

第3 施策の展開

1 充実した相談体制

- 夜間や休日等の子供の急病等の際に家族への相談支援を行うため、現在の小児救急電話相談（#8000）の体制を維持するとともに、周知の徹底を図ります。
- 不慮の事故防止対策、緊急時における家族による救急蘇生法、啓発、急病への対応法等の啓発を行います。
- 慢性疾患児や障がい児、心の問題がある児の家族に対する精神的サポート等を実施します。

2 患者の状態に応じた医療提供体制

- 必要な小児患者に十分な救急医療が提供できるよう、休日夜間急病センターの利用等を含めた適切な受療行動について啓発します。
- 小児救急医療においては、初期小児救急（一次救急）、小児地域医療センター及び地域小児連携病院（仮）による入院小児救急医療（二次救急）、小児中核病院による小児救命救急医療（三次救急）により、救急医療の提供体制を維持します。
- 小児専門医療は、一般小児医療機関及び地域小児連携病院（仮）による一次医療、小児地域医療センターによる二次医療、小児中核病院による三次医療の提供体制を維持します。

3 地域の小児医療が確保される体制

- 医療資源の有効活用により、小児専門医療を担う病院が確保されるよう努めます。
- 小児医療に係る医師等の確保が困難な地域についても、医療の連携を図ることで、対応できる体制を維持します。

4 継続的な療養・療育支援体制

- 医療的ケア児等の状況に応じた望ましい療養・養育環境への移行を図るための検討・協議を進めるとともに、生活の場で療養・療育できるよう、医療、保健、福祉及び教育が相互に連携し、継続的な支援を実施します。
 - 医療的ケア児等の生活と療育を支える人材の育成や施設への支援等を進めます。
 - 小児慢性特定疾病等の患者について、「小児慢性特定疾病児童等自立支援員」によるフォローアップ体制づくりや関係機関との連絡調整など、利用者の環境等に応じた支援を行います。
- ※ 発達障害については、「第（ ）編 第（ ）節 精神疾患対策」で整理し記載しています。

5 災害時を見据えた小児医療体制

- 災害時において、特に医療のサポートが必要となる妊産婦・新生児等に対する災害医療体制の構築を図り、災害時小児周産期リエゾンの養成を推進します。
- ※ 災害医療体制については、「第（ ）編 第（ ）節 「災害時における医療」に記載しています。

小児患者への支援と連携

見直し中

成人医療への移行

見直し中

第4 数値目標

区分	指標	現状 (H29)	目標 (H35)	目標数値の考え方	備考 (出典等)
0	乳児死亡率(出生千対)	1.3 (H27)	1.3	現在の水準を維持する。	厚生労働省 「人口動態統計」
0	乳幼児死亡率(5歳未満人口千対)	0.4 (H22)	0.4	現在の水準を維持する。	厚生労働省 「人口動態統計」
0	小児の死亡率 (15歳未満人口千対)	0.18 (H27)	0.18	現在の水準を維持する。	厚生労働省「人口動態統計」
S	小児救急電話相談回線数	2回線	2回線	現状を維持していく。	保健・疾病対策課
S	小児科標榜診療所に勤務する医師数	521.9人 (H26)	521.9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」
S	小児医療に係る病院勤務医数	209.6人 (H26)	209.6人以上	現状の水準以上を目指す。	厚生労働省「医療施設調査」
S	小児初期救急医療体制として休日夜間急患センター等が整備された二次医療圏数	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
S	一般小児医療を担う診療所数(人口10万人当たり)	3.0箇所 (H26)	3.0箇所	現在の水準を維持する。	厚生労働省「医療施設調査」
S	一般小児医療を担う病院数(人口100万人当たり)	33.5病院 (H26)	33.5病院	現状の水準を維持する。	厚生労働省「医療施設調査」

児童虐待について

見直し中

小児の予防接種

見直し中

へき地医療

第 1 現状と課題

1 無医地区等（へき地）の現状と取組の成果

(1) 現状

- 無医地区については、昭和 41 年（1966 年）には 103 地区存在しましたが、交通事情の改善やへき地医療対策の実施により、平成 26 年（2014 年）では、13 地区まで減少しています。この無医地区数は全国で 19 番目に多く、これに準無医地区を加えた 31 地区は全国で 10 番目となっています。
- 無歯科医地区は、平成 6 年（1994 年）の 41 地区から平成 26 年（2014 年）には 23 地区に減少しましたが、地区数は全国で 13 番目に多く、準無歯科医地区を合わせた数は 36 地区で、全国で 10 番目に多くなっています。
- これらの、無医地区等（無医地区、無歯科医地区、準無医地区及び準無歯科医地区）をへき地と位置付けています。

【表 1】無医地区等の推移

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

(厚生労働省「無医地区等調査・無歯科医地区等調査」)

【表 2】無歯科医地区等の推移

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

(厚生労働省「無医地区等調査・無歯科医地区等調査」)

【表 3】高齢化の状況（平成 26 年）

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

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

(2) 取組の成果

- 本県では、へき地診療所及びへき地医療拠点病院が実施するへき地に対する診療及び診療に必要な設備等の設置を支援することで、継続的なへき地における医療提供を実施する他、へき地医療に従事する医療従事者の確保を行うため、修学資金貸与事業の活用による人材の育成や、「長野県ドクターバンク」による県内医療機関への就職斡旋を行い医師の確保を図ってきました。
- この他、県独自に位置付けている、へき地を支援する医療機関において、へき地診療所への医師派遣を行うなど、総合的なへき地医療提供体制の確保を行っています。
- 今後、へき地における高齢化や人口減少が進む中、居住する県民が住み慣れた地域で生活を営むのに必要な保健・医療の提供体制を確保するため、引き続き、へき地への保健医療対策の実施が必要です。

2 へき地の医療提供体制に関する課題

(1) へき地医療に従事する医師の状況

- 平成 26 年(2014 年)末現在の本県の医療施設従事医師数は人口 10 万人当たり 216.8 人であり、全国平均の 233.6 人より 16.8 人下回っています。
- 医師を常勤で確保しているへき地診療所は 41 施設中 26 施設で 64%の割合となっています。
- へき地における医師確保については、へき地医療拠点病院等の比較的規模の大きな医療機関とへき地診療所の連携による医師派遣や代診医派遣に関する地域ごとのネットワークをどのように構築していくかが課題となっています。

【表 4】医療施設従事医師数（人口 10 万対）の推移

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

(厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」)

(2) 医療提供施設の状況

ア へき地診療所

- へき地診療所は、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 29 年(2017 年)2 月現在 41 施設あり、医療圏別にみると、飯伊医療圏が最も多く 14 施設存在しています。なお、病床を有し、入院医療を提供するへき地診療所はありません。
- また、国民健康保険直営による歯科単独のへき地歯科診療所は 3 施設あります。
- へき地診療所の主な取組は、へき地に対する巡回診療、訪問診療及び訪問看護の提供の他、診療所の設置地域における外来診療の提供があります。
- また、へき地診療所の 1 日の平均外来患者数は 15.3 人となっており、人口減少による患者数が減少する中で、へき地診療所の維持だけでなく、へき地医療拠点病院等と連携のあり方などを検討し、いかにへき地における医療提供体制の確保を図っていくかが課題となっています。

【表5】へき地診療所の状況

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	4	木曾	3	4
上小	1	1	松本	2	3
諏訪	0	0	大北	2	3
上伊那	2	3	長野	3	8
飯伊	7	14	北信	1	1
			計	25	41

(医療推進課調べ)

【表6】へき地診療所の活動状況(平成27年度) ※巡回診療等の()は全体のうちへき地への実施回数

二次医療圏	平均外来患者	巡回診療	訪問診療	訪問看護	夜間診療	休日診療	看取り
佐久	14.2	0	731	1,317	5	14	5
上小	17.0	0	103	0	0	16	0
上伊那	16.7	0	48	0	3	3	3
飯伊	11.0	6 (6)	38	40	41	18	31
木曾	23.5	0	179	5	0	0	12
松本	27.4	46 (46)	94	4	4	1	31
大北	13.9	23 (23)	0	0	12	5	9
長野	17.0	0	463	120	34	40	24
北信	2.0	0	0	0	0	0	0
県	15.3						

(厚生労働省「平成28年へき地保健医療対策におけるへき地医療現況調査」)

イ. へき地医療を支援する機関等

① へき地医療拠点病院

- へき地医療拠点病院は、へき地における住民の医療を確保するため、へき地診療所に勤務する医師の派遣、あるいは、無医地区等への巡回診療の実施などの活動を実施しており、本県では、このへき地医療拠点病院に7病院を指定しています。
- へき地医療拠点病院においては、その主たる事業である巡回診療、医師派遣、代診医派遣のいずれかを継続して行うことが求められています。

【表7】へき地医療拠点病院（7病院）

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

（厚生労働省「平成28年へき地保健医療対策におけるへき地医療現況調査」）

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

- 本県においては、医療法に基づく救急医療等確保事業（救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療及び小児医療（小児救急医療を含む））を行うとして認定を受けた社会医療法人が8法人存在しており、うち1法人がへき地医療を行う法人として認定を受けています。
- へき地の医療提供体制における社会医療法人は、へき地診療所の運営やへき地拠点病院への医師派遣の取組を行っており、へき地の医療提供体制の確保に寄与しています。
- 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10施設、診療所が3施設あり、へき地診療所への医師派遣や急変時の患者受入を行っています。
- 県が必要に応じてへき地医療拠点病院の指定・見直しを行うなど、各地域におけるへき地医療の支援体制を確保する必要があります。

(3) 患者への通院支援等の状況

- 無医地区、準無医地区に居住する県民の診療を受ける機会を確保するため、へき地医療拠点病院や市町村などにより、巡回診療や出張診療が行われており、平成28年度（2016年度）には11地区で実施されています。
- また、無医地区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、こうした通院支援が行われている地区は平成28年度（2016年度）で21地区となっています。
- 無歯科医地区等の所在市町村のうち、巡回バスの運行やタクシー利用時の補助等の通院支援を行っている地区は、平成22年度（2010年度）で22地区となっています（平成22年度無歯科医地区等43地区）。
- 高齢化に伴い、無医地区等に居住する県民の医療へのアクセスに対する支援の必要性が更なるため、巡回診療や通院支援等の取組を確保していく必要があります。

【表8】無医地区、準無医地区への通院支援等（平成28年）

区分	巡回診療、出張診療	通院支援
無医地区	47地区	1011地区
準無医地区	64地区	1210地区
合計	1011地区	2221地区

（医療推進課調べ）

（4）へき地に居住する県民への保健活動の実施状況

- 平成26年に実施した調査で、無医地区・準無医地区31地区のうち、20地区において、訪問指導による保健指導活動を行っています。
- 無歯科医地区・準無歯科医地区4336地区のうち、78地区については歯科保健に関する相談支援体制があります。
- 今後、高齢化に対応したへき地の医療提供体制を図っていくためには、医療だけではなく、保険者等と連携した日常生活における保健活動等の取組の充実が必要です。

【表9】無医地区、準無医地区での訪問指導による保健師活動（平成25年度）

区分	保健師活動の実施
無医地区	12地区
準無医地区	8地区

（厚生労働省「無医地区等調査・無歯科医地区等調査」）

（5）へき地の医療提供体制の把握・評価する体制の整備

- 厚生労働省は、「へき地保健医療対策等実施要綱」（平成13年5月策定）において、広域的なへき地医療支援事業の企画・調整等を担う組織として「へき地医療支援機構」を定めており、平成27年度時点で、へき地を有する43の都道府県のうち40都道府県で設置されていますが、本県においては、未設置の状況となっています。
- 本県では、自治医科大学卒業医師の適正な配置を行うとともに、「信州医師確保総合支援センター」を設置し、長野県ドクターバンクによる県内医療機関への就職のあっせんなどにより、へき地を支える医師の確保に努めてきました。
- 平成27年度に実施したへき地診療所の現地調査では、へき地医療拠点病院からへき地診療所への医師・看護師等の派遣による支援体制の強化が必要であるとの課題がでています。

【表 10】無医地区、準無医地区の一覧（平成 28 年度）

二次医療圏	市町村名	へき地医療対象地区	種別	最寄り医療機関	(備考) 当該地区への支援策 ※毎年度変動するため、計画には記載なし
佐久	佐久市	香坂東地	無	みついきクリニック	・巡回診療（浅間総合病院） ・通院支援（市内巡回バス）
		大沢新田・東立科	無	すみだクリニック	・巡回診療（岡田医院） ・通院支援（市内巡回バス）
		馬坂・広川原	準	つつみハートクリニック	
		長者原	無	高橋医院	・通院支援（デマンドタクシー）
		湯沢	準	高橋医院	・通院支援（市内巡回バス）
		協西（浅田切）	無	高橋医院	・通院支援（デマンドタクシー）
	佐久穂町	松井	無	八千穂クリニック	
立科町	蓼科	準	岩下医院	・通院支援（通院支援車）	
上小	青木村	弘法	無	青木診療所	・通院支援（デマンドバス）
		入奈良本	無	青木診療所	・通院支援（デマンドバス）
飯伊	阿南町	宮澤	準	和合へき地診療所	
		鈴ヶ沢	無	和合へき地診療所	・巡回診療（阿南病院） ・訪問診療（阿南病院） ・訪問看護（阿南病院訪問看護ステーション） ・通院支援（町民バス）
	天龍村	戸口・大久那	準	天龍村診療所	・通院支援（タクシー補助）
		坂部	準	天龍村診療所	・通院支援（タクシー補助）
		鶯巣宇連	準	天龍村診療所	・通院支援（タクシー補助）
	泰阜村	栃城	準	泰阜村診療所	・通院支援（患者送迎）
	大鹿村	北入	準	大鹿村立診療所	・通院支援（通院支援車）
木曾	上松町	西奥	無	大脳医院	・巡回診療（木曾病院） ・訪問診療（木曾病院） ・通院支援（社会福祉協議会による通院、受診介助）
		高倉・台	無	大脳医院	・巡回診療（木曾病院） ・訪問診療（木曾病院） ・通院支援（社会福祉協議会による通院、受診介助）
	南木曾町	与川	無	篠崎医院	・通院支援（町内巡回バス）
	王滝村	滝越	準	王滝村国保健康保険診療所	・通院支援（村内巡回バス）

