

# 現状分析と主な施策・目標【がん】(案)

アンダーライン：ワーキング等における意見

資料 2

区分	現 状		課 題	主 な 施 策	目 標 2023年
	指 標	県 国			
総括	●年齢調整死亡率(75歳未満) 2016 (2010)	68.3 (79.7)	76.1 (84.3)	●がんの年齢調整死亡率は、全国より低く年々低下。 ●年齢調整罹患率及び年齢調整死亡率をさらに低下 (以下の施策を実施)	●年齢調整死亡率(75歳未満)⇒低下 ●年齢調整罹患率⇒低下
	●年齢調整罹患率 2013	391.3			
予防	●喫煙率(%) 2016 (2010)	男 26.9 (33.4) 女 4.8 (10.5)	30.2 (32.2) 8.2 (8.4)	【課題①】 ●がん予防に関連する生活習慣の普及啓発が必要 ●喫煙が及ぼす影響と禁煙のための知識の普及啓発が必要	●望ましい栄養・食生活に関する知識の普及 ●企業・団体等と連携した、喫煙が与える健康への悪影響に関する意識向上のための普及啓発の実施 ●家庭内での受動喫煙防止や妊産婦や未成年の喫煙防止の促進 ●禁煙希望者に対する禁煙支援
	●禁煙外来治療件数(件) 2015 (2010下)	381.4 (120.3) (人口10万対)	406.7 (154.0) (人口10万対)		
検診	●がん検診受診率(%) 2015 (2011)	胃: 12.9 (18.8) 肺: 33.8 (36.3) 大腸: 26.6 (22.9) 乳: 29.6 (30.5) 子宮: 27.5 (27.0)	胃: 6.3 (9.2) 肺: 13.7(17.0) 大腸: 15.5(18.0) 乳: 14.5(18.3) 子宮: 18.4(23.9)	【課題②】 ●関係機関と連携し、職域や家庭等を含めた幅広い普及啓発が必要	●早期発見のためがん検診等を受けることの重要性について、市町村や企業、関係団体と連携した普及啓発を実施 ●受診者が、がん検診の意義、必要性を適切に理解するための普及啓発の実施 ●がん検診受診料負担の軽減や効果的な受診勧奨等の推進
	●がん検診精検受診率(%) 2014(2011)	胃: 88.6 (87.1) 肺: 89.6 (90.9) 大腸: 75.7(76.5) 乳: 92.2 (91.5) 子宮: 81.1(86.8)	胃: 81.7 (80.5) 肺: 79.7 (77.9) 大腸: 66.7(63.0) 乳: 85.6 (84.4) 子宮: 72.5(68.0)		
治療	●がん診療連携拠点病院数(国指定)(施設) 2016 (2011)	0.6 (0.7) (人口10万対)	0.3 (0.3) (人口10万対)	【課題③】 ●がん医療を担う専門的医療従事者の育成が必要 ●各職種の専門性を活かしたチーム医療の推進が必要 ●患者、家族の多様な相談ニーズに十分に対応できるよう相談支援体制の充実が必要 ●がんと診断された時からの、切れ目のない緩和ケアの実施が必要	●集学的治療の充実、多職種でのチーム医療の推進 ●医療従事者の資質向上の推進 ●患者とその家族がより相談しやすい環境となるよう相談支援体制の充実 ●小児・AYA世代、高齢者などのライフステージに合わせた相談体制等の整備 ●ピア・サポーターの養成及びがん患者との協働の推進 ●拠点病院を中心とした緩和ケアチームや緩和ケア外来の診療機能向上や在宅緩和ケアの推進
	●拠点病院におけるがん医療関連チーム数(チーム) 2016(2011)	57 (46)			
	●認定看護師(がん分野)(人) 2017(2012)	90 (34)	5,105 (3,531)		
	●拠点病院の相談支援センター・県総合相談支援センターにおける相談件数(件) 2016 (2011)	4,670 (3,513)			
	●緩和ケア外来利用患者数(人) 2015(2012)	2,986 (2,159)			
療養支援	●在宅医療を行う開業医グループ参加医師数(人) 2016(2012)	203 (188)		【課題④】 拠点病院や地域の医療機関、訪問看護ステーション、薬局等の関係機関の連携が必要	●住み慣れた地域で質の高いがん医療が受けられるよう、拠点病院と地域の医療機関等の連携の推進 ●開業医のグループ化や訪問看護の普及、機能強化を図るとともに、多職種連携によるチーム医療を推進 ●在宅緩和ケア地域連携クリティカルパスの運用を促進 ●住み慣れた家庭等で療養できるよう、診療所、訪問看護ステーション、薬局等が連携し緩和ケアを含めた在宅支援体制を構築
	●訪問看護ステーション数(施設) 2016(2012)	5.7 (3.6) (人口10万対)	7.1 (4.9) (人口10万対)		
	●地域連携パスの運用件数(件) 2016(2011)	200 (229)			

# 現状分析と主な施策・目標【脳卒中】(案)

アンダーライン：ワーキング等における意見

区分	現 状			課 題	主 な 施 策	目 標 2023年
	指 標	県	国			
総括	●年齢調整死亡率 2015(2010)	男 43.6 (54.9) 女 22.5 (27.7)	37.8 (49.5) 21.0 (26.9)	●年齢調整死亡率は年々低下しているが、全国より高い。	●年齢調整死亡率を低下させる。 (以下の施策を実施)	●年齢調整死亡率 ⇒男 37.0 ⇒女 21.0
	●特定健診の受診率(%) 2014(2010)	54.5 (49.5)	48.6 (42.9)	●健康診断の受診率及び保健指導の実施率は全国より高い。	【課題①】 ●脳卒中発症予防のため、望ましい生活習慣に関する普及啓発が必要。 ●健康診断を受け、高血圧の受診勧奨者(要治療者)が医療機関を受診し、脳卒中の発症を防ぐ対策が必要。 ●喫煙率低下や受動喫煙防止のため、総合的なたばこ対策の推進が必要。  【課題②】 ●血栓溶解療法が十分行われていない原因を引続き検証し、血栓溶解療法の実施件数を増加させることが必要。 ●脳卒中が疑われる症状が出現した場合、速やかに救急搬送の要請がなされるよう、県民への普及啓発が必要。 ●一人暮らしや老々介護など、搬送要請を容易にできない人が今後ますます増加すると見込まれることから、その対応が必要  【課題③】 ●回復期リハビリテーション病床を増加させることが必要。 ●リハビリテーション従事者の確保が必要。  【課題④】 ●日常生活への復帰に向けて、急性期から回復期、維持期への円滑な移行が重要であり、引き続き地域連携クリティカルパスによる医療連携や、介護分野との連携を一層推進することが必要。	●特定健康診査受療率 ⇒70% ●特定保健指導実施率 ⇒45% ●喫煙率 ⇒男 21% ⇒女 2% ●禁煙外来治療件数 ⇒全国平均
	●特定保健指導実施率(%) 2014(2010)	21.2 (13.3)	17.8 (13.3)	●高血圧性疾患患者の外来受診率が全国より少ない。 ●喫煙率が全国より低い。		
	●高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率 2014	224.1	262.2			
●喫煙率(%) 2016 (2010)	男 26.9 (33.4) 女 4.8 (10.5)	30.2 (32.2) 8.2 (8.4)				
予防	●禁煙外来治療件数(件) 2015 (2010下)	381.4 (120.3) (人口10万対)	406.7 (154.0) (人口10万対)		●講演会等を開催し、県民に対して脳卒中や危険因子に関する普及啓発を実施。 ●医療保険者・事業所等と協力し、健康診断の受診率向上や、危険因子を有する者への保健指導を強化。 ●医療保険者・事業所等と協力し、禁煙の普及啓発を実施。 ●学校と連携した健康教育の充実や受動喫煙のない環境づくりを促進。 ●禁煙希望者に対する禁煙サポート体制を強化。	
	●血栓溶解療法実施件数(件) 2015(2010下)	7.5 (1.9) (人口10万対)	9.7~10.1 (3.6) (人口10万対)	●血栓溶解療法が実施可能な病院数は全国を上回っている。	●血栓溶解療法が実施可能な病院の診療データを収集・分析し、実施件数増加のための対策を検討。	●血栓溶解療法実施件数 ⇒全国平均以上
	●血栓溶解療法の実施可能病院数(施設) 2016(2012)	0.9 (0.8) (人口10万対)	0.6施設(0.6) (人口10万対)	しかし、血栓溶解療法の実施件数が少ない。	●脳卒中が疑われる症状が出現した場合、速やかに救急搬送を要請するよう県民に普及啓発を実施。	
	●脳外科医師数(人) 2014(2010)	5.8 (6.3) (人口10万対)	5.6 (5.3) (人口10万対)	●脳外科医数は全国より多いものの、神経内科医は少ない。	●高齢者の急病時の通報に対応するための緊急通報システムの活用等について、介護事業者等に周知を徹底。	
	●神経内科医師数(人) 2014(2010)	2.6 (2.6) (人口10万対)	3.6 (3.2) (人口10万対)			
急性期	●脳卒中ケアユニットを有する病院数(施設) 2014(2011)	0.1 (0.1) (人口10万対)	0.1 (0.1) (人口10万対)			
	●リハビリテーションが可能な施設数(施設)2016 (2012)	6.4 (5.9) (人口10万対)	5.9 (5.6) (人口10万対)	●リハビリテーション可能な施設数は全国を上回っている。	●一般病床、療養病床から回復期リハビリテーション病床への転換を支援。	●回復期リハビリテーション病床数 ⇒60床 (人口10万対)
	●脳卒中患者リハビリテーション実施件数(件) 2015	1405.7 (人口10万対)	1321.7 (人口10万対)	●回復期リハビリテーション病床数は全国を下回っている。	●県リハビリテーション支援センター等で、リハビリテーション従事者の資質向上、連携強化。 ●回復期医療データの収集・分析し、効率的なリハビリテーション等の実施を検討。	
回復期	●回復期リハビリテーション病床数(床) 2016(2011)	43 (40.9) (人口10万対)	60 (46.7) (人口10万対)			
	●地域連携パスに基づく連携件数(件) 2015(2010下)	54.9 (19.4) (人口10万対)	39.2 (15.2) (人口10万対)	●地域連携クリティカルパスに基づく連携は、全国を上回っている。	●脳卒中に係る地域連携クリティカルパスの作成・普及を支援。	●地域連携パスに基づく連携件数 ⇒増加
	●退院患者平均在院日数(日) 2014	91.2	89.5	●平均在院日数は全国を上回っている。	●療養型の病院、介護医療院、介護施設や在宅でのリハビリテーションの充実。 ●「地域包括ケアシステム」の実現に向けて、医療・介護・福祉等の関係団体との連携を推進。 ●富山県脳卒中情報システムの活用による医療連携の推進。 ●合併症の予防のための多職種が連携した対策の重要性についての普及啓発。	●在宅等への復帰率 ⇒全国平均以上を維持しつつ増加
連携	●在宅等生活の場に復帰した患者の割合(%) 2014	58.9	52.7	●在宅等への復帰率は全国を上回っている。		

