

第7次
新潟県地域保健医療計画

平成30年3月
令和4年3月一部改定

新潟県

目 次

I 総論

第1章 計画の基本的事項	1
第1節 新潟県地域保健医療計画の趣旨	1
第2節 計画の位置づけ	1
第3節 計画期間	1
第4節 基本理念と基本的な考え方	2
第5節 計画の推進及び進行管理	2
第2章 本県の現状と方向性	3
第1節 保健医療を取り巻く環境	3
第2節 目指すべき姿に向けた取組の方向性	5
第3章 保健医療圏と基準病床数	6
第1節 保健医療圏の設定	6
第2節 基準病床数	9
第4章 新潟県地域医療構想の概要	10
第1節 位置づけ・目的	10
第2節 基本方針	10
第3節 構想区域	10
第4節 構想区域ごとの2025年の推計	11
第5節 将来の医療・介護提供体制を実現するための施策の方向性	12
第6節 持続可能で質の高い医療を提供し続けるための新潟県地域医療構想の実現に向けた今後の方向性	13
第5章 医療費適正化の推進	18
第1節 県民の健康の保持	18
第2節 医療の効率的な提供	19
第3節 医療費の見込み	21

II 各論

第1章 保健医療施策の充実	23
第1節 5疾病に係る医療連携体制の構築等	23
1 がん	23
2 脳卒中	31
3 心血管疾患	37
4 糖尿病	42
5 精神疾患	48

(一部改定)

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	65
1 救急医療	65
2 災害医療	71
3 へき地の医療	77
4 周産期医療	82
5 小児医療	89
6 在宅医療等	96
第3節 健康づくりと各種保健医療提供体制の整備	104
1 生活習慣病・加齢疾患等の予防の推進	104
2 母子保健	110
3 歯科保健医療対策	112
4 感染症対策	115
5 難病対策	118
6 移植医療・腎不全対策	119
7 肝炎対策	122
8 介護予防	126
9 障害保健福祉の充実	127
10 プライマリケア機能の充実	129
11 医療機関相互の機能分担と連携推進	130
12 医療の安全確保	131
第4節 人材の確保と資質の向上	134
1 医師	134
2 看護職員	135
3 その他の人材	138
第2章 圏域別重点取組方針	146
1 下越圏域	147
2 新潟圏域	154
3 県央圏域	165
4 中越圏域	171
5 魚沼圏域	176
6 上越圏域	184
7 佐渡圏域	195

[巻末資料]

・計画策定経過	203
・用語説明	205

本文中、*印を付した用語の解説は、巻末の「用語説明」に記載しています。

I 総論

第1章 計画の基本的事項

第1節 新潟県地域保健医療計画の趣旨

本県の保健医療を取り巻く環境は変化を続けており、特に、急速に進行する少子高齢化への対応は喫緊の課題となっています。

平成26（2014）年3月に成立した「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（平成26年法律第83号）」において医療法（昭和23年法律第205号）が改正されたことを受け、県では、将来の人口構造に対応した医療提供体制の構築を図るため、平成29（2017）年3月に「新潟県地域医療構想」を策定しました。

「第7次新潟県地域保健医療計画」は、医療法改正や、これまでに積み上げられてきた取組の成果を踏まえ、技術の進歩や高度化、疾病構造の変化、保健医療ニーズの多様化・複雑化、医師・看護職員等の不足や地域偏在などの諸課題に対応し、本県における良質かつ適切な保健医療サービスの実現を図るために策定するものであり、今後の保健医療施策の具体的な目標と方向を示すものです。

第2節 計画の位置づけ

1 法的位置づけ

この計画は、医療法第30条の4に基づく「医療提供体制の確保を図るための計画」及び高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第9条に基づく「医療費適正化を推進するための計画」を含むものです。

2 他の計画との関係

「健康にいがた21」、「新潟県高齢者保健福祉計画」などの保健医療福祉分野の法定計画、県の長期計画である「新潟県総合計画」及び県福祉保健部の横断的・重点的な取組の方向性を掲げた「新潟県健康福祉ビジョン」との整合性を図っています。

第3節 計画期間

平成30（2018）年度から令和5（2023）年度までとします。ただし、国の動向や、保健医療を巡る状況の変化などに応じて、見直しを行います。

第4節 基本理念と基本的な考え方

《基本理念》

健康に安心して暮らせる新潟県づくり

全ての県民が自らの希望に応じた自分らしい暮らしを安心して続けることができる新潟県を実現するためには、県民一人一人が生涯を通じて身体とこころの健康づくりを実践することや、県内のどこに住んでいても安心して保健・医療・福祉サービスを受けることができる環境の整備が必要です。

《基本的な考え方》

○ 保健・医療・福祉の基盤整備による安心して暮らせる新潟県づくり

県民一人一人が安心して暮らせるためには、自ら行う健康づくりや良好な生活習慣の実践により、健康であることが重要です。また、病気や事故、災害など、不測の事態に対応するため、保健・医療・福祉の基盤が整えられていることが重要です。

生涯にわたって誰もが主体的に健康づくりに取り組めるよう支援するとともに、疾病の種類や状態に応じた切れ目のないサービスが提供される体制づくりや仕組みづくりを進めます。

○ 保健・医療・福祉を支える人材の確保・育成

県民一人一人が安心して暮らせるためには、必要な時に、利用者の視点に立った良質かつ適切なサービスを受けられる体制が確保されていることが重要です。

サービスの受け手のみならず、提供者にとっても魅力ある環境を整備し、保健・医療・福祉を支える人材の確保や育成を進めます。

第5節 計画の推進及び進捗管理

計画の実効性を高め、施策展開に結びつけるため数値目標を設定します。その進捗状況や成果を、5疾病・5事業及び在宅医療等、医師・看護職員確保の分野ごとに常設したワーキンググループにおいて分析・検討するとともに、新潟県保健医療推進協議会の専門委員会において評価の上公表し、今後の具体的な施策に反映していきます。

なお、数値目標については、原則として令和5（2023）年度に設定しますが、他の法定計画等との整合性を図るため、一部、令和6（2024）年度とします。

また、計画の推進に当たっては、行政や保健医療関係者をはじめ、福祉関係者、県民が一体となって取り組むことが重要です。

第2章 本県の現状と方向性

第1節 保健医療を取り巻く環境

1 人口等

本県の総人口は平成9（1997）年をピークに減少を続けています。国立社会保障・人口問題研究所の推計によれば、平成27（2015）年の約231万人から、令和7（2025）年には約211万人（8.3%減）に、令和17（2035）年には約190万人（17.5%減）になると見込まれています。

一方、65歳以上の高齢者人口に限ると、平成27（2015）年の約68万人から、令和7（2025）年には約72万人（5.8%増）とピークを迎え、県民の3人に1人が65歳以上の高齢者に、5人に1人が75歳以上の後期高齢者になると推計されています。その後は高齢者人口も減少に転じる見込みですが、それ以上に全体の人口が減少するため、高齢化率（総人口に占める65歳以上人口の割合）は上昇を続け、令和7（2025）年には34.3%、令和17（2035）年には36.7%と、全国平均に比べて、約10年早く高齢化が進行する見込みです。

また、単身高齢者の増加も見込まれており、特に75歳以上の単独世帯数は平成27（2015）年の45,489世帯から、令和7（2025）年には59,132世帯（30.0%増）、令和17（2035）年には66,594世帯（46.4%増）になると推計されています。

2 人口動態と患者の状況

本県県民の平均寿命は、平成27（2015）年現在で男性が80.69年、女性が87.32年と、男性はほぼ全国並み、女性は全国平均をやや上回って推移しており、今後も延伸すると見込まれています。

平成28（2016）年の本県における死亡数は28,822人となっており、10年前と比べて120.4%に増加しています。ただし、年次間の年齢構成の相違を考慮した年齢調整死亡率*の推移をみると、全国的な傾向と同様に、男女ともに低下しており、死亡数の増加は高齢化の進行によるものです。

死因についてみると、「悪性新生物」「心疾患（高血圧性を除く。）」「脳血管疾患」の3疾病で半数以上を占める状況が続いており、平成28（2016）年では51.7%となっています。ただし、「脳血管疾患」の割合は減少傾向にあるなど、3疾病が占める割合は低下してきており、全国では「肺炎」の占める割合が「脳血管疾患」を上回るなど、変化も生じています。

本県における推計患者数についてみると、平成17（2005）年以降、入院患者数は減少しているのに対し、外来患者数は増加しています。疾病分類別の受療率は、入院では「統合失調症*」等の障害、「脳血管疾患」、「悪性新生物」が上位となっていますが、いずれも減少傾向にあります。一方で、「神経系の疾患」と「呼吸器系の疾患」は増加しています。外来では、調査年ごとに増減はあるものの、「循環器系の疾患」と「筋骨格系及び結合組織の疾患」が上位となっています。また、「悪性新生物」、「糖尿病」は徐々に増加しています。

3 医療提供体制の現状

本県の平成 29（2017）年 4 月 1 日現在の病院数は 129、一般診療所数は 1,714、歯科診療所数は 1,169 となっています（新潟県医務薬事課調べ）。医療施設調査により、これまでの推移をみると、病院数は平成 17（2005）年に 140、平成 22（2010）年に 131 と、徐々に減少しています。一般診療所数は平成 13（2001）年の 1,748 をピークにしばらく減少が続きましたが、平成 22（2010）年以降は再び増加傾向にあります。歯科診療所数は平成 21（2009）年の 1,192 をピークに、それ以降は減少傾向にあります。

平成 29（2018）年 4 月 1 日現在で病院及び一般診療所が使用許可を受けている病床数は 29,103 床となっています（新潟県医務薬事課調べ）。医療施設調査により、これまでの推移をみると、平成 6（1994）年の 33,525 床をピークに減少が続いており、平成 6（1994）年からの減少率は 13.2% となりますが、人口 10 万対でみた場合は 5.1% となっています。

地域別にみると、病床数の約 4 割は新潟医療圏に集中しています。人口 10 万対病床数にも地域差があり、地域によって医療資源の状況は異なっています。

なお、魚沼医療圏では、大規模な医療再編が行われ、平成 27（2015）年 6 月に「新潟大学地域医療教育センター・魚沼基幹病院（以下「魚沼基幹病院」という。）」が開院したところであり、医療機関の機能分担、連携による地域完結型の医療提供体制の構築を進めることとしています。

また、県央医療圏では、課題である救命救急医療や高度・専門的医療の確保等のため、医療再編により救命救急センター*を併設した県央基幹病院を整備し、周辺医療機関との機能分担、連携を進めることとしています。

4 医療費の状況

高齢化の進展や医療技術の高度化等により、我が国の医療費は年々増加傾向にあり、平成 27（2015）年度には 42 兆 3,644 億円、1 人当たりでは 33 万 3,300 円となっています。本県においては、平成 27（2015）年度に 7,110 億円、1 人当たりでは 30 万 8,600 円と、低い方からみて全国第 10 位となっています。

後期高齢者医療費も増加傾向にあり、平成 27（2015）年度には全国で 15 兆 1,323 億円、1 人当たりでは 94 万 9,070 円となっています。本県における 1 人当たりの後期高齢者医療費は 75 万 6,425 円と、全国で最も低くなっています。

第2節 目指すべき姿に向けた取組の方向性

急速な高齢化の進展や疾病構造の変化が見込まれる中、将来にわたり、住み慣れた地域で安心して保健医療サービスが受けられる体制の構築とともに、限られた資源を有効に活用し、効率的かつ効果的にサービスを提供できる体制の確保が求められています。

そのため、地域の保健医療関係者や関係団体、市町村等との連携の下、「5疾病・5事業及び在宅医療等」のそれぞれに係る医療連携体制の構築を図るとともに、県民の健康増進や生活の質の向上に向けた「生活習慣病予防」、「感染症対策」、「歯科保健医療対策」等の取組や、関係機関同士の機能分担と連携強化を進め、地域全体で切れ目のない保健医療サービスを提供できる体制を構築します。

併せて、医師や看護職員をはじめとする人材の確保や育成を進め、多様化・複雑化するニーズに対応し、良質かつ適切なサービスを提供できる体制の確保を図ります。

また、広大な県土を有する本県の地理的特性を踏まえ、地域の実情や課題に応じた取組を進めます。

これらの推進に当たっては、5疾病・5事業及び在宅医療等、人材確保などの分野間の横断的な連携を図るとともに、地域ごとの特性や医療資源等の状況に応じた検討の視点も含めながら、全県単位から地域単位まで整合性をもった施策の展開を図ります。

第3章 保健医療圏と基準病床数

第1節 保健医療圏の設定

保健医療圏は、疾病の状況に応じた保健医療資源の適正な配置や機能分担、連携等のシステム化を図るための地域的単位として、県が設定するものです。

保健医療サービスには、住民の日常生活に密接に関わる頻度の高いものから、極めて高度、特殊なものまで、様々な水準があります。

この水準に応じて、県民誰もが適切なサービスを受けられるよう、需要に対応できる提供体制を効率的に整備していくことが必要です。

なお、保健医療圏の設定は、県民の自由な医療機関の受診や保健医療サービスの利用、提供者側の活動を制限するものではありません。

1 一次保健医療圏

県民の日常的な健康相談、健康管理や一般的な疾病への対応など、県民の日常生活に密着した頻度の高い保健医療サービスが提供される区域であり、市町村を単位とします。

2 二次保健医療圏（医療法第30条の4第2項第14号に規定する区域）

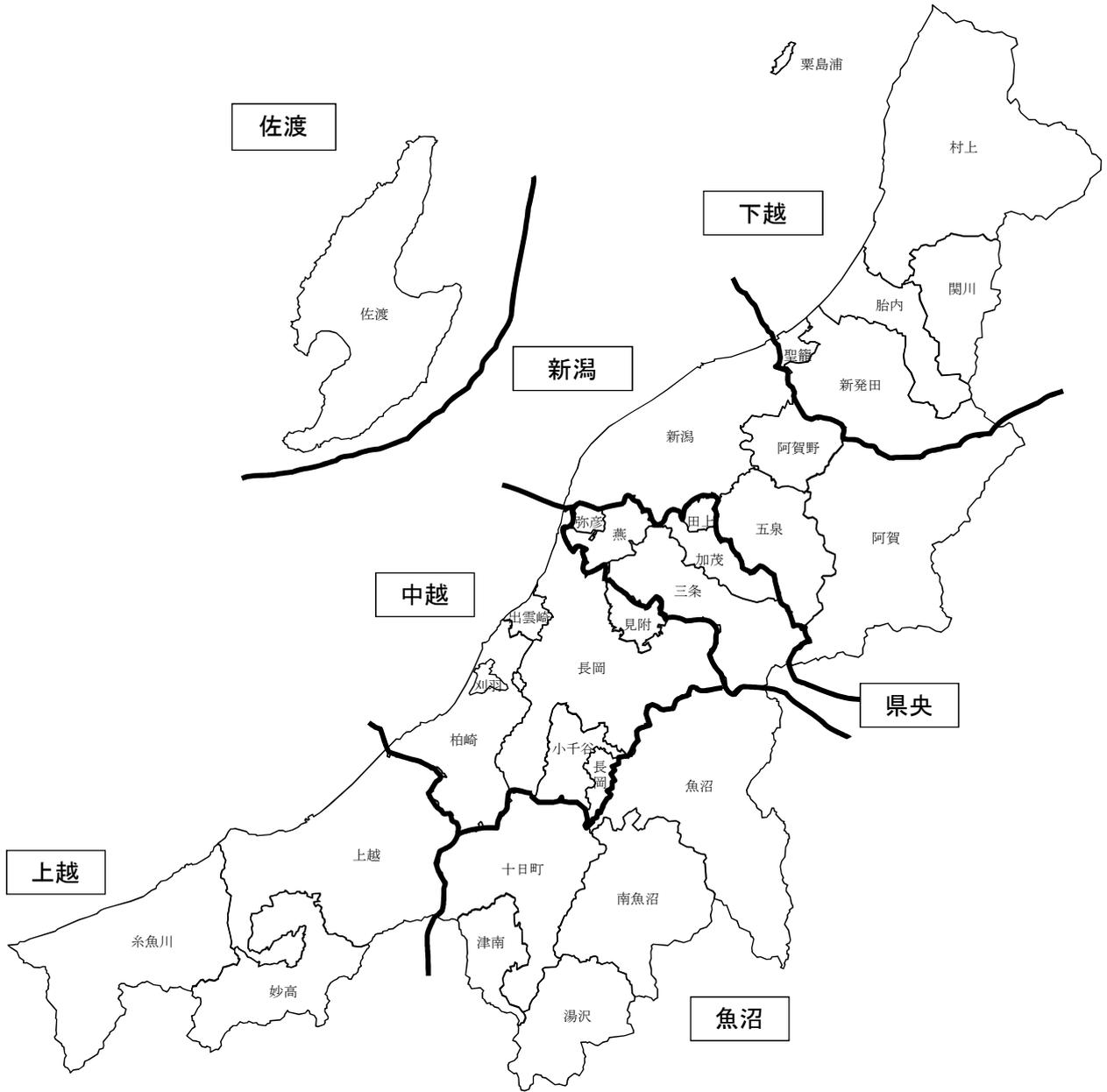
特殊なサービスを除き、比較的専門性の高い保健医療活動が完結できる区域であり、病院における入院に係る医療提供体制の確保を念頭に、人口、保健医療資源の状況、住民の受療動向等に基づき設定した7つの区域を単位とします。

ただし、技術の進歩や高度化、救急搬送の状況、関係機関の管轄等を踏まえ、必要に応じて見直しを検討します。

3 三次保健医療圏（医療法第30条の4第2項第15号に規定する区域）

一次及び二次の保健医療体制との連携の下、高度で特殊な技術、設備を必要とする保健医療サービスが提供される区域であり、全県を単位とします。

二次保健医療圏



圏域名	構成市町村数	人口（人）	面積（km ² ）	構成市町村名
下越	6 (3市1町2村)	206,945	2,319.22	新発田市、村上市、胎内市、聖籠町、関川村、粟島浦村
新潟	4 (3市1町)	907,342	2,223.99	新潟市、五泉市、阿賀野市、阿賀町
県央	5 (3市1町1村)	222,886	733.53	三条市、加茂市、燕市、弥彦村、田上町
中越	6 (4市1町1村)	441,114	1,636.84	長岡市、柏崎市、小千谷市、見附市、出雲崎町、刈羽村
魚沼	5 (3市2町)	163,851	2,649.20	十日町市、魚沼市、南魚沼市、湯沢町、津南町
上越	3 (3市)	268,771	2,165.68	糸魚川市、妙高市、上越市
佐渡	1 (1市)	55,212	855.69	佐渡市
合計	30 (20市6町4村)	2,266,121	12,584.18	

資料：「新潟県推計人口（平成29年10月1日現在）」（新潟県統計課）、「平成28年全国都道府県市区町村別面積調」（国土交通省国土地理院）（平成28年10月1日時点）

第2節 基準病床数

基準病床数は、医療法施行規則第30条の30各号に規定された標準に準拠した方式により算定しています。

本県の二次保健医療圏ごとの一般病床及び療養病床、並びに県全域における精神病床、感染症病床及び結核病床の基準病床数は下表のとおりです。

なお、在宅医療・介護の充実等の地域包括ケアシステムの構築を一体的に行うため、「新潟県高齢者保健福祉計画」等との整合性を確保しています。

二次保健医療圏域における一般病床及び療養病床の基準病床数

二次保健医療圏域名	基準病床数	(参考) 既存病床数 (平成29年10月1日現在)
下越	1,710	2,131
新潟	7,342	9,143
県央	1,392	1,929
中越	4,084	4,004
魚沼	1,109	1,407
上越	2,456	2,248
佐渡	538	580
合計	18,631	21,442

県全域における精神病床、感染症病床及び結核病床の基準病床数

病床種別	基準病床数	(参考) 既存病床数 (平成29年10月1日現在)
精神病床	5,491	6,560
感染症病床	36	36
結核病床	43	60

※1 一般病床及び療養病床の基準病床数の算出に用いた人口は、「新潟県推計人口（平成29年10月1日現在）」（新潟県統計課）による。

※2 既存病床数は医療法等に基づいて所要の補正を行っているため、実際の数とは異なる。

※3 医療機関において使用されていない病床もあるため、医療法に基づく許可を受けた病床数と実際に稼働している病床数は必ずしも一致しない。

※4 既存病床数が基準病床数を上回っていることをもって、圏域内の病床の削減を求めるものではない。

第4章 新潟県地域医療構想の概要

第1節 位置づけ・目的

「新潟県地域医療構想」は、医療法第30条の4に基づき、新潟県地域保健医療計画の一部として位置づけられるものです。

患者の状態に応じた質の高い医療を効率的に提供する体制を確保するため、地域における病床の機能分化及び連携を推進し、必要な医療資源を適切に投入することにより、患者の早期の居宅等への復帰を進めるとともに、在宅医療及び介護サービスの充実を図ることを目的としています。

第2節 基本方針

将来の病床数の推計値を踏まえつつ、医療機関の自主的な取組を基本に地域で必要とする医療・介護が十分に受けられるよう、課題解決に向けた協議を継続していきます。

第3節 構想区域

1 構想区域

構想区域とは、「人口構造の変化の見通し、医療の需要の動向、医療従事者や医療施設の配置の状況の見通しその他の事情を考慮して、地域における病床の機能分化及び連携を推進するための単位」です。本県では、各区域の人口構造、受療動向、市町村別・疾病別の受療動向、救急搬送状況、医療機関へのアクセス等を確認し、構想区域は、二次保健医療圏と同じ7区域に設定しました。

2 構想区域内の地域特性

構想区域内でも、地域ごとに課題や状況が異なり、区域全体だけではなく、区域の中の地域ごとにも施策を検討・実施します。

【医療資源が集積する地域】

医療資源が集積し、高度・専門的医療から慢性期医療まで地域における医療の完結率が特に高く、公共交通網や道路網が整備され、他地域から流入する患者も多い。

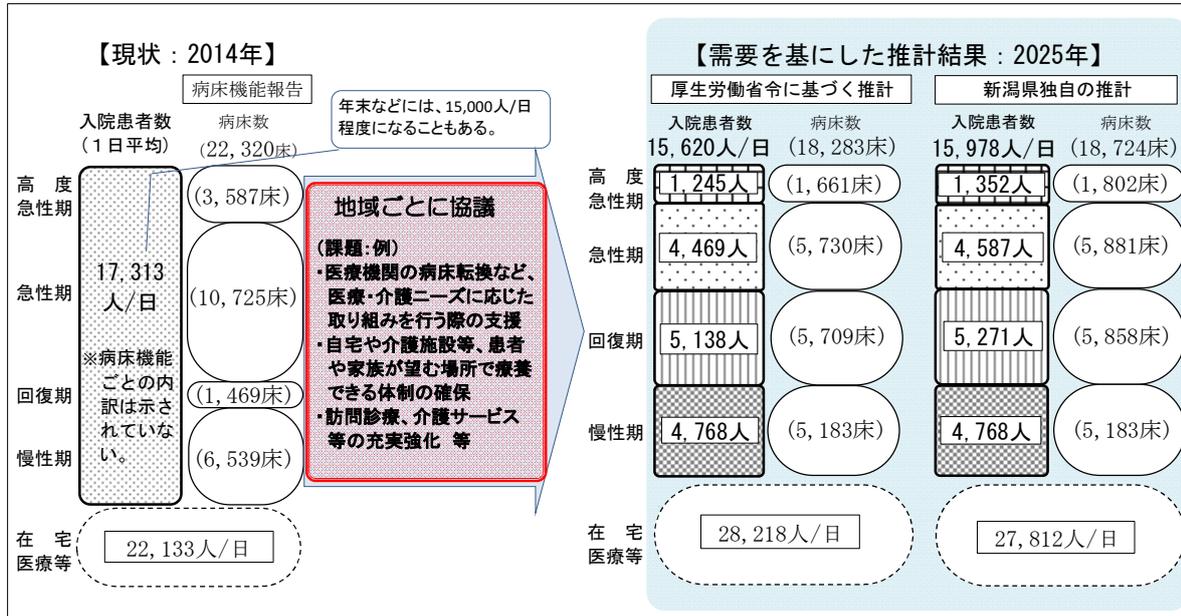
【医療資源が一定程度確保されている地域】

医療資源が一定程度確保されてはいるものの、医療機能の一部に不足が見られる地域で、主に、地域の基幹的な病院が地域完結型の医療を支えている。

【医療資源が少ない地域】

医療資源が少なく、地域における医療の完結率が低い。地域の数少ない病院が救急医療から在宅医療までを全般的に担っている。

第4節 構想区域ごとの2025年の推計



※ 新潟県独自の推計とは、構想区域ごとの疾病別に、病床数が不足しないよう、独自の疾病区分別の病床数を推計したもの

構想区域	病床機能	現状[2014年]		将来推計[2025年]		推計2:新潟県独自の推計	
		病床数(H26 病床機能報告)	入院患者数 (H26病院報告)	病床数	入院患者数 (医療需要)	病床数	入院患者数 (医療需要)
合計(全県)	全体	22,320	17,313	18,283	15,620	18,724	15,978
	高度急性期	3,587		1,661	1,245	1,802	1,352
	急性期	10,725		5,730	4,469	5,881	4,587
	回復期	1,469		5,709	5,138	5,858	5,271
	慢性期	6,539		5,183	4,768	5,183	4,768
下越	全体	1,861	1,597	1,518	1,304	1,574	1,350
	高度急性期	433		123	92	139	104
	急性期	729		442	345	459	358
	回復期	108		476	428	499	449
	慢性期	591		477	439	477	439
新潟	全体	9,494	7,352	7,728	6,573	7,785	6,620
	高度急性期	2,055		799	599	817	613
	急性期	3,917		2,526	1,970	2,547	1,987
	回復期	695		2,308	2,077	2,326	2,093
	慢性期	2,827		2,095	1,927	2,095	1,927
県央	全体	1,957	1,410	1,596	1,377	1,657	1,427
	高度急性期	0		87	65	105	79
	急性期	1,215		449	350	472	368
	回復期	105		627	564	648	583
	慢性期	637		433	398	432	397
中越	全体	4,507	3,591	3,627	3,099	3,686	3,148
	高度急性期	565		359	269	378	284
	急性期	2,177		1,127	879	1,147	895
	回復期	205		974	877	993	894
	慢性期	1,560		1,167	1,074	1,168	1,075
魚沼	全体	1,544	1,085	1,258	1,085	1,328	1,141
	高度急性期	0		76	57	99	74
	急性期	1,126		362	282	385	300
	回復期	120		424	382	448	403
	慢性期	298		396	364	396	364
上越	全体	2,373	1,790	2,067	1,758	2,136	1,812
	高度急性期	534		193	145	219	164
	急性期	1,168		700	546	721	562
	回復期	236		694	625	716	644
	慢性期	435		480	442	480	442
佐渡	全体	584	488	489	424	558	480
	高度急性期	0		24	18	45	34
	急性期	393		124	97	150	117
	回復期	0		206	185	228	205
	慢性期	191		135	124	135	124

※H26病床機能報告は無回答病床167床を含まない。
 ※端数処理の都合上、合計が一致しない場合がある。

第5節 将来の医療・介護提供体制を実現するための施策の方向性

1 病床の機能分化及び連携の推進

【医療資源の効率的な活用】

- ・地域で不足する病床機能への転換の促進
- ・基幹的な病院における医療の高度化
- ・救急受入体制の強化
- ・地域の医療提供体制についての住民への情報提供・普及啓発

【病床機能の異なる関係機関の連携強化】

- ・構想区域を基本に、高度急性期から在宅医療等まで、機能分担と連携を促進
- ・ICT等を活用して医療情報を共有
- ・小児・周産期等の関連医療機関の機能強化と広域連携体制の構築

2 居宅等における医療の充実

【在宅医療等の推進のための組織的対応の構築】

- ・各地域における一元的な窓口の設置を支援
- ・ICT等を活用し医療機関や介護保険施設等が医療・介護情報を共有

【地域における多職種連携の強化】

- ・地域の実情に応じた多職種連携の推進を支援
- ・高齢者や小児等に対応できる医療機関、薬局、訪問看護事業所等の連携体制構築
- ・介護保険施設等の整備と在宅医療の推進

3 医療・介護人材の確保・育成

【医師・看護職員・介護従事者等の確保及び働きやすい環境づくり】

- ・医療・介護従事者の確保・養成、キャリア教育支援、勤務環境の改善等の働きやすい環境づくりに向け、関係団体と一体となり、取組を推進
- ・地域の医療・介護連携において、中心的役割を担うリーダーやコーディネーターとなる人材の養成
- ・医療・介護の将来の担い手となる世代への情報発信

4 推進体制

地域医療構想の推進に当たっては、各構想区域に設置した「地域医療構想調整会議（医療法第30条の14第1項）」において、区域内の地域特性を踏まえた関係者間での協議・分析・施策の検討を継続していきます。

地域医療構想調整会議では、本計画に定めた「病床数の必要量」や「持続可能で質の高い医療を提供し続けるための新潟県地域医療構想の実現に向けた今後の方向性」を踏まえ、必要に応じて重点支援区域の選定による国の支援なども活用しながら、具体的な役割分担や医療機能の再編に係る議論を進めていきます。

第6節 持続可能で質の高い医療を提供し続けるための新潟県地域医療構想の実現に向けた今後の方向性

1 背景・趣旨

- 人口構造の変化により医療ニーズが変化し、今後、多くの医療資源の投入を必要とする高度な治療や手術のニーズは減少していきます。一方で、一部の地域を除けば、当面の間は75歳以上の後期高齢者は増加し、誤嚥性肺炎などの疾患の医療のニーズは増加が見込まれます。
- 医療ニーズがこのように変化していく中、多くの病院で従来の急性期機能を中心とした医療を提供し続けようとする事は、減少していく患者を互いに奪い合うことにもなります。それぞれの病院は、「医療の質の担保」と「安定した経営」を持続できるほどの急性期患者を確保できず共倒れになり、結果として、地域に必要な医療提供機能が失われかねません。
- また、元来より本県では医師等が不足し、また、広い県土に分散する中、2024年4月から開始となる医師の働き方改革における時間外労働の上限規制の適用により、一定数以上の医師を配置することができない病院では、休日・夜間の救急患者受入が困難になる可能性があります。そのため、地域で24時間365日の二次・三次救急体制を確保するためには、限られた医療資源（医師等）をいかに効率的に活用していくかが課題となります。
- さらに、将来に渡り新潟県の医療の質を確保していくためには、県全体として次世代を担う若い医師が集まり、育てることのできる環境を整備する必要があります。そのためには、医師や症例数を集約し、都市部の大病院と比較しても遜色のない、住民だけではなく、医療従事者にとっても魅力的な病院を残していくことが重要となります。
- 医療介護総合確保推進法により持続可能な地域医療の確保が求められ、2年に渡り公立・公的病院を対象に、各地域で地域医療構想調整会議を行いました。全国的に更なる機能再編等の議論の必要性が指摘されています。今後、各医療機関が自らの医療機能を見直した内容を踏まえ、連携のあり方を具体化していくこととなりますが、その議論を各圏域において具体的に進めていくための羅針盤として、目指すべき役割分担のあり方に関する大枠の方向性や、議論に当たって留意すべき論点等を以下に提示します。

2 将来的に維持すべき体制

- 専門的医療から在宅医療まで、関係機関の役割分担と切れ目のない連携により、周産期医療や小児医療を含め、必要な医療が地域全体で一体的に提供される体制。
- 入院医療として、各圏域内で「二次救急医療」と「需要の多い手術」が過不足なく提供され、さらに、より高度な救急医療や手術が必要な場合には、それらに対応できる医療機関への円滑なアクセスが確保されている体制。
- 人口減少や高齢化による医療アクセス力の低下に対し、医療機関の配置やICT

利用等で補完する仕組みが構築されている体制。

- 単なる集約化・再編ではなく、これまでの設置主体ごとの検討に止まらず、更なる連携や医師派遣、地域医療連携推進法人などの新しい考え方に基づく集約化や機能分化を補うネットワーク化等がなされた体制。

3 今後の方向性

将来を見据え、各圏域において、地域に必要な医療を持続的に提供していくため、以下のような役割分担による体制づくりを検討していくことが重要です。

(1) 地域で高度な医療を支える柱となる病院の役割

各圏域の最後の砦となる病院として、次のような機能を中心に担う。

- 高度・専門的な手術を提供
- 脳卒中及び急性心筋梗塞の高度・専門的な治療を提供
- 休日・夜間を含めて二次以上の救急患者を受入れ（救急車を断らない）

<補足>

- ・ 働き方改革に対応した上で、なお、将来にわたり上記機能を維持していくためには、「地域で高度な医療を支える柱となる病院」に医療資源（医師）を集約化していく検討も必要。
- ・ 脳卒中、急性心筋梗塞に対応できる体制を確保することが望ましいが、各領域の医師等が不足する場合は、圏域を越えた広域化した配置の検討が必要。

(2) 地域包括ケアシステムを支える医療機関の役割

地域の患者の支えとなる医療機関として、今後、需要の増加が見込まれる疾患（心不全、肺炎、尿路感染症等）を中心に担い、必要性が高い場合は小手術等も行う。

なお、各医療機関の機能・役割を画一的に決めることはできないが、概ね以下のような類型に分けられることを想定。

- 「地域で高度な医療を支える柱となる病院」とともに、一定の休日・夜間の二次救急患者を受け入れる（いわゆる「救急拠点型」）
- 日中の二次救急患者の受入れを含むサブアキュート機能や他病院等と連携した退院支援機能を中心に担う（いわゆる「地域密着型」）

<補足>

- ・ 休日・夜間の二次救急患者を受け入れるための役割分担の検討に当たっては、地域の需要量に即した体制（数）の検討が必要。
- ・ その際、病院の立地（アクセス）や人口集積の状況等を勘案するほか、公費による運営への交付金や、税制上の優遇措置のない民間病院の機能や意向も尊重することが必要。
- ・ 医師の働き方改革への対応を踏まえると、休日・夜間の救急患者受入れ機能を担うためには、一定の医師の確保が必要となるが、それが困難な場合には、時間帯ごとの分担の仕組みや、再編・統合等を検討することも必要。

＜各病院の役割の基本的なイメージ＞

	地域で高度な医療を支える柱となる病院	地域包括ケアシステムを支える医療機関	
		救急拠点型	地域密着型
脳卒中・急性心筋梗塞等の高度・専門的な治療、手術機能	↑ ↓		
重症患者の救急受入れ機能			
休日・夜間の救急受入れ機能		↑	
サブアキュート機能（軽・中等症患者の救急受入れ機能）		↑ ↓	↑ ↓
在宅医療の後方支援機能（かかりつけ患者の救急受入れ機能等）			
ポストアキュート機能（長期急性期患者や回復期患者の受入れ、治療機能）			

※ 上記以外の機能の役割分担については、別途検討する必要がある。

4 留意すべき論点・検討課題

(1) 議論の前提

- ・ 現在の医療提供体制を直ちに变えるという視点だけではなく、10～20年先の状況を見据えて目指すべき体制や役割分担のあり方を検討していくことが必要です。一方、2024年から開始となる医師の働き方改革に対応できる体制の構築は喫緊の課題です。
- ・ 各医療機関のあり方や役割を見直すべき時期は、地域によって異なることも想定されますが、全ての地域で早急に検討に着手することは必要と考えられます。
- ・ 医師の働き方改革の影響を関係者間で共有するとともに、一定の集約化を図らないと、医療提供体制を維持できないおそれがある、という危機感の共有が必要です。
- ・ 短期間で医師を増やすことが難しい中、10年後には現在の勤務医や開業医の年齢も10歳上がっているということを意識しておく必要があります。
- ・ 公立・公的病院と民間病院は、公的な財政支援・税制上の取扱いに違いこそあるものの、地域医療への貢献意欲や現に提供している医療サービスとして、救急・小児・産科等の政策医療の相当程度を担っていることから、双方を分断するのではなく、全ての病院がそれぞれの役割を担い、一体となって体制を構築していくという視点が必要です。
- ・ 若手医師の確保において、他県に後れをとらないという観点から、一定程度の症例数の確保を視野に入れた機能集約のあり方が重要になります。

(2) 機能分化・連携について

- ・ 特に民間病院の多い地域においては、「地域で高度な医療を支える柱となる病院」に集約していく症例の範囲をよく検討する必要があります。
- ・ 今後の医療需要の変化を見据えれば、急性期機能を一定程度集約することに併せて、自らの急性期機能を縮小するとともに、それ以外の機能を担う必要がありますが、急性期機能を縮小することで一線を退いたとイメージされないように、「地域にとって必要な医療を提供している」という意識の醸成が必要です。
- ・ 機能分化に当たっては、「地域で高度な医療を支える柱となる病院」で受け入れた患者の下り搬送（専門治療の後の搬送）における連携方法を検討し、周辺の病院と共存できる仕組みを作る必要があります。
- ・ 医療需要が減少することが予測される地域においては、まずは公立・公的病院が規模を見直していくことが必要です。また、公立・公的病院が近接する民間病院と類似の機能を有するような体制は理解が得られず、公立・公的病院は民間病院が担えない分野に重点化していく必要があります。
- ・ 大学病院や「地域で高度な医療を支える柱となる病院」においては、適切な役割分担の観点から、外来機能のあり方の見直しも進めていく必要があります。

(3) 救急医療体制について

- ・ 医師の働き方改革や救急担当医の高齢化により、これまで提供できていた輪番体制が維持できなくなる可能性もあり、休日・夜間の二次救急医療体制をいかに確保していくかが重要となります。
- ・ 二次・三次救急のそれぞれについて、ウォークインか救急搬送の別、時間帯、曜日、診療科などそれぞれについて体制の検討が必要になることも想定されます。まずは、検討対象とする救急医療の範囲について、丁寧な認識合わせが必要です。
- ・ 現在の救急医療体制をどこまで維持できるかを見極め、二次救急医療機能の集約化も視野に入れる必要があります。その際、患者のアクセスに関する支援や消防との搬送方法の調整等の検討も必要となります。
- ・ なお、休日・夜間の二次救急医療体制の確保が難しい病院であっても、日中または準夜帯の二次救急患者受入れについては、分担を検討する必要があります。

(4) 経営面の課題について

- ・ 病院経営の面から、全ての手術や救急患者を「地域で高度な医療を支える柱となる病院」に集約するのではなく、地域の実情に応じた適切な役割分担のあり方を検討していく必要があります。
- ・ 救急患者、外来患者、紹介患者のバランスをうまく取れなければ、病院経営は成り立たず、その点も考慮しながら体制を検討していく必要があります。
- ・ 役割分担の見直しによる病棟機能の転換に当たって、例えば緩和ケア*病棟も視野に入ってくると考えられますが、医療資源が限られる地域では、施設基準を満たすことが難しいという課題もあるため、そのような地域における基準の緩和

等に関する国への働きかけなども必要になります。

- ・ 病院のあり方や役割の変化に対応していくためには、経営方針等の見直しに関する支援も必要です。
- ・ 「地域で高度な医療を支える柱となる病院」から周辺の病院へ医師を派遣する際に、通常の外来診療だけではなく、手術や救急外来等をサポートするような仕組みも考えていく必要があります。

(5) 医師確保について

- ・ 年間不足養成数 109 名の確保に向けて、大学医学部における地域枠の新設・拡大が必要であるが、それに伴う体制確保への支援も必要になります。
- ・ 医師の高齢化が進む中、今後も県内に若手医師が集まり、そこで学びたい、地域医療をがんばりたいと感じることができる体制づくりが一番の課題となります。
- ・ 「地域で高度な医療を支える柱となる病院」においては、受け入れる初期研修医・専攻医の数を増やしていくことが必要となります。
- ・ 総合的な診療能力を有する医師の確保・育成を進めることが必要です。その際、後期高齢者を対象とする診療等の社会的・医学的価値を高めていくこと、地域や医療経営等のマネジメント能力を育成することが重要になります。
- ・ 医学部の学生や研修医に対し、地域医療の魅力を伝えられるような仕組みを構築していくことが必要です。

(6) その他

- ・ 医療提供体制の見直しと同時に、医療相談をはじめとしたオンラインサービスや情報アクセスの充実など、治療に至る前の段階から治療までをサポートする ICT を活用した解決策を積極的に検討していく必要があります。
- ・ 新型コロナウイルス感染症への対応の中で明らかになった課題や知見なども踏まえながら、将来の医療提供体制を検討していく必要があります。
- ・ 医師だけでなく、看護職員の確保も課題であり、地域間や就業場所別の偏在が生じていることから、偏在解消に向けた取組を強化する必要があります。
- ・ 地域によっては、診療所の新規開業が減少するなど、外来医療や在宅医療の将来見通しにも留意が必要で、近い将来、一次救急の当番医や看取りを行う医師等が大幅に減少するおそれがあり、医療提供体制の整備において留意する必要があります。
- ・ 地域医療構想の実現のためには、救急車の適正利用や不要な受診を避けるといった、医療との上手な関わり方をはじめ、医療を取り巻く環境の変化や現状、医療資源の集約化の必要性、下り搬送等の療養場所の選択の必要性などについて、住民の理解を深め、住民の行動変容を促す取組が必要であることにも留意する必要があります。

第5章 医療費適正化の推進

医療費は、高齢化の進展や医療の高度化により、今後ますます増加すると見込まれます（I 総論 第2章第1節「4 医療費の状況」参照）。本県は人口10万人当たりの医師数が全国平均を下回るなど、医療資源が限られることから、県民がどの地域においても安心して医療サービスが受けられる体制整備を推進するとともに、将来にわたり医療保険制度を堅持していくため、医療に要する費用が過度に増大しないようにしていくことが必要です。

こうしたことから、本県においては、健康づくり・生活習慣病の重症化予防等の「県民の健康の保持の推進」により、健康寿命*の延伸を図るとともに、後発医薬品*の使用促進の取組等の「医療の効率的な提供の推進」により、県民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費の適正化を図っていくこととします。

また、近年、特定健康診査・特定保健指導、診療報酬明細書等の電子化が進展し、従来は困難であった医療費や健康診査の内容を分析できるようになってきました。医療保険者においては、データヘルス計画（医療情報等を活用して被保険者の健康管理や疾病予防、重症化予防などを効果的、効率的に行うための保健事業計画）の策定やそれに基づく事業の実施に取り組んでいます。レセプトデータを分析し、医療機関や県民に適切かつ効果的な診療を促すために医療情報等が活用できる体制を整備し、施策の立案や取組の効果検証を行っていく必要があります。

第1節 県民の健康の保持

県民一人一人が健康づくりに取り組み、「すこやかで、生きがいに満ちた生活を送ることができる社会」の実現を目指すことを基本理念に、「健康寿命の延伸」を目標として、生活習慣病の発症予防と重症化予防を推進します。（「健康にいがた21」より）

※ 本節では医療費の適正化に対する効果額が示されている特定健康診査・特定保健指導及び重症化予防の取組について記載し、その他の取組については「II 各論 第1章第3節「1 生活習慣病・加齢疾患等の予防の推進」」に記載します。

現状と課題

本県における特定健康診査・特定保健指導の実施率（平成27（2015）年度）は、特定健康診査が53.6%（全国50.1%）、特定保健指導は20.0%（全国17.5%）となっています。また、保険者種別の実施率（平成27（2015）年度）は、市町村国保が特定健康診査42.8%（全国36.3%）、特定保健指導35.4%（全国23.6%）、全国健康保険協会（協会けんぽ）新潟支部が特定健康診査48.9%（全国45.6%）、特定保健指導12.9%（全国12.6%）であり、それぞれ全国実施率を上回っています。

特定健康診査や特定保健指導は、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）*に着目し、生活習慣病予防を行うことが目的であり、健康づくり・生活習慣病の重症化予防等の面から実施率の向上が求められます。

特定健康診査・特定保健指導実施率

	特定健康診査		特定保健指導	
	全 国	新潟県	全 国	新潟県
平成25年度	47.6%	52.7%(5位)	17.7%	19.2%(27位)
平成26年度	48.6%	52.8%(6位)	17.8%	18.2%(32位)
平成27年度	50.1%	53.6%(8位)	17.5%	20.0%(22位)

資料：「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」（厚生労働省）

施策の展開

- (1) 特定健康診査・特定保健指導の全国目標（令和5（2023）年度）は、特定健康診査実施率70%、特定保健指導45%とされており、本県においても目標達成に向け、医療保険者と連携・協働し、受診しやすい環境づくりや受診勧奨等の取組を推進します。

保険者別特定健康診査及び特定保健指導実施率（全国目標）

	全保険者	市町村 国 保	国 保 組 合	協 会 けんぽ	総 合 健 保	単 一 健 保	共 済 組 合
特定健康診査	70%	60%	70%	65%	85%	90%	90%
特定保健指導	45%	60%	30%	30%	30%	60%	40%

資料：「特定健康診査及び特定保健指導の適切な実施を図るための基本的な方針」（厚生労働省）

- (2) 特定健康診査等の結果に基づき、医療機関への受診勧奨及び保健指導を実施するとともに、医療と連携した保健指導の取組を行う等、重症化予防の取組を推進します。
- ア 糖尿病は心血管疾患のリスクを高め、神経障害、網膜症、腎症、足病変、歯周病といった合併症を併発することから、糖尿病有病者の増加抑制のほか、治療中断者の減少に取り組めます。
- イ 慢性腎臓病（以下「CKD*」という。）は心血管疾患の強い危険因子であり、人工透析が必要となる腎不全にもつながることから、CKD有病者の増加抑制、治療中断者の減少のほか、重症化予防に係る体制整備に取り組めます。

第2節 医療の効率的な提供

現状と課題

本県の後発医薬品の使用割合は、平成28（2016）年度末現在70.7%（全国68.6%）となっています。医療保険者は、被保険者に対し医療費通知や後発医薬品使用による自己負担軽減額の通知、後発医薬品希望シール等による普及啓発を実施しており、国が示す目標（令和2（2020）年9月までに80%）の達成に向け、更なる使用促進が求められています。

多剤、重複投薬は、患者自身の健康にも影響することから、重複受診者への訪問等に

よる重複投薬等に関する指導やかかりつけ医*との連携を進める必要があります。また、残薬バッグの配布・回収をきっかけとした訪問薬剤管理指導や訪問看護時の服薬状況の確認などを通じて、地域の薬剤師や看護職員との連携も図る必要があります。

なお、投与された薬剤の種類数が15剤以上の患者数は、平成25（2013）年10月診療分で社保0.70%（全国0.91%）、国保2.83%（全国3.83%）といずれも全国平均を下回っています。（「医療費適正化計画都道府県別データ」厚生労働省提供より）

- ※ 社保：社会保険診療報酬支払基金で審査が行われるレセプトの集計（健保組合他）
 国保：国民健康保険団体連合会で審査が行われるレセプトの集計（市町村国保他）

後発医薬品使用割合

	全 国	新潟県	備考
H27.3	58.4%	58.6% (27位)	1位：沖縄71.9%、47位：徳島48.8%
H28.3	63.1%	64.3% (21位)	1位：沖縄75.2%、47位：徳島53.3%
H29.3	68.6%	70.7% (17位)	1位：沖縄79.9%、47位：徳島59.1%

資料：「調剤医療費（電算処理分）の動向」（厚生労働省）

施策の展開

- (1) 国が作成する「後発医薬品のさらなる使用促進のためのロードマップ」（平成25（2013）年4月）では「後発医薬品を普及させることは、患者負担の軽減や医療保険財政の改善に資するものであるが、後発医薬品を普及させる本来的意義は、こうした医療費の効率化を通じて限られた医療費資源の有効活用を図り、国民医療を守ることにある。」とされています。

また、平成29（2017）年6月9日に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2017」（いわゆる骨太の方針2017）では、「2020年（平成32年）9月までに、後発医薬品の使用割合を80%とし、できる限り早期に達成できるよう、更なる使用促進策を検討する。」と定められました。

これらを踏まえ、本県では後発医薬品の使用に関する各団体の取組や課題などの認識を共有し、後発医薬品の使用を促進します。

ア 新潟県ジェネリック医薬品安心使用促進協議会において現状及び課題を共有し、課題解決に向けた取組について検討を進めます。

イ 後発医薬品の採用に資するよう、中核的な役割を果たす病院等における「汎用後発医薬品リスト」を作成し、地域の医療機関や薬局に情報提供します。

ウ 医療保険者と連携・協働し、後発医薬品を安心して使用してもらう取組を進めます。

- (2) 医薬品の適正使用について医療機関や薬局と連携した、重複・頻回受診者に対する指導等の取組を進めます。

第3節 医療費の見込み

本県の平成27（2015）年度の1人当たり医療費は30万9千円（全国33万3千円）となっています。しかし、高齢化の進展や医療の高度化により、医療費は今後ますます増加すると考えられます。

健康づくり、生活習慣病の重症化予防及び後発医薬品の使用促進の取組等を引き続き進め、適正化を図ります。これらの取組を行うことにより、推計によれば令和5（2023）年度の医療費は7,759億円、1人当たりでは36万円程度になるものと見込まれます。

医療費の見込み

	平成27年度 実績※1	令和5年度※2	
		自然体の医療費の 見込み	適正化の取組を行った 場合の医療費の見込み
総医療費	7,110億円	7,844億円	7,759億円
1人当たり医療費	30万9千円	36万5千円	36万1千円

※1 厚生労働省「平成27年度 国民医療費」

※2 厚生労働省「都道府県医療費の将来推計ツール」により算出

II 各論

第1章 保健医療施策の充実

第1節 5 疾病に係る医療連携体制の構築等

1 がん

現状と課題

<全体>

- (1) 県内の平成 27（2015）年の全死因のうち、がんによる死亡者の割合は 27.5%を占めており、依然として男女とも死因の第1位となっています。特に壮年期（40～64歳）では 42.9%となっています。
- (2) 平成 27（2015）年の新潟県の人口 10 万人当たりのがん死亡率は 339.5 となっており、全国平均の 295.5 を大きく上回り、全国 12 位となっています。
一方、75 歳未満の人口 10 万人当たりの年齢調整死亡率は、全国と同様に減少傾向にあり、平成 27（2015）年は、男性は 98.6、女性は 54.3 で、いずれも全国平均の男性 99.0、女性 58.8 を下回っています。
- (3) 部位別のがん死亡では、全国と同様、肺、胃、大腸の順に多くなっています。
- (4) 女性特有の乳がん、子宮がんについては、若い世代の罹患率が増加していることを踏まえた対策が必要です。

【予防・検診・教育】

- (1) がんの罹患には、喫煙、食生活、運動、飲酒などの生活習慣が大きく関連しており、特に喫煙と肺がん、食塩の過剰摂取と胃がんは密接な関係があります。がんの発症予防には、こうした生活習慣が健康に及ぼす影響等、がんに関する知識の普及啓発及び食生活や運動などの生活習慣の改善に関する取組が重要です。また、ヘリコクター・ピロリの除菌やヒトパピローマウイルスのワクチンによる感染に予防といったがんの発生予防の取組も重要です。
- (2) がんを早期に発見し、早期に治療するためには、がん検診の受診率を向上させていくとともに、質の高いがん検診を実施する必要があります。
市町村が実施するがん検診の受診率は、ここ数年、乳がん、子宮がんを除き横ばい若しくは減少傾向にあります。
- (3) 市町村が実施するがん検診において、要精密検査の者で精密検査の未受診者がいることから、こうした者を確実に医療機関受診につなげる必要があります。
- (4) 国によると、がんそのものの理解やがん患者に対する正しい知識を深める教育は十分でないとされています。こうした中、全国の小・中・高校の授業において「がん教育」の取組が行われており、教員等ががんについてより一層理解を深めるとともに、教材等を有効に活用できる能力を向上させる必要があります。

【治療】

- (1) 県立がんセンター新潟病院が都道府県がん診療連携拠点病院に、県立新発田病院、

新潟大学医歯学総合病院、新潟市民病院、長岡赤十字病院、長岡中央総合病院、県立中央病院及び魚沼基幹病院の7病院が地域がん診療連携拠点病院に、佐渡総合病院が地域がん診療病院*に指定されています。

- (2) 二次保健医療圏単位で拠点病院が整備されていない圏域（県央・魚沼）があり、これらの圏域の患者については複数整備している二次医療圏内の拠点病院等で対応しています。
- (3) 平成 23（2011）年度に新潟県が指定するがん診療連携拠点病院に準じる病院*という制度を創設し、立川総合病院、柏崎総合医療センター、上越総合病院、西新潟中央病院、済生会新潟第二病院の5病院が認定されています。
- (4) がん診療連携拠点病院*等のネットワーク化や医療スタッフの育成等による、がん医療の均てん化と質の向上が必要です。
- (5) 高度専門的な放射線療法及び薬物療法を実施する医療機関については、一定程度の量的な充足は図られてきましたが、引き続き専門的に行う医師の確保とともに治療内容や実施医療機関等の情報を提供する必要があります。
- (6) 放射線療法や薬物療法の専門医*の不足とともに外科医の不足が指摘されており、こうした医師等への負担を軽減し、診療の質を向上させる必要があります。
- (7) 放射線療法、薬物療法、手術療法それぞれを専門的に行う医師、看護師、薬剤師、診療放射線技師等を更に養成するとともに、こうした医療従事者と協力してがん医療を支えることができる、がん医療に関する基礎的な知識や技能を有した医療従事者を養成していく必要があります。
- (8) がん診療連携拠点病院等において、専門的緩和ケアを提供する緩和ケアチームの活動実績や医師配置体制等に病院間の格差がみられるほか、専門的な緩和ケアを担う医療従事者が不足しています。また、がん患者とその家族が抱える様々な苦痛に対して、迅速かつ適切なケアが十分に提供される状況に向けて、緩和ケアの質を向上させる必要があります。
- (9) 学会、医療機関、患者団体、企業等を中心として、がん患者サロン*やピアサポート*などの相談支援や情報提供に係る取組も広がりつつあります。
- (10) 小児の病死原因の第1位は「がん」であり、成人のがんと異なり生活習慣と関係なく、乳幼児から思春期、若年成人まで幅広い年齢に発症し、希少で多種多様ながん種からなっています。
- (11) がん治療に伴う口腔合併症による摂食嚥下障害や誤嚥性肺炎の予防のため、術前から術後を通じた口腔管理が必要です。
- (12) がん患者等のうち、将来子どもを産み育てることを望む方に対し、国・県が任用性温存に係る治療費を助成しています。

【療養支援】

- (1) 平成 23（2011）年度から5大がん全県統一の地域連携クリティカルパス*の運用を開始しましたが、利用が少ない状況であり、更なる活用を図る必要があります。
- (2) がんで死亡した患者の半数以上が75歳以上であり、がんの苦痛のみならず心疾患、糖尿病、認知症などを併せ持つ患者が増加しています。

- (3) がん患者の複雑な病態や多様なニーズに対応した在宅医療の更なる推進のためには、医療・介護従事者等の人材育成と多職種連携が必要です。
- (4) 緩和ケアに必要な医療用麻薬を取り扱っている薬局は全国平均を上回っているものの、地域によって偏在が見られます。
- (5) 薬局における無菌調剤の応需体制の整備に向けて支援しています。
- (6) がん医療の進歩とともに、がん患者・経験者の中にも長期生存し、社会で活躍している方が多くいます。平成 28（2016）年度には関係機関が「長期療養者就職支援担当者連絡協議会」を設置して支援に取り組んでいます。

目 標 ※ 数値目標は、「新潟県がん対策推進計画」による。

【予防・検診・教育】

- (1) がんを予防するための生活習慣に関する県民の理解と行動を促進します。
- (2) がんを早期に発見し、早期に治療が受けられるよう、科学的根拠に基づくがん検診の受診を促進します。
- (3) 要精密検査の対象者を確実に医療機関受診につなげます。

<数値目標>

- (1) 成人喫煙率：13%（令和 6（2024）年度）[現状数値：15%（令和元（2019）年）]
- (2) がん検診受診率
：胃 60%、子宮頸 50%、肺 70%、乳 60%、大腸 60%（令和 6（2024）年度）
[現状数値：胃 55%、子宮頸 47%、肺 60%、乳 51%、大腸 52%（令和元（2019）年）]
- (3) 市町村が行うがん検診における要精密検査対象者の精密検査受診率
：100%（令和 6（2024）年度）
[現状数値：胃 90%、子宮頸 84%、肺 90%、乳 95%、大腸 80%（平成 30（2018）年）]

【治療】

- (1) がん医療水準の均てん化と質の向上を図るため、拠点病院等が整備されていない空白圏域を減少させます。
- (2) がん医療に携わる医療従事者が緩和ケアに関する基本的知識を習得できるようにします。
- (3) 患者とその家族にとってより活用しやすい相談体制を整備します。