松本	松本市	沢渡	準	松本市安曇大野川診療所	・巡回診療（安曇大野川診療所）
大北	小谷村	大網	準	小谷村国保健康保険診療所	・巡回診療（小谷村診療所）
長野	長野市	裾花・天神	準	長野市国民健康保険鬼無里診療所	・通院支援（市内巡回バス）
		峯・平	準	長野市国民健康保険鬼無里診療所	・通院支援（市内巡回バス）
		西部	無	厚生連新町病院	・巡回診療（新町病院） ・通院支援（市内巡回バス）
		信級	無	厚生連新町病院	・巡回診療（新町病院） ・通院支援（市内巡回バス）
北信	飯山市	西大滝・藤沢	準	戸狩診療所	・出張診療（清水内科小児科医院）
		羽広山・土倉	準	戸狩診療所	・出張診療（清水内科小児科医院）
		富倉	準	小田切医院	・通院支援（通院バス）
		分道	準	片塩医院	

(注) 種別 無：無医地区 準：準無医地区

【表 11】 無歯科医地区、準無歯科医地区の一覧（平成 26 年度）

二次医療圏	市町村名	へき地医療対象地区	種別	最寄り歯科医療機関	(備考) 当該地区への支援策 ※毎年度変動するた、計画には記載しない
佐久	佐久市	香坂東地	無	高見澤歯科医院	
		大沢新田・東立科	無	荻原歯科医院	
		馬坂・広川原	準	厚生連佐久総合病院	
		長者原	無	土屋歯科クリニック	
		湯沢	準	田中歯科医院	
		協西（浅田切）	無	宮沢歯科医院	
	佐久穂町	松井	無	八千穂青森歯科医院	
上小	青木村	弘法	無	宮原歯科医院	
		入奈良本	無	宮原歯科医院	
飯伊	飯田市	千代	無	塩沢歯科医院	
		上久堅	無	小澤歯科クリニック	
	阿南町	宮澤	準	伊東歯科医院	
		鈴ヶ澤	無	伊東歯科医院	
		和合	無	伊東歯科医院	
	平谷村	(全域)	無	水野歯科医院	
	天龍村	(全域)	無	みやじま歯科医院	
	泰阜村	泰阜北	無	みやじま歯科医院	
		栃城	準	みやじま歯科医院	
	大鹿村	北入	準	大鹿村立診療所	
木曾	上松町	西奥	無	塚本歯科医院	
		高倉・台	無	塚本歯科医院	

木曾	南木曾町	与川	無	水野歯科医院	
	王滝村	滝越	準	王滝村国保直営 王滝診療所	
	大桑村	小川	準	古谷歯科医院	
		伊奈川	無	古谷歯科医院	
松本	松本市	沢渡	準	松本市安曇大野 川歯科診療所	
大北	小谷村	大網	準	小谷歯科医院	
長野	長野市	裾花・天神	準	長野市国保鬼無 里歯科診療所	
		峯・平	準	長野市国保鬼無 里歯科診療所	
		西部	無	大内歯科医院	
		信級	無	更水歯科医院	
北信	飯山市	西大滝・藤沢	準	ふじまき歯科	
		羽広山・土倉	無	ふじまき歯科	
		富倉	無	平井歯科医院	
		分道	準	栗山歯科医院	
	栄村	秋山	無	津南町立津南病 院（新潟県）	

(注) 種別 無：無医地区 準：準無医地区

第2 目指すべき方向と医療連携体制

1 目指すべき方向

(1) へき地における医療従事者の確保

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

(2) へき地医療を提供する医療機関（歯科含む）への支援

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

(3) へき地に居住する住民への支援

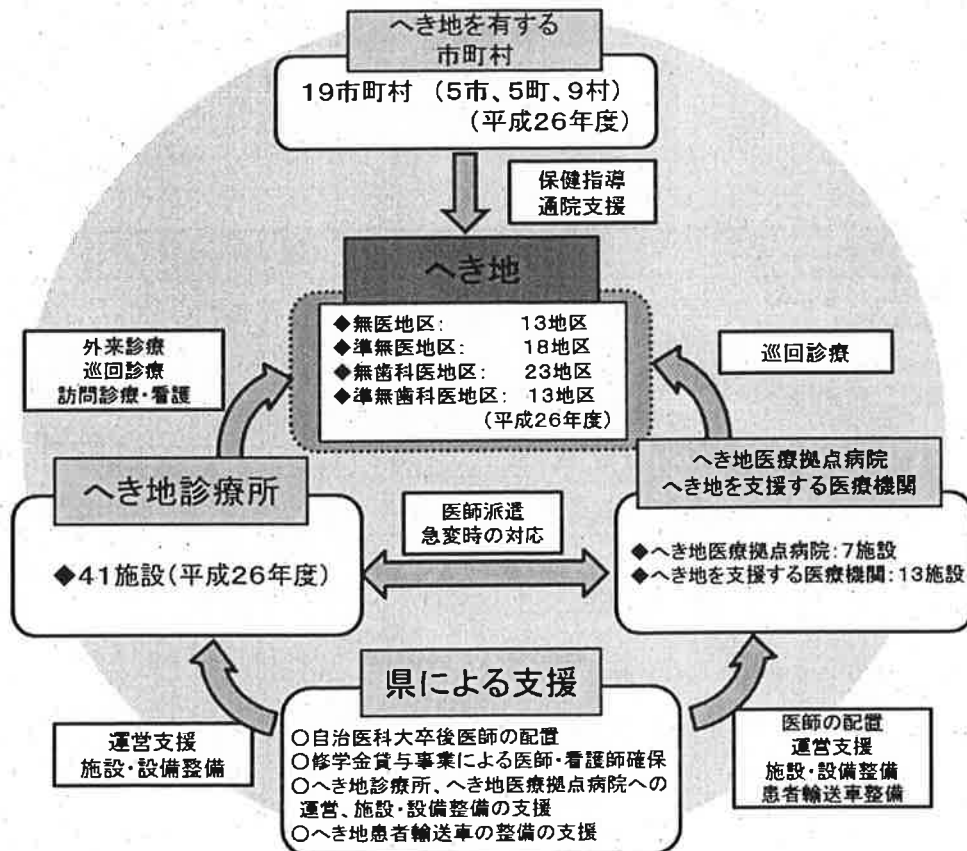
へき地でも地域の中で必要な保健指導や医療が受けられるよう、住民を支援します。

2 へき地における医療連携体制

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

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

【へき地における医療連携体制のイメージ】



第3 施策の展開

1 へき地における医療従事者の確保

- へき地医療拠点病院等の中核的な医療機関での医師の確保を図り、へき地診療所への定期的な医師派遣の体制を構築します。
- 自治医科大学卒業医師を、へき地を支援している病院等へ適正に配置します。
- へき地医療拠点病院等を含む県内臨床研修指定病院と連携し、研修医の県内への誘導及び定着を進めます。
- 医学生修学資金貸与事業等により、へき地での診療に必要な知識・技能を有する医師を育成します。
- 看護職員修学資金貸与事業により、へき地に所在する病院の人材確保を支援します。
- 県立看護大学において、へき地など地域特性を理解した看護を学ぶ講座を設けるなど、学生の地域医療への理解を深める教育を行います。

2 へき地医療を提供する医療機関（歯科含む）への支援

- 無医地区等において、地域住民の医療を確保するため、へき地診療所（歯科含む）の運営及び施設・設備の整備を支援します。
- 歯科を開設するへき地診療所に必要な医療機器の整備を支援します。
- へき地医療の実績を基にした、へき地医療拠点病院の指定・見直し、へき地医療を実施する医療法人の社会医療法人としての承認など、へき地医療の支援体制を整備します。
- へき地診療所への医師の派遣やへき地に対する巡回診療を行う、へき地医療拠点病院の運営に要する経費に支援します。
- へき地診療所やへき地からの患者を受け入れるため、へき地医療拠点病院として必要な施設・設備の整備を支援します。
- 情報通信技術（ICT）を活用した遠隔診療等を支援します。

3 へき地に居住する住民への支援

- 市町村と連携して無医地区、無歯科医地区等において、必要な保健指導や歯科保健の相談支援を行います。
- 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、市町村が行うへき地患者輸送車の整備を支援します。
- へき地に居住する住民の医療ニーズを把握し、その結果をへき地医療拠点病院等のへき地医療を支援する医療機関と情報共有し、患者ニーズに基づく医療提供体制を構築します。
- 無医地区等以外にも支援が必要な地域については、通院支援車の運行範囲に組み入れるなど、支援体制の確保を図ります。

第4 数値目標

1 へき地における医療従事者の確保

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

2 へき地医療を提供する医療機関(歯科含む)への支援

区分	指標	現状	目標 (H35)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
S	<u>へき地医療拠点病の数</u>	7 病院 (H29)	7 病院以上	現状の水準以上を目指す	医療推進課調査

3 へき地に居住する住民への支援

区分	指標	現状	目標 (H35)	目標数値 の考え方	備考 (出典等)
O	無医地区・準無医地区のうち巡回診療等や通院支援が行われている地区数	27 地区 (全 31 地区中) (H28)	31 地区	全地区に対する支援体制の構築を目指す	医療推進課調査
O	<u>無歯科医地区・準無歯科医地区のうち通院支援が行われている地区数</u>				保健・疾病対策課調査 ※平成 29 年度中に調査を実施し数値目標を設定予定

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

コラム案

- へき地医療拠点病院又はへき地診療所における、巡回診療や外来診療の実施状況を記載(第6次保健医療計画と同様)

在宅医療

第1 現状と課題

1 在宅医療の現状

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

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

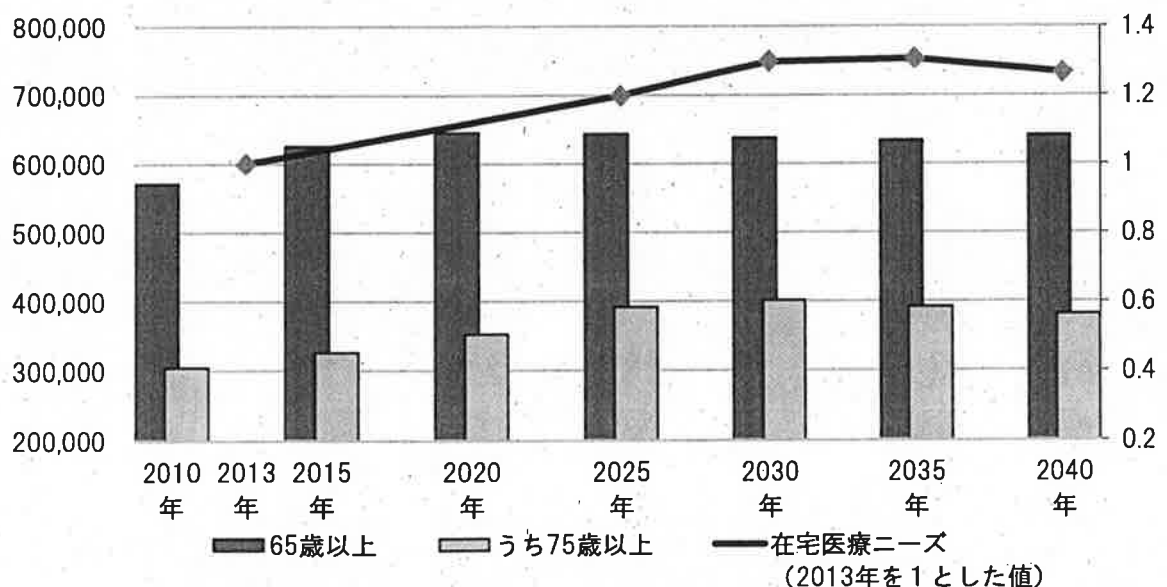
在宅医療は、高齢者になっても、病気にかかったり障がいがあっても、住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるよう入院医療や外来医療、介護、福祉サービスが互いに補完しながら、患者の日常生活を支える医療であり、地域包括ケア体制の構築には在宅医療の充実が欠かせません。

(1) 高齢化に伴う在宅医療のニーズの増加

- 本県の65歳以上の老年人口は、平成27年(2015年)の62万5千人から増加しており、平成32年(2020年)にはピークを迎え、64万5千人に上ると見込まれています。
- 75歳以上の人口は、平成27年(2015年)の32万7千人から平成32年(2020年)には35万3千人に増加し、平成42年(2030年)にピークを迎えると見込まれています。
- 在宅医療等の医療需要は、2013年を1とした場合、2030年から2035年頃に2013年の約1.3倍になった後、減少局面に入ると見込まれます。