現状分析と主な施策・目標【急性心筋梗塞等の心血管疾患】(案) アンダーライン：ワーキング等における意見

区分	現 状			課 題	主 な 施 策	目 標 2023年	
	指 標	県	国				状 況
総括	●年齢調整死亡率 ※急性心筋梗塞 2015(2010)	男 19.5 (20.6) 女 5.4 (7.5)	16.2 (20.4) 6.1 (8.4)	●急性心筋梗塞の年齢調整死亡率は、女性は全国より低く男性は全国より高い。 ●虚血性心疾患は男女ともに低い。	●年齢調整死亡率の低下を目指す。(以下の施策を実施)	●年齢調整死亡率 ⇒全国平均以下	
	●年齢調整死亡率 ※虚血性心疾患 2015(2010)	男 27.5 (28.5) 女 8.1 (10.6)	31.3 (36.9) 11.8 (15.3)				
予防	●喫煙率(%) 2016 (2010)	男 26.9 (33.4) 女 4.8 (10.5)	30.2 (32.2) 8.2 (8.4)	●喫煙率が全国より低い。 ●禁煙外来治療件数は全国より少なく、禁煙を希望する者に対するさらなる支援が必要。 ●健康診断の受診率及び保健指導の実施率は全国より高い。 ●高血圧性疾患の外来受診率が全国より少ない。	【課題①】 ●喫煙率低下や受動喫煙防止のため、総合的なたばこ対策の推進が必要。 ●心血管疾患発症予防のため、望ましい生活習慣や危険因子に関する普及啓発が必要。 ●高血圧、脂質異常症等の受診勧奨者(要治療者)が医療機関を受診し、心血管疾患の発症を防ぐ対策が必要。	●講演会等を開催し、県民に対して心血管疾患や危険因子に関する普及啓発を実施。 ●医療保険者・事業所等と協力し、健康診断の受診率向上や危険因子を有する者への保健指導を強化。 ●医療保険者・事業所等と協力した禁煙の普及啓発を実施。 ●学校と連携した健康教育の充実や受動喫煙のない環境づくりを促進。 ●禁煙希望者に対する禁煙サポート体制の充実。	●喫煙率 ⇒男 21% ⇒女 2% ●禁煙外来治療件数 ⇒全国平均 ●特定健康診査受診率 ⇒70% ●特定保健指導実施率
	●禁煙外来治療件数(件) 2015 (2010下)	381.4 (120.3) (人口10万対)	406.7 (154.0) (人口10万対)				
	●特定健診の受診率(%) 2014(2010)	54.5 (49.5)	48.6 (42.9)				
	●特定保健指導実施率(%) 2014(2010)	21.2 (13.3)	17.8 (13.3)				
	●高血圧性疾患患者の年齢調整外来受診率 2014	224.1	262.2				
医療前救護	●救急要請から医療機関への搬送時間(分) 2014(2011)	30.2 (29.3)	39.4 (38.1)	●救急搬送時間が全国最短クラスとなっている。 ●救命講習の受講者は多いが、除細動の実施件数が全国より少ない。 ●心肺停止患者の1か月後の生存率及び社会復帰率は全国より低い。	【課題②】 ●心血管疾患が疑われる症状が出現した場合の迅速な救急搬送の要請や、心肺停止患者に対する除細動の実施について、県民への普及啓発が重要 ●一人暮らしや老々介護など、搬送要請を容易にできない人が今後ますます増加すると見込まれることから、その対応が必要。	●一般県民を対象とした救命講習(AED等)を実施。 ●心血管疾患が疑われる症状が出現した場合、速やかに救急搬送を要請するよう県民に普及啓発を実施。 ●高齢者の急病時の通報に対応するための緊急通報システムの活用等について、介護事業者等に周知を徹底。	●心肺停止患者の1か月後の社会復帰率 ⇒全国平均
	●住民の救命講習受講者数(人)2014(2011)	153 (165) (人口1万対)	114 (111) (人口1万対)				
	●一般市民による除細動実施件数(件)2014(2011)	0.5 (0.5) (人口10万対)	1.3 (1.1) (人口10万対)				
	●心肺停止患者の1か月後の生存率(%) 2014(2011)	11.8 (10.1)	12.2 (11.4)				
	●心肺停止患者の1か月後の社会復帰率(%) 2014(2011)	6.8 (7.6)	7.8 (7.2)				
急性期	●治療に関する評価・改善の取り組みを行う医療圏数 2017(2012)	4 (1)		●治療件数の増加や予後の改善のための診療データ分析が行われている。 ●循環器内科医師数は全国より少ないが、心臓血管外科医師数は多い。 ●心筋梗塞に対する冠動脈再開通件数は全国より少ない。	【課題③】 ●発症後の速やかな受診と治療の開始が、生存率や社会復帰率の向上につながることから、専門的治療の推進と診療データの収集・分析が引続き必要。	●急性期病院において速やかに専門的治療(PCIなど)を開始できる体制整備を推進。 ●急性期病院の診療データを収集・分析し、治療件数の増加や予後の改善に向けた対策を検討。	●治療に関する評価・改善の取り組みを行う医療圏数 ⇒4医療圏を維持しつつ充実
	●循環器内科医師数(人)	7.9	9.4				
	●心臓血管外科医師数(人) 2014 (2010)	2.7 (人口10万対)	2.4 (人口10万対)				
	●急性心筋梗塞に対する経皮的冠動脈インターベンションの実施件数(件) 2015	136.7 (人口10万対)	171.5 (人口10万対)				
	●心筋梗塞に対する冠動脈再開通件数 2015	32.6 (人口10万対)	34.6 (人口10万対)				
●うち来院後90分以内冠動脈再開通件数 2015	18.8 (人口10万対)	22.4 (人口10万対)					
回復期	●心血管疾患リハビリテーションが実施可能な施設数(施設) 2016(2012)	1.8 (0.7) (人口10万対)	0.9 (0.5) (人口10万対)	●心血管疾患リハビリテーション実施可能施設数や実施件数は全国より多い。	【課題④】 ●合併症や再発予防のための心血管疾患リハビリテーションが重要。 ●リハビリテーション従事者の確保が必要。	●医療機関に対する心血管疾患リハビリテーションの実施促進 ●リハビリテーション従事者の確保養成。 ●リハビリテーション従事者の資質向上のための研修会等の開催。	●心血管疾患リハの実施件数 ⇒全国平均以上を維持しつつ増加
	●心血管疾患リハビリテーションの実施件数(件) 2015(2010下)	303.3 (98.4) (人口10万対)	259.2 (65.3) (人口10万対)				
連携	●地域連携パス導入医療圏数 2017(2012)	4 (4)		●地域連携クリティカルパスは4医療圏で導入されているが、利用件数が伸びていない。 ●平均在院日数は全国を上回っている。 ●在宅等への復帰率は全国を下回っている。	【課題⑤】 ●地域連携クリティカルパスの利用件数の増加や改良等による連携の一層の推進が必要。	●地域連携クリティカルパスの普及・改良のため、研修会等の開催 ●合併症予防のための継続管理の重要性を普及啓発。	●在宅等への復帰率 ⇒100%
	●退院患者平均在院日数(日) 2014	9.1	8.2				
	●在宅等生活の場に復帰した患者の割合(%) 2014	92.7	93.9				

