

第5章 各論

1. 救急医療について
 2. 精神疾患について
 3. 在宅医療について
- ※ 実施期間

救急医療について

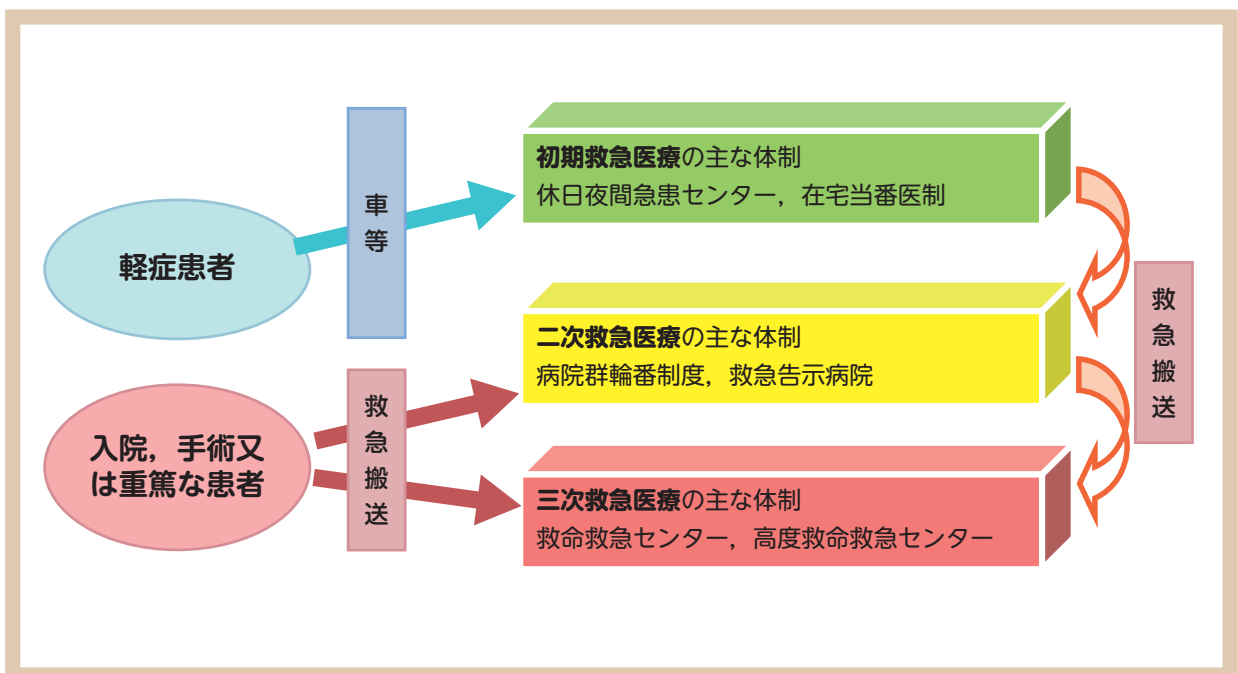
救急医療は、市民が安心して生活するために必要不可欠な医療体制です。本市では、新潟市急患診療センター、新潟市口腔保健福祉センター、新潟市民病院の整備など、救急医療体制や施設の充実を図ってきました。一方で、全国的な課題となっている医師不足や勤務医師の疲弊、高齢化という影響が本市の救急医療体制にも現れ始めています。

市民が安心して生活をしていくことができるよう、本市の救急医療体制の現状と課題から、より具体的な施策の展開について示しています。

国の救急医療体制について

国の救急医療体制は次の3段階に分けて考えられています。

- ① 「初期救急医療（又は一次救急医療）」
車等で来院し、外来の治療だけで帰宅が可能な患者に対応します。
- ② 「二次救急医療」
主に救急車等により搬送され、入院や手術が必要な患者に対応します。
- ③ 「三次救急医療」
救急の最後の砦となり、重篤な患者に24時間体制で高度な医療を行います。
- ④ その他、各救急医療機関への「救急搬送」も救急医療体制の一部となります。



本市の救急医療体制について

本市の救急医療体制は、国に合わせ3つの階層により整備されております。各医療機関は各々の階層に合わせて救急患者の対応を行っています。

階層を分けることにより、医師をはじめ、限りある医療資源のなかで、『より症状の重い患者により適切な治療が行える体制』の維持等を可能としています。

本市の救急医療体制は次のとおり整備されています。

①「初期救急医療」

新潟市急患診療センター（以下「市急患診療センター」とする。）、新潟市口腔保健福祉センター、西蒲原地区休日夜間急患センター（医科・歯科）が設置されているほか、在宅当番医制度が整備されています。

平成21年に現在地（新潟市中央区紫竹山）に移転した市急患診療センターは、これまで「在宅当番医制」で実施していた診療科目のセンター化により、計8科目による診療体制をとっており、年間利用者は65,000人を超えています。

また、西蒲原地区休日夜間急患センターでは、新潟市民の利用者が全体の6割を超えています。

②「二次救急医療」

市内20病院（平成25年4月1日現在）により形成されている病院群輪番制が整備されています。他にも救急告示病院（救急病院）が病院群輪番制とは別に救急搬送の患者を受入れを行っています。

③「三次救急医療」

市内では救命救急センター、高度救命救急センターが各1施設ずつ設置されています。

④「救急搬送等」

本市の救急搬送として、市内36箇所の消防署所が設置され、うち26箇所に救急車が配備されています。

また、他にも救急患者の搬送には、新潟市民病院に設置されているドクターカー、新潟県事業であるドクターヘリ事業があげられます。これらは、現場に医師が同乗することで、迅速な救急治療を行うことを可能にするものです。



写真：新潟市急患診療センター

① 初期救急医療体制について

概 要

主に車等で来院し、外来の治療だけで帰宅が可能な「軽症患者」に対して外来診療を行っています。

本市の初期救急医療体制は、内科、小児科の365日体制をはじめ、計8科目の診療体制が整備され、全国に誇れるものとなっています。

現 状

i 新潟市急患診療センター

- ・ 平成21年の市急患診療センターの移転（中央区白山浦→中央区紫竹山）に伴い、従来の内科、小児科に加え、当時、在宅当番医制で実施していた眼科、産婦人科（在宅当番医制も継続）、耳鼻咽喉科、外科、脳外科、整形外科を加えた8科目による診療体制となっています。
- ・ 365日体制で運営しているのは内科、小児科、整形外科となっており、早朝まで対応しているのは内科、小児科のみとなっています。
- ・ 市急患診療センターの受診者は年間65,000人を超えており、時間別の受診者数では19時から22時までの間に患者が集中しています。
- ・ 内科、小児科で全体の70%を超える患者が受診しています。
- ・ 月別の受診者数の推移では感染症の流行期において患者数が急増しています。
- ・ 区別の患者実績では、中央区、東区、西区で全体の60%を占めています。市外からの患者数も増加傾向になっています。

科目別受診者数

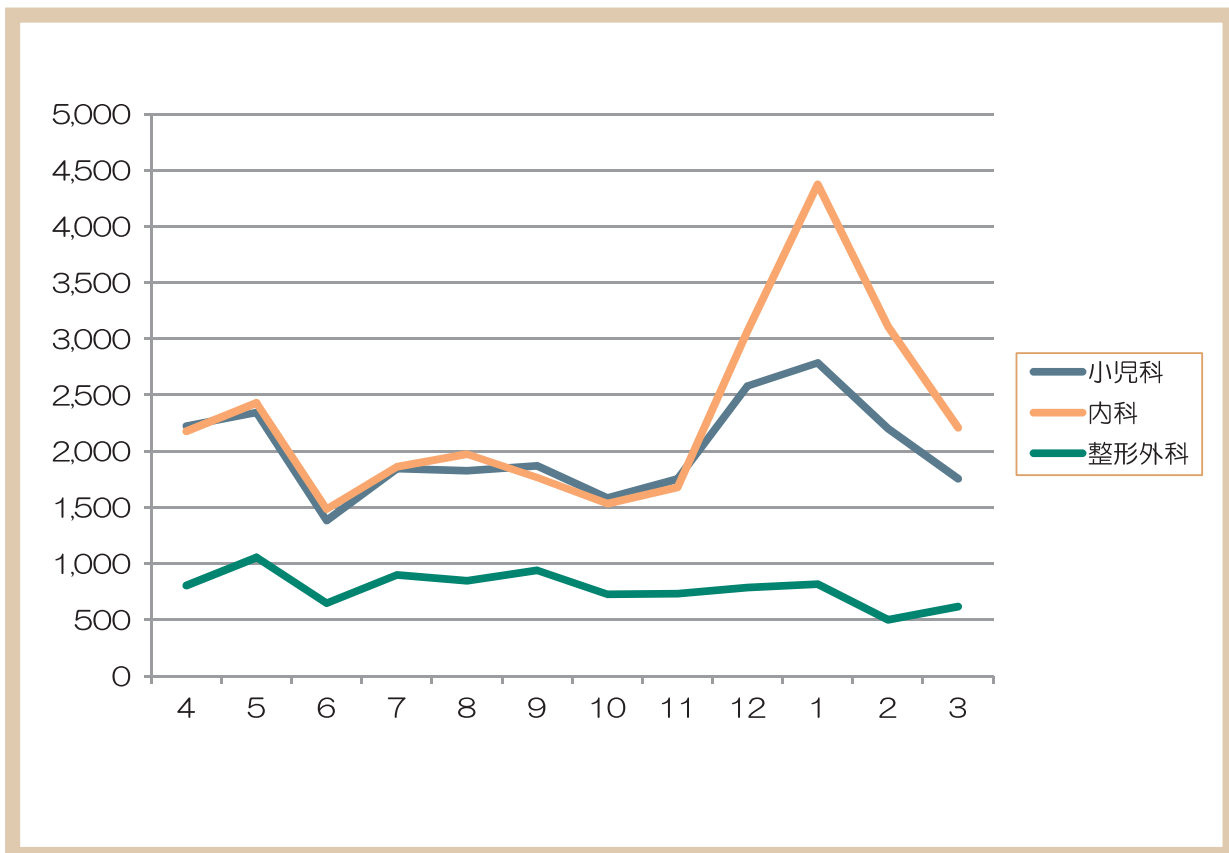
	平成22年度		平成23年度		平成24年度	
	患者数（人）	割合	患者数（人）	割合	患者数（人）	割合
内 科	23,648	37.0%	23,774	36.9%	27,634	40.8%
小 児 科	25,867	40.5%	25,553	39.6%	24,135	35.7%
整 形 外 科	7,869	12.3%	8,649	13.4%	9,398	13.9%
眼 科	1,773	2.8%	1,850	2.9%	2,023	3.0%
耳鼻咽喉科	2,259	3.5%	2,271	3.5%	2,485	3.7%
脳 外 科	830	1.3%	850	1.3%	896	1.3%
産 婦 人 科	347	0.5%	305	0.5%	360	0.5%
外 科	1,283	2.0%	1,215	1.9%	747	1.1%
合 計	63,876		64,467		67,678	

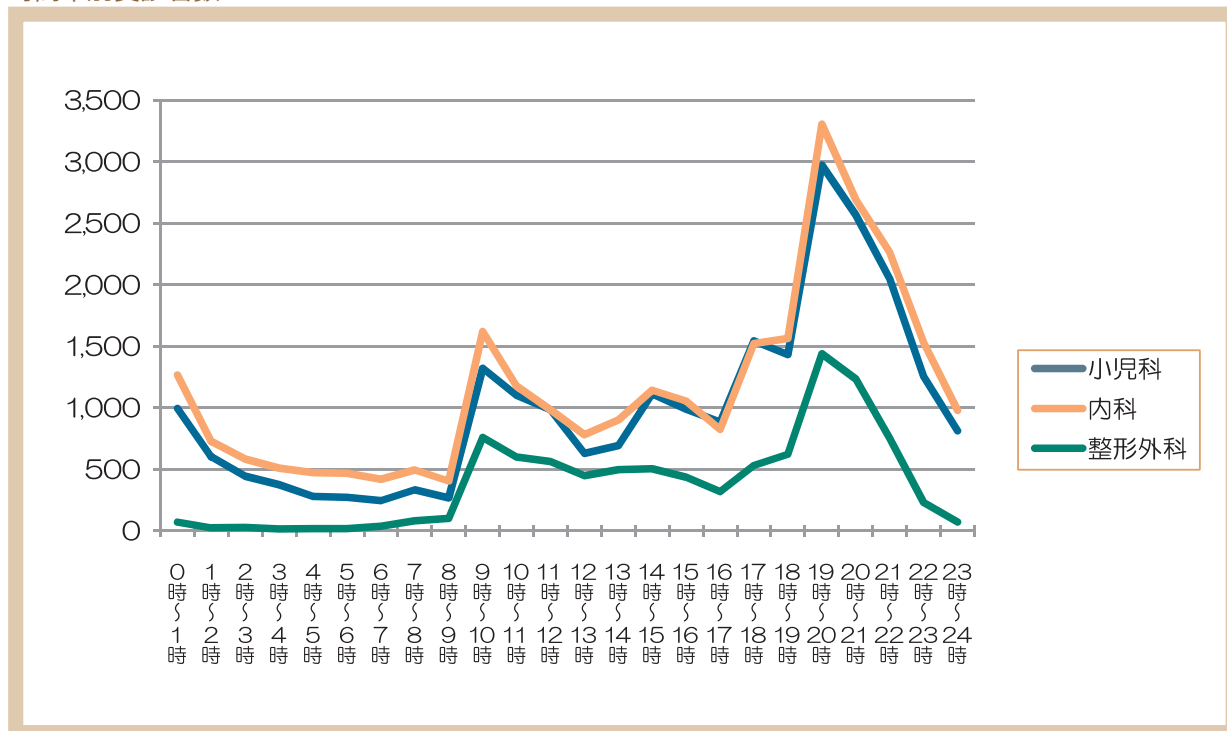
区別患者数

	平成22年度		平成23年度		平成24年度	
	患者数 (人)	割合	患者数 (人)	割合	患者数 (人)	割合
北 区	4,575	7.2%	4,600	7.1%	5,063	7.5%
東 区	12,426	19.5%	12,358	19.2%	12,677	18.7%
中央区	15,216	23.8%	15,338	23.8%	15,889	23.5%
江南区	5,827	9.1%	5,945	9.2%	6,149	9.1%
秋葉区	4,617	7.2%	4,612	7.2%	4,917	7.3%
南 区	2,254	3.5%	2,298	3.6%	2,527	3.7%
西 区	11,270	17.6%	11,275	17.5%	11,806	17.4%
西蒲区	1,600	2.5%	1,630	2.5%	1,611	2.4%
市 外	4,223	6.6%	4,390	6.8%	4,906	7.2%
県 外	1,868	2.9%	2,021	3.1%	2,133	3.2%
合 計	63,876		64,467		67,678	