【表1】将来における高齢者の人口の推計及び在宅医療等需要の変化率<長野県>

(単位 人口：人、変化率：2013年を1とした値)



(人口推計：国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25年3月推計)」)

(在宅医療ニーズ：「地域医療構想策定支援ツール」により作成)

(2) 介護が必要な患者への在宅医療

- 高齢化の進行により、介護が必要となる要介護認定者は約 84,000 人（平成 29 年 2 月）で年々増加傾向にあります。
- 特に、介護保険の利用による「居宅サービス」の利用者が増加しており、その割合は全体の約 7 割程度と高い傾向が続いています。また、近年は、身近な地域でサービス受けられる地域密着型サービスの増加の割合が高くなっています。

【表 2】介護保険利用者数＜長野県＞

（単位：千人、％）

区 分	平成19年4月		平成24年4月		平成28年11月	
	利用者数	構成割合	利用者数	構成割合	利用者数	構成割合
居宅サービス	54	71.9%	66	73.0%	73	66.3%
地域密着型サービス	4	5.0%	6	6.8%	18	16.2%
施設サービス	17	23.1%	18	20.2%	19	17.5%

（厚生労働省「介護保険事業状況報告（月報）」）

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

(3) 人工呼吸器、酸素療法等の在宅医療

- 在宅療養患者の中には、人工呼吸器、酸素療法、中心静脈栄養、気管切開部の処置、胃ろうの処置等の医療を必要とする者が多く、今後の老年人口の増加により、これらの医療ニーズが高まることが予想されています。
- こうした在宅医療に対応することができる在宅医療機関数の医療圏別の状況は次のとおりです。

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

医 療 圏		佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	県計
人工呼吸器	一般診療所	5	7	8	4	4	0	22	1	22	2	75
	病院	9	5	3	3	6	1	10	1	14	2	54
酸素療法	一般診療所	37	37	33	48	48	6	120	13	83	14	439
	病院	12	9	7	6	9	1	14	2	20	2	82
中心静脈 栄養	一般診療所	9	9	10	11	16	2	39	4	20	1	121
	病院	8	7	6	6	7	1	13	2	16	2	68
気管切開部 の処置	一般診療所	15	8	8	16	18	0	49	13	41	6	174
	病院	9	7	5	5	5	1	10	4	13	3	62

（医療推進課調べ「ながの医療情報ネット」）

(4) 多様な医療ニーズへの対応

- 在宅療養者の医療ニーズの高まりを受け、医師や看護師等の医療従事者が行う医療行為のうち、たんの吸引等の行為（口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内部の喀痰吸引、胃ろう又は腸ろうによる経管栄養・経鼻経管栄養）については、一定の研修等を受講した介護職員が、医師の指示の下に実施することが認められています。
- たんの吸引等の行為について一定の研修を受講した居宅サービス事業所に従事する介護職員等に「認定特定行為業務従事者認定証」を交付しています。

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

- 在宅での療養が可能（自身が病気になり、医師が定期的に訪問することで在宅での治療が可能）な場合に、在宅での療養を希望する県民の割合は41.1%で、希望しない割合（14.0%）を大きく上回っており、多くの県民が在宅での療養を望んでいます。
- 一方、44.9%の県民が、「判断できない」と回答しており、在宅で療養を送ることができることを知らなかったり、仮に知っていたとしてもどのような負担があるのかわからない県民が多く、在宅医療に関する県民への情報提供をさらに行う必要があります。
- 在宅での療養を希望するか「判断できない」と回答した人が、在宅での治療に関して「治療の負担の大きさ」（65.7%）、「家族への負担の大きさ」（64.6%）といった、経済的な負担や家族の負担についての情報がほしいと回答しています。
- 病気にかかった場合でも、情報をもとに、在宅での療養を選択するか判断できるよう、病気にかかる前から県民に必要な情報を提供することが求められています。

2 在宅医療の提供体制

(1) 退院支援

ア 入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援

- 在宅医療は、今後増大すると見込まれる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。
- 特に、人工呼吸器を装着した患者や酸素療法が必要な患者などの医療ニーズが高い患者や、介護保険サービスの利用が必要な患者でも、安心して在宅での療養に移行するために、入院初期から退院後の生活を見据えた退院支援を行う退院支援職員の役割が重要です。
- 本県における退院支援職員による退院支援・調整実施件数（年齢調整を行い全国を100とした指数）は、全国平均より約2割多く、全国で13番目に高い値となっています。
- 一方、退院支援職員を配置している病院は61か所と全病院の約5割、一般診療所は4か所となっており、65歳以上人口10万人あたりの退院調整職員配置医療機関数及び退院調整職員数は平成20年に比べ増加していますが、全国平均と比べて依然少ない状況にあります。

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

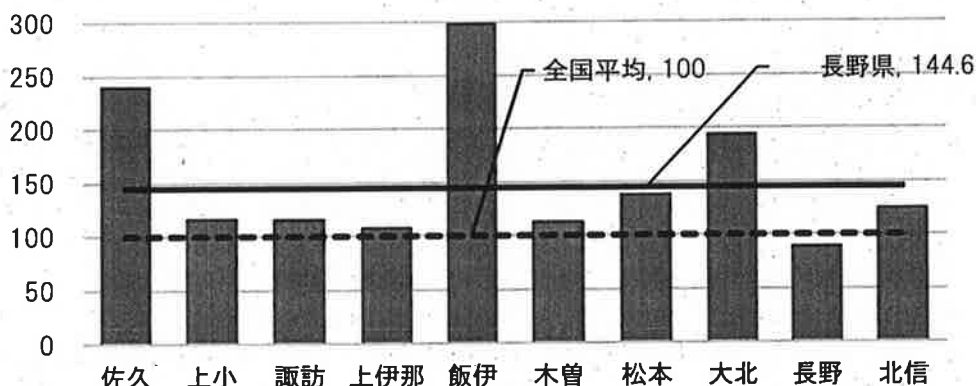
		H20		H26	
			全国順位		全国順位
退院調整職員を 配置する医療機関	長野県	9.57か所	28位	10.57か所	31位
	全国	10.54か所	-	12.65か所	-
退院調整職員数	長野県	14.62人	34位	27.32人	30位
	全国	18.01人	-	32.86人	-

（平成20年度、平成26年度「厚生労働省『医療施設調査（静態）』」）

イ 入院と在宅の切れ目のない医療提供のための連携

- 退院後適切な在宅医療を切れ目なく受けられるようにするためには、入院中から退院後を見据えて医療ソーシャルワーカーや介護支援専門員（ケアマネジャー）をはじめとする在宅医療を担う関係機関との連携を図ることが重要です。
- 入退院時における医療機関と介護支援専門員（ケアマネジャー）をはじめとする在宅医療を担う関係機関との円滑な情報共有を図るため、概ね二次医療圏ごとに「退院調整ルール」の策定を平成27年度から平成29年度まで進めてきました。
- 介護サービスが必要な患者の退院時に、入院医療機関が介護支援専門員と連携をした件数（年齢調整を行い全国を100とした指数）は、全国平均に比べ約4割多く、全国で7番目に高い値となっています。

【表5】患者の退院にあたり入院医療機関が介護支援専門員（ケアマネジャー）と連携した件数（年齢調整標準化による件数）（平成26年）



（平成26年NDBレセプト件数）

（2）日常の療養生活の支援

ア 在宅医療を担う関係機関

① 病院及び診療所

- 在宅訪問診療を実施している医療機関は、平成26年（2014年）においては、一般診療所1,561か所のうち、436か所（27.9%）、全病院131か所のうち61か所（46.5%）で、医療圏別の状況は次のとおりです。（「平成26年厚生労働省『医療施設調査（静態）』」）

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

	医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	県計
一般 診療所	診療所数	38	31	47	45	45	7	108	14	86	15	436
	件数	1381	933	1076	1244	983	120	3043	210	2107	157	11254
病院	病院数	10	7	6	2	6	1	10	2	16	0	61
	件数	448	372	315	37	134	40	342	264	1341	0	3293

（厚生労働省「医療施設調査（静態）」）

- 在宅医療においては、診療報酬上の制度として創設された在宅療養支援診療所・病院の役割が重要であり、求められる役割は次のとおりです。
 - ・ 在宅医療の提供及び他医療機関の支援を行うこと。
 - ・ 多職種が連携し、包括的、継続的な在宅医療を提供するための支援を行うこと。
 - ・ 在宅医療に関する人材育成を行うこと。
 - ・ 災害時及び災害に備えた体制構築への対応を行うこと。
 - ・ 在宅療養患者の家族への支援を行うこと。
 - ・ 在宅医療に関する地域住民への普及啓発を行うこと。
- 在宅療養支援病院・診療所の医療圏別の整備状況は【表7】のとおりです。
これらの在宅療養支援診療所・病院のみならず、他の一般診療所や病院においても、在宅医療サービスを実施しています。

【表7】在宅療養支援診療所・病院数（平成29年1月現在）

（上段：施設数、下段：65歳以上人口10万人当たりの施設数）

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

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

- 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【表8】のとおりです。

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

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	県計
患者数	966	333	746	618	565	2	829	77	389	60	4585

（「厚生労働省『医療施設（静態）』」）

② 訪問看護ステーション

- 訪問看護ステーションの医療圏別状況は【表9】のとおりです。

【表9】訪問看護ステーション数（平成29年3月31日現在）

（単位：か所）

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	県計
か所数	23	21	11	9	12	1	37	7	33	7	161
職員数	137	123	80	66	69	6	233	44	181	42	981

（介護支援課調べ）

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

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

（平成26年10月1日現在）

（単位：か所）

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

（厚生労働省「医療施設調査（静態）」）

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

③ 訪問歯科診療

- 在宅歯科診療においては、診療報酬上の制度として創設された在宅療養支援歯科診療所の役割が重要であり、求められる役割は、口腔内の健康状態を確保するための専門的支援及び口腔機能の低下防止・向上のためのリハビリテーションを担うことです。
- 在宅療養支援歯科診療所の医療圏別の整備状況は【表11】のとおりです。

【表11】在宅療養支援歯科診療所数（平成29年3月現在）

（単位：か所）

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	県計
施設数	22	15	27	42	34	1	52	26	52	0	271

（厚生労働省『診療報酬施設基準』医政局指導課特別集計）

- 在宅療養支援歯科診療所のみならず、他の歯科診療所においても、在宅歯科医療サービスを実施しており、全歯科診療所1,019か所（平成26年（2014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、【表12】のとおりです。

【表12】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26年9月中）（単位：か所）

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	県計
訪問診療 （居宅）	21	15	24	29	26	4	34	6	45	7	211
訪問診療 （施設）	15	18	32	19	20	3	32	8	45	4	196

（厚生労働省「医療施設調査（静態）」）

○ 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13】のとおりです。

【表13】歯科診療所による在宅医療サービス実施件数（平成26年9月中）（単位：件/月）

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	県計
件数	102	89	96	83	83	12	224	23	274	34	1020

（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」）

○ 「長野県在宅歯科医療連携室」では、在宅療養者の家族や介護関係者を対象に、電話等で在宅歯科医療、口腔ケアに関する相談に応じ、必要に応じて地域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、歯科診療所への機器の貸出を行っています。

【表14】長野県在宅歯科医療連携室における相談件数及び機器貸出件数

（平成26年4月1日～平成27年3月31日実績）（単位：件）

相談件数	68
機器貸出件数	59

（保健・疾病対策課調べ）

④ 薬局

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

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

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

（長野県薬剤師会調べ）

○ 平成29年（2017年）3月に訪問薬剤管理指導を行った件数は、調剤報酬と介護報酬分を合わせ延べ450薬局1,487件と伸びをみせており、今後さらに薬剤師の在宅医療に対応する資質の向上や薬局の体制整備が課題となっています。

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

⑤ 訪問栄養管理・指導

- 地域の高齢者や在宅療養者等が健康・栄養状態を適切に保つためには、医療・介護関係施設と居宅をできるだけ切れ目なくつなぐことができる、食事・栄養等に関する支援が必要です。
- 患者や家族が安心して在宅で療養を行うために、在宅療養患者の食事・栄養摂取に関する指導や支援を行う人材の育成や体制の構築が求められています。

【表16】在宅患者訪問栄養食事指導を実施する医療機関

(単位：か所)

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

(医療推進課調べ「ながの医療情報ネット」)

(3) 急変時の対応

ア 往診を実施する医療機関

- 往診を実施している医療機関(平成26年(2014年)度)は、診療所1,561か所のうち、477か所(30.5%)、全病院131か所のうち55か所(41.9%)で、医療圏別の状況は次のとおりです。

【表17】医療保険等による往診を実施した病院及び一般診療所数(平成26年9月)

	医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	県計
一般診療所	診療所数	37	41	40	44	55	9	119	19	91	22	477
	件数	228	203	414	335	405	135	771	96	691	73	3351
病院	病院数	8	6	6	3	7	1	13	1	8	2	55
	件数	26	12	34	8	21	4	230	9	34	12	390

(厚生労働省「医療施設調査(静態)」)

