

# 富山県医療計画

(改定版素案)

平成 年 月

富 山 県



# 目次

## 第1章 総論

第1節	計画の基本的考え方	1
第2節	医療を取り巻く現状と課題	2
第3節	計画の基本目標	23
第4節	医療圏と基準病床数	25

## 第2章 基本計画

### 第1節 質の高い医療の提供

#### 1 医療連携体制の推進

##### [1-1] 医療機能の分担と連携の推進

(1)	医療機能の充実	27
(2)	地域医療連携の推進	29
(3)	公的病院の機能充実	32
(4)	歯科医療機関の機能充実	36
(5)	薬局の機能充実	38
(6)	訪問看護ステーションの機能充実	40

##### [1-2] 5疾病5事業及び在宅医療体制の確保

(1)	がんの医療体制	41
(2)	脳卒中の医療体制	55
(3)	心血管疾患の医療体制	67
(4)	糖尿病の医療体制	80
(5)	精神疾患の医療体制	91
(6)	救急医療の体制	112
(7)	災害時における医療体制	127
(8)	へき地の医療体制	141
(9)	周産期医療の体制	151
(10)	小児医療の体制	166
(11)	在宅医療の体制	177

##### [1-3] 医療提供体制の整備充実

(1)	リハビリテーション	192
(2)	臓器移植等	193
(3)	生殖補助医療	194
(4)	和漢診療	195
(5)	人生の最終段階における医療	196
(6)	医薬品・血液の確保	197

#### 2 医療安全と医療サービスの向上

(1)	医療安全対策の強化	199
(2)	医療の情報化	201
(3)	医療機関情報の提供	202
(4)	診療情報の提供の促進	204
(5)	患者の選択による医療の実現	205
(6)	患者ニーズに応じた医療サービス提供の促進	206
(7)	医業経営の効率化	207

#### 3 人材の確保と資質の向上

(1)	医師	209
(2)	歯科医師	213

(3) 薬剤師	214
(4) 看護職員	215
(5) その他の保健医療従事者	217
(6) 介護サービス従事者	220

## 第2節 医療・保健・福祉の総合的な取組みの推進

1 医療・保健・福祉の総合的な提供	
(1) 要介護等高齢者対策	221
(2) 障害者対策	223
(3) 難病対策	225
(4) アレルギー疾患対策	227
(5) 地域リハビリテーションの推進	228
(6) 身近な地域における福祉の推進と連携支援	229
2 健康危機管理の推進	
(1) 健康危機管理体制	230
(2) 感染症対策	232
(3) 食品・飲料水等の安全確保	238
3 医療関係機関の充実	
(1) 厚生センター、保健所等	241
(2) 研究機関	243
(3) 健康・検診施設	245
(4) その他関係機関等	248

## 第3章 地域医療計画

第1節 新川医療圏地域医療計画	250
第2節 富山医療圏地域医療計画	263
第3節 高岡医療圏地域医療計画	275
第4節 砺波医療圏地域医療計画	290

## 第4章 計画の推進

第1節 関係機関の役割分担と連携	304
第2節 計画の普及、実効性の確保	305

## 第1節 計画の基本的考え方

### 1 計画の趣旨

本県では、1989（平成元）年に「富山県地域医療計画」を本県の医療施策の指針として策定し、以来、1994（平成6）年、1999（平成11）年、2005（平成17）年、2008（平成20）年、2013（平成25）年の改定を経て、着実に県内の医療提供体制の整備に努めてきました。

その結果、救急医療、災害医療、周産期医療、小児医療などの地域医療サービスの充実が図られるとともに、各地域の公的病院の整備等が進み、県民が身近なところで、より質の高い医療を受けられる体制が概ね確保されるようになっていきます。

しかしながら、急速な少子高齢化に伴う疾病構造の多様化や医療技術の進歩、国民の医療に対する意識の変化など医療を取り巻く環境が大きく変化する中で、誰もが安心して医療を受けることができる環境の整備が求められています。また、国においては、急速に進む少子高齢化を踏まえて、将来においても医療・介護をはじめとする各種の社会保障制度が持続可能なものとなることを目指し、社会保障と税の一体改革が進められ、2014（平成26）年6月には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（以下「医療介護総合確保推進法」という。）が成立しました。

これに伴い、医療法が改正され、医療計画の一部として、地域の医療提供体制の将来のあるべき姿を示す「地域医療構想」を2017（平成29）年3月に策定しました。

こうした情勢の変化に適切に対応しつつ、本県の医療施策の進むべき道筋を明確にするため、また、地域医療構想を踏まえて、地域の医療機能の適切な分化・連携を進め、切れ目のない医療が受けられる効率的で質の高い医療提供体制を地域ごとに構築するため、本県の医療施策の新たな中期ビジョンとしてこの計画を策定するものです。

### 2 計画の性質

この計画は、次の性格を有しています。

- ① 富山県総合計画「新・元気とやま創造計画」の基本政策「安心とやま」を医療の面から推進するための計画
- ② 本県における医療施策の基本的な方向を明らかにする総合的な計画
- ③ 医療法に基づき策定する法定計画
- ④ 市町村、医療関係者及び関係団体の施策や活動の指針
- ⑤ 県民の医療への主体的な参加を促すための指針

### 3 計画の期間

2018（平成30）年度から2023（平成35）年度までの6年間とし、医療を取り巻く環境の変化に対応し、必要に応じて見直しを行います。なお、在宅医療については、3年ごとに調査、分析及び評価を行い、必要に応じて見直しを行います。

## 第2節 医療を取り巻く現状と課題

### 1 医療を取り巻く現状

#### 1 人口の動向

##### (1) 人口の推移

- 2016（平成28）年10月1日現在の本県の人口は1,061,393人であり、1998（平成10）年の1,126,336人をピークに減少傾向が続いています。
- 2013（平成25）年3月に国立社会保障・人口問題研究所が発表した推計によれば、今後も人口減少が続き、2035（平成47）年には892千人になると予測されています。

##### (2) 出生率と死亡率

- 2016（平成28）年の出生率（人口千対）は7.0で、全国の7.8に比べて0.8ポイント低く、低下傾向が続いています。
- 2016（平成28）年の死亡率（人口千対）は12.3で、全国に比べ高齢化の進行が早いことから、全国の10.5に比べて、1.8ポイント高く、上昇傾向で推移しています。

##### (3) 高齢化率

- 2016（平成28）年の本県の人口に占める65歳以上の高齢者の比率は31.1%で、全国の27.3%よりも3.8ポイント高くなっており、全国を上回って高齢化が進んでいます。2035（平成47）年には、高齢化率が35.7%になると予測されています。

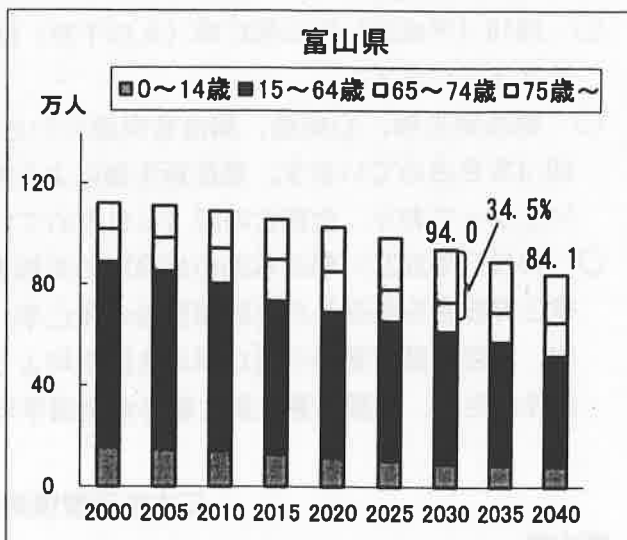
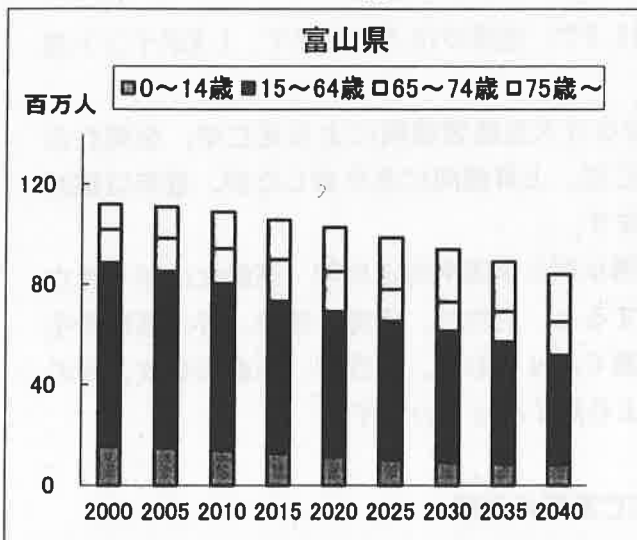
##### (4) 平均寿命

- 2015（平成27）年の平均寿命は、男性が80.61歳（全国：80.77歳、27位）、女性が87.42歳（全国：87.01歳、8位）と全国より長寿となっています。

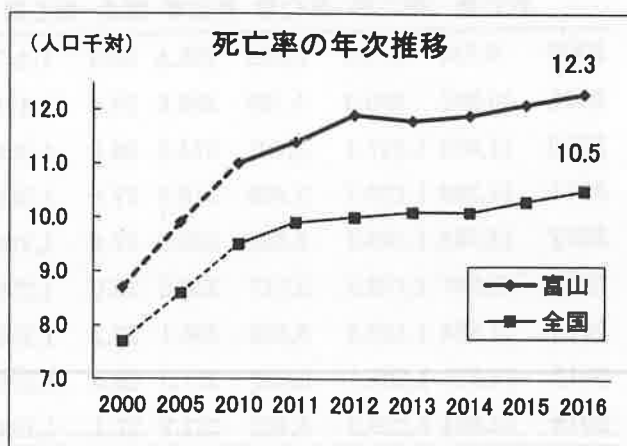
##### (5) 健康寿命

- 2013（平成25）年の健康寿命は、男性が70.95年（全国：71.19年）、女性が74.76年（全国：74.21年）と男性は全国より短く女性は全国より長くなっています。

