第７編

医療施策

第１章
医療機能の分化と連携

第1節　機能分化と連携（病診連携等の推進）

第１　現状と課題

１　機能分化・連携の推進

○　今後とも、高齢化の進展や医療をとりまく環境の変化等に伴い、医療需要も変化していくことが見込まれることから、ニーズに合った医療提供体制への変革が必要です。

○　限られた医療資源を有効に活用し、効率的で質の高い医療を実現するためには、二次医療圏内外の医療機関が連携を図り、急性期から回復期を経て慢性期に至るまで、切れ目なく必要な医療を提供する体制を整備することが必要となっています。

２　特定機能病院・地域医療支援病院

○　特定機能病院は、高度の医療の提供、高度の医療技術の開発及び高度の医療に関する研修を実施する能力等を備えた病院について、医療法に基づき厚生労働大臣が承認するものです。県内では信州大学医学部附属病院が承認されています。

○　地域医療支援病院は、かかりつけ医やかかりつけ歯科医からの紹介患者への医療の提供、地域の医療機関との医療機器の共同利用、地域の医療従事者への研修の実施などを通じて、かかりつけ医やかかりつけ歯科医を支援することができる病院として、地域の中心的な病院を医療法に基づき知事が承認するもので、県内では平成 13 年度（2001 年度）以降、平成 27 年度（2015 年度）までに７つの医療圏で 10 病院が承認されています。

○　地域医療支援病院がその役割を果たすことにより、地域の医療従事者の医療技術の向上が図られるとともに、地域医療支援病院とかかりつけ医等との役割分担により、それぞれの医療機関が持つ医療機能を生かすこと（高度な医療の円滑な実施、日常・継続的な医療の実施など）が可能となります。

○　平成 26 年度（2014 年度）から、特定機能病院及び地域医療支援病院の承認要件等が改正され、紹介率の算定式等の見直しがされています。

【表１】特定機能病院及び地域医療支援病院の承認の状況

種別	二次医療圏	医療機関名	承認年月日
特定機能病院	―	信州大学医学部附属病院	平成６年７月１日
地域医療支援病院	佐　久	佐久総合病院佐久医療センター	平成 27 年６月 16 日
	上　小	信州上田医療センター	平成 14 年 11 月 14 日
	諏　訪	諏訪赤十字病院	平成 14 年 11 月 14 日
	上伊那	伊那中央病院	平成 23 年３月 20 日
	飯　伊	飯田市立病院	平成 16 年７月 30 日
	松　本	相澤病院	平成 13 年８月２日
		まつもと医療センター松本病院	平成 21 年 10 月 14 日
	長　野	長野赤十字病院	平成 15 年８月８日
		長野市民病院	平成 22 年９月 21 日
		南長野医療センター篠ノ井総合病院	平成 27 年６月 16 日

3　医療に関する情報化の推進

○　医療分野においては、診療情報等共有ネットワークの構築など、ＩＣＴを活用した医療機関相互の連携の促進等が進められています。

○　本県においては、平成 23 年（2011 年）９月に「信州メディカルネット協議会」が発足し、信州大学医学部附属病院等に設置された中継センターを介して複数の医療機関が電子カルテの患者情報を共有できる「地域医療連携ネットワークシステム（信州メディカルネット）」が構築され、平成 29 年（2017 年）１月現在、21 病院が診療情報を提供しています。

○　電子カルテについては、医療機関における業務の効率化に加え、診療情報等共有ネットワークに接続することにより、医療機関相互で検査結果や薬剤の処方状況など診療情報を共有し、検査や薬剤処方が重複して行われることを防ぐ取組が進められています。

○　また、地域包括ケア体制の構築に向け、在宅や介護施設等で医療を受けている方の病状変化や介護の情報を、医療・介護の関係者が患者情報等共有ネットワークを活用し共有する取組が進められています。

○　質の高い医療を効率的に提供するため、遠隔診療や患者情報の共有をはじめとした医療分野におけるＩＣＴの活用を一層促進していくことが必要です。

4　地域連携クリティカルパスの活用

○　地域連携クリティカルパスは、地域の医療機関が連携を図り、切れ目のない医療を提供するため、がん・脳卒中・急性心筋梗塞及び糖尿病の疾患について、導入が進んでいます。

○　一方で、疾患や地域によって、クリティカルパスの運用に差があると指摘されています。

【表２】地域連携クリティカルパスの導入状況

区　　分		H19 年	H22 年４月	H25 年４月	H28 年 10 月
がん診療連携拠点病院	肺がん	０病院	１病院	８病院	９病院
	胃がん	１病院	５病院	８病院	９病院
	肝がん	０病院	１病院	８病院	９病院
	大腸がん	０病院	４病院	８病院	９病院
	乳がん	０病院	１病院	８病院	９病院
脳卒中（急性期）		１病院	16 病院	21 病院	24 病院
急性心筋梗塞（急性期）		０病院	８病院	12 病院	10 病院
糖尿病（専門治療）		５病院	10 病院	12 病院	12 病院

（保健・疾病対策課調べ）

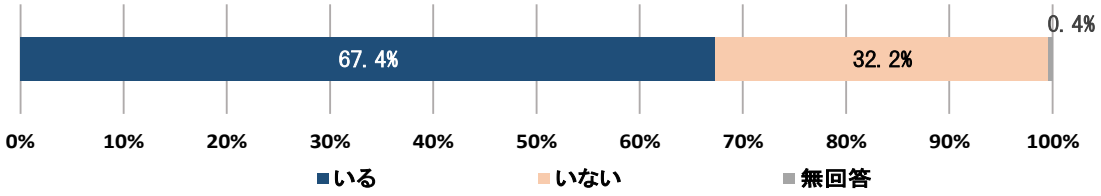
5　かかりつけ医・かかりつけ歯科医の普及

○　健康管理・相談や初期診療など日常的な保健医療サービスの他、患者の病態に応じた専門的医療機関等への紹介、さらには、専門的医療機関での治療の後の在宅での療養管理などを行うかかりつけ医・かかりつけ歯科医の重要性は高くなってきています。

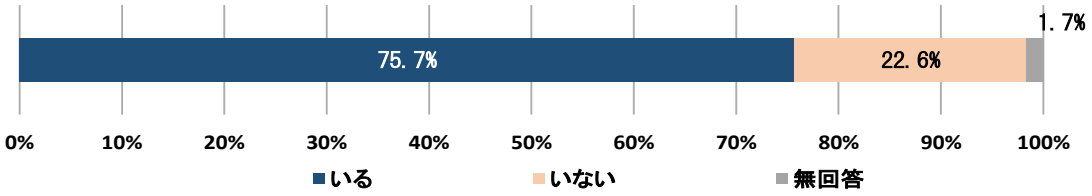
○　県民医療意識調査によると、「あなたや御家族が、もし体調が悪くなって医師に診てもらいたいときどうしますか。」という質問に対し、「身近な診療所（医院・クリニック）へ行く」という回答が 82.7%を占めたのに対し、「なるべく大きな病院へ行く」という回答も約 13.5%ありました。

○　また、かかりつけ医について、「あなたが病気になったときに決まってみてもらう医師(かかりつけの医師)がいますか」という質問に対し、「いる」と回答した方は 67.4%、かかりつけ歯科医については、「いる」と回答した方が 75.7%となっています。

【図１】かかりつけ医の有無



【図２】かかりつけ歯科医の有無



（医療推進課「県民医療意識調査」）

○　患者が大きな病院に集中すると、重症患者の手術・入院治療など、病院が本来有する高度な医療機能を十分に活かすことができないばかりか、待ち時間が長くなるなど患者にとっても不便となるため、かかりつけ医・かかりつけ歯科医の普及を推進することが必要です。

○　専門的な検査や高度な医療が必要な場合など、かかりつけ医・かかりつけ歯科医だけでは対応できない患者を専門医等に円滑に紹介することにより、多様な診療機能を持つ医療機関相互の連携（病診、病病、診診連携）を図ることが重要です。

第２　施策の展開

１　機能分化・連携の推進

○　専門的な治療を必要とする疾病等については、全県及び隣接する医療圏との連携体制の強化を推進します。

○　市町村や医療関係者等と病床機能報告等に基づく地域の病床構成の情報などを共有し、地域で不足する回復期機能などの病床機能への転換に向けた関係者の自主的な取組を支援します。

○　地域で不足する病床機能への転換及び必要な設備等の充実強化に向け、地域医療介護総合確保基金を活用し積極的に支援します。

○　医療機関の連携を支援するため、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）、５事業（救急医療、災害時における医療、へき地医療、周産期医療、小児医療）及び在宅医療について、急性期や回復期などの機能を担う具体的な医療機関名を記載した機能別医療機関の一覧（信州保健医療総合計画別冊）を作成し、毎年、最新の状況を公表します。

2　地域医療支援病院

○　地域医療支援病院としての要件を満たすことが見込まれる病院については、紹介患者中心の医療の提供が図られるよう地域の医療機関の役割分担と連携を推進します。

3　医療に関する情報化の推進

○　医療の効率化、安全確保、質の向上の観点から、電子カルテの導入、診療情報等共有ネットワークの構築、遠隔医療の設備整備などを支援することにより、医療分野におけるＩＣＴの活用を推進します。

4　地域連携クリティカルパスの活用

○　地域連携クリティカルパスの活用などにより、急性期、回復期、慢性期といった患者の病態変化に応じ、より適した医療が受けられるよう、医療機関相互及び医療機関と薬局・訪問看護ステーション等との連携強化を推進します。

5　かかりつけ医・かかりつけ歯科医の普及

○　かかりつけ医・かかりつけ歯科医から病院への患者紹介及び病院からかかりつけ医・かかりつけ歯科医への逆紹介が積極的に行われるよう医療機関の機能分担と連携を推進します。

○　その際に、患者情報の共有手段や、患者への説明手段としてＩＣＴを活用した診療情報等共有ネットワークや地域連携クリティカルパスなどの積極的な活用を目指します。

○　県民に対して、身近な診療所をかかりつけ医・かかりつけ歯科医とすることについて引き続き普及啓発を行うとともに、ながの医療情報ネットにより診療情報等を提供します。

第３　数値目標

区分	指　標	現状（H29）	目標（H35）	目標数値の考え方	備考（出典等）
S	地域連携クリティカルパスに基づく診療提供機能を有している医療圏数（がん）【「がん対策」においても記載】	10 医療圏	10 医療圏	現状の水準を維持する。	医療推進課調べ
S	脳卒中の地域連携クリティカルパス導入率（急性期医療機関）【「脳卒中対策」においても記載】	県内平均 82.8%	100%	全ての急性期病院で導入する。	医療推進課調べ
S	心血管疾患の地域連携クリティカルパス導入率（急性期医療機関）【「心血管疾患対策」においても記載】	県内平均 45.5%（H28）	100%	全ての急性期病院で導入する。	医療推進課調べ
S	糖尿病の地域連携クリティカルパス導入率（専門治療を行う医療機関）【「糖尿病対策」においても記載】	県内平均 19.7%（H28）	県内平均 19.7%以上	現状より増加させる。	医療推進課調べ
O	かかりつけ医を持つ者の割合	67.4%	67.4%以上	現状より増加させる。	県民医療意識調査
O	かかりつけ歯科医を持つ者の割合【「歯科口腔保健」においても記載】	75.7%	80%	現状より増加させる。	県民医療意識調査

注）「区分」欄　S（ストラクチャー指標）：医療サービスを提供する物的・人的資源及び組織体制等を測る指標
O（アウトカム指標）：医療サービスの結果として住民の健康状態や患者の状態を測る指標

第2節　医薬分業･医薬品等の適正使用

第１　現状と課題

１　医薬分業

○　医薬分業とは、医師と薬剤師がそれぞれの専門分野で業務を分担し、医療の質的向上を図るもので､医師が患者に処方せんを交付し､薬局の薬剤師がその処方せんに基づき調剤を行うことで、患者の服薬情報の一元的・継続的な把握とそれに基づく薬学的管理・指導を実施し、有効かつ安全な薬物療法の提供をするものです。

○　医薬分業の推進により､処方せん受取率は徐々に上昇しているところですが､患者は受診した医療機関ごとにその近くの薬局で調剤を受ける機会が多いことから、服薬情報の一元的・継続的な把握などの医薬分業のメリットが十分に機能していないという指摘もなされています。

○　厚生労働省は平成 27 年（2015 年）10 月、医薬分業の原点に立ち返り、地域包括ケア等への貢献や健康サポート機能の充実に向けて、すべての薬局を患者の服薬情報の一元的･継続的な把握等の機能を果たす「かかりつけ薬剤師･薬局」へ再編するため､「患者のための薬局ビジョン」を策定し、患者本位の医薬分業の実現に向けた中・長期的な道筋を示しています。

○　「県民医療意識調査」によると､「あなたは、かかりつけの薬局（薬や健康のことを気軽に相談できる薬局）をお持ちですか。」という質問に対し､「はい」と回答した人の割合は 53.4%となっています。

（１）分業率の推移

○　長野県における医薬分業は定着しつつあり、平成 27 年度（2015 年度）に分業率（処方せん受取率）は 70%を超え、全国の分業率も上回っています。

【表１】分業率の推移　　**（単位：%）**

年　度	平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
長野県	64.1	65.9	68.6	70.3	72.2
全　国	66.1	67.0	68.7	70.0	71.7

（日本薬剤師会調べ）

（２）休日・夜間における処方せんの受入体制

○　休日における処方せんの受入体制は、多くの地区で当番制により対応していますが、夜間の受入体制は、個々の薬局で対応している地区が多い状況です。

【表２】休日・夜間の処方せん受入体制（平成 29 年３月現在）

地区	長野	北信	更埴	上田	小北	佐久	松本
休日	当番制（９～18 時）	個々の薬局対応、一部当番制（中野･須坂地区）	当番制	当番制（24 時間体制）	当番制（～23 時）	当番制	当番制（～19 時）
夜間	当番制（18～22 時）	個々の薬局対応	当番制	当番制（24 時間体制）	当番制（19～23 時）	個々の薬局対応	当番制（～22 時）

地区	木曽	大北	安曇野	岡谷	諏訪	上伊那	飯伊
休日	個々の薬局対応	当番制	当番制	当番制	当番制	当番制	当番制
夜間	個々の薬局対応	個々の薬局対応	個々の薬局対応	個々の薬局対応	個々の薬局対応	個々の薬局対応	～22:30 休日夜間診療所

（長野県薬剤師会調べ）

（３）薬局・医薬品販売業者数及びその推移

○　近年、健康に対する意識・関心の高まりから、「セルフメディケーション」の考え方が見られるようになってきており、軽度な身体の不調の改善等を目的として、身近な薬局・薬店で購入できる一般用医薬品（ＯＴＣ医薬品）を利用する機会が増えています。

○　県内の薬局・医薬品販売業に従事する薬剤師とともに、一般用医薬品の販売に従事する登録販売者が、県民のセルフメディケーションの推進に寄与しています。

【表３】薬局・医薬品販売業者数（平成 29 年３月 31 日現在）

保健福祉事務所 保健所	佐久	上田	諏訪	伊那	飯田	木曽	松本	大町	長野	北信	長野市	県外	合計
薬　局	108	105	88	74	63	10	189	24	71	41	178	－	951
店舗販売業	38	49	39	38	32	12	89	14	36	21	87	－	455
配置販売業	2	10	3	9	7	1	16	2	9	2	20	118	199

（薬事管理課調べ）

【表４】薬局・医薬品販売業者数の推移

年　　度	平成 24 年度	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度
薬　　局	892	929	946	951	951
店舗販売業	396	419	432	443	455
配置販売業	241	233	224	208	199
合　　計	1,529	1,581	1,602	1,602	1,605

（薬事管理課調べ）

【表５】薬局･医薬品販売業に従事する薬剤師数･登録販売者数及び配置従事者数（平成 29 年 3 月 31 日現在）

保健福祉事務所 保健所	佐久	上田	諏訪	伊那	飯田	木曽	松本	大町	長野	北信	長野市
薬剤師	387	514	327	258	243	16	868	99	296	139	871
登録販売者	224	370	224	180	145	46	417	73	185	111	447
配置従事者	22	49	21	51	41	3	66	8	25	10	69

（注）１　薬剤師及び登録販売者で複数の店舗に従事する者については、保健福祉事務所･保健所の各々の欄に重複し計上している。
２　県外で配置従事者身分証明書を発行して、県内で販売従事している者は含まない。

（薬事管理課調べ）

（４）健康サポート薬局

○　厚生労働省が策定した「患者のための薬局ビジョン」において、地域住民による主体的な健康の維持・増進を支援する機能を兼ね備えた薬局を「健康サポート薬局」と位置づけており、平成29年７月末現在、県内８薬局がこの薬局として届出を行っています。

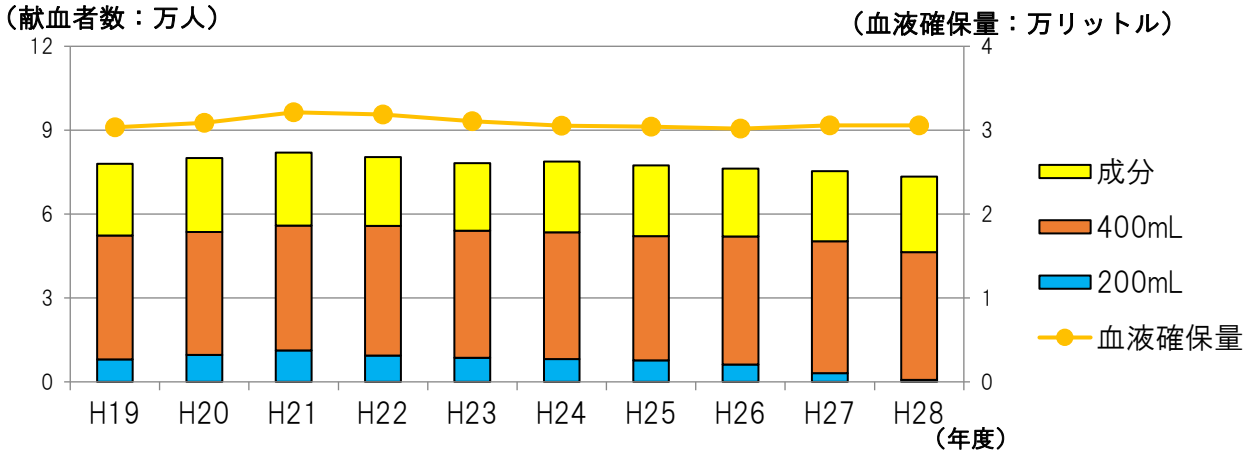
２　血液の供給確保

（１）必要な血液の確保

○　医療技術の進展や血液製剤を必要とする割合の高い世代が増加傾向にある一方、献血可能な年齢層の人口は減少傾向にあり、必要となる血液製剤を確保するための献血者の確保が重要な課題となっています。

○　本県の献血者数は全体として減少傾向で、特に若い世代は人口減少率以上に大幅に減少しており、将来の献血を担う若年層の献血者を確保する必要があります。若年層の献血者数減少の要因の一つとしては、近年の高等学校における校内献血実施率の低下などにより、若い世代が献血に接する機会が減っていることがあげられます。

【図１】長野県の献血者数及び献血量の推移



（薬事管理課調べ）

【表６】長野県の献血者数と人口の推移

年　齢	献　血　者　数			人　口		
	H19	H28	対 H19 比(%)	H19	H28	対 H19 比(%)
10 代(16～19 歳)	3,480	2,229	△35.9	87,659	81,119	△7.5
20 代	15,574	10,908	△30.0	204,043	162,064	△20.6
30 代	23,147	13,519	△41.6	297,760	224,326	△24.7
40 代	19,227	22,544	＋17.3	262,903	294,754	＋12.1
50 代以上(50～69 歳)	16,531	24,227	＋46.6	587,290	561,802	△4.3

（薬事管理課調べ）

（２）血液製剤の適正使用

○　供給された血液製剤を有効に活用するために、血液製剤の使用適正化を一層推進する必要があります。

【表７】輸血用血液製剤の供給量及び使用量（平成 27 年）

	供給量	使用量	使用割合
赤血球製剤	90,805 単位	82,597 単位	91.0%
血小板製剤	119,390 単位	113,610 単位	95.2%
新鮮凍結血漿製剤	30,063 単位	28,898 単位	96.1%

（長野県献血推進協議会輸血療法部会調べ）

第２　施策の展開

１　医薬分業

○　薬剤師会等関係団体と連携し、薬局の在宅医療サービスを推進する事業など「患者のための薬局ビジョン」を実現するための「かかりつけ薬局」機能強化事業を展開することにより、薬に関していつでも気軽に相談できる「かかりつけ薬剤師」を増やし、すべての薬局を患者の服薬情報の一元的・継続的な把握等の機能を果たす「かかりつけ薬剤師・薬局」にすることを目指します。

○　医薬品の適正使用を推進するため、医薬品情報の提供を的確に行います。

○　医薬品の安全性を確保するため、業務手順書に基づく業務の徹底を図るとともに、薬局、医薬品製造業者等への監視指導を行います。

○　薬局・医薬品販売業者がセルフメディケーションの拠点として機能するよう、関係団体と連携してＯＴＣ医薬品の販売に従事する者等の資質向上を促進するなどの体制整備を進めるとともに、地域住民による主体的な健康の維持・増進を支援する機能を兼ね備えた「健康サポート薬局」の定着を推進します。

２　血液の供給確保

○　医療機関で必要となる輸血用血液を確保し、血漿分画製剤の原料血漿を国内の献血で賄うため、毎年必要とされる献血者数の目標を定めるとともに、地域の献血推進団体、長野県献血推進員等との連携により、組織的かつ計画的な献血の推進を図ります。

○　将来にわたって持続的に献血を支えていく体制を構築するため、県民に対して献血の普及啓発を行います。特に、次代の献血を担うこととなる 10 代 20 代の若い世代に対する啓発を、県教育委員会、長野県赤十字血液センター等関係機関と連携して重点的に行います。

○　医療機関における血液製剤の使用状況を把握するとともに、長野県献血推進協議会輸血療法部会等と連携して血液製剤の安全かつ適正な使用を推進し、有効利用を図ります。

第３　数値目標

区分	指　標	現状（H29）	目標（H35）	目標数値の考え方	備考（出典等）
S	人口 10 万人当たりの薬局数	長野県　45.3 箇所 全　国　45.9 箇所 （H27）	45.3 箇所以上	現状より増加させる。	厚生労働省「衛生行政報告例」
P	かかりつけ薬剤師指導料及びかかりつけ薬剤師包括管理料の算定件数	588 薬局 （H28）	588 薬局以上	現状より増加させる。	関東信越厚生局「施設基準届出状況」
P	献血推進計画に定める献血者の目標人数に対する達成率	95.9% （H28）	95.9%以上	現状より増加させる。	薬事管理課調査

注）「区分」欄　S（ストラクチャー指標）：医療サービスを提供する物的・人的資源及び組織体制等を測る指標
P（プロセス指標）：実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標
O（アウトカム指標）：医療サービスの結果として住民の健康状態や患者の状態を測る指標

「お薬手帳」は大切な手帳です！

「お薬手帳」は、医療機関で処方された薬の名前や使い方などに関する情報を、過去のアレルギーや副作用の経験の有無と併せて、経時的に記録するためのものです。

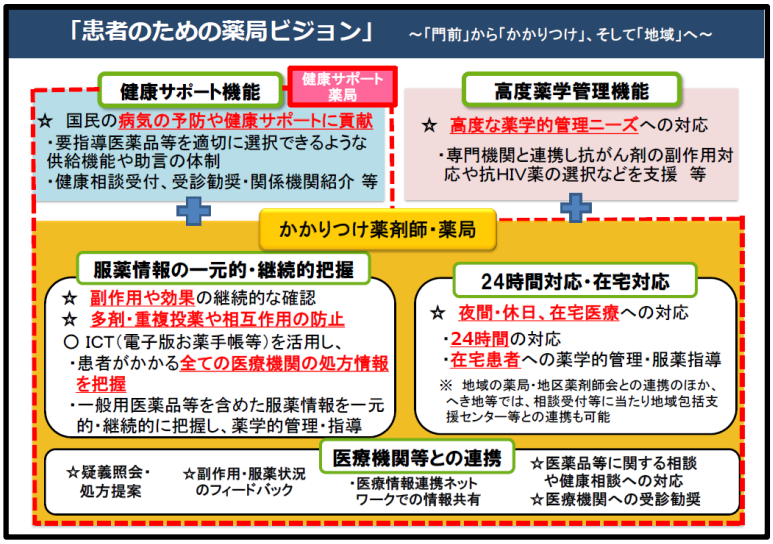
現在処方されている薬はもちろんのこと、過去に処方された薬の情報が手帳に記録されているので、いつでも自分の薬に関する情報を容易に確認することができます。診察や調剤を受ける際に、医師や薬剤師に「お薬手帳」を提示していただくことで、薬の重複や飲み合わせのチェック、アレルギー歴や副作用歴の確認などが可能となるので、より安心して薬を使用していただくことができます。また、災害時や旅行時、救急で医療機関を受診する際にも、いつも使用している薬の内容がすぐにわかり、迅速な治療が可能になります。

「お薬手帳」は、常に携帯しましょう！

患者のための薬局ビジョン

医薬分業の原点に立ち返り、薬剤師･薬局を患者本位のかかりつけ薬剤師･薬局に再編するため、厚生労働省は平成 27 年 10 月「患者のための薬局ビジョン」を策定しました。

本ビジョンでは、患者本位の医薬分業の実現に向けて、服薬情報の一元的･継続的把握とそれに基づく薬学的管理・指導、24 時間対応・在宅対応、医療機関等との連携など、かかりつけ薬剤師･薬局の今後の姿を明らかにするとともに、中長期的視野に立って、現在の薬局を再編する道筋を示しています。



スポーツチームサポーターへの献血啓発活動

10 代から 30 代の若年層献血者が減少傾向にある中で、若年者をはじめとして、多くの人が集まるプロスポーツチームの公式戦において、献血啓発活動を展開しています。

サッカーＪリーグの松本山雅ＦＣとＡＣ長野パルセイロに協力いただき、競技場に移動採血車を配置して、サポーターのみなさんに献血への協力を呼びかけています。当日献血いただいた方には、チームグッズ等をお渡ししています。サポーターのみなさんからは、応援チームだけでなく、献血へも力強いサポートをいただいています。

少子高齢化によりますます血液の需要が高まる中で、多くの方に献血いただけるよう、今後も啓発活動に取り組みます。

第２章
保健医療従事者の養成・確保

第１節　医師

第１　現状と課題

１　医療施設従事医師数

○　平成 26 年（2014 年）末現在の本県の医療施設従事医師数は 4,573 人、人口 10 万人当たり 216.8 人（全国 31 位）となっており、全国平均 233.6 人を 16.8 人（実人員換算 354 人）下回っています。

○　安心して医療を受けることができるようにするため、医療機関に勤務する医師を増加させることが必要となっています。

【表１】医療施設従事医師数（人口 10 万対）の推移　　**（単位：人）**

区　分	H16	H18	H20	H22	H24	H26
長 野 県	181.8	190.0	196.4	205.0	211.4	216.8
全国平均	201.0	206.3	212.9	219.0	226.5	233.6
全国との差	△19.2	△16.3	△16.5	△14.0	△15.1	△16.8

（厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」）

２　ドクターバンク事業による成約者数

○　平成 19 年（2007 年）6 月から開始した「長野県ドクターバンク事業」により、県外で勤務する医師を中心に、知事からの手紙や民間の医師紹介会社、医学系雑誌を活用して県内での就業を働きかけ、求職登録いただいた医師を県内の医療機関に紹介しています。

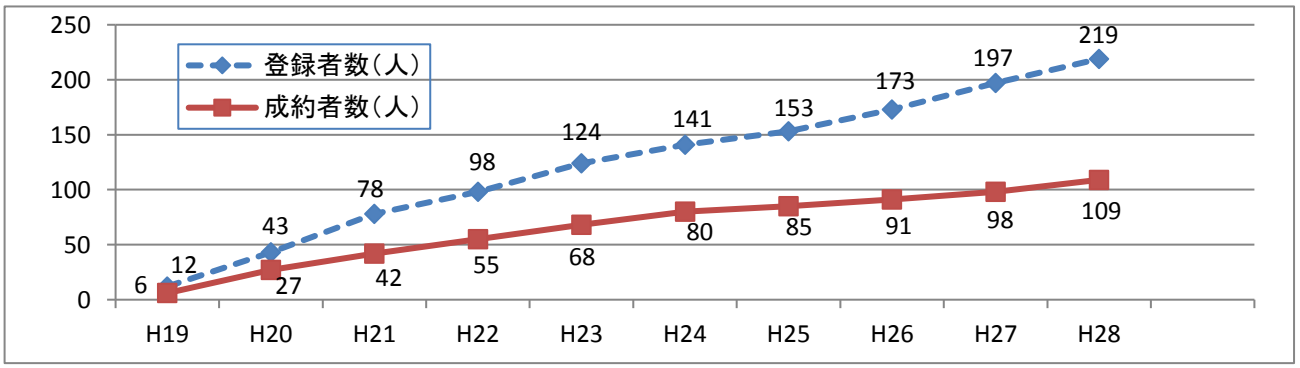
○　平成 29 年（2017 年）3 月 31 日現在、累計で 219 人の医師から求職登録があり、109 人（常勤 76 人、非常勤 33 人）が成約し、県内で就業しました。

【表２】ドクターバンク事業の年度別求職登録者数・成約者数（各年度　３月 31 日現在）　（単位：人）

	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	累計
登録者数	12	31	35	20	26	17	12	20	24	22	219
成約者数	6	21	15	13	13	12	5	6	7	11	109

（医師確保対策室調べ）

【グラフ１】ドクターバンク事業の登録者数及び成約者数の推移（各年度　３月 31 日現在【累計】）



3　医学生修学資金貸与者数

○　将来、県内の公立・公的医療機関で従事する医師の確保を図るため、長野県地域医療対策協議会での審議を経て、平成 18 年度（2006 年度）に医学生修学資金を創設しました。

○　平成 20 年度（2008 年度）の信州大学医学部定員増に合せて新規貸与者を増やすなどの拡充を行い、平成 29 年度（2017 年度）までに 230 名に貸与しています。

○　今後、年々増加していく見込みである貸与医師について、医師不足病院等に適正に配置するシステムを構築するための検討が必要になります。

【表３】平成 29 年度（2017 年度）の修学資金貸与者の状況

学年	１年生	２年生	３年生	４年生	５年生	６年生	合　計
貸与者数（人）	16	13	20	21	23	24	117

【表４】修学資金貸与を受けた医師の状況

区　分	初期臨床研修		後期専門研修			勤　務	合　計
	１年目	２年目	１年目	２年目	３年目		
貸与者数（人）	18	13	14	11	6	8	70

4　初期臨床研修医数

○　医学部卒業後、大学病院又は厚生労働大臣が指定する病院での 2 年以上の臨床研修が平成 16 年度（2004 年度）に義務化され、平成 26 年度（2014 年度）以降、毎年 130 名を超える臨床研修医が、県内の臨床研修指定病院での研修を開始しています。

○　県内の臨床研修医を増やすことは、将来に向けた医師不足の解消に効果的であり、研修終了後も県内に定着してもらえるような取組を行っていく必要があります。

【表５】県内の臨床研修医数の推移（各年４月１日現在）　　**（単位：人）**

区　分	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29
臨床研修医数	240	231	229	220	224	256	271	267
（１年目）	121	109	115	102	120	135	137	131
（２年目）	119	122	114	118	104	121	134	136

（医師確保対策室調べ）

5　専門研修医数

○　初期臨床研修終了後、各診療科に進む際に行われている専門研修を、平成 29 年度（2017 年度）は県内において 261 人が受講しています。

○　新専門医制度が始まり、県内で専門研修を受講する専攻医を増やす取組が必要になります。

【表６】県内の専門研修医数の推移（各年４月１日現在）　　（単位：人）

区　分	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29
専門研修医数	278	299	282	278	252	255	255	261
（１年目）	104	113	103	108	95	93	100	106
（２年目）	92	100	99	89	89	83	82	79
（３年目）	82	86	80	81	68	79	73	76

（医師確保対策室調べ）

6　医学部医学科進学者数

○　長野県内の高校の医学部医学科への進学者数は、平成 18 年（2006 年）までは 60～70 人程度で推移していましたが、平成 24 年（2012 年）は 123 人となり、10 年間で倍増しました。近年は 100 人程度で推移しています。

○　高校生等への啓発を実施し、県内の医学部医学科進学者数を確保するとともに、医師として県内の医療機関で地域医療を担うという意識付けや養成する仕組みを構築していく必要があります。

【表７】県内高校医学部医学科進学者数の状況（県内の公立高校・私立高校の合計人数）　（単位：人）

区　分	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29
進学者数	59	61	67	64	86	94	105	105	126	123	106	115	101	99	99

（医師確保対策室調べ）

7　医学部定員数

○　医師の養成数については、昭和 57 年（1982 年）及び平成 9 年（1997 年）の閣議決定により、医学部の入学定員が 7,625 人まで抑制されましたが、その後の医師不足に対応するために平成 18 年度（2006 年度）から入学定員の増員や医学部の新設等が行われ、平成 28 年度（2016 年度）までに 1,637 人増えて 9,262 人となりました。

○　信州大学医学部においても入学定員の増員が行われており、平成 19 年度（2007 年度）に 100 名であった入学定員が平成 25 年度（2013 年度）に 120 名になりました。

○　信州大学医学部の入学定員 120 名のうち 20 名が県内の各高校からの推薦を受けて入学した地域枠の学生ですが、その約９割が長野県内の医療機関に従事しています。

【表８】信州大学医学部の入学定員の推移　　（単位：人）

区　分	H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29
入学定員	100	105	110	113	115	115	120	120	120	120	120

（医師確保対策室調べ）

8　医療施設従事医師の高齢化

○　50 歳以上の医療施設従事医師が全体の約半数を占めており、４人に１人が 60 歳以上となるなど医療施設従事医師の高齢化が進んでいます。

9　医療圏別医療施設従事医師数

○　県内の二次医療圏ごとの人口 10 万人当たり医療施設従事医師数は、佐久、松本で県平均を上回っていますが、木曽、上伊那、上小、北信での不足が顕著であり、特に木曽は前回調査時（平成 24 年（2012 年））より減少しています。

○　身近な地域で医療を受けることができるようにするため、地域間における医師偏在の解消が必要となっています。

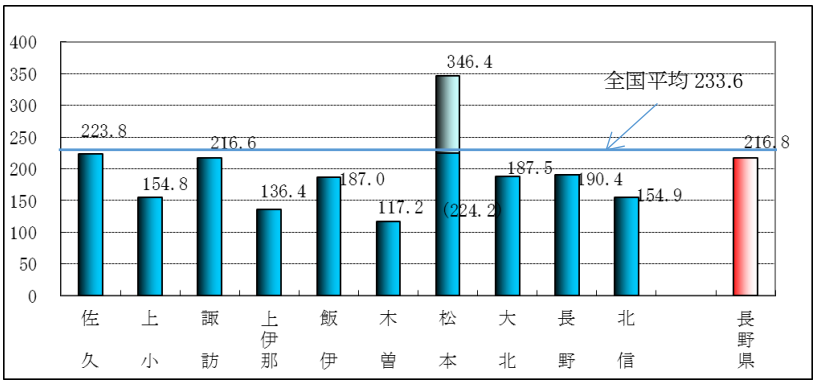
【表９】平成 26 年（2014 年）医療圏別医療施設従事医師数（人口 10 万対）　　**（単位：人）**

区分	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信
医師数	472	306	432	253	307	34	1,480	113	1,038	138
対前回	32	5	9	0	8	△2	2	10	0	1
対人口 10 万対	223.8	154.8	216.6	136.4	187.0	117.2	346.4	187.5	190.4	154.9
対前回	16.8	4.3	7.6	1.7	7.8	△2.4	2.9	20	1.7	5.1

※ 松本医療圏の信州大学を除いた人口 10 万人対医師数:224.2 人

（厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」）

【グラフ２】人口 10 万人当たり医療施設従事医師数の状況



【表 10】医療圏別必要求人医師数　　**（単位：人）**

総　数	佐 久	上 小	諏 訪	上伊那	飯 伊	木 曽	松 本	大 北	長 野	北 信
746.0	93.0	61.0	28.0	66.0	56.0	7.0	213.0	20.0	168.0	34.0

（平成 28 年(2016 年)医療推進課調査）

10　診療科ごとの医療施設従事医師数

○　平成 28 年（2016 年）1 月における医療機関が必要とする医師数は、内科、整形外科、産婦人科、精神科で多くなっています。

○　平成 26 年（2014 年）末現在の診療科別の人口 10 万人当たり医療施設従事医師数は、前回の調査（平成 24 年（2012 年））で全国平均を上回っていた産科・産婦人科で全国平均を下回りました。

○　分娩を取り扱う医療機関数は、平成 18 年（2006 年）に 53 施設だったものが、平成 29 年（2017 年）には 41 施設となっています。

○　診療科における医師の偏在が顕在化しており、その解消が必要となっています。

○　県内の病院においては、総合診療医などの幅広い診療能力を持つ医師が求められており、その養成が課題となっています。

○　地域医療構想の実現に向けて、病床機能の分化・連携を進める際には、それぞれの医療機関において、医療提供サービスの内容に変化が生じ、必要とする診療科の医師が異なることなども想定されます。

○　平成 30 年度（2018 年度）から予定されている新専門医制度の完全実施により、専門研修医（専攻医）が大都市部の病院に集中し、医師の地域偏在を更に助長することが懸念されています。

【表 11】平成 26 年（2014 年）診療科別従事医師数（人口 10 万対）　（単位：人）

区　分	内科	内科 ※１	小児科	産婦人科 ・産科	整形外科	麻酔科	外科	外科 ※２	精神科
長野県 (H24)	48.6 (49.7)	72.5 (71.9)	13.6 (13.6)	8.2 (8.9)	15.9 (15.2)	6.6 (6.3)	12.7 (14.1)	21.9 (22.5)	10.8 (9.8)
全国平均 (H24)	48.2 (48.0)	79.5 (77.4)	13.2 (12.8)	8.7 (8.6)	16.5 (16.1)	6.8 (6.4)	12.1 (12.6)	22.0 (21.9)	12.0 (11.6)

※１　内科+呼吸器内科+循環器内科+消化器内科+腎臓内科+糖尿病内科

※２　外科+呼吸器外科+心臓血管外科+乳腺外科+消化器外科+肛門外科+小児外科

（厚生労働省「医師･歯科医師･薬剤師調査」）

【表 12】診療科別必要求人医師数（必要医師数上位の診療科）　（単位：人）

内　　科	整形外科	産婦人科	外　　科	精 神 科	麻 酔 科
79.0	46.0	35.0	19.0	33.0	25.0

（平成 28 年(2016 年)医療推進課調査）

11　医学生修学資金貸与医師の見込数

○　医学生修学資金を貸与した医師は年々増加し、平成 35 年度（2023 年度）には、160 名の医師が県内の医療機関に従事していると見込んでいます。

○　県内の医療情勢や各病院の医師の充足状況に応じて、医学生修学資金貸与医師を効果的に配置することがより重要となっています。

【表 13】勤務（研修）先の指定見込者数（平成 29 年（2017 年）５月 31 日現在）　（単位：人）

区　分	H29	H30	H31	H32	H33	H34	H35
勤務	8	11	19	31	41	54	67
専門研修	31	38	45	56	66	69	64
臨床研修	31	43	48	44	41	33	29
合計	70	92	112	131	148	156	160

12　女性医師数

○　医師国家試験合格者の女性の割合は、平成 12 年（2000 年）に３割を越え、医師全体に占める割合も徐々に増加しています。

○　特に、産婦人科・産科、小児科では若年層における女性医師の割合が、他の診療科に比べて高くなっています。

○　女性医師の割合は増加傾向にあるため、結婚・出産・子育てなどのライフイベント・ライフステージに応じた就労が可能となるよう、勤務環境の整備が一層重要となっています。

【表 14】平成 26 年(2014 年)34 歳以下の女性医師数割合　　**（単位：人、%）**

区　　分		医師総数	女性医師数	女性医師の割合
全　科	長野県	780	207	26.5
	全　国	59,831	20,064	33.5
産婦人科・産科	全　国	2,169	1,409	65.0
小児科	全　国	3,056	1,359	44.5

（厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」）

第２　施策の展開

１　県内の医療機関に勤務する医師を増やす取組

（１）医療施設に従事する医師を増やす取組

○　「長野県ドクターバンク事業」による県内医療機関での就業をあっせんすることにより、一人でも多くの医師の確保に努めます。

○　ドクターバンク事業の中で、県内出身医師又は不足が顕著な診療科の医師については医師本人に直接アプローチし、常勤の他、短時間勤務、不定期勤務など多様な勤務についても紹介します。

○　長野県の地域の医療機関で従事する意欲のある医学生に対して医学生修学資金を貸与し、将来の医師確保に努めます。

○　自治医科大学の運営費を負担することにより、地域医療に従事する医師の確保・養成に努めます。

（２）若手医師を増やす取組

○　県内の臨床研修指定病院等の魅力の発信や病院と合同で研修プログラムの説明会を開催することにより初期臨床研修医の確保を図るとともに、情報交換を行うなど研修医にとって魅力ある研修環境づくりを支援します。

○　新専門医制度の開始に併せて、県内の各診療科の基幹施設の魅力を発信するとともに、基幹施設と合同で説明会を開催するなど、県内に多くの専門研修医が確保できるよう専門研修医の確保や養成を支援します。

（３）将来長野県で勤務する医師を増やす取組

○　県内の各高校を訪問して県内の医療の現状に関する説明を行うほか、「高校生医学部医学科進学セミナー」の実施により高校生への啓発を行い、医師としての県内医療機関で地域医療を担う意識付けを促すなど、医師を目指す人材の育成に努めます。

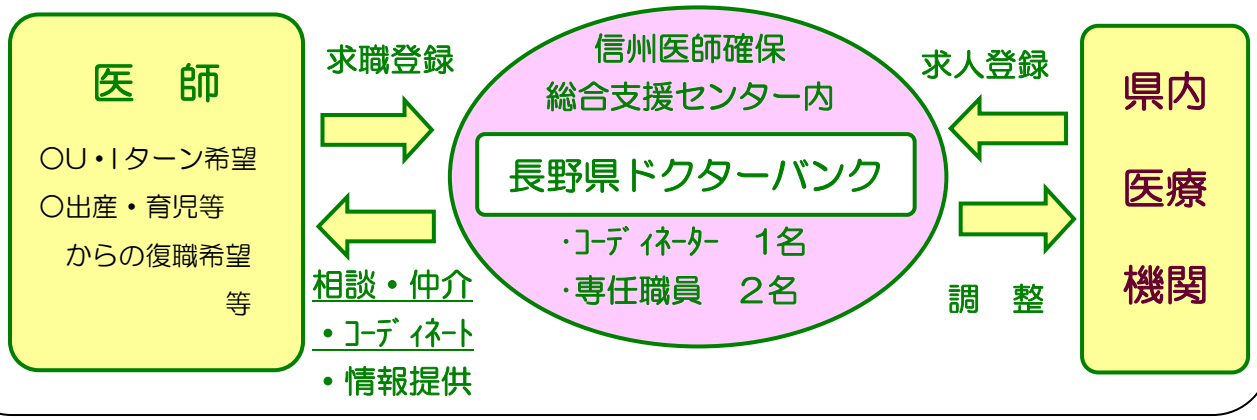
長野県ドクターバンク事業

医師に対する無料職業紹介で、県外で勤務する医師を中心に、知事からのダイレクトメールや民間会社を活用して勧誘し、登録のあった医師を県内の医療機関へ紹介しています。

信州医師確保総合支援センターに専任のコーディネーターを配置して、勤務地や処遇、勤務条件、のほか、住居や子どもの就学などにも対応しています。また、常勤はもとより、短時間勤務、スポット勤務についても紹介しています。

平成 19 年（2007 年）６月から開始し 10 年を経過しましたが、平成 28 年度（2016 年度）末までに 219 人の医師から登録があり、それぞれの意向に沿って 109 人の就業を支援しました。

今後は、これまでの取組に加えて、シニア医師や子育て中の医師などへのきめ細かな対応に併せ、医学部定員増による医師の増加に伴い、特に都市部で勤務する医師へのアプローチを強化し、県内の地域医療を担う医療機関での就業につなげるなど幅広い取組が求められています。



２　医師が不足する地域や医療機関に対する取組

○　今後、増加が見込まれている医学生修学資金を貸与した医師について、県内の医療情勢や医師の充足状況を踏まえて、医師不足病院へ効果的に配置します。

○　自治医科大学を卒業した医師について、県内の医療情勢や医師の充足状況を踏まえて、医師不足病院へ効果的に派遣します。

○　地域医療の中核的な役割を担っている病院から医師不足病院へ診療支援を促すよう、病院が行う医師確保や養成を支援します。

○　地域の医療機関に従事する若手医師のキャリア形成のため、大学病院や中核病院が指導を行うことを支援します。

長野県医学生修学資金貸与事業

勤務医不足を解消することを目的に、将来、長野県で医師として働く意欲のある医学生に修学資金を貸与する制度で、平成 18 年（2006 年）に開始し、これまでに 230 名に貸与しています。

対象は、全国の医学部の学生で出身地は問いません。また、県内高校卒業者に限られる信州大学医学部地域枠入学者については、希望する学生が優先して貸与を受けることができます。

なお、出身地を問わずに募集する東京医科歯科大学医学部地域特別枠(長野県)で入学した学生については本修学資金貸与を入学の要件としています。

貸与期間の 1.5 倍の期間、６年間貸与した場合には９年間、長野県知事が指定する業務に就くと返還が免除されます。具体的には、２年間の初期臨床研修、各診療科での３年間の専門研修を受けた後、４年間の勤務が標準的なケースです。長野県では、初期臨床研修は県内の臨床研修指定病院に限定しており、勤務については、１年間は専門性に基づく中核病院、３年間は原則として幅広い診療が求められる医師不足病院としています。

また、信州医師確保総合支援センターにおいて、貸与者個々の相談に応じてアドバイスを行う他、地域医療に資する現場研修やセミナー、交流会などを開催し、キャリア形成の支援を行っています。