イ 24時間体制の確保

① 在宅療養支援病院・診療所

- 在宅療養支援病院・診療所は、単独又は他の保険医療機関の保険医との連携により、当該診療所・病院を中心として、24時間往診が可能な体制を確保し、24時間訪問看護の提供や在宅療養患者の緊急入院を受け入れる体制を確保している診療所や病院です。(診療報酬施設基準)
(在宅療養支援診療所・病院数については【表7】参照)

② 訪問看護ステーション

- 24時間対応可能な訪問看護ステーションは、平成29年(2017年)2月1日現在、県内に156か所で、医療圏別の状況は次のとおりです。(介護支援課調)

【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29年2月1日)

(単位：か所)

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

(介護支援課調べ)

③ 在宅療養後方支援病院

- 在宅療養後方支援病院は、診療報酬上の制度として平成26年度に創設されました。本県では、5病院が在宅療養後方支援病院の施設基準を満たしています。
- 入院や病院でしかできない診察等が必要になった場合の受け入れ先として、在宅療養の後方支援体制の整備が必要です。

【表19】在宅療養後方支援病院の数（平成29年4月1日現在）（単位：か所）

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

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

（４）在宅での看取り（ターミナルケアを含む）

ア 在宅での死亡者数

- 人生の最期を住み慣れた自宅や老人ホームで迎えたいと望む人の割合は、43.6%となっており、病院で最期を迎えたい人の割合（18.9%）を大きく上回っています。（平成27年度長野県在宅医療等提供体制調査）
- 実際に死亡した場所を見てみると、自宅や老人ホームで死亡した人の割合は全体の22.4%（5,503人）、病院や診療所で死亡した人の割合は72.2%となっており、自宅や老人ホームでの死亡率は全国で5番目に高い割合となっていますが、県民の希望と現状には大きな離れがあります。（厚生労働省「人口動態統計」）
- 高齢者の増加により、死亡者数は、平成37年（2025年）には、平成27年（2015年）に比べ約2割増加することが見込まれており、在宅で看取りを行う体制をより充実させる必要があります。（国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成25年3月推計）をもとに算出」）

【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 (自宅・老人ホーム)	病院 診療所	介護老人 保健施設	その他
長野県	平成22年	20.2%	75.1%	2.5%	2.2%
	平成27年	22.4%	72.2%	3.3%	2.0%
全国	平成22年	16.1%	80.3%	1.3%	2.3%
	平成27年	19.0%	76.6%	2.3%	2.1%

（厚生労働省「人口動態統計」）

イ 在宅看取りを実施している関係機関

- 在宅看取りを実施した病院は34か所、一般診療所は122か所（平成26年9月実績）あります。また、介護施設は306施設で看取りを実施しています。医療圏別の状況は次のとおりです。

【表21】在宅看取りを実施している病院・一般診療所（平成26年9月現在）及び介護施設の数

（平成29年3月現在）

（単位：か所）

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	県計
病院	6	5	4	2	3	-	7	1	5	1	34
一般診療所	16	12	4	16	12	2	28	4	20	8	122
介護施設	31	40	36	14	22	2	94	7	64	8	306

（病院・一般診療所：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：介護支援課調べ）

ウ ターミナルケアに対応する訪問看護ステーション

- 在宅療養者が人生の最終段階を穏やかに過ごすためにはターミナルケアが重要です。こうしたターミナルケアに対応する訪問看護ステーションは155か所あり、医療圏別の状況は次のとおりです。夜間・休日を含め24時間体制で対応できる体制の確保が課題です。

【表22】ターミナルケアに対応する訪問看護ステーション数（平成29年2月1日現在）（単位：か所）

医療圏	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	県計
か所数	22	20	11	9	12	2	37	7	29	6	155

（介護支援課調べ「介護サービス施設・事業所調査」の調査票情報利用）

エ 人生の最終段階における患者の意向を尊重した医療

- 自身や家族の死が近い（病気が可能な限りの治療によっても回復の見込みがなく、近い将来の死が避けられない）場合に受たい医療や受たくない医療について、家族と話し合ったことがある県民は38.3%となっています。（平成28年度県民医療意識調査）
- 人生の最終段階において、患者の意向を尊重した医療や介護を提供するためには、医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者や家族と医療従事者が、受たい治療や受たくない治療、最期を迎えたい場所といった、治療の選択やケア全体の目標を話し合うことが重要です。
- 医療・介護関係者のみならず、住民に対しても、人生の最終段階において患者が受たい治療や受たくない治療、最期を迎えたい場所などの意向が尊重されるよう、普及啓発をしていくことが必要です。

第2 目指すべき方向と医療連携体制

1 目指すべき方向

医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、介護支援専門員（ケアマネジャー）、歯科衛生士、理学療法士、管理栄養士、医療ソーシャルワーカー等が、多職種の専門性を尊重したチーム医療を展開し、必要な医療・介護・生活支援等の各サービスが切れ目なく提供されることにより、「治し、支える医療」を推進し、患者が可能な限り住み慣れた生活の場（自宅や老人ホーム）において、安心して自分らしい生活を実現できる社会を目指します。

(1) 円滑な在宅療養移行に向けた退院支援が可能な体制

入院医療機関と在宅医療に係る関係機関との間で情報共有などの連携を図り、両者の協働による退院支援の実施及び切れ目のない継続的な医療体制の確保を目指します。

(2) 日常の療養支援が可能な体制

在宅療養支援診療所など在宅医療を担う医療機関等の体制整備や人材育成、在宅医療に関わる多職種がチームとして在宅療養患者及びその家族を継続的かつ包括的に支援する体制の確保を目指します。

(3) 急変時の対応が可能な体制

安心して在宅療養が送れるよう、患者の病状急変時に、在宅医療を担う関係機関が24時間サポートを行う体制の確立、在宅療養支援病院や有床診療所、在宅療養後方支援病院、二次救急医療機関など入院機能を有する医療機関が患者を円滑に受け入れることができる体制の確保を目指します。

(4) 人生の最終段階における患者の意向を尊重した看取りが可能な体制

住み慣れた生活の場（自宅や老人ホーム）など、患者が望む場所で看取りを行うことができるよう、患者や家族に対して看取りに関する適切な情報提供を行うとともに、ターミナルケアを含む看取りを24時間体制で実施する医療機関や訪問看護ステーションの充実等、体制の構築を目指します。

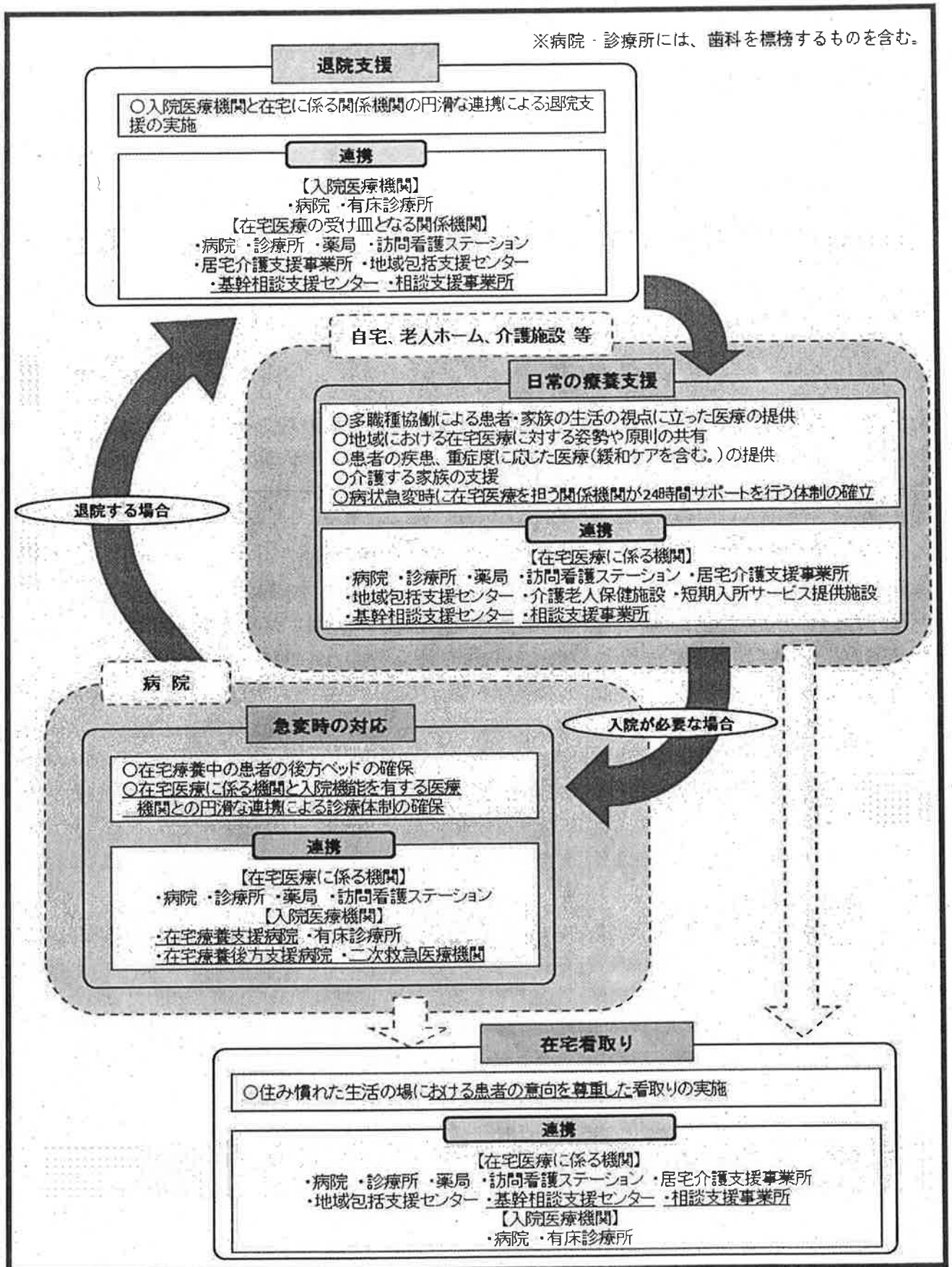
2 在宅医療の提供体制

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、患者の意向を尊重した看取りまで、医療機関、訪問看護ステーション、地域包括支援センター等、医療従事者と介護従事者が連携して、患者や家族を支援していく体制を目指します。

在宅医療の提供体制

※病院・診療所には、歯科を標榜するものを含む。



3 在宅医療における圏域の連携体制

医療資源の整備状況や医療と介護との連携のあり方は、地域によって大きく異なります。地域の実情に応じた切れ目のない在宅医療・介護提供体制の構築が図られるよう、原則として市町村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。

第3 施策の展開

1 円滑な在宅療養移行に向けた退院支援が可能な体制づくり

- 退院時における患者情報共有の仕組みづくり、チーム医療を展開するための研修会の開催等、多職種で在宅医療の提供を図るための取組を支援します。
- 退院後適切な在宅医療を切れ目なく受けられるよう、入院医療機関と医療ソーシャルワーカーや介護支援専門員（ケアマネジャー）との間で円滑に患者の情報が共有される、地域の実情に応じた退院調整ルールの適切な運用を促進します。
- 地域ごとに、脳卒中や心血管疾患などの患者で急性期・回復期の医療を終えた患者や、がんの緩和ケア等の医療サービスを在宅で受けることを希望する患者が、適切な診療計画の下、円滑に在宅医療へ移行できるよう、地域連携クリティカルパスの利用を促進します。
- 在宅療養を希望する患者に、在宅医療に関する必要な情報が提供されるよう、市町村、医療・介護関係機関等と連携し、地域の医療・介護資源の状況や経済的な負担、家族の負担に関する情報発信に取り組みます。
- 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提供します。

2 日常の療養支援が可能な体制の整備

- 在宅療養患者が住み慣れた生活の場において安心して生活ができるよう、在宅医療に関わる関係機関（病院・一般診療所・歯科診療所・薬局・訪問看護ステーション・地域包括支援センター等）が相互に情報共有と連携を図り、在宅療養者とその家族をサポートする多職種（医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、介護支援専門員（ケアマネジャー）、歯科衛生士、理学療法士、管理栄養士、医療ソーシャルワーカー等）による在宅チーム医療体制の構築を促進するとともに、在宅医療を担う人材の育成を行います。
- 医療と介護に従事する関係者の移動や情報共有に係る負担を軽減し、在宅医療を効率的に行うことができるよう、ICTを用いた患者情報の共有や診療体制の整備を支援します。
- 在宅における薬剤使用が適正に行われるよう、薬剤師による患者、家族及び関係職種間の薬剤情報の共有化、服薬状況の確認、服薬支援の実施など、在宅医療における薬の管理体制の整備の促進に努めるとともに、すべての薬局が在宅患者への薬学的管理・服薬指導などの機能を果たす「かかりつけ薬局」になるよう取り組みます。
- 在宅療養患者が必要とする無菌製剤を調剤する無菌調剤設備を有する薬局など必要な体制の整備や、在宅での薬剤の使用と連動する医療材料・衛生材料の供給に薬局が積極的に関与する体制の整備を促進します。

