患リハビリテーションの実施件数	2021	NDB	心大血管疾患リハビリテーション料の実施件数(レセプト数)	総数	231,550~231,574	1,917	70	1,031	679	137
				人口10万対	182.8	183.0	59.5	207.9	221.1	107.8
外来心血管疾患リハビリテーションの実施件数	2021	NDB	心大血管疾患リハビリテーション料の実施件数(レセプト数)	総数	183,914~184,002	2,850~2,858	263	1,696	890	*
				人口10万対	145.2~145.3	272.0~272.8	223.5	342.0	289.8	
退院患者平均在院日数(虚血性心疾患)	2020	患者調査	傷病大分類「虚血性心疾患」の退院患者平均在院日数		12.4	8.8	5.0	5.7	11.6	4.9
退院患者平均在院日数(心血管疾患)	2020	患者調査	傷病大分類「心疾患」の退院患者平均在院日数		24.4	35.1	152.4	15.8	29.4	34.9
在宅等生活の場に復帰した患者の割合(虚血性心疾患)	2020	患者調査	「虚血性心疾患」X退院後の行き先の個票解析		93.4	94.7	100.0	92.7	95.5	92.9
在宅等生活の場に復帰した患者の割合(大動脈疾患)	2020	患者調査	「大動脈疾患」X退院後の行き先の個票解析		63.6~87.0	65.5	100.0	66.8	63.1	49.5
両立支援コーディネーター基礎研修の受講者数	R4.3.31現在	(独)労働者健康安全機構養成研修HP	両立支援コーディネーター基礎研修受講者数	総数	12,087	83				
				人口10万対	9.6	8.0				
心不全緩和ケアトレーニングコース受講者数	R4.12.27時点	心不全学会	HEPT受講人数の集計データ	総数	1,180	12				
				人口10万対	0.9	1.2				
心血管疾患に対する療養・就労両立支援の実施件数	2021	NDB	心筋梗塞、大動脈解離、心不全の療養・就労両立支援指導料の算定件数	総数	82~234	1~9				
				人口10万対	0.1~0.2	0.1~0.9				
心血管疾患患者における地域連携計画作成等の実施件数	2021	NDB	急性冠症候群、急性非代償性心不全、急性大動脈解離・大動脈瘤の地域連携診療計画加算(退院支援加算)の算定件数	総数	4659~5411	78~86	1~9	54	23	0
				人口10万対	3.7~4.3	7.4~8.2	0.8~7.6	10.9	7.5	0.0
心血管疾患における介護連携指導の実施件数	2021	NDB	急性冠症候群、急性非代償性心不全、急性大動脈解離・大動脈瘤の介護連携指導料の算定件数	総数	106,865	878				
				人口10万対	84.4	83.8				
慢性心不全の再発を予防するためのケアに従事している看護師数	R4.12月時点	日本看護協会	慢性心不全看護認定看護師数の集計データ	総数	503	9				
				人口10万対	0.4	0.9				
歯周病専門医が在籍する医療機関数	R4.12.31現在	日本歯周病学会	日本歯周病学会により認定された歯周病専門医が在籍する医療機関数	総数	973	7				
				人口10万対	0.8	0.7				

「*」「-」:「最小集計単位の原則」等により値の提示なし

表4 糖尿病の医療体制構築に係る現状把握のための指標

指標名	調査年	調査名		全国	富山県	新川	富山	高岡	砺波
糖尿病患者の年齢調整死亡率	2020	人口動態特殊統計	男性 人口10万対	13.9	13.3				
			女性 人口10万対	6.9	6.0				
特定健診受診率	2021	特定健康診査・特定保健指導に関するデータ		56.2	62.9				
特定保健指導実施率	2021	特定健康診査・特定保健指導に関するデータ		24.7	29.6				
糖尿病予備群の者の数	2019	国民健康・栄養調査	男性(万人)	326.0					
			女性(万人)	332.0					
糖尿病が強く疑われる者の数	2019	国民健康・栄養調査	男性(万人)	200					
			女性(万人)	151					
糖尿病患者の年齢調整外来受療率	2020	患者調査		92.0	88.7				
糖尿病専門医が在籍する医療機関数	2022	日本糖尿病学会	人口10万対	3.0	4.0				
糖尿病療養指導士が在籍する医療機関数	2022	日本糖尿病療養士認定機構	人口10万対	4.1	5.7				
1型糖尿病に対する専門的治療を行う医療機関数	2021	NDB	1年間でインスリン処方があり、かるシリンジポンプに関連する加算を算定した医療機関数	総数	1,510	23			
				人口10万対	1.2	2.2			
妊娠糖尿病・糖尿病合併妊娠に対する専門的治療を行う医療機関数	2021	NDB	在宅妊娠糖尿病管理料を算定している医療機関数	総数	1,273	11			
HbA1cもしくはGA検査の実施割合	2021	NDB		(%)	95.7	96.1			
インスリン治療の実施割合	2021	NDB		(%)	12.1	13.4			
糖尿病透析予防指導もしくは糖尿病合併症管理の実施割合	2021	NDB	透析予防指導管理料または糖尿病合併症管理料のいずれかを算定があった患者の割合	(%)	0.8	1.5			
外来栄養食事指導料の実施割合	2021	NDB	外来栄養食事指導料、集団栄養食事指導料の算定があった患者の割合	(%)	5.1	6.0			
糖尿病治療を主とした入院の発生(DKA・昏睡・低血糖などに限定)(糖尿病患者1年当たり)	2021	NDB	糖尿病(昏睡・アシドーシス・低血糖)を主病名として入院した年間患者数		213.1	244.1			
重症低血糖の発生(糖尿病患者1年当たり)	2021	NDB	低血糖病名と同時に50%ブドウ糖静脈注射がされた患者数	(%)	0.7	0.6			
腎臓専門医が在籍する医療機関数	2023.1現在	日本糖尿病学会	人口10万対	2.3	3.0				
歯周病専門医が在籍する医療機関数	202.12現在	日本歯周病学会	人口10万対	0.8	0.7				
糖尿病網膜症に対する専門的治療を行う医療機関数	2021	NDB	糖尿病網膜症治療(網膜光凝固術、硝子体茎頭微鏡離断術等)を算定した医療機関数	人口10万対	5.2	6.0			
糖尿病性腎症に対する専門的治療を行う医療機関数	2021	NDB	糖尿病透析予防管理料が算定されている医療機関数	人口10万対	0.9	2.1			
糖尿病足病変に対する専門的治療を行う医療機関数	2021	NDB	糖尿病合併症管理料が算定されている医療機関数	人口10万対	1.6	2.6			
眼底検査の実施割合	2021	NDB		(%)	40.0	38.8			
尿中アルブミン・蛋白定量検査の実施割合	2021	NDB		(%)	18.4	11.5			
クレアチニン検査の実施割合	2021	NDB		(%)	88.3	85.2			