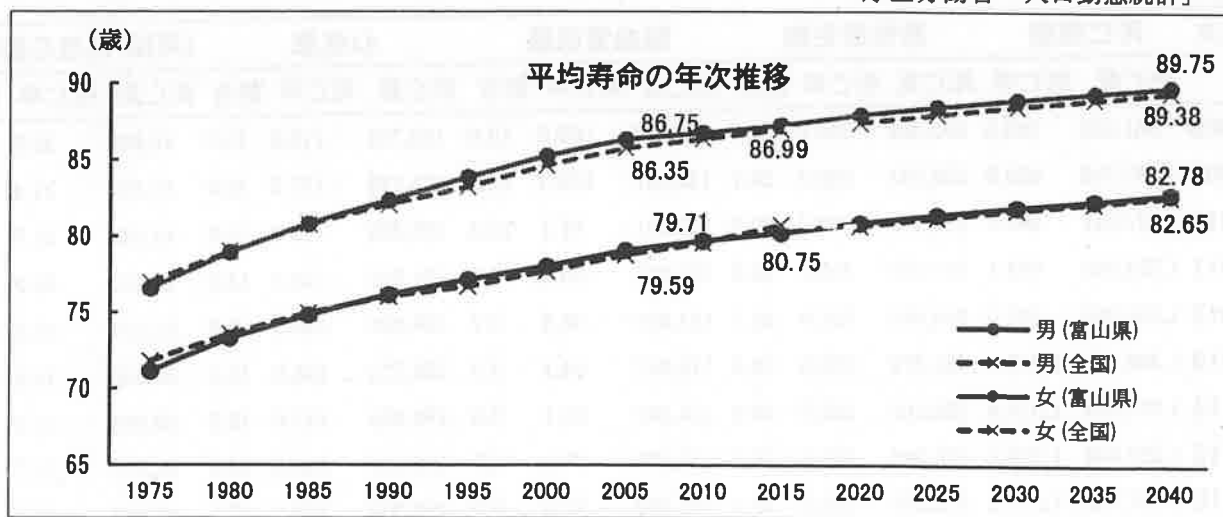
年齢4区分別人口推移(2020年以降は推計値)



国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25(2013)年3月推計)ー平成22(2010)~52(2040)年ー」



厚生労働省「人口動態統計」



※2015年は全国データのみ確定値公表あり。

厚生労働省「完全生命表」、「都道府県別生命表」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25(2013)年3月推計)ー平成22(2010)~52(2040)年ー」

## 2 死因の推移

- 2016（平成28）年の死亡率（人口千対）は12.3で、全国の10.5に比べて、1.8ポイント高くなっています。
- 悪性新生物、心疾患、脳血管疾患のいわゆる3大生活習慣病による死亡が、全死亡の50.4%を占めています。悪性新生物による死亡は、上昇傾向にありましたが、近年は横ばいとなっており、全死亡の27.1%を占めています。
- 2015（平成27）年の本県の疾病別の死因を男女別に全国平均と比較（高齢化に伴う死亡率上昇要素を排除した年齢調整後の死亡率）すると、男性は、不慮の事故、胃の悪性新生物、急性心筋梗塞等の死亡率が全国平均より高くなっており、女性は、不慮の事故、胃の悪性新生物、大腸の悪性新生物等が全国平均より高くなっています。

### 三大生活習慣病死亡数等の推移

#### 富山県

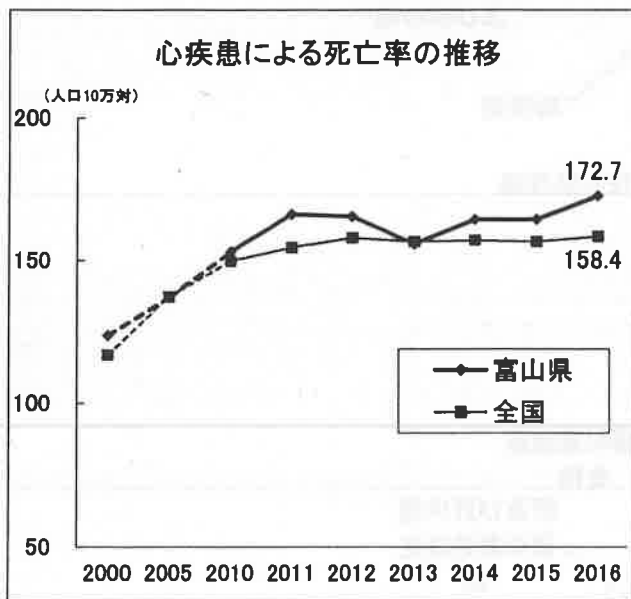
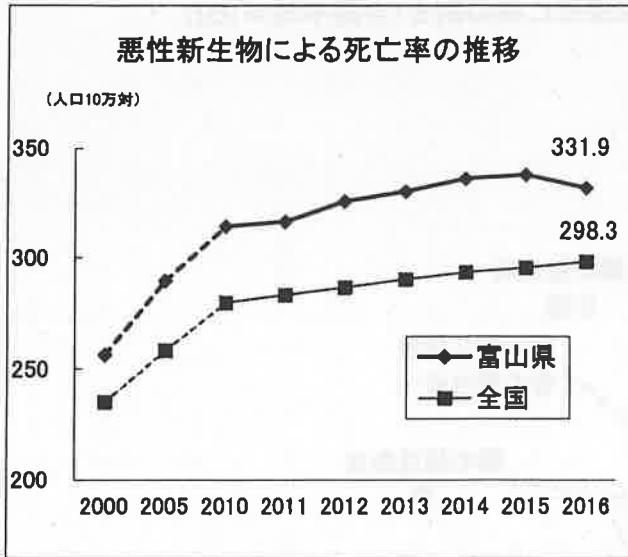
年次	死亡総数		悪性新生物			脳血管疾患			心疾患			(再掲)急性心筋梗塞		
	死亡数	死亡率	死亡数	死亡率	割合	死亡数	死亡率	割合	死亡数	死亡率	割合	死亡数	死亡率	割合
2000	9,734	874.0	2,856	256.4	29.3	1,447	129.9	14.9	1,377	123.6	14.1	418	37.5	4.3
2005	10,861	986.3	3,188	289.5	29.4	1,471	133.6	13.5	1,508	136.9	13.9	475	43.1	4.4
2010	11,875	1,097.4	3,401	314.3	28.6	1,386	128.1	11.7	1,657	153.1	14.0	425	39.3	3.6
2011	12,264	1,138.7	3,408	316.4	27.8	1,369	127.1	11.2	1,790	166.2	14.6	474	44.0	3.9
2012	12,754	1,189.7	3,493	325.8	27.4	1,376	128.4	10.8	1,773	165.4	13.9	452	42.2	3.5
2013	12,547	1,178.1	3,517	330.2	28.0	1,280	120.2	10.2	1,659	155.8	13.2	440	41.3	3.5
2014	12,584	1,188.3	3,559	336.1	28.3	1,238	116.9	9.8	1,741	164.4	13.8	405	38.2	3.2
2015	12,731	1,206.1	3,566	337.8	28.0	1,229	116.4	9.7	1,736	164.5	13.6	394	37.3	3.1
2016	12,864	1,226.3	3,482	331.9	27.1	1,194	113.8	9.3	1,812	172.7	14.1	415	39.6	3.2

#### 全国

年次	死亡総数		悪性新生物			脳血管疾患			心疾患			(再掲)急性心筋梗塞		
	死亡数	死亡率	死亡数	死亡率	割合	死亡数	死亡率	割合	死亡数	死亡率	割合	死亡数	死亡率	割合
2000	961,653	765.6	295,484	235.2	30.7	132,529	105.5	13.8	146,741	116.8	15.3	45,885	36.5	4.8
2005	1,083,796	858.8	325,941	258.3	30.1	132,847	105.3	12.3	173,125	137.2	16.0	47,193	37.4	4.4
2010	1,197,012	947.1	353,499	279.7	29.5	123,461	97.7	10.3	189,360	149.8	15.8	42,629	33.7	3.6
2011	1,253,066	993.1	357,305	283.2	28.5	123,867	98.2	9.9	194,926	154.5	15.6	43,265	34.3	3.5
2012	1,256,359	997.5	360,963	286.6	28.7	121,602	96.5	9.7	198,836	157.9	15.8	42,107	33.4	3.4
2013	1,268,436	1,009.1	364,872	290.3	28.8	118,347	94.1	9.3	196,723	156.5	15.5	39,956	31.8	3.2
2014	1,273,004	1,014.9	368,103	293.5	28.9	114,207	91.1	9.0	196,926	157.0	15.5	38,991	31.1	3.1
2015	1,290,444	1,029.7	370,346	295.5	28.7	111,973	89.4	8.7	196,113	156.5	15.2	37,222	29.7	2.9
2016	1,307,748	1,046.0	372,986	298.3	28.5	109,320	87.4	8.4	198,006	158.4	15.1	35,926	28.7	2.7