# 現状分析と主な施策・目標【糖尿病】(案)

アンダーライン：ワーキング等における意見

区分	指標	現 状		課 題	主 な 施 策	目 標 2023年
		県	国	状 況		
総括	●年齢調整死亡率 2015(2010)	男 4.6 (7.6) 女 2.5 (3.5)	5.5 (6.7) 2.5 (3.3)	●年齢調整死亡率は男性は全国より低く、女性は同じ。	●年齢調整死亡率をさらに低下させる。(以下の施策を実施)	●年齢調整死亡率 ⇒全国平均以下を維持しつつ低下
	●特定健診の受診率(%) 2014(2010)	54.5 (49.5)	48.6 (42.9)	●健康診断の受診率及び保健指導の実施率は全国より高い。	【課題①】 ●糖尿病発症予防のため、望ましい生活習慣に関する普及啓発が必要。 ●糖尿病予備群が糖尿病に移行しないよう、健康診断、保健指導の強化が必要。 ●受診勧奨者(要治療者)が医療機関を受診し、悪化を防ぐ対策が必要。	●特定健康診査受診率 ⇒70% ●特定保健指導実施率 ⇒45%
予防	●特定保健指導実施率(%) 2014(2010)	21.2 (13.3)	17.8 (13.3)		●糖尿病予備群が糖尿病に移行しないよう、健康診断、保健指導の強化が必要。 ●受診勧奨者(要治療者)が医療機関を受診し、悪化を防ぐ対策が必要。	
	●糖尿病患者の年齢調整 外来受診率 2014	88.7 (人口10万対)	98.6 (人口10万対)	●糖尿病患者の外来受診率が全国より少ない。	【課題②】 ●合併症予防のため、継続的な受診の重要性に関する普及啓発が必要。	●重症化予防の意識を高める情報提供 ●初期治療時における専門医等の介入による良好な血糖コントロールの維持を推進。 ●医療保険者・事業所等と協力し、患者の治療継続を支援。
初期・安定期	●HbA1c検査の実施件数 (件) 2015	53,281.0 (人口10万対)	44,229.7 (人口10万対)	●HbA1c検査の実施件数は全国より多い。		
	●尿中アルブミン(定量)検査の実施件数(件) 2015	990.2 (人口10万対)	1552.1 (人口10万対)	●尿中アルブミン(定量)検査の実施件数は全国より少ない。		
	●クレアチニン検査の実施件数(件) 2015	41,422 (人口10万対)	37,617 (人口10万対)	●外来栄養食事指導の実施件数は全国より少ない。		
	●外来栄養食事指導料の実施件数 2015	1103.7 (人口10万対)	1367.2 (人口10万対)			
	●糖尿病専門医数(人) 2016	6.1 (人口10万対)	4.1 (人口10万対)	●糖尿病専門医数は全国より多い。	【課題③】 ●かかりつけ医と専門医が連携した重症化させない治療体制が必要。 ●働く世代の糖尿病患者への対策が必要。	●働く世代の患者が教育入院や指導を受けやすい体制の整備について検討するとともに、地域・職域連携を推進。 ●糖尿病腎症や糖尿病網膜症など、合併症の専門治療を行う医療体制をさらに充実。 ●患者や一般県民に対して、糖尿病腎症や糖尿病網膜症など、合併症に対する予防や受診について普及啓発を実施。
専門治療体制	●腎臓専門医数(人) 2016	3.7 (人口10万対)	3.8 (人口10万対)	●糖尿病療養指導士数や糖尿病看護認定看護師数は全国より多い。		●教育入院を行う医療機関数 ⇒全国平均以上を維持しつつ増加 ●新規人工透析導入患者数 ⇒減少
	●糖尿病療養指導士数(人) 糖尿病看護認定看護師数(人) 2016	24.3 1.3 (人口10万対)	14.3 0.6 (人口10万対)	●新規人工透析導入患者数は全国より少ない。		
	●教育入院を行う医療機関数 2015	0.6 (人口10万対)	0.1 (人口10万対)			
	●新規人工透析導入患者数 2015	29.0 (人口10万対)	35.7 (人口10万対)			
	●糖尿病足病変の管理が可能な医療機関数(施設) 2016(2012)	2.1 (1.5) (人口10万対)	1.7 (1.2) (人口10万対)			
慢性合併症治療	●糖尿病網膜症手術数(件) 2015	105.3 (人口10万対)	91.2 (人口10万対)			
	●地域連携パス導入医療圏数 2017(2012)	4 (4)		●糖尿病患者が多くかかりつけ医と専門医が協力して診ていく必要がある。 ●かかりつけ医、専門医、保健担当者の連携を推進するため、糖尿病重症化予防対策マニュアルや地域連携クリティカルパスが導入されている。	【課題④】 ●治療中の患者の重症化予防のため、すべての医療圏で糖尿病重症化予防対策マニュアルや地域連携パスの活用、かかりつけ医、専門医、保健担当者等の連携の強化が重要。	●かかりつけ医、専門医、保健担当者等の連携促進 ●「糖尿病重症化予防対策マニュアル」等を用いたかかりつけ医と専門医の連携を強化 ●「糖尿病診療用指針」等の活用により、非専門医であるかかりつけ医の診療レベルの向上を推進。 ●糖尿病に係る地域連携クリティカルパスの作成・普及を支援。
連携						