指標名	調査年	調査名			全国	富山県	新川	富山	高岡	砺波
治療が必要な糖尿病網膜症の発生(糖尿病患者1年当たり)	2021	日本透析医学会		(%)	1.6	2.0				
糖尿病性腎症に対する新規人工透析導入患者数	2021	日本透析医学会		総数	15,271	141				
				人口10万対	12.1	13.5				
糖尿病患者の下肢切断の発生(糖尿病患者1年当たり)	2021	NDB			61.1	46.1				

表5 救急医療の医療体制構築に係る現状把握のための指標

指標名	調査年	調査名			全国	富山県	新川	富山	高岡	砺波
救急救命士の数	2022年	消防庁「救急・救助の現況」	救急救命士の数(人)	人口10万対	25.2	25.9				
救急要請から医療機関への搬送までに要した平均時間	2021年	消防庁「救急・救助の現況」	平均時間(分)		42.8	33.6				
関係機関が参加した県メディカルコントロール協議会の開催回数	2022年	県消防課調べ	回数		—	0				
受入れ困難事例数	2020年	救急搬送における医療機関の受入れ状況等実態調査	現場滞在時間が30分以上	割合	5.3%	0.7%				
			医療機関に4回以上受入れを照会	割合	3.2%	0.5%				
住民の救急蘇生法講習受講者数	2021年	消防庁「救急・救助の現況」	講習受講者数(人)	人口1万対	37.3	52.5				
一般市民による除細動実施件数	2021年	消防庁「救急・救助の現況」		人口10万対	1.4	1.3				
心肺停止患者の1か月後の生存率	2021年	消防庁「救急・救助の現況」		割合	11.1%	13.0%				
心肺停止患者の1か月後の社会復帰率	2021年	消防庁「救急・救助の現況」		割合	6.9%	8.3%				
救急搬送患者数	2021年	消防庁「救急・救助の現況」	救急搬送患者数(人)	人口10万対	4,336	3,866				
救急搬送者の軽症者割合	2021年	消防庁「救急・救助の現況」		割合	44.8%	37.5%				
救命救急センター数	2022年	救急医療体制に関する調査		人口10万対	0.2	0.2	0.0	0.2	0.3	0.0
救命救急センター充実段階評価	2021年	救命救急センターの評価結果			—	A評価				
救急担当専任医師数・看護師数	2021年	救命救急センターの評価結果	医師(人)	人口10万対	2.6	1.1				
			看護師(人)	人口10万対	14.6	12.2				
ICUを有する病院数・病床数	2020年	医療施設調査	病院	人口10万対	0.5	0.8				
			病床	人口10万対	5.0	4.6				
第二次救急医療機関数	2021年	病床機能報告		人口10万対	2.6	2.4				
緊急入院患者における退院調整・支援の実施件数	2021年	NDB	レセプト件数	人口10万対	617	807				
初期救急医療機関数	2020年	医療施設調査		人口10万対	1.2	1.9	2.5	1.8	2.3	0.8
一般診療所で初期救急医療に参加する機関の割合	2020年	医療施設調査		割合	—	21.5%	39.2%	10.6%	35.6%	19.3%
休日夜間急患センターの整備された医療圏数	2023年	県医務課調べ			—	4				

表6 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

指標名	調査年	調査名		全国	富山県	黒部市民	県立中央	富大附属	富山市民	富山赤十字	高岡市民	厚生連高岡	砺波総合
						地域	基幹	基幹	地域	地域	地域	地域	地域
病院の耐震化率	2022	都道府県調査	災害時に拠点となる病院	95.4%	100%	済	済	済	済	済	済	済	済
			災害時に拠点となる病院以外の病院	77.0%	89.8%								
災害拠点病院における災害時の複数の通信手段の確保率	2022	都道府県調査		94.4%	100%	有	有	有	有	有	有	有	有
災害拠点病院における業務継続計画の策定率	2022	都道府県調査		—	100%	済	済	済	済	済	済	済	済
災害拠点病院におけるEMISの操作を含む研修・訓練を実施している病院の割合	2022	都道府県調査		92.0%	100%								
DMAT、DPAT等の緊急医療チーム数及びチームを構成する医療従事者数	2022	都道府県調査	DMAT隊員数(人)(人口10万対)	12.6	18.0								
			DMAT感染症研修を受講したDMAT隊員数の割合	25.6%	10.6%								
災害拠点病院以外の病院における業務継続計画の策定率	2023	県医務課調べ		—	56.1%								
災害拠点病院以外の病院における広域災害・救急医療情報システム(EMIS)への登録率	2023	都道府県調査		—	100%								
航空搬送拠点臨時医療施設(SCU)の資機材	2023	都道府県調査		—	整備								
災害医療関係者による定期会議の開催	2023	県医務課調べ		—	開催								
災害医療コーディネーター研修修了者数	2022	県医務課調べ	研修修了者数(人)	—	25								

