

新潟市医療計画

概要版



平成 26 年度～平成 32 年度

新 潟 市

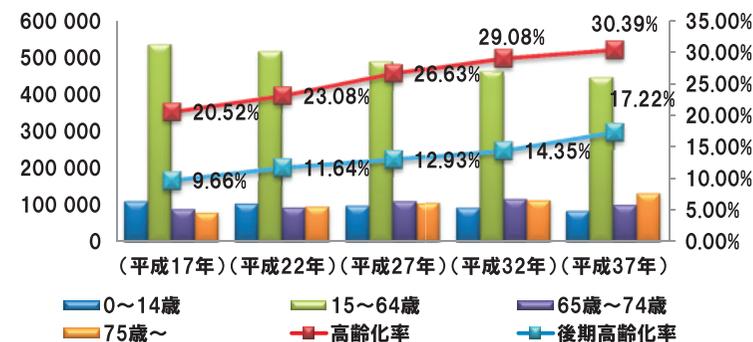
医療計画とは

- 医療計画は医療法第 30 条の規定により、都道府県ごとに策定が義務付けられている「医療提供体制の確保を図るための計画」です。
- 新潟県では、「第 5 次新潟県地域保健医療計画」(平成 23 年度から平成 32 年度)を策定し、国の指針に基づき平成 25 年 3 月に一部改定を行いました。

新潟市の医療の現状

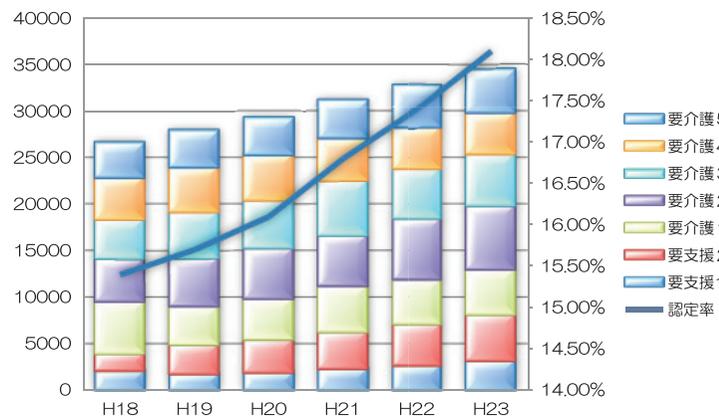
- 新潟市の高齢者人口は年々増加し、2025 年(平成 37 年)には、65 歳以上の高齢者の占める割合が 30%を超えると推計されています。その一方、総人口の減少が進んでいくと予想されています。
- 本市の介護認定者数は、介護保険制度施行以降年々増加を続けています。高齢者人口に占める介護認定者の割合も上昇を続けています。
- 高齢者人口の増加により、医療需要も増加すると予想されています。
- 市民の平均在院日数では、介護療養病床と精神病床が全国、県平均と比較しても長くなっています。
- 高齢者の増加により、認知症患者の増加が見込まれています。

将来推計人口



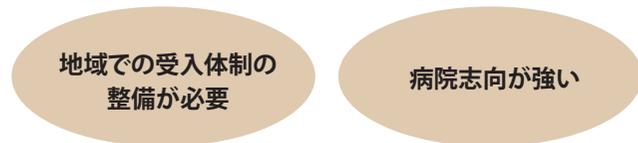
【資料：平成 22 年国勢調査 将来推計人口より抜粋】

要介護認定者数の推移



【資料：新潟高齢者福祉計画・介護保険事業計画】

医療機関の平均在院日数



(単位：日)

	全病床	精神病床	一般病床	介護療養病床
新潟市	33.1	411.2	18.2	502.3
新潟県	32.8	356.7	19.1	356.3
全国	31.2	291.9	17.5	307.0

