

1 下越圏域で維持しなければならないと考える医療機能

入院(病床)機能

急性期

新発田病院における三次医療体制の維持は必須で、その回復期の受入先として、坂町病院、民間病院での受け入れ態勢整備が必要。

新発田病院の高度急性期治療後の患者を受け入れる後方支援病院の急性期、療養病床機能が必要だと思ふ

新発田病院を中心とした役割分担

新発田病院を中心とした、医療ネットワークの維持

下越圏域では県立新発田病院を中心とし各病院が機能分担することで、近隣住民は通える範囲での通院・受診が成り立っている。

医療機関のネットワーク

回復期

地域包括や回復期リハビリを提供する回復期医療機関

リハビリテーション施設

救急医療体制の維持

救急医療

救急医療について維持しなければならないと思います

一次救急及び二次救急を担う医療機関がそれぞれの役割を果たすための体制維持

救命救急センターなどの三次救急医療機関

村上市で一次救急の受け入れ先がなくなると、軽症であっても新潟市に搬送しなければならない。

医師等医療者の働き方改革及び医師偏在を考えて、救急医療体制の集約化を図る

慢性期

長期入院加療が必要となる慢性期医療機関

村上地域で介護医療院計画が増えることで、慢性期医療の必要な患者の行き先が近隣に無くなる

慢性期、長期療養機能が無くなると、将来の現役世代の就労環境に影響し、地域全体の医療・福祉サービスの低下、経済の低迷につながる

村上市荒川地域で救急病院がなくなると、当地域の患者のほか、関川村や山形県境集落の患者の搬送時間が長くなる。

坂町病院がなくなると村上地域の救急が困難

坂町病院

冬期間の交通の便を考えると、急性期医療を担う坂町病院の外科・整形外科・産婦人科機能を強化し、現医療機能の維持

今後、超高齢化社会となり医療を必要としている人が一段と増加するなかで、坂町病院が無くなると地域医療に大きく影響することは確実である。

施設と医療との連携

高齢者施設利用者の病状が急変し治療が必要な際に、新発田病院以外でも受け入れ可能な協力病院（急性期病床）は維持する。

胎内地域での高齢者医療（入院対応等）を支えるために、施設入所者や在宅患者の状態が悪化した際に入院対応する病床が必須。

介護や在宅療養が必要な場合には各病院間での移行から介護資源へ繋ぐことができている。

介護施設

介護・療養病床は、現在数はこれ以上増やさなくてもいいが、現在あるベッド数は維持しないと、介護難民が発生する可能性がある

介護施設

在宅診療

在宅療養を必要とする在宅療養支援医療機関

在宅診療を行う診療所を大事にしていく必要がある

基本的な方向性

基本的に全ての医療機能が必要だが、少子高齢化の課題解決に向けて、小児医療・在宅医療の充実が今後必要ではないでしょうか。

人口減によるニーズの減少に対応し、継続可能な社会保障の中でも効率的な医療提供体制の検討

周産期医療、小児医療については現状維持（今以上の縮小としないように）

外来機能の維持と質的向上

医療機関が市町の中心部に集中しているため、今後もこの傾向が続けば通院困難者も増加する

公共交通機関のないところに毎日送迎バスを運行。この機能がなくなれば、患者が孤立し、医療から見捨てられる。公的な補助が必要

粟島浦村民にとっては、村上市に総合病院の機能を持つ病院がないと、通院することが著しく困難になる。

住民や自治体（首長等）の受け入れを考え、外来アクセスの維持や質的向上を図る

高齢者が多いため、住み慣れた地域で住み続けることができるような医療の確保。（内科・外科・整形外科・リハビリ科など）

2 下越圏域で現在、不足していると思う医療機能

5疾病について (がん、脳卒中、心血管疾患、糖尿病、精神疾患)

がん

「がん診療」の20%以上が新潟圏域依存だが、質の担保や向上を図るには相当数の医師が必要であり、新潟圏域との連携で対応すべき

新発田地域で、乳がん・大腸がん検診における精検医が不足しているため、要精検者が速やかに受診できない。

産婦人科が市内に無いため、子宮がん検診は市外に受診しなければならない

「心・大血管、脳卒中医療」は圏域内で対応可能であるので、現状維持の確保に注力すべきである。

村上病院の呼吸器内科、脳外科のスタッフが不足しているようで、先生がたが大変そうで患者紹介を躊躇することがあります。

「糖尿病」その他の生活習慣病は、急性増悪や合併症対応時は中核病院へ、通常の外来受診（在宅医療）はかかりつけ医が担当すべき。

5事業について (救急、災害、へき地、周産期、小児)