表7 へき地の医療体制構築に係る現状把握のための指標

指標名	調査年	調査名		全国	富山県	新川	富山	高岡	砺波
へき地の数 無医地区	2022	無医地区等調査		557	8		1	7	
へき地の数 無医地区に準ずる地区	2022	無医地区等調査		549	11	4	3		4
へき地診療所数	2023	県医務課調べ		-	3				3
へき地医療拠点病院 の数	2023	県医務課調べ		-	8	1	2	2	3
へき地医療拠点病院 からへき地への代診 医派遣実施回数	2022	へき地医療現 況調査	2021年度実績	3,605	7				7
へき地医療拠点病院 からへき地への巡回 診療実施回数	2022	へき地医療現 況調査	2021年度実績	4,539	326	48	72	103	103
へき地医療拠点病 院・診療所に派遣して いる自治医科大学卒 業医師数	2023	県医務課調べ		-	7	1	1	1	4
○新へき地医療拠点 病院の中で、主要3 事業の年間実績が合 算で12回以上の医療 機関の割合	2022	県医務課調べ	2021年度実績	74.2%	75.0%	100%	100%	100%	33.3%
○新へき地医療拠点 病院の中で、へき地 医療拠点病院の必須 事業の実施回数が年 間1回以上の医療機 関の割合	2022	県医務課調べ	2021年度実績	87.8%	100%	100%	100%	100%	100%

表8 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

指標名	調査年	調査名			全国	富山県	新川	富山	高岡	砺波
周産期死亡率	2021	厚生労働省「人口動態調査」		出産1000人対	3.4	4.4				
産科・産婦人科医師数	2020	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」	主たる診療科を「産科」又は「産婦人科」と届出をした医師数	出産1000人対	14	16.5	17.0	19.2	12.3	13.3
分娩を取扱う医師数	2020	医療施設調査	病院 (常勤換算)	15-49歳女性人口10万対	26.5	28.8	30.8	34.5	18.9	28.4
			診療所 (常勤換算)	15-49歳女性人口10万対	8.5	6.9	4.9	5.8	10.5	4.4
分娩を取扱う医療機関	2020	医療施設調査	病院	総数		10	1	5	3	1
			診療所	総数		9	1	3	4	1
就業助産師数	2020	衛生行政報告例	就業助産師数	15-49歳女性人口10万対	148.6	211.0				
助産師外来	2022	県医務課調べ	病院	総数		11	2	5	3	1
			診療所	総数		3	1	0	2	0
院内助産所を設置する医療機関数	2022	県医務課調べ		総数		3	0	2	0	1
NICU病床数	2020	医療施設調査		出生1000人対	4.0	3.8	0.0	6.5	1.8	0.0
MFICU病床数	2020	医療施設調査		出生1000人対	1.0	1.4	0.0	2.8	0.0	0.0
母体・新生児搬送数	2021	救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査・周産期医療体制調		15-49歳女性人口10万対	149.7	127.8				
母体搬送数	2021	救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査・周産期医療体制調		総数		175.0				
新生児搬送数	2021	救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査・周産期医療体制調		総数		68.0				
災害時小児周産期リエゾン任命者数	2022	県子育て支援課調べ		総数		6				
早産割合	2020	厚生労働省「人口動態調査」		割合	5.5%	6.0%				
低出生体重児の出生割合	2021	厚生労働省「人口動態調査」		割合	9.4%	9.3%				
35歳以上の母からの出生率	2021	厚生労働省「人口動態調査」		割合	30.0%	27.9%				

指標名	調査年	調査名			全国	富山県	新川	富山	高岡	砺波
40歳以上の母からの出生率	2021	厚生労働省「人口動態調査」		割合	6.2%	5.4%				
産後訪問指導実施率	2021	地域保健・健康増進事業報告	新生児(未熟児を除く)の被訪問指導	出産1000人対	246	567				
			未熟児の訪問指導	出産1000人対	60	151				
重症心身障害児(者)用病床数	2022	県障害福祉課調べ		総数		357.0				
○新ハイリスク妊産婦連携指導料1届出医療機関数	2022	診療報酬施設基準		総数	643	12				
○新ハイリスク妊産婦連携指導料2届出医療機関数	2022	診療報酬施設基準		総数	381	8				

表9 小児医療の医療体制構築に係る現状把握のための指標

指標名	調査年	調査名			全国	富山県	新川	富山	高岡	砺波
乳児死亡率	2021	厚生労働省「人口動態調査」		出産1000人対	1.7	2.1				
乳幼児死亡率	2021	厚生労働省「人口動態調査」		乳幼児人口10万対	40.7	40.2				
小児死亡率	2021	厚生労働省「人口動態調査」		小児人口10万対	17.3	14.4				
小児科医師数	2020	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」		小児人口1万対	12.0	13.2	7.5	16.3	11.6	9.4
小児の訪問看護を実施する訪問看護ステーション数	2022	訪問看護レセプト(2022年6月審査分)	15才未満の利用者に対し訪問看護を実施している訪問看護ステーション数	小児人口10万対	26.2	22.6	118.1	8.8	15.2	14.9
休日夜間小児急患センターが整備された医療圏数	2023	県医務課調べ		総数		4				
24時間365日対応可能な小児救急が整備された医療圏数	2023	県医務課調べ		総数		4				
時間外外来受診回数	2021	NDB	0歳～15歳未満	小児人口10万対、レセプト件数	31,161	58,704	45,691	67,376	56,373	39,341
小児の救急入院患者数	2021	NDB		レセプト件数		330	48	43	17	222
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	2022	県医務課調べ		割合		83.9%				
子どもの自殺者数	2022	厚生労働省自殺の統計:地域における自殺の基礎資料	20歳未満:男女計	総数	798	9				
子ども医療電話相談の件数	2021	県医務課調べ		小児人口10万対	6,117.9	6,367.9				
小児集中治療管理室(PICU)を有する医療機関数	2020	医療施設調査	PICUを有する病院数	総数	37	0				

