

第6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

第1 現状と課題

1 医療機関の機能分担と連携

- 医療の提供体制は、これまで、住民の日常生活に密接に関わる頻度の高い医療から、高度、特殊な医療まで様々な段階や機能に応じて区分されてきました。
- 一方で、高血圧性疾患や糖尿病、がん、心疾患、脳血管疾患などの生活習慣病の増加に伴い、長期にわたって治療を継続するケースが増加しており、こうした長期にわたる医療や、急性期・回復期・維持期の医療、そして在宅医療について、一つの医療機関がすべてを担うことが困難になっている状況が存在します。また、患者が可能な限り早期に居宅等での生活に復帰し、退院後において継続的に適切な医療を受けることを可能にすることも、生活の質（QOL）の向上の観点から求められています。
- これらを踏まえ、平成24年（2012年）年3月に厚生労働大臣が定めた「医療提供体制の確保に関する基本方針」においては、5疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患）・5事業（救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療）及び在宅医療ごとの医療機能（例えば脳卒中であれば、「予防→救護→急性期→回復期→維持期」）を明確化するとともに、疾病や事業ごとに連携体制を構築し、医療提供体制を維持していく方向性が示されました。
- 限られた医療資源を有効に活用し、質の高い医療を実現するためには、地域の医療機関が機能分担と連携を図り、急性期から回復期を経て維持期に至るまで、地域全体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 地域連携クリティカルパスの導入と活用

- 地域連携クリティカルパスについては、一部の病院・地域において、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が、更に導入を進め、活用していく必要があります。

【表1】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	H23 年 4 月	H24 年 4 月
がん診療連携拠点病院	肺がん	0 病院	1 病院	3 病院	8 病院
	胃がん	1 病院	5 病院	7 病院	8 病院
	肝がん	0 病院	1 病院	3 病院	8 病院
	大腸がん	0 病院	4 病院	6 病院	8 病院
	乳がん	0 病院	1 病院	3 病院	8 病院
脳卒中（急性期）		1 病院	16 病院	20 病院	22 病院
急性心筋梗塞（急性期）		0 病院	8 病院	11 病院	12 病院
糖尿病（専門治療）		5 病院	10 病院	11 病院	11 病院

（健康長寿課調べ）

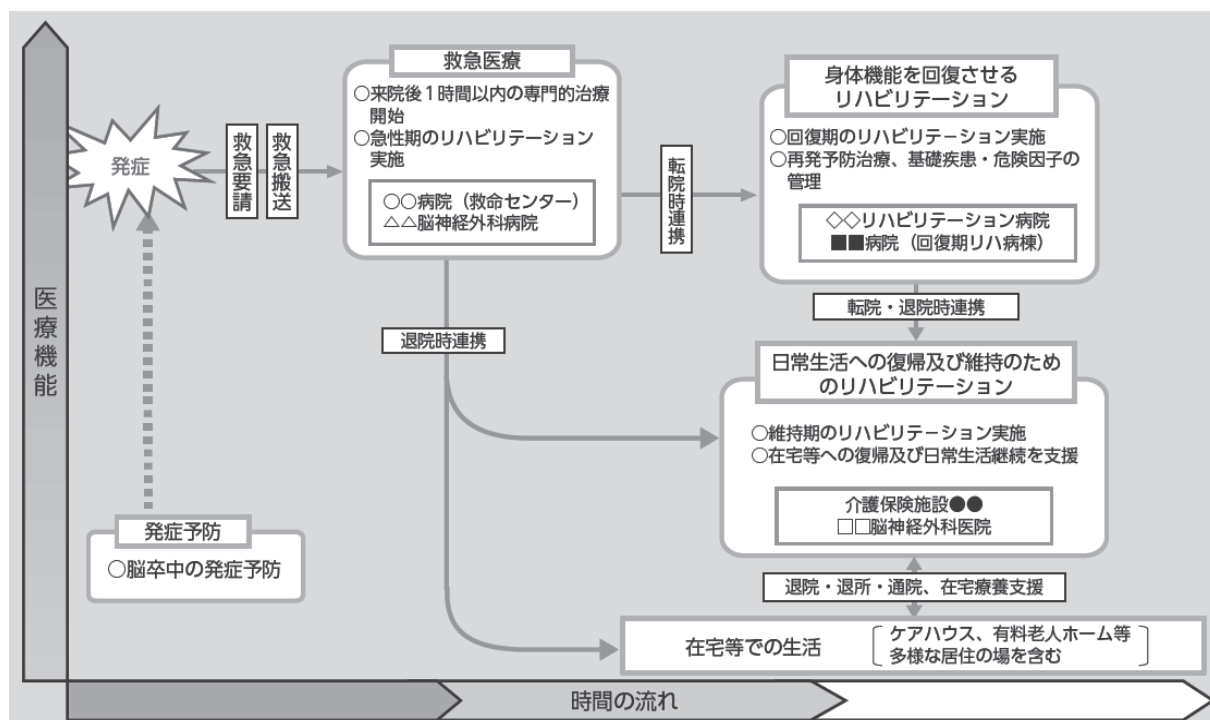
第2 施策の展開

- 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、維持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、医療機関相互の連携強化を引き続き推進します。
- 5 疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患）、5 事業（救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療）及び在宅医療については、それぞれの機能別医療機関の一覧（別冊）を作成し、具体的医療機関名について記載します。
- 記載した医療機関については変動が見込まれることから、毎年度調査を行うなど、必要に応じて見直しを行います。
- 実施医療機関の見直しについては、変更後直近の長野県医療審議会に報告します。
- 変更後の医療機関の一覧については、保健福祉事務所や行政情報センター、各地方事務所にある行政情報コーナーにおける閲覧や県のホームページを通じて周知を図ります。

第3 数値目標

指 標	現状 (H24)	目標 (H29)	目標数値 の考え方	備 考 (出典等)
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】	6 医療圏	10 医療圏	全ての二次医療圏で体制を整備する。	健康長寿課調査
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） 【「救急医療」及び「脳卒中対策」においても記載】	県内平均 88%	100%	全ての急性期病院で導入する。	健康長寿課調査
地域連携クリティカルパス導入率（急性期医療機関）（急性心筋梗塞） 【「救急医療」及び「急性心筋梗塞対策」においても記載】	県内平均 60%	100%	全ての急性期病院で導入する。	健康長寿課調査
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） 【「糖尿病対策」においても記載】	県内平均 18%	県内平均 18%以上	現状より増加させる。	健康長寿課調査
地域連携クリティカルパス導入医療機関数（認知症） 【「精神疾患対策」においても記載】	7 病院 6 診療所	7 病院以上 6 診療所以上	現状より増加させる。	健康長寿課調査

【図1】地域における医療連携体制のイメージ（脳卒中の例）



【図2】地域連携クリティカルパスの例（脳卒中）

地域連携診療計画書（脳卒中）（患者さん用）

急性期病院	⇒ 回復期	リハビリテーション病院				⇒生活応用期(リハビリ病院退院後)	
		1か月		2ヶ月	3ヶ月	5ヶ月	
現在の障害を説明します。また、回復期リハビリ病院にも報告します。	一人で歩ける □軽症リハコース(1カ月)			歩行 → 階段 → 退院 → 通院		■今後の生活や療養についてご相談し、在宅生活の支援をいたします。	■在宅へ退院した場合 ・生活動作を拡大するためのリハビリ 訪問リハビリ 通所リハビリ 外来リハビリ ・かかりつけ医による医学的管理 訪問診療
□運動の障害 (□右 □左 □両側 □体幹) □言葉の障害 □食べることの障害 □排尿の障害 □認知の障害 □意識の障害 □その他	一人で座れる 一人で立てる □標準リハコース(2カ月)	車椅子 → 平行棒内歩行 → 杖歩行 → 退院 → 通院		■いろいろな事情で在宅へ退院できない場合は、今後の方向性や生活動作を拡大する時期のリハビリ等についてご相談し支援します。		■施設に入所した場合 ・生活動作を拡大するためのリハビリ ・医学的管理	
	一人で座れない □重症リハコース(3カ月～5ヶ月)	座位保持 → 車椅子 → 平行棒内歩行 → ベッド上 → 座位保持 → 車椅子 →		退院		■療養型病棟へ転院した場合 ・医学的管理 ・生活動作を拡大するためのリハビリ	
以上の障害がありリハビリが必要です。 詳しい評価はリハビリ病院で行います。	■詳しいリハビリ評価を行い障害に応じた訓練を行います。		排尿訓練 摂食・嚥下訓練 コミュニケーション訓練				
現在の状態では概ね以下のリハビリコースですすむと思います。	■リハビリのコース □ 一人で歩けるので 軽症リハコース(1ヶ月) □ 一人で座れる。一人で立てるので 標準コース(2ヶ月) □ 一人で座れないので 重症コース(3ヶ月～5ヶ月)		■介護保険や各制度の説明・支援をします。 ■家庭改修等の指導・支援をします。 ■施設入所のための支援します。 ■装具や補助具の相談・支援をします。		■在宅、施設入所、転院のためのいろいろな準備が必要です。主治医や医療相談員に相談しながらその準備をしましょう。 介護保険申請 要介護認定 家庭調査・改修 身障手帳申請 転院・入所指導 要支援1.2 介護指導 要介護1.2,3,4.5 サービス担当者会議 ケアマネージャーの決定 ケアプラン作成 必要に応じ装具や他補助具の採型と申請		
治療の継続・管理 □血圧のコントロール □抗血小板薬 □ワーファリン(PT-INR) □血糖のコントロール	■治療の継続・管理		血圧のコントロール 抗血小板薬 ワーファリン(PT-INR) 血糖 インスリンコントロール 栄養管理		胃薬 気管切開 シャント圧 *経過中に急変したときは急性期病院へ連携します。		
□鹿教湯病院 地域医療連携課 Tel0268-44-2111 Fax0268-44-2117 □三才山病院 地域医療連携課 Tel0268-44-2321 Fax0268-44-2188		□主治医名 □看護師名 □PT名 □OP名		□OT名 □ST名 □MSW名 □健康運動指導士名		上記治療方針・計画の説明を受け承諾します。 年 月 日 氏名	

（信州脳卒中連携パス協議会における患者用パス）

「医療機能の連携」と「地域連携クリティカルパス」

従来、医療機能の連携の区分は、「日常生活での軽度のけがや病気に対する初期医療（一次医療）」⇒「一般的な入院医療（二次医療）」⇒「高度・専門的な医療（三次医療）」という流れ、即ち、「診療所での外来診療」⇒「一般病院での入院医療」⇒「大学病院や専門病院でのより高度で先進的な医療」といった階層型のモデルで考えられてきました。

一方、小児でも成人でも、医療的ケアを必要とする患者の在宅移行が進むにつれ、地域における医療機能の連携は、診療所や病院に加え、訪問看護ステーションやリハビリテーション施設、薬局等をも組み込み、医療の流れに沿った地域ネットワーク型へと変化してきています。

地域連携クリティカルパスは、診療ガイドラインに基づき作成された診療計画表（クリティカルパス）を、治療を行う全ての医療機関が共有し、協働して医療を行うことにより、急性期から回復期・維持期・終末期まで、どのステージにいても患者への支援が途切れることのないように支えていくための仕組みであり、医療機関相互の協力や情報共有を進め、治療の状況や患者の健康状態に合わせた生活設計の見通しを立てやすくするものです。

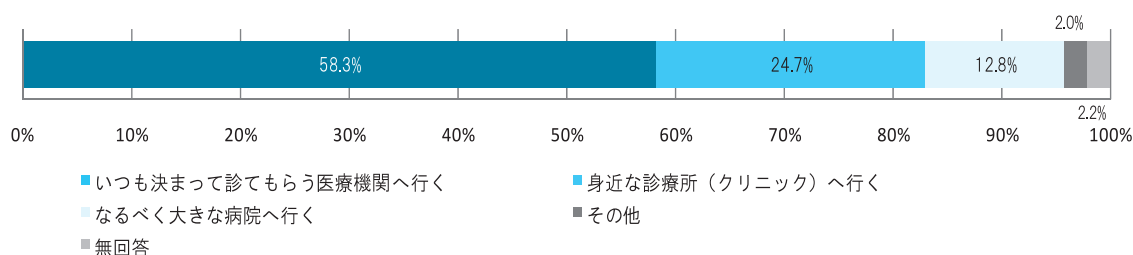
今後は、医療機関のみならず、福祉・教育など、様々な社会資源を活用し、地域における医療機能の連携がより有効に機能するような仕組みを構築していくことが望まれています。

第2節 かかりつけ医・かかりつけ歯科医の普及と病診(病病、診診)連携の推進

第1 現状と課題

- 診療所など住民に一番身近な医療機関が、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「プライマリ・ケア」は、地域に密着した継続的かつ包括的な医療の基本となるものです。
- このような「プライマリ・ケア」の中心的役割を担っているのが、かかりつけ医・かかりつけ歯科医です。高齢化の進展に伴う保健医療サービスの需要の増加に伴い、地域の第一線の医療機関であるかかりつけ医・かかりつけ歯科医の重要性はますます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ほしいときどうしますか。」という質問に対し、「いつも決まって診てもらう医療機関へ行く」又は「身近な診療所(医院・クリニック)へ行く」という回答が83%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%ありました。

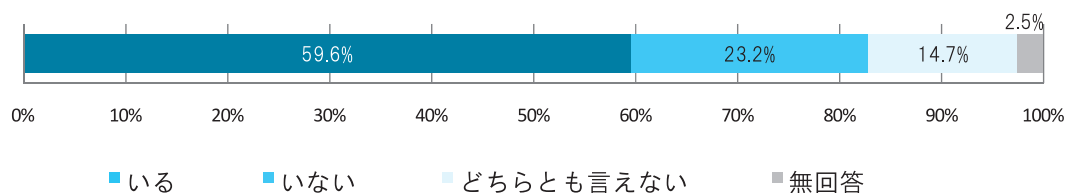
【図1】病気のときに利用する医療機関



(医療推進課「県民医療意識調査」)

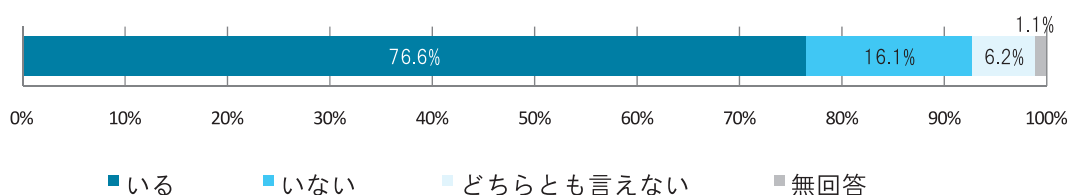
- また、「あなたが病気になったときに決まってみてもらう医師(かかりつけの医師)がいますか」という質問に対し、「いる」と回答した方が約60%を占めました。一方、かかりつけ歯科医については、「いる」と回答した方が約77%と高い割合を占めています。

【図2】かかりつけ医の有無



(医療推進課「県民医療意識調査」)

【図3】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一層促進することが必要です。
- また、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とともに、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、適切な医療を効率的に提供する観点から重要と言えます。

第2 施策の展開

- 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地域連携クリティカルパス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を引き続き啓発していきます。

第3 数値目標

指 標	現状 (H24)	目標 (H29)	目標数値 の考え方	備 考 (出典等)
かかりつけ医を持つ者の割合	59.6%	70%	概ね 10 ポイント程度増加させる。	医療推進課調査
かかりつけ歯科医を持つ者の割合 【「歯科医療」においても記載】	76.6%	80%	平成 16 年度の現状値が 76.9%であり、5 年間で低下したため、5 年前以上の割合まで増加させる。	医療推進課調査

第3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・歯科医師が診断、治療を行い、薬剤師が医師・歯科医師の処方せんに基づき調剤し、薬を服用するに当たっての情報提供を行うことにより、医・薬の専門分野で業務を分担し、質の高い医療を提供することです。
- 医薬分業では、一つの医療機関に一つの薬局が処方せんを受け取る「点」分業ではなく、複数の医療機関に複数の薬局が存在し、患者が自由に薬局を選択できる「面」分業を推進しています。
- 面分業により患者が利用しやすい薬局である「かかりつけ薬局」を選択し、薬剤師による薬剤の一元管理が行われ、複数の医療機関・診療科を受診し、複数の処方せんが発行された場合でも、かかりつけ薬局がそれぞれの処方せんを確認することにより、薬の重複投与、相互作用をチェックすることができます。

(1) 分業率の推移と地区別分業率

- 長野県における医薬分業は定着しつつあり、平成22年度（2010年度）に分業率（処方せん受け取り率）は60%を超えました。しかし、地区間では格差が生じています。

【表1】分業率の推移

（単位：％）

年 度	平成 19 年度	平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度	平成 23 年度
長野県	54.1	56.1	58.2	60.5	61.9
全 国	57.2	59.1	60.7	63.1	64.6

（日本薬剤師会調べ）

【表2】地区別分業率（平成23年度）

（単位：％）

地 区	長野	北信	更埴	上田	小北	佐久	松本	木曽	大北
分業率	73.8	75.2	59.8	66.6	68.9	59.7	62.3	54.9	65.3
地 区	安曇野	岡谷	諏訪	上伊那	飯伊				
分業率	58.1	39.6	45.3	52.5	66.4				

（長野県薬剤師会調べ）

(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3】休日・夜間の処方せん受入体制（平成24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を利用する機会が増えています。
- 平成21年(2009年)に薬事法が改正され、一般用医薬品を安心して購入、使用できるよう、医薬品のリスク分類、リスクに応じた適切な情報提供や薬剤師以外の専門家として登録販売者制度の創設など、新たな医薬品の販売制度が導入されました。
- 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4】薬局・医薬品販売業者数（平成24年3月31日現在）

保健福祉事務所・保健所等	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	91	94	81	62	61	11	177	29	65	40	168	-	879
店舗販売業	32	42	28	31	30	6	63	9	21	16	63	-	341
配置販売業	2	13	6	12	8	1	17	3	9	3	24	148	246

(薬事管理課調べ)

【表5】薬局・医薬品販売業者数の推移

年 度		平成 19 年度	平成 20 年度	平成 21 年度	平成 22 年度	平成 23 年度
薬 局		848	853	862	858	879
医 薬 品 販 売 業	一般販売業	163	166	69	36	16
	薬種商販売業	224	218	152	123	71
	店舗販売業	—	—	203	267	341
	小 計	387	384	424	426	428
	配置販売業	277	270	269	261	246
合 計		1,512	1,507	1,555	1,545	1,553

(薬事管理課調べ)

【表6】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24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	総計
薬剤師	286	318	246	185	177	26	552	82	215	123	554	2,563
登録販売者	124	190	126	96	98	24	212	58	77	45	237	1,247
配置従事者	31	53	24	52	64	4	76	9	32	13	102	460

（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ため、これらの欄の合計と総計は合わない。

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。

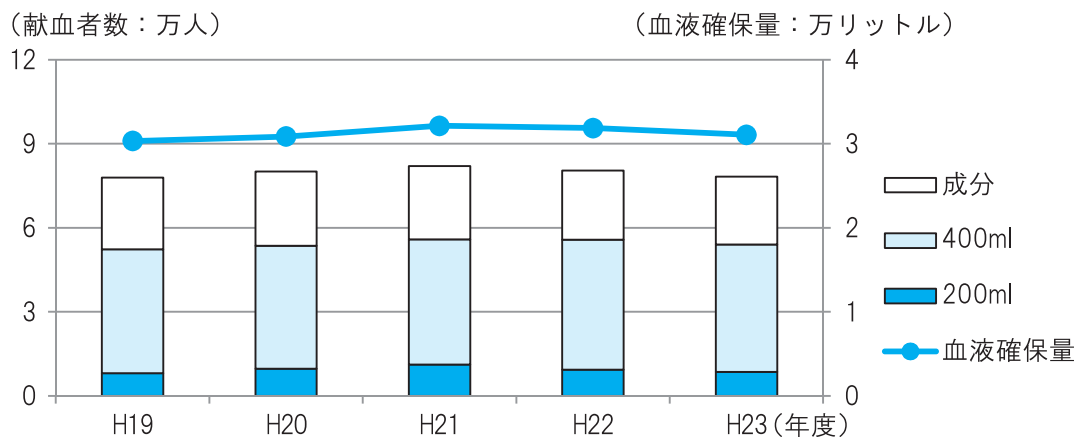
（薬事管理課調べ）

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。
- 本県の献血者は概ね横ばいから減少傾向となっていますが、10代20代の若年層献血者の減少は著しく、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。

【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7】年代別献血者数の推移

	19年度	20年度	21年度	22年度	23年度	対19年度比
10代(16～19歳)	3,480	3,638	3,613	3,423	3,069	△11.8%
20代	15,574	15,539	14,955	14,177	12,875	△17.3%
30代	23,147	23,316	23,328	21,833	20,090	△13.2%
40代	19,227	20,951	21,989	22,447	22,813	+18.7%
50代以上(50～69歳)	16,531	16,602	18,126	18,548	19,354	+17.1%
合計	77,959	80,046	82,011	80,428	78,201	+0.3%

（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８】輸血用血液製剤の使用量及び廃棄量（平成 22 年）

	使用量	廃棄量	使用した割合
赤血球製剤	81,533 単位	2,008 単位	97.5%
血小板製剤	114,705 単位	120 単位	99.9%
血漿製剤	24,664 単位	494 単位	98.0%

（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 医薬分業を支えるための施策

- 薬剤師による服薬指導や、服用する医薬品の一元管理を行う上で有効である「かかりつけ薬局」及び「お薬手帳」の推進のための普及啓発を図ります。
- 地域の薬局間の連携を強化し、休日夜間の処方せん受入、在宅訪問薬剤管理指導などに適切に対応できる体制を、長野県薬剤師会等と連携して構築を進めます。
- 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。
- ジェネリック医薬品使用促進連絡会の活動や、後発医薬品に関する様々な情報を保険者・薬局・医療機関等に提供し、後発医薬品の使用を促進します。
- 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。
- 薬局などがセルフメディケーションの拠点として機能するよう、関係団体と連携し体制整備を進めます。

2 血液の供給確保

（１）必要な血液の確保

- 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重点的に行います。

（２）血液製剤の適正使用

- 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、血液製剤の適正使用について医療機関に情報提供を行い、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

指 標	現状 (H24)	目標 (H29)	目標数値 の考え方	備 考 (出典等)
人口 10 万人当たりの 薬局数	長野県 39.9 箇所 全国 42.2 箇所 (H22)	39.9 箇所 以上	現状の数値を維持し、 全国平均に近づける。	厚生労働省「衛生行政報告 例」
休日処方せん受入体制 組織化地域数	12/14 地域	13/14 地域以上	現状より増加させる。	長野県薬剤師会調査
夜間処方せん受入体制 組織化地域数	6/14 地域	10/14 地域以上	個別に対応している地 区の半数を組織化す る。	長野県薬剤師会調査
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	97.8% (H23)	100%	医療に必要なとなる血液 量を確保する。	薬事管理課調査

お薬手帳は有用です

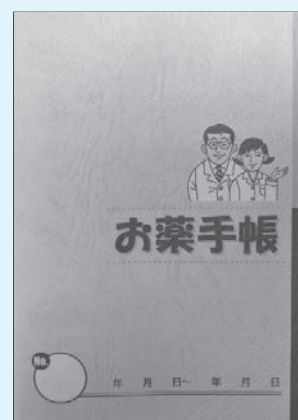
お薬手帳は、飲んでいる薬の名前や量・飲み方を記載する個人別の手帳です。医療機関や薬局利用時に提出してもらい、医師・薬剤師等が薬の情報を共有することにより、薬の飲み合わせを確認したり、重複を防ぐことが可能となります。また病歴やアレルギー歴、副作用が起こった薬を記録しておくことで、同じアレルギーや副作用を起こすことを防ぐこともできます。

たとえば「他の医療機関で処方された薬と飲み合わせは大丈夫か」「以前、薬の副作用を経験したがこの薬は安全か」などの場面で、有用です。

さらに、購入した市販薬・健康食品を記録しておけば、薬との飲み合わせを確認できますし、血圧や体温、その時の体調などを記録しておけば、診察のとき伝え忘れもなくなります。検査結果や入院時の情報の記録も役に立ちます。

災害時や旅先での急な病気などのときにも有用です。

お薬手帳は、お薬を安全・安心に使用するためのものですが、上手に使うことにより、「健康日記」として私たちの健康を守ってくれます。



変化する薬局の業務

薬局における業務は、時代とともに変化してきています。

まず、医師の処方せんに基づく調剤。調剤した薬を渡す際には、患者さん毎の薬剤服用歴を参照し、服薬中の体調の変化や服薬の状況、処方された薬による副作用などの確認、残薬確認をしたうえで、服薬指導を実施します。また、複数の医療機関からの重複投薬の確認、一般用医薬品との飲み合わせの確認なども行います。必要に応じて医師への情報提供も実施します。ジェネリック医薬品への変更の希望も確認し利用を促進しています。



さらに最近では、直接在宅の患者を訪問し、服薬指導や薬の管理指導なども行われるようになり、他の医療・介護職と連携をはかりながら地域のチーム医療の一員としての役目を果たす機会も増えてきています。

また「セルフメディケーション」の拠点として、地域住民が身近で気軽に健康に関する専門的な相談を受け適切な助言などをしたり、一般用医薬品のリスクの程度に合わせて、安全に使用が行われるように情報提供を行っています。

その他、薬剤師職能を生かした薬物乱用防止活動やタバコの相談など「健康増進」に関する活動もしています。

学生ボランティアによる献血啓発活動

10代20代の若年層献血者が減少傾向にある中で、県内の大学、短期大学等において学生がボランティアサークルを組織して、献血の啓発活動を展開しています。

現在、長野市や飯田市、上田市の駅前や大型店舗などで行っているサマーキャンペーンやクリスマスキャンペーンといった街頭献血では、学生ボランティアの皆さんが自作のプラカードを掲げたり、ポケットティッシュを配布しながら、通行者や来店者に献血への協力を呼びかけています。

中でも飯田女子短期大学の「救血機クラブ」は献血啓発を行うことを目的としたボランティアサークルで、平成4年度に発足以来20年以上にわたり活動を続けています。サークルのメンバー自らが献血を行うとともに、夏は浴衣やそろいのシャツ、冬はサンタクロースに扮したり、学園祭では着ぐるみを着るなど工夫を凝らした呼びかけを行い、若者の献血者増加に協力しています。



第4節 特定機能病院・地域医療支援病院

第1 現状と課題

- 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（2001年）以降、8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。
- 一方で、地域医療支援病院の承認が進まない理由としては、構造設備などの点で地域医療支援病院としての要件を満たす地域の中心的な病院であっても、初診の患者を含めた多くの患者が集中し、「紹介患者中心の医療を提供していること（他の医療機関からの紹介率が80%を超えること等）」という承認の要件を満たすことが難しいことなどが挙げられます。
- 現在、国の設置する「特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会」において、承認要件の見直しが検討されています。

【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	医療機関名	二次医療圏	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	信州上田医療センター	上 小	平成14年11月14日
	諏訪赤十字病院	諏 訪	平成14年11月14日
	伊那中央病院	上伊那	平成23年3月20日
	飯田市立病院	飯 伊	平成16年7月30日
	相澤病院	松 本	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
	長野赤十字病院	長 野	平成15年8月8日
	長野市民病院		平成22年9月21日

第2 施策の展開

- 構造設備などの点から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。
- 現在国において行われている承認要件の見直しの検討状況を踏まえつつ、地域医療支援病院の承認について病院等へ情報提供を行います。

第3 数値目標

指 標	現状 (H24)	目標 (H29)	目標数値 の考え方	備 考（出典等）
地域医療支援病院がある二次医療圏数	6 医療圏	7 医療圏	現状より増加させる。	医療推進課調査

第5節 公立病院の役割と公立病院改革

第1 現状と課題

1 公立病院

(1) 開設状況

- 公立病院とは、県（長野県立病院機構を含む）や市町村（一部事務組合を含む。）が設置した病院を指します。県内の二次医療圏ごとの公立病院の開設状況は、次のとおりです。

【表1】公立病院の開設状況

二次医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	合計
県立	0	0	0	1	1	1	1	0	2	0	6
市町村立	3	3	3	3	1	0	2	1	3	0	19
合計	3	3	3	4	2	1	3	1	5	0	25

（医療推進課調べ）

(2) 公立病院改革

- 県内の公立病院は、地域における基幹的な医療機関として地域の医療を支える役割や、へき地医療、救急医療、高度・先進医療など、採算性の面から民間の医療機関による提供が困難な医療を提供する役割を担っています。
- そのため、公立病院の中には、採算をとるのが難しい医療を提供している結果、経営的に厳しい状況に置かれていたり、医師不足により十分な医療提供が困難になっている病院も生じてきています。
- 地域に必要とされる良質な医療を継続して提供していくためには、病院の安定した経営基盤づくりが必要です。このため、各公立病院は経営の一層の効率化を図り、持続可能な安定した経営を目指すことが求められています。
- 総務省は、平成19年（2007年）12月に「公立病院改革ガイドライン」を示し、公立病院改革の推進に向け、病院事業を経営する地方公共団体（以下「各地方公共団体」という。）は「公立病院改革プラン（以下「改革プラン」という。）」を策定し必要な改革に取り組むよう求めるとともに、都道府県には、再編・ネットワーク化に関する計画等のとりまとめを要請しました。
- 県では、再編・ネットワーク化に関する考え方を整理した「公立病院改革に関する基本的な考え方～機能分担と連携の推進～」を平成22年（2010年）3月に策定し、各地方公共団体が策定した改革プランの推進を支援しています。

第2 施策の展開

- 各地方公共団体の改革プランの実施状況を把握するとともに、公立病院の自主的・主体的な取組を支援していきます。
- 改革プランの改定が必要となった各地方公共団体に対し、必要に応じて助言を行っていきます。

第2章

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22年(2010年)末現在の本県の医療施設従事医師数は、4,412人、人口10万人当たり205.0人(全国33位)となっており、全国平均の219.0人を14人下回っています。
- 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、松本では県平均を上回っていますが、上伊那、木曽では、前回調査時より減少しています。
- 身近な地域で安心して医療を受けることができるようにするためには、医療機関に勤務する医師の絶対数の確保とともに、地域間における偏在解消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	平成14年	平成16年	平成18年	平成20年	平成22年
長野県	176.5	181.8	190.0	196.4	205.0
全国平均	195.8	201.0	206.3	212.9	219.0

(厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」)

【表2】平成22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	449	292	412	251	294	34	1,382	104	1,049	145
対前回	30	12	0	△5	18	△3	14	0	83	△1
対人口10万対	210.1	144.8	201.1	131.8	173.4	109.5	321.1	166.0	189.3	154.5
対前回	13.6	7.6	3.4	△1.0	12.9	△5.4	3.3	4.6	16.9	1.7

※ 松本医療圏の信州大学医学部附属病院を除いた人口10万人対医師数:211.4人

(厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」)

2 診療科ごとの医療施設従事医師数

- 平成24年(2012年)に医療機関が必要とする医師数は、内科、整形外科、産婦人科、外科で多くなっています。
- 平成22年(2010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、前回の調査では全国平均を下回っていた小児科、産婦人科・産科で、全国平均を上回りました。
- 分娩を取り扱う施設数は、平成18年(2006年)に53施設だったものが、平成24年(2012年)には45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、幅広い診療能力を持つ総合医が求められており、その養成が課題となっています。

【表3】必要医師数調査（必要医師数上位の診療科）

（単位：人）

診療科	内科	整形外科	産婦人科	外科	麻酔科
平成 24 年	94.0	44.0	37.0	30.0	21.0
平成 22 年	76.9	51.2	24.2	24.9	24.5
増 減	17.1	△7.2	12.8	5.1	△3.5

（厚生労働省 平成 22 年「必要医師数実態調査」、平成 24 年医療推進課調査）

【表4】平成 22 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	麻酔科	外科	外科 ※ 2	精神科
長野県 (H20)	50.4 (50.1)	71.7 (68.7)	12.6 (11.7)	8.9 (7.7)	5.9 (5.4)	14.7 (14.6)	21.3 (21.1)	9.8 (9.6)
全国平均 (H20)	48.3 (49.2)	75.3 (73.8)	12.4 (11.9)	8.3 (8.1)	6.0 (5.5)	13.0 (13.2)	21.6 (21.4)	11.1 (10.6)

※ 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」）

3 女性医師数

- 医師国家試験合格者における女性の割合は、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は、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り、働きやすい制度や出産・子育てにより離職することなく働き続けることができる環境の整備が一層重要となっています。

【表5】34 歳以下の女性医師数割合

区 分		総 数（人）	女性医師数（人）	女性医師の割合（％）
全 科	長野県	808	228	28.2
	全 国	59,170	19,926	33.7
産婦人科・産科	全 国	1,988	1,281	64.4
小児科	全 国	3,363	1,518	45.1

（厚生労働省「平成 22 年医師・歯科医師・薬剤師調査」）

4 医学部医学科進学者数

- 長野県内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）には 120 人となり、10 年間で倍増しました。
- 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6】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）

区 分	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22	H23	H24
進学者数（人）	59	61	67	64	86	92	103	103	123	120

（医師確保対策室調べ）

第2 施策の展開

1 「信州医師確保総合支援センター」

（1）長野県医学生修学資金貸与者のキャリア形成支援

- 研修会や講演会を開催し、医師としてのキャリア形成を支援します。
- 相談窓口を設置し、定期的な面談を実施します。
- メールマガジン等により地域医療情報を発信します。

（2）長野県医学生修学資金貸与者の勤務先の指定事務

- 医療機関における必要医師数の把握を行います。
- 貸与を受けた医師の初期臨床研修は、本人の希望を尊重し県内の臨床研修指定病院とします。
- 貸与を受けた医師の専門研修は、本人の希望を尊重するとともに、県内の医療状況を考慮し、3年を限度として県内の医療機関とします。
- 貸与を受けた医師は、本人の希望及び地域の医療状況を踏まえ、原則として全員が医師不足の公立・公的病院に勤務します。

（3）「信州型総合医」の養成

- 「信州型総合医」を養成する専門研修プログラムを作成し、幅広い診療に対応でき地域医療の現場で活躍する医師の養成に努めます。

（4）将来の医療従事者をめざす人材の育成

- 「医学部医学科高校生進学セミナー」や「高校生医療現場体験セミナー」の実施により、医師等医療従事者をめざす人材の育成に努めます。

（5）即戦力医師の確保

- 「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や、求人情報の発信等により、一人でも多くの医師の確保に努めます。

信州医師確保総合支援センター

長野県では、地域医療を担う医師のキャリア形成を支援しながら確保・定着を図るとともに、総合的な医師確保対策を実施することにより医師の偏在解消を目指すため、信州大学医学部及び県立病院機構と連携し、「信州医師確保総合支援センター」を設置しました。

【開設日】平成23年（2011年）10月26日

【設置場所】医師確保対策室、（分室）信州大学医学部・県立病院機構

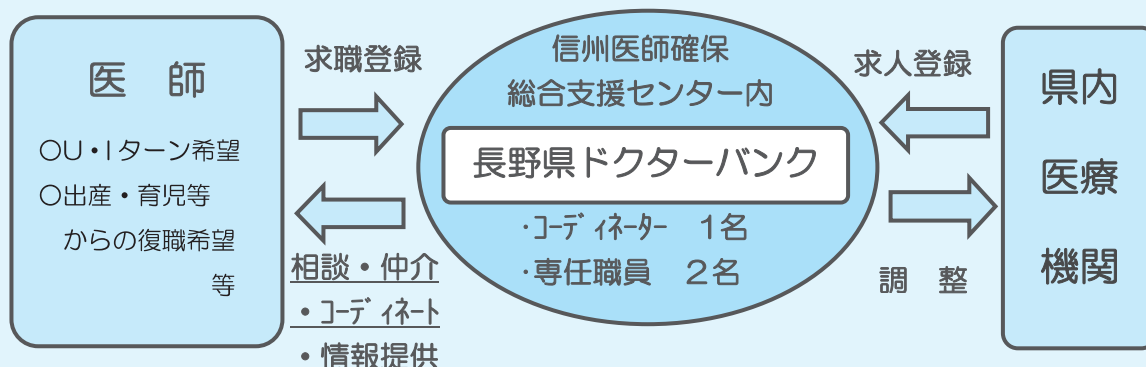
【人員配置】センター長、専任医師2名、担当医師2名、医師確保コーディネーター1名 ほか

【特長】

- 専任医師が、医学生・研修医・医師のキャリア形成過程にあった相談に応じることで、県内で医師として長く勤務していただくことができるよう支援します。
- 県外にお住まいの医師で、県内での勤務を検討している方に、勤務から暮らしまできめ細やかに対応し、定着に向けた支援をしています。

長野県ドクターバンク事業

長野県では、県内病院の医師不足解消を目指し、平成19年（2007年）に「長野県ドクターバンク（医師無料職業紹介事業）」を開始しました。開始以来、平成24年（2012年）12月までに77人の医師の成約につなげ、成約後の定着率も8割を超えています（常勤医）。



信州型総合医

「信州型総合医」は、豊かな自然に恵まれ、全国トップレベルの健康長寿県を支える医療ニーズに対応できる医師を目指します。

長野県内では、医療の高度化や医師の地域・診療科の偏在により、医師不足が顕在化しています。また、比較的医師が充足されている中核病院でも勤務医の負担が増大しています。

このような問題に効果的に対応するためには、幅広い診療を担える医師として中核病院や医師不足病院で総合診療を行う医師（「総合医」）を養成することが必要です。

これにより養成した総合医を、中核病院や医師不足病院等に配置することにより、専門医は専門医としての診療に、より一層従事することができ、さらに、診療所等の支援が可能となります。