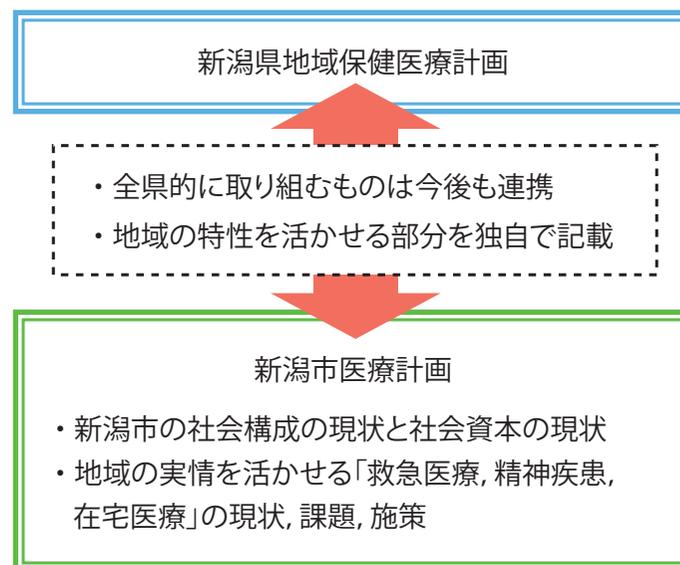
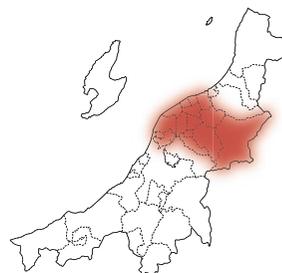
【資料：厚生労働省「平成 24 年 病院報告」】

計画策定の趣旨

- 医療施策の中でも、医師や看護師の確保などは、新潟県地域保健医療計画に沿って、県主導のもと広域的に対応しなければならない施策です。
- その中で本市は、阿賀野市、五泉市、阿賀町と共に新潟医療圏域と定められていますが、医療資源や少子高齢化の進展など社会構造の違いから、統一的な取組が困難となっていました。
- そこで、本市の現状と課題に即した医療提供体制を構築するため、国の指針や新潟県地域保健医療計画との整合性を図りながら、地域の特性を活かせるものに特化し、「救急医療」「精神疾患」「在宅医療」を重点項目とし策定しました。

新潟医療圏域

	新潟市	阿賀野市	五泉市	阿賀町
人口	806,425	45,632	54,203	12,829
病院数	44	2	3	1
診療所数	655	26	38	10



計画の基本理念

安心と共に育つ、暮らし快適都市

- 本計画の根本となる基本理念には、上位計画である新・新潟市総合計画の基本構想である「安心と共に育つ、暮らし快適都市」を掲げます。

計画期間

- 平成 26 年度から平成 32 年度の 7 年間の計画の計画です。
- 平成 29 年度に中間報告を行う予定です。

計画の基本方針

全体：助け合い政令市にいがたの構築

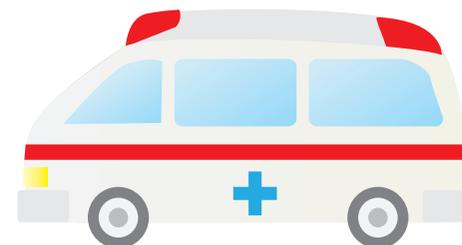
救急医療：必要な救急医療が提供される体制づくり

精神疾患：必要な精神科医療が提供される体制づくり

在宅医療：生き生きと住み慣れた土地で暮らせる新潟市づくり

救急医療体制

- **初期救急医療** …… 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
 - **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
 - **三次救急医療** …… 救急の最後の砦となり、生命に危険のある患者に高度な医療を行います
- ※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



現状と課題

初期救急医療

- 内科・小児科医師の負担が増加し、特に医師数の少ない小児科医師の疲弊が顕著となっている
- 翌日にかかりつけ医への受診で対応可能な患者もあり、真に必要な患者への対応に支障をきたしている

二次救急医療

- 医師の勤務体制や病院の機能等から輪番当番病院^(※)での対応が困難な場合がある
 - 患者情報が伝わらず、診察や治療に時間がかかる
 - 精神疾患救急患者への対応について、精神科医療機関の予約制導入等により対応が困難になっている
- ※ 地区単位で、輪番制に参加する病院が救急専用病床を確保して、入院や手術を必要とされた重症患者の医療を行う制度