「*」「-」:「最小集計単位の原則」等により値の提示なし

表10 在宅医療の医療体制構築に係る現状把握のための指標

指標名	調査年	調査名			全国	富山県	医療圏			
							新川	富山	高岡	砺波
退院支援担当者を配置している診療所・病院数	2020	NDB: 医療施設調査	退院調整支援担当者「いる」の診療所数	総数	400	1	0	0	1	0
				人口10万対	0.3	0.1	0.0	0.0	0.3	0.0
			退院調整支援担当者「いる」の病院数	総数	4,147	47	7	24	10	6
				人口10万対	3.3	4.5	5.9	4.8	3.2	4.7
退院支援を実施している診療所・病院数	2021年度	NDB	退院調整加算を算定した診療所・病院数	総数	169~286	21	0	16	5	0
				人口10万対	0.1~0.2	2.0	0.0	3.2	1.6	0.0
退院支援(退院調整)を受けた患者数	2021年度	NDB	退院調整加算の算定件数	総数	1,049,382	39,734	4,356	21,346	9,274	4,758
				人口10万対	828.5	3,792.5	3702.5	4304.7	3019.4	3745.3
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)	2022	県地域リハビリテーション支援センター調査		総数		87.1	90.2	85.1	87.5	88.5
訪問診療を実施している診療所・病院数	2021年度	NDB	在宅患者訪問診療料を算定した診療所・病院数	総数	15,809~16,284	255	25	115	81	34
				人口10万対	12.5~12.9	24.3	21.2	23.2	26.4	26.8
在宅医療を受けた患者数	2021	高齢福祉課及び県在宅医療支援センター調査		総数		6,851	778	3,227	2,022	824
在宅療養支援診療所・病院数	全国 2021. 3.31 富山 県 2022. 4.1	診療報酬施設基準	在宅療養支援診療所(1)(2)(3)届出施設数	総数	15,117	72	2	42	22	6
				人口10万対	11.9	6.9	1.7	8.5	7.2	4.8
			在宅療養支援病院(1)(2)(3)届出施設数	総数	1,672	17	3	8	4	2
				人口10万対	1.3	1.6	2.6	1.6	1.3	1.6
訪問看護ステーション数、従業者数	2022. 4.1	全国訪問看護事業協会調査及び高齢福祉課調査	訪問看護ステーション数	総数	14,304	87	6	41	29	11
				人口10万対	11.4	8.4	5.2	8.3	9.5	8.8
訪問看護利用者数	2021	介護サービス施設・事業調査	訪問看護ステーション利用実人員数	総数	944,534	5,849				
				人口10万対	745.8	558.3				
訪問リハビリテーション事業所数(人口10万対)	2021	介護保険総合データベース	サービス提供事業所数(訪問リハビリテーション)	総数	5,653	66				
				人口10万対	4.5	6.3				
在宅療養支援歯科診療所数	2021. 3.31	診療報酬施設基準	在宅療養支援歯科診療所の届出施設数	総数	8,523	56	10	21	19	6
				人口10万対	6.7	5.3	8.5	4.2	6.2	4.7
歯科訪問診療を実施している診療所・病院数	2021年度	NDB	歯科訪問診療1を算定した診療所・病院数	総数	12,848~13,183	177	25	80	56	16
				人口10万対	10.1~10.4	16.9	21.2	16.1	18.2	12.6
訪問薬剤指導の実績のある薬局数	2022	県薬剤師会調査		総数		289	31	159	67	32
				人口10万対		27.9	26.8	32.3	22.0	25.6
訪問介護事業所数	2021. 10.1	介護サービス施設・事業調査		総数	35,612	254				
医療系ショートステイ病床(介護家族の緊急時の一時的な受け入れ病床)の利用率	2022	高齢福祉課調査		総数		12.7				
往診を実施している診療所・病院数	2021年度	NDB	往診料を算定した診療所数・病院数	総数	23,443~23,893	290	25	132	94	39
				人口10万対	18.5~18.9	27.7	21.2	26.6	30.6	30.7
往診を受けた患者数	2021年度	NDB	往診料算定件数	総数	1,611,620~1,612,484	10,200	1,072	4,066	3,105	1,957
				人口10万対	1272.5~1273.1	973.5	911.2	820.0	1010.9	1540.5
24時間体制の訪問看護ステーション届出割合	2022	県高齢福祉課調査		総数		78	4	36	29	9
				割合(%)		89.7	66.7	87.8	100.0	81.8
緊急時訪問看護加算算定数(実数)	2022	県訪問看護ステーション連絡協議会調査	介護保険	総数		5,199	136	2,685	1,949	429
24時間対応体制加算算定数(実数)			医療保険	総数		2,958	123	1,653	819	363
在宅看取りを実施している医療機関数	2021年度	NDB	在宅患者訪問診療料を算定した診療所数・病院数	総数	6,292~6,807	85	3	35	38	9
				人口10万対	5.0~5.4	8.1	2.5	7.1	12.4	7.1
自宅死亡割合	2022	人口動態調査	自宅死亡数	総数	273,265	2,017				
				割合(%)	17.4	13.4				
看取り加算算定回数	2021		死亡診断加算等	総数	149,387~150,907	1,672	145	630	673	224
				人口10万対	117.9~119.1	159.6	123.2	127.0	219.1	176.3
訪問栄養食事指導を受けた患者数	2021年度	NDB	在宅患者訪問栄養食事指導1,2算定件数	総数	2,934~3,006	15				
				人口10万対	2.3~2.4	1.4				