救急医療

一次・二次救急の応需機能保持に関する常設ワーキング。

・整形外科（下肢、腰痛等）の二次救急
・内科の二次救急

救急医療を担う坂町病院で外科医は一名体制となっており、緊急手術ができない状。医師確保により、救急医療維持していただきたい。

二次救急病院では、夕方や夜間に当直医師が対応できない時が多い。外科、内科、整形外科などの救急に対応できる医師の確保が必要。

「小児・周産期医療」も40%程度が新潟圏域依存だが、医師数の確保を考えると出生時体重1,500g以上に対応する現行体制確保で十分。

高齢化社会となり、高齢者の急性増悪時に搬送できる二次救急を受け入れる医療機能が必要だと思う

在宅医療

退院支援

肴町病院等が介護保険施設等になると、さらに受け皿となる病床が不足する。（胎内市以北の慢性期病床の激減を懸念）

村上地域で、慢性期の患者を受け入れてくれる病床が少ないため、転院待機患者が多くでている。

日常の療養支援

担当する医師の高齢化や在宅を行う医療機関が少なくなっていることが原因となり独居高齢者等の在宅ケア（訪問診療）が不十分。

特に慢性期患者に対して、医療・介護が一体の包括的サービス提供体制が求められているが、介護施設や訪問看護などの介護サービスが不足。

急変時の対応

在宅患者の急変時の対応が問題。訪問診療の域を超えた患者さん（急性増悪）の治療を行うべき急性期一般病床のベッドが不足

看取り

高齢化社会となり、高齢者の緩和ケアが必要だと思う

介護施設

介護施設

基本的な理解

「全ての医療がどの地域でも同じ均てん化になることは不可能である。」という認識

障がい児の医療支援が不足し、家族の負担が大きくなっている

外来機能の維持と質向上

村上市地区、整形外科（骨折した場合受け入れ先の病院がない場合がある。特に夜間・祝日）朝まで待って受診した。

外来機能の維持と質向上について、かかりつけ医に加えて、高度医療の実践者（中核病院から）による外来医師派遣のシステム化

村上市に泌尿器科がないため（完全予約制）、当日受診する場合は新発田まで行かなければならず、高齢者や一人暮らしの通院が難しい。

医療機関が市町の中心部に集中している傾向は、特に眼科・皮膚科・整形外科等で、より顕著であると思う

緩和ケア

新・村上総合病院には、緩和ケア病床ができる予定だが、緩和ケア病床がないため、新潟市等の医療機関に行かなければならない。

緩和ケア病棟が不足しており、終末期患者のケアが適正に行われていない

医師の不足・確保

医師不足、医師の高齢化によって、身近な地域の診療所や病院で受診することができなくなりつつある。

医師の高齢化、後継者不在等による閉院で診療所が減少し、休日救急診療所医師の負担増や特定健診（集団健診）を行う医師が不足

胎内地域での医師がそもそも不足しているため、現状の医療機能を維持も危ぶまれる。

慢性期病床

圏域全体で回復期機能が不足し、その役割の一部を慢性期病院が担い、その分、慢性期機能が不足となっている

村上地域で介護医療院計画が増えることで、慢性期医療の必要な患者の行き先が近隣に無くなる懸念される

村上地域での現在の介護療養病棟が今後なくなるので、その対応

ICTときネットの活用

在宅医療には連携が重要でICTときネット活用を強く推奨すべきである。

4 下越圏域の病院や診療所への期待

かかりつけ医

診療所で居宅管理療養指導を行っている医療機関が少ないので、実施をおねがいしたい。

連携・分担

診療所からの急変患者は、まず一般病院を利用する。重症の時は新発田病院に送るといふ2段階の仕組みが良い

一次医療（プライマリケア）を担う診療所から、高次医療病院への転院が円滑に進むような仕組みの構築を期待します。

各病院・診療所の機能分担がなされ、患者紹介等の連携がとりやすい関係ができるとよい。

訪問診療・在宅医療

在宅介護をしている人も安心できるよう診療所の先生方の往診を増やしてほしい。

病院や診療所の医師の負担軽減のためにも、地域連携強化と訪問看護、訪問診療の有効活用と看取りを期待する

通院ができなくなったときに、訪問診療してくれる医療機関がなければ、入院するしかない。訪問診療の充実を期待する。

訪問診療を行う病院や診療所が増えること。

病院

スムーズ転院のための連携

「施設入所者や在宅患者で急性増悪した方」などを中心に紹介してもらえれば、経営改善や患者の地元での治療が可能になる。

スムーズな転院のための連携体制

急性期、回復期、慢性期病棟から在宅復帰につながるように急性期病棟入院時から家族への働きかけや次の病院への退院調整の連携

村上圏域の患者は、村上総合病院が回復期（整形外科術後、脳卒中急性期後など）や終末期の患者を積極的に受け取ってくれれば、救急応需が更に容易になる。