# 現状分析と主な施策・目標【精神疾患】

アンダーライン：ワーキング等における意見

区分	現 状			課 題	主 な 施 策	目 標					
	指 標	県	国				状 況				
総論	入院需要	精神病床における急性期(3ヶ月未満)入院需要(患者数)	548人 (H26)	—	<ul style="list-style-type: none"> <li>●地域の精神保健福祉体制の基盤を整備し、長期入院患者の地域移行を更に推進していく必要がある。</li> <li>●新たな医療計画において、多様な精神疾患等に対応できる医療機関を明確にする必要がある。</li> <li>●うつ病、認知症、依存症など多様な疾患等ごとの施策を推進する必要がある。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●こころの健康づくりの推進                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・県民一人ひとりがこころの健康の大切さを認識し、こころの健康づくりに取り組むとともに、心の不調に気付いたときに早期に相談や受診できるよう、こころの健康に関する正しい知識の普及啓発を行う。</li> </ul> </li> <li>・心の健康センター等でのこころの健康に関する相談体制の充実を図る。</li> </ul>	(H32年度末) 534人 (H36年度末) 513人				
		精神病床における回復期(3ヶ月以上1年未満)入院需要(患者数)	439人 (H26)	—				(H32年度末) 451人 (H36年度末) 442人			
		精神病床における慢性期(1年以上)入院需要(患者数)	1,966人 (H26)	—					(H32年度末) 1,565人 (H36年度末) 1,082人		
		精神病床における慢性期入院需要(65歳以上患者数)	1,059人 (H26)	—						(H32年度末) 902人 (H36年度末) 636人	
		精神病床における慢性期入院需要(65歳未満患者数)	906人 (H26)	—							(H32年度末) 663人 (H36年度末) 446人
		精神病床における入院需要(患者数)	2,953人 (H26)	—							
	基盤整備量	地域移行に伴う基盤整備量(利用者数)	—	—	<ul style="list-style-type: none"> <li>●自殺の原因・動機では健康問題が最も多く、この中では、うつ病が4割程度を占めている。(警察庁「自殺統計」)</li> <li>●新たな医療計画では、                             <ul style="list-style-type: none"> <li>・「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の進捗状況を評価する観点として、精神病床における1年以上長期入院患者数等</li> <li>・早期退院支援の取組状況を評価する観点として、入院後3か月時点、6か月時点、1年時点の退院率を指標としている。</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●多職種チームによる訪問支援により必要な精神医療・福祉サービスにつなげ、精神障害者本人や家族が安心して地域生活が継続できるような支援体制を整備するよう努める。</li> <li>・医療機能の明確化を図ることで、医療機関相互の連携を促進し、患者に適切な医療を提供することができるよう努める。</li> <li>●多様な疾患等ごとに効果的な取組みを実施する。</li> </ul>	(H32年度末) 373人 (H36年度末) 828人				
		地域移行に伴う基盤整備量(65歳以上利用者数)	—	—				(H32年度末) 199人 (H36年度末) 434人			
		地域移行に伴う基盤整備量(65歳未満利用者数)	—	—					(H32年度末) 174人 (H36年度末) 394人		
	退院率	精神病床における入院後3か月時点の退院率	62% (H26)	66% (H26)	(H32年度末) 69%以上						
精神病床における入院後6か月時点の退院率		76% (H26)	82% (H26)	(H33年度末) 84%以上							
精神病床における入院後1年時点の退院率		83% (H26)	90% (H26)			(H33年度末) 90%以上					
多様な疾患等・一部	うつ病	●本県の平成26年のうつ病・躁うつ病の総患者数は0.6万人であり、平成11年の0.4万人から増加している。(「患者調査」)			<ul style="list-style-type: none"> <li>●うつ病の早期発見、早期治療を図るための取組みの充実</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>●うつ病に関する知識や相談機関に関する情報提供</li> <li>●かかりつけ医へのうつ病の知識習得のための研修実施や、一般科医と精神科医の連携の推進</li> </ul>	—			
		●新たな医療計画では、個別の疾患等ごとの目標値は設定しない。		<ul style="list-style-type: none"> <li>●アルコール健康障害の予防の相談から治療、回復支援までの切れ目ない支援・対策が必要</li> <li>●飲酒に伴うリスクに関する知識の普及により、将来にわたるアルコール健康障害の発生を予防する必要がある</li> </ul>					<ul style="list-style-type: none"> <li>●アルコール健康障害の相談拠点の設置。アルコール依存症の専門医療機関の選定。(※新たに策定予定の県アルコール健康障害対策推進計画に基づき推進)</li> </ul>	—	
		●本県の自殺者数は近年減少傾向にあり、平成28年では186人である。(厚生労働省「人口動態統計」)				<ul style="list-style-type: none"> <li>●自殺死亡率(※)は全国平均を上回っており、更なる自殺対策の推進が必要</li> <li>※人口10万人あたりの自殺による死亡者数</li> </ul>					<ul style="list-style-type: none"> <li>●新たに策定予定の県自殺対策計画に基づく自殺対策の推進</li> </ul>

現状分析と主な施策・目標【救急医療】(案)

区分	現 状		課 題	主 な 施 策	目 標 2023年	
	指 標	県 国				状 況
救護	●救急救命士の数(人) 2015(2012)	23.4 (23.7) (人口10万対)	20.3 (18.0) (人口10万対)	<b>【課題①】</b> ●救急車の適正利用について引き続き県民に普及啓発が必要。  <b>【課題②】</b> ●県民が心肺停止の傷病者に直ちに対応できるよう、AEDの使用について普及啓発が必要。 ●脳卒中や心血管疾患が疑われる症状が出現した場合、速やかに救急搬送の要請がなされるよう県民への普及啓発が必要。 ●一人暮らしや老々介護など、搬送要請を容易にできない人が今後ますます増加すると見込まれることから、その対応が必要。  <b>【課題③】</b> ●第二・三次救急医療機関への軽症者の受診を総量で減少させることが重要。 ●救急部門における医師の確保が必要。  <b>【課題④】</b> ●第二・三次救急医療機関の負担軽減のため、休日夜間急患センターなど初期救急医療体制のさらなる充実が必要。	●消防・医師会・医療機関等と協力し、救急医療の適正受診について、引き続き普及啓発を実施。 ●AEDの使用を含む救急蘇生法を広く普及するため、消防署、厚生センター等と連携して、県民の救急蘇生法講習の受講促進。 ●脳卒中や虚血性心疾患が疑われる症状が出現した場合、速やかに救急搬送を要請するよう県民に普及啓発を実施。 ●高齢者の事故や急病時の通報に対応するための緊急通報システムの活用等について、介護事業者等に周知を徹底。 ●消防、救急医療機関、医師会、介護施設、行政機関のさらなる連携強化を図り、メディカルコントロール体制の充実。	●心肺機能停止患者の1か月後の社会復帰率 ⇒全国平均 ●救急搬送患者の軽症者(入院不要)割合 ⇒低下
	●救急要請から医療機関への搬送までに要した平均時間(分) 2014(2011)	30.2 (29.3)	39.4 (38.1)			
	●関係機関が参加したメディカルコントロール協議会の開催回数(回) 2016	1	1.5			
	●受入れ困難事例数(%) ・滞在30分以上 ・照会4回以上 2014(2010)	0.7 (1.0) 0.5 (0.6)	5.3 (4.8) 3.2 (3.8)			
	●住民の救急蘇生法講習受講者数(人)2014(H23)	153(165) (人口1万対)	114(111) (人口1万対)			
	●一般市民による除細動実施件数(件) 2014(2011)	0.5 (0.5) (人口10万対)	1.3 (1.1) (人口10万対)			
	●心肺停止患者の1か月後の生存率(%) 2014(2011)	11.8 (10.1)	12.2 (11.4)			
	●心肺停止患者の1か月後の社会復帰率(%) 2014(2011)	6.8 (7.6)	7.8 (7.2)			
	●救急搬送患者数(人) 2014(2010)	3,435 (3,099) (人口10万対)	4,209 (3,918) (人口10万対)			
	●救急搬送患者の軽症(入院不要)割合 2015(2010)	44.2 (48.4)	49.4 (50.4)			
三次救急医療	●救命救急センター数(施設)2016(2011)	0.2 (0.2) (人口10万対)	0.2 (0.2) (人口10万対)	●救命救急センター(2箇所)又は県指定の地域救命センター(2箇所)が全ての医療圏で整備されている。 ●軽症者の受診が約65%となっている。 ●救急担当専任医師数・看護師数が全国より少ない。	●救急医療の適正受診について、引き続き普及啓発を実施。 ●救急部門の医師を確保するため、修学資金の貸与、処遇改善等を推進。 ●救急医療を担う人材の育成 ●ドクターヘリを活用した高度救急医療体制の充実強化	●第二・三次救急医療機関受診者のうち軽症者(入院不要)割合 ⇒低下
	●救命救急センター受診者の軽症(入院不要)割合(%) 2016(2010)	65.6 (70.5)				
	●救急担当専任医師数・看護師数(人) 2015	医師 1.6 看護師 12.2 (人口10万対)	2.3 14.6 (人口10万対)			
	●ICUを有する病院数(施設)・病床数(床)2014	病院 0.4 病床 3.1 (人口10万対)	0.6 5.1 (人口10万対)			
二次救急医療	●第二次救急医療機関数 2016(2010)	1.6 (1.8) (人口10万対)	2.1 (2.6) (人口10万対)	●公的病院を中心とした病院群輪番制により第二次救急医療体制が維持されている。 ●軽症受診者が約70%となっている。		
	●第二次救急医療機関受診者の軽症(入院不要)割合(%) 2016(2010)	71.8 (77.9)				
	●緊急入院患者における退院調整・支援の実施件数(件) 2015	6.2 (人口10万対)	7.0~7.5 (人口10万対)			
初期救急医療	●初期救急医療機関数(施設) 2014(2011)	1.6 (1.7) (人口10万対)	1.1 (0.7) (人口10万対)	●初期救急医療に参加する診療所の割合が約30%であり、医師会等の協力により初期救急医療体制が確保されている。 ●休日夜間急患センターの機能充実により、第二・三次救急医療機関の負担軽減が図られている。	●休日夜間急患センター整備医療圏数 ⇒現状維持	
	●一般診療所で初期救急医療に参加する機関の割合(%) 2014(2011)	27.2 (28)	(16)			
	●休日夜間急患センターが整備された医療圏 2017(2012)	内科: 4 (3) 小児科: 4 (4)				