なお、この制度は、全国的に行われている医学部定員増の取組とリンクしており、暫定的に平成 31 年度（2019 年度）までとされていますが、その後の対策については、医師の受給状況等を勘案して検討していく必要があります。

３　診療科に対する取組

○　「医師研究資金貸与事業」の実施等により医師不足が顕著な産科・外科・麻酔科、循環器内科、脳神経外科の専門医やがん診療に携わる専門医を確保します。

○　医師不足が顕著な産科・小児科・外科を目指す初期研修医に研修資金を貸与し、産科等の専門医の確保に努めます。

○　医師不足が顕著な産科を選択した専攻医（専門研修医）に研修資金を貸与し、産科専門医を確保します。

○　幅広い診療に対応でき、地域医療の現場での活躍が期待される総合診療医を養成するため、指導医研修会の開催や医師相互のネットワークづくりに努めます。

○　医療と介護の連携が一層重要になる中で、在宅医療を担う医師の確保も重要であることから、県医師会等の関係者と連携して確保策等について検討を進めます。また、医師数が限られる中で、医師、看護職員、薬剤師等の多職種連携による在宅医療を推進するため、医師の負担軽減に資する取組を進めます。

○　平成 30 年度から導入される新専門医制度により、専攻医の都市部への集中や県内における医師の地域偏在の助長など、県内の地域医療提供体制に影響を及ぼさないよう専門研修プログラムの内容の共有を図るとともに関係機関が協議する場の設定を行います。

新たな専門医制度

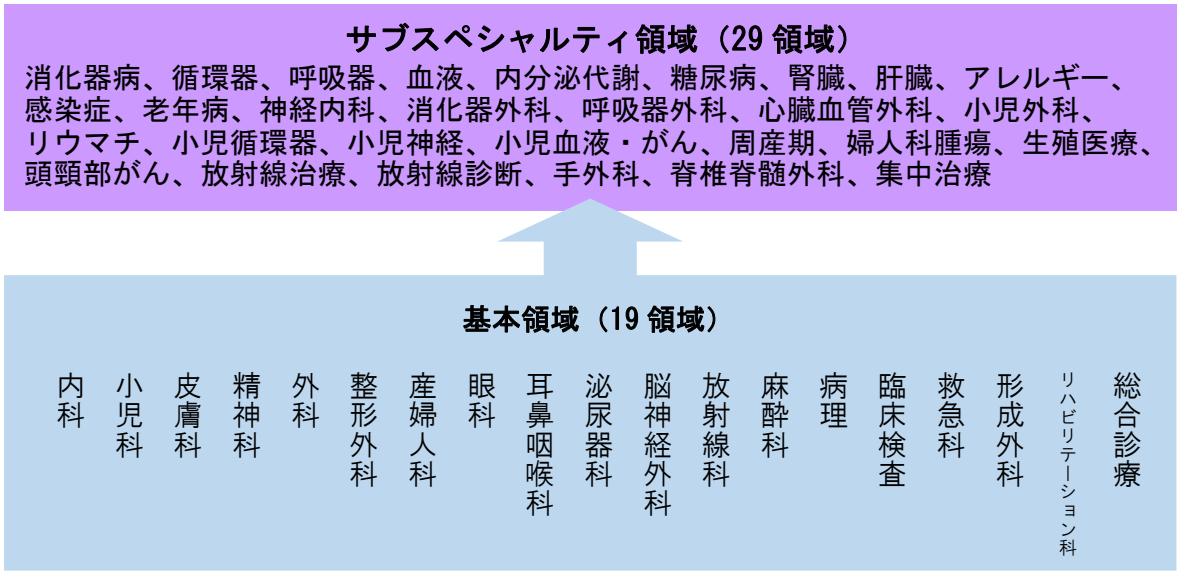
専門医の質を高め、良質な医療が提供されることを目的に、これまで各学会が独自に運用してきた「専門医」について統一した基準により運用する制度を構築するものです。

具体的には、新たに設置した一般社団法人日本専門医機構が、専門医や養成プログラムの認定を行い、内科、外科などの他に「総合診療」を加えた 19 の基本診療領域を基本的な枠組みとして大学病院や地域の中核病院が策定する養成プログラムに基づき、地域の協力病院と病院群を形成して研修を行います。

この制度は、プロフェッショナルオートノミーに基づく一方で、地域医療にも十分配慮したものとするとされていましたが、都市部や大規模な病院に指導医や専攻医が集中するなどの地域偏在の助長が懸念されたことから、全面的な開始が 1 年間延長され、平成 30 年度（2018 年度）からとされました。

長野県では、県内の専門医養成プログラムで研修･修練する専攻医を一人でも多く確保できるよう、PR のための合同説明会の開催やパンフレット、インターネットを活用した広報を行うとともに、制度の運用により県内の地域医療に影響を及ぼさないように、県内の研修プログラムの内容について関係者に情報提供を行う他、地域医療対策協議会において協議を行います。

新たな専門医制度の基本設計



（平成 25 年4月 22 日「専門医の在り方に関する検討会報告書」より）

4　医師としてのキャリア形成に対する取組

○　医学生修学資金貸与者に対して、個別の面談やセミナーを開催し、キャリア形成の支援を行います。

○　医師や医学生を対象とした地域医療を担う人材を養成するための研修会を開催します。

5　病院勤務医が働きやすい環境を整備する取組

○　病院勤務医の離職防止に向け、病院が取り組む働きやすい勤務環境の整備を支援します。

○　出産や育児等により臨床を離れた女性医師が復職しやすいよう、復職支援のための研修を支援します。

○　結婚・出産・子育てなどのライフイベント・ライフステージに応じた就労が可能となるよう、県内の医療機関で実施している短時間勤務の導入、院内保育所の設置や 24 時間病児保育の実施等、女性医師が働き続けることができる取組について普及・啓発を行います。

○　医学生や医師を対象に、子育てをしながら勤務を続けるための相談に応ずるとともに、考えるきっかけづくりとするためのセミナーを開催します。

○　病院勤務医が働きやすい環境整備に向けて、医療勤務環境改善支援センターと協力します。

医師の「働き方」の改革

昨今、人口減少や生活スタイルの変化、価値観の多様化に伴い「働き方」の改革の議論が盛んになっています。政府が主導し、平成 29 年（2017 年）３月に策定した働き方改革実行計画では、時間外労働時間について「最長で月 100 時間未満」などと定められました。

病院などの勤務医は労働者と認められていることから、労働基準法の規定が適用される一方で、正当な理由なしには診療を拒めない「応召義務」が医師法に定められています。このため、救急医療や手術・外来への対応延長などにより１週間の労働時間が 60 時間を超える医師の割合が 41.8 パーセントに達し、全職種でトップであることなど、勤務医を中心とした長時間労働が問題となっていますが、医師の働き方の特殊性から残業上限規制の適用が５年間猶予されています。

残業上限規制が適用された場合、労働時間の縮減による更なる医師不足により、診療制限をする病院の増加など、地域医療や医師のスキルアップに影響するとの意見もあり、現在、国において医師に対する残業上限規制の在り方や勤務環境改善策等について慎重に議論が進められています。

県ではこれまで、女性医師が増加している中で、出産育児等のライフイベントを経験した後も、医師として勤務を続けることができるよう、短時間正規雇用や宿日直免除制度を導入する医療機関に対する支援などの取組を行ってきました。また、医師だけでなく看護職員、薬剤師等の育児中の子が病気になった場合でも勤務を継続できるよう、保育施設から医療機関又は病児保育施設間の送迎やベビーシッター等による病児保育を行う体制を整備する医療機関に対する支援などを行い、医療従事者の働きやすい環境整備に努めています。

こうした取組に加え、今後の医師の働き方改革による新たなニーズに対応するため、より一層の医師確保と勤務環境改善に取り組んでいきます。

6　その他の取組

○　国で行われている医師の地域偏在の検討を踏まえて、国に対して、医師の適正配置を実現させる制度の構築など地域偏在解消のための抜本的な取組について要請します。

○　国が整備している詳細な医師の配置状況が把握できる新たなデータベースを活用し、県内の医師等の状況を把握し、医師確保に役立てます。

○　SNS の活用等により若手医師の参画を促し、医師相互のつながりを深め、医師確保対策の実効性の向上につなげます。

7　推進体制

（1）信州医師確保総合支援センター

○　実施体制

センター：医師確保対策室（センター長、医師確保コーディネーター１名、県職員２名）

分　　室：信州大学医学部（専任医師２名）・長野県立病院機構（担当医師１名）

○　取組内容

長野県ドクターバンク事業の実施	・医師の求人・求職登録の推進 ・就業に向けた相談、コーディネート業務
情報分析・方針決定	・必要医師数調査や病院への個別ヒアリングの実施 ・地域や診療科ごとの医師不足状況の把握・分析 ・医学生修学資金貸与医師の配置方針の決定
修学資金貸与者（地域枠医師）等のキャリア形成支援及び不安の解消	・定期面談時の必要な助言による不安の解消を図る ・キャリア形成にあった研修機会等の提供 ・地域医療を担う医師向けの研修プログラムの作成
修学資金貸与医師の配置に向けた調整	・貸与医師の診療科や勤務に関する意向確認 ・大学や配置先病院との調整
将来の地域医療を担う人材の開拓･育成	・高校生を対象とした現場体験セミナーの開催 ・医学生に対する地域医療実習などの実施
相談対応・情報発信	・医師、医学生、高校生からの相談への対応 ・ホームページや雑誌掲載等による求人・求職情報、地域医療の現状、医師確保対策に関する情報発信
地域医療関係者との協力関係の構築	・地域医療対策協議会等の開催 ・長野県医師臨床研修指定病院連絡協議会との連携 ・医療機関の勤務環境改善に向けた取組を支援

（2）長野県地域医療対策協議会

○　構成

委員 18 名　県医師会、県歯科医師会、県薬剤師会、県看護協会、信州大学医学部、信州大学医学部附属病院、県病院協議会、県有床診療所協議会、市長会、町村会、公募委員などで構成

○　取組内容

本県における医師確保に係る情報の共有を図るとともに、地域医療の充実に向けた医師の確保・定着を図るための各種施策、信州医師確保総合支援センターの運営や新専門医制度などに関する検討・協議

○　検討の経過

毎年、信州医師確保総合支援センターが中心となって取り組む「医師確保等総合対策事業」や医学生修学資金貸与医師の配置方針等について協議していますが、本計画に盛り込む施策等について、平成 29 年(2017 年)９月 15 日に開催し、決定しました。

（３）長野県医師臨床研修指定病院等連絡協議会

○　構成

県内の基幹型臨床研修指定病院、信州大学医学部附属病院、長野県医師会、長野県

○　取組内容

臨床研修及び後期研修に係る情報交換、合同説明会の開催、共同参加等

第３　数値目標

区分	項　目	現状（H29）	目標（H35）	目標数値の考え方	備考（出典等）
S	人口１０万人当たり医療施設従事医師数(全県)	216.8 人（H26）	250 人以上	現在(H26）の全国平均（233.6 人）を上回り、全国平均との差（▲16.8 人）を現状より縮めることを目指す。	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」
S	人口１０万人当たり医療施設従事医師数(二次医療圏別)	佐　久　223.8 人 上　小　154.8 人 諏　訪　216.6 人 上伊那　136.4 人 飯　伊　187.0 人 木　曽　117.2 人 松　本　346.4 人 大　北　187.5 人 長　野　190.4 人 北　信　154.9 人 （H26）	各医療圏現状維持以上	各医療圏とも現状より増加させる。	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」
S	長野県ドクターバンク事業成約医師数(全県)	109 人（H28 年度末累計）	169 人以上	これまでの実績から年間 10 人以上成約させる。	医師確保対策室調査
S	初期臨床研修医数（全県）	267 人	267 人以上	現状より増加させる。	医師確保対策室調査
S	専門研修医（専攻医）数(全県)	261 人	261 人以上	現状より増加させる。	医師確保対策室調査

注）「区分」欄　S（ストラクチャー指標）：医療サービスを提供する物的・人的資源及び組織体制等を測る指標

第2節　歯科医師

第１　現状と課題

１　医療施設従事歯科医師数

○　平成 26 年（2014 年）末現在の本県の医療施設従事歯科医師数は 1,547 人、人口 10 万人当たり 73.4 人であり、全国平均の 79.4 人を下回っています（表１）。

○　人口 10 万人当たり病院勤務歯科医師数は 3.3 人、医育機関附属病院勤務歯科医師数は 7.4 人と、全国平均の 2.4 人、7.1 人を上回っています（表１）。

○　平成 26 年 12 月末時点の県内の診療科目別歯科医師数は、主たる診療科名のうち矯正歯科、歯科口腔外科で全国平均を上回っていますが、複数回答では、全ての診療科目について、全国平均を下回っています（表２）。

○　周術期口腔機能管理による早期退院支援の強化、及び高齢化に伴う誤嚥性肺炎の予防や摂食嚥下機能の維持向上等についてのニーズが増加していることから、病院勤務歯科医師等のより一層の充実が望まれます。

【表１】業務の種別従事歯科医師数（人口 10 万対）

区分	歯科医師数(総数)	病院	医育機関附属病院	診療所
長野県	73.4	3.3	7.4	62.6
全国	79.4	2.4	7.1	69.9

（厚生労働省「平成 26 年度医師・歯科医師・薬剤師調査」）

【表２】診療科目別医療施設従事歯科医師数（人口 10 万対）

区分	診療科名(主たる)				診療科名（複数回答）			
	歯　科	矯　正 歯　科	小　児 歯　科	歯科 口腔外科	歯　科	矯　正 歯　科	小　児 歯　科	歯科 口腔外科
長野県	63.0	3.0	1.6	3.7	66.3	14.4	28.3	14.6
全国	69.6	2.9	1.6	3.2	72.5	17.6	34.8	22.3

（厚生労働省「平成 26 年度医師・歯科医師・薬剤師調査」）

第２　施策の展開

１　専門分野に携わる歯科医師の確保と育成

○　誤嚥性肺炎の予防、摂食嚥下機能の維持向上、周術期口腔機能管理を行うことでの早期退院支援の観点から、病院勤務歯科医師等の確保と資質向上の取組を図ります。

○　矯正歯科や小児歯科、歯科口腔外科等の専門診療科の歯科医師の充実を支援します。

第３　数値目標

区分	指　標	現状（H29）	目標（H35）	目標数値の考え方	備　考（出典等）
S	人口 10 万当たり歯科医師数 病院勤務者 医育機関付属病院勤務者	 3.3 人 7.4 人 （H26）	 3.3 人以上 7.4 人以上	全国平均を上回る状況を維持する	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」
S	人口 10 万当たり診療科目別医療施設従事歯科医師数（診療科名複数回答） 矯正歯科 小児歯科 歯科口腔外科	 14.4 人 28.3 人 14.6 人 （H26）	 14.4 人以上 28.3 人以上 14.6 人以上	全国平均との差を現状より縮める （全国平均） （17.6 人） （34.8 人） （22.3 人） （H26）	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

注）「区分」欄　S（ストラクチャー指標）：医療サービスを提供する物的・人的資源及び組織体制等を測る指標

歯科医師の新しい役割

歯科医師は、食べる、話す、息をする、という大切な機能をもつ口腔の健康を支えることで、県民の QOL の向上に重要な役割を果たしてきました。いつまでも自分の歯で噛んで食事ができることは、人生の大きな喜びであり、また、口腔の機能が健康な人は、活動的な生活を送り、医療費も少なく、元気で長生きといった知見も得られています。

近年は「むし歯の治療」から「歯周病の予防」へと疾病構造が変化すると共に、歯周病等の歯科疾患が全身疾患（心疾患、糖尿病、肺炎など）に及ぼす影響が大きいことがわかってきており、口腔の健康や歯科医師の果たすべき役割が改めて見直されています。

超高齢化社会の到来による高齢者等への摂食嚥下機能の維持向上や、がん患者等への周術期口腔機能管理をはじめとする新たな分野に加え、これまで以上に予防歯科への期待も高まっています。

かつてのような“むし歯を治す歯医者さん”から“歯科口腔医療によって県民の健康を守る医療人”へと役割が大きく変わってきている中、新たな役割を担いつつ、これまでの先輩方と同じように県民の期待に応えようと努力する歯科医師が地域で活躍しています。

第3節　薬剤師

第１　現状と課題

１　薬剤師数

○　平成 26 年（2014 年）末現在の本県の薬剤師数（免許所有者）は、4,256 人となっています。人口 10 万人当たり 201.8 人であり、全国平均の 226.7 人を 24.9 人下回っていますが、病院・診療所に限定すれば、全国平均を上回っています。

○　平成 22 年（2010 年）と比較すれば、184 人増加していますが、「かかりつけ薬剤師・薬局」の推進、在宅医療への参画、病院等の薬剤師業務の多様化などにより、さらなる薬剤師の確保が必要となっています。

○　薬学部を持たない本県においては、新卒薬剤師を確保するため、薬学教育６年制で導入された長期実務実習の受入先を数多く確保することや、実習の指導に携わる指導者の養成も必要となっています。

【表１】人口 10 万人当たりの業態別薬剤師数（免許所有者）の全国比較（平成 26 年）

（単位：人）

区　分	総　数	内　訳		
		薬　局	病院・診療所	その他※
長　野　県	201.8	120.3	44.9	36.6
全　　国	226.7	126.8	43.2	56.7
全国との差	△　24.9	△　6.5	1.7	△　20.1

※ 大学の従事者、医薬品等企業従事者、行政関係者、無職、不詳

（厚生労働省 「医師・歯科医師・薬剤師調査」）

【表２】県内薬剤師業態別薬剤師数（免許所有者）の経年比較　　（単位：人）

年	総　数	内　訳		
		薬　局	病院・診療所	その他※
平成 22 年	4,072	2,286	928	858
平成 26 年	4.256	2.537	947	772
増　　減	184	251	19	△　86

※ 大学の従事者、医薬品等企業従事者、行政関係者、無職、不詳

（厚生労働省 「医師・歯科医師・薬剤師調査」）

2　薬剤師業務の高度化

○　医療技術の高度化、医薬分業の進展等に伴い、高い資質を持つ薬剤師養成のために、平成 18 年（2006 年）から薬学教育６年制が導入されました。

○　薬剤師は、薬の管理や調剤業務に留まらず、最適な薬物療法の提供や医療安全対策、訪問薬剤管理指導など在宅医療への参画など、薬の専門家として、高度で多様な業務への対応と資質の向上が課題となっています。

○　厚生労働省は平成 27 年（2015 年）10 月、医薬分業の原点に立ち返り、地域包括ケア等への貢献や健康サポート機能の充実に向けて、すべての薬局を患者の服薬情報の一元的・継続的な把握等の機能を果たす「かかりつけ薬剤師・薬局」へ再編するため、「患者のための薬局ビジョン」を策定し、患者本位の医薬分業の実現に向けた道筋を示しており、このビジョンの実現に向け、在宅医療の一翼を担う「かかりつけ薬剤師」が求められています。

○　病院薬剤師は、日々進歩する医療の高度化に対応し、チーム医療の中で「薬のスペシャリスト」としての役割を果たすことが求められており、特定の医療分野等において高度な知識や技量、経験を持つ専門・認定薬剤師の養成も課題となっています。

【表３】県内の専門・認定等薬剤師数（平成 29 年 10 月現在）　　（単位：人）

総　数	内　　訳				
	が　ん	感染制御	精　神	妊婦・授乳婦	ＨＩＶ感染症
55	14	24	6	10	1

（長野県薬剤師会調べ）

【表４】認定実務実習指導薬剤師数（平成 29 年３月末現在）　　（単位：人）

区　　分	総　数	うち 薬局	うち 病院
認定実務実習指導薬剤師数	448	313	135.

（長野県薬剤師会調べ）

第２　施策の展開

１　薬剤師の復職・就業支援

○　育児等で離職している病院・薬局等の勤務経験がある薬剤師の復職支援を促進するため、地域の病院・薬局等と連携した研修や相談会を実施し、円滑な復職支援体制の整備を促進します。

○　県外の大学へ通学している新卒薬剤師や移住希望薬剤師の相談機会を設けるため、都心等の県外においても相談会を開催し、県内への就業を促進します。

２　薬剤師の育成・活用

○　薬剤師会等関係団体と連携を図りながら、患者や地域住民とのコミュニケーション能力向上や医療機関との連携強化につながる研修等を通じて薬剤師の資質向上を推進し、「かかりつけ薬剤師」やチーム医療、災害時の対応など高度で多様な業務に対応できる薬剤師の育成を図るとともに、薬剤師以外の医療従事者の負担軽減や安心安全な医療の提供のため、他職種の協力も得ながら薬剤師を積極的に活用する体制を促進します。

○　薬剤師会と連携して、薬学生に対する薬局や病院の実務実習受入体制の確保及び実習指導薬剤師の育成を図ります。

第３　数値目標

区分	指　標	現状（H29）	目標（H35）	目標数値の考え方	備考（出典等）
S	薬局薬剤師数（人口10万人対）	長野県　120.3人 全　国　126.8人 （H26）	120.3人以上	現状より増加させる。	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」
S	病院・診療所薬剤師数（人口10万人対）	長野県　44.9人 全　国　43.2人 （H26）	44.9人以上	現状より増加させる。	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」
S	認定実務実習指導薬剤師数	448人 （H28）	448人以上	現状より増加させる。	長野県薬剤師会調査

注）「区分」欄　S（ストラクチャー指標）：医療サービスを提供する物的・人的資源及び組織体制等を測る指標
P（プロセス指標）：実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標
O（アウトカム指標）：医療サービスの結果として住民の健康状態や患者の状態を測る指標

信頼できる「かかりつけ薬剤師」を探しましょう！

「かかりつけ薬剤師」とは、
〇薬を安全・安心に使用していただくため、市販薬も含めた使用している薬の情報を一元的に把握し、薬の重複や飲み合わせのほか、薬の効き具合、副作用の有無などを継続的に確認します。
〇薬の飲み残しや飲み忘れなどを起こさないように、患者さんをサポートします。
〇在宅で療養中の方にも自宅などにお伺いし、薬に関するサポートやアドバイスを行います。
〇市販薬購入の際も、症状に適した商品をお探しします。
〇休日・夜間でも相談に応じます。

まずは１つの薬局を「かかりつけ薬局」と決めて、そこで信頼できる「かかりつけ薬剤師」を探しましょう！

薬剤師によるドーピング防止活動

風邪薬などの医薬品の中にはドーピング禁止物質を含むものがあり、そのことを知らずに使ってしまったことによるドーピング違反事例が度々発生しています。

長野県薬剤師会では、このようなスポーツ選手の“うっかりドーピング”を防止するため、「ドーピング防止ホットライン」を薬剤師会内に設置して相談に応じたり、ドーピング防止のためのガイドブックをスポーツ関係者（体育協会、スポーツドクター、競技連盟等）に配布したり、競技会場に説明ブースを設置して啓発活動を行っています。

（競技会場における説明ブース）

また、（公財）日本アンチ・ドーピング機構が認定する最新のアンチ・ドーピング規則に関する知識を有する薬剤師「公認スポーツファーマシスト」は県内で 128 名（H29.6 現在）認定されており、スポーツ関係者と連携した活動を通して“うっかりドーピング”防止に寄与しています。

チーム医療における薬剤師の役割

医療は日々進歩しており、その技術は増々高度で複雑化してきていることから、患者本位の最善の治療を提供するためには、いろいろな職種がチームを組み、それぞれが専門性を発揮しながら連携して治療にあたることが重要です。

この医療チームの中で、薬剤師は、薬の専門家として治療に参加し、病棟、外来、集中治療室、手術室、そして在宅まで活動の幅を広げています。特に、がん化学療法や感染症対策をはじめ、様々な分野において、学会などから「専門薬剤師」「認定薬剤師」として認められた薬剤師は、その治療に深く関わり、より安全で効果的な薬物治療に貢献しています。

第４節　看護職員（保健師、助産師、看護師、准看護師）

第１　現状と課題

１　看護職員の就業状況

（１）看護職員の就業者数

○　平成 28 年（2016 年）末現在の県内就業者数は 29,018 人です。人口 10 万人当たりの就業者数では、保健師、助産師、看護師（准看護師含む）で全国より高く、保健師数では全国１位、助産師数では全国２位に位置しています。

○　県内の二次医療圏ごとの人口 10 万人当たりの就業者数は、看護師数（准看護師含む）では上伊那及び木曽で全国を下回っています。

【表１】人口 10 万対の医療圏別就業者数（平成 28 年）　　**（単位：人）**

職種＼地域	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	全県	全国
保健師	87.8	65.6	66.4	82.3	83.9	136.6	74.9	108.4	66.8	101.5	76.6	40.4
助産師	43.2	30.0	37.5	42.0	37.9	57.5	54.1	27.1	31.6	50.8	40.2	28.2
看護師	1,208.1	884.3	1,050.4	864.4	970.0	945.5	1,117.9	1,070.1	1,012.5	988.7	1,028.5	905.5
准看護師	187.0	384.4	254.0	257.8	343.8	169.0	221.6	208.3	206.2	229.6	244.4	254.6

（厚生労働省「平成 28 年度衛生行政報告例」・医療推進課調べ）

（２）看護職員の就業場所

○　平成 28 年（2016 年）末現在、本県の看護職員の主な就業場所として、病院が 61.1％を占め、診療所が 13.4％、介護保険施設が 13.0％を占めています。

○　看護職員数の 10 年間の増加率（平成 18 年と平成 28 年を対比）は、本県では 24.8％と全国の 23.8％を上回っています。特に介護保険施設での増加率が高くなっています。

【表２】県内看護職員の就業状況（平成 28 年）　　**（単位：人）**

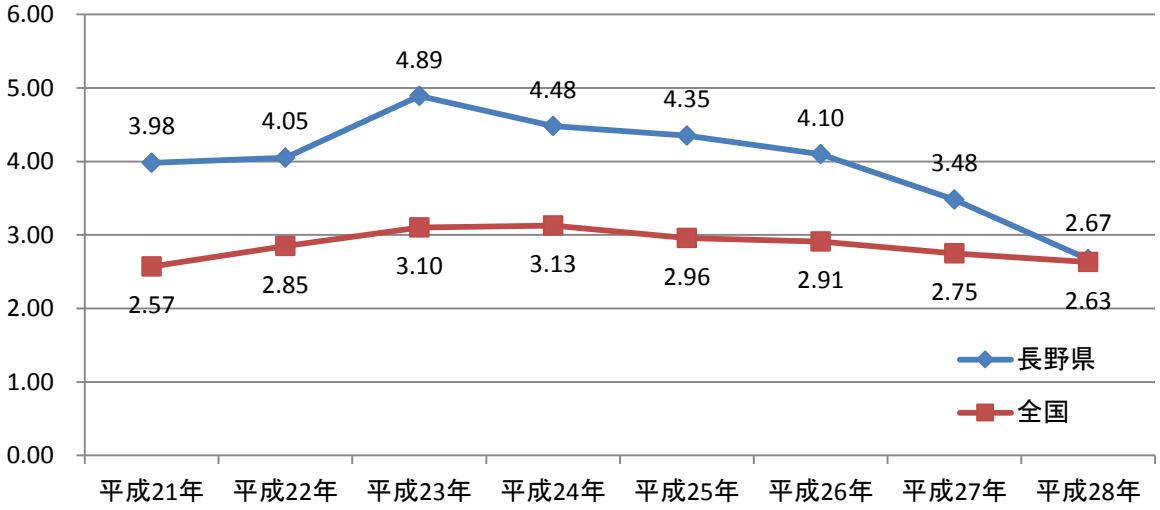
職種＼場所	病院	診療所	助産所	訪問看護ステーション	介護保険施設	社会福祉施設	保健所市町村	その他	合計
保健師	239	34	0	4	9	4	1,150	160	1,600
助産師	579	136	56	0	0	6	24	38	839
看護師	15,027	2,310	0	733	2,290	379	197	540	21,476
准看護師	1,878	1,405	1	34	1,462	217	21	85	5,103
合計	17,723	3,885	57	771	3,761	606	1,392	823	29,018
（構成比）	61.1%	13.4%	0.2%	2.7%	13.0%	2.1%	4.8%	2.7%	100.0%

（厚生労働省「平成 28 年度衛生行政報告例」）

（３）看護職員の需給状況

○　平成 18 年（2006 年）４月の診療報酬改定で手厚い看護体制に対する高い評価（７対１入院基本料）が新設されて以降、看護職員の需要は増えていました。平成 24 年以降は、病床機能の転換等もあり、有効求人倍率は長野県、全国ともに減少傾向となっていますが、依然確保が困難な状況が続いています。

【図１】保健師、助産師、看護師の有効求人倍率の推移　　**（単位：倍）**



（注）調査月は 10 月。パートタイムを除く。　　（厚生労働省「一般職業紹介状況」）

２　看護職員の養成状況

○　平成 29 年（2017 年）４月の県内看護師等学校養成所の入学定員は 1,120 人となっています。

○　平成 27 年度（2015 年度）卒業生の県内就業率は 76.4%です。卒業生 999 名のうち 903 名が看護職員として就業し、そのうち 763 名が県内に就業しています。

【表３】県内看護師等学校養成所の入学定員の推移　　**（単位：人）**

学校種別	課程	平成22年	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年	平成29年
大学	保健師・看護師	230	230	240	240	240	240	240	240
	保健師(選択)(注)	(-)	(-)	(40)	(40)	(40)	(40)	(40)	(40)
	助産師(選択)(注)	(28)	(28)	(34)	(34)	(34)	(34)	(34)	(34)
専攻科	保健師	15	15	15	15	15	15	15	15
	助産師	15	15	15	15	15	15	15	15
養成所（短大含む）	看護師３年課程	520	520	520	520	560	560	560	560
	看護師２年課程	130	130	130	110	110	110	110	110
	准看護師	180	180	180	180	180	180	180	180
合　計		1,090	1,090	1,100	1,080	1,120	1,120	1,120	1,120

（注）選択制の保健師・助産師課程は、選択枠の人数を内訳で示す。

（厚生労働省「看護師等学校入学状況及び卒業生就業状況調査」・医療推進課調べ）

3　看護職員の離職状況

○　本県の病院に勤務する常勤看護職員の離職率は、全国（10.9%）を下回るものの、8.8%と高い水準にあり、新卒の看護職員のうち 4.5%が離職している状況です。（日本看護協会調べ）

○　新卒の看護職員の離職理由として、学校での看護基礎教育と臨床現場で求められる技術・能力のギャップが挙げられます。

第２　施策の展開

1　新規養成数の確保

○　県立看護大学及び県立養成校を運営するとともに、民間看護師等養成所の運営費に対して補助を行うことで新規養成数を確保し、県内への就業率の向上を図ります。

○　看護職員修学資金の貸与を通じて、看護職員の確保が困難な中小医療機関等への就業を促進します。

○　看護学生を確保するため、若い世代を対象としたリーフレットの作成や進路相談等、看護業務の PR を行い、看護のイメージアップを図ります。

2　離職防止・資質の向上

○　病院内保育所の運営を支援することなどにより、夜勤や交代勤務など働きやすい環境の整備を支援します。

○　勤務環境改善のための施設整備に対する補助等により、看護職員が働き続けられる環境づくりを支援します。

○　医療機関へのアドバイザー派遣、総合相談窓口の設置等により、勤務環境の改善を支援します。

○　看護職員が意欲的に業務に取り組めるよう、資質向上のための各種研修を実施します。

○　新人看護職員の卒後臨床研修体制の整備を促進するため、研修を実施する医療機関の研修経費等に対して支援を行います。

○　県立看護大学において、熟練した看護技術と知識を用いて、水準の高い実践看護ができる専門・認定看護師を養成し、看護現場における看護ケアの広がりと質の向上を図ります。

○　在宅医療を担う訪問看護職員を確保するため、専門研修等の実施、事業所支援を行うとともに、特定行為に係る看護師の研修機会の確保に努め、訪問看護人材の交流を促進します。

○　市町村保健師の確保や保健活動の充実強化を図るため、市町村保健師の採用情報の発信及び職務の段階に応じた研修機会の確保など人材育成に努めます。

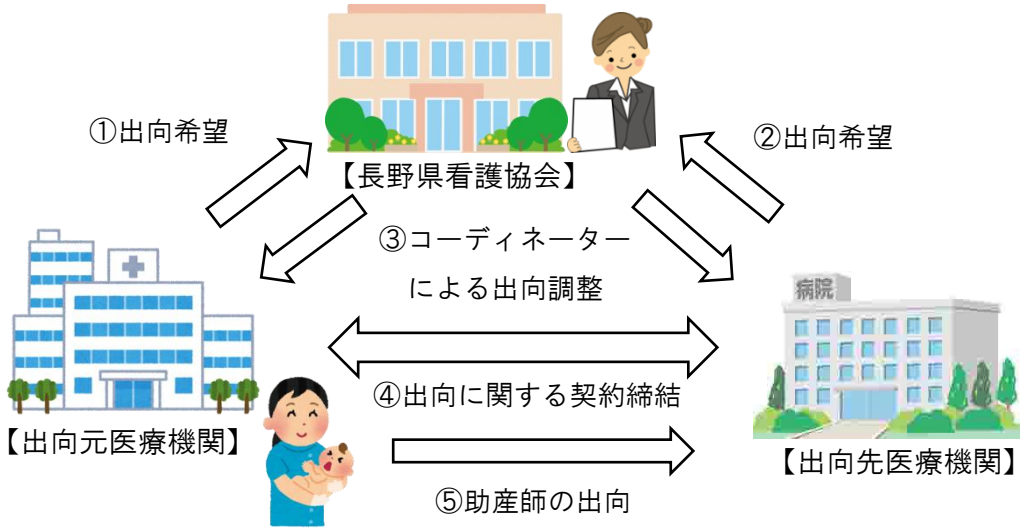
○　助産師が医師と連携、または役割分担し、正常分娩の進行管理を行うためのスキルアップを図るため、助産師支援研修や助産師出向支援を実施します。

助産師出向支援導入事業

医療機関の中で周産期医療を支える助産師の役割は重要になっています。

現状では施設毎に正常分娩、ハイリスク分娩の取り扱い数が異なるため、助産師は所属する施設により分娩介助の経験に差が生じます。そのため、自施設では経験が積めない分野を他施設に出向することで経験を積み助産実践能力の向上を図っています。

県では長野県看護協会に、助産師出向支援事業を委託し、これまで、13 人の助産師が他施設に出向しています。



看護師の特定行為に係る研修について

特定行為は、高度かつ専門的な知識・技能を持った看護師が、医師又は歯科医師の判断を待たずに、予め医師又は歯科医師により指示内容が記載された手順書により実施できる、脱水の程度を判断し点滴を実施するなどの 38 の診療の補助行為です。

看護師が特定行為を行うための研修制度は平成 27 年 10 月 1 日から始まりました。

平成 29 年 8 月末現在研修終了している県内の看護師は 4 名おり、病院内で患者の症状の範囲の確認を行い、手順書により気管チューブの交換や褥瘡（じょくそう）への処置をするなど活躍しています。

今後は地域の中で在宅医療の場において訪問看護師が活躍する機会が増えることが望まれます。

3　再就業の促進

○　ナースセンターによる再就業相談や研修、看護師等免許保持者の届出制度を活用した就職斡旋等を実施し、プラチナナース(*)や潜在看護職員などの再就業を促進します。

(*) プラチナナース（業務経験 25 年以上の看護職員）

ナースセンター事業

長野県ナースセンターは、県の委託により長野県看護協会が運営しています。

４人の相談員が求人・求職サイトによる無料の紹介に加え、県下 10 カ所のハローワークと連携し就業を希望する看護職員への巡回就業相談、ブランクに不安のある看護職の方に対して実技演習を学べる再就職支援研修会の実施など様々な方法で、看護職員の確保に向けた取組を実施しています。

「とどけるん」（看護師等の離職時届出制度）の登録によりナースセンターにつながった方へは定期的な情報提供や研修案内、復職意向の確認などを行い再就業のサポートをしています。

看護学生を対象とした就業ガイダンスも開催し、平成 28 年度は 58 施設、320 名の学生の参加がありました。

就業相談

再就職支援研修会

看護学生向けＵ・Ｉターン事業

第３　数値目標

区分	指　標	現状 （H29）	目標 （H35）	目標数値 の考え方	備　考 （出典等）
S	人口 10 万人当たりの就業看護職員(保健師、助産師、看護師、准看護師)数（全県）	1,389.7 人 （H28）	1,389.7 人 以上（H34）	現状より増加させる。	厚生労働省「衛生行政報告例」
P	看護師等免許保持者の離職届出者数	377 人 （H28）	600 人 （H34）	届出数を離職者の 15%から 25%とする。	中央ナースセンター「看護師等の離職時等の届出制度届出状況」
S	特定行為指定研修機関数	０機関 （H29）	１機関以上	県内に１か所以上とする。	医療推進課調査

注）「区分」欄　S（ストラクチャー指標）：医療サービスを提供する物的・人的資源及び組織体制等を測る指標
P（プロセス指標）：実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標
O（アウトカム指標）：医療サービスの結果として住民の健康状態や患者の状態を測る指標

※　「２施策の展開」及び「３数値目標」については、12 月 21 日に開催される長野県高齢者プラン策定懇話会における議論を踏まえ、変更する場合があります。

第5節　歯科衛生士･歯科技工士

第１　現状と課題

１　歯科衛生士

○　平成 28 年（2016 年）末現在の本県の歯科衛生士就業者数は 2,446 人であり、人口 10 万人当たり 117.1 人と、全国平均の 97.6 人を上回っています。また、勤務先は診療所が 85%を占めています（表１）。

○　長野県内の歯科衛生士養成校は４校、入学定員は４校合計で 116 人（平成 29 年（2017 年）４月現在）ですが、平成 29 年度の入学者数は 89 人で充足率は 76.7%となっています（表２）。

○　歯科衛生士の平均就業年数は、4.4 年（福祉施設）から 11.3 年（歯科診療所）と各機関で差があります（表３）。

○　平成 28 年（2016 年）４月１日現在、常勤の歯科衛生士を配置している市町村は 11 市２町です（表４）。

○　高齢者や要介護者等への口腔ケアや摂食嚥下療法等の重要性の高まりから、歯科衛生士の一層の充実が望まれます。

【表１】歯科衛生士の就業状況　　**単位（人）**

区　分	長　野　県						人口10万対	全　国	人口10万対
	保健所市町村	病院	診療所	介護老人保健施設	その他	合計			
平成 18 年	94	121	1,652	5	42	1,914	87.4	86,939	68.0
平成 20 年	92	134	1,798	9	47	2,080	95.8	96,442	75.5
平成 22 年	93	148	1,923	8	31	2,203	102.3	103,180	80.6
平成 24 年	97	162	1,937	14	35	2,245	105.3	108,123	84.8
平成 26 年	91	177	2,019	16	49	2,352	111.5	116,299	91.5
平成 28 年	84	197	2,086	18	41	2,446	117.1	123,831	97.6

（厚生労働省「衛生行政報告例」）

【表２】県内４校の歯科衛生士養成校入学者状況

	平成 25 年度	平成 26 年度	平成 27 年度	平成 28 年度	平成 29 年度
定員	116	116	116	116	116
入学者数	92	98	100	105	89
充足率	79.3%	84.5%	86.2%	90.5%	76.7%

（保健・疾病対策課調べ）

【表３】歯科衛生士の就業経験機関と平均年数（複数回答）

	歯科診療所	病院	行政	福祉施設
勤務経験のある機関	92.4%	15.0%	12.0%	5.2%
勤務平均年数	11.3 年	7.1 年	6.7 年	4.4 年

（平成 24 年保健・疾病対策課（旧健康長寿課）調べ）

【表４】常勤の歯科衛生士を配置している市町村数

	H24	H26	H28
市町村役所（場）・保健センター	10 市２町	11 市２町	11 市２町

（厚生労働省「都道府県・保健所を設置する市・特別区・市・町・村に勤務する歯科医師及び歯科衛生士について」調査）

２　歯科技工士数

○　平成 28 年（2016 年）末現在の本県の歯科技工士の従事者数は 662 人と、平成 18 年（2006 年）から比較して減少しています（表５）。

○　人口 10 万人当たりの歯科技工士数は 31.7 人と、全国平均の 27.3 人より高い水準です(表５)。

○　歯科医療技術の向上や在宅歯科医療の増加に伴い、CAD・CAM 等の新しい技術や在宅歯科医療に対応できる資質の高い歯科技工士の確保、養成体制が求められています。

【表５】歯科技工士の従事状況　　**単位（人）**

区分	長野県		全国	
	就業者数	人口 10 万対	就業者数	人口 10 万対
平成 18 年	682	31.2	35,147	27.5
平成 22 年	666	30.9	35,413	27.7
平成 26 年	666	31.6	34,495	27.1
平成 28 年	662	31.7	34,640	27.3

（厚生労働省「衛生行政報告例」）

「食べる」を支援する歯科衛生士

老若男女、ストレスなく食べることは、生き生きと暮らすうえで不可欠な要因の一つです。それを支えるのが歯科衛生士の大きな役割です。

食べられる口であるためには、むし歯や歯周病の予防はもちろん、感染症の防止や口腔機能の発達・維持・向上を目的とした口腔ケアを専門的に受けると同時に、セルフケアの的確なアドバイスを受け、実践につなげることが重要であり、様々なフィールドで歯科衛生士の業務が展開されています。

歯科衛生士の約 85%は歯科医院に勤務していますので、かかりつけ歯科医院での定期的なメインテナンスを担当することが基本ですが、高齢化社会の到来により、受診患者の 40%以上が 65 歳以上となっており、口腔機能を維持する介護予防の視点を持ったアドバイスが健康寿命の延伸につながります。また、要介護となった在宅患者に対する口腔ケアも重要な役割のひとつです。

病院勤務の歯科衛生士の割合はまだ 8%ですが、年々需要が増加しています。周術期の有病者に対する専門的口腔ケアが、肺炎等の予防と共に回復を促し、早期退院支援に繋がるためです。

市町村では乳幼児期のむし歯予防に加えて、食べられる口を育てる口腔機能の発達についての保健指導や、成人期の生活習慣病の悪化を防ぐ歯周病予防の啓発が、住民の健康維持に重要な役割を果たしています。

歯科技工士の新たな技術

近年、歯科技工の技術は大きく変化しています。

デジタル時代に対応し、CAD／CAM が保険診療に導入されてから精密な技工物が機械で作製できるようになりました。審美に対する需要も高くなり、天然の歯質と調和する素材の開発が進んでいます。

近年では、金属をできるだけ使用しない方向にシフトしており、義歯（入れ歯）においては、適合／咬合／身体バランスを考慮した、より質の高いものを目指すようになりました。

「すべての補綴物が、必要とするにとって心身共に健康になるための臓器である事」

それが歯科技工士の使命と考えています。

第２　施策の展開

１　歯科衛生士の確保と資質の向上

○　歯科衛生士確保のため、長野県歯科衛生士養成校協議会等と連携し入学者の確保を図るとともに、長野県歯科衛生士会や長野県歯科医師会等と協力し、歯科衛生士の再就職の促進に努めます。

○　地域歯科口腔保健や摂食嚥下機能の維持向上、訪問口腔ケア等の専門的な分野に携わる歯科衛生士の確保と資質の向上を図ります。

２　歯科技工士の確保と資質の向上

○　歯科技工士会等と連携し、専門性の高い知識・技術の習得のための研修会を開催するなど、歯科技工士の資質の向上に努めます。

第３　数値目標

区分	指　標	現状（H29）	目標（H35）	目標数値の考え方	備　考（出典等）
S	就業歯科衛生士数 ・診療所 ・保健所・市町村 ・病院 ・介護老人保健施設 ・その他	2,086 人 84 人 197 人 18 人 41 人 （H28）	2,086 人以上 84 人以上 197 人以上 18 人以上 41 人以上	全国平均を上回る状況を維持する	厚生労働省「衛生行政報告例」
S	常勤の歯科衛生士を配置している市町村数	11 市２町 （H28）	19 市２町以上	人口２万人規模の市町での配置を目指す	厚生労働省「都道府県･保健所を設置する市・特別区・市・町･村に勤務する歯科医師及び歯科衛生士について」
S	歯科技工士数	662 人 （H28）	662 人以上	全国平均を上回る状況を維持する	厚生労働省「衛生行政報告例」

注）「区分」欄　S（ストラクチャー指標）：医療サービスを提供する物的・人的資源及び組織体制等を測る指標

第6節　管理栄養士･栄養士

第１　現状と課題

１　管理栄養士・栄養士の配置状況

○　保健医療福祉関係施設等の全施設へ管理栄養士・栄養士の配置が望まれますが、平成 28 年度（2016 年度）末の配置率は、96.1%です。

○　保健医療福祉関係施設等以外の特定多数の者に給食を提供する施設への配置率は約 44.7 %であり、配置を進める必要があります。

○　市町村への管理栄養士・栄養士の配置率は 90.9%です。規模の小さい町村に未配置が多い状況です。

【表１】管理栄養士・栄養士の配置率　（単位%）

	平成 13 年	平成 18 年	平成 23 年	平成 28 年
保健医療福祉関係の給食を提供する施設*1	96.0	93.2	96.7	96.1
上記以外の給食を提供する施設*2	54.3	43.7	42.9	44.7
市町村*3（うち非常勤市町村数）	85.0（18）	85.6（17）	89.6（13）	90.9（12）

（衛生行政報告例・行政栄養士等配置状況）

*1　保健医療福祉関係の給食を提供する施設とは、病院、介護老人保健施設、老人福祉施設、社会福祉施設
*2　上記以外の給食を提供する施設とは、学校、保育所等児童福祉施設、事業所、一般給食センター等
*3　常勤と同時の嘱託、非常勤を含む

２　管理栄養士・栄養士の養成と育成

○　県内には栄養士養成校２校、管理栄養士養成校２校があります。

○　対象となる者に、最新の知見に基づいた適切な栄養管理、栄養ケア、指導等が行える専門性が求められており、より一層の資質の向上が必要です。

第２　施策の展開

１　管理栄養士・栄養士の配置促進

○　管理栄養士･栄養士未配置の保健医療福祉関係等の給食を提供する施設に対して、給食施設指導等を活用して、管理栄養士・栄養士の配置を進めます。

○　市町村等行政への管理栄養士・栄養士の配置を支援します。

2　管理栄養士・栄養士の育成

○　県栄養士会等と連携・協力して研修会を開催するなど、最新の栄養関連情報に対応し、保健、医療、介護等で求められる専門的な栄養管理・指導等が実施できる管理栄養士・栄養士を育成します。

