

平成29年度

「第3回 新川地域医療推進対策協議会」

「第3回 新川地域医療構想調整会議」

「第2回 新川地域医療と介護の体制整備に係る協議の場」

合同会議 次第

日時：平成29年12月18日（月）19:00～20:30

場所：黒部市民会館 101会議室

1 開会

2 挨拶

3 議題

(1) 新川医療圏地域医療計画の改定について [資料1]

(2) 現状分析と主な施策・目標について [資料2]

(3) 地域医療構想の推進及び医療と介護の体制整備について [資料3]

4 閉会

〔配布資料〕

- ・ 委員名簿
- ・ 配席図
- ・ 資料1-1 新川医療圏地域医療計画の改定作業について
- ・ 資料1-2 新川医療圏地域医療計画（案）
- ・ 資料2 現状分析と主な施策・目標（案）
- ・ 資料3-1 病院数、一般診療所数、歯科診療所数の推移
- ・ 資料3-2 地域医療介護総合確保基金（医療分）について
- ・ 資料3-3 介護施設・在宅医療等の追加的需要への対応について
- ・ 参考資料 意見書様式

新川地域医療推進対策協議会委員

任期:平成28年8月26日～平成30年8月25日
平成29年12月18日現在

		職名	氏名	備考
1	市町村	魚津市 副市長	四十万 隆一	(代理出席) 民生部長 吉川高広
2		黒部市 副市長	能澤 雄二	
3		入善町副町長	梅津 将敬	(代理出席) 保健センター主幹 新田しげ乃
4		朝日町副町長	山崎 富士夫	(代理出席) 健康課長 中島優一
5	公的病院	あさひ総合病院長	東山 考一	
6		黒部市民病院長	竹田 慎一	
7		富山労災病院長	木谷 隆一	
8	医師会	下新川郡医師会長	藤森 正記	
9		魚津市医師会長	青山 圭一	
10		富山県医師会 理事	平野 八州男	(代理出席) 富山県医師会理事 大橋直樹
11	在宅医療関係者	新川地域在宅医療療養連携協議会 会長	藤岡 照裕	
12		にいかわ認知症疾患医療センター長	葛野 洋一	(代理出席) 精神保健福祉士 吉松雪絵
13	歯科医師会	下新川郡歯科医師会長	竹島 健潤	
14		富山県歯科医師会 理事	清田 築	
15	薬剤師会	富山県薬剤師会 魚津支部長	畠山 規明	
16		富山県薬剤師会 副会長	沓掛 隆義	
17	看護関係者(病院)	富山労災病院 看護部長	徳重 美登恵	
18	関係行政機関	新川地域消防組合消防本部 消防長	谷口 優	
19	看護関係者(訪問看護)	入善訪問看護ステーション 管理者	上田 百合子	
20	施設関係者	あんどの里 施設長	大崎 雅子	(代理出席) 看護課長 平崎弘美
21		魚津老人保健施設長	澤木 勝	
22		魚津市介護保険サービス事業者連絡協議会 ケアマネ部会長	宮崎 美智子	
23	社会福祉関係者	朝日町社会福祉協議会長	蓮澤 正二	
24		魚津市連合婦人会長	青山 芳枝	
25		朝日町身体障害者協会会長	加藤 好進	
		計25名		

新川地域医療構想調整会議委員

任期:平成29年11月17日～平成31年11月16日
平成29年12月18日現在

		職 名	氏 名	備 考
1	医師会	下新川郡医師会長	藤森 正記	
2		魚津市医師会長	青山 圭一	
3	歯科医師会	下新川郡歯科医師会長	竹島 健潤	
4		富山県歯科医師会 理事	清田 築	
5	薬剤師会	富山県薬剤師会 魚津支部長	畠山 規明	
6		富山県薬剤師会 副会長	沓掛 隆義	
7	看護協会	富山県看護協会 黒部・魚津支部代表	田中 佳子	
8	民間病院	全日本病院協会富山県支部	深川 差雅香	
9	公的病院	あさひ総合病院長	東山 考一	
10		黒部市民病院長	竹田 慎一	
11		富山労災病院長	木谷 隆一	
12	医療保険者	全国健康保険協会富山支部	山本 広道	
13		YKK健康保険組合常務理事	相田 芳郎	
14		魚津市民生部市民課長	窪田 昌之	
15	介護保険者	魚津市民生部社会福祉課長	矢田 厚子	
16		新川地域介護保険・ケーブルテレビ事業組合事務局長	村田 治彦	
17	介護・福祉施設	あんどの里 施設長	大崎 雅子	(代理出席) 看護課長 平崎弘美
18	医療を受ける立場	入善町母子保健推進員連絡協議会長	野口 陽子	
19		朝日町社会福祉協議会長	蓮澤 正二	
20		くろべ女性団体連絡協議会長	牧野 和子	
21	市町村	魚津市 副市長	四十万 隆一	(代理出席) 民生部長 吉川高広
22		黒部市 副市長	能澤 雄二	
23		入善町 副町長	梅津 将敬	(代理出席) 保健センター主幹 新田しげ乃
24		朝日町 副町長	山崎 富士夫	(代理出席) 健康課長 中島優一
		計24名		

平成29年度「第3回新川地域医療推進対策協議会」「第3回新川地域医療構想調整会議」
「第2回医療と介護の体制整備に係る協議の場」(合同会議) 配席図

日時：平成29年12月18日(月) 19:00~20:30
会場：黒部市民会館101会議室

YKK健康保険組合常務理事 相田芳郎
全国健康保険協会富山支部 山本広道
下新川郡医師会長 藤森正記
魚津市医師会長 青山圭一
(代)富山県医師会理事 大橋直樹

	● ○ ○ ○	
医療保険者 魚津市市民課長 窪田昌之	(会長)	○ 下新川郡歯科医師会長 竹島健潤
介護保険者 魚津市社会福祉課長 矢田厚子		○ 富山県歯科医師会理事 清田榮
介護保険者 新川地域介護保険組合専務局長 村田治彦		○ 新川地域在宅医療連携協議会会長 藤岡照裕
あんの星施設長 (代) 平崎弘美		● 全日本病院協会富山県支部 深川差雅香
魚津市介護保険9-12事業推進連絡協議会会長 宮崎美智子		○ にかわ認知症疾患医療センター長 (代) 吉松雪絵
魚津市連合婦人会会長 青山芳枝		○ あさひ総合病院院長 東山考一
くろべ女性団体連絡協議会会長 牧野和子		○ 黒部市市民病院長 竹田慎一
入善町母子保健推進員連絡協議会会長 野口陽子		○ 富山労災病院院長 木谷隆一
朝日町社会福祉協議会会長 蓬澤正二		○ 富山県薬剤師会魚津支部長 島山規明
朝日町身体障害者協会会長 加藤好進		○ 富山県薬剤師会副会長 沓掛隆義
新川地域消防組合消防本部消防長 谷口優		● 富山看護協会の黒部・魚津支部代表 田中佳子
魚津市副市長 (代) 吉川高広		○ 富山労災病院看護部長 徳重美登恵
黒部市副市長 能澤雄二		○ 入善訪問看護ステーション管理者 上田百合子
入善町副町長 (代) 新田しげ乃		○ 魚津老人保健施設長 澤木勝
朝日町副町長 (代) 中島優一	(事務局)	

新川厚生センター 経田次長
新川厚生センター 松島主幹
新川厚生センター 中嶋魚津支所長
新川厚生センター 大江所長
厚生部 大橋次長
医師課 荒川課長
医師課 松倉参事
医師課 松井班長
高野福祉課 牧班長

【凡例】
◎：推進対策協議会委員・調整会議委員併任
○：推進対策協議会委員
●：調整会議委員

(傍聴席)

(傍聴席)

新川医療圏地域医療計画の改定作業について

区分	検討組織	開催日
<5 疾病>		
・がん	がん部会	H29. 11. 14
・脳卒中	新川圏域地域リハビリテーション連絡協議会	H29. 11. 17
・心血管疾患	心血管疾患部会	H29. 8. 1
・糖尿病	糖尿病地域ケア体制検討会	H29. 11. 10
・精神疾患	精神医療保健福祉関係者連絡会議	H29. 9. 27
<5 事業>		
・周産期医療	新川厚生センター管内周産期地域連携ネットワーク会議	H29. 9. 20
・小児医療		
・救急医療	新川地域災害医療連携会議	(調整中)
・災害医療		
<在宅>		
・在宅医療	在宅医療部会	H29. 12. 13

第1節 新川医療圏地域医療計画

1 医療圏の概況

(1) 地域の環境、人口及び人口動態

- 新川医療圏は県東部の魚津市、黒部市、入善町、朝日町で構成され、圏域の総面積は924.47km²で、山林地帯が80%以上を占めています。
- 東は新潟県と長野県に、西は富山医療圏に接しています。圏域内には本県最大の温泉旅館街である宇奈月温泉をはじめ、黒部峡谷鉄道や後立山連峰など、有数の山岳観光地があります。



- 2016(平成28)年10月1日現在の圏域の総人口は120,426人で、総人口の33.4%が65歳以上、17.1%が75歳以上で県平均を上回っています。2016(平成28)年の出生数は742人、出生率(人口千対)は6.2(県:7.0)で、県平均を下回っています。また、死亡率(人口千対)は14.1(県:12.3)で県平均を上回っています。

(2) 医療機関、保健福祉関係施設

- 2016(平成28)年10月1日現在、圏域内には、病院14施設、一般診療所74施設(有床3施設、無床71施設)、歯科診療所51施設があります。
- 2016(平成28)年病院報告では、圏域内病院の1日平均患者数は外来1,712人、入院1,754人、また、病院の病床利用率は82.1%となっており、平均在院日数は38.0日と県平均(33.4日)より長くなっています。

医療機関の数

区分	医療機関数	摘要
病院	14	一般精神科 12 2
一般診療所	74	有床 3 無床 71
歯科診療所	51	無床 51

厚生労働省「医療施設調査」
(2016<平成28>年10月1日現在)