月別受診者数

(平成24年度 小児科, 内科, 整形外科)





ii 西蒲原地区休日夜間急患センター (医科)

- ・ 西蒲原福祉事務組合が設置している施設となっています。平日, 土曜日, 日祝日, 年末年始に内科, 小児科 (併せて医師 1 名体制) の診療を行っています。
- ・ 新潟市医師会の他に, 燕市医師会からもご協力をいただき, 運営を行っています。
- ・ 患者実績では新潟市民の利用が60%以上を占めています。
- ・ 内科の医師が出務している際には, 小児は受診せず, 小児科の医師が出務している際には大人は受診しないなど, 利用者の受療意識も変わってきています。

市別患者数の推移

	平成22年度		平成23年度		平成24年度	
	患者数 (人)	割合	患者数 (人)	割合	患者数 (人)	割合
新潟市	5,332	66.9%	5,232	65.0%	5,430	67.7%
燕市	1,695	21.3%	1,876	23.3%	1,699	21.2%
弥彦村	499	6.3%	476	5.9%	457	5.7%
その他	439	5.5%	460	5.7%	439	5.4%
合計	7,965		8,044		8,025	

iii 新潟市口腔保健福祉センター

- ・ 日祝日、お盆、年末年始に歯科の応急処置を行っています。
- ・ 患者実績では患者数は年々増加しています。

年度別患者数の推移

	平成22年度	平成23年度	平成24年度
患者数（人）	950	972	1,064
1日患者平均	13.4	13.7	14.4

iv 西蒲原地区休日夜間急患歯科センター（歯科）

- ・ 日祝日、年末年始に歯科の応急処置を行っています。
- ・ 患者実績では、新潟市民の利用患者割合は増加しています。

年度別患者数の推移

	平成22年度		平成23年度		平成24年度	
	患者数（人）	割合	患者数（人）	割合	患者数（人）	割合
新潟市	103	47.5%	90	48.4%	102	52.3%
燕市	75	34.6%	65	34.9%	69	35.4%
弥彦村	10	4.6%	12	6.5%	10	5.1%
その他	29	13.4%	19	10.2%	14	7.2%
合計	217		186		195	

v 在宅当番医制^(※1)

- ・ 産婦人科は、土曜日に在宅当番医制を整備しています。

※1 在宅当番医制とは

地区単位で、開業医が当番日を決めて、その当番日には、必要な医師、看護師等のスタッフを確保して初期救急患者への医療を行う制度です。

課題

- 市急患診療センターの医師は、開業医や他病院の勤務医からご協力いただき、勤務先の業務とは別に出務していただいています。その中で、365日夜間体制をとっている内科医、小児科医は疲弊しており、特に小児科医は少ない医師数で対応していることから顕著となっています。
- 急患診療センターを受診した患者のなかには、翌日かかりつけ医に受診することで問題がない方もおり、真に救急医療が必要な患者への対応が遅れてしまう可能性があります。
- 平日の昼間等の本来市急患診療センターが閉まっている時間帯に訪れる方が多くなっています。
- 現在の外科系では、診療時間帯に空白時間帯が存在し、平日、日祝日の22時以降の体制が整備されていないため、直接外来や問合せを受け、対応困難となるケースがあります。

目標

- (1) 市急患診療センターでの小児科診療体制を維持継続
- (2) 利用者が必要な医療を速やかに受診できる医療体制の構築
- (3) かかりつけ医をもち、開業時間内での受診を行うよう促進
- (4) 必要に応じて早急に必要な医療が受けられるよう、情報の提供
- (5) 市民ニーズにあわせた適切な診療時間帯の拡充

施策の展開

- 市急患診療センターにおける小児科医の疲弊の軽減のため、小児科専任医の確保に努めるとともに、大学病院等へ小児科医師派遣の協力を依頼していきます。また、子育て世代を中心とした適正受診の普及啓発活動をより一層推進します。
- 外科系空白時間帯の市民ニーズ実態把握調査を消防局と連携して行い、救急医療対策会議等で対応を検討します。
- 適正受診のための普及啓発活動として、広報誌やマスコミ等を活用し、本市の救急医療体制の実態等について周知を図ります。

② 二次救急医療体制について

概 要

初期救急医療体制の後方支援体制として、手術や入院治療を必要とする重症救急患者への医療を担当しています。

本市の二次救急医療体制は、市内20か所の病院による病院群輪番制^(※2) 保たれています。また、それ以外にも、救急告示病院^(※3) の指定を受けた病院による救急対応が行われています。

※2 病院群輪番制とは

地区単位で、輪番制に参加する病院が当番日を決めて、その日には、病院が必要な医師、看護師等のスタッフや救急専用病床を確保して重症患者への医療を行う制度です。

※3 救急告示病院（救急病院）とは

救急医療に必要な施設、医療機器を有し、救急隊により搬送される傷病者に対し医療を行う医療機関を指し、都道府県知事が認定します。新潟市の救急告示病院数は19か所となっています。

現 状

- ・ 病院群輪番制の当番病院の多くは出務医師を1名体制としており、複数の救急患者への対応が難しい状態があります。
- ・ 在宅療養者や施設利用者（ショートステイ含む）の多くは、多数の疾患を抱え、病院も満床の場合が多いことから後方支援病院で受け入れることが難しく、救急搬送されてしまうケースがあります。
- ・ 高齢化が進む中で、高齢者（施設入所者含む）で、夜間等かかりつけ医と相談できないため、救急搬送されるケースや、患者本人や家族がどこまでの医療を求めるのか等の患者情報を共有していないケースがあり対応に苦慮しています。
- ・ 精神科の医療機関の多くが予約制へ移行が進み、予約外の患者は、受診するまでに時間がかかる現状があります。
- ・ 病院群輪番制は地区単位で輪番体制を組むこととしていますが、本市の中には合併前の旧地区（旧医療圏）の輪番体制の影響を受けている病院があります。

課題

- 医師の出務体制，専門分化や病院の機能から当番病院での対応が困難な場合もあり，結果三次救急病院の疲弊に繋がっています。
- 患者情報（既往歴，現在の疾患，治療方針）が伝わらず，診断，治療に時間がかかり，早急に対応することが困難となっています。その結果，他の患者の受け入れ等にも影響がでています。
- 患者本人，家族の看取りへの知識，意識が十分とは言えない状態があります。
- 本来，手術や入院治療を必要とする重症救急患者への医療を担当する二次救急医療体制において，外来診療のみの患者（初期救急医療体制対象）がおよそ半数を占めており，本来の二次救急医療体制の対応維持が難しくなっています。
- 精神疾患患者への対応について，予約制へ移行したことを受け救急患者は行き先がない場合があります。

目標

- (1) 当番日に限らず，診れる病院が診る「シェア」していく仕組みの形成等の輪番当番病院以外の後方支援体制の構築
- (2) 治療の方針やかかりつけ医と家族との話し合いの内容も含めた，患者情報が伝わる体制の整備
- (3) 病気や症状に応じた救急医療機関への受診の啓発

施策の展開

- 輪番当番病院以外の，後方支援病院等の整備を目指します。
- 救急医療機関などが連携して救急患者を円滑に受け入れる体制の構築を目指します。
- 患者情報として疾病状況やどのような診療方針で対応しているか伝わるツールについて，救急・精神疾患・在宅の三部会合同会議等で協議していきます。
- 精神疾患患者の対応について三部会合同会議等で協議していきます。
- 適正受診のための普及啓発活動として，広報誌やマスコミ等を活用し本市の救急医療体制の実態等について周知を図ります。
- 輪番病院間の意見や現状を把握し，県，各市町村（病院，行政）と協議していきます。

③ 三次救急医療体制について

概 要

救急医療体制の最後の砦として、二次救急医療体制では対応できない重篤な救急患者に対して、24時間体制で高度な医療を総合的に提供しています。市内では救命救急センター^(※4)、高度救命救急センター^(※5)が各1カ所設置されています。

※4 救命救急センターとは

ICU（集中治療室）、CCU（ICUの内、主に心筋梗塞患者を扱うもの）等の高度な診療機能を有し、24時間体制で重篤患者を受け入れる医療機関を指します。また、県内に設置されている4箇所の救命救急センター全てがAランクとなっています。

※5 高度救命救急センターとは

救命救急センターに収容される患者のうち、特に広範囲熱傷、指肢切断、急性中毒等の特殊疾患患者の受け入れを行います。

現 状

- ・ 救急医療機関の最期の砦として様々な疾患、病状の患者を受け入れています。しかし、受け入れ後の出口については、各病院の相談員の尽力により確保されている現状があります。
- ・ 市急患診療センターの移転後、三次救急医療機関における初期救急医療機関で対応可能な患者の受け入れが減少してきています。
- ・ 病院群輪番制にも参加しています。

課 題

- 高齢化の進展に伴い、急性期の患者増が想定されるなかで、出口（後方支援体制）が未整備の状態であり、三次救急医療提供体制に支障をきたしかねない状態です。

目 標

(1) 急性期後の後方支援連携体制の整備促進

施策の展開

- 病院間連携も含めた医療体制の整備を三部会合同会議等で協議していきます。

④ 救急搬送・病院前救護活動について

概要

本市における救急出動件数は増加の一途を辿り、平成24年は3万5千件を上回り過去最多を更新しました。全国的にも少子・高齢化や核家族化などの影響、住民ニーズの高まりから全国的に増加傾向にあります。身近な行政サービスとして深く定着していると言える反面、現場や医療機関への到着時間が延伸する傾向にあり、救命率の低下が懸念されています。救急搬送において受入れ医療機関が速やかに決まらない事案が、全国各地で発生したことから、消防と医療機関が連携し、医学的観点から質の高い救急搬送が行われることを目指して、平成21年に消防法の一部が改正されました。新潟県においては、平成23年7月から傷病者の搬送及び受入れに関する基準の運用を開始しております。緊急性の高い傷病者への多数照会回数の割合が低下していることなどの一定の導入効果が見られましたが、現場・病院到着平均所要時間は県平均より長くなっています。

現状

i 救急車による搬送

- 本市では市内36箇所の消防署所が設置され、うち26箇所で救急車が整備されています。(1隊当たりの管内人口や出動件数は他の政令指定都市と比べ恵まれている)
- 本市の搬送時間(覚知～病院到着)の平均は44.8分となっており、県平均の41.8分よりも若干長く、年々延伸傾向となっています。
- 医療機関への受入れ照会数は、年々増加傾向にあり、5回以上の照会を要する割合も増えています。その理由の一つとして、アルコール依存・高齢者の増加等の社会的背景によるものがあげられます。
- 救急搬送人員数は全体的に増加傾向にある中で、軽症患者割合が軽微となっていることから、初期救急医療体制が機能していることが推察されます。
- 精神疾患を抱えた患者の受け入れ先選定について、困難事案が発生しています。
- 救急搬送人員年齢構成では、高齢者が半数以上を占めており、高齢者の重症者が多くなっています。また、乳幼児、少年、成人等では軽症患者の割合が多くなっています。
- 緊急度の高い傷病者への対応が遅れることがないよう、救急車と同時にAEDを搭載した直近の消防車も出動を行っています。さらに医師による早期処置が必要な傷病者に対してはドクターカーを整備しています。

救急搬送時間

(単位：分)

	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年
新潟市	39.3	40	42.2	43.2	44.8
新潟県	37.4	38.7	39.8	40.5	41.8

救急搬送受入れ照会回数

	平成21年		平成22年		平成23年		平成24年	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	割合
0回	7,325	28.9%	7,402	26.9%	7,265	24.8%	6,683	21.9%
1回	12,516	49.4%	13,674	49.7%	14,780	50.4%	16,028	52.6%
2回	3,066	12.1%	3,353	12.2%	3,693	12.6%	3,900	12.8%
3回	1,298	5.1%	1,538	5.6%	1,708	5.8%	1,835	6.0%
4回	580	2.3%	753	2.7%	878	3.0%	971	3.2%
5回以上	548	2.2%	806	2.9%	975	3.3%	1,081	3.5%