- 訪問看護ステーションの体制を充実するため、訪問看護師の確保、研修を受講しやすい環境づくり、訪問看護事業所の運営に関する体制強化への支援等に取り組みます。
- 身近な地域で適切な在宅歯科医療が受けられるよう、各地域における在宅を担う歯科診療所や相談体制の整備を促進します。
- 在宅歯科医療や摂食嚥下機能、専門的口腔ケア等について、多職種で取り組むことができるよう、医療・介護関係者等との連携強化を図ります。

3 急変時の対応が可能な体制の構築

- 施設や在宅療養患者の急変時に患者の意向を尊重した医療・介護が行われるよう、往診や訪問看護を24時間体制で実施する医療機関や訪問看護ステーションの体制を強化するとともに、患者情報の共有等により、医師や訪問看護師、介護施設事業者、救急搬送を実施する消防機関等との連携体制の構築を図ります。

4 人生の最終段階における患者の意向を尊重した看取りが可能な体制づくり

- 人生の最終段階において、住み慣れた生活の場で最期を迎えることを望む患者の意向を尊重できるよう、県民に対し看取りや事前指示書に関する普及啓発を行い、在宅看取りへの理解を促進します。
- 人生の最終段階における医療や高齢者の在宅看取りを実施する医療機関や訪問看護ステーション等の充実及び連携体制の構築を図ります。

第4 数値目標

1 円滑な在宅療養移行に向けた退院支援が可能な体制

区分	指標	現状 (H29)	目標 (H35)	目標数値の考え方	備考 (出典等)
S	退院支援職員を配置し、退院支援を実施している診療所・病院数	一般診療所 4か所 病院 61か所 (H26)		目標値は、国の指針や高齢者プランの検討状況等を踏まえ設定。	厚生労働省「医療施設調査」
P	医療機関が入院患者に対し、退院支援・調整を実施した件数 (65歳以上人口10万人当たり)	3,687件	3,687件以上	現状の水準以上を目指す。	NDB レセプトデータ

2 日常の療養支援が可能な体制

区分	指標	現状 (H29)	目標 (H35)	目標数値の考え方	備考 (出典等)
S	訪問診療を実施している医療機関数	一般診療所 436か所 病院 61か所 (H26)		目標値は、国の指針や高齢者プランの検討状況等を踏まえ設定。	厚生労働省「医療施設調査」
S	訪問看護ステーション職員数	981人		目標値は、国の指針や高齢者プランの検討状況等を踏まえ設定。	介護支援課調べ
S	在宅療養支援歯科診療所数	271か所	271か所以上	現状の水準以上を目指す。	関東信越厚生局「診療報酬施設基準の届出受理状況」
S	在宅患者への服薬指導・支援を行える薬局の割合 (訪問薬剤管理指導料届出薬局率)	96.3% (H28)	97%以上	現状の水準以上を目指す。	長野県薬剤師会調査
S	無菌調剤室を設置した薬局のある医療圏数	7医療圏 (H28)	8医療圏以上	現状の水準以上を目指す。	長野県薬剤師会調査

3 急変時の対応が可能な体制

区分	指標	現状 (H29)	目標 (H35)	目標数値の考え方	備考 (出典等)
S	往診を実施している医療機関数	一般診療所 477 か所 病院 55 か所 (H26)		目標値は、国の指針や高齢者プランの検討状況等を踏まえ設定。	厚生労働省 「医療施設調査」
S	在宅療養支援診療所・病院数	一般診療所 236 か所 病院 22 か所		目標値は、国の指針や高齢者プランの検討状況等を踏まえ設定。	関東信越厚生局「診療報酬施設基準の届出受理状況」
S	24 時間体制を取っている訪問看護ステーションの職員（常勤換算）数	職員数 820.1 人		目標値は、国の指針や高齢者プランの検討状況等を踏まえ設定。	介護支援室調査

4 人生の最終段階における患者の意向を尊重した看取りが可能な体制

区分	指標	現状 (H29)	目標 (H35)	目標数値の考え方	備考 (出典等)
S	在宅看取りを実施している医療機関数	一般診療所 122 か所 病院 34 か所 (H26)	一般診療所 137 か所 病院 39 か所	現在の在宅看取りの割合を維持し、平成35年度における本県の推計死亡者数に対応できる施設。	厚生労働省 「医療施設調査」
O	在宅での看取り（死亡）の割合（自宅及び老人ホームでの死亡）	全国5位 (22.4%) (H27)	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」

5 在宅医療に関する機能別医療機関

機能	在宅医療を担う病院・診療所		在宅医療に必要な連携を担う拠点 (※2)
	二次医療圏	市名	
大北	大町市 北安曇郡	在宅医療を担う病院・診療所 ・産科診療所 在宅医療支援診療所 在宅訪問薬剤管理指導を行う薬局 無届調剤室のある薬局	在宅医療に必要な連携を担う拠点 (※2)
		診療所 ○：在宅医療支援診療所・病院のうち、在宅医療において積極的な役割を果たす医療機関(※1)	病院
長野	長野市 須坂市 千曲市 埴科郡 上高井郡 上水内郡	在宅医療を担う病院 ・一般診療所 ・産科診療所 在宅医療支援産科診療所 在宅患者訪問薬剤管理指導を行う薬局 無届調剤室のある薬局	有床診療所 伊勢宮胃腸外科、○クリニック コスモス長野、南十字脳神経外科
		診療所 ○：在宅医療支援診療所・病院のうち、在宅医療において積極的な役割を果たす医療機関(※1)	○愛和病院、厚生連新町病院
		診療所 ○：在宅医療支援診療所・在宅医療支援診療所 病院のうち、在宅医療において積極的な役割を果たす医療機関(※1)	○重信病院
		診療所 ○：在宅医療支援診療所・在宅医療支援診療所 病院のうち、在宅医療において積極的な役割を果たす医療機関(※1)	○新生病院(小布施町)
		診療所 ○：在宅医療支援診療所・在宅医療支援診療所 病院のうち、在宅医療において積極的な役割を果たす医療機関(※1)	
		診療所 ○：在宅医療支援診療所・在宅医療支援診療所 病院のうち、在宅医療において積極的な役割を果たす医療機関(※1)	
北信	中野市 飯山市 下高井郡	在宅医療を担う病院・診療所 在宅訪問薬剤管理指導を行う薬局 無届調剤室のある薬局	
		診療所 ○：在宅医療支援診療所・在宅医療支援診療所 病院のうち、在宅医療において積極的な役割を果たす医療機関(※1)	

(※1) 在宅医療において積極的な役割を果たす医療機関
次のうち5項目以上を実施している場合に、計画に記載
① 医療機関(特に一人の医師が開業している診療所)が必ずしも対応しきれない夜間や医師不在時、患者の病状の急変時等における診療の支援を行っている。
② 在宅での療養に移行する患者にとつて必要な医療及び介護、重症福祉サービスが十分確保できるよう、関係機関に働きかけている。
③ 在宅医療に係る医療及び介護、重症福祉関係者に必要な基本的知識・技能に関する研修の実施や情報の共有を行っている。
④ 臨床研修制度における地域医療研修において、在宅医療の現場での研修を受け入れている。
⑤ 災害時等にも適切な医療を提供するための計画(人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送等に係る計画を含む)を策定し、他の医療機関等の計画策定等の支援を行っている。
⑥ 地域包括支援センター等と協働し、療養に必要な医療及び介護、重症福祉サービスや家族の負担軽減につながるサービスを提供している。
⑦ 入院機能を有する医療機関においては、在宅療養者の病状が急変した際の一時受け入れを行っている。
⑧ 地域住民に対し、在宅医療の内容や地域の医療及び介護、重症福祉サービスに関する情報提供を行っている。

(※2) 在宅医療に必要な連携を担う拠点
病院、診療所、訪問看護事業所、医師会等関係団体、保健福祉事業所、市町村等を地域の実情に応じて位置付ける。

がん対策

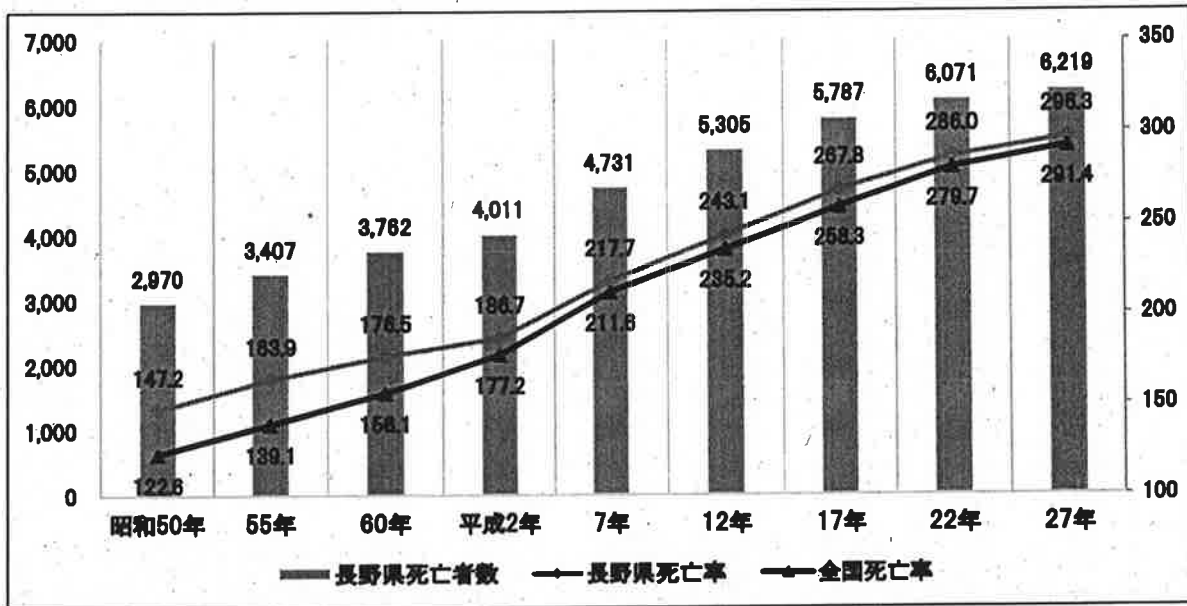
I がんをめぐる現状と全体目標

第1 現状と課題

1 がんによる死亡の状況

○ 本県のがんによる死亡者数・死亡率は、年々増加傾向にあり、平成27年（2015年）には死亡者数6,219人（全国129万444人）で、死亡数全体の25.3%（全国28.7%）を占め死亡順位1位となっています。死亡率は人口10万対で296.3となっています。（全国死亡率は291.4）

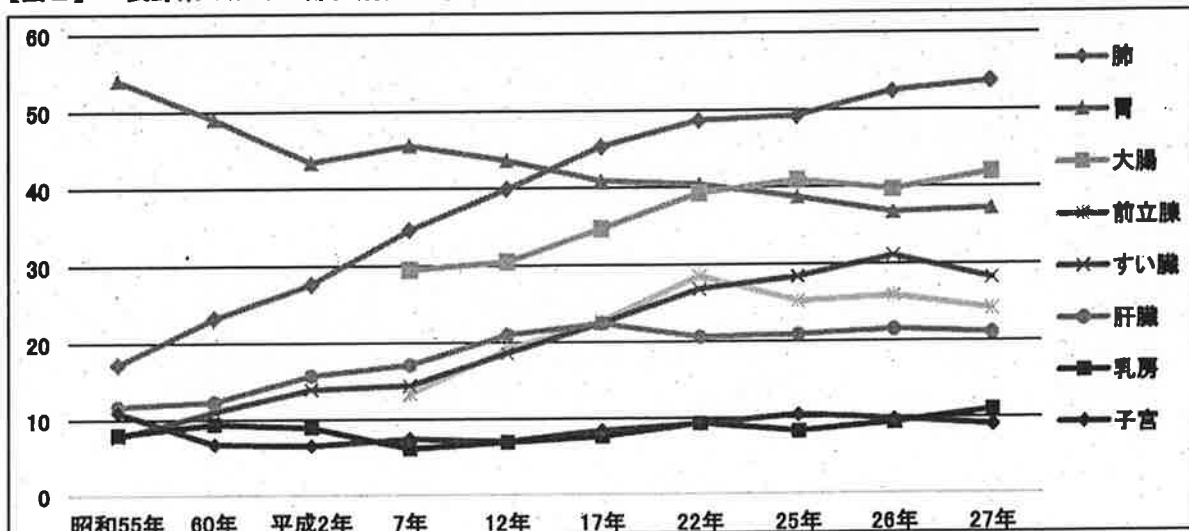
【図1】 長野県のがんによる死亡者数、死亡率の推移



（国立がん研究センターがん対策情報センター）

○ 本県のがんの部位別死亡率では、肺がんが最も多い死亡率であり、次に大腸がん、胃がんの順です。胃がんは減少傾向にありますが、肺がん、大腸がんは増加傾向にあります。