# 現状分析と主な施策・目標【災害医療】(案)

アンダーライン：ワーキング等における意見

区分	現 状			課 題	主 な 施 策	目 標 2023年
	指 標	県	国			
災害拠点病院	●病院の耐震化率(%) 2016 (2012)	100 (71.4)	87.6	<b>【課題①】</b> ●災害拠点病院の施設・設備整備、職員による実働訓練や研修の実施など、総合的な機能強化が必要。 ●業務継続計画の策定率は37.5%です。 ●DMATの研修を修了した隊員数は全国を上回っています。	●業務継続計画の策定及び訓練実施への支援 ●DMATやDPAT研修を修了した隊員数のさらなる増加を図る。 ●県総合防災訓練、DMAT実働訓練など災害医療に関する実働訓練を実施。 ●災害医療従事者の研修の実施。 ●災害医療精神科病院の検討。	●災害時の複数の通信手段の確保率⇒100% ●業務継続計画の策定率⇒100%
	●複数の災害時の通信手段の確保率(%) 2016	87.5	82.7			
	●業務継続計画の策定率(%) 2016	37.5	38.5			
	●EMISの操作を含む研修・訓練を実施している病院の割合(%) 2016	100	98.2			
	●DMATの研修を修了した隊員数(人) 2017	14.3 (人口10万対)	9.0 (人口10万対)			
災害拠点病院以外の病院	●病院の耐震化率(%) 2016	83.0	71.5	<b>【課題②】</b> ●病院の耐震化を進めることが必要 ●業務継続計画の策定、災害実働訓練の実施が必要。	●補助制度等を活用し、病院の耐震化を促進。 ●業務継続計画の策定や災害実働訓練の実施を促進。	●病院の耐震化率⇒100%
	●業務継続計画の策定率(%) 2016	9.2	(-)			
	●広域災害・救急医療情報システム(EMIS)への登録(%) 2016(2013)	100 (77)	(-)			
広域搬送	●広域搬送拠点臨時医療施設(SCU)の資機材 2017 (2012)	整備 (未整備)	(-)	<b>【課題③】</b> ●広域搬送拠点臨時医療施設(SCU)を設置できるよう体制整備が引き続き必要。	● <u>広域搬送拠点臨時医療施設(SCU)の設置訓練の実施。</u>	
連携	●災害医療関係者による会議の開催 2016 (2012)	4医療圏 (0)	(-)	<b>【課題④】</b> ●災害医療関係者が平常時から顔の見える関係を構築しておくことが重要。 ●災害発生時の災害医療関係者の役割分担や連携方策について明確にしたうえで情報を共有することが必要。	●大規模な災害を想定した関係病院、医師会、消防、警察等との合同訓練の実施。 ●県災害対策本部に「災害医療対策チーム」を編成し災害医療コーディネーターとも連携し、DMAT等の派遣調整や救急隊との連携を行う体制の充実。 ●県災害対策本部を拠点に、県、医師会(JMAT)、富山大学、歯科医師会が編成する医療救護班、看護協会、薬剤師会が編成する災害支援チーム、災害リハ、心のケアチームなどの派遣調整や救急隊との連携を行う体制の充実。 ● <u>厚生センター・保健所単位で、行政・災害拠点病院・医師会・歯科医師会・薬剤師会・看護協会等の災害医療関係者等による連携会議を開催。</u>	●災害医療関係者による会議の開催⇒定期開催

## 現状分析と主な施策・目標【へき地医療】(案)

アンダーライン：ワーキング等における意見

区分	現 状		課 題	主 な 施 策	目 標 2023年
	指 標	県 国 状 況			
へき地診療	<ul style="list-style-type: none"> <li>●へき地の数(地区)</li> <li>  無医地区 10 (8)</li> <li>  無医地区に準ずる地区 10 (11)</li> <li>2014(2009)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●無医地区が増加し、無医地区に準ずる地区が減少。</li> <li>●自治医科大学を卒業した医師を確保し、へき地診療所の運営、へき地医療拠点病院による代診医の派遣、巡回診療を支援。</li> </ul>	<p>【課題①】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●へき地医療拠点病院による代診医派遣、巡回診療等のへき地医療支援活動の継続が必要。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●へき地診療所での診療、無医地区等への巡回診療を維持し、住民の健康管理や医療の確保。</li> <li>●へき地医療拠点病院からへき地診療所への代診医派遣の円滑な運用。</li> <li>●ITを利用した遠隔医療システムを利用し、へき地診療所の診療を支援。</li> <li>●歯科領域のへき地を含む在宅医療の充実</li> <li>●へき地医療拠点病院やへき地診療所の施設設備の充実</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●代診医派遣回数 ⇒現状維持</li> <li>●巡回診療実施回数 ⇒現状維持</li> </ul>
	●へき地診療所数(施設) 2017(2012) 3 (3)				
	●へき地医療拠点病院数(施設)2017 6				
	●代診医を派遣した回数(回) 2017(2011) 102 (84)				
	●巡回診療実施回数(回) 2017(2011) 508 (542)				
医師確保	●へき地医療拠点病院・診療所に派遣している自治医科大学卒業医師数(人) 2017(2012) 8 (9)	<ul style="list-style-type: none"> <li>●都市部の病院での研修や勤務を望む医師が多いなか、へき地医療拠点病院など、地方の中・小規模の公的病院での医師確保が必要。</li> </ul>	<p>【課題②】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●へき地医療に従事する医師の確保に向けた取組みが必要。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●へき地医療に携わる医師や、総合的な診療能力を有する、「総合診療医」の確保。</li> <li>●自治医科大学を卒業した医師を県内のへき地医療拠点病院やへき地診療所へ派遣</li> <li>●富山大学や金沢大学の特別枠を卒業した医師をへき地医療拠点病院等へ派遣。</li> </ul>	



現状分析と主な施策・目標【周産期医療】(案)