年齢別搬送人員

	平成22年		平成23年		平成24年	
	患者数	割合	患者数	割合	患者数	割合
新生児	95	0.3%	103	0.3%	132	0.4%
乳幼児	1,191	4.3%	1,247	4.2%	1,342	4.4%
少年	995	3.6%	1,039	3.5%	1,075	3.5%
成人	10,983	39.5%	11,455	38.6%	11,483	37.3%
高齢者	14,558	52.3%	15,780	53.2%	16,795	54.5%
合計	27,822		29,624		30,832	

年齢別傷病別一覧

(平成24年)

	新生児		乳幼児		少年		成人		高齢者	
	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合	人数	割合
軽症	1	0.8%	1,048	78.1%	821	76.4%	6,994	60.9%	5,956	35.5%
中等症	112	85.5%	273	20.3%	238	22.1%	3,940	34.3%	9,038	53.8%
重症	17	13.0%	17	1.3%	14	1.3%	447	3.9%	1,286	7.7%
死亡			3	0.2%	2	0.2%	107	0.9%	510	3.0%
その他	1	0.8%	1	0.1%					5	0.0%
合計	131		1,342		1,075		11,488		16,795	

ii ドクターカーによる搬送

- ・ 119番通報を受け、患者、現場等の状況から現場での医師の対応が必要な際に利用される救急搬送システムとなっています。
- ・ ドクターカーと救急車での搬送の違いは、医師が同乗する点になります。医師が同乗することで初期救命活動を行うまでの時間が短縮されることに加え、複数人の負傷者がいる大規模事故等ではトリアージを速やかに行うことが可能となり救命率の向上に繋がることが期待されています。
- ・ ドクターカーの有効性は、市民に倒れるところを目撃され、心疾患で心肺停止になり、初期波形がVF/VTであった症例において、社会復帰率で比較すると運用前の平成18年では10%であった復帰率が平成23年では32.4%と向上し全国平均の20.8%より高い数字となっています。

課題

- 救急件数の増加等に伴い、119番受信から救急車が現場に到着するまでの時間は平均8.7分と年々増加しており、今後も救急需要の増大が見込まれる中、傷病者の状況に応じた適切な搬送と医療機関との連携の強化が必要です。
- 精神疾患患者の救急搬送に係るシステムの構築が必要です。
- 119番受信時に傷病者の病気やけがの状態を判断することは困難であるため、全ての要請事案に対しては救急車を出動させ、到着した救急隊によってトリアージが行われています。明らかに緊急性が認められない傷病者に対しては自己通院を促していますが、軽症患者の搬送基準がないため、最終的には搬送する場合があります。初期医療機関不足等の理由から軽症患者であっても二次に搬送することがあり、二次救急医療体制の疲弊に繋がっています。

目標

- (1) 市内各病院の医療情報体制が集約できる体制
- (2) 精神疾患救急患者受け入れ体制の確保
- (3) 県平均並みの搬送時間の短縮
- (4) 円滑な救急搬送受け入れ体制の確保
- (5) 救急需要増加に伴う適切な体制の構築
- (6) 重症度・緊急度に応じた救急医療が提供できる体制

施策の展開

- 病院宿直体制等の医療情報活用について協議していきます。
- 市内各病院の受け入れ情報の収集等による救急患者の状況に応じた搬送・受け入れ体制の構築を図ります
- 軽症者の抑制を促すだけでなく、救急車を躊躇せず呼ぶべき病態についても啓発し救急車の適正利用を図ります。
- 救急隊や指令課員の教育を充実させ、組織全体で病院前救護活動を向上させます。
- 傷病者の搬送及び受入の実施に関する基準の遵守により、傷病者の病態に応じた適正な医療機関への救急搬送の充実を図る。また伝達基準によるスムーズな受入を心がけます。
- 救急救命処置行為の拡大等による現場滞在時間延長を抑えるため、救急救命士の2名体制を目指し救命率の向上を目指します。

精神疾患について

精神疾患は、誰でもかかり得る身近な病気です。

近年の精神科医療の進歩により、多くの精神疾患は早期に必要な医療が提供され、適切な治療とリハビリテーションを継続することができれば、症状が安定し回復するようになってきています。

しかし、精神疾患に関する正しい知識や情報が普及していないことや、精神疾患の症状が自覚しにくいという特徴があるため、症状が重くなってから初めて精神科を受診するという場合や、重症化した後に入院し、結果治療が困難となり、入院が長期化する場合があります。

精神疾患に罹患しても、そこから回復し、地域や社会で生活できるようにするため、患者やその家族に対して、精神科医療機関や関係機関が連携しながら、必要な精神科医療が提供される体制を構築する必要があります。

市民に安心して生活していただくために、本市の精神科医療体制の現状と課題から、具体的な施策の展開について示しています。

精神疾患の医療体制に求められる医療機能

病期や個別の状態に対応した適切な精神科医療体制の構築を目指し、本計画では医療機能を以下①～⑥のとおり分類しています。

- ① 「予防・アクセス」
⇒ 保健サービスやかかりつけ医等との連携により精神科医を受診できる機能
- ② 「治療・回復・社会復帰」
⇒ 精神疾患の状態に応じて、必要な医療を提供できる機能
⇒ 保健・福祉等と連携して地域生活や社会生活を支える機能
- ③ 「精神科救急」
⇒ 精神科救急患者の状態に応じて、速やかに適切な医療を提供できる機能
- ④ 「身体合併症」
⇒ 身体疾患を合併した患者の状態に応じて、速やかに適切な医療を提供できる機能
- ⑤ 「専門医療」
⇒ 専門医療が必要な患者等の状態に応じて、速やかに適切な医療を提供できる機能
- ⑥ 「認知症」
⇒ 認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで必要な医療を提供できる機能

① 予防・アクセス

現 状

i 自殺者数・自殺死亡率^(※1)

- ・ 自殺死亡率は、年々減少する傾向にあります。平成24年は、22.3と新潟県の26.4を下回っていますが、全国平均の21.0より1.3上回っています。また、近年最高であった平成21年との比較では、6.4減少しています。

自殺死亡者数・自殺死亡率

	新潟市		新潟県		全 国	
	死亡者数	死亡率	死亡者数	死亡率	死亡者数	死亡率
平成19年	213人	26.2	767人	32.0	30,827人	24.4
平成20年	189人	23.3	665人	27.9	30,229人	24.0
平成21年	233人	28.7	711人	30.0	30,707人	24.4
平成22年	188人	23.3	675人	28.6	29,554人	23.4
平成23年	181人	22.3	651人	27.7	28,896人	22.9
平成24年	181人	22.3	617人	26.4	26,433人	21.0

[資料：厚生労働省 平成19年～24年『人口動態統計』]

※1 「自殺死亡率」とは

人口10万人当たりの自殺者数のことです。

ii かかりつけ医^(※2)への研修・教育

- ・ 平成23年度におけるかかりつけ医等研修会への医師の参加者数は20人であり、新潟市医師会会員全体の1.3%となっています。

かかりつけ医等研修会参加者数

	研修会 全体参加者数 (医師以外を含む)	研修会 医師参加者数	市医師会 全会員数	市医師会 全会員数 との割合
平成20年度	101人	42人	1,509人	2.8%
平成21年度	82人	—	1,501人	—
平成22年度	173人	21人	1,520人	1.4%
平成23年度	119人	20人	1,511人	1.3%
平成24年度	204人	16人	1,505人	1.1%

[資料：新潟市 平成20～24年度『事業報告』]

「平成24年度」の「研修会医師参加者数」は、研修会のアンケート集計における“医療機関”からの参加者数である。

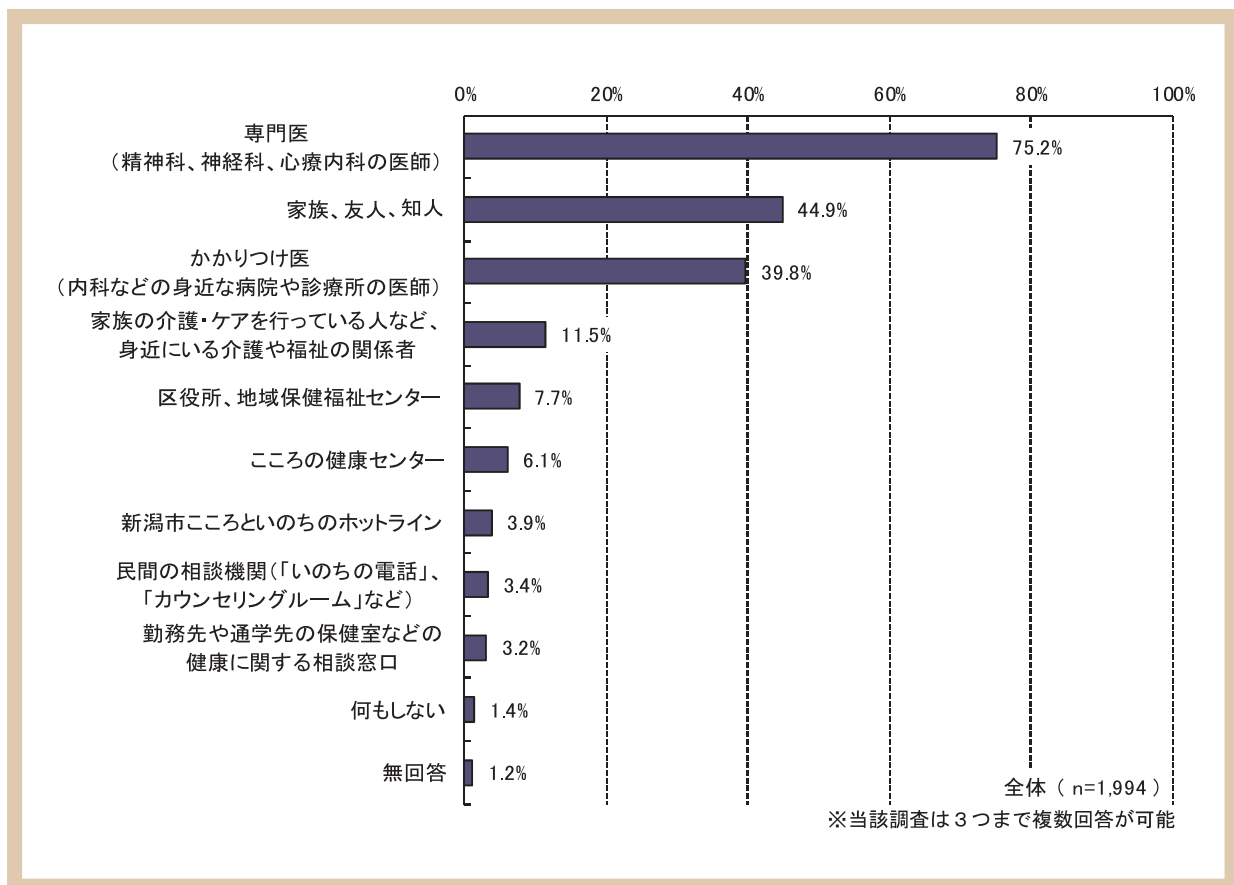
※2 「かかりつけ医」とは

病気の治療や健康相談などに応じてくれる身近な診療所等の医師のことです。

iii うつ病の相談先

- 市民が自身や家族について「うつ病」かもしれないと感じたときの相談先は、「専門医（精神科，神経科，心療内科の医師）」が75.2%，「家族，友人，知人」が44.9%，「かかりつけ医（内科などの身近な病院や診療所の医師）」が39.8%となっています。

うつ病の相談先

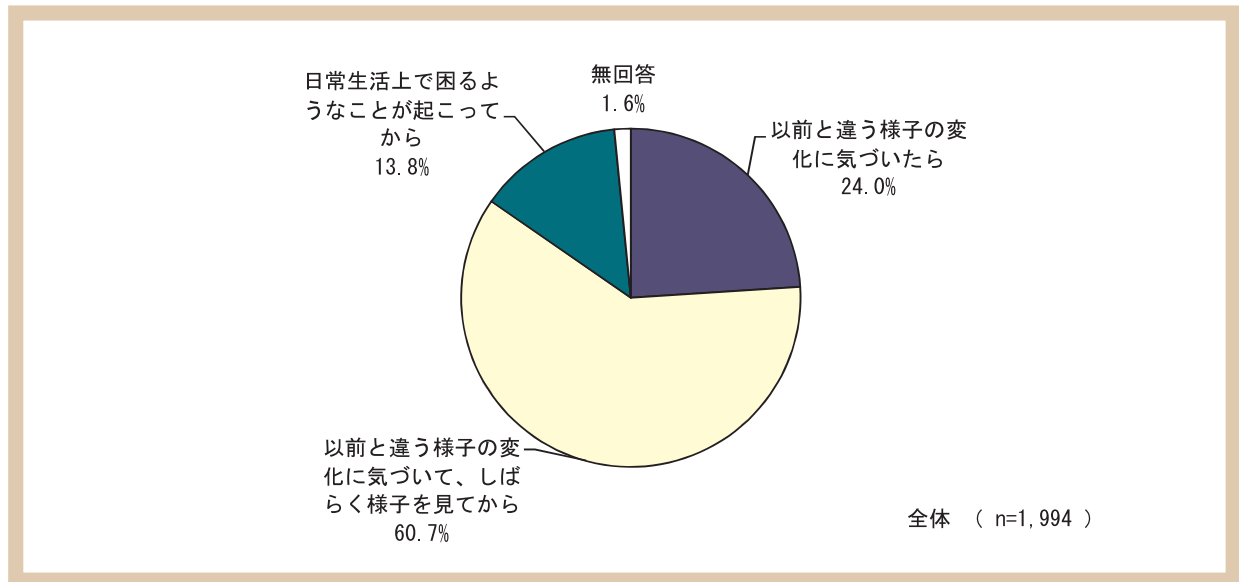


[資料：平成25年3月「新潟市医療に関する意識調査（市民）」]

iv うつ病の受診時期

- ・ 市民が自身や家族の「うつ病」を疑うような様子の変化に気づいた場合、どの段階で受診するかは、「以前と違う様子の変化に気づいて、しばらく様子を見てから」が60.7%、「以前と違う様子の変化に気づいたら」が24.0%、「日常生活上で困るようなことが起こってから」が13.8%となっています。