<数値目標>

- (1) 拠点病院等が整備されていない空白圏域：減少させる（令和 6（2024）年度）
[現状数値：空白圏域数 1 / 7 圏域（県央）（令和 3（2021）年 4 月）]
- (2) 緩和ケアに関する基本的知識を習得している医師数
：病院においてがん診療に携わる全ての医師（令和 6（2024）年度）
[現状数値：1,265 人 / 1,265 人（平成 31（2019）年 4 月）]
- (3) 相談支援センターにおける相談件数
：3,000 件 / 月（全拠点病院の合計）（令和 6（2024）年度）

[現状数値：2,766件（平成30（2018）年）]

【療養支援】

医療機関の連携を強化するために地域連携クリティカルパスの導入を促進します。

＜数値目標＞

拠点病院で5大がん全県統一の地域連携クリティカルパスを適用した患者の延べ人数：現状より増加（令和6（2024）年度）

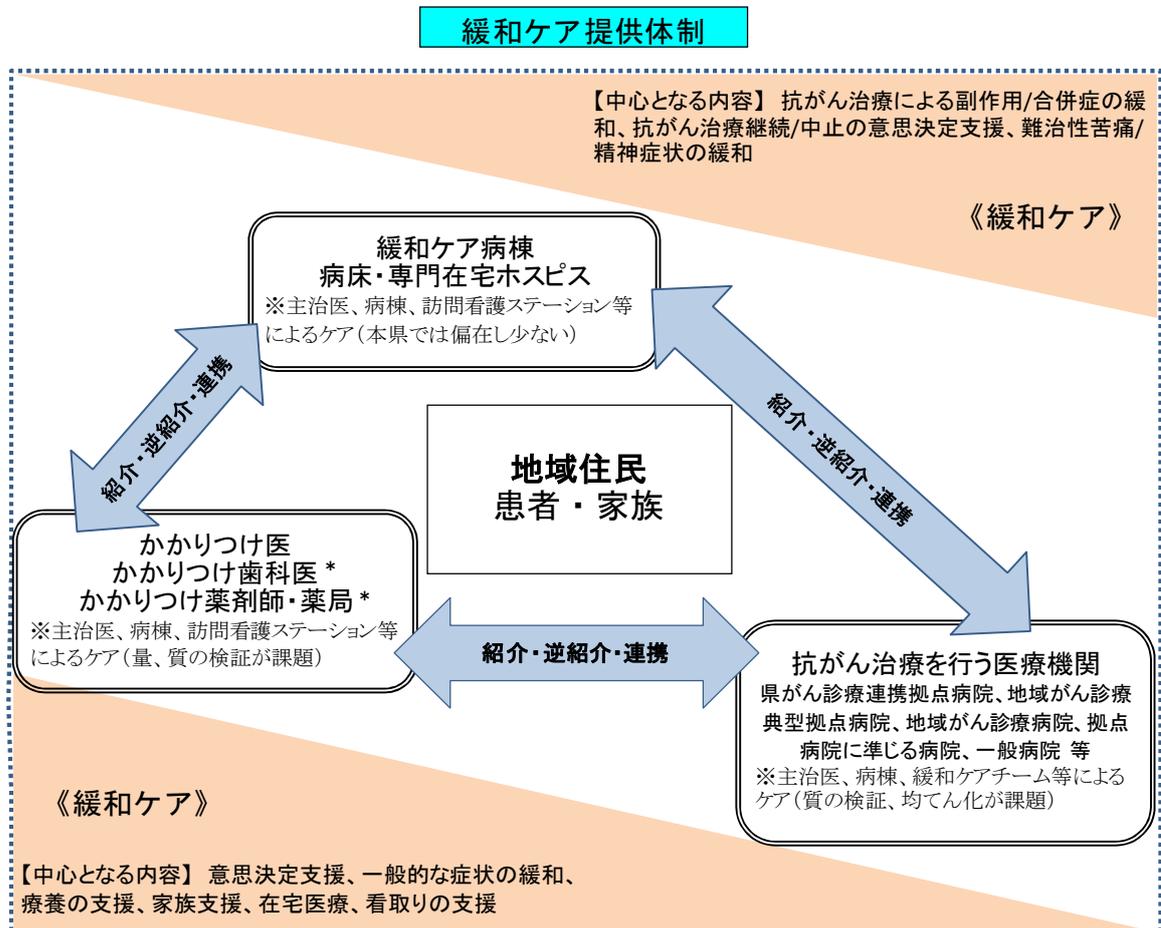
[現状数値：71人／月（令和2（2020）年）]

施策の展開

＜目指すべき方向＞

がんにおける医療連携については、個々の医療機能を満たす医療機関相互の連携により、保健、医療及び介護サービスが継続して実施されること、また、がん患者とその家族が抱える様々な苦痛に対して、迅速かつ適切なケアが十分に提供されることを目指し、以下の体制の構築に取り組みます。

- (1) がん診療連携拠点病院等を中心とした地域連携によるがん診療水準の均てん化と質の向上を図る体制
- (2) がん診療連携拠点病院等における多職種でのチーム医療を実施する体制
- (3) がんと診断された時からの緩和ケア提供体制（特に専門的な緩和ケアの質の向上）



- (4) 在宅医療を実施する医療機関の拡充や、多職種連携による24時間対応が可能な体制

【予防・検診・教育】

- (1) 「新潟県がん対策推進計画」、「健康にいがた21」、「新潟県食育*推進計画」及び「新潟県歯科保健医療計画」に基づき、以下の点を中心に若年層からの生活習慣病予防について総合的に推進します。
 - ・受動喫煙防止対策、未成年者の喫煙防止、喫煙者への啓発、たばこをやめたい人への禁煙支援
 - ・塩分の適正な摂取など望ましい食生活の普及啓発、よく噛んで食べる等の歯科保健指導、運動習慣の定着
 - ・日常の健康管理としての乳がん自己触診の普及、ヒトパピローマウイルスと子宮頸がんとの関係、HPVワクチン接種の有効性及び安全性、ヘリコバクター・ピロリの感染が胃がんのリスクであること等正しい知識の普及啓発
- (2) 精度の高いがん検診が実施されるよう、新潟県医師会や検診機関等と連携し、がん検診の精度管理を行うとともに、検診従事者研修を実施するなど検診体制の充実を図ります。また、市町村や検診機関に加え、企業等の職域とも連携し、がん検診や精密検査の受診勧奨を促進します。
- (3) がんの罹患状況を把握するためのがん登録*を推進するとともに、得られた結果を活用した広報や情報提供の充実を図ります。
- (4) 学校におけるがん教育の推進と併せ、企業等と連携した普及啓発等による社会教育を推進し、社会全体のがんに対する理解を深めます。

【治療】

- (1) がん診療連携拠点病院等が整備されていない圏域については、国の動向を見据えながら、新たな基幹病院の整備により拠点病院の指定を目指します。
- (2) がん医療の質の向上に資する設備整備を促進します。
- (3) 高度専門的な放射線療法及び薬物療法の実施体制の整備・充実を引き続き促進します。
- (4) がん診療の中核的な役割を担う病院を「がん診療連携拠点病院に準じる病院」として整備します。
- (5) 安心かつ安全で質の高いがん医療を提供できるよう、手術療法、放射線療法、薬物療法の各種医療チームを設置するなどの体制整備を促進します。
- (6) がん診療連携拠点病院等が行う研修の質の維持向上を促進するとともに、全県のがん診療に携わる医療従事者への共有化により知識・技術の高度化を図り、地域のがん医療水準の均てん化と質の向上を進めます。
- (7) より質の高い緩和ケアを実施していくため、緩和ケアに関する知識や技能を有する医師、精神腫瘍医、緩和ケアチームを育成していくための研修受講を引き続き促進します。
- (8) 緩和ケア研修会の質の維持向上を図るため、患者の視点を取り入れつつ、研修内

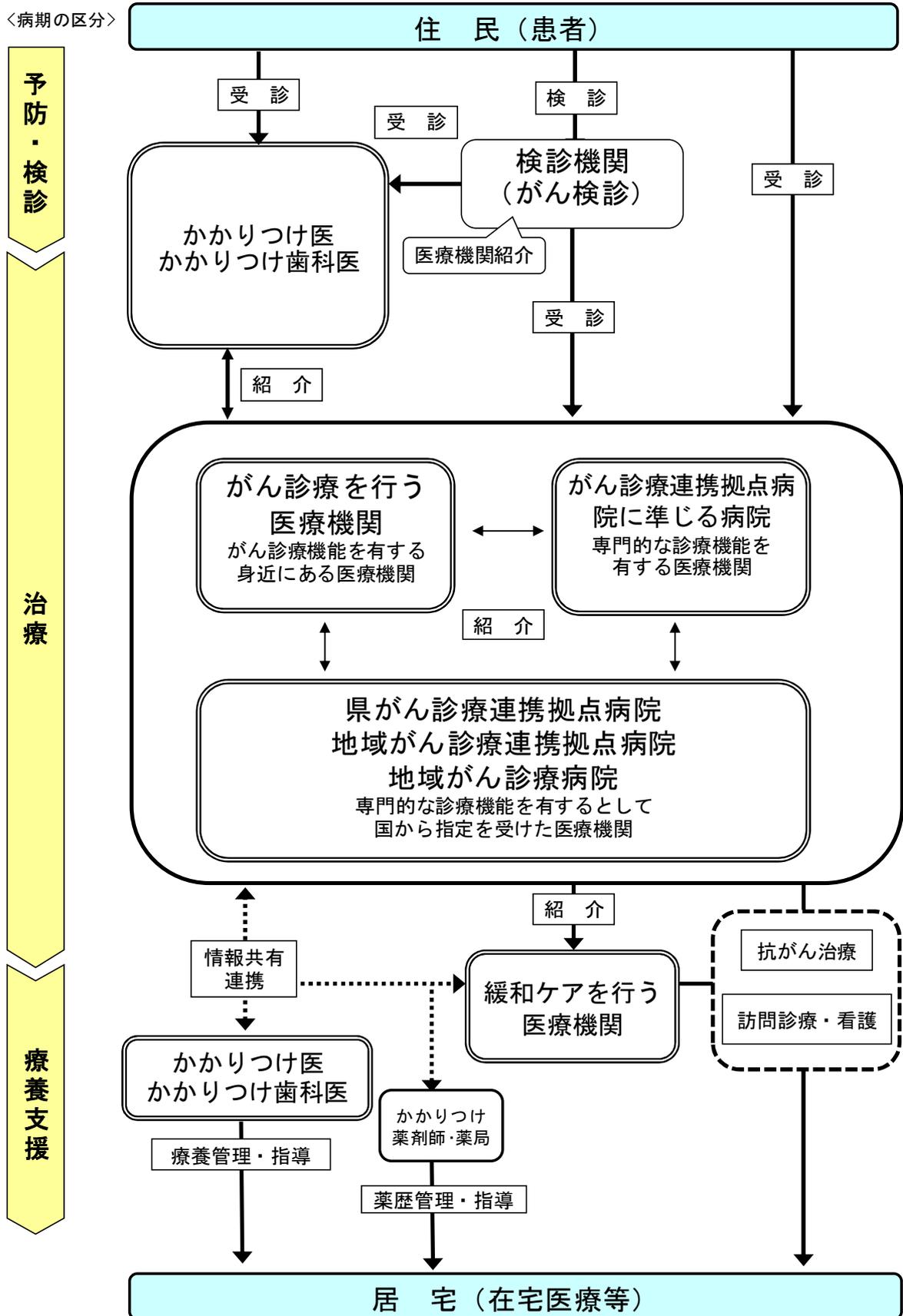
容の更なる充実を図ります。

- (9) 緩和ケアチームの活動を可視化し、緩和ケアの質の評価と相互支援が可能となる体制等を検討します。
- (10) がん診療に携わる医療機関は、診断時から院内全ての医療従事者の連携を確保し、症状緩和の専門家へ迅速につなぐ手法の明確化を図ります。
- (11) 一般病院での緩和ケア外来、緩和ケアチーム活動の取組を地域に広報し、地域住民への周知を促進します。
- (12) がん患者の不安や悩みを軽減するためには、がんを経験した者もがん患者に対する相談支援に参加することが必要であることから、ピアサポートを推進するための研修を実施するなど、がん患者・経験者との協働を進めます。
- (13) 小児がん患者とその家族が、安心して適切な治療や支援が受けられるような環境を整備します。
- (14) 口腔合併症による摂食嚥下障害や誤嚥性肺炎を予防するため、がん診療連携拠点病院等と歯科医療機関が連携して、周術期における口腔管理の取組を促進します。
- (15) がん患者等のうち、将来子どもを産み育てることを望み、子どもを産むために任用性温存療法を受けることを希望した方には、適切な医療を受けられるよう体制を整備します。

【療養支援】

- (1) がん診療連携拠点病院等、緩和ケア病棟・緩和ケア外来・緩和ケアチームなどを有する医療機関、在宅療養支援診療所*、一般の診療所等の連携による地域連携クリティカルパスの活用等により、切れ目のない医療の提供体制整備を促進します。
また、薬物療法や緩和ケア等について病診薬連携*を図り、継続して適切な医療を受けられる環境を整備します。
- (2) 在宅医療の関係機関の医療・介護従事者等の人材育成について、市町村、医師会等の関係団体と連携し、多職種連携や緩和ケアなどに関する必要な知識・技術の習得に係る研修の実施を促進します。
- (3) がん患者の雇用の継続や就職等については、企業の理解・協力が欠かせないことから、企業等に対してがん患者の就労に関する啓発及び知識の普及を行います。

がんの医療連携体制



「がん」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
予防・検診	がんを予防する機能	<ol style="list-style-type: none"> 1 がんに係る精密検査を実施すること。 2 精密検査の結果をフィードバックする等、がん検診の精度管理に協力すること。 	診療所 等
	がんを予防する機能(行政機関等が実施するもの)	<ol style="list-style-type: none"> 1 がん検診を実施すること。 2 がん登録を実施すること。 3 要精検者が確実に医療機関を受診するように連携体制を構築すること。 4 生活習慣病検診等管理指導協議会の一層の活用を図る等により、がん検診の実施方法や精度管理の向上に向けた取組を検討すること。 	行政機関、保険者 等
治療	専門的ながん診療機能	<ol style="list-style-type: none"> 1 血液検査、画像検査(X線検査、CT検査、超音波検査、MRI検査、核医学検査)及び病理検査等の、診断・治療に必要な専門的な検査が実施可能であること。(核医学検査については必要に応じて他医療機関へ依頼して実施している場合を含む。) 2 病理診断や画像診断等の専門的な診断が実施可能であること。 3 集学的治療が実施可能であること。(化学療法については外来でも実施可能であること。) 4 各職種の専門性を活かし、医療従事者間の連携と補完を重視した多職種でのチーム医療を実施する体制の構築を行うこと。 5 患者の治療方針の決定に際し、異なる専門分野間の定期的なカンファレンス等を実施し、連携していること。 6 専門的な緩和ケアチームを配置していること。 7 治療法の選択等に関して主治医以外の医師による助言(セカンドオピニオン)が受けられること。 8 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、地域連携クリティカルパス等の活用や、急変時の対応を含めて、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していること。 9 院内がん登録を実施していること。 10 相談支援の体制を確保し、情報の収集・発信、患者・家族の交流の支援等を実施していること。 	がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院、がん診療連携拠点病院に準じる病院 等
	標準的ながん診療機能	<ol style="list-style-type: none"> 1 血液検査、画像検査(X線検査、CT検査、MRI検査、核医学検査)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。(核医学検査については必要に応じて他医療機関へ依頼して実施している場合を含む。) 2 病理診断や画像診断等の診断が実施可能であること。 3 手術療法又は化学療法が実施可能であること。 4 緩和ケアが実施可能であること。 5 専門的ながん診療機能や在宅療養支援機能を有する医療機関等と、地域連携クリティカルパス等の活用により診療情報や治療計画を共有するなどして連携が可能であること。(退院後の緩和ケア計画を含む。) 	病院 等
療養支援	在宅療養支援機能	<ol style="list-style-type: none"> 1 疼痛等に対する緩和ケアまたはその支援が実施可能であること。 2 専門的ながん診療機能や標準的ながん診療機能を有する医療機関等と、診療情報や治療計画を共有するなどして連携が可能であること。(退院後の緩和ケア計画を含む。) 3 医療用麻薬を提供できること。 	診療所、薬局 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 脳卒中

現状と課題

<全体>

(1) 厚生労働省の「人口動態統計」によると、本県の平成 27（2015）年の脳血管疾患による死亡者数は 3,126 人で、死亡者数全体の 11.0%を占めており、死因順位の第 3 位となっています。

また、人口 10 万人当たりの年齢調整死亡率は、平成 22（2010）年の男性 56.4、女性 32.1 から平成 27（2015）年は男性 47.7、女性 25.4 となり、年々低下していますが、全国平均（男性 37.8、女性 21.0）より高くなっています。

(2) 「平成 28 年度新潟県脳卒中発症調査」における年間発症者数は、推計で 7,968 人となっています。

(3) 脳血管疾患の死亡率は減少傾向にありますが、壮年期死亡の約 1 割を占めていること、要介護状態となる主要な原因疾患であることから、脳卒中对策は重要な課題となっています。

【予防】

(1) 脳卒中の最大の危険因子は高血圧であり、発症の予防には血圧のコントロールが重要です。その他、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、脳卒中の発症予防には、脳卒中に関する知識の普及啓発及び食生活や運動などの生活習慣の改善に関する取組が重要です。

高血圧の危険因子である食塩摂取量をみると、県平均（平成 27（2015）年）は 9.9g で全国平均（平成 27（2015）年）の 9.7g より高くなっています。また、男女とも 60 歳代で食塩摂取量が最も高く（男性 11.9g、女性 10.4g）なっています。

(2) 高血圧、脂質異常症、糖尿病、不整脈（特に心房細動）などの危険因子の早期発見及び早期治療のため、健康診査や人間ドックなどの受診勧奨が必要です。

(3) 「平成 28 年度脳卒中発症調査」では、再発が 20.6%を占めることから、再発予防や保健指導などが必要です。

【救護】

脳卒中患者の救護については、発症後の速やかな救急要請、早期の診断・治療が重要であることから、急性期医療を担う医療機関への速やかな搬送が必要です。

【急性期】

発症後、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、個々の病態に応じた早期診断、早期治療が行われる必要があります。

【回復期】

(1) 身体機能の早期改善のため、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等のリハビリ

専門スタッフによるリハビリテーションを集中的に実施し、在宅等への復帰を支援する必要があります。

- (2) 急性期を担う医療機関及び維持期を担う医療機関等と診療情報や治療計画を共有し、疾患によるフレイル*対策の観点も踏まえ、効果的、効率的にリハビリテーションや基礎疾患の管理を実施する必要があります。

【維持期】

- (1) 維持期のリハビリテーションを担う医療機関等においては、早期から生活機能の維持・向上のためのリハビリテーションを提供するため、回復期（あるいは急性期）を担う医療機関や居宅介護サービス事業所等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し、連携を図る必要があります。
- (2) 訪問リハビリテーションを実施する介護保険指定事業所が少ないことから、十分なリハビリテーションを提供するためには、医療機関においても生活機能向上のための居宅介護サービス（訪問・通所リハビリテーション）を実施することが求められます。
- (3) 生活の場での療養支援を担う医療機関等においては、再発や生活機能低下をきたすおそれのある者が在宅等の生活の場で適切なリハビリテーションを受けることができるよう、回復期（あるいは急性期）を担う医療機関、薬局、居宅介護サービス事業所等と連携を図る必要があります。
- (4) 急性期、回復期及び維持期において、脳卒中の後遺症による口腔機能低下や口腔衛生状態の悪化により、摂食嚥下障害や誤嚥性肺炎が発生しやすい状況にあります。口腔管理を実施する病院歯科や歯科診療所等との連携を図り、適切なケアを実施することが必要です。

目 標

- (1) 脳卒中発症予防のため、望ましい食生活や十分な身体活動の実践、肥満の解消、禁煙など生活習慣の改善を推進します。
- (2) 早期発見、早期治療により身体や社会生活の負担を軽減するため、健康診査を定期的に受診しやすい環境づくりや受診勧奨等の取組を推進します。
- (3) 脳血管疾患による年齢調整死亡率を改善します。

<数値目標>

- (1) メタボリックシンドローム該当者及び予備群の推定数：20.1 万人未満（令和6（2024）年度）
[現状数値：26.4 万人（平成29（2017）年）]
- (2) 特定健康診査実施率：70%（令和6（2024）年度）
[現状数値：56.5%（平成29（2017）年度）]
特定保健指導の実施率：45%（令和6（2024）年度）
[現状数値：21.0%（平成29（2017）年度）]
- ※ (1)、(2)の数値目標は、「健康にいがた21」による。
- (3) 脳血管疾患の年齢調整死亡率：下げる（令和5（2023）年度）

[現状数値：男性 47.7、女性 25.4（平成 27（2015）年）]

施策の展開

<目指すべき方向>

脳卒中における医療連携については、個々の医療機能を満たす医療機関相互の連携により、保健、医療及び介護サービスが継続して実施されるよう、新潟県循環器病対策推進計画との整合性を図りながら、以下の体制の構築を目指します。

- (1) 発症後、速やかな搬送と専門的な診療が可能な体制
- (2) 将来を見据え、地域に必要な医療を持続的に提供できる体制
- (3) 病期に応じたリハビリテーションや口腔管理が可能な体制
- (4) 在宅療養が可能な体制

<全体>

脳卒中は、多くの場合、長期の治療期間と何らかの後遺症を伴うため、地域連携クリティカルパスの活用等により、患者にとって急性期の治療から回復期、維持期の治療まで良質な医療が効果的かつ安全、適切に提供でき、また、急性期から維持期まで一貫したリハビリテーションが実施できる体制整備を促進します。

【予防】

- (1) 「健康にいがた 21」、「新潟県食育推進計画」に基づき、若年層からの生活習慣病予防を総合的に推進します。特に、高血圧予防として食塩の適正摂取など望ましい食生活の普及啓発を図ります。
- (2) 市町村が実施する健康増進法による健康教育、健康相談及び介護保険法による地域支援事業等により、高血圧、脂質異常症、糖尿病、メタボリックシンドロームなど生活習慣病の予防をはじめとする健康づくりを促進します。
- (3) 健康診査の受診、健康診査後の保健指導及び精密検査や医療機関受診が必要な方への呼びかけを促進するとともに、高血圧、脂質異常症、糖尿病、不整脈（特に心房細動）などの危険因子の管理を行うことで発症予防を図ります。

【救護】

- (1) 脳卒中の疑われる患者を発症後速やかに専門的な診療が可能な医療機関に搬送できるよう、広域災害・救急医療情報システム（EMIS）*の活用を図ります。
- (2) 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。
- (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。

【急性期】

- (1) 脳梗塞、脳出血、くも膜下出血等の個々の病態に応じた早期診断、早期治療を行うために必要な設備整備を促進します。

- (2) 緊急を要する脳梗塞等の患者に対する適切な医療を提供するため、集中治療室（ICU）や脳卒中集中治療室（SCU）などの集中治療機能の整備を促進します。

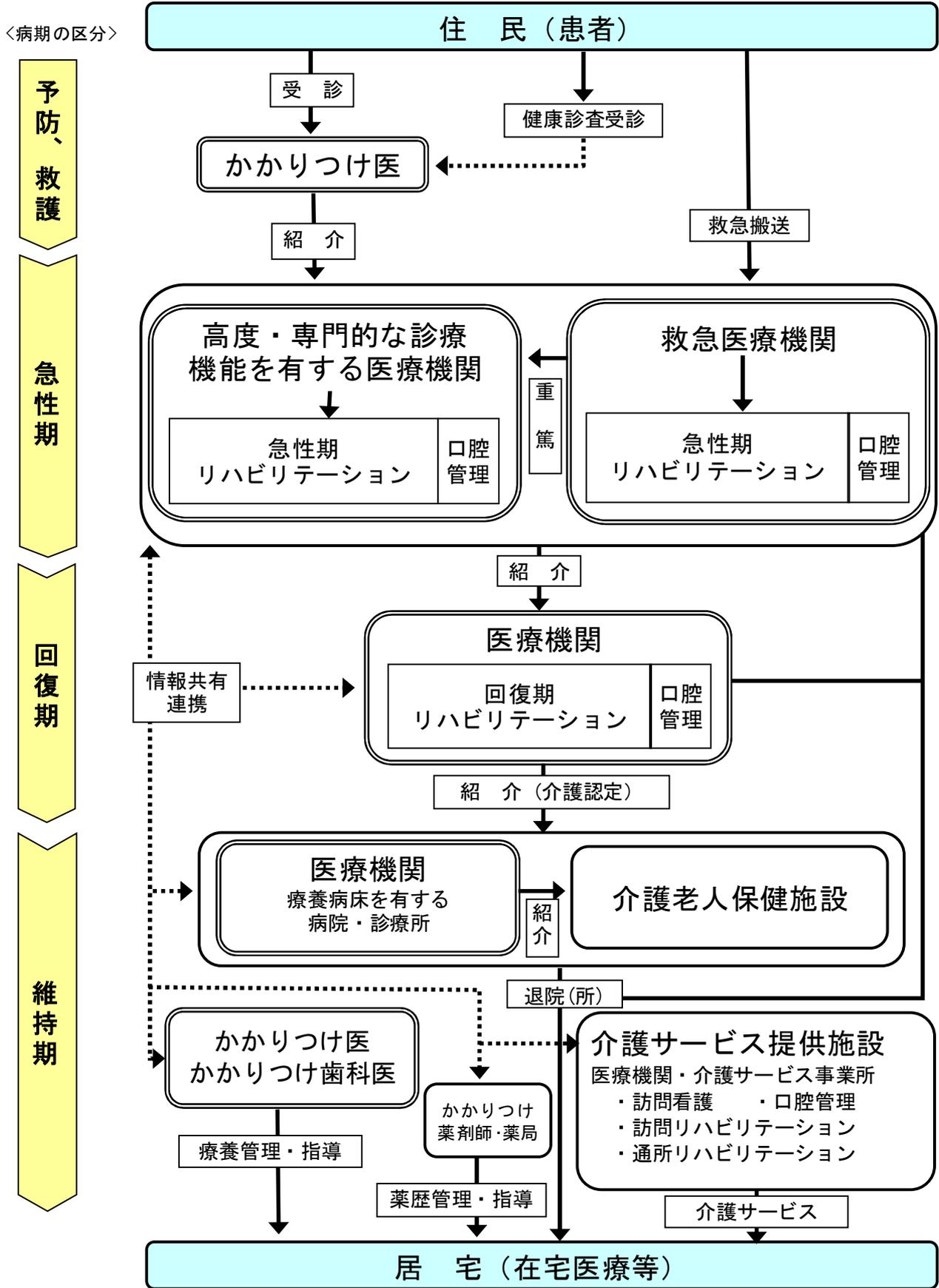
【回復期】

リハビリテーション専門医療スタッフによる集中的なリハビリテーションが実施できるよう、また、急性期を担う医療機関及び維持期を担う医療機関等と診療情報や治療計画を共有できるよう、地域医療連絡協議会、地域リハビリテーション*協議会等において、医療連携体制の整備を促進します。

【維持期】

- (1) 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。
- (2) 在宅等の生活の場で、地域の社会資源を活用し、一人一人の状況に適したリハビリテーションを提供するため、地域におけるリハビリテーションサービスに関する調整、相談及び指導等を行う人材を養成します。
- (3) 再発予防のため、維持期を担う医療機関や薬局による基礎疾患の管理、服薬指導、生活指導等が効果的に実施できるよう、居宅介護サービス事業所等も含めた関係機関の連携を促進します。
- (4) 生活機能の低下を予防するため、市町村における地域支援事業及び介護予防*サービス事業所による介護予防サービスが効果的に実施できるよう支援します。
- (5) 急性期、回復期及び維持期において、摂食嚥下機能の維持・回復及び誤嚥性肺炎の予防のために、適切な歯科治療、口腔ケア（口腔機能訓練等）の提供を促進します。

脳卒中の医療連携体制



「脳卒中」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
予防	発症予防の機能	<ol style="list-style-type: none"> 1 高血圧、糖尿病、脂質異常症、心房細動等の基礎疾患及び危険因子の管理が可能であること。 2 初期症状出現時における対応について、本人及び家族等患者の周囲にいる者に対する教育、啓発を実施すること。 3 初期症状出現時に、急性期医療を担う医療機関への受診勧奨について指示すること。 	診療所、保険者等
救護	応急手当・病院前救護の機能(救急救命士等が実施するもの)	<ol style="list-style-type: none"> 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の定めた活動プロトコール(活動基準)などに則し、適切な観察・判断・処置を行うこと。 	消防機関等
急性期	高度・専門的な救急医療の機能	<ol style="list-style-type: none"> 1 急性期における呼吸管理、循環管理等を的確に実施できる専用集中治療室を保有していること。 2 画像検査(CT検査、MRI検査、血管造影)等の必要な検査が24時間実施可能であること。 3 急性期における専門的治療(t-P A、血管内治療、外科治療等)が常時実施可能であること。(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。) 4 適応のある脳卒中症例に対し、外科治療や脳血管内手術が速やかに実施可能な医療機関との連携がとれていること。 	救命救急センターを有する病院等
	一般的な救急医療の機能	<ol style="list-style-type: none"> 1 血液検査や画像検査(X線検査、CT検査)等の必要な検査が実施可能であること。 2 脳卒中が疑われる患者に対して、専門的診療が実施可能であり、適切な治療法(転院を含む。)を判断できること。 3 呼吸管理、循環管理、栄養管理等の全身管理や口腔管理及び合併症に対する診療が可能であること。 4 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。 	一般的な急性期対応が可能な病院等
回復期	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	<ol style="list-style-type: none"> 1 再発予防の治療(抗血小板療法、抗凝固療法等)、基礎疾患・危険因子・口腔の管理及び抑うつ状態への対応が可能であること。 2 失語、高次脳機能障害*(記憶障害、注意障害等)、嚥下障害、歩行障害などの機能障害の改善及びADL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。 3 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。 	リハビリテーションを専門とする病院等
維持期	日常生活への復帰・維持及び生活の場で療養できるよう支援する機能	<ol style="list-style-type: none"> 1 再発予防の治療、基礎疾患・危険因子・口腔の管理、抑うつ状態への対応等が可能であること。 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 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。 4 回復期(あるいは急性期)の医療機関や、診療所等の維持期における他の医療機関等と、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して連携していること。 5 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こと。 6 特別養護老人ホーム(介護老人福祉施設)、認知症高齢者グループホーム、有料老人ホーム、ケアハウス等自宅以外の居宅においても在宅医療を実施し、希望する患者にはこれらの居宅で看取りまでを行うこと。 7 介護支援専門員と連携し、居宅介護サービスを調整すること。 8 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。 	介護保険によるリハビリテーションを行う病院、診療所等

※ 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>

3 心血管疾患

現状と課題

<全体>

(1) 厚生労働省の「人口動態統計」によると、本県の平成 27（2015）年の心疾患（高血圧性除く。）による死亡数は 4,024 人で、死亡者全体全体の 14.2%を占めており、死因順位の第 2 位となっています。

一方、人口 10 万人当たりの年齢調整死亡率は、平成 22（2010）年の男性 70.6、女性 33.7 から平成 27（2015）年は男性 60.7、女性 29.0 となり、年々低下しており、全国平均（男性 65.4、女性 34.2）より低くなっています。

(2) 心疾患（高血圧性除く。）のうち、急性心筋梗塞による人口 10 万人当たりの年齢調整死亡率は男性 16.7、女性 5.8 となり、心不全による人口 10 万人当たりの年齢調整死亡率は、男性 16.0、女性 11.3 となっています。

(3) 本県の人口 10 万人当たりの医療施設従事医師数（循環器内科、心臓血管外科）は 7.6 人で、全国平均の 11.8 人より低くなっています。

【予防】

(1) 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（境界型を含む。）、CKD、メタボリックシンドローム、ストレスなどであり、急性心筋梗塞の発症予防には、急性心筋梗塞に関する知識の普及啓発及び食生活や運動などの生活習慣の改善に関する取組が重要です。

(2) 健康診査や人間ドックによる高血圧、糖尿病（境界型を含む。）などの危険因子の早期発見、保健指導等による支援、受診勧奨及び早期治療が必要です。

【救護】

(1) 心血管疾患患者の救護については、発症後の速やかな救急要請と救急救命士による薬剤投与等メディカルコントロール体制の充実及び急性期医療を担う医療機関への速やかな搬送が必要です。

(2) 病院外での急性心筋梗塞については、AED*の使用を含めた救急蘇生法の実施が必要です。

【急性期】

発症後、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、個々の病態に応じた早期診断、早期治療が行われる必要があります。

【回復期】

急性期を担う医療機関と診療情報や治療計画を共有する等して連携し、疾患によるフレイル対策の観点も踏まえ、身体機能を回復させる心血管疾患リハビリテーションを実施し、在宅等への復帰を支援する必要があります。

【再発予防】

回復期（あるいは急性期）を担う医療機関と介護保険サービス事業所、薬局等が診療情報や治療計画を共有し、連携して再発予防の治療や基礎疾患の管理を実施する必要があります。

目 標

- (1) 急性心筋梗塞発症予防のため、望ましい食生活や十分な身体活動の実践、肥満の解消、禁煙など生活習慣の改善を推進します。
- (2) 早期発見、早期治療により身体や社会生活の負担を軽減するため、健康診査の定期的な受診を推進します。
- (3) 心疾患による年齢調整死亡率を改善します。

<数値目標>

- (1) メタボリックシンドローム該当者及び予備群の推定数：20.1 万人未満（令和6（2024）年度）
[現状数値：26.4 万人（平成29（2017）年）]（再掲）
- (2) 特定健康診査実施率：70%（令和6（2024）年度）
[現状数値：56.5%（平成29（2017）年度）]（再掲）
特定保健指導の実施率：45%（令和6（2024）年度）
[現状数値：21.0%（平成29（2017）年度）]（再掲）
- ※ (1)、(2)の数値目標は、「健康にいがた21」による。
- (3) 心疾患の年齢調整死亡率：下げる（令和5（2023）年度）
[現状数値：男性60.7、女性29.0（平成27（2015）年）]

施策の展開**<目指すべき方向>**

心血管疾患における医療連携については、個々の医療機能を満たす医療機関相互の連携により、保健、医療及び介護サービスが継続して実施されるよう、新潟県循環器病対策推進計画との整合性を図りながら、以下の体制の構築を目指します。

- (1) 発症後、速やかな救命処置の実施と搬送が可能な体制
- (2) 将来を見据え、地域に必要な医療を持続的に提供できる体制
- (3) 発症後、速やかな専門的診療が可能な体制
- (4) 合併症予防や在宅復帰を目的とした心血管疾患リハビリテーションが可能な体制
- (5) 在宅療養が可能な体制

<全体>

- (1) 心血管疾患に対する医療提供体制を確立するため、医師及び看護職員等の医療従事者の養成・確保を図ります。
- (2) 心血管疾患に対応可能な医療機関や、発症者数・発症率など、心血管疾患を取り巻く現状を把握することで施策の展開につなげます。
- (3) 小児の心血管疾患や、重症心不全の患者への補助人工心臓を用いた治療など、高

度・専門的な医療に関する現状や課題を整理することで施策の展開につなげます。

【予防】

- (1) 「健康にいがた 21」、「新潟県食育推進計画」に基づき、若年層から生活習慣病予防に関する正しい知識の普及啓発や、食生活改善、運動習慣の徹底、禁煙など生活習慣改善の継続的な実施に向けた取組を推進します。
- (2) 市町村が実施する健康増進法による健康教育、健康相談及び介護保険法による地域支援事業等により、高血圧、脂質異常症、糖尿病（境界型を含む。）、肥満・メタボリックシンドロームなど生活習慣病の予防をはじめとする健康づくりを推進します。
- (3) 健康診査の受診、健康診査後の保健指導及び精密検査や医療機関受診が必要な方への呼びかけを促進するとともに、医療機関と連携し、高血圧、脂質異常症、糖尿病（境界型を含む。）等の危険因子の管理を行うことで発症予防を図ります。

【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。

【急性期】

- (1) 心血管疾患の個々の病態に応じた早期診断、早期治療を行うために必要な設備整備を促進します。
- (2) 緊急を要する患者に対する適切な医療を提供するため、ICUや心臓内科系集中治療室(CCU)などの集中治療機能の整備を促進します。

【回復期】

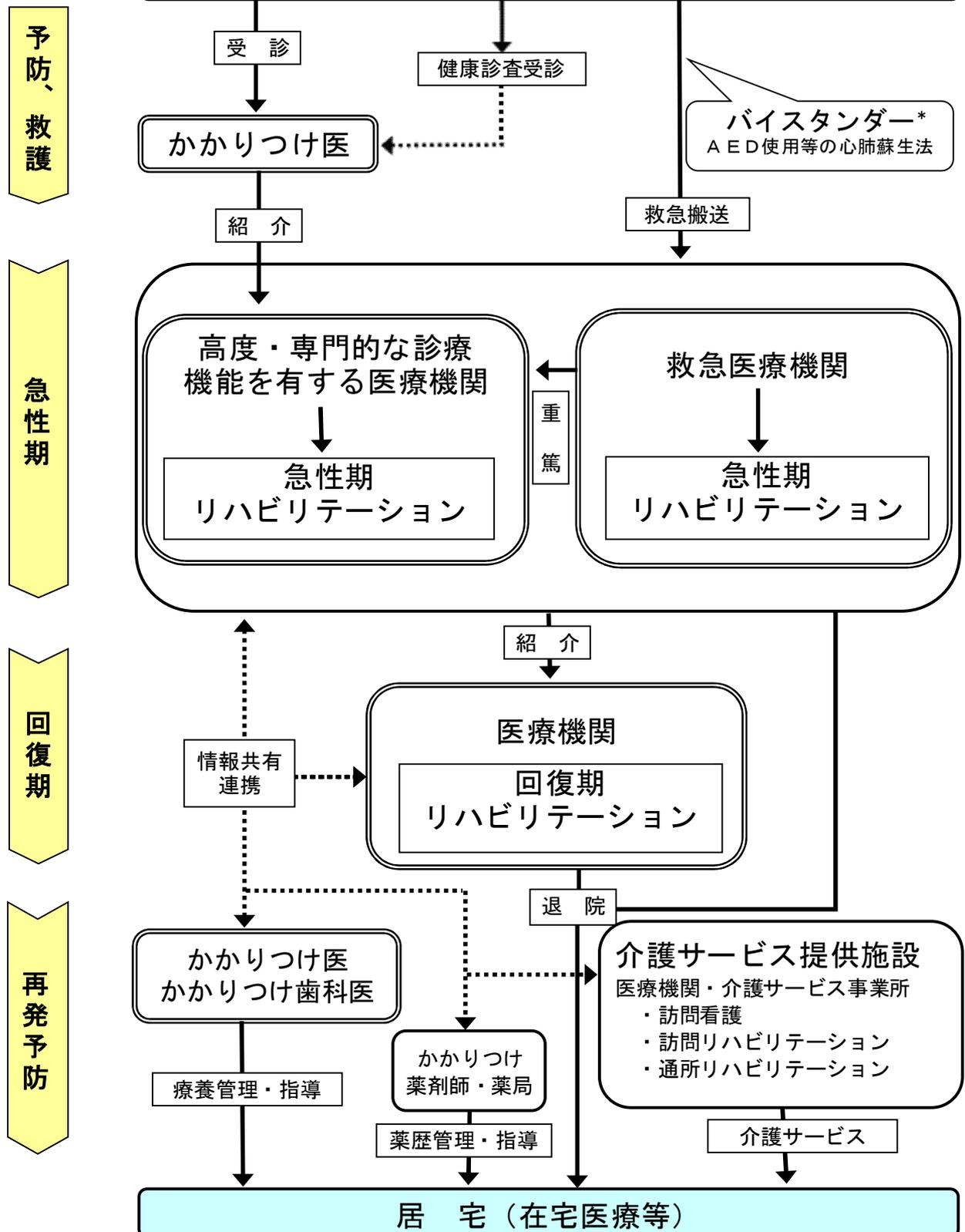
適切な心血管疾患リハビリテーションを提供するため、地域医療連絡協議会等を通じ、急性期を担う医療機関と診療情報や治療計画を共有する等の連携体制の整備を促進します。

【再発予防】

回復期（あるいは急性期）の医療機関（歯科を含む。）や介護保険サービス事業所、薬局等において、診療情報や治療計画を共有し、連携して再発予防の治療や基礎疾患の管理を実施できるよう、地域リハビリテーション協議会や地域医療連絡協議会等において、医療連携体制の整備を促進します。

心血管疾患の医療連携体制

〈病期の区分〉



「心血管疾患」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
予防	発症予防の機能	<ol style="list-style-type: none"> 1 高血圧、糖尿病（境界型を含む。）、脂質異常症等の基礎疾患及び危険因子の管理が可能であること。 2 初期症状出現時における対応について、本人及び家族等患者の周囲にいる者に対する教育、啓発を実施すること。 3 初期症状出現時に、急性期医療を担う医療機関への受診勧奨について指示すること。 	診療所、保険者等
救護	応急手当・病院前救護の機能	<ol style="list-style-type: none"> 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の定めた活動プロトコル（活動基準）などに則し、薬剤投与等の特定行為を含めた救急蘇生法等適切な観察・判断・処置を実施すること。 	消防機関等
急性期	高度・専門的な救急医療の機能	<ol style="list-style-type: none"> 1 心臓内科系集中治療室（CCU）を保有していること。 2 循環器内科専門医が常時診療に従事し、心筋梗塞等の心血管疾患が疑われる患者について、24時間対応可能であること。また、心血管カテーテル治療専門医が常時診療に従事していること、又はその確保と育成に努めていること。 3 急性心筋梗塞の場合、冠動脈造影検査及び適応があれば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又はその体制構築に努めていること。 4 虚血性心疾患に対する冠動脈バイパス術や大動脈解離に対する大動脈人工血管置換術等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。 	救命救急センターを有する病院等
	救急医療の機能	<ol style="list-style-type: none"> 1 心臓超音波検査、CT検査、心臓カテーテル検査、大動脈内バルーンポンピング等必要な検査及び処置が対応可能であること。 2 循環器内科専門医が常時診療に従事し、心血管疾患が疑われる患者に対して、専門的な診療が実施可能であること。また、高度治療の必要がある場合は、直ちに第三次救急医療施設と連携する体制がとれていること。 3 電気的除細動、緊急ペーシング、ペースメーカー不全への対応が可能であること。 4 回復期（あるいは在宅医療）の医療機関と、診療情報や治療計画を共有する等して連携していること。また、その一環として再発予防の定期的専門的検査を実施すること。 	一般的な急性期対応が可能な病院等
回復期	身体機能を回復させる心血管疾患リハビリテーションを実施する機能	<ol style="list-style-type: none"> 1 心電図検査、電気的除細動等急性増悪時の対応が可能であること。 2 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。 3 急性期の医療機関及び二次予防の医療機関と診療情報や治療計画を共有する等して連携していること。 4 運動耐容能（運動に耐える能力）を評価の上で、運動療法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。 	心血管疾患リハビリテーションを実施する病院等
再発予防	再発予防の機能	<ol style="list-style-type: none"> 1 緊急時の除細動等急性増悪時への対応が可能であること。 2 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。 3 急性期の医療機関や介護保険サービス事業所等と再発予防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等して連携していること。 4 在宅でのリハビリテーション、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。 	診療所等

※ 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>

4 糖尿病

現状と課題

<全体>

(1) 糖尿病の判定及び血糖コントロールの指標であるヘモグロビン A1c (HbA1c) の状況を見ると、6.0%以上の人（40～74歳）の割合は、男性は20.0%、女性は16.4%であり、全国を上回っています。

また、6.0%以上の人割合は、60～74歳において多くなっています。

ヘモグロビン A1c (HbA1c) の状況 (HbA1c6.0%以上者の割合 (%))			HbA1c (%)				
			6.0 以上	(再掲)			
				6.0～6.4	6.5～7.9	8.0 以上	
男性	全 国	40～74 歳	18.7	10.1	6.7	1.8	
	新潟県	40～74 歳	20.0	11.6	7.0	1.4	
		(再掲)	40～59 歳	13.9	7.8	4.6	1.5
			60～74 歳	27.8	16.4	10.1	1.3
女性	全 国	40～74 歳	14.2	9.8	3.7	0.7	
	新潟県	40～74 歳	16.4	11.9	3.9	0.5	
		(再掲)	40～59 歳	9.1	6.7	1.9	0.5
			60～74 歳	22.8	16.5	5.7	0.6

資料：「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」（平成26（2014）年）（厚生労働省）

(2) 特定健康診査後の特定保健指導対象者のうち、特定保健指導を受けた人の割合は18.2%で、全国の17.8%を上回っています。(※)

(3) 慢性透析患者は年々増加しており、特に、糖尿病性腎症を原疾患とする透析患者が増加しています。

※ 厚生労働省「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」（平成26（2014）年）

【予防・健康診査・保健指導】

- (1) 糖尿病の発症予防には、適切な食習慣、適度な身体活動や運動習慣等が重要です。糖尿病に関する知識の普及啓発、食生活や運動などの生活習慣改善に取り組むことが重要です。
- (2) 健康診査などによる境界型を含む糖尿病そのもの及び肥満などの危険因子の早期発見、保健指導等による支援、受診勧奨及び早期治療が必要です。
- (3) 健診未受診者及び医療未受診者の把握に努め、糖尿病の悪化、合併症の発症及び重症化を予防するための支援体制が必要です。

【初期・安定期治療】

糖尿病及びその合併症は、長期にわたる継続治療が必要であることから、病気の治療や健康相談などに応じてくれる身近なかかりつけ医、かかりつけ歯科医等の役割が重要です。

糖尿病の合併症は、治療の中断により発症し、重症化することがあるため、無自覚、無症状であっても、治療の継続が必要です。

歯周病は糖尿病の合併症であり、悪化要因でもあるため、医科歯科連携体制の整備が必要です。

なお、初期治療として、専門医による生活習慣指導を含む病態評価が重要であり、安定期治療としては、継続的な治療・健康相談が受けられるよう、専門医とかかりつけ医（内科、眼科）及びかかりつけ歯科医との連携体制の整備が必要です。

【専門・急性増悪時治療】

慢性合併症の発症予防と治療を担う専門的医療機関及び初期・安定期治療を担う地域医療機関とが、診療情報や治療計画を共有し、連携を図る必要があります。

また、特に、地域を中心に合併症の評価・予防・治療やインスリン治療などを担える糖尿病専門医が常勤する専門施設が不足しているため、専門医を養成する必要があります。

【慢性合併症重症化予防】

糖尿病性腎症を原疾患とする慢性透析患者が増加していることから、市町村及び医療保険者における糖尿病性腎症重症化予防等の取組が重要であり、また、それらの取組の支援体制が必要です。

目 標

- (1) 糖尿病発症予防のため、望ましい食生活や十分な身体活動の実践、肥満の解消、禁煙など生活習慣の改善を推進します。
- (2) 早期発見、早期治療により身体や社会生活の負担を軽減するため、健康診査の定期的な受診及び保健指導を推進します。
- (3) 健康診査によって発見されたメタボリックシンドロームや境界型を含む糖尿病患者の受診促進、治療中断の発見及び予防を推進します。
- (4) 糖尿病性腎症を原疾患とする慢性透析患者を減少するために、市町村及び医療保険者における糖尿病性腎症重症化予防等の取組の支援を促進します。

<数値目標>

- (1) メタボリックシンドローム該当者及び予備群の推定数：20.1 万人未満（令和6（2024）年度）
[現状数値：26.4 万人（平成29（2017）年）]（再掲）
- (2) 特定健康診査実施率：70%（令和6（2024）年度）
[現状数値：56.5%（平成29（2017）年度）]（再掲）
特定保健指導の実施率：45%（令和6（2024）年度）

[現状数値：21.0%（平成29（2017）年度）]（再掲）

※ 数値目標は、「健康にいがた21」による。

施策の展開

<目指すべき方向>

糖尿病における医療連携については、個々の医療機能を満たす医療機関相互の連携により、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) 糖尿病の治療及び合併症予防が可能な体制
- (2) コントロール不良例*の治療や急性合併症の治療が可能な体制
- (3) 糖尿病の慢性合併症の治療だけでなく、その発症と進展の予防が可能な体制

【予防・健康診査・保健指導】

- (1) 糖尿病にならないための一次予防、合併症を起こさないための二次予防、合併症が重症化しないための三次予防について、正しい知識の普及啓発を図ります。
- (2) 適切な食習慣や運動習慣などの健全な生活習慣の定着化を図るための取組を推進します。
- (3) 健康診査の受診及び保健指導を促進します。
- (4) 健康診査結果や保健指導等の状況を把握し、医療保険者に情報提供することにより、健康診査結果を踏まえた事後の保健指導及び医療機関受診を促進します。
- (5) 医療機関をはじめとする関係機関との支援体制整備を図ります。

【初期・安定期治療】

- (1) 糖尿病の診断及び生活習慣の指導等を行うかかりつけ医、かかりつけ歯科医等の普及・定着を図るため、住民への普及啓発を促進します。また、医療機関とかかりつけ薬局の連携を促進し、糖尿病の薬物治療に対する正しい知識を啓発します。
- (2) より早い段階からの適切な保健指導の実施及び医療の提供が可能となるよう、地域の糖尿病対策に協力する医師「新潟県地域糖尿病協力医」を養成します。
- (3) より専門的な食事・運動療法及び禁煙指導を含む生活習慣指導が可能な専門医療機関の整備を促進します。
- (4) 糖尿病患者の歯周病治療を進めるために、医科歯科連携体制の整備を促進します。

【専門・急性増悪時治療】

慢性合併症の発症予防と治療を担う専門的医療機関及び初期・安定期治療を担う地域医療機関とが、診療情報や治療計画を共有できるよう、地域医療連絡協議会等において、医療連携体制の整備を促進します。

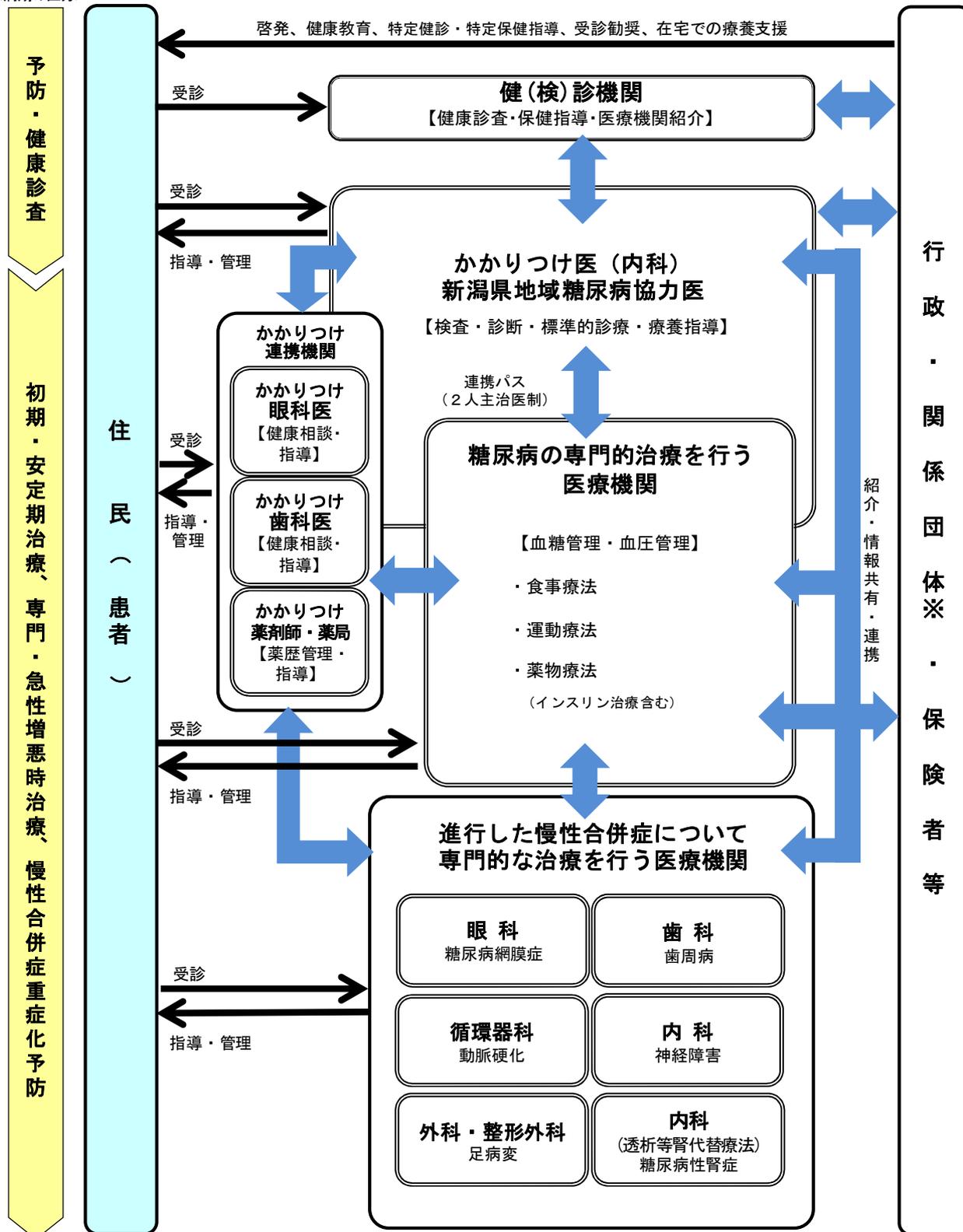
【慢性合併症重症化予防】

- (1) 糖尿病の慢性合併症の予防・診断・評価とともに、その進展の抑制が可能な専門医療機関の整備を促進します。
- (2) 「新潟県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」を策定し、市町村及び医療保険者

- による地域の実情に応じた糖尿病性腎症重症化予防等の取組を促進します。
- (3) 糖尿病対策と慢性腎臓病（CKD）対策を連動させ実施することで、より効果的な糖尿病性腎症重症化予防等の取組を促進します。

糖尿病の医療連携体制

<病期の区分>



※新潟県・地域糖尿病対策推進会議、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、栄養士会、健康運動指導士会、糖尿病療養指導士会、臨床検査技師会など

「糖尿病」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
予防・健康 診査・保健 指導	糖尿病の発症を予防する機能 境界型・予備群の早期発見、早期介入する機能	<ol style="list-style-type: none"> 1 糖尿病の知識の啓発活動（ポピュレーションアプローチ）、適切な食事・運動の普及啓発を実施していること。 2 適切な健康診査を実施（スクリーニング）していること。 3 75gOGTT、HbA1c等診断に必要な検査が実施可能であること。 4 特定健康診査等による高危険群の抽出を実施していること。 5 保健指導するための情報提供や協力体制の構築等、糖尿病の予防・重症化予防を行う市町村及び保険者と連携していること。 	糖尿病対策推進会議、医師会等関係団体、市町村、県、健（検）診機関、医療保険者、診療所、歯科医療機関、薬局、病院等
初期・安定 期治療	安定した血糖コントロールと血圧・脂質等も管理し合併症を防ぐ支援を行う機能	<ol style="list-style-type: none"> 1 糖尿病の診断、標準的な診療及び療養指導が可能であること。 2 かかりつけ医として定期的な病状把握と支援が提供できること。 3 合併症のチェックのため必要な機関（眼科、循環器科、歯科など）と連携できること。 4 薬局と連携するなど適切な薬物治療が継続的に行えること (病院では糖尿病外来を有することが望ましい) 	診療所、病院、歯科医療機関、薬局等
専門・急性 増悪時治療	コントロール不良時や急性合併症の治療を行う機能	<ol style="list-style-type: none"> 1 コントロール困難例に対する治療が実施可能であること。 2 糖尿病昏睡等急性合併症の治療が実施可能であること。 3 慢性合併症の診断ができる、又は必要な医療機関と連携ができること。 (常勤糖尿病専門医を有することが望ましい) 	病院、診療所等
慢性合併症 重症化予防	慢性合併症の予防・診断・評価及びその進展を抑制する機能	<ol style="list-style-type: none"> 1 糖尿病の慢性合併症（糖尿病網膜症、糖尿病性腎症、糖尿病神経障害等）の予防・診断・評価及びその進展の抑制が可能であること。 2 大血管障害（脳血管、心血管、末梢血管）の診断・評価・治療が実施可能であること。 (常勤糖尿病専門医を有することが望ましい) 	病院、診療所等