アンダーライン：ワーキング等における意見

区分	現状		課題	主な施策	目標		
	指標	県 国				状況	
総括	●周産期死亡率2016(2011)	3.9 (4.7) 3.6 (4.1)	●周産期死亡率は全国より高い。	●周産期死亡率を低下	(以下の施策を実施)	●周産期死亡率⇒低下	
	●産科・産婦人科医師数2014(2010)	12.3 (12.1) 11.0 (9.9)	●産科・産婦人科医師数は全国と比べ多いが、分娩を取扱う医師数は病院、診療所共に全国と比べ少ない。	●産科・産婦人科医の確保	●産科・産婦人科医師を志す医学生へ修学資金を貸与 ●病院が行う産科医師確保対策への支援	●産科・産婦人科医師数⇒13人 ※国の検討会の結論を待って検討	
	●分娩を取扱う医師数2014 病院:常勤換算 診療所:常勤換算	23.2 24.4 6.6 8.7			●増加傾向にある女性医師の働きやすい勤務環境の整備を支援		
	●分娩を取扱う病院2014(2012)	新川1 (新川1) 富山7 (富山8) 高岡3 (高岡3) 砺波1 (砺波1)		●分娩を取り扱う医療機関が少ない地域では、安定した医療を確保するため、地域連携の一層の推進が必要	●各地域の病院、診療所など関連施設の相互の連携、これらの周産期医療関連施設と母子保健事業等を行う厚生センター(保健所)や市町村との連携推進		
	●分娩を取扱う診療所2014(2012)	新川1 (新川1) 富山4 (富山5) 高岡4 (高岡5) 砺波1 (砺波1)					
	●就業助産師数2014	171.0 125.7	●就業助産師は全国と比べて多い。	●助産師の能力を活用した助産師外来や、院内助産所の充実が必要	●助産師外来や院内助産所の開設を促進	●院内助産所数⇒増加	
	●助産師外来2017	病院10施設 診療所2施設					
	●院内助産所数2017(2012)	2か所 (1か所)					
	総合・地域周産期母子医療センター	●NICUの病床数2014(2012)	3.6 (3.5) 3.0	●NICU、MFICUともに全国平均を上回る。	●整備されているNICU、MFICU等の運営体制の維持	●総合周産期母子医療センター(県立中央病院)を中心としたNICUやMFICUなどの整備	●NICUの病床数⇒出生千対3.0床以上
		●MFICUの病床数2014(2012)	1.2 (0.7) 0.7				●MFICUの病床数⇒出生千対1.0床以上
●母体・新生児搬送数		209.0 172.4	●母体搬送、新生児搬送ともに増加している。	●適正な母体管理や搬送の迅速化	●周産期医療搬送・紹介ガイドラインに基づき、適正な母体管理や搬送体制の適正化・迅速化を推進		
●母体搬送数2015(2011)		267件 (236件)					
●新生児搬送数2015(2011)		111件 (98件)					
●災害時小児周産期リエゾン認定を受けた医療従事者数2016		4人 106人			●災害医療コーディネーターのサポートとして、災害時小児周産期リエゾンの養成		
療養・療育支援	●早産割合2015(2011)	5.4 (5.1) 5.6 (5.7)	●早産の割合は全国と比べ低く、低出生体重児の割合は全国と比べ高く、若干増加傾向を認める。	●出産年齢の上昇、低出生体重児の出生割合の増加(ハイリスク児・妊産婦の増加)	●子どもの健やかな成長のための母と子の健康管理への支援	●産後訪問指導実施率⇒増加	
	●低出生体重児の出生割合2016(2011)	9.7 (8.7) 9.4 (9.6)			●子育て世代包括支援センターを整備する市町村に対する連絡調整や技術的支援の実施		
	●35歳以上の母からの出生率2016(2011)	28.2 (24.1) 28.5 (24.7)	●35歳以上、40歳以上の母からの出生率は増加している。	●妊娠期から子育て期への切れ目のない支援	●女性健康相談センター等による、安全・安心な妊娠・出産支援体制の整備		
	●40歳以上の母からの出生率2016(2011)	5.7 (3.5) 5.5 (3.6)					
	●新生児の産後訪問指導実施数(未熟児を除く)2014	543.3 243.1	●新生児の産後訪問の実施率は高い。		●妊産婦のメンタルヘルスの保持や産後うつ等の早期発見等への支援		
	●重症心身障害児者用病床数2016	277床		●NICU退院児等の療養環境の確保	●重症心身障害児者施設の病床確保		

現状分析と主な施策・目標【小児医療】(案)

アンダーライン：ワーキング等における意見

区分	現 状			課 題	主 な 施 策	目 標 2023年
	指 標	県	国			
総括	●乳児死亡率2015(2011)	1.5 (2.0) (出生千対)	1.9 (2.3) (出生千対)	●乳児死亡率、乳幼児死亡率は低下し、また全国より低い。 ●小児死亡率は低下しているが、全国より高い。	●乳児死亡率、乳幼児死亡率、小児死亡率を低下させる。 (以下の施策を実施)	●乳児死亡率、乳幼児死亡率 ⇒低下
	●乳幼児(0-4歳)死亡率2015(2011)	44.7 (59) (乳幼児人口10万対)	47.2(67) (乳幼児人口10万対)			
	●小児(0-14歳)死亡率2015(2011)	23.3 (25) (小児人口10万対)	19.4 (30) (小児人口10万対)			
小児科医師等	●小児科医師数(人)2014(2010)	12.1 (11.1) (小児人口1万対)	10.3 (9.4) (小児人口1万対)	●小児科医師数は全国より多いが、医療圏間で格差がある。	【課題①】 ●小児科医師の確保が必要。	●小児科医師数 ⇒12人 (小児人口1万対) ※国の検討会の結論を待って検討 ●小児対応訪問看護ステーション数⇒全国平均
	●小児に対応している訪問看護ステーション数(施設)2013	0.7 (小児人口10万対)	2.3 (小児人口10万対)	●小児に対応している訪問看護ステーション数は全国より少ない。		
小児救急	●休日夜間小児急患センターが整備された医療圏2017(2012)	4 (4)		●すべての医療圏で休日夜間小児急患センターが整備。	【課題②】 ●休日夜間小児急患センターの運営の維持が必要。	●休日夜間小児急患センターの運営を維持。
	●24時間365日対応可能な小児救急の整備された医療圏 2017(2012)	4 (4)		●入院を要する小児救急医療を24時間体制で行う医療機関は、すべての医療圏で整備。	●小児救急医療機関の負担軽減のため、小児救急電話相談(#8000)の利用促進について普及啓発が必要。	●小児救急電話相談(#8000)の利用促進について普及啓発を実施。
	●小児人口あたり時間外外来受診回数(回) 2015	11,996.1 (小児人口10万対)	16,817.2 (小児人口10万対)	●時間外外来受診回数は全国より少ない。 ●第二・三次救急医療機関において軽症者の受診が約85%となっている。	●重症度や緊急度に応じて、適切な受診が行われるよう、県民への啓発が必要。	●「小児救急医療ガイドブック」など、小児救急の適正受診について普及啓発を実施。
	●第二次・三次救急病院の救急外来受診者の中で入院が必要でなかった割合(%) 2016 (2010)	83.4 (76.8)		●小児救急電話相談の利用件数は全国と同様である。		●24時間365日対応可能な小児救急が整備された医療圏 ⇒現状維持 ●24時間365日対応可能な小児救急が整備された医療圏 ⇒現状維持 ●時間外外来受診回数 ⇒全国以下を維持しつつ低下 ●第二次・三次救急病院の救急外来受診者の中で入院が必要でなかった割合 ⇒低下
	●小児救急電話相談の件数(件) 2015	4568.4 (小児人口10万対)	4566.4 (小児人口10万対)			
小児専門・高度専門医療	●小児集中治療管理室(PICU)を有する医療機関数 2016(2012)	0 (0)	全国で41 (22)		【課題③】 ●高度小児専門医療体制の充実について検討が必要。	●県立中央病院や富山大学附属病院を中心に、高度小児専門医療の充実。
	●24時間365日対応可能な小児救急の整備された医療圏 2017(2012)【再掲】	4医療圏				●県内の小児がん医療を担う医療機関と東海北信越ブロック内小児がん拠点病院との連携の促進 ●小児科を標榜する病院、診療所とがん拠点病院、難病拠点病院、高度小児専門医療機関との連携の充実・強化。