うつ病の受診時期



[資料：新潟市平成25年3月「新潟市医療に関する意識調査（市民）」]

課題

- 年間181人も市民が自殺で亡くなっています。
- かかりつけ医のうつ病への対応力向上が必要です。

施策の展開

- かかりつけ医に対する研修会を継続的に実施し、うつ病等の知識の習得と精神科医療との連携を推進します。
- 精神疾患に関する正しい知識を普及啓発し、精神科医療へ繋がりやすい環境整備を促進します。
 - ・ 市民及び家庭、地域等へ健康教育を継続的に実施し、精神疾患への理解の促進を図ります。
 - ・ 一般医療機関^(※3)及び教育機関等の関係機関に対しても、精神疾患への理解の促進及び精神科医療との連携体制の強化を図ります。
- 自殺は様々な要因が複雑に絡まって引き起こされていることから、『新潟市自殺総合対策行動計画』（平成24年3月策定）に基づき、医療機関を含むさまざまな関係機関との密接な連携・協力体制を構築します。

※3 「一般医療機関」とは

この医療計画では、内科、外科、産婦人科、小児科、歯科等、精神科以外の全ての診療科目の医療機関を指しています。



② 治療・回復・社会復帰

現 状

i 精神科病院入院患者平均在院日数

- 精神科病院入院患者在院日数は392.7日と、入院が長期化している傾向があります。全国平均の298.1日や、新潟県平均の346.0日を上回っています。

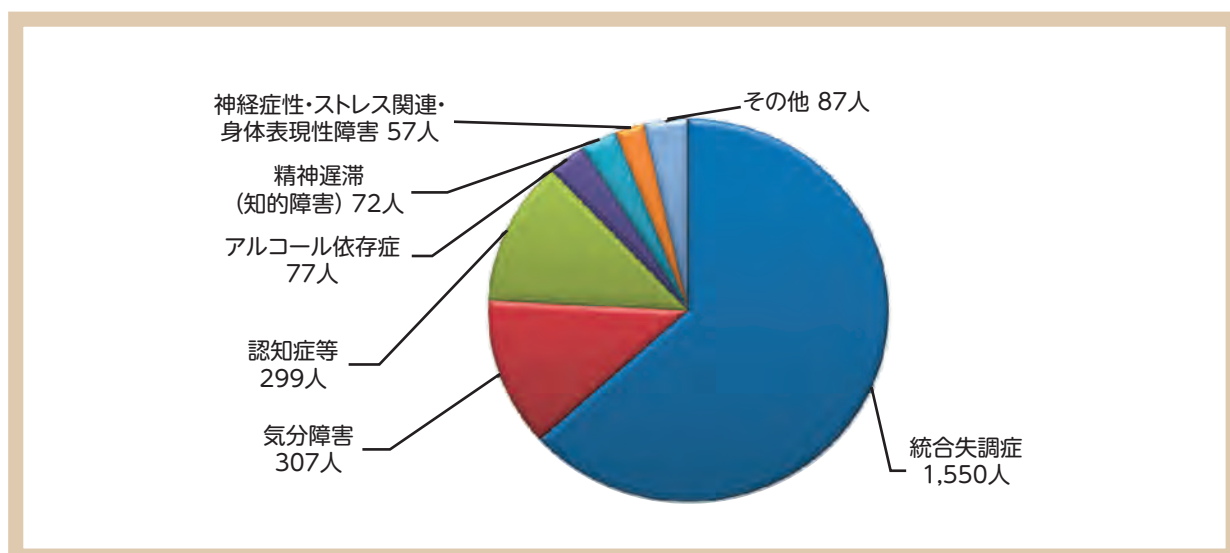
[資料：厚生労働省 平成23年度「病院報告」]

ii 精神科病院在院患者数

- 精神科病院在院患者数は2,449人です。そのうち、主な病類別在院患者数は、統合失調症が1,550人、気分障害が307人、認知症等が299人、アルコール依存症等が77人、精神遅滞（知的障害）が72人、神経症性・ストレス関連・身体表現性障害が57人です。

[資料：平成24年度「精神保健福祉資料」厚生労働省]

病類別精神科病院在院患者数



iii 往診や訪問診療を行う精神科医療機関数

- 往診や訪問診療を行う精神科医療機関はありません。また、精神科訪問看護を行う精神科医療機関は6か所で、訪問看護ステーションは1か所です。

[資料：厚生労働省 平成24年度「精神保健福祉資料」]

iv 精神科デイ・ケア^(※4)施設数

- 精神科デイ・ケア施設数は9か所です。そのうち、精神科病院に設置されているものが8か所、精神科診療所に設置されているものが1か所です。

また、精神科デイ・ケア利用者数のうち、デイ・ケアのみ利用実人数は452人で、のべ人数は4,407人です。ショート・ケア^(※4)を含む利用実人数は653人で、のべ人数は5,037人です。

[資料：厚生労働省 平成24年度「精神保健福祉資料」]

※4 「精神科デイ・ケア」とは 「精神科ショート・ケア」とは

精神障がい者の地域への復帰を支援するため、社会生活機能の回復を目的として、個々の患者の症状に応じたプログラムに従って、グループごとに治療するものです。患者一人当たり一日につき6時間の実施を標準とするものが、「精神科デイ・ケア」です。

患者一人当たり一日につき3時間の実施を標準とするものが、「精神科ショート・ケア」です。

課題

- かかりつけ医と精神科医を確実に連携させるシステムがありません。
- 精神障がい者の継続的な在宅生活を支えるための、多職種チームによるアウトリーチ支援^(※5)がありません。
- いわゆる社会的入院といわれる長期入院者の地域移行について、退院後の保健・医療・福祉サービスが不足しています。

※5 「多職種チームによるアウトリーチ支援」とは

精神科医や看護師、精神保健福祉士等の専門職がチームを組んで、必要に応じて在宅精神障がい者の訪問支援を行うことです。

現在の診療報酬制度では、診療契約があれば訪問診療・訪問看護等による診療報酬請求ができますが、未治療者や治療中断者等（治療契約等が交わされていない者）については対象外となっています。

施策の展開

- かかりつけ医と精神科医の相互連携や多職種チームによるアウトリーチ支援等の精神疾患の症状に応じた適切な医療を提供し、入院治療だけに頼らない地域全体で精神障がい者の地域生活を支える体制の構築を目指します。
- 入院患者の実態把握調査を実施し、精神科病院の地域移行の取り組みが円滑に行なわれるよう必要に応じて指導していきます。
- 新たな長期入院を生まないための土壌づくりとして、精神科医療機関・地域の障がい福祉関係機関等による地域ネットワークを構築します。

③ 精神科救急

現 状

i 精神科救急医療システム

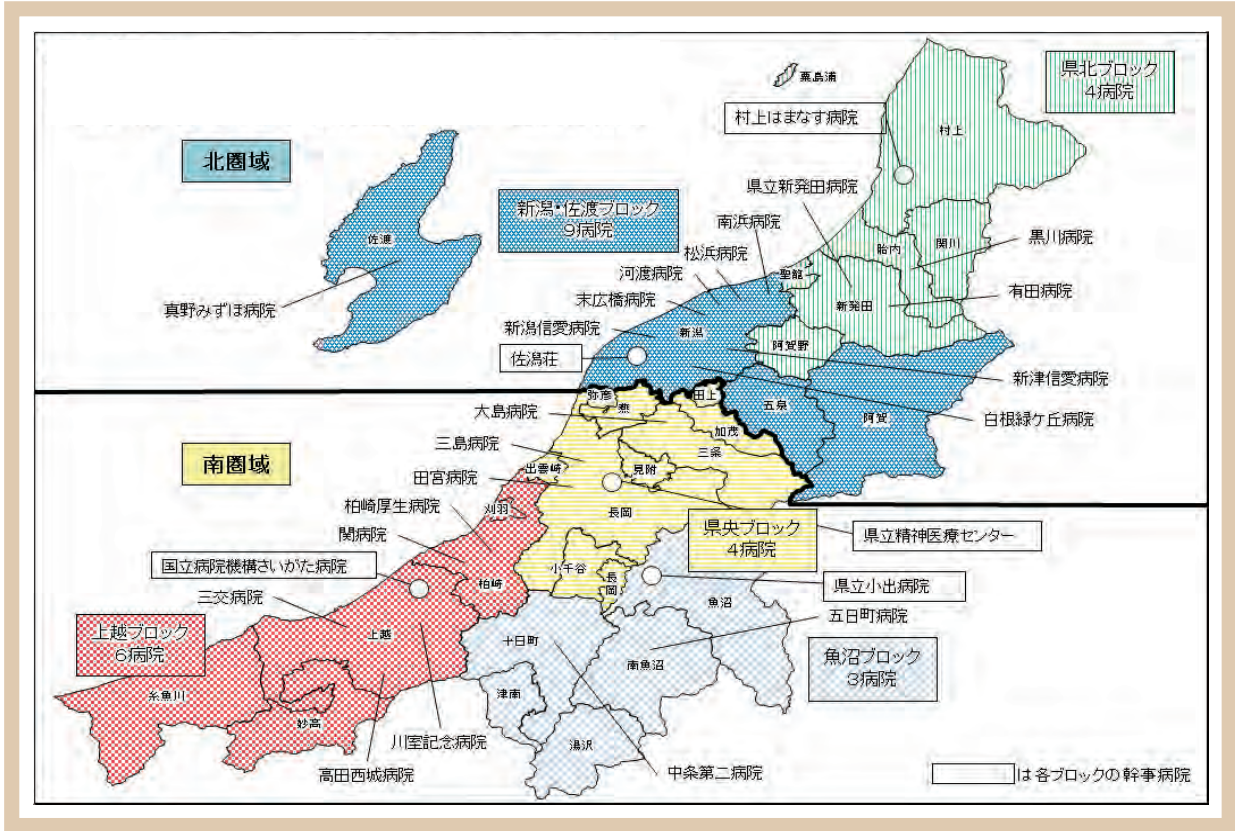
- 精神科救急医療システムは、新潟県と共同実施しています。
- 県内における精神科病院の協力のもと、病院群輪番制にて365日稼働しています。下記のとおり、夜間（17時～翌9時）は変則的に2ブロック体制で、休日昼間（9時～17時）は5ブロック体制で稼働しています。

精神科救急医療システム 稼働状況

	月曜 夜間	火曜 夜間	水曜 夜間	木曜 夜間	金曜 夜間	土曜 昼間	土曜 夜間	日曜 昼間	日曜 夜間
北圏域	北圏域 当番病院	北圏域 当番病院	県立精神医療センター (所在地：長岡市)			5 ブロック	北圏域 当番病院	5 ブロック	北圏域 当番病院
南圏域	南圏域 当番病院	南圏域 当番病院				5 ブロック	南圏域 当番病院	5 ブロック	南圏域 当番病院

新潟市は、「北圏域」に属する。

精神科救急医療システム ブロック体制図



ii 精神科救急医療対応件数

- 夜間における精神科救急当番病院の対応件数

《県全体》

夜間の県全体における対応件数は、外来受診件数218件、入院件数90件、相談のみの件数210件です。夜間の当番病院がいずれかの対応をした件数は、1日当たり0.90件です。

各圏域等における対応件数は以下のとおり。

〈北圏域〉

夜間2ブロック体制（月・火・土・日曜日）の北圏域における対応件数は、外来受診件数が92件、入院件数は27件、相談のみの件数は119件です。北圏域の夜間当番病院がいずれかの対応をした件数は、1日当たり1.14件です。

〈南圏域〉

夜間2ブロック体制（月・火・土・日曜日）の南圏域における対応件数は、外来受診件数が55件、入院件数は31件、相談のみの件数は47件です。南圏域の夜間当番病院がいずれかの対応をした件数は、1日当たり0.64件です。

〈県立精神医療センター〉

夜間1ブロック体制（水・木・金曜日）の県立精神医療センターにおける対応件数は、外来受診件数が71件、入院件数は32件、相談のみの件数は44件です。夜間1ブロック体制時の県立精神医療センターがいずれかの対応をした件数は、1日当たり0.94件です。

- 休日昼間における精神科救急当番病院の対応件数

《県全体》

休日昼間の県全体における対応件数は、外来受診件数が217件、入院件数が97件、相談のみの件数が285件です。休日昼間の当番病院がいずれかの対応をした件数は、1日当たり0.92件です。

各圏域における対応件数は以下のとおり。

〈北圏域〉

休日昼間の北圏域における対応件数は、外来受診件数が118件、入院件数は46件、相談のみの件数は120件です。北圏域の休日昼間当番病院がいずれかの対応をした件数は、1日当たり0.98件です。

休日昼間の北圏域における対応件数のうち、新潟・佐渡ブロックにおける対応件数は、外来受診件数が85件、入院件数は33件、相談のみの件数は92件です。新潟・佐渡ブロックの休日昼間当番病院がいずれかの対応をした件数は、1日当たり1.24件です。