【図2】 長野県のがんの部位別死亡率（人口10万対）の推移



（厚生労働省「人口動態統計」）

○ 本県のがんの部位別死亡者数をみると、男性の第1位が肺がん、女性の第1位が大腸がんとなっています。

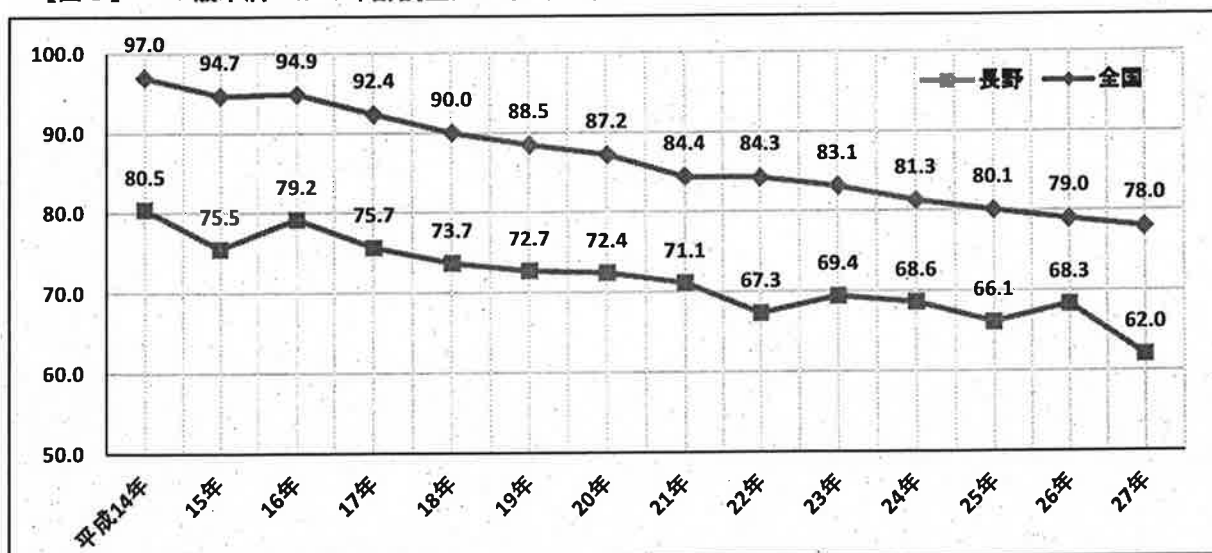
【表1】 長野県のがんの部位別死亡者数 (平成27年)(単位:人)

	全体		男性		女性	
	部位	人数	部位	人数	部位	人数
合計		6,219		3,557		2,662
第1位	肺	1,113	肺	795	大腸	445
第2位	大腸	868	胃	500	肺	318
第3位	胃	771	大腸	423	すい臓	305
第4位	すい臓	584	すい臓	279	胃	271
第5位	肝臓	438	肝臓	276	乳房	226

(厚生労働省「人口動態統計」)

○ 本県における75歳未満のがん年齢調整死亡率(全部位)は、47都道府県中最も低い状況にありますが(平成27年度:62.0)、部位によってはそうでないものもあります。

【図3】 75歳未満のがん年齢調整死亡率(全部位)(人口10万対)の推移



(国立がん研究センターがん対策情報センター)

【表2】 がん部位別75歳未満年齢調整死亡率全国順位 (平成27年現在)

性別	項目	全部位	肺	胃	大腸	すい臓	肝臓	前立腺	乳房	子宮
		死亡率	62.0	10.8	6.5	9.1	5.4	4.0		
全体	順位	47位	47位	45位	40位	46位	43位			
	死亡率	75.9	17.1	9.8	11.6	6.3	6.7	1.7		
	順位	47位	47位	45位	38位	46位	43位	38位		
男性	H23順位	47位	47位	45位	41位	46位	46位	39位		
	死亡率	49.0	4.8	3.4	6.7	4.5	1.5		8.7	3.9
	順位	47位	45位	47位	33位	36位	45位		39位	39位
女性	H23順位	35位	47位	37位	40位	31位	47位		30位	31位

(国立がん研究センターがん対策情報センター)

2 がん患者数・罹患率の状況

- 0歳から34歳のがん患者は、全国・県ともに減少傾向にあり、本県では1,000人未満です。
- 35歳から74歳のがん患者は、全国・県ともに増加しています。
- 全年齢では、全国・県ともに人口は減少していますが、がん患者数は増加しています。
- 本県の年齢調整罹患率は、全国と比べて、がんの種類によっては高くなっています。

【表3】 がんの総患者数年代別推移

(単位：千人)

長野県	0～34歳		35～74歳		75歳～		計	
	患者数	人口	患者数	人口	患者数	人口	患者数	人口
H17	1	805	18	1,123	10	267	29	2,196
H20	0	756	16	1,123	14	293	31	2,171
H23	0	699	15	1,133	11	311	27	2,142
H26	0	660	18	1,127	11	323	29	2,109
前回比率(%)	(-)	(94.4)	(120.0)	(99.5)	(100.0)	(103.8)	(107.4)	(98.5)
全国	0～34歳		35～74歳		75歳～		計	
	患者数	人口	患者数	人口	患者数	人口	患者数	人口
H17	30	49,668	941	66,460	447	11,638	1,423	127,768
H20	27	47,062	970	67,412	517	13,217	1,518	127,692
H23	26	44,462	942	68,629	555	14,708	1,526	127,799
H26	25	42,585	982	68,578	617	15,918	1,624	127,083
前回比率(%)	(96.2)	(95.8)	(104.2)	(99.9)	(111.2)	(108.2)	(106.4)	(99.4)

※数値については、不詳者・端数処理のため計と合致しない。

(総務省「人口推計」、厚生労働省「患者調査」)

【表4】 部位別年齢調整罹患率(10万対)

(単位：%) (平成28年12月現在)

平成23年	胃がん	大腸がん	肝がん	すい臓がん	肺がん	乳がん	子宮がん	前立腺がん
長野県	53.7	53.6	15.6	14.5	41.1	81.4	30.1	72.4
全国	52.6	51.6	16.9	12.4	42.9	82.2	32.7	66.8

(国立がん研究センターがん対策情報センター、健康福祉部調べ)

第2 全体目標

1 科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実

- がんを予防する方法について普及啓発し、避けられるがんを防ぐことで、罹患者を減少させます。
- 県民が利用しやすい検診体制を構築し、がんの早期発見・早期治療を促すことで、効率的かつ持続可能ながん対策を進め、がんの死亡者を減少させます。

2 患者本位のがん医療の実現

- 患者本位のがん医療を実現するために、がん医療の質の向上、それぞれのがんの特性に応じたがん医療の均てん化・集約化、効率的かつ持続可能ながん医療を実現します。

3 がんになっても尊厳をもって安心して暮らせる社会の構築

- がん患者とその家族は、社会とのつながりを失うことに対する不安や、就労の変化に直面し、仕事と治療との両立が難しいなど社会的、経済的な問題を抱えています。
- 医療・福祉・介護・産業保健・就労支援分野等が連携し、効率的な医療・福祉サービスの提供や、就労支援等を行う仕組みを構築することで、がん患者が、いつでもどこに居ても、尊厳をもって安心して生活し、自分らしく生きることのできる地域共生社会の実現を目指します。

Ⅲ がん医療の充実

第1 現状と課題

1 がん医療提供体制

- 本県では、9医療圏においてがん診療連携拠点病院等が整備されており、すべてのがん診療連携拠点病院において、5大がん（胃、大腸、肺、肝、乳）を中心に放射線療法、化学療法及び手術療法を組み合わせた集学的治療と緩和ケアが実施され、各学会の診療ガイドラインに準ずる標準的な治療や、カンサーボード（がん患者の症状、治療方針等を検討するための医師等によるカンファレンス）の定期的な開催が行われています。
- がん診療連携拠点病院等が整備されていない大北医療圏においては、整備に向けた調整を進めています。
- 本県では、がん診療の地域格差を無くし、質の高いがん医療の提供及び医療水準を維持する観点から独自の取組として、指定を受けたがん診療連携拠点病院等に対し、機能評価（現地調査）を定期的実施しています。（年2病院、毎年実施）
- 県がん診療連携拠点病院では、がん診療連携協議会（情報連携部会、がん登録部会、緩和ケア部会、研修教育部会）を開催し、地域がん診療連携拠点病院等への情報提供や相互連携を促進しています。
- 県全体のがん診療体制強化のために、県拠点病院である信州大学医学部附属病院が組織するがん診療連携協議会と県がん診療拠点病院整備検討委員会が連携を深めていくことが重要です。そのうえで県全体のPDCAサイクル体制を確保していくことが求められます。

【表6】 がん診療連携拠点病院等の設置状況 （平成29年4月現在）
 (◎都道府県がん診療連携拠点病院 ○地域がん診療連携拠点病院 △地域がん診療病院)

医療圏	病院名	区分	指定日	備考
佐久	佐久総合病院	○	平成18年8月24日	平成27年度更新
上小	信州上田医療センター	△	平成28年4月1日	信大病院とのグループ指定
諏訪	諏訪赤十字病院	○	平成18年8月24日	平成27年度更新
上伊那	伊那中央病院	○	平成21年2月23日	〃
飯伊	飯田市立病院	○	平成19年1月31日	〃
木曾	木曾病院	△	平成28年4月1日	信大病院とのグループ指定
松本	信州大学医学部附属病院	◎	平成18年8月24日	平成28年度更新
	相澤病院	○	平成20年2月8日	平成27年度更新
長野	長野赤十字病院	○	平成19年1月31日	〃
	長野市民病院	○	平成19年1月31日	〃
北信	北信総合病院	△	平成27年4月1日	長野赤十字病院とのグループ指定

* 未指定医療圏：1医療圏（大北）

（保健・疾病対策課調べ）

2 放射線治療

- リニアックなどの放射線治療装置は、すべてのがん診療連携拠点病院とそれ以外の4病院に整備されており、平成26年(2014年)10月現在、県内の放射線治療(対外照射)実施件数は5,756件となっています。
- 放射線療法は、根治的な治療のみならず痛み等の症状緩和にも効果があるため、さらなる活用に向けて、医療従事者に向けた知識の普及が必要です。
- 一方で放射線治療専門医や専門の診療放射線技師などが不足しており、県では、医師研究環境整備資金貸与事業等により放射線治療医の確保に努めているところですが、実際の確保は難しい状況です。
- 安全管理の面から、放射線治療の品質管理を専門業務とする人員(放射線治療品質管理士、医学物理士等)の配置が求められています。
- 放射線治療装置の技術革新は急速に進んでおり、最新機器の導入には巨額の投資が必要です。人員確保も含め、病院単位から地域単位における適切な医療資源の配分が求められています。
- 当県では、県内で行われる先進医療(陽子線治療)の医療費に係る利子相当分の補助を行う補給事業を実施し、がん患者の治療の選択の幅を広げる取り組みをしています。

【表7】 放射線治療(対外照射)を実施している医療機関数(二次医療圏別) (平成26年10月現在)

地域	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	計
医療機関	1	1	1	1	1	1	6	-	2	1	15
人口10万対(病院)	0.5	0.5	0.5	0.5	0.6	3.3	1.4	-	0.4	1.1	0.7

(厚生労働省「医療施設調査」)

3 化学療法

- がん患者が働きながら治療や療養ができる環境の整備が求められるなか、すべての二次医療圏において、外来化学療法が実施されており、平成26年(2014年)10月現在、県内の病院における外来化学療法の実施件数は、3884件となっています。
- 化学療法を実施する際には、投与する薬剤の種類や量、期間、手順などを時系列で示した治療計画書(レジメン)を審査し組織的に管理する委員会の設置が求められており、必要に応じてがん診療連携拠点病院等の医療機関と連携協力していくことが大切です。
- 外来化学療法室では、外来患者が急変時に入院等の対応が可能な体制の整備が課題となっています。

【表8】 外来化学療法を実施している医療機関数(二次医療圏別) (平成26年10月現在)

地域	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	計
医療機関	5	2	4	4	4	1	8	2	5	2	37
人口10万対(病院)	2.3	1.0	2.0	2.1	2.4	3.3	1.8	3.2	1.1	2.1	1.7

(厚生労働省「医療施設調査」)

4 がん緩和ケア

(1) 緩和ケア提供の取組

- がん患者が質の高い療養生活が送れるよう、診断時から身体症状の緩和や精神心理的な問題への援助、社会生活上の不安の緩和等について、全人的な緩和ケアを行うことが求められています。
- 緩和ケアの質を向上させるため、緩和医療専門医、精神腫瘍医、がん看護関連の専門・認定看護師などの資格認定制度が運用されています。
- 県では、がん診療連携拠点病院と連携して、がん診療に携わる医師等を対象とした緩和ケア研修会を開催し、緩和ケアについての基本的知識の普及に努めています。
(平成 24 年～平成 28 年: 1103 人の医師が参加)

(2) 緩和ケアチーム及び緩和ケア病棟

- 緩和ケアチームとは、医師、看護師、薬剤師、医療心理に携わる者等が連携協力して緩和ケアを提供するチームで、医療機関内で組織上明確に位置づけられる必要があり、平成 26 年(2014 年) 10 月現在、本県で緩和ケアチームのある医療機関数は 20 機関となっており、緩和ケアチームの取扱延患者数は 389 人となっています。(全国平均 596 人)(平成 26 年患者調査)
- 緩和ケアチームでは身体的な苦痛の緩和だけでなく、精神心理的な苦痛を含めた心のケアの提供とともに、必要に応じ主治医や担当看護師等と連携し、症状緩和に係るカンファレンスの実施が求められています。
- 緩和ケアチームはがん診療連携拠点病院等を中心に整備されており、拠点病院における連携を強化し、緩和ケアの質を評価し改善する機能を持つ「緩和ケアセンター」の整備も求められています。
- 緩和ケア病棟は、平成 26 年(2014 年) 10 月現在 4 病院が有しており、病床数は 87 床、緩和ケア病棟の取扱患者延数は 2126 人となっています。(平成 26 年医療施設調査) 今後、高齢化の進展によるがん患者の増大に伴い、緩和ケア病棟の整備が課題となっています。