病院病床数

区分	病床数
一般	1,045
療養	792
精神	290
結核	10
感染症	4

厚生労働省「医療施設調査」
(2016<平成28>年10月1日現在)

- 保健施設として、保健センターがすべての市町に、また、厚生センターの本所が黒部市に、支所が魚津市に設置されています。なお、障害者・高齢者福祉施設等は、次のとおりです。

障害福祉サービス事業所等

日中活動の場	生活介護	9
	自立(生活)訓練	3
	就労移行支援	3
	就労継続支援A型	2
	就労継続支援B型	12
	地域活動支援センターⅠ型	1
	地域活動支援センターⅡ型	—
住まいの場	地域活動支援センターⅢ型	—
	共同生活援助	10
相談	指定一般相談支援事業	4
	指定特定相談支援事業	9
	指定障害児相談支援事業	6

県障害福祉課調べ
(2017<平成29>年10月1日現在)

高齢者福祉施設等

入所施設	特別養護老人ホーム(地域密着含む)	17
	介護老人保健施設	7
	介護療養型医療施設	6
	軽費老人ホーム(ケアハウス)	4
相談	認知症対応型共同生活介護(グループホーム)	21
	居宅介護支援事業所	38
	地域包括支援センター	5
その他	在宅介護支援センター	4
	訪問看護ステーション	5

県高齢福祉課調べ
(2017<平成29>年10月1日現在)

(3) 医療従事者

- 2014(平成26)年12月末現在、圏域内の医師数は254人、人口10万人当たりで206.5人(県:248.2人)、歯科医師数は66人、人口10万人当たりで53.7人(県:56.4人)、薬剤師数は221人、人口10万人当たりで179.7人(県:265.7人)となっており、人口10万人当たりではいずれの職種も県平均を下回っています。
- 2016(平成28)年12月末現在、圏域内の看護職員の就業者数は1,781人であり、職種別では保健師83人、助産師45人、看護師1,192人、准看護師461人となっています。

○ 人口 10 万人あたりでは看護職員全体で 1,484.2 人、職種別では保健師 69.2 人、助産師 37.5 人、看護師 993.3 人、准看護師 384.2 人です。

○ リハビリテーション関係従事者及び歯科関係従事者の数は、次のとおりとなっています。

医師・歯科医師等

区 分	人 数	人口 10 万対		
		(新川)	(県)	
医 師	254	206.5	248.2	
歯 科 医 師	66	53.7	56.4	
薬 剤 師	221	179.7	265.7	
看 護 職	1,781	1,484.2	1,564.8	
内 訳	保健師	83	69.2	58.4
	助産師	45	37.5	38.1
	看護師	1,192	993.3	1,156.6
	准看護師	461	384.2	311.6

厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

(2014<平成 26>年 12 月 31 日現在)

富山県「看護職員業務従事者届」

(2016<平成 28>年 12 月 31 日現在)

人口 10 万対は県医務課計算

リハビリテーション関係従事者
(常勤換算数)

区 分	人 数
理学療法士	65.8
作業療法士	47.2
言語聴覚士	9.0
視能訓練士	8.9

厚生労働省「病院報告」、「医療施設調査」

(2014<平成 26>年 10 月 1 日現在)

歯科関係従事者

(常勤換算数)

区 分	人 数
歯科衛生士	106.9
歯科技工士	18.3

厚生労働省「病院報告」、「医療施設調査」

(2014<平成 26>年 10 月 1 日現在)

2 医療

(1) 医療機能の分担と連携

[がん]

現状と課題

- 2017（平成29）年11月現在、当圏域の禁煙外来を行っている医療機関は12施設（病院4、診療所8）あり、人口10万人当たりの施設数は、診療所6.7施設（県：9.9施設）、病院3.4施設（県：3.4施設）となっています¹。また、ニコチン依存症管理料の算定件数が、国、県の水準に比して低い状況にあります。
- 2007（平成19）年1月に、黒部市民病院と富山労災病院が地域がん診療連携拠点病院に指定されています。
- がんの入院診療、外来診療はいずれもその多くは医療圏内の医療機関で受療しており、他の医療圏への流出は少ない状況にあります。
- がんリハビリテーション実施件数が全国及び県内の他の医療圏の水準に比して少ない状況にあります。
- 地域がん診療連携拠点病院では、手術療法、薬物療法、放射線療法を組み合わせた治療を行っており、外来化学療法や外来放射線療法も実施されています。また、がん患者の相談支援、医療従事者の研修、院内がん登録事業等を行っています。
- 地域がん診療連携拠点病院では、がんの専門知識を有する医師、看護師、薬剤師等による緩和ケアチームが設置され、在宅療養を支援するがん相談支援センターが開設されています。また、がん患者の在宅療養体制を構築するための事例検討会を新川厚生センターと共同で開催しています。
- 県全体のがんの医療の均てん化を推進するため、黒部市民病院と富山労災病院が、地域がん診療連携拠点病院として臨床研究の推進やがん情報の収集・発信、医療従事者等を対象とした研修会の開催など、圏域内におけるがん治療の中心的な役割を担っています。
- がんの早期発見や治療法の選択に有効なPET（陽電子放射断層撮影）が、

¹ 診療報酬届出施設数

黒部市民病院と富山労災病院に整備されています。

○ 2017（平成29年）11月現在、専門的ながん診療に携わる認定看護師として、がん化学療法看護認定看護師が黒部市民病院及び富山労災病院に各1人、がん性疼痛看護認定看護師及びがん放射線看護認定看護師が黒部市民病院に各1人、緩和ケア認定看護師が黒部市民病院及び富山労災病院に各2人、あさひ総合病院に1人が配置されており、がん看護の質の向上について中心的な役割を担っています。

○ 市町が実施するがん検診については、胃がん検診の内視鏡検査が普及するなど検診精度向上の取り組みがありますが、がん検診受診率は横ばいの状況にあります。

施策の方向

○ 関係機関や関係団体とともに、喫煙者に対する禁煙治療や、公共施設をはじめとして多数の方が利用する施設における受動喫煙対策に取り組みます。

○ 地域がん診療連携拠点病院などの中核的な病院における医療機器の整備と連携を促進することにより、質の高いがん診療が適切に提供されるよう支援します。

○ 地域がん診療連携拠点病院と地域の医療機関との連携について、在宅医療・介護連携推進（支援）事業等を通じて多職種の連携を強化し、意思決定支援（アドバンス・ケア・プランニング等）の充実、グリーフケア、医療用麻薬の使用に関するプログラム、がん以外の疾患に対する緩和ケアのなどの一層の推進に努めます。

○ がんと診断された時から、障害の予防や緩和、あるいは能力の回復や維持を目的としたがんリハビリテーションが実施されるよう支援します。

○ 患者とその家族が、がんと診断された時から、身体的・精神心理的・社会的苦痛などに対して適切にケアを受け、苦痛が緩和されるよう、地域がん診療連携拠点病院を中心に、緩和ケアチームや緩和ケア外来の診療機能の向上に努めます。

○ 在宅緩和ケアの充実に向け、がん診療連携拠点病院等のバックアップのもと、診療所、訪問看護ステーション、調剤薬局等の地域における支援体制の強化を図ります。

○ 地域や職域でのがん検診について、検診受診率の一層の向上と精度の高い効果的

な検診が実施されるよう、関係機関と連携して啓発等に努めます。

〔脳卒中〕

現状と課題

- 脳卒中の急性期医療が可能な医療機関として、黒部市民病院、富山労災病院、あさひ総合病院、丸川病院があります。このうち、黒部市民病院と富山労災病院では、①専門的治療が24時間可能、②適応のある脳梗塞症例に対し、来院後1時間以内（発症後4.5時間以内）にt-PAによる血栓溶解療法が実施可能、③外科的手術が必要と判断した場合における来院後2時間以内の治療が可能であり、圏域内で概ねカバーできています。
- 2002（平成14）年に、黒部市民病院は地域リハビリテーション広域支援センターに指定されています。
- 回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関として、あさひ総合病院、池田リハビリテーション病院があり、人口10万対60床を上回っています。また、丸川病院においても、回復期リハビリテーションを実施しています。
- 2015（平成27）年1月現在、当圏域の回復期リハビリテーション病床数は、人口10万人当たり66.0床で、県平均（42.6床）を上回っています。
- 2008（平成20）年から、医療から介護まで含めた多職種連携による地域連携クリティカルパスを運用しています。
- 2010（平成22）年3月に「新川圏域地域リハビリテーション活動マップ」の改訂版を作成し、地域リハビリテーション関係機関の連携を図っています。
- 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査からは、転倒、口腔機能低下、認知機能低下、閉じこもり等のフレイル対策が重要となっています。

施策の方向

- 脳卒中の発症が疑われる初発症状を住民が正しく理解し、救急搬送の要請等を速やかに行うことができるよう、市町等の関係機関や関係団体とともに、初発症状等に関する普及啓発を行います。
- 脳卒中の地域連携クリティカルパス等の普及・推進を通じて、急性期医療から回復期・維持期（生活期）医療への円滑な移行を促進するとともに、質の高

い医療連携体制の構築を目指します。

- 急性期から回復期、維持期（生活期）に至るまで、切れ目のないリハビリテーションを行うことにより、生活機能の維持・向上を図り、在宅等への復帰と日常生活の継続を目指します。
- 「新川圏域地域リハビリテーション活動マップ（仮称）」（第4版）を新たに作成し、関係機関や関係団体とともに、圏域における医療・介護・介護予防（総合事業）におけるリハビリテーションを総合的に推進します。
- 新川圏域地域リハビリテーション連絡協議会を通じて、医療のリハビリ（急性期・回復期）と介護のリハビリ（慢性期）の連携の推進を図ります。