〈南圏域〉

休日昼間の南圏域における対応件数は、外来受診件数が99件、入院件数は51件、相談のみの件数は165件です。南圏域の休日昼間当番病院がいずれかの対応をした件数は、1日当たり0.88件です。

[資料：新潟県・新潟市 平成24年度「事業報告」]

iii 精神科救急情報センター

- ・ 精神科救急情報センターが未設置です。(平成25年度本市調べより)

iv 予約制を導入している精神科医療機関数

- ・ 予約制を導入している精神科を標榜する医療機関数は、精神科病院9か所全て、総合病院精神科及び精神科診療所等28か所のうち22か所です。(平成25年度本市調べより)

課題

- 平日夜間のうち3日間(水・木・金曜日)は、市内からは遠方となる県立精神医療センターが当番病院となっており、不便が生じています。
- 精神科救急情報センターが未設置です。
- 予約制を導入している精神科医療機関が増えているため、平日午後の時間帯に、精神科を当日受診することが困難な状況となっています。

施策の展開

- 夜間の精神科救急医療体制の県内完全2ブロック化を目指します。
- 精神科医療機関や新潟県とともに、当番病院で受け入れた入院患者の円滑な退院調整や身体合併症の取り扱い、精神科病院と精神科診療所との連携強化及び役割分担を含めた精神科救急システムの改善・強化について検討します。
- 県内1か所に精神科救急情報センターの設置を目指します。

④ 身体合併症

現 状

i 身体合併症に対応できる精神科病床を有する医療機関

- ・ 身体合併症に対応できる精神科病床を有する医療機関は、新潟大学医歯学総合病院と新潟市民病院の2か所です。(平成25年度本市調べより)

課 題

- 身体合併症に対応できる医療機関が限られています。
- 精神科医療機関と一般医療機関との連携が不足しています。

施策の展開

- 身体疾患及び精神疾患の重症度に応じた適切な医療を提供するための役割分担を明確にした体制の構築を図ります。
- 身体合併症に対応できる精神科病床を有する医療機関及び一般医療機関，精神科医療機関の連携により，身体合併症の治療が円滑に行われる体制の構築を図ります。



写真：新潟市民病院（平成25年10月に精神科病棟（16床）を設置）
自殺率低下を目指した自殺企図患者の受け入れと精神科患者の身体合併症の治療にあたっている

⑤ 専門医療

現 状

i アルコール依存症対応医療機関

- ・ アルコール依存症に対応できる医療機関は、河渡病院の1か所です。
(平成25年度本市調べより)

ii 児童精神科医療対応医療機関

- ・ 児童精神科医療に対応できる医療機関は、新潟大学医歯学総合病院の1か所です。
(平成25年度本市調べより)

iii てんかん医療対応医療機関

- ・ てんかん医療に対応できる医療機関は、西新潟中央病院の1か所です。
(平成25年度本市調べより)

課 題

- アルコール以外の薬物等の依存症に対応する専門医療機関が未設置です。
- アルコール依存症に対応できる医療機関が限られています。
- 児童精神科医療に対応できる医療機関が限られています。
- てんかん医療に対応できる医療機関が限られています。

施策の展開

- アルコール関連問題は健康に大きな影響を及ぼすことから、アルコール依存症対応医療機関以外の精神科医療機関及び一般医療機関における、プレアルコリズム^(※6)に対する早期治療を促進します。また、アルコール依存症対応医療機関における専門治療が、必要に応じて適切に提供される体制の整備を図ります。
- 専門性の高い精神疾患に対しては、医療だけではなく、当事者や家族の不安・悩みや社会的問題を軽減するため、当事者会や家族会におけるピア・サポート^(※7)や保健及び福祉サービスとの協働（児童精神科においては教育機関との協働も含む）により、総合的な医療提供体制の強化を図ります。

※6 「プレアルコリズム」とは

何らかのアルコール関連問題を有するが、離脱症状も連続飲酒（常に一定濃度のアルコールを体の中に維持しておくために、数時間おきに一定量のアルコールを飲み続ける状態）も経験したことがない状態です。多くの場合、依存症に至っていない状態と考えられます。

※7 「ピア・サポート」とは

同じような経験を持つ者による支援です。ピア（peer）とは仲間という意味です。

⑥ 認知症

現 状

i かかりつけ医研修修了者数とものわすれ相談医^(※8) 登録者数

- ・ かかりつけ医研修累計修了者数は214名です。

かかりつけ医研修累計修了者のうち、平成24年度新規修了者数は15名です。

[資料：新潟市 平成24年度「事業報告」]

平成24年3月現在の、ものわすれ相談医への登録者数は73名です。

[資料：新潟市 平成23年度「事業報告」]

ii 認知症サポート医数^(※9)

- ・ 平成25年3月現在における認知症サポート医養成人数は6人（新潟県内における養成人数は18人）です。

[資料：新潟市 平成24年度「事業報告」]

iii 認知症疾患医療センター

- ・ 認知症疾患医療センター設置数は1か所です。（新潟県内では6箇所）

[資料：新潟市 平成25年度「事業報告」]

課 題

- かかりつけ医研修の修了者及びもの忘れ相談医の登録者数が少ない状況です。
- 早期の診断に基づき、早期の適切なケアに結び付ける仕組みが不十分です。
- 認知症疾患医療センターの設置数が不十分です

施策の展開

- かかりつけ医研修を継続的に実施し、平成26年度までに研修累計参加者数を300名（医師以外も含む）に増加させます。また、地域における認知症対策を推進するため、かかりつけ医を対象に研修を実施する等、もの忘れ相談医への登録を促進します。
- 認知症サポート医を平成26年度までに各区へ1名配置することを目指します。また、認知症に係る地域医療体制の構築を推進するため、認知症サポート医を養成し、かかりつけ医や専門医療機関、地域包括支援センターとの連携を図ります。
- 認知症の早期受診等を促進するため、継続的な普及啓発活動を実施します。
- 認知症の症状に応じたサポートをするため、介護・福祉関係者に対して医療に関する教育や普及啓発を行います。また、医療と介護が情報共有できる地域連携パスを活用に向けて検討します。
- 認知症疾患医療センター設置数を増加させ、認知症の診断や治療を行うほか、認知症に関する相談窓口としての機能を拡充します。

※8 「もの忘れ相談医」とは

かかりつけ医認知症対応力向上研修を修了し、認知症に関する必要な知識を習得している医師です。認知症の早期発見・早期治療を図るため、日常の診療において患者や家族の相談に応じる窓口となり、必要に応じて専門医を紹介します。

※9 「認知症サポート医」とは

認知症サポート医養成研修を修了し、以下の役割を担うことに同意した医師です。地域の認知症診療や、かかりつけ医認知症対応力向上研修の企画立案において、中心的な役割を担っています。

- (1) かかりつけ医の認知症診断等に関する相談役・アドバイザー，他の認知症サポート医や専門医との連携体制の構築
- (2) 各地域医師会と地域包括支援センターとの連携づくりへの協力
- (3) かかりつけ医認知症対応力向上研修の企画立案・講師



在宅医療について

2025年には「団塊の世代」が75歳を迎え高齢者の急増により、医療機関や介護保険施設等の受け入れも限界を迎えようとしています。

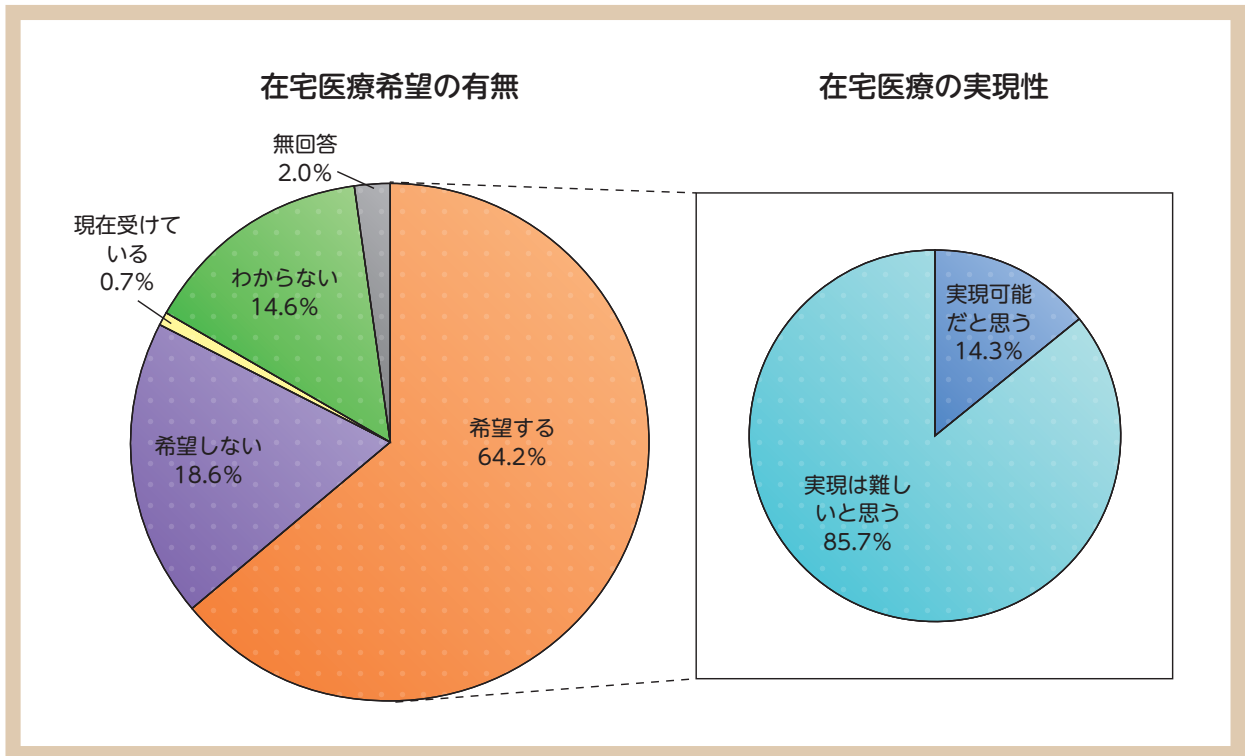
また、家族構成の変化により、家庭内で介護を続けることが難しくなっている中、地域全体で市民一人ひとりの「生活を支える医療」の提供体制の構築が重要な課題となっています。

疾病等を抱えても住み慣れた環境で、安心して暮らし続けたいという多くの市民の希望を叶えるためには、在宅医療の充実を図り、医療・福祉・介護など多職種の連携により、看取りまで切れ目のない医療サービスを提供することが必要です。

在宅医療を推進するには、かかりつけ医の普及や機能の充実、在宅療養支援診療所・在宅療養支援歯科診療所の増加、訪問看護ステーションの人材確保など医療の充実を図り、在宅医療に関する情報提供や医療機関相互が連携できるシステムの構築を推進するため、在宅医療連携拠点の整備について検討します。

さらに、地域における医療・介護の適切な連携による包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供を行うため、地域の関係機関との連携体制の構築・推進を図ります。

在宅医療に対する市民の意識の結果



(平成25年3月実施)

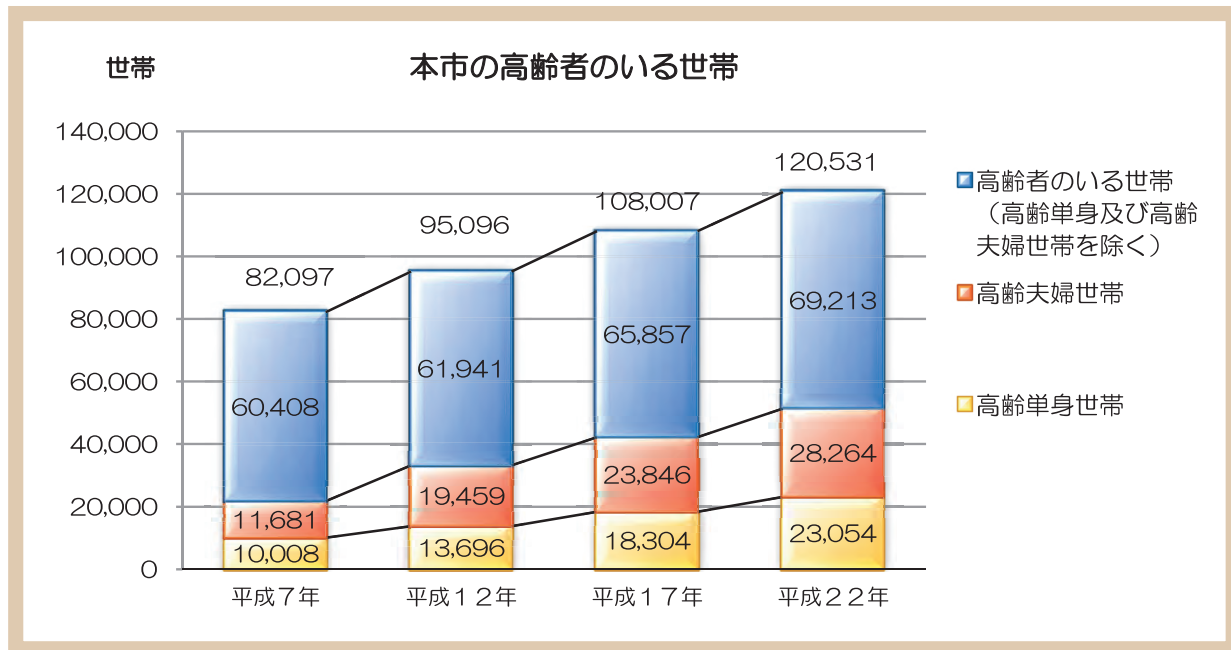
[高齢者の状況]