(3) がん診療連携拠点病院等での緩和ケア

- 全てのがん診療連携拠点病院等では、次の緩和ケアに関する医療機能が求められ、実施されています。
 - ・ 緩和ケアチームの整備と、組織上の位置付けの明確化
 - ・ がん診断時からの外来および病棟におけるがん疼痛のスクリーニングの実施
 - ・ 緩和ケアチームと連携し、迅速かつ適切にがん疼痛等の苦痛の緩和をする体制の整備
 - ・ 看護師や医療心理に携わる者が同席する等、十分なインフォームドコンセントの実施
 - ・ 定期的な病棟ラウンド・カンファレンスの開催、苦痛のスクリーニング及び症状緩和を行う
 - ・ 全人的な緩和ケアを含めた専門的な緩和ケアを提供できる外来体制の整備
 - ・ 緩和ケアチーム看護師の外来看護業務の支援、強化
 - ・ 退院後の居宅における緩和ケアに関する療養上必要な指導
 - ・ 緩和ケアに関する要請及び相談に関する受付窓口の設置

(4) 在宅における緩和ケア

- がん患者の意向を踏まえ、住み慣れた家庭や地域での療養を選択できる在宅医療の体制整備が必要です。
- 標準的な治療を行うすべての医療機関において、外来化学療法や外来緩和ケアを実施する体制の整備が求められています。
- がん診療連携拠点病院等では、退院後における居宅時の緩和ケア等に関する療養上必要な説明及び指導が求められます。
- 在宅療養支援診療所は県内に 236 診療所（平成 28 年 10 月）あり、がん診療連携拠点病院等や地域の中核的な病院との連携強化が課題となっています。

5 口腔ケア

- がん治療に伴い発生する口腔内合併症を予防し早期退院を支援するため、手術をする病院と地域歯科診療所等が連携し口腔機能管理を行う体制整備を推進します。
- 平成 29 年（2017 年）5 月末現在、長野県がん診療医科歯科連携事業に登録している地域がん診療連携拠点病院等は 10 病院、地域歯科医療機関は 208 か所あります（歯科医療の項参照）。

6 医療用麻薬

- がん性疼（とう）痛などに処方される医療用麻薬を調剤できる麻薬小売業免許を取得している薬局数は、平成 29 年 3 月末現在 901 施設あります。
- 無菌調剤室のある薬局は、平成 29 年 3 月末現在 7 医療圏 9 か所（佐久・上小医療圏各 2 か所、諏訪・上伊那・飯伊・松本・長野医療圏各 1 か所）において整備されています。

【表 9】 医療圏別麻薬小売業免許取得薬局数（二次医療圏別）

（平成 29 年 3 月現在）

地域	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大町	長野	北信	計
免許取得 薬局数	105	103	79	68	60	10	174	23	238	41	901 (817)
免許 取得率%	97.2	98.1	89.8	91.9	95.2	100.0	92.1	95.8	95.6	100.0	94.7 (92.9)

※（ ）は前回計画記載数値

（薬事管理課調べ）

7 セカンドオピニオン

- 県内 38 の医療機関において、がん治療に関するセカンドオピニオンが実施されています。
- がん診療連携拠点病院等では、がんの種類ごとにセカンドオピニオンを行う医療機関の一覧を作成し、広報を実施しています。
- セカンドオピニオンは、がん患者とその家族の意向に応じて、専門的な知識、技能を有し第三者の立場にある医師により実施されることが必要です。

【表 10】 がん治療に関するセカンドオピニオンが実施されている医療機関数
(二次医療圏別)(平成 29 年 4 月現在)

地域	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	計
医療機関	4	2	4	3	2	1	12	2	7	1	38 (25)

※()は前回計画記載数値

(長野県がん診療拠点病院連携協議会情報連携部会調べ)

8 がん医療連携体制

(1) がん診療連携拠点病院等と地域医療機関との連携

- がん診療連携拠点病院等は、その指定要件において、地域の医療機関から紹介されたがん患者の受け入れを行うこととされており、病理診断又は画像診断に関する依頼、手術、放射線療法又は化学療法に関する相談など、地域の医療機関と相互に診断及び治療に関する連携協力体制を整備することが求められています。

(2) 薬局との連携

- 近年、外来化学療法や経口抗がん剤による治療が広がり、院外処方が増えていることから、病院薬剤師と薬局薬剤師による「薬薬連携」の重要性が増しています。内服薬の副作用対策や総合的薬学的管理について病院側と薬局側で情報を共有して、がん患者へ伝える必要があります。

(3) 地域連携クリティカルパスの整備状況

- 治療の段階から退院後の在宅療養支援に至るまで、地域の医療機関が共同して診療計画を作成する地域連携クリティカルパスが、5大がんに関して全てのがん診療連携拠点病院で整備されています。
- しかし、クリティカルパスの運用について住民・医療従事者の周知・理解が満足に得られていない場合や、がんの種類によっては運用が難しい場合があり、運用実績に地域差が生まれている状況です。

【表 11】 5大がんの地域連携クリティカルパスを整備している医療機関数(二次医療圏別)

(平成 29 年 4 月現在)

地域	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	計
医療機関	1	1	1	1	1	-	2	-	2	-	9

(保健・疾病対策課調べ)

【表 12】 地域連携クリティカルパスを適用した患者数

(二次医療圏別) (平成 28 年度実施分)

対象疾患	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信
肺	0	0	0	2	0	0	0	—	1	0
大腸	0	0	12	7	0	4	0	—	23	5
胃	35	0	1	8	0	5	0	—	21	0
乳房	0	0	97	0	5	—	1	—	35	0
子宮	0	0	0	0	0	—	0	—	—	0
前立腺	0	—	4	—	—	—	—	—	44	—
肝	—	—	2	—	—	—	0	—	5	0
在宅	—	—	0	—	—	—	—	—	33	0
甲状腺	—	—	—	—	—	—	0	—	—	—
計	35	0	116	17	5	9	1	—	162	5

(保健・疾病対策課調べ)

9 在宅療養支援

- がん患者の意向を踏まえ、住み慣れた家庭や地域での療養が選択できるよう、在宅医療等の充実が求められています。また、高齢化の進展によるがん患者の増大が見込まれていることから、医療と介護の連携を図りながら在宅医療等の充実を図る必要があります。
- がん患者に対する在宅医療はすべての医療圏で提供されており、医療機関数は 185 です。また、がん患者の在宅死亡割合は 14%で、全国第 13 位です。

【表 13】 末期のがん患者に対して在宅医療を提供する医療機関数(二次医療圏別) (平成 29 年 3 月現在)

地域	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	計
医療機関	17	15	28	23	28	1	37	3	30	3	185 (154)

※ () は前回計画記載数値

(厚生労働省「診療報酬施設基準」)

10 がんリハビリテーション

- がん治療の影響によりがん患者の嚥下や呼吸運動等の日常生活動作に障害が生じる場合や、病状の進行に伴い、次第に日常生活動作に障害が発生し、著しく生活の質が低下することがあり、近年がんリハビリテーションの重要性が指摘されています。
- がんリハビリテーションは、障害が発生する前から治療と並行して行っていく必要があります。

【表 14】 がんリハビリテーション実施医療機関 (二次医療圏別)

(平成 29 年 3 月現在)

地域	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	計
医療機関	2	1	2	2	3	1	8	2	7	—	28 (6)

※ () は前回計画記載数値

(厚生労働省「診療報酬施設基準」)

11 医療従事者

(1) 医師

- がん診療には多くの職種の医療従事者が携わっており、手術、放射線療法及び化学療法を組み合わせた集学的治療並びに緩和ケアやがんリハビリテーション等が求められていることから、医療スタッフの一層の充実が求められています。
- 特に、放射線科専門医及びがん薬物療法専門医、血液専門医、病理専門医の医師の確保が課題となっています。

【表 15】 放射線科専門医・がん薬物療法専門医・血液専門医・病理専門医配置状況
(二次医療圏別) (平成 28 年 9 月現在)

地域	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	県計	参考: 人口 10 万対	
												県	国
放射	8	2	5	1	3	—	32	—	16	2	69 (7)	3.3	4.3
薬物	2	—	1	1	1	—	8	—	3	—	17 (8)	0.8	0.7
血液	3	1	3	2	1	—	20	1	12	2	45 (10)	2.1	2.4
病理	5	2	3	1	1	—	14	1	5	1	39 (6)	1.8	1.5

※ () は前回計画記載数値

(厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」)

(2) 看護師

- がんに関する専門的な資格認定制度として、認定看護師(緩和ケア、がん化学療法看護、がん性疼痛看護、乳がん看護、がん放射線療法看護)及び専門看護師(がん看護)が定められています

【表 16】 認定看護師、専門看護師の配置状況(二次医療圏別) (平成 29 年 5 月現在)

地域	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	計
認定看護師	9	3	12	7	8	3	20	2	20	3	87 (60)
緩和	2	1	6	4	3	1	10	2	10	2	47 (30)
化学	3	1	4	2	2	1	7	—	6	1	29 (17)
疼痛	2	1	2	—	1	1	3	—	3	—	13 (10)
乳がん	1	—	1	—	1	—	—	—	1	—	4 (2)
放射	1	—	—	1	1	—	1	—	—	—	5 (1)
専門看護師	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	4 (1)

※一部従事医療機関非公開のため、計が一致せず。※ () は前回計画記載数値

(日本看護協会ホームページ)

(3) 薬剤師

- がんの薬物療法に関する専門的な資格認定制度として、がん専門薬剤師、がん薬物療法認定薬剤師、緩和医療認定薬剤師などが定められています。

【表17】 がん専門薬剤師・がん薬物療法認定薬剤師・緩和医療認定薬剤師の配置状況（二次医療圏別）
（それぞれ平成29年1月、平成28年10月、平成29年4月現在）

薬局	佐久	上小	諏訪	上伊那	飯伊	木曾	松本	大北	長野	北信	計
専門薬剤師	1	—	2	—	—	—	3	—	5	1	12
薬物療法認定薬剤師	3	—	3	2	1	1	7	1	1	4	23
緩和医療認定薬剤師	1	—	1	1	1	—	2	—	4	3	13

（日本医療薬学会、日本病院薬剤師会、日本緩和医療学会、各ホームページ）

12 小児がん、AYA世代のがん

- 「がん」は小児の病死原因の第1位となっています。成人のがんと異なり、生活習慣と関係なく乳幼児から思春期、若年成人まで幅広い年齢に発症し、希少で多種多様ながんが含まれており、全国の小児がんの年間患者数は、2000～2500人となっています（1万人に1人の割合）。
- 小児がん患者は、治療後も、発育、臓器障害、高次脳機能障害などの問題があり、診断後長年にわたって日常生活や就学、就労に支障をきたすこともあるため、長期的な支援や配慮が必要です。
- 平成25年には全国で小児がん拠点病院が15か所と、小児がん中央機関が2か所が整備され、小児がん診療の一部集約化と診療体制の構築が行われてきましたが、集約化すべきがん種と均てん化可能ながん種の整理、小児がん拠点病院と地域の医療機関とのネットワークの整備等が求められてきています。
- AYA世代（Adolescent and Young Adult：思春期及び若い成人）に発症するがんについては、全国的にも未だ診療体制が定まっておらず、また、小児と成人領域の狭間で適切な治療を受けるため様々な課題があります。
- AYA世代の全国における年間患者数はおよそ2万人とされていますが、年代によって就学・就労・妊娠等状況が異なり、個々の患者のニーズに応じた情報提供・支援体制・診療体制が求められています。