〔心筋梗塞等の心血管疾患〕

現状と課題

- 2017（平成29）年11月現在、当圏域の禁煙外来を行っている医療機関は12施設（病院4、診療所8）あり、人口10万人当たりの施設数は、診療所6.7施設（県：9.9施設）、病院3.4施設（県：3.4施設）となっています。また、ニコチン依存症管理料の算定件数が、国、県の水準に比して低い状況にあります。
- 急性心筋梗塞が疑われる患者に対する専門的治療が24時間実施可能な医療機関として、黒部市民病院と富山労災病院があります。
- 黒部市民病院において、心大血管疾患リハビリテーションを実施していますが、医療圏全体としての実施件数は他の医療圏に比して少ない状況にあります。
- 急性期医療を担う病院（黒部市民病院、富山労災病院）を退院した患者に対し、状況に応じた切れ目のない医療の提供のための地域連携クリティカルパスが導入されています。
- 市町が実施する特定健診、特定保健指導の受診率は徐々に伸びてはいますが、県値に比してはまだ低い状況にあります。

施策の方向

- 市町が実施する特定健診、特定保健指導の実施率の向上のため、各種教室での啓発や関係者会議での情報提供などの支援に努めます。

- 関係機関や関係団体とともに、喫煙者に対する禁煙治療や、公共施設をはじめとして多数の方が利用する施設における受動喫煙対策に取り組みます。
- 住民に対し、急性心筋梗塞の発症が疑われる初発症状が正しく理解され、救急搬送の要請等を適切に行うことができるよう、市町等の関係機関や関係団体とともに、初発症状等に関する普及啓発を行います。
- 診療所の医療関係者に対し、急性心筋梗塞の発症が疑われる患者に対しては速やかに急性期治療の医療機関への搬送がされるよう、啓発に努めます。
- 急性期医療を担う病院に関して、来院から心臓カテーテル検査までに要した時間や心臓リハビリテーション実施率等のデータ収集・分析を行い、治療件数の増加や予後の改善に向けた支援体制の構築に努めます。
- 急性期医療を担う病院において、再発予防等に有効な心大血管疾患リハビリテーションの導入を推進します。
- 継続的・持続的な医療の提供のため、急性心筋梗塞の地域連携クリティカルパスの利用を促進するとともに、より使いやすいよう記載内容等の見直しに努めます。

〔糖尿病〕

現状と課題

- 黒部市民病院、富山労災病院、あさひ総合病院では、血糖コントロールが「不可」²に相当する例に対する教育入院等の集中的な治療を行っています。また、これらの病院では、糖尿病昏睡等の急性合併症の治療を行っています。
- 糖尿病治療は市町での完結率が比較的高く、合併症を含め圏域内で概ねカバーしています。
- 糖尿病対策に従事する医療・保健・福祉等の関係者に対し、糖尿病の治療や支援技術等に関する研修会を行っています。
- 2010（平成22）年に、糖尿病の地域連携クリティカルパス「糖尿病マイカルテ」を作成・運用し、かかりつけ医と病院の連携による継続的な治療体制、重症化予防体制の推進を図っています。

² HbA1c（NGSP）8.4%以上が持続する状態

- 2010（平成22）年に、糖尿病に関する正しい知識の普及及び糖尿病患者の重症化防止を図るため、「糖尿病地域ケア体制検討会」を設置し、糖尿病予備群、受療者、治療中断者を対象とした地域全体のサポート体制の構築に努めています。

- 2017（平成29）年に県が策定した「富山県糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に基づき、圏域内の医師会と医療保険者等で協議を行い、かかりつけ医と保険者との連携による糖尿病性腎症重症化予防の保健指導の体制整備に努めています。

今後、第2期の糖尿病性腎症重症化予防を推進するために、尿中アルブミン（定量）検査をかかりつけ医療機関において積極的に実施する必要があります。

施策の方向

- 市町、事業所、医療保険者等と協力し、糖尿病予防のための正しい知識の普及や危険因子を有する者の生活改善指導等を支援します。
- 各種の研修会や連絡会等を通じて、糖尿病対策に従事する関係者の資質の向上に努めます。
- 糖尿病受診勧奨者（要治療者）が確実に医療機関を受診し、悪化を防ぐための支援を強化するとともに、糖尿病地域ケア体制検討会を通じて、糖尿病の管理ができるかかりつけ医の増加及び歯科医や眼科医、薬剤師との連携に努めます。
- 治療中の患者が適切に医療を継続し、重症化を予防できる体制整備を図るため、糖尿病地域連携クリティカルパスの活用等を通じて、医療機能の分担と連携をさらに推進します。
- 新川厚生センターにおける糖尿病地域ケア体制検討会や地域職域連携推進協議会を通じて、圏域内のかかりつけ医と医療保険者の連携による糖尿病性腎症重症化予防の保健指導の体制構築を推進します。

〔精神疾患〕

現状と課題

- 精神科病床を有する医療機関として、魚津神経サナトリウムと魚津緑ヶ丘病

院、精神科外来を標榜する医療機関として、黒部市民病院があります。圏域においては、(3医療機関で)統合失調症、うつ病、認知症の医療を概ねカバーしています。

- 厚生センター、市町、相談支援事業者等では、患者本人や家族の相談に対応するとともに、医療資源や精神保健福祉制度等に関する情報提供等を行っています。
- 2011(平成23)年から、新川厚生センターでは、うつ病や精神疾患に対する医療等の支援体制の充実を図るため、一般医と精神科医の連携会議や研修会を開催しています。
- 新川厚生センターでは、新川地域自立支援協議会精神部会を担当し、保健・医療・福祉・介護等の関係者による事例検討会や研修会、連絡調整会議等を開催し、患者とその家族が地域で安心して生活できるよう支援しています。
- 2010(平成22)年に、認知症の鑑別診断、急性期医療、専門医療相談等を行う「にいかわ認知症疾患医療センター」が魚津緑ヶ丘病院に設置されています。
- 圏域内の医療保護入院の中では、認知症の割合が高く、早期からケアパスに基づく支援を推進する必要があります。
- 全国・都道府県の精神保健福祉資料では、県と比較すると圏域の退院率は比較的高く、再入院率も高くなっています。
- 住民や企業、関係機関等を対象に、心の健康づくりや精神保健福祉施策に関する普及啓発を行っています。

施策の方向

- 今後とも、住民や企業、関係機関等を対象に、心の健康づくりや精神保健福祉施策に関する普及啓発に努めます。
- 今後とも、関係機関や関係団体等と連携を図りながら、患者本人や家族の相談に適切に対応するとともに、多様な疾患に対応できる医療の連携体制の構築を図ります。
- うつ病や認知症等の早期発見・早期治療を図るため、一般医と精神科医の連携体制の構築に努めます。

- 地域で生活する患者やその家族が、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、保健・医療・福祉・介護等関係者の多職種連携による支援体制のさらなる充実に努めます。また、住まい、社会参加（就労）、地域の助け合い、教育が包括的に確保された、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に努めます。
- 長期入院者の地域移行・地域定着を支援するため、病院と地域の連携強化及び地域のさらなる体制整備に努めます。
- 認知症の人が、できる限り住み慣れた地域で生活を継続できるよう、市町の地域包括支援センターにおける認知症初期集中支援チームの体制整備と活用を図り、医療と介護等が連携しながら、必要な医療や介護サービスが総合的に提供されるよう支援します。
- 精神保健・医療・福祉の関係機関が積極的に退院支援委員会やアウトリーチ事業に協力することを支援します。

〔その他〕

現状と課題

- 黒部市民病院、富山労災病院、あさひ総合病院が、第二次救急医療などの政策医療を担っています。
- 当医療圏には、地域の医療機関との連携のため、開放病床が黒部市民病院に10床、富山労災病院に5床設置されているとともに、黒部市民病院、富山労災病院、あさひ総合病院に地域医療連携室が設置され、かかりつけ医との患者紹介が推進されています。
- 圏域内の公的病院、民間病院の間で高度医療機器の共同利用が進んでいます。また、2006（平成18）年から、黒部市民病院では、下新川地域医療連携ネットワーク「扇状地ネット」を稼働させ、患者の承諾を得たうえで、電子カルテの情報を連携先の医療機関と共有し、病診・病病連携が進められています。
- 黒部市民病院は、地域救命センター、災害拠点病院、第二種感染症指定医療機関、地域周産期母子医療センター、地域リハビリテーション広域支援センター等に指定されており、圏域内における中核的な役割を担っています。
- 富山労災病院は、2005（平成17）年にアスベスト健診やアスベストに関する

相談業務を行う「アスベスト疾患センター」を設置しています。また、平成29年3月に地域医療支援病院の承認を受けています。

- 分娩可能な医療機関が減少し、特定の医療機関に負担が集中するなどの課題に対応するため、2009（平成21）年から、分娩可能な医療機関と妊婦健診を行う医療機関が相互に連携を図る周産期医療連携体制を構築しています。
- へき地医療拠点病院として、黒部市民病院は無医地区に準ずる地区等への巡回診療を行っています。

施策の方向

- 圏域内の特性や医療資源等を最大限に活用し、医療機能の分担と連携を推進します。
- 公的病院の地域医療連携室を通じて、病院とかかりつけ医との連携を強化し、開放病床及び高度医療機器の共同利用等をさらに推進します。
- 扇状地ネット等の地域医療連携システムや大腿骨頸部骨折等の地域連携クリティカルパスの普及・推進を通じて、質の高い医療連携体制の構築を支援します。
- 産科及び子育て支援プラザの開設等、魚津市における新たな取り組みを今後注視しながら、医療機能に応じた分担と連携を推進し、安全で安心な周産期医療体制の充実に努めます。

(2) 救急医療

現状と課題

- 救急医療体制は、初期救急として2005（平成17）年10月に開設された「新川医療圏小児急患センター」、2015（平成27）年11月に開設された「下新川一次急患センター」、2016（平成28）年4月に開設された「魚津市急患センター」と在宅当番医制があります。また、第二次救急として、病院群輪番制（黒部市民病院、富山労災病院、あさひ総合病院）、第二・五次救急として地域救命センター（黒部市民病院）があります。このほか、坂東病院が救急告示医療機関に指定されています。
- 2016（平成28）年度の新川医療圏小児急患センターの利用実績は2,801人で、前年度に比較して4.3%増加していますが、少子化により減少傾向にあります。