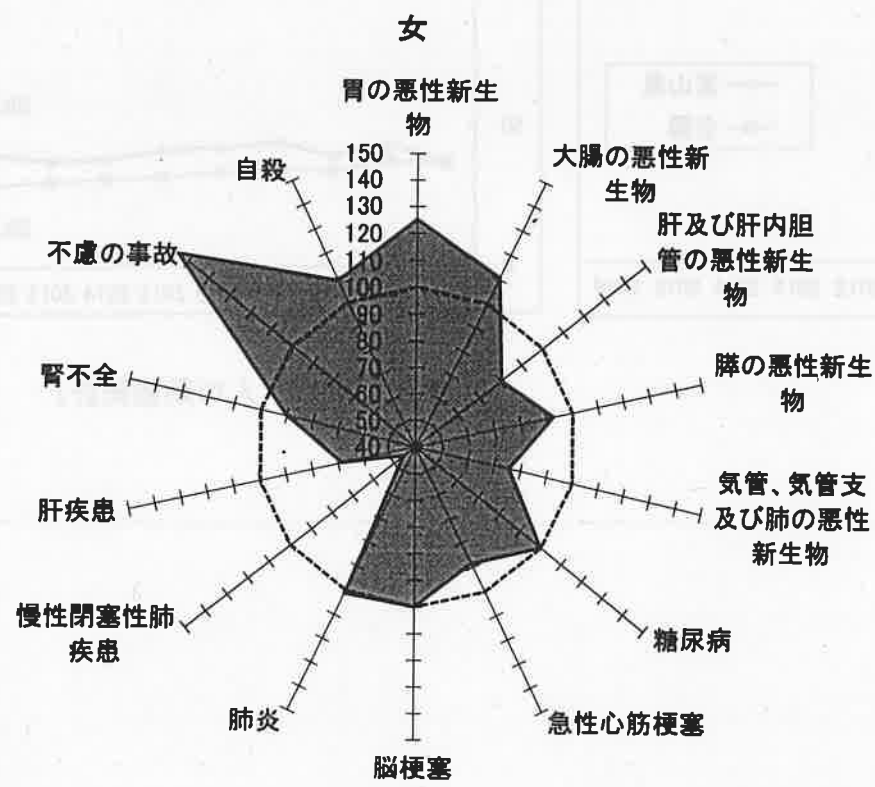
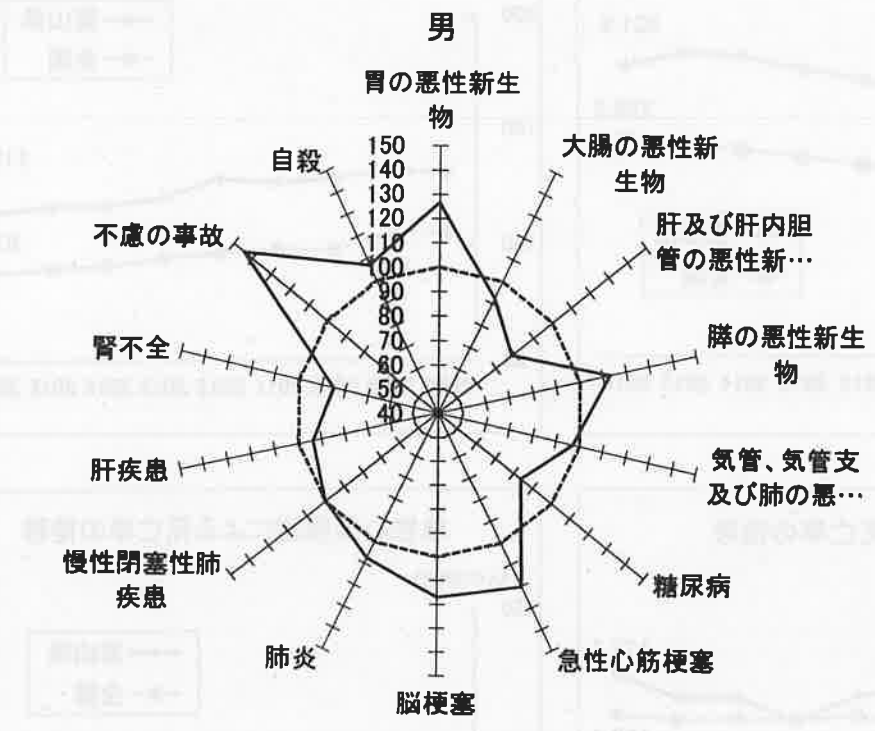
厚生労働省「人口動態統計」





厚生労働省「人口動態統計」

2015(平成27)年の主な死因別年齢調整死亡率の割合(全国平均=100)

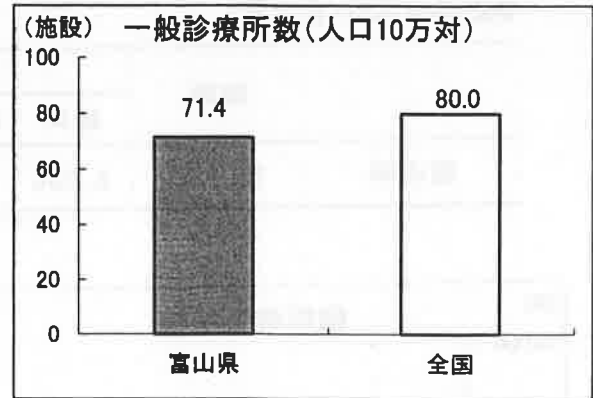
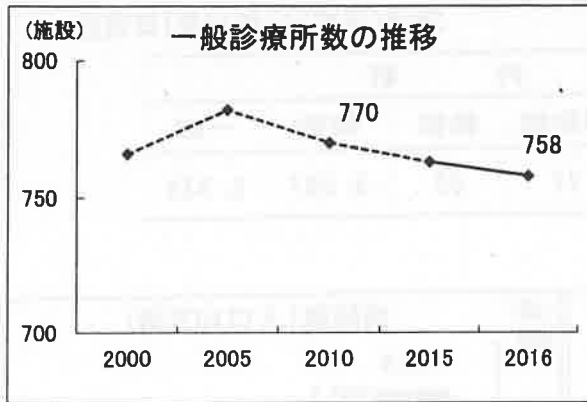


厚生労働省「都道府県別年齢調整死亡率」(2015<平成27>年)

### 3 医療施設の状況

#### (1) 一般診療所

- 2016（平成28）年10月現在、一般診療所数は758施設であり、人口10万人当たりで見ると、71.4施設（全国：80.0施設）と全国を下回っています。
- 2010（平成22）年と比べて、一般診療所の施設数は12施設減少（770施設から758施設）、病床数は481床減少しています（1,124床から643床）。

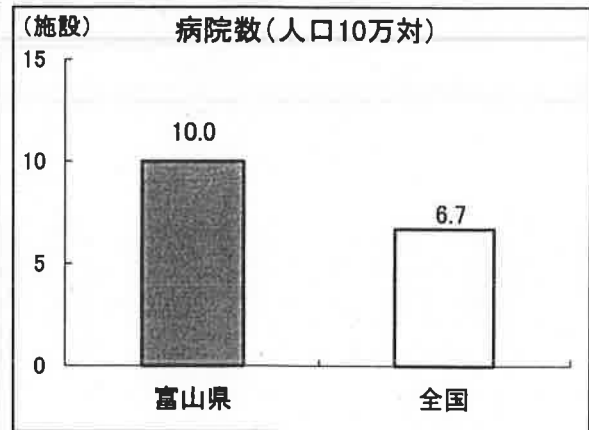
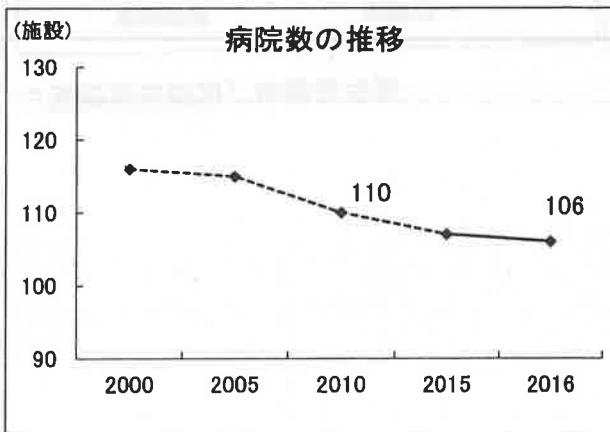


厚生労働省「医療施設調査」

#### (2) 病院

##### ① 施設数

- 2016（平成28）年10月現在、病院数は106施設であり、2010（平成22）年と比べて4施設減少しています（110施設から106施設）。
- 人口10万人当たりで見ると、10.0施設（全国：6.7施設）と全国を上回っています。



厚生労働省「医療施設調査」

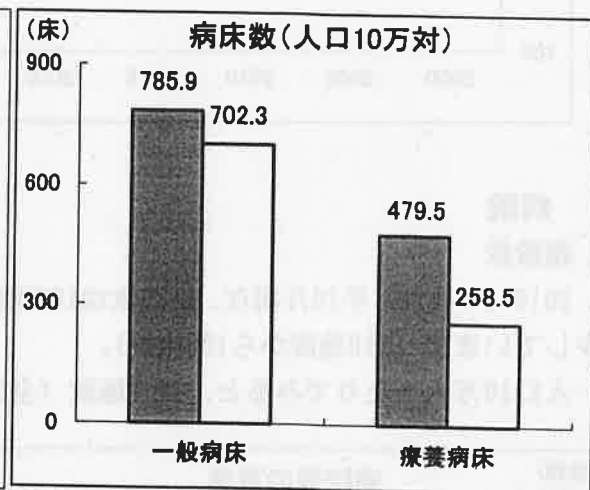
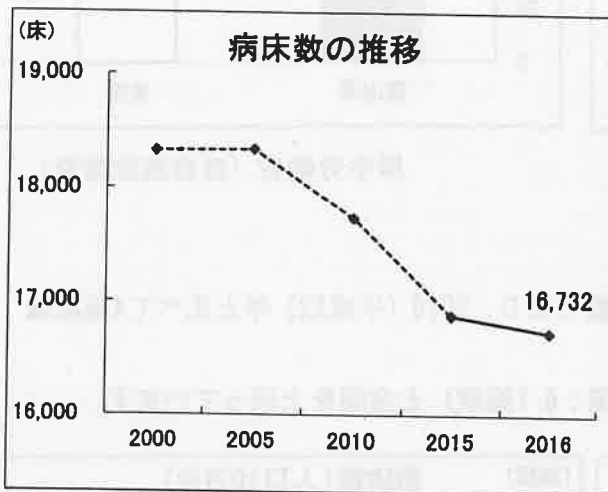
② 病床数

- 2016（平成28）年10月現在、病床数は16,732床で、そのうち精神病床は3,203床、療養病床は5,087床、一般病床は8,338床となっています。
- 病床数は2005（平成17）年以降は減少しています。
- 人口10万人当たりの病床数では、療養病床、一般病床ともに全国を上回っています。

病院の病床数(暫定値)