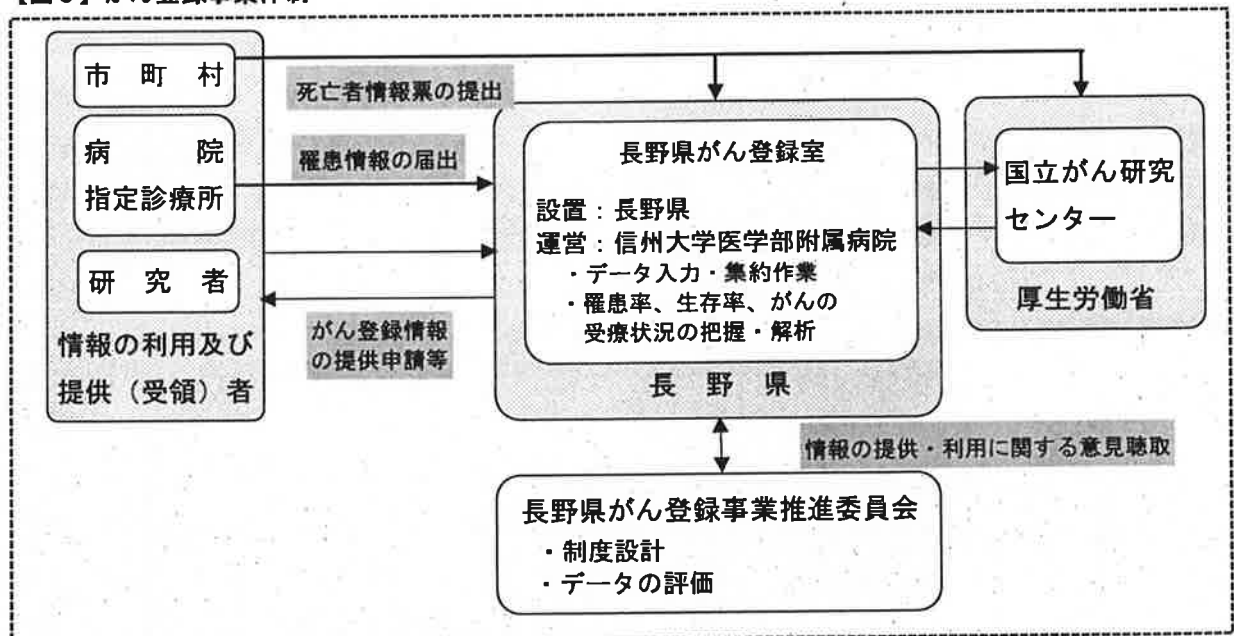
13 希少がん、難治性がん

- 希少がんは、「罹患率人口10万人当たり6例未満のがん種」と定義されており、個々のがん種としては頻度が低いものの、希少がん全体としてはがん全体の一定の割合を占めており、対策が必要とされていますが、症例が少ないことに起因する、標準的な診断法や治療法の確立、研究開発や臨床試験の推進、診療体制の整備が課題として挙げられています。
- 希少がん診療について、全国的な集約化が検討されていますが、専門施設と地域の拠点病院等との連携の必要性、専門的知識を有する医療従事者を育成するシステムの必要性、希少がんを専門としない医療従事者への啓発等の課題が指摘されています。
- 難治性がんは、膵がんやスキルス胃がんなどの、早期発見が困難であり、治療抵抗性が高く、転移・再発しやすい等という性質を持つがんのことを言います。がん全体の5年相対生存率は上昇していますが、これらの難治性がんは改善されておらず、有効な診断・治療法が開発されていないことが課題となっています。

14 がん登録

- がんの罹（り）患率・生存率の推計及びがん患者の受療状況を把握するため、平成 22 年（2010 年）1 月から地域がん登録を、平成 28 年（2016 年）1 月から全国がん登録を開始しています。信州大学医学部附属病院へ業務の一部を委託し、県内の医療機関から届出のあったがん患者の診断や治療に関する情報と、人口動態統計死亡表から収集した患者の予後情報をデータベースシステムに集約整理しています。
- がん登録の精度の向上のためには、罹患の届出がない者について、がんでの死亡が判明した場合に行われる遡（さかのぼ）り調査や、市町村への住民票照会による生存確認調査の実施が重要です。
- がんの診断、治療及び予防を目的とした、がん登録のデータの活用が今後望まれます。

【図6】がん登録事業体制



▼がん登録の精度指標▼

- ①IM 比 (incidence/mortality 比)
罹患数と死亡数との比。一定水準であることが望ましい。
- ②DCN (death certificate notification)
がん診断の届出がなく、がん死亡小票ではじめて罹患が把握された症例。
低いほど登録の完全性が高い。
- ③DCO (death certificate only)
DCN 症例について、遡り調査による医療機関の返答がなく、死亡診断書のみにより登録されている症例。割合が 10% 以上のものは診断精度が低いデータとされる。

15 がん研究

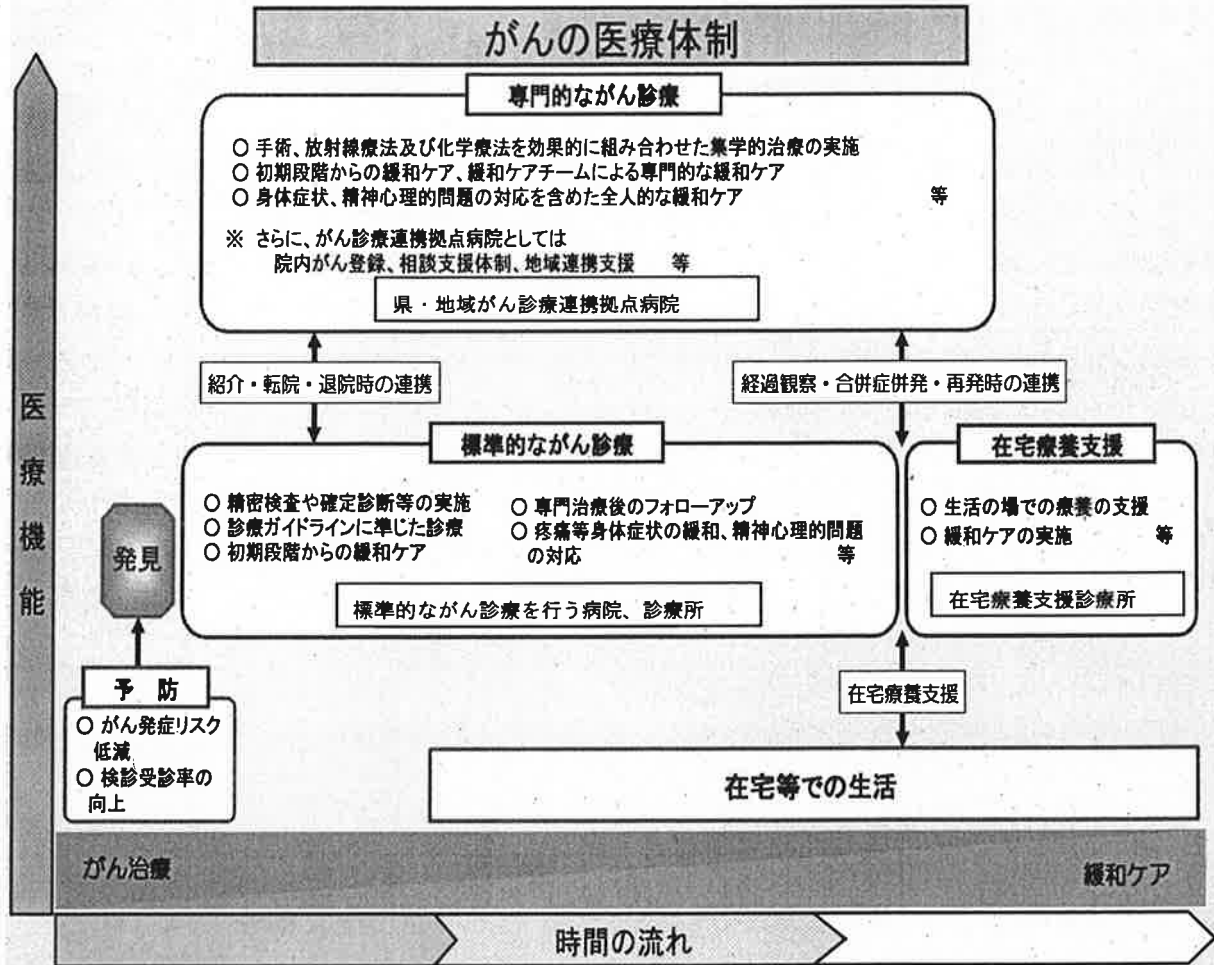
- 本県では、国立がん研究センターからの委託により、佐久地域において多目的コホート研究を実施しており、研究成果はがん予防などの健康の維持、増進に役立てられています。

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) がんの医療体制の充実

- がんの医療に求められている主な医療機能と役割分担は、次に示す図のとおりです。
それぞれの役割を担う医療機関が相互に連携して、標準的ながん診療、専門的ながん診療及び在宅等での療養支援を行う体制を構築し、切れ目のないがん治療や緩和ケアを提供します。



(2) 医療の質の向上と集学的治療の実施

様々ながんの病態に応じ、医療の質の向上に努めるとともに、手術療法、放射線療法及び化学療法等を組み合わせた集学的治療が実施可能な体制の整備を目指します。

(3) 緩和ケアの推進

患者とその家族が抱える様々な苦痛に対する全人的なケアを診断時から提供し、診断、治療、在宅医療など様々な場面における切れ目ない緩和ケアの提供を目指します。

(4) チーム医療の推進

各職種の専門性を活かし、医療従事者間の連携と補完を重視した多職種でのチーム医療の推進を目指します。

(5) セカンドオピニオンの推進

患者とその家族の意向に応じて、専門的な知識を有する第三者の立場にある医師に意見を求めることができるセカンドオピニオンを受けられる体制の整備を目指します。

(6) 地域の医療・介護サービス提供体制の構築

患者が住み慣れた家庭や地域で、がん医療や療養生活を選択できるよう、がん医療の整備と介護サービス提供体制の構築を目指します。

(7) がんリハビリテーションの推進

患者の生活の質の維持向上を目的として、運動機能の改善や生活機能の低下予防に資するよう、がんリハビリテーションが受けられる体制の整備を目指します。

(8) 小児がん、AYA世代のがん対策の推進

小児がんやAYA世代のがん患者が、地域において適切に治療が受けられるよう医療機関等との役割分担と連携を進めるとともに、治療後の日常生活や就学・就労に対する、長期的な支援を目指します。

(9) 希少がん・難治性がん医療の集約化

症例の少なさ、治療の難しさのある希少がん・難治性がんについては、県レベルを超えた、全国的な情報・診療体制等の集約化を目指します。

(10) がん登録の推進

がん登録の精度を向上させるため予後調査や生存確認調査を実施し、登録精度の向上に努めます。また、集積された登録情報を統計解析や研究のために提供を行い、データの活用を目指します。

2 二次医療圏相互の連携体制

- 患者の受療動向によると、がん診療連携拠点病院等のない医療圏においては、隣接する医療圏への流出が認められており、平成29年(2017年)4月現在、がん診療連携拠点病院等が未整備の大北医療圏は松本医療圏と連携することによりがん医療の地域差を補います。
- 高度、専門的ながん診療については、医療圏を超えた連携体制の整備を目指します。

第3 施策の展開

1 関係機関・団体の取組として望まれること

(1) 医療機関

ア がん医療の質の向上及び必要な医療従事者の確保

- 医療の質の向上に努め、がん患者とその家族が納得して治療を受けられる医療との環境整備。
- 適切ながん医療提供体制を確保するための医療従事者の確保。

イ 集学的治療が実施可能な体制の整備

- 集学的治療を構成する手術療法、放射線療法、化学療法の更なる質の向上を図るとともに、地域での医療連携を推進することによる、安全かつ安心な質の高い医療の提供。
- 放射線治療を実施する際、安全管理の面から、放射線治療の品質管理を専門業務とする人員の配置。

○ 化学療法を実施する際、レジメンを審査する委員会の設置や、必要に応じたキャンサーボードとの連携。

○ 外来化学療法室における、患者の急変時等の対応が可能な入院体制の整備。

ウ 多職種でのチーム医療の推進

○ がん診療連携拠点病院等を中心とした医療従事者間の連携と補完を重視した多職種でのチーム医療を受けられる体制の整備。

エ 確定診断等を実施する体制の整備

○ 正確で質の高い画像診断や病理診断を行うとともに、適切な治療方針を検討し、提供できる仕組みづくりの検討。

オ インフォームド・コンセントの推進

○ 医師による十分な説明と、患者やその家族の理解の下、患者の治療方法等を選択する権利や受療の自由意思を最大限に尊重する。

カ 緩和ケアを実施する体制の整備

○ がんと診断された時から、患者とその家族に対する精神心理的苦痛に対する心のケアを含めた全人的な緩和ケアの実施、並びに、診断、治療、在宅医療など様々な場面における切れ目ない緩和ケアの提供。

○ 施設での緩和ケアを望む患者に対し、緩和ケア病棟の整備の促進。

○ がん診療連携拠点病院等における、緩和ケアチームの整備と組織上の位置付けとともに、症状緩和に係るカンファレンスの実施。

○ がん診療連携拠点病院等における専門的な緩和ケアを提供する外来体制の整備。

キ セカンドオピニオンの充実

○ がん患者が、専門的な知識を有する第三者の立場にある医師に意見を求めることができるよう適切なセカンドオピニオンの抵抗と主治医の理解の促進

ク 地域連携を通じたがん診療水準の向上と在宅療養支援体制の整備

○ 地域連携クリティカルパスなどの活用を図り、在宅療養への円滑な推進。

○ 外来化学療法や外来緩和ケアを実施する体制の整備と在宅療養支援の充実。

○ がん診療連携拠点病院等や地域の中核的な医療機関と、在宅療養支援診療所及び訪問看護ステーションとの連携による緩和も含めた適切な療養の支援。

○ がん診療連携拠点病院等と在宅療養支援機能を有する医療機関が相互に連携を強化し、在宅療養中の患者に対する診療の強化。

○ 化学療法などの専門的ながん診療に関して、がん診療連携拠点病院などによる地域のカンファレンスや研修会などを通じて、がん診療の向上。

○ 県がん診療連携拠点病院では、がん診療連携協議会（情報連携部会、がん登録部会、緩和ケア部会、研修教育部会）を開催し、地域がん診療連携拠点病院等への情報提供や相互連携の促進。

ケ がんリハビリテーション提供体制の整備

○ がん患者の生活の質を維持するためのリハビリテーションの実施

○ がん診療連携拠点病院等における、がんのリハビリテーションに関わる医療従事者の育成や質の高い研修の実施