三次救急医療

- 高齢化の進展に伴い、救急患者の増加が予想されているなかで、出口（退院）となる体制が未整備の状態となっており、三次救急医療体制に支障をきたしている

救急搬送・病院前救護活動

- 本市の搬送時間の平均は 44.8 分となっており、年々延伸傾向となっている
- 年齢別搬送者数における高齢者の割合が増えている
- 全ての要請事案に対して救急車を出動させ、現場でトリアージを行っている

主な施策

- 急患診療センターにおける小児科専任医師等の確保
- マスコミ等を活用した適正受診のための普及啓発活動の実施

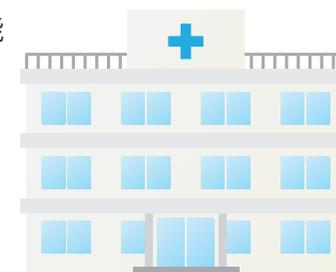
- 救急患者の受入体制（後方支援体制等）の整備
- 患者情報が伝わる手法について、三部会合同会議で協議（P.6 参照）
- 精神疾患患者の対応について、三部会合同会議で協議
- マスコミ等を活用した適正受診のための啓発活動の実施

- 病院間連携も含めた救急医療体制の整備を三部会合同会議で協議（P.6 参照）

- 市内各病院の受入情報の収集等による患者の病状に応じた搬送・受入体制を構築
- 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 名体制を目指す

精神疾患の医療体制に求められる医療機能

- 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
- 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
- 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
- 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
- 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
- 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



現状と課題

- 予防・アクセス**
 - 年間 181 人もの市民が自殺で亡くなっている
 - かかりつけ医のうつ病への対応力向上が必要となっている
- 治療・回復・社会復帰**
 - 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整備されていない
 - 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る
- 精神科救急**
 - 平日夜間のうち 3 日間は、市外にある遠方の病院が当番となっている
 - 予約制を導入する精神科医療機関の増加により、平日午後の当日受診が困難となっている
- 身体合併症**
 - 身体合併症に対応できる医療機関が限られている
 - 精神医療機関と一般医療機関との連携が不足している
- 専門医療**
 - アルコール依存症、児童精神科医療、てんかん医療に対応できる医療機関が限られている
 - 薬物等の依存症に対応する専門医療機関が未設置となっている
- 認知症**
 - 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
 - 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ある
 - 認知症疾患医療センターの設置数が不十分である

主な施策

- 「自殺総合対策行動計画」に基づき、医療機関を含む関係機関との連携・協力体制の構築を目指す
- かかりつけ医と精神科医の連携や精神疾患に応じた適切な医療を提供し、入院だけに頼らない体制の構築を目指す
- 新たな長期入院者を生まないために、精神科医療機関・障がい福祉関係機関等による地域ネットワークを構築する
- 夜間の精神科救急医療体制について、県内完全 2 ブロック化を目指す
- 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役割分担を明確にした体制の構築について、三部会合同会議で協議する
- 当事者や家族の不安・悩み等を軽減するため、当事者会や家族会におけるピアサポートや、保健・福祉サービスとの協働により、総合的な医療提供体制の強化を図る
- かかりつけ医研修累計参加者数を 300 名に増加させる (H26 年度)
- 認知症サポート医を各区へ 1 名配置することを目指す (H26 年度)
- 認知症の早期受診を促す普及啓発活動を実施する
- 認知症疾患医療センターを増設し、診断や医療を行うほか、相談窓口としての機能を拡充する

現状と課題

日常の療養生活の支援

- 在宅療養支援診療所^(※)の数が足りていない
 - 医療・介護連携による包括的なサービスが必要
- ※ 地域における患者の在宅療養の提供に主たる責任を有し、緊急入院の受け入れ体制を確保していることなど、施設基準に適合する診療所

急変時の対応

- 急変時の体制や対応について、医療・福祉・介護等の関係者での話し合いが必要
- 救急病院に患者情報が伝わらず、診察や治療に時間がかかる

退院支援

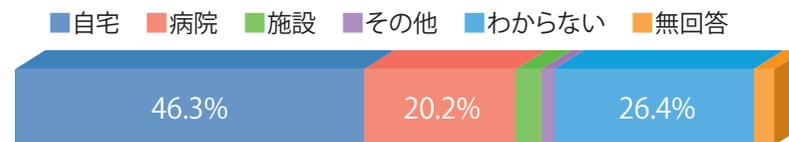
- 医療面や生活面の負担から退院が困難なケースがある
- 病院と診療所の協働による退院支援体制の整備が必要