- 黒部市民病院は、地域周産期母子医療センターとして、母体及び新生児の救急搬送受入体制を有し、出生体重 1,500g 以上、妊娠週数 33 週以上のハイリスク児や、切迫早産等の妊娠 33 週以降の重症妊産婦に対する比較的高度な周産期救急医療に対応しています。
- 2015(平成 27)年の圏域内における救急搬送人員は 3,927 人となっています³。また、2016(平成 28)年 4 月 1 日現在の救急救命士は 38 人で各市町の消防署に配置されており、人口 10 万人当たりの人数は 31.4 人(県：23.6 人)で、県平均を上回っています。
- 2004(平成 16)年 7 月から、非医療従事者の AED(自動体外式除細動器)の使用が認められたことに伴い、体育館をはじめ公共施設等に AED が設置され、各地で関係者や住民を対象とした AED の使用を含む救急蘇生法の講習会が開催されています。
- 2015(平成 27)年 8 月に運航を開始した富山県ドクターヘリについては、黒部市民病院、富山労災病院が患者受入医療機関となっています。

施策の方向

- 今後とも、初期、第二次、第二・五次救急医療体制を維持し、救急医療施設の充実を図るとともに、住民に対しては、市町等の関係機関や関係団体とともに、救急医療の適正受診について、引き続き普及啓発を行います。
- 今後とも、新川医療圏小児急患センター、下新川一次急患センター、魚津市急患センターの運営及び在宅当番医制の運用を通じ、初期救急医療体制の維持に努めます。
- 初期救急の適正な受診について、市町の広報や母子保健事業、ケーブルテレビ等のメディアを活用して普及啓発を行います。
- 妊婦及び新生児の周産期医療救急搬送については、2010(平成 22)年に県で策定した「周産期医療搬送・紹介ガイドライン」に沿った搬送体制の適正化・迅速化に取り組みます。
- 病院前救護体制の充実のため、今後とも県民を対象とした救急蘇生法の講習会等を通じて、AED の使用方法の周知を図ります。

³ 県消防課 防災・危機管理課「平成 27 年版 富山県消防防災年報」(2016<平成 28>年)

(3) 災害医療

現状と課題

- 地域災害拠点病院及びDMAT指定病院となっている黒部市民病院については、2016（平成28）年度の増改築により全館耐震化されたほか、太陽光発電設備の導入や外来待合・講堂への医療ガス設備の設置など、より災害に強い病院となっています。
- 市町の災害対策本部は、医師会等と連携して医療救護所を開設し、近隣地域から派遣されたJMATなどの医療救護班等と協力しながら、災害直後から数週間以上にわたり災害医療やメンタルヘルス、公衆衛生対策を実施することとなっています。
- 2012（平成24）年8月に、災害時の医療救護活動を迅速に行うため、公的3病院（黒部市民病院、富山労災病院、あさひ総合病院）は、相互応援協定を締結しています。
- 災害発生時の対応マニュアルやBCP（業務継続計画）が未作成となっている病院があります。
- 災害拠点病院、医師会、消防、行政等の関係機関や関係団体で構成される「新川地域災害医療連携会議」により、災害発生時の医療連携体制の整備・充実を図っています。
- 『新川医療圏災害医療活動マニュアル』の作成を通じて、新川医療圏の関係機関等が、災害発生時の医療連携における各々の役割を横断的に把握できるよう取り組んでいます。
- 2014（平成26）年に策定した『災害時厚生センター活動マニュアル』に基づき、各厚生センターが参加して災害対応図上訓練を実施しています。

施策の方向

- 新川地域が被災した場合、黒部市民病院が核となり、富山労災病院やあさひ総合病院、医師会、市町、県内外のDMAT等と協力しながら、急性期の災害医療を担う体制を整備します。

- 被災地内外から参集する医療チーム等の配置調整、情報の提供など、災害時に必要なコーディネート機能が十分発揮できるよう、新川地域災害医療連携会議を通じて、通信機器の整備を含む連携体制を整備します。
- 災害発生時の対応マニュアルやBCP（業務継続計画）が未作成の病院に対し、速やかな作成を促します。
- 新川地域災害医療連携会議を通じ、関係者の情報交換を行うとともに、『新川医療圏災害医療活動マニュアル』について、関係機関等の防災計画や災害マニュアルとの整合性をとるなど随時ブラッシュアップを図り、その実用性を高めます。
- 各厚生センターによる災害対応図上訓練において、全国保健所長会が推奨するアクションカードを活用した実践的訓練を継続し、そのノウハウの定着を図ります。

(4)在宅医療

現状と課題

- 新川地域在宅医療療養連携協議会の活動を支援し、多職種連携による在宅医療を推進するとともに、病院等の医療機関と在宅との地域連携を推進するため、看護管理者等連絡会や医療介護連携推進研修会を開催しています。
- 在宅医療・介護連携推進のために「在宅医療・介護ネットワークの手引き」を関係者と協働して作成し、活用を推進しています。
- 2010（平成22年）から医療・介護に係る多職種間での患者情報共有システムとして「あんしん在宅ネットにいかわ」を導入しており、ICTを活用した多職種連携が進められています。
- 新川医療圏では、一般病床の病床利用率が全国平均を下回り、療養病床の平均在院日数が全国平均を大幅に上回っていること等により在宅死が県内でも少ない状況です。患者や家族の意向に沿った療養生活を実現していくため、新公立病院改革プラン・公的医療機関等2025プランの推進を図るとともに、新川地域医療構想調整会議を開催しています。
- 2009（平成21）年から、魚津市医師会では、多職種連携による在宅医療を推進するため、「メディカルネット蜃気楼」を立ち上げ、関係者の勉強会等を開催

しています。

- 新川地域在宅医療支援センターの活動を支援し、新川地域の在宅医療の推進に努めています。
- 2012（平成24）年から、新川地域在宅医療支援センターでは、医療・衛生材料等の供給を円滑に行うため、「診療材料共同購入システム」を稼働させています。
- 2012（平成24）年から、新川地域在宅医療支援センターでは、住民の在宅医療に対する理解を深めるため、「在宅医療市民公開講座」を開催しています。
- 急性期からの受け入れや在宅・生活復帰支援等の役割を担う地域包括ケア病棟が坂東病院に設置されています。

施策の方向

- 新公立病院改革プラン・公的医療機関等2025プランの推進を図るとともに、新川地域医療構想調整会議等を通じて、患者や家族の意向に沿った療養生活を実現していきます。
- 公的病院等の地域医療連携室等の関係者と連携し、病院等の医療機関と在宅との双方向の移行について、質の高い入退院支援が行われるよう体制づくりを推進します。
- 今後とも、新川地域在宅医療支援センターを拠点として、多職種連携により、できる限り患者の住み慣れた地域で患者の疾患、重症度に応じた医療（緩和ケアを含む。）が、継続的・包括的に提供されるよう支援します。
- 在宅療養者が安心して療養生活を送れるよう、在宅医や訪問看護等による在宅医療体制を強化し療養環境を整備します。また、病院における退院前及び退院後の訪問指導の推進を図ります。
- 在宅療養者の病状急変時に対応できるよう、地域包括ケア病棟の整備を推進するとともに、在宅医療を担う医療機関や訪問看護ステーションと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目指します。
- 住み慣れた自宅での看取りだけでなく、在宅で療養している患者が、本人や家族の希望により最期を入院で看取れるよう、在宅・病院間の連携を推進し

ます。

- 在宅医療・介護連携推進（支援）事業等を通じて、人生の最終段階における医療について啓発普及を行います。
- 在宅療養支援事例検討会や研修会、関係者連絡会等を通じて、関係者の資質向上と多職種連携の推進に努めます。
- 在宅医療に関する地域住民の理解を促進するため、管内市町をはじめとする保健・医療・福祉関係機関との連携により、住民向け公開講座等の開催等を支援します。
- 地域包括ケア推進支援事業等を通じて、市町村が行なう在宅医療・介護連携推進事業（地域支援事業）を支援します。

3 医療・保健・福祉等の地域連携

(1) 医療と保健、福祉の連携

現状と課題

- 2007（平成19）年から、地域統一型の「大腿骨頸部骨折地域連携クリティカルパス」を運用しています。
- 介護老人保健福祉施設等の社会福祉施設における感染症や食中毒等の発生・対応に備え、平時から、施設職員に対する研修会や関係者連絡会議の開催、医療機関等との連携に努めています。
- 新川厚生センターでは、健やかな妊娠・出産を支援するため、「周産期地域連携ネットワーク会議」を開催し、周産期医療と保健、福祉の連携を推進しています。
- 養育支援を特に必要とする家庭への支援を強化するため、市町では、保健、児童福祉、教育、警察・司法関係者等で構成される「要保護児童対策地域協議会」を設置しています。
- 医療と介護の連携を強化し、地域包括ケアを推進するため、在宅療養等の事例検討会や研修会等を通じて、医療、保健、福祉、介護等関係者の連携構築に努めています。

施策の方向

- 今後とも、社会福祉施設等における感染症や食中毒等の発生・対応に備え、平時から、施設職員に対する研修会や関係者連絡会議の開催、医療機関等との連携に努めます。
- 管内市町に子育て世代包括支援センターが設置され、市町が行う産前・産後サポート事業や産後ケア事業が充実し、妊娠期から子育て期にわたって切れ目なく必要な支援が受けられる体制を整備するため、母子保健事業連絡会や、子育て包括支援センター連絡会議、周産期地域連携ネットワーク会議等を通じて支援します。
- 地域包括ケアを推進するため、市町の地域包括支援センターを拠点として、医療と介護の連携を強化するなど、医療、保健、福祉、介護等関係機関のさらなる連携促進に努めます。