本市の高齢者のいる世帯については、平成22年の国勢調査では約12万世帯となっており、平成7年の調査と比較して約1.5倍、4万世帯近く増加しています。更に詳しく見てみると、高齢者夫婦世帯では平成7年と比較して約2.4倍、高齢単身世帯では約2.3倍と、大きな伸びを示しています。また各区によって状況が異なります。

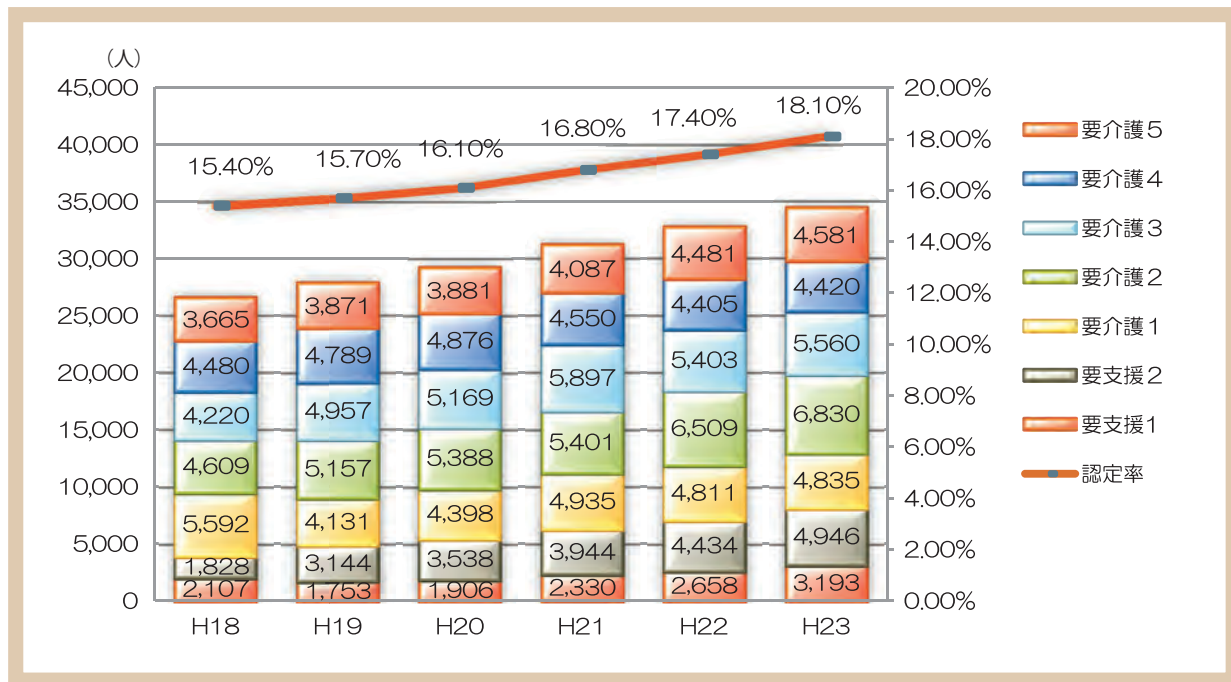
介護認定者数は、介護保険制度施行以来、年々増加を続けています。近年では年1,500人前後のペースで増加しており、平成23年10月1日現在で34,365人となっています。

また、高齢者人口に占める介護認定者の割合も、上昇を続けています。

高齢者世帯の推移



新潟市の介護認定者と認定率の推移



[資料：新潟市高齢者福祉計画・介護保険事業計画]

① 日常の療養生活の支援について

現 状

在宅医療の中心的な役割を担う医療機関として、在宅療養支援診療所があります。

在宅療養支援診療所や在宅療養支援歯科診療所の数は少しずつ増えていますが、各区の状況に違いが見られます。在宅療養支援診療所は、平成25年12月現在42か所あり人口10万対で5.2、新潟県の5.1より上回っていますが、^{*}全国平均10.2と比較すると大きく下回っています。

訪問薬剤指導を実施する薬局数は、平成25年12月現在370か所あります。

在宅における療養には、患者の生活面も考慮されることが重要となります。訪問介護サービスとともに、訪問看護など医療系のサービスをケアマネージャーが個々の利用者のニーズに合わせて、調整を行っています。

また、新たに24時間対応するための介護サービスが整備されてきており、本市の小規模多機能型居宅介護事業所は、平成25年12月現在44事業所となっています。平成24年度から始まった定期巡回・随時対応型訪問介護・看護サービスを行っている事業所は、平成25年12月現在1事業所、小規模多機能型複合サービスは4事業所となっています。訪問看護ステーションの数（介護保険事業所届出）は47カ所、人口10万対5.8となっています。24時間体制をとっている事業所がほとんどですが、小規模な事業所が多く体制の維持が困難な状況です。

在宅療養を支える医療と介護サービスの連携は一部で見られるものの、在宅療養患者や家族を全般的に支えるための十分な連絡体制の確保に至っていません。

※第5次 新潟県地域保健医療計画より

在宅療養支援診療所数（各区分）

各 区	人口 (H25.12)	診療所数	歯科診療所数
北 区	77,181	1	2
東 区	139,351	3	5
中央区	176,670	18	11
江南区	69,494	1	5
秋葉区	78,425	4	7
南 区	46,705	1	5
西 区	158,048	7	17
西蒲区	60,551	7	5
総 数	806,425	42	57

[資料：関東信越厚生局より抜粋]

新潟市内調剤薬局数

(平成25年12月現在)

北 区	東 区	中央区	江南区	秋葉区	南 区	西 区	西蒲区	総 数
30	62	123	30	37	30	86	26	424

課題

- 在宅医療を支える医療従事者が不足しています。24時間受け入れ体制をとれないことから医師の負担感が大きく、在宅療養支援診療所や訪問診療を行う診療所が増えにくい状態にあります。
- かかりつけ医について、市民が日常的な医療を受け、健康の相談等ができる医師として普及を図る必要があります。また、かかりつけ医は、常に患者を支える立場に立ち、病態に応じて患者や家族と連絡が取れるようにするなど、適切な対応が求められています。
- 在宅療養者で、摂食嚥下機能障害のある方や口腔ケアが行き届いていない方への対応が十分ではありません。口腔ケアの重要性について、市民や介護従事者へ普及啓発を図るとともに、在宅歯科治療を担う歯科医師の養成が必要です。
- 訪問薬剤指導を実施する薬局の割合は、全体の80%を超えていますが、その役割と利用の仕方について理解されていません。
- 訪問看護ステーションの数は増加していますが、小規模事業所が多く24時間対応を行える体制の維持が困難なことから、利用ニーズに応じられないなど、統計的には利用者が増えない状況になっています。市民や介護従事者に、その必要性や役割についての周知を図られていないことも要因の一つと考えられます。
- 在宅療養支援診療所・在宅療養歯科診療所の整備充実とともに、一般の診療所・病院及び歯科診療所による在宅医療の推進を図るため医療関係者への普及啓発が必要です。
- 往診や訪問診療を行う診療所や歯科診療所、訪問指導を行う薬局、訪問看護を提供してくれる訪問看護ステーションなど在宅での療養に役立つ情報を、在宅医療関係者や市民にわかりやすく提供することが求められています。
- 在宅療養支援診療所をはじめ医療機関、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等が連携して患者に対応するため、患者情報の共有化や地域ごとに相互に連携し、チームによる包括的なサービスが患者に提供される体制をつくることが重要となります。

目標

- (1) 在宅療養支援診療所や訪問診療を行う診療所の充実（全国平均を目指す）
- (2) 在宅療養支援歯科診療所の増加
- (3) 各医療機関の連携等による在宅医療に携わる医師の負担軽減
- (4) 在宅医療関係者や市民に必要な情報が提供される体制づくり
- (5) 患者情報の共有化が図れる体制の構築と多職種連携の推進
- (6) ニーズに応じ、効果的に利用できる体制づくり
- (7) 在宅医療連携拠点と地域包括支援センターをつなぐ、地域包括ケアシステム構築の推進

※地域包括支援センターとは

高齢者の生活を支援するため、介護予防や相談窓口など包括的なマネジメント業務を行っている。

- 在宅医療に必要な連携を担う拠点の整備
 - ・ 日常の療養生活の支援から急変時の対応、円滑な退院支援等に対し、切れ目のない医療提供を行う在宅医療体制を構築していくため、在宅医療の相談窓口や人材育成など、中心的な役割を担う拠点の整備を検討します。
 - ・ 拠点を中心とした地域ごとの関係機関の情報収集や情報管理、情報提供の体制づくりを検討します。

- 在宅医療関係機関の連携の促進
 - ・ 医療と介護サービス、病院と診療所の連携を図るため、救急医療機関も含めたITによる患者情報の共有化などツールの作成を推進します。
 - ・ 地域の状況に合った支援体制づくりを推進するため、診療所と病院や病院間の連携協議の場をつくりまします。
 - ・ 住み慣れた環境で安心して在宅で療養生活が送れるように、各地域の多職種によるネットワーク構築を図るため、在宅医療ネットワークグループの立ち上げや活動に係る取組を支援します。

- 在宅医療関係者の人材確保
 - ・ 在宅療養支援診療所や訪問診療を行う診療所を増やすため、医療関係者の在宅医療への参入の働きかけや情報交換の場をつくりまします。
 - ・ 在宅医療に係る医療機関と関係機関との連携の促進を図るため、区ごとに多職種による地域リーダー研修会を実施します。
 - ・ 訪問看護ステーションの適正な利用について検討するため、市民ニーズの把握など実態調査を実施します。
 - ・ 在宅医療関係者の人材確保と質の向上を図るため、医師会や歯科医師会などの職能団体等と協働し研修会を開催します。

- 在宅医療に関する市民への普及啓発
 - ・ 在宅医療を含め、医療機関の機能分担や適正な受診、かかりつけ医の普及などを図るため、市民フォーラムや講演会を実施します。

- 地域包括ケアシステムの構築
 - ・ 在宅医療を含めた包括的サービスを提供するため、地域包括ケアシステムの構築について、福祉部等と連携し第6期介護保険計画で検討していきます。
 - ・ 在宅医療連携拠点と地域包括支援センターの連携について協議していきます。

② 急変時の対応について

現 状

在宅療養患者を支える医療機関の体制は地域によって差が見られます。地域の一部においては24時間体制や急変時の入院先となる後方支援病院の確保などが構築されているところもありますが、多くの地域では入院先の確保が困難な状況にあります。

また、急変時の対応について、夜間や休日に容体が変化した際にかかりつけ医と連絡が取れないなどから、往診してくれる医師が見つからないため、救急搬送されるケースが多くみられます。

また、搬送先の病院には、患者の既往歴など情報がないため、治療に時間がかかっています。特に認知症患者の場合、病状の確認がとれないことで、適切な処置ができないなど、病院のスタッフがその対応に追われている状況です。

区別医療機関の体制

各 区	訪問診療	往 診 (24時間対応)	往 診 (24時間非対応)
北 区	11	2	15
東 区	17	3	23
中央区	46	19	59
江南区	16	5	14
秋葉区	9	4	11
南 区	7	2	11
西 区	38	13	31
西蒲区	20	8	14
総 数	164	56	178

[資料：平成25年12月にいがた診療情報ネットより]

年齢別搬送人員

	平成23年		平成24年	
	患者数	割 合	患者数	割 合
新生児	103	0.3%	132	0.4%
乳幼児	1,247	4.2%	1,342	4.4%
少 年	1,039	3.5%	1,075	3.5%
成 人	11,453	38.6%	11,483	37.3%
高齢者	15,780	53.2%	16,795	54.5%

傷病別一覧（平成24年）

	高齢者	
	人 数	割 合
軽 症	5,956	35.5%
中等症	9,038	53.8%
重 症	1,286	7.7%
死 亡	510	3.0%
その他	5	0.0%

[資料：新潟市消防局より]

課題

- 在宅医療の整備のために多職種による連携体制づくりが必要です。かかりつけ医が在宅患者の病状悪化時に適切に対応できるよう、診療所と後方支援病院の連携体制を構築する必要があります。
- 在宅療養者や施設入所者が救急搬送された際に、患者情報がないため治療等に時間がかかっています。また、救急医療の現場において、認知症ケアの体制をどう整えるかも課題となっています。
- 日頃から急変時の対応について、医師や患者や家族、施設を含む介護スタッフ間での話し合いとともに、患者情報が伝わる体制の構築が必要です。

目標

- (1) 後方支援体制の確保された病病連携や病診連携等ネットワークの形成
- (2) 救急医療機関も含めた情報システムの構築
- (3) 市民へ急変時の対応についての意識啓発

施策の展開

- 在宅医療に必要な連携を担う拠点の整備（再掲）
 - ・ 日常の療養生活の支援から急変時の対応、円滑な退院支援等に対し、切れ目のない医療提供を行う在宅医療体制を構築していくため、在宅医療の相談窓口や人材育成など、中心的な役割を担う拠点の整備を検討します。
 - ・ 拠点を中心とした地域ごとの関係機関の情報収集や情報管理、情報提供の体制づくりを検討します。
- 在宅医療関係機関の連携の促進（再掲）
 - ・ 医療と介護サービス、病院と診療所の連携を図るため、救急医療機関も含めたITによる患者情報の共有化などツールの作成を推進します。
 - ・ 地域の状況に合った支援体制づくりを推進するため、診療所と病院や病院間の連携協議の場をつくれます。
 - ・ 住み慣れた環境で安心して在宅で療養生活が送れるように、各地域の多職種によるネットワーク構築を図るため、在宅医療ネットワークグループの立ち上げや活動に係る取組を支援します。
- 在宅医療に関する市民への普及啓発（再掲）
 - ・ 在宅医療を含め、医療機関の機能分担や適正な受診、かかりつけ医の普及などを図るため、市民フォーラムや講演会を実施します。