※ 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 精神疾患

精神疾患（認知症を除く）

現状と課題

<全体>

(1) 本県の精神科病院における入院患者数は減少傾向にあり、平成 25（2013）年度末の 5,910 人から平成 28（2016）年度末の 5,673 人となり、通院患者数は増加傾向にあり平成 25（2013）年度末の 27,046 人から平成 28（2016）年度末の 27,810 人となっています。また、疾病別構成比では「統合失調症」が 33.0%、「うつ病*・躁うつ病*」が 22.3%、次いで認知症を含む「症状性を含む器質性精神障害」が 13.7%となっています。（新潟県精神保健福祉年度報告）

(2) 厚生労働省患者調査によれば、本県の病院における精神疾患の入院患者の平均在院日数は平成 26（2014）年で 363.8 日と、全国平均 295.1 日よりも長くなっています。

また、精神疾患の入院患者の平均在院日数は、病院における入院患者全体の平均在院日数（本県 37.4 日、全国平均 33.2 日）と比べて長期となっています。

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が必要です。

(3) 多様な精神疾患等ごとに対応できる医療連携体制を構築するため、二次保健医療圏と同じ区域を単位とした精神医療圏を設定します。

(4) 精神科、心療内科を標榜する医療機関の役割分担を明確にするため、各医療機関を以下の 3 つの機能に整理します。

ア 「地域精神科医療提供機能」

地域精神科医療を提供するとともに、医療連携、情報発信、人材育成へ参画します。

イ 「地域連携拠点機能」

圏域ごとの医療連携、情報収集・発信、人材育成の地域拠点であり、地域精神科医療提供機能を担う医療機関を支援します。

ウ 「県連携拠点機能」

医療連携、情報収集・発信、人材育成の県拠点であり、地域連携拠点機能を担う医療機関を支援します。

(5) 比較的患者数の多い疾患（統合失調症やうつ病・躁うつ病等）については、県内に地域精神科医療提供機能を担う医療機関も多く、県民にとって身近な地域で医療を受けられる体制がありますが、その他の疾患については、身近な地域で医療を受けることができず、隣接圏域等での受療が必要となっている場合もあります。

また、疾患によっては、地域連携拠点機能を担う医療機関が存在せず、今後、医療連携体制の構築に向けた調整が必要な疾患もあります。

さらに、平時の医療連携に加え、災害時の精神科医療提供の体制整備をより一層進めて行く必要があります。

【統合失調症】

- (1) レセプト情報・特定健診等情報データベース（以下「NDB」という。）及び精神保健福祉資料によると、平成 26（2014）年度の県内の統合失調症の精神病床での入院患者数は 6,737 人、外来患者数は 26,514 人となっています。
- (2) 地域連携拠点機能を担う医療機関は 20 機関となっており、全ての圏域にあります。統合失調症に対応できる常勤の専門職（医師、看護師を除く。）の複数配置、または、統合失調症に対応した専門的なプログラム（生活技能訓練、家族教室、心理教育等）等を実施しています。
- (3) 県連携拠点機能を担う医療機関は 5 機関となっており、他医療機関と連携を図るほか、難治性治療抵抗性統合失調症治療薬や、修正型電気けいれん療法（mECT）*による治療を導入しています。

【うつ病・躁うつ病（双極性感情障害）】

- (1) NDB 及び精神保健福祉資料によると、平成 26（2014）年度の県内のうつ病・躁うつ病の精神病床での入院患者数は 3,528 人、外来患者数は 55,624 人となっています。
- (2) 地域連携拠点機能を担う医療機関は 20 機関となっており、全ての圏域にあります。うつ病・躁うつ病に対応できる常勤の専門職（医師、看護師を除く。）の複数配置、または、うつ病・躁うつ病に対応した専門的なプログラム（認知行動療法*、リワークプログラム*、家族教室、心理教育等）等を実施しています。
- (3) 県連携拠点機能を担う医療機関は 4 機関となっており、他医療機関と連携を図るほか、修正型電気けいれん療法（mECT）による治療を導入しています。

【児童・思春期精神疾患*】

- (1) NDB 及び精神保健福祉資料によると、平成 26（2014）年度の 20 歳未満の精神疾患の精神病床での入院患者数は 185 人、外来患者数は 5,677 人となっています。
- (2) 地域連携拠点機能を担う医療機関は 7 機関となっており、児童相談所、児童福祉施設と連携し、保護者、学校関係者に対する適切な面接・指導を実施しています。
- (3) 県連携拠点機能を担う医療機関は 5 機関となっており、児童・思春期精神疾患患者に対して、医師、看護師、精神保健福祉士及び臨床心理技術者等による入院での専門的な治療の提供、または、児童・思春期精神科の専門の医師等による通院での精神療法を実施しています。

【アルコール依存症*】

- (1) NDB 及び精神保健福祉資料によると、平成 26（2014）年度のアルコール依存症の精神病床での入院患者数は 414 人、外来患者数は 1,991 人となっています。厚生労働科学研究では、医療機関未受診者を含め、アルコール依存症患者は約 58 万人いると推計されています。
- (2) 地域連携拠点機能を担う医療機関は 4 機関となっており、他医療機関や自助グループとの連携のほか、アルコール依存症に対応した専門的プログラム（アルコール

リハビリテーションプログラム、認知行動療法、家族教室、心理教育等）を実施しています。

- (3) 県連携拠点機能を担う医療機関は4機関となっており、重度アルコール依存症の入院に対応する体制を整備しています。

【薬物依存症*】

- (1) NDB及び精神保健福祉資料によると、平成26(2014)年度の薬物依存症の精神病床での入院患者数は10人、外来患者数は42人となっています。
- (2) 地域連携拠点機能を担う医療機関は1機関となっており、薬物依存症に対応した専門的プログラム(薬物リハビリテーションプログラム、認知行動療法、集団療法、家族教室、心理教育等)を実施しています。
- (3) 県連携拠点機能を担う医療機関は1機関となっており、薬物依存症に対応できる常勤の専門職(医師、看護師を除く。)を複数配置しています。

【ギャンブル等依存症*】

- (1) NDB及び精神保健福祉資料によると、平成26(2014)年度のギャンブル等依存症外来患者数は36人となっています。
- (2) 地域連携拠点機能を担う医療機関は1機関となっており、ギャンブル等依存症に対応した専門的プログラム(認知行動療法、集団療法、家族教室、心理教育等)を実施しています。
- (3) 県連携拠点機能を担う医療機関は1機関となっており、ギャンブル等依存症に対応できる常勤の専門職(医師、看護師を除く。)を複数配置しています。

【外傷後ストレス障害(PTSD)*】

- (1) NDB及び精神保健福祉資料によると、平成26(2014)年度のPTSD外来患者数は263人となっています。
- (2) 地域連携拠点機能を担う医療機関がないことから、圏域内での医療連携体制の構築が必要です。
- (3) 県連携拠点機能を担う医療機関は1機関となっており、PTSDに対応できる常勤の専門職(医師、看護師を除く。)を複数配置しています。

【摂食障害*】

- (1) NDB及び精神保健福祉資料によると、平成26(2014)年度の摂食障害の精神病床での入院患者数は191人、外来患者数は637人となっています。
- (2) 地域連携拠点を担う医療機関は1機関となっており、他医療機関と連携を図るほか、摂食障害に対応できる常勤の専門職(医師、看護師を除く。)の複数配置、または、摂食障害に対応した専門的プログラム(認知行動療法、家族教室、心理教育等)を実施しています。
- (3) 県連携拠点を担う医療機関は1機関となっており、摂食障害の患者に対して、医師、看護師、精神保健福祉士、臨床心理技術者及び管理栄養士等による専門的な治

療が提供できる体制を整備しています。

【てんかん*】

- (1) NDB及び精神保健福祉資料によると、平成26（2014）年度のてんかんの精神病床での入院患者数は1,931人、外来患者数は6,804人となっています。
- (2) 地域連携拠点機能を担う医療機関は1機関となっており、他医療機関からの患者の紹介に対応するとともに、他診療科（脳外科、小児科等）と連携して診療しています。
- (3) 県連携拠点機能を担う医療機関は1機関となっており、てんかん診療拠点地域医療支援センターとして人材育成等を行っています。

【精神科救急】

- (1) 精神科救急医療システム*は、休日昼間5ブロック体制、夜間完全2ブロック体制で稼働しています。
- (2) 県連携拠点機能を担う医療機関は3機関となっており、精神科救急医療システムにおいて休日・夜間合計100日以上救急当番をしています。
- (3) 消防機関等からの要請に基づき、救急患者のトリアージ、入院受入先の調整等を行う精神科救急情報センターを平成26（2014）年3月から設置しています。
- (4) 24時間体制で精神医療相談を受ける精神医療相談窓口を平成27（2015）年3月から設置しています。

【身体合併症】

- (1) 県連携拠点機能を担う医療機関は4機関となっており、救命救急センターを設置し、重篤な身体合併症に対応しています。
- (2) 地域連携拠点を担う医療機関がないことから、圏域内での医療連携体制の構築が必要です。
- (3) 内科・外科等身体疾患を担当する科の医師及び医療従事者と、精神科医との連携が必要です。

【災害精神医療】

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。

目 標

- (1) 多様な精神疾患等ごとに適切な医療を提供できる体制づくりを促進します。
- (2) 適切な医療の提供により退院が可能となった患者に対しては、地域における保健、医療、福祉の連携体制を強化し、退院支援を推進するとともに、重症化の早期発見により再入院を予防します。
- (3) 長期入院患者の地域移行をより一層推進するため、地域移行に伴う基盤整備を推進します。

<数値目標>

- (1) 県連携拠点又は地域連携拠点機能を整備する圏域数:精神疾患等ごとに増加させる（令和5（2023）年度）
 [現状数値：統合失調症7圏域、うつ病・躁うつ病7圏域、児童・思春期精神疾患5圏域、アルコール依存症4圏域、薬物依存症1圏域、ギャンブル等依存症1圏域、PTSD1圏域、摂食障害2圏域、てんかん1圏域、精神科救急7圏域、身体合併症3圏域（平成29（2017）年）]
- (2) 退院後1年以内の地域における生活日数
 精神病床から退院後1年以内の地域における生活日数316日（令和5（2023）年度）
 [現状数値：304日（平成28（2016）年）]
- (3) 早期退院率
 精神病床における入院後3か月時点の退院率69%（令和5（2023）年度）
 [現状数値：60.0%（平成29（2017）年）]
 精神病床における入院後6か月時点の退院率86%（令和5（2023）年度）
 [現状数値：80.1%（平成29（2017）年）]
 精神病床における入院後1年時点の退院率92%（令和5（2023）年度）
 [現状数値：89.7%（平成29（2017）年）]
- (4) 精神病床における慢性期（1年以上）入院需要（65歳以上患者数）1,878人（令和5（2023）年度末）
 [現状数値：2,220人（令和元（2019）年）]
 精神病床における慢性期（1年以上）入院需要（65歳未満患者数）993人（令和5（2023）年度末）
 [現状数値：1,217人（令和元（2019）年）]

施策の展開

<目指すべき方向>

精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築のため、圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、市町村などとの重層的な連携による支援体制を構築します。

また、障害福祉計画との連動により、精神病床における入院需用（患者数）及び、地域移行に伴う基盤整備量（利用者数）の目標を明確にし、基盤整備を推し進めます。（基盤整備量の目標は障害福祉計画に記載）

多様な精神疾患等ごとに医療機関の医療機能を明確にし、相互の連携に加え、かかりつけ医や一般診療所と精神科との連携を推進するとともに、保健・福祉も含めた連携により患者本位の医療提供体制を促進します。

また、難治性の重症な精神症状を有する患者も、可能な限り住所のある圏域内で専門的治療を受けることができるよう地域医療提供体制の促進を図り、重篤な身体合併症のように圏域によって拠点機能が整備されていない疾患等については、圏域を越えた連携

体制を促進します。

【統合失調症】

治療抵抗性の統合失調症治療薬や修正型電気けいれん療法（mECT）等の専門的治療の提供を促進します。

【うつ病・躁うつ病（双極性感情障害）】

修正型電気けいれん療法（mECT）等の専門的治療の提供を促進します。

【児童・思春期精神疾患】

児童・思春期精神疾患に対応できる体制が確保できるよう地域連携拠点及び県連携拠点機能の連携を促進します。

【アルコール依存症】

地域連携拠点機能を担う医療機関の充実のため、アルコール依存症に対応した専門的プログラムの実施の促進や、自助グループの活動の活性化に向けた支援を実施します。

【薬物・ギャンブル等依存症】

地域連携拠点機能及び県連携拠点機能を担う医療機関の整備のため、薬物・ギャンブル等依存症に対応した専門的プログラムの実施を促進します。

【外傷後ストレス障害（PTSD）、摂食障害】

PTSD、摂食障害に対応できる医療体制が確保できるよう地域精神科医療提供機能と地域連携拠点又は県連携拠点機能の連携を促進します。

【てんかん】

てんかんに対応できる医療体制が確保できるよう地域精神科医療提供機能と県連携拠点機能の連携を推進します。

【精神科救急】

- (1) 休日昼間5ブロック、夜間2ブロック体制の維持を図ります。
- (2) 救急患者の円滑な受入のため、精神科救急情報センターと消防機関や医療機関との連携を推進するとともに、精神医療相談窓口の継続により患者や家族からの緊急の精神医療に関する相談に適切な対応を図ります。

【身体合併症】

重篤な身体合併症に対応できる県連携拠点機能を担う医療機関が有効に活用されるよう、精神科救急医療システムの円滑な運用を促進します。

身体合併症を有する精神疾患患者が、身体合併症について適切な医療を受けられるよ

う、地域毎に身体科と精神科との連携を推進します。

【災害精神医療】

D P A Tや災害拠点精神科病院の整備を図るとともに、多職種・多機関の連携を推進することにより、災害発生時に被災地における精神科医療の支援を行う体制づくりを推進します。

医療計画上の多様な精神疾患等ごとの医療機能の一覧表

☆：県連携拠点機能

◎：地域連携拠点機能

○：地域精神科医療提供機能

○*：〇のうち、自院他科に受療中の患者にのみ対応している等の医療機関

精神医療圏域	医療機関種別	医療機関名	統合失調症	うつ・躁うつ病	児童・思春期 精神疾患	アルコール 依存症	薬物依存症	ギャンブル等 依存症	PTSD	摂食障害	てんかん	精神科救急	身体合併症	
全域 (県連携拠点)	精神科病院	県立新築田病院	☆	☆		☆							☆	
		黒川病院												☆
		新潟大学医学総合病院	☆	☆	☆		☆				☆			☆
		新潟市民病院												☆
		南浜病院												
		新潟信愛病院			☆									
		県立精神医療センター	☆		☆									
		田宮病院	☆			☆								
		魚沼基幹病院	☆		☆									
		三交病院												
		国立病院機構西新潟中央病院										☆		
		県立吉田病院				☆								
		診療所				☆								
		精神科病院			◎	◎								◎
下越	診療所	村上ばほろ病院	◎	◎									◎	
		県立新築田病院	◎	◎									◎	◎
		有田病院	◎	◎									◎	◎
		黒川病院	◎	◎									◎	◎
		新潟リハビリテーションクリニック	◎	◎									◎	◎
		芥藤医院	◎	◎									◎	◎
		すずき医院	◎	◎									◎	◎
		しばと心体クリニック	◎	◎									◎	◎
		新潟大学医学総合病院	◎	◎	◎		◎		◎	◎	◎		◎	◎
		新潟市民病院	◎	◎	◎		◎		◎	◎	◎		◎	◎
		南浜病院	◎	◎	◎		◎		◎	◎	◎		◎	◎
		松浜病院	◎	◎	◎		◎		◎	◎	◎		◎	◎
		河渡病院	◎	◎	◎		◎		◎	◎	◎		◎	◎
		未広橋病院	◎	◎	◎		◎		◎	◎	◎		◎	◎
新潟信愛病院	◎	◎	◎		◎		◎	◎	◎		◎	◎		
佐潟荘	◎	◎	◎		◎		◎	◎	◎		◎	◎		
新潟信愛病院	◎	◎	◎		◎		◎	◎	◎		◎	◎		
白根緑ヶ丘病院	◎	◎	◎		◎		◎	◎	◎		◎	◎		
新潟	一般病院	国立病院機構西新潟中央病院	◎	◎									◎	
		榑田病院	◎	◎									◎	
		新潟医療センター病院	◎	◎									◎	
		中ざわ心療クリニック	◎	◎									◎	
		さいとうメンタルクリニック	◎	◎									◎	
		とよさかクリニック	◎	◎									◎	
		上村神経科内科医院	◎	◎									◎	
		白山クリニック	◎	◎									◎	
		新潟メンタルクリニック	◎	◎									◎	
		万代こころのクリニック	◎	◎									◎	
		さかい神経科クリニック	◎	◎									◎	
		奈良心療クリニック	◎	◎									◎	
		新潟こころの発達クリニック	◎	◎	◎		◎		◎	◎	◎		◎	
		古町心療クリニック	◎	◎	◎		◎		◎	◎	◎		◎	
三浦クリニック	◎	◎	◎		◎		◎	◎	◎		◎			
高橋クリニック	◎	◎	◎		◎		◎	◎	◎		◎			
まことクリニック	◎	◎	◎		◎		◎	◎	◎		◎			
ひらの内科医院	◎	◎	◎		◎		◎	◎	◎		◎			
かめアクリニック	◎	◎	◎		◎		◎	◎	◎		◎			
かとう心療内科クリニック	◎	◎	◎		◎		◎	◎	◎		◎			
発達クリニック(ほたる)	◎	◎	◎		◎		◎	◎	◎		◎			
ささえまよるクリニック	◎	◎	◎		◎		◎	◎	◎		◎			
たなか医院	◎	◎	◎		◎		◎	◎	◎		◎			
町営診療所(かわ)	◎	◎	◎		◎		◎	◎	◎		◎			

※ 診療内容等の詳細や診療を希望する場合は、各医療機関に直接お問い合わせください。

医療計画上の多様な精神疾患等ごとの医療機能の一覧表

☆：県連携拠点機能 ◎：地域連携拠点機能 ○：地域精神科医療提供機能
 ○*：〇のうち、自院他科に受療中の患者にのみ対応している等の医療機関

精神医療圏域	医療機関種別	医療機関名	統合失調症	うつ・躁うつ病	児童・思春期 精神疾患	アルコール 依存症	薬物依存症	ギャンブル等 依存症	PTSD	摂食障害	てんかん	精神科救急	身体合併症	
中央	精神科病院 一般病院	大島病院	◎	◎		○						◎		
		済生会三冬病院	○*	○*										
	診療所	かもしが病院	○	○						○	○	○	○	
		県立吉田病院	○	○	☆					○	○	○	○	
		かおる心療内科	○	○						○	○	○	○	
		富樫医院	○	○						○	○	○	○	
		藤部クリニック	○	○						○	○	○	○	
		田上診療所	○	○						○	○	○	○	
	精神科病院	燕ごころクリニック	○	○						○	○	○	○	
		県立精神医療センター	☆	☆	☆	☆	☆	○		○	○	○	☆	○
長岡保養園		○	○						○	○	○	○	○	
田宮病院		☆	☆						○	○	○	☆	○	
三島病院		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	○	
柏崎厚生病院		◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	◎	○	◎	○	
関南病院		◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	○	◎	○	◎	○	
長岡赤十字病院		○	○						○	○	○	○		
立川総合病院		○	○						○	○	○	○		
長岡西病院		○	○						○	○	○	○		
中越	診療所	悠遊健康科病院	○	○					○	○	○	○		
		国立病院機構新潟病院	○	○					○	○	○	○		
	駅前クリニック	○	○						○	○	○	○		
	おんぎでクリニック	○	○						○	○	○	○		
	田宮神経内科診療所	○	○						○	○	○	○		
	おししま心療クリニック	○	○						○	○	○	○		
	高須メンタルクリニック	○	○						○	○	○	○		
	メンタルクリニック長岡	○	○						○	○	○	○		
	なはおか心のクリニック	○	○						○	○	○	○		
	山下メンタルクリニック	○	○						○	○	○	○		
魚沼	精神科病院	かみ医院	○	○					○	○	○	○		
		恩田クリニック	○*	○*						○	○	○	○	
	一般病院	高木医院	○	○						○	○	○	○	
		ほんた病院	○	○	◎					○	○	○	◎	○
		魚沼基幹病院	☆	☆						○	○	○	◎	☆
		五日町病院	○	○						○	○	○	◎	○
		中家第二病院	◎	◎						○	○	○	◎	○
		南魚沼市立ゆきぐに大和病院	○	○						○	○	○	○	
		南魚沼市民病院	○	○						○	○	○	○	
		中島脳外科内科医院	○	○						○	○	○	○	
上越	精神科病院	江口医院	○	○					○	○	○	○		
		国立病院機構さいがた医療センター	○	○						○	○	○	◎	○
	一般病院	三交病院	◎	◎						○	○	○	◎	○
		高田西成病院	◎	◎						○	○	○	◎	○
		川室記念病院	◎	◎						○	○	○	◎	○
		県立中病院	◎	◎						○	○	○	◎	○
		糸魚川総合病院	○*	○*						○	○	○*	○*	○
		糸魚川総合病院	○*	○*						○	○	○*	○*	○
		心療内科クリニックよつや診療所	○	○						○	○	○	○	
		心療内科クリニックむかわの医院	○	○						○	○	○	○	
武内心療内科大湯クリニック	○	○						○	○	○	○			
ごころのクリニック上越妙高診療所	○	○						○	○	○	○			
佐渡	精神科病院 診療所	高田西成糸魚川診療所	○	○					○	○	○	○		
		真野みずほ病院 汐彩クリニック	◎	◎						○	○	○	◎	○

※ 診療内容等の詳細や診療を希望する場合は、各医療機関に直接お問い合わせください。

認知症

現状と課題

<全体>

- (1) 厚生労働省の推計（新潟県分は国の推計を基に県で算出）によると、全国の認知症高齢者数は平成27（2015）年で345万～525万人、本県では約7万～11万人（高齢者人口の10.2～16.0%）。平成37（2025）年には全国で470万～730万人、本県では約9万2千～15万人（同12.8～20.6%）に増加していくとされています。
- (2) 認知症予備群であるMC I*（Mild Cognitive Impairment：軽度認知障害）高齢者数は、平成24（2012）年で全国400万人、本県では8万3千人と推計されています。
- (3) 若年性認知症*の人の数は、平成20（2008）年で全国37,800人、本県では約660人と推計されています。
- (4) 精神科、神経内科、脳神経外科、心療内科を標榜する医療機関及び認知症サポート医*が所属する医療機関の役割分担を明確にするため、各医療機関を以下の3つの機能に整理します。

ア 「地域精神科医療提供機能」

地域精神科医療を提供するとともに、医療連携、情報発信、人材育成へ参画します。

イ 「地域連携拠点機能」

圏域ごとの医療連携、情報収集・発信、人材育成の地域拠点であり、地域精神科医療提供機能を担う医療機関を支援します。

ウ 「県連携拠点機能」

医療連携、情報収集・発信、人材育成の県拠点であり、地域連携拠点機能を担う医療機関を支援します。

【予防】

- (1) 血管性認知症は、認知症の原因の15～20%を占めています。また、若年性認知症の原因としても多いことから、原因となる疾患の予防対策が必要です。
- (2) MC Iから認知症へ移行することや認知症の進行を遅らせるための取組が必要です。

【早期診断・早期対応】

- (1) かかりつけ医やかかりつけ歯科医師、かかりつけ薬剤師が、認知症対応力向上を図り、早期診断・早期対応につなげることが重要です。
- (2) 認知症の専門相談や診断を行う認知症疾患医療センター*は、県内9か所（二次保健医療圏に1か所以上）に整備されています。
- (3) 認知症に対する誤解や偏見により、早期受診につながらない場合もあるため、正しい知識の啓発が重要です。

【身体合併症】

認知症の人が、肺炎や骨折等他疾患により入院した場合に、BPSD（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia：行動・心理症状）*を悪化させることなく安心して治療を行うことができるよう、医療従事者の認知症対応力向上が必要です。

【専門医療】

認知症の進行に応じた適切な治療等ができるよう、かかりつけ医・認知症サポート医、認知症疾患医療センター等専門医療機関が連携を強化することが必要です。

目 標

- (1) かかりつけ医等の認知症対応力の向上を図り、早期診断・早期対応の体制づくりを促進します。
- (2) 認知症に関する正しい知識を普及啓発し、早期に受診できる地域をつくります。

<数値目標>

- (1) かかりつけ医認知症対応力向上研修修了者数：865人（令和5（2023）年度）
[現状数値：764人（令和元（2019）年）]
- (2) 認知症サポート医養成研修修了者数：167人（令和5（2023）年度）
[現状数値：130人（令和元（2019）年）]
- (3) 認知症サポーター*の数：30万人（令和5（2023）年度）
[現状数値：261,103人（令和元（2019）年9月）]

施策の展開**<目指すべき方向>**

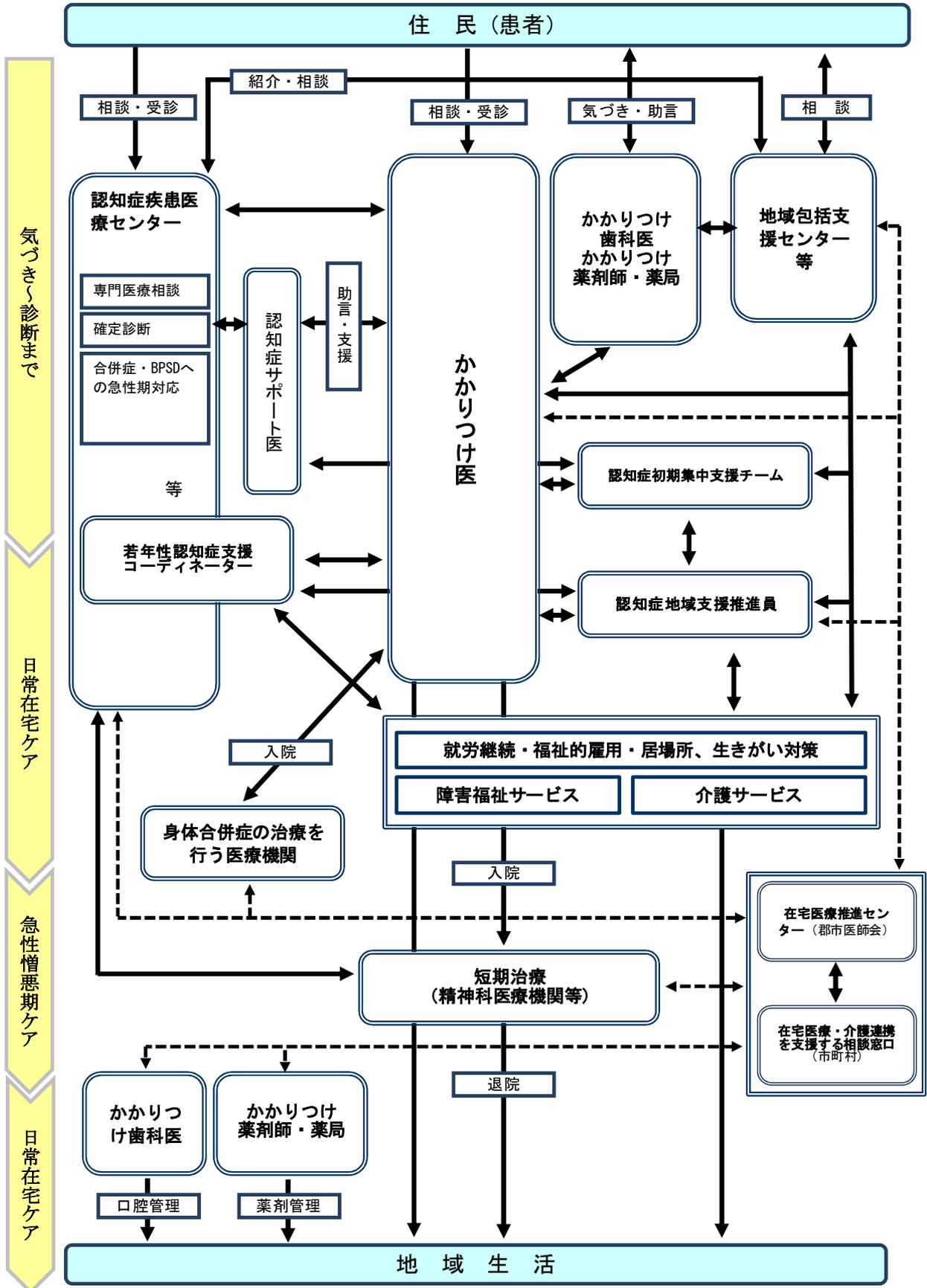
認知症の容態に応じた適時、適切な医療と介護が提供される体制づくりを促進します。

- (1) 認知症の進行抑制や血管性認知症の原因となる疾患の予防を推進するため、地域支援事業や健康増進事業を促進します。
- (2) かかりつけ医認知症対応力向上研修や認知症サポート医の養成を進め、必要により認知症疾患医療センター等適切な医療機関や介護、福祉サービスにつなぐ体制を整備します。
- (3) 歯科医師、薬剤師の認知症対応力を向上し、認知症の疑いのある人に早期から気づき、かかりつけ医や地域包括支援センター職員、介護支援専門員等と連携して対応できるよう体制を整備します。
- (4) 地域連絡ノートやICTを活用し、医療と介護の連携を促進します。
- (5) 認知症初期集中支援チーム*や認知症地域支援推進員*の活動が円滑に行われ、医療・介護サービス等が連携し、総合的に提供されるよう市町村を支援します。
- (6) BPSDや身体合併症が見られた場合にも、医療機関等で適切な治療やリハビリテーションが実施される体制を整備します。
- (7) 若年性認知症の人を支援するため、全ての認知症疾患医療センターに配置された若年性認知症支援コーディネーター*が中心となり、診断から早期の支援につながるよう、認知症疾患医療センターの機能を活用した関係者のネットワークづくりを

推進します。

- (8) 認知症を正しく理解し、認知症の人やその家族を支援する地域づくりを進めるため、認知症サポーターの養成やフォローアップを推進します。

認知症の医療連携体制



医療機能の要件

医療機能	役割要件	認知症
県連携拠点機能 ★	役割 要件 (右の内容を全て満たす)	①医療連携の県拠点 ②情報収集・発信の県拠点 ③人材育成の県拠点 ④地域連携拠点機能の支援 ①判断が困難な患者の鑑別診断を行い、患者の状態に応じて適切な医療を提供するとともにBPSD等症状悪化時の対応体制や連絡体制を確保すること ②医師、歯科医師、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士等の多職種による支援体制をつくること（他機関との連携も可） ③医療機関、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所*、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所*等と連携し、生活の場で必要な支援を提供すること ④地域連携会議の運営や多職種連携のための研修の企画、実施により地域とのネットワーク構築を図ること ⑤専門職に対する研修プログラムを提供すること ⑥全県に対して認知症に関する情報発信を積極的に行うこと ⑦地域精神科医療提供機能を担う医療機関及び地域連携拠点機能を担う医療機関からの個別相談への対応、処遇困難事例の受け入れ対応を行うこと
地域連携拠点機能 ◎	役割 要件 (右の内容を全て満たす)	①医療連携の地域拠点 ②情報収集・発信の地域拠点 ③人材育成の地域拠点 ④地域精神科医療提供機能の支援 ①判断が困難な患者の鑑別診断を行い、患者の状態に応じて適切な医療を提供するとともにBPSD等症状悪化時の対応体制や連絡体制を確保すること ②医師、歯科医師、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士等の多職種による支援体制をつくること（他機関との連携も可） ③医療機関、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所等と連携し、生活の場で必要な支援を提供すること ④地域連携会議の運営支援や多職種連携のための研修の企画、実施すること ⑤地域（二次医療圏）に対して認知症に関する情報発信を積極的に行うこと ⑥他の医療機関（地域精神科医療提供機能を担う医療機関）からの個別相談への対応、処遇困難事例の受け入れ対応を行うこと（他医療機関との連携も可）
地域精神科医療提供機能 ○	役割 要件 (右の内容を全て満たす)	①医療連携への参画 ②情報発信への参画 ③人材育成への参画 ④地域精神科専門医療の提供 ①日常的に認知症の診療（外来または入院）を実施するとともにBPSD等症状悪化時の対応体制や連絡体制を確保すること ②医師、歯科医師、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士等の多職種による支援体制をつくること（他機関との連携も可） ③医療機関、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所等と連携し、生活の場で必要な支援を提供すること

認知症の医療機能別医療機関一覧

- ☆県連携拠点機能の該当要件は、(1)(3)(4)(5)(7)(8)(10)
- ◎地域連携拠点機能の該当要件は、(1)(3)(4)(6)(9)(11)
- 地域精神科医療提供機能の該当要件は、(2)(3)(4)

平成30(2018)年3月1日現在

(1)	診断等体制	判断が困難な患者の鑑別診断を行い、患者の状態に応じて適切な医療を提供するとともにBPSD等症状悪化時の対応体制や連絡体制を確保している 日常的に認知症の診療(外来または入院)を実施するとともにBPSD等症状悪化時の対応体制や連絡体制を確保している
(2)	支援体制	医師、歯科医師、薬剤師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士等の多職種による支援体制をつくらせている(他機関との連携も可)
(3)	連携等体制	医療機関、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、障害福祉サービス事業所、相談支援事業所等と連携し、生活の場に必要な支援を提供している
(4)	情報発信	地域連携会議の運営や多職種連携のための研修の企画、実施により地域とのネットワーク構築を図っている
(5)	相談等体制	専門職に対する研修プログラムを提供している ※ 他医療機関が専門職に対し研修を行う際に、内容等について助言指導を行う
(6)	情報発信	全県に対して認知症に関する情報発信を積極的に行っている
(7)	相談等体制	地域(二次医療圏)に対して認知症に関する情報発信を積極的に行っている
(8)	相談等体制	他の医療機関からの個別相談への対応、処遇困難事例の受け入れ対応を行っている
(9)	相談等体制	他の医療機関からの個別相談への対応、処遇困難事例の受け入れ対応を行っている(他医療機関との連携も可)
(10)	相談等体制	他の医療機関からの個別相談への対応、処遇困難事例の受け入れ対応を行っている(他医療機関との連携も可)
(11)	相談等体制	他の医療機関からの個別相談への対応、処遇困難事例の受け入れ対応を行っている(他医療機関との連携も可)

圏域	市町村名	☆県連携拠点機能	◎地域連携拠点機能	○地域精神科医療提供機能
下越	新発田市			新潟県立新発田病院 有田病院 竹内病院 すずき医院
	村上市			村上ほまなす病院
新潟	胎内市		黒川病院	黒川病院
	阿賀野市			本田脳神経外科クリニック
	五泉市			南部郷厚生病院
	新潟市江南区			医療法人社団こんの脳神経クリニック
	新潟市秋葉区			下越病院
	新潟市西蒲区			ささき愛よろぎクリニック 新潟西蒲メディカルセンター病院
	新潟市西区		医療法人水明会佐潟荘 新潟県厚生農業協同組合連合会新潟医療センター 新潟県済生会新潟第二病院	新潟信愛病院 新潟県厚生農業協同組合連合会新潟医療センター 新潟県済生会新潟第二病院
	新潟市中央区	新潟大学医歯学総合病院	総合リハビリテーションセンター・みどり病院	新潟大学医歯学総合病院 総合リハビリテーションセンター・みどり病院 堀川内科・神経内科医院 古町心療クリニック 新潟メンタルクリニック 奈良心療クリニック 関屋田町クリニック 小山神経内科・内科クリニック 上村神経科内科医院
	新潟市東区		新潟臨港病院	新潟臨港病院 末広橋病院 脳神経・内科もてぎ医院 阿部胃腸科内科医院
	新潟市南区		新潟白根総合病院 白根緑ヶ丘病院	新潟白根総合病院 白根緑ヶ丘病院
	新潟市北区		南浜病院	松浜病院 南浜病院
県央	三条市		川瀬神経内科クリニック	大島病院 むとう医院 かおる心療内科 坪井内科医院 須田医院
	田上町 小千谷市			山本医院
中越	長岡市			悠遊健康村病院 長岡西病院 田宮病院 長岡保育園 新潟県立精神医療センター 長岡赤十字病院 三島病院 しなののハートクリニック じゅん脳外科内科 ながおかのクリニック 田宮神経科内科診療所 宮内クリニック 長尾医院 中之島クリニック 柏崎厚生病院
	柏崎市		柏崎厚生病院	関病院 独立行政法人国立病院機構新潟病院 たむら脳外科クリニック 柏崎市国民健康保険 北条診療所 原田クリニック 西山ふれあいクリニック
	魚沼市			ほんだ病院 国民健康保険魚沼市立小出病院 新潟県厚生農業協同組合連合会中条第二病院 新潟県立松代病院
	十日町市 津南町 湯沢町			町立津南病院 町立湯沢病院 五日町病院 齋藤記念病院 南魚沼市立ゆきぐに大和病院
上越	糸魚川市		南魚沼市民病院	南魚沼市民病院 魚沼基幹病院
	上越市		高田西城病院	糸魚川総合病院 医療法人社団 山本医院 三交病院 川室記念病院 かわさき脳外科 医療法人社団くろきクリニック 心療内科クリニックふわの医院 土田脳神経外科医院 服部外科医院 古澤医院 医療法人高田西城会こころのクリニック・上越妙高診療所 さいとう診療所 名立診療所(ひら)はら内科クリニック 真野みずほ病院 汐彩クリニック
佐渡	佐渡市		真野みずほ病院	真野みずほ病院 汐彩クリニック

※平成29(2017)年10月に、新潟県内の精神科、神経内科、脳外科、心療内科のいずれかを標榜、又は認知症サポート医がいる医療機関を対象に調査を実施し、回答があった医療機関を掲載

認知症の3医療機能区分には該当しないが認知症への対応を行っている医療機関

平成30(2018)年3月1日現在

No.	圏域	市町村	施設名	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)		
1	下越	新発田市	北越病院				○									
2			たかはし脳外科皮フ科医院	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	
3			斎藤医院米倉診療所		○		○						○			
4			斎藤医院赤谷診療所		○		○						○			
5			斎藤医院				○									
6			大杉脳外科医院		○	○		○						○	○	
7			阿部医院		○	○		○								
8		村上市	村上総合病院		○		○							○		
9			新潟県立坂町病院				○		○							
10			おたべ医院		○	○		○						○	○	
11	新潟	阿賀野市	あがの市民病院						○				○	○		
12			脳神経センター阿賀野病院		○	○								○	○	
13		五泉市	北日本脳神経外科病院		○	○		○			○		○	○		
14			亀田第一病院		○	○										
15		新潟市江南区	押木内科神経内科医院		○	○		○					○	○		
16			舞平クリニック			○		○							○	
17		新潟市秋葉区	新津医療センター病院					○	○	○						
18			新津信愛病院				○	○						○		
19			ふせじま脳外科クリニック					○								
20			小塚医院			○										
21		新潟市西蒲区	西蒲中央病院				○								○	
22	たなか医院					○										
23	大西医院神経内科・内科				○	○		○					○	○		
24	独立行政法人国立病院機構西新潟中央病院			○	○								○			
25	新潟市西区	新潟脳外科病院				○								○		
26		信楽園病院		○	○		○							○		
27		なかの神経内科クリニック			○											
28		こばりファミリークリニック			○	○										
29		医療法人社団栗田脳外科内科医院			○	○		○						○		
30	新潟市中央区	新潟市民病院		○	○		○									
31		文田医院		○	○		○									
32		佐藤神経内科クリニック			○											
33		さかい神経科クリニック												○	○	
34		県庁前神経内科クリニック		○	○									○	○	
35		おのクリニック		○	○		○							○	○	
36		新潟市東区	木戸病院			○									○	
37	桑名病院				○											
38	河渡病院				○	○								○		
39	東ニイガタ友愛クリニック							○						○	○	
40	新潟医療生活協同組合石山診療所															
41	さいとうメンタルクリニック							○								
42		えきまえクリニック内科はやし医院					○									
43	新潟市南区	白根大通病院			○								○			
44	新潟市北区	新潟リハビリテーション病院		○	○		○									
45	阿賀町	町営診療所みかわ			○	○										
46	県央	燕市	富樫医院				○									
47			丹野神経内科クリニック			○										
48		三條市	三之町病院				○									
49		田上町	田上診療所				○									
50	中越	見附市	見附南医院				○									
51			お元気でクリニック		○	○		○					○	○	○	
52		小千谷市	新潟県厚生農業協同組合連合会小千谷総合病院		○									○	○	
53			かつみ医院			○								○	○	
54		長岡市	山下メンタルクリニック				○		○							
55			メンタルクリニック長岡				○		○							
56			高須メンタルクリニック				○									
57			渡辺医院		○	○		○				○	○	○		
58			荒井医院		○	○		○	○							
59			柏崎市	柏崎総合医療センター				○	○							
60	会田内科医院				○		○							○		
61	高木医院				○											
62	平松医院				○									○		
63	駅前クリニック前畑医院			○	○		○									
64		はらクリニック		○	○			○								
65	魚沼	魚沼市	医療法人社団緑と清流の医療研究会 中島脳外科内科医院				○	○					○	○		
66		十日町市	江口医院			○							○	○		
67	上越	糸魚川市	医療法人高田西城会糸魚川診療所				○							○	○	
68			医療法人社団ひめかわ ひめかわ美野クリニック			○										
69			医療法人社団 真部外科医院			○										
70		上越市	独立行政法人労働者健康安全機構新潟防災病院										○	○		
71			新潟県立中央病院					○		○					○	
72			心療内科クリニックよつや診療所			○	○								○	○
73			武内心療内科大湯クリニック		○	○		○							○	○
74	妙高市	けいなん総合病院			○		○	○					○			
75	佐渡	佐渡市	佐渡総合病院				○									
76			羽茂病院		○	○				○						

※平成29年10月に、新潟県内の精神科、神経内科、脳外科、心療内科のいずれかを標榜、又は認知症サポート医がいる医療機関を対象に調査を実施し、回答があった医療機関を掲載

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（令和5（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（令和5（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。

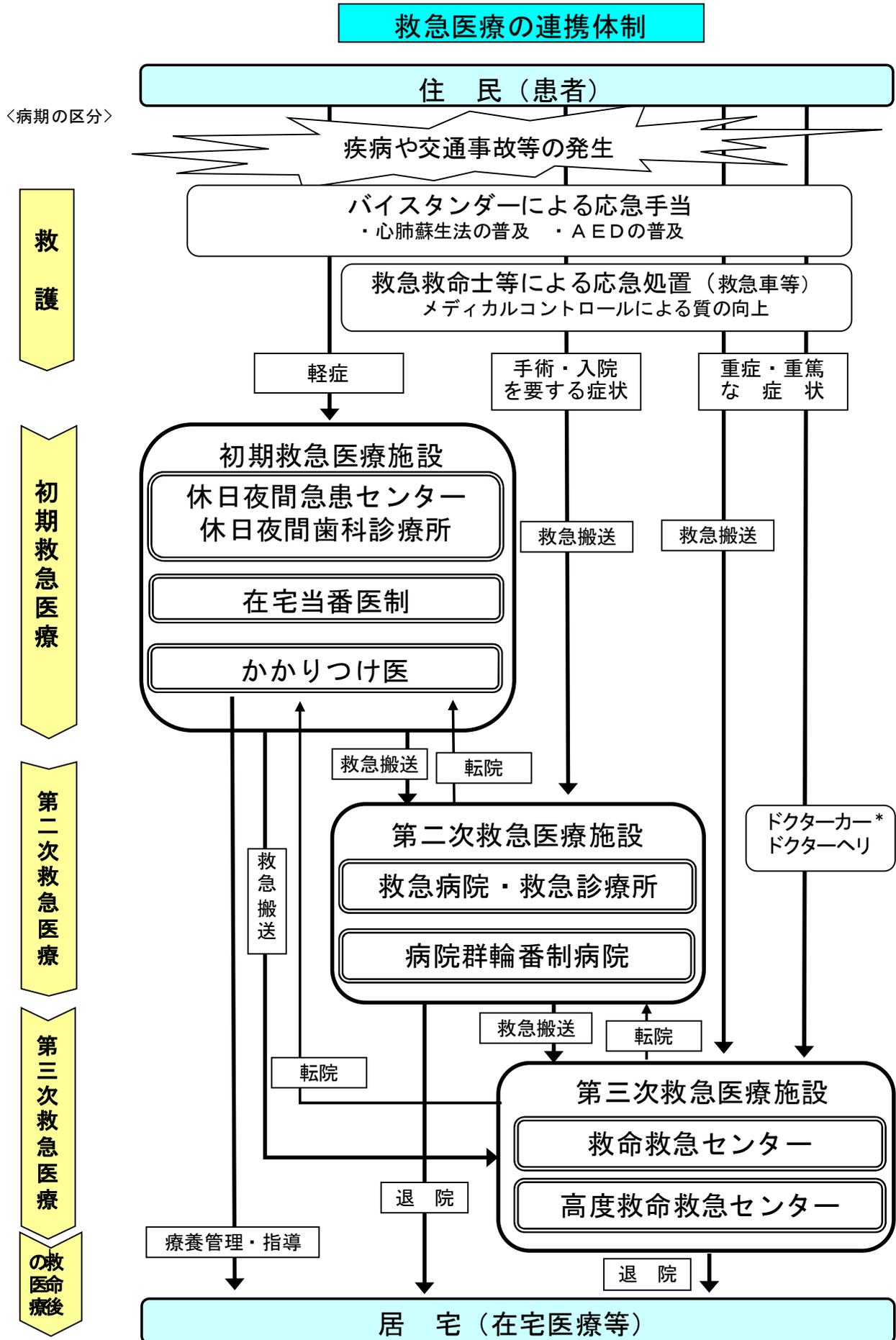
また、医療機関や消防機関、行政機関等の連携を強化し、二次保健医療圏の円滑な救急医療体制を推進します。

【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な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、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（令和5（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（令和5（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（PTSD）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ーター体制の構築要員(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ーター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）（令和5（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>

(1) へき地医療拠点病院の数：11（令和5（2023）年度）

[現状数値：7（平成29（2017）年）]

(2) へき地医療拠点病院の中で主要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）の年間実績が合算で12回以上の医療機関の割合：100%（令和5（2023）年度）

[現状数値：85.7%（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が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。

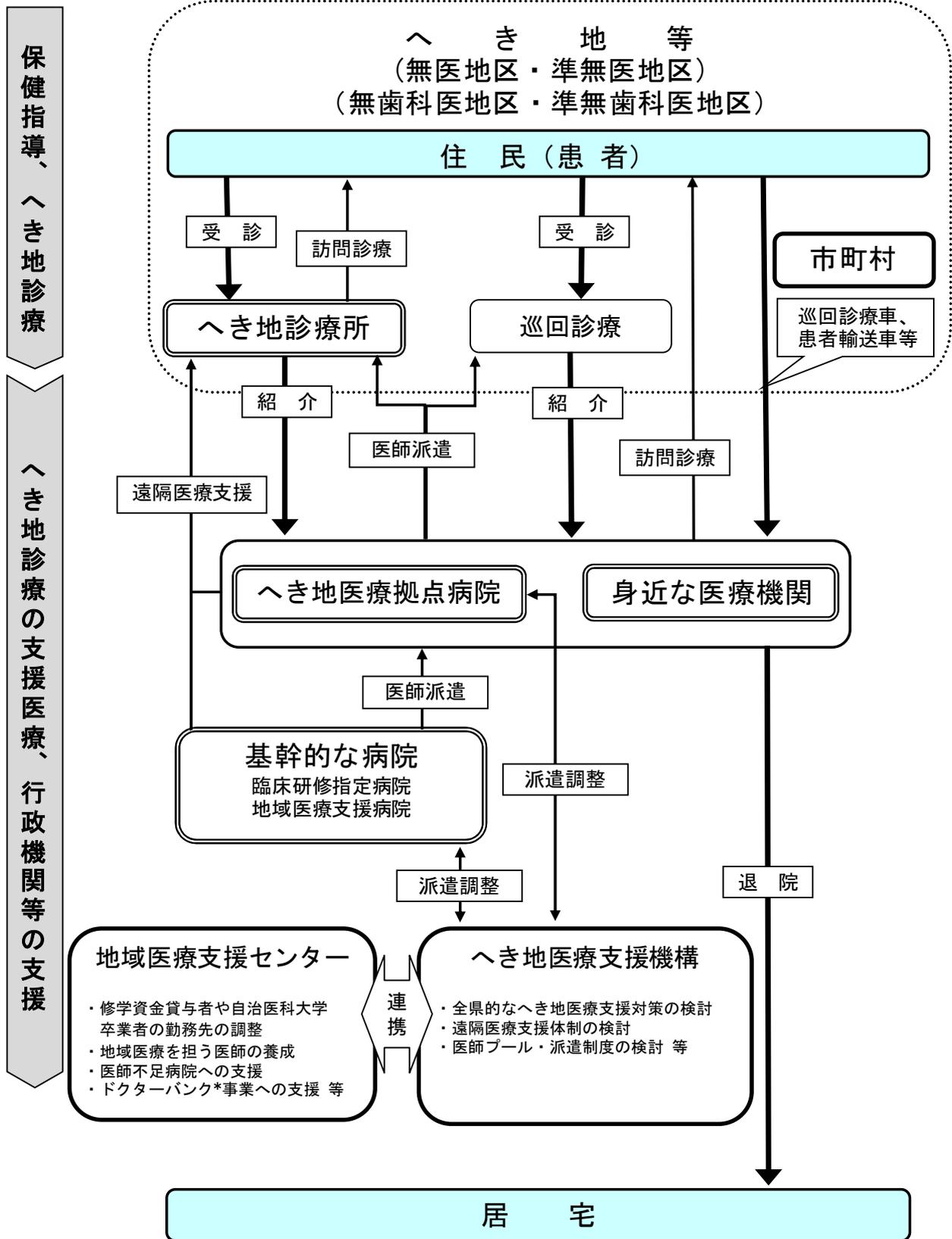
- (2) へき地医療拠点病院を中心とした医療連携体制の整備を促進します。
 - ア へき地医療拠点病院の整備及び充実を促進します。
 - イ へき地における医療を確保するため、画像伝送装置等を利用した遠隔診療を促進します。
 - ウ 巡回診療（専門医療に係る巡回診療を含む。）、訪問診療及び訪問看護の拡充を促進します。
- (3) へき地医療に関して一定の実績を有するものとして認定を受けた社会医療法人*が行うへき地診療所やへき地医療拠点病院への医師派遣の実施を促進します。

【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%（令和5（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（令和5（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>

- ・MFICU 20床（令和5（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）（令和5（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（令和5（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（令和5（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) 限られた医療資源を有効に活用し、効率的かつ質の高い周産期医療体制を構築するため、医療資源の集中・重点化を図ります。
- (3) 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。
- (4) 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。
- (5) 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。
- (6) 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。
- (7) 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) N I C U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。

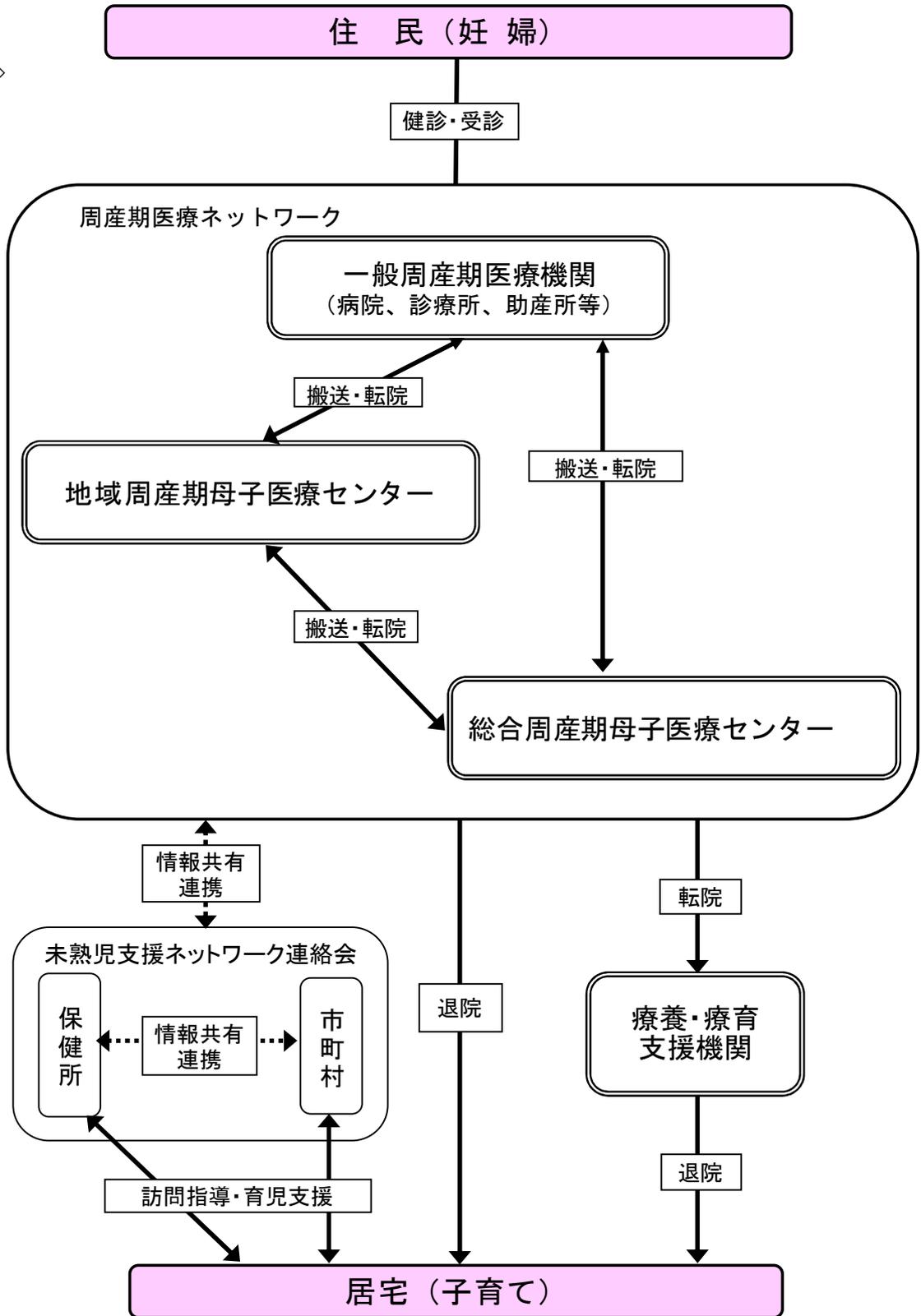
【メンタルヘルス対策】

- (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（令和5（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（令和5（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（令和5（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（令和5（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) 限られた医療資源を有効に活用し、効率的かつ質の高い小児医療体制を構築するため、周産期医療提供体制との関連にも留意しながら、小児専門医療等における医療資源の集中・重点化を図ります。
- (4) 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の確保・育成を図ります。
- (5) 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」の活用を検討を進めます。

【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—2525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) 入院機能における中核的病院等への集中・重点化及び中核的病院（入院機能）と周辺病院・診療所（外来機能）とのネットワークの強化を図ります。
- (3) 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。
- (4) 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。
- (5) 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、長期的な人材の育成と確保を視野に入れ、需要規模等にも留意しながら、小児集中治療室（PICU）*の整備について検討を進めます。
- (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（初期小児救急医療を除く。）を担う機能	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

11,441（令和 2（2020）年）、11,974（令和 5（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