2016(平成28)年10月1日現在

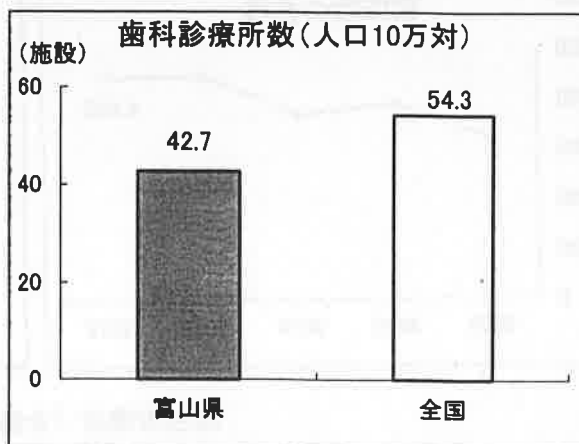
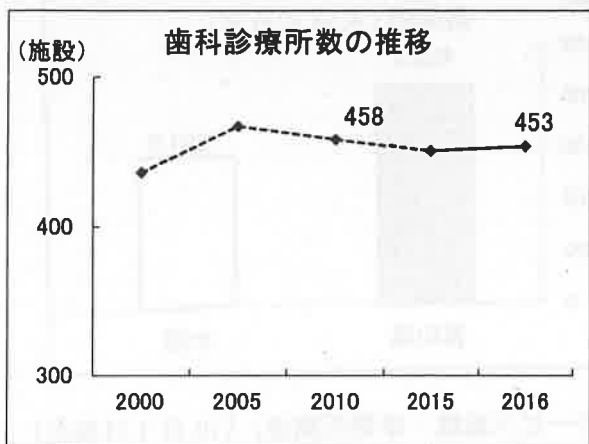
	総数	内 訳				
		精神	感染症	結核	療養	一般
富山県	16,732	3,203	22	82	5,087	8,338



厚生労働省「医療施設調査」

### (3) 歯科診療所

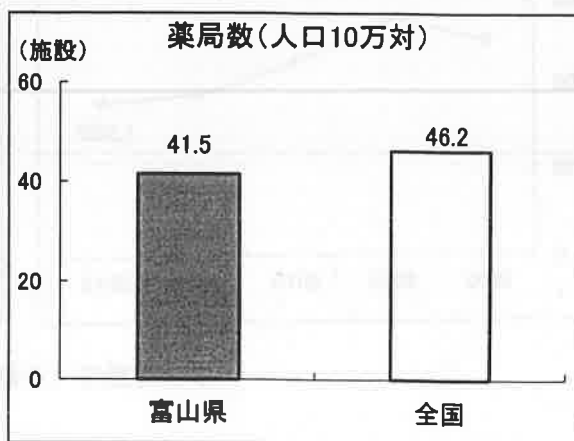
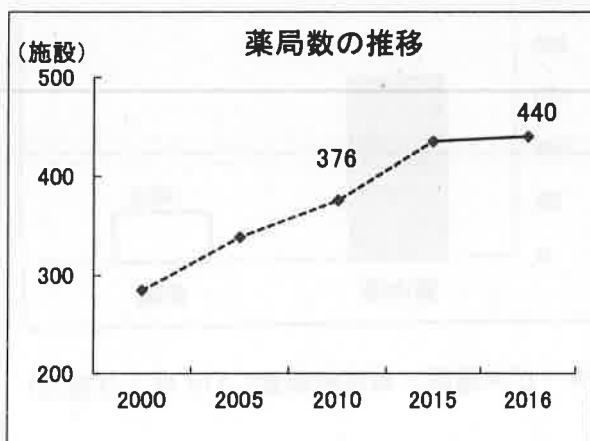
- 2016（平成28）年10月現在、歯科診療所数は453施設であり、人口10万人当たりで見ると、42.7施設（全国：54.3施設）と全国を下回っています。
- 歯科診療所数は、2010（平成22）年と比べて5施設減少しています（458施設から453施設）。



厚生労働省「医療施設調査」

### (4) 薬局

- 2016（平成28）年度末現在、薬局数は440施設であり、人口10万人当たりで見ると、41.5施設（全国：46.2施設）と全国を下回っています。
- 薬局数は、2010（平成22）年と比べて64施設増加しています（376施設から440施設）。

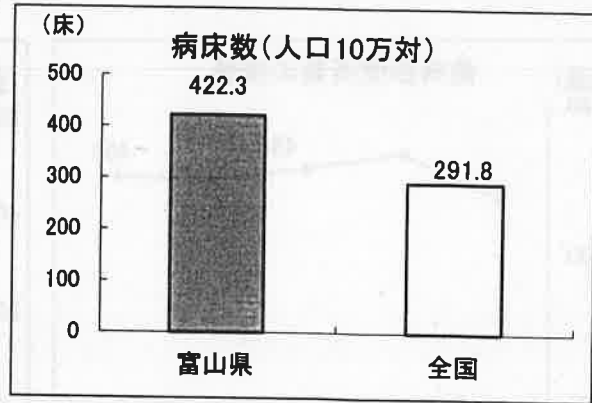
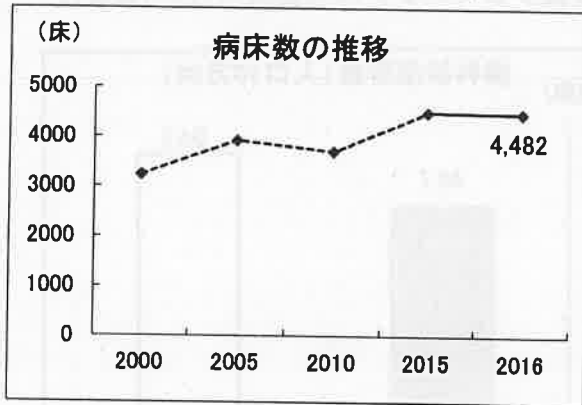


厚生労働省「衛生行政報告例」

(5) 介護保険施設

① 介護老人保健施設

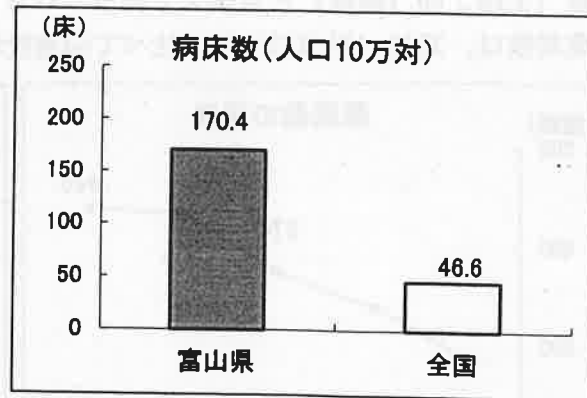
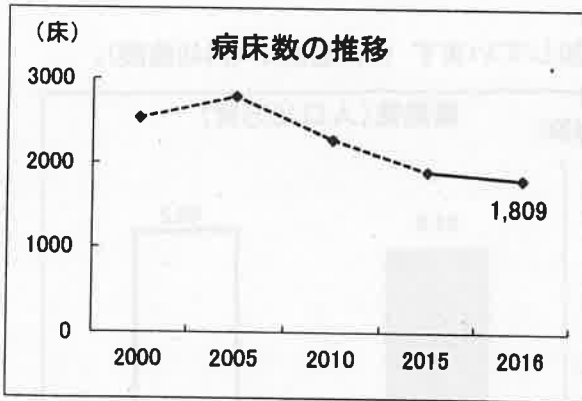
○ 介護老人保健施設は、2016（平成28）年4月1日現在、4,482床整備されています。



厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」(10月1日現在)

② 指定介護療養型医療施設

○ 指定介護療養型医療施設は、2016（平成28）年4月1日現在、1,809床整備されています。

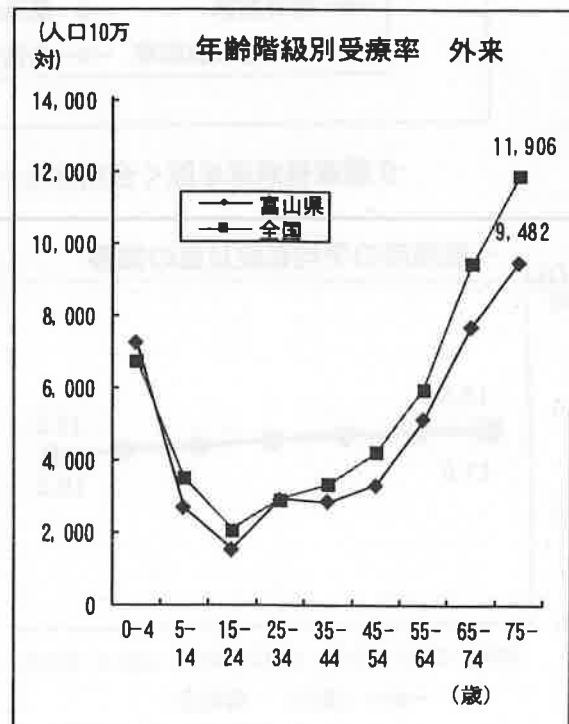
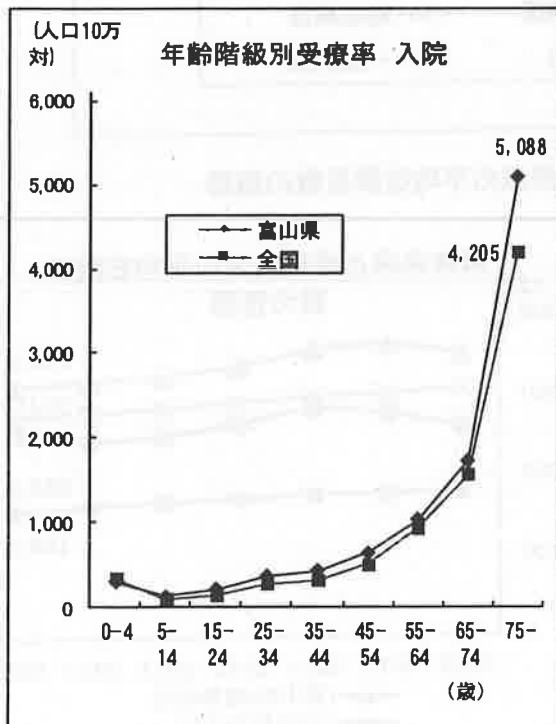
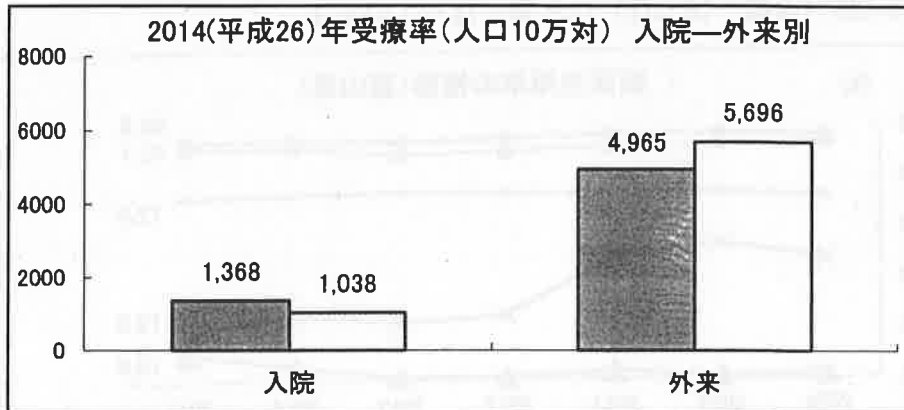


厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」(10月1日現在)

#### 4 受療状況

##### (1) 入院・外来別、年齢別受療状況

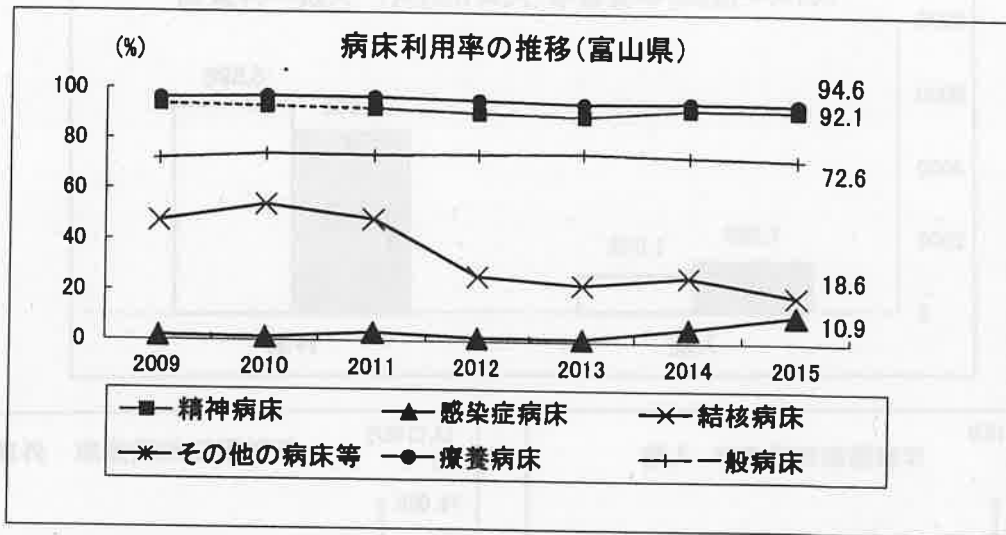
- 2014（平成26）年の受療率（人口10万人当たりの患者数）をみると、入院で1,368（全国：1,038）と全国を上回っていますが、外来は4,965（全国：5,696）と全国より低くなっています。
- 加齢とともに、入院、外来ともに受療率が高くなっています。
- 全国との比較では、入院は0～4歳以外の年齢階級において全国を上回っています。一方、外来では0～4歳及び25～34歳以外の年齢階級で全国を下回っています。



厚生労働省「患者調査」(2014<平成26>年)

## (2) 病床利用率・平均在院日数

- 2015（平成27）年の病床利用率は、精神病床が92.1%（全国：86.5%）、療養病床が94.6%（全国：88.8%）と全国を上回っており、一般病床が72.6%（全国：75.0%）で全国を下回っています。
- 2015（平成27）年の本県の病床種類別平均在院日数は、一般病床16.2日（全国：16.5日）、療養病床256.5日（全国：158.2日）、精神病床313.5日（全国：274.7日）、結核病床83.2日（全国：67.3日）、感染症病床3.9日（全国：8.2日）となっています<sup>1</sup>。
- 一般病床の平均在院日数は、2010（平成22）年の17.8日（全国：18.2日）から、2015（平成27）年は16.2日（全国：16.5日）へと短くなっています。



### 介護療養病床を除く全病床と一般病床の平均在院日数の推移



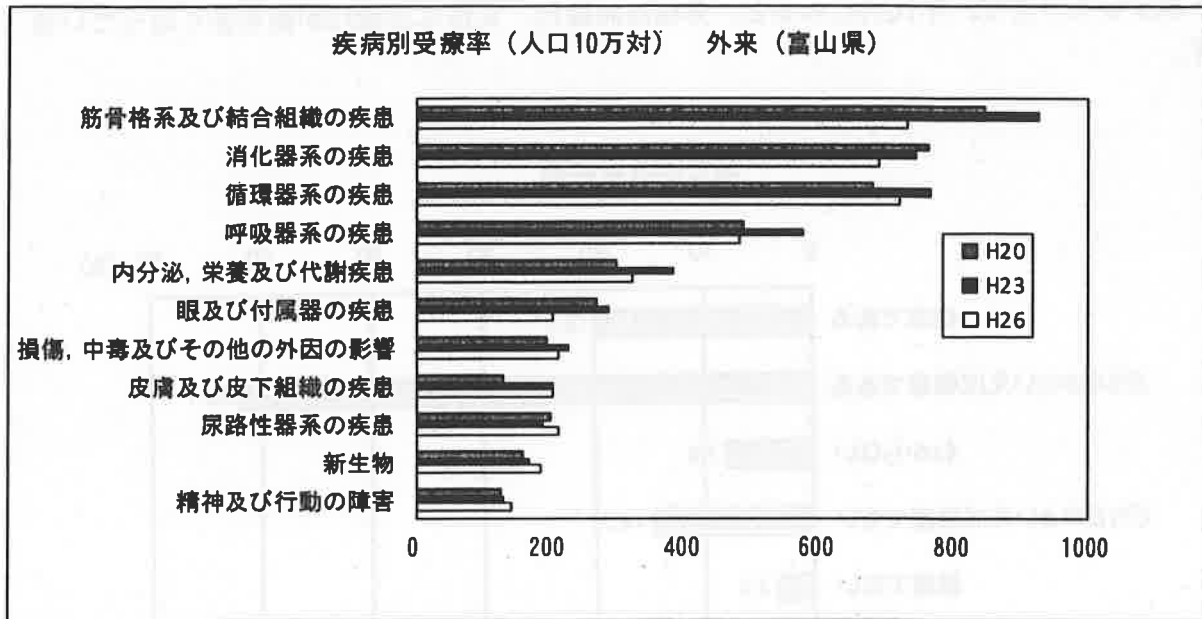
厚生労働省「病院報告」

<sup>1</sup> 厚生労働省「病院報告」(2015<平成27>年)

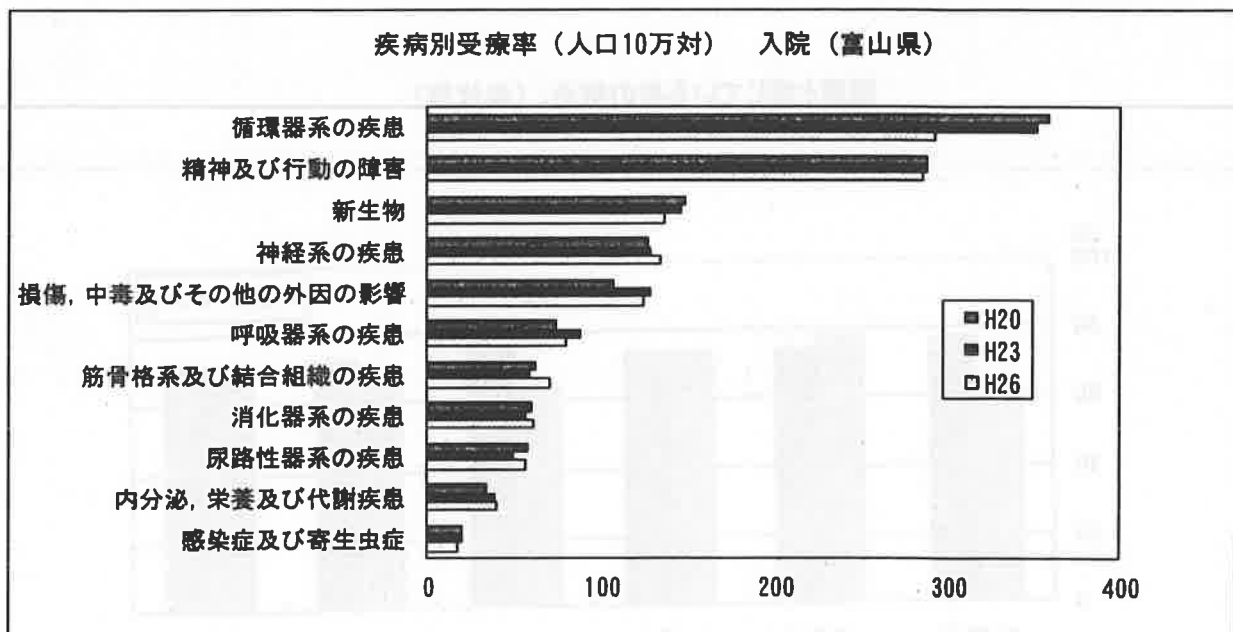


### (3) 疾病別受療率

- 2014（平成26）年の疾病別受療率（人口10万対）をみると、外来では、「筋骨格系及び結合組織の疾患」、「循環器系の疾患」、「消化器系の疾患」が多くなっています。
- 入院では、「循環器系の疾患」、「精神及び行動の障害」、「新生物」が多くなっています。



