

第2節 5事業及び在宅医療等に係る医療連携体制の構築等

1 救急医療

現状と課題

<全体>

- (1) 医師不足などにより、救急医療体制の維持が困難な状況が生じています。
本県の平成29(2017)年7月1日時点の救急科専門医数は、人口10万人当たり1.79人となっており、全国平均の3.38人を大きく下回っています。
- (2) 広域災害・救急医療情報システム(EMIS)により、救急搬送時に役立つ医療情報の収集や県民に対して救急医療の情報を提供しています。
(平成28(2016)年度のアクセス数:812,640回)
- (3) 第二次救急医療を担う病院群輪番制病院や第三次救急医療を担う救命救急センターに軽症患者が集中する傾向があり、救急医療機関の適切な利用について、県民に対して普及啓発を行う必要があります。
平成28(2016)年では、救急車で搬送された傷病者のうち42.1%が入院を必要としない軽症患者となっています。また、その中で、二次救急医療機関に救急搬送される軽症者の利用割合は40.6%、三次救急医療機関に救急搬送される軽症者の利用割合は36.6%となっています。
- (4) 救急搬送人員は増加する傾向にあり、救急搬送患者が医療機関に収容されるまでの時間も延伸する傾向にあるため、傷病者の状況に応じた適切な搬送と受入体制の充実や、医療機関と消防機関等の連携を強化していく必要があります。
平成28(2016)年の救急搬送人員は90,788人と前年比1.9%の増となっています。また、119番通報から医療機関に収容されるまでの時間は44.2分と前年比から0.2分延伸しており、全国平均の39.3分に比べても4.9分長くなっています。

【救護】

- (1) 救急救命士等の活動が適切に実施されるよう、メディカルコントロール体制の充実を図る必要があります。
- (2) バイスタンダーによる適切な救急処置が実施されるようAEDの設置を促進するとともに、救急蘇生法に関する普及啓発を図る必要があります。
- (3) 傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準の円滑な運用・改善を図る必要があります。

【初期救急医療】

- (1) 休日夜間急患センターの施設・設備の充実を図る必要があります。
- (2) 休日夜間急患センター及び在宅当番医制の実施日及び診療時間の拡大等を進める必要があります。

【第二次救急医療】（入院を要する救急医療）

- (1) 病院群輪番制に参加する病院の増加や施設・設備の充実を図る必要があります。
- (2) 病院群輪番制の実施日及び診療時間の拡大等を進める必要があります。

【第三次救急医療】（救命救急医療）

- (1) 救命救急センターの整備と、それに伴う救急医療機能の向上を図る必要があります。
- (2) 離島や多くの中山間地域を抱える本県の地理的条件から、救命救急センターまでの搬送に1時間以上かかる地域があります。

【救命後の医療】

- (1) 救急患者の受入体制を確保するため、他の病院への転院や自宅への退院を円滑に行う体制を整備する必要があります。
- (2) 在宅等での療養を行う患者に対し、退院後も適切な医療を受けることができる環境を整える必要があります。

目 標

- (1) 救急搬送のうち、二次・三次救急医療機関に搬送される軽症者の利用割合を減少させます。
- (2) 119番通報があつてから医療機関に収容されるまでの時間（医療機関までの搬送時間）の短縮を図ります。

<数値目標>

- (1) 救急搬送される軽症者の利用割合：減少させる（平成35（2023）年度）
 - 二次救急医療機関 [現状数値：40.6%（平成28（2016）年）]
 - 三次救急医療機関 [現状数値：36.6%（平成28（2016）年）]
- (2) 医療機関までの搬送時間：全国平均並み（平成35（2023）年度）
 - [現状数値：44.2分、全国39.3分（平成28（2016）年）]

施策の展開**<目指すべき方向>**

医療機関及び消防機関等の相互の連携により、病院前救護活動から社会復帰までの医療が継続して実施されるよう以下の体制の構築を目指します。

- (1) 適切な病院前救護活動が可能な体制
- (2) 重症度・緊急度に応じた医療が提供可能な体制
- (3) 救急医療機関等から療養の場まで円滑な移行が可能な体制

<全体>

- (1) 救急科専門医の養成・確保を図ります。
- (2) 救急医療をより迅速かつ的確に実施するため、広域災害・救急医療情報システム（EMIS）の運営によって、救急搬送に役立つ医療情報の収集・提供を行うほか、

県民に対する救急医療情報提供の充実を図ります。

- (3) 初期・第二次・第三次の各救急医療の本来の役割に応じた機能分担と連携強化を促進するとともに、県民に対して安易な救急車の利用や時間外受診（いわゆる「コンビニ受診」）の抑制と救急医療機関の適切な利用についての普及啓発を図ります。
- (4) 夜間の急な病気やけがに対する不安解消や、不要不急な受診による医師の負担の軽減のため、救急医療電話相談事業（025-284-7119または#7119）の取組を推進します。
- (5) 傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準のより円滑な運用及び改善により、傷病者の状況に応じた適切な搬送と受入体制の充実を図ります。

また、各医療圏の課題を協議する場を設け、医療機関や消防機関、行政機関等の連携強化などにより課題の解決を図ります。

- (6) 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、本来の役割を担うとともに、連携を強化し、協議する体制を構築することで、より地域で連携したきめ細やかな取組を進めます。

【救護】

- (1) 救急救命士の養成や急性期医療を担う医療機関への速やかな搬送に向けた関係者間の情報共有を促進するなど、メディカルコントロール体制の充実を図ります。
- (2) 公共施設等へのAED設置促進とAED設置場所の住民への周知を行うとともに、発症後の速やかな救急要請と、AEDの使用を含めた救急蘇生法等適切な処置についての普及啓発を図ります。
- (3) 傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準の適切な運用を促進するなど、救急搬送・受入れの円滑な実施及び消防機関と医療機関の連携推進を図ります。
- (4) 地域住民の救急医療への理解を深める取組を進めます。

【初期救急医療】

- (1) 休日夜間急患センターの施設・設備の充実を促進するとともに、休日夜間急患センター及び在宅当番医制の実施日及び診療時間の拡大等を促進します。
- (2) 普段から健康相談などに応じてくれるかかりつけ医の養成・研修を拡充するとともに、県民への普及啓発を促進します。
- (3) 休日夜間における歯科救急患者に対応するため、休日夜間歯科診療所の整備を促進するとともに、歯科在宅当番医制の実施を促進します。

【第二次救急医療】（入院を要する救急医療）

病院群輪番制に参加する病院の増加や施設・設備の充実を促進するとともに、病院群輪番制の実施日及び診療時間の拡大等を促進します。

また、医療機関や消防機関、行政機関等の連携を強化し、二次保健医療圏の円滑な救急医療体制を推進します。

【第三次救急医療】（救命救急医療）

- (1) 救命救急センターの整備とそれに伴う救急医療機能の向上を図ります。
 - ア 県内に住む人の多くが、冬季でも30分以内に救命救急センターへ搬送できるよう体制整備を推進します。
 - イ 二次保健医療圏ごとに救命救急センターを整備し、高度救急医療機能の整備を推進します。
 - ウ 救命救急センターの整備に時間がかかる二次保健医療圏域は、他の圏域内の救命救急センターへのアクセス改善等により当該機能の整備を推進します。
 - エ 県央圏域の医療の高度化を図るため、救命救急センターを併設する基幹病院の整備に向け調整を進めます。
- (2) 高度救命救急センター*を中心として、救命救急センターで対応が難しい特殊な疾病等への対応強化を促進します。
- (3) 脳卒中や急性心筋梗塞等の専門的な医療については、救命救急センターを有する病院以外の病院等においても行われているため、それぞれの疾病の特性に応じた救急医療体制を構築します。
- (4) 離島、へき地を多く抱える本県の救急医療体制の充実を図るため、ドクターヘリ*の円滑かつ効果的な運用を図ります。

【救命期後医療】

- (1) 救急患者の受入体制を確保するため、医療機関や介護施設等と、救急医療機関との連携を強化し、転院・退院が円滑に行われる体制の整備を促進します。
- (2) 救急医療機関と在宅医療を提供する医療機関との病病連携・病診連携*の促進及び訪問看護ステーションの活用により、在宅等での療養を行う患者が、医療機関からの退院後も安心して療養することができる地域医療体制の整備を促進します。

「救急医療」の医療連携体制において必要となる医療機能

病期の区分	医療機能	各医療機関等に求められる事項	医療機関等の例
救護	病院前救護活動の機能	<ol style="list-style-type: none"> 1 住民等に対し、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。 2 傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準に基づき、傷病者の状況に応じた迅速かつ適切な搬送・受入れを行うこと。 3 搬送先の医療機関の選定に当たっては、事前に各救命救急医療機関の専門性等を把握すること。 4 メディカルコントロール協議会により定められたプロトコール（活動基準）などに則し、心肺停止、外傷、急病等の患者に対して、適切な観察・判断・処置を実施すること。 5 適切な搬送手段と急性期医療を担う医療機関を選定し、傷病者を速やかに搬送すること。 6 緊急な医療を必要とする精神疾患を有する患者等の搬送に当たっては、精神科救急医療体制と十分な連携を図ること。 	消防機関等
		<ol style="list-style-type: none"> 1 医師から救急救命士に対する直接指示・助言体制に加え、実施された救急活動に係る事後検証を行う体制が確立されていること。 2 救急救命士等への再教育を実施すること。 	県及び地域メディカルコントロール協議会等
初期救急医療	初期救急医療を担う医療機関の機能	<ol style="list-style-type: none"> 1 救急医療の必要な患者に対し、外来診療を提供すること。 2 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。 3 休日・夜間に対応できる薬局と連携していること。 4 診療可能時間や対応可能な診療科等について住民に周知していること。 	休日夜間急患センター、かかりつけ医等
第二次救急医療	入院を要する救急医療を担う医療機関（第二次救急医療）の機能	<ol style="list-style-type: none"> 1 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おり、原則として、救急患者を24時間365日受け入れることが可能であること。 2 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。 3 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。 4 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。 5 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。 6 当該病院では対応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。 7 実施可能な医療機能等を消防機関等に周知していること。 8 診療可能な日時や、診療機能を住民に周知していること。 9 「救急病院等を定める省令」によって定められる救急病院又は病院群輪番制に参加している医療機関であること。 	救急病院、病院群輪番制病院等
第三次救急医療	救命救急医療機関（第三次救急医療）の機能	<ol style="list-style-type: none"> 1 脳卒中、急性心筋梗、重症外傷、広範囲熱傷、重傷中毒等の患者や、複数の診療科にわたる重篤な救急患者を、原則として24時間365日受け入れることが可能であること。 2 集中治療室、冠状動脈疾患用集中治療室、脳卒中専用集中治療室等を備え、常時、重篤な患者に対し高度な治療が可能なこと。 3 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（救急科専門医等）。 4 医療機能等を消防機関等に周知していること。 5 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の連携がとられていること。 6 地域のメディカルコントロール体制の充実に当たり積極的な役割を果たすこと。 7 診療機能を住民に周知していること。 8 医師、看護師、コメディカル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。 9 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。 	救命救急センター等
救命後の医療	救命救急医療機関等からの転院を受け入れる機能	<ol style="list-style-type: none"> 1 救急医療機関と連携し、人工呼吸器が必要な患者や重度の脳機能障害の後遺症を持つ患者等を受け入れる体制を整備していること。 2 生活機能の維持及び向上のためのリハビリテーション（訪問及び通所リハビリテーションを含む。）が実施可能であること。 3 救急医療機関及び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。 	療養病床を有する病院等

※ 二次保健医療圏ごとの具体的な医療機関名については、毎年度見直しを行い、県のホームページ等で公表。
<http://www.pref.niigata.lg.jp/fukushihoken/1230062477639.html>