終末期医療(看取り)

- 看取りまで対応する医師や看護師の確保が必要
- 地域での見守り体制の整備が必要



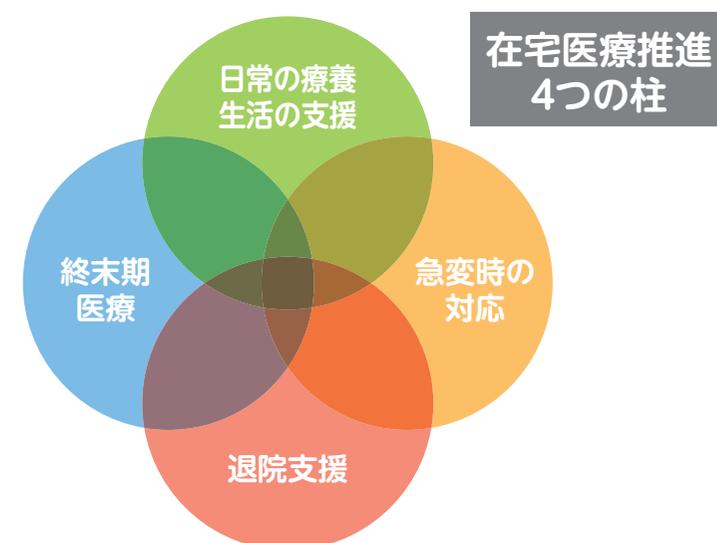
【最期を迎えたい場所】



【新潟市：平成23年在宅医療に関するアンケート調査】

主な施策

- 拠点の整備** ● 在宅医療の相談窓口や人材育成などの中心的役割を担う拠点整備を検討
- 関係機関の連携促進** ● 救急医療機関も含めたITによる患者情報の共有化ツールの作成を推進
- 人材確保** ● 区ごとの多職種による地域リーダー研修会を実施
- 市民への普及啓発** ● かかりつけ医の普及や適正受診を図るため市民フォーラム等を開催
- 地域包括ケアシステムの構築** ● 第6期介護保険事業計画で検討
● 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