厚生労働省「患者調査」

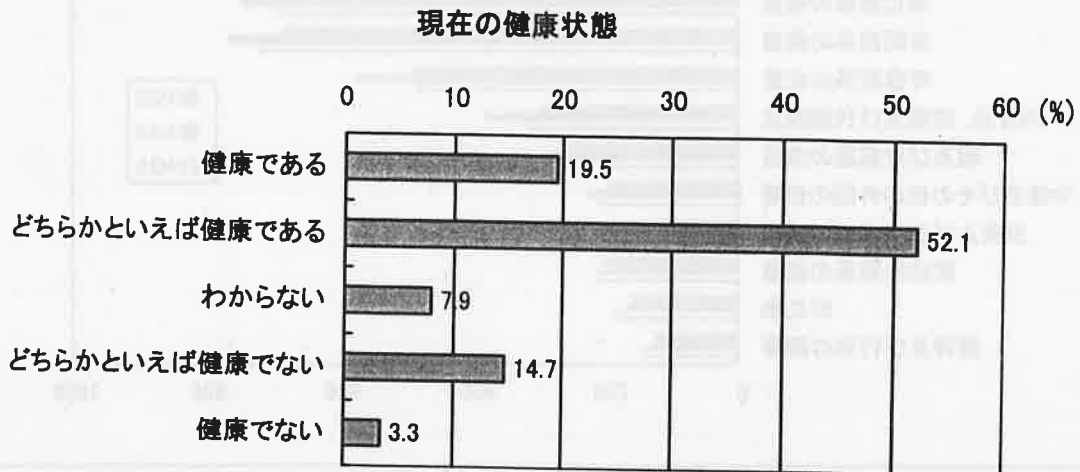


厚生労働省「患者調査」

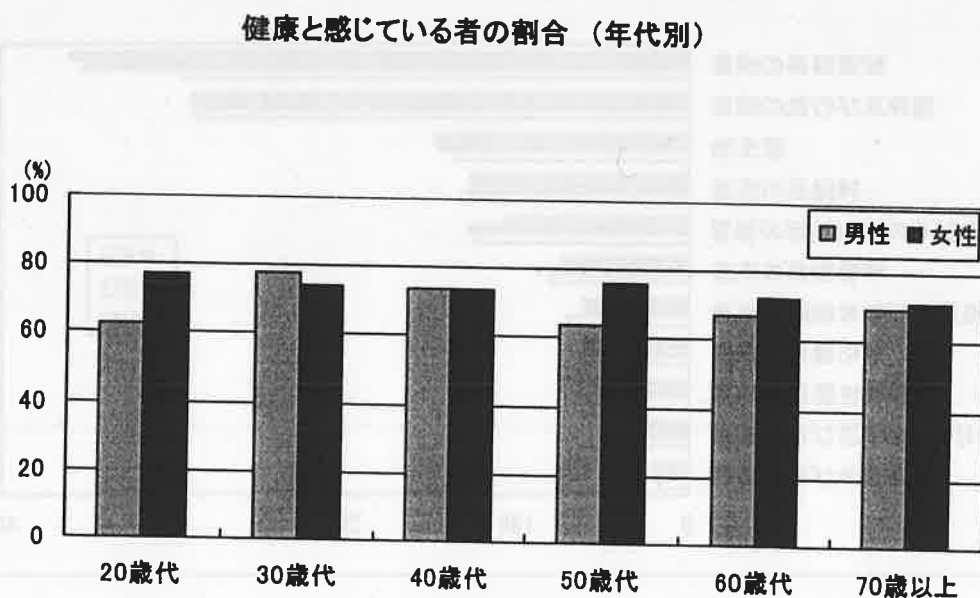
## 5 県民の医療に対する意識

### (1) 健康状態

- 現在の健康状態について「健康である」又は「どちらかといえば健康である」と感じている人は合わせて71.6%となっており、2010（平成22）年の調査と比較すると、5.1ポイント減少しています。年代別にみると、男性は30歳代、女性は20歳代が最も多くなっています。



健康づくり県民意識調査（2016<平成28>年12月）

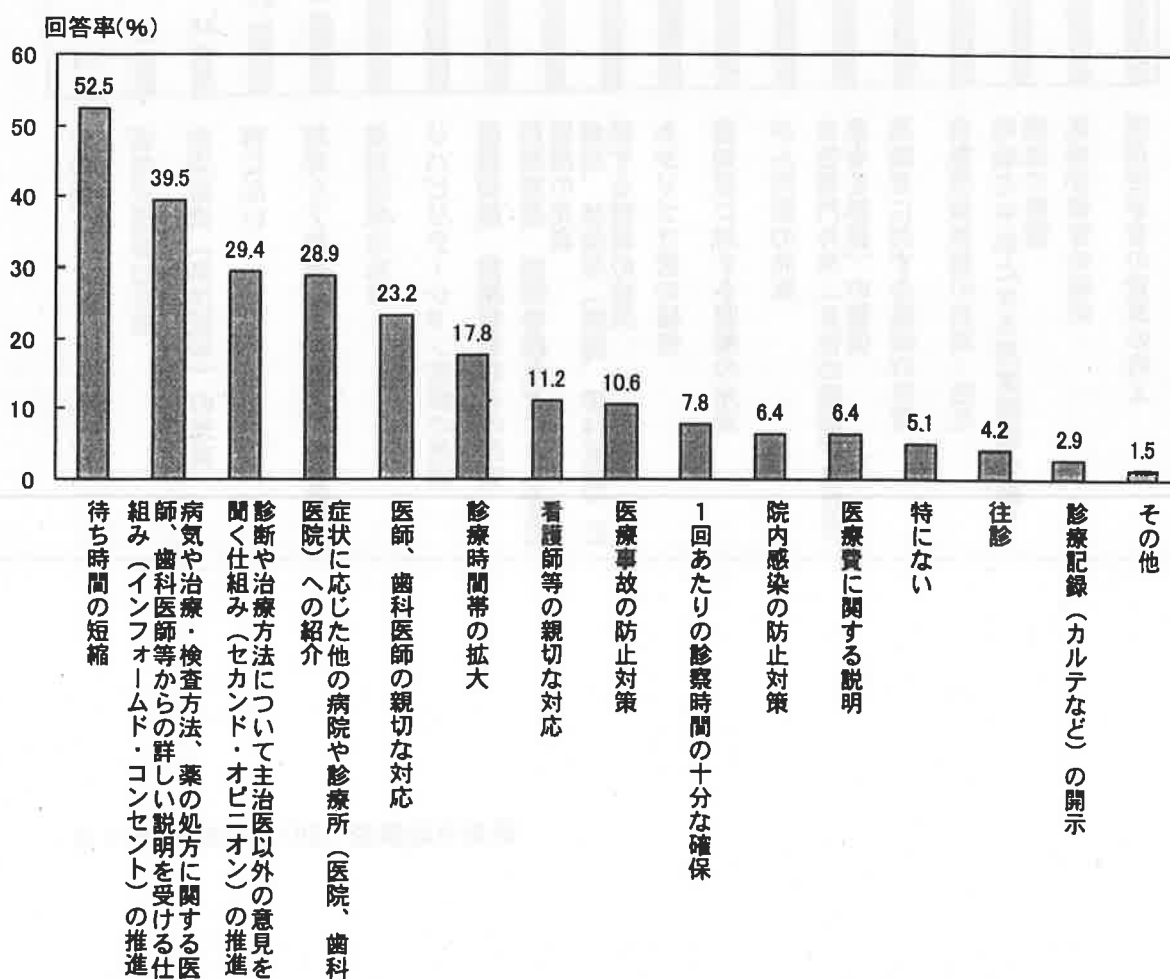


健康づくり県民意識調査（2016<平成28>年12月）

## (2) 医療に対する要望

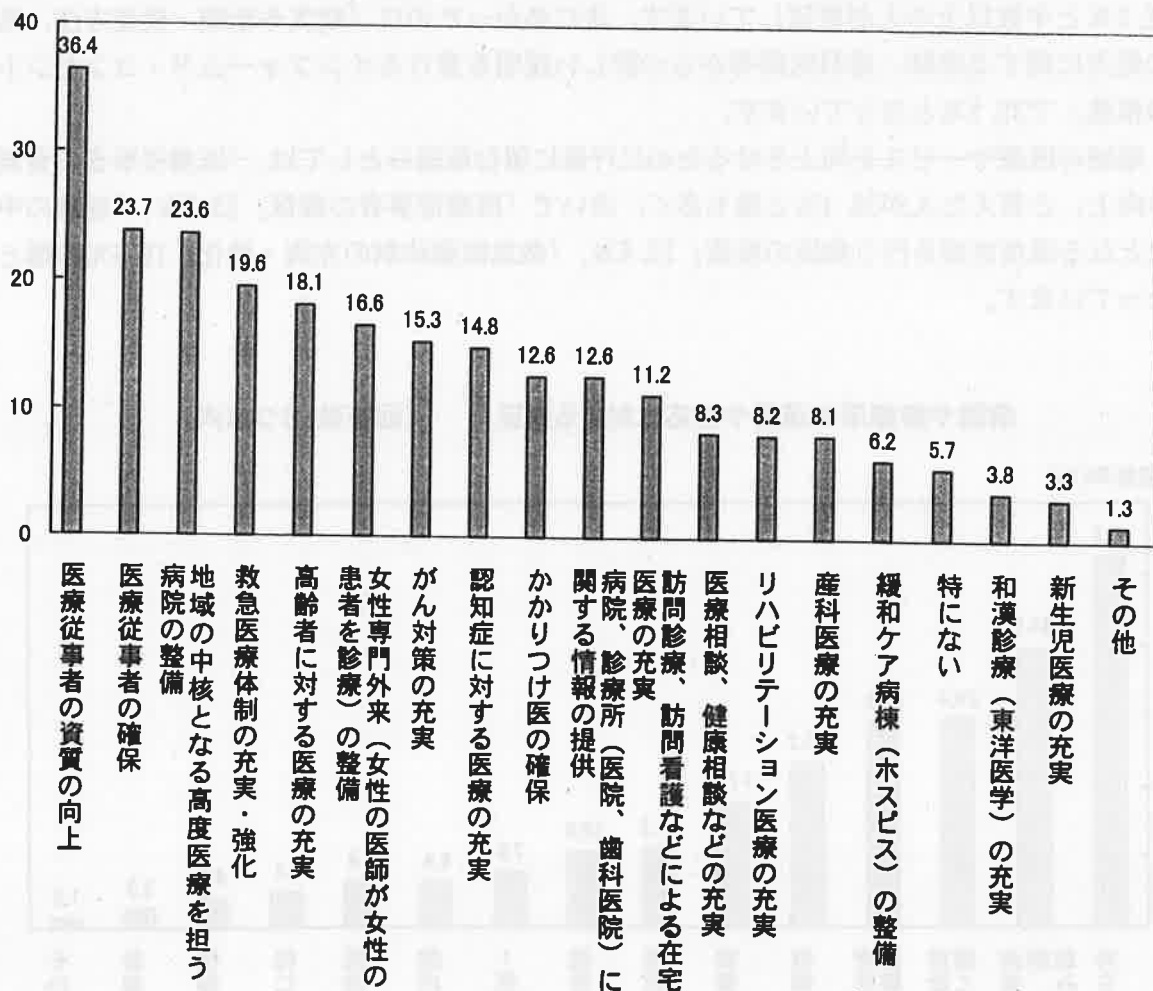
- 病院や診療所の運営や対応に対する要望として最も多かったのは「待ち時間の短縮」で、52.5%と半数以上の方が要望しています。次に多かったのは「病気や治療・検査方法、薬の処方に関する医師、歯科医師等からの詳しい説明を受けるインフォームド・コンセントの推進」で39.5%となっています。
- 地域の医療サービスを向上させるために行政に望む取組みとしては、「医療従事者の資質の向上」と答えた人が36.4%と最も多く、次いで「医療従事者の確保」23.7%、「地域の中核となる高度医療を行う病院の整備」23.6%、「救急医療体制の充実・強化」19.6%の順となっています。