「*」「-」:「最小集計単位の原則」等により値の提示なし

富山県医療審議会委員名簿

(五十音順)

氏名	職名	備考
網谷 茂樹	砺波医師会長	2023. 7. 17 まで 藤井 正則
稲村 睦子	富山県看護協会会長	
奥寺 敬	富山大学医学部特別研究教授	
加藤 真理子	富山県訪問看護ステーション連絡協議会長	
蒲地 誠	北日本新聞社代表取締役社長	
川端 雅彦	富山県公的病院長協議会長	
河部 勝巳	富山県消防長会長	2023. 6. 26 まで 相澤 充則
白崎 文朗	高岡市医師会長	2023. 6. 26 まで 藤田 一
須河 弘美	富山県保険者協議会長	
武島 直子	富山県弁護士会長	2023. 7. 17 まで 坂本 義夫
中川 行孝	富山県町村会代表	
西尾 公秀	富山県薬剤師会長	
浜守 秀樹	富山県労働者福祉事業協会理事長	
林 篤志	富山大学附属病院長	
平野 八州男	魚津市医師会長	
平野 靖子	富山県消費生活研究グループ連絡協議会長	2023. 7. 17 まで 早川 泰子
舟坂 雅春	富山市医師会長	
舟田 伸司	富山県社会福祉協議会評議員	
藤井 久丈	全日本病院協会富山県支部長	
宮津 健次	富山県精神科病院協議会長	
村上 美也子	富山県医師会長	2023. 6. 26 まで 馬瀬 大助
山崎 安仁	富山県歯科医師会長	
片原 将元	三協立山健康保険組合	専門委員 (地域医療構想)
藤木 龍輔	富山県介護老人保健施設協会会長	専門委員 (地域医療構想)
松井 泰治	協会けんぽ富山支部長	専門委員 (地域医療構想)

(計 25 名 (専門委員含む))

富山県医療対策協議会委員名簿

(五十音順)

氏名	職名	備考
網谷 茂樹	砺波医師会長	2023. 7. 17 まで 藤井 正則
稲村 睦子	富山県看護協会会長	
臼田 和生	富山県立中央病院長	
河合 博志	市立砺波総合病院長	
河部 勝巳	富山県消防長会長	2023. 6. 26 まで 相澤 充則
加藤 真理子	富山県訪問看護ステーション連絡協議会長	
金兼 千春	国立病院機構富山病院長	
谷野 亮一郎	日本精神科病院協会富山県支部長	
辻 宏和	黒部市民病院長	
寺田 光宏	厚生連高岡病院長	
白崎 文朗	高岡市医師会長	2023. 6. 26 まで 藤田 一
中川 行孝	富山県町村会代表	
西尾 公秀	富山県薬剤師会長	
畑崎 喜芳	富山県リハビリテーション病院・こども支援センター院長	
林 篤志	富山大学附属病院長	
平野 八州男	魚津市医師会長	
舟坂 雅春	富山市医師会長	
舟田 伸司	富山県社会福祉協議会評議員	
藤井 久丈	全日本病院協会富山県支部長	
藤村 隆	富山市立富山市民病院長	
堀地 肇	富山県医師会副会長	2023. 6. 26 まで 泉 良平
村上 美也子	富山県医師会長	2023. 6. 26 まで 馬瀬 大助
山崎 安仁	富山県歯科医師会長	

(計 23 名)

新川地域医療推進対策協議会委員名簿

(五十音順)

氏名	職名	備考
青山 芳枝	魚津市連合婦人会長	
今井 柳子	入善町社会福祉協議理事	2023.6.23 まで 大角 秋代
上坂 展弘	黒部市 副市長	
上田 百合子	入善訪問看護ステーション 管理者	
大崎 雅子	あんどの里 施設長	
奥川 博司	富山県歯科医師会副会長	2023.6.22 まで 野田 修
加藤 好進	朝日町身体障害者協会会長	
角谷 直孝	富山労災病院長	
澤木 勝	魚津老人保健施設 施設長	
四十万 隆一	魚津市 副市長	
炭田 恵	富山労災病院 看護部長	
竹島 秀浩	入善町 副町長	
辻 宏和	黒部市民病院長	
鳴河 宗聡	富山県医師会常任理事	
新田 正昭	下新川郡医師会長	
能澤 隆義	新川地域消防組合消防本部 消防長	
畠山 規明	富山県薬剤師会 魚津支部長	
平野 八州男	魚津市医師会長	
東山 考一	あさひ総合病院長	
藤岡 照裕	新川地域在宅医療療養連携協議会 会長	
藤澤 志信	富山県薬剤師会 理事	
宮崎 美智子	魚津市介護保険サービス事業者連絡協議会ケアマネ 部会長	
紋川 明和	にいかわ認知症疾患医療センター長	
弥忠田 大	下新川郡歯科医師会長	
山崎 富士夫	朝日町 副町長	

(計 25 名)

富山地域医療推進対策協議会委員名簿

(五十音順)