356（令和 2（2020）年）、373（令和 5（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

49（令和 2（2020）年）、51（令和 5（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】

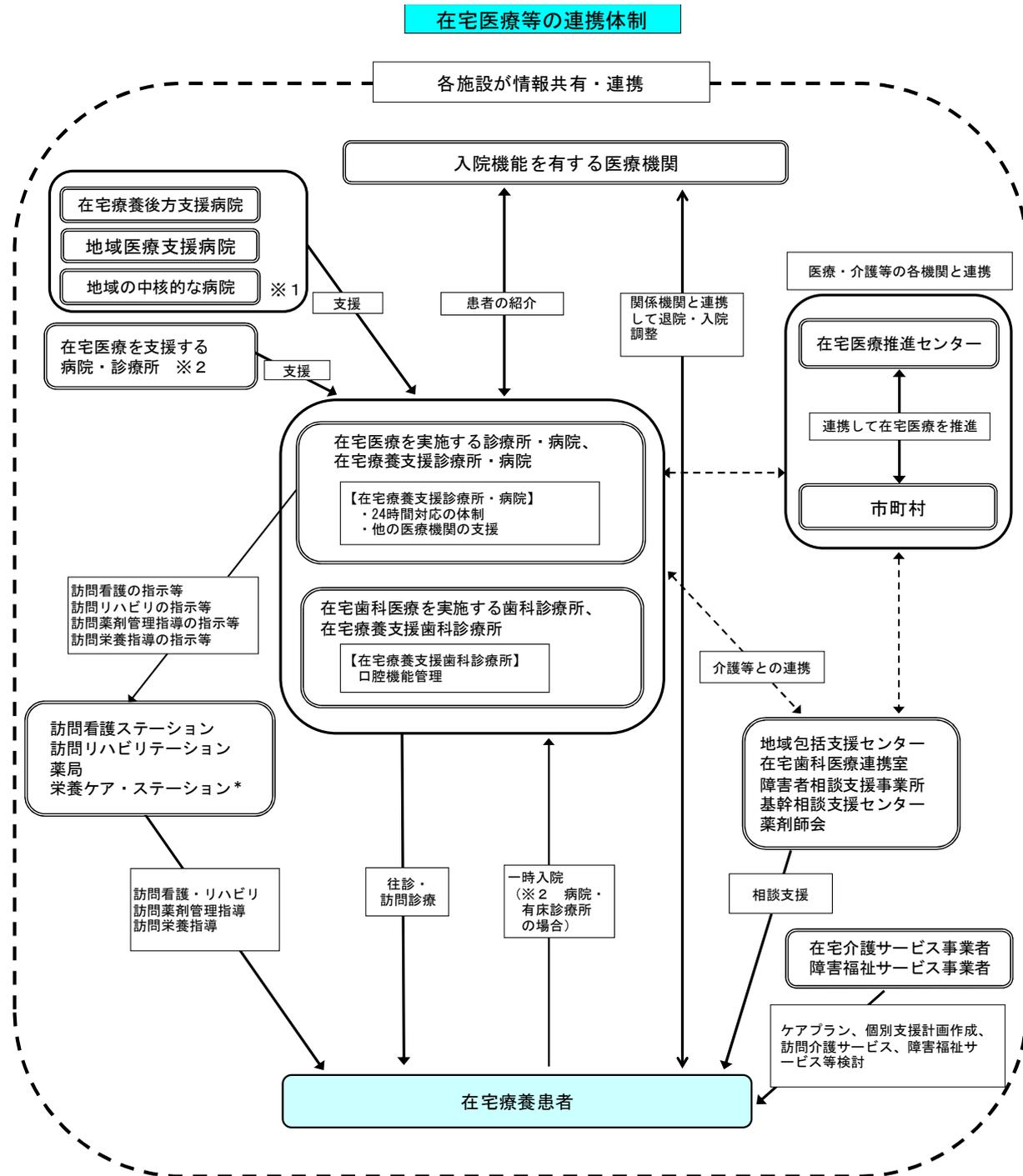
- (1) 患者の病状急変時に対応できるよう、市町村、医師会等の関係団体と連携し、各地域において、在宅医療を実施する医療機関、薬局、訪問看護事業所及び入院機能を有する医療機関との円滑な連携による診療体制の構築を促進します。
- (2) 訪問看護サービスの24時間体制の整備を促進します。

【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		
		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	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		
		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		
		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

第3節 健康づくりと各種保健医療提供体制の整備

1 生活習慣病・加齢疾患等の予防の推進

現状と課題

- (1) 本県の平成28(2016)年の健康寿命は平成25(2013)年比で男女ともに延伸しているものの、平均寿命との間には依然として約10年の差があり、更に健康寿命を延伸していく必要があります。また、平成28(2016)年の県民の主な死因をみると、がん、心疾患、脳血管疾患による死亡が51.7%と全死因の5割以上を占めており、生活習慣病の発症・重症化予防の推進が必要です。
- (2) 生活習慣病の発症・重症化や加齢による疾患等を予防するため、運動習慣の定着、健康的な食生活実践のための食育やたばこ対策、特定健康診査等の実施率向上とともに、良好な生活習慣を実践する高齢者が増加するよう市町村等と連携した取組を進める必要があります。
- (3) 運動習慣のある県民の割合は男女ともに増加しており、引き続き、日常生活の中で、運動や身体活動を無理なく継続して実践するための取組が必要です。
- (4) 食生活においては、食塩摂取量や野菜摂取量は改善傾向にあるものの依然として目標値には達しておらず、望ましい食習慣の形成のため、食生活改善の推進や幼児期からの生涯を通じた食育が必要です。
- (5) 男性の喫煙率は減少傾向ですが、女性は横ばいから増加傾向にあります。特に20～30代女性の喫煙率は全国平均を上回っています。
また、公共施設における禁煙分煙実施割合は増加しているものの、依然として多くの県民が受動喫煙の害を受けていると考えられるため、引き続き取組が必要です。
- (6) 特定健康診査や特定保健指導は、メタボリックシンドロームに着目し、生活習慣病予防を行うことが目的となっています。平成27(2015)年の実施率は、特定健診が53.6%(全国50.1%)、特定保健指導は20.0%(全国17.5%)とそれぞれ全国平均を上回っています。
- (7) ロコモティブシンドローム*、サルコペニア*、フレイルは、メタボリックシンドロームや認知症と並び、健康寿命の延伸を阻害し、寝たきりや要介護状態の要因の一つとなることから、高齢者のみならず青・壮年期においても認知度向上や生活習慣改善の実践について普及啓発していく必要があります。

施策の展開

(1) 発症予防・重症化予防の推進

- ア がん・循環器疾患の発症予防は、食生活、身体活動、喫煙、飲酒等の生活習慣の改善によるところが大きいため、分野ごとの取組に際し、疾病の発症予防や健康寿命を関連づけながら取り組めます。
- イ 早期発見、早期治療により、がん・脳卒中・心血管疾患とともに、糖尿病、CKDの発症予防・重症化予防を図るため、特定健康診査・特定保健指導及びがん検診受診率向上に取り組めます。

なお、実施率の全国目標（令和5（2023）年度）は、特定健康診査実施率70%、特定保健指導45%とされており、本県においても同様の目標達成に向け、医療保険者と連携・協働し、受診しやすい環境づくりや受診勧奨等を行います。

ウ 重症化予防の取組として、特定健康診査等結果に基づき、医療機関への受診勧奨及び保健指導を実施するとともに、医療と連携した保健指導の取組を推進します。

(ア) 糖尿病は心血管疾患のリスクを高め、神経障害、網膜症、腎症、足病変、歯周病といった合併症を併発することから、糖尿病有病者の増加抑制のほか、治療中断者の減少に取り組めます。

(イ) CKDは心血管疾患の強い危険因子であり、人工透析が必要となる腎不全にもつながることから、CKD有病者の増加抑制、治療中断者の減少のほか、重症化予防に係る体制整備に取り組めます。

エ 県民の行動変容や健康づくりに対する理解促進のため、生体リズムや生活習慣全般の見直しと関連づけて適切な指導を行えるような人材の養成と確保、また、活躍の場の提供に取り組めます。

オ 発症予防・重症化予防の普及啓発に当たっては、保険者協議会や医療保険者、や市町村と連携・協働し、総合的かつ効果的な取組を推進します。

(ア) 主要な死因であるがん、脳卒中、心血管疾患の予防は、望ましい食生活の実践、適度な運動、禁煙、節酒等、生活習慣の改善であることから、個々の生活習慣と危険因子の関連、危険因子とがん・脳卒中・心血管疾患との関連について普及啓発に取り組めます。

(イ) 生活習慣の改善を啓発するとともに、発症予防・重症化予防の観点から特定健診・特定保健指導、がん検診・精検受診に関する普及啓発に取り組めます。

(ウ) 生涯にわたる健康づくりを推進するため、乳幼児期から高齢期までのすべての世代、特に、健康課題の多い年代や性別（働く世代の男性、若年の女性等）に対して、その特性に応じた普及啓発にも取り組めます。

(エ) 地域社会や市町村におけるネットワークを活用し、県民が主体的に健康づくりに取り組める社会環境の整備等を支援します。

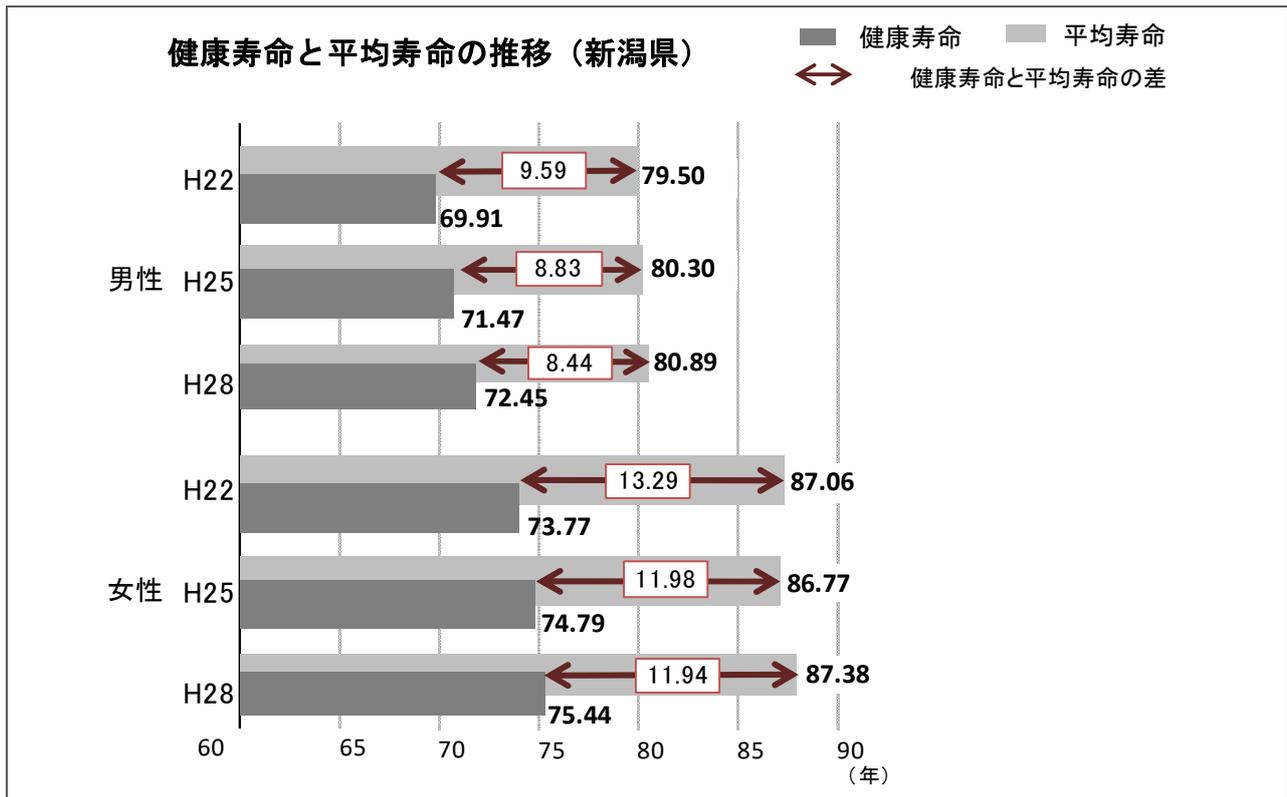
(2) 高齢者の健康の保持・増進

ア 高齢者人口が増加している中で、生活機能障害がある高齢者も増えてきているため、可能な限り健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できるよう、良好な生活習慣を実践する高齢者が増加するよう取組を促進します。

イ 健康寿命を伸ばしていくため、介護予防・日常生活支援総合事業の認知度向上や必要性の理解のための普及啓発に取り組めます。

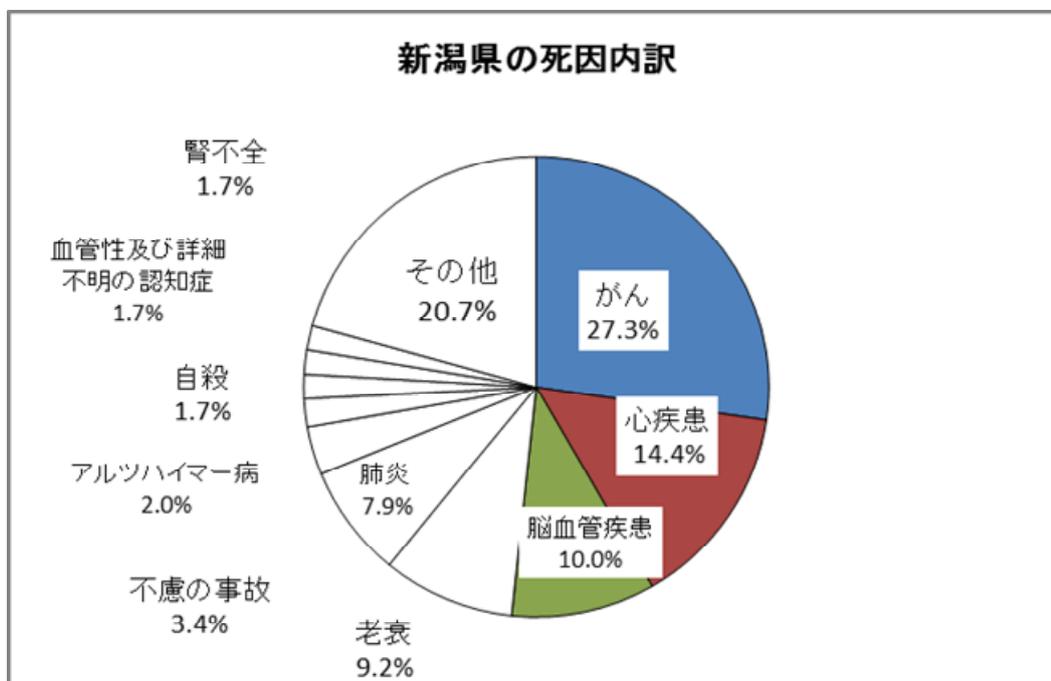
ウ 健康寿命の延伸の観点からロコモティブシンドローム、サルコペニア、フレイルの認知度向上や運動不足・体力低下、骨粗鬆症、肺炎、口腔機能の低下、低栄養等を防止するための生活習慣の実践について、普及啓発に取り組めます。

エ 転倒・骨折防止のためのリハビリテーション専門職の活用など、多職種による地域連携の実践に関する普及啓発等に取り組めます。



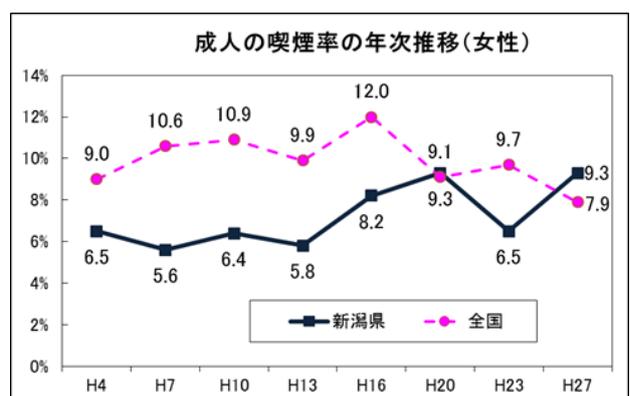
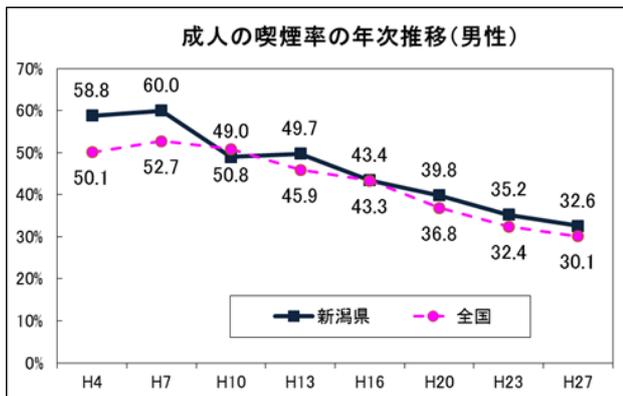
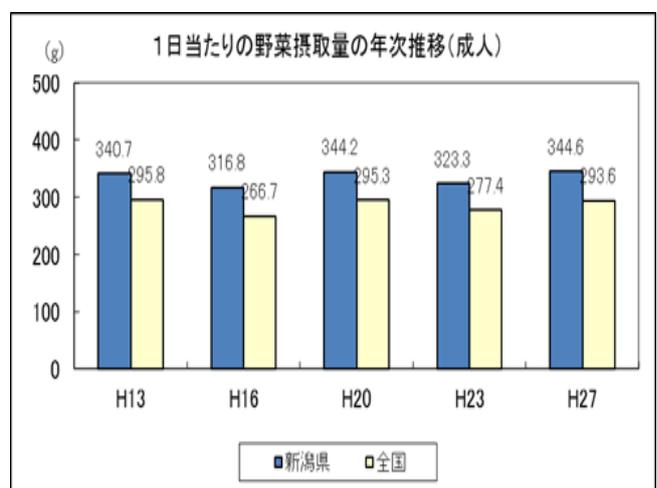
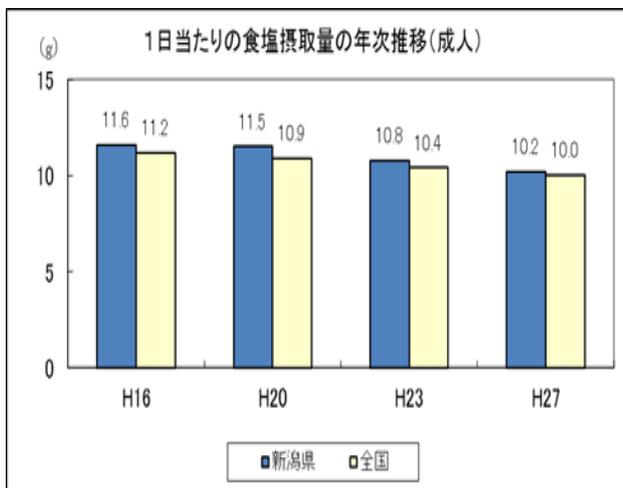
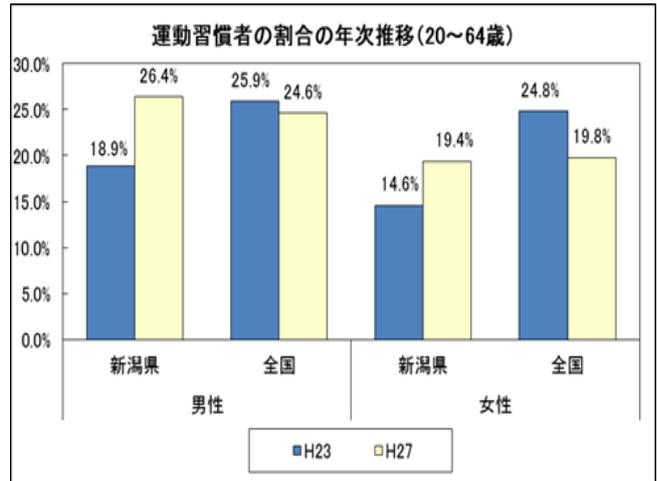
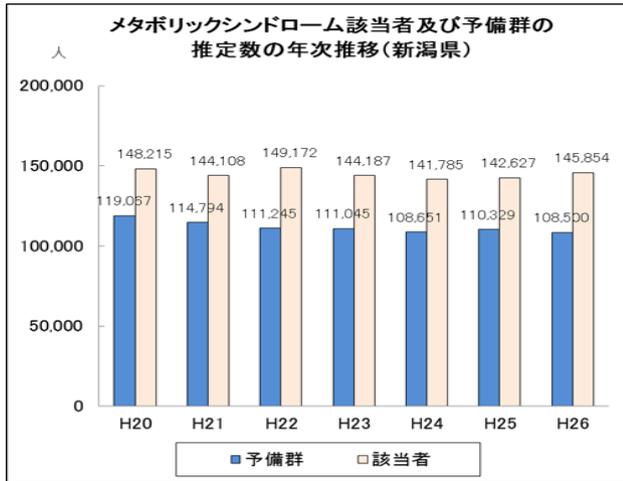
資料：平均寿命：「新潟県簡易生命表」（新潟県福祉保健課）

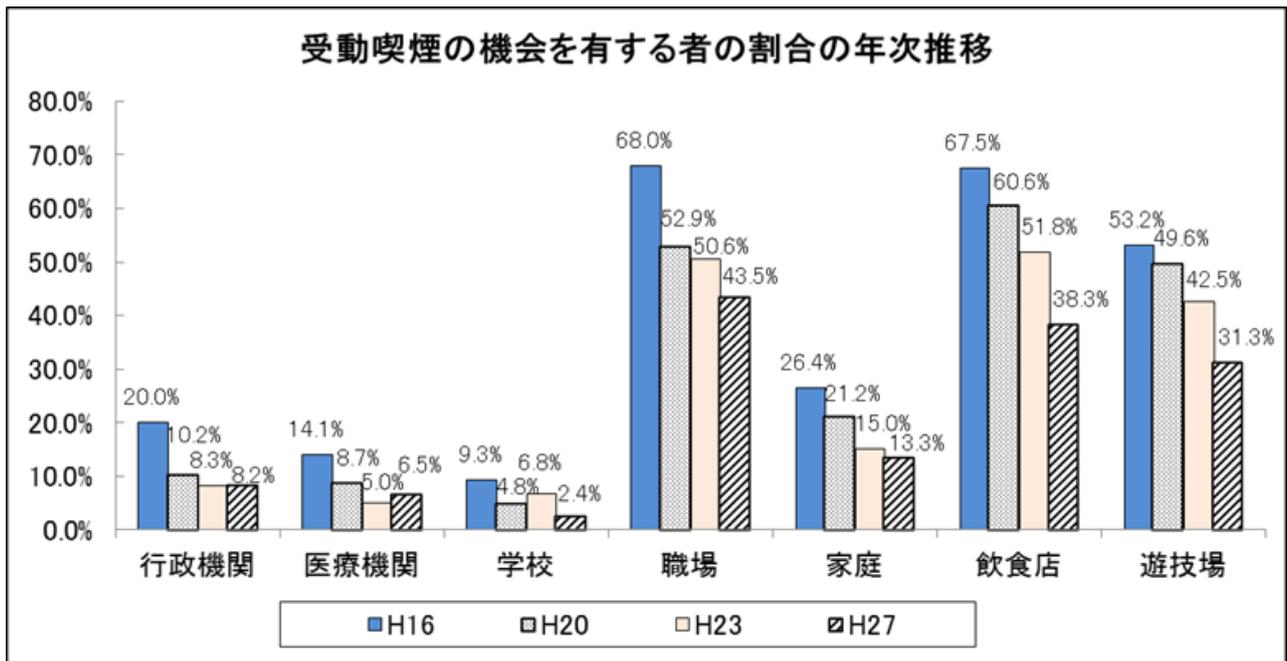
健康寿命：「健康日本 21（第二次）推進専門委員会資料」（厚生労働省）



資料：「平成 28 年人口動態統計」（厚生労働省）

※ 「心疾患」は「心疾患（高血圧性を除く。）」である。





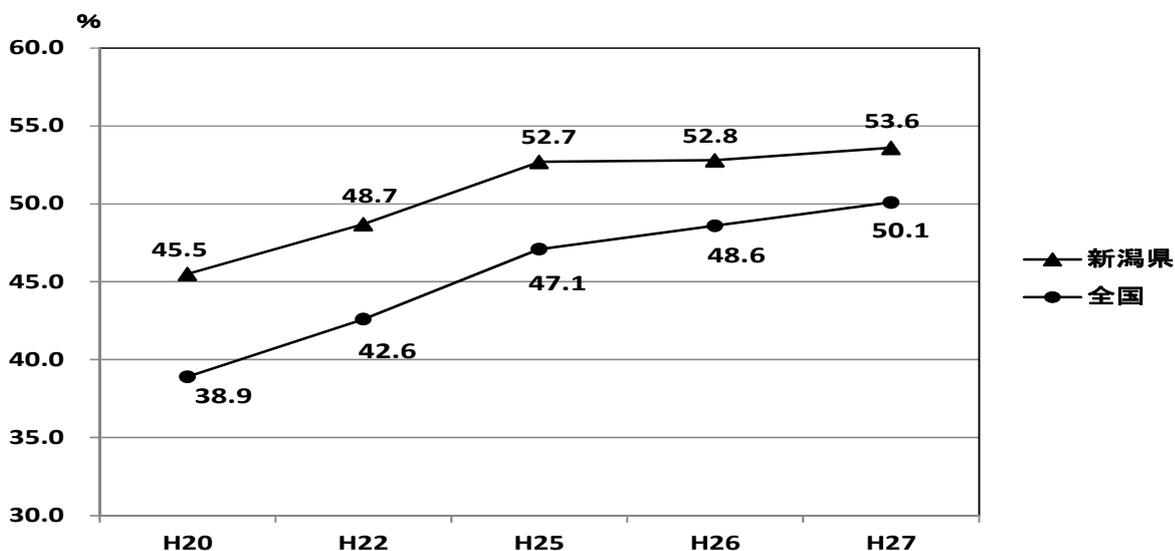
資料：「特定健康診査・特定健康指導の実施状況について」「国民健康・栄養調査」（厚生労働省）
「県民健康・栄養実態調査」（新潟県健康対策課）

保険者別特定健康診査及び特定保健指導実施率（全国目標）

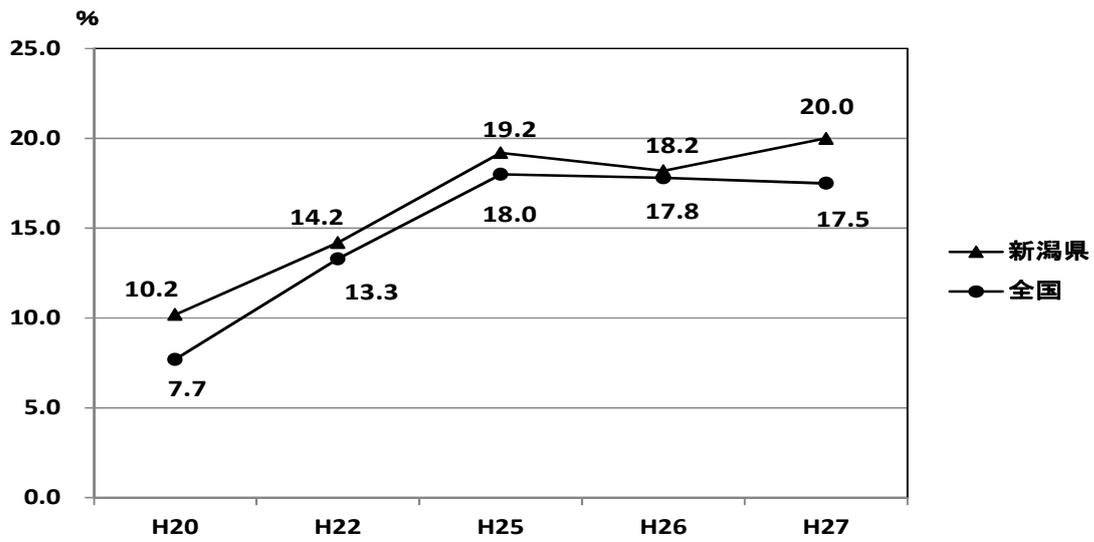
	全保険者	市町村 国保	国保 組合	協会 けんぽ	総合 健保	単一 健保	共済 組合
特定健康診査	70%	60%	70%	65%	85%	90%	90%
特定保健指導	45%	60%	30%	30%	30%	60%	40%

資料：「特定健康診査及び特定保健指導の適切な実施を図るための基本的な方針」（厚生労働省）

特定健康診査実施率の年次推移



特定保健指導実施率の年次推移



資料：「特定健康診査・特定保健指導に関するデータ」（厚生労働省）

2 母子保健

現状と課題

- (1) 女性の社会進出の進展、核家族化の進行、地域の連帯意識の希薄化等、女性を取り巻く環境の変化に伴い、妊娠・出産・育児に対する不安や負担が増大しており、妊娠期から子育て期に渡る切れ目のない支援が求められています。
- (2) 出生数は減少傾向、出生率は低下傾向、合計特殊出生率は横ばい傾向にあります。
- (3) 乳児死亡率、新生児死亡率、周産期死亡率は低下していますが、出生数に占める低出生体重児の割合は増加傾向にあります。
- (4) 1歳から4歳児の死亡原因として、溺死など不慮の事故が上位となっており、予防が課題となっています。
- (5) 心身の発達の遅れが心配される子どもや慢性疾患を持つ子どもの家族の肉体的・精神的負担は大きく、様々な場面において支援が求められています。
- (6) 生活環境の変化や情報の氾濫等により、思春期の子どもたちの心や体の悩みが多様化しています。
- (7) 若年層における人工妊娠中絶、性感染症などが問題となっています。

施策の展開

(1) 母子保健事業の充実

- ア 妊産婦・乳幼児健康診査の受診率の向上を促進するとともに、精密健康診査、事後指導及び継続的な健康管理の充実を図ります。
- イ 妊娠・出産・育児の悩み等に対する保健指導・相談等、妊娠期から子育て期に渡る切れ目のない支援体制の構築を支援します。
- ウ 妊娠期から子育て期にわたるまでの総合的相談支援を提供するため、子育て世代包括支援センターの整備を支援します。
- エ 児童虐待の発生予防、早期発見、早期支援を行うため、市町村、児童相談所、保健所、医療機関等関係機関との連携の推進や、関係者の資質向上を図ります。
- オ 保護者の経済的負担を軽減するため、市町村が行う乳幼児医療費助成などを支援します。
- カ 不妊専門相談の充実や不妊治療の経済的負担を軽減します。

(2) 小児の事故防止等

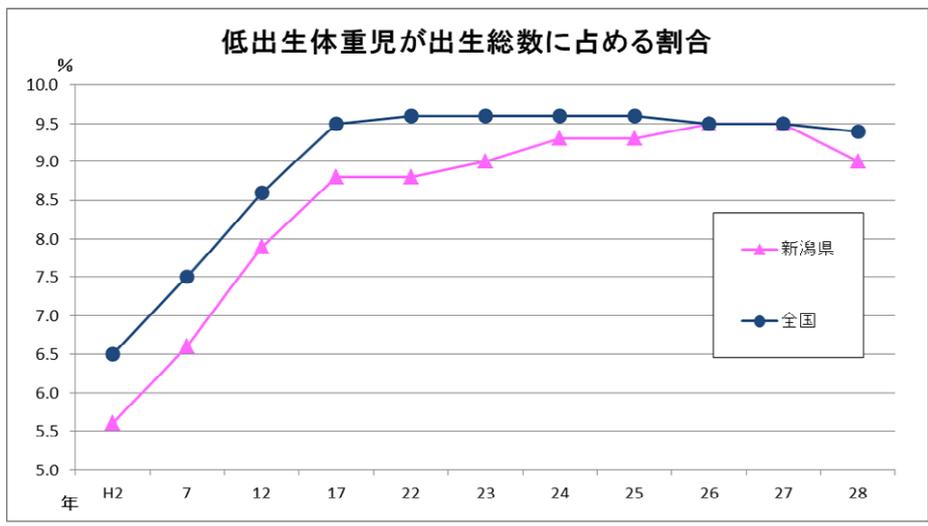
保護者や関係機関の職員に対し、発達段階に応じた具体的な事故防止方法や応急処置などの普及啓発を図ります。

(3) 適切な療育体制の確立

- ア 障害児や小児慢性疾患等の医療を確保するため、医療費の助成を行います。
- イ 心身に障害のある子どもや長期にわたる観察や療育が必要な子どもに対し、医療機関、教育機関と連携した相談・指導の充実を図ります。

(4) 思春期保健

- ア 保健・医療・福祉・教育等における思春期保健対策の連携した取組の強化を図るため、関係機関のネットワークづくりを推進します。
- イ 生命の大切さや性に関する正しい知識の普及や情報の提供を行うとともに、相談体制の充実や人材の育成を図ります。



資料：「人口動態調査」（厚生労働省）

3 歯科保健医療対策

現状と課題

(1) 乳幼児期～青少年期

- ア 本県の12歳児（中学1年）の一人平均むし歯数は全国一少ないものの、市町村や学校等における取組の違いにより、子どものむし歯数に地域差が生じています。
- イ よく噛んで食べることなど、望ましい食習慣が身につけていない子どもが少なくないことから、将来の生活習慣病予防のため、食べ方指導等の支援が必要です。
- ウ 子どもの頃のよい習慣を成人期につなげるために、中学校及び高等学校での取組の充実が必要です。

(2) 成人期～高齢期

- ア 「定期的に歯石除去や歯面清掃を受けている人の割合」は25.8%（R1 県民健康・栄養実態調査）であり、特に若い世代で低い傾向にあります。かかりつけ歯科医を持ち、自分の意志で歯科健診や歯石除去・歯面清掃、歯科保健指導を受けるなどの望ましい保健行動を啓発することが必要です。
- イ 歯・口腔の健康は口だけの問題ではなく、糖尿病の重症化や誤嚥性肺炎の発症等に関連することや、ささいな口の機能の衰え（オーラルフレイル）を見逃してしまうことが心身機能低下にまで繋がることなど、全身の健康の問題であることを県民一人一人に意識づけるための取組が必要です。
- ウ 喫煙やバランスの悪い食事など生活習慣に問題のある人は、歯科疾患のリスクが高い人でもあるため、栄養や運動等の他分野と連携し、生活習慣病予防の一環として歯・口腔の健康づくりを支援することが必要です。
- エ 市町村における成人歯科健診等の実施は増加してきていますが、取組状況に差がみられます。また、事業所等における歯科保健の取組の実施状況は約2割と少ない状況であることから、市町村・企業等における歯・口腔の健康づくりの普及啓発や歯科健診・保健指導の取組促進が必要です。

(3) 要介護者、障害者等

- ア 要介護者の多くは、歯科治療等が必要にもかかわらず受診していない現状にあるため、介護支援専門員等との連携した支援体制の整備が課題です。
- イ がんや脳卒中の治療による口腔機能の低下や口腔衛生状態の悪化により、誤嚥性肺炎や摂食嚥下障害等の合併症が発生しやすい状況にあります。
- ウ 病院から在宅へ口腔ケアが継続されるよう、退院時カンファレンスへの歯科の参画や、訪問歯科診療を実施する歯科診療所の体制整備が必要です。
- エ 障害児（者）は歯科疾患のリスクが高いにもかかわらず、歯科医院への受診が少ない状況になっています。

施策の展開

新潟県歯科保健推進条例の目的や基本理念を踏まえ、県民の歯・口腔の健康に関する格差の解消を図るために、障害者等を含めすべての県民が必要な歯科保健医療サービスを受けられ、また県民一人一人の歯・口腔の健康づくりが日常生活の中で習慣化されるよう、以下の施策を行います。

(1) 身近な地域の歯科保健医療サービスの整備

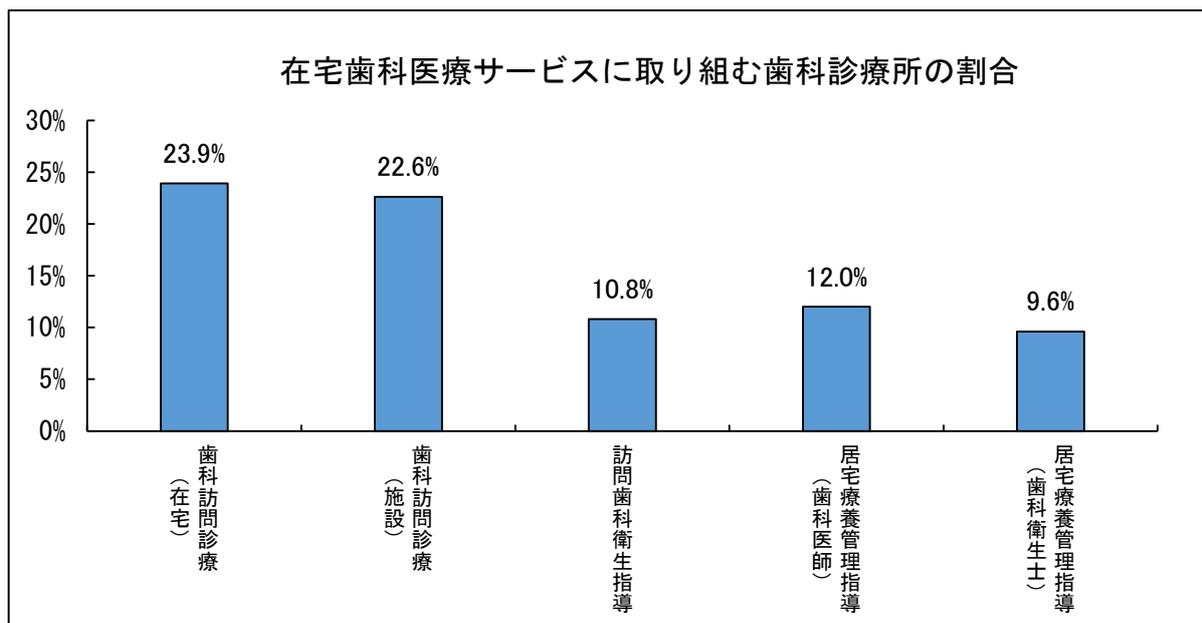
- ア 地域差を縮小するため、フッ化物利用等のむし歯予防対策を促進します。
- イ 切れ目のない成人歯科保健対策を推進するため、市町村、企業及び大学等における歯科健診や保健指導等の取組を促進します。
- ウ 要介護状態になることを防止するため、オーラルフレイルに関する知識の普及啓発や、市町村等の口腔機能向上の取組を促進します。
- エ 病院から在宅への歯科保健医療サービスが円滑につながるよう、在宅歯科医療連携室等を活用し、歯科診療所と一般診療所・病院・薬局及び介護事業所等との多職種連携を促進するとともに、病院等関係者への普及啓発に努めます。
- オ 障害児（者）が身近な地域で治療を受けやすくなるよう、歯科診療所との連携体制の整備や障害者施設への技術支援の充実を図ります。

(2) 県民の意識・行動の定着を支援

- ア 子どもの頃から、よく噛んで食べる等の望ましい食習慣の定着を図るため、保育所や学校等における啓発を促進します。
- イ 歯や口の健康づくりを県民が自ら考え行動できるよう、市町村や企業、地域組織等の関係者と連携・協働し、住民主体の啓発活動を促進します。
- ウ 県民が定期的なケアのために歯科医院を気軽に受診できるよう、県民及び歯科医療関係者への啓発や受診のきっかけづくり等の環境整備を促進します。

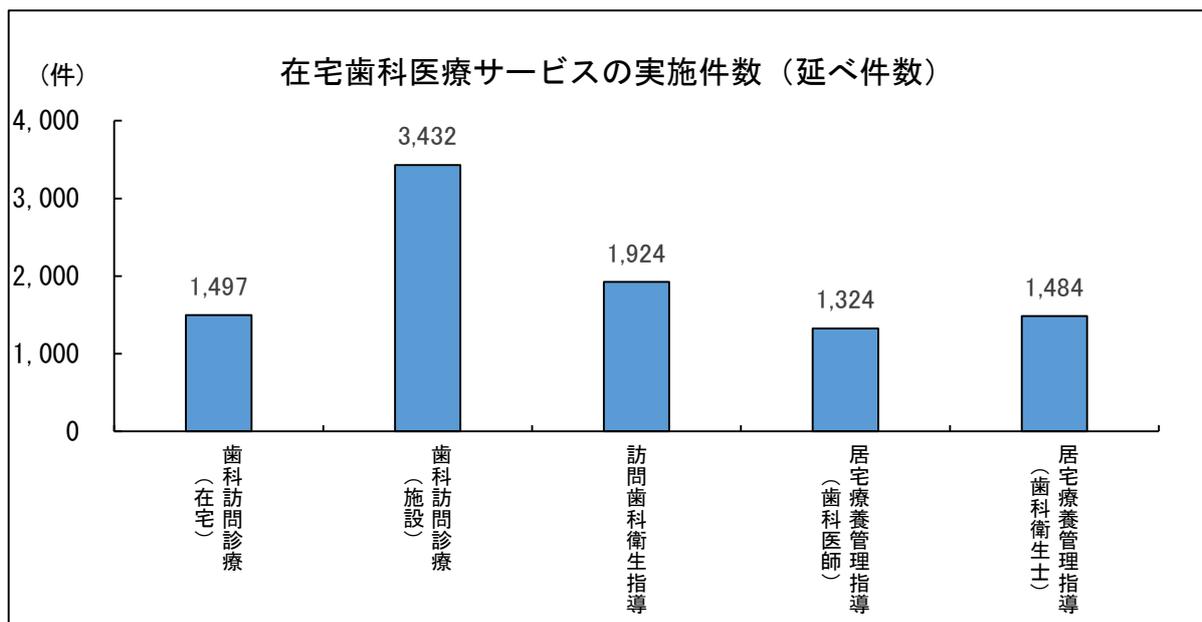
(3) リスクの高い人への支援による格差縮小

- ア むし歯になりやすい子どもを支援するため、低年齢児からの継続したフッ化物利用等の取組を促進します。
- イ 生活習慣に問題があるリスクの高い人に対し、市町村、企業及び栄養関係者等と連携しながら生活習慣病予防のための歯科保健指導の充実を図ります。
- ウ がん患者等の合併症予防やQOL向上のため、がん診療連携病院等と歯科診療所による周術期口腔機能管理等の医科歯科連携の体制整備を促進します。
- エ 要介護者等の誤嚥性肺炎予防のため、摂食嚥下障害に対するリハビリテーション及び専門的口腔ケア等を担う医療機関や介護サービス事業所・施設等との多職種連携体制の整備を促進します。



資料：「令和元年新潟県歯科医療機能連携実態調査」（新潟県健康対策課・新潟県歯科医師会）

（令和元（2019）年7月の1か月の状況）



資料：「令和元年新潟県歯科医療機能連携実態調査」（新潟県健康対策課・新潟県歯科医師会）

（令和元（2019）年7月の1か月の状況）

4 感染症対策

現状と課題

- (1) 最近の海外の動向から、鳥由来の新たな新型インフルエンザの発生が危惧される状況にあります。また、近年ではエボラ出血熱や中東呼吸器症候群（MERS）等の新興感染症や再興感染症の発生が問題となり、国際化の進展に伴う人・物の大量かつ短時間の移動により感染が短期間に広まるおそれがあるなど、緊急時における迅速かつ的確な対応や動物由来感染症対策の充実を含め、感染症健康危機管理の観点から感染症対策を強化する必要があります。
- (2) 当県の結核有病率、罹患率等は全国と比較して低く推移してきましたが、患者に占める高齢者の割合が全国より高く推移しています。
- (3) HIV感染*者・エイズ患者が増加し続けていることから、患者・感染者に対する適切な医療の確保とともに、正しい知識の普及による予防対策の充実、早期発見のための相談、検査の充実、及び感染者等への差別や偏見の解消が必要です。
- (4) インフルエンザなど定期的に流行を繰り返す感染症に対し、流行時期に先駆けた的確な対応が必要です。

施策の展開

(1) 普及啓発

- ア 感染症を正しく理解し、適切な行動を促すため、県民等への普及啓発を図ります。
- イ 普及啓発により、定期の予防接種の接種率の向上を図ります。
- ウ 講演会や世界エイズデー関連行事を活用し、正しい知識及び予防方法の普及啓発を図ります。
- エ 若年者を中心としたエイズ予防、プライバシー保護及び人権等の教育を推進します。
- オ エイズ、性感染症についての相談に対応するため、相談窓口の充実を図ります。

(2) 発生動向の把握、拡大の防止

- ア 患者情報と病原体情報を継続的、一元的に収集し、感染予防及び流行時の的確な対応を行います。
- イ 国の感染症情報センターや検疫所等との連携を図りながら、感染症情報を幅広く収集するとともに、迅速な提供を行います。
- ウ 感染症発生時には、市町村、保健所、医療機関及び医師会等が協力し早期に対応することにより、拡大の防止を図ります。

(3) 体制の整備

ア 感染症健康危機管理体制の構築

- (ア) 新感染症への対応を行う場合や複数の都道府県にわたり感染症が発生する場合等を想定し、国及び隣接県等との連携体制を強化します。

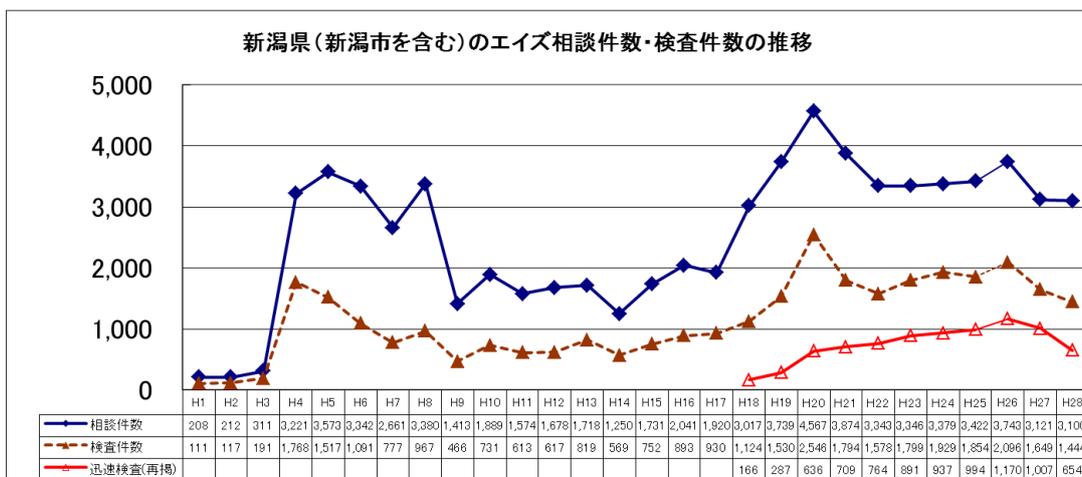
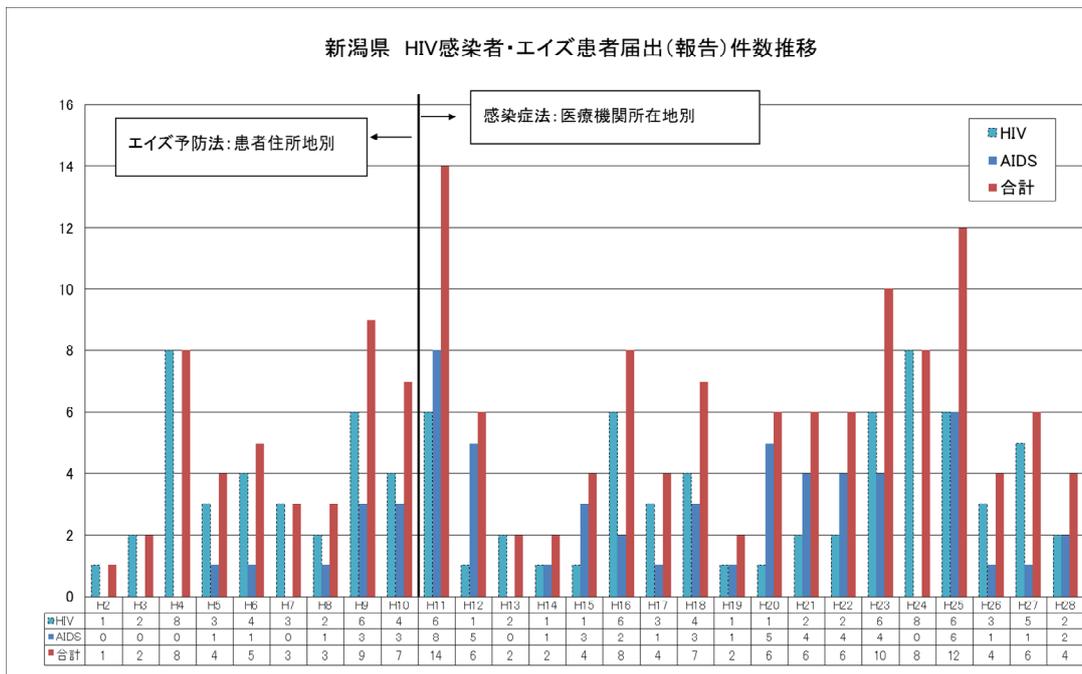
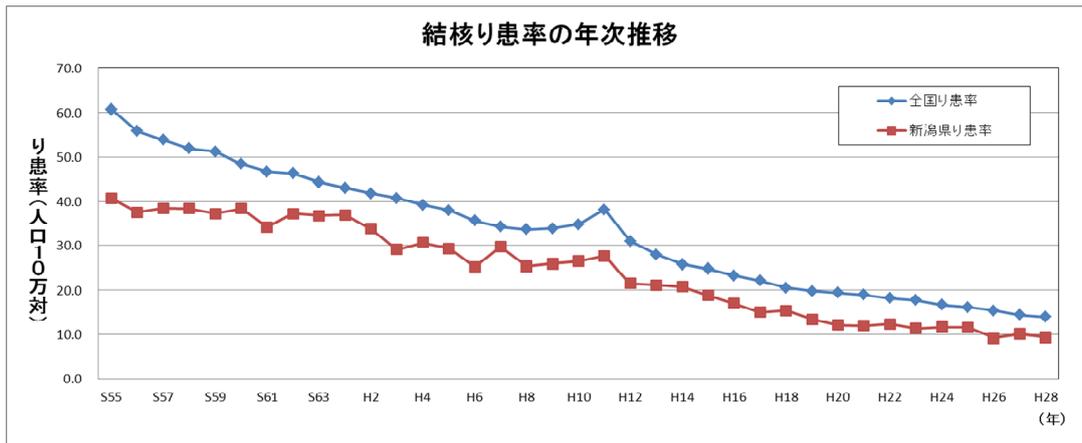
- (イ) 県内において新感染症、一類感染症*と疑われる症例が報告された場合、国の技術的指導及び助言を求めながら、積極的疫学調査等の対応を行います。
- (ウ) 新潟県地域防災計画を踏まえ、災害時の防疫業務を円滑に実施します。
- (エ) 新潟県新型インフルエンザ等対策行動計画に基づき、適切な対応を実施します。

イ 医療提供体制の整備

- (ア) 主として一類感染症の患者の入院に対応する第一種感染症指定医療機関*を県内に1か所（新潟市民病院）整備済みであり、引き続き、適切な感染症病床数の確保を図ります。
- (イ) 新型インフルエンザ等感染症に対応する有効な医療対応がとれるよう、医療提供体制整備を推進します。
- (ウ) 結核患者の動向及び広大な県土、離島の存在等の地域特性を考慮し、適切な結核治療が可能な病床の確保を図ります。
- (エ) エイズ医療について、県内の関東・甲信越ブロック拠点病院や、国の国立国際医療研究センター病院エイズ治療・研究開発センターと県内の医療機関との連携を促進します。

ウ 患者・感染者等への療養支援

- (ア) 結核患者に対して、治療費の助成を行うとともに、保健所や医療機関等における服薬支援実施体制の充実を図ります。
- (イ) HIV感染の不安を持つ者に対して、保健所等におけるエイズ相談窓口の拡大及び利便性の向上のための迅速検査導入を図ります。
- (ウ) 保健所や医療機関におけるカウンセリング実施体制を充実するとともに、カウンセリング担当者の資質向上を図ります。



注1: 患者数及び感染者数は、重複例が含まれる可能性がある。

注2: 1999年(平成11年)3月までは後天性免疫不全症候群の予防に関する法律に基づく「住所地」の報告件数であり、同年4月以降は、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に基づく「医療機関所在地」の報告件数であるが、新潟県又は新潟市への報告件数として合計(積み重ね)して表示した。

資料: 新潟県健康対策課

5 難病対策

現状と課題

- (1) 難病は原因が不明で治療方法が未確立であり、また、療養が長期にわたるため患者・家族の経済的、精神的な負担が大きいものとなっています。特に、重症難病患者の継続的な在宅療養は介護者の大きな負担となっています。
- (2) 医療費の公費負担の対象となる難病患者が増加傾向にあり、相談支援体制の充実強化の必要があります。

施策の展開

平成27（2015）年1月施行の難病の患者に対する医療等に関する法律を踏まえ、患者支援の充実を図ります。

(1) QOLの向上を目指した施策の推進及び患者・家族負担の軽減

- ア 指定難病、特定疾患及び先天性血液凝固因子障害等治療研究事業の医療費患者自己負担分や在宅難病患者の通院介助費を助成し、経済的負担の軽減と治療研究を推進します。
- イ 難病患者・家族に対し訪問相談や医療相談、訪問指導等を実施することにより在宅難病患者の在宅療養を支援します。
- ウ 在宅で人工呼吸器を使用している指定難病患者等に対して支援を行う訪問看護ステーションを助成するなど訪問看護の充実を推進します。

(2) 地域における保健・医療・福祉提供体制の整備

- ア 難病の患者・家族の支援に当たっては、特に日常生活の質の向上を目指した取組が重要であり、医療、福祉、地域交流、就労などの課題について地域の関係機関との連携を図りながら、総合的・専門的に支援していく必要があります。このような機能を持った拠点施設である難病相談支援センター*を国立病院機構西新潟中央病院内に設置し、難病患者・家族に対して支援を行います。
- イ 地域において難病ボランティアの養成や地域難病連絡協議会等を開催するなど、関係機関によるネットワーク構築を行い、難病患者に対する保健・医療・福祉提供体制を整備します。
- ウ 地域の実状に応じて難病医療基幹協力病院を登録し、新潟大学医歯学総合病院を難病医療拠点病院に指定するなど、難病医療に係るネットワークを整備しています。
- エ 難病医療拠点病院に難病医療コーディネーターを設置し、重症難病患者のための入院施設の確保、受入がより円滑に行われるように調整します。また、支援体制の整備のために、医療機関向けの研修会等を実施します。

6 移植医療・腎不全対策

現状と課題

- (1) 全国で臓器移植を希望する患者は腎臓、心臓、肝臓の順に多くなっていますが、移植希望者に対して、臓器提供者数が少ない状況です。
 - (2) 臓器提供意思表示カードを所有するなど臓器提供に関する意思表示をしている人は、12.6%（※）とまだ少なく、臓器提供の意思の確実な反映が課題となっています。
- ※ 内閣府「臓器移植に関する世論調査」（平成25（2013）年）
- (3) 骨髄移植では、提供者（ドナー）の年齢制限等により登録を継続できない人がいる一方で、若い世代の登録が少ないため、骨髄バンクの規模を維持することが課題となっています。
 - (4) 腎不全に進行するリスクの高いCKDの認知度は33.9%であり、そのうち、高血圧、糖尿病及びメタボリックシンドローム等の生活習慣病がCKDの原因となることを認知している人は65.5%です。（※）
- ※ 新潟県「県民健康・栄養実態調査」（平成27（2015）年）
- (5) 慢性腎不全は、治療期間が長期にわたり、また、腎機能の低下が進行すると、人工透析（腹膜透析、血液透析）や腎臓移植が必要となることから、適切な治療の選択・継続、自己管理ができるよう、患者やその家族等へ支援が必要です。
 - (6) 慢性透析患者が年々増加しており、特に、糖尿病腎症を原疾患とする透析患者が増加しています。
 - (7) 一部地域において人工透析設備が不足していることから、人工透析実施体制の整備・拡充を図り、地域格差を解消する必要があります。

施策の展開

(1) 臓器等の提供に関する普及啓発・環境整備

- ア 公益財団法人新潟県臓器移植推進財団及び患者団体等との連携のもと、県民に対し臓器移植について意識啓発を図ります。
- イ 新潟県臓器移植コーディネーター*による普及啓発活動を推進します。
- ウ 救急部門や脳外科部門を持つ主な病院に院内コーディネーター*を委嘱し潜在的な提供の意思の確認に努めるなど移植医療の普及を図ります。

(2) 骨髄移植に関する普及啓発

日本赤十字社や県内ボランティア団体等との連携により、登録者の増加に向けて若い世代への意識啓発を行うとともに、職域における骨髄ドナー休暇制度の導入を促進します。

(3) 腎不全対策の推進

ア CKD対策の推進

CKDの発症に関与する生活習慣病の予防を推進するとともに、県民、保険者

及び医療従事者に対してCKDに関する普及啓発を図ります。

イ CKD進展予防のための体制の整備

ハイリスク者を早期に発見し、腎機能のステージに応じて適切な生活習慣改善指導及び治療ができるよう、市町村等保険者とかかりつけ医、腎専門医との連携体制の整備を推進します。

ウ 透析実施体制の整備

医療機関における人工透析実施体制の整備・拡充を図るため、透析装置の整備を促進するとともに透析医の確保を図ります。また、透析装置が不足している地域への整備を進め、地域格差の解消を図ります。