(2) 関係団体・ボランティアとの連携、情報の提供

現状と課題

- 圏域内では、ソーシャルキャピタルの核となる様々な方々の協力を得て、地域の医療、保健、福祉の向上のための地域活動が積極的に行われています。
- 健康づくり推進員（食生活改善推進員、ヘルスポランテア、母子保健推進員等）は、市町単位で協議会が組織され、各種の保健福祉事業に参画、協力し、自主的で積極的な活動を展開しています。
- メンタルヘルスサポーターは、厚生センターデイケアや地域家族会への協力、精神障害者に対する理解を図るための普及啓発を行うなど、地域において精神障害者及び家族が安心して生活できるための支援を積極的に行なっています。
- 難病ボランティアは、難病療養相談会において難病患者の介助や話し相手などの支援を行なっています。
- 薬物乱用防止指導員は、街頭キャンペーンや学校での講演会など、薬物乱用防止の啓発活動を積極的に行なっています。
- 新川厚生センターでは、ホームページ等を通じて、医療連携体制や医療機能に関する情報を提供しています。

施策の方向

- 新川厚生センターでは、今後とも、関係団体や各ボランティア組織等と連携・協力しながら、地域の医療、保健、福祉の向上のための各種事業を推進します。
- 関係機関・団体が連携・協働し、高齢者のみならず、障害者や子どもなど生活上の困難を抱える方が地域において自立した生活を送ることができるよう、地域共生社会の実現に向けた取り組みを推進し、包括的な支援体制の構築を図ります。
- 新川厚生センターでは、今後とも、ホームページや各種の事業を通じて、医療連携体制や医療機能に関する情報をわかりやすく提供します。

現状分析と主な施策・目標【がん】(案)

資料 2

区分	現 状		現 状	課 題	主 な 施 策	目 標 2023年
	指 標	県				
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)	●喫煙率が全国より低い。 ●禁煙外来での治療件数は全国より少ない。 【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	●喫煙率 ⇒男 21% ⇒女 2%
	●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)	●がん検診受診率・がん検診精検受診率は、全国に比べ高いが、富山県がん対策推進計画の目標に達していない。 【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	●がん検診受診率 ⇒50% ●がん検診精検受診率 ⇒90%
	●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)	●がん診療連携拠点病院やPETセンター等が連携し、集学的治療(手術療法、放射線療法及び薬物療法の組合せ)を行うがん診療体制を整備。 ●がん分野の認定看護師は増加。 ●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は増加。 ●緩和ケア外来利用患者数は増加 【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	●認定看護師数(がん分野) ⇒増加
	●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)		●開業医グループ参加医師数は増加。 ●地域連携パスの運用件数は停滞。 【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	●地域連携パスの運用件数 500件
	●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)

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。	●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。	●特定健康診査受療率 ⇒70%
予 防	●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。	●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。	●特定保健指導実施率 ⇒45%
	●喫煙率が全国より低い。			●喫煙率が全国より低い。	●医療保険者・事業所等と協力し、禁煙の普及啓発を実施。	●喫煙率 ⇒男 21% ⇒女 2%
	●高血圧性疾患患者の年齢調整外来受療率 2014	224.1	262.2		●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。	●禁煙外来治療件数 ⇒全国平均
	●喫煙率(%) 2016 (2010)	男 26.9 (33.4) 女 4.8 (10.5)	30.2 (32.2) 8.2 (8.4)		●禁煙希望者に対する禁煙サポート体制を強化。	
急性期	●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)			
	●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。	●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、速やかに救急搬送の要請がなされるよう、県民への普及啓発が必要。	
	●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。	●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	
	●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)			
回復期	●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。	【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。	●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。	●リハビリテーション従事者の確保が必要。	
連 携	●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)			
	●地域連携バ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。	【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。	●地域連携バスに基づく連携件数 ⇒増加
	●在宅等生活の場に復帰した患者の割合(%) 2014	91.2	89.5	●平均在院日数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。	●在宅等への復帰率 ⇒全国平均以上を維持しつつ増加
	●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。	●「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		

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)

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、女性是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。	【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。	●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 ●特定健康診査受療率 ⇒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)	●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。	●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。		
	●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療率 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。	【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)	●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。	●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か月後の生存率及び社会復帰率は全国より低い。			
	●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。	【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・分析が引き続き必要。	●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	●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)	●心筋梗塞に対する冠動脈再開通件数は全国より少ない。			
	●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。	●心血管疾患リハビリテーションの実施件数 ⇒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	●地域連携バス導入医療圏数 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。	【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	●平均在院日数は全国を上回っている。			
	●在宅等生活の場に復帰した患者の割合(%) 2014	92.7	93.9	●在宅等への復帰率は全国を下回っている。			

現状分析と主な施策・目標【糖尿病】(案)

区分	指標	現 状	現 状	課 題	主 な 施 策	目 標 2023年
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
予防	●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。	●講演会や相談会等を開催し、県民に対して糖尿病に関する普及啓発を実施。 ●糖尿病予備群に対して生活改善の個別指導や健康教育プログラムの提供を行うなど健康管理を支援。 ●医療保険者・事業所等と協力し、健康診断の受診率向上や、受診勧奨者の適切な継続治療を支援。
	●特定保健指導実施率(%) 2014(2010)	21.2 (13.3)	17.8 (13.3)			
初期・安定期	●糖尿病患者の年齢調整外来受療率 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。	
	●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)			
専門治療体制	●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。 ●働く世代の糖尿病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。	●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
	●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。		
	●糖尿病療養指導士数(人)	24.3	14.3	●教育入院を行う医療機関数は全国より多い。		
	●糖尿病看護認定看護師数(人) 2016	1.3 (人口10万対)	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)			
●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)				
連携	●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、保健担当者と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。

現状分析と主な施策・目標【救急医療】(案)

区分	指標	現 状		課 題	主 な 施 策	目 標 2023年
		県	国			
救護 搬送 体制	●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)	<p>●救急救命士数は全国より多い。 ●搬送時間が全国最短クラスとなっている。 ●受入れ困難事例も極めて少ない。 ●救命講習の受講者は多いが、除細動の実施件数が全国を下回っている。 ●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。 ●救急搬送件数は全国に比べ少ない。 ●全国に比べ少ないが約45%が入院の必要のない軽症者となっている。</p>	<p>●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。</p>	<p>●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</p>
	●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)	<p>●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。</p>	<p>●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</p>	<p>●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</p>
	●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)	<p>●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。</p>		
	●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)	<p>●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。</p>	<p>●各医療圏の休日夜間急患センターの整備充実強化。 ●医師会等と協力し、初期救急医療体制を維持。 ●救急医療の適正受診について、引き続き普及啓発を実施(再掲)</p>	<p>●休日夜間急患センター整備医療圏数 ⇒現状維持</p>
	●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)

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	<p>●病院の耐震化率は100%です。</p> <p>●複数の災害時の通信手段の確保率は87.5%です。</p> <p>●業務継続計画の策定率は37.5%です。</p> <p>●DMATの研修を修了した隊員数は全国を上回っています。</p>	<p>【課題①】</p> <p>●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。</p> <p>●業務継続計画の策定及び訓練実施への支援</p> <p>●DMATやDPAT研修を修了した隊員数のさらなる増加を図る。</p> <p>●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。</p> <p>●災害医療従事者の研修の実施。</p> <p>●災害医療精神科病院の検討</p>	<p>●災害時の複数の通信手段の確保率⇒100%</p> <p>●業務継続計画の策定率⇒100%</p>
	●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	<p>【課題②】</p> <p>●病院の耐震化を進めることが必要</p> <p>●業務継続計画の策定、災害実働訓練の実施が必要。</p>	<p>●補助制度等を活用し、病院の耐震化を促進。</p> <p>●業務継続計画の策定や災害実働訓練の実施を促進。</p>	<p>●病院の耐震化率⇒100%</p>
	●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)	(-)	<p>●広域搬送拠点臨時医療施設(SCU)設置のための資機材を整備。</p>	<p>【課題③】</p> <p>●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。</p> <p>●広域搬送拠点臨時医療施設(SCU)の設置訓練の実施。</p>	
連携	●災害医療関係者による会議の開催 2016 (2012)	4医療圏 (0)	(-)	<p>●災害医療関係者による会議は各医療圏で開催。</p>	<p>【課題④】</p> <p>●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。</p> <p>●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。</p> <p>●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。</p> <p>●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。</p> <p>●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。</p> <p>●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。</p>	<p>●災害医療関係者による会議の開催⇒定期開催</p>

現状分析と主な施策・目標【へき地医療】(案)

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"> ●へき地の数(地区) 無医地区 10 (8) 無医地区に準ずる地区 10 (11) 2014(2009) 	<ul style="list-style-type: none"> ●無医地区が増加し、無医地区に準ずる地区が減少。 ●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。 	<p>【課題①】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●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。 	<ul style="list-style-type: none"> ●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。 ●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。 ●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。 ●歯科領域のへき地を含む在宅医療の充実 ●へき地医療拠点病院やへき地診療所の施設設備の充実 	<ul style="list-style-type: none"> ●代診医派遣回数 ⇒現状維持 ●巡回診療実施回数 ⇒現状維持
	●へき地診療所数(施設) 3 (3) 2017(2012)				
	●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)	<p>【課題②】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●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。 	<ul style="list-style-type: none"> ●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。 ●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 ●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。 		

現状分析と主な施策・目標【周産期医療】(案)