専門診療科の現状と課題

医師の地域偏在とともに診療科の偏在が問題となっています。新臨床研修制度の導入以降、専門医を目指す後期研修医が全国的に減少しており、例えば耳鼻咽喉科では、制度導入前の平均279人から導入後は193人となっています（H23日本耳鼻咽喉科学会調べ）。長野県でも、ほとんどの診療科の従事医師数（人口10万対）が全国平均を下回っており、平成24年2月に県が実施した「県民医療意識調査」では、「地域に不足している診療科」は、産科・産婦人科に次いで、耳鼻咽喉科、眼科、皮膚科となっており、専門医の養成・確保が望まれています。

専門医の育成には長い年月がかかります。長野県医学生修学資金貸与事業、ドクターバンク事業など総合的な医師確保対策の実施により、多くの診療科における専門医の確保が期待されています。

2 病院勤務医が働きやすい環境整備への支援

- 病院勤務医の離職防止に向け、病院が実施する働きやすい勤務環境整備を支援します。
- 臨床を離れた女性医師が復職しやすいよう、復職支援研修に対する支援を行います。

- 「女性医師ネットワーク協議会」における議論を踏まえ、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みの導入について、普及啓発を行います。
- 国の制度を活用し、産科医・小児科医・救急勤務医に対する手当の支給を支援します。
- 県民に対し、地域医療を自分たちで守るため、適切な受診行動をとるよう普及啓発を行います。

3 医師の絶対数の確保

- 長野県医師会、長野県国民健康保険団体連合会等関係団体とも連携し、「医師研究資金貸与事業」の活用等により、一人でも多くの医師を確保します。
- 長野県医師臨床研修指定病院等連絡協議会において、研修病院合同説明会の開催や情報交換を行うとともに、魅力ある研修環境づくりを支援するなど、研修医の確保と定着を支援します。
- 信州大学医学部及び東京医科歯科大学の定員増に伴う医学生修学資金貸与事業等の活用により、将来の医師確保に努めます。
- 長野県地域医療対策協議会において、医師の確保・定着及び地域医療の充実について検討・協議を行うとともに、「信州医師確保総合支援センター」の運営委員会として、業務内容について提言を行います。
- 自治医科大学の運営費を負担し、地域医療に従事する医師の確保・養成を行うとともに、へき地医療を担う病院等への配置を行います。

第3 数値目標

指 標	現状 (H24)	目標 (H29)	目標数値 の考え方	備 考 (出典等)
人口10万人当たり医療施設従事医師数(全県)	205.0人 (H22)	230人以上	現在(H22)の全国平均(219.0人)を上回り、全国平均との差(△14人)を現状より縮める。	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」
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 210.1人 上 小 144.8人 諏 訪 201.1人 上伊那 131.8人 飯 伊 173.4人 木 曾 109.5人 松 本 321.1人 大 北 166.0人 長 野 189.3人 北 信 154.5人 (H22)	各医療圏 現状維持以上	H22 調査で前回数値を下回った医療圏があるため、現状維持以上とし、地域間格差を解消する。	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

第2節 歯科医師

第1 現状と課題

1 歯科医師数

- 平成22年（2010年）末現在の本県の従事歯科医師数（総数）は、1,549人、人口10万人当たり75.4人であり、全国平均の79.3人を下回っています。
- 人口10万人当たり病院勤務歯科医師数は、2.7人、医育機関附属病院勤務歯科医師数は、9.3人と、全国平均の2.3人、7.4人を上回っていますが、近年の誤嚥（ごえん）性肺炎の防止や周術期口腔ケアの重要性の高まりから、その数を増やす必要があります。
- 平成22年12月末時点の県内の診療科目別歯科医師数は、主たる診療科名では、小児歯科、歯科口腔外科は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1】業務の種別従事歯科医師数（人口10万対）

単位(人)

区分	従事歯科医師数 (総数)	病院の勤務者	医育機関附属 病院勤務者	診療所従事者	介護老人保健 施設従事者
長野県	75.4	2.7	9.3	59.9	0.0
全国	79.3	2.3	7.4	67.4	0.0

（厚生労働省「平成22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）

単位(人)

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	62.1	2.4	1.7	3.4	64.4	12.9	24.9	12.1
全国	67.5	2.7	1.5	3.5	70.2	16.4	32.2	19.4

（厚生労働省「平成22年度医師・歯科医師・薬剤師調査」）

第2 施策の展開

1 新たな分野への歯科医師の対応の推進

- がん等の手術を受ける患者に対する周術期口腔ケア等の、新たな歯科医療の分野に関して、歯科医師の対応力を向上するための研修会の開催を推進します。
- 施設や在宅で療養している高齢者や障害者等の要介護者に対する歯科医療や口腔ケア等の、ニーズが高まっている分野における歯科医師の活動を拡充するための研修会の開催を推進します。

2 歯科医師の確保

- 病院勤務歯科医師の確保に向けた働きかけをします。
- 専門診療科の歯科医師の確保に向けた働きかけをします。

第3 数値目標

指 標	現状 (H24)	目標 (H29)	目標数値 の考え方	備 考 (出典等)
人口 10 万当たり歯科 医師数 ・ 病院勤務者 ・ 医育機関附属病院勤 務者 ・ 介護老人保健施設	2.7 人 9.3 人 0 人 (H22)	2.7 人以上 9.3 人以上 0 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」
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	12.9 人 24.9 人 12.1 人 (H22)	12.9 人以上 24.9 人以上 12.1 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」

歯科医療の専門分科

医学の進歩によって、歯科医療にも高度な専門化が進んでいます。標榜科には、歯科、小児歯科、矯正歯科、小児矯正歯科、歯科口腔外科がありますが、専門学会の認定による専門医制度もスタートしていて、歯周病科、歯科補綴（ほてつ）科、歯科保存科、障害者歯科（特殊診療科）、歯科麻酔科、口腔インプラント科などの専門医が活躍しています。

第3節 薬剤師

第1 現状と課題

1 薬剤師数

- 平成22年（2010年）末現在の本県の薬剤師数（免許所有者）は、4,072人となっています。人口10万人当たり189.2人であり、全国平均の215.9人を26.7人下回っていますが、薬局、病院・診療所に限定すれば、全国平均に近い数値となっています。
- 平成18年（2006年）と比較すれば、259人増加していますが、医薬分業の推進、病院等の薬剤師業務の多様化及び薬学教育6年制の導入により、新規学卒者が2年間（平成21・22年度）なかったことなどにより、薬剤師の不足感がある状況です。
- 医薬分業や在宅医療の推進や病院薬剤師業務の多様化等に対応するため、薬剤師の確保を図る必要があります。
- 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にも、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、実習指導者に当たる指導者の養成が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22年）

区 分	総 数	内 訳		
		薬 局	病院・診療所	その他※
長 野 県	189.2	106.7	43.1	39.4
全 国	215.9	113.7	40.6	61.6
全国との差	△ 26.7	△ 7.0	2.5	△ 22.2

※ 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」）

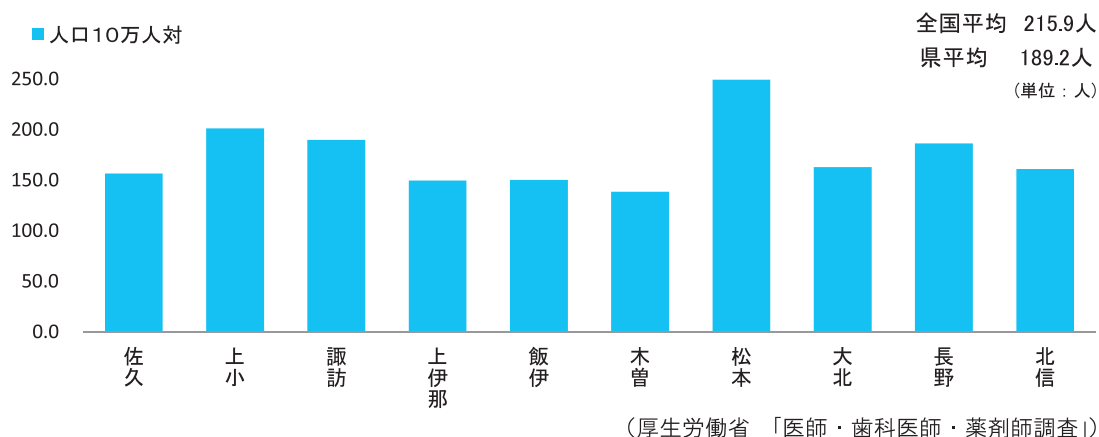
【表2】県内薬剤師業態別薬剤師数（免許所有者）の経年比較（単位：人）

年	総 数	内 訳		
		薬 局	病院・診療所	その他※
平成18年	3,813	2,092	869	852
平成22年	4,072	2,286	928	858
増 減	259	194	59	6

※ 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」）

【図1】医療圏別薬剤師数（人口10万対）



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求められています。
- 特定の医療分野等において高度な知識や技量、経験を持つ薬剤師を認定する「薬剤師認定制度」も広がりを見せており、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24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
86	31	37	10	5	3

（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24年6月現在）

（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	416	298	118

（長野県薬剤師会調べ）

第2 施策の展開

1 薬剤師の資質向上

- 長野県薬剤師会と連携を図りながら、チーム医療や災害時の対応など高度で多様な業務に対応し活用できるよう、生涯学習や研修会等を通じ、薬剤師の資質向上を図ります。
- 長野県薬剤師会及び長野県病院薬剤師会と連携して、専門・認定薬剤師等高度な専門領域への教育や研修の体制整備を図ります。

2 薬剤師の育成と活用

- 長野県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。
- 医療の高度化、チーム医療の推進、服薬指導への積極的関与など、病院における薬剤師の役割は重要性を増しており、医師・看護師等の負担軽減や安心安全な医療を推進する観点からも、病院において薬剤師を積極的に活用する体制を促進します。

第3 数値目標

指 標	現状 (H24)	目標 (H29)	目標数値 の考え方	備 考 (出典等)
人口 10 万人当たりの 薬局薬剤師数（免許所有者）	長野県 106.7 人 全国 113.7 人 (H22)	115.0 人 以上	H22 の全国平均を上回り、全国平均との差を現状より縮める。	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」
人口 10 万人当たりの 病院・診療所薬剤師数 （免許所有者）	長野県 43.1 人 全国 40.6 人 (H22)	45.6 人 以上	全国平均を上回る状況を維持し、毎年 0.5 人増加させる。	厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」
認定実務実習指導薬剤師数	416 人	500 人	現状より 2 割増加させる。	長野県薬剤師会調査

病棟薬剤師について

病棟薬剤師は、専ら病棟に勤務して、入院患者に最適な薬物療法を提供し、治療効果の向上、副作用の防止、生活の質(QOL)の向上などを図るほか、病棟の注射剤、内服剤等の薬剤の適切な取扱いを図り、多職種と連携しながら、チーム医療を推進する薬剤師をいいます。

その業務は、専門性を生かし、医薬品情報を収集して医療スタッフに情報提供したり、抗がん薬投与に関する治療計画の管理、無菌調製など病棟における医薬品の適正な保管・管理を行います。

さらに入院患者などと面談して、日常服用している薬や入院時に持参した薬を確認し、アレルギー歴や既往症などの患者情報、服薬状況を把握したうえで、例えばハイリスク薬、ときに麻薬などが処方された時、患者が十分に理解できるよう説明と指導を実施します。同時に副作用・相互作用や治療効果モニタリングなどの情報は医師等にフィードバックし、必要に応じて処方変更等の提案も行います。

薬剤師によるドーピング防止活動

オリンピック等、大きな競技会でドーピング検査が実施されているのは知られていますが、実は10年ほど前から日本国内においても国体をはじめとした身近な競技会などでドーピング検査が実施されています。

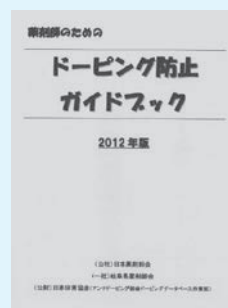
医薬品（医師が処方する医療用医薬品や市販薬）の中にはドーピング禁止物質を含むものがあるため、スポーツ選手が摂取する際には注意が必要です。幸いにも、これまで国体ではドーピング違反事例は報告されていません。しかし一方では、他の国内の競技会でドーピング禁止物質を含む医薬品等を知らずに使ってしまったこと等によるドーピング違反事例が報告されており、選手が制裁を受けるという悲しい現実があります。

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、様々なドーピング防止活動を行っています。薬剤師会内に設置した「ドーピング防止ホットライン」にて選手等からの相談に応じる活動（年間約100件）、また、長野県体育協会やスポーツドクター、競技連盟等に対してドーピング防止ガイドブックを配布したり講演を行うなど、スポーツ関係者等に対するドーピング防止の啓発活動も行っています。

さらに、平成21年に日本アンチ・ドーピング機構が創設した公認スポーツファーマシスト認定制度では、長野県で71名の薬剤師が認定を取得しており（平成24年10月現在）、長野県体育協会やスポーツドクター、競技連盟等と連携し、国体選手等の使用薬をチェックしたり直接相談に応じるなどの活動を通して、スポーツ選手の“うっかりドーピング”防止に寄与しています。



（ドーピング講習会の様子）



薬学生の実務実習の受入について ～長野県版「わくわく実習」の実施～

平成18年より薬学教育が6年制になり、臨床の力を身に付けチーム医療に貢献できることを目指し、薬学生は5年次に病院及び薬局各2.5ヶ月の実務実習を行っています。長野県薬剤師会は、早くから指導薬剤師の養成に努め、認定の要件となる指導薬剤師養成ワークショップを数多く開催してきました。

薬局実務実習においては、患者・住民の方々と直接接することに重点を置き、実践的な臨床能力の構築をめざしています。特色として、地域で実習生を受け入れ、薬局内だけでなく地域で活躍する様々な薬剤師に直接触れ合う機会を数多く設けるとともに、他職種との交流を図り、チーム医療の実践を体感するという「わくわく実習」を実施しています。この様に、実習を通して薬学生が地域の医療に貢献できる知識・技能・態度を獲得できるようその成長をサポートしています。

長野県からは毎年150名前後の薬学生が誕生していますが、長野県に薬剤師として戻ってくる数は多くありません。長野県の医療体制に必要な薬剤師を確保するため、指導薬剤師の養成等、薬学生の実務実習の体制を整備し、充実した質の高い実習を行うように努めています。



（薬学生の実習の様子）

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22年(2010年)末現在の県内就業者数は25,548人、人口10万人当たりの就業者数では、保健師、助産師、看護師で全国より高く、准看護師で下回っています。保健師数では全国2位、助産師数では全国5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には、地域間の偏在が見られ、看護師数では上小、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22年)

(単位:人)

地域 職種	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	70.7	53.1	58.1	73.0	64.9	132.1	57.1	86.2	52.7	78.8	61.9	35.2
助産師	33.7	17.4	34.2	28.9	26.0	35.4	44.6	22.3	24.2	41.5	30.9	23.2
看護師	984.9	740.3	865.9	702.7	761.6	689.4	946.2	882.7	802.7	820.3	839.0	744.0
准看護師	212.4	387.2	266.5	250.5	331.0	174.0	225.6	215.5	235.3	219.5	255.0	287.5

(厚生労働省「平成22年度衛生行政報告例」)

保健師の活動

本県における自治体の保健師活動は活発であり、従事者数も常に全国のトップレベルにあります。長野県の平成22年の年齢調整死亡率が全国で一番低い理由を、厚生労働省は「保健師らによる食生活の改善運動や病気の予防対策に熱心に取り組んでいるためでは」とコメントしています。

長野県では、保健師と住民がともに活動する保健指導員制度が全県下にあり、住民の参加による主体的な健康づくりに繋がっていると、全国的に高く評価されています。

地域の健康課題が複雑化していく中、保健師の活動は、母子から高齢者までの健康支援や、心の健康づくり、自殺防止活動、更に災害時の健康支援まで多様化しています。

また、超高齢社会を迎え、今後も、地域における多職種協働による包括的かつ継続的な在宅支援体制の推進に向け、中核的な役割を担うことが期待されています。

(2) 看護職員の就業場所

- 平成22年(2010年)末現在、本県の看護職員の主な就業場所として、病院が62%を占め、診療所が14.6%、介護保険施設が11.6%を占めています。
- 看護職員数の10年間の増加率(平成12年と平成22年を対比)は、本県では29.3%と、全国の26.4%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22年）

（単位：人）

場所 職種	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	183	31	0	4	11	4	959	141	1,333
助産師	465	102	58	0	0	0	17	24	666
看護師	12,861	1,963	0	629	1,724	255	226	402	18,060
准看護師	2,327	1,642	2	29	1,235	153	31	70	5,489
合計	15,836	3,738	60	662	2,970	412	1,233	637	25,548
（構成比）	62.0%	14.6%	0.2%	2.6%	11.6%	1.6%	4.8%	2.5%	100.0%

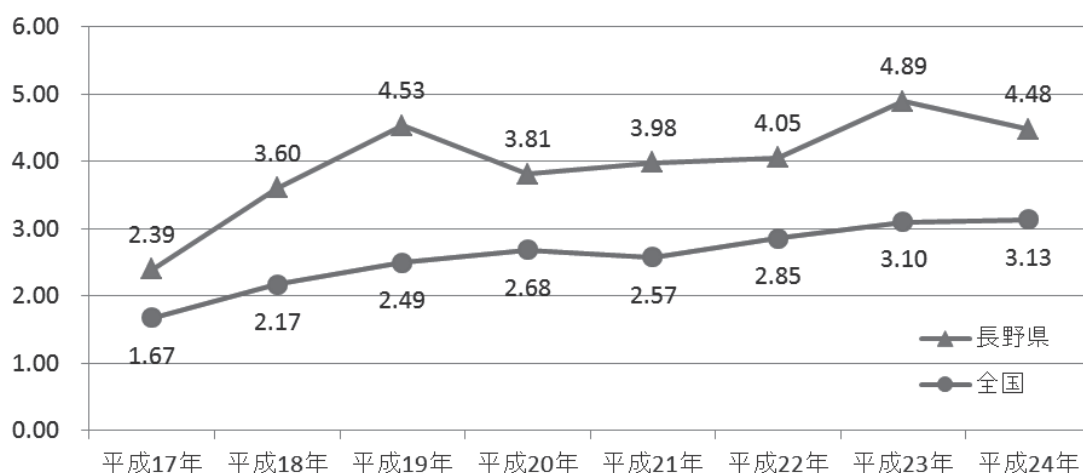
（厚生労働省「平成22年度衛生行政報告例」）

（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、看護職員の需要が増え、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。

（（財）雇用情報センター「労働市場情報」・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24年（2012年）4月の県内看護師等学校養成所の入学定員は1,100人で、大学及び看護師3年課程による養成数が増えており、保健師専攻科及び看護師2年課程では減少しています。
- 平成22年度（2010年度）卒業生の県内就業率は75.5%です。卒業生831名のうち744名が看護職員として就業し、そのうち627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12年	平成19年	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年
大学	保健師・看護師	80	150	230	230	230	230	240
	保健師(選択) ^(注)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(-)	(40)
	助産師(選択) ^(注)	(8)	(28)	(28)	(28)	(28)	(28)	(34)
専攻科	保健師	65	55	55	15	15	15	15
	助産師	25	5	5	15	15	15	15
養成所 (短大含む)	看護師3年課程	480	480	480	520	520	520	520
	看護師2年課程	215	165	165	130	130	130	130
	准看護師	365	180	180	180	180	180	180
合 計		1,230	1,035	1,115	1,090	1,090	1,090	1,100

(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)

看護職員の資質の向上

○ 大学院教育

県内の看護系大学（県立看護大学・信州大学・佐久大学）では、大学院の修士課程（定員35名）、博士課程（定員8名）において、保健・医療・福祉の幅広い領域で、看護の専門性に基づいた知識と卓越した看護実践能力を修得した、教育・研究・実践活動のリーダーの育成に取り組んでいます。

○ 修業年限の延伸の取り組み

看護師等養成所における教育内容の向上を図るため、国において推進している3年課程の修業年限を4年に延伸する先駆的な取り組みを、須坂看護専門学校で行います。

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、全国を下回るものの、10%弱と高い水準にあり、新卒の看護職員のうち約6%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。

- ナースセンターの運営事業の中で、若い世代を対象に就労体験や進路相談等を実施し、看護業務のPRを行うことで看護のイメージアップを図り、看護学生の確保に取り組みます。



2 離職防止・再就業促進

- 病院内保育所の運営や勤務環境改善のための施設整備に対する補助金等により、看護職員が働き続けられる環境づくりを支援します。また、夜勤や交代勤務などの働き方に合わせた支援として、24 時間保育・休日保育を実施する病院内保育所に対して補助額の加算を行う等、働きやすい環境の整備を支援します。
- 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。
- ナースバンク事業による再就業相談や研修、就職斡旋等を実施し、潜在看護職員の再就業を促進します。

看護師等の求人情報発信事業

近年、インターネットを利用した求人情報の収集が主流となっていることから、長野県看護協会が設置予定の県内医療機関の求人情報を掲載するポータルサイトの構築を県が支援し、ナースバンク事業の充実を図ります。

長野県内の求人情報を全国に発信することにより、県外の看護職員の県内誘導を促進し、潜在看護職員の就業促進の効果も期待されます。

退職看護職員の登録システムの構築

超高齢社会を迎え、看護・医療を取り巻く環境も大きく変化しています。特に、医療や福祉の現場では看護の質向上や人員の確保は大きな課題となっており、このことは県民が安心して健康的な生活を送るうえで根底に関わる問題といえます。

現在、潜在看護職の実態把握は制度上困難なため、新たな視点から、退職看護職員（定年を含む）の登録システムを構築し、適材適所にて能力を発揮できるような支援体制が必要であると考え、長野県看護協会が県と協力して取り組みます。

3 人材確保・資質の向上

- 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。
- 新人看護職員の卒後臨床研修において指導的立場となる看護師を対象にした研修会を実施し、研修体制の構築を支援します。
- 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、助産師支援研修を実施します。
- 県立看護大学に設置する認定看護師課程において、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や質の向上を図ります。

専門看護師・認定看護師

高度化が進む医療現場において、複雑で解決困難な看護問題に対応する専門看護師や、特定の看護分野において水準の高い看護技術を提供する認定看護師の確保が求められています。

県立看護大学では、大学院での専門看護師養成及び看護実践国際教育センターでの認定看護師養成を行っています。

第3 数値目標

指 標	現状 (H24)	目標 (H29)	目標数値 の考え方	備 考 (出典等)
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）	1,186.8 人 (H22)	1,326.7 人	調査に基づく H29 の 需要数を目標とする。	厚生労働省「衛生行政報告 例」、「第七次長野県看護 職員需給見通し」、医療推 進課調査
人口 10 万人当たりの 就業看護師数 (全県及び全国 744.0 人 (H22)を下回る医療圏)	(全県) 839.0 人 (上小) 740.3 人 (上伊那) 702.7 人 (木曽) 689.4 人 (H22)	(全県) 911.4 人以上 (上小) (上伊那) (木曽) 直近の全国就 業看護師数と 同等の水準	調査に基づく H29 の 需要数を目標とする。 偏在のある二次医療 圏においては、H28 年 末の全国就業看護師 数の水準を目指す。	厚生労働省「衛生行政報告 例」、「第七次長野県看護 職員需給見通し」、医療推 進課調査

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22年(2010年)末現在の本県の歯科衛生士就業者数は、2,203人であり、診療所勤務が87%を占めています。
- 長野県内の養成は、平成24年(2012年)4月現在で養成校4校、入学定員は平成20年度(2008年度)の105人から116人に増加していますが、入学者数が定員を満たしていない養成校もあります。
- 人口10万人当たり歯科衛生士就業者数は、102.3人であり、全国平均の80.6人を上回っていますが、近年の口腔ケアの重要性の高まりから、その数を増やす必要があり、引き続き新規養成の確保とともに関係団体と協力しつつ離職防止、再就職の促進が求められています。
- 地域歯科保健を担う高い知識や能力の習得等の資質向上の取組が求められています。

【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16年	76	102	1,557	0	31	1,766	79.9	79,695	62.4
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

(厚生労働省「衛生行政報告例」)

2 歯科技工士数

- 平成22年(2010年)末現在の本県の歯科技工士の従事者数は、666人であり、平成18年(2006年)の682人に比べると減少しましたが、人口10万人当たりの歯科技工士従事者数は、30.9人と、全国平均の27.7人よりも高い水準にあります。
- 歯周組織再生療法やインプラント治療等の歯科医療技術の高まりにより、それ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2】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

(厚生労働省「衛生行政報告例」)

第2 施策の展開

1 歯科衛生士

(1) 就業歯科衛生士数の確保

- 新規養成者の確保を働きかけます。
- 歯科衛生士の離職防止や再就職の促進を図ります。
- 医療機関・各種施設における歯科衛生士の需要に関する実態把握を実施します。

(2) 歯科衛生士の資質の向上

- 在宅歯科指導、訪問口腔ケア、食育等に係る地域歯科保健で活躍できる人材の育成を目指した研修会の開催を推進します。
- その他より専門性の高い知識・能力の習得のための研修会の開催を推進します。

2 歯科技工士

- 歯科技工士の資質の向上のため、専門性の高い知識・技術の習得のための研修会の開催を推進します。

第3 数値目標

指 標	現状 (H24)	目標 (H29)	目標数値 の考え方	備 考 (出典等)
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	1,923 人 93 人 148 人 8 人 31 人 (H22)	1,923 人以上 93 人以上 148 人以上 8 人以上 31 人以上	現状の水準以上を目指す。	厚生労働省「衛生行政報告例」
常勤の歯科衛生士を配置している市町村・保健センター数 ・市町村役所（場） ・保健センター	6市2町 5市 (H23)	6市2町以上 5市以上	現状の水準以上を目指す。	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」
歯科技工士数	666 人 (H22)	666 人以上	現状の水準以上を目指す。	厚生労働省「衛生行政報告例」

歯科衛生士の役割

歯科衛生士の役割は大きく分けて3つあります。

1. 歯科予防処置：むし歯や歯周病の予防のために、歯垢（しこう）や歯石を除去し、むし歯予防のためのフッ化物応用や歯周ポケット内の定期的清掃を行います。
2. 歯科診療補助：歯科医師の指示を受け、歯科診療の一部を行います。また、診療のアシスタントを行う中で、患者と歯科医師の間に立ち、コミュニケーションを図ることで患者は安心して医療を受けることができます。
3. 歯科保健指導：診療室で個々の患者に応じたブラッシング指導や食事指導を行います。

また、学校や乳幼児健診等で集団に対し、歯と口の健康について指導も行います。

近年、高齢者の増加に伴って、高齢者の口腔ケアが大変注目されています。高齢者の死因の上位に挙げられる肺炎の原因の一つに、口の中の不衛生があるとされており、歯科衛生士の専門的な処置により、口の中をきれいにするとともに、正しく機能させることによって食べ物を美味しく食べ、体力もアップすることから、効果的な予防が期待できます。

歯科衛生士の活動の場は、歯科診療所や病院に限らず、保育所・幼稚園、学校、保健所、市町村保健センター、企業、そして介護老人保健施設、在宅ケアなど大きく広がっています。

歯医一技工分業

かつては、入れ歯や金属の詰め物、差し歯などを、歯科医師が自分で製作することが多くありましたが、近年では、国家資格である「歯科技工士」という専門職種に委ねられるようになってきました。歯科医療の質的向上のためには、「歯医一技工分業」も医薬分業と並んで推進されなければなりませんが、現在の診療報酬制度では必ずしも十分な評価を得ていません。薬剤師の調剤報酬と同様に、技工料も点数化して歯科技工士からの直接請求を認めることを求める運動も起こっています。

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23年度（2011年度）末の配置率は、96.7%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42.9%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89.6%ですが、非常勤での配置が減らない状況があります。また、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
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
上記以外の給食を提供する施設*2	54.3	43.7	42.9
市町村*3（うち非常勤市町村数）	85.0（18）	85.6（17）	89.6（13）

（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3校、管理栄養士養成校1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・栄養士の配置を進めます。

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し、最新の栄養関連情報に対応し、医療、介護等で求められる専門的な栄養管理が実施できる管理栄養士・栄養士を育成します。

栄養サポートチーム（NST：Nutrition Support Team）

患者のニーズおよび治療法の多様化・複雑化により、医療機関において様々な職種の従事者によるチーム医療が行われるようになっており、緩和ケアチーム、リスクマネジメントチーム、感染対策チーム、栄養サポートチームなどがあります。

栄養サポートチーム（NST：Nutrition Support Team）は、病気の回復に大きな影響を及ぼす低栄養に至らないように、患者の病態・治療・栄養状態を評価し、食事の摂食状況、嚥下の状態、静脈栄養（点滴）の内容等に注目し、適切な栄養管理を選択・実施します。その働きは、より効果的な治療と早期回復ならびに治療費（医療費）の削減につながっていることが明らかになっています。

この NST は、医師、管理栄養士、看護師、薬剤師、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などから構成され、中でも管理栄養士はその中心的役割を担っています。

県内の NST 実施医療機関は 47 病院（平成 23 年長野県栄養士会病院栄養士協議会調査）です。

第3 数値目標

指 標	現状 (H24)	目標 (H29)	目標数値 の考え方	備 考 (出典等)
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 ・ 上記以外の給食を提 供する施設 ・ 市町村（常勤と同等 の嘱託、非常勤を含 む）	96.7% 42.9% 89.6%	100% 52% 95%	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 配置する。 事業所等の給食施設81 箇所に配置する。 雇上げの8町村のうち 半数の町村に配置す る。	衛生行政報告例 行政栄養士等配置状況

第7節 その他の医療従事者

第1 現状と課題

1 現状と課題

(1) 理学療法士、作業療法士の状況

- 平成20年（2008年）末現在、理学療法士は常勤換算で828.1人、作業療法士は565.2人で、ともに増加傾向にあります。
- また、人口10万人当たりの従事者数はそれぞれ38.1人、26.0人で、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】理学療法士、作業療法士の従事状況

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17年	638.3	29.1	32,979.4	25.8	430.6	19.6	18,382.2	14.4
平成20年	828.1	38.1	45,358.3	35.5	565.2	26.0	262,61.3	20.6

（厚生労働省「医療施設調査・病院報告」）

(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、いずれも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 17 年		平成 20 年		平成 17 年		平成 20 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	110.0	5.0	115.2	5.3	4,376.8	3.4	5,603.4	4.4
言語聴覚士	115.3	5.3	169.8	7.8	5,795.6	4.5	8,583.3	6.7
義肢装具士	4.0	0.2	7.0	0.3	139.2	0.1	141.9	0.1
診療放射線技師	687.3	31.3	719.4	33.1	43,162.2	33.8	46,115.8	36.1
臨床検査技師 衛生検査技師	1,121.5	51.1	1,178.0	54.3	57,554.6	45.0	60,282.6	47.2
臨床工学技士	236.4	10.8	311.4	14.3	13,151.6	10.3	16,559.2	13.0
精神保健福祉士	92.8	4.2	109.0	5.0	6,436.0	5.0	8,198.9	6.4

(厚生労働省「医療施設調査・病院報告」)

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。

県立病院機構による医療従事者研修の取り組み

医師をはじめとした、医療従事者の初期研修、キャリア支援研修等のために、研修センターを設置する研修病院が増えています。大学病院、大都市の基幹病院だけでなく自前の施設で研修システムを構築し、医療従事者の育成を行う重要性が認識されはじめました。

県立病院機構においても、発足と同時に本部研修センターが設立されました。本部研修センターの目指す姿は、県立病院の診療機能の維持と発展のために、地域医療マインドを有する医療従事者を育成すること、県立病院機構全職員の知識・技術レベルの向上を図るとともに、優れた指導者を養成すること、そして長野県全体の医療水準の向上に寄与する、開かれた研修施設になることにあります。

この研修センターの事業の柱の一つに成人教育としてのシミュレーション研修があり、ハワイ大学 SimTiki シミュレーションセンターと連携して、良き医療従事者・指導者の養成に力を注いでいます。

多様化する医療関係職種

医療機関は、医師や看護師などの有資格者からなる専門家集団により運営されていますが、医療の進歩に伴って新しい専門資格が次々に生まれています。

栄養士（管理栄養士）、診療放射線技師、臨床検査技師、理学療法士、作業療法士、視能訓練士、院内保育士、医療保育士、社会福祉士、介護福祉士、義肢装具士、臨床工学技士、精神保健福祉士、言語聴覚士などがそれに当たります。さらに、職種ごとに細分化された領域の専門資格が各学会で認定されています。

また、医療機関で勤務することが想定されて発足した制度ではありませんが、臨床心理士は精神科領域の患者に関わるだけでなく、心理的なサポートを行う職種としても欠かせない職種となっています。

我が国では認定制度がまだ整備されていない職種もあります。チャイルド・ライフ・スペシャリストがそのひとつで、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専門職です。米国などの認定制度がある国で資格を取得し、我が国の医療機関に従事する人が増えています。

一方、診療機関の管理・運営に関わる代表的な資格に診療情報管理士があります。診療録（カルテ）の管理や内容の精査を行うだけでなく、診療情報を管理し、必要な情報を抽出・加工することで、診療の質の向上や経営の効率化に寄与しています。現在、病院を中心に、全国では25,469名、本県では430名が活躍しています。

この他にも、病院の管理・運営には、診療報酬請求事務資格、医療秘書資格、危険物取り扱いに関する資格などの有資格者、情報ネットワークを管理するシステムエンジニア、患者の立場に立って相談に乗るメディエーターやアドボケートなども欠かせません。

職 種 名	制 度 発 足 年
医師・歯科医師	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）
薬剤師	昭和 35 年（1960 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）

職 種 名	制 度 発 足 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）
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。

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18年（2006年）は76,337人でしたが、平成22年（2010年）には78,808人（2,471人、3.2%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）についてみると、平成18年（2006年）には40,283人であったものが、平成22年（2010年）には46,180人となり、5,897人増（14.6%増）となっています。
- 65歳未満の救急搬送数が9.5%減となっている中で、高齢者の救急搬送数は14.6%増となっています。これは、全国においても同様な傾向が見られます。今後も、高齢化の進展とともに救急搬送数は増大し、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18年	平成22年	増減	平成18年	平成22年	増減
新生児（生後28日未満）	184	207	23	14,425	14,231	△194
乳幼児（生後28日以上満7歳未満）	3,450	3,069	△381	266,866	247,815	△19,051
少 年（満7歳以上18歳未満）	3,132	3,051	△81	212,966	194,131	△18,835
成 人（満18歳以上満65歳未満）	29,288	26,301	△2,987	2,191,609	1,984,795	△206,814
高齢者（満65歳以上）	40,283	46,180	5,897	2,206,727	2,537,734	331,007
計	76,337	78,808	2,471	4,892,593	4,978,706	86,113

（消防庁「救急・救助の現況」）

(2) 急病に係る重症傷病者の状況

- 平成22年（2010年）の急病に係る救急搬送人員のうち、「重症」と分類されたものを疾病分類別にみると、脳疾患（1,677人、31.8%）、心疾患等（860人、16.3%）の順となっています。
- こうしたことから、重症傷病者の救急医療体制を構築するに当たっては、特に脳疾患や心疾患への対応が重要となっています。



（長野市消防局提供）

【表2】急病に係る疾病分類別傷病程度別搬送人数

(単位:人、%)

区分		長野県				全 国			
		死亡	重症	その他	合計	死亡	重症	その他	合計
脳疾患	人 数	48	1,677	3,698	5,423	2,278	76,240	228,562	307,080
	構成比	4.3	31.8	8.9	11.3	3.8	28.2	8.3	10.0
心疾患等	人 数	472	860	2,953	4,285	22,308	53,749	204,636	280,693
	構成比	42.9	16.3	7.0	8.9	37.7	19.9	7.5	9.1
消化器系	人 数	15	282	3,553	3,850	956	18,097	305,356	324,409
	構成比	1.4	5.4	8.5	8.0	1.6	6.7	11.1	10.5
呼吸器系	人 数	80	672	3,865	4,617	2,823	32,669	241,166	276,658
	構成比	7.3	12.8	9.3	9.6	4.8	12.1	8.8	9.0
その他	人 数	486	1,778	27,680	29,944	30,885	89,132	1,767,756	1,887,773
	構成比	44.1	33.7	66.3	62.2	52.1	33.1	64.3	61.4
合 計	人 数	1,101	5,269	41,749	48,119	59,250	269,887	2,747,476	3,076,613

(消防庁「救急・救助の現況」)

(3) 傷病程度別の搬送の状況

- 平成22年(2010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44.4%(全国38.4%)、続いて軽症者が42.1%(全国50.4%)を占めます。中には、不要不急であるにもかかわらず、救急車を要請する案件が散見されます。
- 軽症患者の多くが直接、二次・三次救急医療機関を受診することにより、重症患者等の受け入れに支障が生じていることから、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、より一層の体制整備を図る必要があります。

【表3】傷病程度別搬送件数人数

(単位:人、%)

区分	平成18年				平成22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	1,418	1.8	67,741	1.4	1,417	1.8	76,425	1.5
重 症	9,230	12.1	473,111	9.7	9,087	11.5	478,538	9.6
中等症	32,519	42.6	1,798,775	36.8	34,961	44.4	1,911,890	38.4
軽 症	32,948	43.2	2,546,250	52.0	33,184	42.1	2,507,560	50.4
その他	222	0.3	6,716	0.1	159	0.2	4,293	0.1
計	76,337	100.0	4,892,593	100.0	78,808	100.0	4,978,706	100.0

(消防庁「救急・救助の現況」)

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普通救命講習及び上級救命講習の受講者は、全国では、平成18年(2006年)には1,467,134人であったものが、平成22年(2010年)には1,485,863人と増加している一方、本県においては、39,025人であったものが、26,987人と減少しています。

- これは、平成16年（2004年）にAEDの一般使用が認められた直後からの数年間、県内では、応急手当の習得のため、熱心な取り組みが行われたことから、既に一定程度の受講者が養成されているという事情によるものと考えられます。
- 今後は、教育現場、事業所及び各種団体における講習会の実施や応急手当を指導する者の養成促進など、より多くの県民への普及啓発に取り組む必要があります。