臓器移植希望者登録数

	全国	新潟県
心臓	556人	\
肺	309人	
肝臓	347人	
膵臓	201人	
小腸	3人	
腎臓	12,828人	228人

資料：日本臓器移植ネットワーク（平成29（2017）年3月末現在）

※ 都道府県別の登録数は腎臓以外は公表されていない

地域別臓器提供病院数、臓器数

	上越		中越		下越		非公表		合計	
	病院数	臓器数								
H18	1	2	5	7	1	2	0	0	7	11
H19	2	2	2	4	5	5	0	0	9	11
H20	1	1	3	3	4	4	0	0	8	8
H21	2	3	4	5	5	8	0	0	11	16
H22	1	2	2	6	6	8	0	0	9	16
H23	0	0	5	7	4	8	1	5	10	20
H24	0	0	5	8	1	4	0	0	6	12
H25	0	0	1	1	3	19	1	5	5	25
H26	0	0	4	4	3	10	0	0	7	14
H27	1	2	4	5	2	2	0	0	7	9
H28	0	0	2	8	4	5	0	0	6	13

※ 件数は、眼球を含む各臓器の提供件数であり、眼球、腎臓及び肺は2つ摘出した場合も1と計算している

資料：新潟県臓器移植推進財団

新潟県における腎臓移植の状況

	移植件数	移植者数	提供腎数	移植待機者
H18	6	4	(8)	322
H19	5	2	(4)	310
H20	5	2	(4)	292
H21	6	3	(6)	274
H22	8	5	(10)	261
H23	7	6	(11)	267
H24	5	4	(7)	262
H25	7	5	(9)	258
H26	2	1	(2)	250
H27	3	3	(6)	240
H28	4	2	(4)	228

資料：新潟県臓器移植推進財団

新潟県における角膜移植の状況

	移植者	献眼者	移植待機者
H18	14	11	57
H19	21	13	62
H20	14	7	68
H21	24	16	66
H22	23	17	67
H23	18	14	83
H24	14	9	83
H25	12	8	104
H26	32	13	42
H27	15	10	35
H28	9	8	43

資料：新潟県臓器移植推進財団

提供できる臓器と提供の条件

	脳死下での提供の場合	心臓停止後での提供の場合
提供できる臓器	心臓、肺、肝臓、腎臓、膵臓、小腸、眼球	腎臓、膵臓、眼球
条 件	臓器提供意思表示カード等による本人の提供の意思表示と家族の承諾。 本人の意思不明の場合(拒否の意思表示をしていない場合)は家族の承諾。	

骨髄提供希望者（ドナー）登録数

	全国	新潟県
H18	276,847	8,370
H19	306,397	9,108
H20	335,052	9,542
H21	357,378	9,686
H22	380,457	9,886
H23	407,871	9,895
H24	429,677	9,923
H25	444,143	9,830
H26	450,597	9,740
H27	458,352	9,543
H28	470,270	9,419

資料：「MONTHLY REPORT」（骨髄移植推進財団）

骨髄移植登録患者数

	H5.1以降累計	現在数
全国	50,614人	3,483人
新潟県	616人	21人

資料：「MONTHLY REPORT」（骨髄移植推進財団）
（平成29（2017）年3月末現在）

骨髄移植実施状況（平成5（1993）年1月以降）

全国	20,547人
新潟県	移植を受けた県内居住患者 298人 骨髄を提供した県内居住者 420人

資料：「MONTHLY REPORT」（骨髄移植推進財団）
（平成29（2017）年3月末現在）

人工透析患者数の推移（各年6月現在）

	受療者数	透析実施医療機関数	透析装置台数	1台当たり患者数
H18	4,421	51	1,659	2.7
H19	4,502	52	1,712	2.6
H20	4,543	52	1,735	2.6
H21	4,605	51	1,778	2.6
H22	4,683	51	1,826	2.6
H23	4,763	51	1,841	2.6
H24	4,807	51	1,855	2.6
H25	4,848	52	1,905	2.5
H26	4,879	53	1,942	2.5
H27	4,934	54	1,971	2.5
H28	5,074	54	1,979	2.6

資料：新潟県医務薬事課調べ

7 肝炎対策

現状と課題

- (1) ウイルス肝炎の中でも、B型肝炎、C型肝炎は多くの慢性持続感染者が存在し、経過とともに肝硬変・肝がんに進展する可能性があるなど多くの問題を抱えています。
- (2) 県内において、市町村が行う肝炎ウイルス検診で陽性とされた人の割合は、B型肝炎、C型肝炎とも全国と比べ低い状況にあります。
一方、多くの人々が肝炎ウイルス検診等をまだ受けていません。
- (3) 県民が良質かつ適切な医療を受けることができるよう、かかりつけ医と専門的な医療機関の連携のもと、診療体制の充実が求められています。

施策の展開

(1) 普及啓発

- ア 「肝臓週間」における重点的な啓発を図ります。
- イ 関係機関に啓発リーフレットを配布するなど、相談指導体制の充実を図ります。

(2) 相談指導及び検査

- ア 保健所等に肝炎に関する相談窓口を設け、早期の肝炎検査の受診を勧奨します。また、専門医による相談会を開催します。
- イ 肝疾患診療連携拠点病院に肝疾患相談センターを開設し専門的な相談を行います。
- ウ 検査を受けやすい環境整備及び受診機会の拡大を図るため、保健所においてC型肝炎ウイルス及びB型肝炎ウイルスの無料検査を実施するとともに、医療機関への検査委託を行います。また、イベント等における出張検査を行います。
- エ 市町村における肝炎ウイルス検診の受診を促進します。
- オ 保健所におけるフォローアップ事業や検査費用の助成事業を行います。
- カ 地域や職場で中心となって活動する肝炎医療コーディネーターの育成を推進します。

(3) 診療体制の整備

- ア 検査で陽性を指摘された者を専門医療機関（初期診療機関や診療協力病院等の適切な診療ができる医療機関）へつなぐ体制の充実を図ります。
- イ 肝疾患診療連携拠点病院等連絡協議会の開催を通じ、かかりつけ医、肝疾患に関する専門医療機関、肝疾患診療連携拠点病院相互の連携による診療体制の充実を図ります。

(4) 治療支援

- ア C型肝炎及びB型肝炎患者のインターフェロン治療*、B型肝炎患者の核酸ア

ナログ製剤治療*並びにC型肝炎患者のインターフェロフリー治療*に係る医療費の助成を行います。

イ 肝炎患者の通院費への助成を行います。

保健所における検査実績(B型)

年度		H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	合計
県	検査数	1,437	514	348	244	350	425	574	815	602	433	5,742
	陽性数	13	3	2	0	3	2	2	2	11	2	40
新潟市	検査数	1,023	707	601	578	745	829	817	817	737	767	7,621
	陽性数	6	3	4	0	1	0	0	3	5	1	23
計	検査数	2,460	1,221	949	822	1,095	1,254	1,391	1,632	1,339	1,200	13,363
	陽性数	19	6	6	0	4	2	2	5	16	3	63

※ 平成19年度の検査実績は、県は12月1日～3月31日、新潟市は4月1日～3月31日までの計
平成20年度以降は4月1日～3月31日までの計

保健所における検査実績(C型)

年度		H13	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	合計
県	検査数	318	45	13	366	23	17	1,676	469	316	218	315	419	566	817	568	425	6,571
	陽性数	9	1	0	1	0	0	19	2	0	1	0	0	2	2	5	0	42
新潟市	検査数	248	65	123	276	110	159	1,141	707	598	583	744	814	773	793	736	770	8,640
	陽性数	13	1	1	7	0	1	18	7	1	0	2	0	0	0	0	0	51
計	検査数	566	110	136	642	133	176	2,817	1,176	914	801	1,059	1,233	1,339	1,610	1,304	1,195	15,211
	陽性数	22	2	1	8	0	1	37	9	1	1	2	0	2	2	5	0	93

※ 検査実績は、各年度の計。

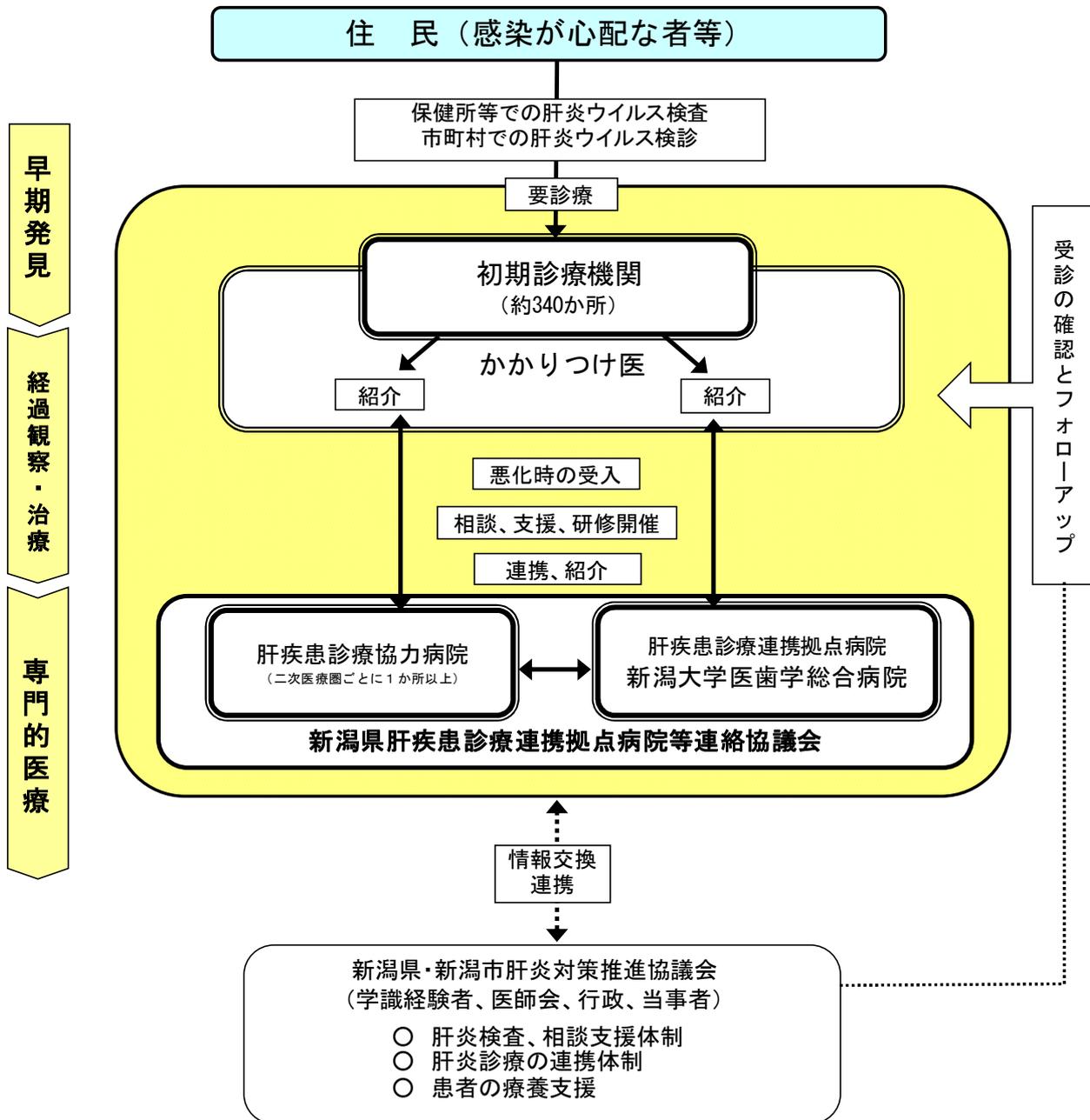
市町村肝炎ウイルス検診結果

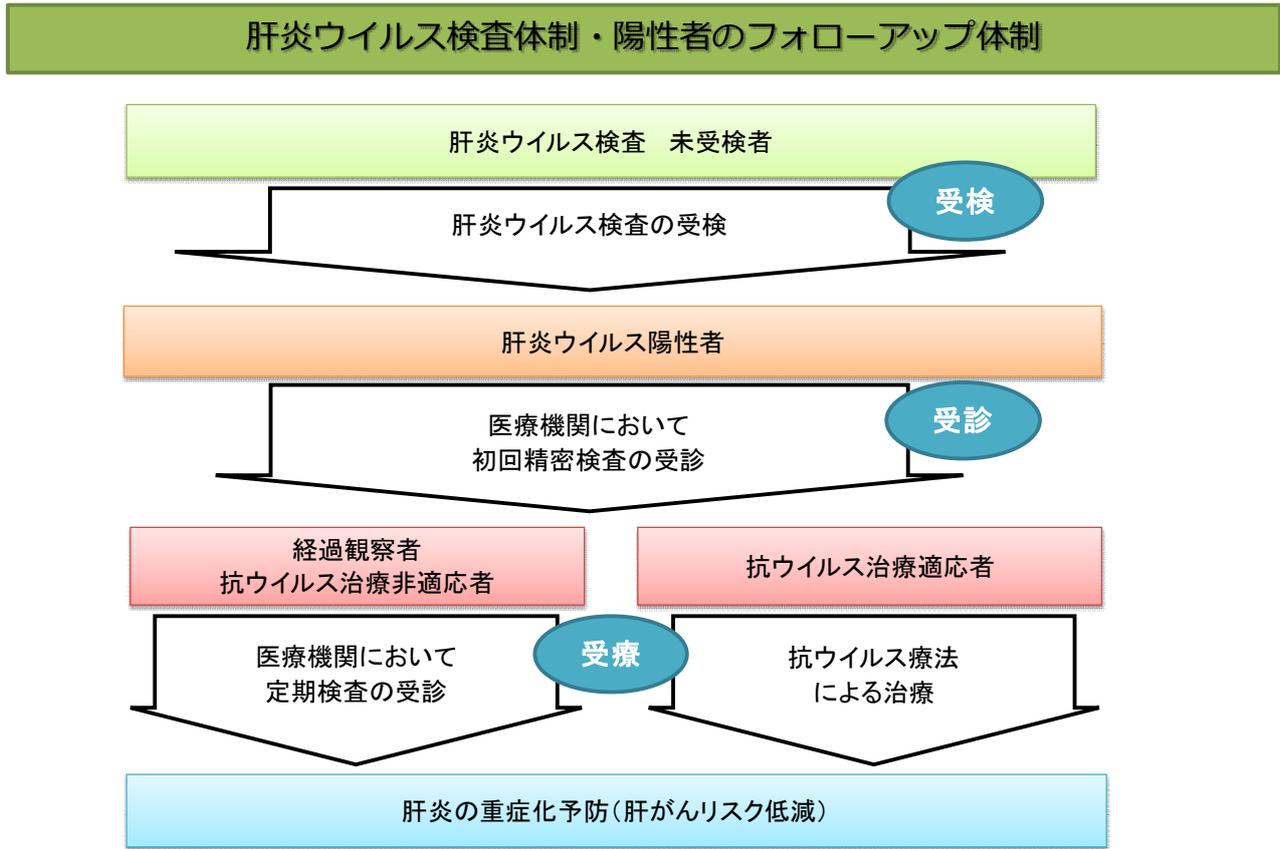
		平成23年度	平成24年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度
B型肝炎	受診者	10,997	10,391	12,558	12,487	12,063
	陽性者	109	84	76	80	75
C型肝炎	受診者	10,996	10,391	12,558	12,487	12,063
	陽性者	22	18	30	44	30

※C型肝炎陽性者:「現在、C型肝炎ウイルスに感染している可能性が極めて高い」と判定された者

資料：新潟県健康対策課調べ

新潟県における肝疾患診療連携体制の概要





8 介護予防

現状と課題

- (1) 高齢者が要介護状態に陥ったり、状態が更に悪化することのないよう介護予防の取組が求められています。
- (2) 高齢者等が、障害が発症した後の早期リハビリテーションから在宅ケア、施設ケアまで必要なサービスを地域において連携して受けられるよう、地域リハビリテーションの体制整備が求められています。
- (3) 地域リハビリテーションを進めるために、関係機関の連携や関係者の資質向上が求められています。

施策の展開

(1) 総合的な介護予防

機能訓練や訪問指導などの健康増進事業と介護保険法による地域支援事業との連動を図り、効果的な介護予防を推進します。

(2) 地域リハビリテーション支援体制の整備

ア 地域の実情に応じ、患者情報を共有する地域連携ノートなど、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。

イ 介護予防を効果的に推進するため、地域リハビリテーション協議会や圏域別の地域検討会において関係機関との連携を推進するとともに、地域の実情に即した地域リハビリテーション支援体制を整備します。

ウ 高齢者や障害を持った者に対して地域における社会資源を活用し、一人一人の状況に適したリハビリテーションサービスを提供するため、地域におけるリハビリテーションサービスに関する調整、相談及び指導等を行う人材を養成します。

9 障害保健福祉の充実

現状と課題

- (1) 障害者数は全体的には人口減少に伴い減少傾向にあります。一方で、障害者の高齢化や重度化、内部障害の増加、障害の重複化等により、障害者のニーズは複雑化、多様化しています。
- (2) 障害者が望む暮らしを送ることができるよう、保健・医療・福祉・教育・労働など、あらゆる分野の施策を総合的に展開していく必要があります。

施策の展開

(1) 地域における相談・支援体制の充実強化

- ア 身近な地域で総合的な相談支援を受けることができるよう、障害保健福祉圏域ごとに相談員を中核事業所等に配置し、地域で対応困難な事例に係る助言やネットワーク構築に向けた広域的支援等により、市町村や相談支援事業所が行う相談支援事業を支援し、地域の相談支援体制の充実強化を図ります。
- イ 障害者やその家族、心身の発達が心配な乳幼児及びその保護者等が身近な地域で相談支援を受けることができるよう、市町村、児童相談所、障害者更生相談所*、保健所その他の民間を含む関係機関のネットワークの強化を図るとともに、相談支援従事者研修*等による相談支援の質の向上を図ります。

(2) 発達障害などに対する専門的な支援の充実強化

- ア 新潟県発達障がい者支援センター「RISE」*を拠点として、発達障害者*やその家族に対する専門的な相談支援や関係機関との連携・調整を図るとともに、市町村や関係機関への研修、個別事例への助言等を通じて、地域の支援体制の充実強化を図ります。
- イ 新潟県高次脳機能障害相談支援センター*を拠点とし、高次脳機能障害の専門的な相談支援や関係機関との連携・調整、情報発信等の充実を図ります。

(3) 在宅の医療的ケア等を要する障害児等への支援の充実

在宅で生活する医療的ケアが必要な重症心身障害児等の医療的ケア児*等が地域において必要な支援を円滑に受けられることができるよう、障害児等療育支援事業*を活用し、訪問等による療育指導等の支援*を行うとともに、障害児サービス等を利用できるよう支援体制の充実を図ります。

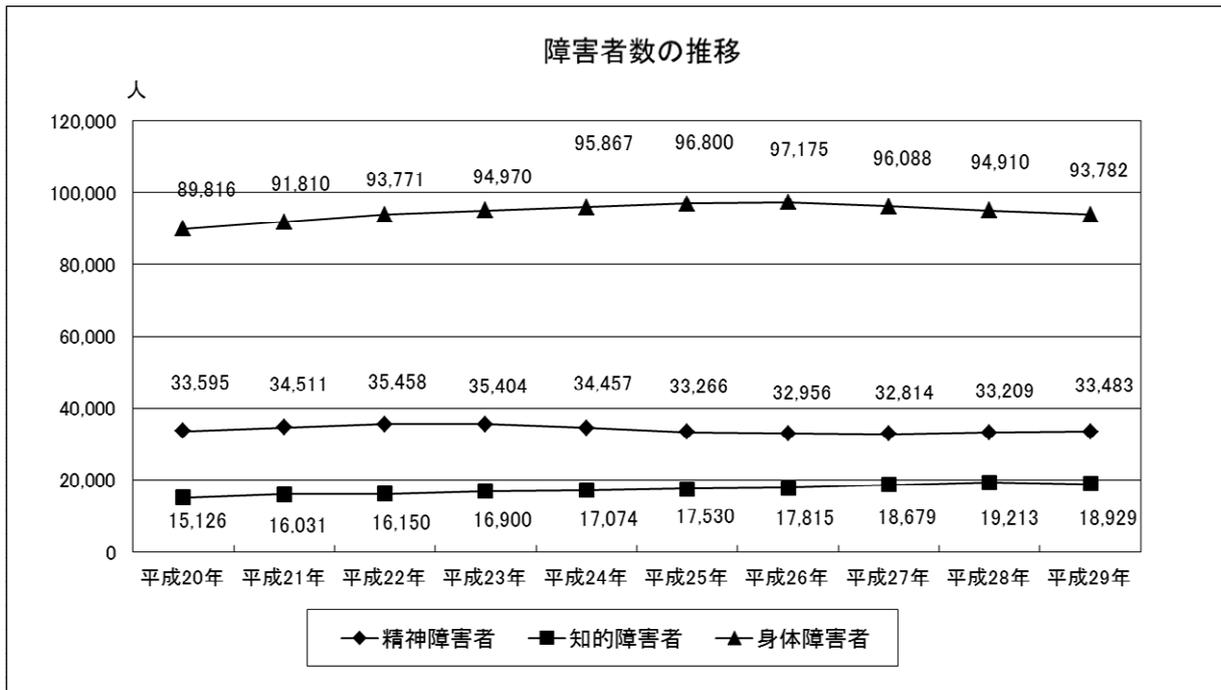
(4) 医療費負担の軽減

所得状況が厳しい障害者が多い中、障害に伴い多額の医療費が必要となることから、障害者の負担を軽減するため、医療費の一部を公費負担する重度心身障害者医療費助成制度*について、市町村と連携し安定的な運営の確保を図ります。

(5) 障害者理解の促進と障害者の自立と社会参加の支援

「新潟県障害者計画」に基づき、「障害者への偏見と差別がない地域社会づくり」と「障害者が望む暮らしを送ることができる地域社会づくり」を進め、障害のある人もない人もお互いの人格と個性を尊重し、支え合いながら共に生きる地域社会の実現を目指します。

(参考：新潟県の障害者数の推移)



資料：新潟県障害福祉課調べ

※1 身体障害者とは、身体障害者手帳を所持する者(各年4月1日現在)

知的障害者とは、次のいずれかに該当する者(各年4月1日現在)

- ・療育手帳所持者
- ・特別児童扶養手当、障害基礎年金又は心身障害者扶養共済制度の対象となっている者のうち、知的障害者更生相談所もしくは児童相談所への確認又は専門医の診断書等により、明確に知的障害と判断されている者
- ・精神発達遅滞、言語発達遅滞、発達遅滞と診断されている児童のうち、児童相談所への確認により、明確に知的障害と判断されている者
- ・その他市町村で把握している者のうち、知的障害者更生相談所、児童相談所、福祉事務所、市町村教育委員会等への確認により明確に知的障害と判断されている者

※2 精神障害者数とは、各年3月末現在の県内の精神科病院入院患者数及び3月中の県内の精神科病院通院患者数の和

10 プライマリケア機能の充実

現状と課題

- (1) 健康づくりから疾病管理まで個人の特性にあった対応が求められるなど、プライマリケアの重要性が増しています。
- (2) 患者の大病院指向から、診療所医師のかかりつけ医化が進みにくくなっています。
- (3) 在宅医療の多様化・高度化により、在宅医療に従事する医療従事者の資質の向上が必要です。
- (4) 在宅における終末期ケアの重要性が増しています。
- (5) 患者を全人的に診る医療が求められています。
- (6) 診療所と病院、薬局の連携など病診連携、病病連携、病診薬連携が求められています。

施策の展開

- (1) **かかりつけ医、かかりつけ歯科医の普及・定着**
 - ア かかりつけ医、かかりつけ歯科医の普及・定着を図るため、医師・歯科医師の養成・研修を拡充するとともに、住民への普及啓発を図ります。
 - イ 臨床研修医の資質向上を支援するなど、患者を全人的に診る医療に主眼を置いた臨床研修制度の充実を図ります。
- (2) **連携体制の構築等**
 - ア 診療所（かかりつけ医、かかりつけ歯科医）と病院、薬局との連携など病診連携、病病連携、病診薬連携を促進します。
 - イ 地域医療支援病院の拡充を図り、かかりつけ医、かかりつけ歯科医からの適切な医療機関紹介等による医療連携体制の構築を図ります。
 - ウ インターネット等の活用（紹介・逆紹介）によるかかりつけ医を軸とした疾病ごとの医療連携体制を構築します。
 - エ 住民への啓発や患者同士のネットワークを構築し、複数の医療機関等との連携による在宅における終末期ケアを一層促進します。
 - オ 二次保健医療圏ごとに在宅における看取りまでを含めたプライマリケア体制の構築（広域化）を図ります。
 - カ 高齢者、障害者等の通院困難な患者の在宅支援（家族の負担軽減策を含む。）を支えるため、医療機関からの往診体制等の整備について検討を進めます。

11 医療機関相互の機能分担と連携推進

現状と課題

- (1) 医療の高度化、専門化及び医療ニーズの多様化が進んでいます。
- (2) 診療所（かかりつけ医）と高度医療、また、急性期医療と慢性期医療との役割分担が必要です。
- (3) 機能分担・連携の拠点となる地域医療支援病院の承認数は8つです。（県立新発田病院、新潟市民病院、済生会新潟第二病院、燕労災病院、新潟労災病院、県立中央病院、長岡赤十字病院、西新潟中央病院）

施策の展開

(1) 分担と連携の促進

- ア 病病連携、病診連携、三次医療機関と地域の医療機関との連携を促進します。
- イ 疾病ごとの医療機関の連携システムづくりに取り組みます。
- ウ 福祉施設を含め機能分担・連携を促進するための仕組みづくりを行います。
- エ 高額医療機器の共同利用や開放型病床の整備を促進します。
- オ 急性期病院と慢性期病院とのカルテの共有を促進します。

(2) 地域医療支援病院等

- ア 地域医療支援病院等によるへき地医療拠点病院への支援を促進します。
- イ 二次保健医療圏ごとに1か所程度の地域医療支援病院の整備を目指します。

12 医療の安全確保

(1) 医療の質と安全確保

現状と課題

ア 医療安全

- (ア) 医療に関する情報の多様化や県民の健康に対する意識の高まりなどから、県民の医療安全に対する関心が高まっています。
- (イ) 県では、県民の医療に関する相談等に対して、助言や情報提供ができるよう県民医療安全相談窓口を設置し、看護師免許を有する常勤相談員を配置しているほか、各保健所においても相談に応じています。

県民医療安全相談窓口に寄せられる相談数は、平成 27（2015）年度 635 件、平成 28（2016）年度 686 件と増加しており、医療機関と患者等との信頼関係を築き、向上させるための取組が引き続き求められています。
- (ウ) 医療機関への立入検査等における指導監督や情報提供などを通じて医療事故防止を啓発し、医療機関の医療安全対策の充実と医療従事者の意識の高揚をさらに進めていく必要があります。

イ 医療情報の提供

医療は、患者と医療提供者との信頼関係を基本として成り立つものであり、患者本位の医療を実現していくことが重要です。このため、安全で質の高い医療の提供や患者自ら主体となって医療に参加できるための医療情報が求められています。

ウ 医薬品の安全

- (ア) 院外処方せん発行医療機関の増加により、全国的にみても本県の医薬分業率*は高く、人口 10 万人当たりの薬局数は全国平均を上回っているものの、薬剤師数は全国平均を下回り、地域的にも偏在しています。また、在宅医療・介護の分野に対応できる薬局、薬剤師の増加が求められています。
- (イ) 高齢化の進展に伴い、服薬指導、薬剤服用歴管理等の必要性が高まっています。医薬品等の安全性、副作用等に関する情報の提供が求められています。
- (ウ) 高齢者を始め、生活習慣病などの慢性疾患を有する患者など、服薬情報の一元的・継続的な把握の必要性が高い患者については、特に、かかりつけ薬剤師・薬局を自ら選択してもらうことが重要となっています。また、生活習慣病の予備群を始め、日常の健康管理が求められる層にとっても、要指導医薬品等や健康食品の安全かつ適正な使用に関する助言や、日頃からの健康管理に関する支援を受けるため、かかりつけ薬剤師・薬局を選ぶことが望ましいとされています。
- (エ) 地域に密着した薬局においては、かかりつけ薬剤師・薬局としての基本的な機能に加え、住民によるセルフメディケーション（主体的な健康の維持・増進）を支援する機能（健康サポート機能）を発揮することが期待されています。

施策の展開

ア 医療安全に関する相談窓口の機能充実

- (ア) 県民医療安全相談窓口等の医療安全ネットワークを県民に周知します。
- (イ) 各相談窓口設置団体と医療を受ける立場の者等で構成する「新潟県医療安全推進協議会」において、諸課題について協議し、医療安全の推進を図ります。
- (ウ) 各種相談・苦情に対応するための相談員に対する研修会を実施します。
- (エ) 相談事例に関する集計、分析及び医療機関へのフィードバックを図ります。

イ 医療安全に関する医療機関への指導・啓発

- (ア) 立入検査時に多角的視点から医療安全に関する指導ができるよう、柔軟かつ効果的な検査方法を確立するとともに、検査に従事する職員の資質向上を図り、医療機関に対して適切に指導監督を行います。
- (イ) 国（公益財団法人日本医療機能評価機構）が実施する医療事故報告制度への参加啓発を図ります。
- (ウ) 国（一般社団法人日本医療安全調査機構）が実施する医療事故調査・支援センターへの報告の啓発を図ります。
- (エ) 県への自主的な医療事故報告の促進啓発を図ります。
- (オ) 医療事故報告事例の医療機関へのフィードバックを行い、防止対策を促進します。

ウ 医療の質の向上と医療情報の提供

患者・家族等が自ら選択し、安全で質の高い医療が提供されるよう、住民・患者へ医療機関・薬局の提供する機能、サービス内容を検索機能のある「にいがた医療情報ネット」等により提供するとともに、更なる情報提供体制の充実を図ります。

また、医療機関への医療安全情報や根拠に基づく医療（EBM）*情報などの提供を図ります。

エ 薬局の機能強化と適切な医薬品情報の提供

- (ア) 患者本位の医薬分業*制度の実現に向け、薬剤師会等と連携し、薬局における服薬指導、薬剤服用歴管理等の充実を促進するとともに、医療機関との連携、いわゆる病診薬連携を図り、在宅患者訪問薬剤管理指導に積極的に取り組む体制の確立を図ります。
- (イ) 県民に対する薬事情報の提供のため、薬事情報センター*を中心とした情報提供システムの確立を図ります。また、薬剤師会や市町村等と連携し、医薬分業のメリット等のPR及び「かかりつけ薬剤師・薬局」、「健康サポート薬局*」、「おくすり手帳*」等の普及啓発を図ります。
- (ウ) 医薬品の業務に係る医療の安全を確保するため、薬局における指針の充実等の体制整備を促進します。

(2) 医薬品等の安全対策と安定供給

現状と課題

- ア 医薬品等の品質、有効性及び安全性の確保及びこれらに関する迅速・的確な情報の提供が求められています。
- イ 特殊な救急医薬品、ワクチンの安定供給及び休日・夜間の医薬品供給・調剤体制の確立が求められています。
- ウ 少子・高齢化の進展により、将来的に献血者確保の困難が予想されます。
- エ 血液製剤の医療機関での使用適正化・安全性の確保が求められています。
- オ 乱用薬物の多様化や薬物入手の簡便化により、健康被害の発生や社会的悪影響の波及が懸念されています。

施策の展開

ア 医薬品等の安全対策と副作用の情報提供等の推進

- (ア) 監視指導等を通じて、医薬品製造販売業者等へ製造販売後安全管理基準等*の遵守の徹底を図ります。
- (イ) 保健所、市町村等が実施する保健事業等を通じて、医薬品等の知識の普及を図ります。

イ 医薬品の安定供給の推進

- (ア) 関係機関、団体等と連携し、特殊な救急医薬品、ワクチンの供給・市場流通状況に係る情報の収集と提供に努めるとともに、必要に応じて備蓄します。
- (イ) 薬剤師会等と連携し、休日・夜間の医薬品供給・調剤体制の構築を図ります。

ウ 献血普及と血液製剤の適正使用の推進

- (ア) 若年層を中心として献血の普及啓発を図り、献血実施に協力します。
- (イ) 輸血フォーラム等を活用しながら、医療機関における血液製剤の適正使用を推進します。

エ 薬物乱用防止対策の推進

- (ア) 関係機関・団体等と連携し、啓発活動等の薬物乱用防止対策を推進します。
- (イ) 薬物依存・中毒者の治療環境と社会復帰の支援機能の充実を促進します。

第4節 人材の確保と資質の向上

1 医師

平成30（2018）年7月に医療法及び医師法の一部を改正する法律が施行され、都道府県は「医師確保計画」を策定することが義務づけられています。このため、医療法30条の4に基づき、医療計画（新潟県地域保健医療計画）の一部として、令和2（2020）年3月に「新潟県医師確保計画」を策定し、医師確保に取り組むこととしています。

※令和2（2020）年3月に策定した「新潟県医師確保計画」は別冊のとおり

（参考）

医師確保計画の位置づけ等（新潟県医師確保計画から抜粋）

○計画の趣旨

本県の医療を取り巻く環境は変化を続けており、特に医師不足が極めて深刻な状況となっております。

平成30（2018）年7月に、医療法及び医師法の一部を改正する法律が施行されたことを受け、「新潟県医師確保計画」（以下「医師確保計画」という。）を策定するものです。

「医師確保計画」は、医師不足や地域偏在などの諸課題に対応し、本県における良質かつ適切な医療サービスの実現を図るために策定するものであり、今後の医師確保施策の目標と方向を示すものです。

○計画の法的位置付け

この計画は、医療法（昭和23年法律205号）第30条の4に基づき、医療計画（新潟県地域保健医療計画）の一部として策定するものです。

○計画の期間

令和2（2020）年度から令和5（2023）年度までの4年間とします。

※3年ごと（最初の計画は4年）に計画を見直します。



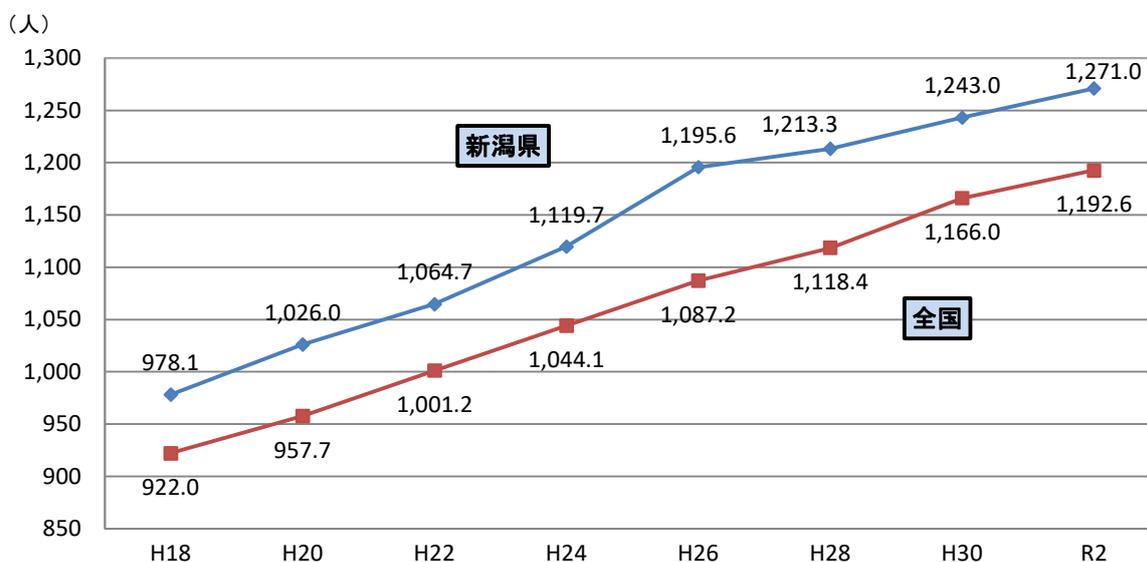
医師確保計画の実施・達成を積み重ね、その結果、令和18（2036）年度までに医師の地域偏在の是正を達成することを長期的な目標とします。

2 看護職員

現状と課題

- (1) 本県の令和2(2020)年末現在における人口10万人当たりの看護職員数は1,271.0人で全国順位は30位となっています。看護職員数は年々増加しており（下記「図」参照）、全国平均(1,192.6人)を上回ってはいるものの、新潟県看護職員需給見通しにおける需要数に対して不足している状況にあり、看護職員を確保できないことによる病棟の休止・閉鎖も生じています。また、二次保健医療圏域別にみると県内の地域間でも偏在が見られる状況です。
- (2) 看護職員不足の原因として、県内の看護師等学校養成所を卒業後に看護業務に従事する者のうち、県内の病院等に就業する者が約7割にとどまっていることや、様々な事情により働きたくても離職せざるを得ない職員が一定数いることなどが挙げられます。また、キャリア形成支援・教育体制が充実している比較的大規模な病院に看護職員が集中する傾向にあることなどから、病院によっても看護職員の確保状況に差が生じています。
- (3) 看護職員を確保するためには、看護職員養成体制の強化、県内外の看護学生等に対する県内就業の働きかけとともに、離職防止に向けた取組や離職後に再就業しやすい環境づくり、病院等における研修体制の整備が必要となっています。
- (4) 看護ニーズの高度化・多様化に伴い、認定看護師や専門看護師、特定行為研修を修了した看護師など、専門性の高い知識と技術を備えた看護職員が必要とされていますが、県内看護職員の資格取得率はいずれも全国平均を下回っています。
- (5) 高齢化の進展や病床の機能分化・連携等により一層増加するとみられる在宅医療の需要に対応するために、不足が見込まれる訪問看護に従事する職員の確保が必要となっています。

人口10万人当たり看護職員数の推移



資料：衛生行政報告例（厚生労働省）

県内看護職員数の推移（実人員） （人）

	H18	H20	H22	H24	H26	H28	H30	R2
実人員数	24,739	25,955	27,721	28,460	29,788	29,999	30,294	30,429

目 標

看護職員の養成や県内就業の促進、離職防止策等の実施により、看護職員の県内就業数を増やします。

<数値目標>

人口10万人当たりの就業看護職員数（常勤換算）

：1,440.5人（令和5（2023）年末）

（参考）

就業看護職員数（実人員）：33,433人（令和7（2025）年末）

※新潟県看護職員需給見通しにおいて、国の定めた推計方法により需要数を算定したものの。

施策の展開**(1) 看護職員の養成・県内就業の促進**

- ア 安定的に看護職員の養成を行うため、県立看護専門学校で養成するとともに、県立以外の看護師等養成所に対し、運営費等を補助します。
- イ 質の高い看護教育を実施するため、看護協会や看護師等学校養成所等と連携しながら、看護教員及び臨地実習指導者に対する講習会を開催し、看護教育の充実を図ります。
- ウ 県内の特定医療施設等（200床未満の病院等）に一定期間就業した場合に返還を免除する修学資金の貸付制度等について、看護職員が不足している県内の医療機関・施設等への就業の促進に加え、不足地域の市町村と連携を図り、偏在解消に取り組みます。
- エ 看護職員の求人情報や県が主催する研修会・イベント情報等を特設ホームページ「新潟県看護のお仕事ステーション」で発信することにより、県内への就業を促進します。
- オ 首都圏等における養成校訪問や就職個別相談会等の開催により、Uターンによる県内への就業を支援します。

(2) 看護職員の離職防止・再就業促進

- ア 医療勤務環境改善支援センター等の関係機関と連携し、働きやすい・働きがいのある看護の職場づくりを推進します。
- イ 看護職員の離職防止のため、院内保育の整備や運営の補助を行うとともに、短時間正規雇用等多様な勤務形態の導入を促進します。
- ウ 新人看護職員の早期離職を防止するため、新人看護職員研修を実施する病院等

への補助や教育担当者に対する研修を開催し、新人看護職員に対する研修体制の強化を図ります。

エ 二次保健医療圏域内の病院等で実施する研修交流や人事交流の推進、中小規模病院等の看護職員を対象とした研修の開催により、県内のどこの病院等に勤務していてもキャリアアップできる体制を構築します。

オ 看護職員の離職届出*の活用や、新潟県ナースセンター*を県内各地に展開することにより、再就業希望者への就職相談や求人情報等の提供を一層効果的に行うとともに、再就業希望者に対する最新の看護技術・知識を習得するための研修・講習会を開催し、潜在看護職員の就業を支援します。

(3) 看護職員の資質向上・ニーズに応じた育成

ア 高度化・多様化する看護ニーズに対応するため、認定看護師・専門看護師など専門性の高い看護職員の養成を図ります。

イ 今後の在宅医療等のニーズを見据え、訪問看護への就業意欲を高める取組やキャリアに応じた人材育成の体制を整備することで、訪問看護従事者の確保・定着を図ります。

ウ 特定行為研修制度の普及啓発を行うとともに、特定行為研修を受講しやすい環境を整備します。

3 その他の人材

○ 歯科医師

現状と課題

- (1) 県内の歯科医師は、平成 28（2016）年末現在で人口 10 万人当たり 91.3 人と全国平均 82.4 人を上回っています。（全国第 5 位）
- (2) 歯科医師は都市部に集中する傾向があり、郡部では歯科医師が不足しています。
- (3) 歯科保健医療ニーズの高度化・多様化に対応するため、歯科医師の資質向上及び多職種間の連携等が求められています。

施策の展開

大学や歯科医師会等と連携し、卒後臨床教育の充実や、予防歯科、病診連携及び口腔機能向上等の研修の充実を図ります。

○ 薬剤師

現状と課題

- (1) 県内の薬剤師数は、平成 28（2016）年末現在で人口 10 万人当たり 192.6 人と全国平均 237.4 人を大きく下回るとともに、都市部に集中する傾向があり、地域的に偏在しています。
- (2) 高い職業意識と倫理観を持ち、常に自己研鑽に励み、最新の医療及び医薬品等の情報に精通した上で、調剤及び医薬品の十分な説明、相互作用のチェック、服薬指導等の情報提供を行う薬剤師が求められています。
- (3) 地域包括ケアを提供する一員として、多職種・他機関と連携するとともに、訪問薬剤管理指導、介護保険の居宅療養管理指導等のニーズに対応することが求められています。
- (4) 高齢者を始め、生活習慣病などの慢性疾患を有する患者など、服薬情報の一元的・継続的な把握の必要性が高い患者及び生活習慣病の予備群を始め、日常の健康管理が求められる地域住民にとっての、かかりつけ薬剤師としての対応が求められています。
- (5) 住民によるセルフメディケーション（主体的な健康の維持・増進）を支援、推進する役割が期待されています。

施策の展開

- (1) 県内の薬科大学と連携を図り、卒業生の県内就職を促進することにより、薬剤師不足や地域偏在の解消を図ります。
- (2) 薬剤師に求められるニーズの高度化・多様化に対応し、資質の向上を図るため、最新の医療及び医薬品等に関する専門的情報の習得を基礎としつつ、患者・住民とのコミュニケーション能力の向上に資する研修及び医療機関等との連携強化につ

ながる多職種と共同で実施する研修等が行われるよう、研修実施状況を把握し、関係者間の調整を行います。

○ 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士

現状と課題

- (1) 平成28(2016)年10月現在の県内病院に従事している、理学療法士数は人口10万人当たり39.9人と全国平均58.5人を下回り、作業療法士数は人口10万人当たり29.5人と全国平均34.6人を下回り、言語聴覚士数は人口10万人当たり12.1人と全国平均11.9人とほぼ同じ水準となっています。
- (2) 県内の病院に従事している理学療法士・作業療法士・言語聴覚士は、地域的な偏在がみられます。
- (3) 県内の養成施設は、理学療法士が4施設（入学定員240人）、作業療法士が3施設（入学定員120人）、言語聴覚士が3施設（入学定員90人）であり、より安定的な供給が望まれます。
- (4) 高齢化の進行に伴い、寝たきり者等の増加や介護予防等の必要性の高まりから、施設や在宅で行うリハビリテーションへの需要が増加してきており、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の適正な供給や資質の向上が求められています。

施策の展開

- (1) 県内の養成施設及び関係団体との連携を強化し、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の配置が求められている医療機関への適正な従事者の供給を促進します。
- (2) 地域の需要に応じ、医療機関以外の施設への理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の配置を促進します。
- (3) 高度化・多様化するリハビリテーションのニーズに対応するため、関係団体による研修の充実を促進します。

○ 管理栄養士・栄養士

現状と課題

- (1) 管理栄養士・栄養士は、科学と専門的応用技術に基づく「栄養の指導」によって、他職種と連携しながら健康の維持・増進、疾病の予防・治療・重症化予防及び介護予防・虚弱支援等を行い、様々な職域でその役割が期待されています。
- (2) 平成29(2017)年6月現在の県内市町村の管理栄養士・栄養士配置率は96.6%で、全国の88.1%より高くなっており、部門別配置率は、健康づくり部門：51.8%、特定健康診査・特定保健指導部門：6.4%、高齢者福祉部門：0.7%となっています。
- (3) 平成28(2016)年度末現在の管理栄養士・栄養士の特定給食施設配置率は57.6%で、全国の72.9%より低くなっています。
- (4) 疾病構造の変化や高齢化など、近年の社会状況に応じた栄養指導を実践するためには、管理栄養士・栄養士の資質向上及び多職種間の連携等が求められています。

施策の展開

- (1) 栄養・食生活改善のニーズの高度化・多様化に対応するため、市町村等への必要に応じた専門的技術的支援を行うとともに、栄養士会及び関係団体と連携し、栄養・食生活指導の技術向上等の研修を充実します。
- (2) 特定給食施設における管理栄養士・栄養士の適正な配置を促進します。

○ 歯科衛生士**現状と課題**

- (1) 平成 28（2016）年末現在の県内で業務に従事している歯科衛生士数は、人口 10 万人当たり 114.9 人と全国平均 97.6 人を上回っています。
- (2) 県内の医療機関に従事している歯科衛生士は都市部に集中する傾向があり、郡部では不足するなど、地域的に偏在しています。また、歯科保健行政に携わる歯科衛生士が配置されているのは、6 市町村（平成 28（2016）年）と少ない状況となっています。
- (3) 歯科疾患の予防や高齢者の口腔機能の向上、訪問歯科診療及び口腔ケア等に対応できる歯科衛生士は不足している状況にあり、人材の確保が求められています。

施策の展開

- (1) 未配置市町村を支援するため、専門的技術的支援を行うほか、歯科衛生士会等と連携し、地域活動歯科衛生士の活用を促進します。
- (2) 歯科衛生士に求められるニーズの高度化・多様化に対応できる人材を確保するため、大学、歯科医師会、歯科衛生士会等と連携し、予防歯科及び要介護者・障害者に対する口腔ケア研修等の充実を図ります。

○ 臨床検査技師**現状と課題**

平成 28（2016）年 10 月現在の県内病院に従事している、臨床検査技師数は人口 10 万人当たり 48.4 人で全国平均の 43.4 人を上回っています。

医療の高度化、細分化に伴い、それぞれの検査に対応した技術向上が必要となっています。

施策の展開

- (1) 遺伝子レベルの検査など検査技術の細分化、高度化に対応する技術及び精度の向上を図ります。
- (2) 臨床検査技師会等による研修の充実を促進します。

○ 診療放射線技師

現状と課題

- (1) 平成 28 (2016) 年 10 月現在の県内病院に従事している診療放射線技師数は、人口 10 万人当たり 32.9 人で全国平均 35.0 人を下回っています。
- (2) 県内の養成施設は、1 施設(入学定員 40 人)であり、安定的な供給が望まれます。
- (3) 放射線診断、治療技術の高度化及び専門化に対応した技術向上が必要となっています。
- (4) 放射線あるいは磁気共鳴による画像診断、放射線治療などの需要が高まっている業務に対して、質の高い診断材料や、より安全な放射線治療を提供することが求められており、それに伴い医療機関内の放射線部門の管理者又は指導者にも高い専門性が求められています。
- (5) 県民からの医療被ばく等の放射線被ばくの相談や、原子力発電所等における放射線事故について、適切な対応が図れるよう、医療及び行政に従事する診療放射線技師への教育の機会が求められています。

施策の展開

- (1) 医療機関、健診機関など業務形態に応じた研修の充実を促進します。
- (2) 放射線診断、治療技術の高度化及び専門化に対応するため、また、現在求められている、より安全・安心な放射線利用を進めていくため、放射線技師会等による業務形態に応じた教育・研修の充実を促進します。

○ 精神保健福祉士

現状と課題

- (1) 精神保健福祉問題の複雑化・多様化により、サービスの担い手として精神保健関連業務に携わる精神保健福祉士の役割が期待されています。
- (2) 県内の精神保健福祉士は、平成 29 (2017) 年 3 月末現在で人口 10 万人当たり 62.3 人と全国平均の人口 10 万人当たり 61.0 人を上回っています。
- (3) 精神保健福祉士の十分な確保と、その資質や専門性をより向上させることが重要です。

施策の展開

複雑化・多様化する相談やニーズに対応する技術や知識を身につけるため、現に業務に従事している精神保健福祉士を含めた精神保健福祉の専門職に対する研修を充実させます。

○ 臨床心理士

現状と課題

- (1) 自殺や児童虐待、DVへの対応や、不登校、ひきこもり者への支援、犯罪被害者や事故災害等による外傷後ストレス障害（PTSD）に対するこころのケアなどの様々な保健福祉課題に対応するため、こころの問題に関し専門的技術を有する臨床心理士の役割が期待されています。
- (2) 県内の臨床心理士は、平成28（2016）年7月1日現在で人口10万人当たり15.3人と全国平均の人口10万人当たり24.5人を下回っています。
- (3) 臨床心理士の十分な確保と資質の向上が求められています。

施策の展開

臨床心理士に求められるニーズの高度化・多様化に対応するために、臨床心理士会との連携により研修の充実に努め、資質の向上を図ります。

○ 公認心理師

現状と課題

- (1) 臨床心理士と同様に、様々なこころの問題に対応するため創設された心理職国家資格であり、今後の役割が期待されています。
- (2) 平成30（2018）年度に初めての国家試験が実施される予定です。

施策の展開

公認心理師に求められるニーズに対応するために、関係団体との連携により研修の充実に努め、資質の向上を図ります。

○ 社会福祉士・介護福祉士

現状と課題

- (1) 県内の社会福祉士及び介護福祉士の登録者数は年々増加しています。（社会福祉士5,318人、介護福祉士35,481人 平成29（2017）年3月末現在）

年度	H24	H25	H26	H27	H28
社会福祉士	4,020	4,355	4,716	4,975	5,318
介護福祉士	26,803	29,105	31,386	33,508	35,481

資料：新潟県福祉保健課調べ

- (2) 福祉サービスの質の確保・向上のためには、社会福祉士及び介護福祉士の確保や資質の向上を図っていくことが必要です。

施策の展開

- (1) 地域での暮らしを支える重要な役割を担っていることから、仕事の魅力ややりがいなどのイメージアップを図るための情報発信を行います。
- (2) 資格取得の支援などのほか、専任の相談員を配置し、適切な支援によるマッチングを推進するとともに、資格を持っていないが就業していない潜在的有資格者の再就業を促進します。
- (3) 専門性を高め、モチベーションの向上や維持ができるよう、基本的なスキルに加え、社会の変化に対応した専門分野の知識や技術の習得、資格取得のための研修受講など、資質向上に向けた支援を行います。

○ 介護支援専門員**現状と課題**

- (1) 介護支援専門員は、介護保険制度実施のための要であり、その養成を引き続き行う必要があります。

・合格者 13,592 人(平成 28 (2016) 年までの累計)
・実務研修修了者 13,514 人(平成 28 (2016) 年までの累計)
・就業者 3,380 人(平成 28 (2016) 年 10 月現在)

- (2) 介護支援専門員は、援助に関する専門的知識及び技術が求められるため、その資質向上を図るため、継続的な研修の実施が必要です。
- (3) 地域包括支援センターに配置される主任介護支援専門員（主任ケアマネジャー）の養成が必要です。

施策の展開**(1) 介護支援専門員の十分な確保**

新潟県社会福祉協議会が実施する実務研修受講試験及び新潟県介護支援専門員協会が実施する実務研修の支援を行います。

(2) 介護支援専門員の資質向上

介護支援専門員の資質向上を図るため、就業者に対し、経験年数やケアニーズに合わせた継続的な研修を実施します。

また、介護支援専門員登録者に対し更新研修を実施します。

(3) 主任介護支援専門員の養成

介護支援専門員の支援等を行う主任介護支援専門員の養成や資質向上のため、研修を実施します。

○ 救急救命士**現状と課題**

- (1) 救急業務に従事する救急救命士の消防職員に占める割合は、平成 28 (2016) 年 4

月現在で17.9%となっており、全国平均の15.3%を上回っています。

また、全救急隊のうち救急救命士が救急業務に従事する救急隊の占める割合は、100.0%で、全国平均の98.4%を上回っていますが、現状を維持するため、今後も継続的に救急救命士を養成していく必要があります。

- (2) 救急現場における適切な救急救命処置の実施に当たっては、救急救命士の技術水準の維持・向上が重要です。

施策の展開

- (1) 県内各消防本部から一般財団法人救急振興財団救急救命研修所に研修生を派遣するなどして、救急救命士の養成を行います。
- (2) 救急救命士の技術水準の維持・向上のため、メディカルコントロール体制の充実を図るとともに、救急救命士に対する再教育実施体制の充実を促進します。
- (3) 救急活動の質を向上させることを目的として、救急救命士を指導する指導救命士制度を運用し、専門的知識及び技術の向上に向けた教育訓練内容の一層の充実を図ります。

○ 臨床工学技士*

現状と課題

- (1) 平成28(2016)年10月現在の県内病院に従事する臨床工学技士数は、人口10万人当たり12.9人となっており、全国平均の16.1人を下回っています。
- (2) 県内の養成施設は、3施設(入学定員150人)あり、安定的な供給が望まれます。
- (3) 臨床工学技士の十分な確保と、その資質をより向上させることが重要です。

施策の展開

県内の養成施設と連携し、医療機関におけるチーム医療の一員として役割を担う人材の育成及び必要とする医療機関への適切な従事者の供給を促進します。

○ 視能訓練士

現状と課題

- (1) 平成28(2016)年10月現在の県内病院に従事する視能訓練士数は、人口10万人当たり、4.3人となっており、全国平均の3.3人を上回っています。
- (2) 県内の養成施設は、2施設(入学定員90人)あり、安定的な供給が見込まれます。

施策の展開

県内の養成施設の適正な運営を確保し、視能訓練士の適切な育成及び供給を促進します。

○ 歯科技工士

現状と課題

- (1) 平成 28（2016）年末現在の県内医療施設に従事する歯科技工士数は、人口 10 万人当たり 40.4 人となっており、全国平均の 27.3 人を上回っています。
- (2) 県内の養成施設は、1 施設（入学定員 50 人）あり、安定的な供給が望まれます。
- (3) 高齢化の進展に伴う歯科補綴^{ほてつ}ニーズの増加に対応するため、義歯の製作等を担う歯科技工士の役割が重要になっており、人材確保が求められています。

施策の展開

- (1) 県内の養成施設の適正な運営を確保し、歯科技工士の適切な供給を促進します。
- (2) 歯科補綴^{ほてつ}ニーズの増加や技術の高度化に対応できる人材を確保するため、歯科技工士会等による研修の充実を促進します。

第2章 圏域別重点取組方針

〔趣 旨〕

重点取組方針は、地域が抱える保健・医療の課題に対し、地域の関係者が認識を共有するとともに、その課題解決に向け、相互に連携を図りながら、取り組んでいくことを目指して策定したものです。