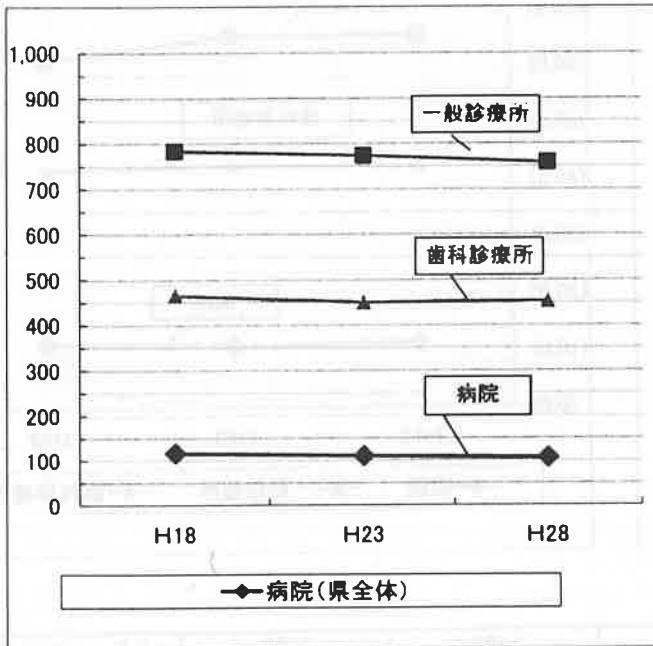
区分	指標	現状		状況	課題	主な施策	目標
		県	国				
総括	●周産期死亡率2016(2011)	3.9(4.7)	3.6(4.1)	●周産期死亡率は全国より高い。	●周産期死亡率を低下	(以下の施策を実施)	●周産期死亡率 ⇒低下
	●産科・産婦人科医師数2014(2010)	12.3(11.8)	11.0(9.7)	●産科・産婦人科医師数は全国と比べて多いが、分娩を取扱う医師数は病院、診療所共に全国と比べて少ない。	●産科・産婦人科医の確保	●産科・産婦人科医師を志す医学生へ修学資金を貸与 ●病院が行う産科医師確保対策への支援 ●増加傾向にある女性医師の働きやすい勤務環境の整備を支援	●産科・産婦人科医師数 ⇒13人
	●分娩を取扱う医師数2014						
	病院:常勤換算	23.2	24.4				
	診療所:常勤換算	6.6	8.7				
		15-49歳女性人口10万対					
	●分娩を取扱う病院2014(2012)	新川1 富山7 高岡3 砺波1	新川1 富山8 高岡3 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 富山4 高岡4 砺波1	新川1 富山5 高岡5 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	
	15-49歳女性人口10万対						
●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て低く、低出生体重児の割合は全国と比べて高く、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	
	●未熟児の産後訪問指導実施数2014	121.1	54.1				
	●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)

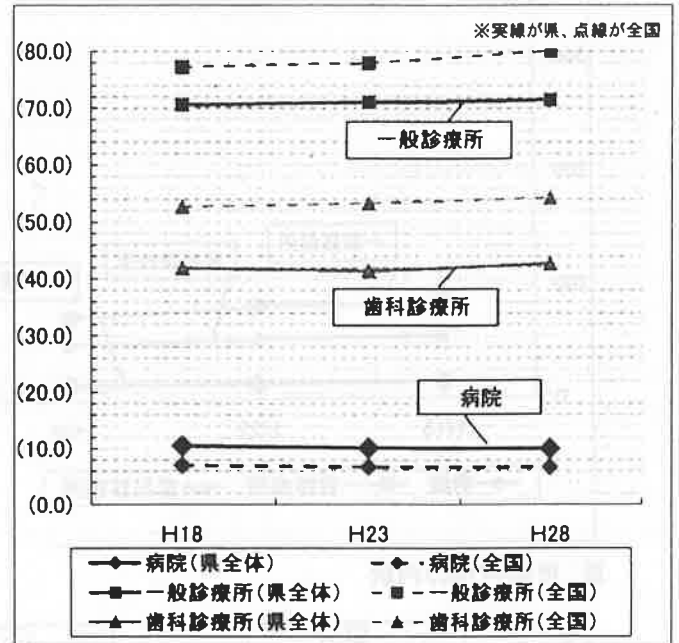
区分	指標	現 状	現 状	課 題	主 な 施 策	目 標 2023年
		県	国	状 況		
総括	●乳児死亡率2015(2011)	1.5 (2.0) (出生千対)	1.9 (2.3) (出生千対)	●乳児死亡率、乳幼児死亡率は低下し、また全国より低い。 ●小児死亡率は低下しているが、全国より高い。	●乳児死亡率、乳幼児死亡率、小児死（以下の施策を実施） 死亡率を低下させる。	●乳児死亡率、乳幼児死亡率 ⇒低下
	●乳幼児(0-4歳)死亡率2015(2011)	44.7 (59) (乳幼児人口10万対)	47.2(67) (乳幼児人口10万対)			
	●小児(0-14歳)死亡率2015(2011)	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)
	●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。		●小児対応訪問看護ステーション数⇒全国平均
	●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。	●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
	●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。
小児救急	●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。		●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。

病院数、一般診療所数、歯科診療所数の推移(県全体)

I. 医療機関の推移



II. 10万人あたりの医療機関の推移



III. 医療圏別の内訳

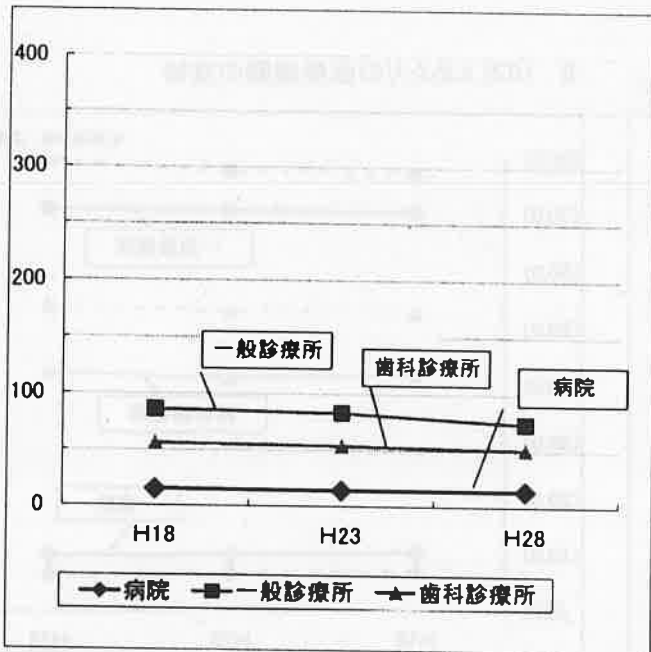
区分		H18	H23	H28	H18 → H28
県全体	病院	116	110	106	△10
	10万人対	(10.5)	(10.1)	(10.0)	
	一般診療所	783	773	758	△25
	10万人対	(70.5)	(71.0)	(71.4)	
歯科診療所	465	450	453	△12	
10万人対	(41.9)	(41.4)	(42.7)		

【参考】全国値

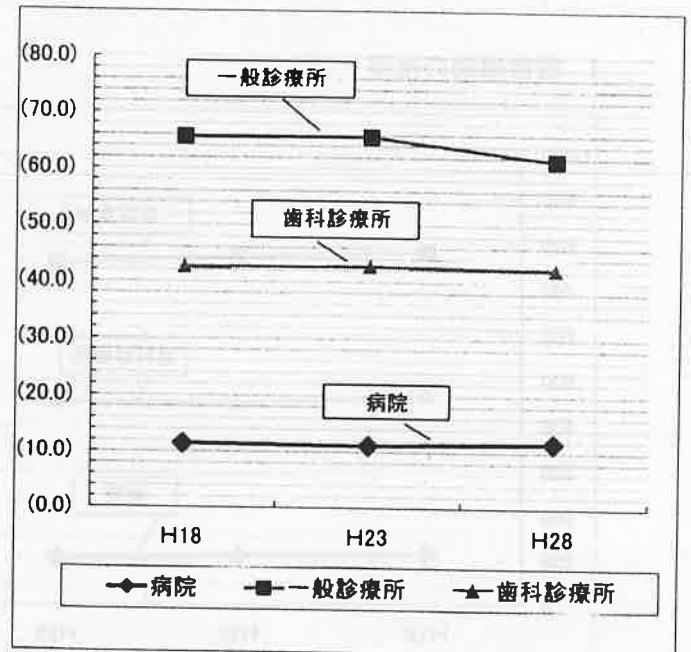
全国	病院	8,943	8,605	8,442	△501
	10万人対	(7.0)	(6.7)	(6.7)	
	一般診療所	98,609	99,547	101,529	+2,920
	10万人対	(77.2)	(77.9)	(80.0)	
歯科診療所	67,392	68,156	68,940	+1,548	
10万人対	(52.7)	(53.3)	(54.3)		

病院数、一般診療所数、歯科診療所数の推移(新川医療圏)

I. 医療機関の推移



II. 10万人あたりの医療機関の推移



III. 市町村別の内訳

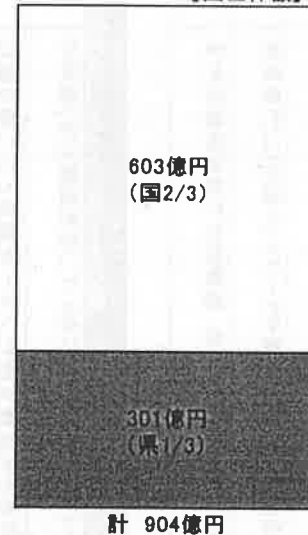
区分		H18	H23	H28	H18 → H28
魚津市	病院	7	6	6	
	10万人対	(15.1)	(13.5)	(14.1)	△1
	一般診療所	32	31	29	
	10万人対	(69.1)	(69.6)	(68.1)	△3
黒部市	病院	4	4	4	
	10万人対	(9.4)	(9.6)	(9.8)	0
	一般診療所	32	31	28	
	10万人対	(75.0)	(74.3)	(63.7)	△6
入善町	病院	1	1	2	
	10万人対	(3.6)	(3.7)	(8.0)	+1
	一般診療所	17	16	14	
	10万人対	(61.0)	(59.6)	(55.8)	△3
朝日町	病院	3	3	2	
	10万人対	(20.6)	(22.4)	(16.8)	△1
	一般診療所	5	5	5	
	10万人対	(34.4)	(37.3)	(41.9)	0
医療圏計	病院	15	14	14	
	10万人対	(11.4)	(11.1)	(11.6)	△1
	一般診療所	86	83	74	
	10万人対	(65.5)	(65.6)	(61.4)	△12
医療圏計	病院	56	54	51	
	10万人対	(42.6)	(42.7)	(42.3)	△5