【表4】普通救命講習及び上級救命講習の受講者（単位：人）

区分	長野県		全 国	
	平成18年	平成22年	平成18年	平成22年
受講者数	39,025	26,987	1,467,134	1,485,863
人口10万人当たり	178	125	115	116

（消防庁「救急・救助の現況」）

救命講習

心臓や呼吸が止まった人の手当は1分1秒を争います。

このようなとき、まず必要なことは「すぐに119番通報する」ことです。しかし、それだけでは十分ではありません。

救急車が到着するまでには全国平均で8分以上かかります。もし、救急車が到着するまでに応急手当をしなければ、助かる命も助けられない場合もあります。そこで、バイスタンダー（現場に居合わせた人）による「心肺蘇生法」と「AEDの使用」といった救命処置が必要になります。

県内の各消防本部では、心肺蘇生やAEDの使い方、けがの手当など、応急手当を習得できるよう、各地域で救命講習を開催しています。

今後は、体育の授業や部活動で激しい運動をする機会が多い学校等でも、講習を受講することが非常に重要です。

大切な人や、家族の命を守るため、救命講習を受講して知識と技術を学びましょう。

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18年（2006年）には82.8%（全国82.4%）であったものが、平成22年（2010年）には93.0%（全国94.3%）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18年（2006年）には58.3%（全国75.0%）であったものが、平成22年（2010年）には64.3%（全国80.5%）と増加しています。
- いずれも増加傾向にあるものの、依然として全国平均は下回っていることから、引続き状況の改善に取り組み、メディカルコントロール体制の充実強化に努める必要があります。

【表5】救急救命士の運用状況

区分	長野県			全 国		
	平成18年	平成22年	増減	平成18年	平成22年	増減
救急救命士が配備されている救急隊の割合	82.8%	93.0%	10.2ポイント	82.4%	94.3%	11.9ポイント
救急救命士が常時同乗している救急車の割合(注)	58.3%	64.3%	6.0ポイント	75.0%	80.5%	5.5ポイント

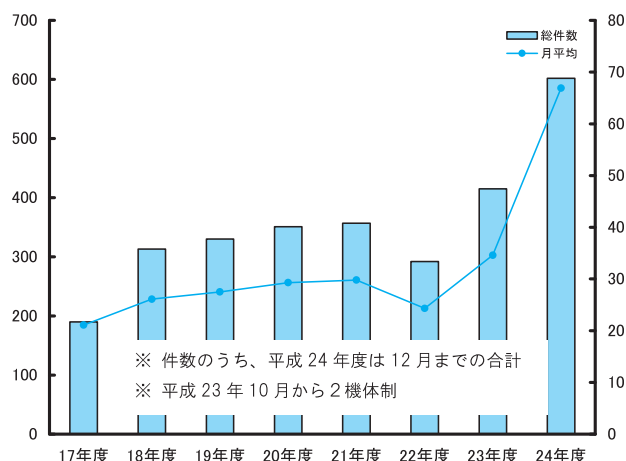
注）救急隊のうち救命士常時運用隊の比率

（消防庁「救急・救助の現況」）

（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）、消防防災ヘリコプターが活用されています。
- 特に、ドクターヘリについては、平成17年（2005年）7月に佐久総合病院を基地病院とするヘリの運用を開始したのに続いて、平成23年（2011年）10月から信州大学医学部附属病院を基地病院とする県内2機目のヘリの運用が開始されました。
- 救急車、ドクターヘリ、ドクターカーといった搬送手段の多様化に合わせ、消防本部と医療機関が密接に連携していくことが重要です。

【図1】ドクターヘリ出動状況



【表6】ドクターカー保有台数及び出動件数（救命救急センター）

区分	医療機関名	平成18年度		平成23年度	
		保有台数	出動件数	保有台数	出動件数
東信	佐久総合病院	2	58	1	8
南信	諏訪赤十字病院	0	—	1	90
	昭和伊南総合病院	0	—	0	0
	飯田市立病院	1	0	1	0
中信	信州大学医学部附属病院	2	16	1	130
	相澤病院	1	134	2	116
北信	長野赤十字病院	1	7	1	18
計	7箇所	7	215	7	362

（厚生労働省「救命救急センターの評価結果」）

（参考）救命救急センターではないが、小児救命救急センターである県立こども病院では次のとおりとなっている。

平成23年度：保有1台 出動件数402件（平成18年度：保有1台 出動件数262件）

ドクターヘリ

重症救急患者に対応できる医療機器を装備しているヘリコプターで、医師が搭乗することから「ドクターヘリコプター」、略して「ドクターヘリ」「ドクヘリ」と呼ばれます。

主な目的は、救急患者の搬送よりも、一刻も早く治療を施すために救急専門医や看護師を救急現場へ急行させることにあります。なぜなら、救命率の向上や後遺症の軽減、へき地における救急医療体制の強化、災害時の医療救護活動の充実に図られるからです。

平成25年1月1日現在で、34の道府県で40機配備され、救急医療に大きな役割を果たしています。なお、複数配備しているのは、北海道が3機、青森県、千葉県、静岡県、長野県で2機となっています。

また、本県では、平成23年10月1日に2機体制となつて以来、順調に実績を積み重ねており、搬送時間が短縮されるとともに、認知度の向上により、年間（10月～翌9月）出動件数が2倍以上に増加した（282件→665件）ほか、出動要請の重複により対応できなかった事案が半減する（27件→15件）など、大きな成果を挙げています。

さらに、平成24年4月から、搬送時間をさらに短縮するため、消防機関が受けた通報に、患者が重症であることを示唆する特定の言葉が含まれている場合には、即座にドクターヘリの出動要請を行うこととする、いわゆる「キーワード方式」が導入されました。

今後、関係機関と連携しながら、よりきめ細やかな救急医療体制の構築に取り組めます。



（信州大学医学部附属病院提供）

（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、二次・三次救急医療体制の一層の整備を行うとともに、初期救急医療機関を含めた連携強化を図る必要があります。

【表 7】 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18年	平成22年	増減	平成18年	平成22年	増減
佐 久	67	61	△ 6	3	5	2
上 小	84	82	△ 2	2	2	0
諏 訪	64	101	37	1	1	0
上伊那	95	96	1	1	1	0
飯 伊	40	40	0	1	1	0
木 曽	13	12	△ 1	1	1	0
松 本	239	248	9	2	2	0
大 北	32	31	△ 1	1	1	0
長 野	208	215	7	5	5	0
北 信	0	0	0	1	1	0
計	842	886	44	18	20	2

（厚生労働省「医療施設調査」）

【表 8】 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18年	平成22年	増減
佐 久	4	4	0
上 小	10	10	0
諏 訪	7	6	△ 1
上伊那	3	3	0
飯 伊	8	8	0
木 曽	1	1	0
松 本	10	9	△ 1
大 北	2	2	0
長 野	4	7	3
北 信	2	2	0
計	51	52	1

（厚生労働省「医療施設調査」）



（伊那消防組合消防本部提供）

【表 9】 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	佐久市	20	415	2,477	

区分	医療機関名	所在地	病床数 (床)	人口 (千人)	面積 (㎡)	備考
南信	諏訪赤十字病院	諏訪市	10	565	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	524	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	648	2,567	
計	7 箇所	6 市	114	2,152	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) 救命期後医療を担う医療機関

- 救命期後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整備している病院は72か所であり、県内の全ての病院の55%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53か所(40%)となっています。
- こうしたことから、救急搬送された患者の一般病床や療養の場への移行が進まず、救急医療機関において新たな救急患者を受け入れることが困難となっていることから、救命期後医療の体制整備が喫緊の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

救急医療及び救命期後医療体制の整備を図るとともに、医療施設相互の役割分担と連携強化の促進に努め、病院前救護活動から社会復帰までの医療が連携し継続して実施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、バイスタンダー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

患者の状態に応じた適切な救急医療を提供するため、救急医療に係る資源の効率的な配置やアクセス時間を考慮した施設整備、必要に応じてより高度・専門的な救急医療機関へ速やかに紹介できる連携体制の構築、脳卒中・心筋梗塞・重症外傷等のそれぞれの疾患に応じた医療体制の整備等に取り組めます。

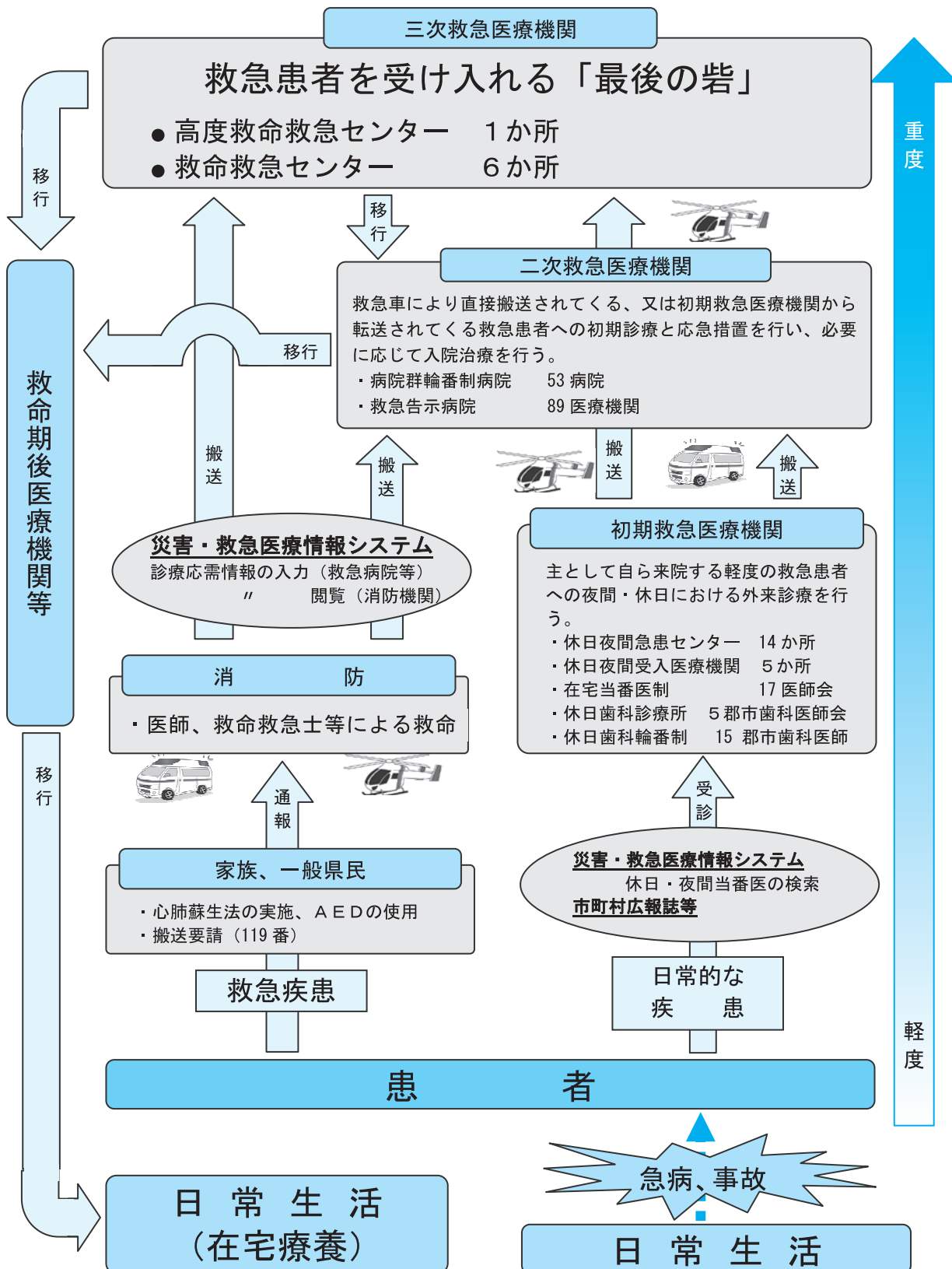
(3) 救急医療機関等から療養の場へ円滑な移行が可能な体制

救命期を脱した後、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、重度の合併症や後遺症のある患者が、介護施設・在宅で療養を行う際に医療及び介護サービスが相互に連携できる体制を整備します。

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、救命期後医療機関の役割分担と連携体制は次に示す図のとおりです。

軽症の患者等については初期救急医療、中等症患者については、消防キャンパスによる二次・三次医療機関への搬送体制を構築するとともに、救命期後は、救急医療機関から、病床を有する医療機関や在宅療養へ円滑に移行できる体制の構築を目指します。



3 二次医療圏相互の連携体制

各二次医療圏において、概ね円滑な傷病者の搬送及び受入れが実施されていることに加え、圏域外への流出率が20%を超える上小・大北医療圏についても各々強化策が講じられ、各二次医療圏で救急医療の提供体制が整備されてきていることから、原則として二次医療圏内で対応することとし、必要に応じて他の二次医療圏と連携することとします。

【表10】患者受療動向、二次及び三次救急医療機関

二次医療圏	患者受療動向		二次救急医療機関数 (H22)	三次救急医療機関 (救命救急センター)
	圏域内	流出先(割合) ※10%未満除く		
佐久	98.4%		4	佐久総合病院(佐久市)
上小	68.1%	佐久(26.4%)	10	
諏訪	97.9%		6	諏訪赤十字病院(諏訪市)
上伊那	79.1%	諏訪(10.1%)	3	伊那中央病院(伊那市)
飯伊	98.9%		8	飯田市立病院(飯田市)
木曽	78.6%	松本(15.5%)	1	信州大学医学部附属病院(松本市) 相澤病院(松本市)
松本	96.5%		9	
大北	72.5%	松本(25.4%)	2	
長野	93.0%		7	長野赤十字病院(長野市)
北信	92.4%		2	

第3 施策の展開

1 病院前救護活動の促進

- 住民に救急医療機関の適正な受診を促すため、急病時の対応など適切な受療行動について啓発を行います。
- 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。
- 救急業務の高度化を図るため、長野県メディカルコントロール協議会の活動を推進します。
- ドクターヘリや消防防災ヘリコプター等のより効果的な活用について検討します。
- 広域災害・救急医療情報システムの利用促進を推進します。

2 初期救急医療体制の整備

- 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。
- 休日夜間急患センターの救急患者の受入に必要な施設・設備の整備を支援します。

3 入院を要する救急医療(二次救急医療)体制の整備

- 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。
- 入院治療を必要とする救急患者の受入に必要な施設・設備の整備を支援します。

4 救命救急医療（三次救急医療）体制の整備

- 適切な救命救急医療を確保するため、救命救急センターの運営を支援します。
- 救命救急センターとして必要な施設・設備の整備を支援します
- 適切な救命救急医療体制を確保するため、救命救急センターの機能評価を実施し、既存の救命救急センターの充実強化の促進に努めます。また、北信ブロックにおける救命救急センターについて、機能評価の結果や関係者の意見を踏まえ、今後の配置のあり方について検討します。

5 救命救急医療機関等からの転院を受け入れる体制整備

- 救急医療機関等から療養の場への円滑な移行ができるよう、救急医療機関と、救命期を脱した患者や慢性期の患者を受け入れる医療機関、さらには、在宅での療養を支援する医療機関との連携体制を構築します。

救急医療と“コンビニ受診”

現代は、コンビニエンスストアで24時間365日いつでも欲しい商品が手に入る生活スタイルが定着しています。

医療の現場でも、県民の皆さんが気軽に、いつでも受診できる体制を目指して、体制整備を進めていますが、様々な事情から、すべての需要に対応できる状況には至っていません。

救急医療の現場では、緊急性のない軽症患者が、休日や夜間の時間帯に救急医療機関を受診する、いわゆる“コンビニ受診”が救急医療機関の負担となっています。

「平日休めない」「日中は用事がある」「明日仕事があるから」等の理由があることから、“コンビニ受診”を求めることは自然な気持ちですが、残念ながら現在の救急医療体制では対応に限界のあるのが現状です。

休日夜間診療所や輪番制病院は、通常の医療機関が開いていない休日夜間に急な病気やけがで本当につらい思いをしている患者さんに素早く応急的な「救急医療」を行う機関として整備されたシステムです。

昼間から調子が悪かったのに、仕事や学校の都合で夜になってから休日夜間診療所や輪番制病院を受診することは、本来の対象者である救急患者の治療の遅れにつながります。また、自身も応急救置を受けるだけなので、結局、後日、本格的検査や専門医による診察のため再受診せねばならないという二度手間になることも多くあります。

救急医療のためにも、自分自身のためにも、まずは、昼間の通常時間帯に医療機関を受診することが大切です。

第4 数値目標

1 適切な病院前救護活動が可能な体制

指 標	現状 (H24)	目標 (H29)	目標数値の考え方	備考（出典等）
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） 【「脳卒中対策」及び「急性心筋梗塞対策」においても記載】	64.3% (H23)	80% 以上	現状より増加させる。	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

指 標	現状 (H24)	目標 (H29)	目標数値の考え方	備考（出典等）
救命救急センターの充実度 評価Aの割合	100.0% (H23)	100.0%	全ての救急救命センターにおいて充実度評価の最高ランクを維持する。	厚生労働省「救命救急センター充実段階調査」
二次救急医療機関（病院群輪番制病院）の数	52 機関 (H22)	52 機関 以上	現状より増加させる。	医療推進課調査
休日・夜間に対応できる医療施設数	20 施設 (H22)	20 施設 以上	現状より増加させる。	医療推進課調査
ドクターヘリの運用機数	2 機	2 機	ドクターヘリの2機体制を維持する。	医療推進課調査

3 救急医療機関等から療養の場へ円滑な移行が可能な体制

指 標	現状 (H24)	目標 (H29)	目標数値の考え方	備考（出典等）
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	55%	55% 以上	現状より増加させる。	医療推進課調査
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）（再掲） 【「機能分化と連携」及び「脳卒中対策」においても記載】	県内平均 88%	100%	全ての急性期病院で導入する。	健康長寿課調査
地域連携クリティカルパス導入率（急性期医療機関）（急性心筋梗塞）（再掲） 【「機能分化と連携」及び「急性心筋梗塞対策」においても記載】	県内平均 60%	100%	全ての急性期病院で導入する。	健康長寿課調査

医療機関の最大の使命は命を救うことです。救命救急医療の現場では、心拍や呼吸が止まりそうな患者を診た場合、直ちに心臓マッサージや人工呼吸などの救命措置を開始します。こうした救命措置によって命が助かり、社会復帰が可能になる方も少なくありません。

ところがここで、問題が生ずる場合があります。

例えば高齢になり、自然な経過の中で呼吸や心拍が止まりそうになった時、本人が延命措置を望まれていなかったにもかかわらず、救命措置が開始されてしまうような場合です。こうした場合、命が助かったとしても意識は戻らず、人工呼吸器なしでは呼吸もできなくなってしまうことが少なからずあります。

患者自身が延命治療を望まないであろうと推測される場合であっても、医師が延命治療を施す理由は、現在、我が国の医療が、本人が延命治療の中止を希望する意思（リビング・ウィル）を持っている場合であっても、これを中止できる法律と法に準拠した指針を持たないからです。

このため、集中治療室の病床が、集中治療を必要とする患者のために空けられなかったり、無益な延命治療に莫大な医療費が投入されたりすることが起きています。「患者の意思を尊重し、尊厳を大事にするのであれば、むやみな救命措置や延命治療は慎んだ方がよいのではないか。」と悩むことが多いと聞きます。

今日、高齢化社会の中で、救命救急医療の現場に救急搬送されてくる高齢者が増えています。終末期の救命措置に対するリビング・ウィルを持つ方も、また増えていくことでしょう。そのような方の意思を尊重し、尊厳を大切にするためにも、また、限りある医療資源を有効に使うためにも、終末期の救命措置や延命治療に関する法律と、法に準拠した指針の整備が必要ではないかと考えられます。

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23年（2011年）3月の長野県北部の地震（負傷者12人）をはじめ、多くの地震災害が発生しています。
- 平成23年（2011年）3月に発生した東日本大震災では、大津波による被害が大きく、平成7年（1995年）1月の阪神・淡路大震災とは状況が異なっていたことから、様々な課題が浮き彫りになりました。

【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
新潟県中越地震	平成16年（2004年）	68人	消防庁
東日本大震災	平成23年（2011年）	18,131人	消防庁（平成24年9月28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
松代群発地震	昭和40年（1965年）～昭和42年（1967年）	負傷者15人
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

（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。
- 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18年豪雪では死者4名、平成24年大雪災害では死者8名を出すなど、県内各地に大きな被害をもたらしました。

【表3】長野県内の主な風水害等

時期	災害名	人的被害
昭和60年7月	地附山地すべり災害	死者26人、負傷者4人
平成8年12月	蒲原沢土石流災害	死者14人、負傷者8人
平成18年1～3月	平成18年豪雪	死者4人、負傷者106人
平成18年7月	平成18年7月豪雨災害	死者12人、行方不明1人、負傷者20人
平成24年1～3月	平成24年大雪災害	死者8名、負傷者55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 名）、ＪＲ福知山線尼崎脱線転覆事故（平成 17 年（2005 年）、死者 107 名）等があります。

（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。

２ 災害医療提供体制

（１）災害拠点病院等の整備

- 平成23年3月の東日本大震災の際には、災害派遣医療チーム（DMA T）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。
- 災害時の重篤患者の救命医療等を担う災害拠点病院について、二次医療圏ごとに1箇所ずつ、全10病院を指定しています。
- 被災者のトリアージや救命処置等を行うDMA Tを保有する11の医療機関を、長野県DMA T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DMA T指定病院について、設備、備蓄の充実、災害時の運営手順の策定等を進め、さらに機能を強化することが必要です。
- また、これらの医療機関について、災害発生時に医療機能維持や早期回復のため、災害対応マニュアルや業務継続計画（BCP）の策定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24年4月現在）

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

（医療推進課調べ）

（２）DMA T（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、DMA T（Disaster Medical Assistance Team、災害派遣医療チーム）の養成が開始されました。
- 東日本大震災では、全国から多数のDMA Tが被災地に駆けつけ、医療救護活動を行いました。

が、消防機関をはじめとする関係機関との連携に混乱が見られたことから、今後は、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図る必要があります。

【表5】DMATの状況（平成24年4月現在）

区分	チーム数	研修受講済み人数（人）				備考
		医師	看護師	業務調整員	計	
佐久総合病院	3	6	9	6	21	災害拠点、救命C
信州上田医療センター	2	2	6	2	10	災害拠点
諏訪赤十字病院	2	5	9	4	18	災害拠点、救命C
伊那中央病院	3	4	8	7	19	災害拠点、救命C
飯田市立病院	3	4	9	5	18	災害拠点、救命C
県立木曽病院	2	3	5	2	10	災害拠点
信州大学医学部附属病院	3	12	8	8	28	災害拠点、救命C（高度）
相澤病院	2	4	13	5	22	救命C
市立大町総合病院	2	2	6	7	15	災害拠点
長野赤十字病院	3	6	11	6	23	災害拠点（基幹）、救命C
北信総合病院	2	4	4	5	13	災害拠点
合 計	27	52	88	57	197	

※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）

【表6】DMATの活動状況（東日本大震災）

チーム	出動隊員数				活動場所	出動日	帰院日
	医師	看護	調整	計			
佐久総合病院①	2	2	1	5	宮城・福島	3月11日	3月13日
佐久総合病院②	1	1	0	2	宮城・福島	3月12日	3月13日
佐久総合病院③	1	0	0	1	福島	3月20日	3月22日
信州上田医療センター	1	3	2	6	岩手	3月11日	3月14日
諏訪赤十字病院	1	3	2	6	岩手	3月11日	3月13日
伊那中央病院	1	2	2	5	岩手	3月11日	3月14日
飯田市立病院	1	2	1	4	岩手	3月11日	3月14日
県立木曽病院	1	2	2	5	岩手	3月11日	3月14日
信州大学医学部附属病院①	1	2	2	5	岩手	3月11日	3月14日
信州大学医学部附属病院②	2	2	1	5	宮城・福島	3月14日	3月17日
相澤病院①	1	2	2	5	岩手	3月11日	3月15日
相澤病院②	1	2	2	5	岩手	3月14日	3月17日
市立大町総合病院	1	2	2	5	岩手	3月11日	3月14日
長野赤十字病院	2	3	2	7	—	3月11日	3月12日
北信総合病院	2	2	2	6	宮城・福島	3月11日	3月13日
計 15チーム	19	30	23	72	—	—	—

※1 医師が複数回出動している病院があるため、実出動隊員数は医師17名、総数70名（医療推進課調べ）

※2 長野赤十字病院については長野県北部地震発生に伴い、出動途中で帰院

※3 佐久総合病院②は信州ドクターヘリによる活動、同③は統括DMATとして単独活動

DMAT

DMATとは「災害派遣医療チーム」（Disaster Medical Assistance Team）の略称で、「ディーマット」と読みます。

DMATは、大地震や航空機事故、列車事故といった大規模災害が起こったときに、被災地に迅速に駆けつけ、救急治療を行うための専門的な訓練を受けた医療チームのことです。

1チームは5名程度で、県から指定された病院に所属する医師、看護師、業務調整員（薬剤師、事務員等）で構成されます。

長野県では、平成21年2月に「長野県DMAT設置運営要綱」が制定され、「長野県DMAT」の運用が開始されました。

平成24年4月現在、11の指定病院に、あわせて約200名が隊員として登録されています。

本県は、全国的に見ても早い時期から、県内全ての災害拠点病院でDMATを保有し、日本DMATとは別に、県独自の隊員養成研修を実施して隊員確保に努めるなど、積極的な取り組みを進めてきました。

幸いにして、本県内への出動実績はありませんが（平成24年4月現在）、いつ襲ってくるかわからない大規模災害から、県民の皆さんを救うべく、訓練等に励んでいます。



（撮影：医療推進課）

（3）医療救護班

- 災害が沈静化した後においても、避難所や救護所等に避難した住民に対する健康管理を中心とした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。
- 平成23年3月の東日本大震災においては、災害対策基本法第74条に基づき、県知事の要請により、本県の医療機関から多数の医療救護班が被災地で活動し、高い評価を得ました。

【表7】災害対策基本法第74条により派遣した医療救護班の活動状況（東日本大震災）

活動場所	チーム数	隊員数				県職員	計	活動期間
		医師	看護	事務等	計			
岩手県（釜石市）	1	1	2	2	5	0	5	H23.3.16～3.19
宮城県（石巻市）	80	117	159	149	425	60	485	H23.3.18～6.1
福島県（三春町）	1	1	2	3	6	0	6	H23.3.24～3.26
宮城県（南三陸町）	4	0	0	12	12	0	12	H23.3.25～4.7
合 計	86	119	163	166	448	60	508	

【留意事項】

（医療推進課調べ）

上記のほか、看護師チームや災害対策基本法第30条に基づく「心のケアチーム」「口腔ケアチーム」、日本赤十字社、日本医師会、日本看護協会、日本薬剤師会、日本歯科医師会、日本理学療法士会等の要請により多数の県内医療従事者が被災地へ派遣されている。

【表8】医療救護班の活動状況（長野県北部の地震）

活動場所	チーム数	隊員数				県職員	計	活動期間
		医師	看護	事務等	計			
長野県栄村	7	11	17	7	35	0	35	H23.3.13～3.18
	8	8	12	9	29	0	29	H23.3.14～3.18（※）
合 計	15	19	29	16	64	0	64	

（※）県と県医師会との協定に基づく派遣

（医療推進課調べ）

（4）広域災害・救急医療情報システム

- 災害時の医療機関の生活必需基盤（ライフライン）の稼働状況、患者の受入状況等の情報を入力・収集し、災害時の迅速な医療対応を可能とするため、「広域災害・救急医療情報システム」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参加や積極的な活用を促進する必要があります。

【表9】長野県内の広域災害・救急医療情報システムの導入状況

区 分	平成19年	平成23年
医療機関（救急告示医療機関等）	95	89
消防関係機関（消防本部、県消防課等）	40	40
県・都市医師会	23	23
県等関係機関（保健福祉事務所、長野市保健所、医療推進課）	15	12
計	173	164

（医療推進課調べ）

（5）災害時の医療救援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援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10】県と医療関係団体による災害時協定

相手方	締結日	概要
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
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、県災害医療本部への参加、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
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
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
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、県災害医療本部への歯科医療救護班の派遣等

（医療推進課、薬事管理課調べ）

（6）災害医療活動指針（マニュアル）の整備

- 平成23年（2011年）2月、長野県災害医療活動指針を策定するとともに、平成24年（2012年）4月1日現在、県内6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。
- このマニュアルを踏まえ、災害拠点病院間、地域の他の医療機関、医師会、看護協会、薬剤師会等の関係機関と連携を強化する必要があります。特に、災害拠点病院以外の二次救急医療機関も巻き込んだ患者の受入体制を構築することが肝要です。
- また、全ての医療圏において、災害拠点病院やDMAT指定病院以外の医療機関に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。

【表11】災害医療活動マニュアルの策定状況（平成24年4月現在）

圏域	名 称	策定時期
県	長野県災害医療活動指針	平成23年2月
佐 久	佐久地域災害時医療救護活動マニュアル	平成22年3月
上 小	上小地域災害時医療救護活動マニュアル	平成24年2月
諏 訪	（調整中）	
上伊那	（調整中）	
飯 伊	下伊那地区大規模災害救護計画	平成24年2月
木 曽	木曽地域災害時医療救護活動マニュアル	平成23年7月
松 本	（調整中）	
大 北	大北地域大規模災害医療救護計画	平成24年3月
長 野	（調整中）	
北 信	北信地域災害時医療救護活動マニュアル	平成23年3月

（７）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、台風10号浸水被害（昭和58年）、長野県西部地震（昭和59年）、梅雨前線豪雨災害（平成7年）において被災地へ供給しています。

【表 12】 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
	北信	2
	中信	3
	南信※1	6
	合計	13
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、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 13】 備蓄品目

分 類	備 蓄 品 目 例
内服剤（25品目）	解熱鎮痛剤、抗生物質、降圧剤 など
注射剤（21品目）	鎮痛剤、抗生物質、輸液 など
外用剤（20品目）	局所麻酔剤、消炎鎮痛剤、消毒剤 など
衛生材料（29品目）	滅菌ガーゼ、絆創膏、注射器 など
合 計（95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）を備蓄

災害時の「お薬手帳」

東日本大震災では、多くの人が必要な薬を失い、その薬の名前も分からない状態があちこちで見受けられました。また、医療機関も被災したことから、その方がどのような治療を受け、どのような薬を服用していたかといった記録が一切失われてしまうことも多く見られました。しかし、避難時に「お薬手帳」を持参していた方は、それまでに服用していた薬の履歴を知ることができたことから、被災してからでもそれまでの治療が継続して行えました。

また、被災地に設置された救護所においても、「お薬手帳」は患者さんの受けた治療の経過がわかる情報共有ツールとして活用され、医療チームによる効率的な治療ができるようになりました。さらに、被災地では使用できる薬が種類・量ともに限られたことから、時には名前の違う薬が渡されて不安に陥ることもありましたが、同じ成分の薬であること、または同じとの説明を「お薬手帳」を用いて医師や薬剤師から受けることができ、安心した。

万が一に備え、日常から「お薬手帳」を活用して自分が服用している薬とともに、非常時には、非常持ち出し袋と一緒に、保険証・お薬手帳も必ず持つ。



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体制を構築するとともに、地域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) 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を直ちに派遣できる体制づくりや、被災地の医療確保や医療支援が速やかに実施される体制を整備します。

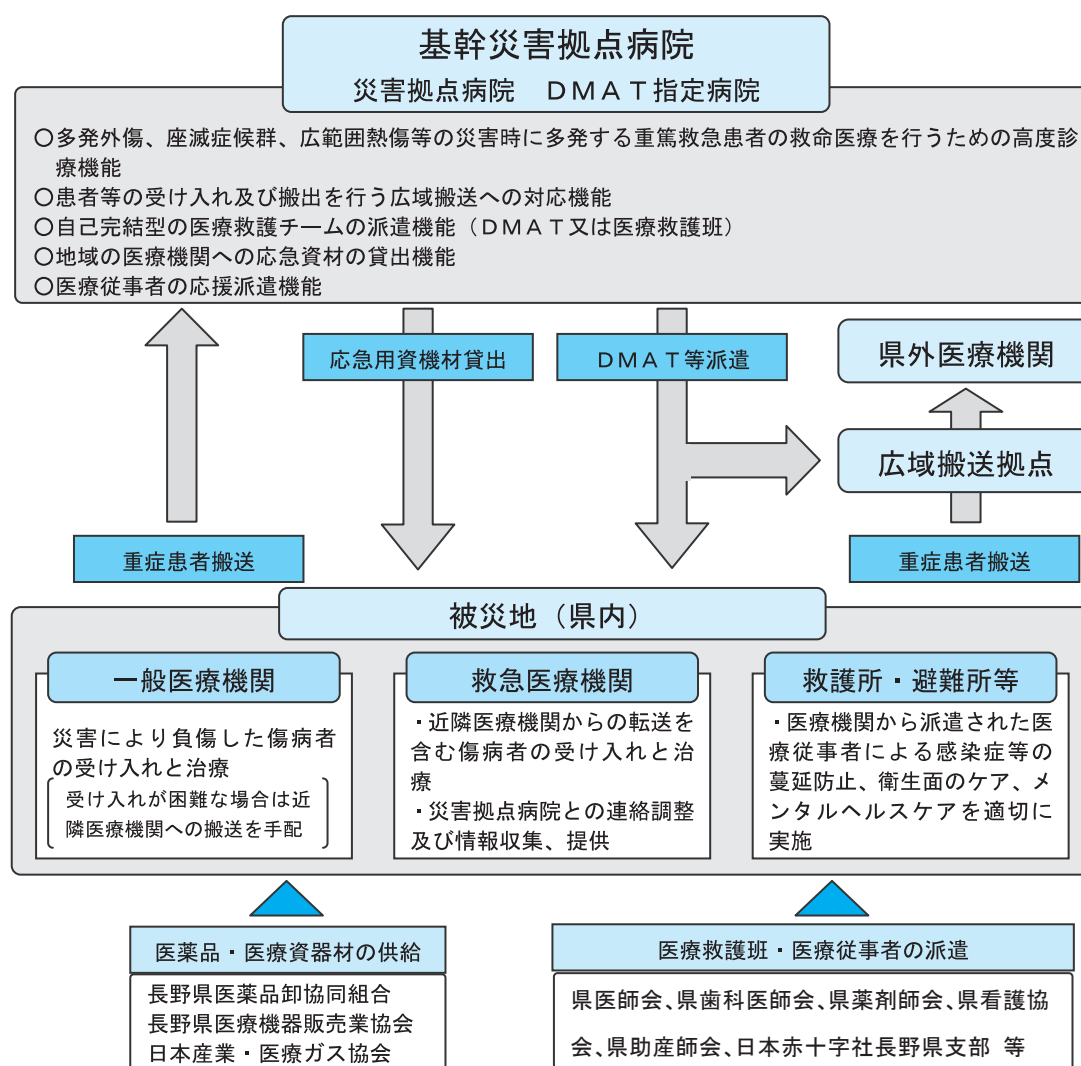
(2) 急性期を脱した後も住民の健康が確保される体制

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診療所等の災害時の連携体制は次に示す図のとおりです。

災害発生時においては、災害拠点病院・DMAT指定病院が、県内被災地の一般の医療機関や救急医療機関から患者搬送を受け一方で、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。



3 二次医療圏相互の連携体制

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るところであり、原則として二次医療圏内で対応することとし、災害の規模等によっては、他の二次医療圏と連携することとします。

【表14】災害関連指定状況

圏域	災害医療に係る拠点病院の指定状況			
	病院名	災害拠点病院	DMA T 指定病院	救急医療機関指定
佐 久	佐久総合病院	○	○	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 田	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 災害時の保健医療活動

- 災害が発生した場合は、「長野県地域防災計画」に基づき、県災害対策本部内に設置される県災害医療本部において、保健医療、消防、行政等関係機関との連携により医療提供体制の確保に努めます。
- 発災後に県災害医療本部に設置される災害医療コーディネートチームに参画するコーディネーターについて、常設化などあり方について検討します。

2 災害時医療に係る体制整備

(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、長野県救急・災害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、災害派遣医療チーム(DMA T)分科会）等により検討を進めます。
- 二次医療圏において、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、各圏域間の連携を促進します。
- 災害拠点病院の災害医療に係る施設・設備（ヘリポート、通信機器等）の整備を支援します。
- 災害拠点病院を中心として災害医療従事者を対象とした研修会の定期的な実施を推進します。
- 長野県の地域特性（特に寒冷期）に応じた設備整備、備蓄確保に努めます。

（２）災害急性期（発災後48 時間以内）に対応する体制整備

- 災害拠点病院において、病院が被災しても診療業務を中断することなく、また、中断した場合でも短時間で再開できるよう、業務継続計画や災害対応マニュアルの策定を促進します。
- D M A T 隊員の養成に努めるとともに、運用体制の整備を図ります。
- D M A T 活動について、消防機関をはじめ、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図ります。
- 航空搬送拠点臨時医療施設（S C U）の設置場所及び協力を行う医療機関をあらかじめ定め、大規模災害時の広域医療搬送に備えます。

（３）災害急性期を脱した後の体制整備

- 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り組みを促進します。
- 感染症のまん延防止、衛生面のケア、メンタルヘルスケアを適切に行える医療体制の確保を促進します。
- 医薬品や医療機器の適切な供給が可能となるよう、関係機関との連携強化を図ります。

3 県災害医療活動指針等の運用

- 災害時の医療活動について、県災害医療活動指針の定期的な見直しを実施するとともに、関係機関による訓練等を促進します。
- 二次医療圏ごとに、地域の実情に基づいた災害医療活動マニュアルの策定を行い、そのマニュアルについて、県民や関係機関への周知を図るとともに、マニュアルを踏まえた関係機関による実働訓練の実施を推進します。