〔策 定〕

重点取組方針の策定に当たっては、各圏域の医療関係者等で構成された地域医療連絡協議会で協議の上、決定しています。

〔評価・公表〕

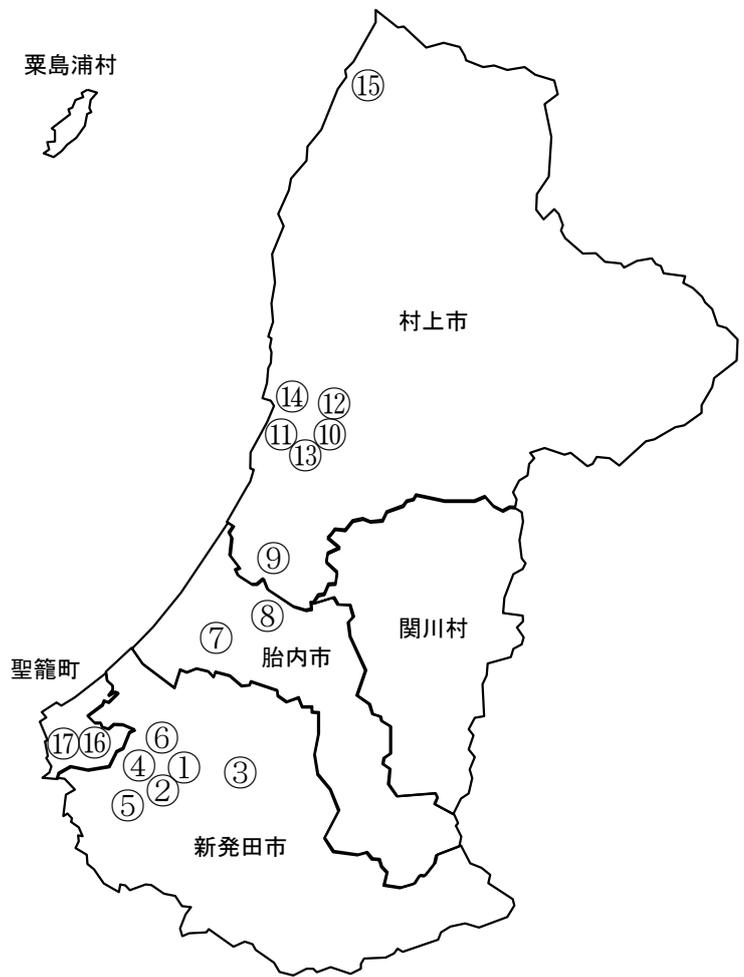
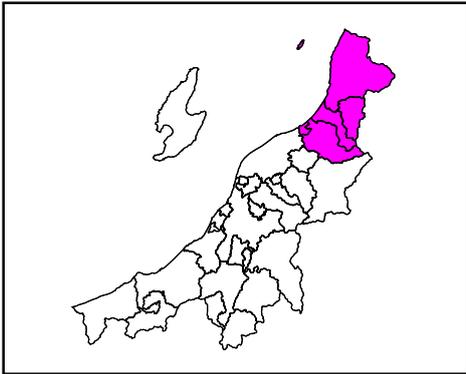
計画の評価は、地域で医療機能を担う関係者が、相互の信頼を醸成し円滑な連携を推進する視点から、地域医療連絡協議会で協議し、結果をホームページで公開します。

また、評価結果により、必要に応じて課題設定や施策展開等の見直しを行います。

〔圏域別の重点課題〕

圏域名	重点課題
下 越	「精神疾患」、「救急医療」
新 潟	「救急医療」、「在宅医療」
県 央	「脳卒中」、「救急医療」
中 越	「がん対策」、「たばこ対策」
魚 沼	「地域医療連携ネットワーク」、「糖尿病」
上 越	「がん対策の推進」、「働き盛り世代（40歳から65歳まで）の脳卒中発症予防」、「在宅医療の推進」
佐 渡	「精神疾患」、「在宅医療」

1 下越圏域



令和4（2022）年3月現在

市区町村	No.	施設名	機能別区分
新発田市	①	新潟県立新発田病院	○●□■▲
	②	新潟県立リウマチセンター	
	③	有田病院	
	④	竹内病院	
	⑤	新発田リハビリテーション病院	
	⑥	北越病院	
胎内市	⑦	中条中央病院	●
	⑧	黒川病院	
村上市	⑨	新潟県立坂町病院	●
	⑩	厚生連村上総合病院	●△▲
	⑪	厚生連瀬波病院 (令和4（2022）年4月から介護医療院及び無床診療所に移行予定)	
	⑫	肴町病院	
	⑬	村上記念病院	
	⑭	村上はまなす病院	
	⑮	山北徳洲会病院	●
聖籠町	⑯	新潟手の外科研究所病院	●
	⑰	新潟聖籠病院	

○救命救急センター ●救急告示病院 □地域医療支援病院 ■がん診療連携拠点病院
△へき地医療拠点病院 ▲災害拠点病院

当圏域は、県の最北部に位置し、東部は山地が多く、離島を有しています。県立新発田病院は、救命救急センターを併設し、高度・専門的医療を担っており、当圏域内の基幹的な病院として設置されています。

しかしながら、医療機関の所在に偏在が見られ、救命救急センターへの搬送までに1時間以上を要する地域もあり、一層の医療機関相互の連携が求められる地域でもあります。

重点課題1：精神疾患

データ

指 標	下越圏域	新潟県	年度	出 典
精神科病床数（人口10万対）	363.7	287.8	H29	病院名簿（医務薬事課）
精神及び行動の障害による入院受療率（人口10万対）	286	221	H25	新潟県保健医療需要調査（福祉保健課）
精神及び行動の障害による外来受療率（人口10万対）	187	162	H25	新潟県保健医療需要調査（福祉保健課）
精神科退院患者平均在院日数	794.7	363.8	H26	患者調査（厚生労働省）
精神科病院入院患者在院日数				
1年以上の患者割合（％）	69.2	65.1	H28	精神科病院在院・通院状況（障害福祉課）
20年以上となる患者割合（％）	16.9	12.4		
10年以上20年未満の患者割合（％）	13.0	12.1		
精神科病院入院患者病類別患者割合				
統合失調症（％）	48.9	52.9	H28	精神科病院在院・通院状況（障害福祉課）
認知症性疾患（％）	34.4	24.3		
自殺率（人口10万対）	18.0	21.9	H27	人口動態統計（厚生労働省）

現状分析

＜全体＞

- (1) 平成29（2017）年4月における下越圏域の精神病床数は756床であり、人口10万人当たりでは363.7床で、県平均（287.8床）を上回り、県内7圏域の中では最も多くなっています。
- (2) 下越圏域の精神及び行動の障害による受療率（平成25（2013）年）は、人口10万人当たりでは入院で286と県平均（221）を上回り、県内7圏域の中で最も高くなっています。また、外来の受療率も187で県平均（162）を上回っています。
- (3) 精神科病院の入院患者の病類別患者割合（平成29（2017）年3月）は、下越圏域では統合失調症（48.9％）、認知症性疾患（34.4％）の順に多くっており、統合失調症の割合は県平均（52.9％）よりも低い一方、認知症性疾患は県平均（24.3％）よりも高くなっています。
- (4) 下越圏域における自殺による死亡率（平成27（2015）年）は、18.0（新発田地域で16.8、村上地域で20.4）と県平均（21.9）より低くなっています。

【治療・回復・社会復帰】

- (1) 下越圏域における精神科の退院患者平均在院日数（平成26（2014）年）は、794.7日であり、全国平均（295.1日）及び県平均（363.8日）の2倍以上となっていますが、近年、その差は縮小傾向にあります。
- (2) 平成29（2017）年3月における下越圏域の精神科病院の入院患者のうち、在院期間20年以上の患者の割合は16.9％、10年以上20年未満の者の割合は13.0％と、

近年減少していますが、県平均（12.4%、12.1%）よりも長期入院患者の割合が高くなっています。

【認知症】

- (1) 下越圏域においては、黒川病院が認知症疾患医療センターに指定されています。
- (2) 平成29（2017）年4月から認知症疾患医療センターに若年性認知症支援コーディネーターが配置され、各種相談支援、若年性認知症自立支援ネットワーク研修会等の事業を実施しています。
- (3) かかりつけ医や認知症専門医療機関、介護保険事業所、行政等が連携して認知症患者とその家族を支援するため、「脳健康ファイル（地域連携パス）」が、平成24（2012）年4月から新発田地域で、平成26（2014）年1月から村上地域で運用されています。

施策の展開

【課題】

(1) 地域移行

「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念の下、精神障害者の地域移行を促進し、治療を継続しながら安定した地域生活が送れるよう、精神科病院における退院促進の取組のほか、市町村と協働し、障害福祉計画、介護保険事業計画と整合性を図りながら、地域生活を支える障害福祉サービスの充実や支援者の育成に努めるとともに、受け入れ側の地域住民に精神障害者に対する正しい知識を普及するなど地域の受け皿を整備する必要があります。

(2) 認知症対策

高齢化の進展により、今後も増加が見込まれる認知症患者が住み慣れた地域で安心して生活するために、新オレンジプランと整合性を図りながら、医療と介護の連携、認知症疾患医療センター及び認知症サポート医と連携した取組及び「認知症高齢者にやさしい地域づくり」を推進する必要があります。

【目標】

長期入院患者の割合を減少させることを目指します。

<数値目標>

入院1年以上の患者割合を令和5（2023）年度までに県平均以下にします。

（現状数値：平成28（2016）年）

69.2%、県平均 65.1%

【施策】

(1) 地域移行の促進

ア 地域の支援体制の整備

地域相談支援を実施する市町村への技術的助言や、市町村自立支援協議会への協力を行うとともに、下越圏域障害者地域生活支援連絡調整会議等の開催を通し

て住まいの確保、就労・生活支援等の地域の支援体制を整備します。また、研修会の開催等により、精神障害者の地域生活を支える人材を育成します。

イ 精神科病院との連携及び支援

精神科病院内での退院促進の取組を支援するため、病院スタッフを対象に地域の障害福祉サービスに関する情報提供を行うとともに、病院と地域の支援者で事例検討会を継続します。

ウ 地域住民への普及啓発

講演会の開催や広報等により、地域住民に対して精神障害者に関する正しい知識の普及啓発を図ります。

(2) 認知症対策の推進

ア 医療機関との連携

認知症疾患医療センターや地域の認知症サポート医と連携し、地域の医療機関との連携体制を構築するとともに、地域住民や支援関係者を対象に認知症ケアに関する研修を実施します。

イ 認知症連携パスの普及

「脳健康ファイル（地域連携パス）」について、医療・介護関係者へ周知を行い、圏域内の普及を図ります。

ウ 若年性認知症対策の推進

若年性認知症支援コーディネーターと連携し、市町村の認知症初期集中支援チームが早期支援、危機回避支援を行えるよう体制整備を図ります。また、市町村と協働し、就業問題も含めた多岐に渡る問題解決のための支援体制づくりを進めます。

重点課題2：救急医療

データ

指 標	下越圏域	新潟県	年	出典
救急搬送人員（人口千対）	38.1	38.7	H27	新潟県内の救急業務の現況（消防課）
救急搬送人員に占める軽症者の割合（％）	50.4	43.3	H27	新潟県内の救急業務の現況（消防課）
休日夜間における救急搬送人員数の割合（％）	52.5	53.9	H27	救急患者搬送先医療機関調査（医務薬事課）
下越圏域から他圏域への救急搬送人員（延人数）	357		H27	救急患者搬送先医療機関調査（医務薬事課）
他圏域から下越圏域への救急搬送人員（延人数）	1,164		H27	救急患者搬送先医療機関調査（医務薬事課）

現状分析**<全体>**

- (1) 下越圏域における救急搬送人員数（平成 27（2015）年）は、8,061 人、人口千対では 38.1 人となっています。
- (2) 下越圏域における救急搬送人員のうち軽症者の割合（平成 27（2015）年）は、50.4 %と、県平均（43.3%）を上回っています。
- (3) 下越圏域における救急搬送人員のうち休日夜間における搬送者の割合（平成 27（2015）年）は、52.5%と、県平均（53.9%）を下回っています。
- (4) 下越圏域における救急搬送人員のうち、下越圏域外への搬送数は 357 人（平成 27（2015）年）で全体の 4.4%となっています。また、下越圏域外から下越圏域内への搬送数は 1,164 人（平成 27（2015）年）であり、その半数以上が阿賀野市からの搬送となっています。

【救護】

平成 24（2012）年 5 月に新発田地域広域事務組合消防本部、村上市消防本部及び阿賀野市消防本部が共同して「下越地域病院前救急医療研究会」を設立し、救急隊員等に対する教育研修を実施しています。

また、下越地域メディカルコントロール協議会幹事会を毎月開催し、応需困難事例の検討を行っています。

【初期救急医療（入院治療を必要としない救急医療）】

- (1) 新発田地域においては、新発田地区救急診療所が設置され、休日、平日夜間の診療を実施していますが、胎内市に設置されている中条地区休日診療所では、平日夜間等の診療が実施されていません。
- (2) 村上市域においては、村上市急患診療所が設置され、休日昼間、平日夜間の診療を実施しています。

【第二次救急医療（手術や入院治療が必要な重症者に対する救急医療）】

- (1) 新発田地域においては、県立新発田病院、中条中央病院及び新潟手の外科研究所病院の 3 病院が救急告示病院となっています。また、病院群輪番制については、県立新発田病院、中条中央病院及び新潟圏域の豊栄病院、あがの市民病院の 4 病院で実施しています。
- (2) 村上市域においては、県立坂町病院、村上総合病院及び山北徳洲会病院の 3 病院が救急告示病院となっています。また、病院群輪番制については、県立坂町病院及び村上総合病院の 2 病院で実施しています。
- (3) 新潟圏域から下越圏域への救急搬送受入れ、新潟圏域に所在する豊栄病院やあがの市民病院の新発田地域における病院群輪番制への参加及び下越地域メディカルコントロール協議会への阿賀野市消防本部の参加など、圏域を越えた連携があります。

【第三次救急医療（第二次救急医療で対応できない重篤者に対する救命救急医療）】

高度救急医療を担う救命救急センターが平成 18（2006）年 11 月に県立新発田病院に設置されましたが、年間約 15,000 人の救急外来の受診者のうち軽症者が 80%近い状況が続いています。

また、離島をはじめとして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、ドクターヘリ等が活用されています。

施策の展開

【課題】

(1) 救急医療の機能分担と連携体制

初期救急医療を、第二次、第三次救急医療機関が担っている状況にあることから、初期、第二次、第三次救急医療を担うそれぞれの医療機関が、役割に応じた機能分担と連携強化を進め、地域で支える救急医療体制を確立する必要があります。

(2) 適正受診

第二次、第三次救急医療機関への軽症者の受診が多いことから、軽症者の休日夜間急患センターの利用促進など地域住民に対して救急医療機関の適正受診及び適切な救急車の利用について普及啓発を図り、住民の意識・行動を変えていく必要があります。

(3) 新潟圏域との連携・調整

新潟圏域から下越圏域への救急搬送が多い状況にあり、新潟圏域との連携・調整が必要となっています。

【目標】

必要な時に必要な救急医療が安心して受けられるように、救急医療体制の維持・拡充を目指します。

<数値目標>

- (1) 救急搬送人員に占める軽症者の割合を令和 5（2023）年度までに県平均以下にします。

（現状数値：平成 27（2015）年）

50.4%、県平均 43.3%

- (2) 休日・夜間における救急搬送人員の割合を継続して県平均以下にします。

（現状数値：平成 27（2015）年）

52.5%、県平均 53.9%

【施策】

(1) 救急医療の機能分担と連携体制の強化

救急医療の機能分担と連携体制を強化するため、医師会、病院、消防機関、行政等の関係機関による協議の場において、引き続き検討を行います。

(2) 適正受診に関する住民啓発

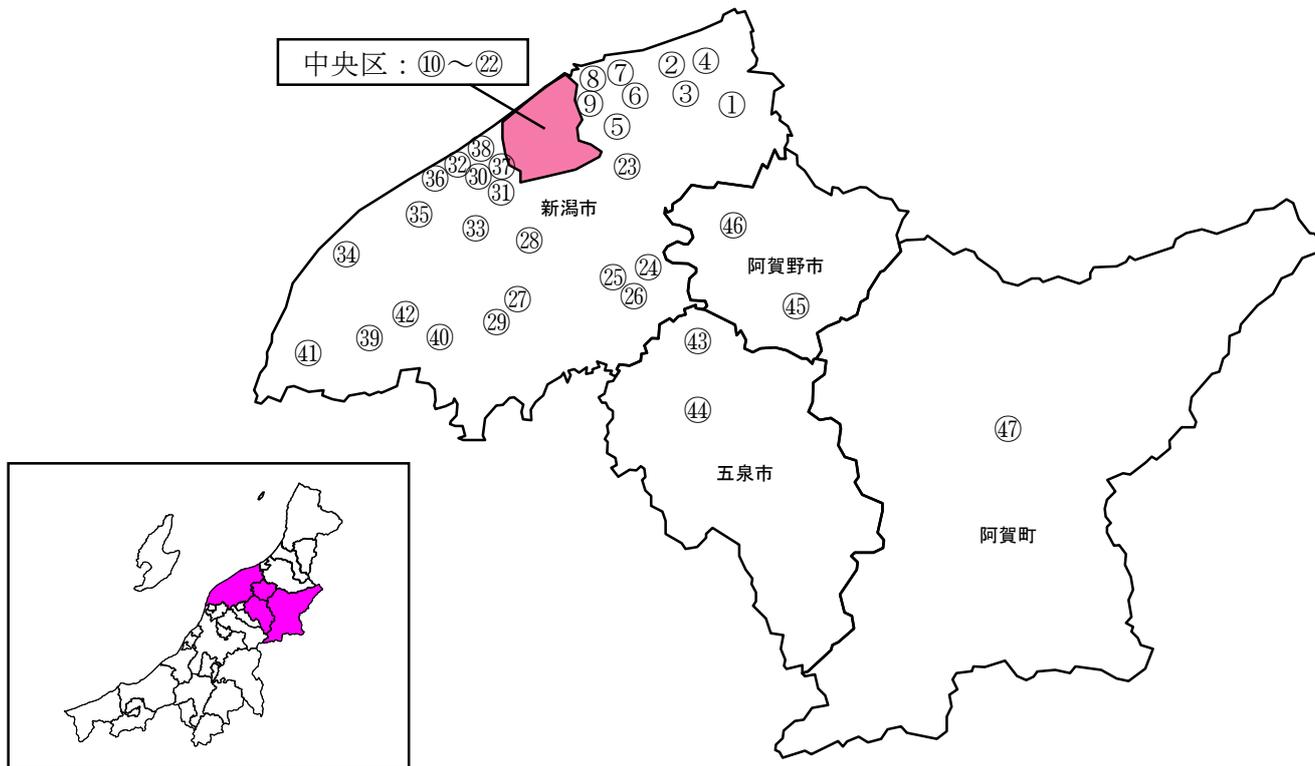
救急医療機関の適正受診や救急搬送の適切な利用等について、医療機関、消防機

関、行政等の関係機関が協働して地域住民等に対する普及啓発を図ります。

(3) 新潟圏域との連携・調整

新潟圏域に設置された医師会、病院、消防機関等の関係機関による検討の場を活用し、圏域間における救急搬送の調整や救急医療体制について協議を行い、救急医療体制の整備を促進していきます。

2 新潟圏域



令和4（2022）年3月現在

市区町村	No.	施設名	機能別区分
新潟市北区	①	厚生連豊栄病院	●
	②	松浜病院	
	③	新潟リハビリテーション病院	
	④	南浜病院	
東区	⑤	新潟医療生活協同組合 木戸病院	●
	⑥	河渡病院	
	⑦	桑名病院	●
	⑧	新潟臨港病院	●
	⑨	末広橋病院	
中央区	⑩	総合リハビリテーションセンター みどり病院	
	⑪	とやの中央病院	
	⑫	新潟県はまぐみ小児療育センター	
	⑬	新潟県立がんセンター新潟病院	●■
	⑭	新潟市民病院	○●□■▲
	⑮	新潟大学医歯学総合病院	○●■▲
	⑯	新潟中央病院	●
	⑰	新潟万代病院	●
	⑱	新潟南病院	●
	⑲	竹山病院	
	⑳	東新潟病院	
	㉑	日本歯科大学医科病院	
	㉒	猫山宮尾病院	●
江南区	㉓	亀田第一病院	●

市区町村	No.	施設名	機能別区分
秋葉区	㉔	下越病院	●▲
	㉕	新津医療センター病院	●
	㉖	新津信愛病院	
南区	㉗	新潟白根総合病院	●
	㉘	白根大通病院	
西区	㉙	白根緑ヶ丘病院	
	㉚	厚生連新潟医療センター	●
	㉛	済生会新潟病院	●□▲
	㉜	国立病院機構 西新潟中央病院	□
	㉝	黒埼病院	
	㉞	佐潟公園病院	
	㉟	信楽園病院	●
	㊱	新潟信愛病院	
	㊲	新潟脳外科病院	●
	㊳	聖園病院	
西蒲区	㊴	新潟西蒲メディカルセンター病院	
	㊵	潟東けやき病院	
	㊶	岩室リハビリテーション病院	
五泉市	㊷	西蒲中央病院	
	㊸	五泉中央病院	●
阿賀野市	㊹	南部郷厚生病院	
	㊺	脳神経センター阿賀野病院	
阿賀町	㊻	あがの市民病院	
	㊼	新潟県立津川病院	●△

○救命救急センター ●救急告示病院 □地域医療支援病院 ■がん診療連携拠点病院 △へき地医療拠点病院 ▲災害拠点病院

当圏域は、県内最大の人口集積地であり、県人口の約4割を占めています。県内の他の圏域に比べ、医療資源は比較的恵まれており、特定機能病院の指定を受け、高度救命救急センター及びドクターヘリ基地病院機能をもつ新潟大学医歯学総合病院、都道府県がん診療連携拠点病院の県立がんセンター新潟病院、救命救急センターを併設し、地域の高度な救急医療の中心を担っている新潟市民病院などの高度急性期医療を提供する病院が立地しています。

圏域全体としては非常に高い完結率となっていますが、圏域内では医療機関や医師の偏在も見られ、市町単位での患者の流出入には地域差が生じています。特に、救急医療や高度・専門的医療については、他地域から新潟市内への流入も多く、急性期を担う医師の負担は増加してきています。

東部は山間地が広がり冬期間の積雪も多く、三次救急医療機関である新潟大学医歯学総合病院や新潟市民病院まで車で60分以上を要する地域もあります。

今後の高齢者数の増加を見据え、病床の機能分化や役割分担を進めるとともに、地域完結型の医療を提供できる体制も確保していく必要があります。

重点課題1：救急医療

データ

総搬送人員

		H23	H24	H25	H26	H27
新潟圏域	総搬送人員	34,157	35,403	35,874	36,301	36,391
	うち医療圏外への搬送人員	1,567	1,618	1,775	1,855	1,852
	割合	4.6%	4.6%	4.9%	5.1%	5.1%
新潟市消防局	総搬送人員	29,624	30,831	31,346	31,689	31,949
	うち医療圏外への搬送人員	943	994	1,073	1,122	1,098
	割合	3.2%	3.2%	3.4%	3.5%	3.4%
五泉市消防本部	総搬送人員	2,039	2,120	2,084	2,160	2,045
	うち医療圏外への搬送人員	9	19	27	18	30
	割合	0.4%	0.9%	1.3%	0.8%	1.5%
阿賀野市消防本部	総搬送人員	1,376	1,437	1,469	1,501	1,465
	うち医療圏外への搬送人員	547	550	617	639	659
	割合	39.8%	38.3%	42.0%	42.6%	45.0%
阿賀町消防本部	総搬送人員	1,118	1,015	975	951	932
	うち医療圏外への搬送人員	68	55	58	76	65
	割合	6.1%	5.4%	5.9%	8.0%	7.0%
新潟県	総搬送人員	85,479	87,487	87,725	88,528	89,134

資料：新潟県医務薬事課調べ

現場到着・収容所要時間

		H23	H24	H25	H26	H27
新潟市消防局	現場到着	8.4	8.7	8.6	8.9	8.8
	収容一病着	34.8	36.1	37	38.2	38.8
	収容時間	43.2	44.8	45.6	47.1	47.6
五泉市消防本部	現場到着	7	7.6	7.4	7.6	7.8
	収容一病着	35.1	39.2	39.5	40.8	42
	収容時間	42.1	46.8	46.9	48.4	49.8
阿賀野市消防本部	現場到着	9	9	9.3	9.1	8.7
	収容一病着	38.8	39.4	42.2	41.5	41.4
	収容時間	47.8	48.4	51.5	50.6	50.1
阿賀町消防本部	現場到着	8.1	8.3	8.6	8.6	10.5
	収容一病着	40.5	42.4	41.6	43.3	46.4
	収容時間	48.6	50.7	50.2	51.9	56.9
新潟県	現場到着	8.5	8.8	8.8	8.9	8.9
	収容一病着	32	33	33.6	34.5	35.1
	収容時間	40.5	41.8	42.4	43.4	44

資料：各消防本部調べ（新潟県全体の数値は新潟県防災局消防課公表の「新潟県内の救急の現況」より）

傷病程度別救急搬送数

新潟圏域

		H23	H24	H25	H26	H27
死亡	件数	776	753	718	678	633
	割合	2.3%	2.1%	2.0%	1.9%	1.7%
重症	件数	2,119	2,154	2,417	2,339	2,192
	割合	6.2%	6.1%	6.7%	6.4%	6.0%
中等症	件数	15,278	15,684	16,466	18,492	20,213
	割合	44.7%	44.3%	45.9%	50.9%	55.5%
軽症	件数	15,965	16,805	16,270	14,783	13,346
	割合	46.7%	47.5%	45.4%	40.7%	36.7%
その他	件数	19	7	3	9	7
	割合	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
計	件数	34,157	35,403	35,874	36,301	36,391
	割合	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

新潟県

		H23	H24	H25	H26	H27
死亡	件数	2,717	2,718	2,573	2,556	2,421
	割合	3.2%	3.1%	2.9%	2.9%	2.7%
重症	件数	9,670	9,357	9,671	9,501	8,860
	割合	11.3%	10.7%	11.0%	10.7%	9.9%
中等症	件数	32,668	33,410	33,724	36,503	39,073
	割合	38.2%	38.2%	38.4%	41.2%	43.8%
軽症	件数	40,360	41,865	41,606	39,827	38,614
	割合	47.2%	47.9%	47.4%	45.0%	43.3%
その他	件数	64	136	151	141	166
	割合	0.1%	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%
計	件数	85,479	87,486	87,725	88,528	89,134
	割合	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

新潟市消防局

		H23	H24	H25	H26	H27
死亡	件数	626	622	573	547	502
	割合	2.1%	2.0%	1.8%	1.7%	1.6%
重症	件数	1,728	1,781	2,080	2,035	1,888
	割合	5.8%	5.8%	6.6%	6.4%	5.9%
中等症	件数	13,250	13,601	14,478	16,271	18,077
	割合	44.7%	44.1%	46.2%	51.3%	56.6%
軽症	件数	14,001	14,820	14,215	12,829	11,478
	割合	47.3%	48.1%	45.3%	40.5%	35.9%
その他	件数	19	7	0	7	4
	割合	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
計	件数	29,624	30,831	31,346	31,689	31,949
	割合	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

五泉市消防本部

		H23	H24	H25	H26	H27
死亡	件数	72	58	44	47	49
	割合	3.5%	2.7%	2.1%	2.2%	2.4%
重症	件数	155	163	135	124	143
	割合	7.6%	7.7%	6.5%	5.7%	7.0%
中等症	件数	878	950	944	1,161	995
	割合	43.1%	44.8%	45.3%	53.8%	48.7%
軽症	件数	934	949	961	828	858
	割合	45.8%	44.8%	46.1%	38.3%	42.0%
その他	件数	0	0	0	0	0
	割合	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
計	件数	2,039	2,120	2,084	2,160	2,045
	割合	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

阿賀野市消防本部

		H23	H24	H25	H26	H27
死亡	件数	47	43	65	55	49
	割合	3.4%	3.0%	4.4%	3.7%	3.3%
重症	件数	99	112	98	88	58
	割合	7.2%	7.8%	6.7%	5.9%	4.0%
中等症	件数	525	583	557	580	668
	割合	38.2%	40.6%	37.9%	38.6%	45.6%
軽症	件数	705	699	749	778	690
	割合	51.2%	48.6%	51.0%	51.8%	47.1%
その他	件数	0	0	0	0	0
	割合	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
計	件数	1,376	1,437	1,469	1,501	1,465
	割合	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

阿賀町消防本部

		H23	H24	H25	H26	H27
死亡	件数	31	30	36	29	33
	割合	2.8%	3.0%	3.7%	3.0%	3.5%
重症	件数	137	98	104	92	103
	割合	12.3%	9.7%	10.7%	9.7%	11.1%
中等症	件数	625	550	487	480	473
	割合	55.9%	54.2%	49.9%	50.5%	50.8%
軽症	件数	325	337	345	348	320
	割合	29.1%	33.2%	35.4%	36.6%	34.3%
その他	件数	0	0	3	2	3
	割合	0.0%	0.0%	0.3%	0.2%	0.3%
計	件数	1,118	1,015	975	951	932
	割合	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

資料：各消防本部調べ（新潟県全体の数値は新潟県防災局消防課公表の「新潟県内の救急の現況」より）

医療機関への受入照会回数

		H24	H25	H26	H27	
新潟圏域	実施基準該当傷病者搬送人員	3,218	3,980	3,950	3,810	
	3回以内で決定	件数	3,084	3,820	3,769	3,646
		割合	95.8%	96.0%	95.4%	95.7%
	4回以上	件数	134	160	181	164
割合		4.2%	4.0%	4.6%	4.3%	
新潟市消防局	実施基準該当傷病者搬送人員	2856	3530	3531	3359	
	3回以内で決定	件数	2748	3392	3365	3218
		割合	96.2%	96.1%	95.3%	95.8%
	4回以上	件数	108	138	166	141
割合		3.8%	3.9%	4.7%	4.2%	
五泉市消防本部	実施基準該当傷病者搬送人員	194	201	175	180	
	3回以内で決定	件数	176	188	163	168
		割合	90.7%	93.5%	93.1%	93.3%
	4回以上	件数	18	13	12	12
割合		9.3%	6.5%	6.9%	6.7%	
阿賀野市消防本部	実施基準該当傷病者搬送人員	90	125	134	125	
	3回以内で決定	件数	87	120	132	123
		割合	96.7%	96.0%	98.5%	98.4%
	4回以上	件数	3	5	2	2
割合		3.3%	4.0%	1.5%	1.6%	
阿賀町消防本部	実施基準該当傷病者搬送人員	78	124	110	146	
	3回以内で決定	件数	73	120	109	137
		割合	93.6%	96.8%	99.1%	93.8%
	4回以上	件数	5	4	1	9
割合		6.4%	3.2%	0.9%	6.2%	
新潟県	実施基準該当傷病者搬送人員	8,832	9,820	9,541	9,557	
	3回以内で決定	件数	8,571	9,543	9,241	9,287
		割合	97.0%	97.2%	96.9%	97.2%
	4回以上	件数	261	277	300	270
割合		3.0%	2.8%	3.1%	2.8%	

※ 実施基準は平成 23（2011）年 7 月に運用を開始したため、通年での基準該当搬送実績は平成 24（2012）年から資料：各消防本部調べ（新潟県全体の数値は新潟県救急搬送・受入協議会の調査結果）

現状分析

- (1) 新潟市には、休日夜間の初期救急医療機関として、新潟市急患診療センター、新潟市口腔保健福祉センター、西蒲原地区休日夜間急患センターが設置されているほか、在宅当番医制度が整備されています。二次救急医療機関としては、21 病院による病院群輪番制が整備されており、他にも 19 の救急告示病院による救急対応が行われています。また、三次救急医療として救命救急センター、高度救命救急センターが各 1 箇所設置されています。
- (2) 五泉・阿賀地域において、平日は五泉市東蒲原郡医師会夜間診療所が設置され、休日は五泉地域の医師による在宅当番医制で診療が行われています。また、阿賀野市では、休日夜間急患センターは未整備ですが、在宅当番医制により休日診療が行われています。
- (3) 新潟圏域における救急搬送状況をみると、圏域全体の総搬送人員は増加傾向にあり、平成 27（2015）年は 36,391 人（平成 23（2011）年比 106.5%）となっています。ただし、消防本部別では、阿賀町消防本部の搬送人員は 932 人（平成 23（2011）年比 83.4%）と減少してきています。

搬送先は 95% が圏域内の医療機関となっていますが、阿賀野市消防本部に限ると、圏域内への搬送は 55% となっており、隣接する下越圏域の医療機関への搬送数が増加傾向にあります。

- (4) 覚知から収容までの平均所要時間については、県全体で増加傾向にありますが、圏域内の各消防本部においても、平成23(2011)年に比べて2～8分程度長くなっています。
- (5) 平成27(2015)年中の救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査によると、「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」に該当する救急搬送者について、新潟圏域で受入れに至らなかった主な理由は、「手術中、患者対応中」「ベッド満床」「処置困難」の順に多く（※理由不明を除く。）、受入れの照会回数が4回以上となった件数は4.3%と県平均に比べて高くなっています。
- (6) 救急搬送者の傷病程度について、新潟圏域における救急搬送人員に占める軽症者の割合は県平均に比べて低く、また年々減少傾向にあり、平成23(2011)年には46.7%であったところ、平成27(2015)年には36.7%まで減少してきているものの、救急搬送者の3分の1程度は軽症となっている状況です。

施策の展開

【課題】

(1) 情報共有・連携体制

地域の特性を踏まえ、初期から三次救急まで有機的に連携した受入体制を維持・確保するため、限られた資源を有効に活用し、救急病院の負担を軽減する必要があります。

また、救急搬送人員が増加傾向にある中、二次、三次救急医療機関において重篤患者や入院治療を必要とする重症患者を円滑に受け入れられるよう、高度急性期、急性期を脱した後の回復期等における後方支援病院へのスムーズな移行体制を確保する必要があります。

医師の出務体制、専門分化や、患者情報の不足等の理由により、輪番当番病院だけでは対応が困難なケースもあり、病院同士での幅広い協力体制や、かかりつけ医等と連携した患者情報共有の仕組みを構築していく必要があります。

医療資源の状況や地理的な要因から、圏域間をまたいだ救急搬送が行われていることを踏まえ、他圏域との情報共有や連携体制の整備を検討する必要があります。

(2) 適正受診

初期・二次・三次の各救急医療機関が本来の機能を十分発揮できるよう、不要不急の救急車や救急医療機関の利用、初期救急医療機関を介さない二次以上の救急医療機関への受診を減らすとともに、医療介護関係者の意識や対応力の向上を通じて、救急医療機関の適正受診を推進していく必要があります。

【目標】

(1) 情報共有・連携体制

関係機関での協議の促進や患者情報の共有の仕組みの構築などを通じて連携体制を強化し、円滑な受入れ体制を整備することにより、収容所要時間の短縮や照会回数の減少を目指します。

<数値目標>

覚知から収容までに要した時間を現状より短縮させます。

（現状数値：平成 27（2015）年）

新潟市消防：47.6 分

五泉市消防：49.8 分

阿賀野市消防：50.1 分

阿賀町消防：56.9 分

（参考）新潟県平均：44.0 分

「傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準」に該当する救急搬送者について、医療機関に受入れの照会を 4 回以上行った件数（割合）を現状より減少させます。

（現状数値：平成 27（2015）年）

新潟市消防：4.2%

五泉市消防：6.7%

阿賀野市消防：1.6%

阿賀町消防：6.2%

（参考）新潟県平均：2.8%

(2) 適正受診

救急医療機関及び救急車の適正利用について普及啓発を行い、不要不急の受診患者を減らします。

<数値目標>

救急搬送された軽症患者数（割合）を現状より減少させます。

（現状数値：平成 27（2015）年）

新潟市消防：35.9%

五泉市消防：42.0%

阿賀野市消防：47.1%

阿賀町消防：34.3%

（参考）新潟県平均：43.3%

【施策】**(1) 情報共有・連携体制の構築**

ア 既存の会議等を活用しながら、救急医療体制についての課題や情報を共有し、各病院が担う役割や機能、輪番制を軸とした二次、三次救急医療を担う体制などを検討します。また、医療機関同士や消防機関などの関係機関との協議を促進し、必要な事業を協力して実施します。加えて、隣接する圏域との情報交換や協議の場を設けるなど、救急搬送の実情を踏まえた対策を進めます。

イ 病院の退院支援機能の向上や、診療所や介護施設等の在宅医療関係者との連携体制の構築に向けた取組を進めるとともに、関係機関が相互に患者情報を共有できる仕組みづくりを進めます。

ウ 救急患者を受け入れる医療関係者をサポートできる仕組みづくりを検討します。

(2) 適正受診の啓発

ア 各救急医療機関の役割や機能について、住民の関心や理解を深めるため、関係機関が協力し、広報・講演会の活動等を通じて普及啓発を行います。

イ 地域での看取りまでを含めた医療介護提供体制の構築が進むよう、医療介護関係者への意識啓発や対応力向上に向けた取組を進めます。

ウ 救急医療機関の受診について、住民向けの救急医療電話相談の活用促進や、患者や家族が相談できる仕組みづくりの検討を進めます。

重点課題2：在宅医療

データ

在宅死亡者数

		H23	H24	H25	H26	H27	5年間計
新潟圏域	死亡数	9,319	9,591	9,836	9,701	9,778	48,225
	うち自宅等	1,525	1,665	1,720	1,562	1,671	8,143
	割合	16.4%	17.4%	17.5%	16.1%	17.1%	16.9%
新潟市	死亡数	7,798	8,027	8,226	8,080	8,251	40,382
	うち自宅等	1,175	1,287	1,303	1,178	1,318	6,261
	割合	15.1%	16.0%	15.8%	14.6%	16.0%	15.5%
五泉市	死亡数	726	701	777	778	684	3,666
	うち自宅等	186	175	202	187	161	911
	割合	25.6%	25.0%	26.0%	24.0%	23.5%	24.8%
阿賀野市	死亡数	568	589	572	563	605	2,897
	うち自宅等	131	161	176	155	155	778
	割合	23.1%	27.3%	30.8%	27.5%	25.6%	26.9%
阿賀町	死亡数	227	274	261	280	238	1,280
	うち自宅等	33	42	39	42	37	193
	割合	14.5%	15.3%	14.9%	15.0%	15.5%	15.1%
新潟県	死亡数	27,319	28,083	28,383	28,316	28,297	140,398
	うち自宅等	4,992	5,311	5,490	5,300	5,294	26,387
	割合	18.3%	18.9%	19.3%	18.7%	18.7%	18.8%
全国	死亡数	1,253,066	1,256,359	1,268,436	1,273,004	1,290,444	6,341,309
	うち自宅等	206,482	219,506	229,968	235,937	245,653	1,137,546
	割合	16.5%	17.5%	18.1%	18.5%	19.0%	17.9%

資料：人口動態調査（厚生労働省）、新潟県福祉保健年報、健康福祉の現況

高齢者世帯数

	平成17年				平成22年				平成27年			
	総世帯数	単身高齢者世帯	高齢者夫婦世帯	割合	総世帯数	単身高齢者世帯	高齢者夫婦世帯	割合	総世帯数	単身高齢者世帯	高齢者夫婦世帯	割合
新潟圏域	334,761	20,791	22,297	12.9%	347,416	26,067	26,436	15.1%	356,328	33,162	31,624	18.2%
新潟市	300,139	18,196	19,570	12.6%	312,533	23,054	23,480	14.9%	321,511	29,423	28,169	17.9%
五泉市	16,691	1,233	1,173	14.4%	16,859	1,406	1,340	16.3%	16,945	1,805	1,654	20.4%
阿賀野市	12,847	683	775	11.3%	13,154	821	850	12.7%	13,390	1,072	1,090	16.1%
阿賀町	5,084	679	779	28.7%	4,870	786	766	31.9%	4,482	862	711	35.1%
新潟県	819,552	53,138	60,390	13.9%	839,039	65,027	69,401	16.0%	848,150	82,333	81,427	19.3%
全国	49,566,305	3,864,778	3,583,526	15.0%	51,950,504	4,790,768	4,339,235	17.6%	53,448,685	5,927,686	5,247,936	21.0%

資料：国勢調査（総務省統計局）

在宅医療提供体制の状況

		在宅療養支援病院	在宅療養後方支援病院	在宅療養支援診療所	在宅療養支援歯科診療所	在宅看取りを実施している病院	在宅看取りを実施している一般診療所	在宅看取りを実施している病院・診療所の計
新潟圏域	病診・診療所数	5	2	48	63	4	27	31
	人口10万人対	0.55	0.22	5.24	6.87	0.44	2.95	3.38
新潟市	病診・診療所数	4	2	47	62	3	24	27
	人口10万人対	0.49	0.25	5.80	7.65	0.37	2.97	3.34
五泉市	病診・診療所数			1	1		2	2
	人口10万人対			1.95	1.95		3.85	3.85
阿賀野市	病診・診療所数						1	1
	人口10万人対						2.28	2.28
阿賀町	病診・診療所数	1				1		1
	人口10万人対	8.56				8.31		8.31
新潟県	病診・診療所数	10	7	131	184	7	98	105
	人口10万人対	0.43	0.30	5.69	7.99	0.30	4.24	4.54
全国	病診・診療所数	1,109	326	14,683	6,140	476	4,312	4,788
	人口10万人対	0.87	0.26	11.55	4.83	0.37	3.39	3.77

資料：診療報酬施設基準（平成28年3月31日現在）、平成27年国勢調査（総務省統計局）、平成26年医療施設調査（厚生労働省）、新潟県推計人口（平成26年10月1日現在）（新潟県統計課）、人口推計（平成26年10月1日現在）（総務省統計局）

		訪問診療を実施している診療所・病院数(医療機関数)	訪問診療を受けた患者数(レセプト件数)	往診を実施している診療所・病院数(医療機関数)	往診を受けた患者数(レセプト件数)	訪問看護利用者数(精神以外)(レセプト件数)	訪問薬剤指導を実施する薬局数(医療機関数)	訪問薬剤管理指導を受けた者の数(薬局)(レセプト件数)	看取り数(死亡診断書のみの場合を含む)(レセプト件数)	在宅ターミナルケアを受けた患者数(レセプト件数)
新潟圏域	実数	185	40,347	276	13,565	642	57	482	838	229
	人口10万人対	20.18	4401.54	30.11	1479.84	70.04	6.22	52.58	91.42	24.98
新潟市	実数	158	35,553	242	11,752	532	50	365	695	202
	人口10万人対	19.5	4388.41	29.87	1450.58	65.67	6.17	45.05	85.79	24.93
五泉市	実数	14	1,232	21	1,209*	*	*	*	102*	*
	人口10万人対	27.24	2396.7	40.85	2351.96				198.43	
阿賀野市	実数	9	1,385	9	493	20	3	43	20*	*
	人口10万人対	20.73	3190.14	20.73	1135.55	46.07	6.91	99.04	46.07	
阿賀町	実数	4	2,177	4	1,111	87*		65	21*	*
	人口10万人対	34.25	18638.7	34.25	950.34	744.86		556.51	179.79	
新潟県	実数	522	105,217	717	35,249	1,461	125	1,013	2,903	629
	人口10万人対	22.85	4566.19	31.12	1529.73	63.4	5.42	43.96	125.98	27.3
全国	実数	27,789	7,325,943	40,454	1,733,903	167,478	6,317	94,907	127,476	74,401
	人口10万人対	21.86	5764.16	31.83	1364.26	131.77	4.97	74.67	100.3	58.54

資料：平成28年度版医療計画策定支援データブック（NDB（平成27年度））、平成27年国勢調査（総務省統計局）

介護施設等の状況

		介護老人福祉施設(地域密着型を含む)		介護老人保健施設		介護療養型医療施設		認知症高齢者グループホーム		養護老人ホーム		軽費老人ホーム(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		計	
		施設数	定員	施設数	定員	施設数	定員	施設数	定員	施設数	定員	施設数	定員	施設数	定員	施設数	定員	施設数	定員
新潟圏域	実数	113	6,253	44	4,198	7	537	70	954	3	270	24	979	61	2,243	34	1,022	356	16,456
	65歳以上人口10万人対	43.82	2,424.72	17.06	1,627.86	2.71	208.23	27.14	369.93	1.16	104.7	9.31	379.63	23.65	869.77	13.18	396.30	138.05	6,381.14
新潟市	実数	90	5,026	40	3,812	5	445	55	756	1	100	22	899	58	2,144	32	946	303	14,128
	65歳以上人口10万人対	40.49	2,260.98	17.99	1,714.85	2.25	200.19	24.74	340.09	0.45	44.99	9.9	404.42	26.09	964.49	14.4	425.56	136.31	6,355.58
五泉市	実数	10	544	1	90	1	50	6	72	1	100			2	19	1	22	22	897
	65歳以上人口10万人対	58.8	3,198.87	5.88	529.22	5.88	294.01	35.28	423.38	5.88	588.03			11.76	111.73	5.88	129.37	129.37	5,274.61
阿賀野市	実数	11	583	2	146	1	42	5	90			2	80	1	80	1	54	23	1,075
	65歳以上人口10万人対	82.5	4,372.28	15	1,094.95	7.5	314.98	37.5	674.97			15	599.97	7.5	599.97	7.5	404.98	172.49	8,062.1
阿賀町	実数	2	100	1	150			4	36	1	70							8	356
	65歳以上人口10万人対	38.08	1,904.04	19.04	2,856.05			76.16	685.45	19.04	1,332.83							152.32	6,778.37
新潟県	実数	300	17,246	105	10,248	21	1,546	249	3,623	17	1,420	59	2,257	126	4,429	92	2,259	969	43,028
	65歳以上人口10万人対	43.04	2,474.07	15.06	1,470.15	3.01	221.79	35.72	519.75	2.44	203.71	8.46	323.78	18.08	635.37	13.2	324.07	139.01	6,172.69
全国	実数	9,682	580,898	4,241	370,366	1,324	59,106	12,030	183,503	954	64,091	2,007	80,387	12,570	482,792	4,839	158,024	47,647	1,979,167
	65歳以上人口10万人対	27.99	1,679.33	12.26	1,070.70	3.83	170.87	34.78	530.49	2.76	185.28	5.8	232.39	36.34	1,395.72	13.99	456.84	137.74	5,721.62

資料：平成29年度版社会福祉施設等名簿（新潟県福祉保健課）、新潟県推計人口（平成28年10月1日現在）（新潟県統計課）、平成28年社会福祉施設等調査（厚生労働省）、平成28年介護サービス施設・事業所調査（厚生労働省）、人口推計（平成28年10月1日現在）（総務省統計局）

在宅医療の提供状況

指標名	新潟県	新潟圏域	新潟市 北区	新潟市 東区	新潟市 中央区	新潟市 江南区	新潟市 秋葉区	新潟市 南区	新潟市 西区	新潟市 西蒲区	五泉市	阿賀野市	阿賀町
往診	24.19	63.91	36.5	62.3	116.2	100.2	31.3	106.8	163.8	151.6	123.5	62.8	30.9
在宅支援	29.72	34.75	15.3	16.4	99.3	8.2	25.4	11	43.7	25.7	3.7	4.9	16
訪問診療(同一建物)	45.52	65.28	12.8	55.9	99.8	94.5	5	69.3	128.5	72.9	4.7		58.5
訪問診療(特定施設)	30.27	33.88		0.9	90.1	40.6			30.8	35.5	25.3	90.2	
訪問診療(居宅)	73.36	74.5	52.1	46.7	119.1	53.8	56.5	52.2	85.7	104.3	34.6	31.3	193
訪問診療(全体)	63.16	69.1	37.4	43.6	108.4	72.7	37.6	54.6	89.5	89.9	29.3	41.1	140.2
訪問看護提供	75.01	69.98	310.6	5.8	13		52	85.4	175.1	0.7	0.4	9.6	121.1
訪問看護指示	104.82	129.85	61	114.3	108.4	100.4	117.9	58.9	107.8	48.9	60.4	78.3	21.7
ターミナルケア提供	37.83	39.12	42	14.9	82.8	16.9	23.9	29.8	53.7	45.1	7.3	9.1	33.1
看取り(在宅患者)	47.37	49	47.5	47.5	79.8	23.5	39.4	16.2	65.5	76.4	9.4	5.9	38.6
死亡診断加算	176.93	132.04	134.4	43.5	58.1	245	46.5	385.9	89.4	239.3	328.3	74.8	133.3

資料：平成28年度版医療計画策定支援データブック（NDB（平成27年度））

現状分析

- (1) 新潟圏域において自宅又は有料老人ホームで死亡する者の割合は16.9%と、全国(17.9%)や新潟県(18.8%)に比べて低い状況ですが、地域差があり、新潟市と阿賀町では15%台であるのに対し、五泉市と阿賀野市では25%程度となっています。
 - 全世帯に占める高齢者世帯の割合は増加傾向にあり、新潟圏域では18.2%となっていますが、五泉市では20%を、阿賀町では35%を超える状況です。単身高齢者世帯数は平成17(2005)年からの10年間で、約1.5倍増加しています。
 - (2) 新潟圏域では、在宅療養支援病院の届出数が5か所となっています。在宅療養支援診療所の届出数は48か所、在宅療養支援歯科診療所の届出数は63か所となっており、人口10万人当たりの施設数は県平均に及んでいないものの、数は増加しています。
 - (3) 在宅医療サービスを実施している病院や診療所の状況について、新潟圏域では往診、在宅患者訪問診療、在宅看取りのいずれも、人口10万人当たりの実施施設数で見ると県平均を下回っています。一方、介護保険による訪問看護、訪問リハビリテーションの人口10万人当たり実施件数では、全国平均を大きく上回り、県平均よりも高い数値となっています。
 - (4) 居宅以外での高齢者の生活の場として、介護保険施設や有料老人ホームなどが想定される場所、新潟圏域における65歳以上人口10万人当たりの介護施設等(※)の定員数は県平均を上回っており、施設別では、介護老人保健施設、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅が県平均よりも高い数値となっています。一方、地域別に見ると、新潟市の一部と五泉市では、県平均に比べて低い数値となっています。
- ※ 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム・地域密着型を含む。）、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、認知症対応型グループホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅の総計
- (5) 平成27(2015)年度の在宅医療の提供状況について、NDBのレセプトデータに基づくSCR（標準化レセプト出現比）をみると、新潟圏域での往診、訪問診療及び訪問看護は全国平均の6～7割程度となっています。「看取り加算」については全国平均の5割程度となっているのに対し、「死亡診断加算」は全国平均よりも多い状況です。ただし、地域により差が大きく、各地域の医療資源の状況によっても

左右されるものであるため、実態を踏まえて評価していく必要があると考えられます。

施策の展開

【課題】

(1) 連携体制

基金事業等により、在宅医療提供体制のコーディネートや関係職種間での運営会議、人材育成等に取り組む在宅医療推進センターが各地域に整備され、多職種連携のネットワークの構築等が進められており、今後、更なる連携強化に向けて、幅広い関係者の参画を求めていく必要があります。また、医療機関と介護事業所等との連絡体制の確保や患者情報の共有も進める必要があります。

(2) 人材育成

患者が地域での生活を選択し、安心して医療介護サービスを受けられるよう、在宅医療に携わる医療関係者の増加を図るとともに、生活の場としての役割を担う介護施設等の理解や、医療介護人材のスキルを高めていく必要があります。

(3) 意識向上

在宅医療等を推進するに当たっては、地域での療養に役立つ情報の浸透や、住民自身があらかじめ終末期や看取りに対しての希望や意思を明確にしておくなどの心構えや備えについて考えるきっかけが必要となります。

【目標】

在宅医療体制の充実を目指し、在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、往診及び訪問診療を実施する医療機関、訪問看護ステーションの数の増加や多職種連携ネットワークの充実を図るため、関係者への意識啓発及び在宅医療に従事する人材育成を推進します。

<数値目標>

(1) 在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所、往診及び訪問診療を実施している診療所・病院数を現状より増加させます。

（現状数値：平成 28（2016）年）

在宅療養支援病院：5 か所

在宅療養支援診療所：48 か所

（現状数値：平成 27（2015）年度）

往診を実施している診療所・病院数：276

訪問診療を実施している診療所・病院数：185

(2) 往診及び訪問診療の利用数を現状より増加させます。

（現状数値：平成 27（2015）年度）

往診を受けた患者数（レセプト件数）：13,565 件

訪問診療を受けた患者数（レセプト件数）：40,347 件

(3) 看取り数を現状より増加させます。

（現状数値：平成 27（2015）年度）

看取り数（レセプト件数）：838件

【施策】

(1) 連携体制の構築

- ア 保健、医療、福祉、介護の関係機関と行政による現状と課題の共有及び解決方法を検討する場を継続して設置し、定期的な情報提供を行うとともに、協議や連携に向けた取組を推進します。また、入院時から在宅まで切れ目のない医療介護サービスが提供されるよう、関係機関で情報を共有し、患者や家族等を支援する体制づくりを進めます。
- イ 在宅医療推進センターや地域のネットワーク会議と協力し、多職種連携や人材育成、相談機能の強化、住民への普及啓発等の取組を進めます。
- ウ 診療所や薬局、介護施設等に対して在宅医療の取組を啓発するとともに、在宅等の患者の急変時等に対応できるよう、病院に対しても積極的な参画を働きかけます。
- エ 市町が「地域医療・介護連携推進事業」を着実に実施できるよう、研修の実施や情報面等で支援します。

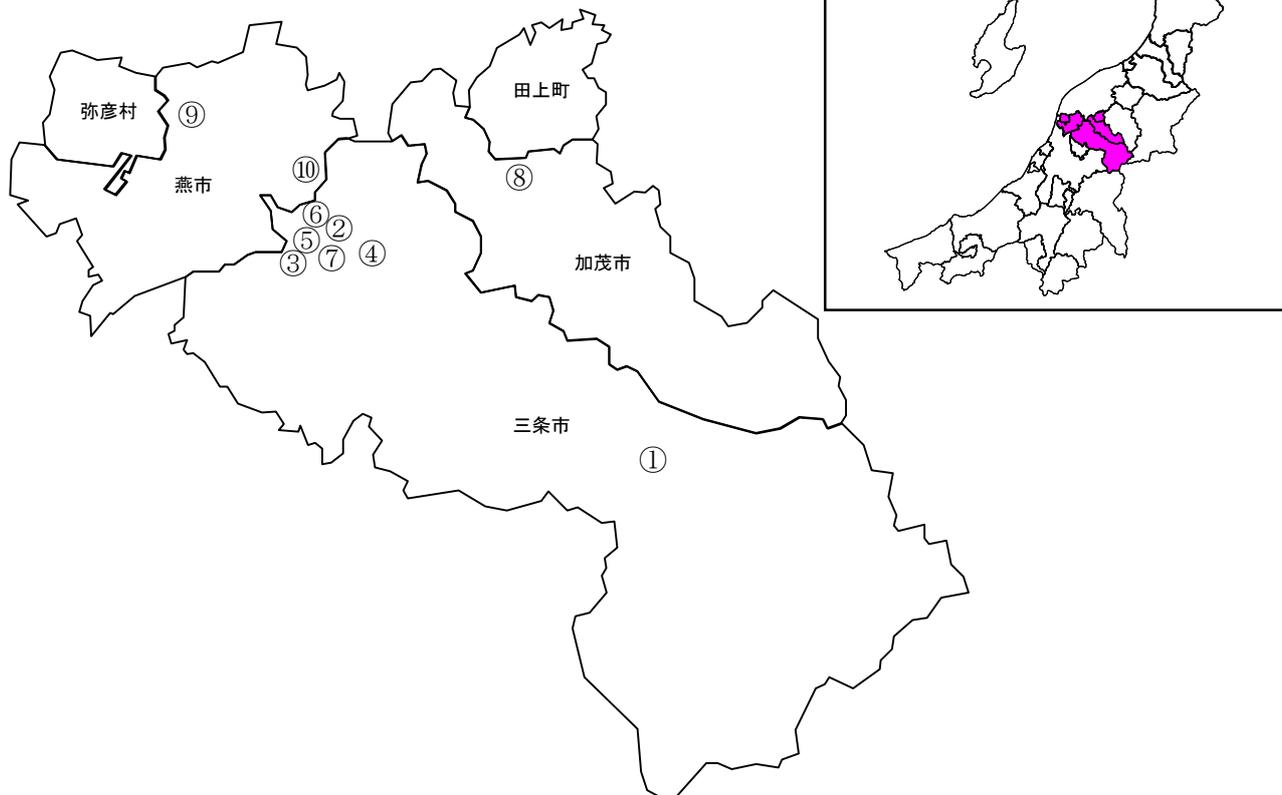
(2) 人材育成

居宅や介護施設等において、終末期ケアや看取りができる体制を構築するため、医療従事者をはじめ介護に関わる人材の育成や資質向上に取り組めます。

(3) 意識向上

地域での療養に役立つ情報の浸透や、あらかじめ終末期や看取りに対しての希望や意思を明確にしておくなどの備えについて、住民への普及啓発を行います。

3 県央圏域



令和4（2022）年3月現在

市区町村	No.	施設名	機能別区分
三条市	①	かもしか病院	
	②	厚生連三条総合病院	●
	③	済生会三条病院	●▲
	④	三条東病院	
	⑤	三之町病院	●
	⑥	大島病院	
	⑦	富永草野病院	●