三部会 合同会議の 開催

- 医療計画の理念を達成するために、【救急医療】【精神疾患】【在宅医療】の現状課題等について理解し、協力体制を構築することが地域医療体制の整備には必要

課題

救急医療

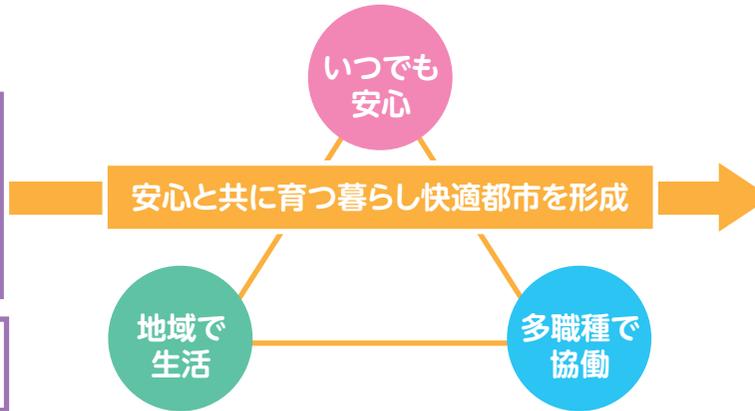
精神疾患

在宅医療

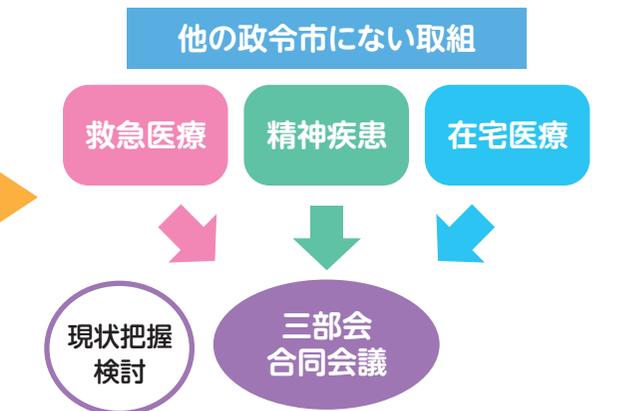
疾患に関する正しい知識の普及啓発
必要とされる患者情報の共有化
症状・重症度に応じた役割分担の明確化
退院支援体制の整備
急変時の後方支援体制の整備

- 課題の中には、各分野に係るものも多い
- 3分野の課題を共有し、共に検討していく場が必要

目標



取組



検討委員名簿

地域医療推進会議（懇話会等）

氏名	所属等	備考
阿部 葉子	新潟県医療ソーシャルワーカー協会	
内山 聖	新潟大学医学総合病院	H25.3.31迄
大西 昌之	新潟南病院	
岡田 匠	新潟市歯科医師会	H25.6.29から
小幡 聡	新潟市薬剤師会	
片柳 憲雄	新潟市民病院	H25.4.1から
金子 和子	新潟市連合婦人会	
河田 瑠子	支え合いのしくみづくりアドバイザー	
小池 哲雄	新潟市民病院	H25.3.31迄
後藤 雅博	新潟県精神科病院協会	
齊藤 玲子	新潟大学医学総合研究科	
佐野 正俊	新潟市医師会	会長
鈴木 榮一	新潟大学医学総合病院	副会長H25.4.1から
高橋 勝太郎	新潟市社会福祉協議会	
登坂 邦彦	新潟市歯科医師会	H25.6.28迄
中川 恵子	新潟市訪問看護事業者連絡協議会	
真壁 泰子	新潟市居宅介護支援事業者連絡協議会	
牧野 敦子	新潟市民生委員児童委員協議会連合会	H25.12.19迄
丸田 秋男	新潟医療福祉大学	副会長
矢田 省吾	木戸病院	
湯田 昭子	新潟市民生委員児童委員協議会連合会	H25.12.20から
吉田 俊明	済生会新潟第二病院	
若槻 宏子	新潟県看護協会	

救急医療部会（専門部会）

氏名	所属等	備考
伊川 章	新潟市消防局救急課	
勝井 豊	新潟市医師会	
津田 隆志	木戸病院	
橋本 謹也	新潟市医師会	
藤田 一隆	新潟市医師会	部会長
樋口 浩太郎	新潟医療センター	
廣瀬 保夫	新潟市民病院救命救急・循環器病・脳卒中センター	
本多 忠幸	新潟大学医学総合病院 高次救命災害治療センター	
本間 照	済生会新潟第二病院	

精神疾患部会（専門部会）

氏名	所属等	備考
五十嵐 恵子	白根緑ヶ丘病院	
江川 純	新潟大学超域学術院こころの発達医学分野	
小河原 克人	新潟市民病院	
後藤 雅博	新潟県精神科病院協会	部会長
永井 明彦	新潟市医師会	
中島 太一	NPO法人にいがた温もりの会	
村竹 辰之	古町心療クリニック	

在宅医療部会（専門部会）

氏名	所属等	備考
五十嵐 昭夫	新潟市医師会	
井上 正則	新潟市医師会	
岡田 潔	新潟市医師会	
國井 洋子	新潟市薬剤師会	
斎川 克之	済生会新潟第二病院	
齋藤 忠雄	齋藤内科クリニック	
佐藤 正枝	地域包括支援センター阿賀北	
中川 恵子	新潟市訪問看護事業所連絡協議会	
野村 隆	新潟市歯科医師会	
丸田 秋男	新潟医療福祉大学	部会長

新潟市医療計画（概要版）

発行：新潟市

編集：新潟市保健衛生部保健所保健管理課
〒950-0914 新潟市中央区紫竹山 3-3-1
新潟市総合保健医療センター 2階
TEL：025-212-8018
FAX：025-246-5672
E-mail：hokenkanri@city.niigata.lg.jp