回復期機能を持つ病院は急性期病院からの転院を積極的に受け入れてほしい

地域包括ケアシステムが構築されていく中で、急性期と在宅をつなぐ病院。新潟市から坂町病院に転院して地元で治療ができ家族負担が軽減

医療機能分化の進化を期待したい

特長や余力を活用

糖尿病管理をかかりつけ医で受けていただければ、糖尿病増悪時対応や合併症管理に注力できる。

坂町病院には、地域における地域包括ケアの中心としての役割を担う病院として、機能を維持していただきたい。

山北徳洲会病院では、毎週土曜日に糖尿病外来を行っていることで、重篤でないケースは多少診れる。透析も余裕がある

坂町病院に、高齢者の急性期医療等の提供と在宅療養患者や施設入所者の急変時の受け入れ対応を期待

行政

人材確保

人材確保

医師不足に対応するには、救急医療以外は総合医的医療に転化し、医師・住民の専門医志向を払拭しなければ難しい。行政とともに医療機関は啓発すべき

住民への情報発信

地域住民への情報公開をすすめ、病院機能や受診のし方等を住民に理解してもらう取り組みを期待する。

医療情報のネットワーク化

医療情報連携ネットワークにより、医療機関等で距離や時間帯の制約なく患者さんの正確な診療状況を把握できることで、関係者間のコミュニケーションが増え、紹介、逆紹介、転院、救急搬送時の連携等が円滑に進むなど、患者さんへの切れ目ない医療や介護サービスの提供につながる。

タスクシフトの概念や医療情報管理を先取りし、保健師等による情報収集とICTによる一元管理や健康及び疾病・老化予防の啓発を進め、医師不足を補う特区的取組

救急病院でその必要がある患者の対応

5 地域医療構想実現のために充実が必要なこと

現状把握・研究

将来的な下越圏域の全体の医療需要と医療体制のビジョンの研究。
(論理的に導かれた数値等)

住民の意見・要望を十分にとり入れること

その病院、施設にふさわしい入院・入所

病院間の協力連携システム

入退院時連携が必要で介護も含めた医療体制の充実

「高度急性期」病院の患者が「急性期」病院、「慢性期」病院へスムーズに移れるための医療機関同士の連携システム（1対1ではなく）

在宅医療や介護施設の充実を図り、医療・介護・在宅の協力連携体制の整備

病院の強味をいかせば急性期で切れ目の無い治療が可能で慢性期病院への移行もスムーズになる。

病床の機能分化・連携を進めるための施設設備

在宅医療等の体制（急変時の対応、看取りのための連携体制）

連携・協力体制構築
生活習慣病や健康管理～かかりつけ医
慢性疾患の経過観察診療～中核病院医師の外来派遣
高額医療機器～共同利用
健康診断・検診・外来情報などのICTによる一元管理など

人材の総合活用

公立病院、民間病院それぞれが限られた医療資源の中で、双方で医師や看護師を融通しあえるような仕組みの構築を検討する

在宅介護がすすみ、在宅医療の必要性が増加すれば、診療所医師の負担増加が懸念される。診療所も含めた体制整備が必要。

へき地医療の維持確保のためには、へき地への人材の派遣や巡回等が必要

病床数の限度があるため、在宅医療へのシフト、ニーズは増加する。その分野の人材育成、多職種連携はより一層必要になる

地域包括ケアシステムの地域住民の理解と体制作り、多職種の人材育成及び協力体制が必須である

人材確保・育成

人材育成について、新発田病院教育研修センターによる研修医の確保・教育、地域のコミュニティに開かれた教育・研修

医師、看護師、介護士等の人材を確保し、医療体制確保して欲しい。特にできるだけ常勤の医師の配置。

医療従事者の確保が必要

医師、看護師の人材確保

医師・看護師などの人材育成・確保

医師の確保に尽きる。

在宅医療を支える人材育成（多職種協働による研修会の開催）

医療従事者の育成・確保（認知症増加への対応として認知症認定看護師養成）

医師不足によって診療科目が削減等により診療実績が少なくなっているため、医師確保対策、そのための仕組みづくりが重要

医師、看護師、介護士、リハビリ等専門職の確保、その為の住居・交通環境の整備、偏在地域から不足地域への移住を促すPR。

住民への意識啓発

住民への地域医療の現状（人材確保・診療現場・受診・救急医療の状況等）の理解、限られた医療資源を大事にする意識の啓発

住民の理解

在宅を支える訪問看護ステーションや通所リハビリ等のサービスについて、住民の理解が不足していると思われることから、行政の地域住民への啓蒙活動が重要。

医療利用に関し住民啓発を徹底し、平時受診と救急相談体制を周知徹底する。

圏域の住民に対し、医療環境に対する理解と協力をお願いするための周知啓発を引き続き行っていくしかないのではないのでしょうか。

機能別病床数からの回復期病床の充実

老健や特養への入所ができず、病院に長期入院の人が多い