病院や診療所の運営や対応に対する要望 (回答数:3つ以内)



県政世論調査 (2017<平成29>年 9月)

(%) 地域医療サービス向上のための行政への要望 (回答数:3つ以内)

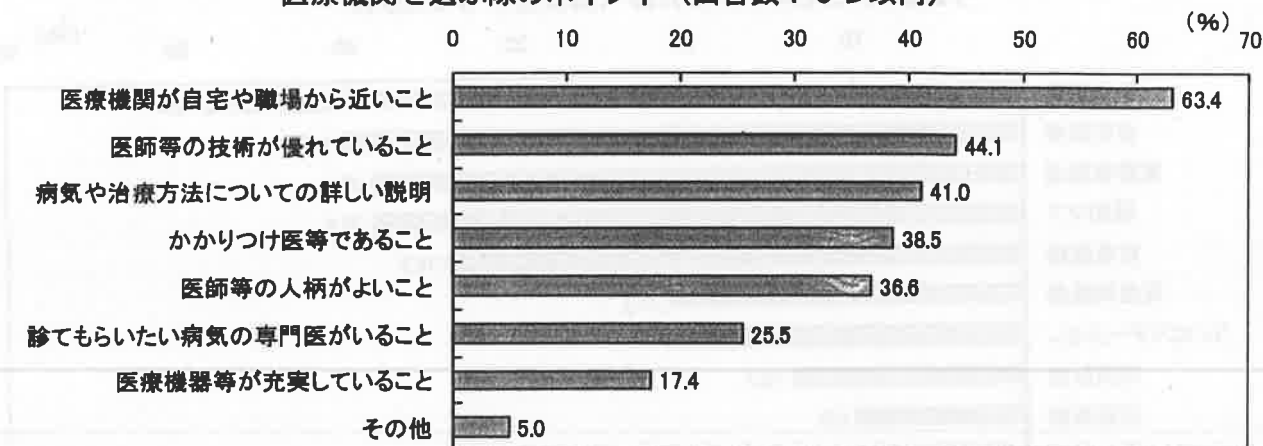


県政世論調査 (2017<平成29>年9月)

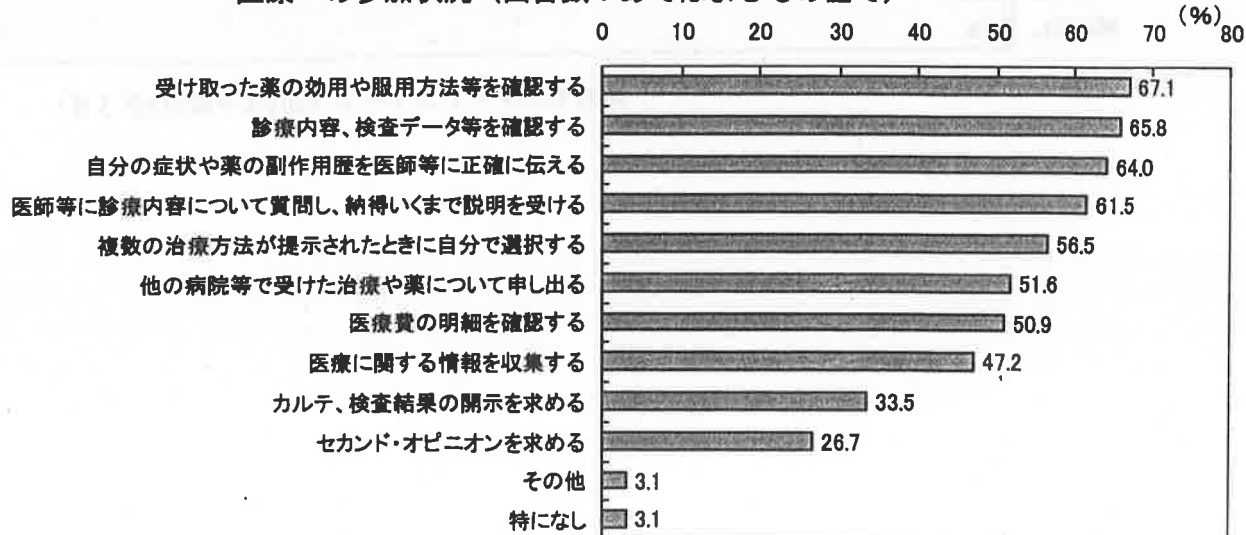
### (3) 医療機関の選択や医療への参加状況

- 医療機関を選ぶ際のポイントとして「医療機関が自宅や職場から近いこと」と答えた人が63.4%と半数以上を占めています。次に「医師等の技術が優れていること」44.1%、「病気や治療方法についての詳しい説明」41.0%の順となっています。
- 患者の立場からの医療への参加状況としては、「受け取った薬の効用や服用方法等を確認する」、「診療内容、検査データ等を確認する」、「自分の症状や薬の副作用歴を医師等に正確に伝える」、「医師等に診療内容について質問し、納得いくまで説明を受ける」と答えた人が60%を超えています。
- 今後医療を充実すべき疾患として、「がん疾患」が62.1%と最も多く、次いで「認知症」が52.8%となっています。
- 今後医療を充実すべき分野として、「小児医療」が48.4%と最も多く、次いで「在宅医療」40.4%、その次に同ポイント（38.5%）で「高齢者医療」と「緩和ケア」の順となっています。

医療機関を選ぶ際のポイント（回答数：3つ以内）

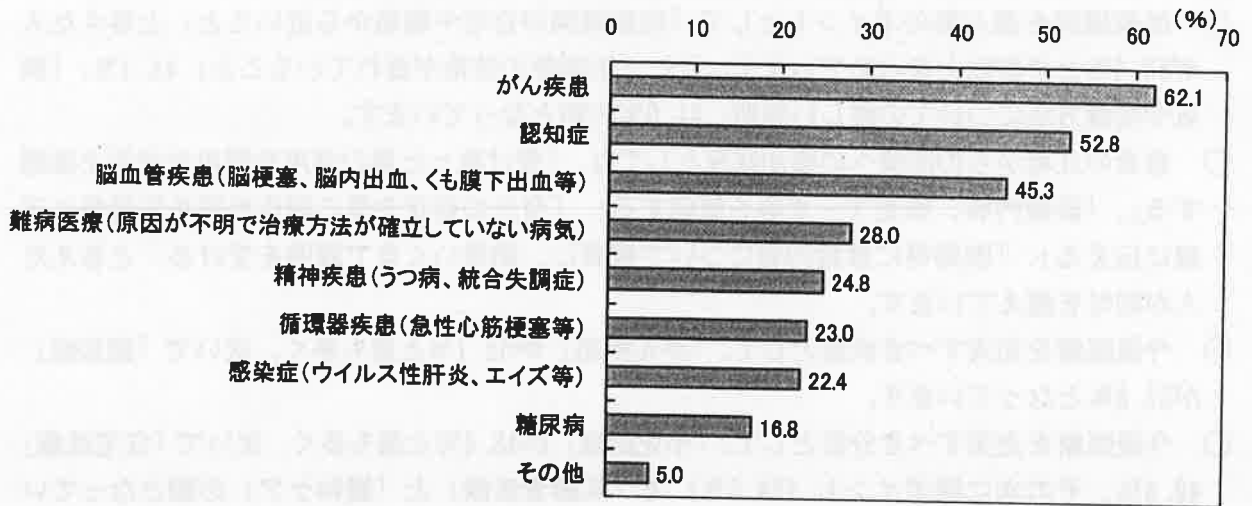


医療への参加状況（回答数：あてはまるもの全て）

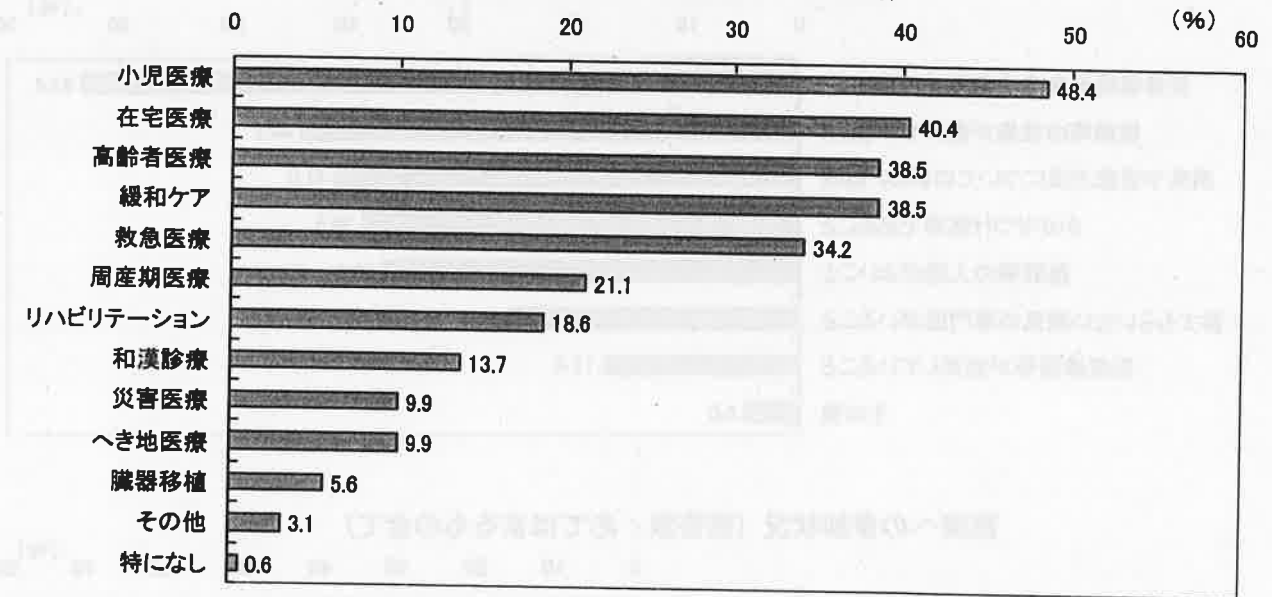


県政モニターアンケート（2017<平成29>年3月）

今後医療を充実すべき疾患（回答数：3つ以内）



今後医療を充実すべき分野（回答数：3つ以内）



県政モニターアンケート（2017<平成29>年3月）

## 2 国における医療制度改革の取組み

### (1) 社会保障・税一体改革大綱

国民皆保険・皆年金の達成から半世紀が過ぎ、少子高齢化が進展し、雇用環境の変化、貧困・格差の問題など、社会が大きく変化している中、「安心の支え合い」である社会保障制度を守り、進化させ、受け継いでいくため、2012（平成24）年2月に「社会保障・税一体改革大綱」が閣議決定されました。