○　管理栄養士・栄養士が、経験年数や職域に応じた育成ができるよう、段階的又は施設等の職域別ごとの研修会を広域で開催します。

第３　数値目標

区分	指　標	現状（H29）	目標（H35）	目標数値の考え方	備考（出典等）
S	病院や社会福祉施設等給食施設と市町村への管理栄養士・栄養士配置率				
	・保健医療福祉関係の給食を提供する施設*1	96.1%（H28）	100%	管理栄養士・栄養士が配置されることで診療報酬、介護保険報酬等が加算できる全施設に配置を目指す。	衛生行政報告例
	・上記以外の給食を提供する施設*2	44.7%（H28）	44.7%以上	現状の水準以上を目指す。	
	・市町村*3（うち非常勤市町村数）	90.9%（H28）	95%	雇い上げの７町村のうち約半数の４市町村に配置を目指す。	行政栄養士等配置状況

注）「区分」欄　S（ストラクチャー指標）：医療サービスを提供する物的・人的資源及び組織体制等を測る指標
P（プロセス指標）：実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標
O（アウトカム指標）：医療サービスの結果として住民の健康状態や患者の状態を測る指標

*1　保健医療福祉関係の給食を提供する施設とは、病院、介護老人保健施設、老人福祉施設、社会福祉施設
*2　上記以外の給食を提供する施設とは、学校、保育所等児童福祉施設、事業所、一般給食センター等
*3　常勤と同時の嘱託、非常勤を含む

訪問栄養食事指導

超高齢社会を迎え、高齢者人口が増加している現在、疾病予防や介護予防が重要となってくることから、フレイル（虚弱）や低栄養状態にならないために、在宅高齢者の栄養管理が必要です。

訪問栄養食事指導は、通院又は通所が困難な方に対して、管理栄養士が月２回まで自宅に訪問して療養に必要な栄養食事指導を行うものです。訪問栄養食事指導には、介護保険の「居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導」（533 単位＊1 又は 452 単位＊2）によるものと、医療保険の「在宅患者訪問栄養食事指導」（530 点＊1 又は 450 点＊2）によるものとがあります。いずれも自宅に訪問して栄養食事指導を行うため、ご本人の自宅内での状態や環境等を知ることができることから、その方に最適な食支援を行うことができます。

適切な栄養食事指導を行うことで、栄養状態の改善、誤嚥性肺炎の予防などが期待でき、利用者や患者の生活の質の向上につながります。（＊1 同一建物居住者以外の場合　＊2 同一建物居住者の場合）

第7節　その他の医療従事者

第１　現状と課題

１　理学療法士、作業療法士の状況

○　平成 26 年末現在、病院・診療所及び介護サービス施設の理学療法士は常勤換算で 1,931 人、作業療法士は 1,226 人で、ともに増加傾向にあり、人口 10 万人当たりの従事者数も、双方とも全国平均を上回っています。

○　近年では急性期から回復期、維持期までのリハビリテーションの手法が多様化しており、それに対応できる資質の高い理学療法士、作業療法士の確保、養成体制が求められています。

【表１】病院・診療所における理学療法士、作業療法士の従事者数の推移

区分	理学療法士				作業療法士			
	長野県		全　国		長野県		全　国	
	従事者数［常勤換算］（人）	人口10万対	従事者数［常勤換算］（人）	人口10万対	従事者数［常勤換算］（人）	人口10万対	従事者数［常勤換算］（人）	人口10万対
平成 23 年	1,132	52.9	61,621	48.2	757	35.8	35,427	27.7
平成 26 年	1,450	68.7	77,138	60.7	912	43.2	42,136	33.2

（厚生労働省「医療施設調査・病院報告」）

【表２】介護サービス施設における理学療法士、作業療法士の従事者数の推移

区分	理学療法士				作業療法士			
	長野県		全　国		長野県		全　国	
	従事者数［常勤換算］（人）	人口10万対	従事者数［常勤換算］（人）	人口10万対	従事者数［常勤換算］（人）	人口10万対	従事者数［常勤換算］（人）	人口10万対
平成 23 年	344	16.1	19,562	15.3	285	13.3	12,367	9.7
平成 26 年	481	22.8	27,789	21.9	314	14.9	42,136	12.1

（厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」）

2　視能訓練士、言語聴覚士等の医療従事者の状況

○　医師、看護師、理学療法士、作業療法士以外の、視能訓練士、言語聴覚士等その他の医療従事者については、おおむね増加傾向にあります。

○　このうち、診療放射線技師、精神保健福祉士を除く医療従事者は、人口 10 万人当たりの従事者数が全国水準を上回っています。

○　医学、医療技術の進歩に伴い、保健医療サービスの範囲が拡大するとともに、内容の専門化が進んでおり、こうした状況に対応するため、保健医療の職種も多様化していく傾向にあります。これらの職種についても、高度な専門知識や技術の研修、養成体制が求められます。

【表２】視能訓練士、言語聴覚士等の医療従事者の従事状況

区　分	長　野　県				全　国			
	平成 23 年		平成 26 年		平成 23 年		平成 26 年	
	従事者数［常勤換算］（人）	人口 10 万対	従事者数［常勤換算］（人）	人口 10 万対	従事者数［常勤換算］（人）	人口 10 万対	従事者数［常勤換算］（人）	人口 10 万対
視能訓練士	141.4	6.6	140.4	6.7	6,818.7	5.3	7,732.9	6.1
言語聴覚士	241.5	11.3	301.3	14.3	11,456.2	9.0	14,252.0	11.2
義肢装具士	6.0	0.3	6.0	0.3	138.0	0.1	104.4	0.1
診療放射線技師	779.3	36.4	807.6	38.3	49,105.9	38.4	50,960.4	40.1
臨床検査技師 衛生検査技師	1,258.9	58.8	1,299.2	61.6	62,970.2	49.3	64,409.6	50.7
臨床工学技士	367.0	17.1	449.1	21.3	20,001.0	15.7	23,741.4	18.7
精神保健福祉士	133.4	6.2	150.3	7,1	9,390.1	7.3	10,504.8	8.3
社会福祉士	224.6	10.5	201.5	9.6	9,397.6	7.4	10,581.6	8.3

（厚生労働省「医療施設調査・病院報告」）

第２　施策の展開

○　養成施設における教育の充実が図られるよう、必要により関係機関と協力し、適切な運営を指導します。

○　資質向上のため、各職種の関係団体が実施する業務に関する知識・技能の向上を目指した学術研究会・研修会の支援に努めます。

※「２施策の展開」については、12 月 21 日に開催される長野県高齢者プラン策定懇話会における議論を踏まえ、変更する場合があります。

県立病院機構による医療従事者研修の取組

長野県の医療従事者施策には医師をはじめとする医療従事者の確保にはじまり、育成、支援があります。県立病院機構本部研修センターは、現場でのキャリア研修（on the job）、シミュレーショントレーニングなどによる研修（off the job）で、幅広い確かな技術と豊かな人間性を備えた医療者を育成し、将来長野県の地域医療の第一線で活躍していただくことを目的として設置されました。米国ハワイ大学シミュレーションセンターとの交流、県内でシミュレーションセンターを有する他の医療施設と連携研修を実施するなど、常にレベルアップを図っています。

設置の趣旨のとおり研修センターは開かれた存在であり、県内病院と合同で初期研修医のためのシミュレーション研修会や、県内医師を対象にした小児救急シミュレーショントレーニングなどを企画実施。さらには、医学生、看護学生、医療技術者、事務職員など研修対象者の裾野を広げ、医療にかかわる多くの方々のキャリアアップと生涯支援を目指しています。

医療機関で活躍する多様な専門職種

医療機関は、医師や看護師をはじめ医療に関する専門的知識と技術を持った有資格者による専門家集団ですが、医療の進歩に伴って様々な国家資格が生まれてきました。

各種の検査に携わる臨床検査技師や診療放射線技師、リハビリ部門を担う理学療法士や作業療法士、言語聴覚士、視能訓練士、精神科専門のソーシャルワーカーである精神保健福祉士、義肢、装具の制作、調整を行う義肢装具士、生命維持装置の操作や医療機器の保守点検を行う臨床工学技士などがそれに当たります。

また、保育士、社会福祉士、介護福祉士などの職種は、制度発足時の想定を超え、医療機関でも勤務しています。

国家資格ではありませんが、カウンセリングなどにより心の問題を抱える患者のケアを行う臨床心理士や医療環境にある子どもや家族を主に心の面からサポートするチャイルド・ライフ・スペシャリストなど専門的な資格者が民間でも養成されています。なお、平成 30 年以降、臨床心理の分野における国家資格として公認心理師が誕生することとなりました。

近年は、医療の高度化に伴って、多くの専門職種がそれぞれの高い専門性を前提に役割分担するとともに、互いに連携したチーム医療が行われるようになってきました。

また、患者の社会復帰や在宅療養への移行においても多職種の連携は欠かせず、中でも患者、家族の経済的、社会的、心理的な相談や支援を行う社会福祉士（医療ソーシャルワーカー）は、役割の重要性を増しています。

医療部門のほか、医療機関には、管理・運営部門が欠かせません。
治療費の計算や診療報酬の請求を行う医療事務、診療情報を管理し、必要な情報の抽出や分析を行う診療情報管理士、医師や看護師などのサポートをする医療秘書や病棟クラーク、施設設備や各種情報システムの管理を行うエンジニア、労務管理や経理といった事務全般を行う事務職員など、医療部門とともに、実に様々な職種によって医療機関は運営されています。

職　種　名	制　度　発　足　年
医師・歯科医師	昭和 23 年（1948 年）
薬剤師	昭和 23 年（1948 年）
保健師・助産師・看護師 歯科衛生士	保健婦・助産婦・看護婦・歯科衛生士：昭和 23 年（1948 年） 保健師・助産師、看護師：平成 13 年（2001 年）
准看護師	准看護婦：昭和 26 年（1951 年） 准看護師：平成 13 年（2001 年）
歯科技工士	昭和 30 年（1955 年）
診療放射線技師	診療エックス線技師：昭和 26 年（1951 年） 診 療 放 射 線 技 師：昭和 48 年（1968 年）
臨床検査技師	衛生検査技師：昭和 33 年（1958 年） 臨床検査技師：昭和 45 年（1970 年）
栄養士、管理栄養士	栄　養　士：昭和 22 年（1947 年） 管理栄養士：昭和 37 年（1962 年）
理学療法士、作業療法士	昭和 40 年（1965 年）
視能訓練士	昭和 46 年（1971 年）
院内保育士、医療保育士	保　母：昭和 22 年（1947 年） 保育士：平成 11 年（1999 年）
社会福祉士、介護福祉士	昭和 62 年（1987 年）
義肢装具士	昭和 63 年（1988 年）
臨床工学技士	昭和 63 年（1988 年）
精神保健福祉士	平成９年（1997 年）
言語聴覚士	平成９年（1997 年）
あん摩マッサージ指圧師 はり師、きゆう師	昭和 22 年（1947 年）
柔道整復師	昭和 39 年（1964 年）
公認心理師	平成 29 年（2017 年）
臨床心理士	昭和 63 年（1988 年） ※民間資格：日本臨床心理士資格認定協会
診療情報管理士	平成８年（1996 年） ※民間資格：四病院団体協議会・医療研修推進財団
チャイルド・ライフ・スペシャリスト	国内に資格制度が無く、養成は欧米に依存している。

※１　「医師」、「看護師」、「助産師」、「保健師」及び「薬剤師」欄に掲げる制度発足年は、戦後の関連法施行年。
※２　「きゆう師」は法令上の表記であり、いわゆる「きゅう」の施術者のこと
※３　「公認心理師」は、平成 29 年の公認心理師法施行により制度発足。第 1 回の資格試験は平成 30 年に行われる予定。

第8節　医療従事者の勤務環境改善対策

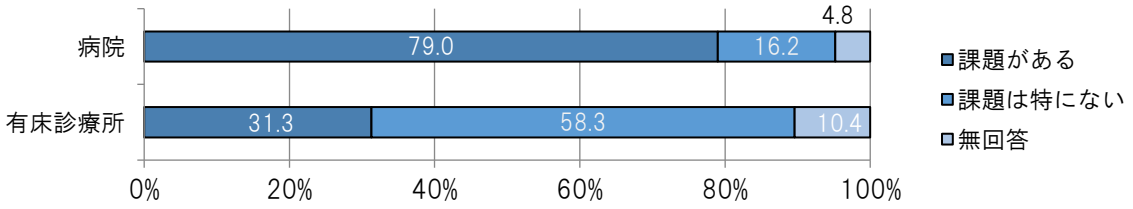
第１　現状と課題

１　医療従事者の勤務環境改善に関する動き

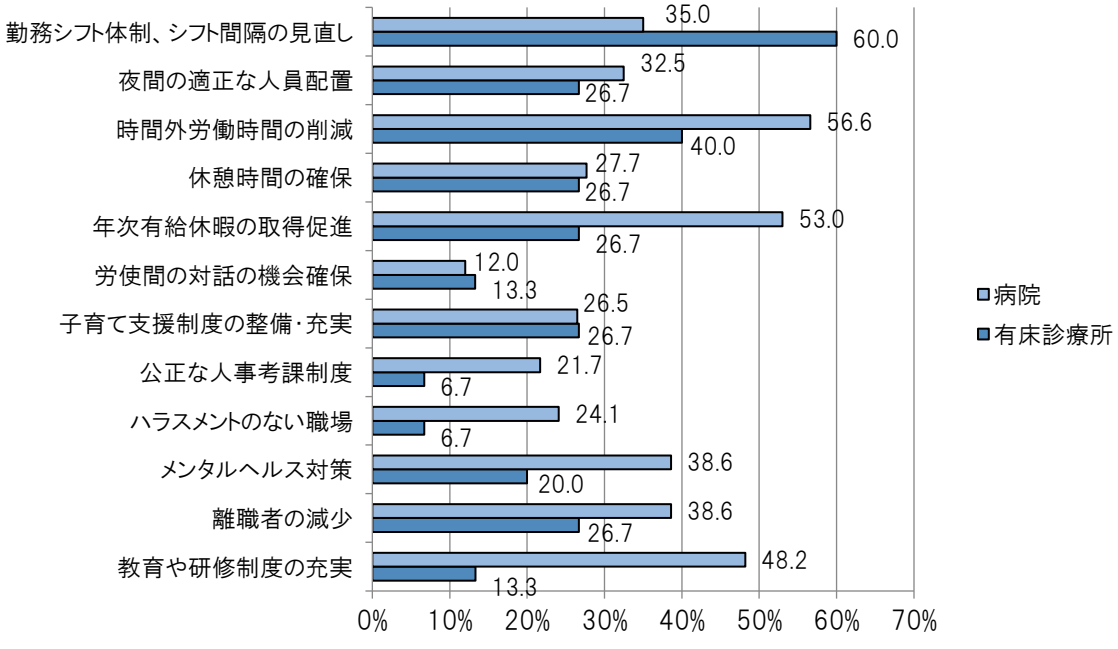
○　医師、看護師等の確保対策、離職防止のため、医療機関では、院内保育所の整備等、医療従事者の勤務環境改善に向けた様々な取組が行われていますが、時間外労働時間の削減、有給休暇の取得促進など勤務環境に関する課題は多く、働きやすい環境の整備が求められています。

○　平成 26 年 10 月の医療法改正により、①病院又は診療所の管理者は、医療従事者の勤務環境の改善等への取組に努めること、②国は医療機関の取組に関する指針を策定すること、③都道府県は医療機関の勤務環境改善を促進するための支援を行うことが位置付けられました。

【表１】県内の勤務環境改善に関する課題の有無（平成 27 年度）



【表 2】県内の勤務環境改善に関する課題の具体的内容（複数回答）（平成 27 年度）



（医療推進課調べ）

２　医療勤務環境改善支援センターの設置

○　本県では、平成 26 年の医療法改正を受け、平成 28 年（2016 年）２月に医療勤務環境改善支援センターを設置し、国が定める「勤務環境改善マネジメントシステム（※）」に基づき、PDCA サイクルを活用して計画的に医療従事者の勤務環境改善に向けた取組を行う医療機関に対し、ア

ドバイザーによる総合的・専門的な支援を行っています。

※「勤務環境改善マネジメントシステム」

各医療機関が、医師、看護職、薬剤師、事務職員等の幅広い医療スタッフの協力の下、一連の過程を定めて継続的に行う自主的な勤務環境改善を促進するための仕組み

長野県医療勤務環境改善支援センター

長野県では、医療従事者の勤務環境の改善を促進するための拠点として「長野県医療勤務環境改善支援センター」を開設し、以下の 2 つの窓口を設置して相談を受け付けております

【医業経営及び看護職に関する相談窓口】
場所：長野県健康福祉部医療推進課内（長野市大字南長野字幅下 692－2）
電話：026－235－7145　FAX：026-223-7106
E-mail：iryo-kinmukankyo@pref.nagano.lg.jp
受付時間：月曜日～金曜日　8 時 30 分～12 時 00 分、13 時 00 分～17 時 15 分
（祝祭日、年末年始を除く。）

【医療労務管理に関する相談窓口】
場所：長野県社会保険労務士会事務局内
（長野市中御所字岡田 131 番地　JA ながの会館３階）
電話：026－267－6200
受付時間：月曜日～金曜日　9 時 00 分～12 時 00 分、13 時 00 分～17 時 00 分

第２　施策の展開

○　医療勤務環境改善支援センターにおいて、医業経営や医療労務管理に関する相談や医療機関への個別訪問による助言を行うとともに、セミナーや研修会の開催により、医療勤務環境改善マネジメントシステムの導入を促進していきます。

○　医療勤務環境改善支援センターの運営に当たっては、関係する機関・団体等で構成する医療勤務環境改善支援支援センター運営協議会を設置し、センターの運営方針や業務内容に関する協議を行います。

○　医療従事者の離職防止に向け、引き続き、院内保育所の運営や施設整備等、病院が実施する勤務環境改善への取組を支援します。

第３章
医療施策の充実

第1節　救急医療

第１　現状と課題

１　救急搬送

（１）年齢区分別の救急搬送の状況

○　救急搬送数は、県全体で平成22年（2010年）は78,808人でしたが、平成27年（2015年）には88,316人（9,508人、12.1%増）となり、年々増加しています。

○　特に、救急搬送された高齢者（満65歳以上）は、平成22年（2010年）には46,180人であったものが、平成27年（2015年）には55,886人となり、9,706人増（21.1%増）となっています。

○　今後も、高齢化の進展とともに救急搬送に占める高齢者の割合も増加するものと考えられます。

【表１】年齢区分別救急搬送人数　　**（単位：人）**

区分	長野県			全　国		
	平成22年	平成27年	増減	平成22年	平成27年	増減
新生児（生後28日未満）	207	198	△9	14,231	13,054	△1,177
乳幼児（生後28日以上満７歳未満）	3,069	3,136	67	247,815	253,818	6,003
少　年（満７歳以上18歳未満）	3,051	3,199	148	194,131	197,552	3,421
成　人（満18歳以上満65歳未満）	26,301	25,897	△404	1,984,795	1,909,578	△75,217
高齢者（満65歳以上）	46,180	55,886	9,706	2,537,734	3,104,368	566,634
計	78,808	88,316	9,508	4,978,706	5,478,370	499,664

（消防庁「救急・救助の現況」）

（２）傷病程度別の搬送の状況

○　平成27年（2015年）の救急車で搬送される傷病者のうち、最も多いのは中等症で49.6%（全国40.5%）、続いて軽症者が38.5%（全国49.4%）を占めます。軽症者の割合は年々減少傾向にありますが、中には不要不急であるにも関わらず救急車を要請する案件が見受けられます。

○　軽症患者に対しては、初期救急医療機関の受診を促すとともに、救急車の適正利用を積極的に推進していく必要があります。

【表２】傷病程度別搬送人数　　**（単位：人、%）**

区分	平成22年				平成27年			
	長野県		全　国		長野県		全　国	
	人数	構成比	人数	構成比	人数	構成比	人数	構成比
死亡	1,417	1.8	76,425	1.5	1,363	1.5	76,255	1.4
重症	9,087	11.5	478,538	9.6	9,024	10.2	465,457	8.5
中等症	34,961	44.4	1,911,890	38.4	43,766	49.6	2,220,029	40.5
軽症	33,184	42.1	2,507,560	50.4	33,950	38.5	2,705,974	49.4
その他	159	0.2	4,293	0.1	213	0.2	10,655	0.2
計	78,808	100.0	4,978,706	100.0	88,316	100.0	5,478,370	100.0

（消防庁「救急・救助の現況」）

（３）受入れの照会回数及び現場滞在時間の状況

○　救急車で搬送される重症以上の傷病者のうち、受入れに時間がかかり、搬送先医療機関が速やかに決定しない場合とされる「照会回数４回以上」又は「現場滞在時間30分以上」の割合はそれぞれ0.8%（全国2.7%）、2.8%（全国5.2%）といずれも全国平均を下回っており、救急搬送が円滑に行われています。

○　引き続き消防機関と医療機関が密接に連携していくことが重要です。

【表３】医療機関に受入れの照会を行った回数ごとの件数（平成27年）　（単位：人、％）

区分	長野県			全国		
	件数	４回以上	構成比	件数	４回以上	構成比
重症以上傷病者（転院搬送を除く）	8,577	69	0.8	431,642	11,754	2.7

（消防庁「平成27年中の救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査の結果」）

【表４】現場滞在時間区分ごとの件数（平成27年）　（単位：人、％）

区分	長野県			全国		
	件数	30分以上	構成比	件数	30分以上	構成比
重症以上傷病者（転院搬送を除く）	8,577	241	2.8	431,642	22,379	5.2

（消防庁「平成27年中の救急搬送における医療機関の受入状況等実態調査の結果」）

２　救急医療提供体制

（１）病院前救護活動

①応急手当の普及

○　消防機関が主体となって実施する救命講習の受講者は、平成22年（2010年）には26,987人（全国1,485,863人）であったものが、平成27年（2015年）には25,500人（全国1,440,098人）とやや減少しています。

○　引き続き県民への普及啓発に取り組むことが重要です。

【表５】救命講習の受講者(注)　（単位：人）

区分	長野県		全国	
	平成22年	平成27年	平成22年	平成27年
受講者数	26,987	25,500	1,485,863	1,440,098
人口１万人当たり受講者数	125	121	116	113

注）普通救命講習及び上級救命講習の受講者

（消防庁「救急・救助の現況」）

②救急救命士の配備

○　救急隊に救急救命士が配置されている割合は、平成22年（2010年）には93.0%（全国94.3%）であったものが、平成27年（2015年）には96.6%（全国98.4%）と増加しています。

○　救急救命士が救急車に常時同乗する割合は、平成22年（2010年）には64.3%（全国80.5%）であったものが、平成27年（2015年）には89.0%（全国89.3%）と増加しています。

○　気管挿管技能認定救急救命士及び薬剤投与技能認定救急救命士の割合は、それぞれ平成23年（2011年）には61.0%（全国44.1%）、79.2%（全国74.4%）であったものが、平成27年（2015年）には68.4%（全国49.5%）、83.2%（全国85.7%）と増加しています。

○　平成28年（2016年）に、救急業務全般の質の向上等を目的に指導救命士制度の運用を開始しました。

○　引き続きメディカルコントロール体制の充実強化に努めることが重要です。

【表６】救急救命士の運用状況

区分	長野県			全　国		
	平成22年	平成27年	増減	平成22年	平成27年	増減
救急救命士が配備されている救急隊の割合	93.0%	96.6%	3.6ﾎﾟｲﾝﾄ	94.3%	98.4%	4.1ﾎﾟｲﾝﾄ
救急救命士が常時同乗している救急車の割合(注)	64.3%	89.0%	24.7ﾎﾟｲﾝﾄ	80.5%	89.3%	8.8ﾎﾟｲﾝﾄ

注）救急隊のうち救命士常時運用隊の比率

（消防庁「救急・救助の現況」）

【表７】救急救命士技能認定の状況

区分	長野県			全　国		
	平成23年	平成27年	増減	平成23年	平成27年	増減
気管挿管技能認定救急救命士の割合	61.0%	68.4%	7.4ﾎﾟｲﾝﾄ	44.1%	49.5%	5.4ﾎﾟｲﾝﾄ
薬剤投与技能認定救急救命士の割合	79.2%	83.2%	4.0ﾎﾟｲﾝﾄ	74.4%	85.7%	11.3ﾎﾟｲﾝﾄ

（消防庁「救急・救助の現況」）

【表８】指導救命士技能認定の状況（平成29年９月末現在）

指導救命士技能認定者数（人）	17

（医療推進課調べ）

救命講習

急な病気や事故等で心臓や呼吸が止まった傷病者の手当ては１分１秒を争います。

こうしたとき、まずは 119 番通報が求められます。しかし、本県では救急車が到着するまでに平均で９分かかります。救急車が到着するまでの間、現場に居合わせた人（バイスタンダー）による応急手当が、救命率の向上の鍵を握ります。

消防本部（局）や日本赤十字社では、心肺蘇生法や AED の使い方、けがの手当てなど、応急手当を習得できるよう救命講習会を開催しています。

いざというときに、大切な人や家族の命を守るため、救命講習会に参加し、必要な知識と技術を身に付けましょう。

（２）搬送手段の多様化とその選択

○　救急搬送の手段は、従来の救急車に加え、ドクターカー、救急医療用ヘリコプター（ドクターヘリ）が活用されています。

○　救急車、ドクターカー、ドクターヘリといった搬送手段の多様化に合わせ、消防機関と医療機関が密接に連携していくことが重要です。

【表９】ドクターカー（救命救急センター及び消防機関）及びドクターヘリ保有台数と出動件数

区分	平成23年度		平成27年度	
	台数	件数	台数	件数
ドクターカー（救急現場への出動）	7	149	12	261
ドクターヘリ	2	415	2	1,007
計	9	564	14	1,268

（医療推進課調べ、厚生労働省「救命救急センター充実段階評価」）

ドクターヘリ

救急患者に対応できる医療機器を装備し、医師、看護師が搭乗して救急現場へ急行するヘリコプターを「ドクターヘリ」と呼びます。

全国では、平成 29 年（2017 年）３月 31 日現在で、41 道府県で 51 機が配備されており、平成 28 年度は、約 25,000 件の出動がありました。

本県では、平成 23 年（2011 年）10 月に２機体制となって以来、毎年度 900 件前後の出動があり、出動要請の重複により対応できなかった割合が半減（5.7%→2.9%）するなど、大きな成果を挙げています。

また、国の防災基本計画に災害時の運用が規定され、熊本地震の際には、他県のドクターヘリが傷病者の搬送等を行うため、被災地に出動するなど災害時における必要性も高まっています。

（３）救急医療を担う医療機関

○　これまでに、在宅当番医制等による初期救急医療体制から、病院群輪番制による二次救急医療体制、７か所の救命救急センターによる三次救急医療体制までの救急医療体制の整備が図られてきました。

○　今後は、高齢化に伴う中等症・軽症患者の増加に対応するため、初期・二次救急医療体制の一層の整備を行うとともに、初期・二次・三次救急医療機関それぞれの役割分担を明確にする必要があります。

【表10】初期救急医療を担う医療機関数

二次医療圏	在宅当番医制に参加する医療機関			休日夜間対応医療機関数		
	平成22年	平成28年	増減	平成22年	平成28年	増減
佐　久	61	67	6	5	2	△3
上　小	82	80	△ 2	2	2	0
諏　訪	101	96	△ 5	1	2	1
上伊那	96	94	△ 2	1	1	0
飯　伊	40	45	5	1	1	0
木　曽	12	10	△ 2	1	1	0
松　本	248	235	△13	2	2	0
大　北	31	26	△ 5	1	1	0
長　野	215	200	△15	5	5	0
北　信	0	0	0	1	3	2
計	886	853	△33	20	20	0

（厚生労働省「医療施設調査」）

【表11】二次救急医療を担う医療機関数（病院群輪番制病院数）

二次医療圏	平成22年	平成28年	増減
佐　久	4	4	0
上　小	10	11	1
諏　訪	6	6	0
上伊那	3	3	0
飯　伊	8	8	0
木　曽	1	1	0
松　本	9	9	0
大　北	2	2	0
長　野	7	7	0
北　信	2	2	0
計	52	53	1

（厚生労働省「医療施設調査」）

【表12】三次救急医療機関（救命救急センター）の状況

区分	医療機関名	所在地	病床数（床）	人口（千人）	面積（㎢）	備考
東信	佐久総合病院佐久医療センター	佐久市	20	404	2,477	
南信	諏訪赤十字病院	諏訪市	10	542	3,993	
	伊那中央病院	伊那市	10			
	飯田市立病院	飯田市	10			
中信	信州大学医学部附属病院	松本市	20	512	4,525	高度救命救急センター
	相澤病院		10			
北信	長野赤十字病院	長野市	34	628	2,567	
計	７箇所	６市	114	2,086	13,562	

（医療推進課調べ、人口･面積については総務省「国勢調査（人口等基本集計結果）」）

（４）急性期を脱した後の医療体制

○　平成28年（2016年）10月１日現在、急性期を脱した後、人工呼吸器が必要な患者や気管切開等のある患者の三次救急医療機関からの受け入れが可能な体制を整備している病院は65か所であり、県内の三次救急医療機関を除く病院の52%に留まっています。

○　また、同様に、重度の脳機能障害（遷延性意識障害等）の後遺症を持つ患者を受け入れる体制を整備している病院も52か所（42%）となっています。

○　適正な患者の受入体制を確保するため、救急医療機関からの転院、救急医療機関内における転床を円滑に行う体制整備が課題となっています。

第２　目指すべき方向と医療連携体制

１　目指すべき方向

高齢化の進展に伴う軽症、中等症患者の救急搬送の増加に対応するための救急医療体制の整備を図るとともに、住民に対する救急医療についての普及・啓発の推進や個々の救急医療機関の役割分担の明確化と相互連携の強化を推進することにより、病院前救護活動から社会復帰までの医療が継続して提供される体制を構築します。

（１）適切な病院前救護活動が可能な体制

本人や周囲の者による速やかな救急要請から、現場に居合わせた人による応急手当の実施、救急救命士等による適切な救命処置と搬送、医療機関の受入れに至るまで、適切な病院前救護活動が可能な体制を整備します。

（２）重症度・緊急度に応じた医療が提供可能な体制

高齢化の進展に伴う軽症、中等症患者の救急搬送の増加に対応するため、医療資源の効率的な配置を考慮し、初期・二次救急医療体制の強化を図るとともに、メディカルコントロール協議会等において、初期・二次・三次救急医療機関の役割分担を明確化し、患者の状態に応じた適切な救急医療が提供される体制の構築に取り組みます。

（３）救急医療機関からの転院、救急医療機関内における一般病棟への転床を円滑に実施できる体制

急性期を脱した後、重度の合併症や後遺症のある患者が救急医療施設から適切な医療機関に転院できる体制や、救急医療機関内の一般病棟への転床が円滑に行える体制を整備します。

救急医療と“人生の最終段階における心肺蘇生等”

救急隊や医療機関は、傷病者に対し、一刻も早く心肺蘇生等を実施する必要があります。

一方で、傷病者本人が家族やかかりつけ医等とともに熟慮の上、あらかじめ人生の最終段階において心肺蘇生等を望まない決断をしている場合もあります。

しかしながら、そうした意思を書面等で示している傷病者は少なく、また示していたとしても、救急隊や医療機関による心肺蘇生等が行われるケースが多くあります。これは、傷病者の意思が示されている場合における統一された指針等が整備されていないことに起因するものです。

平成 29 年（2017 年）３月に一般社団法人日本臨床救急医学会の「人生の最終段階にある傷病者の意思に沿った救急現場での心肺蘇生等のあり方に関する提言」において、心肺蘇生等を希望しない傷病者に対し、救急隊やかかりつけ医等がどのように対処すべきかの手順等が示されました。傷病者の意思を尊重し、限りある消防資源・医療資源を有効に使うためには、人生の最終段階における心肺蘇生等について、国による法律や法に準拠した指針等の整備が必要不可欠です。

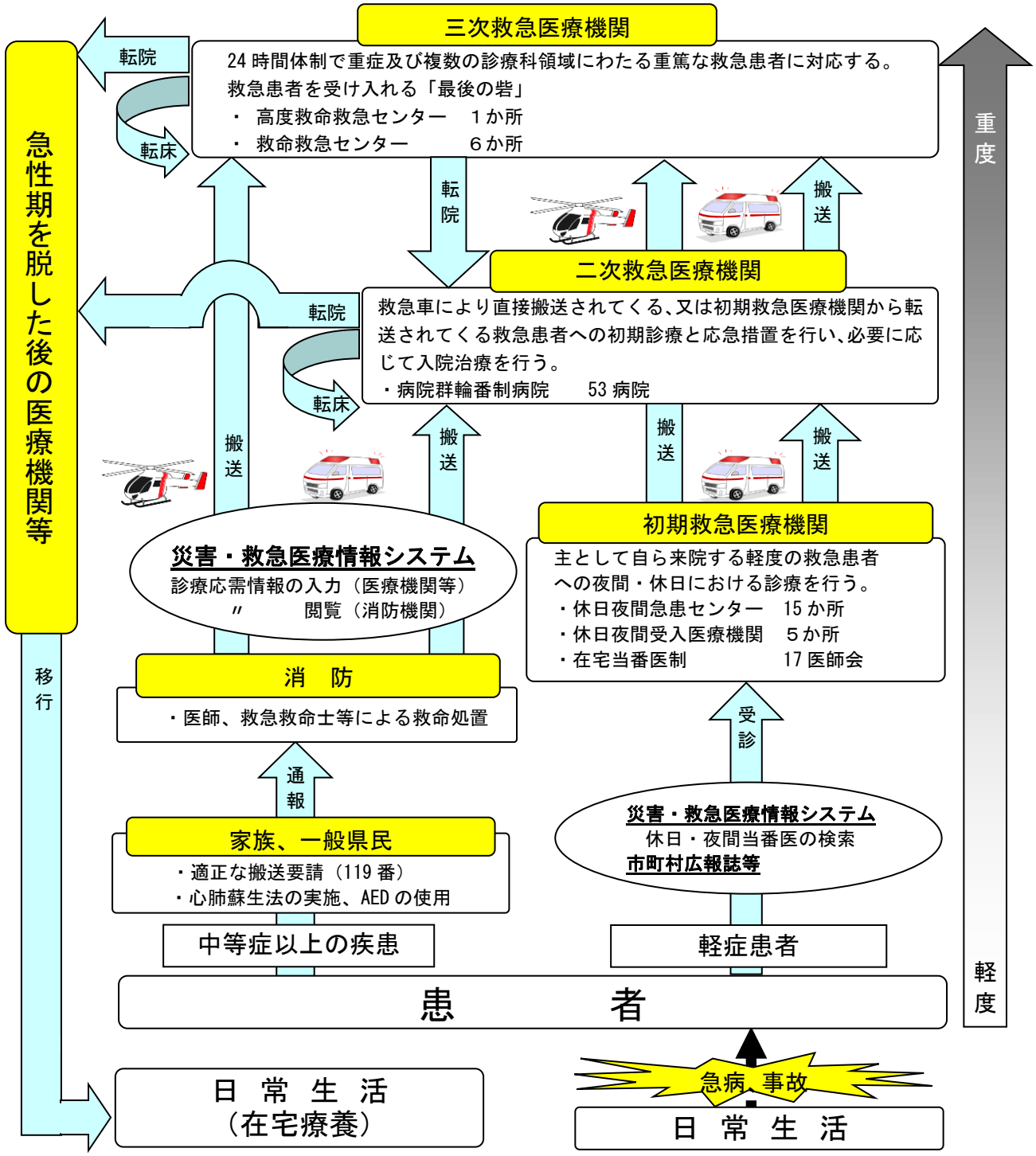
今後、心肺蘇生等を望まない意思を示す事案は増加すると推測されるため、消防機関、医療機関、介護・福祉施設及び地域住民等の理解と連携が求められます。

2　救急医療体制

消防機関、初期救急医療機関、二次救急医療機関、三次救急医療機関、急性期を脱した後の医療機関等の役割分担と連携体制は次に示す図のとおりです。

軽症の患者については初期救急医療機関、中等症･重症患者については消防機関による二次･三次救急医療機関への搬送体制を構築するとともに、急性期を脱した後は、救急医療機関からの転院、救急医療機関内の一般病棟への転床が円滑に行なえる体制の構築を目指します。

平成 28 年 10 月 1 日現在



※　救急告示医療機関

救急告示病院：84 病院、救急告示診療所：６診療所

「救急病院等を定める省令」によって定められた、救急隊により搬送される傷病者に関する医療を担当する医療機関

3　二次医療圏相互の連携体制

いずれの医療圏においても、概ね円滑な傷病者の搬送及び受入れが実施されています。

圏域外への流出割合が高い医療圏（上小・木曽・大北医療圏）についても各々の体制強化が図られてきています。二次医療圏内での対応に加え、必要に応じて他の医療圏と連携することとします。

【表 13】患者の流出入の状況（2013 年度診療分、国保・後期高齢レセプトによる分析のうち二次救急）

二次医療圏	患者の流出入の状況（割合）		二次救急医療機関数	三次救急医療機関（救命救急センター）
	圏域内	主な流出先		
佐　久	97.6%		4	佐久総合病院佐久医療センター（佐久市）
上　小	76.2%	佐久（19.2%）	11	
諏　訪	98.2%		6	諏訪赤十字病院（諏訪市）
上伊那	85.2%		3	伊那中央病院（伊那市）
飯　伊	99.2%		8	飯田市立病院（飯田市）
木　曽	80.1%	岐阜県（11.9%）、松本（6.2%）	1	信州大学医学部附属病院（松本市） 相澤病院（松本市）
松　本	96.3%		9	
大　北	81.0%	松本（17.8%）	2	
長　野	97.4%		7	長野赤十字病院（長野市）
北　信	91.6%		2	

（長野県地域医療構想）

第３　施策の展開

1　適切な病院前救護活動の促進

○　心肺蘇生法等を含む応急手当に関する知識の普及啓発を推進します。

○　メディカルコントロール体制の強化・標準化を図るため、救急医療に精通した医師の参加、指導救命士制度の活用や各種研修会・講習会の充実等を促進します。

○　適正な転院搬送を行うため、地域メディカルコントロール協議会等において、転院搬送に係るルール化を促進します。

○　救急車の適正利用、適正な救急医療機関の受診を推進するため、救急安心センター事業（＃7119）の導入の可否を検討します。

○　ドクターヘリやドクターカーのより有効な活用について検討します。

○　長野県広域災害・救急医療情報システム（ながの医療情報Net）の利用促進を図ります。

2　重症度・緊急度に応じた医療が提供可能な体制の整備

○　市町村や郡市医師会等との協力により、在宅当番医制や休日夜間急患センター等による初期救急医療体制の整備を推進します。

○　入院治療を必要とする救急医療を確保するため、市町村や医療機関等との協力により、病院群輪番制など地域の実情に応じた体制の整備を推進します。

○　適切な救急医療体制を確保するため、救命救急センターの運営を支援するとともに、救急医療機関に必要な施設・設備の整備を支援します。

○　救急医療機関の役割分担を明確化するため、メディカルコントロール協議会等において「傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準」の見直しを行います。

3　救急医療機関からの転院・転床を円滑に実施できる体制の整備

○　救急医療機関における重症患者等の受入体制を確保するため、急性期を脱した患者が救急医療機関の救急医療用病床から円滑に転院・転床できる体制の整備を推進します。

第４　数値目標

１　適切な病院前救護活動が可能な体制

区分	指　標	現状（H29）	目標（H35）	目標数値の考え方	備考（出典等）
S	救急救命士が常時同乗している救急車の割合（救急隊のうち救命士常時運用隊の比率）	89.0%（H27）	100%	救急車に救急救命士が常時同乗する。	消防庁「救急・救助の現状」
O	一般市民が目撃した心原性心肺機能停止傷病者のうち、心電図波形が心室細動又は無脈性心室頻拍の傷病者の１ヶ月後社会復帰率（救急救命士等が行う救急救命処置の効果を示す数値）	20.6%（H23 から H27 までの平均）	27.8%以上（H28 から H33 までの平均）	H18 から H22 までの５か年の平均（14.7%）から H23 から H27 までの５か年の平均（20.6%）までの増加率（1.2%/年）に相当する程度の増加を目指す。	消防庁「救急・救助の現状」

２　重症度・緊急度に応じた医療が提供可能な体制

区分	指　標	現状（H29）	目標（H35）	目標数値の考え方	備考（出典等）
P	救命救急センターの充実度評価Ａの割合	100%（H28）	100%	すべての救命救急センターにおいて充実度評価の最高ランクであるＡを維持する。	厚生労働省「救命救急センター充実段階調査」
S	二次救急医療機関（病院群輪番制病院）の数	53 機関（H28）	53 機関以上	現状より増加させる。	医療推進課調査
S	休日・夜間に対応できる医療施設数	20 施設（H28）	20 施設以上	現状より増加させる。	医療推進課調査

３　救急医療機関から転院、救急医療機関内における転床を円滑に実施できる体制

区分	指　標	現状（H29）	目標（H35）	目標数値の考え方	備考（出典等）
S	三次救急医療機関から人工呼吸器が必要な患者や気管切開等のある患者を受け入れる体制を備えた病院の割合	52%（H28）	52%以上	現状より増加させる。	医療推進課調査

注）「区分」欄　S（ストラクチャー指標）：医療サービスを提供する物的・人的資源及び組織体制等を測る指標
P（プロセス指標）：実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標
O（アウトカム指標）：医療サービスの結果として住民の健康状態や患者の状態を測る指標

第2節　災害時における医療

第１　現状と課題

１ 災害の状況

（１）地震

○　我が国では、木造建築物の多い密集市街地が広い範囲で存在するため、地震による大規模火災や建物の倒壊などで多大な被害が発生してきました。本県においても、平成 26 年（2014 年）11 月の長野県神城断層地震をはじめ、多くの地震災害が発生しています。

○　日本国内においても、平成７年（1995 年）１月の阪神・淡路大震災、平成 23 年（2011 年）３月の東日本大震災、平成 28 年(2016 年)４月の熊本地震などの大規模な地震が発生しており、本県でも大規模地震の発生する可能性を考慮し、地震に対する災害医療体制を構築する必要があります。

【表１】日本国内の主な地震災害

名称	発生時期	死者	備考
阪神・淡路大震災	平成７年（1995 年）	6,434 人	消防庁
東日本大震災	平成 23 年（2011 年）	18,131 人	消防庁（平成 29 年３月１日現在）
平成 28 年熊本地震	平成 28 年（2016 年）	228 人	消防庁（平成 29 年４月 13 日現在）

【表２】長野県内の主な地震災害

名称	発生時期	死者・負傷者
善光寺地震	弘化４年（1847 年）	死者 8,586 人（推定）、負傷者不明
長野県西部地震	昭和 59 年（1984 年）	死者 29 人、負傷者 10 人
長野県北部の地震	平成 23 年（2011 年）	死者３人（災害関連死）、負傷者 12 人
長野県神城断層地震	平成 26 年（2014 年）	負傷者 46 人

（危機管理防災課調べ）

（２）風水害等

○　本県の地形は複雑急峻（きゅうしゅん）なことから、梅雨や台風等による豪雨の際に大規模な災害が発生しています。また、全国的にも短時間強雨の年間発生回数が増加傾向にあり、大河川の氾濫も発生しています。

○　20 市町村が豪雪地帯に指定されている県北部を中心に大雪による災害も発生しており、平成 24 年（2012 年）の大雪災害では死者８人、平成 26 年（2014 年）の大雪災害では死者４人を出すなど、県内各地に大きな被害をもたらしました。

○　県内には活発な噴気活動のある火山（活火山）が４つあり、平成 26 年（2014 年）には御嶽山噴火災害が発生しました。

【表３】長野県内の主な風水害等

名称	発生時期	死者・負傷者
昭和 36 年梅雨前線豪雨	昭和 36 年（1961 年）	死者・行方不明 136 人
地附山地すべり災害	昭和 60 年（1985 年）	死者 26 人、負傷者４人
平成７年梅雨前線豪雨	平成７年（1995 年）	負傷者１人
蒲原沢土石流災害	平成８年（1996 年）	死者 14 人、負傷者８人
平成 18 年７月豪雨災害	平成 18 年（2006 年）	死者 12 人、行方不明１人、負傷者 20 人
平成 24 年大雪災害	平成 24 年（2012 年）	死者８人、負傷者 55 人
平成 26 年大雪災害	平成 26 年（2014 年）	死者４人、負傷者 57 人
平成 26 年台風８号	平成 26 年（2014 年）	死者１人、負傷者３人
御嶽山噴火災害	平成 26 年（2014 年）	死者 58 人、行方不明５人、負傷者 59 人

（危機管理防災課調べ）

（３）人為災害

○　鉄道、航空等の各分野で大量・高速輸送システムが発達し、万一事故が発生した場合には、重大な事故となるおそれが指摘されています。

○　国内の大規模な事故の例としては、日航機墜落事故（昭和 60 年（1985 年）、死者 520 人）、ＪＲ福知山線尼崎脱線転覆事故（平成 17 年（2005 年）、死者 107 人）等があります。

○　本県においても、平成 28 年（2016 年）１月に北佐久郡軽井沢町でバスが道路の崖下に転落する事故（死者 15 人）が発生しています。

（４）近時の災害における課題

○　東日本大震災の教訓から、広範囲に渡る被害や、ライフラインの途絶、燃料の不足、医薬品等の物資の供給不足などにより医療機関の診療機能に影響が出ることを想定し、数ヶ月単位での医療や介護等の支援について取り組む必要があります。

○　大規模災害時は、避難所や仮設住宅で長期間避難生活を余儀なくされることが想定されることから、健康管理を行う上で、山間地が多く、冬季にはかなり気温が低くなるといった本県の特性を踏まえた対応が必要です。

○　今後、高齢化の進展とともに、どのような災害においても、高齢者等の災害時要配慮者の割合が増加することが見込まれ、健康管理を中心とした活動はより重要となります。

２　災害医療提供体制

（１）県内被災地の医療等の確保

①　災害拠点病院等の整備

○　東日本大震災、御嶽山噴火災害及び長野県神城断層地震の際には、災害派遣医療チーム（ＤＭＡＴ（Disaster Medical Assistance Team））をはじめ、多数の本県の医療関係者が被災地で活動しました。