氏名	職名	備考
石橋 由利枝	富山市介護支援専門員協会副会長	
今井 真理子	滑川市ヘルスポランティア協議会長	
今本 雅祥	富山市副市長	
臼田 和生	富山県立中央病院長	
浦風 雅春	かみいち総合病院長	
小竹 敏弘	上市町副町長	
柿沢 昌宏	滑川市副市長	
金山 圭子	富山市老人クラブ連合会副会長	
車谷 亮	滑川市医師会長	
佐野 章博	富山県東部消防組合 警防課長	
篠崎 美春	滑川市介護支援専門員協議会長	
杉田 尚美	立山町副町長	
高橋 正志	富山市歯科医師会副会長	
寺畑 信男	中新川郡医師会長	
中村 匡美	富山県訪問看護ステーション連絡協議会副会長	2023.7.3まで 井崎 明子
長谷川 徹	富山県医師会常任理事	
林 三千彦	富山市薬剤師会長・富山県薬剤師会副会長	
藤井 久丈	全日本病院協会富山県支部長	
藤木 龍輔	ケアホーム陽風の里（医療法人財団恵仁会理事長）	
藤村 隆	富山市民病院長	
舟坂 雅春	富山市医師会長	
古川 笑子	舟橋村社会福祉協議会理事	
森 太貴子	富山赤十字病院 看護部長	
山田 雅敏	富山県歯科医師会常務理事	
吉本 博昭	富山県精神病院協会・精神科医会監事	

(計 25 名)

高岡地域医療推進対策協議会委員名簿

(五十音順)

氏名	職名	備考
磯部 賢	射水市副市長	
上田 利幸	県薬剤師会射水支部長	2023.6.11 まで 酢谷 睦美
浦島 章浩	高岡市消防本部消防長	
尾崎 憲子	高岡市社会福祉協議会長	
小野寺 正子	特別養護老人ホームエスポワールこすぎ施設長	
川中 健一	県歯科医師会理事	
河村 幹治	高岡市副市長	
木戸 日出喜	県介護老人保健施設協議会副会長	
篠田 伸二	氷見市副市長	
白崎 文朗	高岡市医師会長	2023.6.23 まで 藤田 一
柴田 万希子	高岡市手をつなぐ育成会副会長	
渋谷 美保子	済生会高岡病院看護部長	
炭谷 哲二	富山県医師会副会長	
立浪 徹	高岡市歯科医師会長	
寺田 光宏	厚生連高岡病院長	
長澤 泰宏	県薬剤師会氷見支部長	
野澤 寛	射水市医師会長	
広岡 小百合	富山県介護支援専門員協会常任理事	
松井 みづほ	氷見市医師会長	
山本 一郎	県薬剤師会高岡支部長	
藪下 和久	高岡市民病院長	
山多 小百合	富山県ホームヘルパー協議会理事	
六瀬 栄巳子	高岡市地域活動クラブ連絡協議会長	

(計 23 名)

砺波地域医療推進対策協議会委員名簿

(五十音順)

氏名	職名	備考
網谷 茂樹	砺波医師会長	2023.6.26まで 藤井 正則
小川 晶美	砺波市訪問看護ステーション代表	
表 富美枝	特別養護老人ホーム清楽園施設長	
金子 利朗	南砺市医師会長	
河合 晃充	富山県医師会理事	
河合 博志	市立砺波総合病院長	
熊倉 和彦	富山県薬剤師会全砺波支部長	
五郎丸 知明	富山県歯科医師会理事	
齊藤 一夫	砺波市副市長	
齋藤 宗人	南砺市副市長	
清水 淳三	公立学校共済組合北陸中央病院長	
清水 幸裕	南砺市民病院長	
下保 範翁	砺波地域消防組合消防長	
竹田 達文	小矢部市副市長	
塚根 博子	砺波地方居宅介護支援事業者連絡協議会会長	2023.7.1まで 中田 康則
飛田 久子	小矢部市社会福祉協議会副会長	
西部 悦子	南砺市ヘルスボランティア連絡会副会長	
沼田 仁成	小矢部市医師会長	
松林 富子	南砺市さわやかネットワーク副会長	
三浦 利則	公立南砺中央病院長	
山本 茂	小矢部市歯科医師会長	2023.6.22まで 澤越 豊
吉澤 環	南砺市民病院看護部長	
吉田 光宏	独立行政法人国立病院機構北陸病院長	

(計 23 名)

富山県がん対策推進協議会委員名簿

(五十音順)

氏名	職名	備考
稲村 睦子	富山県看護協会長	
臼田 和生	富山県がん診療連携協議会長	
尾栢 光江	富山県婦人会幹事	
中田 寿子	富山県薬剤師会理事	
中屋 美幸	がんピアサポーター	
能登 啓文	富山県健康増進センター所長	
浜守 秀樹	富山県労働者福祉事業協会理事長	
林 篤志	富山大学附属病院長	
福島 悦子	富山県老人クラブ連合会理事	
藤井 裕久	富山県市長会長	
舟橋 貴之	富山県町村会長	
牧田 和樹	富山県商工会議所連合会理事	
松井 泰治	全国健康保険協会富山支部長	
水口 芳美	富山県商工会女性部連合会長	
宮田 衛	がんの子どもを守る会代表幹事	
村上 美也子	富山県医師会長	
森田 裕子	富山肺がん患者会ふたば	
山崎 安仁	富山県歯科医師会長	
吉岡 勝利	富山労働局長	

(計 19 名)

富山県循環器病対策推進協議会委員名簿

(五十音順)