③ 退院支援について

現 状

平均在院日数は、全国や他の政令指定都市と比較して長くなっています。年次推移でみると一般病床の日数は年々短くなっていますが、介護療養病床の入院日数が長くなっています。

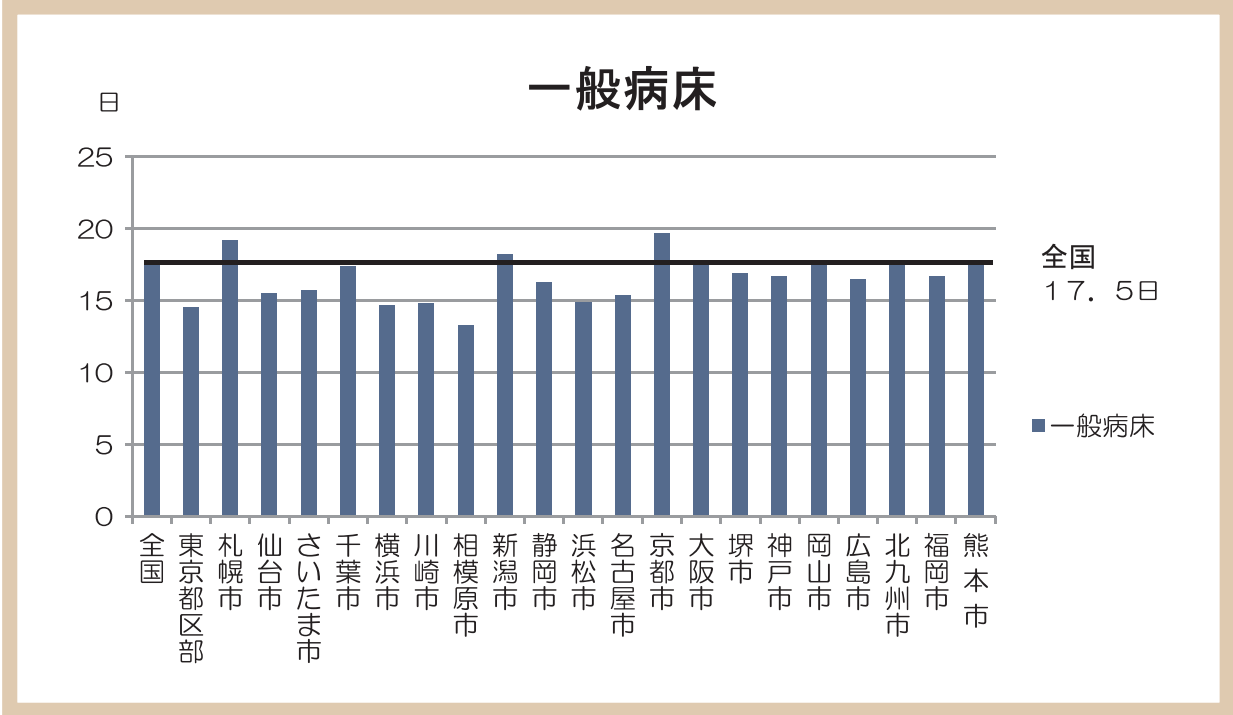
本市の病院数は平成23年10月現在44病院で、退院支援の担当者を配置している病院は24病院、全国2.3人に対して2.2人と徐々に増加しており、全病院の54.55%が退院支援担当者を配置しています。

入院初期から在宅療養に向けて、病院と在宅医療を実施する医療機関や介護事業所での情報共有が不十分です。

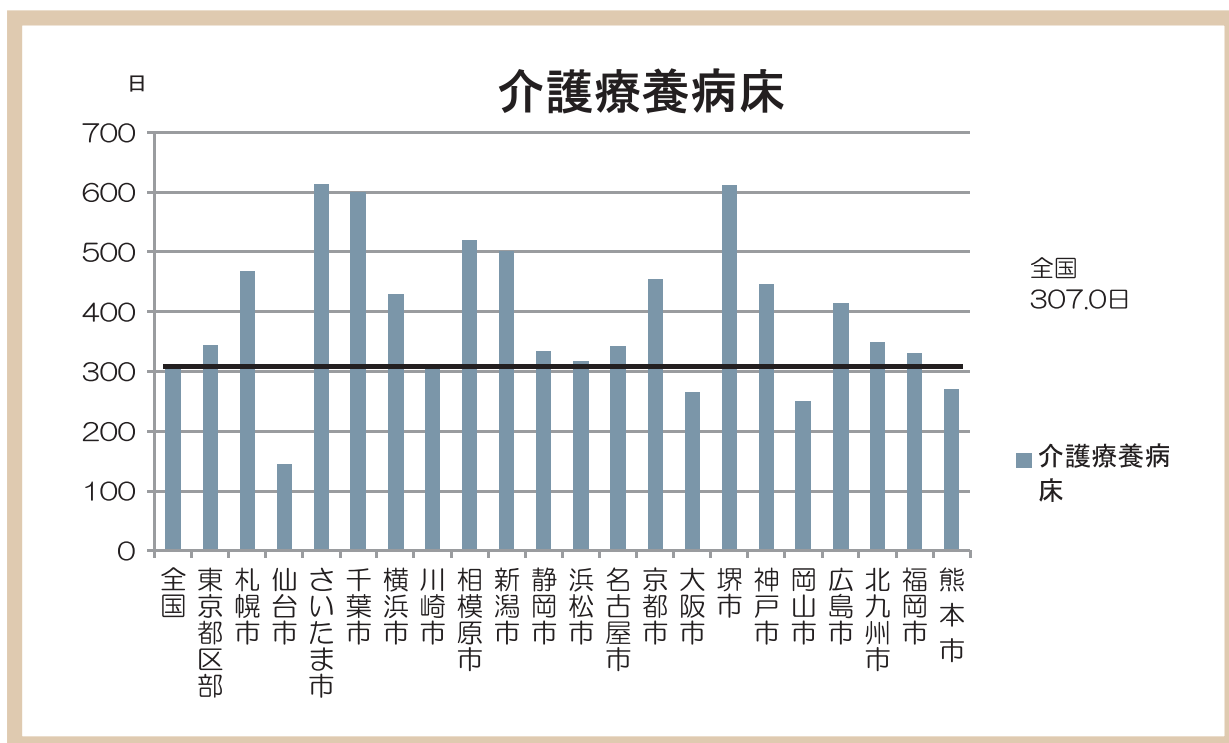
急性期医療機関からリハビリテーションを実施する医療機関、その後の療養など患者の病態に応じた医療機関の機能分担が進んでいますが、患者にはなかなか理解されにくい状況です。

病床別平均在院日数

	平均在院日数						
	総 数	精神病床	感染症病床	結核病床	一般病床	療養病床	介護療養病床
新潟市	33.1	411.2	4.0	81.5	18.2	190.5	502.3
新潟県	32.8	356.7	4.0	73.1	19.1	183.6	356.3
全 国	31.2	291.9	8.5	70.7	17.5	171.8	307.0



[資料：平成24年医療施設調査（厚生労働省）]



[資料：平成24年医療施設調査（厚生労働省）]

平均在院日数年次推移

	一般病床	介護療養型病床
平成20年	19.8日	430.9日
平成21年	19.2日	467.0日
平成22年	19.1日	525.0日
平成23年	18.7日	472.0日
平成24年	18.2日	502.3日

[資料：医療施設調査（厚生労働省）]

病院における退院調整支援担当者の配置

平成20年	総数	配置施設数	担当者数	配置率	平均人数
新潟市	46	19	30	41.30%	1.6
新潟県	137	54	70	39.42%	1.3
全国	8,794	2,450	4,360	27.86%	1.8

[資料：平成20年医療施設調査（厚生労働省）]

平成23年	総数	配置施設数	担当者数	配置率	平均人数
新潟市	44	24	52	54.55%	2.2
新潟県	130	62	123	47.69%	2.0
全国	8,605	3,168	7,308	36.82%	2.3

[資料：平成23年医療施設調査（厚生労働省）]

課題

- 医療面や生活面の不安から退院が困難な状況が多くみられます。
- 病院の医師のなかでも、在宅医療に関しての意識が低く、情報も不足しています。入院初期から在宅療養移行に向けて退院前カンファレンスの開催等、病院と在宅医療を実施する医療機関や介護事業所等の協働による退院支援が可能な体制の整備、患者情報の共有が必要です。
- 急性期医療機関からリハビリテーションを実施する医療機関、その後の在宅療養へとつながる、患者の病状に合わせた切れ目のない継続した医療と介護サービスの連携体制を整備するとともに、医療機関の機能分担について市民への周知が必要です。

目標

- (1) 医療施設から在宅医療移行のシステム化
- (2) 市民へ医療機関の機能分担についての普及啓発

施策の展開

- 在宅医療に必要な連携を担う拠点の整備（再掲）
 - ・ 日常の療養生活の支援から急変時の対応、円滑な退院支援等に対し、切れ目のない医療提供を行う在宅医療体制を構築していくため、在宅医療の相談窓口や人材育成など、中心的な役割を担う拠点の整備を検討します。
 - ・ 拠点を中心とした地域ごとの関係機関の情報収集や情報管理、情報提供の体制づくりを検討します。
- 在宅医療関係機関の連携の促進（再掲）
 - ・ 医療と介護サービス、病院と診療所の連携を図るため、救急医療機関も含めたITによる患者情報の共有化などツールの作成を推進します。
 - ・ 地域の状況に合った支援体制づくりを推進するため、診療所と病院や病院間の連携協議の場をつくります。
 - ・ 住み慣れた環境で安心して在宅で療養生活が送れるように、各地域の多職種によるネットワーク構築を図るため、在宅医療ネットワークグループの立ち上げや活動に係る取組を支援します。
- 在宅医療に関する市民への普及啓発（再掲）
 - ・ 在宅医療を含め、医療機関の機能分担や適正な受診、かかりつけ医の普及などを図るため、市民フォーラムや講演会を実施します。

④ 終末期医療（看取り）について

現 状

国の「終末期医療に関する調査（平成20年）」では、自宅で療養して、必要になれば医療機関等を利用したいと回答した方の割合を合わせると、60%以上の国民が「自宅で療養したい」、最期を迎えたい場所では40%を超える市民が「自宅」と回答しています。

本市の在宅死亡者数は平成24年で16.03%となっており、これは、新潟県平均（18.91%）、全国平均（17.47%）を大きく下回っています。

在宅看取りを行った診療所・病院数は、平成23年の医療施設調査では診療所が15施設、病院は3施設です。麻薬を取り扱う薬局数は、平成24年9月現在326か所です。ターミナルケアに対応する訪問看護ステーションの数は、42事業所中35事業所ありますが、在宅での看取りまで対応する医師・看護師が不足しています。介護施設を含めた看取り体制の構築が必要です。

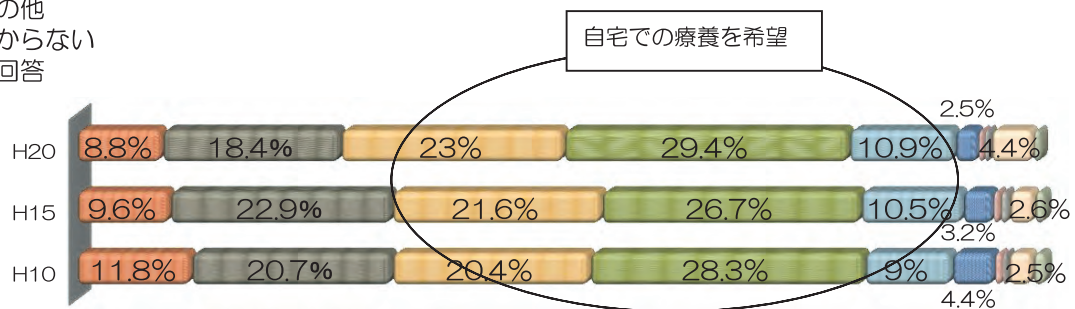
高齢者のみの世帯が増加しているため、介護を続けるには体力的にも精神的にも厳しくなっています。終末期の医療に対して、多くの市民が最期まで自宅で療養することは「介護する家族に負担がかかる」という理由で困難だと感じています。

看取りに対応する介護施設数

認知症対応型共同生活介護（認知症高齢者グループホーム）	45事業所中10事業所
地域密着型特定施設	1事業所中0事業所
地域密着型介護老人福祉施設	17施設中10施設
特定施設	14事業所中4事業所
介護老人福祉施設	47施設中40施設