2 災害医療

現状と課題

<全体>

- (1) 平成16(2004)年の7.13水害や中越大震災、平成18(2006)年の豪雪、更には平成19(2007)年の中越沖地震や平成23(2011)年の東日本大震災などの大規模な自然災害が多発しており、適切な災害時医療の対応が求められています。
- (2) 大規模災害の発生に備え、県災害対策本部における救護班の派遣調整など医療救護活動の調整機能を強化する必要があります。
- (3) 被災地での医療救護の窓口として、医療需給(医療資器材を含む。)の調整等業務を行う災害医療コーディネーター*及び災害医療コーディネートチーム*の対応力の強化を図る必要があります。
- (4) 災害時の迅速な対応が可能となるよう、広域災害・救急医療情報システム(EMIS)による情報収集・提供体制の強化を図る必要があります。
- (5) 医療救護活動に必要な医療資器材、医薬品の備蓄・配備が必要です。

【災害拠点病院* (基幹災害拠点病院* 及び地域災害拠点病院) 等】

- (1) 県内2病院を基幹災害拠点病院、14病院を地域災害拠点病院として指定しています。(基幹災害拠点病院は地域災害拠点病院を兼ねる。)
- (2) 災害拠点病院は、災害時においても機能を維持できるよう診療に必要な施設は耐震構造であることが必要であり、施設の耐震化を進めることが必要です。(全ての建物に耐震性がある災害拠点病院は14病院中12病院)
その他、災害時に多発する重篤救急患者の救命医療を行うために必要な施設・設備や水、電気等のライフラインを維持するための施設など災害拠点病院として必要な施設・設備の充実が必要です。
- (3) 災害拠点病院以外の病院は、被災しても早期に診療機能を回復できるよう業務継続計画の整備を含め、平時からの備えが必要です。

【災害急性期の応援派遣】

- (1) 災害急性期(概ね発災後48時間)に災害現場へできるだけ早い時期に出向いて救命医療を行う「災害派遣医療チーム(DMAT)*」を編成するDMAT指定医療機関として14病院、DMAT隊員236人を整備しています。
- (2) 災害急性期から被災地での精神科医療の提供や精神保健活動への専門的支援を行う「災害派遣精神医療チーム(DPAT)」を1チーム編成しています。
- (3) 大規模災害時により迅速な対応を図るため、DMATやDPATの確保と養成・訓練が必要です。

【災害中長期の応援派遣】

- (1) 災害発生時に救護所、避難所等における医療救護活動に迅速に対応するため、県が県医療救護班(26班)及び県歯科医療救護班(8班)を派遣するほか、医師会(J

MA T)、歯科医師会、薬剤師会（被災地支援薬剤師）、看護協会（災害支援ナース）、災害リハビリテーション協議会からも医療チーム等が派遣されます。

- (2) 大規模災害時により迅速な対応を図るため、医療救護班等の要員となる医療従事者の確保と養成・訓練が必要です。
- (3) 関係機関・団体の医療従事者が連携して活動するための体制整備が必要です。

【被災者の健康管理】

- (1) 県と市町村それぞれが役割分担し、平時から、継続した医療が必要な方の把握や医療を途切れさせないための体制づくりを行い、発災直後における避難所等の避難者に対する健康管理をはじめ、中長期的に被災住民に対し、健康課題への支援を行う必要があります。
- (2) 避難所等において、健康問題がある人を早期に発見するとともに、居住環境の衛生状態の評価を行い、感染症の発生予防及びまん延防止対策を実施する必要があります。また、エコノミークラス症候群*や生活不活発病、口腔機能低下による誤嚥性肺炎等、被災者の健康被害を予防するため、災害急性期から歯科やリハビリテーションの分野において対応する必要があります。
- (3) 災害直後は、被災地の医療保健関係者だけでなく、被害の大きさや程度により、県内や県外の関係機関からの応援派遣を得ることが必要です。
- (4) 自然災害、大規模事故災害等により、こころに傷を負った被災者に対し、疾病の予防や早期発見のために迅速かつ適切な対応を行う必要があります。

『原子力災害医療』

平成23(2011)年の福島第一原子力発電所事故の発生を受けた原子力防災対策を実施すべき地域の考え方を踏まえ、原子力災害時において実効性のある原子力災害医療体制を確保することが必要です。

目 標

- (1) 災害時に災害拠点病院の機能を維持するため、災害拠点病院の施設の耐震化を進めます。
- (2) 大規模災害時に迅速にDMA Tを編成して派遣するため、DMA T指定医療機関の整備とDMA T隊員の拡充を図ります。

<数値目標>

- (1) すべての災害拠点病院の耐震化（平成35（2023）年度）
[現状数値：14病院中12病院（平成29（2017）年）]
- (2) DMA T指定医療機関数・隊員数：14病院・350人（平成35（2023）年度）
[現状数値：14病院・236人（平成29（2017）年）]

施策の展開

<目指すべき方向>

災害時医療における連携については、医療機関、医療関係団体、消防機関及び行政等

の相互の連携により、災害時において必要な医療を確保するため、以下の体制の構築を目指します。

- (1) 災害急性期（発災後48時間以内）において必要な医療を確保する体制
- (2) 急性期を脱した後も住民の健康が確保される体制

＜全体＞

- (1) 県内全ての地域で大規模な災害においても迅速に対応するため、情報収集・提供、医療需給調整、搬送手段の確保等の初動対応の強化を図ります。
- (2) 県災害対策本部における医療救護班の派遣調整等の業務を支援する医師の派遣や関係機関・団体で構成する会議の設置等により医療救護活動の調整機能の強化を図ります。
- (3) 災害医療コーディネーター及び災害医療コーディネートチームの対応力強化のため、実践的な研修や訓練の充実を図ります。
- (4) 広域災害・救急医療情報システム（EMIS）等の活用による医療機関、消防機関、行政等の連携体制の強化を図ります。
- (5) 医療救護活動に必要となる医療資器材、医薬品を備蓄・配備します。

【災害拠点病院（基幹災害拠点病院及び地域災害拠点病院）等】

- (1) 災害拠点病院の耐震化や災害時に多発する重症救急患者の救命医療を行うために必要な施設・設備や水、電気等のライフラインを維持するための施設等の充実を図ります。
- (2) 災害拠点病院以外の病院の業務継続計画の策定を支援し、平時からの実践的な研修や訓練の充実を図ります。

【災害急性期の応援派遣】

- (1) 災害拠点病院におけるDMATの派遣体制の整備・拡充を図ります。
- (2) DMATやDPATの対応力強化のため、実践的な研修や訓練の充実を図ります。

【災害中長期の応援派遣】

- (1) 医療救護班等を編成する病院、医師会等の関係団体における災害時医療従事者の確保を図ります。
- (2) 各病院・関係団体における災害時医療従事者の対応力と連携を強化するため、実践的な研修や訓練の充実を図ります。

【被災者の健康管理】

- (1) 平時から、継続した医療が必要な方を把握するとともに、発災時に医療を途切れさせず提供できる体制を整備するため、市町村や医療機関等に対する研修や訓練の充実を図ります。
- (2) 発災後の早期から県及び市町村の保健師等の適切な人員配置を行い、被災住民の健康課題に対応する体制を整備します。

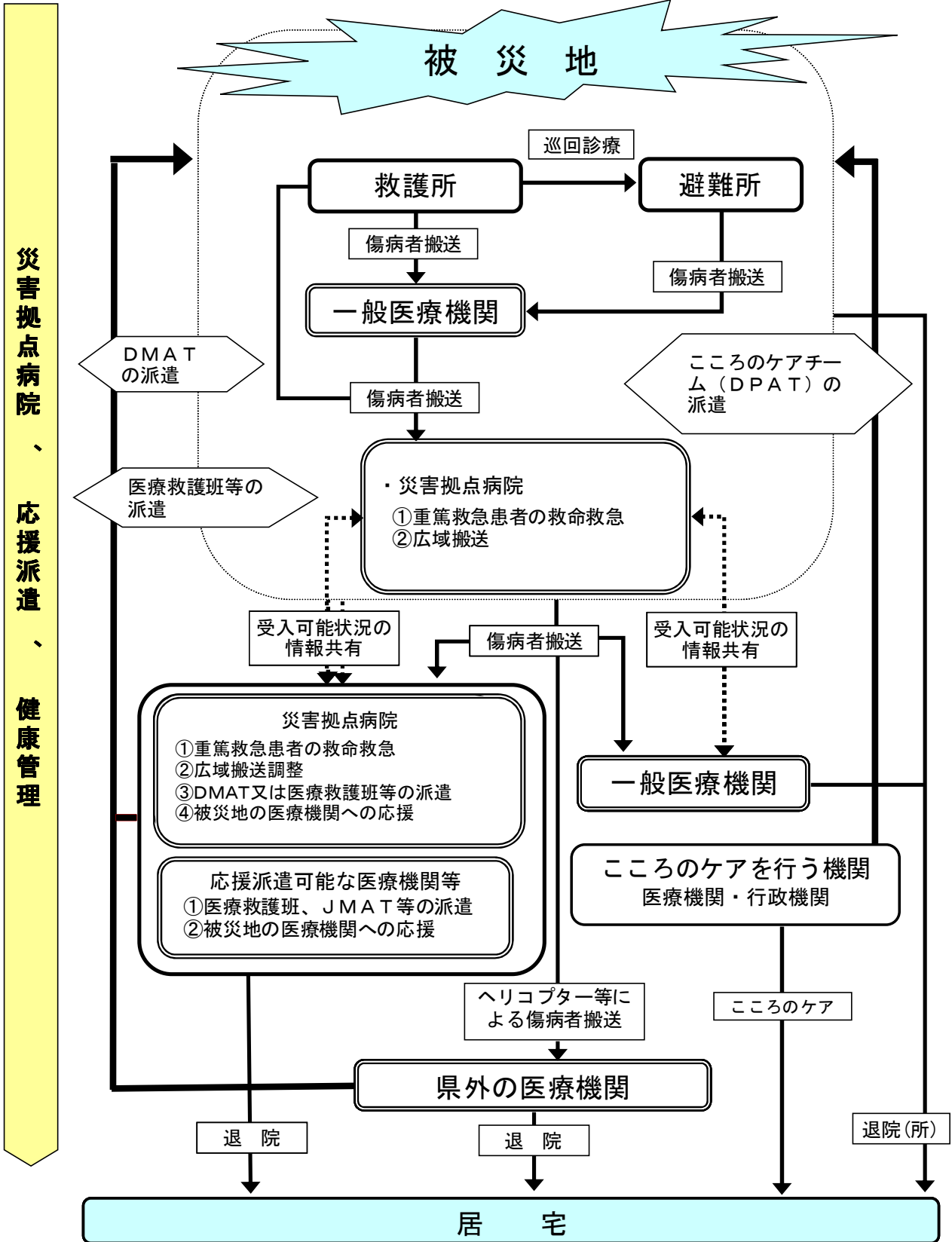
- (3) 発災時には、感染症や災害関連の健康被害を予防するため、被災住民に対し、適時適切な情報提供及び健康相談・指導を展開します。
- (4) 県内外からの応援派遣保健師が円滑に活動できるようにするため、実践的な研修等の充実を図ります。
- (5) こころのケアに関する支援及び相談体制の確立や外傷後ストレス障害(P T S D)等専門的知識習得のための研修等の実施など、適切なこころのケアを行うための体制を整備します。