第4 数値目標

指 標	現状 (H24)	目標 (H29)	目標数値の考え方	備考（出典等）
地域災害医療活動マニュアルを策定した二次医療圏数	6 医療圏	10 医療圏	長野県災害医療活動指針に基づき、全医療圏での策定を目指す。	医療推進課調査
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実働訓練の実施二次医療圏数	0 医療圏	10 医療圏	災害時の医療チーム等の派遣や受入れを想定したコーディネート機能の確認を行う訓練を全医療圏で行う。	厚生労働省「災害拠点病院状況調査」

（１）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

指 標	現状 (H24)	目標 (H29)	目標数値の考え方	備考（出典等）
業務継続計画及び災害対応マニュアルを共に策定し、定期的に見直しを実施している災害拠点病院数	0 病院	10 病院	全災害拠点病院での策定及び見直しを目指す。	厚生労働省「災害拠点病院状況調査」

指 標	現状 (H24)	目標 (H29)	目標数値の考え方	備考（出典等）
災害派遣医療チーム（DMAT）指定病院における日本DMAT研修を受講したチームの保有数	27 チーム	40 チーム	発災時においてより多くのチーム編成が可能となるよう、日本DMAT研修受講チームを年2チーム程度増加させる。	医療推進課調査

（２）災害急性期後も住民の健康が確保される体制

指 標	現状 (H24)	目標 (H29)	目標数値の考え方	備考（出典等）
災害時に被災地へ派遣可能な医療従事者の総数	480人 (病院数 98)	500人以上 (病院数 100以上)	DMAT、医療救護班を含む医療従事者の総数について、平成24年度水準の維持、確保を図る。	医療推進課調査

巨大地震と長野県

平成24年(2012年)8月29日に内閣府が発表した、南海トラフの地震による被害想定等の推計結果は、国の広域的な防災対策の立案や応援計画等を検討するための基礎資料とすることを目的としたものです。

この中では、長野県内の死者数は最大50人と推計されていますが、県内において死者が30人以上となった地震は、1847年5月8日（弘化4年3月24日）に発生した善光寺地震以来発生していないことを考えると、現在の県民にとっては経験をしたことが無い被害となります。

従来から、長野県を縦断する糸魚川－静岡構造線を震源とする地震や、東海地震、首都直下地震などの巨大地震の発生も懸念されていますので、大きな地震がいつ発生してもおかしくないことを念頭において、災害に備えることが必要です。

■南海トラフ地震人的被害想定（内閣府・平成24年8月29日発表）

項 目	想定人数（概数）			
	全 国		長野県	
	人数	構成比	人数	構成比
建物倒壊による死者	82,000人	25.4%	50人	80～100%
津波による死者（早期避難率低）	230,000人	71.2%	0人	0%
急傾斜地崩壊による死者	600人	0.2%	10人	20～0%
地震火災による死者（風速8m/s）	8,600人	2.7%	0人	0%
ブロック塀・自動販売機の転倒、屋外落下物による死者	10,000人	3.1%	0人	0%
死 者 数 合 計	323,000人	100.0%	50人	100.0%
負傷者数	623,000人	—	—	—
揺れによる建物被害に伴う要救助者（自力脱出困難者）	311,000人	—	—	—
津波被害に伴う要救助者	29,000人	—	—	—

〔設 定〕・東海地方が大きく被災するケース
（地震動）陸側（津波）駿河湾～紀伊半島沖に大すべり域を設定（季節等）冬深夜 風速：8m/s
（その他）早期避難率・低

〔留意事項〕・数値はすべて概数であり、表中の合計が合わない場合があります。
・今回公表された最大クラスの地震・津波については、発生頻度が極めて低く、南海トラフにおいて必ず発生するというものではありません。

緊急・災害情報メール

長野県では、県民や観光客の皆様に安全・安心をお届けするため、携帯電話に災害・避難情報等を配信する「緊急・災害情報メール」の運用を平成 24 年 4 月から開始しました。

■配信する情報

- ①指定河川洪水警報（はん濫発生情報、はん濫危険情報）
- ②噴火警報
- ③東海地震予知情報
- ④国民保護に係わる警報（弾道ミサイル情報、航空攻撃情報、大規模テロ情報等）

■受信できる方

N T T ドコモ、a u、ソフトバンクの携帯電話所持者

（機種によっては受信できないものもありますので、詳細は携帯電話会社にお問い合わせください。）

☆詳しくは県危機管理防災課ホームページをごらんください。

U R L : <http://www.pref.nagano.lg.jp/kikikan/bosai/ksmail/saigaimail.htm>



平成 24 年度長野県総合防災訓練における D M A T 活動拠点本部訓練（H24.10.21：上田市）

第3節 へき地の医療

第1 へき地保健医療計画との関係

- へき地における医療の確保について、本県においては、「第11次へき地保健医療計画策定指針」（平成20年5月20日医政発第0516001号厚生労働省医政局長通知の別紙1）に基づき、平成23年（2011年）3月、第11次長野県へき地保健医療計画（計画年度：平成23年度～平成27年度）を策定し、その充実に努めてきました。
- 今回の第6次長野県保健医療計画の策定に当たっては、第11次長野県へき地保健医療計画の内容を、本「へき地の医療」の節に反映しています。
- また、へき地の保健医療施策の推進方向については、これまでも保健医療計画において示してきたことから、本節を、本県のへき地保健医療計画として位置付けることとします。

第2 現状と課題

1 無医地区等の現状

- 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6年（1994年）には22地区まで減少しました。近年は減少が鈍化し、平成21年（2009年）でもなお18地区が残っています。この無医地区数は全国で12番目に多く、これに準無医地区を加えた36地区は全国で8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21年（2009年）には26地区に減少しましたが、地区数は全国で10番目、準無歯科医地区を合わせた数は43地区で、全国で9番目に多くなっています。
- このように、依然として無医地区等が存在しており、さらに今後、高齢化の進展によって医療需要が増加していくことを考えると、引き続き、へき地への保健医療対策を実施していくことが必要です。

【表1】無医地区等の推移

区 分		平成元年	平成6年	平成11年	平成16年	平成21年
無医地区	地区数	41	22	20	19	18
	人口（人）	8,674	5,710	4,701	4,242	3,662
準無医地区	地区数	4	21	19	19	18
	人口（人）	837	4,632	3,014	2,458	2,120

（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		平成元年	平成6年	平成11年	平成16年	平成21年
無歯科医地区	地区数	46	41	36	31	26
	人口（人）	16,655	12,537	12,201	10,796	9,107
準無歯科医地区	地区数	3	4	12	15	17
	人口（人）	421	460	2,935	1,575	1,345

(厚生労働省「無医地区等調査・無歯科医地区等調査」)

2 ヘき地の医療提供体制

(1) ヘき地医療に従事する医師の状況

- 平成22年（2010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205.0人であり、全国平均の219.0人より14.0人下回っている状況にあります。
- 医師を常勤で確保しているヘき地診療所は43施設中29施設で67.4%の割合となっています。
- 今後も、ヘき地診療所に勤務する医師や、ヘき地医療拠点病院等からヘき地医療を支援する医師を確保していく必要があります。

【表3】医療施設従事医師数（人口10万対）の推移

区分	平成14年	平成16年	平成18年	平成20年	平成22年
長野県	176.5	181.8	190.0	196.4	205.0
全国平均	195.8	201.0	206.3	212.9	219.0

(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

① ヘき地診療所

- ヘき地診療所は、無医地区、準無医地区等における地域住民への医療確保のために設置されているもので、本県には、平成24年（2012年）1月現在43施設あり、全国で9番目に多くなっています。医療圏別にみると、飯伊医療圏が最も多く15施設が存在します。なお、県内のヘき地診療所で病床を有するものではありません。
- また、国民健康保険直営による歯科単独のヘき地歯科診療所は4施設あります。
- ヘき地診療所の1日の平均外来患者数は18人で、全国平均より6.5人下回っており、患者数の減少に伴って診療収入が減少する中で、いかにヘき地診療所を維持していくかが課題となっています。

【表4】へき地診療所の状況

二次医療圏	市町村数	診療所数	二次医療圏	市町村数	診療所数
佐久	4	5	木曽	2	3
上小	1	1	松本	2	3
諏訪	0	0	大北	2	3
上伊那	2	3	長野	3	9
飯伊	8	15	北信	1	1
			計	25	43

(厚生労働省「平成24年へき地保健医療対策におけるへき地医療現況調査」)

【表5】へき地診療所の1日の平均外来患者数(平成23年度)

	長野県	全国平均
平均外来患者数	18.0人	24.5人

(厚生労働省「平成24年へき地保健医療対策におけるへき地医療現況調査」)

② へき地医療を支援する機関等

ア 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、無医地区等への巡回診療の実施など、地域の実情に応じた活動を実施しています。
- 本県では、このへき地医療拠点病院に7病院が位置付けられています。
- 今後もへき地医療拠点病院等による、へき地医療を支援する体制を維持・強化していく必要があり、特に、へき地診療所に勤務する医師が、病気や研修で診療を休むために、代わりにへき地医療拠点病院から医師を派遣する、代診医の派遣機能の強化が課題となっています。

【表6】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23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	巡回診療	佐久市(馬坂・広川原)
			医師派遣	南牧村出張診療所 南相木村国保直営診療所 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）
			代診医派遣	木曽みたけ診療所
長 野	厚生連新町病院	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24年へき地保健医療対策におけるへき地医療現況調査」）

イ ヘき地診療所を支援するその他の医療機関

- 本県においては、へき地医療拠点病院のほかにも、へき地診療所を支援する病院が8施設、診療所が4施設あります。
- これらの医療機関では、主にへき地診療所への医師派遣を行っており、へき地診療所への代診医の派遣を行っている施設は1施設のみで、無医地区等の巡回診療を行っている施設はありません。

【表7】へき地を支援する医療機関（へき地医療拠点病院を除く）

二次医療圏	施設名	所在地	支援対象のへき地診療所
佐 久	くろさわ病院	佐久市	菅平高原クリニック（上田市）
	厚生連佐久総合病院小海分院	小海町	南牧村出張診療所、南牧村野辺山へき地診療所、北相木村へき地診療所
上 小	さなだクリニック	上田市	菅平高原クリニック
上伊那	伊那中央病院	伊那市	伊那市国保新山診療所、伊那市国保美和診療所
	町立辰野病院	辰野町	辰野町国保川島診療所
飯 伊	飯田市立病院	飯田市	飯田市立上村診療所、阿智村浪合診療所
	橋上クリニック	飯田市	阿智村上清内路診療所、阿智村下清内路診療所、阿智村智里西診療所
	中村医院	松川町	松川町生東へき地診療所
	佐藤医院	根羽村	平谷村国保直営診療所
松 本	松本市立病院	松本市	松本市安曇大野川診療所、松本市国保奈川診療所
大 北	市立大町総合病院	大町市	大町市国保美麻診療所、大町市国保八坂診療所
長 野	厚生連篠ノ井総合病院	長野市	長野市国保大岡診療所

（医療推進課調べ）

（３）患者への通院支援等の状況

- 無医地区、準無医地区における医療を確保するため、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 22 年度（2010 年度）には 17 地区で実施されています。
- また、無医地区等の所在市町村では、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、県ではそうした取組を行っている市町村に対して支援を行っています。こうした通院支援が行われている地区は平成 22 年度（2010 年度）で 22 地区となっています。
- 高齢化に伴い、無医地区等の患者に対する支援の必要性がますます高まってくると考えられ、巡回診療や通院支援等を継続・強化し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、準無歯科医地区の患者への通院支援等
(平成 22 年)

区分	巡回診療、出張診療	通院支援
無医地区	7 地区	14 地区
準無医地区	10 地区	8 地区
合 計	17 地区	22 地区

無歯科医地区	0 地区	13 地区
準無歯科医地区	0 地区	9 地区
合計	0 地区	22 地区

※ 複数回答あり

(医療推進課調べ)

巡回診療所

交通事情の改善などにより無医地区の数は減少してはいますが、山間地に点在する小さな集落の住民に十分な医療サービスを提供し、維持することは容易ではありません。長野県では、全国的にみてもかなり早い時期から、へき地医療拠点病院が中心となって、このような集落の住民を対象に巡回診療が行われてきました。

県立阿南病院では、阿南町を貫く遠州街道（国道 151 号線）から枝分かれして、山あい車を 30 分ほど走った所に位置する日吉診療所と、さらに 30 分ほど入った集落に位置する鈴ヶ沢診療所を、医師、看護師、薬剤師のチームで、2 週間に 1 回、巡回しています。診療日には 10 名余りの高齢者が急斜面を上り下りして受診に訪れます。

今後、このような地区の医療をどのように維持していくかということが、医療行政の上で大きな課題となっています。



鈴ヶ沢巡回診療所での診察風景

【表9】無医地区等の医療提供体制（平成22年）

二次医療圏	市町村名	無医地区・準無医地区名	種別	最寄り医療機関	当該地区への支援策
佐久	佐久市	香坂東地	無	みついきクリニック	市立国保浅間総合病院による巡回診療（週1回）
		大沢新田・東立科	準	すみだクリニック	市単独で出張診療を実施（毎月1・3・5火曜日）
		馬坂・広川原	準	曾根医院	厚生連佐久総合病院による巡回診療（月1回）
		長者原	無	岡田医院	市単独で出張診療を実施（週1回）
		湯沢	準	岡田医院	市単独で出張診療を実施（週1回）
		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	通院支援車の運行（週2回）
	立科町	蓼科	準	岩下医院	通院支援車の運行（週1回）
上小	長和町	姫木・鷹山	無	国保依田窪病院	巡回バスの運行（2回／日）
	青木村	弘法	無	青木診療所	巡回バスの運行（予約制）
		入奈良本	無	青木診療所	巡回バスの運行（予約制）
飯伊	阿南町	宮澤	準	和合へき地診療所	送迎バスの運行（月2回）
		鈴ヶ沢	無	和合へき地診療所	県立阿南病院による巡回診療（月2回）
	根羽村	小戸名	無	佐藤医院	通院支援車の運行（週2回）
		桧原	無	佐藤医院	通院支援車の運行（週2回）
	天龍村	戸口・大久那	無	天龍村診療所	タクシー補助（週1回村内半額）
		坂部	準	天龍村診療所	タクシー補助（週1回村内半額）
		鶯巣宇連	準	天龍村診療所	通院支援車の運行（週1回）
	泰阜村	枋城	準	泰阜村診療所	出張診療（月1回） 福祉バスの運行（週1回）
	大鹿村	北入	準	大鹿村立診療所	村内循環患者輸送車（週1回）
					通院支援車の運行（週1回）

木曽	上松町	西奥	無	大脇医院	県立木曽病院からの巡回診療（月1回）、通院支援車の運行（必要に応じて）
		高倉・台	無	大脇医院	県立木曽病院からの巡回診療（月1回）、通院支援車の運行（必要に応じて）
	南木曽町	与川	無	篠崎医院	通院支援車の運行（2回／日）、スクールバス・通園バスの同乗利用可（4～5回／週）
	木曽町	末川	無	田澤医院	木曽町新生活交通システム（通院支援週5回）
		倉本・小奥	無	木曽みたけ診療所	木曽町新生活交通システム（通院支援週5回）
	王滝村	滝越	準	王滝村国保直営王滝診療所	通院支援車の運行（週3回）
松本	松本市	沢渡	準	松本市安曇大野川診療所	巡回診療（週1回）
大北	小谷村	大網	準	小谷村国保小谷村診療所	村営バスの運行（4回／日）、出張診療（隔週1回）
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	厚生連新町病院	厚生連新町病院による巡回診療（月1回）、通院支援車の運行（週1回）
		信級	無	厚生連新町病院	厚生連新町病院による巡回診療（月1回）、通院支援車の運行（週1回）
北信	飯山市	西大滝・藤沢	準	戸狩診療所	市単独で出張診療を実施（週1回）
		羽広山・土倉	準	戸狩診療所	市単独で出張診療を実施（隔週1回）
		富倉	準	小田切医院	市単独で出張診療を実施（週1回）
		分道	準	片塩医院	市単独で出張診療を実施（隔週1回）

（注）種別 無：無医地区 準：準無医地区

（医療推進課調べ）

【表 10】 無歯科医地区等の医療提供体制（平成 22 年）

二次医療圏	市町村名	無歯科医地区・準無歯科医地区名	種別	最寄り歯科医療機関	当該地区への支援策
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	通院支援車の運行（週 2 回）
上小	長和町	姫木・鷹山	無	長門歯科診療所	巡回バスの運行（2 回／日）
	青木村	弘法	無	宮原歯科医院	巡回バスの運行（予約制）
		入奈良本	無	宮原歯科医院	巡回バスの運行（予約制）
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	送迎バスの運行（月 2 回）
		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	戸口・大久那	無	児島歯科医院	タクシー補助（週 1 回村内半額）
		坂部	準	児島歯科医院	タクシー補助（週 1 回村内半額）
		鶯巣宇連	準	児島歯科医院	通院支援車の運行（週 1 回）
	泰阜村	泰阜北	無	みやじま歯科医院	
		枋城	準	みやじま歯科医院	福祉バスの運行（週 1 回）
	大鹿村	北入	準	大鹿村立診療所	村内循環患者輸送車（週 1 回） 通院支援車の運行（週 1 回）

木曽	上松町	西奥	無	塚本歯科医院	通院支援車の運行（必要に応じて）
		高倉・台	無	塚本歯科医院	通院支援車の運行（必要に応じて）
	南木曽町	与川	無	廣瀬歯科医院	通院支援車の運行（2回／日）、 スクールバス・通園バスの同乗利用可（4～5回／週）
	木曽町	倉本・小奥	無	原歯科医院	木曽町新生活交通システム（通院支援週5回）
	王滝村	滝越	準	王滝村国保直営王滝診療所	通院支援車の運行（週3回）
	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	村営バスの運行（4回／日）
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	通院支援車の運行（週1回）
		信級	無	更水歯科医院	通院支援車の運行（週1回）
	小川村	川上	準	今井歯科医院	デマンドバスの運行（全村対象、 日曜祝日・年末年始運休、予約制）
		法地	準	今井歯科医院	デマンドバスの運行（全村対象、 日曜祝日・年末年始運休、予約制）
		花尾	無	今井歯科医院	デマンドバスの運行（全村対象、 日曜祝日・年末年始運休、予約制）
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）	患者輸送車の運行（週1回栄村歯科診療所へ）

（注）種別 無：無医地区 準：準無医地区

（医療推進課調べ）

3 ヘき地医療支援機構

- 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、へき地診療所等からの代診医の派遣要請等、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」を定めています。
- 本県では、既に、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います。
- こうしたことから、県下一円を広域的にカバーするへき地医療支援機構については、県土が広い本県では、二次医療圏での代診医の派遣体制の検討など、地域の実情に即した対応を図る必要があるため、その必要性は低いとして、現在までに設置していません。

第3 目指すべき方向と医療連携体制

1 目指すべき方向

（1）医療を確保する体制

- へき地において、患者の身近な場で総合的な診療が可能な医師を確保するとともに、継続してへき地医療に従事できる体制を整備し、そのキャリア形成を支援します。
- さらに、へき地歯科診療、へき地看護に従事する者の確保を推進します。

（2）診療を支援する体制

- へき地医療に関する協議会において、支援体制の強化を検討します。
- へき地医療拠点病院のへき地への支援機能を強化します。
- 情報通信技術（IT）やドクターヘリ等の活用を図ります。



県立木曽病院（へき地医療拠点病院）

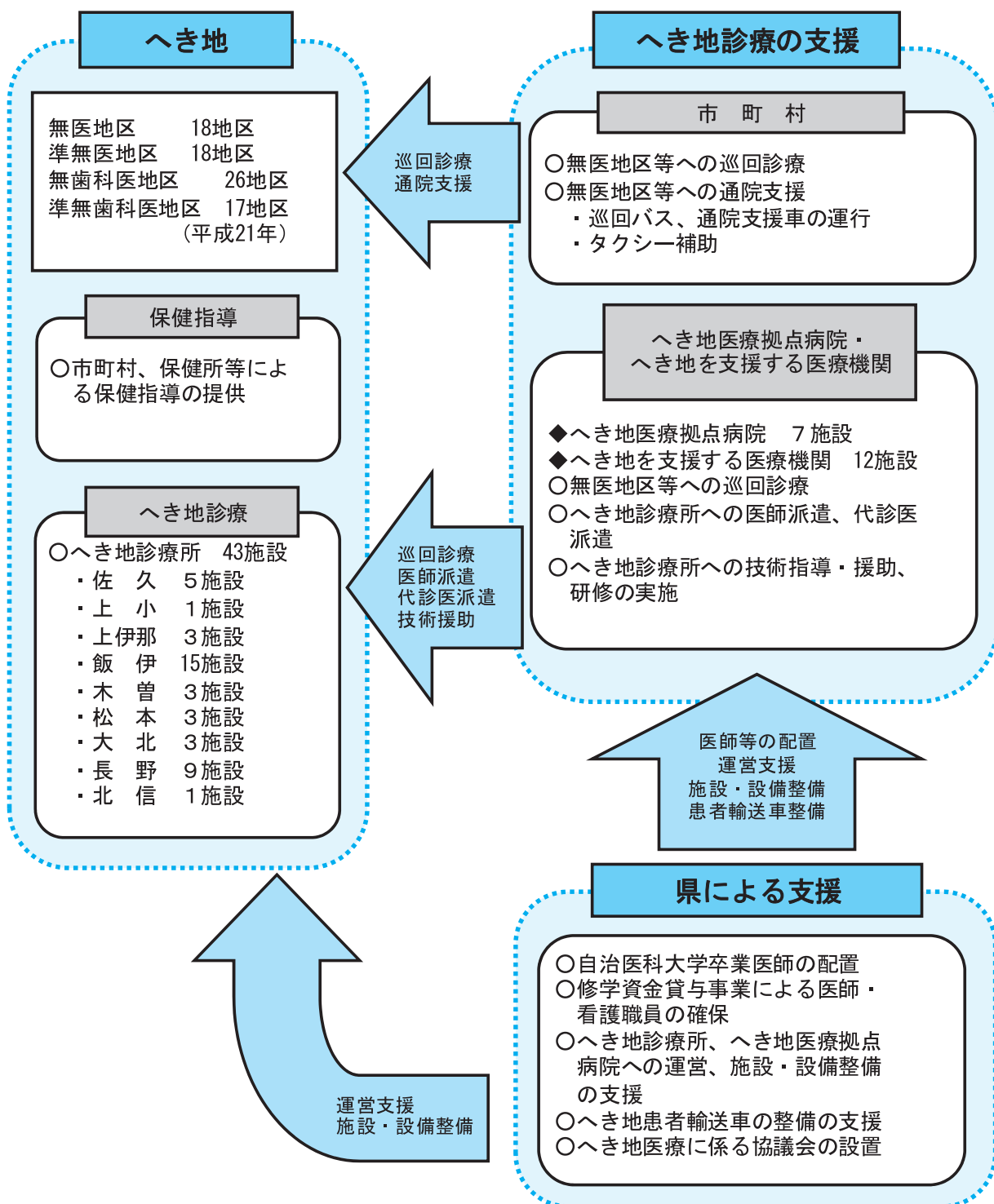


富草へき地診療所（阿南町）

2 ヘき地医療体制

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。

市町村やへき地医療拠点病院等がへき地における診療の支援を行い、県はそうした市町村やへき地医療拠点病院等へ医師の配置や施設整備等の支援を行うとともに、へき地診療所等への支援を行います。



1 ヘき地における保健指導を提供する体制

市町村と連携して無医地区、無歯科医地区等において、必要な保健指導を行います。

2 ヘき地の医療を確保する体制

(1) 医療従事者の確保

- 自治医科大学卒業医師を、ヘき地を支援している病院等へ適正に配置します。
- 医学生修学資金貸与事業等の活用により、将来に向けての医師の確保に努めます。
- (社)長野県医師会、長野県国民健康保険団体連合会等関係団体と連携するとともに、「長野県ドクターバンク」により県内医療機関へ就職のあっせんを行い、医師を確保します。
- 長野県地域医療対策協議会において、医師の確保・定着及び地域医療の充実についての協議・検討を行います。
- 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。
- 看護職員修学資金貸与事業の活用により、過疎地域に所在する病院の人材確保のための支援を行います。
- 地域の特性により地域保健対策に必要な人材が確保できない町村に対して、人材確保のための支援を行います。
- 県立看護大学において、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。
- 県公衆衛生専門学校(歯科衛生士の養成)において、地域の実状を踏まえた歯科保健サービスを学び、地域歯科保健活動の理解を深めた歯科衛生士の確保・定着を進めます。

(2) ヘき地診療所への支援

- 無医地区等において、地域住民の医療を確保するため、ヘき地診療所の運営及び施設・設備の整備を支援します。
- 無医地区等の住民が容易に医療機関に受診できるための通院手段を確保するため、市町村が行うヘき地患者輸送車の整備を支援します。
- 無医地区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。
- 無歯科医地区等において、巡回診療等による地域住民の歯科医療の確保を図ります。
- 歯科を開設するヘき地診療所に必要な医療機器の整備を支援します。

3 ヘき地の医療を支援する体制

- 要件を満たす病院をヘき地医療拠点病院として指定し、ヘき地医療の支援体制を整備します。
- ヘき地診療所に、代診医の派遣や医師の派遣をするヘき地医療拠点病院の運営に要する経費に支援します。
- ヘき地診療所やヘき地地域からの患者の受入など、ヘ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。

- へき地医療拠点病院等の医療従事者やへき地医療に知見を有する有識者による協議会を新たに設置し、信州医師確保総合支援センターとの連携による医師確保を図ることにより、へき地医療拠点病院を中心とした代診医派遣等、へき地診療所の支援の強化に向け具体的な検討を行います。

第5 数値目標

指 標	現状 (H24)	目標 (H29)	目標数値の考え方	備考 (出典等)
1 へき地における保健指導を提供する体制				
歯科保健について相談支援が行われている無歯科医・準無歯科医地区数	8 地区 (全 43 地区中) (H22)	8 地区以上 (全 43 地区中)	現状の水準以上を目指す。	健康長寿課調査
2 へき地の医療を確保する体制				
へき地医療拠点病院の医師数	354 人 (H23)	354 人以上	現状の水準以上を目指す。	厚生労働省「へき地保健医療対策におけるへき地医療現況調査」
無医地区・準無医地区のうち巡回診療等や通院支援が行われている地区数の割合	33 地区 (全 36 地区中) (H22)	35 地区 (全 36 地区中)	H19 年 (89.5%) から H22 年 (91.7%) までの増加率 (0.7%増/年) に相当する程度の増加を目指す。	医療推進課調査
3 へき地の医療を支援する体制				
へき地医療拠点病院又はへき地を支援する医療機関からの支援を受けるへき地診療所数の割合	76.7% (H22)	90%	H19 年 (68.9%) から H22 年 (76.7%) までの増加率 (2.6%増/年) に相当する程度の増加を目指す。	医療推進課調査

第4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

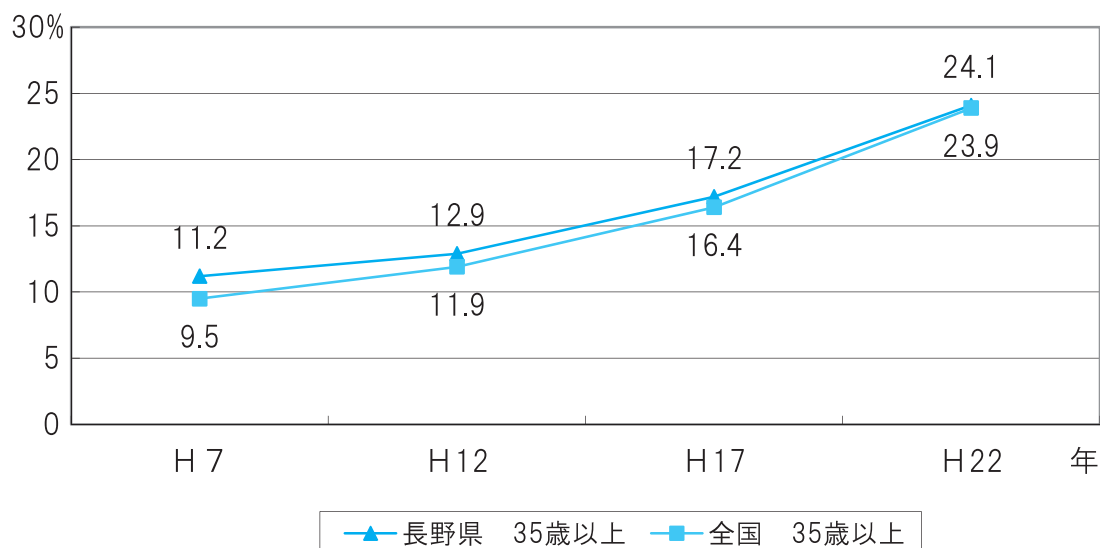
- 全出産中母の年齢が35歳以上である割合、帝王切開術の割合、(極)低出生体重児*の割合等が増加しており、ハイリスク分娩や急変時への更なる体制強化が必要です。
- 妊産婦及び新生児の健康の保持及び異常等の早期発見、産後うつ等の早期発見・早期対応の充実が必要です。

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

【表1】 出産年齢の推移

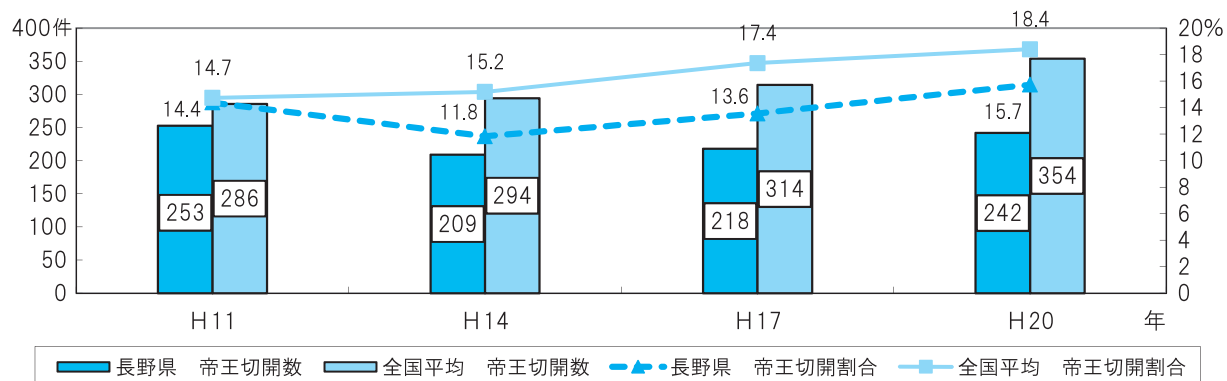
年	長野県			全 国		
	出 産 数 (人)		35 歳以上 の割合 (%)	出 産 数 (人)		35 歳以上 の割合 (%)
	総 数	35 歳以上		総 数	35 歳以上	
平成 7 年	21,187	2,377	11.2	1,187,064	112,771	9.5
平成 12 年	21,194	2,738	12.9	1,190,547	141,659	11.9
平成 17 年	18,517	3,181	17.2	1,062,530	173,788	16.4
平成 22 年	17,233	4,155	24.1	1,071,304	255,502	23.9

【図1】 全出産数のうち、母の年齢が35歳以上の者の割合の推移



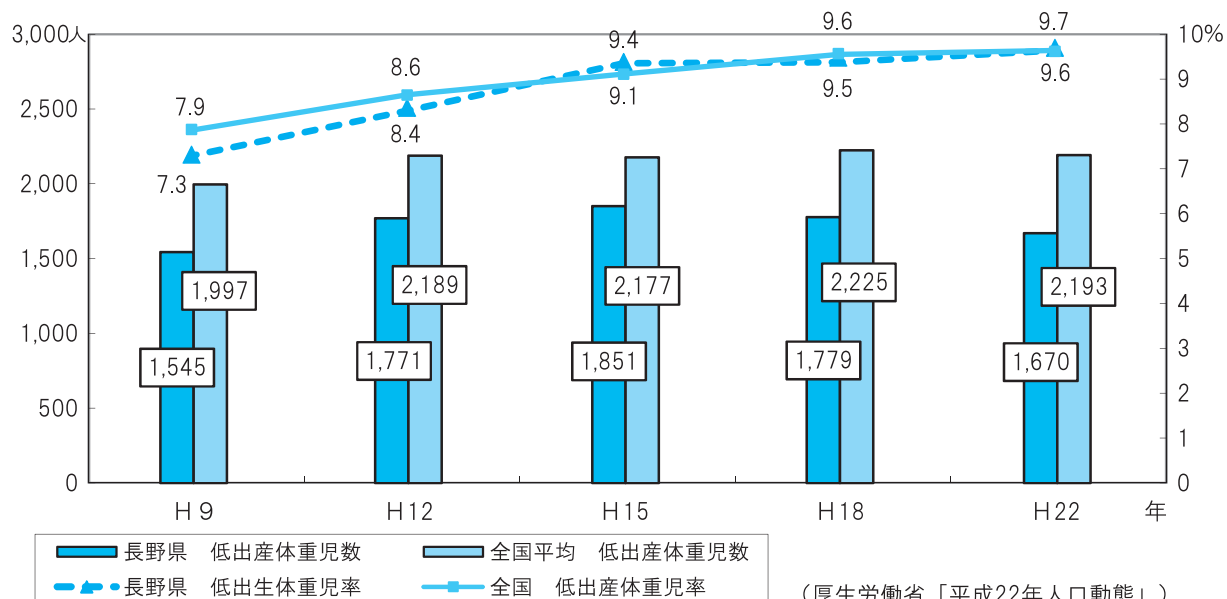
(厚生労働省「平成22年人口動態」)

【図2】 帝王切開術の推移（件数と割合）



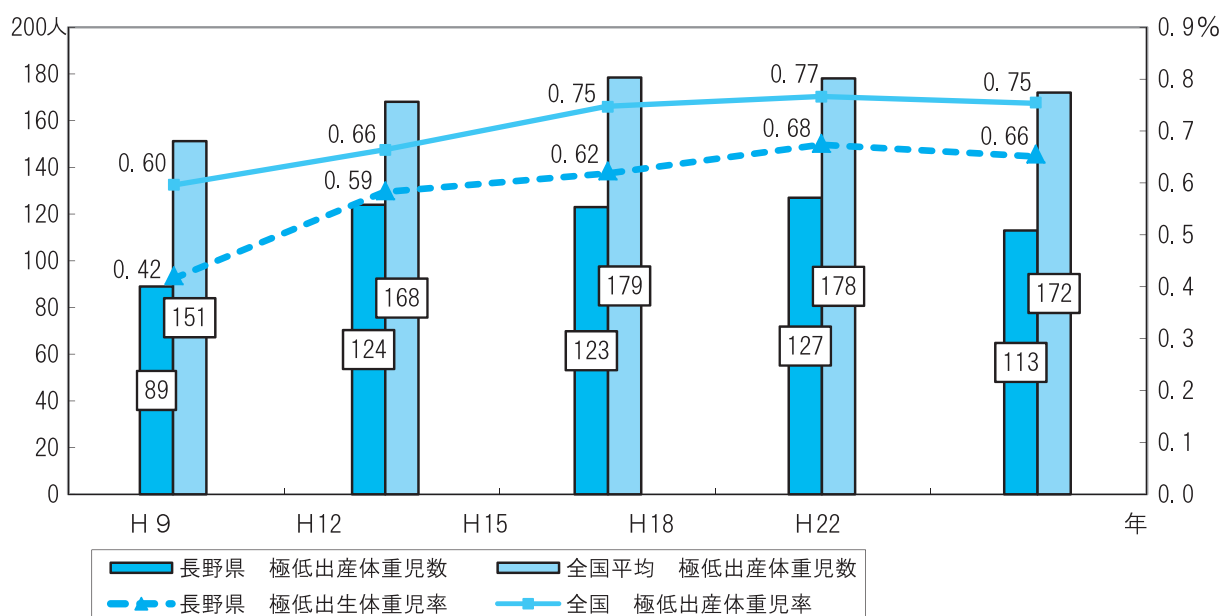
(厚生労働省「医療施設調査」)

【図3】 低出生体重児の数と割合の推移



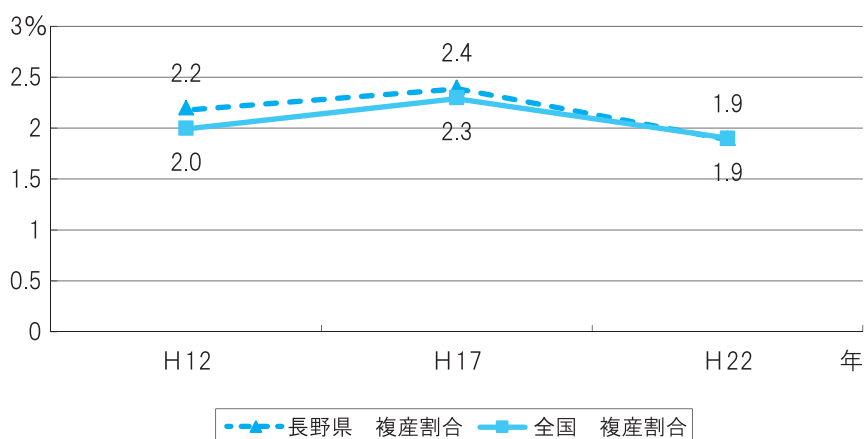
(厚生労働省「平成22年人口動態」)

【図4】 極低出生体重児の数と割合の推移



(厚生労働省「平成22年人口動態」)

【図5】 複産の割合の推移



(厚生労働省「人口動態統計」)

(2) 新生児死亡率・死産率の状況

- 本県の新生児死亡率、妊娠満22週以後の死産率（出産千対）は全国と比較して低い水準であり、この水準を維持していく必要があります。
- なお、妊婦死亡数については、平成22年（2010年）は0人となっています（厚生労働省「平成22年人口動態」）。