氏名	職名	備考
石黒 明美	富山脳卒中の会	
石黒 康子	富山県栄養士会長	
稲村 睦子	富山県看護協会会長	
臼田 和生	富山県立中央病院長	
梅村 夕子	富山県市町村保健師連絡協議会長	
川端 雅彦	富山県公的病院長協議会長	
河部 勝巳	富山県消防長会長	
絹川 弘一郎	富山大学学術研究部医学系内科学第二講座教授	
黒田 敏	富山大学学術研究部医学系脳神経外科学教授	
齋藤 洋平	富山県作業療法士会長	
酒井 吉仁	富山県理学療法士会長	
高瀬 嘉子	富山県心臓病の子どもを守る会副会長	
長瀬 博文	富山県厚生センター所長・支所長会長	
西尾 公秀	富山県薬剤師会長	
畑崎 喜芳	富山県リハビリテーション病院・こども支援センター院長	
坂東 みゆ紀	富山県介護支援専門員協会会長	
堀江 幸男	富山県済生会富山病院長	
村上 美也子	富山県医師会長	
山崎 安仁	富山県歯科医師会長	
吉岡 勝利	富山労働局長	
芳村 直樹	富山大学学術研究部医学系外科学講座教授	

(計 21 名)

富山県透析患者等発生予防推進事業連絡協議会委員名簿

(五十音順)

氏名	職名	備考
赤堀 弘	黒部市民病院糖尿病・内分泌内科部長	
東 滋	高岡市民病院内科主任部長	
荒川 志朗	滑川市医師会理事	
石田 陽一	富山市病院事業管理者	
泉野 敬之	富山県国民健康保険団体連合会国保事業運営委員会委員長	
稲村 睦子	富山県看護協会会長	
梅村 夕子	富山県市町村保健師研究連絡協議会長	
大澤 謙三	砺波医師会理事	
川瀬 紀夫	下新川郡医師会副会長	
甲村 亮二	富山県栄養士会副会長	
酒井 千春	健康保険組合連合会富山連合会副会長	
周 海燕	中新川郡医師会理事	
鷹西 敏雄	南砺市医師会理事	
戸邊 一之	富山大学医学部第一内科教授	
中澤 昭博	全国健康保険協会富山支部企画総務部長	
西尾 公秀	富山県薬剤師会会長	
畠山 収一	小矢部市医師会副会長	
早川 哲雄	市立砺波総合病院内科部長	
平谷 和幸	射水市医師会代表	
平野 真澄	魚津市医師会理事	
福田 一仁	氷見市医師会理事	
藤井 明	富山県後期高齢者医療広域連合事業課長	
舟坂 雅春	富山市医師会長	
寶田 茂	富山県医師会理事	
松倉 知晴	厚生センター所長・支所長会代表	
山田 雅敏	富山県歯科医師会専務理事	
吉澤 都	富山県立中央病院内科（内分泌・代謝）部長	

(計 27 名)

富山県医療計画策定 精神疾患ワーキンググループ委員名簿

(五十音順)

氏名	職名	備考
麻生 光男	富山県心の健康センター所長	
上田 正樹	富山県精神障害者障害福祉サービス事業所連絡協議会長	
葛野 洋一	魚津緑ヶ丘院院長	
木戸 日出喜	富山県精神科医会会長、木戸クリニック院長	
坂本 宏	独立行政法人国立病院機構北陸病院院長	
坂本 睦美	富山県市町村保健師研究連絡協議会長	
谷口 理絵	富山県保健師長会長	
谷野 亮一郎	日本精神科病院協会富山県支部長、谷野呉山病院院長	
野村 忠雄	富山県リハビリテーション病院・こども支援センター顧問 ・高次脳機能障害センター長	
福井 淳夫	富山県精神保健福祉士協会会長	
藤井 勉	富山県精神科医会副会長、富山県立中央病院精神科部長	
宮森 加甫子	富山県リハビリテーション病院・こども支援センター副院長	
吉田 政人	日本精神科看護協会富山県支部長	
渡辺 多恵	富山県医師会理事、小矢部大家病院理事長・院長	

(計 14 名)

富山県医療計画策定 救急・災害ワーキンググループ委員名簿

(五十音順)

氏名	職名	備考
小倉 憲一	富山県災害医療コーディネーター	
月岡 雄治	黒部市民病院地域救命センター所長	
土井 智章	富山大学救急医学講座教授附属病院災害・救命センター長	
廣田 幸次郎	市立砺波総合病院副院長集中治療・災害医療部長	
法才 潤司	富山県消防長会救急部会代表	
堀地 肇	富山県医師会副会長	
吉田 昌弘	厚生連高岡病院救命救急センター長	
若杉 雅浩	富山県立中央病院救命救急センター長	

(計8名)

富山県感染症対策連携協議会構成員名簿

分野	構成員	会議出席者
医療機関	富山県立中央病院	彼谷 裕康
	黒部市民病院	辻 宏和
	富山市民病院	藤村 隆
	高岡市民病院	伊藤 博行
	市立砺波総合病院	河合 博志 廣田 幸次郎
	富山大学附属病院	山本 善裕
	富山県厚生農業協同組合連合会高岡病院	狩野 恵彦 (オブザーバー)
関係団体	富山県公的病院長協議会	川端 雅彦
	富山県医師会	村上 美也子
	富山県歯科医師会	山崎 安仁
	富山県看護協会	稲村 睦子
	富山県薬剤師会	西尾 公秀
	富山県医薬品卸業協同組合	松井 秀太郎
	富山県消防長会	松井 孝博 河部 勝巳
	全日本病院協会富山県支部	藤井 久丈
行政機関	富山県	有賀 玲子
	富山市保健所	瀧波 賢治
	富山県厚生センター所長・支所長会	大江 浩
	富山県衛生研究所	大石 和徳
	新潟検疫所富山空港出張所	山田 憲明