○　災害による重篤患者の救命医療等の高度の診療機能を有し、被災地からの患者を受け入れ、広域医療搬送に係る対応等を行う災害拠点病院については、二次医療圏ごとに１病院ずつ、全10病院を指定しています。なお、長野医療圏では長野赤十字病院が基幹災害拠点病院と地域災害拠点病院を兼ねています。

○　すべての災害拠点病院で、病院機能を維持するために必要なすべての建物が耐震構造となっているとともに、災害対策マニュアルが策定されています。

○　被災者のトリアージや救命処置等を行うＤＭＡＴを保有する11の医療機関を、長野県ＤＭＡＴ指定病院として指定しています。

○　こうした災害拠点病院やＤＭＡＴ指定病院は、災害医療を提供する上で中心的な役割を担うことから、さらにその機能を強化することが必要です。

○　また、これらの病院を含め、すべての病院において、病院が被災した後、早急に診療機能を回復できるよう、業務継続計画（ＢＣＰ（Business Continuity Plan））の整備を促進する必要があります。

【表４】災害拠点病院の整備状況（平成29年３月現在）

区分	ＢＣＰ	耐震構造	自家発電	受水層	ヘリポート
佐久総合病院佐久医療センター	整備済	対応済	保有	保有	敷地内
信州上田医療センター	整備中	対応済	保有	保有	敷地外
諏訪赤十字病院	整備済	対応済	保有	保有	敷地内
伊那中央病院	整備中	対応済	保有	保有	敷地内
飯田市立病院	整備中	対応済	保有	保有	敷地内
県立木曽病院	整備済	対応済	保有	保有	敷地内
信州大学医学部附属病院	整備済	対応済	保有	保有	敷地内
市立大町総合病院	整備中	対応済	保有	保有	敷地外
長野赤十字病院	整備中	対応済	保有	保有	敷地内
北信総合病院	整備中	対応済	保有	保有	敷地内

（注１）長野赤十字病院は基幹災害拠点病院と地域災害拠点病院を兼ねる。　（医療推進課調べ）

（注２）ＢＣＰについては、すべての災害拠点病院において、平成29年度中に整備予定である。

業務継続計画（ＢＣＰ）

業務継続計画（ＢＣＰ）とは、一般的には、「震災などの緊急時に低下する業務遂行能力を補う非常時優先業務を開始するための計画で、遂行のための指揮命令系統を確立し、業務遂行に必要な人材・資源、その配分を準備・計画し、タイムラインに乗せて確実に遂行するためのもの」とされています。（平成 25 年３月厚生労働科学研究報告書「ＢＣＰの考え方に基づいた病院災害対応計画作成の手引き」より）

東日本大震災や平成 28 年熊本地震では、病院が被災するとともに、ライフラインが途絶し水などの配給が必要となるなど、入院診療に制限が生じた病院がありました。

災害時の病院では、病院機能を維持した上で被災患者を含めた患者すべてを診療する必要があり、それは病院の被災状況や地域における病院の特性、地域でのニーズの変化に応じて円滑に行われる必要があります。このため、病院機能の損失をできるだけ少なくし、機能の回復を早急に行い、継続的に被災患者等の診療に当たることができる計画（ＢＣＰ）を策定することが課題となっています。

②　ＤＭＡＴ（災害派遣医療チーム）

○　災害急性期（概ね発災後 48 時間）には、災害医療のための訓練を受けた医療従事者のチームができるだけ早期に災害現場に出動して医療を行うことが、被災者の救命につながるとの観点から、平成 17 年度（2005 年度）以降、ＤＭＡＴの養成が開始されました。平成 29 年（2017 年）４月現在、323 人が長野県ＤＭＡＴ隊員として登録されています。

○　大規模災害の発生に備え、引き続き、ＤＭＡＴの養成・確保に努めるとともに、技能を維持する取組が必要です。

○　本県で甚大な人的被害が発生するような災害が発生した場合は、遠隔地域からもＤＭＡＴが県内の被災地域へ入り、被災地域では対応困難な患者を遠隔地域へ広域医療搬送する際の医療支援を行います。

○　本県では、平成 26 年度（2014 年度）に松本空港内の信州大学医学部附属病院ドクターヘリ格納庫に航空搬送拠点臨時医療施設（ＳＣＵ（Staging Care Unit））を設置し、ＳＣＵで使用する資器材の整備を図りました。大規模災害の発生に備え、ＳＣＵの設置運営訓練を定期的に行うことが求められます。

【表５】長野県内のＤＭＡＴの状況（平成 29 年４月現在）

区分	登録者数（人）				備考
	医師	看護師	業　務 調整員	計	
佐久総合病院佐久医療センター	9	14	10	33	災害拠点、救命Ｃ
信州上田医療センター	3	11	5	19	災害拠点
諏訪赤十字病院	9	17	13	39	災害拠点、救命Ｃ
伊那中央病院	9	15	13	37	災害拠点、救命Ｃ
飯田市立病院	7	15	12	34	災害拠点、救命Ｃ
県立木曽病院	2	8	4	14	災害拠点
信州大学医学部附属病院	18	21	13	52	災害拠点、救命Ｃ(高度)
相澤病院	7	12	6	25	救命Ｃ
市立大町総合病院	1	8	8	17	災害拠点
長野赤十字病院	11	14	10	35	災害拠点(基幹)、救命Ｃ
北信総合病院	4	8	6	18	災害拠点
合　　計	80	143	100	323	

※災害拠点・・・災害拠点病院　　救命Ｃ・・・救命救急センター　　（医療推進課調べ）

③　ＤＰＡＴ（災害派遣精神医療チーム）・心のケアチーム

○　地震等による大規模自然災害や大規模事故災害等の発生時には、被災地域における精神保健医療機能の一時的低下や災害ストレス等の精神的問題の発生など精神保健医療への需要が拡大します。このようなことから、被災地域において専門性の高い精神科医療の提供や精神保健活動の支援を行う災害派遣精神医療チーム（ＤＰＡＴ（Disaster Psychiatric Assistance Team））の派遣体制や県内で発生した場合の指揮命令系統の整備を進めています。

④　医療救護班・保健師班

○　避難所や救護所等に避難した住民等に対する医療が必要となるため、地域医師会、日本赤十字社等の公的病院、公立病院等を中心とした救護班が活動します。

○　災害急性期以降、主な活動内容としては、避難所・救護所等における被災者の健康管理、避難所の公衆衛生対策、在宅患者への診療等です。

○　また、避難所及び地域の住民に対して、保健師による健康相談や生活指導等が行われます。

【表６】ＤＭＡＴ、ＤＰＡＴ・心のケアチーム、医療救護班・保健師班の活動状況

災害	ＤＭＡＴ		ＤＰＡＴ		心のケアチーム	
	活動病院数	活動チーム数	活動病院数	活動チーム数	活動病院数	活動チーム数
長野県北部の地震	―	―	―	―	―	―
御嶽山噴火災害	11病院	16チーム	1病院	6チーム	―	―
長野県神城断層地震	11病院	12チーム	―	―	1 病院	8 チーム

災害	医療救護班		保健師班
	活動病院数	活動チーム数	活動チーム数
長野県北部の地震	2※病院等	15 チーム	44 チーム
御嶽山噴火災害	―	―	42 チーム
長野県神城断層地震	―	―	36 チーム

※「県医師会」「長野県厚生農業協同組合連合会本部」を含む。（医療推進課、保健・疾病対策課調べ）

御嶽山噴火災害におけるＤＭＡＴ等の活動

平成 26 年（2014 年）９月 27 日に発生した御嶽山噴火災害では、死者 58 人、行方不明者５人、負傷者 59 人と大きな被害をもたらしました。警察、自衛隊、消防の延べ 15,176 人が捜索に当たり、県内 11 病院 16 チーム、県外 11 病院 11 チームのＤＭＡＴ、県内５病院 10 チーム、県外１病院１チームの医療救護班（日赤救護班）、１病院６チームのＤＰＡＴ、医師会、歯科医師会が活動しました。

ＤＭＡＴや日赤救護班は、現場救護所での救護活動や、消防の救急車・町村役場の用意したマイクロバスによる県立木曽病院への患者搬送、県立木曽病院での診療支援、ドクターヘリなどによる県内の災害拠点病院への重症患者の搬送などの活動を行いました。特に、ドクターヘリによって現場と県立木曽病院へ医師を派遣したことは、早期のＤＭＡＴ活動の開始に寄与しました。

日赤救護班や県立こころの医療センター駒ヶ根から派遣されたチームは、被災された方やそのご家族などへのこころのケア活動を、医師会、歯科医師会は、検案業務を行いました。

この災害は、県内のＤＭＡＴなどが初めて対応する噴火災害でしたが、関係機関による日ごろの合同訓練や研修の実施により、初動においてスムーズな連携を取ることができました。一方、的確な情報の収集や伝達、ＤＭＡＴ隊員の安全確保、被災された方などのこころのケアのための知識の修得などが重要であることが明らかになりました。

今後は、この災害における活動の教訓を活かし、災害の発生に備え、訓練や研修、平時の体制整備を継続的に行っていく必要があります。

⑤　広域災害・救急医療情報システム（ＥＭＩＳ）

○　災害時の迅速な対応が可能となるよう、患者の医療機関受診状況、ライフラインの稼働状況等の情報を、災害時において相互に収集・提供する広域災害・救急医療情報システム（ＥＭＩＳ（Emergency Medical Information System））が全国的に整備されています。

○　今後は、さらに多くの医療機関の理解と参加を促進し、あわせて、平時から入力訓練等を行う必要があります。

【表７】長野県内の広域災害・救急医療情報システム（ＥＭＩＳ）の導入状況

区　　分	平成 23 年	平成 28 年
病院・診療所	89	110
消防関係機関（消防本部等）	40	40
県・郡市医師会	23	23
県等関係機関（保健福祉事務所、長野市保健所、日赤県支部、看護協会等）	12	14
計	164	187

（医療推進課調べ）

⑥　災害医療コーディネーター

○　発災後に長野県災害医療本部に設置することができる災害医療コーディネートチームに参画する長野県災害医療コーディネーターについては、平成26年（2014年）からあらかじめ委嘱しておくこととし、平成29年（2017年）４月現在、13人に委嘱しています。また、二次医療圏ごとに地域災害医療活動マニュアルに基づき、地域災害医療コーディネーターが指定されています。

○　県災害医療コーディネーターは、保健医療活動を行うチームの派遣調整等の助言や情報の共有を行います。地域災害医療コーディネーターは、被災地に参集したチームの派遣調整等の助言などを行います。

○　このような災害医療コーディネーターの養成及び能力向上に努める必要があります。

⑦　災害時小児周産期リエゾン

○　災害時においては、特に医療のサポートが必要となる妊産婦・新生児等に対する災害医療体制の構築が必要です。本県では平成28年度（2016年度）から２人の医師が災害時小児周産期リエゾンとして活動しています。今後、小児・周産期医療に特化した災害時の調整役である災害時小児周産期リエゾンの養成を進めていく予定です。

⑧　災害医療活動指針（マニュアル）の整備

○　平成23年（2011年）２月に長野県災害医療活動指針を策定するとともに、県内すべての医療圏で、地域災害医療活動マニュアルが策定されています。

○　これらのマニュアルを踏まえ、災害拠点病院をはじめ、地域の他の医療機関、医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会、消防機関等の関係機関が連携を強化し、定期的な訓練も行うことが必要です。

○　これらのマニュアルについては、急性期を脱した後の対応など実際の災害や訓練の結果を踏まえて適宜見直していく必要があります。

○　あわせて、災害拠点病院やＤＭＡＴ指定病院以外の医療機関も含め所属する医療従事者に対し、災害時の医療活動に関する啓発を行うことも重要です。

⑨　災害時の医療救護活動及び医薬品供給に関する協定

○　災害時の円滑な医療救護活動及び医薬品供給を図るため、関係団体と協定を締結しています。

○　今後、さらに連携強化に努める必要があります。

【表８】県と医療関係団体による災害時協定

相　手　方	締結日	概要
一般社団法人長野県医師会	平成６年１月 17 日 （平成 23 年 11 月 16 日改定）	医療救護班の編成及び活動計画策定、関係機関との連絡体制　等
一般社団法人長野県歯科医師会	平成 11 年４月 26 日	医療救護計画の策定、歯科医療救護班の派遣　等
一般社団法人長野県薬剤師会	平成 14 年 12 月６日	傷病者に対する調剤、服薬指導、医薬品の管理及び仕分け
公益社団法人長野県看護協会	平成 23 年 11 月 11 日	医療救護計画の策定、看護師の派遣　等
一般社団法人長野県助産師会	平成 23 年 11 月 11 日	医療救護計画の策定、助産師の派遣　等
一般社団法人日本産業・医療ガス協会関東地域本部長野県支部	平成 24 年３月 23 日	医療ガスの供給

（医療推進課、薬事管理課調べ）

⑩　災害時における医薬品等の供給

○　台風、地震その他の災害時等緊急の事態に速やかに対応するため、緊急に必要とされる医薬品及び衛生材料を県内の主たる場所に備蓄しています。

○　これまでに、長野県西部地震（昭和59年（1984年））、梅雨前線豪雨災害（平成７年（1995年））、東日本大震災（平成23年（2011年））、長野県北部の地震（平成23年（2011年））などにおいて被災地へ供給しています。

【表９】備蓄場所･備蓄方法

分　類		医　薬　品	衛生材料※2
備蓄先		長野県医薬品卸協同組合	長野県医療機器販売業協会
備蓄箇所	東信	2	1
	北信	2	1
	中信	3	1
	南信※1	6	3
	合計	13	6
備蓄方法		ランニング備蓄（流通の中で常に一定量を確保）	

（薬事管理課調べ）

※1　南信（諏訪・上伊那・飯伊）は、東海地震に係る地震防災対策強化地域のため箇所数が２倍。
※2　衛生材料は、中信地区以外は２地域分を１箇所に備蓄。中信地区は３地域分を１箇所に備蓄。

【表 10】備蓄品目

分　　類	備　蓄　品　目　例
内服薬　（19 品目）	解熱鎮痛剤、抗生物質、降圧剤　　など
注射薬　（９品目）	局所麻酔剤、抗生物質、輸液　　など
外用薬　（15 品目）	局所麻酔剤、消炎鎮痛剤、消毒剤　など
衛生材料（24 品目）	滅菌ガーゼ、絆創膏、注射器　　など
合　計　（67 品目）	

※延べ48,000人の２日分（強化地域は普通地域の２倍量）を備蓄

（２）県外被災地への医療等の支援

①　ＤＭＡＴ（災害派遣医療チーム）

○　県外で甚大な人的被害が生じるような災害が発生した場合は、本県からもＤＭＡＴが県外の被災地域へ入り、医療支援を行います。

○　東日本大震災では、本県を含むすべての都道府県のＤＭＡＴが出動し、約 380 チームが病院支援や域内搬送、広域医療搬送を実施しました。

②　ＤＰＡＴ（災害派遣精神医療チーム）・心のケアチーム

○　過去に発生した大規模地震災害時において、本県からＤＰＡＴと心のケアチームが派遣され、それぞれの被災地域において精神科医療の提供及び精神保健活動を行いました。

③　医療救護班・保健師班

○　県外で甚大な人的被害が生じるような災害が発生した場合は、本県からも医療救護班や保健師班が県外の被災地域へ入り、活動します。

○　東日本大震災や平成28年熊本地震においては、国や被災県の要請により、本県から多数の医療救護班や保健師班が被災地で活動し、高い評価を得ました。

【表 11】ＤＭＡＴ、ＤＰＡＴ・心のケアチーム、医療救護班・保健師班の活動状況

災害	ＤＭＡＴ		ＤＰＡＴ		心のケアチーム	
	活動病院数	活動チーム数	活動病院数	活動チーム数	活動病院数	活動チーム数
東日本大震災	11病院	15チーム	―	―	14病院	37チーム
平成28年熊本地震	―	―	1病院	1チーム	―	―

災害	医療救護班		保健師班
	活動病院数	活動チーム数	活動チーム数
東日本大震災	26※病院等	86チーム	25チーム
平成28年熊本地震	7病院	7チーム	9チーム

※「県医師会」「長野県厚生農業協同組合連合会本部」を含む。（医療推進課、保健・疾病対策課調べ）

災害対応に係る保健医療活動を行うチーム

災害時には、様々な医療支援チームが被災地に入り活動します。東日本大震災や平成 28 年熊本地震でも次のようなチームが活動しました。

○ＪＭＡＴ（日本医師会災害医療チーム（Japan Medical Association Team））

東日本大震災の際に初めて結成、派遣された医療チームで、医師、看護師、事務職員を基本としながら、被災地のニーズに合わせて多様な職種も構成員として派遣されます。被災地における医療提供体制の回復を目的として、被災地の実情に応じた長期間の支援を行うことも特徴です。平成 28 年熊本地震では全国で合計 568 チームが活動しました。

○日本赤十字社救護班

日本赤十字社では、災害時に備えて、赤十字病院の医師、看護師などを中心に編成される救護班を全国で約 500 班（約 7,000 人）編成しています。災害が発生すると、ただちに救護班（1 班あたり医師・看護師ら 6 人）を派遣し、救護所の設置、被災現場や避難所での診療、こころのケア活動などを行います。

○歯科チーム

災害急性期における緊急歯科診療のほか、避難者のなどの誤嚥性肺炎、呼吸器感染症などの災害関連疾病や生活不活発病の予防のために、口腔ケアや口腔衛生啓発活動、口腔機能向上訓練などを行います。

○災害支援薬剤師

被災地等から要請があった場合に派遣され、医療救護所では、調剤業務、被災者が持参する医薬品の確認、在庫している医薬品の管理などを行います。また、避難所では、一般用医薬品の分類・管理・供給、お薬相談、健康相談や公衆衛生活動のサポートなどを行います。

○災害支援ナース

被災者が健康レベルを維持できるよう被災地で適切な医療・看護を提供することなどを目的に、災害支援ナースが都道府県看護協会に登録されています。災害支援ナースは、主に被災した医療機関や社会福祉施設、避難所などで活動します。

このほか、被災県の要請により日本柔道整復師会や日本理学療法士会等から多数の医療従事者が被災地へ派遣されました。

第２　目指すべき方向と医療連携体制

１　目指すべき方向

各地域において、地域防災計画と整合性を図りつつ、災害拠点病院を中心とした災害医療提供体制を構築するとともに、地域間や関係機関間の相互連携を推進することにより、災害時においても必要な医療が確保される体制を構築します。

（１）平時における連携体制

災害時における円滑な医療救護活動のため、地域間や関係機関間が相互に連携できる体制を整備します。

（２）災害急性期(発災後48時間以内)において必要な医療が確保される体制

被災者を一刻も早く、１人でも多く救うため、ＤＭＡＴ等を直ちに派遣し、被災地の医療確保や医療支援が速やかに実施できる体制を整備します。

（３）急性期を脱した後も住民の健康が確保される体制

救護所、避難所等において、感染症のまん延防止、メンタルヘルスケア、口腔ケア等、長期間の避難生活を送る被災者の健康管理を適切に行うことができる体制を整備します。

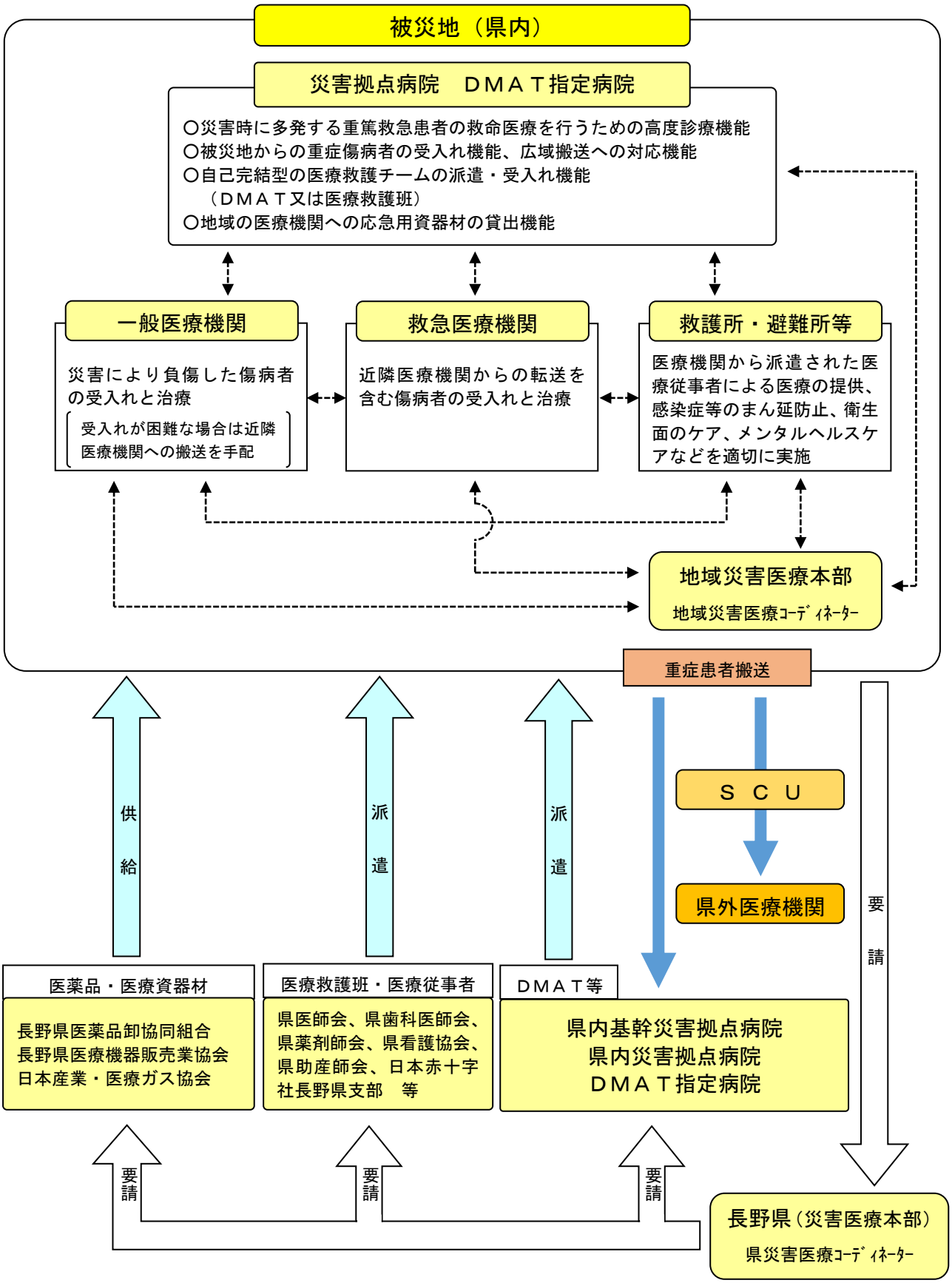
２　災害医療提供体制

災害拠点病院やＤＭＡＴ指定病院など、災害時に中心的な役割を果たす医療機関と各種団体や被災地内の一般の医療機関等の災害時の連携体制は次ページに示す図のとおりです。

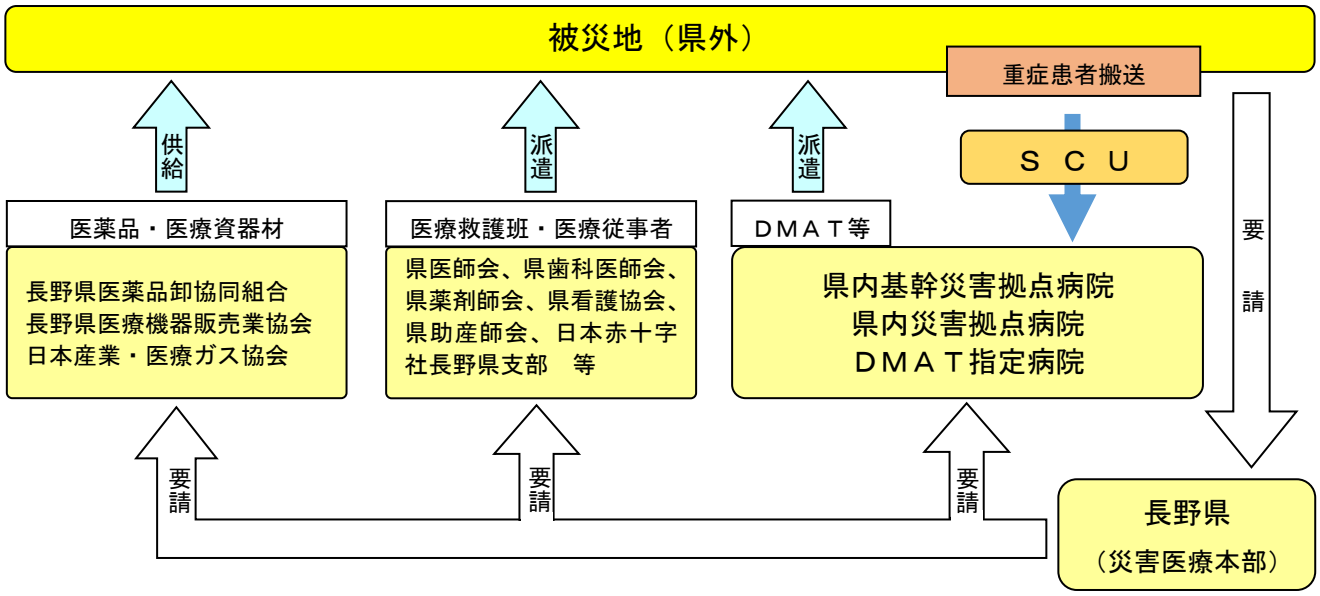
県内で災害が発生した場合は、災害拠点病院・ＤＭＡＴ指定病院が、県内被災地の救急医療機関や一般の医療機関から患者搬送を受ける一方で、被災医療機関へのＤＭＡＴ派遣などにより診療体制を確保するとともに、各種団体の協力により医薬品や医療機器の確保を図るなど、医療提供体制の構築を目指します。

また、県外で甚大な人的被害が生じるような災害が発生した場合は、国や他都道府県の要請に基づき、被災した地域への医療支援が速やかに実施できる体制の構築を目指します。

（１）県内で災害が発生した場合



（２）県外で災害が発生した場合



3　災害医療に係る拠点病院相互の連携体制

災害時における医療については、二次医療圏ごとに災害拠点病院等が指定され、医療提供体制が整備されています。災害時は被災地内の災害拠点病院を中心に、他の災害拠点病院等と連携して対応します。

【表12】災害医療に係る拠点病院の状況

二次医療圏	病院名	災害拠点病院	ＤＭＡＴ指定病院	備考
佐　久	佐久総合病院佐久医療センター	○	○	救命救急センター
上　小	信州上田医療センター	○	○	二次救急医療機関
諏　訪	諏訪赤十字病院	○	○	救命救急センター
上伊那	伊那中央病院	○	○	救命救急センター
飯　伊	飯田市立病院	○	○	救命救急センター
木　曽	県立木曽病院	○	○	二次救急医療機関
松　本	信州大学医学部附属病院	○	○	高度救命救急センター
	相澤病院		○	救命救急センター
大　北	市立大町総合病院	○	○	二次救急医療機関
長　野	長野赤十字病院	○	○	救命救急センター
北　信	北信総合病院	○	○	二次救急医療機関

（医療推進課調べ）

第３　施策の展開

1　平時における体制整備

○　災害時の医療連携体制について、長野県災害・救急医療体制検討協議会及び分科会（災害拠点病院連絡協議会や災害派遣医療チーム(ＤＭＡＴ)分科会）等により検討を進めます。

○　災害時の保健医療活動について、県内外で発生した災害への対応や教訓等を踏まえ、県災害医療活動指針を見直すとともに、関係機関による訓練の実施を促進します。

○　二次医療圏ごとの地域の実情に基づいた災害医療活動マニュアルについても、県災害医療活動指針や市町村の防災計画、関係団体のマニュアル等との整合を図りながら、定期的な見直しを実施するとともに、マニュアルを踏まえた関係機関による訓練の実施を促進します。

○　県及び地域における災害医療コーディネーターの業務・役割等についての研修や、各種訓練への参加を支援・促進することにより、その養成や能力向上を図ります。

○　災害医療コーディネーターやＤＭＡＴ、ＤＰＡＴ、災害時小児周産期リエゾンなど、災害医療を担う様々な関係機関・支援チームの連携体制を構築するための仕組みを検討します。

○　二次医療圏においても、災害拠点病院を中心として、災害拠点病院以外の医療機関、地域医師会、消防機関、行政機関等による連携体制の整備を図るとともに、各二次医療圏間の連携を促進します。

○　災害拠点病院を中心とした災害医療従事者を対象に、定期的に研修会を開催するなど、災害医療に係る人材育成やその支援に努めます。

○　災害拠点病院の災害医療に係る設備の整備を支援します。

○　ＳＣＵで使用する資器材などの災害医療に係る設備・備品の整備に努めます。

○　大規模災害を想定した訓練への参加などを通じ、災害時における他都道府県との連携体制の構築を推進します。

2　災害急性期（発災後48 時間以内）に対応する体制整備

○　二次医療圏における複数の災害拠点病院の指定の検討や、災害拠点病院を含むすべての病院における業務継続計画の策定などにより、地域の災害医療体制の強化や被災によるリスクの軽減を図ります。

○　ＤＭＡＴ隊員の必要数を確保するため計画的な養成に努めます。また、ＤＭＡＴ隊員の継続的な養成や技能維持のための研修や訓練の企画・運営などの役割を担う日本ＤＭＡＴインストラクターの計画的な養成を促進します。

○　ＤＭＡＴ活動について、消防機関をはじめ、市町村、警察、自衛隊などへの周知を図るとともに、これらの関係機関との連携強化を推進します。

○　災害用備蓄医薬品等の迅速かつ効率的な供給体制の整備を促進します。

3　急性期を脱した後に対応する体制整備

○　災害急性期を脱した後も住民が継続的に必要な医療を受けられるよう、医療救護班や医療従事者の派遣に関する医療機関の取組を支援します。

○　救護所や避難所等の被災者に対して、感染症のまん延防止、衛生面のケア、メンタルヘルスケア、災害時要支援者のサポート、医薬品・衛生材料等の救援物資の管理・配布などを適切に行える医療提供体制の確保を促進します。

第４ 数値目標

１ 平時における連携体制

区分	指 標	現状（H29）	目標（H35）	目標数値の考え方	備考（出典等）
P	行政、災害拠点病院、医師会等の関係機関によるコーディネート機能の確認を行う災害訓練の実施二次医療圏数	７医療圏（H28）	10 医療圏	すべての医療圏における実施を目指す。	医療推進課調査
P	災害関係医療従事者を対象とした研修に参加した病院の割合	8.5%（H28）	100%	すべての病院が研修に参加することを目指す。	医療推進課調査

２ 災害急性期（発災後 48 時間以内）において必要な医療が確保される体制

区分	指 標	現状（H29）	目標（H35）	目標数値の考え方	備考（出典等）
S	病院における業務継続計画の策定率	13.8%	100%	すべての病院における策定を目指す。	医療推進課調査
S	日本ＤＭＡＴ研修年間修了者数	24 人（第６次計画期間の平均）	24 人以上	広域災害時の活動に必要な隊員数を確保するため、現状以上とする。	医療推進課調査
S	長野県ＤＭＡＴ養成研修年間修了者数	32 人（第６次計画期間の平均）	32 人以上	県内における災害時の活動に必要な隊員数を確保するため、現状以上とする。	医療推進課調査
P	ＥＭＩＳに登録している病院のうち、ＥＭＩＳの操作を含む研修・訓練を受講・実施した病院の割合	44.2%	100%	ＥＭＩＳに登録しているすべての病院が研修・訓練に参加することを目指す。	医療推進課調査

３ 急性期を脱した後も住民の健康が確保される体制

区分	指 標	現状（H29）	目標（H35）	目標数値の考え方	備考（出典等）
S	急性期を脱した後の対応を含む地域災害医療活動マニュアルを策定した二次医療圏数	１医療圏	10 医療圏	すべての医療圏における策定を目指す。	医療推進課調査

注）「区分」欄　S（ストラクチャー指標）：医療サービスを提供する物的・人的資源及び組織体制等を測る指標
P（プロセス指標）：実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標
O（アウトカム指標）：医療サービスの結果として住民の健康状態や患者の状態を測る指標

第3節　周産期医療

第１　現状と課題

１　周産期医療をとりまく状況

（１）妊産婦・新生児の状況

○　本県の出生数は全国と同様に減少傾向となっており、全出生中の母の出生時年齢が35歳以上の割合は増加しています。

○　帝王切開術、（極）低出生体重児*1及び複産*2の割合は、増加及び横ばいから減少に転じた状況にありますが、引き続きハイリスク分娩や急変時の体制強化が必要です。

○　全国の産後うつ病が疑われる者*3の割合は、平成13年（2001年）の13.4%が、平成21年（2009年）に10.3%、平成25年（2013年）に9.0%と１割程度とされており*4、産後うつ等の異常の早期発見、早期治療及び早期支援のため精神科医療機関及び保健関係機関等との連携が必要です。

＊1低出生体重児：2,500ｇ未満で出生した児、極低出生体重児：1,500ｇ未満で出生した児

＊2複産：双子・三つ子等多胎で生まれた出生であり、死産は含まない

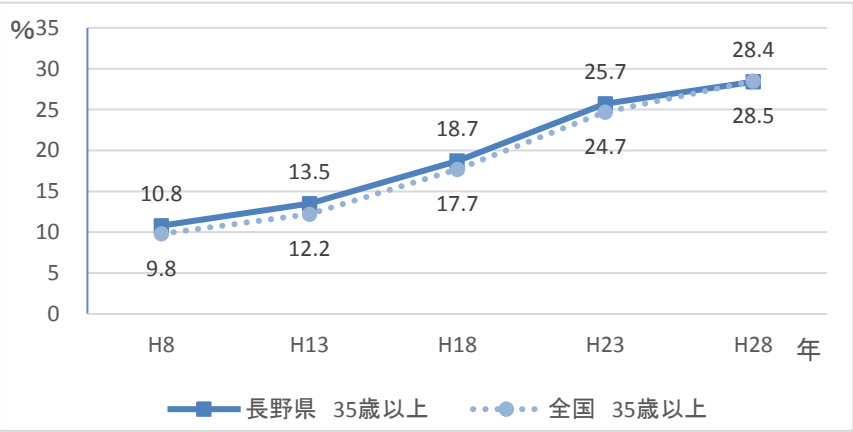
＊3産後うつ病が疑われる者：エジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）の合計得点が９点以上の者

＊4厚生労働科学研究「健やか親子21」の最終評価・課題分析及び次期国民健康運動の推進に関する研究」（主任研究者　山縣然太郎）（平成25年）

【表１】母の出生時年齢が35歳以上の割合

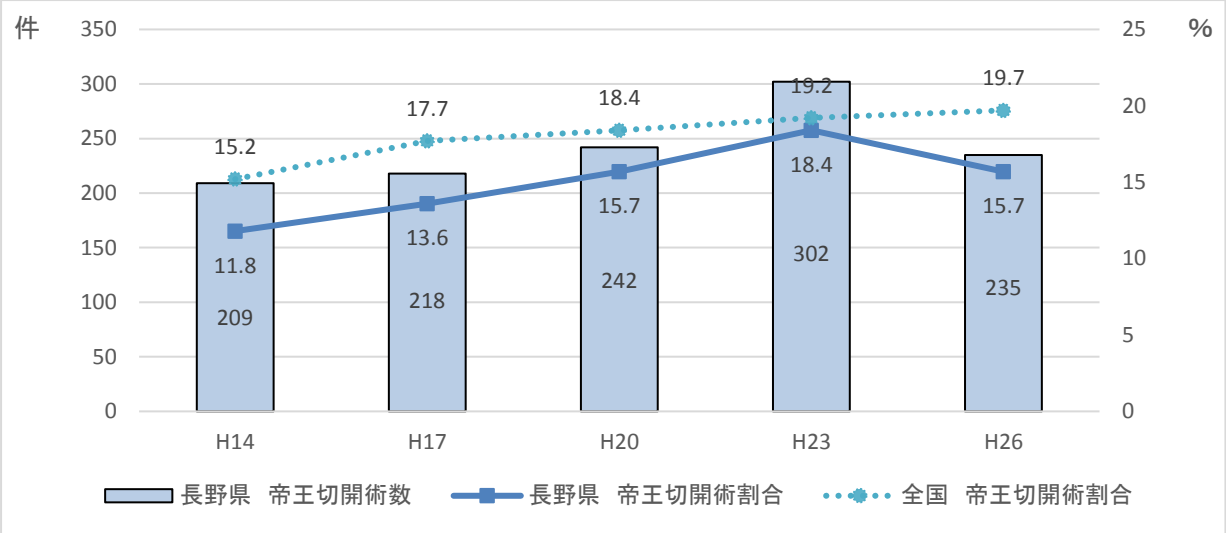
年	長野県			全　国		
	出　生　数　（人）		35 歳以上の割合（%）	出　生　数　（人）		35 歳以上の割合（%）
	総　数	35 歳以上		総　数	35 歳以上	
H8	21,286	2,298	10.8	1,206,555	118,553	9.8
H13	20,889	2,811	13.5	1,170,662	142,785	12.2
H18	18,775	3,510	18.7	1,092,674	192,914	17.7
H23	16,917	4,356	25.7	1,050,806	259,552	24.7
H28	15,169	4,309	28.4	976,978	278,162	28.5

【図１】母の出生時年齢が35歳以上の割合の推移



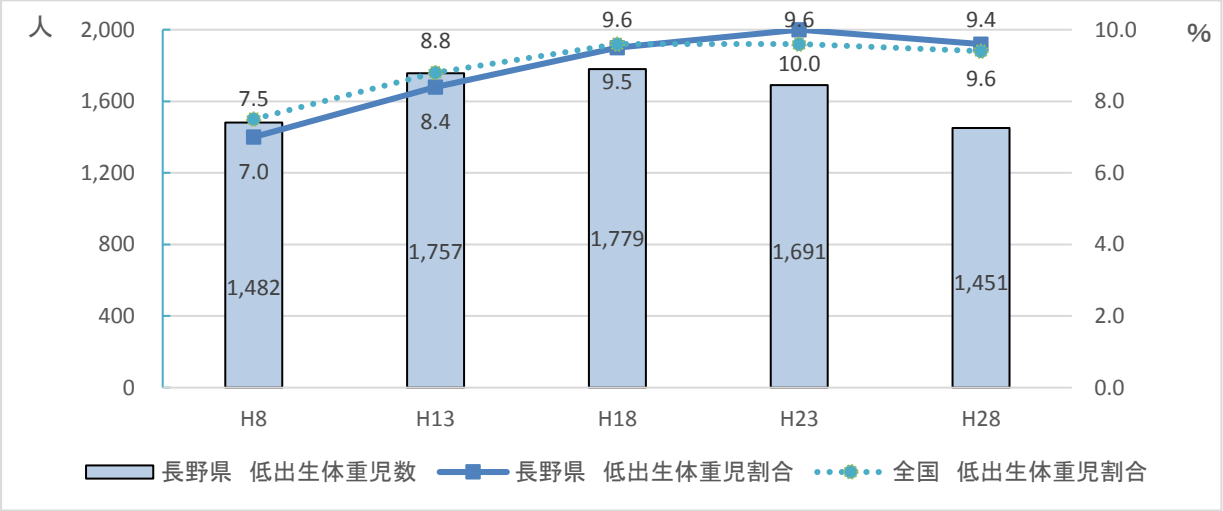
（厚生労働省「人口動態統計」）

【図２】帝王切開術の数と割合（帝王切開術数/全分娩件数）の推移



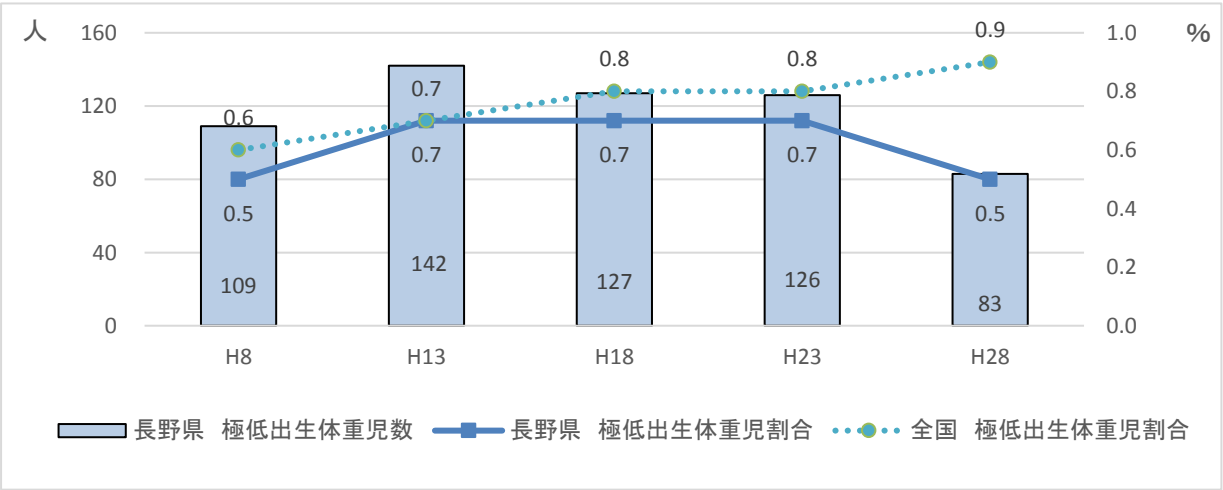
※各年９月中の数値　　（厚生労働省「医療施設調査」）

【図３】低出生体重児の数と割合（低出生体重児数/全出生数）の推移



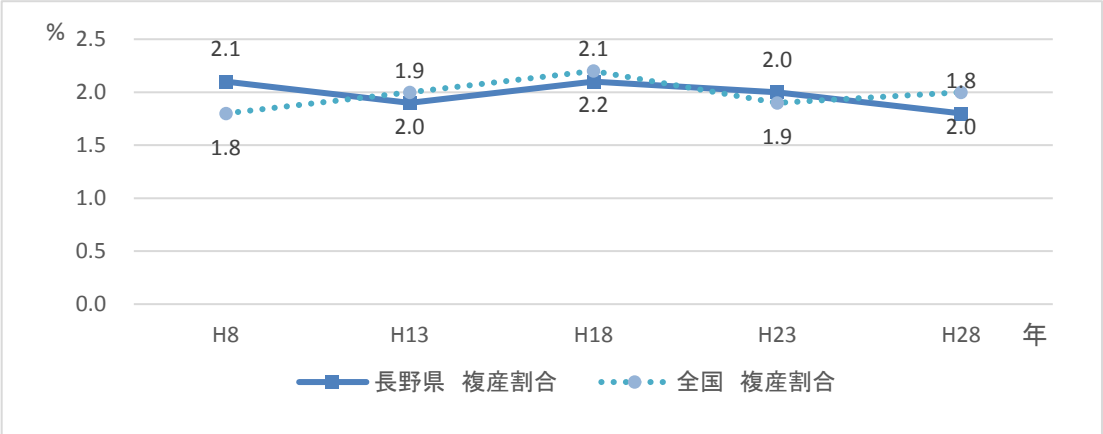
（厚生労働省「人口動態統計」）

【図４】極低出生体重児の数と割合（極低出生体重児数/全出生数）の推移



（厚生労働省「人口動態統計」）

【図５】複産の割合（複産数/全出生数）の推移



（厚生労働省「人口動態統計」）

（２）周産期・新生児死亡の状況

○　周産期死亡率、新生児死亡率はともに低い水準で経過しており、この水準を維持していく必要があります。

○　妊産婦死亡数は平成25年（2013年）及び平成26年（2014年）は0人でしたが、平成28年（2016年）は1人、妊産婦死亡率は6.5（出産10万対）となっています。

【表２】周産期死亡数・周産期死亡率（出産千対）

年	長野県			全　国		
	出産数（人）	周産期死亡数（人）	周産期死亡率（出産千対）	出産数（人）	周産期死亡数（人）	周産期死亡率（出産千対）
H8	21,826	127	5.8	1,246,091	8,080	6.5
H13	21,384	99	4.6	1,208,129	6,476	5.4
H18	19,260	83	4.3	1,123,585	5,100	4.5
H23	17,287	49	2.8	1,076,557	4,315	4.0
H28	15,481	56	3.6	997,912	3,516	3.5

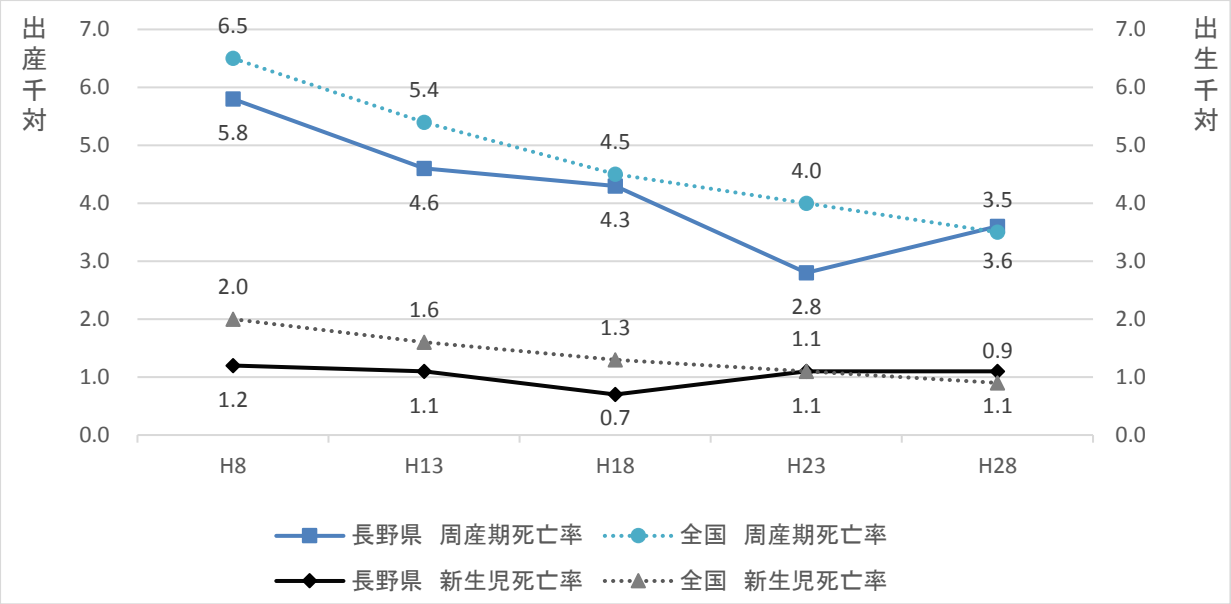
（厚生労働省「人口動態統計」）

【表３】新生児死亡数・新生児死亡率（出生千対）

年	長野県			全　国		
	出生数（人）	新生児死亡数（人）	新生児死亡率（出生千対）	出生数（人）	新生児死亡数（人）	新生児死亡率（出生千対）
H8	21,286	26	1.2	1,206,555	2,438	2.0
H13	20,889	22	1.1	1,170,662	1,909	1.6
H18	18,775	13	0.7	1,092,674	1,444	1.3
H23	16,917	19	1.1	1,050,806	1,147	1.1
H28	15,169	16	1.1	976,978	874	0.9