【表2】 新生児死亡数と死亡率（出生千対）の推移

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)	全国 順位 (位)	出生数 (人)	新生児 死亡数 (人)	新生児 死亡率 (出生千対)
H9	21,133	32	1.5	11	1,191,665	2,307	1.9
H12	21,194	32	1.5	19	1,190,547	2,106	1.8
H15	19,735	21	1.1	3	1,123,610	1,879	1.7
H18	18,775	13	0.7	2	1,092,674	1,444	1.3
H22	17,233	14	0.8	5	1,071,304	1,167	1.1

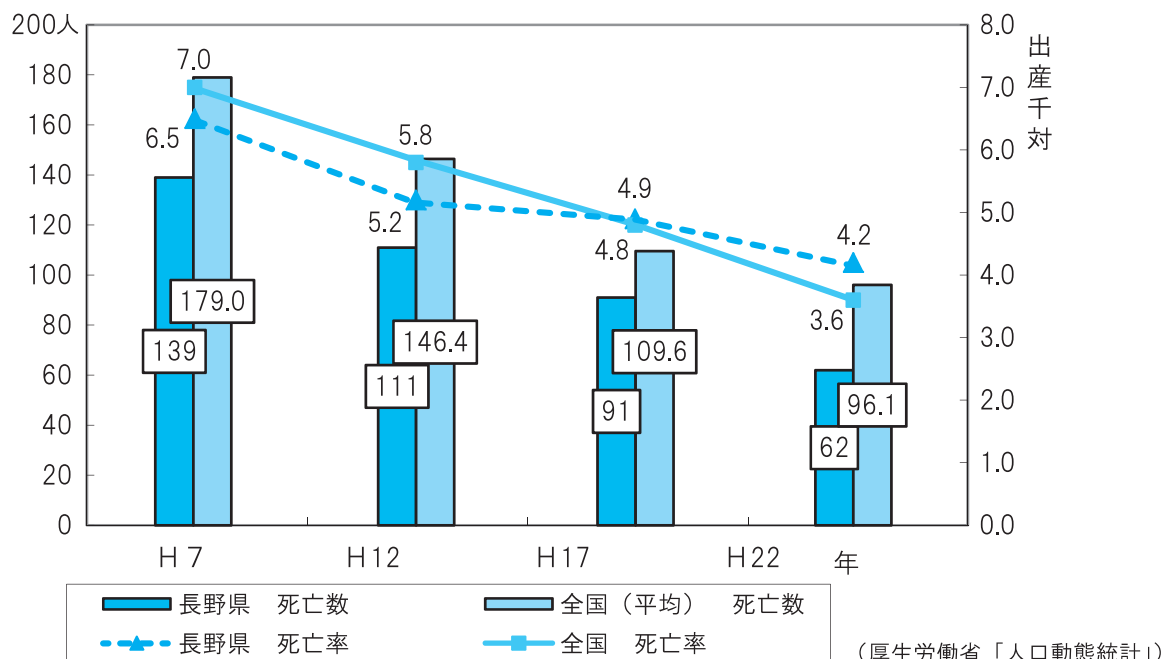
(厚生労働省「平成22年人口動態」)

【表3】 周産期死亡数と死亡率（出産千対）の推移

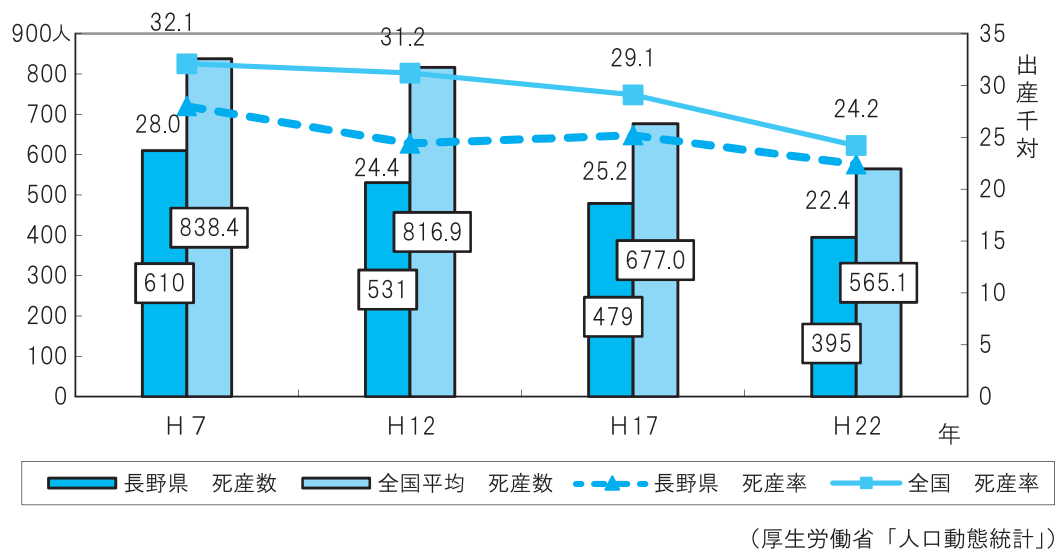
年	長野県		全 国	
	周産期死亡数 (人)	周産期死亡率 (出産千対)	周産期死亡数 (人)	周産期死亡率 (出産千対)
H7	139	6.5	8412	7.0
H12	111	5.2	6881	5.8
H17	91	4.9	5149	4.8
H22	62	3.6	4515	4.2

(厚生労働省「平成22年人口動態」)

【図6】 周産期死亡数と死亡率（出産千対）の推移



【図7】 妊娠満22週後の死産数と死産率（出産千対）の推移



（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%、平成 22 年（2010 年）には、「病院・診療所」が 98.6%、「助産所」が 1.1%、「自宅・その他」が 0.3%と「病院・診療所」での出産がほとんどを占めています。この区分では、本県の出生場所は、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 22 年（2010 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、病院のウェイトが高くなっており、また、以前よりその傾向が強くなってきており、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
H2	60.7	38.6	0.6	99.9	0.1	53.6	45.2	1.0	99.8	0.2
H8	62.7	36.7	0.4	99.8	0.2	54.1	44.7	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
H22	67.6	31.0	1.1	99.7	0.3	51.8	47.1	0.9	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

- 分娩取扱い施設の減少やその地域偏在に加え、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います。
- 産科医数は増加傾向にありますが、宿直・日直を担当できる医師は未だ十分な数とは言えず、さらなる人材確保が必要です。

【表5】 産科・産婦人科を標榜する医療施設数

(単位: 施設)

年	H14	H15	H16	H17	H18	H19	H20	H21	H22
病 院	43	42	42	40	39	37	39	37	36
診 療 所	77	71	72	72	67	67	63	63	60
計	120	113	114	112	106	104	102	100	96
うち分娩を 扱う施設	61	-	-	55	53	49	45	46	45

(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	H8	H10	H12	H14	H16	H18	H20	H22
長野県	186	178	177	183	184	158	168	191
全 国	11,267	11,269	11,059	11,034	10,599	9,592	10,389	10,652
全国平均	240	240	235	235	226	204	221	227

(厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」)

(2) 周産期医療システムの状況

- 本県では、県立こども病院（総合周産期母子医療センター）を中心に、地域周産期母子医療センター9施設、高度周産期医療機関10施設と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」により構成されており、順調に運用されています。

【表7】 母体・新生児搬送件数の推移

(単位：件)

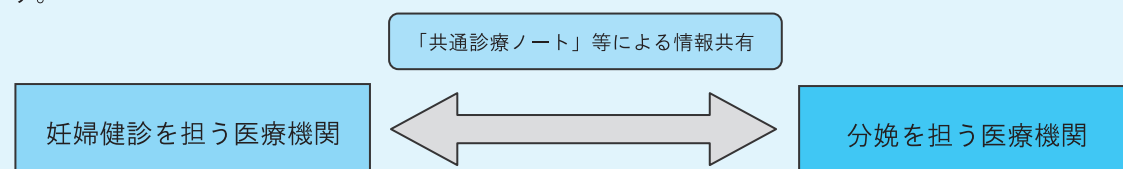
区 分	搬送受入機関	母体搬送					新生児搬送				
		H18	H19	H20	H21	H22	H18	H19	H20	H21	H22
総合周産期母子医療センター	県立こども病院	112	130	129	123	133	108	117	116	129	125
地域周産期母子医療センター	厚生連佐久総合病院	8	16	13	10	22	9	10	21	24	5
	信州上田医療センター	19	15	1	0	0	44	50	58	39	37
	諏訪赤十字病院	-	-	-	18	29	-	-	-	37	33
	伊那中央病院	-	-	-	8	12	-	-	-	12	10
	飯田市立病院	12	16	28	11	13	13	4	10	11	14
	信州大学医学部附属病院	57	53	50	58	58	0	3	11	3	6
	長野赤十字病院	69	55	66	81	83	70	68	47	64	68
	厚生連篠ノ井総合病院	-	-	-	64	74	-	-	-	16	14
	厚生連北信総合病院	-	-	-	21	11	-	-	-	9	12
	小計	165	155	158	271	302	136	135	147	215	199
高度周産期医療機関		80	96	94	10	12	26	98	78	36	18
合 計		357	381	381	404	447	270	350	341	380	342

(医療推進課調査)

地域連携モデル

県内のいくつかの地域では、産婦人科医不足や分娩を取り扱う医療機関の減少など、産科医療体制の確保が危惧される状況の下で、医療機関の機能分担と妊産婦の情報を共有することにより、医療機関の連携を図り、医療圏の産科医療を維持する取組が行われています。

妊婦健診と分娩をそれぞれ別の医療機関で分担し、各々の情報を「共通診療ノート」や「産科共通カルテ」等を使い共有化することにより、分娩を扱う医療機関の負担の軽減を図っています。



(3) 療養・療育支援の体制

- 周産期医療システムにより、周産期死亡率、新生児死亡率ともに大幅に下がっていますが、低出生体重児の増加、重症心身障害児等の新生児集中治療室（以下「NICU」という。）への入院の長期化など新たな課題が生じており、療養・療育支援や、成人医療へのスムーズな移行支援が必要です。

- 平成22年度（2010年度）から24年度（2012年度）まで周産期医療関連施設へ長期入院中の障害児等が生活の場で療養・療育できるよう、長野県立こども病院へ長期入院児等支援コーディネーターを配置し、移行に関する支援を行いました。
- 引き続き、障害児等に対する医療、保健及び福祉サービスが相互に連携した支援体制づくりを行ない、入院が長期化しないための支援が必要です。

産婦人科医の確保

産婦人科医不足に伴う周産期医療の危機が叫ばれて久しい中、長野県においても平成16年以前と比較すると分娩を取り扱う医師が減少し、一時大変厳しい状況に陥りました。

しかし、周産期医療を行う施設を集約化することで、辛うじて県内の周産期医療の崩壊を回避しました。

この産婦人科医不足の一因として、男性産婦人科医の減少が挙げられます。

ここ最近の状況を見ると、国内の医学生における男性の占める比率は約7割であるのに対して、新人医師における産婦人科を選んだ男性の比率は約3割でしかありません。

女性の産婦人科医には、患者の立場を理解しやすいというメリットがありますが、「産婦人科医は女性がやるもの」という風潮が定着してしまうのは、避ける必要があります。

患者の中には女性医師による診察を希望する方がいて、このことがさらに男子学生を産婦人科から遠ざけることに繋がることもあります。

産婦人科の特性として、20時間に及ぶ長時間の手術や真夜中の緊急の帝王切開がある上、頻繁な当直を必要とすることなどが挙げられ、実際の医療現場からは、体力のある男性医師が必要な場面が数多くあるのが実情であるとの声も聞かれます。

こうしたことから、産婦人科は、女性医師だけでなく、男性医師が胸を張って活躍できる職場であり、女子学生のみならず、多くの男子学生が産婦人科を希望してほしい、さらに、患者の方々には、こうした産婦人科の実態を理解の上、産婦人科医確保のため、男子学生が産婦人科医を選択できる社会的風潮と環境づくりに協力してほしいという声が、産婦人科の現場からはあがっています。

第2 目指すべき方向と医療連携体制

1 目指すべき方向

（1）正常分娩等に対し安全な医療を提供するための、周産期医療関連施設間の連携

- 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可能な体制を推進します。また、県内で里帰り出産を希望する妊婦について、制限をせずに受け入れられる体制の確保に努めます。
- ハイリスク分娩や急変時には地域周産期母子医療センター等へ迅速に搬送が可能な体制を維持します。

（2）周産期の救急対応が24時間可能な体制

- 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及びそれに準ずる施設を中心とした周産期医療体制により、24時間の対応が可能な周産期の救急対応を継続します。

（3）新生児医療の提供が可能な体制

- 新生児搬送やNICUの後方病室確保を含めた新生児医療の提供が可能な体制を維持します。

（4）NICU等に入院している障害児等の療養・療育支援が可能な体制

- 小児病棟やNICU等に長期入院している継続療養が必要な児（以下「長期入院児」という。）等が、生活の場で療養・療育できるよう、入院早期から医療、保健及び福祉サービスが相互に連携した支援を行います。

（５）妊産婦・新生児の健康管理の充実

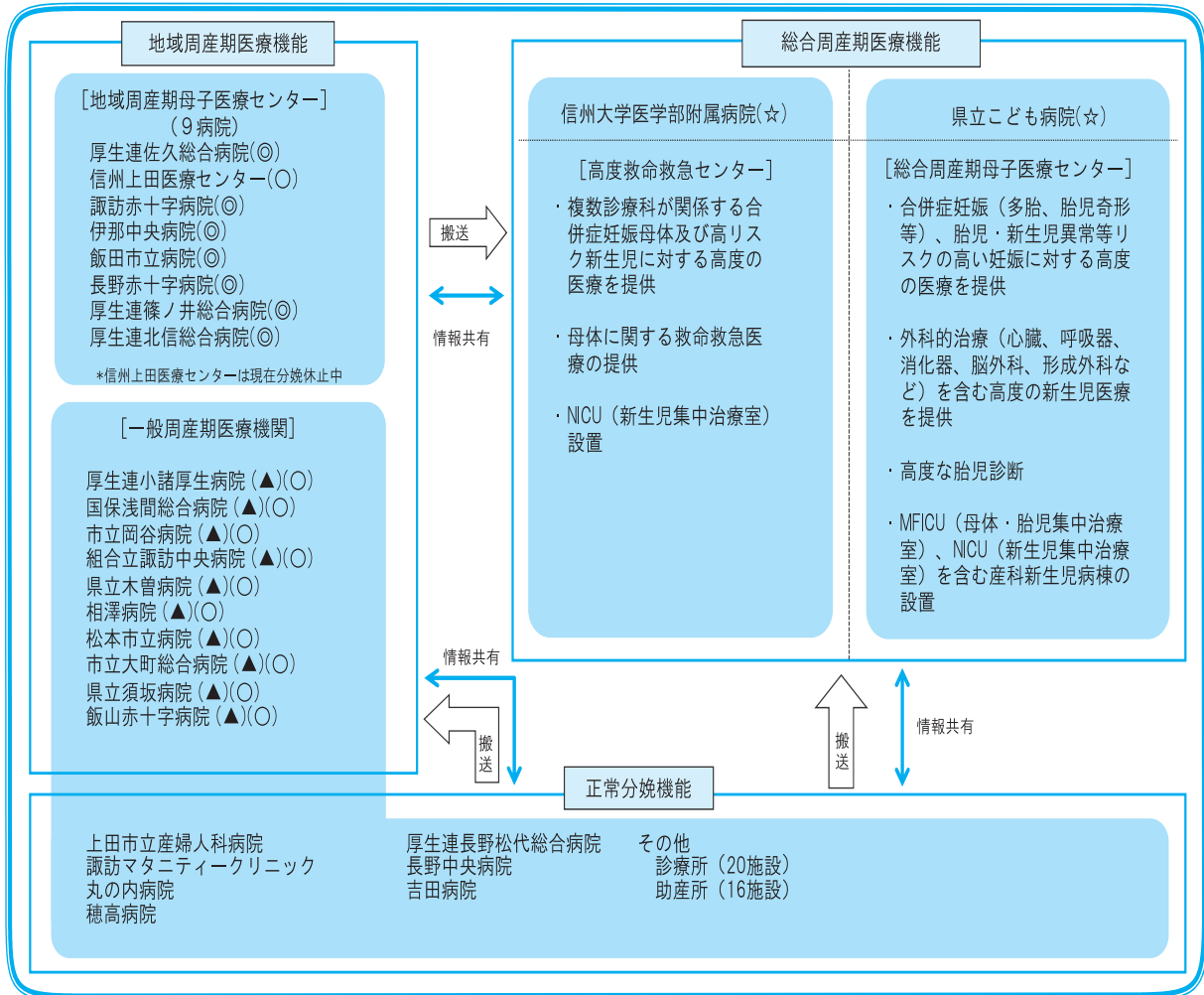
- 妊産婦及び新生児の健康の保持及び異常等の早期発見、育児不安や産後うつ等の早期発見、早期支援体制の充実について関係機関と連携し実施します。

２ 周産期の医療体制

正常分娩機能、地域周産期医療機能、総合周産期医療機能のそれぞれを担う医療機関の搬送と情報共有の連携についてのイメージ図は以下のとおりです。

正常分娩機能を持つ医療機関から、緊急帝王切開術等の比較的高度な周産期医療を必要とする場合には、地域周産期医療機能を持つ医療機関へ、ハイリスク分娩等高度な周産期医療を必要とする場合には、総合周産期医療機能を持つ医療機関へと、状況に応じた搬送・情報提供が行われます。

周産期医療体制のイメージ（長野県）



注1）信州大学医学部附属病院は地域周産期母子医療センターにも位置付けられている。

注2）「長野県周産期医療システム」（平成12年9月、長野県周産期医療協議会）に基づく区分として、(▲)印は「一般周産期医療機関」の中でも「高度周産期医療機関」に位置付けられている。

注3）平成17年12月22日付けの厚生労働省の通知を受け、平成18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、平成19年3月に「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た。この提言書の中で、(○)印は「連携病院」、(◎)印は「連携強化病院」、(☆)印は「中核病院」に位置付けられている。

注4）「連携病院」は地域の連携強化病院と連携して一般診療を行うとともに、地域の産科医療体制の構築に当たるもので、「連携強化病院」は各地域において産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するもの。また、「中核病院」は、連携強化病院としての機能に加えて、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ある。

3 二次医療圏相互の連携体制

(1) 患者の受療状況

- 周産期医療の患者の医療動向をみると、木曽、大北医療圏から松本医療圏への流出が顕著となっています。
- また、上小医療圏については、長野医療圏への流出が見られます。

(2) 連携体制

- 木曽、大北医療圏において、松本医療圏への流出がみられるのは、当該医療圏に地域周産期母子医療センターがないことが影響していると考えられるため、松本医療圏と連携することにより、医療提供体制を整えることが必要です。
- 上小医療圏において長野医療圏への流出がみられるのは、地域周産期母子医療センターである信州上田医療センターが分娩受入を休止していることが影響していると考えられます。同センターでは、平成25年度（2013年度）からの分娩再開に向けた取組を進めていることから、今後の状況を注視していく必要があります。

【表8】 周産期に係る高度な医療行為を行うことができる医療機関

医療圏	区分	病院名
佐 久	高度周産期医療機関	厚生連小諸厚生総合病院
		市立国保浅間総合病院
	地域周産期母子医療センター	厚生連佐久総合病院
上 小	地域周産期母子医療センター	信州上田医療センター（※）
諏 訪	高度周産期医療機関	市立岡谷病院
		組合立諏訪中央病院
	地域周産期母子医療センター	諏訪赤十字病院
上伊那	地域周産期母子医療センター	伊那中央病院
飯 伊	地域周産期母子医療センター	飯田市立病院
木 曽	高度周産期医療機関	県立木曽病院
松 本	高度周産期医療機関	相澤病院
		松本市立病院
	地域周産期母子医療センター	信州大学医学部附属病院
	総合周産期母子医療センター	県立こども病院
大 北	高度周産期医療機関	市立大町総合病院
長 野	高度周産期医療機関	県立須坂病院
	地域周産期母子医療センター	長野赤十字病院
		厚生連篠ノ井総合病院
北 信	高度周産期医療機関	飯山赤十字病院
	地域周産期母子医療センター	厚生連北信総合病院

（※）分娩受入休止中

第3 施策の展開

1 周産期医療体制の整備・維持

(1) 安全で安定した周産期医療の提供

- 引き続き、周産期医療体制の整備について、連携病院及び連携強化病院の見直しを含めた検討・協議を行います。
- 長野県周産期医療システムについて、より効果的、効率的な運用を行い、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の提供体制を確保します。

(2) 周産期医療を維持するための施策

- 医療機関の産科医・新生児科医及び助産師の育成・確保対策を支援し、周産期医療の人材確保に努めます。
- 周産期医療機関の運営を支援し、地域の周産期医療体制の確保に努めます。

(3) 長期入院児等の療養・療育支援

- 長期入院児等について、療養・療育支援を行う施設の支援を行います。
- 長期入院児等の状況に応じた望ましい療養・療育環境へ移行を図るための検討・協議を地域小児長期入院児等支援連絡会等において実施してまいります。
- 長期入院児等に対し、医療・保健・福祉関係者が理解を深め、入院早期から医療及び地域の関係者が連携し支援を開始し、入院が長期にならないための支援を行います。

2 妊産婦・新生児の健康管理の充実

- 妊婦が必要な回数の妊婦健康診査を受けられるように支援します。
 - 妊娠 11 週までの妊娠の届出や定期的な妊婦健康診査の受診について市町村や助産師会、看護協会等と連携し啓発活動を行います。
 - 妊婦に対して、市町村や助産師会等と連携し乳幼児の予防接種や母乳育児等のプレネイタルビジットを活用し、知識の啓発を行います。
 - 新生児訪問あるいは乳児家庭全戸訪問事業（こんにちは赤ちゃん事業）での産後うつ等の早期発見・早期対応の充実について市町村や助産師会、看護協会等と連携し実施します。
- ※ 妊娠・出産、小児保健については「第4編 第8節 すこやか親子 21」に記載しています。

第4 数値目標

指 標	現状 (H24)	目標 (H29)	目標数値の考え方	備考 (出典等)
新生児死亡率（出生千対）	0.8 (H22)	0.8	現在の水準（全国5位）を維持する。	厚生労働省「人口動態統計」
周産期死亡率（出産千対）	3.6 (H22)	3.6	現在の水準（全国7位）を維持する。	厚生労働省「人口動態統計」
妊産婦死亡率（出産10万対）	0 (H22)	0	現在の水準（全国1位）を維持する。	厚生労働省「人口動態統計」
死産率（出産千対）	22.4 (H22)	22.4	現在の水準（全国11位）を維持する。	厚生労働省「人口動態統計」
(1)正常分娩に対し安全な医療を提供するための、周産期医療関連施設間の連携				
里帰り出産の受入率	82%	100%	分娩を取り扱う病院及び診療所における全ての里帰り出産（分娩前後のみの受診及び分娩）を受け入れる。	医療推進課調査

指 標	現状 (H24)	目標 (H29)	目標数値の考え方	備考 (出典等)
産科医及び産婦人科医 の数(人口 10 万人当 たり)	8.9 人 (H22)	8.9 人 以上	現状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」
助産師数(人口 10 万人 当たり)	30.9 人 (H22)	30.9 人 以上	現状の水準以上を目指す。	厚生労働省「衛生行 政報告例」
(2)周産期の救急対応が24時間可能な体制				
総合周産期母子医療セ ンター及び地域周産期 母子医療センターの数	10 施設	10 施設	現在の水準を維持する。	医療推進課調査
(3)新生児医療の提供が可能な体制				
N I C U の病床数 (人 口 10 万人当たり)	1.81 床 (H20)	1.82 床	全国平均を目指す。	厚生労働省「医療施 設調査」
(4)N I C U 等に入院している新生児の療養・療育支援が可能な体制				
地域小児長期入院児等 支援連絡会の数	9 連絡会	10 連絡会	全ての医療圏への設置を目指す。	医療推進課調査
(5) 妊産婦・新生児の健康管理の充実				
乳児家庭全戸訪問事業 (こんにちは赤ちゃん 事業) 実施市町村数	67 市町村	77 市町村	全ての市町村における実施を目指 す。	こども・家庭課調査

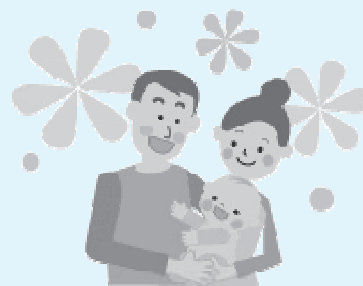
助産師の活動

助産師の活動は、お母さんのおなかにいる時から更年期までと言われるほど多岐にわたっています。

○助産師の活動内容

助産師は次のような活動を行っています。

- ① 新生児の発育・発達・哺乳のしかたの指導など
- ② 妊婦健診・妊娠中の悩み相談
- ③ 出産後の乳房ケア・抱き方・寝かせ方の指導など
- ④ 産褥の身体や心の相談（産後うつが増えています。）
- ⑤ 産後の家族計画の相談
- ⑥ 子どもの発育相談
- ⑦ 性教育（命の教育出前講座）
- ⑧ 更年期の支援（精神的なケアや運動療法などを展開します。）



○助産師の活動の幅を広げる取組

助産師は、看護協会という看護職員の団体の中に助産師職能委員会として所属している方と、日本助産師会という助産師だけで構成された団体があります。

看護協会の助産師は、多くが病院の中で、お産に関わる業務に当たっていますが、大学や行政で働いている方もいます。

助産師会の助産師は、分娩を扱っている助産所を開業している助産所部会、乳房ケアや育児相談を中心として開業している保健指導部会、病院や行政、学校などで勤務している勤務助産師部会で活動しています。3つの部会を超えて、地域でイベントなどを開催し、妊産婦と子どもたちの健康が守られるように支援しています。

○看護協会における助産師出向システムの検討

現在、看護協会では、助産師の医療施設への出向システムについて、調査・検討を行っています。

これは、分娩を取り扱っていない施設で働く助産師の資格を持った看護師について、本人の希望により、助産師が不足している医療施設に派遣するシステムです。

今後、このシステムを活用して、県内の分娩の取扱に貢献していくことが考えられています。

第5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

- 長野県の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20年患者調査」（1日の抽出調査）によると、約0.8千人、外来で約11.8千人となっています。
- 傷病分類別にみると、全国では、呼吸器系の疾患や、周産期に発生した病態の推計入院患者数が多くなっています。長野県においては、患者数はいずれも、千人単位で0.1千人となっていますが、実数としては全国の動向と同様であると推測されます。

【表1】 傷病分類別推計入院患者数（小児）（平成20年）

全 国		
傷 病 分 類	患者数 (千人)	割合 (%)
呼吸器系の疾患	6.7	21.3
周産期に発生した病態	6.1	19.4
神経系の疾患	3.0	9.6
先天奇形、変形及び染色体異常	3.0	9.6

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」）

- 傷病分類別の外来患者については、長野県、全国ともに呼吸器系の疾患が圧倒的に多く、続いて消化器系の疾患となっています。

【表2】 傷病分類別推計外来患者数（小児）（平成20年）

長野県			全 国		
傷 病 分 類	患者数 (千人)	割合 (%)	傷 病 分 類	患者数 (千人)	割合 (%)
呼吸器系の疾患	4.2	33.9	呼吸器系の疾患	272.4	39.0
消化器系の疾患	1.1	9.3	消化器系の疾患	101.1	14.5
皮膚及び皮下組織の疾患	0.8	6.8	健康状態に影響を及ぼす要因 及び保健サービスの利用	83.2	11.9

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、定型の小児健康診断、小児の急速成長期の検査等が含まれる。

- また、小児医療に関連する業務においては、育児不安や小児の成長発達上の相談、親子の心のケア、予防接種の種類の増加や児童虐待への対応等の保健活動が占める割合が増加しています。

(2) 死亡の状況

- 平成22年(2010年)の長野県の周産期死亡率(出産千対)は3.6、乳児死亡率(出産千対)は1.5、乳幼児死亡率(5歳未満、人口千対)は0.5、小児死亡率(15歳未満、人口千対)は0.2となっており、全国と比較して低い死亡率となっています。
- 周産期医療体制、小児救急医療を含む小児医療体制が整備され、死亡率は全国と比較しても低い水準となっていますが、小児病棟や新生児集中治療室(NICU)等に長期入院している継続療養が必要な児(以下、「長期入院児」という。)等の状態に応じた望ましい療養・療育環境への移行や、小児医療の対象年齢以上に成長するにあたり、在宅医療への移行支援や、成人医療へのスムーズな移行といった新たな課題が出てきています。

【表3】 周産期死亡率等(平成22年)

区 分	長野県	全国順位 (死亡率の低い順)	全 国
周産期死亡率(出産千対)	3.6	7位	4.2
乳児死亡率(出産千対)	1.5	3位	2.3
乳幼児死亡率(5歳未満、人口千対)	0.5	2位	0.6
小児死亡率(15歳未満、人口千対)	0.2	2位	0.3

(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」、「周産期に特異的な呼吸障害等」となっています。
- 不慮の事故については、未然に防ぐことが可能なものもあるため、さまざまな場面を通じて啓発を行っていく必要があります。

【表4】 小児(14歳未満)の死因順位

区分	長野県			全 国		
	死 亡 原 因	患者数	比率	死 亡 原 因	患者数	比率
1位	不慮の事故	13人	22.8%	先天奇形、変形及び染色体異常	1,127人	25.5%
2位	先天奇形、変形及び染色体異常	9人	15.8%	不慮の事故	510人	11.6%
3位	周産期に特異的な呼吸障害等	8人	14.0%	周産期に特異的な呼吸障害等	347人	7.9%

(厚生労働省「人口動態統計」)

（3）小児救急の現状

- 小児人口は、全国で、平成12年（2000年）の1,847万人から平成22年（2010年）の1,680万人まで減少しており、こうした全国的な少子化にもかかわらず、18歳未満の救急搬送数は増加傾向でした。
- しかし、近年は平成18年（2006年）の約50万人から平成22年（2010年）の約46万人と減少傾向にあり、長野県においても、平成18年（2006年）の約6,800人から平成22年（2010年）は約6,300人に減少しています。
- また、消防庁の調査（表6）によると、18歳未満の軽症者の割合は約75%となっています。さらに日本医師会の報告等によると小児の入院救急医療機関（第二次救急医療機関）を訪れる患者数のうち、9割以上は軽症であることが指摘されています。このように小児救急患者については、その多くが軽症患者であり、かつ、重症患者を扱う医療機関においても、軽症患者が多数受診している様子が伺えます。
- 小児救急電話相談等の充実で、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、こういった患者に対応することにより適切な受診につなげ、不足している小児科医の業務負担の軽減が図られることも期待されます。

【表5】 18歳未満の救急搬送数（平成22年）

区 分	平成8年	平成18年	平成22年
長野県	5,429	6,766	6,327
全 国	393,477	494,257	456,177

（消防庁「救急・救助の現況」）

【表6】 年齢区分別傷病程度別の救急搬送人員（平成21年度）

区 分		新生児	乳幼児	少年	成人	高齢者	合 計
死亡	人数（人）	78	519	312	15,636	54,049	70,594
	構成比（%）	(0.6)	(0.2)	(0.1)	(0.8)	(2.3)	(1.5)
重症	人数（人）	2,532	4,258	5,071	124,971	325,258	462,090
	構成比（%）	(18.0)	(1.7)	(2.5)	(6.5)	(14.1)	(9.9)
中等症	人数（人）	8,966	47,801	44,998	584,196	1,084,132	1,770,093
	構成比（%）	(63.6)	(19.7)	(22.1)	(30.5)	(47.0)	(37.8)
軽症	人数（人）	2,358	190,334	153,383	1,187,471	842,385	2,375,931
	構成比（%）	(16.7)	(78.3)	(75.2)	(62.1)	(36.5)	(50.7)
その他	人数（人）	160	249	171	1,886	1,817	4,283
	構成比（%）	(1.1)	(0.1)	(0.1)	(0.1)	(0.1)	(0.1)
合計	人数（人）	14,094	243,161	203,935	1,914,160	2,307,641	4,682,991
	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」）

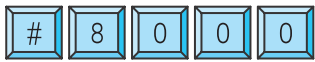
小児救急電話相談（#8000）

子どもの夜間のケガや急病等の際、保護者の方々が対処に戸惑うときや、医療機関を受診すべきかどうか判断が難しいときに、応急対処の方法や受診の要否等について医療スタッフが助言を行います。

平成24年4月から後方支援として医師に加え薬剤師が待機する体制を整えました。

平成24年6月から電話回線を2回線に増設し、相談体制の強化を図りました。

相談日時：毎日、午後7時から午後11時まで
利用方法：局番なしの「#8000」まで、お電話ください。（アナログ回線・IP電話の場合は「0263-34-8000」へおかけください。）

ダイヤルボタンの  をそのまま押してください。（携帯電話からと同じです。）

○電話相談の受付状況

	平成19年度	20年度		21年度		22年度		23年度	
	件数	件数	前年比	件数	前年比	件数	前年比	件数	前年比
年度計	1,132	2,290	202.3%	4,271	186.5%	4,417	103.4%	4,935	111.7%

2 小児医療の提供体制

(1) 小児医療に係わる医師の状況

- 平成12年（2000年）から平成22年（2010年）までの間に本県の小児科医の数は225人から271人と46人増加しています。
- 小児科医の全体数は増加の傾向を見せていますが、各医療圏で小児医療を担う地域の開業医や勤務医が協力して、小児救急センターを運営するのに必要な医師数としては、必ずしも十分ではなく、引き続き小児科医の確保が課題となっています。

【表7】 小児科医数

区 分	平成12年	平成22年	増減
長野県	225人	271人	46人
全 国	14,156人	15,870人	1,714人

（厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」）

(2) 医療施設の状況

- 平成14年（2000年）から平成20年（2010年）までの間に、小児科を標榜している病院は本県では2.7%減少しており、診療所は6.6%減少しています。いずれも減少率は全国を下回っています。

【表8】 小児科を標榜している医療機関数

区 分	長野県			全国		
	平成14年	平成20年	増減	平成14年	平成20年	増減
病 院	75	73	△2.7%	3,359	2,905	△13.5%
診療所	438	409	△6.6%	25,862	22,503	△13.0%

（厚生労働省「医療施設調査」）

（３）小児初期救急医療体制の状況

- 平成 11 年度（1999 年度）以降、小児救急医療体制の充実を図るために、全国的に病院群輪番制や拠点病院の整備が推進されています。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）する休日夜間夜間急患センター等により、小児初期救急医療の整備を進めています。
- 平成 24 年（2012 年）4 月現在、8 医療圏でセンター方式による小児救急体制が整備されており、木曽医療圏では長野県立木曽病院がセンター方式に準ずる体制で圏域内の小児救急を担っています。
- 今後、地域の医療連携により、センター方式を中心に、小児初期救急医療体制をすべての医療圏において整備充実する必要があります。

【表 9】 センター方式による小児初期救急医療体制の状況（平成 24 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
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

（４）小児専門医療及び入院を要する救急医療、高度小児専門医療及び小児救命救急の状況

- 一般の小児医療を行う医療機関では対応が困難な小児専門医療や、24 時間体制での小児救急患者の受け入れについては、連携強化病院及連携病院に位置付けられた病院が担っています。
- また、高度な小児専門医療及び 24 時間体制での小児救命救急医療については、中核病院（信州大学医学部附属病院、県立こども病院）が担っています。
- 各医療圏における中核病院、連携強化病院及び連携病院については【表 10】のとおりですが、木曽医療圏、大北医療圏については連携強化病院がないことが課題になっています。

【表 10】 中核病院、連携強化病院及び連携病院の状況

医療圏	区分	病 院 名	医療圏	区分	病 院 名
佐 久	◎	厚生連佐久総合病院	松 本	☆	信州大学医学部附属病院
	○	厚生連小諸厚生総合病院		☆	県立こども病院
	○	市立国保浅間総合病院		◎	まつもと医療センター中信松本病院
	○	町立千曲病院		○	相澤病院
	○	国保軽井沢病院		○	城西病院
上 小	◎	信州上田医療センター		○	松本協立病院
	○	東御市民病院		○	松本市立病院
	○	国保依田窪病院		○	塩尻協立病院
諏 訪	◎	諏訪赤十字病院		○	中村病院
	○	市立岡谷病院		○	安曇野赤十字病院
	○	組合立諏訪中央病院	大 北	○	市立大町総合病院
	○	信濃医療福祉センター		○	厚生連安曇総合病院
	○	厚生連富士見高原医療福祉 センター富士見高原病院	長 野	◎	長野赤十字病院
上伊那	◎	伊那中央病院		○	厚生連篠ノ井総合病院
	○	昭和伊南総合病院		○	厚生連新町病院
	○	町立辰野病院		○	厚生連長野松代総合病院
飯 伊	◎	飯田市立病院		○	長野市民病院
	○	健和会病院		○	長野中央病院
	○	下伊那赤十字病院		○	東長野病院
	○	県立阿南病院		○	県立須坂病院
木 曽	○	県立木曽病院		○	稲荷山医療福祉センター
				○	新生病院
注) 区分 ☆＝中核病院、◎＝連携強化病院、○＝連携病院			北 信	◎	厚生連北信総合病院
				○	飯山赤十字病院

(5) 療養・療育体制

- 長期入院児等の在宅療養・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並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) 子どもの健康を守るために、家族を支援する体制

- 急病時の対応等について医療相談・支援を行います。
- 慢性疾患児や障害児、心のケアが必要な児の家族に対する精神的サポート等を実施します。
- 不慮の事故防止対策や緊急時における家族による救急蘇生法等の啓発、急病への対応法の支援を行います。

(2) 小児患者に対し、その症状に応じた対応が可能な体制

- 地域において、初期救急も含め一般的な小児医療を実施する体制を整備します。
- 二次医療圏ごとに、連携強化病院及び連携病院が拠点となって小児専門医療及び入院を要する小児救急医療を提供します。
- 中核病院が、三次医療圏全体の高度な小児専門医療及び重篤な小児患者に対する救命医療を提供する体制を維持します。