(計 20 名)

富山県周産期保健医療協議会委員名簿

(五十音順)

氏名	職名	備考
今村 博明	厚生連高岡病院小児科診療部長・周産期母子センター(NICU)診療部長代理	
大江 浩	富山県厚生センター所長・支所長会 代表	
岡本 里美	富山県看護協会 副会長	
桑間 直志	富山赤十字病院 第1産婦人科部長	
佐々木 泰	市立砺波総合病院 産婦人科主任部長	
田中 朋美	富山大学学術研究部医学系 小児科学医局長	
谷村 悟	富山県立中央病院 産婦人科部長・母子医療センター部長	
中島 彰俊	富山大学学術研究部医学系 産科婦人科学講座教授	
伏木 弘	富山県産婦人科医学会長	
二谷 武	富山県立中央病院新生児科部長	
村上 美也子	富山県医師会長	
吉本 英生	済生会高岡病院 産婦人科部長	
和田 拓也	富山市立富山市民病院小児科部長	
渡辺 一洋	黒部市民病院小児科部長	

(計 14 名)

富山県小児医療等協議会委員名簿

(五十音順)

氏名	職名	備考
五十嵐 登	富山県リハビリテーション病院・こども支援センター副院長こども支援センター長	
今井 千速	富山大学学術研究部医学系小児科学講座教授	
大江 浩	富山県厚生センター所長・支所長会 代表	
金兼 千春	国立病院機構富山病院長	
窪田 博道	厚生連高岡病院小児科顧問	
小西 道雄	市立砺波総合病院小児科主任部長	
辻井 農亜	“富山大学附属病院こどものこころと発達診療学講座客員教授”	
野原 茂	富山県立中央病院精神科部長	
八幡 祐子	とやま発達障がい親の会会長	
藤田 修平	富山県立中央病院小児科部長	
二谷 武	富山県立中央病院新生児科部長	
水上 亜希子	高岡市きずな子ども発達支援センター所長	
村上 美也子	富山県医師会長	
八木 信一	富山県小児科医会長	
和田 拓也	富山市立富山市民病院小児科部長	
渡辺 一洋	黒部市民病院小児科部長	

(計 16 名)

富山県あんしん在宅医療・訪問看護推進会議委員名簿

(五十音順)

氏名	職名	備考
青木 正博	立山町健康福祉課長	
稲村 睦子	富山県看護協会会長	
大西 仙泰	富山県慢性期医療協会会長	
加藤 真理子	富山県訪問看護ステーション連絡協議会長	
酒井 敦子	富山市福祉保健部次長	
惣万 佳代子	特定非営利活動法人このゆびと一まれ理事長	
西尾 公秀	富山県薬剤師会長	
林 智彦	高岡市医師会理事	
坂東 みゆ紀	富山県介護支援専門員協会会長	
藤木 龍輔	富山県介護老人保健施設協議会長	
前川 裕	富山市医師会理事	
南 眞司	南砺市政策参与	
村上 美也子	富山県医師会長	
山崎 安仁	富山県歯科医師会長	

(計14名)

富山県医療計画（2024（令和6）年3月改定版）改定の主な経緯

年 月 日	内容
2023（令和5）年 3月27日	富山県医療審議会及び富山県医療対策協議会開催 （医療計画改定の方向性等）
7月～2024（令 和6）年2月	各地域ワーキンググループ等開催 県ワーキンググループ委員との協議
7月24日	富山県感染症対策連携協議会開催 （令和5年度の主な取組み、新型コロナウイルス感染症の振り返り）
9月4日	富山県あんしん在宅医療・訪問看護推進会議開催 （在宅医療の現状と課題、今後の方向性等）
9月5日	富山県周産期保健医療協議会及び富山県小児医療等協議会 （周産期医療及び小児医療の現状と課題、今後の方向性等）
9月22日	富山県医療計画精神疾患ワーキンググループ（書面開催） （精神医療の現状と課題、今後の方向性等）
10月4日	富山県医療計画策定ワーキンググループ（救急・災害） （救急医療及び災害医療の現状と課題、今後の方向性等）
10月23日	富山県感染症対策連携協議会開催 （予防計画・医療計画の素案、医療提供体制等の確保に係る数値目標案、県と医療機関等との協定締結）
10月25日	富山県がん対策推進協議会開催（現状と課題、計画骨子案等）
11月2日	富山県あんしん在宅医療・訪問看護推進会議開催 （在宅医療の計画改定素案等）
11月15日	富山県循環器病対策推進協議会開催（目標と施策、計画素案等）
11月21日	富山県医療計画精神疾患ワーキンググループ （精神医療の現状と課題、今後の方向性等）
11月28日	富山県透析患者等発生予防対策推進事業連絡協議会開催 （目標と施策、計画素案等）
11月29日	富山県小児医療等協議会開催 （医療計画の素案等）
12月22日	富山県医療審議会、富山県医療審議会地域医療構想部会及び富山県医療対策協議会開催（医療計画改定素案等）
2024（令和6）年 月 日	市町村等及び関係団体に対する意見聴取（～ 月 日） 県民意見募集手続（パブリックコメント）実施（～ 月 日）
2月 日、 日、 日、 日	各地域（砺波、高岡、新川、富山）医療推進対策協議会、地域医療構想調整会議及び医療と介護の体制整備に係る協議の場開催（地域医療計画改定案等）
3月 日	改定案を富山県医療審議会へ諮問
3月28日	富山県医療審議会、富山県医療審議会地域医療構想部会及び富山県医療対策協議会開催 （医療計画改定案について答申）
3月 日	新富山県医療計画（2024（令和6）年3月改定版）を公示