『原子力災害医療』

- (1) 原子力災害拠点病院の指定及び原子力災害医療協力機関の登録を推進し、広域的な原子力災害医療体制の整備を図ります。
- (2) 住民の広域避難に対応した安定ヨウ素剤予防服用体制及びスクリーニング体制の整備を図ります。
- (3) 医療機関、消防機関、行政等の関係機関の連携体制の強化を図ります。
- (4) 原子力災害医療に必要な施設及び設備の整備を推進します。
- (5) スクリーニング班等を対象とした実践的な研修の充実を図ります。

災害医療の連携体制

<病期の区分>



「災害医療」の医療連携体制において必要となる医療機能

病期の区分	医療機能	各医療機関等に求められる事項	医療機関等の例
災害拠点病院 (基幹災害拠点病院及び地域災害拠点病院)	災害拠点病院としての機能	<ol style="list-style-type: none"> 被災時においても電気、水、ガス等の生活必需基盤が維持可能であること。 災害時においても必要な医療機能を発揮できるよう、自家発電機を保有すること。 災害時においても診療が継続できるよう、適切な容量の受水槽や井戸設備の整備、優先的な給水協定の締結等により、必要な水の確保に努めること 飲料水・食料、医薬品、医療機材等を備蓄していること。 飲料水・食料について、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。(注) 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。 複数の災害時の通信手段を確保するよう努めること。 被災後、早急に診療機能を回復できるよう、業務継続計画の整備を行うこと。 整備された業務継続計画に基づき、被災した状況を想定した研修・訓練を実施すること。 災害急性期を脱した後も継続的に必要な医療を提供できるよう、日本医師会災害医療チーム(JMAT)、日本赤十字社救護班等の医療関係団体の医療チームと、定期的な訓練を実施するなど、適切な連携をとること。 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、地域災害拠点病院又は災害拠点精神科病院は診療に必要な施設が耐震構造であること。 災害拠点病院は、災害時に多発する重篤救急患者の救命医療を行うために必要な施設・設備、医療従事者を確保していること。 災害拠点病院は、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。 災害拠点病院は、病院敷地内又は病院近接地にヘリコプターの離発着場所(ヘリポート)を確保することが可能であること。 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(医師会等とも連携し、地域の医療従事者への研修を含む)を行うこと。 	災害拠点病院 (基幹災害拠点病院及び地域災害拠点病院)
災害時に拠点となる病院以外の病院	病院としての機能	<ol style="list-style-type: none"> 被災後、早急に診療機能を回復できるよう、業務継続計画の整備を行うよう努めること。 整備された業務継続計画に基づき、被災した状況を想定した研修・訓練を実施すること。 EMISへ登録し、自らの被災情報を被災地内に発信することができるよう備えること。また、災害時にデータを入力する複数の担当者を事前に決めておき、訓練を行うことでその使用方法に精通していること。 災害急性期を脱した後も継続的に必要な医療を提供できるよう、日本医師会災害医療チーム(JMAT)、日本赤十字社救護班等の医療関係団体の医療チームと連携をとること。 	一般病院
都道府県等の自治体	自治体としての機能	<ol style="list-style-type: none"> 平時から、災害支援を目的としたDMAT、DPATの養成と派遣体制及び受援体制の構築に努めること。 災害医療コーディネイト体制の構築要員(都道府県災害医療コーディネーター、災害時小児周産期リエゾン*を含む。)の育成に努めること。 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、都道府県としての体制だけでなく、保健所管轄区域や市町村単位等での保健所等を中心としたコーディネイト体制に関しても確認を行うこと。 災害急性期を脱した後も避難所等の被災者に対して感染症のまん延防止、衛生面のケア、災害時要支援者へのサポート、メンタルヘルスケア等に関して継続的で質の高いサービスを提供できるよう、保健所を中心とした体制整備に平時から取り組むこと。「大規模災害時におけるドクターヘリの運用体制構築に関わる指針について」(平成28年12月5日付け医政地発1205第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知)を基に作成された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: Staging Care Unit。以下「SCU」という。)の設置場所及び協力を行う関係機関との連携確認を行うこと。 	県、市町村

(注) 医薬品及び医療機材の供給については、県と関係団体で締結している協定により災害拠点病院等へ優先的に供給することが可能。

※ 二次保健医療圏ごとの具体的な医療機関名については、毎年度見直しを行い、県のホームページ等で公表。
<http://www.pref.niigata.lg.jp/fukushihoken/1230062477639.html>

3 へき地の医療

現状と課題

<全体>

離島や多くの中山間地域を抱える地理的条件から、本県においては、無医地区*人口割合（人口10万対）は125.4人と、全国平均97.7人を上回り、全国29位となっています。

【保健指導】

- (1) へき地を有する自治体の保健師が、健康相談、訪問指導等により保健指導を行っています。
- (2) 離島などでは、保健師の定着と保健指導体制の強化を図る必要があります。

【へき地診療】

- (1) へき地診療所において従事する医師の確保が困難なため診療日数の縮小や休止されている状況や、へき地（特に離島）において看護職員不足の状況があることから、へき地医療を担う医療従事者（医師、看護職員等）の確保を図る必要があります。
- (2) へき地における専門医療（眼科、耳鼻いんこう科、歯科等）の確保を図る必要があります。また、へき地においては高齢者が多いことから、整形外科、泌尿器科などの医療の確保を図る必要があります。
- (3) 今後、高齢化の一層の進展に伴い、要介護認定者、とりわけ医療依存度の高い中重度者の増加が見込まれることから、訪問看護の充実を図る必要があります。

【へき地診療の支援医療】

- (1) 県内7病院をへき地医療拠点病院*として指定していますが、へき地診療所の支援や巡回診療等の実施のため、整備及び充実を図る必要があります。
- (2) へき地医療を支援する中核的な病院でも、医師不足により十分な支援ができない状況にあります。
- (3) へき地医療を担う医師の負担軽減のための支援が求められています。

【行政機関等の支援】

- (1) 通院困難者に対し、巡回診療や訪問診療、患者輸送等による医療機関までの定期的な交通手段の確保が求められています。
- (2) へき地医療を担うへき地医療拠点病院へ診療支援を行う必要があります。

目標

【全体】

住民が医療機関まで行くための定期的な交通手段の確保を促進し、無医地区等の解消を図ります。

<数値目標>

無医地区人口割合（人口10万人対）の全国順位：23位（中位）（平成35（2023）年度）
 [現状数値：29位（平成26（2014）年）]

【へき地診療の支援医療】

へき地医療拠点病院の整備を促進し、へき地における巡回診療等による医療の確保を図ります。

<数値目標>

へき地医療拠点病院の数：11（平成35（2023）年度）
 [現状数値：7（平成29（2017）年）]

施策の展開**<目指すべき方向>**

へき地医療における連携については、個々の機能を満たす関係機関相互の連携により、保健及び医療サービスが継続して実施されるよう以下の体制の構築を目指します。

- (1) 医療を確保する体制
- (2) 診療を支援する体制

【保健指導】

- (1) 地域の健康課題を十分に把握し、実情に応じた保健指導を計画的に行えるよう、当該市町村とへき地診療所等との連携体制を推進します。
- (2) 住民自ら健康増進や疾病予防に配慮した生活習慣が持てるよう、保健指導を通じた住民参加による健康づくり対策を推進します。
- (3) 離島などで保健師による保健指導体制の強化を図れるよう支援します。

【へき地診療】

- (1) へき地医療を担う医療従事者（医師、看護職員等）の確保及び育成を図ります。
- (2) 無医地区及び無歯科医地区*の医療を確保するため、へき地診療所（国民健康保険直営診療所を含む。）及び過疎地域等特定診療所の整備を促進します。
- (3) 無医地区及び無歯科医地区への巡回診療を行う巡回車の整備を促進します。
- (4) 医療機関の連携による夜間及び休日における医療の確保を促進します。
- (5) へき地における専門医療の確保を図ります。

【へき地診療の支援医療】

- (1) へき地医療を担う医師の負担軽減のため、診療所医師等を派遣要請のある医療機関へ短期派遣する取組を支援します。
- (2) へき地医療拠点病院を中心とした医療連携体制の整備を促進します。
 - ア へき地医療拠点病院の整備及び充実を促進します。
 - イ へき地における医療を確保するため、画像伝送装置等を利用した遠隔診療を促進します。

ウ 巡回診療（専門医療に係る巡回診療を含む。） 、訪問診療及び訪問看護の拡充を促進します。

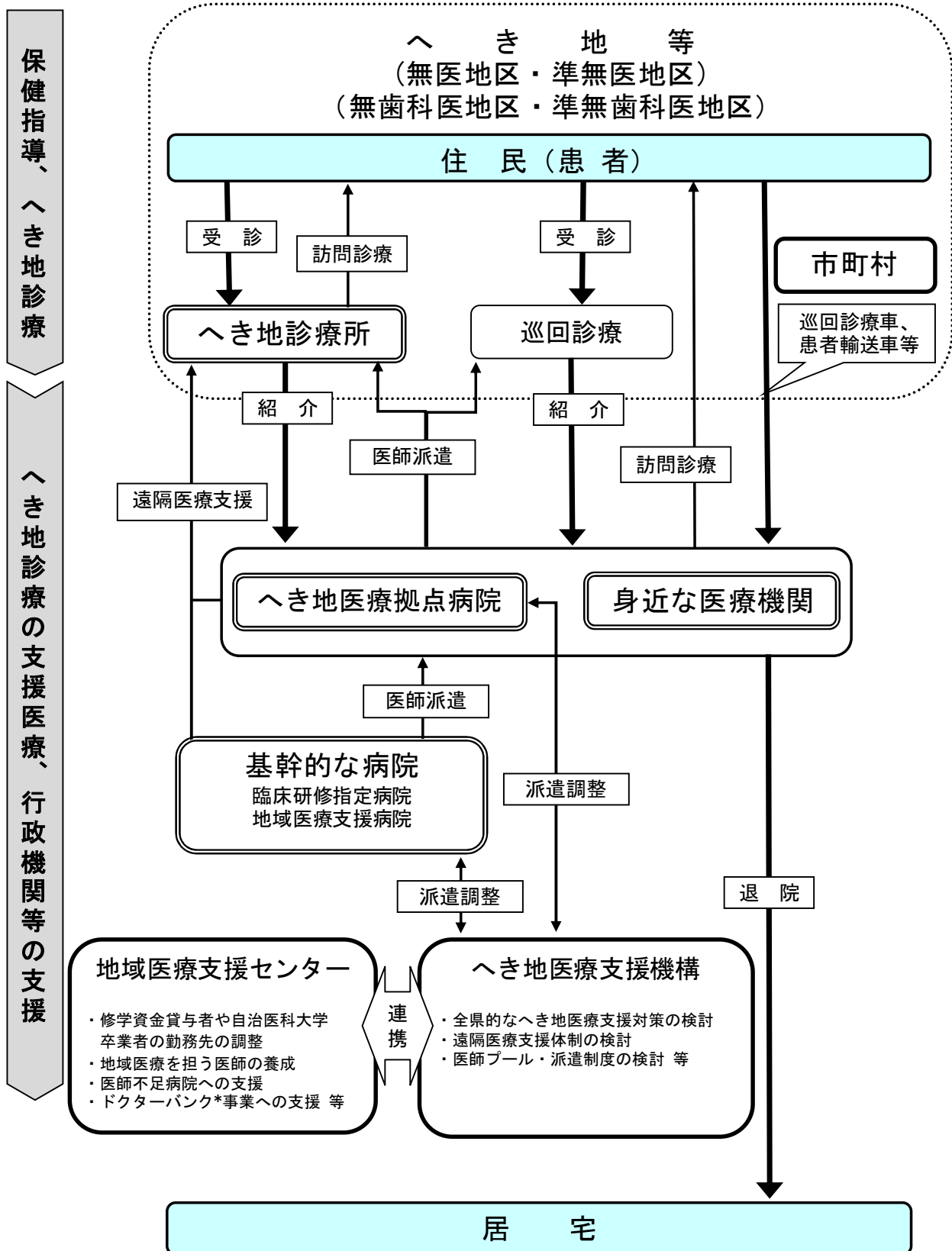
- (3) へき地医療に関して一定の実績を有するものとして認定を受けた社会医療法人*が行うへき地診療所やへき地医療拠点病院への医師派遣の実施を促進します。