地域医療介護総合確保基金（医療分）について

1 基金趣旨

- 団塊世代が後期高齢者となる 2025 年を展望して、消費税増収分を財源とし、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医師・看護師等の医療従事者の確保・勤務環境の改善、地域包括ケアシステムの構築、といった医療・介護サービスの提供体制の改革を推進
- 平成26年度から、各都道府県に地域医療介護総合確保基金を創設。各都道府県は、都道府県計画を作成し、当該計画に基づき事業を実施
(平成 29 年度予算額：国・県全体で 904 億円)

○ 基金スキーム【国全体額】



2 対象事業

区分	主な内容
I 病床の機能分化・連携	<ul style="list-style-type: none"> ・病床の機能分化・連携を推進するための基盤整備 ・医療介護連携を進める上で必要となる多職種連携のための研修の実施
II 居宅等における医療の提供	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療の実施に係る拠点の整備 ・在宅医療に係る医療連携体制の運営支援 ・在宅医療推進協議会の設置・運営 ・訪問看護の促進、人材確保を図るための研修等の実施 ・早期退院・地域定着支援のため精神科医療機関内の委員会への地域援助事業者の参画支援等
III 医療従事者の確保	<ul style="list-style-type: none"> ・医師の地域偏在対策のための事業 ・診療科の偏在対策、医科・歯科連携のための事業 ・女性医療従事者支援のための事業 ・看護職員の確保のための事業 ・薬剤師の確保のための事業 ・医療従事者の勤務環境改善のための事業

平成29年度 地域医療介護総合確保基金【医療分】主要事業一覧

区分	事業名	事業内容	実施主体	金額 (百万円)
I 病床の機能 分化・連携	回復期機能病床確保事業	今後必要とされる回復期医療を確保するため、回復期リハビリテーション病棟、地域包括ケア病床及び緩和ケア病床の増床を図る。	病院	650.0
	① 病床機能確保円滑化事業	地域医療構想実現に向けた医療需要の調査分析研究を行うとともに、特定診療科の医師の派遣調整等を実施。	県、富山大学附属病院	42.0
	② 地域医療構想普及啓発事業	地域医療構想への県民や医療従事者の理解促進を図るため、セミナー開催やリーフレット配付により普及啓発を行う。	県	2.0
	③ 小児医療推進事業	退院した小児が地域で必要な医療を受けることができる体制を構築するため、医療的ケア実技研修会や多種連携による症例検討会等を実施。	県医師会	1.7
	その他			48.4
	計			744.1
II 居宅等における医療の提供	富山県在宅医療支援センター運営事業	平成27年度に開設した「富山県在宅医療支援センター(県医師会委託)」において、在宅医療を担う医師の確保・育成、在宅医療の普及啓発等に総合的に取り組む。	県、県医師会	11.8
	① 在宅医療推進加速化事業	在宅医療提供体制の整備・充実のため、都市医師会が各在宅医療支援センターを拠点として取り組む訪問診療実地研修や医療と介護の連携促進などを支援する。	県、県医師会、都市医師会	11.5
	② あんしん在宅医療IoT活用実証事業	患者・家族の不安軽減や医師・看護師の負担軽減のため、Webカメラやセンサー等を活用した在宅医療を実証する。	県	1.2 (※1)
	③ 訪問看護インフォメーション事業	富山県訪問看護ネットワークセンターが開設するWebサイトに、県内すべての訪問看護ステーションの情報(所在地や対応可能な処置・ケアの情報など)を掲載し、訪問看護の利用促進や職員確保を図る。	県看護協会	1.8
	その他			18.7
	計			45.0
III 医療従事者の 確保	産科医等確保支援事業	各医療機関が産科医や助産師に対し、分娩取扱件数に応じて支給する手当(分娩手当等)について助成することで、医師等の処遇改善を図り、急激に減少している産科医療機関や産科医等を確保する。	病院	30.0
	医学生修学資金貸与事業	将来県内で医師を志す医学生に対し、卒業後の一定期間公的病院等に勤務することを条件とした修学資金を貸与することにより、県内の医師確保を図る。	県	100.0 (※2)
	救急科専門医等育成確保事業	富山県ドクターヘリを活用した実践的な研修や先進地での研修費用の助成、救急分野のスキルアップセミナーの開催等を実施し、救急科専門医等の育成確保を進める。	臨床研修病院 連絡協議会	9.5
	④ 女性医師等支援事業	近年、女性医師が増加している中、相談窓口を設置し、女性医師のキャリア継続や勤務環境改善を支援するとともに、女子医学生等の県内定着等の支援を強化する。	県、県医師会	7.5
	看護師養成所運営補助事業	看護師養成所の教育内容の充実を図るための専任教員経費、部外講師謝金及び実習、事務職員経費等の運営費を補助し、看護師員の養成を支援する。	看護師養成所	90.0 (※3)
	病院内保育所運営事業	交代勤務のある医療機関の職員の乳幼児の保育を行い、離職防止及び再就職の促進を図る。	病院	22.2
	看護学生修学資金貸与事業	将来富山県内において、看護職員として業務に従事しようとする看護学生に対し、修学資金を貸与することにより、その修学を容易にし、もって県内における看護職員の確保及び資質の向上に資する。	県	17.8
	⑤ 認定看護師教育課程運営事業	新たな専門性を活かした看護実践による県全体の看護の質及び看護師の職場定着率の向上を図る。	県看護協会	9.4
	⑥ 特定行為研修支援事業	県外の指定研修機関に看護師を派遣する施設に対し支援することにより、医療機関や在宅医療等において特定行為を実施できる看護師を計画的に確保する。	医療機関	1.9
	その他			71.7
	計			360.0
				1,149.1

※2 (H26~28 基金 79.4 と合わせて計 179.4)
 ※3 (H26~28 基金 66.0 と合わせて計 156.0)

計

平成30年度地域医療介護総合確保基金(医療分)提案事業一覧

区分	圏域	事業名	事業内容	事業提案者	H30事業費(千円)
I 病床の機能分化・連携	新川	地域医療連携システムの構築	扇状地ネットへの参加	あさひ総合病院	26,892
	県全体	訪問看護ステーションのICT推進による業務改善事業	・訪問看護記録等のICT化 ・ステーションの空情報検索及び特徴紹介ソフトの開発など	県看護協会	10,500
	県全体	摂食嚥下障害への支援推進のための研修	摂食嚥下障害を有する患者への誤嚥性肺炎予防や口から食べることへの支援として、嚥下内視鏡検査を実施するスキルを有する歯科医師を育成	県歯科医師会	4,500
	県全体	脳卒中患者の急性期、回復期病院間におけるICTを利用した脳卒中連携パスの運用	脳卒中情報システムで得られるデータと連携したパスの運用	県医師会	2,000
					43,892
II 居宅等における医療の提供	県全体	ICTを用いた死亡診断等の取扱いに係る医療機関向け説明会の開催	医師が対面での死後観察によらず死亡診断を行い、死亡診断書を交付するための具体的な運用方法に関する研修会	県医師会	620
	県全体	訪問看護トライアル雇用事業	訪問看護の業務経験のない看護師を雇用し、指導者の同行による指導を行うとともに研修等を受講させることにより、必要な知識・技術を習得させる。	県看護協会	6,300
	県全体	訪問看護相互支援事業	①小規模ステーションの規模の大きいステーションへの実地研修 ②小規模ステーションへの看取り等を含めた研修体制等 コンサルテーションの実施 ③病院とステーションの相互研修(医療機器装着等の患者への対応等)	県訪問看護ステーション連絡協議会	1,500
	県全体	ターミナルケアにおける連携ツールの開発事業	ターミナル期における連携ツール(立山日記)とも連携、情報共有が図られ、介護支援専門員が使いやすい連携ツールの開発、運用を実施	一般社団法人介護支援専門員協会	300
					8,720
III 医療従事者の確保	県全体	歯科衛生士・歯科技工士養成所の施設・設備整備	富山歯科総合学院の施設改修、実習用機の更新	県歯科医師会	96,012
	県全体	がん看護臨床実践研修	がん専門分野における質の高い看護師を育成するための研修を実施。	県看護協会	2,950
	県全体	新人看護職員指導者研修会(推進会議含む)	・実地指導者としての役割を理解し、効果的な臨床実践指導及び教育的かわりができるよう必要な知識・技術を習得 ・新人看護職員研修推進会議の開催	県看護協会	2,220
	県全体	保健師助産師看護師等実習指導者研修	看護師等学校養成所の実習生受け入れ施設における実習指導者に対する研修	県看護協会	2,009
	県全体	看護職員資質向上実務研修事業	日常ケアに活かす看護実践能力を高め、看護実践につなげるため、フィジカルアセスメントの基礎知識を系統だてて学ぶ。医療安全の実務力向上を目指す。	県看護協会	804
	県全体	訪問看護推進事業	・医療機関勤務看護師の訪問看護ステーションでの研修 ・在宅ケア事例検討会	県看護協会	500
	県全体	医療機関から訪問看護ステーションへの看護師出向モデル事業	・医療機関看護師の訪問看護ステーション出向事業(派遣期間:3~6か月):2施設 ・医療機関における看護師等への在宅医療(訪問看護)啓発 及び訪問看護師との交流会開催	県看護協会	3,500
	計				