大綱では、医療サービス提供体制の制度改革として、急性期をはじめとする医療機能の強化、病院・病床機能の役割分担・連携の推進、在宅医療の充実等を内容とする医療サービス提供体制の制度改革に取り組むこととされました。

#### <今後の見直しの方向性>

##### ① 病院・病床機能の分化・強化

- ・ 急性期病床の位置付けを明確化し、医療資源の集中投入による機能強化を図るなど、病院・病床の機能分化・強化を推進する。
- ・ 病診連携、医療・介護連携等により必要なサービスを確保しつつ、一般病棟における長期入院の適正化を推進する。

##### ② 在宅医療の推進

- ・ 在宅医療の拠点となる医療機関の趣旨及び役割を明確化するとともに、在宅医療について、達成すべき目標、医療連携体制等を医療計画に記載すべきことを明確化するなどにより、在宅医療を充実させる。

##### ③ 医師確保対策

- ・ 医師の地域間、診療科間の偏在の是正に向け、都道府県が担う役割を強化し、医師のキャリア形成支援を通じた医師確保の取組みを推進する。

##### ④ チーム医療の推進

- ・ 多職種協働による質の高い医療を提供するため、高度な知識・判断が必要な一定の行為を行う看護師の能力を認証する仕組みの導入などをはじめとして、チーム医療を推進する。

### (2) 社会保障制度改革推進法と社会保障制度改革国民会議

「社会保障・税一体改革大綱」に定める改革を実現するため、社会保障制度改革推進法など関連する法律が成立しました。

その後、社会保障制度改革推進法に基づき設置された社会保障制度改革国民会議において議論が行われ、「報告書 ～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～」がとりまとめられました（2013（平成25）年8月5日）。

この報告書では、総論のほか、少子化、医療、介護、年金の各分野の改革の方向性の提言がなされました。

#### <社会保障制度改革国民会議報告書を踏まえた医療・介護分野の方向性>

- 「病院完結型」から、地域全体で治し、支える「地域完結型」へ
- 受け皿となる地域の病床や在宅医療・介護を充実。川上から川下までのネットワーク化
- 地域ごとに、医療、介護、予防に加え、本人の意向と生活実態に合わせて切れ目なく継続的に生活支援サービスや住まいも提供されるネットワーク（地域包括ケアシステム）の構築
- 国民の健康増進、疾病の予防及び早期発見等を積極的に促進する必要

### (3) 社会保障改革プログラム法、医療介護総合確保推進法及び医療法等

社会保障制度改革国民会議において取りまとめられた報告書等を踏まえ、社会保障制度改革の全体像及び進め方を明らかにするため「維持可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」（「社会保障改革プログラム法」）が制定されました（2013（平成25）年12月13日）。

このプログラム法に基づく措置として、質が高く効率的な医療提供体制や地域包括ケアシステムを構築し、高度急性期から在宅医療・介護サービスまでの一連の医療・介護サービスを一体的・総合的に確保するため「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」（「医療介護総合確保推進法」）が成立し（2014（平成26）年6月18日）、医療法、介護保険法等の関係法律の改正が行われました。

#### <医療法の主な改正点>

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



### 3 本県における医療提供体制の現状と今後の課題

#### (1) 医療提供体制の現状

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

また、近年では、各医療圏での初期急患センターの整備や災害拠点病院の機能強化、県在宅医療支援センターの整備などを進めるとともに、ドクターヘリの導入（2015（平成27）年）や、県がん診療連携拠点病院である富山県立中央病院の先端医療棟の整備（2016（平成28）年）、さらに、富山県リハビリテーション病院・こども支援センターの開設（2017（平成29）年）など、高度で専門的な医療の充実にも取り組んできました。

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

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

#### (2) 医療提供体制の課題

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

##### ① 医療機能の分化・連携の推進

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

##### ② 在宅医療の充実

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

##### ③ 医療の質の向上

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

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

##### ④ 安全で安心な医療の提供

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

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

##### ⑤ 患者本位の医療の推進

医療サービスの選択に必要な情報が提供されるとともに、診療の際には、インフォーム

ドコンセント<sup>1</sup>の理念に基づき、患者本人が求める医療サービスを提供していくなど、患者本位の医療提供体制を実現していく必要があります。

#### ⑥ 医療従事者の確保育成と資質の向上

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

<sup>1</sup>医師・歯科医師等が医療を提供するに当たり適切な説明を行い、患者が理解し同意すること

## 第3節 計画の基本目標

### 1 基本目標

この計画の基本目標を、

「患者本位の良質かつ適切な医療提供体制の確保」とします。

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

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

### 2 基本計画

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

#### (1) 質の高い医療の提供

患者が病状に応じて良質かつ適切な医療を受けることができるよう、医療機関相互の機能分担と連携、医療機能の充実を図り、5疾病（がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病、精神疾患）や5事業（救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療）、在宅医療等の医療提供体制の整備充実に努めます。

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

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

#### (2) 医療・保健・福祉の総合的な取組みの推進

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

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

### 3 地域医療構想

#### (1) 背景

- 人口減少や高齢化が進展する中、2025（平成 37）年には、いわゆる「団塊の世代」がすべて 75 歳以上となる超高齢社会を迎え、本県においては、3 人に 1 人が 65 歳以上、5 人に 1 人が 75 歳以上となると見込まれます。今後、さらに高齢化が進行すると、医療や介護を必要とする人がますます増加し、現在の医療・介護サービスの提供体制のままでは十分に対応できないことが予想されます。
- 2025（平成 37）年を見据え、限られた医療資源を有効に活用し、地域ごとに必要なサービスを確保し、提供していくための取組みが急務となっています。
- こうした中、2014（平成 26）年 6 月に医療介護総合確保推進法が成立しました。これに伴う医療法の改正により、患者の状態に応じた適切な医療を、地域において効果的かつ効率的に提供する体制の構築に向け、医療機能の分化・連携や在宅医療等の充実、医療従事者の確保・養成を推進するため、各都道府県は医療計画の一部として将来の医療提供体制の目指すべき姿を示す「地域医療構想」を策定することとなりました。

#### (2) 目的と内容

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

(1) 構想区域ごとに医療法に基づく厚生労働省令で定める計算式により算定された

① 将来（2025（平成 37）年）の病床の機能区分ごとの病床数の必要量

② 将来（2025（平成 37）年）の居宅等における医療（在宅医療等）の必要量

(2) 地域医療構想の達成に向けた病床の機能の分化及び連携に関する事項

#### (3) 位置づけ

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

#### (4) 構成

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

#### (5) 目標年次

地域医療構想は、「団塊の世代」がすべて後期高齢者となる平成 37 年（2025 年）を目標年次としています。

## 第4節 医療圏と基準病床数

### 1 医療圏

#### (1) 二次医療圏

二次医療圏の設定については、

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

などから、引き続き現行の医療圏域とします。

医療圏別人口

二次医療圏	構成市町村	人口
新川	魚津市、黒部市、入善町、朝日町	120,426人
富山	富山市、滑川市、舟橋村、上市町、立山町	500,623人
高岡	高岡市、氷見市、射水市	310,880人
砺波	砺波市、小矢部市、南砺市	129,464人
県		1,061,393人

人口は、2016（平成28）年10月1日現在

#### (2) 三次医療圏

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

### 2 基準病床数

- 基準病床数は、病床の適正配置を図り、適切な入院体制を確保するため、医療圏内における病床整備の目標と規制基準を示すものです。
- 病床の種別ごとの基準病床数は、医療法施行規則に定める方法により、2017（平成29）年度富山県患者動向調査等の結果に基づき算定を行いました。
- 療養病床及び一般病床の基準病床数については二次医療圏ごとに定め、精神病床、結核病床、感染症病床の各基準病床数については県全域において定めることとされています。

病床の種別	医療圏	基準病床数
療養病床 及び 一般病床	新 川	(調整中)
	富 山	(調整中)
	高 岡	(調整中)
	砺 波	(調整中)
	合 計	(調整中)
精神病床	県 全 域	(調整中)
結核病床	県 全 域	(調整中)
感染症病床	県 全 域	(調整中)

人口調査結果

口 人	所 在 市 町 村	数 値
人口 合計	伊波野、伊波野、伊波野、伊波野	1000
人口 合計	伊波野、伊波野、伊波野、伊波野	1000
人口 合計	伊波野、伊波野、伊波野	1000
人口 合計	伊波野、伊波野、伊波野	1000
人口 合計	伊波野	1000

資料：人口調査結果(伊波野市) 平成21年

図表三 四

本表は、人口調査結果に基づき、人口の推移を示すものである。人口の推移は、出生と死亡の差によって決定される。出生数は、人口の増加に寄与する一方、死亡数は、人口の減少に寄与する。人口の推移は、出生率と死亡率の差によって決定される。

図表四 五

本表は、人口調査結果に基づき、人口の推移を示すものである。人口の推移は、出生と死亡の差によって決定される。出生数は、人口の増加に寄与する一方、死亡数は、人口の減少に寄与する。人口の推移は、出生率と死亡率の差によって決定される。

本表は、人口調査結果に基づき、人口の推移を示すものである。人口の推移は、出生と死亡の差によって決定される。出生数は、人口の増加に寄与する一方、死亡数は、人口の減少に寄与する。人口の推移は、出生率と死亡率の差によって決定される。

本表は、人口調査結果に基づき、人口の推移を示すものである。人口の推移は、出生と死亡の差によって決定される。出生数は、人口の増加に寄与する一方、死亡数は、人口の減少に寄与する。人口の推移は、出生率と死亡率の差によって決定される。