# 現状分析と主な施策・目標【在宅医療】(案)

アンダーライン：ワーキング等における意見

区分	現 状			課 題	主 な 施 策	目 標 2020(H32)年 2023(H35)年	
	指 標 (出典) 【数値目標：●医療・高齢両方 ◎医療計画のみ ☆高齢のみ】 ○参考指標	県	国				状 況
退院支援	○退院支援担当者を配置している病院数 (医療施設調査) 2014(2011)	3.5 (3.0) (人口10万対)	2.8 (2.5) (人口10万対)	○退院支援担当者の配置や退院支援を実施している診療所・病院、退院支援を受けた患者など退院支援の取組みは全国を上回っている。	■入院医療から在宅医療等への切れ目のない医療体制を確保するため、質の高い退院支援の実施と多職種連携の仕組みづくりが必要	□在宅への移行が円滑に行われるための退院カンファレンス実施の促進と医療と介護の関係者の連携を促進 □入院の際に医療と介護が情報共有を行う退院調整ルールの普及と運用を促進 □入院初期から退院後の生活を見据えた質の高い退院支援への取組みを支援	●退院調整実施率 (退院時に在宅療養生活に向けた調整が行われた割合) ⇒ 8.8% (H32) 9.4% (H35)
	○退院支援を実施している診療所・病院数 (NDB) 2015	3.2 (人口10万対)	2.7 (人口10万対)				
	○退院支援(退院調整)を受けた患者数 (NDB) 2015	1100.5 (人口10万対)	985.9 (人口10万対)				
	○退院調整実施率(退院時に医療機関から介護支援専門員に引継ぎが行われた割合)(%) (県地域リハビリテーション支援センター調査) 2016(2014)	80.7 (76.7)	—	○退院調整実施率は増加している。			
日常の療養生活の支援	●訪問診療を実施している診療所・病院数 (NDB) 2015(2011)	26.0 (19.4) (人口10万対)	21.7 (15.6) (人口10万対)	○訪問診療を行う診療所数は全国より多い。	■日常的な診察、服薬管理、口腔ケア等の充実が必要  ■在宅医療に取り組む医師の確保と人材育成、在宅主治医が相互に補完しあう連携協力体制が必要  ■訪問看護ステーションや訪問看護師の増加と機能強化に向けた取組みが必要  ■生活機能の維持向上を図るためのリハビリテーションが一体的に提供される体制が必要  ■訪問歯科診療や口腔ケアの重要性の啓発と、歯科専門職等の資質向上、関係者との連携強化が必要  ■薬剤師による薬剤指導の啓発や、医療・介護関係者との連携、薬局間連携等を推進することが必要  ■訪問介護サービスの一体的な提供が必要  ■介護家族等の負担軽減への支援が必要  ■入院医療から在宅医療等への切れ目のない継続的な医療体制の確保が必要  ■病状が急変した場合、速やかに適切な治療や看護を受け、必要に応じて入院できる環境が必要	□かかりつけ医やかかりつけ歯科医師、かかりつけ薬剤師などを持つことの必要性を啓発普及  □在宅医療に取り組む医師の確保、人材育成などを支援  □在宅主治医相互の連携や、在宅医療に取り組む医師のグループ化等を支援  □訪問看護の普及啓発 □訪問看護師の養成・確保と資質向上、定着化等への支援 □訪問看護ステーションの開設や規模拡大に向けた施設整備等への支援 □小規模ステーションの相互支援と連携強化に向けた支援 □訪問看護ステーションの安定した経営基盤の確保を支援  □在宅で療養を支える医療・介護関係者とリハビリ専門職との連携協力体制の強化を支援 □介護予防・重度化防止に向けて、地域リハビリテーション広域支援センターと市町村等との連携強化への支援  □口腔ケアの重要性の啓発 □研修会等を実施し歯科専門職を育成 □医療・介護関係者等との連携強化に取り組む  □薬剤指導の取組みの推進と、その役割を啓発 □在宅医療に取組み医師や介護関係者、薬局間等の連携強化に取り組む  □24時間対応可能な訪問介護サービスを強化  □介護家族等のレスパイト入院等の支援  □医療介護の多職種連携強化 □ICTなどを活用した多職種ネットワークの構築	●訪問診療を実施している診療所・病院数 ⇒増加  ●在宅医療を行う開業医グループへの参加医師数 ⇒増加  ●在宅療養支援診療所数 ⇒増加  ●在宅療養支援病院 ⇒増加  ◎訪問看護ステーション数(人口10万対) ⇒ 6.7 施設(H32) 7.4 施設(H35)  ◎訪問看護ステーションに從事する看護師数 ⇒増加  ●在宅療養支援歯科診療所数 ⇒増加  ●訪問薬剤指導の実績のある薬局数 ⇒増加
	●在宅医療を行う開業医グループへの参加医師数 (県在宅医療支援センター調査) 2016 (2012)	203(188)	—	○開業医のグループへの参加医師数は増加している。			
	○在宅医療を受けた患者数(県高齢福祉課調査) 2015(2009)	4,810(3,557) (調査対象1か月間)	—	○在宅医療を受けた患者数も増加している。			
	☆在宅療養支援診療所(届出)数 (診療報酬施設基準) 2016(2012)	5.6 (4.0) (人口10万対)	11.4 (10.2) (人口10万対)	○在宅療養支援診療所届出数は、全国より少ない。			
	○在宅療養支援病院(届出)数 (診療報酬施設基準) 2016(2012)	1.0 (0.3) (人口10万対)	0.8 (0.4) (人口10万対)	○在宅療養支援病院届出数は、全国より多い。			
	◎訪問看護ステーション数(全国訪問看護事業協会調査) 2016(2012)	5.7 (3.6) (人口10万対)	7.1 (4.9) (人口10万対)	○訪問看護ステーションの施設数は全国より少ない。			
	◎訪問看護ステーションに從事する看護師数 (介護サービス施設・事業所調査) 2015(2011)	23.2 (15.1) (人口10万対)	25.8 (16.8) (人口10万対)	○訪問看護の利用者数は、増加しているが全国より少ない。			
	○訪問看護利用者数 (NDB) 2015	42.5 (人口10万対)	130.8 (人口10万対)				
	○訪問リハビリテーション事業所数 (介護給付費実態調査報告) 2016.4(2011)	3.9 (2.7) (人口10万対)	3.0 (2.5) (人口10万対)	○訪問リハビリテーションの事業所は増加しているが、利用者は減少している。			
	○訪問リハビリテーション利用者数 (介護給付費実態調査報告より算出) 2016.4(2011)	66.0 (82.0) (人口10万対)	62.8 (77.8) (人口10万対)				
	◎在宅療養支援歯科診療所数 (診療報酬施設基準) 2016.3(2012.3)	2.0 (1.0) (人口10万対)	4.8 (3.2) (人口10万対)	○在宅療養支援歯科診療所及び歯科訪問診療・指導を行う歯科診療所数は全国より少ない。			
	○歯科訪問診療を実施している診療所・病院数 (医療施設調査) 2014	6.0 (人口10万対)	7.4 (人口10万対)				
	◎訪問薬剤指導の実績のある薬局数 (県薬剤師会調査) 2016(2012) * 介護保険: 在宅療養管理指導含	185 (36)	—	○訪問服剤指導の実績のある薬局は増加している。			
	○訪問薬剤指導の実績のある薬局数 (NDB) 2015	3.5 (人口10万対)	5.0 (人口10万対)				
	○訪問介護事業所数(介護サービス施設・事業所調査) 2016(2013)	228 (192)	35,013 (32,761)	○訪問介護事業所の伸び率は県(118.7%)で全国(106.9%)に比べて高い			
	○医療系ショートステイ病床(介護家族の緊急時の一時的な受け入れ病床)の利用率 (県高齢福祉課調査) 2016 (2013)	42.5 (37.4)	—	○医療系ショートの利用者はやや増加している。			
●在宅医療を行う開業医グループへの参加医師数 (再掲) (県在宅医療支援センター調査) 2017 (2012)	204(188)	—	○開業医のグループへの参加医師数は増加している。				
急変時の対応	○往診を実施している診療所・病院数 (NDB) 2015	34.1 (人口10万対)	31.6 (人口10万対)	○往診を実施する診療所・病院は全国より多いが、往診を受けた患者数は全国より少ない。	■病状が急変した場合、速やかに適切な治療や看護を受け、必要に応じて入院できる環境が必要	□24時間いつでも訪問診療や訪問看護が受けられる体制整備と後方支援病院の確保	◎24時間体制の訪問看護ステーション届出割合 ⇒ 9.6% (H32) 10.0% (H35)
	○往診を受けた患者数 (NDB) 2015	1024.1 (人口10万対)	1353.9 (人口10万対)				
	○24時間体制の訪問看護ステーション届出割合 (県高齢福祉課調査) 2016(2012) * 各年4月1日	90.2% (84.6%)	—	○24時間体制の訪問看護ステーションは増加し、緊急時訪問看護で対応した患者数も増加している。			
	○緊急時訪問看護で対応した患者数(延数) (富山県訪問看護ステーション連絡協議会調査) 2016(2012)	19,322 (11,314)	—				
看取り	○在宅看取りを実施している診療所、病院数(NDB) 2015	8.3 (人口10万対)	8.6 (人口10万対)	○在宅で看取りをした診療所・病院は全国よりやや少ない。	■住み慣れた環境のもとで最期を迎えられるよう、家族等の負担に配慮した看取り体制の構築が必要	□県民や関係機関などへの普及啓発 □在宅緩和ケアの充実と看取り体制の構築 □認定看護師や特定行為を行う看護師の養成・確保	◎在宅看取りを実施している医療機関数 ⇒増加
	○在宅死亡割合(人口動態統計) 2016(2012)	10.6 (9.9)	13.0 (12.8)	○自宅死亡の割合は全国より低い。			