(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の確保が著しく困難な地域についても、医療の連携の構築を図ることで、対応できる体制を整備します。

(4) 療養・療育支援が可能な体制

- 長期入院児等が生活の場で療養・療育できるよう、医療、介護及び福祉サービス並びに教育が相互に連携した支援を実施します。

小児在宅療養・療育を支える看護職員

小児の療養の場を病院から在宅へと移行を進める中で、家庭や通所施設、学校など、日々の生活の場において医療的ケアが重要になっています。地域での医療的ケアを支えるのは、多くの場合、看護職員です。

そうした地域生活の支援の場で働く看護職員の役割は、単に小児患者への医療的ケアだけではなく、家族支援はもとより、主治医と福祉施設・特別支援学校等との橋渡し、さらには福祉施設の生活支援員等に対する重症心身障害児の理解のための働きかけなど幅広いものとなっており、地域生活の支援の要となります。

しかし、福祉施設や特別支援学校などの多くは、看護職員が1人しかおらず、医師の後方支援も得られない環境で、不安感を抱えながら勤務しているのが実状であり、今後、看護職員同士の相談・情報交換の場の設置や、地域の病院等による後方支援体制の構築が課題となっています。

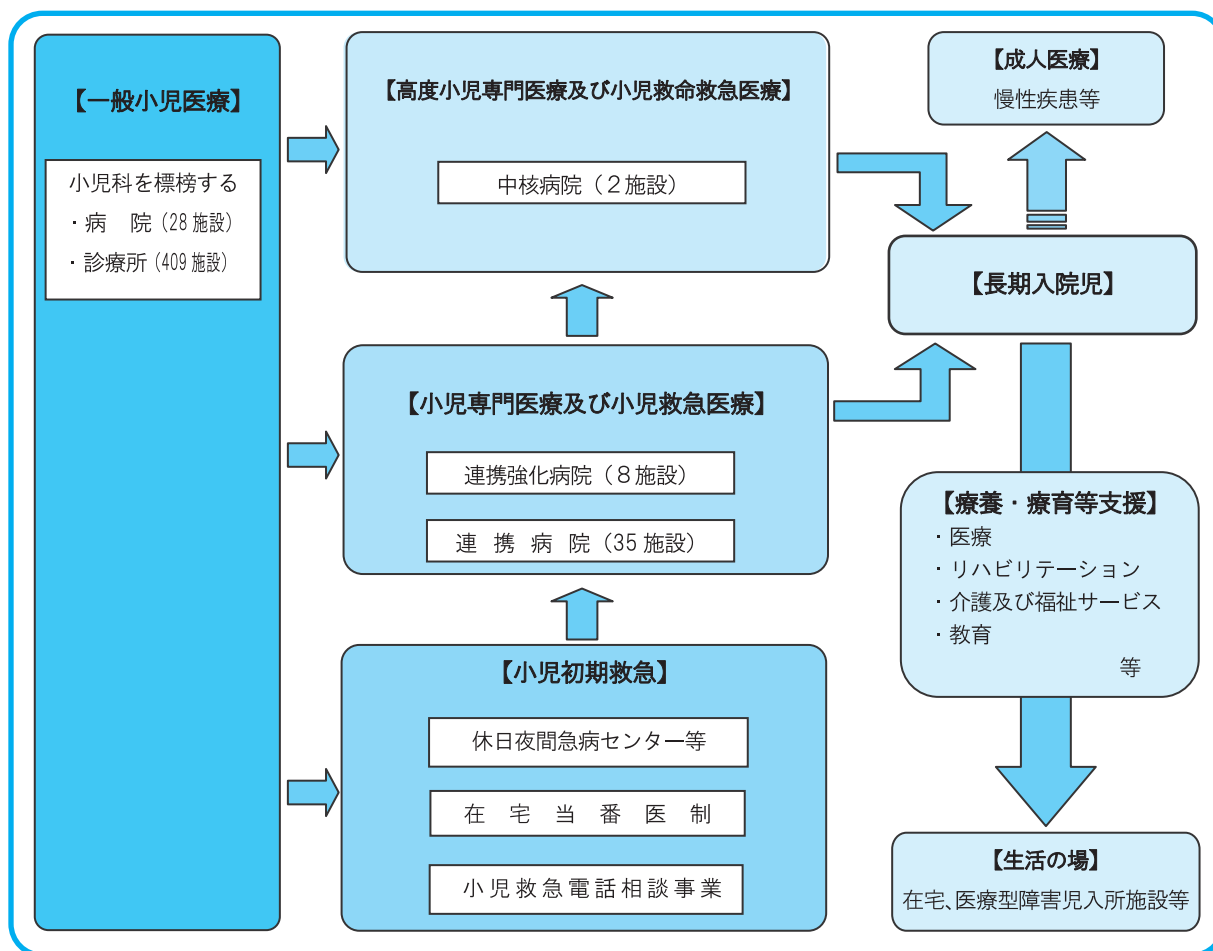
2 小児医療体制

一般小児医療を扱う医療機関から高度小児専門医療及び小児救命救急医療を扱う医療機関への連携と、急性期以降の医療提供に関するイメージ図は以下のとおりです。

一般小児医療を担う小児科を標榜する医療機関から、傷病の専門性等に応じて小児専門医療を担う病院や、高度小児専門医療を担う病院へ紹介・搬送がなされ、救急時の場合は、傷病の程度に応じて小児初期救急、入院を要する小児救急、小児救命救急と、重篤な症状に対応する医療機関へ搬送・紹介する体制を維持します。

また、長期入院児等については、円滑に療養・療育の場に移行できる体制づくりを行います。

小児医療体制のイメージ（長野県）



注1）平成17年12月22日付けの厚生労働省の通知を受け、平成18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、平成19年3月に「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た。この提言書の中で「連携病院」、「連携強化病院」、「中核病院」が位置付けられている。

注2）「連携病院」は地域の連携強化病院と連携して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当たるもので、「連携強化病院」は各地域において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するもの。また、「中核病院」は、連携強化病院としての機能に加えて、三次救急医療、高度医療、先進的医療及び医師の臨床研修を担う施設である。

3 二次医療圏相互の連携体制

- 連携強化病院のない医療圏（木曽、大北）については、隣接する松本医療圏の連携強化病院（まつもと医療センター中信松本病院）及び中核病院（信州大学医学部附属病院、県立こども病院）と連携する必要があると考えられます。

第3 施策の展開

1 小児患者及びその家族の支援

- 夜間や休日等の子供の急病等の際に家族からの相談を受け支援を行うため、小児救急電話相談を充実し実施するとともに、助産師会等身近な相談先の周知を図ります。
- 医師会や助産師会等関係機関と連携し、家族等に対し、乳幼児・小児特有の急病時の対応やワクチン接種で防げる病気、不慮の事故予防や虐待防止等に関する必要な知識の啓発を図ります。

2 小児初期救急医療の確保

- 夜間や休日の小児初期救急医療を確保するため、センター方式での小児初期救急施設を支援します。

- また、すべての医療圏でセンター方式等による小児初期救急医療が提供できる体制を確保します。
- 小児科医の負担を軽減し、必要な小児患者に十分な救急医療が提供できるよう、適切な受療行動について啓発します。

3 小児専門医療及び入院を要する救急医療の提供

- 専門医療又は入院に必要な小児救急患者に医療を提供する拠点となる病院に支援を行い、24 時間体制の小児救急を維持します。
- 本県の小児医療の状況変化に応じ、連携強化病院及び連携病院の見直しを含めた検討・協議を行います。

4 長期入院児等の療養・療育支援

- 長期入院児等について療養・療育支援を行う施設の支援を行います。
 - 地域小児長期入院児等支援連絡会等において、長期入院児等の状況に応じた望ましい療養・療育環境へ移行を図るための検討・協議を実施しています。
 - リハビリテーションを含む、長期入院児等の生活と療育を支える人材の育成を進めます。
 - 小児慢性特定疾患等の患者が成人した際の、成人医療への移行の支援を検討します。
- ※ 発達障害については、「第7編 第5節 精神疾患対策」で整理し記載しています。

小児患者への支援と連携

今日、小児医療においても生活の質の向上が重要になっています。

特に長期入院児等については、急性期医療から慢性期、維持期の医療やリハビリテーションに際して、医師や看護師のみならず、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士など専門的知識と経験を有する医療従事者の連携によるチーム医療が重要です。

また、小児特有の専門職として、チャイルド・ライフ・スペシャリスト、医療保育士、病棟専属心理療法士なども、子どもの成長や家族支援を担っています。

さらに、慢性期、維持期から在宅療養に移行していくにつれ、医療従事者のみならず、福祉、保育・療育、教育など広い分野の専門家による連携が重要となってきます。

これらの専門職が一層その専門性を向上させるとともに、情報を共有し、効果的な連携を図ることが重要であるとともに、こうした専門職の安定的な雇用形態や、研修環境の整備などが課題として挙げられています。

成人医療への移行

近年の小児医療における治療成績の向上に伴い、先天性心疾患、神経筋疾患、悪性腫瘍治療終了者等の小児慢性疾患患者で成人期を迎える者は増加し続けており、近い将来には、小児慢性疾患患者が若年成人人口の約1,000 人に1 人以上を占めるとの予測もあります。

しかし、成人期に達した後の原疾患を継続的に診療する体制及び新たに発症する晩期障害、生活習慣病ならびに妊娠・出産に対する診療体制の構築が必要です。

また、疾患治療を継続しながらの、就学や就職、結婚・子育て等に対する支援も必要とされています。

第4 数値目標

指 標	現状 (H24)	目標 (H29)	目標数値の考え方	備考 (出典等)
乳児死亡率(出生千対)	1.5 (H22)	1.5	現在の水準(全国3位)を維持する。	厚生労働省「人口動態統計」
乳幼児死亡率(5歳未満人口千対)	0.5 (H22)	0.5	現在の水準(全国2位)を維持する。	厚生労働省「人口動態統計」

指 標	現状 (H24)	目標 (H29)	目標数値の考え方	備考 (出典等)
小児の死亡率(15歳未満人口千対)	0.2 (H22)	0.2	現在の水準(全国2位)を維持する。	厚生労働省「人口動態統計」
小児救急電話相談回線数	2回線	2回線	平成24年6月に1回線を増設し、2回線を維持していく。	医療推進課調査
小児科標榜診療所に勤務する医師数	522.9人 (H20)	522.9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」
小児医療に係る病院勤務医数	176.1人 (H20)	176.1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」
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	9医療圏	10医療圏	全医療圏で体制を整備する。	医療推進課調査
一般小児医療を担う診療所数(人口10万人当たり)	3.3箇所 (H20)	3.3箇所	現在の水準を維持する。	厚生労働省「医療施設調査」
一般小児医療を担う病院数(人口100万人当たり)	33.7病院 (H20)	33.7病院	全国平均値23.1を上回る水準を維持する。	厚生労働省「医療施設調査」

児童虐待について

児童虐待の防止は、不慮の事故予防などと並び、小児やその家族の健康な生活を支援していくために重要な活動です。

○児童虐待相談の推移と傾向

近年、児童虐待による痛ましい事件が相次いだ影響もあって、児童相談所に寄せられる児童虐待相談は大幅に増加しています。

年度	H19	H20	H21	H22	H23
長野県	535件	530件	517件	839件	767件
前年対比	97.8%	99.1%	97.5%	162.3%	91.4%
全 国	40,639件	42,664件	44,211件	56,384件	59,862件
前年対比	108.9%	105.0%	103.6%	127.5%	106.2%

○長野県の児童虐待対策

児童虐待についての相談・通告は児童相談所、市町村、保健福祉事務所等で受付しています。

また、夜間・休日にも相談・通告を受け付ける「長野県児童虐待・DV24時間ホットライン」も設置されています。電話番号は「0263-91-2410」です。

○小児・周産期医療の現場での対応

児童虐待の被害を防ぐためには、発生の予防と、早期の発見・通告が重要です。

市町村や福祉機関とも連携し、妊娠・出産や子育てに不安を抱える母親等を支援することにより、児童虐待を未然に防いでいく体制を構築していく必要があります。

加えて、子どもや母親等と接する機会の多い小児・周産期の医療現場でも、母子等の変化に注意を払い、児童虐待の早期発見・通告を心がけていく必要があります。

小児の予防接種

○「定期接種」と「任意接種」

予防接種には、法律（予防接種法）に基づく定期の予防接種（以下、「定期接種」という。）と、定期接種以外の予防接種（以下、「任意接種」という。）があります。

○予防接種を巡る最近の状況

近年、小児の予防接種は、ワクチンの変更や、任意接種のヒブワクチン等に補助金が出るようになったことにより、接種回数が増加しています。

このため、かかりつけ医等と相談するなどして、早めに予防接種の接種スケジュールを立て、接種漏れがないようにすることが重要です。

○予防接種の種類

定期接種及び接種が促進されている任意接種には以下のようなものがあります。

予 防 接 種	標準的な接種期間
三種混合(四種混合)	生後3月から12月
二種混合	11歳から12歳
MR(麻しん、風しん)	1期 生後12月から24月
	2期 5歳から7歳(就学1年前)
ポリオ	生後3月から12月
日本脳炎	3歳から4歳
結核(BCG)	生後5月～8月
子宮頸がん	中学1年生女子
ヒブ	生後2月から7月
小児用肺炎球菌	生後2月から7月



○基礎疾患や障害等のある子どもの予防接種

基礎疾患や障害等のある子どもの予防接種については、その疾患や症状に応じた接種が必要となりますので、主治医と十分に相談したうえで接種を行うことが重要です。

平成24年10月から県立こども病院で「予防接種センター」が開設され、小児の予防接種に関する電話相談や、基礎疾患や障害等のある子どもの予防接種を実施しています。

○予防接種市町村間相互乗り入れ制度

基本的に、定期接種は居住市町村内の医療機関で接種を行う必要がありますが、本県では市町村と長野県医師会との間で相互乗り入れについて契約しており、指定の医療機関であれば、居住市町村外でも接種を受けることが可能になっています。

制度の詳細な内容と指定の医療機関については、居住市町村にてご確認ください。

○予防接種による健康被害救済制度

予防接種においては、極めてまれですが、健康被害が発生することがあります。

定期接種については、予防接種と健康被害との因果関係が認定された場合、予防接種法に基づき、治療に要した医療費や障害が残ってしまった場合の障害年金などの給付があります。詳しくは予防接種を行った市町村にご相談ください。

任意接種については、ワクチンの副反応により健康被害が発生した場合、医薬品副作用被害救済制度により救済を受けることができます。詳しくは医薬品医療機器総合機構のホームページをご覧ください。だくか、下記相談窓口（フリーダイヤル）までお問い合わせください。

・ホームページアドレス <http://www.pmda.go.jp/kenkouhigai.html>

・相談窓口 0120-149-931 受付時間 月～金（祝日・年末年始を除く） 9：00～17：00

※予防接種の詳細な内容については、「第7編 第6節 感染症対策」の「5 予防接種」を参照してください。

第6節 在宅医療

第1 現状と課題

1 在宅医療の現状

「在宅医療」とは、医師・歯科医師のほか、訪問看護師、薬剤師、理学療法士、歯科衛生士、管理栄養士等の医療関係者が、患者の住み慣れた場としての自宅及び老人ホームに定期的に訪問して行う、計画的・継続的な医学管理・経過診療のことを言います。内容は往診、訪問診療、訪問看護、訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導、訪問リハビリテーション、訪問歯科衛生指導、訪問栄養指導などがあります。

(1) 在宅医療の件数と年齢区分別割合

- 在宅医療は、年齢層が高くなるにつれて患者数が増加し、在宅医療を受けている患者のうち、65歳以上で人の割合は、92.0%となっています。

【表1】在宅医療を受けた患者の年齢区分別割合（平成22年10月～平成23年3月分）

※往診、訪問診療、訪問看護、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料のレセプト件数

医療圏 年齢区分		佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信	県計
0～14才	件数											132
	割合											0.2%
15～64才	件数	783	786	531	807	523		1,797	51	833		6,269
	割合	7.7%	11.7%	6.6%	8.8%	6.5%		10.4%	2.9%	5.2%		7.8%
65～74才	件数	652	468	710	880	594		1,191	119	1,251	10	6,028
	割合	6.4%	7.0%	8.9%	9.6%	7.3%		6.9%	6.7%	7.8%	0.5%	7.5%
75才以上	件数	8,753	5,453	6,768	7,463	6,967	1,105	14,221	1,601	13,891	1,825	68,048
	割合	85.7%	81.0%	84.4%	81.3%	86.1%	93.5%	82.4%	90.3%	86.9%	88.9%	84.5%
全年齢	件数	10,209	6,732	8,019	9,176	8,094	1,182	17,249	1,772	15,978	2,054	80,477

（レセプト情報・特定健診等情報データベース（通称：ナショナルデータベース（NDB））による分析結果）

注）NDBの公表形式の基準に基づき、往診などの区分ごとに医療機関数やレセプト件数が一定以下の場合、非公表とされているため、一部データを空欄としています。

(2) 在宅医療のニーズの増加と多様化

① 人口構造の変化

- 本県の65歳以上の老年人口は増加の一途で、平成24年（2012年）の57万6千人から平成32年（2020年）にはピークを迎え、64万人に上ると見込まれています。
- また、人口総数に占める75歳以上の人口割合は、平成24年（2012年）の14.7%から平

成32年（2020年）には17.4%に増加すると見込まれています。

- さらに、65歳以上の高齢者が世帯主である世帯のうち単独世帯又は夫婦のみの世帯が、平成22年（2010年）の20.4%から平成34年（2022年）には24.9%に増加すると見込まれています。

（平成24年分は長野県企画部情報統計課「毎月人口異動調査」、平成32年分は国立社会保障・人口問題研究所「日本の都道府県別将来推計人口（平成19年5月推計）」）

② 人工呼吸器、酸素療法等の在宅医療

- 在宅療養患者の中にも、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2】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24年7月12日現在）

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	6	6	5	3	0	18	1	18	1	63
	病院	7	4	4	2	3	1	9	2	12	1	45
酸素療法	一般診療所	32	33	35	49	42	6	107	11	72	11	398
	病院	10	7	9	7	7	1	14	2	18	2	77
中心静脈 栄養	一般診療所	6	9	9	13	18	2	40	6	16	1	120
	病院	6	6	7	5	6	1	13	2	14	2	62
気管切開部 の処置	一般診療所	14	9	8	13	17	0	43	7	44	6	161
	病院	7	6	6	5	3	1	11	2	13	1	55

（医療推進課調べ「ながの医療情報ネット」）

③ 小児・若年層の在宅療養患者

- 近年、疾病や障害を抱えながらも自宅や住み慣れた地域で生活をする小児や若年層の在宅療養者が増加しています。

【表3】医療保険の訪問看護を受ける小児（0～9歳）の数（1ヶ月当たり）

	平成13年	平成23年	増加率
長野県	-	46人	-
全国	842人	2,816人	約3.3倍

（厚生労働省保険局医療課調べ）

④ 介護保険利用者のうち居宅サービス利用者

- 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7割

程度と高い傾向が続いていますが、利用者数は平成14年（2002年）に比べ約1.6倍に増加しています。

【表4】介護保険利用者数＜長野県＞

（単位：千人、％）

区 分	平成14年4月		平成18年4月		平成22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	38	73.1	54	73.0	61	72.6
地域密着型サービス	—	—	3	4.0	5	6.0
施設サービス	14	26.9	17	23.0	18	21.4
計	52	100.0	74	100.0	84	100.0

（厚生労働省「介護保険事業状況報告（月報）」）

⑤ 在宅療養に対する県民意識

- 終末期においても可能な限り自宅での療養を希望する人の割合は6割を超え、要介護状態になっても自宅や子ども・家族の家での介護を希望する人の割合も4割を超えています。
（平成20年厚生労働省「終末期医療に関する調査」）
- しかし、県民の中には、在宅医療についての知識がなかったり、仮に知っていたとしてもどのような在宅医療がどの程度受けられるのかなどがわからない方も多かったりなど、在宅医療についての県民への情報提供のあり方が課題です。

2 在宅医療の提供体制

（1）退院支援

① 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います。近年、在宅療養を選択する人工呼吸器を装着した患者や何らかの医療処置を必要とする患者が増えてきたことから、入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援の重要性が高まっています。
- 退院調整支援担当者を配置している病院は47か所と全病院の4割弱、一般診療所は6か所とまだ少ない状況にあります。（医療推進課調べ「厚生労働省『医療施設調査（静態）』」の調査票情報利用）
- 一方、病院が実施した退院支援・調整件数をレセプト（退院調整加算）件数でみると、65歳以上人口10万人当たり平成22年（2010年）10月から平成23年（2011年）3月までに880.4件であり、全国平均1,051.2件より少なくなっています。（NDB）
- 入院医療機関においては、急性期リハビリテーションをはじめとした診療機能を充実させ、患者が在宅医療に速やかに移行できるよう診療体制を確立することと、在宅医療を担う後方機関との連携を強化することが重要です。

② 入院と在宅の切れ目のない医療提供のため、入院医療機関と介護支援専門員との連携

- 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介護支援専門員（ケアマネージャー）との連携を図ることが重要です。
- 入院機関と介護支援専門員との連携状況を、65歳以上人口10万人当たりのレセプト件数で見ると、平成22年（2010年）10月からの6カ月間で514.6件あり、全国平均339.6件より多い状況にはありますが、入院機関と介護支援専門員との連携は更に進める必要があります。（NDB）

（2）日常の療養生活の支援

① 在宅医療を担う関係機関

ア 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20年（2008年）においては、一般診療所1,614か所のうち、435か所（27.0%）、全病院138か所のうち63か所（45.7%）で、医療圏別の状況は次のとおりです。（医療推進課調べ「平成20年厚生労働省『医療施設（静態）』の調査票情報利用」）

【表5】医療保険等による在宅患者訪問診療を実施する病院及び一般診療所の数

（平成20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	30	29	47	49	37	7	114	20	87	15	435
病 院	8	8	4	6	5	1	12	2	15	2	63

（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（平成18年（2006年）度創設）・病院（平成20年（2008年）度創設）の役割が重要ですが、医療圏別の整備状況は【表6】のとおりです。
- なお、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6】在宅療養支援診療所・病院数（平成24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	16	16	36	22	27	4	51	7	51	6	236
	28.7	30.3	66.0	44.51	53.9	35.4	487	38.3	35.8	21.7	41.6
在宅療養 支援病院	1	1	-	1	2	-	3	-	1	-	9
	1.8	1.9	-	2.0	4.0	-	2.9	-	0.7	-	1.6

（厚生労働省「診療報酬施設基準」医政局指導課特別集計）

○ 在宅療養支援診療所における受持在宅療養患者数の医療圏別の状況は次のとおりです。

【表7】在宅療養支援診療所における受持在宅療養患者数（平成20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	236	420	750	276	436	40	884	101	486	83	3,712

（医療推進課調べ「厚生労働省『医療施設（静態）』の調査票情報利用」）

イ 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の状況は次のとおりです。

【表8】訪問看護ステーション数（平成24年10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
か所数	19	20	10	9	10	2	32	7	20	7	136

（介護支援室調べ）

○ また、病院や一般診療所でも介護保険による訪問看護（介護予防サービスを含む）を実施しているところがあり、医療圏別の状況は次のとおりです。

【表9】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20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	30	29	47	49	37	7	114	20	87	15	435
病院	8	8	4	6	5	1	12	2	15	2	63

（厚生労働省「医療施設調査（静態）」）

○ 訪問看護利用者のうち、医療保険による利用者は年間約25,200人（厚生労働省「訪問看護療養費調査」医政局指導課特別集計（平成20年））、介護保険による訪問看護利用者が年間約12,700人です。（平成20年厚生労働省「介護給付費実態調査」）

ウ 歯科診療所

○ 県内の全歯科診療所1,019か所（平成20年（2008年）10月1日現在）のうち、訪問歯科診療を提供している歯科診療所の医療圏別の状況は、次のとおりです。

【表10】在宅歯科医療サービスを実施している歯科診療所数（平成20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
訪問診療（居宅）	12	22	21	22	24	1	39	6	53	6	206
訪問診療（施設）	15	19	28	17	15	-	28	6	37	2	167

（厚生労働省「医療施設調査（静態）」）

○ 在宅又は介護施設等における療養を歯科医療面から支援する在宅療養支援歯科診療所の医療圏別の状況は【表11】のとおりです。

○ なお、在宅療養支援歯科診療所のみならず、他の歯科診療所においても、在宅医療サービスを実施しています。

【表11】在宅療養支援歯科診療所数（平成24年1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
か所数	11	5	20	33	28	-	42	11	40	-	190

（厚生労働省『診療報酬施設基準』医政局指導課特別集計）

○ 歯科診療所による在宅医療サービス実施件数の医療圏別の状況は【表12】のとおりです。

○ 要介護高齢者の約9割が歯科治療や専門的口腔ケアが必要とされていますが、実際の受療者は約3割という報告もある（長寿科学総合研究事業「情報ネットワークを活用した行政・歯科医療機関・病院等の連携による要介護者口腔保健医療ケアシステムの開発に関する研究」（主任研究者河野正司）（平成14年））ことから、口腔機能の低下や誤嚥性肺炎の予防等のためには、在宅療養者の歯科受療率の向上が課題です。

【表12】歯科診療所による在宅医療サービス実施件数（平成20年9月中）

（単位：件/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
件数	103	89	94	83	79	13	222	24	263	33	1,003

（医療推進課調べ「厚生労働省『医療施設（静態）』の調査票情報利用」）

○ 県では、社団法人長野県歯科医師会に委託して、「長野県在宅歯科医療連携室」を県歯科医師会館内に設置しています。ここでは、在宅の方や介護に携わる県民を対象に、電話やファックスで歯や口に関する相談に応じ、必要に応じて地域歯科医師会で在宅歯科医療を実施している歯科医院との橋渡しを行っています。また、訪問歯科診療機器が整備されており、希望する歯科診療所に貸出をしています。

【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24年3月1日～9月7日実績）（単位：件）

相談件数	23
機器貸出件数	23

（健康長寿課調べ）

エ 短期入所サービス（ショートステイ）実施事業所

○ 短期入所サービスを実施する事業所のうち、平成22年（2010年）10月1日現在で短期療養介護が129か所、短期生活介護が184か所整備されています。（平成22年厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」）

オ 薬局

- 県内の薬局 879 か所のうち、在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局数は、807 か所（91.8%）で、医療圏別の状況は次のとおりです。

【表14】訪問薬剤指導を実施する薬局数（平成24年3月末現在）（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	84	90	69	56	55	9	158	26	221	39	807

（厚生労働省「診療報酬施設基準」医政局指導課特別集計）

- 訪問薬剤管理指導を行った件数は、平成22年（2010年）において、調剤報酬と介護報酬分を合わせ延べ100薬局により2,686件あり、医療圏別の状況は【表15】のとおりです。

- 在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局数に比べ訪問薬剤指導管理を行った薬局数が少なく、在宅医療実施に当たっての体制の構築が課題です。

【表15】訪問薬剤管理指導を実施した薬局数（平成22年10月～平成23年3月）（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
調剤報酬	7	2	1	1	5	0	6	0	4	2	28
介護報酬	22	0	4	6	4	1	11	3	17	4	72

（長野県国民健康保険団体連合会提供資料を元に医療推進課で集計）

- 無菌調剤室のある薬局は、平成24年（2012年）3月末現在4医療圏で5か所（上小医療圏2か所、佐久医療圏、諏訪医療圏、飯伊医療圏各1か所）が整備されています。（薬事管理課調べ）

② 特定の疾病等への在宅医療の対応状況

- 特定の疾病等に対する在宅医療に対応できる在宅療養支援病院及び在宅療養支援診療所の状況を疾病等の区分別に見ると、【表16】のとおりです。
- なお、在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所のみならず、他の病院や一般診療所においても、特定の疾病等に対する在宅医療に対応しているところがあります。

【表16】特定の疾病等に対する在宅医療に対応できる在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所数（単位：か所）

区分	認知症	小児医療	がん医療	緩和ケア	口腔ケア	妊 娠 糖尿病	左以外の 糖尿病	ターミナル ケ ア	難 治 性 皮膚疾患
在宅療養 支援病院	25	8	16	17	15	4	14	20	11
在宅療養 支援診療所	151	26	102	103	28	8	67	132	25

（医療推進課調べ）

（３）急変時の対応

① 往診を実施する医療機関

- 在宅療養者の急変時等に往診を実施している医療機関（平成20年（2008年）度）は、診療所1,614か所のうち、558か所（18.6%）、全病院138か所のうち56か所（50.4%）で、医療圏別の状況は次のとおりです。（平成20年厚生労働省「医療施設調査（静態）」）

【表17】医療保険等による往診を実施する病院及び一般診療所数（平成20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	43	45	53	53	48	11	141	25	118	21	558
病院	8	5	5	8	5	1	10	2	11	1	56

（厚生労働省「医療施設調査（静態）」）

② 24時間体制の確保

- 在宅療養支援診療所においては、単独又は他の保険医療機関の保険医との連携により、当該診療所を中心として、24時間往診が可能な体制が確保されているとともに、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も確保されています。（診療報酬施設基準）
- また、在宅療養支援病院においても同様の体制が取られています。（診療報酬施設基準）
- 24時間対応可能な訪問看護ステーションは、平成25年（2013年）1月1日現在、県内に134か所で、医療圏別の状況は次のとおりです。（介護支援室調べ）

【表18】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25年1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	19	20	10	9	10	2	31	7	20	6	134

（介護支援室調べ）

- 自宅での療養を希望してもそれが実現できない理由として、急変時の対応への不安や介護する家族への負担が挙げられ、これらへの対応が課題です。（平成20年「終末期医療に関する調査」）

（４）在宅での看取り（ターミナルケアを含む）

① 在宅での死亡者数

- 自宅や老人ホームで死亡する人は、平成20年（2008年）においては4,679人であり、65歳以上人口10万人当たりの在宅死亡者数でみると、全国平均669.4人より大幅に多く、全国1位となっており、医療圏別状況は【表19】のとおりです。
- しかし、【表20】のとおり、病院及び診療所での看取りが7割を超えており、在宅での看取りが2割程度しかないことから、今後老年人口が増加する中、在宅での看取りの割合をいかに増加させるかが課題です。

【表19】在宅死亡者数（自宅及び老人ホームでの死亡）（平成22年中）

（上段：人数/年、下段：65歳以上人口10万人当たりの人数/年）

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
人数	491	435	394	422	447	133	925	163	996	273	4,679
10万人対	881.5	824.0	722.3	853.8	892.0	1,177.9	882.5	892.8	698.3	986.4	824.9 (全国最高)

（厚生労働省「人口動態統計」医政局指導課特別集計）

【表20】在宅と医療機関における死亡者率の推移

（単位：％）

区 分		在 宅※	病 院	診療所	介護老人 保健施設	助産所	その他
長野県	平成 17 年	19.5% (全国最高)	74.8%	2.0%	1.5%	0.0%	2.2%
	平成 22 年	20.2% (全国最高)	73.5%	1.6%	2.5%	0.0%	2.2%
全 国	平成 17 年	14.4%	79.8%	2.6%	0.7%	0.0%	2.5%
	平成 22 年	16.1%	77.9%	2.4%	1.3%	0.0%	2.3%

※ 在宅：自宅及び老人ホーム

（厚生労働省「人口動態統計」）

② 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ている病院、一般診療所、介護施設は、平成20年（2008年）10月1日現在で、それぞれ13か所、90か所、306か所あり、医療圏別の状況は次のとおりです。

【表21】在宅看取りを実施している病院・一般診療所（平成20年10月1日現在）

及び介護施設の数（平成24年7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
病 院	4	1	3	1	1	1	1	-	1	-	13
一 般 診療所	5	8	12	8	7	2	23	4	16	5	90
介護施設	24	36	29	33	27	6	52	12	69	18	306

（病院・一般診療所：医療推進課調べ「厚生労働省『医療施設（静態）』の調査票情報利用、介護施設：介護支援室調べ）

③ ターミナルケアに対応する訪問看護ステーション

- 在宅療養者が終末期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、121か所あり、医療圏別の状況は次のとおりですが、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22】ターミナルケアに対応する訪問看護ステーションの数（平成21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
か所数	19	18	8	7	10	2	25	6	21	5	121

（医療推進課調べ「介護サービス施設・事業所調査」の調査票情報利用）

（５）県民への情報提供

- 在宅医療に関する医療機関の情報は、現在、医療機能情報提供制度として、県のホームページに「ながの医療情報ネット」や各医療機関等で閲覧ができるようになっています。
- また、在宅医療支援薬局については、社団法人長野県薬剤師会が在宅医療支援薬局マップをホームページに掲載するとともに、「在宅医療支援薬局リスト」を作成し、市町村や医療機関などに配布し、訪問可能範囲などを紹介しています。

在宅療養患者本人の意思を尊重した看取りに向けて

超高齢社会を迎え、今後、自宅や老人ホームで終末期を過ごす患者がさらに増えていく中、自宅で安心して療養できる環境の整備が求められるとともに、老人ホームの果たす役割が大きくなっていきます。

老人ホームでは、家庭と同じような生活環境が提供され、必要な医療や介護が24時間体制で受けられるところもあり、安心して自分らしい生活ができ、終の棲家になることも多くあります。

一方、終末期の療養患者の症状が急変した場合、急性期病院に搬送されるケースが多いのが現状です。

しかし、急性期病院は、一般の救急患者を受け入れなければならない、ベッド数に限りがあり、こうした患者の受入れが困難なこともあります。

最近は、老人ホームでの看取りが増える傾向にありますが、老人ホームでの看取りは、本人や家族の了承が必要です。今後は、できるだけ患者本人の意思が尊重され、患者本人の希望する場所で看取りが行われるよう、在宅医療を担う関係機関が連携を図って、対応していくことが大切です。

飯田医師会による事前指示書の取組

自分が元気で健康な時に、もし治らない病気に侵され回復不可能な状態に陥り、死が迫っているとしたら、どんな終末期の医療を受けたいか、どのように死を迎えるかといった自分の意思（リビングウィル）について、「第1節救急医療」（P232）において解説していますが、このように、主治医任せにするのではなく、自分の意思を表明・指示する書面を「事前指示書」といいます。

この事前指示書の作成を地域で取り組んでいるところは、まだ多くありませんが、県内では、飯田医師会が先行して導入しています。

平成10年代に終末期医療の問題がマスコミで取り上げられる中、飯田医師会では、終末期医療に対して医師がどう対処すべきかを考えていくため、平成18年に在宅医療・終末医療対策委員会が新設されました。その後、飯田医師会会員全員へのアンケートを実施し、患者の急変時に医療現場で実際に使えるよう、開業医のみならず地域の中核的な病院を含む多くの医師との議論を経て、平成20年に飯田医師会で事前指示書が作成され、地域の全医療機関に配付・運用されています。

事前指示書は、医師の側から考えると、終末期医療の中断を決断する際の主治医の強い味方となり得る一方で、その基盤となる患者・家族と主治医との信頼関係を構築することが求められる課題と考えられます。

この取組が、地域に根付き、他の地域へ拡大していくか注目されます。

なお、この事前指示書は、飯田医師会のホームページからダウンロードすることができます。

事前指示書

私の家族、主治医、そして私の医療に携わる全ての方々へ、
 私（ ）は、清明なる意識・健全な精神の下で自分の死について考え、自分の意思で自分の最期を決定するために、この指示書を作成しています。
 私は、私の病気が不治であり回復不可能な状態に陥り、自ら判断が下せなくなった場合には、最期の時を迎えるにあたり、本指示書を尊重して対応して下さることを望みます。
 私の病気が不治であり回復不可能と考えられる場合には、死の過程を長引かせるだけの治療行為は中止し、私に安らぎを与え、出来る限りの苦痛緩和の医療と介護で、自然な看取りをして下さい。そのために、死期が早まったとしてもかまいません。
 食事や水分を口から十分摂取出来なくなった時には、食べられるだけ食べればよく、口から食べることを大切に自然な経過での看取りをして下さい。
 既に死期が迫っていると診断される場合、あるいは数ヶ月以上にわたって植物状態に陥っている場合には、生命を維持するための処置は全て中止して下さい。
 本指示書による意思表示は、私自身が変更・破棄・撤回しない限り有効です。
 私の要望を忠実に果たしてくださった方々に感謝するとともに、その方々が私の要望に従って下さった行為一切の責任は、私自身にあることを付記します。
 その他、最期の時を迎えるにあたり、希望すること。

平成 年 月 日

本人署名捺印
 住 所
 氏 名 (生年月日 年 月 日生)

家族署名捺印（必要とする場合のみ記載）
 住 所
 氏 名 (生年月日 年 月 日生)

医療代理人署名捺印（必要とする場合のみ記載）
 住 所
 氏 名 (生年月日 年 月 日生)

（参考：社団法人長野県医師会「長野医報」602号 2012年8月）

第2 目指すべき方向と医療連携体制

1 目指すべき方向

「入院医療を中心とした医療提供体制」から「在宅患者を支援する医療も重視した医療提供体制」への転換を図り、医師、歯科医師、看護師、介護支援専門員、歯科衛生士、理学療法士、管理栄養士等の多職種の専門性を尊重したチーム医療を展開することにより、可能な限り、住み慣れた生活の場（自宅や老人ホーム）において、必要な医療・介護サービスが24時間体制で受けられ、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ての退院支援が可能な体制

入院医療機関と、在宅医療に係る関係機関との情報共有や連携を図り、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と、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、在宅療養者の病状急変時に、在宅医療を担う関係機関が24時間サポートを行う体制の確立と、在宅療養支援病院や有床の在宅療養支援診療所など入院機能を有する医療機関が在宅療養者を円滑に受入れることができる体制の確保を目指します。