【行政機関等の支援】

- (1) へき地患者輸送車等の整備を支援するなど、住民が医療機関まで行くための定期的な交通手段の確保を促進します。
- (2) 地域医療支援病院*等によるへき地医療拠点病院などへの支援策の検討・導入を進めます。
- (3) へき地医療支援機構によるへき地医療拠点病院からへき地診療所への医師派遣の調整やへき地医療従事者に対する研修など、広域的なへき地医療支援対策の検討・導入を進めます。
- (4) へき地医療支援機構と地域医療支援センターとの連携等により、へき地の医療体制について、総合的な企画・調整を行います。
- (5) 離島、へき地を多く抱える本県の救急医療体制の充実を図るため、ドクターヘリの円滑かつ効果的な利用を図ります。

へき地の医療の連携体制

〈区分〉



「へき地の医療」の医療連携体制において必要となる医療機能

区分	医療機能	各医療機関等に求められる事項	医療機関等の例
保健指導	へき地における保健指導の機能	1 保健師等が実施し、必要な体制が確保できていること。 2 地区の保健衛生状態を十分把握し、保健所及び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。	市町村 等
へき地診療	へき地における診療の機能	1 プライマリケア*を実践する医師等がいること（訪問看護等のコメディカルを含む。）又は巡回診療・訪問診療を実施していること。 2 へき地医療拠点病院等と常時連絡が取り合える関係にあること。	へき地診療所、過疎地域等特定診療所 等
へき地診療の支援医療	へき地の診療を支援する医療の機能	1 巡回診療・訪問診療・医師派遣等によりへき地住民の医療を確保すること。 2 地域医療支援病院においては、地域の実情に応じて医師派遣や施設・設備の共同利用等の実施により各種の診療支援を行うこと。	へき地医療拠点病院、地域医療支援病院 等
行政機関等の支援	行政機関等によるへき地医療の支援	地域保健医療計画の策定及びそれに基づく施策を実施していること。	県
		ドクターヘリを運航し、治療開始時間の短縮や高次医療機関への迅速な搬送を実施すること。	ドクターヘリ基地病院

※ 二次保健医療圏ごとの具体的な医療機関名については、毎年度見直しを行い、県のホームページ等で公表。
<http://www.pref.niigata.lg.jp/fukushihoken/1230062477639.html>

4 周産期医療

現状と課題

<全体>

- (1) 出生数は減少傾向、出生率は低下傾向にあり、合計特殊出生率は横ばい傾向にあります。
- (2) 医療技術の向上などにより、乳児死亡率、周産期死亡率は低下しています。
- (3) 妊娠満28週以降に妊娠届出をした人の割合は減少しています。
- (4) 高齢出産の増加、不妊治療の普及などに伴い、低出生体重児*や複産（多胎分娩）による出生が増加しており、リスクの高い妊産婦や新生児の増加が懸念されています。
- (5) 分娩取扱施設数は減少しており、平成29（2017）年4月1日現在、病院22施設、診療所21施設、助産所2施設の計45施設となっています。
- (6) 産婦人科医師や分娩取扱医療機関の数が年々減少するなか、分娩を取り扱う産科医師の過重労働が指摘されています。
- (7) 新生児集中治療管理室（以下「NICU」という。）の稼働率は90%以上で常時ほぼ満床状態にあり、長期入院患者の占める割合が高くなっています。
- (8) 容態の急変した妊婦や新生児について、迅速かつ的確に搬送できるよう、周産期医療機関の最新の空床情報を提供しています。
- (9) 小児への訪問看護を行うことが可能な訪問看護ステーションは、61か所となっています。

【正常分娩】

- (1) 妊娠前から、バランスのよい食事と適正な体重管理の普及啓発を図る必要があります。
- (2) 妊婦健康診査等により、リスクの高い妊婦を可能な限り早期に把握し、妊婦の健康管理の支援をする必要があります。
- (3) 一般産科医療機関と専門医療機関との役割分担及び連携した対応が重要です。

【地域周産期母子医療センター*】

- (1) 新潟県では、新潟県立新発田病院、済生会新潟第二病院、長岡中央総合病院、魚沼基幹病院、新潟県立中央病院の5施設を認定しています。なお、新潟県立新発田病院、魚沼基幹病院、新潟県立中央病院は、救命救急センターを併設しています。
- (2) 周産期に係る比較的高度な医療を行うことができる専門設備の整備及び専門性の高い人材の確保が必要です。
- (3) NICUが常時ほぼ満床状態となっている状況を改善するため、NICUに長期入院している患児の受入れ可能な施設等を確保する必要があります。

【総合周産期母子医療センター*】

- (1) 新潟県では、新潟大学医歯学総合病院、新潟市民病院、長岡赤十字病院の3施設

を指定しています。新潟大学医歯学総合病院は高度救命救急センターを併設し、新潟市民病院、長岡赤十字病院は救命救急センターを併設しています。

- (2) 周産期医療機関の中核として、各周産期医療施設との連携を図る必要があります。
- (3) リスクの高い妊婦に対する医療及び高度な新生児医療を行うことができる専門設備の整備及び専門性の高い人材の確保が必要です。
- (4) N I C Uが常時ほぼ満床状態となっている状況を改善するため、N I C Uに長期入院している患児の受入れ可能な施設等の確保や望ましい環境への移行を支援する必要があります。新潟大学医歯学総合病院には、N I C U入院児の支援コーディネーターを配置しています。

※ 周産期母子医療センターのない圏域は、県央圏域、佐渡圏域の2か所で、隣接する圏域に搬送をしています。

【病床整備状況】

- (1) 母体・胎児集中治療管理室（以下「M F I C U」という。）は、診療報酬加算対象病床が18床、診療報酬非加算病床が2床あります。
- (2) N I C Uは、診療報酬加算対象病床が48床、診療報酬非加算病床が12床あります。
- (3) N I C Uから退出した児並びに輸液、酸素投与等の処置及び心拍管理装置の使用を必要とする児を収容する室（G C U）は、65床あります。

【療養・療育支援】

- (1) 周産期医療施設を退院した障害児等が地域において療養生活を送ることが可能な環境整備が求められています。
- (2) 未熟児等ハイリスク児の望ましい発育・発達を促し、養育者の育児不安に対応できるように、支援の強化が求められています。

【災害時対応】

平時から形成されている周産期医療のネットワークを災害時にも有効に活用する必要性が指摘されています。

【メンタルヘルス対策】

- (1) 精神疾患を合併している妊産婦の管理や緊急入院に対応出来る診療体制の構築が求められています。
- (2) 精神科等と連携して、産後うつを早期に発見し支援する体制の整備が求められています。

目 標

【正常分娩】

妊娠・出産に関する安全性を確保するため、妊娠届の早期届出率を向上させます。

<数値目標>

満19週までの妊娠届出割合：100%（平成35（2023）年度）

[現状数値：99.3%（平成27（2015）年）]

【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】

リスクの高い妊産婦や新生児に対する安全で安心できる医療の充実により、周産期死亡率を低下させます。

<数値目標>

周産期死亡率（出産千対）：3.3（平成35（2023）年度）

[現状数値：3.7（平成27（2015）年）]

【病床整備】

ハイリスクな母体、胎児及び新生児へ高度医療を提供する体制の維持のため、現在のMFICU及びNICUの病床数を維持します。

<数値目標>

・MFICU20床（平成35（2023）年度）

[現状数値：20床（平成27（2015）年）]

・NICU 48床（診療報酬加算対象）（平成35（2023）年度）

[現状数値：48床（平成27（2015）年）]

【療養・療育支援】

地域における療養、療育支援の充実のため、医療を必要とする小児の療養・療育支援機関の拡充を図ります。

<数値目標>

(1) 訪問看護ステーション等の小児の療養・療育支援機関を対象とした研修会を各医療圏域で開催：7医療圏域で開催（平成35（2023）年度）

[現状数値：2医療圏域で開催（平成28（2016）年）]

(2) 小児への訪問看護を行うことが可能な訪問看護ステーション数の増加（平成35（2023）年度）

[現状数値：61か所（平成27（2015）年）]

施策の展開**<目指すべき方向>**

周産期医療における連携については、個々の医療機能を満たす医療機関相互の連携により、対応する分娩のリスクに応じた医療が提供される体制の構築や周産期医療施設を退院した障害児等が療養・療育できる体制の確保を目指します。

(1) 正常分娩等に対し安全な医療を提供するための地域周産期施設間の連携体制

(2) 周産期の救急対応が24時間可能な体制

(3) 新生児医療の提供が可能な体制

(4) NICUに入室している新生児の療養・療育支援が可能な体制

- (5) 地域の周産期医療ネットワークを災害時に有効に活用できる体制

＜全体＞

- (1) 地域で安心して出産できる周産期医療体制を維持するため、各施設の機能に応じた産科医及び小児科医の確保対策を推進します。
- (2) 周産期にかかわる医療機関の相互協力を促進し、役割分担及び連携強化を図ります。
- (3) 周産期医療において、人材の育成や施設・設備の充実等、高度な医療を適切に供給できる体制の更なる充実を図ります。
- (4) 関係者が利用しやすく、周産期医療機関の最新の空床情報を提供できるシステムを提供します。
- (5) 周産期医療体制の整備に関する協議を行うため、周産期医療協議会を継続します。
- (6) 周産期医療の現状、課題、取組等に関する情報について、ホームページ等により提供します。

【正常分娩】

- (1) 妊婦自身が健康管理に配慮するよう、市町村の母子保健事業等において食事や生活習慣の改善などの周知啓発を図ります。
- (2) 妊婦に対して妊娠・出産を迎えるうえで必要な妊婦健康診査の受診促進や、市町村における妊婦健康診査の公費負担の充実を促進します。
- (3) 地域の産科医院の診療の充実や、助産師を活用した健康診査支援を促進します。

【総合周産期母子医療センター】【地域周産期母子医療センター】

- (1) 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及び地域の産科・小児科医院の相互協力を促進し、平時及び緊急時の連携強化を図ります。
- (2) MFICU及びNICUにかかる施設・設備の充実を支援します。
- (3) 研修会等により、ハイリスク妊婦・新生児に対応できる専門性の高い人材を育成します。
- (4) NICUが常時ほぼ満床状態となっている状況を改善するため、後方病床の整備、NICU入院児支援コーディネーターの配置、NICU長期利用児の受入れが可能な施設等の確保を促進します。
- (5) 傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準の適切な運用を促進するなど、救急搬送・受入れの円滑な実施及び消防機関と医療機関の連携推進を図ります。
- (6) 精神疾患を合併した妊産婦の診療状況を把握し、ホームページ等により情報提供を行います。

【療養・療育支援】

- (1) 周産期医療施設を退院した障害児等の受入れが可能な施設等の確保を図ります。
- (2) NICU長期入院児とその家族に対し、療養・療育支援を行うための支援コーディネーターを継続して配置し、支援体制の充実を図ります。

- (3) 市町村の母子保健事業における出産後の育児支援の充実を促進します。

【災害時対応】

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」を活用した災害時における周産期医療体制の構築を検討していきます。