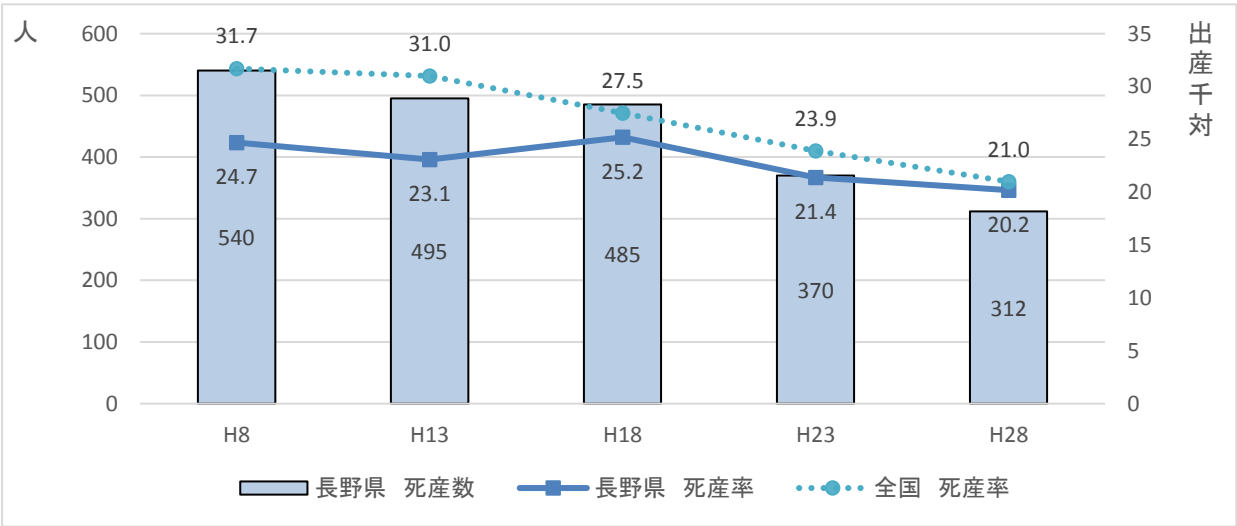
（厚生労働省「人口動態統計」）

【図６】周産期死亡率（出産千対）・新生児死亡率（出生千対）の推移



（厚生労働省「人口動態統計」）

【図７】死産数・死産率（出産千対）の推移



（厚生労働省「人口動態統計」）

（３）出生場所の推移

○　出生場所は、昭和 45 年（1970 年）には「病院・診療所」が 82.2%、「助産所」が 15.9%、「自宅・その他」が 1.9%でしたが、平成 28 年（2016 年）には、「病院・診療所」が 98.7%、「助産所」が 1.1%、「自宅・その他」が 0.2%と「病院・診療所」での出産がほとんどを占めており、全国とほぼ同様の状況となっています。

○　病院、診療所の別に見ると、平成 28 年（2016 年）において全国では病院と診療所の比が概ね１対１であるのに対し、本県では概ね７対３と病院での出生の割合が高くなっており、病院の負担が大きくなっています。

【表４】出生場所の割合の推移 **（単位：%）**

年	長野県					全　国				
	施設内				自宅・その他	施設内				自宅・その他
	病院	診療所	助産所	小計		病院	診療所	助産所	小計	
S45	41.8	40.4	15.9	98.1	1.9	43.4	42.1	10.6	96.1	3.9
S55	55.5	40.0	4.3	99.8	0.2	51.7	44.0	3.8	99.5	0.5
H8	62.7	36.7	0.4	99.8	0.2	62.7	36.7	1.0	99.8	0.2
H13	68.7	30.5	0.6	99.8	0.2	53.0	45.8	1.0	99.8	0.2
H18	70.8	28.2	0.7	99.7	0.3	50.9	47.9	1.0	99.8	0.2
H23	67.5	30.6	1.5	99.6	0.4	52.0	47.0	0.9	99.8	0.2
H28	71.0	27.7	1.1	99.8	0.2	54.3	45.0	0.6	99.8	0.2

（厚生労働省「人口動態統計」）

２　周産期医療の提供体制

（１）周産期医療に関わる医療施設・医師の状況

○　産科・産婦人科を標榜する医療施設及び分娩取扱い施設の減少や産科医の絶対数の不足等により、周産期医療を担う医療機関の負担が増加しており、産科医の確保等が必要です。

【表５】産科・産婦人科を標榜する医療施設数 **（単位：施設）**

年	H14	H16	H18	H20	H22	H24	H26	H28
病　　院	43	42	39	39	36	35	34	37
診　療　所	77	72	67	63	60	60	55	51
計	120	114	106	102	96	95	89	88
うち分娩を扱う施設	61	－	53	45	45	46	44	40

（医療推進課調査）

【表６】医療施設に従事する医師で主な診療科が「産科・産婦人科」である医師数の推移（単位：人）

年	H14	H16	H18	H20	H22	H24	H26
長野県	183	184	158	168	191	191	174
人口 10 万対	8.2	8.4	7.8	7.7	8.9	8.9	8.2
全　国	11,034	10,599	9,592	10,389	10,652	10,868	11,085
人口 10 万対	8.6	8.3	7.9	8.1	8.3	8.6	8.7

（厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」）

（２）周産期医療体制の状況

○　本県では、平成12年（2000年）９月から「長野県周産期医療協議会」による「長野県周産期医療システム」の運用が開始されました。その後、平成18年（2006年）10月に設置された「長野県産科・小児科医療対策検討会」において、県内の産科・小児科医療のあり方について協議が行われ、平成19年（2007年）３月に取りまとめられた「長野県の産科・小児科医療のあり方に関する提言書」において、医療資源の集約化・重点化の方向が示されました。また平成22年１月26日付けの厚生労働省の通知を受け、総合周産期母子医療センターを始めとする周産期医療体制の整備が進み、平成25年度「第６次医療計画」にはその内容が反映されました。

○　こうした経過を経て、現在、総合周産期母子医療センター（県立こども病院）を中心に、地域周産期母子医療センター（９病院)、地域周産期連携病院（11病院）及び一般周産期医療機関により「長野県周産期医療システム」が構築されています。

○　「長野県周産期医療システム」は、総合周産期母子医療センター及び地域周産期母子医療センター等の空床情報等を一元化する「周産期救急情報システム」と、周産期医療機関相互の連携・協力による母体と新生児の搬送を行う「転院搬送システム」により構成されています。

○　より効果的・効率的な「長野県周産期医療システム」の運用がなされるよう、母体に関する救命救急医療については、地域周産期母子医療センターの信州大学医学部附属病院が中心となり、県全域でハイリスク分娩や救急搬送等に対応できる安定した周産期医療が提供されています。

○　災害時において、特に医療のサポートが必要となる妊産婦・新生児等に対する災害医療体制の構築が必要です。

【表７】搬送件数の推移　　**（単位：件）**

区　分	搬送受入機関	母体搬送					新生児搬送				
		H24	H25	H26	H27	H28	H24	H25	H26	H27	H28
総合周産期母子医療センター	県立こども病院	96	113	86	95	72	173	183	196	201	156
地域周産期母子医療センター	信州大学医学部附属病院	41	76	66	75	96	5	6	17	15	42
	佐久医療センター	18	20	19	10	14	5	5	13	13	20
	信州上田医療センター	－	－	12	8	31	66	64	54	45	22
	諏訪赤十字病院	18	32	29	13	14	25	20	36	35	30
	伊那中央病院	28	26	21	18	23	8	17	3	15	13
	飯田市立病院	13	10	13	16	13	7	8	22	12	0
	長野赤十字病院	55	65	97	72	101	68	47	74	58	64
	篠ノ井総合病院	32	35	33	33	19	17	17	7	6	8
	北信総合病院	6	12	6	8	16	8	16	15	8	6
	小計	211	276	296	253	327	209	200	241	207	205
地域周産期連携病院		16	19	17	3	0	27	16	19	13	9
合　計		323	408	399	351	399	409	399	456	418	370

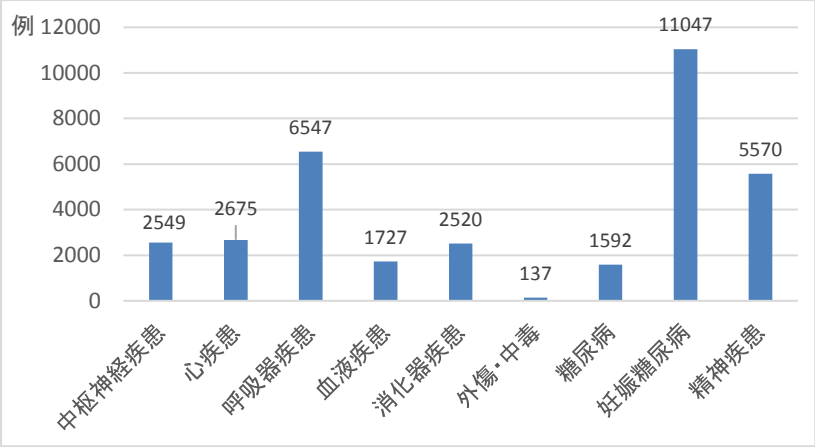
（保健・疾病対策課調査）

（３）合併症を有する妊娠への対応状況

○　合併症（脳血管障害、急性心疾患、精神疾患等）を有する妊娠への対応状況は、身体疾患合併への対応については、総合・地域周産期母子医療センターの診療体制により比較的整備されています。

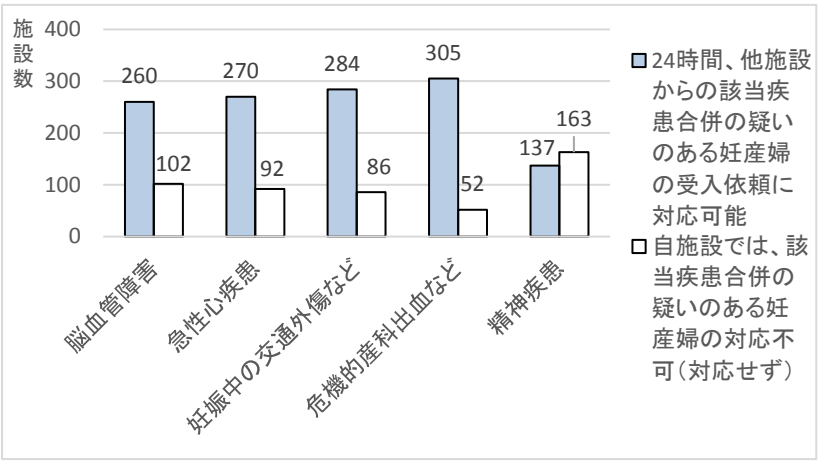
　一方で精神疾患合併への対応については、施設内での連携及び精神科医療機関等との連携などの体制強化が課題となっています。

【図８】合併症を有する妊娠の割合（周産期母子医療センター268 施設を含む病院 355 施設）



※1 日本産婦人科学会　周産期委員会報告（2016年6月）をもとに作成
※2 2014年周産期統計
※3 登録参加施設は周産期母子医療センター268施設（総合:87施設、地域:181施設）を含む病院355施設
※4 症例登録総数は、同年に出産した妊娠22週以降の220,052例

【図９】合併症を有する妊娠への対応状況（周産期母子医療センター390 施設）

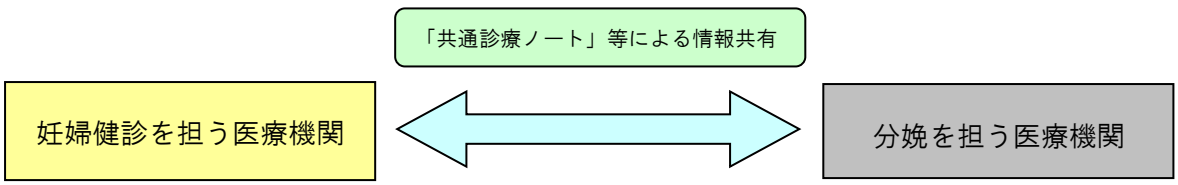


※1 厚生労働省医政局地域医療計画課調査をもとに作成
※2 平成27年4月1日現在の状況
※3 周産期母子医療センター390施設（総合:99施設、地域:291施設）

地域連携モデル

県内のいくつかの地域では、産科・産婦人科を標榜する医療施設及び分娩取扱い施設の減少や産科医の絶対数の不足など、周産期医療体制の確保が危惧されています。

このような状況において、妊婦健診と分娩とをそれぞれ別の医療機関で分担し、「共通診療ノート」や「産科共通カルテ」等を用いて情報を共有化することにより、各医療機関の負担の軽減を図るなど、医療機関の機能分担と妊産婦情報の共有による各医療圏の産科医療を維持する取組が行われています。



（４）療養・療育支援の体制

○　「長野県周産期医療システム」の運用により、周産期死亡率、新生児死亡率ともに低い水準を維持していますが、入院の長期化等が課題となっています。

※人工呼吸器を装着している障がい児その他の日常生活を営むために医療を要する状態にある障がい児への支援体制については、次節の「小児医療」に記載しています。

院内助産

安心してお産ができる環境の維持を目指して
～「院内助産」普及に向けた取り組みについて～

今や日本は世界で有数の母児共に安全にお産ができる国になっています。しかし、昨今の産科医不足やそれにともなう分娩施設の集約化によって全国的にお産ができる施設が減少しています。そんな中で妊産婦さんとその家族にとって安心で快適なケアを提供する事は非常に大切な課題です。

その対策のひとつに「院内助産」があります。院内助産とは産科医師と助産師がそれぞれの専門性を発揮してより安全で快適なお産をめざす仕組みです。具体的には、妊婦さんに問題がなければ妊婦健診や分娩は主に助産師が対応しますが、もし問題が発生した際には速やかに医師が対応するものです。このシステムによって妊婦さんは助産師のよりきめの細かいケアを受けられると同時に、助産師とのコミュニケーションが緊密になり早く問題点を見つけることで、より安全性が高まるというメリットも得られます。

院内助産では以前に増して助産師に高い能力が要求されますので、長野県では信州大学附属病院に「院内助産リーダー養成コース」を開講し、院内助産の中心的な役割を果たすことができる人材の育成と県内での院内助産の普及に努めています。

第２　目指すべき方向と医療連携体制

１　目指すべき方向

（１）妊産婦の状態に応じた周産期医療提供体制

妊産婦の状態に応じて安全な医療を提供するために、周産期医療体制の維持に努めます。

（２）新生児の状態に応じた周産期医療提供体制

新生児の状態に応じて必要な医療を提供するために、周産期医療体制の維持に努めます。

（３）地域の周産期医療が確保される体制

産科・産婦人科を標榜する医療施設の減少や産科医の絶対数の不足等の課題に対して、「長野県周産期医療システム」の維持や産科医の確保及び院内助産の推進を図ります。

（４）充実した妊産婦の健康管理体制

充実した妊産婦の健康管理体制の維持に努めます。

（５）充実した新生児の健康管理体制

充実した新生児の健康管理体制の維持に努めます。

（６）災害時を見据えた周産期医療体制

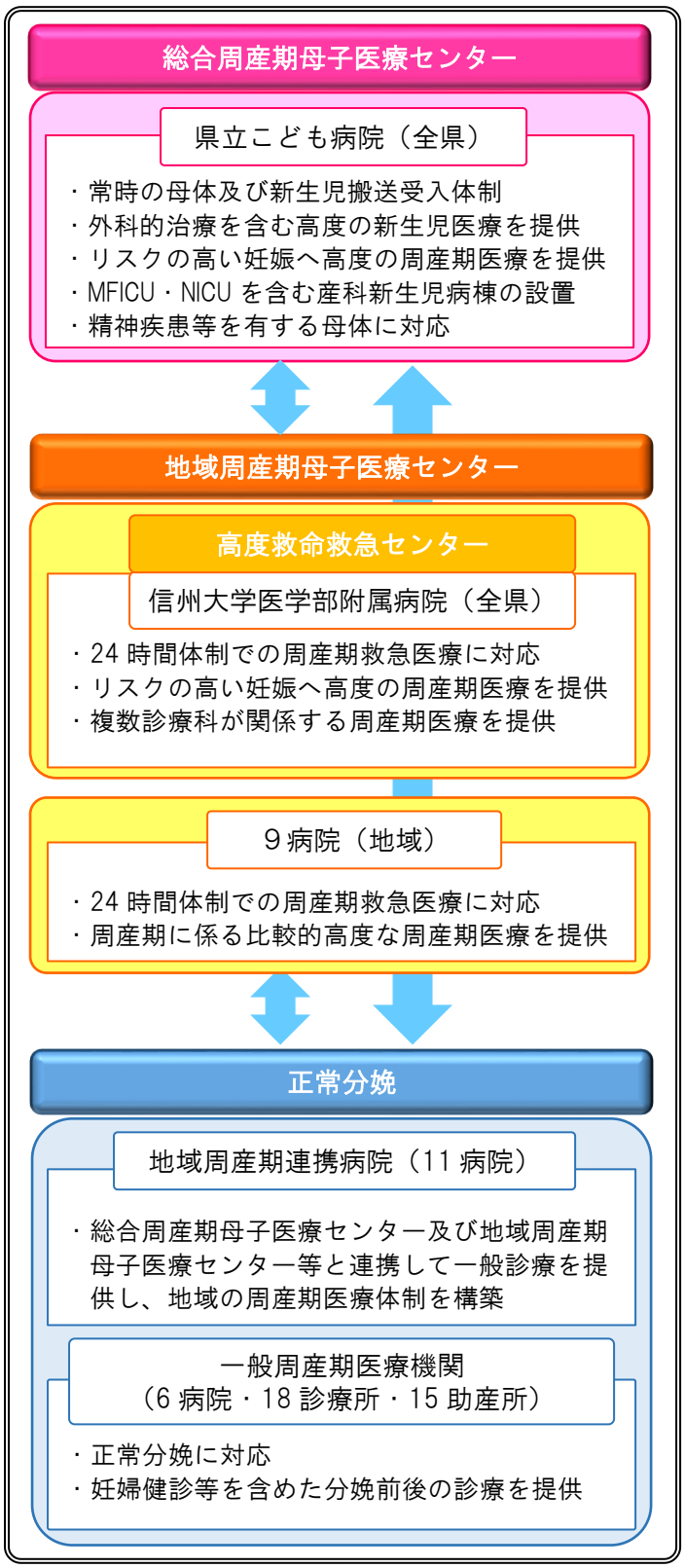
災害時においては、特に医療のサポートが必要となる妊産婦・新生児等に対する災害医療体制の構築を図ります。

2　周産期の医療連携体制

周産期の医療連携体制のイメージ及び現状は以下のとおりです。

地域周産期母子医療センター未設置の医療圏については、隣接する医療圏と連携することで体制を確保しています。

【図 10】長野県周産期医療体制のイメージ（H29 年 10 月現在）



【表８】長野県周産期医療体制の状況（H29 年 10 月現在）

総合周産期母子医療センター	総合周産期母子医療センター	（全県）	県立こども
地域周産期母子医療センター	地域周産期母子医療センター	（全県）	信大附属
		（佐久）	佐久医療センター
		（上小）	信州上田
		（諏訪）	諏訪赤十字
		（上伊那）	伊那中央
		（飯伊）	飯田市立
		（木曽）	ーーー
		（松本）	信大附属
		（大北）	ーーー
		（長野）	長野赤十字 篠ノ井総合
		（北信）	北信総合
正常分娩	地域周産期連携病院	（佐久）	小諸厚生 国保浅間
		（上小）	ーーー
		（諏訪）	岡谷市民(※) 諏訪中央
		（上伊那）	ーーー
		（飯伊）	ーーー
		（木曽）	県立木曽
		（松本）	相澤 松本市立 丸の内
		（大北）	市立大町
		（長野）	県立信州医療センター
		（北信）	飯山赤十字(※)
	一般周産期医療機関		その他病院 ・上田市立 ・諏訪マタニティ ・穂高 ・松代総合 ・長野中央(※) ・吉田 診療所 助産所

（※）分娩受入休止中

第３　施策の展開

１　妊産婦の状態に応じた周産期医療提供体制

○　正常分娩（リスクの低い帝王切開術を含む）や妊婦健診等を含めた分娩前後の診療を安全に実施する周産期医療の提供体制を維持します。

○　ハイリスク分娩や急変時には、「長野県周産期医療システム」により地域周産期母子医療センター等へ迅速に搬送が可能な周産期医療体制を維持します。

○　県内で里帰り出産を希望する妊婦について、制限せずに受け入れられる体制を維持します。

２　新生児の状態に応じた周産期医療提供体制

○　新生児の状態に応じた周産期医療を提供するため、NICU の病床の確保等に努めます。

○　高度な新生児医療が必要な場合には、「長野県周産期医療システム」により総合周産期母子医療センター等へ迅速に搬送が可能な周産期医療体制を維持します。

３　地域の周産期医療が確保される体制

○　周産期医療に係る医師等の確保が困難な地域についても、「長野県周産期医療システム」により、医療の連携を図ることで対応できる体制を維持します。

○　周産期医療機関による産科医及び新生児医療に係る小児科医の育成及び確保に係る対策を支援します。

○　分娩を扱う産科医の負担の軽減及び勤務環境の改善のため、正常経過の妊産婦のケア及び分娩を助産師が担える院内助産の普及を図ります。

４　充実した妊産婦の健康管理体制

○　産後うつの予防のため周産期医療機関におけるエジンバラ産後うつ病質問票（EPDS）の導入をすすめるとともに、地域の精神科医療機関及び保健関係機関等との多職種連携による包括的な支援体制の整備を推進します。

○　身体疾患合併を有する妊産婦への対応について、総合・地域周産期母子医療センターによる診療体制を維持します。

○　精神疾患合併を有する妊産婦への対応について、周産期医療及び精神科医療等との連携した診療体制の整備を推進します。

※妊産婦の健康管理体制については、「第４編　第７節　母子保健」に記載しています。

５　充実した新生児の健康管理体制

○　新生児の先天性代謝異常等の早期発見及び早期治療のため、新生児マススクリーニング検査の実施体制の維持及びフォローアップ体制の構築を図ります。

○　難聴児の早期発見、早期治療及び早期療育のため、新生児聴覚検査の実施体制の維持及び医療・保健・福祉・教育を含めた地域支援体制の構築を図ります。

※新生児の健康管理体制については、「第４編　第７節　母子保健」に記載しています。

６　災害時を見据えた周産期医療体制

○　災害時において、特に医療のサポートが必要となる妊産婦・新生児等に対する災害医療体制の構築を図り、災害時小児周産期リエゾンの養成を推進します。

※災害医療体制については、「第７編 第３章 第１節「災害時における医療」に記載しています。

第４　数値目標

区分	指　標	現状（H29）	目標（H35）	目標数値の考え方	備考（出典等）
O	周産期死亡率（出産千対）	3.6（H28）	3.6	現在の水準を維持する。	厚生労働省「人口動態統計」
O	新生児死亡率（出生千対）	1.1（H28）	1.1	現在の水準を維持する。	厚生労働省「人口動態統計」
O	妊産婦死亡率（出産 10 万対）	6.5（H28）	6.5	現在の水準を維持する。	厚生労働省「人口動態統計」
O	死産率（出産千対）	20.2（H28）	20.2	現在の水準を維持する。	厚生労働省「人口動態統計」
（１）妊産婦の状態に応じた周産期医療提供体制					
P	里帰り出産※受入率（※分娩前後のみの受診及び分娩）	98%（H28）	98%	現在の水準を維持する。	保健・疾病対策課調査
（２）新生児の状態に応じた周産期医療提供体制					
S	NICU の病床数（人口 10 万対）	2.7 床（H26）	2.7 床	現在の水準を維持する。	厚生労働省「医療施設調査」
（３）地域の周産期医療が確保される体制					
S	産科医及び産婦人科医数（人口 10 万対）	8.2 人（H26）	8.2 人以上	現在の水準以上を目指す。	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」
S	助産師数（人口 10 万対）	40.2 人（H28）	40.2 人以上	現在の水準以上を目指す。	厚生労働省「衛生行政報告例」
S	院内助産リーダー養成者数	４人（H28）	10 人	10 圏域での養成を目指す。	保健・疾病対策課調査
S	院内助産に取り組む施設数	5 施設（H28）	10 施設	10 圏域での取組を目指す。	保健・疾病対策課調査
S	総合周産期母子医療センター地域周産期母子医療センター施設数	10 施設	10 施設	現在の水準を維持する。	保健・疾病対策課調査
（４）充実した妊産婦の健康管理体制					
S	ＥＰＤＳを導入している周産期医療機関数	19 施設（H28）	全施設	全ての周産期医療機関での導入を目指す。	保健・疾病対策課調査
（５）充実した新生児の健康管理体制					
P	分娩を扱う医療機関（除く助産所）における新生児聴覚検査の実施率	97.8%（H28）	97.8%	現在の水準を維持する。	日本産婦人科医会調査
（６）災害時を見据えた周産期医療体制					
S	災害時小児周産期リエゾン養成者数	２人（H28）	６人	６人の養成を目指す。	保健・疾病対策課調査

注）「区分」欄　S（ストラクチャー指標）：医療サービスを提供する物的・人的資源及び組織体制等を測る指標
P（プロセス指標）：実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標
O（アウトカム指標）：医療サービスの結果として住民の健康状態や患者の状態を測る指標

第４節　小児医療

第１　現状と課題

１　小児医療をとりまく状況

（１）小児の疾病構造

○　本県の１日あたりの小児（0 歳から 14 歳までを指す。以下同じ。）の推計入院患者数は、厚生労働省「平成 26 年患者調査」（１日の抽出調査）によると、約 0.7 千人、外来で約 12.5 千人となっています。

○　傷病分類別にみると、本県では、周産期に発生した病態や先天奇形等での推計入院患者が多くなっており、全国と同様の傾向にあります。

【表１】　傷病分類別推計入院患者数（小児）（平成 26 年）

傷　病　分　類	長野県		全　国	
	患者数（千人）	割合（%）	患者数（千人）	割合（%）
周産期に発生した病態	0.13	21.9	6.5	23.1
先天奇形，変形及び染色体異常	0.09	16.4	3.1	11.0
神経系の疾患	0.08	13.7	2.8	10.0
呼吸器系の疾患	0.08	13.4	4.9	17.4

（厚生労働省「患者調査」）

○　傷病分類別の外来患者については、本県、全国ともに呼吸器系の疾患が多くなっています。

【表２】　傷病分類別推計外来患者数（小児）（平成 26 年）

傷　病　分　類	長野県		全　国	
	患者数（千人）	割合（%）	患者数（千人）	割合（%）
呼吸器系の疾患	4.3	34.4	286.5	38.1
健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用	1.8	14.4	113.9	15.4
消化器系の疾患	1.7	13.6	93.8	12..7

注）患者数については、小数点第２位以下四捨五入による　　（厚生労働省「患者調査」）

注1)表1及び2の傷病分類は、「疾病及び関連保健問題の国際統計分類(ICD)」の基本分類

注2)「呼吸器系の疾患」には、急性上顎洞炎、急性前頭洞炎、急性蝶形骨洞炎等が含まれる。

注3)「周産期に発生した病態」には、母体の高血圧性障害により影響を受けた胎児及び新生児、母体の腎及び尿路疾患により影響を受けた胎児及び新生児等が含まれる。

注4)「神経系の疾患」には、インフルエンザ菌性髄膜炎、肺炎球菌性髄膜炎、レンサ球菌性髄膜炎等が含まれる。

注5)「先天奇形、変形及び染色体異常」には、無脳症、頭蓋脊椎破裂、後頭孔脳脱出等が含まれる。

注6)「健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用」には、一般医学的検査、定型的小児健康診断、小児の急速成長期の検査等が含まれる。

（2）死亡の状況

○　平成 28 年（2016 年）の本県の乳児死亡率（出生千対）は 1.9、乳幼児死亡率（５歳未満、人口千対）は 0.2、小児死亡率（15 歳未満、人口千対）は 0.2 となっており、全国とほぼ同じ水準となっています。

【表３】　乳児死亡率等

年	長野県			全国		
	乳児死亡率（出生千対）	乳幼児死亡率（5 歳未満、人口千対）	小児死亡率（15 歳未満、人口千対）	乳児死亡率（出生千対）	乳幼児死亡率（5 歳未満、人口千対）	小児死亡率（15 歳未満、人口千対）
H18	2.1	0.5	0.2	2.6	0.7	0.3
H23	1.9	0.5	0.2	2.3	0.7	0.3
H28	1.9	0.2	0.2	2.0	0.5	0.2

（厚生労働省「人口動態統計」）

○　小児の主な死亡原因は、「不慮の事故」、「先天奇形、変形及び染色体異常」、「悪性新生物」となっています。

【表４】　小児（15 歳未満）の死因順位（平成 28 年）

区分	死　亡　原　因	長野県		全　国	
		患者数(人)	割合(%)	患者数(人)	割合(%)
1 位	先天奇形、変形及び染色体異常	17	29.8	872	25.3
2 位	周産期に特異的な呼吸障害等	12	21.1	523	15.2
3 位	悪性新生物等	8	14.1	292	8.5
	不慮の事故	8	14.1	292	8.5

（厚生労働省「人口動態統計」）

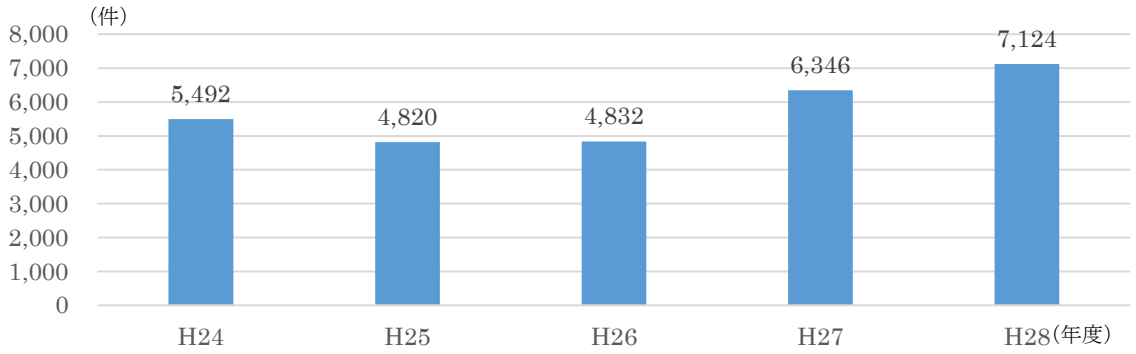
（3）小児救急の現状

○　保護者が夜間・休日における子どもの急病や外傷等の対処に戸惑う時に、適切な受診につなげることを目的とした小児救急電話相談（＃8000）は、平成 24 年度（2012 年度）5,492 件から平

成 28 年度（2016 年度）は 7,124 件と増加しています。

○　18 歳未満の救急搬送は、平成 18 年（2006 年）の約 6,800 人から平成 27 年（2015 年）は約 6,500 人に減少するとともに、軽症者の割合が約 70%から約 65%に低下しており、救急車の適正利用の周知が図られていると考えられます。

【図1】小児救急電話相談（＃8000）相談件数



（保健・疾病対策課調べ）

【表５】　18 歳未満の救急搬送数

年	長野県			全国		
	搬送人数(人)	軽症者数	割合（%）	搬送人数（人）	軽症者数	割合（%）
H18	6,766	4,702	69.5	494,257	377,765	76.5
H27	6,525	4,213	64.5	464,424	340,702	73.5

（消防庁「救急・救助の現況」）

【表６】　長野県の年齢区分別傷病程度別の救急搬送人員（平成 27 年）

区分		新生児	乳幼児	少年	成人	高齢者	合計
死亡	人数（人）	1	6	2	220	1,327	1,556
	構成比（%）	(0.5)	(0.2)	(0.1)	(0.8)	(2.4)	(1.8)
重症	人数（人）	15	53	88	1,858	7,122	9,136
	構成比（%）	(6.8)	(1.6)	(2.9)	(7.1)	(12.8)	(10.3)
中等症	人数（人）	178	1,039	912	10,499	30,749	43,377
	構成比（%）	(80.4)	(31.8)	(30.0)	(40.0)	(55.4)	(49.2)
軽症	人数（人）	26	2,159	2,028	13,579	16,248	34,040
	構成比（%）	(11.8)	(66.1)	(66.7)	(51.8)	(29.2)	(38.5)
その他	人数（人）	1	9	8	88	95	201
	構成比（%）	(0.5)	(0.3)	(0.3)	(0.3)	(0.2)	(0.2)
合計	人数（人）	221	3,266	3,038	26,244	55,541	88,310
	構成比（%）	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)

（消防庁「救急・救助の現況」）

2　小児医療の提供体制

（1）小児医療に関わる医師の状況

○　平成 18 年（2006 年）から平成 26 年（2014 年）までの間に、本県の小児科医師数は 50 人増加し、病院勤務医師数は平成 20 年（2008 年）から平成 26 年（2014 年）までに約 40 人増加しています。

【表 7-1】　医療施設に従事する小児科医師数　　**（単位：人）**

年	長野県		全国	
	実人数	小児人口 1 万人あたり	実人数	小児人口 1 万人あたり
H18	237	7.5	14,700	8.8
H22	271	9.0	15,870	9.4
H26	287	10.3	16,758	10.3

（厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」）

【表 7-2】　小児医療に関わる病院勤務医師数　　**（単位：人）**

年	長野県		全国	
	人数	小児人口 1 万人あたり	人数	小児人口 1 万人あたり
H20	170.2	5.7	8867.3	5.2
H23	206.8	7.1	9485.9	5.7
H26	209.6	7.6	10114.3	6.2

（厚生労働省「医療施設調査」）

（2）医療施設の状況

○　平成 20 年（2008 年）から平成 26 年（2014 年）までの間に、本県の小児科を標榜している病院は 2.7%減少しています。また、診療所の減少率は 15.5%と全国を上回っています。

【表８】　小児科を標榜している医療施設数　　**（単位：施設）**

区　分	長野県			全国		
	H20	H26	増減	H20	H26	増減
病　院	73	71	△2.7%	2,905	2,656	△8.6%
診療所	409	345	△15.5%	22,503	20,872	△7.2%

（厚生労働省「医療施設調査」）

（3）小児救急医療体制の状況

○　初期小児救急医療体制は、平成 11 年度（1999 年度）以降、全国的に病院群輪番制の整備が推進されています。本県では、郡市医師会による在宅当番医制と、小児救急患者の受診が多い時間帯（18 時～22 時頃）に勤務医と開業医の当番制で運営（センター方式）する休日夜間急病センター等による体制整備をすすめています。

○　平成 29 年（2017 年）４月現在、８医療圏でセンター方式による初期小児救急体制が整備されています。

○　初期小児救急医療で対応が困難な患者の受け入れは、入院小児救急医療が担っています。

○　24 時間体制での小児救命救急医療は、小児中核病院（信州大学医学部附属病院、県立こども病院）が担うことで、小児救急医療体制が維持されています。

【表９】　センター方式による初期小児救急医療体制の状況（平成 29 年４月１日現在）

医療圏	施　設　名　称
佐　久	佐久地域平日夜間急病診療センター
上　小	上田市内科・小児科初期救急センター
諏　訪	諏訪地区小児夜間急病センター
上伊那	伊那中央病院（地域救急医療センター）
飯　伊	飯田市休日夜間急患診療所
松　本	松本市小児科・内科夜間急病センター
	安曇野市夜間急病センター
木　曽	―
大　北	北アルプス平日夜間小児科・内科急病センター
長　野	長野市民病院・医師会急病センター
	篠ノ井総合病院・医師会急病センター
	松代総合病院急病センター
北　信	―

（４）小児医療体制の状況

○　本県の小児医療体制は、平成 17 年（2005 年）付けの厚生労働省の通知を受け、平成 18 年（2006 年）10 月に「長野県産科・小児科医療対策検討会」が設置され、県内の産科・小児科医療のあり方について、また、平成 19 年（2007 年）３月には「長野県の産科・小児科医療のあり方に関する提言書」がとりまとめられ、医療資源の集約化・重点化の方向が示されました。

○　一般小児医療機関では対応が困難な患者の受け入れは、「地域小児連携病院」及び「小児地域医療センター」が相互に連携し担っています。「地域小児連携病院」は一般診療を行うとともに、地域の小児科医療体制の構築にあたるもの、また、「小児地域医療センター」は各地域における小児科医療の中心的な役割を果たす病院として、24 時間体制で入院が必要な二次医療と救急搬送等に対応しています。

○　高度な小児医療を提供する「小児中核病院」は、小児地域医療センターとしての機能に加え、三次救急医療、高度医療、先進的医療及び臨床研修を担う施設です。信州大学医学部附属病院及び県立こども病院がその役割を担うことで、県内の小児医療体制が維持されています。

※各医療圏における小児中核病院、小児地域医療センター及び地域小児連携病院については、【表 10】のとおりです。

（５）療養・療育の支援体制

○　人工呼吸器を装着している障がい児その他の日常生活を営むために医療を要する状態にある障がい児（以下「医療的ケア児（高度医療依存児）等」という。）については、状態に応じた望ましい療養・療育環境（在宅等）への移行や、成長に伴う成人期医療への円滑な移行といった課題があります。

○　平成 23 年度(2011 年度)から、小児在宅医療において必要とされるスキルの向上を目的として、地域基幹病院・訪問看護ステーション等、地域の看護職向けの研修会を開催しています。

○　平成 25 年度(2013 年度)から、在宅医療が必要な児について、こども病院、地域の医療機関教育機関等が遠隔で支援会議等を開催し情報共有できる「ICT ネットワーク」の運用が開始され、全県への拡大を図っています。

○　平成 27 年度（2015 年度）から、小児慢性特定疾病児童等の自立を図るため、「小児慢性特定疾病児童等自立支援員」を配置しました。

○　医療的ケア児（高度医療依存児）等の在宅療養・療育体制の整備ができるよう、医療、介護及び福祉サービスならびに教育が相互に連携した支援の実施について、さらに検討が必要です。

第２　目指すべき方向と医療連携体制

１　目指すべき方向

（１）充実した相談体制

適切な受診行動を促すための医療相談や患者の家族に対する相談サポート体制を整備します。

（２）患者の状態に応じた小児医療提供体制

患者の状態に応じて必要な医療を提供できるように、小児救急医療体制及び小児専門医療体制の維持に努めます。

（３）地域の小児医療が確保される体制

小児医療に係る医師の確保が困難な地域についても、小児医療体制の連携を図ります。

（４）継続的な療養・療育支援体制

医療的ケア児（高度医療依存児）等や小児慢性特定疾病等の患者が生活の場で療養・療育できるよう、医療、介護及び福祉サービスならびに教育が相互に連携し、継続的な支援を実施します。

（５）災害時を見据えた小児医療体制

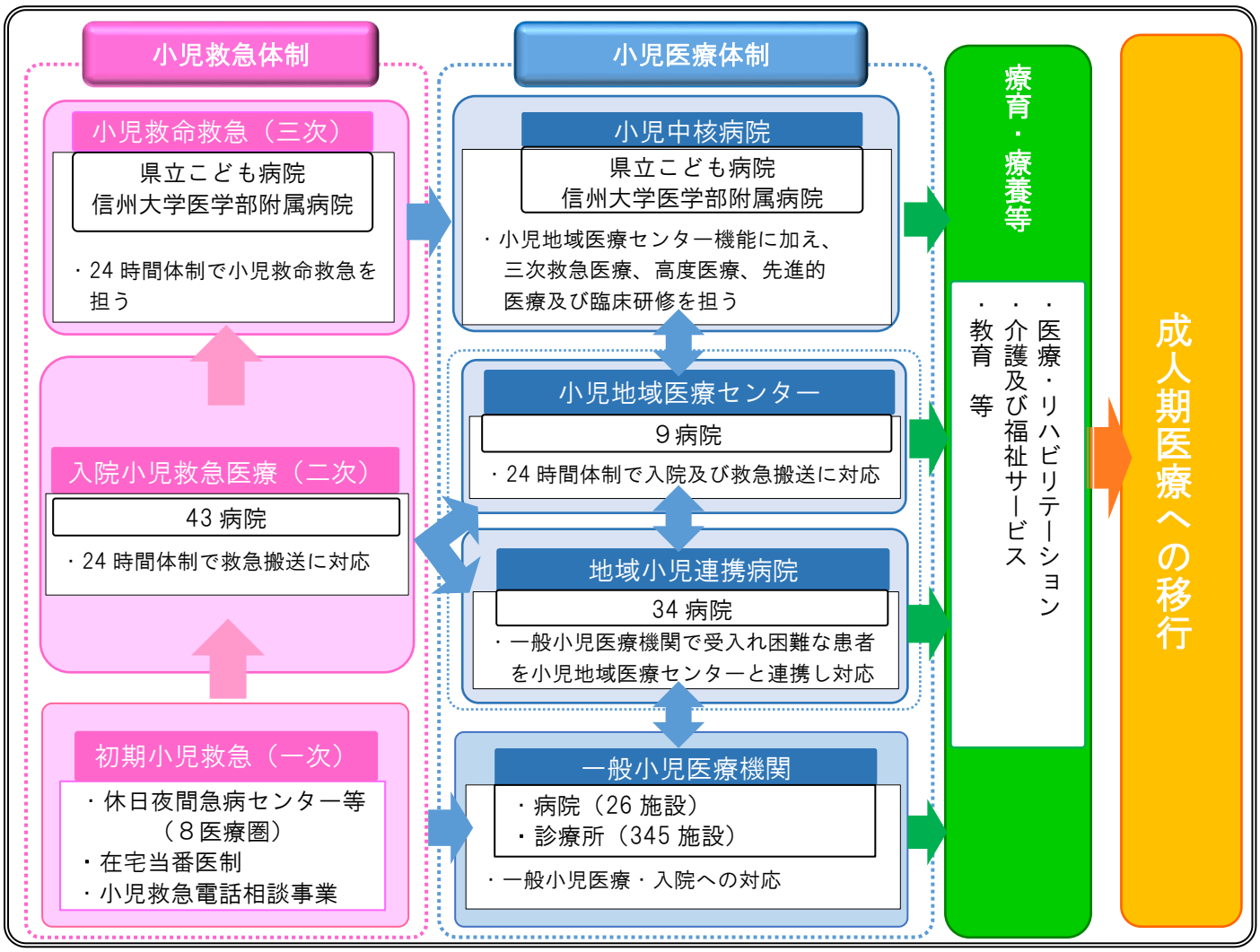
災害時を見据えて、医療的ケア児（高度医療依存児）等に対する医療・福祉関係者等が連携し災害医療体制の構築を図ります。

2　小児の医療連携体制

小児の医療連携体制のイメージ及び現状は以下のとおりです。

小児地域医療センター未設置の医療圏については、隣接する医療圏と連携することで医療体制を確保しています。

【図２】長野県小児医療体制のイメージ　　**（平成 29 年 10 月現在）**



【表 10】　小児医療体制の状況（平成 29 年 10 月現在）

小児救命救急（三次救急）	小児中核病院	（全県）	県立こども 信大附属
入院小児救急（二次救急）	小児 地域医療センター	（佐久） （上小） （諏訪） （上伊那） （飯伊） （木曽） （松本） （大北） （長野） （北信）	佐久医療センター 信州上田 諏訪赤十字 伊那中央 飯田市立 ―――― 中信松本 ―――― 長野赤十字・篠ノ井総合 北信総合
	地域小児 連携病院	（佐久） （上小） （諏訪） （上伊那） （飯伊） （木曽） （松本） （大北） （長野） （北信）	小諸厚生・国保浅間・町立千曲・国保軽井沢 東御市民・国保依田窪 岡谷市民・諏訪中央・信濃医療・富士見高原 昭和伊南・町立辰野 健和会・下伊那赤十字・県立阿南 県立木曽 相澤・城西・松本協立・松本市立・塩尻協立・中村・安曇野赤十字 市立大町・あづみ 新町・松代総合・長野市民・長野中央・東長野・県立信州医療センター・稲荷山・新生 飯山赤十字
初期小児救急（一次救急）	一般小児 医療機関		その他病院 診療所 センター方式による初期救急医療

医療的ケア児（高度医療依存児）と在宅医療

「医療的ケア児（高度医療依存児）」とは、人工呼吸器、気管切開、経管栄養、胃ろうといった医療的ケアを日常的に必要とする子ども達のことを言います。

厚生労働省の調査では、出生数が年々減少しているにもかかわらず、医療的ケア児の数はこの10年間で約2倍に増えていることがわかりました。

つまり、高度医療によって命は救われたけれども、重い後遺症を抱えて生きている子どもが年々増えているということになります。

医療的ケア児も「わが家で暮らしたい」、家族も「わが家で子どもを育てたい」、その気持ちは皆同じです。その手助けをするのが「在宅医療」です。

しかし、高度医療に依存する子どもを一般家庭で育てることは容易なことではないことから、医療、保健、福祉、教育、そして地域が一体となって医療的ケア児及びその家族をサポートする必要があります。