（4）患者が望む場所での看取りが可能な体制

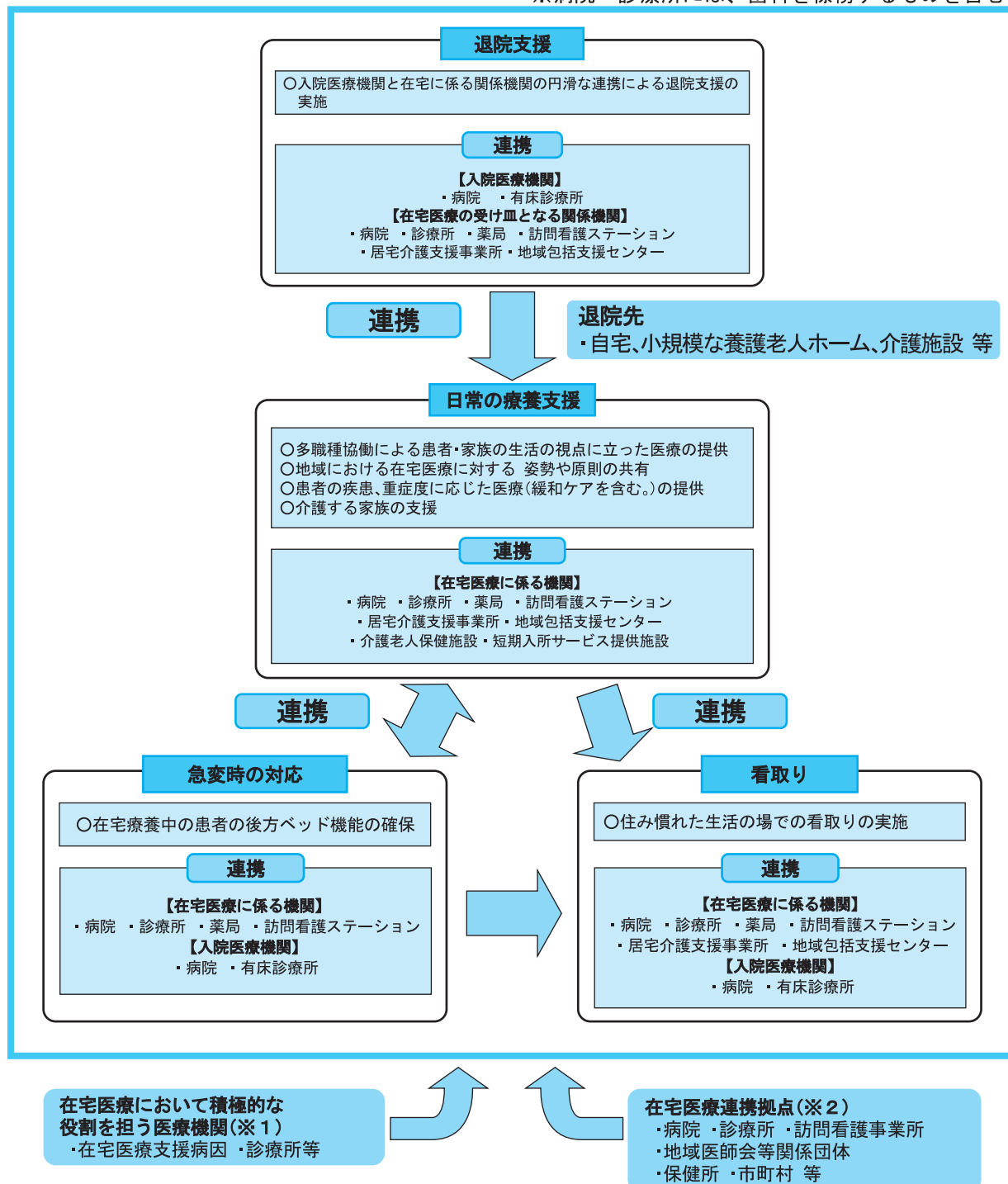
患者が望む住み慣れた生活の場（自宅や老人ホーム）で看取りを行うことができるよう、24時間体制で、ターミナルケアを含む看取りを実施する医療機関や訪問看護ステーション等の充実を図るとともに、在宅での看取りが困難な場合に、病院や有床診療所で患者を受入れることができる体制の構築を目指します。

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、次に示す図のとおりです。

可能な限り、住み慣れた生活の場（自宅や老人ホーム）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、終末期の看取りまで、在宅医療連携拠点を中心として、医療機関、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。

※病院・診療所には、歯科を標榜するものを含む。



(※1) 在宅医療において積極的役割を担う医療機関

自ら 24 時間対応体制の在宅医療を提供するとともに、他の医療機関の支援も行いながら、医療や介護の現場での多職種連携の支援を行う病院・診療所のことを言う。

具体的な役割は、次のとおりである。

- ・ 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。
- ・ 在宅医療を担う研修を行うこと。
- ・ 災害時および災害に備えた体制構築への対応を行うこと。
- ・ 在宅療養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。

(※2) 在宅医療に必要な連携を担う拠点

多職種協働による包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制の構築を図るために、地域の実情に応じ、病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、地域医師会等関係団体、保健福祉事務所（保健所）、市町村等のいずれかを在宅医療に必要な連携を担う拠点として位置付ける。

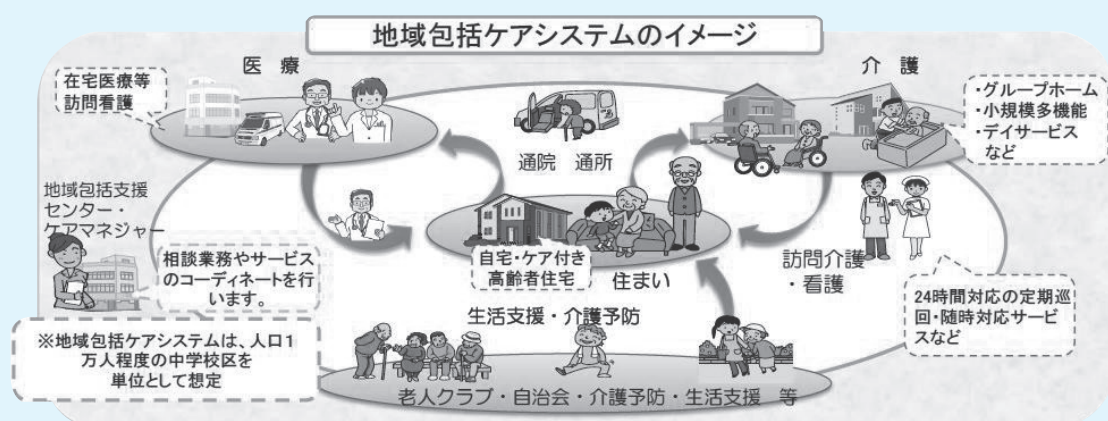
3 在宅医療の連携体制

医療資源の整備状況や介護との連携のあり方が地域によって大きく変わることから、急変時に対応できる体制（重症例を除く）や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、原則として市町村の区域を在宅医療の単位とし、地域の医療及び介護資源等の実情に応じて隣接する圏域相互に連携することが必要です。

地域包括ケアシステム

「地域包括ケアシステム」とは、高齢者のニーズに応じて、医療・介護サービス、移送・見守り等の様々な生活支援サービス、住まいを適切に組み合わせて提供することで、地域の高齢者の暮らしを支える体制のことです。

医療や介護が必要となっても、心身の状態、環境の変化に応じて、地域で医療と介護の専門職が協働して支援を行うことにより、医療・介護のサービスが一体的に提供され 24 時間 365 日を通じて、住み慣れた地域で、安心して生活を行うことができます。



（出典：厚生労働省「在宅医療・介護あんしん2012」）

第3 施策の展開

1 在宅療養患者が安心して質の高い療養生活を送るための医療提供体制の強化

- 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、24 時間体制で在宅療養者とその家族をサポートする多職種（医師、歯科医師、看護師、介護支援専門員、歯科衛生士、理学療法士、管理栄養士等）による在宅チーム医療体制の構築を促進します。
- 在宅医療に係る提供体制の地域による偏在が見られるため、身近な地域で在宅医療を受けられるよう、各地域における在宅を担う医療機関の整備を促進します。
- 24 時間体制で、ターミナルケアを含む看取りを実施する医療機関や訪問看護ステーション等の充実を図ります。
- 多様化する在宅医療ニーズを踏まえ、質の高い在宅医療を提供するため、関係機関と連携し、在宅療養者へのリハビリテーションや終末期医療及び緩和ケアなどを担う人材の資質向上を図るとともに、在宅リハビリテーションの体制を確保します。
- 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、薬剤管理体制の整備の促進に努めるとともに、薬剤師の少ない小規模な薬局においても在宅医療に取り組めるよう、薬局相互の連携・協力体制の確保に努めます。
- 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、薬局が在宅で使用される医療材料・衛生材料の供給に積極的に関与する体制の整備を促進します。
- 小児病棟やNICU等に長期入院している継続療養が必要な児（長期入院児）等の状況に応じた望ましい在宅医療への移行を図るため、地域小児長期入院児等支援連絡会等において、必要な支援策の検討・協議を行っていきます。

2 高齢者、要介護者等に対する口腔ケア等歯科診療面での支援

- 在宅歯科医療に係る提供体制の地域による偏在が見られるため、身近な地域で在宅歯科医療を受けられるよう、各地域における在宅を担う歯科診療所の整備を促進します。
- 医療・福祉関係者との連携強化を図り、訪問口腔ケア等を必要とする在宅療養患者が訪問歯科診療等の在宅サービスを適切に受けられる環境の整備を促進します。

3 適切な在宅医療を効率的に受けられる環境づくり

- 患者の望む限り在宅での療養や患者の望む場所での看取りが可能となるよう、長野県地域包括医療協議会や市町村における地域包括支援センターなどとの連携により、適切な在宅医療を効率的に受けられる仕組みづくりに努めます。
- 地域ごとに脳卒中や急性心筋梗塞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導入などに努めます。

- 在宅療養患者にとって必要な在宅医療が効率的に提供されるよう、市町村等が行う医療（・介護）資源マップの作成等の取組を支援します。
- 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機関等の情報を県民に提供します。
- 在宅療養者を地域で支えるという姿勢や原則の共有化が図られるよう、在宅医療やそれに従事する職種の機能や役割を広く地域住民に紹介するなど、在宅医療に関する地域住民への普及啓発に努めます。
- 在宅療養者や介護する家族等が医療上不安を持った場合、いつでも相談でき、医療機関等が患者等に対して速やかに対応できる体制づくりを行います。

摂食・嚥下リハビリ、口腔ケアに対する飯田下伊那歯科医師会の取組み

飯田下伊那歯科医師会では、地域連携・病診連携・多職種連携を見据えての活動を通じ、飯田下伊那地域の訪問歯科診療に対する理解を深めていただくだけでなく、その質の向上に努めてきました。特に摂食・嚥下マネージャー養成のための5回シリーズ講習会は当初定員20名を大幅に超えた70名余りの参加がありました。これも病院・施設等のニーズの現れであり、訪問歯科医療だけでなく口腔ケア・口腔リハに対する期待の高さも示していると考えられます。急性期から回復期・維持期そして病院・施設・在宅におけるシームレスな医療とケアの実践の確立が急がれているのです。

飯田下伊那歯科医師会ではこれまで関連職種や市民向けに10回の口腔ケア講習会を開催し、口腔ケアの優秀施設の表彰も行ってきました。また、マンパワーの育成のために歯科医師・歯科衛生士向けに口腔ケア・口腔リハの実技研修会・口腔機能向上のための実技講習会をシリーズで行い、講習会を履修した歯科衛生士を登録し、その後も研修を実施して資質の向上を図ってきました。飯田下伊那歯科医師会付属の口腔衛生センターにおいて歯科保健業務として担当の歯科衛生士2名が乳幼児から学校歯科の口腔衛生や高齢者の口腔機能向上にあたっています。今後は、こうした専門的知識を有する人材を活かしていくことが課題となっています。

在宅歯科診療については、各歯科診療所が個別に対応するだけでなく、飯田下伊那歯科医師会内に訪問歯科診療プロジェクトチームを置き、窓口として機能を担ってきました。しかしながら、面積が広大な飯田下伊那地域全体を如何にカバーしていくか、現行の介護保険制度の下で施設入所者への口腔ケア・リハ等の療養管理指導を如何に普及していくかなどの課題への対応が求められています。

飯田下伊那歯科医師会では、地域住民が『最後まで自分の口から、美味しく食べる』楽しみを全うできるよう、こうした取組みの充実を図っていきます。

第4 数値目標

1 円滑な在宅療養移行に向けての退院支援が可能な体制

指 標	現状 (H24)	目標 (H29)	目標数値の考え方	備考 (出典等)
病院が患者に対し、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)	880.38件 (H22)	1,052件以上	全国平均以上とする。 (1051.19件)	厚生労働省「医療施設調査」
退院支援担当者配置診療所・病院数	一般診療所 6か所 病院 47か所 (H20)	一般診療所 ・病院の計 64か所以上	全国平均以上とする。 一般診療所 11.1か所 病院 52.1か所	厚生労働省「医療施設調査」

2 日常の療養支援が可能な体制

指 標	現状 (H24)	目標 (H29)	目標数値の考え方	備考 (出典等)
在宅療養支援診療所における受け持ち在宅療養患者数 (65歳以上人口10万人当たり)	654.4人 (H20)	700人	全国順位14位を10位以内にする。 10位:691.0(兵庫県)	厚生労働省「医療施設調査」
在宅療養支援診療所・病院・ 歯科診療所数 (65歳以上人口10万人当たり)	一般診療所 41.60か所 病院 1.59か所	一般診療所 46か所 病院 1.67か所	全国平均以上とする。 一般診療所 45.16か所 病院 1.67か所	関東信越厚生局 「診療報酬施設 基準の届出受理 状況」
	歯科診療所 33.49か所	歯科診療所 37か所	10%増加させる。	
在宅医療連携拠点数	4か所	11か所	各医療圏に1か所及び 小児等特定者又は疾患を対象とする拠点 1か所の設置を目指す。	医療推進課調査
訪問薬剤管理指導届出薬局率	91.8%	92.0%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」
無菌調剤室を設置した薬局のある医療圏数	4医療圏 (H23)	7医療圏 以上	未設置医療圏6のうち半数3以上の医療圏に設置する。	薬事管理課調査

3 急変時の対応が可能な体制

指 標	現状 (H24)	目標 (H29)	目標数値の考え方	備考 (出典等)
在宅療養支援診療所・病院の 病床数 (65 歳以上人口 10 万人当 り)	一般診療所 72.98 床 病院 153.02 床 (H20)	一般診療所 ・病院の計 284 床以上	全国平均以上とする。 一般診療所 111.73 床 病院 171.43 床	関東信越厚生局 「診療報酬施設 基準の届出受理 状況」
訪問看護ステーションの看護 職員数	735 人 (H22)	825 人以上	長野県高齢者プランで 設定している目標数値 を上回るものとする。	介護支援室調査

4 患者が望む場所での看取りが可能な体制

指 標	現状 (H24)	目標 (H29)	目標数値の考え方	備考 (出典等)
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 1 位 (20.2%) (H22)	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」

在宅医療支援薬局リストと無菌調剤室の共同利用

長野県薬剤師会は、平成 23 年度に在宅療養している患者宅を訪問して服薬指導などの支援をする「在宅医療支援薬局」の全県 744 薬局のリストを作成しました。

患者・家族や在宅医療に関わる医師・看護師等が、訪問に対応できる薬局を探す際の参考にいただき、薬剤師が在宅医療で活躍する機会を広げることを目的としています。

リストは、社団法人長野県薬剤師会のホームページ（HP アドレス：http://www.naganokenyaku.or.jp/mapofmembers/zmap_index.html）でも確認でき、地図上で各薬局の場所が確認できるようになっています。

また、在宅療養患者が必要とする無菌性の高い注射薬や輸液を含む処方せんを受け付ける体制整備のため、無菌調剤室のない薬局は、他の無菌調剤室のある薬局を共同利用できるよう薬事法施行規則が改正されました。

拠点となる薬局に無菌調剤室を整備することにより、身近な薬局において在宅医療の提供を受けることができるようになります。



在宅医療を担う関係機関の役割

➤ 中小規模の病院や有床診療所の役割

高度な急性期医療を担うためには、内科、外科、整形外科、脳神経外科、産科、小児科等、急変が考えられる疾患を担当する診療科及び高度な医療機器が病院にそろっていることが必要です。一定規模以上のいわゆる総合病院は、多くの診療科を置き、高度な医療機器がそろっていることが多く、高度な急性期医療を担っているケースが多いです。

したがって、中小病院（注1）や、入院機能を有する診療所（有床診療所）は、医療機能の分化を推進する観点から、一定規模以上の病院とは異なる役割が期待されています。

具体的には、都市部の中小病院は、高度な急性期医療を担っている大病院と連携し、大病院の急性期を終えた後の回復期のリハビリテーションの機能や、軽度の急性期医療への対応など、地域の診療所と連携した在宅療養の支援拠点機能を持ち合わせる必要があると考えられます。

また、大病院のない地域における中小病院は、その地域の拠点となる病院としての急性期医療も担っていくことが必要です。また、診療所等とも連携し、在宅医療の後方支援を行うことも役割の一つと考えられています。

このように、中小病院は、地域の医療ニーズに対応し、他の医療機関との役割分担も考慮しながら、これまで以上に地域に密着した医療を提供していく必要があります。

有床診療所については、地域医療の中心的な役割を果たすという診療所としての特性に加え、外来のみならず入院治療までカバーできるという機能を併せ持っており、身近な場所で医療を提供できる利便性のある医療提供機関として、一定の役割を果たしていることから、地域の貴重な医療資源として有効な活用を図っていく必要があります。（平成19年版「厚生労働白書」より）

在宅療養患者やその家族等が安心して在宅療養生活をおくるためには、患者急変時において24時間体制で患者を受け入れる体制の整備が不可欠であり、中小病院や有床診療所が、その中心的役割を担っているのです。

（注1）大病院と中小病院とは、病床数等の規模で一律に区分されるものでないことに留意が必要です。

➤ 歯科診療所の役割

要介護状態になり自宅等で療養している患者が歯科医院へ通院することは、本人や家族にとって大きな負担となります。そのような場合に訪問歯科診療を実施している歯科診療所が増えています。ご承知のように歯科治療においては、むし歯を削ったり、口に溜まった水等を吸引したりする機材が必要になりますが、それらコンパクトにしたポータブルユニットを備えた歯科診療所も増加しています。また、県が社団法人長野県歯科医師会に委託して設置している長野県在宅歯科医療連携室にも、歯科診療所向けの貸出用ポータブルユニットが3台整備されています。

脳卒中により麻痺等が残った場合、お口の清掃状態が不良となり歯周疾患の増悪や誤嚥性肺炎等が懸念されます。訪問歯科診療による定期的な口腔ケアや口腔衛生指導などの支援が歯科診療所の役割として求められています。

また、全身状態に問題があるなどで、訪問診療での処置が困難、あるいは危険を伴うような場合には、歯科を併設している病院（重度心身障害者歯科診療施設）などに入院して、適切な全身管理下で治療を受けることも可能です。そうした第一線での在宅歯科医療への支援システムも整備されつつあります。

➤ 訪問看護ステーションの役割

介護が必要になっても、住み慣れた自宅や地域で生活できるように、看護と介護は協働して生活を支援していますが、特に訪問看護は在宅において医師の指示のもと、日常生活の療養、急変時の対応、看取りまで幅広く医療面を担っています。最近では福祉職出身の介護支援専門員が多いため、依頼を受け、医療的に予後予測のできる訪問看護師が、医師、利用者（家族）との仲立ちを行っています。介護保険外でも神経難病、小児への看護（出生時の脳虚血で人工呼吸器装着児、先天異常の児等）と対象者は広範囲となっています。

看取りの場面においては、老衰、脳血管障害や認知症で寝たきりになった利用者への看護（特に終末期は誤嚥性肺炎を起こされる方が多く、医療保険の特別訪問看護指示書が発行され、頻回な吸引、点滴静脈注射、自力体動困難による褥創処置を実施）、末期がんで、紹介された時には要支援レベルの利用者が、週単位の進行で自力で動くことができなくなるため、疼痛緩和と在宅ターミナルケアを行い、ご本人・ご家族の希望される住み慣れたご自宅での在宅死への支援を行います。

➤ 薬局の役割

在宅療養者では、多くの場合に医薬品が使用されており、安心して在宅療養生活をおくるための、医薬品の適正使用・安全使用、薬剤管理、服薬支援が求められます。これまでも、地域の薬局は在宅医療に係る機関として、関係機関と連携してそれらの役割を果たすことに努めてきましたが、その重要性はますます高まっています。

その中でも、在宅療養者及び家族等からの、「薬の管理ができない」「飲みづらい、飲み忘れてしまう」「服薬の介助に時間がかかる」などの声に対し、薬剤師が居宅に訪問する「訪問薬剤管理指導」の実施は重要です。それらを進める上で、十分な周知と体制づくりが必要とされています。

このように薬局は、地域の医療・介護職とチームを組んで積極的に在宅医療に取り組みます。薬剤師による訪問薬剤管理指導を推進すると共に、医薬品等の供給拠点として、医療圏での無菌注射剤の供給を可能とする無菌調剤設備、医療材料・衛生材料の供給体制の確保に努めます。



在宅医療地域リーダー研修会
【長野会場】

開催日：平成 25 年 2 月 11 日
場 所：J A 長野県ビル

グループワークの様子

第7節 歯科医療

第1 現状と課題

1 歯科医療の体制

(1) 医療圏別歯科医療機関数

- 平成24年(2012年)10月時点の県内の医療圏別歯科医療機関数は、長野、松本は200か所を越えていますが、木曽、大北は30か所を下回っています。(表1)
- 平成22年(2010年)10月時点の、県内地域の診療科目に歯科を標榜している病院数は、表2のとおりですが、地域の偏在が見られます。

【表1】医療圏別歯科医療機関数(平成24年10月1日現在)

区分	合計	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曽	松本	大北	長野	北信
歯科診療所数	1,031	105	92	99	85	80	13	225	25	271	36
人口 10万対	47.7	49.3	45.4	48.2	45.0	46.9	41.1	52.6	39.4	48.3	37.0

(医療推進課調べ)

【表2】歯科が設置されている病院数(平成22年10月末現在)

区分	合計	東信	南信	中信	北信
全病院数	132	30	34	30	38
歯科を標榜している病院数	29	8	4	10	7

(医療推進課調べ)

(2) 休日歯科診療

- 県内に地域ごとの歯科医師会が20郡市あり、平成25年(2013年)1月末の時点で、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郡市です。(表3)

【表3】休日緊急歯科診療体制(平成25年1月末現在)

休日緊急歯科診療体制	
休日緊急歯科診療所を設置	上田小県、佐久、松本市、飯田下伊那、上伊那 (郡市) 歯科医師会
輪番制等で休日緊急歯科診療を実施	長野市、上水内郡・飯水・須高・中高・更級・埴科、 北佐久、木曽郡、塩筑、安曇野市、大北、岡谷下諏訪、 諏訪市・茅野市諏訪郡 (郡市) 歯科医師会

(健康長寿課調べ)

（３）障害者歯科医療機関

- 重度心身障害者の歯科診療に対応できる施設は県下で４施設あり、施設運営のための事業費を補助しています。（表４）
 - 障害者歯科相談医制度※に 594 名（平成 24 年 3 月末時点）の歯科医師が登録していますが、その活動をさらに推進する必要があります。
- ※ 長野県歯科医師会の障害者治療実技研修を修了した者で、各地域で障害者の歯科治療について相談に応じます。

【表４】重度心身障害者歯科診療施設(平成 24 年 3 月末現在)

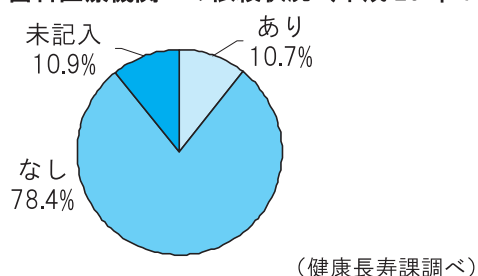
三次医療圏	歯科診療施設
東信	佐久市立国保浅間総合病院
南信	伊南行政組合昭和伊南総合病院
中信	松本歯科大学病院
北信	長野赤十字病院

（医療推進課調べ）

（４）医科歯科連携体制

- 平成 23 年（2011 年）11 月末時点で、医科の医療機関から連携の依頼を求められた歯科医療機関は 1 割程度でした。（図 1）
- 平成 24 年（2012 年）12 月末時点で、周術期口腔機能管理(がん等の手術を受ける患者への口腔ケア)等について地域病院と地域の郡市歯会歯科医師会で体制を整えている地域は 4 地域ありますが、さらに医科歯科連携できるよう体制を整える必要があります。（表 5）

【図 1】医科の医療機関からの歯科医療機関への依頼状況（平成 23 年 11 月現在）



（健康長寿課調べ）

【表 5】周術期口腔機能管理体制に取り組んでいる地域数（平成 24 年 12 月末現在）

周術期口腔機能管理体制に取り組んでいる地域	4 地域
-----------------------	------

（健康長寿課調べ）

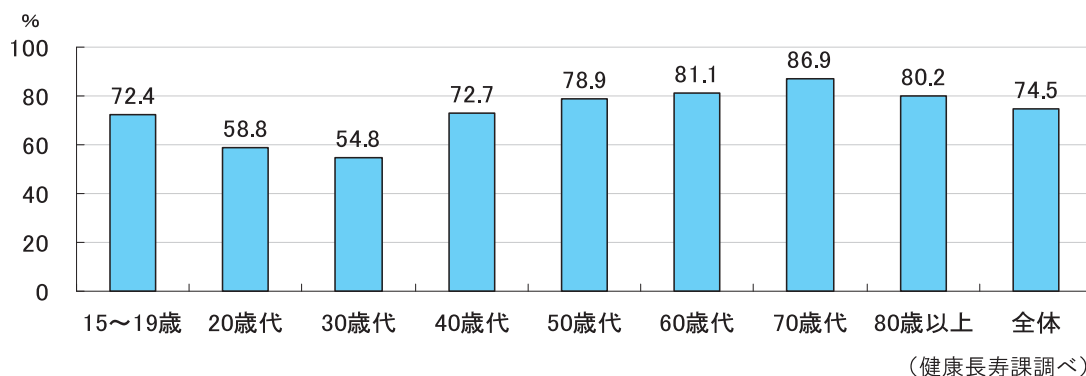
（５）災害時の歯科医療提供体制

- 長野県災害医療活動指針「災害時の医療救護についての協定書」に基づき、長野県歯科医師会が歯科医療救護班の派遣・活動を行います。
- 災害時の歯科保健医療サービスの現状・充実等に関する検討が十分とは言えません。

2 かかりつけ歯科医

- 平成22年（2010年）11月時点でかかりつけ歯科医を持つ人は 20 歳代、30 歳代で低く 6 割に満たない状態ですが、40 歳以降で年々増加します。（図2）

【図2】 年代別かかりつけ歯科医を持つ人の割合（平成22年11月現在）



第2 施策の展開

（1）県民の状況や関係機関等の取組等に関する実態把握

- 災害時の歯科保健サービスの現状・充実等に関する検討を行います。
- 口腔がん対策の現状・充実等に関する検討を行います。

（2）歯科健診・指導、歯科医療、口腔ケアの機会の拡充への支援

- 在宅歯科診療を提供する体制の整備を進めます。
- 歯科医療安全確保の取組を支援します。
- 障害者の歯科医療の提供の拡充を支援します。

（3）歯科保健従事者、保健医療従事者の確保・資質の向上への支援

- 各種従事者を対象とする研修会を充実します。
- 歯科衛生士確保に関する実態把握や必要な対策の検討等に取り組めます。

（4）医科歯科医療機関の連携の支援

- 歯科を設置している病院の増加に向けた働きかけを進めます。
- 医科歯科医療機関の連携体制の構築を図ります。
- 周術期口腔機能管理体制に取り組んでいる地域の増加に向けた働きかけを進めます。
- 地域連携クリティカルパスに参画する歯科医療機関の増加に向けた働きかけを進めます。

第3 数値目標

指 標	現状 (H24)	目標 (H29)	目標数値 の考え方	備 考 (出典等)
かかりつけ歯科医を持つ者の割合（再掲）【第6編第1章第2節「かかりつけ医・かかりつけ歯科医の普及と病診（病病、診診）連携の推進」においても記載】	76.6%	80%	平成 16 年度の現状値が 76.9%であり、5 年間で低下したため、5 年前以上の割合まで増加させる。	医療推進課調査
歯科が設置されている病院数	29 病院 (H22)	29 病院以上	現状より増加させる。	医療推進課調査
重度心身障害者歯科診療施設数	4 病院	4 病院	現在の水準を維持する。	医療推進課調査
障害者歯科相談医制度に登録している歯科医師数	594 名	594 名以上	現状の水準以上を目指す。	健康長寿課調査
医科医療機関から患者管理を依頼されたことがある歯科医療機関の割合	10.7% (H23)	10.7%以上	現状の水準以上を目指す。	健康長寿課調査
周術期口腔機能管理体制に取り組んでいる地域数	4 地域	4 地域以上	現状の水準以上を目指す。	健康長寿課調査

歯科における二次医療

歯科を受診する患者の大半は、地域の歯科診療所などの一次医療機関で十分に対応でき、入院治療も可能な二次医療機関の対象となるのは、口腔外科手術や重度障害者への歯科治療など、比較的限られた症例に過ぎませんでした。しかし、高齢化に伴う医療需要の変化により、歯科における二次医療への需要が高まっています。

近年では、在宅や施設の要介護者に対しても訪問歯科診療によって、生活の質（QOL）の維持向上が図られるようになっていますが、そうした患者には重篤な全身疾患や心身障害を合併していることが少なくありません。危機的発作や基礎疾患の急性増悪のリスクを軽減し、侵襲の大きな治療を安全に行うためには、より充実した全身状態の管理や、異常時の対応能力を備えた二次医療機関以上の歯科医療機関の存在が必要になります。

公立病院でも歯科が必ずしも設置されてはいない現状を改善し、第一線での地域歯科医療のバックアップ体制を充実していくことが重要です。

第8節 薬物乱用対策

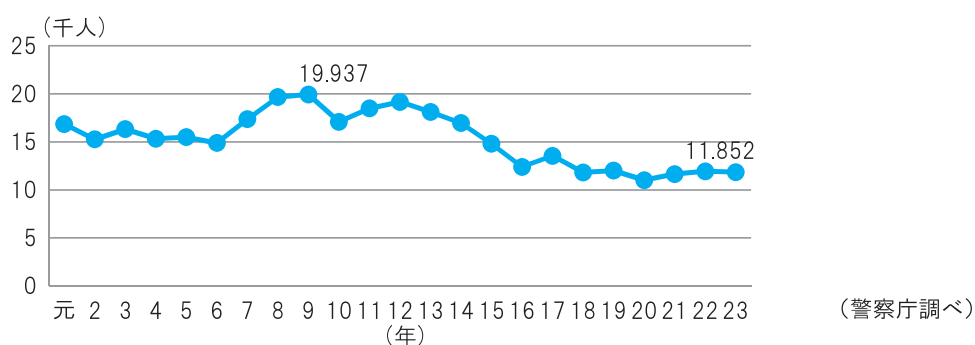
第1 現状と課題

- 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、MDMA、向精神薬、シンナー、違法ドラッグ（いわゆる脱法ドラッグ）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。

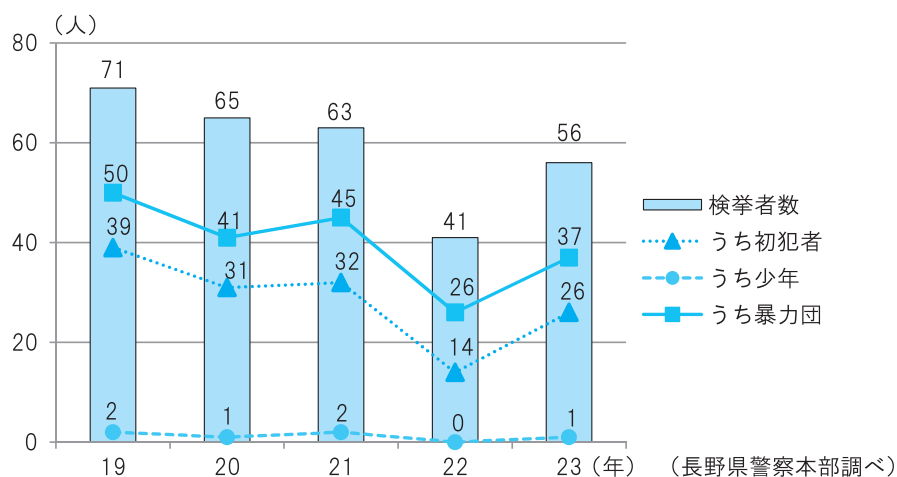
1 覚醒剤

- 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23年（2011年）の覚醒剤事犯による検挙者人員の55.3%は暴力団関係者(6,553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半数以上を占めていること、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



【図2】長野県の覚醒剤事犯検挙者数の推移



2 覚醒剤以外の薬物

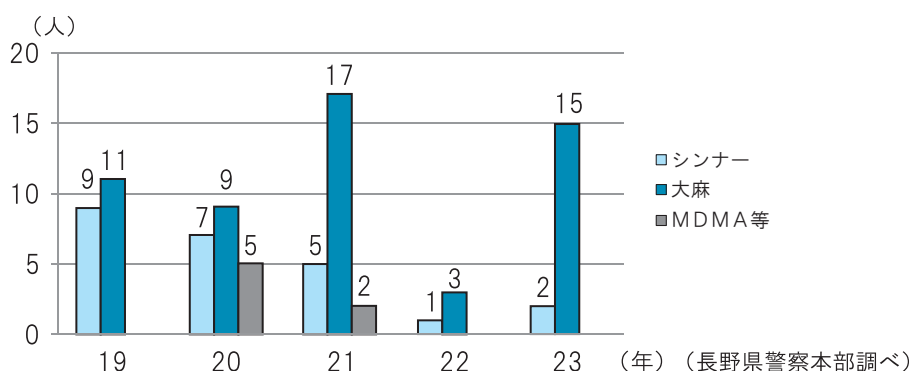
- 全国では、シンナー、MDMA等による検挙者が減少傾向にあり、大麻による検挙者も平成22年から2年連続して減少しています。
- 本県では、シンナーによる検挙者は減少傾向にあるものの毎年検挙者がみられ、また、大麻による検挙者は年によって差があるものの5年間で55名が検挙されています。
- 最近では、「合法ドラッグ」「合法ハーブ」等と称して流通している違法ドラッグの乱用が急速に拡大し全国的な問題となっています。

【表1】全国の大麻等による検挙者数の推移

年	平成19年	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年
大麻	2,271	2,758	2,920	2,216	1,648
シンナー	1,802	1,428	1,215	871	561
MDMA等	296	281	107	61	77

(警察庁調べ)

【図3】長野県の大麻等による検挙者数の推移



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。

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違法ドラッグを扱う疑いのある店舗やインターネット等の監視を強化し、違法ドラッグによる健康被害の防止を図ります。
- 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、中学校や高校での薬物乱用防止教育を推進します。

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。

違法ドラッグ

違法ドラッグは、「脱法ドラッグ」「合法ドラッグ」などと称し、多幸感や快感を高めたり、幻覚作用を有するものとして販売されています。

ビデオクリーナー、芳香剤、観賞用植物、お香などを装い販売されているものもありますが、麻薬や覚せい剤に類似した危険な薬物が含有されているため、人体への使用により危害が発生するおそれがあり、法律で製造・輸入・販売等が禁止されています。

特に近年、繁華街の店舗やインターネットなどで「脱法ハーブ」「合法ハーブ」などと称して、ハーブを装い「人体に摂取する商品ではない。」などと明記して規制を免れ販売されていますが、これらを燃やしてキセルで吸引するなど人体に使用すると、呼吸停止、意識消失、急性中毒等の健康被害が発生するおそれがあります。

違法ドラッグと思われる植物片を吸引した後に体調不良となり医療機関に救急搬送された事例や、吸引後に自動車を運転して通行人を巻き込む交通事故を起こす事例などが発生しており、違法ドラッグは社会問題化しています。

長野県においても、平成23年度に実施した無承認無許可医薬品等買い上げ調査で買い上げた2品目から、薬事法で指定薬物として規制された物質が検出されました。



（長野県内で販売されていた違法ドラッグ）

第9節 その他の医療施策

1 リハビリテーション医療

第1 現状と課題

- 県内で、診療報酬上認められているリハビリテーションを行っている医療機関は、次のとおりです。

【表1】リハビリテーション料届出医療機関数（平成23年10月1日現在）

種 別	対象疾患等	届出医療機関数				
		東信	南信	中信	北信	計
心大血管疾患 リハビリテーション料	急性心筋梗塞、狭心症、大動脈乖離、慢性心不全など	0	4	4	3	11
脳血管疾患等 リハビリテーション料	脳梗塞（こうそく）、脳出血、くも膜下出血、脳外傷、脳腫瘍、パーキンソン病、高次脳機能障害など	28	30	26	27	111
呼吸器 リハビリテーション料	肺炎、無気肺、胸部外傷、肺梗塞、肺移植手術、慢性閉塞性疾患など	15	23	24	18	80
運動器 リハビリテーション料	上・下肢の複合損傷、脊椎損傷による四肢麻痺、関節の変性疾患など	32	34	32	43	141
障害児(者) リハビリテーション料	脳性麻痺、脳形成不全、先天性切断、先天性神経代謝異常症など	1	1	2	2	6
難病患者 リハビリテーション料	ベーチェット病、多発性硬化症、重症筋無力症、全身性エリテマトーデスなど	0	0	0	0	0
がん患者 リハビリテーション料	各種がん	0	2	4	1	7