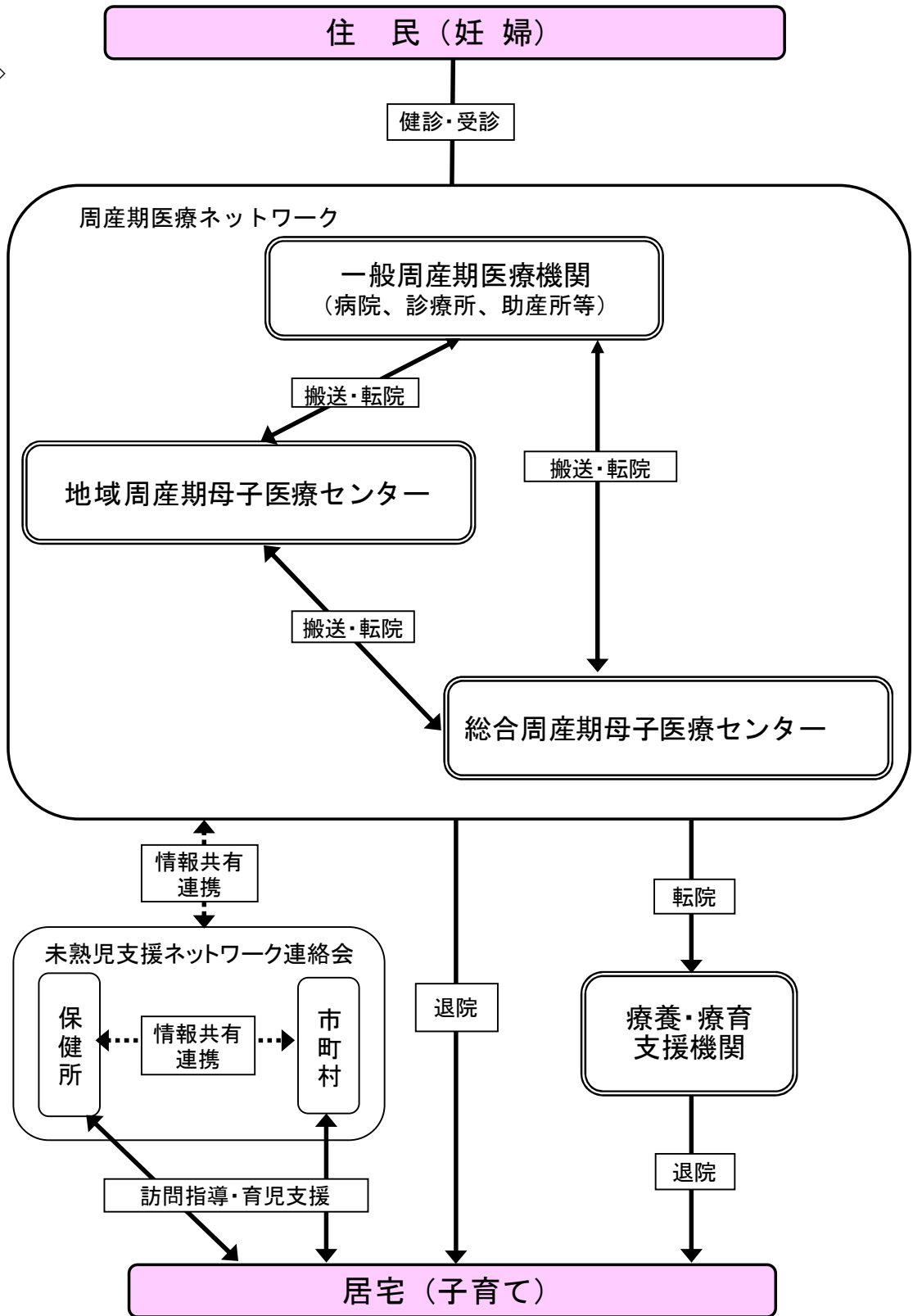
【メンタルヘルス対策】

- (1) 精神疾患を合併した妊産婦の診療が可能な医療機関を把握し、ホームページ等により情報提供を行います。
- (2) 精神科と連携した産後うつの早期発見・早期支援の体制について検討します。

周産期医療の連携体制

<病期の区分>

正常分娩
地域周産期医療
総合周産期医療
療養・療育支援



「周産期医療」の医療連携体制において必要となる医療機能

病期の区分	医療機能	各医療機関等に求められる事項	医療機関等の例
正常分娩	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。）	<ol style="list-style-type: none"> 産科に必要とされる検査、診断、治療が実施可能であること。 正常分娩を安全に実施可能であること。 他の医療機関との連携により、合併症や帝王切開術その他の手術に適切に対応できること 妊産婦のメンタルヘルスに対応可能であること 緊急時の搬送にあたっては、周産期救急情報システム等を活用し、病態や緊急度に応じて適切な医療機関を選定すること。また平時からの近隣の高次施設との連携体制を構築すること。 	病院、診療所、助産所等
地域周産期母子医療センター	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	<p>厚生労働省通知「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」の「周産期医療の体制構築に係る指針」の機能分担及び連携の項に掲げる機能を有すること。</p> <ol style="list-style-type: none"> 産科及び小児科（新生児医療を担当するもの）等を備え、周産期医療に係る比較的高度な医療を行う事ができること。 地域周産期医療関連施設からの救急搬送や総合周産期母子医療センターその他の地域周産期医療関連施設等との連携を図るものとする。 	地域周産期母子医療センター
総合周産期母子医療センター	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	<p>厚生労働省通知「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」の「周産期医療の体制構築に係る指針」の機能分担及び連携の項に掲げる機能を有すること。</p> <ol style="list-style-type: none"> 相当規模のMFICUを含む産科病棟及びNICUを含む新生児病棟を備え、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）等母体又は児におけるリスクの高い妊娠に対する医療、高度な新生児医療等の周産期医療を行うことができるとともに、必要に応じて当該施設の関係診療科又は他の施設と連携し、脳血管障害、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ができること。 地域周産期医療関連施設等からの救急搬送を受け入れるなど、周産期医療体制の中核として地域周産期母子医療センター、病院、診療所、助産所との連携を図るものとする。 	総合周産期母子医療センター
療養・療育支援	周産期医療施設を退院した障害児等が生活の場（施設を含む。）で療養・療育できるように支援する機能	<ol style="list-style-type: none"> 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、福祉サービス及びレスパイト*入院の受入れ等を調整し、地域で適切に療養・療育できる体制を提供すること。 地域又は総合周産期母子医療センター等の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においても、障害児の適切な療養・療育を支援すること。 家族に対する精神的サポート等の支援を実施すること。 	病院、重症心身障害児*施設、肢体不自由児施設等

※ 二次保健医療圏ごとの具体的な医療機関名については、毎年度見直しを行い、県のホームページ等で公表。
<http://www.pref.niigata.lg.jp/fukushihoken/1230062477639.html>

5 小児医療

現状と課題

<全体>

- (1) 平成 26 (2014) 年の新潟県の 15 歳未満人口 1 万人当たりの小児科医師数は 9.4 人となっており、全国平均 10.3 人を下回り、全国 33 位となっています。
- (2) 小児科医師の新潟市への集中等により地域偏在が生じています。
ただし、平成 26 (2014) 年における新潟市の 15 歳未満人口 1 万人当たりの小児科医師数は 11.2 人となっており、政令指定都市間の比較においては、全 20 市平均 12.2 人を下回り、13 位となっています。
- (3) 病院に勤務する小児科医師の過重労働が指摘されています。
- (4) 一般小児医療から高度小児専門医療まで連携した小児医療体制を早急に構築する必要があります。
- (5) 相談支援を含め初期救急から三次救急まで連携した小児救急医療体制を構築する必要があります。
- (6) 重症心身障害児等が生活の場で療養・療育できる体制を整備する必要があります。
- (7) 平時における小児医療のネットワークを整備し、そのネットワークを災害時にも有効に活用する必要性が指摘されています。

【相談支援等】

- (1) 核家族化や少子化が進展する中、身近に育児相談できる相手がおらず、育児経験も乏しい保護者が増えているなど、子育てを取り巻く環境は大きく変化しており、そのような保護者を支援する体制を整備する必要があります。
- (2) 保護者等の知識、経験不足などにより、軽症であっても休日や夜間に病院を受診するケースが増加しており、病院勤務医の負担が増大しています。

【初期小児医療】(小児医療過疎地域を含む一般小児医療)(初期小児救急)

- (1) 各種健診等の保健予防や発達、発育支援等を含め、急性期から慢性期まで、地域において必要な一般小児医療を提供する体制を確保する必要があります。
- (2) 子どもの病気などについていつでも相談できるようかかりつけ医、かかりつけ歯科医を持つなど、適正受診について普及啓発を図る必要があります。
- (3) 保健所所管区域単位で 10 か所について、小児初期救急センター、休日夜間急患センター等の設置により初期救急の体制が整備されています。
- (4) 休日夜間における小児初期救急医療体制の未整備地域においては、地域の実情に応じた小児初期救急センター、休日夜間急患センター等の整備を図る必要があります。
- (5) 第二次救急医療を担う病院群輪番制病院に軽症患者が集中する傾向があります。

【第二次小児医療】(小児専門医療)(入院小児救急)

- (1) 各二次医療圏において、小児科を標榜する診療所や一般病院等と中核的病院が連

携し、地域で求められる小児医療を全体として提供できる体制を構築する必要があります。

- (2) 新潟圏域では小児科を標榜する8病院で24時間の輪番体制を整備しています。それ以外の圏域については病院群輪番制（小児科医のオンコール*体制含む。）で対応しています。
- (3) 引き続き入院を要する小児患者に対して、病院群輪番制により、24時間体制で救急医療を提供できる体制の充実を図る必要があります

【第三次小児医療】（高度小児専門医療）（小児救命救急医療）

- (1) 全県を対象とした高度小児専門医療の提供体制を強化するため、小児に関わる全ての診療科が連携した総合的な医療体制を構築する必要があります。
- (2) 24時間体制で重篤な小児患者に対して救命救急医療を提供できる体制整備を進める必要があります。
- (3) 救急搬送患者は増加する傾向にあり、医療機関に収容されるまでの時間も延伸する傾向にあるため、傷病者の状況に応じた適切な搬送と受け入れ体制の構築や、医療機関と消防機関等の連携を強化していく必要があります。
- (4) 救命後の小児患者を集中治療する体制の整備が必要です。

【療養・療育】

- (1) 重症心身障害児等が生活の場で療養・療育できる体制の整備に向けて、医療、介護、福祉及び教育が相互に連携した支援体制の構築が必要です。
- (2) 家族に対する身体的及び精神的サポート等の社会的な支援が必要です。
- (3) 小児がん等の難病の子どもとその家族が、可能な限り住み慣れた地域で、医療や福祉、教育等の支援を受けながら生活できる体制の整備を図る必要があります。

目 標

【相談支援等】

小児救急冊子（「こどもの救急・事故」）の周知や小児救急医療電話相談事業の取組を推進します。

<数値目標>

電話相談件数：1日平均27件（平成35（2023）年度）

[現状数値：22.1件（平成28（2016）年）]

【初期小児医療】

- (1) 小児初期急患センター、休日夜間急患センター等の設置により初期救急の体制整備を促進します。
- (2) 小児科以外の医師の小児救急患者への対応力強化を促進します。

<数値目標>

- (1) 休日夜間において小児初期救急医療体制が整備されている保健所所管区域数：13（平成35（2023）年度）[現状数値：10（平成29（2017）年）]

(2) 小児救急医師研修事業修了者数

: 590 人 (平成 35 (2023) 年度) [現状数値 : 431 人 (平成 28 (2016) 年)]