第３　施策の展開

１　充実した相談体制

○　夜間や休日等の子どもの急病等の際に家族への相談支援を行うため、現在の小児救急電話相談（＃8000）の体制を維持するとともに、周知の徹底を図ります。

○　不慮の事故防止対策、緊急時における家族による救急蘇生法、急病への対応法等の啓発を行います。

○　慢性疾患児や障がい児、心の問題がある児の家族に対する精神的サポート等を実施します。

２　患者の状態に応じた医療提供体制

○　小児患者に必要かつ十分な救急医療が提供できるよう、休日夜間急病センターの利用等を含めた適切な受療行動について啓発します。

○　小児救急医療においては、初期小児救急（一次救急）、小児地域医療センター及び地域小児連携病院による入院小児救急医療（二次救急）、小児中核病院による小児救命救急医療（三次救急）の提供体制を維持します。

○　小児医療においては、一般小児医療機関及び地域小児連携病院による一次医療、小児地域医療センターによる二次医療、小児中核病院による三次医療の提供体制を維持します。

３　地域の小児医療が確保される体制

○　医療資源の有効活用により、小児専門医療を担う病院が確保されるよう努めます。

○　小児医療に係る医師等の確保が困難な地域については、医療の連携を図ることにより、対応できる体制を維持します。

４　継続的な療養・療育支援体制

○　医療的ケア児（高度医療依存児）等の状況に応じた望ましい療養・療育環境への移行を図るため

の検討・協議を進めるとともに、生活の場で療養・療育できるよう、医療、保健、福祉及び教育が相互に連携し、継続的な支援を実施します。

○　小児慢性特定疾病等の患者について、「小児慢性特定疾病児童等自立支援員」によるフォローアップ体制づくりや関係機関との連絡調整など、利用者の環境等に応じた支援を行います。

※　発達障がいについては、「第８編　第５節　精神疾患対策」で整理し記載しています。

5　災害時を見据えた小児医療体制

○　災害時において、特に医療のサポートが必要となる、医療的ケア児（高度医療依存児）等に対する災害医療体制の構築を図り、災害時小児周産期リエゾンの養成を推進します。

○　災害時における医療的ケア児（高度医療依存児）等への支援体制については、医療・保健・福祉・教育機関の連携により検討を進めます。

※　災害時の医療的ケア児（高度医療依存児）等に対する支援については、「第７編　第３章　第１節　災害時における医療」、「長野県障がい者プラン」に記載しています。

成人期医療への移行

全国的に、小児期に発症した疾患の治療成績が向上したことによる、成人期の医療への移行が課題となっており、国において移行期医療支援体制に関する検討が始まっています。

移行期医療では、疾患の性質や重症度、重複する疾患の有無、地域性等を考慮した多職種による包括的支援が必要となり、特に以下のような医療体制の充実が急務となっています。

① 本人及び家族への啓発
② 治療を引き継ぐ成人診療科医師への小児疾患等に対する知識・経験の蓄積
③ 小児科医と成人診療科医の連携
④ 妊娠・出産・遺伝カウンセリングを含む生殖医療の拡充
⑤ 知的障がい・発達障がいを有する成人に対する対応

現在、本県では信州大学医学部附属病院と県立こども病院との連携により、小児期に発症した心臓疾患を有する方の診療連携を開始しています。

より広く県民の皆さんへ「小児期発症疾患を有する患者の成人期医療への移行」の現状の周知を図るとともに、民間活動を含む社会全体での支援が求められています。

第４　数値目標

区分	指　標	現状 （H29）	目標 （H35）	目標数値の考え方	備考 （出典等）
O	乳児死亡率（出生千対）	1.9 （H28）	1.9	現在の水準を維持する。	厚生労働省 「人口動態統計」

区分	指　標	現状 （H29）	目標 （H35）	目標数値の考え方	備考 （出典等）
O	乳幼児死亡率(5歳未満人口千対)	0.2 （H28）	0.2	現在の水準を維持する。	厚生労働省「人口動態統計」
O	小児の死亡率 （15 歳未満人口千対）	0.2 （H28）	0.2	現在の水準を維持する。	厚生労働省「人口動態統計」
S	小児救急電話相談回線数	2回線	2回線	現状を維持する。	保健･疾病対策課調査
S	医療施設に従事する小児科医師数	287 人 （H26）	287 人 以上	現在の水準以上を目指す。	厚生労働省「医師･歯科医師･薬剤師調査」
S	小児医療に係る病院勤務医数	209.6 人 （H26）	209.6 人 以上	現状の水準以上を目指す。	厚生労働省「医療施設調査」
S	小児初期救急医療体制として休日夜間急患センター等が整備された二次医療圏数	8 医療圏	8 医療圏	現在の水準を維持する。	医療推進課調査
S	一般小児医療を担う診療所数(人口 10 万人当たり)	3.0 箇所 （H26）	3.0 箇所	現在の水準を維持する。	厚生労働省「医療施設調査」
S	一般小児医療を担う病院数 （人口 100 万人当たり）	33.5 病院 （H26）	33.5 病院	現在の水準を維持する。	厚生労働省「医療施設調査」

注）「区分」欄　S（ストラクチャー指標）：医療サービスを提供する物的・人的資源及び組織体制等を測る指標
P（プロセス指標）：実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標
O（アウトカム指標）：医療サービスの結果として住民の健康状態や患者の状態を測る指標

小児慢性特定疾病児童等自立支援員

小児慢性特定疾病は、症状や治療が長期にわたって生活の質を低下させる疾病で、現在 14 疾患群 722 疾病が対象となっており、長野県では 1,872 人（平成 29 年３月末現在）が認定されています。

平成 27 年 1 月 1 日の児童福祉法の一部を改正する法律の施行により、小児慢性特定疾病児童等自立支援事業が法定化され、関係機関との連絡調整等を実施し、自立・就労の円滑化を図るための「小児慢性特定疾病自立支援員」の配置が盛り込まれました。

本県では平成 27 年 4 月 1 日から保健・疾病対策課内に 1 名を配置し、保健福祉事務所及び市町村の保健師あるいは学校関係者等と連携し、本人・家族への相談事業等を行っています。

小児慢性特定疾病児童等にとって最も大切なことは、ライフステージに応じた生活の質の向上です。医療・保健・福祉・教育等の関係機関が連携し、保育園等への入園、小中学校等への入学、また就職、結婚などのライフイベントで本人の持つ力を最大限に発揮できるよう、将来を見据えた切れ目のない支援体制づくりを進めています。

第5節　へき地医療

第１　現状と課題

１　無医地区等（へき地）の現状と取組の成果

（１）現状

○　無医地区については、昭和 41 年（1966 年）には 103 地区存在しましたが、交通事情の改善やへき地医療対策の実施により、平成 26 年（2014 年）では、13 地区まで減少しています。この無医地区数は全国で 19 番目に多く、これに準無医地区を加えた 31 地区は全国で 10 番目となっています。

○　無歯科医地区は、平成６年（1994 年）の 41 地区から平成 26 年（2014 年）には 23 地区に減少しましたが、地区数は全国で 13 番目に多く、準無歯科医地区を合わせた数は 36 地区で、全国で 10 番目に多くなっています。

○　これらの、無医地区等（無医地区、無歯科医地区、準無医地区及び準無歯科医地区）をへき地と位置付けています。

【表１】無医地区等の推移

区　分		平成６年	平成 11 年	平成 16 年	平成 21 年	平成 26 年
無医地区	地区数	22	20	19	18	13
	人口（人）	5,710	4,701	4,242	3,662	2,205
準無医地区	地区数	21	19	19	18	18
	人口（人）	4,632	3,014	2,458	2,120	1,659

（厚生労働省「無医地区等調査・無歯科医地区等調査」）

【表２】無歯科医地区等の推移

区　分		平成６年	平成 11 年	平成 16 年	平成 21 年	平成 26 年
無歯科医地区	地区数	41	36	31	26	23
	人口（人）	12,537	12,201	10,796	9,107	9,023
準無歯科医地区	地区数	4	12	15	17	13
	人口（人）	460	2,935	1,575	1,345	1,027

（厚生労働省「無医地区等調査・無歯科医地区等調査」）

【表３】高齢化の状況（平成 26 年）

区分	県全体	無医地区 準無医地区	無歯科医地区 準無歯科医地区
全人口	2,109,000	3,864	10,050
65 歳以上人口	616,000	1,661	4,424
高齢化率	29.2%	43.0%	44.0%

（県全体：総務省「推計人口」無医地区等：厚生労働省「無医地区等調査・無歯科医地区等調査」）

（２）取組の成果

○　本県では、へき地診療所及びへき地医療拠点病院が実施するへき地に対する診療及び診療に必要な設備等の設置を支援することで、継続的なへき地における医療提供を実施する他、へき地医療に従事する医療従事者の確保を行うため、修学資金貸与事業の活用による人材の育成や、「長野県ドクターバンク事業」による県内医療機関への就職斡旋を行い医師の確保を図ってきました。

○　この他、県独自に位置付けている、へき地を支援する医療機関において、へき地診療所への医師派遣を行うなど、総合的なへき地の医療提供体制の確保に取り組んでいます。

○　今後、へき地における高齢化や人口減少が進む中で、居住する県民が住み慣れた地域で生活を営むのに必要な保健・医療の提供体制を確保するため、引き続き、へき地への保健・医療対策の実施が必要です。

２　へき地の医療提供体制に関する課題

（１）へき地医療に従事する医師の状況

○　平成 26 年(2014 年)末現在の本県の医療施設従事医師数は人口 10 万人当たり 216.8 人であり、全国平均の 233.6 人より 16.8 人下回っています。

○　医師を常勤で確保しているへき地診療所は 41 施設中 26 施設で 64%の割合となっています。

○　へき地における医師確保については、へき地医療拠点病院等の比較的規模の大きな医療機関とへき地診療所の連携による医師派遣等に関する地域ごとのネットワークをどのように構築していくかが課題となっています。

【表４】医療施設従事医師数（人口 10 万対）の推移

区　分	平成 16 年	平成 18 年	平成 20 年	平成 22 年	平成 24 年	平成 26 年
長 野 県	181.8	190.0	196.4	205.0	211.4	216.8
全国平均	201.0	206.3	212.9	219.0	226.5	233.6
全国との差	△19.2	△16.3	△16.5	△14.0	△15.1	△16.8

（厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」）

（２）　医療提供施設の状況

ア　へき地診療所

○　へき地診療所は、へき地における住民の医療を確保するために設置されているもので、本県には、41 施設あり医療圏別にみると飯伊医療圏が最も多く 14 施設存在しています。なお、病床を有し入院医療を提供するへき地診療所はありません。

○　また、国民健康保険直営によるへき地歯科診療所は５施設です。

○　へき地診療所の主な取組は、へき地に対する巡回診療、訪問診療及び訪問看護の提供の他、診療所の設置地域における外来診療の提供があります。

○　平成 27 年度（2015 年度）のへき地診療所の１日の平均外来患者数は 15.3 人となっています。今後の人口減少により患者数の減少が見込まれる中で、へき地診療所の維持だけでなく、へき地医療拠点病院等と連携のあり方などを検討し、へき地における医療提供体制の確保を図っていくかが課題となっています。

【表５】へき地診療所、へき地歯科診療所の状況

二次医療圏	へき地診療所		へき地歯科診療所	
	市町村数	診療所数	市町村数	診療所数
佐　久	4	4	0	0
上　小	1	1	1	1
諏　訪	0	0	0	0
上伊那	2	3	0	0
飯　伊	7	14	1	1
木　曽	3	4	0	0
松　本	2	3	0	0
大　北	2	3	0	0
長　野	3	8	1	2
北　信	1	1	1	1
計	25	41	4	5

（医療推進課、保健・疾病対策課調べ）

【表６】へき地診療所の活動状況（平成27年度）

二次医療圏	平均外来患者	巡回診療	訪問診療	訪問看護	夜間診療	休日診療	看取り
佐　久	14.2	0	731	1,317	5	14	5
上　小	17.0	0	103	0	0	16	0
上伊那	16.7	0	48	0	3	3	3
飯　伊	11.0	6	38	40	41	18	31
木　曽	23.5	0	179	5	0	0	12
松　本	27.4	46	94	4	4	1	31
大　北	13.9	23	0	0	12	5	9
長　野	17.0	0	463	120	34	40	24
北　信	2.0	0	0	0	0	0	0
県	15.3						

（厚生労働省「平成28年へき地保健医療対策におけるへき地医療現況調査」）

へき地診療所における診療の現状

全国的にへき地の数は減少してきていますが、医師の偏在化や過疎地への医療投資の困難さなどが起因し、へき地医療の維持が難しくなってきています。そこでへき地医療においては巡回診療が重要となってきます。

小谷村は長野県の北西部に位置する人口 3,000 人程の村です。へき地指定されている大網地区は、一度新潟県に出てから山間部を越えていかなければならない場所にあり、車で 25 分ほどかかります。また豪雪地帯ということもあり、特に冬季はアクセスが不便な地域です。村唯一の医療機関である小谷村診療所では、この集落に対し 2 週間に 1 回巡回診療を行っています。20 人前後の高齢者が地区の集会所に集まり、そこで診療を行っています。

もちろん集会所に専門的な医療機器があるわけでもないので、詳しい検査などは出来ません。急変時などの対応が課題となっています。

イ　へき地医療を支援する機関等

①　へき地医療拠点病院

○　へき地医療拠点病院は、へき地における住民の医療を確保するため、へき地診療所に勤務する医師の派遣、あるいは、へき地への巡回診療の実施などの活動を実施しています。本県では、７病院を指定しています。

○　へき地医療拠点病院においては、その主たる事業である巡回診療、医師派遣、代診医派遣のいずれかを継続して行うことが求められています。

【表７】へき地医療拠点病院（７病院）

二次医療圏	病院名	指定年度	支援方法	支援地区等（平成27年度）
佐　久	市立国保浅間総合病院	昭和56年度	巡回診療	佐久市（香坂東地）
	厚生連佐久総合病院	昭和56年度	医師派遣	南牧村出張診療所 北相木村へき地診療所
上　小	国立病院機構信州上田医療センター	昭和54年度	活動休止中	
飯　伊	県立阿南病院	昭和56年度	巡回診療	阿南町（鈴ヶ沢、日吉）
木　曽	県立木曽病院	平成19年度	巡回診療	上松町（高倉台、西奥）
長　野	厚生連南長野医療センター新町病院	昭和63年度	巡回診療	信州新町（信級、西部）
北　信	飯山赤十字病院	平成４年度	医師派遣	野沢温泉村市川診療所

（厚生労働省「平成 28 年へき地保健医療対策におけるへき地医療現況調査」）

②　へき地医療を提供する社会医療法人・へき地診療所を支援するその他の医療機関

○　医療法に基づく救急医療等確保事業（救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療及び小児医療（小児救急医療を含む））を行うとして認定を受けた社会医療法人が８法人存在しており、うち１法人がへき地医療を行う法人として認定を受けています。

○　へき地の医療提供体制における社会医療法人は、へき地診療所の運営やへき地拠点病院への医師派遣の取組を行っており、へき地の医療提供体制の確保に寄与しています。

○　へき地医療拠点病院のほかにも、本県では、へき地診療所を支援する病院が 10 施設、診療所が３施設あり、へき地診療所への医師派遣や急変時の患者受入れを行っています。

○　県が必要に応じてへき地医療拠点病院の指定・見直しを行うなど、各地域におけるへき地医療の支援体制を確保する必要があります。

（３）患者への通院支援等の状況

○　無医地区、準無医地区に居住する県民の診療を受ける機会を確保するため、へき地医療拠点病院や市町村などにより、巡回診療や出張診療が行われており、平成 28 年度（2016 年度）には 11 地区で実施されています。

○　また、無医地区、準無医地区の所在市町村では、患者輸送車や送迎バスの運行、タクシー利用時の運賃に対する補助などの通院支援を行っており、こうした通院支援が行われている地区は平

成 28 年度（2016 年度）で 21 地区となっています。

○　無歯科医地区、準無歯科医地区の所在市町村では、平成 28 年度（2016 年度）に巡回や出張での歯科診療を行っている地区は３地区、巡回バスの運行やタクシー利用時の補助等の通院支援を行っている地区は 15 地区となっています。

○　高齢化に伴い、へき地に居住する県民の医療へのアクセスに対する支援の必要性が更に高まるため、巡回診療や通院支援等の取り組みを行っていく必要があります。

【表８】無医地区、準無医地区、無歯科医地区、準無歯科医地区への通院支援等（平成 28 年度）

区分	巡回診療、出張診療	通院支援	区分	巡回診療、出張診療	通院支援
無医地区	７地区	11 地区	無歯科医地区	２地区	10 地区
準無医地区	４地区	10 地区	準無歯科医地区	１地区	５地区
合　　計	11 地区	21 地区	合計	３地区	15 地区

（医療推進課、保健・疾病対策課調べ）

（４）へき地に居住する県民への保健活動の実施状況

○　平成 26 年（2014 年）に実施した調査では、無医地区・準無医地区 31 地区のうち、20 地区において訪問指導による保健指導活動を行っています。また、無歯科医地区・準無歯科医地区 36 地区のうち、８地区において歯科口腔保健に関する教育や相談を行っています。

○　今後、高齢化に対応したへき地の保健・医療提供体制の確保を図っていくためには、医療だけではなく、保険者等と連携した日常生活における保健活動等の取組の充実が必要です。

【表９】無医地区、準無医地区、無歯科医地区、準無歯科医地区での訪問指導による保健師等活動（平成 25 年度）

区分	保健師活動の実施	区分	歯科口腔保健に関する教室・相談等
無医地区	12 地区	無歯科医地区	７地区
準無医地区	８地区	準無歯科医地区	１地区

（厚生労働省「無医地区等調査･無歯科医地区等調査」）

（５）へき地の医療提供体制の把握・評価する体制の整備

○　厚生労働省は、「へき地保健医療対策等実施要綱」（平成 13 年５月策定）において、広域的なへき地医療支援事業の企画･調整等を担う組織として「へき地医療支援機構」を定めており、平成 27 年度（2015 年度）時点で、へき地を有する 43 の都道府県のうち 40 都道府県で設置されていますが、本県においては、未設置の状況となっています。

○　本県では、自治医科大学卒業医師の適正な配置を行うとともに、信州医師確保総合支援センターを設置し、「長野県ドクターバンク事業」による県内医療機関への就職のあっせんなどにより、へき地を支える医師の確保に努めてきました。

○　平成 27 年度（2015 年度）に実施したへき地診療所の現地調査では、へき地医療拠点病院からへき地診療所への医師・看護師等の派遣による支援体制の強化が必要であると指摘されています。

【表 10】無医地区、準無医地区の一覧（平成 28 年度）

二次医療圏	市町村	へき地医療対象地区	種別	最寄り医療機関
佐久	佐久市	香坂東地	無	みついクリニック
		大沢新田・東立科	無	すみだクリニック
		馬坂・広川原	準	つつみハートクリニック
		長者原	無	高橋医院
		湯沢	準	高橋医院
		協西（浅田切）	無	高橋医院
	佐久穂町	松井	無	八千穂クリニック
	立科町	蓼科	準	岩下医院
上小	青木村	弘法	無	青木診療所
		入奈良本	無	青木診療所
飯伊	阿南町	宮澤	準	和合へき地診療所
		鈴ヶ沢	無	和合へき地診療所
	天龍村	戸口・大久那	準	天龍村診療所
		坂部	準	天龍村診療所
		鶯巣宇連	準	天龍村診療所
	泰阜村	栃城	準	泰阜村診療所
	大鹿村	北入	準	大鹿村立診療所
木曽	上松町	西奥	無	大脇医院
		高倉・台	無	大脇医院
	南木曽町	与川	無	篠崎医院
	王滝村	滝越	準	王滝村国保健康保険診療所
松本	松本市	沢渡	準	松本市安曇大野川診療所
大北	小谷村	大網	準	小谷村国保健康保険診療所
長野	長野市	裾花・天神	準	長野市国保鬼無里診療所
		峯・平	準	長野市国保鬼無里診療所
		西部	無	厚生連南長野医療センター新町病院
		信級	無	厚生連南長野医療センター新町病院
北信	飯山市	西大滝・藤沢	準	戸狩診療所
		羽広山・土倉	準	戸狩診療所
		富倉	準	小田切医院
		分道	準	片塩医院

（注）種別　無：無医地区　準：準無医地区　　（厚生労働省「無医地区等調査・無歯科医地区等調査」）

【表 11】無歯科医地区、準無歯科医地区の一覧（平成 26 年度）

二次医療圏	市町村	へき地医療対象地区	種別	最寄り歯科医療機関
佐久	佐久市	香坂東地	無	高見澤歯科医院
		大沢新田・東立科	無	荻原歯科医院
		馬坂・広川原	準	厚生連佐久総合病院
		長者原	無	土屋歯科クリニック
		湯沢	準	田中歯科医院
		協西（浅田切）	無	宮沢歯科医院
	佐久穂町	松井	無	八千穂青森歯科医院
上小	青木村	弘法	無	宮原歯科医院
		入奈良本	無	宮原歯科医院
飯伊	飯田市	千代	無	塩沢歯科医院
		上久堅	無	小澤歯科クリニック
	阿南町	宮澤	準	伊東歯科医院
		鈴ヶ澤	無	伊東歯科医院
		和合	無	伊東歯科医院
	平谷村	（全域）	無	水野歯科医院
	天龍村	（全域）	無	みやじま歯科医院
	泰阜村	泰阜北	無	みやじま歯科医院
		栃城	準	みやじま歯科医院
	大鹿村	北入	準	大鹿村立診療所
木曽	上松町	西奥	無	塚本歯科医院
		高倉・台	無	塚本歯科医院
	南木曽町	与川	無	水野歯科医院
	王滝村	滝越	準	王滝村国保直営王滝診療所
	大桑村	小川	準	古谷歯科医院
		伊奈川	無	古谷歯科医院
松本	松本市	沢渡	準	松本市安曇大野川歯科診療所
大北	小谷村	大網	準	小谷歯科医院
長野	長野市	裾花・天神	準	長野市国保鬼無里歯科診療所
		峯・平	準	長野市国保鬼無里歯科診療所
		西部	無	大内歯科医院
		信級	無	更水歯科医院
北信	飯山市	西大滝・藤沢	準	ふじまき歯科
		羽広山・土倉	無	ふじまき歯科
		富倉	無	平井歯科医院
		分道	準	栗山歯科医院
	栄村	秋山	無	津南町立津南病院（新潟県）

（注）種別　無：無医地区　準：準無医地区　　（厚生労働省「無医地区等調査・無歯科医地区等調査」）

第２　目指すべき方向と医療連携体制

１　目指すべき方向

（１）へき地における医療従事者の確保

へき地における医療の確保を図るため、へき地医療に従事する医療従事者の育成や派遣体制を構築します。

（２）へき地医療を提供する医療機関（歯科含む）への支援

継続的なへき地医療の提供体制を確保するため、へき地医療を行う医療機関を支援します。

（３）へき地に居住する住民への支援

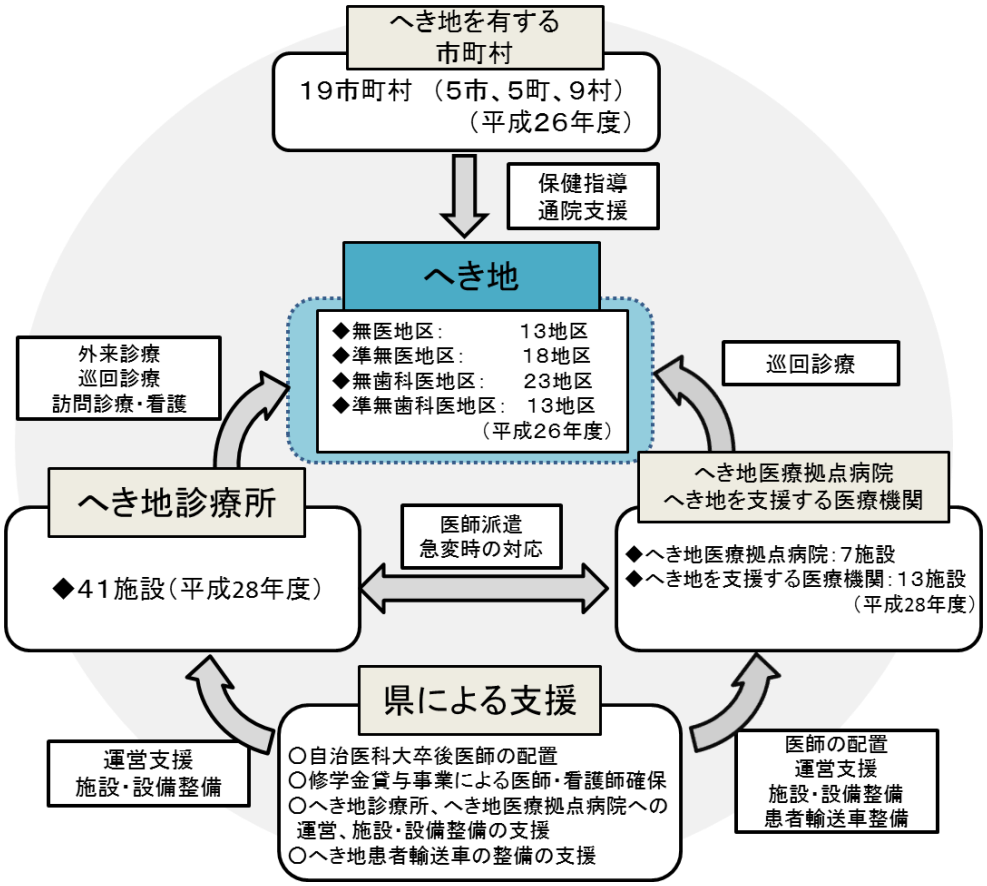
へき地でも地域の中で必要な保健指導や医療が受けられるよう、住民を支援します。

２　へき地における医療連携体制

長野県、市町村、へき地医療拠点病院、へき地を支援する医療機関、へき地診療所の役割分担と連携体制は次に示す図のとおりです。

へき地診療所がへき地への診療の主体となり、へき地医療拠点病院はへき地への巡回診療やへき地診療所への医師派遣等の支援を行います。市町村は、へき地への保健指導や通院の支援を行い、県は医療提供体制の確保のため、へき地診療所・へき地医療拠点病院の運営、施設・設備整備及び医師の配置の支援に取り組んでいきます。

【へき地における医療連携体制のイメージ】



第３　施策の展開

１　へき地における医療従事者の確保

○　へき地医療拠点病院等の中核的な医療機関での医師の確保を図り、へき地診療所への定期的な医師派遣の体制を構築します。

○　自治医科大学卒業医師を、へき地を支援している病院等へ適正に配置します。

○　へき地医療拠点病院等を含む県内臨床研修指定病院と連携し、研修医の県内への誘導及び定着を進めます。

○　医学生修学資金貸与事業等により、へき地での診療に必要な知識・技能を有する医師を育成します。

○　看護職員修学資金貸与事業により、へき地に所在する医療機関への看護師の確保を支援します。

○　県立看護大学において、へき地など地域特性を理解した看護を学ぶ講座を設けるなど、学生の地域医療への理解を深める教育を行います。

２　へき地医療を提供する医療機関（歯科含む）への支援

○　へき地において、地域住民の医療を確保するため、へき地診療所（歯科含む）の運営及び施設・設備の整備を支援します。

○　歯科を開設するへき地診療所に、必要な医療機器の整備を支援します。

○　へき地医療の実績を基にした、へき地医療拠点病院の指定・見直し、へき地医療を実施する医療法人の社会医療法人としての認定など、へき地医療の支援体制を整備します。

○　へき地診療所への医師の派遣やへき地に対する巡回診療を行う、へき地医療拠点病院の運営に要する経費に支援します。

○　へき地診療所やへき地からの患者を受け入れるため、へき地医療拠点病院として必要な施設・設備の整備を支援します。

○　情報通信技術（ＩＣＴ）を活用した遠隔診療等を支援します。

３　へき地に居住する住民への支援

○　市町村と連携して、へき地において必要な保健指導や歯科口腔保健に関する相談支援を行います。

○　へき地に居住する住民の医療ニーズを把握し、その結果をへき地医療拠点病院等のへき地医療を支援する医療機関と情報共有することで、医療ニーズに基づく医療提供体制を構築します。

○　無医地区等の住民が容易に医療機関に受診できる通院手段を確保するため、市町村が行うへき地患者輸送車の整備を支援します。

○　へき地以外にも支援が必要な地域については、通院支援車の運行範囲に組み入れるなど、支援体制の確保を図ります。

第４　数値目標

１　へき地における医療従事者の確保

区分	指　標	現状 （H29）	目標 （H35）	目標数値 の考え方	備考 （出典等）
S	医師派遣を受けるへき地診療所数	10 診療所 （H27）	10 診療所 以上	現状の水準以上を目指す。	厚生労働省「へき地医療現況調査」

２　へき地医療を提供する医療機関（歯科含む）への支援

区分	指　標	現状 （H29）	目標 （H35）	目標数値 の考え方	備考 （出典等）
S	へき地医療拠点病院の数	7 病院 （H28）	7 病院以上	現状の水準以上を目指す。	医療推進課調査

３　へき地に居住する住民への支援

区分	指　標	現状 （H29）	目標 （H35）	目標数値 の考え方	備考 （出典等）
O	無医地区･準無医地区のうち巡回診療や通院支援が行われている地区数	27 地区 （全 31 地区中） （H28）	31 地区	全地区に対する支援体制の構築を目指す。	医療推進課調査
O	無歯科医地区･準無歯科医地区のうち通院支援が行われている地区数	15 地区 （全 36 地区） （H28）	36 地区		保健・疾病対策課調査

注）「区分」欄　S（ストラクチャー指標）：医療サービスを提供する物的・人的資源及び組織体制等を測る指標
P（プロセス指標）：実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標
O（アウトカム指標）：医療サービスの結果として住民の健康状態や患者の状態を測る指標

第6節　在宅医療

第１　現状と課題

１　在宅医療の現状

高齢化の進展により、疾病構造が変化し、要介護認定者や認知症患者など通院による受診が困難な慢性期患者が増加しています。

在宅において、何らかの病気を抱えながら生活するようになる中で、「治す医療」から「治し、支える医療」への転換が求められており、在宅医療は、受け皿として期待されています。

在宅医療は、高齢者になっても、病気にかかったり障がいがあっても、住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるよう入院医療や外来医療、介護、福祉サービスが互いに補完しながら、患者の日常生活を支える医療であり、地域包括ケア体制の構築には在宅医療の充実が欠かせません。

（１）高齢化に伴う在宅医療等（※）のニーズの増加

○　本県の 65 歳以上の老年人口は、平成 27 年（2015 年）の 62 万 5 千人から増加しており、平成 32 年（2020 年）にはピークを迎え、64 万 5 千人に上ると見込まれています。

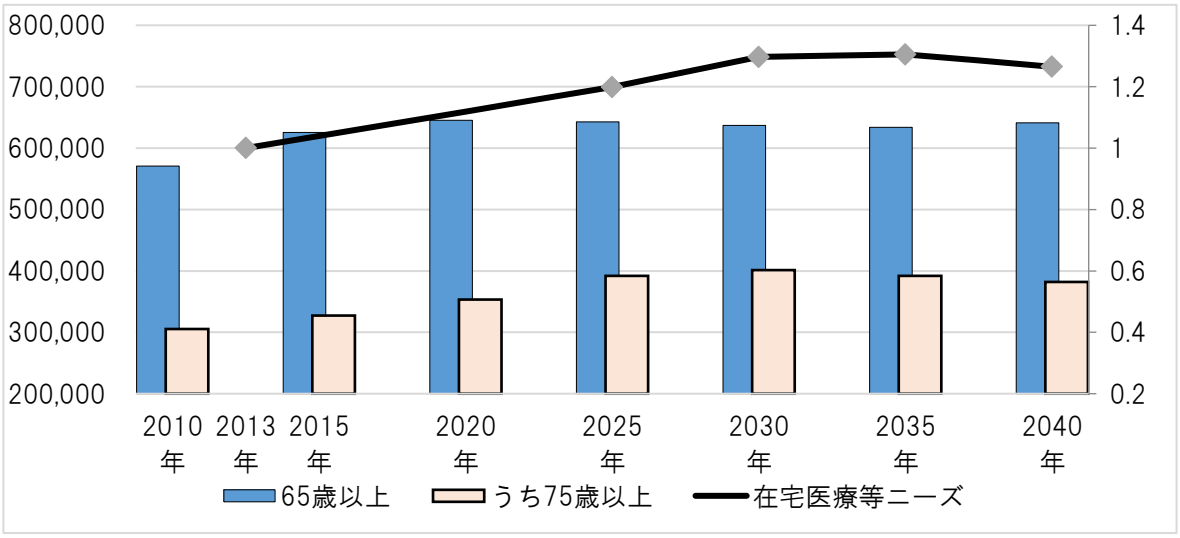
○　75 歳以上の人口は、平成 27 年（2015 年）の 32 万 7 千人から平成 32 年（2020 年）には 35 万 3 千人に増加し、平成 42 年（2030 年）にピークを迎えると見込まれています。

○　在宅医療等の医療需要は、平成 25 年（2013 年）を 1 とした場合、平成 42 年（2030 年）から平成 47 年（2035 年）頃に平成 25 年（2013 年）の約 1.3 倍になった後、減少局面に入ると見込まれます。

※ 居宅のほか特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、介護老人保健施設、その他医療を受けるものが療養生活を営むことができる場であって、現在の病院・診療所以外の場所において提供される医療を指す。

【表１】将来における高齢者の人口の推計及び在宅医療等需要の変化率＜長野県＞

（単位　人口：人、変化率：2013 年を１とした値）



（人口推計：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 年 3 月推計）」）

（「地域医療構想策定支援ツール」により作成）

（２） 介護が必要な患者への在宅医療

○　高齢化の進展により、介護が必要となる要介護認定者は約 84,000 人（平成 29 年２月）で年々増加傾向にあります。

○　特に、介護保険の利用による「居宅サービス」の利用者が増加しており、その割合は全体の約７割程度と高い傾向が続いています。また、近年は、身近な地域でサービスを受けられる地域密着型サービスの増加の割合が高くなっています。

【表２】介護保険利用者数＜長野県＞　　**（単位：千人、％）**

区　分	平成19年４月		平成24年４月		平成29年４月	
	利用者数	構成割合	利用者数	構成割合	利用者数	構成割合
居宅サービス	54	71.9%	66	73.0%	71	65.1%
地域密着型サービス	4	5.0%	6	6.8%	18	16.5%
施設サービス	17	23.1%	18	20.2%	20	18.4%

（厚生労働省「介護保険事業状況報告（月報）」）

○　介護を必要とし、居宅（在宅）で療養する高齢者に対しては、医師や訪問看護師、介護支援専門員（ケアマネジャー）、訪問介護員（ヘルパー）など医療と介護双方の関係者の間で、緊密な連携が求められます。

（３） 人工呼吸器、酸素療法等の在宅医療

○　在宅療養患者の中には、人工呼吸器、酸素療法、中心静脈栄養、気管切開部の処置、胃ろうの処置等の医療を必要とする者が多く、今後の老年人口の増加により、これらの医療ニーズが高まることが予想されています。

○　こうした在宅医療に対応することができる在宅医療機関数の医療圏別の状況は次のとおりです。

【表３】人工呼吸器、酸素療法等に対応することができる在宅医療機関数（平成29年５月現在）

医　療　圏		佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	県計
人工呼吸器	一　般診療所	5	7	8	4	4	0	22	1	22	2	75
	病　院	9	5	3	3	6	1	10	1	14	2	54
酸素療法	一　般診療所	37	37	33	48	48	6	120	13	83	14	439
	病　院	12	9	7	6	9	1	14	2	20	2	82
中心静脈栄養	一　般診療所	9	9	10	11	16	2	39	4	20	1	121
	病　院	8	7	6	6	7	1	13	2	16	2	68
気管切開部の処置	一　般診療所	15	8	8	16	18	0	49	13	41	6	174
	病　院	9	7	5	5	5	1	10	4	13	3	62

（医療推進課調べ「ながの医療情報ネット」）

（４） 多様な医療ニーズへの対応

○　在宅療養者の医療ニーズの高まりを受け、医師や看護師等の医療従事者が行う医療行為のうち、たんの吸引等の行為（口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内部の喀痰吸引、胃ろう又は腸ろうによる経管栄養・経鼻経管栄養）については、一定の研修等を受講した介護職員が、医師の指示の下に実施することが認められています。

○　たんの吸引等の行為について、一定の研修を受講した居宅サービス事業所に従事する介護職員等に「認定特定行為業務従事者認定証」を交付しています。

（５） 在宅療養に対する県民意識（平成 27 年度長野県在宅医療等提供体制調査）

○　在宅での療養が可能（自身が病気になり、医師が定期的に訪問することで在宅での治療が可能）な場合に、在宅での療養を希望する県民の割合は 41.1%で、希望しない割合の 14.0%を大きく上回っており、多くの県民が在宅での療養を望んでいます。

○　一方、44.9%の県民が、「判断できない」と回答しており、在宅で療養を送ることができることを知らなかったり、仮に知っていたとしてもどのような負担があるのかわからない県民が多く、在宅での治療に関して「治療の負担の大きさ」、「家族への負担の大きさ」といった、経済的な負担や家族の負担についての情報がほしいと回答しています。

○　病気にかかった場合でも、情報をもとに、在宅での療養を選択するか判断することができるよう、病気にかかる前から県民に必要な情報を提供する必要があります。

２ 在宅医療の提供体制

（１）退院支援

ア 入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援

○　在宅医療は、慢性期及び回復期患者の療養方法（場所）としての機能を期待されており、　特に、人工呼吸器を装着した患者や酸素療法が必要な患者などの医療ニーズが高い患者や、介護保険サービスの利用が必要な患者でも、安心して在宅での療養に移行するために、入院初期から退院後の生活を見据えた支援を行う退院支援職員の役割が重要です。

○ 本県における退院支援職員による退院支援・調整実施件数（年齢調整を行い全国を100とした指数）は、全国平均より約２割多く、全国で13番目に高い値となっています。

○　一方、平成26年（2014年）現在、退院支援職員を配置している病院は61か所と全病院の約５割、一般診療所は４か所となっており、65歳以上人口10万人あたりの退院支援職員配置医療機関数及び退院支援職員数は平成20年（2008年）に比べ増加していますが、全国平均と比べて依然少ない状況にあります。

【表４】退院支援職員を配置する医療機関及び退院支援職員数（65 歳以上人口 10 万人あたり）

		H20		H26	
			全国順位		全国順位
退院支援職員を配置する医療機関	長野県	9.57か所	28位	10.57か所	31位
	全国	10.54か所	－	12.65か所	－
退院支援職員数	長野県	14.62人	34位	27.32人	30位
	全国	18.01人	－	32.86人	－

（厚生労働省「医療施設調査（静態）」）

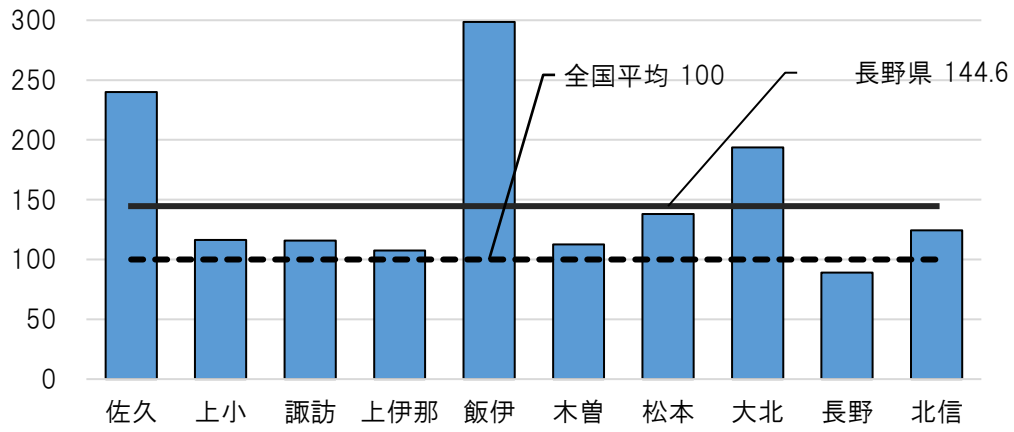
イ 入院と在宅の切れ目のない医療提供のための連携

○　退院後適切な在宅医療を切れ目なく受けられるようにするためには、入院中から退院後を見据えてかかりつけ医や介護支援専門員（ケアマネジャー）、医療ソーシャルワーカーをはじめとする患者の療養を支援する関係者が連携を図ることが重要です。

○　入退院時における医療機関とかかりつけ医や介護支援専門員をはじめとする患者の療養を支援する関係者との円滑な情報共有を図るため、概ね二次医療圏ごとに「退院調整ルール」の策定を平成27年度（2015年度）から進めてきました。

○　介護サービスが必要な患者の退院時の、入院医療機関と介護支援専門員との連携状況（年齢調整を行い全国を100とした指数）は、全国平均に比べ約４割多く、全国で７番目に高い値となっています。

【表５】退院時の入院医療機関と介護支援専門員の連携状況（平成 26 年）



（平成 26 年ＮＤＢデータ）

（２）日常の療養生活の支援

ア 在宅医療を担う関係機関

① 病院及び診療所

○在宅訪問診療を実施している医療機関は、平成26年（2014年）においては、一般診療所1,561か所のうち436か所（27.9%）、病院131か所のうち61か所(46.5%）で、医療圏別の状況は【表６】とおりです。

【表６】医療保険等により在宅患者訪問診療を実施した病院及び一般診療所の数及び件数（平成26年9月）

	医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	県計
一般診療所	診療所数	38	31	47	45	45	7	108	14	86	15	436
	件数	1,381	933	1,076	1,244	983	120	3,043	210	2,107	157	11,254
病院	病院数	10	7	6	2	6	1	10	2	16	0	61
	件数	448	372	315	37	134	40	342	264	1,341	0	3,293

（厚生労働省「医療施設調査（静態）」）

○　在宅医療においては、診療報酬上の制度として創設された在宅療養支援診療所・病院の役割が重要であり、求められる役割は次のとおりです。

・ 在宅医療の提供及び他医療機関の支援を行うこと。
・ 多職種が連携し、包括的、継続的な在宅医療を提供するための支援を行うこと。
・ 在宅医療に関する人材育成を行うこと。
・ 災害時及び災害に備えた体制構築への対応を行うこと。
・ 在宅療養患者の家族への支援を行うこと。
・ 在宅医療に関する地域住民への普及啓発を行うこと。

○　在宅療養支援診療所・病院の医療圏別の整備状況や受持在宅療養患者数は、【表７】及び【表８】のとおりです。

これらの在宅療養支援診療所・病院のみならず、他の一般診療所や病院においても、在宅医療サービスを実施しています。

【表７】在宅療養支援診療所・病院数（平成29年１月現在）

（上段：施設数、下段：65歳以上人口10万人当たりの施設数）

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	県計
在宅療養支援診療所	19	18	33	20	30	3	57	8	43	5	236
	29.9	30.2	53.0	36.0	56.8	26.9	47.2	38.8	26.4	17.1	37.0
在宅療養支援病院	2	2	1	3	4	0	6	0	4	0	22
	3.1	3.4	1.6	5.4	7.6	－	5.0	－	2.5	－	3.4

（施設数：関東信越厚生局「施設基準の届出状況」、人口数：長野県毎月人口異動調査）

【表８】在宅療養支援診療所における受持在宅療養患者数（平成26年10月１日現在）　（単位：人）

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	県計
患者数	966	333	746	618	565	2	829	77	389	60	4,585

（「厚生労働省『医療施設（静態）』」）

②　訪問看護ステーション

○ 訪問看護ステーションの医療圏別状況は【表９】のとおりです。

【表９】訪問看護ステーション数（平成29年３月31日現在）　（単位：か所）

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	県計
か所数	23	21	11	9	12	1	37	7	33	7	161
職員数	139	123	80	66	69	6	233	44	181	42	983

（介護支援課調べ）

○ 病院や一般診療所で介護保険による訪問看護（介護予防サービスを含む）を実施している医療機関の医療圏別の状況は【表10】のとおりです。

【表10】介護保険による訪問看護（介護予防サービスを含む）を実施する病院・一般診療所数

（平成26年10月１日現在）　　（単位：か所）

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	県計
一般診療所	3	5	7	7	3	－	13	－	7	1	46
病　　院	5	1	1	1	4	1	5	1	11	1	31

（厚生労働省「医療施設調査（静態）」）

○ 訪問看護利用件数のうち、医療保険による利用件数は年間約24,000件（平成26年医療保険による訪問看護提供料算定件数）、介護保険による訪問看護利用件数が年間約116,000件です。（平成27年度厚生労働省「介護給付費等実態調査」）

③　歯科診療所

○　在宅医療サービスを実施している歯科医療機関は、平成26年（2014年）においては、歯科診療所1,020か所のうち316か所（31.0%）、歯科・歯科口腔外科併設病院38か所のうち７か所（18.4%）で、医療圏別の状況は【表11】のとおりです。

【表11】在宅医療サービスを実施している歯科医療機関数と件数（平成26年９月）

医療圏		佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	県計
歯科診療所	診療所数	28	22	41	38	36	5	58	9	69	10	316
	件数	267	336	391	507	589	156	662	66	519	23	3,516
病院	病院数	1	1	－	－	－	－	3	－	2	－	7
	件数	22	28	－	－	－	－	51	－	76	－	177

（厚生労働省「医療施設調査（静態）」）

○ 在宅歯科口腔医療においては、診療報酬上の制度として創設された在宅療養支援歯科診療所があり、その医療圏別の整備状況は【表12】のとおりです。

【表12】在宅療養支援歯科診療所数（平成29年３月現在）

（上段：診療所数、下段：65歳以上人口10万人当たりの診療所数）

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	県計
歯科診療所	22	15	27	42	34	1	52	10	52	0	255
	34.6	25.2	43.3	75.6	64.4	9.0	43.1	48.4	31.9	0	39.9

（関東信越厚生局「施設基準の届出状況」）

○長野県在宅歯科医療連携室では、在宅療養者の家族や介護関係者等を対象に、電話等で在宅歯科口腔医療や口腔ケア等に関する相談を受け、必要に応じて地域の歯科診療所との橋渡しを行っています。また、歯科診療所に対して、在宅歯科口腔医療用機器の貸出しを行っています。