市区町村	No.	施設名	機能別区分
加茂市	⑧	新潟県立加茂病院	●
燕市	⑨	新潟県立吉田病院	●
	⑩	新潟県立燕労災病院	●□

●救急告示病院 □地域医療支援病院 ▲災害拠点病院

当圏域は、新潟市と長岡市のほぼ中央に位置し、現状では救命救急センターが設置されておらず、高度・専門的な医療に対応できる医療機関が少ないことなどから、救急患者の圏域外搬送率が平成27（2015）年は19.7%と他圏域に比して高い状況となっています。地域に不足する救命救急医療や高度・専門的医療を確保し、圏域内で相当程度完結した医療提供体制を構築するため、県央基幹病院の整備が進められています。

重点課題1：脳卒中

データ

(1) 脳卒中による死亡の状況

指標名		全国	新潟県	県央	年(度)	出典名
脳血管疾患の年齢調整死亡率	男		52.0	59.1	H23～27	福祉保健年報 (福祉保健課)
	女		26.6	30.9		
全死因のうち脳血管疾患による死亡者の割合(%)	男	8.0	10.1	11.1	H27	人口動態統計より算出 (三条保健所)
	女	9.4	12.0	12.6		

(2) 生活習慣関係の指標

指標名		全国	新潟県	県央	年(度)	出典名
特定健康診査実施率(%)			42.9	47.6	H27	福祉保健年報 (福祉保健課)
特定保健指導実施率(%)			33.8	37.5	H27	福祉保健年報 (福祉保健課)
1日当たりの食塩摂取量g			10.2	10.4	H27	県民健康・栄養実態調査 (健康対策課)
1日当たりの平均野菜摂取量g (緑黄色野菜)g (その他)g			344.6 (103.7) (240.9)	333.3 (102.5) (230.8)	H27	県民健康・栄養実態調査 (健康対策課)
特定健康診査受診者のうち運動習慣ありの者の割合(%) (40～74歳男女計)			37.5	34.6	H26	平成26年度特定健康診査等結果集計報告より推計 (三条保健所)

(3) 脳卒中の危険因子の状況

指標名		全国	新潟県	県央	年(度)	出典名
高血圧性疾患の受療率(人口10万人対) (入院及び外来)			451	488	H25	新潟県保健医療需要調査 (福祉保健課)
糖尿病の受療率(人口10万人対) (入院及び外来)			148	150	H25	新潟県保健医療需要調査 (福祉保健課)
高脂血症の受療率(人口10万人対) (入院及び外来)			114	132	H25	新潟県保健医療需要調査 (福祉保健課)
特定健康診査受診者のうち血圧高値(収縮期130以上又は拡張期85以上)の者の割合(%) (40～74歳男女計)			60.5	55.7	H26	平成26年度特定健康診査等結果集計報告より推計 (三条保健所)
特定健康診査受診者のうちHbA1cメタボ基準(HbA1c6.0以上)該当者の割合(%) (40～74歳男女計)			23.1	23.6	H26	
特定健康診査受診者のうちLDLコレステロール120mg/dl以上の者の割合(%) (40～74歳男女計)			46.9	48.4	H26	
特定健康診査受診者のうち喫煙者の割合(%) (40～74歳男女計)			13.5	14.6	H26	

現状分析

- (1) 当圏域における平成23（2011）から27（2015）年の脳血管疾患の年齢調整死亡率は、男59.1、女30.9で、それぞれ、県平均を上回っています。また、平成27（2015）年の全死因のうち、脳血管疾患による死亡者の割合は男11.1%、女12.6%で、男性の死因の第3位、女性の死因の第4位となっています。
- (2) 平成27（2015）年度における当圏域の特定健康診査実施率及び特定保健指導実施率は県平均を上回っています。また、1日当たりの食塩摂取量は県平均よりも多く、平均野菜摂取量は県平均よりも少なく、特定健康診査受診者のうち運動習慣ありの者の割合は県平均を下回っています。
- (3) 高血圧性疾患、糖尿病及び高脂血症（脂質異常症）に関して、平成25（2013）年における当圏域の人口10万人当たりの受療率は、県平均を上回っています。また、平成26（2014）年度における特定健康診査受診者のうち血圧高値の者の割合は県平均を下回りますが、HbA1cメタボ基準該当者、LDLコレステロール120mg/dl以上の者及び喫煙者の割合は県平均を上回っています。

施策の展開**【課題】****(1) 総合的な健康づくり**

脳卒中は高血圧、糖尿病、高脂血症（脂質異常症）など多数の危険因子が関与するため、健康管理の基礎となる健康診査の受診を勧めるとともに、予防のための保健指導を実施し、また、食生活の改善指導や運動習慣の普及と合わせて、総合的に健康づくり対策を推進する必要があります。

(2) 高血圧対策

1日当たりの食塩摂取量は県平均よりも多い状況にあり、定期的な健康診査の受診を勧め、保健指導を行うことで、高血圧疾患の早期発見・早期治療を進める必要があります。

(3) たばこ対策

特定健康診査受診者のうち喫煙者の割合は県平均を上回っており、対策を講じる必要があります。また、健康増進法の一部改正に伴い、望まない受動喫煙が生じないように、受動喫煙防止について周知啓発を行う必要があります。

【目標】**(1) 総合的な健康づくり**

ア 特定健康診査実施率を令和5（2023）年度までに51%に増やします。

（平成27（2015）年実施率=47.6%）

イ 特定保健指導実施率を令和5（2023）年度までに58%に増やします。

（平成27（2015）年実施率=37.5%）

ウ 1日当たりの平均野菜摂取量を令和5（2023）年度までに350gに増やします。

（平成27（2015）年摂取量=333.3g）

(2) 高血圧対策

1日当たりの食塩平均摂取量を令和5（2023）年度までに10g未満に減らします。
（平成27（2015）年摂取量=10.4g）

(3) たばこ対策

特定健康診査受診者のうち喫煙者の割合（40～74歳男女計）を減少させます。

【施策】

(1) 総合的な健康づくり

市町村や職域と連携し、特定健康診査及び特定保健指導を受けること、野菜を多く摂取するなど栄養バランスのとれた食事及び適度な運動などの生活習慣改善や健康づくりについて、普及啓発を図ります。

栄養成分の表示や健康に配慮したサービスを提供する「健康づくり支援店」が活用されるよう、スーパー、飲食店等の民間業者と連携し、利用者が望ましい食事を選択できるよう環境整備に取り組みます。また、配達弁当業者及び事業所給食施設に、健康に配慮したメニューの提供を働きかけます。

(2) 高血圧対策

市町村や職域と連携し、高血圧予防のための塩分の適正摂取が重要であること、高血圧性疾患の早期発見・早期治療のために特定健康診査・特定保健指導が必要であることについて、普及啓発を図ります。

(3) たばこ対策

市町村や職域と連携し、禁煙の重要性及び受動喫煙の有害性について、普及啓発を図ります。

重点課題2：救急医療

データ

(1) 人口10万対医師数の推移※1

指標		H18	H20	H22	H24	H26	H28	H18からH28 までの増減	出典名
総数	新潟県	185.2	187.5	191.2	195.1	200.9	205.5	20.3	医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）
	県央圏域	138.6	133.0	133.9	135.7	136.5	136.8	▲ 1.8	
医療施設の 従事医師数	新潟県	171.0	174.4	177.2	182.1	188.2	191.9	20.9	
	県央圏域	131.6	126.3	127.9	129.3	129.5	129.7	▲ 1.9	
病院の 従事医師数	新潟県	109.1	109.9	114.0	119.3	123.3	127.4	18.3	
	県央圏域	62.0	56.8	58.2	62.0	60.4	60.0	▲ 2.0	

(2) 救急搬送人員数等

指標	新潟県	県央圏域	(内数)			年	出典名	
			三条市 消防本部	加茂地域 消防本部	燕・弥彦総合 事務組合 消防本部			
救急搬送人員数（人口千対）※1	38.7	35.6	34.0	37.6	36.3	平成27年	平成28年度版 新潟県内の救 急業務の現状 （防災局消防 課）	
傷病程度別の 搬送人員の割合（%）	重症	9.9	16.1	19.1	16.1			12.9
	中等症	43.8	36.8	33.7	41.1			37.9
	軽症	43.3	43.8	43.2	39.6			46.5
	死亡・その他	3.0	3.3	4.0	3.2			2.7
圏域外搬送人員の割合（%）	5.3	19.7	18.6	21.6	20.0			

(3) 収容時間

指標	新潟県	三条市 消防本部	加茂地域 消防本部	燕・弥彦総合 事務組合 消防本部	年	出典名	
現着時間（分）※2	9	8	8	7	平成27年	平成28年度版 新潟県内の救 急業務の現状 （防災局消防 課）及び各消 防本部調べ	
収容時間（分）※3	44	47	50	49			
収容時間－現着時間（分）	35	39	42	42			
主な事故種別ごとの 収容時間（分）	急病	43	48	49			47
	一般負傷	47	50	57			57
	交通事故	47	50	55	56		

- ※1 人口は、10月1日現在の新潟県推計人口を使用。
- ※2 救急要請（覚知）から現場到着までに要した平均時間。
- ※3 救急要請（覚知）から傷病者を医療機関等に収容するまでに要した平均時間。

現状分析

＜全体＞

- (1) 県央圏域の人口10万対医師数は、総数、医療施設の従事医師数、病院の従事医師数ともに減少傾向にあります。特に病院の従事医師数は、平成28（2016）年には県平均（127.4人）の半数以下（60.0人）で県内7圏域中、最も少なくなっています。
- (2) 県央圏域には、初期救急医療体制として県央医師会応急診療所が平成21（2009）年4月に開設され、毎年、1日当たり約50人の患者が利用しています。また、第二次救急医療体制として、救急告示を受けた7病院による土曜日及び休日（日曜日、祝日及び年末年始）の昼間に病院群輪番制が実施されています。
- (3) 現状では圏域内に救命救急センターの設置はありませんが、現在、令和5（2023）年度の開院を目標として、県央基幹病院の整備が進められています。

＜救護＞

- (1) 救急搬送人員は、近年、8,000人超で推移しており、平成27（2015）年の県央圏域の人口千対救急搬送人員数は、35.6人（全県38.7人）で、搬送人員の4割以上は入院加療の必要のない軽症者が占めています。また、圏域内に救命救急センターがなく、高度・専門的医療に対応できる医療機関が少ないことなどから、搬送人員

の5人に1人は新潟・中越圏域などへ搬送され、圏域外搬送の割合は他圏域に比べて非常に高くなっています。

- (2) 平成27(2015)年の救急搬送時間は、圏域内3消防本部とも現着時間は県平均の9分を下回っていますが、現場に到着してから医療機関に収容するまでに要した時間は3消防本部とも県平均の35分を超えています。特に加茂地域消防本部、燕・弥彦総合事務組合消防本部では長時間となっており、一般負傷、交通事故による収容時間が長くなっています。

施策の展開

【課題】

- (1) 人口規模でみた圏域内の医師数は減少傾向にあり、特に病院の従事医師数の減少により第二次救急医療体制の維持及び確保が困難な状況になっています。
- (2) 救急搬送人員のうち軽症者の占める割合は減少傾向にありますが、依然として4割以上を占め県平均を上回っていることから、救急医療機関への適正受診や救急車の適正利用について普及啓発を行う必要があります。
- (3) 県央基幹病院の開院に向けて、県央圏域におけるメディカルコントロール体制の構築に向けた検討を進める必要があります。

【目標】

医療機関・行政・地域住民の一層の相互理解と連携を図り、県央基幹病院の開院を踏まえた救急医療体制の構築のための必要な基盤整備を進めます。

<数値目標>

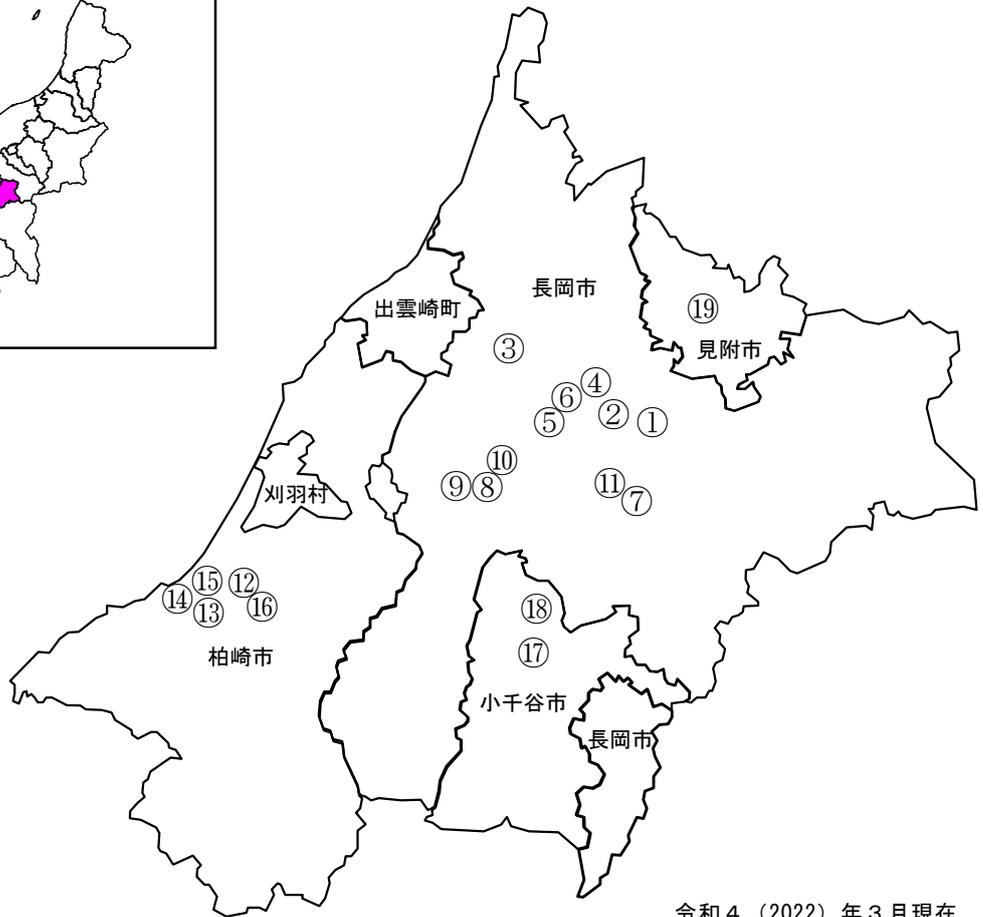
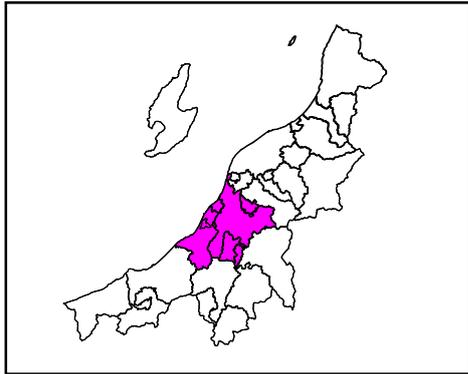
救急搬送人員のうち、軽症者の割合を現状より減少させます。

(平成27(2015)年割合=43.8%)

【施策】

- (1) 県央地域救急医療連絡協議会等を開催し、医療機関や消防機関など関係機関相互の情報共有を図るとともに、県央医師会応急診療所や病院群輪番制病院への患者の受診動向を踏まえた検証評価を行うなど必要な諸課題について調査検討を進めます。
- (2) 若い世代に対し、地域医療に対するイメージの具体化と向学心の醸成を図るため、体験講座の開催など地域医療を担う人材の育成を推進します。
- (3) 地域住民に対し、救急車の適正利用や重症度や緊急度に応じた救急医療機関への適正受診についての普及啓発を図ります。
- (4) 医療機関と消防機関による合同の症例検討会の開催などメディカルコントロール体制の構築基盤となる取組を促進します。

4 中越圏域



令和4（2022）年3月現在

市区町村	No.	施設名	機能別区分	市区町村	No.	施設名	機能別区分	
長岡市	①	厚生連長岡中央総合病院	●□■	柏崎市	⑫	厚生連柏崎総合医療センター	●▲	
	②	吉田病院			⑬	関病院		
	③	三島病院			⑭	国立病院機構 新潟病院	●	
	④	新潟県立精神医療センター			⑮	柏崎中央病院	●	
	⑤	長岡西病院	●		⑯	立川メディカルセンター柏崎厚生病院		
	⑥	長岡赤十字病院	○●□■▲		小千谷市	⑰	厚生連小千谷総合病院	●
	⑦	長岡保養園		⑱		小千谷さくら病院		
		⑧	長岡療育園		見附市	⑲	見附市立病院	●
		⑨	田宮病院					
		⑩	立川メディカルセンター悠遊健康村病院					
		⑪	立川総合病院	●				

○救命救急センター ●救急告示病院 □地域医療支援病院 ■がん診療連携拠点病院 ▲災害拠点病院

当圏域は、県の中央に位置し、東部は山間地で県内有数の豪雪地帯でもあります。長岡赤十字病院が救命救急センターを併設するなど当圏域内の基幹病院として高度・専門的医療の中心を担うとともに、長岡中央総合病院、柏崎総合医療センター等の公的病院等を中心に、救命救急センターまでは、救急車を使用しても40分以上を要する地域があるものの、二次医療圏で対応すべき診療機能については基本的に対応が可能です。

重点課題1：がん対策

データ

がん標準化死亡比（全国=100） 平成25年から平成29年

	男性			女性		
	長岡管内	柏崎管内	新潟県	長岡管内	柏崎管内	新潟県
全死亡	99.5	101.5	100.9	101.8	104.4	98.2
悪性新生物	99.1	101.3	102.4	101.4	99.2	98.0
胃	128.0	118.1	117.7	140.6	108.4	115.3
大腸	92.5	100.6	101.5	109.6	111.9	103.9
肝及び肝内胆管	61.5	68.4	65.0	63.9	70.1	64.8
気管、気管支及び肺	100.9	99.2	103.1	84.4	85.1	85.3

出典：「平成25年～29年 人口動態保健所・市町村別統計（ベイズ推定値）」（厚生労働省）

注：長岡保健所管内を「長岡管内」、柏崎保健所管内を「柏崎管内」という。

平成29年度がん検診等受診率

	受診率			精検受診率		
	中越圏域	新潟県	全国	中越圏域	新潟県	全国
胃がん	7.0%	6.8%	8.4%	91.2%	90.9%	83.1%
大腸がん	12.8%	14.3%	8.4%	83.5%	78.6%	69.7%
肺がん	17.4%	14.9%	7.4%	91.4%	90.7%	80.3%
子宮頸がん	11.6%	13.4%	16.3%	91.9%	83.7%	75.1%
乳がん	16.5%	17.1%	17.4%	93.7%	95.9%	88.5%

出典：「健康保健・健康増進事業報告」（厚生労働省）、「がん検診等結果報告」（健康づくり支援課調べ）

（注）「がん対策推進基本計画」に基づき、全国の受診率及び精検受診率の算定対象年齢は40歳から69歳

（胃がんは50から69歳、子宮頸がんは20歳から69歳）となっている。

現状分析

- (1) 標準化死亡比について、男性では長岡管内及び柏崎管内の胃がん（128.0、118.1）、柏崎管内の肝及び肝内胆管がん（68.4）が県平均（117.7、65.0）より高く、女性は長岡管内の胃がん（140.6）、長岡管内及び柏崎管内の大腸がん（109.6、111.9）、柏崎管内の肝及び肝内胆管がん（70.1）が、県平均（115.3、103.9、64.8）より高くなっています。
- (2) がん検診受診率は、大腸がん（14.2%）、子宮頸がん（11.6%）、乳がん（16.5%）が、県平均（14.3%、13.4%、17.1%）より低くなっています。
- (3) 精検受診率は、乳がん（93.7%）のみ、県平均（95.9%）より低くなっています。

施策の展開

【課題】

男性の胃がん、女性の胃がん及び大腸がんによる死亡率が県平均よりも高い状況にあるため、更なるがん対策が必要であり、特にがん検診受診率が低いことが課題になっています。

【目標】

- (1) がんの死亡率を低下させるため、早期発見に有効であるがん検診の受診率を令和5（2023）年度末までに向上させることを目指します。
- (2) がん検診の結果、精密検査が必要と判断された人が早期治療を開始できるよう、精検受診率を令和5（2023）年度末までに100%に向上させることを目指します。

<数値目標>

	がん検診受診率		精検受診率	
	平成29年度	目標値 (令和5年度)	平成29年度	目標値 (令和5年度)
胃がん	7.0%	2ポイント向上	91.2%	100%
大腸がん	12.8%	2ポイント向上	83.5%	100%
肺がん	17.4%	2ポイント向上	91.4%	100%
子宮頸がん	11.6%	2ポイント向上	91.9%	100%
乳がん	16.5%	2ポイント向上	93.7%	100%

※1 がん検診受診率の算出方法については、今後の国や県の見直しの動向等も勘案しながら検討を進める。

※2 目標値については、「新潟県がん対策推進計画（第3次）」（令和3年3月改訂）において示された「市町村における受診率の指標」を参考として当圏域の目標値を改めたが、今後、同計画の見直しを踏まえ見直しを行う。

【施策】

- (1) 健康づくりに関する講座や地域の広報媒体等を効果的に活用し、がん検診及び精検受診率を向上させるため、がん検診の有効性や必要性等について普及啓発を図ります。
- (2) 医師会等関係機関と連携して協議の場を設定し、がん検診及び精検受診体制の整備を促進します。
- (3) 地域・職域連携推進協議会等を通じ、市町村及び企業と連携して、特に働き盛り世代が受診しやすいがん検診及び精検受診体制の整備を促進します。
- (4) がんの早期発見・早期治療に結びつけるため、精検該当者及び精検未受診者に対する受診勧奨をより一層促進します。
- (5) 学校保健と連携し、がんに対する正しい知識とがん患者に対する正しい認識をもつことができるよう、がん教育を促進します。

重点課題2：たばこ対策

データ

喫煙率（％）の推移（市町村国保被保険者（40歳～70歳））

	総計				男性				女性			
	H28年度	H29年度	H30年度	R元年度	H28年度	H29年度	H30年度	R元年度	H28年度	H29年度	H30年度	R元年度
全国	13.5	13.3	13.1	13.0	23.9	23.5	23.1	22.7	5.9	5.9	5.8	5.8
県	13.3	13.2	13.2	12.9	24.1	23.8	23.5	22.9	4.6	4.6	4.7	4.7
中越圏域	12.2	12.0	12.0	11.6	23.4	22.7	22.8	21.8	3.8	3.9	3.8	3.7
長岡保健所管内	12.5	12.3	12.2	11.9	23.8	23.2	23.2	22.2	3.8	4.0	3.9	3.8
柏崎保健所管内	11.5	11.1	11.4	10.7	22.4	21.3	21.7	20.6	3.7	3.7	3.8	3.5

出典：新潟県国民健康保険団体連合会「国保データベース（KDB）システム」

※特定健康診査の質問票において、「現在、たばこを習慣的に吸っている」の項目で「はい」と回答した割合

現状分析

- (1) 市町村国保被保険者における喫煙率は、国、県、中越圏域（長岡、柏崎保健所管内）ともに減少傾向です。性別で見ると、男性の喫煙率は減少傾向ですが、女性では横ばい傾向となっています。
- (2) 令和元(2019)年度は、中越圏域の男女ともに、国、県よりも低くなっています。

施策の展開

【課題】

喫煙は、がんや脳卒中、心筋梗塞等の発症に大きく影響を及ぼし、また糖尿病など全身の病気にも関連している歯周病など口腔の疾患にも影響を及ぼします。これらの疾患予防のためにも、喫煙率の低減化や禁煙・分煙に関する環境整備等のたばこ対策が重要です。

【目標】

たばこによる健康被害を低減させるため、多数の者が利用する施設等での受動喫煙防止対策や禁煙したい人がスムーズに禁煙できるような体制整備を進め、喫煙率の低下を目指します。

<数値目標>

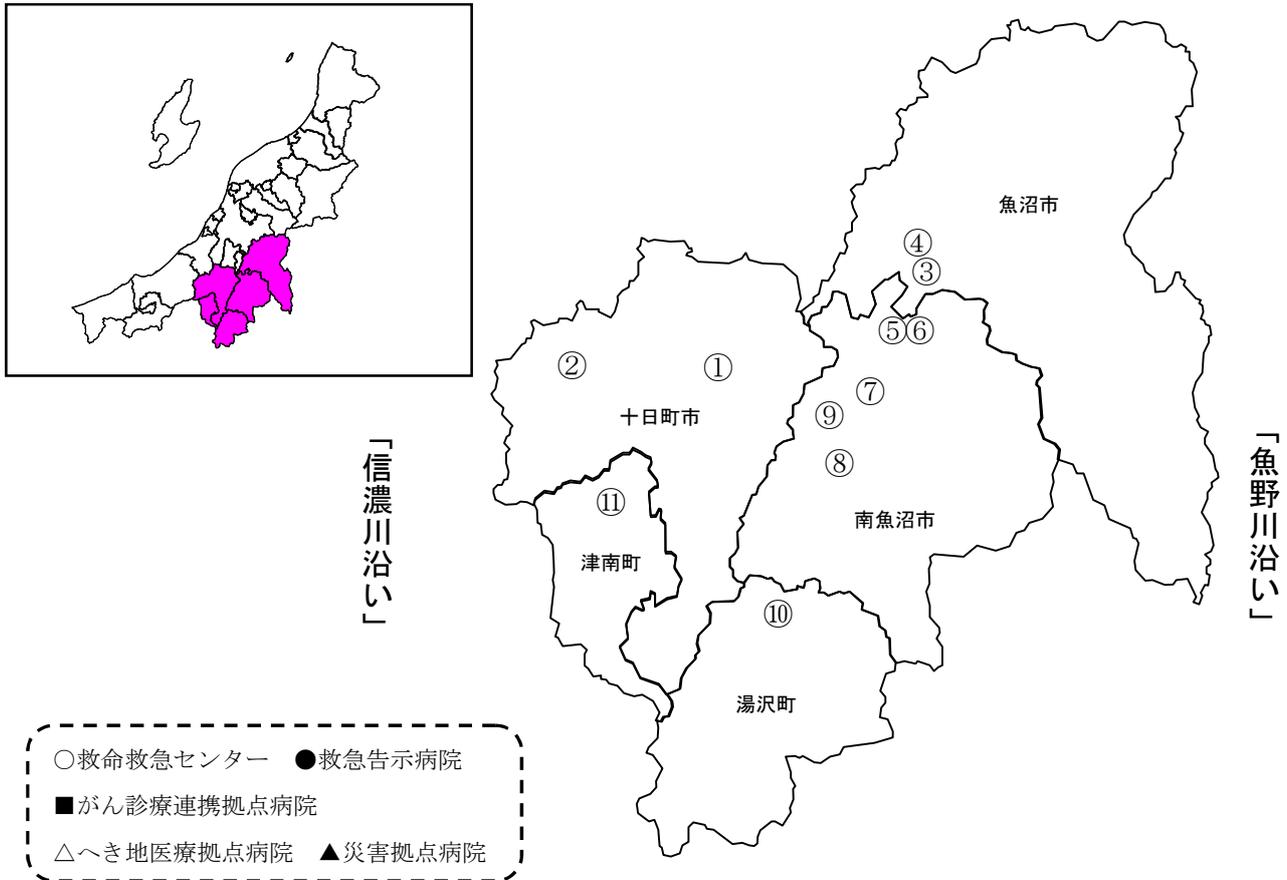
喫煙率を現状より低下させることを目指します。

【施策】

- (1) 望まない受動喫煙の防止を図るため、平成30年7月に健康増進法が改正され、令和2年4月から多数の者が利用する全ての施設は、原則屋内禁煙となっています。これらの法の周知や受動喫煙防止措置に対する相談対応、指導等を適切に行います。
- (2) 喫煙・受動喫煙による健康への影響など、健康づくりに関する講座や地域の広報媒体等を活用し、たばこの悪影響について普及啓発を行います。
- (3) 未成年者の段階から喫煙をしないという意識を育てることを目的として、教育機

- 関と連携し、未成年者に対する防煙教育を実施する機会を増やします。
- (4) 禁煙を希望している人がスムーズに禁煙できるよう、禁煙外来治療を実施している医療機関や禁煙補助薬の周知を進めます。

5 魚沼圏域



令和4（2022）年3月現在

市区町村	No.	施設名	機能別区分
十日町市	①	新潟県立十日町病院	●△▲
	②	新潟県立松代病院	●
魚沼市	③	ほんだ病院	
	④	魚沼市立小出病院	●

市区町村	No.	施設名	機能別区分
南魚沼市	⑤	新潟大学地域医療教育センター・魚沼基幹病院	○●■▲
	⑥	南魚沼市立ゆきぐに大和病院	●△
	⑦	五日町病院	
	⑧	南魚沼市民病院	●
	⑨	齋藤記念病院	●
湯沢町	⑩	町立湯沢病院	●
津南町	⑪	町立津南病院	●

当圏域は、県内7圏域の中で最大の面積を有し、県土の約21%を占めています。その地勢は起伏の激しい魚沼丘陵により「信濃川沿い」地域（十日町市、津南町）と「魚野川沿い」地域（魚沼市、南魚沼市、湯沢町）の2つの地域で設定されています。また、人口は、県全体の約7.2%を占めています。

三次救急や高度専門医療に対応するため、圏域内の公立病院の医療再編を行い、平成27（2015）年6月に魚沼基幹病院を開設しました。魚沼基幹病院を中心に、機能分担による地域完結型医療を目指し、新たな取組を実施しています。

医療再編前は人口対医師数が県内7圏域の中で最も低い状況であったことから、医療再編や魚沼基幹病院開設による影響を注視しているところです。

重点課題1：地域医療連携ネットワーク

データ

〈加入者数(米ねっとカード発行枚数)・累計〉 (単位：人)

住所地	平成26年3月	平成27年3月	平成28年3月	平成29年3月
魚沼圏域	3,691	8,740	13,022	17,005
魚沼市	1,909	4,179	5,841	6,770
南魚沼市	1,324	3,804	5,675	7,307
湯沢町	441	627	716	870
十日町市	17	116	324	1,383
津南町	0	14	466	675
〈参考〉圏域外	14	49	93	112
加入者数総計	3,705	8,789	13,115	17,117

※ 表頭月の月末の状況。

〈加入者数の対人口割合〉 (単位：%)

住所地	平成26年3月	平成27年3月	平成28年3月	平成29年3月
魚沼圏域	2.1	5.2	7.8	10.3
魚沼市	5.0	11.2	15.8	18.6
南魚沼市	2.2	6.5	9.8	12.7
湯沢町	5.3	7.6	8.9	10.8
十日町市	0.0	0.2	0.6	2.6
津南町	0.0	0.1	4.7	7.0

※ 表頭月の月末の加入者数を各時期直近の推計人口(出典：県統計課)で除したものの。

出典：月別・地域別利用登録者数(カード交付数)
(魚沼地域医療連携ネットワーク事務局調べ)

現状分析

- (1) 魚沼圏域は、人口10万対医師数が県平均を下回るなど、広大な生活圏に対して医療従事者が少なく、かつ、医師については高齢化が進んでいます。このままの傾向が続けば地域医療を支えることは困難になります。
- (2) 圏域内の医療機関等の連携により、限られた医療資源を有効に活用して効率的な医療提供を推進するためのツールとして、医療機関等をネットワークで結び、患者の診療情報、検査情報、処方・調剤情報及び市町の健診情報等の医療・健康データの共有を図る魚沼地域医療連携ネットワーク(愛称：うおぬま・米(まい)ねっと。設置・運用主体：NPO法人魚沼地域医療連携ネットワーク協議会(以下「米ねっと事務局」という。))が、平成26(2014)年4月から運用を開始しています。
- (3) 平成29(2017)年3月末時点で、魚沼圏域の住民のうおぬま・米ねっとの加入者数(米ねっとカード発行枚数)は17,005人で、圏域人口に占める加入者の割合は10.3%です。

施策の展開

【課題】

- (1) うおぬま・米ねっとに対して十分な認識のない圏域住民もおり、自身や圏域にとって必要なものという意識の醸成は十分とはいえません。また、圏域内の地域間でも加入者数の偏りが見られます。共有できる医療・健康データを増やすために、加入者数が少ない地域はもとより、圏域全体の加入者数を更に増加させるための取組

が必要です。

- (2) システムの有用な機能が十分に周知されていないこと、操作が煩雑なこと及び研修機会が十分でないことなどから医療従事者等の活用の意欲や操作の習熟度に差が見られます。このため、医療機関等におけるシステムの利用・活用の程度にも差が生じています。医療従事者等のうおぬま・米ねっとの機能や操作に関する知識を深め、医療機関等における利用・活用を促進する取組が必要です。

【目標】

より多くの圏域住民がうおぬま・米ねっどに加入することにより医療・健康データを蓄積するとともに、医療従事者等が利用・活用しやすいシステムとなるよう改善を進めます。また、将来的にこの圏域の地域包括ケアシステムを情報面で支える基盤に発展させることを目指します。

<数値目標>

魚沼圏域の住民のうおぬま・米ねっどへの加入率を、令和2（2020）年度までに圏域人口の30%以上にすることを目指します。また、令和5（2023）年度までにさらに増加させます。

【施策】

米ねっど事務局は、ネットワークの実施主体として地域住民の加入者数を増加させ、医療機関等での利用・活用を促進するための取組を実施します。また、医療機関等、市町及び県等の関係機関は、うおぬま・米ねっどの維持・活用に向け、米ねっど事務局の取組の円滑な実施のために協力し、圏域全体で一体的に取り組みます。

(1) 圏域住民に対する加入促進の取組

ア 米ねっど事務局

- (ア) 医療機関や圏域内で行われる各種の会議やイベント会場に出張して集中的な加入受付の取組を行っており、実施回数の増加や新たな出張先の開拓などにより取組を強化します。
- (イ) 圏域住民がうおぬま・米ねっどの加入や医療・健康データを共有する医療機関等の登録をしやすくするため、加入申込手続の簡素化の検討を進めます。
- (ウ) 圏域住民が自らうおぬま・米ねっどに積極的に関与できるようにするため、うおぬま・米ねっどに蓄積された医療・健康データの一部を住民自ら参照できるようにするなどのシステム改修の検討を進めます。

イ うおぬま・米ねっどに参加している医療機関等及びその従事者

診療や接遇等において、うおぬま・米ねっどに加入する必要性やメリットを患者に説明し、加入意欲を向上させることで、米ねっど事務局の取組を支援します。

ウ 市町

- (ア) 圏域住民からの加入申込みの受付処理に加え、ホームページや広報誌等にうおぬま・米ねっどのメリット等を掲載し、普及啓発を図ります。
- (イ) 所管地域内で行われる会議やイベント等の情報を米ねっど事務局に提供する

などして米ねっと事務局の取組を支援します。

エ 県

所属のホームページでの情報提供等により、うおぬま・米ねっとのメリット等の普及啓発を図ります。

(2) 医療機関等での利用・活用の促進に向けた取組

ア 米ねっと事務局

(ア) 医療機関等からシステム操作等に関する意見を十分聴き取り、意思疎通を図りながらシステムを改善していきます。

(イ) うおぬま・米ねっとの操作に習熟した従事者等を育成するため、システム操作に関する研修会等の機会を増やします。また、医療機関等からの操作に関する照会等に応えるため、サポートデスクの充実に努めます。

(ウ) システム導入の際にかかる初期費用及び運用に係る負担金が高額であるという意見もあることから、医療機関の負担感の軽減と同時にうおぬま・米ねっとが将来においても持続可能なシステムとして運用できる費用負担のあり方の検討を進めます。そのうえで、未参加医療機関等にうおぬま・米ねっとへの参加を呼びかけます。

(エ) うおぬま・米ねっとを現在の地域医療連携ネットワークから地域医療介護連携ネットワーク（地域包括ケアシステムを情報面で支える基盤）に発展させ、医療機関のみならず在宅医療や介護分野への活用を目指し、圏域内の医療・介護及び行政の関係者からの意見聴取や協議の場を設定し、検討を進めます。

イ うおぬま・米ねっとに参加している医療機関等及びその従事者

うおぬま・米ねっとへの医療・健康データの蓄積を進めるとともに、医師だけでなく医療クランク等の端末操作に従事する者を米ねっと事務局が開催する研修会等に派遣し、うおぬま・米ねっとのメリットに関する知識やシステム操作に対する習熟度を高めます。

ウ 市町・県

米ねっと事務局と連携し、圏域で行う糖尿病やCKD等の生活習慣病対策等に関する保健・医療施策の企画立案や効果測定におけるうおぬま・米ねっとを活用した情報収集方策の検討を進めます。

重点課題2：糖尿病

データ

(単位：千人)

項目(新潟県)	平成20年	平成23年	平成26年	出典
推計患者数(患者所在地)				患者調査 (厚生労働省)
悪性新生物	6.2	6.0	5.7	
脳血管疾患	8.3	5.0	4.6	
虚血性心疾患	1.0	1.1	0.9	
糖尿病	3.7	3.6	4.3	
精神疾患	10.8	9.2	8.1	

(単位：人)

項目	魚沼圏域	新潟県	年度	出典
糖尿病受療率 (人口10万対)	総数 150 入院 18 外来 132	総数 148 入院 14 外来 133	H25	新潟県保健医療需要調査 (福祉保健課)
標準化死亡比	男 77.6 女 76.9	男 88.7 女 99.3	H23～27	福祉保健課調べ

(単位：人)

項目	区分	平成26年	平成27年	平成28年	出典
糖尿病性腎症により新規に 透析が導入された人数 (医療機関所在地別)	新潟県	283	314	335	新潟県人工腎臓透析の 実施状況調査 (医務薬事課)
	魚沼圏域	13	19	19	

(単位：人)

項目	平成28年	出典
病院におけるヘモグロビンA1c検査者数※1	12,094	南魚沼地域振興局健康福祉環境 部調査
うちヘモグロビンA1c8%以上の人数	1,237	
うち40～64歳的人数	377	

※1 魚沼圏域内14病院において、平成28年7月1日から9月30日までの3か月間に受診(外来・入院)し、ヘモグロビンA1cを検査した患者数

(単位：人)

項目	平成 27 年度	出典
国保特定健診及び住民健診受診者数※2	15,509(100%)	南魚沼地域振興局 健康福祉環境部調 査
うちヘモグロビン A1c8%以上の人数(受診者に占める割合)	126(0.8%)	
職域健診の受診者数※2	27,767(100%)	
うちヘモグロビン A1c8%以上の人数(受診者に占める割合)	233(0.8%)	

※2 魚沼圏域内で、平成 27 年 4 月 1 日から平成 28 年 3 月 31 日までの期間に健診でヘモグロビン A1c を検査した人数
(75 歳未満)

(単位：人)

項目	魚沼圏域	年度	出典
診療所からの糖尿病患者紹介・ 逆紹介数	病院数 9	H27	南魚沼地域振興局健康福祉 環境部調査
	実人数 432		

現状分析

- (1) 新潟県では、糖尿病の推計患者数が増加しています。
- (2) 魚沼圏域の糖尿病受療率（人口 10 万対）は 150 となっており、県平均 148 を上回っています。
- (3) 新潟県及び魚沼圏域では、糖尿病性腎症による新規透析患者数が増加しています。
- (4) 魚沼圏域の国保特定健診及び職域健診でヘモグロビン A1c を検査した人のうち、ヘモグロビン A1c 8%（国際標準値）以上の人が 0.8%います。

施策の展開

【課題】

新潟県及び魚沼圏域では、糖尿病の患者が増加し、それに伴って合併症を有する患者数も増加傾向にあります。腎症や網膜症などの心血管系合併症は、患者の QOL 低下や要介護状態の原因になります。

患者が合併症を起こさず普通に生活を送れるように、早期発見・早期治療はもとより、ヘモグロビン A1c 値を良好に保つためには、生活習慣を改善することが何よりも重要です。

これまでの取組から、魚沼圏域では成果も見えてきましたが、糖尿病患者の合併症を発症させず、重症化を防ぐためには、患者の早期掘り起こしの徹底など一層の対策の充実が必要です。

【目標】

魚沼地域医療連携ネットワーク等の患者データを活用して、患者も医療関係者も同じ目標で地域の健康を守るため、ヘモグロビン A1c 8%（国際標準値）以上の患者数を減少させ、重症化予防を推進します。

<数値目標>

- (1) 受療中患者（病院に通院または、入院中の 40～64 歳）のうち、ヘモグロビン A1c

8%以上の患者の割合を令和2（2020）年度までに半減させ、令和5（2023）年度までにさらに減少させます。

（現状数値：平成28（2016）年） 11.7%

（中間目標：令和2（2020）年） 半減

(2) 国保特定健診及び職域健診受診者（75歳未満）のうちヘモグロビンA1c8%以上の人の割合を令和2（2020）年度までに0.7%（0.1ポイント減）に減少させ、令和5（2023）年度までにさらに減少させます。

（現状数値：平成28（2016）年） 0.8%

（中間目標：令和2（2020）年） 0.7%

【施策】

生活習慣病の代表的疾患である糖尿病の疾病管理モデルを確立させるため、魚沼圏域全体の関係機関が協働し、働き盛り世代（40～64歳）をターゲットに、プロジェクト8（※）を以下の4点を柱として総合的に推進します。

(1) 医療者プロジェクト8（ヘモグロビンA1c8%以上の患者を放っておかない）

医師・歯科医師・看護師・薬剤師・管理栄養士などの医療関係者が、糖尿病及び合併症の地域実態について認識を共有し、糖尿病患者の重症化及び透析や壊疽等の合併症の発症を防ぐため治療及び指導を行います。

(2) 連携プロジェクト8（ヘモグロビンA1c8%以上が続いたら病院で精密検査）

ア 機能分担

(ア) 病院は、インスリン導入や合併症の評価及びコントロール不良者への集中介入などを実施します。

(イ) 診療所は、安定期の通院治療及び生活指導を実施します。

イ 病診連携の推進

何でも相談できるかかりつけ医と精密検査及び入院を担当する病院医師は、緊密な連携を図り患者を支援します。

ウ 医療機関と市町及び県との連携推進

医療機関と市町及び県は、糖尿病患者の重症化を防ぐため、連携して受療中断及び放置の人への支援を行います。

(3) 患者プロジェクト8（ヘモグロビンA1c8%以上の自分や家族を放っておかない）

患者や家族が、定期健診を受け家族ぐるみで健康管理や生活習慣の改善に取り組めるよう、健診後の指導会や教室、地域医療魚沼学校等において普及啓発を行います。

また、市町及び県は、広報、各種イベント等の機会を通して、糖尿病予防や重症化防止のための情報発信や啓発を継続して行います。

(4) 健診プロジェクト8（地域・職域保健の取組）

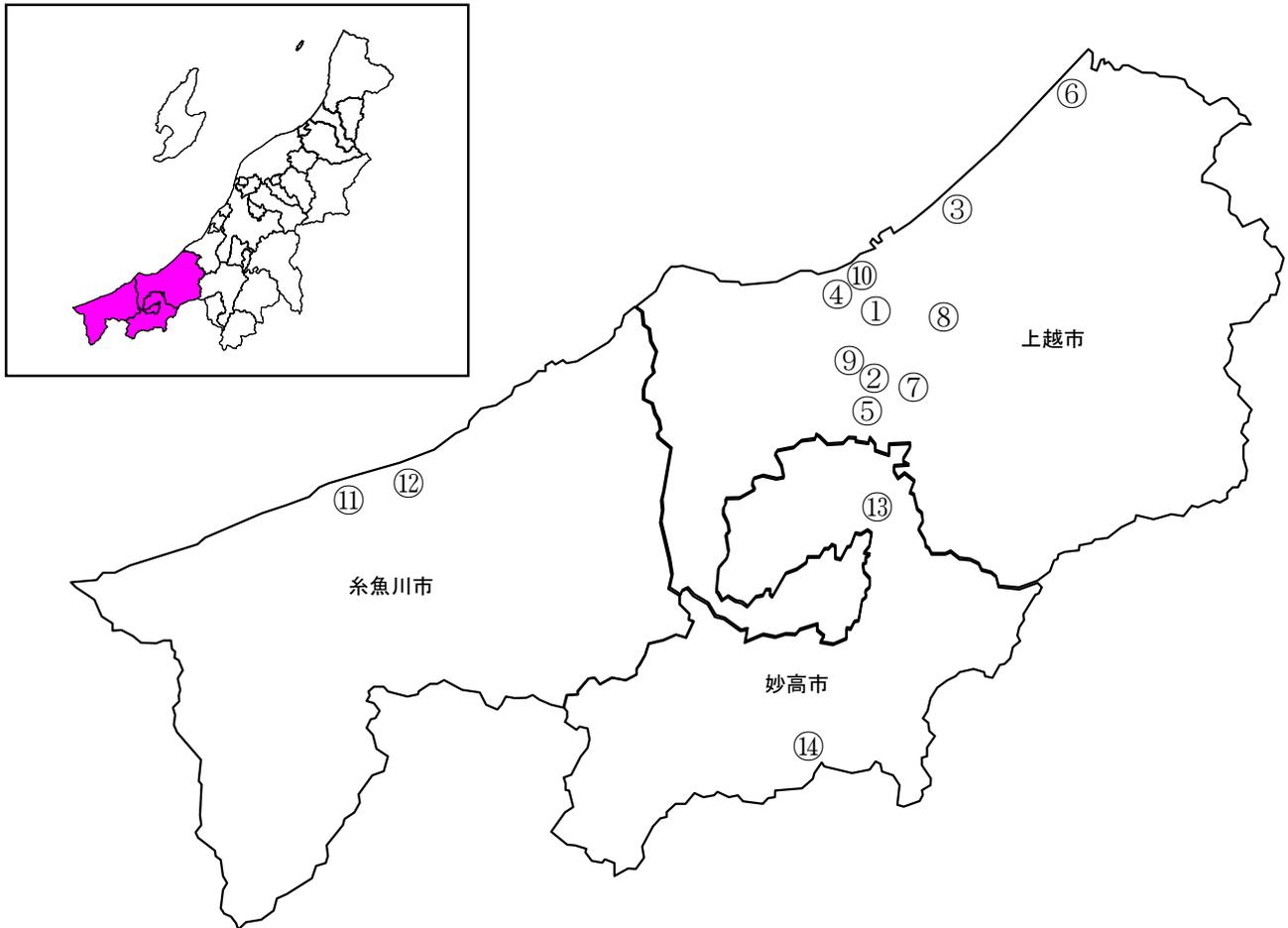
市町及び事業所は、健康診断の受診率を高め、糖尿病の早期発見に努めるとともに生活習慣の改善に向けた支援を行います。

市町は、住民健診及び特定健診で要精密検査や医療が必要とされた人を、確実に医療につなげます。

また、職域の健康診断で要精密検査や医療が必要とされた人を、健診機関や事業所が連携して支援します。

※ 糖尿病患者のヘモグロビンA1cを合併症リスクの分岐点となる8%未満にする取組

6 上越圏域



令和4（2022）年3月現在

市区町村	No.	施設名	機能別区分	市区町村	No.	施設名	機能別区分
上越市	①	厚生連上越総合病院	●	上越市	⑧	川室記念病院	
	②	高田西城病院			⑨	知命堂病院	●
	③	国立病院機構さいがた医療センター			⑩	労働者健康安全機構新潟労災病院	●□
	④	三交病院			糸魚川市	⑪	よしだ病院
	⑤	上越地域医療センター病院	●	⑫		厚生連糸魚川総合病院	●△▲
	⑥	新潟県立柿崎病院	●	妙高市		⑬	厚生連けいなん総合病院
	⑦	新潟県立中央病院	○●□■▲		⑭	新潟県立妙高病院	●

○救命救急センター ●救急告示病院 □地域医療支援病院 ■がん診療連携拠点病院
△へき地医療拠点病院 ▲災害拠点病院

当圏域は県の南西部に位置し、西部に海岸部、東部に山間地を含んでいます。県立中央病院が圏域内の基幹的な病院として救命救急センターを併設するなど、高度・専門的医療の中心を担っており、新潟労災病院、上越総合病院、糸魚川総合病院などの公的病院等を中心に、救命救急センターまでは、救急車を使用しても40分以上を要する地域があるものの、二次医療圏で対応すべき診療機能については基本的に対応が可能です。

重点課題1：がん対策の推進

データ

(1) 死因別死亡者数及びがん（悪性新生物）の標準化死亡比

指標名	単位		上越圏域		新潟県		全国		年	出典
	総数	割合								
死因別死亡者数			2,995	100.0	22,969	100.0	1,290,444	100.0	H27	人口動態調査 (厚生労働省)
悪性新生物	人数	割合	980	32.7	7,783	33.9	370,346	28.7		
心疾患	人数	割合	572	19.1	4,024	17.5	196,113	15.2		
脳血管疾患	人数	割合	378	12.6	3,126	13.6	111,973	8.7		
悪性新生物の標準化死亡比※	男		103.1		102.8		100.0		H20～ H24	福祉保健課調べ
	女		96.3		96.7		100.0			
胃がんの標準化死亡比※	男		129.1		117.9		100.0			
	女		132.7		119.7		100.0			

【参考】 胃がんの標準化死亡比の推移

	H19～H23 【基準年】	H20～H24	H21～H25	H22～H26
男性	130.9	129.1	122.0	117.3
女性	124.2	132.7	130.3	121.8

資料：「上越保健所算出」

(2) がん検診受診率（市町村国保分）（単位：％）

	H24年度 【基準年】	H26年度	H27年度
胃	23.9	23.4	23.8
肺	39.6	38.3	39.4
大腸	33.2	33.5	36.0
子宮	61.3	61.2	55.0
乳	54.6	50.1	45.8

資料：「国保調整交付金算定資料」より

(3) 健康づくり支援店（禁煙・分煙部門）数

	H24年度 【基準年】	H27年度	H28年度
健康づくり 支援店	103	120	151

資料：「上越保健所及び糸魚川保健所調べ」

(4) 喫煙率（対象：40歳～74歳市町村国保加入者）（単位：％）

	性別	H24年度 【基準年】	H26年度	H27年度
上越圏域	男性	26.7	26.3	26.4
	女性	4.0	3.9	4.5
新潟県	男性	26.6	25.3	25.0
	女性	4.6	4.7	4.7

資料：「特定健康診査等結果集計報告」（新潟県健診保健指導支援協議会）新潟県には市町村他3国保を含む。

現状分析

- (1) がんによる死亡が全国・県と同様に全死因の第1位となっています。
- (2) がん全体の標準化死亡比（平成20（2008）年～24（2012）年の平均）は男性103.1、女性96.3であり、全国（100.0）や県平均（男性102.8、女性96.7）と同程度ですが、胃がんは男性129.1、女性132.7と県平均（男性117.9、女性119.7）に比べて高くなっています。
- (3) 圏域内各市は、働き盛り世代に対してがん検診の受診機会の拡充や利便性を図っています。しかし、職域分野のがん検診は法定義務ではなく、受診状況の把握が困難であるとともに、検診の必要性が十分に周知されていません。
- (4) 健（検）診ガイドラインに基づき、新潟県健康づくり財団は、上越医師会と協議し肺がん検討委員会と乳がん検討委員会を設置し、検診の円滑な実施を図っています。
上越医師会では、その他に胃がん・大腸がん検討委員会と子宮がん検討委員会を開催しています。
- (5) 禁煙・分煙部門での健康づくり支援店は、平成29（2017）年3月末現在で151店舗が指定され、指定店舗数は年々増加しています。
- (6) 県では、がん死亡減少のための「3つの柱」の一つに「たばこ対策」を掲げており、圏域内の禁煙外来は30医療機関に増えています（平成29（2017）年4月健康対策課調べ）。
- (7) がん診療連携拠点病院及びがん診療連携拠点病院に準じる病院は、上越地域に3病院あります。
- (8) 地域連携クリティカルパスについて、県内では平成23（2011）年4月から「5大がん統一のクリティカルパス」が導入され、圏域内のがん診療連携拠点病院でも導入済みです。
- (9) がん診療連携拠点病院及びがん診療連携拠点病院に準じる病院には緩和ケアチームが設置されています。

施策の展開**【課題】****(1) 早期発見**

がんによる死亡が死因の第1位であることから、職域を含めたがん検診の受診率向上による早期発見が必要です。

(2) 胃がん対策

胃がんの標準化死亡比が依然として高いことから、対策型検診としての胃内視鏡検診が早期に実施できるよう検討が必要です。

(3) たばこ対策

がんとの因果関係が確認されているたばこについて、禁煙・分煙対策の推進とともにあらゆる世代の喫煙率の減少を図る必要があります。

【目標】

がん検診の受診率を向上させるとともに、がん予防の知識を普及啓発するため、下記のとおり目標を設定し、施策を展開します。

- (1) 圏域内各市におけるがん検診受診率を、令和3（2021）年度から令和5（2023）年度の間で、胃、肺、大腸、子宮頸、乳それぞれ3ポイント向上を目指します。
- (2) 圏域の喫煙率は男性26.4%、女性4.5%と男性は県平均より高く、女性は県平均並みであり、喫煙率の低下を目指し、働き盛り世代への周知に取り組みます。

【施策】

- (1) がん検診の受診による早期発見の必要性及びがん予防につながる生活習慣について、市民への普及啓発を図ります。
- (2) がん予防と検診受診について、働き盛り世代へ普及啓発を図るとともに、退職後の地域における検診受診をスムーズに行うため、職域関係団体と協働した対策を推進します。
- (3) がん検診の受診率向上を図るため、休日検診・居住市以外での受診等、受診しやすい環境整備を促進します。
- (4) 対策型検診としての胃内視鏡検診の導入について、医師会・行政が協力しながら体制整備を図ります。
- (5) 成人の喫煙率減少のため、喫煙の実態把握や禁煙支援体制を強化し、がん予防について市民啓発及び事業所への情報提供を図ります。
- (6) 望まない受動喫煙の防止のため、施設内での原則禁煙を推進します（健康増進法の一部改正（令和2（2020）年4月1日施行）により義務化。）。
- (7) 学校保健と連携して未成年に対する禁煙教育を促進します。

重点課題2：働き盛り世代（40歳から65歳まで）の脳卒中発症予防

データ

(1) 脳血管疾患標準化死亡比、特定健康診査受診率、特定保健指導実施率及び要介護認定割合

指標名	単位	上越圏域	新潟県	全国	年	出典
脳血管疾患標準化死亡比※	男	114.4	120.2	100.0	H20～ H24	福祉保健課調べ
	女	112.6	118.3	100.0		
特定健康診査受診率（市町村国保）		51.3	42.8	36.3	H27年度	国保福祉指導課調べ ※全国値は厚生労働省調べ
特定保健指導実施率（市町村国保）		54.6	35.4	23.6		
特定健康診査受診者のうちの有所見者割合（市町村国保）	血圧	52.4	46.2		H27年度	特定健康診査等結果集計報告（40～74歳） （新潟県健診保健指導支援協議会）
	脂質代謝異常	61.9	65.7			
	糖代謝異常	44.7	64.3			
第1号被保険者（65歳以上）の要介護認定割合		20.1	18.5	17.9	H27年度	介護保険事業報告（厚生労働省） （注）上越圏域の数値は上越保健所で算出

(2) 特定健康診査受診率及び特定保健指導実施率（市町村国保）（単位：%）

特定健康診査受診率	H24年度 【基準年】	H25年度	H26年度	H27年度
上越圏域	48.0	48.3	49.2	51.3
県	40.4	41.3	41.9	42.8
全国	33.7	34.3	35.4	36.3

特定保健指導実施率	H24年度 【基準年】	H25年度	H26年度	H27年度
上越圏域	48.4	47.5	51.8	54.6
県	33.4	34.3	34.9	35.4
全国	19.9	23.7	24.4	23.6

(3) 特定健康診査受診者のうちの有所見者割合（市町村国保）（単位：%）

	H22年度 【基準年】		H26年度		H27年度	
	圏域	県	圏域	県	圏域	県
血圧	45.4	46.5	53.1	46.4	52.4	46.2
脂質代謝異常	62.5	66.0	61.0	65.7	61.9	65.7
糖代謝異常	69.6	73.1	46.0	63.3	44.7	64.3

※平成25（2013）年度より糖代謝異常については、検査方法を変更

（「新潟県健（検）診ガイドライン」における「保健指導判定値以上、内服を考慮しない実人員」より算出）

(4) 第2号被保険者要介護認定者数

	H23年度 【基準年】	H26年度	H27年度
新規要介護認定者数	149人	109人	100人
（うち脳卒中が原因）	64人	47人	45人
脳卒中の原因の割合	43.0%	43.1%	45.0%