【二次救急医療】

病院群輪番制の整備により、24 時間体制で救急医療を提供できる体制整備を促進します。

<数値目標>

病院群輪番制により、休日夜間に 24 時間体制で救急医療が提供可能な二次医療圏数 : 7 (平成 35 (2023) 年度) [現状数値 : 6 (平成 28 (2016) 年)]

施策の展開**<目指すべき方向>**

小児医療における連携については、個々の医療機能を満たす関係機関相互の連携により、保健及び医療サービスが継続して実施されるよう以下の体制の構築を目指します。

- (1) 子どもの健康を守るために、家族を支援する体制
- (2) 小児患者に対し、その症状に応じた対応が可能な体制
- (3) 地域の小児医療が確保される体制
- (4) 療養・療育支援が可能な体制
- (5) 災害時にも対応可能な小児医療体制

<全体>

- (1) 小児科医師の地域偏在を踏まえ、それぞれの地域の実情に応じた体制整備を促進します。
- (2) 日本小児科学会が示している「我が国の小児医療提供体制の構想」及び「中核病院小児科・地域医療小児科センター登録事業」を参考に、小児救急のみならず、一般の小児医療も視野に入れながら小児医療体制の構築を促進します。
- (3) こうした体制の構築に資するよう、県、大学、医療機関等が連携し、小児科医をはじめ小児医療に携わる多職種^{母・パパ}の確保・育成を図ります。
- (4) 平時のネットワークを整備し、それを活用した災害時における小児医療体制の構築を促進します。

その中で、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」の活用^{母・パパ}の検討を進めます。

【相談支援等】

- (1) 子どもの健康や予防、病気、緊急時の対応などについて、保護者等の不安に応えるため、小児科を標榜する病院や診療所(かかりつけ医)が相談に応じるとともに、適切な医療や福祉サービスに誘導できるよう、保健・医療・福祉の連携を促進します。
- (2) 保護者等の不安解消を図るとともに、適正な受診を促進するため、小児救急冊子(「こどもの救急・事故」)の周知や小児救急電話相談事業(025—288—

ニ₅ニ₅または#8000)の取組を推進します。

【初期小児医療】(小児医療過疎地域を含む一般小児医療)(初期小児救急)

- (1) 各種健診等の保健予防や発達、発育支援等を含め、急性期から慢性期まで、地域において必要な一般小児医療を提供する体制の構築を促進します。
- (2) 小児医療に係る相談・指導等を行うかかりつけ医、かかりつけ歯科医の普及・定着を図るため、住民への普及啓発を図ります。
- (3) 県民に対して小児救急医療機関の適切な利用についての普及啓発を図ります。
- (4) 小児科以外の医師への小児救急に関する研修等の実施により、地域の小児救急医療に協力する医師の確保を図ります。
- (5) 地域で小児医療に従事する診療所医師等が、休日夜間の初期小児救急医療に参画する体制整備を促進します。
- (6) 地域の小児科専門医による長岡市中越こども急患センターや地域の診療所医師の協力により病院内で実施されている柏崎休日・夜間急患センター等の広域的な小児救急医療体制の充実を促進するとともに、他の地域においても地域の実情に応じた体制整備に向けた取組を促進します。

【第二次小児医療】(小児専門医療)(入院小児救急)

- (1) 各二次医療圏における、小児科を標榜する診療所、一般病院小児科、中核的病院の連携体制について、関係者等と検討を進めます。
- (2) 病院群輪番制の整備により、24時間体制で救急医療を提供できる体制整備を促進します。
- (3) 小児救急医療拠点施設*の整備やインターネット等を利用した遠隔医療支援システムの整備検討を進め、24時間体制で救急医療を提供できる体制整備を促進します。
- (4) 将来的には、複数の二次保健医療圏ごとに1か所の小児救急医療拠点施設の段階的な整備を促進します。

【第三次小児医療】(高度小児専門医療)(小児救命救急医療)

- (1) 全県を対象とした高度小児専門医療の提供体制を強化するため、小児に関わる全ての診療科が連携した総合的な医療体制の構築について関係者等と取組を進めるとともに、小児集中治療室(PICU)*の整備について、人材の確保も視野に入れ、検討を進めます。
- (2) 小児がん拠点病院の整備を目指します。
- (3) 他の医療機関からの紹介患者及び重症外傷や複数の診療科領域にわたる疾病等の救急搬送による患者を中心とした重篤な小児患者に対する救急医療を、24時間365日体制で実施する体制整備を促進します。
- (4) 傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準の適切な運用を促進するなど、救急搬送・受入れの円滑な実施及び消防機関と医療機関の連携推進を図ります。

【療養・療育】

- (1) 生活の場（施設を含む。）での療養・療育が必要な小児に対し、かかりつけ医や訪問看護、福祉サービス、教育機関等が連携した支援体制の構築を促進します。
- (2) 各地域における中核的な病院が、その地域における医療的ケアを必要とする在宅小児の初期小児医療から第二次小児医療までをサポートする体制を整備するなど、診療所等が安心して小児在宅医療に取り組める環境の整備について取組を進めます。
- (3) 全県を対象とした小児医療の中心となる病院と圏域における中核的病院などが連携し、小児がん等の難病の子どもとその家族が、可能な限り住み慣れた地域で、医療や福祉、教育等の支援を受けながら生活できる体制の整備を図ります。

「小児医療」の医療連携体制において必要となる医療機能

病期の区分		医療機能	各医療機関等に求められる事項	医療機関等の例
相談支援等		健康相談等の支援の機能	1 傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準に基づき、傷病者の状況に応じた迅速かつ適切な搬送・受入れを行うこと。 2 メディカルコントロール協議会により定められたプロトコール（活動基準）などに則し、心肺停止、外傷、急病等の患者に対して、適切な観察・判断・処置を実施すること。 3 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。	消防機関等
			1 休日・夜間等に子供の急病等に関する相談体制を確保すること。（小児救急電話相談事業） 2 急病時の対応等について受療行動の啓発を実施すること。（小児救急医療啓発事業） 3 慢性疾患の診療や心の診療が必要な児童及びその家族に対し、地域の医療資源福祉サービス等について情報を提供すること。	行政機関
初期小児医療	小児医療過疎地域を含む一般小児医療	小児医療過疎地域を含む一般小児医療（初期小児救急医療を除く。）を担う機能	1 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。 2 入院設備を有する場合は、軽症の入院診療を実施すること。なお、小児医療過疎地域においては、必要に応じて地域小児科センター等へ紹介すること。 3 他の医療機関の小児病棟やNICU等から退院するに当たり、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。 4 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（レスパイトを含む。）を調整すること。 5 家族に対する身体的及び精神的サポート等の支援を実施すること。 6 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。 7 専門医療を担う地域の病院と、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。	診療所、一般小児科病院等
	初期小児救急	初期小児救急医療を担う機能	1 小児初期救急センター、休日夜間急患センター等において平日昼間や夜間休日における初期小児救急医療を実施すること。 2 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。 3 地域で小児医療に従事する開業医等が、病院の開放施設（オープン制度）や小児初期救急センター等、夜間休日の初期小児救急医療に参画すること。	小児初期救急センター等
第二次小児医療	小児専門医療	小児専門医療を担う機能	1 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。 2 一般の小児医療を行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。 3 小児科を標榜する診療所や一般病院等の地域における医療機関と、小児医療の連携体制を形成することにより、地域で求められる小児医療を全体として実施すること。 4 より高度専門的な対応について、高次機能病院と連携していること。 5 療養・療育支援を担う施設との連携や、在宅医療を支援をしていること。 6 家族に対する精神的サポート等の支援を実施すること。	圏域における中核的病院等
	入院小児救急	入院を要する救急医療を担う機能	1 小児科医師や看護師などの人員体制を含めて、入院を要する小児救急医療を24時間365日体制で実施可能であること。（オンコールでの対応、輪番制参加病院群としての対応でも可） 2 小児科を標榜する診療所や一般病院等の地域医療機関と連携し、地域で求められる入院を要する小児救急医療を担うこと。 3 高度専門的な対応について、高次機能病院と連携していること。 4 療養・療育支援を担う施設と連携していること。 5 家族に対する精神的サポート等の支援を実施すること。	圏域における中核的病院等
第三次小児医療	高度小児専門医療	高度な小児専門医療を担う機能	1 広範囲の臓器専門医療を含め、第二次小児医療機関では対応が困難な患者に対する高度専門的な診断・検査・治療を実施し、医療人材の育成・交流などを含めて地域医療に貢献すること。 2 療養・療育支援を担う施設と連携していること。 3 家族に対する精神的サポート等の支援を実施すること。	全県を対象とした小児医療の中心となる病院等
	小児救命救急医療	小児の救命救急医療を担う機能	1 第二次小児医療機関からの紹介患者や重篤外傷を含めた救急搬送による患者を中心として、重篤な小児患者に対する救急医療を24時間365日体制で実施すること。 2 療養・療育支援を担う施設と連携していること。 3 家族に対する精神的サポート等の支援を実施すること。	救命救急センターを有する病院等

※ 二次保健医療圏ごとの具体的な医療機関名については、毎年度見直しを行い、県のホームページ等で公表。
<http://www.pref.niigata.lg.jp/fukushihoken/1230062477639.html>

6 在宅医療等

在宅医療の充実に向けた視点

多くの県民が住み慣れた自宅や地域での療養を望んでいるため、高齢や病気になっても障害があっても住み慣れた地域で自分らしい生活ができるよう、以下の視点から在宅医療の充実を図ります。

(1) 地域からの取組

在宅医療を取り巻く状況は、各地域の医療資源、人材、過疎、住民ニーズ等の状況によりそれぞれ異なることから、在宅医療の体制整備は、各地域の実情に合わせて取り組んでいくことが重要です。

そのため、在宅医療の体制整備については市町村を単位として行うこととし、県は保健所所管区域ごとに、市町村が主体となって郡市医師会等の関係団体との連携体制を構築できるよう調整を行います。

(2) 地域における連携

地域における在宅医療の連携体制の前提となる関係機関・団体の「顔の見える関係」の構築が重要です。

(3) 在宅医療の基盤整備

在宅療養支援診療所、機能強化型の在宅療養支援診療所などの在宅医療に重点化された医療機関の整備を図ることは重要ですが、要件として24時間体制などが求められており、一般の診療所には負担が大きいことが指摘されています。

また、一般の診療所・病院及び歯科診療所においても往診や訪問診療などに取り組んでおり、在宅医療を支える重要な基盤となっています。

これらのことから在宅療養支援診療所等の整備充実とともに在宅医療を実施する一般診療所・病院及び歯科診療所の拡大を図ることが重要です。

さらに、医療機関以外にも、訪問薬剤管理指導を実施する薬局の拡大や、訪問看護サービス、在宅医療を支える在宅介護サービス、障害福祉サービスの充実を図ることが重要です。

現状と課題

<全体>

(1) 国は、疾病構造の変化や高齢化の進展、医療技術の進歩、QOL*向上を重視した医療への期待の高まりにより、在宅医療のニーズは増加し、多様化しているとしています。本県で実施した平成28年度第7回県民アンケート調査報告書「県民の福祉に関する満足度調査」（県内の20歳以上の男女対象）では、脳血管障害や認知症等によって日常生活が困難となった場合、療養生活を送りたい場所は、「特別養護老人ホーム等の入所施設」が54.0%、「病院」が21.3%、「自宅」が20.3%となっています。また、「平成28年高齢者基礎調査」（県内の65歳以上の男女対象）で

は、介護が必要になった場合でも、自宅で介護を受けたいと希望する割合は、56.1%となっています。このように、療養生活を送る場所に対する県民のニーズは多様化しており、それらを踏まえて在宅医療提供体制を整備していく必要があります。