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

## 現状分析と主な施策・目標【医療従事者の確保】(案)

区分	指標	県	国	課題	主な施策	目標 2023年
医師	●医師数(人) 2014 (2010)	248.2 (241.0) (人口10万対)	244.9 (230.4) (人口10万対)	●医師数は、全国を上回り、医療圏格差も全国で最も小さい。また、県内病院勤務医は増加しているが、H16年度からの臨床研修医制度の導入後、地方圏での医師確保が困難となり、公的病院等で、小児科、産婦人科等で医師不足となっている。 ●女性医師割合が、30代までの若い世代で高くなっており、女性医師の勤務環境の整備が重要である。	●県全体での医師の充足を目指して、引き続き、総合的な医師確保対策に積極的に取り組む。 ●富山大学特別枠等の医学生の修学資金貸与制度を活用し、小児科、産婦人科、救急科や麻酔科などの診療科や公的病院の医師の確保・定着を図る。 ●地域医療に特に必要とされているいわゆる「総合医」を育成するための研修に取り組むべき地域医療拠点病院等を支援。 ●地域医療に従事する医師を確保し、定着を図るため、地域医療支援センターにおいて、医師のあっせん（無料職業紹介）等を行う。 ●女性医師の勤務環境の整備や育児休業中等の医師の職場復帰を支援。	●医師数 ⇒270人(人口10万対)※  ●小児科医数 ⇒12人(小児人口1万対)※  ●産科・産婦人科医数 ⇒13人(出産千対)※  ※国の検討会の結論を待つて検討
	●医療施設従事医師数(人) 2014 (2010)	234.9 (223.6) (人口10万対)	233.6 (219.0) (人口10万対)			
	●病院勤務医数(人) 2014 (2010)	1,772 (1,691)				
	●医療圏別医療施設従事医師数(人) 2014 (2010)	新川 195.2 (189.6) 富山 279.4 (264.9) 高岡 192.6 (186.7) 砺波 202.0 (188.7) (人口10万対)				
	●小児科医師数(人) 2014 (2010)	12.1 (11.1) (小児人口1万対)	10.3 (9.4) (小児人口1万対)			
	●産婦人科医師数(人) 2014 (2010)	12.3 (12.1) (出産千対)	11.0 (9.9) (出産千対)			
	●女性医師割合(%) 2014 (2010)	全体 19.2 (18.4) -29歳：31.9 30-39歳：29.0				
歯科医師	●歯科医師数(人) 2014 (2010)	58.2 (59.5) (人口10万対)	81.4 (79.3) (人口10万対)	●診療所に勤務する歯科医師は年々増加しており、歯科医師数は全国的には過剰であることが指摘されているが、本県は全国を下回っている。 ●歯科保健医療に対する様々なニーズに対応する必要。	●県歯科医師会等との連携による、必要な歯科医師の確保。 ●県歯科医師会が実施する学術研修、生涯教育に対する支援を行い、地域のかかりつけ歯科医師の資質の向上と生涯学習教育を充実。 ●在宅医療を行う関係機関との連携や摂食嚥下障害等に取組む歯科医師等の育成	●歯科医師数 ⇒維持
	●医療施設従事歯科医師数(人) 2014 (2010)	56.4 (56.0) (人口10万対)	79.4 (77.1) (人口10万対)			
	●医療圏別医療施設従事歯科医師数(人) 2014 (2010)	新川 53.7 (54.8) 富山 58.1 (58.7) 高岡 58.9 (54.1) 砺波 47.1 (51.4) (人口10万対)				
薬剤師	●薬剤師数(人) 2014 (2010)	265.7 (279.6)	226.7 (215.9)	●薬剤師数は全国第3位となっているが、医薬品製造業等に従事する割合が高く、薬局・医療施設の従事者割合は全国以下となっている。 ●チーム医療において薬剤師が主体的に薬物療法に参加することが期待されており、入院患者への服薬指導、在宅医療業務への参画が求められるなど業務、役割が多様化。	●中学・高校生を対象に薬剤師業務体験学習を行い、薬剤師の人材確保の裾野を拡大。 ●県薬剤師会が開催する医療安全や臨床薬学、薬局研修や地域別研修、在宅医療に関する各種研修を支援。	●薬剤師数 ⇒増加
	合計	265.7 (279.6)	226.7 (215.9)			
	●病院・診療所	54.1 (50.8)	43.2 (40.6)			
	●薬局	102.1 (90.6)	126.8 (113.7)			
看護職員	●就業看護職員数(人) 2016 (2010)	1,564.7 (1,362.5) (人口10万対)	1,228.7 (1,100.9) (人口10万対)	●助産師(全国トップクラス)、看護師、准看護師、保健師とも人数は全国を上回る。 ●公的病院における看護職員の充足率は93.1%と徐々に向上してきたが、職域が福祉施設や在宅看護へ拡大しており、依然として不足感がある。 ●認定看護師数や特定行為に係る看護師のさらなる養成が必要。 ●看護師等養成機関における学生確保の取組みの強化が必要。 ●新卒の看護職員の確保が難しくなっていく中、県内からの県外養成機関に進学した者のUターンの促進、職場定着支援や潜在看護職員の就業促進の一層の充実が必要。	●看護職員を養成確保するため、看護師等養成機関に対する支援、看護学生修学資金の貸与等による県外看護学生のUターンを促進。 ●看護職員の職場定着を促進するため、病院内保育所の運営に対する支援、新卒や若手看護職員の研修会・交流会による早期離職防止対策などを推進。 ●再就業を希望する看護職員が就業しやすいように、就職相談や再就業支援研修会の開催、ハローワークでの相談の開催などを推進。 ●認定看護師や特定行為が実施可能な看護師を確保するため、教育課程の受講等を支援。 ●質の高い看護職員の養成・確保のため、県立大学に看護学部を設置	●就業看護職員数 ⇒1,730人 (人口10万対)
	●認定看護師数(人) 2017 (2012)	23.7 (10.9) (人口10万対)	14.8 (8.5) (人口10万対)			
	●公的病院での充足率(%) (採用数/募集数) 2016 (2012)	93.1 (91.9)				
	●新卒看護職員の離職率(%) 2016 (2011)	6.0 (4.3)				
	●看護職員養成機関 2017 (2012)	11 (13)施設 790 (765)人 89.4 (96.7)%				
	●保健師	58.4 (49.1)	40.4 (35.2)			
	●助産師	38.1 (31.8)	28.2 (23.2)			
●看護師	1,156.6 (938.2)	905.5 (755.9)				
●准看護師	311.6 (343.4)	254.6 (286.6)				
●合計	1,564.7 (1,362.5) (人口10万対)	1,228.7 (1,100.9) (人口10万対)				