（注1）リハビリテーションを行っているとして、診療報酬上の届出をした医療機関数を記載。

（注2）がん患者リハビリテーション料の届出医療機関数は、平成24年11月1日現在の数値を記載。

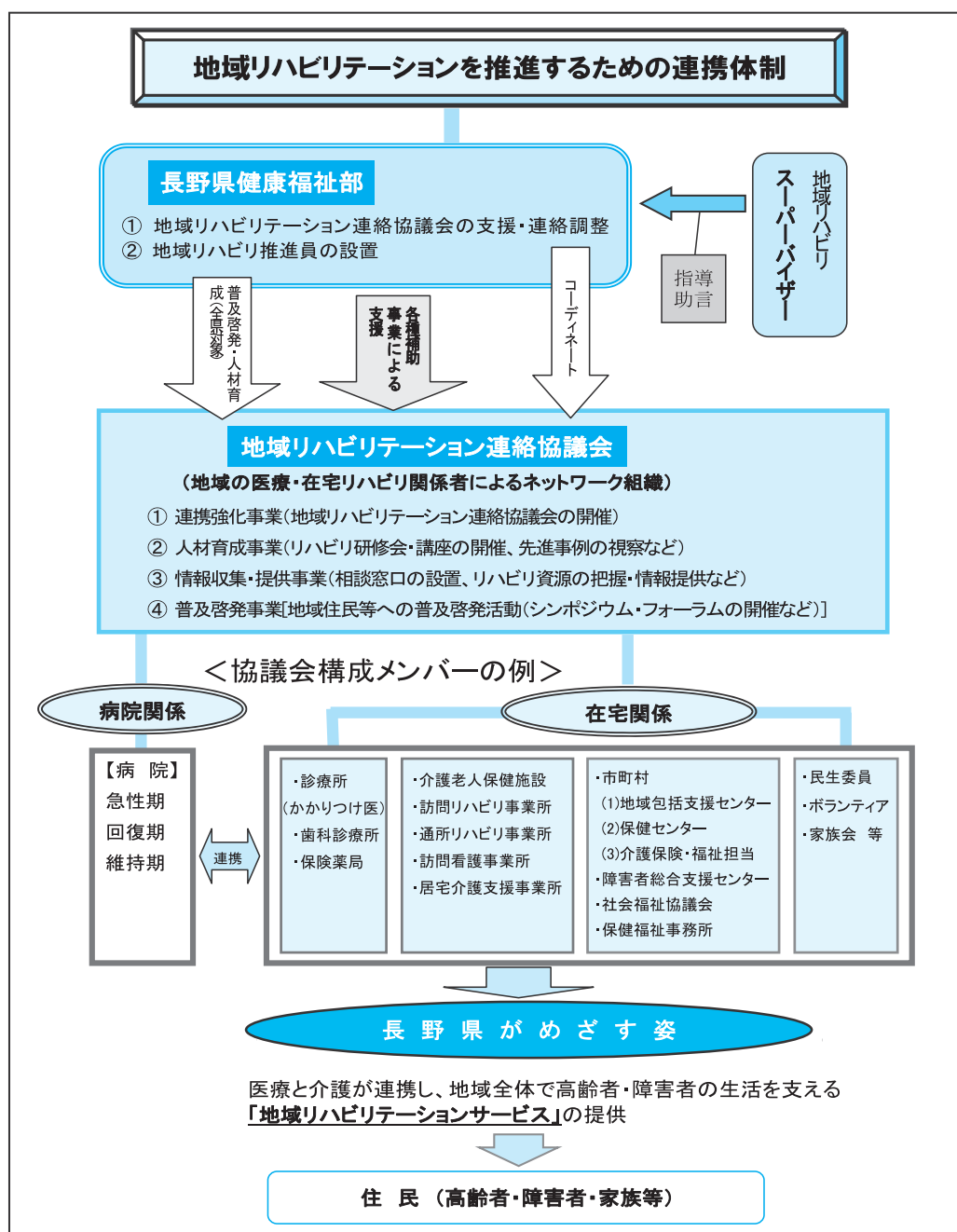
（医療推進課調べ）

- リハビリテーション医療は、高齢化の進展や、脳血管疾患、心大血管疾患に係る救急医療の後医療として疾患後の生活の質（QOL）向上の面からも、その重要性がますます高まっています。
- 脳血管疾患、心大血管疾患については、急性期におけるベッドサイドでのリハビリテーションから、回復期・維持期までのリハビリテーションを、切れ目なく提供する体制を整備する必要があります。特に、脳卒中患者については、長期の臥床による機能低下を防ぎ、早期の日常生活動作の向上と社会復帰を図るため、十分なリスク管理の下に可能な限り発症後早期からリハビリテーション（急性期リハビリテーション）を開始することが大切です。
- また、要介護高齢者に多い摂食障害や誤嚥を防止するための摂食・嚥下リハビリテーションについても、歯科医院などを通じて普及と推進を図る必要があります。
- 県では、「長野県における地域リハビリテーションのあり方検討会」を平成22年度から5回開催し、長野県における医療機関と福祉施設におけるリハビリテーション機能の分担と連携に関する課題を明らかにするとともに、地域リハビリテーション推進のための対策と、そのための体制づくりについて検討を行い、平成24年（2012年）3月に報告書を取りまとめました。

第2 施策の展開

- 脳卒中、急性心筋梗塞の医療提供体制においては、急性期・回復期・維持期（脳卒中の場合）の各段階において、それぞれの医療機関の役割を明確化し、生活機能に着目したリハビリテーション医療を目指します。
- 「長野県における地域リハビリテーションのあり方検討会」報告書を踏まえ、保健・医療・福祉各部門のネットワークを強化し、高齢者や障害者に対して有効・適切なリハビリテーション医療を切れ目なく提供する体制の整備を目指します。

【図1】地域リハビリテーションを推進するための連携体制のイメージ



(平成24年3月「長野県における地域リハビリテーションのあり方検討会」報告書より抜粋)

【参考】診療報酬の算定方法におけるリハビリテーション料の一覧

リハビリテーションの種類	内 容
心大血管疾患リハビリテーション料	心機能の回復、当該疾患の再発予防等を図るために、心肺機能の評価による適切な運動処方に基づき運動療法等を個々の症例に応じて行った場合に算定
脳血管疾患等リハビリテーション料	・ 基本的動作能力の回復等を通して実用的な日常生活における諸活動の自立を図るために、種々の運動療法、実用歩行訓練、日常生活活動訓練、物理療法、応用的動作能力、社会的適応能力の回復等を目的とした作業療法等を組み合わせる個々の症例に応じて行った場合に算定 ・ 言語聴覚機能に障害を持つ患者に対して言語機能若しくは聴覚機能に係る訓練を行った場合に算定
呼吸器リハビリテーション料	呼吸訓練や種々の運動療法等を組み合わせる個々の症例に応じて行った場合に算定
運動器リハビリテーション料	基本的動作能力の回復等を通して、実用的な日常生活における諸活動の自立を図るために、種々の運動療法、実用歩行訓練、日常生活活動訓練、物理療法、応用的動作能力、社会的適応能力の回復等を目的とした作業療法等を組み合わせる個々の症例に応じて行った場合に算定
障害児(者)リハビリテーション料	脳性まひの患者、神経障害による麻痺及び後遺症の患者、言語障害又は聴覚障害を伴う発達障害の患者など厚生労働大臣が定める患者のうち、医師が必要と認めた者に対して個々の症例に応じて行った場合に算定
難病患者リハビリテーション料	難病患者の社会生活機能の回復を目的として行った場合に算定
がん患者リハビリテーション料	がんの種類や進行、がんに対して行う治療及びそれに伴って発生する副作用又は障害等について十分な配慮を行った上で、がんやがんの治療により生じた疼痛、筋力低下、障害等に対して、二次的障害を予防し、運動器の低下や生活機能の低下予防・改善することを目的として種々の運動療法、実用歩行訓練、日常生活活動訓練、物理療法、応用的動作能力、社会的適応能力の回復等を組み合わせる個々の症例に応じて行った場合に算定

(平成 24 年 3 月厚生労働省「医科診療報酬点数表に関する事項」)

2 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2件ありました。心停止後の腎臓提供件数は、概ね1～2件／年で、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。
- 本県では、県内での臓器提供事例が発生した場合に（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を信州大学医学部附属病院に配置しています。また、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34医療機関・51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・腎臓提供者数の推移

（単位：人）

区 分	平成19年度	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度
献眼者数	14	30	21	19	19
腎臓提供数	2	1	1	2	2

（（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 骨髄移植

- 骨髄移植については、平成4年度（1992年度）から骨髄バンク事業として、国の主導のもと（財）骨髄移植推進財団が主体となって、白血病などの血液難病患者に対して骨髄提供を推進しており、普及啓発・ドナー募集、患者登録や主治医等との連絡調整など骨髄移植までのコーディネート全般を担っています。また、日本赤十字社では骨髄提供希望者（ドナー）から採血した白血球の型を検査し、データの登録と管理を行っています。

- 本県では、骨髄提供希望者（ドナー）の登録を促進するため、普及啓発を実施するとともに保健福祉事務所に登録窓口を設置し、登録の利便性の確保を図っています。

【表2】本県の骨髄提供登録者数、非血縁者間骨髄移植数（平成24年9月末現在）

骨髄提供希望者（ドナー）登録者数（平成4年登録開始以降累計）（人）	3,742
非血縁者間骨髄移植数（平成5年移植開始以降累計）（件）	122

（（財）骨髄移植推進財団調べ）

【表3】本県の骨髄提供希望者（ドナー）登録受付窓口

赤十字血液センター窓口	（長野）骨髄データセンター、（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、松本保健福祉事務所、 北信保健福祉事務所

（（財）骨髄移植推進財団調べ）

- 全国の骨髄バンクの登録者数が平成24年（2012年）1月12日に40万人に到達しました。
しかし、ドナー登録は年齢制限により55歳になると自動的に登録が抹消され、ドナーの健康状態によっては骨髄提供できない場合もあります。また、白血球の型が一致しないといった理由で、未だ移植を受けられない患者も多いため、引き続き骨髄提供希望者（ドナー）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。
- 信州大学医学部附属病院に配置している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 骨髄移植

- 骨髄提供希望者（ドナー）登録の確保のため、（財）骨髄移植推進財団及び日本赤十字社と連携し、普及啓発を実施するとともに、登録希望者に対し登録しやすい環境を整備し骨髄バンクへの登録を促進します。

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



《 1. 2. 3. いずれかの番号を○で囲んでください。》

1. 私は、脳死後及び心臓が停止した死後のいずれでも、移植の為に臓器を提供します。
2. 私は、心臓が停止した死後に限り、移植の為に臓器を提供します。
3. 私は、臓器を提供しません。

《 1 又は 2 を選んだ方で、提供したくない臓器があれば、Xをつけてください。》
【 心臓・肺・肝臓・腎臓・膵臓・小腸・眼球 】

〔特記欄： 〕

署名年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

本人署名（自筆）： _____

家族署名（自筆）： _____

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するといわれ、“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。

（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これまでもグリーンリボンを胸につける運動などを行ってきましたが、より多くの人に移植医療について理解してもらうため、2009年から新たな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、よりたくさんいのちが救われる社会を目指します。

3 外国籍県民に対する支援

第1 現状と課題

- 県内に住む外国人は3万人を超え、県内人口に占める割合は約1.6%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19年	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年
(人)					
中 国	10,649	11,146	10,835	10,791	10,846
ブラジル	15,595	14,278	10,632	8,777	7,679
韓国・朝鮮	4,582	4,589	4,505	4,432	4,314
フィリピン	4,386	4,415	4,162	4,048	3,967
タ イ	2,497	2,515	2,370	2,251	2,201
そ の 他	5,335	5,225	4,800	4,515	4,514
総 数 (人)	43,044	42,168	37,304	34,814	33,521
県内人口に占める割合 (%)	1.96	1.93	1.71	1.62	1.57

(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」を作成しています。平成22年度（2010年度）には対応言語を4ヶ国語から8ヶ国語に増やすとともに医療機関等へ問診票を配布し、県ホームページにも公表しました。
(<http://www.pref.nagano.lg.jp/eisei/imu/medicalq/medicalq.htm>)
- 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。
(<http://www.pref.nagano.lg.jp/eisei/imu/8000/8000.htm>)。
- 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 長野県国際交流推進協会が県下3会場で実施しています。

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」の活用を促進するほか、（公財）長野県国際交流推進協会と協力し、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、国際課の協力のもと、ホームページやモバイルサイト等を利用した情報提供に努めます。
- 県内に居住する外国人等が救急医療を受けた結果、未払いとなった医療費について、救急医療体制を確保する観点から、県が医療機関に対して医療費の一部を補填します。

4 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24年3月31日現在）

被爆者数	150
医療特別手当受給者数	1
健康管理手当受給者数	107
保健手当受給者数	10
小計	118

（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

医療安全の推進と医療に関する情報化

第1節 医療安全対策

第1 現状と課題

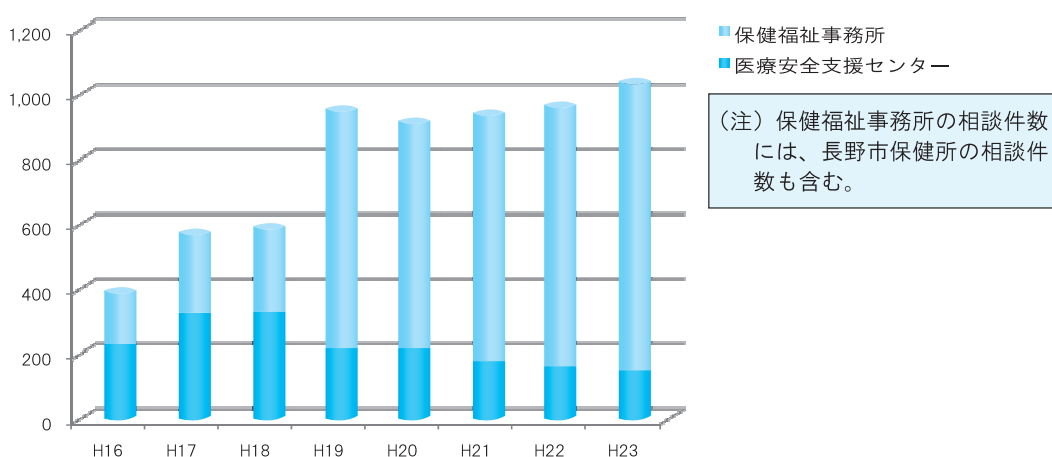
1 医療安全体制の確保

- 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、各保健福祉事務所においても医療安全支援センターと同様に医療相談を行っています。
- 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。

【図1】医療相談件数の推移（平成 23 年度）



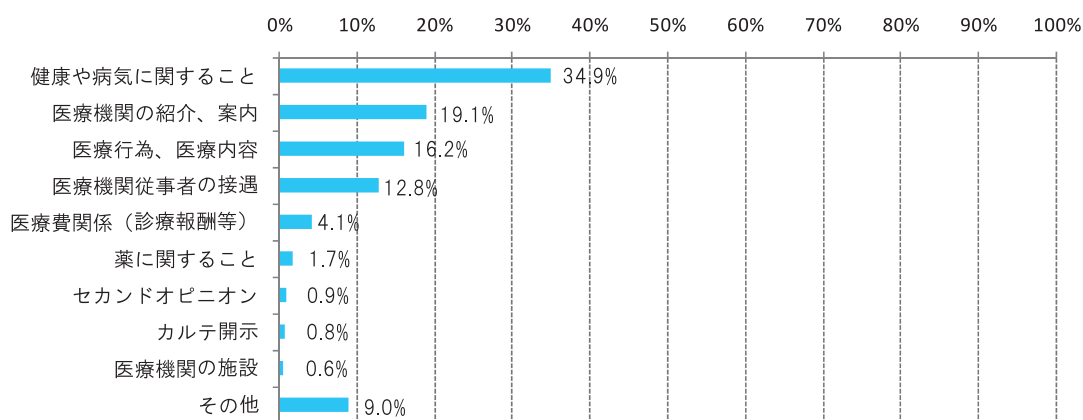
（注）保健福祉事務所の相談件数には、長野市保健所の相談件数も含む。

（医療推進課調べ）

- 本県における医療相談件数は年々増加傾向にあり、平成 23 年度（2011 年度）の件数は 1,000 件を超えています。

- 相談内容の内訳については、「健康や病気に関すること」が3分の1以上を占めており、次いで、「医療機関の紹介、案内」、「医療行為、医療内容」となっています。

【図2】医療相談内容の内訳（平成23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。

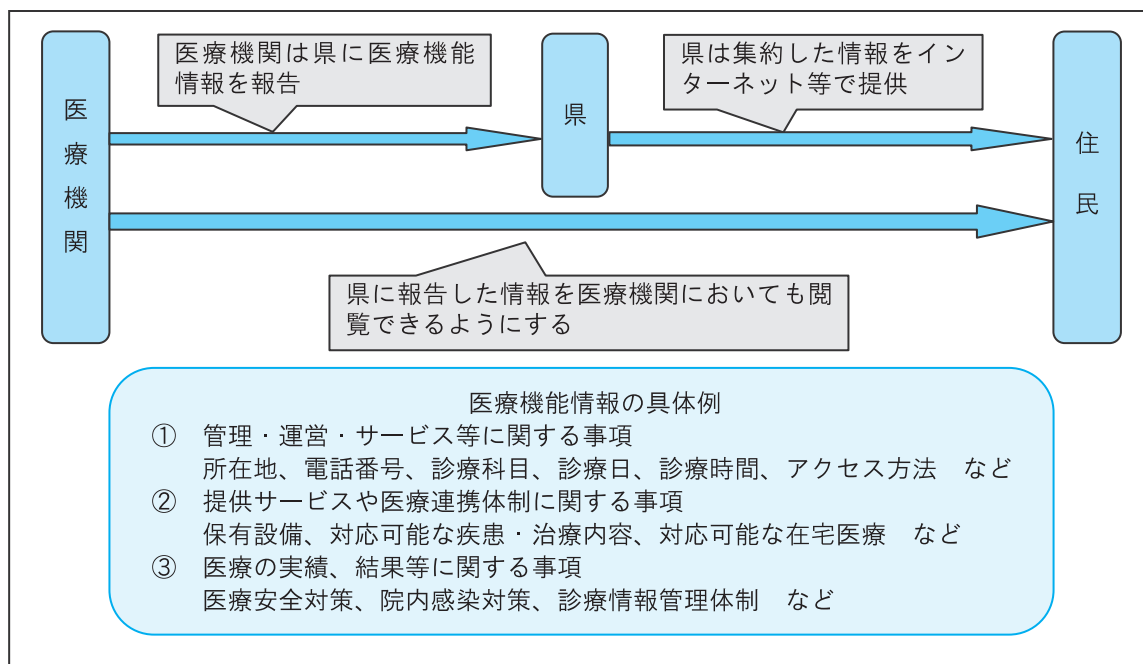
第2節 医療に関する情報化

1 医療機能情報提供制度

第1 現状と課題

- 医療機能情報提供制度とは、医療機関（病院、診療所、歯科診療所、助産所、薬局）が、施設や提供するサービスに関する情報（医療機能情報）を自施設において閲覧できるようにするとともに県に報告し、県はその情報をインターネット等により住民に提供する制度で、平成19年（2007年）に導入されました。
- 医療機関が自発的に発信する情報だけでは医療機関や地域の間で情報の内容に差が生じるため、住民が適切に医療機関を選択できるよう、本制度では一定の項目について報告を義務付けています。
- 本県では、報告された医療機能情報を「ながの医療情報 Net（長野県広域災害・救急医療情報システム）」（<http://www.qq.pref.nagano.lg.jp/>）に掲載し、公表しています。

【図1】医療機能情報提供制度のイメージ



第2 施策の展開

- 住民による医療機関の適切な選択を支援するために、ながの医療情報ネットの内容の一層の充実を図ります。
- 全医療機関を対象に年1回の定期的な報告を行うとともに、医療機能情報が変更となった場合の随時報告の徹底を推進し、情報の正確性を確保します

2 医療に関するIT化

第1 現状と課題

- 医療分野においては、レセプトの電子化、電子カルテの導入、遠隔医療など、ITを活用した医療機関相互の連携の促進等が急速に進められています。
- 平成21年（2009年）から、「高齢である」などの理由により電子化が困難である場合を除き、レセプトのオンライン請求又は電子請求が原則化されました。
- また、電子カルテについては、これまで主に医療機関における業務の効率化の観点で導入が進められてきましたが、近年では、医療機関相互で診療情報を共有し、連携して医療を提供するといった新たな取組が進められています。

遠隔医療

遠隔医療とは、医師と患者が直接対面せず、インターネットなどの通信技術を活用して診療を行う行為であり、患者の状態を正確に把握し、効果的で適切な医療を提供する観点から、「診療は対面診療が原則であり、遠隔医療はあくまで補完的なもの」とされています。

しかし、患者側の視点から見ると、慢性的な医師不足、高齢化による通院困難、往診が限られているなどの多くの制約がある中で、遠隔医療は有効なツールになり得るものです。

特に面積が広大で過疎地域を多く抱える本県では、遠隔医療に対する期待は大きくなっています。

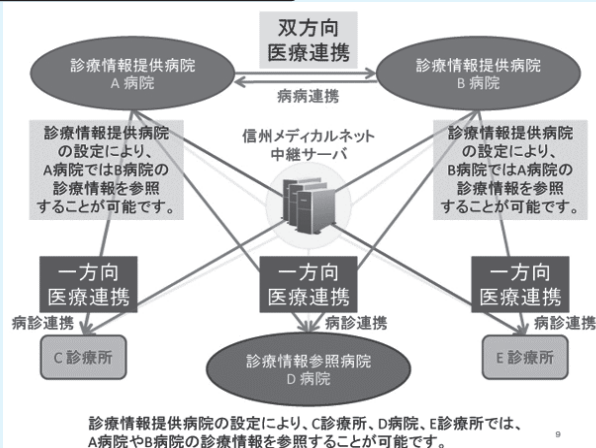
- 本県においては、平成23年（2011年）9月に「信州メディカルネット協議会」が発足し、信州大学医学部附属病院等に設置された中継センターを介して複数の医療機関が電子カルテの患者情報を共有できる「地域医療連携ネットワークシステム（信州メディカルネット）」が構築され、平成24年（2012年）10月現在、6病院により共有が開始されています。
- 質の高い医療を効率的に提供するため、医療分野におけるITの活用を一層促進していくことが必要です。

信州メディカルネットの取組

信州メディカルネットは、患者の同意のもと、ネットワークで結ばれた関連医療機関での検査、診断、治療内容、説明内容等を複数の医療機関で共有し、理解した上で、自施設で患者に安全で高品質な医療を提供することにより、地域医療の質の向上を目指しています。

今後、県全域にわたる医療連携ネットワークの構築が期待されています。

【信州メディカルネットのシステム概念図】



第2 施策の展開

- 医療の効率化、安全確保、質の向上の観点から、医療機関等におけるレセプトの電子化、電子カルテの導入、遠隔医療の設備整備、ITを活用した医療機関相互の連携の促進などを支援することにより、医療分野におけるIT化の推進を目指します。

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。今後も、高齢者人口の増加や医療の高度化などにより、県民医療費は増加することが見込まれます。
- 1人当たり後期高齢者（老人）医療費は、依然として全国平均より低いものの、伸び率では全国平均を上回って推移しており、全国平均との差は減少傾向にあります。特に、入院医療費の伸びが大きくなっています。
- 10～30歳代の一部の年齢層では、1人当たり医療費が全国平均を上回っています。
- 疾病分類別医療費をみると、生活習慣病の占める割合が大きくなっています。
- 厳しい経済情勢を反映して被保険者の収入が減少する中、医療費は増加を続けており、医療保険財政は非常に厳しい状況にあります。

⇒ 詳細は、第2編第3章「医療費等の現状」参照

- 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。

2 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、医療費の伸びを適正なものにしていきます。

I 県民の健康保持の推進

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（内臓脂肪症候群）が強く疑われる者及び予備群の減少、たばこ対策の推進などに取り組みます。

⇒ 詳細は、第4編「健康づくり」参照

II 医療の効率的な提供体制の確保

医療機能の強化・連携等を通じて、入院期間の短縮などに取り組みます。

⇒ 詳細は、第6編「医療施策」第1章～第4章、
第7編「疾病対策等」参照

III 適正な受診や後発医薬品使用の促進等

重複・頻回受診の解消や後発医薬品の使用促進などに取り組みます。

- 第5章では、適正な受診や後発医薬品使用の促進などについて記載します。

第1節 適正な受診の促進

第1 現状と課題

- 本県の平成23年（2011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」をみると、受診日数が多い者や受診した医療機関の数が多い者が、全国平均よりは少ないものの、本県においても一定程度存在しています。
- 市町村国保における重複受診者等に対する訪問指導の実施状況をみると、対象者数は減少傾向にありますが、対象者に対する訪問指導の延べ実施人数も減少しています。
- 必要以上に重複して、又は頻繁に、医療機関にかかる重複頻回受診は、医療費が増加するだけでなく、薬剤の併用等による身体への影響が懸念され、また、適切な医療の確保の観点からも、解消に向けた取組が必要です。

【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23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 49.3％）		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	94.3%	69.4%	20.4%	3.9%	0.5%	0.0%
	6～10日	4.0%	0.7%	1.5%	1.1%	0.5%	0.2%
	11～15日	1.2%	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	0.2%	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%	70.8%	22.4%	5.3%	1.1%	0.3%

全国 （患者割合 48.6％）		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	92.2%	67.0%	20.5%	4.2%	0.5%	0.0%
	6～10日	5.2%	1.0%	1.9%	1.4%	0.7%	0.2%
	11～15日	1.7%	0.5%	0.6%	0.3%	0.1%	0.1%
	16～20日	0.5%	0.1%	0.2%	0.1%	0.1%	0.0%
	21～25日	0.3%	0.1%	0.1%	0.1%	0.0%	0.0%
	26日～	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	総計	100.0%	68.7%	23.3%	6.2%	1.4%	0.4%

（厚生労働省「平成22年度医療給付実態調査」）

【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23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 80.7％）		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	91.1％	61.1％	23.9％	5.3％	0.7％	0.0％
	6～10日	6.3％	1.1％	2.3％	1.8％	0.8％	0.3％
	11～15日	1.8％	0.7％	0.5％	0.3％	0.2％	0.1％
	16～20日	0.4％	0.1％	0.2％	0.1％	0.1％	0.0％
	21～25日	0.2％	0.0％	0.1％	0.1％	0.0％	0.0％
	26日～	0.1％	0.0％	0.0％	0.0％	0.0％	0.0％
	総計	100.0％	63.0％	27.0％	7.7％	1.8％	0.5％

全国 （患者割合 81.0％）		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	84.8％	53.5％	24.2％	6.1％	0.9％	0.1％
	6～10日	9.7％	1.7％	3.4％	2.8％	1.3％	0.4％
	11～15日	3.4％	0.9％	1.1％	0.8％	0.4％	0.2％
	16～20日	1.2％	0.2％	0.4％	0.3％	0.2％	0.1％
	21～25日	0.6％	0.1％	0.2％	0.2％	0.1％	0.0％
	26日～	0.4％	0.1％	0.1％	0.1％	0.1％	0.1％
	総計	100.0％	56.6％	29.4％	10.3％	2.9％	0.9％

（厚生労働省「平成22年度医療給付実態調査」）

【表3】市町村国保における重複頻回受診者に対する訪問指導の実施状況（長野県）（人）

	平成22年度		平成23年度	
	重複受診	頻回受診	重複受診	頻回受診
対象者数	377	153	297	109
延べ実施人数	189	69	116	38

※対象者は、各市町村の基準による。

（健康福祉政策課調べ）

第2 施策の展開

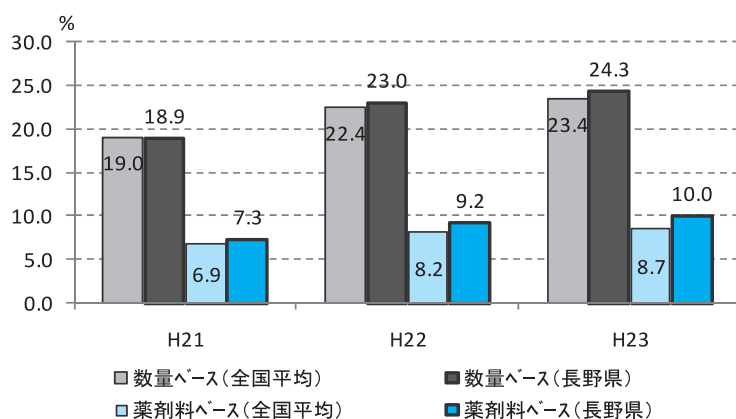
- かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局、お薬手帳等に関する普及啓発や適正な受診に向けた意識啓発を進めます。
- 薬局・医療機関において患者情報を共有し、医療に必要なかつ適正な情報提供が行われるよう「お薬手帳」の活用を推進します。
- 医療、介護、福祉に関する相談窓口やサービス提供施設などの情報提供を通じ、症状に応じた適正な受診を促進します。
- 医療費通知の送付、重複頻回受診者に対する訪問指導や健康教育の充実など、被保険者に対する適正受診に向けた取組が推進されるよう、市町村等に対し、情報提供や助言を行います。

第2節 後発医薬品の使用促進

第1 現状と課題

- 国は、「平成24年度（2012年度）までに、後発医薬品の数量シェアを30%以上にする」という目標を掲げ、後発医薬品の使用促進に取り組んでいます。最近の調剤医療費（電算処理分）の動向によると、平成23年度（2011年度）の後発医薬品の割合は、数量ベースで23.4%となっています。また、出荷ベースの国内シェアは23.3%となっています。
- 本県の平成23年度（2011年度）の後発医薬品の割合は、数量ベースで24.3%（全国22位）、薬剤料ベースで10.0%（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、患者や医療関係者が安心して後発医薬品を使用することができる環境の整備が必要です。

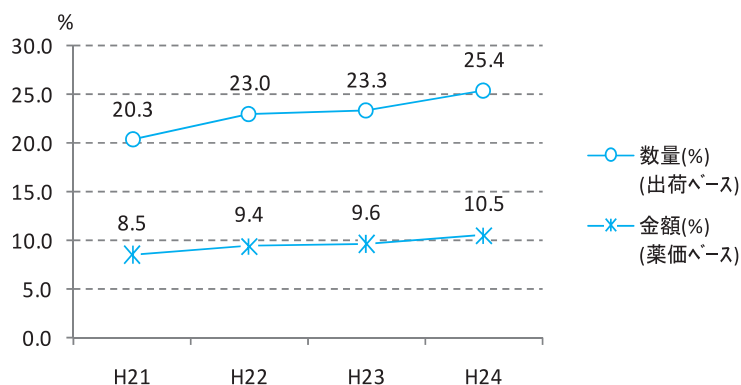
【図1】「最近の調剤医療費（電算処理分）の動向」における後発医薬品の割合



（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

【図2】後発医薬品の国内シェアの年次推移



※平成24年度の数値は、第2四半期の速報値

（日本ジェネリック製薬協会調べ）

第2 施策の展開

- 医療関係者、医療保険者、行政機関等による後発医薬品の使用促進に関する協議会などを活用し、関係者間の情報の共有を図ります。
- 患者や県民が安心して使用できるよう、後発医薬品の使用に関する情報提供や普及啓発を行います。
- 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、被保険者に対する普及啓発や使用促進の取組が行われるよう、市町村等に対し情報提供や助言を行います。

後発医薬品（ジェネリック医薬品）

後発医薬品は、生物学的同等性試験結果等に基づき、品質、有効性及び安全性が先発医薬品と同等であることを確認した上で、薬事法により承認された医薬品です。後発医薬品は、ジェネリック医薬品とも呼ばれています。

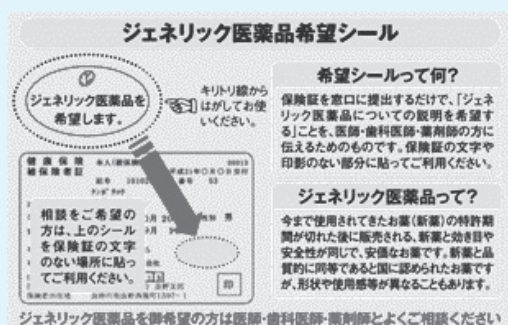
ジェネリック医薬品は、先発医薬品の特許が切れた後に製造販売され、一般的に開発費用が安く抑えられることから、先発医薬品に比べて価格が安くなっています。ジェネリック医薬品の使用は、患者負担の軽減が図られるだけでなく、医療保険財政の改善にも役立ちます。

では、医療機関からジェネリック医薬品をもらうにはどうしたらよいのでしょうか。

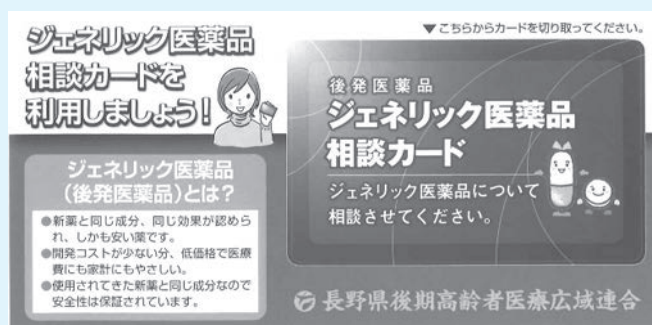
病院や診療所では、受付時に口頭で伝えたり、診察券やお薬手帳にジェネリック医薬品希望シールを貼ったり、保険証と一緒にジェネリック医薬品希望（相談）カードを提出したりして、ジェネリック医薬品を希望する旨を伝えてください。

また、平成24年4月からは、薬局でお薬をもらう際に、ジェネリック医薬品の有無や価格の違い等の情報が文書で提供されるようになりましたので、これも活用しましょう。

ジェネリック医薬品に切り替えた場合の価格（差額）については、医療保険者から差額通知が送付される場合があるほか、日本ジェネリック製薬協会のホームページで公開している「かんたん差額計算」を利用して調べることができます。



（協会けんぽ長野支部）



（長野県後期高齢者医療広域連合）

第3節 レセプト点検の充実

第1 現状と課題

- 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、レセプトの確認が重要です。
- 診療報酬の請求や医療保険の給付が適正なものとなるよう、縦覧点検や医科レセプトと調剤レセプトとの突合、第三者行為等に該当するレセプトの調査等、医療保険者におけるレセプト点検・調査の充実強化を図る必要があります。
- レセプトの作成や点検・調査は専門性が高く、保険医療機関等と医療保険者の双方が、診療報酬を正しく理解し、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】レセプト点検による財政効果等の状況（平成22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）	1,527	1,928	4,533	-
財政効果率（%）	0.71	0.85	0.67	0.60

（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2 施策の展開

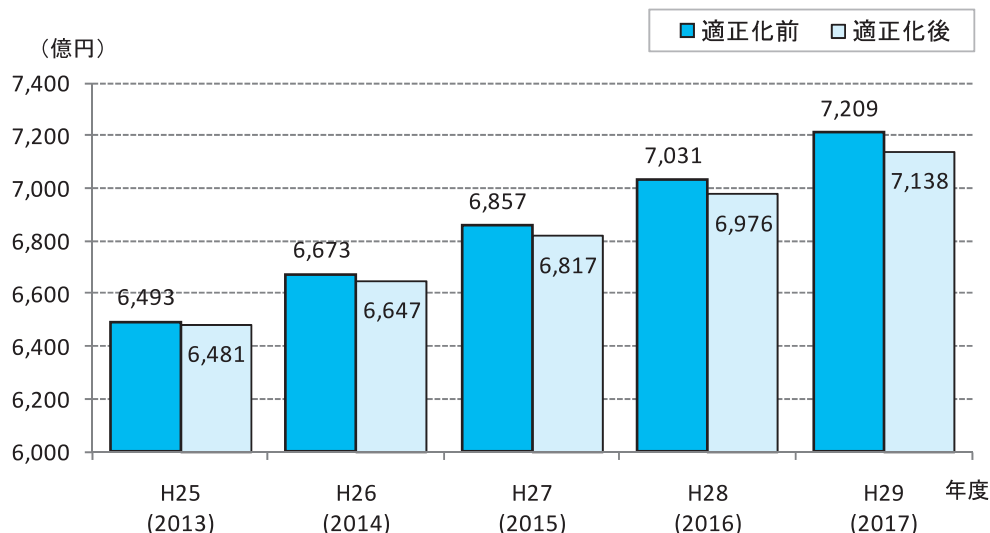
- レセプト点検員の資質向上に向けた研修や市町村等に対する助言を通じ、レセプト点検の更なる充実強化を図ります。
- 交通事故等の第三者行為の積極的な把握や適切な求償事務が行われるよう、市町村等に対し、情報提供や助言を行います。
- 国や関係団体と連携して、保険医療機関等に対する説明会や指導を行い、診療報酬請求の適正化を図ります。

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 25 年度（2013 年度）には 6,493 億円程度となり、平成 29 年度（2017 年度）には 11.0%増加し、7,209 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効果として、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）が強く疑われる者及び予備群の減少に伴う医療費への影響を推計すると、目標（平成 22 年度（2010 年度）：33 万人を、平成 29 年度（2017 年度）：24 万人に減少）が達成された場合には、平成 29 年度（2017 年度）の県民医療費は、平成 25 年度（2013 年度）の 6,481 億円程度から 10.1%増の 7,138 億円程度となり、約 71 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



※ 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 23 年度（2011 年度）の医療費総額（県民医療費）を推計
- 平成 18～22 年度（2006～2010 年度）の医療費の動向（概算医療費）を基に、総人口の変動、診療報酬の改定及び高齢化等の影響を考慮して、将来の 1 人当たり医療費の伸び率を推計し、それを基に平成 29 年度（2017 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、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）が強く疑われる者及び予備群の減少に伴う効果額を推計

※ メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）が強く疑われる者及び予備群は、毎年度均等に減少して目標を達成するものと仮定し、医療費への影響（効果）は、減少した年度の翌年度以降に現れるものとして推計