- (2) 県内の平成27(2015)年における65歳以上の高齢者人口は約69万人であり、平成42(2030)年には約71万人になると推計されています。また、県内の平成27(2015)年における高齢単身世帯または高齢者夫婦世帯は約18万世帯であり、平成42(2030)年には約21万世帯になると推計されています。
- (3) 自宅等住み慣れた環境での療養を希望する高齢者等の受け皿の一つとして、在宅医療の提供体制の基盤整備が必要とされています。
- (4) 郡市医師会が設置する在宅医療推進センターや市町村等が県内各地域において在宅医療に係る取組を行っていますが、それぞれの地域ごとに在宅医療の提供体制が異なることから、地域ごとに現状を把握することが必要です。

【退院支援】

- (1) 病院における入院患者の平均在院日数は37.4日で、全国平均33.2日より長く遅めに退院する傾向にあります。
- (2) 退院支援の担当者を配置している病院数は平成26(2014)年度時点で60病院、人口10万人当たりで全国2.6に対し県も2.6と等しいものの、全病院の45.5%とまだ少ない状況にあります。保健所所管区域別では、南魚沼(人口10万対1.5)、長岡(人口10万対1.6)、佐渡(人口10万対1.6)が少ない状況となっています。
- (3) 円滑な在宅療養移行に向けて、入院医療機関と在宅医療を実施する診療所、病院、歯科診療所、薬局、訪問看護サービス事業者、在宅介護サービス事業者及び障害福祉サービス事業者等との協働による退院支援が可能な体制の整備が必要です。

【日常の療養生活の支援】

- (1) 在宅療養支援診療所の数は、平成28(2016)年3月現在で131か所、診療所数全体の7.7%となっており、人口10万人当たりで全国11.8に対し県では5.7とまだ少ない状況にあります。

保健所所管区域別では、全国平均を上回っているのは上越(診療所数30、人口10万対13.0)のみで、上越の診療所全体の16.0%となっています。その他、柏崎(人口10万対8.8)、魚沼(人口10万対7.9)、南魚沼(人口10万対6.0)、十日町(人口10万対6.0)、新潟(人口10万対5.9)、長岡(人口10万対5.9)で県平均より高くなっています。

また、在宅療養支援診療所の強化型の届出医療機関は17か所(新潟市が8か所、長岡市が2か所、十日町市が4か所、南魚沼市が3か所)となっています。

- (2) 在宅療養支援病院*の数は平成28(2016)年3月現在で10か所(新潟市が4か所、南魚沼市が2か所、村上市、妙高市、阿賀町及び湯沢町が1か所ずつ)となっています。
- (3) 在宅療養支援歯科診療所*の数は平成28(2016)年3月現在で184か所、保健所所管区域別では新津(人口10万対1.5)、南魚沼(人口10万対1.5)で低いものの、

県全体（人口10万対7.9）では全国平均（人口10万対4.8）を上回っています。

- (4) 在宅療養支援診療所以外にも、往診や訪問診療等の在宅医療を実施している一般の診療所があることから、定期的に実態を把握するための調査が必要です。
- (5) 口腔ケアが誤嚥性肺炎の発症予防につながるなど、口腔と全身との関係について広く指摘されていますが、実際に訪問診療を実施している歯科診療所は2割にすぎません。在宅歯科医療につなぐ連携体制の更なる整備が必要です。
- (6) 在宅療養において適切な服薬支援等を行う在宅患者訪問薬剤管理指導業務を実施している薬局数は、県全体（人口10万対5.3）では全国平均（人口10万対4.9）を上回っています。

一方、訪問薬剤管理指導を受けた者の数は、保健所所管区域別では村上（人口10万対74.5）、新津（人口10万対98.5）、魚沼（人口10万対113.1）及び南魚沼（人口10万対98.7）において高いものの、県全体（人口10万対43.3）では全国平均（人口10万対74.0）を下回っています。

- (7) 訪問看護ステーションの数は、平成29（2017）年4月1日現在で132か所、人口10万人当たりで5.8となっており、保健所所管区域別では魚沼（人口10万対13.8）で多く、佐渡（人口10万対1.8）、村上（人口10万対3.0）で少ない状況となっています。
- (8) 24時間対応の介護サービスでは、平成29（2017）年4月1日現在で小規模多機能型居宅介護事業所*は186事業所、高齢者人口10万人当たりで26.5事業所となっており、保健所所管区域別で見ると、高齢者人口10万人当たりで、魚沼が55.4事業所で最も多く、糸魚川が12.0事業所で最も少ない状況となっています。

看護小規模多機能型居宅介護サービスを行っている事業所は、平成29（2017）年4月1日現在で7事業所となっています。

また、定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス*を行っている事業所は、平成29（2017）年4月1日現在で15事業所となっています。

- (9) 多職種協働による患者やその家族の生活を支える観点からの医療・介護サービス、障害福祉サービス、緩和ケア、栄養ケアの提供や家族への支援など日常の療養支援が可能な体制整備が必要です。

【急変時の対応】

- (1) 在宅療養支援診療所（有床診療所）の病床数は平成28（2016）年3月現在で77床となっています。
- (2) 在宅療養支援病院の病床数は平成28（2016）年3月現在で1,242床（人口10万対53.8、全国平均89.7）となっています。
- (3) 24時間調剤が可能な体制をとっている薬局の数は、平成29（2017）年3月31日現在609か所で、保険薬局数全体の54.0%となっています。
- (4) 24時間体制をとっている訪問看護ステーション数は、平成29（2017）年4月1日現在で110か所（ステーション数全体の83%）、保健所所管区域別では村上、新津及び上越（50.0%）でステーション数全体に占める割合が低くなっています。
- (5) 患者の病状急変時における往診や訪問看護の体制及び入院病床の確保など、急変

時に対応が可能な体制整備が必要です。

【看取り】

- (1) 在宅死亡者の数は平成 27 (2015) 年度で 2,859 人(人口 10 万対 123.0、死亡者全体の 10.1%)、全国平均(人口 10 万対 130.0、死亡者全体の 12.7%) より若干少なくなっています。
- (2) 在宅での看取りを実施している診療所は平成 26 (2014) 年度で 98 か所、人口 10 万人当たりで全国 3.4 に対し県 2.6 と少なく、在宅療養支援診療所において在宅看取りを実施していない施設もあります。
- (3) 疼痛等に対する在宅緩和ケアに必要な医療用麻薬を取り扱っている薬局数は、平成 26 (2014) 年 12 月 31 日現在、保健所所管区域別では、長岡(人口 10 万対 34.4)、柏崎(人口 10 万対 27.7) 及び佐渡(人口 10 万対 16.4) において低いものの、県全体(人口 10 万対 40.5) では、全国平均(人口 10 万対 35.0) を上回っています。
- (4) ターミナルケアに対応する訪問看護ステーションは、平成 27 (2015) 年で 99 か所(ステーション数全体の 79.2%、人口 10 万対 5.3) で、全国平均(人口 10 万対 6.8) より少なく、保健所所管区域別では新津(人口 10 万対 1.5)、村上(人口 10 万対 1.4) で特に少なくなっています。
- (5) 在宅緩和ケア研修の受講状況は、平成 24 (2012) ～28 (2016) 年度は 1,375 人(うち医師 683 人) であり、医師以外の受講者の主な職種は訪問看護ステーションの看護職となっています。
- (6) 終末期の患者や家族の希望に応じて、住み慣れた自宅や地域での看取りが可能な体制整備が必要です。

目 標

高齢化の進展により増大する訪問診療を必要とする患者の増加を踏まえて、訪問診療体制の整備を促進します。

訪問診療の将来的な需要量(推計) 人/日

11,651 (平成 32 (2020) 年)、12,323 (平成 35 (2023) 年)

[現状数値：10,788 (平成 28 (2016) 年)]

<数値目標>

- (1) 訪問診療を実施する診療所数

363 (平成 32 (2020) 年)、383 (平成 35 (2023) 年)

[現状数値：336 (平成 28 (2016) 年)]

- (2) 訪問診療を実施する病院数

50 (平成 32 (2020) 年)、52 (平成 35 (2023) 年)

[現状数値：46 (平成 28 (2016) 年)]

※ ただし、数値目標に対する達成評価等については、実際の患者の増加状況や各医療施設の患者受入状況等を考慮して判断する。

施策の展開**<目指すべき方向>**

在宅医療を実施する医療機関と関係機関相互の連携により、在宅医療が円滑かつ継続的に提供されるよう以下の体制の構築を目指します。

- (1) 入院医療機関と在宅医療に係る機関、在宅介護サービス事業者等との協働による円滑な在宅療養移行に向けての退院支援が可能な体制
- (2) 在宅医療を実施・支援する医療機関の拡充や、多職種の連携による24時間対応が可能な体制
- (3) 医療、介護及び在宅医療に関わる多職種の連携強化により、患者の日常の療養とその家族を支えるためのサービスが継続的・包括的に提供できる体制

<共通事項>

- (1) 往診や訪問診療等の在宅医療を実施している一般の診療所・歯科診療所の状況など、より詳細な在宅医療の実態を把握し、在宅医療の体制整備を図ります。
- (2) 各地域において在宅医療の関係機関・団体の「顔の見える関係」が構築できるよう、各地域における市町村、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、地域の中核的な病院、介護事業者、障害福祉サービス事業者等との連携を推進するための会議開催を推進します。
- (3) 市町村、医師会等の関係団体と連携し、在宅医療に関わる医療・介護従事者等に対して多職種の連携や医療・介護等の知識・技術習得に係る研修の実施を推進します。
- (4) 自宅や住み慣れた地域で受けられる医療、介護及び看取り等に関する情報について、市町村、関係団体と連携して県民への普及啓発を図ります。

【退院支援】

- (1) 入院医療機関において入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援担当者の配置を促進します。
- (2) 多職種による退院前カンファレンスの実施など入院医療機関と在宅医療を実施する診療所、病院、歯科診療所、薬局、訪問看護サービス事業者、在宅介護サービス事業者及び障害福祉サービス事業者等の円滑な連携により、切れ目のない継続的な医療体制の整備を促進します。
- (3) 地域連携クリティカルパスの活用等医療機関の役割分担及び病病連携・病診連携・病薬連携*による圏域内の地域医療提供体制の構築を促進します。

【日常の療養生活の支援】

- (1) 医師会と連携した医療関係者への普及啓発により、在宅療養支援診療所の整備充実とともに、一般の診療所・病院による在宅医療の実施を促進します。
- (2) 歯科医師会等と連携し、在宅療養支援歯科診療所・病院歯科機能の整備や一般の歯科診療所による在宅歯科医療の実施を促進するとともに、在宅歯科医療が円滑に提供されるよう、在宅歯科医療連携室*等を通じて、歯科診療所と一般診療所・病

- 院及び在宅介護サービス事業者等との連携を促進します。
- (3) 薬剤師会等と連携し、薬局と医療機関との連携、いわゆる病診薬連携を図り、薬局における訪問薬剤管理指導の積極的な取組を促進します。
 - (4) 看護協会等と連携した医療関係者等への普及啓発により、訪問看護ステーションの整備を促進します。
 - (5) 在宅医療を支える24時間対応型の在宅介護サービスの普及を促進します。
 - (6) 在宅医療の高度化に対応するための医療従事者研修の実施体制の充実を促進します。
 - (7) 在宅医療を実施する医療機関等と郡市医師会が設置する在宅医療推進センター、市町村、地域包括支援センター、在宅歯科医療連携室、居宅介護支援事業所、障害者相談支援事業所等が情報共有を図り、在宅療養に必要な医療や介護、家族の負担軽減につながるサービスを適切に紹介できる体制づくりを促進します。
 - (8) 地域の実情に応じ、患者情報を共有する地域連絡ノートなど、在宅医療現場での医療・介護従事者間の連携が行われる仕組みの普及を促進します。
 - (9) 栄養士会等と連携し、患者の生活の質を向上させるため、栄養ケアの充実を図ります。
 - (10) 身体機能及び生活機能の維持向上のためのリハビリについて、在宅医療に関わる医療・介護従事者等が患者に対して適切に提供できる体制の構築を促進します。