現状分析

- (1) 脳血管疾患標準化死亡比は、男性 114.4、女性 112.6 であり、男女とも県（男性 120.2、女性 118.3）を下回っていますが、全国（100.0）を上回っています。
- (2) 脳卒中をはじめとする循環器疾患予防を目的とする特定健康診査の受診率（市町村国保）は 51.3% で、全国平均（36.3%）や県平均（42.8%）を上回っています。
また、特定保健指導の実施率（市町村国保）は 54.6% で、全国平均（23.6%）や県平均（35.4%）を上回っています。
- (3) 特定健康診査における有所見者割合（市町村国保）を見ると、血圧では県平均を上回っていますが、脂質代謝異常、糖代謝異常では県平均を下回っています。
- (4) 介護保険認定割合は 20.1% で、全国平均（17.9%）や県平均（18.5%）を上回っています。平成 27（2015）年度に、第 2 号被保険者のうち脳卒中を原因として新規に要介護認定された者の割合は 45.0% となっています。

施策の展開**【課題】****(1) 特定健康診査の受診率及び特定保健指導の実施率の向上**

脳血管疾患標準化死亡比は全国（100.0）より高く（男性 114.4、女性 112.6）、また、第 2 号被保険者の新規要介護認定者のうち、脳卒中を原因とする者の割合には低下がみられないことから、脳卒中の発症を予防するために、特定健康診査の受診率や特定保健指導の実施率を引き続き向上させる必要があります。

(2) 働き盛り世代を中心とした健康管理の徹底

特定健康診査における血圧の有所見者割合は県平均を上回っていることから、働き盛り世代に対し脳卒中の危険因子である血圧、脂質代謝異常及び糖代謝異常の管理を重視した健康診査後の健康管理を徹底するとともに、産業保健及び学校保健と連携した若い世代からの生活習慣病対策を進めていくことが必要です。

【目標】

職域関係機関などと連携しながら、脳卒中の発症を予防するため、下記のとおり目標を設定し、施策を展開します。

- (1) 第 2 号被保険者のうち脳卒中による要介護認定者数は 45 人ですが（平成 27（2015）年度）、脳卒中を原因とする新たな要介護認定者数をさらに減少させます。
- (2) 令和 5（2023）年度までに国の目標に合わせ、特定健康診査受診率 60%、特定保健指導実施率 65% を目指します。

- (3) 職域健診や特定健康診査における血圧、脂質代謝異常及び糖代謝異常の有所見者割合を減少させます。

【施策】

- (1) 事業主及び事業所内の健康管理担当者等が、健康診査後の健康管理の重要性を理解し、継続受診や健康づくりの支援ができるよう働きかけます。
- (2) 健康づくり連絡調整会議及び地域職域連携推進協議会の開催・運営を通して、産業保健センターや健診機関及び圏域内各市等関係団体と協力しながら、事業所に対し健康診査後の健康管理を働きかけます。
- (3) 地域で行われる健康づくりに関するイベントやホームページ、マスメディア等を活用し、働き盛り世代が健康管理に関する情報を入手できる環境を整備します。
- (4) 健診（検診）、適塩、休養、運動、禁煙、適正飲酒等生活習慣病予防に関する普及啓発を図り、脳卒中の危険因子となる高血圧・脂質異常症・糖尿病の一次予防及び重症化予防を目的とした健康づくり活動を継続するとともに、合併症であるCKDの取組も進めていきます。
- (5) 若い世代からの生活習慣病対策を進めることにより、脳卒中発症者を減少させます。

重点課題3：在宅医療の推進

データ

- (1) 在宅療養支援診療所数、在宅療養支援歯科診療所、訪問看護ステーション及び死亡場所別人数

指標名	単位	上越圏域	新潟県	全国	年	出典	
在宅療養支援診療所数	診療所数：a	34	124	14,188	H28.9現在 全国・県H26.10現在	診療所数：施設基準の届出状況（厚生労働省）	
	診療所総数：b	186	1,687	100,461	H26.10現在		
	割合：a/b	18.3	7.4	14.1			
在宅療養支援歯科診療所数	診療所数：a	24	199	6,054	H28.9現在 全国・県H26.10現在	診療所総数：医療施設調査（厚生労働省）	
	診療所総数：b	124	1,170	68,592	H26.10現在		
	割合：a/b	19.4	17.0	8.8			
訪問看護ステーション	24時間加算数：a	15			H29.6現在	上越保健所及び糸魚川保健所調べ	
	施設総数：b	17					
	割合：a/b	88.2					
死亡場所別人数	総数	3,580	28,316	1,273,004	H26年度	人口動態調査（厚生労働省）	
	割合	100.0	100.0	100.0			
	医療施設等	人数	2,557	21,771			983,487
		割合	71.4	76.9			77.2
	介護施設等	人数	517	2,980			99,375
		割合	14.5	10.5			7.8
	自宅	人数	434	3,097			162,599
		割合	12.1	10.9			12.8
	その他	人数	72	468			27,541
		割合	2.0	1.7			2.2

(2) 地域医療連携窓口の状況

	H25 【基準年】	H27	H28
地域医療連携窓口 医療職配置病院数	9	12	13
地域医療連携窓口 退院支援担当配置病院数	7	13	13

資料：「上越保健所及び糸魚川保健所調べ」

(3) 病院退院時調整連携会議の開催数

	H24 【基準年】	H26	H27
病院退院時調整 連携会議開催数	2,134	3,325	3,355

資料：「上越保健所及び糸魚川保健所調べ」

(4) 在宅療養支援診療所数、在宅療養支援歯科診療所

	H26.1 【基準年】	H27.9	H28.9
在宅療養支援診療所	32	33	34
在宅療養支援歯科診療所	18	20	24

資料：「上越保健所及び糸魚川保健所調べ」

(5) 24時間対応の訪問看護ステーション数

	H26.2 【基準年】	H28.9	H29.6
24時間対応の 訪問看護ステーション数	7	10	15

資料：「上越保健所及び糸魚川保健所調べ」

(6) 訪問看護ステーション数、訪問件数

	H25 【基準年】	H26	H27
訪問看護ステーション数	13	13	15
訪問件数	18,082	39,971	51,766

資料：「上越保健所及び糸魚川保健所調べ」

(7) 脳卒中地域連携パス運用件数

	H24 【基準年】	H26	H27
脳卒中地域連携パス運用件数	106	86	74

資料：「上越保健所及び糸魚川保健所調べ」

(8) 死亡場所別の人数

	平成23年度 【基準年】	平成25年度	平成26年度
総数 (a)	3,451	3,542	3,580
医療施設等 (病院・診療所)	2,482	2,479	2,557
介護施設等 (b) (介護老人保健施設・老人ホーム)	381	482	517
自宅	520	493	434
その他	68	88	72
介護施設等における死亡割合 (b)/(a) (%)	11.0	13.6	14.4

資料：「人口動態調査」

(9) 施設別看取り加算等状況（平成29（2017）年6月1日現在）

訪問看護ステーション	ターミナルケア加算算定施設	24時間対応加算算定施設
17 (100.0)	12 (70.6)	15 (88.2)
介護老人保健施設	ターミナルケア加算算定施設	28年度加算算定実績施設
15 (100.0)	9 (60.0)	5 (33.3)
特別養護老人ホーム(注)	看取り介護加算算定施設	28年度加算算定実績施設
26 (100.0)	22 (84.6)	20 (76.9)

(注) 地域密着型特別養護老人ホームを除く。

資料：「上越保健所及び糸魚川保健所調べ」

現状分析

- (1) 病院における地域医療連携体制として、圏域内の14病院全てに地域医療連携担当が配置されており、職種として医療職（医師・看護師）が配置されている病院は13病院と増加しています。退院支援担当が配置されている病院も13病院と増加しており、これら13病院では、在宅療養を可能にするための医療・介護関係者による退院時調整連携会議が平成27（2015）年度は3,355回開催されています。
- (2) 在宅医療・介護の連携推進のため、その拠点として、糸魚川市及び上越市・妙高市に在宅医療・介護連携推進協議会が設置され協議が進められています。また、糸魚川及び上越地域に在宅医療推進センターが設置され活動しています。

- (3) 歯科における地域医療連携としては、上越歯科医師会に在宅歯科医療連携室があり、相談件数は176件へと増加しています（上越保健所及び糸魚川保健所調べ）。
- (4) 在宅療養支援診療所は34か所（全診療所の18.3%）とほとんど変化はないものの、在宅療養支援歯科診療所は24か所（全歯科診療所の19.4%）、24時間対応の訪問看護ステーションは15か所（全訪問看護ステーションの88.2%）へと増加しています。
- また、地域医療支援病院は圏域内に2か所設置されています。
- (5) 平成20（2008）年度に導入された脳卒中地域連携パスの運用件数は増加傾向にありましたが、近年は年間80件前後で推移しています。これは、第2号被保険者における脳卒中を原因とする新規要介護認定者の減少や（平成23（2011）年度・64人から平成27（2015）年度・45人へ）、脳血管疾患標準化死亡比の減少が影響しているものと考えられます。
- (6) 死亡場所は、介護施設等が14.5%へと増加し、自宅が12.1%へと減少していますが、ともに県平均（介護施設等10.5%、自宅10.9%）を上回っています。
- (7) ターミナルケア加算を算定している訪問看護ステーションは12か所、介護老人保健施設は9か所あります。また、看取り介護加算を算定している特別養護老人ホーム（地域密着型を除く。）は22か所と全体の8割以上で看取り体制は整備され、20か所に算定実績があります。

施策の展開

【課題】

(1) 連携体制

在宅医療の推進に向けて、多職種による連携体制や退院支援の仕組みづくりが進んでいます。

今後も高齢化が進む中、医療および介護ニーズを抱える高齢者等が安心して在宅療養が送られるよう、切れ目のない入院から在宅医療への移行のため、医療と介護の連携体制の構築が必要です。また多職種間の連携の充実を図るため、ICT等を活用した情報共有の仕組みが必要です。

(2) 看取り体制

急速に高齢化が進む中、自宅や介護施設等での看取りが求められています。医療機関の協力の下、介護施設等での看取り体制づくりの支援、及び在宅医療や看取りについて地域住民への普及啓発を促進する必要があります。

【目標】

住民が継続して適切な医療と介護を受けられる体制をつくるため、下記のとおり目標を設定し、施策を展開します。

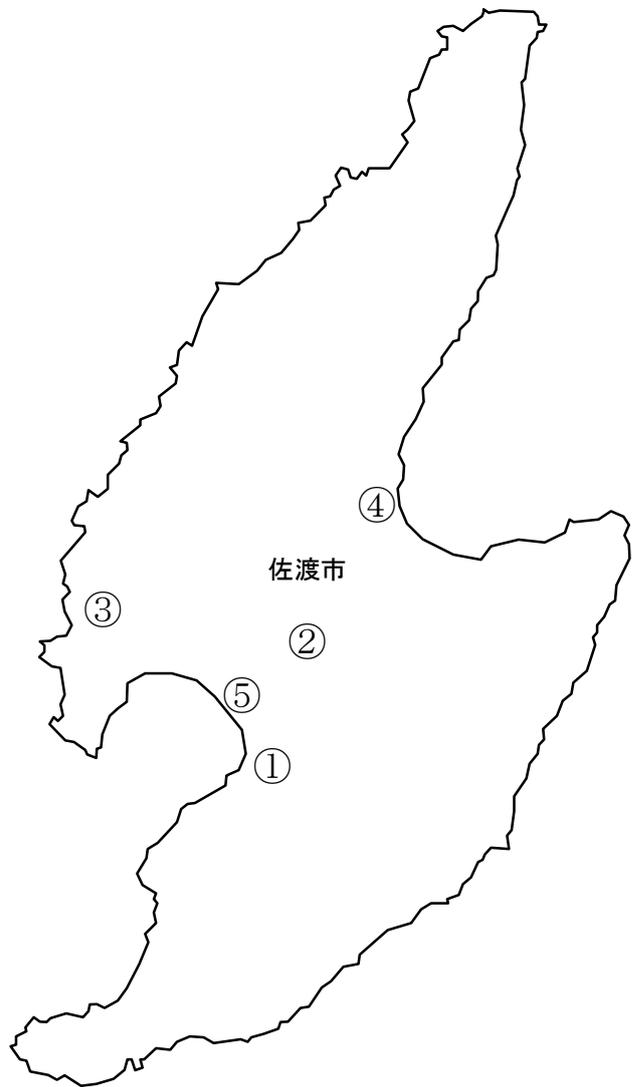
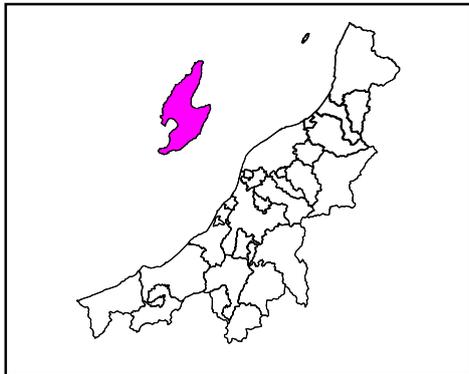
- (1) 診療所・病院及び歯科診療所においても往診や訪問診療などに積極的に取り組んでいますが、在宅医療の基盤整備をさらに進めることを目的に、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援歯科診療所を現状より増加させます。

- (2) 医療職及び退院支援担当者を中心とした病院の地域医療連携を促進します。
- (3) 在宅医療・介護連携推進協議会及び在宅医療推進センターを拠点とした在宅医療支援体制の整備と地域包括ケアシステムの促進を図ります。
- (4) 多職種が参加する退院調整などの連携に関する会議の開催や、ICT等を活用した情報共有の仕組みづくりを促進します。
- (5) 介護施設等での看取りの割合は県平均を上回っていますが、医療機関の協力の下、介護施設等での看取りを令和5（2023）年度までに全死亡の17%に増加させます。

【施策】

- (1) 入院医療から在宅療養への円滑な移行ができる仕組みづくり、医療・介護の多職種連携の推進及び医療・介護関係者のICT等を活用した情報共有の仕組みづくりについて、在宅医療・介護連携推進協議会及び在宅医療推進センターにおける協議を促進します。
- (2) 医療ニーズの高い患者及び緩和ケア、看取りが必要な患者等の支援に当たっては、病院、在宅療養支援診療所を含む診療所、訪問看護ステーション及び介護保険関係事業所等における多職種が連携した包括的な医療・福祉サービスの提供体制づくりを促進します。
- (3) 在宅歯科医療及び口腔機能向上が必要な患者に対しては、上越歯科医師会在宅歯科医療連携室を核とした支援体制の整備を促進します。
- (4) 在宅医療や看取りに関する理解を得るため、関係職種への研修及び市民への普及啓発を推進します。
- (5) 今後、高齢者の増加に伴い認知症高齢者の増加も見込まれているので、認知症患者についてその初期段階から専門医、一般医及び関係機関が連携した医療・保健・福祉サービスの提供体制づくりを促進します。
- (6) 精神科病院と地域の関係機関が連携を図り、住まいの確保をはじめとした精神障害者の暮らし、就労、地域生活を支える人材の育成、精神疾患に係る地域住民への理解促進など上越圏域における地域生活支援体制を整備し、入院中の精神障害者の円滑な地域移行、地域定着を支援します。

7 佐渡圏域



令和4（2022）年3月現在

市区町村	No.	施設名	機能別区分
佐渡市	①	厚生連真野みずほ病院 (令和4(2022)年12月に厚生連佐渡総合病院と統合予定)	
	②	厚生連佐渡総合病院	●△▲
	③	佐渡市立相川病院 (令和4(2022)年4月から有床診療所に移行予定)	●
	④	佐渡市立両津病院	●△
	⑤	佐和田病院 (令和4(2022)年3月末で閉院予定)	

●救急告示病院 △へき地医療拠点病院 ▲災害拠点病院

当該圏域は国道、県道等が整備されていますが、佐渡地域の準三次的な機能をも担う佐渡総合病院まで救急車で40分以上を要する地域があります。また、離島という地理的な制約によって、医療資源が不足しており、圏域内外を含めた医療機関の連携が重要な課題となっています。

重点課題1：精神疾患

データ

指標名	集計単位	全国	新潟県	佐渡	年(度)	出典
保健所及び市町村が実施した精神保健福祉相談等の被指導延人員	延人数	924,406	25,867	322	H26	地域保健・健康増進事業報告
	人口10万人対	737.0	1,123.7	553.1		
保健所及び市町村が実施した精神保健福祉訪問指導の被指導延人員	延人数	357,757	13,041	492	H26	医療施設調査
	人口10万人対	285.2	566.5	845.1		
精神科を標榜する病院数	病院数 精神科病院	1,067	20	1	H26	医療施設調査
	病院数 一般病院	1,681	37	1		
	病院数 合計	2,748	57	2		
	人口10万人当たり 全国平均	2.2	2.5	3.4		
精神科を標榜する診療所数	診療所数 合計	3,160	36	1	H26	医療施設調査
	人口10万人当たり 全国平均	2.5	1.6	1.6		
精神障害者手帳交付数	交付数	863,649	15,213	424	H27	衛生行政報告例
	人口10万人対	689.2	663.5	740.5		
退院患者平均在院日数	全国平均	291.9	362.8	283.1	H26	患者調査
年間医療保護入院患者数	年間医療保護入院 患者数	177,640	3,869	244	H27	衛生行政報告例
	人口10万人対	141.7	168.8	426.2		
精神及び行動の障害受療率	入院	265.5	280.0	325.0	H26	新潟県保健医療需要調査
	外来	257.7	155.0	207.0		
自殺率	人口10万人対	18.5	22.0	31.4	H27	人口動態調査

佐渡地域の年齢階層別自殺者数

	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年
20歳～39歳	3人	3人	1人	5人	1人	3人
	12.0%	13.6%	7.7%	20.8%	7.1%	16.7%
40歳～69歳	8人	9人	7人	12人	9人	12人
	32.0%	40.9%	53.8%	50.0%	64.3%	66.7%
70歳～	14人	10人	5人	7人	4人	3人
	56.0%	45.5%	38.5%	29.2%	28.6%	16.7%
合計	25人	22人	13人	24人	14人	18人

資料：「人口動態統計」（厚生労働省）

現状分析

～精神保健医療対策（こころの健康）～

- (1) 人口10万対の精神障害者手帳交付数は740.5と県全体の交付数(663.5)よりかなり多くなっています。また、自立支援医療費（精神通院医療）の受給者数は平成22（2010）年の800人から平成29（2017）年840人と40人増加しており、精神科医療を必要とする者が多い現状です。
- (2) 圏域内で唯一の精神科病院である真野みずほ病院が令和4年12月に佐渡総合病院に統合することとなり、入院病床数が大きく減少します。
- (3) 自殺率は人口10万対で31.4と平成22（2010）年時の39.9より減少しています。しかし、依然として県平均（22.0）に比べ高く、年代別でみると40～69歳の働き盛り年代の自殺者の割合が高く、70歳以上の割合は減少傾向にあります。
- (4) 圏域内の社会資源は地域偏在しており、利用しづらい地域があります。精神科訪問看護は1か所のみであり、地理的に全地域をカバーできないため、限られた対象者へのサービス提供になっています。そのため、精神科医療機関まで遠方の地域では、通院が困難な精神障害者が多くなっています。
- (5) 精神障害者のグループホームが平成29（2017）年4月に開設されましたが病院と地域生活をつなぐ中間施設が十分とはいえない状況です。
- (6) 事業所におけるメンタルヘルス対策の進捗状況を自己評価するチェックリスト（働く人たちの健康づくりのためのチェックリスト）において、「メンタルヘルスに取り組んでいる」とされる事業所は平成26（2014）年度（施行段階）41%、平成27（2015）年度73%、平成28（2016）年度77%と年々増加しており、メンタルヘルス対策に取り組む事業所が増えていることがうかがえます。

～認知症対策～

- (1) 単身・高齢者世帯の増加により、介護者がいなくて在宅生活が困難な認知症患者が増える懸念があります。
- (2) 認知症初期から適切な対応を行うためにかかりつけ医から専門医へのスムーズなつながりが必要ですが、住民及び家族の理解が不十分であり早期発見から治療につながっていない現状があります。
- (3) 病院、施設、地域間における治療方針及びケア内容等の共有化のため、入退院時の連携ツールの活用を進めています。
- (4) 認知症疾患医療センターに真野みずほ病院が指定されていますが、佐渡総合病院への統合により認知症疾患医療センターは同病院に移管予定となっています。また、かかりつけ医認知症対応力向上研修の修了者数は14人、佐渡医師会全体の31.1%（認知症サポート医含む。）となっています。
- (5) 重度になるに伴いBPSDを示す認知症者是对応が難しくなるが、介護施設の職員の不足等の理由により、サービス提供体制が十分とは言えない状況です。
- (6) 認知症者の地域密着型サービスは、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）5か所、通所介護4か所ありますが、地域偏在がみられます。
- (7) 地域の理解者である認知症サポーターは6,307人（平成29（2017）年3月）末日

現在) となっています。

施策の展開

【課題】

～精神保健医療対策（こころの健康）～

- (1) 「入院中心の治療体制から地域におけるケア体制へ」を推進するために、在宅生活を支える担い手の確保及び資質向上を図るとともに、住民の精神障害者に対する理解を促進することが必要です。
- (2) 精神科病院の統合により、よりいっそう精神障害者の地域移行を進める必要がありますが、人的資源を含め、地域生活を支えるための社会資源が不足しています。
- (3) コミュニティの弱体化や経済的背景から生じるうつや自殺等の健康問題に対応するため、こころの健康づくりが必要です。特に、働き盛り世代へのアプローチについては出前講座の活用等により、メンタルヘルス対策を進めていく必要があります。

～認知症対策～

精神科病院の統合により、これまで以上に認知症患者の早期発見・早期対応や、入院に頼らず地域において安心して生活できるよう、医療・介護・地域が連携した支援体制の構築や人材育成が必要です。

【目標】

～精神保健医療対策（こころの健康）～

- (1) 保健・医療・福祉関係者による協働により、新たな精神科医療提供体制を検討し、誰もが住みやすい地域づくりを目指して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ます。
- (2) 総合的な支援が提供できるよう、カンファレンスや連絡会議等の実施により、医療と地域の連携を強化します。
- (3) 不足している社会資源の充実に向けた検討や研修会の開催により、地域生活支援従事者の資質向上を図ります。
- (4) 民間団体や事業所等と連携したこころの健康づくりの取組により、県平均並みまで自殺率を減少させることを目指します。

<数値目標>

22.0（令和5（2023）年度）

～認知症対策～

- (1) 認知症の早期発見・治療をはじめ専門的かつ適切な医療サービスを受けることができるようにします。
- (2) かかりつけ医認知症対応力向上研修の修了者について、全体の35%を目指します。
- (3) 病院、施設、地域間の情報共有の仕組みを検討するとともに、支援者への研修実施により、認知症者が統一したケア方針のもと生活できる体制を目指します。
- (4) サポーター養成講座の対象者を拡大して実施するとともに、養成されたサポータ

一の活用について検討を進めます。

【施策】

～精神保健医療対策（こころの健康）～

- (1) 保健・医療・福祉関係者による協議の場（佐渡市地域自立支援協議会等）で、社会資源の充実や普及啓発、人材育成、精神障害者の地域移行に向けた取組等について協議します。
- (2) 入院後早期のうちに、医療機関と地域の関係機関の連携を強化し、退院に向けた支援体制を整えるためのカンファレンスを実施します。
- (3) 対象者のニーズに応じたよりよい支援を提供できるよう、支援者に対する専門研修を開催します。
- (4) 住民を対象に、精神障害者の理解を促進するための講演会や各種講座を引き続き開催します。
- (5) こころの健康づくりに関して、民間団体等と具体的な対策について協議を行います。また、佐渡地域自殺対策推進協議会において関係機関と協働し、より実効性のある対策を実施します。
- (6) 事業所等に対するメンタルヘルス講座の開催や、「働く人たちの健康づくりのためのチェックリスト」の活用等により、事業所が主体的にメンタルヘルス対策に取り組めるよう支援します。

～認知症対策～

- (1) 佐渡地域認知症対策推進委員会等において、佐渡市及び認知症疾患医療センターと連携し、認知症初期集中支援チームの効果的な活用や、かかりつけ医との連携推進に向け協議を行います。また、佐渡地域医療連携ネットワークシステム「さどひまわりネット」及び入退院時の連携ツールの更なる活用を促進します。
- (2) 佐渡圏域においてかかりつけ医認知症対応力向上研修を継続的に実施します。
- (3) 地域包括支援センターをはじめ、居宅支援事業所、施設職員、歯科医師等を対象に研修会を実施します。
- (4) 教育委員会、職域関係機関へ理解を得るよう周知を強化し、協力を求め、サポーター養成講座を拡大します。併せて、サポーターの活用について佐渡市と検討を進めます。

重点課題2：在宅医療

データ

指標名	集計単位	全国	新潟県	佐 渡	年	出 典
在宅療養支援診療所数	市区町村		131	1	H28	診療報酬施設基準 (厚生労働省)
在宅療養支援歯科診療所数	市区町村		184	3	H28	診療報酬施設基準 (厚生労働省)
訪問看護事業所数	都道府県	9367	138	1	H26	介護給付費実態調査 (厚生労働省)
訪問薬剤管理指導を実施する薬局数	市区町村		1002	16	H28	診療報酬施設基準 (厚生労働省)
訪問リハビリテーション事業所数	都道府県	3681	46	1	H26	介護給付費実態調査 (厚生労働省)
在宅看取りを実施している診療所数	市区町村		98	2	H26	医療施設調査 (厚生労働省)
在宅患者訪問診療 実施箇所数	病院		44	3	H26	医療施設調査 (厚生労働省)
	診療所		416	8	H26	医療施設調査 (厚生労働省)
	歯科診療所		244	6	H26	医療施設調査 (厚生労働省)
訪問看護（医療保険・ 介護保険による）実 施箇所数	病院		52	2	H26	医療施設調査 (厚生労働省)
	診療所		67	2	H26	医療施設調査 (厚生労働省)
短期入所サービス実施施設数	市区町村		467	16	H27	介護サービス施設・事 業所調査

現状分析

- (1) 圏域に訪問看護ステーション及び訪問リハビリテーションが各1か所のみであり、地理的に全地域をカバーできず、ニーズのある者でも継続的な看護及びリハビリの提供が難しい状況です。
- (2) 圏域の医科診療所数は38か所あるものの、在宅療養支援診療所は1か所となっています。また、在宅療養支援歯科診療所は3か所、訪問薬剤管理指導を実施する薬局は16か所ありますが、在宅療養者への十分なケアに結びついていません。
- (3) 病院及び診療所の地域偏在や、診療所医師の高齢化、訪問看護のマンパワー不足により、日常の療養支援は介護サービスに頼らざるを得ない現状があります。特に医療機器装着者等のレスパイト支援体制の充実強化が必要です。
- (4) 老老世帯等家族看護力の低下から、在宅での療養が難しい患者も多くなっています。介護保険施設や短期入所等、地域のニーズに応じた施設整備について検討していく必要があります。
- (5) 佐渡圏域は、医療・介護人材不足が厳しい状況下であり、住民の医療・介護に対する現状理解と適切な受療行動、介護予防等についての啓発が必要です。

施策の展開

【課題】

限られた資源の中で、在宅療養患者がニーズに応じた適切な医療を受けることができるよう、医療と介護の連携及び多職種協働による継続的かつ包括的なサービス提供体制

を構築していく必要があります。

【目標】

在宅医療の推進に向け、在宅療養支援診療所・歯科診療所、訪問薬剤指導を行う薬局の増加を目指すとともに、介護部門との情報連携強化を図ります。また、訪問看護や訪問リハビリ等実施事業所の増加により、全ての地域の在宅療養者へのサービス提供ができる体制を構築します。

【施策】

(1) 連携体制の構築

- ア 保健、医療、福祉、介護等関係機関と行政による協議の場を設置し、現状と課題の共有や解決策の検討を行うとともに、在宅療養支援の在り方について検討を進めます。
- イ 医療・介護提供施設の機能を把握するとともに、連携に向けた検証・協議を引き続き行う中で、関係機関の連携強化を図ります。また、情報連携ツールとしての「さどひまわりネット」の活用促進に向け、佐渡地域医療連携推進協議会との連携を図ります。
- ウ 在宅療養者のニーズを把握し、訪問看護ステーション・訪問リハビリテーションの増加について関係機関に提言します。

(2) 人材の育成

医療・介護従事者のスキルアップや多職種連携に向けた「顔の見える関係づくり」に引き続き取り組むとともに、在宅医療の普及啓発と関係機関の意識醸成に向けた研修会を開催します。

(3) 住民啓発

佐渡圏域における医療・介護の現状理解と、かかりつけ医の役割や介護予防の普及を図ります。

【卷末資料】

- ・ 計画策定経過
- ・ 用語説明

計 画 策 定 経 過

〔 会 議 名 〕	〔主な検討内容〕
新潟県保健医療推進協議会 (平成 29 年 6 月・書面開催)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域保健医療計画改定における検討体制に関すること
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">分野別ワーキンググループ (平成 29 年 7 月～11 月)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">地域医療連絡協議会 (平成 29 年 7 月～10 月)</div> </div>	
新潟県保健医療推進協議会専門委員会 (地域医療構想・地域保健医療計画推進部会) (平成 29 年 12 月 19 日)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 5 疾病・5 事業及び在宅医療、医師・看護職員確保に係る素案の検討 ・ 圏域別重点取組方針改定案の検討
新潟県保健医療推進協議会 (平成 29 年 12 月 27 日)	
パブリックコメント・法定意見照会 (平成 30 年 1 月)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 第 7 次新潟県地域保健医療計画の素案について ・ 意見照会
新潟県保健医療推進協議会専門委員会 (地域医療構想・地域保健医療計画推進部会) (平成 30 年 3 月 7 日)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 第 7 次新潟県地域保健医療計画(案)について
新潟県保健医療推進協議会 (平成 30 年 3 月 14 日)	
新潟県医療審議会 (平成 30 年 3 月 28 日)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 第 7 次新潟県地域保健医療計画(案)の諮問

計 画 改 定 経 過

〔 会 議 名 〕	〔主な検討内容〕
<p>新潟県地域医療構想調整会議 (令和2年11月、令和3年3月)</p> <p>分野別ワーキンググループ・地域医療連絡協議会等 (随時)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・新潟県地域医療構想の実現に向けた今後の方向性の検討 ・項目ごとの見直しの検討
<p>新潟県医療審議会 (令和3年4月)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・「持続可能で質の高い医療を提供し続けるための新潟県地域医療構想の実現に向けた今後の方向性」の諮問
<p>新潟県保健医療推進協議会 新潟県保健医療推進協議会専門委員会 (地域医療構想・地域保健医療計画推進部会) (令和4年3月・書面開催)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・第7次新潟県地域保健医療計画の一部改定（素案）について
<p>パブリックコメント・法定意見照会 (令和4年3月)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・意見照会
<p>新潟県医療審議会 (令和4年3月)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・第7次新潟県地域保健医療計画の一部改正（案）の諮問

用語説明

	用語	ページ	説明
あ	アルコール依存症	49, 50, 52, 53, 56, 57	大切にしている家族、仕事、趣味などよりも飲酒をはるかに優先させる状態で、飲酒に対する強い欲求をコントロールできない症状の精神疾患
い	一類感染症	116	既知の感染症で、感染力や罹患した場合の症状などから判断した危険性が極めて高い感染症（エボラ出血熱、痘そう、ペスト等7疾患）
い	医薬分業	131	病気になり医師の診断を受けた際に、病院・診療所で薬をもらう代わりに処方せんをもらい、その処方せんに基づいて街の保険薬局で薬を調剤してもらう制度
い	医薬分業率	131	全患者のうち投薬が必要とされた患者への処方件数に対する院外処方せん枚数の割合
い	医療的ケア児	127	たんの吸引や経管栄養などの医療的ケアが必要な障害のある児童
い	インターフェロン治療	122	インターフェロンという薬剤を注射し、体内の肝炎ウイルスを排除または低下させる治療法
い	インターフェロンフリー治療	123	DAA（直接作用型抗ウイルス剤）を内服し、体内の肝炎ウイルスを排除させる治療法
い	院内コーディネーター	119	県の委嘱により、新潟県臓器移植コーディネーターと連携を図り、病院内の医療従事者等に対する臓器移植の普及啓発の推進や臓器提供の意思が迅速に関係機関に伝達される体制の整備を行う者
う	うつ病	48, 49, 52, 53, 56, 57	「憂うつ」「気分が落ち込む」「好きなこともやりたくない」などの抑うつ気分が強い症状の精神疾患
え	HIV感染	115, 116	Human Immunodeficiency Virus（ヒト免疫不全ウイルス）という人体の免疫機能を失わせる作用を持ち、エイズ（後天性免疫不全症候群）の原因となるウイルスに感染すること
え	AED	37, 39, 40, 65, 67, 69, 70	自動体外式除細動器 Automated External Defibrillator の略 心臓が停止した患者に簡易な操作により自動的に電気ショックを与えて救命する装置
え	栄養ケア・ステーション	102	栄養ケアを地域住民の日常生活の場で実施提供する仕組みとそのための拠点
え	エコノミークラス症候群	72	長時間、座席に同じ姿勢で座ったままであることで、膝の裏あたりの静脈の血が流れにくくなり、血の固まりができてしまう病気
え	MC I	58	軽度認知障害（Mild Cognitive Impairment） ・本人や家族等から認知機能低下の訴えはある ・認知機能は正常ではないが認知症の診断基準は満たさない ・基本的な日常生活動作は正常
お	おくすり手帳	132	処方された薬の名前や飲む量、回数などの記録（薬歴）を残すために患者が持つ手帳

	用語	ページ	説明
お	オンコール	90, 95	呼び出しがあれば、いつでも対応できるように待機していること
か	介護支援専門員	36, 59, 112, 143	要介護者等からの相談に応じ、その心身の状況に応じて介護サービス計画を作成するとともに、市町村や事業所と連絡調整等を行う者
か	介護予防	34, 105, 126, 139, 200, 201	要介護状態になることをできる限り防ぐ（遅らせる）こと。また、要介護状態になってもその悪化をできる限り防ぐこと、さらには軽減を目指すこと
か	かかりつけ医	20, 26, 29, 35, 40, 43, 44, 46, 47, 52, 58, 59, 61, 67, 69, 70, 89, 91-94, 120, 122, 124, 129, 130, 149, 158, 182, 197, -199, 201	病気の治療や健康相談などに応じてくれる身近な診療所等の医師
か	かかりつけ歯科医	26, 29, 35, 40, 43, 44, 46, 58, 61, 89, 92, 112, 129	生涯を通じて口腔の健康を維持するために、継続的に適切な治療や管理を提供し、いつでも相談に応じてくれる身近な歯科医師

	用語	ページ	説明
か	かかりつけ薬剤師・薬局	26, 40, 41, 46, 61, 131, 132	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」「24時間対応、在宅対応」「かかりつけ医を始めとした医療機関等との連携」の機能を持った薬剤師・薬局
か	核酸アナログ製剤治療	122-123	核酸アナログ製剤を内服し、肝炎ウイルスの増殖を抑える治療法
か	看護職員の離職届出	137	離職時に住所、氏名等をナースセンターへ届け出る制度で、努力義務とされている。届け出た看護職の方にナースセンターが状況に合わせた支援を行うことで、看護職として切れ目のないキャリアを積むことができるよう支援することを目的としている
か	緩和ケア	16, 24-30, 98, 99, 101, 186, 194	終末期医療に限らず、診断初期から重視すべきとされ、全人的な観点に立って痛みの緩和などを中心に行われるケア
が	外傷後ストレス障害 (PTSD)	50, 53, 74, 142	生死にかかわるような実際の危険に遭ったり、死傷の現場を目撃したりする等の体験によって強い恐怖を感じ、それが記憶に残ってこころの傷（トラウマ）となり、何度も思い出されて当時と同じような恐怖を感じ続ける症状の精神疾患
が	がん患者サロン	24	がんの患者同士が交流できる場所
が	がん診療連携拠点病院	24, 26-30, 147, 154, 171, 176, 184, 186	がん診療の中核となる施設として厚生労働大臣の指定を受けた病院 都道府県に1か所程度の「都道府県がん診療拠点病院」及び二次医療圏ごとに1か所程度の「地域がん診療連携拠点病院」の総称
が	がん診療連携拠点病院に準じる病院	24, 27, 29, 30, 186	がん診療の中核的な役割を担い、新潟県地域保健医療計画上の「専門的ながん診療」の要件をすべて満たす病院
が	がん登録	27, 30	がん患者を医療機関からの情報や死亡情報により罹患状況等を把握するシステム
き	基幹災害拠点病院	71, 73, 76	災害時に多発する重篤救急患者の救命医療を行うための拠点施設として知事が指定した災害拠点病院のうち、災害時医療についての研修機能を併せ持つ施設
き	QOL	96, 113, 118, 181	人々の生活を物質的な面から量的にとらえるのではなく、精神的な豊かさや満足度も含めて質的にとらえる考え方。医療や福祉の分野で重要視されている

	用語	ページ	説明
き	救命救急センター	4, 36, 41, 51, 65, 66, 68-70, 82, 83, 94, 95, 147, 152, 154, 155, 157, 165, 169, 171, 176, 184	第三次救急医療体制として、重篤な救急患者に24時間体制で対応する施設（平成29（2017）年4月1日現在 全国286施設（県内6施設））
き	居宅介護支援事業所	62, 63, 101, 103	居宅の要介護者が居宅サービス等を適切に利用できるよう、利用するサービスの種類、内容等を定めた計画（ケアプラン）を作成するとともに、その計画に基づくサービスの提供が確保されるよう、サービス事業者との連絡調整を行うなどの支援を行う事業所
ぎ	ギャンブル等依存症	50, 52, 53, 56, 57	ギャンブルによって、社会的、経済的、家庭的な問題が生じているにも関わらず、ギャンブルに対する強い欲求をコントロールできない症状の精神疾患
け	健康サポート薬局	132	かかりつけ薬剤師・薬局としての基本的な機能に加え、厚生労働大臣が定める基準で示された、地域住民による主体的な健康の維持・増進を支援する機能を有する薬局
け	健康寿命	18, 104-106	健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間
こ	広域災害・救急医療情報システム（EMIS）	33, 65, 66, 73	医療関係者と消防機関等との間で必要な情報の共有を図り、救急患者の医療確保及び大規模災害時の救援救助活動の支援を行うシステム 県民が、自分の症状やニーズに合った医療機関等を容易に選択できる機能も併せ持つ（サイト名：にいがた医療情報ネット）
こ	高次脳機能障害	36, 127	脳損傷に起因する記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害などの認知障害によって日常生活又は社会生活上困難を有している状態
こ	高度救命救急センター	68, 69, 83, 94, 155, 157	救命救急センターのうち、特に広範囲熱傷、指肢切断、急性中毒等の特殊疾病患者に対応する施設（平成29（2017）年4月1日現在 全国38施設（県内1施設））
こ	後発医薬品	18-21	先発医薬品（新薬）と同一の有効成分を同一量含み、同一経路から投与する製剤で、効能・効果、用法・用量が原則的に同一であり、先発医薬品と同等の臨床効果・作用が得られる医薬品（ジェネリック医薬品）

	用語	ページ	説明
こ	根拠に基づく医療 (EBM)	132	経験則に頼る医療から脱却し、臨床研究などの科学的データをもとに、患者にとって最も有益で害の少ない治療法を選択する医療
こ	コントロール不良例	44	血液検査項目の1つである空腹時血糖値が 130mg/dL 以上、食後 2 時間血糖値が 180mg/dL 以上、HbA1c が 7.0% 以上である状態。網膜症などの細小血管症、心筋梗塞、脳梗塞その他の合併症の危険性がある
さ	災害医療コーディネーター	71, 73, 76	被災地を所管する保健所長が務め、被災地での医療救護の窓口として、被災状況等の情報収集・提供や医療全般にわたる要請に対応するとともに、関係機関との連携による災害時医療の企画・調整を行う
さ	災害医療コーディネーターチーム	71, 73	医師会、歯科医師会などの医療関係団体、災害拠点病院、市町村、保健所等の担当者で構成され、関係機関相互の情報共有化を図るなど、コーディネーターを支援する
さ	災害拠点病院	71-76, 147, 154, 165, 171, 176, 184, 195	災害時に多発する重篤救急患者の救命医療を行うための拠点施設として知事が指定した病院 原則として二次保健医療圏ごとに指定する「地域災害拠点病院」及びその機能をさらに強化し災害時医療についての研修機能を併せ持つ「基幹災害拠点病院」の総称
さ	災害時小児周産期リエゾン	76, 86, 91	搬送が必要な小児・妊産婦の情報を収集し、被災地内の適切な医療機関への搬送をコーディネートするとともに、近隣県等と連携し、被災地外への搬送方法、受け入れ体制の情報収集を行う調整役
さ	災害派遣医療チーム (DMAT)	71-73, 75	災害の急性期に可及的早期に救出・救助部と合同し、活動できるトレーニングを受け、機動性を持った医療チーム
さ	災害派遣精神医療チーム (DPAT)	51, 54, 71, 73, 75	災害の急性期に可及的早期に活動できるトレーニングを受け、機動性を持った精神医療チーム
さ	サルコペニア	104, 105	加齢に伴う筋力の減少、又は老化に伴う筋肉量の減少のこと
ざ	在宅歯科医療連携室	100-103, 113, 193, 194	要介護者等に必要な歯科医療等が提供されるよう、関係機関との連絡及び調整を行う機関
ざ	在宅療養後方支援病院	101-103, 161	在宅医療を提供する医療機関と連携し、在宅において療養を行っている患者を緊急時に受け入れる病院

	用語	ページ	説明
ざ	在宅療養支援歯科診療所	97, 100, 102, 103, 161, 162, 190, 191, 193, 200	在宅又は社会福祉施設等における療養を歯科医療面から支援する歯科診療所
ざ	在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院	28, 96, -100, 102, 103, 161 -163, 190, 191, 193, 194, 200, 201	24時間体制で往診や訪問看護を提供できる診療所又は病院
し	CKD	19, 37, 45, 105, 119, 120, 179, 190	慢性腎臓病 Chronic kidney disease の略 蛋白尿などの腎障害の存在を示す所見もしくは腎機能低下が3か月以上続く状態
し	社会医療法人	79	公益性の高い救急、へき地、周産期、小児救急、災害のいずれかの医療について、一定の要件のもとで行う医療法人。法人税等の非課税措置がある
し	修正型電気けいれん療法 (mECT)	49, 53	電気けいれん療法は頭部に通電することで人為的にてんかんと同様の電気活動を誘発する治療法で、修正型電気けいれん療法は全身麻酔と筋肉のけいれんを起こさなくする薬を使用して電気けいれん療法を行う治療法
し	終末期ケア	101, 129, 164	身体的苦痛や精神的苦痛を軽減することにより、QOL(生活の質)を向上することに主眼が置かれ、緩和ケアに加え、精神的側面を重視した総合的な措置
し	障害者更生相談所	127, 128	身体障害者、知的障害者を対象として、医師、心理判定員、ケースワーカーなどの専門職員が、医学的・心理学的・職能的判定を行うとともに、相談・指導を行う相談機関

	用語	ページ	説明
し	障害児等療育支援事業	127	在宅の障害児等の地域における生活を支えるため、県が身近な地域で訪問・外来による専門的な療育相談や療育指導を行うとともに、障害児の通う療育機関等を定期的に若しくは随時訪問等により療育機関等の職員に対し、障害児等の療育に関する技術指導を行う事業
し	小規模多機能型居宅介護事業所	98	「通所」・「宿泊」・「訪問」を組み合わせて介護サービスを提供することにより、居宅における生活の継続を支援する事業所
し	小児救急医療拠点施設	92	重篤な小児救急患者に対応する第二次救急医療施設として、小児科医が常駐する施設
し	傷病者の搬送及び受入れの実施に関する基準	33, 36, 39, 41, 65, 67, 70, 85, 93, 95, 158, 159	傷病者の状況に応じた適切な医療の提供が行われるよう、医療機関のリスト等傷病者の搬送及び医療機関の受入れの迅速かつ適切な実施を図るための基準
し	食育	27, 33, 39, 104	様々な経験を通じて「食」に関する知識及び「食」を選択する力を習得し、健全な食生活を実践することができる人間を育てること
じ	児童・思春期精神疾患	49, 52, 53, 56, 57	20歳未満の精神疾患
じ	若年性認知症	58, 51, 146, 147	18歳以上65歳未満で発症する認知症の総称
じ	若年性認知症支援コーディネーター	51, 59, 61, 149, 150	若年性認知症の人のニーズにあった関係機関やサービス担当者等の調整役
じ	重症心身障害児	88-90, 127	重度の知的障害と重度の肢体不自由が重複した障害児
じ	重度心身障害者医療費助成制度	127	身体障害者手帳1～3級所持者、療育手帳A所持者、精神障害者保健福祉手帳1級所持者を対象に医療費の一部を助成する制度
せ	精神科救急医療システム	51, 53, 55	休日と夜間において、精神疾患の急激な発症や精神症状の悪化等があった場合に、速やかに適切な精神科医療を受けられることを目的とした救急医療体制
せ	製造販売後安全管理基準等	133	医薬品等の製造販売業者及び製造業者に適用される製造販売後安全管理基準及び品質管理基準並びに製造管理及び品質管理基準等いずれも医薬品等の品質、有効性及び安全性の確保のための基準
せ	摂食障害	50-53, 56, 57	体重や体形に対する過度のこだわりがある等の心理的要因に基づき、拒食や過食等の食行動に重い障害のある精神疾患

	用語	ページ	説明
せ	専門医	24, 41, 43, 47, 65, 66, 70, 92, 120, 122, 128, 194, 197	それぞれの診療領域における適切な教育を受けて十分な知識・経験を持ち、患者から信頼される、標準的な医療を提供できる医師
そ	躁うつ病	48, 49, 52, 53, 56, 57	うつ病のような状態と、「明らかな気分の高揚」「眠らなくても平気」「多弁」等のうつ病と対極の躁状態をくりかえす症状の精神疾患（双極性感情障害）
そ	総合周産期母子医療センター	82, 84, 85, 87, 88	相当規模の母体・胎児集中治療管理室を含む産科病棟及び新生児集中治療管理室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、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のできる医療施設
そ	相談支援事業所	62, 71, 101-103	地域の障害者や、その保護者などの福祉に関する相談に応じて、必要な情報提供及び助言、市町村及び事業者・施設等との連絡調整、障害福祉サービスを利用するための支援などを行う相談機関
そ	相談支援従事者研修	127	障害福祉サービス等の総合的かつ適切な利用支援の援助技術を習得し、併せて困難事例に対する支援方法について研鑽を行うなど、相談支援に従事する者の養成並びに資質の向上を目的として行われる研修
ぞ	臓器移植コーディネーター	119	臓器移植コーディネーターとしての資格を有し、臓器提供発生時におけるあっせん業務を行うとともに、県内医療関係機関、医療従事者及び県民に対する臓器移植に関する普及啓発を行う者
だ	第一種感染症指定医療機関	116	一類感染症または二類感染症の患者の入院を担当する医療機関として県知事が指定した医療機関
ち	地域医療支援病院	79-81, 101-103, 129, 130, 147, 154, 165, 171, 184, 193	医療機関の連携及び役割分担を図るため、紹介患者に対する医療提供、病床や医療機器の共同利用の実施、地域の医療従事者の研修等を通じ、かかりつけ医等を支援する機能を備えた施設として知事が承認した病院
ち	地域がん診療病院	24, 26, 29, 30	がん診療の中核となる施設として厚生労働大臣の指定を受けた病院隣接する二次医療圏のがん診療連携拠点病院との連携を前提にグループとして指定することにより、がん診療連携拠点病院の無い二次医療圏に整備するもの

	用語	ページ	説明
ち	地域周産期母子医療センター	82, 84, 85, 87, 88	産科及び小児科（新生児診療を担当するもの）等を備え、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医療施設
ち	地域リハビリテーション	34, 39, 126	障害のある者や高齢者及びその家族が住み慣れたところで、そこに住む人々とともに、一生安全にいきいきとした生活が送れるよう、医療や保健、福祉及び生活に関わるあらゆる人々や機関・組織がリハビリテーションの立場から協力し合って行う活動
ち	地域連携クリティカルパス	24, 26, 28, 30, 33, 100, 186	急性期の病院から回復期の病院を経て早期退院できるような診療計画を作成し、治療を行うすべての医療機関で共有して用いる計画
ち	地域連絡ノート	34, 59, 101	医療・介護従事者等の中で当事者の情報を共有するため、地域で導入されている連絡ツール
て	定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス	98	日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護を一体的に又はそれぞれが密接に連携しながら、定期巡回訪問と随時の対応を行うサービス
て	低出生体重児	82, 88, 110	出生時の体重が2,500g未満の新生児。疾病にかかりやすく心身の障害を残す場合があるなど養育上種々の困難を有することから、養育者にとって不安を与える要素となる
て	てんかん	51-53, 56, 57	様々な原因により脳の一部の神経細胞が突然一時的に異常な電気活動を起こすことにより、突然意識を失って反応がなくなる等のてんかん発作が生じる疾患
と	統合失調症	3, 48, 49, 52, 53, 56, 57, 148	幻覚や妄想の症状にともない、家庭・社会生活を営むことが難しくなる生活の障害と、「感覚・思考・行動が病気のために歪んでいる」ことを自分で振り返って考えることが難しくなる病識の障害の特徴を併せもつ精神疾患
ど	ドクターカー	69	患者監視装置等の医療機器を搭載し、医師、看護師等が同乗して事故現場や搬送途上へ出動する救急車
ど	ドクターバンク	80	医師の求人、求職の斡旋及び情報提供を目的とした無料紹介制度
ど	ドクターヘリ	68, 69, 76, 79, 81, 152, 155	救命医療用の医療機器等を装備し、救急医療の専門医及び看護師等が同乗して救急現場等に向かい、現場等から医療機関に搬送するまでの間に患者に救命医療を行うことのできる専用のヘリコプター
な	ナースセンター	137	県看護協会が県から指定を受けて運営しており、看護職員の就業促進のため、求職者や求人施設に対し、情報提供及び職業斡旋を実施している。また、再就業に必要な研修など未就業看護職員の就業を促進するための事業を実施している

	用語	ページ	説明
な	難病相談支援センター	118	難病相談支援員を配置し、地域で生活する難病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などを行い、患者等の療養上、日常生活上での悩みや不安等の解消を図るための施設
に	新潟県高次脳機能障害相談支援センター	127	平成22(2010)年4月に新潟県精神保健福祉センターに設置した高次脳機能障害者の支援拠点
に	新潟県発達障がい者支援センター「RISE」	127	発達障害者及びその家族その他の関係者に対し専門的な相談や、生活全般にわたる支援の連携を図る機能を持つ発達障害者支援の拠点
に	認知行動療法	49, 50	認知（ものの見方や考え方）に働きかけて気持ちを楽にさせる精神療法（心理療法）の一種
に	認知症サポーター	59, 60, 197	認知症サポーター養成講座を受講した者で、認知症について正しく理解し、偏見を持たず、認知症の人と家族を温かく見守る応援者
に	認知症サポート医	58, 59, 61, 63, 64, 149, 150, 197	認知症サポート医養成研修を修了した医師のことで、かかりつけ医の認知症診断等に関する相談・アドバイザー役となるほか、専門医療機関や地域包括支援センター等との連携の推進役を担う。また、かかりつけ医を対象とした認知症対応力向上研修の企画立案を行う
に	認知症疾患医療センター	58, 59, 61, 149, 150, 197, 199	認知症に関する専門医療相談、鑑別診断、合併症・BPSDへの急性期対応を行う地域連携体制の中核となる機関
に	認知症初期集中支援チーム	59, 61, 150, 199	市町村が実施する地域支援事業（認知症初期集中支援推進事業）において設置が義務づけられている 認知症の人やその家族への初期の支援を包括的集中的に行い、自立生活のサポートを行う
に	認知症地域支援推進員	59, 61	市町村が実施する地域支援事業（認知症地域支援・ケア向上事業）において配置が義務づけられている 医療・介護等の支援ネットワークの構築、認知症対応力向上のための支援、個別相談、支援体制の構築を行う
ね	年齢調整死亡率	3, 23, 31, 32, 37, 38, 166, 167	年齢構成の異なる地域間で死亡状況の比較ができるように年齢構成を調整しそろえた死亡率

	用語	ページ	説明
は	発達障害者	127	発達障害とは、自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠如・多動性障害その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するもの 発達障害者とは、発達障害がある者であって発達障害及び社会的障害により日常生活又は社会生活に制限を受けるもの
ば	バイスタンダー	40, 65, 69	bystander 疾病や交通事故等の救急現場に居合わせた人(発見者、同伴者等)
び	B P S D	59, 197	行動・心理症状 (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia) 本人の性格、環境、人間関係などの要因により出現する症状 不安、焦燥、抑うつ、幻覚、妄想、興奮、暴力、介護抵抗など
び	病病連携・病診連携	68, 100, 129, 130, 138, 182	地域における病院間 (病病) または病院と診療所間 (病診) の連携
び	病薬連携・病診薬連携	28, 100, 101, 129, 132	地域における病院と薬局間 (病薬) または病院、診療所と薬局間 (病診薬) の連携
び	ピアサポート	24, 28	患者と同じような経験を持つ者による支援
び	P I C U	92	小児集中治療室 Pediatric Intensive Care Unit の略 小児の大けがや、緊急を要する脳・内臓などの疾患に対応できる設備と医療スタッフを備えた集中治療室
び	P C I	41	経皮的冠動脈形成術 Percutaneous Coronary Intervention の略 カテーテルを用いて冠動脈の狭くなった部分を治療する方法
ふ	フレイル	32, 37, 104, 105	加齢とともに心身の活力 (運動機能や認知機能、歯・口腔機能等) が低下し、複数の慢性疾患の併存などの影響もあり、生活機能が障害され、心身の脆弱性が出現した状態であるが、一方で適切な介入・支援により、生活機能の維持向上が可能な状態像
ふ	プライマリケア	81, 129	診療所等の住民に身近な医療機関が行う健康相談や診療などの総合的な医療
へ	へき地医療拠点病院	77-81, 130, 147, 154, 176, 184, 195	へき地医療支援機構の指導・調整の下に、巡回診療やへき地診療所等への医師派遣等のへき地における医療活動を継続的に行う施設として知事が指定した病院
む	無医地区、無歯科医地区	77, 78, 80	当該地区の中心的な場所を起点として、おおむね半径4km以内に医療機関がなく、その地区に50人以上が居住している地区であって、かつ容易に医療機関を利用することができない地区

	用語	ページ	説明
め	メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)	18, 32, 33, 37-39, 43, 104, 119	肥満（特に内臓脂肪型肥満）に加えて、糖代謝異常（インスリン抵抗性）、脂質異常症、高血圧など、個々の検査データはそれほど悪くなくても、要注意の項目が複数あることにより、動脈硬化が進みやすくなり、心血管疾患や脳卒中の危険性が高まる状態
め	メディカルコントロール	33, 36, 37, 39, 41, 65, 67, 69, 70, 95, 144, 151, 170	救急現場から救急医療機関に搬送されるまでの間における救急救命士の活動等について、医師が指示又は指導・助言及び検証することにより、病院前救護の質を保障するもの
や	薬事情報センター	132	医薬品等の情報の収集、解析、評価等を行い、薬局、医療機関、県民等への情報の提供、問い合わせに対応する施設
や	薬物依存症	50, 52, 56, 57	薬物の効果が切れてくると、薬物が欲しいという強い欲求がわいてきて、その欲求をコントロールできない症状の精神疾患
り	療育指導等の支援	127	障害のある児童に対して、必要な治療と指導を行うことによって、障害の軽減や基本的な生活能力の向上を図り、将来の社会参加へつなげていく支援
り	リワークプログラム	49	うつ病等で休職している人を対象にした職場復帰を目指したプログラム
り	臨床工学技士	144	医師の指示の下に、生命維持管理装置の操作及び保守点検を行うことを業とする者
れ	レスパイト	88, 95, 200	在宅で介護を行っている家族が、介護による心身の疲れを癒やすために、一時的な休息、休養をとること
ろ	ロコモティブシンドローム	104, 105	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

第7次新潟県地域保健医療計画

策定 平成30年3月
一部改定 令和4年3月

新潟県福祉保健部地域医療政策課

〒950-8570 新潟市中央区新光町4番地1

電話 025-280-5183

FAX 025-284-0277

URL <http://www.pref.niigata.lg.jp/fukushihoken/1356890019056.html>