介護施設・在宅医療等の追加的需要への対応について

「経済財政運営と改革の基本方針2017」（平成29年6月9日閣議決定）〔抜粋〕

② 地域医療構想の実現、医療計画・介護保険事業計画の統合的な策定等

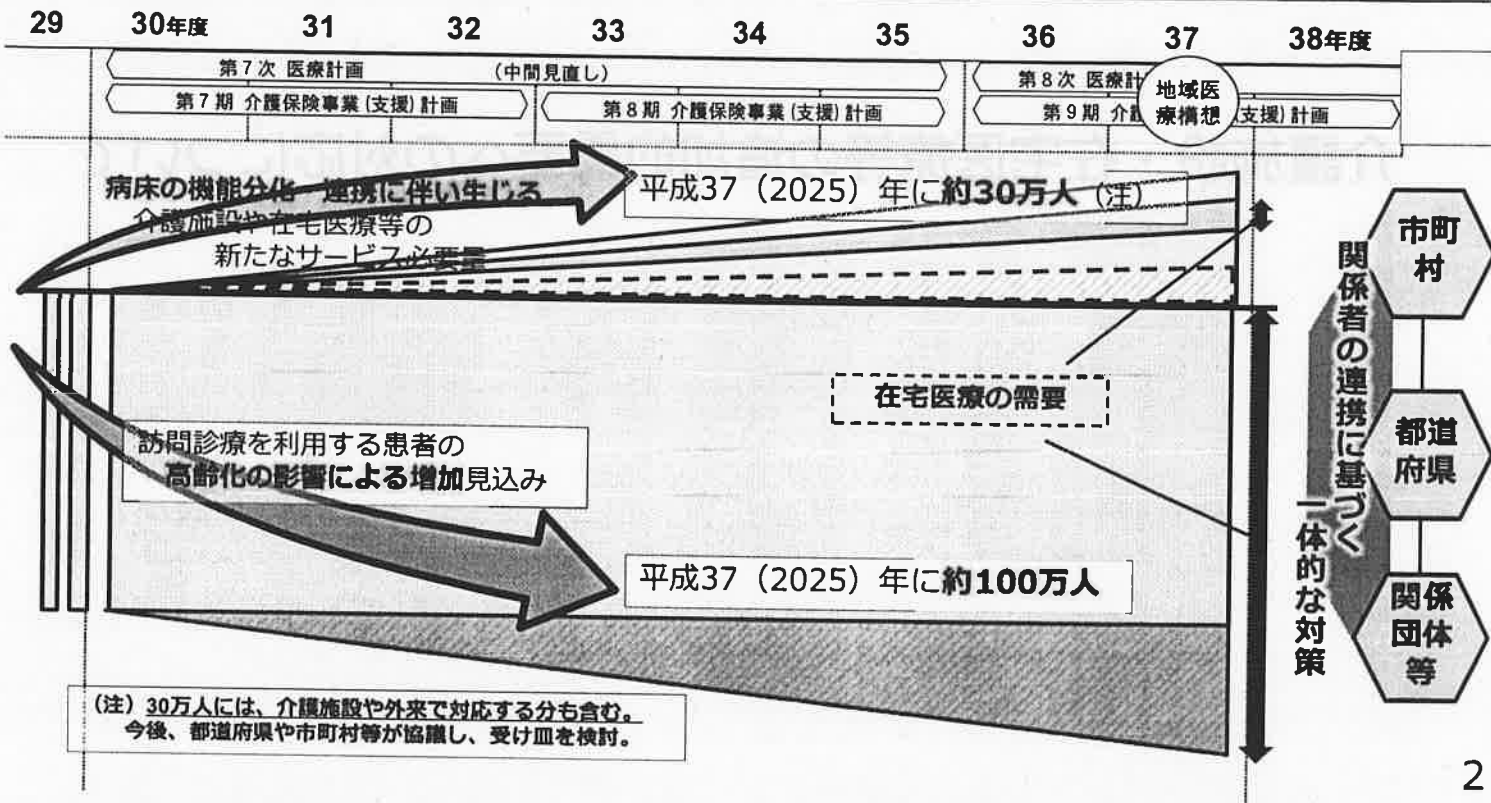
地域医療構想の実現に向けて地域ごとの「地域医療構想調整会議」での具体的議論を促進する。病床の役割分担を進めるためデータを国から提供し、個別の病院名や転換する病床数等の具体的対応方針の速やかな策定に向けて、2年間程度で集中的な検討を促進する。これに向けて、介護施設や在宅医療等の提供体制の整備と統合的な慢性期機能の再編のための地域における議論の進め方を速やかに検討する。このような自主的な取組による病床の機能分化・連携が進まない場合には、都道府県知事とその役割を適切に発揮できるよう、権限の在り方について、速やかに関係審議会等において検討を進める。また、地域医療介護総合確保基金について、具体的な事業計画を策定した都道府県に対し、重点的に配分する。

地域医療構想における2025年（平成37年）の介護施設、在宅医療等の追加的必要量（30万人程度）を踏まえ、都道府県、市町村が協議し統合的な整備目標・見込み量を立てる上での推計の考え方等を本年夏までに示す。

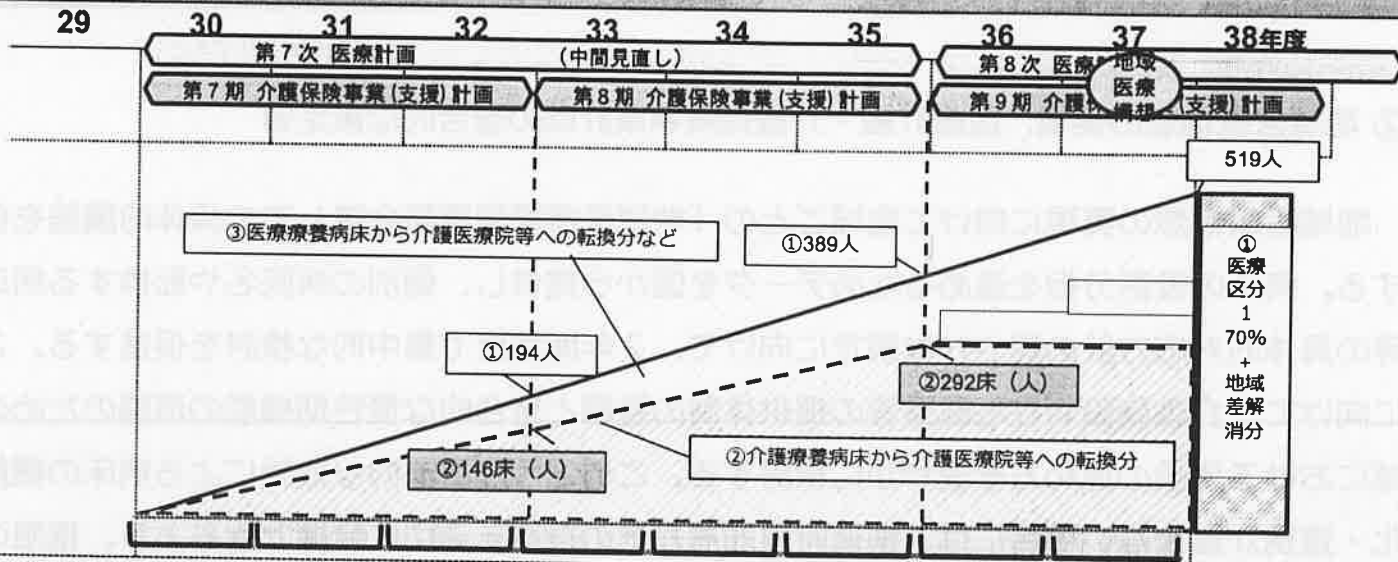
2025年に向けた在宅医療の体制構築について

第11回医療計画の見直し等に関する検討会 資料1抜粋

- 2025年に向け、在宅医療の需要は、「高齢化の進展」や「地域医療構想による病床の機能分化・連携」により大きく増加する見込み。
- こうした需要の増大に確実に対応していくための提供体制を、都道府県・市町村、関係団体が一体となって構築していくことが重要。



各計画の終了時点における新たなサービス必要量の推計方法 (新川圏域)



<推計方法の考え方>

- H37年時点の市町村別の追加的需要(医療区分1の70%及び入院受療率の地域差解消分)の値から、第7期介護保険事業計画の終了時点(H32年度末)及び第7次医療計画の終了時点(H35年度末)までに生ずる値を比例的に推計する。(H29.8.10厚労省通知に基づく)
 $519人(H37年値) \times 3年 / 8年 = 194人(H32年度末時点)$ 、 $519人(H37年値) \times 6年 / 8年 = 389人(H35年度末時点)$
- 転換意向調査の結果(H29.9月実施、資料2-2)によると、介護療養病床(=介護療養型医療施設、介護保険)から介護医療院等への転換数(今後の見込み)は、H32年度末なし、H35年度末29床であったが、介護医療院の報酬体系や施設基準等もまだ決まっていないため、意向調査においても「未定」の回答が全体の半数以上となった。このため、①と同様の考え方とし、介護療養病床は、廃止期限6年間延長されたことから、現在の介護療養病床数(292床)から、第7期介護保険事業計画の終了時点(H32年度末)までに生ずる値を比例的に推計する。
 $292床(介護療養病床数) \times 3年 / 6年 = 146床(人)(H32年度末時点)$ 、 $292床 \times 6年 / 6年 = 292床(人)(H35年度末時点)$
- ①の値から②の値を差し引いた分を、医療療養病床からの介護医療院等への転換分などとして見込む。
 $H① 194人 - 146床(人) = 48人$ 、 $H③ 389人 - 292床(人) = 97人$

追加的需要に対する受け皿の見込み量(新川圏域・・・魚津市、新川組合)

H29.12.1 時点

サービス名等	平成30年度	平成31年度	平成32年度	平成37年度
追加的需要(A)	66	131	194	519
魚津市	23	45	68	181
新川組合	43	86	126	338
受け皿の見込量合計	66	131	194	519
魚津市	23	45	68	181
新川組合	43	86	126	338

【受け皿の内訳】

①介護老人福祉施設	0	0	0	0
魚津市	-	-	-	-
新川組合	-	-	-	-
②地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	0	0	0	0
魚津市	-	-	-	-
新川組合	-	-	-	-
③介護老人保健施設	0	0	0	0
魚津市	-	-	-	-
新川組合	-	-	-	-
④ 介護医療院(介護療養型医療施設からの転換分) (平成37年度は介護療養型医療施設含む)	46	92	136	272
魚津市	18	36	54	108
新川組合	28	56	82	164
④' 介護医療院(医療療養病床からの転換分)	20	39	58	247
魚津市	5	9	14	73
新川組合	15	30	44	174
④" 介護医療院(新設分)	0	0	0	0
魚津市	-	-	-	-
新川組合	-	-	-	-
⑥認知症対応型共同生活介護	0	0	0	0
魚津市	-	-	-	-
新川組合	-	-	-	-
⑦特定施設入居者生活介護	0	0	0	0
魚津市	-	-	-	-
新川組合	-	-	-	-