【急変時の対応】

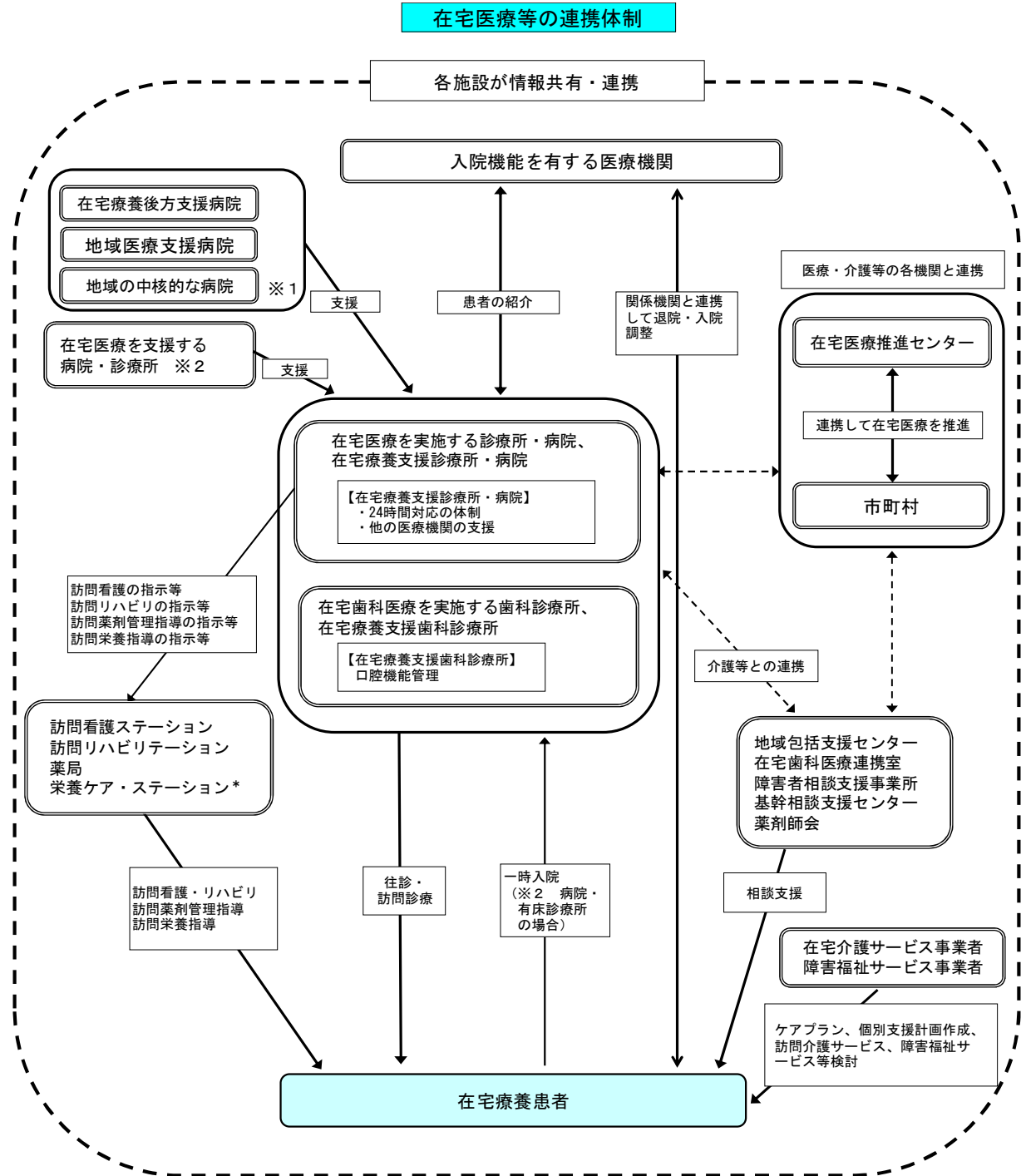
- (1) 患者の病状急変時に対応できるよう、市町村、医師会等の関係団体と連携し、各地域において、在宅医療を実施する医療機関、薬局、訪問看護事業所及び入院機能を有する医療機関との円滑な連携による診療体制の構築を促進します。
- (2) 訪問看護サービスの24時間体制の整備を促進します。

【看取り】

- (1) 終末期の患者や家族の希望に応じて、住み慣れた自宅や地域で最期を迎えることができるよう、市町村、医師会等の関係団体と連携し、各地域において、在宅医療を実施する医療機関、薬局、訪問看護事業所及び入院機能を有する医療機関との円滑な連携による看取り体制の構築を促進します。
- (2) 地域の医療従事者のそれぞれの業務内容に応じた専門的な研修受講を促進し、終末期ケア*の普及や緩和ケアの実施体制の充実を促進します。

【在宅医療の支援】

- (1) 在宅医療を実施している医療機関が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や訪問看護の支援や、患者の病状が急変した際の一時受入れ等を行う、在宅医療を支援する病院・診療所の整備を促進します。
- (2) 在宅療養後方支援病院*、地域医療支援病院、地域の中核的な病院による在宅医療の支援体制づくりを促進します。



※1 「在宅療養後方支援病院」、「地域医療支援病院」及び「地域の中核的な病院」は、在宅療養者が重症化した場合における救急医療や専門的な医療を担うことにより、「在宅医療を実施する医療機関」を支援。

※2 「在宅医療を支援する病院・診療所」は、自ら在宅医療を提供するとともに、他の医療機関が対応しきれない場合における診療支援や患者の病状が急変した際の一時受入れ等を行うことにより、「在宅医療を実施する医療機関」を支援。

「在宅医療等」の医療連携体制において必要となる医療機能

病期の区分	医療機能	各医療機関等に求められる事項	医療機関等の例	関係機関の例
退院支援	入院医療機関に求められる事項	1 退院支援担当者を配置していること 2 入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援を開始すること 3 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図ること	病院、有床診療所	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、在宅介護サービス事業所、在宅歯科医療連携室、薬剤師会、障害福祉関係機関*
	在宅医療を実施する医療機関等に求められる事項	1 在宅療養者のニーズに応じて、医療や介護を包括的に提供できるよう調整すること 2 在宅医療や介護の担当者間で、今後の方針や病状に関する情報や計画を共有し、連携していること	診療所、病院、歯科診療所、薬局、訪問看護事業所	
日常の療養支援・急変時の対応	在宅医療を実施する医療機関等に求められる事項	1 往診、訪問診療、訪問看護を実施すること 2 病状急変時における連絡先をあらかじめ在宅療養者やその家族に提示し、自院または近隣の病院や診療所、訪問看護事業所等との連携により、24時間対応が可能な体制を確保していること 3 入院機能を有する場合には、在宅療養者の病状が急変した際の一時受入れを行うこと 4 相互の連携により、在宅療養者のニーズに対応した医療や介護が包括的に提供される体制を確保していること 5 地域ケア会議において在宅療養者に関する検討をする際には積極的に参加すること 6 身体機能及び生活機能の維持向上のためのリハビリを適切に提供する体制を関係機関と連携して構築すること	在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院	居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、在宅介護サービス事業所、在宅歯科医療連携室、障害福祉関係機関*
		1 往診、訪問診療、訪問看護を実施すること 2 病状急変時における連絡先をあらかじめ在宅療養者やその家族に提示し、連絡可能な体制を確保していること。 3 相互の連携により、在宅療養者のニーズに対応した医療や介護が包括的に提供される体制を確保していること 4 医療関係者は、地域ケア会議において在宅療養者に関する検討をする際には積極的に参加すること 5 身体機能及び生活機能の維持向上のためのリハビリを適切に提供する体制を関係機関と連携して構築すること	在宅医療を実施する診療所・病院	
		1 往診、訪問歯科診療を実施すること 2 口腔機能管理を実施すること 3 相互の連携により、在宅療養者のニーズに対応した医療や介護が包括的に提供される体制を確保していること 4 地域ケア会議において在宅療養者に関する検討をする際には積極的に参加すること 5 身体機能及び生活機能の維持向上のためのリハビリを適切に提供する体制を関係機関と連携して構築すること	在宅療養支援歯科診療所	
		1 往診、訪問歯科診療を実施すること 2 相互の連携により、在宅療養者のニーズに対応した医療や介護が包括的に提供される体制を確保していること 3 地域ケア会議において在宅療養者に関する検討をする際には積極的に参加すること 4 身体機能及び生活機能の維持向上のためのリハビリを適切に提供する体制を関係機関と連携して構築すること	歯科診療所	
		1 訪問薬剤管理指導を実施すること 2 医薬品や医療・衛生材料等の供給を円滑に行うための体制を整備していること 3 病状急変時における連絡先をあらかじめ在宅療養者やその家族に提示し、開局時間外に調剤を行うための体制を整備していること 4 相互の連携により、在宅療養者のニーズに対応した医療や介護が包括的に提供される体制を確保していること 5 地域ケア会議において在宅療養者に関する検討をする際には積極的に参加すること	薬局	
		1 訪問看護を実施すること（急変時の対応も含む） 2 相互の連携により、在宅療養者のニーズに対応した医療や介護が包括的に提供される体制を確保していること 3 地域ケア会議において在宅療養者に関する検討をする際には積極的に参加すること 4 身体機能及び生活機能の維持向上のためのリハビリを適切に提供する体制を関係機関と連携して構築すること	訪問看護事業所	
	入院医療機関に求められる事項	1 在宅医療を実施している医療機関（特に無床診療所）が担当する在宅療養者の病状が急変した際に、必要に応じて一時受け入れを行うこと 2 重症で対応できない場合は、他の適切な医療機関と連携する体制をとっていること	病院、有床診療所	
看取り	在宅医療を実施する医療機関等に求められる事項	1 終末期の症状に対する患者や家族の不安を解消し、患者や家族が望む場所での看取りを行うことができる体制をとっていること 2 患者や家族に対して、在宅における医療・介護及び看取りに関する適切な情報提供を行うこと 3 地域における看取りを必要に応じて支援すること	診療所、病院、歯科診療所、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、在宅介護サービス事業所、障害福祉関係機関*
	入院医療機関に求められる事項	在宅医療を実施する医療機関で看取りに対応できない場合について、必要に応じて受け入れること	病院、有床診療所	
在宅医療の支援	在宅医療において積極的役割を担う医療機関に求められる事項	1 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 2 在宅医療に係る医療及び介護関係者に必要な情報の共有を行うこと 3 入院機能を有する医療機関においては、在宅療養者の病状が急変した際の一時受入れを行うこと	在宅医療を支援する病院・診療所	
	在宅療養後方支援病院等に求められる事項	1 在宅医療を実施する医療機関が対応困難な重症例の受入れを行うこと 2 在宅医療を実施する医療機関等の連携の緊密化のための支援を行うこと 3 患者や地域の医療機関に対して在宅医療を実施する医療機関等に関する情報提供を行うこと	在宅療養後方支援病院、地域医療支援病院、地域の中核的な病院	

※ 二次保健医療圏ごとの具体的な医療機関名については、毎年度見直しを行い、県のホームページ等で公表。
<http://www.pref.niigata.lg.jp/fukushihoken/1230062477639.html>

* 障害者相談支援事業所、基幹相談支援センター、障害福祉サービス事業者