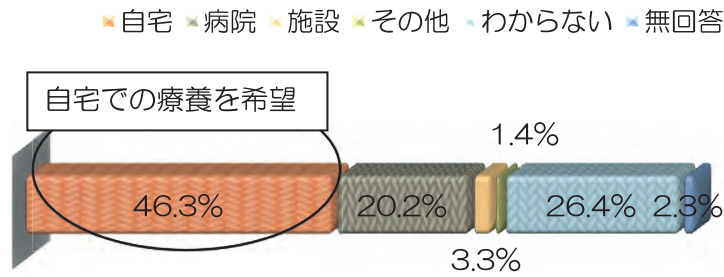
終末期の療養場所に関する希望

- なるべく早く今まで通った（又は現在入院中の）医療機関に入院したい
- なるべく早く緩和ケア病棟（終末期における症状を和らげることを目的とした病棟）に入院したい。
- 自宅で療養して、必要になればそれまでの医療機関に入院したい
- 自宅で療養して、必要になれば緩和ケア病棟に入院したい
- 自宅で最期まで療養したい
- 専門医療機関で積極的に治療を受けたい
- 老人ホームに入所したい
- その他
- わからない
- 無回答



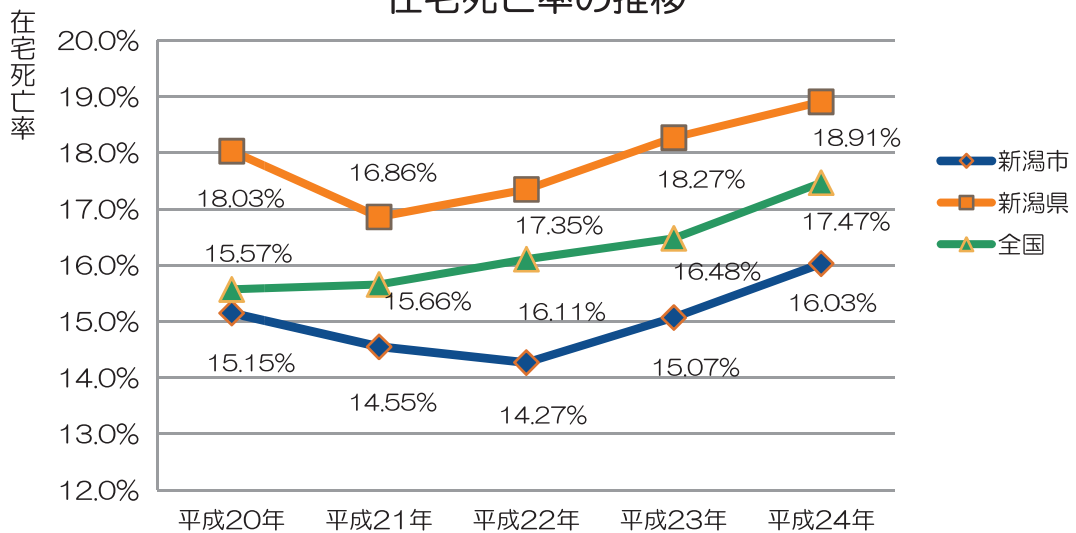
[資料：平成20年厚生労働省実施 終末期医療に関する調査より抜粋]

最期を迎えたい場所



[資料：平成23年新潟市在宅医療に関する市民アンケート調査]

在宅死亡率の推移



[資料：厚生労働省 人口動態より抜粋]

課題

- 終末期の病状の変化を医学的判断から看取りのステージととらえる環境になく、急変と判断し救急車で病院に搬送されるケースがあるため、救急搬送、救命措置のための入院ベッドが不足する一因となっています。
- 各地域において在宅医療を実施する医療機関や訪問看護事業所など、看取りまで対応する医師や看護師の確保、介護施設と医療機関との円滑な連携を含めた看取り体制の構築が必要です。嚔下障害や疼痛管理などにも対応できるように、研修会を開催するなど専門職の充実を図っていく必要があります。
- 高齢者のみの世帯が増えているため介護者の支援も必要です。精神面も支える体制の整備や在宅医療関係者だけでなく、地域での見守り体制の整備も必要となっています。

- (1) 在宅死亡率の増加※在宅とは自宅及び特別養護老人ホーム等の施設を含む（介護老人保健施設、介護療養型医療施設を除く）…全国平均を目指す
- (2) 在宅で看取りを実施する診療所の増加
- (3) ターミナルケアに対応する訪問看護事業所の増加
- (4) 看取りに対応する介護施設数の増加
- (5) 在宅医療ネットワークグループへの民生委員など地域住民の参加
- (6) 市民へ終末期医療についての普及啓発

施策の展開

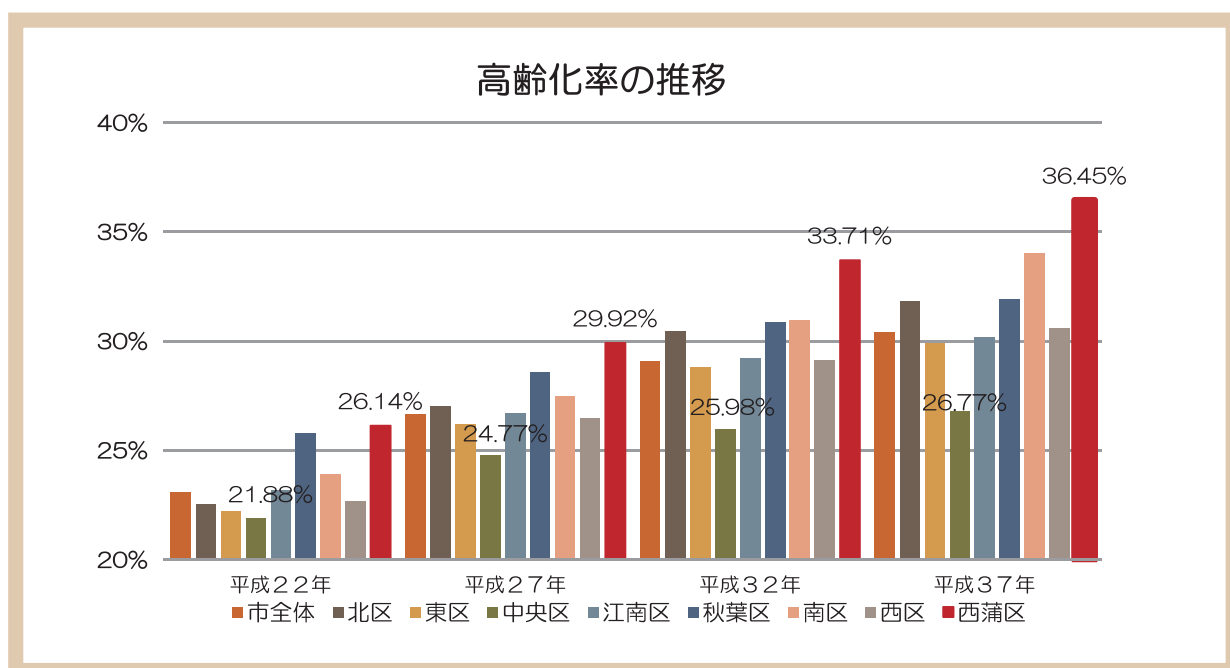
- 看取りを行える医師等の育成
 - ・ 医師会などの職能団体と協働し医師等を対象とした、在宅医療に関する研修会を実施します。
- 在宅医療関係機関の連携の促進（再掲）
 - ・ 医療と介護サービス、病院と診療所の連携を図るため、救急医療機関も含めたITによる患者情報の共有化などツールの作成を推進します。
 - ・ 地域の状況に合った支援体制づくりを推進するため、診療所と病院や病院間の連携協議の場をつくれます。
 - ・ 住み慣れた環境で安心して在宅で療養生活が送れるように、各地域の多職種によるネットワーク構築を図るため、在宅医療ネットワークグループの立ち上げや活動に係る取組を支援します。
- 地域での見守り体制の整備
 - ・ 在宅療養者とその家族の見守り体制の整備を図ります。
- 在宅医療に関する市民への普及啓発（再掲）
 - ・ 在宅医療を含め、医療機関の機能分担や適正な受診、かかりつけ医の普及などを図るため、市民フォーラムや講演会を実施します。

⑤ 在宅医療体制について

現 状

在宅医療の各区分において、病院と在宅医療を実施する医療機関、介護事業所間での情報の共有が不十分であるという点があげられています。高齢化率の推移や在宅療養者を支える医療機関の体制は、区によって違いが見られます。

本計画の「精神疾患」「救急医療」の2つの部会とも密接に繋がっていること、一方で、各部会の現状や課題を知る機会が少ないことがわかりました。



[資料：平成22年国勢調査]

課 題

- 医療・介護従事者の連携が行われるためには、患者情報の共有化が必要です。
- 各地域において、在宅医療を実施する医療機関、訪問看護事業所及び入院機能を有する医療機関との円滑な連携による看取りまでの体制の構築が必要です。
- 市民が安心して住みやすく生活することができるよう、各医療機関の現状を理解し、協力体制を構築する必要があります。

目 標

- (1) ITによる患者情報の共有化を図れる体制の構築
- (2) 在宅医療ネットワークグループの増加
- (3) 救急医療・精神疾患・在宅医療の三部会合同会議の開催

施策の展開

- 在宅医療に必要な連携を担う拠点の整備（再掲）
 - ・ 日常の療養生活の支援から急変時の対応，円滑な退院支援等に対し，切れ目のない医療提供を行う在宅医療体制を構築していくため，在宅医療の相談窓口や人材育成など，中心的な役割を担う拠点の整備を検討します。
 - ・ 拠点を中心とした地域ごとの関係機関の情報収集や情報管理，情報提供の体制づくりを検討します。

- 在宅医療関係機関の連携の促進（再掲）
 - ・ 医療と介護サービス，病院と診療所の連携を図るため，救急医療機関も含めたITによる患者情報の共有化などツールの作成を推進します。
 - ・ 地域の状況に合った支援体制づくりを推進するため，診療所と病院や病院間の連携協議の場をつくりまます。
 - ・ 住み慣れた環境で安心して在宅で療養生活が送れるように，各地域の多職種によるネットワーク構築を図るため，在宅医療ネットワークグループの立ち上げや活動に係る取組を支援します。

- 在宅医療関係者の人材確保（再掲）
 - ・ 在宅療養支援診療所や訪問診療を行う診療所を増やすため，医療関係者の在宅医療への参入の働きかけや情報交換の場をつくりまます。
 - ・ 在宅医療に係る医療機関と関係機関との連携の促進を図るため，区毎に多職種による地域リーダー研修会を実施します。
 - ・ 訪問看護ステーションの適正な利用について検討するため，市民ニーズの把握など実態調査を実施します。
 - ・ 在宅医療関係者の人材確保と質の向上を図るため，医師会や歯科医師会など職能団体等と協働し研修会を開催します。

- 三部会合同会議の開催
 - ・ 三部会の意見交換の場を整理し，医療機能が適切かつ効果的に提供できる体制を整備します。

実施期間

	平成26年度	平成27年度	平成28年度
救急医療	<ul style="list-style-type: none"> 【初期救急医療】 <ul style="list-style-type: none"> ・外科系空白時間帯の整備 【二次救急医療】 <ul style="list-style-type: none"> ・医療圏域の整合性の確保 【救急搬送】 <ul style="list-style-type: none"> ・患者状況に応じた受入体制の構築 ・搬送時間の短縮 		
	<ul style="list-style-type: none"> 【二次救急医療】 <ul style="list-style-type: none"> ・後方支援体制の整備 		
	<ul style="list-style-type: none"> 【共通】 <ul style="list-style-type: none"> ・適正受診啓発 【初期救急医療】 <ul style="list-style-type: none"> ・人材確保 【救急搬送】 <ul style="list-style-type: none"> ・医療情報の活用 ・救急搬送体制の充実・向上 		
精神疾患	<ul style="list-style-type: none"> ・精神疾患に関する正しい知識の普及啓発 ・地域全体で精神障がい者の地域生活を支える体制の構築 ・精神科救急システムの改善・強化 ・身体合併症治療における役割分担の明確化と連携体制の構築 ・プレアルコールリズムに対する早期治療の促進 ・専門性の高い精神疾患に対する総合的な医療提供体制の強化 		
	<ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ医研修の開催（うつ病等・認知症） ・自殺総合対策関係機関との連携・協力体制の構築 ・地域移行のための入院者実態把握調査の実施 ・新たな長期入院者を生まないための地域ネットワークの構築 ・医療と介護が情報共有できる地域連携パスの活用に向けた検討 ・認知症疾患医療センターの増設 		
	<ul style="list-style-type: none"> ・夜間精神科救急体制の県内完全2ブロック化 ・精神科救急情報センターの設置 ・認知症かかりつけ医研修累計参加者数300名 ・認知症サポート医を各区へ1名配置 		
在宅医療	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療に必要な連携を担う拠点の整備 ・地域包括ケアシステムの構築 ・在宅医療関係者の人材確保 ・在宅医療関係機関の情報収集や情報管理、情報提供の体制づくり ・地域での見守り体制の整備 		
	<ul style="list-style-type: none"> ・ITによる患者情報の共有化などツールの作成 ・診療所と病院や病院間の連携体制づくり ・在宅医療ネットワークグループの立ち上げ、活動支援 		
	<ul style="list-style-type: none"> ・市民ニーズ調査 ・市民フォーラムの開催 ・在宅医療関係者研修会の開催 		
	<ul style="list-style-type: none"> 【救急医療】 <ul style="list-style-type: none"> ・患者情報のツール検討 ・専門性の高い患者への対応 ・病院間連携を含む医療体制整備 	<ul style="list-style-type: none"> 【精神疾患】 <ul style="list-style-type: none"> ・一般医療機関に対し、精神疾患への理解の促進を図る ・身体合併症治療における役割分担の明確化と連携体制の構築 ・平日午後の時間帯における精神科医療体制の整備 	

※各医療体制の目指す方向に対する施策の実施期間を大きく短期・中期・長期に分類