【表 13】長野県在宅歯科医療連携室における相談件数及び機器貸出件数（平成 26 年度）　（単位：件）

相談件数	68
機器貸出件数	59

（保健・疾病対策課調べ）

④　薬局

○　在宅療養患者の居宅に訪問し、薬剤の管理・服用に関する指導や支援を行う機能を持った、在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局は、県内の保険薬局895か所のうち862か所（96.3%）で、医療圏別の状況は【表15】のとおりです。

【表15】在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局数（平成29年３月31日現在）　　（単位：か所）

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	県計
か所数	101	88	71	62	61	7	172	23	204	73	862

（長野県薬剤師会調べ）

○　平成29年（2017年）４月に訪問薬剤管理指導を行った件数は、医療保険と介護保険を合わせ延べ438薬局1,439件と年々増加しており、今後さらに薬剤師の在宅医療に対応する資質の向上や薬局の体制整備を充実させていくことが課題となっています。

【表16】在宅患者訪問薬剤管理指導実施薬局数及び件数（平成29年４月）

医療圏		佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	県計
医療保険	薬局数	13	14	6	13	15	0	34	4	33	7	139
	件数	20	15	7	17	31	0	57	7	48	12	214
介護保険	薬局数	36	45	19	19	22	3	50	12	79	14	299
	件数	136	127	66	52	132	7	167	21	483	34	1,225
計	薬局数	49	59	25	32	37	3	84	16	112	21	438
	件数	156	142	73	69	163	7	224	28	531	46	1439

（長野県薬剤師会調べ）

○ 在宅医療で使用される輸液製剤等を調剤するために必要な無菌調剤室のある薬局は、平成 29 年（2017 年）３月末現在、７医療圏で９か所（佐久・上小各２か所、諏訪・上伊那・飯伊・松本・長野各１か所）整備されています。（長野県薬剤師会調べ）

在宅医療推進に向けた長野県薬剤師会の取組

在宅医療における薬剤師のニーズは増加してきているものの、患者・他職種には薬剤師の在宅医療における役割があまり知られておらず、加えて、薬剤師自身も在宅訪問業務に踏み込めない現実があることから、長野県薬剤師会では、薬剤師の在宅対応に必要な知識習得のための研修や他職種とのワールドカフェ形式研修などを積み重ね、薬剤師の在宅医療参画への土台作りに力を注いでいます。

また、他職種と連携して、薬学的管理を必要とする在宅患者宅を一度訪問する「薬剤師のおためし訪問」事業や、「残薬バッグ」を利用した在宅患者の飲み残し・飲み忘れ防止等のための服薬管理事業を展開し、在宅医療において服薬に問題を抱えている患者の支援を進めるとともに、在宅患者の QOL 向上を目指しています。

⑤　訪問栄養管理・指導

○　在宅療養患者が健康・栄養状態を適切に保つためには、医療機関や介護施設からの退院・退所後の食事・栄養等に関する支援が必要であり、自宅において、食事・栄養摂取に関する指導や支援を行う人材の育成や体制の構築が求められています。

【表17】在宅患者訪問栄養食事指導を実施する医療機関（平成29年５月現在）　　（単位：か所）

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	県計
一般診療所	1	1	1	1	0	1	7	0	7	0	19
病　　院	2	0	1	2	4	1	5	0	7	0	22

（医療推進課調べ「ながの医療情報ネット」）

（３）急変時の対応

ア 往診を実施する医療機関

○ 往診を実施している医療機関（平成26年度（2014年度））は、一般診療所1,561か所のうち477か所（30.5%）、病院131か所のうち55か所(41.9%）で、医療圏別の状況は【表18】のとおりです。

【表18】医療保険等による往診を実施した病院及び一般診療所数（平成26年9月）

	医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	県計
一般診療所	診療所数	37	41	40	44	55	9	119	19	91	22	477
	件数	228	203	414	335	405	135	771	96	691	73	3,351
病院	病院数	8	6	6	3	7	1	13	1	8	2	55
	件数	26	12	34	8	21	4	230	9	34	12	390

（厚生労働省「医療施設調査（静態）」）

イ 24時間体制の確保

① 在宅療養支援診療所・病院

○ 在宅療養支援診療所・病院は、単独又は他の保険医療機関の保険医との連携により、当該診療所・病院を中心として、24時間往診が可能な体制を確保し、24時間訪問看護の提供や在宅療養患者の緊急入院を受け入れる体制を確保している診療所や病院です。

（在宅療養支援診療所・病院数については【表7】参照）

② 訪問看護ステーション

○ 24時間対応可能な訪問看護ステーションは、平成29年（2017年）２月１日現在、県内に156か所で、医療圏別の状況は【表19】とおりです。

【表19】訪問看護ステーション　介護給付費算定に係る体制等に関する届出書〈緊急時訪問看護加算〉届出事業所数（平成29年２月１日現在）　　（単位：か所）

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	県計
か所数	22	20	11	9	12	2	37	7	30	6	156

（介護支援課調べ）

③ 在宅療養後方支援病院

○　在宅療養後方支援病院は、在宅療養患者の緊急時における後方病床の確保を目的に、診療報酬上の制度として平成26年度（2014年度）に創設され、許可病床200床以上の病院であること、緊急時に当該病院に入院を希望する患者の情報を在宅医療提供医療機関と３か月に１回以上交換していることなどの要件を満たした病院が届出を行うことができ、本県では、５病院が在宅療養後方支援病院の施設基準を満たしています。

○　入院や病院でしかできない診察等が必要になった場合の受入先として、在宅療養の後方支援体制の整備が必要です。

【表20】在宅療養後方支援病院の数　（平成29年４月１日現在）　（単位：か所）

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	県計
200床（※）以上の病院	5	6	4	2	2	1	11	2	10	2	35
在宅療養後方支援病院	1	1	－	－	－	－	1	－	2	－	5

※ 許可病床数　（病院数：医療推進課調べ、在宅療養後方支援病院数：関東信越厚生局「施設基準の届出状況」）

（４）在宅（※）での看取り（ターミナルケアを含む）

ア 在宅での死亡者数

○　人生の最期を住み慣れた自宅や老人ホームで迎えたいと望む人の割合は、43.6%となっており、病院で最期を迎えたい人の割合（18.9%）を大きく上回っています。（平成27年度長野県在宅医療等提供体制調査）

○　現状では、自宅や老人ホームで死亡した人の割合は全体の22.9%（5,741人）、病院や診療所で死亡した人の割合は72.2%となっており、自宅や老人ホームでの死亡率は全国で５番目に高い割合となっていますが、県民の希望と現状には大きなかい離があります。

○　高齢者の増加により、死亡者数は、平成37年（2025年）には、平成27年（2015年）に比べ約２割増加することが見込まれており、在宅で看取りを行う体制をより充実させる必要があります。

【表21】在宅と医療機関における死亡者率の推移　（単位：%）

区　分		在　宅（自宅・老人ホーム）	病　院 診療所	介護老人 保健施設	その他
長野県	平成 22 年	20.2%	75.1%	2.5%	2.2%
	平成 28 年	22.9%	72.2%	3.2%	1.8%
全　国	平成 22 年	16.1%	80.3%	1.3%	2.3%
	平成 28 年	19.9%	75.8%	2.3%	2.1%

（厚生労働省「人口動態統計」）

※死亡場所としての「在宅」は、自宅、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホームのことをいう。

イ　在宅看取りを実施している関係機関

○　在宅看取りを実施した病院は34か所、一般診療所は122か所あります。
また、介護施設は306施設で看取りを実施しています。医療圏別の状況は【表22】のとおりです。

【表22】在宅看取りを実施している病院・一般診療所（平成26年９月現在）及び介護施設（平成29年３月現在）の数　　**（単位：か所）**

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	県計
病　院	6	5	4	2	3	－	7	1	5	1	34
一　般 診療所	16	12	4	16	12	2	28	4	20	8	122
介護施設	31	40	36	14	22	2	94	7	64	8	306

（病院・一般診療所：厚生労働省「医療施設調査（静態）」、介護施設：介護支援課調べ）

ウ　ターミナルケアに対応する訪問看護ステーション

○　在宅療養患者が人生の最終段階を穏やかに過ごすためにはターミナルケアが重要です。こうしたターミナルケアに対応する訪問看護ステーションは155か所あり、医療圏別の状況は次のとおりです。夜間・休日を含め24時間体制で対応できる体制の確保が課題です。

【表23】ターミナルケアに対応する訪問看護ステーション数（平成29年２月１日現在）（単位：か所）

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	県計
か所数	22	20	11	9	12	2	37	7	29	6	155

（介護支援課調べ）

エ 人生の最終段階における患者の意向を尊重した医療

○　自身や家族の死が近い（病気が可能な限りの治療によっても回復の見込みがなく、近い将来の死が避けられない）場合に受けたい医療や受けたくない医療について、家族と話し合ったことがある県民は38.3%となっています。（平成28年度県民医療意識調査）

○　人生の最終段階において、患者の意向を尊重した医療や介護を提供するためには、医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者や家族と医療従事者が、受けたい治療や受けたくない治療、最期を迎えたい場所といった、治療の選択やケア全体の目標を話し合うことが重要です。

○　在宅療養患者が人生の最終段階において受けたい治療や受けたくない治療、最期を迎えたい場所などの意向について、家族や医療従事者と考え、話し合う機会が増えるよう、医療・介護関係者や県民に対し普及啓発をしていくことが必要です。

第２　目指すべき方向と医療連携体制

１　目指すべき方向

医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、介護支援専門員（ケアマネジャー）、歯科衛生士、理学療法士、管理栄養士、医療ソーシャルワーカー等が、多職種の専門性を尊重したチーム医療を展開し、必要な医療・介護・生活支援等の各サービスが切れ目なく提供されることにより、「治し、支える医療」を推進し、患者が可能な限り住み慣れた生活の場において、安心して自分らしい生活を実現できる社会を目指します。

（１）円滑な在宅療養移行に向けた退院支援が可能な体制

入院医療機関と在宅療養を支援する関係機関との間で情報共有などの連携を図り、両者の協働による退院支援の実施及び切れ目のない継続的な医療体制の確保を目指します。

（２）日常の療養支援が可能な体制

在宅療養支援診療所など在宅医療を担う医療機関等の体制整備や人材育成、在宅医療に関わる多職種がチームとして在宅療養患者及びその家族を継続的かつ包括的に支援する体制の確保を目指します。

（３）急変時の対応が可能な体制

安心して在宅療養が送れるよう、患者の病状急変時に、在宅医療を担う関係機関が 24 時間サポートを行う体制を整備するとともに、在宅療養支援病院や有床診療所、在宅療養後方支援病院、二次救急医療機関など入院機能を有する医療機関が患者を円滑に受け入れることができる体制の確保を目指します。

（４）人生の最終段階における患者の意向を尊重した看取りが可能な体制

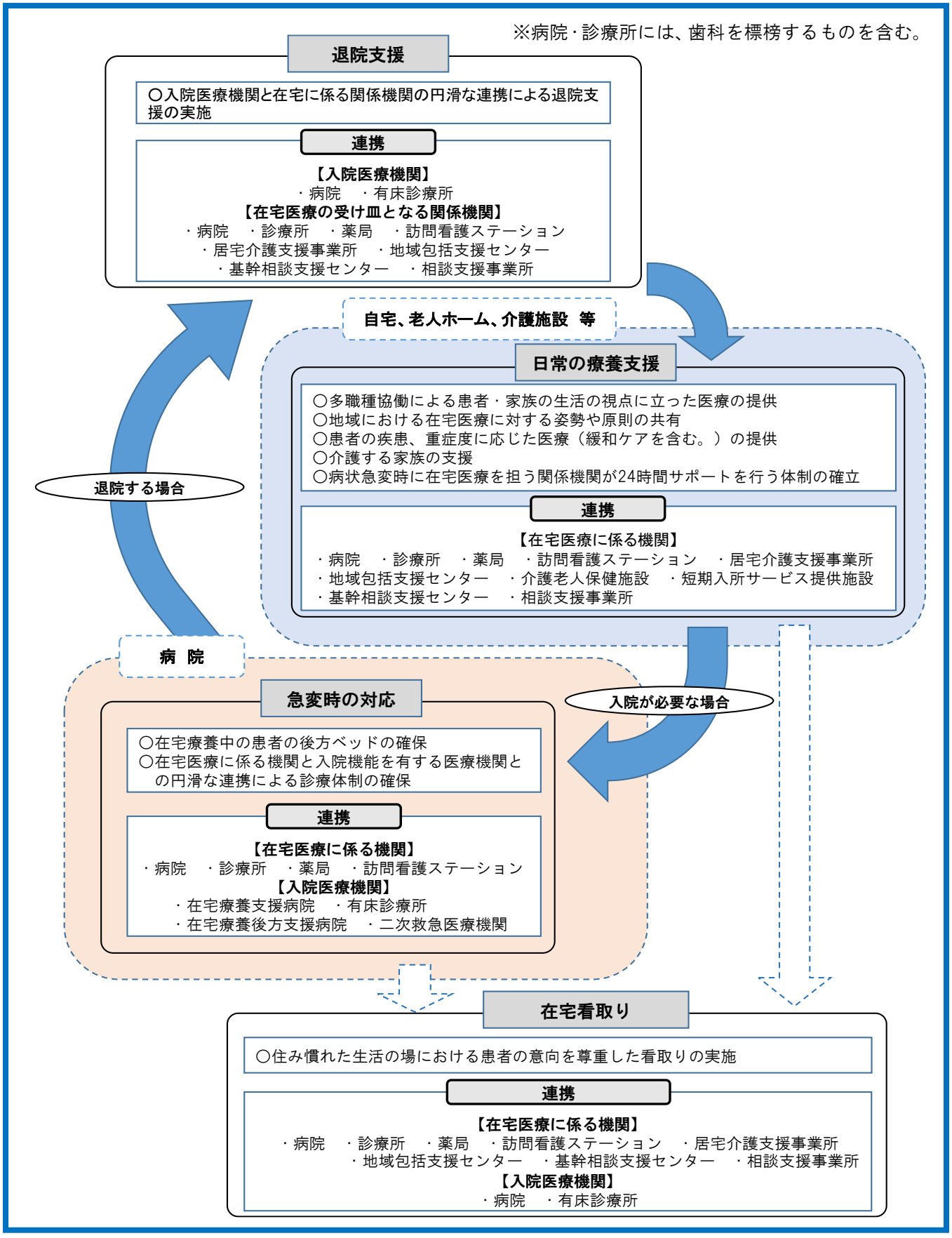
住み慣れた生活の場など、患者が望む場所で看取りを行うことができるよう、患者や家族に対して看取りに関する適切な情報提供を行うとともに、ターミナルケアを含む看取りを 24 時間体制で実施する医療機関や訪問看護ステーションの充実等、体制の確保を目指します。

２　在宅医療の提供体制

目指すべき在宅医療の提供体制は、次のページに示す図のとおりです。

可能な限り、住み慣れた生活の場で療養生活が送れるよう、入院患者への退院支援から退院後の日常療養支援、在宅療養患者の症状が急変した時の対応、患者の意向を尊重した看取りまで、医療機関、訪問看護ステーション、地域包括支援センター等、医療従事者と介護従事者が連携して、患者や家族を支援していく体制を目指します。

在宅医療の提供体制


※病院・診療所には、歯科を標榜するものを含む。
退院支援
○入院医療機関と在宅に係る関係機関の円滑な連携による退院支援の実施
連携
【入院医療機関】
・病院　・有床診療所
【在宅医療の受け皿となる関係機関】
・病院　・診療所　・薬局　・訪問看護ステーション
・居宅介護支援事業所　・地域包括支援センター
・基幹相談支援センター　・相談支援事業所
自宅、老人ホーム、介護施設　等
日常の療養支援
○多職種協働による患者・家族の生活の視点に立った医療の提供
○地域における在宅医療に対する姿勢や原則の共有
○患者の疾患、重症度に応じた医療（緩和ケアを含む。）の提供
○介護する家族の支援
○病状急変時に在宅医療を担う関係機関が24時間サポートを行う体制の確立
連携
【在宅医療に係る機関】
・病院　・診療所　・薬局　・訪問看護ステーション　・居宅介護支援事業所
・地域包括支援センター　・介護老人保健施設　・短期入所サービス提供施設
・基幹相談支援センター　・相談支援事業所
退院する場合
病　院
急変時の対応
○在宅療養中の患者の後方ベッドの確保
○在宅医療に係る機関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確保
連携
【在宅医療に係る機関】
・病院　・診療所　・薬局　・訪問看護ステーション
【入院医療機関】
・在宅療養支援病院　・有床診療所
・在宅療養後方支援病院　・二次救急医療機関
入院が必要な場合
在宅看取り
○住み慣れた生活の場における患者の意向を尊重した看取りの実施
連携
【在宅医療に係る機関】
・病院　・診療所　・薬局　・訪問看護ステーション　・居宅介護支援事業所
・地域包括支援センター　・基幹相談支援センター　・相談支援事業所
【入院医療機関】
・病院　・有床診療所

3　在宅医療における圏域の連携体制

○　医療資源の整備状況や医療と介護との連携のあり方は、地域によって大きく異なります。地域の実情に応じた切れ目のない在宅医療・介護提供体制の構築が図られるよう、原則として市町村を在宅医療の単位とし、隣接する市町村相互に連携することが必要です。

○　また、地域の在宅医療については、医療及び介護資源等の実情に応じ、患者が日常生活を営む地域（日常生活圏域（概ね中学校区））を単位として、地域包括支援センター、病院、診療所、郡市医師会等関係団体等を中心に連携体制を構築することが必要です。

地域包括ケア体制

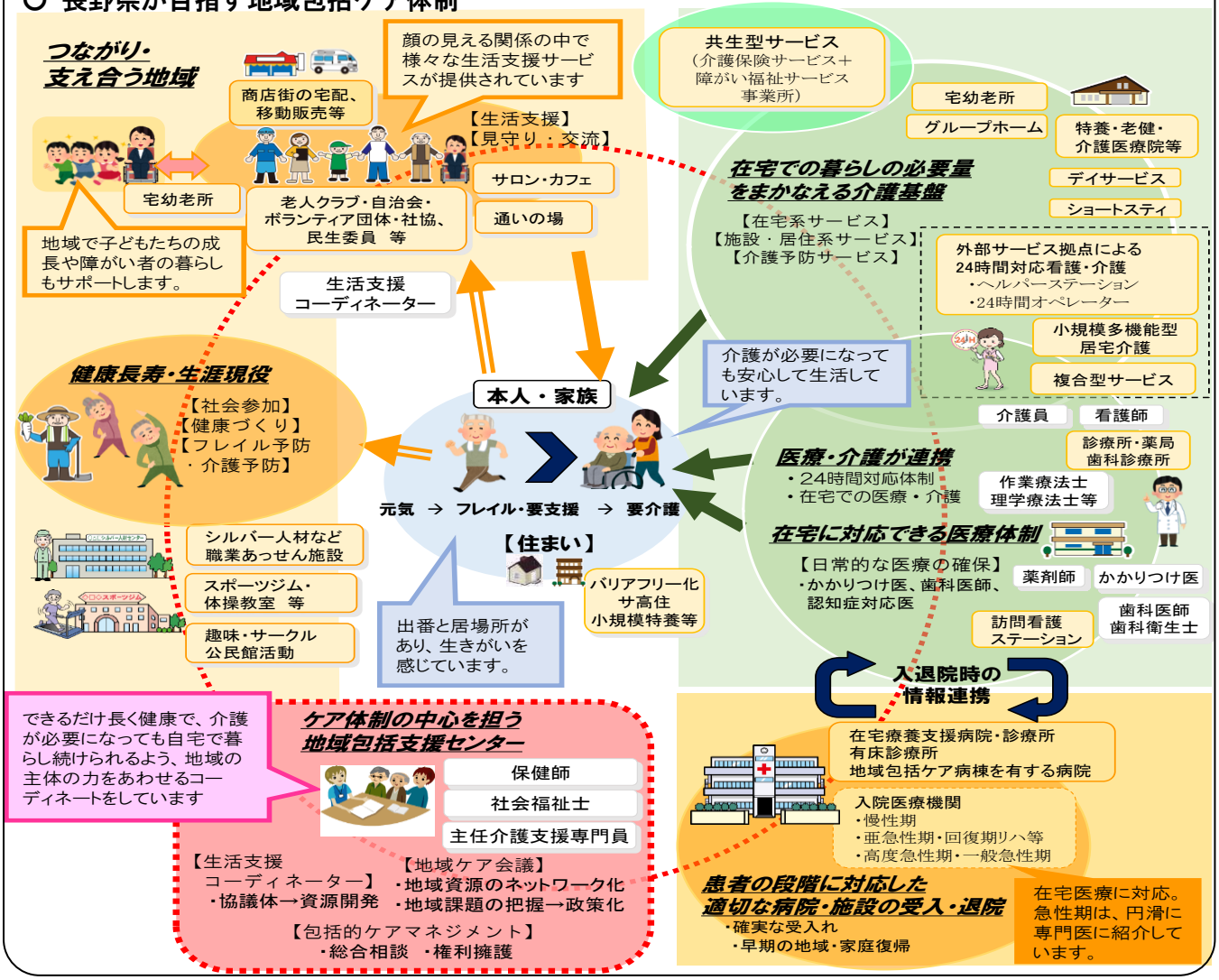
団塊の世代が 75 歳以上となる平成 37 年（2025 年）には、高齢者のニーズの多様化と更なる増大、単身世帯の増加、認知症高齢者の増加が想定され、現在の医療・介護サービスの提供体制のままでは十分対応できないと見込まれています。

本県は、男女ともに平均寿命が全国１位であり、高齢者の就業率が高いなど、健康長寿県ではあるものの、平成 37 年（2025 年）には、75 歳以上の割合が人口の２割を超え、介護需要がピークに入っていくことが予想されています。

こうした社会を見据え、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、医療・介護・生活支援等の各サービスが切れ目なく提供される地域包括ケア体制を県内すべての日常生活圏域において構築していくことが求められています。

地域包括ケア体制構築に向けた具体的な取組については、第７期長野県高齢者プラン（計画期間：平成 30～32 年度）に記載しています。

○ 長野県が目指す地域包括ケア体制



第３　施策の展開

１　円滑な在宅療養移行に向けた退院支援が可能な体制づくり

○ 退院時における患者情報共有の仕組みづくり、チーム医療を展開するための研修会の開催等、多職種で在宅医療の提供を図るための取組を支援します。

○ 退院後適切な在宅医療を切れ目なく受けられるよう、入院医療機関とかかりつけ医や介護支援専門員（ケアマネジャー）をはじめとする患者の療養を支援する関係者との間で円滑に患者の情報が共有される地域の実情に応じた退院調整ルールの適切な運用を促進します。

○ 地域ごとに、脳卒中や心血管疾患などの患者で急性期・回復期の医療を終えた患者や、がんの緩和ケア等の医療サービスを在宅で受けることを希望する患者が、適切な診療計画の下、円滑に在宅医療へ移行できるよう、地域連携クリティカルパスの利用を促進します。

○ 市町村、医療・介護関係機関等と連携し、在宅医療における経済的な負担や体力的な負担等、県民が必要としている情報を発信します。

○ 県民が在宅医療を主体的に選択できるよう、県がホームページに開設している「ながの医療情報ネット」などを通じ、在宅医療に関わる医療資源等の情報を提供します。

２　日常の療養支援が可能な体制の整備

○　在宅療養患者が住み慣れた生活の場において安心して生活ができるよう、在宅医療に関わる関係機関（病院、一般診療所、歯科診療所、薬局、訪問看護ステーション、地域包括支援センター等）が相互に情報共有と連携を図り、在宅療養患者とその家族をサポートする多職種（医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、介護支援専門員（ケアマネジャー）、歯科衛生士、理学療法士、管理栄養士、医療ソーシャルワーカー等）による在宅チーム医療体制の構築を促進するとともに、在宅医療を担う人材の育成を行います。

○ 医療と介護に従事する関係者の移動や情報共有に係る負担を軽減し、在宅医療を効率的に行うことができるよう、ＩＣＴを用いた患者情報の共有や診療体制の整備を支援します。

○ 在宅における薬剤使用が適正に行われるよう、薬剤師による患者、家族及び関係職種間の薬剤情報の共有化、服薬状況の確認、服薬支援の実施など、在宅医療における薬の管理体制の整備の促進に努めるとともに、すべての薬局が在宅患者への薬学的管理・服薬指導などの機能を果たす「かかりつけ薬剤師・薬局」になるよう取り組みます。

○ 在宅療養患者が必要とする無菌製剤を調剤する無菌調剤設備を有する薬局など必要な体制の整備や、在宅での薬剤の使用と連動する医療材料･衛生材料の供給に薬局が積極的に関与する体制の整備を促進します。

○ 訪問看護ステーションの体制を充実するため、訪問看護師の確保、研修を受講しやすい環境づくり、訪問看護事業所の運営に関する体制強化への支援等に取り組みます。

○ 身近な地域で適切な在宅歯科医療が受けられるよう、各地域における在宅を担う歯科診療所や相談体制の整備を促進します。

○ 在宅歯科医療や摂食嚥下機能、専門的口腔ケア等について、多職種で取り組むことができるよう、医療・介護関係者等との連携強化を図ります。

3　急変時の対応が可能な体制の構築

○ 施設や在宅で療養する患者の急変時に患者の意向を尊重した医療が行われるよう、往診や訪問看護を 24 時間体制で実施する医療機関や訪問看護ステーションに従事する人材の育成や体制の整備を促進するとともに、患者情報の共有等により、医師や訪問看護師、介護施設事業者、救急搬送を実施する消防機関等との連携体制の構築を図ります。

4　人生の最終段階における患者の意向を尊重した看取りが可能な体制づくり

○ 人生の最終段階において、住み慣れた生活の場で最期を迎えることを望む患者の意向を尊重できるよう、県民に対し看取りや事前指示書に関する普及啓発を行い、在宅看取りへの理解を促進します。

○ 人生の最終段階における医療や高齢者の在宅看取りを実施する医療機関や訪問看護ステーション等に従事する人材の育成や体制の整備及び連携体制の構築を図ります。

人生の最終段階における患者の意思を尊重した看取りに向けて

病気にかかり、可能な限りの治療によっても回復の見込みがなく、人生の最期が間近に迫る状態になった時、多くの方が住み慣れた自宅で最期を迎えることを望みます。

長野県の調査では、県民の約４割が自宅で人生の最期を迎えたいと答えており、病院や診療所など入院医療機関と答えた人の割合を大きく上回っています。

しかしながら、患者本人が自宅で最期を迎えることを望んでいても、実際に人生の最期が近づいてきたときに、家族が「苦しそうにしているのを見ていられない」「このままでは死んでしまう」という恐怖や不安に耐えることができず、救急車を呼んでしまい、自宅で最期を迎えるという本人の希望が叶わないケースもあります。

患者の希望を尊重し、本人らしい最期を迎えることができるよう、多くの医療機関や訪問看護ステーションで、身体的苦痛や精神的苦痛を取り除くターミナルケアや自宅での看取りを実施しています。

患者の希望を尊重し、住み慣れた自宅で穏やかに最期を迎えることができるよう、患者が家族や医師、訪問看護師などの医療関係者と人生の最期を迎えたい場所や家族が不安になった場合の連絡先等について話し合い、信頼関係を築くことが大切です。

第４　数値目標

１　円滑な在宅療養移行に向けた退院支援が可能な体制

区分	指　標	現状（H29）	目標（H32）	目標数値の考え方	備考（出典等）
S	退院支援職員を配置し、退院支援を実施している診療所・病院数（65 歳以上人口 10 万人あたり）	10.57 か所（H26）	10.57 か所以上	現状の水準以上を目指す。	厚生労働省「医療施設調査」
P	医療機関が入院患者に対し、退院支援・調整を実施した件数〈65 歳以上人口 10 万人当たり〉	3,687 件（H26）	3,687 件以上	現状の水準以上を目指す。	NDB レセプトデータ

２　日常の療養支援が可能な体制

区分	指　標	現状（H29）	目標（H32）	目標数値の考え方	備考（出典等）
S	訪問診療を実施している医療機関数（65 歳以上人口 10 万人あたり）	80.82 か所（H26）	80.82 か所以上	現状の水準以上を目指す。	厚生労働省「医療施設調査」
S	訪問看護ステーション職員数	983 人	1,104 人	H24 から H28 までの事業所数の平均増加率（6.8%/年）により H32 までに増加する事業所に対応する職員数（増加する事業所数あたり 2.5 人）に相当する程度の増加を目指す。	介護支援課調べ
S	在宅療養支援歯科診療所数（65 歳以上人口 10 万人あたり）	39.94 か所	39.94 か所以上	現状の水準以上を目指す。	関東信越厚生局「診療報酬施設基準の届出受理状況」
P	訪問薬剤管理指導実施薬局数（65 歳以上人口 10 万人あたり）	68.60 か所	68.60 か所以上	現状の水準以上を目指す。	長野県薬剤師会調査
S	無菌調剤室を設置した薬局のある医療圏数	7 医療圏（H28）	8 医療圏以上	現状の水準以上を目指す。	長野県薬剤師会調査

3　急変時の対応が可能な体制

区分	指　標	現状（H29）	目標（H32）	目標数値の考え方	備考（出典等）
S	往診を実施している医療機関数（65 歳以上人口 10 万人あたり）	86.51 か所（H26）	86.51 か所以上	現状の水準以上を目指す。	厚生労働省「医療施設調査」
S	在宅療養支援診療所・病院数（65 歳以上人口 10 万人あたり）	一般診療所 36.96 か所 病院 3.45 か所	一般診療所 36.96 か所以上 病院 3.45 か所以上	現状の水準以上を目指す。	関東信越厚生局「診療報酬施設基準の届出受理状況」
S	24 時間体制を取っている訪問看護ステーションの職員数	957 人	1,074 人	24 時間体制で訪問看護を行っている現在の職員数の割合（97.36%）を目指す。	介護支援課調べ

4　人生の最終段階における患者の意向を尊重した看取りが可能な体制

区分	指　標	現状（H29）	目標（H32）	目標数値の考え方	備考（出典等）
S	在宅で看取られる人の数（65 歳以上人口 10 万人あたり）	903.4 人	903.4 人以上	現状の水準以上を目指す。	厚生労働省「医療施設調査」
O	在宅での看取り（死亡）の割合（自宅及び老人ホームでの死亡）	全国５位（22.9%）（H28）	全国トップクラスを維持	今後増加することが見込まれる死亡者について、可能な限り在宅での看取りを行えるようにする。	厚生労働省「人口動態統計」

注）「区分」欄　S（ストラクチャー指標）：医療サービスを提供する物的・人的資源及び組織体制等を測る指標
P（プロセス指標）：実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標
O（アウトカム指標）：医療サービスの結果として住民の健康状態や患者の状態を測る指標

第7節　歯科口腔医療

第１　現状と課題

1　歯科口腔医療の体制

（１）医療圏別歯科医療機関数

○　平成 28 年（2016 年）10 月時点の人口 10 万対の歯科診療所数は 47.7 であり、全国平均（平成 27 年度）より少ない状況です。医療圏別では、松本は 50 を越えていますが、大北、北信は 40 を下回っており地域偏在が見られます（表 1）。

○　診療科目に歯科・歯科口腔外科を設置している病院数は、表２のとおりです。

【表１】歯科診療所数（平成 28 年 10 月末現在）

区分	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	合計	全国
歯科診療所数	106	89	99	87	81	12	223	24	274	33	1,028	68,737
人口10万対	49.3	45.4	48.2	45.0	46.9	41.1	52.6	39.4	48.3	37.0	47.7	54.1

（長野県：医療推進課調べ、全国：平成 27 年度医療施設調査）

【表２】歯科・歯科口腔外科を設置している病院数（平成 29 年 10 月１日現在）

区分	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	合計
病院数	14	16	12	10	10	1	27	2	35	3	130
歯科・歯科口腔外科設置病院数	5	4	6	2	1	0	12	2	11	1	44

（関東信越厚生局届け）

（２）休日歯科診療

○　県内には地域ごとの歯科医師会が 20 郡市あり、休日緊急歯科診療所を設置している歯科医師会は５郡市、輪番制等で休日緊急歯科診療体制を整えている歯科医師会は 15 郡市で、全ての医療圏で休日歯科診療体制が整えられています（表３）。

【表３】休日緊急歯科診療体制整備状況　（平成 29 年５月末現在）　　（単位：郡市歯科医師会）

区分	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	合計
休日診療所を設置	1	1	—	1	1	—	1	—	—	—	5
輪番制等で実施	1	—	3	0	—	1	2	1	5	2	15

（保健・疾病対策課調べ）

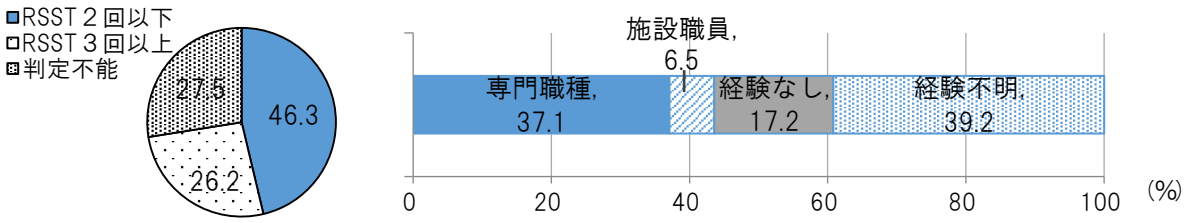
2　特別に支援の必要な分野

（１）要介護高齢者

○　要介護高齢者のうち、嚥下機能障がいが疑われるのは 46.3%です。また、過去に専門職種（医

師・歯科医師、看護師、言語聴覚士、歯科衛生士）から摂食嚥下機能の評価を受けた人は 37.1%にとどまっています（図１）。

【図１】要介護高齢者の嚥下機能評価(ＲＳＳＴ)結果と過去の機能評価経験



※RSST：反復唾液嚥下テスト(30 秒間で２回以下は嚥下障害が疑われる)（平成 26 年度長野県要介護者歯科保健実態調査）

○　摂食嚥下機能障がいに対応できる医療機関等は県内で 24 か所ありますが（表４）、摂食嚥下機能を評価し食形態について助言支援を行い、誤嚥や誤嚥性肺炎、窒息等を予防する一連の体制整備の構築が課題となっています。

【表４】摂食嚥下機能障がいに対応できる医療機関等（平成 29 年３月 31 日現在）

区分	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	合計
病院	1	1	3	2	5	1	3	1	0	0	17
医科診療所	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
歯科診療所	1	0	0	0	1	0	2	0	1	0	5
介護保険施設	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1

（摂食嚥下関連医療資源マップ：厚生労働科学研究：長寿・障害総合研究事業）

（２）障がい者

○　県は重度心身障がい者の歯科口腔医療について県下４施設に専門診療を要請しています(表５)。

○　県立こども病院「口唇口蓋裂センター」では、唇顎口蓋裂等の疾患について医科と歯科の専門スタッフが連携して治療にあたっています。

○　発達障がい児者等を含めた障がい者における地域での歯科口腔医療提供体制の整備が課題となっています。

【表５】重度心身障がい者歯科診療施設　（平成 29 年５月末現在）

圏域	歯科診療施設	圏域	歯科診療施設
東信	佐久市立国保浅間総合病院	中信	松本歯科大学病院
北信	長野赤十字病院	南信	伊南行政組合昭和伊南総合病院

（医療推進課調べ）

（３）生活習慣病等の合併症を有する者

○　生活習慣病やその他歯科治療時に配慮を要する合併症等を有する者への歯科口腔医療について、歯科診療所と歯科・歯科口腔外科設置病院等との連携体制（歯科医療の病診連携）の整備が課題となっています。

3　連携体制

（１）在宅歯科口腔医療（一部再掲）

○　在宅医療サービスを実施している歯科医療機関は、平成26年（2014年）においては、歯科診療所1,020か所のうち316か所（31.0%）、歯科・歯科口腔外科設置病院38か所のうち７か所（18.4%）で、医療圏別の状況は表６のとおりです（在宅医療の項参照）。

【表６】在宅医療サービスを実施している歯科医療機関数と件数（平成26年９月）

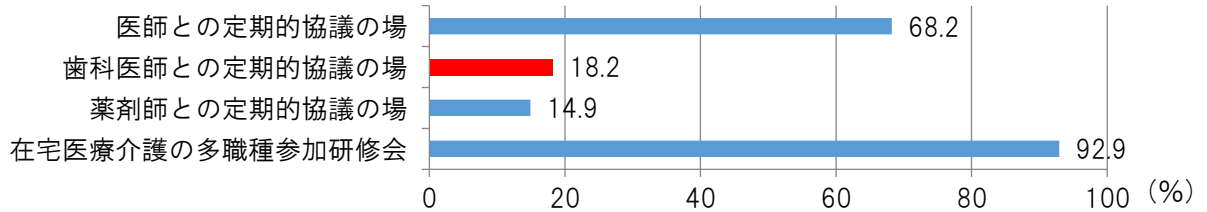
医療圏		佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	県計
歯科診療所	診療所数	28	22	41	38	36	5	58	9	69	10	316
	件数	267	336	391	507	589	156	662	66	519	23	3,516
病院	病院数	1	1	－	－	－	－	3	－	2	－	7
	件数	22	28	－	－	－	－	51	－	76	－	177

（厚生労働省「医療施設調査（静態）」）

○　地域での医療と介護の連携について、日常生活圏域※154 地域の中で歯科医師との定期的協議の場があると回答した地域は 28（18.2%）であり（図２）、地域包括ケアシステムに歯科口腔医療関係者が連携協力する体制づくりが課題となっています。

※日常生活圏域：市町村介護保険事業計画において定める区域。市町村が地理的条件、人口、交通事情等を総合的に勘案して定める。

【図２】医療と介護の連携状況



（平成 25 年度地域包括ケア体制の構築状況に係る調査）

（２）医科歯科連携体制

○　生活習慣病等を有する者に歯科口腔医療を提供する際の、医科と歯科の連携体制の整備が課題となっています。

○　がん等の治療に伴う口腔機能管理※について、地域がん診療連携拠点病院を中心とした連携体制の充実が必要です（がん対策の項参照）。

○　顎骨壊死を引き起こす恐れのある骨吸収抑制薬（骨に発生するがんや骨粗しょう症等の治療薬）等の使用に関し、医科や薬科との情報共有体制の構築が課題となっています。

※がん等の治療に伴う口腔機能管理：がん等の疾病で手術や化学療法、放射線療法等を受ける患者の口腔ケア等を徹底することで、口腔粘膜炎や誤嚥性肺炎等の合併症を予防し早期回復をめざすもの。

（３）災害時の歯科口腔医療提供体制

○　災害時における避難所等での口腔機能管理等への対応が課題です。

○　県は、「災害時の歯科医療救護についての協定書」を長野県歯科医師会と締結しています。

第２　施策の展開

１　歯科口腔医療の質の向上

○　摂食嚥下機能訓練（オーラルリハビリテーション）やがん治療等における口腔機能管理等の分野について、質の向上を目指した研修等の取組を充実します（歯科保健、歯科医師の項参照）。

○　歯科口腔医療機関における医療安全対策の推進に取り組みます（医療安全対策の項参照）。

２　歯科口腔医療提供体制の充実（図３イメージ）

○　身近な地域で適切な在宅歯科口腔医療が受けられるよう、地域において在宅を担う歯科診療所や相談体制の整備を促進します（在宅医療の項参照）。

○　重度心身障がいや発達障がい等の障がい児者への歯科口腔医療提供体制の整備を図ります。

○　摂食嚥下機能障がいや様々な合併症を有する者への歯科口腔医療の提供について、歯科診療所と歯科・歯科口腔外科設置病院との連携体制の整備を図ります。

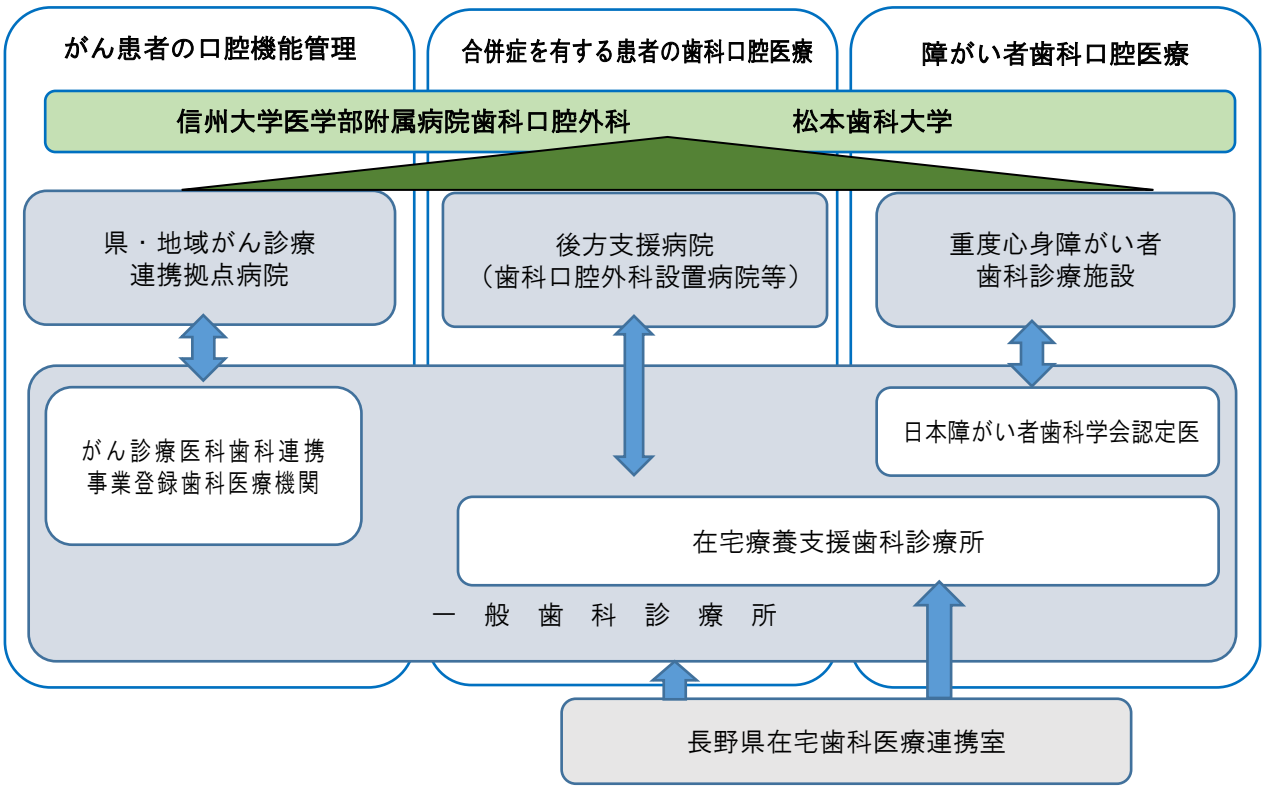
３　歯科口腔医療における多職種連携体制の充実

○　摂食嚥下機能を評価し、食形態への支援、専門的な口腔ケア、及び摂食嚥下機能訓練（オーラルリハビリテーション）等につなげる多職種が連携した体制整備を図ります。

○　生活習慣病等の合併症を有する者や顎骨壊死を引き起こす薬剤を服用等している者等について、医科や薬科と歯科が連携して対応する体制整備構築に向けた取組を図ります。

○　誤嚥性肺炎の予防や早期退院支援を目的とした、がん治療等における口腔機能管理体制を拡充するための取組を推進します。

【図３】歯科口腔医療連携体制のイメージ（長野県）



歯原性菌血症

『菌血症』とは、本来無菌の血液中に細菌が認められる状態のことです。

歯周病は細菌による感染症の一つですが、症状が気づきにくく、また気づいても治療せずに放置してしまうことで口の中の細菌が増加します。口腔内の細菌が多くなると、歯みがきや食事でできた口の中の小さな傷から細菌が血液の中に入り込み全身を巡っていく状態が「歯原性菌血症」です。

血液内の細菌は血管内壁を損傷させ、修復のための免疫物質や悪玉コレステロールが凝集し血栓が作られてしまいます。血栓は心筋梗塞や脳梗塞の原因にもなります。このように、様々な生活習慣病や全身疾患に歯科疾患が関係しているのは、歯原性菌血症が起こってしまうためです。

第３　数値目標

区分	指　標	現状（H29）	目標（H35）	目標数値の考え方	備　考（出典等）
S	歯科・歯科口腔外科設置病院	44 病院	44 病院	現在の水準を維持する	関東信越厚生局届け
S	重度心身障がい者歯科診療施設	４病院	４病院	現在の水準を維持する	医療推進課調査
S	摂食嚥下機能障がいに対応できる医療機関等 病院 医科診療所 歯科診療所 介護施設	 17 1 5 1	 17 以上 １以上 ５以上 １以上	現状より増加する	厚生労働科学研究調査

注）「区分」欄　S（ストラクチャー指標）：医療サービスを提供する物的・人的資源及び組織体制等を測る指標
P（プロセス指標）：実際にサービスを提供する主体の活動や、他機関との連携体制を測る指標
O（アウトカム指標）：医療サービスの結果として住民の健康状態や患者の状態を測る指標

医科歯科連携体制の重要性

現在、がん治療や糖尿病をキーワードに、医療と歯科口腔医療が連携して予防・治療を行う取り組みが行われています。この取り組みを「医科歯科連携」と呼んでいます。

がんの治療中に口腔機能管理を受けると、治療に伴う口腔粘膜炎等の発生が減少し、経口栄養摂取による早期体力回復だけでなく、誤嚥性肺炎の予防等により在院日数が減少することが示されました。糖尿病治療でも、歯科疾患を治療すると血糖コントロールが良好になること、また、糖尿病が改善すると歯周疾患も改善することなどが示され、医科と歯科が連携した健康に対する取り組みが行われるようになりました。

医科と歯科が連携した、県民の健康のための取り組みを今後も推進していくことが重要です。

第８節　薬物乱用対策

第１　現状と課題

○　覚醒剤、大麻などの薬物乱用は、乱用者個人の健康上の問題にとどまらず、各種の犯罪の誘因など、公共の福祉に計り知れない危害をもたらすものであるため、社会全体で取り組んでいく必要があり、薬物乱用対策を一層推進することが求められています。

○　乱用され、又は乱用されるおそれのある薬物として、覚醒剤、大麻、危険ドラッグ、MDMA、向精神薬、シンナー等があり、これらの取扱いが法令により禁止又は制限されています。

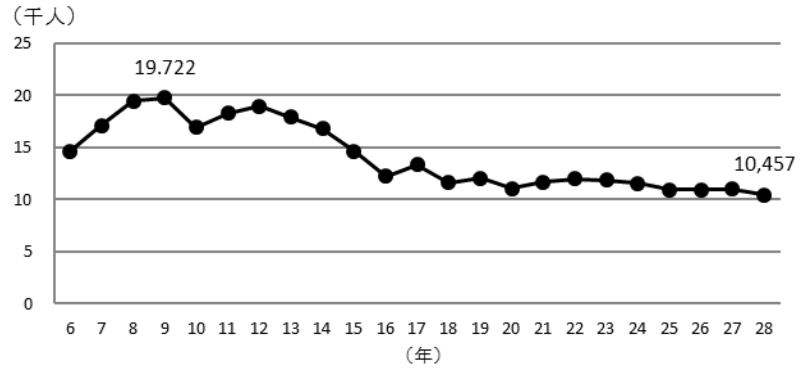
１　覚醒剤

○　我が国で最も乱用されている薬物は覚醒剤であり、近年の検挙者数は平成９年（1997 年）をピークに減少傾向にありましたが、平成 18 年（2006 年）以降はほぼ横ばいで推移しています。

○　平成 28 年（2016 年）の覚醒剤事犯による検挙者人員の 48.5%は暴力団関係者(5,067 人)が占めており、依然として覚醒剤事犯に暴力団が深く関与していることが伺われます。

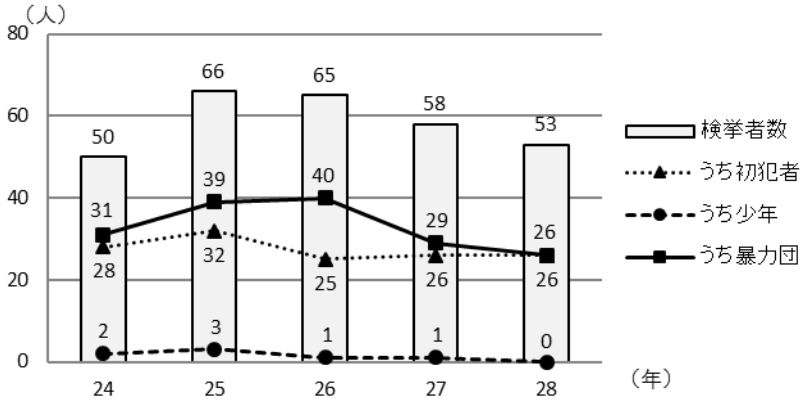
○　本県においても、検挙者が最も多い薬物は覚醒剤であり、検挙者の特徴としては、全国と同様に暴力団関係者がほぼ半数を占めていること、初犯者と再犯者が概ね同数であること、少年がほぼ毎年検挙されていることがあげられます。

【図１】全国の覚醒剤事犯検挙者数の推移



（警察庁調べ）

【図２】長野県の覚醒剤事犯検挙者数の推移



（長野県警察本部調べ）

2　覚醒剤以外の薬物

○　平成 26 年（2014 年）には、全国で危険ドラッグ関連事件が多発し大きな社会問題となり、規制及び取締が強化された結果、検挙者が急増しましたが平成 28 年（2016 年）には５年ぶりに減少し、街頭店舗は平成 27 年（2015 年）７月に全て閉鎖しました。

○　全国では、平成 21 年（2009 年）をピークに減少傾向にあった大麻による検挙者が、平成 26 年（2014 年）から増加に転じ、平成 27 年（2015 年）には５年ぶりに 2000 人を超え、平成 28 年には更に増加しています。

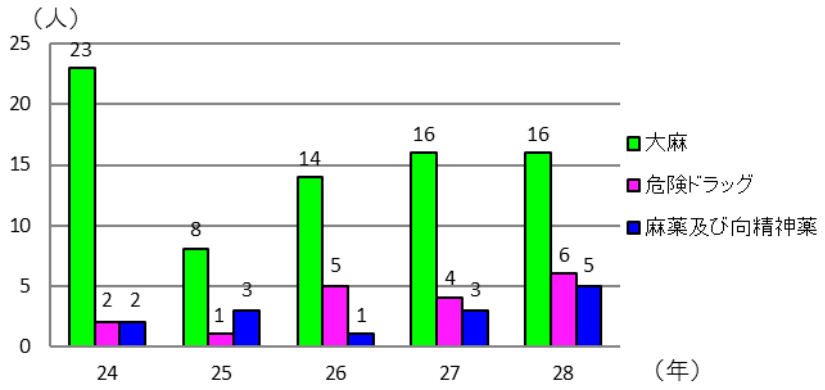
○　本県では、危険ドラッグやシンナーによる検挙者は毎年数名である一方、大麻による検挙者は年によって差があるものの５年間で 77 名となっています。

【表１】全国の大麻等による検挙者数の推移

年	平成 24 年	平成 25 年	平成 26 年	平成 27 年	平成 28 年
大麻	1,603	1,555	1,761	2,101	2,536
危険ドラッグ	112	176	840	1,196	920
麻薬及び向精神薬	280	478	378	398	412

（警察庁調べ）

【図３】長野県の大麻等による検挙者数の推移



（長野県警察本部調べ）

3　薬物の入手経路

○　乱用される薬物は暴力団等の資金源にもなっており、その流通経路が巧妙化しているとともに、薬物の種類も多様化しています。

○　携帯電話やインターネット、個人輸入等を使用することにより、身近に店舗がなくとも薬物が入手できる状況となっています。

○　大麻については、密輸入が減少する一方で不正栽培が増加しています。

第２　施策の展開

1　監視指導

○　医療に用いられる麻薬や向精神薬の取扱者に対する監視指導を実施するとともに、講習会を開催し、麻薬等の適正な取り扱いの徹底を図ります。

○　全国的に問題となっている大麻の不正栽培等に対し、警察との連携を図り、監視を強化して、不正大麻の根絶を図ります。

○　自生する「大麻」や、植えてはいけない「けし」の抜去を行い、これらの撲滅を図ります。

2　薬物乱用防止の啓発

○　「ダメ。ゼッタイ。」普及運動（６月 20 日～７月 19 日）や麻薬・覚醒剤乱用防止運動（10 月～11 月）等での啓発活動を強化するとともに、薬物乱用防止指導員（373 名）の活用を図り、薬物乱用防止意識の高揚を図ります。

○　教育委員会や長野県薬剤師会等の関係団体との連携を図り、学校薬剤師等による中学校や高校での薬物乱用防止教育を推進します。

○　薬物乱用防止啓発の講習会等において、薬物乱用の現状とともに、薬物乱用がもたらす健康被害や二次的犯罪の誘発に関すること等薬物乱用防止意識の高揚につながる情報を発信します。

3　薬物乱用者対策

○　保健福祉事務所及び精神保健福祉センターに設置している薬物相談窓口の周知及び充実を図り、薬物乱用者やその家族からの相談に応じます。

○　薬物中毒者に対して適切な医療を提供するなど、関係機関等と連携して更生指導を行います。

大　麻　に　つ　い　て

大麻（草）とは、大麻取締法では、アサ科アサ属で一年生の草木である大麻草とその製品を指します。大麻は世界で最も乱用されている薬物であり、麻薬に関する国際条約ではヘロイン等と並びに最も厳しく規制されています。

大麻を摂取すると、幻覚作用や記憶への影響、学習能力の低下、知覚の変化などが起こります。酒に酔った感覚や手足などに麻痺等が現れ、思考が分裂して感情が不安定になるため、興奮状態に陥って暴力や挑発的な行為を行うなど、無責任な衝動的行為をとるようになります。WHO（世界保健機関）も、大麻は精神毒性、依存性がある有害なものと指摘しています。

大麻については、インターネット等で「アルコールやタバコより害がない。」といった誤った情報が氾濫しており、これを鵜呑みにして乱用することに罪の意識を感じていないことや、自分で栽培して手に入れられること等が乱用者増加の一因と考えられています。

長野県では、平成 28 年に集団による大麻所持や栽培が発覚し 22 名が逮捕される、たいへん衝撃的な事件が発生しました。

第9節　その他の医療施策

1　移植医療

第１　現状と課題

1　臓器移植

○　平成９年（1997 年）に「臓器の移植に関する法律」（以下「臓器移植法」という。）が施行され、心停止後の死者からの腎臓及び角膜の移植に加え、脳死者からの臓器（心臓・肺・肝臓・腎臓・すい臓・小腸及び眼球）移植が可能となっています。

○　また、平成 22 年（2010 年）７月からは、臓器移植法が改正施行され、臓器提供の意思に併せて、親族へ臓器を優先的に提供する意思表示を行うことが可能となったほか、本人の臓器提供に関する意思が不明な場合であっても、家族の書面による承諾により脳死判定・臓器摘出が可能となり、15 歳未満の小児からの臓器提供もできるようになりました。

○　臓器移植法の施行後、県内では脳死による臓器提供は４件ありました。心停止後を含めた臓器提供件数は、大きな増加はなく推移しています。引き続き、県民の臓器移植についての理解を深めていく必要があります。

○　角膜を除く臓器移植については、（社）日本臓器移植ネットワークが、国により臓器のあっせんの許可を得た唯一の機関として、移植医療の普及・啓発、レシピエント（移植希望者）の登録、ドナー（臓器提供者）情報の収集、提供協力病院及びドナー家族への対応など、公平かつ迅速な臓器のあっせんを行っています。

○　平成10年（1998年）から、臓器提供事例が発生した場合に各都道府県内で、（社）日本臓器移植ネットワークと協力して調整業務を行う臓器移植コーディネーターが委嘱され、本件では現在、信州大学医学部附属病院に配置しています。また平成21年（2009年）から県では、臓器移植に関する普及啓発や、臓器移植コーディネーターとの連絡調整業務を行う臓器移植院内コーディネーターを設置しています。年々人数は増加しており、平成29年（2017年）には38医療機関・68名に委嘱し、臓器移植の円滑な推進を図っています。

○　角膜移植の推進については、（公財）長野県アイバンク・臓器移植推進協会が中心となり、ライオンズクラブ等の協力を得ながら、角膜提供者の登録や臓器移植を含めた普及啓発活動等の事業を行っています。

【表１】本県の角膜・臓器提供者数の推移　（単位：人）

	H24	H25	H26	H27	H28	累計	備考
献眼者数	15	18	18	14	18	530	H6～
臓器提供者数	1	3	0	0	1	25	H10～

（(公財）長野県アイバンク・臓器移植推進協会、（社）日本臓器移植ネットワーク調べ）

2　造血幹細胞移植

○　造血幹細胞（骨髄、末梢血幹細胞及び臍帯血）移植については、平成３年（1991 年）に（財）骨髄移植推進財団（現在の（公財）日本骨髄バンク）が設置されたことを皮切りに、（公財）日本骨髄バンクや各臍帯血バンクが主体となり移植の推進を行ってきましたが、平成 26 年１月に「移

植に用いる造血幹細胞の適切な提供の推進に関する法律」が施行されたことにより、現在は、この法律に基づき国、地方公共団体、造血幹細胞提供事業者（骨髄バンクや臍帯血バンク）、支援機関（日本赤十字社）、医療関係者がそれぞれの業務を行っています。

○　本県では、骨髄、末梢血幹細胞提供希望者（以下「骨髄バンクドナー」という）への登録の普及啓発を実施するとともに、平成 28 年から長野県骨髄・末梢血幹細胞提供推進連絡会議を設け、関係機関の連携を促進することにより、造血幹細胞の適切な提供の推進を図っています。

○　また、骨髄バンクドナー登録希望者の利便性を確保するため、保健福祉事務所に登録窓口を設置するとともに、移動献血の会場等で登録会を円滑に実施できるよう、（公財）日本骨髄バンクと協力して、ドナー登録について説明をするボランティア（説明員）の養成を行っています。

【表２】本県の骨髄バンクドナー登録者数、非血縁者間移植数（平成 29 年５月末現在）

骨髄バンクドナー登録者数（人）	3,776
非血縁者間骨髄・末梢血幹細胞移植数（平成５年移植開始以降累計）（件）	327

（日本赤十字社、（公財）日本骨髄バンク調べ）

【表３】本県の骨髄バンクドナー登録受付窓口

赤十字血液センター窓口	（長野）長野献血ルーム、（松本）松本献血ルーム、 （諏訪）諏訪出張所
保健福祉事務所窓口	佐久保健福祉事務所、上田保健福祉事務所、伊那保健福祉事務所、飯田保健福祉事務所、木曽保健福祉事務所、大町保健福祉事務所、北信保健福祉事務所

○　全国の骨髄バンクドナー登録者数は 47 万人以上（平成 29 年５月末現在）になりましたが、骨髄等の移植を希望する患者のうち、実際に提供を受けられるのは未だに６割程度の患者に留まっています。また、骨髄等の提供ができるの 55 歳の年齢制限に達する等の理由により毎年約２万人が骨髄バンクドナーの登録を抹消されており、引き続き骨髄バンクドナーへの登録を推進していく必要があります。

第２　施策の展開

１　臓器移植

○　（公財）長野県アイバンク・臓器移植推進協会の活動を支援し、同協会を中心に、ライオンズクラブ等の関係団体と連携しながら、臓器提供意思表示カードの普及や移植医療に関する理解を深めるための啓発を推進します。

○　長野県臓器移植コーディネーターを中心に、医療機関における医療従事者への啓発や各病院内で活動する院内コーディネーターと連携を図るとともに、健康イベント開催時に臓器移植のコーナーを設けたり、教育機関での講義を行うことを通じて県民への普及啓発に取り組みます。

２　造血幹細胞移植

○　骨髄バンクドナー登録者の確保のため、（公財）日本骨髄バンク、日本赤十字社等関係団体と連携し、普及啓発を実施するとともに、登録希望者が登録しやすい環境を整備することにより、造血幹細胞の適切な提供を推進します。

臓器提供の意思表示の方法は大きく分けて３つの方法があります。
いずれかの方法で書面による意思表示をしておくことが重要です。

１．意思表示カードやシールへの記入

臓器提供意思表示カード・シールや登録カードの内容が新しくなっています。従来の意思表示カード･シールに記入しているか、登録カードに署名年月日と署名を自筆で記入していれば、それらの意思表示は有効なものとして取り扱われますが、機会をとらえ、書直して（登録し直して）おきましょう。本人の意思が、意思表示カード・シールや登録カードなどで複数の意思表示があった場合には、最も日付の新しい署名日の意思表示が有効なものとして取り扱われます。

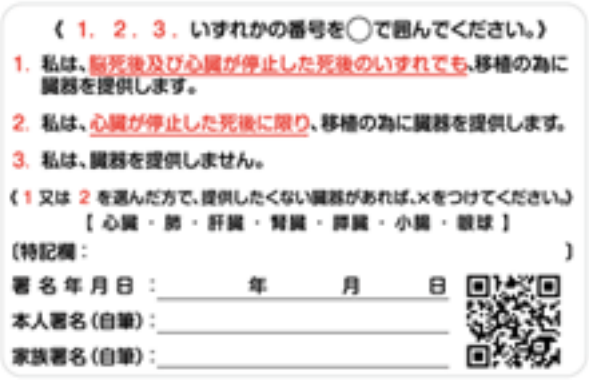
２．被保険者証、運転免許証の意思表示欄への記入

改正臓器移植法の施行に伴い、順次、被保険者証の裏面に「臓器提供に関する意思表示欄」が、また、ＩＣカード免許証の全国導入に伴い、運転免許証の様式が変更され、新たに発行される運転免許証の裏面には、「臓器提供意思表示欄」が設けられました。

３．インターネットによる意思登録

カード等の入手が難しい方にも所持を容易にし、臓器提供に関する意思がより確実に確認されることを目的として、インターネットで意思を登録（ＩＤの入った登録カードを送付）する方法も用意されています。意思登録は、ご自身による本サイトへのアクセスによってのみ可能です。仮登録、本人確認のためのＩＤ入り登録カードの発行、本登録の手続きがすべて完了した方は、臓器提供の際、本人意思を確認することができる対象となります。

○　臓器提供意思表示カード



グリーンリボン

グリーンリボンは、世界的な移植医療のシンボルです。グリーンは成長と新しいいのちを意味し、“Gift of life”（いのちの贈りもの）によって結ばれた臓器提供者（ドナー）と移植が必要な患者さん（レシピエント）のいのちのつながりを表現しています。

（公社）日本臓器移植ネットワークをはじめとする関連団体では、より多くの人に移植医療について理解してもらうため、毎年 10 月の臓器移植普及推進月間を中心に、グリーンリボンキャンペーンを展開しています。臓器を提供してもいいという人と移植を受けたい人が結ばれ、よりたくさんのいのちが救われる社会を目指しています。

2　外国籍県民等に対する支援

第１　現状と課題

○　県内に住む外国人は約３万人で、県内人口に占める割合は約 1.5%となっています。

○　外国籍県民が言葉の問題や知識・情報の不足により、医療サービスが受けにくいという課題に引き続き対応していく必要があります。

【表１】長野県における外国人登録者数の推移（各年 12 月末現在）

区　　分	平成 24 年	平成 25 年	平成 26 年	平成 27 年	平成 28 年
中　　国	10,403	9,727	9,368	9,124	9,072
ブ ラ ジ ル	7,679	5,154	4,822	4,633	4,692
韓国・朝鮮	4,181	4,052	3,953	3,857	3,742
フィリピン	3,765	3,795	3,911	4,101	4,221
そ　の　他	6,889	7,196	7,735	8,698	9,574
総　　数　（人）	31,398	29,924	29,789	30,443	31,301
県内人口に占める割合　（%）	1.47	1.41	1.42	1.45	1.50

（国際課調べ）

○　県では、外国語版問診票として、外来のほか入院医療にも対応した「外国籍県民医療のための問診票」を８か国語で県ホームページに公開しています。

○　また、県ホームページには、小児救急電話相談（＃8000）の案内及び急病時ガイドブック「お子さんが病気になったとき」を平成 23 年度（2011 年度）から多言語翻訳版（６言語）で掲載しています。

○　長野県広域災害・救急医療情報システム「ながの医療情報 Net」では、県内の医療機関を英語で検索できます。また、外国語で対応可能な医療機関の情報についても提供しています。

○　医療通訳の養成講座を（公財）長野県国際化協会に委託し、平成 27 年度（2015 年度）に飯田市、平成 28 年度（2016 年度）に長野市で開催しました。

第２　施策の展開

○　県では、各医療機関における「外国籍県民医療のための問診票」の活用を促進するなど、外国人が医療機関を安心して受診できる体制づくりを促進します。

○　県内に居住する外国人が医療に関する必要な情報を得られるよう、ホームページ等を利用した情報提供に努めます。

3　原爆被爆者に対する支援

第１　現状と課題

○　原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律に基づき、健康診断の実施、医療の給付並びに医療費及び各種手当の支給等を行い、被爆者の生活の安定と健康の保持を図っています。

【表１】県内の原爆被爆者数（平成 29 年３月 31 日現在）

被　爆　者　数	117
医療特別手当受給者数	3
健康管理手当受給者数	84
保健手当受給者数	9
小　　計	96

（地域福祉課調べ）

第２　施策の展開

○　原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律に基づく各種手当等の支給等を行うとともに、相談事業、健康診断等の保健・医療・福祉にわたる総合的な援護対策を推進します。

第４章
医療安全の推進

第1節　医療安全対策

第１　現状と課題

１　医療安全体制の確保

○　医療法では、すべての病院、診療所及び助産所に対し、①医療の安全管理体制の確保、②院内感染防止体制の確保、③医薬品・医療機器に係る安全使用及び安全管理体制の確保が義務付けられています。また、すべての薬局においても医薬品に係る安全使用及び安全管理体制の確保が義務付けられています。

○　医療事故や院内感染を防止し、安全な医療提供体制を確立するためには、医療に従事するすべての職員が、患者の安全を最優先に考えて医療に従事することが必要であり、そのためには、医療機関が組織全体で医療安全のシステムを作り、これを運用していく必要があります。

○　本県においても、医療機関等に対し、医療事故や院内感染の予防・再発防止に役立つ情報を提供するとともに、国等が行う医療安全研修の周知を行うなど、医療安全体制の確保に向けた取組を進めています。

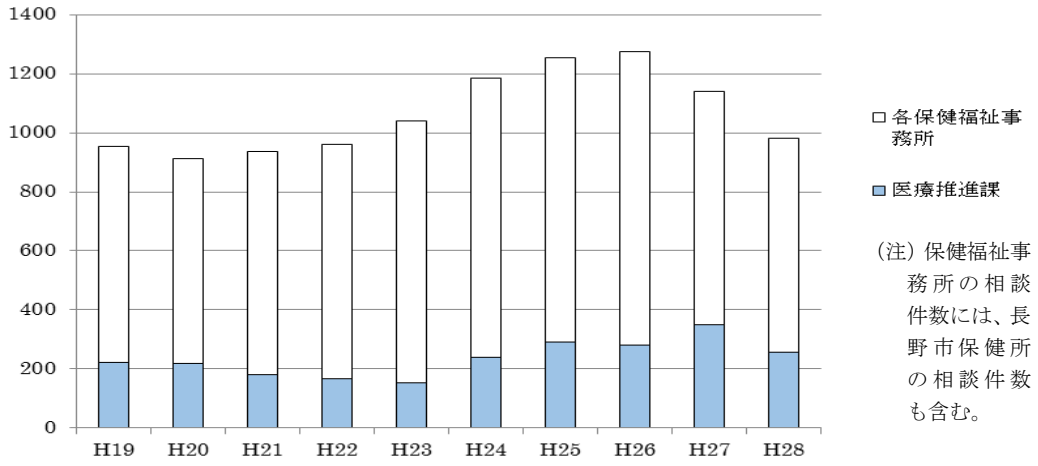
２　医療安全支援センターの設置と取組

○　本県では、平成 16 年（2004 年）５月に県庁に医療安全支援センター（医療相談窓口）を設置し、医療相談及び医療安全に関する研修等を行っています。また、平成 20 年度から各保健福祉事務所の医療相談窓口を「医療安全支援センター」と改め、医療相談等を行っています。

○　長野市保健所においては、平成 19 年（2007 年）４月より医療安全支援センター（医療相談窓口）が設置され、医療相談及び医療安全に関する研修等が行われています。

○　医療相談等に適切に対応するため、平成 27 年度に関係する機関・団体等で構成する医療安全支援センター運営協議会を設置し、医療安全支援センターの運営に関する協議を行っています。

【図１】医療相談件数の推移

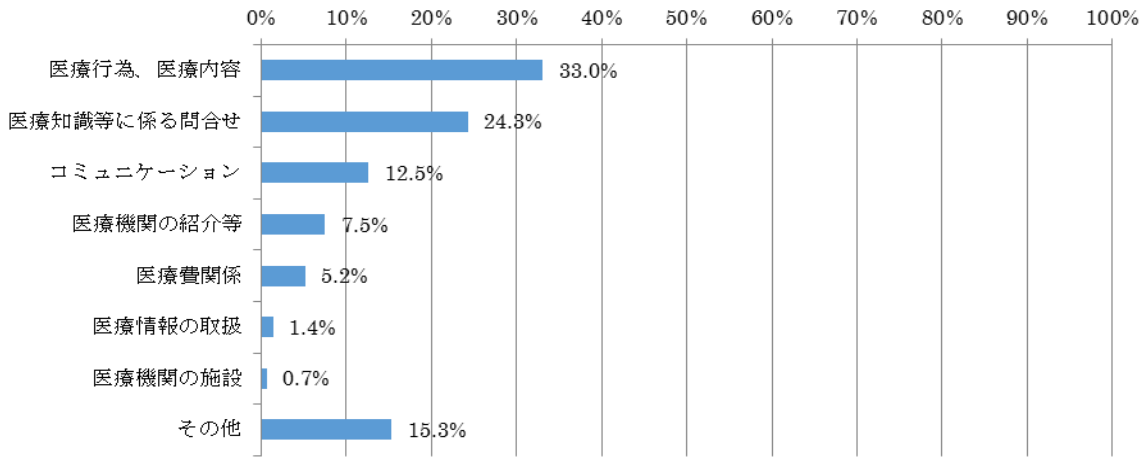


（医療推進課調べ）

○　本県における近年の医療相談件数は、1,000 件前後で推移しています。

○　相談内容の内訳については、「医療行為、医療内容」がほぼ３割を占めており、次いで、「医療知識等に係る問合せ」、「コミュニケーション」となっています。

【図２】医療相談内容の内訳（平成 28 年度）



（医療推進課調べ）

○　本県における医療相談窓口の一覧は下表のとおりです。

【表１】医療相談窓口の一覧

名　　称	連絡先（電話番号）
長野県　医療安全支援センター	026-235-7145
佐久保健福祉事務所　医療安全支援センター	0267-63-3162
上田保健福祉事務所　医療安全支援センター	0268-25-7147
諏訪保健福祉事務所　医療安全支援センター	0266-57-2925
伊那保健福祉事務所　医療安全支援センター	0265-76-6835
飯田保健福祉事務所　医療安全支援センター	0265-53-0442
木曽保健福祉事務所　医療安全支援センター	0264-25-2231
松本保健福祉事務所　医療安全支援センター	0263-40-1937
大町保健福祉事務所　医療安全支援センター	0261-23-6525
長野保健福祉事務所　医療安全支援センター	026-223-2131
北信保健福祉事務所　医療安全支援センター	0269-62-3105
長野市　医療安全支援センター	026-226-6000

第２　施策の展開

○　医療事故や院内感染事例に関する情報を医療機関へ提供し、事故防止を呼びかけます。

○　国等が行う医療安全研修を医療機関に周知し、医療安全担当者の受講を促進するとともに、関係機関との連携のもと「医療安全管理研修会」の開催に努めていきます。

○　医療機関における、医療安全・院内感染防止対策・医薬品及び医療機器に係る安全管理の体制が確保されるよう、医療機関への立入検査を通じて医療機関に助言・指導を行います。

○　医療安全支援センター運営協議会で関係機関・団体等のご意見をお聞きしながら適切な医療相談に努めていきます。

第５章
医療費の適正化

1　医療費等の現状と課題

○　県民医療費は年々増加しており、県民所得に対する医療費の割合も増加しています。

○　平成 27 年度(2015 年度)の後期高齢者医療費は県民医療費の 40.3%を占めています。

○　1人当たり医療費は、全国平均よりも低く推移してきましたが、長野県も全国と同様に増加傾向にあります。また、一人当たり後期高齢者医療費も年々増加しています。

○　長野県の年齢階級別1人当たり医療費は、全国と同様、15～19 歳までは年齢とともに徐々に下がるものの、その後は年齢とともに高くなっています。

○　1人当たり医療費に占める割合は診療種別では、80 歳代前半までは入院外(入院外＋調剤)の割合が高く、80 歳代後半になると入院(入院＋食事療養)の割合が高くなります。

○　疾病分類別医療費については、生活習慣と関連が深いと考えられる疾病が全体の約4割を占めています。

○　高齢者人口の増加や医療の高度化による県民医療費の増加が見込まれるため、今後も安定的で持続可能な医療保険制度を構築するための公費投入や財政調整を行うなど医療保険財政は非常に厳しい状況にあります。

2 医療費適正化計画の基本理念

○　今後も、県民が安心して医療を受けることができるよう、良質かつ適切な医療の効率的な提供体制を確保しながら、県民の生活の質の維持・向上を図り、医療費が過度に増大しないようにしていく必要があります。

○　県民医療費は、高齢者人口の増加などにより、後期高齢者医療費を中心に今後も増加する見込みであり、超高齢社会の到来に対応した医療費の水準を目指します。

3　医療費の適正化に向けた取組

○　医療関係者や医療保険者等と連携しながら次のことに取り組み、医療費適正化を図ります。

Ⅰ　県民の健康の保持の推進に関すること

特定健診･特定保健指導の実施率向上、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少、生活習慣病等の重症化予防の推進など取り組みます。

Ⅱ　医療の効率的な提供の推進に関すること

病床機能の分化及び連携の推進並びに地域包括ケアシステムの構築の推進、後発医薬品の使用促進や医薬品の適正使用の推進など取り組みます。

Ⅲ　適正な受診の促進等

重複･頻回受診の解消やレセプト点検の充実など取り組みます。

第１節　県民の健康の保持推進

第１　現状と課題

○　疾病分類別医療費については、生活習慣と関連が深いと考えられる疾病が全体の約４割を占めています。

○　特定健診受診率と特定保健指導実施率は年々増加していますが、特定健診受診率の目標 70%、特定保健指導実施率の目標 45%には達していません。

○ メタボリックシンドローム該当者及び予備軍の割合は、目標値である 40～74 歳の男性 40%、女性 10%を上回っています。

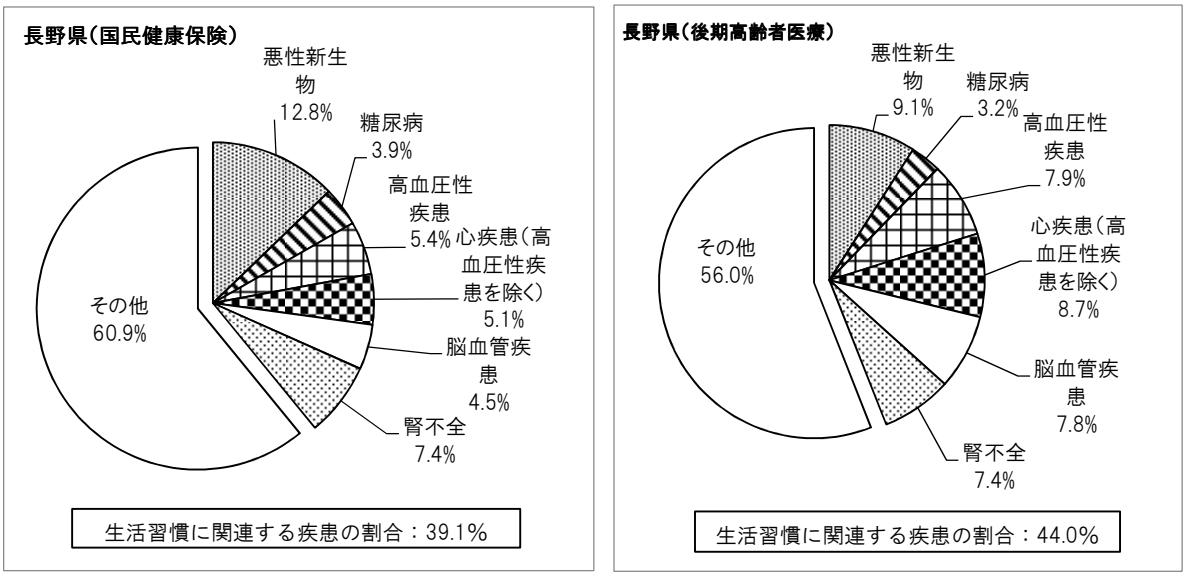
○ 糖尿病該当者及び予備群は、平成 22 年度（2010 年度）に比べ約 4 万人増加し、22 万人と推計されます。

また、血糖高値(ヘモグロビンＡ1c5.6 以上)の者は、60 歳代で全国平均を上回っていることから、発症予防の取組とともに重症化予防の取組の推進が重要です。

県民一人ひとりが「自分の健康は自分でつくる」という意識のもと、発症の予防と重症化の防止に努めることが必要です。

※詳細は、第 4 編「健康づくり」参照

【図１】疾病分類別医療費中「生活習慣に関連の深い疾病」の割合



（長野県国民健康保険団体連合会「疾病分類統計」　平成 29 年５月診療分）

第２　施策の展開

○　県民一人ひとりが健康でいきいきと暮らせるよう、栄養と食生活、身体活動と運動、こころの健康、歯と口腔の健康、アルコール・たばこ対策などの施策に取り組み、若年期からの生活習慣の改善や生涯を通じた健康づくりを推進します。

生活習慣病の早期発見を図るため、医療保険者や市町村等と連携して特定健康診査の実施率向上や特定保健指導の実施率向上に努めます。

○　糖尿病性腎症の重症化予防については、医療機関と連携した受診勧奨や保健指導等の取組が市町村や医療保険者において推進されるよう支援します。

○　市町村や医療保険者に対して、医療費や生活習慣病の現状や健診結果等に関する情報を提供したり、更には、事業評価に関する指標を提供するなどして、医療費や健診結果等の関連データを活用した保健事業の推進を支援します。

○　ウォーキングイベントや健診受診などの市町村や様々な関係機関、団体等が行う健康づくりの取組に、より多くの住民の参加が得られる手法（健康ポイント制度など）を研究します。

第３　数値目標

指　標	現状 （H29）	目標 （H35）	目標数値の考え方	備考 （出典等）
特定健康診査実施率（再）	52.5% （H26）	70.0%	医療費適正化に関する施策についての基本的方針による	厚生労働省
特定保健指導実施率（再）	27.6% （H26）	45.0%	医療費適正化に関する施策についての基本的方針による	厚生労働省
メタボリックシンドローム該当者及び予備軍の割合（再） （男性） （女性）	 49.6% 15.1% （H28）	 40% 10%	医療費適正化に関する施策についての基本的方針による	県民健康・栄養調査
糖尿病性腎症重症化予防の取組を行う市町村数	57 市町村	77 市町村	全市町村での取組を目指す	厚生労働省（保険者努力支援制度）

第2節　医療の効率的な提供の推進

第１　現状と課題

○ 年齢とともに１人当たり医療費は増加し、高齢者を中心に入院医療費が増加しています。

○ 本県の平成 28 年度(2016 年度)の後発医薬品のシェアは、数量ベースで 71.1%（全国７位）、薬剤料ベースで 17.3%（全国８位）となっています。

○ 医療費の自己負担額の軽減が図られる後発医薬品の使用を促進するためには、後発医薬品についての県民の理解や、医療関係者間の情報の共有など安心して使用できる環境の整備が必要です。

○ 県民一人ひとりが「かかりつけ医」「かかりつけ歯科医」「かかりつけ薬局」を持ち、その指示のもと症状に応じた医療を受けることが必要です。

【表１】「最近の調剤医療費（電算処理分）の動向」における後発医薬品のシェア

（単位：%）

年　度		26	27	28
数量ベース	全国平均	56.4	60.1	66.8
	長野県	61.2	64.7	71.1
	全国順位	5	5	7
薬剤料ベース	全国平均	13.4	14.2	15.5
	長野県	15.7	16.2	17.3
	全国順位	5	5	8

（厚生労働省「最近の調剤医療費（電算処理分）の動向」）

※レセプト電算処理システムで処理された薬局における調剤レセプトのデータを基に分析したもの

数値(%) ＝ 「 後発医薬品の数量(薬剤料) ／ [後発医薬品のある先発医薬品の数量(薬剤料) ＋ 後発医薬品の数量(薬剤料)] 」

第２　施策の展開

1　病床機能の分化及び連携並びに地域包括ケアシステムの構築

○ 市町村や医療関係者等と地域の病床構成の情報などを共有し、地域で不足する病床機能への転換に向けた関係者の自主的な取組を支援します。

○ 県民に対して、身近な診療所や薬局をかかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬局とすることや、適切な受療行動をとることについて普及啓発を行います。

○ かかりつけ医・かかりつけ歯科医から病院への患者紹介及び病院からかかりつけ医・かかりつけ歯科医への逆紹介が積極的に行われるよう、医療機関の機能分担と連携を推進します。

○ 医療の効率化、安全確保、質の向上の観点から、診療情報等共有ネットワークの構築、遠隔医療の設備整備などを支援することにより、医療分野におけるＩＣＴ化を推進します。

○ 地域連携クリティカルパスの活用などにより、急性期、回復期、慢性期といった患者の病態変化に応じ、より適した医療が受けられるよう、医療機関相互及び医療機関と薬局・訪問看護ステーショ

ンの連携強化を推進します。

2　後発医薬品の使用促進

○ 患者や県民が後発医薬品を安心して使用できるよう、その使用に関する情報提供や普及啓発を行います。

○ ジェネリック医薬品使用促進協議会を活用して関係者間の情報の共有、取組の検討等により使用促進に努めます。

○　後発医薬品希望（相談）カード等の配付や後発医薬品利用差額通知の送付などにより、被保険者に対する啓発や使用促進の取組が進められるよう、市町村等に対し情報提供や助言を行います。

○ 県内の後発医薬品の薬効別使用割合のデータ等を把握分析することで、保険者の使用促進の取組を支援します。

3 医薬品の適正使用の推進

○ 保険者協議会を通じて保険者等による重複投薬の是正に向けた取組を支援します。

○ 医療機関とかかりつけ薬局との連携により、重複投薬の是正や残薬解消に向けた取組等を推進します。

○「お薬手帳」の活用等により患者情報を共有し、医療に必要かつ適正な情報提供を進めます。

第３　数値目標

指　標	現状 （H28）	目標 （H35）	目標数値の考え方	備考 （出典等）
後発医薬品の普及率	71.1%	80.0%	国の示す数値目標を参考とする	厚生労働省

第3節　適正な受診の促進等

第１　現状と課題

○ 平成 28 年３月診療分における「都道府県別入院外医療給付対象者の受診動向」では、重複・頻回受診者について、その割合は、全国平均より低いものの一定程度存在することがみられます。

○ 市町村国保における重複・頻回受診者等の指導対象者数は増加しています。

○ 重複・頻回受診や重複投薬は、薬物の併用等により身体に影響があることから、適正な医療を確保するといった観点からもそれらを解消する取組が必要です。

○ 医療保険者が、被保険者の受診動向を把握し適正な受診を促すためには、診療報酬請求支払いの適正化に直接大きな効果を及ぼすレセプト点検の充実が重要です。具体的には、縦覧点検や医科レセプトと調剤レセプトとの突合、介護情報との突合等、医療保険者におけるレセプト点検・調査の充実強化が必要です。

○　医療費の適正化を図るため、保険医療機関等においては診療報酬請求の適正化、医療保険者においては、レセプト点検・調査の充実強化など、それぞれの役割を適切に果たすことが求められています。

【表１】市町村国保における都道府県別入院外医療給付対象者の受診動向（平成 28 年３月診療分）
（受診した医療機関の数別、受診日数別の患者割合）　　**（単位：%）**

長野県（患者割合 52.6%）		受診した医療機関の数					
		総計	１件	２件	３件	４件	５件以上
診日数	５日以下	94.8	67.2	22.1	4.7	0.7	0.0
	６～10 日	3.7	0.6	1.3	1.1	0.5	0.2
	11～15 日	1.1	0.5	0.3	0.2	0.1	0.1
	16～20 日	0.3	0.1	0.1	0.1	0.0	0.0
	21～25 日	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0
	26 日～	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	総計	100.0	68.4	23.9	6.0	1.3	0.3

（単位：%）

全国（患者割合 51.8%）		受診した医療機関の数					
		総計	１件	２件	３件	４件	５件以上
受診日数	５日以下	93.2	65.8	21.8	4.9	0.7	0.1
	６～10 日	4.6	0.8	1.6	1.3	0.7	0.3
	11～15 日	1.4	0.5	0.5	0.3	0.1	0.1
	16～20 日	0.4	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0
	21～25 日	0.2	0.1	0.1	0.0	0.0	0.0
	26 日～	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	総計	100.0	67.2	24.1	6.7	1.6	0.5

【表２】

後期高齢者医療における都道府県別入院外医療給付対象者の受診動向（平成 28 年３月診療分）

（受診した医療機関の数別、受診日数別の患者割合）

（単位：%）

長野県（患者割合 80.8%）		受診した医療機関の数					
		総計	１件	２件	３件	４件	５件以上
受診日数	５日以下	92.1	59.5	25.2	6.3	1.0	0.1
	６～10 日	5.8	0.9	2.0	1.7	0.9	0.4
	11～15 日	1.6	0.6	0.4	0.3	0.1	0.1
	16～20 日	0.3	0.1	0.1	0.1	0.0	0.0
	21～25 日	0.1	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0
	26 日～	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	総計	100.0	61.1	27.8	8.5	2.0	0.6

（単位：%）

全国（患者割合 81.6%）		受診した医療機関の数					
		総計	１件	２件	３件	４件	５件以上
受診日数	５日以下	86.8	52.5	25.7	7.3	1.2	0.1
	６～10 日	8.8	1.3	2.9	2.6	1.4	0.6
	11～15 日	2.8	0.7	0.9	0.6	0.3	0.2
	16～20 日	0.9	0.1	0.3	0.3	0.1	0.1
	21～25 日	0.4	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0
	26 日～	0.2	0.0	0.1	0.1	0.0	0.0
	総計	100.0	54.8	30.0	11.0	3.2	1.1

（厚生労働省「平成 27 年度医療給付実態調査」）

【表３】レセプト点検による財政効果等の状況（平成 27 年度）

	市町村国保		後期高齢者医療	
	長野県	全国	長野県	全国
被保険者１人当たり効果額（円）	1,869	1,862	2,185	4,552
財政効果率（%）	0.66	0.67	0.30	0.53

（厚生労働省「国民健康保健実施状況報告」、「診療報酬明細書の点検調査状況」）

※被保険者１人当たり効果額（円）＝（過誤調整分＋返納金等調定分）／被保険者数

財政効果率(%)＝（過誤調整分＋返納金等調定分）／診療報酬保険者負担額

（※後期高齢者医療の全国の財政効果率は、各広域連合の財政効果率の平均値）

第３　施策の展開

１　重複・頻回受診及び重複投薬の解消

○　医療関係者や医療保険者等と連携し、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局等を持つことや適正受診の重要性に関する意識啓発を進めます。

○ 医療や介護等に関する相談窓口の設置や、医療機関や介護施設・介護サービスなどの情報提供を通じて、症状に応じた適正な受診を促進します。

○　医療費通知の送付、重複・頻回受診者や重複投薬者に対する訪問指導など、被保険者に対する適正受診に向けた取組が推進されるよう、市町村等に対して情報提供や助言を行います。

２　レセプト点検の充実

○ 交通事故等の第三者行為求償対象者の積極的な把握や適切な求償事務が行われるよう、市町村等を対象とした研修会の開催や情報提供、及び助言を行います。

○ 点検員の資質向上に向けた研修や市町村等への助言を通じ、レセプト点検・調査の更なる充実強化を図ります。

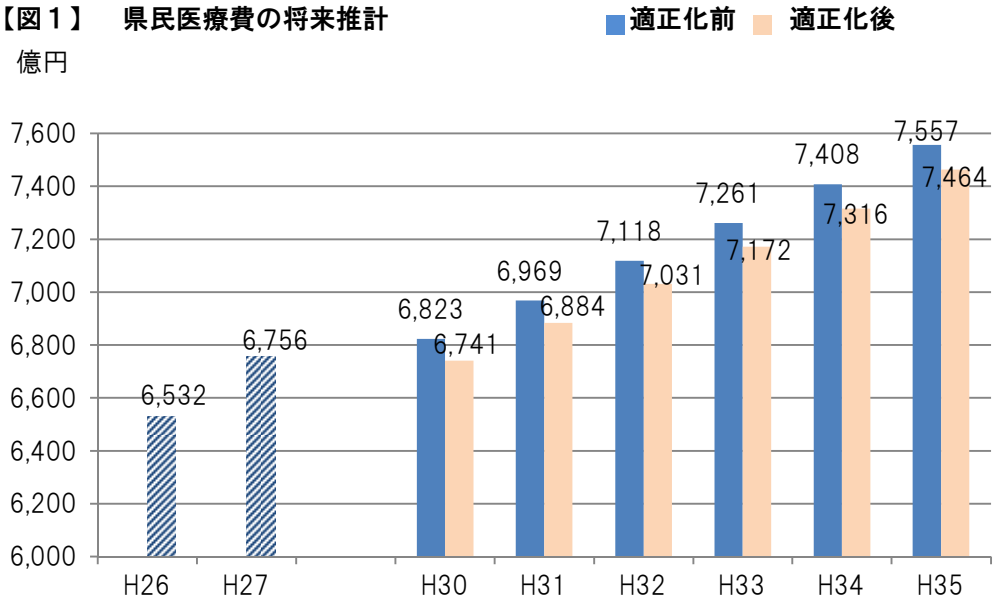
○ 国や関係団体と連携して、保険医療機関等に対する説明会や指導を実施し、診療報酬請求の適正化を図ります。

第4節　計画期間における医療費の見通し

県民医療費は、医療の高度化や高齢者人口の増加などにより、平成 30 年度（2018 年度）には 6,823 億円程度となり、平成 35 年度（2023 年度）には 10.8%増加し、7,557 億円程度になるものと推計されます。

一方、医療費適正化の取組として、後発医薬品の普及や特定健康診査・特定保健指導の実施率向上への取組、また、生活習慣病（糖尿病）に関する重症化予防の取組を進めることで、平成 35 年度（2023 年度）の県民医療費は、平成 30 年度（2018 年度）の 6,741 億円程度から 10.7%増の 7,464 億円程度となり、約 93 億円の効果があるものと推計されます。

【図１】　県民医療費の将来推計



※平成 26、27 年は国民医療費の結果公表による数値

※平成 30 年から 35 年は、 厚生労働省提供「都道府県医療費の将来推計ツール」を基に推計

（参考）県民医療費推計方法の概要

○　国民健康保険や後期高齢者医療の事業統計、医療費の動向（概算医療費）などを基に、基準年度となる平成 26 年度（2014 年度）の医療費総額（県民医療費）を推計。

○　平成 21～25 年度（2009～2013 年度）までにおける各年度の医療費の伸び率を基礎とし、総人口の変動、診療報酬改定及び高齢化の影響を考慮して、基準年度から推計年度までの一人当たり医療費の伸び率を推計し、それを基に平成 35 年度（2023 年度）までの医療費総額（県民医療費）を推計。

○　医療費適正化の取組効果として、後発医薬品の普及による適正化効果額、特定健康診査等の実施率の達成による適正化効果額、生活習慣病（糖尿病）に関する重症化予防の取組効果額、重複投薬の適正化効果等による効果額等を推計。

○　入院医療費については、病床の機能の分化及び連携の推進の成果を踏まえ算出。